

办医”,引导学生、医生参与,促进模式在实践中成熟。努力保障学生的就业、生活、保险等问题,通过满足学生的基本需求激励其不断上进,为社会做出更多的贡献。同时,还要明确学生的精神层面的需求,带教老师应善于鼓励支持学生创新,院方也要提供良好的工作环境,全面促进规培模式的成熟。

3.3 统筹兼顾毕业后教育两大模式,完善二者之间的互补互信 目前国内的医学教育体制呈多样化趋势发展,虽然满足了各类学生的需求,但是难免会产生“杂而不精”的现象,尤其是在毕业后教育方面。中国医学研究生教育属教育部统筹,而住院医师规培则主要由卫生部负责监管。2011 年 12 月,在全国医学教育会议上,卫生部和教育部部长分别提出了整合建议,但如何落实、统一医学研究生教育与规培制度,仍需不断探索。政府应尝试淡化医学硕士教育,实现规范、连贯、完整的医学教育模式,避免教育内容雷同的资源浪费;制定出可以适应各类医学教育的规培制度,满足医学生多样的需求;鼓励医学生规培后再深造,提高自身专业技能,切实做到医学精英化教育。

3.4 真正与国际接轨,拓宽学生选择途径 在经济全球化的背景下,中国经济飞速发展,人们的生活水平不断提高,大家对卫生专业队伍的要求也越来越高。因此,1993 年中国模仿国外建立起了规培制度。在将近 20 余年的探索过程中,制度在不断完善,但是依然没有建立起与国际接轨的相关政策机制。规培和考研后,学生的学历并不被国外所认可,导致医学生规培后选择机会并没有像预期的一样增加,反而减少。相关部门需为学校、医疗机构创造对外平等交流的平台,深入探讨中国教育体制的不足。学校和医院也应把握机遇,与国外建立长期长效合作机制,从下到上改革深造体制,摸索具有我国特色的国际化医学教育新模式。

3.5 增加沟通渠道,减少不同人群认识的差距与看法的错位 卫生行政部门应该开通各种渠道,加强与在校医学生特别是毕业生的沟通与交流,建立信息反馈机制,切实有效地了解和满足学生工作现状。学校和医院的管理人员之间也应该互相多交流、互通信息、取长补短。通过会议、论坛、官方网站等平台进行信息交换,在对医学生培养及需求方面达成共识,更好地为医学生和医学教育的发展服务。

3.6 继续保持临床教学优势,不断加强综合素质教育 医学生毕业后的几年是巩固在校所学,积累临床实践经验的大好时

机。教学医院和医学院校应明确教育教学的主要目标,有侧重地进行培养锻炼,提高医学生的临床技能,增加其与患者直接接触的机会,让他们独立思考,自行提出问题并引导其及时解决问题。另外,还需加强学生综合能力的培养。人文素养,沟通能力等均是从根本上解决医患关系,改善医疗环境的关键,提升下一代临床医生的综合素质至关重要。

参考文献

- [1] 林萍,管远志. 学制——我国医学教育的困惑与出路[J]. 医学与哲学,2008,29(4A):62-63.
- [2] 蒋卫君,何仲. 发挥行业专业优势建设特色示范基地——以北京协和医学院继续教育示范基地建设为例[J]. 继续教育,2014(7):20-22.
- [3] 陆君. 加强毕业后医学教育建立专科医师培养和准入制度[J]. 中华医学科研管理杂志,2006,19(4):244-247.
- [4] 石景芬,王星月. 毕业后医学教育阶段住院/专科医师对带教师资需求的再调查[J]. 中国循证医学杂志,2009,9(7):740-743.
- [5] 王星月,莫春梅,石应康,等. 毕业后医学教育阶段住院医师对带教师资需求的调查[J]. 中国循证医学杂志,2006,6(5):329-334.
- [6] 石景芬,王星月,王旭阳. 住院医师专科医师对规范化培训带教师资和培训管理的满意度调查分析[J]. 中国医院管理,2010,30(1):36-38.
- [7] 邓娅,邓世雄. 新形势下完善住院医师规范化培训制度的研究[J]. 重庆医学,2011,40(13):1337-1339.
- [8] 廖于. 借鉴医学教育国际标准培养创新型医学人才[J]. 重庆医学,2008,37(14):1622-1624.
- [9] 佟野,于晓松. 住院医师规范化培训改革的现状与思考[J]. 现代医院管理,2011,9(3):48-51.
- [10] 白俊清,刘艳阳,朱琳住,等. 住院医师规范化培训与临床专业学位研究生医学教育培养结合模式的思考[J]. 医学教育,2012,23(11):1914-1916.

