

## 中西醫療產業結構的差異與中醫困境

林侑蓁<sup>(1)</sup>、黃敬榮<sup>(2)</sup>、柯慶灣<sup>(1)</sup>、洪詳旻<sup>(1)</sup>

高中生組

■大學生組

研究生組

國立臺南大學經營與管理學系<sup>(1)</sup>

國立臺南大學國語文學系<sup>(2)</sup>

主辦單位：財團法人國家實驗研究院科技政策研究與資訊中心

中華民國 112 年 12 月

## 摘要

本研究透過比較台灣中西醫醫療產業結構差異來探討中醫所遇到之困境。台灣中醫的資源分配不管是在公部門還是在民間一直以來便少於西醫，而且民眾對於就診的選擇也大多傾向快速又方便的西醫，再加上專業人才的不足，讓中醫的現況是雪上加霜。

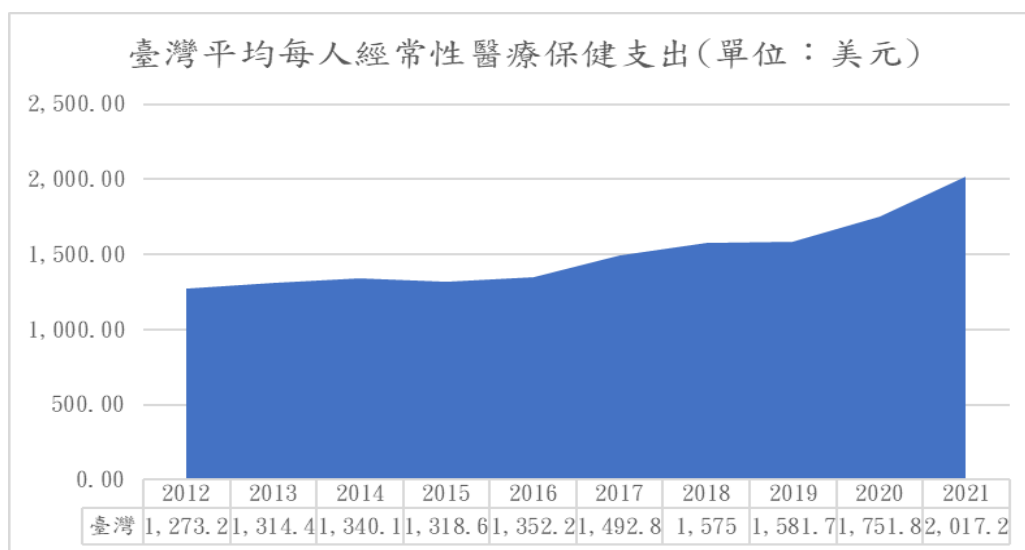
針對上述問題，本研究將以中西醫療產業現況、中醫醫療產業困境及中西醫療產業結構發展趨勢來分析中醫之困境。近年，隨著現代醫療的普及化，和老年人口的增加，藥物濫用的現象也愈發嚴重，造成國家健保的負擔及環境污染，為了解決此一情形，政府遂提出中醫優質發展計畫，從多方面著手改善。

關鍵字：中醫、西醫、產業結構

## 壹、前言

臺灣因為實行全民健康保險，所以醫療體系相較於其他國家，具有平民化的特性，在平均分擔風險的制度下，我國國民皆可以小額度自費，享受到高品質的醫療服務，但臺灣的醫療制度同樣面臨著眾多議題和挑戰。

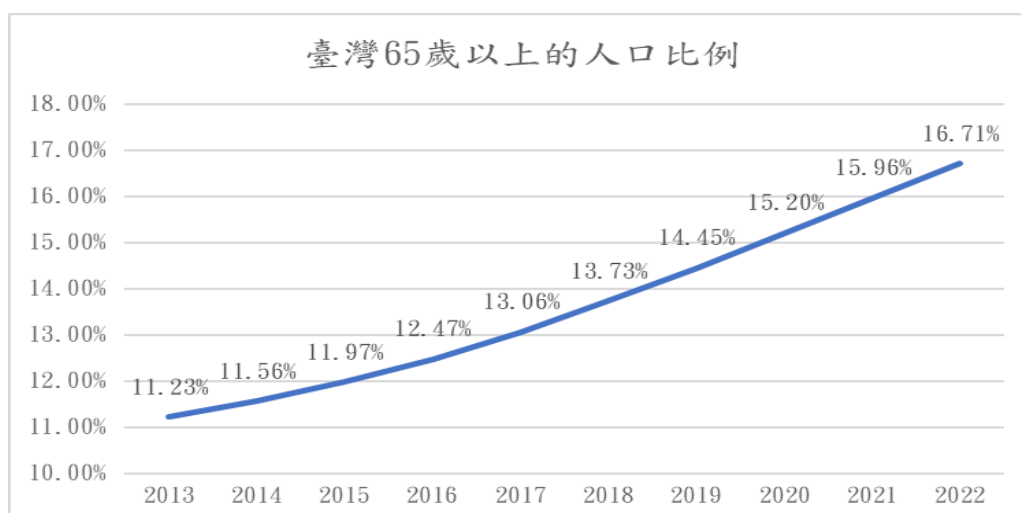
近年來，臺灣健保資金用罄的議題持續受到關注與討論，而國內平均每人經常性醫療保健支出不斷攀升也加劇了健保的財政危機(如圖一)<sup>(1)</sup>。保健支出增加源於多項因素，一是現代的醫療成本上升，隨著醫學技術進步，新藥物、新設備都提高了治療成本。二是臺灣老年人口比例增加(如圖二)<sup>(1)</sup>，高齡者通常需要更多的醫療服務，醫療需求擴大，保健費用的支出自然也會增多。



