·专家共识·

院校教育阶段非全科定向临床医学生的全科教学实践专家共识(2026)

海峡两岸医药卫生交流协会全科医学分会　浙江省医学会全科医学分会　浙江省数理医学学会全科未分化疾病专委会　中国老年医学学会公共健康服务分会
通信作者:任菁菁,Email:3204092@zju.edu.cn

【摘要】 围绕院校教育阶段非全科定向临床医学生的全科教学实践,本专家共识基于我国全科医学教育实践经验,针对院校阶段全科医学教学中培养目标定位不清、实践环节相对薄弱、师资与课程评价体系不统一等问题,系统梳理了非全科定向临床医学生全科教学的培养目标、课程体系与教学内容设置、教学方法与实践路径、教学师资保障以及课程评价与质量管理等关键环节,提出强化全科理念融入、注重早期接触社区与实践教学、完善教学组织保障,构建兼顾过程与结果的评价改进机制等共识性意见,旨在为高等院校临床医学专业在院校教育阶段规范开展全科医学教学提供参考。

【关键词】 全科医学教育;　院校教育阶段;　非全科定向临床医学生;　教学实践;　课程体系
【中图分类号】 R-4;R-05
基金项目:国家自然科学基金资助项目(72274169)
DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20260202-02247

Expert consensus on general practice teaching for non-general practice-oriented clinical medicine students at the institutional education stage (2026)

General Practice Branch of Cross-Straits Medicine Exchange Association, General Practice Branch of Zhejiang Medical Association, Medically Unspecified Disease Professional Committee of Zhejiang Society for Mathematical Medicine, Public Health Service Branch of Chinese Geriatrics Society
Corresponding author: Ren Jingjing, Email: 3204092@zju.edu.cn

【**Abstract**】 This expert consensus focuses on general practice teaching for non-general practice-oriented clinical medicine students at the institutional education stage. Based on practical experience in general practice education in China, and in response to issues such as unclear positioning of training objectives, relatively weak practical teaching, and inconsistent faculty and course evaluation systems in institutional general practice education, this consensus systematically delineates key components of general practice teaching for non-general practice-oriented clinical medicine students, including training objectives, curriculum structure and content, teaching methods and practice pathways, faculty support, and course evaluation and quality management. The consensus proposes strengthening the integration of general practice concepts into medical education, emphasizing early exposure to community settings and practice-based learning, improving teaching organizational support, and establishing an evaluation and quality improvement mechanism that balance process and outcomes. This consensus aims to provide a reference for standardizing general practice teaching for clinical medicine students at the institutional education stage in colleges and universities.

【**Key words**】 General practice education;　Institutional education stage;　Non-general practice-oriented clinical medical student;　Teaching practice;　Curriculum system
Fund program: National Natural Science Foundation of China (72274169)
DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20260202-02247

全科医生是接受过全科医学专业训练,在基层医疗卫生机构为居民提供综合性、连续性、协调性健康服务的医生,是基层医疗卫生服务体系的核心力量。我国已构建起覆盖院校教育、毕业后教育及

持续职业发展的全科医学人才培养体系，其中院校阶段的全科医学教育是奠定医学生职业认同感、培养核心素养与终身学习能力的重要环节。随着健康中国战略深入实施、分级诊疗制度持续推进，培养具备全科理念与素养的医学毕业生的需求日益迫切。

本共识立足我国医学教育改革与全科医生队伍建设的政策背景，顺应全球医学教育发展趋势，针对院校阶段全科医学教育存在的问题，以医学教育理论和全科医学核心胜任力框架为基础，系统梳理院校教育阶段在培养目标定位、课程体系与教学内容设置、教学方法与实践路径、教学师资保障以及课程评价与质量管理等关键环节的适用方案，凝练形成具有可操作性的共识性意见。

本共识由浙江大学医学院附属第一医院全科医学科牵头，严格遴选并组建了共识制定专家组。专家组成员包括全科医学教育专家、教学管理者、全科医生及循证学专家等，覆盖31个省（自治区、直辖市），以此确保共识具有代表性与权威性。共识已在国际实践指南注册与透明化平台注册（注册号：PREPARE-2025CN1620），待批准、发布和发表后，将按计划开展传播、实施与评价工作，并定期更新。文中“非全科定向临床医学生”，指在高等院校接受临床医学专业本科教育，且未进入全科医学定向培养轨道的学生，以下简称“医学生”。本共识主要面向高等医学院校相关教学管理者、课程设计者及一线教师，提供科学、清晰且可操作的实施框架与参考路径。

1　前言

1.1　院校教育阶段全科教学的国内外发展现状

我国全科医学教育起步较晚。1988年，我国首次引入全科医学理念；1989年，首都医科大学成立我国首个全科医学培训机构，并于1992年开设临床医学专业全科医学专门化试点班，这标志着我国对临床医学专业本科生全科医学教育与课程建设的探索正式启动。2006年，原人事部等五部委联合发布《关于加强城市社区卫生人才队伍建设的指导意见》，明确将全科医学列为高等医学院校重点建设学科[1]。2020年发布的《关于加快医学教育创新发展的指导意见》提出，要推动医学院校普遍成立全科医学教学组织机构，强化面向全体医学生的全科医学教育[2]。截至2019年，我国有150所高校设立了本科生全科医学教学机构，其中142所开设了全科医学选修课或必修课[3]。

20世纪60年代起，美国、英国、澳大利亚等国家陆续开展全科医学教育。在美国，医学生完成前2年基础医学教育后，从第3年开始进行全科医学相关实践[4-5]。英国的本科医学教育将全科医学作为重要内容，要求医学生完成至少4周的全科医学课程学习，且全科医学实习时间占总实习时间的10%[6]。澳大利亚的医学生从本科第1年起就融入职业发展教育，引导其加深对全科医学和社区医疗的了解；从第4年起接受为期9周的全科医学学习[7]。上述国家的实践表明，在院校教育阶段系统开展全科医学教学，有助于早期培养医学生的全科理念和基层服务意识，为我国构建全科医学教育体系提供了重要借鉴。

1.2　我国院校教育阶段全科教学存在的问题

当前，我国院校教育阶段（本科阶段）的全科教学虽已取得长足进步，但仍存在以下问题。

1.2.1　体系架构不完善，一体化建设滞后

全科医学作为独立学科的地位尚未真正确立，国家层面缺乏统一的学科建设标准与质量管控体系，导致院校教育、毕业后教育和继续教育之间衔接不畅，培养效能受限，难以形成可持续的人才供给机制。

1.2.2　教学与需求脱节，胜任力培养不足

教学实施中存在多重脱节现象：课程设置较为单一，通常仅开设《全科医学概论》这门课程，其内容偏重理论，实践不足。在院校阶段，教学对于全科诊疗思维、家庭医生签约服务、慢性病管理等基层核心胜任力的初步培养较为有限，这些能力的系统培养主要在毕业后教育阶段深化。教学方法以课堂讲授为主，考核评价侧重于理论笔试，缺乏形成性评价和多元化考核方式。师资结构也有待优化，全科理论教学多由高校附属医院全科医学科的教师承担，社区实践师资参与教学的渠道有限，且带教能力参差不齐，高校、医院与社区之间的协同育人机制不健全。此外，实践教学环节薄弱，医学生早期接触社区的机会不足，导致其对全科医学的理解停留在表层[3,8]。

1.2.3　资源保障不平衡，数字化支撑薄弱

教学资源总量不足，且分布不均衡。尤其是社区实践基地，在数量和质量上均难以满足规模化、标准化教学的需求。模拟教学设施、信息化教学平台、数字化病例库等基础资源建设滞后，难以有效支撑线上线下混合式教学及个性化学习。人工智

能、虚拟仿真等新技术在教学中的应用尚处于探索阶段，其赋能教学创新的潜力还未充分发挥。同时，学科交叉融合不够，尚未深度融入“新医科”发展框架；对国际先进教育理念的本土化转化也不足，需进一步探索与我国医学教育体系相适应的全科教学路径[9]。

1.2.4　课程育人功能薄弱，职业价值引领有限

全科医学在高等医学教育体系中仍处于边缘地位，课程思政与医学专业教育的融合不够深入。现有课程大多侧重于生物医学知识的传授，对全科医学学科标识度的提升以及基层服务意识的培养关注不足，缺乏对全科医生在国家健康战略中核心价值的系统阐述与引导。这导致课程难以有效引导医学生树立扎根社区、服务基层的职业理想，医学生职业认同感较低，最终影响全科医学人才队伍的稳定和可持续发展。

