

臺灣中醫藥發展推動背景、 規劃過程與未來展望

李艾倫*

施純全**

壹、前言

世界衛生組織（World Health Organization，以下簡稱WHO）鑒於傳統醫學的傳播及使用日漸增加，於2002年通過《2002-2005年傳統醫學戰略（以下簡稱2002-2005年戰略）》，並在第56次大會發表WHA56.31號決議，認可傳統醫學的醫療價值，呼籲各國建立傳統醫學國家政策與法律架構，以提升傳統醫學對醫療體系之貢獻^{1,2}，2011年世界衛生組織西太平洋區域辦事處（World Health Organization, Regional Office for the Western

Pacific）發布《2011-2020年西太平洋區域傳統醫學戰略（以下簡稱2011-2020年戰略）》提出戰略目標及行動，促進傳統醫學潛力最大化³，WHO也於2013年制定《2014-2023年傳統醫學戰略（以下簡稱2014-2023年戰略）》細化戰略內容，敦促各國政府進一步提高傳統醫學的規範性與安全性，與提高醫療服務提供者的技能，以確保病人安全^{4,5}。許多國家也制定傳統醫學相關法規，如韓國《韓醫藥育成法（한의약육성법）》，中國《中醫藥法》等^{6,7}。

一、臺灣在《憲法增修條文》第10條第5項「國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳

* 本文作者係中華民國中醫師公會全國聯合會專任研究助理

** 本文作者係義守大學學士後中醫學系教授

註1：「2002-2005年世界衛生組織傳統醫學戰略（中文版）」，世界衛生組織。連結網址：

http://www.who.int/publications/list/who_edm_trm_2001_1/zh/，2020年5月10日最後訪問。

註2：總編輯林宜信，〈中醫藥科學化暨全球智財及管理策略〉，行政院衛生署中醫藥委員會，2006年。

註3：The Regional Strategy for Traditional Medicine in the Western Pacific (2011-2020)。連結網址：

<https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/5538>，2020年5月10日最後訪問。

註4：「2014-2023年傳統醫學戰略（中文版）」，連結網址：

<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js21201zh/>，2020年5月10日最後訪問。

註5：張淼、顧敦禹，「世衛通過未來10年傳統醫學戰略將推動傳統醫藥發展」，連結網址：

<http://scitech.people.com.cn/BIG5/n/2014/0526/c1057-25063372.html>，2020年5月10日最後訪問。

註6：李哲、魯兆麟，〈論中國中醫藥法律層面專門立法——國外的經驗與啟示視角〉，《中國自然醫學雜誌》2008；10(1)：4-8。

註7：司婷、趙敏，〈國外傳統醫藥立法對中國中醫藥法治的啟示〉，《醫學與法學》2016；8(6)：77-83。

統醫藥之研究發展」中明定傳統醫藥之研究發展為國家應予促進之義務，並早已且訂定許多相關的法規及命令完善中醫藥管理，但為進一步完備憲法所賦予發展傳統醫學之義務，衛生福利部自2017年起委託中華民國中醫師公會全國聯合會辦理《中醫藥發展法》相關研究計劃案，並於2019年12月31日總統華總一義字第10800142751號令公布及施行《中醫藥發展法》共7章24條條文，為中醫藥國家政策、財政、行政支援奠定法源基礎，並期盼凝聚各界共識及資源共同促進中醫藥永續發展。為使各界進一步了解《中醫藥發展法》內容及國際傳統醫學發展法現況，本文以《中醫藥發展法》為主軸，結合WHO傳統醫學戰略、中國《中醫藥法》及韓國《韓醫藥育成法》內容與經驗，探討臺灣《中醫藥發展法》推動背景、規劃過程與未來展望。

貳、國際傳統醫學發展法概況

一、韓國《韓醫藥育成法》

韓國將其傳統醫學稱為韓醫藥，韓國因有感於國際對傳統醫學逐漸重視且國際傳統醫學市場預估由1993年491億美元增至2002年1000億美元，韓藥材與韓藥製劑經濟規模也會在2000年達到200億美元產值，但國內韓

醫藥政策與規範與西醫藥相比並不完備，且韓國政府對韓醫學認知不足，造成政策與法規對行政體系之支援不足，另外，韓醫藥與西醫藥具有完全不同的立論基礎與治療方式，但韓醫藥相關規範都訂定於以現代醫學為主體的《醫療法(의료법)》與《藥事法(약사법)》之中，讓管理難以符合韓醫藥特性，因此，需制定韓醫藥專法使韓醫藥與現代醫學之管理與發展取得平衡^{8,9}。在2002年由金誠勳議員提出《韓醫藥育成法》草案經保健福祉部委員會、法案審查委員會，以及醫師與藥師團體的協調，將30條草案縮減為18條條文¹⁰，在2003年7月15日於第241次國會通過法案，於2003年8月6日以總統令公布(法律第6965號)，2004年8月7日正式實施，同日也公布施行《韓醫藥育成法執行法令(한의약육성법시행령)》。《韓醫藥育成法》共6章18條，第一章總則規定該法宗旨、定義以及國家和地方政府的責任和義務，第二至第五章分別規定韓醫藥育成基本政策之樹立、韓醫藥技術開發事業的促進、韓方產業的基礎構建、韓藥質量提升等相關政府政策，第六章作為附則規定財政補貼、權限委任以及與相關法律關係等事項，該法明確政府責任和義務，並確立韓醫藥定位，將韓醫藥作為國家核心產業進行發展與推

註8：김수미, 한의약육성법령. 連結網址：

<http://www.moleg.go.kr/knowledge/publication/monthlyPublicationSrch.jsp?mpbLegPstSeq=130690>，2020年5月10日最後訪問。

註9：한의약정책, 連結網址：

<http://www.archives.go.kr/next/search/listSubjectDescription.do?id=001493&sitePage=1-2-1>，2020年5月10日最後訪問。

註10：법령해설및심의경과한의약육성법령, 連結網址：

<https://m.blog.naver.com/PostView.nhn?blogId=wons5150&logNo=220679502425&proxyReferer=https%2F%2Fwww.google.com%2F>，2020年5月10日最後訪問。

動，促進韓醫藥普及化與現代化，使韓醫藥推廣至全球傳統醫藥市場，提升韓醫藥之國際影響力與產業價值¹¹。

二、中國《中醫藥法》

中國《中醫藥法》早在1983年由董建華、程莘農等多位全國人大代表提出制定議案¹²，中國衛生部也於1984年至1986年起草了6次《中醫藥法》草稿，但國務院總理李鵬與相關部門以《中醫藥法》立法條件尚不成熟、中醫沒有診斷標準、中醫醫療糾紛難以判定等因素為由，暫停《中醫藥法》制定^{13,14,15}，並於1986年起草《中醫藥條例》，該法於2003年

發布作為中醫藥政策的基本要求，但《中醫藥條例》位階較低，實際操作性不強，無法作為中醫藥母法^{16,17}，許多中醫藥細部規範是參考西醫藥模式制定，造成中醫藥管理具有「中醫西化」、「中藥西管」現象^{18,19}，且部分規範內容重複無系統化制定，或發布年代久遠²⁰，並缺乏中醫藥著作權、專利權與智慧財產保護概念^{21,22}，對於中醫醫療機構配置製劑管理過於嚴苛²³，缺乏扶植中醫藥發展法律²⁴等法制問題，另外，中醫藥環境也面臨政府管理主體與體制不完善²⁵、中央與地方政府事權財權劃分不清²⁶、中醫醫事人員培育與管制不足^{27,28}、中藥技術人員訓練不足²⁹、中

註11：한의학육성법, 連結網址：

<http://archives.go.kr/next/search/listSubjectDescription.do?id=001561&pageFlag>，2020年5月10日最後訪問。

註12：田侃，〈《中醫藥法》立法創新之評價〉，《南京中醫藥大學學報》2017；18(1)：20-25。

註13：郭瀟雅，〈法路難行〉，《中國醫院院長》2014；16：50-55。

註14：李鐵柱，〈爭論中醫藥立法〉，《浙江人大》2013；9：42-44。

註15：于文明，〈中國中醫藥立法之進展〉，《前進論壇》2011；10：35-38。

註16：同註6。

註17：同註14。

註18：李金平，〈《中醫藥法》開啟中醫藥發展新篇章〉，《中國醫藥指南》2017；15(24)：191-192。

註19：溫會兵，「關於中醫藥立法工作的幾點思考」連結網址：

http://www.npc.gov.cn/npc/bmzz/jkww/2013-11/21/content_1814049.htm，2020年5月10日最後訪問。

註20：同註6。

註21：竺炯，〈傳統醫藥法治保障缺位及立法的必要性〉，《軒岐論壇》2012；3：12-14。

註22：鄭永紅、李先元，〈香港中成藥註冊管理工作概述〉，《中國藥事》2009；23(9)：857-860。

註23：張文燾、李筱永，〈中醫藥法背景下對醫療機構中藥製劑法律規制研究〉，《中國醫院》2017；21(11)：56-59。

註24：同註21。

註25：張沐心，〈中醫藥管理體制的改革方向〉，《科學與管理》2017；37(2)：70-73。

註26：許可塑、湯少梁、王振宇，〈中醫藥法式腳下國家對地方轉移支付中醫藥項目是全劃分的探討〉，《中國衛生經濟》2016；35(12)：11-14。

註27：李艷，〈中醫藥發展存在的問題探析〉，《中醫藥管理雜誌》2014；22(1)：8-10。

註28：黃金滿，〈關於中國中醫藥立法的思考〉，《合肥學院學報》2015；32(1)：57-62。

註29：馬韶青、郭斯倫，〈中國中藥法律監管存在的問題及其原因探索〉，《中國衛生事業管理》2017；3：213-216。

醫藥資源分布不均^{30,31}、野生中藥材資源破壞嚴重、中藥材品質監管體系不足^{32,33}等問題。鑒於上述中醫藥管理疑慮，在2005年重新由國家中醫藥管理局以《傳統醫藥法》為名稱擬定草案³⁴，後因避免與其他國家傳統醫學混淆及立法連續性，後改為《中醫藥法（草擬稿）》進行討論，自2008年起由衛生部、國務院、全國人民代表大會審查及修改草案，並歷經多次研商與徵求意見³⁵，在2016年12月25日於第十二屆中國全國人民代表大會常務委員第二十五次會議頒布延宕30年的《中醫藥法》，並於2017年7月1日實施。《中醫藥法》共9章63條，內容涵蓋中醫藥服務、中藥、中醫藥人才、中醫藥科學研究、中醫藥傳承與文化傳播等，立法目的即為保護、扶持和促進中醫藥發展，條文特色包含法制化中醫藥政策及方針；明確各級政府責任和作用，如：縣級中醫藥發展政策規畫、中醫藥醫療保險支付範圍與政策等；加強中醫藥傳承、創新及優點發揮，如：立中醫師承教育、

