

# 对全科医学专硕研究生培养模式及学科发展的探讨

李文欣<sup>1</sup>, 李兴升<sup>2</sup>

<sup>1</sup>重庆医科大学, 重庆

<sup>2</sup>重庆医科大学附属第二医院, 重庆

收稿日期: 2022年1月10日; 录用日期: 2022年2月7日; 发布日期: 2022年2月14日

## 摘 要

在全国大力推行全科医学的背景下, 全科医学已经成为基层医疗乃至三甲医院必不可少的组成部分, 全科医学在我国有着越来越重要的作用, 而它的培养模式还不成熟, 学科的总体地位还不够高, 如何借鉴全科医学在国外发展的经验, 扬长避短, 发展出一条具有中国特色的全科医学道路呢? 除了国家的政策支持, 财政支持外, 每一位公民心中都应该打破对全科医学的固有印象, 全科医学也与其他二级学科一样具有可研究性, 也对医疗卫生事业的发展做出了应有的贡献。本文拟从全科医学专业型硕士研究生的角度出发, 谈谈学习中的体会、导师培养模式和可能存在的问题, 结合我国现有全科医学模式及国内外先进经验及不足之处, 谈谈对于全科医学未来发展的展望和建议。

## 关键词

全科医学, 硕士研究生, 三甲医院, 导师培养模式, 国内国外, 个人展望

# Discussion on the Training Model and Discipline Development of Postgraduates of General Medicine

Wenxin Li<sup>1</sup>, Xingsheng Li<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Chongqing Medical University, Chongqing

<sup>2</sup>The Second Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing

Received: Jan. 10<sup>th</sup>, 2022; accepted: Feb. 7<sup>th</sup>, 2022; published: Feb. 14<sup>th</sup>, 2022

## Abstract

Under the background of vigorously promoting general practice across the country, general practice has become an indispensable part of primary care and even tertiary hospitals. General practice is playing an increasingly important role in our country, but its training model is not yet mature. The overall status of the discipline is not high enough. How can we learn from the experience of general practice in foreign countries, exploit strengths and avoid weaknesses, and develop a path of general practice with Chinese characteristics? In addition to national policy support and financial support, every citizen should break the inherent impression of general medicine in his heart. General medicine is also researchable like other secondary disciplines. General medicine also makes contributes to the development of medical and health services. This article intends to start from the perspective of a master's degree student in general practice, talk about the learning experience, tutor training model and possible problems, combined with our country's existing general practice model and advanced and shortcomings at home and abroad, talk about prospects and suggestions for the future development of general medicine.

## Keywords

General Medicine, Postgraduate, Tertiary Hospitals, Tutor Training Model, Domestic and Foreign, Personal Perception

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 全科医学的兴起和在我国的发展目标

全科医学开始出现并兴盛于 20 世纪 60 年代末期的欧美, 是整合社会科学、行为科学、生物医学的一门综合性学科, 20 世纪 80 年代末, 作为新兴学科引入我国。1997 年《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》(中发[1997]3 号)首次提出, 加快发展全科医学, 培养全科医生。2009 年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发[2009]6 号)发布, 全面启动新一轮医药卫生体制改革工作, 着力建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度, 发展基层医疗卫生是新医改的关键。2017 年, 党的十九大报告明确要求: 要实施健康中国战略, 加强基层医疗卫生服务体系和全科医生队伍建设[1]。全科医师为急慢性疾病提供全面而协调的诊疗, 随着人口老龄化、慢性病负担增加, 全科医师在基本医疗保健中发挥越来越重要的作用[2], 我国的全科医生是居民健康和控制医疗费用支出的守门人, 其培养目标是到 2020 年, 适应行业特点的全科医生培养制度基本建立, 适应全科医学人才发展的激励机制基本健全, 全科医生职业吸引力显著提高, 到 2030 年, 城乡每万名居民拥有 5 名合格的全科医师[3]。

