

毕业后医学教育



工作通讯

2017年 第3期 总第29期

中国医师协会毕业后医学教育部

2017年03月31日

目 录

•热点聚焦•

- 推进新形势下全科医生队伍建设与培训思考.....2
- 毛节明教授呼吁：“三基”不牢,住培质量难保证.....6
- 政协委员彭钊：深化医学教育改革，加快全科医生培养.....7
- 政协委员熊思东：破解“儿科医生荒”，需建立人才预警机制.....9

•医师论坛•

- 大医院全科医学科发展定位.....10

•工作动态•

- 执业医师注册可在省内通用.....12
- 河南出台文件规范全科基层实践基地建设与管理.....13
- 西交大一附院住培上了央视"今年我的小目标".....14
- 2017年全科医生规范化培训基地管理人员培训班火爆举行.....15

推进新形势下全科医生队伍建设与培训的思考

导语：中国医师协会齐学进副会长在 2017 年全科医生规范化培训基地管理人员培训班的讲话中，在分析全科医生培养现状和问题的基础上，提出了解决应对之策。现摘取部分内容与大家进行交流。

近几年全科医学事业特别是全科人才队伍建设取得了巨大成绩和进步，应该说是前所未有的；但分级诊疗制度落实对培养造就一支规模宏大、素质较高、百姓信任的全科医师队伍的要求和挑战，也确实前所未有。

这种挑战，它主要来自 4 个方面：

一是承担这一任务的主体——全科医师数量严重不足。从存量看，全国现有经过转岗培训的全科医生仅为 17.2 万人，经过注册的仅为 7.8 万人。从供量看，近三年报名参加“5+3”培训的分别是 4990 人，8900 人和 10200 人。“3+2”每年约 5000 人左右。上游供量明显不足。而从需量看，在国家推进家庭医生签约服务中，即使我们按每名全科医生签约 2000 居民计算，全国至少需 70 万名全科医生；当然，最低按每万人 2-3 名计，也需 30 万名家庭医生。缺口巨大。

二是全科医师队伍能力难以满足日益增长的签约服务需求。大医院之所以人满为患，即是现行分级诊疗制度不健全，更是与基层服务水平特别是技术服务能力难以取信和留住患者。病人从基层流向大医院，实际是在用“脚”在投票，以此表达对基层医疗的还不够放心，还不够信任，还不够满意。

三是现行培训体系大而不强。目前，全国虽然已有 393 家全科住培基地，1000 多个全科实践基地，数量看似不少，但真正称得上优秀全科基地还不多，每个基地中优秀的师资就更加有限。同时，我们这么多基地中，还未能形成一个真正的完整有机培训体系。比如，我们既未建成以国家级示范基地为龙头、以各省市的领衔基地为骨干、以各地的合格培训基地为支撑、以社区实践基地为基础为完整培训体系，也未形成与各级水平职责相适配的师资分级培训带教体系，各个培训基地与社区实践基地之间也未形成一体化的双向联动培训机制与模式，整体上并未形成一个分工清晰、功能互补、有效幅射、效能很高的完整体系，难以担负完成国家对全科和家庭医生如此大批量快节奏高质量的

繁重培训任务。

四是支撑行业吸引力的相关机制不力。从宏观看，实际政策层面与党中央、国务院对加快全科医师队伍建设、全面推进家庭医生签约服务的宏伟战略还不适应，增强行业与岗位吸引力的文件往往因涉及现行人事财政制约难以及时出台。从微观层面看，各地和各单位岗位吸引力政策，也相当不平衡。由于政策机制带有方向性、引领性和治本性，它的迟缓和乏力，将从源头、动力与整体发展带来硬制约。

上述4个问题，归结四个字，一是“少”，即全科医生人数太少与需求量太大的矛盾；二是“低”，即全科医生服务能力偏低(这是从总体上说的，实际上我们很多专家很多基地水平是很高的)与人民群众日益增长的服务要求不相适应的矛盾；三是“弱”，即全科医生培训基地体系建设薄弱与建立强力高效联动全国全科培训体系之间的矛盾；四是“软”，即机制跟进不力与全科快速发展强劲势头不相适应的矛盾。

因此，在当前和今后一个时期内，要把解决全科人数少、能力低、力量弱、机制软，作为抓好全科医学发展和加强全科医生队伍建设的主要切入点。

解决人少的问题，我们要在通过全线推进以“5+3”“3+2”为重点、推进全科医生队伍增量增长的同时，下大力抓好转岗培训为重点的存量提升。当然，这个存量，是指我们国家的医师已有总体数量。现在我们国家已有执业医师近300万人，乡村医生140多万，千人口医师数已达到世界卫生组织平均水平。医师数量应该说已不再是突出问题，而结构不合理特别是全科医生少与质量低才是主要矛盾。因此，必须把盘活存量、调整结构、多措并举、壮大全科，作为家庭医生人才队伍建设的主要策略。目前，随着分级诊疗制度不断推进，二三级综合医院功能定位更加明确，病人逐步有序就医，大医院的“战时状态”逐步缓解，医院的部分专科医生受到政策鼓励，或分流或主动到基层卫生机构执业或开设工作室，成为医疗资源下沉和家庭医生队伍重要来源。即使以二级以上医院每院5--10人转岗计，也可达到可观的10万至20万人。另外，我国现有乡村医生140万人中，已取得医师和助理执业医师资格的有30.4万人；全国3.7万个乡镇卫生院中，已取得医师和助理执业医师资格执照的有43.4万人，合计达73.8万；加上社区卫生中心医师30多万人，总计超过100万。这部分人大都经过系统的医学教育，经过半年最多一年的培训，即可转型成一名基本合格的全科医生或助理全科医生。为此，中国医师协会全科医生教育培训专家委员会(以下简称“全科专家委员会”)去年已在着手研究制订转岗培训《实施方案》和《大纲》，大力推开新一轮全科转岗培训的实际工作。只要各方一起努力，加强统筹，精心组织，打破常规，多措并举，是有可能在不太长的时间

