

## 本期关注

# 绩效工资，是福利，是激励，还是奖励？

□韩斌斌

绩效工资的性质到底是什么？在制定绩效工资发放政策时需要考虑从哪几个方面考虑？在绩效改革实践过程中，我常常琢磨这两个问题。脑子里有了模糊的概念，但还不够确切。

有一天晚上，郑州航空工业管理学院会计学院副院长张功富发给我的一篇文章，题为《激励、福利还是奖励：薪酬管理背景下国有企业股权激励的定位困境》。这篇文章的本意是研究股权激励的，和我思考的内容不相干，但这个题目让我觉得特别精准。看完后，我豁然开朗。激励、福利和奖励，这3个问题就是我们在绩效改革中要反复思考的。认真琢磨透了，绩效管理就能比较到位；否则，就很容易被问题搅乱或者困住。

## A 福利？

绩效工资从发放水平上说，是福利。

福利有哪些特点？百度上有很多解释，但我觉得关键点有两个：

第一，福利的发放以职工从事劳动为基础，但与劳动量不直接相关。

第二，福利是保健因素而不是激励因素。

好的，我们重温一下由美国心理学家赫兹伯格1959年提出的著名的“双因素理论”。

在赫兹伯格看来，影响职工行为的因素分为两类。第一类是保健因素，可以消除职工的不满情绪，但不能使职工变得更积极。所谓保健因素，就是有了它你不以为然，但没有的话你会不满意，会很不舒服。譬如，健康。

第二类是激励因素，可以激励职工干得更好。所谓激励因素，指没有它你不会不满意，但有了它你会很开心，激情满满。譬如，爱情。

职工对绩效工资改革的满意度，往往不是取决于你采用了什么政策，而是取决于发放水平——干同样的活儿，我比过去拿到的工资是多了还是少了？因而，如果没有增量，绩效改革是很难让人满意的。



## B 激励？

绩效工资从方案设计上，尤其是从KPI(关键绩效指标)选择上说，是激励措施(激励工具)。所谓激励，即激发职工的心理动机，使其行为符合组织的要求。那么，在绩效方案设计中，如何做到有效激励？

第一，明确医院发展的导向。医院的战略是什么？采取了什么样的发展策略？各个学科的发展路径有什么异同点？这是绩效方案设计的出发点。你想要什么样的行为，你的“指挥棒”就要指到哪里。

第二，假设职工对经济手段敏感。绩效激励的前提是“经济人假设”，即职工对绩效敏感，愿意为多拿绩效工资而让自己的行为更高效。如果职工对绩效不那么敏感，怎么办？在待遇留人之后，还有事业留人和感情留人嘛！

第三，方案设计，KPI选择要直观明了，易于理解。绩效工具的本质是用“胡萝卜”驱动职工行为趋同，因而方案设计要浅显易懂，好理解、好宣传、好计量。干什么样的活绩效工资拿得多，职工稍一想就清楚，只有这样，绩效工资驱动效果才会好。

说到这儿，我补充一点，我们经常说管理“两手都要硬”，就是“胡萝卜”“大棒”并举，激励和约束并重。绩效工具更多的是发挥激励的作用，而约束则需要另外一个管理系统来实现，譬如质量管理体系。这也是为什么如果没有良好的质控系统，绩效激励往往会带来产品和服务质量的下降。

作为激励工具，绩效方案要讲究科学性。什么是科学性？有效即科学。也就是说，在绩效方案实施之后，职工的行为会改变，绩效产出效率会提高，员工行为改变的方向符合预设。

## C 奖励？

绩效工资从发放行为上看，属于奖励。什么是奖励，即如果职工行为符合组织标准，会给予事先约定的相关待遇。奖励有两大意义：

第一，获得者心理得到满足，还愿意继续努力。得到满足是因为有预期，从这个角度说，绩效政策是医院和职工签订的契约。

第二，其他人员会受到鼓舞，愿意一起跟风努力。所谓的绩效文化大抵是这样产生的。奖励是先有行为，后有兑现；而激励是先有动机，后有行为。绩效方案设计的实质就在于基于动机制订规则，基于奖励变为激励。

那么，是不是所有的奖励都可以变为激励呢？不是的，就得到激励的个体而言，存在边际效应递减现象，激励效果会逐步减弱。对旁观者而言，奖励能否变为激励，除了动机，还取决于个体的能力和干事的平台。我们总是高估绩效政策的力量，而忽略练内功、打基础、布渠道、做市场……而这些才是激励能够实现的前提。