傳統中藥加工與飲片炮製技術保護制度；建立具中醫藥特色制度，如：中醫診所備案制、醫療機構委託傳統工藝製劑備案制、醫療機構中藥飲片炮製備案制、經典名方臨床研究資料減免、自採自種中藥材等^{36,37,38,39}。

參、臺灣《中醫藥發展法》立法之必要性

一、未銜接國際傳統醫學管理潮流

臺灣先前中醫藥相關法律體系，於法律位階包含《醫療法》、《醫師法》、《藥師法》、《護理人員法》、《藥事法》、《醫事人員人事條例》、《藥事法》、《藥害救濟法》等；於命令位階包含《醫療法施行細則》、《護理人員法施行細則》、《醫療機構設置標準》、《藥物製造業者檢查辦法》、《藥品優良臨床試驗準則》、《藥品查驗登機審查準則》等，雖使中醫藥管理具有穩定基礎，但多為細節目標與任務型法律與命

註30：陳冰、張子龍、趙敏、馮玉、曾予，〈中國中醫藥立法制約因素淺析〉，《醫學與社會》2011；24(7)：73-74。

註31：黃明安，〈中醫藥現狀與發展趨勢研究〉，《時珍國醫國藥》2016；27(8)：1956-1960。

註32：趙靜、劉新社、孔軍輝，〈《中醫藥法》立法與實施相關問題探討〉，2016；30(12)：1200-1203。

註33：同註29。

註34：王淑君、秦秋，〈中醫藥進入立法視野傳統醫藥法年內起草〉，人民日報，2005年04月29日（8版）。

註35：桑濱生、劉曉婷，「親歷《中華人民共和國中醫藥法》的誕生——中國中醫藥法治建設回眸」，連結網址：

<http://www.sjyl.com/column/ylzx/c03015613.html>，2020年5月10日最後訪問。

註36：桑濱生，「解讀《中醫藥法》系列：《中醫藥法》有十大亮點」，連結網址：

http://www.xinhuanet.com/health/2017-04/17/c_1120824293.html，2020年5月10日最後訪問。

註37：同註12。

註38：田侃，〈試論中國中醫藥法之規制特點〉，《月旦醫事法報告》2017；5：110-118。

註39：李一丁，〈中國心中醫藥法的過去、現狀與展望〉，《月旦醫事法報告》2017；12：54-60。

令，並未具有產業發展常見之創新研發、市場開拓、人才培訓、行銷推廣、資金挹注、配套法令與推動機制的建立及依據⁴⁰。比對臺灣中醫藥相關法律以及韓國《韓醫藥育成法》、中國《中醫藥法》管理範圍（詳見表1），可見臺灣中醫藥法律體系相對缺乏整體性，且缺少政策、經費、研究、產業、國際交流等事項之發展法源依據，另外，韓國《韓醫藥育成法》和中國《中醫藥法》相比，中國《中醫藥法》範圍較廣，但兩者都具有國家級或縣市級政策和經費之法源依據，可視

為《2011-2020年戰略》所提傳統醫學應具有國家政策以作為相關活動基礎之內容，可見臺灣中醫藥法律架構有待進一步完善。

二、WHO傳統醫學戰略精神需進一步法制化

《2011-2020年戰略》提到傳統醫學相關政策應得到法律和條例的支持，但比對臺灣目前中醫藥法律體系和《2002-2005年戰略》所提之「國家傳統醫學/補充和替代醫學國家政策中應包含的關鍵要素」⁴¹，發現仍缺少中

表1：臺灣中醫藥相關法律、韓國《韓醫藥育成法》、中國《中醫藥法》管理範圍比較

傳統醫學管理範圍	臺灣中醫藥相關法律	韓國《韓醫藥育成法》	中國《中醫藥法》
政策	×	√	√
經費	×	√	√
醫療服務	醫療法、醫師法、藥師法	×	√
醫療機構	醫療法	×	√
人力教育	醫師法、藥師法、藥事法	×	√
研究	×	√	√
產業	藥事法	√	√
品質	醫療法、藥事法	√	√
保健	×	×	√
文化	×	×	√
國際交流	×	√	√
廣告傳播	醫療法、藥事法	×	√
法律責任	醫師法、藥師法、醫療法、藥事法	×	√

註40：俞龍通，〈文化創意產業發展法通過後的展望與挑戰〉，《北辰館訊》2010；24。

註41：世界衛生組織《2002-2005年傳統醫學戰略》所提國家政策應包含的關鍵要素如下：(1)傳統醫學/補充和替代醫學的定義。(2)政府在發展傳統醫學/補充和替代醫學方面作用的定義。(3)確保傳統醫學/補充和替代醫學療和產品安全性和質量的規定。(4)建立或補充與傳統醫學/補充和替代醫學提供者及草藥管制有關法規的規定。(5)關於傳統醫學/補充和替代醫學提供者教育和培訓的規定。(6)促進傳統醫學/補充和替代醫學適當應用的規定。(7)關於傳統醫學/補充和替代醫學人力資源能力建設的規定，包括財力資源的調撥。(8)關於國家健康保險覆蓋面的規定。(9)考慮到知識產權問題。

醫藥、政府發展中醫藥作用的定義，促進中醫藥適當應用、完備中醫藥醫事人力規劃及財力資源調整等法源依據。另外，《2011-2020年戰略》提到應訂定藥用植物良好農業和採集規範（GACP）、優良供應（分銷）規範（GSP）、支持與加強實證基礎與醫療創新相關規範、保護及監督傳統醫學資源相關規範、傳統醫學產品風險和成本效益規範、提高民眾認識傳統醫學方案等，以及應提供研究方法培訓機會、記錄傳統醫學知識、進行傳統醫學和西醫從業人員合作和溝通、開發和維護實證和研究數據庫和訊息系統、鼓勵跨學科和區域合作、促進國際標準調和等行動，皆未體現於現行中醫藥法律體系之中，易使政府依據各項傳統醫學戰略訂定或推動中醫藥政策時無法源基礎。

三、中醫藥發展經費及醫療保險給付費用偏低

臺灣衛生福利部中醫藥業務在2019年預算

為1.143億元，比2018年預算增加0.467億元，但也僅佔整體衛生保健支出之0.056%⁴²，而韓國2018年韓醫藥預算佔保健福祉部預算約0.09%，約16.1億台幣^{43,44}，和中國2019年中醫藥預算佔國家衛生健康委員會預算約6.0%，約60億台幣^{45,46}，相比之下臺灣中醫藥預算比例明顯偏低，應進一步調整經費以利中醫藥發展，另外，雖然近年中醫門診醫療保險給付費用逐年增加⁴⁷，但佔整體醫療費用比率卻逐年下降，2015年至2019年平均為3.67%，在2019年僅佔3.63%，醫療費用約259億⁴⁸，且相較於西醫，中醫健保給付品項比較少，而每日支付藥費雖已從2006年每日30元⁴⁹調升至2020年每日37元⁵⁰，但在中藥材成本不斷上漲以及民眾醫療需求增加之下，給付項目和藥費支付點數仍需要進一步調整。

四、中醫藥產業取得獎勵或補助比例偏低且未有適當法源

除衛生福利部中醫藥司之補（捐）助案、

註42：衛生福利部109年度預算案，連結網址：

<https://dep.mohw.gov.tw/DOA/cp-658-49152-112.html>，2020年5月10日最後訪問。

註43：내년 한의약 정책 관 예산，連結網址：살펴보니

<http://www.healthfocus.co.kr/news/articleView.html?idxno=75629>，2020年5月10日最後訪問。

註44：韓國保健福祉部2018年預算為642,416億韓元，其中韓醫藥預算為580.45億韓元。

註45：中國國家中醫藥管理局2019年中央部門預算公開報告，連結網址：

<http://gcs.satcm.gov.cn/zhengcewenjian/2019-04-02/9501.html>，2020年5月10日最後訪問。

註46：中國2019年國家衛生健康委員會預算約226.89億人民幣，其中國家中醫藥管理局預算為13.69億人民幣。

註47：2015年至2019年中醫門診費用（佔全民健康保險費用比例）：2015年22,129百萬（3.75%），2016年22,998百萬（3.71%），2017年23,933百萬（3.66%），2018年24,819百萬（3.62%），2019年25,918百萬（3.63%）。

註48：黃頌儼，〈中醫門診總額執行成果報告〉，中華民國中醫師公會全國聯合會，2019。

註49：陳時中，〈中（草）藥的發展願景（含健保給付制度）管理專案報告〉，立法院第9屆第3會期社會福利及衛生環境委會第8次全體委員會議，2017。

註50：10味高貴中藥材最快109年3月納健保給付，連結網址：

<https://udn.com/news/story/7266/4176482>，2020年5月10日最後訪問。

科技部生命科學司—藥學及中醫藥學門之補助以外，國家發展委員會、經濟部、農業發展委員會等部會發布之獎勵或補助計畫中，雖有中醫藥產業申請通過案例，但計畫申請範圍並不限定於中醫藥產業，且中醫藥相關案件佔總通過案件多不超過10%，如：(1)衛生福利部與經濟部依據《藥事法》第41條、《藥物科技研究發展獎勵辦法》辦理的「藥物科技研究發展獎」申請對象為生技醫藥產業，截至2018年共頒發193項，其中與中醫藥相關者佔7.2%，與植物藥相關者佔1%⁵¹；(2)經濟部依據《生技新藥產業發展條例》、《生技新藥公司研究與發展及人才培訓支出適用投資抵減辦法》、《營利事業適用生技新藥公司股東投資抵減辦法》辦理的租稅優惠申請對象為生技新藥公司⁵²；(3)經濟部國貿局、工業局、技術處、中小企業處分別辦理的「補助業界開發國際市場計畫」、「製藥產業技術輔導與推廣計畫」、「科技專案補助資源」、

