

# 上海市医务人员薪酬制度的现状、问题及改革建议

杜学礼<sup>1\*</sup> 许 速<sup>2</sup> 许铁峰<sup>2</sup> 倪艳华<sup>2</sup> 冷熙亮<sup>2</sup> 陈 璐<sup>2</sup> 高广文<sup>2</sup> 付 晨<sup>2</sup>

1. 上海市卫生发展研究中心 上海 200040

2. 上海市卫生和计划生育委员会 上海 200125

**【摘要】**建立科学规范的薪酬制度,是健全激励约束机制、调整优化生产关系、产生改革“红利”的关键措施,也是当前医改的一项重要内容。为建立适应卫生行业特点的医务人员薪酬制度,本文对2010—2012年上海市卫生事业单位薪酬水平进行调查,分析了现行绩效工资政策存在的主要问题。在此基础上,从适应卫生行业特点角度出发,通过建立医务人员薪酬水平与社会平均工资的联动机制,初步构建了包括全面预算管理、理论工作量核定、人员核定、绩效考核分配、行业内结构比例、分配资金管理等的医务人员薪酬制度框架,形成了上海市医务人员薪酬制度的理论框架。

**【关键词】**医务人员;绩效工资;薪酬制度

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2015.08.002

## The status quo, problems and reform proposals on salary system of medical personnel in Shanghai

DU Xue-li<sup>1</sup>, XU Su<sup>2</sup>, XU Tie-feng<sup>2</sup>, NI Yan-hua<sup>2</sup>, LENG Xi-liang<sup>2</sup>, CHEN Lu<sup>2</sup>, GAO Guang-wen<sup>2</sup>, FU Chen<sup>2</sup>

1. Shanghai Health Development Research Center, Shanghai 200040, China

2. Shanghai Municipal Commission of Health and Family Planning, Shanghai 200125, China

**【Abstract】**The establishment of a scientific salary system is a key measure to improve the incentive and restraint mechanisms, adjust and optimize the relations of the production, release the reform “bonus”, and is also an important health care reform today. In order to establish a scientific salary system of medical personnel adapting to the health industry characteristics, the paper makes an investigation on the salary level in the years of 2010—2012 in Shanghai, and analyzes the main problems of the present performance pay policy. On this basis, starting from the point of the health industry characteristics, the paper builds the salary system of medical personnel containing the comprehensive budget management, theoretical workload for approval, authorized personnel, performance appraisal and distribution, structural proportion within the industry, fund distribution management through the establishment of the salary level’s average wage and social linkage mechanism, and builds a theoretical framework on salary system of medical personnel in Shanghai.

**【Key words】**Medical personnel; Performance pay policy; Salary system

建立科学规范的薪酬制度,是医改进入“深水区”的一项重要改革,是健全激励约束机制、调整优化生产关系、产生改革“红利”的关键措施。按照十八届三中全会关于“努力实现劳动报酬增长和劳动生产率提高同步”、“建立科学的医疗绩效评价机制

和适应行业特点的人才培养、人事薪酬制度”的要求<sup>[1]</sup>,在上海市卫生事业单位薪酬水平现状、国际国内相关行业比较等基础上,本文对适应行业特点的医务人员薪酬制度进行了研究,并以上海市为例对如何建立合理的医务人员薪酬制度提出政策建议。

\* 基金项目:上海市政府发展研究中心决策咨询类专项课题(2014-Z-M03)

作者简介:杜学礼,男(1983年—),博士,助理研究员,主要研究方向为公立医院改革、社区卫生服务改革。

E-mail:DXL0405@163.com

## 1 薪酬水平现状

### 1.1 绩效工资实施情况

2011 年 9 月,上海市人力资源和社会保障局下达公共卫生、基层卫生(以下简称“两卫事业单位”)绩效工资调控线,要求从 2010 年起实施绩效工资政策。

2014 年年初,上海市卫生、人社、财政三部门对各区县绩效工资的实施情况进行了全口径调研。数据表明:2010 年,11 个区县两卫事业单位、5 家市级公共卫生单位绩效工资实发水平高于核定水平。2011 年,11 个区县两卫事业单位、2 家市级公共卫生单位绩效工资实发水平高于核定水平。2012 年,绩效工资核定水平零增长(个别区县略有增减),13 个区县两卫事业单位、4 家市级公共卫生单位绩效工资实发水平高于核定水平。