2　全科核心理念

通过院校阶段的全科教育，传递全科医学理念，让医学生熟悉以“人为中心”、体现全人照顾特点的全科医疗服务模式，了解基层医疗卫生体系的功能，以及全科医生的工作内容与方法。同时，将未分化疾病与慢性病的诊治与管理、急症的识别与处理、医患沟通与团队协作、社区预防与保健等能力的培养，融入教学全过程，激发医学生对全科医学的兴趣，为其未来成为全科医生或参与“专-全科协作”奠定基础。

2.1　全人健康与全生命周期

全科医学强调以“人”为中心、以家庭为单位、以社区为范围，提供连续且综合的健康维护与促进服务。它注重整体观与系统思维，通过全科医疗践行“全人照顾”理念，为全民提供覆盖生命全程的基本医疗服务和基本公共卫生服务[10]。

2.2　社区导向与医防融合

教学应坚持“社区导向”，突出基层医疗实践，助力医学生切实掌握社区服务需求及场景应用[11-12]。通过开展早期社区实践，帮助医学生初步建立对基层医疗服务模式的认知与感知。同时，融入“医防融合”理念，打破医疗与预防之间的壁垒，引导医学生了解健康风险识别的基本思路，初步理解健康教育、慢性病防控以及基本公共卫生管理的工作内涵，为其毕业后进一步形成全科岗位能力奠定认知基础。

2.3　人文素养与有效沟通

全科医学素养教育旨在将思想品德、人文关怀精神与全科医学的基本理念、知识和技能相融合。在传统医学职业素养的基础上，进一步强化具有全科医学特色的职业素养，具体包括：培养医学生对全科职业的认同感；在社区医疗服务中建立长期、和谐、稳定的医患关系；主动且有效地倾听患者诉求，与患者及其家属充分沟通，以开展健康促进和疾病管理工作；以及培养在未分化疾病和慢性病管理、临终关怀等情境中的共情能力。其目的在于帮助医学生明确全科医学的社会价值，形成稳定的职业价值认同和服务意识，从而更充分地激发其人文关怀意识[13-14]。

2.4　循证医学与安全诊断

全科医疗的思维模式要求医生运用系统整体观来认识、剖析并解决健康问题[15]。全科医疗强调以整体思维应对临床复杂性，在处理全科常见的未分化疾病等健康问题时，确立“以人为中心、以问题为导向、以证据为基础”的循证临床思维路径。与此同时，全科临床思维需结合“安全诊断”策略，在院校教育阶段，引导医学生了解“莫塔（Murtagh）安全诊断策略”等工具的基本理念，为其毕业后规范运用奠定认知基础。通过系统整体观与安全诊断策略相衔接，帮助医学生初步理解全科临床决策逻辑。

2.5　胜任力导向与终身发展

医学院校应紧密围绕健康中国战略实施，遵循医学教育和全科医学人才成长规律，加强面向全体医学生的全科医学教育，强化高校附属医院临床教学职能，注重理论与实践紧密结合，建立临床实践保障机制，深化医教协同，推进以胜任力为导向的教育教学改革，为临床医学生毕业后选择全科规范化培训或投身社区卫生服务工作奠定基础[16-17]。

3　课程体系及课程内容

本科阶段全科医学教育应紧扣全球医学教育向胜任力导向转型的核心趋势，紧密结合我国基层卫生服务需求，构建层次分明、理论与实践相融合且凸显社区导向的课程体系，为医学生未来无论从事全科还是专科工作、具备全科思维与协同能力奠定基础。

3.1　课程体系构建

3.1.1　课程体系构建原则

全科医学本科课程体系的构建，具体遵循以下六大核心原则。

一是胜任力导向原则：课程体系设计应紧扣基层医疗卫生服务核心胜任力，涵盖基本医疗与公共

卫生服务、信息利用与管理能力、医学知识与终身学习、人际沟通与团队协作、职业素养等维度[18-19]。

二是系统整合原则：打破学科壁垒，横向整合基础、临床、预防及人文知识；纵向早期引入全科理念，实现基础与临床、医院与社区实践的全程衔接[17,20-21]。

三是实践性与社区导向原则：践行“早临床、多临床、反复临床”理念，设置递进式社区实践环节，让医学生在真实基层场景中理解核心技能要点，深化对全科医生角色价值的认知[17,20]。

四是阶段性与递进性原则：遵循医学生认知与能力发展规律，搭建层次分明、螺旋上升的课程逻辑，使全科核心概念与技能在不同阶段循环深化[22]。

五是价值塑造与人文融合原则：将思想政治教育与人文教育融入课程全过程，培养家国情怀与“以人为中心”的整体健康观[12,23-24]。

六是适应性与发展性原则：结合基层需求与政策变化，建立课程体系动态评估机制，保障前瞻性与实用性[25-26]。

3.1.2 课程体系要素

全科医学本科课程体系由理论课程、实践课程、融合课程及配套教材四大要素协同构成，旨在构建结构合理、内容丰富且具有中国特色的全科医学本科教学范式。

3.1.2.1 理论课程

一是核心必修课程：基于全科医学在医学体系中的重要地位，建议在本科医学教育阶段开设必修课《全科医学概论》，课程内容至少包括全科医学基本理念、服务模式、主要工作内容和工作方法等，通过学习本课程，使医学生建立起区别于其他专科医学的“全人、全程、全方位”的医学观[3,27]。

二是拓展选修课程：鼓励有条件的医学院校开设全科医学相关选修课程或课程群，将家庭医生签约、健康教育、基本医疗、慢性病管理、基本公共卫生服务和电子健康档案等与全科医生工作密切相关的内容融入课程教学，同时注重实践能力培养[12]。例如：社区特殊人群健康照护、基层公共卫生应急处置、全科营养与健康生活方式指导等。

3.1.2.2 实践课程

实践课程是连接全科理论知识与社区实践的桥梁，包括社区见习及实习两大板块。秉承“早临床、多临床、反复临床”理念，建议尽早安排社区实践，并合理安排教学医院全科医学科见习、实习[28]。

一是社区见习（早期）：主要安排在低年级或理论课期间，目标是“观察与感知”。医学生参观社区卫生服务中心，跟随全科医生观察接诊流程、体会医患沟通，建立对基层医疗的初步认识。

二是社区实习（后期）：安排在临床实习阶段，目标是“参与与体验”。医学生在教师指导下辅助开展问诊、查体、慢性病随访、健康宣教等，重点体验全科医生的临床思维过程及慢性病连续性管理。建议适当安排教学医院全科医学科实习，使医学生更全面了解全科医生职业发展路径及前景。

3.1.2.3 融合课程

一是医防融合：强化临床与公共卫生教学协同。建议通过“公共卫生学院与全科教研室联合备课”、社区公卫案例分析等形式推进实施。例如，模拟社区疫情处置情景，组织医学生演练从临床诊疗到公共卫生服务的全流程，促进理论与真实场景结合。

二是医文融合：利用全科医学密切接触社会与家庭的特点，开展“叙事医学”教学，书写平行病历，记录患者体验与家庭故事；开展“伦理查房”，讨论家庭治疗中的伦理困境，增强医学人文素养。

三是医工融合：融入数字医学与信息技术，拓展医学教育新范式。可引入虚拟仿真、远程医疗、可穿戴设备等，提升医学生对智能医疗、数字健康的理解和适应能力[29]。

四是医管融合：结合医学与管理、经济、领导力等学科资源，通过案例研讨、模拟医院管理或基层医疗改革等实践，培养医学生初步的卫生系统思维、基层医疗机构管理与评价能力，以及团队合作和领导力。

3.1.2.4 课程教材

优先选用国家级出版社出版的教材与专著，支持具备全科医学教学优势的医学院校开发和使用体现特色的校本教材。注重纸质化与数字化相融合，充分利用中国大学大规模在线开放课程（massive open online course，MOOC）、人卫慕课等数字化资源，推进混合式教学。

3.1.3 课程实施路径

3.1.3.1 阶段实施路径

路径建议以“早临床、多实践”为核心，遵循“早期接触—理论教学—实践学习”的逻辑，培养医学生对全科医学的理解及未来协同工作的能力。

第一阶段，早期接触（第1~2学年）：目标在于激发对全科医学的初步兴趣和职业认同。可安排早期社区参观、职业讲座、叙事医学体验，增强服务基

层意识。

第二阶段，理论教学（第3~4学年）：目标为全科医学核心理念的融入和初步能力养成。此阶段建议以《全科医学概论》为核心，与《内科学》等主干课程配合，帮助医学生掌握全科医学核心理念。同时，课堂应结合社区常见疾病管理、防治要点及案例式探究，逐渐建立全科医学视角。

