

基于 PMSs 的绩效管理框架研究

——来自 H 医院的经验启示

刘俊勇 安娜 马逸飞 李建军

摘要：绩效管理是医院运营实践的重要内容，在新医改和行政事业单位管理会计的不断推动下，加强公立医院绩效管理工作尤为重要。本文以综合性公立医院绩效改革为出发点，基于 Ferreira 和 Otley (2009) 拓展的绩效管理框架 (PMSs)，结合 H 医院多年的绩效管理实践经验，针对 PMSs 直接应用于医院情景可能存在的问题进行补充完善，继而提出了综合性公立医院绩效管理框架。本文的研究结论对医疗服务行业持续推进绩效管理改革具有一定的借鉴意义和参考价值。

关键词：绩效管理框架；公立医院；管理会计

中图分类号：F233 **文献标志码：**A **文章编号：**2095-8838 (2020) 04-0018-10

一、引言

医院绩效考核涉及众多利益相关方，是医院管理的重点也是难点问题。一方面，医疗保险支付压力对医院成本管控提出了越来越高的要求，患者也希望以低价格享受优质的医疗服务。另一方面，传统的绩效分配方式主要以收支为基础，即基于医疗服务收入分配绩效奖金，容易导致过度医疗、“以药养医”等问题，增加患者就医负担，激化医患矛盾。并且，这种基于收支的绩效考核体系难以真实反映医疗服务的技术含量以及医生的知识价值，影响医院声誉与学科发展。因此医院的绩效改革不仅关乎分配公平，也会影响全民健康与国家福利体系的稳定。然而，目

前国内医院绩效管理学术研究仍处于探索阶段，尚未形成一般性的方法和理论。现有文献更多的是整理总结医院绩效管理实务，或是描述疾病诊断相关组 (Diagnosis Related Groups, 简称 DRGs)^① 及以资源为基础的相对价值比率 (Resource-Based Relative Value Scale, 简称 RBRVS)^② 等工具的运用实践，或是结合历史数据试图计算、验证其可行性 (郝晋等, 2016; 赵进进, 2017; 雷志勤等, 2018)，而缺少对绩效管理实际效果与关键影响因素的深入分析以及系统性绩效管理方案的提炼。那么，为了有效激励医务人员工作、推动学科建设、提高医院声誉，建立一套适用于公立医院的绩效管理框架成为医疗服务行业的一项重要课题。

H 医院是一家三级甲等综合性公立医院，学科实力突

收稿日期：2020-06-23

基金项目：国家社会科学基金项目 (11BGL027)

作者简介：刘俊勇，通讯作者，中央财经大学会计学院教授，博士生导师；

安娜，中央财经大学会计学院博士生；

马逸飞，中央财经大学会计学院硕士研究生；

李建军，河南省人民医院总会计师。

出、人才梯队完整、业务技术领先,并且位于人口大省,其当前绩效管理工作中面临的实际问题在公立医院中具有一定程度的代表性。鉴于此,本文采用案例研究的方法,以综合性公立医院绩效管理改革为出发点,聚焦于H医院8年的绩效管理实践。研究结果表明,当PMSs直接应用于医院情景时可能存在若干缺陷,原有框架无法满足医院的绩效管理现状,因此我们进行了补充完善,最终构建了综合性公立医院绩效管理框架。本文的结论有助于进一步理解绩效管理框架的内涵,同时为医疗服务行业如何构建绩效管理框架提供参考。

本文各部分结构安排如下:第二部分对绩效管理相关文献进行综述,展示本文的理论基础;第三部分介绍本文案例研究的对象以及调研过程;第四部分通过案例分析与讨论,构建公立医院绩效管理框架;最后一部分总结本文的研究结论、贡献与局限性。

二、文献回顾与理论基础

(一)医院绩效管理

国内外医院绩效管理相关研究主要集中于影响因素及各类实践方法的讨论。比如,Modell(2001)探究了挪威医改政策对于医院绩效管理的影响,其研究结果表明医改背景下医院会更加主动地选择绩效指标,并非被动改变与模仿,此时更能够兼顾多个利益相关者。Ittner等(2007)基于医师组层面的数据发现,目标一致性、绩效指标的信息含量以及监督代理人行为都会影响医生基于绩效的薪酬。Pizzini(2010)研究发现,由于医院诊疗工作较为复杂,以团队为基础的绩效考核比个人绩效更能够提升团队合作,从而激励医生从事高难度、高风险的医疗项目。Bai等(2010)利用加利福尼亚州95家营利性医院部门级别的数据发现任务复杂性会增加绩效指标中的噪声,而有噪声的绩效指标会增加外包合同中矛盾。Harlez和Malagueno(2016)从医院高管背景及医生参与管理决策的视角出发,讨论了高管个人背景对医院绩效指标体系与战略优先性(Strategic Priorities)之间的关系,结果发现医生加入高管团队有助于提升绩效管理系统的合理性。

