

## 国际视野下公立医院医生年薪制的概念框架与内涵 ——基于国内外实践的分析

李文敏<sup>1,2</sup> 李迪<sup>1</sup> 王子龙<sup>1</sup>

1.湖北大学公共管理学院 湖北武汉 430030;

2.湖北大学卫生政策研究与评价中心 湖北武汉 430030

通信作者: 李迪, Email: 2668312882@qq.com

**【摘要】** 医生年薪制已成为中国公立医院薪酬制度改革的重要探索方向，但其概念内涵尚不清晰。本文从薪酬确定方式、薪酬结构、与服务量关联程度以及绩效引导机制四个维度构建分析框架，以此分析英国、德国、澳大利亚及中国福建省三明市公立医院医生年薪制的实践特征。由此，提炼出医生年薪制概念的四项核心要素：薪酬事前确定、基础薪资主导、**服务量弱关联**与多维度价值评估。**上述要素共同表明**，医生年薪制并非单一固定薪酬模式，而是一种兼顾收入稳定、激励约束与价值导向的复合型薪酬制度安排。**因此，推进公立医院医生年薪制改革，应准确把握其概念内涵，围绕核心要素优化薪酬结构与绩效体系，并将其置于“三医联动”改革框架下统筹推进，因地制宜探索实施路径。**

**【关键词】** 国际视野; 公立医院; 薪酬制度; 医生年薪制; 概念内涵

## Conceptual Framework and Connotation of the Doctor's Annual Salary System in Public Hospitals : An Analysis Based on Domestic and International Practices

Li Wen-min<sup>1,2</sup> Li Di<sup>1</sup> Wang Zi-long<sup>1</sup>

1. *School of Public Administration, Hubei University, Wuhan 430030, China;*

2. *Center for Health Policy Research and Evaluation, Hubei University, Wuhan 430030, China*

Corresponding author: Li Di, Email: 2668312882@qq.com **from an International Perspective**

**【Abstract】** The reform of the annual salary system for doctors has become an important direction for the reform of the remuneration system in public hospitals in China. Although the

— **基金项目：** 国家社会科学基金项目（25BGL281） 作者简介：李文敏（1975年12月），女，博士，教授，主要研究方向为卫生政策与医院管理  
E-mail: wenminli@hubu.edu.cn

annual salary system for doctors is frequently discussed, its conceptual connotation remains unclear. This paper constructs an analytical framework from four dimensions: salary determination methods, salary structure, the degree of association with service volume, and the performance guidance mechanism, in order to analyze the practical characteristics of the annual salary system for doctors in public hospitals in the UK, Germany, Australia, and [Sanming City, Fujian Province, China](#). Based on this, four core elements of the concept of the doctor's annual salary system are extracted: predetermined salary, a salary dominated by the base salary, weak association with service volume, and multi-dimensional value assessment. [These elements collectively indicate](#) that the doctor's annual salary system is not a single fixed salary model, but rather a composite remuneration system that balances income stability, incentives, constraints, and value orientation. [Accordingly, advancing the reform of physician compensation in public hospitals requires a clear understanding of its conceptual connotation, optimization of compensation structures and performance system around these core elements, and coordinated implementation within the framework of the "Three-Medicine Linkage" reform, with context-specific approaches tailored to local conditions.](#)

**【 Key words 】** [International Perspective](#); Public Hospitals; [Compensation System](#); Doctor Annual Salary System; Conceptual Connotation

## 1. 引言

薪酬制度是公立医院改革的核心内容，也是影响医疗服务供给的关键激励工具。2024年召开的党的二十届三中全会明确提出，薪酬制度是公立医院改革的重要内容，但改革的具体路径与关键技术尚未形成共识。近年来，福建省三明市等地推行的医生年薪制改革备受关注，其将医生收入从传统的“岗位绩效工资”转向以固定年薪为主体的支付模式，试图切断医疗服务数量与收入之间的直接关联，强化公立医院的公益性。

然而，医生年薪制作为一个被频繁使用的政策话语，其概念内涵尚未得到清晰界定。在改革探索过程中，若将医生年薪制简单理解为“固定工资”或“按年发放薪酬”，则容易忽视其背后的收入核定规则与考核体系等关键制度设计，进而可能影响制度工具作用的充分发挥<sup>[1]</sup>。同时，现有对“医生年薪制”的研究讨论大多聚焦于政策倡导或改革实践层面，对其概念的专门讨论相对不足<sup>[2]-[4]</sup>。什么是医生年薪制？它与传统的工资制有何本质区别？国际上是否有可参照的年薪制模式？其制度结构包含哪些核心要素？对这些问题的探讨，既关系到医生年薪制的概念界定及其激励机制分析，也是完善相关政策设计的重要基础。这些问题既是理论研究的基本命题，也是政策设计的前提基础。目前对“医生年薪制”的研究讨论大多聚焦于政策倡导或改革实践层面。在探索初期，

存在将年薪制简单地等同于“固定工资”仅把“年薪”当作薪酬周期的，致使制度工具无法充分发挥作用。

鉴于此，本文从薪酬确定方式、薪酬结构、与服务量关联程度、绩效引导机制四个维度，对英国、德国、澳大利亚和中国福建省三明市（以下简称“三明市”）公立医院的医生薪酬制度进行分析，从中提炼医生年薪制概念的核心要素，进而界定其概念内涵。以期为我国公立医院薪酬制度改革提供分析框架和理论参考。

