

·医苑·

影响我国临床医学专业博士培养质量的制度因素分析

殷晓丽¹,王德炳²,沈文钦³,郭立¹

(1.北京大学医学教育研究所,北京 100191;2.北京大学,北京 100191;3.北京大学教育学院,北京 100871)

摘要:临床医学专业博士(Doctor of Medicine, M.D.)是高水平临床医生的主要后备力量,对我国医疗卫生事业的发展具有重要影响,但长期以来对其培养质量的争议从来没有停止过。本文采用新制度主义的视角对影响其培养质量的制度因素进行分析,并对提高其培养质量提出建议,希望能促进人们对 M.D.培养现状的理解,为提高 M.D.的培养质量提供参考。

关键词:临床医学专业博士;培养质量;新制度主义

中图分类号:G643 **文献标识码:**A **文章编号:**1672-0059(2011)03-0088-05

Analysis on the Institutional Factors Influencing the Cultivation Quality of M.D.in China

YIN Xiao-li¹, WANG De-bing², SHEN Wen-qin³, GUO Li¹

(1.Institute of Medical Education, Peking University, Beijing 100191, China; 2.Peking University, Beijing 100191, China; 3.Graduate School of Education, Peking University, Beijing100871, China)

Abstract: In China, doctor of medicine (M.D.) serves as the main reserve force for high-level clinical doctors, and therefore plays an important role in the development of the nation's health care. However, the cultivation quality of M.D. has been controversial for a long time. The paper analyses institutional factors influencing the cultivation quality of M.D. from the perspective of new institutionalism and puts forward some suggestions, in hopes of promoting understanding of the current situation of M.D. cultivation and providing references for its quality improvement.

Key words: Doctor of Medicine; Cultivation quality; New Institutionalism

本研究的临床医学专业博士(Doctor of Medicine, M.D.)是指攻读或获得临床医学博士专业学位的人员。目前临床医学专业存在两类博士学位,一是科学学位,即 Doctor of Philosophy (Ph.D.), 另一类是专业学位,即 M.D.。临床医学是我国最早的能够授予专业学位的专业(学科),在其 20 多年的发展历史上,对 M.D.培养质量的争论从来没有停止过,如何提高 M.D.培养质量一直是医学教育研究的主题之一。为了提高 M.D.的培养质量,需要对其影响因素进行系统分析。已有的文献^[1-6]大多对专业学位研究生培养中的问题进行了论述,较少涉及授予 M.D. 的八年制医学教育,也就是没有从 M.D.整体上来探讨其培养质量问题,而且缺乏从制

度层面对影响 M.D.培养质量的因素进行分析。实际上,人们的认知和相关政策、规定的不协调是影响 M.D.培养质量的主要因素。20 世纪 70 年代西方兴起的新制度主义拓展了制度的内涵,将文化-认知、规范和规则要素纳入了制度的范畴,对全面准确分析影响 M.D.培养质量的制度因素具有重要意义。本研究采用文献和访谈法^①从新制度主义的视角尝试对影响 M.D.培养质量的制度因素进行分析探讨,并就如何提高 M.D.培养质量提出建议。

一、制度的内涵及现行 M.D.的培养

一提到制度,人们一般都会想到正式的政策、规则

和规定,但制度的内涵远不止这些。新制度主义认为制度是社会结构,包括为社会生活提供稳定性和意义的规制性、规范性和文化-认知性要素,以及相关的活动与资源^[7]。由规制性、规范性和文化-认知性要素所构成的规制性制度、规范性制度或文化-认知制度存在于组织的环境中,对组织行为和结果产生了实质性的影响。新制度主义将文化-认知和规范纳入了制度的范畴,有助于全面准确地分析影响 M.D. 培养质量的因素。实际上正是由于培养单位(组织)面临的规制性制度、规范性制度或文化-认知制度的制约,影响了 M.D. 的培养过程,进而影响其质量。