关于医院具体应用的绩效管理方法,目前可主要划分为结余提成、自建指标、DRGs以及RBRVS等四类。基于结余提成的绩效考核是指医生的收入与其所带来的医疗收入及成本相挂钩,即以带来的经济效益为基础决定医生薪酬。然而医院并非营利性机构,这种考核模式容易导致“大处方”及过度诊疗问题,增加患者的医疗成本及医保支付压力(高婧扬和李芳,2015;雷志勤等,2018),与新医改所提出的解决“看病难、看病贵”问题相违背。基于自建指标的绩效考核与关键业绩指标(Key Performance Indicator,简称KPI)考核类似,该模式摒弃了“以药养医”、“以收费决定收入”的思路,试图建立更加科学、合理、全面的绩效考核办法。但是指标的选择、权重的配置存在较大的难度与不确定性,不同医院的医疗水平存在差异,亦难以实现标准化、统一化。基于DRGs的绩效考核是指以DRGs相关指标(包括病例组合指数、时间消耗指数、费用消耗指数及低风险组死亡率等)为依据开展绩效评估与管理。白玲(2016)运用TOPSIS模型验证了基于DRGs的加权综合评价法绩效考核的科学性与合理性。张恩思等(2016)通过某医院的案例分析,认为基于DRGs的绩效考核指标较传统业务量等考核指标更加科学合理。季新强(2016)通过实验表明DRGs同质性的特点有助于实现不同科室间的绩效对比。以RBRVS为基础的绩效考核是国际医疗机构普遍采用的绩效管理工具。该模式下医生薪酬与工作强度、技术含量、相关医疗活动风险等相关联。花费时间长、技术含量高或医疗风险大的诊疗活动将被赋予更高的“点数”。RBRVS在美国应用广泛,并取得了良好的成效(王志刚等,2015)。目前国内部分医院已引入或基于RBRVS思想开展了绩效管理改革(陈民等,2012;吴剑等,2013;雷志勤等,2018)。陈洁等(2018)曾利用调查问卷的方法,针对RBRVS绩效改革持续1年以上的12所医院进行调研,结果表明RBRVS相关绩效改革具有一定优势,但仍需要根据医院具体情况与管理目标进行相应调整。

(二)绩效管理框架

绩效管理框架作为管理控制系统的重要组成部分,其主要目的是通过分析、规划、衡量、控制、奖励等方法全

① Diagnosis Related Groups, 根据病人的年龄、性别、住院天数、临床诊断、病症、手术、疾病严重程度、合并症与并发症等因素把病人分入500~600个诊断相关组。DRGs作为管理工具,可以用于成本控费、预算、绩效考核等领域。

② Resource-Based Relative Value Scale, 是以资源消耗为基础,以相对价值为尺度,来支付医生劳务费用的方法,主要是根据医师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。

面管理绩效,并支持和促进组织的学习与变革(Ferreira 和 Otley, 2009)。为了概括、划分管理控制系统中的控制手段,Simons(1995)曾将管控系统划分为信念控制、交互控制、边界控制和诊断控制四大控制杠杆。尽管该框架提供了一个可以全面分析企业管控系统的新视角,但也存在一定的局限性,如控制杠杆框架不具有普适性,它忽略了社会意识形态的控制,仅关注高层管理(Collier, 2005)。Otley 于1999年提出了最初的绩效管理框架,其中涉及组织目标、战略和计划、目标值、激励系统、监督反馈等五个问题。该框架可以用于营利组织与非营利组织,并且为后续分析管理控制系统提供了有用的结构(Otley, 1999)。然而Otley的框架也存在一些不足之处,例如该框架没有考虑愿景和使命的作用,没有强调组织使用信息的方式,同时也忽略了系统的动态变化与发展等问题。因此,Ferreira 和 Otley(2009)在 Otley(1999)绩效管理框架的基础上补充了若干问题,并将 Simons(1995)控制杠杆框架的各个方面进行整合,继而提出了拓展的绩效管理框架(以下简称PMSs),如图1所示。

拓展的绩效管理框架主要由12个要素以及2个额外影响因素构成,其中12个要素包括愿景与使命(Vision and Mission)、关键成功因素(Key Success Factors)、组织结构(Organization Structure)、战略和计划(Strategies and Plans)、关键业绩指标(Key Performance Measures)、目标值设定(Target Setting)、业绩评价(Performance Evaluation)、激励机制(Reward Systems)、信息流、系统和网络(Information Flows, Systems and Networks)、绩效管理应用(PMSs Use)、绩效管理变革(PMSs Change)及要素协调性(Strength and Coherence)。两个额外影响因素则是在上述12个关键要素之外,可能对组织绩效管理产生影响的因素,包含企业文化(Culture)以及背景因素(Contextual Factors)。Ferreira 和 Otley(2009)的PMSs体系引起了学术界和实务界的极大兴趣(由于Ferreira 和 Otley在2009年正式发表文章前曾公开工作论文,因此部分评论发布于2009年之前)。Collier(2005)认为,该框架明确考虑了愿景、使命、战略和计划以及组织的结构等关键成功因素,这些结构有望成为信念体系、边界体系的一部分。Stringer(2007)认为,PMSs使整

