

台灣民主化時期的中醫醫政發展

The medical-political Development of Chinese Medicine in the Democratic Process of Taiwan

葉永文

中山醫學大學醫社系副教授

Yun-Wen Yeh, Ph.D.

Associate professor, Department of Medical Sociology and Social Work,
Chung Shan Medical University.

摘要

自古以來，中醫一直是國家與社會中具支配性的醫療主體，但當西方的科學醫學傳入之後，中西醫療便進入了一種競爭衝突的關係中。然而這種競爭衝突關係的結果卻讓中醫逐漸退出國家醫政的支配領域，成為民間社會之醫療體系的一環，更甚者，在西醫醫政的意圖操控下，中醫在民間社會上所盤據的地位卻也岌岌可危，顯見中醫在其發展上的困境與無奈。針對中醫在台灣民主化時期發展上的處境，本文以醫政上的論述、謀略、和權力等三面向，來分別就當時具支配性的醫療觀念、一些政策佈局、以及中西醫療間的競逐關係進行檢視與分析。其結果發現，此時期的醫療觀念係以科學醫學為主體，以致相關的政策法規便存有對中醫發展相當不利的佈局，從而在中西醫療的競逐關係上便呈現出對中醫發展的諸多壓迫景象。

關鍵詞

中醫、科學醫學、論述、謀略、權力

Abstract

For centuries before the introduction of the Western medicine into the Chinese society, the Chinese medicine had been the dominating role in the medication mainstream. However, since then, Chinese and Western medicines were in conflict, and the main role of Chinese medicine was gradually replaced by the Western one. Eventually, the Chinese medicine runs into a developmental dilemma under the control of Western medical police. To explore the twisting relationship between the Chinese and Western medicine in the Democratic Process of Taiwan, the present study aims to examine and analyze the prevailing concepts of medical cares, medical policy making and competing relationship between the two medicine constructs from the perspectives of medical police with respect to discourse, strategy and power. The discussion showed that the scientific medication was the mainstream resulting in negative impacts on the operation of Chinese medicine and such oppressed its development.

Keywords: Chinese medicine, scientific medicine, discourse, strategy, power

壹、前言

國府遷台後的台灣醫療體制與政策方向，大致上係延續著國府大陸時期以及台灣日治時期的醫政模式，也就是以西醫為主體的醫政建構，因此中醫的發展亦須配合西醫醫政模式的佈局並受其制約，方能得到國家醫政的些許關愛。所以在整個台灣威權時期，為配合政治與經建發展的國家目標，西醫化的醫政導向更被推上高峰，從而主宰著台灣整體健康網絡之規劃。

相形之下，中醫醫政在威權時期便呈現出相當大的發展困難，不管是在中醫醫學教育和醫事人才培育方面，或者是在中醫醫務單位的層級性安排，在在皆顯露出中醫發展的窘態。例如唯一一所培育中醫人才的私立中國醫藥學院，自創設之初起便一直有被西醫化的危機¹，而唯一一所公立研究機構的國立中國醫藥研究所，又一直是掌控在西醫的領導之下，甚至與中醫發展有密切關係的中醫藥委員會，卻不過是一個提供有關中醫事務給西醫醫政的諮詢單位而已。

是以，威權時期的中醫發展係受制於特定時代的局限，這是一個中央集權式的高壓管控時局，其間包括醫政在內的政治層面是不允許被挑戰和攻擊。然而當時序進入了 1980 年代中期後，因戒嚴的解除導致一個新時代的到來，台灣政治社會的發展至此已邁向了民主化時期，而在這時期中，民意政治和多元社會成為新時代的重要標的，所以也勢必會對社會中的各領域產生相當程度的影響力。針對這般時代轉變的政治社會影響，就醫政關係領域來說，有論者便直稱「站在人民的立場，有權要求一個更開闊、更合時宜的醫療政策與醫療環境；戒嚴時代的禁制手段應到此告一段落！」(陳俊明等編，1994:106)

底下，本文的問題意識便是直指這時期的醫政模式對中醫發展有何影響？而這影響又讓中西醫學體制產生了何種關係？當面臨了這種關係時，中醫又有何對應方式？其結果又是如何？經由對這些問題意識的討論，台灣民主化時期的中醫醫政發展圖像將應該會更清楚地被呈現出來。

貳、一種「論述/謀略/權力」方法視野的建構

論述(discourse)係指一種言談或言說形式，而經由語言過程來傳遞特定的知識訊息。對此，M.Foucault(1972:276)即曾言稱「所有的知識都必須擁有一特殊的論述運作」，同時也藉由這樣的論述運作而「界定並生產出我們的知識客體」(Hall,

¹ 譬如在 1969 年當中國醫藥學院內部紛擾不休時，教部就乘機指派了 15 位董事去改組且其中具西醫背景者便佔了 9 位，針對此般情景，陳立夫(1994:402)即直言這無異是想讓中國醫藥學院朝西醫化來轉向。

