



大健康视域下新型全科医学人才培养模式思考

吴顺杰, 张 宪, 李海珍, 李艳婷, 李玉杰

中山大学附属第七医院(深圳)全科医学科, 广东 深圳 510109

摘要:随着“健康中国”规划的推进和大健康理念的普及,全科医学人才培养迎来了新的机遇与挑战。传统以疾病治疗为中心的全科医学人才培养模式,已无法满足新时代基层医疗卫生服务需求,亟须转向以健康为中心的新型全科医学人才培养体系。该文立足大健康视角,剖析构建新型全科医学人才培养体系的必要性,提出“以健康为中心、以基层为导向、以能力为本位”的新型培养模式,并从培养理念、课程目标、课程重构、教学改革、实践转型及评价革新六个维度提出改革路径,可为教育管理部门及教学基地开展人才培养工作提供参考。

关键词:大健康;全科医学;住院医师规范化培训;健康中国

DOI:10.13555/j.cnki.c.m.e.2026.04.002

中图分类号:G642 文献标志码:A 文章编号:2096-3181(2026)04-0530-05

Reflections on the New General Practice Talents Training Mode from the Perspective of Comprehensive Health

WU Shunjie, ZHANG Xian, LI Haizhen, LI Yanting, LI Yujie

Department of General Practice, the Seventh Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University,
Shenzhen 510109, China

Abstract: With the deepening implementation of the “Healthy China” plan and the widespread adoption of the comprehensive health concept, the cultivation of general practice talents faces new opportunities and challenges. The traditional training mode for general practice talents, which centered on treatment of disease, can no longer meet the demands of primary healthcare services in the new era. It is urgent to shift to a new type of training system for general practice talents that focuses on health. This paper explores the necessity and construction pathways for establishing a new general practice talents training system from the perspective of comprehensive health. It proposes a novel training mode characterized by “health-centered, community-oriented, and competency-based” principles, offering specific reform recommendations across six dimensions including educational philosophy, curriculum objectives, curriculum restructuring, teaching innovation, practical transformation, and evaluation reform. These suggestions aim to provide references for education management department and teaching bases in conducting talent cultivation.

Keywords: Comprehensive health; General Practice; Standardized residency training; Healthy China

收稿日期:2025-11-17

基金项目:2023年度广东省临床教学基地教学改革研究项目(粤教高函[2023]32号)

作者简介:吴顺杰(1972—),男,广东深圳人,主任医师,医学博士,主要研究方向为造血干细胞移植治疗恶性血液肿瘤;慢病管理与医防融合。

通信作者:李玉杰(1962—),男,广东广州人,主任医师,医学博士,主要研究方向为急诊医学。



全科医学作为医疗卫生服务体系的基础和核心,在实施“健康中国”规划和推进分级诊疗制度中发挥着不可替代的作用。随着大健康理念的普及和医学模式的转变,传统以疾病治疗为中心的全科医学人才培养模式已难以满足新时代基层医疗卫生服务需求^[1]。构建以健康为中心、防治结合、医防融合的新型全科医学人才培养模式,通过多学科交叉融合、信息技术赋能和评价体系创新,培养适应基层医疗卫生需求的高素质全科医学人才,是应对人口老龄化、疾病谱变化的必然选择^[2]。本文探讨在大健康视域下构建新型全科医学人才培养体系的必要性和创新路径,提出“以健康为中心、以基层为导向、以能力为本位”的新型培养模式,从培养理念、课程目标、课程重构、教学改革、实践转型和评价革新等方面提出具体的改革建议。

