

绩效管理如何驱动公立医院管理能力跨越发展

——基于 DRGs 的案例分析

谢世堂^{1,2*} 王虎峰^{2,3}

1. 首都医科大学附属北京世纪坛医院 北京 100038

2. 中国人民大学公共管理学院 北京 100872

3. 中国人民大学医改研究中心 北京 100872

【摘要】目的:评估驱动型绩效管理实践对公立医院管理能力发展的效果。方法:通过参与式观察研究绩效管理实践规律。基于 DRGs,采用双重差分回归,分析实践对医疗(服务)费用变化的影响。结果:(1)总结了驱动型绩效管理的“一条线,三阶段,一平台”整合实践模式;(2)发现案例组住院医疗费用增速控制效果明显;(3)发现案例组医疗服务费用提升更明显。结论:驱动型绩效管理整合实践促进公立医院管理能力跨越发展。

【关键词】公立医院;绩效管理;医疗费用;政策执行;效果评估

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.08.004

Effects of the driven performance management on the emergent development of the management ability in public hospitals: A case study based on DRGs

XIE Shi-tang^{1,2}, WANG Hu-feng^{2,3}

1. Beijing Shijitan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100038, China

2. School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

3. Health Reform and Development Center, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】Objective: To evaluate the effect of the driven performance management model practice on the emergent development of management ability in public hospitals. Methods: This paper studied the practice law of performance management through qualitative method. Based on DRGs, the impact of the driven performance management model practice on the changes of medical (service) cost of the samples hospitals in the case study were evaluated using double difference regression. Results: (1) The integrated practice mode "One line, three stages, one platform" was summarized. (2) The control effect of hospitalization cost increase in the sample hospitals was obvious. (3) The medical service expenses showed a greatly significant increasing trend. Conclusions: The integrated practice of driven performance management promotes the emergent development of the management ability in public hospitals.

【Key words】Public hospital; Internal performance management; Medical cost; Policy implementation; Effect evaluation

《关于加强公立医疗卫生机构绩效评价的指导意见》和《关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》(以下简称“外部绩效考核”)指出通过绩效考核促进公立医院加强管理。政策目标的实现需要有效

的政策执行过程。政策执行中,政策执行者与政策影响者有效互动、促进政策调适具有重大意义。^[1]外部绩效考核政策的有效执行需要公立医院主动开展内部绩效管理变革。国际上,实践经验关注外部绩

* 基金项目:中国人民大学科学研究基金项目成果(16XNL003)

作者简介:谢世堂(1982年—),男,博士研究生,高级经济师,主要研究方向为医改政策与卫生管理。E-mail:xst_bucm@126.com

通讯作者:王虎峰。E-mail:wanghufeng616@ruc.edu.cn

效考核体系的导向、聚焦于引导医院改善质量管理^[2],强调引导医院改进内部管理来提升医院绩效,从而实现外部绩效考核政策目标^[3-8]。国内,试点经验提示公立医院绩效考核政策聚焦于引导公立医院改进内部绩效管理,这有利于引导医院牢固树立公益性办院方向、推进医药卫生制度改革政策实施。^[9-16]

某市医院管理局于 2012 年开始实施市属医院绩效考核政策,将 22 家市属医院分为综合医院、专科医院两类考核;以落实对市属医院的“管人、管事、管资产”的统一管理^[17]。本课题组研究人员 2013—2019 年参与市属医院内部绩效管理变革实践过程。基于该市试点经验,通过案例对照分析医疗费用控制效果,从影响政策执行的视角,论述绩效管理对公立医院管理能力发展的影响。国内外经验提示,提高外部绩效考核方法合理性是政策早期变迁的重点。某市外部绩效考核政策自 2012 年建立至 2015 年变迁后趋于稳定^[13];2016 年之后的管理业绩考核结果更适合提示市属医院的绩效管理效果变化。另外,2016 年之后,市属医院整体管理能力发展效果明显,管理经验扩散快速,因此 2016—2018 年是分析市属医院绩效管理经验的窗口期。

