

我国公立医院医生激励问题研究

宁璐嘉¹, 强正佩²

(1.四川大学华西第二医院,四川 成都 610041;2.四川省机场集团有限公司成都天府国际机场分公司,四川 成都 641400)

摘要:我国健康领域通过近年来的改革发展,取得了较为显著的成就,也带来国民健康需求的转变,给我国健康服务系统提出了新的要求。公立医院医生是我国医疗体系的重要支撑,然而其面临人员数量不足、结构失衡等问题。本研究从公立医院医生的激励问题入手,研究其激励现状,寻找问题并提出解决措施。

关键词:公立医院;医生;激励

[DOI]10.12231/j.issn.1000-8772.2021.03.146

1 研究背景

近年来,我国社会发生巨大变革,经济改革成果丰硕,市场经济蓬勃发展,国民收入不断提高,健康领域改革发展取得显著成就,人民健康水平和身体素质持续提高。按照国家卫生计生委发布的最新数据,2019年我国居民人均预期寿命达到77.3岁,多项居民主要健康指标居于中高收入国家前列^①。然而,经济发展也带来了新的问题,如居民生活方式变化、环境污染造成慢性非传染性疾病成为最主要的健康威胁的疾病谱变化,给国民健康的维护和促进带来了新的挑战。

同时,我国卫生人力资源面临诸多困境。一是需要更多卫生领域的专业人才来应对诸多突发事件带来的对公共卫生体系的冲击,同时,“十四五”规划对提高医疗卫生保障能力提出了更高的要求,也需要更多数量、更高质量的人才来实现。二是医生数量少,截止2019年,我国有医生386.7万人^②,每千人约2.8名医生,依然处于较低水平。三是结构不合理,东部地区医生数量远大于西部地区,内科、儿科等专业医生占比过低^③。四是医生待遇有待提升,正向激励不足,医患纠纷等负面事件频发,难以吸引人才进入。

在上述背景下,本研究认为,随着我国健康领域改革的持续深化,卫生人力资源作为改革重要的执行者和承担者,理应受到更多重视。本研究将从激励角度入手,研究我国公立医院医生激励现状,发现问题、分析原因,最后提供改进的对策和建议。

2 公立医院激励现状

激励,是指为提高效率、增强动机而提供的外部奖励。包括薪酬结构、收入水平、服务费用等以货币形式体现的经济激励和人事编制制度、职称评审制度、从业环境等除货币形式以外的非经济激励^④。

2.1 我国公立医院医生的经济激励

一是建立取消药品加成补偿机制和药品集中采购机制,转变医生医疗行为。我国各大城市公立医院探索取消药品加成经费补偿及药品集中采购机制,公立医院药品收入核定取消药品加成后减少的收入,通过政府财政补偿、提高医院服务费及医院提质增效等方式来消化,从而规范医疗行为。二是梳理各项医疗服务价格,体现医生应有价值。提高能够体现医生劳务价值的医疗服务价格,降低使用器械检查的费用,调整医保相应政策。同时逐步建立动态调整机制,关注医院成本收入结构,使公立医院展现公益属性,使医生医技价值得到应有尊重,激励其提高医术和服务水平来获取更高服务费。

2.2 我国公立医院医生的非经济激励

一是创新编制管理。建立编制动态调整机制,探索去编制化管理,以总量管理为重心,人员管理、任用、职称评聘等方面统筹考虑编制内外人员。二是健全绩效考核制度。严禁设置创收指标,考核体系要能够反映出医生的服务质量、工作强度、技术水平、行为规范和患者满意度,考核结果与薪酬待遇、职称评定、晋升等职业发展路径

挂钩。三是重视医生职业发展和个人成长。允许医生通过多点执业取得合规收入,针对全科医生、基层医生等群体改革职称评定方式。四是改革支付制度。根据病种类别,建立以项目付费为主、以床日付费、按病种付费等多元化付费方式,通过支付方式与薪酬管理结合起来正向激励其他医生群体。

3 公立医院医生激励存在的问题及原因分析

3.1 公立医院医生激励存在的问题

从经济激励方面来看,我国医生收入水平普遍较低,超过一半的医生与收入低于7500元^⑤,医生工作压力大、工作时间长,相较于互联网、金融等对人才水平要求高的行业,这样的收入水平显然激励不足。从非经济激励来看,体现在人事制度和职业发展难以满足要求、工作环境有待改善及医患关系还不够乐观。

