

編號：CCMP93-RD-018

海峽兩岸中醫高等教育比較之研究

孫茂峰

長庚紀念醫院中醫醫院

摘要

回顧國內中醫高等教育，可追溯至民國 47 年所成立之中國醫藥學院，首度將中國傳統醫學正式納入正規高等學院教育，其於民國 55 年成立中醫學系；大陸自改革開放以來，中醫高等教育得到了很大的發展，學有專精之老中醫集專家學者亦為數眾多。過去海峽兩岸隔絕，不相往來，故雖同為中華民族，有著共同文化背景，且屬同一性質之教育事業，但各自開始，各自發展，內容是否相同，差異究竟如何？頗值得探討。

加入 WTO 不僅為中醫高等教育的全球化提供了空間，也為調整人才培養結構、優化中醫院校教育結構和專業結構提供了更為廣闊的發展空間和機遇；社會對中醫的需求日益增加，為適應這些變化海峽兩岸都在探索新的教育模式。

要深化中醫教育改革，不僅應總結我國中醫高等教育發展的正反二面經驗，同時也要研究、學習及引進大陸中醫教育的成功和失敗經驗，為我國中醫教育的進一步改革提供借鏡；還能促進海峽兩岸人民對中醫高等教育之了解，提供欲赴大陸研習中醫者正確之資訊。

大陸中醫高等教育目前正全力發展七年制中醫系本碩連讀，注重英語能力，電腦的運用，以及醫古文（古漢語基礎）；台灣中醫系修習完整西醫課程，具備西醫相當之水準，將來中西醫結合潛力大，但因而課業相當繁重，中醫課程相對受到某種程度之排擠；大陸五年制中醫系和台灣學士後中醫學系所修習中醫課程較豐富，但相對地西醫內容較為不足，台灣學士後中醫學系西醫臨床課程較為粗糙。

海峽兩岸中醫高等教育在培養目標、模式上並無明顯差異，但是大陸發展較為多元化及富有彈性，師資陣容較整齊，並運用師承教育彌補學院教育之不足。

建議由中醫藥委員會進行跨部會整合，或於教育部下設對等於醫學教育委員會之機構，統籌中醫教育相關事項。對於台灣的名老中醫，也應有系統的整理其經驗，並加以傳承；宜整合各界力量，編寫一套完整且適用的中醫本土教材；強化中醫研究，專案培養師資。

關鍵詞：中醫教育、比較教育

Number : CCMP93-RD-018

A comparative study on Chinese medicine education in Taiwan and Mainland China

Sun, Mao-Feng

Chang Gung Memorial Hospital

Abstract

The advanced Chinese medicine education in Taiwan can be traced back to 1958, when the traditional Chinese medicine discipline first time included in the formal advanced education system. In 1966, the first Chinese medicine department was founded. China's advanced Chinese medicine education has developed greatly since liberalization and produced large number of well-experienced practitioners. For the past years, there are no interchanges across the straits even with the same cultural backgrounds. Each Chinese medicine education system evolved separately. It is a worthy study to compare the education content's difference between Taiwan and Mainland China.

Joining WTO helps spread the knowledge of Chinese medicine globally and improves the quality of manpower in this field. As the society requires more and more application from Chinese medicine, both sides across the straits need to update the educational methods. To deepen the reform of Chinese medicine education, we need to take pros and cons of education development into consideration. Besides, we still need to learn from Mainland China's experience no matter it is success or failure. On the other hand this study provides better understanding and correct information in Chinese medicine education for both sides.

China's advanced Chinese medicine education developed the 7 years

institutionalism of Chinese medical school strongly now. They are take emphasis on the curriculum of English , computer science and traditional Chinese medicine literature. Taiwan's advanced Chinese medicine education have the dominant and potential in the integration of western and Chinese medicine.

There are no obvious difference in the object and developing model of the advanced Chinese medicine education between Taiwan and Mainland China. But China's advanced Chinese medicine education have enough professors than Taiwan and get multiple level to satisfy the needs of change.

This study suggest our government to establish a specific and responsible for advanced Chinese medicine education to plan the relative factor and make a complet textbook for our student. To nurish Chinese medicine's professor is also important .

Keywords: Chinese medicine education, Comparative education

壹、前言

一、背景：

大陸地區一般教育的水準，與世界各國來比，仍有相當距離。唯獨中醫教育發展卻甚為迅速，獨步全球。但大陸因國家領土太大、人口密度不一，城鄉設校標準也因之無法一致。中醫師之人口密度在都會地區雖已相當高，廣大內陸省份卻仍很低。根據統計，大陸在 2001 年全國有中醫高級技術人員（含中醫師、中西醫結合醫師及其他）近三十萬人，其中中醫師近二十六萬人左右（國家中醫藥管理局：2001 年國家中醫藥統計摘編）。但以人口數與醫生數作比例來看仍然很低。平均每萬人口中有中醫師 2.0 人，距離「公元一九八八年至二千年中醫事業發展戰略規畫」中的目標每萬人口 4.2 名中醫師還是相距甚遠。為此，大陸中醫教育開始擴大招生人數，2001 年全國五年制中醫畢業人數 3,852 人，當年招生人數卻高達 10,040 人，擴招的結果是否能維持教育品質，是令人擔憂的現象。

加入 WTO 後，國內教育界勢必面臨來自同文同種兩岸教育資源的競爭。大陸近年來配合改革開放後的經濟快速發展，各類人才需求孔殷，為執行「科教興國」政策，已開始各項高教改革措施，培養重點大學，並鼓勵與外國學校合作，放寬國外大學在大陸辦學與頒發學位的限制。大陸教育政策的鬆綁，將可能吸引更多台灣學生西進，造成台灣本身學生人口進一步減少，教育資源持續不足或流失的危機。

二、現況：

目前政府尚未正式承認大陸學歷之際，前往大陸就學的學生已不絕於途。據統計，目前在大陸地區求學的台生人數約有 4 千到 1 萬 2 千人，預期未來人數還會增加。2002 年台灣學生報考大陸大學研究所港澳台招生考試已較前一年成長一倍，達 1,369 名，其報考類別擴及涵蓋法律及商科；以報考北京大學本科生產例，報考人數較前一年成長三倍，其中至少 5 名國內明星高中的畢業生，其捨國內大學而就北京大學，顯示赴大陸地區求學，已由早期未在台灣考取理想學校不得已的選擇，到現在成為優秀學生的優先選擇，同時從原來選讀研究所提早到大學階段，其間變化值得注意。

在加入 WTO 之後，本著會員體間平等互惠的原則，大陸學歷有機會會在「對等承認」、「學術認定」的原則下採認；大陸的重點大學有一定的學術水準，

且學費不高，加上沒有語言的障礙及生活適應的困難，如果政府不能有預應的策略，學生對赴大陸求學將趨之若鶩，其結果將遠超過國外大學來台設校招生的衝擊。

三、回顧：

回顧政府對大陸學歷採認政策，雖已經歷七任教育部長，政策評估再三，至今依然還是沒有結果。正本清源就事論事，在國家整體政策架構下該如何看待？其次，國際化全球化已成趨勢，政府不應該昧於現實，無視於學子的需求；赴大陸求學除了學歷採認之外，大陸幅員廣大，城鄉教育品質落差很大，學子求學會面臨那些難題；又，兩岸政府立場、學制比較，以及對於現行教育體系的衝擊，都是值得探討一窺究竟。真理越辯越明，希望藉由這些議題的呈現與檢視，讓大家有更深一層的了解。

此外，兩岸因為同文同種，沒有語言文化差別，對於學子負笈海外列為優先選擇，當然是一個有利條件。但兩岸分隔逾半世紀，縱是同為中華民族，但政治體制明顯不同，生活條件、觀念認知出現落差也是可以想像。

調查到大陸求學除了生活上的適應，就醫看病也是一大問題，另外簡體與繁體字變化也有待克服，若認為到大陸求學方便，學位容易取得，恐也過於天真不切實際，或許也只能親身經歷才能體會。

在比較海峽兩岸中醫高等教育時，面臨一個重要問題就是不同政治制度、經濟實力、科技水準以及文化傳統在中醫高等教育所展現出的巨大差異。如何看待這些差異，既不能迴避，又不能誇大其影響，應該採取科學的態度，站在歷史、社會的客觀角度來分析。在西元 1989 年以前，西方學術藉機基本上是相當不贊成兩岸做比較研究的，因為由背景資料來看，兩岸在土地面積，人口數量，政治意識型態，經濟體制，都市化程度，國民平均所得各方面差異太大。

甚至就方法論而言，從事兩岸比較研究的最大障礙在於：兩岸經過長久不同發展的結果，難以找出同質性的可比較單位，來進行比較分析，並獲致通則化的研究結論，特別是兩岸高等教育的比較研究 涉及教育組織與意識型態的分歧，至今仍未形成顯著的研究途徑作為應用架構，再加上中醫高等教育有其特殊性。

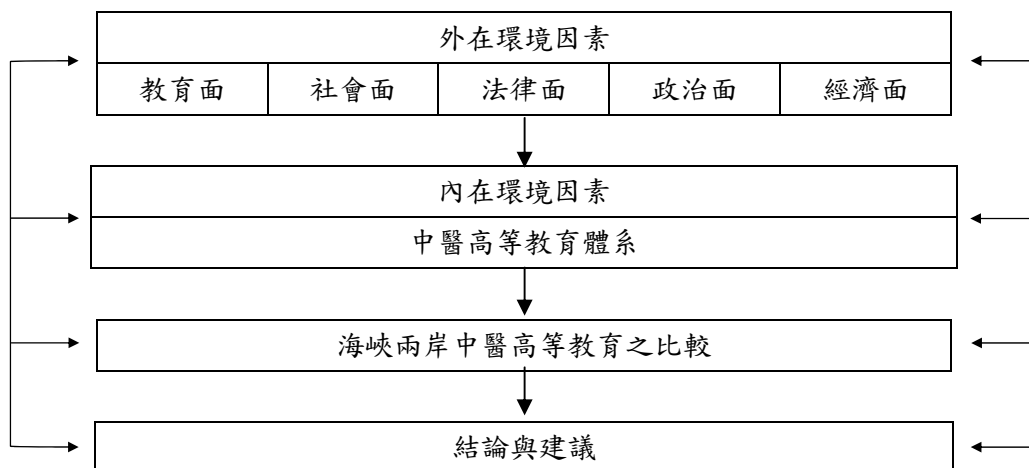
但是兩岸的中醫高等教育是世界上唯一架構完整的傳統醫學體系，台灣與大陸是近年來吸引研究興趣的比較對象 不僅是因為兩岸比較研究的結論有其實用性，更因為兩岸在國家角色（the role of state）上有共同的特色，足以作為台灣與大陸，在類似政策議題上比較的起點。

四、研究目的：

1. 研究大陸中醫教育的成功和失敗經驗，為我國中醫教育的進一步發展提供借鏡。
2. 促進民眾對海峽兩岸中醫高等教育之了解，提供欲赴大陸研習中醫者正確之資訊。

貳、材料與方法

1. 文獻分析法：蒐集海峽兩岸圖書、期刊、雜誌、研究報告、論文、報導等相關文獻，透過理論面評析海峽兩岸中醫高等教育之環境背景、實施現況與發展過程。
2. 比較研究法：本研究係採用貝瑞岱（George Bereday）的區域比較模式（area comparative studies），將海峽兩岸依相同或可資比較之類別予以併排，藉相互比較，以探討海峽兩岸中醫高等教育之異同點及可供我國參考借鑒之處。
3. 專家座談法：邀請海峽兩岸中醫高等教育界之專家學者，針對文獻探討、訪問調查、比較研究及所撰寫之初稿，進行討論及提供建言，使研究結果更臻客觀及周延。
4. 研究架構設計如下：



參、結果與討論

一、海峽兩岸基本狀況之比較：

中華民國（台灣）

土地：中華民國創建於西元一九一二年，是亞洲第一個民主共和國。民國三十八年，中國共產黨占據大陸建立中華人民共和國，中華民國中央政府於同年播遷來臺，轄有臺灣、澎湖、金門、馬祖、東沙群島、南沙群島等地，有效管轄面積 3 萬 6,179 平方公里。臺灣東臨太平洋，西隔寬約 200 公里之臺灣海峽與福建省相望，南界巴士海峽，與菲律賓雅美島相距約 100 公里；北瀕東海，東北與琉球群島相距約 600 公里。

人民：截至九十二年底，我國的總人口數為 2,260 萬人，人口密度每平方公里 625 人，為全世界千萬以上人口國家之第二位，僅次於孟加拉。高雄市面積為 154 平方公里，每平方公里有 9,826 人，是我國人口密度最高的都市；臺北市面積 272 平方公里，每平方公里有 9,666 人次之；臺中市面積 163 平方公里，每平方公里有 6,176 人為第三。人口大部分集中在都市，占全國總人口 69.09%。以九十二年底而言，在都會區中，較上年以中壢桃園大都會區之人口成長最快，成長率為 1.66%；新竹次都會區為 1.44% 次之。人口最多的都會區是臺北基隆大都會區，有 661 萬人，占都市人口的 42.31%；人口第二多的為高雄大都會區，共有 275 萬人；臺中彰化大都會區的 216 萬人則為第三。

