

公立医院临床医师职称晋升中基础研究与教学学术考核指标的优化

——基于“临床 - 教育者轨迹”的国际经验与本土化探析

邵 麒¹, 汪 勇¹, 李 婷¹, 孙定亚¹, 方 雪², 李政灏^{1*}

¹海军军医大学基础医学院神经生物学教研室, 上海

²海军军医大学第一附属医院(长海医院)消化内科, 上海

收稿日期: 2026年7月2日; 录用日期: 2026年8月5日; 发布日期: 2026年8月13日

摘 要

职称晋升是引导公立医院临床医师行为的关键“指挥棒”。长期以来,以基础医学研究(以下简称“基础研究”)为代表的学术指标在高级职称评审中近乎刚性,临床服务尤其是教学贡献则被系统性“挤出”,形成科研指标刚性化、评价不分层不分轨、教学贡献计量缺位、制度保障不足并诱发诚信风险等多重困境。尽管将人才培养质量纳入职称晋升评价已是明确的政策要求,可操作的成果形态与计量口径却始终付之阙如。本文运用政策文本分析、文献综述与国际比较方法,梳理2017年以来我国卫生专业技术人员职称制度改革政策与美国学术医学中心的教师晋升轨迹制度,依据Boyer“学术观再思考”与Glassick学术评价六项标准,提炼分轨评价、广义学术、代表作导向与保障对等四条可迁移原则,并批判性审视其在中国情境下的适用边界。据此提出“分层 - 分轨 - 代表作”三维本土化优化框架:给出临床型、临床研究型、研究型三类医师轨迹的操作性界定;构建“机构层级 × 医师轨迹”差异化考核矩阵;建立涵盖发现性、整合性、应用性与教学性成果的分级代表作清单及其评价维度,使教学改革与课程建设、教材与教学案例库、住院医师规范化培训带教成果等教学学术贡献与基础研究同台可比、等价可替;并配以学术时间预算、教学能力建设与研究支持团队等保障。文章进一步分析实施中的文化、资源、技术与管理障碍,提出分阶段渐进式改革路线图。所提框架尚需借助德尔菲法与层次分析法予以实证检验。

关键词

职称晋升, 基础医学研究, 教学学术, 医学教育, 临床 - 教育者轨迹

*通讯作者。

Optimizing the Assessment Indicators of Basic Research and the Scholarship of Teaching in the Professional Title Promotion of Clinical Physicians in Public Hospitals

—International Experience of the “Clinician-Educator Track” and a Localized Exploration

Qi Shao¹, Yong Wang¹, Ting Li¹, Dingya Sun¹, Xue Fang², Zhenghao Li^{1*}

¹Department of Neurobiology, School of Basic Medical Sciences, Naval Medical University, Shanghai

²Department of Gastroenterology, The First Affiliated Hospital (Changhai Hospital), Naval Medical University, Shanghai

Received: July 2, 2026; accepted: August 5, 2026; published: August 13, 2026

Abstract

Professional title promotion is a key lever shaping the behaviour of clinical physicians in China's public hospitals. For years, academic indicators represented by basic medical research have functioned as rigid thresholds in senior title review, while clinical service and, still more, teaching contributions have been systematically crowded out. This has produced several dilemmas: rigidified research indicators, one-size-fits-all assessment that differentiates neither by institutional tier nor by physician track, the absence of a workable metric for teaching contributions, and insufficient institutional safeguards that in turn foster research-integrity risks. Although incorporating the quality of talent cultivation into title-promotion review is already an explicit policy requirement in China, the corresponding forms of recognition and metrics remain absent. Drawing on policy-text analysis, a literature review and international comparison, this paper examines China's reforms of the health professional title system since 2017 alongside the faculty promotion tracks of U.S. academic medical centres, and, guided by Boyer's "Scholarship Reconsidered" and Glassick's six standards, distils four transferable principles: track-based assessment, a broadened conception of scholarship, a representative-works orientation, and parity between requirements and support. Their applicability to the Chinese context is critically examined. A three-dimensional localized framework of "tier-track-representative works" is then proposed: operational definitions are given for the clinical, clinical-research and research tracks; a differentiated "institutional tier × physician track" assessment matrix is constructed; and a graded list of representative works covering the scholarship of discovery, integration, application and teaching is established, so that teaching scholarship such as curricular reform, textbook and teaching-case development and residency-training mentorship becomes comparable with, and substitutable for, basic research. Supporting arrangements including an academic-time budget, faculty development and research-support teams are recommended. The paper further analyses the cultural, resource, technical and managerial barriers to implementation and proposes a phased, incremental reform roadmap. The framework awaits empirical validation through the Delphi method and the analytic hierarchy process.

Keywords

Professional Title Promotion, Basic Medical Research, Scholarship of Teaching, Medical Education,

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

职称晋升是我国卫生专业技术人员职业发展的核心通道，也是医院引导人才行为的“指挥棒”。长期以来，论文、课题等学术性指标在临床医师高级职称评审中近乎刚性，以基础医学研究(以下简称“基础研究”)为代表的学术产出往往成为决定晋升成败的关键依据，迫使大量临床医师在繁重诊疗之外分身科研。有媒体调查显示，在科研压力相对集中的部分大型公立医院，因科研成果不足而在转正定级、评优与晋升中受阻的青年医师并不少见，低水平重复发表以及论文代写、买卖与数据造假等问题也随之滋生[1]。

被“挤出”的并不只是临床。公立医院的临床医师同时是医学生临床教学与住院医师规范化培训(以下简称“住培”)的带教主体，其教学投入决定着未来医师队伍的质量。然而在现行评价中，教学贡献长期处于“有要求、难计量、低赋分”的状态：带教学时、教学查房、临床思维训练、教学改革与课程建设等大量投入，既难以在评审材料中被规范呈现，也缺乏与论文、课题相当的赋分权重。已有研究表明，融合 PBL 的带教模式可显著提升住培学员的出科理论成绩与临床实践技能，但其效果高度依赖带教教师的时间投入与教学设计能力[2]；学员自主学习能力的养成，同样离不开持续的引导与形成性评价[3]。当教学在晋升中近乎“不计分”，教学投入便沦为医师个人的“净损失”。

