

毕业后医学教育



工作通讯

2017 年 第 2 期 总第 28 期

中国医师协会毕业后医学教育部

2017 年 02 月 28 日

目 录

• 热点聚焦 •

刘延东：提升人才培养质量，造就中医药人才·····	2
“住院医师规范化培训教学质量中期评估考核手机考试”改变了什么？·····	4

• 医师论坛 •

在美华人医师张文刚谈住培·····	8
-------------------	---

• 医师论坛 •

陪练式精神科教学门诊模式的探索·····	16
----------------------	----

• 工作动态 •

河南率先出台住培基地医学模拟实训中心规范化建设指标体系·····	17
北大人民医院狠抓住住院医师手术操作实践·····	18
突破绩效工资总额下的全科医生签约服务·····	20

刘延东：提升人才培养质量，造就中医药人才

导语：近日，刘延东副总理在中医药高等教育改革发展60周年座谈会上发表了《传承创新 开拓进取 续写中医药高等教育改革发展新篇章》的讲话，充分肯定了中医药高等教育事业发展取得的巨大成就，同时，对中医药高等教育改革发展面临的新形势以及开创中医药高等教育改革发展的新局面做出了高屋建瓴地阐述。

刘延东指出，要以人民健康为导向，为深化医改注入新动力。中医药是我国古代科学的瑰宝，承载着丰厚的人文、哲学底蕴，强调道法自然、天人合一，崇尚阴阳平衡、调和致中，在治疗常见病、多发病和疑难病等方面独具特色和优势，深受公众喜爱，在深化医改、提升医疗卫生水平中发挥着不可替代的重要作用。中医药高等教育改革要与医疗卫生事业的目标任务紧密相连，更好地服务于中医药服务能力提升，更好地服务于群众健康福祉，更加有力地参与深化医改，推动建立中国特色基本医疗卫生制度。一要着眼树立“大健康”理念，优化人才培养结构布局。坚持新时期以基层为重点，以改革创新为动力，预防为主，中西医并重，把健康融入所有政策，人民共建共享的卫生与健康工作方针，更加主动地推动中医药人才培养由“以治病为中心”向“以健康为中心”转变，科学调控好中医药专业结构和招生规模，完善中医药人才供需平衡机制。要支持中西部地区高等中医药院校的发展，缩小区域、院校和学科专业之间的差距。二要着眼建立分级诊疗制度，加强全科医生队伍建设。要鼓励中医学专业毕业生参加中医类别全科医生规范化培养，通过中医类别全科医生规范化培训、助理全科医生培训、转岗培训、定向免费培养等多种途径，扩大中医类全科医生队伍。在家庭医生签约服务中，要注重发挥中医全科医生作用，鼓励中医全科医生牵头组建家庭医生团队。三要着眼强基层、保基本，加强基层人才培养培训。中医药服务在基层有着深厚的群众基础，文化理念易于为人民群众所接受。要鼓励、吸引一批名老中医药专家和长期服务基层的中医药专家通过师承模式培养一批基层中医药骨干人才，力争到“十三五”末，基层名老中医药专家传承工作室实现县级全覆盖，使基层中医药服务能力大幅提升。要健全中医药人才评价与激励机制，完善中医药专业技术职务考核办法，充分调动广大医务人员服务人民群

众的积极性和主动性。

刘延东强调，要提升人才培养质量，造就医德高尚、医术精湛的现代中医药人才。抓好医教协同，是提升中医药人才培养质量的关键。要打破学院、学科、医院的“围墙”，对接学术创新发展，主动适应中医药行业发展和健康服务发展需求，优化人才培养结构，加快构建符合中医药人才成长规律、满足需求、协同高效的中医药高等教育体系。一要深化教学课程改革。遵循中医药认知与人才成长规律，积极推进突出中医药特色、传承与创新并举的中医药教学改革。要完善中医药教材体系，推出一批符合中医药教育规律、适应中医药教育改革发展要求的示范教材。优化中医药课程，加强基础与临床课程的贯通，实现理论与实践的充分融合，着力突出中华优秀传统文化和中医药经典教学，突出中医药思维和科学思维养成。要探索开展中医药长学制改革。进一步扩大“5+3”一体化招生院校，促进中医药院校教育与住院医师规范化培训的衔接。二要完善师承教育制度。要遵循中医药规律，促进院校教育、毕业后教育、继续教育有机衔接。总结师承教育规律，制定师承教育标准和相关政策措施，将师承教育贯穿于中医药人才培养全过程。鼓励有条件的中医药院校将师承教育全面覆盖中医药类专业，推动中医药研究生教育与师承教育有机衔接，将师承教育作为中医医师规范化培训的重要内容。继续做好名老中医药专家学术经验继承、学术流派传承、优秀临床人才培养等项目，推进中医药师承教育与学位衔接。三要提升实践教学能力。理顺中医药院校与其附属医院、教学医院的关系，建设一批集临床实践教学、规范化培训、继续教育为一体的国家中医药教学实践基地，充分发挥附属医院在临床教学、规范化培训中的示范引领作用。四要加强师资队伍建设。重点做好师承导师、学科带头人、中青年骨干教师培养，造就一批教学名师和学科领军人才。各中医药院校要建立以名老中医药专家、教学名师为核心的教师团队，强化中医药经典理论教师、临床教师培养，鼓励名老中医药专家上讲台，中青年教师做临床，临床医师授经典。五要加强医学人文教育。“为医先为人”。中医药学承载着丰厚的人文、哲学底蕴，历来强调以人为本、悬壶济世的人道主义情怀。中医药高等院校要按照德育为先、能力为重、通专融合的培养理念，把人文教育贯穿教学全过程，将“无负司命之责”的“大医精诚”思想润物无声地传授给学生，教育学生既要当名师大家，更要做医德楷模。（中国医师协会编辑部整理，讲话内容来源《健康报》2017年2月16日 第三版）

“住院医师规范化培训教学质量中期评估考核手机考试”改变了什么？

导 语

2016年12月20日-21日，“住院医师规范化培训教学质量中期评估考核手机考试”在河南省首次应用。全省50家培训基地、逾万名住院医师和部分带教师资参加考试。此次考试不仅是一次对住培学员学习效果的检验，更是一次对全省各培训基地培训教学质量的测评。近日，我们对此次考试的组织者、部分参与者进行了访谈，以了解考试效果。

住院医师规范化培训制度正在我国大步推进，培训学员学习效果如何？各培训基地的培训质量怎样？什么样的方法能够快速有效地对培训过程进行公平、公正的评估呢？

为了解决上述问题，2016年下半年，中国医师协会毕业后医学教育部数字培训中心即对此进行了广泛调研、征求部分省级卫生行政部门、培训基地的意见，开发了“住院医师规范化培训教学质量中期评估考核手机考试”项目。首次实践应用，在河南省卫生计生委的大力支持和组织下全面铺开，取得了显著的成效。

