

基层卫生人才“校地协同育人”模式实践与机制创新

顾元媛

四川卫生康复职业学院 四川 自贡 643000

【摘要】：基层卫生人才是筑牢公共卫生服务网底的核心力量，其数量与质量直接关系到城乡居民健康福祉。当前，我国基层卫生人才队伍存在总量不足、结构失衡、能力不匹配等问题，难以满足日益增长的基层健康需求。校地协同育人通过学校与地方卫生系统的深度融合，既能弥补高校实践教学短板，又能精准对接基层岗位需求，实现人才培养与社会需求的无缝衔接。

【关键词】：基层卫生；协同育人；人才培养

DOI:10.12417/2982-3811.25.01.011

基层卫生事业是我国医疗卫生体系的基石，在健康中国战略实施中发挥着不可替代的作用。随着分级诊疗制度推进、乡村振兴战略深化，基层对“下得去、留得住、用得上”的复合型卫生人才需求愈发迫切。然而，现有人才培养模式存在理论与实践脱节、校地资源难以整合、激励机制不完善等问题，导致人才供给与基层需求存在结构性矛盾。

1 校地协同育人模式实践

1.1 校地协同育人模式构建的基础

(1) 校地双方需求分析。学校希望通过合作提升人才培养质量，让学生在真实岗位场景中锤炼能力，同时增强服务地方卫生事业的实践能力。地方基层医疗卫生机构则迫切需要能快速适应基层工作的实用型人才，填补岗位技能缺口，提升服务水平。

(2) 合作框架搭建原则。互利共赢，校地双方在资源共享中实现利益平衡，学校获得实践教学资源，机构获得人才支持与技术指导，形成优势互补的良性循环。长期稳定，通过签订长效合作协议、建立固定沟通机制，确保合作不因人员变动而中断，夯实信任基础。动态调整，根据基层卫生需求变化灵活优化合作内容，如新增老年健康服务实训模块、调整常见病诊疗课程重点，使协同育人始终与实际需求同步。

1.2 双导师制实施

(1) 导师选拔标准。校内导师需具备扎实专业素养，对所属学科知识体系掌握透彻，能准确传授核心内容；拥有丰富教学经验，熟悉不同阶段学生学习规律，可灵活调整教学方法；具备较强实践指导能力，能引导学生将理论转化为实际操作^[1]。校外导师需有深厚临床经验，累计处理大量临床病例，能应对多种复杂情况；拥有基层卫生工作经历，熟悉基层医疗环境与

需求，了解实际工作中的重点难点；在行业内具备一定影响力，其专业能力与职业操守得到同行认可。

(2) 导师职责分工。校内导师负责理论教学，系统讲解专业基础与前沿知识，确保学生构建完整知识框架；进行学业规划，结合学生兴趣与职业目标，制定个性化学习路径；开展科研引导，指导学生参与课题研究，培养科研思维与方法。校外导师专注实践技能指导，通过示范与实操训练，提升学生动手能力；分享基层卫生工作案例，以真实情境让学生理解理论应用场景；培育职业素养，传授医患沟通技巧与职业伦理准则。

(3) 双导师协同指导机制。定期沟通交流不可或缺，可每月组织一次线下会议，每周通过工作群交流学生学习进展与遇到的问题，确保双方及时掌握学生情况。联合教学活动需常态化开展，每学期共同设计2-3门实践课程，每两周举办一次案例研讨会，结合理论与实践深化学生理解。评价需融合双方意见，校内导师侧重理论知识与科研能力评价，校外导师聚焦实践技能与职业素养评估，形成全面反映学生发展的评价结果。

1.3 实训基地共建

(1) 实训基地建设模式。可采用场地共享模式，将地方基层医疗卫生机构闲置的诊室、病房改造为实训空间；双方共同出资采购临床模拟仪器、公共卫生检测设备，所有权按出资比例划分；人员共管实行双负责人制度，校方派专职教师负责教学统筹，医疗机构指派业务骨干担任实训协调员。功能分区上，临床技能实训区配置模拟病床、急救设备，供学生练习穿刺、清创等操作；公共卫生实践区设置健康档案管理系统、疫苗接种模拟台，还原基层公卫工作场景；模拟诊疗区按标准诊室布局，配备智能模拟患者机器人，训练接诊流程^[2]。

作者简介：顾元媛(1987.2-)，女，汉族，四川自贡人，硕士研究生，助教。

项目信息：2025年度自贡市哲学社会科学规划课题立项项目，项目名称：党建引领“校地共建”基层卫生人才培养机制创新研究，课题编号：2025F36，项目负责人：顾元媛。

(2) 实训内容与课程体系融合。根据基层卫生岗位需求设计实训课程。针对乡村常见病,开设慢性病管理、多发病诊治实训模块,让学生掌握高血压、糖尿病等疾病的规范化诊疗;围绕公共卫生服务项目,设置孕产妇健康管理、儿童体检、传染病防控等实训单元,熟悉项目实施全流程。这些实训课程需纳入专业人才培养方案,理论课讲解疾病机制后,同步安排实训操作,形成“理论-实践-反馈”的闭环。

