



北京大学 医学部
PEKING UNIVERSITY HEALTH SCIENCE CENTER

医学教育的回顾 与八年制医学教育的思考

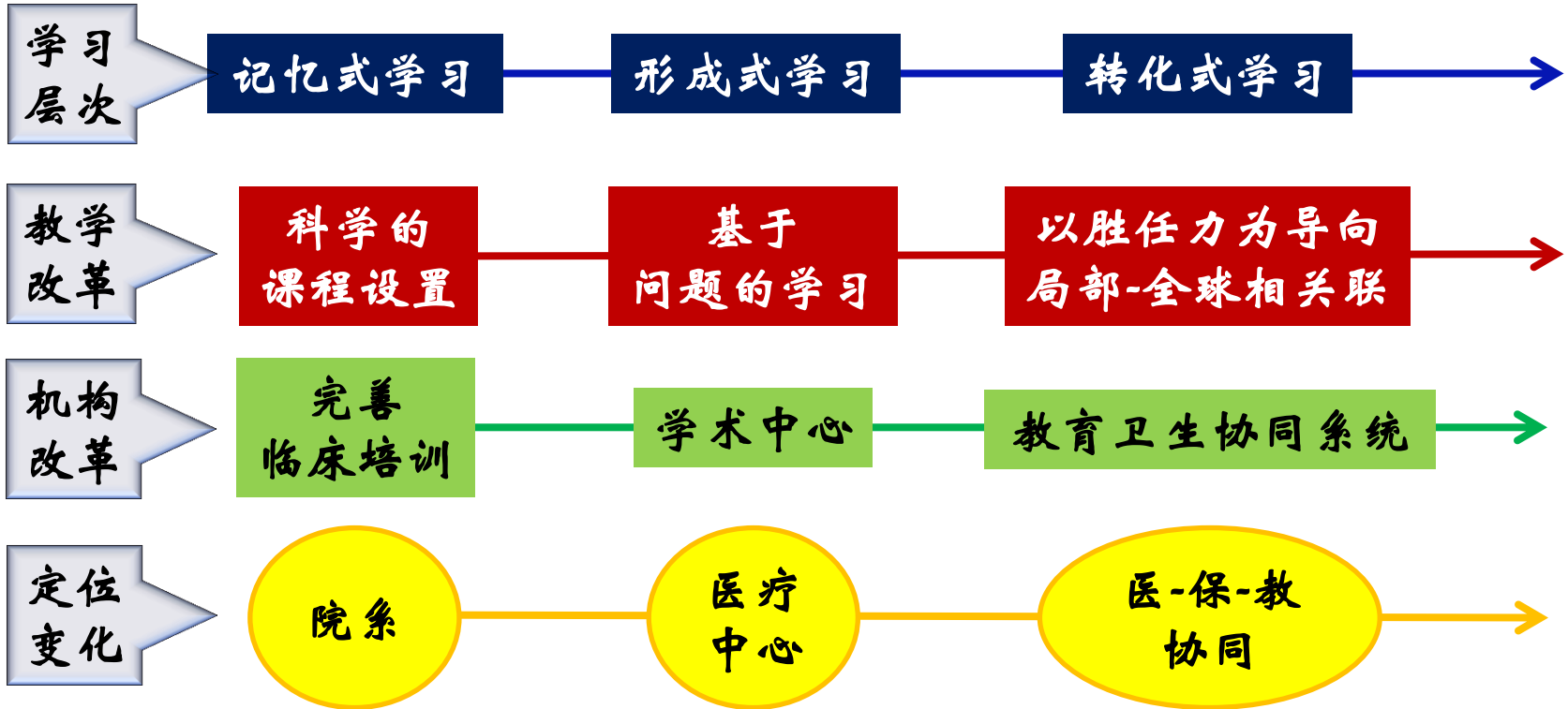
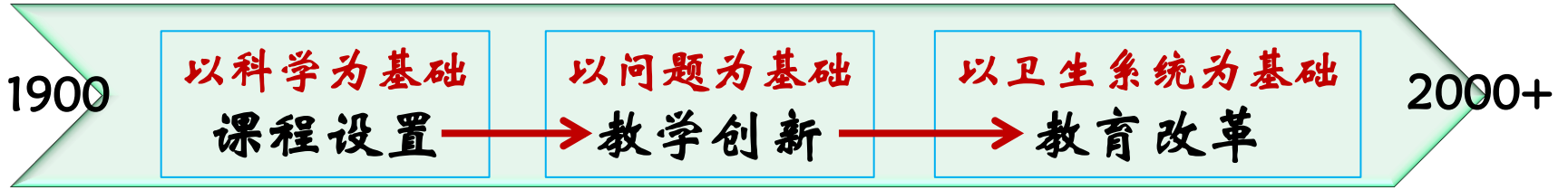
北京大学医学部 王为民



第一代

第二代

第三代





- 开启了第一代医学教育改革
- 出现了大学医学院和大学附属医院

Flexner报告 (1910)

- 现代科学引入医学教育
- 医学教育两段式教学
- 医学教育学徒转变为学术模式

Welch-Rose报告 (1915)

- 建立卫生机构和公共卫生人才培养系统

Goldmark报告 (1923)

- 以大学为基础设立护理学院

Gies报告 (1926)

- 奠定口腔医学教育基础



二战后 (1950' s)

- 工业化的推进
- 伴随医学院校发展，三级医院和学术中心扩张

✓ 第二代医学教育改革启动

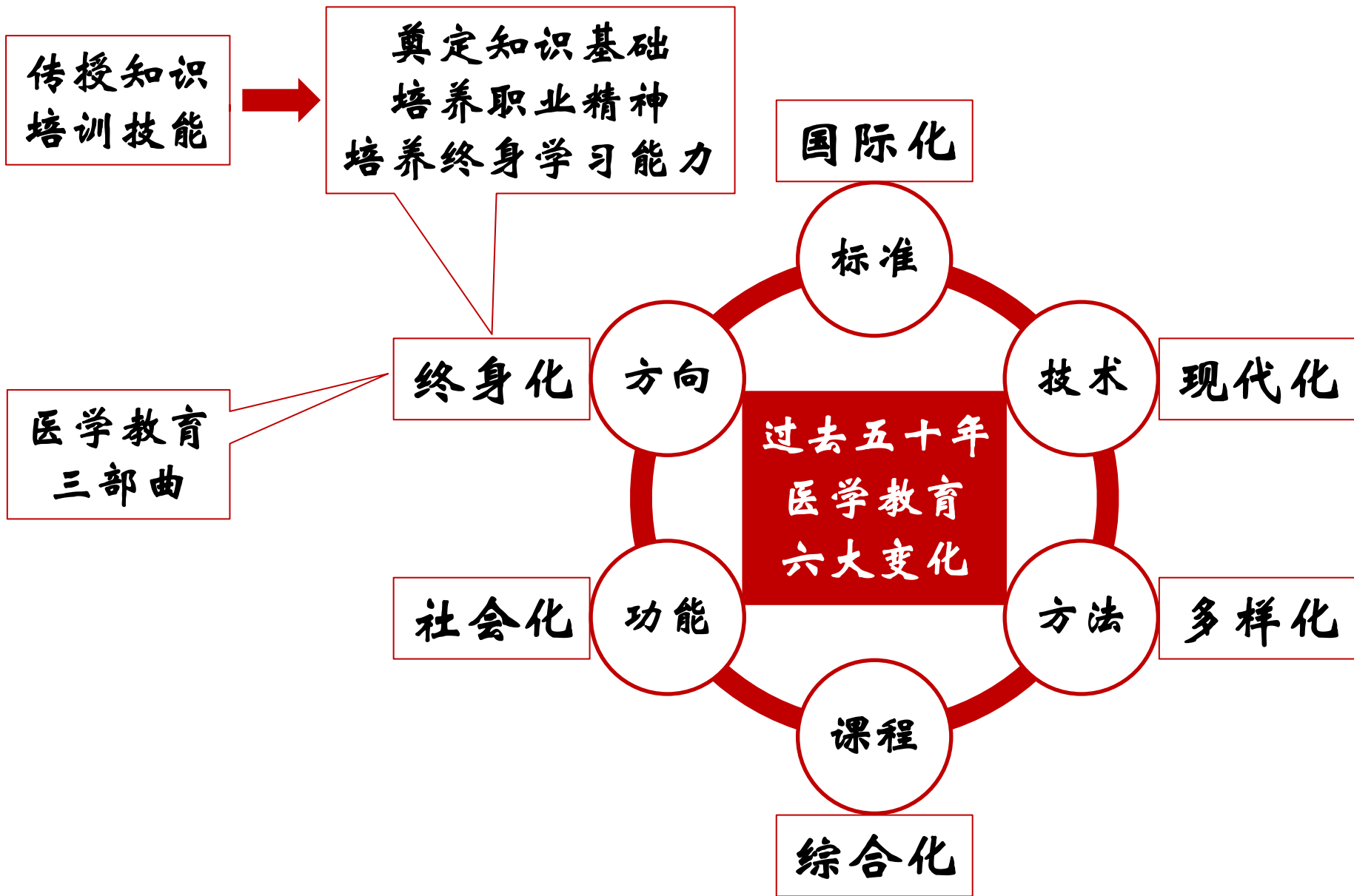
✓ 主要突破：

- 以问题为导向的学习
- 学科融合的课程设置

- 培养医学卫生人才
- 进行学术研究
- 提供卫生服务
- 研究生教育
- 住院医师培训

廿世纪中叶 (1950~1970)

