

绩效管理升级医院品质

一家台湾医院引发的思考

■本报见习记者 牟一

如何建立合理的公立医院薪酬分配制度是新一轮医药卫生体制改革的一个重大话题，绩效管理改革成为改革的重要切入点。

在“2014 清华长庚医疗改革发展论坛”上，《中国科学报》记者获悉，清华大学新建附属医院——北京清华长庚医院将于年底正式运营。历经 10 年，这所由清华大学与华阳电业有限公司（台塑关系企业）共同建立，由台湾长庚医院创始人王永庆捐赠的新模

式公立医院，即将敞开大门。

清华大学副秘书长、北京清华长庚医院总执行长王志华介绍，北京清华长庚医院将借鉴并参照台湾长庚纪念医院的经营理念和管理模式，并与北京市医院管理局合作共建。

此举被寄希望能够打破公立医院原有的“大锅饭”式事业单位薪酬制度，通过有效的绩效管理，调动医务人员的工作积极性，提升医疗服务品质，提高医院运作效率。

1. 以医生为核心

“台湾长庚纪念医院的绩效管理是我们引以

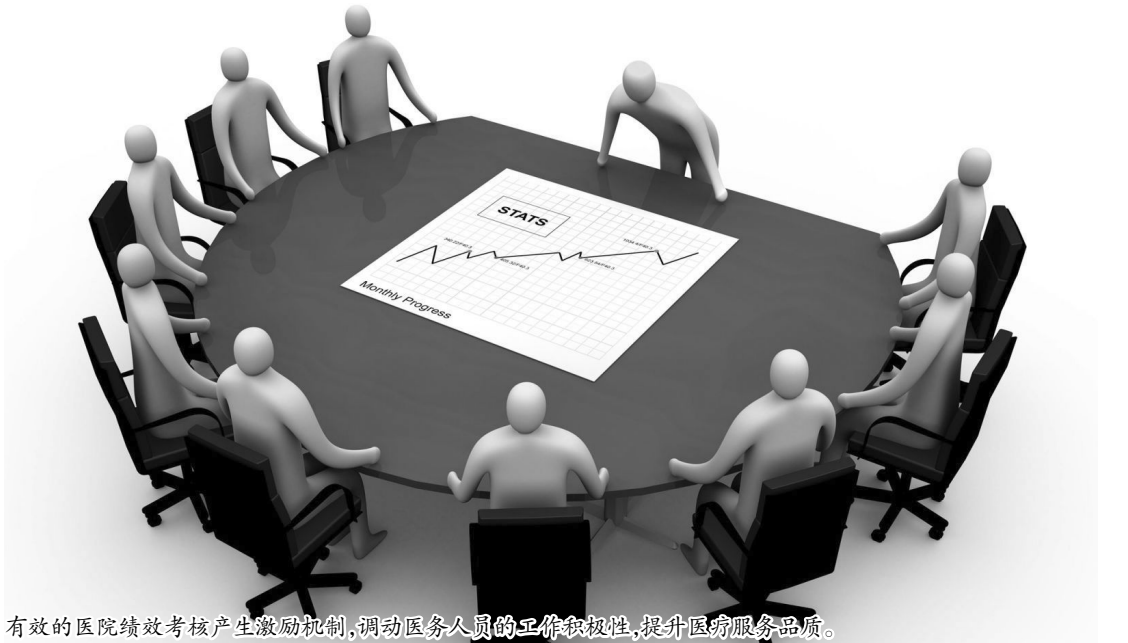
为傲的。”北京清华长庚医院总执行长郭明和介绍道。他在台湾长庚纪念医院工作了 28 年，1 个月前刚刚来到清华长庚医院做高管。

医疗机构是一个人力和专业知识都很密集的组织机构。郭明和表示，在产业中通常是几个人管理着一大片工厂，但是在医疗领域却是“一群人在管一小撮人”。台湾长庚医院有 1.8 万员工，其中医生大概占总人数的 15%，而管理人员占总人数的比例是 30%~35%，其绩效管理是在不同的人力结构背景下展开的。

内地则恰恰相反，三甲医院的医生大概占到 30%~35%，而行政人员的比例不足 10%。“用 35% 的管理人员，去支持一个 15% 的医生队伍。”清华大学社科学院经济所副所长、健康产业研究中心主任黄德海认为，这意味着事实上长庚医院实行的是以病人为核心、服务病人的模式，但从长庚医院管理的角度看，是以医生为核心的。“只要照顾好医生就等于照顾好病人。如果医生不开心，病人就不开心，那么医院就没有绩效。”

