

医生职业胜任能力与医师资格考试制度探析

刘瑞森

(中国科学院大学人文学院, 北京 100049)

摘要:以当代医学模式转变为背景,以麦克莱兰(David C. McClland)等人的职业胜任特征理论和医学教育国际标准为基础,分析了医生职业胜任能力的构成;并基于米勒金字塔模型总结了医生职业胜任能力测评方法需要满足的标准;从考试资格、考试模式、考试种类、考试内容、考试方法等方面,对中美医师资格考试制度进行了比较;利用专家访谈的方法,从效度、可靠性及医学教育导向作用三个维度,对中国医师资格考试制度进行了评估。从考试内容来看,目前中国医师资格考试存在如下问题:健康获得和健康促进的内容偏少,人文、社会与管理知识比较欠缺,信息获取与管理能力的内容不多,对分析能力的要求不够等;而在考试方法上,中国医师资格考试中的实践技能考试的可靠性还不太高,需要尽快建立完善各种基础性条件,分步骤推进实践技能考试的标准化工作。

关键词:医生职业胜任能力;技能获得模型;医师资格考试制度

中图分类号: N031

文献标识码: A

文章编号: 1674-4969(2014)02-0213-08

医疗是一种基于知识的技能性实践活动。作为这种实践活动主体的医生,其职业胜任能力是医疗实践满足社会功能的基本保障^[1]。从20世纪70年代开始,医学模式正在发生重大变化,即从长期以来占据主导地位的生物医学模式开始向生物-心理-社会模式转变。医学模式的转变使得医生的社会角色日渐多元化,职业环境更加繁琐复杂,工作过程面临的不确定因素增多。这对医生的职业胜任能力提出了新的要求,继而对医生职业胜任能力的测评方法提出了新的标准,并促进以这种测评为目的的医师资格考试制度进行新的调整。研究新的医生职业胜任特征、总结测评方式的新探索,对于改革、完善中国医师执业资格考试制度具有重要意义。

1 医生职业胜任能力

历史上,所有技能性职业都是按照师徒亲授、

代代相传的方式在存续。现代社会,技能性职业逐步社会化,职业的技能标准也逐步规范化、标准化。早期对职业技能的衡量或者以智能为基础,或者以学业成绩为基础。20世纪60年代美国哈佛大学著名心理学教授麦克莱兰(David C. McClland)的研究小组发现,常规的智能型检测、方向性检测和学业分数检测,都不能有效预测一个人在工作上的绩效和成就^[2]。

麦克莱兰提出“胜任特征”这一概念作为衡量职业胜任能力的基础。“胜任特征”包括在一定工作情境中与高绩效因果相关的、潜在的、深层次的个体特征。斯宾塞夫妇(L.Spencer & S.Spencer)认为胜任特征有五种主要类型的因素,包括技能、知识、自我概念、特质、动机,其中技能和知识属于表层可识别的因素,而自我概念、特质和动机则属于深层次的内涵因素^[3]。

茨威尔(Michael Zwell)进一步将胜任特征

的内容分为三类：区分性胜任特征、基准性胜任特征和变革性胜任特征。^[4]其中基准性胜任特征是，在特定工作岗位、组织环境和文化氛围中能够有效完成岗位要求内容所必备的最基本的胜任特征^[5]。

基准性胜任特征对于医学实践具有至关重要的意义，因为医疗职业关系到人们最重要的福利——健康和生命。18 世纪下半叶，特别是 19 世纪之后，一批医学院校开始兴起，数量迅速增加，但各学校的教学和培养模式千差万别，医学毕业生在医学知识和诊疗技能上良莠不齐^[6]。鉴于此，欧美许多国家开始以各种方式实行职业许可制度，明确医生职业资格及胜任能力标准^[7]。

