

计划与市场:夹缝中的公立医院薪酬现状及制度环境

房莉杰*

中国社会科学院社会学研究所 北京 100732

【摘要】通过对公立医院薪酬制度的调查发现,不恰当的收入构成“激励”了医生过度医疗的行为,进一步造成“看病贵”的结果。通过对制度环境的进一步梳理发现,之所以会导致现在种种恶劣的局面,恰是因为公立医院一直处于计划式管控和市场调控的夹缝中,过时的、僵死的计划制度安排,与市场条件下医院的生存选择产生了结构性矛盾,表现为公共领域筹资缺位、市场领域监管缺位,以及相关的管制性规定不适应市场经济环境。因此,本文建议明确政府对公立医院的主要筹资责任,同时适当控制公立医院的数量和服务量,并鼓励私立非营利医院的发展;扩大公立医院自主权,同时加强监管;在薪酬制度方面,薪酬水平和结构应该体现医务人员的市场价值。

【关键词】公立医院;薪酬;制度环境;计划;市场

中图分类号:R197.3 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.12.007

Pressed between planning and market: the salary system and its institutional environment of public hospital in China

FANG Li-jie

Institute of Sociology, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100732, China

【Abstract】 Through the investigation of salary system of public hospital, we found out the salary structure is not reasonable. This kind of salary structure compels doctors to sell medicine as much as they can. Through review of institutional environment, we also found that the reason of such unreasonable salary structure lies in the public hospital's situation of being pressed between planning system and market system. So we suggested that the responsibility of finance to public hospital should be mostly taken by government, private hospitals should be encouraged to develop, the public hospital should be self-managed, as well as the supervision to them should be strength, and the salary level and structure should be fit to doctor's market value.

【Key words】 Public hospital; Salary; Institutional environment; Planning; Market

进入21世纪,“看病难、看病贵”日益成为人们关注的问题,新一轮医改因此被提上日程。在整个卫生服务体系中,医生是服务提供的核心,医生行为直接决定了卫生服务的提供效果。从近年媒体报道的情况看,在医患关系日趋紧张的背后,医生的职业声誉正呈现下降趋势,部分医务人员已经不再是昔日以救死扶伤为己任、以追求患者利益最大化为首要目的的“白衣天使”,其行为逐渐转变为以追逐自身利益最大化为核心。从媒体报道和群众的实际就

医感受看,“看病贵”与医生行为直接相关:一方面是合法但是不合理的行为,即过度医疗,群众对医生开大处方、用高价药、多做检查所导致的医疗费用攀升颇有怨言;另一方面是既不合理又不合法的行为,包括收“红包”、拿药品回扣等行为,这些行为也与过高的医疗费用关系密切。2010年我国卫生事业发展统计公报数据显示,2009年全国卫生总费用17 541.9亿元,占GDP的5.15%;2010年医院门诊病人人均医药费用和住院病人人均医药费用,按当年价格比上

* 作者简介:房莉杰,女(1978年—),博士,副研究员,主要研究方向为卫生政策和老年政策。E-mail:fanglj@cass.org.cn
本文在写作过程中得到了中国社会科学院王延中研究员的指导,部分数据由中国社会科学院人口所高文书博士、北京大学中国卫生发展研究中心侯建林博士提供,在此深表谢意,同时文责自负。

年分别上涨了 9.7% 和 9.0%。^[1]

公立医院在世界上任何国家都有,只是比例不同。在中国,以 2009 年为例,尽管政府举办的医院^①只有 9 651 家,占有所有医院总数的 47.6%;但是在公立医院工作的职工共有 3 099 727 人,占有所有医院职工总数的 78%;公立医院的床位数共计 2 415 546 张,占有所有医院床位总数的 77%;当年诊疗人次数 158 970 万人次,占有所有医院总门诊量的 82.7%。^[2]从上述数据看,中国绝大部分的医院服务都是由公立医院提供,因此在讨论中国医院问题的时候,很大程度上是讨论公立医院的问题。

