

巴中市哲学社会科学规划项目

结项申请书

立 项 编 号 BZ25ZD017

项 目 类 别 重点课题

项 目 名 称 公立医疗机构薪酬制度改革的现状分析和实践探索

项 目 负 责 人 罗友军

所 在 单 位 巴中市中西医结合医院

填 表 日 期 2025 年 9 月 15 日

巴中市社会科学界联合会 制

2025 年 3 月

声 明

本研究成果不存在知识产权争议；巴中市社会科学界联合会享有推广应用本成果的权利，但保留作者的署名权。特此声明。

成果是否涉及敏感问题或其他不宜公开出版的内容：是 否

成果是否涉密： 是 否

项目负责人（签字）

年 月 日

填 表 说 明

一、本表适用于巴中市社科年度规划项目、专项项目等结项申请。

二、认真如实填写表内栏目，凡选择性栏目请在选项上打“√”。
课题申报信息无变更情况的可不填写《项目变更情况数据表》。

三、本《结项申请书》报送 2 份（A3 纸双面印制，中缝装订），
并附最终成果打印稿（正文格式要求：主标题 2 号方正小标宋简体，
其中一级标题 3 号方正黑体-GBK，二级标题 3 号方正楷体-GBK，三级
标题 3 号方正仿宋-GBK 加粗，正文 3 号方正仿宋-GBK）。

四、所有结项材料须经所在单位审核并签署意见。县（区）申
报者报送所在县（区）社科联审核后统一报送至市社科联，其他申
报者可直接报送市社科联。

一、项目变更情况数据表

立项项目名称								
结项成果名称								
是否变更	A、是	B、否	变更的内容					
原计划成果形式			现成果形式					
原计划完成时间	年 月 日		实际完成时间		年 月 日			
项目负责人及参与人员变更情况								
原负责人	姓 名		性 别		民族		出生日期	
	所在单位			行政职务			专业职务	
	通讯地址				联系电话			
现负责人	姓 名		性 别		民族		出生日期	年 月
	所在单位			行政职务			专业职务	
	通讯地址				联系电话			
原参与人员	姓 名	单 位		职 称		联系 电话		
现参与人员	姓 名	单 位		职 称		联系 电话		

二、申请人所在单位审核意见

(审核事项:1. 成果有无政治导向问题或其他不宜公开出版的内容; 2. 最终结果的内容质量是否符合预期研究目标。)

签 章
年 月 日

三、县(区)社科联意见

(审核事项:1. 成果有无意识形态问题; 2. 是否同意结项。)

单位(公章):

负责人签字:

年 月 日

四、专家鉴定意见

(请在对应意见栏划“√”)

1. 成果有无意识形态方面问题: 有 否

2. 是否同意结项: 是 否

3. 鉴定等级: 优秀 良好 合格

主审专家签字:

年 月 日

五、市社科联审核意见

单位(公章):

年 月 日

最 终 成 果

公立医院薪酬制度改革的现状分析和实践探索

——基于医疗反腐、DRG控费与三明模式的背景下

罗友军¹ 余显龙² 陈靖静¹

¹巴中市中西医结合医院 四川巴中 636000; ²巴中市卫生健康委员会 四川巴中 636000

【摘要】医药卫生体制改革进入“深水区”，而公立医院薪酬制度改革正成为医改的一块“硬骨头”。分析借鉴各地在“医疗反腐、DRG控费与三明模式”三叠加的背景下，针对薪酬制度改革所做出的有益探索和实践，系统研究薪酬制度改革的解决方案，提出需在薪酬结构和薪酬总额核定、绩效考核、薪酬模式、医保政策、财政补助、人力资源管理等核心要素方面重点着力的观点；结合国家政策，各地应采取因地制宜、小步快走、分期推进的策略。

【关键词】公立医院；薪酬制度；实践探索；政策建议

Analysis and practical exploration of the current situation of public hospital salary system reform

——Based on the background of medical anti-corruption, DRG fee control and the Sanming model

Luo Youjun¹ Yu Xianlong² Chen Jingjing¹

¹Bazhong Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Bazhong 636000, Sichuan; ²Bazhong Municipal Health Commission, Bazhong 636000, Sichuan, China

【Abstract】 The reform of the medical and health system has entered the "deep water area", and the reform of the salary system of public hospitals is becoming a "hard bone" of medical reform. In the context of the triple superposition of "medical anti-corruption, DRG cost control and Sanming model", this paper systematically studies the solutions of salary system reform in view of

作者简介：罗友军（1972年-），男，汉族，医学学士，肝胆外科副主任医师，现任巴中市中西医结合医院党委书记、巴市中心医院党委副书记。

the useful exploration and practice made by various regions, and puts forward the views that need to focus on core elements such as salary structure and total salary approval, performance appraisal, salary model, medical insurance policy, financial subsidies, and human resource management. Combined with national policies, all localities should adopt the strategy of adapting measures to local conditions, taking small steps and advancing in stages.

【Key words】 public hospitals; salary system; practical exploration; Policy recommendations

前　　言

公立医院薪酬制度改革关系医院可持续发展与医疗体系稳定的紧迫任务。当前公立医院正面临前所未有的运营压力与结构性挑战。在医疗反腐深化、DRG 支付方式改革全面推开以及三明模式全国推广的背景下，公立医院传统营收模式被颠覆，公立医院薪酬制度改革必须蹚出一条新路。本文将从改革背景与紧迫性分析入手，系统梳理薪酬结构失衡的现状，剖析全国各地薪酬改革的实践探索，并最终预测未来改革方向，为构建体现知识价值、符合公益导向的公立医院薪酬体系提供政策建议。

第一章　改革背景与核心矛盾

公立医疗机构薪酬制度改革是我国新医改的核心议题之一，其背后交织着医疗反腐的强力推进、医保支付方式的深刻变革、地方创新模式的实践探索以及国家政策环境的持续调整。当前改革已进入深水区，亟需系统分析多重驱动因

素与制度约束，构建既体现医疗行业特殊性又符合公益性导向的薪酬体系。

一、医疗反腐：薪酬制度改革的催化剂

医药领域反腐风暴的持续推进，深刻暴露了传统薪酬制度的结构性缺陷与激励扭曲问题。在当前的财政供给模式下，医院的收入主要靠自身的经营行为获得，医务人员薪酬长期与科室经济收入直接挂钩，存在“开单提成”“靠医吃医”的隐性分配模式。这种制度安排实质上将医生的知识价值与劳动价值异化为药品和检查项目的销售量，不仅推高了医疗费用，更衍生出过度医疗和回扣泛滥等系统性腐败问题。

