

RBRVS 的兴起与发展对我国社会医疗保险支付的政策启示

于挺^{1*} 万亚平¹ 司文² 王静¹ 蔡立明³ 王志刚⁴ 邱玉娇⁵

1. 上海工程技术大学管理学院 上海 201620
2. 哈佛大学公共卫生学院 波士顿 美国 02115
3. 美国联邦医疗保险和医疗救助服务中心 巴尔的摩 美国 21244
4. 上海蓬海涑讯数据技术有限公司 上海 200032
5. 索尔伯瑞学校 纽霍普 美国 18938

【摘要】RBRVS 具有控制医疗卫生费用过快上涨、以富有激励性的医师费支付消除医务人员行为扭曲的作用,其核心功能与我国当前医改面临的问题十分契合。本文从宏观政策视角对 RBRVS 展开研究,回顾了 RBRVS 的兴起背景、发展历程、应用优势及其支撑条件。在对我国学术研究和实践探索展开系统性分析的基础上,明晰当前 RBRVS 在应用中面临未引起卫生政策制订者的足够重视、对 RBRVS 的激励相容导向关注不足、运行 RBRVS 的支撑体系薄弱、缺少基于宏观考量的医务人员薪酬支付体系规划等主要问题,据此提出借鉴 RBRVS 关于医疗保险支付制度的设计精髓、运用医保支付激励达成卫生政策目标、逐步引入按质量付费导向的支付方式、规划契合我国诊疗服务模式的医师费支付方式以及系统评估将其引入社会医疗保险支付的可行性等对策与建议,旨在为推进我国社会医疗保险支付改革提供参考。

【关键词】RBRVS; 社会医疗保险支付; 医师费; 建议

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.09.003

The design and development of RBRVS and its implications for China's social health insurance payment methods

YU Ting¹, WAN Ya-ping¹, SI Wen², WANG Jing¹, CAI Li-ming³, WANG Zhi-gang⁴, QIU Yu-jiao⁵

1. School of management, Shanghai University of Engineering Science, Shanghai 201620, China
2. Harvard Chan School of Public Health, Harvard University, Boston 02115, USA
3. Centers for Medicare and Medicaid Services, Baltimore 21244, USA
4. Shanghai Palline Data Technology Co. Ltd, Shanghai 200032, China
5. Solebury School, New Hope 18938, USA

【Abstract】 Resource-based Relative Value Scale (RBRVS) serves to the aims of cost control in health care, and guiding the behavior of healthcare providers by altering the payment incentive structure. The core function of the RBRVS may address the major challenges in the health care reform in China at present. From the perspective of policy research, this article reviews the origin, arising and development of RBRVS, as well as its advantages in application, and its supporting conditions. The systematic review on domestic studies on this topic, clarifies the main issues existing today: inadequate emphasis among policy-makers on RBRVS, less concern to the incentive compatibility mechanism of RBRVS, weak supporting conditions for RBRVS, lack of a payment system for physicians basing on macro-planning. Therefore, recommendations are put forward to suggest policy-making on advancing the health insur-

* 基金项目:上海市政府决策咨询专项课题资助项目(2014-YJ-B08);上海市软科学研究计划项目(18692104900)

作者简介:于挺,女(1969年一),博士,副教授,硕士生导师,哈佛大学公共卫生学院访问学者(2017.3—2018.3),主要研究方向为供方特质与激励、卫生体系比较研究。E-mail: tingyu@sues.edu.cn

通讯作者:王志刚。E-mail: zg_wzg@139.com;蔡立明。E-mail: limingcai@gmail.com

ance payment reform in China, including 1) Apply the core of the RBRVS design, which is the usage of payment incentives; 2) Achieve the health policy goal using the incentive mechanism of medical insurance payment; 3) Gradually introduce the method of pay for quality; 4) Design the payment mode of physician fee based on our health service practice; 5) Systematically evaluate the plausibility of introducing RBRVS into our medical insurance payment.

【Key words】 RBRVS; Social health insurance payment; Physician fee; Recommendations

探索和改革适合我国医务人员的薪酬支付制度,不仅可促进医疗服务供方积极释放服务潜能,也可优化社会医疗保险支付方式与控费机制提供重要路径。以资源为基础的相对价值尺度(Resource-based Relative Value Scale, RBRVS)是以资源成本(Resources Cost)消耗为基础,以相对价值为尺度对医务人员劳动价值进行度量,并通过医师费(Physician Fee)的支付引导其行为的医疗保险制度体系。RBRVS最先由美国联邦医疗保险和医疗救助服务中心(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)采纳,用于对美国老年医疗保健计划(Medicare)的医师费支付。其基本原理是通过比较医务人员提供服务过程中投入的各类资源成本的高低来估算每项服务的相对值,即相对价值比率(Relative Value Units, RVUs),每项服务的RVUs与货币转换因子(Conversion Factor, CF)相乘,即可推算出该项服务的医师费金额。由于较为客观地反映了医务人员的劳动价值,且具有高激励性、重成本控制的优点,随后在医疗救助计划(Medicaid)、商业医疗保险机构以及医疗机构中得到推广,并进一步传播到德国、日本、新加坡、加拿大等国家和地区。国内学者自上世纪80年代末开始关注RBRVS的原理与应用^[1-2]。新医改后,理论与实践领域对其关注程度呈爆发式增长态势,但关注重点主要集中在医疗卫生机构、科室、个体等微观层面,侧重对其绩效管理、薪酬管理功能展开探讨^[3-4],而对RBRVS作为医疗保险支付制度的宏观政策属性关注不足。新医改以来,我国社会医疗保险在加大筹资力度、扩大覆盖范围等方面取得了显著成效,但在如何运用支付方式引导供方行为、控制医疗卫生费用过快上涨以及促进医疗资源合理配置等方面尚有较大探索空间。在机构改革启动“大医保”之际,本研究通过回顾RBRVS的兴起背景与发展历程,试图探寻其作为卫生政策工具的内在逻辑,以期为我国社会医疗保险部门探索支付机制改革提供思路借鉴。

