

本科医学教育质量改进全球标准

(2012年修订版)

世界医学教育联合会 颁布

中国教育部临床医学专业认证工作委员会秘书处 翻译

编者按 世界医学教育联合会(WFME)成立于1972年,作为代表医学教师和医学教育机构的国际组织,致力于倡导医学教育最高的科学和道德标准,采用新的教与学方法,开展医学教育的创新管理,提高全球的医学教育质量。1998年,WFME启动了国际医学教育标准项目,2003年颁布了《本科医学教育全球标准》。《本科医学教育全球标准》赢得了国际社会的广泛认可,被处于不同发展阶段,具有不同教育、社会经济和文化条件的医学教育机构作为制定院校、国家及区域医学教育标准的模板,同时作为促进医学院校及其教育计划改革的杠杆,亦对国家和地区确认医学院校的水平 and 实施认证产生了积极的影响。在“全球标准”的实际应用过程中,积累了许多宝贵的经验和卓有成效的建议。WFME于2011年启动并于2012年完成了“全球标准”的首次修订,其修订版本于2013年颁布。《本科医学教育质量改进全球标准》(2012年修订版)中文稿,由我国教育部临床医学专业认证工作委员会秘书处组织翻译。

《本科医学教育质量改进全球标准》(2012年修订版)尊重2003年版“全球标准”的整体原则和框架,仍然分为两个层次(基本标准、质量改进标准)呈现。修订版中最重要的变化包括:标准被细分为亚标准并引入了一套数字索引系统;根据国际医学教育的发展,将一些质量改进标准改为基本标准;显著地扩展并细化了对标准的注释。

我国临床医学专业认证工作始2006年哈尔滨医科大学的临床医学专业试点认证,其依据为WFME《本科医学教育全球标准》(2003年版)。2008年,我国教育部和卫生部联合发布《本科医学教育标准—临床医学专业(试行)》,作为开展临床医学专业认证的依据,同时成立了“教育部临床医学专业认证工作委员会”,全面负责我国临床医学专业认证工作的实施。迄今为止,已有20多所医学院校接受了临床医学专业认证。工作委员会在认证实施过程中积累了大量经验,并决定适时启动我国临床医学专业认证标准的修订工作。

本刊发表了WFME《本科医学教育质量改进全球标准》(2012年修订版)的主要部分,希望有助于我国医学教育工作者更加全面和系统地了解国际医学教育的发展动态,推进我国医学教育的国际化进程,努力提高医学人才的培养质量;同时,也为我国本科医学教育标准的修订提供有益的参考和借鉴。

前言

促进人类健康是医学教育的主要目的，也是世界医学教育联合会（WFME）的总体目标。遵照联合会宪章的要求，作为代表医学教师和医学教育机构的国际组织，WFME 致力于倡导医学教育最高的科学和道德标准，采用新的教与学方法，开展医学教育的创新管理。

据此，WFME 1998 年通过了一份纲领性文件，启动了“医学教育国际标准”项目，旨在为医学教育机构和整个医学教育连续体系提供一种能够适应全球环境并能够促进医学教育高质量发展的机制。

1998 年~2001 年间，由国际工作小组研究制定，并于 2000 年首次提出“WFME 本科医学教育全球标准”的定义^[1]，经过工作组征求意见和修订后，于 2003 年作为《三部曲：WFME 医学教育质量改进全球标准》的一部分正式发表^[2]。三部曲涵盖了整个医学教育的三个阶段：本科医学教育、毕业后医学教育和医生的继续职业发展^[3-5]。

在 WFME 的 6 个地区若干所医学院校展开试点研究之后，该标准（不仅是作为医学院校及教育改革一部分的本科医学教育标准）立刻在全球开始实施。2003 年在哥本哈根召开、主题为“以促进医疗保健为目的之医学教育全球标准”的 WFME 世界大会上，该标准获得广泛的国际认可，加快了其在国际范围内的实施^[6-12]。

《本科医学教育全球标准》已经被翻译成 20 多种语言，其适用性在多项试点研究中得到证实^[13]，对国家和地区确认医学院校的水平 and 实施认证产生了影响。

在制定《本科医学教育全球标准》的早期阶段，人们就意识到，严格限定国际标准的具体内容对医学院校及其课程设置并无益处，甚至还有可能降低医学教育的质量。对医学教育常见的批评是，它不能充分适应不断变化的医疗环境和完全满足社会的需求和期望。因此，在标准中必须设计一个能够促进医学教育变化与改革的机制。这使得 WFME 标准分为两个层次：（1）基本标准或最低要求；（2）质量改进标准。

从一开始，WFME 标准就被设计成一种认证工具。经过深入考量，WFME 认为只有国家指定的机构才可以直接负责该国的医学教育认证^[14-15]。当然，在引入认证的初期，WFME 也可以提供协助。国家指定的机构可以将全球标准作为模板，开展评价和认证活动。WFME 也可以制订认证标准使用的指南和程序——后期世界卫生组织（WHO）和 WFME 的合作项目中也确实制定了此类指南与程序^[16-17]。

在医学教育质量改进过程中，机构的自我评估、外部监督和咨询不可或缺。WFME 的结构和功能有助于其在全球各地区及在“认证机构认定”方面参与建立咨询小组，并藉此建立一个在国际上透明的、高质量的医学教育体系。

医务人员具有全球流动性，WFME 标准应该确保流动的医生具有合格的教育背景。然而，建立适当的激励机制，将本地培养的医生留在当地也同样重要。WFME 标准不是鼓励医务人员加速流动，加剧发展中国家医疗人力资源的流失；而是在当今全球化社会医务人员流动不可避免的现实中，为世界各地医生资格认证提供必要的参考标准，确保医生质量。

为了保证医生的能力能够在全世界范围内适用并通用，有关教育机构及其课程的质量认定文件必须公开和透明。世界卫生组织（WHO）自 1953 起发表《世界医学院校名录》，其目的仅仅是为人们提供一份名单，其中并不涉及对教学质量的评价^[18]。WFME 1998 年的纲领性文件中曾经建议编制一份《世界医学院校名册》，目的是形成一份医学教育机构质量保证的名册，并具体指明哪些院校的医学教育课程达到国际标准^[19]。因此，在 WFME 的帮助下，WHO 和哥本哈根大学签署备忘录协议，从 2007 年起开始开发《阿维森纳医学院校名录》^[20-21]。自 2010 年开始，该名录转由 WFME 负责维护，2012 年 8 月之后《阿维森纳名录》和 FAIMER 的《国际医学教育目录》合并为《新世界医学院校名录》。

制订全球标准三部曲时，WFME 任命了 3 个国际任务小组，每个任务小组由工作组和相应领域的专家成员组成。工作组成员通过会议讨论，专家成员主要通过网络互相联系。选拔任务小组成员时，主要依据其专业背景和所在国家地区的代表性。经过全球各地多次讨论，该标准采纳了许多积极建议并进行了修订。

从一开始，WFME 就意识到不应该频繁修改全球标准，否则会给使用该标准的机构带来不便。然而，经过 10 多年广泛实施，积累了大量经验，WFME 执行委员会意识到，有必要采纳医学教育者、医学院校和组织的建议和意见，对标准进行小规模修订。因此，2011 年初，在国际专家的参与下，WFME 启动了对标准的修订。

在标准制定过程中，各地区都给予了极大的热情和及时的协助，这表明该标准符合社会的需求，并具有很强的可实施性。WFME 由衷感谢参与全球标准修订的所有人员及组织。

引言 背景

世界医学教育联合会（WFME）于 1984 年启动了一项“重新定位医学教育的国际合作项目”，该项目的基石是 1988 年世界卫生大会（World Health Assembly, WHA）通过的《爱丁堡宣言》^[22]，这一宣言被列入《WHA 决议 42.38, 1989》^[23]；以及《世界医学教育高峰会议推荐规范, 1993》^[24]，并体现在 1995 年《WHA 决议 48.8, 医学教育与医疗服务的新定位：人人享有健康, 1995》^[25]。

为了进一步促进医学教育的变革与创新，WFME 决定将其教育政策在院校层面进行实施，遂于 1998 年发布了《世界医学教育联合会意见书》（WFME Position Paper）^[19]。其关注重点由最初阶段的在校本科医学教育（Undergraduate Medical Education），逐渐拓展至毕业后医学教育（Postgraduate Medical Education）以及医生的继续职业发展（CPD）。

