

# Evaluation of incentive for vertical mobility of medical personnel in hierarchical diagnosis and treatment

Hongyan Chen Qiaojun Wang Boyang Zhang

Lishui People's Hospital, Lishui, Zhejiang, 323000, China

## Abstract

The tiered healthcare system serves as a core strategy to optimize medical resource allocation and address the “access to healthcare” challenge at grassroots levels. Vertical mobility of healthcare professionals forms the cornerstone for achieving this objective. This study establishes a progressive incentive framework encompassing “attracting, retaining, and developing” through multidisciplinary theories of public administration, human resource management, and health economics. The mechanism integrates economic incentives (e.g., three-tier compensation systems and housing security programs), non-economic incentives (such as dual-track career advancement and professional development pathways), and institutional incentives (including flexible staffing structures and performance-based evaluations). A four-dimensional evaluation system has been developed to assess talent mobility outcomes, grassroots service capacity, professional development, and socioeconomic benefits, providing systematic solutions to facilitate talent deployment at the grassroots level and enhance service delivery capabilities.

## Keywords

tiered medical care; healthcare professionals; vertical mobility

# 分级诊疗卫生人才纵向流动激励评估

陈红燕 王巧俊 张博洋

丽水市人民医院, 中国·浙江 丽水 323000

## 摘要

分级诊疗属于优化医疗资源配置、破解基层“看病难”问题的核心策略。卫生人才纵向流动,是达成这一目标的关键支撑。此篇文章依据公共管理、人力资源管理以及卫生经济学多学科理论,构建了“引、稳、育”递进式激励机制。这一机制包含经济激励,像是三元薪酬、安居计划;非经济激励,例如双轨晋升、职业发展通道;以及制度激励,像弹性编制、考核约束。并且设计了包含人才流动效果、基层服务能力、人才发展以及社会经济效益的四维评估体系,来为推动人才下沉基层、提升基层服务能力给出系统性解决办法。

## 关键词

分级诊疗; 卫生人才; 纵向流动

## 1 引言

分级诊疗依靠“基层首诊、上下联动”来优化医疗资源配置。然而,基层医疗机构却面临人才紧缺、流失率高的难题。公共管理理论认为,政府要主导资源投入;人力资本与激励理论说明,人才流动受成本收益、公平感知等因素的作用。当前研究大多聚焦单一激励手段,缺少对“引、稳、育”目标以及协同机制的系统剖析,急需构建科学激励机制来促使优质人才流向基层,解决基层服务能力薄弱的问题。

【课题项目】紧密型医联体一体化管理创新举措构建运行与实证研究,课题编号:2025RXX38。

【作者简介】陈红燕(1986-),女,中国浙江景宁人,硕士,研究员,从事卫生管理、教学研究。

## 2 理论基础

### 2.1 核心概念界定

分级诊疗以“基层首诊、双向转诊”为核心内涵,目标是构建医疗资源纵向协同体系。卫生人才纵向流动指优质人才从三级医院向基层医疗机构的定向流动,含长期派驻与短期支援两种形式。激励机制要素包括主体、客体、方式及约束条件。激励效果评估是对机制实施成效的系统评价,为优化提供实证依据。

### 2.2 理论支撑

公共管理理论中,公共产品理论明确分级诊疗的公共属性及政府主导责任,协同治理理论强调多主体权责协调。人力资源管理理论层面,人力资本理论分析流动的成本收益,激励理论包含期望理论、公平理论及需求层次理论。卫生经济学理论中,健康人力资本理论揭示人才流动对基层服务效率的提升作用,资源配置理论为优化医疗资源分布提供路径指导。