零歲平均餘命：國民零歲平均餘命逐年遞增，民國九十一年零歲平均餘命兩性合計為 75.87 歲，其中男性為 73.22 歲，女性為 78.94 歲。六十五歲以上人口占總人口數的比例，從民國九十一年 9.02% 上升至民國九十二年的 9.24%，這種情形使我國人民的平均壽命介於老年化的國家（如英國的 16%、法國的 15%、日本的 17%、美國的 13%）及年輕化國家（如中國大陸及南韓的 6%、泰國及菲律賓的 4%）之間。

整體經濟表現：民國九十二年上半年，美伊戰爭及 SARS 疫情重挫原已復甦的景氣，實質經濟成長僅 1.73%。下半年起，隨 SARS 等陰霾消除，全球景氣明顯好轉，實質面與金融面表現皆超出預期，估計下半年經濟成長率 4.50%，全年達 3.15%。每人國民生產毛額 13,167 美元，較九十一年增加 251 美元（按新臺幣計算為 452,955 元，增加 6,319 元）。

就業方面，隨著國內景氣逐漸復甦與各項促進就業措施效益顯現，九十二年十一月分的失業率已降至 4.71%，創 28 個月來新低；合計一至十一月臺灣平

均失業率 5.03%，較上年同期減少 0.15 個百分點。

衛生醫療保健：全民健康保險是我國建國以來最重大之社會建設。民國八十四年開始實施，讓全民都能夠藉自助互助及風險分擔的方式，獲得完整而必要之醫療照護，免除民眾就醫之障礙，維繫全民身體之健康。

開辦至今，短短 8 年，即已達到全民納保、滿意度高、就醫方便、保費低廉、給付範圍大、費用控制佳之成效。

我國健保之成就，受到各國之矚目，也因此近 2 年共計有 35 個國家，經選派 401 名人員前來我國觀摩學習。

民國九十二年底全國計有醫院 610 家、診所 17,618 所。至民國九十一年十二月底，各類執業醫事人員共有 18 萬 3,417 人，按人口比例計算，每一西醫師服務 714 人，每一中醫師服務 5,169 人，每一牙醫師服務 2,438 人。

長期照護服務，截至九十二年六月底，長期照護服務包括：(1) 計有 243 家護理之家 12,438 床，平均每萬老人 61.2 床；(2) 居家護理機構 392 家；(3) 日間照護機構 92 家；(4) 辦理長期照護「單一視窗」服務模式，推動成立「長期照護管理示範中心」，已有 25 個縣市設置；(5) 設置 11 家「身心障礙醫療復健輔助器具研究發展中心」，提供輔具服務。

教育現況：教育在我國社會一向受到相當重視，就臺灣現行學校制度而言，一般學子完成了國民教育以後，開始劃分為「專業學術教育」與「技術職業教育」兩種不同途徑的教育系統。

此外，為提供一般社會大眾更廣泛的進修機會，我國還設有進修補習學校，並且對於各類資賦優異學生或身心障礙學生，設有特殊教育，以使各類學生均能適性發展。

教育行政單位，依照性質不同可分為：教育行政機關（在中央為教育部，在地方為直轄市政府及縣市政府）、社會教育機構（各級圖書館、藝術館、博物館等）。

目前臺閩地區在學人口約 537 萬餘人，各級學校總數達 8,222 所。近十年來，我國各級學校校數、教師人數呈逐年成長趨勢，以民國八十一學年至九十一學年為例，十年之間共計增加 1,425 所學校，增幅為 20.97%，教師則增加 22.36%；反觀學生人數，自八十一學年至八十五學年，因學齡人口減少而呈降低趨勢，八十六學年起則又緩慢增加，目前每位教師任教學生數降為 19.67 人，十年來減少 4.17 人；就學校密度而言，每千方公里校數達 227 所，十年來學校密度增加達 39.39 所，由以上數據顯示：我國教育品質有逐年向上提升趨勢。

近年來升學管道日益暢通，以九十一年為例，國中畢業生人數計 30 萬 235 人，繼續升學者計 28 萬 6,673 人，升學率為 95.48%；高中畢業生計 11 萬 2,596 人，繼續升學者計 7 萬 7,708 人，升學率為 69.01%；高職畢業生 13 萬 4,013 人，繼續升學者計 6 萬 1,289 人，升學率約 45.73%。

追求高等教育卓越發展，修正大學法、私立學校法，設置高等教育審議委員會，追求大學學術卓越發展及提升大學基礎教育，推動大學整併，成立跨校性研究中心，改進大學評鑑機制，獎補助私立大專校院，培育大學科技系所人才，發展國際一流大學及頂尖系所，提升大學國際競爭力。

建立大學多元彈性入學制度，實施二技、四技二專、高中職及五專多元入學方案，以尊重多元智慧，輔導學生適性發展。

建立學生輔導新體制，協助大專校院、高中（職）及地方政府，落實以學校為本位的有效經營模式，引進輔導工作初級預防、二級預防、三級預防觀念，本諸發展重於預防，預防重於治療的教育理念，整合教學、訓導與輔導等相關資源，融入學校經營與教學歷程，並主動積極結合社會資源，提升學校教育效能，為學生營造更周延的學習環境。

中華人民共和國（大陸）

土地：中華人民共和國位於亞洲大陸的東部、太平洋西岸。陸地面積約 960 萬平方公里，僅次於俄羅斯和加拿大，是世界上第三大國。中國領土北起漠河以北的黑龍江江心，南到南沙群島南端的曾母暗沙，南北相距約 5500 公里；東起黑龍江與烏蘇裏江匯合處，西到帕米爾高原，東西相距約 5200 公里。

人民：中國是世界上人口最多的國家。2003 年底，中國總人口為 129227 萬人（未包括香港特別行政區、澳門特別行政區），約占世界人口的五分之一。

中國也是世界上人口密度較高的國家之一，每平方公里的平均人口密度為 135 人。但分佈頗不均衡：東部沿海地區人口密集，每平方公里超過 400 人；中部地區每平方公里 200 多人；西部高原地區人口稀少，每平方公里不足 10 人。

1949 年中華人民共和國成立時，全國總人口為 54167 萬人。由於生產發展、醫療衛生條件改善，以及對控制人口增長的重要性認識不足和缺乏經驗，致使人口迅速增長，到 1969 年已達 80671 萬人。面對嚴重的人口問題，從二十世紀七十年代開始，中國實行計劃生育，控制人口增長，使人口出生率逐年下降，到 2003 年，已下降至 12.41‰。目前，中國已基本實現了低出生、低死亡、低增長的人口再生產類型的轉變。

政治制度：中國是一個多民族、多黨派的國家，在國家採取重大措施或者決定關係國計民生的重大問題時，作為執政黨的中國共產黨都事先與各民族、各界、各黨派和無黨派人士進行協商，反復徵求意見，然後再形成決策。這就是通常所說的中國共產黨領導的多黨合作和政治協商制度，也是中國的一項基本政治制度。

多黨合作和政治協商所採取的主要形式有兩種：一是中國人民政治協商會議；二是中共中央和各級地方黨委召開的民主黨派和無黨派人士協商會、座談會。中國人民政治協商會議既不屬於國家機關，也不同于一般社會團體，而是最廣泛的中國人民愛國統一戰線組織，設有全國委員會和省（自治區、直轄市）級、縣（市）級等地方委員會。政協全國委員會由中國共產黨、各民主黨派、無黨派人士、人民團體、各少數民族和各界的代表，香港特別行政區同胞、澳門特別行政區同胞和歸國僑胞的代表，以及特別邀請的人士組成，每屆任期五年。委員們在出席每年舉行一次的政協全國委員會全體會議時，還列席全國人民代表大會會議，履行政治協商、民主監督、參政議政的職能；平時，全國政協常委會則組織委員進行一些專門活動或往各地視察，就國家的大政方針、群為生活和統一戰線中的重大問題進行協商，並通過提出意見、建議和批評，對國家機關的工作和國家憲法、法律的執行情況進行民主監督。由中共中央領導人邀請各民主黨派領導人和無黨派人士代表參加的協商會，一般每年舉行一次；座談會大體每兩個月舉行一次。協商會主要對國家的大政方針進行民主協商，而座談會主要是通報或交流情況，聽取政策性建議或討論某些專題。

中國共產黨成立於 1921 年 7 月，現有黨員近 6700 萬名。在 1956 年生產資料私有制的社會主義改造基本完成之後，由於經驗不足，中國共產黨曾在領導社會主義建設事業的過程中犯過一些錯誤；1966 年至 1976 年，又發生了“文化大革命”這樣全局性的、長時間的嚴重錯誤。1976 年 10 月，“文化大革命”結束，中國進入了新的歷史發展時期。經過 1978 年底召開的中國共產黨十一屆三中全會，實現了新中國成立以來具有深遠意義的偉大轉折。從 1979 年起，中國共產黨實行鄧小平倡導的改革開放政策。改革開放以來，中國的國民經濟和社會發展取得了舉世矚目的成就，國家面貌發生了翻天覆地的變化，是建國以來形勢最好的時期，也是人民得到實惠最多的時期。

中國共產黨的中央組織，包括黨的全國代表大會、中央委員會、中央政治局、中央政治局常務委員會、中央書記處、中央軍事委員會和中央紀律檢查委員會。黨的全國代表大會每五年舉行一次。在全國代表大會閉會期間，中央委員會是中國共產黨的最高領導機關。

2002 年 11 月舉行的中國共產黨第十六次全國代表大會，選舉產生了新的

中央委員會和中央紀律檢查委員會，順利實現了黨的領導層的新老交替。

經濟現況：1949 年中華人民共和國成立之前，經濟極端落後。如今，中國已成為世界上最具發展潛力的經濟大國之一，人民生活也整體達到小康水平。尤其在 1979 年改革開放後的 22 年中，中國經濟得到了前所未有的快速發展；進入二十一世紀，中國經濟繼續保持穩步高速增長，2003 年國內生產總值為 116898.4 億元，增長速度達 9.1%。

中國經濟的發展是通過執行“五年計劃”實現的。1996 年至 2000 年實施的“九五”計劃獲得極大成功，而自 2001 年開始實施的“十五”計劃，繪出了新世紀第一個宏偉藍圖。“十五”期間（2001~2005 年）中國國民經濟發展的主要指標是：

- 國民經濟保持較快發展速度，經濟結構戰略性調整取得明顯成效，經濟增長質量和效益顯著提高，為到 2010 年國內生產總值比 2000 年翻一番奠定堅實基礎；國有企業建立現代企業制度取得重大進展，完善社會主義市場經濟體制邁出實質性步伐，在更大範圍內和更深程度上參與國際經濟合作與競爭。
- 經濟增長速度預期為年均 7% 左右，到 2005 年按 2000 年價格計算的國內生產總值達到 12.5 萬億元左右，人均國內生產總值達到 9400 元；居民生活質量有較大提高，城鎮居民人均可支配收入和農村居民人均純收入年均增長 5% 左右；五年城鎮新增就業和轉移農業勞動力各達到 4000 萬人，城鎮登記失業率控制在 5% 左右；價格總水平基本穩定，國際收支基本平衡。

產業結構優化升級，國際競爭力增強；2005 年第一、二、三產業增加值占國內生產總值的比重分別為 13%、51% 和 36%，從業人員占全社會從業人員的比重分別為 44%、23% 和 33%；基礎設施進一步完善；地區間發展差距擴大的趨勢得到有效控制；城鎮化水平有所提高。

中國政府的經濟建設目標十分明確，這就是 1987 年提出的中國經濟建設分三步走的總體戰略部署：第一步目標，實現國民生產總值比 1980 年翻一番，解決人民的溫飽問題，這在二十世紀八十年代末已基本實現；第二步目標，到二十世紀末國民生產總值比 1980 年翻兩番，這也已在 1995 年提前完成；第三步目標，到二十一世紀中葉基本實現現代化，人均國民生產總值達到中等發達國家水平，人民過上比較富裕的生活。

現在的中國，社會主義市場經濟體制已經初步建立，市場在資源配置中的基礎作用顯著增強，宏觀調控體系日趨完善；以公有制經濟為主體、個體和私營等非公有制經濟共同發展的格局基本形成。按預定計劃，到 2010 年，中國將

建立起比較完善的社會主義市場經濟體制；到 2020 年，建立起比較成熟的社會主義市場經濟體制。

醫療保健：在中國，每千人口擁有醫生 1.48 人，病床 2.34 張。北京、上海、天津、重慶等大城市中均設有高水準的腫瘤、心腦血管、眼科、牙科、中醫以及傳染病等各種專科醫院和眾多綜合醫院；各省、自治區的中等城市中均設有現代化設施完備的綜合醫院或專科醫院。縣、鄉、村三級醫療預防保健網在廣大農村具有一定基礎，縣有中心醫院，鄉鎮有衛生院，行政村設有醫療點。由於醫療保健機構的建立健全，以及人們衛生習慣的逐漸養成，中國人口死亡原因由過去的以傳染病、寄生蟲病為主轉變為現在的以惡性腫瘤、腦血管病和心臟病為主，死因構成已接近發達國家水平。城鄉居民的健康水平有較大提高，全國人口平均預期壽命達到 71.8 歲，比世界平均水平高出 5 歲。

“預防為主”是中國衛生工作的重要經驗之一，各級行政區域均建立以衛生防疫站等預防保健機構為主、具有衛生監督管理和防病職能的機構，形成了全國性的衛生監督和防疫網路。為集中力量消滅或控制部分嚴重威脅人民健康的傳染病和地方病，全國人大和國務院頒佈了《傳染病防治法》和《全國 1995 年消滅脊髓灰質炎行動計劃》、《中國 2000 年實現消除碘缺乏病規劃綱要》等法規性文件，疾病防治工作得以進一步加強，並取得顯著成效。

