



# 高教研究信息简报

## 第 35 期

右江民族医学院

高等教育研究所编

2020 年 6 月

### 目 录

#### •本期关注•

由新冠肺炎疫情防控引发的医学教育思考.....	1
公共卫生人才培养的问题与对策——基于新冠肺炎疫情的思考.....	10

#### •医学教育•

别敦荣：新时代医科院校发展的新机遇和新方向.....	16
高等医学教育教学改革：演进与思考——基于历届国家级教学成果奖医学 获奖情况的实证分析.....	23
把素质教育融入医学人才培养全过程.....	35

#### •高教之道•

“应试”评估不是学科建设的全部.....	38
新时代高校劳动教育该如何加强.....	45

#### •课程思政•

医学教育中的课程思政与思政课程.....	49
----------------------	----



## • 本期关注 •

### 由新冠肺炎疫情防控引发的医学教育思考

#### 摘要

进入新时代以来，我国医学教育的功能布局、人才结构和质量建设取得了举世瞩目的巨大成就，为“健康中国”战略提供了坚实的医学人力资源保障。在新冠肺炎疫情的防控过程中，揭示了医师资源始终存在非均衡性分布状态，医学人才的培养过程存在薄弱环节，公共卫生体系的规划建设缺乏足够重视，以及医疗卫生事业的发展环境存在“隐患”等现实问题。未来时期，深化我国医学教育改革发展的路径主要在于：全面提升临床医生的多样化供给能力；多举措提高医学教育供给质量；重构公共卫生体系的安全防护力与公信力；优化医学教育的外部治理机制。

新冠肺炎疫情的突然来袭，使公众更加深刻地切身感受到医疗卫生事业的战略性、重要性和紧迫性。而作为推动医疗卫生事业发展动力源头的高等医学教育，愈加与国家安全、社会稳定和民心所向紧密联结。疫情防控是对我国医学教育供给水平和支撑能力的一次“大考”“严考”，但从“危”与“机”并存的辩证角度来看，不失为一个倒逼医学教育发展的有利契机。

#### 一、新时代我国医学教育的建设发展成就

##### （一）医学教育的功能布局逐步优化

医学教育已经成为我国高等教育体系中不可或缺的重要组成部分。新中国成立之初，全国仅有高等医学院校 44 所，经过改革开放后的大规模合并与调整，医学院校数量有了大幅提升。2017 年我国举办医学教育的普通高校有 768 所，其中有普通本科院校 181 所。近年来，综合性大学新建医学院数量日渐扩大，增加医学教育功能和培养医学人才成为大学发展的重要阶段性特征。目前，在 42 所“一流大学”建设高校序列中，有 30 所高校设有医学院（部），有 3 所高校已开始寻求医学院（部）。从国际上来看，哈佛大学、耶鲁大学、牛津大学、剑桥大学等大多数世界一流大学都有实力强大的医学院。由此可见，医学教育虽然属于高等



教育大众化中的精英教育，但不可能也不会是医学院校的人才培养专属“领地”。对于一些具备办学基础优势、优质资源丰富、学科实力明显的综合性大学而言，加大临床医学、基础医学和医学交叉学科建设，举办医理、医工深度结合的医学教育已经成为办学“标配”，通过合并医科、新建医科、共建医科等多样化模式，能够扩大医学人才的供给规模，增强医学科研的创新驱动力，提升大学的社会服务力和国际影响力。

### （二）医学人才的供给规模持续扩大

大学作为我国医学人才培养与供给的“策源地”和“主动脉”，彰显了满足社会民生需求的精准供给力和批量输送力。目前，医学学科专业的招生人数、在校生数和毕业生数均表现出明显的“跨越式”增长变化，为我国卫生健康事业发展奠定了多样化、多层次的人力资源基础。一方面，医学教育的本科数量呈现持续增长态势。根据教育部印发的《普通高等学校本科专业目录（2020年）》，我国医学学科门类下设有 11 个专业类 58 种专业。2018 年，我国普通高校医学专业招生数为 85.5 万人，比 2017 年增长 4.6 万人；在校生数为 305.0 万人，比 2017 年增长 15.8 万人；毕业生数为 79.1 万人，比 2017 年增长 4.5 万人。与此同时，近 5 年的招生数、在校生数和毕业生数分别增长 22.5 万人、79.4 万人和 23.2 万人，增长率分别为 35.7%、35.2%和 41.5%。另一方面，医学教育的研究生数量“容积”稳步扩大。我国医学设有基础医学、临床医学、公共卫生与预防医学、口腔医学、药学、中医学、中药学、护理学等 11 个一级学科及其所属的 55 个二级学科。2018 年，我国医学专业研究生招生数为 9.5 万人，比 2017 年增长 0.8 万人；在校生数为 27.1 万人，比 2017 年增长 1.7 万人；毕业生数为 7.1 万人，比 2017 年增长 0.4 万人。医学专业研究生的招生数、在校生数和毕业生数三项关键量化指标的近 5 年增长率分别为 41.8%、6.7%和 37.6%，其中招生数量变化非常明显。

### （三）医学教育的质量建设取得长足进步

医学教育是联结“健康中国”和“教育强国”两大战略的纽带和交集，新时代医学教育的核心目标与行动主旨就是通过内涵式的改革发展和高质量的连续供给，进而增强人民群众的满意感、获得感和幸福感。首先，“以本为本”的医学人才培养质量显著提高并维持稳定态势。自 2015 年伊始，“5+3”临床医学本科教育“一体化”培养体系全面建立，成为培养高素质临床医学人才的重要模式。麦可思《2019 年中国大学生就业报告》显示，2018 届的医学类本科毕业生工作与专业相关度最高，达到 93%；医学类本科毕业生半年内的离职率最低，仅为 13%，



并且 3 年内的职业转换率和行业转换率均为最低, 分别仅为 12% 和 15%。其次, 临床医学专业教育标准逐渐明确, 有组织、有制度、有国际实质等效性质的中国特色医学教育专业认证实现了由点到面的实施铺开。截至 2020 年 3 月, 全国共有 105 所医学院校接受了临床医学专业认证, 成为检查和改进医学教育质量的关键枢纽。再次, 医学教育的质量载体不断充实, 各级住院医师规范化培训基地数量继续增加。2019 年, 国家级住院医师规范化培训基地有 651 个, 各省级住院医师规范化培训基地共计 1023 个。数量充足、功能齐备的规培基地为培养标准化和规范化相结合的医学人才提供了扎实平台。最后, 蕴含新理念、新内涵、新专业的“新医科”建设呼之欲出。2019 年, 教育部等国家部委联合发布了“六卓越一拔尖计划 2.0 版”, 重点强调“卓越医生教育培养计划 2.0”和“基础医学拔尖学生培养计划 2.0”, 吹响了“新医科”建设的冲锋号。天津大学与天津医科大学依托地缘优势开展联合培养模式, 开设全国首个智能方向的医学类本科专业; 北京大学、中山大学、厦门大学、郑州大学等“双一流”建设高校依托精准医学研究机构, 重点培养具有临床转化应用能力的复合型医学人才。

## 二、新冠肺炎疫情下的医学教育挑战分析

### (一) 医师资源始终存在非均衡性分布状态

新冠肺炎疫情凸显了我国医师资源的不协调特征, 各省区市之间和城乡之间的发展水平差异明显, 拔尖创新医学人才供给匮乏。第一, 医师供需匹配存在区域性差别问题。疫情爆发以来, 全国各地支援武汉和湖北的医疗队达到 4.26 万人。其中, 派出医护人员数量超过 2000 人的省份有 4 个, 江苏 (2802 人)、广东 (2484 人)、辽宁 (2054 人) 和浙江 (2018 人), 同时, 另有山东、上海、重庆等十余个省市派出医护人员数量超过 1000 人。而各省拥有的医生数量“家底”则与派出人数具有紧密相关性。通过比较省级区域的每千人口医师数可知, 2018 年, 每千人口医师数位居全国前 3 位的省市均处于东部地区, 依次分别是北京 (4.63 人)、浙江 (3.33 人) 和上海 (2.95 人), 而安徽、江西、云南、广西、甘肃等中西部省份的数量相对短缺。第二, 医师群体的“两极分化”现象明显。即中心城市和三级医院相对集中, 广大城乡基层地区的医师数量“捉襟见肘”。截至 2018 年底, 全国三甲医院共有 722 个, 占三级医院总数的 60.6%, 而拥有优质医疗资源的三甲医院几乎都集中在省会城市和经济较发达城市。反观幅员辽阔的基层地区, 2018 年, 我国乡村医生和卫生员的数量为 90.7 万人, 所占比重少于医生总数的 1/5, 且比 2013 年减少 17.4 万人, 呈现持续下滑态势。其中, 农村每千人口医师数为 1.8 人, 仅为城市每千人口医师数的 45%。第三, 受传统的计划性招生制度影响,



临床医学专业的高层次拔尖创新人才培养能力欠缺。我国临床医学八年制本博连读专业的招生规模较小,具备招生资格的大学不多。目前仅有 14 所大学可以招收八年制学生,主要包括 10 所“双一流”建设高校医学院(部、中心)、1 所地方医科大学和 3 所军医大学,而各校每年八年制实际招收人数占医学招生比例较低。据 2019 年各校招生计划的不完全统计,唯有北京大学和上海交通大学在 150 人左右,中南大学和南方医科大学等 10 所大学在 100 人浮动,其余 2 所高校则为 50 人上下。

### (二) 医疗卫生事业的发展环境存在“隐患”

新冠肺炎疫情折射出政府财政投入不高、医生受尊重不够等掣肘医疗卫生发展的环境问题。第一,医疗卫生领域的财政投入仍需增加。2018 年,我国医疗卫生支出占政府总支出的 7.07%,而美国、日本和新加坡的医疗卫生支出占政府总支出的比重分别达到了 24.44%、19.80%和 13.47%。同时,我国卫生总费用占 GDP 的比重较小且处于相对落后状况。2016 年,美国卫生费用占 GDP 的比重达 17.8%,澳大利亚、加拿大的医疗卫生支出占 GDP 的比重为 8%~10%,而我国仅为 6.2%。第二,大学人才培养的政府投入不足,且部属高校和地方高校之间的经费差距较大。《中国教育经费统计年鉴 2018》显示,2017 年,部属高校生均教育经费支出的公用部分约为 2.9 万元,而地方高校生均教育经费的公用部分只有 1.4 万元,与部属高校相比显得相形见绌。并且医学院校办学经费的划拨形式以“打包式”为主,即教学、科研与学科等诸多专项经费一起拨付,没有体现临床医学类生源的特殊差别。第三,医生的社会地位和尊医重医的社会风气亟待提升和形成。近年来,屡发不止、屡见不鲜的医闹事件、恶性伤医案件不断打击着医生职业的积极性。医患关系的平等性丧失和医生社会地位的逐渐下降,极大地削弱了医学教育尤其是临床医生的吸引力、培养力和输送力。

### (三) 公共卫生体系的规划建设缺乏足够重视

新冠肺炎疫情暴露了我国公共卫生管理体制机制的难点堵点,疾病预防控制机构的规模不大、力量不足等支持力问题,尤其是从业人员专业性不强和人才流失压力更成为制约公共卫生体系防疫抗疫作用发挥的主要瓶颈。第一,公共卫生事业的管理体制机制束缚,一定程度地挤压和削弱了专业机构的发展空间及关键话语权。我国专业公共卫生机构作为公益 I 型组织存在,体制机制的主要特征在于公益服务为主、财政全额支出,造成其资源获取能力不强、资源竞争力较弱的形势。由于没有法律赋予的行政干预权力和应急处置权力,导致疫情爆发之初,



便呈现各级疾控部门被动应对的局面。第二，我国疾病预防控制机构数量与从业人员储备均呈现“不增反降”的趋势，致使疫情期间出现大量“突击”招人的现象。疾病预防控制机构的“基础”不牢与负增长变化，直接降低了公共卫生人才的接收能力与吸纳能力。2018年，我国各级各类疾病预防控制中心数量仅有3443个，并且比2017年减少13个，所占比例约为专业公共卫生机构总数的1/5。我国疾病预防控制机构的从业人员和卫生技术人员分别比2017年减少0.3万人和0.2万人，尤其是高端科研人才、执业医师和应急人才都存在较大“缺口”。此外，基层疾病预防控制机构对岗位缺乏严格要求，公共卫生执业医师的拥有数量较少，大量非专业人员从事公共卫生工作。第三，公共卫生医师流失现象令人堪忧。我国公共卫生行业的整体待遇不高，且存在较大的地区差别。北京、上海、浙江等东部经济发达区域疾控人才的平均每月薪酬仅为7000元左右，地处西部的重庆则不足5000元。而美国公共卫生工作者的平均年薪为48000美元。薪资收入偏低、职业归属感遗失已成为高学历毕业生和公共卫生执业医师“不愿来”“留不住”“不好留”的主要原因。

#### （四）医学人才的培养过程存在薄弱环节

新冠肺炎疫情中令人痛心疾首的医护伤亡揭示了面向“大健康”“全周期”医学培养系统的不充分和不全面，临床医学人才的公共卫生基础知识和新发传染病防控技能等方面漏洞亟待弥补。第一，临床医学人才培养过程中普遍存在的重“治疗”轻“预防”知识结构失调，以及重“技术”轻“防护”的实践能力短板。临床医学学生长期注重精深、细致、分科的医学知识学习和治病救人技能训练，缺少公共卫生知识的融入和运用。临床医学学生仅强调培养问诊、查体、诊治的常规医疗实践能力，而疫病防控的危机干预实践意识不强和应急处理能力弱化，尤其缺乏应对新发重大传染疾病的紧急处置和救护技术。此外，临床医学人才的住院医师规范化培训过程仍有遗漏，主要欠缺针对复杂病种医疗防护培训的系统性与周密性。当前培训通常围绕一般性、常规性的医疗防护技能教育和模拟操作，缺乏对急性烈性传染病的装备穿戴、病菌消杀等高等级防护流程的熟练训练。第二，公共卫生与预防医学人才的专业培养存在明显的“医防脱节”现象，尤其是防疫抗病的实践能力始终薄弱。公共卫生与预防医学和临床医学、基础医学、护理学等医学学科专业之间的知识交叉融合不深、范围不广，公共卫生学院与其他二级学院之间仍无高效、科学的协同育人机制，促进专业课程资源共享、教师互聘、学分互认、学时转换等“硬性”教学制度还不完善。在公共卫生与预防医学人才培养过程中依然缺乏足够的、丰富的专业化疾病防控实践能力训练，学生毕



