

公立医院人事管理改革的制度逻辑与路径差分异——基于深圳市三家公立医院的案例比较分析【基金项目】国家自然科学基金项目（72474162）；河南省中原医学科技创新发展基金会项目（ZYCY202302ZD）【作者简介】莫玉芳，博士研究生，主要从事公立医院体制机制、医疗保障与卫生政策管理研究，Email: moyufang@126.com；张亮，Email: Zhangchunliang@whu.edu.cn

莫玉芳¹ 谢涛¹ 张亮¹²

¹ 武汉大学政治与公共管理学院 湖北武汉 430000

² 武汉大学健康治理研究中心 湖北武汉 430000

摘要 公立医院人事管理制度是深化医药卫生体制改革的关键环节，其实践形态受到多重制度逻辑的复杂形塑。本研究以深圳市三家公立医院为研究对象，采用多案例比较分析法，基于对医院管理者的深度访谈及档案资料的分析，从人员编制、人才引进与薪酬激励三个核心维度切入，系统考察不同医院的改革实践，旨在揭示人事管理制度改革的路径差异及其背后的深层机理。研究发现：编制改革的关键在于切断编制与待遇的刚性挂钩；人才引进策略受制于资源禀赋与功能定位的匹配性；激励体系的有效性取决于公平与效率的审慎权衡。据此建议：建立编制动态调整机制，将身份保障转向岗位贡献；优化人才引进策略，建立内外协同的可持续引育体系构建数智赋能的人才引育新机制，适应数智健康时代需求；深化薪酬制度改革，构建健康绩效导向的分配新机制。

关键词：公立医院；人事管理改革；人员编制；人才引进；薪酬激励

The Institutional Logic and Path Differentiation of Personnel Management Reform in Public Hospitals: A Comparative Case Study of Three Public Hospitals in Shenzhen City

Mo Yufang¹ Xie Tao¹ Zhang Liang¹²

¹ School of Political Science and Public Administration, Wuhan University, Wuhan Hubei 430000, China

² Research Center for Health Governance, Wuhan University, Wuhan Hubei 430000, China

Abstract: The personnel management system of public hospitals is a key link in the deepening of the medical and health system reform, and its practical form is shaped by multiple institutional logics in a complex way. This study takes three public hospitals in Shenzhen as the research objects, adopts the multi-case comparative analysis method, and based on in-depth interviews with hospital managers and the analysis of archival materials, it systematically examines the reform practices of different hospitals from three core dimensions: personnel establishment, talent introduction and salary incentives, aiming to reveal the path differences in the reform of the personnel management system and the underlying mechanisms. The research findings are as follows: The key to the reform of the establishment system lies in cutting the rigid connection between the establishment and benefits; the talent introduction strategy is constrained by the matching of resource endowment and functional positioning; the effectiveness of the incentive system depends on the careful balance between fairness and efficiency. Based on these findings, the following suggestions are made: Establish a dynamic adjustment mechanism for the establishment, shift from identity guarantee to job contribution; optimize the talent introduction strategy and establish a sustainable talent introduction and cultivation system that is internally and externally coordinated build a new talent introduction and cultivation mechanism empowered by digital intelligence to meet the needs of the digital health era; deepen the salary system reform and build a new distribution mechanism oriented towards health performance.

Abstract: **Keywords**: Public hospitals; Personnel management reform; Staffing; Talent recruitment; Salary incentives

1 引言

公立医院是我国医疗服务供给体系的主体中坚力量，其人事管理制度的设计与运行，直接关系到医务人员的执业动力与医疗服务的整体质量和效率。近年来，国家层面对公立医院人才队伍建设的顶层设计持续加力。2021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》（国办发〔2021〕27号），明确提出要“改革人事管理制度，合理制定并落实公立医院人员编制标准，建立动态核增机制”。同年，《关于深化公立医院薪酬制度改革的指导意见》（人社部发〔2021〕52号）进一步强调，薪酬分配需“向关键和紧缺岗位、高风险和高强度岗位、高层次人才、业务骨干和作出突出成绩的医务人员倾斜”。2024年政府工作报告则再次重申“深化公立医院改革，推进薪酬制度改革”的年度任务。上述政策为公立医院人事管理制度改革锚定了方向，也为本研究提供了坚实的政策背景支撑。

在国家政策的有力牵引推动下，各地围绕人员编制、人才引进、薪酬激励三大核心议题，展开了多样化的改革探索。之所以聚焦于此三个维度，在于它们构成了公立医院人事管理改革的基础性框架，彼此之间存在着紧密的内在耦合关系。首先，人员编制是人事管理的制度基石，决定了医院人才吸纳与留存的潜在容量；合理的编制管理有助于优化人力资源配置，并为人才引进与薪酬激励提供制度依托[1]。其次，人才引进的成效直接受制于编制管理的灵活性与适配性，若编制改革未能打破身份与待遇的刚性捆绑，人才引进的制度空间势必受限[2, 3]。再次，薪酬激励体系是调动医务人员积极性的关键杠杆，其作用发挥又与编制管理、人才引进的实施效果深度关联，若薪酬激励无法与前述两者形成有效协同，则难以实现激励效用的最大化[4]。

因此，人员编制、人才引进与薪酬激励三个维度构成了公立医院人事管理改革的逻辑闭环。系统推进三者的协同改革，有助于整体提升医院的人力资源管理效能与医疗服务质量。基于此，本研究文以这三个维度为核心分析框架，聚焦公立医院人事管理制度改革的路径差异及其背后的制度逻辑，通过对深圳市三家公立医院的案例比较分析，深入解析不同改革模式的内在机理，以期为我国公立医院人事管理制度的优化完善提供理论借鉴与实践参考。

2 制度逻辑视角下的改革分析框架

2.1 制度逻辑理论及其适用性

制度逻辑理论是新制度主义组织分析的重要流派，强调制度环境不仅为组织提供资源与约束，更在深层次上塑造着组织的认知图式与行为逻辑[1]。该理论的核心关切在于：当组织置身于多重、甚至相互冲突的制度逻辑之中时，如何寻求合法性、资源与生存空间？公立医院作为典型的制度复杂性组织，其行为逻辑天然具有多重属性[2]：它既是政府举办的公益性事业单位，必须遵循国家行政逻辑的规制要求；又是参与区域市场竞争的服务主体，需要回应市场逻辑的效率导向；同时作为专业技术人员密集的组织，还承载着医学专业逻辑的职业诉求。

