

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

姜荣勤,李静娴,葛爱晨,胡丹,陈家应

(南京医科大学医政学院,江苏 南京 211166)

摘要:福建省三明市的工资总额政策和医生年薪制已实行了三年,文章总结了其实施以来的主要成效,包括医务人员劳动成果得到尊重、医院收入结构更趋规范和自上而下的考核评价体系基本建立,发现其执行过程中已经浮现的主要问题和可能存在的隐患,包括医院职工收入稳定性不能保证、诱导服务的隐患初现端倪和薪酬设计的缺陷,并提出相关建议,以期为完善我国的薪酬制度和深化公立医院改革提供参考意见。

关键词:年薪制;绩效考核;医务人员;工资

中图分类号: R197.3

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2016)06-423-005

doi: 10.7655/NYDXBSS20160601

医务人员是与患者直接接触的一类人群,也是各项医疗政策的执行终端^[1],如何通过有效的薪酬制度来正确激励医务人员,一直是行业探讨的热点问题,也是我国公立医院改革的关键所在^[2]。自2006年以来,我国公立医院的薪酬分配以岗位绩效工资制度为主,这种制度下的员工薪酬由岗位工资、薪级工资、津贴和绩效工资四个部分组成。岗位工资和津贴均是按照标准发放,薪级工资与工龄相关,绩效工资是国家根据相关政策核定总额后,由医院依据每个员工的绩效考核结果自主分配,它是薪酬结构中比较灵活的部分。这种制度打破了传统根据职务等级划分工资等级的“大锅饭”模式,极大调动了医务人员的积极性,医院收入也随之增加^[3]。但是由于工资总额的核定与医院的医药总收入挂钩^[4],并且绩效工资制度没有完善的考核机制,医院在绩效考核时出现了偏重经济指标、医务人员的薪酬与业务收入挂钩等现象^[5],导致大处方、大检查等过度医疗现象严重,医患关系紧张,加剧了“看病贵”,弱化了我国公立医院的

“公益性”和“非营利性”。

为了改善绩效工资实行过程中出现的问题,2013年,福建省三明市对原有的工资总额政策进行调整,用只体现医务人员劳动量的“医务性收入”替代“医药总收入”核定工资总额^[6]。同时,在其辖区范围内二级及以上公立综合医院、中医院实行医生(技师、临床药师)年薪制(以下统称为医生年薪制),将医务人员的工资水平提高至社会平均工资的3倍,医生年薪所需资金由医院负担,并且在绩效考核时不考虑科室业务收入^[7],这两个举措切断了医务人员与科室业务、医院业务的经济链,使其更多关注能体现自己价值的诊疗费、护理费和手术费等医务性收入,加强了对医务人员的正向激励^[8]。

三明市的工资总额政策和医生年薪制实施已有三年之久,本文拟对该政策实施以来的主要运行情况进行分析,总结成效,对执行过程中已经浮现的主要问题和可能存在的隐患从理论与实证层面进行分析,进而提出相关建议,以期为完善我国的薪酬制度和深化公立医院改革提供参考意见。

基金项目:国家自然科学基金项目“基于患者体验的公立医院改革绩效评估研究”(71473129);江苏省高校哲学社会科学研究一般项目“基于患者体验的公立医院绩效评估指标体系研究”(2015SJB160)

收稿日期: 2016-08-04

作者简介:姜荣勤(1991-),女,江苏盐城人,硕士研究生在读;陈家应(1962-),男,安徽舒城人,教授,研究方向为卫生政策与卫生服务研究,通信作者。

一、三明市实施年薪制取得的主要成效

(一) 医务人员劳动成果得到尊重

医务人员的职业性质是高教育水平要求、高技术、高压力和高风险,所以其对报酬的期望值与其他职业相比也较高^[9]。年薪制实施后,三明市医务人员的工资水平有显著提高,2015年三明市县级以上公立医院职工平均年工资为8.90万元,较2012年的5.45万元增加了3.45万元,增长63.30%。这使得医务人员的劳动价值得以体现,劳动成果得以尊重,有利于增强医务人员对医院的忠诚度和职业认可度,稳定医生队伍。根据访谈可知,医改以后三明市第一人民医院2014年与2012年相比,全院员工平均工资上涨2万多。