1997:44)。所以論述可視為是一項具意圖性的(intentional)語言過程，有著強烈的指涉和控制特質，以致通常也都被賦予了諸多政治的屬性，無怪乎 D.Macdonell(1986:45)會認為論述是存有著意識形態的形式，而且「所有的論述都是在意識形態上採取了某種立場(position)；沒有任何一種是中立的。」(Macdonell, 1986:58)就此觀點視之，論述所具有的知識訊息之傳遞過程並非呈現著一種客觀的普遍狀態，而毋寧是一項排除的展現，亦即是對不同知識立場的排除。所以論述就是指稱態度意義的一組聲明(a group of statements)，從而反映出此論述擁有者的特定意向，或者如 M.Pecheux(1982:111)所指那些論述中的「詞語、表達、命題等等，是依據那些使用者所持有之立場來改變它們的意義」。

事實上，Foucault(1972:68)早已指出論述經常是受到一群特定的人所控制，並將其施用於相關的決策、制度和實踐之上。而該決策、制度和實踐係是一種政治謀略運作的考量，屬於論述領域之外的非論述領域(non-discursive domains)範疇，目的在於反映論述所具有的特定觀念或意識形態，進而保證論述的正當性並強化其知識輸送意圖。這是一種論述與非論述之間關係的共謀與操弄，透過決策、制度和實踐等的政治佈署而對論述進行謀劃，已致造成非論述領域的規範化而形構出一種合法性效果。所以非論述是對論述意圖的支持與強化，Foucault 在討論醫學知識時即曾指出這種非論述的政治運作對醫學論述的影響，他說「醫學論述所關連的特別對象領域，當它發現自己是在一群有特定地位的個別人(individuals)手中，以及在社會中有著特定的運作功能時，是如何的基於其論述以外的實踐來與自身勾連在一起，而這些實踐本身並不是一種論述的類別(a discursive order)。」(Foucault, 1972:164)因此非論述可說是一種謀略，透過決策、制度和實踐，甚至是法令規則的規範化佈署來與特定論述形成一種對應關係，並經常以壓抑其它論述形式之方式來達成其特定意識形態方向的政治效果。

於是就論述本身而言，其意義的產出係發生於一種鬥爭關係中，並且也是「因為(for)論述以及透過(by)論述才有鬥爭這種東西」(Foucault, 1981:52-53)，所以論述一詞是深具著衝突特質，對此 R.Barthes(1977:200)就曾直指論述「在它的歷史動因中，是藉由衝突來推動的。」而這種衝突特質實是一項權力關係(power relations)的展示，其所標定的是支配性論述的權力意義，同時也指明對其他論述所具有的排除意含。如 Pecheux(1982:153)便認為科學論述經常是「透過採取一些特定的詞語、構想、以及表達等等的立場，來反對其他的詞語、構想或表達，並且在知識生產的鬥爭中確切地展現出來。」是故，論述的意義及其鬥爭之間的盤根交錯著實地體現在一種權力關係的介面上，並且是由權力的展示來彰顯優勢論述的可見性，這就如 S.Mills(1997:19)所稱「權力是討論論述的一個關鍵性要素」一樣，是權力保證了論述的優勢存在，亦或是權力構成了優勢論述的一環。

綜觀之，論述並非單純地只指知識傳遞，深層地來看，它更擁有著一種支配控制意圖，因此論述係具有相當的政治屬性，而這般政治屬性更藉由非論述領域的謀略佈署以及鬥爭場域中的權力關係來支持、強化和保證。所以論述、謀略、權力構成了知識備戰姿態的三位一體，進而對不同的知識體系形塑出一種「支配—臣屬」的層級關係，其間，論述是一種支配觀念的鋪陳，謀略是順此觀念而來之法規政策的產出，而權力則是鬥爭的直接體現。是以，這種由論述所開展出來的「論述/謀略(非論述)/權力」之環扣模態，不但對特定知識形成一種閉鎖與霸權的框架，同時也成為對相異知識的一種排除構造，以致「攻擊—抗衡」的衝突景象淪為難以排解的境況。而這般衝突景象，既是構成論述的啓始，亦可說是論述的歸途。

順此方法視野，本文旨在探討民主化時期台灣中醫醫政的發展概況，而為能較完整地形構出其發展過程與可能困境，本文將以醫政論述、醫政謀略、以及醫政權力等三個層面來分析說明：醫政論述是討論此時期較具支配性的醫政觀念，醫政謀略則在檢視與中醫發展有關的一些制度政策佈局，而醫政權力便是直接彰顯醫政單位與中醫業的權力關係。這三個層面架築出本文研究的結構分析圖示，但其實也是對此時期之中醫醫政發展從抽象到具體的文獻解剖。