业实习与考研、就业存在时间冲突，不能保证实习实训质量，导致公共卫生专业学生对疾病、疫病、慢性病、流行病的“纸上谈兵”和“一知半解”。此外，防疫队伍缺失完整、系统的继续医学教育经历和防疫抗疫专业技能培训。

### 三、深化我国医学教育发展的路径选择

#### （一）全面提升临床医师的多样化供给能力

第一，倾力培育拔尖创新型医生。增加举办八年制临床医学专业的大学数量，尤其是具备医学教育优势的“一流大学”建设高校和部委省共建医科大学都应纳入八年制医学教育序列。扩大八年制临床医学专业的大学招生自主权和全国范围招生比例。探索八年制医学“新医科”创新人才培养模式。

第二，改革大学临床医学专业的招生、培养与就业机制。逐步提升本科临床医学类专业的招生层次，通过全面实现“一本”招生等方式保证生源质量。探索临床医学人才的分层次培养模式改革，推动部属综合性大学、省属医科大学、市属医科大学和民办医科大学各安其位、各司其职。建立区域内大学面向各级医疗单位与各类公共卫生岗位的医生人才定向招生与就业相互贯通的“扎根式”“立地式”培养制度。

第三，激活与释放基层医生的需求空间。完善卫健、教育、人社、财政、发改等省市县（区）三级政府部门的政策、规划、管理和就业等方面的协调机制与联动保障机制，全面激发基层医疗领域的医生需求活力。具体来讲，卫健部门应加强基层医生的规模预测、发展规划、政策支持与激励落实，教育部门应全方位开辟促进基层医生区域内就业的信息平台和便捷通道，人社部门应加大基层医生的岗位扩充、编制增添和职称名额提供。同时，地方政府还应加大全科医生培训力度，强化基层医疗人才和公共卫生专业技术人才的多样化引聘与科学管理，并对长期潜心扎根基层的执业医师给予职务、职称、学历提升和业务培训等政策倾斜。

#### （二）多举措提高大学医学教育供给质量

第一，建立适应健康全过程的跨专业与跨行业“大医学”教育模式。21 世纪以来，大学所有学科专业的交叉融合都在加速，这就要求医学教育打破学科和专业之间的壁垒，形成融合融通的集成化势力。一方面，逐渐将相互独立的分学科专业课程融为一体。调整与优化临床医学、公共卫生与预防医学等医学专业的主干课程体系，在临床医学专业的必修课程中增加公共卫生与预防医学内容的辅修课程模块及其学时学分比重，丰富公共卫生与预防医学专业的临床医学领域通识



课程,有效弥补临床医学教育的防疫控疫知识“盲区”和公共卫生与预防医学教育的临床知识“漏洞”。另一方面,探索实施公共卫生与预防医学专业的教育教学改革。积极推进以岗位胜任力为基础的教学模式改革,建立完善协同育人机制,促进公共卫生专业的各项教学内容与公共卫生系统的业务领域、岗位能力紧密贴合。

第二,遵循高等教育的外部适应规律,积极打造医学人才培养与供给新增长极。医学教育必须融入“大健康”理念,将“以人为中心”的疾病、预防、健康等现代医学核心要素融入大学医学教育全过程,强调培养医学学生的研究、创新、转化等思维与能力。立足经济社会发展和“大健康”需求的变化趋势,加快培养公共卫生和临床医疗相结合的流行病学、卫生统计学、职业病学、社区与健康教育等复合型和应用型人才,加强健康管理、心理卫生、公共营养、健康大数据等新兴领域的公共卫生交叉学科人才培养。改善医学研究生培养结构,扩大临床导向的专业学位研究生培养规模。

第三,深化医学教育课程体系改革。首先,坚持“立德树人”。加强学生的思想政治教育,以课程思政的方式推动抗击新冠肺炎疫情中的广大医护人员先进事迹进课堂、进教材、进头脑,大力弘扬健康所系、生命相托的新时代精神,以及救死扶伤、大爱无疆等新时代正能量。通过专业教育与素质教育的知识融合,德育为先培养具有仁心仁术的医学人才。其次,积极探索医理、医工、医文融通发展的课程体系改革,打造具有中国特色的“新医科”课程新体系,促进复合型医学人才的知识一体化、技术多样化发展。再次,兼顾显性实践课程与隐性素质课程建设。健全以防治结合能力为核心、以应急防疫能力为补充的临床实践课程体系,增强临床医学人才对医院感染防控的应急处置能力。适当增加临床医学在传染病、急重症、急诊急救、精神卫生、社区医疗等专业方面的实习课时。积极开辟医学实践教学“第二课堂”,鼓励师生广泛深入社区、街道和乡村,定期开展社会公益实践和专题宣讲活动,通过态度、价值观、行为方式等隐性培养,提升医学学生的职业自豪感和责任使命感。最后,改革医学教学模式。2016—2017年,美国有76%左右的学位授予院校提供在线课程,其中,“商业与市场”类学科居于榜首,其次是“健康”与“教育”类。可见医学教育在线课程具有广阔的应用前景和市场需求,因此,应加强医学教育的数字化、信息化资源建设,采用现代信息技术,突破医学教育的时空限制,促进面对面“即时式”信息单向传递教学向知识“随时回顾式”循环学习转变,同时,以“学生为中心”做好任课教师的专业技术培训和教学质量监控。



第四，健全毕业后教育和继续医学教育体系。一方面，加强各类教学基地建设，加强问题导向和任务导向的培训模式。住院医师培训阶段是“医生开始职业生涯，获取专业知识和技能，逐渐形成职业认同，不断培养贯穿整个职业生涯的习惯、行为、态度和价值观”的时期。应完善住院医师规范化培训体系，增加突发公共卫生事件应急处理措施、重大传染病防治知识等公共卫生方面的培训内容，强化规培医生自身防护能力的系统训练与操作考核。另一方面，扩大继续医学教育的覆盖面和延伸范围。依托医学院校的各级各类人才培训中心、成人教育学院和网络教育学院，将学历提升、业务培训进一步向基层延伸和覆盖，为基层医疗单位与公共卫生机构培养更好更多的实用医学人才。

### （三）重构公共卫生体系的安全防护力与公信力

第一，推进公共卫生的管理体制与运行机制改革。健全公共卫生事业的法律保障体系，探索从行政权力、危机干预权、应急处置权等方面对专业公共卫生机构进行适当赋权。调整公共卫生事业的政府财政投入比重，优先、充足保证公共卫生研究经费和各级各类实验室建设经费，逐步提升公共卫生医师和专职科研人员待遇。加强疾控机构与医院的组织联动与信息联网，健全新发未知传染病“自下而上”的专用上报通道，完善各类传染病的监测、预警和及时报告机制。强化公共卫生机构绩效考核，注重对突发公共安全事件的应急处理和防疫控疫等工作考核，并依据考核结果建立动态拨款机制，建立基于公众满意的社会组织第三方评估机制。

第二，常态化扩充疫病预防控制机构的岗位种类与数量。扩大高层次公共卫生专业技术人员规模，对引进急需、紧缺的防疫抗疫高层次人才应突破岗位、学科专业限制，建立“特事特办”或“一事一办”的特殊特聘工作机制。严把公共卫生专业技术人员入口关，健全执业准入制度、完善执业标准和岗位考核体系。探索建立公共卫生执业医师的规范化、常态化培训制度，遴选建设功能齐备的公共卫生执业医师培训基地，丰富公共卫生监测、流行病学调查、风险评估与卫生应急管理、健康教育与促进等培训内容。

### （四）优化医学教育的外部治理机制

第一，构建政府投入为主、多主体投入为辅的多元化投资体系。公共财政是医学教育最主要的持久性经费来源。根据 21 世纪全球医学卫生教育专家委员会估计，全球年平均医学教育投入约一千亿美元，这与全球五万五千亿卫生开支相比显得微不足道。卫生系统是一个知识密集型行业，而医学人才培养费用不及总资



金的 2%，巨大的投资豁口引发了一系列医学教育问题。因此，政府应在“十四五”期间持续扩大医学教育投入，这也是营建高效和可持续发展医疗卫生体系不可或缺的步骤。在单纯增加医学教育财政性投入的基础上，还应注重对“双师型”师资、临床教学基地和仿真模拟教学设施的优先投入，减少有限资金的浪费和低效使用，并且以激励机制和绩效考核机制进一步追求经费投入的机会公平与效益至上。同时，建立社会团体、企业和个人对医学教育的多渠道投资机制和成本补偿机制，强化医学教育捐赠和私立医学院校的资金使用透明度和规范办学监管。

第二，营造全社会尊重医生、善待医生的良好氛围，重塑医生的行业吸引力与职业向往力。一方面，提高医生的社会地位和职业荣誉感亟需依据社会实际，开展依法治理、依法服务、依法保护等法理层面的“自上而下”垂直发力。我国医疗卫生体制的改革深化带动了医生管理体制、医患相处模式和治病救人方式等领域的深刻变化，迫切需要对《执业医师法》进行适应性的修订与补充，为医生群体创造更完备的职业环境和制度文化。另一方面，医生是人类健康的守护者，医生有尊严，生命才更有尊严，尊重医生意味着尊重生命。因此，应充分发挥新闻媒体和社会舆论的“风向标”作用，以新冠肺炎疫情防控为契机，全面加大对优秀医生的事迹宣传与榜样示范，积极倡导和形成尊重医生、尊重生命的文化氛围，并使尊医重卫成为新时代的社会风尚。

（作者：闻德亮，中国医科大学党委副书记、校长、教授）

（来源：原文刊载于《中国高教研究》2020 年第 5 期）



## 公共卫生人才培养的问题与对策——基于新冠肺炎疫情的思考

### 摘要

当前,公共卫生人才的存量与增量、层次结构与质量水平都未能满足经济社会发展的需求。新时代,公共卫生人才培养是落实“健康中国”战略的理性选择,但是存在着培养模式陈旧、学科建设水平薄弱、理论研究支撑力不足等问题。培育复合型的公共卫生人才,高校更新教学观念、内容和方法,提升学科专业建设对人才培养的支撑力,加强公共卫生领域学术资源的教学转化,强化公共卫生人才服务社会的能力,健全师资队伍建设体系,为公共卫生人才培育发展营造良好生态。

2019 年底,新型冠状病毒肺炎爆发并迅速蔓延。这场突如其来的疫情迫使我们反思现有的公共卫生应急体系的有效性,探索公共卫生人才培养的新路径、新举措。

### 一、公共卫生人力资源现状

《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020 年)》将“到 2020 年,每千常住人口公共卫生人员数达到 0.83 人”作为发展目标。截至 2017 年年底我国每千人常住人口公共卫生人员数量仅为 0.628。以广州市为例,2018 年广州市疾病预防与控制机构的卫生技术人员与执业(助理)医师的比例为 1:36,与注册护士的比例为 1:47,每千人常住人口疾控卫生技术人员数量仅为 0.1,远低于社会需要。作为一线城市的广州亦如此,由此可见公共卫生专业人才的规模有待扩大。

应急型公共卫生人才紧缺,其弊端在突发性公共卫生事件的应对中暴露无遗。自 2003 年“非典”疫情之后,公共卫生领域的专家和学术界的研究者都提倡增加公共卫生人才尤其是突发公共卫生事件应急人才的培育数量。2003 年国务院颁布的《突发公共卫生事件应急条例》提出,全国突发事件应急预案应包括突发事件应急处理专业队伍的建设和培训,但从此次新冠肺炎疫情事件来看,应急型公共卫生人才的培养没有受到足够的、持续性的关注,仍是医疗卫生领域与医学教育领域供给侧改革的短板。

公共卫生人才的层次结构和质量水平与经济社会的发展不相适应。根据对全国疾病预防控制机构人力资源结构的调查结果,省级公共卫生机构中,硕士及以上学历人员占 31%、本科学历人员占 42%;市级公共卫生机构中,硕士及以上学历



人员占 19%、本科学历人员占 43%；县级公共卫生机构中，硕士及以上学历人员仅占 4%、本科学历人员占 36%。与多数省市级医院相比，高学历、高水平的公共卫生人才数量较少。溯其缘由，医学类本科、研究生专业招生中公共卫生相关专业的招生名额和比例远远低于临床专业和护理专业，并且很少有学生以第一志愿报考，往往是被调剂的。此次新冠肺炎疫情暴露了公共卫生体系在人才梯队建设和技术保障方面的弱点，需要更多掌握公共卫生领域伦理学知识、具备较高的应急能力、能够较好处理突发性公共卫生事件的人才，公共卫生人才队伍的建设也是应对突发性公共卫生事件的重要保障。

公共卫生专业人才流失较为严重。一项对全国 22 所公共卫生学院 2012—2016 年本科毕业生就业情况的调查结果显示：一次就业的本科毕业生中，仅有 53.1% 的毕业生从事公共卫生相关工作；毕业生从事公共卫生相关工作的比例呈现下降趋势，由 2012 年的 55.4% 下降至 2016 年的 52.3%。这与上海交通大学医学院公共卫生学院的一项调查相互印证，在对全国 11 所高校的 130 名公共卫生专业本科生的专业发展认知调查中，仅有 37.69% 的学生认为公共卫生行业发展前景广阔，64.62% 的学生担忧未来就业。公共卫生人才的薪酬待遇和社会地位普遍低于临床医生，多数公共卫生专业本科生就业转行或选择换专业继续深造，造成人才的流失。

## 二、新形势下公共卫生人才培养存在的问题

1. 公共卫生人才培养模式不能很好地适应社会发展的新要求。我国高校的公共卫生人才培养模式借鉴苏联以预防医学人才培养为主的模式并一直延续，重预防、轻应急，尚未进行系统的改革，难以培养出复合型、应用型的公共卫生人才。随着“健康中国”战略的提出、医学模式向“生物-心理-社会”的转变，公共卫生的概念范畴已超出医学范围，涉及多个学科，公共卫生人才培养模式也需要适时调整。然而，目前高校的公共卫生学院在专业设置上依旧以预防医学专业为主，多数学院虽也设置了统计学、心理学专业，而卫生法学、公共管理等专业与公共卫生学科割裂，一般归属于管理学科，分设在（卫生）管理学院。对某医科大学公共卫生学院的调研显示，该院设置了预防医学、应用统计学（生物统计）、应用心理学和精神医学 4 个本科专业。在人才培养目标上，强调精技、专深、职业道德，预防医学专业的培养目标中特别提出了“善应急”。应急防疫教育，涉及多个学科知识，然而该院的各个专业课程体系设置，与社会需求有一定脱节，既没有融入卫生法学、卫生政策、卫生信息处理等公共管理学的相关知识，也没有融入医学伦理学、叙事医学等人文学科的相关知识。新冠肺炎疫情就暴露了公共



