

论三位一体的中国乡村和社区医生培训模式

孙虹^{1*} 田勇泉² 曹泽民¹ 伍志刚³ 赵颜忠¹ 黄欣⁴

1. 中南大学湘雅三医院 湖南长沙 410013
2. 中南大学湘雅医学院 湖南长沙 410013
3. 中南大学国际合作与交流处 湖南长沙 410083
4. 湖南省武警总队医院 湖南长沙 410006

【摘要】传统的针对城乡基层卫生服务机构人员的培训手段对实质性地提高农村和社区医生的业务能力作用有限。为了提高对乡村和社区医生培训的效果,有必要进一步探索更适合我国国情的、新型的、以医院之间技术合作为基础的培训模式,即以大型综合性医院为基地,集课程培训、适宜技术推广和医院合作网络为一体的“三位一体”的培训模式。

【关键词】医学教育;农村基层卫生服务机构;社区卫生服务机构;培训模式

中图分类号:R192 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)07-0039-04

Three in one model for training the rural and community doctors

SUN Hong¹, TIAN Yong-quan², CAO Ze-min¹, WU Zhi-gang³, ZHAO Yan-zhong¹, HUANG Xin⁴

1. The Third Xiang Ya Hospital, Central South University, Hunan Changsha 410013, China
2. Xiang Ya School of Medicine, Central South University, Hunan Changsha 410013, China
3. Department of International Collaboration and Exchange, Central South University, Hunan Changsha 410013, China
4. Hunan Provincial Corps Hospital, Chinese Armed Police Forces, Hunan Changsha 410006, China

【Abstract】 The conventional training method for Grass-root health facility staff in urban and rural area are limited for substantially improving the professional ability of the rural and community doctors. To improve the outcome of training program for the rural and community doctors, a novel “three in one” training model comprising training courses, feasible technique popularization and hospital collaboration network which may be the most suitable pattern for training rural and community doctors in Chinese actuality is worthy of further study. This newly proposed model is based on the inter-hospital collaboration in which a large tertiary hospital works as a technical supporting center.

【Key words】 Medical education, Grass-root health facility in rural area, Community health service facility, Training model

中国共产党“十七大”提出的我国卫生改革与发展的主要目标是到 2020 年,建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,实现“人人享有基本医疗卫生服务”。中共中央、国务院 2009 年 3 月 17 日《关于深化医药卫生体制改革的意见》^[1], 3 月 18 日《国务院关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011 年)的通知》^[2] 的发布,无疑将大大促进我国基本医疗卫生体系的建立和发展,在很大程

度上缓解人民群众看病就医问题。

然而,我国基本医疗卫生体系的建设长期投入不足、机制不顺、“欠账”太多,看病就医问题突出。造成这些困难和问题原因是多方面的,但笔者认为其核心问题是乡村和城市社区医疗机构从业人员的医学教育背景普遍太差,业务能力低下,不能胜任基本的医疗服务工作,技术水平难以得到群众的信任,从根本上制约了这些医疗机构的发展:它们不但

* 基金项目:美国中华医学基金会(CMB)项目。

作者简介:孙虹,男(1957 年-),教授,主任医师,博士生导师,中南大学湘雅三医院院长,主要研究方向为医院运营管理、中国乡村和社区医生培训及区域医院合作网络机制。E-mail:shjhaj@vip.163.com

不能吸引高素质人才为其工作,而且导致原有技术骨干的不断流失,由此形成一种人才与效益两亏的恶性循环。^[3-5]所以,加强对乡村和社区在职医师的培训,提高乡村和社区医院的资源利用效率就显得至关重要。本文根据作者多年培训乡村和社区医生、以及建立医院合作网络(hospital collaboration network)的经验,分析现有培训手段存在的缺陷,提出“三位一体”的乡村和社区医生培训模式。

1 现有培训手段存在的主要缺陷

客观地说,现有培训手段在提高乡村和社区医生业务水平方面起到了一定的作用,但存在一些难以克服的缺陷,效果并不理想。

1.1 课堂教学

课堂教学,包括各类培训班历来是培养人才的基本方法,对理论基础薄弱的初学者而言,这是为其形成正确的系统概念和理论体系最有效而直接的培训方式。但它需要实践教学作为感性认识培养的补充,学习结束后更应进行不断的工作实践,才能巩固所学知识,使之成为学员自己真正拥有的能力。

