

公立医院绩效工资分配方法改革探索

周浩, 苏娜娜

(临沂市人民医院经济管理部, 山东 临沂 276003)

摘要: 建立一套符合公立医院行业特点、科学合理的薪酬制度是当前医改工作亟需解决的难题之一, 本文对我国当前公立医院医务人员薪酬制度现状进行分析, 采取政策分析、文献综述等方法, 并结合临沂市人民医院绩效工资改革实践, 提出建立基于 DRGs、RBRVS 等先进管理理论的综合绩效工资分配办法, 以期为我国公立医院绩效工资分配方法改革提供参考。

关键词: 公立医院; 绩效工资; 改革

中图分类号: R197

文献标识码: B

DOI: 10.3969/j.issn.1006-1959.2020.06.003

文章编号: 1006-1959(2020)06-0008-05

Exploration on the Reform of Performance Wage Distribution in Public Hospitals

ZHOU Hao, SU Na-na

(Department of Economic Management, Linyi People's Hospital, Linyi 276003, Shandong, China)

Abstract: Establishing a scientific and reasonable salary system in line with the characteristics of the public hospital industry is one of the problems that need to be solved in the current medical reform work. This article analyzes the current status of the salary system of medical staff in public hospitals in China, and adopts policy analysis and literature review. The method, combined with the performance salary reform practice of Linyi People's Hospital, put forward the establishment of a comprehensive performance salary allocation method based on advanced management theories such as DRGs, RBRVS, etc., with a view to providing a reference for the reform of performance salary allocation methods in public hospitals in China.

Key words: Public hospital; Performance salary; Reform

随着公立医院改革进入攻坚克难的“深水区”, 越来越多的目光开始聚焦公立医院的薪酬制度^[1]。建立符合医疗卫生行业特点的、科学合理的薪酬制度是当前医改亟需解决的问题之一。党的十八大和十八届三中、五中全会相继提出要建立适应行业特点的公立医院薪酬制度^[2], 2018 年 5 月 12 日, 山东省委办公厅、省政府办公厅印发《关于进一步深化医药卫生体制改革的意见》, 《意见》明确指出, 鼓励有条件的公立医院探索实行年薪制、协议工资制等。本研究在分析当前公立医院薪酬制度现状及存在的问题基础上, 重点介绍了山东省临沂市人民医院开展的绩效工资改革试点情况, 以期为公立医院薪酬制度整体改革提供参考。

1 我国公立医院薪酬制度现状及存在的问题

当前, 大部分公立医院执行的是事业单位岗位薪酬制度。岗位薪酬由岗位工资、薪级工资、绩效工资和国家规定的津贴补贴四部分组成, 其中岗位工资和薪级工资为基本工资, 执行国家统一的工资政策和标准。绩效工资主要体现业绩和贡献, 是收入分配中“活”的部分。国家规定的津贴补贴分为艰苦边远地区津贴和特殊岗位津贴补贴^[3]。该规定意味着公立医院虽需执行国家工资标准, 却依然有绩效工资相对调整的空间。

1.1 医务人员薪酬水平整体偏低 《2016 中国统计年鉴》数据显示, 2016 年卫生和社会工作从业人员平均薪资为 80026 元, 而同期社会平均工资为 67569 元, 仅高出 18.44%, 国际上医务人员薪酬水平一般是社会平均工资的 3~5 倍^[4]。此外, 其与文化、体育

和娱乐业(79875 元)、教育业(74498 元)等行业基本持平, 仅占金融业(117418 元)的 68.15%, 而在西方发达国家, 金融与医疗卫生行业的从业人员薪资水平往往排在社会各职业顶端。因此, 我国医务人员的收入水平还有很大的上升空间, 绩效工资可以发挥其作用。

