· 卫生政策与管理 ·

2012—2022 年我国疾病预防控制机构人力资源发展现状分析

陶然,颜流霞,杨振兴,刘芳,吴静
中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心,北京 100050

摘要:目的 了解 2012—2022 年疾控机构人力资源情况,提出存在的问题及制约发展因素。**方法** 本研究基于 2012—2022 年《中国卫生健康统计年鉴》及相关政策文件,描述全国和东中西部地区疾控机构的人员数量和结构,采用集聚度概念从地理和人口两方面评价疾控机构资源配置公平性,并采用 Joinpoint 回归模型分析变化趋势。**结果** 2012—2022 年全国疾控机构数量稳中有减,人员总量先降后升(从 193 196 人增至 224 084 人),卫生技术人员占比持续提升(从 73.12% 增至 75.38%),10 年以上工龄人员占比下降(从 81.8% 降至 68.2%),每万人疾控人员数有提升(从 1.421 人增至 1.587 人),但仍未达标。配置公平性上,卫生资源集聚度为东部地区 > 中部地区 > 西部地区,卫生资源集聚度与人口集聚度比值则为西部地区最优。东部地区疾控机构人力资源地理配置最优,但按人口配置的公平性最差,西部地区则相反。**结论** 我国公共卫生人数增加整体向好,但存在区域发展不均衡、中青年骨干流失等问题,仍需加大政策支持和经费投入,协调区域发展平衡,推动人才队伍建设。

关键词:疾病预防控制;人力资源;配置公平性;趋势分析
中图分类号:R197.2 **文献标志码:**A **文章编号:**1003 - 8507(2026)18 - 3382 - 07
DOI:10.20043/j.cnki.MPM.202512408

Development status of human resources in China's disease prevention and control institutions, 2012 – 2022

TAO Ran, YAN Liu – xia, YANG Zhen – xing, LIU Fang, WU Jing
Chronic Non – communicable Disease Prevention and Control Center, Chinese Center for Disease Control and Prevention, Beijing 100050, *China*

Abstract: Objective To analyze the human resource status of centers for disease control and prevention (CDC) from 2012 to 2022, and to identify existing problems and restrictive factors for their development. **Methods** Based on the China Health and Health Statistical Yearbooks (2012 – 2022) and relevant policy documents, this study described the quantity and staffing structure of CDC staff nationwide and in the eastern, central and western regions. The agglomeration degree was adopted to evaluate the equity of CDC resource allocation from geographical and demographic perspectives, and the Joinpoint regression model was used to analyze the changing trends. **Results** From 2012 to 2022, the number of national CDC institutions declined slightly with fluctuations. The total number of staff decreased first and then increased, rising from 193 196 to 224 084. The proportion of health technical personnel kept increasing from 73.12% to 75.38%, while the proportion of employees with more than 10 years of working experience dropped from 81.8% to 68.2%. The number of CDC staff per 10 000 population increased from 1.421 to 1.587, which still failed to meet the national standard. In terms of allocation equity, the health resource agglomeration degree ranked as eastern region > central region > western region, and the western region had the optimal ratio of health resource agglomeration degree to population agglomeration degree. The eastern region boasted the best geographical allocation equity but the worst population – based allocation equity, whereas the western region showed the opposite pattern. **Conclusion** The overall scale of public health workforce in China has shown a positive growth trend. However, challenges including unbalanced regional development and the loss of young and middle – aged key talents remain prominent. It is necessary to strengthen policy support and financial investment, balance regional development, and promote the high – quality construction of talent teams.

Keywords: Disease prevention and control; Human resources; Allocation equity; Trend analysis

作者简介:陶然和颜流霞为共同第一作者。陶然(1987—),女,本科,助理研究员,研究方向:人力资源管理;颜流霞(1983—),女,硕士,副研究员,研究方向:慢病防控
通信作者:刘芳,E – mail:liufang@ncncd.chinacdc.cn

作为卫生资源中最宝贵的资源,卫生人力资源担当着践行国家发展政策,实现国家卫生发展规划的重要任务[1-2]。疾病预防控制机构(以下简称疾控机构)提供和落实公共卫生服务需要,人力资源配置是履行职能的核心支撑。《关于印发疾病预防控制中心对机构编制标准指导意见的通知》对各级疾控机构人力资源的配置比例和使用提出了明确要求[3]。疾控机构人力资源配置规模、结构合理性与区域公平性直接决定公共卫生服务能力与人民健康保障水平。《健康中国"2030"规划纲要》和《国务院办公厅关于推动疾病预防控制事业高质量发展的指导意见》均明确提出要强化疾控体系建设。本研究基于 2012 - 2022 年全国疾控机构相关数据,系统分析机构数量、人员规模、配置公平性及结构特征的变化趋势,为优化疾控人力资源配置策略,完善人才培养与激励机制提供思路。

