

基于 RBRVS 的县级公立医院绩效薪酬管理体系探析 ——以江西省于都县人民医院为例

邓大松¹ 刘振宇

（武汉大学社会保障研究中心，湖北武汉 430072）

【摘要】：自 2009 年深化医药卫生体制改革以来，国内公立医院的绩效薪酬管理制度发生了明显的变化。为深入研究我国县级公立医院改革试点中绩效薪酬管理体系的实施效果，文章选用了国家第二批县级公立医院综合改革试点医院中的江西省于都县人民医院作为典型案例进行研究。通过全面分析该医院的绩效薪酬管理体系并与 RBRVS 管理模式进行比较，对我国现阶段县级公立医院绩效薪酬管理体系改革提出相应的政策建议。

【关键词】：县级公立医院；绩效薪酬管理；RBRVS

【中图分类号】：F244 **【文献标识码】**：A **【文章编号】**：1008—2972(2017)06—0064—13

一、引言与文献回顾

在计划经济时代，基于当时的政治环境和经济发展的双重约束，我国公立医院运行费用通过政府财政直接拨款获得，以保证公立医院社会责任和效益的完全体现。在当时的环境下，公立医院的绩效考核，仅仅是完成上级对下级下达的各项工作指标，实际上缺乏科学和规范的医院管理体系。随着公立医疗改革的不断深入，我国县级公立医院也开始走上改革之路。但由于县级公立医院自身所具有的社会公益性以及医疗服务和药品的经济性等特质，加上在医院科学管理的某些方面的缺失，使得我国基础医疗服务市场中长期存在市场规则缺乏、监管不足以及价格政策的不合理等现象。

根据卫生部公布第五次国家卫生服务调查结果显示，在我国公立医院整体满意度情况调查中门诊患者不满意的主要原因分别是：医疗费用占 40.0%，技术水平低占 16.1%，服务态度差占 13.8%。与第四次调查结果相比，设备环境差和药品种类少已不再是主要问题。在对住院总体情况不满意的患者中，因医疗费用高不满意的占 40.2%，因技术水平低不满意的占 16.1%，因服务态度差不满意的占 14.8%。相较于第四次调查结果，医疗费用高仍是第一位；技术水平低和服务态度差成为突出问题。^{①②}

面对县级公立医院存在的技术水平低和服务态度差等问题，各级政府也在积极制定各项政策措施，力图增强医疗服务市场的竞争性，提高卫生服务系统的服务水平及效率。2013 年，《中共中央关于深化改革若干重大问题的决定》则明确提出，要建立适应医疗卫生行业特点的薪酬制度。2015 年，由国务院办公厅印发的《关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》中指出，我国县级公立医院应当建立科学的县级公立医院绩效考核制度与符合行业特点的人事薪酬制度。

¹收稿日期：2017-05-23

基金项目：教育部人文社会科学重点研究基地重大项目“新型农村合作医疗费用管控研究”（15JJD630010）

作者简介：邓大松，武汉大学教授，经济学博士，主要从事社会保障研究；刘振宇，武汉大学博士研究生，主要从事社会保障研究，通讯作者联系方式 313446934@qq.com。

²①②以上数据来源于国家卫生计生委统计信息中心《2013 第五次国家卫生服务调查分析报告》，同时该项调查报告中亦指出我国各层级公立医院满意度基本与整体满意度相同。故上述指标适用于我国县级公立医院的分析。

当前,深化公立医院改革已经成为我国医改进入“深水区”后的重要改革内容之一。然而,在县级公立医院层面针对医院绩效薪酬管理体系的研究尚有不足。县级公立医院是我国基础医疗卫生机构的重要组成部分和主要引领者,建立科学有效的县级医院绩效薪酬管理体系,可以提高医务人员积极性,提升医院运营效率,减少医疗资源的过度消耗,促进县级公立医院公益性的进一步完善。为能够切实有效地分析我国目前县级公立医院绩效薪酬管理体系的现状,本文选择了国家第二批县级公立医院综合改革试点医院中的江西省于都县人民医院作为典型案例进行研究,通过全面分析该医院的绩效薪酬管理体系并与现代医院管理 RBRVS 体系相比较,对我国现阶段县级公立医院绩效薪酬管理体系改革提出相应的对策建议。

我国开展医院绩效管理的时间较晚,1987 年开始进行的医院评审工作是由卫生行政部门主导的对于医院的首次组织绩效评价,至目前已经进入到第二个评审周期。我国的医院绩效管理研究是在国外相关研究成果的基础之上,进一步的结合本国医院实际情况,不断地改进、创新而来,因此我国的医院绩效管理更加倾向于实践操作,例如指标以及考评标准的具体设计等。何惠宇等(2003)提出,借鉴企业绩效评价经验和绩效管理理论,在建立医院绩效评价系统的过程中,避免片面地追求经济效益,注意将医院外部评价和医院内部评价建设相结合,构建医院、科室、岗位三级绩效评价体系。^[1]王辉等(2008)综合分析了目标管理法(MBO)、360 度绩效考评、关键绩效指标法(KPI)、附加经济价值法(EVA)、平衡计分卡(BSC)几种绩效考评模式的优缺点,结合医院实际情况从医院顾客(满足患者需求、提高满意度,提供社会服务、树立品牌形象)、内部流程(加强工作质量、提高技术水平,提高服务效率、减少资源浪费)、学习与成长(优化人员结构、加强团队建设,鼓励技术创新、提升科教水平)、财务(增加筹资能力、控制成本费用)四个角度,将医院战略目标分解成可衡量、可执行指标,实现短期和长期绩效目标、财务和非财务之间以及外界和内部绩效的平衡。^[2]