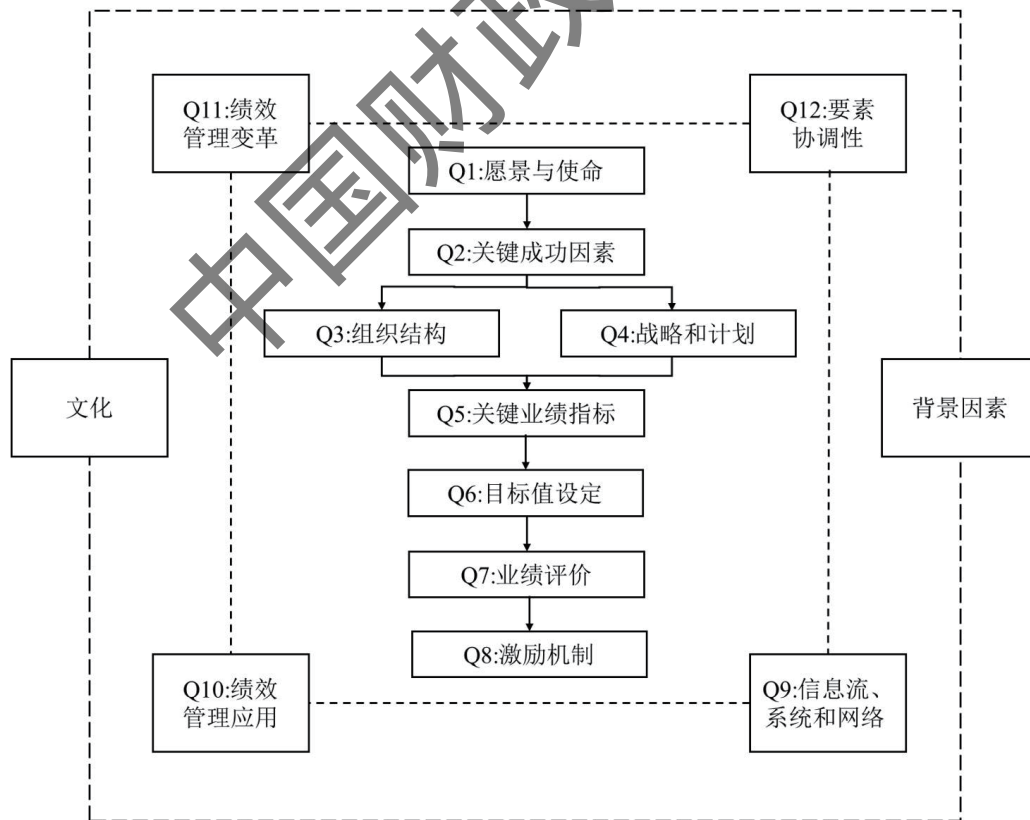


图1 Ferreira 和 Otley (2009)拓展的绩效管理框架(PMSs)

个绩效管理系统不同组成部分的关系变得更加明确。

综上,相比于Otley(1999)的原有框架,PMSs更加细化,详细列示了绩效管理的构成要素,能够全面概述绩效管理的主要功能,可以在特定组织中运用(Ferreira和Otley,2009)。该绩效管理框架适用情景较多,可以应用于营利组织和非营利组织,本文将Ferreira和Otley(2009)拓展的绩效框架放置于医院情景,以综合性公立医院绩效管理改革为出发点,试图构建适用于我国公立医院的绩效管理框架。

三、研究背景与资料收集

(一)案例医院的选择

本文选择H医院作为研究对象,该医院是一家位于河南省郑州市的三级甲等综合性公立医院,为当地知名医院之一。H医院当前所实施的绩效方案涉及了国内医院绩效管理所常用的RBRVS、DRGs及KPI等方法,具有较强的综合性。该医院早在2012年就启动了绩效改革的框架设计,经过了8年的调整与实践,目前已取得阶段性成果,同时积累了大量数据资料,也为本文构建理论框架提供了证据。并且,H医院作为三级甲等综合性公立医院,以其为研究对象,研究结论普适性较强,对国内医院具有参考价值。

(二)H医院绩效管理改革

1.改革过程

H医院绩效管理改革工作启动于2012年1月,其中1~2月完成框架设计,3~4月进入实施方案编写阶段,5~6月开展模拟测算,于当年7月上线试运行。在随后8年中,H医院绩效管理方案不断修改完善,查漏补缺,适应政策及环境变化,具体过程如图2所示。该医院绩效管理范围主要包括临床、护理、医技、药学及行政管理五类人员,由运营管理部单设的绩效管理办公室(简称绩效办)统一负责管理。

2.改革的成效与不足

经过8年探索,H医院基本建立了系统完善的绩效管理体系,解决了原有绩效管理方法下的主要矛盾,符合新

医改政策要求,并取得了一定的改革成效。首先,H医院有效结合RBRVS、DRGs和KPI等管理工具,构建了相对完善、科学的绩效管理体系,兼顾了工作量及多样化管理需求。其次,在精细化绩效管理改革驱动下,H医院运营效率不断提高,为更多患者提供优质服务,同时在费用控制及学科发展层面也取得了阶段性成果。最后,H医院保证了外部合规性,又根据自身实际情况积极创新,并非一味模仿。如在整体绩效考核公式中将RBRVS与DRGs结合管理、针对护理人员区分“三类六级”等。

但是,H医院现有的绩效管理体系仍然存在不足之处。

第一,H医院当前绩效激励方式仍以货币激励为主,单一的货币激励对于部分高收入人员容易产生边际效用递减现象,同时也会给医院增加人力成本压力。第二,目前的绩效管理环节缺乏反馈机制,医护人员缺少明确、固定的反馈渠道,绩效办缺少反馈处理的权力及具体规则。第三,H医院当前绩效评价信息主要用于绩效奖金的核算以及后续绩效政策的更新,在人力资源管理及资源配置领域应用相对不足,无法实现价值最大化。第四,以医护人员带来的经济效益为基础决定薪酬奖金,不利于新绩效政策的推行,也容易引发对于绩效方案的不满与不信任。