国家层面已三令五申严禁薪酬与业务收入挂钩。2017年《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》首次明确“医务人员薪酬不得与药品、耗材、检查、化验等业务收入挂钩”；2021年人社部等五部门《关于深化公立医院薪酬制度改革的指导意见》进一步强调“切断个人收入与科室创收的联系”；2024年医改重点工作任务再次重申这一原则。政策演变的背后，是对医疗公益属性的回归与价值导向的矫正——从“以收入为中心”转向“以健康结果为中心”。

2023年以来，在全国医药行业新一轮反腐行动中，全国多地医疗机构出现了医务人员薪酬普降现象，降幅普遍达

20%-30%。这一现象表面上源于灰色收入的切断，实质却反映了公立医院合法收入渠道的匮乏与财政补偿机制的缺位^[1]。调查多家三级公立医院一线医务人员发现：医疗反腐后手术量未减，但绩效工资缩水近三至四成，与劳动强度严重不匹配。医疗反腐彻底封堵了灰色收入渠道，但也加剧了合法收入不足的困境。构建“阳光薪酬”体系，需通过提水平、优结构、明来源实现“堵后门”与“开正门”同步推进。

二、DRG控费模式：倒逼薪酬体系重构

医保支付方式从“按项目付费”向“按病种打包付费”的转型，正在深刻重塑医疗机构的收入结构与运营逻辑。疾病诊断相关分组（DRG）和按病种分值付费（DIP）的实施，通过设定病组支付标准，倒逼医院主动控制成本、优化流程。在这一背景下，传统基于收入增长的绩效分配模式已难以适应新的运行环境，亟需建立与控费目标相容的薪酬激励机制。

如何在成本约束与价值医疗之间寻求平衡，是DRG支付的核心任务，其路径是建立“结余留用、超支分担”的激励约束机制实现这一理念。从DRG支付模式的实践表明，科学的权重设计能有效引导资源向疑难重症倾斜，目前医保对疑难重症病组（非控制组）支付率明显增加，而轻症病组（目控组）支付率显著降低。这一差别化支付策略促使医院重新

评估各科室的价值贡献，神经外科、心脏介入等高技术含量、高成本病组的服务价值得到合理体现，为薪酬分配向高风险、高难度岗位倾斜提供了资金保障。

DRG 改革固然有其积极的一面，但对医院内部绩效考核提出三大挑战：

一是在成本核算方面：临床科室成本核算方法难以精确分摊到具体病组，导致医生劳动价值衡量失真。手术科室的耗材成本和人力投入未被精准计量，导致实际成本与 DRG 付费标准偏离；跨科室协作产生的共享成本（如 ICU 护理、检查设备使用）缺乏科学分摊规则，可能导致部分科室（如急诊、重症医学科）承担过多成本，而受益科室未合理分担。

二是在绩效导向方面：若简单将 DRG 结余与医生收入挂钩，可能诱发“避重就轻”“小病大治”“升级诊断”等规避行为，比如医生为控制费用而选择低成本治疗方案（如减少必要检查、缩短住院时间），甚至推诿复杂病例或高风险患者，特别是老年患者存在多种并发症可能因 DRG 支付标准限制而无法充分治疗[2]。

三是在医院运营方面：小医院因风险分担能力弱，疑难重症患者救治水平不高，导致患者流向大医院，加剧医疗资源分配不均。同时，因存在对医院的考核机制，这种状况不但影响公立医院 CMI 值（病例组合指数）考核成绩，还可能

迫使医院更倾向于收治盈利性病种，忽视疑难重症的诊疗投入。

三、三明经验：薪酬制度改革的实践范式

福建三明医改历经十年探索，构建了一套全员目标年薪制的完整框架。其核心突破在于彻底斩断了个人收入与医院收入之间的链条，通过工分制量化医疗服务的技术难度与劳动价值，建立了符合医疗行业特点的薪酬分配体系[3]。

三明模式的核心创新体现在三个层面。一是全员覆盖：实施范围从院长、医师扩展到技师、药师、护师、村医和行政后勤人员，实现公立医疗机构全覆盖。二是职称定薪：打破医院等级限制，按职称高低统一核定基本年薪，对不同级别的医生和护士分类分层分别核定。三是工分考核：绩效年薪通过工分制分配，设置基础工分、量化工分，另设奖惩工分调节质量安全。同时，村医 10 万元基本年薪的设定，显著提升了基层岗位吸引力。

三明模式的另一突破是将人群健康指标纳入绩效评价体系。公立医疗机构绩效总额的 10% 与健康结果挂钩，考核指标包括“人均年度门诊次数”“每百人年均住院人次”“地区医疗总费用增幅”等。

但值得研究的是，三明模式在一些大型公立医院的适用性仍需实践检验。关键原因在于这些医院的大专家、学术带

头人，如果按照年薪制来计算，收入可能不足以体现其价值。这反映了薪酬改革需兼顾统一原则与灵活实施的辩证关系。国家明确要求三明医改经验在5年内实现全国全覆盖，但如何避免“一刀切”和形式主义执行仍是挑战。

当前，公立医院薪酬制度改革已不仅是激励机制优化的问题，而是关系到医院生存与医疗体系稳定的紧迫任务。2023年以来，超过50%的医生群体经历了实际收入下降，绩效奖金、津贴比例乃至加班费被调低已成为普遍现象。在当前的政策环境和医院现实状况下，若不从根本上重构薪酬体系，不仅难以调动医务人员积极性，还将加剧人才流失（尤其是基层和紧缺科室）、影响医疗质量，最终损害人民群众健康福祉。改革迫在眉睫，且需系统设计、多措并举。

第二章 现状分析与问题诊断

一、目前公立医疗机构薪酬体系的构成

当前我国公立医疗机构的薪酬体系主要由基本工资、绩效工资和津贴补贴三大部分构成，呈现出多元化混合特征。基本工资按照国家统一的事业单位工资标准确定，主要依据职称、工龄和岗位级别确定，这部分收入相对固定但占比逐渐降低^[4]。绩效工资已成为医务人员收入的核心变量，约占总收入的40%-60%，其分配主要与工作量、服务质量和技术