管理与考核是保证公立医院行为符合社会整体利益的重要工具和手段。李玲和江宇(2010)认为目前我国公立医院管理与考核存在问题,包括公立医院定位不清、公立医院管理体制不完善、公立医院的考核监督不健全等。^[3]李卫平(2006)认为在提供医疗服务产品的过程中,医务人员处于重要地位,除了建立医务人员的合理补偿机制之外,还应该完善内部分配的激励机制。第一是要拉开医院内部收入差距,关键岗位工作强度高的技术人才应该得到高工资和高待遇,以认可医务工作人员的技术劳务价值。第二是渐进推行聘用制度和按岗管理制度,实行绩效工资制度,基于劳动贡献的基础而进行待遇分配,这使得医务人员的工资与其岗位职责、绩效、患者认可程度相联系。^[4]蔡江南(2013)指出我们目前采用的行政定价方式,在一定程度上偏离了医生的劳动价值。同时我国目前公立医院医生的就业方式较为僵化,即使多点执业也须原单位同意才能申请,这种收入和就业方式带来的后果,是造成我国医患矛盾的最根本原因。只有当医生获得与之劳动价值相匹配的收益时,患者才能有效地获得最有质量的医疗服务。^[5]县级公立医院绩效薪酬管理体系是公立医院管理体制中的重要组成部分,也是我国深化公立医疗改革中的主要问题之一。如何建立科学有效的县级公立医院绩效薪酬管理体系,需要在不断总结改革过程中各个阶段成效的基础上,建立一个高效率、易实施的县级公立医院绩效薪酬管理体系,提高医务人员工作积极性和县级公立医院运营效率。

二、于都县人民医院绩效薪酬管理体系分析

于都县地处江西省赣州市东部,全县总人口 106.4 万,县域内一共管辖 23 个乡镇 352 个行政村。作为全国第二批县级公立医院综合改革试点县,于都县在改革试点过程中不断加大对于医疗卫生事业的财政投入力度,强化医院基础设施建设,并于 2017 年入选“公立医院综合改革第二批国家级示范县名单”。于都县人民医院于 2015 年被国家卫计委列为“全面提升县级医院综合能力第一阶段 500 家县医院”。目前全院职工总数为 929 人,设置科室 43 个,医院编制病床 550 张,实际开放病床 1080 张。^①

3

(一) 于都县人民医院员工岗位工资设计

于都县人民医院绩效薪酬管理体系设计的核心原则为:全面预算、结余分配、多劳多得、优绩优酬。2007 年,为贯彻落实《事业单位工作人员收入分配制度改革实施办法》中的主要内容,推进事业单位收入分配制度改革。于都县人民医院依据《江

^①数据来自于于都县人民医院网站 <http://www.jxydxrmyy.cn/plus/list.php?tid=4>。

西省事业单位工作人员收入分配制度改革实施意见》制定了院内各级各类人员岗位工资系数，使得于都县人民医院绩效管理体系初现雏形。具体系数如表 1 所示。

表 1 于都县人民医院 2007 年各级各类人员岗位工资系数

类别		系数	类别		系数
中层干部	主任	1.05	院领导		1.00
	副主任，护士长	1.04	行政后勤人员	干事，导诊员	0.96
	副护士长	1.02	工勤人员		0.94
	专业组长	1.01	清洁工		0.92
医生	住院部医生	1.02	技工		0.94
	门诊医生	1.01	120 司机		1.02
护士	住院部护士	1.01	医技人员	放射科 诊断医生	1.01
	儿科			功能科	
	感染科			检验科	
	内一科			高压氧	
	外三科			护士	0.99
	内二科	1			
	急诊科				
	夕卜一科				
	外二科				
	妇产科				
	手术室				
	五官科	0.98			
	中医科				

血透室	血库；门诊药房	0.98
供应室，各科门诊护士	设备科；药库；高氧液；	0.96
（含医技科室的护士）	中药房；住院药房	0.96

数据来源：于都县人民医院绩效办。

通过上表中的岗位工资系数可以看出，于都县人民医院在早期的绩效薪酬管理体系中，对于医护、医技及后勤人员岗位工资系数设计较为全面，整体上初步体现出了工作难度和工资收入之间的相关性。而且从医院整体医务人员的视角来看，在 2007 年的岗位工资系数设计中亦初步体现了医院内部薪酬的差异，降低医院内部“大锅饭”现象所带来的负面影响。^①但是通过上表可以发现，对于医院中层干部和医师而言，该项岗位工资系数的设定并未区分出不同科室之间的区别。如：只设定了住院部医生的整体系数为 1.02；门诊医生系数与部分科室住院部护士相同，均为 1.01。由于医疗知识的复杂性和医疗效果的不确定性，医师本身所需负担的职业成本和职业风险相较于医护和医技人员而言具有显著的差异性。基于亚当·斯密在《国富论》中对于职业本身的性质引起的工资差异的定义（2009 年版），[6]医师自身职业特性所具有的较高的人力资本和医疗资质需要同样较高的报酬予以相称，否则容易引起行为扭曲。由此，在设计县级公立医院绩效薪酬管理体系时，对于医师、医护、医技和行政后勤人员之间须确定一定的差异性，不同科室之间，亦不能一概而论。

（二）于都县人民医院科室绩效薪酬总额核算模式

自 2009 年深化医疗卫生体制改革以来，国内公立医院的绩效薪酬管理考核制度上发生了明显变化，综合来看大致可以分为三类典型模式，即以收支定奖金模式、以工作量定绩效模式以及综合绩效点数定奖金模式。于都县人民医院于 2013 年制定了《2013 年绩效工资核算分配方案及相关规定》，规定中现行绩效薪酬分配方式主要涉及科室绩效薪酬总额分配和医师、医护、医技行政人员绩效薪酬分配两个部分。其中对于科室绩效薪酬总额的核算方式属于以收支定奖金模式的类型，如式（1）所示：

$$\text{核算科室（组）绩效薪酬总额} = (\text{业务总收入} - \text{总支出}) \times \text{绩效薪酬比例} \quad (1)$$