经过世界卫生组织（WHO）和世界医学会（WMA）认可的 WFME 医学教育国际标准项目主要有以下 3 个目的：

- 促进医学院校依照国际医学教育标准和建议制定其应对医学教育改革和质量改进的规划；
- 建立国家和/或国际性医学院校评价和认证体系，确保医学院校满足最低质量标准；
- 制定完善的医学教育国际标准，以保障日趋国际化的医疗实践及医学人力资源的合理利用。

1998 年 12 月，WFME 执委会专门任命一个研究小组负责制定本科医学教育国际标准，该研究小组由工作小组和国际咨询专家组组成。

1999 年 10 月，工作小组首次会议在哥本哈根召开。在此次会议报告中^[1]，工作小组制定了一系列适用于不同发展阶段，不同教育、社会经济及文化背景下医学院校的本科医学教育标准。该报告特别强调这些标准可以作为医学教育改革的杠杆。

2001 年 3 月，工作小组第二次会议在巴塞罗那召开。经过多次全球会议讨论标准草案之后，工作小组参考国际咨询专家委员会的建议，修订《本科医学教育全球标准》，并为其制定了实施指南。

WFME 执委会采纳后，该标准的正式文件于 2003 年发布^[3-5]。WFME 标准不仅对 WFME 成员所代表区域的医学教育影响深远^[14, 26]，成为各区域医学教育指南的基准^[27-29]；同时，还促进了护理、助产等其他卫生相关专业标准的问世^[30]。近来，欧洲以该标准为模板，制定了生物医学、健康科学的 PhD 教育标准^[31]。

理念

WFME 的《本科医学教育全球标准》充分考虑了不同国家之间医学教育传统、文化背景、社会经济状态、健康水平、疾病谱和医疗服务体系的差异，具有广泛的适用性^[17]。上述差异也可存在于同一国家内。医学的科学基础也具有普遍性，各地医学教育的任务也都是为公众提供医疗服务。WFME 全球标准并非强制性的要求。它虽然具有多样性，但对全球医学院校的架构、教育过程及结果的要求仍然保持了高度的相似性。

全球医学教育标准不等同于一套全球核心课程。医学核心课程包括医学基础理论和医疗实践，特别是基础生物医学、行为与社会科学、基本临床技能、临床决策技巧、沟通能力和医学伦理学。所有医学院校均必须开设这些核心课程以培养称职的医疗从业人员。全球医学教育标准的理念虽然受到上述因素的重要影响，但标准本身对核心课程的细节如具体内容、数量都没有明确的规定。

医学教育的过程也是本标准中十分重要的内容。为本科医学生设置理想的教育方案、在教学中融入广为认可的学习理念，以及学校为教学活动提供良好的条件，均是制定本国际标准的基础。

此外，国际标准还必须依据不同地区、国家及教学机构的需求和迫切解决的问题进行修订和补充。WFME 明确强调：一致或统一的教育计划对医学教育并无裨益。此外，医学院校教育的质量保证应当强调改进，并为达到这一目标提供指导，避免将“标准”理解为使各院系在较低的质量层面过关达标。

此标准不仅可以作为各教育机构进行内部评估和质量改进的依据，也是开展外部评估和认证的必要工具。此外，此标准最适用于通过结合机构自评与同行互评，对医学院校的质量进行评价分析。

目标

一些研究报告已经阐述了对各层次医学教育的结构和过程进行根本变革和创新的必要性^[32-36]，此种重构的必要性在于：

- 依据社会需求与期望培养医生；
- 妥善应对日新月异的医学理论知识与技术；
- 培养医生终身学习的能力；
- 培训医生应用新信息技术的能力；
- 根据医疗卫生服务体系的变化调整医学教育。

WHO 同样主张医学教育改革^[37-40]，倡导开展一系列活动，旨在促进医学教育满足当前及未来的社会需求。WHO 尤其强调医生社会责任的重要性，以及继续教育和不同专业人员之间合作的必要性。

尽管认证已经被公认为评价医学教育质量的“金标准”，但在全球 2000 多所医学院校中，仅有少部分医学院校接受了外部评估和认证。在医学教育改革势在必行的今天，这种缺憾引起人们很大的焦虑。近几十年来，医学院校的数量迅速增加，其中许多院校并不具备足够资质（例如，某些以盈利为目的的私立学校），这引发了更大的不安。

因此，WFME 策略的核心任务之一就是制定医学教育（包含教育机构及其教育计划）国际标准和指南。国际标准的引入将为医学院校构建一种全新的评价体系。此外，国际标准可以用作国家和地区对医学院校教育教学质量认定及认证的基础。

原则

WFME 工作小组考察了制定本科医学教育全球标准的优势及相关保留意见；同时也密切关注本科医学教育质量改进指南的实际应用^[1]。为了使该标准得到广泛接受，修订过程中遵循了以下原则：

- 标准仅涵盖医学院校以及医学教育的常规领域；
- 标准应该针对医学教育内容、过程、教育环境及结果的各个方面；
- 标准应当作为医学教育改革的杠杆；
- 各团体、国家和区域有遵守标准的责任；
- 标准的制定应该充分考虑区域和国家教育体系的差异，尊重医学院校合理的办学自主权、自身定位与发展；
- 采用国际普遍使用的标准并不意味着各医学院校的医学教育内容和结果需要完全一致；
- 标准应当考虑到教学计划的动态发展；
- 医学院校可以依据和参照标准，促进学校及其教育教学的发展建设；
- 标准不可用作医学院校排名的依据；
- 标准不仅设立最低要求，而且鼓励高于标准的质量改进。标准除了提供基本要求外，还应当指导医学教育质量改进；
- 标准还需要在广泛的国际讨论和共识中不断完善。

此标准的价值还需要在各地区的评估分析研究中得到验证。这类研究应该基于机构自评及同行评议的综合分析。

此标准中并不存在非此即彼的选择，而是涉及学校颇具主观意图的规划和具体的实施方案。此外，一些医学院校在某方面的发展可能遥遥领先于大多数医学院校。那么从长远看来，这些标准就可以成为其他医学院校的发展目标。

此标准必须清楚界定，意思明确，适宜，相关，可测量，可实现并被使用者接受。标准也必须对医疗服务、鼓励多元化和促进适当的医生职业发展产生影响。

采用国际标准进行医学教育评价是改进和提高医学教育质量的重要动力，既适用于对医学教育的重新定位和改革，又有利于医学教育的持续完善与发展。

国际标准可以成为医学院校在国家层面接受评估和获得更广泛认可的基础。

WFME 认为，运用该标准可以促进关于医学教育目标的讨论及共识的达成，同时有助于医学院校制定教育计划的基本要素和核心内容。标准的实施将扩大教育研究及发展的机会，并促进跨部门和不同领域的接触和合作。

