

内 蒙 古 自 治 区  
社 会 科 学 研 究 课 题  
课题编号：17B26

题目：内蒙古自治区公立医院薪酬模式  
发展方向研究  
结 项 报 告

课 题 类 别： 一 般 课 题

课 题 负 责 人： 刘 瑞

课题依托单位： 内蒙古财经大学

课题完成时间：2017年12月31日

---

# 研 究 报 告

# 内蒙古自治区公立医院薪酬模式发展方向研究

## 摘要

自2009年启动新一轮医药卫生体制改革以来，公立医院综合改革取得了实质性的进展，在薪酬制度方面，各地做了大量探索性的工作。如福建省三明市被学者称为“一体两翼”式的改革模式，取得了非常显著的成绩；北京市试点医院在2012年试点第一年医务人员年收入增长了31%；内蒙古自治区乌海市，率先在人民医院实行了院长年薪制；安徽省于2015年先行在公立医院开展薪酬制度改革试点工作，重点从探索实行工资总额管理、合理确定薪酬水平、实行院长年薪制等方面进行创新实践。这些探索性的尝试，不仅为全面推行公立医院薪酬制度改革积累了一定的实践经验，更主要是在理论上有所创新和突破。为了进一步推动公立医院薪酬改革，今年，人力资源社会保障部、财政部、国家卫生计生委、国家中医药管理局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，并选择上海、江苏、浙江等11个综合医改试点省份进行试点，试点期限为1年。至此，公立医院薪酬改革从国家层面正式拉开了帷幕。从改革的趋势看，分配模式不再单一，方式更加灵活，越来越注重工作职责与业绩，充分体现优绩优酬，知识、技术、服务等在分配体系中逐渐得以体现。

本文对公立医院薪酬制度沿革进行了梳理，通过认真分析我区公立医院薪酬制度、薪酬结构、薪酬水平发现，我区公立医院薪酬以岗位绩效工资制为主，分配制度没有大的突破，薪酬水平偏低、结构性矛盾突出、缺乏正常增长机制、外部竞争力较弱等问题凸显。结合公立医院薪酬制度改革试点工作，在借鉴其他省区先进经验和做法的基础上，改变现行分配模式，建立适应医疗卫生行业特点、灵活多样、能够体现医务人员技术服务价值的分配制度，积极探索并推行年薪制、谈判制（协议工资制）、项目工资制、市场定价、期权制、宽带薪酬等分配模式。这些分配模式，有一定的制度优势，对当前及今后一个时期内公立医院薪酬制度改革有一定的借鉴和指导作用，能够进一步助推我区医疗卫生事业健康、快速的发展。

**关键词：**薪酬模式，公立医院，发展方向

# 目 录

一 绪论 .....	1
(一) 研究的问题.....	1
1、研究的现实背景.....	1
2、研究意义 .....	2
3、研究方法 .....	2
4、主要观点 .....	2
(二) 国内外相关文献综述.....	2
1、国内外相关文献综述.....	3
2、对国内外相关研究文献的评论 .....	3
二 理论综述 .....	5
(一) 收入分配理论综述.....	5
1、马克思主义分配理论.....	5
2、当代收入分配理论的新发展.....	5
(二) 公立医院薪酬理论概述.....	6
(三) 我国公立医院薪酬制度历史沿革.....	6
1、供给制与工资制共存阶段.....	7
2、等级工资制度逐步建立阶段.....	7
3、职务等级工资制阶段.....	7
4、结构工资制阶段.....	7
5、职务等级工资制阶段.....	8
6、岗位绩效工资制阶段.....	8
三 我区公立医院收入分配现状及问题分析 .....	10
(一) 公立医院收入分配现状.....	10
1、公立医院薪酬组成.....	10
2、公立医院薪酬水平.....	10
3、主要做法 .....	11
(二) 我区公立医院收入分配制度存在的主要问题 .....	12
1、薪酬水平偏低.....	12

2、薪酬机制不够灵活 .....	12
3、地区间、医院间发展不平衡 .....	13
4、缺乏正常增长机制 .....	13
(三) 原因分析 .....	15
1、以收定支现象较为普遍 .....	15
2、绩效考核与内部分配结合不够紧密 .....	15
3、财政保障难度加大 .....	16
(四) 国外公立医院收入分配情况 .....	16
1、基本特点 .....	16
2、薪酬水平 .....	16
3、增长机制 .....	17
四 我区公立医院收入分配模式发展方向 .....	18
(一) 年薪制 .....	18
(二) 谈判制（协议工资制） .....	19
(三) 项目工资制 .....	19
(四) 市场定价模式 .....	19
(五) 期权制模式 .....	20
(六) 宽带薪酬模式 .....	21
五 结语 .....	23
参考文献 .....	24

## 一 绪论

### （一）研究的问题

#### 1、研究的现实背景

我区公立医院实行事业单位编制，执行事业单位统一的岗位绩效工资政策。随着财政拨款体制、事业单位分类改革、薪酬制度改革以及机关事业单位养老保险制度改革的深入推进，公立医院薪酬结构不合理、水平相对较低、地区间及医院间差别较大等问题日益凸显。随之带来的是人才流动加剧、核心医务工作者的个人价值不能完全得以体现，工作积极性受挫，进而影响了医疗卫生事业的发展。为了推进公立医院改革，自2009年起，国家和自治区先后下发了一系列文件。今年，人力资源社会保障部、财政部、国家卫生计生委、国家中医药管理局印发《关于开展公立医院薪酬制度改革试点工作的指导意见》（人社部发〔2017〕10号），要求上海、江苏等11个综合医改试点省份各选择3个市（州、区）进行试点，未列入试点的省份选择1个公立医院综合改革试点城市进行试点，试点期限为1年。至此，公立医院薪酬改革从国家层面正式拉开了帷幕。按照国家要求，自治区选择鄂尔多斯市进行试点，并于12月份印发了全区公立医院薪酬制度改革实施意见，试点范围扩大至全区各盟市。但仔细研究，无论从国家层面还是自治区层面，公立医院薪酬制度改革仍然是沿用现行事业单位岗位绩效工资制，在制度上没有大的突破，仍然解决不了“医疗卫生行业人才培养周期长、技术难度大、责任担当重、劳动成果与辛苦付出不匹配、收入水平相对较低、吸引与稳定高层次人才难度大”的问题。特别是我区，地域辽阔，医疗卫生事业发展相对滞后，103年旗县有97个列入艰苦边远地区类别，基层公立医院占比在90%以上，基层医疗卫生人才短缺，待遇相对较低，待遇留人的问题越来越重要。突破现行分配体制，建立适应我区公立医院的分配体制显得尤为重要。

公立医院收入水平、薪酬制度模式是公立医院改革的一个重要部分，科学、合理、有效的公立医院薪酬制度，是广大医务工作者积极投身医疗卫生事业的源动力。为进一步做好我区公立医院薪酬制度改革工作，充分体现医务工作者技术服务价值，最大限度的发挥医务工作者的主观能动性，实现“高薪养医”，从根本上解决“看病难、看病贵”的问题，推动“分级诊疗”，走出大医院人满为患、小医院无人问津的困境，使公立医院回归其公益属性。在现行公立医院绩效工资制度框架内，充