在于都县人民医院科室绩效薪酬总额核算模式中，对于列入业务总收入、总支出的具体项目和比例，以及各科室绩效薪酬比例的具体分配也做出了具体说明，如表 2 所示。

通过表 1 可以发现，于都县人民医院在实施改革的过程中，基于以收支定奖金的绩效薪酬管理模式，对于科室绩效薪酬总额核算模式的设计还是较为全面的。尤其是针对各科室绩效工资比例的设定中，突出了不同层级和职称的医疗技术人员之间的差异性，有助于对医务人员激励效果的提升。在县级公立医院改革的初期，有效的科室绩效薪酬总额核算模式可以降低运营成本。其简便的操作性和所需指标数据的直观性，都符合我国县级公立医院在改革初期存在的绩效薪酬管理水平不足的现状需求。通过于都县人民医院所设立的科室绩效薪酬总额核算模式可以直观地反映科室的整体劳动收益。然而，以收支定奖金的绩效薪酬管理模式虽然能够降低县级公立医院的运营成本，反映医院科室的整体劳动价值，却也容易诱使科室成员片面追求收支结余，单纯以经济指标为依据，从而导致县级公立医院在运营过程中偏离公共医疗的最初目标。在于都县人民医院科室绩效薪酬总额核算模式中，对于业务总收入项目和比例的设定中包含以下规定，即：各种医疗仪器检查费按 20% 计算；诊疗费、手术费等收入按 100% 计算；医技科室按本科室医疗仪器检查收入的 100% 计算。由于县级公立医院所处的医疗行业自身的特殊性，在进行疾病的诊疗、救治、护理等阶段时，不同科室所需要用以辅助治疗、提高治疗效果的医疗资源不均等。由此可能导致治疗过程中对医疗资源使用频率高、诊疗收入高的科室，其收入远高于一般科室。从而导致高收入科室业务总收入与总支出之差明显增多，

^①“大锅饭”现象指的是对分配方面存在的平均主义现象的一种比喻，本文所指代的是在科室内部职工的个人工作质量和效果对收入分配影响较低，收入分配存在较为严重的平均主义。

带来科室之间分配不合理的医院内部矛盾。在以收支定奖金的绩效薪酬考核模式下，医务人员“小病大医”、增加多余的医疗检查项目以及患者消费金额等医疗行为，既可以防范医疗纠纷风险又可以增加科室收入（胡宏伟等，2013）。^[7]县级公立医院科室若以此作为收入开源的主要手段，结果必然是以牺牲县域内患者的利益为代价，与县级公立医院公益性的宗旨相违背。

表 2 科室绩效薪酬总额核算各项变量说明	
业务总收入项目和比例	临床科室 各种医疗仪器检查费按 20%计算；床位费、诊查费、治疗费、注射费、诊疗费、手术 费等收入按 100%计算。
	医技科室 按本科室医疗仪器检查收入的 100%计算。
总支出的项目和比例	药剂科 按药品收入的 6%计算。
	职工工资、科室管理基金、各类津贴、夜班费、误餐费、临时人员工资、卫生及药品材料费、洗 涤及消毒费、检测费、电费、电话费。非指令性三个月以内短期培训学习的相关费用、差旅费、 设备购置费（单件价格 1000 元以内）及其他材料费、维修费 ^⑤ 。
各科室绩效工资比例设定	临床科室 科主任（含主持工作的副主任）按本科实际发放人均为 1.3 发放；护士长（含主持工 作的副护士长）、副主任按本科实际发放人均为 1.2 发放；副护士长则按本科实际发放 人均为 1.1。科室应根据职工出勤、医疗服务质量、工作指标、业绩、投诉等内容进 行分配。
	医技科室 科主任按科室实际发放人均奖的 1.2 发放、副主任为 1.15、科室职工按下述分配比， 再结合出勤、工作指标、业绩、投诉、服务质量等内容计算个人绩效工资。功能科： 诊断医师与技工（护士）的分配比为 1：0.9。放射科：诊 断医师与投照技师的分配比 例为 1：1；CT 室诊断医师与护士的分配比为 1：0.9。药剂科：门诊西药房工作人员、 住院部药房工作人员、其他工作人员分配比例为 1.06：0.95：0.94。

（三）于都县人民医院工作量绩效薪酬考核模式

在于都县人民医院绩效薪酬管理体系中，医院科室绩效薪酬总额依照以收支定奖金模式进行计算，而医院医务人员个人绩效薪酬则依照以工作量定绩效模式进行核算。根据医务人员所从事的不同工作项目的难度、劳动强度、复杂程度，设计不同的评分标准，在统一的评分系数的衡量下，对每一个医务工作人员的工作绩效进行统一的衡量和评价。以工作量定绩效模式是指通过医务人员的工作量直观地反映医务人员对县级公立医院产生的具体贡献，该模式的核心主旨即多劳多得与风险价值相结合，如式（2）。

医务人员绩效薪酬收入=（工作量±考评奖惩项目）×评分系数+额外职位补贴（2）

在上述计算公式中包含了 2 个主要变量，即工作量和评分系数。工作量是指将县级公立医院中的医务人员所需参与核算的所有工作项目都量化为具体分值用以计算每月整体工作情况。评分系数则为工作量量化后的每一个分数所对等的经济价值。两个变量的设计理念仍旧是围绕着多劳多得的核心主旨，在具体的医疗工作中，风险越高难度越大的工作，其所代表的工作量分值越高，见表 3。

在表 3 中，针对于都县人民医院医师日常工作中参与核算的工作项目进行了具体的量化，并且设立医师各项月工作量分累

^⑤①“维修费”具体分摊比例说明：1000 元以内，科室全额承担；1001 元-3000 元，院科按 20%、80%承担；3001 元-5000 元，院科按 30%、70%承担；5001 元-10000 元，院科按 50%、50%承担；10001 元-20000 元，院科按 70%、30%承担；20001 元-30000 元，院科按 80%、20%承担；30001 元以上，院科按 85%、15%承担。

计后以每分值 1 元计算到个人。在此基础上，于都县人民医院还设立了几项补充考核分配内容，主要包括：各科主任和主持工作的副主任及门诊部主任按科室实际发放人均数的 30%发放科室管理绩效薪酬。个人因医院工作需要抽调临时工作任务时，按其实际工作天数的平均分补足相应分值。同时，于都县人民医院还制定了相应的医疗质量问题惩罚条款，^⑥用以监督医师工作的质量。