内培养造就出一支基本合格的几十万全科医生大军的，以此来解决人数“少”的问题。

其次，要高度重视抓好全科培训质量。从连续两年对全国住培基地的评估看，相当部分的培训基地质量建设制度建设尚不完善，带教不能严格按照大纲要求进行且缺乏针对性，教学不规范，操作不规范，轮转管理不到位，大多数基地临床技能训练数量与强度不足，带教师资教学能力不足，有的对如何带教、如何培养学员全科临床思维、如何开展小讲课和出科考核，如何书写健康档案等都不十分清楚。提升培训质量，我们就是要从这些问题和短板抓起。从去年起，全科专家委员会已着手组织修订有针对性的质量建设方案，在这次会前，专家们已就《全科专业培训细则》《综合医院全科医学科建设标准》《区域性国家级全科医学示范师资培训基地标准》进行反复修订，并启动了《全科医生培养培训质量控制体系和实施成效研究》。提升质量，关键是师资。下一步我们准备从建立师资准入机制与持证上岗，建立师资分层分类培训体系，遴选一批全科骨干师资培训基地及示范基地，继续组织好全科基地管理人员和全科骨干师资培训，组织一批先进成熟的质量建设先进典型和经验推广，形成更有力的激励机制、动态管理与淘汰机制等方面综合发力。在面上，我们还要求有条件的非全科的28个专业委员会，要分头组织各专业临床思维训练手册、各专业教学规范细则、带教示范课程、模拟教学课程及技能评估系统等系列化标准化培训课程建设，为基地开展质量建设提供有力支持；并要求建立科学实用的监测指标体系，在筛选核心指标基础上建立评价月报制度；要求细化专业基地评估指标内涵标准，增加培训质量比重；要求在建立与推开360评价的同时并与监测体系挂钩，以适应住培工作重点转移的要求。通过抓细抓实抓好培训质量，来解决能力偏“低”的问题。

第三，要精心谋划推进全科培训体系建设。要达成每年数万人的培训目标，没有一个架构严密、能级清晰、合作顺畅、运行高效的培训体系，是不可能完成如此繁重艰巨的任务的。目前，我国的住培基地和全科实践基地有了较大规模，但差在功能，缺在能级，弱在整合。把全国当作一盘棋看，我们应在全国首先遴选布局一批国家级和区域级的示范基地，依托它们把全国近400家全科住培基地的主任、教学主任培训好；而各省的主干基地，则负责把本省范围内的全科基地带教师资培训好；而各个全科住培基地，则负责把自己的社区实践基地的带教师资培训好。这样，层层分级，层层带训，层层幅射，层层带动，就能依托体系的传导力、裂变力，迅速有序规范地把全国各个基地、全部师资的水平加以提升；同时依托体系的力量，打破目前的任务不一、培训管理不一、压力和动力不一、培训效果不一的现状，发挥出“1+1大于3”的整体效能，以此来解决

决好体系建设较“弱”的问题。

第四，相关机制建设要跟上全科形势迅猛发展的步伐。宏观的政策机制虽然是政府部门的事，但作为我们全科专家委员会，包括全科的各位管理工作和有识同仁，在全科的政策机制建设上，可以研究，可以咨询，可以发声；当然，前提能真正提出有真知灼见的可行的建议和意见来。大家知道，国家卫生计生委科教司一直在全力推进这方面的工作，一个为大家盼望已久的加强全科医师队伍建设的文件，有望近期能够出台，对各个基地的机制建设，操作的空间和主动权就更大。在这个意义上讲，我们对政策机制建设上责任重大，责无旁贷。只要我们一起努力，我们就能推动有利于全科事业发展和全科行业吸引力政策与机制的尽快建成，以此来解决“弱”的问题。

解决全科人数少、质量低、力量散、机制弱的问题，浙江邵逸夫医院和凯旋社区、四季青社区两级全科基地，为我们提供了成功经验和样板。通过方力争教授和扈峻峰主任的介绍，我们可以看到，他们的经验有多方面的，既有先进理念，事业情怀，价值追求，也包括基础扎实，制度严格，机制有力、作风过硬、条件优良，但最有特色的是，我觉得还是成功实现了综合型医院与社区实践基地双向联动，打破了医院围墙，在构建了从综合性医院、经市县级医院、直达社区卫生服务中心的纵向学科建设体系、人才建设梯队、长效合作机制的同时，同步形成了以教学一体化管理、确保培训医院-社区同质化培训为主要特点的包括统一培训制度、统一轮转管理、统一带教要求、统一师资培训、统一考核要求在内的一体化培训体系(或者叫培联体)，当然他们还同步形成了以全科专业为导向的顺畅的双向转诊体系(或者叫医联体)，建立了新型全科培训基地训管模式。所以，一般大医院存在的全科医学科困惑的看什么病、病人从哪里来、任务是否饱和等问题，社区实践基地困惑的人从哪里来、能否胜任、岗位能否有吸引力、能否让社区老百姓信任放心、双向转诊是否顺畅快捷方便等问题，他们这里都给予令人信服的答案。全国面上这4个问题，在他们这里，通过建设一整套健全有力而管用的运行机制来治“弱”，通过一体化培训和管理来成功实现了双向联动来治“散”，通过确保了培训同质化来治“低”，通过一批合格全科医生向社会输送来治“少”。同时，他们还解决了大医院全科基地和社区实践基地上下衔接不紧所带来的“截瘫”，使两级基地都一体化地都活了起来，强了起来，站了起来。

