医学教育

我国医学类硕博层次中外合作办学的发展现状及路径探索

杨 静[1]，魏棒棒[1]，逄 玥[2]，刘 娜[2]，陈 芸[1,2]
1. 南京医科大学药学院，2. 外国语与国际教育学院，江苏 南京 211166

摘 要：中外合作办学作为教育对外开放的重要载体，对推动我国办学体制改革、拓宽人才培养途径以及增强我国教育国际影响力和竞争力发挥了积极作用，满足了人民群众多样化和国际化的教育需求，引起了社会的广泛关注。近年来，我国医学类硕博层次中外合作办学取得了显著进展。该文系统梳理了40个医学类硕博层次中外合作办学机构与项目，从治理结构、人才产出和专业设置角度剖析办学模式。结果表明，其总体呈现出“课程引进为主、国际嵌入不足、临床转化受阻”的特征。提出从政策制度引领、人才效能提升、教育融合创新三个维度建设与发展医学类硕博层次中外合作办学，以期为我国医学院校突破发展瓶颈，实现中外合作办学“质量提升”与“结构优化”提供理论参考与实践借鉴。

关键词：中外合作办学；医学类；硕博层次
中图分类号：G648.9 **文献标志码**：A **文章编号**：1671-0479(2026)05-555-007
doi：10.7655/NYDXBSSS260138

在全球化进程持续深化的背景下，教育国际化已成为必然的发展趋势。中外合作办学作为我国教育国际合作与交流的一种重要形式，是经教育部审批后，中国教育机构与国外教育机构依法在中国境内合作举办的以中国公民为主要招生对象的教育教学活动。“十五五”规划中明确提出，在高等教育提质扩容上，应扩大高水平教育对外开放，鼓励国外高水平大学来华合作办学，加强“留学中国”品牌和能力建设。

目前，我国医学类中外合作办学更多关注于本科层次，且现有研究多集中在分析与评价合作办学机构/项目的办学规模、课程体系、教学质量和人才培养等方面[1-3]。对于医学类硕博层次的研究则较少，多局限于对单一办学案例的政策阐释和项目介绍[4-5]。这一研究现状可能与当前该类项目的办学数量及规模较小有关，致使采用传统的分类法难以有效适用于此类案例的深入剖析。为此，本文系统梳理我国医学类硕博层次中外合作办学现状，从治理结构、人才产出、专业设置等角度探究其办学模式特点，并分析其在“拓荒”和建设过程中面临的关键问题，进而提出相应的发展路径和举措，以期为优化治理结构和提升办学质量提供理论支持。

一、医学类硕博层次中外合作办学现状

自1995年发布《中外合作办学暂行规定》以来，经过三十余年建设，中外合作办学已成为我国医学教育对外开放的重要载体，也是我国医学教育与国际接轨的关键桥梁[6]。本文全面梳理了教育部中外合作办学监管工作信息平台所公开的医学类硕博层次中外合作办学的机构/项目（表1），其核心挑战可归纳如下。

（一）合作办学规模有限

截至2025年底，我国医学类硕博层次的中外合

基金项目：南京医科大学教育研究课题“高等教育医学类研究生中外合作办学模式研究”（2021YJS-LX020），“人才强国背景下医学类拔尖创新人才培养的国际化研究与探索”（2023ZDZB005），“赋能 融合 超越：面向来华医学留学生《基础化学》智慧教学新范式的构建与应用研究”（2025YB058）
收稿日期：2026-04-02

作者简介：杨静（1979— ），女，浙江余姚人，博士，副教授，研究方向为高等教育国际化；陈芸（1978— ），女，江苏无锡人，博士，教授，研究方向为国际教育，通信作者，ychen@njmu.edu.cn。

作办学机构与项目共计40个（机构19个、项目21个），其中硕士层次占比达77.5%（共31个），博士层次占比为42.5%（共17个，部分办学机构/项目同时覆盖硕士、博士两个层次），总体数量仍然偏少。在招生规模方面，2024年医学类本科层次的年招生计划总数约3 000人[7]。根据表1的不完全统计，硕士层次与博士层次的招生数量分别约为1 300人和200人，呈依次递减趋势。在博士层次，不仅中外合作机构/项目数量少，单个机构/项目的招生名额也极有限，部分博士专业（如眼视光学、精神医学和公共卫生与预防医学等）年招生规模仅为5人。