1 RBRVS的兴起背景与发展历程

1.1 背景

上世纪60年代以来,随着人口老龄化、医疗技术革新、医疗卫生需求的不断增长,以Medicare为代表的社会医疗保险支付体系面临严峻挑战。据统计,1980年美国医疗卫生总支出是1956年的7倍,1975—1987年Medicare支付给医疗机构或自由执业医生的费用每年增长率高达15%,而同期美国国民生产总值的增速仅为7.9%^[5],在采用按疾病诊断相关分组(Diagnosis Related Groups, DRGs)付费后,医疗费用过快上涨的趋势虽得到一定程度遏制^[6],但由于CMS对医师费的支付依然沿用了以“习惯、现行、合理”(Customary, Prevailing, Reasonable, CPR)为原则的社会定价支付体系,致使医务人员出现向患者提供非必要诊疗服务的行为扭曲现象^[7],医疗卫生资源浪费问题依然突出。同时,医务人员之间的薪酬分配不公,也引发了医院内部管理的重重矛盾:由于医师费支付与劳动复杂程度无关,致使专科内医师之间在遇到对技术要求高、风险程度大的诊疗服务时便会相互推诿;过大的收入差距还导致非手术操作类医务人员拒绝配合外科医师的术前与术后工作。针对上述矛盾,1985年美国国会立法决定改革医师费支付方式,并委托哈佛大学公共卫生学院萧庆伦教授的团队承担此项工作。

1.2 发展历程

本文在文献研究的基础上,联系制度设计与实施过程中相关主体的共性行为特征,并结合一些辅助性指标,比如这一时期学者们对RBRVS的认可程度、当前诊疗操作专用码(Current Procedural Terminology, CPT)待调整的数量、是否增加了改进维度等,将RBRVS的发展历程初步概括为以下三个阶段:

第一阶段是研究探索期(1985—1996年)。1985—1992年萧庆伦教授团队携手临床、统计、评估、心理等多个领域专家,在全美国范围内分三个阶段对33个专科医务人员的劳动价值度量展开研

究^[8]。第一阶段研究团队采用外推估算法 (Magnitude Estimation) 评价医务人员劳动价值的研究方法便受到质疑, 并应国会要求在后续的研究中采用不同方法加以论证。RBRVS 于 1989 年完成, 同年 12 月美国国会立法决定于 1992 年 1 月开始将其正式用于 Medicare 医师费的支付, 并采取分阶段执行的办法逐步过渡, 直到 1996 年才全面实施。

这一期间学者们对 RBRVS 支付的有效性富有争议。有学者指出 RBRVS 如果对多学科护理产生的额外费用不加补偿, 则不具备可持续性^[9]。也有学者认为使用 RBRVS 会增加全科医生的医师费, 从而可能导致医院和专科医师之间的紧张关系, 但也承认 RBRVS 的实施可能促使 CMS 在医师费的支付方式上向更好的方向发展。^[10]

第二阶段为稳定发展期(1997—2007 年)。为确保应用上的规范与及时的动态调整, 由 AMA 与主要医学专科学会构成的相对价值更新委员会 (AMA/Specialty RVS Update Committee, RUC) 成立, 负责更新调整 RVUs 中的医师劳动 (Physician Work) 部分的 RVU, 并且每五年对 RBRVS 的运行情况进行总结^[9]。1996 年 11 月至 2007 年 5 月期间, RUC 对 RBRVS 先后进行了 3 次总结性回顾, 随着时间推移, CPT 需要调整的数量稳步减少, CMS 接受 RUC 提出修订 RVUs 的比例基本维持在 96 ~ 98% 之间, 具体如表 1 所示。说明这一期间 CMS 运用 RBRVS 对医师费的支付处于平稳运行状态。

表 1 RBRVS 的 4 次总结性回顾一览

4 次回顾	回顾完成时间	涉及调整的 CPT	CMS 接受调整的 RVUs 比例
第 1 次	1996. 12	1 118	96%
第 2 次	2002. 01	870	98%
第 3 次	2007. 05	751	97%
第 4 次	2012. 02	290	75%

注: 以上数据通过对 2018 版《Medicare RBRVS》相关信息整理而来

与此同时, 学术领域对 RBRVS 应用的正面评价日渐增多, 认为它可以为医务人员提供一套有效的评价工具, 使之了解自身的生产效率, 进而激发其积极性。^[11]

第三阶段为持续优化期(2008 年至今)。这一时期, RUC 建议调整的 CPT 数量进一步减少, 已由第一次总结性回顾的 1 118 个下降到第四次的 290 个 (如表 1 所示), 说明 RBRVS 的运行情况趋于更加稳定。