## 2. 医生年薪制概念的分析框架

### 2.1 理论依据

根据卫生经济学理论，医疗领域存在信息不对称，医生掌握诊疗所需的关键信息而处于优势，患者处于劣势<sup>[5]</sup>。医患构成了典型的委托代理关系，在此关系下医生薪酬形成方式会通过激励机制影响服务供给行为<sup>[6]</sup>。如果医生薪酬较大程度上与医疗服务数量关联，可能会形成以服务数量增长为导向的经济激励，进而增加过度医疗风险，如按服务收费模式（Fee-for-service, FFS）<sup>[7]</sup>。反之，则能弱化数量激励，如按人头付费模式（Capitation, CAP）。所以分析医生年薪制需关注医生薪酬与服务量之间的关联程度。

医疗服务具有多任务特性，医生提供服务过程中需兼顾质量、安全等多重目标。根据 Holmstrom 和 Milgrom（1991）<sup>[8]</sup>对多任务委托代理关系的分析，在多任务情况下，激励不仅决定努力强度，还会对代理人在不同任务之间的注意力分配产生影响。这意味着如果缺少相应的绩效引导，不能够保证医生在多重目标之间实现合理的努力与注意力分配，所以绩效引导机制也需纳入分析之中。

根据不完全契约理论，由于人的有限理性、信息的不完全性以及医疗活动的高度不确定性，医疗服务领域中的契约天然具有不完全性<sup>[9]</sup>。医生的薪酬契约同样如此，其努力程度和诊疗行为难以被准确考核。在这一背景下，薪酬契约设计必须回答一个根本性问题：医生的薪酬应当在何时、依据什么来确定？一种安排是事后结算，薪酬在服务提供后依据实际产出确定；另一种安排是事前确定，薪酬在服务提供前依据岗位职责或目标任务等进行预先确定<sup>[10]</sup>。事后结算需要对每一项服务精细计价，交易成本高昂，且易强化医生的机会主义行为<sup>[11]</sup>；而事前确定则通过建立稳定的雇佣关系，以岗位责任等替代产出计量，是对契约不完备性的制度回应。因此薪酬确定方式，即薪酬是事前确定还是事后结算，是分析医生年薪制的重要维度。

## 2.2 框架构建

基于上述分析，本文从薪酬确定方式、薪酬结构、服务量关联程度以及绩效引导机制四个维度构建医生年薪制概念的分析框架。第一，薪酬确定方式，主要关注医生薪酬是在事前确定还是事后结算以及确定依据是什么；第二，薪酬结构，主要关注薪酬由哪几部分构成、以及固定与浮动部分的配置情况；第三，服务量关联程度，分析薪酬与医疗服务数量之间的联系强弱；第四，绩效引导机制，考察薪酬制度中是否存在医疗质量、患者安全、科研教学等多维绩效评价指标。下面将通过这四个维度，去分析不同国家公立医院医生年薪制实践中的特征。

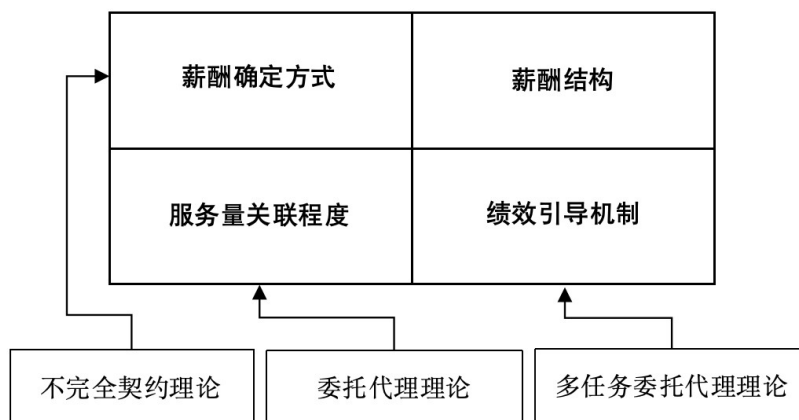


图 1 “医生年薪制” 概念的四维分析框架图

### 3. 资料来源

本研究的资料由两部分构成：一是中英文数据库中的学术文献，二是各国卫生行政部门及行业组织官网公开发布的政策文件、薪酬协议和统计报告。学术文献主要通过中国知网、万方数据库、PubMed、Web of Science 和 Google Scholar 进行检索。中文检索词包括“公立医院”“薪酬制度”“医生年薪制”“薪酬激励”“绩效工资”等；英文检索词包括“public hospital”“physician salary”“doctor remuneration”“annual salary system”“performance pay”等。英国、德国和澳大利亚相关资料主要来源于 NHS Employers、NHS Digital、Nuffield Trust、Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA)、Marburger Bund、NSW Health 等官方网站发布的文件和报告。资料筛选时，主要纳入与公立医院医生薪酬、年薪制、薪酬结构、绩效考核及改革实践直接相关的政策文件、行业协议、官方报告和同行评议文献，剔除主题关联较弱、来源不明、内容重复或时效性不足的资料。

### 4. 四国公立医院医生年薪制的实践

根据已有文献和相关资料查阅，本文选取英国、德国和澳大利亚作为公立医院实践医生年薪制的国际典型案例<sup>[4][12]</sup>，并将三明市作为我国公立医院医生年薪制的重要地方实践样本纳入分析。

