

〈人力资源管理〉

公立医院人员总量管理的实践问题与优化路径

谭志华,王亚楠,周辉

(深圳市中医院,深圳 518000)

【摘要】 人员总量管理作为公立医院人事制度改革的重要方向,旨在通过弱化编制捆绑、强化动态管理提升人力资源配置效率。本文梳理人员总量管理的内涵、历史沿革及地方实践,结合政策文件与相关文献,发现改革实施过程中存在四大核心问题:财政拨款仍以编制为依据,编外人员岗位聘用受限;职称评审方式调整,加剧聘任矛盾;编内编外薪酬待遇差距显著,阻碍人才引进;养老保障制度衔接不畅,与现行政策冲突。据此提出优化路径:地方政府需完善政策衔接、下放管理权限、统筹编制资源;医疗机构应优化人事管理与绩效分配机制,推动从身份管理向岗位管理转型,为公立医院高质量发展提供制度支撑。

【关键词】 公立医院;人员总量管理;编制备案制;人事改革

【文献标志码】 B **【文章编号】** 1672-4232(2025)05-0045-03

【DOI编码】 10.3969/j.issn.1672-4232.2025.05.012

1 人员总量管理的内涵与发展背景

1.1 概念界定

人员总量管理,全称为人员控制总量备案制,是指政府部门依据医疗机构服务规模、业务范围等因素核定人员上限,事业单位在总量内自主招聘、管理人员,并将基本情况报上级主管部门备案的人力资源管理模式。其核心是弱化人员与编制的身份绑定,强化动态管理,实现从身份管理向岗位管理的转变^[1]。与传统编制管理相比,人员总量管理以岗位为核心,简化审批流程,下放人事管理权;与劳务派遣的区别在于,总量内人员直接与医院签订劳动合同,形成劳动关系,而劳务派遣人员隶属于派遣公司,医院仅为服务接受方^[2]。

定编定员理论指根据组织目标、技术条件等,通过科学方法确定人员配备数量,要求公立医院依据病床数量、日均门诊量等指标,合理配置医护、行政等岗位人员,实现“精简高效、人岗匹配”^[3]。

定编定员理论为人员总量管理提供了方法论基础。二者虽各有侧重却目标协同:人员总量管理以“总量控制+自主管理”为制度设计核心,通过政府核定上限与单位自主调控的结合实现管理弹性;定编定员理论则以“以岗定人+科学测算”为实操路径,依托病床数量、门诊量等指标精准配置岗位人员。二者通过制度设计与实操方法的有机衔接,共同服务于公立医院人力资源优化配置的根本目标。

1.2 历史沿革

计划经济时期,公立医院实行全额预算管理,“编制”是财政拨款的核心依据,人员总量管理实质为编制管理^[4]。改革开放后,财政难以承担全额人员支出,政府放松人事管控,编外人员因用工成本低、编制扩张受限等因素占比攀升。21世纪以来,政策推动改革深

化:2015年《国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》提出逐步实行编制备案制;2019年《关于进一步深化事业单位人事制度改革的意见》明确医疗机构在备案编制内的设岗自主权。这一过程中,人员数量控制理念从“严格定编”向“动态适配”转变,苛希纳定律的启示愈发凸显——人员冗余会导致效率下降、成本攀升,如公立医院行政人员过多易引发分工模糊、沟通成本增加等问题^[5]。

1.3 地方探索实践

山东省:2016年起在高校、公立医院推行人员控制总量备案管理,根据公立医院业务水平、类型特点、床位数、门诊量等,结合单位实际情况,研究确定人员控制总量,报同级机构编制部门备案^[6]。

江苏省:2015年采用审批与备案结合模式,每两年动态调整人员总量,明确岗位设置比例,实现备案制与编制人员在聘用、职称评定等方面的同等待遇,缓解人员短缺问题^[7]。

深圳市:2012年以香港大学深圳医院为试点全面取消编制,实行财政补助“按事定补”^[8];2022年探索“编制池”制度,统筹市属公立医院空编资源,用于高层次人才引进、人才培养及新建医院骨干配置,形成“存量整合、动态供给”的管理模式。

多地通过试点积累了改革经验,其核心在于政策协同与权益保障。

2 人员总量管理实施中的核心问题

2.1 财政拨款仍以编制为依据,编外人员岗位聘用受限

编制内人员基本工资由财政预算统筹保障,编制外人员薪酬则主要依托医院业务收入安排。从运营成

本调控角度出发,医疗机构对编制外人员的基本工资设定往往相对偏低,形成薪酬体系的结构性差异。在职称聘任维度,编制外人员在中高级职称晋升中面临的限制相对较多,初级职称聘任占比较高;编制内人员的聘任主要受本单位职称岗位总量调控,晋升机会相对稳定^[9]。

中层及以上管理岗位职数仍由上级主管部门按规定核定,编制外优秀人才多数情况下承担的是临时性负责人职责。这种管理模式不仅在一定程度上制约了现有人才的职业发展路径,也对外部高层次人才引进形成潜在影响。此前有研究显示,由于编制资源配置有限,医院在高层次人才引进中存在一定困难,人才以柔性合作方式参与工作,导致核心团队稳定性面临挑战,对医院医疗服务能力的稳步提升产生影响^[10]。