(3) 实训基地管理与质量保障。学生管理实行进出登记、考勤考核机制;设备管理明确专人维护,定期校准检修;教学管理制定实训大纲、考核标准。质量监控设置三维指标,通过学生每月填写的实训满意度问卷收集反馈,教学督导组随机听课评估教学效果,结合学生在基层医疗机构实习的实际表现,综合衡量实训质量,确保实训效果与岗位要求精准对接。

1.4 人才培养方案协同制定

(1) 需求调研与分析。深入地方基层医疗卫生机构,通过实地走访、岗位跟岗、座谈访谈等方式,摸清岗位设置情况,明确常见病诊治、健康档案建立、家庭医生签约等核心工作内容,梳理出问诊沟通、应急处置、公卫项目执行等必备技能要求。同时紧盯行业发展趋势,分析基层医疗卫生信息化带来的电子病历操作、远程会诊协作等新技能需求,以及医养结合背景下老年病照护、健康管理等复合型能力要求。

(2) 课程体系优化。增设基层卫生管理课程,讲解乡村卫生室运营、医保政策落地等实用内容;开设乡村医疗卫生服务课程,聚焦地方多发病防治、中医药适宜技术等本土化知识^[3]。整合现有课程内容,将内科、外科中与基层关联度低的复杂病例分析简化,合并重复的基础医学知识点,强化常见病诊疗流程、健康宣教技巧等实用性内容,确保课程与基层岗位需求精准对接。

(3) 实践教学环节强化。将实践学分占比提高至总学分的40%以上,明确其在人才培养中的核心地位。设计分阶段实践形式:低年级开展社区卫生实践,参与居民健康档案建立、义诊活动;高年级安排临床实习,在乡镇卫生院跟随医师参与门诊诊疗、病房管理;毕业前组织公共卫生项目调研,深入村社跟踪疫苗接种、慢性病管理等项目实施全过程,全面提升实践能力。

2 校地协同育人机制创新

2.1 组织管理机制创新

(1) 建立校地协同育人领导小组。学校层面纳入分管教学副校长、医学院院长及教务处主任,负责协调校内师资调配、教学资源整合同;地方卫生行政部门选派分管基层卫生工作的副局长、科教科长,承担政策衔接与资源调配职能;基层医疗卫生机构吸纳中心卫生院院长、社区卫生服务中心主任等,提供一线实践需求反馈。成员任期与学校教学周期同步,每三年进

行一次调整,确保队伍稳定性与活力。

领导小组承担统筹协调的关键职责。每季度召开联席会议,审议年度合作计划与经费预算,敲定临床教学基地建设、人才联合培养等重点事项。建立问题快速响应机制,对合作中出现的实训资源不足、师资对接不畅等问题,48小时内组织相关方会商解决。年末开展合作成效评估,对照年初目标检查实践教学覆盖率、学生基层就业率等核心指标,评估结果作为下一年度合作调整的依据。

(2) 设立专门工作机构。其核心任务包括细化领导小组决策、对接校地日常事务、跟踪合作项目进度。机构设置在校级层面,挂靠教务处或医学院,配备5-7名专职人员,其中3名来自学校临床教学管理岗,2名由地方卫生部门派驻,2名从基层医疗机构遴选,确保各方诉求有效传递。

建立“需求收集-方案拟定-审批执行-效果反馈”四步机制,每月通过线上平台汇总校地双方需求,专职团队5个工作日内形成实施方案,提交领导小组审议后启动执行。执行过程中实行双周报制度,同步更新项目进度表,对超期未完成事项启动预警,联合相关方分析原因并制定补救措施,确保各项合作任务落地见效。

2.2 激励保障机制创新

(1) 对学校及教师的激励。对深度参与协同育人的学院,在年度经费分配中提高实践教学专项经费占比,优先审批其申报的实验室建设、实训设备更新项目。相关专业在招生计划调整、课程改革立项等方面获得倾斜,年度考核中协同育人成效纳入学院评优核心指标^[4]。将指导学生基层实践、参与双导师教学等工作量化为教学工作量,纳入年度绩效考核体系,考核结果与绩效工资直接挂钩。在职称评审中,参与协同育人项目的经历作为重要参考依据,贡献突出者可享受评审加分政策,同等条件下优先获评教学名师、优秀教师等荣誉称号。

(2) 对学生的激励。设立“基层实践卓越奖学金”,每学期评选30名在社区卫生服务、乡镇卫生院实习中表现优异的学生,每人奖励5000元,获奖情况计入学生综合素质档案。就业环节中,对自愿到基层医疗卫生机构工作的毕业生,学校联合地方卫生部门优先推荐岗位,签订5年以上服务协议者可享受一次性就业补贴8000元,服务期间学费按比例返还。