(收稿日期:2014-10-03 修回日期:2015-01-26)

• 医学教育 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.12.050

政府主导下的农村卫生人员合作办学模式研究与实践

毛良¹,董蜀荣²

(1. 重庆三峡医药高等专科学校职业培训部,重庆 404020;2. 重庆市卫生局科教处,重庆 401147)

[中图分类号] G724.4

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)12-1719-03

为贯彻 2009 年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》精神,加快农村卫生人才队伍建设,推进城乡卫生事业统筹发展,重庆市卫生局等五部门决定开展农村基层卫生人员成人大学学历教育工作^[1]。重庆三峡医药高等专科学校负责渝东南、渝东北地区培养任务,于 2012 年录取 2 269 名农村基层卫生人员,按照临床医学专业(全科医学方向)和成人大

专层次培养。针对学生量大,学员分散,教学资源不均衡等困难,学校与上级管理部门研究制订了以政府统筹为主导、以学校办学为主体、以集合地方教育资源为补充,形成“政校地”合作办学模式。使学生在就近的县和乡镇参加教学,以化解学员工学矛盾,调动学生参学率和积极性。通过创新和实践,以政府为主导的合作办学模式既可实现新医改提出的把基

本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供及政事分开、管办分开等改革思路^[2],还能发挥承办学校的办学主体作用,集合区县卫生教育资源,为创新农村技术人员继教模式积累经验。

1 实施政校地合作办学模式的必要性和紧迫性

1.1 加快培养方式的改革是落实新医改目标的迫切要求 乡村医生是农村卫生队伍的主要组成部分,他们的配置一般是按 1 000(户籍):1 名(乡村医生),以及 1 个行政村设置 1 个村卫生室(所)进行配置^[3]。2012 年 4 月在卫生部召集的 17 省全科医师培训工作会议上,重庆市卫生局印发的《保基本强基层建机制着力培养基层卫生人员》披露,全市 1 601 个社区、乡镇卫生院在岗人员共计 30 861 名;全市 11 317 个村卫生室共有乡村医生 25 678 名,其中,本科 990 名,专科 9 072 名,只占农村基层卫生队伍总量的 17.8%。根据重庆市委市政府《关于进一步加强农村卫生工作的决定》中对农村卫生人才队伍发展的要求是:“到 2010 年全市 40% 的乡村医生要具备大专以上学历”。从以上统计数据看,培养农村卫生人员学历继续教育的任务还十分艰巨,各省(市)也都普遍存在类似的状况。特别是卫生部《中国卫生人力发展纲要(2001~2015)》指出:到 2015 年农村地区乡村医生 85% 要完成向执业助理医师的转化。因而,加快推进农村基层卫生人员在岗培养,需要有新思路、新办法,以跨越式的节奏来实现农村卫生人才队伍的建设发展。

1.2 加快农村卫生人员学历教育必须创新人才培养模式 农村基层卫生人员是指,县、乡、村三级卫生机构的医疗卫生技术人员。他们身处广大边远山区,学习机会和信息资源匮乏,加上各种历史原因的影响,如果采取常规办法来实施很难完成培养任务。(1)乡镇卫生院人员编制配置少,一岗一人的情况很普遍,特别是乡村医生一村一人的配置,如果集中到学校学习是不现实的;(2)乡村医生“半医半农”的情况还比较突出,离岗就意味着失去生活来源,这是乡村医生也难以逾越的关口;(3)农村卫生人员队伍存在的历史遗留问题,不是单个和零星的问题,已经成为一个庞大的问题群体,需要整体性解决;(4)农村卫生队伍人员短缺的现状,还难以“以新换旧”的办法来解决,需要立足就近和就地培养来实现“留得做、用得上”的人才培养策略;(5)在职人员工学矛盾十分突出,解决这些矛盾的关键是要创新和改革办学机制和教学模式,重构教学环节的各个要素,努力适应农村基层的多元化办学模式的发展。