1　资料与方法

1.1　*资料来源*　疾控机构和人力资源数据来源于 2013—2023 年《中国卫生健康统计年鉴》;年末人口和国土面积数据来源于国家统计局官网《中国统计年鉴》(https://www.stats.gov.cn/sj/ndsj/2023/indexch.htm)。东、中、西部行政区划划分标准与《中国卫生统计年鉴》一致。东部地区:北京、天津、河北、辽宁、上海、江苏、浙江、福建、山东、广东、海南;中部地区:陕西、吉林、黑龙江、安徽、江西、河南、湖北、湖南;西部地区:内蒙古、广西、重庆、四川、贵州、云南、西藏、陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆。采用 Excel 2020 进行数据录入,形成数据库。

1.2　*方法*　卫生资源集聚度。本研究采用人力资源集聚度(Human Resource Agglomeration Degree, HRAD)、人口集聚度(Population Agglomeration Degree, PAD)及其比值(HRAD/PAD)来评价我国疾控机构人力资源公平性。HRAD 表示某一地域内占全国 1% 的土地面积上集聚的卫生资源人力资源数量的比例(%)。PAD 反映某一地区占全国 1% 的土地面积上集聚的人口比例(%)。HRAD = 1 表示该地区疾控机构人力资源按地理面积分布处于绝对公平,HRAD 与 PAD 的比值等于 1,表示某一区域内不同组间的卫生资源配置按人口规模分布处于绝对公平。[4]。

统计分析。采用 Excel 2010 进行描述性分析,包括机构和人员数量,人力资源结构和特征中计数资料以绝对值和百分比表示。采用 Joinpoint 5.4.0 软件进行回归模型拟合,分析变化趋势,评估增长或减少速度,确定变化的位置和方向。采用年均变化百分比(average annual percentage change, AAPC)评价整个长期时间段内(2012—2022 年)的变化趋势,AAPC 为正值即率呈上升趋势,负值即率呈下降趋势。$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2　结　果

2.1　*疾控机构数量情况*　2012—2022 年全国疾控机构数量呈现缓慢减少趋势,从 3 490 家降至 3 386 家,减少 104 家,降幅为 2.98%。其中:省级机构保持 31 家不变,市级机构小幅波动,县级从 3 051 家降至 2 946家,降幅为 3.44%;东部机构从 1 072 家下降至 1 048家,降幅为 2.23%,中部由 1 081 家下降至1 053 家,降幅为 2.59%,西部由 1 337 家下降至1 285家,降幅为 3.89%。从整体上看,县级机构减少幅度最大,与全国机构数量减少同步。见表 1。

表 1　2012—2022 年全国疾控机构数量

Table 1　Number of centers for disease control and prevention (CDC) institutions nationwide, 2012 - 2022

年份	疾控机构数量						
	全国	东	中	西	省级	市级	县级及以下
2012 年	3 490	1 072	1 081	1 337	31	408	3 051
2013 年	3 516	1 064	1 109	1 343	31	393	3 092
2014 年	3 490	1 065	1 079	1 346	31	407	3 052
2015 年	3 478	1 060	1 078	1 340	31	409	3 038
2016 年	3 481	1 059	1 082	1 340	31	416	3 034
2017 年	3 456	1 034	1 077	1 345	31	411	2 966
2018 年	3 443	1 030	1 076	1 337	31	417	2 995
2019 年	3 403	1 034	1 055	1 314	31	410	2 962
2020 年	3 384	1 042	1 056	1 286	31	403	2 950
2021 年	3 376	1 040	1 053	1 283	31	410	2 935
2022 年	3 386	1 048	1 053	1 285	31	409	2 946

2.2　*人员数量情况*　疾控机构人员 2012—2019 年从 193 196 人降至 187 564 人,降幅为 2.91%, 2020

年开始持续回升,2022 年达到 224 084 人,较 2012 年增幅 15.99%。2020 年开始,东部从 68 716 人由降而增至 81 230 人,增幅为 18.21%,中部从 64 371 人由降而增至 67 864 人,增幅为 5.43%,西部从 60 109 人逐步增至 74 990 人,增幅为 24.76%,增幅最大。

2012—2022 年我国每万人疾控人员数呈现总体上升的趋势,从 2012 年的 1.421 人上升至 2022 年的 1.587 人,全国年均增长 0.98%(AAPC = 0.98%,P < 0.05)。东部和中部地区每万人疾控人员数呈现先下降后上升,整体呈上升趋势(东部 AAPC = 1.23%,中部 AAPC = 0.32%,P 均 < 0.05),东部地区每万人疾控人员数从 1.343 人下降至 1.212 人又增至 2022 年的 1.444 人,中部地区从 1.791 人下降至 1.575 人后增至 1.857 人。2012—2022 年,西部地区每万人口 2012—2022 年间稳步递增,年均增长 2.3%(P < 0.05)。见图 1。