- McMaster Uni. (加)：小组学习
- Newcastle Uni. (英) 和 Case Western Reserve Uni. (美)：新课程，专业融合
- 其他：标准化患者、医患沟通、尽早接触患者、从医院扩展到社区，拓宽临床培训的范围





• 强调知识以外的核心胜任力

以患者为中心、跨学科团队、循证实践、信息利用、科研技能、与公共卫生融合

• 本科教育应该培养学生终身学习能力

• 课程改革—培养学生全新的、充满社会责任感的职业素养

以结果导向的培训项目、理论实践结合、学生个性化学习、批判性探究

进入廿一世纪

1. (加) 医学院校联盟 《医学教育的未来》
2. (英) 医学委员会 《明日医生》
3. (美) 医学院校联盟 《美国和加拿大医学生教育掠影》
4. 卡耐基基金会 《医师教育改革》
5. 梅西基金会 《回顾扩张时代的医学教育》

第三代医学教育改革

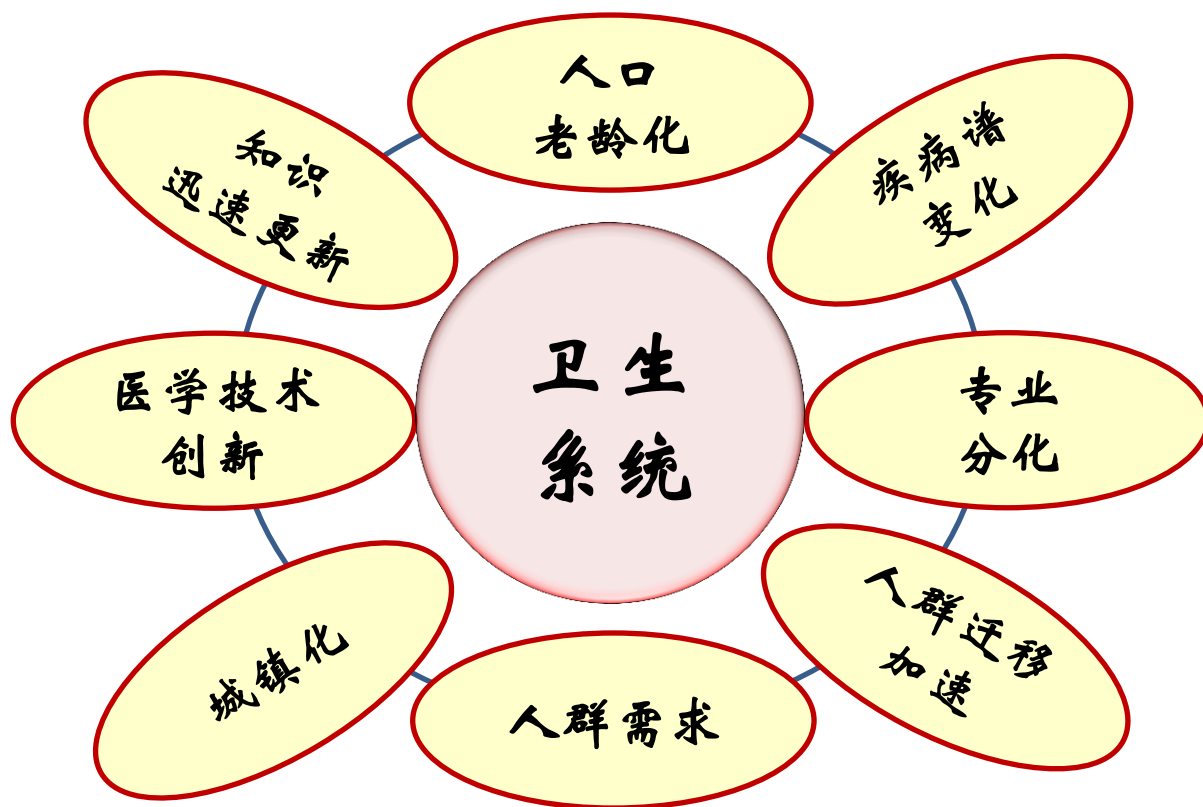
· 国际医学教育专家委员会21世纪医学教育展望报告 ·

新世纪医学卫生人才培养：在相互依存的世界为加强卫生系统而改革医学教育

Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world



21世纪：卫生系统面临的挑战





