◁人力资源管理▷

# 评审专家视角下某省卫生职称制度改革效果评价研究*

李美坤，赵迪，章遐义△
广州中医药大学第一附属医院，广州 510405

【摘要】 **目的**　分析某省卫生职称评审专家调查问卷数据，评价职称制度改革效果。**方法**　选取近3年参与该省职称评审的专家为研究对象，通过问卷调查等方式收集专家对改革评价方案实施效果、评审系统运行效能及评审方式合理性的意见。**结果**　回收有效问卷569份。多数专家认为现行方案贴合实际，评价维度设置合理，核心评价呈“执业能力本位”特征；较多专家提出工作业绩要求是最应优先改进的维度；超七成专家对系统功能满意，超九成专家认可现行“盲评+专业排名+双主审+评议投票”方式。**结论**　改革已取得初步成效，但存在人才异质性评价机制待完善、专业业绩标准需细化、评价效度待优化、信息化建设需加强等问题，需进一步改进。

【关键词】 评审专家视角；卫生职称制度改革；效果评价；优化对策
【文献标志码】 B　【文章编号】 1672-4232(2026)03-0042-05
【DOI编码】 10.3969/j.issn.1672-4232.2026.03.010

在推进健康中国建设进程中，卫生健康人才队伍建设始终发挥着支撑卫生事业高质量发展的核心引擎作用。中央人才工作会议将“深化人才发展体制机制改革”确立为关键任务，强调“加快建设世界重要人才中心和创新高地”，为新时代卫生人才工作指明了方向路径。立足新阶段，深化卫生职称制度改革已成为破解人才发展体制机制障碍的迫切要求。2022年，广东省根据人力资源社会保障部等部委的指导意见[1]制定出台《广东省卫生健康专业技术人才职称评价改革实施方案》[2]（以下简称《评价方案》）。本文以该省为例，创新性地从实践者视角反向审视制度设计，立足评审专家视角，系统解构卫生职称制度改革的实施成效与现存问题，靶向提出具有实践价值的对策建议，旨在为构建契合“健康中国”战略需求的人才评价机制提供理论支撑与决策依据。

## 1　研究对象和方法

### 1.1　研究对象

本研究选取近3年参与广东省职称评审工作且在省卫生健康人才高级职称评审专家库内的专家为研究对象。

### 1.2　研究方法

1.2.1　文献分析法。从广东省人力资源和社会保障厅、卫生健康委、中医药管理局等官网中收集职称评审制度等相关资料，同时在知网、万方、维普等数据库中检索卫生职称制度改革相关文献。

1.2.2　问卷调查法。2022年9月至2024年9月，连续3年向参与广东省职称评审工作的专家发放问卷，收集研究对象对《评价方案》及评审系统的意见与建议。对收集的问卷进行整理、分析，统计有效问卷数量、各学科专业专家人数，归纳专家的意见及建议。

## 2　结果

### 2.1　评审专业及问卷分布情况

本研究累计发放问卷610份，回收有效问卷569份，有效回收率93.28%。接受调研的专家均从省卫生健康人才高级职称评审委员会专家库中随机抽取且参与了当年评审，职称均为正高级。

问卷共涵盖6个专业方向，医疗、护理方向占比较高，详见表1。

**表1　2021—2023年度有效问卷数量及专业分布[份(%)]**

| 专业方向 | 2021年度（$n$=164） | 2022年度（$n$=203） | 2023年度（$n$=202） | 合计（$n$=569） |
|---|---|---|---|---|
| 医疗 | 90(54.88) | 115(56.65) | 111(54.95) | 316(55.54) |
| 医技 | 18(10.98) | 25(12.32) | 22(10.89) | 65(11.42) |
| 护理 | 34(20.73) | 33(16.26) | 48(23.76) | 115(20.21) |
| 药学 | 10(6.10) | 11(5.42) | 6(2.97) | 27(4.75) |
| 医学研究 | 4(2.44) | 7(3.45) | 3(1.49) | 14(2.46) |
| 卫生管理研究 | 8(4.88) | 12(5.91) | 12(5.94) | 32(5.62) |