(二) 医院收入结构更趋合理

三明市的医生年薪包括基本年薪和绩效年薪,其中基本年薪按月发放且所占比例较大^[10],保证医生年薪受医疗服务收入的影响较少。同时,核定的医院职工工资总额与药品、耗材、化验和检查收入脱钩,只与医务性收入和院长的年度考核分值有关,激励医务人员提升自己的服务质量,吸引更多患者来本院就医,从而提高医务人员阳光收入的比例。另

外,绩效年薪的考核采用扣分制,将药品、耗材、化验和检查收入占比纳入考核标准^[11]。三明市如此正向刺激和反向抑制相结合,医院的药品、耗材收入占比快速下降,医务性收入比重提高,“以药养医”的局势被彻底打破,医院的收入结构更趋合理。三明市2012—2015年县级以上公立医院收入情况如表1所示,在医药总收入中,药品收入所占的比重分别为39.38%、28.21%、27.36%和25.74%;卫生材料收入占比分别为9.17%、10.07%、9.58%和9.48%;检查化验收入占比分别为27.78%、29.45%、28.49%和27.32%;服务收入占比分别为6.35%、10.98%、11.23%和12.47%。分析可知,药品、耗材和检查化验收入在医院总收入中所占的比重不断下降,而床位诊察护理等服务收入和手术、治疗等收入的占比在不断上升。以三明市第一人民医院为例,2013—2015年,检查收入占医药总收入的比重分别为17.66%、17.01%和16.45%;化验收入占比分别为11.99%、11.03%和10.65%;药品收入占比分别为29.65%、29.26%和26.71%;服务收入占比分别为9.13%、9.33%和10.70%;手术等治疗收入占比分别为20.01%、22.35%和24.34%,可见医改后三明市每家医院的收入结构都更趋合理。

表1 福建省三明市2012—2015年县级以上公立医院收入情况 [万元(%)]

时间	医药总收入	医务收入				药品	卫生材料
		小计	检查化验	服务收入	手术、治疗等		
2015年	236 164.08	152 992.50	64 516.94(27.32)	29 460.20(12.47)	59 015.32(24.99)	60 791.24(25.74)	22 380.38(9.48)
2014年	222 868.44	140 554.80	63 501.78(28.49)	25 037.28(11.23)	52 015.73(23.34)	60 973.01(27.36)	21 340.64(9.58)
2013年	200 866.02	123 984.50	59 169.24(29.45)	22 048.05(10.98)	42 767.13(21.29)	56 660.34(28.21)	20 221.26(10.07)
2012年	189 046.75	97 270.69	52 514.23(27.78)	12 013.84(6.35)	32 742.59(17.32)	74 451.09(39.38)	17 325.00(9.17)
环比1	13 295.64	12 437.67	1 015.16(-1.17)	4 422.92(1.24)	6 999.59(1.65)	-181.77(-1.62)	1 039.74(-0.10)
环比2	22 002.37	16 570.24	4 332.55(-0.96)	2 989.24(0.25)	9 248.51(2.05)	4 312.65(-0.85)	1 119.42(-0.49)
环比3	11 819.33	26 713.82	6 655.00(1.68)	10 034.23(4.63)	10 024.62(3.96)	-17 790.70(-11.17)	2 896.22(0.90)

环比1:2015年比2014年;环比2:2014年比2013年;环比3:2013年比2012年。资料来源:三明市深化医药卫生体制改革办公室。

(三) 自上而下的考核评价体系基本建立

三明市县级以上公立医院工资总额的核定与院长考核结果挂钩,院长的考核由市医改领导小组和相关部门组织进行,考核结果定期公布且与院长的年薪挂钩^[12],这使得院长和医生之间形成了利益捆绑,医生积极配合院长的管理,院长也积极配合行政部门的领导,有效规范了医院的管理和医务人员的行为。院长考核从服务评价等六个方面开展,通过制定药品收入占比、检查化验收入占比和住院率等各项指标的标准来引导医院的服务公益性。另外,为了加强管理,行政部门还进行有重点的监测,例如重点药品监测、医生用药行为监管等^[13]。以工资总额政策和院长考核机制为依托,三明市建立起了以