3.2 原因分析

3.2.1 绩效考核制度有待完善

从针对医院的绩效考核来看,由于政府补贴不足、医院转嫁成本和对原有创收模式的路径依赖,虽然公益性已经成为公立医院考核主要指标,也禁止医院给医生设立创收指标,依然存在医院将医生绩效工资与医院收入挂钩的奖励制度。

从对医生的绩效考核来看,虽然规定严禁对医生的考核与创收指标、业务收入挂钩,但考核中人为因素影响较大,信息系统建设还有待完善,医院和医生难免会对原有考核制度产生路径依赖。同时,公立医院缺乏对非医技人员考核标准的规范,现有收入水平未体现出一线医生与非医技人员的差距,医生容易产生消极情绪等负面激励结果。另一方面,职称评定关乎公立医院医生的职业发展前景和个人价值体现,现有职称评审机制存在几点问题:一是虽然对职称评审标准提出了创新,但是相比论文、科研、外语、计算机等指标,在现有技术条件下,对医德医风、患者满意度等指标难以测度;二是由于职称评定规则单一,高级职称评定看重科研成果和外语,这对于基层公立医院医生而言是非常不利的;此外,评聘指标限制、用人单位的作用得不到发挥,也对职称评定产生了影响。

3.2.2 薪酬结构不合理

公立医院医生的薪酬主要由基本工资、绩效工资、奖金和补贴组成,且绩效薪酬和奖金占比较高。在这个薪酬结构之下,不同级别和类别的卫生医疗机构之间会产生较大的薪酬差异。经济发达地区的公立医院的医生,医疗资源好,绩效更容易达成,奖金相对更高。而经济欠发达地区的医生则相反,这会造成医生资源向经济发达地区流动,欠发达地区医疗资源更加匮乏。

3.2.3 人事制度改革突破难

人员编制制约了医生的流动。首先,人员编制造成了医生管理体制的僵化,医生资源无法充分发挥作用;其次,部分地方对卫生系统编制管理本身存在问题,比如长年未调整编制,招人标准与实际

用人之间存在失衡,部分医院空编和缺编的问题同时存在,医院为解决用人难题,只能聘用编外人员;第三,财政部门对公立卫生服务机构的工资预算和补助津贴等都是基于人员编制的,对医院的绩效结果并不看重,使用编外人员的卫生机构,只能自行解决这些人的待遇问题,这又会推动医院产生创收的动机;第四,由于我国医生目前仍然受到《执业医师法》的约束,加之医生平常工作繁忙,多点执业政策并未发挥其提高医生收入水平、解决病人看病需求的作用。

3.2.4 配套措施不到位

首先,卫生工作强度大、风险高,医生难免会感觉压力大,身体处于亚健康状态,会有心理疏导、身体放松的需求,但这一问题目前很少被关注解决;其次,对医生的精神激励不足,现有医院缺乏文化建设,不利于提高人才的凝聚力和积极性;第三,医院管理者的关怀、社会舆论导向、医患关系都会对医生产生激励,然而从现状来看,这些方面还很不理想。

4 公立医院医生激励改善的对策和建议

4.1 完善考核制度

4.1.1 完善医院考核制度

探索建立以资源利用效率和健康结果为导向的公立医院的绩效评价标准,加大对医院成本控制、业务量、医疗服务质量、资源利用效率和健康结果的考评力度,准备一笔奖励金,也可以是总额预算结余资金,奖励绩效表现突出的医院。加强医联体建设,探索对医联体内的总额预算制度,医联体内部进行成本管控和利益分配,这样的激励方式有利于推动分级诊疗、双向转诊,促进内部人才培养、学术交流和资源共享,提高医联体整体医疗服务能力和效率,并且可以通过评估医联体的健康绩效,来对医院与医生的行为进行干预,降低费用成本。

4.1.2 优化医生绩效考核机制和职称评定机制

在绩效考核方面,首先,完善补偿机制,引导原本重视创收的考核机制向基于岗位的服务水平、服务质量和健康结果等的综合考核机制转换;其次,在条件允许的公立医院推进 RBRVS、DRGs、KPI 等绩效考核工具的使用探索,激励医生提高业务水平,减少资源耗费;第三,制定医院非医技人员的考核标准,适当调整待遇水平,与医技人员拉开合理水平,体现出医技人员岗位价值;第四,发挥绩效考评的约束作用,通过对不当医疗行为的负向激励来干预、引导医生行为。在职称评定方面,改变以学术论文为导向的评定机制,重视技能水平、服务质量和医学发展,可以考虑将绩效考核结果纳入职称评定体系,从而得到更全面的考评依据;其次,尊重公立医院的评定意见,发挥用人单位作用;最后,放宽职称评定名额限制,减少按照年龄论资排辈的情况出现,重视年轻医生自我发展的需要,激励年轻医生提高业务水平的积极性。

