

# 中外学者对 RBRVS 研究角度差异及对我国卫生政策的启示

于挺<sup>1\*</sup> 万亚平<sup>1</sup> 司文<sup>2</sup> 蔡立明<sup>3</sup> 王晓静<sup>1</sup> 杨昕<sup>4</sup> 沈嘉一<sup>1</sup> 包晗<sup>1</sup> 何月<sup>1</sup> 邱玉娇<sup>5</sup>

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 美国波士顿 02115
3. 美国联邦医疗保险和医疗救助服务中心 美国巴尔的摩 21244
4. 上海社会科学院 上海 200050
5. 宾夕法尼亚大学沃顿商学院 美国费城 19104

**【摘要】**目的:通过对1979—2018年中外文期刊中有关RBRVS论文进行分析、比较,以期为我国进一步探索RBRVS提供参考。方法:采用CiteSpace对中外期刊刊载的有关RBRVS论文进行分析,并对相关结果进行比较。结果:RBRVS年度论文数量方面,国外期刊经历了1988—1997年约10年间的快速增长后,呈现逐步下降态势,国内则自2010年以来呈现爆发式增长态势;国内与国外学者对RBRVS的关注热点存在明显差异:前者偏重微观医院的绩效与薪酬管理,后者则偏重宏观医疗保险医师费的支付。讨论:一是对RBRVS社会医疗保险医师费的政策工具功能的关注有待强化,二是需要探究公立医院热衷RBRVS的表层与深层动因,三是要对微观主体先行引入RBRVS对宏观卫生政策目标的积极与消极影响进行分析。

**【关键词】**RBRVS; 比较分析; 启示

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.07.005

## The interesting difference of RBRVS between Chinese and oversea scholars and its implications to China's health policy

YU Ting<sup>1</sup>, WAN Ya-ping<sup>1</sup>, SI Wen<sup>2</sup>, CAI Li-ming<sup>3</sup>, WANG Xiao-jing<sup>1</sup>, YANG Xin<sup>4</sup>, SHEN Jia-yi<sup>1</sup>, BAO Han<sup>1</sup>, HE Yue<sup>1</sup>, QIU Yu-jiao<sup>5</sup>

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 Academy of Social Science, Shanghai 200050, China
5. Wharton School, University of Pennsylvania, Philadelphia PA, 19104 USA

**【Abstract】** Objective: Through the analysis and comparison of researches conducted Chinese and oversea scholars on RBRVS and which were published in Chinese and international journals from 1979 to 2018, this paper aims at providing references and suggestions for further health-related researches on RBRVS in China from both theoretical and practical perspectives. Methods: CiteSpace was used to analyze RBRVS papers published in Chinese and international journals, and relevant results were compared respectively. Results: In terms of yearly RBRVS related research, international journals have experienced a gradual decline after the rapid growth from the late 1980s to the end of the 1990s, yet the interests of domestic scholars blossomed since 2010. Significant variations were detected from the focus of domestic and foreign scholars in the research on RBRVS, whereby domestic researches were found to have been majorly focusing on RBRVS application in performance and salary incentives management within health care sectors on the micro-level, and the international study interest emphasized more on RBRVS guiding payment from the health insurance side on the macro-level. Conclusions: First of all, full utilization and maximization of the function of policy tools for RBRVS health insurance payment system need to be strengthened. Secondly, it is necessa-

\* 基金项目:国家社会科学基金项目(17BRK014);上海软科学研究计划项目(18692104900)

作者简介:于挺,女(1969年—),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),主要研究方向为医疗服务供方激励、卫生体系比较研究。E-mail:tingyu@sues.edu.cn

ry to conduct more research in order to explore the reason motivating the public hospitals to engage in the introduction of RBRVS. Last but not least, it is urgent to positively introduce RBRVS to the micro-subjects for the macroeconomic health policy objectives through analysis of existing negative effects.