表 3 于都县人民医院医师工作量核算对象及分数设定

医师工作量参与核算对象	工作量分数设定
月手术例数	一级手术：主刀：上台次数 x20 分；助手：上台次数 x5 分
	二级手术：主刀：上台次数 x50 分；助手：上台次数 x20 分
	三级手术：主刀：上台次数 x60 分；助手：上台次数 x20 分
	四级手术：主刀：上台次数 x100 分；助手：上台次数 x30 分
	（注：当年开展的新技术项目是三、四级手术的，其主刀三级每台按 100 分计算，四级每台按 300 分计算）
	手法复位加外固定人次 x10 分
月门诊人次	月门诊人次 x0.8 分(妇产科、五官科的月门诊人次 x1.0 分)
月收治住院病人数	月收治住院病人数 x5 分
月入院人数	月入院人数 x30 分
月总住院日数	月发生总住院日数 x1.0 分；月血透床位数 x1.0 分； ICU 月发生总住院日数 x15 分；NICU 月发生总住院日数 x6 分
月病危病人日数	月病危病人日数 x10 分
腔镜中心医生工作量分	月喉镜人次 x4 分；月胃镜人次 x5 分；
	月支气管镜人次 x(10)；月肠镜人次 x(10)

^⑥①于都县人民医院医师工作量考核惩罚条款：门诊处方书写不合格每张扣 1 分（按抽检合格率计算相应分）；申请单书写不合格每张扣 1 分（按抽检合格率计算相应分值）；病历书写不合格：住院乙级病历每份扣 50 分、住院丙级病历每份扣 200 分、门诊病历每份扣 10 分、观察病历每份扣 10 分；不合理用药，每人次扣 20 分；不合理检查，每人次扣 10 分。

	月全麻插管人次 x40 分；月静脉复合麻醉人次 x20 分；
月麻醉工作量分	月阻滞麻醉人次（硬膜外麻、颈丛、臂丛）x25 分
	（注：月静脉复合麻醉含无痛胃镜检查、无痛分娩及人流等，无痛胃镜检查人次由腔镜中心护士长提供，无痛分娩及人流人次由妇产科护士长提供）
气管插管、气管切开	月单纯气管插管人次 x20 分；月气管切开人次 x20 分；

数据来源：于都县人民医院绩效办。

在于都县人民医院医师工作量绩效薪酬考核体系中，对于参与考核的各项工作都做出了具体的分数设定，同时还添加了科室管理绩效考核、因公缺勤补充条款以及相应的惩罚机制。从整体上看，对于县级公立医院医师工作量的指标设计还是较为全面合理的。能够通过对医师工作量的衡量，直观有效地反映出医师的工作行为对县级公立医院的医疗贡献。同时，基于工作量设立的绩效薪酬考核模式有效地体现了多劳多得和工作具有的风险价值之间相互结合的评价理念。在基本的评价指标设定之外，于都县人民医院还对于新技术的引进方面设立了积极的鼓励性指标，大力促进医院医疗技术的进步。例如：在外科手术方面，当年开展的新技术项目是三、四级手术的，其主刀三级每台按 100 分计算，四级每台按 300 分计算。但是，该考核制度并未区分不同科室之间的差异性。例如：对于月手术例数的评分设计中，只是参照了我国《医疗机构手术分级管理办法》中关于手术分级的风险性和难易程度进行划分，却并未考虑不同科室和县级公立医院的自身优劣项目进行区别，不能有效地促进医院优势方向的推广和劣势项目的提升。除去对于医师的工作量绩效薪酬核算之外，于都县人民医院对于医技科室（含口腔科）人员和医护人员的工作量绩效薪酬也设立了单独的核算机制，如表 4 和表 5 所示。医技方面以上一年实际完成工作量数为基数，在完成当月额定基数时，诊断医生按每位 1000 元核算，技师、护士按人均 300 元核算，超额完成时按相应比例奖励，未完成时按相应比例扣除；药剂科在完成当月额定基数时，按每人 300 元核算，超额完成时按相应比例奖励，未完成时按相应比例扣除。

表 4 医技科室各科每月额定基数

科室	月基数（A 次）	科室	月基数（人次）	科室	月基数（A 次）
检验科	40600	药剂科	59100	经颅多普勒	210
放射介入科	6030	B 超室	5990	口腔科	2000
影像中心	3970	心电图	3380		

备注：药剂科的基数以月住院床位总数及门诊人次为依据，口腔科的基数以月总收入除以 100 所得，经颅多普勒的基数以月总收入除以 100 所得。

各科护理人员工作量绩效薪酬，以上一年实际完成工作量数为基数（以月管总床位数为依据），在完成当月额定基数时，以医院规定的护理人员职数为依据，按人均 300 元的标准（ICU、NICU 人均 400 元）核算，超额完成时按相应比例奖励，未完成时按相应比例扣除。若医技科室或护理人员在完成工作量的基础上，出现护理质量问题，按下列标准处罚：工作中出现差错或被投诉，视情节严重程度每人次扣 100 元至 300 元。

于都县人民医院医护和医技人员的绩效薪酬考核制度采用的是每月额定基数的考核机制，主要考核指标为上一年度平均月

完成基数，超额奖励、缺额罚款。该类考核制度执行难度低、考核指标简便明确，但却严重缺乏灵活性和实效性。县级公立医院中医护和医技人员同时存在于多个不同部门，与医院各科室之间均有着紧密的关联度，故对于医护和医技人员的绩效考核不能仅仅依靠每月额定基数这类单一指标进行衡量。而是应当与医师工作量绩效考核模式一样，将医护人员和医技人员的参与考核工作项目量化，从而优化工作配置，促进县级公立医院公益性和经营目标的有效体现。

