

毕业后医学教育制度的 研究与实践

Biyehou Yixue Jiaoyu Zhidu
de Yanjiu yu Shijian

徐建光 张勘 许铁峰 主编

概论

国际和我国港台地区毕业后医学教育制度概况

我国毕业后医学教育制度的建立历程及现状

上海市毕业后医学教育工作的探索与实践

毕业后医学教育相

教育部、卫生部相

上海市相关文件



毕业后医学教育制度 的研究与实践

徐建光 张 勘 许铁峰 主编

科 学 出 版 社

北 京

《毕业后医学教育制度的研究与实践》

编委名单

主 编 徐建光 张 勘 许铁峰
副主编 祝璿珠 胡天佐 刘雄鹰 张怀琮
编 委 (按姓氏拼音排序)
方 吕 付 晨 胡天佐 黄越承 蒋 莹
金圆婷 李文昌 林 海 刘 胜 刘 艳
刘 瑶 刘雄鹰 倪卫杰 潘志刚 邵 洁
沈 琴 石 珩 束金龙 田 丹 汪 玲
王 健 王雄国 吴仁友 许 森 余 情
张澄宇 张怀琮 张圣海 张向杰 赵 坚
郑玉英 钟羽西 祝璿珠 邹 健
学术秘书 方 吕

序

医学教育的历史源远流长。人类在与疾病斗争的过程中建立了医学,为了把长期积累起来的医疗经验传给下一代,便产生了医学教育。起初是以师带徒的形式,随着知识量的扩大和对医务人员需要量的增加,学校形式的医学教育便应运而生。中国早在公元 443 年刘宋王朝即已设立官方的医学教育机构;公元 9 世纪,意大利萨列诺医学校开始闻名于世。一定社会的医学教育要受到一定社会的政治和经济的制约,并且直接受到卫生和教育事业发展水平的影响。与此同时,医学教育反过来又对它们产生不可低估的影响和作用:为社会培养医疗保健人才,保护社会劳动力;把医学知识和经验世代积累下来,传授下去,实现医学知识的继续和再生产。

20 世纪 50 年代末 60 年代初,在欧洲出现了终身教育的思想,认为教育是个人一生中连续不断地学习的过程。在这种思潮的启发下,目前国际上医学界比较一致的看法是,一个医生接受医学教育也是一个终身过程。这一过程可分为三个阶段:基本医学教育,即医学院校教育,学生在学校中接受的是基础教育;毕业后医学教育,医学生从医学院校毕业后,在所得的基本知识和技能的基础上,接受专业化培训,使所学知识和技能朝着某一专业方向深化,主要包括住院医师规范化培训和专科医师规范化培训两个部分;继续医学教育,是在完成毕业后医学教育之后,为适应医学科学技术和卫生事业的发展,继续学习新理论、新知识、新技术、新方法的终身过程。这三个

性质不同的教育阶段应紧密地衔接,形成连续统一的医学教育过程。

中国的医学教育始于南北朝,至今已有 1500 多年的历史;住院医师培训在我国也已有近百年历史,最早可追溯到 1921 年。随着社会的发展,医学科学的进步,医学模式的转变,医学教育也面临着新的挑战,尤其是毕业后医学教育的地位越来越受到肯定和重视。我国的毕业后医学教育起步较晚、发展较慢,缺少系统性研究,虽然一些省市陆续开展了试点工作,但目前尚未在全国形成制度,远远不能适应我国卫生事业发展的需要。

上海作为医学科学和人才培养的高地,在毕业后医学教育领域开展了不少工作,作了一些新的尝试,积累了很多宝贵经验。借此新一轮深化医药卫生体制改革之际,上海坚持探索、勇于创新,秉承对接国际标准、密切贴合本市实际的精神,以为人民群众提供更优质、更高效的医疗健康服务为目标而努力,在毕业后医学教育尤其是住院医师规范化培训方面跨出了历史性的一步,上海建立住院医师规范化培训制度当选“全国十大最具影响力医改新举措”。

