

# 医疗保险制度评估框架与指标体系研究

于保荣<sup>1</sup>

**[摘要]**目的:设计构建医疗保险制度的评估框架与指标体系。方法:将社会学关注的“公平、效率、质量”与管理学关注的管理主要环节“制度、经办、运行、制约因素”两种思维进行融合,提出医疗保险制度评估的指标体系。结论:可以从“制度的公平”、“管理的效率和透明”、“运行结果”及“宏观环境和制约因素”四个维度对医疗保险制度进行评估。

**[关键词]** 医疗保险制度;评估;指标体系

DOI:10.14055/j.cnki.33-1056/f.2019.02.009

中图分类号:R197

文献标识码:A

文章编号:1004-7778(2019)02-0032-03

## Research on Evaluation Framework and Index System of Medical Insurance System

YU Bao-rong

**Abstract: Objective** To design and construct an assessment framework and indicator system for the medical insurance system. **Methods** The “fairness, efficiency, quality” of sociology concerns and the main aspects of management management, such as “institution, operation, operation, and constraints”, were combined to propose an indicator system for medical insurance system evaluation. **Conclusion** The assessment of the medical insurance system can be carried out from the four dimensions of “system fairness”, “management efficiency and transparency”, “operational results” and “macro environment and constraints”.

**Key words:** medical insurance system; assessment; indicator system

**Author's address:** School of Insurance, University of International Business and Economics, Beijing 100029, China

由于特定的历史背景和发展阶段,我国医保制度改革在很长一段时期内主要着眼于快速推进制度建设,对制度实施效果进行的评估主要针对不同人群分别开展,比如城镇居民医保评估、新农合试点评估等,评估办法注重定性评价,定量分析相对较弱,还没有形成统一、科学的全民医保评价指标体系。

本文在既往相关理论和国内外文献研究的基础上,提出我国医疗保险制度评估的概念框架与指标体系。

### 1 医疗保险制度评估的目的与基本原则

对医疗保险制度进行评估的目的,一是保障我国基本医疗保险制度的正确发展方向,二是监测基本医疗保险的正常运行,三是为基本医疗保险的动态发展提供连续性数据监测。围绕上述目标,构建医疗保险评估指标体系,既要着眼未来和长远,又要立足当下的实践和数据可得性,尽可能务实、可操作,避免空洞、抽象、没有方向性。

### 2 医疗保险制度评估框架与指标体系

将社会学关注的“公平、效率、质量”与管理学关注的管理主要环节“制度、经办、运行、制约因素”两种思维

模式进行融合,对医疗保险制度的评估,可以从“制度的公平”、“管理的效率和透明”、“运行结果”和“宏观环境和制约因素”四个维度(三级指标)进行,以达到尽可能贴切和恰当地反映各方面对医疗保险制度的期望,实现其社会目标和管理目标。

#### 2.1 制度的公平

“制度的公平”下设“制度覆盖的公平性”、“筹资水平及公平性”和“待遇水平及公平性”三个二级指标,希望能够抓住医疗保险作为一项社会制度的主要方面,同时也反映了世界卫生组织关于全民健康覆盖(Universal Health Coverage, UHC)策略的“广度(覆盖面)、宽度(保障范围)和深度(待遇水平)”三个维度(见表1)。

表1 “制度的公平”下设指标

二级指标	一级指标
制度覆盖的公平性	从最高到最低五个等级收入人群的参保率;没有参保或低参保率人群分析。
筹资水平及公平性	全社会、不同社会医保制度人群及不同收入群体的医保筹资水平及占其收入的比重;政府、雇主和个人筹资占医保筹资的比重。
待遇水平及公平性	城镇职工医保、城镇居民医保、新农合、残存公费医疗的医保目录、报销水平、起付线和封顶线;全社会、不同社会医保制度人群、不同收入人群、不同严重程度疾病患者的医保实际补偿比例。

1. 对外经济贸易大学保险学院,北京 100029

基金项目:中国医疗保险研究会资助的“医疗保险评估指标体系研究”课题成果。

## 2.2 管理的效率和透明

管理是医疗保险制度的核心内容;作为一项公共管理制度,“效率和透明”是管理学和社会学角度共同追求的原则和目标。对“管理的效率和透明”进行评估:一是强调医疗保险管理的重要性;二是希望通过评估体系,促使社会医疗保险的管理不断向着有效率的方向改进;三是从社会治理的角度,推动社会医疗保险的管理逐渐向着科学化和民主化的方向发展(见表 2)。

