

• 调查报告 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.28.022

我国 5 所“5+3”全科医师规范化培训基地现状调查研究*

张冬青¹, 刘彦¹, 何坪^{1△}, 张秩²

(1. 重庆医药高等专科学校 401331; 2. 西南医科大学, 四川泸州 646000)

[摘要] **目的** 了解我国东中西部“5+3”全科医师规范化培训基地现状,为制定“3+2”助理全科医师培训提供参考意见。**方法** 采用自制问卷和专题访谈调查北京、浙江、广州、四川、重庆 5 个地区“5+3”全科医师规范化培训基地培训现状,内容包括:规培基地基本情况、管理与经费投入、培训建议等。**结果** 2 所基地认为培训课程与医学本科教学不衔接;3 所基地对培训效果基本满意,1 所基地不满意;88.4%的调查对象认为需要进行“3+2”助理全科医师培训。**结论** 目前的“5+3”全科医师培训制度不太完善,培训整体偏向专科化。全科医师培养在培训基地与培训师资方面应制定遴选相应标准。举办“3+2”助理全科医师规范化培训应建立系统化课程体系和配套政策。

[关键词] 全科医师;规范化培训;培训基地;培训师资

[中图分类号] R192

[文献标识码] A

[文章编号] 1671-8348(2017)28-3953-06

Survey on status quo of 5 standardized training bases of our country "5+3" general practitioners*

Zhang Dongqing¹, Liu Yan¹, He Ping^{1△}, Zhang Zhi²

(1. Chongqing Medical and Pharmaceutical College, Chongqing 401331, China; 2. Southwest Medical University, Luzhou, Sichuan 646000, China)

[Abstract] **Objective** To understand the status quo of "5+3" general practitioners standardized training base in the eastern and western regions of China to provide reference opinions for formulating "3+2" assistant general practitioner training. **Methods** The self made questionnaire and special interview were used to investigate the status quo of the standardized training base (general practitioner department) of "5+3" general practitioners in the five places of Beijing, Zhejiang, Guangzhou, Sichuan and Chongqing and the contents included the basic situation of the training base, management and fund investment, training proposals, etc. **Results** The two bases thought that the training courses were not connected with the teaching of medical undergraduate. The three bases basically satisfied with the training effect, and 1 base did not satisfy; 88.4% of respondents believed that "3+2" assistant general practitioner training was needed. **Conclusion** At present, the training system of "5+3" general practitioners is not perfect, and the whole training is biased to specialization. The general practitioner training should formulate and select the corresponding standard in the aspects of the training base and training teachers. A systematic curriculum system and matching policies should be established for the standardized training of "3+2" assistant general practitioners.

[Key words] general practitioner; standardized training; training base; training teachers

我国全科医学规范化培训主要有“5+3”全科医师规范化培训和“3+2”助理医师规范化培训两种模式。为提高助理全科医师的全科医学理论水平、职业素养、全科医疗服务能力和基本公共卫生服务能力,我国启动了“3+2”助理全科医师规范化培训,但目前“3+2”助理全科医师规范化培训在课程体系设置、培训基地与师资标准、配套政策等方面尚未形成统一的标准。本课题旨在通过对我国“5+3”全科医师规范化培训基地进行调查,借鉴其先进经验,为“3+2”助理全科医师规范化培训提供参考意见。

1 资料与方法

1.1 研究对象 首都医科大学附属复兴医院月坛社区卫生服务中心、浙江大学附属邵逸夫医院、广东省全科医学教育培训中心、四川大学华西医院、重庆医科大学附属永川医院全科医学科负责人 5 人、行政管理人员 9 人、带教师资 12 人、在培学生 65 人为研究对象。

