

全科医生培养的现状与模式探讨

徐志杰

全科医生,又可称作家庭医生,其接受的医学专业教育训练范围较普通专科医生更加宽广,行使的职责更加宽泛^[1]。美国家庭医学委员会于1968年成立,代表了家庭医学作为一个专科学科的诞生。自英联邦于1966年启动全球首个全科医学住院医师培训项目以来,澳大利亚、加拿大、美国等国家也先后启动了各具特色的全科(家庭)医学住院医师培训项目^[2]。

上世纪80年代,中国的全科医学教育事业正式起步。1998年,原国家卫生部搭建了全科医学教育的体系框架;次年,全科医学被确立为我国的一门正式的医学学科。在接下来的近二十年的发展过程中,我国的全科医学教育体系逐步走向成熟,并呈现出多元化发展的态势。根据2011年发布的《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》,全科医生的培养目标被确定为:到2020年培养30万名全科医生,且统一规范的全科医生培养模式和“首诊在基层”的服务模式基本形成^[3]。

1 中美全科医生培养模式对比

1.1 中美医学院校全科医生教育模式对比 美国大学生在完成4年的大学教育之后,才可进入医学院校接受4年的医学教育。选择全科医学专业方向的医学生在经历3年的全科医学住院医师培训(2年医院+1年社区诊所)后,经家庭医生协会的认证,可凭全科医生资格证书在社区执业。同时,获得职业资格后每6年还需参加家庭医生资格的再认证考试。作为最早开设全科医学教育课程的医学教育机构,首都医科大学将全科医师培训与学位教育接轨,制定了全科医生规范化“5+3”和“3+2”模式综合

实施方案。其中,“5+3”模式是指与临床医学专业硕士学位接轨,“3+2”模式是指与成人学历教育专升本学历学位接轨^[4]。

1.2 中美农村全科医生培养对比

1.2.1 招生方式:中美皆主要招收农村生源。国内对生源的要求除考试成绩外无硬性规定与明确要求,而美国院校准入测试中还包含面试环节,主要来考察学生的入学动机、性格特征及其他综合素质等方面。

1.2.2 培养内容:中美都设置与农村健康相关的课程作为学习重点。美国要求学生农村偏远地区的医院开展实习,而我国却未做特殊安排。同时美国注重心理教育,营造团队氛围减少学生的悬殊感与自卑感,并坚定他们去农村工作的信心。这些工作在我国基本未受重视。

1.2.3 奖惩措施:美国学生毕业后到农村地区工作3年(或兼职6年)后将获得总额高达12万美元的补助金。若选择工作结束后继续参与该计划将继续获得12万美元的补助金,但若违约将面临巨额的经济处罚。而我国实行免除学杂费并享受在校期间的补助政策。若违约,除却经济惩罚外,则若干年内不能去当地医院或上级医院实习和工作^[5]。

2 国内全科医生培养模式存在的问题

2.1 民众对社区医疗不信任 长期以来,我国在医疗资源分配上的不合理问题一直未得到有效解决,导致基层医疗的建设和发展难以与上级公立医院相提并论,更无法满足民众日益增长的多元化的医疗服务需求,因此,社区医院对患者的吸引力始终无法与大型医院相竞争^[6]。

2.2 农村医疗人才储备欠缺 农村全科医生数量严重不足,乡镇卫生院注册为全科医学的执业(助理)医师仅有5.3万人,仅占农村执业(助理)医师的12%,距离最低标准(需要27~41万全科医生的目标)相差甚远。加之农村全科医生素质普遍不高,绝

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2016.06.001

基金项目:第二军医大学“大学生创新能力培养项目”(MS2016039)

作者单位:200433 上海,第二军医大学学员旅临床医学

通讯作者:徐志杰,Email:aiolos1025@163.com

大部分由基层转岗培训而来,全科医生学历不高,职称偏低,而且年龄偏大,对全科服务理念了解不足,用于研究学习的精力与时间少。因此,目前经转岗培训而来的农村全科医生无法作为一线传授者发展,转岗培训只能作为过渡阶段的适应性手段^[7]。