综上两点,公立医院医生的行为与“看病贵”问题密切相关。对医生的行为监管不严固然是放纵医生行为的一个重要原因,然而医生作为一个具体“职业”,其行为并非主观随意的,而是嵌入在一定的制度环境中,由相关的制度等社会环境形塑而成。而在市场经济条件下,作为有限理性“经济人”的医生通过提供服务获得“工资收入”,因此薪酬制度的具体规定又是形塑医生行为的重要因素。并且,公立医院薪酬制度也不是孤立存在的,它是在一定历史条件下形成,并受到宏观政策环境的约束。因此,本文的主要目的是从公立医院薪酬制度的角度研究其对“看病贵”的影响,首先描述目前公立医院薪酬制度的现状,然后分析其形成的制度环境因素,并在此基础上提出政策建议。

1 我国公立医院薪酬制度现状

我国公立医院现有的薪酬制度是建立在 2006 年全国第四次“事业单位工资制度改革”基础上的,本文调查了苏南某县的两个公立医院(一个是二级甲等,另一个是二级乙等),以及天津的某公立医院(二级甲等),尽管这三个医院的情况远不能代表全国的整体情况,但是通过以往的相关研究,以及其它研究文献和数据来看,其薪酬制度的主要情况和问题在全国具有普遍性。

1.1 薪酬水平

调查的三个医院,医务人员薪酬的总体水平和

构成情况如表 1。在工资水平上,医务人员的平均年收入大概是当地城镇就业人员的 1.5~2 倍;在同一个医院内部,以苏南 A 医院的医生收入为例,其主要情况是:一是收入差距较大,如收入最高的外科主任医生的年收入 18 万左右,而收入最低的年轻住院医师年收入仅 3 万左右^②;二是在收入增长率上,A 医院医生收入的平均增长率是每年 10%,但是这种增长率并不是均衡的,总收入越高的医生,其收入年增长率也越高,也就是说医生收入差距处于进一步拉大的过程中。在另外两个医院,即苏南 B 医院和天津 C 医院,情况也是如此。

表 1 2010 年三家调查医院薪酬情况

名称	级别	人均年收入				当地城镇 就业人员 年平均 工资(元)
		金额 (万元)	增长率 (%)	构成比(%)		
				基本工资	奖金	
苏南 A 医院	二级甲等	8.9	10	20	80	38 718
苏南 B 医院	二级乙等	6.1	13	30	70	38 718
天津 C 医院	二级甲等	6.0	—	50	50	43 937

从全国情况来看,2004 年一项对全国 682 所医院的调查表明:外科、妇产科、麻醉科、内科、儿科、精神科、口腔科和家庭医生的平均收入分别是社会职工平均收入的 2.69、2.97、2.64、2.53、2.31、1.60、2.52 和 1.02 倍。^[3]从这些数据看,医生收入的相对水平与本次调查的情况基本吻合,但是,本次调查的不同科室之间的收入差距要远高于上述数据,也就是说在不同等级的医院、不同科室医生的收入差距方面,各地区可能存在差异。

再看公立医院医生收入的国际比较:首先,从收入的相对水平上看,英国医生收入约为全国雇员平均值的 2.5 倍,其中高年资医生约为平均值的 4 倍;美国医生的年薪是 10 万~20 万美元,技术高的医生年薪可高达 80 万~100 万美元,是普通人收入的 3~8 倍^[4];澳大利亚年薪制医生年收入为 158 305 澳元,是全体人员平均年收入的两倍以上^[5]。其次,从医生的收入差距上看,英国医生收入最高者约是最低者的 4.24 倍,美国同一专业最高与最低收入之间

① 此处所指的公立医院指县级及以上医院,不包含乡镇卫生院和社区卫生服务中心。

② 数据是在现场调查中访谈所得。

的差距是 7.27 倍。^[6]综合上述特点,在收入的相对水平上,我国公立医院医生收入的整体水平偏低于发达国家;在医生内部的收入差距上,我国与发达国家差别不大。

1.2 薪酬结构

医务人员的收入由岗位工资、薪级工资、绩效工资、津贴补贴、奖金等部分组成。其中,岗位工资和薪级工资是“基本工资”,是收入中的固定部分,岗位工资主要体现工作人员所聘岗位的职责和要求,薪级工资主要体现工作人员的资历;绩效工资和奖金是医院内部分配中灵活的部分,国家对绩效工资实行总量调控,事业单位在核定的绩效工资总量内,享有分配自主权^①。