系統編號：MH10805-0005<sup>(1)</sup>

圖表繪製：本研究自行繪製

圖一、臺灣平均每人醫療保健支出



系統編號：AD10301-0262<sup>(1)</sup>

圖形繪製：本研究自行繪製

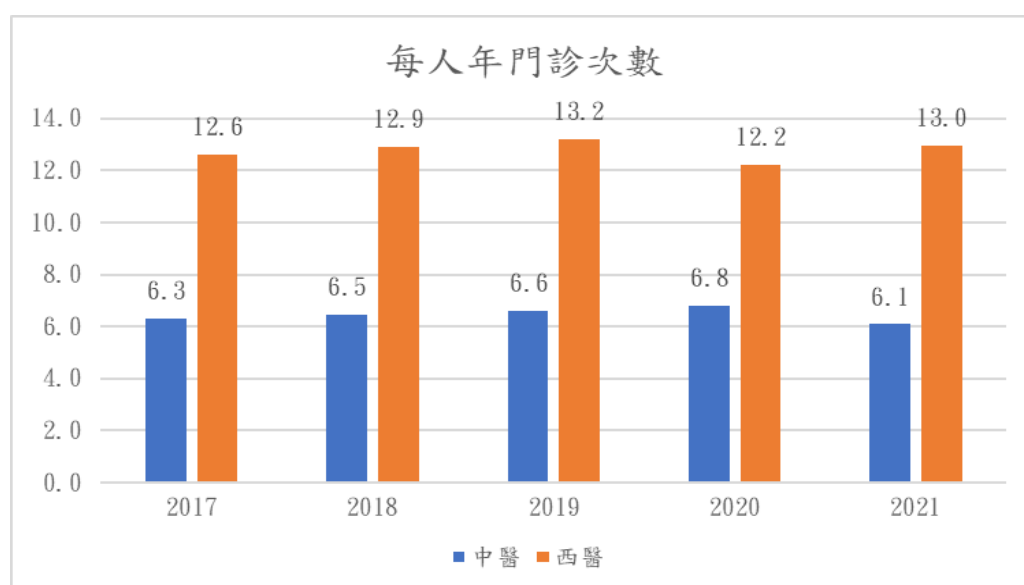
圖二、臺灣 65 歲以上人口比例

## 2023「Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

在資金有限的情況下要減緩健保的負擔，既然無法控制國民的醫療需求，便只能控制醫療成本，避免非必要的資源浪費。臺灣現今的醫療產業可簡要區分成中醫、西醫兩大體系，比較兩者的治療成本便會發現，中醫因為技術(拔罐、針灸、推拿等)、設備、藥物使用等因素，所消耗的成本一般較西醫低廉，且中醫強調以生活方式、飲食習慣預防疾病發生，若能實踐於日常，也有助於減少人民就醫的需求。

依據臺灣近五年每人年門診次數<sup>(2)</sup> (公式：就診件數/就診人數)顯示，人民對於診療的需求變動幅度不大，但西醫的需求卻是中醫的兩倍，可以推論國民在選擇就診時，是以西醫產業為主(如圖三)。若能將醫療需求由西醫引導至較低成本的中醫，便可能有效減緩健保的費用壓力，並且藉由中醫預防疾病的觀念，舒緩因人口老化帶來的醫療需求擴增問題。

要而論之，如何提高國民前往中醫治療的意願，成為臺灣醫療體系中的一項議題。為此，澄清中西醫療產業之間，為何存在如此明顯的醫療需求差距，成為不容忽略的重要環節，釐清根本原因之後，才能真正改變現狀。



資料來源：衛生福利部統計處之歷年《全民健康保險醫療統計年報》<sup>(2)</sup>

系統編號：MH10306-0057<sup>(1)</sup>

圖表繪製：本研究自行繪製

圖三、臺灣每人年門診次數

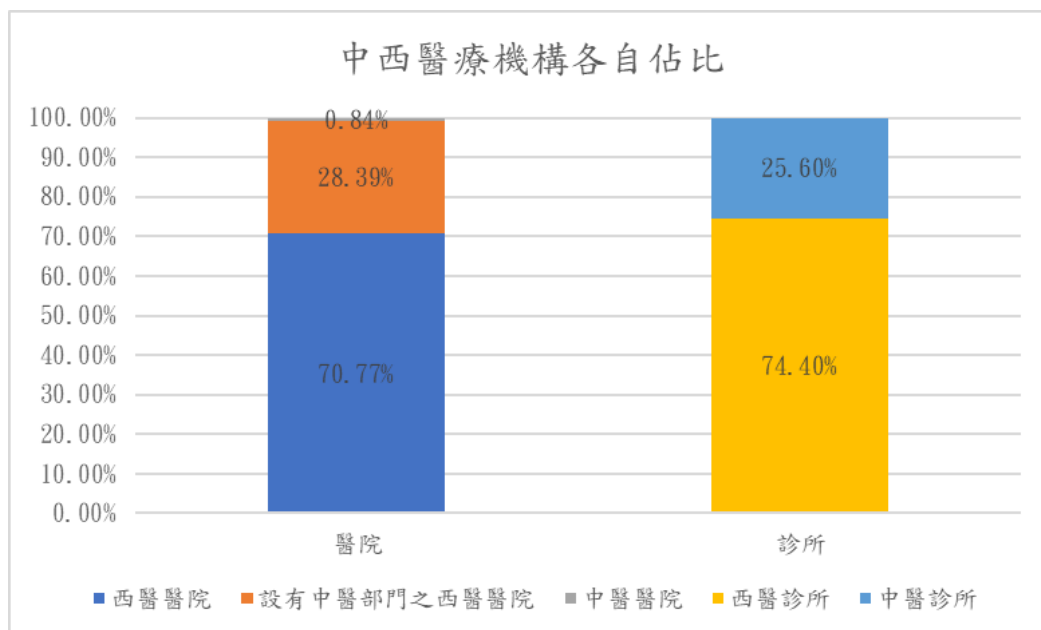
<sup>1</sup> 中醫之年門診次數為參考歷年《全民健康保險醫療統計年報》中〈中醫門診就診統計〉之中醫門診件數統計與中醫門診人數統計，由本研究依照衛生福利部統計處所公告之計算方式「健保就診者平均每人就診次數=健保就診件數/健保就診人數」計算而得。公式參考網址：全民健康保險相關問題-統計處。<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-5196-61333-113.html>。

