

我国本科医学院校布局与医学生供给及结构调整的思考*

林雷¹ 何珂² 吴爱民³

¹（温州医科大学高教研究所 浙江 325035）

²（复旦大学附属肿瘤医院教学与学生工作部 上海 200032）

³（温州医科大学图书馆 浙江 325035）

摘要:

[目的] 提出今后医学院校布局与医学生培养规模调控的建议。

[方法] 统计全国本科医学院校的数量及其与区域的人口与经济社会发展水平的匹配程度，与 OECD 国家进行横向比对。分析不同办学水平的医学院校及其培养的医学生在不同地区和城市的分布。

[结果] 我国当前医学生培养总量适度，但层次有待提高，医学院校校均规模偏大，各类医学院校的功能需要整体优化，中西医共同发展是我国高等医学教育重要特色。

[局限] 对中西医高等教育共同发展的论述有待深化。

[结论] 本科医学院校的布点应积极而谨慎地扩大，同时分类调控各医学院校办学规模。

关键词: 卫生事业管理 卫生人力 医学教育 结构调整

分类号: R19

Thinking on the layout of medical schools in China and the supply of medical graduates

Lin Lei¹ He Ke² Wu Aiming³

¹(Higher Education Institute, Wenzhou Medical University, Zhejiang 325035, China)

²(Office for Students, Fudan University Shanghai Cancer Center, Shanghai 200032, China)

³(Library, Wenzhou Medical University, Zhejiang 325035, China)

Abstract:

[Objective] Put forward suggestions on the layout of medical schools and the regulation of the school scale of medical education.

[Methods] Count the number of medical schools in China as of the end of 2021 and their matching degree with the population, and compare it with the population and level of economic and social development of the whole country and regions, and

* 本文系浙江省教育厅人文社科重大攻关项目“我国本科医学院校布局与医学生供给的结构优化研究”（项目编号：2021QN031）的研究成果之一。

compare it with OECD countries. Analyze the distribution of medical schools at different levels and the medical graduates in different regions and cities.

[Results] The total number of medical students in China is moderate, but the level needs to be improved, the average scale of medical schools is too large, the functions of various medical schools need to be optimized as a whole, and the development of traditional and Western medicine is an important feature of China's higher medical education.

[Limitations] The discussion on the co-development of higher education of traditional Chinese and Western medicine needs to be deepened.

[Conclusions] The distribution of medical schools should be actively and cautiously expanded, while promoting homogeneous training of medical students, and while steadily expanding the overall scale of student, it is necessary to regulate the scale of various medical schools.

Keywords: Health Management; Workforce; Medical Education; Structural Adjustment

《国务院办公厅关于加快医学教育创新发展的指导意见》指出，当前我国医学教育“人才培养结构亟需优化”^[1]。促进卫生健康人力资源供需平衡，是优化医学人才培养结构的重要内容。准确把握医学院校人才供给和卫生健康事业人力需求现状，是实现供需平衡的基础性工作。从供给侧看，就是首先要摸清医学院校的布局与毕业医学生规模的“家底”。

1 资料来源与方法

1.1 资料来源

本研究中，医学院校相关专业设置数据来源于科学出版社出版的《中国医学院校指南（2018-2019）》及教育部网站公布的2018、2019、2020年度本科专业审批结果。本文中常住人口数，据国家统计局编的《2021中国统计年鉴》整理。行政区划数据来自民政部网站《中华人民共和国行政区划统计表（截至2021年12月31日）》。医学院校学位点数据根据全国医学教育发展中心数据（<https://medudata.bjmu.edu.cn>）以及教育部网站公布的2020年学位授权审核结果整理。2020届临床医学类和中医学类本科毕业生数量，根据各高校发布的就业质量年度报告和本科教学质量年度报告等官方公开资料，逐个学校统计整理。中医学专业专科毕业生数根据《中国中医药年鉴（2021行政卷）》整理。经济合作与发展组织国家医生数及毕业医学生数来自OECD官方网站数据库（<https://stats.oecd.org>）。个别缺失的数据以能够获得的离2020年最近的一年的数据代替。