难度等指标挂钩。津贴补贴则包括夜班津贴、手术津贴、科研补贴等特殊岗位或特殊贡献的补偿性收入。

表一：公立医院医务人员薪酬结构分析

薪酬构成	占比范围	决定因素
基本工资	30%-40%	职称、工龄、岗位级别
绩效工资	40%-60%	工作量、服务质量、技术难度、患者满意度
津贴补贴	10%-20%	夜班、手术、科研、特殊岗位

二、当前公立医疗机构薪酬待遇存在的问题

公立医院薪酬制度改革始终在政策引导与现实约束的双重作用下推进。近年来，国家层面持续释放政策红利，但历史遗留的结构性矛盾与体制性障碍仍制约着改革深化。

（一）医院债务负担与财政补偿不足。公立医院作为公益二类差额拨款单位，财政拨款仅占其总收入的5%-10%，其余需通过经营性收入自行填补^[5]。公立医院特别是专科医院（如儿童医院、精神病医院、中医类医院）面临设备投入不足、人才流失等问题。国家卫健委披露的数据显示，当前“公立

医院虽然规模逐渐扩大、业务量整体增长，但总体收入增幅放缓，盈余水平下降，资产负债率偏高”，多地公立医院负债率超 40%。实施药品“零差价”后，医院药品收入利润为零，部分医院政府补贴未到位，需要自筹资金“贴补”损失，同时检验检查收入“腰斩”，“一次挂号管三天”等政策的实施，提高医生待遇面临很大困难。国家卫健委也坦承：“公立医院因取消药品加成减少的合理收入，应按照调整医疗服务价格补偿 80%、财政专项补偿 10%、医院自我消化 10%的原则进行补偿”，但实际执行中财政补偿常不到位。医院员工薪酬通常占医院总支出的 30%以上，在营收大幅缩水的情况下，薪酬支出已成为医院的沉重负担。

(二)技术劳务价值和人员待遇被低估。国家医保局也认为现行价格体系存在“价格反映技术劳务价值还不充分”的问题。医保价格改革强调“有升有降”，但实际调价中，体现医务人员技术劳务价值的项目（如诊疗、手术、护理等）价格上调幅度有限，难以弥补检查检验类项目价格下调带来的收入缺口，调高部分的收入增量无法抵消调低部分的减量；高风险、高难度的复杂操作（如前置胎盘剖宫产、深低温停循环麻醉等）长期与常规操作定价相同，未通过单独立项或加收项体现技术难度差异，未能准确反映医务人员的实际劳动成本^[6]。当前医疗机构整体收入下降，医务人员的技术劳务价值仍被低估。药品和耗材集采后以及检验检查价格

下调后的“节余”部分，未能直接支持医疗人力资源的发展。此外，医疗服务价格项目“拆分过细”“区域差异大”，与临床实践脱节。这些问题都导致医生技术价值无法通过合理途径实现薪酬转化。在一些地方，“医学博士月收入不及网约车司机”的现实对比，凸显了医务人员尤其是高学历人才的经济困境。当薪酬无法反映教育投入和专业价值时，必然导致人才流失和专业积极性受挫，与改革提升医疗服务能力的初衷相悖。

（三）编内外待遇差距与绩效分配不公平。有的医院事业编制人员与聘用制人员尽管承担相同工作，但基本工资差距达2-4倍。这种“同工不同酬”现象不仅违背《劳动合同法》原则，更导致人才流失加剧[7]。河北省卫健委虽提出“逐步消化现有编外聘用专业技术人员”，但编外人员占公立医院人员的51%左右，对庞大的编外群体而言，这一过程漫长且充满不确定性。我市某三甲医院人事科长测算：若全院聘用制人员实现同工同酬，年度人力成本将增加约一亿元。在医保控费和DRG支付约束下，医院自主提薪空间有限。绩效工资的总量核定和分配中的公平性问题同样突出，如何量化不同科室不同专业医疗服务的技术含量、风险程度和健康结果，如何体现儿科、急诊、传染病科等公益性较强的科室的绩效问题，仍是绩效设计的痛点。我市某医院尝试将RBRVS（以

资源为基础的相对价值比率)与DRG结合,但病种复杂度、患者个体差异等变量仍难以精确校准。

(四)考核指标的科学性与创收压力并存。尽管政策严禁下达创收指标,但医院实际运行中仍面临隐性经济压力。国家卫健委强调要“健全以公益性为导向的考核评价机制”,但在财政补偿不足、医保收入利润有限、“药品零利润”、检验检查降价等经费来源渠道缺失及打折的情况下,这些政策的落地面临严峻挑战。部分医院将科研产出、论文发表等纳入绩效考核指标,增加了临床医务人员的负担。调查显示,医护人员对科内绩效二次分配方案的科学性存在疑问,如果不与“经济收入”“工作数量”等硬指标挂钩,而更加注重工龄、职称、工作纪律、优质服务、科研论文等“软指标”,科室的收入从哪来,是否能提高医务人员的积极性。

这些问题反映了改革已触及事业单位体制、财政补偿机制、医疗保险政策等核心领域。

三、医护人员对现行薪酬制度的评价

医护人员对薪酬制度的满意度是衡量改革成效的重要指标,调查显示当前医务人员对薪酬的满意度呈现结构性差异,受岗位类别、编制身份、职称等级等多种因素影响。

(一)关于绩效分配公平性调查。调查显示,医护人员对“多劳多得、优绩优酬”原则普遍认同,但对实施效果评

价不一。一项针对医护人员对绩效二次分配满意度的调查发现，仅约 35% 的受访者认为“达到多劳多得”，而约 28% 明确表示“不满意”或“非常不满意”。不同岗位类别人员的满意度差异显著：外科医生更认可基于手术难度 (RBRVS 评估) 的绩效分配，而内科医生则对基于病种分值和病例组合指数的考核接受度较高。在团队协作方面，约 45% 的受访者认为科室协作“比较融洽”，但仍有 15% 反映存在沟通不畅或矛盾冲突。

(二) 关于编制与职称差异的影响。编外人员对薪酬公平性的不满尤为突出。调查显示，合同制与派遣制人员对“同岗同酬”实现程度的满意度明显低于在编人员。职称差异也影响满意度，低年资医生普遍认为薪酬与付出不匹配，而高级职称者更关注长期激励和学术价值体现。安徽省方案提出“适当提高低年资医生的薪酬水平”，反映了对这一问题的关注。