公益性为导向、内外监管相结合的绩效考核体系。

二、实施年薪制出现的主要问题

(一) 医院职工收入稳定性不能保证

如表2所示,三明市2012—2015年县级以上公立医院的入院人次、门急诊人次和总服务人次的增幅均在逐年下降。就入院人次而言,2013年与2012年同比增幅为9.63%,2014年与2013年同比增幅为6.67%,2015年与2014年同比增幅为-1.68%;就门急诊人次而言,增幅依次为4.18%、3.62%和3.72%;就总服务人次而言,增幅依次为4.45%、3.78%和3.42%。相反,基层医疗机构的服务量有上升趋势,其2012—2015年总服务人次的增幅依次为

11.43%、8.94%和12.89%。这是由于三明市于2014年出台了分级诊疗政策^[14],随着这一政策的推进,医院的服务量势必继续下降,而医院的工资总额主要来自与服务量直接相关的医务性收入,分析表1

中的医务性收入可知,三明市2012—2015年县级以上公立医院医务收入的增幅呈递减趋势,在这种情况下,如何保证医院职工收入的稳定已经成为急需思考的问题。

表2 福建省三明市2012—2015年医疗机构服务量情况 (人次)

时间	县级以上医院			基层医疗机构		
	入院	门急诊	总服务	入院	门急诊	总服务
2015年	298 868	5 441 464	5 740 332	110 863	2 395 979	2 506 842
2014年	303 968	5 246 511	5 550 479	116 868	2 103 705	2 220 573
2013年	284 971	5 063 208	5 348 179	133 220	1 920 210	2 053 430
2012年	259 941	4 860 241	5 120 182	139 787	1 570 255	1 710 042
环比1	-5100	194 953	189 853	-6 005	292 274	286 269
环比1增长速度(%)	-1.68	3.72	3.42	-5.14	13.89	12.89
环比2	18 997	183 303	202 300	-16 352	183 495	183 495
环比2增长速度(%)	6.67	3.62	3.78	-12.27	9.56	8.94
环比3	25 030	202 967	227 997	-16 331	195 407	195 407
环比3增长速度(%)	9.63	4.18	4.45	-11.43	12.44	11.43

环比1:2015年比2014年;环比2:2014年比2013年;环比3:2013年比2012年。资料来源:三明市深化医药卫生体制改革办公室。

(二)诱导服务、治疗的隐患初现端倪

医生的工资与诊查、护理等服务费和手术、治疗等息息相关,医生为了增加收入,有可能出现诱导检查、手术、治疗等现象^[15]。由表3可以看出,2012—2015年,三明市门诊次均费用、人均治疗费和人均服务费逐年上升,住院者平均费用先降后升,增幅较快,分析表1可知,引起医疗费用提高的两大因素是床位诊察护理等服务费和手术、治疗等收费。2013年2月1日,三明市为了补偿医院因实施零差率改革而减少的合理收入,上调了80项医疗服务项目的价格,所以2013年较2012年人均治疗费和人均服务费各增加23.05%

和75.75%是可以理解的。2014年,三明市出于“控制总量,优化收入结构”的目的,对392个医疗服务项目的价格进行结构性调整,调价有升有降,调整后的价格总体保持平衡^[16]。可见2014年之后,调价政策对于患者就医费用增长的影响已经很小,2015年与2014年相比,住院者平均费用上涨6.3%,高于全国水平(5.6%)^[17],人均治疗费和人均服务费的上漲水平也较高(9.10%和6.21%)。由此可看出,医生受利益的驱使,诱导患者做不必要的治疗服务,进而导致患者就医费用上涨的现象已有显现,所以如何防范这一问题,也值得思考。

表3 福建省三明市2012—2015年县级以上医院医疗费用情况 (元)

年度	门诊次均费用	住院者平均费用	人均治疗费	人均服务费
2015	147.94	5 174.30	102.81	51.32
2014	139.71	4 867.63	93.71	45.11
2013	128.07	4 692.32	79.97	41.23
2012	119.75	4 964.64	63.95	23.46
环比1	8.23	306.67	9.10	6.21
环比1增长速度(%)	5.89	6.30	9.71	13.77
环比2	11.64	175.31	13.74	3.88
环比2增长速度(%)	9.09	3.74	17.18	9.41
环比3	8.32	-272.32	16.02	17.77
环比3增长速度(%)	6.95	-5.49	23.05	75.75