分体现“自主分配”“优劳优酬”的分配特点，在深入研究的基础上，本文提出年薪制、谈判制（协议工资制）、契约制（项目工资制）、市场定价、宽带薪酬等分配模式，以期为建立科学、合理、高效的公立医院薪酬制度，为我市公立医院薪酬制度改革提供参考。

## 2、研究意义

加快公立医院收入分配制度改革，是公立医院综合改革的需要。建立适合于我市特点的公立医院薪酬制度，如协议工资、项目工资、年薪制、期权制、延期分配制度等灵活多样的分配办法，是当前公立医院薪酬制度改革的需要，也是公立医院薪酬制度改革迫切需要解决的重点和难点。本课题的研究，符合当前实际需要，研究成果如被采纳，可解决当前及今后一个时期公立医院薪酬制度改革模式问题。

## 3、研究方法

本文的研究方法主要有：文献法、归纳法、比较法等。文献法是本文最基本的研究方法，对国内外关于公立医院薪酬的著作和论文进行了认真的甄别筛选和分类整理，用归纳法对公立医院薪酬制度现状和问题加以总结；运用比较法对国内外公立医院薪酬制度情况进行比较，借鉴国内外在公立医院薪酬制度制定和实施方面的先进经验。此外，还借助了经济学和管理学的理论工具提出了完善我市公立医院薪酬制度的建议。

## 4、主要观点

建国以来，我国公立医院薪酬制度经历了四次大的改革，薪酬分配逐步走上了正轨，但认真剖析，仍存在一些不忽视的问题，如薪酬与职位分类不对称、薪酬增长与调节机制不健全、改革配套措施不完善等。对我市而言，受自然地理环境、经济社会发展水平等因素的制约，特别是一些艰苦边远地区，少数民族聚居，生存环境比较恶劣，薪酬水平相对偏低，对医务人员的激励缺乏行之有效的措施。为切实解决当前存在的主要问题，为公立医院实现公益性目标提供强有力的人才保障，从薪酬体制上，提出了年薪制、谈判制（协议工资制）、项目工资制、市场定价、期权制、宽带薪酬六种分配模式。

## （二）国内外相关文献综述

## 1、国内外相关文献综述

在实践中，国内外专家学者做了大量的研究。如英国经济学家亚当·斯密在《国富论》中提出了“经济人”的概念。亚当·斯密认为，人的行为动机源于经济原因，必须以计划、组织、激发、控制等建立管理制度，并以金钱和权力维持员工的效力和服从。亚伯拉罕·马斯洛在《人的激励理论》中提出“需要层次”理论，他将人的需求划分为生理、安全、社会、尊重、自我实现5种需求层次。北美著名心理学家和行为科学家维克托·弗鲁姆（Victor H. Vroom）于1964年提出“激励理论”，可以用公式表示为：

$$M = \sum V \times E \text{ (公式1-1)}$$

公式说明，人的积极性被调动的大小取决于期望值与效价的乘积。我国一些学者对公立医院薪酬制度进行了大量的研究，如何凤秋在《福建省三明市公立医院薪酬制度改革案例分析》一文中指出，医务人员收入要与经济社会发展相适应；王芳等在《我国公立医院薪酬制度存在的问题及对策研究》中提出，分类制定医务人员薪酬政策；王瑞通过研究提出，要从“明确薪酬制度设计和实施的目的”和“薪酬制度的实施要体现公平性原则”两方面来指导薪酬制度改革。党中央、国务院于2008年正式启动新一轮医疗改革，2009年4月发布“新医改方案”；2010年2月，卫生部等五部门出台了公立医院改革试点指导意见；2014年，国家卫生计生委等五部委印发《关于推进县级公立医院综合改革的意见》。为深入贯彻党的十八大和十八届三中、五中、六中全会关于研究建立适应行业特点的公立医院薪酬制度精神，经国务院批准，人力资源社会保障部、财政部、国家卫生计生委、国家中医药管理局印发《关于开展公立医院薪酬制度改革试点工作的指导意见》（人社部发〔2017〕10号），选择陕西、宁夏等11个省市区进行试点。根据十九大精神，今年12月，人力资源社会保障部等四部门联合下发文件，公立医院薪酬制度改革扩大试点，要求各地至少选择一家医院进行试点，试点工作至明年底结束。

## 2、对国内外相关研究文献的评论

西方学者从人的行为动机、激励理论、人力资本等方面做了大量的研究，结合本国实际对当地公立医院薪酬问题进行了探索和实践，针对医生的特性，在分配模式的建立方面积累了一定的经验。国内许多学者对公立医院薪酬问题进行了深入的研究，但基本走的是“老路”，即“现象、问题、对策”，在制度方面突破不大。



随着公立医院薪酬制度改革试点工作的不断推进，公立医院薪酬制度模式越来越被人们重视，今年11月，中国人才研究会工资福利专业委员会就新形势下医院薪酬制度激励模式的创新与探索研讨会在北京召开，人力资源社会保障部原副部长何宪、中国人民大学劳动人事学院原院长曾湘泉对公立医院薪酬制度创新模式提了很好的思路。由于分配体制在东西方存在根本差异，我们国家31个省市社会经济发展水平、医疗服务水平、人口密度等差异很大，对公立医院收入分配的研究，应针对我国实际，特别是内蒙古自治区，地域辽阔、东西跨度较大，地处我国边疆，经济欠发达，引进和吸引人才难度较大，应该形成一套更加适合我区实际的收入分配模式。本文认为，公立医院薪酬制度应有所创新，立足本地，结合医院实际，充分考虑医务人员学历高、职称高、职业风险高等特点，将医务人员人力资本特性和职业特点相结合，利用事业单位分类改革、公立医院编制备案制改革等契机，突破现有分配模式，建立便于操作、激励效果明显、竞争力强、灵活多样的分配模式。

## 二 理论综述

### （一）收入分配理论综述

国内外经济学家非常关注收入分配理论，有的古典经济学家认为分配理论是经济理论的核心部分，是经济学理论中的一个重要组成部分，如斯密认为劳动者的全部劳动生产物等价于他的工资，他的报酬应当与他劳动的全部产品相匹配。而马克思主义分配一般理论着重阐述“生产、分配、交换、消费”之间的关系和地位，生产和生产资料的所有制形式对产品的分配方式起决定性作用，生产方式决定了分配方式。

#### 1、马克思主义分配理论

马克思主义分配理论内容丰富，是对科学真理的揭示，是我国现行分配制度的重要理论依据。马克思依据社会生产力发展水平、生产关系、劳动特点、生产资料所有制形式等，在《哥达纲领批判》中首先提出了“按劳分配”，即按照劳动者的劳动数量和质量对个人消费品进行分配，多劳多得、少劳少得。生产资料公有制是按劳分配的前提，而生产条件的分配则表现生产方式本身的性质。消费资料的任一分配形式，都是生产条件本身分配的结果。无论何种社会经济发展阶段，劳动者对生产资料的占有，决定了劳动成果的分配形式。总体上说，马克思关于社会主义分配制度基本原理，应当予以坚持并努力体现，但应随着时代的发展进行创新，使其更加符合我国社会主义初级阶段基本国情。