（二）合作区域分布不均

由表1可知，中方合作院校所在的地理区域分布不均衡，东部沿海省份形成了显著的集群效应与办学规模。浙江省以11个机构与项目总量位居全国首位，广东省和江苏省随后，而西北地区仅有1个此类机构。外方合作院校高度集中在欧美发达国家，与英国、法国、美国高校的合作办学机构/项目占比高达50%；在合作院校中QS世界大学排名上榜高校占比达到72.5%。此外，中国香港高校在内地设立的办学机构已成为重要办学力量，体现了粤港澳大湾区在教育对外开放中的独特优势。

（三）合作主体参与度悬殊

现阶段参与医学类硕博层次中外合作办学的国内高校仅35所，包含“双一流”建设高校16所，占比45.7%，独立设置医学院校9所，占比25.7%。其中，温州医科大学参与5个机构/项目，占总数的12.5%，覆盖临床医学、药理学、护理学、眼视光学、精神医学等多个学科。相比之下，94.2%的院校仅参与1个机构/项目，且多集中于硕士层次，专业设置较为单一。

（四）合作学科同质化明显

当前，我国医学类硕博层次专业高度集中于公共卫生与预防医学类、临床医学类、生物医学工程类和护理学类。“医学+X”交叉学科虽已初步显现，如医学物理学、医院管理、生物信息学等，然而在基础医学、口腔医学等领域的交叉融合仍然不足，学科结构有待进一步优化。此外，全科医学和老年医学等社会急需领域的硕博层次合作办学几乎处于空白状态，与“健康中国”战略所引领的人才需求形成结构性错位[8]。

二、医学类硕博层次中外合作办学模式探讨

鉴于当前医学类硕博层次中外合作办学现状，有必要深入剖析国内现有中外合作办学模式，并系统借鉴国际成熟的跨国合作办学经验。

（一）国内中外合作办学模式

1. 基于治理结构的实体化办学模式

中外合作办学的治理结构按办学主体可分为独立设置与非独立设置两种类型。其中，独立设置的中外合作办学是指具有独立法人资格的办学机构；非独立设置的中外合作办学则不具有独立法人资格，通常依托于中方高校开展，可进一步分为二级学院和合作项目[9]。

独立法人资格的合作办学机构。该类机构具有独立法人和较大的自主权，可独立招生并自主授予学位证书，占目前医学类硕博层次中外合作办学的17.5%。以宁波诺丁汉大学等为代表，其优势在于国际化程度高、课程体系成熟，将中方与外方的特点进行有机融合，实现了办学院校自治[10]。然而，具有独立法人资格的合作办学机构普遍缺乏附属医院及临床教学基地的支撑，导致医学类专业多集中于药学、公共卫生、生物医学工程等非临床学科，存在“理论强、临床弱”的结构性风险。

非独立法人资格的合作办学机构。该类机构往往采用二级学院模式，其在校内享有相对独立的办学自主权，占目前医学类硕博层次中外合作办学的30%。其优势在于可充分依托中方院校的附属医院体系，临床教学资源得到有效保障，能够支撑临床学科的中外合作办学。然而，该类合作办学机构在教育理念融合、课程体系兼容、教材内容衔接以及师资力量配比等方面，仍存在磨合不足[11]。例如，温州医科大学阿尔伯塔学院通过引进北美器官系统整合课程理念，将前沿科研成果纳入授课内容，推崇“研讨式、案例式、启发式”的教学方法，可能与国内以基础理论为主的教学和考核模式存在冲突[12]。此外，由于财政支持不足，外方的优质师资储备不足，目前主要依赖双方联合师资培训项目予以缓解[13]。