1.2 财政支持不够, 医务人员收入保障性不足 公立医院作为差额拨款事业单位, 其收入来源包括政府财政补贴和医院自身业务性收入两部分。然而, 长期以来, 我国政府对公立医院的财政支持严重不足, 政府财政补助在公立医院总收入中所占比例不到 20%^[5], 人员、设备等各项经费来源基本依赖医院的业务收入, 只有提高医院的业务性收入, 职工的绩效工资才能得到保障, 这在一定程度上弱化了医院的公益性, 致使其逐利性增强, 催生医护人员开“大处方”“大检查”, 造成医疗费用的非正常上涨, 居民“看病难、看病贵”问题凸显。

1.3 医务人员绩效工资考核与分配不合理 2017 年 7 月国务院办公厅下发的《关于建立现代医院管理制度》中明确指出, 健全绩效考核制度, 突出工作量、服务质量、患者满意度等指标, 但并未给出具体统一的绩效评价标准^[6], 致使各医院在制定绩效工资考核指标时, 自身主观性标准居多, 其科学性与合理性略显不足。受客观因素及医院主观因素限制, 收入减去支出再乘以结余比例的绩效工资核算方式在全国大多数医院普遍存在, 这将医务人员的薪酬与科室收入紧密捆绑在一起, 无法真正体现出医务人员的价值付出和风险承担, 这在部分政策性较强的科室体现尤为明显, 如感染科、急诊科等。

现阶段, 绩效工资普遍实行的是院科两级分配

作者简介: 周浩(1989.1-), 男, 山东临沂人, 硕士, 会计师, 主要从事医院管理、绩效管理工作

的模式,科室在分配时,往往都是采取“大锅饭”的形式,根据职称、工作年限等指标的不同,象征性的拉开部分差距,与医务人员自身的工作量、服务质量的关联度不足,这在一定程度上影响了医务人员的工作积极性,进而影响医院的发展。

2 我院绩效工资改革探索

临沂市人民医院作为山东省首批省级区域医疗中心,于 2016 年 10 月开展了针对医疗、护理联系的绩效工资改革的有关探索,率先将以资源为基础的相对价值比率(RBRVS)、按疾病诊断相关分组(DRGs)等先进的管理理论应用于医师绩效工资考核与分配全过程,并将医疗最小核算单元细化到主诊医师组,取得了阶段性的效果。

2.1 医师绩效工资考核方案 医师普遍学历高、承担的风险与压力大,同时又是整个医疗行为的核心组织者,如何设计出科学合理的绩效工资考核方案既能充分反映医师的工作风险、服务质量,又能充分调动这一群体的工作积极性,进而提升医院的学科建设水平是改革首要任务和终极目标。为此,我院分别借助 RBRVS 和 DRGs 管理工具来考核手术科室医师和非手术科室医师业绩。同时,利用 HIS 系统获取操作项目对门(急)诊医师进行考核。

2.1.1 手术科室医师绩效工资考核模型 手术科室医师的主要“任务”即开展手术,所完成手术的风险与难度等指标不仅代表了该医师的医术水平,亦体现相关专科的学科建设水平。因此,根据二八原理,可以借助 RBRVS 管理工具科学、公正的评价医师完成手术的情况,包括其开展的手术数量、难度、风险等指标。RBRVS 即“以资源投入为基础的相对价值比率”,是世界公认的能够科学评估医师劳务价值的