1 资料与方法

研究对象是某市 8 家市属综合医院。采用定量研究与定性研究相结合的方法对外部绩效考核成绩突出的医院(以下称“案例医院”)与其余医院(以下称“对照医院”)的内部绩效管理进行回顾分析,比较住院病例医疗费用的变化。

于 2014 年开展市属医院内部绩效管理基线调查,追踪观察医院内部绩效管理变革;并于 2019 年组织 19 家市属医院共同召开绩效管理研讨会、并进行问卷调查。2013—2019 年,追踪观察某市外部绩效考核政策实施情况。通过定量评估,对案例组病例(即案例医院的住院病例)和对照组病例(即对照医院的住院病例)的医疗费用进行描述性统计分析;应用双重差分回归分析两组病例医疗(服务)费用的变化。

利用的资料包括 2013 年—2019 年期间对市属医院内部绩效管理的参与式观察、基线调查、追踪观察、研讨会、问卷调查等收集的资料和某市住院医疗服务绩效评价平台的诊断分类相关组(Diagnosis Related Groups, DRGs)住院病例的医疗费用数据。通过 excel 对相关数据进行清理后,使用 Stata14 进行统计分析。

2 研究结果

2.1 市属综合医院管理业绩

对 22 家市属医院近 3 年绩效考核结果分值按四分位数分布划分梯队,其中 8 家市属综合医院分布情况如表 1 所示;其中,第一梯队表示考核结果分值分布在大于 p75 的区间,第二梯队表示 p50 ~ p75 区间,第三梯队表示 p25 ~ p50 区间,第四梯队表示小于 p25 区间。

表 1 市属综合医院年度绩效考核结果分值四分位分布表

医院名称	2016 年	2017 年	2018 年
市属综合医院 A	第一梯队	第一梯队	第一梯队
市属综合医院 B	第一梯队	第一梯队	第一梯队
市属综合医院 C	第一梯队	第二梯队	第四梯队
市属综合医院 D	第一梯队	第三梯队	第四梯队
市属综合医院 E	第二梯队	第三梯队	第三梯队
市属综合医院 F	第三梯队	第二梯队	第一梯队
市属综合医院 G	第三梯队	第一梯队	第二梯队
市属综合医院 H	第四梯队	第二梯队	第四梯队

注:分值资料来源于市属医院绩效考核报告。

可见,考核结果中有两个突出特点。一是,医院 A 和 B 稳居第一梯队;二是医院 F 的绩效考核结果逐年提升,明显好于剩余医院。结合市属医院绩效考核分值在科研教学、运营管理等指标的明细数据和医院的学科、声誉等概况的关联分析显示,医院 A 和 B 在考核指标体系的各个方面都表现突出;另外,医院 F 尚处于学科成长阶段,考核结果的提升主要是得益于绩效管理能力。医院 F 的绩效考核结果由 2016 年的第 13 名上升到 2017 年的第 7 名,至 2018 年的第 2 名。

因此,对医院 F(即“案例医院”)与其余医院(即“对照医院”)进行回顾分析,评估其内部绩效管理实践模式及效果。

2.2 医院内部绩效管理政策背景与实践模式

自《加强医疗卫生行风建设“九不准”》实施以来,各地主管部门和公立医院都积极推进“收入减支出乘以分配比例”绩效工资(奖金)分配模式改革。在市医院管理局统一管理下,市属综合医院在共同的政策导向下经历了不同的内部绩效管理改进实践。其中,案例医院内部绩效管理经历了驱动型绩效管理实践,对照医院内部绩效管理保持了常规变革过程。

案例医院在驱动型绩效管理^[18]理论指导下推进迭代整合实践,探索了“一条线,三阶段,一平台”的绩效管理实践模式。2014—2019 年期间,案例医院探索“政府—医院—科室”纵向“一条线”,提示了公立医院绩效管理的功能定位既要执行医改政策,又要满足内部管理需求。内部绩效管理定位的发展引起了其管理内容、组织形式等核心要素的联动变革。