早在 1989 年设计完成交付之际, 国会便建议考虑在 RBRVS 中增加按质量付费的维度, 但当时受制于诊疗数据采集能力不足等因素, 这一诉求并未得到响应。2004 年起, 英国国家医疗服务体系 (National Health Service, NHS) 开始推行按绩效付费 (Pay For Performance, P4P)^[12], 这给 Medicare 再次启动按质量付费提供了契机。由于缺乏足够的 P4P 对支付绩效改进的证据, 故 2008 年前后 CMS 开始试点按价值付费 (Pay For Value, PFV)^[13]。2015 年奥巴马签署《医疗保险可及性和儿童健康保险项目延续法案 (Medicare Access and CHIP Reauthorization Act, MACRA)》, 将 RBRVS 在原来按项目付费 (Fee For Service, FFS) 的基础上增加了 PFV, 从而丰富了其持续优化的内涵。

2 RBRVS 在医疗保险支付中的应用与支撑条件

2.1 适用范围

从适用对象上看, RBRVS 主要用于临床医师、护理人员、医技人员的医师费支付。在临床医师中, RBRVS 还特别关注老年科、全科医生劳动价值的度量。^[14]

从诊疗服务类型来看, RBRVS 在打破专科之间界限的基础上, 将实验室诊断与影像检查以外的诊疗服务划分为手术操作、非手术操作两类, 前者主要包括手术、检验检查等有创类诊疗服务; 后者主要包括开展诊断、咨询和教育、制定护理策略、跟进治疗等, 这类服务实际存在于所有专科的诊疗服务之中。^[15] 在“按量计酬”的 CPR 体系下, 非手术操作类服务是以第 4 版《当前诊疗操作专用码》(CPT-4) 为依据进行价值度量。由于存在相应服务的编码严重缺失、同一编码在不同专科对应的价值不等问题, 因此, 诊疗类服务的 CPT 编码体系进行革新也成了 RBRVS 设计中十分重要的一环。

从诊疗服务涉及的环节来看, RBRVS 将其划分为处置前、处置中、处置后三个环节。对于手术操作类服务而言, 处置中仅指医生与患者身体直接接触这一阶段; 对于非手术操作类服务来说, 处置中只包括医务人员与患者面对面期间提供的诊疗服务。其余诊疗服务均被列入处置前或处置后环节。^[16] 据该研究测算, 处置前与处置后环节的工作量约占手术操作类服务总工作量的 50%, 而约占非手术操作类服务的 30%。说明手术操作类医务人员实际花费了大量精力用于术前准备、术后护理以及与患者沟通

等工作上。^[17]

从涉及的专科与编码来看,RBRVS 共涵盖 13 个专科。根据 2017 年《Medicare RBRVS》显示的信息,这些专科服务涉及 10 452 个 CPT 与 5 046 个保健护理程序码系统 (Health Care Procedural Code System, HCPCS) Level II。通常 CPT 也被称为 HCPCS Level I。

从应用的区域来看,目前 RBRVS 已被引入中国大陆与台湾地区、韩国、新加坡、德国、日本、法国、澳大利亚、加拿大等国家与地区。

2.2 应用优势

2.2.1 有助于实现社会医疗保险基金的“预算中立”

在医疗卫生费用快速上涨的挑战面前,RBRVS 这一支付方式的改革承载着多重政策目标,其中在预算维度上须满足国会提出的“预算中立”,即要延续 CPR 制度下的医疗保险费用支出预算。为此,RBRVS 设计了 RVUs、CF、预算中性调节因子 (Budget Neutrality Adjustment Factor, BNF) 等有助于预算目标实现的调节工具,并由 CMS、RUC 定期回顾与动态调整,从而较好地回应了“预算中立”这一政策目标。

2.2.2 通过医保支付激励实现卫生政策目标

(1) 加强对非手术操作类服务的支付以消除医务人员行为扭曲

在推行 RBRVS 之前,美国卫生体系面临的重要困境在于医务人员向患者提供非必要诊疗服务,造成医疗资源的严重浪费。究其深层次原因在于当时的 CPT-4 编码体系偏重记录医务人员的手术操作类服务^[18],而对非手术操作类服务却缺少相应的编码,致使其劳动价值无法兑现。为此,RBRVS 增设、修订了该类服务的 CPT 编码,从而消除了医务人员行为扭曲的动因。

(2) 运用支付激励促进卫生体系实现多维度均衡

在微观层面上,由于增加了非手术操作类服务的 CPT,使得医务人员除非必要更倾向使用这类服务改善患者的健康状况^[19],同时,对诊疗服务进行处置前、处置中、处置后环节的划分与度量,则促进了医务人员在三个环节上的积极参与,这些都对控制医疗卫生费用的上涨、改进患者的诊疗体验起到积极作用。

在中观层面上,通过缩小手术与非手术操作类专科医务人员之间的收入差距,也使得更多的医务人员愿意从事全科或老年科工作,这对推动疾病预防、加强慢性疾病管理有十分重要的意义。

在宏观层面上,通过地区执业成本指数 (Geographic Practice Cost Index, GPCI) 的设置缩小了不同地区之间医务人员的收入差距,促使更多的医务人员自愿流向缺医少药地区,从而保障了医疗卫生人力资源的宏观供给平衡。