这些标准几经变迁，反映了不同时期人们对医生基准性胜任特征的认识。20 世纪 90 年代以后，随着医学模式的改变，医生基准性胜任特征有了新的内容和要求。虽然各国的标准有所不同，但最有影响的是三大组织制定和倡导的医学教育国际标准，这三大组织是世界医学教育联合会（World Federation for Medical Education，WFME）、世界卫生组织（World Health Organization，WHO）西太平洋办事处和国际医学教育专门委员会（Institute for International Medical Education，IIME）。这些标准中除了对医学院有具体的规定，也对医学院毕业生应具备的基本素质提出了全面的要求^[8]。

IIME 制定的“全球医学教育最基本要求”（GMER），明确界定了医学毕业生应具备的最基本核心能力，并将其分为七大领域，细化为 60 条指标^[9]。这七大领域包括：1）医学职业态度、行为和伦理，包括医学职业道德、伦理和法律原则、个人的职业价值观等；2）涵盖“人体结构和机能、行为、健康和疾病的影响因素、急慢性疾病病因学、流行病学、卫生经济学和健康干预等”医学科学基础知识；3）“与患者及其家属、同事、其他专业人员进行口头和书面的有效交流能力”；4）包括“病历书写、体格检查、诊断、处理急症、

急救、健康评价、合理利用诊疗资源”等在内的临床技能；5）对群体健康即“影响人群健康、疾病的生活方式、遗传、环境、社会经济、心理、文化”等因素的认识，以及对卫生保健系统组织的原则管理的认识；6）“能够收集、检索、使用医学信息来辅助诊断、治疗和预防疾病”等信息管理能力；7）“能够科学地评判资料和信息”的批判性思维能力^[3]。

GMER 提出的医生基准性职业胜任特征符合麦克莱兰等人的职业胜任模型的一般特征（表 1）。

表 1 GMER 提出的医生基准性职业胜任特征

胜任能力	GMER	
知识	医学科学基础知识	
技能	临床技能、信息管理能力	交流与沟通技能、对群体健康和卫生保健系统组织的原则管理的认识
自我概念	批判思维和研究能力	职业态度、行为和伦理
特质		
动机	—	

与过去主要用临床技能、基础知识和医德来衡量医生胜任能力的评判标准相比，GMER 强调了信息管理能力、交流与沟通技能、医学社会知识和批判性思维的重要性。这实际上反映了当代医学实践中信息技术广泛应用、生物医学研究突飞猛进、医疗社会关系日益复杂的状况^[10]。

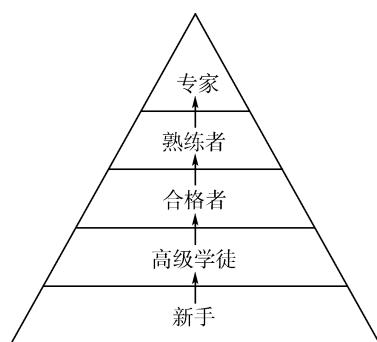
2 医生胜任能力模型与测评方法

技能的获得是一个过程。德莱弗斯兄弟（Stuart Dreyfustuart 和 Hubert Dreyfus）在研究了飞行员、司机、成年第二语言学习者的技能习得过程之后提出，技能的获得一般要经过“新手—高级学徒—合格者—熟练者—专家”这五个阶段^[3]。每一个阶段具有不同的特征：1）新手，一般严格遵守规则，具有很少的情境性知识，缺乏相机行事的判断能力；2）高级学徒，一般情境性知识有限，根据事物的某些属性采取行为，不能区分并抓住重点；3）合格者，能处理多属性问题，可按照长期目标分步骤地采取行动，有意识地、审慎地计

划标准化和常态化的程序；4) 熟练者能够从整体上看待医疗情景，能够找出一个情景中最重要的事物，能知觉其与常规模式的偏离，决策不太吃力，用准则指导行为，但准则的意义随情景的不同而变；5) 专家不再依赖规则，基于深层的理解按照直觉来处理医疗情景，只是在新的情景下或在问题出现时才采取分析性途径，能洞察到可能发生的事情^[11]。