目前,我国的 M.D. 主要通过八年制医学教育^②和专业学位研究生(以下简称研究生)培养两种方式,后者还包括临床医生完成住院医师规范化培训后的在职学位申请。八年制毕业生授予 M.D. 始于北京协和医学院,八年制学生入学(高考)分数均较高,入学后在综合性大学接受 1-2.5 年的医学预科教育,然后再进入医学院(部、中心)学习医学,学生攻读学位的时间是八年,八年中无需参加大型的选拔性考试;研究生培养方式的学生来源主要是五年制毕业生,五年制学生入学(高考)分数均低于八年制学生,入学后一般在独立设置的医学院或综合性大学的医学院完成本科教育,然后参加研究生入学考试,录取后攻读学位,其攻读学位的时间至少 10 年(含本科教育时间)。可见,虽然同是 M.D., 但学生来源不同,在读期间的教学安排不同,获得学位的时间、难度也不同。

二、影响 M.D. 培养质量的制度因素

影响 M.D. 培养质量的因素有多种,本研究从文化-认知制度、规范性制度、规制性制度方面具体分析对 M.D. 培养质量影响较大的因素。

(一)文化-认知制度

文化-认知制度是指在特定文化氛围中基于视若当然或共同理解的一些认知。影响 M.D. 培养质量的文化-认知制度主要是人们对 M.D. 培养方式和应具有的水平认知。这些认知往往存在一定的偏差,从而导致人们一方面对 M.D. 培养质量的质疑(专业学位实施之初,质疑研究生培养方式培养的 M.D. 是否能称为博士,近些年又质疑八年制毕业生是否是 M.D.); 另一方面对 M.D. 临床现实技能培养的过多关注,弱化了学生基本科研思

维、意识及宽厚基础的培养。

20 世纪 80 年代初我国颁布了《中华人民共和国学位条例》。当时在医学领域,基础医学、临床医学、药学等专业的博士毕业生均授予医学博士学位(即 Ph.D.), 博士生的培养重实验研究和科研能力训练、轻临床工作能力培养^[8], 这形成了人们对博士培养的认知。1983 年 12 月卫生部、教育部颁发了《关于培养临床医学硕士和博士学位研究生的试行办法》, 对临床医学博士学位研究生(M.D. 的雏形)的培养进行改革并在少数院校进行了试点。1998 年 7 月, 国务院学位委员会、教育部、卫生部和国家中医药管理局联合下达了《关于开展临床医学专业学位试点工作的通知》, 正式启动了我国临床医学专业学位试点工作, 将住院医师规范化培训制度作为开展专业学位试点的基础, 对 M.D. 的培养主要是通过临床轮转(住院医师规范化培训)而不是科研训练来完成, 这形成了 M.D. 培养的新认知。

专业学位实施之初, 人们对原博士研究生培养以科研学术训练为主的认知, 使 M.D. 并不被认可, 因为人们总是自觉不自觉地用 Ph.D. 的培养方式和标准来衡量 M.D., 尤其是学位论文, 得出 M.D. 论文创新性不强、深度不够, 进而得出 M.D. 质量不高的结论^[9]。某大学研究生院学位与培养办公室的负责人说:“大家还是比较认(可)之前的博士(Ph.D.), 临床型博士(M.D.) 的要求(指科研和论文)偏低了……专业学位实施的头几年, 很多学校都打擦边球, 授予学位时, 写的是临床医学博士(Ph.D.), 而不写专业学位(M.D.)。”这从历年授予 M.D. 的人数并不多可以看出, 虽然通过研究生培养方式培养 M.D. 从 1983 年就开始小范围试点, 1997 年试点院校扩大到 23 所, 但表 1 中 1996-2002 年的中国 M.D. 授予数基本上为北京协和医学院的 M.D. 授予数, 且远远小于 Ph.D. 授予数。