參、醫政論述

自從 1946 年在「聯合國世界衛生組織憲章」(Constitution of the World Health Organization)前言中，指出健康為每一個人的基本權利且不因種族、宗教、政治信仰和經濟社會情況而有所差異，之後醫療人權的概念便已逐漸成為世界各國憲法中之人權保障的一環。就台灣醫療人權的憲政論述來看，其憲法本文第一百五十五條規定中即明載：「國家為謀求社會福利，應普遍實施社會保險制度，人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災患者，國家應予以適當之扶助救濟。」且第一百五十七條也規定：「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。」而在 1992 年的憲法增修條文中，其第十八條亦有明列「國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展」等。可知憲法中相關醫療人權之聲明，在台灣民主化的過程中，已逐漸將醫療人權之對象從社會弱勢往社會全民推展，並且也從過去長期以西醫為主體的醫療論述擴大到今後須包含發展傳統中醫的憲政論述上。

根據李聖隆(1992:23-24)的分析，台灣醫療人權的發展在 1980 年代中期後已進入了「法制化」時期²，而醫療權利為此階段的發展重點。亦即解嚴後邁向民

²另外，吳全峰(1999:36)也將台灣醫療人權的發展大致區分為四個階段，第一是在日治時代的「萌

主化的台灣，醫療權利已逐漸在憲法制度上成為醫政論述的最高規範，於是當傳統醫藥發展被列為憲法保障基本人權之一環時，中醫藥便成了國家醫政上人民追求健康權利的選項。是故，儘管此時期國家醫政依舊由西醫所掌握，但政府在憲法保障與要求對發展傳統醫藥有所作為時，一系列有關中醫藥的發展論述與施行方案便紛紛於此際間產出。

1987 年行政院在其第 2539 次院會中即通過「加強生物科技技術產業推動方案」的修訂方案，其間就有包含中藥為發展重點；到了 1995 年行政院正式頒訂了此方案時，中草藥已被列為重點推動的項目之一。隨後在 1998 年的「第二次生物技術策略會議」中行政院更將中草藥產業列為國家重大發展目標之一，以期能藉由結合學術研究單位及產業界發揮團隊實力來加速中藥的研發與篩選，並嘗試在國內外進行臨床試驗而來創造一個成功的模式；接著，1999 年在台北召開第三次會議，其間就針對中草藥研究開發及建立新藥臨床試驗體系和運作機制等議題進行研討並獲得了若干重要的共識。(林宜信, xxxx)於是到了 2000 年的第四次會議時經濟部便提出「中草藥產業技術發展五年計畫」方案，以計畫撥出至少新台幣一百億元來用於生物科技及新興中草藥產品的研發。(行政院衛生署中醫藥委員會編印，2004:32)

由此觀之，中醫藥發展在憲政人權的論述下似乎擁有了一個蓬勃願景，特別是當世界衛生組織(WHO)在 2002 年所提出「2002 年至 2005 年傳統醫藥全球策略」來建請世界各國將傳統醫藥納入國家醫療規劃之論述，台灣中醫藥地位已然獲具世界潮流的正當性保證。因此，中醫界相繼籲求國家擴大推展中醫藥之聲浪便不絕於耳，如林昭庚(2004:205)即言：

目前台灣地區中醫遍佈各地，執業中醫師達四千三百餘人，而全國每年約有三分之一人口接受中醫診治³，服用中醫已成為國人生活習慣，況且中醫倡導養生保健，提倡預防醫學，可彌補西醫之不足，充分彰顯了中西醫學整合的迫切性，與二十一世紀醫療科技發展的重要性。

更甚者，為符映發展傳統醫藥的憲政潮流與提升台灣中醫藥的醫政地位，亦有人直籲：(行政院衛生署中醫藥委員會印行，2003:155)

為賡續推動中醫藥現代化及科學化，建造臺灣成為中醫藥科技島，維

芽階段」，第二是自國府遷台後到 1986 年醫療法公佈施行的「發展階段」，第三是醫療法公佈後至 1995 年全民健保開辦的「法制化階段」，第四則是全民健保開辦後的「後健保階段」。

³其實根據邱清華(1990:50)對「台灣地區中醫醫療狀況及需求之研究」中也顯示了民眾此般的就醫傾向，該研究是從兩種方式來探索全民健康保險施行後，民眾在態度上所存有中醫對西醫的替代性景象：一是民眾對未來疾病的求助模式是西醫者，在中醫納入全民健康保險後，會去看中醫者平均有 30.5%。二是直接詢及中醫納入全民健康保險後，原來看西醫的民眾中有 31.3%會改看中醫。