省卫生计生委主管住培的负责人谈

培训质量是住院医师规范化培训制度落实的关键。作为省级主管部门，负责着全省住院医师规范化培训的结业考核。但是，培训三年已过，培训的学员即使未能成为“成品”，面对着成绩单，省级主管部门也是爱莫能助。为此，注重培训过程管理，抓好抓实中期评估，才是确保培训质量的良策。

作为此次考试的主要策划人、河南省卫生计生委科教处徐宏伟副处长说：“国家政策虽然要求省级卫生计生委负责组织住培结业考核，但是如果不对培养过程进行多次全员范围的能力评估，只在最后一关着力，明显不利于住院医师的成长进步。就拿这次河南万名住院医师和带教老师考试来说，我们及时发现了很多培训中存在的问题，各基地、各专业的整体情况。因为试题侧重基本知识和临床思维，考试结果分析中存在很多问题是可以很快得到纠正。这样就很好地规范了过程教学管理。培训过程规范化、同质化，才可能保障培训结果的同质化。所以，我们高度重视中期考核，以后每年都会组织，并

探索更好的监测题型和手机考方式。

本次考试以“国家医学电子书包”作为考试题库，由医视界全程提供考试系统技术支持服务。谈及对此的评价，河南省卫生计生委科教处徐宏伟副处长深有感触地说：“国家医学电子书包，汇集了众多名家、大家智慧，是医学生、在职医生，学习进步的好帮手，这个强大的资料库，通过与手机考试系统的结合，实现了考培学一体化，方便了大家学习、工作中查阅，既节约了住院医师物质成本，也节减了他们的时间成本，一举多得。如果用好了，真正能起到导师、临床工作助手、智库、辅导员等多种作用。考试时，在现场访谈的很多住院医师都有相见恨晚之感！”

基地管理者谈

亲历了这样一次全新的考试后，培训基地的管理者们是如何看待手机考的呢？

濮阳市安阳地区医院张艳芳认为：“手机考试作为住院医师规范化培训中期测评工作的一项评估手段，方便快捷，在这样一个智能信息化时代，也很容易被大家接受，覆盖面广，考试地点灵活。除了起到监督检验各培训基地教学质量的同时，还在于其指导反馈的作用。避免手工改卷的人力成本，直接了解学员成绩结果，有很好的时效性。电脑自动评分，同时可以分析试题难易度，错题可以直接汇总。全省范围的考试通过手机软件可以直接排名，避免人工录入，填表分析等等，减少出错率。”

新乡一附院赵广志认为：“手机具有方便灵活的特点，不受时间空间的限制。尤其进入临床工作以后，这种碎片化的学习可以更有效地帮助住院医师得到提高。多元化的学习途径，住院医师们不仅可以通过专门的医学 APP 进行学习，同时可以浏览网页，医学论坛或者工作讨论群等，即能了解最新的医学知识，也可以彻底从枯燥的课本中走出来，增加学习的兴趣。可以更高效地对工作学习进行整理和记录。手机的社交功能帮助住院医师们可以随时随地与不同专业的老师们进行互动沟通，随时答疑解惑，增强了双向交流，更提高了工作学习效率。”

洛阳中心医院住培办主任马江帆谈到：“方便、快捷、节约、智能、创新，顺应时代潮流，符合年轻医师的风格。基本能实现“统一考核标准、统一考核大纲、统一考核要求、统一考核形式。如能定期对住院医师规范化培训学员进行手机考试，可以通过成绩分析查找学员们对医学理论掌握中的不足和盲点，带教老师们能更有针对性的进行下一步的培训，学员们能认识到自己知识的薄弱地方，进而主动学习。”

带教老师谈

此次考试，不少带教老师也亲自上阵进行了测试。新型的考试，让他们着实紧张了

一把，同时，也是一次很大的触动。

新乡中心医院呼吸内科陈宏民主任说：“我也参加了手机考试，老实说，我考的不好，可以说在内科的某一学科我可称专家，甚至有人说我是大家！但考试的时候看到神经内科一些题我还是很蒙，真的不清楚，吃亏就在于我们当时进医院的时候人员紧张没有到其他科室进行轮转，知识不全面，病人出现问题就找相关科室人员会诊，慢慢地把应该掌握的检查与技能都丢了！现在让住培学员在其他科室轮转真是太好了！有机会我要好好和学员讲一讲住培轮转的重要性，讲一讲国家卫计委出台住培政策的好处，让学员明白国家让学员临床轮转的良苦用心。”

平顶山第一人民医院全科专业带教老师李丽萍说：“手机考能让高层在大范围地了解全省的摸查，能让各基地得到一次检验培训水平的机会。考试虽然是机选，但互相都不能对照，所以从时间上都是自觉的考试，很严谨真实，工作人员组织上相对轻松，学员有了统一的考试得到锻炼，都给予了高度评价。”

住培学员谈

每个学员的考试是 40 分钟、40 道题。学员们有的提前答完，有的按时交了卷。答完卷的学员们，有的喜、有的忧。

“手机考试拉近了大家与知识的距离，随时开始，随时交卷，诚信答题，饱含信任，更新了大家在脑海中对于传统“考试”的认知，拉近了与“考试”的距离，能更加投入与深刻地参与考试、自我检测、收获真知。手机考试，让学习考试成为生活必需品、精神食粮，这也是一种极佳的培训形式。”河南省人民医院 2016 级全科住培学员赵志远兴致勃勃地说道。

因临床工作的特点，作为临床医师要不断更新医学知识，诊疗复杂多变的疾病。如果有一个随时可以查询的“医学图书馆”，将是大有裨益的。对于此次第一次出现在学员面前的“国家医学电子书包”，受到学员们的欢迎。郑州大学一附院 2015 级全科住院医师刘相位说：“临床工作既需要丰富的理论知识，又需要熟练的实战经验，它要求住院医师面对病人，特别是急重症病人能够做出初步的诊断、提出初步的治疗方案，同时能够根据病情实际需要及时查阅资料、形成自己的诊疗思路。因此，这就需要住院医师利用碎片化的时间不停地学习，而此时侧重于基础理论的医学教材和重点关注临床进展的学术期刊在每天繁忙的临床工作中的使用就受到了限制。而适合一线住院医师临床工作特点的手机在线查阅则恰好填补了这一不足。利用手机 APP 等应用方式及时查阅、及时复习、及时检测，充分利用了住院医师的碎片化时间，极大地方便了住院医师的临

床学习，大大提高了住院医师的学习效率，帮助住院医师在临床工作中很快地明确诊断思路、了解处理原则，为临床病人的管理提供了方便，为急危重症病人的抢救赢得了宝贵时间。”