2.2.3 将医师费纳入医保支付体系通盘考量

(1) 明确医师费的支付依据

1989 年 12 月,国会通过了布什总统签署的《综合预算协调法案》(Omnibus Budget Reconciliation Act, OBRA 89),将 RBRVS 作为 Medicare 支付医师费的工具,即以医疗卫生服务过程所耗费的资源成本作为支付依据,并由美国卫生保健财政管理局 (Health Care Finance Administration, HCFA, 即现在的 CMS) 具体监督执行。

(2) 精准定义报酬要素并力求客观度量劳动价值

在 RBRVS 的设计中,医务人员的劳动价值由劳动时间、脑力劳动和临床判断、专业技能与体力耗费、医源性风险有关的心理压力等四个特征性的报酬要素决定^[20],它们共同决定着 RVUs 中工作量部分的 RVU。在此基础上,研究团队在对 33 个专科 460 项基准服务 (Reference Service) 进行测算后,采用外推估算法确定了所有诊疗服务的 RVUs^[21]。

(3) 将微观薪酬体系与宏观支付目标建立联系

在 RBRVS 支付体系下,医师费由各项服务的 RVUs 与 CF 的乘积之和所决定。RVUs 则由医务人员总工作量 (Total Work, TW)、执业成本 (Practice Expense, PE)、医疗风险成本 (Professional Liability Insurance, PLI) 三个部分决定。可由数学模型表述如下:

$$\text{Total RVUs} = \text{Work RVU} \times \text{Work GPCI} + \text{PE RVU} \times \text{PE GPCI} + \text{PLI RVU} \times \text{PLI GPCI}$$

RVUs、GPCIs 与 CF 既是决定医师费金额的重要方面,也是实现 Medicare 预算平衡的重要调节工具。此外,CMS 手中还握有 BNF 这一促进“预算中立”的“筹码”^[22],当 Medicare 的医师费总额增减超过 2 000 万美元时,CMS 有权将其乘以该因子后再予以支付,2017 年这个系数为 0.99987^[23]。

2.3 应用中的支撑条件

2.3.1 法律与专项资金保障

1989 年 12 月,国会通过了布什总统签署的 OBRA 89,明确自 1992 年 1 月开始正式采用 RBRVS 支付 Medicare 的医师费,并由 HCFA 具体监督执行。

通过立法对社会医疗保险支付进行改革,这对 RBRVS 的后续推进与 CMS 对社会医疗保险支付的监管起到了重要支撑作用。同时,因采用 RBRVS 对 Medicare 的医师费进行支付已写入美国法律,这意味着其资金预算是得到法律保护的。RBRVS 本质上是一种按项目付费的支付方式,只要不出现欺诈行为,原则上医务人员每一项诊疗服务的申报都会得到 CMS 的及时偿付。

2.3.2 机制保障

RBRVS 在设计和实施过程中涉及国会、CMS、RUC、AMA、医务人员付款审查委员会(PPRC)、退休人员协会(AARP)、各类医学专科学会、研究与咨询机构等多重利益相关主体。但总体而言国会与 CMS 介入程度不深,更多的是依靠 AMA、医学专科学会等行业组织的力量。

在 RBRVS 的设计上,国会采取招标采购专业服务的方式,在对 8 家应标机构的方案进行严格甄选后,选定了萧庆伦教授所在的团队。萧教授在方案设计过程中,充分汲取了来自临床医师代表、评估专

家、咨询公司的意见。为保证方案制订的透明性,每次重要会议的纪要都予以公开。在设计完成后,由 RUC 负责对 RBRVS 开展每五年一次的动态回顾,其中关于 RVUs 的修订是回顾内容的核心,因为它决定着医务人员实际薪酬水平。面对这一敏感问题,国会与 CMS 依然采取的是充分发挥行业组织的力量,即通过各类医学专科学会、AMA、RUC 之间的协商达成一致,再由 CMS 加以认定,这样便避免了政府陷入具体的利益纷争之中。

2.3.3 技术保障

RBRVS 的实现离不开当前诊疗操作专用码(Current Procedural Terminology, CPT)、保健护理程序码系统(Health Care Procedural Code System, HCPCS)、相对价值比率(Relative Value Unit, RVUs)、货币转换因子(Conversion Factor, CF)、修正系数(Modifier)、地区执业成本指数(Geographic Practice Cost Index, GPCI)、预算中性调节因子(Budget Neutrality Adjustment Factor, BNF)等主要运行组件功能的发挥(表 2)。

表 2 RBRVS 的主要运行组件、功能及其相应的维护部门

运行组件序号	主要运行组件	主要功能	维护部门
1	当前诊疗操作专用码(CPT)	收集诊疗服务信息	AMA 每年更新;CMS 对更新结果加以认可
2	保健护理程序码系统(HCPCS Level II)	收集非诊疗服务信息	CMS 负责编写与更新
3	相对价值比率(RVUs)	确定每项服务对应的服务价值点数	RUC 每五年调整一次;CMS 每年做出微调
4	货币转换因子(CF)	单位相对价值比率对应的现金数额	CMS 每年根据 BNF 做出微调
5	修正系数(CPT/HCPCS Modifier)	与标准 CPT、HCPCS Level II 有差异的项目通过系数进行修正	RUC 每年给出修正系数
6	地区执业成本指数(GPCI)	因地理位置不同,TW、PE、PLI 分别实施医务人员所在地区的执业成本指数	CMS 每三年更新一次
7	预算中性调节因子(BNF)	促进“预算中立”	当医师费总支出增减超过 2,000 万美元时,CMS 则运用该因子进行年度费用调整

