



“3+2” 助理全科医生培养江苏模式 的实践与探索

乔学斌 教授 博士生导师





江苏概况

经济发达省份

江苏经济总量、
人均GDP均持续
位于全国前列

综合医改试点省份

2015年国家确立江
苏等四个省份开展
综合医改试点

医学教育大省

从事医学本科教育院校
11所（其中独立设置院
校4所），从事医学专
科教育院校7所（其中
卫生职业院校4所）

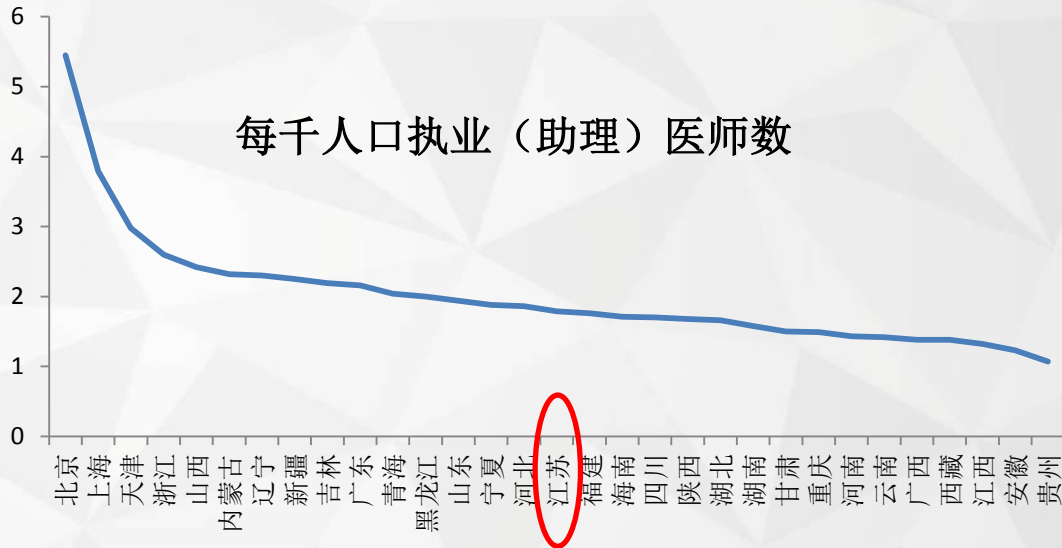




江苏概况

江苏区域差异明显 卫生人才紧缺

2012年全国卫生统计年鉴 (每千人口卫技人员数)					
排名	省份	卫技人员	排名	省份	卫技人员
1	北京	14.2	17	江苏	4.67
2	上海	9.92	18	福建	4.47
3	天津	7.33	19	湖北	4.35
4	浙江	6.42	20	河北	4.11
5	新疆	5.93	21	湖南	3.96
6	广东	5.62	22	四川	3.89
7	辽宁	5.54	23	甘肃	3.88
8	山西	5.47	24	广西	3.8
9	内蒙古	5.34	25	河南	3.63
10	吉林	5.1	26	重庆	3.61
11	黑龙江	5.09	27	西藏	3.57
12	陕西	5.04	28	江西	3.49
13	山东	5.02	29	云南	3.31
14	青海	4.94	30	安徽	3.16
15	宁夏	4.91	31	贵州	2.68
16	海南	4.77			



