

不同行政隶属关系公立医院绩效薪酬形成机制的差异

张雨欣^{1,2}, 李与涵^{1,2}, 巴特龙^{1,2}, 蔡知昇^{1,2}, 刘星宇^{1,2}, 冯 文^{1,2△}

[1. 北京大学公共卫生学院卫生政策与管理学系, 北京 100191; 2. 国家卫生健康委员会卫生体系改革与治理研究重点实验室(北京大学), 北京 100191]

[摘 要] **目的:** 公立医院薪酬改革的目标之一是缩小公立医院的薪酬差距, 本研究从不同行政层级的公立医院出发, 探究绩效薪酬形成机制的差异。 **方法:** 2024 年 6—11 月, 采用目的性抽样, 对某直辖市国家级、省部级、地市级三个行政层级的 14 家公立医院进行 43 场深入访谈, 采用扎根理论进行分析。 **结果:** 通过三级编码, 共提炼出 7 个核心范畴(外部约束、战略定位、市场能力、业务结构、激励制度、管理能力、人员特征), 共同作用于公立医院的绩效薪酬分配, 但其在不同层级的医院之间呈现差异。行政层级较高的公立医院或免于工资总额约束, 或在总额框架内仍保留较大的可分配空间, 依托高位的战略定位, 形成了强大的市场能力与高溢价业务结构, 采用计量到个人的增量激励模式, 激励范畴覆盖医教研全链条; 较低层级的公立医院则面临议价能力不足、患者来源局限、补偿途径单一的三重约束, 业务结构以低溢价项目为主, 不得不采用岗位履职模式, 激励范畴收窄至基础质量, 面临激励脆弱与人才流失的困境。 **结论:** 不同层级公立医院在绩效薪酬决定机制上呈现结构差异, 改革政策在传导过程中遭遇层级化制度环境、市场能力与管理能力的分层过滤, 使其在政策下的表现不同。

[关键词] 公立医院; 薪酬改革; 绩效薪酬; 行政层级

[中图分类号] R197.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1671-167X(2026)03-0464-08

doi: 10. 19723/j. issn. 1671-167X. 2026. 03. 004

Differences in the formation mechanism of performance-based compensation in public hospitals with different administrative affiliations

ZHANG Yuxin^{1,2}, LI Yuhan^{1,2}, BA Telong^{1,2}, CAI Zhisheng^{1,2}, LIU Xingyu^{1,2}, FENG Wen^{1,2△}

[1. Department of Health Policy and Management, Peking University School of Public Health, Beijing 100191, China; 2. National Health Commission Key Laboratory of Health System Reform and Governance (Peking University), Beijing 100191, China]

ABSTRACT Objective: One of the explicit goals of public hospital salary reform is to gradually and steadily narrow the salary gap among public hospitals. This study, taking public hospitals at different administrative levels as its starting point, seeks to investigate the differences in the formation mechanisms of performance-based pay. **Methods:** From June to November 2024, a purposeful sampling strategy was adopted. A total of 43 in-depth interviews were conducted across 14 public hospitals located in a certain municipality directly under the central government. These hospitals covered three administrative tiers: the national level, the provincial and ministerial level, and the prefectural and municipal level. All interview data were analyzed using grounded theory methodology. **Results:** Through three-level coding, a total of seven core categories were extracted: external constraints, strategic positioning, market capabilities, business structure, incentive systems, management capabilities, and personnel characteristics. These seven factors jointly influenced performance-based salary distribution in public hospitals, but their specific manifestations and interactions showed marked differences across hospitals at different administrative levels. Specifically, public hospitals at higher administrative levels might be fully exempt from wage total amount constraints, or, even when operating within the total framework, still retained a considerably large distributable space. Relying on their high-level strategic positioning, these hospitals developed strong market capabilities and a business structure dominated by high-pricing medical services. They adopted a metric-based, incremental incentive model that allocated rewards directly to individual physicians, with the incentive scope covering the entire chain of medical care, education, and research. In contrast, public hospitals at lower administrative levels faced triple constraints: insufficient bargaining power in the healthcare market, limited and unstable patient sources, and a single compensation pathway heavily reliant on service volume. Their business structure was mainly composed of low-pricing projects with limited profitability. Consequently, they were forced to adopt a position-based performance model,

△ Corresponding author's e-mail, fengw@hsc.pku.edu.cn

网络出版时间:2026-04-11 17:26:17 网络出版地址: <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.4691.R.20260410.1724.004.html>

where the incentive scope narrowed to basic medical quality, leaving these hospitals struggling with fragile incentives and persistent talent loss. **Conclusion:** Public hospitals at different administrative levels present structural differences in their mechanisms for determining performance-based salaries. During the top-down transmission of reform policies, the hierarchical institutional environment, together with stratified market capabilities and management capacities, acts as a multi-layer filter. This filtering process leads to heterogeneous policy performances across different hospital tiers.