(三) 关于薪酬满意度的影响因素。呈现多元化特征。据调查医护人员最看重的因素包括：职业晋升与发展空间 (约占 35%)、薪酬待遇水平 (约占 30%)、和谐融洽的工作氛围 (约占 20%) 以及个人价值的充分体现 (约占 15%)。这表明薪酬改革不能仅关注货币收入，还需与职业发展、工作环境等非货币因素协同推进。

第三章 地方实践与创新路径

近年来，各地开展了丰富多样的改革实践，在薪酬分配模式、考核激励机制和管理体制等方面进行了有益探索。这些实践不仅显著提升了医务人员的薪酬水平，还有效改善了医疗服务质量和效率，为公立医院高质量发展提供了坚实保障。

一、部分地区薪酬制度改革的成功案例分析

我国公立医院薪酬制度改革呈现出地方先行先试、多点开花的局面，其中福建三明、北京、四川等地的探索形成了各具特色且成效显著的改革模式，为全国提供了宝贵经验。

三明：全员目标年薪制改革。三明市作为全国医改的“排头兵”，自2015年起推行全员目标年薪制与工分计算制度，彻底打破传统与收入挂钩的分配模式。该制度将医务人员年薪分为基本年薪和绩效年薪两部分，绩效年薪通过工分制进行计算，工分设计综合考虑职称、工龄、手术难度、门诊工作量、住院服务量、夜班频次等体现技术难度与劳动强度的关键因素。2017年，三明市进一步升级为“岗位职责薪酬制度”，按职称严格核定基本年薪：主任医师30万元、副主任医师25万元、主治医师20万元、住院医师15万元，同时明确护理、医技、行政后勤人员的薪酬标准（分别为同级别医师的70%、80%和40%）。这一改革带来显著成效：公立医疗机构职工平均年薪从2011年的4.22万元大幅提升至2022年

的 20.11 万元，部分骨干医生年薪甚至超过 50 万元。更值得关注的是，通过将考核重点从“创收能力”转向“岗位职责履行质量”，医生开大处方、过度检查的现象得到根本遏制，实现了公益性与积极性的平衡[8]。

表二：三明市医务人员年薪制标准与改革成效

岗位类别	职称/职务	基本年薪标准(万元)	覆盖范围	改革成效(2011-2022)
医师	主任医师	30	全员	平均年薪从 4.22 万增至 20.11 万
	副主任医师	25	全员	医生最高年薪达 58.28 万
	主治医师	20	全员	药品费用占比显著下降
	住院医师	15	全员	大处方现象基本遏制
护理人员	-	同级别医师 70%	全员	-
医技人员	-	同级别医师 80%	全员	-
行政后勤	-	医师平均	全员	-

		年薪 40%		
--	--	--------	--	--

四川：目标年薪制与分类改革。以市州为单位开展公立医院班子成员和科室主任目标年薪制试点。采用年薪制、协议工资制、项目工资等方式，同时落实公立医院用人自主权，探索实行编制备案或员额管理，实行按需设岗、竞聘上岗、按岗聘用、合同管理。动态调整公立医院薪酬水平，公立医院在核定的薪酬总量内自主分配，健全以公益性为导向、体现技术劳务价值的内部分配机制，统筹考虑编内外人员薪酬待遇^[9]。与三明覆盖全员的模式不同，四川采取分步推进策略，优先对管理岗位和关键临床岗位实施年薪制，待条件成熟后再逐步扩大范围。四川的改革注重与医院功能定位相适应，对妇幼、传染病等专科医院予以政策倾斜，避免“一刀切”。

巴中：总量控制分类激励。出台《巴中市公立医院绩效考核实施细则》，以“总量控制、绩效考核、分类激励”为核心，推行“三线”管理模式，即底线：明确公立医院基金提取额度不低于总支出的 10%；红线：人员支出全部来自核定薪酬总额，严禁负债用于人员支出；封顶线：薪酬总额占比不超过医院总支出的 45%，超限部分转入事业发展基金，对全国三级公立医院绩效考核优秀者（A+等级）可申请核增薪酬总量^[10]。医院在核定总量内可自主确定分配模式，采取年薪制、协议工资制等灵活形式，向关键岗位、高风险科室

(如儿科、急诊科)、高层次人才倾斜。

柞水县：基层导向的薪酬激励。陕西省商洛市柞水县作为县级医疗改革代表，重点强化基层医疗卫生机构薪酬激励。该县落实“两个允许”政策，将绩效工资提高到同级事业单位平均水平的3倍以内。在分配机制上，柞水县建立了一套以服务数量、质量、健康管理效果、居民满意度、费用控制为核心的考核指标体系，绩效工资与考核结果紧密挂钩。2024年，柞水县核定18家医疗单位绩效工资总额达5334.52万元，同比增长28.26%，患者满意度超过95%[11]。这一模式为经济欠发达地区基层医疗机构薪酬改革提供了可复制的经验。

二、创新薪酬分配模式的实践尝试

在薪酬分配机制创新方面，各地突破传统绩效工资框架，探索了多种体现医疗行业特点、符合公益导向的新型分配模式。这些尝试不仅优化了薪酬结构，更在深层次上重塑了医疗服务激励机制。

(一) 工分制与岗位价值评价体系实践。三明市创建的“工分制”绩效计算方法是薪酬分配技术的重要创新。该方法以工作量为基础，但规避了直接与经济收入挂钩的弊端。具体而言，工分计算涵盖多个维度：基础工分（反映职称与资历）、工作量工分（基于门诊人次、手术难度、护理时数

等)、奖惩工分(关联质量与满意度评价)。例如,将乐县医院方案中,手术工分根据参与人数和复杂程度设定,四级手术工分可达一级手术的3倍以上;夜班工分给予高风险岗位额外补偿^[12]。这种设计使薪酬分配更加客观反映技术难度、风险程度和实际劳动付出,避免“以收入论英雄”的扭曲激励。三明模式进一步发展为“岗位职责薪酬制度”,通过岗位价值评价确定基本年薪,强化职责履行而非创收能力。