近些年, 随着研究生培养方式培养的 M.D. 不断增多。他们“能马上进科, 而且一进科就能干活”给用人单位留下了较好的印象, 也因其攻读较易、就业和收入较具优势而备受学生青睐, 通过临床轮转培养 M.D. 的方式逐渐被认可, 由此逐渐形成了有关 M.D. 培养的新认知。访谈中有专家就提到: M.D. 培养以临床轮转为主, 过多关注培养学生临床现实技能, 弱化了他们基本科研思维和意识的培养, 将来会影响他们的发展后劲。进入 21 世纪, 开展八年制医学教育的院校增多了, 学生数量也增

表 1 中国 1996-2006 年临床医学博士学位授予情况(人)

| 类别 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Ph.D. | 563 | 605 | 655 | 741 | 1020 | 1220 | 1474 | 1810 | 2221 | 2745 | 3471 |
| M.D. | 34 | 38 | 50 | 49 | 63 | 54 | 86 | 216 | 149 | 279 | 291 |

资料来源:中国学位与研究生教育信息分析课题组,《中国中国学位与研究生教育信息分析报告》,中国人民大学出版社,2009,第 154 页~196 页。

多了,早期人们对 M.D.培养质量的质疑转移到八年制学生上,认为八年制学生的临床轮转时间短于研究生培养方式的 M.D.,因此,八年制毕业生作为 M.D.质量肯定不高。访谈中,有博士生就说“八年制比我们少转(临床轮转)那么多时间,比我们差多了,凭什么授予博士学位?”从历年八年制医学教育峰会上的讨论也能看出这种质疑和担忧。由此,一些院校大量缩短医学预科教育时间以增加学生临床轮转的时间。这不利于学生通过医学预科教育及综合性大学的熏陶为其打下宽厚的自然科学、人文社会科学基础。

实际上不论是早期的质疑还是当前的质疑,其实都与人们对 M.D.培养认知的偏差有关,这种认知的偏差又源于规范性制度的不适宜或缺失。

(二)规范性制度

规范性制度是表现为合格证明或资格承认的一些制度。影响 M.D.培养质量的规范性制度主要是有关其培养要求和授予标准的制度。现实问题是针对研究生培养方式的学位授予标准的不适宜和针对八年制医学教育的培养要求和授予标准的缺失,由此导致人们对 M.D.培养质量的质疑,并导致 M.D.培养过多关注临床轮转时间而非临床轮转质量。

现行的 M.D. 培养要求和学位授予标准主要是针对研究生培养方式的。由 1997 年国务院学位委员会通过的《临床医学专业学位试行办法》规定,临床医学研究生采取“分段连续培养、中期考核筛选、择优进入第二阶段、直接攻读博士学位”的办法培养。学位授予标准为申请者“达到卫生部颁发的《住院医师规范化培训试行办法》中规定第二阶段培训结束时要求的临床工作水平。”1993 年卫生部颁布的《住院医师规范化培训试行办法》对第二阶段培训结束时应具有的临床工作水平的规定为“达到能独立处理本学科常见病及某些疑难病症。”而按照 2005 年《卫生部专科医师培养标准总则》的规定为“具有较强的临床思维能力,掌握本专科主要疾病的诊断、鉴别诊断、治疗技术,熟悉门急诊专科疾病的处理、危重病人抢救,能独立处理某些疑难病症,能胜任总住院医师的工作,并对下级医师进行业务指导。”但实际上,很难准确评价学生是否达到上述要求,因此,人们往往以轮转时间作为评价标准,也就是学生需要完成住院医师规范化培训第一阶段 3 年和第二阶段 2 年的轮转,实际上 M.D.很难达到上述要求。访谈中,很多受访者就提到现行的 M.D. 培养要求和学位授予标准应该进行修订或重新制订,认为不应该将住院医师规范化培训的内容纳入,而且学位授予标准中临床能力的评价应该具有可操作性,不仅要关注临床轮转的时间还要关注临床轮转的质量,只有这样,才能保证 M.D.的培养质量。

