

DRG付费模式下积分效能在医院绩效考核中的应用探索*

董寅^①, 周道亮^①, 吴育林^①

摘要 DRG医保支付方式改革与DRG付费模式下的绩效考核将推动建立基于价值的医疗服务体系。医院应建立相应的绩效分配体系,为其改善收入结构和优化病种结构提供有效的调节手段。文章以样本医院为例,通过探索绩效分配理念和方法,构建了基于RBRVS的DRG付费模式下积分效能绩效分配体系,该体系引导了临床科室兼顾效率与效益的诊疗行为,促进了临床诊疗与科室运营的有机结合,从而达到在降低患者医疗负担的同时提高临床科室绩效。

关键词 按疾病诊断相关分组;积分效能;绩效考核

中图分类号 R1-9; F224.5 **文献标志码** B **文章编号** 1003-0743(2023)02-0088-04

Research and Application on Integral Efficiency in Performance Appraisal for Hospital under DRG/DONG Yin, ZHOU Dao-liang, WU Yu-lin//Chinese Health Economics, 2023,42(2):88-90, 93

Abstract The reform of medical insurance payment and performance evaluation based on Diagnosis Related Group(DRG) will promote the establishment of a value-based medical service system. Public hospitals should establish a new performance distribution system, so as to provide effective adjustment means for the improvement of its income structure and the optimization of the hospital's disease structure. Through the exploring the performance allocation theories and methods, the sample hospital is selected as the example to construct a DRG Integral Efficiency performance system based on RBRVS was formed. It manages to promote the organic combination of clinical diagnosis and treatment and department operation, guide clinical departments to turn to a treatment behavior that balance efficiency and effectiveness, and reduce the medical burden of patients and improve clinical department's performance at the same time.

Keywords Diagnosis Related Groups; integral efficiency; performance appraisal

First-author's address Health Community Group of Yuhuan People's Hospital, Taizhou, Zhejiang, 317600, China

Corresponding author ZHOU Dao-liang, E-mail: 305973924@qq.com

2020年2月,《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》提出,深化医保支付方式改革,推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式,开展DRG付费国家试点。DRG医保支付方式改革作为深化医改的重要内容,也是规范医疗服务行为、优化医疗资源配置的重要措施,它直接影响了医院的发展战略,改变了医院绩效评价的方法,迫使医院向精益化发展方向转变。传统的医院绩效评价主要采用RBRVS模式,更多的是侧重于医生工作“量”的考核,而没有将“质”重视起来,因而无法适应新医改的形势。《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》(国办发〔2021〕18号)提出,为激活公立医院高质量发展新动能,改革薪酬分配制度,落实“允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平,允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人

员奖励”的要求。基于此,样本医院借助相关管理方法,创造性地构建了DRG付费模式下积分效能绩效分配体系。本研究通过对该绩效分配体系在样本医院的实施效果进行评价,以期为公立医院顺应DRG医保支付方式改革提供新思路。

1 DRG付费模式下积分效能绩效分配体系的构建

1.1 积分效能与绩效分配理念

绩效分配制度是建立现代医院管理制度的重要内容,科学合理的绩效考评与分配方案是保持公立医院公益性、调动医护人员积极性的重要机制^[1]。传统的积分效能是指采取积分制考核的管理模式,用积分对被考核者进行积分量化考核,并按照积分进行绩效分配^[2],其局限在于无法对临床诊疗项目多样性、医疗风险变异性等进行精细化评判。

本研究所涉及的积分效能与传统的积分效能不同,它是在多种积分效能分类下,将医院重点指标转化为工作量的形式;利用积分总量为临床科室及医生进行绩效核算与分配提供依据。在DRG医保支付方式改革与绩效考核的背景下,样本医院参照积分效能的考核理念,通过对临床重点指标先分解、再融合的形式,将指标更加精准地转化为3类积分效能,并应用到绩效分配体系中去(表1),从而建立以价值导向为基