1.2 研究对象

鉴于医学院校的主体职能是培养临床医生，因而本文将研究对象——中国本科医学院校的统计口径界定为：开设临床医学类或中医学类（含藏医、蒙医、傣医、朝医、维医等民族医学专业）本科专业的高等学校。本科“医学生”，也指以上两类专业学生。

1.3 研究方法

本研究采用描述性统计分析和比较分析方法，使用 EXCEL2007 进行数据录入整理和分析。首先，采用描述性统计方法对本科医学院校的数量和分布进行描述分析；在此基础上，进一步考察各地区常住人口数与医学院校数量的匹配情况；同时从临床医学与中医学一级学科学位点分布入手，分析不同层次与水平的医学院校在不同区域的分布。其次，考察毕业医学生供给情况；在全国层面，以每 10 万人口毕业本科医学生作为主要指标，通过国际对比，评估我国医学生培养规模的适宜性；在区域层面，针对区域人口数与毕业医学生数量，用洛伦兹曲线和基尼系数分析其均衡性。最后，根据人才培养层次与水平，将全国医学院校细分为五类，考察各类学校的人才培养规模，分析其在全国高等医学教育体系中发挥的作用。

洛伦兹曲线将不同省份年度毕业医学生数占全国毕业医学生数的构成比从小到大排列，同时将人口的构成比与之对应，分别进行累计并以曲线在直角坐标系呈现。45 度对角线是绝对公平线，曲线越接近绝对公平线，说明毕业生分布越公平。

基尼系数 G 是指对角线与洛伦兹曲线围成的区域面积与对角线与 X 轴 Y 轴所围区域面积之比。 G 在 $0\sim 1$ 之间，越接近 0 表示资源分配公平性越好。计算公式如下：

$$G = \sum_{i=1}^n W_i Y_i + 2 \sum_{i=1}^{n-1} W_i (1 - V_i) - 1$$

其中， i 为各省（自治区、直辖市）2020 年本科毕业医学生数或常住人口数大小排序的序号， W_i 是 i 省（自治区、直辖市）人口数与全国总人口数的比例； Y_i 是 i 省（自治区、直辖市）2020 年本科毕业医学生数与全国毕业医学生总数的比例。 V_i 是 Y_i 的累计数。

2 结果

2.1 全国本科医学院校的数量及分布

截至 2021 年底，全国有 221 所本科医学院校（其中独立学院 28 所）。在这 221 所院校中，有 198 所设立临床医学专业，68 所设立中医学（含民族医学）专业，其中 45 所既有临床医学专业又有中医学专业。全国有独立设置的西医院校 59 所，独立设置的中医院校 26 所（含西藏藏医药大学）。

221 所本科医学院校在各省（自治区、直辖市）的分布如表 1 所示。根据《中国卫生健康统计年鉴》对我国东、中、西部经济带的划分^[2]，东部有医学院校 96 所，中部 70 所，西部 55 所；在此基础上，进一步考察各地区常住人口数与医学院校数量的匹配情况：全国常住人口在东部、中部、西部的占比分别为 43.04%、29.80% 和 27.17%；医学院校数在东部、中部、西部的占比分别为 43.44%、31.67% 和 24.89%。

表 1 各省（自治区、直辖市）本科医学院校设置情况

省份	院校数	常住人口数（万人）
东部	96	60690
北京	5	
天津	5	
河北	10	
辽宁	10	
上海	6	
江苏	13	
浙江	18	
福建	6	
山东	8	
广东	14	
海南	1	
中部	70	42015
吉林	6	
黑龙江	5	
山西	5	
安徽	7	
江西	7	
河南	11	
湖北	17	
湖南	12	
西部	55	38308
广西	6	
重庆	2	
四川	9	
贵州	6	
内蒙古	4	
云南	8	
西藏	3	
陕西	6	
甘肃	5	
青海	1	
宁夏	1	
新疆	4	
合计	221	141013

如果将医学院校的所在地具体到所在城市进行考察，办学地点在直辖市的有 18 所，在副省级城市的 58 所，在省会城市（不含副省级城市）的有 47 所，在其他地级行政区 98 所（这 98 所分布在 83 个地级市、1 个自治州）。（表 2）