#### 4.3.1 英国

英国主要通过国民卫生服务体系（National Health Service, NHS）为居民提供医疗卫生服务，政府在规制、预算与服务组织中发挥主导作用。公立医院医生通常作为 NHS 机构雇员受聘于 NHS 信托<sup>[13]</sup>。医生与雇主之间的劳动关系由 NHS 与英国医学会等工会通过集体谈判形成的全国统一劳动合同进行规定，其薪酬通常依据国家统一薪酬等级体系进行规制<sup>[14]</sup>。就薪酬确定方式而言，医生年度基本薪酬依据职级与服务年限预先确定，具有较强的稳定性和可预期性。

公立医院的医生薪酬包括基础薪资（basic salary）和额外收入（additional earnings）两部分。其中基础薪资是主要部分，按照国家统一薪级表来确定，根据 Nuffield Trust 2025 年的调研数据估算，约占 75%-85%，如顾问医生（Consultants）自 2025 年 4 月起基础薪资为 10.97-14.54 万英镑<sup>[15]</sup>。额外收入主要通过各类津贴、绩效等形式发放，如加班津贴、岗位责任津贴以及伦敦等高成本地区补贴，用于补偿医生所承担的额外

职责或地区生活成本差异，约占 15%-25%<sup>[15][16]</sup>。

在服务质量关联程度方面，医生薪酬主要依据职级、年资与工作时间确定，与医疗服务数量几乎不挂钩。英国 NHS 主要借助临床卓越奖（Clinical Excellence Awards, CEAs/LCEAs）对在临床实践、科研或教学等方面作出突出贡献的医生给予奖励，但主要面向顾问医生且竞争激烈<sup>[17]</sup>。此外，绩效引导还主要依靠年度评估与薪资晋阶准入（Pay Progression）的关联，医生的基础薪资并不随年限自动增长，而是必须通过年度评估，证明其在医疗质量和患者安全等方面达到既定标准后，方可解锁下一档薪酬<sup>[18]</sup>。

总体上，英国公立医院医生薪酬安排呈现薪酬预先确定程度较高、基础薪资占主体、薪酬与服务量直接关联较弱，并辅以多维绩效激励的制度特征。

### 4.3.2 德国

德国属于社会健康保险卫生体系，筹资来源以雇主和雇员的强制缴费为主<sup>[19]</sup>。医疗服务供给的组织和管理由各类医疗机构与专业组织承担，政府主要负责监管。公立医院医生通常以雇员身份工作，薪酬总体上预先确定性较强。以市政公立医院广泛适用的集体合同《TV-Ärzte/VKA》为例，医生按 Entgeltgruppe（职级）与 Stufe（年资）领取月度基本薪资<sup>[20]</sup>。从薪酬结构来看，总体上包括基本薪资（Tabellenentgelt）和额外收入（值班、夜班、节假日、岗位等津贴与绩效奖金）。以 2024 年住院医师（Assistenzarzt）的数据为例，基本薪资通常占比高达 75%-85%，额外津贴主要与工作时间和岗位职责相关，约占 15%-25%，绩效奖金根据医院目标协议、经营绩效等确定，但针对普通医生的直接经济绩效极低或缺失，约 0%-5%<sup>[21][22]</sup>。

普通医生的薪酬与服务量基本脱钩。尽管医院层面长期受 DRG 等病例组合付费约束，医院收入会随病例数量和病例结构变化而波动，且相关研究指出 DRG 在德国几乎决定了医院收入<sup>[23]</sup>，但普通医生的薪资仍依据集体合同中的规则确定，并没有与服务量的直接联系。普通医生薪资基本不含与医疗质量或患者满意度挂钩的直接金钱奖励。多维绩效引导集中于科室主任层级，其综合年薪中包含 **适当** 比例的绩效奖金，且深度绑定 **于** 临床质量、**组织管理**、科研产出 **等** 指标，以此实现自上而下的绩效目标传导<sup>[24]</sup>。德国医院体系近年已在 DRG 支付中 **尝试** 加入绩效薪酬组件，如奖惩机制，**但** 相关研究显示此类激励对医生行为的影响还较为有限<sup>[25]</sup>。

因此，德国公立医院医生薪酬制度呈现出以事前确定的基础薪资为主体、辅以与工时和岗位职责相关津贴、薪酬与 **服务量** 脱钩、多维绩效评估以 **层级传导** 为主的制度特征。

### 43.3 澳大利亚

澳大利亚实行混合型卫生体系，联邦政府通过全民医疗保险（Medicare）提供全民医疗保障，各州和领地政府则负责公立医院的运营与管理<sup>[26]</sup>。公立医院医生的薪酬主要由各州或领地政府与医疗协会签署的奖酬文件（Award）或劳资协议（Enterprise/Industrial Agreement）加以规定，虽然各州在具体薪酬水平和津贴设置上存在差异，但基本结构较为一致。下面主要以新南威尔士州（New South Wales, NSW）为代表进行分析。

NSW 公立医院医生薪酬主要通过法定奖酬文件事先予以确定。以《Staff Specialists (State) Award》为例，其采用分级薪酬表，对医生的基础薪资进行规定，其主要以职级、年资及协议规定的年度增幅为依据<sup>[27]</sup>。医生收入主要由基础薪资以及与工作时间和条件相关的各类额外收入构成。根据 2024 年 NSW Health 的薪资报告及医疗工会的数据估算，专科培训医生