此外，郭明和认为，用“大锅饭”的方式管理绩效是不行的，必须落实到专科。“因为专科是医疗体系里面最重要的单元，它相当于一个生长的火车头，起到医疗带头作用，其他偏向于后勤资源，都在后面跟着。”

“医院的质量要提高上去，医生是关键。”四川大学华西医院院长助理程永忠也强调，“医生是整个医院业务发展的龙头，如何通过绩效制度鼓励医生愿意多做、做好，是医疗质量安全以及医院发展、学科发展的关键所在。”



有效的医院绩效考核产生激励机制,调动医务人员的工作积极性,提升医疗服务品质。

2. 弱化经济效益

虽然绩效的概念来自企业，但医院与企业两者的绩效管理有质的区别。企业通常追求利润最大化，而医院是为了救死扶伤，更体现了人性化、医德、慈善、公益性质，不能以利润最大化为目标。

上海交通大学医学院附属瑞金医院院长朱正纲认为，医院管理者

和医务人员不能为了增加收入、多拿奖金，而拼命追求经济方面的指标。

“绩效考核的总体导向，引导医院不再过度地关注医疗收入。”北京市医院管理局副局长吕一平表示，“过去，院长们在一起可能主要谈论‘医疗收入大概多少个亿’，而现在，整个绩效考核弱化了经济效益，完全不再

考虑整体医疗收入，更关注成本控制和效益的问题；弱化了总体服务量增加的要求，而更关注服务质量的提高。”

但是，如果一个医疗机构没有利润，就没法继续经营。对此，郭明和表示：“我们的目的不是营利，是用营利的手段创造利润来支撑这个机构，让它可以有序经营。在获取利润的同时，我们要把社会责任摆在一起，最后达到促进社会公益和福利的目的。”

吕一平介绍，北京市医管局绩效考核的一个明确方向是把 21 家所属公立医院朝着公益性方向发展，在考核指标上设置公益性，不再考核收入和规模。

3. 从二次分配到 N 次分配

“公立医院绩效考核不能脱离分配。如果单一考核而脱离分配的话，这个考核就很难推动。”朱正纲表示，虽然现在所有的考核指标，没有一个直接与经济指标挂钩，但已经不像过去，哪个科室、哪个医院赚的钱越多，职工分配就越高。

“整个改革是把二次分配变成 N 次分配，二次分配就是过去医院分到科室，科主任再行分配，就会出现多劳多得、优劳多得的情况，不利于调动医生的积极性。”程永忠介绍道，“现在，85% 的钱由医院给每个医生直接核发，15% 由科室进行统筹。”

据介绍，华西医院耗时 21 个月才完成了手术绩效分配的改革，引入了一些国际上公认的方法和指标，比如外科引入了美国的 RBRVS 方法（以资源为基础的相对价值比率），内科引入了 CMI（疾病疑难系数）。这些客观的指标体系可以衡量风险大小难度、病人严重程度等。

类似于台湾长庚医院“医师费制度”的科内积分和年资积分，华西医院设立了岗位系数，将医生岗位分成 12 级。外科医生的手术难度系数替代了医师费制度中体现工作量的收入积分。所以，根据年资系数、

岗位系数和手术难度系数来计算每个医生拿多少钱。比如，一个月 500 万的手术分配，整个点数是 50 万点（10 元 / 点），医生做了 2000 点就是 2 万元，做了 1000 点就是 1 万元，相对客观、简单。

医师费（PF）是以医师的投入风险和技术程度来决定的。“不应该是单一的服务量，应该要有几个重分配的机制，包括收入积分、科内积分、年资积分。在收入部分，将医疗行为转化成医疗项目，去设定它的 PF 的拆分比例。”郭明和介绍，“这在台湾长庚医院已经实行了 39 年，但是一直在调整、改变。”



4. 考核指标须“量化”

目前，多数医院采取非量化的模糊绩效考核，考核弹性较大，容易引发人为偏差。因此，有必要引入量化绩效考核这种激励机制，使医护人员得到应有的报酬，充分体现按劳分配、多劳多得的原则。