合作办学项目。目前，中外合作办学项目占我国医学类硕博层次合作办学项目的52.5%，如中南大学与美国加州大学旧金山分校合作举办的护理学专业硕士项目等。该模式基于两校院系间的合作协议，不设立实体机构，申报门槛相对较低且运营成本可控，适合特定优势学科的精准对接，通常是地方医学院校或尚无合作经验的院校实现“拓荒”的首选。但这类项目缺乏长效机制，易受两校合作关系波动的影响，具体表现为教学互动性不足、学生归属感较弱和国际化培养氛围欠缺等[14]。

2. 基于培养流程的人才产出模式

硕博层次中外合作办学的核心目标是培养具有独立研究能力、国际学术视野和前沿创新潜质的高层次人才，根据现有中外合作办学的人才培养模式，主要有以下两种形式。

表1 我国医学类硕博层次中外合作办学情况一览表

序号	中方院校	合作院校	合作院校QS排名	治理结构	办学层次	专业设置	年招生计划（人）
1	深圳大学	中国香港中文大学	32	机构▲	博士	生物医学工程；临床医学；流行病学和生物统计学；药理学	—
					硕士	生物医学工程；计算 生物与医学信息学；药理学；临床医学	—
2	广州大学	中国香港科技大学	44	机构▲	博士	生命科学与生物医学工程	—
					硕士		—
3	温州大学	美国肯恩大学	320	机构▲	博士	教育与临床心理学	—
					硕士	生物技术科学	—
4	浙江大学	英国爱丁堡大学	34	机构	博士	基础医学；生物学	54
					硕士		10
5	山东中医药大学	美国俄勒冈太平洋大学	1401	机构	博士	视觉科学	10
					硕士	眼科学（视觉科学）	40
6	东南大学	澳大利亚蒙纳士大学	36	机构	博士	生物医学工程	10
					硕士	生物与医药	50
7	温州医科大学	加拿大阿尔伯塔大学	94	机构	博士	精神医学	5
					硕士	精神医学；口腔医学	25
8	上海交通大学	法国斯特拉斯堡大学	421	项目	本硕博	医学教育	35
9	温州医科大学	瑞典隆德大学	74	项目	博士	临床医学专业（转化医学）	5
10	宁波大学	法国勃艮第弗朗什孔泰大学	—	项目	博士	临床医学与生命科学	6
11	清华大学	美国约翰霍普金斯大学	24	项目	博士	公共卫生	25
12	东南大学	法国雷恩第一大学	721~730	机构	博士	公共卫生与预防医学	5
13	西安交通大学	英国利物浦大学	147	机构▲	博士	公共健康	—
14	南方医科大学	葡萄牙里斯本大学	327	项目	博士	公共卫生政策与管理	25
15	温州医科大学	韩国全南国立大学	901~950	项目	博士	药学；基础医学	50
16	温州医科大学	美国新英格兰视光学院	—	项目	博士	眼视光学	5
17	北京语言大学	美国东北州立大学	—	项目	博士	视光学	20
18	东莞理工学院	中国香港城市大学	63	机构▲	硕士	生物医学工程	80
19	电子科技大学	加拿大麦吉尔大学	27	项目	硕士	生物医学工程：神经科学	30
20	杭州电子科技大学	法国巴黎大学	302	项目	硕士	生物医学工程	20
21	武汉理工大学	法国艾克斯马赛大学	428	机构	硕士	生物与医药；微生物与生化药学	40
22	西北工业大学	英国伦敦玛丽女王大学工程学院	110	机构	硕士	生物医学工程	—
23	重庆医科大学	英国莱斯特大学	326	机构	硕士	肿瘤学	20
24	南昌大学	英国伦敦玛丽女王大学	110	机构	硕士	临床医学（精准医学）	20
25	武汉大学	美国杜克大学	62	机构▲	硕士	全球健康理学；医学物理学	—
26	河北医科大学	爱尔兰国立戈尔韦大学	284	项目	硕士	基础医学（再生医学）	12
27	四川大学	中国香港理工大学	54	项目	硕士	灾害护理学	40
28	温州医科大学	泰国东方大学	—	项目	硕士	护理学	45
29	湖南师范大学	中国澳门镜湖护理学院	—	项目	硕士	护理学	60
30	中南大学	美国加州大学旧金山分校	—	项目	硕士	护理学	30
31	河北大学	美国新奥尔良大学	—	项目	硕士	护理学（健康管理）	60
32	丽水学院	瑞典耶夫勒大学	—	项目	硕士	护理学	30
33	海南医科大学	英国西英格兰大学	721~730	机构	硕士	国际护理实践；康复；公共卫生	200
34	南开大学	澳大利亚弗林德斯大学	387	项目	硕士	医院管理	240
35	哈尔滨医科大学	澳大利亚乐卓博大学	233	项目	硕士	社会医学与卫生事业管理	80
36	大连医科大学	美国班尼迪克大学	—	项目	硕士	公共卫生	80
37	昆明医科大学	泰国玛希隆大学	358	项目	硕士	公共卫生；康复医学	60
38	苏州大学	爱尔兰皇家外科医学院	—	机构	硕士	药学	20
39	浙江万里学院	英国诺丁汉大学	97	机构▲	硕士	药物发现	—
40	齐鲁工业大学	乌克兰基辅国立工艺设计大学	—	机构	硕士	制药工程	40