上万人同时通过手机在线考试，规模大，地域跨越广，强大的后台技术支撑着实让参加考试的学员们感叹。河南省人民医院 2014 级全科学员汪晓璐说：“今年举办的第一次手机考试，形式新颖，方便快捷而且绿色环保，做到无纸化考试，很符合年轻人的想法，也与时俱进。起初从下载 APP 到找到考试页面，像玩游戏一样，有兴趣，大家积极性很高，在寻找网页的时候，微信群的力量就显示出来了，大家分享心得，一块解决问题，在考试前，也是查找资料，备考……内心也是相当的忐忑……考试那天，一呼百应，一条消息，就把所有的学员们召集起来，也显示出了信息化的力量……考试方便快捷，考完了我们手机也大多有试题截屏，对试题在群上做个讨论，学习效率竟然也挺高的……查找资料也非常方便。”平顶山一院住院 2015 级全科学员杨鹏飞说：“考试形式简单易行，没有时间和地点的限制，可以定期检查培训效果，提高学员学习积极性和主动性，能够很好的检验基地培训工作进行情况。2016 级外科学员刘广谱说：“方便迅捷地实现学员的学习及考核，使现代科技的实际应用得到了具体体现，值得推广，将成为未来考核方式的楷模。”2016 级外科学员李鹏飞说：“手机考试充分融入了现代化通讯设备的方便、快捷及高效的特点，而且考试形式新颖、内容丰富、知识面广、难易适中，加强了我们对基本理论知识的学习和巩固，提高了我们今后学习的热情和积极性，希望能够进一步推广应用。”

同时，考核做为一次实战检验。考出了培训基地和培训学员们的真实水平，给主管部门对各基地进行动态过程管理，提供了第一手的宝贵资料。郑州大学一附院 2015 级全科住院医师梁亚飞说：“首先，对住培学员来说，手机考的另一个好处就是，其丰富的考核内容，容易让学员及时发现自己的短板，适时的在学习工作中给予弥补，不至于使自己陷入已经出了问题却全然不知的恶性循环之中，早发现早治疗，才能良性循环，不使其恶化及遗憾。其次，对规培基地来说：手机考使基地更容易掌握学员学习动态及效果，及时发现基地教学的不足，尽早纠正学员学习的迷茫状态，督促带教适时调整带教方法，更易于培养出优秀、合格的住院医师；毕竟学员的培养效果，与基地、与带教的付出是密不可分，手机考也是一种双向评估的优良途径，利用好了手机考这一途径，获益的将是每一个人。最后，对主管部门来说，手机考是对住培基地进行评估、督促的直接凭据。从大的来说，基地工作没做好，学员培养效果出不来，从小的来说，学员不

认真学习，成绩就不会好。手机考给主管部门对地区住培基地进行综合评估提供了充足的理论依据，及时纠正各基地之间的偏差，不至于培养出的学员参差不齐；手机考也为完善住培相关制度及管理办法提供了证据支持，使更合理的调整轮转顺序、时间周期及学习内容，做到对学员负责、对推行国家住培政策的有力落实。”

结束语：河南省举办的这次“住院医师规范化培训教学质量中期评估考核手机考试”无疑为我国住院医师规范化培训质量监管与促进趟出了一条新路，提供了被实践所证明的成功范例。这在住培工作由体系制度建设转为以质量建设为中心的今天，具备尤为特殊而重大的意义，值得重视和借鉴。

（中国医师协会李鸣莉供稿，河南省卫计委科教处提供资料）

• 医师论坛 •

在美华人医师张文刚谈住培

编者按：近日中国医师协会毕业后医学教育专家委员会外籍专家——在美华人医师张文刚撰写了一篇在美接受内科住院医师规范化培训经历的文章。这篇文章通过中美两国毕业后教育的异同研究，对如何抓好住培过程规范与管理，提出了独到的思考与建议。特转发供大家阅读。

如何评价住院医师培训成果？

用二个标准，一看毕业医师能不能胜任主治医师，独立行医，二看社会效益。

中国的内科住院医师培训和美国一样，也是三年，但是毕业后往往要经过用人单位再培训才能达到主治医师水平。而美国内科和家庭医学住院医师培训三年后大多数都能独立行医，担负起主治医师职责。强调这独立二字的结果，为美国基层医疗网提供了坚实的人才基础。美国人看病，不用去大城市大医院，百分之八十以上的临床工作在基层诊所完成，这就是美国临床医生培养的社会效益。而我们国家基层医疗网建设的问题，相当程度上可以追溯到住院医师培训不合规范，不能作为基层医师独当一面。今后，如果要看我们国家医疗改革是不是成功，住院医师培训是不是达到目的，有一个很直观的指标，就是看三甲医院是不是像现在这样“门庭若市，一号难求”。不管纸面上的数据多么漂亮，这个现象不改观，医疗改革和住院医师培训就不能算成功！

为了达成毕业就能独当一面，独立行医目标，美国的住院医师培训非常重视临床能力的培养。这种能力的培养从医学生就开始了。首先是观念转换：医学生是学生，任务是“看”，而住院医师是医师，强调自己动手“做”。许多美国医学生在高中大学阶段已经有去医院诊所当志愿者的经历，对医疗行业已有一定认识，进入医学院后更是强调通过尽早接触临床学医，在医学院第三、第四年，病史采集，查体，病历书写以及相关的医德人文素养方面的训练已经完成，所需的仅是熟练掌握和应用而已。这个观念的培养也反映在着装上。美国医学生一旦进入住院医师培训，上班要求起码制服衬衫领带，西裤皮鞋，白大褂由短换长，时时刻刻提醒所发生的角色转换，是美国医学素养训练的重要一环。正因为如此，美国医学生转换成住院医师，从“看”转为“做”相对平稳，快则几天，慢的也少有逾月就可以在监督下独立工作。纵观美国的临床医师培训体系，就像是一条设计周全、装备精良的生产线，“半成品”医学院毕业生进去，走完程序，出来就是基本合格水平相当高的主治医师，能够胜任 PCP 工作，成才率相当高。细节决定成败，程序决定效果。经历了这三年的培训，让我有机会从细节和程序入手，通过前面的故事和下面的分析，探究一下美国住院医师规范培训的奥妙。在这之前，有两个问题要谈谈。

第一个问题是临床医生培养的学制问题。临床医师培训有一个基本过程：通识教育-医学院-住院医师-专科医师。因为中国是从高中生直接进医学院，医学院学制比美国多一两年可以理解，正好可以用来做通识教育。但是，如从高中毕业直接进全科学院，精神医学学院，麻醉学院，等等，好像没有什么道理。就像没有经过内科住院医师阶段，很难知道喜欢哪一个内科的亚专科，高中生怎么会知道自己这块料适合看全科，精神科，还是当麻醉师？这个决定应该是医学院学医以后的事。同理，选内科的亚专科应该是在接近完成内科住院医师培训时，而不应该在医学院毕业时。UCLA 有一个主治医师，是一个出生就不差钱的主儿，内科三年完成了还是拿不定主意要干什么，干脆把内科各个亚专科 fellowship 排头做下去，我和他聊天时他已经完成了三个 fellowship，说是还没有主意。UCLA 给了他一个主治医师衔，让他继续找寻自己的道路。现在从高中生进专科医院，医学生尚未进住院医师就直接选定亚专科是违反临床医师培训规律的。这个兹事体大，我们知道，美国的医疗保健体系是有很大的问题的，其一大病况就是专科医生与 PCP 比例太高，引起过度医疗等问题，是我们国家不能学，也学不起的。现在连大内科都搞没了，如果不想办法解决，怎么能够完成好国家为建立基层医疗网迫切需要的普通内科和全科医师培养任务？