通过我们这次培训班，以及对他们经验的学习推广，他们的经验将会变成全国各个基地中开花结果！希望涌现出更多的像浙江大学医学院附属邵逸夫医院全科医学科和凯旋街道社区卫生服务中心、四季青街道社区卫生服务中心，北京月坛社区卫生服务中心

心，北京方庄社区卫生服务中心、上海市潍坊社区卫生服务中心那样的先进基地，为中国的全科医学事业繁荣兴盛，为助力中国人民的健康梦、家庭医生梦，做出我们这一代人应做的奉献和努力！

（中国医师协会编辑部整理）

毛节明教授呼吁：“三基”不牢，住培质量难保证

近期，在中国医师协会举办的住培工作座谈会上，有着三十多年住院医师临床带教经验的北京大学第三医院毛节明教授提出：“目前住院医师的‘三基’基础不牢的问题，要引起高度重视，并采取有力的措施加以解决。否则，住培质量只能事倍功半，难达预期目标。”毛教授的发言，引起了与会者的强烈震撼和一致共鸣。为此，笔者进一步深入采访，毛节明教授详细叙述了以下看法。

第一，“三基”不牢，带教太费力

毛节明教授说，住院医师规范化培训重在临床实践，以培养合格的临床医师为目标。在培训过程中，带教老师的言传身教尤为重要，可以说，在临床与教学的天平上，带教经验和能力，与爱心和奉献一起，共同构成教学的最重砝码。“我和不少北大的同事倾其一生，默默耕耘，无怨无悔。然而，近几年因为部分住培学员“三基”太差，却让几十年一心扑在临床教学上一些老师困惑了，甚至对他们的带教积极性和热情产生了严重挫伤”。

年已七旬的毛节明教授遗憾地说道：“我搞了一辈子临床医学教育，当了一辈子带教老师，带学生是很有感情的，我也很喜欢做这项工作，但是现在的感觉和过去不一样了，现在的住院医师多数虽然是经医学院五年本科毕业，但是仍不掌握问病史、查体的要领，不会写病历，不会一些基本操作，不少内容带教老师得重头讲起，而且老师所讲的，有些住培生甚至还听不懂。这些内容原本是本科阶段第五年实习就应解决的问题，在住培之前应该掌握的。然而，现实是学生在第五年实习期间都在忙于考研究生、找工作。这就使得实习这一黄金期，也是最为重要的临床实践机会被浪费掉，实在是太可惜！太令人痛心了！本科阶段实习成了走过场，现在住培第一年实质上是在为本科第五年实习作补课。

第二，重视“三基”，措施要得力

毛教授说，当这大批“三基”没有学好的毕业生走上临床，进入住院医师规范化培

训阶段时，针对“三基”普遍不牢的问题，可探索对现行的培训模式做些适当调整。其中，最重要的是在三年住培的第一年，主要突出“三基”补课与“三基”训练，地基不好，大厦难成；一个医生“三基”不打牢，这个医生是没有前途的，也是培养不出来的。美国的医学生是4+4，8年院校毕业后，基础是很好、很扎实的，尽管如此，美国ACGME仍然把医学基础知识列入住院医师必须具备的6大能力之首。结合我们国情，更须把重视“三基”、加强“三基”，摆放在突出重要位置，采取切实有力的措施加以解决，尽快解决。

“三基”知识集中在本科阶段，如何对忙碌于临床工作的住院医师进行“三基”补课？这是众多基地和广大带教老师颇感头疼的问题。毛节明教授说：“解决这一问题，不可能再让住院医背上本科的大厚本纸质教材来上班，只能在临床实践中边干边学。要适应信息化时代特点，采用现代化学习手段”。近一段时间以来，在国内200多家住培基地试点使用的“三基”随手查，又叫“国家医学电子书包”，这套由时任全国人大副委员长韩启德院士总指导、近百名院士领衔、国内100多家著名医学院校、3000多家名医名师共同建设，历时5年、投资上亿元打造出来的国内首部全数字化临床医学教材。对协助、提高住院医规培“三基”培训起到了很好的作用。毛教授说，它的海量多媒体内容让医学知识变得直观、立体；基础课程生动直观形象，很便于理解基本的理论知识；可随身携带、随手翻阅、随时检索查询，对住培人员随时学习、查询和巩固“三基”知识非常方便。他认为很值得向广大带教老师和住院医生推荐，能够对提升“三基”起到重要作用。

第三，补强“三基”，条件要跟上

中国医师协会毕业后医学教育部对毛节明教授的意见非常重视。鉴于今年住培结业考核即将来临，不少基地和带教老师、住院医师们对学习使用“三基随手查”有着迫切需求，经征得国家医学电子书包建设委员会与医视界支持，近日，将陆续为全国住培基地的住院医师与带教老师开放使用，尤其为今年参加结业考核的住院医师提供免费使用。

（中国医师协会编辑部李鸣莉）

政协委员彭钊：深化医学教育改革，加快全科医生培养

全国政协十二届五次会议于3月10日下午3时在人民大会堂举行第三次全体会议，

多名政协委员就有关议题作大会发言。

全国政协委员、广西壮族自治区政协副主席、农工党广西壮族自治区主委彭钊健康中国建设正拉开帷幕，全民健康主题曲已经奏响。世卫组织总干事陈冯富珍女士曾表达过一个愿望：希望退休回国后，能有非常好的全科医生照顾她的晚年生活，称“这就是我的中国梦”。她这番话，道出了亿万中国老百姓的共同心声！

然而，全科医生严重缺乏的问题十分突出。2016年，我国注册为全科医学专业的医生7.8万人，占318.8万执业(助理)医师的2.45%，与2020年每万人有2—3名全科医生的目标相距甚远。而一些发达国家全科医生与专科医生各占一半，古巴的全科医生占医生总数的45%。全科医生之所以重要，是因为“井喷”式慢性病和人口老龄化的卫生需求促使以治疗为中心的传统卫生模式向以维护与促进健康的新模式转变，医疗卫生资源急需下沉到社区与家庭，急需通晓预防、治疗、康复、保健、医保政策等“十八般武艺”的全科医生肩负起全民健康守门人的使命。只有这样，人民群众到大医院“看病难”的问题才能解决。

