

OECD 国家和中国的医生收入差距比较研究*

党旺旺^①, 王震^②

摘要 目的: 综合比较经济合作与发展组织(OECD国家)和中国公立医院的医生收入水平。方法: 按照医疗卫生体制中筹资机制的不同, 本研究将36个OECD国家分为全民福利国家、社会保险国家和多元筹资国家三类。在此分类基础上, 进行国际、国内的全科医生和专科医生收入比较。结果: 国际比较发现, 多元筹资国家医生的收入水平最高, 福利国家居中, 而社会保险国家最低, 这说明社会保险国家由于政府对医疗服务市场的干预程度较强, 医生的收入水平没有反映医生的真实人力资本价值; 国内、国际比较发现, 按照医疗卫生筹资来源中国属于多元筹资类国家, 但公立医院医生工资水平远低于OECD国家中多元筹资类国家, 这反映出中国的公立医院医生工资收入整体偏低, 薪酬制度没有体现医生的真实价值。结论: 需要改革我国的公立医院薪酬制度, 提高医生合法收入, 使得医生的收入体现其人力资本价值, 缩小国际差距, 提高医疗服务水平。

关键词 医生收入; 比较分析; 经济合作与发展组织; 中国

中图分类号 R1-9; F202 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2020)03-0024-07 **DOI** 10.7664/CHE20200306

An International Comparative Study of the Income Gap Between Doctors in OECD Countries and China/DANG Wang-wang, WANG Zhen//Chinese Health Economics, 2020,39(3):24-30

Abstract Objective: To comprehensively compare the income levels of doctors in the OECD (hereinafter referred to as OECD countries) and Chinese public hospitals. **Methods:** According to the different funding mechanisms in the health care system, this study divided 36 OECD countries into universal welfare states, social insurance countries, and multi-funded countries. Based on this classification, a comparison of the incomes of domestic and international GPs and specialists is performed. **Results:** First, the international comparison found that the income level of doctors in multi-funded countries is the highest, the welfare state is the middle, and the social insurance country is the lowest. This shows that the social insurance countries have a strong government intervention in the medical service market, and the income level of doctors does not reflect the true human capital value of doctors. The second is domestic and international comparison. According to the source of medical and health financing, China is a multi-funding country, but the salary level of doctors in public hospitals is much lower than that in OECD countries. This reflects that the salary of doctors in public hospitals in China is generally low, and the salary system does not reflect the true value of doctors. **Conclusion:** The salary system of public hospitals needs to be reformed to increase the legal income of doctors so that their income reflects the value of their human capital, reduce international differences, and improve the level of medical services.

Key words doctor's income; comparative analysis; OECD; China

First-author's address Graduate School, Chinese Academy of School Sciences, Beijing, 102488, China

从经济学角度来说, 医生的薪酬既属于医疗费用的成本, 关系到医疗服务的供给, 又是医生的生活资料来源, 关系社会收入分配。由于我国医疗行业始终处在政府的高度控制之下, 国内并没有形成真正意义的医疗服务市场, 医务人员劳务价格严重低估, 大大低于医生等专业技术人员的人力资本和劳务成本^[1]。同时, 世界各国, 尤其是经济合作与发展组织(Organization for Economic Co-operation and Development, OECD)中的发达国家都面临如何控制医疗费用增长超过GDP增速的财政危机, 设计科学合理医生的薪酬制度显得尤为重要。

1 薪酬定义

1.1 中国公立医院医生的薪酬

根据《中国统计年鉴 2018》中对于工资的定义, 工资包括计时工资、计件工资、奖金、津贴和补贴、加班工资和特殊情况下支付的工资。平均工资是指单位就业人员在一定时期内平均每人所得的工资额, 它表明一定时期工资收入的高低程度, 是反映就业人员工资水平的主要指标, 平均工资是税前工资。

中国公立医院目前的薪酬制度是根据2006年出台的《事业单位工作人员收入分配制度改革实施办法》(国人部发〔2006〕59号)而确定的岗位绩效工资制, 医生的工资收入由四部分构成: 岗位工资、薪级工资、绩效工资和对医生的津贴补贴, 岗位工资根据是医生所在不同岗位的职责所定, 薪级工资体现医生的事业单位编制等级高低, 绩效工资是根据医生对医院的收入的贡献而定, 津贴补贴主要是对艰苦边远地区或特殊工作岗位的人员给予的适当补贴。在医生的薪酬收入构成中, 与医院收入相关的绩效工资占比