环比1:2015年比2014年;环比2:2014年比2013年;环比3:2013年比2012年。资料来源:三明市深化医药卫生体制改革办公室。

(三)薪酬设计的缺陷不容忽视

根据马斯洛的“需要层次理论”,人的需要分为生理、安全、归属、尊重和自我实现五个层次,而经济上的刺激只能满足生理需要。在医院工作风险高、压力大、技术水平要求高,对医务工作者的精神补偿

发挥着经济性奖励不可替代的作用且十分重要^[18],而三明市的薪酬、奖励仅局限于金钱,缺少从员工身心发展角度考虑的非经济性薪酬的同步,例如员工自我成长、自我实现的机会等。有研究者发现,影响医务人员薪酬的因素包括其自身因素、医院因素、工

作量和绩效考核,其中医务人员自身因素包括职称、工作年限、年龄和职务,薪酬中的基本年薪应该反映医生的自身属性和岗位属性,例如知识、技术等^[19],而三明市的基本年薪只考虑到人员类型和职称两个因素,这样的划分依据过于粗糙、单一。另外,年薪制是工资制的一种,这一制度由于绩效薪酬所占比例较低,切断了服务收入与薪酬的直接联系,从而减少了对医生提供服务的激励,所以其有可能出现医务人员工作积极性下降、倾向于收治轻症患者和减少患者的诊治数量等弊端^[20]。

三、讨论与建议

(一)明确政府的办医职责

有学者估算,三明市医院的门诊量需要提高3倍,增加的服务费、治疗费等才能填补取消药品加成政策所导致的收入缺口^[21],在三明市人口数没有太大变化和分级诊疗进展顺利的情况下,实现这个目标相当困难。政府投入不足一直是我国公立医院存在的问题,据《2013中国卫生统计年鉴》,2012年,我国平均每所公立医院总收入10 950.5万元,其中财政补助收入仅为892.8万元,占医院总收入的8.15%,但是平均每所公立医院的人员经费支出为2 815.3万元,占医院总收入的25.71%。如何增加投入以保证公立医院薪酬的稳定性,政府有不容推辞的责任。

(二)建立合理的年薪形成机制

三明市2013年核定工资总额的公式为:医院当年工资总额=当年医务性收入×工资比率×院长当年考核分数×调节系数(1.4),从公式中可看出,对医务人员工资影响较大的仅是当年的医务性收入,而医务性收入增长的稳定性不能确定,为了使医务人员年薪的形成机制更加合理,建议增加工资总额的核定因素,既要考虑医院当年的业务水平,也要将医院的发展纳入考虑,保证工资总额能稳定增长,逐渐形成全面、合理的年薪形成机制^[8]。

(三)健全薪酬设计和考核机制

医生年薪制包括基本年薪和绩效年薪两部分,但是由于基本年薪所占比重较大且基本年薪等级划分标准较粗糙,为防止出现“大锅饭”、诱导需求的现象,以及增强对医务人员的正向刺激,在划分基本年薪等级时要综合考虑工作性质、工作难度、工龄、知识水平、工作能力和职称等^[22],在绩效考核时考虑工作时间、服务质量、工作量和患者病情等因素以增加指标的合理性,或者适当提高绩效年薪的比重^[23]。另外,在医院工作精神压力大、负荷重,为了更好地

激励医务人员,医院除了提供经济性薪酬外,还可以在绩效奖金中增加福利、进修、带薪休假和职务职位变动等非经济性薪酬^[24]。

(四)合理规划医疗机构设置

三明市的分级诊疗政策真正发挥作用后,更多的患者会涌向基层医疗机构,县级以上医院的就医患者数势必有所下降。建议三明市以居民的实际卫生服务需求为依据,重新核定医院的规模以及工作人员数量,判断就医患者减少后,医院是否出现工作人员过剩的现象,尽量使医院规模和人员数量达到最佳的状态,这也不失为医院节省开支,保障医院年薪的又一可行之法。