### 3 分级诊疗卫生人才纵向流动激励机制构建

#### 3.1 激励机制构建目标

激励机制要依照分级诊疗体系建设的需求来构建，形成“引、稳、育”这样一种递进式的目标体系。在短期阶段，重点关注人才流动方面的“规模突破”，借助政策杠杆以及资源倾斜的方式，推动人才进行纵向流动，使其广泛覆盖到偏远地区的基层医疗机构，希望能够解决基层全科医生以及护理人员短缺的问题。到了中期，着重于人才队伍的“结构优化”，切实控制住基层人才的流失情况，延长平均服务年限，打造出一支“老中青”梯队合理的基层人才队伍。而在长期阶段，则要达成服务能力的“质效提升”，依靠人才持续下沉，提高基层诊疗的合格率，提高家庭医生签约服务的续约意愿，提升居民基层首诊率，最终形成“基层能看病、群众信基层”的分级诊疗格局。

#### 3.2 激励机制主体与客体

##### 3.2.1 主体协同责任

政府身为核心主体，要制定《基层卫生人才流动管理办法》，把人才激励经费纳入地方财政预算之中；同时，建立中央与地方财政共同承担的机制。医疗机构承担着实施主体的职责，三级医院要按照在岗人数百分之十五的比例派出人才下沉到基层；基层医疗机构负责人人才的日常管理以及服务考核工作。行业协会需制定《基层服务能力评价标准》，每一个季度开展激励措施落实情况的专项督查，其结果会向社会进行公示。

##### 3.2.2 客体精准定位

纵向流动的卫生人才包含临床、护理、公共卫生等专业群体，要依照基层的需求实施“按需选派”。基层医疗机构作为激励机制的承接主体，需要同时改进服务条件，并且建立人才服务档案，记录服务时长、诊疗量等关键数据，以此为激励评估提供参考依据。

#### 3.3 激励机制构成要素

##### 3.3.1 经济激励：强化基础保障与差异补偿

薪酬待遇采用一种三元结构形式，即“基本工资 + 岗位津贴 + 绩效奖励”。岗位津贴是依据基层医疗机构的等级来分档设定的，乡镇卫生院、社区卫生服务中心以及村卫生室执行的是差异化标准。绩效工资朝着基层方向有十分突出的倾斜，明确了基层服务绩效的权重，并且与服务量、群众满意度直接关联。对于异地流动人才，会发放交通补贴；在服务满一定年限之后，会一次性发放安家费。在福利保障方面，推行了“基层人才安居计划”：服务满规定年限并且考核合格的人员，可按照优惠价格购买政府保障性住房；子女在义务教育阶段入学，可享受“就近入学 + 优质校配额”的政策；医疗保障升级为“职工医保 + 补充商业保险”，门诊报销的比例有所提高，住院起付线降低<sup>[1]</sup>。

##### 3.3.2 非经济激励：聚焦职业发展与价值认同

职业发展激励推行“双轨晋升通道”，其中职称评定

明确规定“基层服务经历有优先地位”：晋升副高级职称要求累计基层服务满2年，晋升正高级职称则需满3年；同时设立“基层首席医师”“社区护理专家”等专项岗位，这些岗位人员可享受所在机构中层干部的待遇，还被赋予团队管理权力与技术决策权力。能力提升激励借助医联体资源，构建“1+1”带教机制，每年安排基层人才到上级医院进修，时间不少于6个月，并且优先让其参与省级以上科研项目。社会荣誉激励实施分层表彰，每2年开展一次“基层卫生名医”评选，为评选出的人员授予荣誉称号并纳入省级人才库；对于服务满10年、20年的人才分别颁发“扎根基层奉献奖章”，该奖章与职称晋升、评优评先直接挂钩<sup>[2]</sup>。

### 4 卫生人才纵向流动激励效果评估体系设计

#### 4.1 评估维度与核心指标

##### 4.1.1 人才流动效果维度

此维度着重关注人才流动的规模以及稳定性这两方面内容，其核心指标要对流动覆盖面以及留存质量给予量化。流动规模指标覆盖年度纵向流动人才的绝对数量以及所占比例，主要监测偏远地区基层机构的人才覆盖状况；流动稳定性指标借助基层人才流失率与服务期满续约率来进行衡量，同时跟踪服务年限的分布情况，以此反映激励机制对于人才留存所产生的实际作用。