卫生人才在处理突发性公共卫生事件的信息披露、道德伦理等方面的不足。另一方面,在公共卫生相关专业的教学安排上,也普遍存在重理论轻实践的现象。而突发性公共卫生事件的应对与处理,需要熟悉医学、统计学、流行病学、公共管理学、心理学等多方面知识,并且能够进行现场判断、拥有较好的组织协调能力和指挥能力的专业人才。传统的公共卫生人才培养模式显然不能满足社会发展对公共卫生人才提出的新要求。

2. 统领公共卫生人才培养的学科建设较为薄弱。学科是公共卫生人才培养的基础和前提。根据 2019 年软科世界一流学科排名,公共卫生学科领域主要围绕“论文总数”“论文标准化影响力”“国际合作论文比例”“顶尖期刊论文数”4 项指标对全球范围内的大学进行排名。排名结果显示:前 50 强的大学里没有中国内地高校,前 100 强的大学里 3 所中国内地高校入选,其中北京协和医学院排名位次在 51~75,复旦大学、上海交通大学排名位次在 76~100。而美国高校有 19 所进入公共卫生学科排名前 50 强,34 所进入前 100 强;英国高校有 9 所进入公共卫生学科排名前 50 强,12 所进入前 100 强。美国和英国的高校在入选数量和排名位次上都远远领先于中国内地高校。与美国、英国相比较,进入公共卫生学科排名 500 强的中国内地高校数量较少并且排名位次较为偏后,表明国内的公共卫生学科建设水平比较薄弱,有很大的发展空间。学科的竞争本质上是人才的竞争。国内高校的公共卫生学科发展较落后,反映出教师队伍竞争力水平较弱。

3. 公共卫生人才培养研究的支撑力不足。公共卫生人才培养学术研究的动态和趋势在一定程度上是反映公共卫生领域发展状况的一面镜子,相关研究的持续关注往往表明实践的稳步开展和政策的落实,反之亦然。以“公共卫生”和“人才培养”,“公共卫生”和“教育”,“预防医学”和“人才培养”等近似词为关键词在中国知网上检索 2001 年 1 月 1 日至 2020 年 2 月 28 日的文献,获得 126 条相关文献题录信息。筛选后剔除与主题不相关的文献,共获得 87 篇公共卫生人才培养相关的论文。经过阅读与分析可知,学术界对公共卫生人才培养主题的研究存在以下几点问题。一是关注度较低,没有形成研究热度。分析的 87 篇文献横跨了 15 个发表年度,2016 年、2017 年和 2019 年各有 10 篇,其余年份的发文章数都在 10 篇以下。二是研究质量不高,核心期刊发文章量少。87 篇文献中,仅有 12 篇文献发表在核心刊物,占比 13.79%,其中有 5 篇发表在《现代预防医学》、2 篇发表在《中国卫生资源》。三是研究的主体机构较少,跨机构的合作研究较少。87 篇文献作者所属机构涵盖了高校、疾控中心、大学附属医院等,其中有 30 余篇的作者所属机构是高校。而目前我国开设公共卫生学院的高校有 80 多所,仍有至少一半的高校没有重视公共卫生人才培养相关的研究。四是高产作者较少,没



有形成系统的研究。分析的 87 篇文献中，发表论文超过 3 篇的作者仅有 5 位，共发表 18 篇论文，占比 20.69%。五是研究内容趋于同质化，研究方法单一。相关研究主要围绕公共卫生人才培养的现状、培养模式、教学改革、存在问题和措施等展开，流于主观评论，与实践脱节；以思辨研究、比较研究、个案研究的定性研究文献占主导，以数据支持的定量研究偏少。整体上，学术界对“公共卫生人才培养”尚未形成系统、深入的研究，对实践的支撑力不足。

### 三、新形势下公共卫生人才培养的对策

培养复合型的公共卫生专业人才是公共卫生教育的基本目标。高校是承担公共卫生教育的主要场所，为公共卫生专业人才的输出提供保障。一流的公共卫生人才培养需要一流的教师队伍、一流的学科建设、一流的实践基地、一流的科研平台、一流的文化环境等多方面的共同作用。

1. 创新教学模式，注重教学观念、内容和方法的与时俱进。随着经济和社会的发展，公共卫生人才的服务理念、服务范围、服务方式在新时代也被赋予了新的内涵，这对公共卫生教学模式也提出了新的要求。然而，目前的教学仍没有脱离传统上以预防医学知识传授为主的观念。在医学模式转变的背景下，公共卫生专业的教师要更新教学理念，树立“培养复合型公共卫生人才”和“从预防为主转变为以健康为中心”的观念。在教学内容上，既要在“健康中国”上升为国家战略、医学模式转变等新形势下重视公共卫生专业教育与通识教育的结合，也要迎合社会需求注重公共卫生知识传授与实践技能培养的结合。公共卫生学授课过程中要把握好知识专业性与广博性的优先次序，在学生掌握公共卫生学理论知识与实践技能的过程中，合理融入心理学、管理学、伦理学等人文教育。公共卫生学授课要摒弃传统的“填鸭式”教学方法，可以根据课程内容采用灵活的教学方式，如以信息化手段开展线上线下相结合的混合式教学方法，使学生自主查阅学习国内外公共卫生学的前沿动态；以情景教学法模拟突发性公共卫生事件现场，训练学生的应急处理能力；以案例教学法讲授“非典”、新冠肺炎疫情中的模范人物，培养学生的职业道德。

2. 注重实践与研究基地建设，强化公共卫生人才服务社会的能力。服务社会是大学的主要功能之一，也是公共卫生人才培养的出发点与落脚点，与社会需求相衔接是公共卫生人才培养的价值追求。公共卫生学院要重视平台搭建，建设公共卫生专业实践基地和重点实验室，与省市级疾病预防与控制中心等相关单位建立合作机制，为学生提供良好的实践与研究平台。在公共卫生人才培养的各个阶段，要重视培养学生将理论知识应用于实践的能力，充分利用实践基地进行现场



演练,如在基地模拟突发性公共卫生事件的现场,使学生熟练掌握应急处理方法、分析问题方法、风险评估方法、现场反应能力、协调沟通能力等技能。在开展公共卫生相关的研究过程中,学生要在导师的指导下结合社会热点和人民群众关心的问题进行研究,公共卫生学院可以与企业、科研机构等单位建立战略合作关系,成立协同创新平台,使技术创新与社会需求有机结合,提升公共卫生领域研究成果的服务转化与成果转化效率。

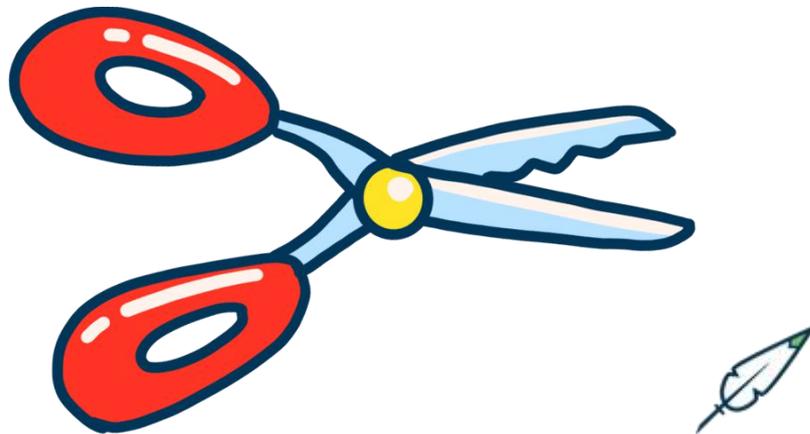
3. 完善学科建设,提升学科专业对人才培养的支撑力。学科建设与人才培养是统筹推进的协同过程,公共卫生人才培养离不开学科专业的支撑作用。目前,公共卫生教育没有受到足够的重视,“双一流”建设高校中,开设公共卫生学院的学校数量很少,即使是清华大学这样的理工科强校也没有开设独立的公共卫生学院。一些公共卫生学院合并到综合性大学后经费投入、平台建设等有所弱化,使公共卫生学科发展举步维艰。新形势下,进行公共卫生学科规划时需要注意:一是把握发展的趋势,面向公共卫生科技前沿凝练学科发展方向,建立动态调整的激励机制,抢占发展良机,赢得竞争制高点;二是与社会需求相对标,公共卫生学科结构的优化着眼于社会发展的需要,依据学院的办学基础与学科资源,建立与经济社会发展相融合的交叉型、应用型新学科;三是扎根于公共卫生学科的传统与历史文化,历史传统是学科发展的土壤与基因,建设一流的公共卫生学科要立足于本土的公共卫生教育生态环境,防止生搬硬套造成水土不服。

4. 加强科研的国际合作,推动学术资源的教学转化。在“公共卫生人才培养模式”的顶层设计方面,要根据实践基础加强深层次的理论研究。公共卫生学院要积极开展与世界知名公共卫生学院或科研机构的合作,及时掌握公共卫生人才培养的前沿教学学术。如哈佛大学、约翰霍普金斯大学、多伦多大学的公共卫生教育和科研在世界处于领先水平,可以和这些高校建立合作关系,交流培养模式、教学方法、课程安排等方面的教学学术,学习突发性公共卫生事件的有效应急处理方法、重大传染性疾病的预防与治疗方法。公共卫生领域的科研实力对公共卫生教育与人才培养有直接的影响。在科学研究开展的过程中,学生的参与能开阔知识视野,高质量的科研项目攻关也能锻炼公共卫生人才的科研思维;在科研成果的产出阶段,建立有效的科研转化机制可以为公共卫生人才培养提供优质资源,为教学内容的更新、教学形式的创新提供理论支撑。

5. 健全师资队伍建设体系,为公共卫生人才培育发展营造良好生态。2006年7月,在杭州举办的预防医学教学研讨会通过了《公共卫生教育基本要求》,从专业精神、医学基础、群体健康、管理与社会动员、信息管理、科学研究等6个领域,提出了公共卫生人才培养的基本要求。这就需要有丰富学科背景的教师



队伍来教授知识。有研究表明，公共卫生学院教师的学科背景单一、结构构成不合理成为提高人才培养质量的瓶颈。为公共卫生人才培育创造良好的生态，需要完善师资队伍建设机制。一方面，要由存量思维向增量思维转变，通过经费支持、住房补贴等福利保障政策，引进高层次公共卫生人才。为了更好发挥学术骨干和学科带头人的引领作用，公共卫生学院可以鼓励优秀骨干教师以“传帮带”形式组建团队，交流学习经验，实现“引才”和“育才”的有力结合。另一方面，要改革公共卫生学院教师评价体系，激励教师充分尽其才、展所能。当前各类大学第三方评价的指标体系中科研权重普遍较高，对优质教育资源的分配、教师晋升的标准等产生了一定的影响，进而影响着教师“以科研为重”的发展选择。因而教师评价标准中可以适当增加教学相关指标，鼓励师资队伍重视教学。



（作者：师璐，南方医科大学教学发展中心研究实习员；黎莉，南方医科大学教学发展中心教授；邢方敏，南方医科大学教学发展中心副研究员）

（来源：《中国高教研究》2020 年第 5 期第 48-51 页）



## • 医学教育 •

### 别敦荣：新时代医科院校发展的新机遇和新方向

医学是最早的高等教育领域之一，医学人才是高等教育最早培养的专门人才之一。在欧美古典和早期现代大学，高等教育主要培养教师、医师、律师和牧师等四方面的专门人才。我国现代学堂创办之初，医科院校是最早的高等教育机构之一。所以，研究高等教育，应当关注医学教育改革与发展。近年来，医疗卫生需求和医学科学技术正在发生深刻的变革，与之相适应，医科院校改革与发展不断推进，表现出新的发展态势。

#### 一、新时代医科院校发展的新机遇

高校办学是有规律的，不论医科院校还是其他类型的院校，办学都需要做到两个适应：适应社会发展的需要与适应人的发展需要。就适应社会发展的需要而言，就是要适应社会经济文化科学技术发展需要，当然，也包括政治发展的需要。不管是社会经济发展、社会文化科学技术和社会政治发展有什么新的需要，高校和高等教育都要进行相应的改革和调整，以使学校和高等教育发挥的作用与社会需要相匹配。就适应人的发展需要而言，高校办学的根本目的在于培养人才，满足人受教育的需要。人的需要与社会的需要有一些相同之处，但也有不同之处。不同之处在于，高校的办学既要满足社会群体的需要，还要满足个体人的需要，而每一个人的发展都有其特殊性。因为每一个人既是社会的，又是个体的，他既有社会阶层和社会群类的共同要求，又有自身个性化的要求。所以，高等教育既要适应社会发展的需要也要适应个体发展的需要。只要把这两个方面的需要弄清楚了，才能够看清一所高校发展所面临的机遇与要求。

新时代社会发展和人的发展需要什么特点？这些特点又为医科院校发展提供了哪些机遇？可以从以下四个方面来分析。



1. 高等教育普及化发展的需要。直到 20 世纪末,我国高等教育毛入学率一直很低。21 世纪初,我国高等教育发展速度加快,迅速进入了大众化阶段。在 2010 年党中央、国务院发布的《国家中长期教育改革和发展规划纲要(2010—2020 年)》中提出,到 2020 年我国高等教育毛入学率达到 40%,但这一目标在 2005 年就实现了。所以,在国务院印发的国家教育事业发展“十三五”规划中,将 2020 年高等教育的发展目标调整为 50%。现在看来这个目标还会提前实现,高等教育普及化已经成为必然。

对于医科院校来讲,高等教育进入普及化阶段意味着什么?对医学教育会带来什么机遇?这个问题值得思考。长期以来,在高等教育发展没有进入普及化阶段的时期,医科院校的教育或医学教育发展不足,所以,社会上长期存在缺医少药的问题。这不只是医学教育的问题,是整个高等教育的问题,社会所有领域和行业都受到高等教育发展不足的影响。高等教育发展进入大众化阶段以后,医学教育慢慢地就能满足人民群众基本的需要,能够解决基本的医治疾病的需要了。但总体上医学教育还不能满足人民群众的健康需求。在高等教育普及化阶段,医学教育发展可能达到一个新的高度,从数量上讲,将会进一步扩大规模。医学教育服务于人民群众的健康,治病救人无小事,一般来讲,医学教育都应是精英教育,因此,医科院校的办学水平和教育质量将面临大提高的需要。在高等教育没有普及化的时候,所谓的精英化高等教育,可能主要还是办学规模小,能够接受医学高等教育的人少之又少,尽管我们有水平比较高的医学教育,但总体上是够高的,因为我们的医学高等教育主要是为了满足基本的医疗卫生需求。现在,欧美发达国家高等教育已经实现了高度的普及化,高等教育的毛入学率能达到 80%以上,适龄人口基本上都能上大学。在这种情况下,医学教育很自然地就要去追求更高的水平、更高的质量。