* 基金项目:浙江省卫生健康委员会课题(2021KY1230);浙江省医院协会课题(2021ZHA-YZJ216)。

① 玉环市人民医院健共体集团 浙江 台州 317600

作者简介:董寅(1975—),男,大学学历,副主任医师,院长;研究方向:卫生管理与政策;E-mail: 9597082@qq.com。

通信作者:周道亮, E-mail: 305973924@qq.com。

础、以成本控制和提质增效为内涵的医院绩效分配方案，以期在竞争加剧、支付方式变革的医疗大环境中，向成本要效益，向高效管理要效益，促进临床知识价值开发、减轻患者医疗负担。

表1 积分效能分类及其纳入指标对照

积分效能分类	纳入指标
RBRVS工作量积分	收治人次
	医疗服务类项目
	非医疗服务类项目
病种风险难度积分	病例总费用
	药品成本
	耗材成本
	检查检验成本
	住院天数
医疗项目风险难度积分	RW
	CMI
	手术级别

1.2 DRG 付费模式下积分效能的内涵

1.2.1 RBRVS 工作量积分核算方法。样本医院的 RBRVS 工作量积分沿用 RBRVS 绩效核算办法，它是以资源消耗为基础，以相对价值为尺度，被广泛应用于评价医务人员劳务价值与薪酬待遇的核算。我国医师的劳动价值主要取决于技术含量、劳动负荷、责任风险等要素，一般绩效核算公式为：RBRVS 工作量积分 = 执行点数 + 判读点数 + 出院人次点数 + 住院床日点数。RBRVS 将医师的收入与诊治的患者数量相结合，与治疗药品和检查项目脱钩，把医师的工作价值在具体医疗项目中以最直接的方式呈现出来，所以医院实施的 RBRVS 与医保按项目付费高度契合。在医保基金对医院进行足额支付的情况下，医务人员的薪酬会随着患者治疗数量的增加而增加，但其局限于未考虑科室是否有收支结余，无法对患者病情的严重程度和复杂程度进行差异化对待，同时也无法完全适应 DRG 医保支付方式改革在医院支付方式上的改变。因此，仅用 RBRVS 计量医生劳动价值是不够的，本研究将病种风险难度积分与医疗项目风险难度积分纳入到绩效分配体系当中，从而更全面地体现医生的劳动价值与医疗成效。

1.2.2 病种风险难度积分核算方法。DRG 医保支付方式改革，是为了提高医院的技术效率，改善不同医院间支付的公平性^[9]。根据 2017 年，浙江省人力资源和社会保障厅、浙江省医改领导小组办公室、浙江省财政厅等印发的《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案》中“积极探索点数法与按疾病诊断相关分组相结合付费”的要求，浙江省医保支付方式已经从按项目付费，全面转变为按 DRG 病组点数付费。医院只有通过提高 DRG 病组点数，才能获得更多的医

保支付金额。所以，医院需将医保支付方式改革落实到临床科室中去，只有融合“点数”的概念，才能从不同病种的风险难度中获得医保不同的点数支付。因此，本研究为适应 DRG 医保支付方式改革，保障医保 DRG 点数付费的顺利推进与医疗机构的平稳运行，提出将“有效点数”应用于病种风险难度积分的核算，即：病种风险难度积分 = \sum 有效点数。其中，有效点数 = 病例点数 - (药品点数 + 耗材点数 + 检查检验点数)。

样本医院在保障医疗安全的前提下，临床医师通过规范诊疗行为，以控制药品、耗材与检查检验费用支出为手段来达到降低患者医疗负担、提高医院医保结余的目的；临床医师也需通过取得更高的病种风险难度积分来达到提高科室及个人绩效的目的，从而形成多方共赢的局面。

1.2.3 医疗项目风险难度积分核算方法。样本医院医疗项目风险难度积分公式如下：医疗项目风险难度积分 = \sum DRG 标化工作当量。其中，DRG 标化工作当量是以 DRG 绩效评价为标准，以病例对应的病组 RW、手术级别为尺度，样本医院通过设定 DRG 标化工作当量区间的划分（表 2），来确定不同病例的 DRG 工作当量。