第三阶段，实践学习（第5学年）：目标为初步展现全科素养。医学生进入社区卫生服务中心等基层单位实习，参与家庭访视、健康教育项目、临床接诊等工作，在真实环境中融会贯通理论与技能。

3.1.3.2　课程规划与学时配置

当前国内全科医学课程学时普遍偏少，影响了课程质量和人才培养效果，建议如下。

学时建议：《全科医学概论》必修课总学时设置为32~64学时（理论24~40学时，见习8~24学时），理论与见习学时比例建议不高于3∶1，甚至可达到1∶1。各高等院校可酌情设立选修课，建议总学时10~50学时，每门课10~30学时。

学分设置：建议提高全科医学课程在本科教学计划中的学分权重，保持与内科学、外科学、儿科学等临床课程相对均衡，从制度层面提升医学生的重视程度。

学期分布：第1~2学年建议开展医学人文、全科职业认知等选修课程；第3~4学年开设《全科医学概论》理论课程；第5学年安排社区实习，时间2周，可适当增加1~2周教学医院全科医学科实习。

3.2　课程内容

3.2.1　理论知识领域

本部分重点阐述全科医学理论教学的核心知识范畴，教学时应注重理论联系实际、突出全科视角下疾病管理与健康管理的基本策略。

3.2.1.1　必修课程知识范畴

一是全科医学基本理论：阐述全科医学的定义、发展历程与以人为中心的服务模式。涵盖健康与疾病连续谱、家庭生命周期、社区导向医疗及社区健康评估等核心理论，为全科医生的专业认同与职业素养奠定理论基础。

二是未分化疾病与全科临床思维：是全科教学的难点与特色之一。重点讲授乏力、消瘦、水肿的未分化疾病诊断与处理策略，强调“低风险观察、高风险转诊”的临床决策逻辑，为建立全科视角下的健康管理策略奠定思维基础。

三是慢性病与多病共存管理：系统讲授社区人群筛查、分级健康管理、综合风险干预、合理多重用药、慢性病连续性随访以及双向转诊流程。强调赋能患者自我管理能力和家庭—社区—医院三级联动机制，帮助医学生理解以“共病管理”为导向的全科诊疗理念。

四是基层急症与传染病管理：重点培养医学生对社区常见急症的初步识别与基础处置意识，使其熟悉法定传染病的报告流程、居家隔离指导及基层防疫预案的基本框架，强化基层卫生应急思维，为其未来参与公共卫生相关工作奠定必要知识基础。

五是预防保健与健康促进：涵盖国家基本公共卫生服务规范、疫苗接种、重点人群（老、幼、孕、残等）健康管理等内容，侧重机会性健康教育、行为干预、健康素养提升等实践运用，促使医学生理解全生命周期健康管理的思路与方法。

六是医学法律法规与伦理规范：要求医学生了解与全科相关的基本法律法规，掌握执业底线及医学伦理的核心原则，结合案例开展医患沟通与职业规范教学，增强合规与风险防范意识。

七是医学科研素养：帮助医学生理解全科医学科研的基本范围及方法，鼓励医学生结合全科特色与社区实际，围绕常见健康问题开展小规模调研或实践项目，体验全科医生在健康促进、公共政策制定和基层创新中的科研价值。

3.2.1.2　选修课程知识范畴

为适应医学生多元发展与个性化学习需求，建议设置多样化选修模块，包括：社区特殊人群健康照护（如老年人跌倒预防、孕产妇管理、儿童预防接种等）、基层公共卫生应急处置（传染病防控、突发事件响应等）、全科营养与健康生活方式指导（慢性病人群膳食管理、运动干预等）、心理卫生与沟通进阶（常见心理问题识别、临终关怀等）、数字健康与信息应用（电子健康档案、远程医疗等）。

3.2.1.3　见习实习知识范畴

见习与实习是理论与实践结合的核心环节，见习阶段重在构建系统认知框架，包括理解全科核心理念与服务模式、社区卫生服务体系与运行流程、家庭医生签约服务与居民健康档案管理等。实习阶段重在锤炼临床思维，包括学习未分化疾病鉴别思路、多病共存患者综合管理原则及SOAP（即主观资料、客观资料、评估、计划）病历书写规范等。

3.2.2　实践技能领域

全科医学实践技能培训应突出全科岗位所需的综合性与情境化能力，通用临床技术操作（如穿

刺、导尿等）可在临床技能课程中系统训练，本共识着重强调全科特有的核心服务能力。

一是全科接诊与沟通技能：重点训练SOAP病历书写规范，以及BATHE（即背景、情感、烦恼、处理、移情）等心理社会问诊技巧，着力提升医学生沟通与共同决策能力。

二是家庭与社区健康管理技能：了解家庭访视基本流程及安全要点，熟悉居民健康档案建立和维护流程，了解家系图、家庭结构图等常用家庭评估工具。引导医学生初步参与家庭健康干预和慢性病管理服务，能力训练上强调知晓和观察。

三是临床推理与急救技能：重点在于识别急危重症警示征象，涵盖“红旗征”（red flags，指提示患者可能存在严重疾病，需立即进一步评估或转诊的关键临床信号），要了解初步分诊和安全转诊的核心流程，掌握基本应急处置技能以及院前、院内转运规范，以此提高医学生应对急危重症的能力。

四是健康教育与健康促进：初步掌握生活方式干预和常见健康问题防治的核心要点，鼓励医学生熟悉常用的健康教育材料与工具，了解数字健康、短视频等新媒体形式在健康传播中的应用，逐步形成健康守门人角色的责任意识与参与能力。

3.2.3 职业素养

全科医学职业素养教育不应作为附加课程，应纵向贯穿、横向融合于各教学环节，通过隐性课程与榜样示范，塑造医学生职业价值观。

3.2.3.1 思想政治素养

应引导医学生将个人职业发展与国家卫生健康事业大局相结合，明确全科医生在国家医疗卫生服务体系中的基石作用与使命担当，增强服务基层、服务人民的责任意识[30]。

3.2.3.2 职业道德素养

职业道德素养是医生执业行为的基础，全科医学教育应强调患者利益优先、诚信正直、廉洁行医、终身学习、专业精进、尊重同行与隐私保护等要求，培养医学生成为合格的基层健康守门人[31]。

3.2.3.3 全人、全周期的关怀能力

全人、全周期的关怀是全科医学的核心理念之一，全科医学教育应坚持生物—心理—社会医学模式，提供从预防、诊疗到康复的连续性照护，践行医学人文关怀。

3.2.3.4 团队协作素养与领导力

全科医学教育需锤炼医学生团队协作素养，并培养其领导力，以协调多方资源，组织连续性健康管理，提升整体照护质量[32]。

3.3 教学目标

院校教育阶段非全科定向临床医学生全科医学教学的总体目标，是使医学生在完成本科教育后初步建立全科医学理念与基层服务意识，为其毕业后无论从事全科或专科工作，均具备全科视角与协同能力奠定基础。

知识目标：了解全科医学的基本定义、核心原则与服务模式；熟悉社区卫生服务体系的功能定位；了解常见慢性病及未分化疾病的全科处置基本思路；熟悉预防保健与健康管理的基本框架。

技能目标：初步了解全科接诊与医患沟通的基本要素；了解家庭与社区健康管理的基本方法；具备基本的急症识别与分诊意识；初步掌握SOAP病历书写规范。

素养目标：形成以人为中心、以家庭为单位、以社区为范围的整体健康观；增强服务基层、参与预防保健的职业认同；理解全科医生在国家医疗卫生体系中的核心价值，为毕业后职业方向选择奠定认知基础。

【推荐意见一】 必修与选修课程设置。建议将《全科医学概论》设为必修课，覆盖全科理念培养、未分化疾病诊疗、慢性病管理、全科临床思维训练、急诊处理、预防保健等核心领域；并建议适当设立全科相关选修课或课程群。

【推荐意见二】 课时与学分。建议全科必修课总学时为32~64学时，理论与见习比例不高于3∶1，全科医学相关选修课总学时为10~50学时。建议提高学分权重，与临床主干课程均衡匹配。

【推荐意见三】 阶段递进培养。建议以“早临床、多实践”为原则，第1~2学年开展早期接触，第3~4学年进行核心理论教学和见习，第5学年开展临床实习，构建“早期接触—理论教学—实践学习”的课程实施路径。