管理理论,能够公正地评估医师执行每个诊疗项目的付出及相应的劳务报酬,该理论是由哈佛大学 William.Hsiao 教授率先提出,并在美国、加拿大等发达国家的医疗保险领域广泛应用,在控制医疗成本方面发挥了巨大的作用。根据 RBRVS 理论,医师的服务成本包括医师劳动价值、执业成本以及责任风险等三个方面,而医师获得的收入应由其提供医疗服务所用的三项资源价值来决定^[6],通过综合考量每次服务的价值、风险成本等,确定其相对服务价值。目前医院绩效管理方面应用的即是相对服务价值,指的是某一诊疗服务项目的价值量,也就是“绩点值”。据此,我院的做法是以我们国家物价收费库为依据,找出其中手术治疗类的操作代码及名称,对比翻译美国版 RBRVS 外科手术绩点值。具体来讲,因我国现行收费代码与美国 RBRVS 的 CPT 代码差异明显,且内涵不同,只有一部分的项目可以通过名称建立一一对应的关系,其他大部分项目都存在一对多或者多对多的情况,一对多的项目,可以依据实际情况取对应 RBRVS 项目的权重值之和或者平均数;部分通过名称无法直接对应的项目,依据项目技术难度建立连接关系,再依据项目的平均工作时间赋值,赋值后请相关科室高年资医师进一步修正^[7]。根据病案管理工作需要,将物价收费代码库与 ICD 代码库参照上述处理方式建立一一对应,最终得到我院专属 ICD 绩效标准库。部分项目 ICD 代码、名称与 RBRVS 对比翻译见表 1。根据出院患者病案首页的手术操作信息,匹配计算得到某主诊医师组手术绩点值总和,再结合医院年度(月度)经济预算情况计算得到点单价(手术科室绩点单价),最终二者相乘得到主诊医师组的绩效总额。

表 1 部分项目的 ICD 代码、名称与 RBRVS 对比翻译

ICD 代码	名称	CPT 代码	名称	绩点值
79.07002	距骨折闭合复位术	28435	Treatment of ankle fracture	3.54
79.12005	尺骨折闭合复位螺钉内固定术	24685	Treat ulnar fracture	8.37
79.73001	腕关节脱位闭合复位术	26641	Treat thumb dislocation	4.13
79.3701	跗骨骨折切开复位螺钉内固定术	28465	Treat midfoot fracture each	8.8
79.17012	跗骨骨折闭合复位钢针内固定术	28456	Treat midfoot fracture	2.86
79.13003	腕骨骨折闭合复位钢针内固定术	26615	Treat metacarpal fracture	7.07
79.13005	腕骨骨折闭合复位螺钉内固定术	26615	Treat metacarpal fracture	7.07

2.1.2 非手术科室医师绩效工资考核模型 非手术科室医师工作的风险和价值体现在诊断及综合治疗患者的全过程。因此,可借助疾病诊断相关分组(DRGs)管理工具,对出院病历的技术难度、安全质量、服务效率等方面进行分析,确保不同专业、医生之间能进行工作量核算与评价^[8]。DRGs 即“疾病诊断相关分组”,是运用统计学的理论将病人进行分类的一套理论,在医疗管理中应用广泛,是迄今为止医

疗机构短期出院病人绩效评价最为科学合理的工具,该体系是由美国耶鲁大学的学者率先提出,经过多年的演变,现已发展到第六代,在美国、德国、加拿大等发达国家应用广泛,在医院管理方面发挥了巨大的作用。其中心思想是根据出院患者主要诊断、合并症或并发症、主要操作、年龄、转归等因素将患者分组,各组体现“临床过程一致性、资源消耗相似性”,并对各组数据进行统计分析,据此对医疗服务

提供者进行质量评价与分析,便于开展持续改进工作。2016 年 10 月以来,我院成立了疾病诊断与分组评价中心,中心以北京版 DRGs 为基础,成功研发了具备我院特色的 DRGs 分组器,将月度出院患者病案首页信息导入分组器,根据每月分组器计算得出各主诊医师组收治患者总权重(绩点),再结合医院年度(月度)经济预算情况计算得到点单价(非手术科室绩点单价),最终二者相乘得到主诊医师组的绩效总额。某病区主诊医师组核算示例见表 2。

表 2 某病区主诊组核算示例

时间	主诊医师组	n	总权重	CMI 值	覆盖 DRG 组数
2018 年 5 月	主诊组 A	112	140.16	1.25	13
2018 年 5 月	主诊组 B	119	138.2	1.16	12