“三阶段”是指案例医院围绕公立医院“公益性”导向,在绩效管理进程中,探索“一条线”职责履行的绩效管理路线,经历了三个重要阶段:一是“以经济效益为中心”阶段;二是“兼顾经济效益和医疗价值”阶段;三是“整合经济效益、医疗价值和医院管理与政策执行”阶段。这一过程与医院所处的医改政策环境和内部管理需求相关。驱动型绩效管理实践过程呈现了迭代变革规律,实现了由量变到质变的方案变迁、更替,最终改变业务科室“收入减支出乘以分配比例”、职能部门“大锅饭”的奖金分配制度。

“一平台”是指案例医院在经历了“三阶段”变革实践,构建的绩效管理平台;该平台以考核体系、绩效数据和绩效组织为核心,其中,职能部门和业务科室绩效管理是考核体系的关键要素。案例医院将其功能定位发展为“促进医院加强管理”的绩效管理平台;把管理内容分阶段扩展为“公益性导向的绩效管理整合方案”,开展的内容包括了业务科室绩效管

理^[19]、职能部门绩效管理^[20]、外部绩效考核融合执行^[21];在组织形式上,院领导参与全面协调各职能部门共建共享绩效管理平台。

对照医院的内部绩效管理在基线调查之后总体保持常规变革过程。基于 2014—2019 年的追踪观察和 2019 年研讨会现场调研,近年来,对照医院的内部绩效管理总体上保持着常规的改进过程,功能定位、管理内容、组织形式三大核心要素总体保持稳定;即内部绩效管理职责聚焦于分配绩效工资(奖金),管理内容集中于业务科室绩效考核分配,组织形式多局限于绩效管理职能部门。

2.3 医疗费用样本描述

两组样本分别是案例组病例和对照组病例,病例数量如表 2 所示。两组样本费用影响因素有较好的均衡性。患者医疗费用影响因素主要包括“疾病本身”:如疾病种类、程度、患者特征等,治疗方式、治疗天数等;也包括“管理方面”:如行为的管理导向(奖金分配)^[8,15-16]等。一方面,通过某市基于 DRGs 住院医疗服务绩效评价平台^[22],筛选相同的 DRGs 住院病例,促进两组样本“疾病本身”的均衡;两组样本病例均来源于两组样本所在医院各自收治的 640 个 DRGs 组常见病种范围(其中,案例组病例占案例医院住院病例的比例达到 98%)。另一方面,2014 年基线调查提示两组样本所在医院具有相近的内部绩效管理方案^[23]。

表 2 两组样本住院病例数汇总表(例)

组别	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年
案例组	30 139	31 828	32 814	45 540	47 609	50 180
对照组	325 565	348 046	383 950	481 441	510 783	537 157

2.4 医疗(服务)费用变化分析

在市属医院医疗费用上涨得到有效控制的整体背景下^[24],案例医院推进驱动型绩效管理实践,促进费用控制效果更加明显。一方面,很好地实现了控制住院医疗费用(指患者住院期间就医费用的总额)的不合理增长,如降低药品和耗材的不合理费用。另一方面,医疗服务费用(指医疗技术服务费用,即医疗费用除去药品、耗材、检查检验费用之外的费用)得到有效的提升。以下基于 DRGs 对 2013—2018 年的医疗(服务)费用进行统计描述和推断分析。

2.4.1 医疗(服务)费用统计描述

(1)案例组病例医疗费用增长趋势趋缓。两

组样本病例在 640 组 DRGs 病种范围进行了均衡性控制,但是病种频数构成存在一些差异;因此,需要通过 DRGs 权重和频数构成,进行标准化,标准化公式如下,标准化例均医疗费用 = $\frac{\text{sum}(\text{医疗费用} \times \text{频数})}{\text{sum}(\text{权重} \times \text{频数})}$,其中,权重是 DRGs 病种难易程度指数。两组样本病例的标准化例均医疗费用趋势如图 1 所示,提示在 2014 年改革前,两组样本标准化例均医疗费用的趋势可能具有较好均衡性,随着医院探索绩效管理改革实践,相对于对照组,案例组的标准化例均费用增速趋缓,呈现了控制费用增长的效果。