21世纪：医学教育面临的问题

卫生人才之间存在学科壁垒，不同专业领域人们各行其是，相互竞争

以医院为重心
忽视初级保健的作用

医学卫生人才的岗位胜任能力与患者和人群需求不匹配

头痛医头式的诊治
非持续性的医疗服务

团队合作不佳

专业人才资源中
数量与质量失衡

狭隘地专注于技术
而缺乏全面思维

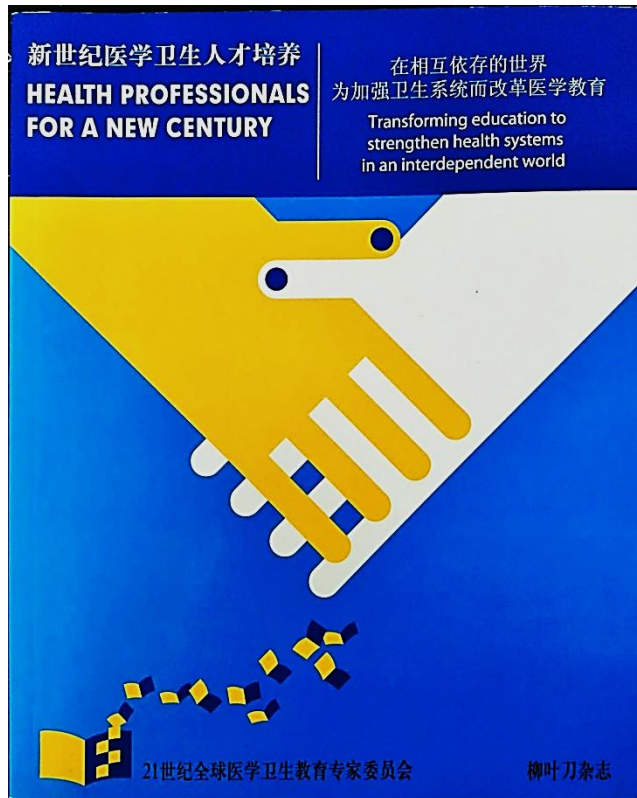
对提高卫生系统的工作
绩效缺乏有力的领导





新世纪医学卫生人才培养： 在相互依存的世界为加强卫生系统而改革医学教育

Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world



廿一世纪

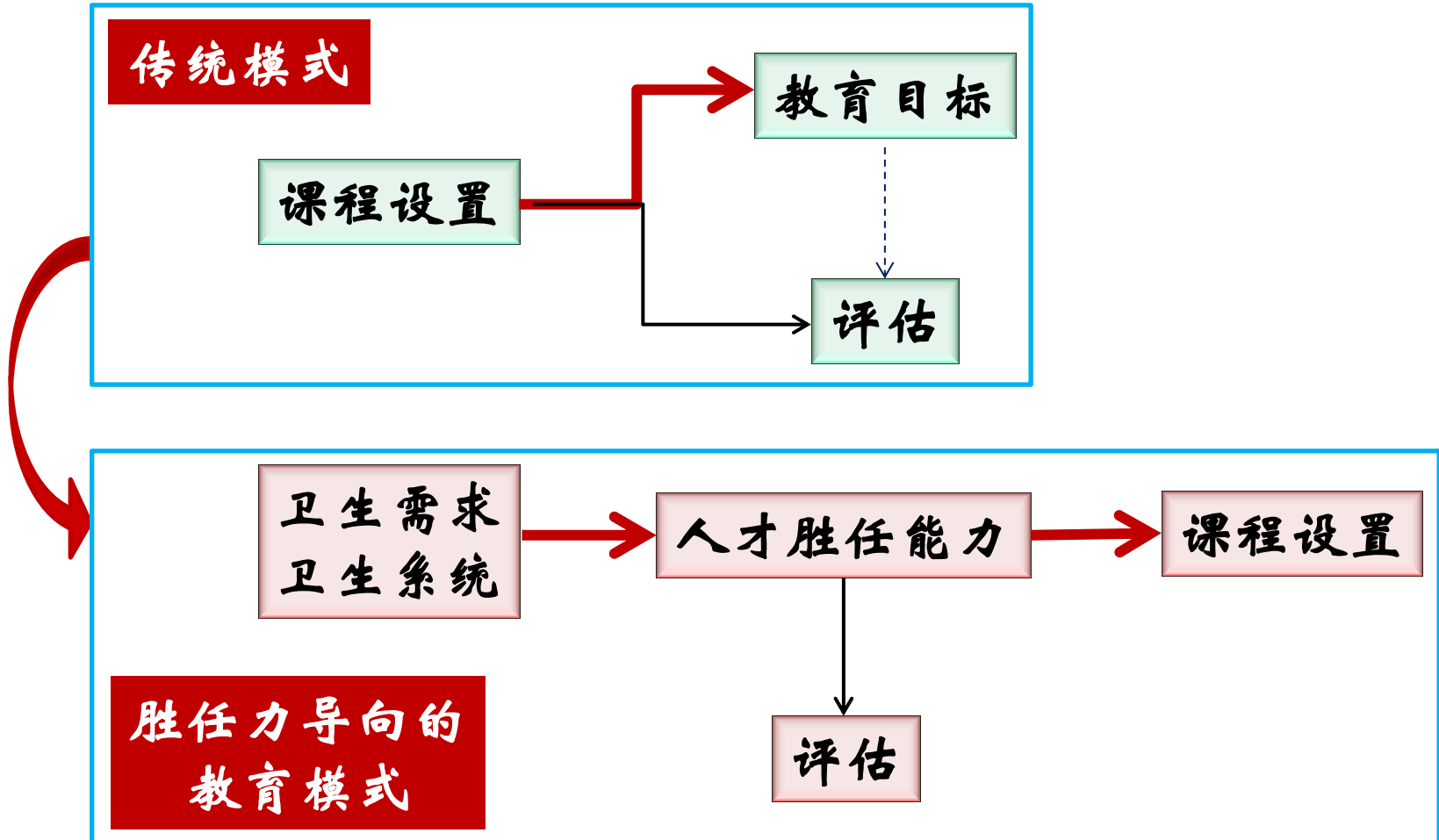
- 相互依存的世界
- 社会关联，相互影响

以卫生系统为基础
改善服务绩效

教学和体制改革
实现转化式教育
形成相互依存的教育体系



课程模式变化





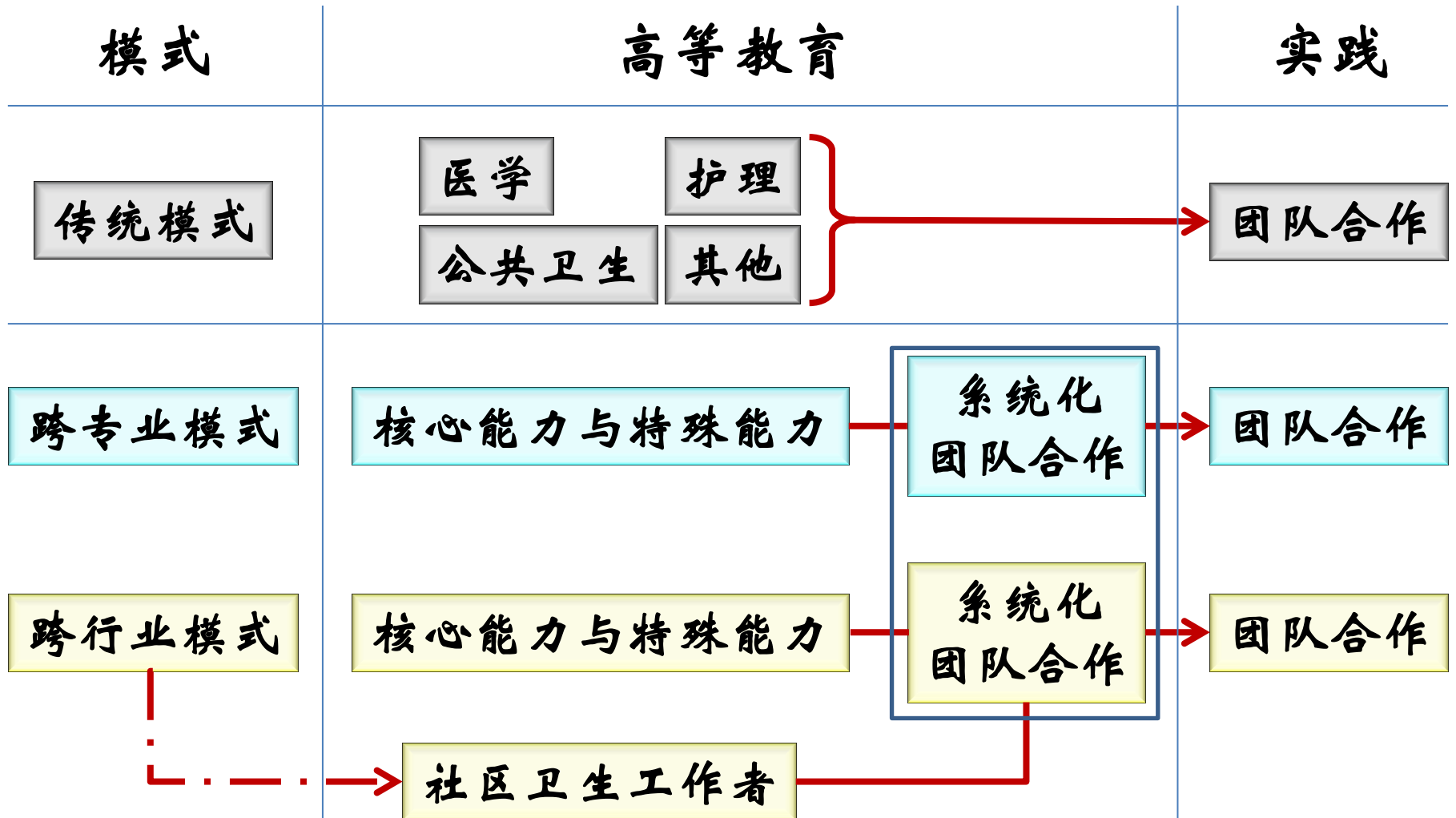
学习模式变化

层次	目标	结果
记忆式学习	→ 知识、技能	专业人才
↓		
形成式学习	→ 系统化、价值观	职业素养
↓		
转化式学习	→ 领导素质	变革推动者

“有意识的促进和加速高一层次的实现”