2012—2022 年,东部地区均未达到每万常住人口配备 1.75 名疾控人员的标准,中部地区(2012、2013、2021、2022 年)和西部地区(2021、2022 年)仅在个别年份达标。

2.3 每个疾控机构平均疾控人数 2012—2022 年,全国每个疾控机构平均人数呈现上升,从 55.357 人上升至 66.180 人,年均增长 1.77%(P < 0.05)。每年每疾控机构平均人数均表现为东部 > 中部 > 西部。东部和中部地区每个疾控机构平均人数差距为 4.553 ~ 13.062 人,2012 年至 2022 年差距幅度增加。东部和西部地区每个疾控机构平均人数差距为 13.491 ~ 19.489 人,差距呈现逐渐缩小后回弹趋势。东、中、西部地区每疾控机构平均人数总体均呈现上升,年均增长分别为 1.73%、0.98% 和 2.74%(P 均 < 0.05)。西部地区每个疾控机构疾控的平均人数增幅最大,由 2012 年的 44.958 人增加至 2022 年的 58.358 人。省、市和县级疾控机构平均人数在十年间整体呈现小幅来回波动。见表 2。

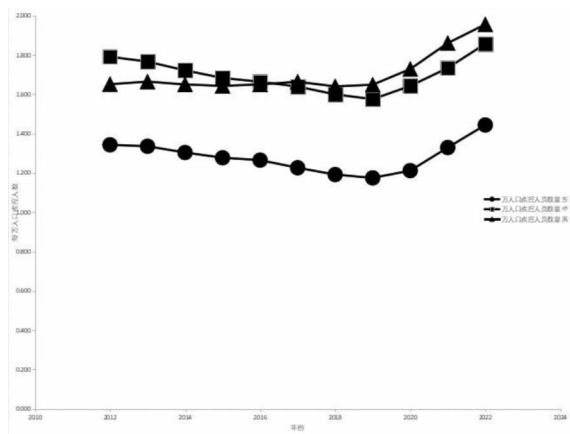


图 1 2012—2022 年东中西部地区每万人口疾控人员数

Fig. 1 Number of CDC staff per 10 000 population in eastern, central and western regions, 2012 – 2022

表 2 2012—2022 年我国每疾控机构平均人数

Table 2 Average number of staff per CDC institution in China, 2012 – 2022

年份	全国	地区					省市区		
		东	中	西	东部和中部差值	东部与西部差值	省级	市级	县级
2012 年	55.357	64.101	59.548	44.958	4.553	19.143	364.806	103.529	45.771
2013 年	55.282	65.079	57.619	45.590	7.460	19.489	370.677	108.824	45.314
2014 年	55.128	64.170	58.118	45.577	6.052	18.593	364.097	104.602	45.392
2015 年	54.896	63.750	57.257	45.994	6.493	17.756	349.935	104.137	45.257
2016 年	55.049	63.871	56.770	46.689	7.101	17.182	350.065	104.483	45.257
2017 年	55.188	64.004	56.575	47.300	7.429	16.704	359.000	103.781	46.172
2018 年	54.553	62.903	55.573	47.299	7.329	15.604	362.194	102.799	44.651
2019 年	55.117	62.209	56.136	48.718	6.073	13.491	352.000	104.476	45.178
2020 年	57.454	65.575	56.731	51.468	8.844	14.107	350.742	110.290	47.154
2021 年	62.070	72.033	60.068	55.638	11.965	16.395	382.387	117.846	50.896
2022 年	66.180	77.510	64.448	58.358	13.062	19.152	392.710	123.421	54.797

2.4 人员结构与专业特征 2012—2022 年,卫生技术人员在疾控人员的占比从 73.12% 升至 75.3%;其他技术人员占比从 7.93% 升至 10.25%、管理人员占比从 8.04% 降至 7.9%、工勤技能人员占比从 10.7% 降至 8.3%;十年间,卫生技术人员占疾控人员数量比例,东中西部分别呈现不同趋势,东部地区占比先降后升,波动范围在 34.6% ~ 36.97% 之间;中部地区则是占比逐年递减,波动范围在 28.83% ~ 31.53% 之间;西部地区占比整体逐年增加,波动范围在 32.35% ~ 35.37 之间,2022 年略有小幅下降。见表 3。

十年间,女性卫生技术人员占比始终高于男性。工作年限:5 年以下人员占比波动上升由 2012 年 8.3% 到 2022 年 18.4%,5 ~ 9 年人员占比稳定由 9.9% 到13.4%;10年以上人员占比下降由2012年

表 3　疾控人员类别与卫生技术人员分布占比

Table 3　Distribution and proportion of CDC staff categories and health technical personnel