## 貳、中西醫療產業結構差異與困境

### 一、中西醫療產業現況

#### (一) 醫療機構數量不均

根據臺灣衛生福利部統計處的醫療機構統計，2022 年臺灣的醫療機構總數已達 23,578 家，其中西醫醫院占了 475 家，而中醫醫院僅佔有 4 家，若將設立中醫部門之醫院列入計算，也僅達 140 家；西醫診所數量有 11,998 家，而中醫診所卻只有 4,131 家。分析中西醫之醫療機構比例便會發現，無論是醫院或是診所，西醫占比皆超過 70%，中醫醫院卻僅占 0.84%(如圖四)<sup>(3)</sup>，遠不及西醫醫院的數量。醫療機構懸殊的占比差距，說明了醫療產業資金、設備等資源的傾斜。

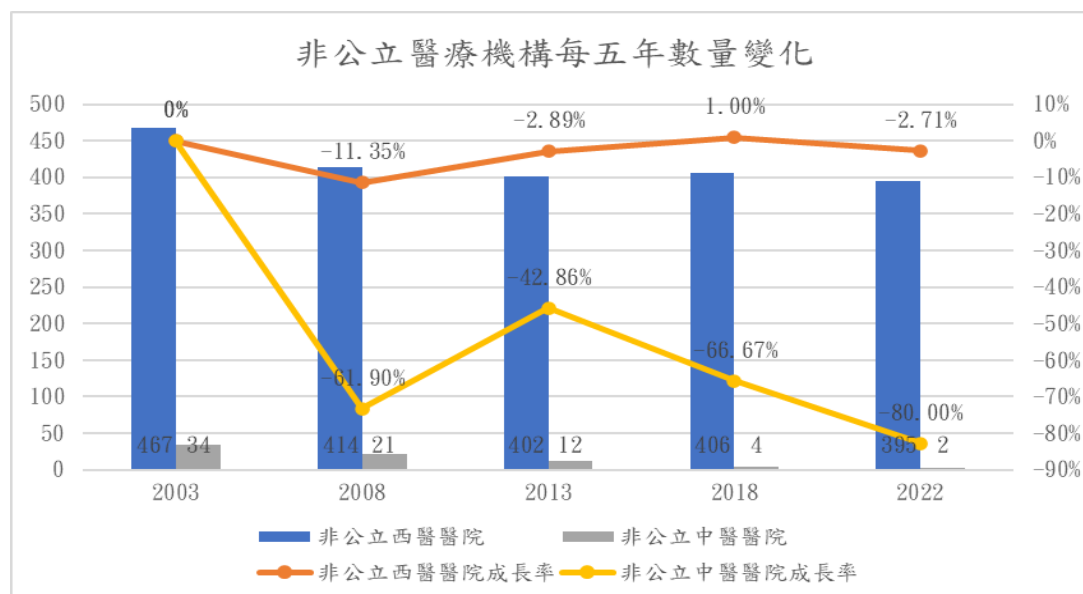


資料來源：臺灣衛生福利部統計處《111 年醫事機構服務量統計年報》<sup>(3)</sup>

圖表繪製：本研究自行繪製

圖四、中西醫療機構各自佔比

臺灣的醫院是以非公立機構為主，公立醫院僅占 17.08% (82 間公立醫院/480 間醫院)<sup>(3)</sup>。而非公立醫院設立是由民間的慈善團體、宗教組織、社會組織所發起，政府部門輔佐、資助而成立。綜觀長期的醫療機構數量變化，公立醫院的家數並未產生大幅度變動，但非公立醫療機構中，非公立中醫醫院由 2003 年的 34 家逐年減少，至 2022 年僅剩下 2 家，長期呈現負成長，且成長率皆低於非公立西醫醫院(如圖五)<sup>(3)</sup>。非公立醫療機構的數量差異，一方面受到設立的組織特性影響，一方面也是源於臺灣民眾的就診偏好，進而致使社會上的資源流向西醫相關產業，無論是基金會或財團，皆傾向設立西醫醫院。



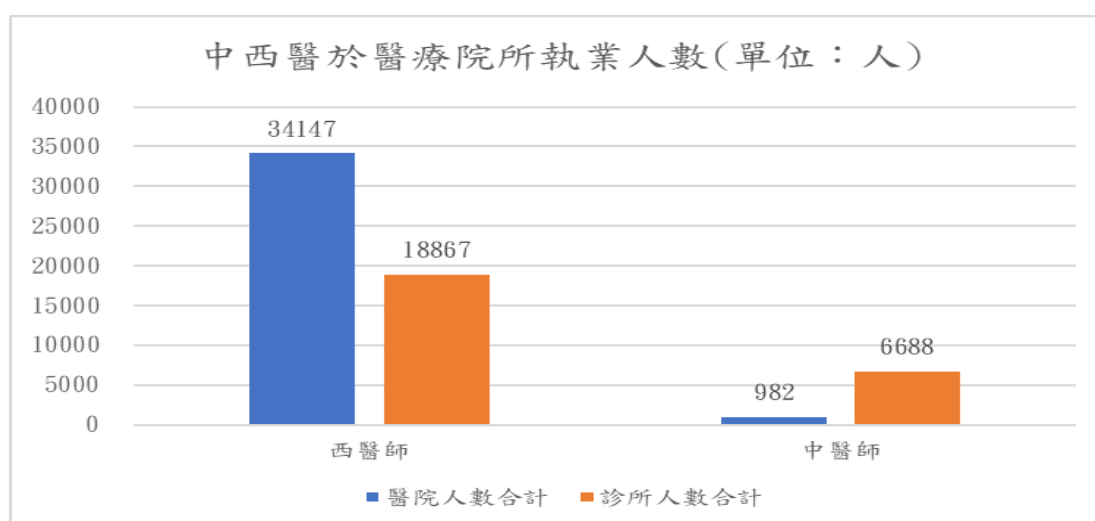
資料來源：臺灣衛生福利部統計處《111 年醫事機構服務量統計年報》<sup>(3)</sup>

