

# Optimization Analysis and Research on Evaluation Indicators of Talent Training in Public Hospitals under the Background of High-quality Development

Yuting Shi<sup>1</sup> Dan Qiao<sup>2</sup>

1. Hebei Provincial People's Hospital, Shijiazhuang, Hebei, 050051, China

2. Hebei Blood Center, Shijiazhuang, Hebei, 050000, China

## Abstract

With the deepening of the China health strategy, public hospitals, as the core of the healthcare service system, have made high-quality development the core goal of industry transformation. Talent cultivation, as the "core engine" of public hospitals' high-quality development, faces issues in the existing evaluation index system such as "emphasizing research over clinical practice," "prioritizing results over process," and "valuing uniformity over diversity," which fail to meet the comprehensive demands of the new era for medical talents with "solid clinical skills, strong research literacy, profound humanistic literacy, and appropriate management capabilities." Based on the policy orientation of high-quality development and the practical pain points of public hospitals, this paper constructs a stratified and categorized talent cultivation evaluation index system from five dimensions—"clinical practice, scientific innovation, humanistic literacy, management capabilities, and development potential"—through methods such as literature review and the Delphi method. It also proposes supporting implementation paths and safeguard measures to provide theoretical support and practical references for public hospitals to accurately conduct talent cultivation evaluations and enhance talent team building [1].

## Keywords

public hospital; high-quality development; talent training; evaluation index

## 高质量发展背景下关于公立医院人才培养评价指标的优化分析与研究

史雨婷<sup>1</sup> 乔丹<sup>2</sup>

1. 河北省人民医院, 中国·河北 石家庄 050051

2. 河北省血液中心, 中国·河北 石家庄 050000

## 摘要

随着健康中国战略的深入推进, 公立医院作为医疗卫生服务体系的核心, 高质量发展已成为行业转型的核心目标。人才培养作为公立医院高质量发展的“核心引擎”, 现有评价指标体系存在“重科研轻临床”“重结果轻过程”“重统一轻差异”等问题, 难以适配新时代对医疗人才“临床能力过硬、科研素养扎实、人文素养深厚、管理能力适配”的综合需求。本文基于高质量发展的政策导向与公立医院实践痛点, 通过文献研究、德尔菲法等方法, 从“临床实践、科研创新、人文素养、管理能力、发展潜力”五大维度, 构建分层分类的人才培养评价指标体系, 并提出配套实施路径与保障措施, 为公立医院精准开展人才培养评价、提升人才队伍建设提供理论支撑与实践参考<sup>[1]</sup>。

## 关键词

公立医院; 高质量发展; 人才培养; 评价指标

【课题项目】河北省人力资源和社会保障科研合作课题

《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: JRSZH-2025-01100)。

【作者简介】史雨婷(1991-), 女, 中国河北石家庄人, 硕士, 经济师, 从事医院管理, 党建研究, 医学教育, 人力资源管理研究。

## 1 引言

《“健康中国 2030”规划纲要》明确提出“强化医教协同, 建立适应行业特点的人才培养与评价制度”; 2023 年国家卫健委《关于推动公立医院高质量发展的意见》进一步强调, 需“优化人才评价机制, 破除‘唯论文、唯职称、唯学历、唯奖项’倾向, 突出实践能力与服务质量”<sup>[2]</sup>。政策层面的导向表明, 传统以“科研产出、学历职称”为核

心的评价体系已无法满足公立医院高质量发展对“多元化、实践型、复合型”人才的需求<sup>[1]</sup>。通过对国内30家不同等级公立医院的调研分析,发现通过构建多维度、分层分类的评价指标体系,弥补现有研究“重理论轻实践”“重统一轻差异”的不足,丰富公立医院人才培养评价的理论框架,为后续相关研究提供方法论参考。

## 2 现有公立医院人才培养评价指标的问题分析

### 2.1 评价维度失衡:重科研轻临床,轻人文与管理

资料显示,现有评价指标中“科研维度”平均权重占比达45%(如论文发表、课题立项、专利获取),而“临床维度”权重仅为30%(且多集中于“诊疗量”“手术台次”等基础指标)，“人文维度”(患者满意度、医德医风)与“管理维度”(科室协作、资源调配)权重分别仅为10%与8%,剩余7%为“其他指标”。这种失衡导致部分医生过度追求科研成果,忽视临床技能提升与患者服务体验,如某三甲医院医生反映“为了评职称,一年花60%时间写论文,临床技能练习时间不足20%”。