(三)数据资料收集

为确保数据资料的全面性和准确性,我们采用了现场观察、半结构化访谈和收集二手资料等多种方式获取案例资料,主要收集过程分为三个阶段:

1.前期准备阶段。我们经过跟踪H医院绩效管理体系的变革过程,确定该医院作为本文的研究样本。进行多次讨论后,确定研究问题,据此查阅相关文献资料,制定详细的访谈提纲,并选择H医院制定与实施绩效方案的管理者作为主要访谈对象。

2.实地调研阶段。本文的一手资料获取方式主要包括关键人物访谈、进入医院观察等,二手资料来源于H医院内部文档资料,如绩效实施方案等。从2019年5月至2020年1月,我们共对H医院进行五次正式调研,其中包括参加一次医院财务人员培训会。具体调研情况如表1所示。

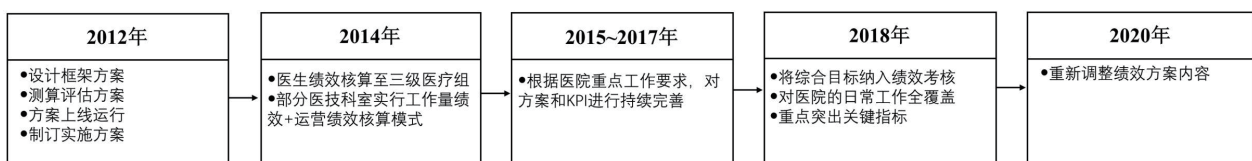


图2 H医院绩效管理改革过程

表1 H医院调研情况统计

调研时间	持续时间	调研内容	访谈对象
2019年5月	2天	参加医院会议 确定研究主题	无
2019年7月	1天	关键人物访谈	总会计师 财务处处长 绩效办主任
2019年8月	2天	关键人物访谈	财务处处长 运营管理部负责人 绩效办主任
2020年1月	3天	参加H医院财务人员研修班培训	无
2020年1月	2天	关键人物访谈 获取医院文档资料	绩效办主任 综合科科长 DRG办公室主任

3. 补充调研阶段。正式调研结束后,对获取的一手、二手资料进行整理与分析,筛选出符合本文研究主题的数据资料。在之后研究分析的过程中发现需要补充、不完善的部分,我们以电话或邮件形式向医院索取与求证。

四、新框架构建

本文将Ferreira和Otley(2009)的拓展绩效管理框架(PMSs)放置于医院情景,基于H医院8年绩效管理实践经验,并结合收集整理的案例资料,总结PMSs应用于公立医院情景时可能产生的问题,最后补充原有框架,构建了新的综合性公立医院绩效管理框架。

(一) PMSs直接用于医院情景的潜在缺陷

结合H医院改革现状与已获取的案例资料,本文认为Ferreira和Otley(2009)的拓展绩效管理框架(PMSs)直接应用于公立医院绩效管理可能存在如下缺陷:

第一,PMSs中缺少以工作量为基础的绩效考核理念。医院绩效管理的核心在于如何科学、准确、公平地体现医护人员的工作量与工作价值,这也是H医院绩效管理改革的核心内容之一,即引入RBRVS工作量点值。而且,在2009年发布的《关于深化医药卫生体制改革的意见》、《关于加强卫生人才队伍建设的意见》中就已提出了建立基本工资与绩效工资结合以及基于工作量考核绩效的管理模式。据医院绩效方案制定负责人所述:“RBRVS就是按照项目工作量算奖金,它衡量每一个医疗服务项目需要投入的资源、风险和贡献。……其实,这个比收支结余更可以体现医务人员的价值。”

但是在PMSs描述的12个问题中,仅强调了关键业绩指标(KPI)的设计(Q5:关键业绩指标),即根据组织目标、关键成功因素以及战略和计划,确定组织的关键业绩指标。以工作量为基础进行绩效考核是公立医院研究的重点问题(王志刚等,2015;雷志勤等,2018),需要通过RBRVS工作量点值高低,体现对急危重症、新项目、新技术等的倾斜。

第二,PMSs中缺乏对于外部因素的关注。在PMSs中,绩效管理的起始点与核心都围绕着组织内部的愿景与使命(Q1),外部环境(如医改政策)不是绩效管理系统中具有决定性作用的部分,背景因素虽然出现在了PMSs中,但并不属于核心内容。H医院的管理人员曾这样描述医改政策对于医院内部绩效管理模式的影響:“医院的所有行动都是政策导向的,也就是说,我们在制定不论是绩效考核方案还是成本管控方案的时候,都是跟着国家政策走的。所以医疗改革政策一出台,我们就会有相应的行动,响应国家号召,指导大家后续工作……”

2019年国务院办公厅印发《关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》,其中合理用药指标替换了存在争议的药占比指标,并增加了日间手术占择期手术比例及出院患者四级手术比例等字段,H医院绩效考核方案随即也进行了调整 and 变化。公立医院作为公益性、非营利性的社会组织,医改政策对于其绩效管理具有直接而深远的影响。因此,在其绩效政策顶层设计阶段应结合外部政策,设定医院自身的愿景与使命。