表 2 各类城市拥有医学院校数量情况

城市类别	直辖市	副省级城市	省会（首府）	其它地级市（州）
城市数量（A）	4	15	17	301
医学院校数量（B）	18	58	47	98
B/A	4.50	3.87	2.76	0.33

总之，从医学院校的数量看，东、中、西部医学院校分布与三个区域的人口数是大体相称的。同时，我国有 38% 地级行政区已有本科医学院校布点，覆盖面较广；另一方面，随着城市能级的降低，医学院校的密度也明显下降。

2.2 各地本科医学院校的办学水平

研究生教育是教学与科研的结合，可从一个侧面反映高校办学水平与层次。因此，笔者首先从医学主干学科研究生教育的视角来观察各地本科医学院校的办学水平。虽然这一方法未免简单化，但在其他可比性数据获取难度较大的情况下，这种分类是能说明一定问题的；一些省份对高校进行分类考核时，就采取了类似的方法。2021 年底，临床医学和中医学一级学科学位点在东、中、西部医学院校的分布情况如下（表 3）：

表 3 临床医学和中医学一级学科学位点在医学院校分布情况

区域	院校数	临床医学博士点	临床医学硕士点	中医学博士点	中医学硕士点
东部	96	36	52	10	17
中部	70	12	27	7	9
西部	55	11	30	8	14
合计	221	59	109	25	40

近年来，医学教育界还有另一个视角来观察医学院校的办学层次，即长学制医学教育^①、“5+3”一体化医学教育以及一般五年制医学教育（如全国医学教育发展中心近年来每年发布的《中国医学生培养与发展调查报告》，就部分采用了这样的分类方法）；按这三类划分，在 221 所医学院校中，有临床医学（8 年）和中医学（9 年）长学制院校 20 所，“5+3”一体化院校 42 所，其他本科院校 159 所；在东、中、西部地区的分布如下（表 4）：

表 4 各类型医学院校在各区域分布情况

区域	长学制	“5+3”一体化	其他
东部	14	21	61
中部	2	14	54
西部	4	7	44
合计	20	42	159

①为表述方便，本文所说的长学制医学教育特指临床医学八年制和中医学九年制。

从以上两表可以看出，东部医学院校的办学水平与层次明显高于中西部医学院校。

2.3 全国本科毕业医学生规模及分布

(1) 本科毕业医学生规模

在全国医学院校中，如不计海军军医大学、空军军医大学和陆军军医大学 3 所军队院校，在 2020 年有本科毕业医学生的学校共 195 所，当年共计毕业医学生 126152 人，其中临床医学类 93540 人，中医学类 32612 人；毕业生最少的 8 人，最多的达 2707 人；校均毕业生 647 人，中位数是 483 人；如只计临床医学类专业，校均毕业生 553 人，中位数是 404 人。

2020 年，我国 31 个省份总人口（不含现役军人）141013 万，每 10 万人口毕业本科医学生 8.95 人。如果加上临床医学和中医学类高职（专科）毕业生 65387 人（其中临床医学 45800 人^[3]，中医学类 19587 人^[4]），每 10 万人口毕业医学生数约为 13.58 人。