表2 样本医院 DRG 标化工作当量分配情况

项目	DRG 标化工作当量
RW 取值范围	
<1.0	15
1.0~<1.5	30
1.5~<2.0	60
≥2.0	120
手术级别	
一级	20
二级	40
三级	80
四级	800

国家三级公立医院绩效考核与 DRG 绩效评价体系中，手术例数、三四级手术例数与 CMI 是公立医院需要重点提升的重要指标。基于此，样本医院的做法是对病组 RW 与手术级别在赋予 DRG 标化工作当量上以倍数级别上升，从而体现医院对疑难病例及三四级手术，特别是四级手术的重视程度。样本医院在 DRG 标化工作当量的工作中给予了大幅倾斜，旨在鼓励临床科室收治高 RW 病例、做三四级手术，引导内科介入化、外科微创化，从而不断提升医疗救治能力与技术水平。

1.3 DRG 模式下积分效能绩效分配体系的核算公式

样本医院以工作量核算为基础，运用 RBRVS 结合 DRG 的绩效管理工具，将关键指标与内涵建设转化为积分效能的模式，构建 DRG 付费模式下积分效能绩效分配体系，其公式为：绩效总额 = (RBRVS 工作量积

分×每积分价值+病种风险难度积分×每点数价值+医疗项目风险难度积分×每当量价值)×综合质量考评积分。其中,综合质量考评积分为系数,依据《国家卫生计生委、人力资源社会保障部、财政部、国家中医药管理局关于加强公立医疗卫生机构绩效评价的指导意见》(国卫人发〔2015〕94号)的明确要求,公立医院绩效评价指标包括了社会效益指标、医疗服务提供指标、综合管理指标、可持续发展指标。样本医院根据上述指标进行筛选,通过专家咨询法来确定评价指标体系^[4],从而得到综合质量考评积分公式为:综合质量考评积分=科室各指标得分/各指标总分×100%。

2 DRG 付费模式下积分效能绩效分配体系的实施效果

2.1 样本医院临床科室绩效额提升明显

DRG 付费模式下积分效能绩效分配体系结合了 RBRVS 的理念,样本医院通过对临床科室在该绩效分配体系方面进行多次解读与宣讲,确保临床医生对该绩效分配体系的构成与内涵得到深入理解,并于 2022 年将该绩效分配体系应用于临床科室绩效核算。该绩效分配体系的实施引导了临床医生通过加强成本管控和改善诊疗行为来达到提高绩效收入的效果。

以样本医院普外二科为例,把该科室 2022 年 1—9 月数据按照实施 DRG 付费模式下积分效能绩效分配体系的绩效额与原绩效分配体系绩效额相对比,见表 3。由表 3 的数据可知,普外二科在实施 DRG 模式下积分效能绩效分配体系后,仅 2 月份绩效额下降了 0.21%,其余月份均有不同程度的增长,其中 6 月份增幅达 5.14%。DRG 付费模式下积分效能绩效分配体系打破了原有的绩效分配体系,实现了绩效工资总量突破,临床科室绩效增幅明显,对临床医生改善临床诊疗行为具有积极的引导作用。

表 3 2022 年 1—9 月不同绩效分配体系实施下普外二科绩效额对比情况

月份	原绩效分配体系 绩效额 (元)	DRG 模式下积分效能绩效 分配体系绩效额 (元)	绩效增幅 (%)
1	42 769	43 415	1.51
2	41 441	41 353	-0.21
3	51 191	52 553	2.66
4	62 115	63 692	2.54
5	56 968	58 100	1.99
6	50 141	52 718	5.14
7	59 226	59 930	1.19
8	48 409	49 067	1.36
9	52 510	55 113	4.96

2.2 样本医院重点指标增长显著

通过对比样本医院 DRG 付费模式下积分效能绩效分配体系实施前(2021 年 1—9 月)与实施后(2022 年 1—9 月)医院医疗重点指标情况(表 4),可见四级手

