

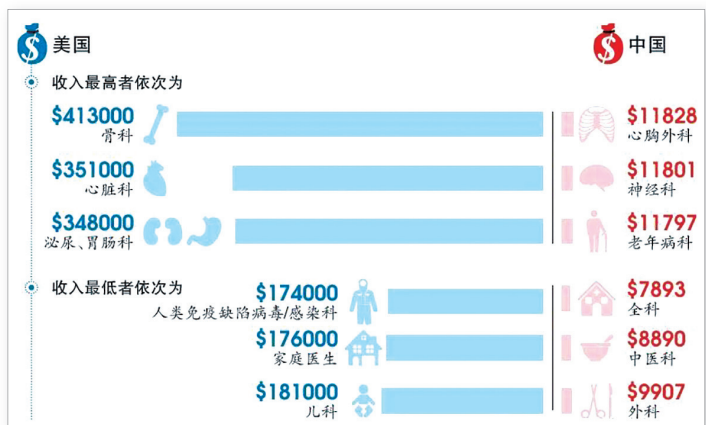
薪金制，医生薪酬制度改革方向？

▲ 医师报记者 宗俊琳

近日，国务院办公厅印发《关于建立现代医院管理体制的指导意见》（简称《意见》）。在建立现代医院的进程中，医护人员薪酬会不会涨？这是很多人关心的问题。《意见》指出，公立医院在核定的薪酬总量内进行自主分配，体现岗位差异，兼顾学科平衡，做到多劳多得、优绩优酬。此外，按照2017年2月出台的《关于开展公立医院薪酬制度改革试点工作的指导意见》，医院可以探索实行目标年薪制和协议薪酬。

对此，北京市卫生计生委副主任钟东波表示，目前我国公立医院医生薪酬制度存在“低水平”、“经济挂钩”、“不透明”等诸多弊端，建立体现医务人员劳动价值的薪酬制度，不仅本身是医改的重要内容之一，也是其他医改重点的重要支撑。

医生薪酬制度改革已经得到公认，但如何建立匹配各级医院的薪酬制度还有不少争议。目前，呼声较高的方案是国外有较多成熟经验的薪金制。薪金制就是固定薪酬，是指医生的工资中没有绩效的部分，每月（年）领取固定的薪水。赞同者认为，薪金制已经在外国积累大量的成功经验，高水平、不挂钩、透明化的薪金制可以充分调动管理者以及医务人员的积极性。反对者则认为，薪金制会带来“吃大锅饭”、养懒人的弊端。薪金制能否成为公立医院薪酬制度改革方向？我们拭目以待。



中美医生年薪对比差异明显

薪酬待遇受限是离职的主要原因

目前，我国公立医院仍是国家人事部的事业单位范畴，医生的收入要遵照事业单位人员收入管理模式予以封顶。因此，尽管有些医院拥有很高的经济效益，但是医生收入普遍偏低。

据丁香园2016年3~4月展开的“2015中国医务人员薪酬调查”显示，超过3万名医生在线反馈了自己的薪酬情况，数据显示2015年医生人均年收入7.7万元，人均年终奖为3179元。然而，大部分医生是“被年终奖”了，约有56%的参与调查医生并没有收获年终奖。

相比2014年，大部分医生的收入没有增长，其中有15%的医生表示收入甚至有所减少，只有不到三分之一的医生收入比上一年有所增加。如果考虑从医所付出的直接和间接成本，比如巨大的工作量和工作压力、为接受高等教育所付出的时间和精力、以及长期以来受医闹影响而需要承担的人身安全风险，大部分医生认为收入与付出之间没有达到令人满意的平衡。

2017年年初，医脉通

对2016年中国医生薪酬情况发起调研，共收集有效数据3412份。数据显示，2016年中国医生整体人均收入较2015年有所增长，人均7144元/月，较2015年人均5950元/月，人均增长1194元/月，增幅为20%。

据中国医师协会调查数据显示，薪酬待遇和工作条件已经成为医务人员离职的主要原因，北京和上海的医师由于工资待遇原因离职的比例分别达到55%和30%。

目前在我国施行的多点执业政策，可能会给公立医院的管理带来冲击或“不适”。世界华人医师协会美国办事处负责人邓乔健指出，目前在中国推动多点执业，最根本途径要走好两步：其一，医生要自觉走向独立，尤其是大医院的大医生们。其二，完善医疗保险制度，由医疗保险直接支付医生行医的服务所得。当医院、医生、保险公司形成一个互相协调、互相合作、互相制衡的“健康三角”的理想状态后，才能使医生在独立执业，多点执业，并获取合理薪酬的路上走得更加长远。