总之,随着我国高等教育普及化时代来临,当整体适龄人口的高等教育需求基本都能得到满足的时候,医学教育数量发展不充分的问题也就可能自然而然地解决了,随之而来的便是发展水平和质量问题。所以,从高等教育普及化趋势来看医学教育,医科院校发展有新需要。



2. 高等教育内涵式发展的需要。内涵式发展既是国家经济社会转型升级发展的需要，也是高等教育发展到现在的必然要求。对于医学教育来讲，内涵式发展的动力应当更强一些。除少数几所学校外，我国大多数医科院校都刚刚经历了一个大幅度的外延式发展阶段，扩大了招生规模，拓展了学科专业领域，新增了学科专业数量，开发了新的办学空间，也增加了很多新的教职员工。从较小规模的学校变成了较大规模的学校，从单科型院校变成了多科型院校，从功能比较单一的学校变成了办学层次、类型和功能比较多样的学校。有的高校办学规模成倍地增长，这样不可避免地会有一个稀释效应，优质教育资源在外延式发展中被稀释了，学校整体的办学水平和质量在这种发展中是很难提高的。健康所系，性命相托，医学教育不仅要有质量底线，更要加强内涵建设，不断提高办学水平和教育质量，培养优秀的医疗卫生专业人才，为提高人民群众的健康水平和生活质量服务。

在高等教育发展进入普及化阶段后，医科院校办学环境将得到明显改善，注重内涵建设，优化学科专业结构，提升人才培养品质，增强学生在培养过程中的参与性和获得感，将成为学校人才培养的着力点。

3. “大健康”发展的需要。过去一讲到健康、医疗卫生，都是少数病人的事情，健康人群没有这一需求。新时代，健康的概念已经并正在发生变化，“大健康”理念已经深入人心、成为共识。“大健康”的概念扩大了医疗卫生事业的范围和人群，全民健康成为社会文明进步的重要标志。今天讲的“大健康”，几乎是所有人的健康问题。从出生开始，生老病死都有健康问题。现在讲优生得优、活得好、病得晚、走得好，“大健康”概念把我们每个人的一生都包括进去了。很显然，对于医学教育，对于医科院校的办学而言，有很多新的机会，传统的办学需要有所突破。“大健康”还带来了新的医疗空间的拓展、新的医疗卫生教育空间的拓展，包括要开办或开拓一些新的医学教育专业、新的学科专业方向或新的领域，培养能够适应“大健康”需求的医疗卫生人才。

4. 经济社会转型发展的需要。现在我国社会正在进入一个新旧动能转换的时代，创新驱动发展实质上就是整个经济社会的发展要由过去的依靠资源消耗、环境破坏等不可持续的发展方式，转变到一种高质量的、可持续的、绿色发展上来，



要使我国社会避免陷入所谓的“中等收入陷阱”。在一些拉丁美洲、亚洲国家和地区都出现了这个问题。按照国际统计数据，我国已经进入中等收入国家行列，我们如何才能跨过“中等收入陷阱”？转变发展方式，依靠科技、依靠更先进的技术实现新旧动能的转换，也就是由创新驱动发展，这是一条必由之路。

我国幅员辽阔，各地发展很不平衡，经济社会发展方式转换不可能在一两年完成，这是一项长期的任务，是一项与高等教育发展关系密切的任务。以高新技术为基础的医疗卫生产业发展，如医疗卫生装备制造业、中西医药品开发制造以及医学检验和诊疗技术研发等都与经济社会发展和新旧动能转换有密切关系，医学教育和医科院校在这些方面是可以有大作为的。

## 二、新时代医科院校的发展方向

新时代医科院校怎样才能把上述机遇转变为实实在在的发展实践？既需要改革也需要大胆的创新。教育部要求各级各类高校进行综合改革，表明高校改革已经进入复杂的矛盾交错阶段，单项改革已不足以带来推动学校实质性的转型升级发展，只有综合改革才能达到目的。高校要对改革进行整体设计，明确改革任务，分步实施，重点推进。全国有 2 600 多所普通高校，医科院校是其中的一部分。与其他院校相比，医科院校的转型升级发展有其特殊要求，需要尊重医科院校发展的需要。

1. 从教学型大学向教学研究型大学转型。在我国医科院校中，有的是教学研究型院校，有的是研究型院校，但主要还是教学型院校。部分医科院校的教学实验室，课程安排都做得很好，基础教学、临床教学都做了很好的安排。但是，一说研究与教学的关系、研究怎么支持教学？有些什么样的研究机构？研究所、研究中心在做些什么？正在做的研究与教学发生了什么联系？这些问题的答案就比较少了。在高等教育进入普及化阶段之前，在医疗卫生事业还不够发达、医疗卫生人才需求缺口很大的情况下，医科院校的主要任务是利用难得的办学资源培养人才。但在高等教育即将进入普及化的今天，医科院校应当尽快提高办学水平，加快转型升级发展，实现从教学型大学向教学研究型大学转型发展，这是第一个方向。



2. 从生物医学教育模式向生物-心理-社会-环境医学教育模式转型。传统的医学往往主要关注人什么部位、器官有病，把病治好就行。不管这个病是什么原因造成的，也不管以后会怎么样，先解决的是人最急迫的需要。所以，与满足人的这种健康需要相适应的医学教育主要是基于生物学的原理建立起来的生物医学教育模式。近期，出现了“新医科”的概念。“新医科”究竟新在哪里？前些年，一批医科院校有的被合并到综合大学去了，有的并入了理工科大学。最近又有一些高校在申报举办医学院，如何看待一些高校办医学院？第一，要看是什么样的高校在办；第二，要看是怎么办的。什么样的高校可以办医学院呢？这就涉及了医学人才培养的要求，这是必须要满足的。单纯地办一所医学院，在今天就不合适了，没有其他的学科来支持，只是依靠医学学科来培养人才，这是传统的办法，今天已经不合适了。如果是纯粹的理工科大学要办医学院，也不一定合适。第三，还要看它要办什么样的医科，如果是要培养一些与科技相关的医疗装备人才，理工科大学去办有优势；但如果要培养执业医师，就不一定合适，因为其学科基础条件达不到今天培养医师的要求。

在之前的高校合并中，一批综合性大学把医科大学或医学院合并进去了，由于有些高校合并的效果不太好，因此，有的人说这个合并错了，如果不合并，医科院校保持独立办学，能办得很好或者办得水平更高。我认为，这只是看到了事情的一个方面。合并后学校没有办好，不是合并本身的问题，而是学校行政管理上没有采取有效的措施和办法来促进融合造成的。为什么说应该合并呢？这就涉及医学教育模式转型问题。在现代医学教育模式转型上，美国是转得最彻底的。在 20 世纪以前，美国的医学教育模式与我国改革前差不多，医科院校大多都是独立办学。1906 年，美国一批教育专家对北美地区，包括美国和加拿大的所有医科院校进行了一次全面的大规模的调查研究。最后，他们于 1910 年提交了《美国和加拿大的医学教育：致卡内基基金会关于教育改革的报告》，其基本思想是当时人的健康需求已经不是单纯的医科大学和医学院办学所能满足的，必须走综合化的医学人才培养的道路。建议医科院校转型发展，要么与综合大学合并，要么自己综合化。医学教育模式要由生物医学教育模式转变为生物心理社会医学教育模式。也就是说，医生的培养，不只是一要教会他看器质性的病变，不只是一会治疗身



体器官的疾病，还要了解疾病产生的原因。其次，他还能安抚病人，要懂心理学。此外，他还能让病人治好了病之后，懂得保健、预防疾病。这就对医生的个体素质提出了新要求。这一要求只有在综合性大学里才能实现，综合性大学有学科基础，能够对医师的综合素质给予更好的培养。所以，医学教育模式转型成为美国 20 世纪初期高等教育转型发展的一项重要任务。现在，在美国 4 000 多所普通高校中，极少能够看到独立设置的医学院或医科大学，医学院基本都在综合性大学中。

医科人才的培养一般需要经过基础教育阶段和临床教育阶段。美国医学教育是在综合大学四年本科教育的基础上开展的，而四年本科教育与医学没有直接关系，主要是一般所说的通识教育。到了研究生教育阶段，开始培养医学人才，也就是培养医学硕士和博士。这就是说，在他们看来，作为一个医生，他需要接受扎实的、充分的基础学科教育，然后才能接受“Doctor”的培养和教育。这是美国的医学教育模式。

在我国，很多医科院校合并以后，学校还是把医科人才培养看成一个独立的学科教育，并没有很好地实现学校多学科教育资源的综合利用，没有利用学校的文科、理科教育资源更好地服务于医学教育，医学教育的基本模式没有转变。如果医学教育的基本模式不转变，尽管学校合并了，但医学院还是独立办学，人才培养就成为了一个问题。

3. 从传统的医学教育向“大健康”背景下的医学教育转型。有人说，21 世纪是人类追求健康的世纪，是人人享有保健的新时代，是人们更关心健康的时代。这些都与“大健康”相关，与医学教育相关。面对这样的时代背景，医科院校办学需要有什么变化？传统的医学教育我们是非常熟悉的，“大健康”背景下的医学教育有很多新的、可以探索的空间，包括开办一些新的医学教育领域，如整形康复医疗，人口老龄化和残疾人的医疗卫生保障，等等。新科技发展也可能促成新的医学教育领域出现，尤其表现在人工智能与医学的结合方面。总之，“大健康”为医学教育发展会带来很多新的机遇，医科院校可以有很多新的作为。面向“大健康”的医学教育是面向未来的，很多需求现在还处于萌芽之中，等到 10 年或 20 年以后，很多需求就可能是大规模的。如果现在开始未雨绸缪，在专业方



向设置、学科建设以及相关的研究方面提前布局，积极探索开拓，我们就可能赢得未来。

4. 从按部就班办学模式向战略管理办学模式转型。现在，经济社会发展要推进新旧动能转换。我认为，新旧动能转换有两层意思：一是整个社会经济产业发展需要实现新旧动能转换；二是高校发展有新旧动能转换的需要。高校要办出高水平、高质量，靠什么？有人说，办好学校就要有高水平人才，离不开更多的投资。所以，高校人事部门就到处挖人，学校领导到处去找资源。毫无疑问，这些都是重要的。但除此之外，我以为还有更重要的问题需要关注，这就是基本办学模式转型问题。我国高校办学要从根据上级指令、经验性、按部就班地办学转变到战略管理上来。由于文化和体制的原因，我国高校比较习惯于上级部门要求怎么办学就怎么办学，尽管这样不会有什么“风险”，但古今中外没有一所高校是根据上级部门统一要求办学而办成高水平大学的。

战略管理是对高校整体办学转型的要求。实行战略管理不只是对学校层面的要求，从学校的顶层设计和实施到二级院系办学，都要实行战略管理。战略管理是一种前瞻性地谋划和设计未来发展，是一种抓住发展机遇，采取重大行动，争取未来实现突破性发展的办学方式。从我国大多数高校的生命周期看，战略管理是这一个发展阶段最重要的改革举措。战略管理需要有战略规划，要有专门机构和团队来负责战略规划的编制与实施。

（作者：别敦荣，厦门大学高等教育发展研究中心主任，教育研究院院长、教授）（来源：《中国高教研究》2019 年第 4 期）





## 高等医学教育教学改革：演进与思考——基于历届国家级教学成果奖医学获奖情况的实证分析

摘要：

通过对 1989 年至 2018 年八届国家级教学成果奖医学领域的 342 个奖项分析发现，我国高等医学教育教学改革成绩显著，但也存在问题，如获奖主题对于预防医学与卫生学、素质教育、国际合作、继续教育等重要领域关注不足；单位合作完成的奖项数量较少；奖项地区分布不平衡等。基于此，未来高等医学教育改革应全面落实立德树人根本任务；加大预防医学和基层医学人才培养；健全医教协同及多方合作育人机制；不断强化全员继续医学教育；制定适应行业需求的人才评价标准；对中西部地区实施重点帮扶等。

国家级教学成果奖是我国教育教学的最高奖项，授予在教学工作中做出突出贡献、取得显著成果的集体和个人。截至目前，已进行八届。在以往文献中，有研究者从高等职业教育、教育信息化、理工学科、农林学科，以及某一届或几届教学成果奖的分布特征等角度展开分析，但迄今少见专门针对医学门类获奖情况分析的研究。为充分发挥国家级教学成果奖的导向作用，本研究基于八届国家级教学成果奖的全数据分析医学领域获奖情况，阶段性总结近 30 年我国高等医学教育教学改革的成就与趋势，发现问题，总结经验，提出建议，促进高等医学教育教学改革不断深化。

### 一、研究设计

本研究数据来源于原国家教委与教育部官网公布的历届国家级教学成果奖获奖项目名单。历届国家级教学成果奖共包括 1989 年、1993 年、1997 年、2001 年、2005 年、2009 年、2014 年、2018 年八届。国家级教学成果奖始于 1989 年，每 4 年评选一次。其中，1997 年合并了原国家教材奖，2014 年由高等教育领域扩展到教育全领域，即基础教育、职业教育、高等教育三大类分别进行评奖，2018 年首次接受来自香港、澳门的项目申报。本研究选取八届国家级教学成果奖获奖名单



中的医学项目，并将研究对象限定在普通本科院校，剔除职业院校获奖项目，共筛选出医学项目 342 项，占八届全部国家级教学成果奖的 8.83%。八届国家级教学成果奖获奖项目名单中的主要信息包括成果名称、完成单位、完成人，第一届国家级教学成果奖的奖项等级分为特等奖、优秀奖，其余七届均分为特等奖、一等奖、二等奖。本研究从这些信息入手，结合研究问题，完成对医学奖项等级分布、地区分布、覆盖程度、高校分布、合作情况、第一完成人、获奖主题等情况的分析。

## 二、高等医学教育教学成果奖统计结果分析

### （一）奖项等级分布

医学领域奖项等级分布见表 1，可以看出，医学特等奖、一等奖占全部领域特等奖、一等奖的比例大幅提升。从特等奖来看，1989 年特等奖总数 52 项，医学 3 项，仅占比 5.77%。近五届全部特等奖 11 项，医学 3 项，占比达 27.27%。进入 21 世纪后随着公众对医疗服务人员需求的递增，医学教育教学改革受到重视。从一等奖来看，2018 年医学一等奖占全部一等奖的比例达到历届最高，为 12.00%，说明近年我国高等医学教育教学质量得到提升