（Registrar）基础薪资占比约为 65%-75%，额外收入通常占总收入的 25%-35%<sup>[28][29]</sup>。后者包括加班费、值班津贴以及不规则工时补贴等，通常基于工作时间或特定工作情境触发，有着一定的可变性，但计算方式与适用条件均由文件事先明确规定。

薪酬与服务量基本不关联。基础薪资通过薪级表事先确定，不随诊疗人次、手术数量或其他服务量指标的变化而直接调整；额外收入的触发机制主要基于工时安排。在绩效引导方面，各州薪酬体系中并未嵌入直接的绩效工资（特定专科少量涉及），而是将绩效考核作为职级晋升与年资加薪（Salary Increment）的必要前提。NSW 通过年度绩效协议（Performance Agreement）对临床质量和科研成果等进行考核，若考核不合格，医院管理层拥有延迟或取消该医生下一年度年资加薪的自由裁量权<sup>[30]</sup>。

总体上，澳大利亚公立医院医生薪酬由州级奖酬文件或劳资协议事先确定，基础薪资占主体，辅以各类补偿性收入，薪酬与服务量基本脱钩，多维的绩效评估以长期激励为主。

### 43.4 中国福建省三明市

三明市自 2012 年以来持续推进公立医院综合改革，通过药品耗材采购改革、医疗服务价格调整以及医务人员薪酬制度创新，引导医院和医生从“以创收为中心”转向“以医疗服务价值和患者利益为中心”，构建了“三医联动”的改革格局<sup>[31][32]</sup>。

公立医院医生薪酬采用明确的事前确定方式，这主要体现在“目标年薪制”和“年薪计算工分制”上。年薪总量由政府根据医院工资总额核定，并分解为基础年薪和绩效年薪两部分，并通过工分制分配至个人。其中，基础年薪

依据医生职称事前确定，全市不分医院等级执行统一标准。该目标年薪在年度内基本固定，通过按月预发、年终结算的办法保障医生收入的稳定性<sup>[33]</sup>。薪酬结构主要分为基础年薪和绩效年薪，占比分别约为40%-50%和50%-60%，前者通过基础工分体现，与职称、工龄与职务因素挂钩；后者通过工作量工分和奖惩工分体现，包括临床工作量与奖惩因素等<sup>[34]</sup>。

三明医改削弱了医生收入与医疗服务量的直接挂钩性。一方面，改革取消了按药品、耗材等医院创收挂钩的薪酬提取办法。另一方面，即便绩效年薪包含工作量工分，但更多是基于医疗服务的劳动量和合理诊疗，而不是服务数量本身的创收指标。在绩效引导机制方面，三明市将医生薪酬与绩效考核通过“年薪计算工分制”挂钩，将医疗质量、患者满意度、门急诊和住院次均费用、医疗纠纷、基层帮扶等多维度指标纳入奖惩工分考核，从而引导医生行为转向合理诊疗与控制医疗费用<sup>[35][36]</sup>。

总体而言，三明市公立医院医生薪酬安排呈现出薪酬事前确定程度较高、基础年薪与绩效年薪相结合、与医院创收直接联系弱、多维绩效指标深度嵌入薪酬分配机制的制度特征。

以上四国公立医院医生年薪制实践在四维框架下的特征如表1所示。

表1 四国公立医院医生薪酬制度的四维比较

注：德国薪酬结构中各部分占比为住院医生数据；澳大利亚为专科培训医生数据。

维度	英国	德国	澳大利亚	中国三明市 (中国)
薪酬确定方式	事前确定：依据职级与年资确定基础薪资水平；额外收入仅确定规则	事前确定：依据职级与年资确定基础薪资；额外收入仅确定规则	事前确定：依据职级与年资确定基础薪资；额外收入仅确定规则	事前确定：依据职称确定基础年薪；绩效年薪仅确定规则
薪酬结构	基础薪资(75%-85%)+额外收入(15%-25%)； 额外收入=补偿性(加班/周末/节假日等)+岗位与地区等津贴+绩效奖金(临床卓越奖等)	基础薪资(75%-85%)+额外津贴(15%-25%)； 额外收入=补偿性(夜班/节假日等)+岗位等津贴+绩效奖金	基础薪资(65%-75%)+额外收入(25%-35%)； 额外收入=补偿性(夜班/节假日等)+岗位与地区等津贴+绩效奖金(特定专科等)	基础年薪(40%-50%)+绩效年薪(50%-60%)； 绩效年薪=(工作量工分+奖惩工分)×工分值
服务量关联程度	基本脱钩：额外部分依据岗位责任与地区补贴等因素	基本脱钩：额外部分基于工作时间和岗位职责	基本脱钩：额外部分依据工作时间和岗位职责	弱关联：工作量工分与服务量相关，但激励导向合理诊疗和技术价值
绩效引导机制	多维绩效指标在临床卓越奖与薪资晋阶中体现	多维绩效引导主要体现在科室主任的薪酬中	多维绩效考核主要体现在职级晋升和年资加薪	多维度综合考核，与绩效年薪紧密挂钩

