

高质量发展背景下公立医院人才培养激励机制研究

史雨婷¹ 乔丹² 曹唯一³

1 河北省人民医院 河北石家庄 050051

2 河北省血液中心 河北石家庄 050000

3 河北医科大学 河北石家庄 050011

摘 要：在“健康中国 2030”战略深化与公立医院高质量发展促进行动推进的双重背景下，人才作为公立医院核心竞争力的核心要素，其培养质量与激励效果直接决定医疗服务水平、科研创新能力及可持续发展潜力。本文通过文献研究法与逻辑分析法，结合公立医院运营管理实践，从“培养—激励—评价—保障”四维联动视角，提出构建系统化培养体系、创新多元化激励机制、完善差异化评价机制、健全长效化保障机制的优化路径，旨在为公立医院打造“结构合理、素质优良、活力充沛”的人才队伍提供理论参考，助力其实现“质量提升、效率优化、人文彰显”的高质量发展目标。

关键词：公立医院；高质量发展；人才培养；激励机制；医疗人才队伍建设

引言

公立医院是医疗卫生服务体系的主体载体，其高质量发展是实现健康中国战略的关键支撑，而人才则是驱动公立医院高质量发展的“第一资源”。从临床诊疗水平的提升到疑难病症的攻关，从医疗技术的创新到服务模式的优化，从医保政策的落地到运营成本的管控，均需以高素质医疗人才队伍为基础。随着医疗卫生体制改革的深化，DRG/DIP 付费改革重构了医院收益模式，药品耗材集中采购压缩了传统利润空间，智慧医疗（如 AI 辅助诊断、远程医疗）重塑了诊疗流程，这些变革对公立医院人才的“综合素养”提出更高要求——不仅需具备扎实的临床技能，还需掌握医保运营、成本管控、数字技术等复合能力。然而，传统人才培养激励机制已难以适配新需求：部分医院仍延续“重使用、轻培养”的模式，培训内容与实际需求脱节；激励手段停留在“工资+奖金”的物质层面，难以满足人才对职业认同与自我实现的需求；评价指标过度侧重科研产出，导致临床骨干人才晋升通道狭窄。这种机制性短板不仅制约人才成长，更成为公立医院高质量发展的“瓶颈”。因此，系统梳理当前公立医院人才培养激励机制的问题，探索符合高质量发展导向的优化路径，已成为公立医院管理领域亟待解决的核心。

1. 高质量发展背景下公立医院人才培养激励的核心要求

公立医院高质量发展的核心目标是“实现医疗质量、运营效率、患者体验、医务人员满意度的协同提升”，这一

目标决定了人才培养激励机制需突破传统框架，呈现三大核心导向：

1.1 培养目标：从“单一技能型”向“复合型”转变

高质量发展要求公立医院人才具备“多维度能力”：其一，临床能力与政策适配能力融合，需熟悉 DRG/DIP 分组规则，能在规范诊疗的同时优化成本结构；其二，专业技术与数字能力融合，需掌握电子病历系统、AI 辅助诊断工具的应用，适应智慧医疗场景；其三，服务能力与人文素养融合，需兼顾医疗质量与患者体验，减少医患矛盾。例如，临床医师不仅要精准完成手术，还需通过 DRG 分组优化病例编码，降低医保拒付风险，同时通过有效沟通提升患者满意度——这要求人才培养从“专注技术培训”转向“技术+政策+人文”的复合型培养^[1]。

1.2 激励导向：从“物质驱动”向“多元价值驱动”转变

随着医疗人才学历层次与职业期待的提升，单一物质激励已难以激发长效动力。高质量发展背景下的激励机制需覆盖“三维价值需求”：其一，物质价值保障，通过绩效改革让人才“劳有所得”，尤其向临床一线、关键岗位倾斜；其二，职业价值实现，为人才提供清晰的晋升通道与学术平台，满足其“成长需求”；其三，社会价值认同，通过荣誉表彰、行业认可等方式，提升人才职业荣誉感。例如，对学科带头人而言，“科研项目支持+团队建设权限+行业荣誉”的组合激励，比单纯加薪更能激发其创新动力^[2]。

1.3 机制运行：从“分散化”向“闭环协同化”转变

人才培养激励是“培养-评价-激励-保障”的有机整体，需避免各环节脱节。高质量发展要求机制形成“闭环”：培养内容需对接评价指标，确保“培有所考”；评价结果需直接关联激励措施，确保“考有所用”；保障机制需为培养与激励提供支撑，确保“机制可持续”。例如，若培养内容聚焦“DRG 成本管控能力”，则评价指标需纳入“次均费用控制率”，激励措施需对成本管控优秀者给予奖励，同时通过经费保障 DRG 培训课程地开展——唯有如此，才能避免“培养与实际脱节、评价与激励无关”的无效循环^[3]。

