

医教协同为少数民族地区培养“下得去、用得上、留得住”

医学人才的探索与实践^①

陈国湘

(右江民族医学院, 广西 百色 533000 E-mail: angelchenn@163.com)

摘要: 深化医教协同, 逐步构建中国特色标准化、规范化的医学教育体系, 形成以“5+3”为主体、“3+2”为补充的临床医学人才培养路径, 建立具有中国特色的医学教育认证制度, 加大医学人才培养基地建设和管理, 为医学教育改革和发展指明了方向, 将长远地影响医学教育的发展。适应深化医教协同新政, 坚持立德树人, 构建为少数民族地区培养“下得去、用得上、留得住”医学人才培养体系, 确定专业培养标准, 更新教育教学理念, 创新教学模式, 加强教学过程管理, 持续改进教育质量, 将有利于少数民族地区经济社会的发展。

关键词: 医教协同; 人才培养; 少数民族

中图分类号: G642 **文献标识码:** A **文章编号:** 1001-5817(2017)06-0504-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2017.06.022

高素质和高质量的医学人才是提高医疗卫生服务水平的基础, 医教协同改革政策的推出, 是医学教育改革、推进健康中国建设的需要^[1]。如何在医教协同改革的背景下, 培养服务少数民族地区的医学人才, 是医学教育工作者面临的挑战。本文结合右江民族医学院培养“下得去、用得上、留得住”高级应用型医学人才培养的经验, 探讨构建适应医教协同新政, 为少数民族地区培养医学人才的人才培养体系。

1 深化医教协同对培养服务民族地区医学人才的挑战

2016 年召开的全国高校思想政治工作会议和全国卫生与健康大会, 进一步明确了新时期中国特色高等教育事业的发展大方向, 提出进一步深化医教协同的方针, 对医学教育改革和发展提出了新的要求, 是深化医改、标准规范地培养合格的医学人才, 提高医疗卫生服务水平和质量的必由之路。

1.1 医学教育的现状 到 2016 年, 全国举办医学教育的高等院校有 922 所、中等学校有 1564 所。在校生总数达到 395 万人, 其中临床类专业 114 万人、护理类专业 180 万人。中国特色标准化、规范化医学教育体系基本建立; 医学教育模式创新改革持续推进, 以“5+3”为主体、“3+2”为补充的临床医学人才培养路径基本形成; 初步建立了具有中国特色、与国际实质等效的医学教育认证制度并全面开展专业认证工作; 基本建

立了住院医师规范化培训和助理全科医生培训经常性补助机制; 通过抽查、委托第三方评估等方式, 对住院医师规范化培训基地进行动态管理, 加大培训基地的管理力度^[2]。

“十二五”期间, 医学教育成效显著, 全国医学门类各层次的毕业生平均每年有 105 万人, 其中临床类达到 21 万人, 护理类达到 52 万人。全国医药卫生人才队伍数量明显增长, 卫生技术人员总数为 1117 万人, 每千人口医师数为 2.31, 每千人口护士数为 2.54; 组成基层医疗网络的县乡村三级医疗卫生服务体系基本建立^[2]。

总体上我国医学教育事业发展迅速, 但在医学教育的规模层次、结构、培养质量、条件保障、工作机制等方面与发达国家有较大差距, 医学人才的培养已成为制约我国进一步深化医疗卫生改革和发展的瓶颈。如正在执业的 319 万名(助理)医师中, 本科及本科以上学历者仅占 51%, 学历层次明显偏低, 直接影响了医疗水平的进一步提高; 全科医生的数量仅占医疗队伍总数的 6.6%, 无法满足基层人民群众的健康需求, 与建设健康中国对医学人才的要求相差甚远^[2]。

1.2 深化医教协同对推进医学教育改革的影响 进一步深化医教协同, 主要目标是要达到“医学教育管理体制机制改革取得突破”、“医学人才使用激励机制得到完善”。医学教育改革的方向要通过统筹卫生事业

① 基金项目: 广西高等教育本科教学改革工程项目(2016JGZ152)

各类医学人才需求,制定医学人才培养规划,优化培养结构和方案,坚持按需招生、以用定招等方式建立健全医学人才培养供需平衡机制,达到培养合格和适量的医学人才,全面加强全科、儿科、精神科、康复科等紧缺人才培养的目标。