KEY WORDS Public hospital; Salary reform; Performance-based pay; Administrative hierarchy

2006年6月15日,我国人事部(现人力资源和社会保障部,简称人社部)联合财政部印发《事业单位工作人员收入分配制度改革方案》,提出事业单位实行岗位绩效工资制度,通过绩效工资体现人员的实绩和贡献。2017年1月24日,人社部、国家卫生健康委员会(简称卫健委)等四部门联合印发《关于开展公立医院薪酬制度改革试点工作的指导意见》,提出“两个允许”。2021年,人社部等五部委联合印发的《关于深化公立医院薪酬制度改革的指导意见》,提出充分落实公立医院内部分配自主权^[1-2]。2024年,国家卫健委明确提出要逐步缩小各级公立医院之间的薪酬差距。2026年,国家卫健委再次强调推进三个结构调整,将缩小不同等级医疗机构间的收入差距作为深化公立医院改革的核心任务之一。这一系列政策导向表明,缩小不同层级公立医院之间的薪酬差距已成为当前医疗改革的重要目标。

公立医院有专业技术等级和行政隶属层级的差异,前者是技术水平的差别,后者涉及医院的主管部门、资金来源、医院考核等。按照我国的行政管理体制,直辖市在薪酬政策、医疗服务价格、医疗保险(简称医保)等方面,只有市人民代表大会、市政府(省部级)具有政策制定权,公立医院受政府层级影响的差异相对较小。因此,本研究选取某直辖市作为研究场域,涵盖央属、市属、区属三种行政隶属关系的公立医院,其行政层级分别对应国家级、省部级和地市级,下文统一使用后者表述。

现有研究多关注医院内部的薪酬分配框架,如高瑞欣^[3]、张志强^[4]和韩静^[5]的研究分别从个体层面、系统结构层面和临床一线实证层面说明了公立医院绩效的影响因素,但是难以回应在区域行业结构的格局下,公立医院绩效薪酬的制度性、结构性差异。为此,本研究从不同行政层级公立医院所面临的政策条件、市场环境和自身禀赋出发,探究其对医院绩效薪酬产生的作用和影响,为进一步推进公立医院薪酬改革提出建议。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究的资料源自公立医院薪酬改革相关问题

的深入调查访谈项目,该项目时间为2024年6月24日至11月29日,采用目的抽样法,选取国家级、省部级、地市级公立医院14家,对医院管理者及相关部门人员进行一对一深入访谈,剔除时长≤15 min的2份资料,最终纳入43份访谈文本。

纳入的14家医院按行政隶属关系分为三类:国家级医院4家,均为三级甲等,其中综合医院3家、专科医院1家,分别编号为A1、A2、A3、A4;省部级医院5家,均为综合医院,其中4家为三级甲等、1家为三级,分别编号为B1、B2、B3、B4、B5;地市级医院5家,包括综合医院2家(二级未评1家、三级未评1家)、专科医院1家(三级甲等)、中医医院1家(二级合格)、中西医结合医院1家(三级甲等),分别编号为C1、C2、C3、C4、C5。医院类别和医院级别等次来自该直辖市卫健委官网中的“医疗机构查询”,查询数据截至2025年5月4日0时。

1.2 研究对象

不同岗位、专业、专业技术等级的人员为本次研究的研究对象,涉及副院长、总会计师等医院主要管理人员,主治医师、科主任、护士、护士长等医院临床科室人员,财务处(科)、人事处(科)、运营管理处(经营办公室)等医院行政部门的成员和处长(科长)/主任。其中,医院负责人共5人,包括副院长4人、总会计师1人;行政科室人员共19人,包括人事处(科)11人、运营管理处(经营办公室)7人、财务处(科)1人;临床科室人员共19人,包括医生14人、护士5人;共计43人。

1.3 资料分析方法

1.3.1 扎根理论 扎根理论是20世纪60年代哥伦比亚大学的两位学者通过一项关于医务人员处理即将去世患者的实地观察研究,共同总结并进一步发展出来的一种定性研究方法^[6-7]。扎根理论强调研究者在进入研究之前不应预设框架,不带任何观点,通过不断比较、连续抽象,通过不断抽象对数据进行概念化、范畴化,最终提炼核心范畴,分析相互之间的逻辑关系,真正通过层层编码从原始数据中发现理论(图1)。