### 2.2 指标设置同质化:缺乏分层分类,忽视岗位差异

85%的调研医院对“临床型医生”“科研型医生”“管理型人才”采用统一评价标准,未考虑岗位需求差异。例如,对社区医院的全科医生与三甲医院的专科医生,均要求“发表SCI论文1篇以上”,但社区医生的核心职责是“常见病诊疗与健康管理”,科研并非其核心需求;对医院行政管理人员,仍以“临床相关指标”(如诊疗量)为评价依据,与岗位职责严重脱节<sup>[4]</sup>。

### 2.3 过程评价缺失:重结果轻过程,难以反映培养实效

现有评价多为“终点式评价”,仅关注“培养结束后是否获得职称晋升”“是否拿到培训证书”等结果指标,未纳入“培养过程中的培训出勤率”“技能考核提升幅度”“导师评价”等动态指标。例如,某医院的住院医师规范化培训评价,仅以“是否通过结业考试”为唯一标准,对培训期间“病例分析能力提升”“医患沟通技能进步”等过程性表现未进行跟踪评价,导致部分学员“考前突击复习,培训期间敷衍了事”,培养质量难以保障。

### 2.4 指标量化不足:主观评价过多,缺乏客观依据

“人文素养”“团队协作”等重要维度的评价多依赖“领导主观打分”“同事互评”,缺乏可量化的客观指标。例如,对“医德医风”的评价,仅以“是否有投诉记录”为标准,未纳入“患者感谢信数量”“志愿者服务时长”“公益义诊参与次数”等具体指标,导致评价结果主观性强、可信度低,难以真实反映人才的人文素养水平。

## 3 高质量发展背景下公立医院人才培养评价指标体系优化

### 3.1 评价指标体系构建

基于上述原则,构建“5大维度、23项二级指标、48项三级指标”的分层分类评价指标体系,具体如下:

#### 3.1.1 总体框架

总体框架见表1。

#### 3.1.2 具体指标(以临床型人才为例)

具体指标(以临床型人才为例)见表2。

表1

一级维度	临床实践(35%)	科研创新(20%)	人文素养(15%)	管理能力(15%)	发展潜力(15%)
临床型人才	45%	15%	18%	12%	10%
科研型人才	20%	40%	12%	10%	18%
管理型人才	15%	10%	15%	40%	20%

表2

一级维度	二级指标	三级指标(量化标准)	权重
临床实践	诊疗能力	1. 常见病诊疗准确率(≥95%); 2. 急危重症救治成功率(≥90%); 3. 手术并发症发生率(≤5%)	15%
	服务质量	1. 患者满意度评分(≥90分); 2. 平均住院日(≤行业平均水平); 3. DRG/DIP成本控制率(≥85%)	12%
	基层服务贡献	1. 基层医院指导时长(≥20小时/年); 2. 公益义诊次数(≥4次/年); 3. 健康科普文章发表(≥2篇/年)	10%
	培训过程表现	1. 规培/进修出勤率(≥95%); 2. 技能考核提升幅度(≥20分,满分100); 3. 导师评价(≥85分)	8%
科研创新	科研成果实用性	1. 临床相关课题立项数(≥1项/3年); 2. 成果转化收益(≥5万元/项); 3. 临床指南参与制定(≥1次/5年)	10%
	学术交流	1. 临床相关学术会议发言(≥1次/年); 2. 实用型论文发表(核心期刊≥1篇/3年)	5%
人文素养	患者服务	1. 患者感谢信数量(≥2封/年); 2. 医患沟通满意度(≥92分)	8%
	社会责任	1. 志愿者服务时长(≥30小时/年); 2. 无医德医风投诉(0次/年)	6%
	团队协作	1. MDT参与次数(≥10次/年); 2. 团队成员互评得分(≥85分)	4%
管理能力	科室协作	1. 跨科室协作项目参与数(≥2项/年); 2. 资源调配合理性(领导评价≥80分)	6%
	质量控制	1. 临床质控指标达标率(≥95%); 2. 科室培训组织次数(≥4次/年)	6%
发展潜力	学习能力	1. 新技术学习时长(≥40小时/年); 2. 技能证书获取数(≥1项/2年)	5%
	创新能力	1. 临床创新建议采纳数(≥1项/年); 2. 新技术应用案例数(≥2项/年)	5%