### 2.2　《评价方案》实施效果评价

本研究分别从《评价方案》与该省实际情况的贴合性、评价维度设置合理性、重要程度、需改进维度以及工作业绩成果方面进行调查，具体见表2。

*基金项目：广东省医学科研基金研究项目(C2023075)；广东省中医药管理局研究项目(20253001)
△通信作者

**表2　2021—2023年度《评价方案》实施效果评价情况[份(%)]**

| 评价项目 | 2021年度（*n*=164） | 2022年度（*n*=203） | 2023年度（*n*=202） | 合计（*n*=569） |
|---|---|---|---|---|
| 是否符合我省实际情况 | | | | |
| 符合/非常符合 | 132(80.49) | 152(74.88) | 164(81.19) | 448(78.73) |
| 基本符合 | 32(19.51) | 51(25.12) | 38(18.81) | 121(21.27) |
| 不符合/非常不符合 | 0(0.00) | 0(0.00) | 0(0.00) | 0(0.00) |
| 评价维度设置的合理性 | | | | |
| 合理/非常合理 | 131(79.88) | 147(72.41) | 162(80.20) | 440(77.33) |
| 基本合理 | 33(20.12) | 56(27.59) | 40(19.80) | 129(22.67) |
| 不合理/非常不合理 | 0(0.00) | 0(0.00) | 0(0.00) | 0(0.00) |
| 各评价维度重要程度 | | | | |
| 专业能力要求(执业能力水平) | 57(34.76) | 81(39.90) | 87(43.07) | 225(39.54) |
| 工作业绩要求 | 36(21.95) | 44(21.67) | 47(23.27) | 127(22.32) |
| 学历资历要求 | 33(20.12) | 37(18.23) | 15(7.43) | 85(14.94) |
| 专业能力要求(病案病历) | 17(10.37) | 23(11.33) | 31(15.35) | 71(12.48) |
| 工作量要求 | 21(12.80) | 18(8.87) | 22(10.89) | 61(10.72) |
| 评价维度改进的优先级排序 | | | | |
| 工作业绩要求 | 65(39.63) | 61(30.05) | 74(36.63) | 200(35.15) |
| 专业能力要求(病案病历) | 40(24.39) | 51(25.12) | 38(18.81) | 129(22.67) |
| 工作量要求 | 35(21.34) | 29(14.29) | 46(22.77) | 110(19.33) |
| 专业能力要求(执业能力水平) | 10(6.10) | 51(25.12) | 36(17.82) | 97(17.05) |
| 其他方面 | 14(8.54) | 11(5.42) | 8(3.96) | 33(5.80) |
| 工作业绩体现专业水平的重要程度(根据频次统计) | | | | |
| 论文、学术著作 | 154(19.18) | 174(17.24) | 193(19.48 ) | 521(18.59) |
| 新技术新项目 | 119(14.82) | 146(14.47) | 146(14.73 ) | 411(14.66) |
| 成果奖励 | 112(13.95) | 149(14.77) | 140(14.13 ) | 401(14.31) |
| 技术规范、行业标准、专家共识、诊疗指南 | 113(14.07) | 150(14.87) | 140(14.13 ) | 403(14.38) |
| 专业技术报告 | 95(11.83) | 151(14.97) | 117(11.81 ) | 363(12.95) |
| 技术专利、软件著作权 | 92(11.46) | 99(9.81) | 114(11.50 ) | 305(10.88) |
| 科普作品 | 55(6.85) | 55(5.45) | 67(6.76) | 177(6.31) |
| 人才培养报告 | 43(5.35) | 52(5.15) | 50(5.05) | 145(5.17) |
| 其他代表性业绩成果 | 20(2.49) | 33(3.27) | 24(2.42) | 77(2.75) |

注:“工作业绩体现专业水平的重要程度”为多选题,1名专家可选择多个选项,百分比按总选择频次计算。

2.2.1　《评价方案》的适配性。从反馈的问卷结果来看,评审专家普遍认为职称制度改革后,现行方案能较好地贴合实际情况。其中回答“符合/非常符合”占78.73%,“基本符合”占21.27%。

