

# 医生的收入与付出是不是相符

## 越是年轻收入越低,薪酬改革艰难推进

8月,医疗反腐震动整个行业,医生收入问题成为社会瞩目的焦点。

在沸腾的舆情中,一位国内三甲医院的著名专家在朋友圈转发了一篇3年前的报道,标题意味深长:《人民网评:请永远记得,医生为我们拼过命》。

国家统计局数据显示,2022年末全国执业医师和执业助理医师为440万人。

400多万中国医生的收入究竟高不高?医生的收入与奉献和付出是不是相符?公众在这些问题上各执一词,不满、愤怒与压抑、委屈,各种情绪交织在一起,让人眼花缭乱,不知何去何从。

### 医生收入几何

在各行各业中,医生非常特殊,越是年轻,越只能坐冷板凳,收入越低。

一个从医学院毕业的大学生,要经过规培(住院医师规范化培训)、住院医师阶段才能一步一步晋升成为主治医师、副主任医师、主任医师等,一位医生介绍,硕士规培属于最底层,干着最繁琐的工作,可能每个月到手工资只有1600元。

上海一家三甲医院主治医师介绍,一般而言,规培需要三年,规培完正式工作满两年后才能去考主治医师,之后满五年才能升副高(副主任医师)。在规培阶段,第一年因为还不具备执业证,每个月到手工资只有2000元~3000多元,之后的第二年、第三年,月收入大概在5000元~6000多元。到了住院医

生阶段,到手月薪在7000元~10000多元。但在升副高之前,收入主要还是依靠科室“大锅饭”。

一位医生说,医生最大的收入来源其实是奖金,奖金是根据科室的收入来分配的,这部分主要体现的是医生的工作量、年资以及业务水平。“具体的奖金分配体系还是比较复杂的,每个医院都不太一样,但原则差不多。”

中日友好医院等单位的作者于2019年发表了一篇关于《中国公立医院医生薪酬收入的现状与趋势分析》研究显示,我国主要三级公立医院医生平均实际年收入从2016年的9.57万元增加到2019年的12.22万元。2016~2019年四年间我国主要三级公立医院医生实际年收入虽略有增加但总体变化不大。

### 薪酬从何而来

中国人口超过14亿,求医问药的需求十分旺盛,面对海量的看病需求,中国一直在努力,但是医生的数量仍然存在缺口,在一线城市的三甲医院,病人大排长队屡见不鲜。

有专家表示,医生工作量大,再加上无法获得合理报酬,容易产生心理失衡问题,这也给追求“灰色收入”埋下伏笔。

值得注意的是,公立医院医生的薪酬主要由医生提供医疗费用的费用及政府对医院的财政投入构成。目前我国政府对公立医院的平均投入仅占医院总收入的一成,剩余九成均由公立医院通过医疗服务收费等手段来对医生的薪酬进行发放。近年来,我国也在深化医疗卫生体制改革,弱化公立医院的逐利性。但是,在财政投入减少以及公立医院仍需要“自负盈亏”下,也促使公立医院均以患者的数量

以及提供医疗服务的数量等作为获取利益的直接手段,从而导致过度医疗、以药养医等不合理的医疗服务行为出现。

2015年原国家卫计委发布的《公立医院预决算报告制度暂行规定》提出,“不得将医院收入指标分解到各科室,更不得将医务人员收入与科室收入直接挂钩”。此后我国陆续出台了多个政策文件,要求严禁向科室和医务人员下达创收指标。

与此同时,尽管政策也一再强调“医务人员薪酬不得与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入挂钩”,但作为财政差额补助的二级事业单位,公立医院长期因医疗服务价格总体偏低、财政投入长期不足,而负债累累、“收不抵支”。在创收管理仍然存在单纯以“多劳多得”为激励倾向,这也可能带来“过度医疗”现象。



### 改革是块“硬骨头”

与发达国家相比,中国医生的数量仍然存在较大缺口,医生工作量大,对收入的增长有较强的预期,让医生光明正大满足自己的需求,需要进行医生薪酬改革,这是一块“硬骨头”。

今年7月24日,国家卫健委等6部委联合发布的《深化医药卫生体制改革2023年下半年重点工作任务》正式对外公布,其中明确:落实药品和医用耗材集中采购医保资金结余留用政策;合理确定内部薪酬结构,注重医务人员的稳定收入和有效激励,进一步发挥薪酬制度的保障功能。同时,推动各省开展2023年医疗服务价格调整评估,符合调整的在总量范围内及时调整价格。

