第 41 卷　第 5 期　　吉首大学学报(社会科学版)　　Vol. 41　No. 5
2020 年 9 月　　Journal of Jishou University (Social Sciences)　　Sept. 2020

DOI:10.13438/j.cnki.jdxb.2020.05.012

临床专硕“四证合一”培养模式:形塑·评价·优化*

陶立坚,刘安元
(中南大学 湘雅公共卫生学院,湖南 长沙 410012)

摘　要:将住院医师规范化培训纳入研究生培养过程,新招收的临床专硕必须同步参加住院医师规范化培训,这种双轨合一的制度安排,形成了临床专硕“四证合一”培养改革的动力和路径。改革后师生获得感有所增强,但也存在学习时间过于紧张、科研能力弱化、专业方向(亚专科)模糊等问题。为确保临床实践能力和临床科研能力的培养并重兼得,应寓科研于临床,对培养方案、科室轮训与科研时间分配等进行结构性调整,积极推进医教协同,不断改进和完善指导方式方法,达致临床专硕培养多重目标的平衡与协同优化。

关键词:临床专硕;培养模式;医教协同;医学教育
中图分类号:G643　　**文章编号**:1007-4074(2020)05-0097-09

作者简介:陶立坚,男,博士,中南大学湘雅公共卫生学院教授,博士生导师。

2015 年起,国家全面推行临床医学硕士专业学位研究生(以下简称“临床专硕”)培养改革,硬核措施是将住院医师规范化培训融入研究生培养过程,新招收的临床专硕必须同步参加住院医师规范化培训(“双轨合一”),其临床实践训练与参加住院医师规范化培训的住院医师要求一致;合格毕业生“四证合一”,可获得“执业医师资格证”“住院医师规范化培训合格证书”“硕士研究生毕业证”和“硕士学位证”。无疑,这是一次我国研究生教育领域力度巨大、影响深远的里程碑式改革,是具有中国特色的医学教育制度创新,是将院校教育与毕业后教育有机结合的有力尝试[1-2]。

推行临床专硕“四证合一”培养改革,旨在解决临床专硕临床能力不强、学历学位证书与执业资格证书脱节等医教协同不畅等问题。改革迄今已逾三年,政府管理部门和培养单位对改革带来的变化极为关注[3-4],对师生的获得感极为关切,为此,亟待深入了解和准确把握改革的进度和效度。本文在梳理此次改革设计的理论进路和相关文献研究的基础上,结合对湖南省 3 所大学 7 所附属医院 393 名临床专硕毕业生和 194 名导师进行的问卷调查,遵循“实践-认识-再实践”的认识论规律,从理论和实证两个方面分析研判改革的成效和存在的问题,并从治理等视角提出优化之策,以期对进一步深化改革、完善临床专硕“四证合一”培养模式有所裨益。

* 收稿日期:2019-09-19　修回日期:2020-05-15

一、理论进路:临床专硕“四证合一”培养改革的模式形塑

所谓模式形塑,是指按照一定的目标要求及相应的制度安排定向塑造或构建新模式。临床专硕“四证合一”培养改革的模式形塑,就是通过制度化的改革设计,构建起保障临床专硕培养目标要求(核心是“四证合一”质量标准)得以有效实现的培养模式。成功的改革都是理论与实践的逻辑统一,成功的管理模式都可经由管理形态上升为理论范式。同理,成功的形塑实践都有合乎规律的、反映形塑理念和思路的科学理论指导,即理论进路。由此观照临床专硕“四证合一”培养改革的模式形塑,其成功与否取决于改革的实践路径和理论进路的契合与统一。

从改革的实践路径看,临床专硕“四证合一”培养的改革设计主要见诸如下政策性文件:一是2014年教育部等六部门印发的《关于医教协同深化临床医学人才培养改革的意见》,明确了深化临床医学(含口腔、中医)人才培养改革的总体目标,而加快构建临床医学硕士专业学位研究生培养与住院医师规范化培训紧密衔接的教育制度,是此次改革的最大着力点。二是2015年国务院学位委员会下发的《临床医学硕士专业学位研究生指导性培养方案》明确了培养对象和学位授予标准,并规定将住院医师规范化培训融入研究生培养过程,新招收的临床专硕同步参加住院医师规范化培训,具有“临床专硕身份”和“规培生身份”,其临床实践训练与参加住院医师规范化培训的住院医师要求一致。同时,临床专硕培养期限不变,但培养过程和要求发生了变化,合格毕业生可获得“执业医师资格证”“住院医师规范化培训合格证书”“硕士研究生毕业证”和“硕士学位证”,从而实现临床专硕“四证合一”。