标准将指引教育工作者努力变革，同时可以指导医学生做出各种选择。

对于课程设计者，接受标准将节约时间和资源。

质量评估标准的采用将为资金提供者、政府官员以及公众提供有益的指导。

在医学教育中使用共同的国际标准，将促进医学生的交流，促进不同国家之间医生从业资格的互认，进而减少用于评估异国医疗从业人员专业能力的资源负担。

最后，低于标准的医学院校通过国际认可的医学教育标准进行评估和认证之后，可以进行有效改进，进而在国家和国际层面上提高医疗质量。

标准的使用

该标准已经在国家本科医学教育评估和认证体系中使用多年^[41-43]。使用的方法在不同国家之间存在一定差异。

WFME 认为，可以通过以下途径在全球范围内实施国际标准，保证本科医学教育质量并促进本科医学教育不断发展：

- **医学院校对机构及其教育计划的自我评价**

WFME 最初是将此标准作为质量改进的工具，医学院校在此框架内主动开展教育计划的自我评价和自我改进。

- **外部评价或同行评议**

包括外部同行评议小组的评估与咨询，有助于进一步提高该标准的使用效果。

- **院校及其教育计划的自评与外部同行评议相结合**

WFME 认为此种结合是最有价值的方式。

- **认定与认证**

根据地方需求及传统，国家或地区行政部门/机构也可以依据本标准的指南开展医学院校的认定和认证工作。

修订的程序和原则

WFME 标准应当继续采用两个层次的标准（基本标准和质量改进标准），包括过程、内容和学习结果/能力方面的标准，而非只是最低要求^[44]。

2012 年的修订计划如下：

第一阶段：由与 WFME 办公室有联系的相关 5 人组成的工作小组撰写修订草案文稿。

第二阶段：由来自 WFME 6 个代表地区的国际专家组提出修改及增补建议、意见，并对其进行汇总整理。

第三阶段：由包括 WFME 执委会成员在内的 WFME 主要合作方对修订文档提出进一步的建议。

修订的前提如下：

- 只需对标准进行小幅修订，以免给医学教育者带来不必要的理解上的混乱。
- 引入一套体系，更清楚地说明亚标准。
- 引入一套数字索引系统，方便标准使用者互相沟通。
- 对修订予以协调，避免交叉重复。
- 2007 年发布的《WFME 全球标准欧洲细则》^[28]中的要点，尤其是修改后基本标准与质量改进标准的区分，如果得到其他地区的支持，应当考虑融入到修订的标准中。
- 清晰地表述医学院校的社会责任^[45]。
- 根据标准实施过程中积累的经验，对注释予以扩展、明确并举例说明。

2011 年 8 月完成了第一阶段的修订，1 个月后开始了第二阶段的修订工作。在第二阶段，工作组广泛征求国际专家组的建议，进行了全面、实质性的修订。然而，考虑到标准的总体原则和结构，最终所做的修订仍然是有限的，与 2003 年的原稿差别不大。

修订原则：

基本原则

- 标准（包括两个层次）的结构没有改变。
- 标准中领域、亚领域的数量没有改变。虽然布局有所调整（见后文），但标准的条目没有实质性改变。
- 所有标准明确针对医学院校，医学院校有责任予以实施。

标准的内容

- 每项标准中相关内容的数量尽可能接近原标准。

- 领域和标准的几个标题需要做小幅修改，使内容更加明确。
- 依据国际医学教育发展的要求，有几项质量改进标准被划为基本标准。
- 尽可能减少重复、重叠的内容。

标准的陈述

- 尝试提高标准理念和陈述之间的一致性。
- 对多条标准做出明确说明，不仅要制定政策，还要加以实施。

注释

- 根据使用标准的实际经验，大幅增加注释量，通过举例说明等方法明确标准的涵义，例如开展的活动和所需的条件。这也为文字翻译的准确性提供了更可靠的保证，并有助于收集关于自我评价研究和外部评价的资料。
- 注释更加准确，解释更为全面。实践证明，原注释有时不好理解和进行字面翻译。
- 使用注释和举例说明，目的在于考虑社会和文化的差异。

布局

- 标准被划分成多个亚标准，内容条目更加清晰。
- 引入数字索引系统，有助于对标准的查询和交流。

WFME 全球标准

定义

WFME 建议采用以下本科医学教育全球标准。本标准共有 9 个领域和 36 个亚领域。

领域指大的范畴，涵盖医学教育的结构、过程和结果等方面，包括：

1. 宗旨及结果
2. 教育计划
3. 学生考核
4. 学生
5. 教职工
6. 教育资源
7. 教育评价
8. 行政与管理
9. 持续更新

亚领域是某一领域的具体方面，与相关的状态指标对应。

标准（一个或多个）每个亚领域细分为两个层次的标准，每个层次的标准赋予一个具体的数字编号：

基本标准

医学院校必须达到此标准并在评价期间予以证实。

基本标准用“必须” (*must*) 来表达。

质量改进标准

此标准遵循国际公认的本科医学教育最佳实施方法。医学院校应当证实标准的全部或部分达成情况或展示其实现计划。其中，达成情况随着不同医学院校的发展阶段、资源和教育政策有所不同。即使最优秀的院校也可能达不到所有标准的要求。

质量改进标准用“应当” (*should*) 来表达。

此文件总共包括 100 条基本标准和 91 条质量改进标准

注释 共计 121 条，对标准予以明确、扩展和举例说明。

应当特别强调，注释内容并非是对院校的强制规定，注释本身并不是新增加的标准或要求。

注释中的举例各不相同，有的非常详尽，有的比较简单。此外，应当注意没有哪一个医学院校具备举例中所提及的所有实施方法或设施。

1 宗旨及结果

1.1 宗旨

基本标准:

医学院校必须

- 明确办学宗旨，并让自己所服务的对象及卫生部门知晓。（B 1.1.1）
- 在宗旨中概述培养临床医生的目标及策略，使培养的医生：
 - 具备行医的基本能力。（B 1.1.2）
 - 具备能够适应医学的任一分支领域职业发展的基础。（B 1.1.3）
 - 胜任医疗卫生部门所规定的医生能力。（B 1.1.4）
 - 准备好进入毕业后医学培训。（B 1.1.5）
 - 致力于终身学习。（B 1.1.6）
- 确保宗旨满足社区公众的健康需求、医疗服务体系的需要，同时兼顾其他方面的社会责任。（B 1.1.7）

质量改进标准:

医学院校应当

- 确保宗旨中包括
 - 医学研究目标。（Q 1.1.1）
 - 全球卫生视角。（Q 1.1.2）

注释:

- 宗旨提供了一个总体框架，将教育机构的所有其他方面及其教育计划联系在一起。宗旨的陈述涵盖与院校、国家、地区和全球政策及需求相关的总体和特别方面，应当体现院校的远景。
- 该标准中，*医学院 (medical school)* 是指提供本科医学教育的教育机构，可以视为与 *medical faculty*、*medical college* 或 *medical academy* 同义。医学院可以是一个独立的机构，也可以附属于某一大学。通常，它不仅能够开展研究、提供临床服务，还可以为医学教育的各阶段或其他医疗卫生行业提供教育方案和实施保障。医学院还包括大学附属医院和其他附属临床机构。
- *服务对象* 包括医学院领导、教工和学生及其他利益相关方（见注释1.2）。
- *卫生部门* 即医疗服务体系，包括公立、私立和医学研究机构。
- 医学教育的 *基本能力* 指本科医学教育，大多数国家的本科医学教育在学生完成中学学业后开始。在有些国家和学校，则是在学生获得一个非医学本科学位之后，才开始本科医学教育。
- *医学任一分支领域* 是指所有类型的医学实践、医疗管理和医学研究。
- *毕业后医学培训* 包括取得执业医师注册之前的培训、职业培训和专科医师培训。
- *终身学习* 是指通过评估、审核、反思及认可的继续职业发展 (CPD) / 继续医学教育 (CME) 等方式获取最新知识和技能的一种职业责任。CPD 包括医生根据患者的需求，为保持、更新、发展或提高自身知识、技能和职业素质而从事的各种正式与非正式活动。CPD 比 CME 在概念上更为宽泛。CME 专指医学实践范畴内知识和技能的继续教育。
- *满足社区公众的健康需求* 是指与当地社区尤其是卫生及其相关部门进行沟通，通过调整课程计划以展示对当地社区健康问题的了解和关注。
- *社会责任* 是指有意愿及能力通过培养医疗、医学教育及研究人才来满足社会、患者、卫生及其相关部门的需要，促进国家和国际医学事业的发展。这以对医学院校办学

自主权的尊重为基础，不能违背各院校的办学原则。社会责任（social accountability）一词有时与社会职责（social responsibility）及社会响应（social responsiveness）同义。医学院校对于自己没有决定权的问题，仍然可以通过支持受影响的人群、分析因果关系和报告相关政策后果等方式展现社会责任。

- 医学研究包含生物医学、临床、行为和社会科学领域的所有科学研究。详见6.4。
- 全球卫生层面包括对全球主要健康问题、不平等与不公平引起的健康问题的认识。

1.2 宗旨制定过程的参与

基本标准：

医学院校**必须**

- 保证学校主要利益相关方参与宗旨的制定。（B 1.2.1）

质量改进标准：

医学院校**应当**

- 确保宗旨的制定考虑了其他利益相关方的意见。（Q 1.2.1）

注释：

- *主要利益相关方*包括院长、教师委员会、课程委员会、教师和学生代表、校领导和行政管理人员、相关政府机构和主管部门。
- *其他利益相关方*包括学术和管理部门的其他代表、社区和公众（如包括患者组织在内的医疗服务体系的服务对象）代表、教育和卫生部门、专业机构、医学科研组织和毕业后教育工作者。