薪金制和多点执业是提薪热点

事实上，没有任何一项制度在现实中是完美无缺的。党的十八届三中全会已将建立适应行业特点的人事薪酬制度作为深化医改的一项重要任务。

北京市卫生计生委副主任钟东波认为，薪金制是公立医院改革的方向。所谓“薪金制”就是固定薪酬，也就是说医生的工资中没有绩效的部分，每月（年）领取固定的薪水。其核心理念是不得将医生

个人收入与医院经济收入挂钩。

钟东波认为，薪金制是保护医务人员临床决策免受经济利益干扰与影响的重要制度，是职业道德与专业精神的守护神。但薪金制不能调动工作积极性，易出现吃大锅饭、养懒人的问题。钟东波认为，如果薪金制是高水平的，同时加上严格的准入资格管理与激烈的岗位竞争，是可以弥补短

板的。

国家卫生计生委特聘研究员陈亚光表示，目前我国国内还没有医院率先推行薪金制的示例，对于我国来说，它仍是一种比较理想的薪酬管理模式，下一步还需着重摸索研究出基于我国社会阶层的收入水平现状和我国医护人员普遍认同的合理薪酬水平来制定医疗薪酬标准，同时需要研究每位医师获取固定薪

金的工作量考核标准，以及保障薪金制长期施行的费用的稳定来源。需要注意的是，薪金制应该建立相应的辅助激励机制和竞争机制，以规避“大锅饭”的问题。

陈光亚指出，不论国内还是国外，医生薪酬的提高，最终应该靠医生个人来获取，这一点最终需要依靠医生的独立执业和多点执业的相关法律制度来实现。

英国薪金制和美国多点执业是参考

“高水平、不挂钩、透明化”的薪金制在英国和中国香港已经有成熟的典型示例。

英国帝国理工大学马大青教授介绍，目前英国医疗实行的就是年薪制，并遵循多劳多得的原则，按照医务人员的职称和职务级别定薪。一般来说，主任医师的年薪8~10万英镑，主治医师、住院医师逐级减低，同时辅以加班费、值班费等。其薪酬费用主要来源于全民医保等，这样既可促使医院兼顾成本和效率，医疗效果越好、医疗成本越低、医疗受益就会越高。钟东波介绍，按照国际上通常的做法，医生薪酬水平可以通过市场薪酬趋势调查来合理确定。具体而言，对于公立医院某一专科、一定年资医生的薪酬水平，可以通过调查一定数量（比如前30名或100名）非公立医院同一专科、同

一年资医生的薪酬水平，然后按照一定的百分位数来确定。在香港，公立医院医生薪酬水平基本上相当于市场水平的75%左右。

邓乔健介绍，目前，美国医生的薪酬是美国职业收入最高的，应该也是世界上医生收入最高的，根据专科不同，平均年收入可在20万~50万美元。医生专业的认可度和满意度很高。除了美国严格同质的医学教育和医生培训外，医生的独立执业、多点执业也有助于维持和提高医生的收入。

在美国，医生多点执业从行医类型划分，只有7.2%的医生直接受雇于各类医院，17.1%的医生采用传统的个人独立行医模式（私人诊所），其余的则是以医生合伙人/互联网/集团/公司的形式行医。

直接受雇于医院的医生，大多是受雇于大学医学院附属医院或不同类型

的公立医院，和医院其他员工一样领取固定的薪水和奖金，享受医院提供的休假、保险、退休、行医保险，学术职称（教学医院）等各种福利待遇。工作时间和收入相对稳定，容易预测和计划自己的职业前景。他们的收入有保障，但相对偏低。

个体行医的特点是规模小，人员少，患者来源也相对集中（诊所附近）。个体行医者需要自行和各个保险公司去谈判签订合同，一旦个人休假或健康状况不佳时，收入就会减少。

除了个人开诊所和直接受雇于公立医院之外，大多数医生都是作为医生组织的成员来行医。很多医生还可能隶属于多个不同的医生集团，他们的收入形式或者是固定工资+提成+分红，或者是从医保公司那里按服务量和合同获得。

范德堡大学医学中心麻醉科蒋延东教授介绍，印度、巴西等发展中国家，也是利用医生自由执业模式来提高医生的收入水平，弥补国家本身经济水平不高的短板。在印度，一部分医生就职于私立医院，绝大部分医生就职于公立医院，虽然私立医院的收入是公立医院的3倍，但公立医院很多医生可以在节假日到私立医院兼职，而且职称和教授等职务只能在公立医院才能授予。

编后语

薪金制能否落地的关键，在于解决保障薪金制长期施行的稳定费用从哪里来。另外，薪金制的合理标准如何制定、医生的积极性如何保障、“吃大锅饭”的弊端又如何避免等等诸多问题，都多层面地影响着薪金制的推进。路漫漫，仍需求索！

