

医教协同背景下医学院校 “校院行”协同精准育人模式的探索和实践^{*} ——以肇庆医学高等专科学校口腔医学专业为例

黎祺¹ 张少华¹ 陈志超¹ 汤之明¹ 郑 恒¹ 李庆奇¹ 欧 尧² 陈建刚³

(1. 肇庆医学高等专科学校国家基层医疗服务应用技术协同创新中心, 广东 肇庆 526020;

2. 广东省民营牙科协会; 3. 肇庆市口腔医院)

[摘要] 肇庆医学高等专科学校坚持“医教协同、产教融合、资源共享、精准育人”的办学理念,整合利用学校、医院、行业协会的优质资源,开展口腔医学专业“校院行”协同精准育人模式的探索和实践,提高了专业人才岗位胜任力和就业质量,促进了专业办学水平整体优化和持续发展。

[关键词] 口腔医学; 校院行; 医教协同; 产教融合; 精准育人

[中图分类号] G646; R-012

[文献标志码] A

[文章编号] 1004-4663(2021)07-547-05

Exploration and Practice on the “School-College-Guilds” Collaborative and Precise Education Mode in Medical Colleges under the Background of Medical Education Collaboration Sampled with Stomatology in Zhaoqing Medical College. /Li Qi, et al. //The Chinese Health Service Management.

Abstract The concept of “cooperation of medical education, integration of production and education, resource sharing and precise education” was followed in running school in Zhaoqing Medical College, and the high-quality resources of schools, hospitals and guilds were integrated. Based on which, “school-college-guilds” collaborative precision education mode of stomatology was explored and practiced, which can improve the post competency and employment quality of professional talents, and promote the overall optimization and sustainable development of professional education.

Author's address Zhaoqing Medical College, Zhaoqing, P. R. China.

Key words stomatology; school-hospital-guilds; cooperation of medical education; integration of production and education; precise education.

医学教育在西方国家属精英教育,中国高职层次的医学教育是符合目前中国国情的一种特殊的教育类型。目前由于高职医学教育办学规模过大、地方政府推进力度不足、社会参与教学积极性不高等原因,学校与医院、行业产业之间难以真正形成共同育人的合作环境和运行机制,这已成为限制我国高职医学教育发展的瓶颈^[1]。

2017 年 7 月,国务院印发《国务院办公厅关于深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展的意见》,支持行业学(协)会参与医学院校学科专业设置、人才培养规划、标准制修订、考核评估等工作^[2]。2019 年 1 月,国务院《国家职业教育改革实施方案》明确指出,深化产教融合、校企合作,推动企业深度参与协同育人,厚植企业承担职业教育责任的社会环境,推动职业院校和行业企业形成命运共同体^[3]。可见,医教协同、产教融合,既是高职医学院校提升人才培养质量的需要,也是高职医学院校改革发展的必由之路,但在我国现阶段医教协同、产教融合的内涵和理论研究还不深入,其在职高医学院校的实现

途径也亟待研究探索^[4]。

肇庆医学高等专科学校口腔医学专业自 2004 年办学以来一直是社会热门专业,但近年随着大学扩招,口腔医学师资力量、实训场地等教学资源的建设跟不上招生速度,医院、行业协会在专业人才培养中的参与程度不高,毕业生并不能完全符合用人单位的实际需求。为此,肇庆医学高等专科学校以提高医学人才岗位胜任力和促进就业质量为目标,通过整合利用学校、医院、行业协会的优质资源,开展了口腔医学专业“校院行”协同精准育人模式的探索和实践。

1 “校院行”协同精准育人的组织形式

“校院行”协同育人是在国家医教协同的政策背景下,在传统校企合作的基础上,医学院校、医院、行业协会以各自具备的优势基础,在各自不同利益基础上谋求共同利益、寻求共同发展的一种面向社会的合作教学形式^[5]。