本书集合了上海医学教育管理工作体系中来自政府、高校、医疗机构各层面的主要负责人和工作骨干进行编写,从毕业后医学教育制度的历史起源、发展、地位和主要内容谈起,分析总结国际和我国港台地区毕业后医学教育制度概况,论述我国毕业后医学教育制度的建立历程及现状,并结合上海的探索与实践,就相关问题进行了探讨,希望为相关医学教育工作者提供可借鉴的经验。

医学教育是一项功在当代、利在千秋的事业。医学教育关系国计民生,关系人民群众切身利益。卫生事业呼唤人才,群众健康需要人才。确保健康,人才为本。医学教育和卫生人才培养是卫生事业发展的关键。所有同仁要以改革创新精神和求真务实作风,时刻谨记教书育人的巨大责任,全面推进新时期医学教育尤其是毕业后医学教育的改革和发展,培养千百万素质和能力优良的卫生人才,为深化医药卫生体制改革、保障人民群众健康提供强有力的人才支持。



2013 年 2 月

目 录

序

第一章 概 论	001
第一节 毕业后医学教育制度的历史起源、发展	001
一、毕业后医学教育制度的历史演变	001
二、我国毕业后医学教育的发展历程	004
三、我国毕业后医学教育取得的主要成就	005
四、我国毕业后医学教育制度存在的问题和面临的困难	007
第二节 毕业后医学教育和医学教育体系	009
一、医学教育体系	009
二、毕业后医学教育	011
三、毕业后教育在医学人才培养中的重要性	017
第三节 毕业后医学教育制度在医学发展中的地位	019
一、毕业后医学教育制度与医学人才培养	019
二、毕业后医学教育制度与医疗服务质量	024
三、毕业后医学教育制度与卫生事业发展	027
第四节 毕业后医学教育制度的主要内容	029
一、住院医师培训	029
二、专科医师培训	033
第二章 国际和我国港台地区毕业后医学教育制度概况	041
第一节 美国毕业后医学教育制度概况	041
一、临床医师成长过程	041
二、组织和培训	043

三、考核和准入	044
四、经费	045
第二节 英国毕业后医学教育制度概况	046
一、临床医师成长过程	046
二、组织和培训	048
三、考核和准入	048
四、经费	050
第三节 法国毕业后医学教育制度概况	051
一、临床医师成长过程	051
二、组织和培训	052
三、考核和准入	052
四、经费	052
第四节 澳大利亚毕业后医学教育制度概况	053
一、临床医师成长过程	053
二、组织和培训	054
三、考核和准入	055
四、经费	055
第五节 印度毕业后医学教育制度概况	056
一、临床医师成长过程	056
二、组织和培训	057
三、考核和准入	058
四、经费	058
五、主要问题	059
第六节 中国香港特别行政区毕业后医学教育制度概况	059
一、临床医师成长过程	059
二、组织和培训	060
三、考核和准入	062
四、经费	063
第七节 中国台湾地区毕业后医学教育制度概况	064
一、临床医师成长过程	064
二、组织和培训	066
三、准入	067
四、经费	069
第八节 住院医师培训的国际规律	070
一、统一的医学教育体系	070

二、经济发展水平越高的国家则学制越长	071
三、住院医师培训的关键环节形成国家制度	072
四、政府主导,行业协会参与,医疗机构执行	075
五、存在分流机制和激励机制	077
第九节 世界家庭医生组织	079
一、概况	079
二、与世界卫生组织的关系	083
第三章 我国毕业后医学教育制度的建立历程及现状	085
第一节 历史沿革与政策回顾	085
一、住院医师培训制度的早期萌芽阶段(1921~1978 年)	086
二、住院医师培训制度的初步建立阶段(1978~1992 年)	088
三、住院医师培训制度的逐渐完善阶段(1993~2002 年)	091
四、住院医师培训制度的快速发展阶段(2002 年至今)	095
第二节 现状: 各省市住院医师规范化培训的制度现状	103
一、组织架构	103
二、培训对象(入口)	107
三、培训模式	109
四、人事管理	117
五、其他(出口)配套措施	120
第三节 主要问题	123
一、政府方面	124
二、培训医院方面	126
三、住院医师方面	129
第四章 上海市毕业后医学教育工作的探索与实践	130
第一节 住院医师规范化培训的方案设计	130
一、工作目标	130
二、推进思路	131
三、组织架构	134
四、培训医院	135
五、培训对象	137
六、培训总量估算	137
七、培训学科、内容和年限	138
八、考核	140