1.2 方法 采用自制问卷调查 5 所全科医师培训基地负责

人,了解全科医师规范化培训现状,问卷包括:开展全科医师规范化培训基本情况(招生、就业)、培训现状(课程设置、培养方式、管理及经费投入)、培训效果评价(影响因素)3 方面;自制问卷调查行政管理人员、带教师资、在培学生,了解“3+2”助理全科医师培训需求,问卷包括:被调查者基本情况、举办“3+2”助理全科医师培训的重要性、培训建议 3 部分。采用专题访谈调查负责人、行政管理人员、带教师资和在培学生,了解对“3+2”助理全科医师培训的建议与意见。

1.3 数据处理 调查问卷资料经审核无误后,采用 Epidata 3.02 双人双录入计算机,建立数据库,采用 SAS8.2 版本进行数据的统计描述和统计推断。

2 结果

2.1 基本情况 全科医师规范化培训基地北京举办时间最早(1997 年),广东培训规模最大,培训人员的主体是本科应届毕业生,四川和重庆培训人员的主要毕业去向为二级及以上医院。见表 1。

* 基金项目:重庆市教育教学改革研究重大项目(131016);重庆市教委高等教育教学改革研究一般项目(153240);重庆市卫计委医学科技面上项目(20142119);重庆市沙坪坝区科委指令性计划项目(jc201524);重庆医药高等专科学校教研教改重点项目(CQYGZJG1508)。作者简介:张冬青(1983—),讲师,硕士,主要从事全科医学教育工作。△ 通信作者,E-mail:heping1229@163.com。

表 1 5 所基地基本情况

项目	广东	北京	四川	浙江	重庆
举办时间	2008 年	1997 年	2006 年	1999 年	2008 年
首次招生	64	4	6	20	20
在培人数	47	18	44	30	21
应届毕业生	34	18	44	30	2
往届毕业生	8	0	0	0	13
在职人员	47	0	0	0	0
本科	38	9	28	30	15
专科	9	0	0	0	6
近 3 年招生人数	47	10	40	30	29
近 3 年完成培训人数	119	7	25	14	14
获取合格证书人数	117	7	25	14	14
获取硕士学位证书	0	4	0	0	1
毕业生去向	社区或乡镇卫生院	社区或乡镇卫生院	二级及以上医院	社区或乡镇卫生院	二级及以上医院

表 2 5 所基地管理及财政投入情况

项目	广东	北京	四川	浙江	重庆
管理部门	其他(广东省全科医学 教育培训中心)	教育处	培训部	科教处	科教处
学生补助(元/月/人)	4 200	1 500	无	1 600	1 500(专科) 2 000(本科)
教师带教补助(元/天)	50~100	40	无	无	无
单位培训经费(元/人/年)	5 000	30 000	无	无	50 000
有无财政投入	有	有	无	无	有
近 3 年财政投入(元)	2010 年 1.7 万 2011 年无 2012 年 1.2 万	2010 年 7 万 2011 年 10 万 2012 年 15 万	2010 年无 2011 年无 2012 年无	2010 年无 2011 年无 2012 年无	2010 年无 2011 年 30 万 2012 年 56 万
使用范围	培训专项	学生补助	无	无	师资培养、基地建设、学生补助

2.2 管理及经费投入 除广东外,其余 4 个地区均为当地卫计委管理。广东学生补助最高达 4 200 元/月/人。除浙江、四川外,其他 3 所基地均有财政投入,重庆最高。在单位培训经费方面,重庆最高,但教师没有带教补助。见表 2。

2.3 培训现状及培训效果评价 调查结果显示:(1)内容方面,北京和浙江 2 所基地认为培训课程与医学本科教学不衔接,主要是因为培训内容脱节。(2)培养时间和培养方式,5 所基地基本一致。(3)效果方面,1 所基地表示满意(浙江),3 所基地表示基本满意(广州、四川、重庆),而 1 所基地认为不满意(北京),主要原因为培训课程与医学本科教育不能很好地衔接。(4)影响培养工作推进的主要因素分别为规培学生入口、全科医师执业政策(社会地位、经济条件)、培训资金保障、培训师资。