解决全科医生短缺问题，既应从人事政策入手，更应加快全科医学人才培养。国际医学教育界已有一个重要共识：规划得当、认真实施的医学教育是综合性健康服务的基础。世界各国已形成由医学院校教育、毕业后教育、继续教育三部分构成并有机衔接的现代医学教育体系，分别承担医学通识教育、住院医师规范培养和专科医师培养的任务。当前，国际医学教育发展的趋势是将能力型人才、复合型人才，尤其是全科医生培养作为主要目标任务。将早期接触临床、以器官系统为中心的基础与临床课程整合以及“基于问题的学习”，作为医学教育改革的主要方向和核心任务。

我国医学教育事业近年来已经有了长足进步。2015年，举办临床医学专业本科的医学院校有172所、专科141所，临床医学专业本科年招生8.9万人、专科年招生4.5万人。我国医学教育体系完备，总体水平处于发展中国家前列。但是，目前仍存在全科医学教育十分薄弱、理念上不重视、举措上无实招等突出问题。许多高校全科医学学科发展滞后，相关教育理念陈旧和教学方法落后，基础与临床教学基本隔离；全科医学人文教育严重缺失；有关人事、财政等政策支撑严重不足。

为此，提出以下建议：

一、以全科医学学科建设为核心，深化院校医学教育改革

将全科医学作为医学院校教育发展的重点方向，抓好规划设计、师资配置、条件保障、教改支撑等重点任务。在所有医学院校设立全科医学专业学科，并将其作为重点学

科支持。全面推行医学生早期接触临床实践，普遍开展问题导向和基于器官系统的教学方法，加强医学人文教育，注重培养学生的人文关怀精神和人际沟通能力。扩大全科医学博士点招生，推动全科医学理论与实践创新，探索建立跨基础、临床、公共卫生、卫生经济学等多学科的全科医学教育体系。

二、以全科医生培养为重点，深化毕业后教育和继续教育制度改革

在住院医师规范化培训中继续强化全科方向的引导。继续抓好“5+3”全科医生直通车培养工作，重点加强下基层优惠待遇的人事政策支撑，完善全科医生人事薪酬制度和激励考评机制。在二级以上医院设立全科医学科，并作为医院评级的基本标准。鼓励大医院与社区卫生服务中心、乡镇卫生院联合组建全科医生培训基地。把全科医生培养作为专科医生培训制度建设和探索实践的核心任务。在有资质的医疗机构中，开展“5+3+2”全科医生培训，并授予其全科医学博士学位。

三、多方协同、多措并举，为全科医生培养提供全面保障

建议国务院在医改领导小组框架内设立医教协同领导机制，强化教育部、卫生计生委的政策协同。将全科医学作为政府财政投入重点。加快人事制度改革，率先启动全科医生薪酬制度改革，设计不低于专科医生平均水平的薪酬标准。

政协委员熊思东：破解“儿科医生荒”，需建立人才预警机制

全面两孩政策实施后，“儿科医生紧缺”成为社会关注焦点。全国政协委员、苏州大学校长熊思东在接受记者采访时表示，解决问题的根源应从“医疗供给侧改革”入手，建立卫生人才需求预警机制。

“目前95%以上二级医院儿科医生不足。”熊思东坦言，“实际上，紧缺的不仅仅是儿科医生，我们推进分级诊疗，基层就需要大量全科医生；发展医养结合，养老院就需要大量医护人员；公立医院取消药品加成，未来如果药房从医院中剥离，药店便需要大量药剂师……”在他看来，国家即便紧急扩大培养规模，仍然远水救不了近火。医药卫生人才培养周期较长，除了至少5年的本科教育时间，从本科毕业到成长为一名有经验的成熟的医生，还需要5-10年的临床经验积累。因此，相较于紧迫的人才需求，医药卫生人才培养具有滞后性。

“解决目前医疗人才的供需矛盾，需要顶层设计和全面规划，规划的起点在哪里？需要有预警机制。通过这一机制提高人才需求的预见性，以便提前部署、调整医学教育招生规模与结构，保证我国医疗卫生事业的可持续发展。”熊思东说。

为此，他提出三点建议：

一是融合互联网和大数据技术，开展医药卫生人才现状和需求调查。利用互联网技术，建立起覆盖省、市(地)、县(市、区)三级并逐步延伸到社区、乡村的医药卫生人才调查网络。同时，结合大数据手段，全面分析掌握不同地区、不同层级医院医药卫生人才的年龄结构、质量结构和专业结构现状，以及各地区医药卫生人才需求结构。

二是结合“全面两孩”、城镇化等国家重大政策调整和经济社会发展新常态，加强医药卫生人才需求前瞻性预测。例如，“全面两孩”政策的落地，必将导致妇产科、儿科医生需求的急剧增长及其它社会需求的变化。医药卫生人才的培养不是一蹴而就的事，具有5-10年的滞后期。因此，在政策落地前，需要对政策将带来的医药卫生人才的需求变化开展前瞻性预测，提前部署调整妇产科、儿科医生的培养规模。

三是加强部门之间的协同，保证信息的畅通。建议国家卫生和计划生育委员会、教育部、人社部成立联合工作组，及时会商，定期发布医疗卫生人才需求预测信息，指导高校开展专业设置和招生工作。

(王宇鹏)