表 2 “管理的效率和透明”下设指标

二级指标	一级指标
管理的效率(基金使用及经办成本)	医疗保险基金支出在基层医疗卫生机构、零售药店与不同级别医疗机构之间的分布以及在住院服务和非住院服务之间的分布; 基金当期结余率、基金累积结余率; 经办业务经费和人员经费占当年筹资的比重。
政策和经办	医疗保险政策制定和调整的社会参与(含医疗机构)和透明程度、程序科学性; 医疗保险运行信息的社会公开程度; 医疗保险的异地就医报销的方便性,医疗保险关系转移接续的便捷性; 筹资方式的科学性及其效果。
制度效率	保险制度和基金的构成及碎片化程度; 制度方案与设计的长期计划性。

## 2.3 运行结果

表 3 “运行结果”下设指标

二级指标	一级指标
医疗服务提供和利用	年人均门诊次数,年均住院率,居民应住院未住院率; 不同层级医疗机构的门诊、住院人次构成比; 不同层级医疗机构的单病种住院床日、医院床位使用率。
医疗费用负担	不同层级医疗机构的次均门诊费用; 不同层级医疗机构的单病种住院费用及医疗费用实际补偿比。
医疗服务质量	关键手术后 30 天死亡率(如创伤性头部损伤患者脑血肿清除术、冠状动脉搭桥术、心脏手术换瓣膜等); 24、48、72 小时非计划重返手术室(重症监护室)发生率; 相关疾病出院 31 天内非计划再入院率(如急性心肌梗塞等); 急性病症的抢救成功率(如急性心肌梗塞等); 关键手术部位感染发生率; 重症监护室与使用中心静脉导管(CVC)和外周中心静脉导管(PICC)相关的血液感染发生率、留置尿管相关的泌尿系统感染发生率; 长期卧床患者压疮 I、II、III、IV 期发生率。
居民对医疗服务和保险经办的满意度	门诊和住院患者对医疗服务的满意度; 门诊和住院患者对医保服务的满意度。

“运行结果”下设“医疗服务提供和利用”、“医疗费用负担”、“医疗服务质量”和“居民对医疗服务和保险经办的满意度”四个二级指标。“医疗服务提供和利用”和“医疗费用负担”两个指标体现了医疗保险制度运行的

结果,也与医疗服务提供体系和患者的需求模式有关。“医疗服务质量”关系到所有参保人的生命和健康,是社会公众关注的头等大事;社会医疗保险作为全体国民医疗服务的购买方,所购买产品和服务的“质量”和“价格”,是不能回避的方面。考虑到医疗保险与医疗机构对“医疗服务质量”评估侧重点有所不同,在此没有选择门诊服务和常见病的治疗,而是从与生命相关、医疗服务中容易出问题的环节,选取“死亡”、“重返”、“抢救”、“感染”事件的 7 个指标,对医疗机构的重要手术和重大疾病治疗进行评估(见表 3)。

## 2.4 宏观环境与制约因素

本部分原意是评估医疗保险制度在社会和经济发展方面的效果和影响:其一,医疗保险制度的发展、医疗资源的消耗、医疗服务的结果(比如国民健康水平的提高)受人口与社会、经济、医疗资源配置水平、国民健康素养等诸多因素的影响;其二,医疗保险制度的发展又在一定程度上影响医疗资源的消耗、人口与社会、经济、医疗资源配置水平、国民健康素养等。

本研究提出的“制度的公平”、“管理的效率和透明”和“运行结果”,是基于保险制度本身或者受保险制度的直接影响,而且往往又受“人口与社会发展”、“经济与劳动生产率”、“医疗资源的配置水平”、“医疗费用水平”和“国民健康素养”的制约,或者双方相互影响。但这种联系往往不是很直接或很紧密,很难量化描述,孰因孰果不容易确定。

表 4 “宏观环境与制约因素”下设指标

二级指标	一级指标
人口与社会发展	65 岁以上及 80 岁以上人口比例; 人口抚养系数(总抚养比、老年抚养比); 城镇化率和城镇人口比例; 平均期望寿命,婴儿死亡率,孕产妇死亡率。
经济与劳动生产率	人均 GDP; 全社会劳动生产率。
医疗资源的配置水平	千人口医生数,千人口医院床位数; 千人口万元以上设备台数,千人口万元以上设备总值; 千人口医院房屋建筑面积。
医疗费用水平	医疗总费用占 GDP 比重; 卫生保健消费占居民消费性支出的比重,居民发生灾难性医疗费用支出的比例。
国民健康素养	当地疾病谱与死因谱; 慢性病患者率; 居民健康知识知晓率和健康行为形成率,居民健康素养水平。

设置“宏观环境与制约因素”评价指标,不是直接去评价医疗保险制度的运行或绩效情况,而是希望将前面三部分的内容放在宏观环境的大背景下进行客观分析。尤其在有了多年评估数据以后,将医保制度各方面评估