聚焦于人事管理改革领域，公立医院主要受三种核心制度逻辑的牵引：国家逻辑以公益性与稳定性为导向[3]，要求人力资源制度具备保障功能，为医务人员提供职业安全感，维系队伍稳定性，集中体现在编制管理、薪酬总额控制等制度安排中；市场逻辑以效率与竞争为导向[4]，要求建立与绩效贡献强关联的薪酬体系和灵活用人机制；专业逻辑以职业发展与主观能动性为导向[2]，要求提供清晰的职业路径和专业自主空间。三重逻辑并非总是协调一致，公立医院人力资源改革的过程，正是三重逻辑在具体制度场景下的博弈、妥协与整合。

2.2 分析框架的构建：制度逻辑在三个维度的投射

三重制度逻辑体现在各个逻辑对特定组织或个体行为的影响[5]，有侧重地投射于人事管理的不同维度之中。本研究从人员编制、人才引进、薪酬激励三个核心维度构建比较分析框架，这三个维度分别对应着三重制度逻辑的主要作用场域。

人员编制维度是国家逻辑最为集中的体现。编制作为我国事业单位人事制度的基础安排，承载着职业安全感、福利待遇、身份认同与组织承诺等多重功能，编制管理直接关系到医疗资源配置效率、服务质量与医务人员积极性[6]，是国家通过制度设计保障医务人员职业稳定性的核心载体。薪酬激励维度是市场逻辑渗透最为深入的领域，但也承载着国家逻辑的总额约束和专业逻辑的价值诉求。在医保支付改革、财政投入转型等外部压力下，如何设计激励体系，平衡固定薪酬与绩效薪酬的比例，将服务质量、患者满意度等专业价值指标纳入考核，成为改革的核心命题[7]。人才引进维度是专业逻辑的主要投射场域，同时也深受市场逻辑的影响。医院如何定位自身、引进何种人才、依靠什么吸引人才，反映了其对学科发展和专业梯队建设的战略考量。三个维度相互关联：人员编制是制度基础，人才引进是战略入口，薪酬激励是动力核心。三者共同构成公立医院人事管理改革的系统架构，而三重制度逻辑在不同维度上的权重差异，则塑造了不同医院各具特色的改革路径。本研究将运用这一分析框架，对深圳市三家公立医院的改革实践进行系统比较。

3 案例选择与研究方法

深圳市在公立医院人事管理制度改革方面享有独特的政策空间与资源禀赋。深圳市作为我国改革开放的前沿阵地与经济特区，在公立医院人事管理制度改革方面享有独特的政策空间与资源禀赋。其该市建立了“以事定费、购买服务、专项补助”的公立医院投入保障机制，在全面落实政府六项基本投入责任的同时，持续加大对公立医院运营、科研、教学及人才引育的投入力度。“十四五”以

来，深圳市累计投入卫生健康财政经费 1805 亿元，年均增长 11%，2023 年公立医院财政补助收入占比达 27.4%，全市公立医院实现无负债运营。在薪酬保障方面，通过拓宽财政、医保、价格等薪酬来源，优化不同等级医疗机构之间、不同科室之间的薪酬差距，2023 年全市公立医院人员支出占比达 52.1%。此外，深圳率先探索编制池改革，推行人员总量管理，致力于实现编内编外人员同工同酬。从 2008 年启动事业单位人事制度改革试点、到 2012 年推进公立医院薪酬制度改革、再到 2019 年支持新建医院探索去编制化运营模式，深圳的公立医院在人事管理方面呈现出不同的改革形态。因此，本研究采用多案例比较分析方法，其研究结果具有更高的可信度与更强的例证性，推导出的结论通常更具说服力。深圳的系列改革实践催生了公立医院人事管理多元并存的图景：人员编制上，既有保留传统编制的区属医院，也有实行员额制改革的大学附属医院，还有一步到位去编制化的新建医院；人才引进上，既有依托大学资源内涵式发展的区域龙头，也有依靠高薪政策外延式扩张的新建医院，还有在夹缝中寻求差异化生存的二级医院；薪酬激励上，既有稳步推进同工同酬的改革深化者，也有建立创新激励体系的政策探索者，还有陷入发展困境的维持者。

高水平的政府投入与制度创新，使深圳成为观察公立医院人力资源改革的独特“试验场”。本研究选取三家具有典型意义的公立医院，遵循最大差异抽样原则：在改革模式上，A 医院代表依托大学资源、稳步推进的渐进式改革路径；B 医院代表中外合作、一步到位的创新性探索；C 医院代表追求自身差异化发展的二级医院。在组织属性上，三家医院涵盖了市属与区属、老牌与新建、中医综合与西医综合等多种类型。在改革议题上，三者的人员编制、人才引进、薪酬激励三个维度均呈现出显著差异，为比较分析提供了丰富的研究素材。

本研究采用多案例比较分析方法，该方法遵循复制法则，相较于单案例研究，其研究结果具有更高的可信度与更强的例证性，推导出的结论通常更具说服力[8][5]。研究团队于 2025 年 9 月对三家医院的党委书记、院长及人力资源管理部门负责人进行了深度访谈，同时系统收集了医院内部文件、工作报告等档案资料。基于资料内容，本文从人员编制、薪酬激励、人才引进三个维度系统呈现三家医院的改革实践，并运用制度逻辑理论分析其路径差异及内在原因，揭示其路径差异的深层机理，探讨不同改革模式面临的制度张力与调适方向。

3 制度逻辑视角下的改革分析框架

3.1 制度逻辑理论及其适用性

制度逻辑理论是新制度主义组织分析的重要流派，强调制度环境不仅为组织提供资源与约束，更在深层次上塑造着组织的认知图式与行为逻辑[6]。该理论的核心关切在于：当组织置身于多重、甚至相互冲突的制度逻辑之中时，如何寻求合法性、资源与生存空间？公立医院作为典型的制度复杂性组织，其行为逻辑天然具有多重属性[7]：它既是政府举办的公益性事业单位，必须遵循国家行政逻辑的规制要求；又是参与区域市场竞争的服务主体，需要回应市场逻辑的效率导向；同时作为专业技术人员密集的组织，还承载着医学专业逻辑的职业诉求。何文盛等学者[8]基于新制度理论，运用“制度环境—组织合法性—行为响应”的分析框架，揭示了公立医院在医保监管下呈现出行政导向、专业导向及市场导向交叠的响应行为，这一发现为理解公立医院改革的复杂性提供了有益的理论启示。