《临床医学专业学位试行办法》并没有对八年制医学教育做出规定。2004 年教高函[2004]9 号要求八年制

医学教育试办院校的教学计划,按《八年制医学教育(医学博士学位)培养基本要求》、《八年制医学博士学位学位授予标准》(均另发)自行制定,但至今二者均未下发。有关八年制医学教育的规范性制度的缺乏使人们以《临床医学专业学位试行办法》中的学位授予标准来衡量八年制毕业生,觉得八年制学生临床轮转时间较短,达不到授予标准,导致对八年制医学教育培养 M.D.质量的质疑,也导致八年制医学教育因延长后期的临床轮转而影响了学生宽厚基础的形成及后期的发展潜力。

(三)规制性制度

规制性制度是表现为政策、法律、规定等的制度。影响 M.D. 培养质量的规制性制度主要是指相关法律法规和国家有关政策。

1.相关法律法规主要指《中华人民共和国执业医师法》(以下简称《医师法》)、《医疗事故处理条例》和《医学教育临床实践管理暂行规定》,它们对 M.D.培养质量的影响主要是对 M.D.临床能力培养的制约。

1998 年通过的《医师法》,未有文字对临床实践教学做出规定,也未对参与者所应具有的权利和义务做出规定,使得临床实践教学成为事实上的违法行为。2002 年 9 月 1 日起施行的《医疗事故处理条例》就医疗事故的范围、鉴定、赔偿和处理作了详细的规定,但该规定却深受 2002 年 4 月 1 日起施行的《最高人民法院关于民事诉讼证据的若干规定》的影响,因为后者将医疗纠纷侵权诉讼纳入举证责任倒置范畴。也就是一旦发生医疗纠纷,患者如果要告医院,再不用为找证据而犯愁,医院有责任拿出证据来证明自己没有发生医疗过错,如果医院拿不出证据,法院将判医院败诉,并赔偿患者损失^[9]。如此一来,被《医师法》置于事实违法状态的临床实践教学更是雪上加霜,教师或医院为了规避风险,必然减少参与临床实践教学活动的医学生或毕业生的实践机会,学生的临床能力的培养和提高变得更加艰难。

2008 年 8 月 18 日卫生部和教育部联合印发了《医学教育临床实践管理暂行规定》,对医学教育临床实践教学进行了界定,明确了临床教学基地和临床带教教师的涵义、功能、义务、责任等,对临床实践教学活动的合法性给予了确定,弥补了《医师法》在这方面的欠缺。但其第十一条“在安排和指导临床实践活动之前,应尽到告知义务并得到相关患者的同意”引起了广泛关注^[10-12],成为继《医师法》后,对临床实践教学产生很大制约的规定。这一规定无形中提高了学生的临床实践“门槛”,使医学生的临床实践学习成为有法可依但却不具有操作性的活动。因为患者对医学生并不信任,一旦被告知,很多人将不可能同意“被实习”,使很多学生实际面临临床实践机会的减少,最终导致临床培养质量的降低。而其第十二条明确规定医学生参与临床实践时要在带教教师的指导下,按照相关的操作规范来进行操作。

访谈中,临床医生和在临床工作过的管理者都说,这样的要求临床上很难做到。事实上医院限于人力物力,不可能长期给处于临床轮转学习阶段的实习医师,尤其是专业学位研究生、长学制医学生的后两年一对一地配置带教教师;而且,医院也明白,如果不放手让这些人诊治病人,他们的临床能力培养和经验积累也无从谈起;也因此,这些无证医生们随时都可能在工作中触犯《医师法》^[9]。

