

新环境下基层卫生院职称评聘的合理性与公平性对卫生院发展的研究

汤志兴

浙江省苍南县马站镇中心卫生院 浙江 温州 325809

摘要：随着健康中国2030战略推进与医药卫生体制改革深化，基层卫生院服务能力提升成关键。新环境下，人力资源是基层医疗机构核心资产，职称评聘制度是激励机制中枢。当前基层卫生院职称评聘存在评价指标脱离实际、岗位设置转化不畅等问题。本文以公平理论等为依据，深入分析新环境下基层卫生院职称评聘现状与困境，探究其对组织绩效的影响，提出“定向评价、评聘结合”等优化策略，为基层医疗机构治理能力现代化提供理论与实践支持。

关键词：新环境；基层卫生院；职称评聘；合理性；公平性；组织发展

引言：当下我国医疗卫生事业处于重大转型期，从“以治病为中心”迈向“以人民健康为中心”。国家加大基层医疗卫生投入，推进紧密型县域医共体建设，基层卫生院功能定位改变，不再局限于常见病诊疗，还承担公共卫生等任务。但硬件改善未解决基层看病难题，人才是关键瓶颈。职称是衡量专业技术人员能力的重要标尺，其评聘机制导向作用显著。新环境下，传统职称评聘模式与基层卫生院高质量发展需求矛盾凸显，重构科学合理且公平的评聘体系迫在眉睫。

1 理论基础与政策演进

1.1 职称评聘制度的核心概念界定

职称评聘包含评和聘两个重要的环节。评即专业技术资格评价，是对专业技术人员学术技术水平和专业能力的认定；聘即专业技术职务聘任，是用人单位根据工作需要和岗位设置，将具有相应资格的人员聘用到相应岗位并兑现待遇的过程^[1]。旧有体制下存在“评聘分离”的现象，即评上资格并不等于聘上岗位，造成大量高职低聘或有职无岗的现象积压。但是新的环境下，改革的方向越来越向评聘结合转变，突出岗位管理的刚性约束和激励作用。职称对基层卫生院来说，是技术等级的标志，也是薪酬分配（岗位工资）的直接依据，因此其是否合理直接关系到分配制度是否公平。

1.2 基于公平理论的分析框架

亚当斯的公平理论（Equity Theory）认为，员工不仅关心自己所得报酬的绝对值，更关心自己和他人的报酬比较的相对值。基层卫生院职称评聘中，比较有三方面，一是横向比较，即自己与本院同事、同级医院同行在投入（学历、工龄、工作量、临床业绩）和产出（职称晋升速度、聘任等级）上的比率是否对等；二是纵向

比较，即自己现在的晋升难度与过去相比是否合理；三是程序公平，即评聘的规则制定、评审过程、申诉机制是否透明公正。如果医务人员觉得评聘标准偏离临床实际，过于重视与其工作无关的科研论文等，或评审过程中受人情关系干扰，就会产生强烈的不公平感。心理失衡会造成认知失调，进而引发消极怠工、减少组织公民行为、离职等后果，严重削弱卫生院的核心竞争力。

1.3 期望理论与激励机制

弗鲁姆的期望理论认为激励力 = 效价 × 期望值。在职称评聘中，效价就是职称晋升带来的薪酬提高、社会尊重等回报对于医务人员的吸引力，基层的效价一般较高；期望值就是医务人员认为通过努力工作达到晋升标准的概率。在新环境出现之前，基层医生面临的是“门槛高”（核心期刊论文、多样式要求、专业业务突出不作为主要指标）的问题，因此期望值很低，很多业务骨干放弃晋升，处于职业倦怠的状态。新环境下改革的目的是降低不合理的门槛、提高临床实绩权重来提高期望值，从而恢复职称制度的激励功能。

2 新环境下基层卫生院职称评聘的现状与问题剖析

2.1 评价指标的“路径依赖”与实际脱节

尽管国家层面多次发文要求破除“唯论文”倾向，但是基层卫生院职称评价指标体系还存在严重的路径依赖。长期以来形成的学术评价惯性，使得评审专家（院内组织）在量化打分的时候，仍然习惯于把人情驾于工作专业之上，对于临床业务量、病历质量、手术操作难度、公共卫生服务等体现基层工作特点的指标，缺少科学的量化手段，造成其在总分中占比虚高或者流于形式^[2]。

基层医生的主要工作是常见病、多发病的诊治和家庭医生签约服务，工作碎片化、重复性高、技术难度小

但服务量大。但是现行的高级职称评审标准大多向三级医院看齐，过分看重疑难杂症的诊治能力以及科研创新能力。评价导向的错位有时造成了会看病的人评不上，会评的人不会看病的怪圈。