1.1 口腔医疗行业产业的特点

高职专科口腔医学专业毕业生的就业岗位最主要是民营

^{*} 基金项目:教育部高等职业教育创新发展行动计划项目“基层医疗服务应用技术协同创新中心建设项目”(教职成函[2019]10号-6-376);广东省教育厅高等职业教育教学改革研究与实践项目“人才培养全周期大数据驱动的医卫类职业教育质量诊改方案的研究与应用”(GDJG2019468);广东省高等教育学会十三五规划高等教育研究重点课题“双高建设背景下高职院校临床医学专业群建设路径研发”(20GZD16);广东省教育厅高等职业教育重点专业建设项目“口腔医学重点专业建设项目”(粤教职函[2017]167号-102);广东省教育厅高等职业教育实训基地建设项目“口腔医学实训基地建设项目”(粤教职函[2020]6号-125)

黎祺 jicy113@163.com

口腔诊所、民营口腔医院、社区口腔诊疗中心等,其特点是规模不大,但在社区中呈分散网状分布。据调查,2018年我国境内共有75399家口腔医疗卫生机构或是拥有口腔科的医疗卫生机构,其中民营口腔诊所等基层医疗卫生机构占69.8%,是公立口腔医疗卫生机构(30.2%)的两倍以上^[6]。广东省的口腔医疗卫生机构总共5258所,公立口腔卫生机构1685所(32%),非公立口腔卫生机构3573所(68%)^[7]。口腔民营基层医疗卫生机构需要不断获取人才资源、学术培训和行业发展信息,市场经济的发展规律决定了行业协会的形成。广东省民营牙科协会是全国口腔医疗行业中除中华口腔医学会以外的最早具备独立法人资格的一级行业协会,对广东省口腔医学专业的社会用人单位信息管理和人才需求的掌握程度较高,对行业产业的调控和引领作用走在全国前列。

1.2 学校、医院、行业协会三方的合力和分工

肇庆医学高等专科学校坚持“产教融合、医教协同、资源共享、精准育人”的办学理念,与肇庆市口腔医院(学校附属口腔医院)、广东省民营牙科协会共同签订长效稳定的合作协议,建立长效合作育人和教学管理机制,组成由各方主要人员组成的专业教学指导委员会,制定一系列互认、互守的规章制度和管理办法,明确各方的权利、义务和职责分工,指导和约束各方的

目标取向和行为表现,保证“校院行”深度合作有序、高效开展,在多年的合作办学实践中逐步形成了以广东省基层口腔医疗行业和肇庆市口腔医院为依托的资源共享型的“校院行”协同精准育人模式(图1)。

三方合力方面,学校、医院、行业协会三方共同制定学校口腔医学专业人才培养方案和毕业生质量标准,共同参与和督导口腔医学专业建设和日常教学工作,共同组建师资队伍,共同建设实训基地、教学资源库和精品课程,共同开展专业自我诊断与改进工作,共同建立人才培养质量评价和保障体系,在口腔医学专业课程建设、师资队伍、教学管理、实训实习等各方面全方位全过程高度融合。

三方分工方面,学校依据标准设置专业,调整专业定位,优化专业结构,主持研究制定人才培养方案,并根据行业、社会需求的变化及时调整办学方向;医院根据教学需要提供临床实践教学场所、科学研究和社会服务平台,及病例资源、职业氛围和医院文化,开展“工学一体”的专业技能实践教学;广东省民营牙科协会提供就业大环境和毕业生就业追踪监测数据,根据行业需求信息、学生就业和人才培养质量反馈教学,引导学校贴近行业、社会实际需求办学,并在学生毕业后的继续培训方面发挥重要作用。