2.4 管理人员对规培现状的调查结果

2.4.1 管理人员基本情况 5 所基地管理人员基本情况调查结果显示:其中男 6 人(66.7%)、女 3 人(33.3%);硕士 5 人(55.6%)、本科 2 人(22.2%)、博士与大专及以下各 1 人(11.1%);全科医学、临床医学专业各 3 人(33.3%),预防医学、卫生管理及其他专业各 1 人(11.1%);临床系负责人和专业带头人各 3 人(33.3%)、教务处负责人 2 人(22.2%)、其他 1

人(11.1%);正高、副高各 3 人(33.3%)。见表 3。

2.4.2 管理人员对举办“3+2”助理全科医师培训的重要性调查结果 5 所基地管理人员对举办“3+2”助理全科医师培训的重要性的调查结果显示:6 名(66.7%)管理人员认为需要举办“3+2”助理全科医师培训,3 名(33.3%)认为不需要,主要原因是生源不好和职业前途不明朗。

2.4.3 管理人员对培训建议的调查结果 5 所基地管理人员认为助理全科医师最需要的知识和技能先后顺序分别是基本医疗、基本公共卫生服务、人际沟通、基层卫生管理和卫生法律法规;助理全科医师培训采取的培训方式依次为医院各科轮转、社区实习、学校培养、师带徒、医学讲座;采取的教育方式分别是操作、讲授、社会实践、案例讨论、见习和自学。见表 4。

表 3 5 所基地管理人员基本情况

项目	例数(n)	百分比(%)
性别		
男	6	66.7
女	3	33.3
学历		
大专及以下	1	11.1
本科	2	22.2
硕士	5	55.6

续表 3 5 所基地管理人员基本情况

项目	例数(n)	百分比(%)
专业	博士	1 11.1
	临床医学	3 33.3
	中西医结合	0 0
	教育学	0 0
	全科医学	3 33.3
	预防医学	1 11.1
	卫生管理	1 11.1
	其他	1 11.1
	职务	学校负责人
教务处负责人		2 22.2
临床系负责人		3 33.3
专业带头人		3 33.3
其他		1 11.1
职称	初级	1 11.1
	中级	1 11.1
	副高级	3 33.3
	正高级	3 33.3
	其他	1 11.1
目前主要担任什么工作	医学教育管理	4 25.0
	临床专业课教学	1 6.3
	临床专业课实践	2 12.5
	临床基础课教学	0 0
	在职人员培训	4 25.0
	其他	5 31.3

表 4 5 所全科医师规范化培训基地管理人员对培训建议的调查结果

项目	均数	标准差
年龄(岁)	45.57	6.60
工作年限(年)	22.29	9.38
你认为助理全科医师最需要什么知识和技能	基本医疗	0.94 0.10
	基本公共卫生服务	0.71 0.11
	人际沟通	0.66 0.34
	基层卫生管理	0.26 0.19
	卫生法律法规	0.17 0.14
你认为助理全科医师采取哪种培训方式效果最好	学校培养	0.43 0.35
	医院各科轮转	1.00 0
	社区实习	0.66 0.30
	医学讲座	0.14 0.25
	师带徒	0.23 0.29
	其他	0 0
你认为助理全科医师采取哪种教育方式效果最好	讲授	0.57 0.36
	操作	0.74 0.36
	见习	0.43 0.42
	社会实践	0.54 0.39
	案例讨论	0.51 0.20
	自学	0.01 0.04

2.5 带教师资对规培现状的调查结果

2.5.1 带教师资基本情况 见表 5。

表 5 5 所基地带教师资基本情况

项目	例数(n)	百分比(%)
性别	男	4 33.3
	女	8 66.7
学历	大专及以下	0 0
	本科	2 16.7
	硕士	9 75.0
	博士	1 8.3
专业	临床医学	6 50.0
	中西医结合	0 0
	教育学	5 41.7
	全科医学	1 8.3
	预防医学	0 0
	卫生管理	0 0
其他	其他	0 0
	学校负责人	0 0
	教务处负责人	2 16.7
	临床系负责人	2 16.7
	专业带头人	8 66.7
	职称	初级
中级		6 50.0
副高级		3 25.0
正高级		2 16.7
其他		0 0
目前主要担任什么工作	医学教育管理	2 16.7
	临床专业课教学	4 33.3
	临床专业课实践	9 75.0
	临床基础课教学	2 16.7
	在职人员培训	5 41.7
	其他	1 8.3