表 4 DRG 付费模式下积分效能绩效分配体系实施前后样本医院医疗重点指标对比情况

指标	2021 年 1—9 月	2022 年 1—9 月
CMI	0.914 9	0.941 0
DRG 总量	19 857.78	21 856.39
手术总量 (例)	8 696	8 863
四级手术量 (例)	611	819
RW≥2 病例数 (例)	997	1 276
平均住院日 (天)	6.67	6.39
药占比 (%)	19.79	17.30
耗材占比 (%)	17.25	16.77

注: DRG 总量 = \sum (某组 RW×该 DRG 组病例数)。

术量、RW≥2 病例数增长明显;在 CMI 持续增长的情况下,药占比与耗占比均有不同程度下降,医疗服务类收入占比提升,收入结构明显改善。由此可见,该绩效分配体系的实施取得了初步成效,医疗服务能力得到有效提升,医疗服务效率得到明显改善。

在新冠感染常态化防控下,医疗机构疫情防控保障支出大幅攀升,医院效益显著下滑,公立医院的运营管理与高质量发展则显得更为重要,样本医院通过对 DRG 付费模式下积分效能绩效分配体系的研究与应用,实现了医院管理由粗放型到精细化的转变,切实促进了医院关键指标的明显改善,医院的运营管理能力得到了有效提升。

3 总结

医院依靠增加医疗服务项目数量来提升医疗收入的时代即将成为历史。DRG 医保支付方式改革倒逼医院转变传统管理理念,以提升医疗质量与运营效率为根本,充分运用现代医院管理方法与工具,逐步实现医院由粗放扩张型管理模式向节约精细化管理模式转变^[5],从而推动医院管理的高质量发展。本研究结合样本医院近年来在新形势下医院的管理经验与应对策略,主要有以下体会。

3.1 创新管理理念,推动绩效改革

以 DRG 为主的医保支付方式改革,将推动我国建立基于价值的优质医疗服务体系,公立医院需要相应建立基于价值的绩效分配体系,将临床医生的绩效收入与医疗服务的质量、技术难度、成本控制等挂钩^[6]。

样本医院以 RBRVS 绩效体系为基础,创新性地地把 DRG 医保支付方式与 DRG 绩效考核分别与病种风险难度积分与医疗项目风险难度积分进行深度融合,将指标模式转化为积分效能模式,从绩效分配的本质,引导临床医生通过收治高 RW 病例,主动减少药品、耗材类支出,提高绩效收入,从而改善医院收入结构。

3.2 强化成本管控,改进临床路径

DRG 医保支付方式改革的实施,本质上是要求医

(▶▶下转第 93 页▶▶)

借：资金结存——货币资金

贷：事业预算收入——医疗预算收入——住院预算收入

3 多院区住院转诊环节核算业务难点

公立医院采用政府会计制度对院区间住院转诊环节、住院预交押金业务进行核算时，财务会计和预算会计的科目核算金额与临床实际情况将产生差异。

从财务核算角度分析，财务会计以权责发生制为记账基础，主要通过调整相应会计科目，保证账务处理和临床实际情况相符。预算会计以收付实现制为记账基础，当主院与分院区使用统一的银行账户时，如按“考虑主院与分院区患者转院情况”编制预算会计分录，可保证各院区的预算会计科目金额与临床实际发生金额相符，但因银行资金未发生变化，与预算会计的记账基础不符；如按“不考虑主院与分院区的患者转院情况”编制预算会计分录，转入或转出的住院预交押金不记入预算会计分录，符合预算会计的记账基础，但预算会计科目金额与临床实际发生金额不符。当主院与分院区分别设置独立的银行账户时，预算会计分录以货币资金的实际变动额为记账基础，记账关系相对清晰，但院区数量较多时，会增加银行账户的管理难度。

从财务报表维度分析，各院区使用统一的银行账户时，预算会计如按“不考虑主院与分院区的患者转院情况”编制会计分录，会导致分院区预算报表事业预算收入科目金额与临床实际发生金额不符。主院与分院区事业预算收入执行情况无法准确分析，只能通过合并财务报表进行预算报表数据分析^[3]。