2.2 “评聘脱节”引发的岗位拥堵与排队现象

在新的环境之下，基层卫生院普遍实行全员聘用制和岗位管理制度，事业单位岗位设置有严格的总量控制和结构比例限制（高级、中级、初级岗位的比例）。但是由于历史原因，许多卫生院还存在“因人设岗”或者“超职数评定”的遗留问题。

这就造成了严重的“评聘脱节”现象，许多医生虽然通过了考试或评审取得了副主任医师、主治医师的资格，但由于单位没有空缺岗位，只能长期“高职低聘”，拿着低一级的工资干着高一级的活。排队等待现象在一些老资历的卫生院中尤为严重，等待周期长达数年。对年轻骨干来说，看到前面排着长队，会产生职业发展的绝望感；对于已经取得资格但未被聘任的人员来说，长期的待遇差距会产生强烈的相对剥夺感。另外聘任过程中标准不明确，是按取得资格的时间先后聘任，还是按年度考核成绩竞争聘任，没有统一的、公认的规则，极易引起内部矛盾，破坏团队合作氛围。

2.3 评审过程的行政化与主观性干扰

公平性不单是结果上的公平，更是程序上的公平。在基层熟人社会中，职称评聘的行政化色彩浓厚。首先在推荐环节中，卫生院领导班子拥有较大的自由裁量权甚至独权。在名额有限的情况下，谁能够被推荐去参加上级评审，一般看的是与领导关系的亲疏远近，而不是业务能力。

其次，在业绩材料的审核认定上存在“弹性执行”的空间。病历质量的评价、医德医风的考核缺少硬性数据支撑，容易受主观印象的影响。一些卫生院在制定内部竞聘方案时，就会出现“量身定做”的情况，专门设置有利于某些人的加分项。程序上的不透明、不公正严重破坏了职称制度的公信力。当医务人员认为晋升不再取决于个人的努力，而取决于“运作”能力的时候，整个组织的组织氛围就会急剧恶化，劣币驱逐良币，真正有技术、有抱负的人会选择跳槽到更公平上级医院。

3 职称评聘合理性与公平性对卫生院发展的深层影响

3.1 对医疗服务质量与患者满意度的传导效应

职称评聘的导向决定着医务人员把注意力分配到哪里。当评聘制度不合理，过分强调论文或者科研的时候，医生会将大部分精力放在写论文、搞材料上，从而造成查房敷衍、病历书写不规范、医患沟通减少。

相反，如果评聘制度具有高度的合理性，把常见病治愈率、业务占比、患者满意度作为主要指标，就会促使医生潜心于临床，提高技术水平^[1]。按照公平理论，医生如果觉得自己的付出与所得相称，就会提高工作投入度，表现出更高的耐心和责任心。口碑是基层卫生院的生存之本。合理的职称制度会产生一批名医，良性循环下更多的患者来院治疗，卫生院业务量、经济效益就会提高。相反，不公平的制度会使得优秀的医生离开，剩下的医生缺乏动力，服务水平下降，患者流失，卫生院陷入服务差、收入低、留不住人、服务更差的恶性循环。

3.2 对人才队伍稳定性与结构优化的影响

人才是卫生院发展的核心动力。合理的职称晋升通道是留住人才的定海神针。赫茨伯格的双因素理论认为，薪酬、职称属于保健因素，虽然不能直接带来巨大的满足感，但是当它们缺失或者处理不公的时候，会产生巨大的不满。

当评聘不公平的时候，最先流失的往往是能力强、市场竞争力大的中青年骨干。他们的离职会使得卫生院人才出现断层，形成老老小小的哑铃型人才结构，缺少承上启下的中坚力量。不合理的岗位设置会造成专业结构的失衡。如果护理、医技等岗位的晋升比临床医疗岗位更难，就会造成辅助科室人员短缺，进而影响整个医疗流程运转的效率。建立公平合理的评聘机制，可以依靠明确职业发展路径的预期来提高医务人员的组织承诺，降低离职率，有利于人才梯队建设与专业结构的优化配置。

3.3 对组织文化与创新能力的重塑

组织文化是卫生院发展的软实力。职称评聘属于高利害关系的组织行为，对组织文化的发展起着决定性的作用。一个公平、公开、公正的评聘环境，可以培育出崇尚技术、钻研业务、团结协作的积极组织文化。