2.2.2　评价维度设置的合理性。关于《评价方案》中设置的五大评价维度,如“学历资历要求、工作量要求、专业能力要求(含病案病历和执业能力水平)、工作业绩要求”是否合理,77.33%的专家认为“合理/非常合理”,另外22.67%的专家认为“基本合理”。对建议进一步整理发现,大部分建议集中于“可针对各评价维度进一步细化及量化、统一标准”,另有部分建议应“分级分层对评价维度进行设置”或“引入更多的评价模式,如理论考试/技能考试等”,少部分专家则认为“目前《评价方案》标准过低,建议在目前基础上提高评价标准”。

2.2.3　评价维度的重要程度。综合3年数据,职称评审核心评价呈现出显著的“执业能力本位”特征。专家认为,晋升职称的首要条件是专业能力要求(执业能力水平),占39.54%;其次是工作业绩要求,占22.32%;工作量要求占比最低,占10.72%。

2.2.4　评价维度改进的优先级排序。基于3年合并数据分析显示,在各评价维度需改进的问题中,意见占比从高到低依次为工作业绩要求、专业能力要求(病案病历)、工作量要求、专业能力要求(执业能力水平)及其他方面,占比依次为35.15%、22.67%、19.33%、17.05%、5.80%。部分专家对“工作业绩要求”提出辩证性改进意见。他们认为国家和省的职称改革倡导“破四唯”,绝非对学术成果全盘否定,而是需在“破”与“立”中重塑合理评价导向。40至50岁申报群体正是医学人才的“中流砥柱”,处于科研产出峰值与临床经验积淀的“双重黄金期”,其专业能力需要临床实践与科研创新的“双轮驱动”。另一部分专家对开展多维度评价的创新突破给予积极评价,但建议评价维度设计需从“粗放分类”向“精准定义”优化,构建更符合本省实际的可操作性评价标准。

2.2.5　工作业绩体现专业水平的重要程度。在多元化工作业绩评价条件中,专家对申报人专业水平的评价仍表现出对传统学术成果的显著偏好。数据显示,“论文、学术著作”占18.59%,居于首位;其

次是“新技术新项目”“成果奖励”与“技术规范、行业标准、专家共识、诊疗指南”，这几类比重接近，约14%；新增设的工作业绩权重相对较低。

### 2.3　评审系统运行效能评价

在职称制度改革的配套建设中，该省启动了职称评审系统的数智化升级，重点构建了“工作量”和“专业能力”评价两大功能模块，为专家提供数据驱动的决策支持。本次对评审系统运行效能评价主要从三方面展开：对评审系统的整体满意度、评审系统功能结构设计的合理性及系统能否反映申报人的专业能力水平，具体见表3。

2.3.1　整体满意度。评审系统使用效果调研显示，71.35%的专家对系统功能给予“满意/非常满意”评价，28.65%的专家表示“基本满意”，整体满意度达100.00%。可见大部分专家对于评审工作数字化、信息化的接受度较高，这将助力构建高效人才评价的新局面。

2.3.2　功能结构设计的合理性。在功能结构设计的合理性方面，有77.50%的专家认为评审系统设计“合理/非常合理”，22.50%的专家认为“基本合理”。部分专家建议在系统结构设计方面可增加“排名对比模式”，以便更直观地进行横向和纵向对比；另有专家建议可以增加“亮点/不足展示功能”或是在系统中同步附上评价标准以便对照；少部分专家对系统操作界面的流畅度和页面展示、标记功能提出了改进建议。

2.3.3　系统对申报人专业能力评估效度。68.37%的专家认同/非常认同“系统能充分体现申报人专业能力水平”，而有31.63%的专家对此观点持“基本认同”的态度。在持“基本认同”观点的专家中，部分专家认为系统从多维度对申报人的情况进行展示，但是在临床能力评价方面仍具有一定主观性，建议依托职称评审系统继续提升临床能力评价的科学性。

### 2.4　评审方式合理性评价

表4显示，94.55%的专家认为现行“盲评+专业排名+双主审+评议投票”的评审方式“合理/非常合理”，仅有5.45%的专家认为“基本合理”。对建议的分析发现，部分专家提到现有评审方式采用的是双主审模式，在评审效率方面具备优势，但如果为增强评审的客观性，可考虑引入三人评议小组模式；部分专家则针对评审专家遴选与管理提出建议一是应在盲评的基础上增加外省专家参评，二是对评审专家应建立评价机制，如设立自评与互评环节，对于评审期间能力表现欠佳的专家应采取相应的处理措施，组长应当从经验丰富的评审专家中遴选。