注:上述信息通过对 2018 版《Medicare RBRVS》、CMS 网站所列信息汇总而来

以上 7 个部分是 RBRVS 的核心运行组件,由 CMS、RUC 进行相关数据或编码的修订、更新、审核。

2.3.4 业务模式保障

RBRVS 的实施要求医务人员直接从事诊疗服务,并通过 CPT 或 HCPCS Level II 加以记录。这两类编码体系为医务人员、患者和医疗保险机构之间的沟通起到积极作用:它们既可为所有的诊疗服务提供标准以规范医疗行为,也为医务人员明确其所提供诊疗服务对应的 RVUs 提供方便^[24],更为 CMS 向医务人员支付医师费提供了依据。CPT 与 HCPCS Level II 几乎可以准确地将医务人员开展的每一项诊疗服务都记录在案;对于必须由多人合作方能完成

的服务,CPT 与 HCPCS Level II 亦提供了相应编码加以体现。

3 RBRVS 在中国的发展及其面临的主要问题

3.1 学术研究回顾

以“RBRVS”为检索词,首先对 1989 年 1 月至 2018 年 6 月期间被中国学术文献总库(CNKI)收录的文献展开全文搜索,获得 336 篇论文;其次,对万方数据库 1989—2018 期间收录的文献进行主题检索,截止日期为 2018 年 6 月 30 日,获得 216 篇论文。两库检索合计获得 552 篇论文。排除会议通知、目录与索引、宣传报道后,剔除与 RBRVS 相关度不高、

重复收录或与中国医疗卫生实践无关的文献,并最终将 339 篇论文纳入本研究范围。

从文献属性看,期刊论文 270 篇,学位论文 62 篇,报纸 6 篇,会议论文 1 篇。从时间分布看,1989—2009 年期间学者们共发表 43 篇与 RBRVS 有关的论文,占论文总数的 12.7%,2010 年后共发表论文 296 篇,占论文总数的 87.3%,呈现爆发式增长态势。这与新医改之后国家宏观与微观层面均加大了对公立医院薪酬改革力度的实践相吻合。此外,本研究还分别从文献类型、涉及领域、研究对象等三个维度对相关论文进行了回顾性分析(表 3)。

表 3 1989.1—2018.6 国内有关 RBRVS 的文献分布一览表

分类	亚类	1989— 1999 年 (篇)	2000— 2009 年 (篇)	2010.1— 2018.6 (篇)	
文献数量	—	17	26	296	
文献类型	国外经验介绍	12	2	11	
	国内应用拓展	4	23	276	
	综述与学术评价	1	1	9	
涉及领域	绩效管理	0	3	141	
	薪酬管理	0	7	97	
	学科与能力建设	0	0	13	
	医疗服务成本核算	3	1	5	
	医疗保险支付	9	10	13	
	医疗服务定价	1	2	17	
	医改思路	0	3	9	
	方法研究	4	0	1	
	研究对象	医疗卫生机构	3	7	197
		科室	0	1	14
个人		0	3	46	
医疗保险机构		13	10	14	
定价机构		1	3	17	
其它监管机构		0	2	8	

从文献类型看,1989—1999 年期间,虽然论文总数仅有 17 篇,但国外经验介绍就有 12 篇之多,且其中有一半为译文。与此同时,学者们对国内应用拓展、综述与学术评价类研究也有涉及;2000—2009 年期间,论文总数较上一阶段增加不到一倍,仅为 26 篇,但更多学者开始将目光转向了 RBRVS 的国内应用拓展这一领域,相关论文的数量高达 23 篇,占这阶段文献总数的 88.5%;新医改后这一研究趋势得到了持续,在 296 篇文献中国内应用拓展类文献总数达到了 276 篇之多,占 93.2%,说明 2000 年以后学者们对 RBRVS 在国内的实践应用给予了高度重视。

从文献涉及的领域看,1989—1999 年期间,学者们较为看重 RBRVS 在宏观层面医疗保险支付领域的功能,这可在 17 篇文献中有 9 篇与该领域有关得到印证;2000—2009 年期间学者们依然对此领域保持了足够的兴趣,但同时也开始关注其在医疗卫生机构中的绩效管理、薪酬管理、医疗服务成本核算等微观层面的功能,两类研究在文献数量上可谓是平分秋色;2010 年以后学者们对 RBRVS 在微观层面的研究倾注了大量精力,这类文献竟有 256 篇之多,占期间文献总数的 86.5%,其中对 RBRVS 在医院绩效与薪酬管理领域应用的关注尤为突出,相关文献数量高达 238 篇。同时,学者们对 RBRVS 在医院学科与能力建设、医疗服务成本核算等领域的关注度也较前期明显提升。总体来看,在宏观层面学者们虽对 RBRVS 从医疗保险支付、医疗服务定价、医改思路、方法研究等领域亦展开了深入探讨,但三个阶段的文献总数仅为 69 篇,占比为 20.35%,从而与微观层面相关领域的高关注度形成鲜明对比。