第二个问题是临床型和科研型人才培养路径混乱。美国这两条路径泾渭分明，有志于生物科学的，进研究生院拿 Ph.D. 有志于临床医学的，进医学院，然后进住院医师培训。美国也鼓励临床科研双栖人才培养，所以才有学费全免的八年制 MD,PhD 联合培养计划。但是，这八年后住院医师的三年仍然必不可少，因为上临床线的，必须会看病，这三年住院医师培训无关硕博名衔和 SCI 论文，只要求学会看病。还有，在美国，因为搞科研延长学习时间并没有相应的收入增长。搞临床工作的收入与 PhD 比会高很多，而且相对稳定。但是，科研线上的可能有大出息。一旦有重大科研发现，可以成名成家开公司，可能达到的高度就不是当临床医生挣辛苦钱可比的。所以，是不是从事科研工作，取决于个人喜好，人生态度，生活方式，不用混为一谈。

现在中国临床博硕士培养与住院医师规培之间还未完全理顺。三甲医院进入普遍要求博士硕士。而且住院医又有本院，代培，转岗，进修生，全科生在内科轮转等。这些学员未能被一视同仁，一个标准要求，给予同等学习机会。这样培训出来的全科医生质量堪忧。而内科只培养专科医生，不培养普内科医生，中国不可能有足够的 PCP。其实，已经决定要留校工作的今后有的是学习机会，而要走向社会的才是应该强化培训，不应该放“次品”进入医疗保健服务市场，这样既是对病人不负责任，对社会不负责，也是对受训者本人不负责任。因为这样的医生很可能在工作中遇上麻烦，害人害己。应该把专科培训(Fellow)与住院医师招收完全分开。在内科轮转的住院医师，不管什么来源，要同等对待，一视同仁，目标就是三年后能独立行医。而内科各亚专科的招生应该遵循规律，放到住院医师培训第三年进行。专科医生阶段是应该做科研，但培养也应该有计划，听命于市场，那种根据导师培养能力决定招生数量的方式是不可持续的。

古人说，名不正则言不顺，言不顺则事不成。规范临床医师培养学制，理顺临床与科研人才培养路径是正名顺言一个等级的事情，国家花力气整顿目前的乱象，可能收到事半功倍的效果。

住院医师培训应该规范在何处？

应该规范在培训思维方式和培训组织结构：培训思维方式规范在循证医学基础上的临床路径和标准治疗，具体实施有规范科学的组织结构。

1. 美国培训强调循证基础上的临床路径和标准治疗，教学重点是培养临床路径式的思维方式，用一套规矩铸造全国医生，结果就是保证全国医生相当高的基本合格水平。

临床路径是标准化治疗的具体化。以临床路径作为基本思路，简化处理程序，比较不容易出错。美国医生在回应同一问题时，答案千篇一律，反映到毕业后的行医实践就是同病同治。如果不这样做就很有可能偏离标准治疗方案，吃上官司。为什么美国人一般不挤到大城市的大医院看病，也从未听说有个什么专家门诊，就是因为这个同病同治。住院医师培训当然是要积累临床经验，但在三年培训中，极少带习主治医师吹嘘自己的临床经验，而耳熟能详的是一句“show me the data”，拿出证据来！不教经验教循证路径和标准是美国医师培训的一大特点。而且美国人也非常热心于找证据，也敢于通过实验拿证据。有一次在内分泌科轮转，不知怎么谈到中医的吃什么补什么，比如关节痛吃猪蹄筋，等等，带习的教授来劲儿了，说这个说法有免疫学基础，同样的蛋白质皮下注射产生免疫，而口服诱导耐受（口服小儿麻痹症疫苗是个例外），马上又联想到口服胰岛素预防1型糖尿病。我一查资料，真有人已经实验过了，结果是不支持这个理论。回去向教授汇报，那满脸失望现在还记忆犹新。更离奇的是，当我写到这儿，我又上网查，居然已经有人发现在特定人群（1型糖尿病的直系亲属）口服胰岛素有可能预防儿童1型糖尿病（Ezio Bonifacio. JAMA 2015:2054）。哪一天，要是有人发文章报道吃猪蹄筋预防某种关节炎我一点也不会惊奇！回到正题，美国培训强调临床，但是也教读杂志，引导学生查资料，这种鱼渔双授的教学方法让学生不仅收益一时，更是受益终身。美国人从经验医学转向循证医学花了几代人功夫，希望我们学习美国经验，弯道超车，尽快把住院医师培训规范到按循证基础上的临床路径和标准治疗教学。

2. 具体实施有规范科学的组织结构。一个合理科学的住院医师培训组织架构要满足两个要求：放手让住院医师实践，同时保证病人安全。美国方式有这几个细节值得注意：分年资的培训要求，教学小组架构，轮转结构，培训强度和适当的评估。

(1)美国的住院医师培训强调随年资增长的临床能力培养，不同年资有不同层次的训练重点，可以形象地总结为R1干活，R2和R3教学和当领导，R3进一步要求能担任内科会诊任务，最终能达到主治医师水平。高年级住院医师(R)形同小组核心，要手把手教R1和医学生，负责具体的医疗任务，包括值班时掌握全局情况，拿捏准病人病情轻重缓急，合理调配人力，及时与主治医师沟通，知道什么时候病人需要转ICU等等。所以，住院医师一旦进入R2阶段，就需要学会从具体事务上后退半步，从不同于R1的角度看问题。国内普遍搞平推式培训，不管哪一个年级到一个新轮转都当做R1使用，造成培训效率低下，是最大的不规范，与我们住院医师毕业后不能马上当主治医师使用密切相关。

(2) 培训小组的组织结构。众所周知，住院医师培养从本质上来讲仍然是一种师徒模式，有一对一针对 R1 的教学至关重要。美国培训乍一看主治医师放心放手，实际上 R1 无时无刻不在层层上级医师严密观察之中。美国是分教学小组活动，每组有一名主治医师负责，一名高年级住院医师（第二，或第三年住院医师，简称 R2 和 R3，或者 R），领导两到三名 R1。这就保证了师傅带大徒，大徒弟带小徒弟的组织形式，从组织结构上，从系统上保证了教学质量，让有行医执照的 R 带领 R1 工作，有助于保证病人的安全，而轮转科室自然从中获益匪浅。国内实行轮转改革，阻力不小，看来只能一步步来，各基地不妨先做组建医疗教学小组这件事，实行副高 / 主治医师负责，高年级住院医师带低年住院医师模式，强调 R1 尽早站到第一线。每个 R1 管 8—10 个病人。为此，有必要训练 R2 和 R3 如何带 R1。比如，有胸穿的机会，R 应问 R1 是否观察别人做过胸穿，知道不知道应该从肋骨上缘进针等关键细节，如果 R1 回答正确，应该放手让 R1 操作。用 R 手把手带 R1 也解决了 R1 没有执业医师证的问题，应该能更好地保障病人安全，说不定是解决问题的突破口。