第三,鉴于医院组织结构的特殊性,PMSs缺少岗位

差异及考核维度的差异。由于PMSs中关于“组织结构”的讨论仅聚焦于企业一般性组织结构,如创业型组织结构、职能型组织结构、战略业务单位组织结构等,而我国公立医院的组织结构与企业存在较大差异,这种分类方式与医院特征不符,管理者通常需要将管理维度进一步细化,因此,岗位差异同样是医院绩效管理改革的核心内容之一。H医院已针对临床医生、护理人员、医技医生、药学人员、行政管理人员设计了不同的绩效方案。案例资料显示,医院内部不同岗位之间关系复杂、诉求各异,需要格外予以关注。同时,考核维度也是本文讨论的内容之一。Pizzini(2010)认为,由于医院诊疗工作较为复杂,以团队为基础的绩效考核比个人绩效更能够提升团队合作,从而激励医生从事高难度、高风险的医疗项目。H医院当前基于医师组维度的考核与Pizzini(2010)的研究不谋而合,但是不同的医院之间考核维度存在差异。综上,PMSs中的第三个问题(Q3:组织结构)难以有效反映医院管理结构的复

杂程度。

第四,PMSs没有涉及宣传培训等环节。绩效管理框架主要关注绩效管理系统的设计与应用,默认使用者对于绩效政策的充分理解。但是通过多次对H医院进行的深度访谈,我们发现医院绩效管理方案后期的辅助宣传与培训同样重要。据医院高管人员表示:“……我们都有选一些业务骨干作为‘财务助理’去帮助医务人员了解绩效政策,我们还会专门深入科室和病区去讲解绩效政策。而且科主任、护士长还有中层以上干部参加的院周会,也都会讲解。”

虽然H医院在改革过程中通过“财务助理”、院周会等方式开展宣传教育,但是医护人员仍然认为绩效方案的表述专业性较强、不易理解。因此,由于医护人员工作环境特殊、工作压力大,且医院绩效管理政策相对复杂,在开展绩效管理改革时,应格外关注相关绩效政策的宣传与培训,确保一线人员准确理解与把握。