##### 4.1.2 基层服务能力提升维度

对基层诊疗能力的变化评估可从服务数量、质量以及效率这三个维度展开。在服务数量指标方面，基层门诊量所占的比例可反映出基层诊疗所承受的负荷；而家庭医生签约覆盖率则需要对老年人、慢性病患者等重点人群的签约率进行细分。对于服务质量指标，重点关注诊疗的安全性以及群众的认可度，基层医疗纠纷发生率按照“年度纠纷数 / 基层诊疗人次 × 10 万”的方式进行标准化处理，患者满意度则是依靠结构化问卷评分来获取。服务效率指标覆盖了基层平均诊疗时长以及双向转诊成功率，这些指标可体现出资源利用的优化程度。

##### 4.1.3 人才发展效果维度

围绕人才个体成长这一关键点，对激励机制在推动职业满意度以及能力提升方面所发挥的促进作用展开评估，职业满意度指标借助 Likert 5 级量表来进行测评，其中包含薪酬公平感、发展机会感知、工作环境适配度等多个维度，能力提升指标则经由客观考核给予验证，像基层人才技能考核借助率以及科研 / 培训参与率等，以此来体现激励措施对人才专业成长所给予的实际支撑。

##### 4.1.4 社会经济收益维度

将人才流动与卫生系统整体效能相关联，从资源配置以及健康结局这两个方面展开评估，在卫生资源配置指标中，基层医疗费用所占比例可用于衡量资源下沉所获成效，区域医疗总费用的增长率需排除物价因素，居民健康改善指标覆盖基层辖区居民慢性病控制率以及住院率的变化趋势，

可直接体现人才流动给居民健康带来的实际影响。

## 4.2 评估方法与工具

### 4.2.1 定量评估

统计数据把官方数据源当作核心，从国家以及地方卫生统计年鉴、医疗机构信息系统以及区域健康档案平台中提取相关数据，运用统计学方法开展描述性统计以及推断性分析。问卷调查面向流动人才和患者，采用纸质问卷与在线填写相结合的方式，借助因子分析来检验量表结构效度。

### 4.2.2 定性评估

深度访谈挑选有差异特征的样本，涉及了不同职称以及服务年限的流动人才，以及基层医疗机构管理者和患者代表，每一类访谈对象的数量都不少于15人，运用半结构化提纲，借助Nvivo 12.0展开三级编码来提炼核心观点，案例研究选择了东部、中部、西部这3个试点地区，经由现场调研分析激励机制落地过程中的成功经验与典型问题。

## 4.3 评估流程与实施

### 4.3.1 评估主体与周期

评估主体运用“第三方独立机构加上卫生行政部门”的协同模式。其中，第三方机构要拥有卫生管理评估资质，承担数据采集以及分析工作；卫生行政部门牵头成立专家委员会，对评估方案与结果进行审核。评估周期采取“短-中-长”三期相结合的方式：短期评估每半年进行一次，着重监测流动量、频率等动态指标；中期评估每两年开展一次，分析服务能力的变化情况；长期评估每五年开展一次，将居民健康结局与社会经济效益相关联。

### 4.3.2 结果应用与反馈

对评估成果加以整理形成《激励效果评估报告》，这份报告涉及了现状分析、问题诊断以及优化建议等内容，该报告需要向政府以及医疗机构这两个方向进行反馈，以此来构建一个“问题-整改-跟踪”的闭环机制：政府依据这份报告对激励政策做出调整，医疗机构针对此优化自身内部管理，第三方机构在次年开展针对整改成效的“回头看”评估工作，以此来保证激励机制可持续不断地优化下去<sup>[9]</sup>。