1.3.2 资料分析 使用NVivo 12软件对纳入研究的访谈文本进行编码、标记和分析。根据扎根理论,对访谈文本逐级进行开放式编码、主轴性编码和选

择性编码,经过逐步归纳、不断修正,达到理论饱和,并对核心范畴在三个层级医院的具体表现进行分

析,最终构建关于不同行政层级公立医院绩效薪酬决定机制差异的理论框架。

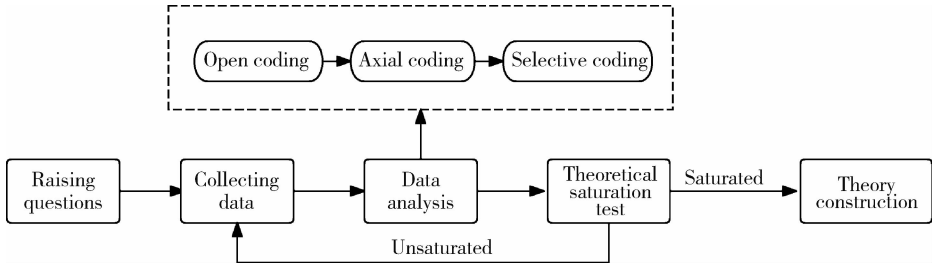


图 1 扎根理论的操作程序
Figure 1 Operational procedures of grounded theory

2 结果

2.1 开放性编码

针对访谈文字资料进行开放性编码,将原始文字资料进行标签化、概念化、范畴化。标签化处理指将访谈文字资料中的有效信息进行提取,形成标签节点。本研究共形成 1 125 个节点,共计 889 个标签,归纳后共有 216 个初始概念,经过进一步浓缩产生初始范畴。以“绩效计算方式”这一初始范畴为例:将标签“根据门诊量、检查量和手术等级确定每位医生的分值”“门诊量计算具体人数”“所有工作量均量化”概念化为“工作完全量化”;将“科室未详细记录工作量具体数据”“工作量系数不核算到个人”“专家门诊有补助但不具体计算门诊量”概念化为“工作未完全量化”;“工作完全量化”与“工作未完全量化”进一步概括为“绩效计算方式”这一初始范畴。依此类推,共形成 79 个初始范畴。

2.2 主轴性编码

针对开放性编码获得的概念进行主轴性编码,通过分类、比较,提炼出主范畴,将 79 个初始范畴归纳整合为主范畴。例如,将“多学科会诊量”“额外管理事务”“门诊服务量”“病房服务量”“检查服务量”“手术服务量”等初始范畴归纳为“业务类型特征”这一主范畴;将“科研水平”“教学任务”“进修学习”等归纳为“激励范畴”这一主范畴;将“医院直接分配”“院科两级分配”“医护绩效管理”“管理颗粒度”“绩效计算方式”等归纳为“管理精细化程度”这一主范畴。最终提炼出 25 个主范畴。

2.3 选择性编码

采用选择性编码,分析不同主范畴之间的关系,并通过不断地比较和深入挖掘,最终得出可以统领主范畴的核心范畴。在本研究中,25 个主范畴经过整理归纳后得出 7 个核心范畴,分别是“外部约束”“战略定位”“市场能力”“业务结构”“激励制度”

“管理能力”“人员特征”。其中,“外部约束”包括特殊时期冲击、财政资源、医保政策约束、政策导向约束、区域资源环境;“战略定位”包括功能定位、发展导向;“市场能力”包括产品价格空间、市场辐射范围、市场补偿途径;“业务结构”包括业务类型、业务难度、业务质量、业务结构差异的根源;“激励制度”包括激励逻辑、激励范畴、激励导向;“管理能力”包括管理调控机制、管理精细化程度、管理规范性、管理价值取向、运营管理;“人员特征”包括人员静态特征、人员构成特征、人员心理特征。

2.4 理论饱和度检验

在其他访谈文本编码完成后,对预留的 6 个文本进行编码,在编码中未发现新的主范畴和核心范畴,同时也未发现其他逻辑关系,因此,可以认为此次根据扎根理论的研究通过理论饱和度检验,该理论模型可以解释不同层级公立医院绩效分配机制的差异。

2.5 核心范畴的层级差异分析

外部约束、战略定位、市场能力、业务结构、激励制度、管理能力和人员特征共同构成了绩效分配的关键维度,对各层级公立医院均有影响,但具体维度存在显著差异,因此需要定位到相应的文本材料,比较三个不同行政隶属层级的异同点,总结出不同层级公立医院的绩效薪酬决定机制的差异。

2.5.1 政府设定的薪酬上限 政府对公立医院薪酬总量的调控存在预算管理与总额管控两种截然不同的制度模式。国家级公立医院实行预算管理,以业务增长预期为依据,为国家级医院保留了更大的绩效分配自主权,使其绩效薪酬与业务发展保持同步。“我们绩效的预算基本是根据每年的运营状态,在上一年基础上有一个增长”(A3,经营办公室)。省部级医院实行严格的总额管理,在平衡所辖同级医院群体间的分配相对均衡,但是也在一定程度上抑制了业务增长向薪酬增长的直接转化。

“尤其是我们市管医院,它有这个总额的限制,其实就对医院造成了一定的限制”(B2,神经内科护士长)。地市级医院呈现无总额的状态,但是并非制度上的豁免,而是因为医院业务体量有限,实际薪酬水平远未触及管控上限。“提问:那咱们这块年度有工资总额吗?回答:我们发不到”(C4,人事科科长)。

2020年12月31日,国家卫健委发布《公立医院全面预算管理制度实施办法》,但是在三个层级产生了不同的传导效果。国家级医院的行政管理主体及时落实了这一政策,而省部级和地市级仍然沿用既往的工资总额规定,并且,地市级医院由于缺乏可分配的增量资金,总额管控尚未实质性生效。