表 1 八届医学领域奖项等级分布情况

奖项等级	1989年		1993年		1997年		2001年		2005年		2009年		2014年		2018年	
	数量	比例/%	数量	比例/%	数量	比例/%	数量	比例/%	数量	比例/%	数量	比例/%	数量	比例/%	数量	比例/%
特等奖	3	5.77	0	0	0	0	1	50.00	0	0	1	50.00	1	50.00	0	0
一等奖	38	10.00	6	11.76	5	9.43	4	6.78	4	6.78	6	9.38	4	8.00	6	12.00
二等奖			29	9.29	26	7.07	38	8.76	44	8.19	48	8.21	40	10.00	38	9.50
总计	41	9.47	35	9.54	31	7.35	43	8.69	48	8.01	55	8.45	45	9.96	44	9.73

### （二）奖项地区分布

以第一完成单位进行统计，依据我国政府年度统计常用的划分办法，按地理位置划分为东部、中部、西部。医学领域奖项地区分布见表 2，可以看出，奖项地区分布极不平衡，东部地区占据绝对优势，占比持续保持在 55.00% 以上。中部地区与西部地区相比，除 1997 年、2001 年西部地区奖项总数多于中部地区外，中部地区奖项总数均多于或等于西部地区，这可能与世纪之交西部大开发战略的提出有关。但从近七届来看，西部地区特等奖和一等奖数量多于中部地区。1993



年至 2018 年东部地区特等奖和一等奖 28 项，中部地区 3 项，西部地区 7 项，面对东部繁荣和西部大开发的双面夹击，“中部塌陷”现象明显。

表 2 八届医学领域奖项地区分布情况

地区	奖项等级	1989年	1993年	1997年	2001年	2005年	2009年	2014年	2018年
东部	特等奖	2	0	0	0	0	1	1	0
	一等奖	23	5	3	2	3	4	3	6
	二等奖		15	17	22	24	28	21	23
	总计	25	20	20	24	27	33	25	29
	比例/%	60.98	57.14	64.52	55.81	56.25	60.00	55.56	65.91
中部	特等奖	1	0	0	0	0	0	0	0
	一等奖	8	0	0	2	0	0	1	0
	二等奖		9	3	6	15	11	12	9
	总计	9	9	3	8	15	11	13	9
	比例/%	21.95	25.72	9.68	18.61	31.25	20.00	28.89	20.45
西部	特等奖	0	0	0	1	0	0	0	0
	一等奖	7	1	2	0	1	2	0	0
	二等奖		5	6	10	5	9	7	6
	总计	7	6	8	11	6	11	7	6
	比例/%	17.07	17.14	25.80	25.58	12.50	20.00	15.55	13.64

此外，同一地区内部省份之间的奖项分布也不平衡，东部地区奖项主要集中于北京、上海、广东、江苏、辽宁，中部地区主要集中于黑龙江、湖北、湖南，西部地区主要集中于四川、陕西、重庆，这 11 个省市占奖项总数的 73.10%。

### （三）奖项覆盖程度

342 项医学奖项共覆盖 113 所高校，剔除改名、合并高校，共计 83 所，覆盖程度为 24.27%。具体来看，八届医学领域奖项覆盖的高校数量分别为 36 所（覆盖率 87.80%）、28 所（覆盖率 80.00%）、26 所（覆盖率 83.87%）、36 所（覆盖率 83.72%）、28 所（覆盖率 58.33%）、41 所（覆盖率 74.55%）、40 所（覆盖率 88.89%）、39 所（覆盖率 88.64%）。其中，第五届奖项覆盖程度最低，除第五、第六届外，各届奖项覆盖程度均达到 80% 以上。

### （四）完成单位分布



以第一完成单位进行统计，对 342 项医学项目完成高校的类别、层次进行分析。

1. 从高校类别来看，我国高等医学教育集中在综合性大学的医学院（部）、独立建制的医药院校、为部队培养卫生技术人才的军医大学。医学领域奖项不同类别高校分布见表 3，可以看出，医药院校在获奖数量上占据绝对优势，八届国家级教学成果奖医药院校 241 项，占比达 70.47%。但是，医药院校特等奖和一等奖获奖率表现较差。近五届医学领域特等奖和一等奖获奖情况是综合性大学 9 项，占综合性大学全部奖项的 12.00%，医药院校 15 项，占其全部奖项的 10.64%，军医大学 3 项，占其全部奖项的 15.79%，军医大学和综合性大学特等奖和一等奖获奖率均高于医药院校。

表 3 八届医学领域奖项不同类别高校分布情况

高校类别	奖项等级	1989年	1993年	1997年	2001年	2005年	2009年	2014年	2018年
综合性大学	特等奖	0	0	0	0	0	0	1	0
	一等奖	0	0	0	1	2	1	2	2
	二等奖		0	0	9	19	14	11	13
	总计	0	0	0	10	21	15	14	15
医药院校	特等奖	3	0	0	0	0	1	0	0
	一等奖	36	5	4	3	2	3	2	4
	二等奖		28	24	25	20	31	26	24
	总计	39	33	28	28	22	35	28	28
军医大学	特等奖	0	0	0	1	0	0	0	0
	一等奖	2	1	1	0	0	2	0	0
	二等奖		1	2	4	5	3	3	1
	总计	2	2	3	5	5	5	3	1

2. 从高校层次来看，本研究包括“985 工程”高校、“211 工程”高校、“双一流”建设高校和普通本科院校。医学领域奖项不同层次高校分布见表 4。2001 年至 2014 年医学领域所有奖项与一等奖分布表现一致，即普通本科院校获奖最多，其次是“985 工程”高校，“211 工程”高校获奖最少。2018 年医学领域所有奖项普通本科院校获奖最多，其次为一流学科建设高校。但从一等奖分布来看，一流学科建设高校获奖最多，普通本科院校最少，可见，一流学科建设高校成为



高水平教学成果奖的获奖主体。

表 4 近五届医学领域奖项不同层次高校分布情况

年份	高校层次	特等奖	一等奖	二等奖	总计	比例/%
2001 年	“985 工程”高校	0	1	10	11	25.58
	“211 工程”高校	1	1	4	6	13.95
	普通本科院校	0	2	24	26	60.47
2005 年	“985 工程”高校	0	2	17	19	39.58
	“211 工程”高校	0	1	6	7	14.58
	普通本科院校	0	1	21	22	45.83
2009 年	“985 工程”高校	0	1	10	11	20.00
	“211 工程”高校	0	3	5	8	14.55
	普通本科院校	1	2	33	36	65.45
2014 年	“985 工程”高校	1	1	11	13	28.89
	“211 工程”高校	0	0	6	6	13.33
	普通本科院校	0	3	23	26	57.78
2018 年	一流大学建设高校	0	2	9	11	25.00
	一流学科建设高校	0	4	8	12	27.27
	普通本科院校	0	0	21	21	47.73

### (五) 合作情况分析

以完成单位和完成人两个维度进行分析，医学领域奖项合作情况见表 5。

表 5 八届医学领域奖项合作情况

类目	形式	1989 年	1993 年	1997 年	2001 年	2005 年	2009 年	2014 年	2018 年	合计	比例/%
单位合作	独立	41	35	30	39	44	50	44	41	324	94.74
	合作	0	0	1	4	4	5	1	3	18	5.26
人员合作	1	11	2	2	0	0	0	0	0	15	4.39
	2~3	30	6	1	2	1	0	0	0	40	11.70
	4~5	0	27	28	40	45	29	7	3	179	52.34
	6~7	0	0	0	1	1	3	11	1	17	4.97
	8~9	0	0	0	0	1	6	7	9	23	6.72
	10 $\geq$	0	0	0	0	0	0	17	20	31	68

注：个别获奖项目完成人和完成单位出现“等”，本研究仅统计出现姓名和单位名称的数量。

1. 从单位合作来看，医学奖项呈现由 1 个单位独立申报向多个单位合作申报演变的趋势。但单位独立申报仍是主要完成方式，占比持续保持在 90.00% 以上，单位合作申报的奖项较少，共计 18 项。其中，特等奖 1 项，一等奖 3 项，二等奖 14 项；2~3 个单位合作 12 项，4~6 个单位合作 5 项，21 个单位合作 1 项；校校合



作 14 项，校医（医院）合作 1 项，校政（卫生局/厅）合作 1 项，校政医合作 1 项，校企（企业）会（学会）合作 1 项。

2. 从人员合作来看，团队合作对于高等医学教育教学成果奖的培育至关重要，1 人独立完成的奖项全部集中在前三届，且仅占全部奖项的 4.39%。医学成果奖的培育不仅重视团队合作，并表现出合作人数逐渐递增的趋势。1989 年以 2~3 人合作为主，1993 年至 2009 年演变为 4~5 人合作为主，2014 年、2018 年以 10 人及以上合作为主。合作人数最多的奖项出现在 2018 年，达 22 人。此外，2018 年还首次出现国际人员参与合作的情况（仅 1 项）。

### （六）第一完成人分析

第一完成人是成果培育的“掌舵人”，对于方案整体设计、组织实施有着主要贡献。医学领域奖项第一完成人职务分布见表 6，可以看出，学校（副）校长、党委（副）书记占比最高，为 54.04%，其次为二级学院或附属医院的（副）院长、党委（副）书记及系（副）主任，无行政职务的专业教师占比最低，仅为 4.68%。可见，医学领域教学成果普遍是领导带领组织开展，“挑大梁”的一线专业教师较少。此外，有 4 人作为第一完成人近五届共获奖三次，校领导 3 人，学院领导 1 人；有 25 人作为第一完成人近五届共获奖两次，校领导 17 人，学院领导 8 人。

表 6 近五届医学领域奖项第一完成人职务分布情况

职务	2001 年	2005 年	2009 年	2014 年	2018 年	合计	比例/%
校领导	20	25	39	18	25	127	54.04
院系领导	8	16	12	21	16	73	31.06
职能部门领导	9	6	2	5	2	24	10.21
无行政职务	6	1	2	1	1	11	4.68

注：统计过程中包括已卸任领导，身兼多职者以第一职务为准，不重复计算。

### 三、高等医学教育教学成果奖获奖主题分析

#### （一）获奖主题类型

医学领域获奖主题类型分布见表 7，主要涉及 9 个方面：人才培养模式、课程建设与教材、教学模式改革、学科与专业建设、实践教学体系、教育制度与教育管理、教学平台与基地建设、信息技术与教学融合、素质教育。其中，“人才



培养模式”主要集中于近三届，“课程建设与教材”近五届呈现逐年递减的趋势，他们名列前二，受到普遍关注；“实践教学体系”“教学平台与基地建设”作为培养学生临床实践能力的关键，也备受重视；“素质教育”排在最末，且集中于近五届。21 世纪后培养医学生高尚的医德修养开始受到关注，但其重视程度尚待提升。除此之外，对于“教师发展”“国际合作”“继续教育”的关注较少。

表 7 八届医学领域获奖主题类型分布情况

类型	1989年	1993年	1997年	2001年	2005年	2009年	2014年	2018年	合计
人才培养模式	4	4	6	6	7	21	20	20	88
课程建设与教材	10	5	8	20	10	9	2	4	68
教学模式改革	10	8	2	5	11	4	5	3	48
学科与专业建设	7	4	5	1	4	4	2	3	30
实践教学体系	4	3	2	1	3	5	6	5	29
教育制度与教育管理	2	5	4	1	2	6	2	2	24
教学平台与基地建设	1	1	1	2	5	2	3	1	16
信息技术与教学融合	1	2	1	5	2	3	0	2	16
素质教育	0	0	0	1	3	1	2	3	10

注：教师发展(3项)国际合作(2项)继续教育(2项)其他(6项)未列入表中。

## (二) 获奖项目涉及的主要内容

医学领域获奖项目涉及的主要内容分布见表 8，包括 10 个方面：医学大类、中医学与中药学、临床医学、基础医学、预防医学与卫生学、药学、医学技术、口腔医学、护理学、特种医学。其中，“医学大类”是所有医学门类的统称，获奖最多；“中医学与中药学”历史悠久、底蕴丰富，极富中国特色，紧随其后；其次是现代医学的三大主要学科分支：“临床医学”“基础医学”“预防医学与卫生学”，它们受到高校的普遍关注，但“预防医学与卫生学”与其他两个相比其重视程度尚待提升。



表 8 八届医学领域获奖项目涉及的主要内容分布情况

内容	1989年	1993年	1997年	2001年	2005年	2009年	2014年	2018年	合计
医学大类	17	15	13	7	15	17	12	16	112
中医学与中药学	5	4	4	9	6	12	9	12	61
临床医学	4	4	4	7	5	10	12	5	51
基础医学	11	5	5	7	9	5	3	1	46
预防医学与卫生学	1	4	1	3	4	0	3	2	18
药学	1	1	1	4	4	2	1	3	17
医学技术	1	1	1	2	0	3	1	2	11
口腔医学	1	1	1	1	1	2	1	2	10
护理学	0	0	0	2	2	2	1	1	8
特种医学	0	0	1	1	2	2	2	0	8

注:依据《学位授予和人才培养学科目录》(2018年4月更新)进行分类。

### (三) 获奖项目关注的热点

1. 临床实践教学改革。医学是一门社会实践性极强的学科,实践教学是人才培养的关键一环。20世纪中期,以问题为基础(PBL)的国际第二代医学教育改革开始,强调早临床、多临床、反复临床的实践教学受到重视。中国药科大学开展“药学综合实践教学新体系的构建与实施”,通过拓展多种实践方式,如综合一体的实验教学、模拟药房和车间实训、开放实验室等,构建“课堂内外-校内外-国内外”三层次的实践活动,并建立以创新能力培养为导向的学生实践能力考核机制,形成了综合实践、自主选择、多元结构的药学实践教学新体系,在全国得以推广。

2. 卓越人才和拔尖创新人才培养。近两届医学领域有11项成果名称涉及“拔尖(创新)人才”“卓越人才”。医学人才是卫生事业发展的第一资源,我国实施卓越医生教育培养计划从1.0到2.0,旨在培养一批高层次、国际化的拔尖创新人才。上海交通大学开展“夯实医教协同,综合性大学‘有灵魂的卓越医学创新人才培养体系’构建与实践”,该体系遵循人文通识教育与医学教育结合、临床与基础医学教育结合、科研训练与医学实践结合的“三结合”原则,落实接触临床前移、医学问题前移、科研训练前移的“三前移”措施,培养的医学毕业生近3年70.00%以上就业于三级医院。