1 大健康理念对全科医学人才培养的新要求

1.1 从疾病治疗向健康管理转变

心血管疾病、恶性肿瘤、糖尿病、高血压等慢性非传染性疾病成为老龄化社会的主要疾病负担和死亡原因,传统以疾病诊治为中心的专科诊治理念成本高昂、不可持续,诊治关口前移成为共识,预防和早期干预具有更高的成本效益^[3],这就要求全科医生必须具备健康促进、疾病预防、治疗康复和临终关怀的全周期健康服务能力。值得庆幸的是,大数据与人工智能等信息技术的发展为预测疾病风险和个体化健康管理提供了可能,可穿戴设备实施持续的健康监测,远程医疗实现远程咨询和个性化干预,这些都为全科医生的全周期健康服务能力赋能。

1.2 从个体医疗向群体健康拓展

群体健康需要打破临床与公共卫生、护理、社保等医疗系统边界,重构技术伦理,重塑健康文化,从病床上的个体转向广阔的群体^[4],这要求全科医生不仅仅关注单个患者,更要关注社区特定人群甚至整个社区,真正承担起“健康守门人”的责任,学会运用流行病学分析、风险预测等技术进行社区诊断,主动筛查社区疾病,培养公共卫生思维和社区健康管理能力,降低人群发病率,提高社区整体健康水平。

1.3 从生物医学模式向“生物-心理-社会”医学模式转型

1977年美国精神病学家乔治·恩格尔首次提出“生物-心理-社会”医学模式,弥补了生物医学模式在治疗上的不足,认为疾病的发生是生物、心理、社会系统的综合失衡,治疗上需要同时干预生理、心理、社会因素,医患协作共商决策^[5]。这就要求全科医生应具备人文素养和综合协调能力,打破“治病不治人”的异化医

疗,系统地看待疾病的发生,使医学真正回归希波克拉底誓言中“关注患病的人,而非人的疾病”的本质。

1.4 从单一医疗机构向多机构协同发展

打破行政壁垒和超越零和博弈,以患者流重构资源流优化资源配置,当急性心肌梗死患者从社区初诊到导管室手术再到居家康复的全过程,能被一个无缝衔接的网络托住时,医疗才真正实现从“机构中心”到“健康中心”的跨越,需要打破碎片化,提升服务连续性和患者体验,这既是卫生体制改革的总体要求,也是对全科医生团队协作和资源整合能力的要求。

2 当前全科医学人才培养体系存在的主要问题

2.1 培养目标与基层健康服务需求脱节

当前的全科医学人才实践教学缺乏整合性教学设计,部分培训基地全科师资缺乏基层适用的公共卫生、医患沟通、健康管理等经验,医患沟通培训形式单一,理论授课多于情景模拟教学,医学伦理学考核仍以理论考核为主,缺乏情境判断测试^[6]。这种培养体系与基层健康服务需求之间存在能力匹配度低、人才数量不足等现象。

2.2 课程体系偏重临床医学,健康管理内容不足

随着“健康中国”规划的推进和大健康理念的普及,大多数基层医疗的工作重心已转为慢病管理、公共卫生、健康管理宣教、预防保健等,要求全科医生需掌握家庭访视、社区健康风险评估、健康档案管理、数字化技能等知识和技能^[7]。然而,全科医学生的现行培养课程涉及生命周期管理仅占12%课时,规范化培训阶段的健康管理课程占比不足8%^[9]。新入职的全科医生建立健康档案后调阅使用频率低^[9],且缺乏数智化技术相关培训,难以满足基层医疗机构慢病共存、全人照护的健康需求^[10],这反映出当前参照专科医师培养大纲课程设置的全科医生培养大纲与基层工作的岗位需求存在偏差。

2.3 评价体系单一,难以反映综合能力

当前的全科医学人才培养体系衍生于工业化时代形成的专科培养模式,评价体系偏重于考核专科疾病的诊治,执业考试中全科特色内容不足20%,技能考核缺乏多病共存管理的评估,大多数培训单位仍以终结性考试为主,患者的长期健康结果追踪率为0,继续教育学分制流于形式,与能力提升脱钩,缺乏个性化成长档案建设。这种单一的评价体系暴露出考核指标错位、过程性评价缺失以及发展性评价缺位等问题,无法满足老龄化社会需要的全人健康管理需求^[11]。因此,构建适应老龄化社会和大健康背景的新型全科医学人才培养体系势在必行。