2.2 职称评审方式调整,聘任矛盾加剧

现行职称评审要求“取得职称满一定年限且受聘相应岗位后可申报更高职称”,进一步激化聘任矛盾。一方面,编制人员因职数固化需要等待现有人员退休或调离腾出名额,晋升排队现象突出,部分医院存在“有资格无聘任”情况;另一方面,编外人员受限于身份,聘任机会稀缺。深圳市传统公立医院因编制使用门槛提高,2019年以来10家医院仅引进70余名市外高层次人才,目前公立医院超半数以上人员未入编,凸显职称管理与人才培养的脱节。

2.3 编内编外薪酬待遇差距显著,阻碍人才引进

人员总量管理政策虽明确要求编制内外人员享受“同等待遇”,但在实践层面,编外人员的基本工资、奖励性绩效等薪酬构成仍与编制内人员存在实质性差异,同工同酬机制尚未完全落地。这种薪酬差距的弥补面临双重困境:若由医疗机构自行承担薪酬补差,将显著增加人力成本支出,正如徐永红与张彬^[11]研究显示,试点医院改革首年直接人力成本增幅高达157%,无疑会加剧医院的运营负担;若依赖财政补贴以弥补相关缺口,但地方政府的财力难以持续支撑,将导致政策执行过程中面临现实阻碍^[12]。

2.4 养老保障制度衔接不畅,与现行政策冲突

编制内人员参加机关事业单位养老保险,单位缴费比例为本单位参保人员缴费工资总额的20%,个人按本人缴费工资的8%缴费并同步享受职业年金待遇;编制外人员则可以参加企业职工养老保险,其缴费基数通常处于较低水平,且未纳入职业年金覆盖范围,两类人员的社会保障待遇存在明显差异。2015年《国务院关于机关事业单位工作人员养老保险制度改革的规定》虽对职业年金作出原则性规定,但未明确非编制人员的参与渠道与实施细则,导致医疗机构在具体操作中缺乏政策依据。这种制度衔接的不充分,进一步

扩大了两类人员的保障差距,对队伍稳定性构成潜在影响^[13]。

3 完善人员总量管理的优化路径

人员总量管理的优化需坚持“放管结合”原则:在向医疗机构下放人事管理自主权的同时,必须强化政府部门的顶层设计与协同监管。其中,构建多维度人才评价体系与科学的绩效分配调整机制是改革落地的核心环节,这要求政府人力资源和社会保障部门、卫生健康行政部门牵头制定统一的框架性指导意见,通过广泛征求国家政策研究机构、行业协会、医疗机构及社会公众的意见,确保评价方法的科学性、分配机制的公平性能达成多方共识。唯有如此,才能避免自主权下放后可能出现的承接能力不足、行业标准碎片化、专业间评价失衡等新问题,形成“顶层设计引导方向、地方创新填充细节”的上下联动格局。

3.1 地方政府层面:强化政策协同与资源统筹

3.1.1 组织人事部门。建议突破人员身份属性对干部选拔任用的制约,构建以能力素质为核心的选拔体系。院级领导职务的任免可由组织部门依规履行考察与任命程序,确保管理团队的专业性与稳定性;对于中层管理岗位则可赋予医疗机构更大的自主权,在符合组织程序的前提下,由医院结合实际需求通过民主推荐、竞争上岗等方式产生人选,经报备后任职。此举旨在推动形成人岗相适、动态调整的管理机制,优化人力资源配置效率。

3.1.2 卫生行政部门。建议进一步下放职称聘任管理权限,调整原有以编制数量为基准的初、中、高级职称结构比例核定方式,转而结合医院等级、人员总量等核心指标制定差异化的指导性标准,为医疗机构预留合理的自主调整空间。同时,应健全以绩效考核为导向的监管机制,将工作量、服务质量、患者满意度等关键指标纳入考核体系,并建立考核结果与财政补助额度的联动机制,通过激励约束并重的方式,引导医疗机构持续提升运营效率与服务水平。

3.1.3 人力资源和社会保障部门。建议系统梳理现行人力资源管理相关政策文件,重点厘清不同时期制度规范之间的衔接关系,减少政策执行中的冲突与模糊地带,为人员总量管理制度的落地提供清晰的政策依据。在社会保障体系建设方面,可探索扩大职业年金的适用范围,允许医疗机构根据自身运营状况,为编制外人员(包括参加企业职工基本养老保险的人员)建立补充养老保障,所需费用由运营状况良好的医院自主统筹安排。此举旨在通过制度创新缩小编制内外人员的社会保障差距,增强队伍稳定性与职业认同感。