2012年全国卫生统计年鉴



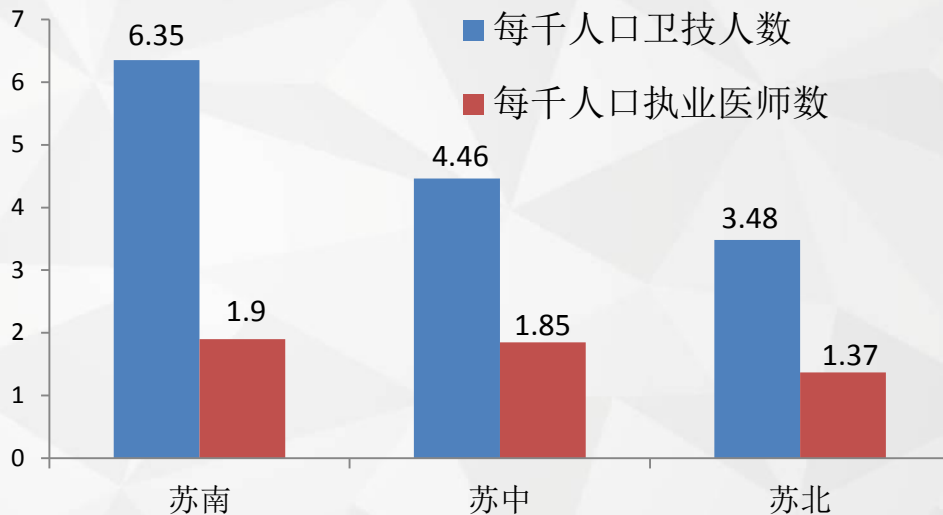


江苏概况

苏北地区 临床医学人才尤为紧缺

2012年江苏卫生统计年鉴
(每千人口卫技人员和执业医师数)

地区	卫技人员	执业医师
苏南	6.35	1.9
苏中	4.46	1.85
苏北	3.48	1.37



2012年江苏卫生统计年鉴





“3+2” 助理全科医生培养江苏模式的实践与探索



01 岗位胜任力：助理全科医生培养的关键



02 双主体办学：农村订单定向生培养的实践



03 先行试验区：基层全科骨干人才培养的探索

一、岗位胜任力：助理全科医生培养的关键



培养概况

2013年我校率先在江苏复办全日制三年制临床医学专业。2014年第一届招生264人，自2015年起，年招生规模稳定在400人左右。

我校组织专业教师赴苏南、苏中、苏北地区12个县级医院、24个乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、54个村卫生室（社区卫生服务站）展开调研，明确基层岗位任务与执业能力，制定了以岗位胜任力为导向的“校院共培、三三分段”的人才培养方案。

1、2、3学期

- 学校
 - 夯实理论基础，学习基础课程和桥梁课程
 - 社区现场教学

4、5、6学期

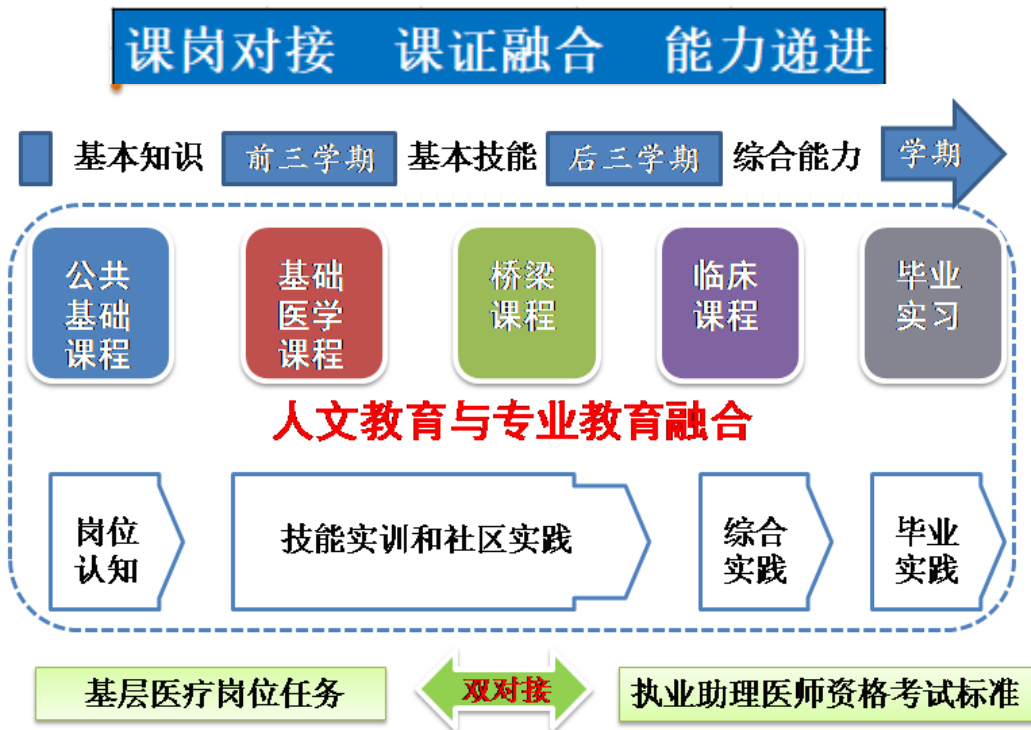
- 临床学院
 - “医教联合体”进行临床授课，结合床边教学，PBL教学强化基础理论知识的应用和临床思维的培养
 - 临床学院和社区基地实习