護「中醫藥委員會」之行政獨立地位，進而提昇為「國家中醫藥管理局」為全國中醫藥界共同努力的目標。

然而，儘管傳統醫藥發展擁有憲政論述的保障，但在西醫執掌的國家醫政氛圍下，中、西醫療論述的層級差異依舊顯著。如中醫所倡導養生保健的觀念長期一直於民間社會流傳，然在醫政論述的層面上卻頻遭西醫的制約，除經常被斥為無稽之談外，亦無法被納入國民健康教育體系，對此郭嘯天(1994:29)即曾指出「目前國內的保健課程，從小學的健康教育到高中的護理課，全是西醫的觀念及方法，無中醫保健的觀念。」可見在西醫導向的醫政論述裡，對中西醫學整合的期待尚有諸多的落差與距離。

所以即使在標榜醫療人權和發展傳統醫療的台灣民主化過程上，對中醫藥採取「管制性」的醫政論述仍然存在。2003 年當台灣籠罩在 SARS 危機的影響下，政府隨即成立「SARS 專案研究計畫」並依總統令核定公布「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困特別預算審查報告(修正本)」，該報告中有編列經費新臺幣伍仟萬元預算來進行有關中醫、中藥從業人員防疫之教育訓練等，其目的竟是「為防止中醫、中藥業者造成 SARS 防疫漏洞」而來。(行政院衛生署中醫藥委員會編印，2004:19)這就是一種對中醫藥不信任的管制性論述，也顯示出政府在中西醫政上的差別對待景象。即便是如此，中醫藥界仍積極配合「中醫藥學組—SARS 專案研究計畫」來辦理中醫醫事人員及中藥從業人員防治 SARS 教育訓練，結果不失眾望地，「SARS 期間並無一家中醫醫院或中醫診所被管制」。(行政院衛生署中醫藥委員會印行，2003:128)

總之，台灣民主化時期的醫政論述確實包含了傳統中醫發展之方向，這既是國內憲法規範且又相當符合世界潮流，然而此時期的醫政論述依舊由西醫所主導，因此排除或管制的平等景象便也處處在中醫發展過程上烙下印痕。

肆、醫政謀略

在台灣邁入民主化之境時，伴隨醫療權利論述之伸展，相關醫療教育與醫政制度亦紛紛產生政策上的變革，這是一種具多元性、開放性之醫政謀略的產出，使得長期受制約的傳統醫療在此際能獲致解放和發展。

就中醫醫療教育發展來說，正規中醫基礎教育人才之培育過去只仰賴 1958 年成立的私立中國醫藥學院一所，直到 1998 年私立長庚大學中醫學系的開辦方始增多人才培育之數額；另外，由政府推動之公立中醫藥研究機構過去也只有 1963 年成立的國立中國醫藥研究所，直到 1982 年國立陽明醫學院的傳統醫學研

究所成立後才多少彌補中醫藥研究機構之不足。其間又以跨經 1960-70 年代台灣威權時期至今的私立中國醫藥學院及國立中國醫藥研究所的發展過程視之，更能顯現中醫醫療教育發展在民主化時期的蓬勃景象。

如 1986 年國民黨三中全會便決議發展中醫藥全案，並促使立法院通過撥款伍億元分爲五年每年一億元來補助私立中國醫藥學院(林昭庚，2004:52)，雖然該補助款相較於對西醫教育的補助額度仍差距甚大，但這對該校日後在中醫學的教育推展上已獲具相當大的助力。又如長期遭西醫控制與冷落的國立中國醫藥研究所在 1988 年新任所長任職後，「發現該所連自來水管線也沒有，而係利用山泉水做爲一般用途，政府對此國內唯一之中醫藥重視及應付程度，實不忍睹。」(林昭庚，2004:264-265)日後經由立法程序和政府支持，不但 1995 年立法院三讀通過九十九編制人員之組織條例，更於同年遷入陽明大學新建之「中國傳統醫藥大樓」來從事中醫藥之研究。

再者，就中醫醫政制度發展來說，長期來與中醫藥發展政策相關的最高醫政組織：「中醫藥委員會」，自國府遷台後成立的內政部衛生司或以至 1971 年行政院衛生署成立以來便一直是個附屬其下的諮詢單位而已，職責不過是向西醫所主掌的衛生署提出對中醫藥發展工作之進言，因此其組織係採任務編組之年聘制委員會形式。然而隨著台灣威權體制的瓦解和民主聲浪的出現，中醫界亦積極要求政府實質建立起中醫藥行政管理體系，於是在透過社會及政治力⁴等各方面的努力爭取下，1987 年設於衛生署底下的中醫藥委員會開始被賦予部分實質上行政工作，及至該年年底又依總統(七六)華總(一)義字第二六九九號令公布修正了「行政院衛生署組織法」，而其中第十七條即有規定：「本署設中醫藥委員會，掌理中醫中藥各項行政事務及研究發展工作；其組織另以法律定之」(行政院衛生署中醫藥委員會編印，2004:1)，於是由中醫藥委員會來主掌中醫醫政事務的地位始予確立。