聚焦于人事管理改革领域，公立医院主要受三种核心制度逻辑的牵引：第一，国家逻辑以公益性与稳定性为导向[9]，要求人力资源制度具备保障功能，为医务人员提供职业安全感，维系队伍稳定性，这一逻辑集中体现在编制管理、薪酬总额控制等制度安排中；第二，市场逻辑以效率与竞争为导向[10]，要求人事管理制度具备激励功能，建立与绩效贡献强关联的薪酬体系，实现灵活用人机制，这一逻辑深刻影响着医院的薪酬设计和引才策略；第三，专业逻辑以职业发展与主观能动性为导向[7]，要求人力资源制度具备发展功能，提供清晰的职业路径、持续的学习机会和专业自主空间，这一逻辑更多反映在人才梯队建设和学术平台支持中。三重逻辑并非总是协调一致，而是在不同层面、不同场景下呈现出复杂的关系：国家逻辑强调的稳定性可能与市场逻辑追求的灵活性相悖；市场逻辑驱动的逐利性可能侵蚀专业逻辑坚守的公益性；专业逻辑主张的自主性可能挑战国家逻辑要求的可控性。公立医院人力资源改革的过程，正是三重逻辑在具体制度场景下的博弈、妥协与整合。

3.2 分析框架的构建：制度逻辑在三个维度的投射

将上述理论视角聚焦于公立医院人事管理改革的具体议题，可以发现三重制度逻辑并非抽象地作用于医院整体，而是体现在各个逻辑对特定组织或个体行为的影响[11]，有侧重地投射于人事管理的不同维度之中。基于公立医院人事管理的实践逻辑和既有研究成果，本研究从人员编制、薪酬激励、人才引进三个核心维度构建比较分析框架，这三个维度既涵盖了公立医院人事制度改革的核心议题，也分别对应着三重制度逻辑的主要作用场域。

首先，人员编制维度是国家逻辑最为集中的体现。编制作为我国事业单位人事制度的基础安排，承载着职业安全感、福利待遇、身份认同与组织承诺等多重功能，编制管理直接关系到医疗资源配置效率、服务质量与医务人员积极性[12]，是国家通过制度设计保障医务人员职业稳定性的核心载体。在去编制化改革背景下，不同医院呈现出差异化的制度安排：有的保留编制但通过员额制实现待遇并轨，有的一步到位实行全员聘用制，有的则陷入编内编外并存的双轨制困境。本维度重点比较：编制现状、编内外薪酬差异、核心优势与面临挑战。其次，薪酬激励维度是市场逻辑渗透最为

深入的领域，但也承载着国家逻辑的总额约束和专业逻辑的价值诉求。薪酬不仅是劳动报酬，更是价值导向和行为引导的工具。在医保支付改革、财政投入转型等外部压力下，如何设计激励体系，平衡固定薪酬与绩效薪酬的比例，将服务质量、患者满意度等专业价值指标纳入考核，成为改革的核心命题[13]。国家卫健委明确提出，要“逐步提高基础薪酬等相对固定的稳定收入占比并建立动态调整机制”，研究推进动态缩小机构之间薪酬差距。本维度重点比较：激励体系核心特点、薪酬结构、绩效考评与挂钩方式、政府财政支持与影响、主要激励优势、面临的挑战与问题。最后，人才引进维度是专业逻辑的主要投射场域，同时也深受市场逻辑的影响。在区域医疗市场竞争日趋激烈的背景下，医院如何定位自身、引进何种人才、依靠什么吸引人才，既反映了其对学科发展和专业梯队建设的战略考量，也体现了其在人才市场中的竞争策略。本维度重点比较：核心战略与定位、主要引进对象、吸引人才的优势、面临的困难与挑战、创新与特色做法。三个维度相互关联：人员编制是制度基础，决定了用工形式和身份格局，是国家逻辑的制度化体现；人才引进是战略入口，决定了人力资源的存量与结构，是专业逻辑与市场逻辑的交汇点；薪酬激励是动力核心，决定了人事管理的效能与活力，是市场逻辑主导下兼顾国家约束与专业价值的制度设计。三者共同构成公立医院人事管理改革的完整图景，而三重制度逻辑在不同维度上的权重差异，则塑造了不同医院各具特色的改革路径。本研究将运用这一分析框架，对深圳市三家公立医院的改革实践进行系统比较，揭示其改革路径背后的制度逻辑。

四4、案例基本情况呈现：三家医院人事管理改革的实践图景需明确全部为“公立医院”，尤其是B医院。否则，主题就不成立了！

（一）4.1 A医院：依托大学资源的渐进式改革

A医院为大学直属附属的三级甲等中医院，拥有国家级中医优势专科（肿瘤科）和10个省级重点专科，下辖1家社区医院和30家社康中心。在人员编制方面，医院主要呈现出“编制+员额制+临聘+第三方”的混合格局。医院核定编制400余个，实际在编约600人（含员额），员工总数超过1500人，大部分为员额制或临聘人员，空编约60个，且入编门槛极高（要求45岁以下、博士、高级职称、国家重点学科等）。改革的核心举措是实施“让位编制计划”（员额制），逐步提升非编人员的待遇水平：每年为30-80名优秀临聘人员提供入编待遇，使其收入与编制内完全拉平，仅保留非编身份。这一制度设计的深层逻辑在于：在不触动存量编制利益的前提下，通过增量待遇并轨逐步淡化身份差异，既维系了队伍稳定性，又为最终实现全员同工同酬创造条件。然而，极高的入编标准也带来新的问题——一部分未达标但长期服务的骨干人才可能产生相对剥夺感，形成“体制内边缘人”的心理落差。在薪酬激励方面，医院以同工同酬为改革目标，并将服务质量指标纳入绩效考核。绩效、奖金、公积金、值班费等福利已基本实现编内外一致，主要差距体现在基本工资。此外，医院将患者满意度调查结果与每月固定绩效直接绑定，有效激励服务提升。并且护士薪酬可达医生的70%，医护差距远低于行业平均水平，内部公平性较好，体现了医院对护理专业价值的认可。这种低差距、高公平的薪酬结构，在降低内部交易成本的同时，增强了组织的凝聚力和向心力。在人才引进方面，医院采取内涵式增长与体系化培养双轮驱动战略。一方面精准引进临床型博士和学科带头人，另一方面通过独特的“双垂直一体化”模式，打通院本部与社康中心之间的人才流动通道——将院本部行政和临床科室垂直管理社康，通过人员上下交换培训，打通人才内部流动与培养通道。这一模式的深层创新在于：它超越了传统院本部—社康的行政隶属关系，构建起基于专业发展的利益共同体。社康医生通过上派学习获得专业成长，院本部专家通过下沉带教拓展职业价值，双方在双向流动中实现人力资源的深度开发和优化配置。