九、经费保障	143
第二节 上海市住院医师规范化培训工作的实践	144
一、历史回顾	144
二、住院医师规范化培训试点	146
三、试点建设中的关键问题和政策操作	147
第三节 上海市全科医师规范化培训	149
一、上海市开展全科医师培训工作回顾	149
二、住院医师规范化培训制度下的全科医师培训	153
三、上海市全科医师队伍建设的亮点	158
第四节 上海市专科医师规范化培训试点方案设计	161
一、国外及我国香港、台湾地区专科医师培训模式介绍	162
二、我国内地专科医师培训制度沿革	163
三、上海市毕业后医学教育工作的历程	166
四、上海市应率先推进专科医师培训的必要性和可行性	167
五、专科医师培训的基本原则和方案设想	169
六、关于上海市专科医师培训制度若干问题的政策建议	172
第五节 上海市中医毕业后医学教育的探索和实践	185
一、历史回顾	185
二、中医住院医师规范化培训试点	186
三、中医住院医师规范化培训的体会和思考	192
第五章 毕业后医学教育相关问题分析	194
第一节 毕业后医学教育和医务人员用人制度及相关政策	194
一、用人制度	194
二、分配制度	198
三、住院医师规范化培训制度与劳动人事管理	202
第二节 毕业后医学教育和学位教育制度	205
一、临床医学专业学位与科学学位	205
二、上海市临床医学硕士专业学位教育与住院医师规范化培训结合改革 试验	210
附录 1 教育部、卫生部相关文件	217
附录 2 上海市相关文件	236

第一章 概论

第一节 毕业后医学教育制度的 历史起源、发展

一、毕业后医学教育制度的历史演变

卫生事业是国家经济社会发展的重要组成部分,与人民群众健康息息相关。人才是卫生事业的第一资源,医学教育是卫生人才队伍建设的重要保障。探索具有中国特色医学教育发展道路,全面提升医药卫生人才培养质量,是卫生事业改革与发展的中心任务之一。

我国最早的住院医师培养可追溯到 1921 年,北京协和医院以美国约翰·霍普金斯医学院为模板,提出并实行严格的“24 小时住院医师负责制和总住院医师负责制”,这是中华人民共和国成立前住院医师培养制度的雏形。

中华人民共和国成立后,第一次提出住院医师培养问题是在 1962 年 11 月卫生部在天津召开的部分高等医药院校师资培养工作座谈会上。当时高等医药院校的师资队伍,不论是数量还是质量,均已不能适应医药卫生事业的发展需要。为了培养青年医师,会议拟定了《高等医学院校附属医院住院医师培养考核试行办法》。此文件就住院医师培养目的、办法,各阶段工作的要求,教学、医疗、科研工作应达到的水平,以及考核选留方法等提出了具体的要求及应采取的措施。同时,为了提高临床教学、医疗质量,会议还拟定了《卫生部直属医学院校附属医院、教学医院试行助理住院医师选拔、培养制度(草案)》。每年选留一定数量的优秀应届毕业生,在医学院附属医院做 2 年助理医师工作,加强他们临床工作基本的训练。2 年后,选留部分适合做教学工作的作为师资,其余的由国家分配,支援农村基层工作。这样在一定程度上既选拔了优秀教师充实临床医学教学,又为基层培养输送了具有一定临床业务能力的医师。不幸的是,以上拟定的师资培养的措施及计划未能