2.5.2 带教师资对举办“3+2”助理全科医师培训的重要性调查结果 被调查的 12 人均认为需要举办“3+2”助理全科医师培训。见表 6。

2.5.3 带教师资对培养建议的调查结果 12 名带教师资平均工作年限为(15.67±9.14)年,认为助理全科医师需要的知识和技能依次为基本医疗、人际沟通、公共卫生服务、卫生法律法规和基层卫生管理;认为助理全科医师培养方式应采用医院各科轮转、社区实习、学校培养、医学讲座和师带徒;教育方式最好依次采用讲授、操作、案例讨论、社会实践、见习和自学的方式。见表 7。

2.6 培训学生对规培现状的调查结果

2.6.1 培训学生基本情况 见表 8。

2.6.2 培训学生对举办“3+2”助理全科医师培养的重要性调查结果 89.2%的在培学生认为需要举办“3+2”助理全科医师培养,10.8%认为不需要举办的原因有职业前途不明确、就

业困难、生源不好、待遇不好及其他。被调查者认为举办“3+2”助理全科医师培训最突出的困难是医学专科不能纳入住院医师培养(政策限制),其次为难以打破传统临床医学专业的培养模式。见表 9。

表 6 5 所基地带教师资对举办“3+2”助理全科医师培训的重要性调查结果

项目	例数 (n)	百分比 (%)
是否需要举办“3+2”助理全科医师培训		
需要	12	100
不需要	0	0
从学生角度,需要举办“3+2”的原因		
就业好	2	16.7
生源好	0	0
待遇好	0	0
职业前途明朗	1	8.3
政策需求	4	33.3
其他	5	41.7
从教学角度,需要举办“3+2”的原因		
专业培养定位更加准确	0	0
课程设置紧扣实际工作岗位需要	2	16.7
适应卫生改革需要	1	8.3
打破临床专业传统培养模式	1	8.3
将专科层次教育纳入毕业后教育	0	0
其他	8	66.7
举办“3+2”最突出的困难		
缺乏有全科医学背景的师资	1	8.3
缺乏社区实训基地	0	0
难以打破传统临床医学专业的课程体系	0	0
难以打破传统临床医学专业的培养模式	1	8.3
从未做过	0	0
医学专科不能纳入住院医师培养(政策限制)	0	0
其他	0	0

表 7 5 所基地带教师资对培养建议的调查结果

项目	均数	标准差
年龄(岁)	39.33	7.32
工作年限(年)	15.67	9.14
你认为助理全科医师最需要什么知识和技能		
基本医疗	0.87	0.29

续表 7 5 所基地带教师资对培养建议的调查结果

项目	均数	标准差
基本公共卫生服务	0.52	0.32
人际沟通	0.57	0.41
基层卫生管理	0.1	0.16
卫生法律法规	0.25	0.24
你认为助理全科医师采取哪种培训方式效果最好		
学校培养	0.58	0.47
医院各科轮转	0.91	0.10
社区实习	0.64	0.12
医学讲座	0.31	0.26
师带徒	0.18	0.21
其他	0	0
你认为助理全科医师采取哪种教育方式效果最好		
讲授	0.69	0.38
操作	0.64	0.29
见习	0.35	0.34
社会实践	0.48	0.30
案例讨论	0.49	0.40
自学	0.17	0.30

表 8 5 所基地培训学生基本情况

项目	例数(n)	百分比(%)
性别		
男	22	33.8
女	43	66.2
学历		
大专及以下	5	7.7
本科	50	76.9
硕士	10	15.4
博士	0	0
专业		
临床医学	49	75.4
中西医结合	3	4.6
教育学	0	0
全科医学	9	13.8
预防医学	2	3.1
卫生管理	0	0
其他	2	3.1