(二)多元化薪酬实现形式探索。国家政策明确鼓励公立医院在核定总量内探索年薪制、协议工资制、项目工资制等灵活分配形式[13]。这些模式在实践中呈现出多样化应用:目标年薪制。在三明经验基础上推广,四川、安徽等地对院长、学科带头人实行“基本年薪+任期激励”结构,年薪水平与公益性考核结果挂钩,与医院经济收入脱钩;协议工资:北京、上海等地试点高层次人才协议工资,针对引进的学科领军人才,通过“一人一议”确定薪酬标准,通常包含科研补助与团队建设经费;项目工资:适用于科研攻关与技术创新,如广东省人民医院对承担国家重大项目的团队按任务节点发放项目绩效,激发创新活力。

(三)注重固变薪酬结构优化。针对当前公立医院普遍存在的保障性薪酬比重过低(仅占30%,远低于欧美国家60%—80%水平)问题,国家卫健委明确提出加大固定薪酬比重,5年内实现全覆盖。这一改革旨在增强收入稳定性,减

轻医务人员逐利动机。多地探索了差异化固变比例：福建对急危重症科室设置固定薪酬占比 60%，普通科室 50%[14]；浙江基层医疗机构试点“保底工资+浮动激励”模式，保底部分占 70%。固定薪酬提高需配套财政保障，如深圳明确公立医院固定工资占比 70%，2023 年深圳公立医院财政补助收入占比达 27.4%，全市公立医院实现“零负债运营”[15]。

（四）建立薪酬分配约束机制。改革强化了公益性底线约束。国家八部门联合规定“严禁向科室和医务人员下达创收指标，不得将薪酬与科室或个人业务收入直接挂钩”。各地探索替代性激励路径：公益性指标考核。北京将基层首诊率、健康管理效果纳入绩效分配，社区医生慢病控制达标率与绩效奖励正相关。负面清单管理：江苏明确禁止将检查收入、药品耗材收入等 12 项指标与薪酬关联，违者追究院长责任。

表三：公立医院薪酬构成要素与分配模式创新

薪酬要素	传统模式	创新模式	典型案例
基本保障部分	按事业单位标准，占比约 30%	提高至 50%-70%，财政托底	深圳财政保障基本工资
绩效激励部分	与业务收入/结余挂钩	工分制、目标考核、医保结余分	三明工分制、浙江

		享	DRG 留用
特殊岗位补偿	科室内部分 配，差异小	高风险高强度岗 位专项补贴	急诊科夜 班补贴翻 倍
长期激励	较少应用	院长任期激励、 学科建设年金	四川院长 年薪制
创新价值分享	科研奖励有限	项目工资、成果 转化分成	广东科研 项目绩效

第四章 改革挑战与应对策略

薪酬制度改革面临多重现实挑战，需要系统化解决方案和针对性策略，确保改革平稳落地。这些挑战主要包括经费来源可持续性压力、薪酬总量核定科学性不足、学科间薪酬差距调节机制缺失、绩效考核操作复杂等情况。

一、破解经费来源难题

(一) 构建多元化补偿渠道。建立分级财政保障机制至关重要。对于取消药品加成导致的收入缺口，严格落实“80:10:10”补偿模式（医疗服务价格调整补偿80%、财政补助10%、医院消化10%）。但对精神病、传染病、儿科等专科医院及中西部地区医疗机构，应提高财政补偿比例至50%以上，并设立专项补助资金。此外，建立债务化解机制，给予财政

专项支持，减轻医院经济运行压力（见表四）。建立商业健康保险制度，以满足个性化、差异化需求，保障中高收入群体、有额外保障需求的人群（如高保额、高端医疗、特殊疾病）。借鉴德国“社会医保+私人保险”模式：社会医保保基础，私人保险覆盖高端医疗和特殊需求，两种保险相互补充，形成多层次医疗保障体系，还可缓解基本医疗保险的压力。面对不同的人群，可针对性开发普惠型产品，如城市定制型“惠民保”；开发高端医疗产品，面向高收入人群，提供国际部医疗等高端服务；开发专项保障产品，如癌症特药险、长期护理险、罕见病险等。

表四：政府分类处置债务模式

一类债务	政府发行专项债券置换,纳入财政预算偿还
二类债务	政府担保债务,通过财政补助+医院自筹(提取偿债资金)逐步化解
三类债务	医院自筹为主,实行“一院一策”方案(如资产处置、结余资金偿还),政府给予适当补助

（二）统筹价格改革与三医联动。深化医疗服务价格动态调整机制是薪酬改革的基础支撑。改革的深入暴露了单兵突

进的局限，薪酬制度改革不是孤立工程，需要协同推进多项配套措施，形成系统性改革合力，迫切需要医药、医保、医疗改革的系统集成。首先应建立以技术劳务价值为主导的医保定价机制，定期评估、小步快走地调整价格。重点提高诊查、手术、康复、护理等体现医务人员技术劳务价值的价格项目，合理降低大型设备检查、检验项目价格。同时，医保支付政策同步跟进，将调整后的医疗服务项目及时纳入医保报销范围，避免增加患者负担。医药改革协同推进，药品耗材集采降价为薪酬改革腾出空间。药品集中采购节约的资金，其中一部分应当转化为医疗服务价格调整基金。不然则易出现“按下葫芦浮起瓢”——当药品利润消失后，若医疗服务价格调整不到位可能诱发医院不得不增加检查项目作为补偿。

（三）突出对医疗行为正向引导。薪酬改革对医疗行为的引导作用在三明模式中尤为突出。通过制定绩效考核负面清单，如抗生素使用率、辅助用药占比、大型检查合理性等指标，并设置奖惩工分，三明市公立医院医生大处方现象得到根本遏制。更重要的机制创新是建立“结余留用”激励，当医院通过合理诊疗降低医疗成本时，医保基金将部分结余返还医院用于人员奖励。国家医保局明确“DRG 病组支付标准不得与医务人员绩效挂钩”，但允许将医保结余留用资金用于医务人员的绩效奖励。浙江台州医院因 DRG 控费获得医保

结余留用资金 1200 万元，其中 60% 转化为绩效奖励，直接惠及参与临床路径的医务人员。国家医保局强调“尊重医院和医生专业性意见”，对复杂型医疗服务建立医院参与定价机制[16]。这种机制使医务人员从“过度医疗”转向“价值医疗”，通过提升诊疗效率和质量获取合理报酬，形成良性循环。

