

DOI: 10.3969/j.issn.2096-045X.2026.01.019

· 院校管理 ·

资源基础理论视角下医学院校临床资源转化与对外培训模式构建研究

王 硕¹ 李继胜^{2,3*}

(1. 首都医科大学全科医学与继续教育学院,北京 100069; 2. 首都医科大学校长办公室,北京 100069; 3. 首都医科大学校友会基金会,北京 100069)

【摘要】医学院校依托临床资源优势开展对外培训,是深化产教融合、实现资源效能转化的重要路径。通过整合附属医院、临床医学院临床资源,构建体系化培训课程并创新合作模式,可显著提升医学教育质量。核心创新在于设计“临床资源-培训效能转化-学科反哺”闭环机制:一方面,通过建立市场化运营机制(包括项目评估体系、差异化激励机制及优化利润分配等),引入专业管理团队打造品牌;另一方面,通过培训产生的“知识溢出效应”(如汇聚的临床案例、前沿技术应用经验等反哺教学与科研)直接推动学科内涵建设。同时,形成的可持续经费渠道为“双一流”建设(如高端人才引进、重点实验室投入、创新项目孵化)提供了有力资源支撑,实现社会效益与经济效益的良性循环。

【关键词】医学院校; 临床资源整合; 对外培训; 产教融合; 资源效能转化; 医学教育公益性; 闭环机制; 知识溢出效应

【中图分类号】 G647**【文献标识码】** A

Clinical resource transformation and external training model construction in medical colleges from the perspective of resource-based view

Wang Shuo¹, Li Jisheng^{2,3*}

(1. School of General Practice and Continuing Education, Capital Medical University, Beijing 100069, China; 2. President's Office, Capital Medical University, Beijing 100069, China; 3. Alumni Association Foundation, Capital Medical University, Beijing 100069, China)

【Abstract】 Medical colleges can leverage their clinical resources to provide external training, which represents a vital pathway to deepen industry-education integration and transform resource efficiency. By integrating clinical resources from affiliated hospitals and clinical medical schools, constructing systematic training courses, and innovating cooperation models, the quality of medical education can be significantly improved. The core innovation lies in designing a closed-loop mechanism of "clinical resources-training efficiency transformation-discipline feedback": on the one hand, by establishing a market-oriented operation mechanism (including project evaluation system, differentiated incentive mechanism, and optimized profit distribution), introducing a professional management team to build the brand; on the other hand, the "knowledge spillover effect" generated through training (such as the collection of clinical cases, cutting-edge technology application experience, etc., which directly contribute to teaching and research) directly promotes the construction of disciplinary connotation. Furthermore, the formed sustainable funding channels provide strong resource support for the "Double First Class" construction (such as the introduction of high-end talents, investment in key laboratories, and

第一作者 王硕, 硕士, 首都医科大学全科医学与继续教育学院副院长, 研究方向: 院校管理。

Email: wangshuo@ccmu.edu.cn

***通信作者** 李继胜, 硕士, 副研究员, 首都医科大学校长办公室副主任、首都医科大学校友会基金会办公室主任, 研究方向: 医院管理、教育管理。Email: ljs1210@ccmu.edu.cn

incubation of innovative projects), creating a virtuous cycle of social and economic benefits.

[Keywords] medical schools; integration of clinical resources; external training; industry-education integration; resource efficiency transformation; public welfare of medical education; closed-loop mechanism; knowledge spillover effect

在“健康中国”战略深入推进与医药卫生体制改革持续深化的背景下,基层医疗服务能力提升、专科技术规范化推广及医院管理精细化发展对高质量医学培训资源的需求日益迫切^[1]。医学院校作为医学人才培养、临床实践与科研创新的核心载体,拥有附属医院优质病例资源、先进医疗设备、高水平临床专家团队及标准化临床技能中心等稀缺性核心资源,具备开展高端对外培训的先天优势^[2]。然而,当前我国医学院校临床资源利用率普遍不足40%,大量优质资源处于闲置状态,未能有效转化为服务社会的教育资源与学科发展动力,与普通“双一流”院校非学历培训12%~18%的收入占比相比,医学院校不足5%的占比差距显著,反映出资源效能转化的巨大提升空间^[3]。