* 基金项目: 中国社会科学院大学大学生创新创业训练计划项目资助项目(201914596002)。

① 中国社会科学院大学研究生院 北京 102488

② 中国社会科学院经济研究所公共经济学研究室

北京 100836

作者简介: 党旺旺(1994-), 女, 硕士在读; 研究方向: 卫生经济学; E-mail: dwangwang2018@126.com。

70%，其他三类工资占比30%^[2]。

1.2 OECD国家医生的薪酬

根据《OECD Health Statistics 2018 Definitions, Sources and Methods》^[3]中使用“remuneration”一词定义医生的薪酬，并对其含义做了解释：薪酬可以定义为平均年总收入，包括雇员应缴纳的社会保障缴费和收入所得税。薪酬又具体包括两种获得方式，一种是工资收入，工资收入是指医生通过固定工资的形式所获得的薪酬；一种是自我雇佣收入，自我雇佣者的收入主要是指医生不是非工薪人群，这就是说他们或许自我雇佣，或许独立经营，通常通过按人头收费或按服务收费的方式获得偿付。

中国和OECD国家的医生薪酬都是税前收入，包括了社保缴费和所得税部分，所以在比较口径上是一致的。只是在具体的薪酬制度上有差异，中国公立医院的医生收入主要通过政府统一制定的事业单位工资制度确定，而OECD国家存在两种工资制度和自雇制度不同的薪酬模式，这也是本研究重点分析的地方。

2 对OECD国家的分类

任何一种社会医疗体系，都包含两个基本问题：一个是医疗费用的筹措，即由谁来支付医疗费用：是政府通过税收筹资，向全民提供免费基本医疗服务；或是通过社会保险筹资实现全民医保；还是政府提供基本的保障制度和商业保险等计划并存。另一个问题是医疗服务的供给主体及供给方式。对于这两个问题的不同回答和制度选择，组成了一个国家的基本医疗卫生制度^[4]。在医疗卫生政策分析中，筹资及融资渠道是根本性的议题，这是提供医疗服务的基础。融资来源可以通过两种方式解释：一是特定融资计划用于增加资金的缴费机制；二是直接产生筹资资金的经济机构单位^[5]。

按照这一思路，本研究收集了OECD 22个国家医疗卫生筹资来源的数据。这项数据是由OECD联合欧盟数据库和世界卫生组织所实施的全球范围内的健康账户问卷调查，其中OECD中22个国家对于问卷做出了回应。还有14个国家没有纳入此问卷调查范围，针对这14个国家，本研究采取定性和定量综合分析的方法，根据美国社会保障署和国际社会保障协会联合发布的《世界各国社会保障报告》^[6-8]和世界银行数据库中的数据来进行综合分类。

2.1 根据筹资来源分类

在OECD的数据库中，将医疗卫生体制的筹资来源主要分为五类。第一类是“政府国内税收转移支付”，指政府国内税收中用于卫生目的的资金，包括国内转移支付和拨款、政府为特定群体支付，政府补贴和其他转移支付。第二类是“社会医疗保险缴费”，指来自于雇员或雇主、自雇者或非就业人员获得的收入，这

些缴费确保他们有权享有社会医疗保险福利。此类不包括政府代表特定群体支付的社会保险缴款。第三类是“强制性预付”（除社会医疗保险缴费外），包括强制性私人保险费和对强制性医疗保险账户的支付。强制性私人保险费是指受保人或其他机构单位代表受保人从政府授权并获得强制性健康保险计划福利的权利。第四类是“自愿预付”，指自愿的私人保险费，保险人或其他机构单位代表保险公司收到的用于确保享受自愿健康保险计划福利的款项。第五类是“其他国内筹资”，包括前四项未包括的融资计划的国内收入。其子类别根据提供自愿转移的机构单位确定。

根据医疗卫生筹资中各机构所占比重，将OECD 22个国家分为三类：第一类是以政府税收作为主要筹资来源的全民福利国家，这些国家政府国内转移支付的比例达到了65%以上，且社会保险筹资和个人自愿预付均小于10%，即主要由政府通过税收等形式承担医疗服务的筹资成本，这类国家主要有丹麦、瑞典、冰岛、英国、挪威、加拿大、芬兰及西班牙。第二类是以社会保险为主要筹资来源的社会保险国家，这些国家的社会保险筹资的比例达到了40%以上，政府转移支付的资金和自愿预付占比较小，即主要通过社会保险计划为医疗服务筹资，全社会共担医疗服务成本，这类国家主要有斯洛文尼亚共和国（以下简称斯洛文尼亚）、波兰、爱沙尼亚、德国、日本、韩国、比利时、卢森堡及土耳其。第三类是筹资机制多元化的国家，这些国家的医疗卫生的筹资来源渠道既有政府转移支付、也有社会保险和其他筹资方式，筹资机制多元化，没有一种机制处于绝对主导地位，这类国家主要有美国、墨西哥、智利共和国（以下简称智利）、瑞士及匈牙利（表1）。