2.5.2 绩效目标与医院战略定位相匹配 不同层级医院的绩效考核指标设计反映了医院的战略定位,医院通过绩效指标设置强调阶段性的重点任务。国家级医院的科研产出、教学贡献等与绩效分配深度结合,与国家级医院作为国家医学中心的功能定位高度吻合。“国家确保三级医院主要是疑难重症的治疗”(A1,运营管理处),“央属的还是相对来说更像一个做学术的”(A3,人事处)。省部级医院在医院全面发展的基础上,更多关注本院重点学科、优势学科的建设 and 专科影响力的扩张,故内部实行差异化的薪酬分配政策,对重点科室实行绩效倾斜和额外奖励。“怎么迎合科室的这个发展,我们核心组也要讨论的……更重要的是你驱动学科建设的这个杠杆”(B2,神经内科护士长)。地市级医院的战略定位则呈现分化态势,多数地市级医院定位于基本医疗服务,其绩效指标以常规医疗质量、基础操作为主体。部分具有转型意图的地市级医院已开始通过绩效指标引导学科特色发展,如某医院将中医治疗的使用纳入绩效考核。“中医在咱医院的体现会越来越深,在绩效当中它会偏向中医”(C5,外二科副主任)。

分级诊疗制度要求三级医院聚焦疑难重症,基层医院承担常见病诊疗,这一政策导向与国家级、省部级医院既有的战略定位高度契合,使其能够聚焦高难度业务。然而,对于地市级的较低层级医院,政策要求向下转诊与医院自身向上发展之间存在矛盾,这种矛盾在绩效指标设计中体现为战略定位的分化,部分医院安守原有定位,部分医院努力寻求转型。

2.5.3 有效价格空间、市场辐射范围与市场补偿途径的三重约束 市场能力是不同行政层级公立医院绩效薪酬决定机制分化的驱动力。国家级、省部级、

地市级公立医院在产品价格空间、市场辐射范围、市场补偿途径三个维度上呈现显著的层级梯度,影响绩效分配。

医疗服务定价对于直辖市中的地市级医院影响较大。由于所承担的医疗服务多为基层的医疗服务,医疗定价相对较低,且部分护理项目不允许单独收费,直接压缩了医院的收入空间与绩效分配的来源。“2017年药品加成取消之后,虽然医师服务费有一定的补充,但是对三级医院来说,因为手术费涨了,药品取消的那一部分,手术的部分能作为补偿。像二级医院的话,因为治疗的收入相对稳定,(手术收入)比较少”(C2,中医科主任)。此外,由于业务能力问题,地市级医院在价格调整政策中几乎没有话语权,也缺乏新项目拓展的技术能力。高定价的新技术项目对于绝大多数地市级医院而言仍旧是不可触及的业务领域,没有相应的收益空间,从根本上影响了此类医院绩效分配的上限和制度。“其实我觉得(技术服务价格)没涨多少,像我们的手术最贵的也就2000块钱”(C3,骨关节科主任)。

市场辐射范围的差异决定了患者资源对不同层级医院绩效的约束程度。对于地市级医院来说,因其患者来源主要为周围居民,周围人口资源环境(如大规模拆迁)对医院的影响很大,并且由于同处一个直辖市,优质医疗资源集中,地市级医院在此环境中的竞争力弱。“由于周边拆迁,XX地区的居民原本就较少,导致病人数量并不充足”(C5,外二科副主任),“(所在区)因为医疗资源太丰富了,我们肯定受影响”(C5,副院长)。

面对价格空间和患者资源,不同层级医院发展出不同的市场补偿机制。国家级和省部级医院将特需服务与国际医疗作为新增的重要补偿途径,并且通过日间手术、互联网诊疗等业务拓展渠道,换取高收益。“特需的医师服务费特别多”(A1,运营管理处)。相比之下,同一个城市中相对行政层级较低的地市级医院几乎完全丧失市场补偿能力。

政策在不同层级医院中呈现截然不同的形态。在地市级医院,基础医疗服务项目价格调整直接压缩了收入空间,获得高定价的新技术项目又因技术水平无法开展,形成了生存压力,开展特需服务政策也因市场认可度不足而难以落实。在省部级、国家级医院,国际医疗、特需服务政策成为重要的补充性收入来源,高新技术项目、高溢价项目政策被充分运用,政策转化为发展优势。即同一项政策,因医院层级差异而产生了不同甚至相反的传导效果。

2.5.4 业务结构与激励逻辑 工作量是各级公立医院绩效分配的共同影响因素,所有层级的访谈对象均提及工作量对于绩效的极大影响,但是在如何体现上存在差异。国家级和省部级医院采取增量激励模式,工作量作为独立的、量化的分配维度,体现多劳多得与优劳优得,激励信号直接,反馈灵敏。“月度奖上完全就是按工作量”(A3,经营办公室)。“护士每个人每天都会在表上记录自己的工作量”(B2,神内内科护士长)。但是,地市级医院在难以实现增量的情况下,绩效分配更多是关注质量,融入对于例如岗位风险评分、质量控制等的考核中,体现出的是按岗定薪。“在10月份可能要取消夜间门诊,因为夜间门诊这块工作量太小,也占用人力”(C5,经营办公室)。“出院病人数是会有的,但是其实把它算到质控这一块”(C1,内科主任)。