「創造中小企業智財價值計畫」，以及中小企業處依據《經濟部協助產業創新活動獎勵補助及輔導辦法》辦理的「小型企業創新研發計畫」皆未針對中醫藥產業，是以國際交流、創新研發或知識產權為主的計畫案，其中，「補助業界開發國際市場計畫」2013-2019年共通過290個計畫案，中草藥相關佔1.03%，「小型企業創新研發計畫」2007-2019年共通過4955個計畫案，中醫佔0.04%、中藥佔0.42%、草藥佔0.61%^{53,54,55,56,57}；(4)科技部辦理的「補助產學技術聯盟合作計畫」為促進學術及產業界技術合作，2013-2019年共通過630個計畫案，中藥佔0.2%⁵⁸；(5)農業委員會辦理「農業科技專案計畫」範圍是產學研農產品創新，2007-2019年共通過173個計畫案，中藥佔2%，草藥佔3%⁵⁹；(6)農業委員會依據《農業生物科技園區促進園區事業研究發展補助要點》辦理的「農業生物科技園區促進園區事業研究發展補助」是針對進駐園區

註51：「衛福部·經濟部藥物科技研究發展獎」15年專刊，連結網址：

<https://www.fda.gov.tw/tc/siteListContent.aspx?sid=8917&id=24781>，2020年5月10日最後訪問。

註52：經濟部生技醫藥產業發展推動小組，《中華民國2019生物技術與醫藥產業簡介》，2018。

註53：補助業界開發國際市場計畫，連結網址：

<https://www.trade.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeID=1784&pid=594838>，2020年5月10日最後訪問。

註54：製藥產業技術輔導與推廣計畫技術輔導案申請須知，連結網址：

http://www.pitdc.org.tw/file/News/_TW1503656047_0.pdf，2020年5月10日最後訪問。

註55：科技專案補助資源，連結網址：

https://www.moeasmea.gov.tw/MNS/doi/content/Content.aspx?menu_id=13391，2020年5月10日最後訪問。

註56：中小企業智財價值升級計畫，連結網址：

<https://ipcc.moeasmea.gov.tw/aboutus/intro.html>，2020年5月10日最後訪問。

註57：小型企業創新研發計畫（SBIR），連結網址：

<https://www.moeasmea.gov.tw/ct.asp?xItem=13340&CtNode=1185&mp=1>，2020年5月10日最後訪問。

註58：中藥製劑層析指紋成分鑑定產學聯盟，連結網址：

<http://homepage.ntu.edu.tw/~shengfatsia/>，2020年5月10日最後訪問。

註59：農業科技專案計畫服務網，連結網址：

<https://agtech.coa.gov.tw/Field/>，2020年5月10日最後訪問。

業者，2009-2018年共通過194個計畫案，中藥佔11%，草藥佔24%⁶⁰。另外，中醫藥產業在法律架構上並未像《文化創意發展法》第12條，以及其子法之《經濟部協助獎勵或補助文化創意事業辦法》、《文化部協助獎勵或補助文化創意事業辦法》對產業發展提供完整性獎勵或補助法源，使得中醫藥產業補助或獎勵政策或措施並未有整體且穩定之法源依據。

五、發揮中醫於醫療體系優勢並改善醫療資源耗用⁶¹

臺灣在2018年已正式邁入高齡社會，65歲以上人口占總人口比率達到14.05%⁶²，2000年至2017年間高齡者的醫療支出成長將近

30%⁶³，而且高齡者多具有多重慢性疾病，約51.3%高齡者有3種以上慢性疾病⁶⁴，據統計臺灣醫療費用平均最高者即為合併五種以上慢性疾病，另外，高血壓、糖尿病、高血脂所導致的冠狀動脈疾病、腦血管疾病、周邊動脈疾病、腎臟病變、眼睛病變等併發症⁶⁵，以及全民健康保險醫療費用前十大花費疾病之急慢性腎衰竭及慢性腎臟疾病、腦血管疾病等⁶⁶，都會進一步使政府福利津貼與全民健康保險支出增加，導致政府財政與醫療資源吃緊⁶⁷。目前已有許多中西醫合作或中醫多元醫療相關研究或健保試辦計畫⁶⁸指出中醫介入特定疾病及高齡患者照護具有正面幫助，可減少併發症與再次住院機率，進一步減輕醫療資源耗用與經費支出問題，如：對

註60：行政院農業委員會農業生物科技園區，連結網址：

<https://www.pabp.gov.tw/CHT/cl01070102.aspx>，2020年5月10日最後訪問。

註61：衛生福利部：2025衛生福利政策白皮書，2016。

註62：楊晉璋、陳星諭、陳俊良、楊賢鴻，〈臺灣中醫對於長期照顧患者的生活品質及心率變異之療效評估〉，J Chin Med2018；29(1)：42-59。

註63：陳綠蔚、邱弘毅主編，〈高齡社會下健康照護財物之挑戰與因應〉，《財團法人中技社》，2019。

註64：衛生福利部國民健康署，研究顯示：五成老人有三種以上慢性病，連結網址：

<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=1128&pid=1949>，2020年5月10日最後訪問。

註65：梁容方、鄭健濤、張慈桂，〈中老年人多重慢性疾病與自覺健康狀況關聯之探討〉，《澄清醫護管理雜誌》2018；14(2)：17-26。

註66：2018年全民健康保險醫療費用前二十大疾病，連結網址：

https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=D529CAC4D8F8E77B&topn=23C660CAACAA159D，2020年5月10日最後訪問。

註67：徐瑜璟，〈台灣老年人的中醫醫療利用以及挑戰〉，《台灣老年學論壇》2014；21。

註68：列舉2010年至2018年中醫醫療計畫及照護模式：2010-2012年小兒氣喘、小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫；2015-2018年中醫提升孕產照護品質計畫；2016-2018年中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫；2014-2018年西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫；2013年開啟的「建構中西醫合作照護模式」已建立頭頸部腫瘤、眩暈急診、痛症急診、慢性不癒傷口、逆流性食道炎、小兒性早熟、兒童異位性皮膚炎、急診腸阻塞等8種中西照護模式，其中自2018年起將急症處置眩暈、腸阻塞、胸悶、胸痛、心悸、軟組織疼痛、經痛、偏頭痛、癌症疼痛、骨骼關節相關疼痛、腦中風等納入健保試辦計畫；2014年開啟的「建構中醫日間照護模式」建立小兒氣喘、失智症、慢性腎臟病、食道癌、乳癌等11種中醫日間照護模式；2015年開啟的「建立中醫參與長期照顧服務模式」；2016年開啟的「建立中醫參與戒癮治療模式」。

於長期照顧患者，可以改善病患的慢性便秘、下背疼痛和憂鬱症狀⁶⁹；對於糖尿病患者可以減少血糖以及急性併發症發生⁷⁰等；對於慢性腎臟病患者可以降低惡化成腎衰竭風險以及死亡率⁷¹；對於中風患者可減少復發率、併發症（失智症、肺炎、癲癇）及死

亡率^{72,73,74,75,76}；對於不孕症患者可提高人工受精懷孕率及活產率⁷⁷；對於戒毒患者可使用耳穴貼壓與雷射針灸降低毒癮復犯率⁷⁸等。另外，中醫藥普遍接受性高，像在65歲以上老年人身上，每人每年中醫門診就醫次數為1.26次⁷⁹，智能障礙者則為6.1-6.2次⁸⁰，

註69：同註62。

註70：傅茂祖，〈以2001年台灣糖尿病照護管理計畫為基礎比較中、西醫糖尿病治療的效益和順從度〉，《中醫藥年報》24：187-230，2004。

註71：Lin MY, Chiu YW, Chang JS, Lin HL, Lee CT, Chiu GF, Kuo MC, Wu MT, Chen HC, Hwang SJ. : Association of prescribed Chinese herbal medicine use with risk of end-stage renal disease in patients with chronic kidney disease. *Kidney Int.* 2015 Dec; 88(6): 1365-1373.

註72：Yu-zheng Du, Xin-xin Gao, Cheng-Ting Wang, Hai-zhen Zheng, Yun Lei, Meng-han Wu, Xue-min Shi, Hai-peng Ban, Wen-long Gu, Xiang-gang Meng, Mao-ti Wei and Chun-xiao Hu .Acupuncture lowering blood pressure for secondary prevention of stroke: a study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *Trials* 18:428, 2017。

註73：Chun-Chuan Shih, Chun-Chieh Yeh, Chaur-Jong Hu, Hsin-Long Lane, Chin-Chuan Tsai, Ta-Liang Chen, Chien-Chang Liao (2017, Jul). Risk of dementia in patients with non-hemorrhagic stroke receiving acupuncture treatment: a nationwide matched-cohort study from Taiwan's National Health Insurance Research Database. *BMJ Open*, 7(6).

註74：Chuen-Chau Chang, Ta-Liang Chen, Chao-Shun Lin, Chi-Li Chung, Chun-Chieh Yeh, Chaur-Jong Hu, Hsin-Long Lane, Chien-Chang Liao, Chun-Chuan Shih (2018, May). Decreased Risk of Pneumonia in Stroke Patients Receiving Acupuncture: A Nationwide Matched-pair Retrospective Cohort Study. *PLOS ONE*, 13(5), 10.1371.

註75：Hu-Wen Weng, Ta-Liang Chen, Chun-Chieh Yeh, Hsin-Long Lane, Chien-Chang Liao, Chun-Chuan Shih (2018, Oct). The effects of Bu Yang Huan Wu Tang on poststroke epilepsy: a nationwide matched study. *Clinical Epidemiology*, 10, 1839-1850.