(3) 轮转结构。中美规培有一点是相同的，那就是两者都非常强调病人的安全。但中美的做法有天壤之别。对于必须涉水过河的人，最安全的做法是尽快学会游泳，而不只是在岸边上嚷嚷。美国在正式开始前有一周岗前教育，大会小会，讲注意事项，纪律。有两天是初级和高级急救培训。这初级急救是所有在医院工作的医务人员都要求的，讲猝死，心跳骤停时的 ABC。高级急救课程有紧急气管插管，心律失常识别处理包括电击除颤等等。除了讲课，有时间操作练习，最后有考试，通过了有证书。这种培训每两年更新一次。没有这个证书，理论上不能参加医疗急救。经过这培训，碰上急救，按照 ABC（近年来已经改为 CAB，胸前按压放在气道通畅和有效呼吸的前面），1，2，3 出牌就是了。这既是一种临床路径思维方式训练，也是一种保障病人安全的具体措施。我们国家的住院医师上岗之前也应完成这方面训练。

中美培训在保障病人安全方面的最大差异还是在于观念，在于由此而产生的安排住院医师轮转的具体方法。在中国，从观念上讲，考虑科室用人方便比较多，满足于三月中时间里，有一二个月可以把住院医师当全劳动力使用，而没有从病人安全，从住院医师成才，国家今后要用人，要靠这些毕业生组建国家医疗保健网考虑问题。为什么这样说？这道理很简单，医学各专业是条条蛇都咬人，但咬人至死最快最多的是心血管和呼吸系统疾病，让住院医师尽早在这方面受到训练至关重要，所以第一年去 CCU，ICU，心内和呼吸科轮转至少各一个月十分有必要。我自己的体会，通过心肺复苏培训，第一年轮过

内科病房，CCU/心内科，ICU/肺科之后，就如同程咬金学会了砍三板斧，看危重病人就有底气了。而按照国内现行轮转办法，三分之一住院医师要到二年级，三分之二要等到三年级才轮到这些科室，这显然会造成极大安全隐患，是违反临床内科或全科医生培养规律的，是造成各培训基地医院到了三年级仍然不能放手的直接原因，也因此最终各个科室并未真正从中受益。尽快采取四周一轮转的办法是各培训基地必须要迈过的一道坎。

(4)合理的培训强度。美国住院医师轮转为什么是四周而不像国内一般2个月一轮转？答案就是为了保证一定的培训强度。其实，美国直到七十年代八十年代也是2—3月一轮转，为什么改为4周一轮？记得我在做住院医师时曾在一次闲聊时问过这个问题，在场的基地主任未回答，旁边一个我同年级的住院医师说："We all will be killed at first (internal medicine) rotation, if it is longer than four weeks"。换言之，要培训能顶事的医生，培训强度很重要。我当时受训的医院普通内科病房轮转每四天值一次夜班。值班日，每个R1可能收新病人多达6名，新旧病人总数可达15名，如果是高年级，所管辖的病人可能多达30个。对大多数人，这样的病房四周是体能精力的极限，再长吃不消。国内为什么没有这方面问题，我看是因为培训强度没有上去，如果像我们当年那样一天要看多达15个病人就会体会到一月一换的必要性了。

高强度训练对带习老师也是一个挑战，所以也是四周一轮换。在这四周里，除了每天查房，理论上老师每天24小时随时要准备回答住院医师的问题，提供指导，包括随时准备回到医院看病人。值得注意的是老师与住院医师轮换不在同一时间，而是在一个轮换的中间，这样做是出于病人安全的考虑，不至于出现老师和学生都不了解病情的状况。还有一个好处，就是住院医师在一个四周时间里有可能接触更多不同风格的带习老师。

(5)评估保证培训质量。我的印象，美国培训，注重过程胜于考试评估。这种评估实际上是无时无刻不在进行。一旦发现住院医师有问题，马上就会指出，而且盯着改好为止。比较正式的评估基本方式是每一个轮转后有一个所谓全方位评估，然后有一个完全不用准备，耗时一天的年度笔试和最后结业时全国统一的资格(Board)考试。全方位评估又称为360度评估，指每个教学小组内各年级住院医师之间，住院医师与主治医师之间，甚至实习科室的护士也参予评估。评估按要求写评语，打印象分。这其实是比笔试更难通过的考察。美国搞评估有些细节考虑很周到。评估一般不是轮转结束后马上进行，好像是一个季度一次。住院医师收到的评估反馈都不是手写的，而是打印的，要费

点脑筋才能搞清楚具体说的是哪一件事。笔试形式的出科考试，对于在中学和医学院身经百试的中国住院医师，意义成疑。

简言之，所谓规范培训不仅仅是培训年限学制，也不仅仅是强调循证医学思维，遵循临床路径，执行标准治疗，还要有规范科学的轮转架构。没有这个架构，口念一万遍“分层渐进，螺旋上升”，想三年后能独立行医，难！

住院医师培训中如何保障医疗安全？

住院医师独立工作和监管如何统一，也就是如何放手让住院医师干活，而又保障病人安全。这个问题应该放在医疗安全的层面上考虑。医疗安全是一个系统问题，医生只是其中一环。记得美国国会曾有研究报告指出，医疗事故的发生90%是因为系统性错误，真正属于医务人员忽玩职守是少数，医疗安全主要靠体制保障，以防范系统性和偶发性医疗事故。我们可以从医生开出处方到药用到病人身上来看看这个体系。

首先，是住院医师，特别是R1本身的质量。美国医学生培养十分强调尽早接触临床，接触病人，病史采集查体及病历书写的训练在医学生阶段已经完成，一个个当住院医师时已经相当自信老道，让带习老师省心放手。

医生的知识可以分为两大部分，我称之为硬知识和软知识。硬知识包括医学院常规要修的解剖，生理，生化，病理的基础科学，直到内，外，妇，儿，精神病学，预防医学等临床学科，没有这些知识的武装就不能称其为医生，根本就不能看病；软知识是人文科学，包涵广泛，如医学伦理道德法律，语言艺术，沟通技巧，乃至个人的社会生活背景知识等等。其中，最重要的，是医德培养和医患之间的沟通技巧。一个医生软知识如有较大缺陷，其硬知识很难发挥到极至。他也许能看病，但多半医不好人。国内的医学教育，不是没有医德，医学伦理教育，但不像美国这么细致具体实用。医生培训到位，由于医生差错导致事故的可能性自然减少，但医疗的每一环节都可能出差错，必须层层设防。除了医师因素，药房药师、护士两个环节特别重要。