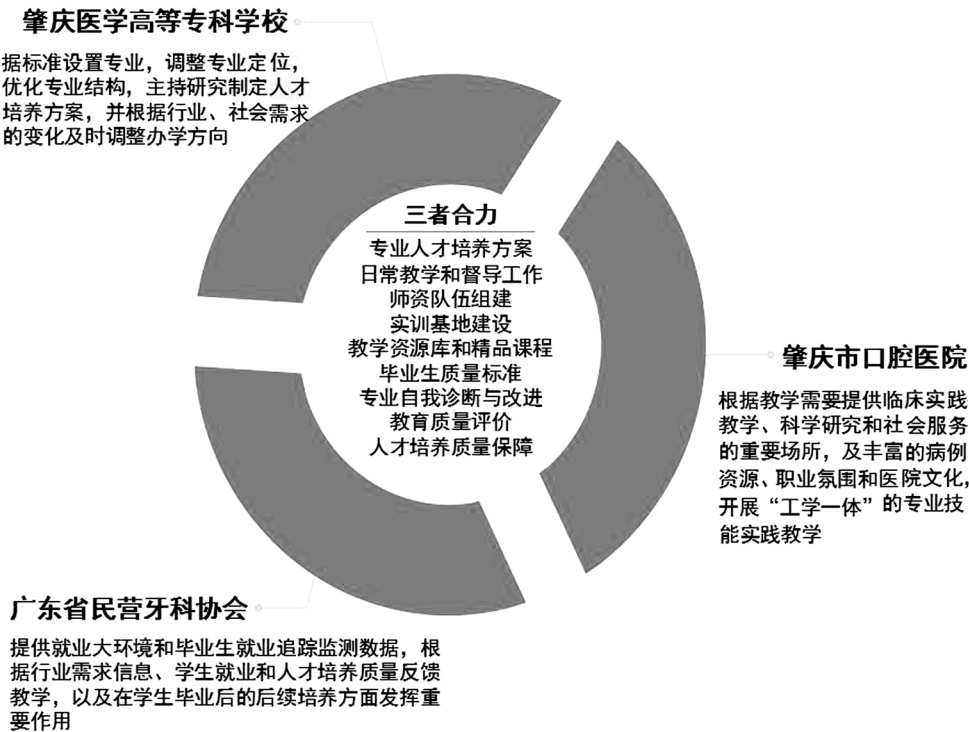


图1 学校、医院和行业协会三方的合力和分工

1.3 “校院行”协同育人的意义

这种“校院行”协同育人模式整合利用了学校、医院、行业协会等多种不同的教学环境和教育资源,由于行业协会的融入,不但提供了广泛而灵敏的行业需求信息,解决了单一合作单位人力信息资源和就业岗位的局限性,还建立了省内口腔医学人才培养供需平衡机制,使学校的专业定位、人才培养规模、培养目标、课程设置和教学过程完全以区域社会需求为导向。该模式真正把专业设置与行业需求、课程内容与职业标准、培

养目标与岗位需求、教学过程与工作过程有机结合,并使在校理论教育、临床实训实习教育、毕业后继续教育平滑过渡,宏观层面上实现了医学教育与区域医疗行业产业的深度融合,促进了区域医学教育协调发展,微观层面上完成了学校与社会用人单位的无缝对接,实现了高职医学教育的精准育人。

2 “校院行”协同精准育人的实施

学校、医院和行业协会按照“基于社会需要调整专业定位和办学规模、基于工作岗位技能需求构建培养学生岗位胜任力

的课程体系、基于专业教学需要组建“双师型”师资队伍、基于提升教学质量需要开发数字化教学资源 and 开展教学改革、基于实践教学、科研创新和社会服务需要打造综合实训基地和科研创新中心、基于提高就业质量需要建立教育质量监控、评价和保障体系”的主线,共同开展专业建设和协同育人。

2.1 “校院行”共同构建培养学生岗位胜任力的课程体系和岗前专业技能培训课程

在广东省基层医疗卫生机构口腔医学专业人才培养需求调研的基础上,结合教育部高职院校口腔医学专业教学标准和国家口腔执业医师考试大纲,学校、医院、行业协会三方对学生未来的就业岗位进行工作任务分析与职业能力分解重建,共同研究制定了基于基层卫生服务岗位需求的口腔医学专业人才培养方案,创建了以培养学生岗位胜任力为主的入医学人文、医患沟通、课程思政、创新创业元素的课程体系。