（二）4.2 B医院：中外合作背景下的去编化探索

B医院为是深圳市公立医院去编制化改革的试点单位，是一家中外合作运营的市属公立医院一家中外合作运营的医院。医院2020年11月新建成立，定位为“大综合、强专科”的三级综合医院，神经外科为其特色专科，医院地理位置相对偏远。在人员编制方面，医院近乎全员聘用制。全院766人中，仅党委书记1人有事业编制，其余均为合同制工作人员。在人员编制方面，B医院建立全员聘用制，医院真正实现了“能进能出、能上能下”的灵活用人机制，招聘自主权大，可通过丁香园、猎头等多种渠道引进人才。深圳市政府给予大力支持，包括人均薪酬比例高、医疗补助、低息贷款等。这一制度设计的核心逻辑是以灵活换效率：通过彻底打破编制束缚，换取最大的用人自主权和激励效率。然而，失去编制的稳定功能后，医院面临严峻的人才流失问题——合同约束力弱，员工可随时离职，尤其是有一定经验的中层骨干，往往将医院作为职业跳板[14]。在薪酬激励方面，构建医院建立与市场接轨、与业绩强挂钩的绩效薪酬体系。薪酬结构为约40%固定工资+40%绩效工资（与工作量、业务收入、CMI值等强挂钩）+20%其他。医院将医疗质量KPI与科主任聘任、晋升、评优评先直接三项挂钩，强调质量与安全导向。这种高能激励设计的深层意图在于，通过将个人收益与组织绩效深度绑定，最大限度激发医务人员的工作积极性。但在实践中，这种设计也暴露出局限性——当医院整体创收能力受限时，高薪承诺的可持续性受到挑战。特别是政府3年运营补助结束后，医院将面临从政策贴补到市场竞争的转型。在人才引进方面，医院采取高投入吸引战略，用极具竞争力的年薪快速引进优秀人才。但这一战略面临三重困境：一是引进顶尖专家困难，体制内核心骨干不愿放弃编制，专家来源多为退休人员，二次创业激情不足；二是人才梯队

断层，过度依赖外部引进而忽视内部培养，导致后备力量不足；三是地理位置偏远，服务人口少，保护期结束后运营压力巨大。此外，中外合作带来的语言文化障碍、技术服务费等额外成本，也在一定程度上稀释了激励资源。

（三）4.3 C医院：区属二级医院的生存困境与差异化应对

C医院为区属二级综合性医院，拥有区级重点专科（老年医学科、消化内科、康复医学科），下辖21家社康中心。医院位于福田中心区，生活便利。在人员编制方面，医院人员结构呈现“编制+临聘+第三方”的多元混合格局。员工总数1000余人，其中编制202个，非编800人（含合同制702人，第三方购买服务98人），存在部分空编但入编门槛高，并。医院在养老、社康辅助岗位灵活使用第三方购买服务，以控制人力成本。这一制度安排的深层逻辑是以成本换生存：在大型医院的虹吸效应下，通过控制人力成本维持生存空间。但这种低成本策略的代价是内部公平性的严重缺失——编内编外双轨制矛盾突出，非编人员在基本工资、职业年金、住房福利等方面存在显著差距，组织认同感和工作积极性受到严重抑制。在薪酬激励方面，虽然近年来在公积金、社保方面推进了同工同酬，但整体改革步伐较为缓慢编内编外差距巨大。尽管社保、公积金已实现同工同酬（2022年公积金、2023年社保统一），但基本工资、职业年金仍存在明显差距，编制内外初级职称基本工资相差1倍多，并且编制人员享有房补、申请公租房优势。绩效分配方面，护士与科主任绩效相差1倍多，内部公平性不足。更严重的问题在于考核机制失效：编制人员考核分4档，但几乎无人被评为基本合格或不合格，考核流于形式。行政后勤绩效难以量化，缺乏差异化激励，“干多干少一个样”。这种低激励、高公平感缺失的状态，形成了双重负面效应：编制人员因体制保护而消极怠工，非编人员因不公平感而离心。在人才引进方面，主要依托庞大的社康网络吸引全科医生和实用型人才医院面临吸引力严重不足的困境。二级医院平台难以与市属大三甲竞争高层次人才；编制枷锁使非编人员望而却步；急诊、心内等紧缺科室及全职本科护理人员招聘困难。医院唯一的优势在于庞大的社康网络——21家社康中心为全科医生提供了实践平台，老年医学、康复医学等特色专科也为差异化发展留下了空间。但这种差异化更多是被动的生存选择，而非主动的战略布局。