## D 总结

福利、激励和奖励，是绩效工资的3个属性。它既是保健因素，也是激励工具，还需要一定条件才会发挥作用。只有3个维度都理解到位了，才能够比较系统地开展绩效改革，比较科学地设计绩效政策，协同做好绩效管理。

## 专家简介



韩斌斌 管理学硕士，正高级会计师；现任河南省肿瘤医院党委委员、总会计师，享受国务院、河南省政府特殊津贴，全国会计领军人才(后备)，河南省首批首席会计专家，首批河南省会计领军人才；中央财经大学、河南财经政法大学硕士生校外导师；被中国医疗界权威门户网站“健康界”评为“2015年十大专栏作家”；主编《医院成本管理研究》一书；主持省部级课题多项。

若想与韩斌斌女士有更多的探讨和交流，可关注其个人微信公众号“杏林数豆者”(XINGLINSHUDOUZHE)。

## 经验探索



# 医疗机构在什么情况下应当细化二级诊疗科目

□刘笑天

医疗机构的诊疗科目相当于机构的执业范围，分为一级诊疗科目与二级诊疗科目。

大多数中小型医疗机构只需核定一级诊疗科目。1994年原卫生部《关于下发〈医疗机构诊疗科目名录〉的通知》中的规定“一般只需填写一级诊疗科目”。

因此，一般认为只核定一级诊疗科目的，可以开展该科目下所有业务。

需要注意的是，2008年《卫生部关于医疗机构审批管理的若干规定》中禁止只登记一级诊疗科目的医疗机构开展技术复杂、风险大、难度大、配套设备设施条件要求高的医疗服务项目。

那么，在什么情况下需要核定二级诊疗科目呢？

一、强制要求。

1.《医疗美容服务管理办法》将医疗美容科下设为4个跨临床、口腔、中医等不同类别的二级诊疗科目，所以行政部门一般在登记时细化到二级诊疗科目。

2.《放射诊疗管理规定》第十六条规定“执业登记部门应根据许可情况，将医学影像科核准到二级诊疗科目”。

二、设有二级学科(专业组)。

1.原卫生部《关于下发〈医疗机构诊疗科目名录〉的通知》规定“医疗机构凡在某一二级诊疗科目下设置二级学科(专业组)的，应填报到所列二级诊疗科目”。

2.《卫生部关于医疗机构审批管理的若干规定》要求“对在一二级诊疗科目下设置二级学科(专业组)，且具备相应设备设施、技术水平和业务能力条件的，应当核准登记二级诊疗科目”。

三、评优晋级。

1.国家卫生健康委发布的三级医院评审标准与评审细则中，规定“一二级诊疗科目设置，人员梯队与诊疗技术能力符合省级卫生行政部门规定的标准”。

2.国家儿童医学中心设置标准要求“应为三级甲等儿童医院”“诊疗科目齐全”。

3.国家级、省级临床重点专科标准等有该项要求。

医疗机构的级别越高、规模越大，细化二级诊疗科目的需求就越强烈。二级诊疗科目就像战士胸前的勋章，数量越多，代表医疗机构的学科实力越雄厚。

(作者供职于河南省卫生健康委员会)

(本版未署名图片为资料图片)

## 征稿

本版主要栏目有《本期关注》《经验探索》《一家之言》《声音》《借鉴》《放眼海外》等，内容涵盖业务、行政、后勤、经营、医疗安全、医院文化、人事制度、医患关系等。

稿件要求：论点明确、论据充分、条理清晰、语句通顺，具有一定的科学性和实践指导性，热忱欢迎您投稿！

联系人：杨小沛  
电话：(0371)85966391  
投稿邮箱：343200130@qq.com  
邮编：450046  
地址：郑州市金水东路与博学路交叉口东南角  
河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部

# 结核病防治论坛之三十四

河南省疾病预防控制中心结核病预防控制所 赵富山

# 结核病的“罪行”

19世纪，结核病在欧洲和北美洲大肆流行，散布到社会各个阶层，贫困人口成为主要入侵对象。这是因为，自工业革命之后，伴随着近代工业的产生和迅猛发展，城市化运动加速，主要发达国家的城市人口以空前的规模急剧增加，但他们的生活、生存条件却没有得到相应的改善。