▲：具有独立法人资格。

双校衔接式的双导师培养模式。此类模式主要指学生在中外双方学校分别完成规定时长的学习与研究，方可获得双方颁发的学位证书。这类培养模式是确保学生接触国际前沿实验室和建立国际学术交流网络的关键。该模式的优势在于培养质量和学位国际认可度较高，学生能够真正融入外方导师的科研团队[15]。然而，学生需承担较高的海外学习与生活成本，招生规模受到外方实验室接收能力的严格限制，且部分学生可能面临国外文化适应性与学术方向延续性的问题。

教资引进融合的国内培养模式。此类模式以引进外方课程、师资或教学资源为主，学生无须长期出国，主要通过外教授课的方式完成国际化培养[16]。这一培养模式的优势在于成本可控、生源稳定且能够实现较大规模招生。例如，南开大学与澳大利亚弗林德斯大学合作举办的医院管理硕士项目，年招生人数达240人。然而，由于长期缺乏外方实地科研指导，学生在国际前沿课题研究、高水平论文发表和国际学术网络构建等方面的能力相对薄弱。因此，单纯的引进外方课程可能难以满足研究生培养阶段的核心要求。

3. 基于培养目标的专业设置模式

硕博层次医学类中外合作办学还可根据专业设置的不同分为三种模式，分别对应不同的培养目标、合作深度与社会需求响应程度。

临床与应用型模式。此类模式主要集中于临床医学类、护理学等专业。其通过引入国际先进的临床诊疗规范、技术标准及教学评价体系，提升我国临床高层次人才的国际化素养。然而，我国规定申报医师职称须以五年及以上学制的临床医学本科学历为基本前提。据此，硕博阶段的学习更多定位为提升性教育，而非执业准入教育。此外，我国规培/专培体系与境外临床训练缺乏互认机制。上述制度接口与培养导向的模糊，致使中外合作项目难以保证学生职业发展路径的通畅，这也是临床医学类硕博层次办学规模有限的重要原因之一[17]。

公共卫生与管理型模式。此类模式主要集中于公共卫生、社会医学与卫生事业管理等学科。其聚焦培养具有全球健康视野、卫生政策分析能力及医疗机构管理能力的国际高层次人才。人才培养主要面向各级卫生健康行政部门、疾病预防控制机构、医院管理岗位及国际卫生组织等。目前此类模式的硕士层次招生规模相对较大，博士层次则较小。此外，部分项目仅授予外方证书，其专业国际化深度有限，学生的国际学术网络构建与前沿研究能力提升也受到制约。