2.1.3 门(急)诊科室医师绩效工资考核模型 门(急)诊科室因不设病房,所收治的病人一般在门诊上给予相应的治疗即可,因此,可按照操作项目对医务人员进行考核。具体来讲,通过 HIS 系统选取医师直接操作的非药品、耗材等治疗项目,采用德尔菲法等方式、综合操作项目的风险、难度等指标,征询科室医务人员对每个操作项目的绩点值,经过反复多轮修订,最终得到完整的门(急)诊科室医师操作项目库。根据每月系统计算得出各科室收治病人总权重(绩点),再结合医院年度(月度)经济预算情况计算得到点单价(门诊绩点单价),最终二者相乘得到科室的绩效总额。因急诊门诊具备部分社会公益职能,将其绩点单价在全院统一标准的基础上上浮 15% 执行。某门诊科室部分操作项目绩点值见表 3。

表 3 某门诊科室部分操作项目绩点值

核算单元名称	医嘱项代码	医嘱项名称	绩点
门诊科室 A	330401001	眼睑肿物切除术	4.0
门诊科室 A	311400039	液氮冷冻治疗	1.5
门诊科室 A	331604029	带蒂筋膜瓣切取移植术	14.0
门诊科室 A	331604022	磨削术	6.0
门诊科室 A	331603011	取皮术	4.0

2.2 医师绩效工资分配方案 绩效工资分配的制定是医院薪酬制度改革过程中一个重要环节,科学、合理的科室绩效工资二次分配方案有助于提高医护人员的工作积极性,增强团队的凝聚力和合作水平。我院的绩效工资分配方案坚持在科主任统一领导下进行科室统筹分配。科室根据医院出台的指导意见制定科室分配方案,并经全体人员签字确认后报绩效管理部门备案后实施。科主任有科室绩效工资总额 20% 的调配权限,科主任对这部分绩效应当按照效率优先、兼顾公平的原则,与科室学科发展、质量与安全、协作配合、医德医风等指标相挂钩进行分配,同时对主诊组绩效分配有指导与建议的职责;剩余 80% 的绩效由各主诊医师组进行自主分配,各组

主诊医师根据组内各医师聘任的岗位,如主诊医师、主管医师、经治医师等完成的工作量、质控考核结果等关键指标(KPI)进行分配,具体分为三个部分,分别是岗位绩效、工作量绩效和质控绩效,各部分比重分别为 6:3:1。这样一来,充分打破了依照职称、工作年限等指标僵化的分配办法,建立起以岗位工作量为基础,多劳多得、优劳优得的分配新模式。

2.3 护理职系绩效工资考核模型 护理人员绩效工资的考核设计相对医师简单。其工作内容具备同质性,但要注意在重症监护室、急诊、外科、内科等岗位设置不同的绩点,以体现其工作风险、强度等。我院护理人员业务绩效工资包括两大部分,即岗位绩效与工作量绩效,便于完整反映护理人员工作内涵。岗位绩效方面,岗位绩效根据护理单元岗位设置数和护理岗位类别确定,在综合评价工作强度、风险等因素基础上将全院护理单元分为五个类别,并建立各类别动态调整机制,护理岗位设置数量依据在院病人数量及护理人员配备情况确定,护理岗位类别按照五个层级确定不同的系数。护理工作绩效方面,根据护理岗位人员所从事的各项专业技术工作,在综合考虑护理人员的工作强度、工作负荷和技术含量等方面确定护理工作量标准绩点值。根据护理工作的特点,护理工作量标准绩点值分为医院通用版和科室专科版两大类。某重症监护室护理标准绩点值见表 4。根据每月收费系统计算得出各科室工作量总绩点,再结合医院年度(月度)经济预算情况计算得到点单价(护理绩点单价),得到工作量绩效总额,同时依据当月病人出院情况及护理人员配置情况,得到岗位绩效总额,最终二者相加得到某护理考核单元的绩效工资总额。

表 4 某重症监护室部分护理项目标准绩点值

核算单元名称	项目编码	项目名称	系数	单位
重症监护室 A	310603001	呼吸机辅助呼吸	5	小时
重症监护室 A	120100011	吸痰护理	2.5	次
重症监护室 A	121400001a	更换引流装置	8	次
重症监护室 A	330100014	特殊方法气管插管术	10	次