**【Key words】** RBRVS; Comparative analysis; Implications

以资源为基础的相对价值尺度 (Resource-based Relative Value Scale, RBRVS) 是以医务人员在从事诊疗相关工作过程中所消耗的资源为依据,以资源的相对价值为尺度来度量其劳动价值,通过医师费支付引导医务人员行为的医疗保险制度体系。20 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,以美国老年医疗保健计划 (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%<sup>[1-2]</sup>,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,但由于美国联邦医疗保险和医疗救助服务中心 (Centers for Medicare and Medicaid Services, 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,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 Medicare 的医师费支付方式,并委托哈佛大学公共卫生学院经济学教授萧庆伦 (Hsiao W C) 的团队承担此项工作。其基本原理是通过比较医务人员在服务项目提供过程中投入的各类资源的高低估算每项服务的相对价值比率 (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,得到美国医疗卫生监管主体的青睐。这套制度体系最先由 CMS 采纳,用于

核算为 Medicare 提供服务的医务人员的医师费支付。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、加拿大等国家或地区。1989 年, RBRVS 刚完成设计便得到我国学者的关注<sup>[3-5]</sup>。2010 年后,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微观医疗机构的绩效与薪酬管理功能。出于种种原因,目前我国卫生政策制定者尚未将 RBRVS 引入社会医疗保险支付体系之中。本研究对 1979—2018 年期间收录在 Web of Science 核心合集、PubMed 数据库中的外文期刊论文进行了文献计量分析,并将 1989—2018 年期间中国知网 (CNKI) 数据库收录的中文期刊论文进行梳理,有意识地将该期间中外期刊有关 RBRVS 研究的年度发文数量、高频关键词、学者合作等方面进行了比较,并尝试探究微观主体主动纳入 RBRVS 的行为对宏观卫生体系可能构成的影响,以期为我国理论与实践领域进一步探索 RBRVS 提供参考与启示。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

本研究从 Web of Science 核心合集、PubMed、中国知网 (CNKI) 等数据库采集数据。

### 1.2 检索方法与数据预处理

外文期刊论文的检索与预处理:(1) Web of Science 核心合集数据库的检索。以 TS = (“Resource-based Relative Value Scale” OR “RBRVS” OR “Relative Value Scale”) 为检索式,文献类型包括 ARTICLE 和 REVIEW,检索时间为 2019 年 1 月 16 日,得到 108 篇论文,论文发表时间范围为 1997—2018 年;(2) PubMed 数据库的检索。选择 Title、Abstract、Mesh 主题词字段进行检索。检索词为 “Resource-based Relative Value Scale”、“RBRVS” 和 “Relative Value Scale”,检索时间为 2019 年 1 月 16 日,得到 254 篇论文,论文发表时间范围为 1979—2018 年;(3) 数据删减。将 PubMed 数据库与 Web of Science 核心合集数据库中有关 RBRVS 的论文进行比对,考虑到 Web of Science 核心合集数

据格式与 CiteSpace 的匹配性更高,因而尽可能剔除由 PubMed 数据库下载的重复论文,最终得到 301 篇可分析论文;(4)数据预处理与归并。将 PubMed 数据库中的论文导出,运用 CiteSpace 转换成 WOS 格式文件,与 Web of Science 核心合集数据合并备用。

中文期刊论文的检索与预处理:(1)中国知网(CNKI)数据库的检索。论文数据采集时间段为 1989—2018 年,文献类型为期刊论文,运用检索式(“RBRVS”OR“以资源为基础的相对价值尺度”OR“资源为基础的相对价值比率”OR“以资源投入为基础的相对价值比率”OR“医师费”)进行全文检索,共得到 418 篇文献。(2)文献筛选与剔除。经过剔除目录、索引、文稿以及主题与 RBRVS 研究不相关的文献,最终得到 359 篇有效论文。(3)将有效论文的作者、题目、关键词、主题词、文献的引文等全记录信息导出为 Refworks 格式文件,运用 CiteSpace 进行数

据格式转换备用。

### 1.3 数据分析

将从 Web of Science 核心合集、PubMed、中国知网(CNKI)检索到的符合要求的论文信息全部导出到 Excel 2010 进行初步统计,论文信息包含标题、作者、发作者机构、摘要、关键词、发期刊、发时间和被引频次等;采用 CiteSpace 5.3. R8. SE(64-bit)进行分析。

## 2 外文期刊收录 RBRVS 研究的概况分析

### 2.1 年度发文数量分析

对年度发文数量进行分析,可了解学者们随着时间推移对某研究主题关注程度的变化。1979—2018 年国外期刊共刊载 301 篇有关 RBRVS 研究的论文,平均年发文量约为 7.53 篇。将年份及其发文数量相互对应(图 1)。