“医学+X”交叉型模式。此类模式主要集中于生物医学工程等医药交叉领域。其既体现了“医学+工科”和“医学+智能科学”的融合趋势，也旨在培养学生解决复杂卫生健康问题的综合能力，是现代医学从“经验医学”向“精准医学”转型的重要改革方向[18]。“医学+X”交叉型模式推动了国内工科类院校向医工融合的阶段过渡，是工科院校拓展专业范畴的重要途径，也是医学院校深化专业融合的显著表现[3]。然而，这一模式的课程体系设计难度大，专业融合还需真正打破学科壁垒，而非简单堆砌课程。同时，前沿医学交叉学科的学生就业压力较大，相关人才市场建设水平有待提高[19]。

（二）跨国办学模式

国际医学类硕博层次的跨国办学模式与我国中外合作办学存在明显差异。根据现有报道，德国高校多采用联合医学博士（Cotutelle/joint PhD）模式，如德国奥尔登堡大学与荷兰格罗宁根大学联合博士，合作双方自行签署双边协议，联合制定指导方针。这类模式以导师、课题和科研平台为核心，具有高度个案化和研究导向特征。新加坡则强调高水平大学之间的模块化合作，如杜克—新加坡国立大学联合医学院。其临床医学博士专业学位项目课程体系涵盖临床专业课程、临床实践训练、科研能力训练和综合素养培训四大模块，注重对学科交叉、临床能力和科研转化的培养[20]。相比之下，我国医学类硕博层次的中外合作办学更侧重于制度化的办学模式，其优势在于制度规范性强、社会透明度高、教育质量监管体系完善。然而，其短板同样明显，办学重心仍偏重课程引进与外方师资授课，教学模式以基础理论为本，缺乏充足的临床实践机会。这导致其在合作自由度、个性化培养、科研转化导向以及临床能力训练等方面，与国际办学模式仍存在一定差距。

三、医学类硕博层次中外合作办学的建设和发展路径探索

基于上述对我国医学类硕博层次中外合作办学现状与模式的分析，本文提出以下建议，以期为医学院校后续建设标准化、规范化和科学化的硕博层次中外合作办学机构/项目提供参考。

（一）加强政策引领作用

1. 依托权威信息平台，推动政策与校方实践相衔接

当前国内中外合作办学的主要信息获取平台包括中外合作办学监管工作信息平台和厦门大学中外合作办学研究中心等。院校应指定专门机构（如国际交流合作处）牵头，建立政策研究小组，系统梳理政策体系，确保中外合作办学工作方向正确、落地顺畅，还应了解地方政府的配套政策，进一步出台相关指导性文件。此外，院校可设立中外合

作办学政策咨询校内服务窗口，为各申报学院提供材料准备、流程指导等支持，并定期邀请政策专家来校开展专题培训，确保项目申报与管理符合国家要求。

2. 关注办学有关制度改革，深化高质量评价体系

中外合作办学审批制度的简化使得我国合作办学机构/项目申报变得更加便捷。在此基础上，建议推行并联审批和分类审批政策，对紧缺专业开辟绿色通道。对于中外合作办学既往评估为优秀的高校，应尽量简化申报材料与资质核查流程，提高审批速度。此外，教育部已建立起常态化的中外合作办学质量监管体系，共开展了十余轮的中外合作办学质量评估。办学主体可进一步构建多维度、高质量的评价体系，并公示其办学成效。高质量评价体系应重点涵盖科研产出、平台建设、就业质量及国际任职等核心维度，具体包括高水平期刊论文发表率、头部企业与单位就业率、平台建设数量等关键自评指标，并据此建立完善的自我监督与反馈调整机制。以宁波诺丁汉大学办学成果为例，2025年该校19人获直博录取，博士毕业生实现100%高质量就业，89.9%的博士毕业生进入海内外高校、知名科研机构工作。此外，适当开展民众满意度调查，以评价办学成效与办学口碑[21]。