1.3 院校自主权和学术自由

基本标准：

医学院校**必须**拥有自主权以

- 制定、实施教职工和管理者负责的政策，尤其是有关
 - 课程计划的设计。（B 1.3.1）
 - 实施课程计划时所需教育资源的配置使用。（B 1.3.2）

质量改进标准：

医学院校**应当**保证教师和学生下述层面的学术自由

- 讲授实际课程内容。（Q 1.3.1）
- 在不扩展课程计划的前提下，探索使用新的研究成果来讲解具体问题。（Q 1.3.2）

注释：

- *院校自主权*是指适当独立于政府或是其他相关部门（区域及地方权威部门、宗教团体、私人合作组织、联盟、同行和其他利益相关组织），以便在关键领域做出决策。例如，课程的设计（见 2.1 和 2.6）、评估（见 3.1）、招生（见 4.1 和 4.2）、教师聘任、遴选（见 5.1）和待遇、科研（见 6.4）和资源配置（见 8.3）。
- *学术自由*包括教师和学生言论、学术探究及出版方面的自由。
- 按照 *讲授实际课程*需要，允许教师和学生从不同角度描述和分析医学问题。
- *课程计划*，见 2.1 注释。

1.4 教育结果

基本要求：

医学院校**必须**

- 明确设定医学生毕业时在如下方面应当展现的预期教育结果
 - 知识、技能和态度在基本层面的表现。（B 1.4.1）

- 在各类医疗服务系统执业的适当基础。（B 1.4.2）
- 在医疗服务领域的未来角色定位。（B 1.4.3）
- 后续的毕业后培训。（B 1.4.4）
- 终身学习的决心和能力。（B 1.4.5）
- 社区的医疗需求，卫生系统和其他社会责任的要求。（B 1.4.6）
- 确保医学生具备与同学、教师、其他卫生领域从业者、患者及其家属相处时应有的良好方式。（B 1.4.7）

质量改进标准：

医学院校应当

- 明确设定并协调本科教育的结果和毕业后培训结果之间的关系。（Q 1.4.1）
- 明确学生参与医学研究的结果。（Q 1.4.2）
- 关注全球卫生相关的结果。（Q 1.4.3）

注释：

- *教育结果*，学习结果或能力是指对一个阶段学习结束后，学生具备的知识、技能和态度的陈述。教育或学习目标经常用这些术语来描述。

医学院需要明确在医学和医疗实践范畴的教育结果，包括掌握和理解以下相关知识：

（a）基础生物医学；（b）行为和社会科学，包括公共卫生和群体医学；（c）与行医密切相关的医学伦理学、人权和医学法学；（d）临床科学，包括诊疗操作、沟通技巧、疾病的治疗和预防、健康教育、康复、临床思维和解决问题方面的临床技能；以及（e）行医所需要的终身学习能力和胜任医生多重角色的专业素质。医学生毕业时呈现的能力和特点，可以分为：（a）学者或科学家；（b）从医者；（c）善于沟通者；（d）教师；（e）管理者及（f）专业人士。

- *学生的良好品行*需要在书面的行为准则中有具体设定。

2 教育计划

2.1 课程计划模式和教学方法

基本标准：

医学院校必须

- 明确设定课程模式。（B 2.1.1）
- 明确设定所要采用的教学与学习的方法。（B 2.1.2）
- 确保课程计划培养学生有终身学习的能力。（B 2.1.3）
- 确保以平等的原则实施课程计划。（B 2.1.4）

质量改进标准：

医学院校应当

- 按照所设定的课程计划、教学与学习的方法，激发、培养和支持学生对自己的学习负责。（Q 2.1.1）

注释：

- *课程计划*是指培养方案，它包括对预期教育目标、内容/课程大纲、学习经历及过程，主要是对既定教学、学习和评估方法结构的书面描述。课程需要阐明通过该课程学习后学生能够达到的知识、技能和态度水平。
- *课程计划模式*包括以学科、器官系统、临床问题/任务或疾病形式为基础的模式和以模块式或螺旋式设计的模式。

- *教学与学习的方法*包括大课讲授、小组教学、基于问题或案例的学习、同伴协助的学习、实习、实验练习、床旁教学、临床示范、临床技能实验室培训，以及社区实地训练和网络教学。
- *课程计划和教学方法*需要以当代学习研究理论为基础。
- *平等原则*是指不分性别、种族、宗教、性取向、社会经济地位及体质，平等对待师生。

2.2 科学方法

基本标准：

医学院校必须

- 在整个课程计划中教授
 - 科学方法的原理包括分析性和批判性思维。（B 2.2.1）
 - 医学研究方法。（B 2.2.2）
 - 循证医学。（B 2.2.3）

质量改进标准：

医学院校应当

- 把原创的或前沿的研究纳入到课程计划中。（Q 2.2.1）

注释：

- 要教授 *科学方法、医学研究方法和循证医学*的原则，需要教师具备科学能力，这方面的培养是课程计划必须具有的内容，包括要求医学生进行或参与小型研究课题。
- *原创的或前沿研究*将包括必修或选修分析和实验研究课程，进而培养学生作为专业人士和同事参与医学科研的能力。

2.3 基础生物医学课程

基本标准：

医学院校必须

- 在课程中明确并涵盖
 - 基础生物医学的内容，以便学生更好地理解科学知识。（B 2.3.1）
 - 基础概念和方法，用于学习和运用临床知识。（B 2.3.2）

质量改进标准：

医学院校应当

- 调整并修改课程中生物医学所占比重，以适应
 - 科学、技术和临床发展。（Q 2.3.1）
 - 社会和医疗卫生体系当前及预期的需求。（Q 2.3.2）

注释：

- 根据当地的需求、利益和传统，*基础生物医学*可以包括解剖学、生物化学、生物物理学、细胞生物学、遗传学、免疫学、微生物学（包括细菌学、寄生虫学和病毒学）、分子生物学、病理学、药理学和生理学。

2.4 行为和社会科学以及医学伦理学课程

基本标准：

医学院校必须

- 在课程计划中明确并涵盖下列学科：
 - 行为科学。（B 2.4.1）
 - 社会科学。（B 2.4.2）

- 医学伦理学。（B 2.4.3）
- 医学法学。（B 2.4.4）

质量改进标准:

医学院校应当

- 调整并修改课程计划中行为、社会科学和医学伦理学所占比重，以适应
 - 科学、技术和临床医学发展。（Q 2.4.1）
 - 社会和医疗卫生体系当前和预期的需求。（Q 2.4.2）
 - 不断变化的人口和文化环境。（Q 2.4.3）

注释:

- 根据当地的需求、利益和传统，*行为和社会科学*可以包括生物统计学、社区医学、流行病学、全球卫生、保健学、医学人类学、医学心理学、医学社会学、公共卫生学和社会医学。
- *医学伦理学*主要涉及与医疗实践相关的伦理问题，如医生的行为准则和医疗决策制定的价值、权利和义务等。
- *医学法学*涉及医疗卫生系统及专业医疗实践过程中法律及规章制度，包括制造和使用药物和医学技术（装置和设备等）的相关规则。
- *明确并涵盖行为与社会科学、医学伦理与医学法学*将为学生从社会经济学、人口统计学和文化等方面理解健康问题的起因、分布、后果以及有关国家卫生系统的知识和患者的权利提供必要的知识、概念、方法、技能和素养。这有助于对社区和社会健康需求进行分析、有效交流和进行临床决策和伦理学实践的分析。

2.5 临床科学和技能

基本标准:

医学院校必须

- 在课程计划中明确并涵盖临床科学内容，确保学生：
 - 获得充足的知识和临床职业技能，在毕业后能够承担适当的临床责任。（B 2.5.1）
 - 按照合理的课程设计，在有关临床环境中有计划地与患者接触。（B 2.5.2）
 - 获得健康教育推广和预防医学的体验。（B 2.5.3）
- 明确用于临床主要分支学科培训的时间。（B 2.5.4）
- 组织临床训练时适当关注患者安全。（B 2.5.5）