圖表繪製：本研究自行繪製

圖五、非公立醫療機構每五年數量變化

## (二) 中西醫就業院所差異

根據衛生福利部統計處之調查，可以發現中醫師與西醫師在選擇就業的醫療機構類型時，有不同的傾向，西醫人數多集中於醫院，且佔據了整體醫師人數的 64.41%，但中醫人數卻多集中於基層醫療機構(即診所)，僅有 12.80%的醫師於醫院就業(如圖六)<sup>(3)</sup>。結合醫療機構數量的分析，可推論在社會資源的不均之下，中醫師的就業選擇同樣不如西醫師充足，醫院所開設供中醫師就職的缺額，遠低於西醫師之職缺，多數中醫師可能缺乏在醫院任職的機會，而醫院往往有更完善的設備、人才訓練制度、先進的學術交流等。



資料來源：臺灣衛生福利部統計處《111 年醫事機構服務量統計年報》<sup>(3)</sup>

圖表繪製：本研究自行繪製

圖六、2022 年中西醫師於醫療院所執業人數

## 2023「Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

### (三)中西醫薪資不均

當社會上分配給西醫的資源較多時，政府的政策、補助額度同樣傾向西醫產業，造成整體的資源分配不均。其中，政府資源的分配可以從健保相關資料中進行推斷。臺灣的醫療產業與健保制度密不可分，醫護人員的薪資便是由健保給付點數決定。從基礎診療差異進行觀察，若每日看診人數皆為最低限制，以慢性病為例，西醫每次看診可得 364 點，中醫則是 323 點，若皆開立處方，西醫若將處方箋交由特約藥局，點數便可升至 387 點(如表一)<sup>(4)(5)</sup>。在健保點數的配給不均之下，中醫產業的薪資水準低於西醫產業時，便會阻礙人才流入中醫學領域。

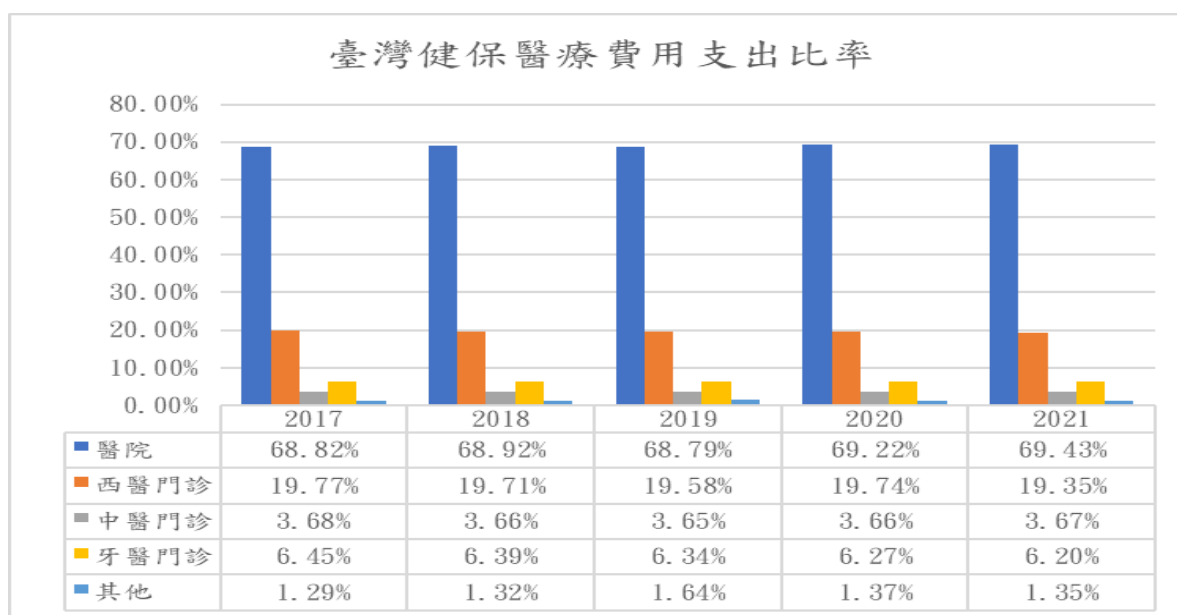
表一、慢性病門診診察費健保給付點數

慢性病門診診察費健保給付點數		
	未開立處方或自行調劑	開具處方(西醫交付特約藥局)
西醫(每日看診 40 人以下) <sup>(4)</sup>	364	387
中醫(每日看診 50 人以下) <sup>(5)</sup>	293	323

資料來源：臺灣衛生福利部中央保險署<sup>(4)</sup>、醫聖診療系統&仕詮資訊有限公司<sup>(5)</sup>

圖表繪製：本研究自行繪製

除卻個別項目中，健保點數給付不同外，健保支出的額度配給也是以西醫為主(如圖七)<sup>(6)</sup>。可推論這種現象一是源於西醫的治療種類多於中醫，同時，手術等健保點數額度高的項目也較多，因此其所能申請的健保項目遠多於中醫；二是因為民眾就醫時，便是以西醫作為主要對象(如表二)<sup>(7)</sup>，一般而言，西醫每日診療的患者數量較中醫多。兩大因素的長期作用之下，便形成了健保額度的固定差距，也導致中醫師必須面臨較低水準的報酬。