虽然《医学教育临床实践管理暂行规定》对临床实践教学活动的合法性进行了有条件的限定,在一定程度上缓解了由《医师法》和《医疗事故处理条例》带来的负面影响,但其对患者知情同意的规定却不可避免地提高了医学生的临床实践“门槛”。而且作为部门规章,《医学教育临床实践管理暂行规定》也不可能消除医院和医生对可能触犯《医师法》的忧虑,因此,在临床轮转教学活动中自然而然地会慎之又慎,学生临床能力的培养和提高必然受到不利影响。

2.国家有关政策主要指高等教育扩招政策和硕士研究生教育结构调整的政策。前者主要是减少了学生的临床实践机会,进而影响了学生临床能力的养成,后者主要影响了研究生培养方式的 M.D. 的生源质量。

1999 年我国高等教育扩招政策出台,高等医学教育的扩招使原本并不充裕的医学教育资源更趋紧张。而作为基于实践的临床医学教育而言,学生的增多意味着学生临床实践机会的减少,也意味着培养质量的降低,这已为人们所认识。访谈中某受访者就提到:“以前,解剖课学生 4 人一具尸体,每人都需要而且都能动手,现在 8 人一具就不行了,有些学生几乎可以不动手就‘学完’解剖课。”这显示了教学资源紧张对基础医学教学的影响,实际上教学资源的紧张对临床教学影响更大。按照 1983 年《关于培养临床医学硕士和博士学位研究生的试行办法》的规定,有权授予博士学位的高等医学院校、医疗和科研机构须“能为每名临床医学博士研究生(M.D.的雏形)提供八至十张专科病床”才能招收临床医学博士学位研究生(M.D.)。按照 1986 年《培养医学博士(临床医学)研究生的试行办法(西医)》(早期 M.D.培养)的要求,培养基地要“能为每个研究生提供 5-8 张本学科的病床”。时隔 3 年,对培养基地可供病床数的要求在降低。后来有关文件几乎不再提及床位数的要求,因为不论是制度的设计者还是制度的执行者对床位数不能达标都心知肚明。2008 年政协委员的提案“医生培养制度须改革”中指出,扩招导致医学毕业生过剩,已经超出临床负荷,很多新医生缺乏临床实践,导致医疗事故和医患纠纷频增。只有 1448 张床位的医院,每年要接纳 1400 至 1600 名的医学毕业生和进修医生,住院医生的平均管床率非常低,根本无法获得足够的临床实践机会^[10]。毕业生尚且如此,何况在校的不具有执业医师资格的学生。

2009 年国家对于硕士研究生教育结构进行调整,加大

专业学位硕士研究生的培养比例^[11],这势必对 M.D. 培养质量产生不利影响。某地方院校研究生院院长坦言:“近几年我省为了完成国家计划(指硕士专业学位研究生扩招),将硕士专业学位的指标大部分交给我们完成,为了完成省下达的任务,我们已经从原来年招 300 人变成年招 500 人,质量肯定受影响。”这些硕士专业学位研究生不论是自身攻读 M.D.,还是在临床上指导实习医生,都会以直接或间接的方式影响 M.D. 的培养质量。访谈中,研究生导师和很多研究生院管理人员都反映近些年专业学位研究生的生源质量不佳,一些医学院校的学生明显缺乏必要的、基本的训练和培养,综合素质堪忧。

影响 M.D. 培养质量的三种制度因素中,规范性制度是核心,但规范性制度的制定和实施则受到既有文化-认知制度和规则性制度的制约,规范性制度的确立又会逐渐影响文化-认知制度。