表1 对14个OECD国家进行交叉分类标准

类别	医疗制度	政府支出占比	私人部门占比
全民福利国家	全民福利制度	大于70%	小于30%
社会保险国家	社会保险制度 (政府强制性)	大于70%	小于30%
多元筹资国家	全民福利制度/ 社会保险制度	小于70%	大于30%

注：社会保险制度中存在政府补贴，故和全民福利国家的政府支出占比采取同一标准（70%），但是通过医疗制度可以进行辨别。

2.2 根据制度类型和支出部门分类

延续上述分类机制，根据《世界各国社会保障报告》^[6-8]和世界银行数据库中的相关数据，将还剩下的14个OECD国家纳入此分类框架之下。一方面，按照其中总结的世界各国医疗卫生制度，将这14个国家分为全民福利国家、社会保险国家和多元筹资国家。另一方面，再根据世界银行数据库中关于这14个国家医疗

卫生总支出中政府、私人部门和个人的支持比例来进行定性判断：全民福利制度的筹资来源主要是财政税收，相应的政府支出占比就比较大，本研究确定70%作为政府支出占比的分界线；社会保险制度的筹资来源主要是社会保险计划，且因为带有政府强制性，表现为政府的财政补贴和转移支付等，所以政府支出占比也应该达到70%以上；如果医疗制度确定后，该国的各类医疗支出占比却没有达到上述标准，且个人支付占比大于20%^[9]，说明该国家属于多元化的筹资国家。故此，可以将这14个国家按照表1标准进行分类。

综上，按照筹资机制的分类依据和两种数据交叉分类，可以将OECD 36个国家分为以下三类：

第一类：全民福利国家，包括丹麦、瑞典、冰岛、英国、挪威、加拿大、芬兰、西班牙、爱尔兰、意大利、新西兰及斯洛伐克共和国，其医疗卫生体制的筹资来源主要是政府国内税收转移支付，全民免费享受基本医疗服务。

第二类：社会保险国家，包括德国、波兰、斯洛文尼亚爱沙尼亚、日本、韩国、比利时、匈牙利、法国、卢森堡、奥地利及捷克共和国，其医疗卫生体制的筹资来源主要是通过社会保险制度进行筹资，提现了社会、国家和个人之间的医疗成本分担模式，全民根据所参加的社会医疗保险类型享受相应的医疗服务。

第三类：多元筹资国家，包括美国、墨西哥、智利、瑞士、土耳其、澳大利亚、希腊、以色列、荷兰、葡萄牙、拉脱维亚及立陶宛，其医疗卫生体制的筹资来源呈现多元化特点，既存在大量依赖市场机制运作的商业保险，也有政府对低收入群体的医疗保障，还有一些针对特定职业群体的社会保险项目，为全民提供多元化的医疗服务。

本研究试图基于此分类结果，综合比较OECD三类国家和中国的公立医院医生工资水平的差异。

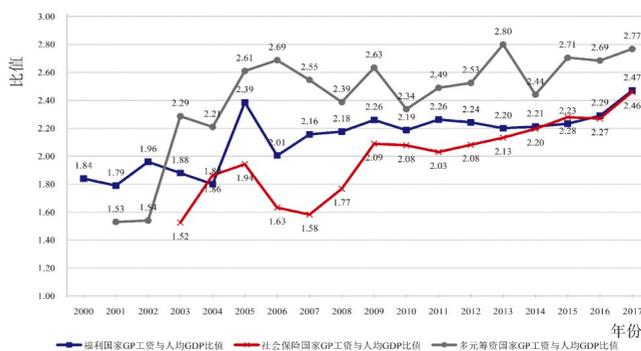
3 OECD三类国家的医生工资收入差异

在国际上，根据医生的教育背景和主要职能分工的不同，可以将医生分为全科医生和专科医生；根据医生不同的薪酬制度，可以将医生的收入分为工资收入和自雇收入。为了对以上分类机制下的三类国家全科医生和专科医生的收入进行纵向和横向比较，本研究选取了两个比较标准，一是两种收入分别与社会平均工资的比值，这可以体现医生的收入的相对水平；二是两种收入分别与人均GDP的比值，这可以反映三类不同国家医生收入的绝对水平。在国际比较中主要选择了两个维度，一是全科医生和专科医生的工资收入分别与人均GDP的比值；二是由于下文进行国际国内比较时所选用的数据是城镇非私营单位卫生与社会工作行业的数据，所以选取来专科医生工资收入和自雇收入的比较，力图比较的结果对于观察中国公立医院