基本工资方面,公立医院执行的是统一的国家事业单位职工工资制度,标准由国家统一规定。一是在绝对水平上,事业单位职工的基本工资水平都较低,苏南两医院职工的平均收入在 2 万元左右;二是占收入的相对比例上,如表 1 所示,基本工资较少,只占 20% ~ 50%,且级别越高的医院的医生、收入越高的医生,其基本工资占比越小;三是在工资结构上,还存在严重的激励不足和平均主义倾向,按照现行事业单位分配制度,医疗机构职工收入主要取决于职称和工龄,而不是岗位工作特性,造成实际工作质量、工作强度和薪酬之间的明显脱节,如苏南两所医院医生的基本收入差距不大,收入最高的不足 4 万元/年,收入最低的 1.5 万元/年左右,相差只有 2 万多元;四是在增长速度上,远远低于社会平均工资的增长和物价的上涨,以调查的苏南某县为例,公立医院的基本工资标准多年不动,只能依靠由工龄和职称决定的自然增长,大概每年增长 2% ~ 3%。

综合医生基本工资的特点——绝对水平低、缺乏激励、年增长率低,因此基本工资对于公立医院医务人员的影响是非常有限的;而与基本工资相比,奖金所占的收入比例大、绝对水平高、激励明显,以及年增长率高等,因此医生行为在很大程度上取决于

奖金部分的具体设计。

从现有文献看,大部分医院的奖金都实行的是基于“院科两级核算、两级分配”的体制。以苏南 A 医院为例,该院在绩效考核和成本核算的基础上算出每个科室的结余,再按照每个科室的实际情况,制定一个提取比例。一般来说,结余比较高的科室,如外科,医院制定的奖金提取比例相对较高。在院一级,因为各科室提取比例不同,因此可以平衡不同科室之间、不同岗位之间(如医技人员和行政管理人员)的收入差距;在科室一级,科主任享有较大的分配权,在其科室内部具体分配结余。这样就形成了类似于院科“两级承包”式的“两级核算”,成本核算主要为经济管理部门的奖金分配工作服务,且受人为因素影响较大。由此可以看出,与基本工资部分完全不同,在奖金部分,无论医院还是科室都享有非常大的分配自主权,而医院职工个人的奖金也与医生个人的工作量和创收行为紧密相关。在这样的体制下,医院、科室、个人三个层次都有极大的动力争取“结余”。

需要说明的是,并不是所有的服务都可以获取“结余”。事实上诊疗费、挂号费、护理费、治疗费和手术费等人员成本投入比重较大的项目都由国家统一定价,而且如果从市场的角度看,与基本工资制度类似,这些价格都远低于其实际市场价值,且多年来这些价格几乎没有上涨,这些人力成本被严重低估的医疗收费项目是亏损的;与此相对,尽管国家对药品和医疗检查的价格也采取了一定程度的控制,但是却允许医院在成本价基础上采取一定程度的加价,比如允许药品价格加价 15% 出售。因服务性收费总体低于成本,政府投入不能完全弥补医疗服务收支赤字,公立医院对药品、检查化验项目和高值耗材收入较为依赖。

1.3 小结

综上所述,从医生相对的收入水平和收入差距上说,与发达国家的差异不是很大^②,但是其收入构

① 比如,医院的平均工资水平是由当地卫生局制定的,医院管理者在保证这一平均工资水平的前提下,自主分配医院职工的收入。

② 由于上述分析只涉及到了合法的收入,即固定工资加奖金,没有涉及到“红包”、药品提成等非法收入,所以在此提到的总收入也仅指医生的合法收入。

成并不合理。一方面是基本工资水平和人工价格远低于医务人员的市场价值,另一方面是药品和医疗检查存在巨大盈利空间。在这种收入结构下,医务人员收入主要反映的不是其人力资本价值,而是其药品和医疗设备的销售情况,从这个意义上讲,医务人员已经不再是“医疗服务提供者”,而变成了药品销售的终端环节。此外,由于手术等的人工价格也低于市场价值,因此“红包”成了其必然“补充”。正是这种不恰当的收入构成“激励”了医生对于药物和检查的过度使用,进一步加剧了“看病贵”。