3.1.4 推广“编制池”制度。可借鉴深圳市“编制池”制度的实践经验,对区域内公立医院现有空编资源进行集中统筹与动态调配。该机制的适用范围可涵盖三个维度:一是用于引进经区域认定的高层次人才和在省部级以上医学重点学科(专科)连续任职且具备副高级以上专业技术资格的骨干人才;二是面向本土培养人才,对在区域内公立医院服务达到一定年限(如8~10年)、具备正高级专业技术资格且符合临床技术、科研教学等核心条件的人员,通过设定“期权编制”等方式予以激励;三是保障新建医院的人才队伍建设,为其核心管理团队及临床科室骨干提供编制支持,助力新建机构快速形成稳定服务能力。通过这一模式,实现编制资源从“单一引进导向”向“引进与培养并重”的转型,构建存量整合、动态供给的编制管理新范式。

3.2 医疗机构层面:优化人事管理与绩效分配

3.2.1 人事管理优化。推行全员聘用制,以岗定薪,同一岗位按学历、职称等设置统一工资标准;对高层次人才、核心管理者实行年薪制,提升吸引力。完善考核淘汰机制:高层次人才与管理者年度考核不合格者予以替换,普通人员通过科室考核决定合同是否续签,确保人岗匹配。建立多维度人才评价体系:结合工作量、质量、可持续发展及满意度,将结果与岗位聘用、职称晋升、薪酬调整绑定,激发积极性。

3.2.2 绩效分配调整。2021年6月《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》印发,2021年9月在北京协和医院主办的“医院高质量发展院长论坛”上,国家卫生健康委体制改革司司长许树强提到,需逐步提高公立医院人员薪酬中固定部分的占比,到十四五期末力争达到50%左右,十五五期末力争达到60%。这一政策导向为人员总量管理改革提供了重要支撑:通过提升固定薪酬在收入构成中的比重,能够稳定职工收入预期,减少因改革带来的不确定性而产生的抵触情绪,从而降低改革推进阻力;同时,相对稳定的薪酬保障体系有助于增强岗位吸引力,提高人才引进的成功率,为人员总量管理模式的全面落地创造有利条件,推动公立医院人力资源管理向更加合理、高效的方向转型。

3.2.3 保障全员福利均等化。医疗机构应推动福利保障的均等化建设,将节假日慰问、住院医疗补助等福利覆盖至全体职工,消除编制身份差异对福利享有权利的影响。此举通过构建公平统一的福利体系,能够有效增强编外人员的组织认同感与职业归属感,为人员总量管理改革中“同工同待遇”原则的落地提供支撑,

也与编制备案制改革中强化岗位价值、弱化身份差异的导向相契合。

公立医院人员总量管理改革的核心在于破除编制身份的路径依赖,推动人力资源管理从传统的身份导向转型为以岗位价值为核心的动态管理。这一变革需依托政府层面的政策协同与资源统筹,扫清制度性障碍,同时通过医疗机构层面优化人事与绩效激励机制,激发内生动力^[14]。改革的关键在于实现制度刚性与管理弹性的辩证统一,以切实缩小编制差异带来的发展鸿沟,提升人力资源配置效能,最终推动公立医院公益性彰显与高质量发展。

参 考 文 献

- [1] 刘再起,杨文.人员总量管理视角下高职院校人才引进工作分析[J].科教导刊,2024(20):13-15.
- [2] 卢玲玲.江西省公立医院编制管理改革问题研究[D].南昌:南昌大学,2022.
- [3] 孟钢.浅谈集团公司如何控制定编定员总量[J].中国铝业,2019,43(4):58-60.
- [4] 林敏颖.公立医院公共卫生服务的财政补偿政策研究[D].广州:华南理工大学,2022.
- [5] 徐乔.治议提高医院物资精细化管理水平[J].东方企业文化,2012(23):29,21.
- [6] 刘安庆.高校、公立医院开展人员控制总量备案制管理的问题和对策研究[J].机构与行政,2017(2):23-27.
- [7] 赵蓉.江苏省公立医院编制备案制改革研究[D].南京:南京大学,2019.
- [8] 冯鹏程.公立医院双轨制下编外人员参加企业年金现状、困境及破局[J].保险理论与实践,2025(2):145-157.
- [9] 王卫荣.新形势下公立医院人力资源管理存在的问题与应对策略[J].中国卫生产业,2024,21(23):242-245.
- [10] 宋智,隗铁夫.北京市某三甲专科医院建设研究型医院的实践与探讨[J].医院管理论坛,2019,36(3):61-63.
- [11] 徐永红,张彬.改革试点公立医院的薪酬关联系数探索与分析[J].中国卫生经济,2019,38(4):35-37.
- [12] 张子怡,邱寒青,林韬杰.广东省共建型新型研发机构体制机制创新的问题与优化路径研究[J].中国科技产业,2025(6):40-43.
- [13] 周晓蒙,张琢.“铁饭碗”愿意延退吗?——体制内外劳动者延迟退休意愿差异研究[J].人口与发展,2025,31(1):48-58.
- [14] 杨晓燕,徐兴.盘活公立医院人员总量管理[J].人力资源,2023(2):1-3.

通信作者:周辉(1979-),男,本科,中级馆员;研究方向:卫生事业管理。

收稿日期:2025-08-11

修回日期:2025-08-18

(编辑 徐佳)