的医生薪酬水平具有参加意义。

3.1 OECD三类国家全科医生工资收入比较

全科医生工资收入占其人均GDP的比值来确定三类国家全科医生的工资差异。近年来OECD三类国家全科医生的工资收入都实现了人均GDP的两倍以上；多元筹资国家全科医生的工资与人均GDP的比值最高，2013年达到了最高值2.80倍，而社会保险国家全科医生的工资与人均GDP的比值在三类国家中最低，但是与全民福利国家的差距有逐渐缩小的趋势（图1）。



注：数据来源于OECD Health Statistics.& World Development Indicators, World Bank national accounts data, and OECD National Accounts data files。

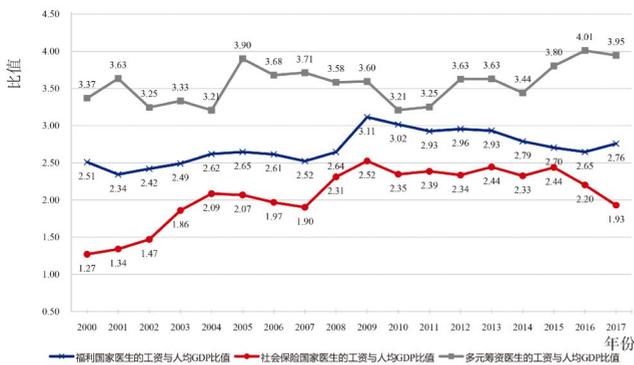
图1 2000—2017年OECD三类国家全科医生工资收入与人均GDP的比值

这主要是因为社会保险国家与多元筹资国家相比，政府对全科医生工资制度的干预较强，社会保险国家工资制度更加强调实现收入公平，防止收入差距过大，即薪酬制度包含实现社会公平的政治目标。其全科医生的工资收入主要是通过政府制定的薪酬制度而获得，医生的工资收入具有较强的稳定性；并且社会保险国家全科医生的工资收入还包括社会保障缴费和个人所得税，这一部分是由政府所承担的，从而其全科医生工资水平较低。多元筹资国家医疗卫生制度筹资机制多元化，全科医生的工资制度更强调市场效率和激励，全科医生在供方市场的竞争压力下效率产出水平较高，相应的工资的绝对水平就较高。

3.2 OECD三类国家专科医生工资收入比较

与全科医生的比较方法类似。多元筹资国家专科医生的工资水平占人均GDP的比值最高，其次是福利国家，社会保险国家医生的工资收入占人均GDP的比值最低。专科医生的工资收入水平与全科医生类似。在OECD三类国家中，福利国家专科医生的收入水平相对较低，社会保险国家和多元筹资国家基本持平；但是专科医生的绝对收入水平在多元筹资国家中最高，在社会保险国家中最低。医生工资收入与社平工资的差距，体现了政府追求社会分配公平的目标，而医生工资收入与人均GDP比值的大小，体现了社会所评估

的医生的人力资源价值大小。社会保险国家强调社会保障的风险共济和社会互助的传统法团主义精神，政府对医疗卫生市场的宏观干预程度相较其他两类国家较强，所以导致医生的工资收入与人均GDP的比值最低，没有体现医生的真实的人力资本价值。全民福利国家专科医生的工资收入与其人力资本密切相关，因为医术高声誉好的执业医师多在社区执业，在医院的多是毕业后不久取得医师执照的新人，对其支付的工资就比较低^[10]。多元筹资国家医疗服务市场多元化，政府对医生的流动限制小，专科医生可以在医疗服务市场自由流动，所以全科医生的工资水平最高（图2）。