2 建立政府主导下的政校地合作办学模式的可行性

2.1 “医、科、教”结合为构建“政校地”办学模式奠定了发展方向 “医、科、教”结合是医学领域维系其发展而形成的显著特点,在继承、发扬、提升的循环往复中不断推进医疗技术的进步。中国的医疗卫生继续教育在长期实践中形成了比较完善的组织建设体系,不论是在各级卫生行政部门还是在医疗机构,一般都设置有医教科管理部门,同时,各地方还建立有卫生干部培训学校,形成了常年开展医教工作的基本制度。(1)建立了比较完善的医学继续教育考核体系。卫生部于 1991 年颁发了《继续医学教育规定》,其中,要求乡村医生参加继续教育为:每 2 年必须参加 1 次培训^[4]。(2)医学临床技术是一门高度融合理论知识和实践技能的学科,临床医生是在“学习、实践、研究”和“教”与“学”的相互作用中不断升华自己的能力。各医疗机构在这样的“学”与“教”的活动中,培养了大批具有丰富临床经验,又能够担任教学任务的技术人才,成为“政校地”办学模式得以依靠的教学力量。(3)中国医疗机构的建设规划

(包括医院等级达标指标),要求医院赋有承担临床教学任务的职能,因而,学校与各地医疗机构建立有长期合作培养学生的稳固的教学关系。医疗卫生行业形成的继续教育组织体系,为构建“政校地”合作办学模式奠定了良好的基础。

2.2 突出的行业特征有利于发挥卫生行政部门的统筹协调能力 中国高等教育虽然由教育部门管理,但卫生行业的特殊要求促使卫生教育事业具有其特殊性,突出表现在:专业设置、医疗资源布局、临床教学实习等各个方面都需要由卫生行政管理部门进行统筹规划和合理设置;其次,医学类考试、执业岗位标准等也都是由卫生行业进行具体编制,制定评价考核体系。卫生行业的特殊性限定,制约着医学教育的方向和培养目标。医学教育的“双轨”管理体制,即教育部门与卫生部门的共同管理,为发挥卫生行政管理部门的职能,对行业各级管理机构实施统筹协调,促进和实现各级卫生教育资源的整合奠定了基础,也是以政府为主导而形成合作办学模式的组织保障。

3 构建政校地合作办学模式的思路和途径

3.1 建立“政校地”合作办学模式和保障机制 “政校地”管理体制就是建立由政府、学校、地方卫生教育机构共同参与的组织机构。在明确各方权利和义务基础上,要充分发挥学校的办学主体作用,形成合作教学的运行机制。在这个体系中,政府起着主导作用,规划发展,监督考核、统筹协调;学校负责人才培养方案规划,提供教学资源,负责教学管理、教学考核、教学质量;各地方卫生教育机构是实施教学过程的主体。政府要体现在强化政策职能上,对农村基层卫生人员的培养要“建立政府主导的多元化卫生投入机制”^[2],加大对农村卫生人员成人学历教育的财政补贴,设立专项财政预算资金,着力保障农村成人教育经费的来源^[5];学校要整合教育资源,成立专门的教育管理机构,制定符合农村卫生人员发展的课程体系和教学管理制度,实现“校地”资源互补,落实教学质量保障措施;各地方教学机构要发挥本地专业技术人员和教学实习基地等资源优势,在学校的指导下开展教学工作。通过对“政校地”合作办学模式的运行机制做出制度化的规范,学校在上级卫生部门指导下与 17 个县卫生局签订合作办学协议,明确了各方职能和衔接关系,形成职责分明、互利互惠、资源互补的管理模式。