按照上述模型，医生到合格者这一阶段就需要具备基准性的胜任能力。但是能力是一个潜在的概念，如何对其进行测评并判断一个人是否达到了基准性胜任能力要求呢？20 世纪 90 年代，美国医学教育家米勒（George A. Miller）对医学能力进行了分类，并刻画了它们之间的结构特征，即米勒医学能力金字塔或米勒医学能力模型（以下简称米勒金字塔）（表 2）。按照米勒金字塔，第一层是知识（knows），第二层是技能（knows how），第三层是操作表现（shows how），第四层（最高层）是真实工作环境中的实际表现（does）。第一层的知识和第二层的技能属于认知的范畴，而第三层的操作表现和第四层的实际表现属于行为的范畴^[12]。

表 2 米勒医学能力金字塔



米勒金字塔不但对于医生获得医学能力的过程具有一定的指导作用，也对医学能力的测评具有一定的参考意义。对于知识和技能的测评，人们已经开发出了一些有效的方法，如多项选择问卷、模拟测验等。但对操作表现和真实工作环境的实际表现等这些实践技能的测评存在困难。近

年来，在这两个方面的评测工具方面有许多尝试。

对于操作表现的考核，通常有客观结构化考试记录（Objective Structured Long Examination Record, OSLER）、客观结构化临床考试（Objective Structured Clinic Examination, OSCE）、目的评估技能（Objective Structured Assessment of Technical Skills, OSATS）等方法。例如：客观结构化临床考试会设计一系列模拟临床场景的考站，让考生在这些模拟情境下进行操作，测试内容包括标准化病人诊断、在医学模拟人上实际操作、临床资料的采集、文件检索等；由多个有经验的医生作为主考人，对考生的临床能力进行评价。这种方式的测评不但考查考生掌握的知识，而且也能估量考生具备的技能和态度^[13]。

对于真实工作环境的实际表现，通常采用的是工作场所为基础的评估（Workplace Based Assessment, WPBA），这是一种在完全真实的医疗环境中通过结构化和连续的方式考察能力的方法。WPBA 有许多变种，例如：简易临床评估实习量表（Mini-clinical Evaluation Exercise, Mini-CEX）、操作技能直接观察（Direct Observation of Procedural Skills, DOPS）、病例个案讨论评量表（Case-based Discussion, CbD）、简易同行评估测试工具（Mini Peer Assessment Tool, Mini-PAT）等^[14]。1995 年美国内科医学会（American Board of Internal Medicine, ABIM）提出的 Mini-CEX 的通常做法是，从医疗面谈技能、体格检查技能、专业态度、临床判断能力、沟通技能、组织效能、整体临床胜任能力这 7 个方面，制定一套细化的规范表格。指派一位具有较高职称的医师，指导住院医师对病人进行相关的诊疗活动，并对住院医师的表现打分^[15]。指导专家将评价结果及时反馈给住院医师。这种方法的特点是围绕真实临床实例进行评价、花费时间较少（一般为 20~30 min）、成本较低、可操作性强。最为重要的是，对住院医师的考核是由“素不相识”的主治医师进行的，这能够避免利益和人情关系，

能够保证较高的公正度和可信度^[12]。

任何一套测评医生职业胜任能力的方法都涉及庞杂的知识和能力体系, 包括规范性知识、表达性知识、情感性知识、方法性知识和总结性知识。因此, 是否采用一种测评方法或方式, 需要考虑以其是否具有下条件^[16]:

可靠性。测评方法应能考察出被试者的实际能力。应用的病人都是未经过培训的真实病人, 住院医师完成操作的质量可因病人而异; 而且待评价的病种受实际情况的限制, 这对测评次数有一定的要求。

效度。测评方法应能反映出被试者是否具有所要求的能力, 因此测评方法需要围绕医生职业胜任核心能力而制订, 并通过直接观察住院医师临床诊疗的重点过程, 对其做出全面的判断。