註76：Chuen-Chau Chang, Ta-Liang Chen, Hsienhsueh Elley Chiud, Chaur-Jong Hue, Chun-Chieh Yeh, Chin-Chuan Tsai, Hsin-Long Lane, Mao-Feng Suni, Fung-Chang Sung, Chien-Chang Liao, Jaung-Geng Lin, Chun-Chuan Shih (2016, Jan). Outcomes after stroke in patients receiving adjuvant therapy with traditional Chinese medicine: A nationwide matched interventional cohort study. *Journal of Ethnopharmacology*, 77(2016):46 - 52.

註77：See CJ, McCulloch M, Smikle C, Gao J. Chinese herbal medicine and clomiphene citrate for anovulation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Altern Complement Med.* 2011 May; 17(5):397-405.

註78：彰化基督教醫療財團法人鹿東基督教醫院：建立中醫參與戒毒治療模式與成效評估計畫，計畫編號：MOHW105-CMAP-M-114-000110，2016。

註79：Hung, C.-T. et al.，〈老年人於全民健康保險中醫門診醫療服務之利用分析〉，《臺灣老人保健學刊》2010；6(2)。

註80：蘇倬寧、江博煌、徐尚為，〈智能障礙者全民健康保險中醫門診利用情形〉，《身心障礙研究季刊》2017；15(3)：151-163。

且依據2015年彰化基督教醫院中醫部調查結果發現近八成社區的個案家屬和照顧服務員認為長照團隊需要中醫師⁸¹，可見民眾對於中醫藥之肯定，因此，需擷取中醫藥優勢，完善中西醫合作醫療，滿足民眾中醫藥醫療需求，減少民眾複向就醫、多重用藥等醫療資源浪費問題⁸²，並達成《2011-2020年戰略》所提應促進傳統醫學與西醫間的合作及轉診等內容。

六、中藥產業競爭力不足

臺灣89%中藥廠商多為中小企業⁸³，普遍缺乏研發創新能與新技術應用，產品共通性高且週期短⁸⁴，且未能將學術機構研發成果及人才連結至產業之中，使學術與產業研發量能無法通力合作^{85,86}。以中藥產銷而言，臺灣是以內銷居多，以2012年至2016為例，內銷比與外銷比差距約5-6倍之間⁸⁷，可能起因於缺少國際行銷管道和人才，使國際市場開拓能力不足⁸⁸，但就出口部份來看，前五大出口地區依序為新加坡、美國、馬來西亞、日本

及香港，約占臺灣中藥出口值近70%，其中，中藥製劑2018年產值約81.6億元，較2017年的79.5億元，約成長2.7%，出口總額也達約9.4億元，較2017年成長約12%，是臺灣製藥產業範疇唯一呈貿易順差之類別^{89,90}，可見中藥產業仍俱有經濟優勢。

七、中藥材進口依賴度高

臺灣在部分中藥藥用植物雖已具有產能，但非常仰賴進口，是全球藥用植物第五大進口國，且進出口值及進出口量皆呈現入超狀態，依據海關2012年至2016年數據進口國前五名進口量占整體約80-90%，其中，中國進口值占整體進口值約50%⁹¹，顯見臺灣中藥材進口依賴度高且源頭多元，而各國品質標準、監督機制、檢驗標準、常見異常物質等皆不同，易帶來中藥品質管理風險與價格變動的經濟壓力。日本與韓國過去皆有相同困境，但皆透過政策改善藥材進口依賴度，日本在1990年之後，開始大力發展草藥基地並建立草藥種植園，使日本中藥材進口量和進

註81：彰化縣府與中醫師公會啟動「社區居家中醫服務」主動照顧失能民眾，連結網址：

<http://www.taiwantimes.com.tw/ncon.php?num=24306page=ncon.php>，2020年5月10日最後訪問。

註82：同註61。

註83：劉崇喜，〈建構高屏地區發展科技中草藥產業鏈計畫——中草藥產值評估分析〉，《中醫藥年報》2008；26(6)。

註84：計畫主持人，劉得任，中醫藥研究人才培訓課程，計畫編號：CCMP100-RD-27，2011。

註85：黃聰龍，107年度生科司學門發展規劃及成果報告——藥學及中醫藥學學門發展規劃及成果報告，科技部生命科學研究發展司，2018。

註86：吳永昌，105年度生科司學門發展規劃及成果報告——藥學及中醫藥學學門發展規劃及成果報告，科技部生命科學研究發展司，2016年。

註87：劉依蓁、魏于翔，〈臺灣中草藥產業貿易及研發現況分析〉，《農業生技產業季刊》2017；52：25-34。

註88：計畫主持人：劉祖慧，中醫藥國際合作與發展策略，計畫編號：CCMP102-RD-017，2014。

註89：吳忠勳等人編輯，2018生技產業白皮書，經濟部工業局，2018年。

註90：巫文玲，〈2018年第四季及全年我國製藥產業回顧與展望〉，《生物技術開發中心》，2019年。

註91：同註87。

口值下降，到2018年日本已成為僅次於美國的世界第二大藥材出口國⁹²，而韓國則透過《韓醫藥育成法》將強化韓藥材生產做為韓醫藥發展的基礎政策，在2005年至2010年的第一期韓醫藥發展綜合計畫中，進行中藥生產基地設立、中藥種植產銷與旅遊體驗發展、中藥種植產品高附加價值研究等措施，使韓藥種植產業在2005年至2009年間成長253%⁹³，爰需借鏡日本與韓國經驗，透過國家整體政策發展臺灣中藥材資源。

八、中藥品質與風險管控需滾動式修正

臺灣中藥品質管理包含中藥廠及中藥材管理，前者在2005年已實施《藥物優良製造準則》，並於2018年公告《中藥優良製造確效作業基準》，使確效作業從2020年分階段實

施，2026年全品項施行；後者有中藥材邊境查驗和可供食品使用規定⁹⁴，中藥製劑和中藥材異常物質限量規定⁹⁵，中藥製劑指標成分、基準方、標籤標示等規範⁹⁶，以及第三版《臺灣中藥典》共355項中藥材與2項中藥製劑規格，可見臺灣中藥品質與風險管理有一定基礎，但由於中藥品質造假方式不斷變更，爰需不斷精進檢驗及管理方式⁹⁷，以符合《2011-2020年戰略》所提應執行和加強傳統醫學商品之管理標準等內容。

九、中醫藥研究量能不足

過去政府執行許多國家型計畫推動中醫藥研究，發展學術與應用研究、促進產學合作、健全人才培訓、建立臨床規範以及輔導國際合作等^{98,99}，包含1987年通過的國科會

註92：Annie Xianghong Lin, GingChan, YuanjiaHu, DefangOuyang, Carolina Oi Lam Ung, LuwenShi, HaoHu. Internationalization of traditional Chinese medicine: current international market, internationalization challenges and prospective suggestions. Chin Med. 2018; 13: 9.

註93：제2차한약육성발전계획(2011-2015)，連結網址：

<http://www.korea.kr/archive/expDocView.do?docId=28723>，2020年5月10日最後訪問。

註94：中藥材應施輸入查驗中藥材之相關查驗規定《衛部中字第1051861847號》、可供食品使用18項中藥材品質標準《衛部中字第1051860028號》、可同時提供食品使用之中藥材《衛部中字第1071860124號》等規定。

註95：中藥材異常物質二氧化硫與黃麴毒素《衛部中字第105860702號》、重金屬《衛部中字第1051861110》、製劑異常物質《署授藥字第0930000211號》、《署授藥字第0950003236號》、《署授藥字第0980001933號》、《署授藥字第1000002752號》、《署授藥字第1021881313號》。

註96：中藥製劑指標成分《衛署中會字第89040256號》、《衛署中會字第0910079191號》，基準方列表《衛署中會字第84056272號》、《衛署中會字第89037929號》、《衛署中會字第0900002545號》，標籤標示《署授藥字第0960337455號》、《衛部中字第1021881289號》、《衛部中字第1041860237號》。

註97：Mingzhe Xu, Baobin Huan, Fang Gao, ChenchenZhai, Yueying Yang, Lulu Li, Wenya Wang and Luwen Shi. Assesment of Adulterated Traditional Chinese Medicines in China: 2003-2017. Front. Pharmacol2019;29.

註98：魏于翔，「我國中草藥研發歷程、植物新藥法規及廠商現況」，連結網址：

<http://www.biotaiwan.org.tw/download/structure4/%E9%AD%8F%E4%BA%8E%E7%BF%94/107/%E6%88%91%E5%9C%8B%E4%B8%AD%E8%8D%89%E8%97%A5%E7%A0%94%E7%99%BC%E6%AD%B7%E7%A8%8B%E3%80%81%E6%A4%8D%E7%89%A9%E6%96%B0%E8%97%A5>

中藥大型研究計畫、1995年行政院通過的加強生物科學技術產業推動方案將科學化中草藥納入優先發展產業、2001年至2005年經濟部技術處中草藥產業技術發展五年計畫、2006年至2010年生技製藥國家型科技計畫、2011年至2016年生技醫藥國家型科技計畫等^{100,101,102,103}，但前述計畫都缺乏整體的中醫藥研究政策，使臺灣中醫藥研究量能無法發揮¹⁰⁴，另依據科技部生科司藥學及中醫藥學門歷年報告指出目前中醫藥研究困境包含：人才斷層，長期沒有注入新血，使研究原創性逐年降低；學研機構研究大多屬於單點突破型的研究，欠缺跨領域整合性研究策略，以及政府研究經費分配相當有限且逐年遞減^{105,106}，使政府研究資訊系統（Government Research Bulletin）統計之中醫藥研究數量從2011年開始逐漸下滑¹⁰⁷。