为扭转“唯论文”倾向，2018 年以来我国持续深化人才评价改革，明确提出破除“唯论文、唯职称、唯学历、唯奖项”的倾向[4]。2021 年，人力资源社会保障部等三部门联合印发《关于深化卫生专业技术人员职称制度改革的指导意见》(以下简称《指导意见》)，提出实行成果代表作制度、按医药护技分类评价、按机构层级分层设置标准等举措[5]；同年国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》，强调建立体现岗位价值、注重实绩贡献的人才评价机制[6]。在医学教育领域，更早的《关于加快医学教育创新发展的指导意见》已明确要求强化附属医院临床教学主体职能，并将人才培养质量纳入临床教学基地绩效考核和卫生专业技术人员医疗卫生职称晋升评价的重要内容[7]。但从落地情况看，“破”易“立”难：基础研究类指标的刚性并未真正消解，“破四唯”在执行中时常演变为“指标平移”；尤为关键的是，“将人才培养质量纳入职称晋升评价”虽已是明确的政策要求，却始终缺少可操作的计量口径与成果认定方式，以致在评审实务中往往落空。临床卓越、教学贡献与学术产出之间的张力，仍缺乏制度性疏解。

与之形成对照的是，西方学术医学中心(academic medical center, AMC)形成了以“临床-教育者轨迹”(clinician-educator track)为代表的多轨并行晋升制度：临床服务与教学贡献构成晋升的主体依据，基础研究被纳入“广义学术成果”(scholarship)的可选范畴，辅以差异化标准、弹性晋升时点和“保护时间”(protected time)等保障[8]-[12]，为化解上述矛盾提供了一种可能的思路。

从研究进展看，国内围绕公立医院高质量发展评价与医学人才评价已有较多探讨，多采用德尔菲法与层次分析法构建机构层面的综合评价体系[13]-[15]；国际上，Frenk 等提出以“变革性学习”与“系统相互依存”重构 21 世纪卫生人才培养体系[16]，国内医学教育界亦在教学模式创新与教学资源建设方面积累了丰富的成果[17]。但两条线索之间尚缺乏交汇：针对临床医师个体职称晋升中基础研究考核如何优化、

教学贡献如何进入“学术”的计量口径,系统研究尚不多见;对低年资医师及一般三级、基层医疗机构医师处境的关注也明显不足,而基层与全科医师的能力建设自有其规律,简单套用同一套科研标准并不适宜[18]。为此,本文在政策文本分析、文献梳理与国际比较的基础上,剖析上述考核环节的现实困境,提炼可迁移的制度原则,进而提出本土化的优化路径。

2. 资料与方法

本研究属政策与制度比较研究,按“问题诊断-经验提炼-原则迁移-框架建构”的思路展开。政策文本方面,纳入2017年以来我国卫生专业技术人员职称制度改革、公立医院人才评价及医学教育相关的核心政策文件,包括《指导意见》及部分省(市)配套实施办法、《关于推动公立医院高质量发展的意见》《关于加快医学教育创新发展的指导意见》《医学科研诚信和相关行为规范》等,重点提取其中关于科研要求、教学要求、代表作制度与分层分类评价的条款[5]-[7] [19]。文献方面,以“职称晋升”“破四唯”“教学学术”“住院医师规范化培训”“clinician-educator”“academic promotion”“educational scholarship”等中英文关键词,检索中国知网、万方及PubMed、Web of Science等数据库,并以滚雪球法追溯关键文献。国际比较方面,选取杜克大学、耶鲁大学、纽约大学等医学院公开的教师聘任与晋升(appointment, promotion and tenure, APT)制度文本为分析对象,结合Boyer的“学术观再思考”理论框架[20]与Glassick的学术评价六项标准[21],归纳其轨迹设置、成果认定与制度保障的共性逻辑,并对其适用边界作批判性审视。在此基础上,构建“机构层级×医师轨迹”差异化考核框架,给出三类轨迹的操作性界定、分级代表作清单与分阶段实施路线图。框架各维度的权重采用定性赋权,精确量化与信效度检验留待后续借助德尔菲专家咨询法与层次分析法完成[15]。

3. 我国公立医院临床医师职称晋升考核的现状与困境

3.1. 制度演进:从“唯论文”到“破四唯”与代表作制度

长期以来,我国临床医师高级职称评审普遍将SCI论文数量、影响因子、国家级课题等作为前置条件或核心赋分项,基础研究因其“可量化、易比较”而成为评价的主导内容。这一导向虽在特定阶段推动了学科建设与科研产出,却逐渐背离临床医学“以诊疗为本”“以育人为责”的职业规律。2021年《指导意见》明确要求,在职称评审和岗位聘任各环节不得将论文篇数和SCI等指标作为前置条件和直接依据,并实行成果代表作制度,临床病案、手术视频、技术规范、科普作品、技术专利、科研成果转化等均可作为业绩成果代表作参加评审;同时利用病案首页数据将门诊工作时间、收治病人数量、手术数量与难度等临床业绩纳入可量化评价,并按机构层级实行差异化科研要求:强化三级机构科研要求,适当降低二级机构要求,对基层机构不作科研硬性要求、仅作加分[5]。实践层面,中华医学会自2019年起建设中国临床案例成果数据库,把临床医生日常积累的病例转化为可规范记录、科学评价、广泛共享的学术成果,目前已收录12万余篇规范化病例报告,并汇聚3000余名各专业评审专家承担同行评议[22]。值得注意的是,上述代表作清单已涵盖临床、公共卫生、技术转化与科普等多种形态,但对“教学”这一临床医师法定职责的成果化表达仍着墨不多,这正是本文着力补足之处。

3.2. 困境一:科研指标刚性化与临床、教学的双重“挤出”

尽管政策导向已经转变,但在不少一般三级医院,基础研究类指标的刚性约束并未根本消解。一方面,科研资源竞争日趋激烈:据媒体报道援引国家自然科学基金委员会公开数据,2010~2020年间医学科学部青年科学基金申请量增长353%、资助数增长165%,资助率由20.07%降至11.74%[23]。另一方面,科研产出仍被广泛用作晋升的硬约束或重要加分,青年医师在临床能力成长的关键窗口期出现时