資料來源：衛生福利部全民健康保險會《111 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽》<sup>(6)</sup>

圖形繪製：本研究自行繪製

圖七、臺灣健保醫療費用支出比率

表二、西醫與中醫的差異整理比較

	西醫	中醫
科目種類	血管檢測、分科細微、細胞重建等	針灸、拔罐、整骨推拿、藥物調理等
醫療資源	皆擁有較多資源 薪資較高且選擇較為多樣	資源相較之下較少 間接影響中醫師薪資及選擇
健保給付		
病患人數		

資料來源：天下雜誌 489 期<sup>(7)</sup>

圖形繪製：本研究自行繪製

綜上所述，最初的社會資源傾斜，可能源於民眾偏好、產業前景等多方因素影響，進而影響了政府的資源分配，使健保額度多數投注於西醫診治中。當西醫醫療機構佔據多數，無形中也鞏固了人民以西醫作為主要治療方案的行為，如此，醫療市場便形成了以西醫為主的系統循環，資源持續傾注西醫產業，中醫所得資源便會受到壓縮。而中西醫醫療資源的差異，既造成兩者進行學術交流、會診之間的壁壘，也成為人才進入中醫產業的無形門檻。若沒有提升中醫資源分配，西醫在各方面，所得到的配給仍然會大於中醫，中醫無法活絡的惡性循環依舊會存在。

## 二、中醫醫療產業困境

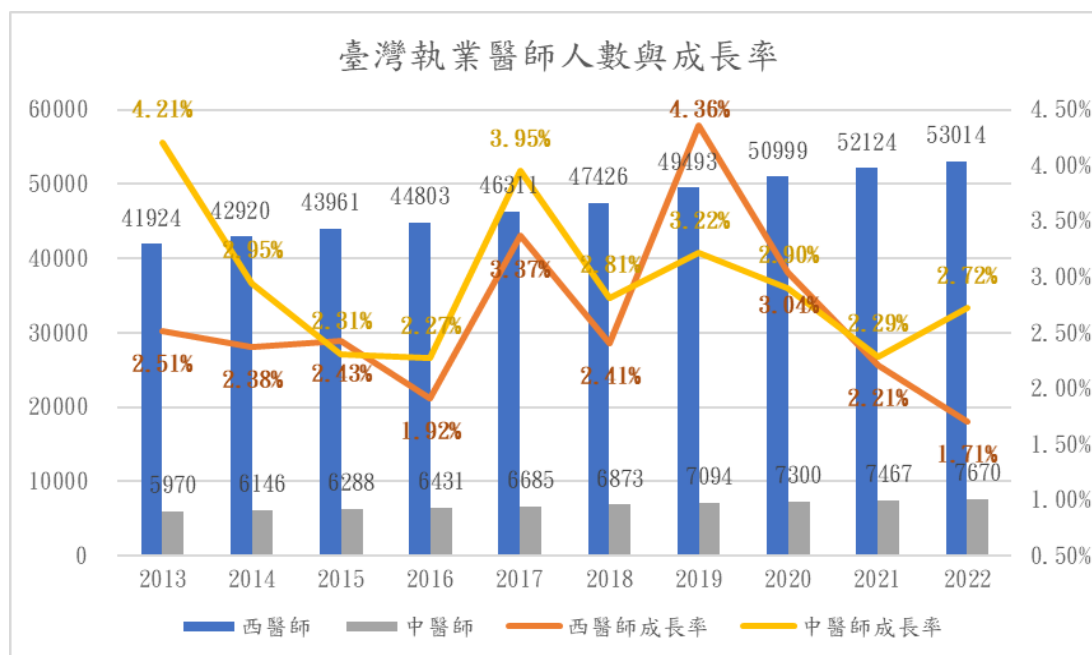
### (一) 中西醫體系差異

我國執業醫師人數近十年皆呈現穩定增加(如圖八)<sup>(3)</sup>，主要是源於醫學系的招生數量變動不大，加上必須經過醫師考試的門檻，因此每年增加的執業醫師人數並不會有太劇烈的波動。儘管中西醫人數皆呈現正成長，但兩者總人數依舊具有懸殊的差距，目前西醫學系每年招生數達 1300 名左右，而中醫師的招生總額自 2015 年錄取 270 名起逐年增長，至 2022 年已達 365 名學生(如圖九)<sup>(8)</sup>。此外，2023 年 9 月 6 日，陽明交通大學獲准以外加名額的方式增加招生 30 名，但於同年 9 月 24 日，教育部回應反對聲浪，將由衛福部評估招生名額議題<sup>(9)</sup>。

醫師數量的差異，源於開設中醫學系的大專院校數不如開設醫學系的數量。在此現象背後，是中醫體系的差異。西醫較中醫有更完整的分科制度，相較於西醫分的二十三專科<sup>(10)</sup>，中醫在 2021 年以前都是僅有中醫一般科<sup>(11)</sup>，於 2021 年之後才依照傳統的分類改完七類專科。長期缺乏完善的分科制度，使臺灣的中醫教育難以具有專業化、結構化的訓練，並且影響了臺灣對於中醫師人才需求的評估，開設的中醫學系數也遠低於西醫學系數量。

在中醫人數明顯低於西醫人數的對比下，可以推測中醫師要進行分科訓練以及就業後的職能培訓，都可能會面臨人才不足，導致難以組建專業化分工的中醫醫療團隊。但若增加招生數量以擴充人力，政府同樣面臨著重重困難。