2.6.3 培训学生对培训建议的调查结果 65 名在培学生认为助理全科医师最需要的知识和技能分别为基本医疗、基本公共卫生服务、人际沟通、基层卫生管理和卫生法律法规;培训方式分别是医院各科轮转、学校培养、社区实习、师带徒、医学讲座;教育方式分别是社会实践、操作、讲授、见习、案例讨论。见表 10。

2.7 专题访谈调查 在对基地负责人、行政管理人员、带教师资和在培学生的专题访谈中发现,他们认为目前的全科医师培训制度还不太完善,培训整体偏向专科化,没有成熟的经验可借鉴,人力有限,不能照搬英国的模式。学生对全科医学的认识不够,自信心不足。对带教师资的培训不够,仅是单项技能

的培训。目前,“5+3”的培训学员要获得研究生学历必须通过国家的研究生入学考试,并完成学位论文和答辩,符合研究生培养要求才可拿到研究生学历。而参加“5+3”的规培没有入学考试,在规培过程中每 3 个月考核 1 次,最后参加国家的考试,合格后可获得规培证书。在培训过程的管理中,发现以单位人身份进入规培的学员较好管理,而没有单位的学员管理较难,学生的临床思维和独立处理临床问题的能力欠缺。在规培的课时设置中大多是理论培训穿插在临床培训中进行,每周抽出一定的时间进行理论讲授,很少有集中培训 2 个月理论的。在临床培训中每个科室学习结束都会有考核。培训学员因为没有处方权,所以以实习生和住院医师之间的一个身份参加培训。建议:(1)将全科医生和公共卫生工作分开由不同的人承担,增强全科医学诊疗能力,在培训中应加大全科门诊的时间,培训症状识别和鉴别能力,技能培训更要加强。(2)“3+2”应与本科学历挂钩,由于在西部地区实施“3+2”很有必要且可行,应在入口处把好关,提高入学门槛,加强管理,为后续学历提升保留空间。(3)在国家顶层设计方面要制定留住基层医生的政策,这样也才能保障助理全科医师培训生源问题和培训后的去向问题。(4)对带教师资的选择标准应按要求,中级职称、本科以上学历,有相关专业背景、工作 5 年以上,获得省师资培训资格证书方可带教,社区带教师资带教能力需要加强。(5)在基地选择上,要选择病例多、病种多、带教好、水平高的医院,并且要建立全科医学科,加大学科建设,加强对全科医学的认识。

表 9 5 所基地培训学生对举办“3+2”助理全科医师培训的重要性调查结果

项目	例数 (n)	百分比 (%)
是否需要举办“3+2”助理全科医师培训	需要 58	89.2
	不需要 7	10.8
不需要的最主要原因	就业困难 1	14.3
	生源不好 1	14.3
	待遇不好 1	14.3
	职业前途不明朗 3	42.9
	培养方案不适合 0	0
	其他 1	14.3
从学生角度,需要举办“3+2”的原因	就业好 6	9.2
	生源好 2	3.1
	待遇好 0	0
	职业前途明朗 16	24.6
	政策需求 19	29.2
	其他 22	33.8
从教学角度,需要举办“3+2”的原因	专业培养定位更加准确 7	10.8
	课程设置紧扣实际工作岗位需要 8	12.3
	适应卫生改革需要 7	10.8
	打破临床专业传统培养模式 1	1.5

续表 9 5 所基地培训学生对举办“3+2”助理全科医师培训的重要性调查结果

项目	例数 (n)	百分比 (%)
举办“3+2”最突出的困难	将专科层次教育纳入毕业后教育	4 6.2
	其他	38 58.5
	缺乏有全科医学背景的师资	7 10.8
	缺乏社区实训基地	1 1.5
	难以打破传统临床医学专业的课程体系	1 1.5
	难以打破传统临床医学专业的培养模式	10 15.4
	从未做过	3 4.6
	医学专科不能纳入住院医师培养(政策限制)	43 66.2
	其他	0 0