依托临床资源开展对外培训,既是医学院校盘活存量资源、实现经费可持续增长的重要途径,更是履行社会服务职能、推动优质医疗资源下沉的关键举措^[4]。本文聚焦医学院校临床资源对外培训的资源效能转化路径,通过分析行业现状与院校特殊性,构建“资源整合-课程开发-市场化运营”的实施体系及配套保障机制,旨在破解临床资源闲置与社会培训需求脱节的难题,同时回应商业运营与医学教育公益性的平衡问题,为医学院校通过对外培训深化产教融合、反哺学科建设提供理论参考与实践范式^[5]。

1 高校开展对外培训的发展现状

1.1 普通高校培训概况

2022年统计显示,我国“双一流”院校非学历培训收入平均占比达12%~18%,这表明普通高校在利用自身资源开展对外培训方面已取得显著成效,非学历培训成为高校经费补充的重要组成部分,也体现了高校服务社会的能力和水平在不断提升。然而,医学类院校在这方面的表现

却不尽如人意,非学历培训收入占比不足5%。与“双一流”院校相比差距明显,反映出医学类院校在挖掘自身资源、开展对外培训业务方面存在较大的提升空间,大量临床资源处于闲置状态,未能充分发挥其应有的社会价值和经济价值^[6]。

1.2 医学院校特殊性

医学院校拥有诸多独特的临床资源,这些资源为其开展对外培训提供了先天优势^[7]。附属医院作为医学院校重要的临床教学和实践基地,拥有丰富的病例资源、先进的医疗设备和高水平的临床专家团队,能够为培训提供真实的临床场景和实践机会。标准化病人库则为医学教学和培训提供了标准化模拟病人,有助于提高学员的临床诊断和沟通能力。临床技能中心配备了先进的模拟教学设备和设施,能够开展各种临床技能培训和模拟手术等操作。根据资源基础理论^[8],医学院校的附属医院、临床技能中心、专家团队等资源具备稀缺性、价值性与难以模仿性,是构建可持续竞争优势的核心要素。

基于这些特色资源,医学院校具备开展多种高端培训的能力,如急救技能培训、专科医师规培等。然而,目前这些资源的利用率普遍低于40%^[4],大量优质资源未能得到充分利用,造成了资源的浪费,也限制了医学院校对外培训业务的发展。

2 医学院校开展对外培训的实施路径

2.1 资源整合

由学校负责对外培训的机构协调院校各部门和附属医院及相关利益体之间的资源配置,确保培训质量和效果,同时降低交易成本^[9]。从内部看,培训中心统筹院校各部门与附属医院资源,形成知识协同网络,使教学科研资源、临床经验等在培训体系内高效溢出,避免资源重复配置

与信息壁垒,减少内部协调的时间与沟通成本;从外部看,培训中心与政府、医疗机构、企业构建合作网络,促使政策资源、行业实践知识、技术需求等外部知识向培训内容溢出,通过合作共建培训项目降低市场调研、资源搜寻等外部交易成本。同时,培训中心统一负责会务管理、师资培训及反馈优化,将知识溢出效应融入培训全流程,通过规模化运作与标准化管理,降低师资选拔、课程开发等边际成本,实现知识资源配置效率与交易成本控制的双重优化。

如上海交通大学医学院采用资源整合模式,成立对外培训管理中心,整合医学院、附属医院及上海市各大三甲医院的资源,构建了覆盖长三角地区的医疗培训网络^[10]。该中心协调附属医院的专家团队参与课程开发与教学,同时与长三角地区的基层医院建立合作关系,输送培训资源。通过资源整合,上海交通大学医学院的对外培训项目每年为数千名基层医务人员提供培训,提升了基层医疗服务水平,同时也为医学院带来可观的经费补充与品牌溢价。美国梅奥诊所通过整合临床、科研、教学资源,继续教育课程利用率达85%,而国内医学院校平均不足40%^[11]。上海交大医学院的突破在于建立“培训中心-基层医院”联盟,通过政策联动实现资源下沉,弥补了梅奥模式在中国基层医疗场景的适配性缺口。

2.2 课程开发

作为对外培训中心,其核心目标是为学校实现资源效能转化并争取学科建设经费。因此,课程开发需兼具针对性、社会性与目标性;同时,优质师资与充足生源是成功的关键保障。基于此,培训中心可重点考虑开发以下几类课程。

(1)实用技能类。医学院校的实用技能类培训,核心内容包括各学科的基础操作技能与前沿新技术操作技能。其中,基础操作技能培训内容相对成熟,在课程设计与吸引力上较难形成显著特色,招生效果也常不理想。相比之下,开展新技术操作技能培训是更优的选择。在具体路径上,医学院校可委托附属医院的专业团队负责课程开发,并在学校培训中心的统筹指导下落地实