(2) 本科毕业医学生分布

以下从三个角度考察本科毕业医学生不同医学院校及区域的分布：

一是按规模分组的院校频数。图 1 以 100 名毕业生为组距，展示了不同办学规模医学院校的数量，可见校际的差异性很大。这样的分布显然不够理想。

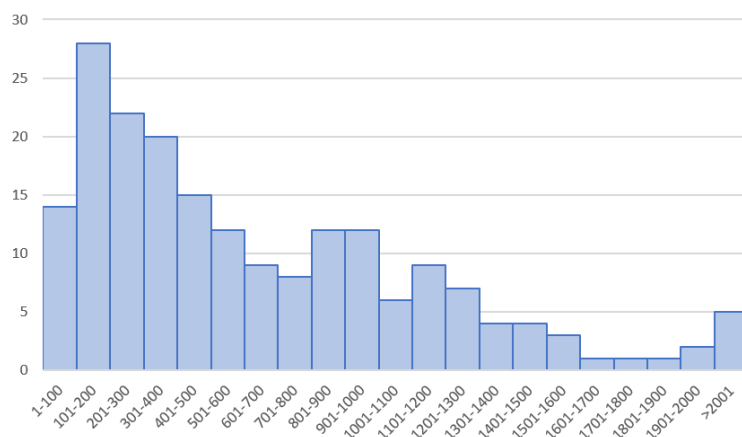


图 1 按毕业生数分组的医学院校分布

二是不同类型医学院校的毕业生规模。在上述 2020 年有毕业医学生的 195 所学校中，有中央高校 24 所，共计毕业医学生 7270 人，仅占全部毕业生数（126152 人）的 5.76%。可见我国绝大部分医学人才是由地方高校培养的。

为深入分析不同办学水平医学院校的办学规模，笔者在表 4 分类方法的基础上，将 195 所医学院校中除长学制院校（A 类）和“5+3”一体化院校（B 类）之外的其他 136 所（占 70%）院校进一步分为三类，即除 A、B 两类之外，拥有临床医学或中医学一级学科博士学位授予权的高校（C 类）、拥有临床医学或中医学一级学科硕士学位授予权的高校（D 类），以及其他本科高校（E 类），这 5 类医学院校的毕业生规模如表 5 所示。

表5 2020年不同类型医学院校毕业医学生数

学校类型	校数	校数占比	校均毕业生	毕业生数	毕业生数占比
长学制（A类）	17	8.72%	486	8256	6.54%
“5+3”一体化（B类）	42	21.54%	847	35589	28.21%
一级学科博士（C类）	22	11.28%	672	14778	11.71%
一级学科硕士（D类）	37	18.97%	822	30403	24.10%
本科（E类）	77	39.49%	482	37126	29.43%
其中：独立学院	34		573	19468	

三是在不同区域的分布。2020年，我国31个省（自治区、直辖市）本科毕业医学生数如表6所示：

表6 2020年各省份本科毕业医学生数及常住人口数

省份	本科毕业医学生（人）	常住人口（万人）
北京	1638	2189
天津	1465	1387
河北	8193	7464
辽宁	7335	4255
上海	1090	2488
江苏	4615	8477
浙江	4142	6468
福建	2901	4161
山东	7764	10165
广东	5418	12624
海南	703	1012
吉林	2359	2399
黑龙江	4360	3171
山西	4046	3490
安徽	5896	6105
江西	4920	4519
河南	9641	9941
湖北	7061	5745
湖南	7231	6645
广西	5017	5019
重庆	2231	3209
四川	7073	8371
贵州	4924	3858
内蒙古	2507	2403
云南	4031	4722
西藏	425	366
陕西	3406	3955
甘肃	2708	2501
青海	528	593

宁夏	581	721
新疆	1943	2590
全国	126152	141013

根据以上数据绘制洛伦兹曲线(图2)并计算基尼系数,基尼系数为0.17749,可见相对于各省人口数的毕业医学生数量分布公平性较强。

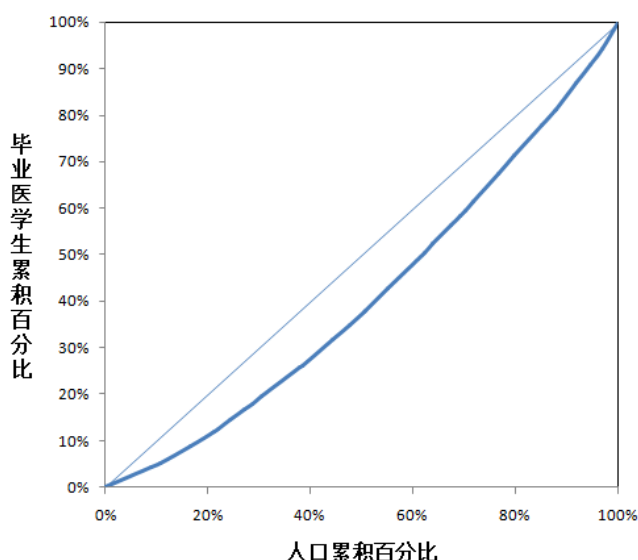


图2 各省份毕业医学生分布的洛伦兹曲线

毕业生在东、中、西部不同区域的分布情况如表7所示。

表7 2020年不同区域毕业医学生数及相对于常住人口的规模

区域	校数	毕业生数	校均毕业生数	常住人口（万人）	生/10万人
东部	86	45264	526	60690	7.46
中部	64	45514	711	42015	10.83
西部	45	35374	786	38308	9.23