表 5 护理人员各科每月额定基数

科室	月基数 (床位数)	科室	月基数 (床位数)	科室	月 基 数 (床位数)
泌尿外科	930	呼吸内科	1650	感染科	2420
神经外科	1020	肾内科	1290	ICU	310
普外科	1620	消化内科	1630	NICU	800
脊柱外科	1400	心内科	1183	血透室	790
关节外科	1400	神经内科	1650	输液大厅	1430
妇产科	2420	中医科	700	腔镜中心	740
五官科	1170	儿科	1930	手术室	482

备注：门诊输液大厅的基数以月总收入除以 100 所得。

（四）于都县人民医院绩效薪酬考核效果

在我国，医务人员每周平均工作时间为 46.69 小时，超过 70%的医务人员需要加班（王延中和高文书，2014）。^[8]与社会其他相同层次职业相比，医疗行业肩负着更重的社会责任、较长且无规律的工作时间以及较高的职业风险。然而，目前我国医务人员的薪酬水平与工作强度和工作风险的不对等，对医务人员工作的积极性带来了较强的消极影响，如表 6 所示。

表 6 我国公立医院人员经费支出情况表

指知名称	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年
平均每所医院总费用（万元）	8521.1	10438.5	12085.4	13939.8	15996.5
平均每所医院人员经费（万元）	2077.2	2815.3	3376.1	3094.5	4900.6
人员经费占比(%)	24.38	26.97	27.94	22.20	30.64

数据来源：国家卫计委编，《2016 中国卫生和计划生育统计年鉴》。

虽然近年来我国公立医院人员经费占比整体来说呈上升趋势，但其比重仍旧只在 30%左右，与国际上其他非营利性医疗机构薪酬占比还有很大的差距。在发达国家，公立医院薪酬支出一般占其总支出的 60%左右，超过医疗器械和医用药品的采购费用，是公立医院最大的支出项目（侯建林和王延中，2012）。^[9]我国县级公立医院同属于技术密集型和劳动密集型产业中的一员，其人力资源费用方面的支出也是必不可少的。

表 7 于都县人民医院薪酬支出数据

年份	总支出（万元）	工资支出（万元）	福利支出（万元）	薪酬占支出比（%）
2015 年	26959.9	2693.43	2356.7	18.73
2014 年	23026.22	1539	2221.55	16.33
2013 年	19214	805	1513	12.06
2012 年	16007	731	1194	12.03
2011 年	11720	659	1071	14.76

数据来源：于都县卫计委医改办提供。

通过表 7 数据可以发现，虽然于都县人民医院 2015 年薪酬支出占比为 18.73%，与全国平均水平仍存在一定的距离。但是，在其改革的过程中，医院人员薪酬支出占比呈逐年上升的稳定趋势。由此说明于都县人民医院在绩效薪酬管理体制改革方面还是取得了阶段性的有效成果。对于产生这类差距的主要原因，一方面是由于县级公立医院医务人员基本工资设定较低；另一方面则是由于在于都县人民医院绩效薪酬管理体系设计方面仍旧存在不足之处，不能切实有效地体现县级公立医院医务人员的工作价值。2006 年，我国第四次事业单位工资制度改革之后，县级公立医院大多同其他事业单位一样，建立了岗位绩效工资制度。通过于都县人民医院近年工资支出与福利支出总额比较可以发现，在 2013 年实施新的绩效薪酬考核模式之后，工资和福利的支出比都发生了较大的增长。在表 8 中统计了于都县人民医院近年医师人均收入与于都县城城镇居民人均可支配收入数据，通过对比可以发现，在县级公立医院改革过程中，于都县人民医院医师人均收入整体上呈上升趋势且处于当地人均可支配收入的 3 倍到 4 倍之间。由此说明在深化医疗改革的过程中，于都县人民医院绩效考核管理体系适当地发挥了作用，促进了医院医师人均收入的增加。但从整体情况来看，在于都县人民医院医务人员薪酬支出占比过低的前提下，医师人均收入水平尚可的同时也表示着医护和医技人员存在收入水平较低的问题。

表 8 于都县人民医院医师人均收入情况表

指标名称	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年
医师人均收入（元）	4.2	4.5	4.8	6.26	8.01
于都县城城镇居民人均可支配收入	1.3	1.5	1.7	2.0	2.2

(万元)

收入比例	3.23	3.0	2.82	3.13	3.64
------	------	-----	------	------	------

数据来源：于都县卫计委医改办提供。

三、基于 RBRVS 绩效评估模式的对比研究

RBRVS（以资源为基础的相对价值，Resource-Based Relative Value Scale）评价体系由美国哈佛大学公共管理学院肖庆伦博士于 20 世纪 80 年代创立，主要是根据医务人员在提供医疗服务过程中所消耗的资源成本，来客观地测定其费用。通过比较医务人员在医疗服务中投入的各类资源要素成本的高低来计算每次服务的相对值(RVUS)，并结合服务量和服务费用总预算，算出 RVUS 的货币转换系数(CF)。该系数与每项服务 RVUS 的乘积为该项服务的价格（高春亮等，2009）。[10]（一）RBRVS 绩效评估模型构建方法

医疗服务资源投入的要素主要集中在以下三个方面：医师的总工作量（TW），包括工作时间和劳动强度。劳动强度包括三个不同层次：脑力消耗及临床判断；技术技能及体力消耗；承担风险的压力。开业成本（RPC），包括医师的医疗事故责任保险。分期偿还医师所受专业培训的机会成本（AST）。具体公式如下：

$$RVU_s = TW + RPC + AST \quad (3)$$

根据已获得的 RVUS 量和服务费用总预算，算出 RVUS 的货币转换系数（CF）。即医疗服务价格公式为：

$$RBRVS = RVU_s \times CF = (TW + RPC + AST) \times CF \quad (4)$$

由于 RBRVS 模型具有普适性特点，然而由于全国各个地区间的开业成本和其他成本存在差异，因此考虑用地区调整因素（GPCI）来进行模型的修正。修正后的模型计算公式为：

$$RBRVS = RVU_s \times GPCI \times CF = (TW \times GPCI_{tw} + RPC \times GPCI_{rpc} + AST \times GPCI_{ast}) \times CF \quad (5)$$