4 教学方法与实践路径

构建科学、系统且符合全科特点的教学方法与实践路径，是推进全科医学教学改革的重要内容。

4.1 教学方法

院校教育阶段的全科医学教学方法应充分考虑不同教学模块与内容的多样性和复杂性，综合应用多元化教学策略与方法。

4.1.1 理论教学阶段

本阶段核心是为非全科定向临床医学生搭建全

科医学知识框架，使其熟悉全科医学基本理念，了解全科医生的主要工作内容与方法，理解全科医生工作模式，形成医防融合与全生命周期健康管理理念。

以授课为基础的教学方法（lecture-based learning，LBL）结合研讨会式教学法（seminar）：建议开展整合式课程设计，横向整合基础、临床、预防、个人行为及社会因素等内容，形成问题清单供学生讨论，并由教师归纳总结，以提升发现问题、分析问题与解决问题的能力[33]。该教学方法适用于全科医学基本理论相关章节。

案例教学法（case-based learning，CBL）与问题驱动教学法（problem-based learning，PBL）：可引入探究—进阶—成果（inquiry-progression-achievement，IPA）授课模式。由叙事性案例导入，提供生物、心理、社会与家庭等多维度信息，提出核心问题，引导小组从不同视角分析，教师进一步引导将多维阐释与全科医学“以人为中心、以家庭为单位、以社区为范围”的核心理论相衔接[34]。通过此过程形成符合全科特点的临床推理和问题解决框架，并生成诊疗问题清单。该教学方法适用于社区慢性病及健康问题管理相关内容。

混合式教学（blended learning，BL）：可采用翻转式课堂模式。利用中国大学 MOOC 平台已上线的《全科医学概论》《全科临床思维》等课程资源开展线上线下混合式教学。

4.1.2　实践教学阶段

实践教学阶段是全科医学教育的重要环节，目标是促进知识内化、技能培养和职业素养发展的有机统一。通过将抽象的全科医学理念、原则与方法转化为医学生可感知、可操作、可反思的实践经验，可采用以下方式。

一是临床跟诊与床旁教学：适用于全科社区见习及实习阶段。通常采用“现场观察—事后分析”相结合的方法。医学生观察教师接诊全过程，重点学习患者信息收集、临床决策、医患沟通与健康教育等内容，以提升医学生全科接诊、病历书写、问诊技巧及初步急救识别与分诊能力[34]。

二是标准化病人与情景模拟教学：结合标准化病人（standardized patients，SP）或高级模拟人（high-fidelity simulators，HFS）开展模拟教学，可用于培养医学生临床沟通、健康教育及人文关怀等综合能力[35-36]，在急症识别与健康宣教等训练中，有助于提升沟通与初步处置能力，强化全科核心技能的应用与反思。

三是案例讨论会与反思报告：两者均为促进医学生深度学习和职业身份认同的有效教学策略[37]。建议采用“以案例为主导的小组讨论”形式，以促进医学生在未分化疾病诊疗、多病共存全程管理、转诊时机与伦理考量等方面的学习，并培养职业情感和伦理素养。可通过书写反思日志促进医学生批判性思维与提升临床决策能力，教师批阅并给予反馈，引导其开展结构化反思和讨论，从而整合并深化全科接诊、健康管理与临床推理等技能，并促进对全科医生角色认知的形成与发展。

四是社区健康实践项目：该方法旨在通过小组合作与社区实践教学，培养医学生社区视野和公共卫生实践能力[38]。核心在于医学生围绕特定社区健康主题，在社区教师指导下设计并实施小型社区健康项目，从而理解社区卫生服务内涵，初步了解家庭访视、健康档案建立与社区健康问题评估等方法，体验全科医生在社区健康管理和健康教育中的作用。

4.2　课程评价

构建科学、有效且可持续改进的全科医学课程评价体系，是保障教学质量、推动教学改革、服务“健康中国”战略中基层医疗相关目标的重要环节。课程评价与其他临床课程评价一致，应遵循目标导向性、科学性和系统性、多元性和整合性、发展性与反馈性、公平性与透明性等原则。课程评价体系以课程、教师和医学生为主体，紧密围绕理论、实践和融合三大教学模块，旨在促进“教—学—评”有机联动，实现院校教育阶段非全科定向临床医学生全科医学核心素养的有效培育（表 1）。

4.3　课程考核

课程考核是实现全科医学教育目标、检验教学质量的重要手段，对引导非全科定向临床医学生形成全科理念、掌握整合型全科思维具有关键作用。

4.3.1　考核目标

①理解全科医学的基本理念、原则及其在医疗卫生体系中的定位与价值。②掌握以人为中心、以家庭为单位、以社区为基础的临床思维模式，了解全科医疗的基本诊疗策略。③识别并分析常见健康问题在全科医疗情境下的特点，形成预防、保健、治疗与康复一体化的观念。④培养医学生在基层医疗场所开展医患沟通与团队协作的基本意识和能力。

4.3.2　考核内容与指标体系

全科医学课程考核应构建覆盖认知、技能与思想政治教育的综合评价体系，系统考查医学生在知

表 1　院校教育阶段非全科定向临床医学生全科医学课程评价体系

评价对象	对应的教学阶段/模块	评价内容	评价目的	评价主体	评价方式与常用方法	评价周期
课程	全科医学课程（理论、实践、融合模块）	课程体系与内容、教学目标达成、课程思政融合、满意度等	促进课程动态改进	教师评价、医学生评价	教学平台（如雨课堂、学习通等）进行课后即时反馈；综合问卷调查（围绕目标、内容、方法、满意度等开展结构化调查）；专家同行评议（对课程大纲、教案、教学案例等进行评审）；焦点小组访谈（定期组织师生代表进行半结构化焦点访谈）[39]	实时反馈（课后）、每学期末、每学年
教师	全科医学课程（理论、实践、融合模块）	师资专业能力、教学方法适切性、教学效果、教学态度、师风师德等	促进师资专业发展、提升教学同质化水平	教师自评/互评、督导评价、医学生评价	督导听课与评价（使用标准化听课评价表）；医学生评（教学平台课后评价或学期末综合评价）；教学档案与成果评议（审查教案、教学反思、指导医学生成果等）[40]	每学期、每学年
医学生	第一阶段（第 1~2 学年）：理论教学模块（早期接触）	医学生对全科医学的兴趣、职业认同等	为后续阶段教学设计提供依据，强化早期职业引导	教师评价、教学督导评价	建议形成性评价为主：活动心得与反思报告（参观/讲座后提交感想与思考）；调查（问卷星或线下访谈交流，比较活动前后对全科医学认知与态度的变化）[12]	实时反馈（活动后）、每学期
	第二阶段（第 3~4 学年）：理论教学模块（核心必修课）	全科医学核心理念的渗透及全科思维运用、全科核心理论知识掌握、个人医学素养、团队协作等初步能力形成等	诊断理论学习成效，引导建立全科医学知识框架与思维模式，衔接实践课程	教师评价、医学生自评/互评	建议形成性评价与终结性评价结合。形成性评价：阶段性作业（反思日志等，可融合医工、新媒体、人工智能等主题）；方案/报告（案例分析报告、小型调研或方案等）；小组贡献度记录表（观点提出、资料准备、汇报展示、团队协作等维度）。终结性评价：期末理论考试[41]	每月/每阶段（形成性）、每学期末（终结性）
	第三阶段（第 5 学年）：实践教学模块	核心技能与全科思维的实际应用；全科素养、态度与情感；关键指标（如全科认知与兴趣的前后变化等）	评估理论与实践结合能力及初步岗位胜任力，促进全科素养内化	社区教师评价、教师评价、医学生互评	建议形成性评价+终结性评价结合。形成性评价：过程性记录与观察（利用结构化的社区见习记录表），反思日志与案例汇报（书写实践反思日志、组织案例讨论会等），终结性项目/方案评价（对社区健康促进项目、连续性服务设计方案等综合评价）。终结性评价：技能考核[42]	每周/每月（形成性）、实习结束时（终结性）
	全阶段（尤其第 4~5 学年）：融合课程模块（学习过程与效果）	医防融合、医文融合、医工融合中的系统思维；基层医疗机构管理与评价能力；团队合作和领导力等	评估系统思维和解决社区健康问题的综合能力	教师评价、医学生自评/互评	建议项目成果评价+过程表现评价结合。项目成果评价：医防融合案例分析报告、叙事医学平行病历、医工融合设计方案等。过程表现评价：项目过程中的团队协作、资源整合、创新性表现等[12,41-42]	每学期、项目结束时

注：本表为框架性评价参考，不设统一赋权；各院校可根据课程阶段与教学模块确定重点评价项。

识理解与整合、临床实践能力以及职业素养与价值观认同等方面的综合表现[43]。

4.3.2.1　知识理解与掌握（认知领域）

全科医学课程认知领域的主要考核内容包括核心理念、临床思维与预防保健等（表 2），旨在评估医学生对全科医学基础知识的记忆、理解与辨析能力。

4.3.2.2　技能与应用能力（技能领域）

技能领域考核应聚焦全科医学实践技能与应用能力，围绕医患沟通、全科思维应用及团队协作等关键技能设计具体任务与评价指标，适用于模拟场景、案例分析与小组项目等实践型考核（表 3）。