不同层级之间业务结构的差异导致激励逻辑不同。国家级和省部级医院面向全国,收治疑难重症患者,拥有大量高难度、高收益的诊疗项目,增量空间大,激励政策能够有效提高可分配绩效,具备增量激励的条件。地市级医院则定位于区域基本医疗服务,以常见病、慢性病患者为主,增量空间有限,业务的边际贡献相对较低,技术溢价弱,在短期激励难以产生可分配增量的情况下,更多将提高质量作为绩效激励的核心元素。

2.5.5 管理空间与激励范畴 各级医院在绩效分配中都将激励作为核心因素,然而激励的内容和可用来激励的金额在不同层级医院之间存在显著差异。国家级医院的激励范畴最广,已形成覆盖医教研全链条、贯通成果转化全周期的激励体系,不仅激励临床工作量,更将科研产出、教学贡献、成果转化纳入绩效分配体系。“比如说科研数额,你拿了国自然的一些项目,我就会给你多少奖励。然后比如说你得到什么什么奖项,会给你什么样的奖励”(A2,人事处)。地市级医院的激励范畴则相对较窄,地市级医院的科研和教学任务较少,能拿到的科研项目等级有限,对绩效影响较弱。“我们今年还算比较好,有三项突破,但是不是国自然序列的。市级课题每年大概有三五项,但是都不多”(C5,副院长)。

激励范畴的差异同样体现在质量管理维度。国家级及省部级医院的质量管理焦点已从基础质量提升至难度质量,病例组合指数(case mix index, CMI)成为内科绩效分配的核心调节变量。“我们就是CMI”(A3,经营办公室)。“考核CMI”(B5,人力资源部)。不仅区分手术级别,更对主刀、一助、二助进

行精细的系数划分。“我们主刀是拿奖励的40%,一助是25%,二助15%,护理是20%”(A3,经营办公室)。但是对于地市级医院,质量管理焦点仍停留于基础质量层面,病历书写质量、门诊病历完整性、住院病历归档及时性、基础操作规范性等在国家级医院早已成为底线指标的内容,在地市级医院仍是绩效考核的核心指标。“还有病历书写的质量”(C5,神经内科主任)。“包括药占比,耗占比,这都是我们要去考核医生的一些指标”(C1,内科主任)。

公立医院高质量发展政策要求医院提升运营效率、强化精细化管理、完善激励机制。这些政策导向对于国家级和省部级医院而言,与其既有的管理基础和资源禀赋高度契合,二者已有能力将CMI、四级手术比例等高质量发展指标纳入绩效考核。然而,对于地市级医院,当质量管理仍停留于病历书写、基础操作规范性层面时,高质量发展政策中的高阶指标便难以落地。

2.5.6 内部精细化管理能力 绩效分配的决定机制不仅取决于分配模式,更取决于如何计算。国家级/省部级医院与地市级医院在绩效分配的管理精度上存在显著的能力鸿沟,集中体现为核算单元的最小颗粒度差异。国家级医院在绩效管理中做到了较高等度的精细化管理,绩效管理到个人,工作计算完全量化。“每个医生做多少台,以及相应的投入、产出等都会有评价,包括谁去查房、查多少房。心内科做得非常细”(A1,运营管理处)。省部级医院虽然也是绩效精细化管理到个人,但是存在部分访谈对象反映目前的精细化管理程度仍需要进一步精细的情况。对于地市级医院,由于医院的管理信息系统的统计功能较差,绩效管理相对较粗糙,仅管理到组而不能精细管理到个人。“工作量不会算得很详细,比如说我一天比谁多看了几个病人,我们科好像没有”(C3,骨科主任)。