2.4 医疗成本管控 采用以 RBRVS 及 DRGs 理论为基础的工作量绩效评价模式,容易引导医护人员过多关注业务量的提升,而忽略医疗成本的控制。因此,我院采用单项奖惩的方式引导临床科室注重成本管控,提高节约意识。走出一条“高效、低耗”的发展路径。具体来讲,单项奖惩金额=当月实际可控成本金额-目标可控成本金额,计算结果直接在当月医师应发绩效总额中兑现。目标可控成本金额=当月实际收入×目标可控成本率,而目标可控成本率=基期可控成本均值/基期收入均值,基期可控成本均值与基期收入均值,均是依照过往两个年度科室实

际收入支出数据经过合理化后计算得出。其中,收入方面,是指剔除药品与材料后的纯收入,可控成本,以人力成本、不计价的耗材、水电费、维修费、办公用品费等医护人员可以控制的成本为准。随着医院精细化管理水平的进一步提升,将会增加对病种成本、床日成本、项目成本的核算。

2.5 取得的成效 我院将 RBRVS 与 DRGs 管理理论引入绩效工资考核与分配,形成了一套以工作量考核为基础的绩效管理新模式,医院绩效工资考核指标更加的科学、合理,能够充分反映医务人员的工作价值与风险承担,响应了国家政策要求。经过近一年的实际运行,取得了阶段性的效果,医疗质量、服务效率、职工满意度、医疗成本管控等指标持续改进与提升。①工作量指标方面:2017 年出院 18.04 万人次,较 2016 年 170101 人次,增幅 6.06%;2017 年手术 7.54 万台次,较 2016 年 6.78 万台次,增幅 11.21%,2017 年平均住院日 7.83 天,较 2016 年 8.56 天,降幅达到 8.53%,2017 年门急诊 300.04 万人次,较 2016 年 267 万人次,增幅 12.37%。②职工满意度指标方面:根据 2018 年 5 月份,针对临床、医技科主任、护士长、职能部门负责人等中层管理干部所做的问卷调查显示,对现行绩效考核方案持满意或基本满意态度的人员的比例是 85.12%,较改革前提高了 12%;认为现行绩效考核方案对科室管理所起的作用是非常明显,甚至有一定作用的比例达到 93.27%,较改革前提高了 32%。③质量指标方面:根据 2017 年山东省综合医院住院绩效服务分析报告,我院低风险组死亡率为 5‰,同比下降 0.02‰。④绩效工资总额方面:根据预算计划,2018 年上半年,绩效工资总额同比增长 5.6%,医务人员的获得感进一步增强,极大提升了工作积极性和幸福指数。⑤医疗成本管控方面:全院范围内,2018 年上半年实际可控成本率较目标可控成本率下降了 5.6%。部分科室成本管控结果见表 5。

表 5 部分科室成本管控结果同比分析表

科室	2018 年上半年目标 可控成本率	2018 年上半年实际 可控成本率	降幅
科室 A	74.52%	73.10%	4.40%
科室 B	71.12%	70.24%	7.90%
科室 C	82.73%	79.31%	5.40%

3 讨论

公立医院绩效工资制度改革的终极目标是建立符合医药卫生行业特点同时又能适应我国国情的收入分配机制。实践中,应当做到“稳”与“活”,既要稳步推进,又要灵活应用。

3.1 合理确定医务人员绩效工资总额 根据基期发放水平以及医院可持续发展策略测算合理的医务人

员的绩效发放总额,即制定合理的预算总额,既要让医务人员有改革的“获得感”,又不能过高,为将来医院的发展留足空间。同时,要建立动态调整机制,根据医院整体收入支出情况、社会工资水平、医院的学科发展需求等因素,动态调整医务人员的绩效工资水平,确保实现其制度化和规范化。