质量改进标准:

医学院校应当

- 调整并修改课程中临床科学所占比重，以适应：
 - 科学、技术和临床科学的发展。（Q 2.5.1）
 - 社会以及卫生系统的现阶段和预期需求。（Q 2.5.2）
- 确保每个学生都能够尽早逐步接触患者，包括参与医疗服务。（Q 2.5.3）
- 根据不同的学习阶段，合理安排学生不同内容的临床技能培训。（Q 2.5.4）

注释:

- 根据地方需求、利益和传统，*临床科学*可以包括麻醉学、皮肤病学、放射诊断学、急诊医学、全科医学（家庭医学）、老年医学、妇产科学和内科学（及亚专科）、实验室医学、医学技术、神经学、神经外科学、肿瘤学和放射疗法、眼科学、骨科学、耳鼻喉科学、儿科学、姑息医疗、物理疗法、康复医学、精神病学和外科学（及

亚专科)和性病学(由性传播的疾病)。临床科学也包括为医生注册前和实习医师的培训部分。

- *临床技能*包括病史采集、体格检查、沟通技能、医疗操作、临床检验、急诊、制定处方和治療措施。
- *职业技能*包括病人处置技能、团队合作/领导技能和跨学科训练技能。
- *适当的临床责任*包括与健康教育推广、疾病预防和医疗服务相关的各种活动。
- *合理的课程设计*指在本科医学教育全部课程中大约三分之一的课程,可以用于学生在临床环境中有计划地与患者接触。
- *有计划地与患者接触*是指足够频繁地、有目的地将所学的知识在临床实践中运用。
- *培训的时间*包括临床各科室轮转的时间和实习时间。
- *临床主要分支学科*包括内科学(及亚专科)、外科学(及亚专科)、精神病学和全科医学(家庭医学)、妇产科学和儿科学。
- *患者安全*要求学生在监督下开展临床实践。
- *早期接触临床部分*应该在初级卫生保健机构完成,主要包括病史采集、体格检查和医患沟通。
- *参与医疗服务*指学生在指导监督下开展部分临床检验和/或患者治疗,一般在有关社区医疗机构开展。

2.6 课程计划的结构、组成和期限

基本标准:

医学院校必须

- 在课程计划中描述课程的内容、范围、讲授顺序和其他课程因素,以保证基础生物医学、行为与社会科学和临床学科内容之间的协调。(B 2.6.1)

质量改进标准:

医学院校应当在课程计划中

- 确保相关专业、学科和课程的横向整合。(Q 2.6.1)
- 确保临床医学与基础生物医学和行为与社会科学的纵向整合。(Q 2.6.2)
- 设置选修课程,作为教育计划的一部分,平衡核心课程和选修课程。(Q 2.6.3)
- 描述与补充医学的衔接内容。(Q 2.6.4)

注释:

- *横向整合*,如将基础科学的解剖学、生物化学和生理学进行整合;或将内科学与外科学进行整合,如消化内科学与胃肠外科学的整合或肾脏内科和泌尿外科学的整合。
- *纵向整合*,如将新陈代谢紊乱和生物化学整合或将心脏病学和心血管生理学进行整合。
- *核心和选修课程内容*是指一种包含必修课程和选修课程或其他特殊课程选择的课程模式。
- *补充医学*包括非传统、传统或其他可选择的医疗实践。

2.7 教育计划管理

基本标准:

医学院校必须

- 设置课程委员会,在教学领导(院长)的管理下,权威性制定和实施课程计划,实现预期教育结果。(B 2.7.1)
- 在课程委员会中必须设有教师和学生代表。(B 2.7.2)

质量改进标准:

医学院校应当

- 通过课程委员会制定和实施课程改革。(Q 2.7.1)
- 在课程委员会中设有其他利益相关方的代表。(Q 2.7.2)

注释:

- *课程委员会的权限*包括协调各具体部门和学科的利益,在学校管理层和政府部门法规条例的允许范围内管理课程。课程委员会可以负责安排配置的资源,制定并实施教学方法,对学生和课程进行评估(具体可见8.3)。
- *其他利益相关方*应该包括其他教学过程的参与者、实习医院和其他临床机构的代表、医学院校毕业生代表、以及其他参与教学的医学专业人员、或综合大学的其他学院。其他利益相关方还可以包括社区及公众代表(如包括患者组织在内的医疗服务体系的服务对象)。

2.8 与医疗服务单位和卫生机构的衔接

基本标准:

医学院校必须

- 保证教育与毕业后各阶段培养和实践的有效衔接。(B 2.8.1)

质量改进标准:

医学院校应当

- 保证课程委员会
 - 从学生毕业后的工作环境中获取信息,并且据此修改相应的教学计划。(Q 2.8.1)
 - 根据社区和社会的意见,考虑修订教学计划。(Q 2.8.2)

注释:

- *有效衔接*指课程委员会能够确定医疗卫生中存在的问题及需要达到的教育结果。这就要求明确设定、说明教育计划的相关内容及其在培训和实习各阶段之间的关系,并关注当地、国家、区域和全球环境。它包括与卫生部门的相互反馈,教师和学生参与医疗团队的活动。同时,有效衔接也可以意味着与毕业生的潜在用人单位开展建设性对话,以此作为指导学生职业发展的基础。
- *后续培训阶段*包括毕业后培训(注册前培训、职业培训和专科医师培训)和继续职业发展(CPD)/继续医学教育(CME)。

3 学生考核

3.1 考核方法

基本标准:

医学院校必须

- 对学生考核的原则、方法和实施要有明确的定义、说明并予公布,包括确定及格分数、成绩等级界限、允许重修次数的标准。(B 3.1.1)
- 确保考核覆盖知识、技能和态度各个方面。(B 3.1.2)
- 根据不同的“考核效用”,采用广泛多样的考核方法和方式。(B 3.1.3)
- 确保考核的方法和结果避免各种利益冲突的干扰。(B 3.1.4)
- 确保考核得到校外专家的监督。(B 3.1.5)

质量改进标准:

医学院校应当

- 记录并评价考核方法的信度与效度。（Q 3.1.1）
- 适当地整合使用新的考核方法。（Q 3.1.2）
- 建立并实施考核结果申诉制度。（Q 3.1.3）

注释：

- *考核原则、方法和措施*包括安排考试和其他测试的数量，平衡笔试和口试的比例，根据规范和标准进行评判，使用特殊类型的考试，如客观结构化临床考试（OSCE）或者微型临床评估演练（MiniCEX）。
- *考核方法*包括采用校外考官进行考核，从而提高考核的公平性、质量和透明度。
- “*考核效用*”是考核方法和形式的效度、信度、教育影响力、接受度与效率的综合体现。
- *记录并评价考核方法的信度和效度*要求考核过程中有适当的质量保障措施。

3.2 考核和学习之间的关系

基本标准：

医学院校必须

- 采用具有如下特征的考核原则、方法及措施
 - 与预期教育结果和教学方法有明显的匹配关系。（B 3.2.1）
 - 确保学生能够实现预期教育结果。（B 3.2.2）
 - 促进学生学习。（B 3.2.3）
 - 提供适当比例的形成性评价和终结性评价，以便指导学生学习和就学业进展做出决策。（B 3.2.4）

质量改进标准：

医学院校应当

- 调整课程计划内容的考核次数和方式，鼓励掌握基础知识以及整合性学习。（Q 3.2.1）
- 基于考核结果，确保为学生提供及时、具体、有建设性、公平的反馈意见。（Q 3.2.2）

注释：

- *考核原则、方法及措施*指对学业成就的评价，包括各个方面：知识、技能和态度。
- *就学业进展做出决策*要求制定有关学生学业进程的规则，阐明这些规则与评价过程的关系。
- *调整考核次数和方式*要避免对学习产生负面影响，这也意味着避免学生学习和记忆过量的信息，防止课程负荷过重。
- *鼓励整合性学习*可以在确保对单个学科或单门课程领域的知识进行合理考核的同时，实施综合性考核。

4 学生

4.1 招生政策及录取

基本标准：

医学院校必须

- 根据客观性原则，制定和实施招生政策，包括明确陈述学生选拔过程。（B 4.1.1）
- 制定并实施残疾学生的录取政策。（B 4.1.2）
- 制定并实施学生从其他专业或机构转入的政策。（B 4.1.3）