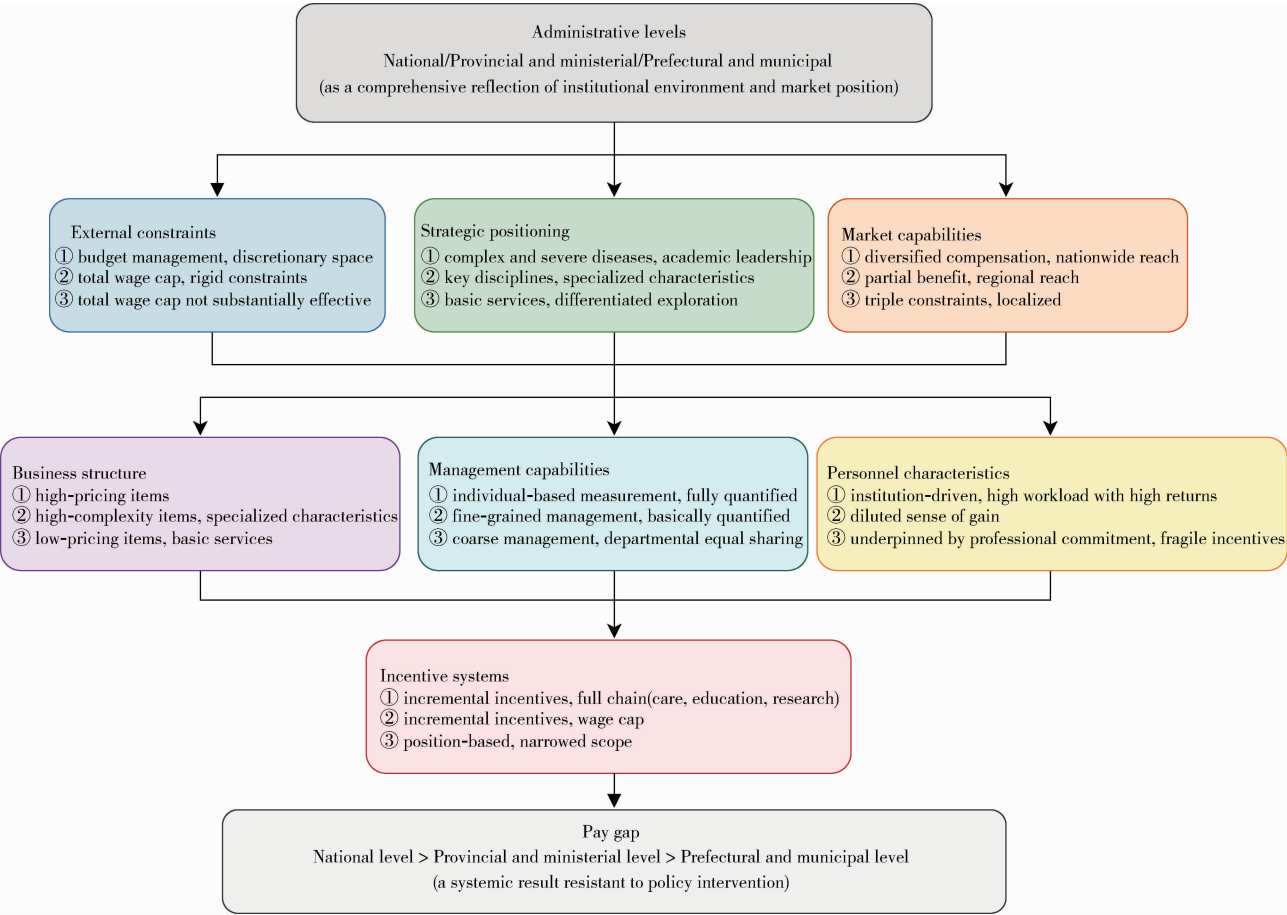
近年来,国家大力推进医院信息化建设和智慧管理,旨在提升医院运营效率和管理精细化水平,然而,信息化建设的效果高度依赖医院既有的管理基础和业务结构。对于国家级和省部级医院,信息化投入能够支撑复杂业务场景下的精细化管理,带来可量化的管理收益,形成正向循环;对于地市级医院,当业务本身同质化程度高、激励增量有限时,信息化建设的收益便难以覆盖投入成本。

2.6 理论框架

根据上述开放性编码、主轴性编码、选择性编码、理论饱和度检验及层级差异分析,最终形成理论框架,如图2所示。本框架揭示了不同行政层级公

立医院绩效薪酬决定机制的差异,说明了薪酬差距为何在政策干预下仍持续存在的逻辑。行政层级作为贯穿始终的背景维度,不仅是医院隶属关系的表明,更是制度环境与市场地位的体现。行政层级决定了医院面临的外部约束类型,塑造了医院的战略

定位,影响了医院的市场能力,进而决定了医院的业务结构、管理能力和人员特征,这些因素在各个层级以不同强度调节着激励制度,最终共同形成国家级、省部级、地市级医院之间持续存在的薪酬差距。



①, national level; ②, provincial and ministerial level; ③, prefectural and municipal level.

图2 不同行政层级公立医院绩效薪酬决定机制的差异

Figure 2 Differences in the performance-based salary determination mechanisms of public hospitals at different administrative levels

2.7 不同层级公立医院之间绩效薪酬差异的影响

不同行政层级公立医院在绩效薪酬决定机制上的差异,在实践中形成了不同层级医院可观察的结局。为便于比较分析,本研究将国家级和省部级公立医院归为较高层级公立医院,将地市级和县级公立医院归为较低层级公立医院。从层级差异来看,较高层级医院(国家级、省部级)在高激励的驱动下形成了高负荷、高回报、高稳定的优势循环;较低层级医院(地市级、县级)则在生存焦虑下面临激励脆弱与人才流失的困境。

2.7.1 较高层级医院在高激励驱动下形成高负荷、高回报、高稳定的优势循环 较高层级医院是绩效分配自主权较大、激励强度较高、市场能力较强的群体,其或免于工资总额的刚性约束,或在总额框架内