## 5. 医生年薪制的概念框架与内涵概念的核心要素

### 5.1 核心要素提炼

通过四国案例可以发现，它们在四个维度呈现出一定的共性特征。不同制度背景下的医生年薪制并非完全一致的制度形态，而是由若干核心要素所构成。以下将进一步提炼与归纳这些核心要素。

**第一，薪酬事前确定机制。**从国际经验来看，医生年薪制的首要特征为薪酬的事前确定。各国公立医院普遍通过制度化安排，在薪酬周期开始前就明确了医生的薪酬水平和计算规则，从而形成相对稳定且可预期的收入结构。英国NHS医生的基础薪资依据全国统一薪级表按职级与年资事先确定；德国通过集体合同事前确定，而澳大利亚通过奖酬文件或劳资协议来设定；中国三明则市通过“目标年薪制”核定薪酬总量，并结合工分制在年初确定分配规则。其中基础薪资的数额，基本都是以职级、职称与年资为依据事前确定，其余额外部分或浮动部分事前确定的是计算规则和条件。因此，薪酬的事前确定构成医生年薪制区别于按项目付费等事后支付方式的基础性要素。

### 第二，基础薪资主导结构。4.2 基础薪资主导结构

有研究认为，合理的薪酬结构应该以基础薪资作为主要构成部分，并融入一定比例的绩效薪酬，如此在保障收入稳定性的同时又能形成适度的行为激励<sup>[37]</sup>。从各国实践也体现这一特征来看，医生年薪制医生在薪酬在结构上均普遍是以基础薪资为主体，辅以一定的额外收入。具体而言，医生收入通常由固定的基础薪资与一定的补充性收入构成。以英国NHS为例，医生的基础薪资约占总收入的75%以上，其余部分为津贴及有限的绩效奖励；德国与同样，澳洲在结构上同样如此基础薪资部分普遍也大于65%；目前中国三明尽管基础薪资占比低于其他三国，但显示出进一步提升的改革导向。总体而言，各国均以基础薪资作为收入的稳定来源和主要构成，其目的在于保障医生收入的基本稳定。因此，基础薪资主导的薪酬结构构成医生年薪制的核心重要要素之一，也是有别于传统岗位绩效工资制的重要特征。

### 第三，服务量弱关联机制。4.3 服务量弱关联机制

个人薪酬与医疗服务数量之间的弱关联或脱钩是医生年薪制的关键特征。当薪酬分配较多地基于服务量或者病例数这类产出指标的时候，容易形成以工作量为导向的激励机制，这不仅会影响医生的诊疗行为，甚至可能诱导其增加医疗服务项目数量以获取更高绩效<sup>[38]</sup>。各国公立医院普遍未将诊疗人次、手术数量等服务量指标作为医生收入的直接决定依据。英国、德国和澳大利亚无论是基础还是额外部分，基本与服务量脱钩；中国三明虽市的通过工作量工分反映劳动付出，但其设计更侧重于体现合理诊疗与劳动价值。由此可见，各国通

过制度设计降低了服务量对收入的直接影响作用，使其由收入决定因素转变为参考性因素。这有助于减少过度医疗的经济动因，促进医疗行为回归以患者健康需求为导向，这也是公立医院实行医生年薪制的主要目的之一。~~因此，弱化服务量导向甚至与之脱钩构成医生年薪制的关键要素。~~

#### 第四，多维价值评估机制。~~4.4 多维价值评估机制~~

绩效考核是公立医院薪酬激励体系的核心部分，通过将多维度评价结果与薪酬相结合，为医务人员明确行为导向与改进目标，从而为医院战略目标的达成提供支持<sup>[39][40]</sup>。各国基本通过多维度价值评估机制来引导医生的职业行为，这种机制将医生的薪酬与多方面的综合表现挂钩，~~包括医疗质量、临床能力、科研成果、团队合作等，~~从而引导医疗服务向价值创造转型。~~英国通过临床卓越奖和薪资晋阶体现对临床质量、科研教学等方面的评价；~~澳大利亚以年度绩效协议评估临床质量与科研成果，考核结果直接影响年资加薪资格；~~中国~~三明市则将医疗质量、患者满意度、医德医风等指标纳入工分制考核。由此，医生年薪制并非排斥绩效激励，而是强调通过多维绩效考核，以校正可能出现的行为偏差，使医疗供给行为真正回归健康的本质目标。这种多维度价值评估机制不仅构成医生年薪制的核心要素之一，更与当前公立医院高质量发展的战略目标高度契合。

## 6. 医生年薪制的概念框架与内涵

### ~~5.2.1 概念框架构建~~

经过核心要素的提炼，显然医生年薪制并非单一的制度形态，而是一种复合型薪酬安排。四个要素相互支撑、相互关联。薪酬事前确定为制度前提，保障基础薪资主导的制度可行性；基础薪资为主体是其在收入分配中的具体表现，二者共同构成~~弱服务量弱~~关联机制的实现基础。~~弱服务量弱~~关联是基本目标，但需多维价值评估来发挥调节和校正作用，确保医生行为朝向医院发展和政府目标；多维评估的结果又可反馈至薪酬事前确定，如影响薪资晋阶资格。正是这种要素的组合，使得医生年薪制在保障收入稳定、弱化服务数量激励的同时，又能通过多维绩效引导医生专注于价值医疗与患者健康。