质量改进标准：

医学院校应当

- 阐明学生录取原则与学校宗旨、教育计划及毕业生应当达到的质量标准之间的关系。

(Q 4.1.1)

- 根据相关的社会和行业资料，定期审核招生政策，以满足社区和社会在卫生健康方面的需求。(Q 4.1.2)
- 采用针对录取结果的申述制度。(Q 4.1.3)

注释：

- *招生政策*应当符合国家有关法规及当地情况。如果医学院校无权制定招生政策，学校则有责任阐明招生与诸多因素的关系及该政策产生的相应后果，如招生数与教学能力之间失衡的问题。
- *陈述学生选拔过程*应当包括录取的基本原则和方法，如中学成绩、其他相关的学业或教育经历、入学考试和面试成绩，包括对申请人做医生的动机进行评价。录取还将考虑到不同医学领域需要在录取标准上有所差异。
- *对残疾学生的录取政策*应当符合国家法规。
- *学生转学*包括从其他医学院校转来的学生以及从其他专业转来的学生。
- *社区和社会在卫生健康方面的需求*指可以从性别、种族和其他社会需求（人群的社会文化和语言特点）方面考虑新生录取，包括为弱势学生及少数民族学生制定特殊招生、录取和入学教育和就业政策。

4.2 学生录取规模

基本标准：

医学院校必须

- 依据不同培养阶段的接收能力确定招生规模。(B 4.2.1)

质量改进标准

医学院校应当

- 定期与利益相关方协商，审核招生规模和录取标准，并根据社区和社会的卫生健康需求进行调整。(Q 4.2.1)

注释：

- *学生录取规模*的设定应当根据国家对医务工作者的需求进行适当调整。如果医学院无权决定学生录取规模，学校有责任阐明招生规模与其他诸多因素的关系及其产生的相应结果，如招生数与教学资源之间失衡的问题。
- *其他利益相关方*应当包括国家卫生部门负责人力资源规划与发展的权威机构以及全球卫生人力资源方面的专家和组织，如熟悉医生短缺及分布不均、新医学院的建立和医生流动等方面问题的专家和组织。
- *社区和社会的卫生健康需求*指可以从性别、种族和其他社会需求（人群的社会文化和语言特点）方面考虑学生录取规模，包括为弱势学生及少数民族学生制定特殊招生、录取和入学教育和就业政策。

4.3 学生咨询与支持

基本标准：

医学院和/或其所属大学必须

- 建立针对其学生的学业咨询体系。(B 4.3.1)
- 提供支持学生的服务，帮助其解决社会、财务和个人的需求。(B 4.3.2)
- 配置学生支持服务所需资源。(B 4.3.3)
- 确保学生的咨询和支持的相关隐私权不受侵犯，不泄露学生的机密。(B 4.3.4)

质量改进标准：

医学院校应当

- 提供学业咨询
 - 基于对学生学业进展的观测。（Q 4.3.1）
 - 包括职业指导和规划。（Q 4.3.2）

注释:

- 学业咨询应当包括与选修课程选择、住院医师阶段的准备，以及职业指导等相关的问题。咨询组织包括为每个学生或学生小组指定学术导师。
- 解决社会、财务和个人需求意味着就学生的社会和个人问题（如个人困难、健康及财务问题）提供支持，包括如何获得健康诊疗、免疫接种、健康/残疾保险，以及获得助学金、奖学金和贷款等形式的经济帮助。

4.4 学生代表

基本标准:

医学院校必须

- 制定和实施有关政策，确保学生代表能够参与课程计划的设计、管理和考核以及其他与学生有关的事宜。（B 4.4.1）

质量改进标准:

医学院校应当

- 鼓励和帮助学生开展活动及成立学生组织。（Q 4.4.1）

注释:

- 学生代表的参与包括学生的自我管理和在课程委员会、其他教育委员会、科学团体和其他相关团体，以及社会活动和当地医疗服务项目中设立代表（见B 2.7.2）。
- 帮助学生开展活动包括考虑为学生组织提供技术和资金支持。

5 教职工

5.1 聘任与遴选政策

基本标准:

医学院校必须

- 制定和实施有如下特点的教师聘任及遴选政策
 - 描述能够充分胜任生物医学基础科学、行为和社会科学以及临床科学课程教学要求的教师类型、职责与比例，确定医学和非医学专业人员之间、全职和兼职专业人员之间、专业和非专业人员之间的平衡。（B 5.1.1）
 - 阐明对教师科研、教学和临床服务的业绩标准，设定其职责范围内教学、科研和服务之间的平衡。（B 5.1.2）
 - 为基础生物医学、行为和社会科学以及临床科学领域的教师制定具体的职责范围，并加以监督。（B 5.1.3）

质量改进标准:

医学院校应当

- 在制定教师的聘任及遴选政策时
 - 考虑与其办学宗旨包括重大当地需求的关系。（Q 5.1.1）
 - 考虑经济方面的问题。（Q 5.1.2）

注释:

- 教师聘任及遴选政策要确保足够数量和高质量的基础生物医学专业人员、行为与社会科学专业人员以及临床医生参与完成课程计划规定的授课任务，各个学科或专业

拥有足够数量的高质量研究人员。

- *教师比例的平衡*包括受大学和卫生医疗部门兼聘任职的基础生物医学、行为和社会科学以及临床科学领域的教师，以及双职位的教职工。
- *医学与非医学专业教师的平衡*也应当考虑要求非医学教育背景教师对医学有足够的了解。
- *业绩标准*可以依据正式资格证书、专业经验、科研成果、教学奖励、同行评价认可等方面衡量。
- *服务职能*包括在医疗卫生系统提供临床服务，以及参与领导和管理工作。
- *重要的区域需求*可以包括性别、种族、宗教、语言和与学校及其课程计划相关的其他需求。
- *经济方面的考虑*包括考虑学校人员经费及有效利用学校资源。

5.2 教职工活动和师资发展政策

基本标准：

医学院校必须

- 制定和实施教师活动与发展政策，这些政策应当
 - 均衡教学、科研和服务职能。（B 5.2.1）
 - 确保对教师学术业绩的认可，并适当侧重教学、科研和服务业绩资格。（B 5.2.2）
 - 确保医疗服务职能和科研应用于教与学。（B 5.2.3）
 - 确保每位教师对整个课程都有充分的了解。（B 5.2.4）
 - 包括教师培训、发展、支持和评价。（B 5.2.5）

质量改进标准：

医学院校应当

- 考虑与课程计划中不同部分有关的师生比例。（Q 5.2.1）
- 制定和实施员工晋升政策。（Q 5.2.2）

注释：

- *均衡教学、科研和服务职能*可以包括根据医学院校和专业教师资格的需求，为每项职能提供专用时间。
- *对教师学术业绩的认可*包括奖励、晋升和/或酬金等方式。
- *对整个课程计划都有充分的了解*包括了解其他学科和专业领域中教与学的方法以及全部课程内容，从而促进学科之间的合作和课程内容的整合。
- *教师培训、支持和发展*涉及全体教师，不仅包括新教师，也包括供职于医院和诊所的教师。

6 教育资源

6.1 基础设施

基本标准：

医学院校必须

- 有足够的基础设施供教职工与学生使用，确保课程计划得以实施。（B 6.1.1）
- 确保教职工、学生、患者及其看护人员都有安全的学习环境。（B 6.1.2）

质量改进标准：

医学院校应当

- 定期更新、添加及拓展基础设施以改善学习环境，并与教育项目的开展相匹配。（Q

6.1.1)

注释:

- *基础设施*应当包括讲演厅、教室、小组学习室、示范教室、教学与研究实验室、临床技能实验室、办公室、图书馆、信息技术设施以及学生设施，如充足的学习空间、休息室、交通设施、饮食服务、学生公寓、即时住宿服务、个人储物柜、运动及娱乐设施等。
- *安全的学习环境*应当包括提供针对有害物质、标本和微生物的必要信息提示与保护措施、实验室安全条例及安全设备。

6.2 临床教学资源

基本标准:

医学院校必须

- 确保具备必要的资源为学生提供充分的临床体验，包括足够的
 - 病人和病种数量。(B 6.2.1)
 - 临床培训设施。(B 6.2.2)
 - 对学生临床实践的指导和监督。(B 6.2.3)