仍保留较大的可分配空间,拥有广阔的激励范畴和精细化管理能力,在高激励驱动下会形成高负荷、高回报、高稳定的优势循环。在人才流动方面,表现出极强的人才虹吸效应,凭借平台优势和医教研全链条激励,持续吸纳优秀人才,因薪酬导致的流失极为罕见。在员工积极性方面,依托增量激励模式,形成了灵敏、直接的激励反馈机制,员工能够清晰感知到多劳多得。“月度奖上完全就是按工作量”(A3,经营办公室)。但是,高强度激励也带来职业倦怠,医院只能不断压缩员工的休息时间。“周六日还要让你出门诊,还要让你做手术,所以大家也挺累的”(A3,人事处处长)。在职业认同方面,较高层级医院的贡献与回报具有高度一致性,将平台价值转化为个体获得感。省部级医院通过将绩效与学科建设

挂钩,为员工提供差异化成长路径。“更重要的是驱动学科建设”(B2,神经内科护士长)。

2.7.2 较低层级医院在生存焦虑下面临激励脆弱与人才流失的困境 较低层级医院处于公立医院体系的末端,面临价格空间受限、市场辐射有限、补偿途径匮乏的三重约束,在生存焦虑下面临激励脆弱与人才流失的困境。在人才流动方面,人员流失与薪酬直接相关,部分流向民营机构以获取更高的薪酬待遇,部分流向上级公立医院以寻求更好的发展平台,但部分管理规范科室仍能通过内部分配机制和组织氛围维持队伍稳定性。“每一分钱都是有出处的,如果说谁对这个奖金有异议,我就拿出这表来看”(C1,内科主任)。在员工积极性方面,呈现情怀兜底但激励脆弱的状态,大量一线医务人员表现出极高的职业责任感,“凭借的是医务人员纯粹的社会责任感”(C5,副院长),但长期低回报已使激励系统逼近临界点,激励信号的模糊化直接导致部分员工行为的消极化。“给不了钱,光讲情怀,能讲多久?”(C3,急诊科主任)。在职业认同方面,呈现使命感与现实压力的矛盾,急诊、老年病、儿科等政策性亏损科室的骨干人员普遍怀有深厚的职业使命感,“像我们这种老急诊人都是靠这种情怀在工作”(C3,急诊科主任)。但价值贡献与经济回报的错位,使他们长期处于疲惫状态。“其实你如果不给职工把这个应该得的给他,都会有情绪,我们布置任何工作的时候都非常困难”(C3,急诊科主任)。

作为公立医院体系中更基层的县级医院,其绩效薪酬困境较地市级医院更为突出。已有研究表明,县级公立医院的临床医生薪酬满意度较低,与期望收入差距较大^[8]。部分县级公立医院的绩效指标完成情况与个人利益关联不足,导致员工在工作中积极性不高^[9],同时,绩效管理存在考核指标笼统、激励效果有限的问题,面临严重的人才流失风险^[10]。这些发现从侧面印证了本研究的核心结论,即行政层级低的公立医院存在明显的激励困境,在生存焦虑下,激励系统显得更加脆弱,人才流失问题更为严峻。

3 讨论

本研究发现,不同层级公立医院在绩效薪酬决定机制上呈现系统性差异,较高层级医院依托宽松的外部约束和强大的市场能力,形成高溢价业务结构与增量激励模式,在高激励驱动下形成高负荷、高回报、高稳定的绩效薪酬机制;较低层级医院则受困

于价格空间、辐射范围、补偿途径等方面的约束,业务结构以低溢价项目为主,被迫采用存量激励模式,在生存焦虑下面临激励脆弱与人才流失的困境。上述差异解释了薪酬差距在政策干预下仍持续存在的深层逻辑。

3.1 政府作为公立医院的所有者,不同的管理措施带来结构性差异

本研究发现,政府对公立医院薪酬总量的控制在不同层级医院呈现截然不同的形态。薪酬总额是政府作为公立医院的所有者,对所属公立医院进行管理的传统政策措施之一。调查显示,52.8%的医院由主管部门进行绩效工资总额核定,绩效工资应有的灵活性难以实现^[11],证明总额控制在全国范围内的公立医院普遍存在,仍然是新一轮公立医院薪酬制度改革中的重要制度元素。2022年,重庆市卫健委指出,将省部级公立医院绩效考核结果应用于绩效工资总额核定,根据考核成绩给予一定数量的人均奖励性绩效^[12]。2020年12月31日,国家卫健委发布《公立医院全面预算管理制度实施办法》,明确要求公立医院实行全面预算管理。本研究显示,在全面预算管理和薪酬总额管理两者的制度关系中,不同层级政府采取不同的制度手段,使得同一属地范围内的不同层级医院处于不同的政策条件下,导致不同医院面临不同的可分配薪酬的约束条件。不同层级、不同地区的政府执行力度不同,形成政策执行的层级衰减,上级政策意图在向下传导过程中,受到既有制度惯性与行政惯例的层层消解^[13]。预算管理制度与传统人事工资管理制度之间的制度张力,政策之间的协同度不够,导致某些政策难以落地。