年份	疾控人员类别占比				卫生技术人员占比		
	卫生技术人员(%)	其他技术人员(%)	管理人员(%)	工勤技能人员(%)	东部(%)	中部(%)	西部(%)
2012 年	73.12	7.93	8.04	10.91	36.10	31.53	32.36
2013 年	73.62	7.67	7.85	10.85	36.04	31.08	32.88
2014 年	74.29	7.46	7.63	10.95	35.90	30.70	32.96
2015 年	74.21	7.55	7.46	10.78	35.85	30.52	33.63
2016 年	74.36	7.69	7.29	10.65	35.70	30.17	34.13
2017 年	74.51	7.71	7.31	10.47	35.25	30.08	34.67
2018 年	74.80	7.94	7.17	10.09	34.94	29.91	35.14
2019 年	74.56	8.32	7.25	9.87	34.60	29.78	35.62
2020 年	74.70	8.64	7.14	9.52	35.41	29.12	35.47
2021 年	75.63	9.78	5.71	8.88	35.97	28.66	35.37
2022 年	75.38	10.25	6.10	8.26	36.47	28.83	34.70

81.8% 到 2022 年 68.2%，尤其是 20 年以上群体减少显著，由 30.5% 下降至 23.4%。学历与职称：学历与职称水平整体提升，2012－2022 年，本科以上学历从 29.4% 增至 58.7%，研究生占比缓慢增长；高级职称从 9.7% 增至 15.9%。岗位聘任：初中级占比最多，超过 50%，高级聘任比例从 9.4% 升至 15.4%。整体上，同一年度里，高级别聘岗比例低于同等专业技术资格比例。见表 4。

表 4　2012—2022 年卫生技术人员结构(%)

Table 4　Structure of health technical personnel (%), 2012－2022

类目	分类	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年
性别	男	47.8	31.2	46.1	45.5	44.3	43.7	42.9	42.3	41.8	41.3	38.7
	女	52.2	68.8	53.9	54.5	55.7	56.3	57.1	57.7	58.2	58.7	61.3
年龄	34 岁以下	25.1	44.4	24.9	24.0	24.4	23.1	21.0	21.1	22.3	27.4	32.5
	35～44 岁	33.8	28.3	33.2	32.3	31.8	31.2	30.0	29.4	28.9	26.1	27.3
	45～54 岁	29.3	17.8	30.6	32.2	33.8	33.8	32.0	32.0	31.8	28.0	29.0
	55 岁以上	11.7	9.5	11.4	11.5	10.0	11.9	16.9	17.4	17.1	18.5	11.2
学历	高中以下	4.3	2.7	3.5	3.2	2.9	2.5	2.1	1.8	1.6	1.6	0.9
	中专	28.7	30.0	25.3	24.2	22.1	20.9	18.7	17.6	15.9	15.1	10.9
	大专	37.7	38.8	36.9	36.6	36.3	35.6	35.1	34.5	32.9	30.7	29.5
	大本	25.8	24.4	29.3	30.8	33.1	34.8	37.4	39.4	42.5	44.5	49.5
	研究生	3.6	4.2	4.9	5.2	5.7	6.2	6.8	6.7	7.1	8.1	9.2
工作年限	5 年以下	8.3	22.7	9.6	9.2	10.0	9.4	7.4	7.7	9.1	14.2	18.4
	5～9 年	9.9	18.8	10.7	11.1	11.7	12.3	12.5	12.2	12.1	12.6	13.4
	10～19 年	25.8	23.5	23.8	23.0	21.8	21.0	20.8	21.2	21.3	19.9	21.5
	20～29 年	30.5	20.0	30.6	31.1	31.6	31.6	30.7	29.4	28.2	24.0	23.4
	30 年以上	25.5	15.1	25.3	25.6	24.9	25.8	28.7	29.6	29.2	29.3	23.3
专业技术资格	不详	9.8	1.2	1.1	1.1	1.1	1.2	1.1	9.1	9.7	7.6	7.7
	士级	14.6	29.3	14.6	14.8	15.3	15.1	15.7	16.2	15.8	16.4	17.8
	师级/助理	33.0	29.7	32.2	31.9	31.6	30.9	31.3	31.2	30.9	30.3	30.9
	中级	32.9	21.3	32.3	31.8	31.1	30.5	30.0	30.0	29.2	29.6	27.6
	副高	7.7	5.8	8.1	8.3	8.6	9.0	9.6	10.6	11.0	12.2	12.1
	正高	2.0	1.7	2.3	2.4	2.5	2.6	2.9	3.0	3.4	3.8	3.9
岗位聘任	待聘	6.0	6.4	6.6	6.9	7.3	11.8	7.2	6.8	7.0	8.2	11.3
	士级	15.2	15.1	15.1	15.2	15.5	15.1	15.9	15.9	15.6	15.4	16.3
	师级/助理	35.2	34.8	34.5	34.2	33.9	30.9	33.1	32.5	31.8	30.0	29.5
	中级	34.2	33.7	33.6	33.2	32.5	30.5	31.7	31.7	31.3	30.7	27.5
	副高	7.6	7.9	8.9	8.2	8.5	9.0	9.5	10.4	11.1	12.2	11.9
	正高	1.8	2.1	1.3	2.3	2.3	2.7	2.6	2.7	3.2	3.5	3.5