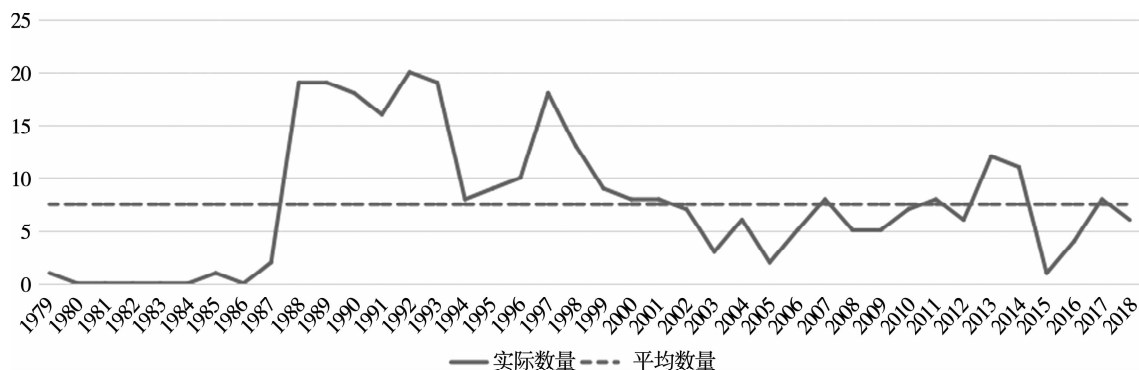


图 1 1979—2018 年外文期刊有关 RBRVS 研究的相关论文时间分布图

从图中可以看出,RBRVS 外文期刊论文最早出现于 1979 年。该论文的篇名为《向内科与外科诊疗服务提供相对价值评价尺度》(“Toward developing a relative value scale for medical and surgical services”),最早记载了有关 RBRVS 的试验性研究成果<sup>[6]</sup>。随后 RBRVS 的研究经历了 1979—1987 年年均发文量不到 1 篇的研究探索期。这阶段主要明确了医师服务“资源成本”的概念,力求对测定医务人员劳动的相对价值量进行了研究,并于 1985 年提出了测定资源成本的一般理论模型。<sup>[7]</sup>1988 年,RBRVS 的相关研究开始进入发文数量快速递增阶段,这可能与《新英格兰杂志》(The New England Journal of Medicine)、《美国医学会杂志》(Journal of the American Medical Association)两大主流期刊在 RBRVS 研究成果形成之初,分别出版了 RBRVS 研究专集有关。随后发文数量虽有所下降,但仍于 1997 年再次达到 18 篇的阶

段性高峰。这与萧教授的研究团队于 1987 年受美国国会委托对 RBRVS 展开系统研究,1989 年研究完成后在美国开始分步实施,并于 1996 年全面推行的进程基本吻合。随着 RBRVS 的广泛应用,相关学者们对其关注程度逐步下降。为改进 RBRVS 在医师费支付上缺乏对服务质量关注这一缺陷,2004 年前后,CMS 再次启动了按质量付费的探索,这一趋势一直延续到 2014 年。<sup>[8-10]</sup>随后有关 RBRVS 研究的年度发文数量再次回落到本轮热点启动前的水平,这可能与奥巴马 2015 年签署了《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)》,即在 RBRVS 的基础上增加了按价值付费有关,这部分摒弃了 RBRVS 单纯按服务项目付费所引发的支付效率低下的弊端。2016 年以来国外期刊收录的 RBRVS 论文数量虽有所增加,但基本保持在年度发文数量的平均水平。

## 2.2 地区分布分析

通过对文献作者所属国家展开分析,可以了解不同国家和地区对某一研究主题的关注度和贡献度。本研究在 CiteSpace 中 Node Types 界面选取“Country”,经数据处理分析得到了 RBRVS 外文期刊论文学者的地区分布情况,其中累计发文数量名列前十的国家如表 1 所示。

表 1 1979—2018 年国外期刊中 RBRVS 论文相关学者的地区分布及累计发文量

序号	国家/地区	数量/篇
1	美国	280
2	韩国	7
3	日本	2
4	新西兰	2
5	澳大利亚	2
6	英国	2
7	印度	1
8	加拿大	1
9	秘鲁	1
10	西班牙	1