中藥新藥研究及產業發展為衛生福利部極為重視領域，已分別於1999年和2008年公告《中藥新藥查驗登記須知》和《中藥新藥臨

床試驗基準》，並已建立中藥臨床試驗中心和中醫藥聯合人體試驗倫理委員會，也補助教學醫院進行人員招募訓練和制定臨床試驗標準作業手冊，從1999年至2014年共有23件中藥新藥臨床試驗申請，其中14件通過執行，6件完成第二期與第三期臨床試驗，但最終通過藥證審查上市只有壽美降脂一號（衛署藥製047152）與中天化療漾內服液（衛署成製字第015926號），且自2004年至2014年僅有其中3年各有1件臨床試驗申請，其餘年份皆沒有申請案^{108,109}，新藥研發困境可能包含：經費多來自科技部缺乏藥廠挹注，國內中藥廠商規模小，新藥研發技術能力有限，新藥查驗登記過程漫長，國內市場規模小¹¹⁰等因素，讓企業難以因應新藥研究所需之龐大經費與回收相關投資，另外，因人力與經費不足，迄今只剩6家中藥新藥臨床試驗中心，且目前經費規模每年僅能輔導4至7家醫院進行實證研究與中西醫整合醫療，影響中藥新藥及實證研究研究發展¹¹¹，無法實踐

%E6%B3%95%E8%A6%8F%E5%8F%8A%E5%BB%A0%E5%95%86%E7%8F%BE%E6%B3%81(201712).pdf, 2020年5月10日最後訪問。

註99：李連滋、黃明章，「各國中醫藥發展與我國研發的銜接」，工研院生醫工程中心。連結網址：

<http://www.jirb.org.tw/DB/File/Download/930809-1.pdf>, 2020年5月10日最後訪問。

註100：鄧哲明，〈台灣中草藥研究回顧與展望〉，第29屆天然藥物研討會，2014年9月27日。

註101：經濟部，中草藥產業技術發展五年計畫執行總成果，2006。

註102：行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告，生技製藥國家型科技計畫辦公室運作計畫。2004。

註103：許慈真，〈淺論中草藥專利保護與發展〉，《智慧財產權月刊》2013；180：55-86。

註104：同註87。

註105：同註85。

註106：同註86。

註107：同註87。

註108：黃怡超等編輯，《臺灣中醫藥之發展》，國家圖書館出版，2015。

註109：黃怡超等編輯，《臺灣中醫藥之發展》，國家圖書館出版，2018。

註110：蘇國漢，《台灣中草藥商品化與市場進入研究》，國立中山大學管理學院高階經營碩士學程在職專班，2017。

註111：衛生福利部，中醫優質發展計畫草案（109-113年），2019。

《2011-2020年戰略》所提應加強實證基礎奠定有力科學證據等內容。

十、中醫醫事人力規劃與資源管理不足¹¹²

臺灣中醫師培育以大學院校教育為主¹¹³，需經中醫內科、傷科、針灸學科、婦兒科實習達45周或1800小時以上，以及專門職業及技術高等考試合格¹¹⁴，每年預計可投入365位中醫師人力，中醫師數在2018年為2.81人/每萬人口¹¹⁵，已遠超過中醫師2.2人/每萬人口之中醫師人力充足標準¹¹⁶，而各縣市每萬人口中醫師數前三高縣市分別為台中市4.73、嘉義市4.09、台北市3.19，前三低縣市分別為金門縣0.50、澎湖縣0.48、連江縣0，全臺灣沒有中醫醫療機構共84個鄉鎮（區），只有一家

中醫醫療機構共76個鄉鎮（區）^{117,118}，可見中醫師人力資源急需透過政策與管理，減緩中醫師供過於求現況，並改善不同區域間中醫醫療資源分布，以提升中醫醫療可近性。在中醫師臨床教育部分，具有《中醫醫療機構負責醫師訓練計畫》、《中醫專科醫師制度建構計畫》、《建置中醫臨床技能測驗中心計畫》等計畫建立負責醫師與專科醫師制度，但負責醫師制度面臨訓練名額及經費不足、訓練課程與學校見實習內容重複、執行醫療業務界限不清^{119,120,121}，因此，中醫臨床訓練需進行更長遠且完整的制度與財務規劃，另外，中醫與西醫缺乏對等的溝通與互動¹²²，可能影響民眾醫療服務品質及安全，而且進行中醫藥臨床試驗時，若僅以西醫背景來執行試驗，可能會忽略中醫觀點，

註112：本段所指中醫醫事人力是指在《醫療法》第10條訂定之醫事人員中主要有修習中醫藥學分制度之醫事人力。

註113：過去有專門職業及技術高等考試以外的考試制度，經自修或民間師徒相授習醫，並經檢定考試及格始取得專門職業及技術人員特種考試報考資格，在通過後須接受為期18個月的臨床訓練，於1950年至2011年共有3,613位通過特種考試，但該考試方式已於2011年廢止。

註114：高尚德、高明見，〈我國中醫師證照考試之現階段變革暨方向〉，《國家菁英》2014；10(1)：35-50。

註115：同註48。

註116：洪錦墩，〈未來十年人口變遷對中醫醫療服務及人力政策影響的預測〉，《中醫藥年報》2008；27(4)。

註117：同註48。

註118：《健保醫字第1070034456號108年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案》（2018年12月26日公告）。

註119：立法院第9屆第3會期社會福利及衛生環境委員會第7次全體委員會議：「中醫師的養成及規劃」——中醫師臨床訓練制度專案報告，連結網址：

<https://www.mohw.gov.tw/dl-14586-75bc30d8-2c15-49a9-b995-c8b1a8b249e3.html>，2020年5月10日最後訪問。

註120：中醫師受訓率僅48%衛福部醫事司：醫院怕做賠本生意，連結網址：

<https://www.setn.com/News.aspx?NewsID=194852>，2020年5月10日最後訪問。

註121：中醫師訓練經費大縮水衛福部：明年比照牙醫師，連結網址：

<https://tw.appledaily.com/new/realtime/20170315/1076773/>，2020年5月10日最後訪問。

註122：計畫主持人，鄭振鴻，建構中西醫合作住院醫療模式，計畫編號：CCMP97-RD-040，2008。

影響收案標準及副作用判讀，爰需進一步加強中西醫合作及訓練^{123,124}，並達成《2011-2020年戰略》所提應為西醫及其他醫療從業人員提供傳統醫學教育之內容。

在護理師方面，2000年中醫藥委員會召集專家研擬並推動共7科9學分之中醫護理訓練科目^{125,126}，目前由臺灣中醫護理學會協助開設及認證中醫護理學分，到2017年底共2,572位護理人員取得學分認證¹²⁷，並且該認證制度已納入醫院與教學醫院評鑑之中，但臺灣中醫護理學會屬於民間團體，且學分法律效力僅來自於中醫藥委員會的函釋，與護理師接受院校教育並通過國家可是取得的資格相比，中醫護理訓練認證適法性較為不足，且中西醫療專業知識與衛教多有不同，已有許多院校將中醫藥護理相關課程納入，爰建議以落實學校中醫護理教育為準¹²⁸，使護理師能在中醫住院、長期照護、臨床試驗團隊都發揮所長。

在藥師方面，則依據《藥師法》第15條第2

項、《衛署藥字第365918號》、《技字第17231》可在修習16學分中醫藥相關課程即可製造、供應與調劑中藥¹²⁹，多數藥學系近年已將該課程納入修習學分中¹³⁰，但依據大法官會議第四〇四號解釋文及理由書內容將西醫師與中醫師，以及西藥和中藥嚴格區分¹³¹，且與過去西醫師得執業中醫師業務需修習45學分以上課程¹³²，以及與現行中國醫藥大學學士班八年制中西醫雙主修和七年制中醫單修兩者必修學分差距51學分比較之下，藥師研修中藥學分較為寬鬆，另外，《藥事法》第103條第4項及第5項所指中藥師及需由考試院會同行政院訂定的國家考試皆尚未辦理，使修習16學分制度法學妥適性具有疑慮¹³³，並帶來諸多紛爭，爰中藥修習制度應進一步討論，以利中藥業務執行及產業發展。

十一、中醫藥研究人才培育不足

整體分析中醫藥研究領域困境為缺少專門領域研究人員及新進人員，在研究上無法提

註123：中國醫藥大學附設醫院，教學醫院成立中藥臨床試驗中心，計畫編號：MOHW103-CMAP-M-212-000301，2014。

註124：長庚醫療財團法人，教學醫院成立中藥臨床試驗中心，計畫編號：CCMP102-CT-204，2013。

註125：行政院衛生署中醫藥委員會，《衛中會醫字第89001177號函》，2000年2月2日公布。

註126：朱宗藍、廖美南、施欣欣，〈台灣中醫護理實務現況與未來發展〉，《護理雜誌》2000；47(6)：20-24。

註127：同註109。

註128：陳俞沛，〈中醫護理學分學會認證納入評鑑和適法性探討〉，《醫療品質雜誌》2016；10(4)。

註129：廖慧伶，《臺灣中藥房經營現況、消費者行為及其未來發展趨勢之研究》，中國醫藥大學中國醫藥學研究所，2004。

註130：中醫藥司藥事法第103條部份條文修正草案公聽會，連結網址：

<http://www.pharmas.org.tw/2013photo/20130816.html#location1>，2020年5月10日最後訪問。

註131：陳俞沛，〈中藥調劑權之爭議問題探討〉，《全國律師雜誌》2012；16(12)：47-53。

註132：《專門職業及技術人員高等考試中醫師考試規則》第5條第2項（已於2015年06月30日廢止）。

註133：同註131。

供專業意見、建立具中醫藥特色之研究方法或創新研究議題^{134,135}，依據經濟部工業局調查，2019年生技產業專業人才推估需2,800至3,400人¹³⁶，以中藥製劑產業占臺灣製藥產業約12%比例來推估¹³⁷，2019年中藥製劑產業人才預估需336至408人，但中醫藥、傳統醫學、天然物相關系所碩、博士2019年招生名額，預估每年只能投入約76人，無法滿足中醫藥研究人力需求，另外，執業中醫師因90%人力服務於中醫診所，且因業務繁忙、研究訊息取得不易、臨床試驗需求少等因素，使得中醫師較難投入中醫藥研究中^{138,139}。就法制面向來看，現有《醫師法》、《藥師法》、《護理人員法》多針對醫事人員之資格、執業、義務、懲處進行規範，並未像《客家基本法》第18條，《文化基本法》第17條、第18條、第23條，《原住民族基本法》第10條，《文化創意發展法》第11條，《原住民族語言發展法》第20條，《國家語言發展法》第11條等發展法具有鼓勵人才培育之法源依據，爰需進一步建立中醫藥研究人才培育之法源及措施。