美国药师的任务不单是准确无误地照处方发药，还为医生处方把关。比如，医生不慎为有青霉素过敏史患者开出青霉素类药物，或没有根据病人肾功调整剂量时，药师都会与医生联系更改处方，甚至拒绝发药。如果处方有误，药师不查，出了事药师也脱不了干系。

护士是医嘱的执行者，与医生相比，护士有更多的时间接触病人，所收集的病情反馈给医生，有时对诊断治疗起决定性的影响。护士是医疗安全的最后屏障，错误的医嘱过了这一关则再无阻拦。美国护士有拒不执行不合理医嘱的权利。美国护士从护校毕业后，要考牌照，然后才能够找医院做 Intern，即实习护士，之后考得州政府颁发的执照才能够工作。美国的护士等级森严，Licensed Practical Nurse (LPN) 执照护士等级最低，从事打针发药等基本护理工作，不做病情评估，不能静脉注射，需要在 RN (Registered Nurse) 指导下工作。美国护士多是 RN，不少人拥有四年制大学学士学位。更高级护士要经过另外 1-2 年学习拿到研究生学位，才能从事助产士，麻醉护士等更专门的工作，或者经过专门培训，成为理疗，语言吞咽，人工肾透析，手术麻醉及心导管内窥镜等专科护士。不要小觑这些中等专业技术人员，没有他们，医疗机器的运转就有缺陷。

美国经验有一条很重要：这医师，药师，或护士的等级不是年资堆出来的，而是不同阶段学院培养的结果。如果不进学校深造，LPN 干一辈子还是只能当 LPN 而不能晋升为 RN。西方人这种教育体制是有传统的。众所周知，美军不搞拔将帅于行伍，所有的军官都是军校培养。这是因为经验不能代替必要的理论学习。这种保证各级专职人员水平的体制，为国家强盛之必不可少，值得学习借鉴。

系统错误就包括临床医学教育不到位，医务人员普遍性的素质低下，这医疗差错就很难避免。但一般而言，医务人员差错多半是偶发性，如果系统正确，大多数不至于造成危害，为什么美国医院敢于放手让住院医师干活，就是因为他们的体系有很强的纠错机制，包括护士，药房，和前面说的住院医师轮转架构。我们可以把中美两国医疗体系分解成多个子系统进行比较，包括：1) 医学生培养，中国医学生少了四年 premed；2) 住院医师，长期以来，中国住院医师是有名无实不规范；3) 专科医生阶段同样是规范化培训问题。很可惜我没有走完这个过程，没有发言权；4) 医院服务。主要是管理和个中人员素质修养问题；5) 从医院到家之间的医疗服务，所谓 stepdown，中国基本缺如；6) 第三方支付 / 保险。美国最糟和最发达，最笨和最聪明的做法都交汇在这里。中国则曾经是穷国的榜样；7) 护士；8) 辅助人员，ST, PT, OT, RT 等，中国几乎没有；9) 药房体系。我看是中国体系中最弱一环最短一板；10) 医疗相关法律法制法规，律师服务体系。最后，全民的健康素养。其他的我不敢说，单就临床普通内科医生培养这一条，美国的经验值得学习，甚至照搬。中国也有自己好的地方。比如，中国的大小医院，每天早上雷打不动早会交接班就是美国没有的，如果要学习美国轮转方式，以

小组为单位活动，这个早会制度最好不要搞丢了。

中国已经基本完成向市场经济转型，正在建立和完善相应的社会保障体系。这方面，美国人经验老道了，好的坏的都值得研究。不好的，注意不要重蹈覆辙，好的不妨实行拿来主义。但说千道万，把医生培训好，仍然是建设一个良好医疗保健体系的根本。十年树木，百年树人，十分高兴现在中国已经制定规划积极行动了。

•经验介绍•

陪练式精神科教学门诊模式的探索

在某次北京市精神科住院医师规范化培训结业考试时，让考生对真实病人进行精神检查。有的考生表现很差，而了解他的老师却说他平时工作表现很好，能力很强，可能与过于紧张、发挥失常有关。可是多个考生都出现这种情况，就值得深思与探讨。

经过调查研究发现此次考核病例有的来自病房、有的来自门诊。住院病人的诊断多为精神分裂症、双相情感障碍和重度抑郁症，病情普遍较重；门诊病人的诊断多为焦虑症、轻度抑郁症和缓解期的精神分裂症，病情普遍较轻。在病房轮转时接触重病人多，对疾病的检查、诊断、治疗等内容掌握较好，大多数考生都驾轻就熟。而在现有的精神科门诊培训中，一种是开药门诊，住培医师无人指导，多为抄方，无须深入独立思考或无暇思考。一种是相当于见习的跟师出诊，老师没有多少时间讲解，学生往往知其然而不知其所以然，懵懂甚至昏昏欲睡。这两种方式对培训住院医师出门诊的能力均收效甚微，导致检查门诊病人时，许多考生不知所措。会看重病，不会看轻病，门诊能力不足成为影响住培质量的重要因素。

根据北京市精神科住院医师规范化培训细则规定“培训结束时住院医师应具有良好的职业道德和人际沟通能力，能独立从事精神科临床工作。”然而现在的实际培训情况却是喜忧参半。住院医师在培训结束后，若在精神专科医院工作，还可以参加门诊培训，弥补前期培训的不足。若在综合医院或社区医疗机构工作，或者独立开业，则几乎没有这种机会了。为此加强住院医师在精神科的门诊培训势在必行。

针对上述问题，我们几个带教老师在一起商量解决之策时，想到是否可以在精神科门诊教学中增加一位类似拿到驾驶证后独立开车之前的“陪练”呢？我们的想法与医院

有关部门沟通后，得到了支持。陪练式精神科教学门诊于2015年7月6日开诊了。我们的“广告语”是：“普通专家门诊的费用，特需专家门诊的质量。接诊医生是高年资住院医师或临床型研究生(非菜鸟)，全程由副主任医师或主任医师把关(高级陪练)。”

陪练式精神科教学门诊由带教老师自愿报名，在不改变原有门诊工作的基础上，每月增加一次教学门诊。教学门诊按普通专家门诊收费，每次半天，看4个初诊病人，平均每个病人1小时。一般前45分钟由住院医师或临床型研究生独立采集病史、做精神检查、书写病历、开检查申请单和处方，但是暂不执行。后15分钟请病人和家属暂时离开诊室，住院医师和带教老师讨论诊断与治疗方案，完善病历等，最后请患者和家属回到诊室，完成诊治过程。

教学门诊刚开张时，挂号窗口的“教学门诊”牌子几乎无人问津，甚至半天挂不出1个号。一个住院医师建议，将当天带教老师的名牌同时挂出，这个举措立竿见影，之后几乎每次都能很快挂满4个号，看过的病人和家属没有不满意的。开始时，被督导的医生限于住院医师和临床型研究生，后来有些出门诊的非医疗系列(科研岗和管理岗)医生主动要求被督导，志愿者老师逐渐增加到8名。每人每月出一次教学门诊，已无法满足住培医生的需求。2016年11月起，每次教学门诊增设4个旁听席。每次旁听通知发出后，名额很快一抢而光，速度堪比抢微信红包。