学校、医院和行业协会基于实际岗位工作过程将口腔医学专业各门课程中的所有基本知识和技能进行优化、整理,提炼口腔基层卫生服务岗位工作息息相关的专业知识和能力,开发了口腔医学岗前专业技能培训课程,包括口腔病史采集、临床检查、病症鉴别诊断、诊疗方案制定、综合病例分析、综合病历书写、综合技能实训、医患沟通等方面,在附属医院口腔医学临床实训基地,由学校、医院和行业协会三方最优秀人员组成的教学团队通过模拟临床接诊患者的情景进行综合实训教学,夯实学生岗位胜任力,使理论教学、实训教学与顶岗实习有机衔接与融通。

2.2 “校院行”共同组建人才互认、双向流动、兼职兼薪的“双师型”师资队伍

根据《国家职业教育改革实施方案》对师资队伍建设的有关要求,学校与医院、行业协会制定了人才互认和相互兼职兼薪制度,推动企业医院、行业协会高技能人才和职业院校教师双向流动,实行医院临床重点学科和学校专业核心课程并轨共建,鼓励共用人才,共享人才^[8]。学校教师安排时间参与附属口腔医院临床诊疗和实见习带教工作,每年不少于3个月,领取与医院医生同等标准的工作量奖金。医院高水平的口腔科医生、行业协会专家作为兼职教师参与专业理论和实践教学,将诊疗经验、临床案例、职业素养和行业文化带进课堂,领取与教师同等标准的课酬和科研奖励。参与医教结合的人员在评优评先、职称晋升等方面享有一定的政策倾斜,而共同开展技术服务、社会培训等的所得收入,也按一定比例作为各方绩效工资来源。

另一方面,因为大部分医院、行业协会的兼职教师没有经过教育理论和教学方法的系统学习^[9],学校注重兼职教师教学能力培养和评价考核,专任教师组建各门课程和学科团队,建立专任教师和兼职教师的“一对一”帮带制度,在共同授课、共同临床实见习带教中提高兼职教师的教学能力。

2.3 “校院行”共同开发数字化教学资源 and 开展教学改革

为适应新时代“互联网+职业教育”发展需求,促进信息技术与教育教学深度融合,学校、医院、行业协会共同设计和建设了集精品资源、网络教学、临床案例、课程考核、教学评价、教学管理、师生交流一体的口腔医学专业精品教学资源库和“随身课堂”数字化教学平台,运用现代信息技术开展了线上线下混合教学和以工作岗位实际为导向的教学做一体化的课程教学改革。

学校还利用行业协会的平台作用,从第一学期开始就开展口腔诊所见习、社区口腔健康调查、口腔健康宣教、行业调研等社会实践活动,以及民营口腔诊所经营管理等创新创业训练活动,培养学生的职业岗位认知和社区卫生服务意识^[10],同时积极举办由学校、医院和行业协会三方专家组成评委的校内专业技能竞赛,打造全方位的职业氛围,实现职业文化育人和专业知识技能育人相结合。

2.4 “校院行”共同建设共建共管的口腔医学临床实训基地,强化实践育人

医教协同是医学院校实训基地建设的基本理念^[11],《国家职业教育改革实施方案》明确指出,要充分调动各方面深化职业教育改革创新的积极性,带动各级政府、企业和职业院校建设一批资源共享、集实践教学、社会培训、企业真实生产和社会技术服务于一体的高水平职业教育实训基地^[3]。

学校2013年开始便每年投入足够的专项资金,医院和行业协会也配套相应资金,在学校附属口腔医院按照“真实设备、真实情境、真实流程”的标准,建成了含54张牙科综合治疗台、根管显微镜、CAD/CAM椅旁即刻全瓷修复系统等先进设备的口腔医学临床实训基地(以下简称基地),建立了共建共管共用的基地管理运行机制,向市场化、效益化方向持续发展。学校、医院、行业协会三方在基地共同构建口腔医学专业实习实训教学体系,共同制定实训实习指导,共同进行校外实践教学的实施和考核评价,共同推动“次专科轮转”实习教学,共同开展口腔医学专业课程“客观结构化能力OSCE”考核,建立了以工作岗位实际为导向的“医教协同、工学一体”的医学技能型人才实践教学模式。