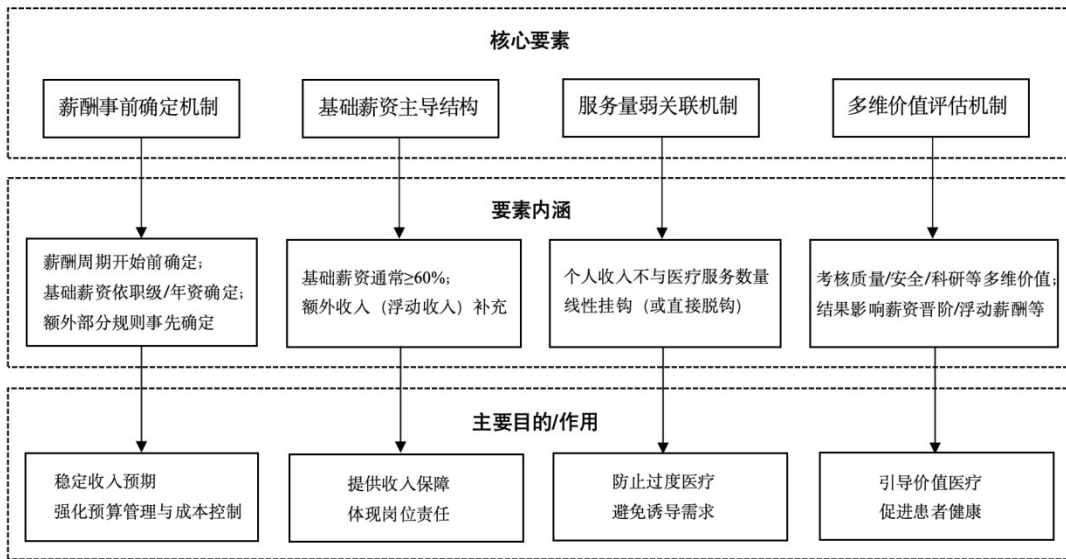


图2 医生年薪制概念框架图

### 55.32 概念内涵界定

整合前文的分析，本文对医生年薪制作出如下界定：医生年薪制是一种以周期性薪酬事前确定为基础、以基础薪资或固定薪资为主体、个人收入与服务量弱关联，并嵌入多维价值评估机制的薪酬制度安排。

薪酬事前确定是指医生收入在薪酬周期（通常为年度）开始前即被确定。这一确定包含两个内容：基础薪资的数额依据职级、职称、年资等因素事前确定；额外部分具体数额在周期开始前并不完全确定，但计算规则与触发条件事先约定。

基础薪资为主体是指在医生总收入中，基础薪资（固定薪酬）占据主要份额，通常≥60%，额外收入（浮动收入）作为补充。额外收入包括津贴、补贴和绩效奖金等。津补贴多为补偿性（如加班、夜班、节假日、岗位、偏远地区补贴）。绩效可以分为两种，一种是短期激励性绩效，即绩效评价结果直接影响当期收入分配；另一种是长期激励性绩效，即绩效评价结果影响职业发展，如晋升、加薪资格等。

与服务量弱关联是指医生个人收入与诊疗人次、手术数量、检查项目等服务量指标之间不存在直接的线性对应关系。基础薪资完全与服务量脱钩，不随之波动；浮动收入基本脱钩或部分与服务量存在弱关联（如三明的工作量五分），但关联逻辑为合理和价值导向，并非单一的“量”。

多维价值评估机制是指在薪酬制度中嵌入多元的绩效评价体系，引导医生关注医疗质量、患者安全、科研教学、成本控制、团队协作等多重目标。绩效评价结果影响医生短期收入或长期收入，前者考核周期为月度、季度或年度，后者多以年度考核为主。

在本文概念界定中，一项薪酬安排能否被界定为医生年薪制，取决于其是

否同时具备以上四个要素，缺失上述任一要素，则不应归入医生年薪制范畴。例如，仅将收入核算周期改为“年薪”，或仅设置固定薪酬而取消绩效考核（如简单将岗位绩效工资制改为固定工资制），均不属于真正意义上的年薪制。

这里需要指出，中国三明医生的基础薪资占比低于其他三国的基本水平。但根据，医务人员固定薪酬占比将逐步提高，同时相关文献资料也建议进一步提高基础薪资的比重，三明作为重要实践地，也呈现这一趋势。所以三明整体符合医生年薪制的基本逻辑框架，但有待通过进一步优化薪酬结构向更成熟的形态演进。

## 7. 启示

本文研究表明，医生年薪制并非“按年度核算收入”或“固定工资制”。从概念上看，其关键在于医生薪酬形成机制的重构，改变传统薪酬制度中“多做多得”的数量导向激励。因此，推进医生年薪制改革，首要的是对其概念内涵的准确把握，避免在实践中将其窄化为工资核算或发放方式的调整，而忽视其背后所包含的制度逻辑和激励机制转型。

从制度设计角度看，中国公立医院推进医生年薪制改革，不应停留在制度名称或局部做法上的模仿，要围绕其核心要素展开。具体来说，应该适度提高基础薪资或固定薪资在总收入中的比重，增强医生收入的稳定性与可预期性。同时降低医疗服务数量对个人薪酬的直接影响，但这并不意味着绩效机制的退出，而是需要重构绩效考核逻辑，即将医疗质量、服务规范、患者满意度等多维指标纳入到绩效体系之中，借此对医生行为实现综合引导。也就是说，改革的重点不是简单地减少绩效，而是推动绩效激励由数量导向转向价值导向，使其更加契合公立医院公益性及高质量发展的目标。