•医师论坛•

大医院全科医学科发展定位

目前，河南省所有承担全科医生规范化培训任务的42家基地医院均成立了全科医学科。近日，笔者在焦作等地走访、调研、指导大医院全科医学科的建设与发展，大力推进三级综合医院全科医学科规范建设，指导各基地医院对全科医学科科学定位，调研目前全科医疗工作中面临的困难和问题，共同促进中国特色家庭医生制度落地。目前各地普遍存的问题是全科医学科管理者(包括基地医院负责人，全科医学科负责人)，对如何发展、定位全科医学科，心中存在较多困惑。简单说，大医院要建设好、发展好全科医学科，需要记住三句话：

一是做全科医生服务的样板。全科医生服务的最大特点是连续性对服务对象(而

不是病人、不是患者)健康顾护及基本医疗卫生服务。这种卫生与健康服务模式,不管是基层社区卫生服务中心提供,还是由农村乡镇卫生院提供,也包括由城市大医院全科医学科提供,这种连续性健康照护及基本医疗卫生服务的理念是一致的,是相同的,是无差别的!这就要求,即使在城市大医院提供的全科医生服务,也要通过对服务对象的健康管理(最主要手段是要建立在对服务对象健康档案的动态分析之上,做好其个性化的健康生活方式指导),比如海口市人民医院的全科医学科,我们能够找到针对服务对象所做的完整的健康档案资料,并且一直跟踪记录新的健康档案资料,否则,很难实现对服务对象的健康管理及生活方式引导。而目前河南省三级综合医院绝大多数全科医学科,并没有重视对服务对象的连续性健康管理服务,离开了健康分析、管理、引领健康生活方式的全科医学科,不是真正的全科医学科,是假家伙!

二是做全科医生培养的基地。目前国家公布的全科医生规范化培训内容和标准,是基于当时大多数医院尚未普遍建立全科医学科的现实基础上制订的,在三年的培训中,并没有要求全科专业住院医师在全科医学科进行轮转。而近年来,随着各地全科医生规范化培训基地的加快建设,越来越多的基地按国家政策要求,独立建立了全科医学科,而全科医学科的一大功能定位就是帮助基层医疗机构大力培养全科医生。在国家尚未对全科专业规范化培训内容和标准进行调整之前,各基地不妨把内科1年的培训时间,调整出4-6个月到全科医学科进行轮转!各基地要紧紧围绕提高全科医生岗位胜任力这条主线,主动对全科医生培训内容进行适度调整,但全科医生的能力标准不能降低。推荐在全科医生带教过程中采取海口市人民医院探索出的连续性照顾门诊的教学方法。总之,将全科医学科打造成全科医生培养的基地。

三是做全科医学的学科发展引领者。全科医学学科有其自身鲜明的特色和内涵,不同于普通内科、老年科、急诊科等,这也是国家政策要求承担全科医生临床培养的基地医院必需建立全科医学科的最主要原因。全科医学学科发展离不开对该学科持续深入的研究,例如如何更有效地对居民进行健康管理,健康风险干预,健康生活方式引导;如何提高对疾病初期未分化阶段的精准诊疗及处理能力;如何与群众健康需求相结合,开发出更多方便、快捷的健康数据采集穿戴设备;如何持续提升居民健康素养;如何与大医院专科医生更好地合作、共享服务对象健康信息,及医疗卫生合作服务机制;如何与中医相结合,推广出更多行之有效的绿色诊疗方法等等。这些都需要全科医生团队在工作实践中进行深入思考和研究,在这方面,浙江大学一附院任菁菁主任带领的全科医学团队,给我们很好的启发,他们开展的对未分化疾病的诊疗研究,有力地促进了全科医学

学科发展，为我们提供了很好的学习榜样。

大医院做好全科医学科，管理者不能糊涂，不能不进行清晰的规划，不能不加快医疗服务模式的转变，向真正的家庭医生靠拢，落实全国卫生与健康大会精神，助力医改，让老百姓早日受益。

（河南省卫生计生委科教处徐宏伟）

•工作动态•

执业医师注册可在省内通用

3月2日，国家卫生计生委网站发布《医师执业注册管理办法》，敲定医师“一次注册、区域有效”规定。今后，医师在一家主要执业机构进行注册，其他执业机构进行备案，执业机构数量不受限制。《办法》自4月1日起施行，1999年7月16日原卫生部公布的《医师执业注册暂行办法》同时废止。

《办法》将医师执业地点由过去的“医疗、预防、保健机构”修改为“医疗、预防、保健机构所在地的省级或者县级行政区划”，执业医师的注册地点为省级行政区划，执业助理医师的注册地点为县级行政区划，实现“一次注册、区域有效”。医师在医疗、预防、保健机构执业以合同(协议)为依据，确定一家主要执业机构进行注册，其他执业机构进行备案，执业机构数量不受限制。

《办法》第四条规定，国家建立医师管理信息系统，实行医师电子注册管理。通过网上一站式注册服务，改进原有注册模式，方便医师办理注册、变更、注销等事项。

对此，国家卫生计生委同时配发的解读指出，国家建立医师管理信息系统，一方面通过信息化手段精简申报材料，缩短办理时间，有效提高行政审批办理效率；另一方面在注册过程中收集、整理和分析各种数据，有利于构建医师执业全过程、动态化和高效能的管理模式，提高医疗服务精细化管理水平。前期，国家卫生计生委已在京津冀地区开展了医疗机构、医师、护士电子证照试点，取得了初步成效。

《办法》第二十二规定，国家实行医师注册内容公开制度和查询制度。地方各级卫生计生行政部门应当按照规定提供医师注册信息查询服务，并对注销注册的人员名单予以公告。

《办法》还通过建立完善医师管理信息系统，加强其对个人信息的自动识别功能。删除了原办法第十七条变更执业注册申请时需到原注册部门变更“医师执业证书编码”