2.3 师资力量不足 我国目前的全科医学教师大部分来自预防医学、公共卫生医学等其他专业学科,其大多没有接受过正规的全科医学知识培训,又缺少全科医学临床实践,且平时更多从事原领域的研究,时间精力有限,更缺乏全科医学理论和整体观念^[3]。

2.4 全科医生准入门槛低 相比于英美全科医生的考评标准,中国在岗全科医师专科学历占70%以上,业务素质不高,且培训合格证书多由各地自行考核颁发,没有统一的考核标准,难以保证质量,教育内容形式和培训年限尚处于摸索中^[4]。

2.5 临床实践基地数量少,建设不规范 目前我国的医学院校与社区用人单位对全科医学的服务特质缺乏根本的了解,加之社区医院的建设大多以实用性为主导,缺乏规范性,因而无法满足全科医生教育与培训的实践需要,亦无法保证全科医生在社区医院规范与科学地学习^[8]。

2.6 发展落后地区经费短缺 国外全科医师培训经费都由政府提供,中国经济发达的地区经费充足,而发展落后的地区则本身难以承担费用,又缺少国家专项财政补助,因而给当地的全科医学人才培养带来了相当大的困难。

3 我国全科医生培养模式的探索

3.1 定向培养全科医生 “下的去、用的上、留得住、干的好”是对基层全科医师的培养要求。为解决全科医生生源难的问题,早在90年代,地方院校就曾尝试将生源扩大到我国的边远和乡村地区。当学员完成学业,通过毕业考核后需回到原医疗卫生机构工作。该模式一度取得了较为良好的效果。这种“订单式”的培养模式是我国目前过渡阶段的主要培训模式之一^[9]。

3.2 基层在岗人员转岗培训 基层医疗机构在岗人员接受转岗培训成为全科医师是目前我国过渡阶段的主要培训方式之一。由于院校培养模式周期长,所能提供人才少而当前全科医师缺口较大,因此,对虽然质量不高但基数大的地方基层全科医生进行转岗培训较好地解决了全科医生数量不足的问题^[9]。

3.3 “两段四梯度”递进式全科医学人才培养模式 “两段”是根据医学生在校内学习与校外学习划分的阶段,其中校内阶段重点培养了全科医学相关的基本理论与操作技能,而校外阶段则注重培养医学生的实习、综合模拟等实践能力;“四梯度”是对全科医学生在校内实验实训、医院社区集中见习、毕业实习、全科医师规范化培训这四个梯度上的全科医学技能的培养^[10]。多数全科院校进行了相似的递进式全科医学人才培养模式课程体系。

3.4 “校地共育”农村社区全科医学人才培养模式 针对院校教育和地方实际需求严重脱轨的情况,探索“校地共育”培养模式。在培养农村社区全科医学人才方面,高校和地方共同制定人才培养方案,共同建设师资队伍,共同构建实践教学体系。经过这样培养的人才表现出了对地方工作适应,对工作环境满意的良好反映,实现多方共赢^[11]。

3.5 军队全科医学教育体系与模式 毕业后的全科军医规范化岗位培训是军队全科医学教育体系的核心,促进基层卫生人员向全科军医的改变。从应届高中生和部队中招收生源进行定向培养解决生源问题;健全军医流动机制,保证军医个人的职业需求,保证军队的整体战斗力,推进军队现代化建设^[12]。

3.6 “一标多元化”的全科医学生培养模式 “一标”即培养出的全科医师在社区工作中具备“干得好、留得住、顶得上”等实用品质。他们不仅需要具备良好的思想品德与较高的医学人文素养,还要拥有健康的体魄和心理。“多元化”即为课程设置、招生对象、技能培养、教学手段及教师队伍等多角度全方位^[13]。

3.7 中医全科本科人才培养模式 中医全科医学参考西医培养模式,设置五年制本科教育,分为基础理论学习、临床实践和社区实习三部分,同时融合传统师承教育方式,采用多种实践教学方式,建立有中医特色的实践教学基地,进行规范化培养。同时对在岗的中医医师进行再教育的转岗培训,能够快速构建中医全科医师服务体系^[14,15]。