### 1.2 实发薪酬水平

#### 1.2.1 市级医院

根据上海市申康医院发展中心统计,2012 年上海市市级医院在岗职工人均收入是 2011 年全市社会平均工资(5.2 万元)的 3.46 倍。其中,医生人均收入是 2011 年全市社会平均工资的 4.96 倍;护士人均收入是其 2.8 倍。护士和医生的收入比是 1:1.77。

#### 1.2.2 区县医院

根据对上海市各区县全口径调研数据,2012 年上海市的区县医院在岗职工人均收入中位数为 13.15 万元(最低为 11.7 万元,最高为 16.8 万元),是 2011 年全市社会平均工资的 2.52 倍(2.25~3.23 倍)。其中,医生人均收入是 2011 年全市社会平均工资的 2.94 倍;护士人均收入是其 2.21 倍。护士和医生的收入比是 1:1.33。

#### 1.2.3 社区卫生服务中心

根据课题组对上海市各区县全口径调研数据,2012 年社区卫生服务中心在岗职工人均收入中位数为 10.95 万元(最低的为 8.75 万元,最高的为 13.22 万元),是 2011 年全市社会平均工资的 2.11 倍(1.68~2.54 倍)。其中,市区和郊区平均水平分别为 2011 年全市社会平均工资的 2.24 倍和 1.96 倍。医生和护士人均收入分别是 2011 年全市社会平均工资的 2.25 倍和 1.73 倍。护士和医生的收入比是 1:1.3。

#### 1.2.4 公共卫生事业单位

根据上海市、区卫生部门的统计数据<sup>[2]</sup>,2012 年

市级公共卫生事业单位在岗职工人均收入是 2011 年全市社会平均工资的 2.57 倍。区县公共卫生事业单位在岗职工人均收入中位数为 10.7 万元,是 2011 年全市社会平均工资的 2.06 倍。

#### 1.2.5 与其他行业比较

根据上海市 2012 年事业单位工资年报数据,课题组依据行业属性、智力投入等因素,选择教育、科技、卫生 3 大类 11 个小类行业比较,三级医院人均收入 18.16 万元,居各行业之首;二级医院人均收入 12.43 万元,居第 5 位;一级医院(社区卫生服务机构)人均收入 9.76 万元,居第 9 位,高于义务教育和学前教育(表 1)。

表 1 2012 年上海市卫生、科研、教育行业人均收入情况

行业	人均收入(元)	排名
卫生		
三级医院	181 612	1
二级医院	124 305	5
一级医院	97 629	9
科技		
公共卫生机构	116 764	7
科学研究	137 511	2
技术服务	124 289	6
教育		
高等教育	127 963	3
中等教育	107 390	8
义务教育	94 135	10
学前教育	88 858	11
其他教育	127 169	4

## 2 薪酬分配存在的主要问题

医疗卫生行业是高技术、高强度、高风险的行业,而医务人员教育投入大、培养周期长,卫生行业要保持健康可持续发展,其薪酬水平必须要具有竞争力、发挥激励性,并保持合理增长。经梳理,上海现行绩效工资政策主要存在以下问题:

### 2.1 薪酬绝对水平较低,与社会平均工资的比值远远落后于国际水平

从国际典型国家和地区看,医生薪酬水平均明显高于全社会平均收入水平。从可获得的数据看,2012 年美国医生年均收入 20.4~23.4 万美元,是社会平均工资(45 790 美元)的 4.5~5.1 倍;香港医生年均收入 14.9~24.5 万美元,是社会平均工资(21 827 美元)的 6.8~11.2 倍。从绝对收入看,新加坡医生年均收入 10.43 万美元,上海医生年均收入仅

2.7 万美元,是当年社会平均工资(8 937 美元)的 3 倍(图 1)。<sup>[4-8]</sup>

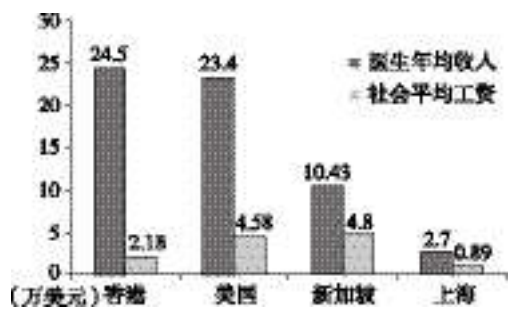


图 1 2012 年部分国家(地区)与上海市医生收入比较

### 2.2 薪酬水平的增长远远小于工作量增长速度,薪酬回报增长缓慢与超负荷工作之间的落差较大

2010—2013 年,上海市各医疗机构门急诊数从 18 859 万人次增长到 22 423 万人次,年均增长 5.7%;出院人数从 252 万人次增长到 314 万人次,年均增长 7.7%;手术人次从 90 万人次增长到 150 万人次,年均增长 18.6%(图 2)。<sup>[2]</sup>