2003 年上半年發生的“非典”疫情，使中國積累了應對突發疫情的寶貴經驗。2003 年 5 月國務院頒佈的《突發公共衛生事件應急條例》，表明突發公共衛生事件應急機制體系的建立已被納入法制化軌道。國家將斥鉅資建設突發公共衛生事件救治體系，以加強和提高緊急救援中心、醫療救治系統、醫院資訊管理系統的反映速度和應急能力，並就此繼續加強與世界衛生組織的合作。

以為居民提供預防為主、綜合治療與保健為基本特徵的社區衛生服務，近幾年在城市醫藥衛生體制改革和社區建設的推動下，已由個別城市逐步擴展到大多數城市，並越來越受居民的歡迎。社區衛生服務的發展，適應了城市化、人口老齡化、疾病譜變化及社會階層的變化，為改善衛生服務提供了切實的方案。現在，一個以社區衛生服務中心（站）為主體，其他基層醫療機構為補充的社區衛生服務網路正在全國各大中城市逐步形成。

從 2003 年起，中國開始建立新型農村合作醫療制度。以大病統籌為主的合作醫療制度，按照個人交費、集體扶持、政府資助的原則籌集資金，參加合作醫療的農民一旦生病住院，就可以得到比例不一的醫藥費報銷。按照計劃，這項制度將在 2010 年覆蓋全國。與此同時，中國還確定在農村建立和實施醫療救助制度，對患大病的貧困農民家庭實行醫療救助。到 2005 年，將在全國基本

建立起規範、完善的農村醫療救助制度，醫療救助基金通過各級財政撥款和社會各界自願捐助等多種渠道籌集，專款專用。

教育現況：上個世紀的後 50 年，中國創造了世界上罕見的教育發展奇績，用不足世界總量 2% 的公共教育支出，解決了占世界五分之一人口的普及九年義務教育問題。到 2001 年，全國三級教育（高等、中等和初等教育）達 2.29 億人，其增長速度約為同期世界平均水平的 2 倍。目前，全國小學淨入學率達到 98.58%，初中毛入學率達到 90%，青壯年文盲率下降到 5% 以下，90% 以上的人口地區基本普及了九年義務教育。

近年來，教育向更深層次和更廣範圍發展。十年前，MBA（工商管理碩士）尚鮮為人知；而 2003 年，培養 MBA 的學校已發展到 62 所，錄取 MBA 學生達 3 萬人。EMBA（在職工商管理碩士）、MPA（公共管理碩士）等國際職業學位教育也列入人們的求學目標。北京大學、清華大學等 47 所高校，目前有 MPA 在校生 7700 人。教育消費市場發展迅速，電腦、外語和各種專業資格認證培訓和考試熱潮如火。持續教育成為時尚，一次學習定終身的時代正逐步轉變為終身學習的時代。

教育的國際合作與交流活動逐年遞增。中國是世界上出國留學生最多的國家，1979 年以來，有 58.2 萬留學生赴 103 個國家和地區留學，其中 16 萬人已學成回國；同時，來中國的外國留學生數量也迅速增長，僅 2003 年就有來自 170 個國家的 8.6 萬外國留學生在中國的大學學習。

教育發展迅速的一個重要原因是教育投入的明顯增長。從 1998 年起，中央財政支出中教育經費所占比例每年遞增 1 個百分點。2003 年，全國財政性教育經費投入 3491.4 億元，占國內生產總值的 3.41%，比上年增加 0.22 個百分點，為 1989 年對此項指標進行監測以來的最高水準。

按照教育部的一項發展計劃，政府將建立與公共財政體制相適應的教育財政制度，強化各級政府對教育投入的責任，保證政府教育財政撥款的增長高於財政經常性收入的增長。這項計劃還提出，政府在教育經費投入方面的目標是爭取在較短的時間內實現財政性教育經費占國內生產總值的比例達到 4% 的水平。

中國在非義務教育階段實行教育成本分擔機制，按照教育成本的一定比例向學生收取學費。與此同時，為保證家庭經濟困難的學生不因貧困而失學，中國政府實施一系列政策措施，諸如獎學金制度、勤工助學制度、特殊困難補助制度、學費減免制度、國家助學貸款制度等，有效地保證了家庭經濟困難的學生能夠順利完成學業。

政府承諾，在未來十到二十年內給國民提供日漸增多的教育機會，使國民

受教育程度顯著提高。教育部的一項規劃表明，到 2020 年，全國每 10 萬人口中，專科及以上學歷者將達到 1.35 萬人左右；高中階段學歷者達到 3.1 萬人左右；文盲半文盲比例下降到 3% 以下；人口平均受教育接近 11 年，而不是現在的 8 年。

高等教育穩步發展。到 2003 年底，全國共有高等學校 2003 所，在校學生達 1900 萬人，高等教育毛入學率約 17%，進入了國際公認的大為化教育階段。聯合國教科文組織在 2003 年 6 月 23 日發表的一份有關世界高等教育情況的報告中指出：中國高等學校在校學生人數在過去非常短的時間裏翻了一番，高等教育規模躍居世界第一。

初具規模的高等教育體系，經過近年來的改革得以進一步完善。一項打造 100 所世界一流大學的工程始於 1993 年，已有 708 所高校經合併組建為 302 所多學科或綜合性學校，其中包括中央工藝美術學院被並入中國最負盛名的學府之一清華大學，有百餘年歷史的北京大學與全國最好的醫科院校北京醫科大學實現聯手。高校合併使高等教育管理體制實現了深刻變革，教育資源得到優化配置，教學質量和辦學水平均有進一步提高。國家還設立專項資金重點支援若干所大學進入國際先進行列，獲支援的學校達 30 多所。

高等院校擴大招生規模已持續數年。1999 年至 2002 年，招生人數從 160 萬增加到 320 萬。2003 年，全國普通高校招生 382 萬人，比上年增加 62 萬人；高校和科研院所招收研究生 26.9 萬人，比上年增加 6.6 萬人。2004 年，研究生招生總規模進一步擴大，計劃招收 33 萬人，比上年增長 22.7%。

高等學校科研實力逐漸增強，對國家經濟建設和社會發展的貢獻日益凸現。高校生產教學科研諸方面加強合作，使科技成果轉化速度加快，湧現出一批高新科技企業和重大科技創新產品。到 2003 年底，經認定和啟動建設的國家大學科技園有 43 家，其中一些科技園已成為高新技術成果轉化的重要基地。

兩岸基本現狀綜合列表整理如下：

	台 灣	大 陸
土地	3 萬 6,179 平方公里	960 萬平方公里
總人口	2306 萬人，文盲人口僅佔 8%，高等教育程度佔總人口約 6%	129227 萬人，文盲及半文盲佔 15.88%，高等教育程度佔總人口約 2%
醫療服務	每一西醫師服務 714 人，每一中醫師服務 5,169 人，每一牙醫師服務 2,438 人	每千人口擁有醫生 1.48 人，病床 2.34 張
經濟狀況	經濟成長率 92 年 3.15%。每人國民生產毛額 13,167 美元，較九十一年增加 251 美元	2003 年國內生產總值為 116898.4 億元，增長速度達 9.1%

教育現況	在學人口約 537 萬餘人，各級學校總數達 8,222 所，高中畢業生計 11 萬 2,596 人，繼續升學者計 7 萬 7,708 人，升學率為 69.01%	1999 年至 2002 年，招生人數從 160 萬增加到 320 萬。2003 年，全國普通高校招生 382 萬人，比上年增加 62 萬人；高校和科研院所招收研究生 26.9 萬人，比上年增加 6.6 萬人。2004 年，研究生招生。全國共有高等學校 2003 所，在校學生達 1900 萬人，高等教育毛入學率約 17%
------	--	---

二、大陸中醫藥高等教育現代化的改革與發展

“教育要面向現代化，面向世界，面向未來。”這是鄧小平以戰略家的眼光，從全局出發，關注大陸教育事業，對大陸教育事業提出的根本戰略方針和發展方向。

“中醫藥學是大陸醫學科學的特色，也是大陸優秀文化的重要組成部分，不僅為中華文明的發展做出過重要貢獻，而且對世界文明的進步產生了積極的影響。要正確處理好繼承與發展的關係，推進中醫藥的現代化”（江澤民）。推進中醫藥現代化是一個系統工程，高等中醫藥教育，作為繼承和創新中醫藥事業的主導力量，在推進中醫藥現代化的進程中，理應承擔起其不可推卸的歷史責任。因此，在教育現代化和中醫藥現代化的浪潮中，高等中醫藥教育現代化成了不可迴避的時代課題。

1. 高等中醫藥教育現代化需要政府行為及政策支援：

在大陸，高等教育的發展具有明顯的“政策牽引”特徵，高等教育的發展必須依靠政府行政部門的評估或管理手段，必須通過立法、行政等手段確立高等教育的辦學條件，制定相關的發展政策，從制度上保證高等教育的健康運行。而經費投入和寬鬆嚴謹的政策環境是高等中醫藥教育現代化的兩個基本支撐條件。不僅政府要增加教育投入，鼓勵高校貸款用於教學基本建設，而且高等教育總經費的分配應本著“教學第一需要”的精神，優先投資於學科與專業建設、師資隊伍建設、教材建設、教學技術手段建設和文獻資訊資源建設等方面。中醫藥是大陸醫學科學的特色，也是中華民族優秀文化的重要組成部分，因此，國家應該為高等中醫藥教育的未來發展提供相應的特殊政策支援。從某種意義上講，政策性軟環境的建立，有時比經費的支援更為重要。四十多年來，高等中醫藥教育從體系的誕生到改革發展都始終得到黨和政府的關懷和指導，特別是近年來，國家在中醫藥事業發展和中醫藥教育方面已經提出了一系列政策措施。在爭取政府直接投資增長的同時，高等中醫藥教育自身要用足政府的各項方針政策，爭取政府的政策支援，獲得間接的政府資助。

2. 高等中醫藥教育現代化要實現教育思想觀念的轉變：

高等教育觀念變革包括教育目的觀、本質觀、質量觀、人才觀、發展觀等方面的轉變。教育目的觀的現代取向高等中醫藥教育要由單純重視專業知識傳授向知識、能力、素質三位一體的方面發展；要由只重視課堂教學向重視科研、臨床能力的培養轉變；要由注重書本知識的傳授向創新意識、創新能力的培養轉換；拓寬專業口徑，向複合型人才培養邁進。高等中醫藥教育的培養目標是造就合格的中醫藥人才，既需要堅實的中醫藥理論基礎，又要熟練掌握臨床才能和具有學術、科研敏感性，還應有現代醫學知識。同時，中醫藥學作為中華民族優秀傳統文化的重要組成部分，又必定要滿足社會醫療和人們健康保健的需要。因此，作為中醫藥教育主體的高等中醫藥院校教育一定要在滿足社會服務的基礎上，確立以人為本的教育理念。

2.1 教育本質觀的現代轉換適應社會需要，為社會發展服務是現代高等教育的本質取向和根本價值所在。作為高等中醫藥教育而言，它的現代本質取向體現在以下幾個方面：1.培養適應社會需要和社會發展的各級各類醫藥衛生人才。2.進行中醫中藥的研究開發工作。3.加強對外交流與合作。

2.2 教育質量觀的現代轉化對於高等中醫藥教育而言，其產品主要包括各類各級中醫藥人才、中醫藥科技成果及相關社會服務，其中，其培養的畢業生的社會適應性是高等中醫藥教育質量最集中的體現。因此，高等中醫藥院校是否按照大陸的教育方針培養人和培養的人是否適應社會主義現代化建設的需要是評判其質量的最核心標準，而對於具體的中醫藥院校來說，其培養的人才不僅需要有良好的社會適應性，評判其教育質量的標準更應體現在其培養人才的特色上。因此，中醫藥院校只有構築自己的辦學理念，形成自己的創業文化，才能真正辦出自己的特色，並且最終達到保證教育質量使“用戶滿意”的目的，從而真正打造出自己的品牌，實現自身的可持續發展。

2.3 人才觀的現代轉向在生物—心理—社會醫學模式下，人們從生理、心理、社會三方面正確地認識健康和疾病，以整體化、社會化的觀點去研究人體的健康和疾病，改變生物醫學模式下“病”與“人”的分離，這樣才能在生物、心理、社會三方面係統全面地培養醫學人才。因此，在推進高等中醫藥教育現代化進程中，適應醫學模式由純生物模式向生物—心理—社會醫學模式的轉變，醫學人才觀要實現現代轉向，以新的醫學模式為指導，堅持整體性、動態性和社會性的原則，確立現代人體觀、健康觀、疾病觀和治療觀。

2.4 與時俱進的高等教育發展觀縱觀高等教育發展研究史，高等教育發展觀經歷了三個階段，即傳統發展觀、整體性發展觀、可持續發展觀。三種發展觀

內涵不斷擴大，包容性逐步遞進，目前大陸高等教育的發展觀正處在從追求數量的發展向整體性的、可持續發展的觀念轉變過程中。因此，對高等中醫藥教育來說，一定要樹立“一方面，為社會、經濟的可持續發展服務，另一方面，實現自身的可持續發展”的全面的可持續發展理念。