3 新型全科医学人才培养体系的构建路径

构建新型全科医学人才的培养体系需要从培养理念、课程目标、课程重构、教学改革、实践转型及评价革新方面进行系统性再造。

3.1 确立“健康为中心”的核心定位,强化“预防为主、防治结合”的服务理念

新形势下,全科医生的培养目标从疾病治疗转向健康管理,掌握从孕产期保健到安宁疗护的全生命周期健康管理,这要求改造现有的工作流程,强化“预防为主、防治结合”的服务理念,风险分层→高风险人群→个性化干预→普通人群→健康教育→定期效果评估,建立个性化的健康档案。在基础医疗基础上,增加健康管理包和延伸服务包,包含制定年度健康计划、生活方式指导、家庭健康环境评估、功能社区健康促进等内容,突出“基层导向、全科特色”的培养方向。上海青浦区实施的“健康积分制”,全科医生 40% 的绩效与签约居民健康指标挂钩^[12]。深圳社康中心要求住院医师主导完成 1 项社区健康促进项目,运用 GIS 系统分析健康社会决定因素(Social Determinants of Health, SDOH),以培养全科医生的社区诊断能力,从“个体诊疗”到“社区健康治理”^[13]。

3.2 系统培养全科医生以“掌握全生命周期的健康管理能力”为课程目标

超越传统的以疾病治疗为中心的模式,转向以人民健康为中心、关注全生命周期的综合性、整合型服务,培养具有大健康理念,精通预防、保健、康复、健康促进和慢病管理,具备信息化素养、科研思维和终身学习能力,能提供连续、综合、协调、可及、以人为中心的全生命周期健康服务的“健康守门人”和“居民健康管理师”。这要求全科医生掌握从孕产期保健延伸至

安宁疗护的全生命周期健康管理能力,包括:掌握风险分层技术,精准识别高风险人群并实施个性化干预方案;面向普通人群开展针对性健康教育,定期进行效果评估以优化服务;建立并动态维护个性化健康档案,整合健康管理包(如制定年度健康计划、提供生活方式指导、评估家庭健康环境)和延伸服务包(如功能社区健康促进项目)等。

3.3 实施模块化课程设计,重构课程体系

在保留临床常见病多发病诊疗、急症处理等核心模块基础上,对课程内容进行创新与拓展,增加基础课程群、实践课程群和模拟教学课程群,形成预防、治疗、康复和健康管理为一体的课程体系。基础课程群模块介绍预防、康复、医学人文与健康管理相关的基础理论,为培养新型全科医学人才打下坚实的理论基础;实践课程群模块通过社区诊断、健康管理与数据分析等贴近基层社区的案例,提升全科医生解决基础实际问题的能力;情景模拟课程群模块通过情景模拟课程,提高应对真实场景问题的应变和反应能力。模块的课程设置见表 1。三个模块的课程内容设置紧密衔接。例如,基础课程群“健康行为与健康教育学”中的“健康风险评估理论”能协助实践课程群中“社区高风险人群筛查”案例的数据分析及指导制定干预方案;实践课程群中收集的老年慢性病共病管理难点等基层常见健康问题,可推动基础课程群模块增加前沿理论与指南的相关内容;情景模拟课程群模块则通过搭建“家庭医生签约全流程”“社区突发公共卫生事件应急处置”等真实场景,将基础理论与实践技能融合落地,助力学员在沉浸式体验中提升知识迁移能力。此外,模块化的课程设计定期吸纳数字健康工具应用、精准营养干预等大健康领域的新成果,动态更新模块内容不断提升“健康守门人”所需的综合素养。