5 案例比较分析：路径差异的制度逻辑

5.1 人员编制的三种模式及其内在逻辑

三家医院的人员编制模式呈现出清晰的类型学路径差异（表1）。A医院的渐进式并轨模式，保留编制身份但通过员额制提升非编人员待遇，逐步实现待遇差距缩小并轨，其内在逻辑是以待遇换稳定，通过经济待遇的均等化换取骨干人才的稳定性，改革步伐稳健、阻力较小。A医院员工总数超过1500人，大部分为临聘与劳务派遣人员，核定编制457个，实际在编600人（含员额制），空编共60个，每年仅能用2-3个编制（主要用于科主任级别人才），入编标准极为严格：45岁以下、博士、高级职称、国家重点学科等。为淡化编制身份差异，医院实施“让位编制计划（员额制）”，即每年给予30名优秀临聘人员“入编待遇”（收入与在编完全拉平，仅保留非编身份），并计划逐年扩大至60、80乃至100名。院长坦言：“我们的目标就是最后打破编制，有编制没编制都一样，但要有一个过程。”B医院的创新性去编模式，一步到位创新性取消编制，建立完全灵活的现代医院管理制度，其内在逻辑是以灵活换效率，通过彻底打破编制束缚换取最大的用人自主权和激励效率，但这种模式失去了编制的稳定作用。受访管理者指出：“去编制化后，人才流动缺乏有效的约束机制，员工单方面可随时提出离职，人才流动和流失日益严重，多数流向有编制的医院。此外，由于非编人员来自体制外各类机构，背景调查难度大，如果刻意隐瞒不良记录，会给医院用人带来隐患”。因此，在人才市场上与其它行业竞争时，若无极具竞争力的薪酬和发展前景，容易处于劣势。C医院的传统双轨制模式，编内编外并存且待遇福利差距明显，其内在逻辑是以成本换生存，在大型医院的虹吸效应下，通过控制人力成本维持生存空间。受访人事负责人表述“编外员工反映：我们干同样的活，但拿不到一半的薪酬。”，编外人员满意度明显低于编内。但这种模式导致内部不公平感强烈，影响非编人员积极性，改革面临巨大的内部惯性阻力。

表1 人员编制的三种模式

维度
A 医院
B 医院
C 医院
改革模式
渐进式并轨
创新性去编
传统双轨制
编制现状
编制+员额制+临聘+第三方混合
全员聘用制
编制+临聘+第三方混合
编内外差异

显著缩小中
理论上无差异
差异明显
核心优势
队伍稳定性好
用人机制灵活
用工成本可控
主要挑战
入编标准过高
人才流失严重
编双轨制内外矛盾突出
制度逻辑
以待遇换稳定
以灵活换效率
以成本换生存

5.2 人才引进的战略差异与资源依赖

三家医院在人才引进策略上的差异，反映了其资源依赖结构的不同。**A**医院依托大学的学术资源和福田区的区位优势，采取内涵式增长战略，注重内部人才培养和梯队建设。**A**医院院长介绍：“我们实行临床科室垂直管理社康，比如针灸科派有资历的医生下沉社康，同时社康派人员上来到病房轮训两个月，通过这种一上一下的交换培训，打通了人才流动通道。”2024年，共有45名社康医生上派进修，32名院本部专家下沉带教，内部流动率显著高于同类医院。其双垂直一体化模式通过院本部与社康的人员流动，实现了人力资源的深度开发和内部配置效率的提升。**B**医院依赖政府保护期政策和资金支持，采取高投入吸引战略，用极具竞争力的高年薪快速引进尖端人才。其开出的年薪比市内同级医院高出30%-50%，然而政府的运营补助（第一年70%、第二年50%、第三年30%）已于2023年底结束。医院管理者坦言：“周边新建医院也在享受政府补助，薪酬待遇更好，人才就会流向更成熟的医院。此外，引进的专家多为退休人员，“二次创业激情不足”，而45-60岁的优秀骨干“一般不愿意脱离体制内”。但这种战略面临显著的可持续性挑战[9]：——政府运营补助结束后，高薪酬能否维持？同时，过度依赖外部引进而忽视内部培养，可能导致人才梯队断层。**C**医院在资源竞争中处于劣势，只能采取差异化生存战略，招聘实用型人才，并通过第三方服务控制成本。C医院人事负责人表示：“我们全线缺学科带头人，急诊、心内科很难招人，全职本科护理人员也难招”。其然而庞大的社康网络是其吸引全科人才的重要平台，但在高层次人才引进方面缺乏竞争力。

5.3 薪酬激励的机制设计与绩效结果

三家医院的薪酬激励体系呈现出不同的机制设计与绩效结果。**A**医院以同工同酬为导向，通过制度性创新有效解决编内外待遇差问题，激励方向从追求量转向量与质（满意度）并重。目前，**A**医院绩效、奖金、公积金、值班费等福利已基本实现编内外一致，主要差距体现在基本工资，护士薪酬可达医生的70%，每年医院人员支出占比达60%，员工离职意愿率仅约8%（每年新进120-130人，离职20人左右）。院长介绍：“目前主要差距在基本工资，比如按国家标准在编正高与临聘正高的基本工资差距约两倍。因此，我们每年给部分优秀临聘人员‘让位编制’待遇，使其收入与在编拉平。”这种设计在保证内部公平性的基础上提升服务效率，员工获得感强，队伍稳定性高。**B**医院以绩效为绩效导向为核心，建立了与市场接轨的激励体系，将个人贡献与薪酬紧密挂钩，有效调动了医务人员的积极性将激励与贡献直接关联，有效调动积极性。其薪酬结构为：40%固定工资、40%绩效工资（与工作量、业务收入、CMI值等挂钩）、20%其他部分。同时，医疗质量KPI与科主任的聘任、晋升及评优评先直接挂钩。然而，医院地理位置偏远，服务半径5公里内常住人口不足5万，2023年业务收入远低于同等规模医院的平均水平。但面临服务人口少、创收能力弱，高薪酬的可持续性等严峻挑战但面临市场竞争劣势——地理位置偏远、服务人口少、创收能力受限，高薪酬的可持续性面临挑战，激励体系必须更有效率才能在后保护期生存。**C**医院则目前陷入双轨制困境，编内编外人员待遇差距较大的困境，考核机制形同虚设，内部不公平感强烈。尽管2022年公积金、2023年社保已实现同工同酬，但基本工资、职业年金差距依然显著。在绩效分配方面，护士与科主任的绩效相差1倍以上。考核方面，编制人员虽分为四档，却几乎无人被评为“基本合格”或“不合格”，流于形式。区级社康补助政府丰厚的补助在某种程度上掩盖了内部激励失效的问题，缺乏改革紧迫性，这种状态下，即使想改革也面临巨大的内部阻力。

5.4 路径差分异的深层逻辑：制度环境、资源禀赋与竞争位势的交互作用

三家医院改革路径的差分异，是制度环境、资源禀赋与竞争位势三者交互作用的结果。制度环境层面，深圳市作为改革先行示范区，为公立医院人事管理制度改革提供了政策空间和容错机制。但不同层级政府的管理权责差异塑造了医院的改革空间：**B**医院获得更大的改革自主权，可以大胆探索去编制化的改革；而区属医院（**A**医院和**C**医院）则受到区级卫健部门的更直接管控，改革必须兼