2.5 “校院行”共同打造基层医疗应用技术协同创新中心,开展科研创新和社会服务

学校、医院、行业协会整合优质资源打造了基层医疗应用技术协同创新中心,大力促进学校、医院、行业协会各方人员合作,开展口腔医学跨学科的基础-临床课题研究,以及技术创新、项目攻关、产品研发、成果转化等科研工作。同时通过行业协会的桥梁作用,加强基地与周边地区医学院校、医院、企业的联系,开展口腔疾病义诊、执业医师考前辅导、新技术专项培训、网络讲座和咨询等各种形式的社会服务工作,建成了一个集实践教学、职业培训、科研合作、产品研发、技能鉴定、技术服务于一体的医教研服务中心。2015年至今中心还每年承接广东省学龄儿童口腔疾病综合干预项目,开展学龄儿童口腔疾病普查、小学生六龄齿窝沟封闭、幼儿园防龋涂氟等儿童牙病防治活动,覆盖全市29所幼儿园和小学,共5398名儿童受益。部分科研创新和社会服务工作还必须吸纳优秀学生参加,培养学生的科研意识和社会服务能力。

学校、医院和行业协会还合作研发了一款“高清多媒体口腔临床操作示教系统”,把高清摄像机及微型录音器高度集成于学校附属口腔医院口腔诊疗中心的牙科综合治疗台LED灯中,从最佳角度采集口腔临床诊疗操作的音视频,借助多媒体录播平台及网络传输技术,实现了远程直播、互动教学、资料录制功能。该系统研发成功后经过5年多的探索实践,有效解决了学校口腔临床见习的难题,丰富了口腔多媒体网络教学资源,促进了课程建设和教学改革,还在专家远程会诊、临床职业培训、医师实践技能考核、多媒体电子病历、病例学术报告等方面发挥重要作用,成为口腔医学数字化教学和诊疗的重要工

具,其在2020年新冠疫情期间发挥了重要的线上教学作用。

2.6 “校院行”共同建立教育质量评价、督导评估和人才培养质量保障体系

《国家职业教育改革实施方案》也提出了要建立健全职业教育质量评价和督导评估制度,完善政府、行业、企业、职业院校等共同参与的质量评价机制^[3]。学校、医院和行业协会在合作育人之初就共同制定了以学生职业道德、专业知识技能和就业质量为核心的人才培养质量标准,通过学生、督导、同行多层评教评学,开展教师课堂教学、实践教学、教学管理综合评价,并将考核结果作为教师绩效考核、表彰奖励的重要依据。

学校还聘请用人单位、行业协会、学生及其家长之外的第三方人才培养质量评价研究机构,开展口腔医学毕业生人才培养质量跟踪调研,为专业诊改、课程建设、教学改革、优化管理等提供科学依据,建立了以学校为核心、教育行政部门引导、社会积极参与的全方位的人才培养质量保障体系。

广东省民营牙科协会还开展了口腔医学专业毕业生六年陪伴成长的“彩虹工程”,在中国牙病防治基金会和其它社会团体、企业的资助下,为毕业生免费向其提供网络学习平台、专项技能培训、执业医师考前辅导及学生成长档案的持续跟踪管理,与在校教育形成无缝对接和平稳过渡,解决了专科医学毕业生因政策原因无法参加国家住院医师规范化培训而导致专业技能上升缓慢的问题。

3 “校院行”协同精准育人的成效

3.1 人才培养质量

2019年学校委托麦可思 MyCOS 数据有限公司对我校口腔医学专业毕业生开展人才培养质量调查,结果显示我校口腔医学专业毕业生应就业率为98.33%(未就业者为升学或出国),就业毕业生专业对口率为99%;用人单位对我校口腔医学专业毕业生的满意度为100%。我校口腔医学毕业生就业率、专业对口率、月薪水平、用人单位满意度均优于省内同类院校。毕业生参加全国口腔执业助理医师考试实践技能通过率95.30%,总通过率76.96%,远远高于全国40%左右的平均水平。此外,近5年口腔医学专业学生参加全国卫生职业院校口腔技能大赛获一等奖在内的奖项21项,参加广东省“挑战杯”大学生创新创业比赛获特等奖在内的奖项13项。