由上表可见,与东部高校相比,中部与西部高校的校均毕业生规模较大。特别是西部高校,校均规模偏大,与其办学能力不相称。同时,相对于常住人口规模,如不考虑毕业生跨省就业,中部和西部地区医学生的供给要比东部充足。从2010年至2020年,国家为中西部共培养了近6.3万余名农村订单定向医学生^[5],这一政策已经发挥了重要作用。

3 讨论

在以推动高质量发展为主题的时代背景下,针对医学教育发展中存在的不平衡不充分问题,我国本科医学院校布局与医学生供给在调整规模和优化结构两方面都还有较大提升空间。

3.1 我国当前医学生培养总量适度，但层次有待提高

从国际比较的角度看（表 8），OECD 国家 2020 年每 10 万人口毕业医学生平均数为 13.54 人，我国略高于这个平均水平；但必须指出：这是把专科生计入总规模的情况下实现的。而当前，世界上只有中国在医学生院校教育阶段仍然保留三年制专科的学制，其它国家都在四年以上^[6]；从实际教育效果看，专科医学生到医生的转化率是偏低的。以 2016 届学生为例，全日制临床医学专业本科、专科毕业生数分别为 9.07 万人和 4.43 万人^[3]，而他们参加 2017 年临床执业医师和临床执业助理医师资格考试的分别是 8.22 万和 3.05 万人（分别占毕业生数的 90.65% 和 68.75%），两类考生综合笔试通过率分别为 74.14% 和 49.17%^[7]；可见，与本科生相比，临床医学专业专科生最终成为医生的比例很低，临床医学专科层次的教育质量和办学效益亟待提高。

另一方面，我国临床医生的需求仍有较大的空间。2020 年，我国临床和中医类别执业（助理）医师数分别为 300.7 万、68.3 万^{[8]21}，每千人口临床医生 2.6 人（考虑到国际可比性，此处临床医生只统计临床和中医类别，不含口腔和公共卫生类别），远低于 OECD 国家的平均水平（每千人口临床医生 3.6 人）。根据国家“十四五”经济社会发展规划，到“十四五”末，我国经济发展将达到现行的高收入国家标准，而高收入国家在 2019 年的每千人口医生数平均水平即已达到 3.31 人^{[8]89}。可见，我国目前临床医生的人均配置数量仍然偏低，因而当前医学人才培养的总体规模是合宜的，并可在保证质量和提高层次的前提下稳步扩大。

表 8 2020 年我国临床医生配置与培养情况国际比较

	每千人口临床医生数	每 10 万人口毕业医学生数
奥地利	5.32	14.44
挪威	4.97	10.91
立陶宛	4.57	21.04
西班牙	4.4	13.93
德国	4.39	12.03
瑞士	4.35	12.91
瑞典	4.32	13.57
丹麦	4.19	21.21
捷克	4.07	16.55
意大利	4.05	18.66
冰岛	3.89	11.37
澳大利亚	3.83	14.94
荷兰	3.72	14.33
匈牙利	3.49	15.71
新西兰	3.38	10.37
爱尔兰	3.32	25.43
以色列	3.29	6.93
法国	3.17	9.95
比利时	3.16	16.61

英国	2.95	13.04
加拿大	2.74	7.56
美国	2.64	8.24
日本	2.49	6.94
韩国	2.46	7.22
墨西哥	2.44	11.61
波兰	2.38	10.55
OECD 国家平均	3.6	13.54
中国*	2.6	13.58

*本表中国医生数包括临床和中医类别的执业（助理）医师，毕业生指临床医学类和中医学类专业本、专科毕业生。

3.2 医学院校校均规模偏大，招生规模调控机制不健全

根据“21 世纪全球医学教育专家委员会”估计数值推算，2008 年，全球 2420 所医学院校当年有 38.9 万名毕业生，校均 161 人^[9]。根据美国的外国医学毕业生教育委员会（ECFMG）对 56 个国家的调查，2012 年，医学院校的校均毕业生为 181 人^[10]。根据笔者抽样调查，最近的数据也与以上推算结果大致吻合：2020 年，从部分 OECD 国家的毕业生数据来看，年度毕业生规模大部分在 100~300 之间（表 9）。