3. 高等中醫藥教育現代化要實現辦學定位的現代轉換：

高等中醫藥教育由純單科性院校向以中醫藥教育為主包括多專業多學科協調發展的教學研究型高等院校發展是適應國際高等教育大趨勢和高等中醫藥院校自身規模效益的需要。在辦學定位上，建設以本科教育為基礎，以研究生教育為提高，以留學生教育為窗口，以成人教育為繼續，以中醫藥教育為主體的多科性教學研究型中醫藥院校應成為新時期高等中醫藥院校發展的總體思路和方向。辦學定位一定要在堅持需求原則、可能性原則、特色原則等原則的基礎上，堅持與時俱進，不斷實現辦學定位的現代轉換。

4. 高等中醫藥教育現代化應實現人才培養模式多樣化：

近代中醫教育受科學主義思潮和班級授課制的影響，更多地強調書本知識的教育、學習，相對缺少學生思維的發展，臨床技能的提高，科研水平的培養，而且人才培養基本上按同一尺度和同一規格進行。隨著國際資訊時代的到來和中醫藥事業的發展，社會對中醫人才的要求除了仍然重視專業知識和能力外，更突出強調的是人的綜合素質。這就要求高等中醫藥院校轉變狹隘的人才教育觀，樹立全面質量觀，拓寬專業口徑，重視通才教育，注重學生個性發展。在人才培養過程中融傳授知識、培養能力和提高素質為一體，大膽積極地探索符合時代需求的人才培養模式，培養“寬口徑、厚基礎、強能力、高素質”的中醫藥高級人才。

同時，隨著人類社會邁入 21 世紀，疾病譜、生活方式、生態環境的改變、期望壽命的延長、人口老齡化、優生優育、科學的發展對疾病概念的新認識等，使醫學模式將由注重人的軀體衛生的生物醫學模式轉變為身體因素和其他因素並重的“生物—心理—社會—環境”醫學模式，醫療服務模式也將從傳統的純治療型向保健、預防、主動參與轉變，由過去主要面向人的個體向人的群體和環境轉變。醫學模式的轉變將對醫學教育的培養目標、課程體係、教學內容與方法的改革和創新產生深刻的影響，而所有這些又必須通過人才培養模式這一仲介來實現。對於具體的每一所中醫藥院校來說，學校的定位不同，其培養目標也必然不同。培養目標是一個具有多層結構的係統。按學校組織結構分，有學校培養目標、院係培養目標和學科專業培養目標；按學歷層次分，有專科教育培養目標、本科教育培養目標、碩士教育培養目標和博士教育培養目標；按

人才類型分，有研究型人才、複合型人才、實用型人才等等。與之相適應，培養目標的多樣化，必然導致高等中醫藥院校人才培養模式的多樣化。同樣，高等中醫藥教育辦學類型的多樣化以及由此帶來的人才質量標準多樣化也決定了高等中醫藥教育人才培養模式的多樣化。目前，大多數高等中醫藥院校的辦學類型處於由專業性、應用型普通院校積極向專業性、教學研究型大學發展的層面，同時，又兼有高職高專教育。因此，從辦學類型和人才質量標準來看，高等中醫藥院校處在一個多層次交叉滲透、多類型人才培養並存的階段，加上醫學模式的轉變和中醫藥事業的發展對人才的多樣化要求，高等中醫藥教育人才培養模式的多樣化就被提上了議事日程，各中醫藥院校也進行了積極的探索，比如，完善學分制，實行彈性學制、主輔修和雙學士學位制；實行本碩連讀融通的長學年制模式或實行非醫學專業本科畢業後五年制碩博連讀制；“按類招生，前期趨同，後期分化”的培養模式；階段性終身教育模式；培養全科醫生等等。總之，正如社會對人才規格要求日新月異一樣，高等中醫藥教育人才培養模式的探索是一個與時俱進、永無止境的過程。只有在實踐中不斷探索和檢驗，並且因時因地進行調整和完善，才是最終的出路。

5.高等中醫藥教育現代化要走適度規模效益之路高等中醫藥教育要實現兩個根本性轉變，必須走以內涵式增長為主的道路，而內涵式增長的最主要體現是質量效益型增長。高等中醫藥教育要努力實現規模效益，就必須遵循規模經濟理論，尋求適度發展規模。實現規模增長有兩種方式，一是係、專業數目的增加，二是係、專業規模的擴大，後者是內涵式增長的真實體現。對於高等中醫藥院校而言，小而全更是普遍存在的突出問題，規模小、效益低下成為制約高等中醫藥院校進一步發展的瓶頸。辦學規模的狹小，一方面造成目前大多數中醫藥院校校內教學結構（師資、經費、設施等結構）難以完善，另一方面極大地限制了中醫藥院校辦學的規模效益。高等中醫藥教育無論從在籍學生總數還是在層次規模、專業規模方面，都有一個較大的發展空間。中醫藥院校可以通過增加學科門類來實現規模發展，提高規模效益。也可以通過提高生師比來提高物質資源利用率和人力資源（主要是師資）使用效率，實現規模效益的發展。

6.高等中醫藥教育現代化要走結構效益之路規模只是影響效率的眾多因素之一，在投入要素相對穩定的情況下，組織結構的優化即結構效益比規模效益更能體現內涵式增長的內在要求，對於基本上依靠政策，以“短平快”方式發展起來的高等中醫藥教育來說，努力減小結構性浪費，提高資源的使用效率，改善結構效益，從而實現高等中醫藥教育與社會、高等中醫藥院校內部的協調發展，提高辦學質量和效益，是其實現現代化發展的結構性保障。大陸現階段

高等教育發展的基本矛盾依然是:高等教育機構所能提供的受教育機會不能滿足公民接受高等教育的需要之間的矛盾，高等教育界“賣方市場”現象還比較突出。協調與解決這對矛盾的主要方法就是擴大供給。而擴大供給可以通過“兩條腿走路”的方式：一方面，發展多種形式的高等教育，在現有高等教育體制之外謀求新的生長點，即所謂外延式增長；另一方面，擴大現有高校招生規模，提高現有高校資源利用率，即所謂內涵式增長，其實就是高校內部組織結構的優化。因此，在高等教育地方化，增強適應性和實用性的思想指導下，結合地方特色和形勢，實現高等中醫藥院校的靈活、特色發展和組織結構的優化與多樣化，是高等中醫藥院校實現現代化發展的現實的結構性選擇。對於中醫藥院校而言，在各層次全日制教育之外，開展繼續教育和成人教育，興辦“附屬學院”和“民辦二級學院”，異地設分校，這些都是實現院校結構效益的有效途徑。

7. 高等中醫藥教育現代化要實現課程與教學內容的多元、跨學科發展大膽吸收和借鑒現代科學技術和現代高等教育發展的新成果、新進展、新理論，充分考慮反映課程現代化水平的人文社會科學、心理學、倫理學、計算機、外語、社會醫學等課程的設置和安排，使課程體系和教學內容既保留傳統中醫藥合理精華部分，又體現現代醫學和其他學科發展的時代性，實現高等中醫藥教育課程與教學內容的綜合化、多元化、邊緣性、跨學科性，實現中西醫學相互滲透，又相容人文社會科學知識，是實現高等中醫藥教育現代化的一個重要方面和途徑，是培養高層次複合型中醫藥人才的需要，也是中醫藥理論體系自身發展完善的內在要求。同時，對課程體系的理解和把握不能再僅僅局限於學科型課程，核心課程、活動課程、綜合型課程等都各具特色和優勢，所以，課程多元化還應考慮從實際出發，努力建立起最適於學習者需要的課程類型。

為了在新世紀的國際競爭中取得有利地位，高等中醫藥教育必須改變專業設置越分越細、專業口徑越來越窄、課程設置越來越多，造成學生知識面狹窄和能力較差，適應性與競爭性不強的局面。面向新世紀，人才培養已日益強調綜合素質，做人、求知、辦事、健身、心理素質，尤其是協作精神的培養，都需要正確融合科學教育和人文社會科學教育。整體來講，中醫藥課程體系和教學內容的改革應堅持“有利於培養複合型中醫藥人才，有利於培養學生的創新精神和實踐動手能力，有利於學生個性和特長的拓展”。

8. 高等中醫藥教育現代化要處理好現代教育技術與傳統師承教育的關係：

在社會生產力水平低下的中國古代社會，傳播中醫藥學術經驗和培養中醫藥人才的主要形式是師承教育。師承教育不僅培養了一批名醫傳人，而且在全行業弘揚了尊師重教、勤奮治學和樂業敬業的良好風氣。教師向學生傳授知識不再是醫學教育的首要任務，更重要的是方法教育和創造性教育。教師的教學

觀念應由“繼承”向“創新”轉變；教學方法和手段要向現代化轉變。相對於師承教育的不足而言，現代教育技術手段為醫學生的創造性學習提供了物質基礎和創造了時空。但是，現代教育技術手段也不是萬能的，教育的主體永遠只能是人，尤其對中醫藥學文化而言，經驗起著舉足輕重的作用。因此，在教學方法和手段上，在運用現代科學技術、資訊、網絡、多媒體技術的基礎上，中醫藥教育還必須繼承、保留和發揚師承教育方式。現代教育技術在醫學教育中的應用，也不能只簡單地看作是新型教學手段的應用的問題、方法問題，而應該通過現代教育技術的運用，實現教學過程的優化，並促進醫學教育思想、內容、方法和手段的變革，加速實現醫學教育思想、教育體制、教育內容、教育方法、技術手段和教育成果的現代化。因此，要正確看待和處理現代教育技術和師承教育方式的關係，要在充分發揮教育主體作用的前提下，實現現代教育技術與師承教育的相得益彰。

9. 高等中醫藥教育現代化必須以辦學條件現代化為物質基礎和前提：

辦學條件現代化是教育現代化的物質基礎，是教育現代化的顯性標誌。在推進教育現代化工程中，辦學條件現代化又是突破口。因為，一是辦學條件現代化目標明確，操作性強，為政府、學校和廣大師生認可，容易組織實施；二是辦學條件對教育教學改革起強有力的推動作用；三是能因地制宜，一步規劃到位，分步組織實施；四是教育體系現代化要依據辦學條件現代化建設來思考和部署。對於高等中醫藥教育來說，由於其起步晚，底子薄，多年來辦學條件的惡劣比其他科類院校更為明顯，因此，在推進現代化建設的進程中，高等中醫藥院校更應高起點地規劃自己，以跨越式發展的態勢不斷趕超，使學校賴以生存和發展的重要物質基礎—辦學條件得到不斷改善，從而推進高等中醫藥教育的現代化進程。

10. 高等中醫藥教育現代化必須確立以人為本的管理理念、管理策略和管理體制，提高管理效益以人為本的管理思想是現代管理的新思想，許多企業實施人本管理，取得了顯著績效，人本管理逐漸成為企業界和學術界關注的熱點。高等中醫藥院校作為一個不斷發展的組織，一個以培養人才為目標的特殊組織，其服務對象為活生生的人，因而更需要確立以人為本的管理理念和管理策略。確立以人為本的管理理念，是有其歷史和時代必然性的。首先，社會向前發展，知識經濟已初見端倪，資訊技術層出不窮，人類的生活在不斷變化中。而任何高新技術都是由人創造、由人所使用並為人服務的，這反過來又對人的知識、智慧、管理才能和創造力提出更新的要求。當代和未來的科技之爭，實質上就是人才之爭，知識和人才將大大升值，成為社會發展的關鍵。同時，隨著人類文明程度的提高，人的地位、價值也將不斷提高。因此，社會發展要求

以人為中心進行管理。高等中醫藥院校作為社會中的一個重要組織，它的發展同樣離不開人的作用。其次，人力資源開發是現代人事管理的新概念。高等中醫藥院校的發展離不開物質資源、資訊資源和人力資源，但其中起決定作用的是人力資源。學校的管理過程是為提高教育質量服務的，是為教育培養人服務的。而教育的主要承擔者是校長領導下的教師。因此，辦好學校要靠教師集體的力量。也就是說，一所學校要辦得成功，不僅要有高素質的管理人員和教師隊伍，而且還需要他們發揮共同合作的精神，充分發揮潛力。而所有這一切，都需要管理者樹立以人為本的管理理念。管理策略中最重要的是發揮有效的激勵機制的的作用，整體來說，激勵的形式主要有目標激勵、參與激勵、經濟激勵、領導行為激勵和支援激勵等。而實行黨政管理一體化和教學、學生管理一體化，科研、總務後勤產業化，管理手段網絡化，管理隊伍專職化等管理體制，更是提高管理效益的有效組織保證。

11. 高等中醫藥教育現代化要加強師資隊伍內涵建設，樹立教師新形象教師是形成教育能力的重要因素。高等中醫藥院校的教師，是開展高等中醫藥教育活動的基本條件，是高等中醫藥院校人員組成的主要部分。高等中醫藥院校的教學、科研、社會服務、交往等基本功能的實現都得依靠教師，一所院校的地位、影響，也主要通過教師的水平，特別是大師級學者的數量和水平來體現。因此說，師資是學校辦學的主體，辦好一所大學，必須加強師資管理，確立教師在辦學中的主體地位。在師資隊伍的建設和管理方面，高等中醫藥院校根據自身辦學條件、發展目標以及行業發展特點等進行自覺探索和實踐是主要的。一方面，在壯大師資隊伍力量的同時，應著重加強師資隊伍內涵建設，實現師資隊伍在年齡、學歷、職稱、教師占教職工比例等方面的優化和合理化；另一方面，現代教師要從教書匠向學者型教師、教育家轉變，樹立現代教師新形象。學校行政應為教師的教學、科研服務，教師自身也應緊緊抓住教學、科研作為自己工作的中心。