肆、臺灣《中醫藥發展法》簡介

一、規劃過程及沿革

衛生福利部於2017年起委託中華民國中醫

師公會全國聯合會辦理「中醫藥發展專法研擬及可行性評估計畫」以了解鄰近國家或地區之傳統醫學政策及管理經驗，該計畫共召開四次專家會議，邀請中醫、中藥專家討論《中醫藥發展法》草案名稱、立法模式、條文架構及初步內容。延續2017年計畫內容，2018年至2019年同樣由中華民國中醫師公會全國聯合會執行「研擬中醫藥發展專法草案計畫」進行《中醫藥發展法》細部條文討論，及邀集產、官、學各界中醫、中藥、衛生政策、醫療法規專家舉辦專家會議與共識會議，以修訂條文內容，並探討條文必要性、適法性、影響性，及凝聚各界共識。在2018年召開三次專家會議，完成《中醫藥發展法》草案及法學討論，2019年共召開四次中醫藥及法學專家會議修訂條文內容，並分別與中醫藥相關團體、衛生福利部內部單位、中央政府各部會、地方政府衛生主管機關召開共六次溝通與協商會議，以及召開一次法學論壇促進傳統醫學發展法立法及施行經驗交流及探討。《中醫藥發展法》草案於2019年8月起進行立法程序，衛生福利部陳時中部長於8月14日指示《中醫藥發展法》草案列為立法院第9屆第8會期優先法案，9月17日衛生福利部《衛部中字第1081861310號》預告草案並公開蒐集各界意見，11月14日行政院會修訂通過衛福部擬具的草案並函請立法

註134：同註86。

註135：同註84。

註136：2017-2019生技產業專業人才需求推估調查摘要，連結網址：

<https://www.italent.org.tw/ePaperD/15/ePaper20170400006>，2020年5月10日最後訪問。

註137：巫文玲，〈2018年第四季及全年我國製藥產業回顧與展望〉，生物技術開發中心，2019年。

註138：計畫主持人，李飛鵬，中醫藥研究人才培訓課程，計畫編號：CCMP101-RD-007，2012。

註139：計畫主持人，郭英調，中醫藥臨床試驗人才培訓課程，計畫編號：CCMP100-RD-028，2011年。

院審議，12月6日經朝野黨團共同努力立法院三讀通過《中醫藥發展法》，2019年12月31日《中醫藥發展法》經總統公布正式施行。

二、《中醫藥發展法》簡介

《中醫藥發展法》以永續政策發展、完善中醫照護、強化中藥產業、促進研究發展及精進人才培育等目標，透過第5條中醫藥發展計畫之定期訂定、第6條中醫藥發展政策諮詢會議之定期召開，以及第4條發展經費之保障及充實、第7條中醫藥發展之補助或獎勵事項、第19條中醫藥研究基金之設置、來源、撥入方式及用途，分別奠定國家級行政及財政支援基礎，且《中醫藥發展法》規範主體有分為政府、中央主管機關、中央目的事業主管機關和直轄市、縣（市）政府，依不同中醫藥事務強化政府各部門之職責與義務，有望促進各部門間橫向與垂直單位之經驗與資源交流及整合。

《中醫藥發展法》透過第三章中醫藥醫療及照護、第四章中藥品質管理及產業發展、第五章中醫藥研究發展、第六章中醫藥人才培育奠定中醫藥發展原則，並連接《憲法增修條文》、《藥事法》、《醫療法》完善中醫藥法律架構，有利改善過去政策實施依法無據的狀況，且將中醫藥特色納入條文及條文說明之中，如：第3條定義首次確立中醫及中藥法律定義，明確劃分中醫及中藥之範圍；第11條中醫醫療利用及發展之促進將中醫治未病及全人照護精神納入，並列舉中醫養生運動、中西醫合作癌症治療、中醫戒毒等醫療模式；第16條中醫藥特色知識及傳統技藝之推廣與輔導保存列舉中藥材傳統炮製技術及工藝等，另外，第8條中醫藥於全民健康照護功

能及角色之強化，第17條國家中醫藥知識庫之建置，第18條中醫藥實證基礎之提升與中醫藥創新及研究發展之促進第，20條中醫藥研究及管理成果國際交流之進行等條文，符合WHO《2011-2020年戰略》、《2014-2023年戰略》所提將傳統醫學納入國家醫療體系，建立數據庫做為研究基礎，強化實證醫學，加強國際交流及法規調和等精神，皆有利發展符合我國中醫藥環境之政策與法規，並銜接國際傳統醫學發展趨勢。

伍、臺灣《中醫藥發展法》未來展望

一、《中醫藥發展法》立法後短期工作藍圖建議

《中醫藥發展法》立法後短期工作建議朝完善《中醫藥發展法》立法藍圖，以及奠定中醫藥發展政策規劃基礎方向，以下列出三大工作方向：

第一大方向為《中醫藥發展法》立法及基礎建設，預估應完成《中醫藥發展法》第7條中醫藥發展獎勵或補助辦法、第12條中藥藥用植物土地租用及管理辦法、第14條中藥上市後監測辦法等子辦法立法，以及第17條國家中醫藥知識庫建立，各項內容建議如下：(1)中醫藥發展獎勵或補助辦法之架構建議包含法源依據、獎勵措施、補助措施、申請資格、審查基準等，且未配合第5條中醫藥發展計畫施行，建議參考《客家知識體系發展獎勵補助辦法》第5條授權年度計畫擬定細節，如：申請期間、申請資料、審查程序等；(2)中藥藥用植物土地租用及管理辦法建議參考《承租公有土地或國營事業土地作有機農業

使用優惠辦法》、《國有耕地放租實施辦法》架構，建議包含法源依據、申請資格、申請過程、租賃期限保障、承租人義務、與其他辦法適用性，並考量中藥藥用植物種植過剩或種植非中藥藥用植物進行申請，建議增加中藥藥用植物品項訂定之條文；(3)中藥上市後監測應會進行市面上中藥抽驗以及中醫藥場所稽查，爰該辦法建議參考《輸入藥物邊境抽查檢驗辦法》、《農藥使用及農產品農藥殘留抽驗辦法》、《藥物檢驗機構認證及委託認證管理辦法》、《溫室氣體認證機構及查驗機構管理辦法》架構，建議包含法源依據、主管機關執行抽驗或稽查之職責、被抽驗或稽查業者之配合義務、抽驗或稽查流程、抽驗或稽查不合格處理方式等內容，且因《中醫藥發展法》第14條條文及說明分別提到公布執行結果和訂定中藥年度稽查計畫，爰建議條文架構還需增加公告程序，和授權年度計畫擬定細節，如：品項、數量、業者範圍等；(4)國家中醫藥知識庫建議除中醫藥醫療人員、研究人員以外社會大眾也能使用，因該條說明提到的英國國家健康暨社會照顧卓越研究院（National Institute

for Health and Care Excellence）資料庫目的除幫助醫療人員確認醫療措施是否符合管理標準，提升信心及資源運用效率，同樣幫助患者確認醫療措施是具有適當的臨床證據¹⁴⁰，而且《2011-2020年戰略》提到建立和維持傳統醫學數據庫有利於個人、家庭和社區選擇綜合治療計畫，並為傳統醫學合理利用創造有利條件，爰建議部分中醫藥內容應開放給民眾查詢，且呼應《中醫藥發展法》第23條國民中醫藥知識教育之普及，另外，過去有專家建議建立「臺灣天然物成分及萃取物資料庫」¹⁴¹、「中醫藥安全資訊平台」¹⁴²、「世界傳統醫藥交流合作網」¹⁴³、「國內外技術授權平台」¹⁴⁴、「醫藥跨領域人才資料庫」¹⁴⁵、「各類中醫藥衛生教育媒體傳播平台」¹⁴⁶等整合型平台，以及建議彙整財團法人醫藥工業技術發展中心藥材資料庫，國家中醫藥研究所資料庫，經濟部中草藥技術委員會300種中草藥之藥材基原、DNA鑑定及圖譜資料，工業技術研究院約2000種化學圖譜，臺灣中草藥網等現有資料庫資源¹⁴⁷，爰建議除第17條條文提到的基礎研究、應用研

註140：Benefits of implementing NICE，連結網址：

<https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/into-practice/benefits-of-implementing-nice-guidance>，2020年5月10日最後訪問。

註141：計畫主持人，吳介信，國際中醫藥產業發展趨勢探討與對策研析，計畫編號：MOHW103-CMAP-M-114-000429，2014。

註142：計畫主持人，余萬能，規劃中醫藥現代化與國際化之政策及研究方向，計畫編號：CCMP99-RD-043，2010。

註143：計畫主持人，高尚德，建立傳統醫藥國際合作平台，計畫編號：CCMP99-RD-039，2010。

註144：計畫主持人，葉嘉新，中醫藥新藥開發潛力研究之篩選與評估，計畫編號：CCMP98-RD-46，2009。

註145：計畫主持人，李文華，中醫政策發展策略規劃共識計畫，計畫編號：MOHW-103-CMC-11，2014。

註146：同註142。

註147：同註141。

究、臨床及實證研究內容以外，應將前述中藥資源、中藥品質、中醫藥人才、中醫藥安全等資料整合至國家中醫藥知識庫之中。

第二大方向為建立中醫醫療服務及中藥產業數據統計制度，目前臺灣中醫藥相關統計數據多集中在中醫醫事人數、中醫醫療院所數量、中藥植物產量、中草藥進出口值、中醫藥計畫數量等，鑒於韓國《韓醫藥育成法》施行韓醫藥發展綜合計畫時，還會收集韓藥植物產業規模、韓醫藥院所銷售額、韓藥製造業銷售額、韓藥零售業銷售額、韓藥製造業出口量（韓藥化妝品、飲料、醫療器材等皆分開計算）、韓藥製造業及零售業人數等較屬於產業數據，爰建議聯結醫藥相關團體資源及數據，如：財團法人生物技術開發中心、財團法人台灣經濟研究院、財團法人醫藥工業技術發展中心天然藥物研發處等，以完善臺灣中醫藥各項數據之最新統計和彙整，可供未來中醫藥發展政策參據及效益評估使用，且建議參照臺灣《文化創意產業發展法》第6條第2項¹⁴⁸，修改《中醫藥發展法》條文，明文訂定中醫藥產業統計及出版中醫藥產業年報，以促進中醫藥發展政策規劃及研究。