由上表可知,美国学者对 RBRVS 的研究占据主导地位,这与 RBRVS 的研究与应用均发源于美国有重要关系。其它 9 个榜上有名的国家,多在对 RBRVS 进行改造的基础上加以引进,如韩国、日本等。<sup>[11-12]</sup>值得注意的是,与美国学者的高发文量相比,其他国家学者的发文数量明显偏低:除韩国、日本、新西兰、澳大利亚、英国等国家的学者发文数量在 2 篇及以上外,其他排名前 10 国家学者的发文数量仅为 1 篇。我国学者的论文未能出现在本研究所选的外文数据库中。由于 Web of Science 核心合集是全球知名的引文索引数据库,而 PubMed 则是世界公认的权威生物医学文献数据库,这一方面提示我国学者关于 RBRVS 研究在国际学术领域的影响力

尚有较大提升空间,另一方面,也使得研究初始设定的国内外有关 RBRVS 的期刊论文研究比较,转换成了国内外学者之间关于 RBRVS 的研究比较。

## 2.3 核心研究者分析

高发文作者与高被引作者共同构成了某研究主题的核心研究者,而对核心研究者的关注则有助于把握该研究领域的方向与深度。运用 CiteSpace 对 1979—2018 年期间外文期刊中的 RBRVS 高发文作者、高被引作者进行分析(表 2)。

表 2 1979—2018 年外文期刊有关 RBRVS 的核心研究者分布一览

序号	高发文作者	高被引作者
1	Berlin M F	Hsiao W C
2	Glass K P	Becker E R
3	Anderson J R	Muroff L R
4	Hsiao W C	Bargavan M
5	Becker E R	Ginsburg P B
6	Braun P	Fisher E S
7	Invalid	Johnson B A
8	Grimaldi P L	Bodenheimer T
9	Dorwart R A	Dorwait RAI
10	Dunn D	Berenson R A

由上表可见,Hsiao W C 和 Becker E R 的发文量与被引频次排名均位居前茅,说明这两位学者在 RBRVS 研究领域取得了丰硕且高质量的成果,并因此而享有权威的学术地位。同时也提示,高发文作者与高被引作者之间并不存在必然联系。

## 3 中外学者有关 RBRVS 研究趋势的比较分析

### 3.1 发文数量的比较分析

将 1979—2018 年期间中、外文期刊有关 RBRVS 的年度发文数量进行对比,结果如图 2 所示。

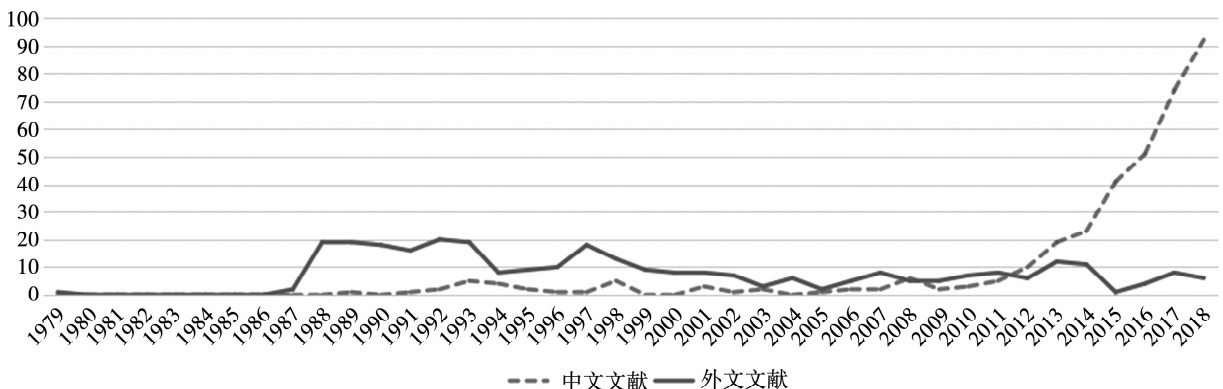


图 2 1979—2018 年中外期刊 RBRVS 发文数量对比

由上图可以看出,1988—1997 年期间是国外学者对 RBRVS 研究的高度关注期,随后发文数量呈逐步下降趋势。这一期间恰好是 RBRVS 在美国由系统研究到全面推广,并因运行日渐成熟而逐步淡出学者研究视线的过程;从中文期刊的年度发文数量来看,自 1989 年第一篇题为《美国医疗服务市场机制失灵和价格改革》的中文论文刊出以来,在长达 21 年的时间里,RBRVS 的发文数量一直维持在年均 2 篇的水平。自 2010 年起有关该主题的年度发文数量开始呈爆发式增长态势,从而与外文期刊年度发文数量的逐步下降趋势形成鲜明对比。国内学者对 RBRVS 的高度关注,与我国新医改以来宏观与微观主体致力于推进以薪酬改革为重要内容之一的公立医院改革不无关系。<sup>[13-14]</sup>