（四）放宽特需医疗服务需求。在 DRG/DIP 支付改革下，医院基本医疗服务收入被锁定，特需服务作为非医保支付项目，成为新收入增长点。同时在当前多元化医疗需求背景下，开展个性化特需医疗服务变得十分必要。针对高收入群体、外籍人士、老年慢性病患者等不同群体，设计差异化的服务套餐，满足特殊人群的高端需求。建立特需医疗收入反哺机制，将收益用于医护人员激励，提升服务积极性。允许医疗机构自主定价并动态调整，提前公示项目清单和价格，平衡市场活力与透明度。为突出公立医院的公益性，特需医疗需在独立区域开展，不挤占基本医疗资源，市场规模和费用占比均不得超过 10%[17]。

二、构建科学考核机制

（一）建立公益导向多维评价体系。建立公益性绩效考核指标体系至关重要。改革的核心是将薪酬分配从“重创收”转向“重质量”，建立以公益性为导向的多维度考核指标体

系。主管部门要将考核重点从经济指标转向质量、效率、满意度等综合指标，采用“4321”权重模型：医疗质量（40%）、患者满意度（30%）、运营效率（20%）、科研教学（10%），使薪酬分配更加符合医疗规律和公益属性。在考核机制设计中，应纳入患者评价与同行评议。患者满意度评价权重不应低于30%，真实反映服务对象感受；同时建立同行评议机制，对医疗技术难度和质量进行专业评估。此外，探索第三方评价机制，由行业协会或专业机构开展独立评估，确保考核结果客观公正，避免医院内部“人情分”和“印象分”。

（二）强化国考指标应用。国家层面推行的“公立医院绩效考核”将医疗质量、运营效率、持续发展、满意度评价四大维度56项绩效考核指标（如“抗菌药物使用强度”“万元能耗”）细化为院科两级目标，纳入院科月度考核。搭建“国考数据直报平台”，自动抓取病案首页、财务数据，建立“异常数据预警-根因分析-整改追踪”机制。国考成绩与医院绩效发放、干部任免、职称评聘直接关联。并直接挂钩医院薪酬总量核定。如对CMI值（病例组合指数）高的医院增加薪酬额度，激励收治疑难重症。

三、持续完善人力资源管理

（一）改革创新编制人事制度。淡化编制概念，强化岗位管理，取消编制终身制，建立“按需设岗、按岗聘用”的

全员聘用制度。过渡期内可借鉴巴中模式，实行“编制+员额”管理机制，明确员额人员与编内人员同工同酬、同等晋升机会。同时，推动医务人员从“单位人”向“职业人”转变，打破编制束缚。具体路径包括：推广全员合同聘用制，建立灵活的用人制度；鼓励医师多点执业，打破身份桎梏，医生可自由在不同医疗机构流动，无需因编制问题受限，允许在公立与非公立机构间合理流动；探索护士社会化培养和执业制度，激活护理资源。

（二）科学制定医院薪酬分配方案。逐步提高固定薪酬占比，从当前的30%左右向60%-80%的国际水平靠拢，降低医务人员对绩效奖金的依赖。固定部分包含基本工资、岗位工资、津补贴等，依据职称、年资、岗位风险确定，保障基本生活所需，尤其保护低年资医师权益。严格规范工资总量分配结构：医生、护理和行政后勤管理团队原则上分别占工资总量的50%、40%、10%，并把握好医生、护士和行政后勤人员的最高年薪比例(护士应在医生的70%以内，行政后勤人员应在医生的50%以内)。绩效分配应体现岗位差异，破解学科间、层级间资源分配失衡问题。国家卫健委明确要求“逐步缩小儿科、病理、精神、麻醉等短板专业与优势科室的收入差距”。对儿科、精神、传染病等专业给予“政策性工资保障”。科学制定高风险科室、高层次人才倾斜政策。杜绝与药品、检查收入挂钩，医院的工资总额主要由财政补助、

医务性收入、医保结余留用资金等构成，其中，医务性收入调节系数根据实际收入结构动态调整，确保医疗服务性收入占比趋近50%。工资总额的上限原则上不超过全院总支出的45%。

（三）缩小医院之间人员薪酬差距。未来薪酬制度改革将建立更加灵活的总额核定机制。薪酬总量核定将与医院等级、功能定位、服务质量和公益目标实现动态挂钩，特别是三级医院薪酬总量增幅将受限，基层医疗机构薪酬水平将稳步提升，通过政策杠杆逐步缩小三级医院与基层医疗机构之间的收入差距，引导医疗人才向基层流动，缓解“虹吸效应”。通过绩效杠杆引导常见病患者下沉社区，增加基层门诊量，社区医生绩效增幅高于三级医院。严禁薪酬与业务收入挂钩的政策红线将进一步强化，彻底切断“以药养医”“以检养医”的利益链条。在促进区域均衡发展方面，对贫困老区、偏远山区增设“服务边远津贴”，标准为基本薪酬的15%—20%，降低人才流失率。这种结构优化将医务人员收入来源从创收驱动转向技术价值驱动，使薪酬分配更加体现医疗行业的专业特性和公益属性。

第五章 政策建议与未来方向

国家“两个允许”政策是医院薪酬改革的总的指导思想，“三个结构调整”（缩小公立医疗机构之间的绩效工资差距；

缩小医院内部各专业和科室间的薪酬差距；提升固定收入占比，调控灵活收入奖金比例）是具体目标要求，下一步应结合各地实际，整合资源，集成能力，分步实施，稳步推进。

一、对三明模式进行本地化改造

尽管三明模式成效显著，但全国推广仍面临显著障碍，需进行本地化改造。三明获省市级财政强力支持，而多数地区尤其中西部财政空间有限，欠发达地区仍需中央转移支付支持，巴中等欠发达地区生搬硬套可能水土不服，必须结合各地各医院的实际稳妥有序推进。

（一）薪酬总额构成及比例进一步优化。解决薪酬来源的问题始终是医院管理者的第一要务。从目前的改革现状和趋势来看，医务性收入、财政补助和医保结余留用是今后医院薪酬的主要构成部分，在其构成比例上可参考下表。

表五：薪酬总额三大来源的基准比例

来源渠道	建议占比区间	功能定位	关键约束条件
医务性收入（含特需医疗）	55%-70%	主体收入 (体现技术价值)	药耗占比≤ 30%时可达上限

财政补助	15%–25%	托底保障 (公益职能 补偿)	财政实力弱的 地区可取下限
医保结余留用	15%–25%	增效激励 (健康结果 奖励)	需满足 DRG/DIP 结余 率 $\geq 5\%$