## 2. 国外的先进模式和可能存在的问题

### 2.1. 国外的全科医学诊疗及教育模式

全科医学是澳大利亚最大的医学专科, 全科医师的培养必须接受系统的培训及考核评价, 90% 的患者首诊在全科医疗中心, 患者进行初步检查、治疗或转专科医生, 分层诊疗使医疗资源有着最优的利用[4]; 在英国, 全科医生被英国国民健康服务体系称之为“皇冠上的宝石”, 英国政府高度重视, 向其投

入大量资金, 诊疗模式丰富多样: 包括创新的雇佣合同、网络诊疗及私企全科医师团队, 全科医师始终在一线提供以人为本细致入微的诊疗服务, 处理好个人健康、未病和确诊之间的关系, 并在民众和纳税人的期望及需求之间权衡[5]; 在美国, 全科医师已加入指南的编写: 如美国心脏病学会让基层全科医师参与新的胆固醇指南的制定, 专门设立全科医师奖学金项目, 鼓励新任职的全科医师[6]。

教育方面: 全科医学在加拿大逐渐形成了完备的教育体系, 分为医学院校教育、毕业后教育和继续教育三个部分。在加拿大的大部分医学院, 全科医学的学制为4年, 已注册执业的全科医生仍需每2年参加全科医师学会组织的资格认证考试, 合格才可再次注册并执业[7]。美国全科医师继续教育推崇“考核—再注册”模式, 每3年必须修满一定学分, 每6年一次重新审核, 合格者才能再次执业, 通过硬性规定督促全科医生终身学习, 保证全科医疗服务的质量[8]。澳大利亚皇家全科医生学会曾颁布了全科医师标准: 师资成员必须是国家医学委员会的会员、必须热爱全科医学、必须有至少4年的全科医师培训经验, 还规定教师每6个月指导学员拟定学习计划、每周进行1小时面对面教学等[9]。多数地区社区实习教学大纲要求学生培养终身学习和自主寻找学习资源的能力, 要求通过案例展示或小组讨论等形式, 发现自身不足, 鼓励学生通过参加学术会议、结构化临床考试等提高业务能力, 重视对社会学、心理学和循证医学等方面知识的学习, 从而更好地进行诊疗[10]。

## 2.2. 国外全科医疗的不足之处

收入分配方面: 一方面, 每年每位患者不限次数的诊疗费用比就诊于二、三级医院一次的费用还低; 另一方面, 每人每年, 无论看病次数, 支付给全科医师的金额数固定, 这在一定程度上导致收入与工作量不匹配, 使得很多全科医师离开岗位[11]。没有在及时识别病症、及时转诊、减少行政工作方面做出改进[12], 工作重点不够明确。尽管近90%的澳大利亚公民首诊在基层, 但保健预算中分配给初级保健的比例还不到9% [13], 资金投入还远远不够。学术研究方面: 虽然在医学院的课程开发、质量评估、招生、福利等领域有研究, 但在学术改进和创新方面研究甚少[14], 而缺少创新就没有进一步发展。

## 3. 结合我国现状及自身感悟谈谈学科培养建议

### 3.1. 我国全科医学现状

一方面, 我国公民对全科医学处于不了解、不信任, 进而不选择的状态, 国民的就诊习惯是首选二、三级医院, 以往数据显示: 2016年国内三级医院就诊数量为162,784.8万人次, 二级医院就诊人数为121,666.5万人次, 社区卫生机构就诊数量仅21,790.9万人次, 如此现状很大程度上限制了我国全科医生业务水平的发展[15]。我国多在三级综合医院设置培训基地, 让其中的专科医生进行教学, 培训基地缺少具有全科医学理论、实践能力和教育能力的教师[16]。一项调查显示: 全国128所医学高校中, 仅有63所开设全科医学理论课程, 约58%的院校未设置全科医学系或教研室, 开设全科医学实习课的不足20% [17]。高校的全科医学理论教学主要由从事公共卫生管理或预防医学的教师经过短期培训后教学, 极少部分教师专门从事全科医学教育研究。他们虽有丰富的授课经验, 但对于全科医学理论及实践经验相对薄弱, 不能真正把握全科医学整体观, 也不能很好地理解和传授全科知识[18]。