的规定，实现执业编码唯一制，优化医师注册管理。

《办法》要求地方各级卫生计生行政部门在医师管理信息系统及时更新医师定期考核结果，对连续两个考核周期未参加医师定期考核的注销注册；增加了对医师参与有组织作弊不予注册和注销注册等规定。

解读指出，通过建立注销注册退出机制，及时清理医师队伍中的不合格人员，可以引导医师依法执业、规范执业，维护良好的医疗秩序和环境。（孙梦）

河南出台文件规范全科基层实践基地建设与管理

为规范全科专业住培基地建设，落实全科专业培训标准与内容，确保培训质量。日前，河南省卫生计生委出台了《河南省卫生计生委关于加强全科专业住院医师规范化培训基层实践基地建设与管理的通知》（以下简称《通知》）。

《通知》从四个方面对全科基层实践基地的建设管理作了详细说明和严格要求。一是要严格按国家标准遴选全科专业基层实践基地，各全科专业主体基地要认真对照国家卫生计生委制订的《住院医师规范化培训基地认定标准(试行)》中关于全科基层实践基地的各项硬件指标要求，根据全科专业住院医师招收人数，择优规范遴选、认定、建设、管理一批基层实践基地；二是要强化资源共享及教学协同，各主体基地与基层实践基地要整合现有教学资源，建立健全促进全科教学的沟通、协调、帮带工作机制；三是要规范教学管理，认真落实全科住培教学计划，各主体基地在研究制订全科医生规范化培训教学及日常考试考核计划时，以国家公布的全科专业住培标准和内容为基本遵循，坚持与基层实践基地有关管理及骨干带教师资一起研究、一起制订，在形成完整的教学培训计划后，要按照任务及职责分工，认真落实；四是要提升基层实践基地服务能力，各主体基地要将基层实践基地纳入现有医联体框架，通过主体基地专家下基层坐诊、会诊、义诊等形式，充分利用远程会诊及远程教学平台，融入“互联网+”手段，全力帮助基层实践基地提升服务能力，大力推进基层全科医生以全科医疗和健康服务为重心的全科医学服务理念 and 模式普及，尽快形成与城市大医院专科医生差异化医疗服务格局。

（陈毅锋 黄娇娇）

西交大一附院住培上了央视“今年我的小目标”

两会期间，央视新闻“今年我的小目标”两会海采栏目特别对西交大一附院今年的工作重点进行了专访，“做好住院医师规范化培训”作为西交大一附院今年三个小目标之一也被“央视朝闻天下”采访并于3月10日播出报道。西交大一附院作为国家卫生计生委首批的住培基地，规培工作一直以来都是该院的工作重点之一。在院领导高度重视和精心组织实施下，医院规培工作得到了稳步有效推进，取得阶段性成效。

2017年，医院规培工作已制定了“小目标”：从优化规培管理、落实基地建设、加强规培师资同质化程度、强化学员培训考核四个维度进行推进。

在优化规培管理方面，于2014年获批为国家住院医师规范化培训基地，根据国家政策要求迅速建立起相关配套制度措施，成立了规培相关领导小组与专家组，进一步细化每月生活补助费，奖惩并举，实际核算中规培学员每月生活补助费在本地区为最高水平；2017年继续加强规培制度宣传，做好政策解读工作，重视医德医风、人文素质的培养，加强与规培学员的交流沟通，使规培工作深入人心，让学员深刻体会到规培的重要性及自身所负的使命感；在落实基地建设方面，为学员免费提供住宿、被褥、图书馆学习条件，办理职工食堂就餐卡，方便学员生活，以便于安心学习。今年将不断优化基础设施建设，尤其是该院临床技能虚拟仿真基地和国家级临床技能实验教学中心。

在加强规培师资同质化程度方面，遴选院、科两级规培教员，奖励优秀专业基地和培训科室，同时优化师资队伍建设和不断提升规培师资培训和考核质量水平，以5个临床实践教学示范单元为核心推广规范带教，开展特色“临床实践工作坊”，成功举办2016年省级住院医师规范化骨干师资培训班。

规培教员普外科副主任医师余军军在接受记者采访时表示，“像我们这样的三甲医院，有很多疑难复杂的病例，实际越来越意识到单凭我一个人或者我们几个人，在我们本专业来说力量非常有限，所以我就希望能够更好地培养我的下级医生。”

在强化学员培训考核方面，进一步完善基地各项培训和考核措施，提高规培学员结业率；开展多样化的培训方式，以科室为单位进行专业知识和技能培训外，继续通过我院拥有的临床技能虚拟仿真基地和国家级临床技能实验教学中心进行基本技能培训，其中被陕西省卫计委评估列为特色之一的是坚持安排“规培周周讲”系列培训讲座—每周一个主题为学员进行专题培训，内容包括名师讲系列、临床研究系列、基本功系列，生

命支持系列、临床思维系列、医患沟通系列讲座等。近五周，名师讲座系列已汇聚郭树忠教授、贺大林教授、袁祖贻教授、薛武军教授和刘青光教授等我院杏林名师，为走在医学漫漫征途的规培医师点亮灯塔、指明方向。“我 2017 年的小目标就是，回到自己医院的时候，能把这些东西真的用到临床上。”规培住院医师邵中晏表示。

“小目标”成就大梦想，在今后的工作中我院会继续以更加切实有效的措施推进规培工作，使住院医师规范化培训制度建设不断达到新高度，为推进健康中国建设提供强大的人才支撑，做深化医改“中国梦”的践行者。

(西安交大一附院教学部规培办乔琳)