实现。

1978年,党的十一届三中全会为我国各行各业提供了发展机遇。为了加快卫生教育事业发展的规模和速度,提高教学质量,教育部与卫生部重新修订和颁布了一系列规章制度。我国高等医药教育随之进行了全面整顿改革。为了加速提高师资质量,培养一支又红又专的教师队伍,住院医师培养问题再次被提上了工作日程。1979年9月10日,卫生部草拟了《高等医学院附属医院住院医师培养考核试行办法》,要求结合实际情况研究试行。为此,从20世纪80年代开始起,许多地方恢复了住院医师培训的试点工作。

卫生部于1986年开始在浙江、上海、北京等地以及部分部属高校附属医院进行了住院医师规范化培训试点工作。1988年,北京加入卫生部住院医师规范化培训试点。1988年,上海首次实行住院医师制度化培训。1989年,天津市也进行了临床住院医师规范化培训的试点工作。然而必须指出的是,这一阶段住院医师培养是为培养师资而提出的,并且试点工作也仅在高等医学院校附属医院中实行,这一时期的培养工作主要是以毕业生直接进入医疗机构进行培训,标准除了在试点高等医学院校附属医院中有所统一外,其余的医疗机构都是按照各自医院的培训计划对住院医师进行培训,培训结束后的住院医师也是留用。

1992年,党的十四大明确了建立社会主义市场经济体制的目标,整个社会基础制度结构由计划向市场转型。在经过浙江、上海、北京、天津等地开展住院医师培训试点之后,卫生部决定将试点取得的经验逐步推向全国。1993年,卫生部发布了《临床住院医师规范化培训试行办法》(卫教发[1993]第1号)。同年,卫生部在上海召开了全国临床住院医师规范化培训工作会议,对在全国开展住院医师规范化培训工作进行了部署,正式建立了我国住院医师规范化培训制度。

比较1979年《高等医学院附属医院住院医师培养考核试行办法》和1993年《临床住院医师规范化培训试行办法》这两个文件,《临床住院医师规范化培训试行办法》更加清晰地明确了培训目的,对培训的过程要求也更加细化,管理更加严格,培训基地的认证从单纯的试点高等医学院校附属医院上升到由省市卫生行政部门或其相应机构评定认可,在组织制度建立上,《临床住院医师规范化培训试行办法》规定必须保证各级的“住院医师培训委员会”负责制度的贯彻落实。

卫生部科技教育司同时也组织专家,编写了《临床住院医师规范化培训大纲》,于1995年由卫生部正式颁发,制订和规范了全国的住院医师规范化培训标准。

由于我国尚未通过顶层设计建立全国性的住院医师培训制度,各省、市在各自探索、建立和完善医学教育体系,也包括住院医师培训制度。就全国而言,普遍存在三个问题:①医师接受规范的住院医师培训的机会不均等;②以医院为培训单位导致培训的质量参差不齐;③对医师和医院缺乏有效的竞争激励和约束机制。

鉴于临床住院医师培训过程中出现的种种问题,卫生部科教司于2002年6月在北京召开了全国住院医师规范化培训工作研讨会,正式启动“住院医师规范化培训课题研究”工作。该课题研究的目的是立足于原有住院医师规范化培训工作和课题研究基础,围绕建立专科医师制度这一主题,从战略、规划、管理、政策等不同层面开展研究。

2003年10月,卫生部科技教育司在四川省成都市召开了全国住院医师规范化培训工作研讨会。同年,卫生部、教育部和财政部联合立项资助“中国专科医师培养和准入制度研究”,此项课题围绕专科医师制度建立主题,从战略、规划、管理、政策等不同层面开展研究,针对专科医师培训中的重点和难点,为建立符合国际惯例的卫生人员准入和专业人才培养机制作理论准备。