#### 2、当代收入分配理论的新发展

1993年11月，中共中央关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定，把收入分配理论又向前推进了一步，提出“个人收入分配要坚持以按劳分配为主体、多种分配方式并存的制度，体现效率优先、兼顾公平的原则。劳动者的个人劳动报酬要引入竞争机制，打破平均主义，实行多劳多得，合理拉开差距。”“国家允许属于个人的资本等生产要素参与收益分配。”

十六大报告指出：“确立劳动、资本、技术和管理等生产要素按贡献参与分配的原则，完善按劳分配为主体、多种分配方式并存的分配制度。坚持效率优先、兼顾公平。”初次分配注重效率、社会的再分配注重公平是十六大报告在分配制度问题上的重要突破。党的十七大提出：“要坚持和完善按劳分配为主体、多种分配方式并存的分配制度，健全劳动、资本、技术、管理等生产要素按贡献参与分配的制度，

初次分配和再分配都要处理好效率和公平的关系，再分配更加注重公平。”“逐步提高居民收入在国民收入分配中的比重，提高劳动报酬在初次分配中的比重。”“着力提高低收入者收入，保护合法收入，调节过高收入。”十八大报告指出：“提高居民收入在国民收入分配中的比重，提高劳动报酬在初次分配中的比重。初次分配和再分配都要兼顾效率和公平，再分配更加注重公平”。十九大报告明确：“坚持按劳分配原则，完善按要素分配的体制机制，促进收入分配更合理、更有序。鼓励勤劳守法致富，扩大中等收入群体，增加低收入者收入，调节过高收入，取缔非法收入。坚持在经济增长的同时实现居民收入同步增长、在劳动生产率提高的同时实现劳动报酬同步提高，拓宽居民劳动收入和财产性收入渠道。履行好政府再分配调节职能，加快推进基本公共服务均等化，缩小收入分配差距。”

## （二）公立医院薪酬理论概述

上述收入分配理论主要是在内容构成上的发展变化，我们这里所指的收入分配主要是狭义上的薪酬，是物质性的回报，指货币和可以转化为货币的报酬，本文重点研究的是狭义薪酬理论。

基于薪酬的含义，公立医院现行薪酬分配体系是以职位价值作为支付薪酬的基础和依据，是根据职位来确定其工资水平，即职位越高，薪酬水平越高。建国以来四次大的工资制度改革，都是围绕职位设计的制度，职位的高低决定了收入水平的高低。2006年确立的岗位绩效工资制，明确提出了“一岗一薪、岗变薪变”，突出了岗位（职务、职位）。从工资结构上看，主要由基本工资、绩效工资、津贴补贴组成。从工资内容上看，基本工资主要体现岗位职责的大小，起保障的作用；绩效工资主要按工作数量和质量进行分配，医院可自主进行设计分配体系；津贴补贴主要是为了补偿职工在特殊的劳动条件和工作环境下的额外劳动消耗和生活费额外支出而建立的一种辅助工资形式，带有福利性质。从狭义薪酬理论看，公立医院现行薪酬主要是指薪酬结构、薪酬内容、薪酬水平等。

## （三）我国公立医院薪酬制度历史沿革

新中国成立以前，我国货币不统一，在人民币流通前，一般以法币、金圆券或银圆券的形式支付报酬，在经济最困难的时期，也采取了以小米等实物代替货币的办法。

建国后，我国公立医院薪酬制度伴随着经济体制、政治体制改革的深入发展而不断演变。新中国成立以来，公立医院收入分配制度先后经历了六个阶段和四次大

的改革，逐步建立起符合我国国情的医疗卫生行业收入分配制度。

## **1、供给制与工资制共存阶段**

这一阶段持续至1952年初。供给制是在新民主主义革命战争时代下的一种大体平均的分配制度，1950年起供给制转为包干制，将个人生活费折成米按大、中、小灶三种标准发给个人，包干使用，自由支配，其余部分仍实行供给制。1952年扩大了包干范围，津贴、伙食费、服装费一律折合成工资分发给个人自由支配。公立医院多数实行的是供给制，也有的医务人员实行工资制，形成了供给制与工资制共存的局面。

## **2、等级工资制度逐步建立阶段**

这一阶段为1952年初至1955年末。1952年3月，政务院颁布了《关于全国供给制人员统一增加津贴的通知》；同年7月，政务院又印发《关于各级人民政府供给制人员津贴标准及工资制工作人员工资标准的通知》，走出工资改革第一步。公立医院的工资标准以工资分为计量单位，最高1100分，最低90分。按职务共分33级，一职数级，上下交叉。随着国家经济建设的不断发展，1954年11月调整了内部工资级别不合理的现象，适当提高了医务人员的工资待遇。1955年8月，国务院发布了《关于国家机关工作人员全部实行工资制和改行货币工资制的命令》，从此结束了供给制与工资制并存的局面。

## **3、职务等级工资制阶段**

这一阶段始于1956年6月，止于1985年1月。1956年6月，国务院下发工资改革的决定。至此，在全国范围内进行了第一次大的工资制度改革，机关和企事业单位实行全国统一的工资制度。这次改革以货币规定工资标准，取消了工资分。1956年7月，卫生部根据国务院工资改革方案制定并实施了医疗卫生行业工资制度。医疗卫生行业员工工资标准采取一职数级，上下交叉的办法。医务人员按照主任医师、副主任医师、主治医师、医师、护士五个级别确定工资标准，分别执行1至6级、3至6级、6至9级、9至12级的工资标准，最高工资为最低工资的5.56倍。职务等级工资制实行长达30年之久，从制度上统一了机关和企事业单位收入分配制度。

## **4、结构工资制阶段**

这一阶段始于1985年初，止于1993年9月。职务等级工资制实施以来，职务与级

别相脱节、升级的不正常、工资不升反降、内部差距过大等问题的存在，已不能适应当时社会发展的需要。中央决定进行第二次大的工资制度改革。1985年8月，卫生部印发《医疗卫生事业单位工作人员工资制度改革实施方案》，医务人员实行以职务工资为主的结构工资制，工资由基础工资、职务工资、工龄津贴和奖励工资四个部分组成，按正副主任医师、主治（主管）医师、医师、护士确定其工资标准和水平。

## 5、职务等级工资制阶段

这一阶段始于1993年10月，止于2006年6月。按照党的十四大报告提出的“要加快工资制度改革，逐步建立起符合企业、事业和机关各自特点的工资制度与正常增长机制”，针对1985年工资制度中存在的合理工资问题，1993年10月，经国务院批准，我国进行了第三次工资制度改革。这次工资制度改革，在1985年结构工资制的基础上，工资结构作了调整，基本工资由四项调整为职务工资和津贴两项，津贴和职务工资一一对应，晋升职务的同时津贴相应增加。引入竞争、激励机制，建立了工资正常增长和工资总额计划管理机制，以及住房公积金、医疗保险等福利性项目。

公立医院工作人员基本工资制度执行医疗卫生事业单位工资标准。按照拨款类型分为全额、差额和自收自支三类，单位类型不同，职务工资和津贴的占比不同，职务工资为固定部分，按照专业技术职务序列设置；津贴为活的部分，由单位进行二次分配。全额拨款、差额拨款和自收自支三类单位职务工资占比分别为70%、60%、50%，津贴占比分别为30%、40%、50%。