4.2 优化薪酬结构并提高待遇水平

第一,提高公立医院医生的薪酬水平,尊重医生工作价值,吸引人才进入,改善人才数量和结构,使医生薪酬待遇具有内部和外部竞争力;第二,增加基本工资在整体薪酬中的占比,减轻绩效奖金对创收行为带来的诱导作用;第三,适当拉开一线医生和其他管理人员薪酬待遇差距,针对不同科室特点制定相应的考核方案,调动一线医生、骨干医生的工作积极性;第四,重视非工资收入的激励作用,正规化夜班、加班等津贴制度,增加突发公共事件应急、延长工作时间等补助,使医生超负荷工作得到应有的回报。

4.3 推动人事制度改革

首先,创新编制管理,合理核定公立医院编制总量,对“老人”推行“基本编制+备案编制”制度,建立动态调整机制,对“新人”实行去编制化管理,财政补贴、各项待遇与编制脱钩,逐步过渡到全员聘

用。其次,赋予公立医院更多自主权,让其能够根据实际需要而不是编制名额来选拔和管理医生人才,通过签订合同管理来实行标准化、规范化的管理。最后,化解执业许可证管理和多点执业流动政策的冲突,通过加强政府引导、明确各方权责、强调行业自律和契约精神、建立风险分担机制、推动医联体建设等,来保证多点执业有序开展。

4.4 完善配套政策

第一,增加对公立医院医生的关怀,尤其是管理者应该以身作则,关注医生身体健康和心理健康,有问题要及时干预;第二,加强医院文化建设、增强内部凝聚力,将正确的价值观植入医生心中,并通过精湛的医技、良好的医德、优质的服务体现出来;第三,建立医生权益保障机制,按照法律程序处理医患纠纷,与相关部门合作坚决打击医闹,切实保障医生的人身财务安全,维护医院行医秩序,当然,对于医技医德问题也要及时纠正和处理,以免在医生群体中出现“劣币驱逐良币”现象;第四,加强对医生的正面宣传,培养社会对医学的正确认知,促进群众对医生的认同与尊重,让从医成为一项体面的工作,改善医患关系,吸引人才学医。

注释

- ①新华社.人均预期寿命 77.3 岁:我国主要健康指标居中高收入国家前列[EB/OL].http://www.gov.cn/xinwen/2020-10/14/content_5551288.htm.
- ②新华社.国家卫健委:我国医师总数达 386.7 万人,基层医生数量增幅高[EB/OL].http://www.gov.cn/xinwen/2020-08/19/content_5535907.htm.
- ③国家统计局.中国卫生和健康管理统计年鉴 2019[M].中国统计出版社,2019.
- ④罗哲.人力资源管理[M].四川大学出版社,2010.
- ⑤清华的学社社会学系.2021 医师调查报告.2021:8.

参考文献

- [1]张明吉,侯志远,严非.卫生人力资源研究中“激励”及相关基本概念的变化[J].中国卫生政策研究,2015,8(03):65-71.
- [2]林培君,林晓欣,罗楨妮,刘俊荣.我国卫生人力资源现状分析[J].中国初级卫生保健,2017,31(01):23-26.
- [3]顾昕.中国医疗领域中的人力资源危机[J].国家行政学院学报,2011(06):17-22.
- [4]方鹏骞,谢俏丽,刘毅俊.我国医院卫生人力资源现状分析与展望[J].中国医院,2016,20(07):60-62.
- [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(01):5-8.
- [6]孟庆跃.卫生人员行为与激励机制[J].中国卫生政策研究,2010,3(10):1-2.
- [7]陈丽,马晓静,黄元韬.制度变迁视角下的公立医院编制制度改革的历史演进[J].中国医院管理,2016,36(12):1-3.
- [8]刘利,武爱文,王楠,李航,李蕊,于森.基于 RBRVS 和 KPI 的医院科室绩效管理实践与思考[J].中国医院管理,2018,38(05):72-74.

作者简介:宁璐嘉(1993-),女,汉族,四川自贡人,硕士研究生,助理馆员,现供职于四川大学华西第二医院,研究方向:信息服务与用户研究、医院管理;强正佩(1992-),男,汉族,甘肃庆阳人,硕士研究生,经济师,现供职于四川省机场集团有限公司成都天府国际机场分公司,研究方向:人力资源管理。