改革開放以來，大陸的中醫藥事業得到了很大的發展，到目前為止，全國有中醫醫院 2600 多所，病床 27 萬張，高等中醫藥院校 32 所，在校生 10 萬多人，中等中醫藥學校近 50 所，一些西醫院校和綜合大學也設立了中醫藥專業。除了 70 所中醫藥專業研究機構外，很多著名高校、中藥企業都參與了中醫藥研究工作。

中華人民共和國建國 50 多年來，中醫教育完成了由傳統的師承教育向院校教育的歷史性轉變，中醫藥教育體系、學科課程體系、人才培養標準體系已經基本建立並日趨完善。如何在與現代教育的銜接中，保持中醫特色、繼承發揚傳統師承教育有效的內容和形式，一直是中醫教育工作者探索的重點。從山東中

醫藥大學試辦的中醫專業少年班，到中醫臨床研究生臨床專業學位的設立；從上個世紀九十年代初開始的全國老中醫藥專家學術經驗繼承工作，到目前啟動的全國優秀中醫臨床人才研修專案，皆蘊涵了培養優秀臨床中醫人才的用心，記錄了邊認識、邊探索、邊實踐、邊總結的工作軌跡。

中國大陸是一個發展中國家。在以經濟建設為中心，全面建設小康社會的進程中，由於地區不同、城鄉差別、貧富狀況、個體差異等因素，導致了醫療保健需求的多樣化。中醫醫療機構要適應這種多樣化的需求，各級各類中醫醫院、西醫醫院中的中醫科、民營、個體中醫醫療機構、中西醫結合醫院各有自己的功能定位和不同的服務群體，這些都是在實踐中逐步發展起來的，已得到社會各方面的認同。醫療機構的多樣化，必然導致人才需求的多樣化。因此，優秀中醫臨床人才，在保持中醫特色的前提下，其知識結構、技術專長，也會顯現多樣化的趨勢，不會是一種模式、一個標準；也因此其中醫高等教育便形成了多元的面貌。

中國大陸 2001 年，全國等級醫院中，以西醫占絕對優勢的綜合及專科醫院和中醫院之比為 6:1，且中醫院規模普遍小於西醫院。2003 年，全國醫藥高等院校中，中西醫院校之比為 1:3，且中醫院校規模很小。2005 年全國高等醫藥院校在校生 25.6 萬人，西醫與中醫在校生之比為 5:1。

在台灣，西醫師執業人數 32390 人，中醫師醫師執業人數 4266 約佔 13.1%，每年招收約 1300 名醫學生，中醫系佔約 160 名，約佔 12.3%，不包括學士後中醫 100 名。

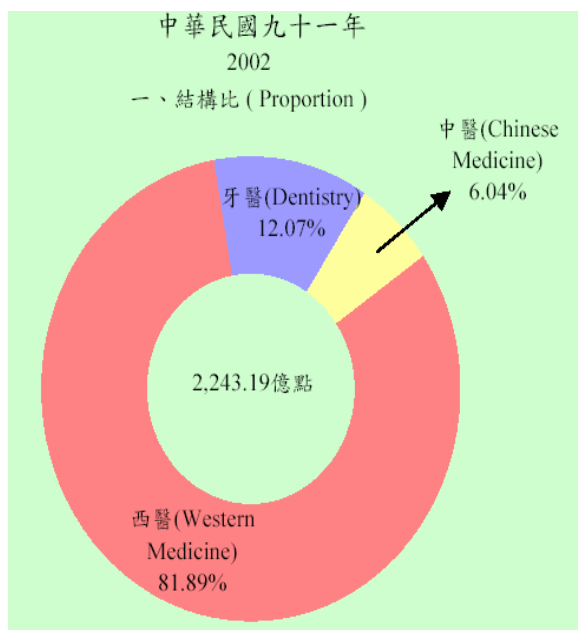


圖 2-1 門診醫療費用申報狀況—按西、牙、中醫分

三、大陸高等教育與台灣相異之處

(一) 以「專業」為招生單位：

大陸高等學校的招生單位既不是系，也不是所，而是專業。每個系可能包含好幾個專業；而不同大學之間，各系所包含的專業可能不盡相同，每一個大學生以『專業』考取之後，便努力鑽研，待畢業之後，每個人都是『專家』，但分科過細的結果，使大學畢業生的適應能力因而被窄化了。以中醫而言，大致上中醫專業和針灸專業，其修習內容大同小異，而畢業後也都參加中醫師考試，並無所謂針灸師的設置。但是因為台灣學生考慮到將來大陸學歷採認的問題，若就讀本科大多選擇中醫專業，因為台灣亦只有「中醫系」，無所謂的針灸系，而就讀研究所碩博士班的階段，便有較多人選擇針灸專業，因為是以專長學習為考量，無學歷採認的問題，這方面各式各樣的研究領域頗多，從基礎到臨床，從整理文獻到創新，有針灸學、經絡理論研究、腧穴學、針灸作用規律與機制研究（含針刺鎮痛與麻醉）、刺法灸法學、針灸治療學等，內容相當豐富；聯合國世界衛生組織（WHO）在大陸（北京、上海、南京）設立 3 個國際針灸培訓基地，30 餘年來，已為一百多個國家培養針灸醫師。附錄七是衛生部、教育部關於切實加強針灸教育，大力培養針灸人才的意見，近年來大陸針灸教育的推廣，已漸見成效。

這項招生單位，在研究生方面便稱之為；碩士點、博士點。獲授權招收碩士生、博士生的碩士點、博士點，乃是本科專業目錄的延伸。根據中共國務院學位委員會與國家教委聯合於 1997 年下發的『授予博士、碩士學位和培養研究生的學科、專業目錄』，授予學位的學科門類有 12 個，招收專業點由原來的 654 種調整為 381 種。如此包括本科生、碩士生、博士生都完全依照調整後的專業進行招生。中醫藥相關類科詳見附錄五。

(二) 科研機構招收研究生

中國大陸由於學習前蘇聯的高等教育制度，因此所設立的科研機構，也都同時是教育機構，招收研究生。根據統計，1999 年中國大陸全國培養研究生的單位有 775 個，其中高等學校 446 個，科研機構 329 個，中共科研機構在研究生教育工作上有其重要性。位於北京的中國中醫研究院是明顯的例子。

(三) 學位制度與兩張證書

中國大陸的學位制度始於 1981 年，分為學士、碩士、博士三級。並不是學位制度本身，而是隨著學位制度的施行，每個人都可以拿到兩張證書，一張是畢業證書，一張是學位證書。前者代表學歷，只要依規定修完課程，通過考

核，便可獲得由校長署名的畢業證書。後者代表的是一種榮譽，由學位評定委員會主席署名發給。換句話說，於學習期間，曾發生不榮譽的事，例如考試作弊，或是犯法被判刑，就無法獲得學位證書。這乃是中國大陸高等教育制度的一項特色。

（四）研究生導師制度

中國大陸高等學校或科研機構中，研究生的指導教授稱之為『導師』，其中又分為『博導』與『碩導』。欲擔任導師，都必須經過審核，所以凡是欲擔任『導師』者，都必須另外提出申請。教授不一定是博導，但博導必定都是教授，因此這乃是大陸高等教育師資制度的一項特色。

四、大陸招收台生與本地生之差別

大陸高等學校招收台灣學生的方式及要求，並不同於對大陸的學生，主要有下列幾方面：

（一）學雜費用：

中國大陸高等學校對台生的特殊待遇，表現在收費方面最為明顯。雖然近幾年大陸高等學校本科生均以自費就學為主，但是依地區、專業的不同，大陸學生每年繳交的學雜費數千元不等，可以肯定的，絕沒有收到一萬人民幣的；對於台生可就不一樣了。附錄六依出席座談會的台灣學生產例說明其收費情形。從收費情形不難看出中國大陸的高等學校對台灣學生的收費情形中醫藥類科都可能比一般類科還貴，也比本地生高許多，有些地區甚至比照外國留學生收費。

（二）入學標準：

大陸地區高等學校招收台灣學生，刻意降低標準，有其特殊的目的。

針對這一點，確實有例子顯示大陸高等學校招收台灣學生的錄取標準並不嚴格。但是對於中國大陸敞開大門歡迎台灣學生的做法，官方一致的說法是促進兩岸的學術交流，而不純粹是以增加經濟效益為目的，甚至宣稱培養台生可能需要耗用更多教育資源。

（三）免修政治課程：

中國大陸高等學校對台灣學生的另一明顯特殊待遇，就是免考政治課，亦免修政治課，這是完全不同於大陸學生的。中國人民大學自 1997 年起，特別安排了新課程『中國傳統文化』取代免上的政治課程。不過據人民大學的學生表示，這一類課程均以古籍為主，並不含有政治教育的成份在內。

(四) 提供台生獎助學金：

根據中共招收港、澳、台研究生簡章可以得知，中共教育部在少部份重點大學（約二十所）設立有研究生公費獎學金。獲得此一獎學金者，在學期間免交學費，享有公費醫療，而且每個月可以獲得 650 元人民幣（碩士生）至 750 元人民幣（博士生）的生活費。此一公費獎學金主要係依據入學考試成績核發給少數優秀學生。但研究過程中，尚未發現有研修中醫的台灣學生領取獎學金。

(五) 兼讀制研究生：

一般研究生是以全日制（full-time）為主，兼讀制（part-time）則主要是提供給在職人員進修之用，並非為外國人民所準備的，但是中國大陸的高等學校招收港、澳、台研究生卻招收兼讀自費研生，這一類的研究生平時仍忙於自己的工作，每年大概必須到大陸所註冊的大學與指導教授（導師）見面，包括香港及台灣目前均有不少人士是以此身份在大陸就學，立法委員沈智慧即以此身份就讀天津南開大學的博士班。

招生台灣學生是具有多重功能的，在政治上，當然有其宣傳的目的；在經濟上多收學費，可增進學校之建設；在教育功能上，促使大陸學生努力向學，以達到多元化目的。

五、台灣中醫高等教育之歷史沿革：

根據台灣的醫師法，醫師有醫師、中醫師、牙醫師三類。以醫師為主流人數最多，現有從業人員約三萬餘人，中醫師亦不少，具中醫師執照者約 8000 人，實際執業共約四千餘人。台灣規定要從事醫師工作者，規定至少要大學教育程度，故過去設有醫科的醫事專科學校，現在全部提高到學院。

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，當時多數台灣民眾因受日本教育，無法應付考試，故要求當局准予參加檢覈免用筆試，後又增加減檢定考試，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體制內；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國 87 年招收第一屆學生，培育中醫專門人才。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。

六、台灣現存的中醫師考試制度：

1. 中醫師檢定考試（俗稱檢考）：

年滿 22 歲，得應中醫師檢定考試，無學歷限制。自民國 90 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，准予三年內補考三次。

2. 特種考試中醫師考試（俗稱特考）：

報考人必須先通過中醫師檢定考試及格，或需為中醫學系及學士後中醫系（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。預計於民國 100 年廢除。

3. 中醫師檢覈考試（俗稱檢覈（核）考）：

需為中醫學系或學士後中醫系（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（俗稱高考、專技高考）：

中醫學系或學士後中醫系畢業者得以應考（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。

七、台灣中醫師培育管道：

中醫師人力養成來源主要有三：中醫學系及學士後中醫系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 名在學學生級 240 名見、實習學生，每年約培養 120 位中醫系畢業生；而長庚大學已招收六屆學生目前共約 300 名，預計民國 94 年 6 月將有第一屆畢業生投入醫療市場。

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 年屆中醫師特考之人數及所計算之平均及格率為 5.81% 來預估，每年將養成未來中醫師人數為 98 人。

綜合上述，台灣中醫高等教育來源只有兩所學校，其一是中國醫藥大學（未改制前稱中國醫藥學院），其二則是長庚大學，但是目前長庚大學尚未有畢業生，故目前受過正規中醫高等教育的中醫師皆為中國醫藥學院畢業。

中國醫藥學院，是一所普通的醫學院，但設中醫學系，及學士後中醫學系。中醫系招收高中畢業生，攻讀七年（目前雙主修學制改為八年），中、西醫學兼修。先考中醫師執照，及格後再考（西）醫師執照，一個人可同時擁有兩種執照。

理論上可對病患施以兩種醫療，但實際上台灣政府規定，登錄時只准登錄一種。登記為甲便不能在登記為乙。兩者是不同的專業。規定並不得使用西醫診療器材，檢驗費用亦不得申報。

對中醫師來說，認為相當受歧視。

故中國醫藥學院中醫系畢業生多登記為「醫師」，而不登記為「中醫師」。因之單從統計數字上看，中醫系畢業從事本行中醫工作者為數甚少。故發生最近考試院有自九十二年不得再考西醫的爭議；目前以中西醫雙主修來辦理。

另一個系是學士後中醫系，招考大學畢業生攻讀五年，四年在校研修，再加上一年實習。畢業後純粹做中醫師，不得做西醫。這類學生，因入學年齡較大，就讀志願等各方都較成熟，而出路只有一條，不會三心二意，所以參加國家驗收成果的中醫師檢覆考試，差不多都百分之一百上榜，而且最近中醫師市場出路最佳，個個都獲就業，而且待遇豐厚，開始工作就頗高薪資，故成為一個熱門科系，每年度招生一百人，常有一千五百人報名，具有碩士學位四百多名；其在大學的學歷，多為藥師、營養、醫技等系，具有醫事背景之學生。