## 5 卫生人才纵向流动激励机制优化路径与对策

### 5.1 政策顶层设计优化

借助制度创新来打破人才流动的瓶颈，构建“财政保障-人事突破”双支撑体系。在财政投入这一方面，设立由中央与地方按比例分担的基层人才激励专项基金，针对东中西部地区实施差异化补助政策，资金着重投向偏远地区以及全科、儿科等紧缺岗位，防止平均分配情况出现。在人事管理方面，推行“弹性编制+双聘制”，人才于上下级医院双向任职时保留原单位身份，职称评定突出实践导向，大幅提升基层服务业绩的权重，取消基层人才晋升副高时对论文的硬性要求。

### 5.2 激励方式多元化创新

构建起包含物质、精神以及发展这三个维度的激励体系，在物质与精神相融合的层面，推行“基层服务积分制”，

该积分可用来兑换上级医院的进修名额，在职称晋升时也可获得加分，甚至还可以为子女争取到教育资源，同时设立“基层人才发展基金”，每年会从基层人才中挑选出10%，为其资助科研项目以及学术交流活动。采用差异化策略来精准匹配需求，对于临床医生而言，更侧重于职业发展方面，护理人员则着重强化薪酬福利，公共卫生人员突出社会荣誉，在区域差异方面，东部地区希望能够搭建职业平台，中西部地区则提高安家费以及岗位津贴<sup>[4]</sup>。

### 5.3 保障机制强化

依靠强化硬条件与优化软环境来提高基层留住人才的能力。在工作条件上，推动远程会诊系统以及AI辅助诊断工具在县域范围内实现全面覆盖，使80%的乡镇卫生院都配备基础医疗设备；同时建设标准化人才公寓，并且配套建设食堂与通勤班车。在职业发展方面，构建起“上下贯通”的通道，上级医院每月都会派驻专家进行带教，基层人才每两年会有一次为期6个月的轮岗进修机会；在县域内设立“基层名医工作室”，给予团队管理权限以及专项经费。

### 5.4 协同与监督机制完善

构建跨部门协同以及动态监管体系，卫生健康部门与人社部门共同构建季度联席会议制度，以此解决编制周转和经费拨付等方面存在的障碍。监督评估采用“红黄绿灯”预警机制：当流动人才年度增长率低警戒值时亮红灯，随即启动激励标准调整；评估结果依靠政府官网予以公开，接受社会的监督。对“双下沉”等试点经验加以总结，提炼出包含财政补贴与人事流程的“激励模板”，并分区域向全国进行推广。

## 6 结语

构建多维度激励机制以及动态评估体系，可为分级诊疗背景下卫生人才纵向流动提供实践途径。经济激励的差异化设计、拓宽职业发展通道以及“红黄绿灯”动态监管，切实推动了人才“下沉-留存-成长”的良性循环。其带来的深刻启示是：要借助精准化激励来匹配人才需求，借助协同化治理来破解跨部门壁垒，利用动态化评估来优化政策效能。未来，需依靠数字化工具提高评估效率，深化“双下沉”等试点经验的区域共享，达成“基层强、人才稳、群众安”的分级诊疗新格局。

### 参考文献

- [1] 魏志明,王庭之,陈国忠.医联体分级诊疗改革背景下基层卫生人才培养模式的创新与实践[J].中国高等医学教育,2024,(10):9-10.
- [2] 吕春,陈德芬,黄显官,等.农村医疗资源纵向整合及优化配置的思考与实践[J].中国卫生资源,2014,17(01):55-57.
- [3] 李海洋,赵琪玉,甄飞翔,等.分级诊疗背景下江苏省卫生人员服务基层意愿分析[J].现代预防医学,2019,46(20):3749-3753.
- [4] 李中凯,朱钧,牛伟亚,等.医疗联合体模式下分级诊疗工作[J].解放军医院管理杂志,2019,26(07):630-632.