### 3.2 RBRVS 高频关键词比较

关键词是对研究者意图与文献内容的概括和精炼,也是文献的核心和精髓。对相关论文涉及的高频关键词进行统计和分析,有助于确定该领域研究的热点和主题演进情况。运用 CiteSpace 对中外期刊的相关数据进行分析,得到表 3。

表 3 1979—2018 年中外期刊 RBRVS 论文中前 10 位高频关键词的比较

序号	外文期刊高频关键词	中文期刊高频关键词
1	以资源为基础的相对价值 (RBRV)	公立医院
2	老年医疗保健计划(Medicare)	以资源为基础的相对价值尺度(RBRVS)
3	报销(reimbursement)	绩效考核
4	相对价值(relative value)	绩效管理
5	相对价值单位(RVU)	医院
6	开业管理(practice management)	绩效分配
7	韩国 RBRVS(Korean resource based relative value scale)	按疾病诊断相关分组(DRGs)
8	医师(physician)	工作量
9	社会经济问题(socioeconomic issue)	医院管理
10	放射科(radiology)	绩效

通过对中外期刊中有关 RBRVS 论文的高频关键词进行比较,可以发现中外学者对 RBRVS 的关注点存在明显差异:国外学者倾向于将 RBRVS 视为医疗保险制度与医师费的支付工具,因而对以老年医疗保健计划(Medicare)为代表的医疗保险计划、报销(reimbursement)、医师(physician)、开业管理(prac-

tice management)、放射学(radiology)等与 RBRVS 运行环境有关的主题,以及以资源为基础的相对价值(RBRV)、相对价值(relative value)、相对价值比率(RVU)等在 RBRVS 框架下度量医务人员劳动价值的指标给予了高度关注。同时,学者们对 RBRVS 在韩国的应用实践也给予了较高关注度;受 RBRVS 的实践多集中在医疗机构这一微观领域的影响,我国学者多倾向于将 RBRVS 视为微观层面的绩效与薪酬管理工具,这从中文期刊的高频关键词涉及的主体为公立医院、医院等微观主体上得到印证;而学者们对医院管理、绩效考核、绩效管理、绩效分配、工作量等与微观主体行为有较大关联的高频关键词的热衷则进一步证实了 RBRVS 在我国微观场域广泛应用的事实。这一由高频关键词比较演绎出的国内外学者在研究方向上的差异与有关学者的研究评述十分吻合。<sup>[15]</sup>值得注意的是,按疾病诊断相关分组(DRGs)这一被国外医疗保险机构用于支付患者住院期间医院费的制度工具亦出现在了国内期刊有关 RBRVS 研究排名前 10 的高频关键词榜单上,这可能由于 DRGs 关注相同疾病组疾病的难易程度、临床路径、医院平均住院日、平均诊疗费用等维度,客观上与医院的绩效考核指标体系紧密相关,这为一些微观主体主动将其与 RBRVS 一道纳入医院绩效与薪酬管理体系提供了动力。<sup>[16-17]</sup>

## 4 中外学者关于 RBRVS 研究方向的差异对我国卫生政策的启示

### 4.1 对 RBRVS 政策工具功能的关注有待强化

#### 4.1.1 对 RBRVS 社会保险医师费支付的政策工具功能关注不足

RBRVS 可以说是为美国社会医疗保险机构 CMS 量身定制,用于支付为 Medicare 提供服务的医务人员医师费的政策工具,并先后被韩国、德国、新加坡、日本、中国台湾等国家或地区作为社会医疗保险支付制度引入。同时,鉴于 Medicare 这一社会医疗保险计划在美国卫生体系中的特殊地位,RBRVS 推行后被许多商业医疗保险机构、医生集团、医院等微观主体采纳,作为测算、支付医务人员薪酬的依据。从我国大陆地区的引入情况来看,早在 1989 年学者们就注意到了 RBRVS 作为社会医疗保险医师费支付制度的研究成果;实践领域,2001 年起 RBRVS 陆续被华西医院、中山大学附属肿瘤医院、山东千佛山医院等微观主体采纳。新医改以来,学者们对 RBRVS