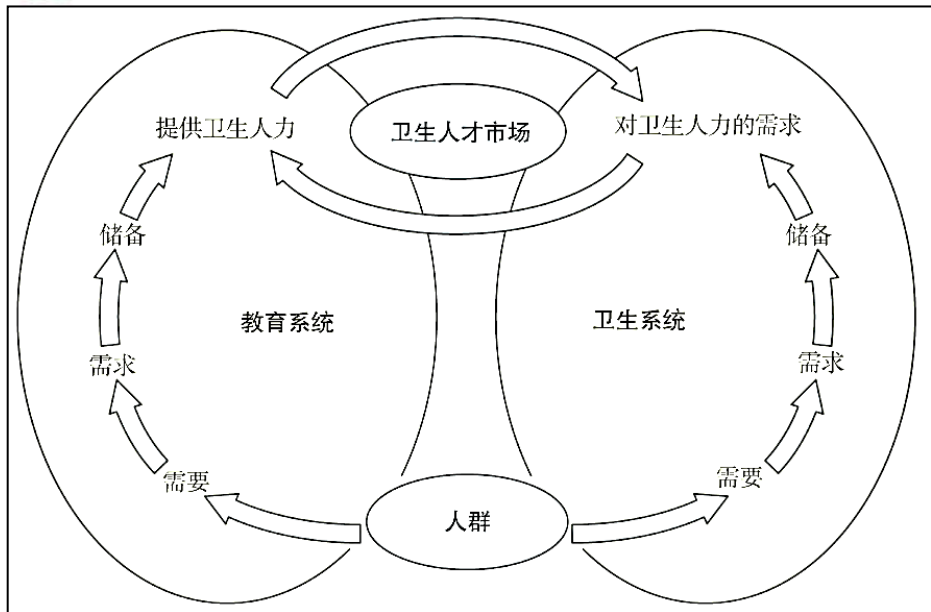


教育模式变化





新世纪医学教育改革 内容与方向



教育系统和卫生系统相关联



加速教育进程
提高教育效率



教学改革

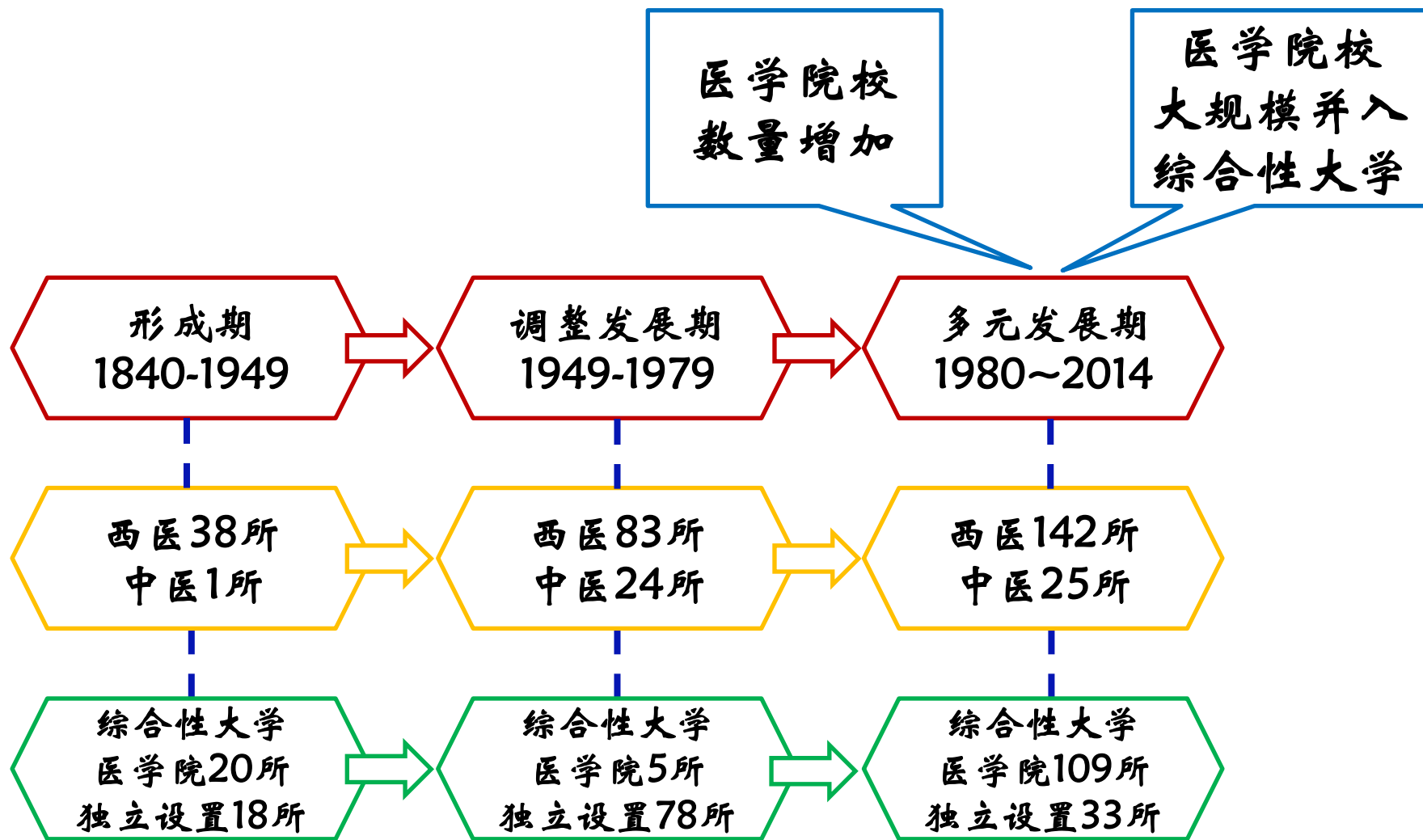
- 以能力为基础的教学设计
- 跨专业与跨行业教育
- 信息技术运用
- 教育资源和师资队伍建设
- 培养新职业素质
- 培养批判性思维

机构改革

- 教育和卫生联合规划
- 医疗中心和卫生保健相依托的学术系统
- 全球网络系统

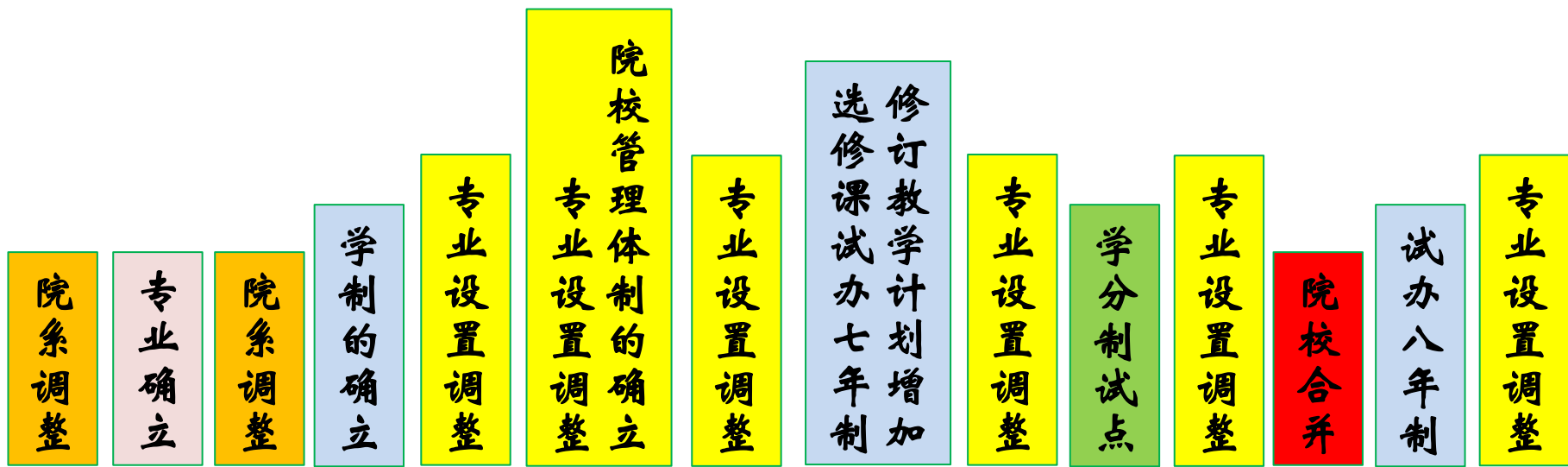


中国现代医学教育发展历程





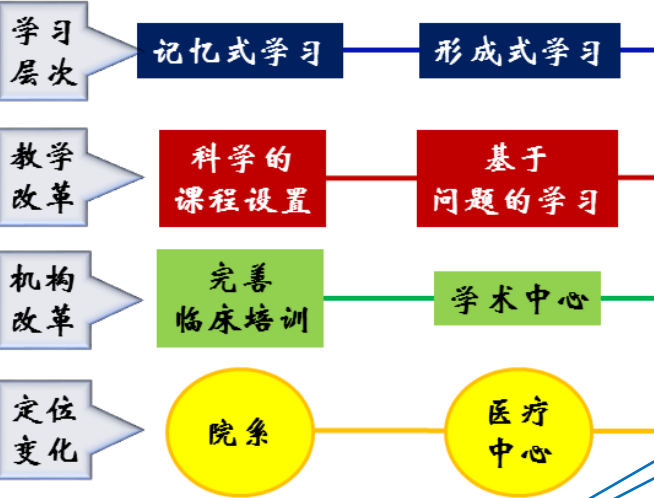
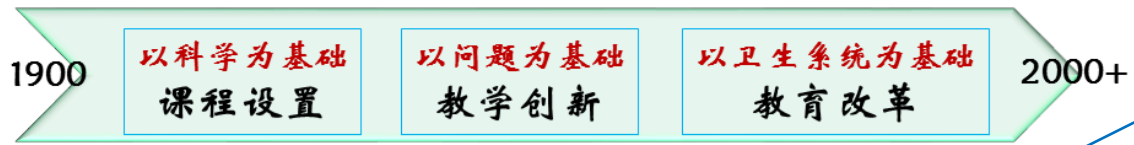
中国医学教育改革进行时



