

基于 SHA2011 的全民医保政策评价指标体系构建

李诗麒^{1*} 王玮玉² 蒋艳¹ 高雅¹ 刘黎明¹ 洪宝林¹ 程薇¹

1. 北京中医药大学管理学院 北京 100029

2. 中国医学科学院肿瘤医院 北京 100121

【摘要】以全民医疗保障系统为例,提供 SHA2011 卫生政策评价指标体系构建思路。首先,总结全民医疗保障体系的筹资相关政策,接着将政策目标与 SHA2011 指标进行一一对应,最终构建出基于 SHA2011 的政策分析指标体系。该指标体系将政策与具体的 SHA2011 指标对接,可有效评价政策施行效果,也有助于解读 SHA2011 指标的政策应用意义。

【关键词】SHA2011; 卫生政策评价; 全民医疗保障系统

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.08.011

Construction of the evaluation index system of universal medical insurance policy based on SHA2011

LI Shi-qi¹, WANG Wei-yu², JIANG Yan¹, GAO Ya¹, LIU Li-ming¹, HONG Bao-lin¹, CHENG Wei¹

1. Administration School, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China

2. Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100021, China

【Abstract】This paper considered the universal medical security system as an example to construct an index system for health policy analysis based on SHA2011. In the beginning, this article sums up the financing policy of the universal health insurance system, and then maps the policy objectives to the SHA2011 indicators one by one to finally construct the policy evaluation index system based on SHA2011. The index system links the policy with the specific SHA2011 indicators, which can effectively evaluate the effect of policy implementation and at the same time interpret the policy application significance of the SHA2011 indicators in a targeted way.

【Key words】SHA2011; Health policy evaluation; Universal medical security system

随着医疗体制改革的逐步深化,卫生政策也在不断更新、升级,卫生政策评价工作是医改目标实现的重要保证,对了解医改实施情况、调整完善政策具有重要的现实意义。^[1]

卫生总费用是衡量卫生事业的宏观指标,核算结果常用于卫生政策评价,但随着政策评价工作愈发精细化,不同地区卫生政策的差异性使传统评价指标无法对各地“具体政策具体分析”。^[2]卫生费用核算体系 2011(A System of Health Accounts 2011 Edition, SHA2011)是目前国际上公认的卫生总费用核算方法,它按照医疗卫生服务的筹资、生产和消费

三个环节将卫生费用核算的维度划分为核心维度和扩展维度:核心维度包括筹资方案、服务提供机构和服务功能,用于回答三个基本问题,即哪些医疗卫生用品和服务被消费、哪些卫生服务提供机构提供这些医疗卫生用品和服务、哪些筹资方案对这些医疗卫生用品和服务进行补偿;扩展维度则进一步回答卫生服务的受益人群特征、卫生服务提供机构在生产医疗产品和服务时所消耗的资源成本、筹资资金来源及筹资方式。

SHA2011 相较以往核算体系,更强调不同维度间的数据平衡分析,通过棋盘式平衡核算,可以展示

* 基金项目:基于 SHA2011 的北京市经常性卫生总费用核算研究

作者简介:李诗麒,女(1995 年—),硕士研究生,主要研究方向为卫生经济学。E-mail:842483033@qq.com

通讯作者:程薇。E-mail:cwei214@vip.sina.com

筹资来源、机构流向、实际使用三个维度中任意两个维度的交叉平衡,能更好地体现卫生资源的来源与分配情况,帮助进行卫生筹资政策分析与制定,且具有更强的国际可比性。

SHA2011 在卫生政策评价领域的应用尚不成熟,为使 SHA2011 的核算结果更好地为政策评价服务,本研究通过构建全民医疗保障系统的政策评价指标体系,提供 SHA2011 卫生政策评价指标体系的搭建思路,得到的指标体系不仅可以对卫生政策进行系统、全方位的评价,也能充分展现 SHA2011 核算方法的政策应用意义。

1 资料与方法

1.1 资料来源

全民医疗保障体系相关政策均来自国家纲领性文件,包括《关于深化医药卫生体制改革的意见》、《关于印发“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知》、《关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》等。