1993 年的工资制度虽然解决了一些不合理现象，但工资体系还不够完善。如：工资平台现象严重、津贴平均发放、正常增长机制不健全等。

## 6、岗位绩效工资制阶段

这一阶段从2006年7月一直延用至今。2006年7月，建国后第四次工资制度改革开始，此次收入分配制度改革，以1993年工资体系为模板，对1993年工资制度运行中的不合理现象进行了修正，建立了岗位绩效工资制度。工资由基本工资、绩效工资、特殊岗位津贴和改革性津贴补贴四部分组成。基本工资包括岗位工资和薪级工资，全额、差额、自收自支三类事业单位执行统一的岗位工资和薪酬级工资标准，岗位工资由所聘岗位确定，薪级工资主要体现资历；绩效工资根据公务员规范津贴补贴水平、物价水平及当地经济发展水平等因素确定，总量核拨至单位，由单位自

主进行分配；特殊岗位津贴主要是针对苦、脏、累、险等岗位设定；艰苦边远地区津贴根据国家确定的地区类别进行发放。这次改革建立起符合事业单位特点、体现岗位绩效和分级分类管理的收入分配制度，建立了正常增长机制，健全了工资管理体制，形成了较为完善的收入水平决定机制和有效激励机制，并于2014年10月、2016年7月对基本工资标准进行了调整。

此外，自治区自2009年10月起“两卫”机构实施绩效工资改革，其他事业单位自2011年1月起实施绩效工资。绩效工资的实施，为公立医院自主分配、体现岗位职责与贡献大小的分配机制创造了新的机遇，激发了医院的活力。同时，根据国家要求，自2014年10月1日起，机关事业单位实施养老保险制度改革，随着养老保险制度、编制备案制、公立医院综合改革的持续深入推进，建立适应行业特点的公立医院薪酬制度迫在眉睫。

### 三 我区公立医院收入分配现状及问题分析

#### （一）公立医院收入分配现状

##### 1、公立医院薪酬组成

目前，公立医院主要实行的是岗位绩效工资制，薪酬由基本工资、艰苦边远地区津贴和特殊岗位津贴、绩效工资、其他津贴补贴四部分组成。按照管理权限，基本工资、艰苦边远地区津贴和特殊岗位津贴，执行国家统一制定的标准；绩效工资由当地政府结合地区经济发展水平、物价水平、公务员规范津贴补贴水平等因素确定，在人社、财政部门核定的绩效工资总量内，由单位自主分配；其他津贴补贴主要包括误餐补贴、交通补贴、取暖补贴等，属于福利性质的津贴补贴。

##### 2、公立医院薪酬水平

从全区公立医院总体收入水平看，基本与其他事业单位收入水平大体相当。

据统计，我区公立医院有220家，共4.4万人，人均年收入水平为7.3万元，是事业单位人均年收入水平的0.96倍，是高校教师的0.77倍。其中基本工资和国家统一规定的津贴补贴年人均3.2万元，占工资水平的44.5%；绩效工资及其他津贴补贴年人均4万元，占55.5%。可以看出，绩效工资水平在医务人员的收入中起主导作用，能够自主分配的也是这部分工资。

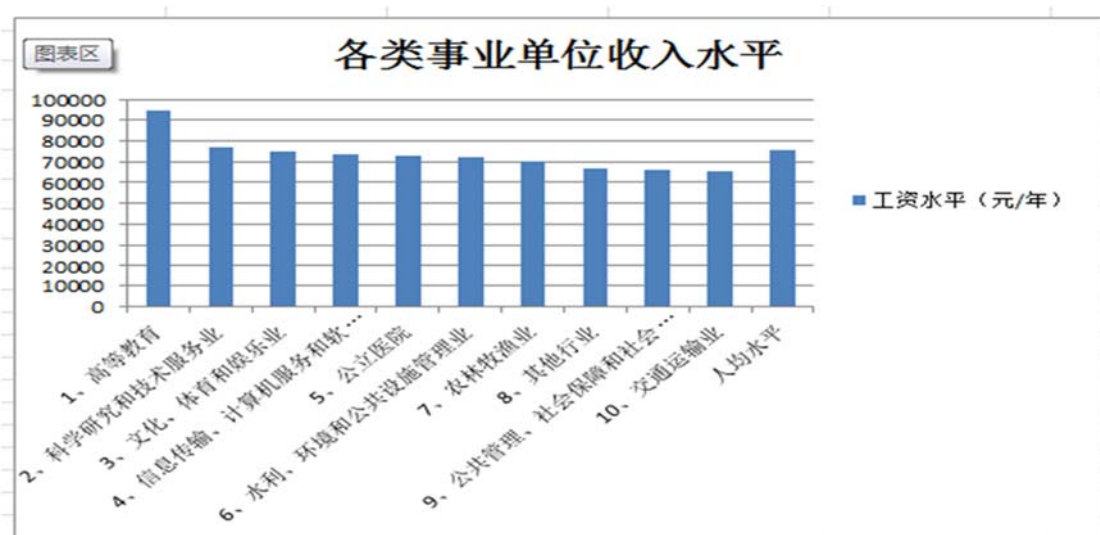


图3-1：2016年各类事业单位收入水平



图3-2：2016年各盟市公立医院收入水平

### 3、主要做法

（1）普遍坚持了岗位绩效工资制度。从全区各地医院薪酬制度看，绝大多坚持了现行的岗位绩效工资制度。在这一基本制度框架下，通过搞活绩效工资分配，鼓励医院按规定的程序和办法自主分配。有的地区放开奖励性绩效工资占比，由公立医院自主分配；有的地区允许公立医院根据工作需要，对项目负责人实行项目工资制，对优秀人才实行协议工资制或年薪制，并探索实行对这些人员的工资不计入当年的绩效工资总量。

（2）薪酬水平确定的模式。归纳起来，大致有三种做法。一是“倍数法”，依据公务员规范后津贴补贴水平、当地其他事业单位绩效工资平均水平等为参照系，然后按照一定倍数控制公立医院薪酬水平或绩效工资水平。二是“收支结余法”，按照落实“两个允许”的要求，考虑收支结余情况，核定单位绩效工资总量水平。三是“基数法”，以上一年绩效工资或工资总量水平为基数，综合考虑各项因素和考核评价，控制年度增长率，确定绩效工资水平。

（3）对主要负责人薪酬制度进行了积极探索。在制度设计上，一些地区探索实施了年薪制，明确院长年薪由基本年薪、绩效年薪、任期激励等部分构成。在水平核定上，根据公立医院考核结果、履职情况、职工满意度等因素，大多以与本院在岗职工薪酬总体水平或绩效工资水平的一定倍数确定，参与医院的内部分配。

（4）进一步落实了公立医院分配自主权。制度设计的初衷是将内部分配自主权落实到各个单位，让各单位在内部分配过程中，在核定的绩效工资总量内，进行自



主分配。有的以增量撬动存量，盘活绩效总量，绩效分配与职称脱钩、与考核挂钩；有的提出，公立医院可自主确定奖励性绩效工资占比，灵活设置岗位津贴、科研津贴、延时加班补贴、生活补贴、夜班补贴等符合行业特点的绩效工资项目。