国家卫健委在2021年发布《关于深化公立医院薪酬制度改革的指导意见》中提出七点要求,其中之一就是“拓宽深化薪酬制度改革经费渠道,逐步提高诊疗、中医、护理、手术等医疗服务在医疗收入中的比例。在确保收支平衡的前提下,合理确定人员支出占公立医院业务支出的比重。公立医院可根据考核结果分配医保结余留用资金,主要用于相关人员绩效。”

按照医保支付体制改革初衷,旨在将收入激励转为成本激励。中国药科大学国际医药商学院伍琳等日前撰文称,所谓成本激励,即一般指在按病种付费、按人头付费等总额确定的预付制体系中,医院的医保资金结余可以全部或部分转化为医生收入及职业发展支持(如科研基金、学术交流费用等),从而产生激励效应。而“结余留用”的成本激励机制则大幅提高了医院缩减成本的动机,“结余资金”部分可以以经济收入或福利保障的形式惠及医生,从而使医生自主规范服务行为,提高医

疗服务效率。

“但事实上,能有结余已经很不简单了,会否将结余用于人员收入提高也是个问题。”北方某县卫健委副主任表示,近年来,当地县医院和中医院经营收入在下降,但人员收入占比也在下降。“每年都走几个青年骨干医生。”

调研发现,随着医保支付方式改变,一些临床医生救人、开药变得畏手畏脚。“多劳多扣”“医院没有结余,哪来的成本激励”“问责压力加大”成为多名受访临床医生的共同困境。

中部某省会三级综合性医院感染科主任举了一个例子:今年二季度,他们科室曾遇到过一个腹腔复杂性感染的病人,按照按病种付费的模式,最多能用医保报销约1万元,但由于并发症、耐药性等问题,实际医疗花销达到20万元,也即除去医保基金支付的1万元,剩下的都得算作院方亏损,院方则会将其亏损算在科室月度整体绩效中进行扣除。

怎么办?如果选择不救,该名患者已经被东部几个大省某些大三甲医院拒收过,生命开始垂危,如果救,那么他连带科室都得承受当月的绩效扣除,甚至会影响年度部门间的考核,这对于“原本就不赚钱”的科室而言,无疑是雪上加霜。当然,医保部门也在制度设计时考虑到高费率病例(超过支付标准的3倍),但申诉后,可报销的比例也只是超过高费率数额的部分(20万元-1万元×3),剩余的2万差额依然得由科室承担。

“在我从业的几十年,薪资计算一直都是‘基本+绩效’,基本工资包括工龄、职称以及年度教学任务收入等;绩效简单来说就是门诊量的‘收入-支出’,也即多劳多得,唯一的变化就是在实行从按项目付费到按病种付费后,要想

取得和此前相同收入,需要尽可能地减少一些药耗。此外,如果遇到上述情况,科室还可能亏损,也就是多劳多亏。”他表示。

“(医疗服务)价格改革是关键。”上海创奇健康发展研究院创始人、执行理事长蔡江南说。

他解释称,医生收入待遇难以提高,根本上还是“盘子”不够大,即公立医院的亏损问题。化解手段一般有两种,一是财政支出,这是过去惯常的手段。但由目前各地政府财政吃紧,所以指望政府加大拨款力度并不现实;二是医疗服务价格改革。过去,由于公立医院医生相对比例是编制内的,如果通过提高医疗服务价格水平来改善医生收入,那么如教师、公务员、警察等其他编制内的群体可能存在攀比心态,同时,如何与患者期待找到一个合理的平衡点,也是个博弈过程,所以过去近十年时间一直推进缓慢。但从长远来看,这是一个难啃但不啃不行的硬骨头。

医疗服务价格改革有多难?医改专家徐毓才对记者举了一个例子,重庆曾在2015年试点“新价格”后,因一些患者治疗费用显著增长,而骤然叫停改革。这被业界称为“史上最短的医改”。

“我认为解决中国医疗问题下一步的走向是自由职业,比如医改探索‘注册医师多点执业’就是一个很好的尝试。但矛盾的是,国家有关部门又着重于加强公立医院的编制管理,这种政策之间本身就存在矛盾的地方,进而给公立医院更多做出符合医院利益的解释余地。医院利益和医生利益是否统一,或者说如何让这二者形成相互促进的关系,都值得政策制定者和医院管理者进一步的探索。”徐毓才认为。(第一财经)