相反，如果评聘过程中充斥着暗箱操作、论资排辈，就会滋生投机取巧、拉帮结派的政治性亚文化。在这样的文化背景下，创新被视作异类，平庸成了生存之路。没有人愿意去钻研新技术、新项目，因为这些努力在职称评审中得不到体现。基层卫生院发展特色专科、引进适宜技术是生存之本。缺少激励创新的职称评价体系，会扼杀卫生院的技术创新能力，在激烈的市场竞争中逐渐被边缘化。合理的评聘制度应该设置技术创新加分项，激励医生开展新技术，给卫生院的发展注入源源不断的内生动力。

4 优化基层卫生院职称评聘机制的策略路径

4.1 重构评价指标体系：从“重科研”向“重实绩”转型

针对基层实际,必须破除唯论文倾向,建立以医疗服务水平、质量、工作业绩为分类评价标准的体系^[4]。首先实行“代表作”制度。基层医生的代表作不应该是论文,而应该是临床病案分析、流行病学调查报告、健康科普作品,甚至是解决某个基层医疗难题的技术总结。其次加入量化临床指标,用DRGs(疾病诊断相关分组)或者DIP(按病种分值付费)等大数据工具客观提取医生的门诊量、出院人数、手术例数、平均住院日、药占比等数据作为工作量的硬支撑。再次加大公共卫生服务的权重,对于从事公共卫生的医生来说,重点考核电子健康档案建档率、慢性病规范管理率、家庭医生签约履约率等指标,使防病治病在职称评价中地位相同。最后增设下沉服务考核,对在村卫生室驻点、参加巡回医疗的经历进行加分,促使人才向最基层流动。

4.2 完善岗位管理机制:从“身份管理”向“岗位管理”迈进

解决评聘脱节的办法就是加强岗位的动态管理。一是科学设岗,按照卫生院的功能定位和实际工作量,及时对高级、中级、初级岗位的结构比例进行调整。对完成急难险重任务的重点科室,提高高级岗位比例。二是实行特设岗位,对急需的高层次人才或者做出突出贡献的业务骨干,不受本单位岗位总量和结构比例的限制,设置特设岗位进行聘用,打破天花板效应。三是实行“竞聘上岗”常态化,打破职称终身制,实行聘期管理。聘期内考核不合格或者不能胜任岗位职责的,坚决予以低聘或者解聘,腾出岗位资源给优秀的年轻人,实现能上能下的灵活用人机制。

4.3 提升程序公平性:从“封闭运作”向“阳光透明”转变

程序公平是消除不满的关键,建立完善的职称评聘监督委员会。引入职工代表、纪检监察人员、外部专家等共同参与,对推荐、评审、聘任等环节进行全程监督。其次量化评分细则并公开,将所有的评价指标细化

为分值,制订详细的评分标准表,在全院范围内公开。每位参评人员的得分情况、排名情况必须公开透明,可以查阅核对,杜绝模糊操作。再次,完善申诉与反馈机制^[5]。建立专门的职称申诉渠道,对医务人员提出的异议,应在规定时间内复核,给予书面答复,保证每一项都经得起检验。最后规范行政人员参评,严格控制院领导班子成员申报专业技术职称的比例和条件,要求其必须完成规定的临床工作量才能参评,保证一线专业技术人员在职称晋升中的主体地位。

结束语

新环境下基层卫生院职称评聘改革意义重大且任重道远。研究显示,职称评聘的合理性与公平性关乎医务人员职业感受,更是卫生院高质量发展的关键。应坚持问题导向,以实绩重构评价体系,以岗位理顺聘任机制,以透明保障程序公平,以协同放大激励效应。构建契合基层医疗卫生特点、能充分调动医务人员积极性的职称评聘制度,激发基层卫生院内生动力,留住人才,提升服务能力,为人民群众提供优质便捷的医疗卫生服务,筑牢“健康中国”坚实网底。

参考文献

- [1]刘燕丹,汪璠,王菁,等.某紧密型医疗集团模式下消化内镜基层分中心的建设与应用[J].江苏卫生事业管理,2025,36(11):1562-1565.
- [2]吕璐,彭慧,毕雨,等.医共体下远程卒中指导的基层医院静脉溶栓急救体系研究[J].中国医药科学,2025,15(22):158-163.
- [3]张天梅,高丽红.规范化流程管理在内科中的应用策略及效果评估[J].中国卫生产业,2025,22(20):143-146.
- [4]赵琳,张梓岗,沈建君.以某乡镇卫生院为例的基层医疗机构职称晋升管理现状分析[J].中国卫生标准管理,2022,13(23):57-60.
- [5]仝武宁,李宏斌.陕西省乡镇卫生院中医药人才需求现状调查研究[J].中医药管理杂志,2022,30(16):40-42.