3. 以胜任力为导向的医学教育。近两届医学领域有7项成果名称涉及“胜任力”,基于岗位胜任力的变革是国际第三代医学教育改革的重点。华中科技大学



开展“以核心胜任力为导向，预防医学人才培养模式的创新与实践”，以“三提前”（提前动员、教育、规划）培养学生“追求卓越与促进健康的精神动力”；以“四结合”（社会实践与人文素质、综合实验与专业课程、毕业设计与课程研究、现场实践与校内教学）提升学生“综合实践与组织协调的执行力”；以“五强化”（教师专业引领、科研资源转化、学生国际视野、自主学习、学生综合创新素养）培育学生“预防医学理论与实践的创新潜质”，凝练三大核心胜任力。

4. 医学教育标准。近三届医学领域有 7 项成果名称涉及“教育标准”。“加快构建标准化、规范化医学人才培养体系”是贯彻深化医教协同文件精神的重要内容。医学教育标准也是保障医学人才培养质量、增强医学人才国际竞争力的关键。北京大学开展“我国本科医学教育标准的修订及临床医学专业认证制度的实施与完善”，通过参照世界医学教育联合会 2012 年版《全球医学教育基本标准》，对 2008 版中国《本科医学教育标准-临床医学专业（试行）》进行完善，形成了《本科医学教育标准-临床医学专业（2016 版）》，填补了我国百余年来现代医学教育缺乏标准指导的空白。

## 四、结论与思考

### （一）结论

国家级教学成果奖是国家在教学研究和实践领域中颁授的最高奖项，它既体现了各学科领域当下的教学水平与改革进展情况，同时也对学校的教育教学改革具有很强的引领和示范作用。认真分析教学成果奖获奖情况，管中窥豹反思教育教学改革中的现实问题，对深化医学教育教学改革，提升人才培养质量具有积极意义。

从取得的成绩来看，一是医学特等奖、一等奖占全部特等奖、一等奖的比例大幅提升，展示出新时代医学教育从规模扩大，走向质量提升，迈向实力增强的发展态势。二是医学奖项完成人以多人合作为主，并呈现出人数逐年递增的趋势，反映出教师团队协作合作育人的意识不断增强。三是从医学奖项研究主题重点、热点，折射出医学教育教学改革具有鲜明的先进性、科学性、实践性和创新性等特征，同时回应人民健康重大关切，与党和国家实施的重大政策高度一致，且紧



跟国际高等医学教育发展趋势。从存在的问题来看，一是高等医学教育教学成果奖获奖主题对于一些重要领域关注不足，如预防医学与卫生学、素质教育、国际合作、继续教育、教师发展等内容；二是高校对于外部资源的重视不足，医学领域奖项以单位独立完成为主，单位合作完成较少，国际合作更少；三是第一完成人行政职务普遍偏高，无行政职务的一线专业教师作为第一完成人的参与率较低；四是医学领域奖项地区分布极不平衡，东部地区占据绝对优势。

## （二）若干思考

从实施健康中国战略、建设教育强国出发，本研究基于国家级教学成果奖医学获奖的实证分析结果，结合已有文献，审视医学教育改革和人才培养，思考如下。

1. 医学教学改革要全面落实立德树人根本任务，培养德医双馨的合格人才。医生从事的工作关乎人民的生命与健康，必然要接受高质量、精英式的专业教育，掌握医学理论知识、培养临床实践技能；同时，医生服务的对象又是复杂的具有生物、心理和社会属性的人，决定了其除治疗疾病外，还需具备丰富的人文素养、高尚的医者情怀、掌握医患沟通技巧等。医生职业的特性体现了高等医学教育兼具双重属性，其中传统的生理科学属性由来已久，而人文与社会属性是随着人们对于疾病与健康认知的改变、生物医学模式转向“生物-心理-社会”医学模式才逐渐凸显。党的十九大报告强调“落实立德树人根本任务，发展素质教育”，为培养德医双馨的合格人才指明了方向。但是，“素质教育”相关主题内容在医学领域获奖主题类型分布中排在最末，一定程度上反映出高校对其重视依然不足。未来高等医学教育改革应将思想政治教育和医学职业素养教育贯穿人才培养全过程。如构建系统的课程体系，开设医学心理学、医学伦理学等相应课程；将人道主义精神贯穿临床教学全过程，唤醒学生的生命体验意识；定期开展医患纠纷防患专题讲座等校园活动，着力培育精于专业且诚于品德的德医双馨的合格人才。

2. 服务人民健康需求，加大预防医学和基层医学人才培养。人民健康不仅是对美好生活向往的基本需求，也是民族昌盛和国家富强的重要标志。合理的医学人才结构是全周期全过程维护人民健康的保障与基础。但随着医药院校并入综合



性大学以及“双一流”政策导向，我国医学人才培养越来越重视所谓的高精尖，预防医学、公共卫生、基层全科医学人才培养重视不足。统计结果显示，预防医学与卫生学仅占医学全部教学成果奖的 5.26%，低于临床医学和基础医学；八届医学领域仅有 10 项成果名称涉及“社区”“农村”“全科”，以及此次疫情暴露出的预防不到位等一系列问题也反映了我国各类医学人才培养缺乏系统规划。未来高等医学教育改革应重“治”也重“防”，重“专”也重“全”。一是从国家层面提升对预防医学和公共卫生类人才培养的重视程度，合理布局专业点及人才结构，加大预防医学与卫生学人才培养，如在“双一流”建设高校设立高质量的公共卫生学院。2020 年 4 月初，清华大学成立万科公共卫生与健康学院，就是要培养文理医工结合的公共卫生复合型人才。二是加大基层全科医学人才培养力度，通过住院医师规范化培训、助理全科医生培训、转岗培训等多种途径，培养一大批服务基层的下得去、用得上、留得住的实用型全科医生。

3. 完善人才培养体系，健全医教协同及多方合作育人机制。完善医学人才培养体系是一项复杂的系统工程，需要建立健全以医教协同为主体的跨学科、跨部门、跨地区多方合作育人机制，整合校内外优势资源，它既涉及办学机制，也涉及人才培养机制。其中，高校与附属医院的关系一直是高等医学教育改革关注的话题，两者合作有利于共建实践教学基地、教学内容对接岗位需求等，从而实现“岗位胜任力”为导向的医学人才培养目标。但高校和附属医院是两个独立的社会组织，目标、体制、利益各异，导致其合作存在很多障碍。有学者指出，当前我国高校与（直属\非直属）附属医院、教学医院、实习医院，医教不协同、各行其是的弊端依然突出。未来高等医学教育改革应进一步完善医学教育管理体制机制，夯实高校附属医院医学人才培养主阵地，强化附属医院人才培养的教学职能。如双方共同确定培养目标，共同开发使用教学资源，共同开展人才培养质量评价等。此外，统计结果显示，单位合作培育的医学教学成果较少，国际合作更少。对此，高校应拓宽国际合作，积极探索中外合作办学、国际交流项目等多种方式培养学生的国际意识与能力；独立建制的医药院校还应通过校校合作以克服学科单一、资源不足的局面等。



4. 完善终身教育体系，不断强化全员继续医学教育。高等医学教育是院校教育、毕业后教育、继续教育三阶段有机衔接的终身连续教育体系。继续教育是最后的、时间最久的阶段，以自学为主要学习方式，旨在通过更新知识、理论、技能、方法等使医学人才整个职业生涯均保持“医乃仁术”的人文素养、“精于专业”的业务水准，并不断适应医疗技术的发展和人民群众对于卫生需求的变化。目前我国继续教育制度已初步建立、覆盖率正在提升、形式多样，但也存在质量参差不齐、缺乏宏观管理与规范、评价制度不健全等问题。另外，高校对于继续教育的关注也严重不足，未来高等医学教育改革应针对各级各类医学人才不同需求，强化全员继续教育。一是教学内容坚持理论与实践相结合、注重前沿知识；二是建设专业覆盖广泛、区域布局合理、满足培训需求的教学基地；三是充分利用“互联网+”学习模式，共享优质教学资源；四是将继续医学教育是否合格与医疗工作者日常考核、职务评定等相衔接。

5. 制定适应行业特点的各类医学人才评价标准。医生是一项通用性较强的国际化职业，目前国际上有代表性的医学教育标准有全球医学教育最低基本要求（GMER）、世界医学教育联合会国际标准（WFME）等。另外，国际医学教育的三代改革也反映了医学人才评价标准侧重点的变化，从掌握系统性、基础性、完整性、循序渐进的学科专业知识，到不受专业限制能够解决临床治疗中现实问题的能力培养，再到强调人文素养以患者为中心，岗位胜任力为导向的服务能力。统计结果显示，教育标准、岗位胜任力均是近些年医学领域获奖项目关注的热点。由于现代医学教育学科跨度大、种类繁多，未来高等医学教育改革应探索制定具有中国特色、国际实质等效，以及“因科制宜”的不同评价标准，以适应各类医学人才评价的需要。

6. 对中西部地区实施重点帮扶，促进区域医学教育协调发展。我国高等教育长期存在东强西弱的问题，医学教育同样如此。未来高等医学教育改革应对中西部地区实施重点帮扶。一是加大对中西部地区医学院校的政策和资金支持力度，如实施中西部免费医学生招生计划、加强中西部医学院校基础设施建设等；二是发挥高水平医学院校的辐射带动作用，如组团式帮扶中西部地区医学教育工作；



三是通过专家支援、骨干进修、适宜医疗技术推广等多种形式，提升中西部地区医护人员的医疗卫生服务能力。



（作者：宋晓欣，北京航空航天大学高等教育研究院博士研究生；唐雯，通讯作者，北京大学第三医院副教授、主任医师）

（来源：《中国高教研究》2020 年第 5 期第 71-77 页）

## 把素质教育融入医学人才培养全过程

### 【知与行】

医学人文素质是医学的灵魂，也是卫生与健康事业发展的核心力量源泉。因此，必须要因应新时代，转变传统模式，丰富和发展新时代的医学人文素质教育，通过医学人文素质教育贯穿医学人才培养全过程来实现育人目标。

### 医学人文素质教育还有不足

目前，国内医学课程普遍存在着通识教育、基础医学和临床医学三段式分割的局面，导致医学院校普遍重专业轻通识，缺乏人文素质教育氛围。从传统医学教育模式的效果看，人文素质教育与专业知识教学存在断裂，直接造成了医学教育体系不完整、不连贯，甚至导致学生职业生涯中的价值缺失。

重专业轻素养。长期以来，我国医学课程偏重专业化，医学人文素质教育整



体起步较晚，且以往的医学人文素质课程缺乏系统设计。从学科建设看，我国医学人文学虽有一定发展，但医学人文学的学科归属与划分尚未确定，缺乏从战略的高度进行学科建设的规划。从课程设置看，一些医学院校的医学人文课程开设不足，主要集中在《医学伦理学》《医学心理学》《人际沟通与技巧》《卫生法学》4 门医学人文必修课程，人文医学课程建设缺乏整体规划，未能较好地融入医学生培养整体目标中，课程开设存在一定的随意性；同时，医学人文课程的教学时间安排也不够合理，在教学内容、教学方式和教学成果上，较之医学专业课程缺乏吸引力，难以贴近医学职业素养的现实需求，整体上缺乏系统化的课程体系设计。

重课堂轻实践。一方面，医学院校把更多的时间和精力放到了医学专业知识和专业技术的培养上，医学生人文素质教育的感知体验活动较少，特别是缺乏除主课堂以外的其他体验途径，导致医学人文素质教育长期收效甚微。另一方面，医学人文素质教育借助第一课堂的形式，在教学内容上偏重于概念、理论的讲授，而教学方式不能将医学人文素质课程内容贴近医学职业素养，缺乏实践和体验，未形成有计划、有目标的完整的实践体系，从而使医学人文素质教育在专业课堂与实践锻炼中呈现出“碎片化”结构，很难形成合力。

医教不协同，未将医学人文素质教育融入校园整体文化建设。目前，医学院校均开展校内外人文素质教育活动，但力度、广度和深度还不够。首先，医学人文素质教育融入校园文化中，缺乏系统的设计规划，良好的文化教育氛围未能形成。其次，在校外社会实践活动方面，虽然有暑期“三下乡”社会实践活动作为依托，但往往由团委教师、辅导员（非医学专业）带队较多，缺乏专业教师的指导和引领，学生社会实践也仅停留在较为表层的感性认知上，缺乏进一步的专业化理解。再次，缺乏政府、社会组织的合作，单方面从院校方面做医学人文素质教育实践活动，社会宣传和关注度不高，长期的实效性难以保障。

### 建构医学人文素质教育的特色培养体系

要解决医学人文素质教育难以从理念到课程再到社会实践进行整体设计这一难题，就有必要自主建构医学人文素质教育特色培养体系，对医学人文课程进行



系统规划与顶层设计，打造全员、全人、全面、全方位、全周期相互贯穿的课程体系。

（一）全景式布局。提升对医学人文素质教育的认识与理念。“全景式”布局，将医学人文素质教育与社会主义理论体系相衔接，把医学人文素质知识与“健康中国”发展战略相对接，把以德树人、文化育人的社会主义核心价值观融入医学人文素质教育的课程体系，把实现健康中国的战略目标充分体现在医学教育的整体规划设计中，建立“全景式”人才培养目标体系，整体布局、分项规划、交叉渗透，以此打牢基础，从而培养社会急需、德才兼备的高素质医学专门人才。

（二）序贯式展开。打造医学人文课程与专业课程、社会实践相融合的创新路径。把医学人文素质教育贯穿到医学人才培养的全过程。在“大教育”体系框架下，将基础课中贯穿医德与人文教育，把专业课与人文社会实践相结合，促进医学科学精神与人文精神的融通和共建。在专业课程与人文课程融合过程中，积极运用鲜活的实例，发挥专业课程对学生人文素质养成的潜移默化作用；在组织管理上，做好组织引导，鼓励医学生在实践中提高人际沟通能力、自我管理能力和构建富含医学人文内容的校园氛围，通过医学院校独有的文化精神对大学生进行医学人文素质教育，通过校园文化，潜移默化地实现文化育人。

（三）过程性评价，建立医学人文素质教育评估体系。一是加强对教材、教案内容的评估，使医学人文素质教育不再是理论上的空谈，而是落实到教案中。二是落实对教师的医学人文意识与医学人文教学能力的评估，从而提高人文教育的实效性，并把这方面的工作业绩与专业教师的聘任、晋升、评优等结合起来。三是增强对课堂教学过程的评估。重点评估教师在教学过程中是否结合本课程进行了有效的医学人文素质教育，这种教学效果是否得到了学生的认可等。四是对医学生的人文素质储备进行测试。通过设置一些具有情景的人文题目，既有利于了解学生人文素质的基本情况，也便于解决医学人文素养考核的问题，最终形成有效的医学生人文素养评价指标体系。