施。此类培训模式具有双重价值:一方面,它为下级医院医师提供了赴高级别医院进行专项技术进修的机会,有效促进了优质医疗技术的下沉与推广;另一方面,学员学成返回原单位后,能显著提升个人专业能力,对其职业发展大有裨益。

(2)前沿进展类。该课程应深耕医疗领域前沿技术发展,专注各专科核心技术的系统化培训。课程体系设计应包含两大核心模块:①理论基础:系统讲授专科技术的基础原理、规范操作流程、专用器械的功能原理、使用规范及维护保养要点等;②实践强化:设置多层次实践环节,包括高仿真模拟操作训练、真实临床环境下的观摩学习,以及循序渐进的实操技能训练等。通过理论与实践深度融合的系统培训,旨在培养学员熟练掌握专科技术的核心要点与标准化操作技能,显著提升其在对应专科临床实践中的专业能力,确保能够规范、精准、高效地实施专科技术操作。

(3)医院管理类。在深化医药卫生体制改革、推动公立医院高质量发展的关键时期,医院领导者肩负着前所未有的重任^[12]。瞄准高端的医院管理培训,主要针对二级和三级医院院长、副院长等班子成员进行培训,形成具有学校品牌价值的培训项目。师资全部由来自国内顶尖三级甲等医院(“大三甲”)的现任或离任院长、党委书记、资深副院长等核心领导班子成员组成。培训内容涵盖医院精益运营管理、医院战略规划与业务拓展、现代医院绩效管理体系构建、医院对外合作与资源整合等。如卓越领航:中国医院领导者高级研修班^[13],精准定位于高端医院管理培训领域,核心聚焦于我国医疗卫生体系的中坚力量——二级和三级公立医院的院长、党委书记、副院长及其他核心班子成员。除了传授知识,更是致力于锻造具有战略远见、卓越领导力和实战能力的医院掌舵者,并在此过程中,精心打造具有深远影响力和卓越声誉的学院派医院管理培训品牌,形成国内医院管理精英教育的标杆,铸就一个具有全国性号召力与学术引领价值的医院管理培训优质品牌。

2.3 市场化运营

2.3.1 建立“医学培训中心”实体机构

成立专门的“医学培训中心”,作为医学院校对外培训的实体运营机构,适配医疗培训特殊性,实行市场化运作。医学培训中心设置运营部、教务部、招生宣传部等部门,分工明确,协同合作^[14]。以培训中心为枢纽整合院校临床与教学资源,通过对接医院及行业协会开展市场化需求调研,精准定位岗位技能缺口;运营部通过医疗专业评估工具量化培训效果;教务部以“双师型”教学体系融合理论与实践(如引入临床案例与模拟设备),在招生宣传中依托院校品牌与行业合作实现精准触达,实现培训最优化和资源效益最大化。

2.3.2 推行“定制化服务+会员制”收费模式

(1)定制化服务收费模式。根据不同客户的需求,为其提供个性化的培训方案和服务。如对于医疗机构,可以根据其医院的学科建设和发展需求,为其定制专项培训课程(如重点学科建设培训、医护人员技能提升培训等)。对于企业,可以根据其员工的职业发展需求,为其定制健康管理培训、急救技能培训等课程。定制化服务收费模式根据培训项目的难度、时长、师资等因素进行定价,确保收费合理、透明。

(2)会员制收费模式。推出医院会员制度,吸引学员长期参加培训。会员分为不同的级别,如普通会员、银卡会员、金卡会员等,不同级别会员享受不同的优惠政策和服务待遇;普通会员可以享受一定的培训课程折扣优惠,银卡会员除了享受折扣优惠外,还可以优先参加新开设的培训课程和活动,金卡会员则可以享受专属的培训方案定制服务和一对一的师资指导等,这样有助于提高学员的忠诚度和黏性,稳定培训市场份额。为保证招生规模和收益,可通过优化招生宣传、动态调整收费策略及成本管控,降低关键变量波动对整体效益的影响,确保利润分配方案的可持续性等方式进行适时调整。

2.3.3 开发移动端学习平台

为了满足学员随时随地学习的需求,开发移动端学习平台。平台整合培训课程资源,包括视

频课程、在线题库、案例分析等,学员可以通过手机、平板电脑等移动设备随时随地进行学习。平台还具备在线交流、学习进度跟踪、学习成果评估等功能,学员可以与教师和其他学员进行在线交流和互动,及时解决学习中遇到的问题^[15]。同时,平台能够实时跟踪学员的学习进度,记录学员的学习成果,为学员提供个性化的学习建议和指导。移动端学习平台的开发不仅提高了学员的学习效率和便利性,还拓展了培训的时间和空间范围,吸引了更多的学员参加培训。