3.2 专业建设成效

口腔医学专业“校院行”协同精准育人模式的探索和实践,促进了专业办学水平整体优化和持续发展。专业建设方面,学校口腔医学专业2017年通过广东省高职教育重点专业项目验收。实训基地方面,肇庆市口腔医院口腔医学临床实训基地在2019年通过广东省高职教育实训基地项目验收和广东省大学生校外实践教学基地认定,基层医疗应用技术协同创新中心2019年通过教育部评审认定为国家级基层医疗服务应用技术协同创新中心。师资队伍方面,口腔医学教学团队2019年直接通过广东省级教学团队认定,专业负责人2019年通过广东省专业领军人才认定,教学团队中来自行业协会的兼职教师3人也被认定为广东省高层次技能型兼职教师。

3.3 教科研成果

口腔医学教学团队成员近5年主持广东省教学改革项目18项、广东省大学生创新创业项目15项、省市各级科研项目36项,校级教科研项目58项,主编副主编专业教材19本,省级精品课程资源共享课程3门,国家授权发明专利和知识产权3项,实

用新型专利10项,省级及以上教学成果奖励3项。

4 讨论和总结

学校和医院、行业协会属于不同的组织形态,三者在组织结构、管理机制、发展目标、价值追求等方面存在一定的差异,但随着社会经济发展和技术进步,校院合作的愿望、程度日益突出^[5]。三者能够达成合作,主要是基于共同的利益基础的,人才是卫生事业发展的第一资源,未来社会的竞争主要是人力资源的竞争^[12]。学校与医院紧密合作,可以解决高等医学院校扩招带来的临床教学资源短缺和学校教师队伍数量不足、结构不合理的问题,在医院建立共建共管的实践教学基地,既能满足专业实践教学的需要,又能开展临床诊疗和科研工作。医院充分利用学校人力资源、专项资金和科研设备,提高教学和科研水平,促进医院综合水平持续发展。而行业协会引导医学院校贴近行业、社会实际需求办学,通过合理调配人力资源,解决区域社会用人单位的实际用人需求。学校与医院、行业协会的紧密合作,使学校的理论教学优势和科学研究优势、医院的医疗技术优势和临床培训优势、行业协会的社会资源优势和行业信息优势得到紧密融合,实现各方优势互补、资源共享、互惠互利,使医学人才培养符合社会需求、医疗水平不断提高和行

业产业持续健康发展。人才培养、科学研究、社会服务是高校的三大重要功能,也是“校院行”共同育人的重要组成部分。学校与医院、行业协会合作交流的领域、层次和范围越广泛,越能实现优势互补和资源共享^[5],目前我校与肇庆市口腔医院、广东省民营牙科协会已从围绕口腔医学人才培养的教学合作型升级到覆盖高校人才培养、科学研究、社会服务的全方位合作型,从最初的医学人才专业技能培养发展到融合了言传身教的学校文化、救死扶伤的医院文化、乐于奉献的社会责任于一体的文化协同育人,形成了“互惠共赢、资源共享、人才共育、责任共担”的唇齿相依的“校院行”命运共同体。该模式也在肇庆医学高等专科学校临床医学、护理学、康复医学技术等其它专业开展实施,均取得了良好效果。

然而,要形成持久有效的多方协同精准育人模式,单凭建立互利共赢的利益驱动机制和经费投入机制还不够,还必须建立政府主导的政策保障机制,需要有完善的法律法规作保障^[13-14]。在这方面,国家层面也出台了相关政策引导,但现阶段教育和卫生系统“跨行业、跨领域”的共育人才机制和教学运行模式尚未真正形成制度化和规范化^[15-16],加上医学院校难以产出类似工科院校的经济产业发展推动力,社会效益也难以用数据衡量,地方政府的重视程度和引领作用仍有待进一步加强。

【参考文献】

- [1] 马树超,郭文富. 高职教育深化产教融合的经验、问题与对策[J]. 中国高教研究, 2018(4): 58-61.
- [2] 国务院办公厅关于深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展的意见[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2017(21): 13-17.
- [3] 国务院关于印发国家职业教育改革实施方案的通知[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2019(6): 9-16.
- [4] 陈昌智. 深化产教融合、校企合作亟待解决的问题——在2018中华职业教育社专家委员会会议上的讲话摘编[J]. 中国职业技术教育, 2018(13): 5-6.
- [5] 崔明辰,熊均平,王建国. 医学教育校院合作的类型、特征及其合作机制研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(1): 160-163.