从研究对象上看,学者们对微观主体的研究占比为 79.65%,这与研究领域的文献走向完全吻合。这些微观主体涉及医疗卫生机构、科室、个体三个层次。在医疗卫生机构层面上,文献主要关注的是三级、二级医院;在科室层面上,主要涵盖了普外、眼科、骨科、手术室、ICU、院前急救、呼吸、心血管、护理等科室,与国外在专科层面上的讨论方向基本一致;在个体层面上,主要涉及内、外、眼科医师、护理人员、行政人员绩效管理 with 薪酬分配的探讨。在宏观层面上,主要涉及医疗保险、定价及其它监管机构等主体的研究。总体而言,学者们对 RBRVS 涉及的卫生政策及其相关主体研究尚不充分。

3.2 实践应用回顾

早在 1992 年,我国台湾的长庚医院便引入 RBRVS 用于医务人员的薪酬分配^[25]。在中国大陆,华西医院、中山大学附属肿瘤医院、山东千佛山医院是实施 RBRVS 的先行者,并已取得了一些成果:2001 年,华西医院在引入内科病种难度、DRG 系数的基础上建立了以质量、业务量、绩效、成本管控为重点的新型分配模式^[26]。山东千佛山医院自 2006 年起试图对医院的 6000 多项收费项目进行分类和整合,将其划分为手术、影像、化验和检验等若干类型,并确定相应的缴费费率^[27]。南京医科大学第二附属医院则运用 RBRVS 的原理对其医务人员的绩

效奖金分配进行研究,将医院固有的收支结余制转变成权责发生制,按员工类型制定不同的评估方案,收到良好效果^[28]。新医改以来,越来越多的专业咨询机构开始运用 RBRVS 为医疗机构提供绩效薪酬方案^[29]。这些实践探索为 RBRVS 在全国范围应用的可行性提供了局部证据。

3.3 当前 RBRVS 在中国应用面临的主要问题

3.3.1 未能引起卫生政策制订者的足够重视

RBRVS 引入中国尤其是大陆地区以来,虽然在宏观层面上为医疗服务定价部门制订《中国医疗服务操作项目分类编码》(Chinese Classification of Health Interventions, CCHI)起到促进作用,但更多的理论与实务工作者将主要精力投向了 RBRVS 在医疗卫生机构、科室或个体等微观应用层面,这与政策制订者对其宏观政策层面的应用价值认识不足有一定关系。在微观领域的应用上,由于缺乏宏观制度与运行体系上的支撑,不可避免地遭遇 CPT 无法完全体现医务人员的劳动价值、基准服务的选择及其平均劳动时间界定困难、基于我国本土的 RVUs、CF、GPCI 值缺失等共性问题。而对共性问题采用微观、分散的研究取向必然导致高成本、低效率的弊端,也使得 RBRVS 的价值远未得到充分发挥。

3.3.2 对 RBRVS 的激励相容导向关注不足

在对待医疗卫生费用过快上涨的问题上,RBRVS 并非简单地将控费指标“转嫁”给医疗服务供方,而是抓住“CPT-4 未能充分客观体现非手术操作类服务的劳动价值”这一导致医务人员行为扭曲的深层次原因,从医疗服务行业“内部人”的视角挖掘可有效体现其劳动价值的特征性报酬要素,客观地度量医务人员在从事手术与非手术操作类服务、处置前中后等环节上所耗费资源成本,从根本上消除了行为扭曲的动因,因而 RBRVS 堪称卫生体系基于激励相容的制度设计范例。当前,我国医改虽致力于解决医疗服务供方、需方、支付方三者之间的激励相容问题,但对相关主体的利益诉求尚未给予足够的关注。

3.3.3 运行 RBRVS 的支撑体系薄弱

在诊疗服务编码上,RBRVS 采用 CPT 与 HCPCS Level II 两类编码体系采集医务人员的服务信息。HCPCS Level II 主要用于记录使用轮椅、救护车等非诊疗类的服务信息,目前国内还未建立这一编码体系。单从 CPT 来看,2018 年 AMA 发布的 CPT 总数

为 10 155 条,根据 2012 版 CCHI 的资料显示,我国可用于支付的收费价表条目为 9 360 条,但其中包含 1 106 条实验室检查类条目。而试点地区运用 2012 版 CCHI 制订的基准收费价表中的条目同样难以与 AMA 发布的 CPT 完全对应。在 RVUs 的确定上,尽管我国医务人员在基准服务上所耗费的平均劳动时间与其美国同行之间存在明显差异,但由于该项数据需要在全国或区域层面上广泛评估方能获得,在缺乏监管部门推动的情况下,目前国内医院在绩效薪酬设计中被迫照搬 AMA 定期发布的 RVUs 数据。此外,美国推广 RBRVS 是在国家层面上展开的,CMS 可以根据自身获取的整体申报数据定期调整 CF 值,关于 GPCI 的数据也可以通过与各地区物价部门的协调获得,而我国目前不具备类似机制。