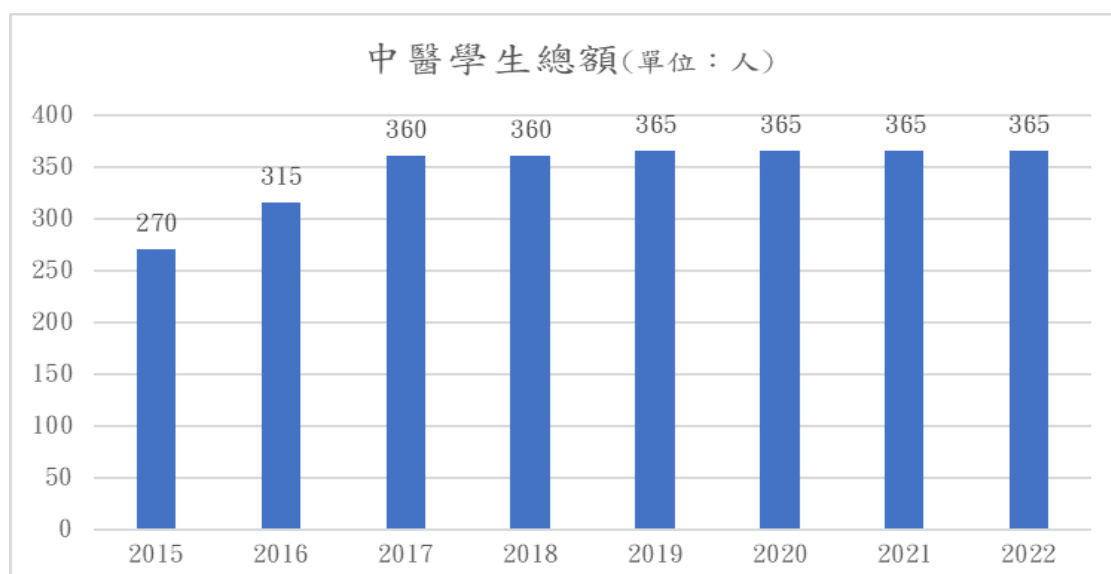




資料來源：衛生福利部統計處《111 年醫事機構服務量統計年報》<sup>(3)</sup>

圖形繪製：本研究自行繪製

圖八、臺灣執業醫師人數與成長率



資料來源：臺灣衛生福利部中醫藥司《中醫優質發展計畫》<sup>(8) 2</sup>

圖形繪製：本研究自行繪製

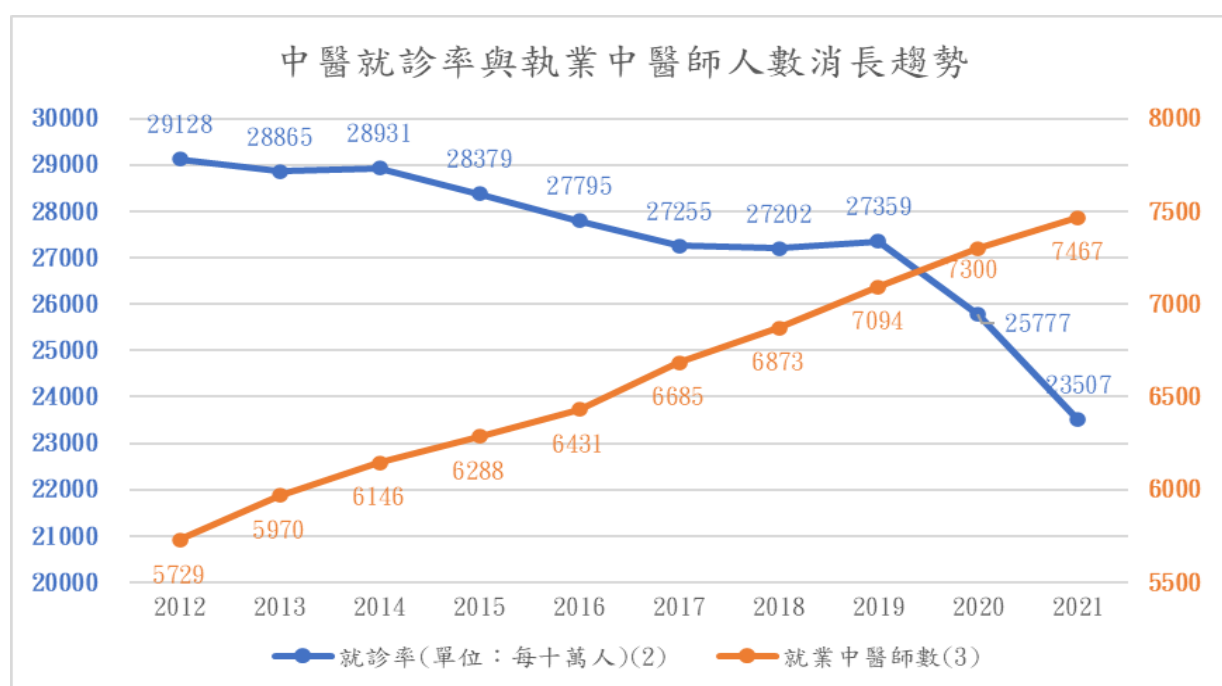
圖九、中醫學系招生總額變化

<sup>2</sup> 此數據參考臺灣衛生福利部中醫藥司《中醫優質發展計畫》頁 9：我國中醫師人數逐年增加，2016 年前中醫畢業生每年 270 名、2016 年起逐年增加義守大學畢業生 45 名(2019 年調整為 50 名)、2017 年起逐年再增加慈濟大學畢業生 45 名，故 2019 年起每年中醫畢業生已達 365 名。依這段文字的描述，得到中醫師人數之下列結論：2015 年有 270 人、2016 年有 270+45=315 人、2017 年有 270+45+45=360 人、2018 年有 360 人、2019 年有 270+50+45=365 人。2020 年自 2022 年教育部未增設招生名額，故皆為 365 人。