## 3　讨论

### 3.1　主要成效

3.1.1　全面覆盖，构建三维立体人才评价体系。该省评价体系对接卫生健康事业高质量发展需求，形成“横向分类—纵向细分—区域发展”的立体化框架。“横向分类”按功能定位和岗位属性，将人才分为卫生专业技术、基层卫生专业技术、卫生研究三类，实施分类分层评价。“纵向细分”通过职称专业动态调整机制，覆盖传统专业并对接新兴学科，已开展116个专业评审。“区域发展”创新协同评价机制，开辟港澳台及外籍人才通道，构建“内外联动、国际接轨”机制，彰显地域特色与制度创新。

3.1.2　价值重构，构筑多元评价标准新范式。调研显示评价标准向“能力、实绩、贡献”转型后，专家评价重点发生结构性调整，引导人才从“指标驱动”转向“价值创造”。作为改革先行省，该省建立“通用标准+地域特色”体系，突破传统框架，构建涵盖中医药、医技等在内的评价指标，实现能力与职称精准匹配；业绩评价推行多元化代表性成果评价机

**表3　2021—2023年度评审系统运行效能评价情况[份(%)]**

| 评价项目 | 2021年度(*n*=164) | 2022年度(*n*=203) | 2023年度(*n*=202) | 合计(*n*=569) |
|---|---|---|---|---|
| 整体满意度 | | | | |
| 　满意/非常满意 | 128(78.05) | 135(66.50) | 143(70.79) | 406(71.35) |
| 　基本满意 | 36(21.95) | 68(33.50) | 59(29.21) | 163(28.65) |
| 　不满意/非常不满意 | 0(0.00) | 0(0.00) | 0(0.00) | 0(0.00) |
| 功能结构设计的合理性 | | | | |
| 　合理/非常合理 | 129(78.66) | 161(79.31) | 151(74.75) | 441(77.50) |
| 　基本合理 | 35(21.34) | 42(20.69) | 51(25.25) | 128(22.50) |
| 　不合理/非常不合理 | 0(0.00) | 0(0.00) | 0(0.00) | 0(0.00) |
| 能充分反映申报人的专业能力水平 | | | | |
| 　认同/非常认同 | 86(52.44) | 146(71.92) | 157(77.72) | 389(68.37) |
| 　基本认同 | 78(47.56) | 57(28.08) | 45(22.28) | 180(31.63) |
| 　不认同/非常不认同 | 0(0.00) | 0(0.00) | 0(0.00) | 0(0.00) |

**表4　2021—2023年度“盲评+专业排名+双主审+评议投票”评审方式的合理性评价[份(%)]**

| 合理性 | 2021年度（*n*=164） | 2022年度（*n*=203） | 2023年度（*n*=202） | 合计（*n*=569） |
|---|---|---|---|---|
| 合理/非常合理 | 161(98.17) | 202(99.51) | 175(86.63) | 538(94.55) |
| 基本合理 | 3(1.83) | 1(0.49) | 27(13.37) | 31(5.45) |
| 不合理/非常不合理 | 0(0.00) | 0(0.00) | 0(0.00) | 0(0.00) |

制,弱化科研数量考核,从诊疗能力、技术创新、成果转化等多维度综合评价,实现“干什么、评什么”[3]。

3.1.3　科学评价,提升人才评价技术精准化水平。该省以职称改革为强化评价能力,采用“盲评+专业排名+双主审+评议投票”四位一体方式。一是双向匿名盲评,屏蔽申报人与专家信息,提升公信力;二是专业能力量化排名,通过大数据生成同专业同级别排名,为定性评价提供基准;三是双主审制度,匹配对应专业正、副主审提供专业意见;四是优化群体评议,要求对拟否定对象提供依据,经集中评议避免“一票否决”,提升评审专业性与科学性。

3.1.4　数智融合,推进人才评价数字化转型。该省从三方面推动评价从经验判断转向数据驱动:一是全流程数字化评审,线上整合申报、审核等环节,提升效率并打造阳光生态;二是搭建多源数据集成平台,对接国家卫生人才评价等数据源,构建42个专业执业能力量化模型;三是开发中医临床能力评价系统,以大数据构建包含优势病种诊疗等维度的模型,通过智能画像诊断中医人才的专业优势与发展短板,为职称评审提供客观、精准的数字化决策支撑。