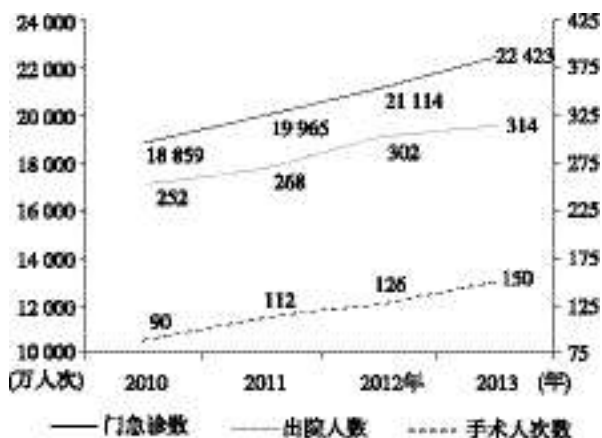


图 2 2010—2013 年上海市部分医疗服务情况

国内典型城市分析表明,上海医生年人均门诊量比北京高 65%,比深圳高 29%;年人均出院人数比北京高 58%,比深圳高 18%,而医务人员收入与北京、深圳基本相同(表 2)。<sup>[9]</sup>

表 2 2012 年上海、北京、深圳医生工作负荷比较

城市	医生数 (万人)	门急诊人次 (万人次)	出院人数 (万人)	医生人均门诊诊数 (人次/年)	医生人均出院人数 (人/年)
上海	5.42	21 402.13	282.35	3 949	52
北京	8.22	19 738.50	269.30	2 401	33
深圳	2.39	7 326.15	105.07	3 065	44

数据来源:上海、北京、深圳卫生计生委网站公布的卫生统计数据。

从医生承担的工作负荷来看,2012—2013 年上海市区(县)公立医院(不含社区卫生服务中心)平均每名医生实际承担标化工作量为 11 703 个和 12 974 个,如果按照国家卫生计生委规定的综合医院医生 8 548 个工作量的可承担负荷标准,2012—2013 年上海市区县公立医院医生实际劳动已超负荷 36.9% 和 51.8%(图 3)。

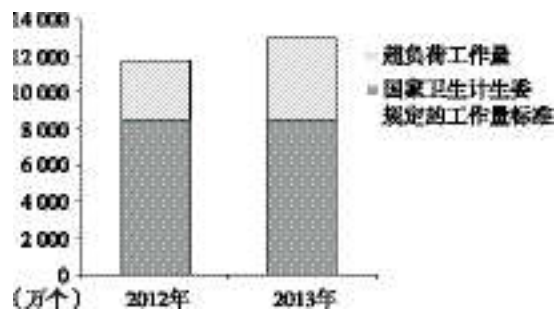


图 3 2012—2013 年上海市区(县)医院医生工作量超负荷情况

随着医改深入推进,社区卫生工作量也明显增加,上海市基本卫生公共服务项目在国家九类 21 项基础上增加到 42 项,工作量增加近一倍。按照国家卫生计生委的工作量负荷标准,每名全科医生年门诊工作量(标化工作量)应为 1.3 万个。根据对上海市抽样的 11 家社区卫生服务中心进行测算,2013 年全科医生劳动平均超负荷 47.32%;如达到上海市新一轮社区卫生改革设定的目标标化工作总量(6 大类 138 项服务项目),则将超负荷 137.13%(图 4)。