4.3.2.3　职业素养与态度（思想政治教育领域）

职业素养与思想政治教育维度的考核设计应涵盖职业价值认同、医学伦理敏感性与学习反思能力等方面，适用反思写作、伦理讨论与学习档案等形式，旨在引导医学生内化全科核心价值观（表 4）。

4.4　全科医学课程评价与考核实施建议

全科医学课程评价与考核体系应紧密对接本科阶段人才培养目标与课程核心理念，围绕医疗服务、公共卫生、职业素养、人际沟通与终身学习等多维能力进行设计[44-45]。建议采用形成性评价与终结性评价相结合的方式，使考核贯穿教学全过程，有效引导学习。具体建议如下。

一是注重过程评价：建议提高过程评价在总评成绩中的比重（40%~50%）。依托信息化平台记录学习轨迹，提供个性化反馈，强化激励与导向功能。

二是聚焦实践能力：理论考核应减少对孤立知识点的考查，增加基于社区常见健康问题（如慢性病管理、多病共存）的整合性案例分析。实践考核

表2　院校教育阶段全科医学课程认知领域考核内容与指标

考核项目	具体考核内容与示例	考核指标	推荐考核方式
核心理念与价值	①阐述全科医学“连续性、综合性、协调性、可及性”原则的含义；②比较全科医学“整体观”、专科医学“还原论”在看待患者问题时的差异；③分析全科医生作为“健康守门人”在分级诊疗体系中的价值	①概念准确性：核心术语的定义准确；②阐释清晰度：能用简洁语言说明抽象原则；③关联理解：能将理念与医疗体系角色联系起来	①单选题、判断题；②简答题或名词解释；③小组主题辩论（如“守门人角色的利与弊”）
全科临床思维模式	①描述“以人为中心”与“以疾病为中心”问诊的主要区别；②说明如何运用“生物-心理-社会医学模式”进行分析（如设定包含工作压力、家庭矛盾等因素的“头晕”病例）；③简述处理“未分化疾病”时全科医生的初步诊疗思路	①模式识别：能准确区分不同思维模式的特征；②初步应用：能在简单案例中识别心理、社会因素；③策略导向：理解全科对不确定性问题的管理策略	①案例分析选择题；②案例分析论述题
预防保健与健康管理基础	①列举针对高血压的三级预防措施；②说明慢性病管理是全科医生核心职责的内涵；③简述社区健康促进的主要形式	①知识记忆：准确复述三级预防概念及实例；②意义理解：理解慢性病管理对个体和社区的重要性；③视野广度：了解健康促进的社区维度	①填空题、匹配题；②问答题；③小组作业（如社区健康宣传活动方案设计）

表3　院校教育阶段全科医学课程技能领域考核内容与指标

考核项目	具体考核内容与示例	考核指标	推荐考核方式
医患沟通技能	①SP简易问诊：例如接诊“感冒”大学生，采集病史并给予生活建议；②健康教育角色扮演：例如与“拒绝为孩子接种疫苗”的家长沟通	①沟通态度：礼貌、尊重、共情；②信息收集：能提出关键问题；③信息给予：解释清晰，使用非专业术语	①情景模拟结构化评分；②角色扮演表现评分与即时反馈
全科临床思维	①书面病例分析：例如针对“老年患者反复跌倒”案例，识别非医学因素并提出后续思路；②小组案例讨论：例如针对“社区糖尿病高发”场景，讨论全科医生在个体管理与群体干预的作用	①视角广度：考虑环境、社会与心理因素；②问题分析：识别案例关键问题并归纳优先级；③方案思路：体现全科医学综合性与协调性	①综合性案例分析题（侧重分析过程）；②PBL小组讨论表现与报告
团队协作意识	①小组项目：例如完成“医学生健康问题调研与宣教方案”；②模拟团队会议：例如模拟全科医生与公卫人员、护士进行沟通与分工	①参与贡献：承担明确任务并按时完成；②协作互动：能与组员有效交流与协调；③成果整合：个人贡献能融入小组成果	①小组项目成果评价及同伴互评；②课堂模拟活动观察记录

表4　院校教育阶段全科医学课程思想政治教育领域考核内容与指标

考核项目	具体考核内容与示例	考核指标	推荐考核方式
职业价值认同	①反思性写作：撰写“我重新认识的全科医生”或记录触动情景；②价值观辨析：讨论全科医生如何平衡个体服务与公共卫生责任	①认知深度：描述全科工作的具体价值与挑战；②情感投入：体现真实的情感共鸣或理性认同；③价值内化：将全科核心价值观用于分析实际问题	①反思日志或课程学习心得；②课堂伦理讨论或价值观辩论表现
医学伦理敏感性	①微型伦理案例分析：应对要求开具“病假条”的朋友；②隐私尊重情境判断：在社区宣传中合理使用居民健康数据	①原则知晓：提及尊重自主、有利不害等伦理原则；②困境识别：识别情境中的伦理冲突；③初步判断：提出符合职业道德的行动方向	①情境选择题或简答题；②小组伦理剧场（短剧表演与讨论）
学习与反思能力	①学习档案袋：整理提交课堂笔记、作业草稿、反思日志等材料；②小组讨论自评：在PBL或案例讨论后提交自我评价	①过程记录：学习材料完整、条理；②反思质量：体现对自身学习的观察与思考；③改进意识：提出未来学习计划	①学习档案袋评价；②结合同伴互评的自我评价报告

可采用客观结构化临床考试（objective structured clinical examination，OSCE），并结合SP、模拟社区情景等形式，综合评价医学生实践技能与人文素养。

三是提升全科认知：在案例分析、OSCE评分与反思性作业中设置伦理、共情与社会责任等评价要点。通过观察医学生在团队协作与社区服务中的表现，考查其基层服务意愿与责任担当，促进职业价值认同的形成。

【推荐意见四】 教学实施路径。建议理论教学以LBL、CBL、PBL结合IPA模式为主，聚焦全科核心能力培养；实践教学可搭建“校—院—社区”联盟，以社区实践为主要场景，结合标准化病人、情景模拟和虚拟仿真开展技能训练，并配套混合式自主学习平台。采用模块式、分层次教学，将全科理念贯穿教学全过程。

【推荐意见五】 评价主体与方法。建议课程评价覆盖课程、教师与医学生等多元对象，并综合运用各种评价方式与方法，实现“以评促学、以评促教、持续改进”的闭环管理。针对非全科定向临床医学生在不同学习阶段的目标，采用差异化评价策

略：早期以形成性评价为主，中期形成性与终结性评价相结合，后期以实践情境中的综合能力评价为主。

【推荐意见六】 综合考核框架。建议构建“认知、技能、素养”三位一体的综合考核体系。考核内容应覆盖对全科核心理念的理解、全科思维与沟通等实践技能的理解与初步应用，以及职业价值认同与人文素养的形成，并通过多样化考核方式进行全面评估。强化过程评价与实践导向，提高过程评价在总成绩中的比重，并将考核重点由孤立知识点转向常见健康问题的整合性案例分析与模拟实践能力评价。

5　教学师资保障

教学师资保障是落实院校教育阶段全科医学教学目标、支撑课程稳定运行的重要基础[46]。当前，全科师资在数量储备、教学理念与带教能力等方面仍存在发展不均衡的问题[47]。医学院校应结合基层医疗卫生服务实际需求，统筹院校、医院与社区资源，提升教学支持的规范性与可持续性[48]。

5.1　组织架构与管理体系

围绕立德树人根本任务与全科医学核心素养与胜任力培养目标，构建组织管理体系，为院校阶段非全科定向临床医学生的全科医学教育提供支撑。

5.1.1　教学组织实体化

医学院校应建立实体化的全科医学院（部）或全科医学教研室，附属医院/教学医院应建立临床全科教研室，组织实施全科医学教学、教研与师资发展。应打造“校—院—社区”协同育人的教学团队，形成跨机构、跨领域的教学合力[49]。有条件的院校可依托信息化平台开展跨区域集体备课和资源共享[50]。

5.1.2　教师发展联动

依托学校教师发展中心，形成校、院、社区三方联动的师资发展平台，以提升师资教学胜任力为核心，开展分层分类精准培训，形成同质化高水平师资队伍[12,49]。

5.1.3　实践基地同质化

坚持“实践育人”导向，将实践（社区）基地纳入学校临床教学统一管理体系，实施同质化准入、过程督导与质量监控，明确教学资源配置标准与教学规范要求，设置评估与退出机制，确保其教学环境、师资配备、管理规范等符合临床医学专业认证要求[51]。建立“校—院—社区”三级教学督导与质控体系，统一教学标准、共享课程资源，实现院校理论教学与实践训练的有效衔接，必要时可引入虚拟仿真实训手段，以保障全科医学实践教学质量。