(3) 对地方基层医疗卫生机构的保障。政府部门对承接实训任务的机构,按接纳学生人数给予每人每月200元的实训补贴,连续参与3年以上的机构享受房产税、城镇土地使用税减免优惠。建立合作风险分担机制,由财政部门牵头设立专项风险基金,对因学生实践操作引发的医疗纠纷,经认定后基金承担50%的赔偿责任,同时为参与指导的医护人员统一购买职业责任保险。

2.3 沟通协调机制创新

(1) 信息共享平台建设。搭建线上信息共享平台,分设三大核心板块。人才培养板块实时更新校地联合课程大纲、学生基层实习轮转表及双导师指导记录,支持按专业、年级精准检索。基层卫生需求板块由地方卫生部门动态上传乡镇卫生院岗位缺口、社区卫生服务中心技能培训需求,数据每周更新。科研成果板块展示校地合作的基层常见病防治项目、适宜技术推广成果,附带论文全文和应用案例。平台设置信息推送功能,用户可自定义关注领域,新内容发布时自动收到提醒;互动区支持在线留言提问,相关负责人需在24小时内回应。

(2) 定期沟通会议制度。校地联席会议每季度召开一次,由双方主要领导牵头,审议年度合作进展、解决跨部门协作难题,如实训基地扩建资金分摊、联合招生计划调整等重大事项,会议决议以联合文件形式下发执行。工作小组层面实行周例会制度,由校地双方具体经办人参加,核对本周实践教学安排、学生在岗表现等日常事务;月例会聚焦阶段性问题,如实习手册修订、导师考核标准优化等,形成书面纪要并跟踪落实。

(3) 灵活沟通渠道拓展。建立专用工作微信群,成员涵盖校地双方教学管理人员、基层带教老师,用于实时传递学生突发情况、临时教学调整等紧急信息,消息需在1小时内确认签收。重要文件通过加密电子邮件传送,附带有接收回执功能。设立意见反馈专属邮箱和24小时热线电话,安排专人轮值受理,对收到的合作建议或投诉,3个工作日内完成核查并反馈处理方案,复杂问题最长不超过7个工作日给出答复。

2.4 质量评价机制创新

(1) 构建多元化评价主体。学生每学期末提交实践反思报告,从知识运用、技能提升、职业认知等维度进行自我评估,报告纳入个人成长档案。校地教师每月开展互评,校内教师聚

焦校外导师的实践教学规范性,校外导师侧重校内教师的理论与实践结合度,互评结果作为教学考核参考。基层医疗卫生机构每季度填写实习生评价表,从岗位适应力、任务完成度等方面量化评分,直接反馈给学校。行业专家组成评审组,每年进行一次现场评估,结合基层卫生发展趋势,对人才培养方向提出专业建议。

(2) 制定全面评价指标体系。知识掌握评价通过理论考试、案例分析报告等方式实施,重点考查常见病诊疗规范、公共卫生政策等核心内容的理解程度。实践技能评价采用操作考核与实践记录相结合的方式,涵盖体格检查、慢病管理、健康教育等具体技能的熟练度。职业素养评价引入360度评估法,综合带教老师、同事、服务对象的评价,重点关注医德医风、沟通能力、团队协作精神。校地协同育人工作评价设置合作协议履行率、资源共享效率、学生基层就业率等指标,由第三方机构进行客观测评。

(3) 评价结果反馈与应用。每次评价结束后10个工作日内,由专门工作机构整理形成评价报告,分别送达校地双方相关部门,明确标注优势项目与待改进环节。学校根据报告调整人才培养方案,如增加基层急需的康复护理课程;优化教学方法,推广案例教学、情景模拟等实践导向的模式。校地双方共同针对评价中发现的合作问题,如资源对接不畅,及时修订合作机制,完善沟通协调流程,确保协同育人质量持续提升。

3 结语

综上所述,“校地协同育人”模式既提升了人才培养的针对性与实效性,又为基层卫生事业注入了可持续发展动力。今后需优化协同机制,强化政策保障,推动模式向纵深发展,使其成为破解基层卫生人才困境的核心路径,为构建强大的公共卫生服务体系、保障人民群众健康提供坚实的人才支撑。

参考文献:

- [1] 苏成苗,经怀兵,吴晓晨.基层医疗卫生机构人才队伍建设及管理[J].中国卫生产业,2025,22(06):47-50.
- [2] 杨恒月,李凤,王咏.乡村振兴背景下医药类高职院校培育基层卫生人才的优化路径[J].现代职业教育,2025,(04):69-72.
- [3] 杨敏,梁晓峰,古仕明,刘利,张维维,李科伟,蔡宇.医联体背景下“一理三实”基层卫生人才培养模式探究[J].卫生职业教育,2025,43(03):23-26.
- [4] 褚瑞婷.加强人才培养,为基层医疗卫生机构赋能[J].人力资源,2024,(24):81-83.