间与精力的系统性错配,临床被科研“挤出”[1]。更隐蔽而后果更深远的是教学被“挤出”:在“临床-科研-教学”的三角中,临床有诊疗量与医疗质量指标兜底,科研有论文与课题清晰计分,唯有教学既无刚性约束、又缺有效计量,因而成为医师在时间冲突时最先让渡的部分。基础研究本应服务于探索真理与推动转化,一旦异化为“晋升通行证”,便偏离了科研初心。尤需警惕的是,刚性考核往往与诚信风险相伴:2017年4月,施普林格宣布从Tumor Biology一次性撤回107篇发表于2012~2016年间的论文,多数作者来自中国,撤稿原因是同行评审过程被伪造[24],从反面折射出“唯论文”导向下评价异化的代价。

3.3. 困境二:“一刀切”评价与临床、教学、研究不分层、不分轨

《指导意见》虽已提出按机构层级分层、按医药护技分类的评价思路,但在临床医师内部,尚缺乏按“临床-教学-研究”职业取向进一步细分的评价轨道。结果是,一套以基础研究为重标准被同时套用于功能定位迥异的机构(如国家医学中心、一般三级医院与县级、基层机构)和取向各异的医师。“一把尺子量到底”之下,临床能力突出、带教口碑良好的医师可能因基础研究短板长期受阻于晋升,长于基础研究者即便临床历练与教学投入相对不足也能较快晋升,职称与临床能力、教学能力弱相关甚至局部倒挂[13]。基层机构的问题更为突出:全科医师的核心能力在于知识覆盖面与跨学科整合能力,沿用同一套以基础研究为主导的标准,无法牵引其能力建设;而系统综述提示,我国全科医生的工作满意度与职业发展机会、薪酬激励等因素密切相关[18],评价导向失当还可能进一步加剧基层人才流失。

3.4. 困境三:教学贡献计量缺位,医学人才培养根基受损

在现行职称评价中,教学通常以“完成规定教学工作量”的合格性条款出现,其计量口径多局限于带教学时或课时数,权重远低于论文与课题,且几乎不区分教学的质量与影响。由此产生两重后果。其一,教学质量难以进入评价视野:带教教师是否精心设计了问题情境、是否完成了病例复盘、是否对学员实施了持续的形性评价,这些真正决定教学效果的要素在计分表上无从体现[2][3];而医学教育还承担着职业价值观塑造与立德树人的功能,这类长期投入更无法用学时数衡量[7]。

其二,教学改革与教学研究缺少成果出口。近年来PBL/CBL、BOPPPS、OBE、虚拟仿真与人工智能辅助教学等创新不断涌现,其中不乏在目标设定、方法设计、结果验证与反思改进上完全具备学术品格的工作,其效果甚至可通过严格的对照研究加以验证并在国际期刊发表[25];人工智能更可将前沿研究的工具与成果直接转化为沉浸式、个性化的教学资源,实现“科研反哺教学”[17]。这类工作却因“不是论文、不是课题”而在晋升中难以计入学术贡献。当教学被简化为一个“达标即可”的门槛,教师的理性选择必然是压缩教学投入、转投可计分的科研,长此以往损害的是整个医师队伍的再生产能力。

需要强调的是,上述困境并非源于政策空白。将人才培养质量纳入职称晋升评价,早已是明确的政策要求[7];真正缺失的,是与之配套的成果形态、计量口径与评价标准。换言之,问题不在于“要不要评教学”,而在于“教学拿什么来评、依什么标准评”。为这一政策要求提供可落地的工具,正是本文的核心任务。

3.5. 困境四:制度保障缺位与科研诚信风险

在刚性科研要求之下,临床医师普遍面临“有要求、缺保障”的结构性矛盾:多数医师长期超负荷运转,缺少受保护的、可专注于学术与教学活动的非临床时间;统计、实验、数据共享等平台与科研助理配置不足,教学设计与课程开发的专业支持更为稀缺,资源又明显向头部机构和团队集中。保障缺位

叠加刚性考核,客观上为论文代写、买卖、挂名等不端行为提供了土壤。正因如此,国家卫生健康委在《医学科研诚信和相关行为规范》中明确,不允许将论文发表数量、影响因子等与人员奖励奖金、临床工作考核等挂钩[19]。

4. 西方“临床-教育者轨迹”的制度经验及其批判性审视

4.1. 多轨并行:研究者、临床研究者与临床-教育者轨迹

美国学术医学中心普遍设置多条平行的晋升轨道,各轨道使命侧重不同、评价“记分卡”各异:研究者轨迹以原创性基础或临床研究、持续性外部基金(如美国国立卫生研究院 R01 资助)为核心;临床研究者轨迹兼顾临床与研究;临床-教育者轨迹以临床服务卓越与教学贡献为主体、辅以学术产出,是多数临床教师实际所在的轨道;此外还有以临床服务为主的临床轨迹[8]-[11]。以杜克大学医学院 2020 年版聘任、晋升与终身教职指南为例,其在临床学科设“教师职业轨迹”(Faculty Career Track)与“教师终身教职轨迹”(Faculty Tenure Track)两条并行轨道,各自配有独立的晋升评价标准;轨道归属须经教师本人与系主任协商一致方可确定,并在助理教授阶段保留一段“未分化”期,以减轻青年教师过早锁定发展方向的压力,同时以多年期延聘合同为职业轨迹教师提供职业保障[8];耶鲁、纽约大学等亦有类似安排[9][10]。其要义在于,评审委员会主要依据该轨道的“核心承诺”评价而不苟求旁支;临床-教育者不会因缺少 R01 级基础研究而晋升受阻,其晋升取决于临床与教学的卓越及相应的学术声誉[11][12]。

4.2. “学术贡献”的再定义:Boyer 学术观与“教学的学术”

多轨制度的思想基础,是 Boyer 于 1990 年在《学术观再思考》中对“学术”(scholarship)内涵的拓展。他指出,学术不应局限于“发现的学术”(即传统的原创与基础研究),还包括“整合的学术”(跨学科的综合与诠释)、“应用的学术”(运用知识解决实际问题)和“教学的学术”(以学术性方法开展并研究教育)[20]。Glassick 在此基础上提出评价学术的六项通用标准,即目标清晰、准备充分、方法恰当、结果显著、表达有效、反思性批判,使不同类型的成果得以在同一套质量标准下衡量[21]。这一框架的关键意义在于,它把教学从行政性的工作量指标提升为可被严格评价的学术门类:判断一项教学工作是否构成“教学学术”,不在于它是否发表为论文,而在于它是否公开可见、可接受同行评议、可被他人复用与推广。据此,临床指南制定、技术创新与质量改进、教学改革与课程开发、教材与教学案例库建设等均可构成受认可的学术成果,评价的关键不在“是否属于基础研究”,而在“是否为高质量的学术工作”。