表 9 部分国家医学院校校均毕业生数一览

国家	澳大利亚	奥地利	加拿大	智利	德国	日本	韩国	英国	美国
毕业生数	3839	1288	2876	1768	10007	8757	3742	8750	27328
医学院校数	20	6	17	25	36	80	40	34	175
校均毕业生	192	215	169	71	278	109	94	257	156

数据来源：医学院校数从 world directory of medical school（www.wdoms.org）检得，剔除了当年尚无毕业生的新建院校。

同时，发达国家医学院校年度招生或毕业生数差异不会很大，校际分布相对合理。如美国 175 所医学院校中（含授予 MD 学位和 DO 学位的两类医学院），2020 年校均毕业生 156 人，中位数是 146 人，大部分院校其年度毕业生数在 101~200 人，少有超过 300 人的。（图 3，各学校毕业生数来自美国医学院校联合会和美国整骨疗法协会官方网站：<https://www.aamc.org> 和 <https://osteopathic.org>）又如澳大利亚，该国 2020 年招生的 23 所医学院校，大部分院校的招生数也在 101~200 人这一区间。（图 4，数据来自 <https://medicaldeans.org.au>）

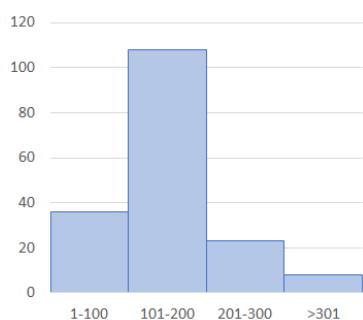


图3 美国医学院校按毕业生数分组的院校数分布

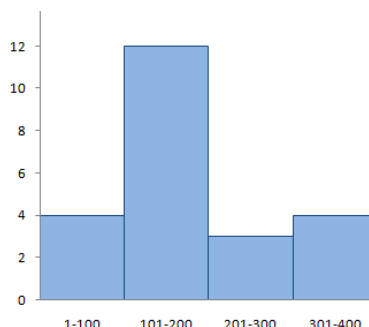


图4 澳大利亚医学院校按招生数分组的院校数分布

与世界平均水平相比，我国医学院校校均规模明显偏大，部分院校的规模过大；2020年，临床医学单个专业毕业生超过1000人的有18所院校（其中2所属于独立学院和民办高校），中医学单个专业超过500人的有10所院校（其中3所为独立学院）。同时，虽然各省医学生培养规模与人口规模相关性很强，但我国不同医学院校间规模的差异很大，而且这种差异与办学水平与培养能力的差异不协调。目前，全国一半以上的毕业医学生是由表5所示办学水平相对较低的D、E两类院校培养的。

我国本科医学人才培养规模的校际分布明显不平衡的现象，从一个侧面反映了我国医学院校培养规模的确定有较大的随意性，许多院校是按惯性在招生，招生计划缺乏科学论证。2020年下发的《国务院办公厅关于加快医学教育创新发展的指导意见》虽然提出了“稳步发展本科临床医学类、中医学类专业教育，缩减临床医学、中医学专业招生规模过大的医学院校招生计划”的总体要求，但除了提出对医师资格考试通过率持续较低的院校予以减招外，并没有更系统的安排。因此，无论在全国层面、省级层面，还是在院校层面，都迫切需要建立健全医学教育的规模调控机制和供需平衡机制。

一些发达国家的医学人才供需平衡策略值得借鉴。在英国，医学生招生总量由卫生部统一控制，每所医学院均有招生限额；高等教育筹资理事会生均拨款的对象仅为符合招生政策和计划的学生^[11]，各大学医学院以获得生均拨款的学生数量作为控制招生规模的手段。在美国，住院医师培训岗位的总数是限制医学院扩招的主要杠杆，同时以国家住院医师匹配系统（NRMP）为技术手段，实现医学人才的供需平衡，提高培养效率^[12]。