比如，四川大学华西医院的骨科第九级主治医生岗位，意味着主治医生工作九年以上，有医疗、教学、科研管理的责任，但具体的工作量化指标，比如门诊，一年至少应该有 1200 人次、手术 150 台，手术有具体分级，会通过指标系数进行体现，10 以下属于小型手术，10~20 的属于中型手术，20~30 属于大型手术。此外，科研和教学都有量化的考核指标。

在北京市属医院的考核指标体系中，定量考核指标占到了 70%。其中，按照平衡积分卡有四个方面：社会评价、内部管理、运行效率、发展实力。每个方面中各有三个级别的指标。“整个考核项目一共 25 项，其中有 10 项关于社会评价的比重最大，包括患者满意度、预约就诊率、医疗纠纷发生率

等关键指标，而患者满意度一项就占了 10 分，是整个绩效考核过程中分值最高的单项指标。”吕一平介绍道。

复旦大学附属中山医院的管控型绩效管理

模式更体现出了“精细化”。谈到对于医师的考核，该院院长樊嘉教授介绍：“我们对医院、科室、科主任、医师、高级职称评定等多种考核又细化出很多指标。考核不以经济收入为主，而是从医教研管理和患者满意度等多个方面进行考核，也是把它计算成分数。然后，将这些分数分到科室，科室再具体到人，包括门诊量、药占比、抗生素使用的强度和比例、手术的大小分级……全都有。”

比如，医师个人绩效的指标细化出了 204 个指标，其中参与考核的指标一共有 172 项，每项都有分数。“只要行为发生，都有记录。看门诊的病人数量，开过什么药，开过多少刀，只要查一次，作一次记录，哪怕是写一个医嘱，马上就会体现出来，能够很快作出评价。”樊嘉解释道。

5. 让数据发现问题

绩效管理是医院管理的一个平台，由于绩效需要评估、对比和衡量，绩效考核是为实现这种要求而采用的一种具体办法，其目的在于定期发现问题，为管理沟通提供依据。

“绩效管理有评估，没有评估就没有管理。”郭明和介绍，“绩效评估可以运用很多的工具，比如损益表，损益表里有收入面和成本面，一张表摊出来，发现哪个地方有问题，我们会朝着往下去作分析。”比如，一个科里的收入面，在门诊的人次增加，但是单价却降低了，理论上总收入应该增加，但是却没有，表示这是有问题的。

吕一平则用雷达图的方式展示绩效考核结果。中间一圈蓝色是目标值，越靠近蓝色以内，说明完成情况不好，蓝色以外就说明在某一问题情况是好的，超过了要求值。“比如某家医院的预约挂号率指标最好，但是医疗成本控制率最差，我们就要对

主管院长和主管部门单独进行约谈，通过他们的改进，在第二年有了一个非常大的提高。”

通过考核数据结果，吕一平发现医院存在的一些问题，如成本控制的意识还不够强，财政投入的进度还不到位，学科发展不均衡，医疗基础质量存在问题，比如病案书写、大处方、滥用抗生素等，患者的安全风险存在一些普遍性问题。

“每一年我们都要对一些医院所有的扣分情况进行分析。”吕一平介绍，“比如在门诊的患者满意度方面，总体反映比较好的是医务人员的态度、诊疗水平和注意保护病人隐私方面。但是做得不好的，比如卫生间的问题，我们发现患者在就医的过程中对卫生间的体验就影响到整个医疗体验，所以我们这几年持续地在抓整个卫生间的管理，包括卫生间的配置数量、气味等问题。”

图里图外

在来诊病人病情复杂、生命体征不稳定、病历资料有限、救治时间窗窄的情况下，急诊医生必须用最快速度、最有效的措施、最简便的方法，在最短的时间里，作出合理处置，以最大限度地减轻患者痛苦，抢救生命，为进一步专科治疗赢得时间和机会。

图为中国康复研究中心北京博爱医院急诊科工作场景。



争分夺秒	职责
严阵以待	
身体检查	

陈亚伟供图

医评医论

医疗联合体有望缓解看病难题

■林新宏

近日，广东省广州市海珠区卫生局协调该区所辖地段内的 4 家三级甲等医院、区内的其他医院和 15 个街道的基层医疗卫生机构签署了合作协议，建立起“区域医疗联合体”。所谓区域医疗联合体，是根据区域人口密度、医疗资源现状，按 1~2 所三甲医院联合若干个二级医院和多个基层医疗卫生机构的要求，规划布局全区医疗服务体系的建设，实现医疗联合体内各医疗机构之间的资源共享、分级诊疗和转诊预约等院际协同服务。（9 月 19 日《羊城晚报》）