(二)构建综合性公立医院绩效管理框架

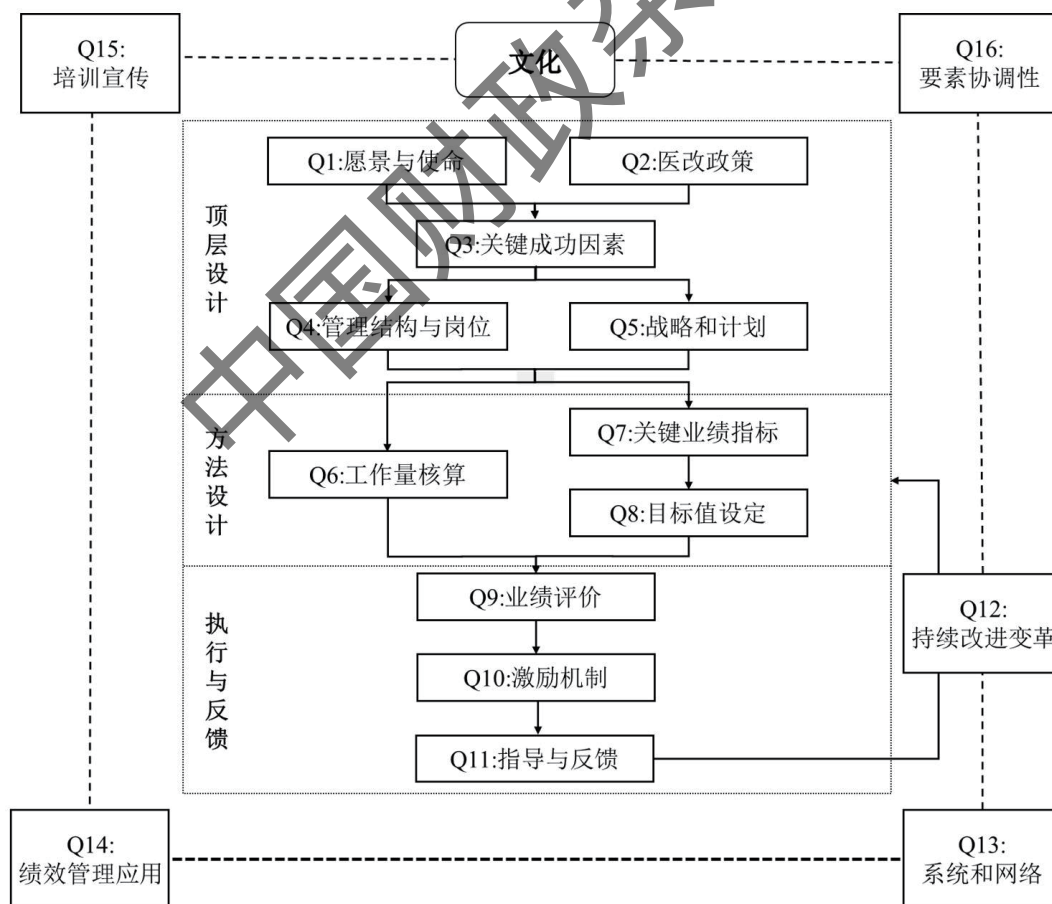


图3 综合性公立医院绩效管理框架

表2 综合性公立医院绩效管理框架的主要内容

系统要素	内容与建议
Q1: 愿景与使命	• 不同医院存在差异, 但应注重公益性、非营利性与可持续发展
Q2: 医改政策	• 保证对于国家政策, 尤其是医疗改革政策的遵从 • 可结合自身实际背景, 适度调整创新
Q3: 关键成功因素	• 不同医院存在差异, 如: 人才培养、学科发展、服务形象、品牌声誉、健康运营等
Q4: 管理结构与岗位	• 不同医院的组织结构存在差异。建议绩效管理由专职部门负责, 且赋予其反馈处理、内部协调、政策制定等方面的权力 • 需从医院层面考虑赋予科室、病区或医师组一定程度的管理权 • 需注重医院内部不同岗位间工作内容、主要诉求的差异
Q5: 战略和计划	• 战略应当和愿景与使命、关键成功因素协调一致 • 应当注重医、教、研协同发展 • 应当兼顾医护、患者、社会、政府等多方利益相关者
Q6: 工作量核算	• 可探索采用 RBRVS、发药量等多样化手段以科学、合理、准确计量医务工作者实际工作量, 体现劳动价值、风险价值、知识价值以及所承受的压力 • 选择核算方法应当关注指标是否具有普适性, 如出院人次指标并不适用于 ICU 等重症科室。儿科、全科等特殊科室也应单独考虑
Q7: 关键业绩指标	• 指标制定: 规范化且常态更新, 由绩效办及各业务部门共同参与 • 指标内容: 应涵盖质量安全、效率效能、费用控制、服务质量、学科发展等内容 • 差异化设计: 一是注重兼顾科室间差异, 二是注重岗位(医师、护理、医技、行管后勤等)间差异 • 覆盖范围: 应当实现对医师、护理、医技、行政管理人员等全覆盖, 若确难制定 KPI, 应当采取替代考核方式 • 外部遵从: 应当符合新医改相关政策, 并注重体现“公益性”与“非营利性” • 倾斜作用: 应当体现对于一线人员、急危重症及发展方向的倾斜 • 可控制性: 既要保证各项指标对考核人员可控, 同时也要防止出现指标被不合理地操纵
Q8: 目标值设定	• 各指标均设有详细目标值或考核方案 • 确定具体目标值前应考虑历史情况、发展目标、本年预算奖金总量等因素, 尽可能避免超出预算 • 应确保目标具有一定的挑战性, 避免出现“松弛”。必要时可使用与同业对标形式(如 CMI 按本院 CMI/ 北京地区平均 CMI 考核)
Q9: 业绩评价	• 应当以客观衡量为主, 主观评价为辅 • 必要时给予儿科等特殊科室倾斜与单独调整 • 工作量等可依据技术难度及风险使用 CMI 等指标进行调整
Q10: 激励机制	• 激励形式: 兼顾物质激励与声誉激励, 显性激励与隐性激励 • 激励手段: 薪酬与工作量挂钩; 应当有奖有罚 • 激励单元: 可采用个人激励或团队激励; 采用个人激励应注重团队合作的管理; 采用团队激励应注重二次分配的公平性, 可从院方层面提出分配方案建议, 避免不必要的纠纷
Q11: 指导与反馈	• 应当充分发挥绩效考核对于实际工作的作用, 指导一线人员有的放矢地提升、完善 • 构建科学、流畅的绩效管理循环: 提供常态化、明确的绩效反馈渠道; 制定规范化、科学化的反馈处理机制; 重视一线人员反馈, 不断完善改进绩效政策
Q12: 持续改进变革	• 应当根据历史情况、医改政策、运营情况、一线反馈, 不断调整绩效方案与指标体系 • 要重点关注一线人员反馈, 实现绩效管理工作的流畅闭环 • 改革过程中既要保证对于外部政策的遵从, 同时还应注重自我创新 • 制定符合医院实际情况与发展战略的绩效方案
Q13: 系统和网络	• 完善的系统与网络: 绩效管理应当有完善的前后台系统支撑, 提供可实时多维度提取、准确度高的绩效考核数据
Q14: 绩效管理应用	• 业绩评价结果应与绩效薪酬挂钩, 同时还应发挥在资源调配、人力资源管理、绩效改进等领域的作用, 实现企业资源与人力的合理配置, 对个人起到“指挥棒”作用, 对医院起到“协调器”作用
Q15: 培训宣传	• 推行新绩效管理政策时应该注重持续的、深入一线的培训与宣传, 让医务工作者正确理解激励导向、如何科学合理提升绩效
Q16: 要素协调性	• 应当注重要素间协调性, 尤其关注绩效政策与战略规划及愿景使命的一致性 • 应当注意医院业务类型, 专科医院与综合性医院应当采取不同的绩效管理政策
文化	• 应与医院愿景、使命及宗旨保持一致 • 应改变传统注重收入与节约的文化, 宣扬多劳多得 • 应鼓励技术创新与应用、鼓励知识分享与交流、鼓励意见与反馈 • 应注重构建临床与管理人员间的信任关系, 保证前后台良性互动、有效沟通

鉴于上述关于PMSs直接应用于公立医院时可能存在的问题, 本文对其进行补充完善, 提出了适用于综合性公立医院的绩效管理框架, 如图3所示。

该框架将公立医院绩效管理工作划分为16项关键要素, 将第一个问题(Q1)至第十一个问题(Q11)进一步划分为顶层设计、方法设计以及执行与反馈三大部分。其中, 顶层设计包括“Q1: 愿景与使命”、“Q2: 医改政策”、“Q3: 关键成功因素”、“Q4: 管理结构与岗位”、“Q5: 战略和计划”等五个问题; 方法设计包括“Q6: 工作量核算”、“Q7: 关键业绩指标”、“Q8: 目标值设定”等三个问题; 执行与反馈包括“Q9: 业绩评价”、“Q10: 激励机制”、“Q11: 指导与反馈”等三个问题。相较于Ferreira和Otley(2009)的PMSs, 新框架主要有以下5点核心变化:

1. 新增“Q2: 医改政策”。国家政策尤其医改政策直接影响公立医院日常运营, 为医院绩效管理改革指引方向, 属于顶层设计的重要一环。因此, 本文将原有PMSs中未纳入关键因素的“背景”更改为“医改政策”, 并将其与“Q1: 愿景与使命”同时作为顶层设计的出发点。

2. 原“Q3: 组织结构”更名为“Q4: 管理结构与岗位”。基于前文的分析, 由于PMSs仅描述了一般性企业组织结构的影响, 缺少了对于医院内部岗位差异以及考核维度的关注, 难以反映医院组织结构的特殊性以及复杂程度。因此, 本文进一步细化了原有框架中关于“Q3: 组织结构”的内容, 在新的绩效管理框架中将原有“Q3: 组织结构”更名为“Q4: 管理结构与岗位”, 突出公立医院特点, 强调岗位及考核维度的差异。

3. 新增“Q6: 工作量核算”。除本文的案例医院外, 我们同时对另外3家医院进行了调研, 并通过阅读已有文献, 发现当前国内公立医院大量采用工作量与KPI结合的方式开展绩效考核工作, 而H医院将RBRVS与KPI结合的实践也体现了该方案相较于“结余提成”及单一KPI考核的优势。在PMSs中仅关注了KPI激励(Q5: 关键业绩指标)。因此本文结合公立医院实践情况, 新设了“Q6: 工作量核算”, 关注如何更加科学、准确地实现对医务工作者工作量的衡量, 并适度向急危重症、特殊科室、新技术项目倾斜。

4. 新增“Q15: 培训宣传”。案例资料显示, H医院调整绩效方案之前会选拔财务及运营部门骨干人员作为一线“财务助理”, 深入科室与病区为医护人员讲解绩效政策, 同时新的绩效方案也会在院周会上公布讲解。虽然H医院

在绩效政策宣传方面做了不少努力, 但由于绩效政策及部分考核指标的专业性, 仍有大量医护人员认为绩效政策难以理解。因此, 本文增加了“Q15: 培训宣传”, 全面体现医院绩效管理改革过程中的重点事项, 即优秀的绩效管理体系既需要精密科学的制度设计, 同时还需要充分且及时的宣传与培训工作。

5. 除上述针对PMSs潜在问题进行的补充之外, 新的框架强调了反馈机制的重要性和改革过程的动态变化, 以期形成绩效管理闭环。尽管在PMSs中已经提及了“反馈”和“变革”的影响, 但“反馈机制”属于第九个问题(Q9: 信息流、系统和网络)的一部分, “变革”则单列为第十一个问题(Q11: 绩效管理变革)。案例资料显示, H医院当前尚未形成规范化的反馈收集与处理, 医院各项数据指标均由行政管理人员进行收集统计, 分析结果并没有传递给被考核者, 因此他们无法通过考核数据发现不足并及时改进。另外, 为了体现改革的动态演进过程, 我们把PMSs中“Q11: 绩效管理变革”更名为“Q12: 持续改进变革”, 并将其与“Q11: 指导与反馈”相连接。

此外, 本文针对综合性公立医院绩效管理框架中的每个问题进行了简要阐述, 解释了各要素的含义, 并提出一些建议与注意事项, 为研究者和实务界人士提供参考与借鉴, 综合性公立医院绩效管理框架要素内容与建议如表2所示。

五、研究结论

本文以H医院为研究对象, 以综合性公立医院绩效管理改革为出发点, 在H医院多年绩效管理实践经验的基础上, 提出了基于Ferreira和Otley(2009)拓展绩效管理框架(PMSs)的综合性公立医院绩效管理框架。在对H医院的深入调研、学习与访谈, 获取大量一手与二手资料的基础上, 本文通过对比已有理论并结合事实证据, 探讨了PMSs直接应用于公立医院的潜在缺陷, 继而针对公立医院的特点, 提出了综合性公立医院绩效管理系统框架, 对医疗服务行业持续推进绩效管理改革实践具有一定的借鉴意义和参考价值。

本文的创新与贡献主要有以下几点: 第一, 新医改启动以来, 国内医院绩效管理尚处于探索阶段, 未形成公认的方法与理论。当前国内学者更多基于西方DRGs及RBRVS理念, 运用历史数据尝试计算、验证其可行性, 而缺少对实际落地的绩效管理改革方案总结及实际效果与关键影响因素分析。本文基于Ferreira和Otley(2009)提出的

绩效管理框架,使用更加系统、科学的方法,丰富了已有理论,并为公立医院构建的绩效管理体系提供了重要基础,也为实施绩效管理变革的关键成功因素补充了新证据。第二,以往理论研究大多考察的是营利性企业的绩效管理体系,鲜有文献讨论行政事业单位绩效管理变革。本文在医院情景下,梳理公立医院绩效管理实践,并构建了综合性公立医院绩效管理系统框架,丰富了研究者对绩效管理框架适用性的理解。最后,本文的发现亦能够为实务界人士就公立医院如何引入绩效管理体系提供参考,同时本文结论对非营利组织、行政事业单位、公共服务行业等的管控实践具有启示和借鉴意义。