3.2 实施校、县、乡(镇)“整分合”教学组织模式 (1)整:就是统整教育资源。由承办学校统一农村卫生人员培养目标、教学方案、教学标准、教学质量考核;统筹管理和调配“校地”教学资源,使合作办学模式充分体现主办学校的教学中心地位,保障教学的系统化和整体性。(2)分:就是根据学员的分布情况,以乡镇为学习单位,将其分为若干学习小组,在学员相对集中的乡镇实施基础课程的视频教学。(3)合:就是把主干学科和考试集中在县级教学点进行。推行整分合教学组织模式,既与整个教学采取面授教学和视频教学相结合的方式相适应,又利于实现“送教上门”解决工学矛盾。学校在 17 个县和乡镇共设置 119 个视频教学点,在 17 个区县设置集中面授教学点,使不同任务和不同特色的课程在不同的教学点开展,最大化满足“学”与“教”的双边需求。同时,采取电子考勤和签字考勤相结合的监督制度,确保整分合教学组织模式得到有效实施。

3.3 发挥现代教育技术资源的作用 通过建立多媒体网络平台,有利于城乡教育资源整合,缩小城乡成人教育水平的差距^[6]。学校以校企合作方式,引进北京华医网科技股份有限公司的 IPTV 互动教学系统 V1.0 的视频教学资源,在 119 个乡

镇设置视频教学点,开展基础课程教学。同时建立网络电子考勤系统,对学生集中学习过程,实行实时的电子考勤和网上统计,切实加强学习过程的监督和考核。并针对教学开设的课程,建立专门的“农专”教育窗口,提供网上学习辅导站。为此,编制了网上提问、答题、查询等学习功能,并建立了网上病案模拟操作练习,为学生自主学习提供了良好的、多样的辅导学习资源。

3.4 加强师资队伍和教学管理队伍建设 教师队伍建设是教学质量保障的重要支撑。面对学生分布广、体量大的实际情况,学校按照职业教育突出“双师型”教师教学特长的要求,在当地聘请具有副高级以上职称、临床教学经验丰富,有继续教育经验的专业技术人员担任兼职教师,形成了“专兼结合、校地互补”的师资队伍。兼职教师经过县(区)卫生行政部门推荐,学校考察聘请了 200 余名兼职教师,其中正高级职称达到 18.20%、副高级职称占 49.12%,中级职称为 32.68%。除集中进行教学技能和教学规范的培训外,还建立兼职教师教学过程和教学质量考核制度,采取对教学过程实施学生评价、自我评价、管理方评价的考核机制。同时,对各县教学管理人员进行集中培训,树立管理责任意识,规范教学要求,建立起统一的教学质量观和教学运行规范。

4 构建具有农村全科医生特色的专业课程体系

4.1 改革传统的临床医学专业课程结构 传统的课程体系是以疾病为中心的课程体系,或称为诊断-治疗模式。随着现代社会人口老龄化,疾病与死因谱的改变,医学模式从生物模式向生物-心理-社会医学模式演变^[7]。对此,课程体系的改革和课程设置,首先要以生物-心理-社会医学模式的理论基础为指导;其次成人教育课程结构体系的构建要依据按需施教、学用结合、够用适度的原则改革宽基础,偏重基础理论,基础课比例过大的“金字塔式”的课程层次结构^[8]。为此,确立了“突出临床实用课程、精减基础课程、减少和融合公共课程,注重课程逻辑联系,把握教育规律的基本原则”的改革方针。(1)调整课程和课时总量,把课程精减到 20 门学科,将总课时定为 1 800 学时的基本标准^[9]; (2)将专业课程课时比例由普通类的 25.89% 提高到 49.35%;基础课程课时由 39.29% 减少到 26.47%;公共课程课时由 25.00% 减少到 7.84%; (3)改革公共课程内容,取消不实用的课程,增加医学应用写作、医院信息技术等通识能力课程; (4)在专业课程结构体系中不仅增加全科医学、社区医学等课程,还在课程价值取向上融合全科医学理念,并突出农村卫生的针对性、实用性,兼顾发展性。改革课程设置的情况,见表 1。