可行性。可行性要求测评在任何时间、任何地点皆可实施, 不需要花费太多时间, 且不需要其他的设备。

反馈的机会。认知心理学在有关学习的研究中发现, 有反馈的训练是最好的学习方式。因此测评需要能够对提高住院医师的自我认知水平、及时检查自己的技能状况、发现自己需要改进的环节等方面具有重要意义。

3 中美医师资格考试制度的比较分析

医师资格考试是执业医师许可制度的重要组成部分, 是测评医学从业者是否具备基准性职业胜任特征的主要方式。由于历史发展和医疗事业状况的不同, 各国医师资格考试制度各有特点。在中国, 1927 年南京国民政府成立后就开始颁布一系列法令, 力图形成执业医师国家许可制度, 但直到 1998 年《医师法》才得到全国人大常委会审议通过, 执业医师资格考试制度得以被以法律形式确立。1999 年第一次医师资格考试在全国举行, 此后每年组织 1 次, 至今已经 14 次^[3]。

医师资格考试制度与一个国家的医疗实践的类型、执业医师状况、医学教育的特征及社会经

济发展阶段有关。相较于其他国家, 特别是医师资格考试制度较为成熟的美国, 中国医师资格考试制度具有一些自己的特点。

在考试资格方面, 中美都有对学历和从业经历的双重规定。美国的考试要求, 完成医学院校前两年医学课程即可参加第一阶段考试, 完成医学院校四年的医学教育课程并通过了第一阶段考试的方可参加第二阶段考试, 通过第一、二阶段考试, 并至少在一所得到正式认可的医院中完成一年的住院医师培训, 才能参加第三阶段考试^[17]。中国对考试申请人的学历规定较为宽泛, 包括高等学校医学专业本科以上学历、专科学历和中等专业学校医学专业学历, 但对不同学历的申请者的执业经历有不同的要求。这是由于中国医师资格考试刚刚起步, 许多在职医师并不具有本科学历, 特别是基层医院和农村医院的在职医师学历普遍偏低。

在考试模式上, 美国医师执照考试分为三个阶段, 分别为基础医学考试、临床医学考试和临床技能考试。而中国的医师资格考试为一次性, 但分为不同的考试类型。美国的三个阶段考试周期长, 但与医学教育过程相衔接, 符合医生职业胜任能力的获得规律。一次考试虽然使得考查范围受到限制, 但更为适合已从业医师的实际情况^[18]。

在考试种类上, 美国有通科医师资格考试和专科医师资格考试, 中国目前只有通科医师资格考试。但是, 中国的考试制度将医师资格分为两级, 即执业医师和执业助理医师, 而且在每级中, 区分了临床、中医、口腔、公共卫生 4 个类别。由于中国现代医疗卫生事业存在着西医、中医和其他民族医学传统共存的特点, 中国医师资格考试单独把中医作为一种类别, 其中包括中医、民族医(蒙医、藏医和维医)和中西医结合。中医类别考试的特殊性对中国的医师资格考试制度的完善提出了更高的要求^[19]。

在考试方式上, 中美医师资格考试均采用实践技能考试和理论知识两种方式进行。美国的考

试第一阶段和第二阶段集中在理论知识上，第三阶段集中在实践技能方面。中国的考试程序则相反，考生须先通过实践技能考试，才能参加医学综合笔试。在理论考试题型方面，中美两国均采用客观性选择题。中国的医学综合笔试目前主要采用最佳选择题（A型题）和配伍题（B型题）两大类。最佳选择题的特点是，若干个被选项与题干之间有不同程度的联系，要求考生从中选择一个最佳答案，这主要考察考生对基本概念理解的准确性。配伍题则由一组备选答案与2~3个题干组成，答案在前，题干在后。要求考生为每一个题干选择一个正确答案，每个备选答案可以重复选用^[19]。