## （二）我区公立医院收入分配制度存在的主要问题

### 1、薪酬水平偏低

上述数据显示，2016年，我区公立医院人均年收入为事业单位工作人员人均年收入的0.96倍；与高校相比，仅为高校教师人均年收入的0.77倍，“教书先生”的收入要高于“看病先生”；约为社会平均工资的1.24倍。而国外公立医院医务人员收入一般为社会平均工资水平的2-4倍。

我区地处边疆，边境线长达4200KM，在103个旗县中有97个属于艰苦边远地区，有19个旗县在边境线上，条件艰苦，由于医务人员收入水平低、职业风险高，人才流失加剧，吸引人才较困难，特别是偏远旗县、苏木乡镇，有些坐诊医生只能使用乡村“赤脚大夫”。

### 2、薪酬机制不够灵活

公立医院现行基本工资的特征是：按岗位管理，以岗定薪，岗变薪变。专业技术岗位分为一至十三级，岗位工资按所聘岗位进行确定；薪级1-65级，依据“套改年限”“岗位”“任职年限”三要素确定。就一年一晋升的薪级工资而言，2006年工资制度改革时级差为26.5元，2016年调标后级差为110元。这就意味着，在岗位级别不发生变化的情况下，工资的增长依靠一年晋升一个薪级，增长额度为年人均110元。显然这种体制长效激励作用不强，也不够灵活。

绩效工资占收入的一大半甚至更多，由于受体制机制及观念的影响，公立医院在制定内部绩效工资分配方案时，职称、职务等因素考虑较多，体现知识价值、技术服务水平等因素较少，即同为主任医师，除与工作数量挂钩的因素外，其他绩效工资项目、水平、标准等基本与职称职务相关链。这就使得医院内部薪酬制度的导向与基本工资相一致，灵活度不够。更为主要的是，基本工资2006年建立至2014年9月间一直没有调整；而占比相对较高的绩效工资水平自2011年至今始终没有调整，与地方经济发展水平不相适应。

此外，公立医院通过“创收”搞内部绩效、医务人员对绩效工资认识上的误区、绩效考核机制不健全、编制备案制改革不到位、财政“六项投入”的不完善等，对公立医院薪酬制度造成了一定的冲击，需要在今后的薪酬制度中不断完善，特别是

针对薪酬水平低、结构不合理、不具有外部竞争力的问题，急需在制度上有所创新，通过全新的制度，提高公立医院的竞争力。

### 3、地区间、医院间发展不平衡

上述数据表明，在公立医院总收入中，国家工资（基本工资+艰苦边远地区津贴+特殊岗位津贴）部分占比偏低，占44.5%左右，而有自主分配权限的绩效工资（绩效工资+其他津贴补贴）部分所占比例较高，为55.5%。在12个盟市中，收入最高的盟市为收入最低盟市的1.73倍；有50%的盟市公立医院收入水平低于全区公立医院收入水平。收入较好的自治区三甲医院，主任医师的平均年收入达30万元，收入较低的旗县级医院，主任医师的年收入仅为5万元。地区间、医院间收入差距大，加剧了人才的不合理流动，出现旗县为盟市“培养”人才、盟市为自治区本级“培养”人才、自治区为发达地区“培养”人才的恶性竞争。

公立医院薪酬中基本工资与绩效工资所占比例从全区总水平看，基本为1:1，但总体呈现出经济效益好的医院绩效工资占比偏高、经济效益不好的医院绩效工资占比偏低的现象。如内蒙古人民医院、附属医院、国际蒙医院等，绩效工资占比高达70%以上；而旗县级公立医院绩效工资占比不到50%。从运行情况看，没有真正体现出“绩效”来，各医院在制定内部分配办法时，仍与职称、职务等象征身份的因素紧密挂钩。

### 4、缺乏正常增长机制

#### （1）各项工资占比情况

基本工资和绩效工资在医务人员的收入中占比在85%以上。从正常增长情况看，基本工资2006-2014年8年没有调整；绩效工资自2011年实施以来，期间也没有调整。而医院近几年患者成倍增加，特别是一些三级医院，出现人满为患的现象，医务人员的工作量不断在加大。导致医院通过“创收”发放绩效、奖金、加班费、值班费的现象愈演愈烈，一些医院实行“两本帐”（这也是官方统计数据显示医院收入低的原因之一，医院通过创收发放的绩效部分未作统计，属于“帐外帐”）。正常增长机制的缺失，医务人员的收入与当地社会经济发展水平脱节、与劳动量不匹配在一定程度上影响了工作人员的积极性。

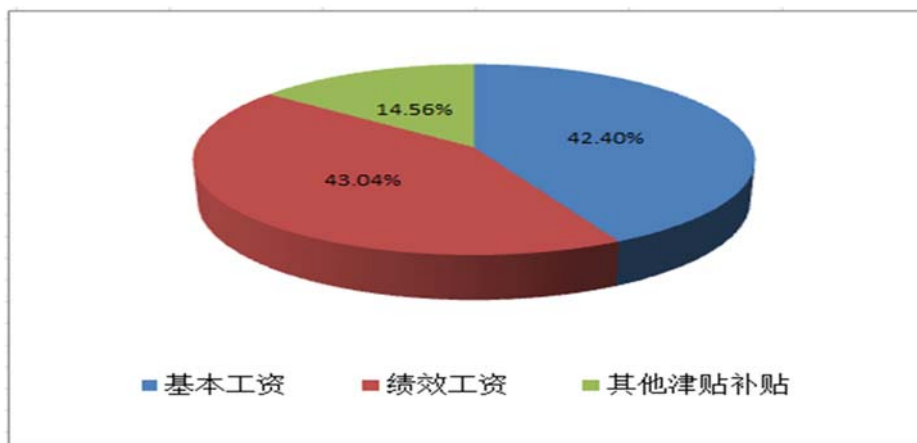


图3-3 各项收入占比统计表

### （2）公立医院人均年收入增长情况

从2012-2016年公立医院人均年收入增长率与在岗职工平均工资增长率看，公立医院人均年收入增长率总体偏低，2014年增长率仅为1.42%，且增长没有规律，而同期人均GDP增长率都要高于公立医院人均年收入增长率。2014年公立医院人均年收入为58824元，人均GDP为71046元，公立医院人均年收入低于人均GDP；2016年，全区人均GDP为74069元，在全国排第6位，而公立医院人均年收入为73003元，低于人均GDP(据统计，五年间公立医院人均年收入均低于人均GDP)。