5.2　师资队伍构成与遴选

全科医学本科教育的师资队伍构成与遴选直接关系教学质量。院校应通过配备足够数量的专任教师、优化师资结构、明确教师职责范围和加强师德师风建设，形成稳定、专业的教学队伍。

5.2.1　师资数量

需确保足够数量的专任教师。根据《中国本科医学教育标准——临床医学专业》，院校应确保全科医学教学拥有足够数量的专任教师，以满足教学需求。总体生师比应控制在16∶1以内，该比例有助于保障教师投入教学的时间和精力，并为医学生提供充分指导[25]。

5.2.2　师资构成

全科医学的核心师资应为具备全科医学专业背景（或完成系统转岗培训）、拥有较丰富临床与教学经验的教师，能够促进理论知识与临床实践紧密结合。除核心师资外，可根据教学需要吸纳具有不同专业背景的兼职教师参与教学，以支持课程实施的完整性与多样性。

5.3　师资培养与职业发展

准入后的师资应接受有计划的培养，并获得清晰的职业发展途径，这是保持全科医学师资稳定的重要保障。

5.3.1　培养

围绕全科教学需求，应以胜任力为导向开展全科师资专项培训，重点提升课程设计、教学实施和信息技术应用能力[52]。院校可通过示范课、教学演练和跨学科交流等方式，促进高校与社区师资形成相对同质化的教学能力，并将“双师型（仅指具备理论教学和临床实践能力的教师）”教师队伍建设列为工作重点。

5.3.2　职业发展

院校应建立并完善全科医学师资的保障和激励机制，包括教学绩效考核机制，教学与医疗、科研等效的评价机制等。应加大对全科医学教学的资源投入，保障教学持续有效运行，吸引并稳定优秀师资从事全科医学教学工作。对在基层医疗卫生机构从事教学工作的全科师资应加强培训支持。在评优评先、职称晋升、岗位聘用及绩效考核等方面对全科教学师资加大倾斜力度，拓展其职业发展

前景[2]。

5.4　全科师资权益保障

5.4.1　经费与政策

学校和教学基地应设立全科师资队伍建设专项经费，用于劳务报酬、培训开支、教学激励和平台建设。建立健全常态化督导评估与质量监测机制，并将师资队伍建设成效纳入基地评估、医院评审和地方政府卫生健康工作的考核体系。

5.4.2　身份与激励

应持续提升全科师资的职业认同与激励支持，明确其在教学活动中的职责边界与参与权利。对符合条件的优秀全科师资，可在岗位聘用、评优评先和职称晋升等方面给予适当支持，以增强队伍稳定性。

5.4.3　项目与平台

专门设立全科医学教育教学改革研究项目，在课题申报、立项和成果评奖中予以适当倾斜，鼓励全科师资将临床实践中的问题转化为教学研究课题。支持全科基地与高校合作共建全科医学教育研究中心，搭建学术交流平台，将优秀的教学成果纳入职称晋升、绩效考评的核心指标，绩效评价中将教学成果与科研成果同等化。

【推荐意见七】　教学组织与政策保障。建议院校实体化建设全科教学组织，并给予倾斜政策和绩效激励。

【推荐意见八】　师资队伍建设。建议组建由院校、医院和社区共同参与的多元化全科医学师资队伍，并开展系统化专项培训。

6　质量管理

质量管理是保障院校全科医学教育规范实施和持续改进的关键环节，应围绕教学目标达成、实践落实和反馈闭环进行统筹设计。

6.1　构建全链条质量监控体系

结合世界医学教育联合会（World Federation for Medical Education，WFME）全球标准的原则性要求、家庭医学教师协会（Society of Teachers of Family Medicine，STFM）核心胜任力框架的专业性指引与我国基层医疗的需求[9,53]，构建全科医学教育质量保障体系。依托校级教学督导委员会，成立“三级联动、多方协同”的全科医学教育质量督导机制；制定“贴合本科、凸显全科”的教学标准与流程规范；建立完整、可追溯的教学档案。为确保质量标准体系覆盖全部教学环节，建议设置质量评价指标，明确指标权重：过程类指标占 40%、结果类指标占 40%、体验类指标占 20%。如学生到课与参与度、病例讨论深度、实践完成率、带教记录完整性等；结果类指标，如病例书写质量、OSCE/技能通过率、关键胜任力达成度；体验类指标，如师生满意度、学习负荷与获得感等。定期发布质量报告并纳入院校教学考核体系。

6.2　健全考核评价体系

坚持结果导向，根据岗位任务设定考核内容及形式，采用形成性评价与终结性评价相结合的综合评定方式，确保考评机制覆盖教学全环节。可在可行范围内结合毕业追踪、用人单位反馈和实践基地反馈，了解课程实施效果与后续发展需求。

6.3　常态化监测与评估

每学期定期开展监测和评估，调查范围覆盖医学生、教师及实践基地，基于多维度反馈系统收集对教学全过程的评价与建议。重点关注全科医学核心素养的形成情况，如基层基地对核心能力培养、医防融合实践、未分化疾病临床分析能力等方面的评价。

6.4　确保反馈与改进闭环

6.4.1　多元反馈机制

①构建制度化、系统性的全科医学教学督导机制，确保教学质量持续改进[54]。建立“三级督导”架构：校级督导侧重政策落实，院级督导关注教学过程，教研室督导负责具体课程[55]。②建立常态化师生反馈与问题整改机制，形成记录、反馈和改进闭环。

6.4.2　分级处理与整改机制

构建科学、高效的分级处理与整改机制，确保各类教学质量问题得到分级响应与及时处置，形成整改闭环[12]。建议由教学督导委员会定期召开问题研讨会，依据既定标准进行集体分级，由相应责任主体直接跟进并提出整改方案，完整记录处理全过程。

7　未来方向

未来，院校教育阶段非全科定向临床医学生的全科教学实践可重点关注以下方向：①进一步明确全科医学在院校教育中的重要地位，构建系统化全科医学教育体系；②推进“全科医学+X”跨学科融合，强化人工智能赋能；③凝练并推广全科教育中国范式，提升国际影响力；④加强政策顶层设计与协同支持，提升全科职业吸引力。

7.1 构建前瞻性、系统化的全科医学教育体系

创新提出“早全科”，明确全科院校教育的重要地位，确立“院校教育—毕业后教育—持续职业发展”全链条衔接机制。建议规范设立全科医学学院（系）或教研室，并支持已开展临床医学（全科医学方向）培养的院校持续总结与深入探索，为未来创新性开设全科医学本科专业提供源于真实实践的依据，鼓励前瞻性开展全科医学专业“5+3”一体化培养模式改革试点。创建以胜任力为核心的课程体系，落实“早全科、多临床、重社区”理念，构建“全科通识基础—临床胜任力核心—社区实践预备”课程体系，并系统融入全生命周期、医防融合、健康教育与促进等胜任力内容。开展课程内容全科循证筛选研究，开发适宜院校教育阶段非全科定向临床医学生的全科医学教学案例库。强化校—院—社区“三师型（具备理论教学、临床实践和社区指导能力的教师）”队伍建设，构建校—院—社区教学联盟，打造高质量“三师型”教师团队。

可参考“浙江大学医学院全科医师反馈循思（GP-FR）模式”“上海交大–渥太华联合医学院模式”“杭州医学院面向全体医学生的全科医学素养教育”“中山大学三阶段四贯穿临床教学模式”“空军军医大学三性四特基层全科军医人才培养模式”“温州医科大学国标省统、县管乡用的基层全科医学人才培养模式”等实践探索，系统总结可复制经验，逐步构建中国特色全科医学教育体系。

7.2 推进“医+X”跨学科融合，人工智能深度赋能

推进“全科医学+X”深度交叉融合，培养复合型全科医学人才。强化人工智能赋能全科教学与实践场景，开发全科虚拟诊疗场景、数字化学习资源和虚拟仿真项目；探索基于人工智能的全科思维学习路径导航；探索基于人工智能与大数据的全科教学评价体系与方法[56]。

7.3 提升全科教育国际影响力

应在借鉴国际经验的基础上，加强与国际一流医学院校在全科医学教育领域的合作交流，创新形成具有中国特色的课程体系、课程内容、教学模式、师资队伍建设与质量控制模式。建立全科医学教育研究协作网络，开展全科教育随机对照试验研究，在国际全科教育领域推广中国范式。