在构建完 RBRVS 的修正数学模型之后，便可以开始将其正式运用到县级公立医院绩效薪酬管理体系中。

首先，针对县级公立医院医师绩效薪酬考核模型中，主要考核变量为判读费和执行费两个指标。

判读费主要包括医师参考一般检查报告诊断疾病的行为所获得的绩效薪酬。执行费主要包括医师亲自执行诊疗行为获得的绩效薪酬。门诊医师执行费主要包括坐诊挂号费、诊查费等。病区医师执行费则主要包括院内会诊费、手术费等。门诊和病区医师 RBRVS 绩效薪酬管理模型计算公式如下：

门诊医师绩效薪酬=判读费+执行费-基本工资-变动成本+职称奖金+考核奖惩（6）

病区医师绩效薪酬=判读费+执行费+（入院人数+出院人数）×系数 A+转 ICU 病人执行费-基本工资-变动成本+职称奖金+考

核奖惩（7）

判读费+执行费=RVUS×GPCI×CF；系数 A 为出入院人数医师绩效相对系数（8）

变动成本=不计价耗材成本+不计价药品+其他成本（9）

其中转 ICU 病人执行费=（某科室转 ICU 收入/ICU 转科病人总收入）×ICU 执行费（10）

在基于 RBRVS 设立的县级公立医院医师绩效薪酬考核体系中，变动成本主要包括：科室领用的消毒物品、药库消耗、材料消耗、折旧费、水电费等。医务人员根据实际情况承担相应比例的不计价耗材成本费、不计价的药品费和其他成本费。

其次，针对县级公立医院医护和医技人员绩效薪酬考核则与医师绩效薪酬考核完全分离，基于 RBRVS 模型的护理绩效奖金根据护理工作量和护理时数发放。具体公式如下：

门诊护理绩效薪酬=护理费+护理治疗费-基本工资-变动成本（11）

病区护理绩效薪酬=护理费+护理治疗费+（入院人数+出院人数）×系数 B-基本工资-变动成本（12）

护理费+护理治疗费=RVUS×GPCI×CF；系数 B 表示出入院人数医护绩效相对系数（13）

变动成本=不计价耗材成本+不计价的药品+其他成本（14）

医技绩效薪酬=工作量指标量×项目单价-基本工资-变动成本（15）

在该考核体系中，护理费主要包括不同的护理等级获得的绩效薪酬。护理治疗费则包括输液注射等常规护理和检查操作等获得的绩效薪酬。

（二）RBRVS 模式与科室绩效薪酬总额核算模式对比分析

于都县人民医院科室绩效薪酬总额核算模式是指以科室为单位，用科室业务总收入减去科室总支出所得结余再乘以绩效薪酬比例的院、科两级资金分配方式。其绩效薪酬比例的设立主要是基于县级公立医院长期经验而定。目前全国大多医院多采用这一绩效薪酬分配模式。在县级公立医院绩效薪酬管理体制改革的初级阶段，总额核算模式因其可操作性和直观性的特点，能够有效地促进医院绩效薪酬管理体制的建立。随着改革的不断深入，对于县级公立医院绩效薪酬管理体制的要求不断提高，现有的科室绩效薪酬总额核算模式的缺点和不足也逐渐显露。通过将基于 RBRVS 设立的县级公立医院绩效薪酬管理模式与于都县人民医院科室绩效薪酬总额核算模式进行对比分析可以发现以下几个不同之处。

1. 在县级公立医院运营效益方面的差异。

基于 RBRVS 设立的县级公立医院绩效薪酬管理模式将医务人员的绩效薪酬与不同服务项目的工作量相挂钩，在很大程度上增加了医院的服务总量，提高了效益水平，改变医院收入结构，公益性倾向明显。同时，在该体系中医疗员工的收入不与药品、设备检查等费用相挂钩，由此优化了绩效薪酬的分配结构，提升医院公信力。RBRVS 运用结构化的考评体系，发挥薪酬分配杠杆的激励作用，不仅提高了医务人员的工作动力和主动性，也促使其明确自身角色，积极钻研医疗技术，改进服务质量和水平，致力于劳动、技术价值投入获得绩效薪酬回报。相比较之下，于都县人民医院科室绩效薪酬总额核算模式的不足主要体现在以

下两个方面：一是以财务指标为导向。县级公立医院的医疗服务绩效并不能单以其创收能力作为绩效考核指标，也应该将其社会效益也纳入评价体系。二是注重短期收益，忽视医院长远发展。因医疗服务自身的特殊性，医疗卫生事业的运作过程具有周期长、投入大、风险高的特点。在该模式下，科室进行绩效薪酬分配的前提是收大于支，由此限制了部分专业技术性强、回报周期长的科室的长期发展，难以实现绩效薪酬与工作质量等指标的完全匹配，更不利于县级公立医院的服务质量的提高和公益性目标的实现。

2. 在县级公立医院绩效薪酬管理体系内容设计方面的差异。

基于 RBRVS 设立的县级公立医院绩效薪酬管理模式是根据关键指标和设定合理分成比率对不同岗位、层次的医务人员的工作量、服务质量进行全面考评和计算，多劳多得、优绩优酬，倾向性增加高技术、高风险人员收入，绩效薪酬考核更加合理。同时，RBRVS 模式将可控材料和低值易耗品的支出作为工作量项目直接予以扣除，强化了医务人员的成本意识，动态控制了成本。使用 RBRVS 将医疗服务行为发生作为起点，有效避免了以患者收支结算结果为基础计算科室收入的不足，保证收支匹配。其指标设计使科室间分配更加科学，适当考虑了社会效益突出科室的特殊性，考核更加全面、合理。相比较之下，于都县人民医院公立医院科室绩效薪酬总额核算模式考核指标单一，缺乏针对性，并非科学的考核办法，也难以形成系统、完善的评价制度。主要表现在三个方面：一是未分类别、层次地对医务人员的劳动投入价值进行区分和计算，对不同科室的工作量进行比较，这种粗放式的考核模式难以提升其积极性。二是无法有效管理可控成本。县级公立医院的经营成本具有综合性和复杂性的特征，部分不可控成本交由科室管理，不仅难以有效降低，甚至还可能导致可控成本的增加。三是全成本核算模式缺乏匹配的监督机制，不能真正实现对医务人员及科室的全面评价，公平性不足。