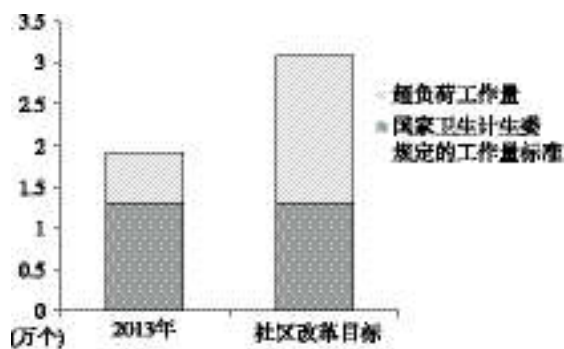


图 4 2013 年社区改革目标下上海市社区医生工作量超负荷情况

### 2.3 城乡薪酬差距不符合城乡发展一体化的要求

上海市郊区绩效工资核定水平低于城区,一方面人才引进困难,另一方面人才流失较多,部分郊区卫生机构的正常运转已经受到影响。以社区卫生服务机构为例,市区平均收入 11.66 万元,比郊区高

15%。浦东新区针对这一问题,出台了卫生人才八项政策,按区域划分为偏远农村、一般农村、城郊结合、城区四个类别,分类实施专项奖励,鼓励医务人员向农村流动,有效解决了基层的卫生人才问题,这也反映了薪酬分配对于引导人才资源合理配置的重要作用。

#### 2.4 行业内部收入结构失衡

绩效工资政策目前仅在两卫事业单位实施,虽然上海市申康医院发展中心已经在市级医院实施了工资总额核定、“双控双降”(控制医疗收入增长率和医疗成本增长率,降低药品收入增长率和卫生材料收入增长率)、“两切断、一转变”(切断经济收入指标与医务人员考核之间的直接挂钩关系,切断经济收入与医务人员收入分配之间的直接挂钩关系,转变按收支结余分配的传统模式)等控制措施,但两卫事业单位、区县医院、市级医院之间收入结构仍不合理,医生的劳务技术价值仍不能充分体现,两卫事业单位、区县医院、市级医院之间原有的收入水平差距还在进一步扩大。

### 3 讨论

新的薪酬制度是否能够体现卫生行业特点,主要表现在以下四个方面。

#### 3.1 在薪酬水平上体现行业特点

首先要承认现状和行业之间的客观差异,以实际发放水平作为改革的基础。同时,薪酬水平要与医生培养周期长、投入大、执业风险高等职业特点相适应,与国际上医生在国民收入体系中的普遍定位相符合。

#### 3.2 在增长机制上体现行业特点

不仅要承认不同行业间薪酬水平的客观差异,同时也要考虑到卫生行业的薪酬水平与社会经济发展水平相适应。建议仿效医保筹资的增长机制,建立卫生行业的薪酬水平增长机制,与医保筹资增长相适应,保证可持续发展;与医务人员工作量增长相适应,体现多劳多得,调动积极性;要与服务绩效相结合,体现优绩优酬,维护公益性。

#### 3.3 在绩效考核上体现行业特点

建立全面预算管理体系下的绩效考核办法:一是工作量考核,实行标化工作量统计方法;二是工作质量考核,针对不同机构、不同岗位设定相应的质量

考核指标和考核办法;三是考核方式上,注重信息化应用,通过“制度+科技”手段,实现精细化考核。

#### 3.4 在内部结构上体现行业特点

依据人员结构、工作强度和难度等因素,合理确定各级各类医疗卫生机构的薪酬水平,建立不同机构之间的比例关系。依据岗位职责、工作难易度、风险、工作年限等因素,合理确定不同职称、不同岗位人员的薪酬水平,建立不同岗位之间的比例关系。

医疗卫生机构的构成十分复杂,既有综合性医院,也有专科医院及各类专业站所;同时医务人员的构成也十分复杂,既有医生,也有护士、技师等辅助人员,既要注重调动医务人员积极性,还要考虑各级各类医疗卫生机构的功能定位及与其他行业的平衡,这决定了建立适应卫生行业特点的医务人员薪酬制度是一个艰难的过程,还需要更多精细化、先进的技术手段来予以保障。

### 4 建议

建立合理的薪酬分配制度、完善的分配激励机制和健全的分配调控机制,对于促进卫生事业发展、提高医疗服务水平,充分调动医务人员积极性,具有重要意义。按照十八届三中全会精神以及当前绩效工资的实施现状与执行过程中存在的问题,本文提出了适应卫生行业特点的医务人员薪酬制度框架。

#### 4.1 合理定位改革目标,确定改革原则

基于全面预算管理和绩效考核,在卫生事业单位建立水平合理、分配透明、管理规范、正向激励的薪酬分配体系,注重均衡性、提高积极性、加强规范性、凸现公益性,同时要有利于医疗卫生机构健康发展、城乡发展一体化以及“强基层”的医改目标。实行薪酬制度改革,应在工作量日益增加的大背景下,确保医务人员的劳动不“贬值”,同时为促进二级医院转型和一级、二级医院之间人才合理流动,应适当缩小一级、二级医院之间的分配差距。