另一方面, 我国全科医生的构成来源多种多样: 1) 本科定向培养, 要求定向地点服务6年; 2) 农村医生继续执业; 3) 中等职业学校文凭的医学生, 经过2年全科医生助理服务后通过执业医师资格考试成为农村全科医生; 4) 完成大专学位课程的助理全科医生通过2年培训来获得农村全科医生的资格; 5) 具有本科学位的医学生, 完成3年的专业硕士学习或住院医师规范化培训。6) 博士学位的和转岗的全科医师[19]。在我国专科医师常通过转岗培训成为全科医师, 专科医师注重知识的细化, 常忽视常见病的整体处理原则, 故培训学员基础知识及综合素质参差不齐, 仅靠短期的岗位培训难以培养出高质量、综合能

力强的全科医师, 进而导致全科医师实际的岗位胜任力在临床技能、科研能力方面都未达到理想水平。

### 3.2. 培养模式及建议

在全科医学硕士研究生的培养模式上, 随着导师责任制的引入, 每个学生都有对应的导师, 培养涉及理论考试、出科考核、开题报告、中期考核、毕业答辩等, 但却存在师资队伍薄弱、经验不足、认可度低的问题[20], 可以从以下方面改善教学: 1) 课程设置要符合学科特点, 覆盖临床医学各科的基本诊疗和保健技能; 2) 教学中可多采用以问题为基础(PBL)、以计算机为基础(CCS)和标准化病人(SP)等教学方法[21], 通过使用启发式、自学式和交互讨论式教学, 充分调动学生积极性及主观能动性, 由被动接受知识转为主动参与学习[22]; 诊疗上始终启发学生以病人利益最大化为原则、考虑一元论、器质性疾病和可治性疾病; 3) 在三甲医院加强“全科医学科”建设, 招纳最优秀的全科医学硕士就业; 同时设置在职硕士, 拓宽培养渠道[20]; 4) 推行双导师制: 单一导师制适合专业学科的研究生, 全科医学研究生的培养应该更加注重临床知识的广度、工作能力的全面性。将三级医院有较强专业知识的导师与社区有丰富基层工作经验的导师组合成双导师, 会更有利于人才培养[23]; 5) 重视全科医疗学术研究: 结合我国, 可考虑将区域卫生协同发展、社区人群发病特征、社区健康管理及慢性病管理路径及成效评价、全科医师培养及教学优化等纳入学术研究[24]; 6) 可将公共卫生管理内容尤其是疫情管理引入教学[25], 全科医师还应该精通精神心理、急诊医学、预防医学、康复医学及相关人文社会科学, 全科医生培训应该从3年延长到5年, 以覆盖所需的所有技能[26]; 7) 重视领导力的培养, 注重改善医疗护理质量、反思重大不良事件、分析管理相关风险从而培养管理能力[27]。另外, 现推崇的家庭医师签约制度可以为统计和管理病人、个性化地考核医师提供便利, 对贯彻连续性诊疗几乎没有作用, 要思考如何让患者每次就诊都找那位指定的家庭医师才是签约制度的核心[28]。