3.2 突出医疗卫生行业特点,引入 RBRVS、DRGs 等先进管理理论 传统的医疗评价指标如出院人次、平均住院日、床位周转率等指标无法全面衡量医务人员的医术水平,由此传统的统计指标评价医院服务能力和绩效的方法是欠科学的^[9],只有设法转化为同质化的数据指标,才能进行有效的对比与评价。RBRVS 与 DRGs 理论能够实现数据“多样化”到“同质化”的转变,既能科学的体现医务人员工作的“含金量”,又便于管理者横向对比与纵向分析,是医院管理特别是绩效管理发展的一大趋势。

3.3 杜绝大锅饭模式,探索灵活多样的分配方案 绩效工资二次分配是实现绩效管理科学化、制度化的重要一环。传统的分配依据职称、学历、工龄等因素,各层级医护人员象征性的拉开差距,严重挫伤医务人员的工作积极性,影响医院的发展。推动建立“以岗取酬”的新模式,依据医师在主诊组内的聘任岗位,完成工作情况,患者满意度、协作配合等生产要素,建立科学合理的绩效工资分配方案,发挥绩效保障与激励的作用。

3.4 加强运营成本管控,提高人力支出比重 人力资源作为第一生产要素,直接关系到医院社会效益与经济效益^[10]。公立医院应当注重加强对医疗成本的管控力度,设定合理的绩效考核指标,引导医护人员遵照临床路径开展诊疗行为,实现医院对临床科室的精细化管理,逐步降低科室耗材、药品等支出项目占比,留出空间,进而提高人力成本支出占比,完善人力资源管理机制,激发医护人员工作积极性,实现医院发展目标。

3.5 开展目标管控,注重引导科室加强内涵建设 绩效工资在反映医务人员工作实绩的同时,应更加体现医院的管理目标,将医院战略发展目标层层分解落实到相关的临床科室,通过设计合理的指标考核体系,开展综合目标管理、现场检查等方式的考核督导,引导科室在提升工作量的同时注重医疗质量与安全、医疗水平、治疗效果等关键指标,推动科室加强内涵建设,提升医院的可持续发展能力。

3.6 突破工资总额限制,推动构建科学薪酬分配架构体系 岗位工资与薪级工资仍然占公立医院医务人员薪酬总额的相当比例,这部分工资由国家财政按照公立医院的编制进行拨款,对医务人员薪酬水平的限制依然较大,因此,可以通过加大财政补贴力度

等方式,适度提高岗位工资与薪级工资的发放水平,与绩效工资管理方案相互配合,推动构建科学合理的医务人员薪酬分配架构体系。

参考文献:

- [1]仇媛雯,贵慧,姚晶晶,等.基于 RBRVS 与 DRG 的公立医院绩效薪酬考评应用探索[J].中国卫生经济,2019,38(4):72-75.
- [2]王楚云,赵升田,蓝恭赛,等.探索医生年薪制推进公立医院薪酬制度改革[J].中国卫生经济,2018,37(3):15-17.
- [3]冯宏杰,郝志梅.新中国成立 70 年来公立医院薪酬制度改革的历史变迁忧[J].中国卫生人才,2019(7):58-61.
- [4]胡路佳,朱俊利.公立医院的政府投入现状与对策研究[J].中国医院,2019,23(8):19-21.
- [5]李建军,雷志勤,苗豫东.新形势下公立医院绩效薪酬制度改革探讨[J].中州学刊,2018(3):78-81.
- [6]刘利,武爱文,王楠,等.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(5):72-74.
- [7]王志刚,牛巍,蔡静,等.RBRVS 用于绩效评价的本土化研究与应用[J].中国医院,2015,12(19):4-6.
- [8]雷志勤,李建军.城市公立医院薪酬改革配套政策问题研究[J].中国卫生经济,2015,34(11):11-12.
- [9]杨莉.DRGs 应用于医院绩效管理的实践与思考[J].医学教育管理,2017,3(5):392-402.
- [10]周立涛,李朝阳,张一枝,等.大型公立医院人力资源管理的创新与实践[J].江苏卫生事业管理,2019,30(9):1109-1110.

收稿日期:2019-12-04;修回日期:2020-01-08

编辑/成森