

· 综 述 ·

# 高等医学院校教育制度研究的文献回顾与评析

黄子杰<sup>1,2</sup>, 李跃平<sup>3</sup>

( 1 厦门大学教育研究院, 福建 厦门 361005; 2 泉州师范学院, 福建 泉州 362000;  
3 福建医科大学公共卫生学院, 福建 福州 350004)

[摘 要] 文章对 1979~2007 年间我国学者有关高等医学院校学制研究的文献作了比较系统全面的回顾, 并从如何正确借鉴国际先进经验和如何保证卫生服务效益两方面, 评价和分析既往文献的不足之处, 为今后的同类研究引导出正确的思路。

[关键词] 高等医学教育; 学制; 文献研究

[中图分类号] G649.22

[文献标识码] A

[文章编号] 1671-8560(2008)01-0110-03

## Review and Analysis on Documents about Educational System Research of Medical Schools

HUANG Zi-jie<sup>1,2</sup>, LI Yue-ping<sup>3</sup>

( 1 Higher Educational Research Institute of Xiamen University, Xiamen 361005, China;  
2 Quanzhou Normal University, Quanzhou 362000, China;  
3 School of Public Health, Fujian Medical University, Fuzhou 350004, China)

[Abstract] The research documents about educational system of medical schools were reviewed, and after deep analysis, some inadequacy was found by means of how to learn from advanced skills and how to improve the benefit of health service. This paper also put forward the chain of thought about reform of educational system of medical schools.

[Key words] Higher education of medicine; Educational system; Review on documents

改革开放以来, 专家们一直在讨论我国现行的医学教育体制改革问题。本文通过文献回顾, 对改革思路进行归纳、评价和分析, 以期从中汲取我国高等医学教育体制改革的有益养分。

### 1 文献主要观点回顾

近 20 多年来, 关于医学教育体制改革, 主要围绕是否举办和如何举办长学制高等医学教育这一层次或形式展开的。依此, 可粗略划分为三个时期。

#### 1.1 短学制争议期 1979~1987 年

恢复统一高考后, 医学院校实行的主流学制是三年制专科和五年制本科。10 年的实践, 短学制固有的问题逐渐显露。专家指出, 专科应考虑停办, 因为专科教育基本是五年制本科的微缩版。首先, 课程门数与五年制本科的相当, 从学生参加考试的频繁程度上, 压力大大超过本科生; 其次, 在短短的两年课程学习时间里, 完成需要用 3.5~4 年完成的课程, 只能大大降低课程深度和难度; 第三, 时间短也导致各学期的课程同质性差, 课程之间的有机衔接不好<sup>[1]</sup>; 最后, 专科毕业生主要面向条件

差、待遇低的农村地区, 学生的专业思想不稳定, 存在明显的厌学情绪<sup>[2]</sup>。

但也有专家认为, 不断提升学历层次不利于进一步改变农村地区缺医少药的状况。为此, 三年制应作为大多数医学院校的学制形式, 反对学制不断攀升、一窝蜂追求高学历的片面倾向<sup>[3]</sup>。他们还认为, 由于我国幅员辽阔, 地区间经济发展水平和文化传统特征的巨大差异, 要求教育改革必须根据当地的实际情况和具体需要, 制定切实可行的培养目标, 并根据培养目标来设立医学教育学制<sup>[4]</sup>。

#### 1.2 长学制倡导期 1988~1996 年

1987 年, 华西医科大学率先提出, 高等医学教育要调整和理顺教育层次, 创建七年制本硕连读的高等医学教育形式, 将我国的医学教育学制规范成三、五、七年制的三个层次<sup>[5-6]</sup>。这一倡议立即得到国内众多重点高等医学院校专家们的积极响应。他们纷纷发表文章, 从多方面论证了举办七年制的时机已经成熟, 并对七年制的培养方式提出了许多有益的意见和建议<sup>[7-9]</sup>。

1988 年, 国家教育部选择 15 所具有长学制办学经验、专业设置比较齐全、师资力量雄厚、教学质量较高的老校, 试办七年制本硕连读的临床医学专业。试办结果表明, 七年制学生基础雄厚扎实、计算机和外语水平较高、临床能力和科研能力以及自学能力均较强, 具备了参与 21 世纪医学科学国际间挑战的基本素质与能力<sup>[10, 11]</sup>。