改革的理论进路是实践路径中制度安排的理论分析与提升。33个月的住院医师规范化培训是临床专硕“四证合一”培养模式的核心制度安排。根据这一安排,研究生轮转于各个专业科室之中接受培训,故而在学习组织类型、培养方案和管理体系等方面提出了新的培养模式形塑要求,集中体现为要求各轮转科室师生构建起教学与科研“实践共同体”,相关培养和管理单位要进行利于管理协同的“组织变革”,以满足即时型岗位任职资格培训和持续专业发展的“工作本位学习”之需。正是这些形成了“实践共同体论-组织变革论-工作本位学习论”等临床专硕“四证合一”培养模式形塑的理论进路。

(一)实践共同体论

1991年,以情景学习理论、人类学理论为基础,莱芙和温格提出实践共同体理论。他们认为,社会实践活动是一种不断变化的创造性活动,而学习是一种人们在参与社会实践活动时不断领悟和创新的过程,它是创造性实践活动的有机组成部分,是学习者在参与社会实践团体活动中对知识进行重塑和深化[5-6]。

住院医师规范化培训历时33个月,研究生轮转于各个专业科室之中。以内科住院医师规范化培训为例,内科范围内的各三级学科(专业)科室及其他相关科室轮转总计33个月,其中必选科室的轮转时间为29个月,可选科室的轮转时间为4个月。

表1 住院医师规范化培训内科学轮转科室与时间安排

类别	轮转科室	时间/月
必选的轮转科室	心血管内科(含心电图室)	4
	呼吸内科	3
	消化内科	3
	感染科	2
	风湿免疫科	2
	内科门诊(包括内科各亚专业)	2
	肾脏内科	2
	血液内科	2
	内分泌科	2
	神经内科	2
	急诊科	3
	重症监护病房	2
可选择的轮转科室	医学影像科(含超声科和核医学科)	4
	老年病房	
	基层实践	
	皮肤科	
	肿瘤内科(含放疗科)	

如表1所示,在不同的培训时间段,研究生与相应专业科室的老师、同学和病友形成实践共同体。研究生需要融入各专科和亚专科的医疗团队之中,由纯粹的学生转换成学生与工作人员并具的双重身份,置身于工作与社会情境之中,围绕医

德医风、政策法规、临床实践能力、专业理论知识、人际沟通能力等方面的培训内容，在特定的专业医疗环境中相互学习，分享各种学习资源和情感体验，加强交流和沟通，在完成学习任务过程中共同提高。整个培训过程具备实践共同体的三要素：团结协作、共同的事业、资源共享。通过这样一个实践共同体学习方式，旨在使研究生掌握正确的临床工作方法、准确采集病史、规范体格检查、正确书写病历、掌握内科常见疾病的诊疗常规和临床路径。

(二)组织变革论

组织变革的一个著名理论是企业流程再造理论(Business Process Reengineering，简称 BPR)，最早由迈克尔・哈默提出，是指对企业业务流程进行重新审视，从而加强精细化管理。其核心思想是打破按职能设置部门的管理方式，代之以业务流程为中心，重新设计管理过程，它追求全局最优，而不是个别最优[7-9]。

分析比较研究生培养过程的三个环节发现，改革前后研究生培养的组织管理变化很大(表 2)。

表 2　改革前后培养时间与管理方式比较

时段	课程学习		临床技能培训		科学研究	
	时间	管理方式	时间	管理方式	时间	管理方式
改革前	约 6 个月	集中授课，大学统一管理	约 18 个月	以导师(专业)科室为主，导师管理	8～10 个月	集中时间临床研究，导师管理
改革后	周末、晚上、节假日	集中授课、自学、网络课程等相结合，学生自主管理	33 个月	轮转于不同的科室，医院统一管理	周末、晚上、节假日	充分利用休息时间，导师管理与自主管理相结合