针对上述薪酬制度的症结,可以推论,要缓解目前“看病贵”的状况,在公立医院的薪酬制度方面,首先要改变医务人员尤其是医生的收入结构。而之所以会形成目前的收入结构,还需要结合其制度环境方面的原因进行分析。

2 我国公立医院薪酬设计的制度环境分析

我国公立医院是具有一定福利性质的事业单位。事业单位管理体制形成于计划经济时期,之后几经改革,因此,目前我国公立机构跟国外一般意义的公立机构并不完全相同,具有较强的“事业单位特色”;公立医院是我国事业单位的类型之一,包括公立医院薪酬制度在内的公立医院管理制度的变迁,既是我国历次医疗改革的重点内容之一,同时也是事业单位改革的重要组成部分。因此,今天看到的情况是,对公立医院的管理既有计划经济延续下来的“路径依赖”,更有外部市场环境的直接影响,因此目前公立医院相当于在“计划”和“市场”的夹缝中生存。

2.1 “计划特色”的基本工资和服务价格

计划经济时期,我国建立起了以国家为单一举办主体和政府直接管理学校、医院及其他公共事业机构为特征的事业单位制度,并将整个公共事业的发展纳入了国家的计划管理的轨道。在此框架下,在卫生服务体系方面形成了与计划经济体制相适应的集中统一的模式。政府通过计划手段进行管理,确保卫生事业的资金投入,人员工资与机构支出列入财政预算支出而与经营状况无关。由于收入与经营状况无关,所以不论医院还是医生都不用考虑生

存压力,医疗机构的公益性色彩突出。

这一时期对事业单位的管理有两个特点:一是基本上政事不分,事业单位有较强的行政化色彩。在管理权限上,纵向管理权限主要集中于上级主管机关和政府;在经费来源和财务管理上,国家不仅承担了所有事业经费的供给,而且为事业单位制定了统一的事业财务制度;在内部管理上,事业单位的人财物、产供销基本掌握在政府及其主管部门手中。二是事业单位“统一管理”模式。在西方国家,对公立机构采取的是“分散管理”的模式,即各类公共服务机构分别由各自的业务机关指导或监管,国家并没有对这些机构采取统一的财政、人事等政策,但是我国对所有公立机构采取的是“统一管理”的模式,也就是说所有公立机构在国家统一的人事政策、财务管理政策框架下,由相应的政府业务机关分别管理。

具体到公立医院的人事管理和薪酬制度,事业单位干部管理一直按照机关干部人事管理模式统一管理,事业单位与国家行政人员一样,都统一适用各项人事管理政策法规,套用 1956 年形成的行政级别和职务等级工资,实行以级别定工资的职务等级工资制。

改革开放以来,事业单位经历了以“政事分开”为主要内容的改革。在工资制度方面,1985 年,我国进行了第二次工资制度改革,改革的主要内容是建立了以职务工资为主的结构工资制,将工资分为基本工资、职务工资、工龄工资和奖励工资 4 部分;1993 年,我国进行了第三次工资制度改革,这次改革按照“政事分开”和分类管理的原则,事业单位在形式上实现了与机关工资制度相分离,初步建立了符合事业单位不同行业特点的专业技术职务等级工资制;2006 年,我国实行第四次工资制度改革,旨在建立符合事业单位特点的,体现岗位绩效和分级分类管理的收入分配制度。

迄今为止,尽管实行了上述改革,但是“政事分开”,或者说公立医院治理结构的深层次问题并未触动:一方面,基本工资制度没有实质性变化,仍然延续计划经济时期事业单位的“统一管理”范式,尽管医务人员的人力资本、社会价值等因素与学校、社会