[收稿日期] 2007-08-30

[作者简介] 黄子杰, 男, 厦门大学教育研究院博士研究生, 泉州师范学院院长, 教授, 主研方向: 高等教育管理。

### 1.3 七年制实践期 1997 年至今

到目前为止,我国有 54 所医学院校(或综合性大学的医学院、医学部、医学中心)举办七年制临床医学专业。近 10 年来,围绕七年制学制研究的专题论文数量不少、观点迥异。

1.3.1 七年制培养形式的取消 一些专家认为,长学制是高等教育国际化趋势的要求,可以有效弥补五年制医学教育模式中存在的缺陷。但与“国际通行”的医学博士学位不相适应。因此,应回归高等医学教育的精品模式,八年制医学博士培养形式是最佳选择。为此部分专家建议将其他学制的医学教育全部取消,一步到位医学博士<sup>[12-17]</sup>。

2003 年,教育部、卫生部联合设立了“中国医学教育管理体制和学制学位改革研究”课题组,关于学位问题研究的最核心结论是:临床医学专业参照国际医学学位制度,今后只设立医学博士专业学位一种形式即可<sup>[18]</sup>。而且完全赞同医学教育界“流行”了许多年的观点,即不同层次的教育模式与卫生服务的地域等级相互挂钩<sup>[19-21]</sup>。

1.3.2 七年制学制要素的改革 这类文献的观点是继续保留七年制,但应对其内涵进行必要的完善。

入学要求。目前我国对招收长学制的医学生,还没有严格的入学考试制度,各校之间的入学层次差异较大。同时,没有严格控制招生规模,导致师生比极不合理,无法保证教学质量,未能充分体现精英教育的特色<sup>[16,20,22]</sup>。

培养方案。大多数学校将课程重点放在基础医学和临床医学上,大大削减了人文素质教育的课程学时<sup>[22,23]</sup>。也有的学校过于强调临床技能的训练(有的学校将住院医师规范化培训的项目也拉进在校教育阶段),大大缩减了基础医学课程的学时数,影响了学生进一步发展的后劲<sup>[23,25]</sup>。还有专家认为随着医疗体制的改革,医患关系的变化,学生临床实习期间动手操作机会越来越少,影响了学生实践技能的训练。为此,学校应进一步加强教学方法改革,增加临床模拟训练,以弥补不足<sup>[23,25]</sup>。

实习合法性。国务院学位委员会和教育部颁发的《七年制高等医学教育基本培养要求及授予临床医学硕士专业学位试行办法》规定,七年制的培养要“基本达到卫生部颁发的《住院医师规范化培训试行办法》中规定第一阶段培训结束时要求的临床工作水平。”行政规定与《执业医师法》条文相冲突。因此,专家认为解决方案是,要么降低培养要求,要么选择在适当的培养阶段让七年制医学生提前参加医师资格考试<sup>[22]</sup>。

培养目标。七年制医学生后期已经开始进行住院医师规范化培训,只是培训结果(属于技术水平认定)没有与临床医学硕士专业学位的授予(属于学术水平认定)完全脱钩,这个问题上尚未获得满意的结果<sup>[14]</sup>。

1.3.3 七年制办学范围的扩大 一些专家根据学校自身条件,提出省属医学院校在保障质量的前提下,应大胆改革和创新教学机制,联合当地的理工科大学,扩大举办七年制临床医学专业的范围。七年制临床医学专业的开办对省属院校是一种新鲜事,希望教育部和卫生部给予政策倾斜,适当扶持<sup>[27]</sup>。

## 2 文献评析

关于高等医学教育学制研究的文献,似乎更多的属于学术性的或纯粹专业视角的研究,在两个主要方面存在一定程度的脱节倾向。

### 2.1 先进经验借鉴与中国国情现状相脱节的倾向

医学生获得尽可能高的学历或学位是医学教育的目标吗,八年制医学博士是解决卫生保健问题的唯一出路吗,各国培养模式互不相同,与国际接轨是与哪个国家的模式接轨?对于这些问题的回答也难也不难。不难的在于对于国外先进经验的借鉴,有太多现成的成功模式可以学习。难的在于能否与中国国情紧密结合,既可以适于现状,又有所前瞻以便改变和超越现状。