1952

始终不停的改革

现在



客观性滞后
(系统性)

体制性滞后
(系统性)

主观性滞后
(个体性)

三个滞后



高等教育“功利化”
大学“研究所化”
本科“边缘化”
“医教不协同”





遵循国际共识标准，
办好医学教育



- 本科教育重建
- 建设一流的本科教育

- 教学和体制改革
- 实现转化式教育
- 形成相互依存的教育体系



北京大学医学部
PEKING UNIVERSITY HEALTH SCIENCE CENTER

相互依存的新时代 临床八年制医学教育的思考





- 权威的八年制培养要求和学位授予标准缺失，带来后续的混乱
- 住院医师培训制度与八年制医学教育与毕业后教育的缺乏有效衔接
- 相关制度没有考虑八年制的存在
- 八年制医学教育自身定位模糊

“八年制演义”

培养原则：
加强基础，注重素质
整体优化，面向临床

约翰霍普金斯
医学院4+4与
协和医学院的
3+5

1979~1987

天医复制协和
和八年制

协和3+5模
式持续

协和与多校
八年制模式

1+7模式

2+6模式

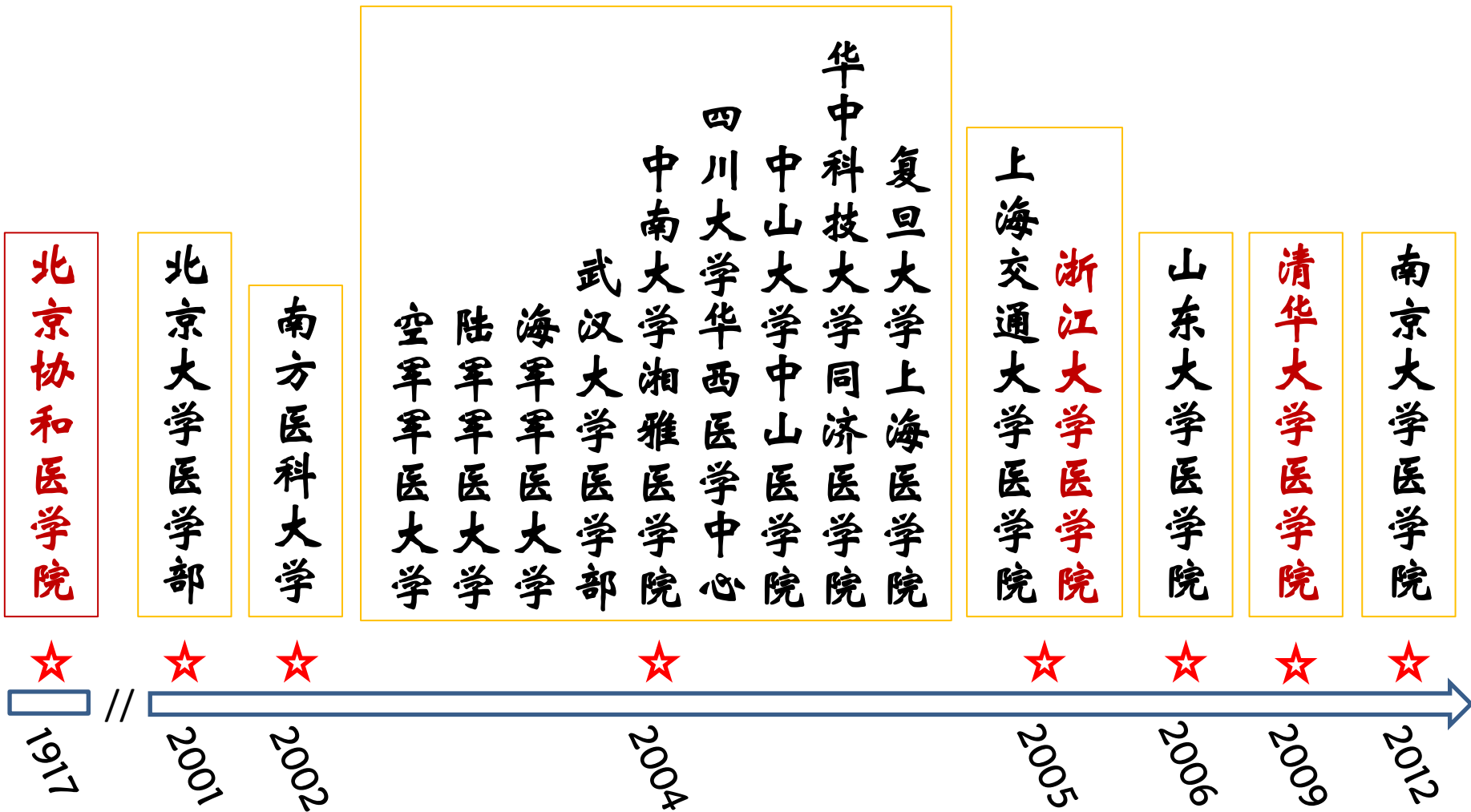
3+5模式

4+4模式

+3?