如表 2 所示，改革前后培养过程的变化导致管理方式发生相应改变，按照流程再造理论，组织结构和管理体系需要重新建构。从三个培养环节分别来看，改革前的培养流程追求局部最优，具体表现在：进行为期 6 个月集中的系统课程学习、“师父带徒弟”式的个性化临床能力培养、“全脱产”集中精力进行临床研究，无不体现出具体环节的最优化设计。众多研究表明，该培养过程设计看似平衡了研究生综合能力的培养，但忽略了临床医学专业研究生的一个核心能力——临床实践能力，导致“研究生毕业却不一定是合格医生”的现象不同程度的存在。这无疑撕裂了个人本位与社会本位价值观的辩证统一关系，显而易见非全局最优的流程设计。比较而言，改革锚定“临床医学专业学位研究生”的培养定位，从培养目标、培养内容、培养方式乃至毕业考核等整个培养流程探求变革，以培养高层次应用型医疗卫生人才为根本，研究生毕业同步获得资格和执业许可，实现“四证合一”，这是追求全局最优的设计思路。

组织变革是为了更好地应对新模式带来的一些管理上的挑战。一方面，本次改革极可能出现因多头管理带来衔接不畅、管理错位的问题。住院医师规范化培训属于卫生健康行政部门管理，而临床医学研究生教育属于教育行政部门管理，即使在医院和高校内部，两块功能也分属于不同的部门。因此，在政策或制度上常常衔接不够，沟通协调也存在一些困难，比如“规培”年限、考试时间与研究生的学习年限、毕业时间不一致等。另一方面，导师指导研究生热情下降，管理松散。一是导师自身学术压力大，习惯于以学术型人才培养方式进行指导，科学研究要求高；二是研究生参加规培后，轮转于各科室之间，与导师接触少，经常出现管理真空状态。因此，这种按照部门职能分块管理的传统模式已弊端突显，以培养流程为中心、重新设计管理过程是迫切的现实需要。临床专硕培养模式的组织变革设计应围绕提升组织效能，根据研究生培养过程和条件的变化，对政府和各培养单位的管理结构、组织功能方式进行系统的调整和革新。按照流程再造理论，改革的管理体系需要在组织结构、运行机制和信息系统三个方面进行重建，以功能完善的信息系统为支撑，依托管理大数据平台，将管理责任具体化、明确化，将课程学习、临床技能培训、科学研究、毕业与培训考核等环节纳入系统的程序化管理轨道，让研究生的整个培养过程管理摆脱对管理部门和导师的过分依赖，这将是改革精进的努力方向。

(三)工作本位学习论

工作本位学习的英文表述是:Work-based Learning(WBL),也可译为“业本学习”“基于工作的学习”等,其中心思想是在工作实践过程中学习专业知识并提高专业技能。就学习过程而言,瑞林(Realin)提出工作本位学习的三大要素[10]:第一,学习发生在工作与实践行动的过程中;第二,在团队与集体活动中创造和利用知识;第三,学习者具有自主学习的能力。就学习内容来说,布莱曼(Brennan)总结出工作本位学习包含四个方面的内容[11]:一是工作环境中的一种实践学习;二是工作过程中的经验总结;三是为完成工作而进行的学习;四是利用工作经验来深化学习。布莱曼和利特尔(Little)将工作本位学习的组织类型归纳为七种,即简单参观学习、短期项目、三明治课程中的实习、工学交替型实习、就业本位导向的学习项目、即时型岗位任职资格培训和持续专业发展。

临床专硕培养模式的改革带来研究生学习活动的组织类型发生重大变化,三年学习时间基本集中在33个月的住院医师规范化培训上,研究生轮转于各个科室,在相应科室老师指导下独立或共同完成预防、治疗、康复与保健等全面的医疗工作,属于即时型岗位任职资格培训和持续专业发展的组织类型。

就临床专硕的学习过程而言,它契合工作本位学习的三大要素,即在医疗与临床实践过程中学习、在各专业科室集体活动中创造和利用知识、具有自主学习和独立开展医疗工作的能力。就临床专硕学习内容上讲,又具有工作本位学习四个方面的内容特征:首先,它是在具体临床医疗环境中的一种实践学习,面对的是真实的病人,治疗的是现实的疾病;其次,经验总结在临床实践工作中进行,譬如不同年龄、习惯、特征的人群疾病易感性也呈现不一样的特点,这就是典型的经验总结;第三,它是为完成整个诊疗活动而学习,正所谓“疾不由人,病不等人”,研究生必须以高度的责任心完成整个诊疗活动,从而得到学习;第四,它利用工作经验来深化学习,正如“老医生”备受尊重,源于他们经验丰富、专业熟练。故此,无论学习过程还是学习内容,住院医师规范化培训是一种典型的工作本位学习,是提升临床实践能力的有效途径,是强化医学精英教育、满足社会对高层次医学生培养需求的有力手段。