三、提高我国 M.D. 培养质量的建议

鉴于目前这种状况,笔者认为为了保证或提高 M.D. 的培养质量,应对 M.D. 培养有正确的认知,规范培养制度,修订培养要求和学位授予标准。

(一)促进对 M.D. 培养的正确认知

国际上 M.D. 是对行医者资格的认可^[12],而在我国专业学位在本质上是学术业务等级的标志,而不是从事专业技术岗位的前提条件^[17]。要提高 M.D. 的培养质量,就需要对 M.D. 进行正确的定位,形成正确的认知,即 M.D. 培养属学校教育,以课程学习和基本技能训练为主,给学生的是良好的专业教育背景,培养的是学生从事某一专业领域工作的良好潜质,而不是现实的职业技能^[1]。M.D. 的培养需要临床实践,但此临床实践不同于毕业后的住院医师规范化培训,它不以现实的临床技能培养为核心,而是以学生掌握临床基本理论、知识、技能为核心,以正确的职业态度和良好的专业精神的养成为重点。这在一定程度上可以降低规则性制度的约束所带来的风险。同时, M.D. 的培养还需要以培养科研思维和意识为主的科研学术训练,以及宽厚扎实的自然科学、人文社会科学基础教育和相关的熏陶,以使学生具有较大的发展潜力,为高水平临床医生的培养奠定基础。

(二)规范培养制度

现行的 M.D. 培养制度内部差异较大,规范培养制度十分必要。有学者提出:逐步从现有的研究生教育中减少直至停止专业学位研究生的招生和培养,将 M.D. 的培养改为通过八年制医学教育完成^[11,18],这不失为一个好的选择。不过需要改革和完善目前八年制医学教育的培养模式,访谈中很多医学院校的负责人也表达了这样的观点,归结起来理由如下:(1)有利于吸引到更多的优秀生源,并通过综合性大学的培养和熏陶,使学生具有坚实的人文社会科学和自然科学知识基础,增强理解生命、

关爱生命、探究生命的能力,提高未来医生的综合素质。访谈中,开展八年制医学教育的院校的受访者都提到八年制学生综合素质较高。(2)有利于提高五年制本科教育质量、解决医学专业研究生生源质量不高的问题,因为欲从事医生职业的学生不会因为考研而不得不放弃后期的实习,他们将完整地完他们学程中的培养方案,而且通过制度设计,优秀的五年制学生在一定的时间点可以转入八年制医学教育攻读 M.D。(3)有利于改变毕业后教育培训基地招不到优秀学生和住院医师规范化培训发挥不了应有作用的状况^[9],使临床医生现实技能的培养完全由住院医师规范化培训来完成,降低法律风险的同时,给学生提供足够的临床实践机会并加强对患者的保护。

(三)制定适宜的 M.D.培养要求和学位授予标准

当前,制订适宜的、具有可操作性的 M.D.培养要求和学位授予标准十分必要。培养要求和学位授予标准应偏重对学生基本理论、基本知识、基本技能以及综合素质的培养和考查,促进学生学习能力的提高和对医学的热爱。

总之,影响 M.D.培养质量的制度因素有多种,本文仅对其中的一些主要因素进行了分析。当前,促进人们对 M.D.培养的正确认知、规范 M.D.培养制度、制定适宜的 M.D.培养要求和学位授予标准十分必要。对这些问题的研究及解决,将有助于缓解或解除 M.D.培养中的制度性约束,促进 M.D.培养质量的提高,并在一定程度上促进医学教育和医学行业的持续健康发展。

注释

①访谈采取正式访谈和非正式访谈相结合的方式,以后者为主。所谓非正式访谈主要是指在学术会议期间与相关人员的交流和讨论,针对他们提出的问题,再去查阅文献,寻找专家求证,进入正式访谈。先后共访谈了教育部、卫生部相关人员 3 人,北京大学医学部、北京协和医学院、复旦大学上海医学院、中山大学医学部、浙江大学医学部、华中科技大学同济医学院、上海交通大学医学院、首都医科大学、第二军医大学、天津医科大学、辽宁医学院 13 所院校负责本科生和研究生教学和管理的院校长或管理人员近 20 人,临床医生 10 人,其中硕士生导师 3 人,博士生导师 7 人,在读博士研究生 13 人,其中八年制学生 10 人。笔者对他们提供的大力支持表示由衷的感谢。

②截止 2010 年,教育部批准的开展八年制医学教育的院校共 12 所,分别是:北京协和医学院/清华大学医学部、北京大学、复旦大学、四川大学、中山大学、华中科技大学、中南大学、南方医科大学、第二军医大学、第三军医大学、第四军医大学、上海交通大学,年招生 1000 人左右。

参考文献

[1]季晓辉,钱旅扬,马艳.临床医学专业学位教育的困境与发展走向

[J].中国高等医学教育,2004(6):11-13,35.