### 3.1.3 分层设计（以临床型人才为例）

初级人才（住院医师）：侧重“基础临床能力”与“培训过程表现”，如“常见病诊疗准确率”“培训出勤率”权重占比提升至20%，“科研创新”权重降至10%，不求课题立项与成果转化。

中级人才（主治医师）：侧重“急危重症救治能力”与“基层服务贡献”，如“急危重症救治成功率”权重15%，“基层指导时长”权重10%，要求发表核心期刊论文1篇（非SCI）。

高级人才（副主任/主任医师）：侧重“疑难病例解决能力”与“学术引领”，如“疑难病例诊治数”权重15%，“临床指南制定参与”权重8%，要求有成果转化或基层人才培养经验。

### 3.2 指标量化与评分标准

量化方法：采用“百分制+等级制”结合的方式，对可直接量化的指标（如患者满意度、手术并发症发生率）采用“实际值对照标准值打分”（如患者满意度 $\geq 90$ 分得10分，80-89分得8分）；对难以直接量化的指标（如团队协作），采用“多源评价+量化转换”（如“同事互评平均分 $\geq 85$ 分得5分，75-84分得4分”）。

权重确定：通过德尔菲法确定各指标权重，其中临床型人才的“临床实践”维度权重最高（45%），科研型人才的“科研创新”维度权重最高（40%），管理型人才的“管理能力”维度权重最高（40%），确保权重与岗位需求匹配。

## 4 公立医院人才培养评价指标优化的意义

### 4.1 破解传统评价体系短板，适配高质量发展核心需求

传统公立医院人才培养评价存在“重数量轻质量、重科研轻临床、重短期成果轻长期潜力”的弊端，例如过度依赖论文发表数量、课题立项级别等单一指标，忽视了临床服务能力、医德医风建设、公共卫生服务贡献等与高质量发展紧密相关的维度。通过指标优化，可重构评价维度与权

重，将“智慧医疗应用能力”“患者满意度长期追踪”“突发公共卫生事件应急处置能力”等关键要素纳入评价体系，弥补传统评价与医院高质量发展目标的脱节问题，使评价标准真正成为引领人才培养方向的“指挥棒”<sup>[5]</sup>。

### 4.2 优化医院资源配置，提高人才培养效率与效益

传统人才培养存在“资源投入与产出不匹配”问题，例如部分医院在科研设备、培训经费上大量投入，但因评价导向偏差，人才培养成果未有效转化为临床服务能力或公共卫生贡献。优化评价指标后，医院可依据指标权重（如临床能力指标占比提升至40%、科研转化指标占比25%）调整资源投入方向，将更多经费、师资向临床技能培训、基层医疗帮扶、科研成果落地等领域倾斜。同时，通过评价结果识别“高潜力人才”与“培养短板”，避免资源平均分配，实现“好钢用在刀刃上”，提升人才培养的投入产出比<sup>[6]</sup>。

### 4.3 强化医院竞争力，推动行业整体高质量发展

在医疗市场竞争日益激烈的背景下，人才质量是公立医院核心竞争力的关键。优化人才培养评价指标，可帮助医院建立“人才培养--能力提升--服务优化--品牌建设”的良性循环：通过评价选拔优秀人才，提升医院疑难重症救治能力、科研创新水平与患者服务质量，进而增强患者信任度与市场认可度，形成差异化竞争优势<sup>[7]</sup>。同时，领先医院的指标优化经验可通过区域推广、行业交流等形式辐射至全国，带动各级公立医院人才培养标准的整体升级，推动医疗行业从“规模扩张”向“质量效益提升”转型，助力全国医疗服务体系高质量发展。

### 参考文献

- [1] 赵文敏,伍勇,史美景.高校附属医院人才队伍建设的实践与思考[J].江苏卫生事业管理,2022,33(06):721-724.
- [2] 郑立娟,陈茗莹,曾歆艺,等.加强人才队伍建设推动公立医院高质量发展[J].现代医院,2024,24(1):65-67.
- [3] 胡素琴.新形势下医院人才队伍建设实践探索[J].经济师,2019(12):256-257.