#### 4.2 合理核定薪酬水平及其路径

##### 4.2.1 核定预期薪酬水平

薪酬水平应考虑经济社会发展、工作量增长、社会平均工资增长、国际比较等因素。其中,社会平均工资可以综合反映国民经济发展和人民生活水平,与各类社保和福利制度紧密相关,可作为核定各行业薪酬水平的主要参照因素。从卫生行业来看,医保筹资也采

取按社会平均工资一定比例筹资的方式,卫生行业薪酬水平与社会平均工资挂钩,既具有较好的操作性,又能确保可持续,符合卫生行业的特点。

建议锁定 2012 年各类卫生事业单位职工实际收入水平与上年度社会平均工资的倍数关系,以 2012 年的平均倍数作为均衡线,考虑工作超负荷情况,设定控制线。以上海市为例,市级医院为 3.46~3.9 倍,区县公立医院为 2.52~2.9 倍,社区卫生机构为 2.24~2.5 倍(市区平均水平),市级公共卫生单位为 2.57~2.8 倍,区县公共卫生单位为 2.06~2.5 倍。

#### 4.2.2 实际薪酬水平核定路径

新的医务人员薪酬制度改变了过去“收入减支出”的分配模式,是在全面预算管理框架下,根据实际完成的标化工作总量、设定的标化人员成本、服务绩效结果,核定实际可分配总额。具体的路径即在固定卫生行业薪酬水平与社会平均工资的倍数关系之后,上一年度社会平均工资与倍数之积为核定人均薪酬水平,核定人均薪酬水平再与在岗职工人数相乘,为预期可分配总额;在岗职工人数的核定,是在全面预算管理的框架下,由预期目标设定的标化工作总量核算得出;由预期可分配总额除以预期目标下设定的标化工作总量,得出的是标化工作量单价;根据医务人员实际完成的标化工作总量,再乘以反映工作质量高低的质量系数,得到的是实际可分配总额(图 5)。

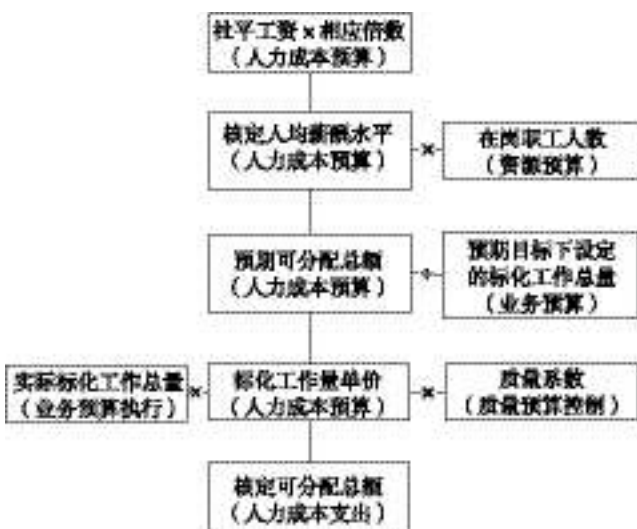


图 5 全面预算管理下的薪酬核定路径示意图

#### 4.3 建立薪酬与社会平均工资、工作量以及其他行业相适应的增长机制

可以采取三种方法:一是与社会平均工资增幅

挂钩,按限高托低的原则,对均衡线以下的单位实行高于社会平均工资增长率 25% 的比例增长;均衡线以上、控制线以下的单位,按社会平均工资增长率同步增长;控制线以上的单位,按社会平均工资增长率一半的比例增长。二是与工作量增幅挂钩,与标化工作总量的增幅保持同比例增长。三是与其他行业的增幅挂钩,与教育、科研等行业薪酬增幅同比例增长。

从增幅看,如采取第一方案,预计每年增幅约 7%~8%;采取第二方案,预计每年增幅超过 10%;采取第三方案,预计每年增幅约 8%~9%。此外,卫生行业薪酬水平与工作量挂钩,容易刺激工作量大幅增长,因此建议采取第一方案。