参考文献

- [1] 李玲. 公立医院改革的“三明模式”[J]. 时事报告, 2013(9):38-40
- [2] 李玲. 求解公立医院改革[J]. 中国医院院长, 2014(22):66-69
- [3] 曾静. 对完善公立医院岗位绩效工资管理的若干思考[J]. 交通医学, 2013(6):724-725
- [4] 史书源, 史芮源, 田立启. 公立医院医务人员薪酬制度改革研究[J]. 卫生经济研究, 2016(4):21-24
- [5] 王延中, 侯建林. 我国公立医院薪酬制度存在的问题及改革建议[J]. 中国卫生经济, 2015, 34(1):5-8
- [6] 三明市深化医药卫生体制改革领导小组. 三明市深化医药卫生体制改革领导小组关于兑现2014年度院长年薪和医生(技师、临床药师)年薪的通知[Z]. 2015
- [7] 三明市人民政府. 三明市人民政府《批转市公务员局等部门关于核定试行年薪制公立医院工资总额有关事项的通知》[Z]. 2013
- [8] 王梅, 李雯. 保障医生薪酬待遇是公立医院改革的关键——对话中国人事科学研究院何凤秋研究员[J]. 中国卫生人才, 2014(10):18-21
- [9] 徐琼花, 羊在家, 陈志斌. 新医改背景下医院人力资源管理成效分析[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2013, 13(1):46-49
- [10] 胡红岩, 贾欣欣, 王萱萱, 等. 公立医院实施年薪制的相关问题探讨[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2016, 16(3):169-174
- [11] 何凤秋, 王梅. 福建省三明市公立医院薪酬制度改革案例分析[J]. 第一资源, 2014(3):55-63
- [12] 应亚珍. 三医联动 多方共赢——三明市公立医院改革调研报告[J]. 卫生经济研究, 2014(10):30-33
- [13] 马进. 再论公立医院改革——三明医改取得突破性进展的案例分析[J]. 卫生经济研究, 2014(10):34-36

- [14] 三明市深化医药卫生体制改革领导小组. 三明市深化医药卫生体制改革领导小组关于建立分级诊疗和双向转诊制度的意见[Z]. 2014
- [15] 熊茂友. 三明医改应避免昙花一现[J]. 中国卫生, 2015(3):43-45
- [16] 《三明市人民政府关于调整县级以上公立医院部分医疗服务项目价格的通知》(明政文 [2014]120号) 解读 [EB/OL]. [2016-09-14]. http://www.sm.gov.cn/zw/zwgk/zcjd/bszcid/201505/t20150513_351937.htm
- [17] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 2015年我国卫生和计划生育事业发展统计公报[EB/OL]. [2016-09-11]. http://www.gov.cn/shuju/2016-07/21/content_5093411.htm
- [18] 张华,王伊龙,王忠,等. 我国公立医院薪酬管理缺陷及改革探讨[J]. 中国医院, 2015, 19(10):54-55
- [19] 侯甜甜,王岩青,张光鹏,等. 县级公立医院医生薪酬水平及影响因素研究[J]. 中国卫生人才, 2015(7):81-85
- [20] 侯建林,王延中. 公立医院薪酬制度的国际经验及其启示[J]. 国外社会科学, 2012(1):69-77
- [21] 代志明. “三明医改”模式可以复制吗? ——兼与钟东波先生商榷[J]. 郑州轻工业学院学报(社会科学版), 2015(2):35-38
- [22] 夏冕,裴丽昆. 我国公立医院医生薪酬制度研究[J]. 中国医院, 2016, 20(4):40-43
- [23] 王延中,高文书. 公立医院医务人员薪酬制度改革的思考与建议[J]. 中国卫生人才, 2014(4):18-21
- [24] 李捷,郭宝智,成子金,等. 医院福利薪酬的自助式设计与应用[J]. 医院管理论坛, 2010, 27(6):50-52

Effectiveness and problems of doctors' salary system under the limit of total wages: A case study of Sanming city in Fujian province

Jiang Rongqin, Li Jingxian, Ge Aichen, Hu Dan, Chen Jiaying

(School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China)

Abstract: It has been three years for the implementation of the total wage policy and the annual salary system in Sanming city Fujian province. This paper summarized the main results, including medical staff's works were respected, hospital income structure was more standardized and top-down evaluation system was basically established. Then, we discovered the problems that hidden or had emerged during the execution of the process, including income stability of hospital staff could not be guaranteed, induced service problems were emerged, and salary design defects. Furthermore, we put forward some related suggestions to provide theoretical experience for the improvement of the salary system and the deepening of the reform of public hospitals.

Key words: annual salary system; performance appraisal; medical staff; salary