## (二)中醫產業緊縮

在醫療機構、健保等資源傾向西醫產業的同時，中醫的就診率與執業醫師人數也形成了相反的走向(如圖十)<sup>(2) (3)</sup>，整體呈下滑趨勢的就診率(公式：就診人數\*100,000/年中人口數)，說明前往中醫就診的人數正在減少，以及每年穩定流入市場的醫生數，使中醫師群擴增，激化了中醫產業的競爭程度。若持續增加招生人數，卻無法提升就診率，也並未調高健保點數配給，將會導致中醫就業環境惡化，進而使人才流失，讓整體醫療品質下降。

概而言之，中醫產業招收人才應考慮兩項困難，首先，中醫的產業發展情景，以及整體產業結構資源的緊缺，都可預測中醫薪資水準會低於西醫，且就業機會少，任職後的職能培訓機會不如西醫等問題。其次，臺灣社會在現代科學的影響下，仍是偏好以西醫作為治療方案，中醫往往被當作調理、養生的方法，甚至在部分民眾心裡，可能被認為不具有科學根據，對其療效有所存疑。在就業、薪資，以及社會觀感的因素下，中醫學領域招募人才明顯要比西醫學困難。



資料來源：衛生福利部統計處歷年《全民健康保險醫療統計年報》<sup>(2)</sup>、《111年醫事機構服務量統計年報》<sup>(3)</sup>

圖形繪製：本研究自行繪製

圖十、中醫就診率與執業中醫師人數消長趨勢

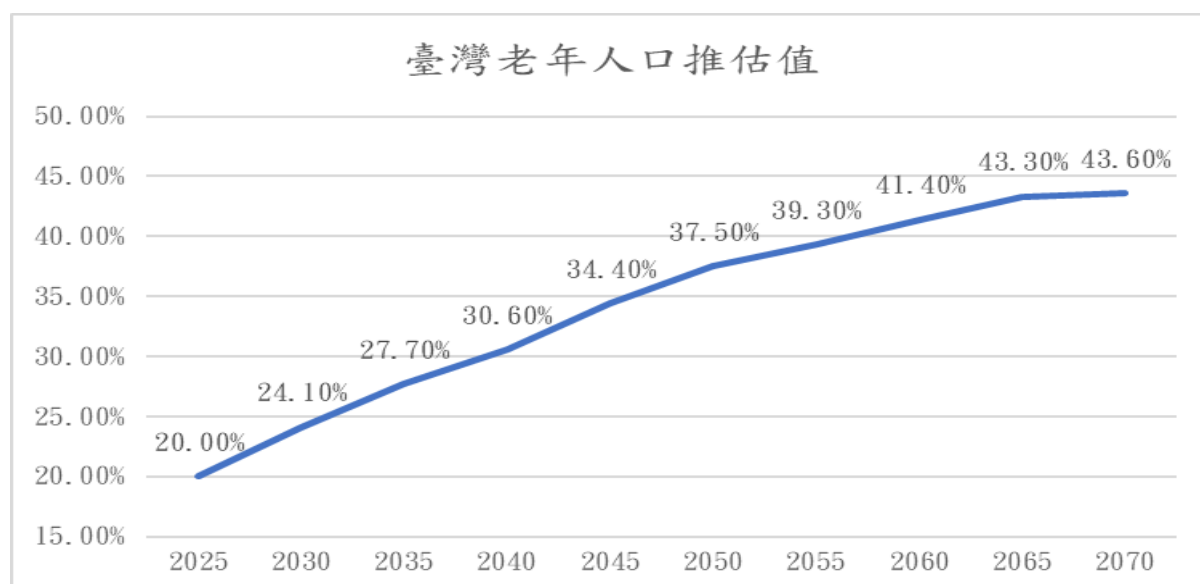
依目前的醫療產業狀況而言，整體的醫療機構、學術、資金等資源，皆傾注大部分於西醫產業中，並因此固化了民眾就醫時選擇西醫為主的思維模式，加深了資源傾斜的現象。資源的惡性循環，不斷緊縮的市場需求，一定程度的阻擋了學生進入中醫學系的腳步。人才不願進入低薪、資源匱乏的行業中，致使完善中醫體系的推動有所限制，而

中醫產業不如西醫醫療體系的專業性，也促進人民對西醫的偏好，加劇了中醫產業的惡性循環。

### 三、 中西醫療產業結構發展趨勢

許多國家早已開始關注傳統醫學與現代醫療的結合與延續，儘管中醫與西醫源於迥然不同的文化，是兩種不同邏輯的醫學系統，但透過相互了解與借鑑，同樣具有彼此融合與補充的可能。臺灣政府自 2019 年起，便著手推動「中醫優質發展計畫」，試圖改善中醫產業的人才培訓問題以及中西醫資源、結構不均的現況。除了國際發展的趨勢影響，根據「中醫優質發展計畫」所寫，以及臺北醫學大學附設醫院官方網站的醫療報告指出，中西醫會診有助於提升多種疾病，如癌症、中風、慢性腎臟病等疾病的康復速度，並且減緩復發風險<sup>(12)</sup>。所以，中醫與西醫的延續與創新，實際上可以提高臺灣的醫療品質，並且降低疾病復發帶來的成本消耗。