(下转第560页)

医疗旅游开发中潜力地区,包括天津、山西、内蒙古、吉林、黑龙江、上海、重庆、甘肃、新疆 9 个轻度失调型省份,这些省份的旅游发展水平或医疗水平相对濒临失调型省份略低,开发医疗旅游的难度更大,旅游基础条件不到位或医疗水平不足以构成旅游吸引力,因此开发此类地区的医疗旅游所需时间周期更长,资金和人力等投入要求也更高。

医疗旅游开发低潜力地区,包括海南、宁夏、甘肃 3 个省份,此类地区旅游业和医疗水平综合发展指数都较低,医疗旅游难以作为当地旅游特色进行开发和建设,因此不必强行开展医疗旅游项目。虽然在本文测度系统中海南旅游业子系统综合发展指数不高,但是在当地政府的大力扶持下海南医疗旅游仍旧在国际和国内享有一定的声誉,因此海南医疗旅游开发潜力仍有待商榷。

3 结论与展望

医疗旅游的开发潜力不仅取决于当地旅游业发展程度,而且与地方医疗水平密切相关,只有两者达到较高度度的协调时,才具有医疗旅游开发的潜力。本文以我国 30 个省份作为研究对象,运用主成分分析法构建旅游业与医疗子系统指标体系,结合耦合协调度模型测度 2012、2015 和 2018 年各省份旅游业与医疗子系统耦合协调状况,以此推断我国各省份发展医疗旅游的潜力。主要得出以下结论:(1)我国各地区旅游业与医疗综合发展指数差距较大,且基本没有变化趋势。广东、江苏、浙江、山东、北京 5 个省份旅游业综合发展指数得分最高,医疗综合发展指数得分高值区域有向中西部地区转移的趋势;(2)旅游业子系统与医疗子系统耦合协调关系变化不大,两者耦合关系处于拮抗阶段,协调度等级水平相对较低,省份之间差别较大,严重失调、基本协调和初级协调等级转变较为缓慢;(3)医疗旅游高开发潜力地区包括广东、江苏、浙江、山东、河南及四川 6 个协调省份,医疗旅游较高开发潜力地区包括北京、河北、辽宁、安徽、福建、江西、湖北、湖南、广西、贵州、云南、陕西 12 个濒临失调型省份;医疗旅游开发中潜力地区包括天津、山西、内蒙古、吉林、黑龙江、上海、重庆、甘肃、新疆 9 个轻度失调型省份,医疗旅游开发低潜力地区包括海南、宁夏、甘肃 3 个中度失调和严重失调省份。