2004年,卫生部批准北京市开展专科医师培训工作试点。2004年10月,卫生部科技教育司在湖南省长沙市举行了全国专科医师/住院医师培养与准入研讨会,会议就我国“建立专科医师培养与准入制度”的可行性和必要性,以及住院医师规范化培养与专科医师培养的联系等问题达成了共识。

2005年12月,卫生部成立了毕业后医学教育委员会。2006年2月,下发《卫生部办公厅关于开展专科医师培训试点工作的通知》,出台《卫生部专科医师培训基地认定管理办法》、《卫生部专科医师培养标准总则》等配套文件,在全国范围内开展专科医师培训试点工作。同时,卫生部委托中国医师协会完成了推荐基地评审专家工作、专家库建立、试点基地申报、试点基地申报材料书面审核、书面审核意见整理和录入、全国25个省(自治区、直辖市)300多所医院的近2000个基地书面审核结果数据的统计和分析,以及基地实地评审评估指标的制订等工作。2006年10月开始,卫生部组织专家对全国部分省(自治区、直辖市)申报的专科医师培训基地进行实地评审。经过书面评审和实地评审,卫生部公布了全国12个省(自治区、直辖市)89所医疗卫生单位的34个试点专科的1099个基地作为全国开展专科医师培训工作的试点基地。

2009年,卫生事业进入了一个重要的改革发展时期,党中央、国务院印发了《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》,经过多年的研究论证和向全社会征求意见后出台,文件中明确提出要“建立住院医师规范化培训制度”。

以住院医师规范化培训为主的毕业后医学教育不仅是培养合格全科医生的可靠途径,也是培养其他专科临床医生的必经阶段。建立住院医师规范化培训制度,是我国医学教育的重大改革。严格规范的培训可使医学生转变为素质能力有保证的合格医生,让人民群众满意,使医疗卫生人才队伍获得坚实的发展基础,其中德才兼备的医生有潜力成长为未来的学科领军人才。

卫生部、教育部高度重视住院医师规范化培训制度建设,目前正协同多个部门,抓紧研究制定《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》。完善住院

医师规范化培训制度,加快合格临床医生培养,应注意坚持以下原则:① 政府主导,统筹规划。各级政府应在住院医师规范化培训实施中发挥主导作用,相关部门按照职能分工紧密配合,充分发挥行业社会组织的作用。按照属地化管理的原则,以区域卫生规划为基础,统筹协调规划区域内住院医师规范化培训规模、学科结构以及城乡和区域分布等布局。② 宏观指导,统一标准。国家卫生行政部门负责住院医师规范化培训项目实施工作的宏观指导,统一确立培训模式,统一制订培训标准、培训基地标准、基地认定管理办法和培训考核办法等标准和规定。③ 突出重点,统筹兼顾。要以全科医生培训为重点,着力面向基层培养合格临床医师。同时探索、完善各类专科医师培训模式(3+X),在3年集中培训的基础上,继续延伸相关专业培训,完善我国毕业后医学教育模式。④ 完善制度,提供保障。逐步完善住院医师规范化培训的制度模式、体制机制和配套政策,特别是要完善公共财政的投入保障政策,拓宽培训资金筹措渠道,充分体现住院医师规范化培训制度的公共产品属性。⑤ 提高能力,保证质量。结合公立医院改革,加强培训基地和师资队伍建设,逐步提高住院医师规范化培训能力。注重培训过程管理,确保培训质量。

2010年,医改方案公布以后,卫生部将“加强卫生人才队伍建设,提高医药卫生科技水平”作为2010年卫生工作的九项要点之一,强调要“组织实施以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设规划,完善住院医师规范化培训的工作机制和配套政策,加强培训基地建设,重点面向基层招收培训对象,完善全科医师执业注册管理制度”。

二、我国毕业后医学教育的发展历程

1993年,卫生部发布的《临床住院医师规范化培训试行办法》(卫教发[1993]第1号)在明确培训目的、细化培训过程、严格培训管理的基础上,规定必须成立各级的“住院医师培训委员会”,形成了组织制度。此后,全国许多省、自治区、直辖市和原部属高等医学院校、部直属医院,根据《临床住院医师规范化培训试行办法》开展了住院医师规范化培训,结合各省、市实际情况,制定相关法规。