福利机构、科研机构等不同,但是在基本工资方面却表现出极大的共性,以及较强的计划经济色彩,工资水平和构成并不反映医务人员的市场价值;另一方面,在计划经济时期的较强的财政补贴下,形成了低于成本价格的医疗服务价格,但是改革开放以来,这些服务价格仍是由政府管控,而非市场决定,多年来并没有相应提高,因此其中也并没有反映出医务人员人力资本的价值。综上所述,计划经济时期延续下来的这些“制度惯性”成为了公立医院适应“市场经济体制”的阻碍性因素。

2.2 “市场特色”的奖金制度

改革开放以来,计划经济和市场经济此消彼长,事业单位在此趋势下亦进行了改革,与国家其它领域的改革相一致,事业单位改革的最初目的是提高运行效率,改革的主要内容是政事分开、扩大事业单位自主权以及拓宽事业经费的筹资渠道。政事分开的核心在于减少政府部门的直接干预,通过下放权力赋予事业单位管理自主权。与此同时,在经费筹集多样化的改革中,国家削减事业单位的预算拨款,只给予一定数量的定额拨款,事业单位“自负盈亏”,亦即所谓的“包干责任制”,国家出台多项措施允许和鼓励事业单位面向市场,结合自身特点进行创收。^[7]上述两项改革的具体落实政策,也是事业单位改革的核心是“扩大事业单位内部分配自主权”,即在“一定程度”上允许事业单位建立带有一定激励性质的内部收入分配制度。公立医院的这个改革过程开始于1985年,这次改革的核心思想是放权让利,扩大医院自主权。在这一年的国家级标志性文件中,可以看到“扩大全民所有制卫生机构的自主权”、“国家对医院的补助经费……实行定额包干”、“支持个体开业行医”、“(目前)医疗收费标准过低……对现行不合理的收费制度要逐步进行改革……可按成本制订收费标准”等明确的、带有市场色彩的表述。这一转折性的文件开启了卫生机构的市场化进程,之后的相关文件基本上都是在这一指导思想下不断深化。

伴随着政府举办公事业的意愿和能力的降低,卫生机构得到的财政支持越来越少。与此同时,公立医院的国有产权没有改变,而且仍作为政府部

门的下属单位存在,于是出现了“不给钱,给政策”的提法,也就是说公立医院得到了更多自主权,包括人事权、业务活动自主权、收入分配权、财权等。这其中最直接的“政策”是,允许医疗机构在药品、医疗检查等成本价基础上有一定程度的“加价”,而“加价”的部分即是医院可以自己支配的“创收”,而“创收”亦逐渐成为公立医院收入的主要来源。如表2所示,2009年医院总收入中,业务收入占总收入的比例达到91.2%,而财政补助收入只占总收入的8.5%。

表2 2009年政府办医院收支情况

指标	数值
政府办医院总收入(万元)	74 569 116
其中:财政补助收入	6 336 271.2
上级补助收入	250 205.7
业务收入	67 982 639.1
业务收入占总收入的比例(%)	91.2
政府办医院总支出(万元)	71 145 292
其中:财政专项支出	2 046 031
业务支出	69 099 261
其它支出	731 581
总支出中用于在职人员的支出	15 529 818
人员支出占总支出的比例(%)	22

数据来源:《中国卫生统计年鉴(2010)》

在明显偏低的“基本工资”水平下,公立医院的医务人员必须获得“额外收入”才能与其市场价值匹配;而上述公立医院的市场化,则给公立医院的医务人员提供了一条创收的合法化路径。在经济利益诱导作用的不断强化下,“创收”逐渐变成了卫生机构和卫生人员的主动行为,开大处方、多做检查和用高价药成为普遍现象。在医务人员的收入中,与“创收”直接相关的“奖金”收入的比例越来越大,再加上“红包”和药品回扣等灰色收入,医务人员之间的收入差距亦逐渐拉大。整个卫生服务体系逐渐走上了商业化、市场化的道路,部分公立医疗机构的经营目标逐渐由“公益”变为“营利”,所谓“公立医院,私营行为”。总而言之,由于财政投入的缺位,在市场体制的直接影响下,公立医院的“公益性”逐渐丧失。