1.2 研究方法

使用“结构—过程—结果”分析法搭建全民医疗保障系统的 SHA2011 政策评价指标体系。^[3] 首先从纲领性文件中提炼出可用 SHA2011 指标反映的政策,接着将政策与筹资目标、SHA2011 指标群(研究初期已开发,共 8 大类 54 个指标群)进行匹配,最后将每一条政策落到具体的 SHA2011 指标上,形成政策评价指标体系(图 1)。

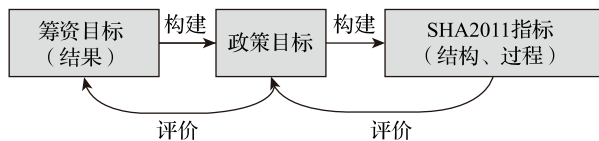


图 1 指标体系构建思路图

2 指标体系构建

2.1 政策梳理

全民医疗保障体系的原则是“保基本、兜底线、可持续”,目的是通过多元化的卫生筹资机制减轻居民就医经济障碍,减少卫生服务可及性差异。通过梳理新医改以来的纲领性文件,对全民医疗保障体系相关政策进行整理,根据筹资目标分成三个维度:

2.1.1 公平性

卫生筹资公平性是全民医疗保障体系建立的首

要目标,相关政策通过健全医保风险分担机制降低居民就医负担,减少居民就医经济障碍,从而改善“因病致贫”问题,大幅提高卫生系统可及性、公平性。

2.1.2 效率

卫生筹资的高效率是全民医疗保障体系运转的关键动力,相关政策通常从技术、配置两个角度入手,通过提升医疗技术或合理分配医保资金来提高基本医保支付效率,从而极大提高卫生资金的使用效率。

2.1.3 可持续性

卫生筹资的可持续性是全民医疗保障体系存在的重要保障,相关政策往往关注增收、持平两个方向,通过扩充基金来源或保持收支平衡来改善基本医保收支管理,从而使卫生资金长期保持充足(表 1)。

表 1 全面医疗保障体系筹资相关政策梳理

筹资目标	政策角度	政策内容
公平	居民就医负担	降低居民自付医药费用负担(1)
	基本医保风险分担	提高基本医疗保障水平(2)
	大病医保风险分担	提高城乡居民大病保险报销比例(3)
		合理确定大病保险补偿政策(4)
		切实解决重特大疾病患者的因病致贫问题(5)
	医疗救助风险分担	完善城乡医疗救助制度(6)
		鼓励和引导社会力量发展慈善医疗救助(7)
	商业保险风险分担	积极发展商业健康保险,满足多样化的健康需求(8)
效率	基本医保支付效率	基本医保对医疗费用增长的制约机制(9)
		基本医保支付政策进一步向基层倾斜(10)
		探索基层医疗卫生机构慢性病患者支付方式(11)
	可持续	基本医保收支管理
		医保基金坚持收定支、收支平衡、略有结余原则(13)

2.2 公平性评价指标体系

将公平性相关政策与 SHA2011 指标群对应,并从中选择可以用来评价政策的指标,全民医疗保障公平性评价指标体系涉及三类指标群,具体如下(表 2)。

2.2.1 经常性卫生费用筹资构成

通过分析不同筹资来源的贡献,来评价卫生筹资的公平程度,有六类指标被纳入指标体系:(1) OOP 占比:反映居民个人医疗经济负担情况,OOP 占比降低说明居民自付医药费用负担减小(政策 1)。(2) 基本医保占比:反映基本医疗保障对居民医疗经

济风险的分担程度,占比增加说明基本医疗保障水平提高(政策2)。(3)非营利组织支出占比:非营利组织支出一般来源于政府、公众或公司的捐赠,反映社会非营利组织对降低居民就医负担的贡献,占比增加说明社会力量开始发挥作用(政策7)。(4)商业医保占比:反映居民对疾病风险分担的重视程度,与 OOP 占比成反比,占比增加说明商业健康保险得到发展(政策8)。(5)大病医保占比:反映医保对重病患者的保障力度,重病患者比一般患者更需要疾病风险分担,政策规定占比不得低于30%(政策3、4)。(6)医疗救助占比:反映政府部门对贫困患者的风险分担程度,体现了政府兜底的责任,占比提高说明医疗救助制度不断完善(政策6)。