3. 立足办学模式特色，实施差异化支持政策

针对不同实体化办学模式的特点，可实施差异化的政策支持。例如，具有独立法人资格的合作办学机构需重点解决临床资源整合问题，主动与高水平医院建立教学联盟，将临床技能纳入学生考核体系。而非独立法人资格的合作办学机构则需加快国际化临床资源的引入，系统引进外方的临床教学标准与专业认证体系，同时与外方合作开发境外临床轮转项目，提升合作办学的国际化内涵。各地办学高校还应推动外方临床训练与国内规培体系的互认机制建设。此外，合作办学项目应着力加强国际合作深度，从专业导向型课程合作向全面科研多学科合作发展，并通过建立学生支持体系，如开展线下的双语交流课程、科研学术指导培训班等，增强学生的学习归属感。

（二）提升人才产出效能

1. 立足医学院校实际，推进本土化路径探索

高校需全面评估自身的学科优势、师资与科研承载力、财政投入空间及行政管理效能。在此基础上，医学院校需明确战略定位，厘清开展合作办学的目的是提升科研创新水平、改革人才培养模式还是满足服务区域医疗卫生的需求。中外合作办学“拓荒”与建设问题必须与国家的战略需求、行业的痛点和院校的使命紧密结合，医学院校需要坚定文化自信与坚持制度创新，构建本土化的高等医学人才培养模式，依托我国高层次医学人才的市场需求，精准定制具有中国特色的教育范式。

2. 聚焦差异化培养模式，造就多元化医学人才

不同医学人才产出模式应进一步聚焦差异化的人才培养定位，例如临床应用型人才需重点加强国际临床资源的引入，包括国际诊疗规范、临床技术标准及海外临床轮转机会，提升该类人才在国际医疗环境中的职业适应能力。公共卫生与管理类人才需着力提高国际化水平，加大与国际卫生组织、跨国医疗机构及国外高校公共卫生学院的合作力度。与此同时，进一步提升招生层次，逐步扩大对博士研究生的招生规模，培养能够参与全球健康治理的高端人才。另外，医学交叉学科则应构建从人才培养到人才服务的链条式体系，将人才培养与科研成果转化、产业服务及社会需求对接，形成“培养—输出—服务”的生态闭环。

3. 推动智能融合创新，构建特色人才培养体系

医学院校应积极利用人工智能（AI）技术创新和改革人才培养模式，构建智能化和网络化教育体系，推动教育数字化转型，构建智慧学习环境，实现个性化教学与智能化管理[22-23]。在课程设计层面，开发“医学+AI”融合模块，引入AI病例系统，模拟临床疾病病程，弥补临床资源不足。在临床技能训练层面，建设智慧模拟训练中心，通过对AI驱动的虚拟患者进行问诊、检查及临床实操训练，支持中外学生远程协作演练[24]。在科研能力提升层面，部署AI文献挖掘工具与数据分析平台，打破语言壁垒，建立科研共享平台，助力中外导师联合指导下的跨国科研产出。在教学质量评价层面，构建基于学习全过程数据的智能评价模型，整合课堂参与度、技能操作熟练度、科研进展情况等多维指标，实现对硕博生学术和临床能力的动态监测与反馈。

（三）深化融合创新层级

1. 坚持本土创新，推动中外课程深度融合

外方课程资源的引进绝非简单堆砌，而应立足国际医学教育前沿与国内院校实际情况，在吸收、消化国外课程体系的基础上创新，构建既与国际接轨又符合本土需求的全英文授课体系与教学质量保障机制[2]。同时，推动高等医学教育与中外工科、理科、数据科学及人文社科深入交叉融合，双方共同参与课程设计、实验室与实习基地搭建，形成多元协同育人格局。医学院校还应打通学生从学业到就业、从科研到产业化的全链条通道，建立校企联合培养基地、成果转化服务平台及交叉学科人才职业发展跟踪机制，确保培养出的人才能够真正服务于医学产业与临床需求，从而完成从“经验移植”到“本土创新”的关键跃升[25]。