4.3. 教育者档案袋:教学学术成果的载体与质量标准

为解决教学贡献“看不见、比不了”的难题,美国医学院校普遍采用“教育者档案袋”(educator portfolio)作为教学学术的成果载体。美国医学院校协会教育事务组的共识会议将教育者的工作划分为教学、学习者评估、课程开发、指导与咨询、教育领导与管理五个类别,并规定每一类别都须同时提供“数量、质量与投入”三方面证据,以及体现学术性的证据(是否建立在既有成果之上、是否公开、是否接受同行评议)[26]。近年来,部分院校进一步将档案袋改造为“基于标准的评价模型”,直接以 Glassick 六项标准组织材料,使评审委员会能够按统一尺度判断教学成果的水准,而非仅凭学时数或学生打分[27]。其可迁移之处在于“证据结构”而非表格样式:以我国住培带教为例,带教学时与学员数量构成“数量”证据,学员出科考核成绩、结业考通过率与评教得分构成“质量”证据,参加师资培训、开展教学查房设计与病例复盘则构成“投入”证据[2][3];若进一步将一项教学改革的目标设定、实施方案、

效果测量与反思改进完整记录并公开、接受同行评议，它便从“一次教学活动”升格为“一项教学学术成果”。

4.4. 差异化标准、弹性晋升时点与保护时间

除多轨与广义学术外，西方制度还有三项安排值得注意。其一，不同轨道各设晋升门槛，避免用同一把尺子衡量全部教师。其二，晋升节奏具有弹性：终身教职轨道设有硬性的“时钟”（杜克大学临床学科为十年，须在此期限内作出是否授予终身教职的决定），而是否转入该轨道通常迟至助理教授第4~6年才需决定，此前保留“未分化”的缓冲期[8]。其三，在资源配置上，临床科学家通常需要约75%~80%的受保护研究时间及相应空间与设备，临床-教育者也需为教学、课程开发与质量改进配置一定比例的受保护非临床时间[12]。已有研究表明，保护时间与学术产出正相关，其缺位是青年临床学者发展受阻和职业倦怠的重要原因，而临床-教育者获得的指导与时间支持往往少于科学家[11][28]。换言之，西方制度不仅“要成果”，更“给时间与平台”，由此形成权责对等的激励结构。

4.5. 批判性审视：美国经验的边界与本土化取舍

必须清醒认识到，“临床-教育者轨迹”并非普适良方，其有效运行高度依赖特定的制度土壤，直接移植存在明显风险。

第一，制度前提不同。美国的多轨制建立在医学院教职体系之上，晋升的是学术职级，由学院学术委员会按学术标准评审，与医院的岗位聘任和薪酬相对分离；我国临床医师的高级职称评审兼具专业技术资格认定、岗位聘任与薪酬挂钩的多重功能，且受省级人力资源社会保障部门统一政策约束，单个医院自主空间有限。因此更现实的路径是在省级职称政策框架内，由医院在“评价标准细则”与“业绩成果认定办法”层面实现分轨。

第二，资源基础不同。保护时间与研究支持团队之所以在美国可行，依赖于相对充裕的人力冗余以及可覆盖人员薪酬的外部经费。我国公立医院普遍人力紧张、医师日均诊疗负荷高，科研经费又多为项目制、难以支付人员薪酬。若无编制、排班与绩效核算的配套改革，“保护时间”极易沦为纸面承诺，甚至演变为隐性加班。

第三，评价文化不同。美国长期的同行评议传统与档案袋的持续积累，为质性评价提供了信任基础；我国评审长期依赖可量化指标，质性评价一旦缺乏程序正义与问责机制，容易引发公平性质疑。这意味着代表作与档案袋制度在我国的落地，必须以更严密的程序设计（回避、双盲、书面意见反馈、评审问责）作为前置条件。

第四，经验本身存在局限。研究显示，临床-教育者在研究密集型机构中常面临指导不足、学术时间被临床任务侵蚀、晋升速度慢于研究者等问题，甚至出现轨道边缘化效应[11][28]；教育者档案袋也因编制成本高、评审委员会重视程度不足而使用率不高[27]。这提示，分轨制度若缺乏配套保障与地位平等的制度承诺，反而可能把不平等固化为制度安排。

据此，本研究的借鉴取向可概括为“取其原则、不取其形式”。所迁移的四条原则是：分轨评价，按“临床-教学-研究”取向分设轨道并适配不同标准；广义学术，以 Boyer 学术观拓展成果认定范围，使教学与临床工作获得学术身份；代表作导向，以质量、影响与代表作替代数量计量；保障对等，以保护时间与支持团队支撑学术要求。至于美国的教职等级、终身教职制度与具体时间比例，则不宜照搬。本土化设计应以省级职称政策为约束条件，以医院评价细则为改革抓手，以现有的成果代表作制度、公立医院绩效考核数据与住培基地评估体系为落地点，并针对“轨道边缘化”风险预设转换与申诉机制。中美现行制度在上述维度的差异见表1。

Table 1. Comparison of physician evaluation and promotion systems in China and the United States
表 1. 中美临床医师评价与晋升制度的比较

比较维度	我国现行(公立医院临床医师职称晋升)	美国学术医学中心(以临床 - 教育者轨迹为例)
轨道设置	单一通道，临床医师内部不分“临床 - 教学 - 研究”轨道	多轨并行，各轨“记分卡”不同
基础研究地位	长期作为高级职称前置条件或核心赋分项，“破四唯”后执行层面仍存刚性	属“发现性学术”的可选项；临床 - 教育者不因缺少基础研究而晋升受阻
教学贡献地位	政策已要求将人才培养质量纳入职称晋升评价，但实务中多为“完成规定教学工作量”的合格性条款，计量限于学时，权重低，不区分质量与影响	教学是临床 - 教育者轨道的核心承诺，以“教育者档案袋”按 Glassick 标准评价，可作晋升主证据
成果认定	偏重论文数量、期刊等级与课题级别；代表作制度推进中	广义学术(发现/整合/应用/教学)，以代表作、档案袋与同行评议认定
晋升时点	以年限 + 硬指标为主，弹性不足	临床 - 教育者及职业轨迹时点灵活，区别于终身教职的硬性“时钟”
制度保障	普遍缺乏保护时间与团队支持，资源向头部机构倾斜	配置受保护时间(科学家约 75%~80%)、研究团队与教学设计支持
主要风险	“临床败给科研”、教学被挤出、诚信风险、职称与临床及教学能力弱相关	临床 - 教育者可能获得更少时间与指导，存在轨道边缘化风险