当前，我国医疗和卫生保健服务面临的主要问题是医疗卫生资源配置严重失衡，中心城市的大医院特别是三甲医院设备精良、技术先进、医护人员队伍力量雄厚，占据各种资源优势。

而与之形成鲜明对照的是，城乡基层医疗卫生机构设备陈旧、技术落后、人员不足、队伍薄弱，难以适应区域医疗卫生保健需求，不少基层医疗卫生单位只能在惨淡经营中勉强维持运转。

正因为基层卫生机构服务水平得不到提高，城乡社区病人人才不得已一窝蜂涌向大医院，形成了社区医疗卫生机构经营发展的恶性循环和城市中心大医院人满为患的局面。而区域医疗联合体在这种情势下应运而生，顺天应人，势所必然。

广州市海珠区按照区域医疗联合体协议精神，每个医联体内各医疗机构之间以技术、服务为纽带，职责共担、资源共享、相互协作、共同发展。由于实现了资源共享，三甲医院的资源某种程度上也就是社区卫生机构的资源，区域内医疗卫生资源配置失衡的凸显程度便大为减轻。以服务病人为主旨，

以提高社区卫生保健水平为目标，以资源共享为基本策略，医疗联合体必将在区域医疗保健服务中充分而合理地发挥它的作用和效能。

其一，社区居民群众看病更为便利。医疗联合体的建立，使区域内上下级医院和基层医疗卫生机构之间医务人员的交流成为常态。三甲医院专家定期到各社区卫生服务机构坐堂、会诊、查房、组织病例讨论。居民群众看病不必经历一号难求之苦，也可减少长时间排队候诊之烦，还可能不必支付昂贵的专家挂号费，在家门口的社区诊所即可享受便捷的三甲医院门诊及专家级服务。看病难的矛盾得到有效缓解。

其二，社区卫生服务人员卫生保健服务水平大大提高。作为所在区域医疗联合体的牵头单位的三甲医院，定期安排社区全科医生的进修培训，组织大型公共医疗卫生讲座，提高社区卫生服务机构对常见病和多发病的诊疗水平及慢性病管理能力；对区级医院各科室实施“结对帮扶”，从整体上提高区域卫生服务水平。

其三，社区医疗卫生服务有序而良性运转。在区域医疗联合体内，牵头单位主要承担疑难复杂危重疾病的诊疗，统筹安排医联体内医务人员的上下交流和出诊工作。成员单位承担常见病、多发病的诊疗和社区健康管理，开展部分常规诊疗技术，负责慢性病人的康复和护理，形成“小病在社区，大病进医院，康复回社区”的就医新格局。

其四，医疗资源盘活，服务成本降低，资源效益最大化成为可能。社区居民患病应该去哪一级医疗机构就诊，社区医务人员会给出合理建议 and 安排，患者可以根据自身需求

作出优化选择。

或许，看小病、花大钱、动辄开大处方、做大检查的这一现象将大大减少。按照区域医疗联合体规定，经有序转诊的社区居民患者在三级医院可以享受“一免三优先”即免挂号费、优先预约专家门诊、优先安排辅助检查、优先安排住院的优待，从而以最低的成本获得优化的服务。区内不同层次的各级医疗机构的资源都得到充分利用，拓宽了发展空间，形成良性循环。看病贵的状况得到有效遏制。

近年来，许多上级医院派出医务人员深入城乡社区开展各种形式的帮扶活动，但大多只是帮一阵、扶一程，充其量只是起“授之以鱼”“输之以血”的作用，纵能济困于一时，却难以获益于长久，不能从根本上解决问题。像广州市海珠区那样以有效整合医疗卫生资源为策略、以医疗联合体为基础、以建立新型城市医疗服务体系为目标的探索实践，却是既着眼于当下，又立足于长远的改革大计。

既是改革，就一定会遇到不少问题和困难，但是无论如何，问题和困难只能在改革中解决，也一定能够在改革中得到解决，区域医疗联合体的运作模式一定会在改革中得到完善，直到形成长效机制。因为它的目标、路径和策略都是合理的，措施也都是切实可行的。在国家投入不足、卫生资源稀缺且配置失衡的当下，建立区域医疗联合体的探索实践，不啻是一种难能可贵的主动作为，对面临困境的国家医改，或许也是一个有益的启迪和可资借鉴的参照。

（作者系南方医科大学教育研究与督导评估中心教授）