醫師法中對參加醫師和中醫師國家檢覆考試的資格，規定的十分明確，中醫系可考西醫，西醫系亦得考中醫，西醫只要修習「必要中醫學分課」者即可。此「必要」中醫學課，八十二年考試院、行政院會同頒訂只要修四十五個中醫學分。目前已有數十位西醫系畢業學生，考取了中醫師，開創了歷史。

目前醫學系加修中醫學分的學生人數不多，所以中國醫藥學院另設推廣教育部，有一班約五十位醫師，利用周末假日在進修中，另衛生署規定，該校所

辦理推廣教育之針灸訓練班，可以認定為有效證件，因之醫師牙醫前往參加訓練者很多，每次都額滿，目前對中醫有興趣的所謂西醫師也愈來愈多。

國家中醫師考試，稱中醫特考。先要經過檢定考試，檢定及格，才參加特考。每年錄取五十至一百人，從前特考及格，就頒發證書，便可執業，自民國七十八年起，實施職前訓練制度，委託中國醫藥學院辦理訓練，時間為一年六個月，八個月在學校授課，十個月去醫院實習。早期中醫特考錄取人員，學歷不一定很高，甚至小學畢業亦有，最近整個教育水準提高，錄取人當中為大專程度者，超過 80%，每年都有數名碩士研究生程度者。

中醫課程結構亦仿照西醫，分基礎醫學課程，及臨床醫學課程，基礎課程甚多採以我果中醫古典各種作為課程名稱，如「內經」(黃帝內經)、難經、傷寒論(漢張仲景著)、金匱要略等作為基礎理論。另有方劑學、溫病學、中醫診斷學、中醫學史、中藥學等。臨床課程則一如西醫，分內、外、婦、兒及其他各醫學分科，全部約二十二至二十四門學課。目前中一都修西醫基礎醫學課程，如大體解剖、病理、藥理、微生物、生化等，一般而論，目前純中醫系畢業學生，對現代醫學得理論基礎，都是經過修習的。

中醫系加上本表中醫課程，另醫學基礎課程的學分數稍大與西醫相同學分，在加西醫臨床學課與十席學分。成為名副其實的中西雙主修，修業年限延為八年。

八、中醫學系的中醫課程設置：

中國醫藥學院的中醫學系和長庚大學醫學院中醫學系的課程設置大體相同。因為培養目標是中西醫雙學位，所以在課程的設置上，除了共同科目，也就是通識教育科目外，有著和西醫學系完全一樣的十分繁重的西醫課程，因此，學生負擔很重，常常沒有寒、暑假。這裡僅將中醫課程的設置介紹如下：

中國醫藥學院的課程設置，中醫基礎課程有：中國醫學導論、中藥藥物學、中藥炮製及藥材學、中國醫學史、內經、難經、方劑學、傷寒論、金匱要略；中醫臨床醫學課程有：中醫診斷學、中醫內科學、中醫內產科學、中醫兒科學、中醫傷科學、針灸科學、中醫耳鼻喉科學、中醫眼科學、中醫外科學、中醫歷代名醫學說研討。

長庚大學中醫學系除了上述中醫課程外，還增加了中藥藥理學、溫病學、中醫臨床處方學和中醫急診科學。

教學管理實行學年制和學分制相結合的方法，中醫西醫雙主修。其中共同科目 28 學分；中醫基礎學科 55 學分；基礎醫學 84 學分；中醫臨床醫學 39 學

分；西醫臨床學分 48 學分；西醫見習 36 學分，西醫臨床實習 48 學分；中醫臨床實習 45 學分。

在台灣，僅中國醫藥學院和長庚大學設有中醫藥的正規的教育制度，中醫的科系有中醫學系和學士後中醫系二系。中醫學系修業八年，必須修滿 380 個最低學分，其中包括中醫學分 139 個。學士後中醫系修業五年，應修 200 個最低學分，其中中醫學分佔 101 個。大陸方面，其中醫學院皆設有中醫系，並訂定全國統一的「中醫專業教學進程表」，共須修業五年，期滿共修 182 個學分，其中包括中醫學分 120 個。

依據三種學制的課程表，歸納可得下列幾點結論：

1. 共同科目方面：

中醫學系要修 28 個學分，學士後中醫系因須大學畢業方可報考，故共同科目可免修。而大陸則只修 26 個學分。

2. 基礎醫學方面：

中醫系及學士後中醫系分別修有 84 個及 32 個學分，大陸則修 38.5 個學分。

3. 西醫科目方面：

中醫系在學校內修完 48 個學分及 84 個於六、七年級在西醫醫院見、實習的學分。後中醫系只修 9 個學分即可，但亦開有 10 個西醫臨床科目供選修之用。大陸方面則只修「西醫內科學基礎」10 學分及「西醫外科學總論」3 學分，分計 13 個學分。

4. 中醫實習方面：

中醫系在四、五年級的寒暑假至中醫醫院或診所實習，共修習 32 個學分。後中醫系則於第五學年至中醫院所實習，共 45 個學分。大陸方面，其中醫實習的制度，分成二階段實行。第一階段是在第三學年的第二學期，有 10 週的教學實習，共 35 個學分；第二階段則是第五學年，全年的畢業實習。

5. 中醫科目內容方面：

兩岸在中醫科目的安排上是大同小異。其中比較特殊的是大陸方面開有一門「醫古文」的課程而且是 10 個學分的大科，可做踏入中國傳統醫學的進階，這是台灣方面所欠缺的。另外，大陸在「溫病學」、「中醫內科學」及「中醫婦科學」三科上有較重的比例。而中國醫藥學院尚有「難經」及「中藥炮製及藥材」等二門科目。

綜合以上的比較，台灣的中醫學系除修業為八年外，其所修學分亦高達 322

個學分。但是，畢業後可考取中、西醫執照，也因為所修西醫學分多達一百餘個，故可培養出中、西醫兼具的學士人才。目前，大陸方面也開始朝向培育這類人才為目標，改變現階段所施行的五年制中醫系。另外，值得一提的是有關「中醫實習」的課程安排，大陸的二階段實習有較好的效果，尤其是最後一年的全年實習，可以增加臨床經驗和醫療觀念的延續性，此與台灣方面的學士後中醫系類似，但中醫系則不一樣，早期中醫系的實習在寒、暑假，其成效則因為時間的短暫而大打折扣。而且，在六、七年級是西醫的見、實習，不但使中醫的學習中斷，也造成中醫系畢業後對中醫醫院經驗的明顯不足，導致中醫人才大量的流失；目前改為八年制之後，其最後一年為中醫臨床實習，實施成效仍待觀察。

肆、問題與討論

在台灣中醫高等教育發展過程中，「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；經過 30 幾年的發展，雖然中醫系統性學院醫學教育已有長足的進步，但整體高等教育體系中仍存在若干的困境亟待突破，以利未來發展：

（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，目前台灣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、證照考試科與書目應重新檢討，現行中醫教育證照考試有部份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：

台灣目前具臨床見、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：

依據台灣行政院衛生署規定，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：

台灣現行醫政單位、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。

「中興以人才為本」。好的人才必須仰賴良好的教育，教育是要提供學生一個有能力面對未來以及有成功機會的環境，有成功的經驗，可以培養自信心、成就感，自然而然就會努力把事情做的更好，而醫學係實證科學，其養成教育更是如此。

醫學教育絕對是促成醫學進步與延續的重要手段，綜觀現代醫學的發展，由於學校基礎教育與臨床教育的連結與完備，促進了現代醫學的蓬勃發展；中華民族歷史源遠流長，不但精緻，而且充滿了生命力；在這文化背景下，人門在生老病死的長期觀察中，發展出世界上獨一無二的中國醫學。

自廿世紀以來，隨著西方科學文明的東進，中國傳統醫學在強勢西方醫學的交流衝擊下，逐漸面臨生存發展的瓶頸。面對現代醫學的一日千里，中國傳統醫學的唯一生存之道，便是將醫學教育提昇，從根救起，培養優秀的人才，而後才能振衰起弊，也才能有系統地維護及發揚中醫學，並間接促進中西醫結合醫學之發展。希望結合眾人的智慧和努力，可以使未來的台灣中醫高等教育步上正軌，以達成中國傳統醫學永續發展的目的。

九、海峽兩岸中醫高等院校培養目標

長庚大學中醫學系（8年制雙主修）

目標在追求中醫現代化與中西醫結合之新醫學，以期對全人類的健康福祉作出貢獻。

本系為培養具有現代醫學知識之傳統醫學人才，課程採中西醫學均修方式進行。而為提昇中醫基礎及臨床課程之教學品質，與大陸著名之北京、成都中醫藥大學合作，迄今已聘請 37 位大陸資深教授與本校教師共同參與授課，甚獲好評。在此制度下，學生學習興趣提昇，態度積極，第一、二、三屆及第四屆、

第五屆新生報到率分別提高為 70%、94%、100%、98%，98%。深信將來培養之畢業生，對提昇台灣中醫水準，推動中醫現代化必有深遠之影響。

長庚醫療體系有雄厚的基礎，創造中西醫結合，中醫藥科學化、現代化之環境，培養出具有豐富現代醫學知識之中醫師，提升國內中醫藥水準。建設醫學中心級的中醫藥教學醫院，發展中醫臨床特殊療效，並推動中西醫結合之研究發展，再創長庚醫療體系的高峰。

中國醫藥大學－中醫學系（8 年制雙主修）

傳承發揚中國醫學，融合中西醫學，創立新醫學體系。

課程目標

培養學生具有中西醫學專業知識及全人教育之素養。

中醫學系課程採中西醫學兼修。單主修課程內容包括：中醫基礎醫學 47 學分、西醫基礎醫學 70 學分、中醫臨床醫學 33 學分、西醫臨床醫學 36 學分、西醫臨床見習 32 學分、中醫臨床實習 45 學分、中醫臨床見習 11 學分、共同科目及通識科目 36 學分；雙主修者課程內容包括：中醫基礎醫學 47 學分、西醫基礎醫學 75 學分、中醫臨床醫學 31 學分、西醫臨床醫學 57 學分、西醫臨床見習 32 學分、西醫臨床實習 48 學分、中醫臨床實習 45 學分、中醫臨床見習 11 學分、共同科目及通識科目 34 學分。

教學方式本系採用多種教學媒體，推動有線電視、影音教學，並發展中醫藥多媒體教學系統。推動中西醫學兼修，加強中、西醫學整合之基礎與臨床研究，結合中西醫知識與療法，提昇醫學水準，造福人類。

中國醫藥大學－學士後中醫學系（5 年制）

培養具有現代醫學知識的中醫師為宗旨，招收大學各系所畢業生，融合各種領域知識與中西醫學於一爐，傳承中醫醫學、促進中醫醫學多元化之發展，開啟中醫醫學與現代科學醫學的融合為本系之目標。

以培養現代化中醫師為目標，課程除規劃完整之中醫藥學課程外，並修習必要之西醫課程；修業五年，畢業學分兩百學分，授予醫學士學位。一、二年級學生修習中西醫基礎醫學課程。三、四年級修習中西醫臨床醫學。三年級暑假、四年級寒假實行臨床中醫見習。五年級至教學醫院中醫實習一年。在校必修課程學分是以中、西六比四的比例規劃（不計中、西見實習課程），西醫相關基礎與臨床課程之師資，全由本校醫學院醫學系支援，而中醫藥相關課程則由具中醫師及藥師證照之教師擔任，尤其中醫基礎課程全由中醫師教師講授，是

相當有利於學生學習的安排，頗具優勢與特色。

福建中醫學院

七年制中醫專業（學制七年）培養方向：主要培養德、智、體全面發展，能系統掌握中醫理論體系及現代醫學知識，具有扎實的臨床工作能力及相關的人文社會科學知識，畢業後能從事中醫臨床醫療、科研、教學工作，達到碩士水平的高層次複合型中醫人才。

主要課程：毛澤東思想概論、鄧小平理論、哲學、自然辯證法、高等數學、物理學（含醫用物理學）、基礎化學、醫用生物學、生物化學、醫古文、英語、電腦（含文獻檢索、網路資訊）、中醫基礎理論、中醫診斷學、中藥學、方劑學、人體解剖學、生理學、組織胚胎學、微生物與免疫學、病理學、藥理學、診斷學（含實驗影像診斷）、中西醫結合（內科學、外科學、婦科學、兒科學、急症學、免疫學）、預防科學、中西醫結合研究思路與方法、神經病學、內經、傷寒論、溫病學、各家學說、血液流變學、醫學遺傳學、分子生物學、中醫實驗學（含基礎、臨床）等。

中醫學專業（含中西醫結合等）（學制五年）

培養方向：培養高級中醫人才。通過專業學習，使學生具有寬厚的中醫基礎理論與現代醫學知識，以及熟練的臨床診療技能，專業面廣，適應性強，學生畢業後能從事臨床各科醫療與科研工作。

主要課程：公共課、基礎課外，專業基礎課有：中醫學基礎、中醫診斷學、中藥學、方劑學、內經、傷寒論、金匱要略、溫病學、醫古文、中醫醫學史、醫用生物學、人體解剖學、組織胚胎學、生理學、生物化學、醫學微生物、病理學、藥理學、寄生蟲學、診斷學基礎等。其中中醫醫療培養方向專業課有：各家學說、中內、中外、中西醫婦科學、中西醫兒科學、推拿學、針灸學、西內、西外、中醫骨傷科學、中醫急症學、眼科學、耳鼻喉科學。中醫骨傷科培養方向專業課有：中內、西內、西外、中外、針灸、中醫傷科學、中醫筋傷學、影像學、中醫骨病學、骨科手術、中婦、中兒。中西醫結合方向專業課有：中內、中醫急症學、中外、針灸、推拿學、中西醫婦科、中西醫兒科、外科學總論、西外、傳染病學、眼科學、耳鼻喉科學。