1.2 远程网络教育

远程网络教育主要是指利用现代通讯技术或网络技术对远距离学生进行的各类课程教育。它具有与课堂教学类似的缺陷,且教学效果更差。这是因为施教者与受教者之间没有密切的沟通,互动性差、针对性差、缺乏一对一的现场教学;^[6-7]加之学员缺乏督促,时间难以保证,考试比较宽松,实际效果打了许多折扣。这种方式适合于大规模的普及型教育,而并不适合临床技术培训这类特别需要现场指导和师生互动的对在职专业技术人员的深化培训。

1.3 医学专家下乡、进社区进行技术指导

多年来实行的各类由大医院医师下乡、进社区短期支援,或“扶贫”、“援藏”、“支边”之类的“大专家指导小医院”的活动,在一定程度上提高了基层医疗机构的技术水平,加强了小医院和大医院的联系。但这些工作往往是“运动式”和“任务式”的,施援方和受援方之间没有双赢的合作动力,任务完成后各奔东西,互不相干。由于没有形成持续有力的技术支持,专家们在小医院开展的技术往往随着专家撤退而自然消失。而且,大医院专家专而精,在小医院工作时,除处理少数本专业病人外,在其他病例的处理上发挥的作用十分有限。所以,这种技术指导效

率不高,客观上说,是严重的人才浪费,对基层医院的帮助实际上并不大。现在,国家把大医院专家支援基层医院的对口关系定位在县级医院是非常英明的决定,解决了施教方和受教方水平相差过于悬殊而导致的培训效率低下,但仍不能解决“运动式”和“任务式”工作带来的问题。

1.4 远程医疗

远程医疗指利用现代通讯技术进行的远距离诊断和/或治疗。最常见的形式是远程会诊,以及通过电信、Email 或其他远程通讯方式进行的医疗咨询;^[8]它同时也是一种技术培训过程。20世纪90年代我国出现远程会诊系统以来,解决了大量疑难病症的远距离诊疗问题。从理论上说,随着音像和文字传输越来越快捷,远程医疗对基层医生的培训和技术支持应该是十分有效的手段。^[9]然而,临床医学的特性决定了医生对疾病的处置能力必须建立在准确的第一手资料基础上。如果咨询方提供的病史、体格检查和实验室检查结果不准确或不可靠,或即使客观性很强的影像学照片,由于基层医院设备分辨率低、检查体位和参数设置不正确等问题,不能正确显示存在的病变,再高明的专家也难以作出正确的判断,更不用说进行正确的指导了。另一方面,现在在我国绝大多数县级城市之间均已开通了高速公路或高等级公路,省会城市到本省各县、市一般可以当天往返,在很多情况下人们更愿意选择请专家到现场指导。所以,传统的远程会诊系统指导基层医院中的作用正趋于减弱,只有当会诊双方能够提供准确的技术信息时,远程会诊这种快捷的技术手段才能发挥其应有的作用。为此,同样需要对基层医生进行长期的培训。

2 培训管理方面存在的问题及原因分析

近年来,卫生部和各级政府越来越重视对基层医务人员的培训工作,出台了一系列政策和制度^[10-13],投入了大量人力、物力和财力,并结合我国国情制定了农村卫生技术人员和社区医师培训规划和评估体系,有针对性地实施了比较系统的培训工作,包括现在正在实施的社区卫生人员培训项目“全科医师骨干培训”。部分医学院校也开展了一些层次较高的在职学历教育。这些工作在一定程度上缓解了我国在建立基本医疗卫生制度过程中所面临的基层人才与技术压力。然而,由于我国幅员广阔、人

口众多,基层医疗机构和从业人员的底子太薄,目前仍未根本改变乡村和城市社区医疗机构从业人员的医学教育背景普遍太差,业务能力低下这一基本状况。同时,从我们多年开展乡村、社区医师培训的经历以及与乡村和社区医疗机构负责人的交流中发现,他们对各种培训班或大量的远程/网络教育仅表示欢迎,但一般不认为是提高其员工技术水平的重要途径。他们更欢迎大医院的直接技术支持。尽管政府和培训机构投入了大量的人力、物力和财力,但培训工作往往形成“一时热”或“一头热”的局面。“一时热”即培训时学员充满热情,但培训结束后,却因没有实践机会和技术后援,不能或不敢开展新的技术项目,学到的知识很快就淡忘了;“一头热”则是“一时热”的必然结果:政府主管部门投入大量精力建立了各种培训平台,但培训对象并不热情。不少人只是为了拿学分、得证书或完成任务,培训结果远远达不到期望的水平。造成这种局面的原因是多方面的。

