

# 新形势下基于 RBRVS 护理绩效分配体系应用研究

黄小红

(宣城市人民医院血液透析科 安徽 宣城 242000)

【摘要】目的 探索护理绩效分配新模式,适应医疗卫生改革新形势下绩效管理的要求。方法 基于 RBEVS 基本原理,结合医院绩效管理经验,建立适应医院实际的绩效分配体系。结果 新绩效能够较好地反映护理工作数量、强度与风险,体现了绩效分配的公平性与合理性。结论 基于 RBRVS 构建的护理绩效分配体系,能够满足护理绩效管理需要。

【关键词】RBRVS; 绩效分配; 护理管理; 评价

2019年,国务院办公厅印发全面推进三级公立医院绩效考核工作,文件中明确将满意度作为绩效考核的重要指标。俗话说“三分治疗,七分护理”,患者就医感受,是否满意,很大程度上依赖护理人员工作积极性。原国家卫计委制定的《全国护理事业发展规划(2016-2020年)》中对医院绩效管理工具选择做了更高的要求,以资源为基础的相对价值系统(RBRVS)成为医院管理人员研究和应用的热点<sup>[1]</sup>。我院作为三级甲等医院,于2019年正式实行新的绩效方案,特别是护理绩效管理中一些经验值得借鉴。

## 一、护理绩效管理现状

目前,国内大都数医院科室管理是医护一体化管理模式,绩效管理同样以科室为单位进行考核和核算,医护绩效未分开核算,护理团队绩效与科室医生绩效水平有关,而与护理团队的工作强度、风险相关性不高<sup>[2]</sup>。评价护理绩效主要科室收支结余为主,兼顾少量的出院人数和床日数等指标。科室收入包含科室执行收入和开单收入,收入大部分是医生创造的,导致很多医院出现五官科、手术室等科室护理人员绩效偏高,ICU、儿科、神经外科等护理工作量大科室绩效偏低现象。为了平衡绩效差异,部分医院采用护理时数或提成系数进行调节,从而影响护理队伍的稳定,也不利于调动护理人员的积极性。

## 二、RBRVS 的基本原理

RBRVS 是以资源消耗为基础,以相对价值为尺度,最初用以支付医师劳务费用的方法,由哈佛大学 Hsian WC 领衔专家团队开发而成,以 RBEVS 的 Work RVU 值替代项目收费价格,评价医务人员的劳动强度、技术难度和技术风险<sup>[3]</sup>。引入国内医院后,对收费价表进行分类,去除材料和药品费外,其他收费项目根据资源消耗不同赋予不同点值(工分),用于评价医生、护理、医技的工作量绩效。

## 三、基于 RBRVS 护理绩效分配考核方法

### 1. 确定护理绩效评价项目

根据2012年版《全国医疗服务价格项目规范》规定收费项目,99%的收费项目是医生和医技项目,只有很少的一部分是属于护理收费项目。以我院为例,HIS系统中已发生的项目2075项收费,直接护理项目只有174项,还有部分项目根据医护参与程度,划分为医护合作和拆分项目。医护合作项目23项,拆分项目14项,护理人员占医院总人数一半左右,划分护理项目占比不到1%。护理在临床消耗大量时间对病人实施的生命体征测量、宣教、翻身、发放口服药、更换床单等都是免费的,护理服务项目在政府定价中设置不全,劳动价值未被重视,收费标准低于实际成本等问题,严重制约护理的发展。我国在引入RBRVS用于护理绩效评价时,需要进行本土化处理,以适应国内实际。

### 2. 绩效分配核算办法

#### (1) 护理绩效核算基本公式

护理绩效={ (执行点数+协作点数\*协作系数)\*护理分级系数+ 服务量\*人次数}\*点单价-科室成本。

执行点数指本科室护理实际操作项目的点数,包括执行项目、合

作项目、拆分项目点数;协作点数指本科室医生完成操作项目的点数,包括手术室、介入科的操作项目,即本科室医生执行点数,体现医护合作性;服务量以床日数与出院人次为主,用于弥补因护理收费项目少及免费项目的绩效补偿,例如,我院1床日给1个点的值,出院一人给10个点的值。全院护理单元除少数特殊科室外(急诊科、手术室)一律统一绩效参数和点单价,体现绩效公平性。

#### (2) 护理分级系统

护理工作主要体现级别护理和护理治疗上,级别护理收费标准一样,但科室之间的风险和难度、心理压力差别较大,如普儿科、ICU、神经外科等。同时,不同科室每护理人员配置上也有所不同。护理分级系数是从精神压力、生理负荷、职业伤害、夜班强度四个维度合理评价护理核算单元劳动强度和风险的分级系数,是拉开不同科室绩效的一个重要手段,避免科室风险和压力小的科室绩效反而高的现象,使护理单元绩效设计更加合理。我院护理分级系数最高为1.38,最低为0.9。

#### (3) 护理单元绩效配套政策

长期以来,困扰护理主要问题是队伍不稳定,人员调动频繁,托人找关系不愿上夜班,或调到相对轻松的科室去,为解决上述问题,我院在绩效针对性出台政策,保持护理队伍整体稳定。

一是设立护理绩效基金。按照护理单元绩效总额的5%比例由医院配套,由护理部进行二次分配,向临床高风险、高强度、高压力的护理单元倾斜,保持护理队伍整体稳定;二是设立护士长补贴系数。业务科室护士长(只限一把手)只在科室分配1.0系数的绩效,医院配套系数,护士长0.7,主持工作副护士长0.6,主持工作负责人0.5;三是设立新进人员补贴绩效。护理单元新进人员,一年内按照护理单元人均绩效50%补贴到护理部统一分配,避免因人员增加,造成绩效波动。

#### (4) 护理成本项目

护理成本考核以科室可控成本为标准,不可控成本应降低考核比例或不考核,科室成本包括人力成本、材料费、固定资产折旧费、日常运营维护费四大类。除人力成本外,其他成本不区分医生和护理项目,统一按相同比例扣除绩效,体现医护相互协同、相互制约。

## 四、总结

我院新方案运行6个月以来,护理项目点数较测算期增长25%,人次点数较测算期增长15%,成本较测算期增长8%,工作量增长远远大于成本增长,护理绩效较测算期增长24%。护理人均绩效为4437元,同比增长47%,较好地实现护理绩效收入与医院收入增长相适应。

## 参考文献:

[1] 王志刚,潘莉,蔡静.RBRVS和DRGs与医院常用绩效评价方法的比较研究[J]. 中国医疗管理科学, 2016, 6(1): 14-22.

[2] 周爱萍,关丽荣,陆玉娇,王志刚.基于RBRVS的护理工作量绩效评价探讨[J]. 中国医院, 2015(12): 19-12.

[3] 吴剑,叶金松,高峰,王好.RBRVS评估系统中医师绩效管理中的实践与体会[J]. 中国医院, 2013(2): 17-2.