在医院绩效与薪酬管理的应用倾注了极大兴趣。然而,与微观主体热情高涨形成鲜明对比的是,宏观层面对 RBRVS 作为社会医疗保险医师费支付的政策工具功能关注十分有限。区域层面上,上海在依据《中国医疗服务价格项目规范(2012 年版)》展开当地医疗服务定价时,有意识地将技术劳务、技术难度、风险程度等影响 RVUs 值的重要因素予以考量<sup>[18]</sup>,并借鉴了日本医保部门运用 RBRVS 支付医师费时诊疗项目之间的比价关系。除此之外,RBRVS 设计时基于医师费支付促进医保平衡预算、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、促进不同区域与不同专科医师的平衡供给等功能远未得到充分关注。

#### 4.1.2 未能将卫生体系的发展变化与医师费支付制度调整建立联系

当前,我国卫生体系正在悄然地发生着一系列的深刻变化:一是社会医疗保险已基本实现全覆盖,这意味着今后医务人员的薪酬将越来越多地来自社会医疗保险支付;二是医师执业模式正由群体执业向群体与个体执业并存的格局转变,这意味着今后医师个体基于劳务技术提供的诊疗服务模式将成为常态;三是医疗服务体系由完全封闭向适度开放的模式转变,这意味着个体开业、医生集团、多点执业、医疗联合体、互联网医院等新型、更偏重医师劳务技术的诊疗组织将得到进一步发展。这些趋势上的变化客观上要求有关监管机构:一是要审慎考量将医师费与医院费合并支付向拆分支付转变的现实诉求,二是要通盘考量全社会医师的服务供给数量与医师费在卫生总费用中的占比,三是要对医院或医师提供的服务质量进行评价与监控,从而切实负起确保医保基金支付效率、维护国民健康的责任。虽然当前医保、卫生等监管部门已经为此做出了诸多努力,但囿于传统医师群体执业模式、医师费与医院费合并支付、封闭式医疗服务体系等固有框架的制约,仍然没有从深度响应当前卫生体系发展趋势的角度,对医师费制度的构建展开规划,自然也难免对 RBRVS 这一将医师费与医院费拆分支付的代表性政策工具关注动力不足。

## 4.2 需要探究公立医院热衷 RBRVS 的动因

### 4.2.1 薪酬改革只是公立医院热衷 RBRVS 的表层动因

据业内人士估计,目前我国大陆地区已有近 500 家医疗卫生机构主动将 RBRVS 作为绩效与薪酬管

理的重要工具之一,其中主要是公立医院。公立医院一直在我国医疗服务体系中占有十分重要的地位,根据《2018 年我国卫生健康事业发展统计公报》,我国共有公立医院 12 032 家,诊疗人次为 30.5 亿,占医院诊疗人次总额的 85.2%。

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<sup>[19]</sup>,为此,公立医院需要对其薪酬管理进行优化:在确保合规性底线的前提下,力求合理分配绩效薪酬,而且 RBRVS 在薪酬设计上强调医师的服务工作量,而不与服务收入直接挂钩恰好可以响应公立医院薪酬改革政策的相关要求。由图 2 可知,在外国期刊有关 RBRVS 年度发文数量逐步下降的趋势下,我国学者的发文数量自 2010 年起却呈爆发式增长态势,而研究的主题主要是微观医疗机构的绩效与薪酬管理,也从一个侧面印证了实践领域的强烈诉求。尽管这些研究对促进公立医院的现代化管理做出了积极贡献,但相关学者很少关注公立医院自觉采纳 RBRVS 的深层次原因。