本文研究存在一定的局限性:(1)研究对象改革尚未结束。本文研究主要基于H医院2012年至2019年绩效管理改革变化与反馈,其改革仍处于动态调整之中,尚未形成稳定的最终版本绩效方案,成效与反馈具有阶段性。(2)本文部分研究数据受限。由于薪酬、人员相关数据高度敏感,因此本文仅能利用相对有限的数据展开分析,虽能够分析基本变动趋势,但仍难以实现精确。(3)由于医师、护理等人员工作性质的特殊性,作者在调研过程中难以对其开展一对一半结构化访谈,仅能依靠行政管理人员和医院以往的访谈记录作为依据。

主要参考文献:

- [1] 白玲. 基于DRGs指标的综合医院绩效评价TOPSIS模型分析与验证[J]. 中国卫生统计, 2016, 33(5): 839-841.
- [2] 陈民, 金玲, 魏晋才. 医师绩效评估系统的实践体会[J]. 卫生经济研究, 2012, (4): 18-21.
- [3] 陈洁, 张小忍, 庞博, 杨方其, 赵慧. 12所公立医院实行RBRVS相关绩效评价方法现状分析[J]. 中华医院管理杂志, 2018, 34(9): 770-773.
- [4] 高婧扬, 李芳. 公立医院绩效分配模式的探索[J]. 卫生经济研究, 2015, (12): 59-61.
- [5] 郝晋, 王力红, 李小莹. DRGs与传统指标在主诊组服务能力评价中的比较[J]. 中国医院管理, 2016, 36(5): 46-48.
- [6] 季新强. 基于DRGs和综合指数法的某肿瘤专科医院肿瘤外科住院医疗服务绩效评价分析[J]. 中国卫生统计, 2016, 33(5): 817-819.
- [7] 雷志勤, 李建军, 雷亚明. 大型公立医院绩效管理实践研究[J]. 会计之友, 2018, (8): 122-127.
- [8] 王志刚, 牛巍, 蔡静. RBRVS用于绩效评价的本土化研究与应用[J]. 中国医院, 2015, 19(12): 4-6.
- [9] 吴剑, 叶金松, 高峰. RBRVS评估系统在医师绩效管理中的实践和体会[J]. 中国医院, 2013, (2): 49-51.
- [10] 赵进进. 基于RBRVS基础上的医院综合绩效评价[J]. 管理世界, 2017, (9): 182-183.
- [11] 张思思, 邱平珍, 欧阳慰英, 等. 基于DRGs病例组合指数在医院住院科室绩效评价中的应用研究[J]. 中国医学创新, 2016, (21): 129-131.
- [12] Bai, G., Coronado, F., Krishnan, R. The role of performance measure noise in mediating the relation between task complexity and outsourcing[J]. Journal of Management Accounting Research, 2010, 22(1): 75-102.
- [13] Collier, P.M. Entrepreneurial control and the construction of a relevant accounting[J]. Management Accounting Research, 2005, 16(3): 321-339.
- [14] Christopher, D., Ittner, D.F., Larcker, M.P. Performance-based compensation in member-owned firms: An examination of medical group practices[J]. Journal of Accounting and Economics, 2007, 44(3): 300-327.
- [15] Ferreira, A., Otley, D. The design and use of performance management systems: An extended framework for analysis[J]. Management Accounting Research, 2009, 20(4): 263-282.
- [16] Harlez, Y.D., Malagueño, R. Examining the joint effects of strategic priorities, use of management control systems, and personal background on hospital performance[J]. Management Accounting Research, 2016, 30(1): 2-17.
- [17] Modell, S. Performance measurement and institutional processes: A study of managerial responses to public sector reform[J]. Management Accounting Research, 2001, 12(4): 437-464.
- [18] Otley, D. Performance management: A framework for management control systems research[J]. Management Accounting Research, 1999, 10: 363-382.
- [19] Pizzini, M. Group-based compensation in professional service firms: An empirical analysis of medical group practices[J]. The Accounting Review, 2010, 85(1): 343-380.
- [20] Simons, R.L. Levers of control: How managers use innovative control systems to drive strategic renewal[M]. Harvard Business School Press, 1995.
- [21] Stringer, C. Empirical performance management research: Observations from AOS and MAR[J]. Qualitative Research in Accounting & Management 2007, 4(2): 92-114.

Research on Performance Management Framework Based on PMSs ——Evidence from H Hospital

LIU Jun-yong, AN Na, MA Yi-fei, LI Jian-jun

Abstract: Performance management is an important part of hospital operation practices. Under the continuous promotion of the new medical reform and administrative accounting of administrative institutions, it is particularly important to strengthen the performance management of public hospitals. This paper takes the comprehensive public hospital performance reform as the starting point, based on the performance management framework (PMSs) expanded by Ferreira and Otley (2009), combined with the H Hospital's years of performance management practical experience, and addresses the possible problems that PMSs may be directly applied to public hospitals. Complemented and perfected, and then proposed a comprehensive public hospital performance management framework. The conclusions of this paper are of great significance to the continuous promotion of performance management reform in the medical service industry.

Key words: performance management framework; public hospital; management accounting

(责任编辑 周愈博)

中国财政杂志