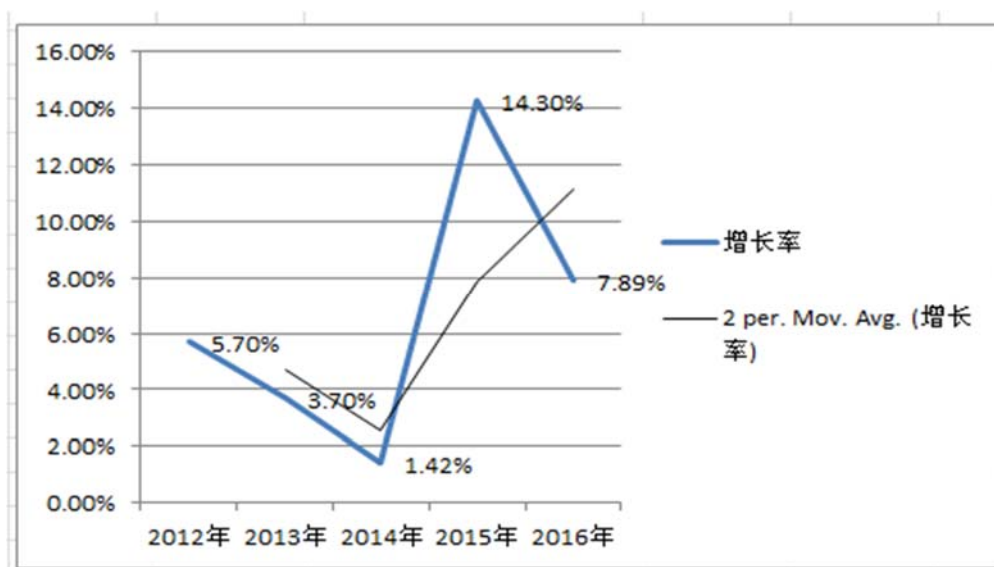


图 3-4 2012-2016 年公立医院人均年收入增长率统计表

### （3）在岗职工平均工资增长情况

从在岗职工平均工资水平看，2012-2016年，在岗职工平均工资逐年增长，总体平稳，增长率走势与自治区经济发展水平相一致，2014-2016年，总体增长呈现上升

趋势，体现了职工收入与经济协同增长的规律。

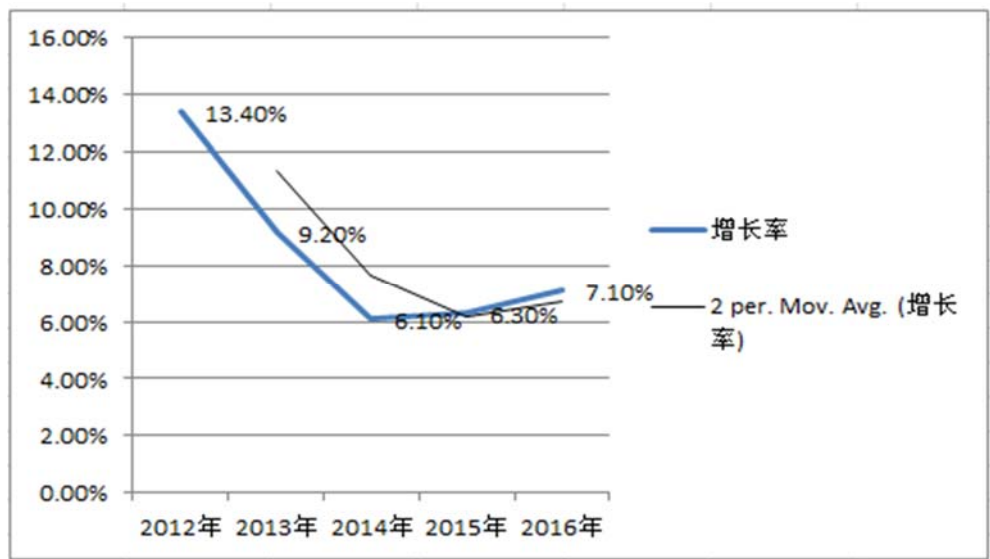


图 3-5 2012-2016 年在岗职工平均工资增长率统计表

### （三）原因分析

#### 1、以收定支现象较为普遍

在确定医务人员薪酬水平时，收入水平与创收能力联系紧密，普遍存在“以收定支”的做法。表现为：同一地区的公立医院，往往创收能力强的综合性医院收入较高，而传染病、精神病、妇幼等专科医院由于创收能力较弱，收入较低。医院内部科室的收入水平也相差悬殊，如有的医院妇产科、康复科、骨科等收入高的科室每月绩效工资5000多元，儿科、感染科等收入低的科室每月绩效工资仅500多元。在财政保障不够的前提下，医院收入与医疗质量、数量挂钩、与医疗服务收入、控制医疗费用等因素挂钩，在目前医院运行的机制和运营的环境下，有一定合理性。但在工资分配上，以“以收定支”作为主要的分配方式，与医改和公立医院薪酬制度改革的初衷相违背。

#### 2、绩效考核与内部分配结合不够紧密

健全考核评价机制，是完善薪酬制度、体现分配导向的重要内容，也是落实公立医院分配自主权的内在要求。大多数地区建立了绩效考核办法，从实际情况看，有的地区公立医院考核办法还不够科学合理，有的考核指标仍与药品耗材、大型医学检查等业务创收挂钩，医务人员创收指标“地下化”。有的没有区别医、护、技、药、管等不同岗位差异，将考核结果与内部分配挂钩。在内部分配中，有的地区医

务人员绩效考核与实际分配结合不紧，还没有兼顾不同学科之间的平衡，没有做到向关键和紧缺岗位、高风险和高强度岗位倾斜。有的医院主要负责人对搞活内部分配的顾虑比较多，还存在“怕得罪人”思想，医院内部分配无法拉开岗位差距，有平均主义现象，影响了绩效工资作用的发挥。

### 3、财政保障难度加大

从全区看，医院由于综合医改过程中药品零差价率后弥补不足、检查化验收费标准降低、医疗服务价格调整不到位造成医疗项目亏损以及政府财政补助不够等原因，导致公立医院收入来源有所减少。另一方面，医院的薪酬制度改革、养老保险制度并轨改革后，薪酬支出增加，医院人员经费支出压力加大。有的地方的公立医院已经出现了亏损，有的地方甚至亏损率已达70%，医院已经很难有收入增量来推动改革，特别是部分艰苦边远地区，经费不足的问题更加严峻。保障医院经费来源，也是我们下一步工作研究的重点。

## （四）国外公立医院收入分配情况

### 1、基本特点

国外公立医院的工资主要由基本工资、奖金和福利三部分组成，水平主要依据医务人员的业绩、年龄、职级确定。总体看，基本工资约占总收入的50%，奖金约占10—20%，福利约为30—40%。不同的国家收入结构有所不同。如美国，公立医院医务人员实行和公务员相同的“职务”工资制，即同一职务人员工资水平相同，不实行绩效，医务人员更加看重在公立医院的任职经历；在法国，公立医院全国有统一的标准，医生的薪酬主要依据年资和身份，差别不大；日本的公立医院，医务人员实行的是固定工资制，全国没有统一的标准，由医院自主分配，年功序列薪酬是日本传统的薪酬制度；新加坡的薪酬制度比较灵活，许多薪酬通过集体协议来确定，薪酬级别多、级差小，顶薪与底薪差别较大。

### 2、薪酬水平

从水平上看，发达国家医生的薪酬水平一般为社会平均工资的2-4倍，与其他行业相比位于前列。如2012年英国医生人均年收入为社会平均收入的2.6倍，位列第11位；2013年法国医生平均年收入为社会平均工资的2.44倍，收入水平在全国处于最高的群体；2012年日本医生的年收入水平为全国平均工资的3倍，列第2位。