推动医学人文素质教育是一个长期的过程，需要国家、社会、学校和学生的共同努力。今天，加强医学生的人文素质教育，造就高素质的医疗卫生人才，是高等医学教育的重要任务。通过不断更新医学人文素质教育的理念，提升教师的



人文素质，改进人文素质教学方法，形成全员育人、全过程育人的良好氛围，就一定能够培养出德才兼备、医德高尚、担当新时代重任的高素质医学人才。

（作者：吕一军，系温州医科大学副校长）

（来源：《光明日报》2019 年 07 月 23 日）

## • 高教之道 •

### “应试”评估不是学科建设的全部

#### 【思想汇】

编者按

自推进建设世界一流大学和一流学科以来，学科建设已经成为建设世界一流大学的重要抓手。尤其是第四轮学科评估结束之后，以学科评估结果配置资源，成了各级教育管理部门和高校推进“双一流”建设的切入点。学科建设受到前所未有的重视，学科评估牵动起高校方方面面的神经，深刻影响了高校的办学行为和工作重点。然而，学科到底是什么？学科评估究竟应该评什么？学科评估如何引领高校办学的价值取向？对于这些问题，作者认为这既是理论问题，也是政策问题，更是一个实践问题。回答好这些问题，既涉及“双一流”建设目标的顺利实现，也涉及学科评估能否持续发展，更涉及深层次的高等教育内涵建设和学术生态等一系列重大问题。

#### 1. 大学为什么会存在学科

学科评估评什么？这首先涉及学科是什么，或者说大学为什么会存在学科？



任何事物的存在都有特定的价值、属性和功能，学科也不例外。从不同视角看，对学科有着不同的理解。其一，学科是关于知识的分类。大学作为研究高深学问的场所，基于探索真理的需要，必然要对知识进行不同程度的分类，这是学科存在的逻辑起点。其二，学科是学者研究领域的分类。大学中不同学者群体为了研究需要，形成了有一定差异性的研究对象、研究方法以及研究范式，并以各自所认同的学术语言传播、交流学术研究成果，促使学者研究领域出现了多样化的类型划分，这就构成了学科的外在活动形式。其三，学科是高校学术组织的分类。一方面，基于知识分类和学者探求真理的需要，同一学者群体之间的不同学者，总是以这样或那样的方式与其他学者发生联系，从而形成了相对稳定的正式或非正式的群体组织，学科由此变成了大学内部的组织分类。另一方面，作为传播知识的场所，大学为了知识传承，也需要分门别类进行授业，由此形成了大学分科（专业）进行人才培养。其四，学科是高校资源配置方式。任何研究活动都需要消耗资源，但资源的稀缺性与研究活动对资源需求无限性的矛盾，要求高校必须依托学科组织，集中有限资源开展最为有意义的研究活动。由此，学科演变成一种配置人、财、物等资源的基本方式。其五，学科是大学的管理手段。基于以上多方面的需要，高校很容易把学科作为一种管理手段，并以学科为抓手开展学科规划、学科建设以及学科评估等活动。在这一过程中，学科从最初的知识分类功能进一步拓展为兼具行政管理职能。尤其是随着各种学科排行榜的兴起，学科管理功能进一步被扩大，并固化了学科组织性、工具性的管理特性。

由此可见，大学之所以存在学科，本质是大学研究高深学问的需要。学科是学者发现、传播知识这一活动而形成的“集合体”。在该“集合体”中，学者构成了这一学术活动的主体，发现和传承知识是学科的核心学术活动，也构成了学科的本体功能。资源配置与管理是维系学科活动的保障，也构成了学科的衍生功能。

## 2. 为什么评估大学学科

从我国学科建设的历程看，在早期学科建设中，由于学术水平相对落后，大



学需要一种相对稳定的学科组织体系，以便集中优势资源开展学术研究，并为未来的学术创新进行原始积累。特别是在资源相对有限的条件下，通过学科评估选择部分学科进行重点建设就成了学科发展的重要策略。同时，学科评估也满足了不同利益相关者对学科建设的期待和需求：政府可以了解高校的办学效益和水平，为制定教育政策提供依据。高校可以了解学科发展水平和存在问题，以及下一步改进方向。社会民众可以了解不同高校的学科优势和专业优势，为学生报考学校、选择专业提供参考。也正是基于上述原因，尽管学科评估有缺陷，但在社会上还是有较强的公信力和影响力，这又反过来推动政府和高校把它当成资源配置的抓手。

学科评估应当包括在多大程度上提升了科学研究水平和人才培养质量。这种评估应当包括两个方面：一是学术活动（包括科学研究和人才培养）是否满足了社会需要？在多大程度上满足了社会需要？二是学科是否适应或促进了学术创新活动的需求，包括学科资源配置机制、学术创新活动的组织方式以及学术组织关系等等。但是，由于学术创新活动的复杂性和不确定性，要全面综合地评估上述两个方面非常困难。在现实中，往往只能选择部分可测量、可操作的选项。在这种过程中，就不可避免地涉及评估观测点的取舍问题。这种选择主要包括两个层次。其一，就学术活动本身，涉及科学研究与人才培养两个选项：前者易以经费、项目、论文、专著来衡量，具有显性的表现方式，往往比较易于评价；而后者由于人才培养质量和水平难于量化，具有隐性和滞后的特点，故难以评价，这也是一个世界性的高等教育难题。其二，就学科组织关系而言，涉及学者、资源、资源配置机制、学术创新活动组织方式的选择。同样，由于学科生产关系难于考察和评价，学科评估往往选择易于观测的师资队伍、办学硬件条件、科研平台数量等静态要素指标，而放弃了动态关系指标的考察。所以，学科评估本身并不是十全十美的，只是在一定程度上反映了学科建设水平，但不是全部。

### 3. 陷入“应试”的大学学科建设

当下的学科评估没有反映学科建设的全部内涵，分析其原因，既与高校学科



发展成熟度和对学科的理解有关，也与学科评估的技术方法有关，更与评估的价值取向有关，而首要问题是评估价值取向的选择。尽管这不是学科评估的初衷，但在政策执行过程中，高校在学科建设过程中有意或无意地陷入“应试”的泥潭，依据评估指标体系而不是遵循学科发展规律，已经成为高校学科建设的路径依赖。

由此，科学研究在大学也就成为学科建设的代名词，科研水平成了学科建设水平的标志，科研成果尤其是大学排行榜上的位次，成了学科建设的 GDP。“双一流”建设的提出，大学建设开始下移到学科层面，这是一个重大进步，但也出现了新问题。例如，在“一流学科”建设过程中，相关部门和高校把学科评估结果与各种利益绑定在一起，不同程度上绑架了学科建设导向，带来了大量的短视和功利行为：一是“抢帽子”，为了短时间内学科排名上升，互挖墙脚，助长了高校间人才大战，破坏了高校学术生态。二是“揭盖子”，评估间隔时间短，动不动就想揭锅盖子，看看饭煮熟了没有，不利于高校静下心来进行长远的学科规划和思考。三是“挂牌子”，高校热衷于各种基地、平台、研究中心建设，而对于学科内在组织运行机制建设缺乏足够的关注和深入研究。四是“扎笼子”，学科评估强化不同学科间的领地保护意识，筑高学科藩篱，固化学科行政壁垒。五是“铺摊子”，学科评估的拼体量、拼数量做法，推动高校把主要精力放在争取博士生、硕士生指标等数量和规模的追求，忽视人才培养过程的育人质量。六是“丢卒子”，部分高校为取得“优异”成绩，舍卒保车，甚至不得不忍痛割去了原有的特色学科。七是“错位子”，学科评估过程的科研硬指标和人才培养的软指标，强化了高校重科研轻教学、重学术轻育人趋向。

需要承认，科研成果是呈现学科实力的表现形式，但并不是学科建设的全部，更不是学科建设的唯一标准，尤其不是高等教育的内涵。因为从大学发展的源头来看，人才培养是大学的第一产品，即拳头产品；科学研究是大学的第二产品，是大学发展的衍生品，是为了支撑大学人才培养而存在的。离开了人才培养的科学研究，大学的学科就成了无源之水和无本之木，也就虚化了学科建设内容。尽管在第四轮学科评估中增加了人才培养指标权重，但由于人才培养难于量化评价，科研导向的趋向没有得到实质性改观。

参加过国内“双一流”大学本科评估的芝加哥大学副校长埃里克·艾萨克说：



“我相信中国研究型大学的科研实力在国际各种排名榜上会持续上升，但中国大学的人才培养和科学研究不同步。当研究型大学的科学研究水平达到一定程度时，人才培养就将成为大学的核心竞争力。中国的一流大学似乎还没有感受和认识到人才培养的压力，没有深刻体会到人才培养的重要性，以及人才培养会给学科建设带来哪些好处。中国大学的硬件建设已经是世界一流，但在人才培养上还有很大差距。虽然许多大学都在强调厚基础、宽口径、跨学科、国际化的人才培养理念，但在评估过程中无法看到有效的做法。”

#### 4. 人才培养成为学科建设的短板

大学的存在，是源于人才培养，是基于人才培养，是着眼于人才培养，并不是基于学科和科研。脱离了人才培养的学科建设，不是真正的学科建设。否则，高校的学科建设就无法区别于科研机构。但是，在学科评估指标中，人才培养指标一直是软性指标。其原因如前所述，是由于人才培养指标难以量化。因此，无论人才培养指标权重多少，即便把人才培养指标放在第一位，都无法与科学研究和教师队伍的硬指标相抗衡，这就导致了学科评估成为了科学研究评估。学科建设由此也出现一些倒挂现象，即尽管学科科研指标很好，但在人才培养方面却有着明显的短板或洼地。厦门大学课题组对参加第四轮学科评估的部分高校进行了数据分析，发现有大量的“零数据”现象。例如，某高校有 152 个零数据，其中 102 个零数据集中在人才培养这个指标。还有一个高校出现了 200 余个零数据，其中 100 余个零数据出现在人才培养这个指标。该数据既击中了我国“双一流”高校建设的软肋，也反映了人才培养是学科建设中的短板。

冰冻三尺，非一日之寒。当下学科评估的概念和做法，源于学位授权点评估，这种评估包括了学位授权点合格评估和水平评估。学位授权点是集人才培养、科学研究和社会服务于一体的重要载体，其核心是人才培养。但是具体评估过程中，学位授权点评估窄化为科研评估，并在现实环境中把科研评估泛化为学科评估，而原来最为核心的人才培养，在实施过程中被不断被弱化。特别是由于管理部门分割，作为人才培养的基础——本科教育在学科评估中没有得到应有的体现。由此看到我国大学的这两种主要评估的不平衡现象：我国启动较早的是本科教学评



估,已经收到了一定效果。特别是 2018 年以来,教育主管部门提出了“以本为本,建设一流本科”的呼吁,本科教育似乎受到了高度重视。但事实上,在学科评估的挤压下,一流本科建设并没有得到实质性改变,因为学科评估与资源配置高度相关,而本科教学评估与资源配置的关联性并不高。

特别需要指出的是:长期以来,“重科研、轻教学”已经成为许多“双一流”高校难以扭转的问题,而学科评估则进一步强化了这一顽疾。部分管理部门在进行一流学科建设时,基本是依据大学排行榜或 ESI、SCI 等科研指标,而现有的大学排行榜几乎都是科学研究的排行榜。上述“零数据”现象说明,在现有学科评估体系导向下,高校学科建设在某种程度上游离于人才培养体系之外,更多关注显性的科研成果、科研项目等科研指标和人才“帽子”指标,而对于如何把学科优势转化为队伍优势,把科学研究优势转化为教学改革研究优势,把科研成果优势转化为教学成果优势,缺乏应有的足够的关注。

### 5. 人才培养是学科的归宿

2018 年 5 月 2 日,习近平总书记在北大师生座谈会上指出,办出中国特色世界一流大学,有 3 项基础性工作要抓好:第一,坚持办学正确政治方向;第二,建设高素质教师队伍;第三,形成高水平人才培养体系。这一重要讲话,深刻揭示了高等教育的内涵和本质,也阐明了一流大学建设和一流学科建设之间的内在关系。无论是一流大学建设还是一流学科建设,人才培养始终是高校的根本任务,人才培养质量和成效是检验一流大学和一流学科建设的根本标准,这也是学科建设的最终落脚点和归宿。学科体系建设不能游离于人才培养体系之外,更不能凌驾于其上,学科体系是人才培养体系的重要支撑,人才培养体系建设是学科建设最为核心的内容。

毋庸置疑,由于高等教育发展水平和发展阶段的差距,我国高等教育在发展过程中采取一系列“弯道超车”策略,组织实施包括 985 工程、211 工程在内的系列重大工程。从实施效果看,在这些重大工程带动下,我国高等教育各项指标尤其科研指标在世界排行榜中显著攀升,少数大学已经跻身世界一流大学方阵。在此背景影响下,高校学科评估无论从评估价值导向还是指标体系设计以及评估



效果看，无疑适应了这一阶段高等教育发展的需求。但是，应该清楚地看到，这种发展战略是一个阶段性发展策略。随着我国高等教育发展转向内涵式发展，这种发展策略必然面临着根本战略转移，实现这种战略转移意味着：高校无论是学科建设，还是学科评估要从关注科研为重点转向全面提升人才培养质量为重点。

从高校学科建设内涵而言，就必须跳出现有学科评估体系要素的束缚，摒弃旧有学科建设的习惯，回归人才培养这一初心，回归到学科最初的知识传承创新功能，从构建高水平人才培养出发，重新审视学科建设的内涵与要义，并落实到高校教学体系建设、教学内容与课程体系建设以及教材体系建设等各个方面。与之相应，现有学科评估体系也必须进行及时改革，这种改革显然不是在原有学科评估体系框架内的修修补补，而必须从评估理念、价值取向、评估方法手段、实现技术路径等方面进行全方位的创新。从现有评估现状看，当务之急首先是改变学科评估的价值导向，深入开展研究，把学科评估的评价标准聚焦人才培养，强化人才培养在学科评估整体指标体系的内容和权重，真正把立德树人成效形成可衡量、可观测、可评价的标准，把“软指标”变成“硬要求”。其次，在实际评估过程中，要强化学科评估对高校内部评价机制的扭转作用，通过外部学科评估，引导高校改变在职称评聘、职务考核、激励奖励等方面过分强调“帽子、课题、成果、经费、奖项”等刚性指标，而把工作的重点落在如何把学科优势转化为人才培养优势，把人才优势转化教学队伍优势，把科研优势转化为教学优势。