### 3.2　存在问题

3.2.1　人才异质性评价机制尚需完善。调研发现,评审实践中部分专家反映,按目前统一的非基层卫生人才评价标准,难以精准识别不同层级医疗卫生机构专业技术人才的能力特质。医疗卫生机构的层级化功能设计决定了人才评价的核心维度应各有侧重。例如,三甲医院作为医学创新核心载体,其人才评价应聚焦“医教研协同发展”复合标准;普通三级医院作为区域医疗服务枢纽,应聚焦临床技术应用、医疗质量控制和区域健康辐射等方面;二级医院作为健康服务网底,则应聚焦常见病诊疗质量、慢性病管理成效和健康政策传播等方面。

3.2.2　多元业绩成果评价标准有待细化。数据显示,学术导向的评价模式在工作业绩成果评价中仍占主导地位。对于软件著作、图书著作、科普作品、人才培养报告、制度标准等非传统业绩成果代表作缺乏可操作的认定标准,往往依赖评审专家自身的专业素养和学术水平,容易受个人价值观和认识论影响,造成整体评价标准不统一,或导致评价结果产生偏差的情况。这与学者陈孟夏等[4-5]在研究中观察到的情况类似,说明目前各省可能普遍存在对业绩成果要求不够明确与细化、评价标准仍不够成熟的现象。

3.2.3　工作量对岗位贡献的评价效度有待优化。目前工作量评价机制在实际操作中仍存在局限,无法精准全面体现岗位贡献,主要体现在三个方面:一是亚专科分化问题,在医疗技术水平前沿的三甲医院及专科医院,为契合学科专业发展需求,依据系统、部位、病种等不同维度对学科专业进行亚专业细分,细分后的亚专科医疗工作量难以达到常规专科专业的工作量申报要求;二是基层硬件制约问题,一些基础设施薄弱的基层医疗卫生机构未设置住院病房,导致申报术科专业高级职称的医师无法满足住院病房工作量要求,从硬件层面形成评价壁垒;三是特殊专科病例基数限制问题,精神病学(含心理卫生)、新生儿科、肿瘤放射治疗学等小众专科,受学科特性及服务人群规模限制,可能客观上无法达到评审申报的工作量要求。

3.2.4　专业能力评价信息化建设仍需加强。尽管该省在专业能力评价信息化建设上已走在全国前列,但在新质生产力浪潮下,系统性优化仍需加强。一方面,跨省工作人员的首页数据共享受限,数据安全与数据标准难以保障,机构间协同效率低下;另一方面,因医疗机构信息化水平参差不齐,部分申报单位无法获取申报人的专业能力评价数据,影响评审工作的全面性与准确性。此外,现有评价系统虽具备一定数据整合与智能分析能力,但为更精准呈现申报人的临床实绩和技术能力画像,仍需根据评审专家的意见持续优化升级。

3.2.5　评审质量管理水平全面提升迫在眉睫。该省在评审能力建设等多方面进行了有益探索,但仍面临诸多挑战。其一,随着卫生职称制度改革推进,申报人数逐年递增,现有专家库评委的量与质难以满足评审需求,且评审专家专业分布不均衡,主要集中在热门专业领域,一些新兴、交叉及细分专业鲜有涉及;其二,评审参与度存在制度缺陷,不少专家因事务繁忙等原因未能及时响应,影响评审

工作顺利推进；其三，专家评审水平参差不齐，少部分评委对评审标准理解不够精准，造成评价尺度不一，一定程度上影响评审结果的客观公正性。

## 4　对策建议

### 4.1　完善人才异质性评价机制

职称制度作为医疗卫生机构人才评价选拔和激励的重要举措，关系到卫生健康人才的培育和使用[6-7]。应依据医疗机构功能定位与工作特点，按等级、类别分层分类完善评价机制，精准识别人才能力异质性，实现“一类机构一套标准、一类人才一把尺子”。同时锚定“医疗卫生人才高地”战略，创新一流人才评价指标，构建以医疗创新突破与临床转化效能为导向的评价框架，为健康中国建设注入强劲人才动能[8]。