2. 实施精准配置，助力国际化医学师资队伍建设

推动课程改革的同时，应同步建设国际化高水平医学师资队伍，保障师资“引得进、留得住、用得好”[26]。具体措施包括围绕重点学科精准引进师资，并拓展专兼结合、长短并行的柔性引才机制；设立医学教学发展中心以支持跨学科团队建设；建立涵盖教学质量、课程创新与国际合作贡献的多元绩效评价体系。医学院校应针对不同课程的设置模式，分类构建师资团队，如临床应用型课程通过外方专家来华示范、中方骨干赴外进修和共建国际化教学团队等方式实现；卫生管理类课程引进具有国际组织工作经历或跨国卫生项目管理经验的双师型教师；交叉类课程构建跨学科、跨机构的复合型师资网络，重点引进兼具医学背景与理工科训练、熟悉产学研转化路径的复合型师资团队。

3. 打破区域集中瓶颈，推动“一带一路”国家合作深化

当前我国中外合作办学的主要合作对象为欧美发达国家，未来应推动医学教育合作从欧美发达国家向“一带一路”共建国家延伸，构建多元化、多层次的国际合作网络。优先选择在医学教育领域具有特色优势专业的“一带一路”国家，围绕热带医学、传统医学及应急医疗管理等双方共同关注的领域，开展硕博层次的联合培养项目，推动我国稀缺专业纵向发展。对此，应重点关注并妥善解决非英语国家面临的语言障碍与课程适配这两大核心挑战。建议在招生时设置明确的语言门槛，同时引入外方语言教师及临床语言实训模块，进行课程内容的本地化改编与整合，突破语言障碍。此外，还应做好宣传工作，重点突出专业特色与就业导向，创新宣传载体与教学体验方式，促进教学成果国际化的落地。

本文通过对国内现有医学类硕博层次中外合作办学机构/项目的系统梳理，揭示出其“课程引进为主、国际嵌入不足、临床转化受阻”的核心挑战。尽管该类办学在拓展教育资源和创新培养模式上已取得初步成效，但其在人才产出的实际效能与国际化教学的本土融合方面仍存在显著瓶颈。针对上述困境，本文提出了政策制度引领、人才效能提升、教育融合创新三大建设维度，以期为推动医学类硕博层次中外合作办学从“规模扩张”向“质量提升”与“结构优化”的战略转型，提供有价值的理论依据与实践参考，为全球医学人才培养与人类健康事业发展贡献中国智慧与中国方案。

参考文献

[1] 刘琪. 本科及以上层次医学类中外合作办学发展现状及策略[J]. 医学与哲学，2022，43（21）：60-63

[2] 张方，郦忆，邵莉. 中外合作办学临床医学专业课程质量保障的实践与思考[J]. 中华医学教育探索杂志，2025，24（1）：30-36

[3] 汪瓒，邓世雄，朱丹，等. 新医科背景下临床医学中外合作办学课程体系的构建[J]. 医学教育研究与实践，2023，31（4）：406-409

[4] 郭强，马双双. 教育强国背景下中外合作大学发展态势与优化路径[J]. 扬州大学学报（高教研究版），2025，29（6）：1-12

[5] 李凌，姚静然，黄健，等. 中加生物医学工程-神经科学双硕士人才培养合作办学项目构建、实施与思考[J]. 医学教育研究与实践，2025，33（4）：467-473

[6] 刘书昌，郭凯，郭莉. 国际化教育资源共享的新模式与新路径[J]. 海南师范大学学报（社会科学版），2025，38（5）：100-109

[7] 钟京谕，星月，闵庆华，等. 医学类专业中外合作办学项目现状的调查研究[J]. 中华医学教育探索杂志，2025，24（5）：577-582

[8] 孙艳，胡秀娟，黄沁仪. “健康中国战略”背景下加强老年医学学科教育的思索[J]. 中国现代医生，2023，61（27）：112-114，122

[9] 刘畅，王昱睿. 地方高校国际合作办学模式探索与实践[J]. 投资与合作，2026（1）：52-54

[10] 王嘉慧. 中外合作办学独立法人机构的治理模式研究——以深圳北理莫斯科大学为例[J]. 教育教学论坛，2019（13）：43-45

[11] 尹浙霖，王程浩，费烨. 中外合作办学二级学院本土化模式建构及实践路径[J]. 航海教育研究，2025，42（3）：11-19

[12] 陈浩，陈留韵，李亚子，等. 临床医学国际化人才培养模式探索[J]. 神州学人，2024（3）：36-39

[13] 朱雪波，王小尚，诸葛晶，等. 医学类高校中外合作办学的探索与实践：以温州医科大学阿尔伯塔学院为例[J]. 中华医学教育探索杂志，2025，24（1）：8-12