2. 高质量发展背景下公立医院人才培养激励机制的优化路径

2.1 构建“分层分类、供需匹配”的系统化培养体系

以“人才成长周期”为核心，打造“精准化、实践型”培养模式，解决“碎片化”问题。

2.1.1 制定分层分类的培养规划

根据人才成长阶段与类型，设计阶梯式培养方案：青年医师（入职 1-5 年）：聚焦“基础能力培养”，开展“住院医师规范化培训+轮岗实训”，覆盖临床技能、医德医风、医保政策基础（如医保报销范围），通过“导师制”由主治医师一对一指导，确保其掌握规范诊疗流程；骨干医师（入职 5-10 年）：聚焦“综合能力提升”，实施“专科进修+科研入门培训”，选派至国内顶尖医院进修专科技术，同时开展“科研方法、论文写作”培训，支持参与院内科研项目，培养“临床+科研”双能力；学科带头人（入职 10 年以上）：聚焦“引领能力培养”，提供“国际交流+团队建设”支持，选派参加国际学术会议，赋予“科研项目立项权、团队人才引进权”，培养其学科建设与创新能力。

2.1.2 优化培养内容，对接实际需求

围绕高质量发展要求，更新培训课程体系：政策适配课程：将 DRG/DIP 付费规则、药品耗材集采政策、医保基金监管要求纳入必修课程，邀请医保局专家、医院医保科负责人授课，通过“案例分析”（如“某病例 DRG 分组错误导致拒付的整改方案”）提升实操能力；数字技能课程：开设“电子病历系统优化、AI 辅助诊断应用、大数据分析”等课程，联合技术厂商开展实操培训，确保医师能熟练运用智慧医疗工具提升效率；人文素养课程：增设“医患沟通技巧、医学伦理、心理疏导”课程，通过“情景模拟”（如“患

者对治疗效果不满的沟通场景”）提升医师人文服务能力。

2.1.3 创新培养方式，强化实践导向

突破传统“讲座模式”，采用“多元复合式”培养：模拟实训：建设“模拟手术室、模拟门诊”，让医师在仿真环境中练习手术操作、接诊流程，降低医疗风险；跨科室轮岗：安排临床医师到医保科、财务科轮岗 1-2 个月，了解医保结算、成本管控流程，提升“临床-运营”协同能力；项目制学习：以“解决实际问题”为目标，组建“DRG 成本优化小组”“智慧医疗创新小组”，让人才在项目实践中提升能力，例如通过“优化某病种 DRG 分组方案”项目，同步提升临床与运营能力。

2.2 创新“物质+精神+发展”的多元化激励机制

打破“平均主义”，构建“价值导向”的激励体系，激发人才长效动力：

2.2.1 优化物质激励，体现“优绩优酬”

建立与价值贡献挂钩的绩效分配机制：差异化绩效指标：对临床医师，设置“诊疗数量、医疗质量（并发症发生率）、患者满意度、DRG 成本控制率”等指标，权重占比分别为 20%、30%、20%、30%；对科研人员，设置“科研项目级别、论文影响力、成果转化率”指标；对管理人员，设置“运营效率（病床使用率）、成本管控（次均费用）、团队满意度”指标；倾斜性分配政策：向临床一线、关键岗位、高层次人才倾斜，例如将急诊科、ICU 医师的绩效系数提高 1.2 倍，对引进的学科带头人实行“协议工资制”，年薪较同职称医师高 50% 以上；专项奖励机制：设立“DRG 优化奖”“科研创新奖”“服务之星奖”，对在成本管控、科研突破、患者服务中表现突出的人才给予一次性奖励，例如对“某病种 DRG 次均费用下降 10%”的科室，给予科室成员绩效上浮 5% 的奖励。

2.2.2 强化精神激励，提升职业荣誉感

丰富精神激励形式，增强人才认同：多元化荣誉体系：设立“首席医师”“青年拔尖人才”“人文医师”等特色荣誉，评选过程引入同行评议、患者投票，确保公平性；对获得荣誉者，在医院官网、宣传栏重点宣传，提升社会认可度；人文关怀机制：建立“人才沟通日”制度，医院管理层定期与人才面对面沟通，了解工作困难与需求；为人才提供“心理健康咨询”“子女教育帮扶”等服务，解决后顾之忧；行业交流机会：优先推荐优秀人才参加国家级学术会议、行业

论坛, 让其与领域内顶尖专家交流, 提升行业影响力。

2.2.3 拓展发展激励, 畅通“成长通道”