现状是近 200 所医学院校的未来去向问题。部分专家的意见,确实起点高,但未必看得深远,或许对中国医学教育现状的了解还有欠缺。如果八年制成为唯一的学制,高度精英化,只能在有博士学位授权的大学举办,那么曾经为中国卫生事业输送了大量人才的普通医学院校一夜之间成为多余的累赘,也过于不负责任。

但适于现状,不是安于现状;重要的是还要改变和超越现状。一些专家脱离正确的质量观,滥用“因材施教”的教学原则,极力坚持医学教育的多层次性和多形式性,依然热衷“短、平、快”式专科培养。实际上专科层次的医学人才,已经难以胜任当前临床诊疗岗位要求,也已经难以满足广大居民的保健服务需要;这种办学形式基本属于浪费资源。

在学制改革的研究中,同样需要防止走两个极端的误导:或者拿“国际惯例”吓唬人,或者用“符合国情”搪塞人。目前世界上医学教育学制形式多样,即使是发达国家之间,学制也不一样,何来国际惯例一说?专科层次的办学在建国初期极度缺医少药的情形下是符合国情的,但事隔 50 多年后,依然认定农村地区或城市社区卫生机构只需要低学历的医学毕业生就绰绰有余,那就是主观臆造国情了。

### 2.2 人才培养模式与卫生服务需要相脱节的倾向

高等医学教育必须与卫生保健领域中面向大众的专业服务密切联系起来。因此,对高等医学院校教育制度的研究,应注重学校内教育过程与学校外服务过程的有机联系,即着眼于现行学制中影响人才培养质量,进而影响人才进入医疗机构后的服务质量的有关问题研究。但目前许多学制改革研究的文献,其着眼点更多的是在解决医学生的学历、学位问题,较少将学制改革与解决我国医疗保健服务的绩效(水平和公平)问题相联系。显现太过注重所谓的学术性、前沿性,太少考虑合理性、实效性。

比如,毕业生就业去向问题,专家们依然热衷于谈论学历学位层次与经济发展水平对应的社会不公平理论,即所谓三年制医学专科教育面向农村基层,五年制本科教育面向中小城市及大城市社区医院,八年制医学博士面向大城市中心医院。实际上,低层次的毕业生未必就能去农村,农村居民也没有理由只能利用低水平的服务。

从经济学角度来看,对于大家都需要的基本医疗卫生服务,无论农村居民或城市居民,都应该用相同的价格去获得同类同水平的保健服务。但是,从社会公平和社会公正的角度看,如果基本医疗卫生服务是国家认定必须向广大居民提供的准

公共产品,那么,就既不能采用无视市场经济原则的做法,强迫医疗机构向相对贫困的农村居民低价提供高值服务,也不能继续采取城乡二元机结构的管理模式,让专科或更低学历层次的医师到农村服务。正确的做法是国家通过财政补偿,让低收入人群享受同一水平的基本医疗卫生服务,这才符合社会公平的原则,符合建设社会主义和谐社会的要求。

取消大专层次的临床医学教育(如同国家已经取消了中专层次的临床医学教育),如果我国对临床医学专业毕业生试行出口分类,即本科毕业属于面向一、二级医疗卫生机构的全科医师,医学博士毕业才能进入三级医院担任专科医师,并为此建立严格的各类医师执照考试制度,那么国家构建的三级医疗卫生保健体系就易于有效运作。作为高等医学院校的研究机构或研究者,在谈论学制改革时,其出发点和归属均要落实到如何提高卫生保健服务的工作绩效上,决不能漠视广大农村居民的需要,更不能成为社会不公平的推波助澜者。

参考文献:

[1] 汪涵.对现行高等医学专科学制的一些看法[J].中华医学教育杂志,1982,(3):15-16.  
 [2] 陈方荣.关于高等医学专科教学改革的设想[J].中华医学教育杂志,1985,(11):30.  
 [3] 孙季林.当前高等医学教育改革中的两个问题[J].江苏高教,1987,(3):21-22.  
 [4] 赵善民.医学培养目标与医学教育改革浅析[J].中华医学教育杂志,1987,(3):38-40.  
 [5] 华西医科大学.关于改革高等医学教育学制 建立七年制医学本科教育体制的建议[J].医学教育,1987,(3):43-46.  
 [6] 华西医科大学.改革高等医学教育学制 创建七年制医学本科教育[J].中国高等医学教育,1987,(1):18-20.  
 [7] 王一飞.探索培养高层次应用人才的新途径——试行七年制高等医学教育的设想[J].中国高等医学教育,1988,(2):21-22.  
 [8] 文历阳,陆定中,朱亲云,等.关于增设七年制医学本科教育问题[J].中国高等医学教育,1987,(1):29-31.  
 [9] 李学敏,丘祥兴.实行三、五、七制 优化高等医学教育层次