注：本表系作者依据《指导意见》等政策文件及美国学术医学中心公开的晋升制度文本归纳整理。

5. “分层 - 分轨 - 代表作”三维本土化优化框架

5.1. 总体思路

本文提出，将我国“破四唯 + 代表作 + 分层分类”的改革取向，与西方“分轨 + 广义学术 + 保障对等”的经验相衔接，对临床医师职称晋升中的基础研究与教学学术考核进行“分层 - 分轨 - 代表作”三维重构：纵向按机构层级、横向按医师轨迹设置差异化要求，以分级代表作承载各类学术贡献，并以制度保障作为支撑。核心转变在于，基础研究不再是凌驾于其他成果之上的硬性门槛，而是广义学术成果谱系中的一个可选项，与临床、教学等其他类型的高质量学术贡献同台竞争、等价可替。

5.2. 路径一：拓展“学术贡献”内涵，构建四维成果谱系

建议在职称评价中以“学术贡献”维度替代狭义的“科研(论文/课题)”维度，其下涵盖四类成果：发现性成果(基础或临床原创研究)、整合性成果(系统综述、临床指南、专家共识)、应用性成果(新技术与适宜技术、成果转化、卫生标准与技术规范、质量改进项目)和教学性成果(教学改革与课程建设、教材与教学案例库、住培带教成果、医学教育研究)。基础研究作为“发现性学术”的一种，与其他三类同台评价、等价可替，不再独享“通行证”地位。这一设计与《指导意见》的代表作清单在精神上一脉相承[5]，Boyer 学术观与 Glassick 标准则为其提供了学理支撑[20][21]。其中，教学性成果的纳入是本框架相对既有研究的关键增量：将前沿研究的工具与流程转化为可复用、可评议、可推广的教学资源，其学术含量并不低于一篇常规论文，理应在评价中获得对应的学术身份[17]。

5.3. 路径二：明确三类医师轨迹的操作性界定

分轨评价的前提，是让“临床型”“临床研究型”“研究型”从概念走向可操作的界定，否则轨道认定极易沦为 subjective 裁量。需要说明的是，分类分轨的思路并非舶来品：“分类培养研究型、复合型和应用型人才”本就是国家医学教育改革确立的方针[7]，本文的分轨设计与之一脉相承，只是把对象从医学生延伸至执业医师、把环节从培养延伸至评价。本文依据岗位定位、临床工作量、教学任务与学术要求重心四个维度，给出三类轨迹的初步操作性定义(见表 2)。轨道认定与转换的程序建议为：由医师本人自主申报，经科室初审、医院学术委员会认定；每个聘期(建议为 3 年)可申请转换一次，设 2~3 年过渡期并承认既往成果；各轨道设置同等的晋升名额比例与相同的最高职称天花板，明确“分轨不分等”，防止轨道认定异化为人才分层。需强调的是，表 2 中的时间占比与教学学时均为基于国际经验与政策导向提出的初步建议值，其具体阈值须结合专业特点(如外科与内科、平台科室与临床科室的差异)，通过德尔菲专家咨询与实证测算加以校准。

Table 2. Operational definitions of the clinical, clinical-research and research tracks
表 2. 临床型、临床研究型与研究型医师轨迹的操作性界定

轨迹类型	岗位定位与适用对象	临床工作量参考	教学任务参考	学术贡献要求重心
临床型	以临床服务为主责；适用于以诊疗为核心、无独立研究方向的大多数临床医师	临床时间占比 ≥ 80%；四级手术或疑难病例量达本专业阈值	年带教住培/实习学员 ≥ 2 人/轮次，年教学学时 ≥ 20；须取得院级及以上带教师资资格	以应用性与教学性成果为主；基础研究不作硬性要求，仅作参考加分
临床研究型	临床与研究并重，研究问题源于临床；适用于承担临床或转化研究任务的医师	临床时间占比约 50%~70%；受保护学术时间约 20%~30%	承担住培带教与研究生指导；年教学学时 ≥ 16；牵头或参与教学改革项目	以临床研究、转化研究、指南与共识为核心；基础研究为可选的核心代表作之一
研究型	以研究为主、少量临床；适用于国家/区域医学中心及研究型医院中承担重大科研任务者	临床时间占比 ≤ 30%；受保护研究时间 ≥ 60% (国际经验约 75%~80%)	承担本科生/研究生课程与实验带教；年教学学时 ≥ 16；参与课程与教材建设	以发现性学术为核心；须同步配置保护时间与研究支持团队

注：表中时间占比与教学学时为初步建议的参考区间，尚需通过德尔菲专家咨询与实证测算校准。三类轨迹均须完成规定教学任务并提交教学性代表作。

5.4. 路径三：构建“机构层级 × 医师轨迹”差异化考核矩阵

在轨迹界定的基础上引入“双轴”框架：纵轴按机构层级分为国家/区域医学中心及研究型医院、一般三级医院、二级及基层医疗机构三层，横轴按医师职业取向分为三轨，不同组合中基础研究的地位与权重应有所不同(见表 3)。总体原则是：临床型医师以临床服务的数量、质量与难度及教学贡献为主导评价维度，基础研究不作硬性要求、仅作参考加分；研究型医师可保留较高的基础或转化研究要求，但须同步配置保护时间；基层医师承袭《指导意见》精神，不作科研硬性要求[5]。客观临床指标建议采用四级手术占比、病例组合指数(CMI)、并发症发生率、低风险组死亡率等病案首页与 DRG 数据[13]；客观教学指标建议采用带教学时、学员出科考核成绩与结业考通过率、学员评教得分等住培基地信息系统数据[2]。