表 1 普通教育与成人教育课程设置对比[学时(%)]

课程设置	总数	公共课程	基础课程	主干课程	选修课程
普通课程数	29	6(20.69)	12(41.38)	7(24.14)	4(13.79)
成人课程数	22	4(18.18)	7(31.82)	10(45.45)	1(4.55)
普通课时量	2 016	504(25.00)	792(39.29)	522(25.89)	198(9.82)
成人课时量	1 224	96(7.84)	324(26.47)	604(49.35)	200(16.34)

4.2 实施分段式临床教学实习模式 把临床教学实习分为两个阶段实施,改变了医学教育传统的“2 加 1”(2 年理论学习和 1 年临床教学实习)模式 其优点为:(1)增强理论教学与实践

教学的及时结合。每完成一段课程体系的“组合部分”的理论学习后,及时进入该“组合部分”的临床实习,强化教学与实践密切结合;(2)将临床实习分段进行,能减少农村基层卫生人员长时间脱离工作岗位带来的业务损失和家庭困难;(3)采取分小组轮流安排实习,尽量错开农村流行病高发期和农忙时节,有利于化解学生工学矛盾,兼顾工作需要和基本利益。

4.3 推行模块组合式成绩考核办法 传统的学习成绩考试是以书面考试决定最终成绩,不利于学生自主学习和探究问题,决定“医学教育的出色不仅是教师的出色,更重要的是使学生的学习方面是出色的”^[10]。在考试方式上,建立了“书面考试+作业+出勤”的结构式考试办法,权重分别为:书面考试 60%、出勤 20%、作业 20%。结构考试办法对加强学生学习自律,注重学习过程,提高自学能力具有积极促进作用。同时,由于完善了网络学习考勤系统,学生学习期间的考勤也能够得到有效监控。而对学生自学的评定还表现在对作业的考核,不仅对每门课程编印了作业练习册,还建立了作业考核量化指标体系,对作业的完成质量进行量化考核。最后,通过对考勤和作业进行量化,纳入到学科考试成绩之中。

总之,探索和实践以政府为主导的政校地合作办学模式,是基于广大农村地区卫生人才存在突出短板的现状而创新的改革举措,它以新医改提出的人才培养要求和医学教育规律为指导,以成人教育针对性、实用性、灵活特征为基础^[11],探索有效整合社会教育资源,推进农村基层卫生人才队伍建设的一种新型办学模式,具有可资借鉴的实用价值和意义。

参考文献

- [1] 重庆市卫生局,重庆市发展和改革委员会,重庆市财政局,等.关于开展重庆市农村基层卫生人员成人大专以上学历教育工作的意见[S].渝卫[2011]90号,2011-07-21.
- [2] 中共中央,国务院.关于深化医药卫生体制改革的意见[S].中发[2009]6号,2009-03-17.
- [3] 国务院办公厅.关于进一步加强乡村医生队伍建设的指导意见[S].国办发[2011]31号,2011-07-14.
- [4] 中华人民共和国国务院.乡村医生从业管理条例[S].中华人民共和国国务院令 第 386 号,2003-08-05.
- [5] 郭静,朱小蔓.发展中国家农村成人教育面临的挑战与发展趋势[J].教育研究,2011(5):85-90.
- [6] 卢雯璨.城镇化视阈下农村成人教育发展研究述评与展望[J].职教通讯,2013(4):40-44.
- [7] 孙宝志.实用医学教育学[M].北京:人民卫生出版社,2011:1-5.
- [8] 牟映雪.论成人高等教育课程理念创新[J].教育与职业,2005(21):61.
- [9] 国家教委.成人高等专科教育制订教学计划的原则意见[S].教成[1992]18号,1992-12-17.
- [10] Amin Z,Hoon KE.医学教育精要[M].施红,译.北京:科学出版社,2008:4.
- [11] 叶立群.成人教育学[M].福州:福建教育出版社,2011:154.