1994 年立法院三讀通過了「行政院衛生署中醫藥委員會組織條例」，再歷經一年的籌備後，1995 年終於擺脫任務編組形式而正式成立了「行政院衛生署中醫藥委員會」，亦即成爲衛生署的獨立所屬機關。就中醫界而言，「此乃我國中醫藥發展史上的重要里程碑，意義至爲重大。」(行政院衛生署中醫藥委員會編印，2004:23)同時，這也意含中醫藥發展在台灣民主化時期已日益受到政府的重視，並且被列入國家此際的整體醫政謀略之一環。

綜上論之，中醫醫療教育與醫政制度之蓬勃發展實是反映了此時期台灣民主多元開放的醫療景象，然而也因這般多元開放的醫療景象，中西醫界之間的競逐

⁴ 林昭庚(2004:204)指出，當時包括林庚申等共有 61 位立法委員，在立法院第七十九會期時即有聯署提案來針對中醫藥委員會的實質功能進行定位。

關係亦並存於此時期，特別就主掌醫政的西醫與受醫政支配的中醫之不對等關係視之，其間中醫所遭受的制約痕跡更是歷歷在目。而這般制約痕跡，係可從此時期由西醫掌控的衛生署之相關醫政謀略中明顯看出。

1992 年新修訂公布醫師法第一條規定：「中華民國人民經醫師考試及格並依本法領有醫師證書者，得充醫師。」其內容中「並依本法領有醫師證書者」之文句係為增補部分，而又依第七條「請領醫師證書，應具申請書及資格證明文件，送請中央主管機關核發之」的說明，其中央主管機關即為行政院衛生署。是故，該法修訂後「衛生署不但掌管醫師執業之行政生計業務，又掌握醫師資格認定之生殺大權」(陳俊明等編，1994:62)，這對中醫醫事人力的發展來說，無疑又增添了一道控制關口。再者，就針對衛生署所規劃醫事人力政策上關於計劃培育及任用醫師一項，楊賢鴻(1994:66)便指出其對中醫師的養成部分似乎緩不濟急，「因為從民國八十一年醫事相關科系畢業生人數表上得知，中醫學系畢業人數僅佔西醫、牙醫，及中醫總畢業人數之百分之十二點二，又從醫事人員領證表來看，中醫師佔西醫師、牙醫師及中醫師總領證人數之百分之十四點三，牙醫師佔百分之十六點五，而西醫師佔百分之六十七點二。」此皆已足見衛生署對中醫醫事人才規劃及態度，及其深具抑制特質的醫政謀劃。

事實上，長期以來一直限制中醫醫事人才及其發展的衛生行政法令，尚包括中醫系畢業生雖同時可擁有中西醫師執照但只能擇一開業，以及限制中醫師不能使用西式醫械及做檢驗工作等，這皆相當程度的限制阻礙中醫現有的發展。就這般限制阻礙中醫發展的情景，林昭庚即分別提出了對衛生署此般醫政謀劃之控訴：譬如在中醫系畢業生只能擇一開業方面，

目前持有中西醫雙重執照者，都是經過七年正規中西醫學教育，再分別通過國家考試取得資格的，是中西兼修，學有專長的醫師，政府理應該准其雙登錄執業，但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，並僅能請領一種執照，不得同時登錄為中、西醫師，限制過於嚴苛，妨礙中西醫結合，造成人力及醫療資源的雙重浪費。限制兼具中西醫師雙重資格的醫師擇一執業，造成中西界限分明，將不利世界醫學倡導的中西醫結合。(林昭庚，2004:207)

又如在限制中醫師使用西式醫械方面，

過去由於檢驗儀器尚未發明，中醫必需依賴傳統「望聞問切」方式進行診療，如今隨著科技的發展先進醫療器材設備不斷產生，受過訓練的中醫師依理當然可以採用，但衛生署卻加上諸多不合理的限制，政府聲聲要

促進中醫藥現代化，但作法卻阻止中醫藥現代化。科技發展之成果應為全人類之共同資產，不應獨厚西醫，而阻礙中醫之進步與發展，因此基於中醫的現代化與民眾健康照護的權益，應准許中醫師於研習必要課程後使用現代化醫療儀器。中醫醫療院所不能設置 X 光機，不能使用向量干擾波、低週波治療儀、牽引機等設備，致使中醫醫療院所無法設置上述現代化儀器設備對病患進行診療。蓋同屬醫療之現代化，經研究改良之針灸現代化儀器允許西醫師、牙醫師為之，反對科技醫療儀器不准中醫師為之，實有違中西醫平等執業原則，對中醫師、中醫醫療院所有欠公允。(林昭庚，2004:206)