在考试内容方面，中美医师资格考试均强调医学知识的全面性。根据中国医师资格考试大纲要求，中国的医学综合笔试部分由16个学科的知识组成，包括：1）基础科目，即生物化学、药理学、医学微生物学、医学免疫学、生理学和病理学，约占17%；2）专业科目，包括内科（含传染病学）、外科、妇产科、儿科、神经病学和精神病学，约占75%；3）公共科目，如卫生法规、预防医学、医学伦理学和医学心理学，约占8%。实践技能部分的内容主要包括病史采集与病例分析、体格检查与基本操作技能、辅助检查结果判读、医德医风等。

中国的实践技能考试分为三站。例如：西医临床类实践技能考试，第一考站的考试内容是病史采集与病例分析，考试方式是考生在计算机上阅读题卡，在答题纸上书写答案；第二考站的考试内容是体格检查和基本操作，体格检查的考试方式采用考生互相操作或考生在被检查者身体上进行操作，基本操作的考试方式采用在医学教学模拟人或医用模块等设备上进行操作，考官在操作后提出相关问题；第三考站的考试内容是心肺听诊、影像（X线、CT）诊断、心电图诊断和医德医风，考试方式是考生在计算机上根据题目要求作答^[19]。

在考试时间上，由于美国是分段考试，而中国是一次考试，所以美国考试的时间更为充裕。美国的三个阶段考试为5 d共计40 h，其中，第一阶段考试为1 d计8 h，第二阶段考试和第三阶段考试均为2 d计16 h。中国的考试共2.5 d计12 h，其中实践技能考试为0.5 d约2.5 h，理论考试为2 d约10 h。考试时间较短容易导致考核内容和评价的粗疏。

4 中国医师资格考试制度的效度和可靠性评价

评价医师资格考试制度的核心指标是效度和可靠性。效度主要体现在考试内容是否反映了医生基准性职业胜任能力，而可靠性主要体现在考试方式是否能够可靠地测评出考生的实际能力。

在分析中国医师资格考试的效度中，通过与GMER规定的医学毕业生应具备的7个领域的核心能力要求相比照，参照美国医师资格考试的考试科目和大纲，我们看到，中国医师资格考试存在如下问题：

1）健康获得和健康促进的内容偏少。在生物-心理-社会医学模式中，健康的概念已经发生了变化，人们更加趋向于从身体、精神、社会整体上的完好定义健康。而且当代社会疾病谱和死亡谱的构成有明显变化，心理、社会因素导致的疾病显著增加。卫生服务已经从单纯的诊疗转变为集预防、保健、治疗、康复为一体的活动。除了传统的医学基础科学知识外，心理学、精神病学、性医学、流行病学的知识对一个合格的医生来说也非常重要。GMER标准中，特别强调医生关于生活方式、遗传、环境、社会经济、心理、文化等因素对疾病的影响的认识。美国的考试大纲中规定了精神和行为因素、职业和环境因素、疾病及治疗与社会的相关因素等考试内容，而且在三个阶段的考试中，这部分内容均占有相当的分量。而中国医师资格考试在这方面的要求较少。

2）人文、社会与管理知识比较欠缺。随着医

学模式的转变, 医疗服务不再处于医生和病人之间单一的、单向的关系中, 而是处于医生与患者、患者亲属、医院、社会之间的多重的、双向的关系中。医疗服务中涉及的伦理准则、法律规范日益复杂。医生的决策除了诊疗外, 还要对经济、社会各种因素进行权衡。医院的规模越来越大, 管理程序越来越复杂, 一个合格的医师除了负责治疗外, 还要帮助病人合理地安排诊疗过程。GMER 标准强调对医学职业道德、伦理和法律原则的认识, 还强调对卫生保健系统组织的原则管理的认识。美国的第二阶段考试内容中, 管理原理及其应用就占了 15%~25%。中国的考试虽然有卫生法规、卫生学、医学心理学、医学伦理学、社会医学等学科的内容, 但其题量和所占比例较少。

3) 信息获取与管理能力的内容不多。近年来, 生物医学研究突飞猛进, 信息技术在医学信息和医疗管理中得到广泛的应用。一方面, 获取、处理和利用生物医学信息成为医生提高诊疗水平的重要手段; 另一方面, 是否有效地利用医学信息来分析、研究、解决问题并做出正确决策, 也成为医生职业胜任能力的重要内容。GMER 标准把“收集、检索、使用医学信息来辅助诊断、治疗和预防疾病等信息管理能力”作为医生职业胜任能力的核心之一。