一、岗位胜任力：助理全科医生培养的关键



课程体系

围绕“面向基层，以岗位胜任力的为导向”的培养目标，实现与“基层医疗岗位要求和执业助理医师标准”的“双对接”，形成“公共基础、基础医学、临床医学、社区卫生服务、医学人文、岗位实践”6个课程模块，完善紧贴基层岗位需求的“课岗对接、课证融合、能力递进”特色课程体系。



一、岗位胜任力：助理全科医生培养的关键



协同育人

为确保临床医学专业的人才培养质量，政行校企协同，深化医教协同人才培养改革，依据江苏省培训基地标准遴选临床教学基地，制订《临床学院评审办法（试行）》和《临床学院评审指标（试行）》，通过明确教学标准和规范遴选程序，在苏南、苏中、苏北地区遴选**16**家县级医院和**14**家社区卫生服务中心，建立“苏医—医教联合体”。

临床教学基地（医教联合体）

地区	临床学院	社区教学示范基地
苏南	张家港第一人民医院	张家港市乐余镇人民医院
	金坛区人民医院	金坛区金城镇卫生院
	南京市江宁区人民医院	江阴市第四人民医院
	无锡市惠山区人民医院	
	无锡市锡山区人民医院	
	常熟市第二人民医院	常熟古里镇社区卫生服务中心
苏中	启东市人民医院	启东汇龙卫生院
	靖江市人民医院	靖江市第四人民医院
	高邮市人民医院	高邮市中西医结合医院
	兴化市人民医院	兴化市临城镇卫生院
苏北	大丰区人民医院	大丰区第三人民医院
	建湖县人民医院	建湖县沿河镇卫生院
	盐城市第三人民医院	建湖上冈卫生院
	邳州市人民医院	邳州市官湖镇中心卫生院
	盱眙县人民医院	盱眙县管镇中心卫生院
	东海县人民医院	东海县桃林中心卫生院

一、岗位胜任力：助理全科医生培养的关键



协同育人

医教协同

1

医教联合体组织建设一体化

2

人才培养方案制定一体化

3

专兼职教师团队建设一体化

4

课程建设一体化

5

教学质量监控一体化

一、岗位胜任力：助理全科医生培养的关键



建设成效

1.基层就业率：2017届221名首届毕业生就业在基层（其中乡镇卫生院为108人，社区卫生服务中心和民营医院111人，卫生服务站2人，基层就业率近90%。初步实现了下得去的办学目标。

2.首届技能大赛、全国科创作品竞赛：2017年全国首届高职院校临床医学专业职业技能大赛中，学校荣获3枚金牌、1枚银牌，团体总分第一的好成绩。全国第十五届“挑战杯”大学生课外学术科技作品竞赛获全国三等奖，实现了历史性突破。

二、双主体办学：农村订单定向生培养的实践



项目概况



2015年12月，根据《教育部等6部门关于进一步做好农村订单定向医学生免费培养工作的意见》（教高〔2015〕6号）和《省政府办公厅关于进一步加强乡村医生队伍建设创新基层卫生人才培养使用机制的实施意见》（苏政办发〔2015〕38号）提出的“强化面向农村基层的医学生培养”有关要求，江苏省计划从2016年起继续开展农村订单定向医学生免费培养工作，为农村基层医疗卫生机构（乡镇卫生院、涉农街道社区卫生服务中心、村卫生室）培养适宜医学人才。

自2016年起，我校承担了盐城和连云港12个县订单定向培养工作，2016年和2017年分别招生173和126人次，超过江苏订单培养人数的一半以上。

二、双主体办学：农村订单定向生培养的实践



双主体育人



办学体制：由学校与地方卫生行政部门共同负责办学，实施招生计划共同制定、培养目标共同确定、培养过程共同完成、培养质量共同监控。培养符合地方需求，适应岗位需要的合格的适宜的基层医学人才。

二、双主体办学：农村订单定向生培养的实践



双主体育人



培养模式：“双主体育人”的培养模式，在我校执行总的临床专业人才培养的过程中，前三学期在学校完成基础课程和桥梁课程的授课，后三学期分配至生源所在的县人民医院（也是我校的临床学院）学习临床专业课程和实习。“育人”与“用人”单位相统一，针对岗位特点增加和强化相关内容。