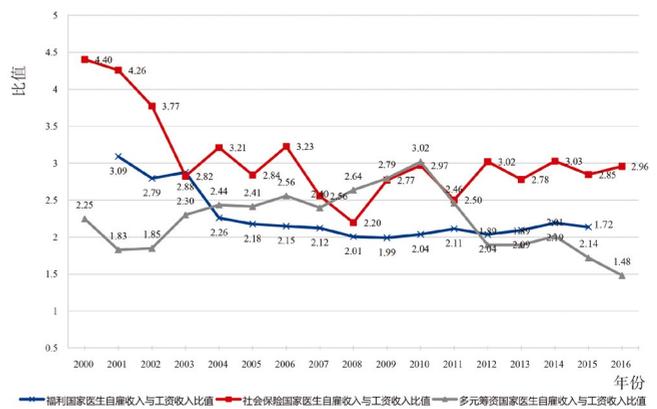
注：数据来源于 OECD Health Statistics。

图2 2000—2017年 OECD 三类国家专科医生工资收入与人均GDP的比值

3.3 OECD 三类国家专科医生工资收入与自雇收入比较

根据 OECD 国家医生不同的薪酬机制，可以将医生的收入分为工资收入和自雇收入，为了比较这两种薪酬机制的差异，现将专科医生的工资收入和自雇收入进行比较。在 OECD 国家，专科医生的自雇收入普遍高于工资收入，但在总体上二者的差距有逐渐缩小的趋势。其中全民福利国家专科医生的自雇收入与工资收入的比值在 2004 年和 2012 年间最低，其比值稳定。截至 2016 年，社会保险国家医生的自雇收入与工资收入的差距最大，两种收入的比值达到了 2.96，而多元筹资国家，在两种薪酬制度下，医生的收入差距最小，2016 年的比值为 1.48，自雇收入和工资收入基本持平；福利国家的医生的自雇收入是工资收入的两倍左右（图3）。

而对 OECD 三类国家自雇收入与社平工资和人均 GDP 的纵向和横向比较的结果与以上结果相一致。社会保险国家专科医生的自雇收入是远高于社会平均工资水平的，在 2015 年此专科医生自雇收入是社平工资的 10.09 倍，而多元化筹资国家和全民福利国家，专科医生的自雇收入虽然也高于社平工资，但高幅相对较小。三类国家的专科医生自雇收入与人均 GDP 的比值差异不大，基本都在 4~5 倍左右。薪酬定义



注：数据来源于 OECD Health Statistics；比值的计算公式为：专科医生的自雇收入除以工资收入。

图3 2000—2016年 OECD 三类国家专科医生自雇收入与工资收入的比值

中提到，自我雇佣收入主要是指医生不是非工薪人群，这就是说他们或许自我雇佣或许独立经营，通常通过按人头收费或按服务收费的方式获得偿付。也就是说，不同于中国公立医院中医生的行政编制管理，OECD 国家医生通过与医院签订合同形成合同关系，在这种灵活的就业形式下，医生的收入与他的医术水平和声誉密切相关，而且能够在不同医生之间形成竞争，有效促进医生提高其医疗服务水平。

社会保险国家专科医生的工资收入与自雇收入与社平工资的差距较大，这是因为政府对医生工资收入的干预较强，以实现收入分配公平为目标的工资制度没有体现医生的真实价值；相比较而言，社会保险国家医生的自雇收入与社平工资的比值远大于其他两类国家，自雇收入依据市场流动条件下医生的自由执业模式，体现了医生的人力资本价值，所以自雇收入大于工资收入。

全民福利国家专科医生的自雇收入与工资收入和社平工资的比值较小，这是因为福利国家专科医生的整体医务水平略低，而且都是公立医院统一管理，所以二者的差距不大。而多元筹资国家医疗服务市场多元化，在充分的竞争条件下专科医生的自雇收入与工资收入的差距就较小，且自雇收入与社平工资的差距也较大，充分体现了医生的人力资本价值（表2）。

4 国际比较

根据美国社保署对中国医疗卫生制度的分类，中国属于社会保险保险制度（包括现金福利和医疗福利），并推行强制性的个人账户制度。根据历年《中国卫生健康统计年鉴》数据，2017 年我国卫生总费用中，政府卫生支出占比 28.91%，社会卫生支出占比 42.32%，个人卫生支出占比 28.77%，和世行数据基本一致。结合前文对于 OECD 国家的分类机制，最后将中国归类为以社会保险制度为主的多元筹资国家（表3）。

表2 2000—2016年OECD国家专科医生自雇收入与社平工资和人均GDP的比值

年份	自雇收入与社平工资的比值			自雇收入与人均GDP的比值		
	福利国家	社会保险国家	多元筹资国家	福利国家	社会保险国家	多元筹资国家
2000	...	7.03	4.86	...	6.31	5.06
2001	3.93	6.95	5.02	5.00	6.29	5.27
2002	3.94	6.82	5.45	4.96	5.99	5.02
2003	4.03	6.89	5.67	4.88	5.33	5.16
2004	3.98	7.80	5.99	4.74	5.52	5.26
2005	4.15	7.12	6.07	4.73	5.22	5.12
2006	4.13	7.66	6.41	4.61	4.93	5.07
2007	4.20	6.14	6.61	4.61	4.35	5.07
2008	4.36	6.34	7.40	4.53	4.44	5.47
2009	5.03	8.38	7.88	5.40	5.27	5.93
2010	5.05	8.32	7.75	5.31	5.11	5.62
2011	5.17	8.01	6.70	5.26	5.18	4.76
2012	5.11	9.37	5.75	5.12	5.18	4.48
2013	5.39	9.68	6.00	5.19	5.19	4.46
2014	5.43	9.96	6.01	5.07	5.58	4.51
2015	5.28	10.09	5.69	5.17	5.49	4.32
2016	...	9.61	5.30	...	6.93	4.18

注：数据来源于OECD Health Statistics.& World Development Indicators, World Bank national accounts data, and OECD National Accounts data files.