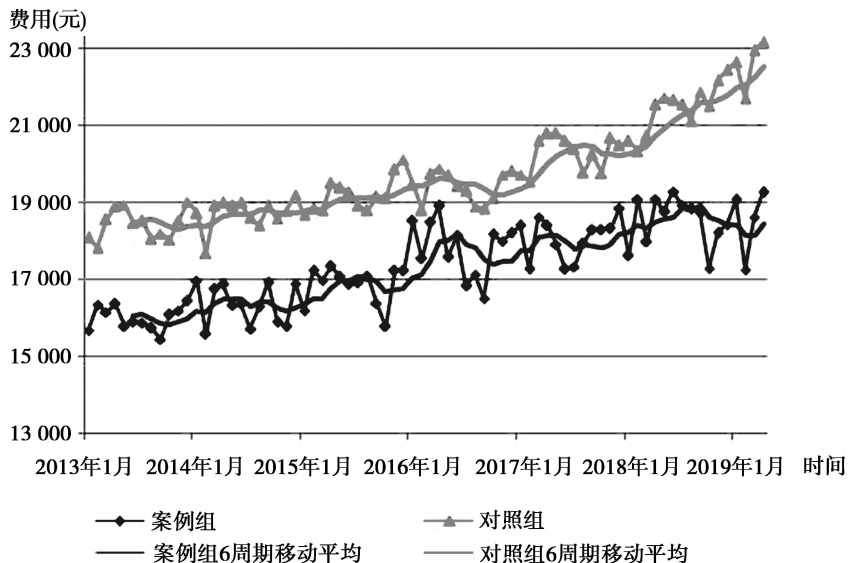


图1 标准化住院例均医疗费用趋势图

(2)案例组住院医疗服务费用增长明显。案例组病例标准化例均医疗服务费用的趋势如图2所示,案例医院在控制医疗费用的同时,医疗服务费用增速高于对照组。这提示了案例医院控制医疗费用增速是通过降低药品、耗材等费用来实现

的。案例医院实现了控制医疗费用不合理增长的同时,提升了医疗服务所带来的医疗服务收入,这将有利于医院维护公益性,提升医务人员绩效薪酬以调动医务人员积极性和促进医院可持续发展。

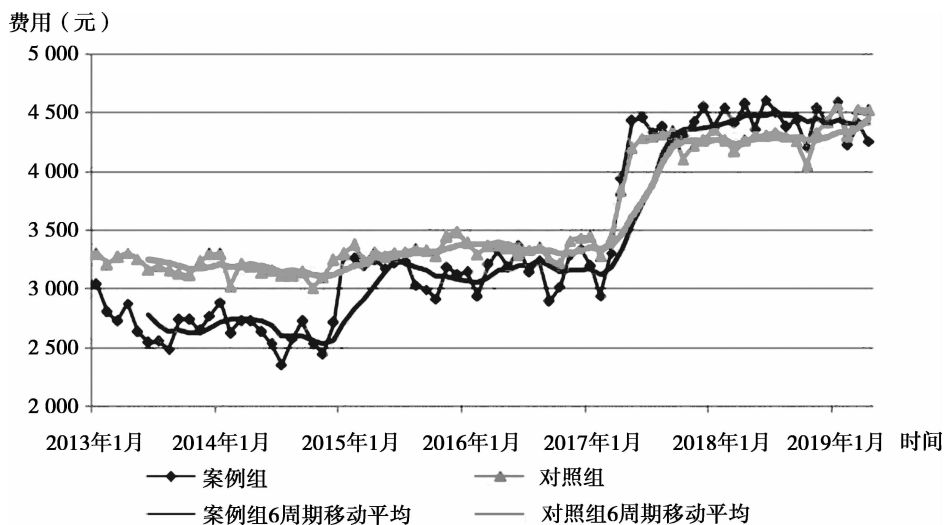


图2 标准化例均医疗服务费用趋势图

2.4.2 医疗(服务)费用的统计推断

通过标准化例均医疗(服务)费用的统计描述,提示了案例医院控制医疗费用增速、提升医疗服务收入的效果。以下,通过双重差分回归检验案例组病例与对照组在2014年内部绩效管理变革之前的医疗费用变化趋势的均衡性,评估案例医院在医疗费用控制方面的执行效果。