二、调研实证:“四证合一”培养模式践行者的评价与诉求

改革践行者的评价与诉求,是不断完善、深入推进改革的重要依据和内生动力。临床专硕“四证合一”培养改革实施以来,研究生和导师作为改革客体和承载者,亦是最直接的利益关联方,对改革的切身感受如何?改革进程中有何现实困难与需求?为此,我们对湖南省3所大学的共7所附属医院的393名临床专硕和194名导师进行了问卷调查,结果如下:

(一)对临床能力和科研能力培养变化的认知

对于培养改革全面实施后的毕业研究生临床能力和科研能力培养情况,调查结果见表3和表4。

表3 改革前后临床专硕的临床能力评价

评价项目	临床专硕		临床专硕导师		师生综合	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
临床能力强了	289	73.54	116	59.79	405	68.99
临床能力差了	11	2.80	7	3.61	18	3.07
不一定	93	23.66	71	36.60	164	27.93

表4 改革前后临床专硕的科研能力评价

评价项目	临床专硕		临床专硕导师		师生综合	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
科研能力强了	48	12.21	12	6.19	60	10.22
科研能力差了	255	64.88	142	73.19	397	67.63
不一定	90	22.90	40	20.62	130	22.15

如表 3 所示，与改革前比较，受访师生综合认为“临床能力强了”的人数比例为 68.99%，导师和研究生认为“临床能力强了”的比例分别为 59.79%和 73.54%，其中研究生持此观点更为强烈（$\chi^2=11.45$，$P=0.000$），这提示，“双轨合一”改革有利于加强临床实践能力培养，满足改革预期，切合培养对象的自身诉求更为明显。

需要关注的是，如表 4 所示，受访师生综合认为“科研能力差了”的为 67.63%，导师和研究生认为“科研能力差了”的比例分别为 73.19%和 64.88%，其中导师持此观点较为强烈（$\chi^2=4.09$，$P=0.431$）。这种倾向已经引起了培养单位和相关部门的重视，关于临床科研能力培养的影响因素及其对策已在多种刊物和会议见诸报道[12-13]。如何聚焦临床专硕的临床实践能力与临床科研能力，正是“双轨合一”改革预期的重点和难点所在。为了克服临床专硕的临床实践能力不足，改革设计不少于 33 个月的住院医师规范化培训，却又导致了另一个问题的出现，即临床科研能力的培养时间受到影响。研究发现，这种“钟摆平衡”现象正是改革的能动效应，驱动“加强临床应用型人才培养”的改革方向。

（二）对“四证合一”的评价

临床专硕培养改革可以实现“四证合一”，师生如何评价？针对该问题的调查结果见表 5。受访师生综合认为“很不科学”“不科学”和“一般”的师生人数比例为 48.71%，认为“科学”和“非常科学”的为 51.28%。临床专硕持两种观点的人数比例分别为 46.31%和 53.68%，导师持两种观点的人数比例分别为 53.60%和 46.38%，但师生差异并无显著性（$\chi^2=2.77$，$P=0.096$）。

表 5　对“四证合一”的评价

评价项目	临床专硕		临床专硕导师		师生综合	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
很不科学	19	4.84	26	13.40	45	7.66
不科学	50	12.72	40	20.62	90	15.33
一般	113	28.75	38	19.58	151	25.72
科学	194	49.36	84	43.29	278	47.36
非常科学	17	4.32	6	3.09	23	3.92

研究结果表明，大部分受访者认为“四证合一”是科学合理的，这符合心理学的“社会性需要”心理，是一种正常的利己心态。不难理解，毕业证和学位证是政府和学校对研究生学习成果的认可，医师资格证和住培合格证是职业准入之必需，亦可综合表现为导师教育培养的成果展示，是他们身份、资格和水平的集中体现。然而，为何还有相当一部分受访者持否定态度？分析发现，这源于他们一定程度上对“四证合一”质量保证的担忧，而且在获取每一个证书的质量标准并没有降低的情形下，临床专硕获证难度自然会大大增加。有趣的是，研究生和导师持两种不同观点的人数比例呈反方向，研究生持肯定态度的人数比例高于持怀疑态度的人数比例，但导师持肯定态度的人数比例低于持怀疑态度的人数比例，这反映出大部分导师的矛盾心理。长期以来，研究生培养实行导师负责制，研究生从录取到培养都是跟随导师的专业方向（三级学科），如今，改革带来了一些变化，按照住院医师规范化培训要求轮转的研究生，与导师接触时间大大减少，导师对学生在本专业方向上的能力培养得不到有效体现，导师的学术水平和研究内容也难以有效传承，基本上脱离了传统的研究生培养模式，研究生和导师双方的身份认同感被弱化。