表3 中国与多元筹资国家的医疗卫生制度分类情况

国家	医疗制度类型	国内政府支出占比 (%)	国内私人部门支出占比 (%)	个人支出占比 (%)
中国	社会保险制度 (强制个人账户)	59.78	40.22	32.39
多元筹资国家	全民福利制度或社会保险制度	<70	>30	>20

注：数据来源于美国社保署SSA官网和World Development Indicators.

由于我国公立医院占据主导地位，公立医院中全科医生的比例很低。根据《中国卫生健康统计年鉴2018》，2017年我国公立医院的床位数占比达75.7%，全科医生有252 717人，其中只有49 400人在医院，占比19.5%，其余的均在社区卫生服务中心和乡镇卫生院。而且公立医院人员的收入主要是根据政府统一制定的薪酬制度发放，为增强国际国内可比性，只选择了OECD三类国家专科医生的工资收入，对医生的自雇收入不再进行比较。

在《中国卫生健康统计年鉴2018》只有卫生和社会工作这一大类的社会平均工资，但《中国劳动与就业统计年鉴2018》中，将卫生和社会工作行业分开统

计，根据卫生行业和社会工作行业的平均工资水平，计算得出卫生行业的平均工资是卫生和社会工作行业平均工资的1.18倍，即其他年份中，城镇非私营单位卫生行业的平均工资=卫生和社会工作行业的工资×1.18。由于我国卫生和社会工作行业的工资是以城镇单位作为统计单位，不包括农村公立医院的卫生人员工资数据，并且截至2017年，中国各类医疗卫生机构人员数为11 748 972人，其中卫生技术人员8 988 230人，占比76.5%，医生的平均工资可能会被公立医疗卫生机构中其他职工的工资拉低，但是影响作用较小；其次是以城镇单位为统计单位，排除了农村公立医院医务人员的低工资影响，所以卫生行业的平均工资可以估计为医生的工资收入，根据以上计算方式，可以算出2000—2017年中国公立医院医生的工资与人均GDP的比值。

中国城镇非私营单位卫生行业医生的平均工资与人均GDP的比值经历了一个短期上升后下降等趋势。与OECD三类国家相比，中国医生的工资水平最低，但是近年来有缓慢上升的趋势，2017年中国医生的工资与人均GDP的比值达到1.77，与社会保险国家专科医生的工资水平(1.93)差距不大，但是中国作为一个多元筹资国家，其医生的收入水平与与OECD国家中多元筹资国家的差距在最大。这主要是因为中国公立医院医生的工资主要由政府依据事业单位的薪酬制度而定，而且政府为实现医疗服务的公益性，加强了对医疗市场的干预程度，公立医院作为事业单位，其薪酬水平担负着稳定社会平均的任务。所以在现行的事业单位薪酬制度下，医生的工资水平总体偏低，与医生的实际人力资源价值存在较大差距，没有体现医生较高的教育水平、严格的准入门槛、工作强度和承担的风险等行业特点(图4)。



注：数据来源于OECD Health Statistics和《中国卫生健康统计年鉴2018》；城镇非私营单位包括国有单位、城镇集体单位和其他单位。

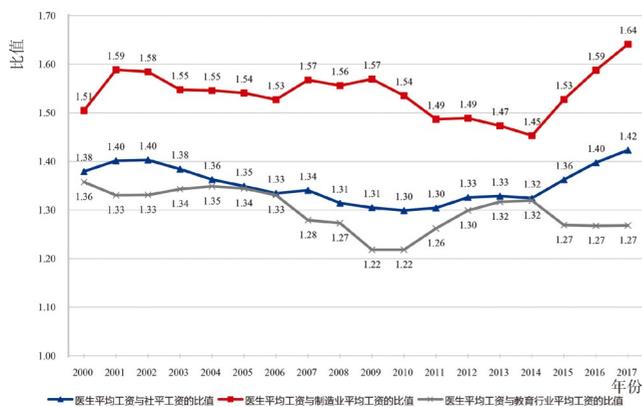
图4 2000—2017年中国和OECD三类国家医生工资收入与人均GDP的比值

此外，公立医院拥有事业单位编制，医生很难通过市场自由流动。并且在当前的制度条件下，广泛存在对民营医院的一些负面评价，在这种不平等的市场竞争条件下，优秀的人才纷纷涌入公立医院，公立医院缺乏提高医生服务价格的激励。而且随着允许公立医院“收支两条线和自负盈亏”，公立医院通过药品加价等手段诱导医生通过给患者开高价药和多做检查增加医院等收入，医生也有激励诱导患者多度需求，所以形成了一个畸形的医疗服务供方市场。