双重差分回归分析模型如下, $\log Y = \alpha + \gamma \text{time} + \lambda \text{treat} + \delta(\text{time} \cdot \text{treat}) + \beta X + \varepsilon$, 其中, $\log Y$ 是住院

医疗(服务)费用的自然对数,校正了费用的左偏态分布。time 是评估时间虚拟变量,1 为评估期,0 为基期(对照期)。treat 是干预虚拟变量,案例组取值1,对照组取值0。time · treat 是评估时间与干预的交互项,是案例组在评估期住院费用变化的双重差分体现。X 是协变量,控制案例组和对照组住院费用影响因素的均衡,包括住院日、DRGs 权重。具体变量赋值如表3所示(以2018年数据为例)。

表 3 2018 年两组样本病例相关变量描述表

组别	变量	样本数	均数	标准差	最小值	最大值
案例组	住院医疗费用(元)(自然对数)	50 180	9.23	1.04	1.45	12.65
	医疗服务费用(元)(自然对数)	50 179	7.82	1.00	3.91	10.96
	住院日(天)	50 180	7.20	4.96	1	59
	DRGs 权重	50 180	0.95	0.83	0.06	9.14
对照组	住院医疗费用(元)(自然对数)	537 157	9.52	0.92	5.03	12.72
	医疗服务费用(元)(自然对数)	537 157	8.08	0.73	3.40	11.29
	住院日(天)	537 157	6.77	3.78	1	56
	DRGs 权重	537 157	0.99	0.80	0.06	9.14

(1) 两组样本住院医疗费用变化趋势均衡性检验。对“九不准”政策实施前案例组与对照组的住院医疗费用变化趋势的均衡性进行检验,将 2013 年的住院病例数据以半年为一个评估期进行连续两期的评估,评估结果如表 4 所示,上、下半年的交互项系数分别为 -0.011 , -0.004 , 均没有统计学意义;案例组与对照组住院费用变化趋势的均衡性较好。

表 4 两组样本住院医疗费用变化趋势均衡性的双重差分回归方程结果

项目	2013 上半年	2013 下半年
住院日	0.035 **	0.029 **
DRGs 权重	0.670 **	0.699 **
评估时间	0.060 **	-0.002
干预	-0.200 **	-0.204 **
评估时间与干预交互项	-0.011	-0.004
常数项	8.473 **	8.560 **
校正决定系数	0.665	0.663

注: * $p < 0.05$, ** 表示 $p < 0.01$ 。结果数值为自然对数。

(2) 案例组住院医疗费用增速有效控制。分别对 2014 年(“九不准”背景下)、2017 年(“医药分开”背景下)两次改革^[19,25]前后的住院费用变化进行评估(表 5)。改革前后,案例组住院医疗费用始终低于对照组,并且两次改革后,两组差距分别增加 1.9% 和 4.4%。对于 2018 年(变革效果持续情况)的评估显示,这一差距继续增加了 2.7%。这三次差分回归提示了案例组住院医疗费用增长明显低于对照组增速,案例医院较好地控制住院医疗费用增长。

表 5 案例组住院医疗费用控制效果的双重差分回归方程结果

项目	2013 年— 2014 年	2016 年— 2017 年	2017 年— 2018 年
住院日	0.033 **	0.042 **	0.030 **
DRGs 权重	0.680 **	0.752 **	0.825 **
评估时间	-0.008 **	0.067 **	0.084 **
干预	-0.212 **	-0.213 **	-0.249 **
评估时间与 干预交互项	-0.019 **	-0.044 **	-0.027 **
常数项	8.546 **	8.366 **	8.441 **
校正决定系数	0.639	0.639	0.655