### 4.2.2 深层动因在于应对卫生政策的连续变迁

新医改以来,公立医院作为医保控费、取消药品加成、促进医疗资源下沉、降低资产负债率等多重政策目标的接受者,承载着多重压力。从医保控费与取消药品加成的角度看,公立医院的医药收支结余明显减少,而原本扭曲的经济补偿问题亦变得更加突出<sup>[20]</sup>;从减轻债务的角度看,多数公立医院在上一轮大规模扩张进程中已经背负上了沉重的债务<sup>[21]</sup>;从促进医疗资源下沉的角度看,公立医院、尤其是地市级三甲医院,一方面要建设区域内最高水准的诊疗服务能力,另一方面还要提防由政策驱动引发的区域内二级及以下医院的崛起所引发的患者资源流失问题。因此,这些医院实际面临收支节余减少、债务压力增加、成本控制压力攀升等内忧外患。在 RBRVS 体系下,医务人员的绩效薪酬由医务人员的工作量和完成诊疗项目所消耗的成本共同决定。由于医务人员的总工作量与诊疗项目数量、诊疗时间、诊疗项目难度有关,这意味着医务人员要获得相对高的收入,不仅要增加服务供给的数量、提升质量,还要控制成本。在这一新型薪酬制度体系下,公立医院可以通过引导医务人员的行为使其自觉增加医院收入、降低成本,从而提升医院的利润空间。医疗设备折旧摊销等支出有助于降低医院账面上的利润空间,而医疗设备折

旧属于非付现成本,这相当于让医院留存了一部分现金,可用于偿还贷款、利息甚或进行长期资产投资。因此,基于 RBRVS 的薪酬制度安排可以解决公立医院当前面临的多重难题,因而对其具有较强的吸引力。

#### 4.3 微观主体先行引入 RBRVS 对宏观卫生政策目标的影响

相关学者在探讨微观主体引入 RBRVS 的机制时未能就这一行为对宏观卫生政策目标的影响进行探究。通过对 RBRVS 的运行机理<sup>[22-23]</sup> 进行深入分析,可以得出以下推论:

##### 4.3.1 有利于部分卫生政策目标的落实

(1) 有助于促进公立医院整体服务能力的提升

RBRVS 在度量医院人员的劳动价值时,不仅考量其所从事的诊疗项目数量与服务时间,而且与其开展的诊疗项目难度关系密切,这其实对医务人员的能力提升起到了很好的牵引作用;而随着医务人员整体服务能力的提升,一方面可以让医院开设更多的诊疗项目,另一方面可让更多有难度的诊疗项目变得可实现,这实际上对促进医院的整体服务能力提升起到了积极作用。

(2) 有利于推动患者在区域内分级有序地就医

随着公立医院、尤其是偏远地区公立三甲医院服务能力的不断提升,可以吸引越来越多的疑难病患者留在区域内较高级别医院就诊,从而部分地缓解了这些医院因分级诊疗相关政策所引发的患者流失压力,也使得区域内分级诊疗变得可实现,进而改善患者的诊疗体验、降低其疾病经济负担。

(3) 可缓解公立医院与监管主体之间的多重矛盾

当前,由医保控费、医疗补偿不到位、降低资产负债等政策引发了公立医院与监管主体之间的多重矛盾,当医院引入 RBRVS 带来利润空间增大后,公立医院不必再为医保机构制订的控费、有关部门提出的降低资产负债率等目标担忧,自然也不必过分关注长期以来医疗补偿不到位的政府责任落实问题。因此 RBRVS 事实上扮演了宏观监管主体与微观主体之间矛盾“缓冲阀”的角色。因而,引入 RBRVS 也可看作是公立医院应对多重卫生政策供给所做出的适应性反应:对内可提升医务人员的薪酬满意度,对外则可缓解供方与医保、卫生、财政等部门的多重矛盾。

##### 4.3.2 存在潜在风险

(1) 存在推动卫生总费用上涨与疾病经济负担增加的风险

基于 RBRVS 的微观薪酬激励体系一旦形成,以医务人员为核心构成的医疗服务供方的潜能将会得到极大地释放。在服务范围上,这一体系能激励医务人员向患者,尤其是非医保患者提供医保已经涵盖或尚未涵盖的诊疗项目;在服务难度上,技术能力允许的前提下,医务人员可能会更倾向为患者提供具有较高难度的诊疗项目,以获得更高的劳动价值回报,这些在 Medicare 推行 RBRVS 的过程中均有所表现<sup>[24]</sup>,并由此导致医师费支付总额上涨<sup>[25]</sup>,进而推动了美国卫生总费用的增长。而加拿大在吸取美国 RBRVS 不控制医师服务总量教训的基础上,采取在区域层面控制医师服务总量与医师费总额的作法,这值得我国借鉴。<sup>[26]</sup>

因此,如果不在宏观层面对区域服务供给总量进行规划与预测,微观主体主动采纳 RBRVS 很可能导致我国卫生总费用与疾病经济负担的增长,以及医疗资源浪费问题。这些潜在的消极影响值得宏观主体予以足够重视。