2.3 小结

有很多人批评我国目前医疗领域的种种问题是改革开放以来的过度市场化所致,但是如果以“公立

医院薪酬制度”为例进行分析会发现,之所以会导致现在这种局面,恰是因为公立医院一直处于政府的计划式管控和市场调控的夹缝中,因此行为变得畸形且不伦不类。换句话说,在市场化改革的背景下,以公立医院薪酬制度为核心的公立医院管理制度改革的滞后,是造成公立医院现状的根本原因。公立医院的服务尽管有很大一部分与公共产品有关,因此要保证其“公益性”,不能完全市场化;但是经济领域的市场化改革是不可逆的,公立医院的运转是嵌入在市场环境中的,其行为尤其是薪酬支付也要适应外部的市场经济环境。

通过上述分析可知,从公立医院的薪酬制度来看,政府对公立医院的管理至少存在下列缺位和不恰当之处:过时的、僵死的计划制度安排,与市场条件下医院的生存选择产生了结构性矛盾。

一是公共领域的筹资缺位。在任何发达国家,包括最崇尚市场经济的美国,公立医院都是由政府承担主要筹资责任,但是我国的改革却大大缩减了政府的筹资责任,使得公立医院背离了“公益性”的初衷。

二是市场领域的监管缺位。在政事分开不彻底和管办不分的环境下,公立医院只是被简单地推向了市场,却并没有形成有效的外部监督和绩效评估机制,政府对其市场监管是非常不足的,进一步放纵其偏离了“公益”目标。

三是相关的管制性规定不适应市场经济环境。市场经济的一个基本要求就是劳动力的价格要与它的市场价值相符,但是目前医务人员的基本工资和医疗服务价格都是政府定价,且价格远远低于其市场价值,这样的工资制度明显是不适应外部市场环境的,在这种情况下形成的“以药养医”、拿“红包”和药品回扣等行为其实是市场机制从其它途径自动介入的结果。

3 政策建议

综上所述,“看病贵”反映出的公立医院薪酬制度的问题是医务人员的收入结构不合理,进一步分析发现,这种不合理的薪酬制度是因为公立医院是嵌入在“计划”和“市场”双重影响的夹缝中。在市场

经济条件下,公立医院面临两个最主要的要求:一是如何保持作为“公立机构”的公益性,二是如何适应市场经济的外部环境。从目前的情况看,我国的公立医院并未满足上述任何一个要求。从上述的分析可知,公立医院薪酬制度的问题不仅在于制度本身,更在于其与制度环境的问题,这也是为什么改革开放以来多次工资制度改革都不能解决根本问题的原因所在。因此,要改变公立医院的薪酬制度,首先应该从公立医院的制度环境的调整入手,尤其是公立医院筹资和治理模式两个根本问题,然后再到具体的薪酬结构问题。

3.1 在筹资方面,明确政府对公立医院的主要筹资责任,并鼓励私立非营利医院的发展

正是因为政府对公立医院筹资责任的缺失,才使得公立医院的绝大部分收入都来源于市场,因此过分追求“经济结余”,而导致“公益性”缺失。若要公立医院回归其“公益性”,最基本的条件就是政府承担公立医院运行的主要筹资责任。事实上,在所有发达国家都有一定比例的公立医院存在,或者作为医疗服务的主要提供者,或者用于弥补市场的不足和非营利部门的不足。而所有的公立医院的筹资来源,都是以财政为主,以保证其“公立机构”的属性。目前我国在“政府筹资责任”这一点上,多方已经达成共识。

需要说明的是,政府承担“卫生服务的主要筹资责任”与“公立医院的主要筹资责任”是不同的,前者是实现整个卫生体系公平性的前提条件,但是却并不意味着大多数服务要由政府举办的公立医院提供。在发达国家和地区,公立医院的比例由很多因素决定,其中很重要的一点是筹资模式。在我们熟知的三种筹资模式中,“国家卫生服务模式(NHS)”是由政府利用税收直接提供医疗服务,因此公立医院比重较大,英国的公立医院占医院总数的95%以上,香港91%的床位属于公立医院;在社会医疗保险模式中,则是通过第三方(保险方)购买医疗服务,在这一方面,公立或私立的产权性质差异不大,因此呈现出公私共同发展的情况,比如日本的公立医院占30%,台湾的私立医院床位数是公立医院的两倍,德国公立医院数量占总数的40%,床位数占总数的