1998年,我国颁布《执业医师法》,从法律角度规范了医师的管理,明确提出了建立我国医师资格考试制度和医师执业注册制度,也就是医师准入制度。因此加强了对执业医师的准入,对于防止非专业、低素质人员进入医师队伍有一定的保障作用。

2004年,卫生部在财政部和教育部的支持下,立项启动了《建立我国专科医师培训和准入制度》课题,在全国范围内组织专家开展了历时3年的专题研究,并委托中国医师协会组织专家制订了培训基地标准、各学科培训细则。

参与专科医师规范化培训试点工作的大部分临床医学专家和医学教育专家认为,总结以往住院医师培训工作的经验教训,在坚持按照国际通行的专科医师培训

和准入原则的前提下,充分考虑到中国医疗卫生人才培养的实际需要,目前提出“3+X”阶段性培训模式,即普通专科涉及的内科、外科、妇产科、儿科、口腔科、神经内科、医学影像科、眼科、耳鼻咽喉科、精神科、急诊科、全科医学科、皮肤科、麻醉科、临床病理科、医学检验科、康复医学科、小儿外科 18 个学科培养年限各为 3 年。这些学科都是临床基础专科,也是地、市、县级医院和社区医疗服务的核心科室,3 年的住院医师规范化培训可以满足这些医院的基本医疗需求和医疗基本水平,可以作为我国开展住院医师规范化培训工作的基础,在实践中逐步补充、修改和完善。

培训标准从各个专科角度,系统提出培训目标、培训方法、培训内容和要求以及阅读参考书刊等规定。临床能力的培养是专科医师培训的核心,标准制订工作紧扣这个核心,对疾病种类和临床技能操作提出了详细、具体的量化指标要求,设计了简洁明了的表格式结构,以便于阅读和查找。

在课题研究的基础上,2005 年 12 月,卫生部启动了课题实践研究阶段,成立了卫生部毕业后医学教育委员会,办公室设在卫生部科技教育司(卫办科教发〔2005〕532 号)。2006 年 2 月,卫生部办公厅印发了《关于开展专科医师培训试点工作的通知》。文件提出,在前一阶段研究的基础上,选择有条件的地区和单位扩大试点范围,加强实践研究,以积累经验,逐步推广,探索建立适合我国国情的专科医师培养制度。通过各地方卫生厅局积极支持,医院自愿申请成为卫生部专科医师培训试点基地,在此基础上进行基地书面审查和实地考察工作。2006 年底~2007 年初,卫生部组织了专科医师培训试点基地实地评审,公布了全国 12 个省市 100 家医院的 605 个住院医师规范化培训基地。

2007 年底,又一次对 9 个省份的 42 家医院进行基地复审工作,召开管理者、师资、学员等不同人员的座谈会,听取各方面的意见和建议。为科学制定住院医师培训/专科医师规范化培训制度提供了决策依据。

培训试点基地评审工作通过系统的标准制订,统一了全国基地评审标准;详细、细致的评审工作流程,为进行全国性住院医师培训基地评审和加强基地建设奠定了良好的基础;推动了培训基地建设和规范化培训工作的开展。

特别是从规范“社会化”学员招录,强化规范化培训内涵,重视受训者综合素质提高(包括人文医学技能、医德医风、医学法律、新形势下的医患沟通能力教育等);注重培训过程评价,提高指导医师培训水平,保证培训质量等方面做了大量的实际工作,为我国进一步加快制定《住院医师规范化培训制度》和《以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设规划》提供了重要的决策参考依据。