#### 4.4 建立资金分配和人员评价的机制

##### 4.4.1 全面预算管理

医疗卫生机构应编制业务预算、成本预算、财务预算,报上级部门批准,加强对服务行为、服务成本、财务运行的控制,实现业务、财务、管理有机统一。通过全面预算管理,合理设定工作量、人力成本、质量控制、费用控制等指标,建立以服务数量、服务质量、服务效果等绩效评价为基础的薪酬分配体系,明确可分配总额核定的客观依据,并控制增长速度。

##### 4.4.2 理论工作量核定

以国家卫生计生委规定的工作负荷标准和 2012 年实际负荷作为医生工作负荷区间,区(县)公立医院医生平均工作量为 0.85~1.2 万个标化工作量,社区卫生服务机构全科医生年工作量为 1.3~1.7 万个标化工作量。

##### 4.4.3 人员核定

建立与工作量相符的用工制度,根据上述理论工作量负荷标准,核定医生人数。在此基础上,根据各地各级医院组织机构和人员编制比例标准的相关规定,对护理、医技、药学、科教、其他专业技术人员按规定比例核定。编外人员按同工同酬的原则,纳入薪酬制度改革范围,实现编制管理向岗位管理转变。

##### 4.4.4 绩效考核分配

以服务数量、服务质量和服务效果为核心,建立医务人员绩效评定机制;对单位主要领导实行年薪制,由上级部门按照工作责任和工作目标考核后发放;对科主任、家庭医生等兼具管理责任的医务人员,实行责任目标年薪制;对其他岗位工作人员,实行计量考核薪酬制。

#### 4.4.5 行业内结构比例

适度缩小各级医疗机构之间薪酬水平的差距,将社区、二级医院和三级医院薪酬水平关系调整为 1:1.15:1.5(目前上海市的该比例为 1:1.19:1.66)。

合理确定各类卫生专业技术人员的收入水平关系,以医生收入为基准,同职称级别的医生、护士、医技人员收入比值为 1:0.5~0.7:0.5~0.8。

合理确定不同职称医务人员的收入水平关系,同类人员中初级、中级、高级人员收入比值为 1:1~1.5:1.5~2。

#### 4.4.6 资金分配管理

医疗机构可分配总额及个人绩效分配纳入预算管理,设置分配资金财务专户,建立核定、发放的标准和流程。

#### 参 考 文 献

[1] 中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定

[Z]. 2013.

[2] 上海市卫生统计年报[Z]. 上海:上海市卫生局, 2012.

[3] 上海统计年鉴[M]. 上海:上海市统计局, 2012.

[4] Physician Compensation Report [EB/OL]. [2015-05-10]. <http://www.medscape.com>

[5] 世界收入比较组织网站. Average Salaries & Expenditures [EB/OL]. [2015-05-10]. <http://www.worldsalaries.org/usa.shtml>

[6] 香港卫生署[EB/OL]. [http://www.dh.gov.hk/chs/statistics/statistics\\_hs/statistics\\_hs.html](http://www.dh.gov.hk/chs/statistics/statistics_hs/statistics_hs.html)

[7] 香港劳工处择业辅导组 [EB/OL]. <http://llemhlau.edu.hk/Committee/cgc/data/>

[8] 新加坡卫生署[EB/OL]. <http://www.moh.gov.sg>

[9] 中国卫生统计年鉴[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2012.

[收稿日期:2015-03-27 修回日期:2015-05-13]

(编辑 刘博)

#### · 信息动态 ·

## 全球卫生人力和资金在精神卫生领域的投入仍然较少

2015年7月,世界卫生组织发布的《2014年精神卫生地图集》指出,全球卫生人力和资金在精神卫生领域的投入依然较少。全世界每10万人拥有不到1位精神卫生工作者,中低收入国家这一比例更低,高收入国家每2000人拥有1位精神科医生。高收入国家每年人均精神卫生支出超过50美元,每10万人拥有近42张精神病院床位,有142人被接收入院;中低收入国家每年人均精神卫生支出不到2美元,其他两个比例也低于高收入国家。

对初级卫生保健人员进行精神卫生培训,对于

识别并治疗严重和常见精神障碍患者至关重要。该图集指出,各国在制定精神卫生政策、计划和法律方面取得了一定进展,三分之二的国家已经制定了政策或计划,半数国家颁布了专门的精神卫生法。但是,大部分政策和法律与国际人权公约并不完全一致,同时落实不力,而且精神障碍者及其家庭成员在政策和法律的制定过程中参与有限。

(来源:世界卫生组织网站)