表2 全民医疗保障公平性评价指标体系

政策	SHA2011 指标群	SHA2011 评价指标
1	经常性卫生费用筹资构成	经常性卫生费用中 OOP 占比
		治疗服务费用中 OOP 占比
		受益人群治疗服务费用中 OOP 占比
OOP 比率		人均 OOP/人均消费性支出
		人均 OOP/人均可支配收入
2	经常性卫生费用筹资构成	经常性卫生费用中基本医保占比
		治疗服务费用中基本医保占比
		受益人群治疗费用中基本医保占比
人均筹资支出		人均基本医保支出水平
3、4	经常性卫生费用筹资构成	基本医保方案中大病医保支出占比
		治疗服务费用中大病医保支出占比
		受益人群治疗费用中大病医保支出占比
5	OOP 比率	灾难性卫生支出发生率
6	经常性卫生费用筹资构成	政府方案对需方的补助中医疗救助占比
		治疗费用中政府方案医疗救助占比
		受益人群治疗费用中政府医疗救助占比
		人均筹资支出
OOP 比率		致贫分析、灾难性卫生支出分析
7	经常性卫生费用筹资构成	经常性卫生费用非营利组织支出占比
8	经常性卫生费用筹资构成	经常性卫生费用商业医疗保险占比
		不同服务功能费用中商业医疗保险占比
		受益人群治疗费用中大病医保支出占比

2.2.2 OOP 比率

将 OOP 与代表居民收入水平的指标相除,更准确地反映居民就医的经济负担情况,其中两类指标被纳入指标体系:(1)人均就医负担:包括“人均 OOP/人均消费性支出”和“人均 OOP/人均可支配收入”两个指标,从人均消费负担、支付能力两个角度来评价居民就医经济负担情况。指标降低说明居民

自付医药费用负担减小(政策1)。(2)灾难性卫生支出发生率:家庭医疗卫生现金支出达消费比例的40%时,该家庭可视为发生灾难性卫生支出,以家庭为单位可计算出灾难性卫生支出的发生率^[4],发生率降低说明因病致贫问题有所改善,医疗救助制度更加完善(政策5、6)。

2.2.3 人均筹资支出

对筹资总量指标进行标准化处理,能够反映筹资平均水平,常用于区域、人群间的横向对比。人均支出、救助增加说明基本医疗保障水平提高,医疗救助制度更加完善(政策2、6)。

2.3 效率评价指标体系

2.3.1 费用构成

通过分析不同疾病、人群的费用分布评价卫生筹资的效率(表3),有两类指标被纳入指标体系:(1)疾病费用构成:反映疾病费用分布情况,可用来寻找需要控制的费用靶点,如选取费用较高的疾病,制定降低该病种费用的政策。该指标也可用于评价该控费政策施行效果(政策9)。(2)人群费用构成:反映不同人群费用分布情况,慢病患者、老年患者基本医保中基层占比提高,说明基层医疗机构支付方式得到完善,卫生筹资配置效率有所提高(政策11)。

表3 全民医疗保障效率评价指标体系

政策	SHA2011 指标群	SHA2011 评价指标
9	费用构成	疾病费用分布比例指标
		基本医保疾病费用分布比例指标
10	医保费用补充账户	治疗费用增长率
		次均(病种)治疗费用增长率
11	筹资机构流向	基本医保中基层医疗卫生机构占比
		基本医保中非公立医疗机构占比
		基本医保中医疗用品零售机构占比
11	筹资功能流向	基本医保中门诊治疗费用占比
		慢病患者基本医保中基层医疗卫生机构占比
		老年患者基本医保中基层医疗卫生机构占比

2.3.2 医保费用补充账户

现有 SHA2011 指标体系中,“治疗服务费用”已是经常性卫生费用中服务维度的末级指标,通过建立医保费用补充账户,能更充分地反映医保费用现状、使卫生政策评价更精细化。“治疗费用增长率”、“次均治疗费用增长率”等动态指标可以用来评价政策对不同类别治疗方式的控费效果(政策9)。

2.3.3 筹资机构、功能流向

通过分析筹资机构、功能流向,来评价卫生筹资的配置效率。基本医保中基层、非公立医疗机构、门诊治疗、医用品零售机构费用增加可以说明卫生筹资配置效率有所提高(政策 10)。