三、我国毕业后医学教育取得的主要成就

截至 2009 年,全国有 27 个省级行政区启动了本区域的住院医师规范化培训,

其中 22 个启动了全科医师规范化培训。

在推进住院医师规范化培训试点的过程中,各试点省、市在执行国家统一政策的基础上,结合本地经济社会发展状况和卫生发展的实际需要,制定了一系列地方政策和管理规范。但是,各地的政策呈现一定的差异性,体现在组织架构、培训对象(入口)、培训模式、出口、人事管理等方面。这与缺乏全国性的顶层设计为地方留下了较大的探索空间有关,也与教育、人事、财政、社保政策和法律法规的不配套有关。

(一) 组织架构

我国各省(市、地区)住院医师规范化培训的组织管理工作都是在卫生行政部门实行统一管理。北京市、天津市、广东省、福建省、浙江省、四川省等是由毕业后医学教育委员会或继续医学教育委员会等机构在省卫生厅领导下,负责组织、指导、协调和管理全省住院医师规范化培训工作。

上海市、河北省、辽宁省、山东省则专门成立了组织管理住院医师规范化培训的机构。例如上海市由分管市领导牵头,市发展改革委员会、市卫生局、市人力资源社会保障局、市教委、市财政局、市机构编制委员会办公室、市政府法制办等部门的领导和专家组成“上海市住院医师规范化培训工作会议”,负责全市住院医师规范化培训的领导和协调工作。河北省成立了“临床住院医师培训委员会”,负责住院医师培训的行政管理工作。辽宁省建立了“专科医师规范化培训中心”,在省卫生厅和省毕教委的领导下全面组织管理住院医师规范化培训的规划、实施、评审、考核等工作。山东省由相关部门领导和专家组建“山东省规范化培训委员会”负责宏观管理。

(二) 培训模式

卫生部颁发的《临床住院医师规范化培训大纲》(1993),实行 5 年一贯制培养。培训分为两个阶段:第一阶段 3 年为二级学科基础培训,第二阶段 2 年根据各学科特点进行二级或三级学科培训。

2006 年 2 月,卫生部颁发《卫生部办公厅关于开展专科医师培训试点工作的通知》,其中规定“普通专科医师培训阶段时间一般为 3 年,亚专科培训阶段时间一般为 1~4 年”,即“3+X”模式。

(三) 人事管理

在人事管理方面,各试点省(市、地区)的管理模式基本一致。即由单位委托培训的“单位人”与原单位签订协议,由原单位负责其人事档案管理、工资、福利待遇和社会保障等。“社会人”则由培训单位进行“人事代理”,人事档案由培训单位所

在的卫生人才交流中心代管。

培训期间的工资、福利待遇和社会保障,一部分试点省市由培训单位负责,一部分省市由财政出资承担。上海等地还在协调建立住院医师的宿舍建设专项经费。

(四) 配套措施

为了保证培训效果,以及充分调动培训医师的学习和工作热情,一些省(市、地区)制订了相关的优惠政策以解决培训医师的出口问题。① 与职称评审挂钩。上海市、天津市、河北省、广东省、福建省、浙江省、四川省将是否参加住院医师规范化培训以及是否获得住院医师规范化培训合格证书作为报考、晋升中级技术职称的重要依据,甚至是必要条件。② 与申请学位挂钩。上海市、北京市、辽宁省、浙江省可择优推荐取得住院医师规范化培训合格证书者攻读临床医学硕士专业学位。③ 与聘用挂钩。天津市、河北省、四川省、甘肃省根据基地需要择优留用少量优秀学员。④ 其他激励措施。上海市规定培训合格后被用人单位录用的,在培训医院的培训年限计为用人单位工作年限,用人单位不再另设试用期。培训对象为非上海生源的应届医科类高校毕业生,可按有关规定申请办理上海市户籍或人才居住证。培训对象培训合格后自主择业到郊区基层医疗机构工作的,可按规定优先申请办理居住证转户籍手续。

各省市在卫生部的业务指导下在住院医师培训方面作出了有益的探索,主要取得以下三个方面成果。

(1) 从1993年以后我国出台了一系列的规范性文件和法律法规,使培训基地的认定、培训考核和培训标准等重要环节有据可循。

(2) 各省市成立了住院医师规范化培训领导小组(或毕业后医学教育指导委员会),形成了组织保障,并由各省根据其实际情况制定了培训的相关配套政策和实施办法。有26个省、市、高校和部属医院获得了颁发合格证的授权。