此外，臺灣目前的老年人口已達總人口數的 16.71%(如圖二)，並根據國家發展委員會之推估，臺灣老年人口占比會持續增加(如圖十一)<sup>(1)</sup>，至 2040 年始，將突破 30%，2060 年則超過 40%，由兩項數據資料可推知，老年人口的醫療與長期照護問題將成為台灣醫療產業未來的主要課題。因此政府將目光放到以阻止疾病發生、促進健康為目標的預防醫學，其中，中醫本身便重視日常養生，既具有簡便、低廉的特性，以及配合專業藥理知識調養身體的優點，故可以有效舒緩臺灣目前高齡化問題愈趨嚴峻的醫療資源問題<sup>(8)</sup>。



系統編號：ND10909-0018<sup>(1)</sup>

圖形繪製：研究者本研究自行繪製

圖十一、臺灣老年人口推估值

## 2023「Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

雖然中西醫學的知識與技術交流，以及完善中醫醫療體系皆成為臺灣政府目前致力推行的政策方向，但中醫產業結構問題也是目前最主要的阻力。中醫師正面臨著低薪資、市場景縮的就業困境，於此種情況下，遑論建立專業分化的中醫團隊，連留住人才都成為了一大難題。因此，政府的提倡與補助成為了關鍵要素，首先，平衡中西醫不均的醫療點數才能真正使中醫醫療人員具有合理的薪資。其次，在「中醫優質計畫」中，增加醫療機構的數量，便是至關重要的一環，不僅可藉此增加就業機會、職能培訓的單位，也能夠促進中西醫學交流；於民眾而言，增加醫療機構便是增加了就醫選擇與方便性，大型的醫療機構也有助於建立權威、專業的醫療形象，提升人民平日就診的意願。

造就目前醫療資源情形的根本原因在於國人對西醫的長期依賴。科學教育使人民在就診時，傾向選擇具有理論化、數據化、專業化的西醫，並對傳統中醫的療效抱有懷疑。所以，政府在執行補助計畫的同時，也應該向國民普及中醫學療效的正確認知，才能真正改善中醫產業結構問題。

## 參、 結論

本文以醫療機構、醫師人數、薪資、健保資源為切入點，探討中醫產業目前面臨之困境及未來發展之可能。醫療機構上我國以非公立機構為主，且無論是醫院或是診所，中醫皆遠不及西醫之數量。此外，由醫師人數就業機構差異，可以觀察到西醫人數多集中於醫院，但中醫人數卻多集中於診所。根據以上的兩種現象，可以推論中醫師的職業需求稀缺，且較西醫師缺乏豐富資源的工作機會，進而影響人才流入中醫產業的意願，侷限中醫產業發展的可能性。

在社會資源投注西醫產業為主的境況下，政府所提供的資源也多數流向了西醫，其中包含健保、職能培訓、學術交流、研究基金等。其中，政府資源的分配可以從健保相關資料中進行推斷，醫護人員的薪資由健保給付點數決定，點數差異又進一步形成健保額度的固定差距，最終導致中醫師擁有較低水準的報酬。在社會與政府資源分配互相牽涉，便產生了中西醫點數不均衡、薪資與勞動不適配等問題，也就是整體資源的傾斜，以及目前固化的資源循環，也就加深了中醫產業資源匱乏的情境。

由上述原因，中醫無法活絡的惡性循環依舊會存在。政府除了推動中醫優質發展計畫改善中醫困境外，同時也該正視後續會產生的種種影響，並制定後續改善措施。如果能妥善活化中醫產業，便有可能改善目前醫療資源濫用的問題，達到提升醫療品質、減少醫療成本等效益。

## 參考文獻

1. 政策研究指標資料庫 (2023)。檢索日期：2023 年 9 月 8 日，取自：  
<https://pride.stpi.narl.org.tw/index>。
2. 衛生福利部統計處之歷年《全民健康保險醫療統計年報》。檢索日期：2023 年 9 月 8 日，取自：<https://dep.mohw.gov.tw/dos/lp-5103-113.html>。
3. 臺灣衛生福利部統計處《111 年醫事機構服務量統計年報》。檢索日期：2023 年 9 月 15 日，取自：<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-5099-75349-113.html>。
4. 預告修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目草案。-衛生福利部中央健康保險署-最新消息-法規公告。檢索日期：2023 年 9 月 15 日，取自：<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-2051-bc20f-3258-1.html>。
5. 發布修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自 109 年 3 月 1 日生效-健保公告 | 醫聖診療系統&仕詮資訊有限公司:::專業醫療資訊軟體 | 醫療系統整合性服務 | 西醫基層院所 | 健保特約診所 最佳 HIS:::。檢索日期：2023 年 9 月 15 日，取自：<http://sc-dr.com.tw/content-detail.php?type=3&id=4892>。
6. 衛生福利部全民健康保險會《111 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽》。檢索日期：2023 年 9 月 15 日，取自：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/lp-1665-116.html>。
7. 台灣醫生 薪水大解密 | 天下雜誌 489 期。檢索日期：2023 年 9 月 23 日，取自：<https://www.cw.com.tw/article/5029560>。
8. 臺灣衛生福利部中醫藥司《中醫優質發展計畫》。檢索日期：2023 年 9 月 24 日，取自：<https://dep.mohw.gov.tw/DOCMAP/lp-4509-108.html>。
9. 陽明交大中醫系申設案》中醫界要求退回審議 教育部回應了 - 生活 - 自由時報電子報。檢索日期：2023 年 10 月 12 日，取自：<https://news.ltn.com.tw/news/life/breakingnews/4438470>。
10. 專科醫師分科及甄審辦法-全國法規資料庫(2018)。檢索日期：2023 年 9 月 23 日，取自：<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020028>。
11. 《中醫專科醫師分科及甄審辦法(草案,含總說明)》檢索日期：2021 年 10 月 14 日，取自：<http://www.twtm.tw/new.php?cat=1&id=2707>。
12. 臺北醫學大學附設醫院。檢索日期：2023 年 10 月 8 日，取自：<https://www.tmuh.org.tw/team/team/60/270>。