质量改进标准:

医学院校应当

- 评价、调整并改进临床培训设施以满足其所服务人群的需要。(Q 6.2.1)

注释:

- *临床培训设施*包括医院(适当配置一级、二级和三级医院)、门诊服务(包括初级保健医疗服务)、诊所、初级卫生保健机构、卫生保健中心和其他社区卫生保健机构及技能实验室，保证多种临床环境中进行的临床培训及轮转涵盖所有主要学科。
- *评价临床培训设施*包括从环境、设备、病人和病种数量、医疗卫生服务及其监督与管理等方面评价培训项目的适宜性和质量。

6.3 信息技术

基本标准

医学院校必须

- 制定并实施相关政策，保证教育计划中有效使用并评价适宜的信息和通讯技术。(B 6.3.1)

质量改进标准:

医学院校应当

- 保证师生能够利用现有的信息和通讯技术，并开发新技术以：
 - 独立自主地学习。(Q 6.3.1)
 - 获取信息。(Q 6.3.2)
 - 管理患者。(Q 6.3.3)
 - 在医疗服务体制内从业。(Q 6.3.4)
- 保证学生能够最大限度地获取患者的相关信息及使用医疗信息系统。(Q 6.3.5)

注释:

- 关于*有效使用信息和通讯技术*的政策应当包括计算机、内部与外部网络及其他手段的使用，应当与学校的图书馆资源和信息技术服务相协调，使学生能够通过一种学习管理系统利用所有的教学资源。信息和通讯技术有助于学生循证医学和终身学习意识的培养，为学生接受未来的继续职业发展(CPD)或继续医学教育(CME)做好充分准备。

6.4 医学研究与学术成就

基本标准:

医学院校必须

- 将医学研究和学术成就作为制定与实施教育计划的基础。(B 6.4.1)
- 制定并实施相关政策,促进医学研究与教学之间建立良好关系。(B 6.4.2)
- 明确描述学校的科研设施及优先研究领域。(B 6.4.3)

质量改进标准:

医学院校应当

- 保证医学研究和教学之间的良性互动,使其
 - 对现行的教学活动产生影响。(Q 6.4.1)
 - 鼓励并培养学生参与医学研究和促进医学发展的活动。(Q 6.4.2)

注释:

- *医学研究与学术成就*包括在基础生物医学、临床医学、行为与社会科学领域的科研活动。医学学术成就指在医学知识和探索方面所取得的学术成果。在课程计划中所设定的医学研究是指在学校内部或其附属机构所从事的科研活动,它以教职工科研能力和学术水平为保障。医学研究对现行的教学活动产生影响体现在对科研方法和循证医学教学的促进作用(见B 2.2)。

6.5 教育专家

基本标准:

医学院校必须

- 在有需要的地方能够得到教育专家的帮助。(B 6.5.1)
- 制定并实施教育专家的聘用政策:
 - 用于制定教学计划(B 6.5.2)
 - 用于制定教学与评价方法(B 6.5.3)

质量改进标准:

医学院校应当

- 提供在教师发展和培训中聘用了内部或外部教育专家的证据。(Q 6.5.1)
- 关注在教育评价和医学教育学科研究方面培育教育专家资源。(Q 6.5.2)
- 鼓励教师开展出于其自发兴趣的教育研究。(Q 6.5.3)

注释:

- *教育专家*是指熟悉医学教育过程、实践及相关问题的专门人才,可以包括具有医学教育研究经历的医生、教育心理学家和社会学家等。教育专家可以由学校的教育发展部门提供,也可以来自校内有相关兴趣和经验的教师团队,甚至可以从其他国家或国际机构聘请。
- *医学教育学科研究*主要对医学教育理论、实践和社会等层面的问题进行研究。

6.6 教育交流

基本标准:

医学院校必须

- 制定并实施涵盖如下内容的相关政策:
 - 与国内或国际其他教育机构合作。(B 6.6.1)
 - 学分转换。(B 6.6.2)

质量改进标准:

医学院校应当

- 提供适当资源，促进教师和学生进行地区之间及国际之间的交流。（Q 6.6.1）
- 考虑教师及学生的需求，尊重各方的伦理原则，有目的地组织交流活动。（Q 6.6.2）

注释：

- *其他教育机构*包括其他医学院校或从事健康专家教育的相关院校，如公共卫生学院、口腔学院、药学院和兽医学院等。
- *学分转换政策*需要考虑限定可从其他学校转换课程学分比例。*学分转换*可以通过学校之间签署教学内容双边互认协议及积极开展教育计划协调加以推动；此外，透明的学分体系和对课程要求的灵活阐释也有助于学分互换政策的实施。
- *教师*包括学术、管理和技术人员。

7 教育评价

7.1 教育监督与评价机制

基本标准：

医学院校必须

- 有针对教育过程及结果的常规监督体系。（B 7.1.1）
- 建立和采用有如下特点的教育评价机制
 - 针对课程计划及其主要要素。（B 7.1.2）
 - 针对学生学习进展。（B 7.1.3）
 - 及时发现并解决问题。（B 7.1.4）
- 保证相关评价结果有助于课程计划的改进。（B 7.1.5）

质量改进标准：

医学院校应当

- 针对以下方面，定期对教育计划进行全面评估
 - 实施教学过程的环境（Q 7.1.1）
 - 课程计划的具体内容。（Q 7.1.2）
 - 总体结果。（Q 7.1.3）
 - 社会责任。（Q 7.1.4）

注释：

- *教育监督*指针对课程主要环节的日常工作收集，其目的在于保证教育活动的正常运行，并及时发现需要干预的环节。这种资料收集往往是与招生、学生考核评价、毕业等相关联的行政管理过程的一部分。
- *教育评价*指系统地收集信息，并据此判断学校及其教育计划的有效性和充分性的过程。它需要使用可靠而有效的资料收集和分析方法，以考证教育计划或与办学宗旨和课程计划相关的关键内容（包括预期教育结果）的质量。医学教育专家的参与能够为学校医学教育质量的改进提供更多的借鉴。
- *课程计划的要素*包括课程模式（见 B 2.1.1）、课程结构、组成部分和持续时间以及核心课程和选修课程的设置（见 B 2.6.2）。
- *发现的问题*包括未能充分实现预期的教育结果。对教育结果的测量和获取的信息（找出的问题和不足）可以作为反馈信息，促进相应干预措施和改进计划的落实，以利于教育项目的发展和课程计划的完善。
- *实施教学过程的环境*包括医学院校的组织架构和资源以及学习环境和文化氛围。
- *课程计划的具体内容*包括课程描述、教学与学习的方法、临床轮转和学生考核方法。

- *总体结果*通过如国家医师执照考试、达标考试、国际考试、职业选择及毕业后表现等指标来衡量，可以作为课程改进的基础，但同时也应当避免教育计划的单一化。
- *社会责任*的描述详见 1.1 注释。

7.2 教师和学生反馈

基本标准：

医学院校必须

- 系统地搜集、分析教师和学生的反馈并做出答复。（B 7.2.1）

质量改进标准：

医学院校应当

- 将反馈结果用于教育计划的改进。（Q 7.2.1）

注释：

- *反馈*应当包括有关教育计划过程和人才培养结果方面的信息，还应当包括不论是否已经造成法律后果的教师或学生的不端行为等相关信息。

7.3 学生成绩和毕业生表现

基本标准：

医学院校必须

- 将学生成绩和毕业生表现与以下内容联系起来分析：
 - 办学宗旨和预期教育结果。（B 7.3.1）
 - 课程计划。（B 7.3.2）
 - 所提供的资源。（B 7.3.3）

质量改进标准：

医学院校应当

- 将学生成绩和毕业生表现与学生的如下方面联系起来分析：
 - 背景和条件。（Q 7.3.1）
 - 入学资格。（Q 7.3.2）
- 并将学生成绩的分析结果反馈给负责以下事务的委员会：
 - 学生录取。（Q 7.3.3）
 - 课程规划。（Q 7.3.4）
 - 学生咨询。（Q 7.3.5）