注: * $p < 0.05$, ** 表示 $p < 0.01$ 。结果数值为自然对数。

(3) 案例组医疗服务费用有效提升。分别对 2014 年、2017 年、2018 年案例组医疗服务费用变化进行评估(表 6),发现 2014 年案例组医疗服务费用增长与对照组保持一致,增长了 0.4%;2017 年,案例组医疗服务费用增长明显增快,与对照组的差距缩小了 15.3%;2018 年,案例组医疗服务费用与对照组差距只拉大了 1.9%,但基本维持了 2017 年缩小的差距。案例组医疗服务费用实现了有效提升。案例组病例医疗费用变化效果主要是医院控制不合理费用的同时,引导业务科室提升医疗技术能力,促进科室在收治疑难危重病例方面表现突出。其中,对于 DRGs 权重大于 2.61 ($\bar{x} \pm 2s$) 高权重病例的收治能力逐年提升,高权重病例数由 2014 年的 1 072 例上升到 2018 年的 3 237 例,高权重病例构成比增长明显(表 7)。

表6 案例组医疗服务费用变化效果的双重差分回归方程结果

项目	2013年— 2014年	2016年— 2017年	2017年— 2018年
住院日	0.051 **	0.061 **	0.064 **
DRGs 权重	0.486 **	0.506 **	0.501 **
评估时间	0.004 **	0.262 **	0.029 **
干预	-0.395 **	-0.405 **	-0.253 **
评估时间与干预交互项	-0.002	0.153 **	-0.019 **
常数项	6.955 **	6.886 **	7.137 **
校正决定系数	0.645	0.654	0.658

注: * $p < 0.05$, ** 表示 $p < 0.01$ 。结果数值为自然对数。

表7 2014—2018年两组样本高权重病例构成变化情况

指标	组别	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
高权重病例数 (例)	案例组	1 072	1 578	2 245	2 670	3 237
	对照组	20 343	23 059	26 771	27 238	25 414
高权重病例构成比 (%)	案例组	3.37	4.81	4.93	5.61	6.45
	对照组	5.84	6.01	5.56	5.33	4.73

3 讨论

3.1 医疗费用控制政策有效执行的原因

结合研究结果和通过参与式观察获得的定性资料,本研究发现医疗费用控制政策的有效执行主要归因于案例医院提升管理能力。

3.1.1 医疗能力(学科)发展是医疗费用控制产生效果的直接因素

从费用变化分析结果看,案例医院实现了有效控费,也有效提升了医疗服务收入;这显然不是“医院简单下达费用控制指标、业务科室采取收治轻微症状患者”绩效管理方式所能达到的效果。可见,驱动型绩效管理整合平台学科发展管理措施的实施,引导了业务科室有效管理医疗费用变化,维护了医院的公益性。

3.1.2 提升管理能力,兼顾考核导向与专项管理措施促进医疗费用控制政策的有效执行

案例医院兼顾完善考核指标导向、开展专项管理措施、落实工作考核等,协同业务科室、职能部门一同推进医疗费用控制政策的执行。首先,在考核导向上,业务科室依据“次均费用”“例均费用”“次均/例药费”“卫生材料占比”等费用控制考核指标,结合医疗实践自主管控费用。其次,在专项管理措施上,职能部门依据费用控制关键因素,开展“辅助用药专项管理”“抗菌素专项管理”“临床路径管理”

“病种成本核算管理”等,约束、指导业务科室管控关键节点。最后,对实施情况进行考核、兑现奖惩。业务科室、职能部门在费用控制方面的相关工作,纳入奖金和年度目标的考核内容。

总体上,案例医院绩效管理整合实践在一定程度上实现了“总揽医院绩效全局,部门、科室归口管理”、提升各级绩效管理责任主体“实施能力”的整合内涵,从而,促进医疗费用控制政策的有效执行。

3.2 案例医院通过绩效管理驱动管理能力跨越发展的启示

3.2.1 驱动型绩效管理整合实践促进公立医院管理能力跨越发展

控制医疗费用增长是各国医改的共同挑战,同时,这与医院利益也存在潜在冲突,控制医疗费用增长是公立医院较难有效执行的政策内容。但是,相关研究提示建立适宜的内部控制绩效管理可以控制医疗费用的不合理增长,公立医院积极改革收入挂钩机制是破除逐利机制的关键环节^[15]。本研究中公立医院驱动型绩效管理的迭代整合实践经验支持了这一观点。同时,案例医院管理业绩(主管部门绩效考核排名)快速发展、有效执行医疗费用控制政策,共同推动了绩效管理变革效果的显现,即驱动型绩效管理整合实践促进公立医院管理能力跨越发展。