Table 3. Differentiated assessment framework of “institutional tier × physician track”
表 3. “机构层级 × 医师轨迹” 差异化考核框架

医师轨迹/ 机构层级	国家/区域医学中心·研究型医院	一般三级医院	二级及基层医疗机构
临床型	临床为主 + 教学；教学性代表作可单独支撑晋升；基础研究作加分项	临床为主 + 教学；基础研究不作硬性要求，仅作加分；教学性与应用性代表作等价可替	重点评价临床服务能力与基层带教；不作科研硬性要求，作加分
临床研究型	临床与临床/转化研究并重；基础研究可作核心代表作之一，须配保护时间	临床 + 应用/转化研究；基础研究作为“学术贡献”代表作的可选项	以临床 + 适宜技术应用为主，鼓励参与多中心研究(较少单设)
研究型	可保留较高的基础/原创研究要求；须配约 75%~80%保护时间	适度的基础/应用研究要求，须配保护时间	一般不设该轨道

注：各组合的主导评价维度与权重依轨道定位定性设定，并随医院功能定位与医师成长阶段动态调整。

5.5. 路径四：建立分级代表作清单与评价维度

建议在“学术贡献”维度下建立代表作分级清单，对各类成果按质量与影响分级，而非按数量计量。四类学术成果的代表作示例、核心评价维度与分级要点见表 4。评审采用小同行评议并参照 Glassick 六项标准，重在回答“做了什么、有何影响”，弱化期刊等级与篇数[21]。操作上可借鉴中华医学会临床案例库“同行评议 + 专家库”的成熟经验，将其从临床病例拓展至学术贡献全谱系[22]；教学性成果则以“教育者档案袋”实现结构化呈现，按数量、质量、投入与学术性四类证据组织材料[26] [27]。

Table 4. Types, examples and evaluation dimensions of representative works of scholarly contribution
表 4. “学术贡献” 代表作的类型、示例与评价维度

学术类型 (Boyer 分类)	代表作示例	核心评价维度	分级要点
发现性学术	基础或临床原创研究论文、发明专利、新机制阐释	原创性、方法学严谨性、可重复性、同行认可度	按原创程度与学术影响分级，不以期刊分区与影响因素为直接依据
整合性学术	系统综述与 Meta 分析、临床指南与专家共识、跨学科整合成果	证据整合的完整性与方法学规范、对临床实践的指导力	按制定层级(国家/学会/地方/院内)与被采纳范围分级
应用性学术	新技术与适宜技术推广、科研成果转化、卫生标准与技术规范、医疗质量改进项目、规范化临床病案	解决实际问题的有效性、可推广性、患者结局改善的证据强度	按应用范围(院内/区域/全国)与效果证据强度分级；可对接中华医学会临床案例库的分级体系
教学性学术	教学改革与课程建设(PBL/CBL、BOPPPS、OBE、虚拟仿真、人工智能辅助教学等)、教材与教学案例库、住培带教成果与学员成长实证、医学教育研究论文	Glassick 六项标准；成果的公开性、可同行评议性、可被他人借鉴与推广	按公开程度(院内/区域/全国)、同行评议强度与推广范围分级；以“教育者档案袋”结构化呈现

注：四类学术成果在“学术贡献”维度下同台评价、等价可替；评分表中不设置期刊分区、影响因素与论文篇数栏目。

5.6. 路径五：制度保障——学术时间预算、教学能力建设与支持团队

评价导向的转变须有制度保障跟进，否则容易变成“既要又要”的无偿挤压。首先是学术时间预算：对承担学术与教学任务的医师，应制度化配置受保护的非临床时间，按轨道设定差异化比例，并纳入排班与绩效核算，使学术要求与时间供给相匹配[12][28]。其次是教学能力建设：依托住培基地的师资培训体系推行带教师资资格认证，并将师资培训学时作为提交教学性代表作的准入条件[2][3]；同时建设教学设计支持中心，为一线教师提供课程反向设计、教学效果测量与教学研究方法的专业支持。再次是研究与教学支持平台：设立统计、实验、数据共享平台与科研助理岗位，建设区域共享的虚拟仿真教学资源库，并借助人工智能等技术降低教学资源开发成本[17]，资源配置上向一般及基层医师适度倾斜。

6. 实施障碍与对策

框架从设计走向落地，还需跨越文化、资源、技术与管理四类障碍。

6.1. 文化与观念障碍：路径依赖与“数论文”惯性

长期形成的“论文等于水平”的认知惯性，可能使改革“换汤不换药”：评委仍以论文数与期刊等级作为隐性判据，代表作制度异化为“比一比谁的代表作发表在更高分区”，教学性成果则被默认为“凑数材料”。对策有三：一是在评分表设计上直接取消期刊分区、影响因子与论文篇数栏目，从工具层面切断路径依赖；二是强化同行评议的实质性，实行小同行评审、评审意见向申报人书面反馈、回避与评审问责制度，让质性评价可追溯；三是公开以教学改革成果或临床质量改进成果成功晋升的案例，并将教学与临床贡献纳入学科带头人考核，由管理层示范新的价值取向。

6.2. 资源障碍：时间、师资与平台

保护时间需要人力冗余，教学能力建设需要师资投入，而一般三级与基层机构往往缺少统计、实验、数据与教学设计平台。建议从“学术时间预算”入手，先在试点科室按轨道核定最低保护时间(例如临床型医师每月不少于2个工作日用于教学与学术活动)，并明确纳入排班与绩效核算，避免其演变为无偿加班；同时建设区域共享的支持平台，包括统计咨询、临床数据中心、教学设计中心与虚拟仿真教学资源库，向一般及基层机构开放；此外，可借助人工智能技术降低教学资源开发的人力与时间成本，使资源约束较强的机构也能建设高质量教学资源[17]。基层与全科医师尤需跨学科整合的教学设计支持，这类支持本身也应被认定为可评价的教学学术贡献[18]。