以三级综合医院为例，经济发达地区：总额=医务性收入 55% + 财政补助 25% + 医保结余 20%；欠发达地区：总额=医务性收入 65%+财政补助 15%+医保结余 20%。

医保结余留用分配公式：结余留用资金=医保基金结余额 $\times K1$ (结余率系数) $\times K2$ (医疗质量系数)

$K1$ 取值：结余率 5%–10% $\rightarrow K1=0.4$ ；结余率 $> 10\%$ $\rightarrow K1=0.6$ 。
 $K2$ 取值：CMI 值=0.88–1.0 且满意度 $> 90\%$ $\rightarrow K2=1.2$ ；
 $CMI > 1.0$ 且满意度 $> 90\%$ $\rightarrow K2=1.5$ 。出现多次(一个年度发现 5 次以上)推诿重症 $\rightarrow K2=0.8$ 。

建立动态调节“蓄水池”制度。超额结余储备池：当医保结余留用资金 $>$ 薪酬总额 25% 时，超出部分转入储备池，用于弥补未来亏损年度薪酬。财政托底补差池：当医务性收入连续 3 个月 $<$ 预算值 80% 时，启动财政补差机制。

(二) 提高医务性收入重构“价值医疗”。从未来薪酬总额的构成来看，医务性收入是薪酬的主要构成部分。为此，让医疗回归本位，充分体现医务人员的劳动技术价值，提高手术、诊疗、护理、中医等医疗项目价格是构建“价值医疗”的重中之重，让医务性收入成为薪酬总额的主要构成部分，不仅是医保的改革目标方向，更是对医务人员劳动价值的尊重和肯定，同时对减轻西部经济欠发达地区财政负担具有重要意义。当前，随着药品零利润和检验检查价格的大幅下调，医院的收益极其微薄，已经远不能支撑医院的正常运行。首先急需调整医疗服务性收费迫在眉睫；二是建议对四级手术、危急重症抢救、中医适宜技术（针灸、推拿）单独定价；三是对机器人手术、脑机接口、人工耳蜗等创新技术纳入医保立项指南，加速临床转化；四是对于四级手术以及创新技术可以给予每例 300-800 元的激励；五是积极开展特需服务。针对商务人士、疑难病患者、高隐私需求群体提供精准服务。

(三) 建立工分制与年薪制协同互补机制。工分制（量化激励）易激发效率但可能忽视质量；年薪制（固定保障）稳定队伍但可能削弱积极性。建立工分制与年薪制互补机制更稳妥可行。对于临床一线，采用“基础年薪+工分绩效”双轨制。基础年薪（占比 50%-60%）保障基本生活，对标地区收入中位数；工分制部分（40%-50%）基于 DRG 工作量、CMI 值、患者满意度等动态核算。对于行政与公卫岗位：以

目标年薪为主，辅以关键指标（如公卫任务完成率）的工分奖励。设立“薪酬安全垫”：当工分收入低于预设阈值时，自动触发年薪保底条款，避免收入剧烈波动。

（四）注重倾斜机制与学科平衡。儿科门诊量高但CMI值低，肿瘤科手术价值高但依赖设备，公卫科几乎零收入却是医院评级关键。所以应该从临床价值、教学贡献、科研产出、社会效益四个维度全面评估学科价值。为避免“一刀切”导致紧缺科室边缘化，需在“541”框架内增设岗位调节系数：儿科、急诊、感染科医师系数上浮20%-30%，全科医生参照临床医师标准上浮10%。建立“学科交叉补贴基金”：高收益科室提取10%利润，定向支持基础学科发展。针对一些建院时间较长的大型三级医院，由于历史原因，其行政后勤积淀下来的人员较多，在薪酬总额核定上不宜生搬硬套10%的比例，可以在此基础上给于一定上浮，但总的比例不宜超过18%。

（五）提高学术带头人的薪酬待遇。学科带头人薪酬改革需跳出“单一年薪制”或“全员工分制”的路径依赖，转向“保障性薪酬托底、临床价值即时激励、学科发展长效绑定”的三维模型。最终实现“领军人才留得住、临床技术攀得高、公卫责任扛得稳”的改革目标。三级医院学科带头人基础年薪锚定全国同专业75分位值，（75分位值意味着有75%的同

类岗位薪酬低于这个水平，只有 25% 高于这个水平。设定在这个位置，医院既能提供有竞争力的薪酬吸引顶尖人才，又不会过度超出市场水平），基层医疗集团可适度下调至 50 分位值。如城市三级医院，可按专家薪酬=基础年薪（40%）+临床绩效（30%）+科研转化（20%）+学科期权（10%）的结构核算。

二、未来薪酬改革方向预测

基于政策轨迹与地方实践，公立医院薪酬制度改革将呈现分阶段演进、技术深度融入、体系多元融合的特征，逐步逼近“尊重知识价值、保障公益属性”的理想状态。

近期（2025—2028）：三明模式全域覆盖，结构优化为主。2026 年前实现县级医院“541”框架全覆盖，医生固定薪酬占比提升至 60%，平均收入达社平工资 2 倍。重点化解灰色收入消失后的替代保障，通过医保结余留用、服务价格调整填补缺口。儿科、全科等紧缺岗位薪酬达到医院平均线。

中期（2028—2030）：薪酬水平实质性跃升，支付改革深化。DRG 支付覆盖 95% 病种，结余资金成为薪酬主要增量源。医生平均年薪达社平工资 2.5—3 倍，护理达医生 70%。编制改革基本完成，同岗同酬基本落实。

远期（2030—2035）：知识价值充分体现，公益与效率平衡。建立以知识价值（教育投入、技术难度、风险程度）为核心

的定价与分配体系。医生薪酬稳定在社平工资3倍以上，顶尖专家实行协议工资制（年薪80-100万+）。公立医院回归公益本位，“以药养医”“以检养医”彻底清除。

三、薪酬制度改革的长远行业影响

公立医院薪酬制度改革的深入推进将深刻改变医疗行业的生态格局和发展方向，其影响将远远超出薪酬分配本身，重塑医疗服务体系和医务人员行为模式。

（一）医疗资源分布进一步优化。薪酬改革将成为分级诊疗落地的关键推力。通过动态缩小不同等级医院间薪酬差距，三级医院对人才的“虹吸效应”将逐步减弱。公立医院规模无序扩张将得到控制，医院基础建设和大型设备购置将严格审批。同时，基层医疗人才吸引力提升，县乡医疗机构通过薪酬倾斜政策和县招乡用等创新，将吸引更多全科医生和紧缺专业人才下沉。