### 3.3. 学习中的感悟

作为一名全科医学专业型硕士研究生, 我了解到全科医学专业与其他学科相比, 地位并不高, 但其实全科医疗的“全人”导向比其他专科更能有效地减少过度医疗[29]。学习中我深刻感受到全科医师、基层医疗的作用: 在疾病大流行期间如新冠疫情期间, 社区的全科医师始终坚守在抗疫第一线, 为居民健康保驾护航, 基层也成功地开展了有史以来最大规模的疫苗接种活动, 为人民群众筑起了安全屏障[30]。我也深刻认识到: 一名好的医生都应该是一名全科医师, 要全面掌握, 重点突破。我们医者总是去安慰, 有时去治愈, 全科医师更应该注重人文关怀, 在诊治时不仅要关注疾病本身, 还要关注疾病背后的患者家庭背景、价值观、宗教信仰、性格特点, 学会综合评估, 抓主要矛盾, 优先解决亟需处理的疾病, 把病人看作一个整体为其制定出最优的诊疗方案。所以全科医师所承担的工作压力、强度、风险等比专科医生更高。但据我了解, 我国全科医生的待遇只达到社会平均水平, 而国外全科医生的薪资水平是平均工资水平的3~4倍甚至更多。目前, 院校的全科医学专业型硕士研究生培养体系仍在探索中, 如社区实践、门诊诊疗均欠缺规范的培训方案。学习过程中还发现许多同学对就业感到困惑, 有调查显示: 同期毕业的全科医学硕士研究就业去向: 18.2%社区卫生服务中心、36.4%三级医院全科医学科、36.4%医院其他科室、9%出国或读博[31]。其实我们的职业发展有很多可能性, 可以专攻某一临床领域, 可以成为教师培养下一代全科学员、可以为部队提供医疗支持、可以进入国家健康管理委员会、可以为专业期刊撰写文章、去发展中国家成为国际志愿者医师等[32], 只要思维不局限, 就有无限可能; 只要我们每一位全科人有信仰, 祖国的全科医学事业就会蓬勃发展。

## 4. 学科未来展望与发展

没有哪两个国家的全科医学发展进程和全科医生培养制度是完全吻合的, 中国应根据自己的实际能

力、历史发展等方面综合考虑, 在实践中探索, 在探索中前进, 最终选择最适合自己的发展的道路[4]。基础医疗服务是国家医疗系统的基石, 我们高呼在每一个发展阶段要达到什么样的目标, 其实改变在于每一位全科人, 每一位政策制定者以及每一位公民。要汲取国内外先进经验, 利用新媒体多宣传全科医师并重视对全科医学专业型硕士研究生的培养; 要结合国家医疗卫生的政策部署, 规范并完善“互联网 + 医疗”体系, 国家也应该加大对全科医学的投入力度、提高全科医师的收入, 提供职业补助、增加晋升机会, 设立专项补助吸引全科医生到偏远地区注册执业等[19], 同时制定严格、明确、可操作性强的考核标准, 增强全科医生职业吸引力。让改革在正确的方向上进行, 让投资真正落到实处, 或许才是我国全科医学日后发展的重要方向。