6.3. 技术障碍：可计量性与评价信效度

教学贡献与临床贡献的客观计量、不同类型代表作的跨类比较、同行评议的一致性，构成三重技术难题。可行的应对路径是：临床维度依托病案首页与 DRG/DIP 数据实现自动归集，避免人工填报失真[13]；教学维度依托住培基地信息系统与教学管理系统，自动归集带教学时、教学查房次数、学员出科考核成绩与结业考通过率、学员评教得分等过程与结果指标[2][3]；跨类比较则引入 Glassick 六项标准作为统一的质量尺度[21]，并以教育者档案袋实现结构化呈现[26][27]；评审信效度可通过双人独立评审加一致性检验(如 Kappa 系数)与评审前校准会议加以提升。框架的维度与权重，后续须以德尔菲法与层次分析法予以验证[15]。

6.4. 管理与治理障碍：轨道固化、公平性与申诉

分轨制度最大的治理风险，是轨道一旦确定便难以更改，进而形成新的身份壁垒：临床 - 教育者被

边缘化，科室为完成科研指标而“动员”医师选择研究型轨道，青年医师则因担心“选错轨道”而不敢申报。这一风险在美国实践中已有前车之鉴[11][28]。对策包括：建立轨道自主申报与定期转换机制，明确过渡期与既往成果承认规则；为各轨道设置同等的晋升名额比例与最高职称天花板，制度性地宣示“分轨不分等”；建立独立的申诉与复议通道，评审意见须向申报人书面反馈；将各轨道晋升率、教学贡献占比等纳入医院与学科的年度考核，防止指标层层加码。

6.5. 分阶段渐进式改革路线图

鉴于上述障碍，全面推开并非明智之举。本文建议采取分阶段、渐进式的改革路径，先从条件成熟的医院或科室试点，在小范围内验证并迭代，再逐步扩大适用范围(见表 5)。其关键在于，每一阶段都设置了可观测的评估重点，一旦出现临床质量下滑、教学质量未见改善或评审公平性争议集中等信号，即可及时回调或修正，从而把改革风险控制在可承受范围内。

Table 5. Phased and incremental roadmap for implementing the reform
表 5. 分阶段渐进式改革路线图

阶段(建议时间)	主要任务	关键产出	评估重点
第一阶段：试点准备(第 1 年)	遴选住培基地健全、信息化基础较好的科室先行试点；制定轨道认定与转换办法；开发教育者档案袋模板与分级代表作清单；组建分轨评审专家库并开展评审校准培训	试点实施方案、档案袋模板、分级代表作清单、分轨评审专家库	方案通过率、专家培训覆盖率、医师政策知晓率
第二阶段：试点运行(第 2~3 年)	实行分轨申报与代表作评审；按轨道核定并落实保护时间；打通病案首页/DRG 数据与住培基地信息系统，实现临床与教学指标自动归集	首批分轨评审案例、临床与教学数据看板	分轨申报率、评审一致性(Kappa 系数)、保护时间落实率
第三阶段：评估修正(第 4 年)	以德尔菲法与层次分析法开展信效度检验与权重测算；跟踪临床质量、教学质量、诚信事件与医师职业倦怠状况；据此修订维度、权重与阈值	修订版指标体系与操作手册	CMI 与四级手术占比、住培结业考通过率与学员评教、学术不端发生率、医师满意度
第四阶段：推广定型(第 5 年起)	在同层级机构推广；纳入医院绩效考核与人事聘任制度；建立动态调整、轨道转换与申诉复议的常态机制	院级制度文件与省级政策建议	推广机构覆盖率、各轨道晋升率均衡度、申诉处理时限

注：各阶段时间为建议值，可根据试点机构的基础条件适当调整。

7. 讨论

7.1. 本研究的贡献

与既有多聚焦机构或医院层面综合评价的研究不同[13]-[15]，本研究将分析对象下沉到临床医师个体职称晋升中的考核环节，其贡献主要有三。第一，把“教学学术”作为与基础研究并列的成果类型正式纳入晋升指标设计，为“将人才培养质量纳入卫生专业技术人员职称晋升评价”这一既有政策要求[7]补上了长期缺失的落地工具，即可辨识的成果形态、可归集的计量口径与可比较的质量标准，并借助 Boyer 学术观与 Glassick 标准，为教学贡献提供了获得学术身份的理论依据。第二，提出“分层 - 分轨 - 代表作”三维框架，并给出三类医师轨迹的操作性界定与四类代表作的评价维度，使框架从理念走向可供实践参考的工具。第三，通过对国际经验的批判性审视与实施障碍的系统分析，提出分阶段渐进式的改革路线图，为“破四唯”从“破”到“立”提供了一种可操作的转化方案。

7.2. 局限性与展望

本研究为政策与制度比较及框架建构研究,所提框架的维度、参考区间与定性权重尚未经过实证检验,表2、表3中的具体数值仅为初步建议。下一步拟运用德尔菲专家咨询法与层次分析法,邀请多层次、多区域的临床、教学与管理专家对框架进行信效度检验与权重测算,并开展多中心实证研究与模拟测算[15]。此外,教学质量的测量本身仍是难题:学员评教易受“宽松给分”影响,考核成绩又难以完全归因于带教教师,如何构建兼具信度、效度与可行性的教学贡献计量口径,值得后续专门研究。

8. 结语

优化公立医院临床医师职称晋升中的基础研究考核,关键在于跳出“唯论文”的刚性约束,转向尊重人才成长规律、允许多元选择的弹性安排。而在临床与科研的经典张力之外,教学这一决定医师队伍再生产能力的核心职责,更亟待获得与其价值相称的学术身份与评价位置。借鉴“临床-教育者轨迹”分轨评价、广义学术、代表作导向与保障对等的经验,构建“分层-分轨-代表作”的本土化框架,把教学改革与课程建设、住培带教成果等教学学术贡献与基础研究置于同一评价谱系,有助于缓解临床医师“一人兼多职”的困境,在临床卓越、教学贡献与学术产出之间求得平衡,也可为深化卫生职称制度改革与医学教育评价改革提供参考。

