



创伤骨科两种绩效二次分配方案比较研究*

——杨岳利 周营新 范江荣 江波涛*

【摘要】 **目的** 通过比较创伤骨科两种绩效二次分配方案,探索更能体现临床医师工作绩效的分配方案,为医院绩效改革提供借鉴。**方法** 对6名带组医师通过现行绩效二次分配方案(以二次分配系数为原则)确定绩效系数;基于DRG指标从3个维度6项指标采用综合指数法进行评价。对比两种方案下医师绩效排名。**结果** 科室绩效二次分配结果排名在两种不同方案中结果差异明显。基于DRG的综合绩效评价法更加科学、合理、公平。**结论** 医院在绩效二次分配中引入DRG需完善三级医师分组体系,提高病案首页质量,加强医院信息化建设,确保DRG指标的可获得性。

【关键词】 创伤骨科;疾病诊断相关组;绩效;二次分配;分配系数;综合评价

中图分类号:R192.3;R68

文献标识码:B

Comparative Study of Two Performance Secondary Allocation Schemes in Traumatic Orthopedic Department/YANG Yueli, ZHOU Yingxin, FAN Jiangrong, et al.//Chinese Health Quality Management, 2021, 28(1):82-84

【Abstract】 **Objective** To compare the two performance secondary allocation schemes in Traumatic Orthopedic Department to explore the allocation scheme that could better reflect the work performance of clinicians, so as to provide reference for the hospital performance reform. **Methods** The performance coefficients were determined by 6 group—leader physicians through the current performance secondary allocation scheme (secondary allocation coefficient as the principle). Based on DRG indexes, the evaluation was carried out from three dimensions and six indexes using the comprehensive index method. Physician performance rankings were compared between the two schemes. **Results** The results of the secondary allocation of department performance were significantly different in the two schemes. The comprehensive performance evaluation method based on DRG was more scientific, reasonable and fair. **Conclusion** In the performance secondary allocation scheme, hospital should improve the three—level physician grouping system, improve the quality of the first page of medical records, strengthen the construction of hospital informatization, and ensure the availability of DRG indicators.

【Key words】 Traumatic Orthopedic Department; Diagnosis Related Groups; Performance; Secondary Distribution; Distribution Coefficient; Comprehensive Evaluation

【First-author's address】 Xianning Central Hospital, The First Affiliated Hospital of Hubei University of Science and Technology, Xianning, Hubei, 437100, China

随着国家医药卫生体制改革的不断深化,公立医院只有充分发挥绩效管理的杠杆作用,调动医务人员积极性,才能实现可持续发展^[1]。近年来,疾病诊断相关组(Diagnosis Related Group, DRG)^[2-3]在医院绩效评价、医师个人能力评价、学科建设 and 等级医院评审等方面应用广泛。本研究通过对比分析某三甲医

院创伤骨科现行绩效二次分配方案与基于DRG的绩效二次分配方案,以为医院制定公平、合理的科室绩效二次分配方案提供参考。

1 两种绩效二次分配方案介绍

1.1 现行绩效二次分配方案

以医院科室月度绩效工资总额

为基数,根据科室医师个人系数占科室系数比例,确定个人绩效金额。科室医师系数以人员职称为重点,结合医师年资、学历和职务,确定每名医师个人系数,个人绩效=科室总绩效/科室医师系数之和×医师个人系数。该方法简单、易操作,但由于科室缺少对医师个人工作量与工作能力进行科学、客观评价的指

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2021.28.1.22

* 基金项目:咸宁市中心医院院级重点课题(2017XYA005)

杨岳利 周营新 范江荣 江波涛* 通信作者:江波涛

咸宁市中心医院/湖北科技学院附属第一医院 湖北 咸宁 437100

标与方法,科室在制定二次分配方案时未将体现医师个人医疗服务能力与水平、劳动强度和效率价值的指标纳入。见表1。

表1 现行绩效二次分配系数情况

项目	类别	系数
职称	正高	1.00
	副高	0.90
	中级	0.80
	初级	0.70
	护士	0.60
	新入职	0.50
年资(年)	20~30	0.20
	15~<20	0.15~0.19
	11~<15	0.11~0.14
	6~<11	0.06~0.10
	<6	0.01~0.05
学历	硕士及以上	0.20
	本科	0.15
	专科	0.10
职务	科主任	0.20
	护士长	0.20
	副主任	0.10
	副护士长	0.10