2.5　卫生资源集聚度

2.5.1　地理公平性(HRAD)　2012—2022 年，东部 HRAD 在 2.5 以上，中部在 1.5 以上，西部始终小于 1。东、中、西部地区 HRAD 呈现差异化变化趋势。东部地区 HRAD 由 2012 年的 3.578 骤降至 2013 年的 2.683，2013 至 2022 年 HRAD 小幅波动，年均变化未

达到统计学显著性(AAPC = -0.72%, $P > 0.05$)。中部地区 HRAD 数值由 1.61 下降至 1.534,HRAD 呈现下降趋势(AAPC = -0.94%, $P < 0.05$)。西部地区 HRAD 数值由 0.442 升至 0.476,HRAD 呈上升趋势(AAPC = 0.93%, $P < 0.05$),表明地理配置上,西部地区公平性较差,但在缓慢改善。见图 2。

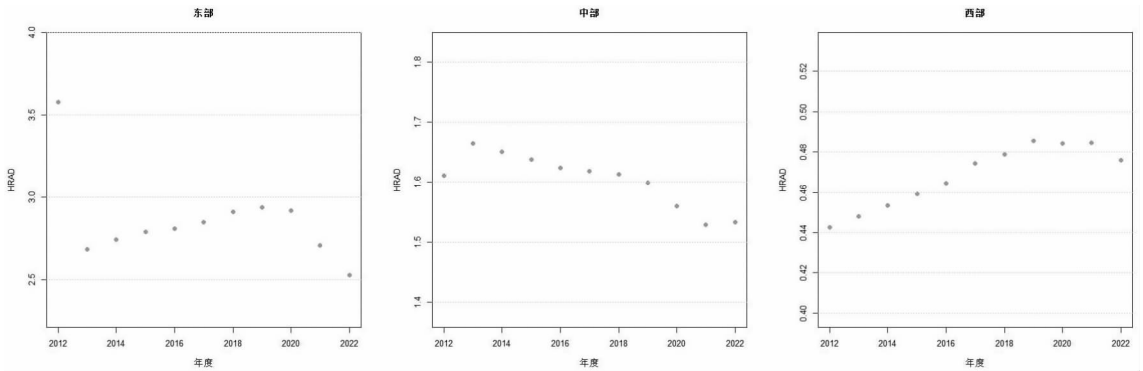


图 2 2012—2022 年东中西部地区 HRAD 变化

Fig. 2 Changes in HRAD in eastern, central and western regions, 2012 - 2022

2.5.2 人口配置公平性(HRAD/PAD) 2012—2022 年,东部地区比值持续小于 1,由 0.945 下降至 0.630,按人口配置,东部疾控人力资源不足且呈现加剧趋势。中部地区比值始终大于 1,由高于 1 转向趋近于 1,由 2012 年 1.202 下降至 2022 年 1.170,按人口集配置集中趋势在弱化。西部地区比值始终大于 1,由 2012 年 1.162 上升至 2022 年 1.232 ,按人口配置上资源充足。

3 讨 论

3.1 *政策驱动改善显著,但总量缺口与区域失衡仍在* 疾控机构人员数除了西部地区以外整体呈现减少趋势,东部地区情况更为明显,由于东中部常住人口数逐渐递增,导致出现每万人口疾控人员数逐渐下降,这与疾控岗位吸引力不足,与医疗机构薪酬差距大,中青年骨干流失问题突出有关。按照 2014 年《关于疾病预防控制中心机构编制标准指导意见》规定中疾控机构人员 1.75 人/万人的配置标准,截至 2022 年,疾控人数应达到约 24.7 万人左右,与实际情况相比,缺口仍有约 2.21 万人,而西部地区情况则得到明显改善,这可能与西部各省贯彻落实《医药卫生中长期人才发展规划(2011—2020 年)通知》有关,其次国家“西部大开发”等利好政策促进了西部地区经济的发展,也推动西部地区公共卫生服务体制的完善[5]。贯彻落实《“健康中国 2030”规划纲要》中提升公共卫生服务能力,培养高素质公共卫生人才,强化基层卫生队伍建设。一方面加强公共卫生专业人才培养和招收,一方面持续补充各层级疾控机构工作人员数量,通过优化招聘流程和增加财政支持等措施,在合理编制配备的基础上,促进人员稳定增长。