顾区域卫生规划的平衡和既有利益格局的稳定。资源禀赋层面，三家医院在历史积淀、大学依托、政府支持等方面的差异，决定了其改革的起点条件和可动用资源。**A**医院拥有大学学术资源和成熟的中医专科体系，政府拨款占全院收入30%-40%，运营压力相对较小，医院通过开源节流（如采购成本控制、利旧节约数百万元、节能减排等）保持良性运转，并可以依托校一院协同推进内涵式发展；**B**医院获得市级政府的大力资金支持和国际合作平台，但需承担技术服务费（（医疗服务收入-药品收入）×1%）及翻译团队等额外成本，中外合作带来的语言文化障碍也增加了管理难度可以用高投入换取快速扩张；**C**医院则主要在区级层面获得社康补助等政策支持，资源相对有限，政府拨款大量减少，教育经费也缩减。使其在人才引进和薪酬激励方面难以与市属大型医院直接竞争，转而依托社康网络和老年医学、康复医学等特色专科，探索差异化发展路径。竞争位势层面，三家医院在区域医疗市场中的竞争位势，构成了改革压力和方向选择的重要背景。**A**医院作为区域中医龙头，拥有较为稳定的患者群体和较强的专科优势，患者满意度连续多年在同类医院中最高，这种高位势使其在改革节奏上可以保持从容，采取渐进式的策略安排；**B**医院作为新建医院，面临市场认知度低、服务人口少、竞争压力大的现实挑战，这种低位势使其必须在保护期内快速建立核心竞争力，改革的紧迫感和突破性更强；**C**医院作为二级医院，处于大型三甲医院的虹吸效应之下，既难以在高端服务上与龙头医院竞争，又在基本医疗服务上面临社康机构的分流，这种边缘位势使其改革更多呈现为应对性、维持性的特征。

6 讨论

6.1 编制改革的关键在于切断编制与待遇的刚性挂钩

公立医院编制改革的核心困境，去编制化改革的核心困境，源于公立医院人事制度中保障与激励两种功能的结构性矛盾。编制作为事业单位人事制度的基础安排，承载着职业安全感、福利凭证、身份认同和组织承诺等多重功能，对医疗这一高风险、长周期行业具有特殊价值，但。然而，随着公立医院运营环境的市场化转型，单纯的编制保障已难以适应效率导向的发展需求，市场化的用人机制要求建立与绩效贡献强关联的激励体系[10][15]。两种制度逻辑的交织与冲突，构成了改革的深层命题：。三家医院的改革实践从不同侧面揭示了这一困境。**A**医院过增量改革逐步稀释编制的福利含量，最终实现缩小待遇差距，进而采取渐进式并轨策略，通过员额制和让位编制计划，在不触动存量编制利益的前提下，以待遇并轨逐步淡化身份差异。这一路径的制度逻辑在于：通过增量改革逐步稀释编制的福利含量，最终实现待遇融合并以淡化身份轨差异。然而，较高的入编标准也带来新的问题——一部分未达标但长期服务的骨干人员可能产生相对剥夺感，影响组织内部的公平感知。**B**医院以灵活用人机制为核心，通过全员聘用制换取较大的用人自主权和激励效率。但这种改革模式失去了编制的稳定功能，在未能提供持续竞争力的薪酬待遇和发展空间的情况下，人员流动性较高，尤其是具有一定经验的中层骨干流失较为明显。这揭示了市场化用人机制在公立医院领域的适用边界，当组织失去编制的保障功能，又未能建立有效的替代性激励约束机制时，可能面临人才稳定性不足的困境。**C**医院则呈现典型的双轨制特征，编内与编外人员并存且待遇差距较为显著。当编制从制度保障演变为身份区隔时，反而对组织效能产生负面影响——编内人员因制度保护而激励不足，编外人员因待遇差距而产生不公平感，两类人员的工作积极性均受到抑制。这一案例表明，保留编制若缺乏有效的激励约束机制，可能使保障功能异化，反而削弱组织活力。深圳的改革实践表明，改革的关键并非简单地取消编制，而是调整编制与待遇福利的关联方式，建立以岗位贡献为基础的薪酬体系。**A**医院的渐进式并轨路径提供了有益探索，通过待遇并轨保留编制的保障功能，同时以绩效导向的激励体系激发组织活力。

6.2 人才引进策略受制于资源禀赋与功能定位的匹配性

三家医院在人才引进策略上的差异，反映了其资源禀赋对结构人才战略的不同，也揭示了不同类型医院在人才竞争中面临的深层约束。**A**医院依托大学的学术资源和区位优势，采取内部培养与外部引进相结合的战略，。其“双垂直一体化”模式通过院本部与社康的人员双向流动，构建了内部人才循环机制，。该这一模式提升了人力资源配置效率，但面临引进人才的高待遇可能影响现有骨干积极性的内部公平性挑战，因此，在一定程度上实现了人力资源的深度开发和内部配置效率的提升。然而，这一战略面临内部公平性挑战：为引进高层次人才提供的优厚待遇，可能对现有骨干人员的积极性产生影响，需要建立兼顾外部竞争与内部公平的激励平衡机制。**B**医院依托政府保护期政策和资金支持，采取高投入引进战略，以具有市场竞争力的薪酬待遇吸引人才。但这种战略面临可持续性挑战：随着保护期结束后和政府补助停止，高薪酬承诺的可持续性存在不确定性。同时，且过度依赖外部引进而忽视内部培养，易可能导致人才梯队断层。此外，中外合作带来的管理协调成本和文化差异，也在一定程度上增加了组织运行成本。这一案例表明，因此，政策驱动型新建医院的人才引进策略需要平衡短期竞争力与长期可持续发展之间的关系。**C**医院在资源竞争中处于相对劣势，主要采取实用型人才引进策略，并通过第三方服务控制人力成本。其下辖的社康网络为全科医生提供了实践平台，老年医学、康复医学等专科领域也存在一定发展空间。但高层次人才引进困难这种策略在吸引高层次人才方面缺乏竞争力，难以形成人才集聚效应。并且更为深层的问题在于，如何将现有资源转化为持续的人才吸引力，如何构建清晰的职业发展通道，是**C**医院破解人才困境的关键。三家公立医院的实践表明，人才引进策略的选择受制于医院的资源禀赋，需要与医院的功能定位和发展战略相匹配。不同策略各有利弊，关键在于识别自身的约束条件，在现有资源条件下