### 4.2　健全多元业绩成果评价标准

组建由行业学者、管理专家、第三方代表组成的跨领域团队，制定多元业绩成果分类评价细则，明确不同成果的重点评价标准，结合各级医疗机构特点灵活调整成果权重比例。借助大数据技术构建“数据采集—智能分析—动态赋分”的数字化体系，全面反映人才贡献，提升评价科学性与公信力。

### 4.3　优化工作量对岗位贡献的评价效度

依据学科、专科发展趋势和行业需求变化，动态修订工作量指标，兼顾岗位实际贡献与人才发展导向。针对亚专科，结合学科特点与临床实践建立折算机制，按技术难度和强度制定差异化系数[9-10]；针对基层，将公共卫生服务量作为替代指标，达标即视为完成工作量；针对特殊专科，依据服务人群规模与特性重新设定要求，保障小众专科人才的合理评价和发展。

### 4.4　加强专业能力评价信息化建设

一是从国家层面推动跨省病案数据共享与标准化，建立统一数据安全规范和标准体系；省级统筹医疗业务协同，建立不良行为记录机制，为人才评价提供数据支撑。二是持续优化评价系统，强化数据整合与智能分析能力，利用大数据和人工智能生成多维度能力评价画像及报告，为评审专家提供更加科学、直观的参考依据[11]。

### 4.5　全面提升评审质量管理水平

一是加强评审专家库规模建设。国家层面构建跨省专家协作机制，打破地域限制，拓宽邀请渠道；针对紧缺及新兴学科，联合专业学会与社会组织定向扩充专家库。二是建立专家评审质量控制管理机制。运用大数据分析专家评审行为与结果，形成专家评审质量分析报告，对失信、违规及频繁缺席专家实施动态调整。三是定期组织评审专家培训。通过开展政策解读、经验交流等培训，提升专家评审水平与素养。

## 参　考　文　献


[1] 人力资源社会保障部，卫生健康委，中医药局. 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].(2021-06-30)[2025-06-30]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-08/05/content_5629566.htm.

[2] 广东省人力资源社会保障厅，广东省卫生健康委，广东省中医药局. 广东省人力资源社会保障厅 广东省卫生健康委 广东省中医药局关于印发《广东省卫生健康专业技术人才职称评价改革实施方案》的通知：粤人社规〔2022〕6号[EB/OL].(2022-03-25)[2025-06-30]. http://www.gd.gov.cn/zwgk/gongbao/2022/12/content/post_3923648.html.

[3] 张倩，曾燕，钟荧. 卫生系列高级职称评审工作改革及效果浅析[J]. 江苏卫生事业管理，2021，32(11)：1420-1423，1432.

[4] 陈孟夏，孙震，彭松，等. 安徽省卫生专业技术人员高级职称评审制度改革研究[J]. 中医药临床杂志，2023，35(9)：1842-1847.

[5] 汪锦城，唐碧华，江丽杰，等. 基于内容分析法的我国中医药卫生人员高级职称评审政策分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化，2021，23(10)：3727-3734.

[6] 孙胜欣，刘新宇，马晓蕾，等. 大型公立医院职称制度改革困境和对策研究[J]. 卫生经济研究，2022，39(9)：74-77.

[7] 赵娜，王晓峰，周小明. 职称评审制度改革破局前行[J]. 中国医院院长，2025，21(2)：82-83.

[8] 李洋，赵长久，崔立君，等. 我国卫生专业技术人员高级职称评审政策回顾、现状及展望[J]. 中国医院管理，2022，42(7)：50-52.

[9] 程琳，贾秀才. 基于卫生系列高级职称评审过程中工作量问题的分析[J]. 中国卫生人才，2022(5)：62-63.

[10] 肖煜吟，李菲菲，李国红，等. 临床医师对卫生技术人员高级职称评审制度态度研究[J]. 中国医院管理，2023，43(12)：11-15.

[11] 王梦圆，戴晨曦，古淑婷，等. 公立医院高级职称自主评审的探索与实践以江苏省人民医院为例[J]. 中国卫生人才，2024(5)：34-38.


**收稿日期**：2025-08-07
**修回日期**：2025-08-13　　（编辑　徐佳）