(1) 由于临床能力培养是一个长期过程,且我国需要接受在职培训的对象人数巨大,短期内难以在全国范围内实现根本的改观。

(2) 实施培训的各类机构相互间缺乏统筹安排和协调机制,培训方式单一,内容重复较多,培训效率低。

(3) 课程教学、适宜技术推广和其后持续的技术支持三者脱节。由于体制和机制方面的原因,大型综合医院的专家教授与乡村医师、社区医师之间难以建立良好的互动机制,导致一些真正为乡村和社区医院需要的适宜医疗技术,特别是常见病多发病的诊断与治疗技术及慢性病防治技术难以为乡村和社区医师所掌握。他们在执业过程中遇到技术问题后难以得到有效的指导,往往处于孤立无援和盲目应付的境地。

(4) 在培训基地建设方面,目前仍处于初期的探索阶段,缺乏比较成熟的针对乡村和社区医师专业理论和技能培训的模式,甚至没有全国统一的或公认的适宜教材和比较成熟的培训效果评价体系。

上述四个方面的问题,严重制约着我国乡村和社区医疗水平的提高,是我国医疗卫生领域亟待解决的、关乎“新医改”方案能否落到实处的重要问题。所以,我们需要充分利用现有培训手段和技术资源,取长补短、有效组合,探讨新的、符合我国国情的、能对培训对象持续指导和支持的新的培训机制或培训制度。

3 “三位一体”培训模式是符合我国国情的解决办法

2008 年 2 月 28—29 日,卫生部和教育部在京联合召开了全国医学教育工作会议,明确提出,为了实现“人人享有基本医疗卫生服务”的宏伟目标,要优先发展医学教育,加快培养农村和城市社区卫生人才。卫生部部长陈竺提出,“医学院校要在农村卫生人才培养方面积极发挥作用,……”。当前工作的重点,就是要全面推进对已经从事和拟从事城市社区卫生服务工作的人员的岗位培训,争取在三年内使所有城市社区卫生技术人员达到相应的岗位执业要求”。^[14]所以,建立一个可行的长效培训机制,有效地培训乡村和社区医生,使培训不流于形式,是当前亟待解决的问题。

对乡村和社区医生培训的最终目的,是提高其在实际工作中的诊断和治疗水平。众所周知,临床医学是一门实践性与经验性很强的科学技术。西医的“望、触、叩、听”和中医的“望、闻、问、切”,以及大量临床诊疗操作均离不开老师手把手的传授和现场操练;学员回原单位执业过程中遇到问题,也往往需要老师现场会诊或及时转诊。所以,课程学习、适宜技术推广和实践中持续有力的技术支持,从培训的整体而言是密不可分的。对乡村和社区医师的持续、有效的专业训练,不能仅依靠学历教育、短训班和远程教育等以课程教学为主的培训,而应当形成一个综合性的培训和评估体系。这个体系应包括各种形式的课程教学、适宜医疗技术的推广和实际工作中持续可靠的技术支持和指导,而大型综合性教学医院是最适合承担这项工作的主体。

我们从 2004 年开始,在当地政府的大力支持下,通过与部分县级医院、乡镇卫生院和城市社区医院的长期合作,初步形成了集课程教学、适宜技术推广和区域医院合作网络建设“三位一体”的乡村和社区医师培训工作思路。这“第一位”是指各种形式的课程教学(包括课堂教学、讲习班、远程教育、见习和实习等等);“第二位”是指卫生部提倡的适宜医疗技术的推广;“第三位”是建立区域医院合作网络。所谓区域医院合作网络,是指以大型综合医院为核心(即网络中心医院),以县级医院为骨干,联合一定区域内的街道、乡镇卫生院和城市社区卫生服务中心为卫星医院,开展以医疗技术培训和指导、大型诊疗设备及临床检验中心共享和双向转诊为主要内容的