5 国内比较

5.1 官方统计数据比较

按照上文测算所得医生的工资收入和官方的统计年鉴中教育和制造业的平均工资进行比较。我们可以作出以下判断：一是公立医院医生的工资高于社会平均工资，是社平工资的1.3~1.4倍，而且2014年之后有逐年增大的趋势。二是公立医院医生的平均工资高于教育行业的平均工资，教育行业的平均工资略低于社平工资，但近年来与医生的工资差距缩小；三是医疗卫生行业作为服务部门，其工资水平远高于第二产业制造业的工资水平，2017年数据显示，前者的平均工资是后者的1.64倍。这说明了在现有的制度设计下，我国公立医院医生的工资水平与社平工资和相关行业比还是较高的，但是差距不大（图5）。



注：数据来源于《中国统计年鉴 2018》；社会平均工资为城镇单位就业人员平均工资。

图5 2000—2017年我国公立医院医生平均工资与社平工资及其他行业平均工资的比值

5.2 公立医院内部医生工资比较

可以看到国有单位的医疗卫生机构医生的平均工资是城镇集体单位和其他单位的1.31倍，是社平工资的1.26倍，同时也高于公立医院卫生人员的平均工资。城镇集体单位和其他单位医生的工资均略低于社平工资。在医院内部，医师的年均工资收入是101 438元，是社会平均工资额1.36倍，相当于注册护士收入的1.33倍。这说明国有单位的医院医生工资水平较高。这会引导优秀的医务人员流向国有单位的医院，

而不愿意去基层和级别较低的医院。医术较高的医生凭藉口碑效应能够引导患者的流向，随着人们可支付能力的增强，对于优质医疗资源的需求增多，有必要适度提高基层医院的医生工资水平以及其他的待遇水平，这样有利于增强医疗服务的可及性，尤其偏远地区。阿罗在1963年的医疗卫生不确定性研究中就指出，大城市本身有很多优质资源，医生不需要特殊的引导就会自动流向大城市，政府需要增加对偏远地区和经济落后地区的医生的补贴力度，促进资源的均衡分布^[11]（表4）。

表4 2017年我国公立医疗卫生机构内部人员工资差异

公立机构	平均工资（元）	与社平工资的比值
国有单位	93 325	1.26
城镇集体单位	70 919	0.95
其他非私营单位	71 010	0.96
医师	101 438	1.36
注册护士	76 079	1.02

注：数据来源于《中国统计年鉴 2018》和《中国卫生健康统计年鉴 2018》。

同时，医院内部的工资差异也较大，注册护士的平均工资水平相当于医师这一档次的75%只是保守估计，实际差距要大得多。这并不是说医师的工资水平高，而是反映了护士的工资低，在中国老龄化问题严重和持续存在的背景下，当前和未来对于护士和护理人员多需求是巨大的，有必要适度提高护士的工资收入，引导人们结合自身条件选择护士和护理工作。

2017年我国公立医疗卫生机构医师数为148 991人，注册护士数为230 680人。中国卫生人员人数统计表。国有单位、集体单位和其他单位非私营单位统称为城镇非私营单位。2017年，我国公立医疗卫生机构的平均工资为89 648元，是同时期社会平均工资的1.21倍。

根据《中国卫生健康统计年鉴2018》，卫生人员包括卫生技术人员、乡村医生和卫生员、其他技术人员、管理人员和工勤技能人员。卫生技术人员包括执业（助理）医师、执业医师、注册护士、药师（士）、技师（士）和其他。注册护士的平均工资水平相当于医师这一档次的75%^[12]，医生的年平均工资为101 438元，可估算出护士的年均工资收入为76 079元。

6 结论

以医生为核心的人力资源的解放，医疗卫生体制改革突破口。本研究通过尝试对OECD 36个国家按照医疗卫生体制的筹资机制进行分类，按照医疗卫生制度中筹资来源渠道是政府税收、社会保险计划还是政府及市场保障力量的结合将OECD国家分为福利国家、社会保险国家和多元筹资国家三类，在此分类基础之上，对三类国家全科医生和专科医生的工资和自