4 全科医生培养的发展与进展

参照发达国家的先进体系制度和丰富的发展经验,我国的医学院校及地方社区用人单位对全科医学人才培养模式进行了大量有益的思考与探索,在各个方向上做出了结合中国国情的实践。经过多年的成果比较,初步得出了发展共识,明确了发展

趋势:一是转岗培训和订单式培养是我国当前过渡时期的最佳方案;二是“5+3”模式等递进式年限设置适合毕业后再教育;三是要培养专业的师资力量进行课程体系构建和基础性研究;四是院校和地方加强联系共同参与人才培养和基地建设;五是课程设置要针对基层工作重点和环境,同时加强临床实践基地的规范化建设;六是要从政策和财政上对全科建设提供支持,保证全科医师的职业发展道路;七是全科医师终身化教育和毕业后再考核制度;八是加强规定和宣传挽回民众对基层医疗服务的信心。

时至2016年,大城市家庭医生制度方初步得到发展实践,而整体状况依旧不容乐观,处于缓慢发展状态。卫计委等六部委联合发布的《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》进一步完善分级诊疗制度和家庭医生签约制度,对加强社区卫生在岗人员培训和继续教育提出了新的要求,目标为:2020年实现每个家庭有一名合格的签约医生,并为每位居民建立电子化的健康档案。

5 小结

我国家庭医生团队模式的发展才刚刚起步,全科医学人才培养任重而道远。然而,在不久的将来,当全科医生培养体系经过一段时间的完善后,“人人拥有家庭医生”可能不再是空想。可以预见,“小病进社区,大病去医院,康复回社区”这一医改目标会在不久的将来得以实现。当中国全科医学建设圆满,必将实现医疗资源的合理配置,真正解决民众“看病难,看病贵”的问题。

参考文献

1 张勤. 上海全科医学学科建设与人才培养的现状与前瞻[J]. 中华全科医学, 2008, 6(5): 441-442.

- 2 李兰娟, 曾益新. 2014西湖国际全科医学学术交流会内容摘登[J]. 中国全科医学, 2015, 18(4): 361-363.
- 3 季海雁. 独立学院全科医学人才培养模式的探讨[J]. 才智, 2012, 13(16): 238-242.
- 4 李忱阳, 杜润璇, 董华. 英国全科医学人才培养及对我国的启示[J]. 中国高等医学教育, 2014, 18(3): 3.
- 5 黄翠萍. 对定向免费医学生本科人才培养模式的思考[J]. 基层医学论坛, 2014, 8(18): 931-932.
- 6 孙莉. 基层全科医学人才培养的探索与实践[J]. 基础医学教育, 2012, 14(10): 794-797.
- 7 余杏敏, 周亚夫. 对加强农村全科医生培养的几点思考[J]. 江苏卫生事业管理, 2012, 23(6): 72-73.
- 8 陈命家, 潘敏. 我国全科医学教育培训的现状与若干问题思考[J]. 中国卫生经济, 2004, 23(8): 79-80.
- 9 祝丽玲, 张鹏霞, 王佐卿, 等. 全科医学教育模式的比较与思考[J]. 中国高等医学教育, 2013, 7(3): 17-18.
- 10 方家选, 王海鑫, 刘冰. “两段四梯度”递进式全科医学人才培养模式课程体系的构建 [J]. 卫生职业教育, 2013, 31(23): 51-52.
- 11 卢东民, 张红, 沈志坤. “校地共育”农村社区全科医学人才培养模式的构建[J]. 黑龙江高教研究, 2011, 30(11): 125-127.
- 12 周翊, 徐通, 张红武, 等. 军队全科医学教育体系与模式[J]. 解放军医院管理杂志, 2010, 17(4): 390-391.
- 13 韩丽华, 常学辉, 张良芝, 等. 新医改背景下全科医学人才培养模式的改革研究[J]. 中医药管理杂志, 2015, 13(21): 141-142.
- 14 刘艳华, 张守琳, 田溢. 中医全科医师人才培养模式的探索与实践[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(21): 147-149.
- 15 蓝秀华, 孙莉. 顺应社会需求培养基层全科医学人才——桂林医学院教育实践[J]. 卫生职业教育, 2013, 31(4): 5-7.

(收稿日期 2016-09-23)

(本文编辑 蔡华波)

欢迎投稿

欢迎征订