52% ;在市场模式中,公立医院是作为私立机构的补充存在,因此比例较小,比如美国公立医院数量只占27%。^[8]

在市场经济条件下,过多的医疗服务由公立机构提供,会造成服务垄断、缺乏竞争、效率低下等状况,类似的情况在英国早已出现,而英国的应对措施恰是鼓励私立医院发展,引入竞争等;此外,在我国目前有限的经济发展水平下,也应该多渠道筹资举办医院,而非用过多财政资金支持公立医院。综上所述,一方面是政府应该承担公立医院的主要筹资责任,另一方面应该鼓励私立非营利医院的发展,适当控制公立医院的数量和服务量。这也是保证公立医院得到充足的财政投入,又不至于对各级财政构成威胁的必要条件。

3.2 在公立医院治理方面,扩大公立医院的自主权,同时加强监管

尽管公立医院的筹资应该主要来源于财政,尽管公立医院的存在是为了弥补“市场失灵”和实现政府的公益性目标,但是公立医院毕竟处于市场经济的制度环境中,如果仍用计划和行政的手段配置公立医院资源,势必导致供给和需求产生巨大差距,以及公立医院行为的扭曲,上文的分析已经说明了这一点。因此在明确政府筹资责任的基础上,应该改革目前行政手段过多干预内部管理的状况,而赋予公立医院更多的人、财、物的自主权,比如在人事管理上,取消事业单位的“编制”,由公立医院自主确定职工规模和结构等,甚至使公立医院独立于公共部门,成为一个法人实体。^[9]

在改革公立医院治理结构方面,扩大医院自主权和加强对医院的监管是一件事情的两个方面,其根本在于进一步的“政事分开”和“管办分开”,明晰卫生部门和公立医院各自的权责,而卫生部门在退出对医院的直接干预的同时,应建立有效的外部监管机制,对公立医院的的服务质量和服务费用进行有效监管,以保证公立医院“公益性”目标的实现。

3.3 在薪酬制度方面,薪酬水平和结构应该体现医务人员的市场价值

在市场经济条件下,一个基本要求就是商品或

服务的价格要与其市场价值相一致。但是目前的情况是,由于对医务人员基本工资和服务价格的行政管制,使得医务人员的人力资本价格严重低于其市场价值。通过表2我们可以看到,医院的人员支出占总支出的比例只有22%,这一比例明显低于发达国家,比如,英国医疗费用的75%用于支付人员工资,美国医务人员经费在总支出中达50%等^[6]。造成这种差距的原因在于,发达国家的公立医院主要是“提供医疗服务”,而我国公立医院主要是“销售药品”。这是需要在根本上予以扭转的,即医院的总收入和支出由“药品”为主变为“服务”为主,医务人员的相对薪酬水平和结构要反映医疗服务的社会价值、职业风险、人力资本等。

参 考 文 献

- [1] 卫生部. 2010年我国卫生事业发展统计公报[EB/OL]. (2011-04-29) [2011-06-10]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s7967/201104/51512.htm>.
- [2] 卫生部. 中国卫生统计年鉴2010[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2010.
- [3] 孙梅, 苏忠鑫, 马宁, 等. 反思我国公立医疗机构分配制度存在的三大问题[J]. 中国医院管理, 2006, 26(1): 19-20.
- [4] 罗敬. 公立医院医生工资及待遇状况的分析与思考[J]. 中国卫生经济, 2008, 27(7): 47-48.
- [5] Anonymous. Pay disparity no joke[J]. Australian Nursing Journal, 2004, 11(11): 6.
- [6] 岳颖. 事业单位薪酬管理——内部收入分配的决定基础与模式选择[M]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2009.
- [7] 刘晓苏. 事业单位人事制度改革研究[M]. 上海: 上海交通大学出版社, 2011.
- [8] 邓国胜. 事业单位治理结构与绩效评估[M]. 北京: 北京大学出版社, 2008.
- [9] 顾昕. 诊断与处方: 直面中国医疗体制改革[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2006.

[收稿日期:2011-11-12 修回日期:2011-12-15]

(编辑 薛云)