(3) 培训了一批住院医师。从1997年至2002年,全国共培训住院医师5.2万余人,2002年正在接受培训的住院医师6.6万余人。

四、我国毕业后医学教育制度存在的问题和面临的困难

自中华人民共和国成立以来,我国建立了较为完备的医学教育体系,培养了大批高素质医药卫生人才。但随着经济社会的发展,人民群众对医疗卫生服务的期待与要求越来越高,而高素质医药卫生人才是满足人民期待与要求的重要保障。如何从国情出发,紧扣需求,尊重规律,以用为本,借鉴国际有益经验,建设由院校教育、毕业后教育和继续教育所组成的中国特色医学教育体系,创新人才培养模

式,提高医药卫生人才培养质量,成为我国毕业后医学教育制度存在的问题和面临的困难。

由于我国尚未通过顶层设计建立全国性的住院医师培训制度,各地根据实际情况自行探索,主要存在的问题和面临的困难有以下三个。

(1) 医师接受规范的住院医师培训的机会不均等。住院医师规范化培训在我国现在还未普遍开展,有些省市还没有建立培训制度,没有设立经过省级认证的住院医师培训基地。大多数地区的基层医生尚未获得进入经过认证的培训基地接受规范化培训的机会。同一起点的医科大学毕业生进入社区卫生服务中心或者教学医院后,接受专业培训的机会相差极大,造成几年后临床业务水平差异巨大。在基层社区卫生机构工作的医生缺乏毕业后接受系统培训以提高诊疗技能的机会。其次,原有的住院医师规范化培训是针对本科生的,对硕士和博士研究生、长学制(七年以上)毕业生是否需要经过住院医师规范化培训没有规定。现在我国的各个医院每年新录用人员中研究生的比例正在加大,尤其是对科研型(科学学位)的研究生是否可以直接进入临床从事诊疗服务缺乏约束。这有可能为医疗质量和医疗安全埋下隐患。

(2) 培训质量参差不齐。由于目前尚缺乏权威性、针对性强的培训课程设置和考核标准,以及各个培训基地在临床水平和学科发展上的差异,培训效果有较大的差异。作为培训医院的二、三级医院之间的培训效果有差异,同级医院之间的培训结果也存在差异。据北京中日友好医院报道,北京三级医院之间的住院医师培训结果也存在差异。医学院校附属教学三甲医院在师资队伍、管理体系、经费投入、制度建设上,以及领导重视程度、医院声望都较非教学三甲医院存在明显优势。因此,在受训者的培训效果上也存在较大的差异。在招生过程中,有优质生源向优质培训基地集中的趋势。因此,临床经验或学历较高的本来就比较优秀的受训者更容易获得更多、更好的培训资源。大多数来自基层医疗机构的无临床经验的本科生难以获得更多机会。

由于一些医院领导对培训缺乏战略定位,培训期间一些培训医院重使用,轻培养,一些师资培训目标不明,执行计划不力,住院医师被当成劳动力使用,付出的精力多,收获少,影响了培训质量。

(3) 缺乏有效的竞争激励和约束机制。由于培训是自愿性的,并在实际上未对医学生就业发生任何约束性影响,因此,医学生普遍有这样的心理:培训不如就业,没必要培训。我国正在开展的培训试点中,有相当一部分受训者保持“单位人”的身份,这仍旧属于我国传统的一次性就业的模式。受训者作为培训医院的职工,缺乏竞争机制,参与培训的动力不足。参加规范化培训的结果与职称、待遇都不衔接,对培训的提供方和参与方均缺乏激励和约束机制。另外,现在医院录用医生不仅定在哪家医院,而且还定在哪个科室,轮转任务很难落实,不利于在培训中扩大