3.2 *人力资源公平性不同地区差异显著* 从集聚度指标看,西部地区地广人稀,按地理配置公平性较差,但西部数值在逐年递增,表明再逐渐改善地理公平性差的情况。东部地区经济发达、人口密集,按人口配置公平性较差,存在资源短缺问题;与每万人口疾控人员配置情况整体一致,东部地区指标最低,西部最优。这与李少琼[6]的研究结果一致。东部每万人口疾控人员数(2022 年 1.444 人)未达 1.75 人/万人的国家标准,核心原因在于“人口流入快于人员补充”;而西部因“政策倾斜与人口流出”实现配置达标,推动每万人口疾控人员数从 1.651 人升至 1.955 人。

东部沿海地区公共卫生人员的数量和素质明显高于中西部地区,这种不平衡的分布直接影响了区域间公共卫生服务的均等化,在一定程度上限制了偏远和农村地区疾病预防和控制能力的提升[7-8]。进而会使区域公共卫生服务均等化受阻,东部人口密集,但疾控人员不足,影响各级监测网点覆盖率;在出现卫生应急事件时,影响处置效率或工作人员疲于应付,疾控应急能力面临挑战。而西部地理公平性差(HRAD = 0.476),部分偏远地区疾控机构服务半径超 500 公里,居民获取预防接种、健康宣教等服务的难度显著高于东部。这与《健康中国“2030”规划纲要》中“实现公共卫生服务均等化”还有一定差距。在基层机构与区域协同方面,通过全面推进医疗机构和专业公共卫生机构深度协作,建立人才流动、交叉培训、服务融合、信息共享等机制[9],建立东中西部协同机制:依托 2019 年“国家卫生健康对口支援”工作,明确东部省份与中西部省份的结对关系,通过“双向流动”提升西部人员专业能力与东部区域协作意

识。推动资源向基层下沉。

3.3　人员结构方面　34 岁以下人员比例持续下降，45 岁以上人员里比例持续升高，老龄化趋势显现，在 2021 年后开始得到改善。中青年骨干流失严重：在 2012—2022 年间，35 ~ 54 岁人员减少 6.8%，工作 10 ~ 29 年人员减少 11.4%，且 35 ~ 54 岁人员减少与工作年限 10 ~ 29 年人员减少波动下降情况整体一致，工作人员 35 ~ 54 岁对应相应工作年限 10 ~ 29 年，表明疾控人员中富有工作经验的中坚力量也不稳定向外流出，这与刘娜娜[10]、吴琼文倩[11]的研究一致，这在一定程度上造成人才培养成本损失，不利于疾控队伍建设。中青年骨干作为疾控工作的中坚力量，其流失会严重影响疾控工作的连续性和创新性，削弱队伍整体实力。工作人员学历与职称十年间有所优化，疾控人员业务素质和专业背景提升，直接影响人民健康服务水平的提高，也是对疾控事业高质量发展起到助力和政策持续发力的体现。评聘结构需要进一步优化调整：随着高学历人员占比不断增加，带来专业技术资格的晋升与取得年限逐渐缩短，在现有的高级岗位聘任比例高于同等专业技术资格比例的基础上，为聘岗带来更大压力，岗位聘任难度增加影响初中级人员岗位晋升，同时岗位聘任与工资收入相关，限制工作人员工作积极性以及职业发展上升空间，进而制约新时期疾控人才面对大数据监测、预警系统应用以及人工智能结合疾病预防新课题的探索。根据《“十四五”卫生健康人才发展规划的通知》深化人才发展体制机制改革，优化职称制度、激励机制，加强公共卫生人才能力建设的有关要求。立足疾控体系改革与高质量发展政策要求，通过构建分层分类人才培养体系，实施中青骨干培育、资深专家首席岗位传承等差异化人才机制，强化应急处置与数智化监测预警能力建设，同步健全以职业晋升、职称评聘、薪酬激励为核心的多元激励机制，畅通发展通道，对高层次人才、科研成果转化及应急防控突出人员予以倾斜，并持续改善基层机构硬件设施与工作条件，全面增强岗位吸引力与职业认同感，稳定现有人才、吸引优质人才，夯实疾控事业可持续发展的人才支撑。

我国疾控机构在公共卫生服务中具有重要地位，优化疾控机构人力资源的公平性配置有利于构建与国民经济和社会发展水平相适应、与居民健康需求相匹配的卫生服务体系，保障公民获得均等化的公共卫生服务[12]。

利益冲突声明　本研究不存在任何利益冲突

参考文献

[1] 郭利娜，丁凡，席晶晶，等. 全国疾控机构人力资源发展现状分析[J]. 中国公共卫生管理，2020，36(2)：20 - 23.
Guo LN, Ding F, Xi JJ, et al. Analysis on the current situation of human resource development in national disease control and prevention institutions [J]. Chinese Journal of Public Health Management, 2020, 36(2): 20 - 23. (In Chinese)