黑龍江中醫藥大學

中醫學專業（臨床方向）5 年制

一、總體培養目標

本專業培養具備中醫基本知識、基礎理論和臨床診療技能，德、智、體、美全面發展、綜合素質高、知識結構合理、基礎扎實、知識面寬、適應能力強，具有創新精神和實踐能力，能從事中醫臨床工作的複合型應用性高級中醫專門人才。

二、基本培養要求

1. 熱愛祖國、擁護中國共產黨的領導，走社會主義道路，努力學習馬克思主義、毛澤東思想和鄧小平理論；熱愛中醫專業，有為人民醫療衛生事業獻身的崇高的理想及良好的思想品質和職業道德。
2. 具有一定的社會科學知識。除掌握現代醫學基礎知識與臨床醫學的基本知識外，還要系統地掌握中醫基礎、中醫臨床的理論體系，具備較強的臨床辨證能力和運用中醫理論與療法對專科、專病進行研究的能力；通過系統的理論知識學習和實踐能力訓練，培養創新意識和獨立獲取新知識的能力；具有一定的臨床科研能力；外語具有較強的閱讀能力和一定的聽、說、寫、譯能力，基礎外語達到大學外語四級水平；有一定的古漢語和電腦知識。
3. 掌握一定的體育和軍事基礎知識，達到國家規定的大學生體育和軍事訓練合格標準，體魄健全，能夠履行建設祖國和保衛祖國的神聖任務。

三、修業年限：5 年

四、授予學位：醫學學士

五、主幹學科和主要課程

主幹學科：中醫學、現代醫學

主要課程：中醫基礎理論、中醫診斷學、中藥學、方劑學、《內經》《難經》選讀、傷寒論、金匱要略、溫病學、醫古文、中醫內科學、中醫婦科學、中醫兒科學、針灸學、中醫傷科學、西醫基礎概論、診斷學、內科學、外科學。

六、第五學年進行內科、外科、婦科、兒科畢業實習（1 級學科）

七、教學時數分類表

課程分類	門 數	學時	占總學時的百分比
公共基礎課程	14	954	24.1%
專業基礎課程	22	1476	37.3%
專業課程	10	1116	28.2%
任選修課程		414	10.4%
合 計		3960	100%

中醫學專業（七年制本碩連讀）

本專業培養適應 21 世紀我國社會主義現代化建設實際需要，德、智、體、美全面發展，達到臨床醫學碩士專業學位授予標準的高層次複合型人才。

本專業按照“七年一貫、本碩融通，加強基礎，注重素質，整體優化，面向臨床”的培養要求，採取與哈爾濱工業大學、哈爾濱工程大學合作教學的形式。使學生具有較廣泛的人文、社會科學知識，較寬厚的自然科學基礎；具有堅實的中西醫基礎醫學理論和系統的臨床專業知識；較強的臨床思維能力及獨立治療常見病、多發病及急、危、重症的能力；具有較強的自學能力和一定的科研能力；基礎英語達到大學英語六級水平，能熟練地閱讀本專業英文書刊；有較強的電腦應用能力，具備參與新世紀醫學科技競爭的基本素質和較大的發展潛力。

本專業設有中醫、中西醫結合、針灸推拿、中藥四個專業方向。

中醫、中西醫結合、針灸推拿三個專業方向，除在專業寬口徑內設置公共基礎、專業基礎、行為醫學和社會醫學、一般臨床技能等課程模組外，還設有體現不同專業方向與特色的中醫學、現代醫學、針灸學及相關學科的主要課程。畢業後從事醫療、教學、科研、管理及對外交流等工作。

中藥方向主要學習中醫藥系統理論和知識以及現代中藥研究方法和技術，學生將受到系統的中藥新藥開發的基本訓練，具有中藥新藥研發的能力。主要開設中醫基礎理論、中藥學、方劑學、無機化學、有機化學、分析化學、生藥學、中藥化學、生物化學、生理學、病理學、藥理學、中藥藥理學、中藥炮製學、中藥藥劑學、中藥分析學、中藥生物技術、臨床藥理學等課程。畢業後能在中藥研究和開發領域中從事中藥質量評價新藥設計、新藥開發及臨床用藥監測等方面的教學和研究工作。

七年制中醫學專業實行導師制與滾動淘汰制，學生通過主要課程考核、臨床能力考核及學位論文答辯後授予臨床醫學碩士學位。

北京中醫藥大學

中醫學專業七年制

培養目標：培養熱愛中醫事業，有系統而深厚的中醫基礎理論和基本知識，堅實的中醫臨床診療技能、必要的現代醫學基礎知識和臨床診療技能、一定的社會人文科學知識和自然科學基礎知識，並具有一定的中醫科研能力，能從事中醫臨床、科研和教學等工作，達到臨床醫學專業碩士學位水平的高級臨床中醫人才。

主要課程：中醫學基礎、中醫診斷學、中藥學、方劑學、中醫古典醫籍、正常人體解剖學、生理學、生物化學、病理學、藥理學、組織胚胎學、生物學、細胞生物學、分子生物學、醫學遺傳學、中醫內科學、中醫外科學、中醫婦科學、中醫兒科學、針灸學、中國歷代醫家臨證精華、中醫科研方法與思路等。

對該專業的培養，將依託我校臨床教學實力雄厚的附屬醫院，學生入學後前三年在學校進行基礎課、專業基礎課的學習，然後在附屬醫院進行臨床課程的學習，強化中西醫臨床知識和技能，最後進入碩士學位論文研究工作。

在七年的培養過程中，學生應獲得的知識和能力：

掌握系統的中醫基礎理論和基本知識，具有堅實的中、西醫臨床診療技能；具有較強的中醫臨床思維能力和實踐能力，具有一定的社會人文科學和自然科學領域知識。能夠較熟練地閱讀本專業的外文書刊，並能進行國際學術交流。能熟練地閱讀中醫古典醫籍，具有一定的科研能力和較強的知識更新能力。

學習期滿，成績合格，通過論文答辯，授予醫學學士和臨床醫學專業碩士學位。學生畢業後可從事中醫臨床、科研、教學等工作。

中醫學專業五年制

培養目標：培養熱愛中醫事業，有系統的中醫基礎理論和基本知識、堅實的中醫臨床診療技能、必要的現代醫學基礎知識和臨床診療技能；能從事中醫臨床工作，具有成為學科帶頭人發展潛力的通科中醫師。

主要課程：中醫學基礎、中醫診斷學、中藥學、方劑學、醫古文、中醫古典醫籍、正常人體解剖學、生理學、生物化學、病理學、藥理學、組織胚胎學、生物學、細胞生物學、醫學遺傳學、免疫與病原學、中醫內科學、中醫外科學、中醫婦科學、中醫兒科學、針灸學等。

在五年的培養過程中，學生應獲得的知識和能力：

掌握系統的中醫基礎理論和基本知識、具有較堅實的中、西醫臨床診療技

能，能進行中醫臨床病證的辨證論治和急、難、重症的初步處理，具有一定的現代醫學基礎知識。基礎英語達到大學英語四級水平，能初步閱讀本專業的外文資料。較熟練地閱讀中醫古典醫籍，具有一定的科研能力和掌握相關領域科技研究發展動態的能力。

學習期滿，成績合格，通過論文答辯，授予醫學學士學位。

學生就業去向為各級中醫院、各級綜合醫院中醫科、中醫教育機構、中醫臨床科研機構、中醫出版機構、中醫管理機構等。

成都中醫藥大學

中醫學 學制：七年

培養方向：七年制中醫學專業培養系統地掌握中醫理論體系，具有紮實的臨床辨證論治能力，系統地掌握現代醫學知識及人文社會科學知識的高層次、複合型中醫人才，學生畢業後授予碩士學位。

畢業學生要求具有寬厚的人文社會科學知識和自然科學知識；系統掌握中醫學基礎理論、基本知識和基本技能；熟練運用中醫知識診治疾病，臨床能力強；有一定科研能力，掌握中醫的研究方法，具有獨立發現問題、分析問題和解決問題的能力；熟練掌握一門外語，能較熟練閱讀本專業外文資料；熟練運用電腦，具有參與未來國際醫學科學技術競爭的基礎素質。

主要課程：英語、電腦基礎及運用、數學、物理學、化學、生物學、自然辨證法、中醫基礎理論、中醫診斷學、中藥學、方劑學、內經、傷寒論、金匱要略、溫病、各家學說、中醫內科學、中醫外科學、中醫婦科學、中醫兒科學、針灸學、中醫骨傷科學、中醫五官科學、正常人體解剖學、組織胚胎學、生理學、病理學、藥理學、診斷學、內科學等。

就業方向：科研教學單位、醫院、醫藥企業、衛生管理部門

中醫學 學制：五年 層次：本科

培養方向：本專業培養適應社會主義現代化建設需要的，德、智、體全面發展的，系統掌握中醫理論和臨床技能的臨床各科高級專門中醫人才。

畢業學生要求系統掌握中醫基本理論和技能，能熟練運用中醫學及西醫學知識對臨床常見病、多發病進行診斷、治療和預防，對常見急重症進行處理。掌握一門外語，能熟練運用電腦。本專業實行中後期分化的方法。學生入學後經過兩年紮實的基礎學習，可根據自己的興趣愛好、對專業的瞭解和對社會需求的預測重新選擇中醫學、中醫學（皮膚、肛腸方向）、骨傷科學、五官科學等

專業或專業方向學習。

主要課程：英語、電腦基礎及運用、中醫學基礎、中醫診斷學、中藥學、方劑學、中醫內科學、中醫外科學、中醫婦科學、中醫兒科學、針灸學、骨傷診斷學、中醫骨傷學、骨傷治療學、骨與關節損傷學、骨病學、骨科手術學、骨傷推拿學、中醫眼科學、中醫耳鼻喉科學、內經選讀、傷寒論選讀、溫病學、金匱要略選讀、人體解剖學、生理學、生物化學、病理學、診斷學基礎、內科學等。

就業方向：醫院、醫藥企業、科研教學單位、衛生管理部門

中西醫結合臨床醫學 學制：五年 層次：本科

培養方向：本專業主要培養系統掌握中醫、西醫、中西醫結合基礎理論、基本知識和基本技能，能熟練運用中西醫結合知識診斷常見病、多發病，能對常見的危急重症進行處理的中西醫結合專門人才。

畢業學生要求具有一定的人文社科知識和自然科學基礎知識，系統掌握中西醫學的基本理論和基本技能，有較強的動手能力，能較熟練準確地運用中西醫的理論方法對常見病進行辨症論治，對常見的急重症進行急救處理。掌握一門外國語，能閱讀本專業外文書刊，能熟練運用電腦。

主要課程：英語、電腦基礎及運用、正常人體解剖學、組織胚胎學、生理學、生物化學、微生物學、病理生理學、病理學、藥理學、診斷學基礎、方劑學、中醫基礎學、中醫方藥學、內經、傷寒論、溫病、金匱要略、針灸學、中西醫內科學、中西醫婦產科學、中西醫兒科學、中西醫外科學、中西醫骨傷科學、中西醫五官科學等。