教学门诊成立后很快火了，而且一直热度不减。探讨其原因如下：1. 满足了住院医师掌握出门诊能力的迫切需求。没有出过门诊的，消除了神秘感；已出门诊的，发现了自己的不足之处，以及如何弥补，从而提升了出门诊的能力。2. 满足了带教老师乐为人师的需求。带教老师都是志愿者，除了对教学充满热情以外，也都是优秀的精神科医师。教学组长在督导过程中，及时发现问题，主动指导、积极解决，对带教老师的能力提高起到助推作用。3. 得到医务处和门诊部的大力支持。（北京大学第六医院田成华）

•工作动态•

河南率先出台住培基地医学模拟实训中心 规范化建设指标体系

为加快推进河南省各住院医师规范化培训基地医学模拟实训中心标准化、规范化

建设，日前，河南省卫生计生委率先在国内研究出台了《河南省住培基地医学模拟实训中心规范化建设指标体系（试行）》。

《指标体系》分5大类，27小项，从硬件建设、机构及制度建设、师资队伍建设、培训中心使用等方面详细规定了模拟实训中的各项标准，涵盖实训中心实用面积、常用基本技能训练、场地和设备、互联网信息化建设、人员配备标准、管理考核、规范教学等多个方面内容。下阶段，河南将持续加强硬件建设，科学规范各项日常管理，不断提高使用效能，增强实训带教师资培训的针对性，着重以医学模拟实训中心的使用情况作为住培基地主要考核因素，以充分发挥医学模拟实训中心、医学模拟教育在住院医师规范化培训中的重要作用，探索出一条符合河南住院医师特点的特色住培道路。

（陈毅锋 黄娇娇）

北大人民医院狠抓住院医师手术操作实践

2月15日，北京大学人民医院召开规范化培训基地管理人员座谈会，国家卫计委科教司金生国巡视员、科教司教育处余秋蓉副处长、中国医师协会毕业后医学教育部邢立颖副主任一行参加了此次座谈会，听取规范化培训调研结果汇报。

住院医师规范化培训的目的是培养和建设一支适应人民群众健康保障需求的临床医师队伍，因此实践十分重要。为了解手术科室规范化培训住院医师参与手术操作实践的实际情况，早在今年1月16日，金生国巡视员一行受邀出席北京大学人民医院举行的手术科室住院医师规范化培训座谈会。会上，金生国巡视员表示，北大人民医院作为教学医院，连续三次获得国家级教学成果一等奖，积累了很多成功的教学经验，希望人民医院先行先试，进一步开展调研，确认是否存在住院医师规培过程中手术操作机会过少的问题，探讨该问题存在的原因，提出可行的应对措施，为不断提升全国住培工作质量提出方案，积累经验。随后，北大人民医院于1月24日，组织所有专业基地主任、教学骨干、规培管理人员30余人，召开了全院住培工作研讨会。2月10日，北京大学人民医院外科、内科和妇产科三个基地先行完成了调研工作。

2月15日的座谈会由北大人民医院王建六副院长主持。继续教育处汤小东副处长详细介绍了内科、外科、妇产科基地的调研开展过程与结果。外科基地朱凤雪副主任、内科基地隋准副主任、妇产科基地赵彦副主任分别介绍了外科、内科、妇产科基地的轮转

安排、培训实施、评估考核情况，并对住院医师参与手术操作程度不够的原因进行了分析，同时也提出了一些提升住院医师手术操作技能的建议。

王建六副院长对各基地管理人员的汇报进行了总结和补充，他表示，通过调研发现，按照现行住培工作标准，确实存在内、外、妇产科基地住院医师作为术者参与手术操作数量不足的问题，今后要注重临床操作技能培养，狠抓住院医师手术操作实践。他进一步归纳了该问题的四个方面原因：一是住院医师层面，部分医师院校教育期间的基本功不扎实，无法胜任临床基本工作，部分医师学习态度不积极，仅追求顺利通过结业考核，不注重培养自身能力；二是指导教师层面，受住院医师积极性、临床和科研工作压力等方面影响，指导教师带教意识不强，带教积极性不够；三是基地管理层面，对住培工作的督查和督导有待加强；四是政府制度层面，对住院医师、指导老师、培训基地的激励机制尚需完善。并提出六个方面的应对方案：一是根据地区特点、医院等级等实际情况，调整手术操作的培训标准，允许同一专业下不同手术种类之间替换互补；二是根据招录的住院医师个人情况制定个体化培养方案，不同起点的住院医师接受不同的培训内容与培训强度；三是除了操作技能与临床思维，同时加强职业素养的培训；四是鼓励基地层面从绩效考核、职称评定、评优表彰等方面给指导老师以激励；五是要求医院建立住培督查督导机制，严把住院医师考核关，统计量化指导老师给住院医师提供的操作手术机会；六是手术操作所对应的模拟训练，均由临床能力培训中心考核通过。其中部分措施已经开始实施。

邢立颖副主任对人民医院基地管理人员的汇报给予了肯定。她表示，汇报中提出的部分问题非常有价值，中国医师协会将组织专家，开展深入研究。

余秋蓉副处长用“准”“实”“难”三个字高度评价了北大人民医院开展的住培质量提升工作，即找出的原因“准”、开展的对策“实”、克服的问题“难”。她强调，外科综合查房、内科轮转安排、妇产科成立督导组、临床技能中心操作考核准入制等工作是北大人民医院住培工作的亮点。她建议，要在其他医院开展类似的手术操作情况调研，在适当的范围以适当的方式对北大人民医院的住培经验进行宣传报道。

最后，金生国巡视员做了总结讲话，他高度赞许了北大人民医院教育管理的扎实基础和优良作风，他表示，这种以问题为导向不断提升住培质量，不回避问题，不害怕困难的工作态度，能够准确查证问题存在，客观分析问题原因，恰当提出问题对策的工作能力，值得其他医院借鉴和学习。他指出，为进一步强化住培质量建设，国家卫计委科教司将继续提供政策和资金支持；中国医师协会要组织专家针对发现的问题和原因开展

研究，提出国家层面的解决方案；希望北大人民医院作为一个优秀的案例，能够继续大胆探索，创造经验，勇当全国住培工作排头兵。（北大人民医院继续教育处 曾庆奇）

突破绩效工资总额下的全科医生签约服务

杭州市江干区凯旋街道社区卫生服务中心（以下简称凯卫中心）作为杭州市江干区两家试点中心之一，扎实推进试点工作，因地制宜探索为辖区居民群众提供可及、连续、综合、有效、个性化的全科医生签约服务，中共中央政治局委员、国务院副总理刘延东及国家卫生和计划生育委员会（卫生计生委）主任李斌曾莅临凯卫中心视察并给予肯定。全科医生如何突破绩效工资总额开展签约服务，相信也是很多社区卫生服务中心主任及全科医生关心的话题，来看看凯卫中心的经验分享。