[2] 卢秀芳，段启飞，吴银飞，等. 我国疾病预防控制中心为省人力资源配置公平性比较研究[J]. 中国卫生统计，2023，40(2)：216 - 218.
Lu XF, Duan QF, WU YF, et al. A comparative study on the equity of human resource allocation in provincial centers for disease control and prevention in China [J]. Chinese Journal of Health Statistics, 2023, 40(2): 216 - 218. (In Chinese)

[3] 中央机构编制委员会办公室，财政部，原国家卫生和计划生育委员会. 关于印发疾病预防控制中心机构编制标准指导意见的通知[EB/OL]. [2026 - 06 - 30]. http://www.plsjkzx.cn/html/2014/05/20.html.
Office of the Central Organization Establishment Committee, Ministry of Finance, Former National Health and Family Planning Commission. Notice on issuing the guiding opinions on the standards for the organizational establishment of centers for disease control and prevention [EB/OL]. [2026 - 06 - 30]. http://www.plsjkzx.cn/html/2014/05/20.html. (In Chinese)

[4] 孙海檀，张育玮，马庆华，等. 基于集聚度的中国公共卫生人力资源分布公平性分析[J]. 中国社会医学，2024，41(1)：97 - 101.
Sun HT, Zhang YW, Ma QH, et al. Analysis on the distribution equity of public health human resources in China based on agglomeration degree [J]. Chinese Journal of Social Medicine, 2024, 41(1): 97 - 101. (In Chinese)

[5] 黄芹，韦志福，曾志羽. 2011 - 2020 中国疾病控制机构人力资源配置公平性与预测分析[J]. 卫生软科学，2023，37(2)：66 - 70.
Huang Q, Wei ZF, Zeng ZY. Equity and forecast analysis of human resource allocation in disease control institutions in China from 2011 to 2020[J]. Soft Science of Health, 2023, 37(2): 66 - 70. (In Chinese)

[6] 李少琼，胡红濮，葛辉，等. 2015 - 2021 年我国疾病预防控中心卫生人力资源配置现状及公平性分析[J]. 中国公共卫生管理，2023，39(6)：778 - 780.
Li SQ, Hu HP, Ge H, et al. Current situation and equity analysis of health human resource allocation in centers for disease control and prevention in China during 2015 - 2021[J]. Chinese Journal of Public Health Management, 2023, 39(6): 778 - 780. (In Chinese)

[7] 李景植，王全意. 加强公共卫生人才队伍建设现状与挑战[J]. 首都公共卫生，2025，19(1)：60 - 63.
Li JZ, Wang QY. Strengthening the construction of public health talent teams: current status and challenges[J]. Capital Journal of Public Health, 2025, 19(1): 60 - 63. (In Chinese)

[8] 王莹莹，王颖帅，谢莉，等. 2012 - 2021 年我国专业公共卫生机构人力资源配置状况及公平性分析[J]. 中国卫生政策研究，2024，17(6)：64 - 71.
Wang YY, Wang YS, Xie L, et al. Analysis on the status and equity of human resource allocation in professional public health institutions in China from 2012 to 2021 [J]. Chinese Journal of Health Policy, 2024, 17(6): 64 - 71. (In Chinese)

（下转第 3407 页）

adolescents[J]. Children (Basel), 2022, 9(12): 1944.

[22] 马奇,张奕,崔孟杰,等. 儿童青少年电子设备使用时长与体重过度感知的关联[J]. 中国学校卫生,2023,44(3):366 - 369.
Ma Q, Zhang Y, Cui MJ, et al. Association between time spent on digital devices and body weight overestimation in children and adolescents[J]. Chinese Journal of School Health, 2023, 44(3): 366 - 369. (In Chinese)

[23] Choukas - Bradley S, Roberts SR, Maheux AJ, et al. The perfect storm: a developmental - sociocultural framework for the role of social media in adolescent girls' body image concerns and mental health[J]. Clinical Child and Family Psychology Review, 2022, 25(4): 681 - 701.

[24] Lee J, Lee Y. The association of body image distortion with weight control behaviors, diet behaviors, physical activity, sadness, and suicidal ideation among Korean high school students: a cross - sectional study[J]. BMC Public Health, 2016, 16(1): 39.

[25] Fardouly J, LR Vartanian. Negative comparisons about one's appearance mediate the relationship between Facebook usage and body image concerns[J]. Body Image, 2015, 12(1): 82 - 88.

[26] Kvardova N, Machackova H, Maes C, et al. Navigating beauty standards on social media: impact of appearance activity on adolescents' body dissatisfaction [J]. Journal of Youth and Adolescence, 2025, 54(8): 1999 - 2018.