二、双主体办学：农村订单定向生培养的实践



双主体育人



课程体系：构建以行业的培养要求和岗位能力为核心的课程体系，选修课中，融入地方的政策、经济、文化、卫生工作概况等需求的特色课程。



教学方法：充分利用基地的资源，遵循“互惠互赢”的教学合作原则，围绕实训基地和师资力量加大校院学习资源的开发和利用，为学生和老师提供真实的职场情境和现场教学环境。



三、先行试验区：基层全科骨干人才培养的探索



项目概况



江苏是经济大省，是首批综合医改试点省份，应该率先试点探索提升基层人才培养质量的路径；同时，江苏具有明显的区域差异性，江苏创造的经验在一定程度上具有一定的可复制性和可推广性。

2017年，江苏启动第一届三年制临床毕业生的2年助理全科医师规范化培训，部分开展“3+2”助理全科医师规范化培训与成人本科教育衔接。同时，学校积极争取卫生、教育主管部门支持，与南京医科大学联合培养，在全国率先开展“3+2”高职-本科分段培养项目（“3+2”一体化医学人才培养），探索江苏基层全科骨干人才的培养路径。



三、先行试验区：基层全科骨干人才培养的探索



项目特色

➤构建面向基层、全科导向的“3+2”一体化人才培养体系



构建“目标导向、校院合作、整体设计、分段实施”的人才培养模式，以“基层全科骨干人才”为培养目标，建立校院合作（江苏医药职业学院-临床学院和南京医科大学第二临床医学院）“立交桥”，3年专科段（分段为阶段1和阶段2）和2年本科段（阶段3和阶段4）的“整体设计、分段实施”的人才培养方案。

三、先行试验区：基层全科骨干人才培养的探索



项目特色

➤构建面向基层、全科导向的“3+2”一体化人才培养体系



●**专科段：**通过高考招收全日制高中毕业生为“3+2”高职-本科分段培养的学生，在江苏医药职业学院学习满3年，修满规定学分，达到毕业条件时，获江苏医药职业学院**专科学历毕业证**。符合转段条件的学生（通过江苏省计算机一级考试和大学英语四级考试为转段基本条件）直接转入南京医科大学本科段学习。

●**本科段：**进入南京医科大学（第二临床医学院）学习，后2年修完南京医科大学本科段教学计划规定的全部教学内容和规定学分，通过执业医师资格考试，参加助理全科医师规范化考试并取得合格证，可获得南京医科大学**本科毕业证书（专科起点）**。符合国家教育部和南京医科大学有关学士学位授予规定者，授予医学学士学位。

三、先行试验区：基层全科骨干人才培养的探索



项目特色

➤构建面向基层、全科导向的“3+2”一体化人才培养体系

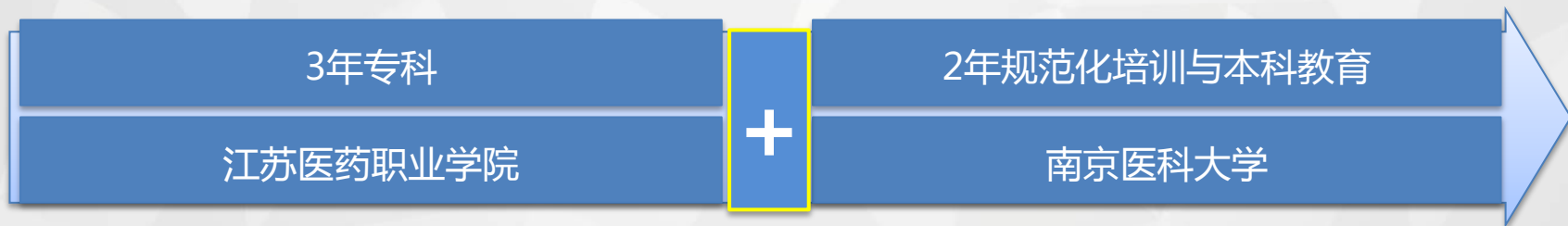


图 一体化全科医学人才培养方案阶段实施

三、先行试验区：基层全科骨干人才培养的探索



项目特色

➤构建面向基层、全科导向的“3+2”一体化人才培养体系

表 专科段课时数及理-实比

模 块	性 质	时 数			
		总学时	理论	实践	比例
通识人文模块	必修课	447	240	207	1.13： 1
医学基础模块	必修课	639	463	176	2.52： 1
临床医学模块	必修课	694	394	300	1.31： 1
全科医学模块	必修课	153	107	46	2.33： 1
拓展课程	选修课	72	48	24	1： 2.79
岗位实践	毕业实习	1040	0	1040	
合 计		3045	1252	1793	1： 1.45