寻求最优的人才配置方案。

6.3 激励体系的有效性取决于公平与效率的审慎权衡

三家医院的薪酬激励体系呈现出不同的机制设计，折射出激励结构与组织行为之间的复杂关系。**A**医院以同工同酬为改革导向，逐步缩小编内与编外人员的待遇差距。其激励设计的特征在于：将患者满意度纳入绩效考核体系，使服务质量与个人收益相关联，引导医务人员关注服务品质。同时，护士薪酬与医生薪酬的差距相对较小，内部公平性较好。体现了对不同专业价值的认可。然而，这一体系仍面临持续优化的问题：优才计划的覆盖范围有限以及，部分非编人员的待遇仍有差距；医保支付方式改革带来的收入压力，可能对激励体系的可持续性产生影响。**B**医院建立以绩效为导向的薪酬体系，将个人收益与工作量、业务收入、病例组合指数等指标强关联，并将医疗质量指标与科主任的聘任、晋升直接挂钩，这种高关联度的激励设计旨在最大限度激发医务人员的工作积极性，但在实践中面临服务人口少、创收能力弱，高薪酬承诺持续性等挑战多重约束。**C**医院则面临激励体系失效的困境，编制内外人员的。尽管社保、公积金已实现同工同酬，但基本工资、职业年金仍存在明显差距，不同岗位之间的差距较为显著，且编制人员享有额外的福利待遇。绩效分配方面，不同岗位之间的差距较为显著，内部公平性不足。更为关键的是考核机制未能有效发挥作用：编制人员考核流于形式，行政后勤绩效难以量化，缺乏差异化的激励设计内部公平性不足，缺乏差异化的激励设计。政府提供的社康补助在一定程度上缓解了运营压力，但也可能弱化医院进行制度创新的紧迫性。三家公立医院的实践表明，有效的激励体系薪酬激励设计还需要平衡多重关系：固定薪酬与浮动薪酬的比例关系、个人激励与团队协作的协调关系、短期激励与长期发展的平衡关系，应有效的激励体系应在保障基本收入稳定的基础上，建立与岗位贡献相匹配的绩效分配机制，同时兼顾不同专业群体的价值认可。

7 政策建议启示

7.1 建立编制动态调整机制，将身份保障转向岗位贡献

公立医院编制管理改革的核心在于实现从身份保障向岗位贡献的转变[11][16]。国家卫生健康委明确提出，要建立公立医院编制动态调整机制，根据当地人口数量、结构变化、医疗服务需求以及财政承受能力，动态调整公立医疗机构人员编制规模，使有资质、有能力、有良好医德医风的医疗专业技术人员能够得到编制保障。可借鉴**A**医院的员额制经验，在保留编制职业安全保障功能的前提下，逐步切断编制与待遇福利的刚性挂钩，使薪酬分配回归岗位贡献本质。在薪酬结构设计上，可在现有基础薪酬与绩效薪酬为主体的框架基础上，进一步完善补充保障机制，探索构建更加稳定可持续的薪酬保障体系。编制资源的配置应遵循功能导向原则，向高层次人才、关键紧缺岗位、工作骨干和业绩突出的医务人员倾斜。对于新建医院，可探索将部分空余编制在全市或区域内统一管理、按需分配，根据医院发展阶段和服务需求动态核增编制名额，既保障基本队伍稳定，又避免编制固化形成新的制度依赖；对于老牌医院，可通过缩小待遇差距待遇并轨逐步淡化身份差异，用活空余编制，使编制真正服务于医疗卫生事业发展的核心需求。

7.23 优化人才引进策略，建立内外协同的可持续引育体系构建数智赋能的人才引育新机制，适应数智健康时代需求

公立医院的人才引进应立足自身资源禀赋与功能定位。首先，建议建立分层分类的人才引进指导体系：对于区域医疗中心和高水平医院，应注重学科带头人和科研领军人才的精准引进，同时强化内部培养梯队，形成“引进一个、带动一片”的乘数效应；对于二级医院和基层机构，则应聚焦实用型人才和全科医生，通过定向培养、岗位锻炼和职业发展支持，提升人才的留任意愿。其次，应认识到单纯依靠高薪引才的不可持续性。新建医院或处于发展初期的机构，在享受政府支持的同时，应提前规划财政补助结束后的薪酬保障方案，逐步建立与自身业务收入相匹配的薪酬体系，避免因薪酬落差导致人才流失。最后，重视内部培养通道的建设，打通院本部与基层机构之间的人才双向流动路径，通过轮训、带教、进修等方式实现人力资源的深度开发，形成外部引进与内部培养相互促进的良性循环。

人工智能与医疗健康的深度融合正在重塑公立医院人事管理制度的底层逻辑，也对卫生健康领域投资于人与投资于物的平衡提出了新的要求。在数智健康时代，需要将更多资源投资于人，使医务人员成为技术赋能的主体而非被动适应者。可探索“医学+人工智能”复合型人才培养模式，将数智技术应用能力纳入医务人员核心素养培训体系，实现投资于人与投资于物的协同发力；同时建立基于大数据的精准引才机制，利用数智化手段识别人才需求、匹配人才资源，以数据驱动提升人才配置效率；并依托现有紧密型县域医共体推广“分布式检查、集中式诊断”模式，通过技术赋能实现优质医疗资源下沉，使硬件设施投入真正转化为服务基层的人才效能。此外，应积极应对数字经济背景下灵活就业、多元化用工的新趋势，探索适应数智时代的人事治理新模式，让投资于人贯穿医务人员职业生全周期，推动技术赋能与人才发展形成良性循环。

7.32 深化薪酬制度改革，构建健康绩效导向的分配新机制

公立医院薪酬制度改革是“十五五”时期卫生健康工作的重点任务，核心是在落实“两个允许”的同时，逐步动态缩小不同等级医疗机构间的收入差距、医院内部业务科室收入差距、奖励绩效工资所占比重差距。薪酬制度改革既不是单纯涨收入，更不是搞平均主义，而是通过优化薪酬结构、完善分配机制，调动医务人员积极性，促进各级各类医疗机构和各专业专科均衡发展。在薪酬结构上，公立医院应逐步提升固定薪酬占比，降低对创收奖金的依赖，使薪酬分配更加符合公益性定位。同