基于 RBRVS 体系设立的县级公立医院绩效薪酬管理模式与我国现有的县级公立医院科室绩效薪酬总额核算模式具有预定的共同点和差异。两者的共同之处主要表现为：二者都采用收入与成本相减的绩效薪酬计算模式；二者都设定固定比例的指标评价系数对某项服务项目或者科室的薪酬进行折算。两者的不同之处则主要表现为：一是计算口径不同。就收入来讲，RBRVS 是根据不同的服务项目，设定不同分配比率，逐项相加所得；而科室绩效薪酬总额核算模式是以收入项目为基础，与分成比例相乘所得。就成本支出来讲，RBRVS 是以医务人员一定范围内的可控行为为准，而科室绩效薪酬总额核算模式的范围相对宽泛，不加以明确区分。二是计算方法不同。RBRVS 是将医务人员的绩效薪酬分类别地进行计算，并在薪酬总额直接扣除可控成本；而科室绩效薪酬总额核算模式则对各科室所有成员奖金统一计算，且成本扣除也要乘以一定系数。

（三）RBRVS 模式与医院工作量绩效薪酬考核模式对比分析

医院工作量绩效薪酬考核模式是指单纯以工作量为指标，计算医务人员绩效薪酬的分配机制。于都县人民医院医师个人绩效薪酬依照以工作量定绩效模式进行核算，而医护和医技人员则依照每月额定基数核算绩效收入。但从本质上来看，这一模式未对工作量等相关指标做出科学、合理界定，并非按劳分配，仍以收入为基础，很难真正实现绩效薪酬考核公平，提升医务人员的积极性。相较于 RBRVS 绩效薪酬评价体系而言，我国县级公立医院现行的工作量绩效薪酬考核模式主要存在以下几点不足。

1. 评价系数设定不充分，无法有效体现绩效薪酬评价合理性。在基于 RBRVS 体系设立的县级公立医院绩效薪酬管理模式中，主要引入了货币转换系数 CF 和地区调整因素 GPCI 两项评价系数。地区调整因素 GPCI 是 RBRVS 模型从普适性转变为针对性的重要转化指标。GPCI 将本地区的各项成本和消费差异引入 RBRVS 的基本模型中，使得县级公立医院的绩效薪酬管理更加地切合当地成本消耗和物价水平，从而提高管理的成效。反观于都县人民医院工作量绩效薪酬考核模式中的评价系数，虽然设计了和 RBRVS 评价模式类似的评价系数，但却没有考虑添加地区调整因素等类似调整指标提升绩效薪酬考核的合理性。虽然相较于 RBRVS 体系而言，医院工作量绩效薪酬考核模式具有设计难度低、使用简便的特点，但是却缺少了足够的灵活性和精细化的设定。

2. 成本管控过于粗糙，无法达到有效降低医院可控成本的目标。在于都县人民医院现行的绩效薪酬管理体系中，成本管理只处于科室绩效薪酬总额核算之中，并且只将科室成本做出了统一规定。在基于 RBRVS 体系设立的县级公立医院绩效薪酬管理

模式中，将变动成本的核算精细化到每一个医务人员的绩效薪酬考核之中，能够有效地提高医院工作人员的成本意识。同时，亦不会由于只核算总体成本而带来的“大锅饭”现象的发生。而在我国县级公立医院科室绩效薪酬总额核算体系中，只是针对科室层面做出了一个固定的总支出统计，并未针对不同科室的特性进行具体的调研和设计。故相较于 RBRVS 评价体系而言，以都县人民医院为代表的我国县级公立医院绩效薪酬管理体系中，成本绩效管理模式仍旧存在精细化不足、设计过于简陋的现象。

3. 县级公立医院整体绩效薪酬管理模式不完善，医护和医技人员绩效薪酬考核体系单一。我国县级公立医院医疗团队主要由医师、医护和医技三类主要成员组成。在医疗团队中，医师担负着主要的诊疗和救治的任务；医护人员则主要担负护理及辅助治疗的任务；医技人员主要负责医疗检查器械的使用和维护。在都县人民医院工作量绩效薪酬考核模式中，对于医护和医技人员的薪酬绩效选择采用每月定额基数核算法进行核算。此类方法主要基于上一年度的月平均值作为当月核算基数，实行超额奖励、缺额处罚的奖惩规则，在实际运用上具有操作简便、使用难度低的特点，但是却无法有效地将医护人员和医技人员的服务质量和效率有所提高。通过具体指标基数和系数的设定，不但能够有效地评价各类医务人员真实的工作成效，亦能科学构建医院内部科室间、岗位间薪酬差异程度，提高激励效果。

四、研究结论和政策建议

（一）研究结论

从我国医疗卫生事业改革的宏观角度出发，县级公立医院因其所处的医疗市场的特殊性及其内生的较为高昂的交易成本导致其所需绩效评价体系在作为医院内部管理核心内容的同时，还需要在坚持我国公立医疗机构“公益性”的前提下，依照“公平与效率相统一”的基本原则，对医院的运营效率进行科学的考核评定（高春亮等，2009）。[11]本文将于都县人民医院的绩效薪酬考核制度与 RBRVS 绩效薪酬评价体系进行对比研究，从而对于我国现行的县级公立医院绩效薪酬管理体系优劣性进行分析。通过分析研究可以看出，我国县级公立院所采用的绩效薪酬管理体系中主要考核模式为以收支定奖金模式、以工作量定绩效模式和每月定额基数考核模式。以上三类模式虽然操作相对简便，考核指标也较易获得，但却缺乏完整性和发展性。在我国县级公立医院改革逐渐深入的现阶段，现有的绩效薪酬管理体系已经不足以进一步提高医务人员的工作积极性和医院运营效率。