[27] Gagnon - Girouard MP, Carbonneau N, Gendron M, et al. Like mother, like daughter: association of maternal negative attitudes towards people of higher weight with adult daughters' weight bias [J]. Body Image, 2020, 34(2): 277 - 281.

[28] Xie B, Chou CP, Spruijt - Metz D, et al. Weight perception and weight - related sociocultural and behavioral factors in Chinese adolescents[J]. Preventive Medicine, 2006, 42(3): 229 - 234.

[29] Shin A, Nam CM. Weight perception and its association with socio - demographic and health - related factors among Korean adolescents[J]. BMC Public Health, 2015, 15(1): 1292.

[30] Lee CG, Seo DC, Torabi MR, et al. Longitudinal trajectory of the relationship between self - esteem and substance use from adolescence to young adulthood[J]. The Journal of School Health, 2018, 88(1): 9 - 14.

[31] Lee CK, Corte C, Stein KF, et al. Alcohol - related cognitive mechanisms underlying adolescent alcohol use and alcohol problems: outcome expectancy, self - schema, and self - efficacy [J]. Addictive Behaviors, 2020, 105(1): 106349.

[32] Lim MC, Parsons S, Goglio A, et al. Anxiety, stress, and binge eating tendencies in adolescence: a prospective approach [J]. Journal of Eating Disorders, 2021, 9(1): 94.

[33] Wang LX, Tan MQ, Fan LY, et al. Does the media ideal internalization affect social appearance anxiety among male and female adolescents? the mediation of negative physical self[J]. Current Psychology, 2025, 44(24): 18601 - 18609.

[34] Lucibello KM, Nesbitt AE, Solomon - Krakus S, et al. Internalized weight stigma and the relationship between weight perception and negative body - related self - conscious emotions[J]. Body Image, 2021, 37(1): 84 - 88.

[35] Wicherski J, Schlesinger S, Fischer F. Association between breakfast skipping and body weight - a systematic review and meta - analysis of observational longitudinal studies [J]. Nutrients, 2021, 13(1): 272.

[36] Koceva A, Herman R, Janez A, et al. Sex - and gender - related differences in obesity: from pathophysiological mechanisms to clinical implications [J]. International Journal of Molecular Sciences, 2024, 25(13): 7342.

[37] Danielsen HE, Finserås TR, Andersen AIO, et al. Mirror, mirror on my screen: focus on self - presentation on social media is associated with perfectionism and disordered eating among adolescents. results from the "LifeOnSoMe" - study [J]. BMC Public Health, 2024, 24(1): 2466.

[38] Di Nucci A, Cardamone E, Rossi L, et al. How does sugar - sweetened beverage consumption relate to sleep and mental health in adolescents? a scoping review [J]. Front Nutr, 2025, 12(1): 1718230.

[39] Kelly Y, Zilanawaia A, Booker C, et al. Social media use and adolescent mental health: findings from the UK millennium cohort study[J]. E Clinical Medicine, 2018, 6(1): 59 - 68.

收稿日期:2026-04-02

(上接第 3387 页)

[9] 国务院办公厅. 关于推动疾病预防控制事业高质量发展的指导意见 [EB/OL]. [2026 - 06 - 30]. https://www.gov.cn/gongbao/2024/issue_11086/202401/content_6924973.html.
General Office of the State Council. Guiding opinions on promoting the high - quality development of disease prevention and control [EB/OL]. [2026 - 06 - 30]. https://www.gov.cn/gongbao/2024/issue_11086/202401/content_6924973.html. (In Chinese)

[10] 刘娜娜,黄烈雨,刘杨,等. 2014—2021 年中国疾病预防控制中心人员流出情况分析[J]. 中国卫生事业管理,2023,40(4):289 - 292.
Liu NN, Huang LY, Liu Y, et al. Analysis on personnel outflow of centers for disease control and prevention in China from 2014 to 2021[J]. Chinese Health Service Management, 2023, 40(4): 289 - 292. (In Chinese)

[11] 吴琼文倩,黄烈雨,刘杨,等. 中国疾病控制机构人才队伍建设现状及建议[J]. 中国公共卫生事业管理,2021,37(2):165 - 168.
Wu QWQ, Huang LY, Liu Y, et al. Current situation and suggestions on talent team construction of disease control institutions in China [J]. Chinese Journal of Public Health Management, 2021, 37(2): 165 - 168. (In Chinese)

[12] 邱倩文,陈新,张弘玥,等. 2010 - 2018 年全国疾病预防控制中心人力资源变化和公平性研究[J]. 现代预防医学,2021,48(10):1834 - 1838.
Qiu QW, Chen X, Zhang HY, et al. Research on changes and equity of human resources in national centers for disease control and prevention from 2010 to 2018[J]. Modern Preventive Medicine, 2021, 48(10): 1834 - 1838. (In Chinese)

收稿日期:2025-12-24