表 1 模块化的课程体系

模块化课程	课程体系内容
基础课程群	慢性病管理、老年医学与社区康复、医学伦理学、预防医学、医学人文与叙事医学、健康社会学、健康行为与健康教育学、生命周期健康管理、数字健康技术、健康社区规划、流行病学与统计学分析。
实践课程群	社区诊断、居民签约及医患沟通、康复技能、老年健康综合评估、健康教育与咨询、健康档案管理、家医团队管理、社区科普活动、设计个性化健康促进方案及慢性病管理方案、临床试验方案设计与实施。
情景模拟课程群	社区健康问题调研、建立健康档案、家庭医生签约服务模拟、家庭访视及家庭床位管理、老年健康综合评估、婴儿喂养指导与营养咨询、儿童预防接种、儿童心理健康管理、婚前检查与生育指导、妊娠期/更年期妇女健康评估、孕期营养与生活方式指导。

3.4 改革教学方法,利用信息技术开展情景模拟教学、案例教学和混合式教学,进行反思性学习

建立导师制和学徒制培养模式,实施“专科医

生+社区资深全科医生”联合指导,选派教师到社区挂职,积累健康管理实战经验。使用情景教学、模拟教学、案例教学、以问题为导向的学习和混合式教学



等新型教学方法,如设计真实社区场景案例,管理同时患有高血压和抑郁症的独居老人,要求学生制定包含用药、随访、心理支持的整合方案;使用标准化病人演练健康宣教,考核能否用通俗语言解释糖化血红蛋白;使用智能血压计数据平台、家庭医生签约App等信息技术工具管理病人;利用元宇宙问诊平台虚拟训练、1:1建设智慧健康小屋实训中心模拟社区、“家庭—站点—养老院”三角实习真实场景等。强制要求撰写“临床决策日志”,记录每例患者的“生物-心理-社会”因素考量,建立误诊案例共享库,匿名分析系统错误。

3.5 开展基于社区的健康项目实践,强化社区实践

构建“医院—社区—家庭”三级实践平台,将50%的培训时间安排在社区卫生服务中心,参与家庭医生团队日常巡诊、策划社区健康讲座、建立重点人群健康档案、模拟健康管理沙盘等健康管理实践,让全科医生早期接触临床,提升社区健康管理的能力。开展慢性病的三级预防场景实训,例如创建健康社区,完成一份社区诊断报告、执行癌症早筛项目、糖尿病足的预防性护理等。虚拟管理200人社区人群,制定年度健康干预计划、分配有限预防资源、实时查看健康指标变化,毕业考核可增加“设计某社区糖尿病防控方案”等实践项目。编写《社区健康管理实务手册》,收录本地慢性病管理规范等,提升医防融合管理慢性病的能力。

3.6 建立多元综合评价机制,注重过程性评价和能力评估,开展毕业生追踪评价

突破传统终结性评价体系的局限,建立全周期成长档案、反思性学习报告、360评价数据等动态化、多维度的评估机制,增设签约人群健康素养提升率、健康教育参与率等健康结果导向的评价指标,以及慢性病控制达标率、非必要转诊下降率、签约人群吸烟率年降幅率、高血压患者规范管理率等预防成效量化指标。使用三维能力成长雷达图、里程碑式考核、真实场景评估站等发展性评估工具,实施过程性评价和能力评估。比如,设定三年培养关键里程碑:第一年基础问诊能力、建立健康档案;第二年慢性病管理及家庭访视技能;第三年社区健康项目和多病共患处置等。设立真实场景评估站,即使用VR模拟居家监测场景的数字健康站、现场策划微型健康促进活动的社区动员站,以及模拟同时处置高血压+抑郁症患者的多病管理站,综合评估全科医生的远程健康指导能力、健康资源整合能力和综合处置能力。每季度更新,完成关键能力才可晋级。