這般限制阻礙景象，同樣也呈顯在此時期發展出來的中醫醫政組織制度中，像是 1995 年成立的「行政院衛生署中醫藥委員會」，即一直受限於衛生署行政體系中對該會人員編制和經費等方面的制約，以致使其業務都未能有突破性進展。即使時序進入了二十一世紀，相關中醫醫政制度亦常有遭衛生署抑制的聽聞，如 2003 年台灣經受 SARS 肆虐後即有媒體報導指出「政府公衛及防疫體系組織再造工作之內容，其中包含『中醫藥委員會等負責之業務將會重新調整，中藥部分合併至 FDA(糧食與藥物管理局)管理，中醫部分由醫護服務管理局管理』等文義」，這意含該會可能遭裁撤且分別併入現有醫政處和藥政處，而使中醫藥管理回到舊管理制度。這制度變革的聽聞最後雖經衛生署「後 SARS 臺灣重建計畫—醫療及公共衛生組」會議討論，而決議該會仍將維持目前獨立機關之現狀，但仍引起了台灣中醫藥界的相當不滿與嚴重關切。(行政院衛生署中醫藥委員會印行，2003:151-154)

是以，雖然民主化時期的台灣中醫發展呈現出蓬勃的醫政景象，但在多元競逐的醫政謀略下依然存有醫政制約的不平等面向，中醫發展仍然處在佈滿荊棘的西醫控制領地中。然而與過去不同的是，民主化下的台灣賦予了不同聲浪者有抵抗的權力，而這抵抗權也勢必延展到醫療相關的層面來，特別是中醫界對西醫醫政的抵抗權便是一例。

伍、醫政權力

關於民主化時期中醫界對西醫醫政的抵抗權展示，單就從中醫爭取參與醫療保險給付的艱辛過程即可明顯看出。

檢視台灣健康保障的發展歷史，勞工保險早在 1950 年即已開辦，而 1958 年又增加了公務人員保險，然實施初期並未列入中醫醫療給付部分，而是先辦理西醫住院業務再擴大至西醫門診，看診中醫需費用完全自理。這種把中醫排除於

健康保障範圍之外的業務處境竟達二十年之久，直至 1978 年方才准許中醫勞保開始試辦中醫傷科門診業務，而當時診療範圍也僅限於單純骨折與脫臼兩項，並且也沒有納入公保的給付範圍內，即使到了 1980 年代初期，中醫的勞保幾付項目依然受到相當大的限制，如 1981 年也才增加了打撲、捻挫傷等中醫傷科給付。由此觀之，以西醫為主體的健康保障型態係支配著台灣威權時期的醫療保險業務，即使中醫在民間社會仍然佔有一定的醫療市場，但在西醫主掌的醫政權力影響下，中醫於政府的健康保障規劃中似乎位階呈顯低微。

伴隨台灣政治社會情勢的轉變，1987 年勞工保險才開始大幅開放中醫醫療院所特約門診，而勞保醫療業務中的中醫門診給付比重也才顯著地提高。(陳俊明等編，1994:125)接著，公務人員保險於 1988 年納入中醫醫療給付，而 1989 年始開辦的農民健康保險也同時納入了中醫醫療給付範圍。表面上這種種似乎顯示了政府對中醫醫療權利的認可與積極作為，其實另一方面係已隱含了一場醫政權力的競逐關係，對此有論者就曾直言「中醫界必須有兼具中醫專業與政治能力的領導者，才能夠在政治界、制度面為中醫爭取發展的空間，提昇中醫行政體制的地位。」(林昭庚，2004:386)亦即中醫自我保存的力量必須來自自身的政治武裝，以透過政治抗爭的手段來爭取自身的權利。所以面對解嚴後台灣各類民主運動的紛起景象，中醫界也開始運用這股民主化潮流來投入這場標榜由人民作主的運動行列。

為擴增中醫參與民眾健康保障權利之目標，進入台灣的民主化時期之後，中醫界便成立了爭取勞農公保推行委員會，並以訴求和陳情的方式來要求開放中醫診所辦理勞農保門診醫療給付業務，以爭取中西醫療在健康保障權利上平等地位。然而一連串的敷衍冷默之回應卻打擊了中醫界的深切期待，對此有中醫人士即說明「我們檢討的結果是：中醫界屬弱勢團體，人數少，選票亦少，聲音有限，所以不太會重視我們的要求，但又不能不理會我們，只好敷衍應付一下。」(林昭庚，2004:425)為爭脫這樣的冷默回應，儘管戒嚴解除不久以及相關警總憲調的不斷關照，中醫界已決議要走上街頭來自立救濟，並於 1989 年進行了第一場中醫界的遊行抗議活動。

這場中醫界為爭取勞保全面開放之劃時代的街頭抗爭運動，迫使勞委會在 1990 年同意接受申請並於 1991 開放第一批中醫醫療院所來承辦勞保。雖然抗爭結果有了相當的成效，但可承保的中醫醫療院所之開放比例卻不到 5%，且日後增加開放比例的協商也都得不到進展，因此又種下了中醫界第二次大規模抗爭運動的原因。(林昭庚，2004:427-428)