表 10 5 所基地培训学生对培训建议的调查结果

项目	均数	标准差
年龄(岁)	26.71	2.44
你认为助理全科医生最需要什么知识和技能	基本医疗	0.82 0.32
	基本公共卫生服务	0.64 0.30
	人际沟通	0.58 0.26
	基层卫生管理	0.31 0.24
	卫生法律法规	0.31 0.28
你认为助理全科医师采取哪种培训方式效果最好	学校培养	0.62 0.38
	医院各科轮转	0.81 0.29
	社区实习	0.53 0.31
	医学讲座	0.29 0.24
	师带徒	0.32 0.34
你认为助理全科医师采取哪种教育方式效果最好	其他	0.01 0.02
	讲授	0.49 0.37
	操作	0.65 0.33
	见习	0.41 0.34
	社会实践	0.67 0.36
	案例讨论	0.34 0.30
	自学	0.06 0.12

3 讨论

根据本课题组的调查结果及目前“5+3”全科医师规范化培训的现状,特别是存在不足的地方^[1-2],如:管理经费投入不足,对带教师资补助较低,不利于调动师资的积极性,缺乏配套的管理和激励机制;教学管理模式存在一定的局限性,培训课程与医学本科教学不衔接,存在培训内容脱节等现象^[3]。在现有“5+3”课程体系和配套政策的基础中,应制订合适的“3+2”助理全科医师规范化培训的课程体系和配套政策。

3.1 建立一体化的“3+2”课程体系 遵循“3+2”助理全科医生培养“六位一体”的服务要求和高等医学教育规律,借鉴北京的助理全科医生培养模式^[4],将3年专科学历教育和2年毕业后继续教育进行一体化设计。3年的专科教育主要构建基础,培养基本的学习能力;2年的毕业后教育将重点定位在系统训练临床思维和临床操作技能,强化全科医疗服务能力和公共卫生服务能力。

3年专科学历教育主要培养3种能力(基本诊疗能力、预防保健能力、健康教育能力)和3种意识(专业思想意识、服务基层意识、全科医学服务意识),奠定基础和基本的学习能力,根据“以社区为基础的教育结合社区为问题的学习”^[5]教育理念构建3年制大专层次临床医学(全科医学方向)专业人才培养方案,采取“学校-医院-社区”三环节紧密结合的培养模式,即强化临床诊疗技术和基本操作技能培养(包括常用诊疗设备的使用),增加必要的预防保健和人际沟通方向知识与技能,加强基层医师岗位顶岗实习。

2年全科医生培训强化技能训练和临床思维的形成,培养独立处理常见疾病诊疗与沟通能力和独立处理基本医疗与公共卫生服务能力,建立全科临床思维。新的课程体系与培养模式不会影响学生对临床医学专业核心知识点的掌握,但对全科医师职业了解、全科医师工作环境认识、愿意从事全科医师职业方面有着积极作用。从教育层面上解决专科层次临床医学专业毕业生的困境。为严把出口关,应建立考核体系^[6-7],加大结业考核力度,做到科学、客观、全面地考核学员的整体学习过程和知识、技能掌握情况^[8-9]。

3.2 培训基地与培训师资的遴选应有相应的标准 培训基地应包括临床培训基地和社区培训基地。临床培训基地要求科室设置基本齐全,临床各轮转专科的总床位数、年收治病人数、收治的病种、师资和设备应能满足要求。社区培训基地必须是公办、规范的社区卫生服务中心,科室设置、服务模式、服务内容、师资和设备应能满足要求^[10]。全科师资根据授课类型不同,在职业背景、教育背景、教学背景、临床履历、社区履历、专业技术职称等方面设置相应的标准,严格教学管理^[11],其中对师资教学能力应有较高的要求^[12],特别是社区师资教学能力在很大程度上关系到全科医生的培养质量^[13]。