第三大方向為分析中醫藥發展關鍵議題，臺灣已有許多中醫藥政策及研究計畫施行經驗，包含無中醫鄉巡迴醫療服務試辦計畫、中醫提升孕產照護品質計畫、中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫、中醫急症處置計畫等中醫醫療計畫，和《中醫藥研究人

才培訓課程（劉得任）》、《中醫藥臨床試驗人才培訓課程（郭英調）》、《探索未來中醫藥及其產業發展趨勢與管理對策（陳甘霖）》、《國際中醫藥產業發展趨勢探討與對策研析（吳介信）》、《中醫藥國際合作策略與發展趨勢分析（劉祖慧）》、《探討中醫醫療參與長期照護制度之發展模式研究（羅綸謙）》、《中醫預防醫學健康管理模式發展評估計畫（蘇奕彰）》等各種產業及醫療模式研究報告，應就過去執行經驗、數據評估、專家意見以及國際趨勢等綜合分析下，進行中醫藥產業強弱危機分析（SWOT Analysis），和進一步釐清關鍵議題和措施，並且在有限人力及財力的狀況下，以「有選擇的投資」¹⁴⁹和「非重複性探討」¹⁵⁰為主軸，重點式規劃中醫藥發展策略。

二、《中醫藥發展法》立法後中長期工作藍圖建議

《中醫藥發展法》立法後中長期工作建議朝擬定中醫藥發展計畫，以及修訂《中醫藥發展法》方向，以下列出三大工作方向：

第一大方向為建立溝通平台及機制，針對中醫藥發展關鍵議題辦理《中醫藥發展法》第6條所規定之中醫藥發政策諮詢會議，諮詢重點建議包含現況及困境分析、重點發展方向以及施行措施，並依據各政府單位之職責與內容，建立跨部會討論及分工機制，如：國際布局及產學合作可與經濟部合作，中醫

註148：《文化創意產業發展法》第6條第2項：「中央主管機關應會同中央目的事業主管機關建立文化創意產業統計，並每年出版文化創意產業年報。」

註149：同註3。

註150：同註88。

藥醫事或科技人力培育可與教育部和科技部合作，中藥藥用植物種植及應用可與農委會合作等，且應避免業務及細部內容重覆，造成後續效益及問題難以畫分，像韓國於2018年韓醫藥預算分析即指出保健福祉部韓醫藥政策科和科學技術資訊通信部（대한민국과학기술정보통신부）韓醫研究院（한국한의학연구원）都有韓醫研究計畫及經費補助，有重疊之可能性¹⁵¹，爰規劃中醫藥發展計畫時應完善溝通機制、減少政策或業務重疊及降低資源浪費。

第二大方向為擬訂及執行中醫藥發展計畫，鑒於臺灣中醫藥政策基礎及過去專家研究，建議中醫藥發展計畫以滾動式修正法規、創新及跨領域合作、資源整合及數位化、提升國際聯結為四大指導方針：(1)為符合國際傳統醫學管理趨勢，呼應《2011-2020年戰略》國際標準化和互相調和之目標，以及面對中醫藥實務變動及挑戰，減少中醫藥創新阻礙，提升各界投入中醫醫療及中藥產業意願，需滾動式修正管理方式及法規，在提升中醫藥產業發展同時，也能保障國民中醫醫療權益及中藥用藥安全；(2)為發揮中西醫整合醫療優勢，提升中醫藥產業潛力及活力，及中醫多元醫療之診斷和治療技術支援，需推動各專業領域知識交流及人才溝通合作，以中藥新藥為例即需要學術研發、臨床試驗、產業製造、智慧財產等專業，進一步創造中醫藥醫療及產業價值；(3)為改善產學研技術、設備、人才分散及無法互相銜接

應用之現況，應透過中醫藥發展計畫來整合各界量能及資源，且呼應科技部《2019-2022年科技發展策略藍圖》健康與社會安全章節所提應利用科技整合生物資訊、醫療、健康資訊建立資料庫、整合服務網路，推動醫療資源共享等內容，爰需加強中醫藥研究、法規、教育、人才之資源整合及數位化，並加強資料庫或平台應用；(4)為改善中藥產業外銷困境，以及呼應《2011-2020年戰略》加強各國合作及溝通之目標，爰需透過各項國際資源流通、活動交流、互惠合作措施，減少國際間中醫藥法規及行政障礙，建立我國中醫藥品牌及提升國際影響力。

第三大方向為修訂《中醫藥發展法》，《中醫藥發展法》條文多為指導原則與鼓勵性質政策，部分具有作用性之條文建議列為修訂重點，如：第7條第1項修訂可變更獎勵或補助辦法範圍，建議可增加中藥產業獎勵或補助內容，以彌補現有條文中藥產業支援不足問題，或依照中醫藥發展計畫之執行進行第7條修訂；近年多依照《中央政府非營業特種基金設立及存續原則》進行基金保管、運用、考核、合併、裁撤之檢討¹⁵²，因此，第19條中醫藥研究基金之設置、來源撥入方式及用途建議依照運用效率進行條文修訂。另外，臺灣部分發展法或基本法授權組織或單位執行發展措施，如：《原住民族語言發展法》第27條授權成立財團法人原住民族語言研究發展基金會，《客家基本法》第11條授權成立財團法人客家語言研究發展中心，

註151：내년한의약정책관예산살펴보니, 連結網址：

<http://www.healthfocus.co.kr/news/articleView.html?idxno=75629>, 2020年5月10日最後訪問。

註152：黃厚輯，〈中央政府非營業特種基金整併及裁撤之檢討〉，《主計月刊》2015；718。

《國家語言發展法》第6條授權指定專責單位推動國家語言，而韓國《韓醫藥育成法》同樣有授權韓醫藥發展專門組織建立條文，2003年公布之《韓醫藥育成法》第13條即授權保健福祉部成立韓藥振興財團（한약진흥재단）¹⁵³，但直到2015年才將韓方產業振興院（한국한방산업진흥원）、羅南道韓方振興院（전라남도한방산업진흥원）等韓醫藥相關財團重組成韓藥振興財團，該組織預算透過中央及地方共同支援，在2018年中央及地方分別規劃約2.01億台幣（72.45億韓元）和0.75億台幣（26.84億韓元）預算，營運分為本部、首爾、全南長興、大邱四個院區，主要進行韓藥檢驗、製劑開發、資源保存、建立韓藥基礎建設和標準等工作¹⁵⁴，在2018年《韓醫藥育成法》進一步修訂¹⁵⁵，將

韓藥振興財團更名為韓醫藥振興院（한국한약진흥원），使韓醫藥振興院隸屬於保健福祉部的公共機構事務團，並訂定細部職責且範圍擴大至韓醫藥，成為專門執行韓醫藥發展事項之統籌中心，使國家對於韓醫藥財政及行政支援更完善^{156,157}，鑒於上述臺灣其他法律立法內容和韓國提升韓醫藥振興院職責及地位，建議未來修訂《中醫藥發展法》時，能新增建立中醫藥發展專責組織條文，以利中醫藥發展事項執行，並分擔政府單位人力及財政壓力。

三、《韓醫藥育成法》韓醫藥發展綜合計畫施行經驗借鏡

韓國《韓醫藥發展法》第6條¹⁵⁸規範保健福祉部應每5年制定韓醫藥發展綜合計畫（以

註153：《韓醫藥育成法（2018年以前版本）》第13條第1項：「保健福祉部長官為了韓藥事的技術發展和效率的支援及管理下，可以設立韓藥振興財團。」

註154：韓藥振興財團四大院區功能：本部為財團營運中心，並執行韓藥製劑開發、韓藥單一成分分離與原料銀行營運、hGMP建設等；首爾分院執行政策支援、國際交流與臨床診療指引開發等；全南長興分院執行韓醫藥資源保存與研究、GLP建設、韓藥製劑藥物動力學研究等；大邱質量認證中心執行韓藥品質管理與檢驗、韓藥品質規格化與流通管理等。

註155：《韓醫藥育成法（2018年版本）》第13條第1項及第5項：「①保健福祉部長官設立韓醫藥振興院（以下簡稱“振興院”），以有效地支持韓醫藥技術的振興。……⑤振興院執行以下任務。1.第四條促進韓醫藥技術科學化和信息化；2.第十四條種植優質韓藥以及韓藥的生產和銷售；3.支持韓藥市場的傳播發展以及韓藥品種的保存和研究；4.制定與韓醫藥發展有關的政策，並根據第六條制定全面性發展計畫；5.國內外韓醫藥合作增強國際競爭力；6.與韓醫藥技術科學化有關的推廣和內容開發；7.支援韓醫藥技術產業化；8.韓醫藥專業人才培訓；9.由保健福祉部長官、相關行政機構負責人或地方政府委託開展的與韓醫藥發展其他有關內容」

註156：韓醫藥產業的中樞，NIKOM韓藥振興財團介紹手冊（簡體中文版），2017年。

註157：한약진흥재단，連結網址：

<https://ko.wikipedia.org/wiki/%ED%95%9C%EC%95%BD%EC%A7%84%ED%9D%A5%EC%9E%AC%EB%8B%A8>，2020年5月10日最後訪問。

註158：《韓醫藥發展法》第6條第1項及第2項：「①保健福祉部長官應每五年制定一項韓醫藥發展綜合計畫（以下稱“綜合計畫”），並根據第3點的規定受韓醫藥發展審議委員會的審議及修正。②綜合計畫應當包含以下內容：(1)有關韓醫藥發展的基本目標和方向。(2)有關韓醫藥研究的基礎環境和支援制度。(3)韓醫藥人力的養成及活用方案。(4)韓醫藥技術提升和支援方案。(5)促進韓醫藥世界化的方案。(6)促進韓醫藥的南北韓交流。(7)及其他有關韓醫藥發展的方案。」