从实践层面看，医生年薪制的实施形式和效果并不完全取决于薪酬制度本身，还有赖于制度环境的支撑。正如案例所示，年薪制形态各具特色，其形成与各国制度环境密切相关。三明的实践也说明，年薪制改革需要与医保支付方式改革、医疗服务价格调整以及医院内部治理优化等协同推进，否则薪酬制度可能因外部补偿机制未理顺而难以发挥预期作用。因此，对中国公立医院而言，年薪制改革不宜被视为孤立的人事分配改革，而应被置于“三医联动”的整体框架下统筹推进。同时，考虑到不同地区、不同层级公立医院在资源条件、功能定位和治理能力上的差异，未来改革还应坚持分类推进和渐进式实施的原则，在统一改革方向的基础上保留一定的制度弹性，探索与本地制度环境相适应的年薪制实现路径。

**作者贡献：**李文敏负责论文选题与设计、研究指导、论文审阅、经费支持；李迪：资料收集与分析、撰写及修改论文；王子龙负责资料收集与分析、论文审阅与修订。

**利益冲突：**作者均声明本文无实际或潜在的利益冲突

## 参考文献

- [1] 姜荣勤, 李静娴, 葛爱晨, 等. 工资总额限定下的医生年薪制成效与问题剖析——以福建省三明市为例[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2016, 16(06): 423-427.
- [2] 刘雪珍, 周典, 赵婉莹, 等. 基于委托代理理论的公立医院薪酬制度改革激励机制研究[J]. 中国医院管理, 2025, 45(06): 16-20.
- [3] 周典, 田帝, 刘雪珍, 等. 激励相容理论视域下院长年薪制镜鉴与医生薪酬改革机制研究[J]. 中国医院管理, 2025, 45(06): 26-30.
- [4] 王楚云, 赵升田, 蓝恭赛, 等. 探索医生年薪制推进公立医院薪酬制度改革[J]. 中国卫生经济, 2018, 37(03): 15-17.
- [5] 石龙, 余哨, 许世华. 委托代理理论视角下医患纠纷的成因及治理[J]. 中国卫生事业管理, 2022, 39(09): 658-661.
- [6] McGUIRE T G. Physician agency[M]//CULYER A J, NEWHOUSE J P. Handbook of Health Economics: Volume 1A. Amsterdam: Elsevier, 2000: 461-536.
- [7] 张馨元, 韩优莉, 薄云鹤, 等. 由后付制向预付制转变对医生行为影响的实验研究[J]. 中国卫生经济, 2020, 39(04): 28-32.
- [8] Holmstrom B, Milgrom P. Multitask principal-agent analyses: Incentive contracts, asset ownership, and job design[J]. The Journal of Law, Economics, and Organization, 1991, 7(special\_issue): 24-52.
- [9] 韩优莉. 不完全契约理论及其在卫生经济研究中的应用[J]. 中国卫生经济, 2016, 35(04): 8-10.
- [10] 刘自敏, 张昕竹, 方燕. 医疗服务支付方式与最优产权结构配置——基于不完全契约理论[J]. 经济与管理研究, 2014, (09): 92-100.
- [11] 许金凤, 林鹏, 朱大伟, 等. 不完全契约视角下医院内部激励机制的构建[J]. 医学与哲学, 2024, 45(08): 26-29.
- [12] 严晓玲, 饶克勤, 王班, 等. 中国公立医院医生薪酬制度改革[J]. 中华医院管理杂志, 2015(3): 173-176.
- [13] Burnham V, Varughese G I. Locally Employed Doctors and International Medical Graduates in the NHS: Current and Evolving Trends [J]. British Journal of Hospital Medicine, 2024, 85(12): 1-6.

- [14] NHS Employers. Medical and dental pay and contracts[EB/OL]. (2024-03-01)[2026-03-13]. <https://www.nhsemployers.org/topics/pay-pensions-and-reward/medical-and-dental-pay-and-contracts>
- [15] Nuffield Trust. Exploring the earnings of NHS doctors in England: 2025 update[R/OL]. (2025-07-23)[2026-03-05]. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/exploring-the-earnings-of-nhs-doctors-in-england-2025-update>
- [16] NHS Digital. NHS Staff Earnings Estimates, June 2025: Appendix A - Description of non-basic pay measures[R/OL]. (2025-9-25)[2026-03-05]. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-staff-earnings-estimates/june-2025/appendix-a---description-of-non-basic-pay-measures>
- [17] Treadgold B M, Campbell J L, Abel G A, et al. Investigating Clinical Excellence and Impact Awards (INCEA): A qualitative study into how current assessors and other key stakeholders define and score Excellence [J]. BMJ Open, 2023, 13(6): e068602.
- [18] NHS Employers. NHS Terms and Conditions of Service Handbook[R/OL].(2023)[2026-03-30]. <https://www.nhsemployers.org/system/files/2023-05/nhs-terms-and-conditions-of-service-handbook-version%2050.pdf>
- [19] Döring A, Paul F. The German healthcare system[J]. EPMA Journal, 2010, 1(4): 535-547.
- [20] Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA). TV-Ärzte/VKA: Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern (Fassung vom 13. Januar 2025) [S/OL]. (2025-01-13)[2026-03-06]. [https://www.vka.de/downloads/250113\\_TV-Aerzte\\_VKA\\_AETV-10\\_Lesefassung\\_01.07.2025.pdf](https://www.vka.de/downloads/250113_TV-Aerzte_VKA_AETV-10_Lesefassung_01.07.2025.pdf)
- [21] Marburger Bund. Entgelttabellen für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern (VKA)[EB/OL]. (2023-08-01) [2026-03-30]. <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/tarifvertraege/>