## 参考文献

- [1] 武宁, 程明美, 闫丽娜, 钱文溢, 张光鹏. 中国全科医生培养发展报告(2018) [J]. 中国全科医学, 2018, 21(10): 1135-1142.
- [2] West, C.P. and Dupras, D.M. (2012) General Medicine vs Subspecialty Career Plans among Internal Medicine Resident. *JAMA*, **308**, 2241-2247. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.47535>
- [3] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2018(4): 9-13.
- [4] 高清晓, 宋月雁, 丁国锋. 澳大利亚全科医生培养模式对中国的启示[J]. 中国继续医学教育, 2020, 12(32): 89-93.
- [5] Marshall, M. (2015) A Precious Jewel—The Role of General Practice in the English NHS. *New England Journal of Medicine*, **372**, 893-897. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1411429>
- [6] Wójcik, C. and Shapiro, M.D. (2019) Bridging the Gap between Cardiology and Family Medicine. *Circulation*, **140**, 709-711. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.119.040151>
- [7] Bergman, H. 加拿大家庭医学的实践与发展[J]. 中国全科医学, 2016, 19(13): 1487-1488.
- [8] 刘露, 江启成. 国内外全科医学教育比较与反思[J]. 中国卫生事业管理, 2014, 31(12): 940-942.
- [9] The Royal Australian College of General Practitioners (2005) Standards for General Practice Education and Training Trainers and Training Posts. The Royal Australian College of General Practitioners, East Melbourne.
- [10] Turkeshi, E., Michels, N.R., Hendrickx, K., et al. (2015) Impact of Family Medicine Clerkships in Undergraduate Medical Education: A Systematic Review. *BMJ Open*, **5**, Article No. e008265. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008265>
- [11] Matthew, L. (2016) GP Leaders Vow to Secure More Money for General Practice. *BMJ*, **352**, Article No. i624. <https://doi.org/10.1136/bmj.i624>
- [12] Salisbury, H. (2021) Helen Salisbury: Will Additional Roles Save General Practice? *BMJ*, **373**, Article No. n946. <https://doi.org/10.1136/bmj.n946>
- [13] The Lancet (2017) An Annual Spotlight on Australian General Practice. *The Lancet*, **390**, 1466. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32518-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32518-7)
- [14] Richard, H.F.D. and Campbell, J.L. (2015) Academic Primary Care and the General Practice Workforce. *Lancet*, **386**, 952-953. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00059-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00059-8)
- [15] 徐荣荣, 姚娟娟. 全科医生制度的立法思考[J]. 法制与社会, 2017(9): 51-52. <https://doi.org/10.19387/j.cnki.1009-0592.2017.03.316>
- [16] 杨辉, 韩建军, 许岩丽. 中国全科医生队伍建设的发展、挑战与展望[J]. 中国全科医学, 2019, 22(19): 2267-2279
- [17] 李佳凌, 邹礼乐, 巫岳龙. 对地方医学院校开展全科医学教育的思考[J]. 科教文汇, 2015(23): 62-63.
- [18] 刘彦玲, 谢苗荣, 陈建军. 国内外全科医学师资建设研究[J]. 中国全科医学, 2017, 20(4): 388-393+398.
- [19] 刘婧, 周宪春. 国内外全科医生岗位胜任力影响因素对比及启示[J]. 中国老年学杂志, 2020, 40(5): 1095-1100.
- [20] 陈新超, 李楠. 临床医学(全科)硕士专业学位研究生培养的思考[J]. 中国全科医学, 2015(19): 2317-2319.
- [21] 韩新强, 王雪敏. PBL 联合 CBL 在住院医师规范化培训教学查房中的应用[J]. 中国继续医学教育, 2021, 13(27): 31-35.
- [22] 卢金婧, 张耐思, 崔乐乐, 裴冬梅. PBL 教学方法在全科医学实习教学中的运用[J]. 中国继续医学教育, 2017,

- 9(2): 23-25.
- [23] 刘利民. 全科医学专业硕士学位研究生培养双导师制的思考[J]. 北京医学, 2015, 37(7): 703-704.
- [24] 周亚夫. 发展全科医学要找准定位讲究策略[N]. 健康报, 2021-05-05(008).
- [25] 王佳, 路宁, 崔曼莉, 朱琳, 张明鑫. 新型冠状病毒肺炎疫情防控给全科医学发展带来的思考[J]. 中国全科医学, 2020, 23(9): 1090-1094.
- [26] Kirby, T. (2011) Clare Gerada: Chair of UK's Royal College of General Practitioners. *The Lancet*, **377**, 21. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62326-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62326-4)
- [27] 杨森, 石建伟, 金花, 陈晨, 王朝昕, 于德华. 基层医疗机构全科医学管理者领导力研究进展[J]. 中国全科医学, 2020, 23(22): 2763-2767.
- [28] Pereira, G.D., Sidaway-Lee, K., Philip, E. and Harding, A. (2019) Having a Named Doctor in General Practice Is Not Enough to Improve Continuity of Care. *BMJ*, **367**, Article No. l6106. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6106>
- [29] Marshall, M. and Pereira, G.D. (2016) General Practice Is Making a Leap in the Dark. *BMJ*, **355**, Article No. i5698. <https://doi.org/10.1136/bmj.i5698>
- [30] Abi, R. (2021) Patients Have Struggled to Access General Practice during the Pandemic, Healthwatch Reports. *BMJ*, **372**, Article No. n798. <https://doi.org/10.1136/bmj.n798>
- [31] 崔洁, 刘英杰, 路孝琴, 徐德颖, 张丹丹, 杜娟. 全科医学硕士专业学位研究生培养现况调查[J]. 医学教育管理, 2018, 4(2): 108-112.
- [32] Jacqui, W. (2019) Developing Your Career as a Physician in General Internal Medicine. *BMJ*, **367**, Article No. l6254. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6254>