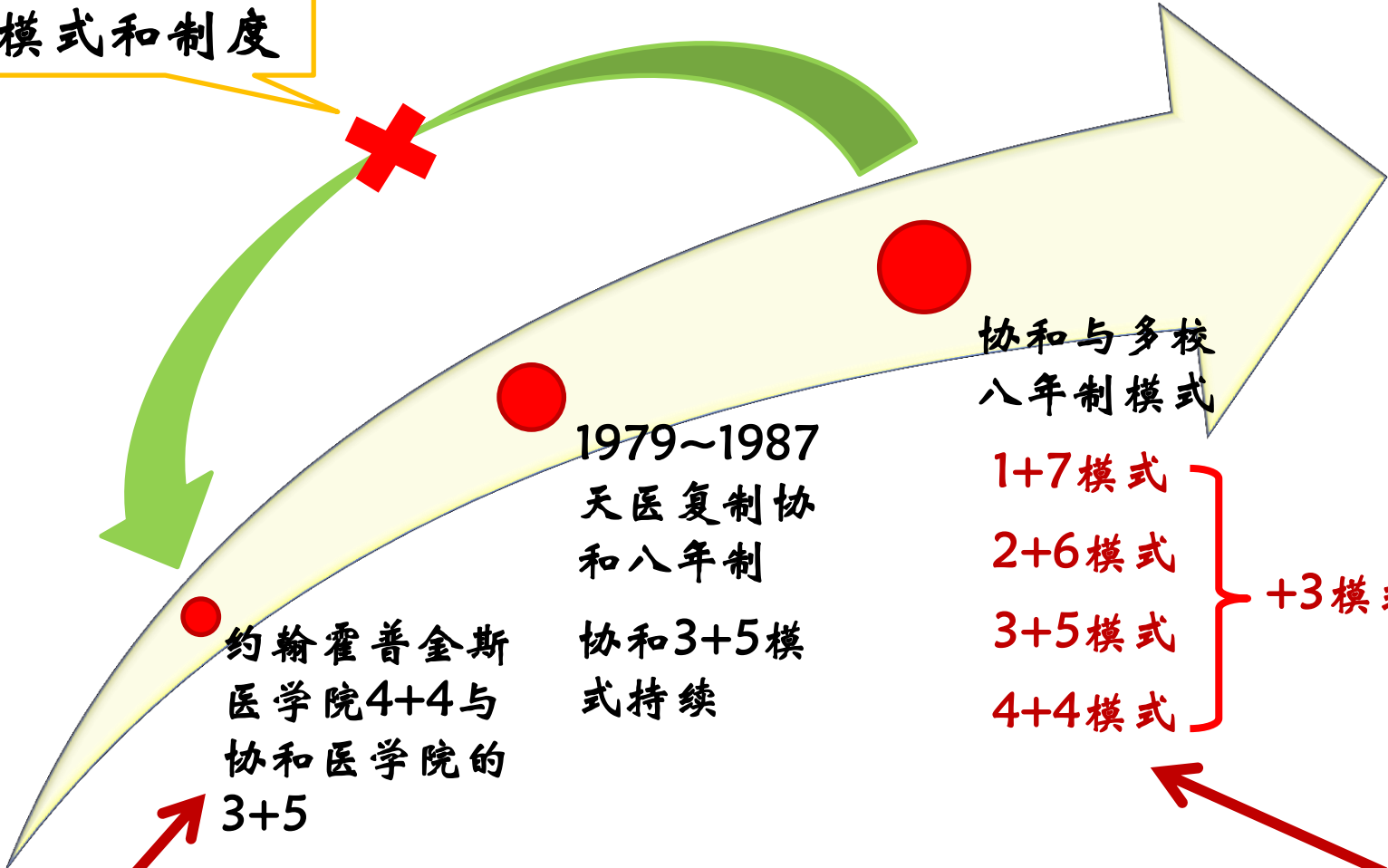


举办八年制的院校





已有
模式和制度



约翰霍普金斯
医学院4+4与
协和医学院的
3+5

1979~1987
天医复制协
和八年制
协和3+5模
式持续

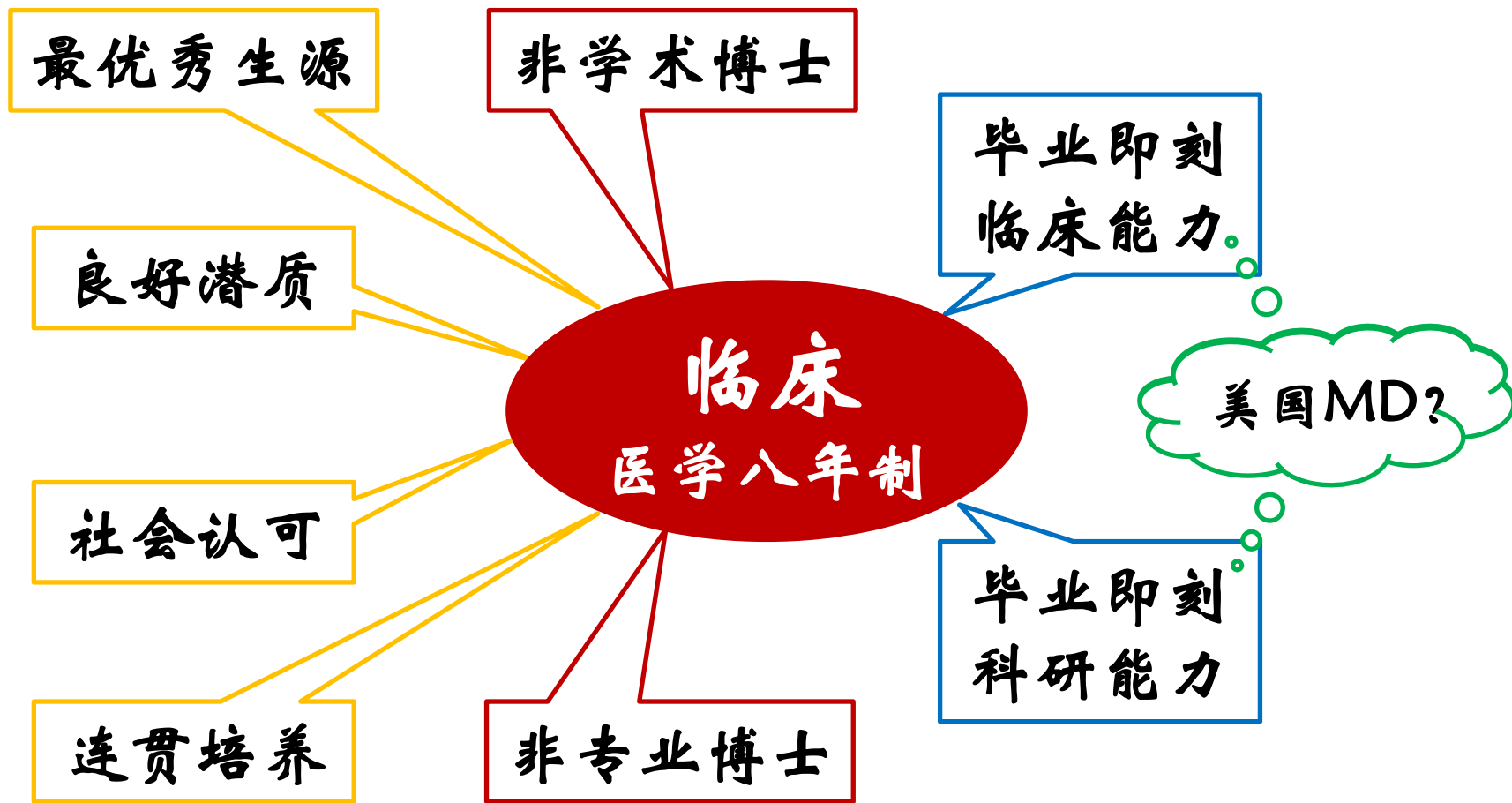
协和与多校
八年制模式

1+7模式
2+6模式
3+5模式
4+4模式 } +3模式

两对矛盾出现：唯一与多元 自由与限制



“不忘初心，牢记使命”





Abraham Flexner A medical school cannot expect to produce fully trained doctors. It can, at most, hope equip students with a limited amount of knowledge to train them in the methods and spirit of scientific medicine, and to launch them with a momentum that will make them active learners, doers, thinkers, and researchers for years to come.



对临床如此
对科研同样如此

不能 指望医学院校造就出得到充分训练的医生

最多 只能期望以有限的知识在方法上和医学精神上训练他们，促使他们在未来的职业生涯中成为主动的学习者、观察者、阅读者、思考者和实验者

也不能 指望医学院校造就出具有良好训练及产出的科学家



“突出重围”

住院医
规培

统招
临床专业博士

临床医学
八年制

统招
临床学术博士

5+3
一体化

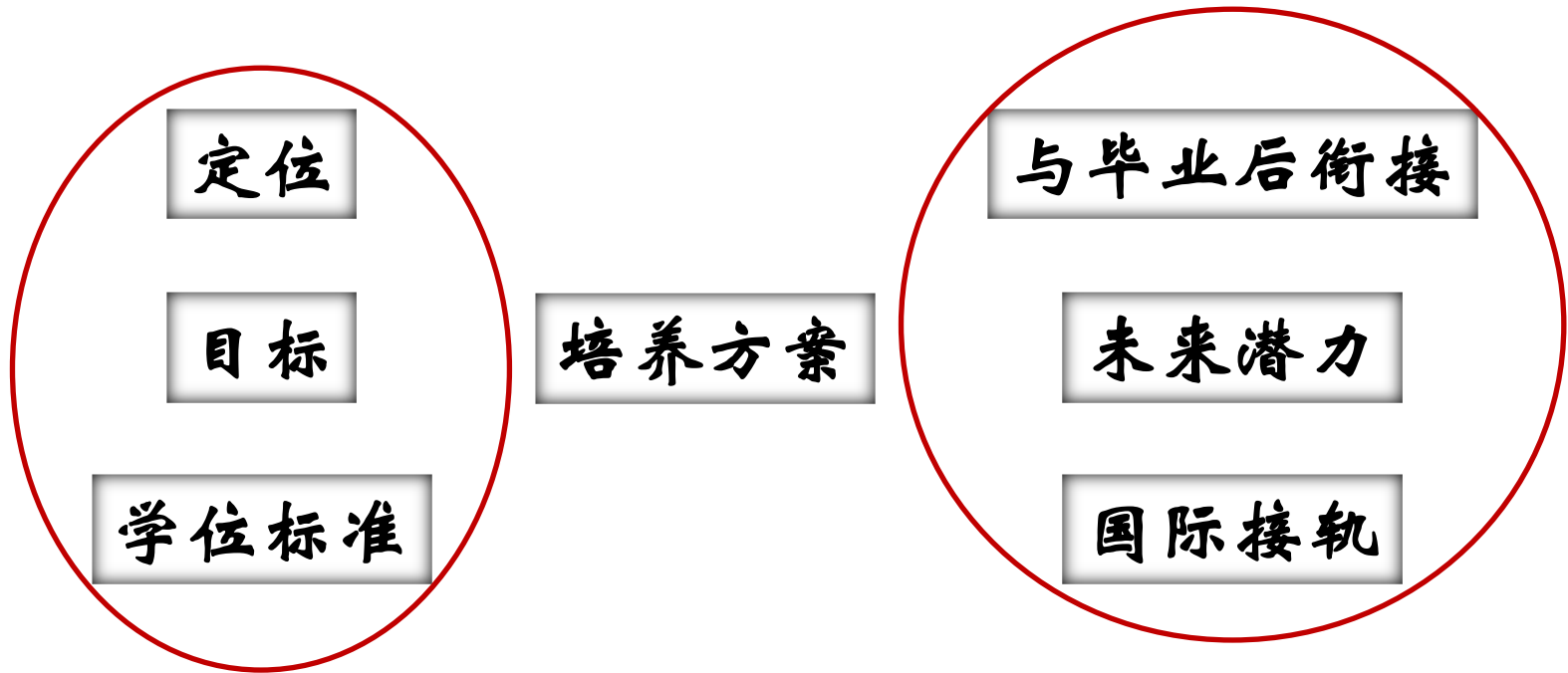
统招
基础学术博士



完善优化

加强基础，注重素质
整体优化，面向临床

如何体现？





相关问题

八年制与5+3一体化的协调

八年制与住院医师规培的衔接

授予什么学位

科研（论文）要求和临床要求

八年制与统招专业博士的协调



需要明确的问题

八年制称谓（决定基本方向）：

“临床医学专业”还是“医学专业”？

需要思考的问题

八年制定位于“医学科学家”