雇收入进行国际比较,发现这三类国家不同的医疗卫生体制下,医生的工资呈现较大的差异,多元筹资国家医生的收入水平相对于人均GDP最高,福利国家居中,而社会保险国家最低,这说明在市场机制发挥决定作用的情况下国家医生的工资水平应该接近于多元筹资国家,社会保险国家医生的工资水平最低侧面反映出由于政府对医疗服务市场的干预程度较强,医生的收入水平没有反应医生的人力资本价值。

通过测算中国公立医院医生的工资水平并将其和OECD三类国家进行比较发现,中国公立医院医生的工资水平低于处于最低水平的社会保险国家。这反映出现行的公立医院的薪酬制度低估了医生的真实价值,医生的收入与付出不相符,导致医生必然通过一些“非正常途径”获取相应的收入,这导致医疗服务市场出现以药养医、收取红包和诱导需求等不良现象。一些无法忍受良心谴责的医生主动退出医疗服务市场,形成了劣币驱逐良币的不良竞争后果。通过本研究的国际比较,未来需要改变公立医院的不合理薪酬制度,提高公立医院医生的正当收入,缩小国际差距。

最后通过对我国官方统计数据 and 医生实际收入水平的测算,发现我国公立医院医生的工资水平高于与社平工资和相关行业的平均工资,但是差距不大。而且不同性质的医院医生工资水平不同,未来有必要有必要适度均衡不同性质医疗机构间医生的工资差异,在拉大公立医院内部的工资差异的同时,提高护士等护理人员等工资收入,最终形成医生的充分自由流动的劳务市场,促进医疗资源的均衡分布和提高医院的服务水平。

参 考 文 献

[1] 朱恒鹏. 还医生以体面: 医疗服务走向市场定价[J]. 财贸经济, 2010(3):123-129.

- [2] 张潘, 陶红兵, 孙杨. 我国公立医院医生薪酬制度改革的逻辑分析——以福建省三明市为例[J]. 中国卫生政策研究, 2017,10(6):33-37.
- [3] OECD, OECD Health Statistics 2018. [EB/OL]. (2018-08-01) [2019-09-10]. <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>.
- [4] 吴敬琏. 当代中国经济改革教程[M]. 上海: 上海远东出版社, 2018:379-381.
- [5] A System of Health Accounts: 2011 Edition[J]. Source OECD social issues/migration/health, 2011,2011(8):i-525(525).
- [6] Social Security Administration. Social security programs throughout the world: the Americas[EB/OL]. (2018-03-01). [2019-09-10]. <https://www.socialsecurity.gov/policy/docs/progdsc/ssptw/2016-2017/americas/index.html>.
- [7] Social Security Administration. Social Security Programs Throughout the World: Europe[EB/OL]. (2018-09) [2019-09-10]. <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdsc/ssptw/2018-2019/europe/index.html>.
- [8] Social Security Administration. Social security programs throughout the world: Asia and the Pacific[EB/OL]. (2019-03-01) [2019-09-10]. <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdsc/ssptw/2018-2019/asia/index.html>.
- [9] 顾昕, 朱恒鹏, 余晖. “全民免费医疗”是中国全民医保的发展方向吗?——神木模式系列研究报告之一[J]. 中国市场, 2011(24):7-11.
- [10] 朱恒鹏. 鼓励医疗服务模式创新 引领医疗体制改革[J]. 财经智库, 2016,1(1):35-48,139-140.
- [11] ARROW J K. Uncertainty and the welfare economics of medical care[J]. American economic review, 1963,53(5):941-973.
- [12] 王列军. 我国公立医疗卫生机构人员工资的国内国际比较[J]. 中国卫生经济, 2009,28(10):25-29.

[收稿日期: 2019-12-10] (编辑: 高非)

《中国卫生经济》在线投稿、查稿说明

首先,请您登录《中国卫生经济》网站: <http://www.cn-he.cn>。

如果您是原作者(即第一次在线投稿),请先点击“作者登录”和“新用户注册”来在线填写作者信息,注册成功后请记住您的用户名和密码,本系统也会把您设置的用户名和密码通过您注册的E-mail发送给您。如果您忘记了用户名和密码请电话咨询我们(0451-87253040、1、2、8)。

如果您曾经给本刊投过稿,您可以通过点击“作者登

录”用您的用户名和密码直接登录即可在线查稿或再次投稿,您也可以登录后自行修改您的登录密码。

在投稿之前,请您先浏览《中国卫生经济》网站上的“作者园地”中的《中国卫生经济杂志编排: 刊例》和“投稿须知”中的《中国卫生经济》杂志稿约,然后,按要求完善您的文章并完成投稿。

最后,在您投稿成功后,您的电子信箱里会立即收到一封已分配稿号的“《中国卫生经济》收稿通知”信件。