下簡稱綜合計畫），自2006年開始已分別於2006年至2010年、2011年至2015年、2016年至2020年施行三次韓醫藥發展綜合計畫，各次計畫發展方向皆不相同：第一次綜合計畫共花費108.4億台幣（3968億韓元），以韓方整體基礎建設及研究為主，第二次綜合計畫共花費276億台幣（1兆99億韓元）以開發產品及產學合作為主，第三次綜合計畫預算共475.5億台幣（1兆7400億韓元）以開發新藥及推廣海外市場為主。

第一次及第二次綜合計畫皆有發布成果及下期規劃報告^{159,160}，以下列出建議臺灣中醫藥發展計畫參考之成果：(1)於2008年設立國立釜山大學韓醫學系（부산대학교 한의학전문대학원），為唯一一所國立韓醫學高等教育機構，透過導入新的教學評估方式及建立臨床技術中心，以及其他韓醫學系交流等方式提高韓醫學教育品質，並為系統性研究

發揮領導作用，且2010年設立國立釜山韓醫學醫院（부산대 한방병원）也奠定韓醫藥臨床研究標準化及產業化基礎^{161,162}，爰建議未來朝設立國立中醫藥醫院及教育機構為規劃方向；(2)進行地方韓醫藥發展，以忠清北道堤川市韓醫藥產業聚落為例，透過設立堤川韓醫學發展基金會（제천 한방바이오진흥재단）整合堤川韓藥種植加工、流通銷售，製藥公司、研究中心等產業量能，以及世明大學（세명대학교）、堤川韓醫醫院（제천한방병원）醫療資源，建立韓醫藥基礎設施¹⁶³和舉辦國際韓醫藥產業博覽會（국제 한방바이오산업엑스포）、韓醫博覽會（한방바이오박람회），以韓醫藥保健及休閒城市為目標，擴大韓藥種植面積及產能，提升韓醫藥產品開發及研究，預估每年可產生7,400個就業機會，和50億台幣（1兆8000億韓元）經濟效益^{164,165,166,167,168}，爰建議參考相關規

註159：제2차한의약육성발전계획 (2011-2015)，連結網址：

<http://www.korea.kr/archive/expDocView.do?docId=28723>，2020年5月10日最後訪問。

註160：제3차한의약육성발전종합계획 (2016-2020)，連結網址：

<http://www.korea.kr/archive/expDocView.do?docId=37108>，2020年5月10日最後訪問。

註161：부산한의전 10주년준비...미래비전에열정을쏟다，連結網址：

<https://www.mjmedi.com/news/articleView.html?idxno=32515>，2020年5月10日最後訪問。

註162：부산대한의전개원 10주년특별대담，連結網址：

https://www.pusan.ac.kr/kor/CMS/Board/Board.do?mCode=MN147&mode=view&mgr_seq=28&board_seq=1341077，2020年5月10日最後訪問。

註163：忠清北道堤川市韓醫藥基礎建設：堤川韓藥市場（제천약초시장）、優良韓藥運銷設施（우수한약재유통지원시설）、韓藥天然產物中心（한방천연물센터，進行韓藥品質檢驗、GAP認證、組織培養商品化、配方開發生產等事項）、堤川韓醫自然療養中心（제천한방자연치유센터）等。

註164：전국은지금] 약초의고장제천 `세계적한방도시` 꿈꾼다，連結網址：

<https://www.mk.co.kr/news/special-edition/view/2008/11/681042/>，2020年5月10日最後訪問。

註165：제천, 세계최고한방휴양도시를꿈꾸다，連結網址：

http://www.gosnews.kr/default/index_view_page.php?part_idx=194&idx=14134，2020年5月10日最後訪問。

註166：제천한방특화 2010프로젝트보고회열려，連結網址：

<http://www.cbinews.co.kr/news/articleView.html?idxno=18995>，2020年5月10日最後訪問。

畫建立中醫藥產業園區及整合產業資源；(3)自2005年開始促進地方衛生中心設立韓醫HUB保健所(한방HUB건강증진)，並為一般民眾開設專門以韓醫藥為主之慢性病預防、中風預防、更年期管理、孕產育兒、食療，以及氣功、按摩、四象體質課程，來提升民眾對韓醫藥認識及提高民眾生活品質，截至2015年為止全國約67.8%衛生中心設立，但缺乏韓醫藥人力，以及標準化與科學化之韓醫藥健康促進內容^{169,170,171,172}，爰中醫藥發展計畫可參考相關普及教育與保健推廣活動之經驗和效益，並了解後續改善困境之對策；(4)2008年於安東市、堤川市、濟南郡、平昌郡、和順郡建立5個韓藥流通設施，以升種植韓藥農民收入與當地經濟，但有維護費高、營運失常以及私有化等問題造成韓藥運銷功能失常^{173,174}，爰建議參考韓國韓藥流通設施內容與效益，以利臺灣中藥藥用植物種

植及運銷規劃；(5)於2011年開始導入韓藥材履歷制度，並於2012年規範所有韓醫藥醫療院所及韓藥製造廠僅能使用符合優良韓藥標準之規格韓藥材，且一般消費者僅能透過醫療院所購買規格韓藥材，可確保韓藥用藥安全，因過去許多專家建議臺灣應有中藥材履歷制度，爰建議中藥品質管理應參考韓藥材履歷制度及規格韓藥材制度之經驗；(6)支持大邱韓醫大學韓醫學整合研究中心(대구한의대동서생명의학연구센터)、大田大學韓醫學研究中心(대전대한방생명자원연구센터)、世明大學韓醫學生物技術支援中心(세명대한방바이오임상지원센터)等韓醫學研究中心進行韓醫藥多元應用開發，使多種韓藥化妝品及食品商品化或進行技術轉移，並對中小企業進行技術、人力、宣傳等指導，建議臺灣參考相關內容及經驗，增加中藥產品多樣性，以及提升產學合作。

註167：제천한방병원。連結網址：

<http://www.jecheon.go.kr/www/contents.do?key=299>，2020年5月10日最後訪問。

註168：‘제천약초웰빙특구’ 3년연속우수특구선정，連結網址：

<http://www.jcnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=956>，2020年5月10日最後訪問。

註169：정부, 한방건강증진허브보건소지원사업，連結網址：

추진http://www.akomnews.com/bbs/board.php?bo_table=news&wr_id=11068，2020年5月10日最後訪問。

註170：한의약건강증진사업운영현황은?，連結網址：

http://www.akomnews.com/bbs/board.php?bo_table=news&wr_id=25247，2020年5月10日最後訪問。

註171：한의약공공보건사업어디까지，連結網址：

왔나http://www.akomnews.com/bbs/board.php?bo_table=news&wr_id=3770，2020年5月10日最後訪問。

註172：“한의계와다양한형태소통... 한의약건강증진정책성확립노력”，連結網址：

<http://www.mjmedi.com/news/articleView.html?idxno=30244>，2020年5月10日最後訪問。

註173：원주한약재유통센터부실운영 '혈세'，連結網址：

낭비<http://www.gnmbc.co.kr/post/48961>，2020年5月10日最後訪問。

註174：우수한약재유통지원시설있으나마나?，連結網址：

<http://m.hwasunjachinews.net/6743>，2020年5月10日最後訪問。

雖然韓醫藥發展成果豐碩，但近年仍面臨韓醫藥缺乏有效性與安全性研究、韓醫藥人力供過於求、韓藥海外市場表現不佳等問題，另外，在韓藥種植及韓醫藥產業方面，2004至2009年整體韓醫藥市場規模成長65%，其中，韓藥種植產業成長253%，但之後韓藥種植與採收面積逐年下降，韓醫藥產業規模增加幅度逐漸趨緩^{175,176,177}，臺灣中醫藥研究、人力等也具有相似困境，且中藥藥用植物種植及產業也需進一步發展，因此，建議增加與韓國交流與韓醫藥政策研究，以了解韓國各項政策經驗及效益，促進臺灣中醫藥發展計畫重點式規劃和提升政策執行效率。

陸、結語

臺灣已將中醫藥納入全民健保體系，並在中醫藥政策、法規、醫療照護、產業發展皆有一定基礎，但中醫藥法律架構不足，在醫療、產業、研究、人力也多面臨發展困境及瓶頸，且中醫醫療及照護對於高齡醫學之助益，和中藥產業之國際競爭力與經濟實力也急需進一步發展，爰促進《中醫藥發展法》立法。《中醫藥發展法》條文多與WHO傳統醫學戰略呼應，且透過確立中醫藥發展政策方向、給予經費保障以及獎勵或補助支持、擬定中醫藥發展計畫、訂定各項子辦法內

容，預計可達到永續政策發展、提升中醫醫療可近性，加強中藥品質管理及產業競爭力，促進中醫藥創新與研究，完善中醫藥教育基礎，促進全民健康與福祉之願景。

《中醫藥發展法》立法後工作除完善條文規範之子辦法和建立國家中醫藥知識庫以外，每五年一期訂定之中醫藥發展計畫為重要工作項目，建議先彙整中醫醫療服務及中藥產業數據，以及蒐集過去中醫藥政策研究計畫及政策成果，進行中醫藥產業強弱危機分析，確立中醫藥發展關鍵議題及方向，以利中醫藥發展計畫背景探討及策略目標訂定。鑒於臺灣中醫藥各項政策及措施皆有一定基礎，爰建議中醫藥發展計畫以滾動式修正法規、創新及跨領域合作、資源整合及數位化、提升國際聯結為四大指導方針，並建議參考韓國2006年至2010年、2011年至2015年、2016年至2020年之三次韓醫藥發展綜合計畫內容及成果，以及增加與韓國交流與韓醫藥政策研究，促進臺灣中醫藥發展計畫重點式規劃。

誌謝：

臺灣《中醫藥發展法》立法規劃及推動過程，特別感謝衛福部106年中醫藥發展專法研擬及可行性評估計畫、107-108年研擬中醫藥發展專法（草案）計畫的支持，更感謝前述研究計畫團隊的積極投入。

註175：Dr. Lee Tae Geun. Policy for Korean Medicine in Republic of Korea. 19th International Congress of Oriental Medicine.

註176：同註159。

註177：同註160。