情况与“宏观环境与制约因素”的大前提结合起来,会使不同阶段医保制度的分析评价更科学、更合理(见表 4)。

### 3 对指标体系的补充说明

从医疗保险业务的经办流程看,本评估体系的指标设置,实现了医疗保险的“覆盖率、筹资、经办、支付”等核心业务环节与医疗保险对医疗行为的引导、激励作用及对医疗资源的配置作用的结合。同时,没有纳入医疗服务支付方式、人次人头比、药占比、耗材占比等方面的指标,是因为这些都是微观层面阶段性、一过性的措施,尚到不了医疗保险评估指标体系的层次。本研究设计的“基金流向”、“诊次和单病种费用”、“就诊人次和出院人次”等指标,都可体现这些内容。

### 4 医疗保险制度评估的应用

本研究构建的医疗保险制度评估框架及其指标体系,能够从三个角度对医疗保险制度进行综合评估,向政府和社会提供了一个医疗保险制度作用的定量数据;可以评估某一年度全国的情况,也可以评估不同省份的情况;可以作为一个工具来看制度的变化(短期的),也可以作为一个标杆(长期的),比较不同年份之间的动态变化,分析医疗保险制度的发展。可以对医疗保险制度本身的运行、医疗保险的产出和影响、医疗保险与宏观

经济的关系、医疗保险与国民健康及国民健康素养的关系等内容,逐一进行单独评价。

在分析方法上,可以直接描述或计算全国或各地的指标,很多具体指标也可以用极差分析方法,分析最富与最穷人群、城乡、不同经济发展水平地区之间的指标差异;还可以运用时间序列的动态分析方法,比较随着时间推移各指标的变化情况,等等。

为保证医疗保险评估正常有序地进行,有必要在全国建立医疗保险评估机制。一些需要医院提供的数据,可以在医疗保险管理协议合同中明确规定;一些需要在人群收集的资料,可以与国家相关的调查统计,如国家卫生服务总调查、国家统计局城乡居民生活调查、老年人生活调查等结合进行,也可以单独组织,或者委托给相关的政策研究机构独立进行。一些需要通过单独设计的调查问卷和抽样调查,可能会费一些时间和人力,但工作量都不大。作为一个客观的制度评价,这些成本和付出是值得的和需要的。

作者简介:于保荣(1970—),男,博士,教授,研究方向:健康经济与医疗保险。

[收稿日期 2018-08-08] [责任编辑 胡希家]

(上接第 31 页)

in the production of nursing home care [J]. Rev Econ Stat, 1989, 71:586.

[31] Holahan J. State rate-setting and its effects on the cost of nursing home care [J]. Journal of Health Polity Policy Law, 1985, 9: 647.

[32] Ullmann SG. Cost analysis and facility reimbursement in the long-term health care industry[J]. Health Services, 1984, 19:83.

[33] Frech, H. E, m. The Property Rights Theory of the Firm: Some Evidence from the U.S. Nursing Home Industry [J]. Journal of Institutional and Theoretical Economics, 1985, 141(1):146-166.

[34] FizeL, J. and T. Nunnikhoven. Technical Efficiency of For-Profit and Non-Profit Nursing Homes[J]. Managerial and Decision Economics, 1992, 13(5):429-439.

[35] 徐小波,江明修,刘静淳,等.国内非营利性组织管理法规之研究[Z].台北:“行政院研究发展考核委员会”,2001.

[36] Mehta K K, Briscoe C. National Policy Approaches to Social Care for Elderly People in the United Kingdom and Singapore 1945-2002 [J]. Journal of aging & social policy, 2004, 16(1): 89-112.

[37] Erika Schulz. The long-term care system for the elderly in Germany. European network of Economic policy research institutes, 2010:19-49.

[38] 施巍巍.发达国家老年人长期照护制度研究[M].北京:知识产

权出版社,2012.

[39] Anna Amirkhanyan. Privatizing Public Nursing Homes: Examining the Effects on Quality and Access[J]. Public Administration Review, 2008, 68(4):665-680.

[40] Kai Leichsenring, Jenny Billings and Henk Nies. Long-Term Care in Europe Improving Policy and Practice. PALGRAVE MACMILLAN, 2013.

[41] Adelina Comas-Herrera, Joan Costa-Font, etc. European Study of Long-Term Care Expenditure. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. Grant number VS/2001/0272. PSSRU Discussion Paper, 2003:1840.

[42] Rhoades, J. N. Krauss. Nursing Home Trends, 1987 and 1996, MEPS Chartbook 3. Rockville, Md: Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), 1999.

[43] Strahan, G. W. An Overview of Nursing Homes and Their Current Residents: Data from the 1995 National Nursing Home Survey. Rockville, Md: National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, 1997.

[44] 毕素华,陈如勇.发展民办养老机构的若干思考[J].苏州大学学报(哲学社会科学版),2005(5):125-128.

[45] 穆光宗.我国机构养老发展的困境与对策[J].华中师范大学学报(人文社会科学版),2012(2):31-38.

[收稿日期 2018-08-29] [责任编辑 冯芳龄]