深化医教协同对医学人才的使用和在岗继续教育也提出了新的要求。通过完善人才使用激励政策、创新人才使用机制、建立适应行业特点的薪酬制度、拓宽职业发展空间等,吸引和留住优秀人才从事医疗卫生工作。加快完善住院医师规范化培训制度,持续加强培训过程、结业考核等的管理,提高培训质量,以保证培训合格证书在全国范围内有效。同时,实施基地动态管理,保证基地在基本建设、基础设施、师资力量、服务水平上,能有效地承担住院医师规范化的任务^[3]。

深化医教协同政策的医学人才培养供需平衡机制的构建,促使医学教育培养服务基层的紧缺医学人才;以“3+2”为补充的临床医学人才培养路径的建立健全,增加了对服务基层的医学人才的培养数量;“5+3”为主体的临床医学人才培养路径,保证了服务基层的医学人才的培养质量;全国通用有效的住院医师培训合格证书,促进了医学人才的流动;临床培养基地的动态管理,为医学人才培养质量的同质化提供保障^[4]。

1.3 深化医教协同的新政对培养服务民族地区医学人才的挑战 深化医教协同将改革和优化医学教育体系,但同时也对培养服务少数民族地区的医学人才提出了挑战。随着经济社会的发展,发达地区的经济社会发展状况好,对医学人才的吸引力明显强于后发展欠发达的少数民族地区。在医学教育方面,目前的医学人才培养供需平衡机制中,促进医学人才向基层和少数民族地区流动的政策力度有待于加强。经过“5+3”培养路径培养的临床医学人才,其培养质量有了保障,培养和培训的资质全国通用,经过系统培训的医学人才在获得合格证书后,出现主动向发达地区流动的趋势。同时,由于培养时长的增加,出现短期内医学人才短缺的现象,少数民族地区要留住这些医学人才的难度增加。由于少数民族地区医院的医学学术水平相对较低、医疗业务平台不大、医疗服务整体水平不高,影响医学人才的职业发展空间,使部分医学人才在成才以后,也想尽办法向发达地区的医学“人才洼地”流动,影响了医学教育实践基地的建设。

2 适应深化医教协同新政,培养适合少数民族地区需要的医学人才

深化医教协同的推进,是建立中国特色标准化规

范化的医学教育体系、贯彻落实教育规划纲要和深化医药卫生体制改革的需要。适应深化医教协同政策,培养适合少数民族地区需要的“下得去、用得上、留得住”的医学人才,为少数民族地区和广大基层人民群众提供与其他地区水平相当的、有质量保障的医疗服务是当务之急^[5]。

2.1 结合少数民族地区医学教育的特点,充分领会医教协同新政对医学教育的促进作用 教育部、国家卫生计生委出台的《实施临床医学教育综合改革的若干意见》、《实施卓越医生教育培养计划的意见》等系列政策文件,推进了医学教育的系统性、协调性改革发展。两部委通过与省级人民政府共建地方医学院校等,在人才培养、科学研究等方面给予政策倾斜,加强对西部少数民族地区医学教育的支持力度,促进了少数民族地区医学教育的发展。中央财政积极引导地方财政加大对医学教育的投入力度,医学类专业生均拨款标准提高,住院医师规范化培训力度的加大,缓解了医学教育投入不足的问题。

少数民族地区区域分布广泛、人口分布不均等因素造成了区域性、不平衡的巨大的医学人才和医疗卫生服务的需求,尤其是对高层次人才和专业化与高质量的医疗卫生服务的需要,使少数民族地区高等医学院校的区域地位不可或缺。与发达地区相比,在医学教育方面,少数民族医学院校存在着校生的生源质量不高、基础设施建设滞后、师资队伍水平不高、缺乏高水平的科研领军人物、学校整体教学能力不强等问题;在医学实践教学基地和医疗卫生服务能力方面,存在医学学术水平不高,医疗服务水平、能力和平台欠缺等问题。这些问题存在的时间长、范围广,要在短时间内彻底解决的可能性不高。深化医教协同新政的推出,可充分利用在医学人才培养要求上的全国同起点、同标准和同要求的契机,切实加快解决少数民族地区医学教育存在的问题。