1.2 基于DRG的绩效二次分配方案

使用医院版DRG系统平台,该系统与省级DRG平台为同一分组器,且与省平台同步更新与升级,医院DRG数据与省平台数据具有同质性与可比性。从平台收集该院2019年创伤骨科6名带组医师住院病案首页共1410份,排除超过60天的住院病例和总费用小于5元的病例^[4],共入组1393份,入组率98.79%。统计3个维度6项DRG指标数据。其中,对高优指标“DRG组数、总权重、CMI”采用 $y = X/M$ (X为实际值,M为均值)、低优指标“时间消耗指数、费用消耗”采用 $y = M/X$ (X为实际值,M为均值)进行指标相对化处理,对医疗安全指标采用0分~4分制进行死亡风险评级。通过综合评价法对6名带组医师分别从DRG产能、医疗效率和医疗安全进行综合评价。根据同类指标相乘、异类指标相加得到6名带组医师综合得分并排序。

2 两种分配方案应用结果比较

2.1 现行科室绩效二次分配结果

6名带组医师2019年科室绩效系数见表2。结果显示,创伤骨科6名带组医师中,科主任绩效系数最高,科室绩效二次分配系数受学历、职称、年资和职务的影响,而与带组医师收治患者数、疾病疑难程度、医疗效率以及医疗安全无直接关系。

2.2 基于DRG的绩效评价结果

带组医师A收治患者数最多(339例),但DRG入组率最低(97.64%);医师E收治患者数258例,入组率最高,达99.61%。6名带组医师病案首页入组率均在97.0%以上,这说明该科室带组医师的病案首页书写质量较高,病案首页可用于DRG分析评价。6名带组医师能力综合评价结果见表3。

2.2.1 产能 DRG组数、总权重和CMI值均属于DRG产能指标。DRG组数代表收治疾病覆盖面的广度,总权重代表医疗服务总产出,CMI值体现医疗服务难度。从表3可以看出,医师E的收治病种组数

最多(65组),但总权重和CMI值低于医师A。医师A是科主任,主要负责急危重症患者收治,这说明带组医师不仅要注重疾病收治种类,还需提高收治病种难度,进而提高CMI值;医师B担任副主任职务,协助科主任、护士长进行科室行政管理,DRG组数和CMI值最低,这说明医师B收治病种种类最少、难度最低,需兼顾医疗技术与行政管理。

2.2.2 医疗效率 时间消耗指数、费用消耗指数反映了带组医师收治同类疾病消耗的时间和费用与区域平均水平“1”的差异情况。大于1说明治疗同种疾病花费时间较长,费用较高,效率低于平均水平;小于1说明治疗同种疾病花费时间较短,费用较低,效率优于平均水平^[5]。从表3可以看出,医师B的时间消耗指数居第1位,费用消耗指数居第3位,但CMI值(1.31)在带组医师中最低,这说明医师B收治病种较简单,医疗服务效率较低。提示:在确保医疗安全的情况下,可适当缩短患者住院天数,降低医疗费用,提高医疗服务效率,在条件允许情况下尽可能多收治技术难度较高的

表2 现行绩效二次分配方案的6名带组医师系数

医师代号	学历	职称	年资(年)	职务	绩效系数	排序
A	本科	主任医师	31	科主任	1.55	1
B	硕士	副主任医师	20	副主任	1.40	2
C	本科	主任医师	30	/	1.35	3
D	本科	副主任医师	26	/	1.25	4
E	硕士	副主任医师	15	/	1.25	5
F	硕士	副主任医师	14	/	1.24	6

表3 基于DRG的6名带组医师能力综合评价结果

医师代号	收治患者数(例)	入组率(%)	产能			医疗效率		医疗安全		综合得分(分)	排序
			DRG组数(组)	总权重	CMI	时间消耗指数	费用消耗指数	低风险死亡率(%)			
A	339	97.64	63	562.81	1.85	1.05	1.48	0	4.12	1	
B	188	99.47	43	245.46	1.31	1.13	1.46	0	1.28	5	
C	177	99.44	47	244.21	1.39	1.04	1.68	0	1.27	6	
D	171	99.42	47	233.12	1.37	1.07	1.29	0	1.45	4	
E	258	99.61	65	383.96	1.49	1.11	1.40	0	2.46	3	
F	277	98.19	57	374.74	1.38	0.76	1.02	0	3.13	2	

病种。医师F时间消耗指数和费用消耗指数远低于科室其他带组医师,说明其医疗服务效率最高,究其原因,医师F的专业领域以小儿骨科微创术为主,治疗上有创伤小、治疗时间短和周转快的特点,从而使时间消耗指数和费用消耗指数优于其他带组医师。另外,时间消耗指数效率整体优于费用消耗指数效率,这说明创伤骨科住院患者住院天数管理优于费用管理,提示科室需加强住院患者费用管理,提高科室医疗服务效率。