3.3 各类医学院校的功能需要整体优化

在表5中，长学制（A类）院校属办学水平最高者，其校均学生规模也相对较小的，可谓真正实行“精英教育”。“5+3”一体化（B类）院校大部分是原举办七年制医学教育的院校，它们一方面具有较高的办学水平，另一方面也具有较大体量，以占全国医学院校22%的学校数量，培养了全国28%的本科医学生，因而可视为医学院校的中坚骨干力量。其余拥有临床医学或中医学一级学科博士学位授予权的（C类）院校，虽未开展“5+3”一体化医学教育，但拥有较强学术实力，其人才培养规模比较适中。其余拥有临床医学或中医学一级学科硕士学位授

予权的（D类）院校，大部分（约75%）是中西部高校；相比之下，其办学规模与其学术实力不相称。E类院校是最多的，其中有33所是独立学院，这些独立学院的母体学校虽然大部分实力较强，但独立学院的生源质量相对不高，因而在办学规模较大的情况下，培养质量堪忧；其毕业生参加医师资格考试通过率比较低，可以证明这一点。

根据以上总体格局，各医学院校要进一步明确功能定位，再根据自身的办学能力与社会需求，发挥与其所在区域和所处历史方位相称的作用，推进医学教育供给侧的结构性改革。

改革调整的方向是：对于A类院校（即长学制医学院校），要面向国际前沿，对接建设高等教育强国的使命，发挥国家层面的引领作用，建设国家医学卓越人才培养和精英人才集聚的高地。对于B类院校（即开展“5+3”一体化教育的院校）和少部分优秀的C类院校（即临床医学或中医学一级学科博士学位授权单位），尤其是其中的国家卫健委、教育部、省级政府共建的医学院校（简称“委部省共建”医学院校，含国家中医药管理局、教育部与省级政府共建的中医药大学），要承接国家层面的要求，在所在的省（区、市）中发挥引领作用。对于D类和大部分的C类院校，要在符合国家办学标准的前提下，进一步提高办学水平，更好地满足区域尤其是基层的人才需求。E类院校，大部分是本世纪新建的医学院校，则仍然面临着人才培养模式的规范与质量保证问题；要加快独立学院转设进程，促进医学院校生源的均质化。

3.4 中西医共同发展是我国高等医学教育重要特色

新中国成立以来，中医药高等教育从无到有、从弱到强，遵循中医药人才成长规律，实现了跨越式发展，人才培养体系不断完善。当前，无论从人才培养规模看，还是从教育结构布局看，中西医教育共同发展已成为我国医学教育的重要特色。在本文统计的221所医学院校中，20%的院校既设置临床医学专业又设置中医学类专业；除了内蒙古、西藏、宁夏、新疆、海南、重庆、青海等7个省（自治区、直辖市），其余省份均至少有独立设置的西医和中医本科院校各1所。近年来，部分省市还在积极筹建新的中医院校。

从卫生人力看，2020年，我国340.2万名执业医师中，中医类别57.8万人，占17%，比2015年的15.3%增长了近2个百分点^{[9][21]}。在2020年的126152名毕业医学生中，中医学类32612人，占25.85%。在2023年初国务院办公厅印发的《中医药振兴发展重大工程实施方案》提出，在2023~2025年，要“招录7500名左右中医专业农村订单定向免费培养医学生”^[13]，招生规模将比往年有明显扩大。

习近平总书记多次就中医药事业发展作重要指示，强调要坚持中西医并重，推动中医药和西医药相互补充、协调发展。在应对新冠疫情的过程中，中医也展示了独特的作用。《中医药振兴发展重大工程实施方案》提出：要使“基层中医药人才队伍规模不断扩大，素质逐步提升，更好适应群众就近享受中医药服务的需求。”在新发展阶段，应进一步充分发挥中医的长处，继续推进中西医高等教