（三）对缓解学习时间压力的诉求

住院医师规范化培训完全并入研究生培养过程后，研究生的学习时间变得相当紧张，对于缓解时间压力的方法调查结果见表 6。综合选择“降低科研要求”的人数比例为 31.86%，选择“降低论文答辩要求”的为 20.45%，选择“延长学制为四年”的为 20.61%。但在这 3 个选项上，研究生和导师的意见差别均有显著性（$P<0.05$）。

表6 对临床专硕缓解学习时间压力的建议办法

建议项目	临床专硕		临床专硕导师		师生综合	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
减少课程学习时间	36	9.16	11	5.67	47	8.0
减少临床技能训练时间	75	19.08	37	19.07	112	19.08
降低科研要求	153	38.93	34	17.53	187	31.86
降低论文答辩要求	90	22.90	30	15.46	120	20.45
延长学制为四年	39	9.92	82	42.27	121	20.61

结果显示,受访者对于缓解学习时间压力的方法表达了多元诉求,选择"降低科研要求"(31.86%)和选择"降低论文答辩要求"(20.45%)两项加起来视为"降低科研与学术要求",占52.31%,但选择该项的研究生比例(61.83%)与导师比例(32.99%)差别很大。说明大多数研究生为了加强临床能力培养,愿意降低科研与学术要求,而大部分导师不予认同。另一方面,选择"延长学制为四年"的综合比例为20.61%,但选择该项的研究生比例(9.92%)与导师比例(42.27%)差别更大,说明研究生为了自己切身利益,不愿意延长学制。导师则不然,他们认为,研究生首先应该具备较高的临床能力,尤其是要突出本专业方向(三级学科)的临床能力,但他们作为"研究生"的要求不宜太低,应具备一定的文献阅读、科研训练、论文撰写和论文答辩等临床科研能力,同步提升这些能力和水平不得不延长学习时间。

三、提升之策:临床专硕培养多重目标的平衡及协同优化

临床专硕"四证合一"培养模式以培养高层次应用型医疗卫生人才为根本,是追求全局最优的改革设计,但"临床"与"科研"、"论文"与"技能"等孰轻孰重的"局部矛盾"仍有待消解,需要进一步寻求专才教育与通才教育等多重目标的平衡,进一步加强教育和卫生健康主管部门、高校和医院等培养单位之间的纵向沟通和横向协同,以促进医学院校教育与职业资格的有机衔接,确保临床专硕"四证合一"培养质量。对此,提出如下优化策略。

(一)寓科研于临床——"通才-专才"教育的张力平衡

高等教育的一个重要理论问题是专才教育与通才教育。高等教育应该实行专才教育,还是实行通才教育,一直以来讨论很多,毕竟,人们对专才教育和通才教育的目的、对象和内容的认识有不同的理解。

专才教育与通才教育具有不同的内涵与特征[14-15]。专才教育有明显的一些特征,如:人才培养是分科进行,短期内人才难以被替代;教学内容偏重应用,与社会生产与服务联系密切;学生的实际工作能力是培养的侧重点,毕业生能较快地满足社会需要;过多地强调职业教育,导致学生知识面偏窄,发展前景受限。相对而言,通才教育目的定位有所不同,它具有其相应的一些特征,如:注重基础理论、基本知识和基本技能等方面的教育培训,注重提升学生解决复杂问题的能力;教学内容相当广泛而丰富,综合性强,知识点不限于学科内部,强调学科交叉、渗透;教育形式灵活多样,充分利用专题讨论会、学术报告与讲座、网络课程等手段;过多依赖博雅教育思维,学科的深入发展受到制约。

我国研究生教育起步较晚,且学术学位研究生教育先于专业学位研究生教育开展,加上研究生笼罩着"学术精英"的光环,影响到专业学位研究生教育发展,初期很难彻底摆脱学术学位研究生的培养模式。推行"四证合一"临床专硕培养改革前,临床专硕培养普遍分为三个阶段:第一阶段为集中课程学习(约6个月),加强专业基础理论和基本知识的培养;第二阶段为专业理论和科研训练(8~10个月),重点进行临床专业知识和科研能力培养;第三阶段为临床实践能力培养(约18个月),着重培养临床思维和临床诊疗能力。显而易见,改革前的培养模式偏向于通才教育,它的培养过程涵盖了哲学与思政、医学人文、基础理论与基本技能、科研思维与方法、临床技能等广泛而丰富的教学内容,具有通才教育的许多特征。同时,由于仍然存在培养"学术精英"的倾向,必然