全科医生签约给人力资源管理提出了新的要求，竞争机制的引入势在必行。签约给了医务人员充分的知情权、参与权、选择权和监督权。社区居民可以选择业务能力强、工作主动、技术精湛、医患沟通好的全科医生。

凯卫中心全科医生签约服务的探索可分为三个阶段：第一阶段（2013 年-2014 年 9 月）为学习阶段，一方面学习相关政策，把握工作方向，一方面选派骨干人员先后到英国、香港、北京、上海等地学习交流，为签约服务的开展储备能量；第二阶段（2014 年 10 月-2014 年底），加强宣传，通过各种形式落实签约要素，确保完成任务；第三阶段即目前的服务阶段，主要任务为改善就医体验，以人性化服务吸引群众基层就诊，同时加大医务人员的技能培训和配套绩效评定的实施。

凯卫中心的签约居民可以享受的服务包括基础、增值和个性服务包。其中，基础服务包提供基本公共卫生服务，服务对象是全部常住人口；增值服务包提供“四诊四定”服务（四诊即预约诊疗、专项诊疗、联合诊疗、双向诊疗；四定控费包括定药品比例、定处方金额、定输液组数、定抗菌药比例），服务对象是以慢性病患者为主的签约居民；个性服务包的服务对象主要是有医疗需求的失能及半失能老年人、残疾人和有康复护理需求的居民，可以享受包括急性中、后期照护服务、出院准备服务计划、居家护理、居家康复、居家药事和居家营养等六大类 36 项服务。

近年来凯卫中心依托区域卫生信息化建设，中心和 6 个社区卫生服务站全面联网，

并实现与浙江大学医学院附属邵逸夫医院、浙江大学医学院附属第一医院、浙江大学医学院附属第二医院等市级医院合作以及所有市级医院网络互通，促进优质医疗资源向基层医疗卫生服务机构均衡下沉，通过远程视频会诊中心、影像远程诊断会诊中心、心电远程诊断会诊中心、检验诊断会诊中心四大中心的建设，使群众在家门口就可以解决大部分疾病的看病问题，同时提高了基层医务人员的诊疗能力和服务效率。

凯卫中心以绩效考核为杠杆充分调动全科医生签约服务工作的积极性，成立全员性的考核工作组，工作组参与实施方案细则的修订。设置日常工作小组 3—4 人，负责具体数据汇总、分析、核定。

1. 优绩优酬体现多劳多得

完善以服务质量、服务数量为签约核心指标，以转诊数、签约医生就诊数、居家医疗服务数和家庭病床建床数为日常服务指标的绩效考核制度，充分调动职工工作积极性，形成公平竞争和整体进取的良好氛围。

中心根据各项考核结果，向成绩突出的个人倾斜。将单位所有工作任务全部纳入绩效考核分配办法中，建立公正公开、规范有序的内部分配格局。对完成工作目标任务、考核合格及以上的人员，其收入水平高于同职级退休人员，保住收入底线。以科室（团队）为单位进行工作量统计，根据各项考核结果，科主任可根据科室二次分配方案进行核算。

中心对于全科医生服务团队以及居家医疗服务组主要采取季度考核的方式，考核指标分为五大类，分别是知晓率、满意度、市医联体转诊率、签约社区首诊率和居家医疗服务完成情况。同时，以十分制为标准计算总分值，作为绩效工资发放的标准。其中，知晓率及满意度的考核分值分别为 1 分和 2 分，上述两项指标通过问卷调查、电话抽查的方式进行，对于两者均在 70% 以上的签约医生予以 600 元/年的奖励，指标在 50%~69% 的则予以 300 元/年的奖励，低于标准则不计数；市医联体转诊率指标分值为 4 分，通过现场考察、后台统计等方式获得签约医生转诊数据，转诊率在 50% 以上的获得 6 元/人奖励，45%-50% 之间的获得 4 元/人奖励，40%-45% 的则获得 2 元/人的奖励；签约社区首诊率分值为 2 分，发放绩效标准线为 50%；而居家医疗服务包括一般出诊和家庭病床服务，一般出诊为 40 元/人/次，家庭病床服务则由中心给予季度任务，以电话抽查形式进行考核，任务完成即算达标。

2. 细化项目管理避免大锅饭

为体现签约的优势，凯卫中心制定了医养护一体化签约服务专项考核方案，积极推

动全科医生签约服务，有偿签约服务收益的 85%作为绩效工资外的专项奖励，其余 15%由市卫生计生委统筹考核发放，对开展签约服务给予绩效激励。

中心制定的医养护一体化签约服务专项考核方案主要针对全科医生签约服务团队和居家医疗服务组两大团队。对于全科医生签约服务团队，方案采用签约医生就诊数、转诊数、居家医疗服务数以及家庭病床建床数等服务指标和签约服务知晓情况、签约医生知晓情况、签约居民签约后的服务满意情况这三项指标进行细化考核；对于居家医疗服务组，则采用居家医疗服务数、家庭病床服务数这两大服务性指标和居民满意度的满意性指标进行测评。

3. 激励机制向临床一线倾斜

绩效工资分配坚持“规范统筹”与“搞活激励”并举，在规范收入分配秩序的基础上，把绩效分配和绩效考核紧密结合，发挥绩效工资的激励导向作用。

进一步强调绩效工资分配要向一线倾斜，向关键岗位、高层次人才、业务骨干倾斜，引导具有执业资格非一线岗位的人员树立“一线”意识，增强单位活力，逐步探索运营管理模式。

凯卫中心在医养护一体化签约服务专项资金的分配中，70%直接用于全科医生签约服务团队以及居家医疗服务组，20%用于签约服务的支撑团队，仅有 10%用于签约服务的管理。

同时，为提高全科医生积极性，鼓励签约发展，中心通过日常考核与年度考核相结合的方式对全科医生签约服务团队进行激励。日常考核在整个考核中占比 85%，主要分为签约阶段和日常服务阶段，其中，对于签约阶段任务，按照签约数量和备案数量分别给予全科医生签约服务团队 10 元/人的绩效激励；而年度考核则参照杭州市江干区有效签约细则进行考核，将 15%的签约服务经费用于年终绩效的分配。

（浙江省杭州市江干区凯旋街道社区卫生服务中心 扈峻峰）



欢迎关注住院医师规范化培训微信

报：国家卫生计生委

送：各省卫生计生委，各省级卫生厅局科教处，军委后勤保障部卫生局
以及有关单位

发：中国医师协会领导、常务理事、职能部门、专科医师分会、专业委员会、地方医师协会、会员单位，住院医师规范化培训基地，主办报刊

编辑：中国医师协会编辑部 电话：010—64177691 投稿邮箱：china_gme@126.com