如四川大学华西医学院开发的“华西云课堂”移动端学习平台,整合了临床技能、医学前沿等领域的优质课程资源,涵盖高清手术视频、在线病例讨论、虚拟仿真操作等内容^[16]。平台具备智能学习分析功能,可根据学员学习进度与答题情况生成个性化学习路径。该平台上线两年内,注册学员突破10万人,日均活跃用户超5000人,有效拓展了培训覆盖范围;同时,平台通过课程付费、会员订阅等模式实现盈利,年培训收入增长30%,并为课程优化提供了海量数据支持。

3 保障机制建设

3.1 人员激励政策

3.1.1 绩效激励项目制:培训利润收入的5%~10%作为项目奖励资金

将培训利润收入的5%~10%作为项目奖励资金^[17],此机制以期望理论为核心逻辑——员工通过明确“努力完成项目→提升培训收益→获得奖励”的因果链,形成“努力-绩效-奖励”的良性预期。融合公平理论,奖励资金按项目难度、规模、效益分配,并向关键岗位倾斜,通过内部公平性(如核心人员贡献与回报匹配)减少员工的不公平感。通过绩效激励项目制,激励教师和工作人员积极参与培训项目,提高培训项目的质量和效益,增加培训收益。

3.1.2 职称评定:纳入教学工作量考核体系

将对外培训纳入教师职称评定的教学工作量考核体系,教师每年参与一定数量的对外培训课时数和工作量,这也是“赫兹伯格双因素理论”

中的“激励因素”在现实中的应用^[18]。传统职称评定多侧重科研成果,而新增的培训工作量指标属于“成就认可”范畴——当教师因培训表现突出获得职称评审倾斜时,这种“认可”作为激励因素能显著提升工作满意度。如某教师年度对外培训课时达200 h且学员满意度超95%,在副教授职称评审中可额外获得5分加权分,这种将培训价值显性化的设计,避免了“保健因素”(如基础薪资)带来的激励边际递减,从职业发展维度激发教师参与培训的内驱力。

3.1.3 发展激励: 优先安排员工自身技能培训指标

为了激励员工积极参与培训工作,提高员工的专业技能和综合素质,实行发展激励政策,优先安排参与对外培训工作的员工参加自身技能培训和学习交流活 动。通过提供更多的学习和发 展机会,让员工感受到自身的成长和进步,增强员工的归属感和忠诚度,激发员工的工作积极性和创造性。绩效激励项目制契合双因素理论中“激励因素”的核心逻辑,通过物质奖励与精神认可的双重激励,使教师和工作人员获得成就感、责任感等高层次需求满足,将外在激励转化为内在工作动力,有效对冲体制内“干多干少一个样”的惰性思维。

3.2 利润分配方案

3.2.1 培训中心层面

提取培训利润的40%^[19],主要用于设备更新和绩效奖金等。设备更新主要包括购置先进的医疗设备和教学仪器设备等,提升院校的教学和科研水平,为培训业务提供更好的硬件支持。绩效奖金根据教师和工作人员在培训项目中的表现和贡献进行考核和发放,激励个人积极参与培训工作,提高工作效率和质量。

3.2.2 学校层面

基于对学校为培训业务所承担的综合成本与资源投入的合理覆盖、对行业普遍实践的参考借鉴,以及支撑学校整体发展战略与履行核心职能的需要,学校提取培训利润的60%^[19]作为学校发展基金,主要用于学科建设、教师激励、学生奖励等。①学科建设:支持重点学科和特色学科的

建设和发展,加强学科团队建设,开展学科研究和学术交流活动,提高学科的影响力和竞争力。

②教师激励:设立教师激励基金,对在教学中表现优秀的教师给予奖励,激励教师不断提高教学质量和水平。③学生奖励:奖励在学习和实践中表现优秀的学生,鼓励学生努力学习,积极参与实践活动,提高其综合素质和就业竞争力。