（二）政策建议

为进一步改进我国县级公立医院绩效薪酬管理体系，提升医院运营效率，减少医疗资源的过度消耗，提高医务人员工作积极性，本文给出以下政策建议。1. 从医疗服务整体化角度，优化医务人员绩效薪酬管理体系设计，提高县级公立医院绩效薪酬管理的公平性。

通过分析发现，我国县级公立医院绩效薪酬管理体系中存在公平性缺乏的现象。主要表现为：

（1）在于都县人民医院科室绩效薪酬总额核算模式中，对于业务总收入项目和比例进行统一计算模式的设定。这类绩效薪酬管理模式虽然操作简便，易于管理。但是，由于不同科室在进行医疗工作时所需用以辅助治疗、提高治疗效果的医疗资源不均等，由此可能导致科室之间分配不合理的医院内部矛盾的产生。

（2）在于都县人民医院绩效薪酬管理体系中，针对医师采用工作量绩效薪酬考核模式，对于医护和医技人员则采用每月定额基数核算法进行核算。后者对核算对象管理过于单一和简陋，无法有效且精细地反映医护和医技人员工作量的真实价值。因此，在深化我国县级公立医院改革的过程中，需要从医疗服务整体化角度出发，考虑医务人员整体的绩效薪酬管理体系的设计。在确保医院内部薪酬差异合理的前提下，稳步提高县级公立医院医务人员的薪酬水平。

2. 提升县级公立医院总支出中薪酬支出占比，优化总支出结构配置。

县级公立医院属于技术密集型和劳动密集型产业中的一员，其人力资源费用方面的支出是必不可少的。虽然近年来我国公立医院人员经费占比整体来说呈上升趋势，但其比重仍旧只在 30%左右。于都县人民医院作为我国县级公立医院改革的试点医院，在改革的过程中人员薪酬支出占比呈逐年增加的趋势，但仍旧与国内平均水平相距较大。因此，进一步优化县级公立医院支出结构配置，在降低医疗费用和药品支出占比的同时提高医务人员薪酬支出占比，能够有效地改善我国县级公立医院医务人员，尤其是医护和医技人员的薪酬收入。从而有效调动县级公立医院医务人员整体积极性，促进医院的长远发展。

3. 引入新型绩效薪酬管理模式，改进县级公立医院绩效薪酬管理体系。

县级公立医院绩效薪酬管理体系的设计应结合其自身的特殊性，选取科学有效的考核指标，并基于地域性和科室差异性设定动态的指标评价系数。从于都县人民医院现行绩效薪酬管理体系来看，相较于改革之前虽已形成一套较为整体化的管理体系，但仍旧存在较多的不足之处。因此，在深化县级基于 RBRVS 的县级公立医院绩效薪酬管理体系探析——以江西省于都县人民医院为公立医院绩效薪酬管理体系改革的过程中，需加强医院绩效薪酬的精细化管理，设立关键指标，对不同岗位、层次的医务人员的工作量、服务质量进行全面考评和计算，多劳多得、优绩优酬，倾向性增加高技术、高风险人员收入，使得绩效薪酬考核更加合理。从而提升医务人员薪酬水平和工作积极性，优化医院医疗资源配置，降低医院运营成本。

4. 避免以财务指标为导向，重视县级公立医院长远发展。

在深化县级公立医院改革的过程中，需要将医务人员的绩效薪酬与不同服务项目的工作量相挂钩，从而促进医院服务总量的增加，改变医院收入结构。同时，在设计考核方案时必须坚持医疗员工的收入不与药品、设备检查等费用相挂钩，从而优化了绩效薪酬的分配结构，提升医院公信力。因医疗服务自身的特殊性，医疗卫生事业的运作过程具有周期长、投入大、风险高的特点。若只重视短期利益，则会对部分专业技术强、回报周期长的科室发展带来阻碍，不利于县级公立医院的服务质量的提高和公益性目标的实现。

5. 完善县级公立医院绩效薪酬考核模式中的成本管理，进一步降低医院可控成本的消耗。

在我国县级公立医院现行的绩效薪酬管理体系中，成本管理只统一设定于科室绩效薪酬总额核算之中。将医院工作中的可控成本核算精细化到每一个医务人员的绩效薪酬考核之中，能够有效地提高医院工作人员的成本意识。虽然在改革不断深化的过程中，成本控制已经逐渐被县级公立医院管理者所重视，但是完整性和精细化不足的现象依旧存在。有效地设立县级公立医院绩效薪酬管理体系中的可控成本指标，可以科学合理地降低医院运营成本，提高医院工作质量和效率。

参考文献：

- [1]何惠宇，陈校云，董立友. 建立医院绩效评价系统的理论与实践[J]. 中华医院管理杂志，2003，(6)：15-17.
- [2]王辉，林琦远，谢钢. 公立医院绩效评价体系的研究[J]. 中国卫生事业管理，2008，(8)：510-511+515.
- [3]李玲，江宇. 关于公立医院改革的几个问题[J]. 国家行政学院学报，2010，(4)：107-110.
- [4]李卫平. 公立医院的体制改革与治理[J]. 江苏社会科学，2006，(5)：72-77.
- [5]蔡江南. 急需改变医生职业地位问题[J]. 中国卫生人才，2013，(3)：52-53.

-
- [6] (英) 亚当·斯密. 国富论[M]. 郭大力, 王亚南, 译. 上海: 上海三联书店, 2009: 77-84.
- [7] 胡宏伟, 高敏, 赵英丽. 过度医疗行为研究述评[J]. 社会保障研究, 2013, (1): 46-53.
- [8] 王延中, 高文书. 公立医院医务人员薪酬制度改革的思考与建议[J]. 中国卫生人才, 2014, (4): 18-21.
- [9] 侯建林, 王延中. 公立医院薪酬制度的国际经验及其启示[J]. 国外社会科学, 2012, (1): 69-77.
- [10] 高春亮, 毛丰付, 余晖. 激励机制、财政负担与中国医疗保障制度演变——基于建国后医疗制度相关文件的解读[J]. 管理世界, 2009, (4): 66-74. _