一体化
设计

三、先行试验区：基层全科骨干人才培养的探索



项目特色

➤构建面向基层、全科导向的“3+2”一体化人才培养体系

表 本科段课时数及理-实比

序号	模 块	性 质	总学时	学分（18学时/1学分）	
				理论	实践
(一)	本科学历教育课程		198	171（9）	27（2）
	通识课程模块	必修课	84	84	0
	专业基础及专业课程模块	必修课	114	87	27
(二)	规范化培训课程			（19.83）	（96）
	全科理论与综合素质模块	必修课	81	81（4.5）	0
	临床与社区专业课程模块	必修课	276	276（15.33）	0
	临床综合训练模块	必修课	85周		（80）
	基层实践模块	必修课	16周		（16）
	合计			（28.83）	（98）
	理实比			1： 3.4	

一体化设计

助培共104周，按国家标准考核；理论课集中培训8学时/天；临床核心课程和基层实践1学分/周，其他0.5学分/周实施。

三、先行试验区：基层全科骨干人才培养的探索



项目特色

● 构建“课程综合、强化体验”医学人文教学体系

构建以CBL教学为基础的医学人文课程综合化改革，通过临床实践中的典型案例进行整合。包括伦理学、心理学、卫生法学课程、医患沟通，通过模拟情境、真实情境、实践教学把医学人文教育贯穿于专业教学过程中，融医学人文实践教学与专业实践教学于一体的全过程。分三阶段实施，医患沟通技能融于案例教学和实训教学过程中。

图 构建“课程综合、强化体验”医学人文教学体系

三、先行试验区：基层全科骨干人才培养的探索



项目比较

➤与“3+2”（1.0版本）比较



“3+2”（1.0版本）即传统的“3+2”培养模式，学校3年制专科教育和2年基地的助理全科规范化培训完全是脱节的，教学设计和教学内容没有衔接；也没有建立有效的学历提升途径；因专科学历层次高级职称申报受限（卫生部、人事处发[2000]462号：[临床医学专业技术资格考试暂行规定](#)），后续会影响基层人才职业生涯的发展。

三、先行试验区：基层全科骨干人才培养的探索



项目比较

➤与“3+2”（2.0版本）比较



“3+2”（2.0版本）即“3+2”2年规范化培训并轨成人本科教育，其专科段课程，成人本科段课程，规范化培训课程为三个主体制定，无法实现教学的整体设计，课程设置的逻辑性、连续性较弱，授课内容往往存在重复和脱节；“3+2”一体化培养做到“整体设计、分段实施”，避免了三个主体，减少课程内容的重复、脱节现象。

三、先行试验区：基层全科骨干人才培养的探索



项目比较

➤与五年制普通本科比较



五年制普通本科 5年制的普通本科教育以培养学术型人才或专科医生的基础教育为主；而“3+2”（3.0版本）的定位是基层骨干医生，以基层岗位胜任力为导向，更强调临床综合能力和全科思维的培养。

三、先行试验区：基层全科骨干人才培养的探索



项目比较

表 “3+2” 一体化培养与传统 “3+2”培养和5年制培养理-实课时比较

项目	传统 “3+2”培养			“3+2”高职本科分段培养				5年普通本科		
	3年专科	2年规培	合计	3年专科	本科转段	2年规培	合计	4年在校	52w实习	合计
理论学时	1194	357	1551	1252	171	357	1790	2587		
实践学时	2086	808	2849	1793	27	808	2628	1099	936	2035
总学时	3280	1165	4445	3045	198	1165	4418	3686	936	4622

助培共104周，
按国家标准考核，
理论357学时；
临床轮转核心课
程和基层实践1
学分/周，其他
0.5学分/周实施。

医学基础课程和核心课程得到强化，通过2年本科段教育与规范化培训并轨，实现理论学习与岗位实践完全统一，通过临床实践中反复运用和理论知识的强化，临床诊断思维和临床综合能力得到反复强化和提升。



谢谢聆听