导致“重科研、轻临床”“重论文、轻技能”的现象,导师招收研究生的一个重要需求是帮助其完成科研课题,研究生毕业和就业的主要考核指标是学术论文的数量及“学术含量”,致使培养的研究生临床实践能力相对不足。

而在“四证合一”临床专硕培养过程中,安排了 33 个月的临床轮训,并按照国家颁布的《住院医师规范化培训内容与标准》进行,培训结束后国家统一组织住院医师规范化培训考试,考试合格方可颁发结业证书,这也是研究生学位授予和上岗执业的必备条件。研究生的课程学习和科研能力培养原则上安排在晚上、周末和节假日进行,可以采取集中讲授、自学、专题讨论会、学术报告与讲座、网络课程等灵活多样的方式,研究生毕业和学位授予有一定的学分和科研要求。比较而言,改革后的临床专硕培养模式偏向于专才教育,它侧重临床应用能力的培养,学习活动与医疗服务行为紧密联系,学生的职业素养和职业资格是培养的重点,因而具有明显的专才教育特征。

当然,不能将临床专硕培养简单地定位为专才教育,因为这并不能确保临床实践能力和临床科研能力的培养两者并重而兼得。两者兼得的关键在于“寓科研于临床”,即将科研贯穿于临床专硕培养的各个环节,包括 33 个月的临床轮训,让科研思维训练从教学开始,在临床实践中形成,在临床工作中应用,特别是要注重在临床轮训中发现和提炼科研选题,并与学位论文研究相结合。

综上所述,改革是一次培养目标调适,是在“通才教育-专才教育”的张力关系中追求平衡,改革力求平衡点向专才教育移位,它是我国现有国情的选择。我国尚处于社会主义初级阶段,医学高等教育发展相对滞后,高级医学专门人才储备严重不足。改革是一次顺应国情的“通才教育-专才教育”张力平衡,寓科研于临床则是平衡之策。

(二)调结构、转方式——“医教协同”优化治理模式

首先,深入推进“四证合一”临床专硕培养改革,宏观机制上需跨部门协同,微观机制上需多环节协同。协同的实质是多元主体诉求的调适统一,前提是由单一管理向多元治理的转变。

从学理上讲,管理与治理是有明显区别的,管理是一元主体,治理是多元主体;管理主要由政府制定政策并推动实施,而治理主要由政府、单位、社会组织、个体等多元主体一起协作完成;管理是垂直的、单一向度的,治理是扁平化、上下互动的;治理是一个上下互动的管理过程,既有政府权威的力量,也有自主、合作、协商等方式,实施对公共事务的管理[16-17]。

从管理转向治理,是当今教育改革中的重要内容之一。教育治理的主要目标是实现教育公共利益的最大化,促进教育价值的理性回归[18-19]。如何实现教育公共利益的最大化?从临床专硕培养改革实践来看,一是实现了个人本位与社会本位相统一的教育价值选择;二是大大提升了临床实践能力,实现了医学院校教育与执业资格的有机衔接,提高了研究生培养质量。

改革前,临床医学研究生培养将突出其科研能力视为有别于普通本科生培养的标志,研究生一进校门就要求进行科研训练,包括文献阅读、科研方法训练、科研思维与科研设计等,研究生用将近一年甚至更多的学习时间进行科学研究,导致临床能力训练时间不足。与此同时,毕业考核和水平认定重点考察其学术水平,对其临床应用能力关注较少。从教育价值选择上看,改革前的临床医学研究生培养属于个人本位价值观,侧重于培养个人的“研究生”价值,体现社会价值的临床能力培养被削弱。改革后的培养方案进行了重大修订,一方面极大凸显了“临床医学”专业内涵,将住院医师规范化培训融入研究生培养过程,将执业医师资格考试和住院医师规范化培训考核作为毕业与学位授予的必备条件,这是有效提高研究生临床能力的强力举措。另一方面,兼顾了文献阅读、论文撰写和论文答辩等临床科研能力要求,采取晚上和周末上课、开设网络课程、专题讨论会、学术报告与讲座等手段,加强研究生的基础理论与科研素养培养,合格毕业生可实现“四证合一”。毋庸置疑,改革体现了个人本位与社会本位的统一,满足了医疗与健康服务的社会需求。从高等教育意义上讲,教育本质上是培养“个体性”与“社会性”同步和谐发展的学生,均衡促进学生个体发展与满足社会需求之间的平衡,实现教育公共利益最大化,这是出发点,也是落脚点[20-21]。