（二）医疗服务模式深度转型。薪酬改革将加速医疗服务从“疾病为中心”向“健康为中心”转型。当薪酬与业务收入脱钩，医务人员将更多关注疾病预防和健康管理，而非单纯治疗量和收入。同时，医生执业多元化趋势将加速。随着执业政策放宽，更多医生将通过互联网诊疗、多点执业、私人诊所等方式拓展职业空间。国家卫健委明确“允许医务

人员通过技术劳动取得合理报酬”，为医生职业多元化提供了政策保障。

（三）价值医疗导向明显强化。薪酬改革将重塑医疗价值评价体系。当薪酬与药品、检查收入脱钩，医疗行为将回归临床价值本身，过度医疗现象将得到有效遏制。同时，医疗技术创新将获得新动力。科研项目经费中人员绩效部分及成果转化收益可在薪酬总量中单列，极大鼓励临床研究与技术创新。医生收入来源将从“以检养医”转向“以技养医”，通过钻研疑难重症诊疗技术提升专业价值和收入水平。

总 结

公立医疗机构薪酬制度改革已从局部探索走向全面深化，形成了一批具有示范效应的实践模式。多地改革证明，建立与公益性目标相容的薪酬机制，能够有效调动医务人员积极性，提升医疗服务质量与效率，优化资源配置格局。这些探索的核心经验在于：通过工分制、年薪制等创新分配方式，切断薪酬与业务收入的直接联系；通过考核指标重构，将激励导向从创收转向质量与满意度；通过固变薪酬结构优化，增强职业吸引力与稳定性；通过三医联动改革，为薪酬制度提供可持续的资金保障。

公立医院薪酬制度改革绝非孤立工程，其成功取决于医保支付改革、医疗服务定价、财政投入机制、医院管理创新

的系统协同。唯有坚持“切断灰色、阳光分配、知识升值、公益回归”的主线，才能构建起尊重医疗规律、体现职业价值、保障公益属性的新体系，最终实现公立医院回归公益本质、医生回归看病角色、医改回归健康价值的根本目标。为此，未来改革尚需在制度设计上寻求突破：一是建立更加科学透明的薪酬总量形成机制，综合考虑地区差异、医院功能定位等因素；二是完善多渠道补偿机制，推动医疗服务价格调整到位，落实政府投入责任；三是发展精细化绩效评价技术，平衡质量、效率、成本等多维目标；四是构建灵活多样的薪酬支付模式，综合考量不同专业、不同职级和学术影响人员的薪酬待遇；五是推进公立医院去行政化改革，专业的人做专业的事，为薪酬改革创造制度环境。

薪酬制度改革本质是价值重构，目的是将医务人员行为从“创收驱动”转向“健康绩效驱动”。随着改革向纵深推进，“三个转变”（发展方式从规模扩张向提质增效转变，运行模式从粗放管理向精细化管理转变，资源配置从注重物质要素转向注重人才技术的要素转变），“三个提高”（提高医疗服务的质量，提高医疗服务的效率和提高医务人员的积极性）将形成共识并落地见效，真正实现“以人民健康为中心”的转型目标。这一过程需要政策制定者、医院管理者和医务工作者的共同智慧和坚定决心，在制度创新中探索中国式医疗卫生服务体系的现代化路径。

参考文献

- [1] 杨瑞静. 医疗反腐升级医师呼吁薪酬改革加速度[N]. 医师报, 2023-11-23.
- [2] 任晋文;朱佳英;朱艺. DRG 纳入医院绩效考核对住院服务水平的影响——基于中断时间序列分析 [J]. 卫生经济研究, 2025 ,42 (08): 65-68+74.
- [3] 詹积富. 三明市公立医院薪酬制度改革探索[J]. 中国卫生人才, 2021 (11): 16-21.
- [4] 焦润达, 张天一, 李顺飞等. 国际视野下医务人员薪酬体系差异与启示[J]. 海军军医大学学报, 2022 ,43 (04) : 446-450.
- [5] 唐芸霞, 覃田. 公立医院补偿机制改革研究[J]. 卫生经济研究, 2022, 39 (04): 79-82.
- [6] 陕西省价格协会课题组. 以医改公益性为导向完善价格形成机制研究[J]. 价格理论与实践, 2024 (11): 88-92.
- [7] 张何. 身份差异下薪酬管理如何公平应对[J]. 人力资源, 2024 (18): 10-11.
- [8] 福建省医药卫生体制改革研究会. 三明医改十年实践蓝皮书[S]. 福建, 2025.
- [9] 四川省人民政府办公厅. 关于印发四川省推动公立医院高质量发展若干措施的通知 [Z]. 四川省人民政府公报, 2024-07-08.
- [10] 巴中市人力资源和社会保障局. 关于印发巴中市公立医院薪酬总额核定办法(试行)的通知[Z]. (2018) 186 号, 2018-9-26.
- [11] 孟艳玲. 商洛市柞水县: 深化医院薪酬改革全面激发医疗队伍活力[N]. 陕西城乡劳动就业报 , 2024-12-20 .
- [12] 廖冬平. 将乐县医院年薪计算工分制分配方案[Z]. 将乐县医院, 2015.
- [13] 人社部, 财政部, 国家卫健委等. 关于深化公立医院薪酬制度改革的指导意见[Z]. 人社部, (2021) 52 号.
- [14] 三明市人民政府办公室. 关于进一步深化公立医院薪酬制度改革的实施意见[Z]. 明政办, (2019) 14 号.
- [15] 国家卫生健康委. 深圳三明医改经验: 公立医院均无负债运营, 员工固定薪酬占比约 70%[Z]. 深圳, 新闻发布会, 2024-12-10.
- [16] 国家医保局, 国家卫生健康委, 国家发展改革委等. 关于印发深化医疗服务价格改革试点方案的通知[Z]. 医保发 (2021) 41 号.
- [17] 广东省医疗保障局. 关于印发特需医疗服务项目和价格管理办法的通知[Z]. 粤医保规 (2023) 7 号.