还应当看到，大学学科建设有其自身发展规律，学科评估结果反映了一定阶段高校学科建设水平，但不是全部。对待学科结果的应用，也不能把过多的利益绑在学科评估上，放大学科评估的功能，更不能把学科评估指标体系当成学科建设的全部。无论是政府或高校，都应当淡化、去除学科评估的各种附加杠杆，推动高校以平常的心态把学科评估工作的重心聚焦自我诊断、反馈以及持续自我改进，而不是简单的“填表”或“田忌赛马”式的博弈游戏上来。

可喜的是，部分“双一流”建设高校正在跳出原有的狭窄学科范畴，而从“学科群”层面组织人才培养、科学研究以及学科建设，试图构建一种相互共生、伴生的学术新生态。这些做法既反映了大学对现有学科建设现状的不满，也反映了大学试图摆脱现有的学科建设的路径依赖。因为他们发现，在过去学科评估导向



下形成的过于强大的行政管理功能、过于僵化的组织特性、过于固化的学科壁垒，已经束缚了大学的学术创新，也禁锢了人才培养的活力。面对即将到来的第五轮学科评估，就是要移除附加学科身上的过多衍生功能，回归到学科的本体功能，就是发现以及传承知识和人才培养的功能。

（作者：邬大光，系厦门大学教育研究院、兰州大学高等教育研究院教授；薛成龙，系厦门大学教师发展中心副主任）

### 新时代高校劳动教育该如何加强

全国教育大会召开以来，在党和政府的高度重视和大力推进下，劳动教育的良好氛围正逐步形成。但从相关研究看，目前对加强劳动教育的思想认同多，有效举措少；学术争论多，实践支撑少，亟须在推进劳动教育落地生根方面“破题”、出新。此外，教育部、共青团中央、全国少工委于 2015 年 7 月联合印发《关于加强中小学劳动教育的意见》，对中小学劳动教育的主要目标、基本原则、关键环节和保障机制做出明确要求，使中小学劳动教育具备较扎实的基础。相对而言，这些年对高校尤其是普通高校的劳动教育关注似显不足，有限的关注也主要集中在职业类院校。新时代高校劳动教育该如何加强？需要我们进行深入分析，提出解决之道。

#### 加大宣传研究切实明确高校劳育的重要地位

马克思主义劳动观认为，劳动创造世界、劳动创造历史、劳动创造了人本身，劳动是人类的本质特征和存在方式，是实现人的全面发展的重要途径。这里所谓的劳动，是广义上的劳动，即人类认识世界、改造世界的实践活动的统称。对高校劳动教育关注不足，首先反映出劳动观的偏差，认为只有低学历层次的人需要劳动。实际上，将劳动“窄化”为体力劳动，容易助长轻视普通体力劳动者的社会心理。其次反映劳动教育观的偏差，认为大学的专业教育本身就是传授劳动



知识技能、培养劳动能力，大学的教育自然就是劳动教育。劳动教育的核心是培养劳动价值观、劳动情感态度和劳动伦理品德，掌握经过抽象化、带有总括性的劳动科学知识，而不仅是具体工作或专业的知识与能力培养。

与此同时，不爱劳动、不会劳动、不珍惜劳动成果的现象，在当代大学生中也是存在的。例如，少数大学生平时逃课睡觉、应付功课，导致不断“补考”、期待“清考”，甚至抄袭作弊；少数大学生消费超前、大手大脚、攀比享乐，一就业就加入了“啃老族”“月光族”；有的吃不起苦、受不起累，不知创业艰难、缺乏创业能力；有的就业后追求不切实际的薪酬待遇，随意毁约、频繁跳槽；有的认为脑力劳动高于体力劳动、生产劳动，甚至产生鄙视普通劳动者的潜意识……上述诸多现象，均与高等教育阶段未能开展行之有效的劳动教育有很大关系。高等教育作为高素质劳动后备军培养的最后阶段，更需要在提高学生劳动素养上用力，补齐高校劳育这块短板中的短板。

要解决这一观念认识的不足，一是加大全国教育大会精神的宣传贯彻力度，通过组织座谈会、研讨会和系统培训等方式，重点强调高校劳动教育在完整劳动教育体系中不可或缺的重要地位与独特价值。二是将“新时代高校劳动教育的研究与实践”列为全国教育科学规划国家重大招标或重点课题，鼓励高校联合攻关，深化高校劳动教育的理论研究与实践创新。三是加大各行各业先进模范人物进校园力度，特别是进高校的支持和宣传力度。鼓励高校积极探索邀请相关行业领域科学家、院士、大国工匠、劳动模范等先进人物进校园的常态化机制、多样化形式，充分发挥各行各业新时代劳动精英对大学生成长的引领示范作用，充分展现新时代高校对劳动精神的尊重与崇尚。

### **强调“四位一体”系统建构多元化高校劳育课程体系**

习近平总书记在学校思想政治理论课教师座谈会上的讲话中强调，德育工作要“坚持显性教育和隐性教育相统一，挖掘其他课程和教学方式中蕴含的思想政治教育资源，实现全员全程全方位育人”。加强高校劳育工作，既应强化显性劳育，传授与大学生就业和职业发展息息相关的劳动科学知识，又应深化隐性劳育，深入开掘专业教育、思政教育和各类第二课堂活动中的劳育资源，系统建构“四位一体”的多元化劳育课程体系。



一是“课程劳育”，专门开设劳动教育通识课程，如“劳动科学概论”或“劳动概论”。大、中、小学劳育应是一部爱劳动、会劳动、懂劳动的三部曲。与中小学生相比，大学生在爱劳动、会劳动的同时，还应懂劳动，“明劳动之理”。因此，高校应有专门的劳育类通识课程，向大学生系统介绍劳动法律、劳动关系、劳动经济、劳动社会保障、劳动安全、职业卫生等各门劳动科学基础知识。在这方面，我国台湾地区的做法值得借鉴，2017年，台湾70所公私立高校中有59所开设了各种劳育通识课程，达到164门，涉及劳动意识、劳动人权、劳动伦理、劳动关系、职场安全卫生、劳动法令等十余项内容。

二是“专业劳育”，把劳动教育融入大学生的专业课程学习与实习实训。要在专业课程中强化本专业劳动伦理和劳动发展趋势教育，构建具有本专业特色的劳育价值体系；要在实习实训中强化劳动知识和技能训练，劳动权利和责任教育，劳动情感和态度培养，全面培育劳动精神；要在课程建设上挖掘本专业大国工匠、劳动模范等特色资源，开展劳育特色专业课程。

三是“思政劳育”，把劳动教育融入思想政治教育。要特别强调用好思想政治理论课堂这个主渠道、主阵地，形成德育、劳育协同效应。比如，在“马克思主义基本原理概论”中强化劳动经典解读，深化马克思主义劳动价值观教育；在“毛泽东思想和中国特色社会主义理论体系概论”中加入习近平总书记关于劳动问题重要论述的阐释；在“形势与政策”中加入当前劳动力市场的分析与发展展望。

四是“实践劳育”，把劳育融入广阔的第二课堂活动。全面推进劳动教育与大学生社会实践和志愿服务、创新创业教育、职业生涯教育、就业指导、产教融合及校园文化的结合，通过形式多样的劳动实践锻炼，在提高大学生综合素质的同时，引导他们懂得并由衷认可劳动最光荣、劳动最崇高、劳动最伟大、劳动最美丽的道理。

### 提升学科地位大力培养专业化劳育师资

新中国成立以来，劳动教育虽不断受到重视，但一直未能真正内化为国民教



育体系的有机组成部分，其中的原因很多，诸如劳动科学相关学科散布于各个学科门类或一级学科中，学科地位与其重要性不相称，如“劳动法与社会保障法”是“法学”一级学科、“社会法学”二级学科下的一个三级学科。与此相关的还有，专业化的劳育师资培养乏力，等等。劳动教育也是一门科学，所具有的综合性和复杂性特征，决定了劳动教育要有效开展，必须有系统的、匹配的相关学科支撑，有从事相关教学科研工作的专业化师资队伍。

为此，建议国家学位主管部门和教育主管部门大力推动劳动教育学科建设，一方面提升劳动科学相关学科的学科地位，为持续推进劳动科学与教育方面的专业研究和教学提供有力的学科支撑；另一方面完善劳动教育的学科体系，如在教育学一级学科下增设“劳动教育”二级学科，鼓励有条件的高校尽快设立劳动教育硕士点、博士点，为大中小学培养劳育师资、加强劳育研究奠定坚实的学科基础。同时，也要积极鼓励劳动科学学科较强的高校依托已有的劳动经济学、劳动关系学、人力资源管理、劳动社会保障、劳动法与社会保障法、劳动安全、职业卫生等学科专业培养劳动教育师资、编写“劳动教育概论”等劳育教材。

（作者：刘向兵，系中国劳动关系学院校长、党委副书记）

（来源：中国教育报 2019 年 09 月 05 日）



## •课程思政•

### 医学教育中的课程思政与思政课程

医学院校在医学生思政教育中要形成“思政课程与课程思政双向贯通”和“思政实践与实践思政双向贯通”局面，从而培养出一大批医德高尚、医术精湛、服务人民群众的卓越好医生。

在思政课程中注入医学元素。医学院校要坚持为人民服务是医学生思想政治教育的核心内涵，立足立德树人根本任务，在思政课程中注入医学元素，深入挖掘医药文化中的思政资源，丰富医学生思想政治教育内容，构建具有医学特色的思政课程教育模式，提升思政教育的针对性。比如，在《马克思主义基本原理概论》课中注入医乃仁术和大医精诚的医学职业理想，在《思想道德修养和法律基础》课中注入救死扶伤和服务健康的医学职业目的，在《中国近现代史纲要》课中注入医学史上众多医师时代楷模的先进事迹，在《毛泽东思想和中国特色社会主义理论体系概论》课中注入爱岗敬业和恪尽职守的职业态度等医学元素。同时，要加大思政课程改革力度，在教育教学方法上不断创新，使医学专业课程与思政理论课程同向同行，形成协同效应。在基础学习阶段，可以将基础医学教学中常用的 PBL 教学方法、讨论式教学方法运用于思政课堂；在临床学习阶段，可以将床旁教学、翻转课堂等运用于思政课堂，以适应医学生学习和成长的要求，推进思政教育的有效性。医学院校还可以运用新媒体新技术使思政课堂活起来，推动医学传统优势思政课程同“易班+思政课程”、慕课等互联网信息技术高度融合，增强思政课程的时代感和吸引力。

在课程思政中挖掘医德元素。医学教育课程体系中，很多课程都体现着对生命的尊重意识、对科学的追求精神、对医学的奉献精神、对病人的关怀精神，医学院校应该遴选一批专业课程进行课程思政改革探索，挖掘其中的医德元素。比如在《人体解剖学》课堂开展“大体良师”致敬教育，在《细胞生物学》课堂引入科学精神教育，在《寄生虫学》课堂引入民族自信教育，在《药理学》和《生



物化学》课堂贯穿创新奉献教育，在《机能实验学》课堂开展动物伦理、动物美学教育等，使专业课程在思政教育中守好一段渠、种好责任田，将课程蕴涵的医德精神升华为学生的内在素质；还可以通过建设《医学人文》《医学伦理学》《医学美学》等人文教育主干课程和辅助课程体系，将人文精神与科学精神有机融合，塑造医学生医者仁心的素养和德能兼修的能力。

在“思政实践”中融入医学元素。医学院校应该培养医学生树立以卓越“好医生”为目标的奉献精神，在医德“思政实践”中融入医学元素，促进医学生提升医德素质养成。借助校园载体要素，在生命科学馆、校史馆、中医药馆等场所进行体验式实践教学，培养医德情感，发挥载体育德功能。借助校园活动载体，开展诸如医学论坛、大画医学、医学摄影、医学知识竞赛等主题活动，培养学生情感认同，发挥活动育德功能。借助校园文化要素，感受医学文化的浸润，潜移默化提升医德修养，升华医德境界，发挥文化育德功能。比如以白求恩、“中国医学圣母”林巧稚、“一代名医”梁毅文、“当代雷锋”庄仕华、“为培养少数民族医生奉献一生”的何秉贤、“感动中国 2018 年度人物”马旭、全国首枚白求恩奖章获得者——“人民的好医生”赵雪芳以及全国历届“白求恩式好医生”为原型，创作成为一系列艺术作品，推进“思政实践”校园文化建设活动，优化医德育人校园软环境。

在“实践思政”中凸显医德元素。医学院校应该遵循思想政治教育活动理论的规律要求，推动医学生在临床实训环节、专业实习环节和社会实践中进行“实践思政”，地方医学院校还可以立足地方医学特色和医德文化资源优势，建立以临床教师为主导的医德培育模式，嵌入地方医德教育内容，开展医德专题教育和医德案例分析，在临床学习结束后进行医德考核与评价，探索具有自身特色的医教融合医学人才医德培养方法，形成基础医学和临床医学优势互补的医德培养模式。此外，医学院校要大力拓展社会实践领域，借助校外实践活动，通过“百县千乡送医”“暑期三下乡诊疗活动”和医疗专项实践活动，使学生在社会实践中深化医德感性认知，增强服务群众意识，树立高尚的医德情操，发挥社会育德功能。借助校外志愿活动，通过“扶贫社会实践”“义诊志愿服务”等志愿帮扶多种形式，把思政教育搬到社会实践大课堂，使学生深化为人民群众服务的实践感



受和理性升华，实现由医德被动主体向医德主动主体、由医德主动主体向医德自觉主体的转化，在为贫困地区群众送医送药的体验中推动学生良好医德的养成，在服务基层人民群众的过程中培养学生扎根基层的高尚医德。

医学院校担负着为祖国和人民培养“卓越好医生”的历史使命。提升思想政治教育的亲和力和针对性，就要遵循思想政治工作规律，遵循教书育人规律，遵循学生成长规律，不断探索“思政课程与课程思政双向贯通”和“思政实践与实践思政双向贯通”的培养路径，把思想政治工作贯穿医学生教育教学全过程，使思政课程与课程思政有机契合，使思政理论与思政实践有机融合，使思政课程教师与专业课程教师有机结合，实现全程育人、全方位育人，为国家培养担当民族复兴大任的时代新人。

（作者：党志峰，系山西医科大学纪委书记）

（来源：《光明日报》 2019 年 08 月 27 日）