2023-08/Entgelttabellen\_1.%20Juli%202023%20bis  
%2030.%20Juni%202024.pdf

- [22] Marburger Bund. MB-Monitor 2024: Ergebnisse der Umfrage unter angestellten Ärztinnen und Ärzten[R/OL]. (2025-02-06) [2026-03-30].  
[https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2025-02/MB-Monitor%202024\\_Zusammenfassung\\_Ergebnisse\\_0.pdf](https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2025-02/MB-Monitor%202024_Zusammenfassung_Ergebnisse_0.pdf)
- [23] Messerle R, Schreyögg J. Country-level effects of diagnosis-related groups: evidence from Germany's comprehensive reform of hospital payments[J]. The European Journal of Health Economics, 2024, 25(6): 1013-1030.
- [24] [Lohmann C. Die Gestaltung von Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen unter Berücksichtigung von regulatorischen Vorgaben\[J\]. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 2017, 22\(03\): 159-165.](#)
- [25] Kairies-Schwarz N, Souček C. Performance pay in hospitals: an experiment on bonus-malus incentives[J]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020, 17(22): 8320.
- [26] Scott A, Holte J H, Witt J. Preferences of physicians for public and private sector work[J]. Human resources for health, 2020, 18(1): 59.
- [27] New South Wales Department of Health. Staff Specialists (State) Award 2022[S/OL]. (2022)[2026-03-28].  
<https://www.health.nsw.gov.au/careers/conditions/Awards/staff-specialists-award.pdf>
- [28] NSW Health. Health Professional and Medical Salaries (State) Award 2024[S/OL]. (2025-01-31)[2026-04-01].  
<http://www.ircgazette.justice.nsw.gov.au/irc/ircgazette.nsf/webviewdate/C9901>
- [29] Australian Medical Association (NSW). Doctors-in-Training Pay Guide 2024[R/OL]. (2024-03-18)[2026-04-01].  
<https://www.amansw.com.au/wp-content/uploads/2024/03/Remu>

neration-UPDATED-FINAL.pdf

- [30] NSW Health. Leading Performance, Development and Talent Management: PD2023\_043[S/OL]. (2023-12-08)[2026-04-01]. [https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2023\\_043.pdf](https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2023_043.pdf)
- [31] 乐虹, 陶思羽, 殷晓旭, 方鹏骞. 面向“三医”联动的三明医改管理体制及运行机制研究[J]. 中华医院管理杂志, 2017, 33(4): 247-251.
- [32] Fu H, Li L, Li M, et al. An evaluation of systemic reforms of public hospitals: The Sanming model in China[J]. Health Policy and Planning, 2017, 32(8): 1135-1145.
- [33] 三明市卫生健康委员会. 医生收入倍增: 公立医院薪酬制度改革全面推开 [EB/OL]. (2021-09-06)[2026-03-09]. [http://wjw.sm.gov.cn/xxgk/wjyw/mtbd/202109/t20210906\\_1702634.htm](http://wjw.sm.gov.cn/xxgk/wjyw/mtbd/202109/t20210906_1702634.htm)
- [34] 申思, 庞朝玮, 王萧冉, 等. 公立医院薪酬制度改革政策研究: 中央顶层设计与地方制度响应[J]. 中国医院, 2026, 30(01): 12-15.
- [35] 张潘, 陶红兵, 孙杨. 我国公立医院医生薪酬制度改革的逻辑分析——以福建省三明市为例[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(06): 33-37.
- [36] 肖世宣. 以 C-DRG 收付费改革为抓手推动医院高质量发展路径探索[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(01): 32-35.
- [37] 张利江, 王克渠, 杨皓宇, 等. 国内公立医院医生薪酬与绩效关联研究[J]. 中国医院, 2025, 29(12): 77-82.
- [38] 何沁彧, 文进. 基于 DRG 与 RBRVS 的公立医院绩效薪酬模式研究[J]. 卫生经济研究, 2024, 41(08): 75-78.
- [39] 许爱德, 刘佳, 常亚男, 等. 基于绩效棱柱模型的公立医院绩效评价指标体系构建研究[J]. 中国医院管理, 2024, 44(10): 38-42.
- [40] 王涤非, 倪子龙, 张鑫, 等. 医改背景下公立医院薪酬制度改革现状及对策研究[J]. 中国医院, 2021, 25(08): 20-22.
- [41] 国家卫生健康委员会. 介绍推广三明医改经验、深化以公益性为导向的公立医院改革有关情况 [EB/OL]. (2025-11-13)[2026-04-29]. [https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100365/hdjl\\_xwfbh\\_detail.shtml](https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100365/hdjl_xwfbh_detail.shtml)
- [42] 冯芮华, 李建, 王溪, 等. 以增加知识价值为导向的我国公立医院薪酬制度改革进展与成效[J]. 中国医院管理, 2023, 43(05): 5-8.

|