采用年度标准化测评、服务数据自动采集、深度

访谈、焦点小组、增值评价法、社会网络分析及贡献度归因分析等定性定量相混合的追踪方法开展毕业生追踪评价^[14]。短期评价职业适应评估、基础能力验证,中期评价岗位胜任分析、健康产出评估,长期评价执业发展追踪、社会贡献测量等;从临床服务、健康管理、社区服务和职业发展四个维度评估全科医生的临床诊疗、行为干预、资源协调、健康风险评估及数据应用的能力。构建评价体系时,应合理控制评估频率,采用成长型思维话术,保护受评者心理安全的反馈方式,将日常实践数据转化为评估依据,真正实现“评价即学习、考核即成长”的培养新模式^[15],见表2。

表2 毕业生追踪评价体系

评价维度	评价内容体系
临床服务	门诊量年增长率、诊断符合率、转诊精准度。
健康管理	管理人群慢性病控制率、健康筛查覆盖率。
社区服务	签约居民续约率、健康活动参与人次。
职业发展	新技术应用能力、继续教育完成质量。

4 保障措施与政策建议

4.1 加强全科医学学科建设和师资培养

升级学科建设的定位,培养理念从“疾病治疗”转向“全生命周期健康管理”,培养目标从“健康守门人”调整为“健康规划师”,跨学科整合临床医学、预防医学、康复医学、心理学、数字健康技术、健康社会学,重构“大健康”为导向的课程生态,新增老年共病整合照护路径、健康社会决定因素分析、数字健康工具应用(AI/CDSS)、安宁疗护与生死教育等核心课程,同时可设立大健康全科基金,支持“医养教融合”课程开发,住院医师必修300学时社区实践,而且老年照护不低于120学时。重构师资能力,打造“双师三能”导师队伍,师资既有5年以上的社区实践经验,又持有国际认证的健康教练,具备医学整合力、数字胜任力和社区动员力的“三能”素养。

4.2 完善医教协同机制,强化实践基地建设

打破“医”“教”堡垒,重构治理架构,成立区域医教联合体,以及统筹基地、课程和师资的区域全科医学中心^[16]。开展“双导师”病例讨论会,由三甲专科主任和社区骨干共同参加,培养过程深度融合。升级实践基地平台,打造“三维场景”实训平台,设立智能诊室、居家模拟舱、社区健康驿站、云药房实训站,轮转疾控中心、养老院、康复机构,让实践基地成为居民健康管理中心、基层医疗技术试验场和卫生政策实验室,让全科医生在真实的“健康战场”中淬炼成长为社区



健康首席运营官。

4.3 建立全科医生继续教育体系

构建终身学习、精准赋能的新型教育生态,实施分层课程体系,初级全科医生侧重优化临床路径,骨干全科医生强化健康社区建设,首席全科医生聚焦健康政策研究。实施课程、机构、师资三方认证制度,课程认证由继续医学教育(Continuing Medical Education, CME)学分授予认定,机构认证须通过继续教育基地的评审、师资认证须由临床教育局培养合格认定,将继续教育与执业能力深度绑定,实现学习个性化、过程可视化、成果可转化。建立学分银行制度,其中必修学分(急救技能、政策法规等)占60%,选修学分(个性化发展需求)占30%,创新学分(健康管理创新成果)占10%,以维护基础能力,提升专项技能,拓展前沿领域。

4.4 完善激励机制和职业发展通道

将签约人群健康指标改善率、预防服务完成质量、健康管理成本节约等健康绩效纳入薪酬绩效改革,实施“四维”薪酬。重视弹性继续教育假期、优先获得国际交流机会、评选五星级家庭医生评选、社区健康领袖认证等非经济措施的激励作用。实施专业技术和管理发展双通道晋升机制,专业技术方面应包括临床能力、健康产出、教学科研和社区贡献,管理发展通道应包括健康团队组长、社区医疗总监、区域健康主管。建议职称评审增设“社区健康”系列,设立“健康管理创新”晋升指标,允许健康效益替代论文要求,代表作可包含健康社区建设方案、创新健康干预报告以及典型健康管理案例等。