(1) 支持此定位的关键是什么？

(2) 未来医学科学家与院校教育的关联度多大？

八年制临床医学培养模式的关键在于课程设置

“贯穿、衔接、整合”是关键词

课程整合是必须的

本质问题



临床医学专业八年制 建议方案

结果导向

过程各表？
核心趋同？
出口同质？



结果导向的八年制培养目标

选择哪一个？



- + 较强临床能力 1
- + 较强科研能力 2
- + 临床科研双强? 3





培养方案

- 符合医学教育规律
- 符合医学发展趋势
- 体现中国最高层次医学教育的水平
- 代表未来中国医学教育方向
- 借鉴国际经验
- 实现临床医学的设计初衷

临床医学八年制 培养方案要求

- 具有国家层面的共性（通用性）
- 着眼于国家层面的未来医学发展，定位于健康中国2030战略
- 符合创新型国家战略



临床医学八年制 生存条件（国家提供）

(1) 八年制医学教育的“**特区模式**”

(2) 八年制医学博士学位的“**第三极空间**”



8年一贯制方案
(高中起点)

融通人文社会科学
自然科学与医学
(1~2) 一阶段规培

MD
一阶段+论文

1

预科+医学本科方案
(高中起点)

预科与本科医学教育
相对独立,毕业后
参加规培

MD
潜质+论文

2

学士后方案
(非医本科起点)

非医本科与医学教育
独立,毕业后
参加规培

MD
交叉优势

3

美国模式

- 交叉学科特点突出
- 临床为本科毕业生水平
- 起点开始规培
- 需要配套的毕业后政策支持 (临床博士后)
- 生源可能存在问题
- 社会认同度有待评价

协和模式

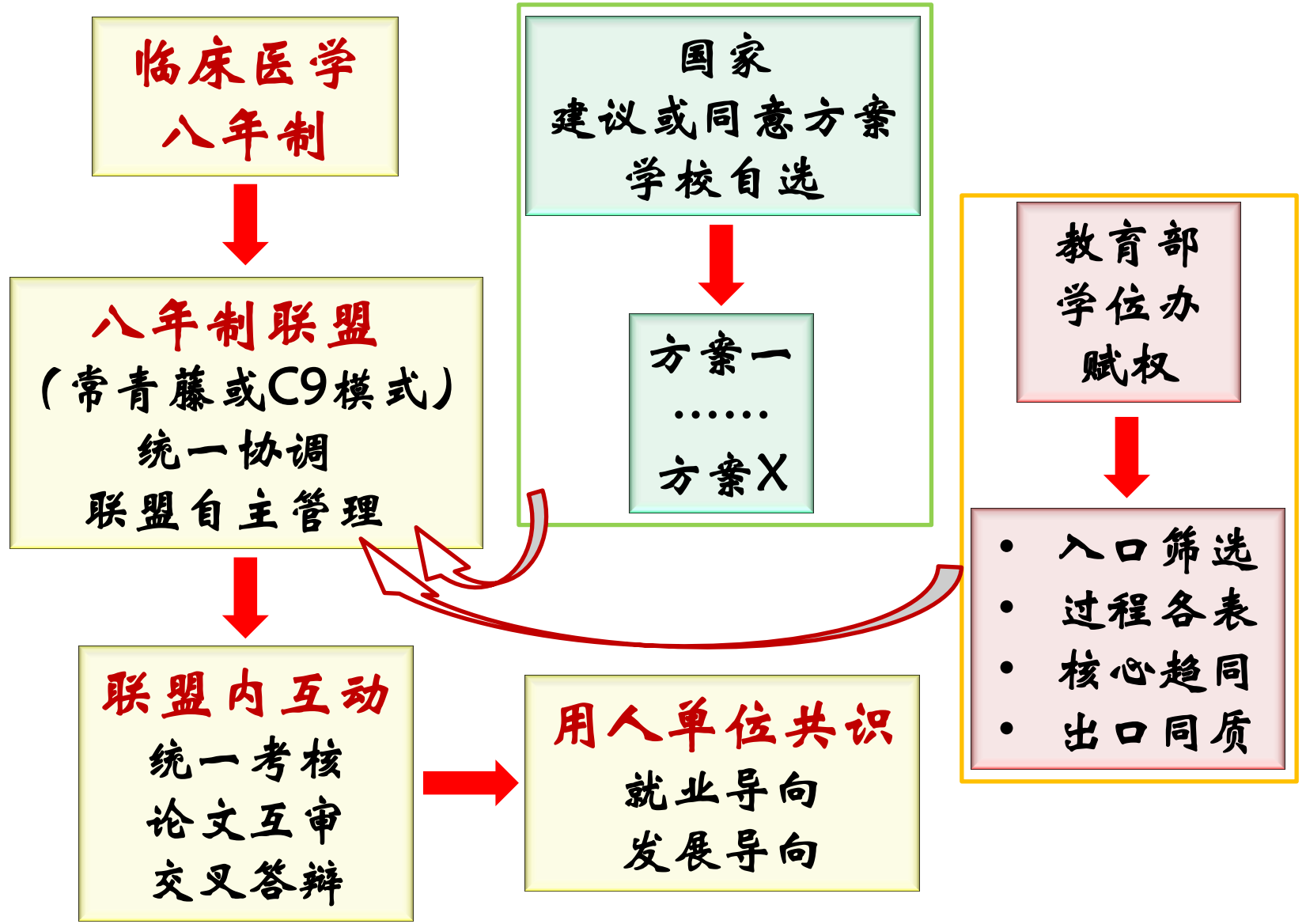
- 通识教育得以强化
- 临床为本科毕业生水平
- 起点开始规培
- 需要配套的毕业后政策支持 (临床博士后)
- 社会认同度有待评价