4) 对分析能力的要求不够。医疗情景的复杂化、医学知识和信息的增长对医生分析问题的能力提出了较高的要求。按照 GMER 标准, 医生应有“能够科学地评判资料和信息批判性思维”。美国的考试开发了许多测评考生分析能力的方法。而中国的考试, 不管是从题型还是内容来看, 更偏重于机械记忆类题目。

为了分析中国医师资格考试的可靠性, 我们针对其实践技能考试的测评方法, 采用专家主观评价法进行评价。我们选择了国内首都医科大学、北京大学医学部及安贞医院、阜外医院、朝阳医院、积水潭医院、北医三院、协和医院和北

京市卫生局医政处、科教处等机构和部门中专业从事医院管理、基础医学、临床医学等方面的专家, 发放调查问卷 70 份, 回收 55 份, 回收率为 78.5%, 其中, 有效问卷为 71%。调查问卷的统计结果如下:

1) 对于实践技能考试的专家评价的客观性, 有 34% 的受访者认为考试客观, 40% 的受访者认为不太客观, 有待改进 (图 1)。

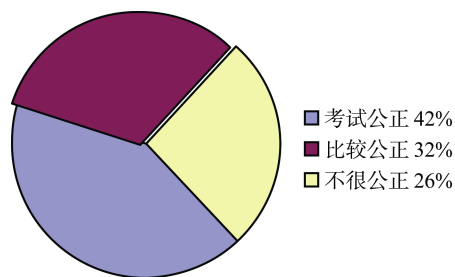


图 1 中国医师资格考试实践技能考试客观性的问卷调查结果

2) 对于实践技能考试的评审专家组成和评价程序的公正性, 42% 的受访者认为公正, 32% 的受访者认为比较公正 (图 2)。

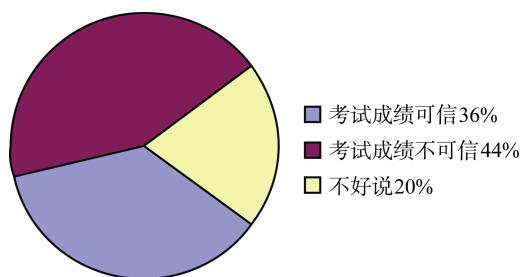


图 2 中国医师资格考试实践技能考试公正性的问卷调查结果

3) 对于实践技能考试是否放映了考生的实践能力, 36% 的受访者认为考试不太可信, 44% 的受访者认为考试有待改进 (图 3)。

从上述调查结果来看, 目前中国医师资格考试中的实践技能考试的相对可靠性不太高。这与中国医师资格考试的时间较短、医疗建制的历史发展、医学教育的总体状况有很大的关系。中国

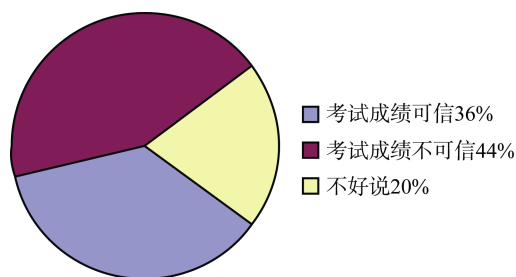


图3 中国医师资格考试实践技能考试成绩可信性的问卷调查结果

是一个人情社会，单纯依靠同行评议，难以客观、科学地测评考生的实践技能。从长远来看，中国医师资格考试中临床技能考试，需要引入客观结构化临床考试（Objective Structured Clinical Examination, OSCE），并结合标准化模拟病人、计算机模拟临床病例考试等多种方式来进行。考虑到中国医师资格考试涉及面广、基础条件薄弱等情况，需要尽快建立完善各种基础性条件，分步骤推进实践技能考试的标准化工作。