[2]刁承湘.临床医学研究生教育改革中的问题与对策[J].学位与研究生教育,2006(4):68-71.

[3]马占宝.临床医学专业学位试点工作中存在的问题与对策[J].中华医学教育杂志,2006,26(4):77-79.

[4]王冬梅,殷艳.对临床医学专业学位研究生培养的困惑与思考[J].中国高等医学教育,2009(1):48,58.

[5]何明娥,常军武,邢晓辉等.临床医学专业学位教育存在的问题及其对策[J].医学教育探索,2004,3(1):55-57.

[6]杨美春,姜建萍,钟振国等.临床医学专业学位教育存在问题及对策[J].高教论坛,2007(5):68-70.

[7][美]W·理查德·斯科特(著).制度与组织—思想观念与物质利益[M].姚伟,王黎芳,译.北京:中国人民大学出版社,2010:56.

[8]程益群,胡雨生,李俊.临床医学专业学位的产生、设置及发展[J].安徽医药,2002,6(1):78-79.

[9]秦瑞峰,封兴华,孙洙逸等.适应医疗法律新规则 提高医学生临床实习质量[J].中国高等医学教育,2003(2):16-17.

[10]9 成多患者拒绝被人“练手” 实习医生操练难[DB/OL]. (2009-01-05) [2010-06-12]. <http://news.9939.com/shwx/2009/0105/276613.shtml>.

[11]陈珂.实习生出诊须经患者同意[N].青岛早报,2008-09-08(12).

[12]霍键.实习医生:我去哪里找患者“职业病人”出炉?[N].医药经济报,2008-12-19.

[13]实习医生独立接诊算不算非法行医?[N].深圳晚报,2009-11-06(A13).

[14]魏铭言,吴迪.医生培养制度须改革[N].新京报,2008-01-21(A12).

[15]杨玉良.加大力度,调整硕士研究生教育结构——国务院学位办主任、中科院院士杨玉良答记者问[EB/OL]. (2009-03-02) [2010-07-10]. http://www.moe.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/moe/moe_1485/200903/44638.html.

[16]李介祚,巴德年.改革医学学位类型 加速高层次人才培养[J].学位与研究生教育,1998(3):60-61.

[17]祁国明,解江林.医学专业学位教育存在的问题及发展思路[J].中国高等教育(半月刊),2001(8):40-42.

[18]马建辉.对我国八年制医学教育的思考[J].中国高等医学教育,2007(12):28-30.

[19]谭嘉.我们想要的临床人才在哪里[N/OL].健康报,2008-07-15. <http://www.jkb.com.cn/document.jsp?docid=51144&cat=01>.

收稿日期:2011-01-12

基金项目:中华医学会医学教育分会 2010 年度医学教育研究立项课题(编号 2010-02-01);北京市教育科学规划青年专项课题“博士生培养模式的多样化、国际化与结构化趋势”(编号 CAD09049)。

作者简介:殷晓丽,法学和农学硕士,北京大学医学教育研究所副研究员,北京大学教育学院博士生,主要从事高等医学教育研究;王德炳,教授,博士生导师,原北京大学党委书记,中国高等教育学会医学教育专业委员会理事长,中国医师协会副会长;沈文钦,博士,北京大学教育学院讲师;郭立,北京大学医学教育研究所研究员、副所长,中国高等教育学会医学教育专业委员会副秘书长。