3.3 平衡“商业运营”与“医学教育公益性”的路径

医学教育的公益性是核心底色,市场化运营是资源效能转化的手段,二者并非对立关系,需通过制度设计实现协同统一。①划定公益培训底线,将基层医务人员、偏远地区医疗从业者培训纳入公益范畴,每年安排一定比例的免费培训名额、公益研修项目,由学校发展基金予以补贴,确保优质培训资源向薄弱领域倾斜;②建立公益导向的项目筛选机制,优先开发契合国家医疗健康战略、弥补行业人才缺口的培训项目,如全科医生技能提升、公共卫生应急处置等,弱化纯商业导向项目的占比;③强化收益反哺的公益性闭环,将培训产生的利润优先投入学科建设、公益培训及基层医疗帮扶^[20],明确80%以上的培训收益用于医学教育公益事业与资源效能提升,形成“运营收益-公益反哺-行业赋能”的良性循环;④建立多方监督机制,由学校纪检部门、教学督导委员会及行业专家组成监督小组,对培训定价、利润使用、公益项目落实情况进行全程监督,杜绝过度商业化倾向。

3.4 专业化团队建设

3.4.1 师资团队

师资团队包括临床专家、教务人员等。选拔具有丰富临床经验和教学能力的临床专家作为培训师资,能够将临床实践与教学理论相结合,为学员提供实用、有效的培训内容。临床专家不仅要具备扎实的专业知识和技能,还要具备良好的教学方法和沟通能力,能够激发学员的学习兴趣和积极性。配备专业的教务人员负责培训课程的安排、教学资源的管理、学员的考勤和考核等工作。教务人员要具备良好的组织协调能力

和服务意识,确保培训教学工作的顺利进行。

3.4.2 管理团队

管理团队设置运营部、教务部(含质控)、招生宣传部三大核心部门。运营部负责市场调研、市场开拓和客户关系管理等工作,通过市场调研,了解市场需求,制订市场营销策略,拓展培训市场份额。同时,加强与客户的沟通和联系,建立良好的客户关系,提高客户满意度和忠诚度。教务部负责培训课程的开发、师资管理、教学质量监控等工作,开发符合市场需求和学员实际情况的培训课程,选拔和培训优秀的师资队伍,建立教学质量监控体系,定期对教学质量进行评估和反馈,确保培训课程的质量和教学效果。招生宣传部负责学员的招生宣传和报名咨询等工作,通过多种渠道宣传培训项目和课程,吸引更多的学员报名参加培训;同时,为学员提供详细的报名咨询服务,解答学员的疑问,帮助学员顺利报名。三大部门通过定期跨部门会议、共享信息平台(如项目管理软件、内部知识库)及关键流程节点交接(如市场需求确认、课程开发启动、招生启动、教学实施、质量评估、反馈优化),形成高效协作链条,共同支撑培训项目的成功运营。

4 结语

本文系统探讨了医学院校依托临床资源开展对外培训的资源效能转化模式,通过梳理高校对外培训发展现状与医学院校资源特殊性,构建了“资源整合-课程开发-市场化运营”三位一体的实施路径,配套建立人员激励、利润分配、专业化团队建设等保障机制,并提出商业运营与医学教育公益性的平衡策略。医学院校通过激活闲置临床资源,构建“临床资源-培训效能转化-学科反哺”的闭环机制,既能实现经费可持续增长,为“双一流”建设与附属医院发展提供支撑,又能履行社会服务职能,推动优质医疗资源下沉,最终达成社会效益与经济效益的协同发展。本文所提出的模式为医学院校破解资源利用不足、深化产教融合提供了可借鉴的实践框架。

本研究仍存在一定局限性:①研究未充分考

量不同地区附属医院资源禀赋差异对模式推广的影响,东部发达地区与中西部欠发达地区医学院校在临床资源质量、市场需求、政策支持等方面存在显著差距,本文提出的模式在欠发达地区的适配性仍需进一步验证与调整^[21];②研究聚焦于院校层面的模式构建,未深入分析外部政策环境(如医疗培训资质审批、收费标准管控)的动态变化对培训业务的影响,政策不确定性带来的运营风险有待后续探讨;③缺乏量化研究支撑,未通过实证数据验证模式实施的效能差异,后续可通过问卷调查、案例追踪等方式,量化分析培训对学科建设、经费增长及基层医疗服务能力提升的具体成效。

未来,医学院校对外培训应紧扣“健康中国”战略需求,持续优化资源效能转化模式。在资源整合方面,可依托数字化技术构建跨区域临床资源共享平台,打破地域限制实现优质资源高效流转;在课程开发方面,聚焦人工智能医疗、精准医学等前沿领域,打造具有前瞻性的特色培训项目;在协同发展方面,深化与政府、医疗机构、企业的合作,构建区域性医疗培训联盟,形成资源共享、优势互补的培训生态^[22]。同时,需持续完善平衡机制,坚守医学教育公益性底线,针对不同地区资源禀赋差异优化模式适配性,推动对外培训成为医学院校学科发展、社会服务与资源效能转化的核心载体,为我国医疗健康事业高质量发展提供人才支撑与智力保障。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突。