就業方向：醫院、醫藥企業、科研教學單位、衛生管理部門

中醫學（醫學英語） 學制：五年 層次：本科

培養方向：本專業培養適應 21 世紀社會需要的具有較深厚的英語語言基礎，熟練的英語語言技能，和一定的醫藥科學知識的複合型人才。

通過四年的系統學習後本專業學生不僅具有熟練的普通英語和醫藥科技英語的讀寫聽說能力，還具有一定的翻譯理論知識和口筆譯技巧。

主要課程：基礎英語，精讀，閱讀，寫作，聽說，中醫英語，醫學英語文獻，醫學英語辭彙，翻譯理論及技巧，口譯，中醫基礎理論，解剖學，中藥學，電腦

就業方向：外資醫藥企業、醫院、醫藥情報科研機構

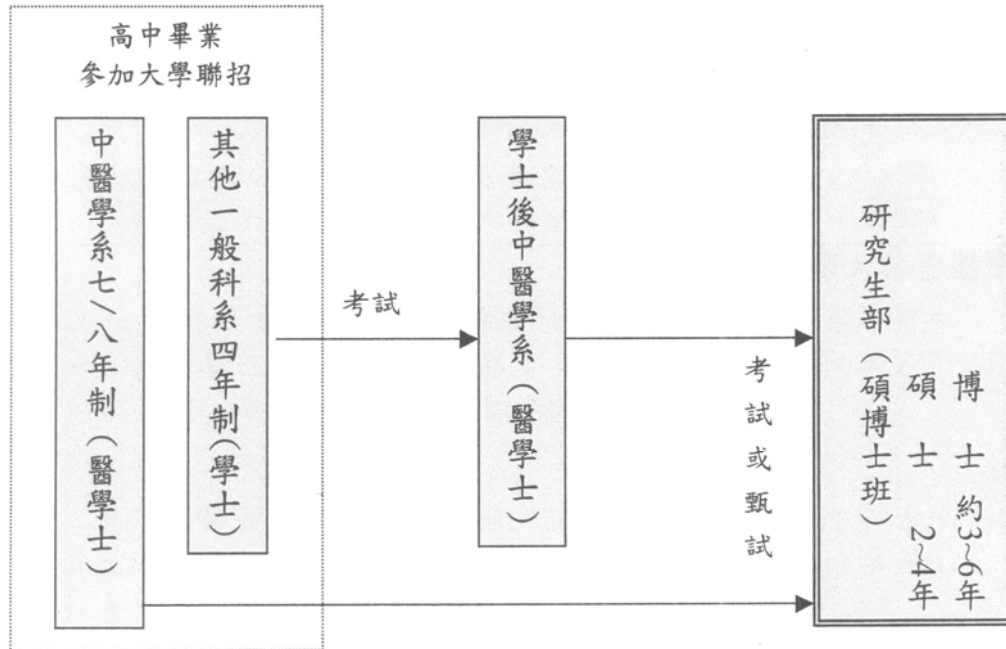
海峽兩岸中醫高等院校培養目標具體表列比較如下：

1. 培養及學習目標之比較：

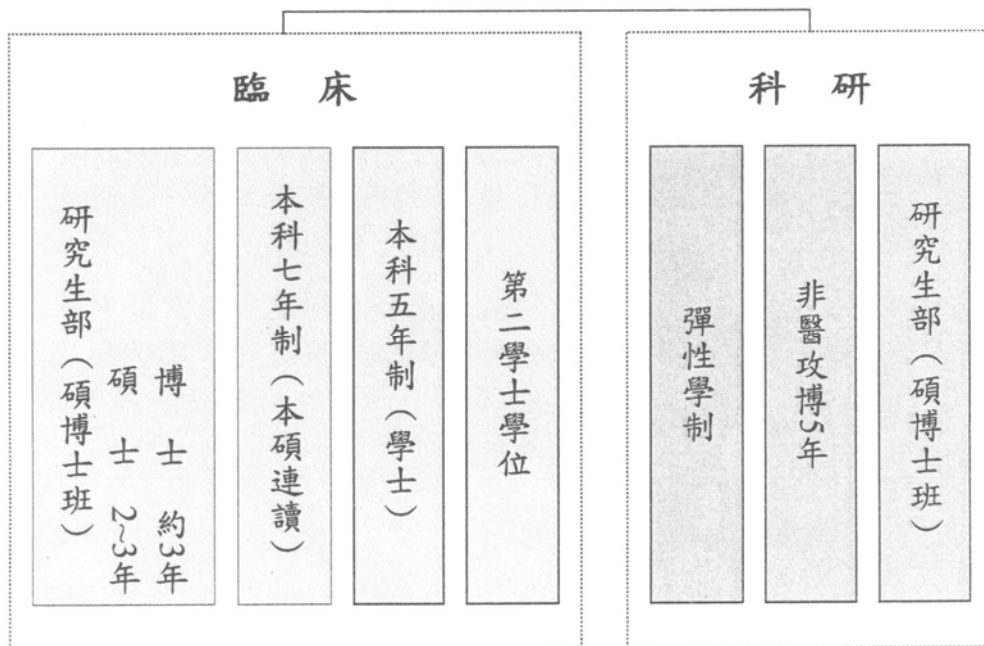
<p>長庚大學</p> <p>中醫學系</p> <p>(八年制)</p>	<p>追求中醫現代化與中西醫結合之新醫學，以期對全人類的健康福祉作出貢獻。本系為培養具有現代醫學知識之傳統醫學人才，課程採中西醫學均修方式進行。</p>
<p>中國醫藥大學</p> <p>中醫學系</p> <p>(八年制)</p> <p>學士後中醫學系</p> <p>(五年制)</p>	<p>培養學生具有中西醫學專業知識及全人教育之素養。中醫學系課程採中西醫學兼修。傳承發揚中國醫學，融合中西醫學，創立新醫學體系。</p> <p>培養具有現代醫學知識的中醫師為宗旨，招收大學各系所畢業生，融合各種領域知識與中西醫學於一爐，傳承中醫醫學、促進中醫醫學多元化之發展，開啟中醫醫學與現代科學醫學的融合為本系之目標。</p>
<p>福建中醫學院</p> <p>七年制</p> <p>五年制</p>	<p>培養德智體全面發展，能系統掌握中醫理論體系及現代醫學知識，具有扎實臨床辨治能力及必要的人文社會科學知識，畢業後能從事中西醫臨床醫療、科研、教學工作，達到碩士水平的高層次複合型中醫人才。</p> <p>培養德智體全面發展，能系統掌握中醫理論體系及現代醫學知識，具有扎實臨床辨治能力，畢業後能從事中西醫臨床醫療 科研 教學工作，成為合格的中醫人才。</p>

2. 學制及入學方式

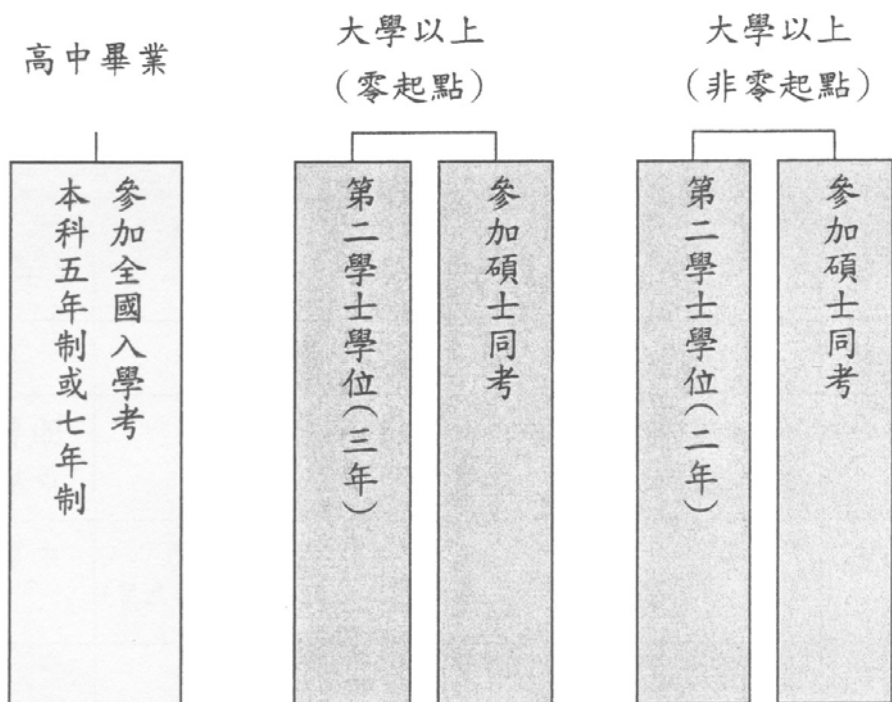
甲、台灣學制及入學方式：



乙、大陸學制：



丙、大陸入學方式：



3. 兩岸高等教育一般課程之比較

項目	兩岸	大學(本科)	碩士	博士
修業年限	台灣	8年制 5年制	1-4年	2-7年
	大陸	7年制 5年制	2-3年	2-3年
政治理論課程	台灣	少	無	無
	大陸	3-5門	2門	1門
外語要求	台灣	無	無	無
	大陸	國家考試6級	四級以上 2門外國語	國家考試
論文要求	台灣	無	有	有
	大陸	有	有	有
選修課程	台灣	多	多	多
	大陸	少	無	無
社會實踐課 (勞動課)	台灣	無	無	無
	大陸	4-6學分	6學分以上	6學分以上

4. 各課程學分之配置

	入門講座 基礎核心	中醫課程	西醫課程	領域選修	臨床見習 學分	臨床實習 學分	畢業 學分
長庚大學							
中醫學系	20	73	172	1	西醫 36 中醫 6	西醫 48 中醫 45	401
中國醫藥大學							
中醫學系	一般及通 識科目 16	78	146	4	西醫 32 中醫 11	西醫 48 中醫 45	380
學士後中醫 學系	---	85	43	16 (含西醫見 習)	中醫 11	中醫 45	200
福建中醫學院							
七年制	94 學分 英語 36 電腦與文 獻檢索 11 醫古文 5	105 學分 西醫 52.5 中醫 52.5	48.5 學分 西醫 15 中醫 33.5	26 學分	30 週 以週數計算 不以學分計	82 週 以週數計算 不以學分計	
五年制	51.5 學分 英語 16 電腦 4 醫古文 6	88 學分 西醫 39 中醫 49	49 學分 西醫 15 中醫 34	24 學分	中醫 4.5	36 週 以週數計算 不以學分計	

5. 台灣是否也應參考大陸師承教育的優點

大陸的師帶徒計畫（師承教育）的優點有：1.中醫基礎知識較扎實：臨床隨師應診；2.充分發揮師徒雙方的積極性：志同道合；3.繼承明師獨特的臨床經驗和學術思想；4.理論結合實際，注重臨床能力培養；5.注重傳統文化學習：為醫者，須略通古今。

大陸院校教育借鑒師承教育以達到以下目的：1.強化中醫藥經典著作的學習；2.重視傳統文化知識學習；3.加強臨床實踐；4.因材施教、注重個別差異發展；5.選擇特定對象進行師承教育，與著名老中醫，總結其技術專長和學術思想，有利中醫學術之繼續發展。

伍、結論與建議

大陸七年制中醫系要求學生畢業時通過大學英語六級（約托福 550 分），高校計算機二級（研究所程度），所以課程上亦有所加強，另外較重視醫古文（古漢語基礎）；台灣中醫系修習完整西醫課程，具備西醫相當之水準，將來中西醫結合潛力大，但因而課業相當繁重，中醫課程相對受到某種程度之排擠；大陸五年制中醫系和台灣學士後中醫學系所修習中醫課程較豐富，但相對地西醫內容較為不足，台灣學士後中醫學系西醫臨床課程較為粗糙。

雖然大陸開放台灣學生可參加醫師執業資格考試，但是卻無相關法令或機構允許執業登記，所以仍無法在大陸當地執業，欲前往大陸研習中醫者宜審慎評估。

台灣中醫教育面臨的問題包括：在傳統與現代之間徘徊、基礎與臨床間聯繫不夠、中醫領域研究團隊迄待加強整合、基礎和臨床優質師資的培育。

故建議於教育部下設對等於醫學教育委員會之機構（中醫醫學教育委員會），或由中醫藥委員會進行跨部會整合，統籌中醫教育相關事項。對於台灣的名老中醫，是否也應有系統的整理其經驗，並加以傳承；宜整合各界力量，編寫一套完整且適用的中醫本土教材；強化中醫研究，專案培養師資。

誌謝

本研究計畫承蒙行政院衛生署中醫藥委員會，計畫編號 CCMP93-RD-018 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

陸、參考文獻

1. 陳梅生，教育資料館，85/05/01，教育資料與研究，第十期：1114，大陸中醫藥教育。
2. 賴俊雄，推動兩岸中醫中藥學術交流工作，行政院衛生署中醫藥委員會 1994。
3. 賴俊雄、李卓倫，推動兩岸中醫中藥學術交流工作，行政院衛生署，1995。
4. 賴俊雄，推動兩岸中醫中藥學術交流工作，考察中醫復健作業，行政院衛生署，1997。
5. 賴俊雄，推動兩岸中醫中藥學術交流工作—中國大陸中醫住院制度，行政院衛生署 1996。
6. 郭乃文，我國中醫師人力供需推估之研究，行政院衛生署 1999 年度。
7. 張永勳，推廣兩岸中醫中藥典籍資訊化學術交流計畫，行政院衛生署 2001 年度。
8. 毛鑄倫，前進大陸實用手冊，海峽學術出版社，2001。
9. 周祝瑛，留學大陸，正中書局，2002。
10. 黃台英，如何赴大陸求學，邱比特國際文化事業公司，2001。
11. 范利民，中共高等教育制度之取向，桂冠圖書出版社，1996。
12. 杜作潤，中華人民共和國教育制度，香港三聯書店，1999。
13. 大陸各省市招辦編輯委員會，如何到大陸拿學位，靈活文化事業出版有限公司，2000。
14. 陸蓮坊，高等中醫藥教育研究文集，中國中醫藥出版社，2002。
15. 大陸各省市招辦編輯委員會，如何到大陸拿學位，靈活文化事業出版有限公司，2000。
16. 戴曉霞，高等教育的大眾化與市場化，揚智出版社，2000。
17. 曾志朗，知識經濟時代的高等教育政策，李誠主編，知識經濟的迷失與省思。天下文化出版公司。
18. 陸蓮坊，高等中醫藥教育研究文集，中國中醫藥出版社，2002。
19. 崔慈芬，你的北京學姊，大陸輕鬆求學 101，寶瓶文化，2003。

20. 李光大，加入 WTO 對我國高等教育服務業影響之研究，台北商技學報，2003。
21. 喬一名，中共對入學台生之政策分析，中國大陸研究，1996，第 39 卷 8 期。
22. 楊景堯，大陸地區高等學校招收台生制度之研究，淡江大學中國大陸研究所 2000。
23. 林騰蛟，加入 WTO 對我國高等教育的影響及對策，技術及職業教育為月刊，2002，第 72 期。
24. 劉勝驥，兩案大學管理教育之比較，國立政治大學學報，1999 年第 79 期。
25. 于雙成等，中西方醫學教育之比較研究，醫學與哲學雜誌，1999 年第 20 卷第 6 期。
26. 洪雯柔，全球化、本土化辯證關係中的比較教育研究，比較教育，2002 年第 53 期。
27. 孫煒撰，比較海峽兩岸高等教育政策的制度架構，中大社會文化學報，2002 年第 15 期。