2.4 可持续性评价指标体系

2.4.1 基本医保收入变化

表 4 可见基本医保收入是收支比率计算的基础,医保收入中个人缴纳金额增长率的提高可以说明居民参保意识不断增强(政策 12)。

表 4 全民医疗保障可持续性评价指标体系

政策	SHA2011 指标群	SHA2011 评价指标
12	基本医保收入变化	基本医保收入构成指标增长率
13	基本医保支出变化	不同年龄组人群人均就医费用 不同疾病组人群人均就医费用
	基本医保收支比率	基本医保支出/基本医保收入 基本医保支出增长率/基本医保收入 增长率 基本医保当年收支结余率

2.4.2 基本医保支出变化、基本医保收支比率

医保支出变化需与医保收入结合,计算出基本医保收支比率,用来分析卫生资金是否充足(政策 13),有三类指标被纳入指标体系:(1)基本医保支出/基本医保收入:反映医保金收支情况的基础指标,指标 > 1 说明医保基金出现透支,需要增加收入或缩减开支。按收支平衡的原则,指标略小于 1 时达到最佳状态。(2)基本医保支出增长率/基本医保收入增长率:从动态视角反映医保基金的收支平衡情况,是上述指标的变形。(3)基本医保当年收支结余率:一般情况下,收支结余越大说明医保基金风险越小,但收支结余过高也说明医保基金的利用率不足,按照“收支平衡、略有结余”的原则,基本医保收支结余率应保持在一定范围内。

3 讨论

3.1 以全民医疗保障体系为例,提供 SHA2011 卫生政策评价指标体系构建思路

使用“结构—过程—结果”分析法,通过政策梳理、筹资目标匹配、SHA011 指标群匹配,最终将全民医疗保障体系相关政策落到具体的 SHA2011 指标上,形成全民医疗保障系统政策评价指标体系。目前我国 SHA2011 核算维度不完全、部分数据进行了本土化处理,本文涉及的部分指标暂无数据结果。

但本研究依然很有意义,因 SHA2011 为国际规

范,我国卫生费用核算一定是逐步向此靠拢,反过来,指标体系的构建也应先基于规范化的 SHA2011 核算体系,在不断根据现实情况对具体指标做删减和补充说明。本文对 SHA2011 指标群分类,从三个维度将政策和指标进行对应,形成 SHA2011 政策评价的基础模型,这一构建思路具有“可推广性”,除全民医疗保障体系外,也可以指导其他卫生政策评价的指标体系构建工作。

3.2 相较传统评价指标更加细致、全面,可用于不同地区间的横向比较

传统评价指标具有普遍的适用性,但不能完全满足各地不同情况的深入分析。本研究以 SHA2011 指标为基础,能够全面清晰地反应卫生资金流动的整个过程,更加全面细致。同时 SHA2011 中各核算维度的分类更接近于产业分类,与宏观经济相关数据的可比较性显著提高^[5],更易应用于不同地区间的横向比较。

3.3 混杂因素难以去除,实际应用中需结合政策具体施行情况

卫生系统的复杂性导致 SHA2011 指标的变化一般是各类政策交互作用的结果,定量评价过程中很难消除混杂因素的影响。另外卫生政策对费用的影响也与政策实施时期有关,在卫生政策实施初期,SHA2011 指标往往会出现较明显的变化;但随着政策施行趋于稳定,SHA2011 指标也逐渐平稳。若忽略上述两点因素,往往会得出片面的结论,实际应用过程中应结合政策实际施行情况多加讨论。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 代涛. 卫生体系改革评价研究的进展与实践[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(4): 1-11.
- [2] 满晓玮, 蒋艳, 赵丽颖, 等. 卫生总费用评价指标在地区级卫生政策分析中的应用[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(11): 49-54.
- [3] 邹武捷. 中国药品集中采购评价指标体系研究[J]. 中国药事, 2016, 30(12): 1270-1278.
- [4] 孙梅, 励晓红, 王颖, 等. 降低居民家庭灾难性卫生支出:“总额预算+按服务单元付费”组合支付方式预期效果之一[J]. 中国卫生资源, 2011, 14(1): 21-22.
- [5] 翟铁民, 张毓辉, 万泉, 等. 卫生费用核算新体系: SHA2011 介绍[J]. 中国卫生经济, 2013, 32(1): 13-15.

[收稿日期:2018-12-09 修回日期:2019-03-20]

(编辑 刘博)