质量是教育治理的本质要求,如何提高临床专硕的培养质量正是本次改革的价值所在。改革前,“重科研,轻临床”惯性思维导致临床专硕的培养质量不尽如人意,比如:研究生毕业却不一定是

合格的临床医生,"内科学研究生可能不会写病历""外科学研究生可能不会做手术"的现象时有发生,研究生毕业却不一定能正常行医,他们只获得毕业证、学位证,医生从业必需的执业资格证、规培合格证必须重新考取,造成时间和教育资源的双重浪费。本次改革着力解决提升研究生临床实践能力、实现医学院校教育与执业资格有机衔接等质量问题,并通过工作本位学习、实践共同体学习、培养流程变革等方式,实现了培养质量的大幅提升。纵观改革目的、实践过程和改革效果,它既是一次深层管理变革,更是一次教育治理创新,由教育管理部门、卫生健康管理部门、高校、医院、导师和研究生共同协作配合,是一次"医教协同"的教学治理[22-23]。

其次,临床专硕培养改革必须坚持以"调结构、转方式"为主线。为确保临床专硕"四证合一"的培养质量,相应的培养方案、课程体系、考核内容等均需进行时间分配、环节次序、标准要求等方面的结构性调整,以此来保证临床实践能力和临床科研能力培养"两者并重"。同时,要与时俱进深化教学改革,不断完善指导研究生的方式方法,据此实现临床实践能力和临床科研能力培养的"两者兼得"。结合前文介绍的调研,临床专硕培养"调结构、转方式"可作如下构想:研究生与"社会住培生"的住院医师规范化培训可考虑差异化管理,适当延长研究生在导师专业(科室)的轮训时间,延长的时间以满足导师和研究生的专业方向和科研训练需求为宜;针对"时间紧张"的困境,一是采用形式灵活多样的教学方式,充分利用专题讨论会、学术报告与讲座、网络课程等手段优化课程教学;二是构建大数据医学教育平台,发挥"互联网+医学教育"优势,建立"政府支持、高校主导、市场参与"的开放课程共享发展机制,实现临床专硕信息平台从招生、培养、培训考核到学位授予全过程共建、共享、共治;三是借鉴美国等发达国家医学生培养模式,可以将我国临床专硕培养学制延长为四年,优化和加强临床实践能力和科研能力的培养。

再次,要深化"医教协同"以改善"四证合一"培养目标的实现条件。比对分析现有临床专硕培养模式、住院医师规范化培训合格要求、执业医师考核标准,通过实然与应然比较,找准"四证合一"的最佳实现条件。应当说,住培合格证、执业医师资格证均有国家统一的培训标准和考核要求,这两证相当于两个"常量",而毕业证和学位证由培养单位把握,其标准要求可谓两个"变量"。这就为培养单位围绕培养质量这一主题提供了充分发挥主观能动性的空间。故而,如何重新审视或者调适毕业要求和学位要求,如学制、学分、学位论文和毕业答辩要求等,将成为整体优化临床专硕培养模式的关键。当然,还可以设想授权拥有优质医学教育资源和人才培养质量信誉的单位以执业医师资格证和住培合格证自主审核和授予权,这将是医教协同实现跨越式发展的有力尝试,必将极大改善临床专硕"四证合一"培养模式的实现条件。

四、结语

本次临床专硕培养改革坚持问题导向,以培养高层次临床医学应用型人才为目标,旨在更好地满足人民群众日益增长的医疗服务需求。改革基本兼顾了个人本位价值与社会本位价值的统一实现,有力促进了"通才教育-专才教育"的张力平衡,在提高研究生临床实践能力、将院校教育与职业资格培训有机衔接等方面取得了明显成效,师生获得感较强。然而,必须清醒地认识到,临床专硕培养仍存在管理机制不畅、科研能力弱化、学习时间紧张等诸多问题,在进一步深化医教协同、完善临床专硕质量标准、精准推进教学治理、加强优质临床教育教学资源建设等方面尚需不懈努力。

参考文献:

[1] 段丽萍.关于临床医学专业学位研究生培养模式改革若干问题的思考[C]//全国临床医学硕士专业学位研究生培养模式改革研讨会论文集.2013:4-10.