育共同发展，更好地满足人民群众全方位全周期健康服务需求。

4 结论与建议

首先，在医学院校布局方面：为支撑较大的办学规模，同时鉴于目前我国医学院校校均规模不宜继续扩大，因而本科医学院校的布点应积极而又谨慎地扩大，尤其要在我国西部地区适当增加医学院校设置。（教育主管部门也已经意识到这一点，如最近两年全国临床医学本科专业布点增加了8个，其中西部3个、中部4个。）当前，我国医学院校在省级以及地级行政区的布点比较均衡，但各地区医学院校办学水平差异较大，东部优势明显，中西部有待加强。可由长学制医学院校和委部省共建医学院校对口支援中西部高校，推进均质化培养。

在校均规模难以短期内缩小的情况下，要增加办学投入，保证办学条件的到位，尤其要增加对于医学人才培养的主力军——地方高校的投入。目前，中央本级财政医学本科生均拨款标准已达2.7万元^[14]，地方高校也应努力达到这一水平。

其次，在医学生供给方面：我国今后医学生培养总规模应稳中有升，其中本科医学生培养规模应积极扩大，专科层次的规模则应进一步压缩；中医和西医人才要统筹考虑。同时，要分类调控医学院校办学规模。长学制医学院校的规模应适当扩大（增量主要用在五年制医学生），西部医学院校和少数临床医学或中医学专业单点毕业生数过多的医学院校的规模应予以压缩。将已经成功实施的“5+3”一体化培养体系作为我国临床医学人才培养的主体^[15]，建议对表5中的部分C类院校，给予“5+3”一体化的招生资格，以增强招生吸引力，分流现有“5+3”一体化院校的部分生源。同时，积极探索基于毕业后教育岗位容量、医师岗位准入考试表现等多维的规模调控机制，综合教育、人口、社会、经济和卫生等多方面的数据，构建医生供给需求的动态模型。

参考文献：

- [1] 国务院办公厅.国务院办公厅关于深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展的意见 [Z].2017-07-11
- [2] 国家卫生健康委员会. 2021 中国卫生健康统计年鉴[M]. 北京：中国协和医科大学出版社, 2021.
- [3] 廖凯举,侯建林,由由,等.2002—2018 年我国临床医师人力资源与人才培养情况的研究[J].中国卫生政策研究,2020,13(11):66.
- [4] 王思成, 宋春生. 中国中医药年鉴 2021 行政卷[M]. 北京：中国中医药出版社, 2021.
- [5] 李玉兰.教育部为中西部农村免费培养 6.3 万余名定向本科医学生.[N]光明日报, 2021-12-30(8)
- [6] 吴胤歆. 中外高等医学教育学制现状及发展启示[D].福州：福建医科大学,2009： 11.
- [7] 国家卫生健康委员会. 2017 年国家医疗服务与质量安全报告[M]. 北京：科学技术文献出版社, 2018： 743-744.
- [8] 国家卫生健康委统计信息中心. 中国卫生健康人力发展报告 2015-2020[M]. 北京：中国协和医科大学出版社, 2022.
- [9] Julio Frenk, Lincoln Chen, Zulfiqar A. Bhutta, et al. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world[J]. The Lancet, 2010, 376(9756):1943.

- [10] Robbert J Duvivier, John R Boulet, Amy Opalek, et al. Overview of the world's medical schools: An update[J].Medical Education ,2014,48(9):860.
- [11] 侯建林, 罗友晖, 于晨, 等. 英美临床医学教育招生规模预测与调控及启示 [J]. 基础医学与临床, 2018, 38(10): 1489.
- [12] 李娜,杜建,唐小利, 等.我国医疗卫生人才供需平衡策略研究[J].中国工程科学,2019,21(2):91.
- [13] 陈昕煜, 秦怀金, 武宁, 等.我国医学教育中存在的问题和根源与策略分析[J].中华教育杂志, 2017, 37 (5) : 644.
- [14] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于印发中医药振兴发展重大工程实施方案的通知[Z].2023-02-28
- [15] 王松灵. 医学-医生-医师-大夫——践行医学使命,实现全民健康[J]. 医学教育管理, 2022, 8(1):2.

(通讯作者: 林雷 E-mail:linlei@wmu.edu.cn)

作者贡献声明:

林雷: 采集、清洗和分析数据; 提出研究思路, 设计研究方案, 论文起草;

何珂: 论文修改;

吴爱民: 参考文献资料搜集。