

公立医院人事管理改革的制度逻辑与路径差异

——基于深圳市三家公立医院的案例比较分析

莫玉芳^{1*} 谢涛¹ 张亮^{1,2}

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。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;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

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2026.05.005

The institutional logic and path differentiation of personnel management reform in public hospitals: A comparative case study of three public hospitals in Shenzhen

MO Yu-fang¹, XIE Tao¹, ZHANG Liang^{1,2}

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; deepen the salary system reform and build a new distribution mechanism oriented towards health performance.

【Key words】 Public hospitals; Personnel management reform; Personnel establishment; Talent recruitment; Salary incentives

*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(ZYYC202302ZD)

作者简介:莫玉芳(1999年—),女,博士研究生,主要研究方向为公立医院体制机制、医疗保障与卫生政策管理。E-mail:moyufang@126.com

通讯作者:张亮。E-mail:Zhangchunliang@whu.edu.cn

1 引言

公立医院是我国医疗服务供给体系的主体力量,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,国家层面不断完善公立医院人才队伍建设的顶层设计,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。在国家政策的有力推动下,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。本研究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借鉴和参考。

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,其行为逻辑具有多重属性^[2]: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,公立医院主要受三重逻辑约束与驱动: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

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。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人才梯队建设的战略考量。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]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,但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,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。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。^[8]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深度访谈,同时系统收集医院内部文件、工作报告等档案资料,从人员编制、人才引进、薪酬激励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逻辑。

4 案例基本情况

4.1 A 医院

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,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。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。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。

4.2 B 医院

B 医院为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。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,地理位置相对偏远。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,真正实现了“能进能出、能上能下”的灵活用人机制。在薪酬激励方面,构建与市场接轨、与业绩强挂钩的绩效薪酬体系。在人才引进方面,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。

4.3 C 医院

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,存在部分空编但入编门槛高,并在养老、社康辅助岗位灵活使用第三方购买服务以控制人力成本。在薪酬激励方面,虽然近年来在公积金、社保等方面推进了同工同酬,但整体改革步伐较为缓慢。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。

5 案例比较分析

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路径差异(表1)。A 医院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,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。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名、80名乃至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,在人才市场上与其他行业竞争时,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。受访人事负责人提及:“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。这种模式导致内部不公平感强烈,影响非编人员积极性。

表1 人员编制的三种模式

维度	A医院	B医院	C医院
编制现状	编制+员额制+ 临聘+第三方	全员聘用制	编制+临聘+第三方
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	人编标准过高	人才流失严重	编制内外矛盾突出
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,用高薪快速引进尖端人才。其提供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。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。”其庞大的社康网络是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编外一致,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为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医院以绩效为导向,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。其薪酬结构为:固定工资占40%、绩效工资(与工作量、业务收入、CMI值等挂钩)占40%、其他部分占20%。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,面临服务人口少、创收能力弱、高薪酬可持续性严峻挑战。C医院目前陷入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”,考核流于形式。区级社康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,改革面临巨大的内部阻力。

5.4 路径差异的深层逻辑: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)则受到区卫健委直接管控,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支配资源。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、节能减排等)保持良性运转,并依托校-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 $[(\text{医疗服务收入}-\text{药品收入})\times 1\%]$ 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;C医院则主要在区级层面获得社康补助等政策支持,但政府拨款大量减少,教育经费也在缩减。这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,源于保障与激励两种功能的结构性矛盾。编制承载着职业安全感、福利凭证、身份认同等多重功能,对医疗行业具有特殊价值,但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]两种逻辑的冲突构成了改革的深层命题:A医院通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,进而淡化身份差异。然而,较高的入编标准也带来新的问题——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,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。

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,反映了资源禀赋对人才战略的约束。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,通过院本部与社康人员的双向流动,构建了内部人才循环机制,该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,需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,但面临可持续性挑战:保护期结束后,高薪酬承诺的可持续性存在不确定性,且过度依赖外部引进而忽视内部培养,易导致人才梯队断层。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。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,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,但高层次人才引进困难,难以形成人才集聚效应。如何将现有资源转化为持续的人才吸引力并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,人才引进策略需要与医院的功能定位和发展战略相匹配,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,将患者满意度纳入绩效考核体系,护士薪酬与医生薪酬的差距相对较小,内部公平性较好。然而优才计划的覆盖范围有限以及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,但面临服务人口少、创收能力弱、高薪酬承诺缺乏持续性等挑战。C医院则面临激励体系失效的困境,编制内外人员的基本工资、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。绩效考核流于形式,行政后勤绩效难以量化,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,有效的激励体系还需要平衡固定薪酬与浮动薪酬、个人激励与团队协作、短期激励与长期发展的关系,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。

7 政策建议

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]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。

7.2 优化人才引进策略,建立内外协同的可持续培育体系

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医疗卫生机构,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,应充分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医疗机构,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,打通院本部与基层医疗卫生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。

7.3 深化薪酬制度改革,构建健康绩效导向的分配新机制

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;对于基层医疗卫生机构,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:莫玉芳、谢涛负责整理访谈内容、档案资料和论文撰写;张亮负责论文框架搭建;所有作者共同参与讨论并进行论文修订。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

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(2): 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(7): 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.

[收稿日期:2026-03-30 修回日期:2026-05-09]

(编辑 赵晓娟)

“人工智能赋能长期照护体系建设”主题边会在日内瓦成功举办

第 79 届世界卫生大会期间中国发起举办了“人工智能赋能长期照护体系建设”主题边会,来自全球 39 个国家 171 家机构的 249 名代表参会,围绕人工智能技术在养老照护领域的应用路径展开研讨,为全球共同应对人口老龄化挑战凝聚共识。

本次边会重点分享了中国依托长期护理保险制度推进智慧照护的实践经验。中国长期护理保险制度遵循“先试点、再推开”的建设逻辑,目前已完成试点探索、进入全面建制阶段,人工智能、大数据与物联网技术的融合应用,为制度提质增效提供了核心支撑:智能评估系统提升了失能等级评定的精准性,物联网设备实现了居家照护的安全动态监测,医保云平台构建了个人精细化健康照护画像,推动长护

险从传统保障模式向智慧保障模式转型,从技术层面破解了长期照护领域服务供给不均、过程监管困难等共性难题。

与会各国代表高度评价中国智慧长护的实践成果,认为中国探索为全球完善长期照护体系提供了可借鉴的本土经验,各方围绕技术落地、制度设计与国际合作达成广泛共识。本次 WHO 边会是中国深度参与全球卫生治理的重要实践,未来中国将继续依托世界卫生组织多边平台,深化国际经验共享与技术合作,为构建公平优质、可持续的全球长期照护保障体系贡献中国方案。

(摘编自:WHO 官方网站)