据统计，从滑铁卢战役到第一次世界大战爆发的近100年间，在20岁至60岁的成年人中，肺结核患者的死亡率是97%。

由于结核病患者的面色多是苍白的，只是在午后才会出现特有的潮红，所以人们把结核病称为“白色瘟疫”。

在所有传染病中，结核病在人类历史中存在最长久，危害最严重。2011年至2016年，中国报告结核病患者人数均在90万左右，且疫情分布不均衡，西部的发病率高于中部、东部，农村的发病率高于城市。

虽然结核病的防治在中国已经取得了长足的进步，但是中国仍然是肺结核发病的重灾区，其严重程度仅次于印度和印度尼西亚。

让情况显得更为严重的是，中国拥有世界上最庞大的耐药性结核病患者群体。(如果患者感染的结核杆菌对一种或一种以上的抗结核药物产生了耐药性，即为耐药性结核病。)

中国处于结核病、耐药性结核病、结核杆菌与HIV(人类免疫缺陷病毒)双重感染这三大重要监测指标的重叠区域。面对如此严峻的形势，我们不得不去思考结核病防治工作中存在的问题和困难。

据世界卫生组织(WHO)估计，在耐药性结核病患者中，仅20%接受了治疗，仅55%进行了HIV检测，只有78%的HIV阳性患者接受了抗病毒治疗。

患者诊断后未接受正规治疗的原因，除了与健康意识不强有关外，

也反映了我国基层公共卫生资源不足与管理的薄弱。结核病患者必须到治疗结核病的专业医院就诊，并与结核病防治人员密切配合，坚持长达半年左右的治疗，但这并不是一件轻而易举的事情。因为治疗周期长，患者很难坚持到专业医院，与专业医生配合完成全疗程治疗。

我国各级结核病防治机构还存在着不同程度的防治专业人员数量不足的现象。在部分开设门诊的结核病防治机构，从事结核病诊断的医生甚至没有临床执业医师资格。

在防治经费方面，我国尚未全面建立可持续发展的经费投入机制，结核病控制工作所需经费仍然有缺口，导致免费政策不足且可及性不够。

此外，各级防治机构发现并登记报告的肺结核患者人数与实际存在病例尚有差距。这反映出很多患者可能没有接受正规的诊治。一个未经治疗的活动性肺结核患者，平均每年传染10~15人。

目前，我国的结核病疫情仍然很严重：感染结核杆菌的人口基数大，发病率下降缓慢，是耐药性结核病患者人数很多的国家之一。

用药不当或未按规定方案完成治疗，都会导致结核杆菌耐药，而耐药结核杆菌的传播，使受感染的人成了新的耐药性结核病患者。对于这些患者，使用抗结核药物给予治疗，不仅费用高于普通患者数倍以上，而且治疗效果很不理想。

耐药性结核病患者治疗成功率为50%左右，有的地区甚至更低。有关研究提示，73%的耐药性结核病患者为原发性耐药。这意味着需要多个部门共同参与，采用妥善的方法管理耐药性结核病患者，以减少传播；加快引进和研发新型抗结核药物的步伐，有充足的医药资源，确保耐药性结核病患者“有药可用”，方能解决耐药性结核病问题。

由于结核杆菌是通过呼吸道传播的，发现不及时或缺乏卫生健康观念，都会导致“一人得病，全家陆续成为结核病患者”。

移民和流动人口的增加，也给结核杆菌带来了更多的传播机会，并给结核病的控制与管理带来了相当大的难度。

尤其需要注意的是，如果未及时发现传染性肺结核患者，传染源就不能得到有效控制。

在感染结核杆菌的人群中，仅有5%~10%的人发病，这主要与机体免疫力相关。

HIV感染者、糖尿病患者、接受脏器移植者、激素和免疫抑制剂使用者、肿瘤患者等的增多，以及人口老龄化等因素，均会对结核病疫情产生影

响。

在结核病防治的新形势下，现行的结核病防治服务体系仅能够满足实施现代结核病控制策略的要求，但是要全面推行包含耐药性结核病规划管理工作在内的“遏制结核病策略”和“中国结核病控制策略”，服务体系的架构、人员数量和能力与当今形势下的结核病防治工作需求尚有很大的差距。

消灭结核病的愿望十分美好，但绝不是一朝一夕就可实现的，需要大家共同努力。

## 结核病防治论坛

开展“终结结核”行动 共建共享 健康中国