2.2 构建适应医教协同新政的“下得去、用得上、留得住”的人才培养体系 少数民族地区医学教育的主要问题包括:一是要解决所培养的医学人才在选择服务面向时要“下得去”,也就是要下到民族地区和广大基层;二是解决所培养的医学人才在知识能力方面要“用得上”;三是要让医学人才在所服务的民族地区和基层方面要“留得住”^[5]。

深化医教协同新政的推出,对构建“下得去、用得上、留得住”的人才培养体系起了明显的推动作用;强化医学教育中要把思想政治工作贯穿教育教学全过

程,实现全程、全方位育人,全面深化医学课程改革,落实立德树人根本任务,保证了医学人才在思想上和行动上“下得去”;医学教育专业认证的推进,使医学院校的专业办学水平得以保障,“3+2”培养路径使医学人才的培养数量得到提升,农村订单定向免费本科医学教育人才培养模式的改革,使医学人才服务基层的面向更加明确,医学人才有可能“下得去”。“5+3”为主体的培养路径使医学人才的培养质量和执业水平得到保证,医学人才的能力水平可以“用得上”。深化医教协同将加快建立适应医疗行业特点的人事薪酬制度,使服务民族地区和广大基层的医学人才收入更合理;健全人才评价机制,基层医疗单位可直接考查聘用紧缺专业人才,在职称评定时,增加基层医疗卫生机构中高级专业技术岗位比例,使医学人才热爱基层工作,可以“留得住”。

2.3 “下得去、用得上、留得住”人才培养模式的实践

医学院校要主动适应深化医教协同对医学教育改革的要求,全面启动人才培养模式改革,对学校的专业建设、课程建设、教学改革、教学过程、教学质量保障等进行研究与实践,以达到培养服务少数民族地区医学人才的目的。

学校必须紧紧围绕为少数民族地区培养“下得去、用得上、留得住”医学人才的目标,根据国家医学教育发展和改革方针、少数民族地方经济发展和医疗健康需求,结合学校的办学历史和沉淀、优势和特色,确定学校医学教育的办学定位与人才培养目标;按照国家医教协同新政和社会实际需求,制订专业建设规划,优化专业设置与结构调整,及时制定及调整培养方案;根据《医学教育全球标准》,完善专业培养方案,确定专业培养标准;坚持以“学生为中心”的教育教学理念,加强理论教学,改革课程体系,创新教学模式,优化教学内容、改革教学方法、教学手段与课堂教学方式,加强实

践教学体系建设,注重课程考核,改革考试评价方式方法,充分发挥第二课堂育人功能,深化创新创业教育与医教协同育人机制的改革,强化教学管理,促进人才培养质量的提升;坚持以学生为本,积极构建全方位、全过程的学生指导与服务体系和学风建设长效机制,逐步形成全员、全方位育人格局,有效促进学生的成长成才;制定系列制度、标准与规范,多渠道、多形式收集、分析、反馈教学质量信息,构建行之有效的教学质量监控体系,持续改进教学质量,确保学校人才培养质量的提升。

总之,医教协同新政的实施,为培养服务少数民族地区的医学人才提供了新的机遇,也提出了新的挑战。适应医学教育新形势的发展,构建和实施“下得去、用得上、留得住”的人才培养模式,是医学教育工作者努力的方向。

参考文献:

- [1] 袁贵仁. 全面推进医教协同 加快构建中国特色标准化、规范化医学人才培养体系[J]. 学位与研究生教育, 2015(1):7-8.
- [2] 国家卫生和计划生育委员会. 中国卫生和计划生育统计年鉴 2016[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2016:25-70.
- [3] 许冬武,陈迎红. 医教协同理念下医学教学基地的建设与思考[J]. 中国高教研究, 2016,(2):87-91.
- [4] 陈昕煜,吕兆丰. 医教协同加快建立实施适应行业特点的医学人才培养制度[J]. 医学教育管理, 2016,2(1):321-325.
- [5] 廖品琥. 扎根老区 服务基层 办人民满意的医学院校——右江民族医学院五十五载人才培养探索与实践[J]. 右江民族医学院学报, 2013,35(6):745-747.

收稿日期:2017-12-12