3.3.4 缺少基于宏观考量的医务人员薪酬体系规划

2009 年以来,有关部门相继颁布了 40 余条关于公立医院薪酬改革的文件^[30],虽提出了提高技术的价值、扩大公立医院薪酬制度改革试点等方案,但并未对医务人员的薪酬体系规划展开深入考量,突出地表现在至今尚未明确“钱当从哪里来”、“具体该怎么分”这两大现实命题。截止 2017 年底,我国社会医疗保险覆盖人群已超过 95%,医务人员的薪酬必然主要来自社会医疗保险支付。目前,我国医务人员主要受雇于医疗机构,现行支付方式中,无论是按病种付费还是按项目付费均未设立专项体现医务人员的劳动价值,而是通过“打包”支付给医疗卫生机构,需要经过医院—科室—医疗小组等多个医院内部分配环节,这与“医务人员的薪酬分配当属医疗卫生机构内部管理范畴”的认知误区有关。此外,除临床工作外医务人员还承担了大量临床带教工作,目前医保部门亦未将此类劳动的价值度量纳入考量范畴。随着医疗联合体、医师多点执业、医生集团、自由执业等新型医疗服务模式的日益涌现,如何在新形势下通过支付激励直接引导供方医务人员行为也应纳入医保部门的议事日程。

4 RBRVS 对中国社会医疗保险支付的政策启示

4.1 借鉴 RBRVS 关于医疗保险支付制度的设计精髓

当 RBRVS 设计启动之际,萧庆伦教授带领的研究团队面对的是一个医疗卫生费用持续上涨,患者因拥有 Medicare 保险覆盖而对高昂的价格并不敏感的、非竞争的、甚至是严重失灵的医疗服务市场。面

对这一挑战,萧教授及其团队并未沉溺于扭曲的市场本身,而是首先回归到医疗服务市场应有的假想状态(A Hypothetical Market)^[31],并在此前提下结合美国卫生体系的实际展开设计。在机制设计上,研究团队把国会、CMS、RUC、AMA、各类医学专科学会、咨询机构等所有与 Medicare 医师费支付有关的利益主体纳入了研究共同体,在分析这些主体职责、诉求的基础上,分别赋予他们法律保障、资金预算、支付监管、量化评估、工具更新等恰如其分的角色定位,客观上构建了多主体参与的低成本、高效率的制度设计与动态改进协作机制;在工具设计上,研究团队着眼于制度实施的有效性与可持续优化,分别从微观、中观、宏观三个层面上着手,或设计 RVUs、CF、GPCI、BNF 等全新工具,或因地制宜地改造 CPT-4 等现有工具,以期实现对 Medicare 医师费的有效支付。这些设计精髓值得我国社会医疗保险机构在未来支付机制的优化中借鉴。

4.2 运用医保支付激励达成卫生政策目标

我国社会医疗保险覆盖人口数量所取得的显著成效为医改用好支付激励机制达成卫生政策目标提供了契机。例如,针对长期以来医务人员劳动价值低估、行为扭曲的问题,可借鉴 RBRVS 客观度量其劳动价值的原理,运用有效的支付方式,逐步加以扭转;面对患者就医“三长一短”的抱怨,可有意识地增加非手术操作类服务的收费编码,让医务人员在从事疾病预防、处置前与处置后、非手术操作类等诊疗工作的价值得到充分体现,从而改善患者的诊疗体验。

4.3 逐步引入按质量付费导向的支付方式

当前,医保机构在以往按项目付费、按病种付费的基础上,正在积极探索引入 DRGs、打包付费、按床日付费等支付方式,对优化支付机制起到了积极作用,但在通过支付提升医疗服务质量上尚有较大的改进空间。为此,可在按绩效付费理念的指引下,有意识地借鉴英国 NHS 按绩效付费、美国 CMS 按价值付费的作法,通过将医务人员的薪酬激励与医疗服务质量改进的目标相协调,从而推动我国卫生体系朝更高的目标迈进。

4.4 规划契合我国诊疗服务模式的医师费支付方式

在社会医疗保险基金已成为我国医务人员薪酬主要来源的当下,社会医疗保险机构对合理体现医务人员的劳动价值负有不可推卸的责任。因此,在

摆脱以往“将医务人员的薪酬分配视作医疗卫生机构内部管理范畴”认知局限的前提下,社会医疗保险机构需要重新界定其角色定位。随着医改的深入,医师多点执业、医生集团、自由执业等新型业务模式将不断涌现,社会医疗保险机构也面临如何运用有效的支付方式更好地向医务人员进行激励的问题。建议在社会医疗保险基金中增设医师费预算科目,在此基础上系统考量医师费在医保总支出中的份额、付费方式、激励导向设计等。为此,可在完善 2012 版 CCHI 收费价表项目编码的基础上,通过改良 RBRVS 的运行组件,借鉴 RBRVS 对受医院雇佣(Non-facility)与自由执业(Facility)两种状态的医务人员分别设定 RVUs 的作法,根据不同执业类别所耗费的资源成本情况制订差别化的付费标准。最终通过优化支付机制,以提升我国社会医疗保险支付的效率。