7.4 强化政策引领与提升职业吸引力

应持续推动教育、卫生健康等多部门协同支持全科医学教育发展，完善招生、培养、就业与职业发展衔接机制，并在编制、薪酬、职称晋升和继续教育等方面强化制度保障。

《院校教育阶段非全科定向临床医学生的全科教学实践专家共识（2026）》执笔专家组名单

共识专家组组长：任菁菁（浙江大学医学院附属第一医院）

执笔专家组副组长（按姓氏拼音首字母排序）：陈伟峰（深圳大学附属第一医院）、李章平（温州医科大学附属金华医院）、刘颖（浙江大学医学院附属第一医院）、马涵英（首都医科大学附属北京安贞医院）、孟超（上海交通大学医学院附属仁济医院）、茹晋丽（山西医科大学第二医院）、仝珊（海南省人民医院）

执笔专家组成员（按姓氏拼音首字母排序）：边波（天津医科大学总医院）、陈洁霞（安徽医科大学第一附属医院）、陈伟峰（深圳大学附属第一医院）、崔丽萍（宁夏医科大学总医院）、丁丞（浙江大学医学院附属第一医院）、董国霞（济宁医学院附属医院）、冯桂波（重庆医科大学附属永川医院）、冯俊（嘉兴市第二医院）、付桂华（大庆市人民医院）、傅羽（哈尔滨医科大学附属第一医院）、葛伟（中国人民解放军空军军医大学第一附属医院）、郭李玲（甘肃医学院附属医院）、洪鹭蓉（福建省漳州市医院）、胡巍娜（中国医科大学附属第四医院）、米娜瓦尔·胡加艾合买提（新疆医科大学第一附属医院）、皇甫卫忠（内蒙古医科大学附属医院）、籍欣欣（山东第一医科大学附属滨州市人民医院）、蒋锦琴（杭州医学院）、姜敏敏（浙江树人学院树兰国际医学院）、金书峰（绍兴第二医院）、金雅磊（武汉大学中南医院）、李春喜（阜阳市第六人民医院）、李苗（蚌埠医科大学第一附属医院）、李霞（新疆医科大学第五附属医院）、李晓丽（郑州大学第一附属医院）、李章平（温州医科大学附属金华医院）、廖鑫（华中科技大学同济医学院附属同济医院）、刘冀（青海大学附属医院）、刘梅（上海市闵行区中心医院）、刘颖（浙江大学医学院附属第一医院）、卢水焕（中国人民解放军联勤保障部队第九二四医院）、罗荧荃（中南大学湘雅二医院）、马涵英（首都医科大学附属北京安贞医院）、马万瑞（广东医科大学附属东莞第一医院）、孟超（上海交通大学医学院附属仁济医院）、穆琼（贵州医科大学附属医院）、彭良欢（镇江市第一人民医院）、强巴单增（西藏大学）、秦艺玮（成都医学院第一附属医院）、任菁菁（浙江大学医学院附属第一医院）、任天成（南京医科大学附属江宁医院）、茹晋丽（山西医科大学第二医院）、沙敏（云南省大理白族

自治州人民医院）、史飞涛（焦作市人民医院）、施胜铭（湖州师范学院附属第一医院）、宋春莉（吉林大学第二医院）、苏巧俐（四川大学华西医院）、孙俊生（深圳市龙岗中心医院）、唐皓（中山大学附属第一医院）、仝珊（海南省人民医院）、王兵（湖州师范学院医学院）、王敏雯（西安医学院第一附属医院）、王志翊（北京清华长庚医院）、魏锦（天津市第三中心医院）、徐丽华（温州医科大学附属第一医院）、徐丽丽（石河子大学第一附属医院）、张伟（牡丹江医科大学附属第二医院）、赵红敏（河北医科大学第一医院）、周崇治（上海交通大学医学院附属第一人民医院）、朱韵雅（赣南医科大学第一附属医院）

共识秘书组组长：傅劲超（浙江大学医学院）、黄振华（深圳市龙岗中心医院）

共识秘书组成员（按姓氏拼音首字母排序）：李旭旭（山西医科大学第二医院）、林瑾（温州医科大学）、凌圣婴（上海交通大学医学院附属仁济医院）、杨凯超（温州医科大学附属第五医院）、杨玮（深圳大学附属第一医院）、张运君（海南省人民医院）、赵铁夫（首都医科大学附属北京安贞医院）

共识顾问：巴德年（中国工程院院士）、李劲松（浙江大学）、李国栋（世界家庭医生组织）、梁万年（清华大学）、毛寿龙（中国人民大学公共政策研究院）、祝墡珠（复旦大学附属中山医院）

利益冲突　所有作者声明不存在利益冲突

参考文献

[1] 人事部，卫生部，教育部，等. 关于加强城市社区卫生人才队伍建设的指导意见[Z]. (2006-06-30)[2026-01-01]. http://www.natcm.gov.cn/renjiaosi/gongzuodongtai/2018-03-24/1814.html.

[2] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于加快医学教育创新发展的指导意见[Z]. (2020-09-17)[2026-01-01]. http://www.moe.gov.cn/jyb_xxgk/moe_1777/moe_1778/202009/t20200923_490164.html.

[3] 齐殿君，江南，于晓松. 我国本科生全科医学教育教学情况调查研究[J]. 中国全科医学，2024，27(7)：789-793. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0046.

[4] 赵欣欣，孙小婷，潘志刚，等. 英美中三国全科医生培养模式对比研究[J]. 中国全科医学，2018，21(22)：2660-2663，2667. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2018.22.003.

[5] Shang R, Qin Y, Wang F, et al. An exploratory study on the mode and method of general education and training for general practice undergraduates: a narrative review [J]. Ann Transl Med, 2022, 10(2): 111. DOI: 10.21037/atm-21-6635.

[6] Harding A, Vallersnes OM, Carelli F, et al. European standards for undergraduate medical education in general practice; a blueprint for action [J]. Educ Prim Care, 2023, 34(1): 2-6. DOI: 10.1080/14739879.2022.2155997.

[7] 李展宗，江黎黎，杨辉. 澳大利亚全科医学持续职业发展教育项目及其对我国深圳市全科医学发展的启示[J]. 中国全科医学，2019，22(4)：451-456. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.04.017.

[8] 钟志宏，曾亮. 我国全科医学教育的政策演进、现实问题与优化路径[J]. 医学与哲学，2023，44(1)：50-54. DOI: 10.12014/j.issn.1002-0772.2023.01.09.

[9] 世界医学教育联合会，中国教育部临床医学专业认证工作委员会秘书处. 本科医学教育质量改进全球标准(2020版)[J]. 中华医学教育杂志，2024，44(9)：641-649. DOI: 10.3760/cma.j.cn115259-20231123-00589.

[10] 潘锋. 加快推进健康中国建设，完善全生命周期健康服务[J]. 中国医药导报，2023，20(8)：4-6.

[11] 贯彻《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》倡议书[J]. 中华全科医师杂志，2011，10(9)：613. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2011.09.001.

[12] 邵涵，管清燕，杨双华，等. 我国全科医学人才实践教学中的关键问题及对策研究[J]. 中华全科医学，2025，23(11)：1954-1957，1976. DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.004268.

[13] 孙丽，吕建新，李维嘉，等. 面向全体医学生的全科医学素养教育改革与实践[J]. 中国高等医学教育，2025(5)：19-21. DOI: 10.3969/j.issn.1002-1701.2025.05.007.

[14] 蔡巧玲，叶熊，罗瑾琰，等. 叙事医学在医学生全科医学职业素养教育中的探索与实践 [J]. 高校医学教学研究(电子版)，2022，12(2)：7-10. DOI: 10.3868/j.issn.2095-1582.2022.02.002.

[15] 马万瑞，任菁菁，王志忠. 浅谈全科医生的临床哲学思维[J]. 中华全科医学，2024，22(9)：1449-1452. DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.003657.

[16] 李海潮. 基于胜任力导向的院校医学教育与毕业后医学教育相衔接的思考[J]. 中华医学教育杂志，2025，45(5)：321-326. DOI: 10.3760/cma.j.cn115259-20241218-01330.

[17] 纪泽泉，胡丙杰，练玉银，等. 新发展阶段全科医生培养体系的建设与实践探索[J]. 中华全科医师杂志，2025，24(9)：1163-1167. DOI: 10.3760/cma.j.cn114798-20250323-00249.

[18] 孟超，郦忆，徐霞凤，等. 置信职业行为在临床医学本科生全科实习中的应用和评价[J]. 中华医学教育探索杂志，2025，24(6)：736-743. DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20250201-02062.

[19] 于晓松，路孝琴. 全科医学概论[M]. 6版. 北京：人民卫生出版社，2024：14-16.