注释：

- *学生成绩*的测量和分析包括实际学习期限、考试分数、考试通过率、学业完成率和辍学率及原因、学生对教学条件的看法、以及学生用于特别感兴趣领域的的时间等方面的信息，还应当包括与经常重修课程或退学的学生的面谈记录。
- *毕业生表现*的测量应当包括毕业生的职业选择、临床实践的表现和晋升等信息。
- *学生的背景和条件*包括社会、经济和文化方面的情况。

7.4 相关利益方的参与

基本标准：

医学院校必须

- 使以下群体参与对教育计划的监督与评价：
 - 教师和学生。（B 7.4.1）
 - 主管部门和行政管理部门人员。（B 7.4.2）

质量改进标准：

医学院校应当

- 对其他相关利益方参与对教育计划的监督与评价：
 - 允许其了解课程及教育计划评估的结果。（Q 7.4.1）
 - 征询其对毕业生表现的反馈意见。（Q 7.4.2）
 - 征询其对课程计划的反馈意见。（Q 7.4.3）

注释：

- *其他相关利益方*包括其他学术和管理人员代表、社区和公众代表（如医疗服务的对象）、教育和卫生行政主管部门、职业团体以及医学科研机构 and 毕业后教育工作者等。

8 管理与行政

8.1 管理

基本标准：

医学院校必须

- 明确设定办学管理的结构和功能，包括各管理部门在大学内部的相互关系。（B 8.1.1）

质量改进标准：

医学院校应当

- 在管理框架下设立委员会，其应当包含以下各方代表
 - 教师（Q 8.1.1）
 - 学生（Q 8.1.2）
 - 其他相关利益方（Q 8.1.3）
- 保证管理工作和决策过程的透明性。（Q 8.1.4）

注释：

- *管理*指医学院校管理的行为和/或实施管理行为的组织结构。管理主要涉及政策制定、建立学校和教育教学总方针政策的程序及政策执行的监管。学校政策和教育教学政策通常涵盖设立有关医学院校宗旨、课程计划、招生、员工招聘与选拔等方面的规定，以及与实习部门、卫生部门和校外机构的联系与合作方面的决策。
- 如果医学院是大学的一部分或者附属于大学，则*大学内部的相互关系*应当予以明确界定。
- *委员会机构*应当包含课程计划委员会（见 B 2.7），并明确委员会的权责分工。
- *其他相关利益方*包括来自教育部和卫生部、卫生部门、医疗服务体系及公众（如医疗服务的对象）的代表。
- *透明度*可以通过简讯、网页信息和会议信息披露得以实现。

8.2 学术领导

基本标准：

医学院校必须

- 描述学术领导的职责，以便制定和管理医学教育计划。（B 8.2.1）

质量改进标准：

医学院校应当

- 定期评估学术领导在达成办学宗旨和预期教育结果方面的业绩。（Q 8.2.1）

注释：

- *学术领导*指管理机构和行政机构内部，负责教学、科研和服务等方面学术事宜决策的人员，包括院长、副院长、教务长、系和科室主任、课程负责人、研究所和研究中心负责人以及（负责学生录取、课程规划、学生咨询）常务委员会主任。

8.3 教育预算和资源配置

基本标准:

医学院校必须

- 明确设立课程资源配置中的权责分工，包括专门的教育预算。（B 8.3.1）
- 结合教育需求，配置充足的教学资源实施课程计划。（B 8.3.2）

质量改进标准:

医学院校应当

- 自主决定如何配置资源，包括合理分配教职工薪资以达到预期教育结果。（Q 8.3.1）
- 在资源配置时应当考虑到医学的发展和社会的卫生健康需求。（Q 8.3.2）

注释

- 应当根据每所学校及其所在国家的预算方式制定*教育预算*，学校的预算方案应当透明。
- *资源配置*的前提是院校自治。（见 1.3 注释）
- 有关学生支持与学生组织的*教育预算与资源配置*，请见注释 4.3.2 和 4.4。

8.4 行政人员和管理

基本标准:

医学院校必须

- 合理设置行政和专业人员，以
 - 保障教育计划和相关活动得以有效实施（B.8.4.1）
 - 确保良好的管理和资源配置措施（B.8.4.2）

质量改进标准:

医学院校应当

- 制定并实施内部管理质量保证计划，并定期对其进行评估。（Q 8.4.1）

注释:

- *行政人员*指管理与行政部门内，负责为政策、计划的制定与执行提供行政支持的岗位人员。根据不同管理部门的组织结构特点，可以包含院长办公室或秘书处主任及员工、财务部门主管、预算与计财部门员工以及招生办公室、规划、人事及 IT 部门的主管和员工。
- *管理*主要指与学校政策和教育教学政策实施相关的行为和/或组织结构，包括政策的经济和组织影响，如医学院校内部资源的实际配置和使用。实施学校政策和教育教学政策包括有效实施与学校宗旨、教育计划、招生、教师招聘和对外联系等方面相关的政策和计划。
- *合理设置行政人员*指根据人员的资历确定规模和人员构成。
- *内部质量保证计划*包括考虑改进管理工作的需要和对管理工作的评估。

8.5 与卫生部门的相互关系

基本标准

医学院校必须

- 与社会和政府的卫生及卫生相关部门建立建设性的互动关系。

质量改进标准

医学院校应当

- 正式确立与其他卫生相关部门的合作伙伴关系，并包括教师与学生的参与。（Q 8.5.1）

注释

- *建设性的互动关系*指信息交流、合作、有组织的活动等,这有助于培养满足社会需求的医生。
- *卫生部门*包含公立或者私立医疗服务机构以及医学研究机构。
- 根据地方机构设置的不同, *卫生相关部门*包括致力于健康教育推广和疾病预防的研究和监管机构(如肩负环境、营养和社会责任的机构)。
- *正式确立合作关系*指达成正式协议,明确合作的内容与形式以及/或者建立合作联系和协调委员会,或开展合作项目。

9 持续更新

基本标准:

作为一个充满活力及肩负社会责任的机构,医学院校**必须**

- 建立相应程序,定期评估、更新其结构与功能。(B 9.0.1)
- 修正已经证实的缺陷。(B 9.0.2)
- 合理配置资源,确保能够持续更新。(B 9.0.3)

质量改进标准:

医学院校应当

- 在前瞻性调查分析、地方情况评估结果和医学教育研究文献的基础上,设置旨在不断更新的机制。(Q 9.0.1)
- 在综合以往经验、当前情况和未来展望的基础上,确保更新和重建过程能够促进政策和实践的修订。(Q 9.0.2)
- 在不断更新的过程中应当致力于解决以下问题:
 - 调整医学院校宗旨和结果,使之与社会的科学、经济和文化发展相适应。(Q 9.0.3)(见1.1)
 - 根据毕业生工作环境的真实需求调整预期教育结果。根据学生毕业后即将承担的工作责任,调整教育结果中临床技能、公共卫生培训、医疗服务参与等内容。(Q 9.0.4)(见1.4)
 - 调整课程计划模式和教学方法,保证其合理性和相关性。(Q 9.0.5)(见2.1)
 - 调整课程计划的内容及各部分之间的关系,使之与基础生物医学、临床医学、行为和社会科学的发展以及人口特点、人群健康与疾病模式、社会经济和文化环境的改变相适应。通过调整,使相关知识、概念和方法得到更新,过时的则加以淘汰。(Q 9.0.6)(见2.2~2.6)
 - 根据预期教育结果以及教学方法的变化,确定学生考核的原则、方法及考试次数。(Q 9.0.7)(见3.1和3.2)
 - 调整招生政策、选拔方法与录取规模,使之适应不断变化的预期结果与环境、人力资源需求以及医学预科教育体系的变化和教育计划的需求。(Q 9.0.8)(见Q 4.1)
 - 根据变化和需求,调整教师的聘用和培训政策。(Q 9.0.9)(见5.1和5.2)
 - 根据变化需求,如招生规模、师资及教育计划,更新教育资源。(Q 9.0.10)(见Q 6.1和6.3)
 - 完善对教育过程的监督与评价。(Q 9.0.11)(见7.1-7.3)
 - 优化组织结构以及管理行政工作,以更好地适应不断变化的环境与需求,并适时地协调各方的利益。(Q 9.0.12)(见8.1-8.5)

参考文献

(共有 45 篇参考文献，限于篇幅，予以省略)