参考文献

- [1] 陈林华. 胜任力理论在医院人力资源管理中的应用[J]. 中华现代医院管理杂志, 2010, 8(7): 18-21.
- [2] 曹茂兴, 王端旭. 企业研发人员胜任特征研究[J]. 技术经济与管理研究, 2006(2): 39-41.
- [3] 唐文达, 达建, 陈亚新. 优秀临床医生应具备的素质和能力及培养研究[J]. 医学与社会, 2001(2): 62-63.
- [4] 李菲菲. 企业中层管理者胜任特征模型建立及应用研究[D]. 呼和浩特: 内蒙古大学, 2008: 62-63.
- [5] 陈庆. 浅谈心理学在人力资源管理和开发中的作用[J]. 商场现代化, 2009(11): 52.
- [6] 王淑珍, 王庭槐, 肖海鹏, 等. 全程培养与塑造医学生专业素质的探索与实践[J]. 中华医学教育杂志, 2011, 31(3): 24.
- [7] 丁焕然, 闫和清, 崔也平, 等. 利用模拟教学训练学生临床技能培养临床思维[J]. 河北联合大学学报: 医学版, 2012(2): 18-21.
- [8] 黄勇鹏, 李志松. “从新手到专家”: 德莱弗斯模型在职业教育中的应用[J]. 中国职业技术教育, 2006(14): 14-16.
- [9] 杨秉辉. 全科医学导论[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2006: 62-63.
- [10] 郑学宝, 孙键敏. 大学生能力素质模型建立的思路与方法[J]. 华南师范大学学报(社会科学版), 2005(10): 145-147.
- [11] 金梯, 王刚. 教育评价与测量[M]. 北京: 教育科学出版社, 2002: 153.
- [12] 高镭. 客观结构化临床考试可靠性与有效性研究[D]. 成都: 四川大学, 2005.
- [13] 张肇达, 周同甫. 全球医学教育最基本要求[M]. 北京: 高等教育出版社, 2002: 1-8.
- [14] 方定志, 万学红. 医学教学方法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 6-10.
- [15] 向东, 曾诚, 万学红. 高等教育课程论[M]. 成都: 四川科技出版社, 2003: 217-218.
- [16] 王进, 刘晓农. 加权法在胜任特征建模中的应用[J]. 商场现代化, 2006(1): 66-67.
- [17] Schuwirth L W, van der Vleuten C P. Assessment of Medical Competence in clinical education[J]. Ned Tijdschr Geneesk, 2005, 149(49): 2752-2755.
- [18] Holmboe E S, Hawkins R E. Practical Guide to the Evaluation of Clinical Competence[M]. Maryland Heights: Mosby/Elsevier, 2008: page.
- [19] 国家医师资格考试委员会. 2013年临床执业医师考试大纲[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012.

Doctors' Professional Competence and Qualification Examination System

Liu Ruisen

(College of Humanities, University of Chinese Academy of Sciences, Beijing 100049, China)

Abstract: Taking paradigm shift in modern medicine as background, and based on McClelland's occupation competency theory and international standards for medical education, this paper analyses the composition of doctors' professional competence. It also summarizes the standards for doctors' professional competence assessment methods based on Miller's Pyramid model. The paper also makes a comparison between Chinese and American's Medical Licensing Examination System from the perspectives of examination qualification, examination pattern, exam type, exam content, test methods. The paper, from three dimensions, which are validity, reliability, and the guiding role, assesses Chinese medical qualification examination. This paper argues that, from the content of the examination, the current medical qualification exam has the following problems: the content of how to be healthy are not rich; humanities, social and managing knowledge are not abundant; the lack in information access, management and analysis capacities. Regarding test method, the practical skills test reliability in Chinese Medical Licensing Examination is not enough, which requires the establishment of a sound basis for a variety of conditions and the promotion for the standardization of practical skills exam as soon as possible.

Key words: doctors' professional competence; skill acquisition model; Medical Licensing Examination System