从财务管理维度分析，两种资金账户管理方式，

(◀◀上接第90页◀◀)

院通过降低医疗费用以减少医保基金的支出，并要求公立医院开展病种成本核算、强化病种成本管控，而临床路径的应用为病种成本管理提供了有效的管理工具。科学、合理地改良临床路径，就是要在保障医疗质量与安全的同时，参照DRG医保支付方式改革对病种的支付标准，通过规范临床操作，控制并减少合并症、并发症的发生，缩短住院天数，提高病床周转率，兼顾效率与效益，从而直接提升科室病种风险难度积分，提高临床医生绩效收入，改善医院经济运营状况，同时促进科室医疗质量与医院重点考核指标的有效提升。

综上所述，在DRG医保支付方式改革的浪潮下，通过DRG付费模式下积分效能绩效分配体系在医院的构建与应用，为医院管理人员、临床医师及职能科室，提供了全新的管理策略。通过绩效核算体系的调整，能够推动医院运营管理精细化，引导临床医师提升医疗技术水平，转变临床诊疗行为，在降低患者医

都会增加内部账务核算和管理的难度，当分院区开设较多时，会加大账户管理的难度和内控风险；需设置银行账户间、往来账户科目的核算与对账会计岗位，加强银行对账与往来账户核对清算的管理。

4 多院区业务发展方向

依据政府会计制度的规定，院区间住院转诊环节财务会计和预算会计均需要增加相应的核算环节，财务核算方式各有特点和不足，公立医院财务管理部门应根据分院区实际设立情况，选择与之相适应的核算方法。

目前，样本医院分院区医疗业务受客观因素影响，只实现了住院患者多院区的转诊医疗活动。未来多院区协同发展将会是大型公立医院的发展方向，患者可在公立医院各院区的门诊与住院诊疗中，自行选择院区就诊，医院的财务部门未来将会面临更大的挑战。医院财务管理人员需要关注各院区的运营模式，分析医疗业务实质，树立风险管理观念，不断加强内部控制管理，在满足多院区医院医疗运营的需求下，按照相关的财务规章制度完善医院的财务管理工作，为实现多院区综合绩效分析夯实数据基础。

参 考 文 献

- [1] 朱雅萍, 成宪青. 公立医院门诊住院收费结算业务自动凭证设计[J]. 会计研究, 2019(20):65-66.
- [2] 周莹, 刘莹. 医院多院区发展下的财务管理初探[J]. 中国总会计师, 2021(214):98-99.
- [3] 贾同英, 袁惠芸. 多院区医院管理难点与对策探析[J]. 中国医院, 2014(8):28-30.

[收稿日期：2022-11-08] (编辑：彭博)

疗负担的同时，改善绩效增量，优化存量结构，提升绩效分配的科学化水平，助力实现公立医院高质量发展。

参 考 文 献

- [1] 张学军, 陈咏梅, 李嘉, 等. 医保支付方式改革下公立医院绩效分配策略探讨[J]. 中国卫生经济, 2022,41(8):57-60.
- [2] 秦永方. 工作量效能积分法“四维驱动”医疗绩效公平性评价“尺子”研究[J]. 中国卫生经济, 2015,34(9):69-71.
- [3] PALMER G. Casemix funding of hospitals: objectives and objections[J]. Health care analysis, 1996,4(3):185-193.
- [4] 林夏. DRG支付制度下三级公立医院主诊医师绩效评价及提升策略研究[D]. 湖北:华中科技大学, 2020.
- [5] 徐庆峰. 浅谈公立医院成本核算与全成本核算[J]. 行政事业资产与财务, 2011(20):59-60.
- [6] 王汉松, 黄瑾, 余嘉俐, 等. 基于“两切断、一转变”的医院绩效考核和分配制度改革实践与探索[J]. 中国医院管理, 2020, 40(11):14-17.

[收稿日期：2022-11-08] (编辑：彭博)