### 3、增长机制

定期增长、集体谈判及由于经济发展所引起的工资增长通常是国外公立医院医务人员工资增长的主要情形。定期增长是公立医院最主要的一种增资情况；集体谈判以工会为主，主要决定大概的工资水平、增长的速度、频率与幅度；由于经济发展所引起的工资增长通常具有社会普遍性。

通过美国、英国、法国、日本和新加坡等国家的公立医院薪酬制度可以看出，收入水平较高、分配方式较灵活是其基本特点，体现年资、通过谈判、协商确定工资是其基本模式。这种优越性为其公立医院提供了良好的制度保障。



人均年收入15.7万元。在工资改革方面，通过详细测算医院医务性收入、院长考核分值、职工工资收入结构等一系列数据，提出了“工资总额=全员职工档案工资+当年计算工资额医务性收入×计算工资总额医务性收入调节系数×院长年度考核总分数×院长考核调节系数”的核算公式，引进了RBRVS工作量考核分配方式和C-DRGS考核工具。经过一系列的改革，降低了药品价格，推动了分级诊疗，提高了医务人员的待遇，为实施年薪制进行了积极探索和有效尝试，取得了成功的经验和做法，为全区推广积累了经验和做法。

## （二）谈判制（协议工资制）

协议工资制度，是指在国家法律的保护和约束下，雇主和雇佣方通过谈判来决定工资水平的一种工资决定方式。公立医院在发展过程中，往往需要通过柔性、刚性等形式引进在某个方面有专长的医务人员，在服务期内，按协议发放工资。协议工资制是对公立医院从事周期性较强、技术含量较高工作的急需紧缺或高层次人才，可根据在聘用期内的岗位职责、目标要求，通过双方协商和谈判，以协议形式确定收入水平。

如四川省绵阳市积极开展柔性及申报E0外国专家引智项目，以助推医院业务技术水平提升和多元化人才培养。通过协议工资，一年来引进德国、法国等十多名知名专家学者，通过谈判的形式来确定其薪酬待遇。

## （三）项目工资制

公立医院因重大技术项目、科研项目和工程项目以及其他特定工作，临时聘用高层次人才，可根据项目工作量和预期收益等情况，由双方协商确定在项目期间的收入及相应待遇，劳动报酬在相关经费中列支，根据工作任务完成情况发放。这种分配模式以完成一定的工作任务为目的，通过完成既定的项目，来带动医疗卫生事业某个领域的发展，具有操作简单、成效显著的特点。

如湖南省郴州市第一人民医院，根据医院学科建设需要，对部分紧缺、特殊专业技术岗位的正高级职称专家或引进人才协议商定工资待遇。如协议聘请德国萨克森州妇科协会主席、欧洲泌尿领事会主席Dr kurt lobodasch指导妇科盆底中心业务，聘请台湾肿瘤医学专家作益民担任区副院长、放疗中心主任，全面提升放疗技术水平。

## （四）市场定价模式



基于市场的薪酬模式是指参照同等岗位的劳动力市场价格来确定薪酬待遇。该模式立足于人才市场的供需平衡原理，具有较强的市场竞争力和外部公平性。采用这一模式，可有效解决我区公立医院薪酬水平与市场相脱节、薪酬水平偏低、不具有外部竞争力的问题。

阿尔弗雷德·马歇尔（Alfred Marshall）认为，劳动力市场上劳动力的价格就象其他商品一样，在完全竞争的市场上，劳动力供给和需求的相互作用是决定实际工资水平的惟一因素。在劳动力的供给量与需求量相等时，劳动力市场处于静态平衡。如下图，需求曲线D和劳动力供给曲线S决定了劳动力工资水平。该模型认为，其价格的变化取决于市场上供求双方的变化，供求曲线的交点最终决定了均衡工资水平。

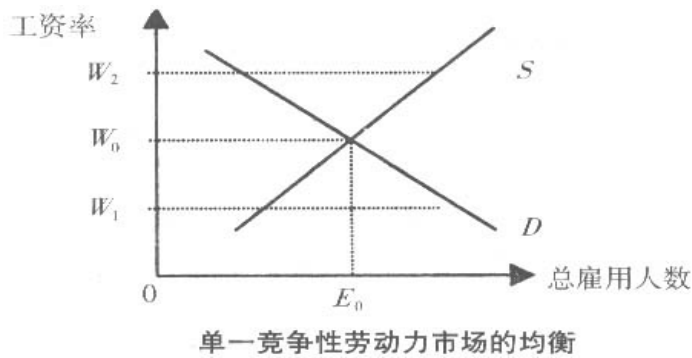


图4-1：单一竞争劳动力市场均衡模型

从上述模型可以看出，当劳动力需求大于劳动力供给时，即劳动力短缺时，市场将通过提高工资率的办法得到足够的劳动力。

与发达地区相比，我区公立医院总体高层次人才短缺，医疗技术服务水平相对滞后，特别是偏远地区，人才短缺的现象更为严重。除地理环境因素外，从薪酬分配的角度看，医院提供的薪酬不符合市场规律也成为制约医院发展的瓶颈。

美国、加拿大、澳大利亚等国均采用市场定价模式来确定医务人员薪酬水平。为了解决我区公立医院紧缺急需或高层次人才短缺的问题，薪酬水平须与市场人才供求规律相一致，由市场决定医务人员的薪酬，在市场机制作用下提供较高的工资率。

### （五）期权制模式

期权制源于美国，自80年代至今美国大多数公司都实行了这种制度，在国外一直被叫做经理人的“金手铐”，很好地体现了激励与约束并重的特点。其原理是设

定一笔较为理想、可观、能够实现的收入，员工在未来一定时期分批取得比较多的收入，是一种长效激励机制，也称为延期分配。目前，部分高校、科研院所等单位已实施期权制，如新疆财经大学，在2005年已实施期权制，对引进高层次人才起到了很好的助推作用；内蒙古科技大学对高层次人才采取期权制的作法，对稳定人才起到了至关重要的作用。

中办、国办关于实行以增加知识价值为导向分配政策的若干意见规定：“坚持长期产权激励与现金奖励并举，探索对科研人员实施股权、期权和分红激励，加大在专利权、著作权等知识产权等方面的激励力度”“构建对科技人员的股权激励等中长期激励机制”。

国家层面，已有了制度基础，自治区也正在研究制定相应的配套政策。公立医院在薪酬制度改革时，结合岗位和人员实际，加大投入力度，将绩效工资中的一部分设置为期权，用于补偿医务人员未来的风险收入。这种模式比较适合高精尖、有发展潜力、专业性强、职业风险大、取得成果周期长的人员。

## （六）宽带薪酬模式

宽带薪酬始于20世纪80年代末到90年代初，其原理是取消原来狭窄的工资级别，用少数跨度较大的工资范围来代替原有数量较多的工资级别的跨度范围，是一种新型的薪酬结构设计方式，是对传统的垂直型薪酬结构的一种改进或替代。宽带薪酬已被许多企业采用，如中国网通、西门子等。