北大模式

- 与国家医师制度有效衔接
- 科研训练融于全程
- 规培以在学期间情况确定
- 社会认同度高

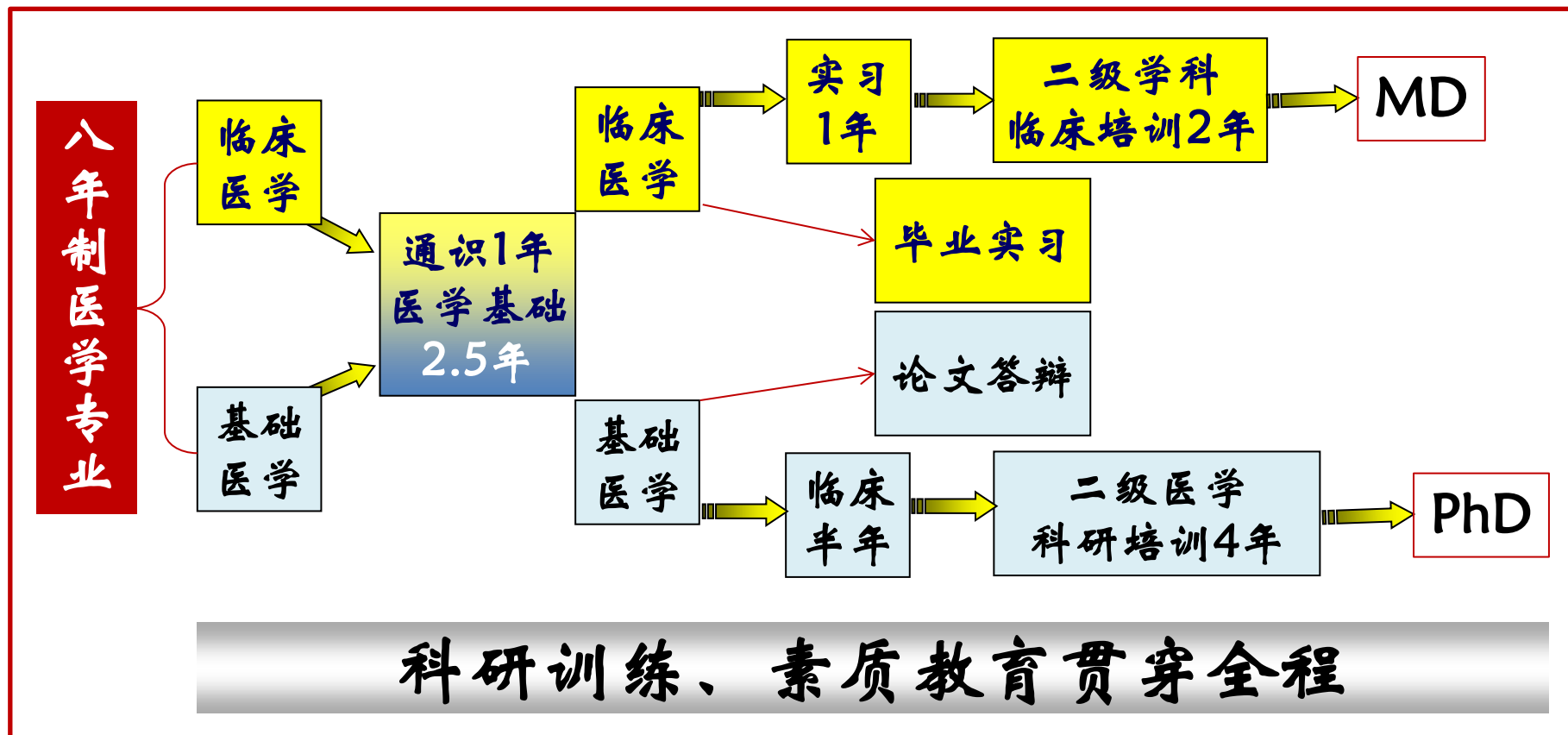


深化方案





八年制基础医学、八年制临床医学并存 八年制临床医学如何定位？





二级学科要求 (2012)

二级学科培养要求
(2年3个月)

临床

- 轮转时间：不低于24个月
- 轮转要求：《北京大学临床医学八年制二级学科临床实践要求》

科研

- 科研时间：**强调二级学科全程科研训练**，集中科研、论文撰写和机动时间3个月
- 科研要求：至少完成一篇含文献综述的临床病例总结，鼓励完成并发表论著

原则：

保证临床培养
不降低科研要求

科研底线要求

相关学科临床专题

(2013)



北大医学临床八年制模式

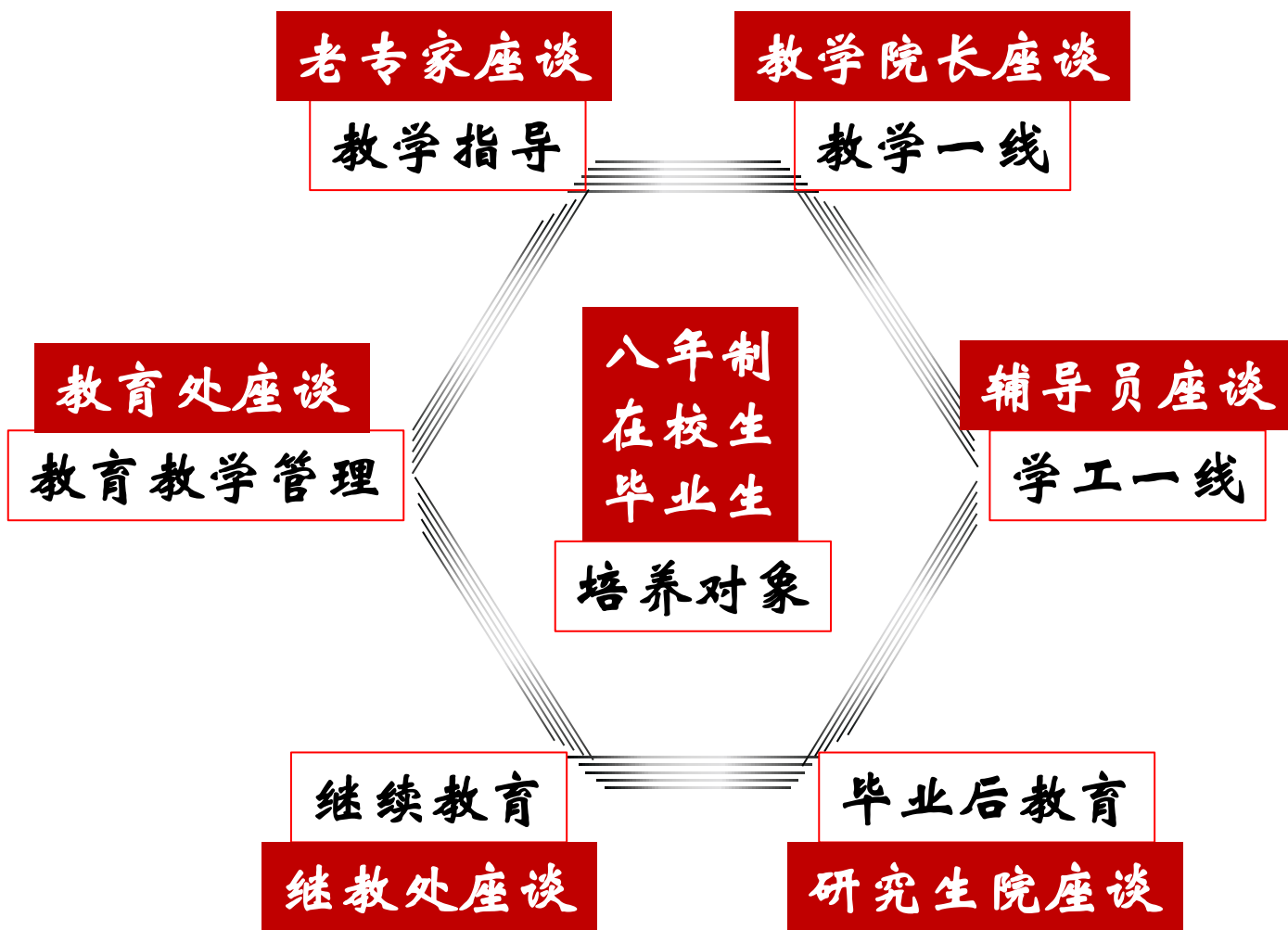
原来为2年

- 通识课程设计
- 住院医师规培制度提出

1年	大学	医预课程	
3.5年	医学部	核心课程、总论、概述	有具体要求的 全程人文素质教育模式 科研训练
		按器官系统，结合临床设计的案例	
1年	临床学院	临床核心课程、总论、概述	
		器官系统为中心，结合基础案例	
1年		临床实习	
2.5年		二级学科阶段	



多场座谈会专题讨论





老专家座谈

- 八年制设立初衷，以培养高质量医学人才为目标
- 强调通识教育和基础教育，提升学生综合素质
- 注重多学科基本素质培养，培养学生创新能力

- 以临床能力为基础，兼顾临床科研能力
- 秉承八年一贯、融会贯通的培养理念，深度整合基础、临床课程、科研训练
- 加强教学管理，设置严格的退出机制
- 从教学内涵的角度提升教师教学水平

教学院长

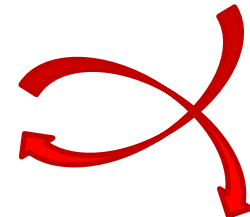


北大医学临床八年制模式

期待未来对临床八年制毕业生
远期质量评价

1年	大学	医预课程	
3.5年	医学部	核心课程、总论、概述	有具体要求的 全程人文素质 教育模式
		按器官系统，结合临床设计的案例	
	临床学院	临床核心课程、总论、概述	
		器官系统为中心，结合基础案例	
1年	临床学院	临床实习	
2.5年		二级学科阶段	

- 基础医学八年制的并存
- 毕业后有效衔接
- 广泛的校内调研
- 社会的认知



- 强化管理
- 加强课程整合
- 提高科研及临床能力要求



北京大学 医学部
PEKING UNIVERSITY HEALTH SCIENCE CENTER

不忘初心
牢记使命

Thank You!