[2] 汪玲.临床医学专业学位教育综合改革的探索与创新[J].学位与研究生教育,2012(10):49-54.

[3] 胡曼曼,钱志刚,司菲.临床医学专业学位硕士研究生培养现状调查[J].医学教育研究与实践,2017(25):885.

[4] 张伟,王欣倍,王洪,等.临床专业学位研究生教育与住院医师规范化培训衔接的临床科研能力培养相关调查[J].中国高等医学教育,2016(11):126.

[5] 张志旻,赵世奎,任之光,等.共同体的界定、内涵及其生成——共同体研究综述[J].科学与科学技术管理,2010(10):17.

[6] 吴慧坚.实践共同体理论对学校教育变革的启示[J].广东第二师范学院学报,2014(2):2.
[7] 乔治·凯勒.大学战略与规划——美国高等教育管理革命[M].别敦荣,译.青岛:中国海洋大学出版社,2005:164.
[8] 苏君阳.我国学校内部组织管理:科层化与扁平化的冲突和协调[J].北京师范大学学报(社会科学版),2010(1):16.
[9] 黄婷.组织变革理论视野下高校管理的反思与批判[J].高教探索,2017(8):16.
[10] RAELIN J A. Work-Based Learning:Bridging Knowledge and Action in the Workplace[M]. San Francisco:CA:Jossey-Bass,2008:384.
[11] BRENNAN L. Integrating Work Based Learning into Education:A Guide to Good Practice[M]. Bolton:University Vocational Awards Council,2005:71.
[12] 胡伟力,陈怡婷,胡鹏,等.基于"5+3"改革加强临床医学硕士专业学位研究生临床能力培养的难点及对策研究[J].学位与研究生教育,2016(8):30.
[13] 李镓伊,贾琳,李玉华.对临床医学硕士专业学位研究生教育与住院医师规范化培训接轨的实践与思考[J].新疆医科大学学报,2017(3):406.
[14] 谢安邦.高等教育学(修订版)[M].北京:高等教育出版社,1999:60-65.
[15] 王玲.美国通识教育与专业教育之间关系的历史演变及其制度成因[J].济南大学学报(社会科学版),2010(5):11.
[16] 俞可平.治理与善治[M].北京:社会科学文献出版社,2000:1-2.
[17] 吴慧萍.西方大学的共同治理[M].北京:北京师范大学出版社,2012:102.
[18] 范文曜.聚焦高等教育治理改革[J].复旦教育论坛,2008(3):33.
[19] 侯鹏生,王颖.我国高等教育管理的"治理转向":过程、特点及当前的重点工作[J].山东高等教育,2016(11):9.
[20] 伍璇.高等教育管理个人本位和社会本位之辩证统一性[J].教育与教学研究,2014(4):91.
[21] 陈桂生.教育原理[M].上海:华东师范大学出版社,2012:182.
[22] 刘理,赖静.高校教学治理的价值追求[J].教育发展研究,2012(9):58.
[23] 刘鸿渊,熊志坚.论现行高校教师教学活动管理模式的有效性[J].江苏高教,2010(3):61.

(责任编辑:陈 伟)

The Shaping,Evaluation and Optimization of the Training Pattern of "Four-In-One Certificates" for Clinical Professional Masters

TAO Lijian,LIU Anyuan

(*Xiangya School of Public Health*,*Central South University*,*Changsha* 410012,*China*)

Abstract:It is a two-track institutional arrangement to bring the standardized resident training into the program for postgraduate students and at the same time require the newly recruited clinical professional masters to participate in the standardized resident training. This pattern,with four certificates in one,(Certificate of Medical Practitioner Qualification,Certificate of Standardized Training for Resident Doctors,Postgraduate Diploma,and Certificate of Master's Degree) has formed the driving force and path for the training of clinical professional masters. The sense of acquisition of the teachers and students has been enhanced after this reform,but it is also generally believed that some problems,such as the shortage of learning time,the weakening of scientific research ability,the ambiguity of professional direction (sub-professional direction) and so on,still exist. In order to ensure the cultivation of both clinical practice ability and clinical scientific research ability,it is suggested that scientific research should be combined with clinical practice,making structural adjustments in the aspects of training plan,department rotational training and scientific research time allocation,actively promoting the coordination of medicine and education,improving the ways to guide postgraduate students. By doing this,we can achieve the balance of multiple objectives and collaborative optimization in clinical professional master training.

Key words:clinical professional masters;training pattern;coordination of medicine and education;medical education