3.2.2 医院分阶段推进内部绩效管理迭代整合是实践趋势

案例医院开展了绩效管理的“一条线、三阶段、一平台”整合实践,适应了外部绩效考核政策内容实施和医院内部管理改进的整合趋势。尤其是院领导直接参与、职能部门绩效管理和业务科室绩效管理的完善,共同强化了考核导向与改进措施齐步走的要求。这相对于公立医院内部绩效管理的一般内涵有着重要的不同。

医院有效推进内部绩效管理的整合实践过程中,需要结合医院实际,在“总揽全局、归口管理”整合内涵上,不断推进绩效管理方案和实施机制的改进升级;强化对业务科室、职能部门绩效管理实施效果的考核,辅以信息化数据管理技术支撑,推进绩效管理自身的绩效改进。

4 建议

4.1 政府主管部门加强与医院内部绩效管理的互动

政策实践经验表明外部绩效考核政策影响了医

院内部绩效管理变革,体现了自上而下的政策执行逻辑。本文论述了自下而上的管理变革对政策执行的影响,即驱动型绩效管理整合实践通过发展管理能力促进外部绩效考核政策有效执行。

因此,在外部绩效考核政策的执行过程中,政府主管部门需要关注公立医院,并与之有效互动,通过引导公立医院改善管理来实现政策目标。另一方面,公立医院需要适应外部绩效考核政策的要求,兼顾外部政策要求和医院内部管理需求来完善内部绩效管理。

4.2 公立医院主动推进内部绩效管理整合实践探索

案例医院自“九不准”开始探索公益性导向的内部绩效管理实践以来,在探索中逐步推进了“一条线、三阶段、一平台”驱动型绩效管理整合实践;经历了分阶段迭代的探索试验过程,突出了医院内部绩效管理改进是基于医院自身发展阶段、绩效管理文化、职工预期传承的创新过程。这个过程提示公立医院需要在合适的绩效管理理论指导下主动探索,实践来构建适合自身基础和需求的内部绩效管理方案。完善绩效管理方案、推进变革实施,是整合实践探索的核心。

4.3 公立医院明确内部绩效管理的功能定位

在公立医院深化改革背景下,“政府—医院—科室”纵向“一条线”展现了政府与医院的互动趋势。显然,公立医院内部绩效管理需要兼顾内外需求,更需要在完善绩效工资(奖金)分配这一核心功能的基础上,将功能定位明确为促进医院加强管理平台以推进内部改革发展与外部政策执行。与医院自身情况相适应的功能定位将引领内部绩效管理自身的变革与发展,并引导相应的绩效管理人才的培养与使用。

4.4 公立医院加强内部绩效管理的系统实施

在功能定位指导下,公立医院内部绩效管理的变革实施将是一个系统化的过程。“三阶段”的迭代探索过程说明了医院内部绩效管理“框架—核心内容—平台”的实践规律,即从内部绩效管理平台框架构建,推进绩效管理核心内容实施,再扩面到绩效数据管理、绩效管理组织运行等内容,逐步形成运行有效的平台。随着内部绩效管理功能定位的明确,绩效管理实施过程将需要系统推进,逐步构建能支撑功能定位的绩效管理平台。

4.5 公立医院推进内部绩效管理的适时升级

医院内部绩效管理将是一个阶段性的可实施方案,“一平台”也将随着外部医改政策变迁、内部管理提升而不断完善;这种持续完善将在内部绩效管理功能定位引导下实现方案的迭代升级。医院内部绩效管理需要紧随医改政策实现适时升级,以有效履行其职能。