2017 年全科医生规范化培训基地管理人员 培训班火爆举行

建设一支数量充足、质量过硬的全科医生队伍，是进一步深化医改、推进分级诊疗制度、落实家庭医生制度的紧迫需求。全科医生队伍建设及培养面临的挑战日益严峻。3 月 10 日至 12 日，中国医师协会主办的首个 2017 年全科医生规范化培训基地管理人员培训班在杭州举行。卫生行政部门、行业管理组织相关工作负责人，全科医学教育专家们与国内千名全科医生规范化培训基地管理人员进行面对面交流，分析全科工作中存在的问题，探讨解决之策，分享先进的基地管理、教学、师资队伍建设经验。

全科医学人才培养工作的成效

我国在 20 世纪 80 年代后期才从国外引入全科医学的概念，主要承担基层的预防保健、常见病多发病的诊疗和转诊、病人康复、慢病管理和健康管理等一体化服务。随着国家对家庭医生签约制的大力推行，全科医学和全科医生队伍建设迎来了前所未有的发展机遇。

国家卫生计生委科教司教育处程明兼主任科员表示，自全科医生制度实施以来，全科医生培养工作得到了快速发展。我国全科医生培养体系初步形成、培养模式初步建立、培养力度不断加大、保障措施逐步落实。其中，在学员招收方面，2010-2013 年，全国全科专业住院医师规范化培训总计招收 1.3 万人，年均 3250 人。住培制度实施后，全科专业招收数量逐年增长，2015 年较 2014 年增长 78%。2016 年，招收了 1 万余人，占招收总数比例达到 14.6%。

他说，我国近些年来通过多种渠道加大全科医生培养力度。全科医生转岗培训自2010年来，已培训全科医生10万人以上。农村订单定向免费培养自2010年来，已为中西部地区农村乡镇卫生院招收近3.8万名拟从事全科医疗工作的本科临床医学学生。助理全科医生培训自2016年启动实施，为经济欠发达地区农村基层培训助理全科医生5000人。自2013年来，共培训全科师资1.7万名。

为加强对基地动态管理，中国医师协会受国家卫生计生委科教司委托，2015年7月对全国16个省的基地进行了督导检查，2016年7月对全国21个省的基地进行了督导检查。对于评估情况，中国医师协会毕业后医学部副主任、全科处处长吴苏伟介绍说，临床基地对全科住院医师规范化培训工作认识进一步提高，36.2%的基地医院建立了独立的全科医学科，对全科医学科的功能定位进一步明确；有的医院以岗位胜任力为导向，创造了“早社区、反复社区”的培训方式，注重全科理念，加强信息管理，强化门诊教学，完善制度管理，大多数基地建立了教学评价机制等。基层实践基地与临床基地签订了培训协议书，部分基地有教学投入和激励机制，所选择的基地大多是国家、省级示范社区卫生服务中心。

全科医学人才培养面临的困境与破解之法

虽然全科医生队伍建设在大力推进，取得显著的成效。但是，由于我国全科住院医师规范化培训起步较晚，面临着学科建设薄弱，师资队伍匮乏，全科医生薪酬待遇不高、岗位缺乏吸引力等诸多限制发展的因素，全科医学人才培养仍面临着严峻的挑战。

中国医师协会副会长、中国医师协会毕业后医学教育部主任齐学进对此总结为“少、低、弱、软”四个特点。他表示：“‘少’，即全科医生人数太少与需求量太大的矛盾；‘低’，即全科医生服务能力偏低与人民群众日益增长的服务要求不相适应的矛盾；‘弱’，即全科医生培训基地体系建设薄弱与建立强力高效联动全国全科培训体系之间的矛盾；‘软’，即机制跟进不力与全科快速发展强劲势头不相适应的矛盾。”

对于如何弥补全科医生队伍建设和全科医学人才培养的不足，齐学进副会长认为，应从四方面入手，首先要解决人少的问题，通过全线推进以“5+3”“3+2”为重点、推进全科医生队伍增量增长的同时，下大力抓好转岗培训为重点的存量提升。二是要高度重视抓好全科培训质量。三是要精心谋划推进全科培训体系建设。四是相关机制建设要跟上全科形势迅猛发展的步伐。

全科医学人才培养的先行先试

全科医学在国内落地以来，近些年来，北京、上海、浙江等地涌现出了一些不断创

新、敢于突破的实践者，走出了各具特色的全科医生培训的模式。浙江大学医学院附属邵逸夫医院、杭州市凯旋街道社区卫生服务中心，上海市潍坊社区卫生服务中心，北京方庄社区卫生服务中心等就是其中的优秀代表。

邵逸夫医院—凯旋社区：全科临床基地与基层实践基地双向联动

浙江大学医学院附属邵逸夫医院自 1999 年在国内率先建立全科医学科，立足岗位胜任力，创建全科教授新模式，以培养“下得去、留得住、用得好的全科医师”为目标，在国内创建了“四早四进”的全科医学规范化培养教学原则、建立了“三年滚动，分层递进”的垂直教学策略，建立了“一对一，面对面”的全科、全程导师带教制度，建立了综合性医院与“H—C”一体化教学，创建了“门诊教学四步法”和反思性教学方法。历经 18 年的临床实践与科学研究，为我国全科医学人才培养作出了有益的探索。

邵逸夫医院与杭州市凯旋街道社区卫生服务中心、四季青街道社区卫生服务中心构建了紧密结合的“H—C”一体化的教学管理，形成了双向联动的良好机制。建立医院与社区一体化教学管理制度，详细的社区实践安排、严格的过程管理及考核评估，让住院医师尽早下基层社区，接触门诊及社区病人，训练住院医师独立接诊能力，熟悉社区卫生服务工作。帮助培养社区带教师资，提高社区医疗及教学能力。

历经多年的探索与实践，不仅在全科医学人才培养方面硕果累累，而且在分级诊疗方面迈出了实质性的步伐，形成了“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”机制，双方在医、教、研方面都得到了快速发展。