3.2 高层级医院的多元补偿与低层级医院的三重约束

本研究发现,市场能力是不同层级公立医院绩效薪酬差异的重要原因。较高层级医院在价格空间、辐射范围、补偿途径上均占据优势,而较低层级医院则面临三重叠加困境。同一个区域中的医院接受统一的价格、医保等属地管理政策的约束,是同一个政府作为行业管理者对属地内所有医疗机构设定的制度空间。市场能力与医院绩效存在正向关联^[14],医疗服务定价对不同层级医院绩效有很大影响,目前医疗服务项目价格调整范围较小且力度不够,无法精准体现医务人员的劳动价值^[15]。低层级医院既受困于传统医疗项目的低价定位,又无力抵抗高层级医院对患者的虹吸作用,缺乏实现多元补偿的市场能力,导致薪酬水平上的劣势。

3.3 从增量激励到存量激励是资源禀赋差异的结果

本研究发现,较高层级医院采用增量激励模式,工作量量化到个人,激励信号直接且灵敏;较低层级医院则被迫采用存量激励模式,激励信号更多集中在岗位风险和质量控制。韩丽平等^[16]对泰州市某市级医院的研究发现,该医院绩效考核的关键指标难以量化,缺乏对医务人员工作量进行定量评价的依据;韩静^[5]对唐山市公立医院的研究提到,医务人员付出与回报比例失衡,对临床医师的工作绩效产生负性影响。目前,大多数县级公立医院的绩效考核管理较为粗犷,定性指标多,定量指标少^[9-10, 17]。较低层级医院的激励困境与医院自身的管理能力有关,目前很多医院的对口帮扶已经将提升基层医院的管理能力作为帮扶内容之一,在业务能力帮扶的同时,应提高较低层级医院的运营管理能力^[18]。

3.4 研究的局限性

本研究的资料来源仅为某一个直辖市的公立医院,获得的结论可能受到地域政策差异的影响,不同地区的薪酬政策有区别(如三明市的医改新政策),本研究结果的普适性和可推广性需进一步验证;本次研究仅使用定性分析的方法进行分析,未进行定量研究,未来可结合定量方法深入分析各因素的作用关系。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突。

作者贡献声明 张雨欣:研究设计,论文撰写与修订;冯文:研究指导,论文总体把关与审定;李与涵、巴特龙、蔡知昇、刘星宇:实施现场调查,收集数据。所有作者均参与论文修改,并对最终文稿进行审读和确认。

参考文献

[1] 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.

[2] 路畅,张冬青,刘欣玥,等. 高质量发展要求下公立医院绩效薪酬分配方式改革探讨[J]. 中国卫生经济, 2025, 44(8): 33-35.

[3] 高端欣. 公立医院临床医师绩效评价体系及应用研究——以河北省Z医院为例[D]. 石家庄:河北经贸大学, 2015.

[4] 张志强. 基于ISM的公立医院综合绩效影响因素研究[D]. 南京:南京中医药大学, 2016.

[5] 韩静. 临床医师工作绩效现状及其影响因素研究[D]. 遵义:遵义医学院, 2018.

[6] 吴毅,吴刚,马颂歌. 扎根理论的起源、流派与应用方法述评——基于工作场所学习的案例分析[J]. 远程教育杂志, 2016(3): 32-41.

[7] 陈向明. 扎根理论的思路和方法[J]. 教育研究与实验, 1999(4): 58-63.

[8] 沈春晗,王珩,李念念. 安徽省县级公立医院临床医生薪酬满意度状况及其影响因素[J]. 医学与社会, 2021, 34(9): 106-110.

[9] 任英丽. 探析绩效考核在县级公立医院人力资源管理中的应用[J]. 乡镇企业导报, 2024(11): 197-199.

[10] 陈荣荣,王冉. 县级公立医院人才绩效管理问题研究——以X医院为例[J]. 中国管理信息化, 2024, 27(23): 133-136.

[11] 贾瑶瑶,刘勇. 我国公立医院薪酬结构现状分析与探讨[J]. 中国医院管理, 2021, 41(8): 40-42.

[12] 黄明会. 重庆:“1234”法推动二级医院高质量发展[J]. 中国卫生, 2022(1): 76-77.

[13] 翁辰宇. 基层政府公共政策效能非正常衰减研究[D]. 杭州:浙江工商大学, 2013.

[14] 唐雪. 医疗服务项目价格变动对公立医院薪酬的影响[J]. 销售与管理, 2025(32): 123-125.

[15] 陈云,王金海. 内蒙古公立医院医务人员绩效薪酬的影响因素研究[J]. 医学与社会, 2023, 36(1): 123-128.

[16] 韩丽平,叶苹. 公立医院人力资源管理中的绩效管理问题探研——以泰州市人民医院为例[J]. 泰州职业技术学院学报, 2025, 25(2): 42-43.

[17] 何贤慧,李玲. 县级三级公立医院绩效考核的研究[J]. 中国管理信息化, 2023, 26(16): 152-154.

[18] 吴舒婷,林孟波,薛芳沁. 三级医院对口帮扶县级医院的实践探索[J]. 中国医疗管理科学, 2025, 15(1): 103-107.

(2026-02-26 收稿)
(本文编辑:任英慧)