2.2.3 医疗安全 在进行DRG指标评价前,评价医院医疗质量安全的重要指标之一是“住院总死亡率”(即住院总死亡人数/同期出院患者总人数),数据收集与计算简单,但不能反映死亡患者的疾病疑难危重程度,也不能反映科室医疗质量与安全情况^[6]。死亡风险评级为0分的DRG组,称为“低风险病例组”。“低风险病例死亡率”是评价不同医院、专业、科室、诊疗小组或医师医疗安全最重要的指标。截至目前,该指标已经在美国、德国、日本以及我国台湾地区等43个国家或地区广泛使用^[7]。表3数据显示,创伤骨科6名带组医师2019年未出现低风险死亡患者,医疗安全较高。

2.3 结果比较

对比表2、表3发现,创伤骨科现行绩效二次分配原则所定绩效系数排名与基于DRG的综合评价排名差异较大。出现差异的关键原因在于科室现行绩效二次分配方案未将带组医师的医疗服务情况纳入。

3 讨论

3.1 基于DRG的科室绩效二次分配方案更能调动医师工作积极性

与科室现行绩效二次分配方案相比,基于DRG的综合评价将带组

医师的工作量、疾病疑难程度、收治病种覆盖面、治疗同类疾病消耗时间与费用差异和医疗安全相结合,客观真实地反映了同一科室同一专业治疗同类疾病的差异,使评价结果更能体现带组医师的医疗技术水平与劳动强度,显得更加公平、公正、科学、合理。医院可鼓励科室积极探索建立基于DRG的绩效二次分配评价体系,将现行方案与DRG指标全部或部分结合,充分调动医师工作积极性。

3.2 以DRG为契机提高病案首页质量

病案首页数据质量是医院开展基于DRG的科室绩效二次分配方案的关键,尤其是患者年龄、诊断信息、手术及操作、费用信息等。建议医院:第一,加强对临床医护人员病案首页规范化填写培训,从书写源头提高数据质量,提高医务人员的认识;第二,可通过开展科内月度疑难编码分享与探讨、小组分季度轮转、参加ICD-10编码员专题培训班等措施,有效提高病案编码员能力。第三,加强病案编码员相关编码知识的培训。根据临床专科特色,选择重点病种及手术编码、常见编码问题深入临床进行讲解,多措并举提高病案首页数据质量^[8]。

3.3 结合信息化技术确保DRG指标可获得性

科室绩效二次分配的对象是科室医师,医师个人综合能力评价的数据取值于病案首页的医师信息,建立科室标准化三级医师体系是开展基于DRG的科室绩效二次分配的基础^[9]。临床科室、人力资源部 and 医务部应根据DRG系统平台参数需要,准确整理科室三级医师详细信息,信息部门应加强医院信息化系统建设,在HIS系统端维护科室三级医师信息的同时,可按照病

案科管理需求,设置病案首页相关字段的逻辑判断、必填项等措施,确保DRG数据的可获得性和高质量,为医院开展基于DRG的科室绩效二次分配提供信息支撑。

值得说明的是,科室绩效二次分配还涉及护理人员,DRG指标如何在科室护理人员二次绩效分配中有效应用,尚需进一步研究。

参考文献

- [1] 江蒙喜.建立符合行业特点的公立医院薪酬制度的思考[J].卫生经济研究,2019,36(5):3-5.
- [2] 仇媛雯,贲慧,姚晶晶.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.
- [3] 王国强,张会会,焦婷婷,等.DRG在医院心血管内科专业绩效管理中的应用[J].卫生经济研究,2019,36(9):57-60.
- [4] 刘明跃,王迪,邓艳宁,等.住院病案首页对DRGs绩效评价的影响[J].中国病案,2018,19(2):37-40.
- [5] 胡靖琛,程羿嘉.基于DRGs的眼科住院医疗服务绩效分析[J].中国卫生质量管理,2019,26(4):20-24.
- [6] 陈倩,秦明伟.GRGs在医院绩效管理中的应用[J].中国卫生质量管理,2019,26(2):40-42.
- [7] 仇叶龙,王力红,李小莹,等.运用DRGs方法对医院神经专科住院医疗绩效的分析[J].中华医院管理杂志,2015,31(11):855-858.
- [8] 马忠凯.病案首页质量控制对DRG的影响分析[J].中国卫生经济,2018,37(12):94-95.
- [9] 白雪娟,胡燕生,梁金凤.病案信息数据与医院精细化管理[J].中国病案,2014,14(10):18-20.

通信作者:

江波涛:咸宁市中心医院/湖北科技学院附属第一医院副院长

E-mail:278493876@qq.com

收稿日期:2020-02-05

修回日期:2020-03-23

责任编辑:黄海凤