谈及提高全科住培教学质量的关键，邵逸夫医院全科医学科主任方力争提出三大关注点。第一，注重首诊实践，通过住院医师预查房来体现，让住院医师作为独立的医生个体，训练其规范查房，培养临床技能。第二，注重门诊教学，“门诊四步法”的方式让住院医师掌握门诊要领，使学生直接实践，培养独立接诊能力、沟通能力，以达到提高教学质量、促进住院医师进步的目的。第三，注重反思性教学，引导学员反思，提升临床思维能力及自我提升能力，促进其在自我反思、自我评价中实现自我专业发展。

杭州市凯旋街道社区卫生服务中心扈峻峰主任认为，在住院医师规范化培训中要加强学员的能力培养，注重职业愿景教育，以及社区健康管理服务能力、实际操作能力的提升。

谈及社区基层实践基地的带教与管理体会，扈峻峰主任说道：“住院医师规范化培训基地对社区卫生服务中心来说，不是必选项，但是作为优秀的社区卫生服务中心是必选项。要把住院医师规范化培训教学基地建设作为规范化培养住院医师的事业来做。”

潍坊社区：基层教学基地的管理与教学

上海市潍坊社区卫生服务中心作为复旦大学附属社区卫生服务中心，承担社区基地教学工作，带教分别为规培全科社区带教、在校医学生社区见习、公共卫生服务、社区护理。

上海市潍坊社区卫生服务中心主任杜兆辉介绍说：对规培学员带教，社区实践共12个月，主要采取“一对一”的带教方式，每位带教老师负责1名学员，实行面对面带教。每位师资教学前要根据大纲要求进行教案撰写，选择典型案例进行教学。教学教法分为案例教学法、PBL教学法、模拟仿真教学法、现场教学法。案例教学法在于鼓励学员独立思考，引导学员变注重知识为注重能力，重视双向交流；PBL教学法，以问题为导向的教学法，以病例为先导，以问题为基础，以学生为主体，以教师为导向的启发式教育，以培养学生的能力为教学目标。现场教学法，现场教学实施，教师现场指导。“中山—潍坊”全科教学门诊为：门诊、病例讨论、病例讨论、PPT小讲课四个方面。规范、标准的教学方法的使用，在医学人才培养上起到了重要的作用。

谈到未来的工作目标，杜兆辉提出，“作为基地的管理者，在进行教学过程中，我们的目标是培养社区教学师资，实现社区人培养社区人。”

方庄社区：基层实践基地的教学评价

北京方庄社区卫生服务中心2008年成为北京市全科医师规范化培训社区基地，2014年成为首都医科大学社区实践教学基地。实行“五位一体支撑教学”体系，建立教育教学组织架构，制定教学管理制度，制度学科建设发展规划，目标管理和过程管理相结合推动教学规划的实施，检查、指导在改进和创新中前进。为确保培训质量，在教学过程中对教师、学员、教学内容、教学方法、教学环境、教学管理等诸因素进行教学评价。方庄社区卫生服务中心主任吴浩认为，教学评价的运用，对教师和学员具有监督和强化作用，可以反馈信息修订计划，调整教学行为，判断教学的质量和水平、成效和缺陷，同时评价本身也是一种教学活动。

吴浩主任说，“基层基地的教学功能和三级医院的临床教学功能不一样，把学员在院校教育和临床中所学融汇贯通变成岗位胜任力。前面两部分是在发现珍珠，挖出珍珠，打磨珍珠，而基层基地要把珍珠串成项链，这是基层基地与专科临床基地教学的不同。目的就是要把学员从全能医生到全人医生的过渡，真正为社区服务，得到老百姓的认同。”

以提高全科师资胜任力为导向 分类分级培训

师资质量是培训质量的关键。中国医师协会全科医师分会副会长、中国医师协会全

科医生教育培训专家委员会常务副总干事，首都医科大学全科医学与继续教育学院郭爱民教授认为，“一名好的师资首先是一名好医生，在学术和个人品德上有一定认可，为人师表，有成为师资的愿望，具有高水准的临床能力和有效的交流能力等。”

郭爱民教授说，要建设好一支临床、社区、理论师资队伍，形成横向多学科整合，纵向多层次联合，各类师资相互衔接。临床师资，要树立全科医学理念，熟练基层全科医生服务的内容、方式和特点，掌握全科医生培养临床指导带教内容和方法，能结合本专科实际正确指导带教，帮助全科医生巩固专业思想，并掌握相关业务技术技能。基层医师，加强全科医生指导带教基本理论知识和具体技能方法的培训，理解掌握全科医生培养标准、教学大纲，胜任基层指导带教工作，规范指导带教行为。理论师资，应掌握全科医学和公共卫生相关理论；能够紧密结合全科医生基层医疗卫生服务实践予以正确阐述；掌握理论授课技巧。

对于如何做好师资培训，郭爱民教授表示，要以提高全科师资胜任力为导向，以全科师资培训大纲为依据，以优质精品的教师团队为依靠，以严谨规范的教学过程管理为保证。她认为，要做好顶层设计，实行分类分级培训，以全科培养基地为单位，打造团队式的师资队伍；整合优势资源，助力师资培养。

培训班上还邀请中国医师协会全科医学教育培训专家委员会委员、月坛社区服务中心副主任医师严春泽对全科医生规范化培养标准进行解读，浙江大学医学院附属邵逸夫医院全科教研室副主任戴红蕾对全科住院医师规范化培训教学安排与管理进行介绍。

培训班亮点频出，特别是增设的对话环节，得到学员们的热情参与。理论授课结束后，学员分批赴邵逸夫医院和凯旋社区卫生服务中心参观学习。

本次培训班既有国内先进的全科培训模式分享，也有“接地气”的专家答疑，让来自临床基地与基层实践基地的学员们在学习中真正解决了工作中存在的问题及困惑，受到学员们的一致好评及热情点赞。（中国医师协会编辑部李鸣莉）



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