区域医院合作网络。网络中心医院在其中起到了培训中心、临检中心、会诊中心和双向转诊枢纽的作用,成为基层医院名副其实的后援基地。由于网络内的基层医院不断受到网络中心医院的技术支持,其技术水平有基本的保证,在合作网络之内相对比较容易实现双向转诊(尤其是自上而下的转诊)和专家会诊。这种合作机制的优点是:(1)中、小医院在病源和技术支持方面获得了实惠;(2)网络中心医院由于缩短了平均住院日,提高了运转效率,开拓了病源,其经济运行效率可得到很大的提升;(3)病人在网络中心医院就诊或住院的时间缩短,总体医疗费用将会减少,对政府和病人都有好处;(4)网络中心医院附近的中、小医院可将部分需要高投入和高技术的临床检验项目(如病理诊断、超声诊断、CT和磁共振等大型影像诊断以及全自动生化分析等项目)交付网络中心医院去做,以利益分成的形式实现资源共享。这将大大减少乡村和社区医院建设的固定成本,能更好地实现中、小医院的经济效益。在政府发展乡村和社区医疗机构的过程中,这种网络合作模式将减少政府对医院设备的大量投资,在一定程度上避免新一轮的重复投资。可见,这种机制确保的是一个共赢的局面。

总之,这种“三位一体”的培训模式中的“三位”互相依存、互相促进、缺一不可。以大型综合性医院作为乡村和社区医师培训的教学基地、见习/实习基地和技术支持基地,大大优于单纯的课堂教学和远程医学教育,使培训效果能得到持续的巩固和提高,使乡村和社区医院的医疗安全能得到足够的保障,有利于培养乡村和社区医院的自我发展能力。这是有源之水,有本之木,有利于形成培训的长效机制,有利于形成符合我国国情的乡村和社区医师培训模式,值得进行深入探索。而且,这种模式还可有效整合区域医疗资源,降低区域内总体医疗费用和医院建设投入,提高区域内整体医疗安全系数,是一种很好的医院合作形式。我们正在对这方面的工作进行进一步改进、数据收集和分析整理,希望在不久的将来

来提出一个可行的理论和制度模式。

参 考 文 献

- [1] 中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[EB/OL]. (2009-03-17) [2009-05-15]. http://news.xinhuanet.com/newscenter/2009-04/06/content_11138803.htm.
- [2] 国务院. 国务院关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)的通知[EB/OL]. (2009-03-18) [2009-05-15]. http://www.gov.cn/zwggk/2009-04/07/content_1279256.htm.
- [3] 卜海龙. 乡镇卫生院,路在何方——广东省梅州市部分乡镇卫生院现状分析及体制改革的探讨[J]. 中国高新技术企业, 2008, (11): 287-288.
- [4] 王志彬. 濮阳市乡镇卫生院现状及分析[J]. 中国实用医药, 2008, (12): 206-207.
- [5] 力晓蓉, 易易, 陈运, 等. 四川省乡镇卫生院卫生技术人员在职培训现状调查[J]. 中国卫生事业管理, 2007, (1): 43-45.
- [6] 安春芳. 我国远程网络教育存在的问题与展望[J]. 西北成人教育学报, 2007, (2): 30-32.
- [7] 贾晓丽. 浅谈现代远程教育技术发展现状与存在的问题[J]. 中国科技信息, 2008, (14): 316, 318.
- [8] 王双艳. 日本远程医疗的进展和研究方向[J]. 日本医学介绍, 2003, (3): 141-142.
- [9] 李艳, 潘淑芝, 李新苗, 等. 远程医疗会诊的误区及解决对策[J]. 中国医院管理, 2008, (5): 61.
- [10] 卫生部, 教育部, 财政部, 等. 关于加强农村卫生人才培养和队伍建设的意见[Z]. 2003.
- [11] 卫生部. 乡镇卫生院卫生技术人员培训暂行规定[Z]. 2004.
- [12] 卫生部. 乡村医生在岗培训基本要求[Z]. 2004.
- [13] 卫生部. 农村卫生人员在职培训评估指标体系[Z]. 2006.
- [14] 薛丽华. 办人民满意的医学教育, 努力建设医学教育强国——全国医学教育工作会议召开[EB/OL]. (2008-02-28) [2009-05-15]. <http://www.moe.gov.cn/edoas/website18/level3.jsp?tablename=989&infoid=1204242948589366>.

[收稿日期:2009-05-28 修回日期:2009-06-12]

(编辑 田晓晓)