时，推广年薪制、协议工资、项目工资等灵活分配方式，对高层次人才和关键紧缺岗位实行“以岗定责、以岗定薪、责薪相适、考核兑现”。对于收费水平较低、收支难以平衡的医疗机构和薄弱科室，财政应给予专项经费补助，确保人员待遇稳定和机构可持续发展。在考核导向上，应构建健康绩效考核体系，将服务质量、患者满意度等核心指标纳入绩效考核，与绩效年薪强挂钩，实现优绩优酬。对于区域医疗中心，应突出科研创新和疑难重症诊疗的价值导向；对于基层医院，应将签约服务质量、健康管理效果等纳入考核，使薪酬分配真正体现服务贡献。薪酬制度改革的目标是推动医务人员从按量取酬向按质取酬、按价值取酬转变，通过更科学、更公平的分配方式，让医务人员更专注于治病救人本身，让工作强度大、社会急需的岗位变得更有吸引力。

作者贡献：张亮负责论文框架搭建；莫玉芳、谢涛负责整理访谈内容、档案资料和论文撰写；所有作者共同参与讨论并进行论文修订。

参考文献

- [1] 谭志华, 王亚楠, 周辉. 公立医院人员总量管理的实践问题与优化路径[J]. 现代医院管理, 2025, 23(05):45-47.
- [2] 王京, 许航, 马晓静, 等. 公立医院人事编制改革下医生工作偏好研究——基于离散选择实验的实证分析[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(04):63-68.
- [3] 王金淼, 王威. 公立医院人员编制备案制改革的实践问题与建议——以北京大学深圳医院与香港大学深圳医院为例[J]. 中国人事科学, 2022(10):13-20.
- [4] 王静宇, 龙仁, 刘晓云. 我国卫生人力政策与新医改目标的协同演化研究——基于196份政策文本的交叉引用与内容分析[J]. 中国卫生政策研究, 2025, 18(04):51-58.
- [5] Herriott R E, Firestone W A. Multisite qualitative policy research: Optimizing description and generalizability[J]. Educational researcher, 1983(02):14-19.
- [6] 陈俏琴. 制度逻辑视角下公立医院医疗设备采购模式优化路径研究[J]. 知识经济, 2025(29):136-138.
- [7] 李梦颖, 伍琳, 王昕妍, 等. 我国医保谈判药品落地问题的多重制度逻辑分析与政策建议[J]. 中国药房, 2024, 35(14):1683-1689.
- [8] 何文盛, 李雅青, 王焱. 公立医院何以响应医保监管? ——基于G省L市S医院的案例分析[J]. 行政论坛, 2023, 30(01):135-144.
- [9] Greenwood R, Diaz A M, Li S X, et al. The Multiplicity of Institutional Logics and the Heterogeneity of Organizational Responses[J]. ORGANIZATION SCIENCE, 2010, 21(2):521-539.
- [10] 雷小苗, 李正风. 市场导向型基础研究——反向路径下的技术创新逻辑[J]. 科技管理研究, 2020, 40(21):1-6.
- [11] 李宝庆, 张善超, 樊亚娇. 多重制度逻辑下高中学业水平考试改革的风险及其规避[J]. 教育发展研究, 2016, 33(6):1-8.
- [12] 解丽莉, 彭聚学. 优化编制管理视角下公立医院高质量发展指标设计[J]. 人力资源, 2025(24):109-111.
- [13] 叶向明, 徐龙仁, 李鹏, 等. 基于问题导向的公立医院薪酬分配现状与制度设计——以浙江省为例[J]. 中国卫生事业管理, 2016, 33(10):749-753.
- [14] 黄灵肖, 李璐, 罗桢妮. “去编制化”背景下深圳市新建公立医院人力资源管理 SWOT 分析[J]. 中国医院, 2022, 26(07):40-42.
- [15] 王茗茗. 多源流理论视域下公立医院去编制化政策的现状分析与建议[J]. 人才资源开发, 2025(15):66-68.
- [16] 罗乐宣, 李创, 陈瑶, 等. 深圳市构建现代医院管理制度的基本路径与进展分析[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(12):14-19.

参考文献

- [1] 陈俏琴. 制度逻辑视角下公立医院医疗设备采购模式优化路径研究[J]. 知识经济, 2025(29):136-138.
- [2] 李梦颖, 伍琳, 王昕妍, 等. 我国医保谈判药品落地问题的多重制度逻辑分析与政策建议[J]. 中国药房, 2024, 35(14):1683-1689.
- [3] Greenwood R, Diaz A M, Li S X, et al. The Multiplicity of Institutional Logics and the Heterogeneity of Organizational Responses[J]. ORGANIZATION SCIENCE, 2010, 21(2):521-539.

- [4] 雷小苗, 李正风. 市场导向型基础研究——反向路径下的技术创新逻辑[J]. 科技管理研究, 2020, 40(21):1-6.
- [5] 李宝庆, 张善超, 樊亚娇. 多重制度逻辑下高中学业水平考试改革的风险及其规避[J]. 教育发展研究, 2016, 33(6):1-8.
- [6] 解丽莉, 彭聚学. 优化编制管理视角下公立医院高质量发展指标设计[J]. 人力资源, 2025(24):109-111.
- [7] 叶向明, 徐龙仁, 李鹏, 等. 基于问题导向的公立医院薪酬分配现状与制度设计——以浙江省为例[J]. 中国卫生事业管理, 2016, 33(10):749-753.
- [8] Herriott R E, Firestone W A. Multisite qualitative policy research: Optimizing description and generalizability[J]. Educational researcher, 1983(02):14-19.
- [9] 黄灵肖, 李璐, 罗桢妮. “去编制化”背景下深圳市新建公立医院人力资源管理 SWOT 分析[J]. 中国医院, 2022, 26(07):40-42.
- [10] 王茗茗. 多源流理论视域下公立医院去编制化政策的现状分析与建议[J]. 人才资源开发, 2025(15):66-68.
- [11] 罗乐宣, 李创, 陈瑶, 等. 深圳市构建现代医院管理制度的基本路径与进展分析[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(12):14-19.