3.3 建立“3+2”全科医生培养配套政策 统筹考虑学员的后2年培训和本科学历教育问题,帮助学员在培训期间取得四证(规培合格证、本科毕业证、学士学位证、执业助理医师资格证),增强学员参加该项目的主动性和积极性。制订人事政策,明确服务后职称晋升、向上级医院调动的政策,明确专衔本的学历教育问题,设立基层医疗机构全科医疗特殊岗位津贴,加快推行县、乡(镇)、村卫生人才一体化管理制度,实行县、乡(镇)、村卫生人才的上下常态流动制度。通过财政政策,从“学员、学校和医院”3方面最大限度调动全科医生培训参与积极性,依据助理全科医生职业能力,改革现有课程体系与培养模式。允许基层的全科医生同一类别至多三个专业作为执业范围(含全科医学)进行注册,允许区县级医院配备全科医生,三级医院从事全科医学教学工作的人员加注全科医学科,凡在基

层医疗卫生机构从事临床医生工作的人员必须参加全科医生转岗培训或住院医师规范化培训,必须注册全科医生,否则不予执业。

综上所述,“3+2”全科医学人才培养应将3年专科学历教育和2年毕业后继续教育进行一体化设计。3年学专科学历教育应秉承“以社区为基础的教育结合社区为问题的学习”教育理念,奠定基础,培养基本的学习能力。2年的毕业后教育应将重点定位在系统训练临床思维和临床操作技能,强化全科医疗服务能力和公共卫生服务能力。为了确保2年毕业后继续教育的质量,在规培基地和规培师资的遴选上,应有相应的标准。政府相关部门应在学历教育、人事、财政、职业环境等方面制定相应的配套政策,打通“3+2”全科医学人才培养的各个环节,培养基层全科医学人才。

参考文献

- [1] 郭华,章文清,李声华,等.江西省全科住院医师规范化培训模式与管理路径的研究[J].中国全科医学,2015,18(1):72-76.
- [2] 施榕,周蓉.全科医师规范化培训中存在的问题与对策[J].中华全科医师杂志,2015,14(8):577-580.
- [3] 谢庆文,朱静芬,袁婷婷,等.上海市全科医师规范化培训的意向调查分析[J].中国全科医学,2015,18(34):4233-4235.
- [4] 康林,启迪,聂鹏.北京市“3+2”助理全科医生培养模式的探索与实践[J].继续医学教育,2015,29(10):9-10.
- [5] 何坪,邓宇,罗利刚,等.基于全科医师职业能力的专科层次临床医学专业(全科医学方向)课程体系研究[J].中国全科医学,2011,14(9A):2837-2840.
- [6] 樊洁,贾建国,陈丽芬,等.全科医师规范化培训临床基地建设探讨[J].中华全科医师杂志,2015,14(10):749-751.
- [7] 陈丽芬,路孝琴.全科医师临床能力的评价体系[J].中华全科医师杂志,2014,13(8):617-619.
- [8] 赵丽莉,李焱,黄艳.“3+2”培训项目结业考核标准与模式的研究[J].继续医学教育,2015,29(11):4-5.
- [9] 杨人灵,郭伟,姜悦,等.国内外全科医师规范化培训考核评价现状[J].医学研究杂志,2015,44(6):176-178.
- [10] 徐国平,牛丽娟,王家骥.对中国全科医师规范化培训基地和培训大纲的研究和建议[J].中国全科医学,2014,17(19):2171-2178.
- [11] 杨春风,刘文斌,叶建花,等.全科医师社区实践基地建设的探索与体会[J].上海医药,2015,36(6):17-18,27.
- [12] 寿涓,刘瑶,张向杰,等.全科医师规范化培训社区教学基地师资准入标准的研究[J].中华全科医师杂志,2014,13(8):634-638.
- [13] 杨华,顾杰,祝培珠.全科社区师资教学能力评价浅析[J].中华全科医师杂志,2012,11(12):896-897.