作者贡献

邵麒负责研究设计及论文撰写;汪勇、李婷负责文献与政策资料的收集整理;孙定亚、方雪参与国际比较分析与框架建构;李政灏负责经费支持及论文修订。

参考文献

- [1] 半月谈. 被“排行榜”搞坏的医院生态: 医生忙于论文, 临床败给科研[EB/OL]. https://m.thepaper.cn/newsDetail_forward_12872009, 2021-05-27.
- [2] 张君佩, 张红云, 刘欣羽, 顾海蔚. PBL 教学法在住院医师规范化培训中的意义[J]. 职业教育发展, 2025, 14(2): 14-18.
- [3] 齐建光. 探讨形成性评价与住院医师自主学习能力的培养[J]. 中国毕业后医学教育, 2020, 4(1): 33-36.
- [4] 中共中央办公厅 国务院办公厅印发《关于深化项目评审、人才评价、机构评估改革的意见》[EB/OL]. https://www.gov.cn/zhengce/2018-07/03/content_5303251.htm, 2018-07-03.
- [5] 人力资源社会保障部 国家卫生健康委 国家中医药局关于深化卫生专业技术人员职称制度改革的指导意见[EB/OL]. <https://www.nhc.gov.cn/renshi/c100028/202108/49c24b0b171b4f85976d9a6a177e5e48.shtml>, 2021-08-04.
- [6] 国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见[EB/OL]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-06/04/content_5615473.htm, 2021-06-04.
- [7] 国务院办公厅关于加快医学教育创新发展的指导意见[EB/OL]. https://www.gov.cn/zhengce/content/2020-09/23/content_5546373.htm, 2020-09-23.
- [8] Duke University School of Medicine (2026) Clinical Sciences Tracks for Promotion. <https://medschool.duke.edu/about-us/faculty-resources/faculty-appointments-promotion-tenure/clinical-science-apt/faculty/>
- [9] Yale School of Medicine (2026) Faculty Tracks, Ranks, and Positions. <https://medicine.yale.edu/faculty/academic-professional-development/academic-affairs/tracks-ranks/>
- [10] New York University Grossman School of Medicine (2026) Faculty Promotion and Tenure Tracks. <https://med.nyu.edu/for-faculty/faculty-affairs/appointment-promotion-tenure/promotion-tenure/>
- [11] Chang, A., Schwartz, B.S., Harleman, E., Johnson, M., Walter, L.C. and Fernandez, A. (2021) Guiding Academic Clinician Educators at Research-Intensive Institutions: A Framework for Chairs, Chiefs, and Mentors. *Journal of General Internal Medicine*, 36, 3113-3121. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06713-9>
- [12] Howard-Anderson, J.R., Gewin, L., Rockey, D.C., Krousel-Wood, M. and Roman, J. (2024) Strategies for Developing

- a Successful Career in Academic Medicine. *The American Journal of the Medical Sciences*, **367**, 215-227.
<https://doi.org/10.1016/j.amjms.2023.12.010>
- [13] 王伶, 韩优莉. 区域内三级公立医院高质量发展评价指标体系构建研究: 以北京市属医院为例[J]. 中国卫生政策研究, 2026, 19(4): 66-73.
- [14] 汪海琴, 王伟, 严非, 等. 国际医疗质量评价指标体系的比较分析[J]. 中国卫生资源, 2018, 21(5): 456-460.
- [15] 李静, 周驰, 梁楚西, 等. 中西医协同创伤救治服务能力评价指标体系的构建研究: 基于德尔菲法和层次分析法[J]. 中国卫生政策研究, 2025, 18(9): 23-30.
- [16] Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z.A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., *et al.* (2010) Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World. *The Lancet*, **376**, 1923-1958.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61854-5)
- [17] 马兴铭. 人工智能赋能医学免疫学: 从前沿研究到教育创新[J]. 职业教育发展, 2026, 15(1): 312-321.
- [18] 黄晶, 苗依婷, 贺雪梅, 等. 我国全科医生工作满意度及影响因素的系统综述[J]. 中国全科医学, 2025, 28(10): 1220-1227.
- [19] 关于印发医学科研诚信和相关行为规范的通知[EB/OL].
<https://www.nhc.gov.cn/qijys/c100016/202102/59f10701eb454f84a5749f2e675a0d5d.shtml>, 2021-02-20.
- [20] Boyer, E.L. (1990) Scholarship Reconsidered: Priorities of the Professoriate. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Princeton.
- [21] Glassick, C.E. (2000) Boyer's Expanded Definitions of Scholarship, the Standards for Assessing Scholarship, and the Elusiveness of the Scholarship of Teaching. *Academic Medicine*, **75**, 877-880.
<https://doi.org/10.1097/00001888-200009000-00007>
- [22] 记者来信: 让临床经验成为好大夫晋升新标尺[EB/OL].
<https://www.news.cn/politics/20260113/4ded59ba857f4a5ea37a61d5deb5c215/c.html>, 2026-01-13.
- [23] 杨瑞静. SCI 论文正在毁掉一批年轻医生: 临床医生, 被“逼”着论文造假[EB/OL]. 健康界.
<https://news.qq.com/rain/a/20210913A0C2RZ00>, 2021-09-13.
- [24] McCook, A. (2017) A New Record: Major Publisher Retracting More than 100 Studies from Cancer Journal over Fake Peer Reviews. Retraction Watch.
<https://retractionwatch.com/2017/04/20/new-record-major-publisher-retracting-100-studies-cancer-journal-fake-peer-reviews/>
- [25] Ma, X., Ma, X., Li, L., Luo, X., Zhang, H. and Liu, Y. (2021) Effect of Blended Learning with BOPPPS Model on Chinese Student Outcomes and Perceptions in an Introduction Course of Health Services Management. *Advances in Physiology Education*, **45**, 409-417. <https://doi.org/10.1152/advan.00180.2020>
- [26] Simpson, D., Fincher, R.E., Hafler, J.P., Irby, D.M., Richards, B.F., Rosenfeld, G.C., *et al.* (2007) Advancing Educators and Education by Defining the Components and Evidence Associated with Educational Scholarship. *Medical Education*, **41**, 1002-1009. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02844.x>
- [27] Shinkai, K., Chen, C.A., Schwartz, B.S., Loeser, H., Ashe, C. and Irby, D.M. (2018) Rethinking the Educator Portfolio: An Innovative Criteria-Based Model. *Academic Medicine*, **93**, 1024-1028.
<https://doi.org/10.1097/acm.0000000000002005>
- [28] Cumbler, E., Rendón, P., Yirdaw, E., Kneeland, P., Pierce, R., Jones, C.D., *et al.* (2018) Keys to Career Success: Resources and Barriers Identified by Early Career Academic Hospitalists. *Journal of General Internal Medicine*, **33**, 588-589. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4336-7>