鑒於勞委會依然限制中醫參與勞保醫療業務致使中醫師受到不平等待遇之情景，1992 年中醫界發動了全國中醫師赴立法院陳情和到勞委會抗議的活動，

甚至更以夜宿街頭方式和用血書「請李總統救中醫」之表達形式，來展示中醫界強烈訴求之決心，從而引起了當時朝野政局相當大的震撼與關切。(林昭庚，2004:345)於是到了 1993 年時，不但中醫診所終於爭取到全面開放公勞保門診，而其它如農、漁、福保等也都因勞保中醫的開放而納入了中醫健康保障體系之範籌。這般景象係彰顯出中醫界在醫政權力上的聲勢，同時對當時全民健保中相關中醫納保的規劃籌備也產生相當大的影響。

事實上，全民健康保險的整個規劃過程一直都沒有將中醫列入規劃考量，因此當時即有論者直言：「就目前立法院幾個全民健保方案而言，其中存在許多問題，諸如建立在大醫院、昂貴的醫療器材等思考模式上來討論全民健保。而且它集中思考的不是人民健康，而是利益分配，例如它排斥中醫。」⁵(陳俊明等編，1994:15)然而，在上述諸多健康保險陸續納入中醫給付而得到民意的支持與回響後，1994 年竟也促使了立法院三讀通過全民健康保險法之中醫給付的諸多項目，以致當 1995 年全民健康保險開辦時，中醫便和西醫同樣都被納入保險給付且全面開放中醫診所承辦全民健保業務。儘管中醫醫療給付在全民健保的住院部分仍然受到許多限制，但 2000 年後所實施的中醫門診總額支付制度，已使中西醫療得以立於同地位來參與台灣健康保障之偉業。

綜觀之，在台灣民主化過程中，伴隨社會運動與民意政治的抬頭，中醫界也在健康保障權利的訴求下參與了街頭抗爭潮流，這是一種醫政權力的衝突抗拮表現，也讓中醫界蒙上了政治角力之色彩，於是在民意政治的浪潮下，中醫順利地介入了台灣各類醫療保險領域中，使得中西醫療在保險給付方面可以較為趨於平等。另一方面，民主化過程亦包括多元競爭的情境，因此權力之間的競逐關係便也時有所見，這情境體現在中西醫政權力的關係上，即可明白中醫界在爭取健康保障權利時所遭受的諸多阻礙和困難，因為在西醫主掌國家醫政的態勢下，對中醫必然存有強烈的競爭情懷，以致截至今日，中醫仍然無法在健康保障方面獲得與西醫完全同樣的公平對待，包括醫療住院給付與總額支付制度之分配等皆是。

所以儘管此時期台灣已邁入民主化的進程，但在醫政權力的不平等狀態下中醫依舊遭遇競爭劣勢的受制約處境，即使如此，中醫仍對台灣健康保障體制發揮相當大的貢獻力道。譬如 1991 年時中醫勞保診所醫治總勞保數的現金支付金額僅佔總醫療資源的 3.3%，而中醫門診勞保處僅佔全部的 16.6%(陳俊明等編，1994:30-31)，顯見中醫在健康保障的支出部分十分節省；即使到了公元兩千年後，如 2001 年的中醫醫療院所申報門診醫療費用來看，其件數為 2817 萬件共佔

⁵ 譬如當時在立法院內有兩個主要的健保版本在流傳討論，一個是屬衛生署版，另一個是沈富雄版，但這兩個版本內容都以西醫為主體而明顯地排斥中醫，因此也在中西醫療保健的公平性議題上產生相當大的爭議。

所有醫療院申請件數 31395 萬件之 8.97%，而申報門診醫療費用為 118.32 億元卻儘佔所有醫療院所申報門診費用 2069.18 億元之 5.72% (行政院衛生署中醫藥委員會編印，2004:31-32)，顯見中醫對消減當前健保財務窘態之境況存有相當的功效。

因此，從此時期中醫參與醫療保險的過程看來，係已充分彰顯出中西醫政權力的競逐與衝突痕跡，亦即在面對西醫的權力壓抑下，中醫已然尋獲抗拒回擊的權力軌跡。這是民主化下的權力關係之展示，其所呈現出的醫政圖像即是一幅多元化的醫療主體。

陸、結語

檢視台灣民主化時期的中醫醫政發展，明顯地係隨著政治社會的變遷而受其影響，因為民主化所帶來的民意主體與多元價值之政治社會景觀，已然牽動了中醫發展的走向。所以在醫政論述上可看到醫療人權觀念的興起和對傳統醫學的重視，不管是體現在憲政制度上亦或是執行方案研議討論，皆可顯示出中醫藥發展在台灣所具有的一個蓬勃願景。而這般蓬勃願景也可在醫政謀略上嗅出，像是此時期的中醫醫學教育及其相關醫政制度，相較於過去威權時代都有相當明顯的提升和發展，這著實是反映著此時期多元開放的醫療景象。因此在醫政權力部分即可瞭解，醫政觀念和制度的啓智係與民意主體的發展息息相關，為落實憲政論述和推動中醫發展，用請願、陳情或甚至以街頭抗爭等各式的社會運動來達到目標的民主訴求，已成為中醫界權力展示的利器，這可從此時期中醫爭取參與醫療保險給付之過程便可看出。