5 研究局限

以市属综合医院集团外部绩效考核成绩突出的医院为案例医院与其余医院对照,是在均衡证据强度与资料可获取之间的次优之选。通过均衡住院病例费用在“疾病本身”、“管理方面”的影响,以其余医院的总体情况作为对照,呈现两组病例费用变化差异。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] Walter W, Richard F. Elmore. Social Program Implementation[M]. New York: Academic Press, 1976.
- [2] 马晓静,王小万. 国际卫生服务系统绩效评价框架与趋势比较研究[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(7): 52-56.
- [3] 赵阳. 国外医院绩效评价研究综述[J]. 中国卫生质量管理, 2007, 14(3): 51-54.
- [4] 兰天, 孙纽云. 英国卫生系统绩效评价的循证研究及对我国的启示[J]. 中国循证医学杂志, 2012, 12(5): 499-503.
- [5] Lynne C, Pinar G. UK Health Sector Performance Management: Conflict, Crisis and Unintended Consequences[J]. Accounting Forum, 2012, 36: 231-250.
- [6] Sandy C. Outcomes-based accreditation evolves slowly with JCAHO's Oryx initiative[J]. Health Care Strategic Management, 1997, 15(4): 12-13.
- [7] Oliver G, Niek Klazinga, Vahe Kazanadjian, et al. The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): An Analysis of the Pilot Implementation in 37 Hospitals[J]. International Journal for Quality in Health Care, 2008, 20(3): 155-161.
- [8] 蔡江南. 医疗卫生体制改革的国际经验[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2016.
- [9] 李玲, 江宇, 王敏瑶, 等. 我国公立医院管理与考核的现状、问题及政策建议[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(5): 12-16.
- [10] 陈建平, 郭永瑾, 何梦乔, 等. 公立医院院长绩效评价

- 的意义与作用[J]. 中华医院管理, 2009, 25(5): 313-315.
- [11] 封国生, 张金保, 李慧, 等. 北京建立公立医院绩效考核制度的实践与思考[J]. 中华医院管理杂志, 2015, 31(7): 487-491.
- [12] 孙纽云, 张宗久, 梁铭会, 等. 我国公立医院绩效考核若干关键问题的研究分析[J]. 中国医院, 2012, 16(4): 3-5.
- [13] 谢世堂. 公立医院绩效评价对医院内部绩效管理变革的影响研究[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(6): 8-13.
- [14] 詹积富. 三明市公立医院综合改革[M]. 福州: 福建人民出版社, 2014.
- [15] 贡森, 葛延风, 王列军, 等. 中国公立医院医生薪酬制度改革研究[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2016.
- [16] 钟东波. 破除逐利机制是公立医院改革的关键[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(9): 1-5.
- [17] 韦江. 北京市属医院绩效考核工作初探[J]. 医院院长论坛, 2012, 3: 34-37.
- [18] 王虎峰. 中国新医改现实与出路[M]. 北京: 人民出版社, 2012.
- [19] 周海迎, 谢世堂, 戴力辉, 等. 以公益性为导向的公立医院绩效考核体系构建[J]. 中国医院管理, 2015, 34(4): 16-18.
- [20] 谢世堂, 沈慧, 曹桂, 等. 公立医院职能部门绩效测量模型与操作方法探讨[J]. 中华医院管理杂志, 2019, 35(10): 807-811.
- [21] 谢世堂, 曹桂, 沈慧, 等. 公立医院外部绩效评价的执行政策研究[J]. 中国医院管理, 2017, 37(11): 86-88.
- [22] 郭默宁, 刘婉如, 张瑾慧, 等. 基于 DRGs 的住院医疗服务绩效评价平台介绍[J]. 中华医院管理杂志, 2015, 31(11): 878-880.
- [23] 谢世堂, 尹金淑, 张梦平, 等. 北京市公立医院内部绩效考核分配现状与思考[J]. 中国医院管理, 2015, 35(4): 12-15.
- [24] 吕一平. 公立医院的管与放[J]. 中国卫生, 2016, 5: 95-96.
- [25] 谢世堂, 沈慧, 曹桂, 等. 公立医院内部绩效工资分配三阶段测算方法研究[J]. 中国医院管理, 2017, 37(10): 18-21.

[收稿日期:2020-05-16 修回日期:2020-08-04]

(编辑 刘博)