4.5 系统评估将 RBRVS 引入我国社会医疗保险支付的可行性

美国社会医疗保险支付的实践证明,RBRVS 具有促进医保平衡预算、控制医疗卫生费用过快上涨、合理配置医疗卫生资源、引导供方行为等方面的功能,这与我国机构改革赋予“大医保”的职能类似,因而对我国社会医疗保险支付改革具有借鉴意义。但同时也应该看到的是,中美两国在医疗保险筹资与支付机制、宏观数据来源、医疗服务组织模式、医务人员薪酬管理模式等方面存在较大差异,是否能够将 RBRVS 全面引入我国社会医疗保险体系尚有待深度评估。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 林子华. 美国医疗服务市场机制失灵和价格改革[J]. 国外医学:卫生经济分册, 1989, (4): 12-16.
- [2] 钱海波, 胡善联. RBRVS 研究评介[J]. 中国卫生经济, 1993, (9): 61-64.
- [3] 吴剑, 叶金松, 高峰, 等. 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, 17(2): 49-51.
- [4] 李磊, 夏景林, 罗力. RBRVS 在公立医院薪酬分配改革中的应用分析[J]. 中国医院管理, 2014, 34(11): 42-45.
- [5] Hsiao WC, Becker ER. Paying physicians according to their resource-costs: the development of a resource-based relative value scale[J]. Health Policy, 1989, 12(3): 257-261.
- [6] Grimaldi P L, Micheletti J A. Diagnosis related groups: a

- practitioners' guide[M]. Chicago Pluribus Press,1982.
- [7] Etheridge L, Dobson A. Review of the resource-based relative value scale study[J]. Final report (revised). Prepared for the American Medical Association. Washington, DC: Consolidated Consulting Group, 1988.
- [8] Hsiao W C, Braun P, Yntema D, et al. Estimating physicians' work for a resource-based relative-value scale[J]. New England Journal of Medicine, 1988,319(13): 835-841.
- [9] Melzer S M, Richards G E, Covington M L. Reimbursement and costs of pediatric ambulatory diabetes care by using the resource-based relative value scale; is multidisciplinary care financially viable? [J]. Pediatric Diabetes, 2004,5(3): 133-142.
- [10] Hagland M M. The RBRVS and hospitals: the physician payment revolution on our doorstep [J]. Hospitals, 1991, 65(4):24-27.
- [11] Jan B M. Resource-Based Relative Value Scale (RBRVS): a useful tool for practice analysis[J]. Journal of Clinical Rheumatology Practical Reports on Rheumatic & Musculoskeletal Diseases, 2003, 9(5):325-327.
- [12] Doran T, Fullwood C, Gravelle H, et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom [J]. New England Journal of Medicine, 2006, 355(4): 375-384.
- [13] Fox D M. Pay for Performance in Health Care: Methods and Approaches[J]. The Journal of the American Medical Association the Journal of the American Medical Association, 2012, 308(24):2626-2627.
- [14] Hsiao W C, Braun P, Dunn D L, et al. An overview of the development and refinement of the Resource-Based Relative Value Scale. The foundation for reform of U. S. physician payment[J]. Medical Care, 1992, 30(11 Suppl):1-12.
- [15] Braun P, Hsiao W C, Becker E R, et al. Evaluation and management services in the resource-based relative value scale[J]. The Journal of the American Medical Association, 1988, 260(16): 2409-2417.
- [16] Hsiao W C, Yntema D B, Braun P, et al. Measurement and analysis of intraservice work[J]. The Journal of the American Medical Association, 1988, 260(16): 2361-2370.
- [17] Dunn D, Hsiao W C, Ketcham T R, et al. A method for estimating the preservice and postservice work of physicians' services[J]. The Journal of the American Medical Association, 1988, 260(16):2371-2378.
- [18] Kirschner CG, Edwards NK, May DM, et al. Physicians' Current Procedural Terminology[M]. Chicago, II: American Medical Association,1991.
- [19] Braun P, Hsiao W C, Becker E R, et al. Evaluation and management services in the resource-based relative value scale[J]. The Journal of the American Medical Association, 1988, 260(16): 2409-2417.
- [20] Hsiao W C, Braun P, Becker E R, et al. The Resource-Based Relative Value Scale. Toward the development of an alternative physician payment system [J]. The Journal of the American Medical Association, 1987, 258(6): 799-802.
- [21] Hsiao W C, Braun P, Dunn D, et al. Resource-based relative values: an overview[J]. The Journal of the American Medical Association, 1988, 260(16): 2347-2353.
- [22] Smith S L, Ashley S L, Morrow M J. Medicare RBRVS: the physicians' guide[M]. American Medical Association, 2018.
- [23] Centers for Medicare and Medicaid Services. Medicare Program; Revisions to Payment Policies Under the Physician Fee Schedule and Other Revisions to Part B for CY 2017.
- [24] 黄山,谭剑,夏聪,等. 广州市某三甲医院绩效改革的应用与评价[J]. 中国卫生事业管理, 2017, 34(3):177-179.
- [25] 李梦滢,王克霞,沈际勇. 公立医院导入 PF 医师费制度面临的挑战和对策[J]. 中国医院,2017,21(6):10-12.
- [26] 李舒丹,陈阳. 医院 RBRVS 绩效分配模式述评及比较分析[J]. 中国卫生经济,2016,35(3):82-85.
- [27] 汪兆平. 千佛山医院:拿来主义的绩效创新[J]. 中国医院院长,2013,(19):60-63.
- [28] 朱永生,闻浩,张棣. 以工作量为基础的绩效管理 with 奖金分配的实践与思考[J]. 江苏卫生事业管理,2012,23(4):5-7.
- [29] 王志刚,牛巍,蔡静,等. 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.
- [30] 黄山,向前,王冬,等. 基于 RBRVS 的薪酬改革政策回顾、进展与常模设计[J]. 中国医院管理,2017,37(11): 83-85.

[收稿日期:2018-05-20 修回日期:2018-07-22]

(编辑 薛云)