是故，民主化時期的中醫醫政發展其實已反映出了政治社會的多元開放和民意主體的價值，但這也是一種允許多元主體相互競爭的價值觀，所以中醫醫政的發展必然是在一種競爭的局面來往前推進，而競爭的對手即是向來皆由西醫所主掌的國家醫政。因此就醫政論述來看，即使憲法納入發展傳統醫藥的主張，但落實層面卻有著相當的差距，如中醫保健觀念一直無法被納入國民健康教育體系即是一例，再者西醫醫政對中醫的管制性論述亦未曾間斷，如指稱中醫可能成為 SARS 期間的防疫漏洞等。另外就醫政謀略來看，即使相關中醫醫政制度的提升，但還是附屬於國家醫政(如行政院衛生署)之下，所以在這般層級性的醫政關係中，包括中醫相關政策和人才培育等，在發展上皆必然會受到相當程度的限制和阻礙。於是在醫政權力方面即可識出，進行體制外的街頭抗爭係因在體制內存在諸多不利於己的限制阻礙所致，諸如台灣健康保障制度的設計是以西醫為建構模式，因此相當不利於中醫之參與，雖然中醫不斷地透過抗爭手段來介入與推進，但也反映出此時期西醫醫政的權力制約意含。

總之，中醫發展在台灣民主化時期係已呈現出蓬勃的景象，儘管國家醫政仍以西醫為發展主體，但與過去百年來長期遭受制約的情境相比，隨著政治社會踏上了民主化腳步，中醫也逐漸擺脫往常那被動拘束的順從形態而獲具了自身的主體性，這可從中醫界首度踏上街頭來為自己權利進行民主抗爭的歷史紀錄過程中彰顯出來。所以就中醫發展的角度來看，這是一個特殊的時代，也是一個相當有利於自身發展的時代，因為發展傳統醫學不但已被納入國家憲政的保障中而且也是歸屬於世界潮流之一環。儘管西醫醫政仍然對中醫發展持續進行阻礙與干擾，但若從民主多元和競爭價值的視野論之，這不過是一種民主常態，即使西醫仍舊主掌醫政，但中醫也能經由民意政治過程來與之抗衡。也許當下的這種抗衡過程尚存有諸多的不平等關係，這或許也意含台灣的民主化還有一段待成熟的時間，然而這同時也顯露出中醫發展還有很大的努力空間，包括醫療專業的建構、政治實力的累積、以及社會民意的支持等。

參考書目

行政院衛生署中醫藥委員會印行

2003 《臺灣中醫藥整合與前瞻》。台北：行政院衛生署中醫藥委員會。

行政院衛生署中醫藥委員會編印

2004 《臺灣中醫藥願景》。台北：行政院衛生署中醫藥委員會。

李聖隆

1992 《醫護法規概論》。台北：月旦出版。

林宜信

xxxx 〈21 世紀台灣新中醫願景〉。

<http://www.cgmh.com.tw/new1/new8906-201.htm>。2006/10/08。

林昭庚主編

2004 《台灣中醫發展史》。台北：中華民國中醫師公會全國聯合會。

邱清華

1990 《台灣地區中醫醫療狀況及需求之研究》。行政院經濟建設委員會。

吳全峰

1999 《全民健康保險制度與醫療人權相關之分析》。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。

陳立夫

1994 《成敗之鑑—陳立夫回憶錄》。台北：正中書局。

陳俊明等編

1994 《中醫白皮書》。台北：新國會雜誌社。

郭嘯天

1994 〈傳統養生保健觀念應扎根於生活〉，陳俊明等(編)，《中醫白皮書》，頁 28-30。台北：新國會雜誌社。

楊賢鴻

1994 〈中醫養成教育及醫療推展 衛生署尚須努力〉，陳俊明等(編)，《中醫白皮書》，頁 65-67。台北：新國會雜誌社。

Barthes, Roland

1977 *Image-Music-Text*. New York: The Noonday Press.

Foucault, Michel

1972 *The Archaeology of Knowledge*. New York: Pantheon Books.

1981 "The Order of Discourse," in Robert Young(ed.) *Untying the Text: A Post-Structuralist Reader*, pp.48-78. Boston: Roulledge and Kegan Paul.

Hall, Stuart

1997 *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices*. London: Sage.

Macdonell, Diane

1986 *Theories of Discourse: An Introduction*. Oxford and New York: Basil Blackwell.

Mills, Sara

1997 *Discourse*. London and New York: Routledge.

Pecheux, Michel

1982 *Language, Semantics and Ideology: Stating the Obvious*. London: Macmillan.