结构[J].中国高等医学教育,1987,(1):31-34.  
 [10] 文历阳,罗五金,陆定中,等.七年制高等医学教育模式研究[J].中国高等医学教育,1996,(6):1-7.  
 [11] 文历阳,罗五金,陆定中,等.七年制高等医学教育模式研究与实践[J].中国高等教育,1998,(5):22-23.  
 [12] 马艳,季晓辉,郑家茂,等.对长学制高等医学教育的研究与探讨[J].中国高等医学教育,2005,(2):39-41.  
 [13] 江玲.对我国医学教育学制和学位改革的建议[J].中国高等教育,2003,(18):20-21.  
 [14] 季晓辉,刘晓静,法晓艳,等.关于完善我国医学教育体系的思考[J].医学与哲学,2005,26(12):69-71.  
 [15] 陈律,肖水源,孙振球.我国医学教育面临的新问题与对策分析[J].中国现代医学杂志,2006,16(17):2710-2713.  
 [16] 郭永松.综合性大学开设长学制高等医学教育的初步研究[J].医学与哲学,2002,23(8):5-8.  
 [17] 邱梅,唐休发.综合型大学发展八年制高等医学教育的思考[J].医学与哲学,2002,23(8):9-11.  
 [18] 王德炳.中国高等医学教育管理体制和学制学位改革研究总体报告[J].医学教育,2005,(6):1-4.  
 [19] 陈律,范唯.关于高等医学教育管理体制与学制改革的思考[J].医学教育探索,2003,2(1):18-19.  
 [20] 文历阳.关于我国高等医学教育学制改革的思考[J].医学教育,2002,(6):3-5.  
 [21] 王德炳.中国医学教育管理体制和学制学位改革研究[M].北京:北京大学医学出版社,2006.49.  
 [22] 张艳萍,胡冰,姜叙诚,等.七年制高等医学教育的实践与思考[J].医学教育,2004,(4):6-8.  
 [23] 邱梅,张维建,曾诚.深化医学教育改革 提高七年制办学质量[J].医学教育,2004,(2):8-10.  
 [24] 郭立,曾诚,于晓松,等.我国七年制医学教育教学工作第二轮评估总体报告[J].医学教育,2005,(1):1-4.  
 [25] 应一.关于七年制医本科教学[J].医学教育,1997,(2):6-9.  
 [26] 张秀敏.深化改革不断创新 办好长学制医学教育[J].医学教育,2004,(3):3-5.  
 [27] 郭亚,张学军.高等医学教育学制与专业有关问题的思考[J].中国农村卫生事业管理,1999,19(9):42-43.



(上接第 66 页)  
 教学主页、社团主页、Blog 等一对多的交互应用系统。  
 随着信息技术的飞速发展和教育信息化进程的不断加速,基于 ICT 的虚拟社区必将成为教师专业发展的重要舞台,成为教师超越时间和地域限制而相互联系、相互学习、协作共进的新方式。

参考文献:

[1] 郭万群,应国良.虚拟社区:高校教师专业发展的新途径

[A].章伟民.全球视阈中的教学技术:应用与创新[C].上海:华东师范大学出版社,2006.404-411.  
 [2] 胡晓虹. ICT 技术支持英国教育部 E 战略计划[J].中国远程教育,2006,(5):78.  
 [3] 梁凯.Web2.0 虚拟学习社区发展新机遇[J].教育技术资讯,2006,(7-8):64-65.  
 [4] 裴涵,田丽君.虚拟社区的内涵及其建构的组织性路径[J].中南大学学报(社会科学版),2006,12(6):752-756.  
 [5] 李西亭,张丹.教师专业发展的策略探析[J].现代教育科学,2007,(1):54-56.