鉴于数据的可获取性和有效性,本文选择了旅游业子系统和医疗子系统的相关指标进行研究,相关数据多依赖于现有医疗领域统计年鉴或报告,在此类报告中医疗主要发挥国民生活

保障功能,其具有旅游特色的中医类、妇婴类、美容整形类、高科技类成果的专项统计较少,今后将尽量补充这些指标,完善我国医疗旅游指标体系,以进一步提高研究的针对性。

【参考文献】

- [1] Health Tourism 2.0[R]. UNWTO: World Health Tourism Congress 2007.
- [2] Medical tourism: A global industry[J]. Journal of Statistics and Management Systems 2020 23(7): 1241-1249.
- [3] 杨璇,叶贝珠. 我国健康旅游产业发展的 PEST 分析及策略选择[J]. 中国卫生事业 2018 35(12): 942-945.
- [4] 张妍. 关于加快我国健康旅游产业高质量发展的探析[J]. 产业创新研究 2020(22): 120-121.
- [5] 张文菊. 我国医疗旅游发展对策研究[D]. 重庆: 西南大学 2008.
- [6] 周义龙. 海南医疗养生旅游发展模式选择[J]. 开放导报 2016(02): 109-112.
- [7] 黄金琳,杨荣斌. 我国医疗保健旅游产品开发初探[J]. 资源开发与市场 2009 25(11): 1040-1042.
- [8] 李颖. 探索期中国出境医疗旅游服务市场拓展路径分析[J]. 对外经贸实务 2018(07): 85-88.
- [9] 陈自威. 基于 ANP 的医疗旅游发展潜力指标体系的构建及应用研究[D]. 广东: 华南理工大学 2013.
- [10] 刘德浩,庞夏兰. 海南医疗旅游产业发展策略研究——基于泰国、印度经验的分析[J]. 中国卫生事业管理 2018 35(12): 956-960.
- [11] 任冲,费利群. 印度医疗旅游业的全球竞争模式及启示[J]. 河北经贸大学学报 2015 36(03): 76-81.
- [12] 王秀峰. 发展国际医疗旅游的意义、经验及建议[J]. 中国卫生政策研究 2015 8(02): 66-70.
- [13] 余洁. 山东省旅游产业与区域协调度评价与优化[J]. 中国人口·资源与环境 2014 24(04): 163-168.
- [14] 方叶林,黄震方,段忠贤,等. 中国旅游业发展与生态环境耦合协调研究[J]. 经济地理 2013 33(12): 195-201.
- [15] 崔婷婷,熊季霞. 基于 TOPSIS 法和 RSR 法的我国综合医院医疗质量评价[J]. 中国卫生事业管理 2016 33(05): 352-355.
- [16] 龚韩湘,吴泽塘,伍宝玲,等. 中国省域医疗卫生效益与城镇化耦合协调发展研究[J]. 卫生经济研究 2017(11): 18-21.
- [17] 廖重斌. 环境与经济协调发展的定量评判及其分类体系——以珠江三角洲城市群为例[J]. 热带地理 1999(02): 76-82.

【收稿日期】 2020-12-20

(编辑 屈伟 刘书文)

(上接第 550 页)

- [6] 孙翔宇,袁超,王笑喆,等. 全国口腔医疗卫生资源调查报告[A]. 2018 年中华口腔医学会第十八次口腔预防医学学术年会论文汇编. 北京: 中华口腔医学会 2018: 34.
- [7] 杨晓庭,李剑波,范卫华,等. 广东省口腔卫生机构及人力资源调查报告[J]. 广东医学 2020 41(3): 306-311.
- [8] 肖伟,王国文,成海燕,等. 医教协同视角下附属医院临床教师教学工作评价指标体系研究[J]. 医学教育研究与实践 2020 28(4): 574-577, 595.
- [9] 陈金梅,蒋凤艳. 医教协同视角下地方医学院校发展性临床教师教学能力培养体系构建与探索[J]. 中国卫生事业管理 2019 36(11): 849-851, 880.
- [10] 孔燕,左延莉,申颖,等. 全科医学社区实践基地实践教学质量评价指标体系的构建研究[J]. 中国全科医学 2020 23(34): 4362-4371.

- [11] 邓卫红,王志龙,张珍,等. 医教协同背景下临床医学人才培养基地建设的探索与思考[J]. 中国现代医生 2020 58(7): 149-151.
- [12] 刘娜娜,杨思秋,张若楠,等. 我国 2013-2017 年卫生人力资源状况分析[J]. 卫生软科学 2020 34(8): 63-67.
- [13] 吴凡,汪玲. 基于“健康中国”需求的创新人才培养机制探索与实践[J]. 中国卫生资源 2019 22(6): 405-409.
- [14] 徐承萍,吕俊峰. 高职基层卫生人才医教协同培养[J]. 教育与职业 2019(19): 95-100.
- [15] 谭工. 医教协同的高职医学职业教育改革: 理念、问题与方向[J]. 中国职业技术教育 2018(25): 88-90.
- [16] 王桂云,王明明,祁艳霞. 医教协同深化医学人才培养的路径研究[J]. 中国高等教育 2020(1): 52-54.

【收稿日期】 2020-11-30

(编辑 潘校琦)