作者贡献声明 王硕:研究过程实施,数据收集与分析,论文撰写与修订;李继胜:研究构思与设计,研究方案制订,研究指导与论文审定。

参考文献

- [1] 国务院办公厅关于印发“十四五”国民健康规划的通知(国办发[2022]11号)[J]. 中华人民共和国国务院公报,2022(16):17-31.
- [2] 中华人民共和国教育部. 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[EB/OL]. (2017-07-03) [2025-09-20]. http://www.moe.gov.cn/jyb_xxgk/moe_1777/moe_1778/

- 201707/t20170711_309175.html.
- [3] 李盛兵,周大志,刘继荣,等. 笔谈:高校非学历教育与人才强国建设[J]. 现代大学教育,2024,40(5):1-16.
- [4] 姚中进,黄婉晴. 新时期大型公立医院社会责任价值取向与实现路径[J]. 中国医院管理,2022,42(3):24-28.
- [5] 李振良,高树青,郭春燕,等. 转型发展背景下新医科建设思路与路径[J]. 河北北方学院学报(自然科学版),2024,40(12):59-65.
- [6] 中华人民共和国教育部. 教育部关于推进新时代普通高等学校学历继续教育改革的实施意见[EB/OL]. (2017-07-03) [2025-09-20]. http://www.moe.gov.cn/srcsite/A07/moe_743/202208/t20220816_653132.html.
- [7] 刘铁诚,刘晓岑,吴松. 高校附属医院管理模式之辨[J]. 中国医院院长,2021,17(16):74-76.
- [8] Barney J B. Firm resources and sustained competitive advantage[J]. *Advances in Strategic Management*:203-227.
- [9] 张近乐,燕云捷,来爽. 新时代高等学历继续教育与非学历教育融合发展研究[J]. 中国成人教育,2024(2):27-31.
- [10] 任刚,华宝余. 区域一体化医疗培训平台的建设与实践[J]. 医药高职教育与现代护理,2022,5(5):381-384.
- [11] Shanafelt T D, Dyrbye L N, West C P. Addressing physician burnout: the way forward [J]. *JAMA*, 2017,317(9):901-902.
- [12] 中华人民共和国人民政府国务院办公厅. 国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见[EB/OL]. (2017-07-03) [2025-09-20]. https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5618942.htm.
- [13] 刘冰莹. “大思政”视阈下搭建地方高校附属医院人才引育共同体的逻辑进路 [J]. 秦智,2023(2):101-103.
- [14] 薛松,赵冰清,詹悦,等. 临床技能实验室信息化管理的现状与优势[J]. 品牌与标准化,2021(3):96-98.
- [15] 翟荣良,潘晨,颜景芝. “新医科”背景下医学高校教师专业发展支持服务的实践与探索[J]. 卫生职业教育,2023,41(6):37-39.
- [16] 王娟,孙新宇,高鹏,等. 信息化背景下基于课堂派的混合式教学改革初探[J]. 中国教育技术装备,2021(4):33-34,46.
- [17] 李天月. 基于马斯洛需求层次理论的90后员工激励机制研究[J]. 管理观察,2016(6):68-70.
- [18] Herzberg F. *Work and the nature of man* [M]. London: A mentor book, 1966.
- [19] 何静. 高校在非学历教育发展中的问题与对策研究[J]. 现代职业教育,2020(36):184-185.
- [20] 潘懋元. 高等学校的社会职能[J]. 高等工程教育研究,1986(3):11-17.
- [21] 赵雪雁,王晓琪,刘江华,等. 基于不同尺度的中国优质医疗资源区域差异研究[J]. 经济地理,2020,40(7):22-31.
- [22] 魏明月,王淑,王森,等. 基于“互联网+”的跨区域医疗信息共享与服务协同平台设计[J]. 中国卫生资源,2021,24(5):547-550.

(收稿日期:2025-06-04,修回日期:2025-07-15)

(本文编辑:高健)

开放获取 本文使用遵循知识共享 署名-非商业性-禁止演绎 4.0 协议 (CC BY-NC-ND 4.0), 详细信息请访问 <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>。

OPEN ACCESS This article is licensed for use under Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International Deed (CC BY-NC-ND 4.0). For more information, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.