(2) 对以健康为中心的服务模式转变构成阻碍

由于 RBRVS 在度量医师的劳动价值时,重点考量其所从事的诊疗服务的时间与难度,所以本质上仍然是以诊疗为中心的考核,而在人口老龄化的背景下,非传染性慢性疾病成为主要疾病负担和死亡原因。为此,今后 RBRVS 在宏观层面引入作为社会医疗保险医师费的支付工具时,应有意识地摆脱以诊疗为中心的传统医疗服务模式和绩效考核的弊端,转向以健康为中心的服务模式与绩效考核。而如何通过 RBRVS 的本土化来推动这一转变,是未来需要研究的一个重要课题。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

#### 参 考 文 献

- [1] Jencks S F, Dobson A. Strategies for reforming Medicare's physician payments. Physician diagnosis-related groups and other approaches [J]. *New England Journal of Medicine*, 1985, 312(23): 1492-1499.
- [2] Hsiao W C, Becker E R. Paying physicians according to their resource-costs: the development of a resource-based relative value scale [J]. *Health Policy*, 1989, 12(3): 257-261.

- [3] 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.
- [4] 冯皓, 陈培元. 以资源为基础的相对价值比率一种合理支付医生服务酬金的新方法[J]. 国外医学(医院管理分册), 1992(3): 97-102.
- [5] 沈洪. 美国政府举办的医疗保险[J]. 国外医学(卫生经济分册), 1993(3): 100-105.
- [6] Hsiao W C, Stason W B. Toward developing a relative value scale for medical and surgical services[J]. Health Care Financing Review, 1979, 1(2): 23-38.
- [7] 钱海波, 胡善联. RBRVS 研究评介[J]. 中国卫生经济, 1993(9): 61-64.
- [8] 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.
- [9] Pkremus L. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement[J]. Digest of the World Core Medical Journals(Cardiology), 2007, 356(17): 1782.
- [10] Smoldt R K, Cortese D A. Pay-for-Performance or Pay for Value? [J]. Mayo Clinic Proceedings, 2007, 82(2): 210-213.
- [11] Hwang I, Kang Y N, Kwon K Y, et al. Comparative Study of Relative Value for Diagnostic Procedure of Surgical Pathology in Korea and United States[J]. Korean Journal of Pathology, 2011, 45(1): 9-14.
- [12] Ogata Y, Kobayashi Y, Fukuda T, et al. Measuring relative work values for home care nursing services in Japan [J]. Nursing Research, 2004, 53(3): 145-153.
- [13] 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.
- [14] 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.
- [15] 于挺, 万亚平, 司文, 等. RBRVS 的兴起与发展对我国社会医疗保险支付的政策启示[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(9): 15-23.
- [16] 郭美珍. 基于 DRGs 和 RBRVS 的临床科室绩效奖金计算方法浅析[J]. 现代医院, 2018, 18(7): 963-965, 968.
- [17] 李咏梅. 基于 RBRVS 和 DRGs 方法的医院精细化绩效管理初探[J]. 商业会计, 2016(24): 75-76.
- [18] 金春林, 王惟, 龚莉, 等. 我国医疗服务项目价格调整进展及改革策略[J]. 中国卫生资源, 2016, 19(2): 83-86.
- [19] 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.
- [20] 于风华, 孟庆跃, 武广华, 等. 公立医院药品加成政策实施效果的研究[J]. 中国卫生经济, 2010, 29(5): 14-16.
- [21] 何克春, 刘丹. 公立医院债务风险成因及化解策略探讨[J]. 中国卫生经济, 2012, 31(9): 84-86.
- [22] 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.
- [23] Egdahl R H, Manuel B. A consensus process to determine the relative complexity-severity of frequently performed surgical services [J]. Surgery Gynecology & Obstetrics, 1985, 160(5): 403-406.
- [24] Medicare Payment Advisory Commission. Report to the Congress: Medicare payment policy. 2005 Mar. Retrieved September. 2006.
- [25] McClellan M, Berenson R, Chernew M, et al. Medicare physician payment reform: securing the connection between value and payment[R]. Brookings Institute, 2015.
- [26] Barr D A. Bending the Medicare Cost Curve for Physicians' Services: Lessons Learned from Canada. Journal of general internal medicine, 2012, 27(11), 1555-1559.

[收稿日期:2019-03-15 修回日期:2019-07-02]

(编辑 刘博)