5 结语

专科化的全科医学培养模式形成于工业化时代,与老龄化社会需要的全人健康管理需求之间存在结构性错配。因此,构建大健康视域下的新型全科医学人才培养体系是实施“健康中国”规划的重要基础,通过理念更新、课程优化、方法创新、机制完善等多方面协同推进,培养适应新时代健康服务需求的高素质全科医学人才,为基层医疗卫生服务体系提供坚实人才支撑,实现“小病在基层、大病到医院、康复回社区”的分级诊疗目标。未来应开发适用于中国人群的健康风险预测模型,建立“预防服务成本—效果评估”体系,完善预防医疗信息共享机制,真正实现从“治病赚钱”到“防病受益”的价值转变,并探索“健康银行”制度,将医生积累的健康管理成效转化为长期职业资本,实现“促健康者得发展”的良性循环,构建起具有中国特色的防治结合服务体系。

参考文献:

- [1] CHOUDHURY D, NORTJÉ N. The hidden curriculum and integrating cure-and care-based approaches to medicine[J]. HEC Forum, 2022, 34(1): 41-53.
- [2] 王春晴, 赵旭东, 李冲, 等. 新医科时代背景下全科医学研究生培养体系的构建与研究[J]. 卫生职业教育, 2024, 42(21): 4-7.
- [3] WATTS G. Barbara starfield[J]. The Lancet, 2011, 378(9791): 564.
- [4] WANG C, CHEN S M, SHAN G L, et al. Strengthening population medicine to promote public health[J]. Chinese Medical Journal, 2022, 135(10): 1135-1137.
- [5] ENGEL G L. The biopsychosocial model and the education of health professionals[J]. General Hospital Psychiatry, 1979, 1(2): 156-165.
- [6] 李莉蓉. 国内外全科医学教育发展现状与展望[J]. 高教学刊, 2021, 7(7): 31-34.
- [7] 姜泓伯, 王鑫华, 夏天盛, 等. “新医科”背景下临床医学“5+3”一体化复合型人才探索[J]. 医学教育研究与实践, 2025, 33(6): 767-773.
- [8] 周寿红, 唐建红, 梁志清, 等. 健康中国背景下全科医学生卫生健康服务能力提升[J]. 华夏医学, 2025, 38(6): 167-172.
- [9] 潘长玉, 田慧, 刘国良, 等. 中国城市中心医院糖尿病健康管理调查[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2004, 20(5): 420-424.
- [10] 黄亚芳, 相彤, 吴浩. 全民健康覆盖背景下的数字疗法: 基层医疗的机遇与挑战[J]. 中华全科医师杂志, 2024, 23(2): 101-105.
- [11] 杨珊, 王璁, 王留义. 健康中国视域下本科医学教育阶段的全科医学教育探讨[J]. 中国全科医学, 2025, 28(4): 427-431.
- [12] 吴周理, 王森, 陆杰, 等. 上海市青浦区积分制管理糖尿病患者长期血脂异常的影响因素[J]. 公共卫生与预防医学, 2025, 36(2): 56-60.
- [13] 深圳市计生协. 慢病防控助力家庭健康促进行动走深走实[J]. 健康中国观察, 2024(10): 76-77.
- [14] 王小莉. 农村订单定向医学生培养质量追踪评价指标体系的建构及应用[J]. 高教论坛, 2019(6): 52-55.
- [15] EARL, LORNA M. Assessment as Learning: Using Classroom Assessment to Maximize Student Learning[M]. Thousand Oaks: Corwin Press, 2013.
- [16] 李春莉, 许琳, 曾玉潇, 等. 全科医学专业学位硕士研究生教育质量评价体系构建[J]. 医学教育研究与实践, 2025, 33(5): 647-652.

(编辑: 赵伊昕)