[20] 祁祯楠，董爱梅，韩晓宁，等. 本科生阶段全科医学教学模式研究[J]. 中国全科医学，2019，22(7)：839-842. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.07.018.

[21] 焦姝婷，赵亚利. 基于学习者视角的《全科医学概论》课程质量提升的质性研究[J]. 中国医药导报，2024，21(24)：90-94. DOI: 10.20047/j.issn1673-7210.2024.24.18.

[22] 邢燕，郭楠，徐海红，等. 递进式混合教学模式在医学临床教学中的应用分析[J]. 中国现代医生，2025，63(18)：75-77，117. DOI: 10.3969/j.issn.1673-9701.2025.18.017.

[23] 黄磊，王佳贺. 课程思政元素融入临床医学本科生全科医学概论教学课程的设计[J]. 全科医学临床与教育，2023，21(1)：1-4. DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2023.001.001.

[24] 于飞，马兴彬，闫晓红，等. OBE理念在《全科医学概论》课程思政中的探讨[J]. 继续医学教育，2023，37(3)：21-24. DOI: 10.3969/j.issn.1004-6763.2023.03.006.

[25] 教育部临床医学专业教学指导委员会. 中国本科医学教育标准—临床医学专业(2022版)[S/OL]. (2022-12-30)[2026-01-01]. https://wcame.meduc.cn/show.php?cid=20&id=505.

[26] 高金霞, 李秀元, 孙立新, 等. "健康中国"视域下以课程为切入点的精准教育模式对全科医学人才培养的效果分析[J]. 中国医学教育技术, 2022, 36(3): 356-360. DOI: 10.13566/j.cnki.cmet.cn61-1317/g4.202203022.

[27] 王爽, 张联红, 齐殿君, 等. 医学本科生全科医学课程教学模式的理论构建研究[J]. 中国全科医学, 2010, 13(31): 3488-3490. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2010.31.005.

[28] Amanda Howe. 强化中国全科医学教育[J]. 中国全科医学, 2017, 20(16): 1915-1917. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.16.001.

[29] 蔡志奇, 陈燕忠. 推进药医工融合 培养跨学科应用型医药人才[J]. 医学教育研究与实践, 2020, 28(1): 17-20, 80. DOI: 10.13555/j.cnki.c.m.e.2020.01.005.

[30] 国家卫生健康委员会. 健康中国行动(2019—2030年)[S/OL]. (2019-07-09)[2026-01-01]. https://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/c100133/201907/2a6ed52f1c264203b5351bdbbadd2da8.shtml.

[31] 国家卫生健康委员会. 医务人员职业道德准则(2025年版)[S/OL]. (2025-07-24) [2026-01-01]. https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202508/48cdd815a51a49e489c4010e1bf81217.shtml.

[32] Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action [J]. Health Aff, 2001, 20(6): 64-78. DOI: 10.1377/hlthaff.20.6.64.

[33] 李忠志, 徐桂琴, 刘丹青, 等. CBL、PBL及Seminar结合的立体教学模式在全科医学教学中的应用[J]. 中医药管理杂志, 2025, 33(5): 21-23. DOI: 10.16690/j.cnki.1007-9203.2025.05.064.

[34] 庞雪蕊, 赵玲琍, 杨小迪. PBL+TBL在全科医学概论教学中的应用效果[J]. 河北北方学院学报(自然科学版), 2020, 36(4): 48-51.

[35] Rasenberg E, Brand G, van Weel-Baumgarten E. Integrating medical and practical skills in communication skills training: Do students feel it supports them with transfer from classroom to practice? [J]. PEC Innov, 2023, 2: 100158. DOI: 10.1016/j.pecinn.2023.100158.

[36] Farina CL, Moreno J, Schneidereith T. Using simulation to improve communication skills [J]. Nurs Clin North Am, 2024, 59(3): 437-448. DOI: 10.1016/j.cnur.2024.02.007.

[37] 尹睿, 黄甫全, 曾文婕, 等. 人工智能与学科教学深度融合创生智能课程[J]. 开放教育研究, 2018, 24(6): 70-80. DOI: 10.13966/j.cnki.kfjyyj.2018.06.007.

[38] Shah D, Blythe J. Using community diagnosis on primary care placements for medical students [J]. Educ Prim Care, 2022, 33(2): 109-112. DOI: 10.1080/14739879.2021.1955624.

[39] 谢庆文, 唐红梅. 在校医学本科生全科医学教育的现况调查[J]. 中国全科医学, 2011, 14(1): 10-12. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2011.01.003.

[40] 王东, 张瑜. 高校质量文化建设与教学督导协同机制探究[J]. 陕西教育(高教), 2026(1): 55-57. DOI: 10.16773/j.cnki.1002-2058.2026.01.001.

[41] 焦姝婷, 赵亚利. 基于Kano模型的医学生对《全科医学概论》课程的需求分析[J]. 中国全科医学, 2025, 28(25): 3180-3186. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0183.

[42] 周蓉, 祝红利, 习博, 等. "实习护照"在本科生全科教学中的应用初探[J]. 全科医学临床与教育, 2019, 17(8): 727-728. DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2019.08.017.

[43] 陈谊, 李晓丽, 蔡文玮. 工作坊联合多元化教学模式在本科生全科医学中的应用[J]. 华西医学, 2024, 39(6): 949-954. DOI: 10.7507/1002-0179.202310225.

[44] 姜华, 杨景明. 全科医学教育课程考核模式的研究与思考[J]. 中国继续医学教育, 2017, 9(15): 54-55. DOI: 10.3969/j.issn.1674-9308.2017.15.026.

[45] 庞雪蕊, 赵玲琍, 刘峰, 等.《全科医学概论》线上线下混合式教学模式构建研究[J]. 中华全科医学, 2023, 21(3): 498-501. DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.002916.

[46] 赵稳稳, 李诺雅, 张雅丽, 等. 临床住培基地(综合医院)全科医学师资质量评价指标体系构建研究[J]. 中国全科医学, 2025, 28(25): 3187-3192, 3208.

[47] 戴红蕾, 卢崇蓉, 裘力锋, 等. 全科专业师资团队建设的探索与实践[J]. 中国高等医学教育, 2019(8): 39-40. DOI: 10.3969/j.issn.1002-1701.2019.08.020.

[48] Joe MB, Cusano A, Leckie J, et al. Mentorship programs in residency: a scoping review [J]. J Grad Med Educ, 2023, 15(2): 190-200. DOI: 10.4300/JGME-D-22-00415.1.

[49] 赵欣欣, 吴菁, 吴恒璟, 等. 德国全科医生培养体系对我国社区全科医生临床教育的启示[J]. 中华医学教育探索杂志, 2022, 21(6): 791-795. DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20200604-00903.

[50] 白朝辉, 葛许华. 全科医学虚拟教研室建设思路探析[J]. 中华医学教育杂志, 2023, 43(1): 1-4. DOI: 10.3760/cma.j.cn115259-20220607-00739.

[51] 吴丽红, 戴红蕾, 陈丽英, 等. 全科住院医师规范化培训基地一体化管理模式探索与实践[J]. 中华医院管理杂志, 2024, 40(2): 154-158. DOI: 10.3760/cma.j.cn111325-20231030-00260.

[52] 中华人民共和国教育部,中华人民共和国卫生部. 教育部 卫生部关于实施临床医学教育综合改革的若干意见[EB/OL]. (2012-05-07)[2026-01-01]. http://www.moe.gov.cn/srcsite/A08/moe_740/s7952/201205/t20120507_166951.html.

[53] Society of Teachers of Family Medicine. Core Outcomes, Competencies, Subcompetencies, and Milestones [EB/OL]. (2025-09-26)[2026-01-01]. https://www.stfm.org/teachingresources/resources/cbme-toolkit/epascompetenciesmilestones/overview/.

[54] 李晶, 黄玲娟, 青永红, 等. 综合性大学临床医学专业教学质量同质化管理模式的探索: 以中山大学为例[J]. 医学教育管理, 2024, 10(4): 389-394. DOI: 10.3969/j.issn.2096-045X.2024.04.001.

[55] 赵稳稳, 王荣英, 张金佳, 等. 全科医学师资质量评价体系建设研究进展[J]. 中国全科医学, 2024, 27(7): 784-788, 800. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0837.

[56] 张娇燕, 洪钰龙, 王婧瑶, 等. 我国标准化病人研究的主题分析与热点探索[J]. 循证护理, 2022, 8(13): 1786-1790. DOI: 10.12102/j.issn.2095-8668.2022.13.017.

(收稿日期:2026-02-02)
(本文编辑:张学颖,兰明娟)