构建“多通道晋升体系”, 满足人才职业发展需求:
分类晋升路径: 设置“临床技术通道”“科研学术通道”“管理行政通道”, 临床医师可通过“主治医师-副主任医师-首席医师”晋升, 科研人员可通过“助理研究员-副研究员-研究员”晋升, 管理人员可通过“科员-科长-副院长”晋升, 避免“唯科研论”。

2.3 完善“分类评价、多元参与”的科学化评价机制

打破“同质化评价”, 建立与人才类型适配的评价体系, 确保“考准、考实”:

2.3.1 引入多元评价主体构建“360度评价”体系, 避免“行政单一评价”:

首先是内部评价, 包括科室主任评价(考核工作态度与协作能力)、同事互评(考核团队合作)。其次是外部评价, 包括同行专家评价(考核专业能力, 如邀请外院专家评议临床技术或科研成果)、患者评价(通过问卷或线上平台收集满意度)。还有一个是自我评, 允许人才对自身工作进行总结, 提出改进计划, 增强评价的参与感。

2.3.2 强化评价结果运用建立“评价-反馈-激励-改进”的闭环:

及时反馈: 评价结束后 1 周内, 由评价小组向人才反馈结果, 明确优势与不足, 提出改进建议; 刚性关联: 将评价结果与绩效分配、晋升晋级、培训机会直接挂钩, 例如“优秀”者绩效上浮 10%、优先晋升、优先获得进修机会; “不合格”者进行约谈、再培训, 连续 2 年不合格者调整岗位;

2.4 健全“经费+师资+制度”的长效化保障机制为人才培养激励提供“坚实支撑”, 确保机制可持续运行:

2.4.1 加大经费保障, 拓展来源渠道建立“多元筹资、专款专用”的经费体系: 预算保障: 将人才培养经费纳入医院年度预算, 确保占比不低于总支出的 5%, 且每年按医院营收增长比例同步提升; 多元筹资: 积极争取政府“人才专项补助”(如卫健委的“临床骨干培养项目”), 引入社会捐赠(如设立“医学人才培养基金”), 拓展经费来源; 专款专用: 设立“人才经费专户”, 明确经费用于培训课程、进修补贴、科研支持等, 定期公开经费使用情况, 接受审计监督, 避免挪用。

2.4.2 加强师资队伍建设, 提升培训能力打造“专业+兼职”的复合型师资队伍: 专职师资培养: 选拔院内优秀医师、管理人员, 参加“培训师资格认证”课程, 提升教学能力; 聘请高校教育学专家, 对师资进行“课程设计、授课技巧”培训; 兼职师资引进: 邀请医保局官员、行业专家、顶尖医院医师担任兼职讲师, 讲授政策动态、前沿技术; 与高校合作, 邀请教授担任科研导师, 指导人才科研工作; 师资激励机制: 对师资实行“教学积分制”, 积分与绩效、晋升挂钩, 例如每完成 10 课时培训获得 1 个积分, 10 个积分可兑换绩效奖金或进修机会, 激发师资积极性。

结论

公立医院高质量发展的本质是“以人才为核心的能力提升”, 而科学完善的人才培养激励机制则是人才成长的“土壤”与“养分”。未来, 公立医院需进一步强化“人才优先”理念, 将人才培养激励从“管理手段”上升为“战略核心”, 通过“培养-激励-评价-保障”的四维联动, 打造一支“临床能力强、科研水平高、人文素养好”的人才队伍, 为实现高质量发展、服务健康中国战略提供坚实支撑。同时, 本研究仍存在局限, 未来可结合具体医院案例开展实证研究, 进一步验证机制的有效性, 为实践提供更精准的指导。

参考文献:

- [1] 王明霞, 黄玫, 余彦捷, 等. 高质量发展背景下公立医院人才政策实施研究[J]. 中国医院, 2024, 28(7):21-23.
- [2] 吕靓. 高质量发展背景下公立医院党建工作与思政教育协同创新的发展路径[J]. 四川劳动保障, 2025(1):130-131.
- [3] 董秋红, 杨程程, 覃日怡. 高质量发展背景下高校附属医院人才队伍建设管理实践[J]. 广西人文医学发展报告, 2023(1):179-184.

作者简介: 史雨婷, 性别: 女, 出生: 1991 年 4 月, 民族: 汉族, 籍贯: 河北石家庄; 学历: 硕士研究生; 职称: 经济师; 研究方向: 医院管理, 人力资源管理, 党建研究, 医学教育;

课题项目:

河北省人力资源和社会保障科研合作课题
课题名称: 高质量发展背景下公立医院人才培养机制分析与研究

项目编号: JRSHZ-2025-01100