[14] 石宪，杨俊，陈鑫，等. 中外合作办学线上教学的互动问题与对策[J]. 科教导刊，2023（2）：17-20

[15] 刘崧，屠希亮. 后疫情时代中外合作办学面临的挑战与对策[J]. 高教探索，2023（2）：19-25

[16] 范晓丽，陈慧荣，赵纯艺. 中外合作办学课程融合的生成逻辑与实践路径[J]. 教育国际交流，2025（4）：49-54

[17] 龚清歌，王岩，蒋宁，等. 临床医学专业中外合作办学：学生视角下的问卷调查研究及启示[J]. 中华医学教育探索杂志，2024，23（8）：1042-1045

[18] 雷兰. 学科交叉融通赋能中外合作办学高质量发展[J]. 神州学人，2024（2）：32-35

[19] 马振秋，徐凌霄，韩魏，等. 多学科交叉融合培养新医

科人才的探索[J]. 中华医学教育杂志,2022,42(4):292-295
[20] 朱留宝,晁爽,陈旭岩. 杜克—新加坡国立大学医学院临床医学博士专业学位项目培养模式的概述与启示[J]. 中华医学教育杂志,2024,44(6):471-475
[21] 李琼,张羽. 新时代中外合作办学高质量发展的探索与实践——以暨南大学伯明翰大学联合学院为例[J]. 教育国际交流,2024(5):53-55
[22] 曹磊,陈炎,严孙宏,等. 生物医学大数据驱动的人工智能教学平台在医学教育改革实践中的应用[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2026,26(3):261-268
[23] 高晴,袁艺标,谢利平. 基于人工智能的"三位一体"机能实验教学模式研究与探索[J]. 基础医学教育,2025,27(9):877-881
[24] 周佳,郭述良,吴婧,等. 中外合作办学背景下构建临床医学专业"虚拟教研室"的探索[J]. 中国继续医学教育,2025,17(7):33-36
[25] 陈明海,林征,武慧媛,等. 中华优秀传统文化融入中外合作办学的创新路径探索[J]. 北京教育,2026(5):86-88
[26] 曹海艳,范正飞. 新时代高校中外合作办学教师队伍建设研究——以上海理工大学中德国际学院为例[J]. 上海理工大学学报(社会科学版),2026,48(1):96-103

(本文编辑:姜 鑫)

Chinese-foreign cooperation in running schools at the doctoral and master's programs in medical science: current status and pathway exploration

Yang Jing[1], Wei Bangbang[1], Pang Yue[2], Liu Na[2], Chen Yun[1,2]
1. School of Pharmacy, 2. School of Foreign Languages International Education, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China

Abstract: As a vital vehicle for the opening-up of education, Chinese-foreign cooperation in running schools (CFCRS) has played a critical role in promoting reform in China's education system, diversifying talent-cultivation pathways, and enhancing the global influence and competitiveness of Chinese education. It has met the public's demand for diverse, internationally oriented education, thereby attracting widespread public attention. In recent years, CFCRS at the doctoral and master's levels in medical education has achieved significant progress in both quality and quantity. This study systematically reviews 40 CFCRS institutions and programs offering doctoral and master's education in medical fields and analyzes their educational models in terms of governance structure, talent output, and curriculum design. The findings reveal that these initiatives are generally characterized by predominant reliance on imported curricula, insufficient international integration, and limited clinical translation. Building on these findings, this study proposes three directions for the development of postgraduate medical cooperative education through policy and institutional guidance, talent development strategies, and innovation through educational integration, aiming to provide both theoretical insights and practical guidance for Chinese medical schools to overcome bottlenecks and achieve improvements in both quality and structural optimization in CFCRS.

Key words: Chinese-foreign cooperation in running school; medical sciences; doctoral and master's levels