公立医院现行岗位绩效工资制，医务人员即使能力达到了较高的水平，由于岗位职数的限制，医务人员仍然无法获得较高的薪酬。在宽带薪酬体系下，薪酬的高低是由能力来决定而不是由职位，医务人员只要具备所需的技术和能力，也可获得较高的报酬。这种制度更加重视个人，将薪酬与员工的能力和绩效有机结合，薪酬水平依据以市场调查的数据确定。

公立医院正处在内部管理体制改革的关键时期，逐渐打破了职务终身制，取而代之的是岗位管理，强调能力，重视业绩。公立医院应突破传统的薪酬分配理论和模式，引入宽带薪酬模式，不论职务，不论资历，以能力和业绩为导向，按岗聘任，以岗定薪，岗变薪变，在同一层级内合理拉大差距，重点提高高层次人才、骨干队伍的待遇。

总体来说，未来的薪酬制度应该物质激励和精神激励相结合，以物质激励为主；短期激励和长期激励相结合，以中长期激励为主。同时考虑正激励与负激励相结合，奖罚分明，以奖为主，加强精神层面的激励。在物质激励方面，考虑多种模式组合

使用，不同的人群、不同的时期、不同的公立医院可以采取不同的薪酬模式。

## 五 结语

从国家层面看，人力资源社会保障部、财政部《关于完善事业单位高层次人才工资分配激励机制的指导意见》中提出：完善工资激励机制；根据事业单位高层次人才特点和承担任务情况，鼓励探索实行灵活多样的分配形式；引入市场分配机制，合理确定高层次人才待遇水平；事业单位聘用的急需紧缺或高层次人才，可实行年薪制、协议工资制、项目工资等灵活多样的分配形式。从自治区层面看，今年12月1日，自治区人力资源和社会保障厅、财政厅、卫生和计划生育委员会联合印发的关于开展自治区公立医院薪酬制度改革试点工作的实施意见规定：“根据医疗卫生行业特点，完善适应行业特点的公立医院薪酬制度。”“进一步完善公立医院绩效工资制度，积极探索年薪制、协议工资制等多种分配模式。”从实践层面看，部分盟市已作了探索性的尝试，如乌海市，拟定了《乌海市公立医院院长年薪制暂行办法》、《乌海市关于试行年薪制公立医院工资总额有关事项的通知》；包头市公立医院人事薪酬制度改革的意见提出：“医院可以按照有关规定，探索实行目标年薪制和协议薪酬。”可见，公立医院实行年薪制、谈判制（协议工资制）、项目工资制、市场定价等分配模式，已有政策支撑和一定的实践经验。各盟市在试点工作中应大胆尝试，突破现行分配体制，合理使用几种分配模式，将公立医院薪酬改革向纵深发展，建立起更加符合公立医院特点的薪酬体系。

不足之处在于，年薪制、谈判制（协议工资制）、项目工资制等在企业中有较多的使用，由于公立医院为国家举办的事业单位，具有公益属性，承担着一定的社会公共服务职能。从管理体制和权限上看，受各级政府宏观调控的制约，分配政策既要满足医院自身发展的客观需要，又要符合国家和自治区有关政策要求，再加上编制备案制、财政拨款体制、事业单位分类改革、公立医院绩效评价体系等一些顶层配套制度还没有完全到位，公立医院实行年薪制、谈判制（协议工资制）、项目工资制等在实施初期有一定的难度和阻力。不仅需要进行创新性实践，更主要的是有关职能部门、公立医院院长、医务人员等要在观念上进行更新，建立全新的薪酬模式。这也就对我们今后的研究提出了要求，及时关注我区公立医院薪酬制度改革进程，了解掌握几种分配模式在实际工作中的效果，不断总结经验，不断完善制度，不断创新，为促进我区公立医院综合改革、提高公立医院竞争力提供参考依据。

## 参考文献

- 【1】亚当·斯密. 国富论[M]. 陕西:陕西师范大学出版社, 2006 年版.
- 【2】亚伯拉罕·马斯洛. 《动机与人格》[M]. 北京:中国人民大学出版社, 2008 第 3 版.
- 【3】(美) 克尔 (Kerr, S.) . 《薪酬与激励: <哈佛商业评论>20 年最佳文章精选》[M]. 边婧等译. 北京: 中国纺织出版社, 2005. 1.
- 【4】(美) 托马斯·B. 威尔逊. 《薪酬: 以薪酬战略撬动企业变革》[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2004. 3.
- 【5】聂锐. 管理学[M]. 北京:机械工业出版社, 2008 年第 1 版.
- 【6】亚当斯. 《社会交换中的不公平》[M]. 北京:商务图书馆, 2008.
- 【7】冯宪. 《薪酬管理》[M], 杭州: 浙江大学出版社, 2005. 7.
- 【8】李严锋、麦凯等. 《薪酬管理》[M]. 大连: 东北财经大学出版社, 2002. 2.
- 【9】王雁飞、朱瑜. 《绩效与薪酬管理实务》[M]. 北京: 中国纺织出版社, 2002. 1.
- 【10】王芳等在《我国公立医院薪酬制度存在的问题及对策研究》2016 年 12 期.
- 【11】刘旭涛. 职业化管理让“两官分途” [J] . 北京:人民论坛, 2010 年第 4 期.
- 【12】何凤秋: 福建省三明市公立医院薪酬制度改革案例分析.
- 【13】邱艳, 欧崇阳, 卢杨. 医务人员薪酬制度主要问题及对策[J]. 解放军医院管理杂志, 2009 (6) .
- 【14】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) .
- 【15】杨筱倩, 谭宇晴, 龙娟. 我国公立医院薪酬分配制度研究[J]. 经营管理者, 2012 (8) .
- 【16】代涛, 何平, 王小万. 发达国家医护人员经济激励机制的特点[J]. 卫生经济研究, 2007 (7) .
- 【17】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 (7) .
- 【18】李春梅, 师东菊. 医院薪酬体系存在的问题及改进[J]. 医院管理论坛, 2009 (9) .
- 【19】王忱, 尹爱田. 我国医务人员薪酬制度的现状、问题与策略建议. 中国卫生经济, 2013 (11) .
- 【20】陈红艺, 张光鹏, 贾瑶瑶. 基于决定要素相对价值测算公立医院医务人员薪酬水平. 中国医院, 2016 (6) .
- 【21】刘灿国、邓多文. 完善当期分配制度与建立延期分配制度有机结合——高校薪酬制度设计改革方向之探究[J]. 《渝西学院学报》(自然科学版), 第 4 卷第 1 期, 2005 年 3 月.

- 【22】徐立君. 宽带薪酬: 等级少了, 激励大了[J]. 《中国新时代》, 2006. 01.
- 【23】曾湘泉、赵立军. 我国高等学校工资制度的历史沿革[J]. 《中国高教研究》, 2004 年, (增刊).
- 【24】十六大报告全文, 2002 年 11 月.
- 【25】十六届三中全会全文, 2003 年 11 月.
- 【26】十六届六中全会《决定》, 2006 年 10 月.
- 【27】十七大报告全文, 2007 年 10 月.
- 【28】十八大报告全文, 2012 年 11 月.
- 【29】十九大报告全文, 2017 年 10 月.