

上海市医保质量评价指标体系构建与政策优化研究

胡可心

上海工程技术大学管理学院, 上海

收稿日期: 2024年1月18日; 录用日期: 2024年3月20日; 发布日期: 2024年6月24日

摘要

在全民医保体系日趋成熟的大背景下, 医保的质量问题愈发显得重要, 这要求对医保质量进行更为精细化的把控和管理。本文聚焦医保质量评价的研究动向, 通过对专家学者的相关成果进行分析与拓展, 进一步完善上海市的医保质量评价指标体系, 旨在为上海市医保质量提升提供坚实的理论支撑和科学依据。为确保评价指标的科学性和实用性, 采用专家打分法和层次分析法, 构建了一个由3个一级指标、9个二级指标以及47个三级指标共同构成的医疗保险质量评价指标体系。这一体系紧密连接医保机构、医疗机构与患者三方, 确保医保质量的全面、综合评估。基于对该医保质量评价指标体系的综合分析, 进一步提出了推动上海市医保质量持续提升的政策建议, 意在加强医保机构与医疗机构的协同合作、优化医保资源配置、提高医疗服务质量、降低患者负担, 从而推动上海市医保体系向更加健康、高效的方向发展。

关键词

医保质量, 评价指标体系, 层次分析法, 政策优化

Construction of Medical Insurance Quality Evaluation Index System and Policy Optimization Research in Shanghai

Kexin Hu

School of Management, Shanghai University of Engineering Science, Shanghai

Received: Jan. 18th, 2024; accepted: Mar. 20th, 2024; published: Jun. 24th, 2024

Abstract

In the context of the increasingly mature national medical insurance system, the quality of medical

文章引用: 胡可心. 上海市医保质量评价指标体系构建与政策优化研究[J]. 运筹与模糊学, 2024, 14(3): 455-467.

DOI: 10.12677/orf.2024.143284

insurance has become increasingly important, which requires more refined control and management of medical insurance quality. This article focuses on the research trends of medical insurance quality evaluation, analyzes and expands on the relevant achievements of experts and scholars, further improves the evaluation index system of medical insurance quality in Shanghai, and aims to provide solid theoretical support and scientific basis for improving the quality of medical insurance in Shanghai. To ensure the scientificity and practicality of evaluation indicators, an expert scoring method and Analytic Hierarchy Process (AHP) were used to construct a medical insurance quality evaluation index system consisting of 3 primary indicators, 9 secondary indicators, and 47 tertiary indicators. This system closely connects medical insurance institutions, medical institutions, and patients, ensuring comprehensive and comprehensive evaluation of medical insurance quality. Based on a comprehensive analysis of the quality evaluation index system of medical insurance, policy recommendations are further proposed to promote the continuous improvement of medical insurance quality in Shanghai. The aim is to strengthen the collaborative cooperation between medical insurance institutions, optimize the allocation of medical insurance resources, improve the quality of medical services, and reduce the burden on patients, thereby promoting the development of Shanghai's medical insurance system towards a healthier and more efficient direction.

Keywords

Medical Insurance Quality, Evaluation Index System, Analytic Hierarchy Process, Policy Optimization

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

回顾历史,从1950年代的公费医疗时代,到如今构建的多层次医疗保障体系,我国在医疗保障领域取得了长足进步。基本医保制度的覆盖面逐步扩大,为更多人提供了安全可靠的医疗保障,同时医保基金的筹集与使用效率也有了显著提升,这无疑是我国社会保障体系的一大亮点。然而,在取得显著成就的同时,也必须清醒地意识到,当前我国医疗服务体系正面临着多方面的挑战。人口老龄化趋势不断加剧,随之而来的是医疗需求的持续增长和卫生费用的不断攀升。这些现实问题让“看病难”“看病贵”等问题日益凸显,不仅给患者带来了沉重的经济负担,同时也对医保基金的稳定性和可持续性提出了严峻考验。因此,如何在保障广大民众基本医疗需求的同时,有效管理和控制医保基金的风险,是当前医疗改革面临的重要课题。我们需要进一步深化医疗体制改革,优化医疗资源配置,提升医疗服务质量,确保医保基金的安全与高效使用。只有这样,我们才能构建一个更加完善、更加公平的医疗保障体系,为全体人民提供优质的医疗服务。

上海市作为我国经济最为发达的城市之一,一直走在社会保障体系改革的前沿。自2000年12月起,上海市便率先推行了城镇职工基本医疗保险制度,旨在为广大城镇职工提供坚实的医疗保障。随着改革的不断深入,到了2007年底,上海市又积极响应国务院的号召,依据《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》的指示精神,启动了城乡居民基本医疗保险的统筹制度。这一举措不仅标志着上海市在医保领域的又一次重大创新,同时也让上海市走在了全国医保制度改革的前列。然而,随着改革的推进,医疗保险体系的复杂性和多样性逐渐凸显出来。一方面,医保体系本身涉及面广、利益关系复杂,

改革难度大；另一方面，基层医疗机构资源稀缺，难以满足人民群众日益增长的医疗服务需求。这些问题不仅影响了医保制度改革的深入推进，也对整个社会的医疗保障水平构成了制约。在这样的背景下，如何提高医保质量，构建一套科学合理的医保质量评价体系就显得尤为重要。一套科学的医保质量评价体系不仅可以为医保政策的制定和调整提供重要参考，还可以帮助相关部门更好地监管和评估医保制度的运行情况。因此，需要立足上海市的实际情况，深入研究医保制度运行的内在规律和机制，建立一套既符合国际惯例又适应本市特点的医保质量评价体系。这样不仅可以提升上海市医保制度的质量和效率，也可以为其他地区的医保制度改革提供有益的借鉴和参考。

2. 医保质量评价的研究现状分析

2.1. 文献研究现状

在我国，医疗保险制度的持续发展和其后续的深化完善始终是学者们积极探究的重要课题。针对制度的运行及其取得的成效，我国学术界开展了多层次、多角度的研究与评价。李玲学者以昆明市为例，通过运用微观分析模型，深入预测了未来五年社保基金的影响因素，并利用连锁替代法，精准地剖析了影响医保基金收支平衡的关键因素。这一研究不仅为昆明市社保基金的管理提供了有力的决策支持，也为全国其他地区的医保基金管理提供了宝贵的借鉴[1]。李建梅学者和彭佳平学者则从医疗保险基金付费模式这一新颖视角出发，为医疗保险基金的风险管理开辟了新的研究道路。这一独到的见解为深化医疗保险制度的理解、完善医疗保险政策，提供了独特的思路和方法[2]。此外，许红华学者运用回归模型，对城镇职工基本医疗保险基金收支的影响因素进行了深入分析，为优化医保基金管理提供了科学依据[3]。赵文龙学者和郑美雁学者从公平、效率和发展三个方面全面测评了我国职工医保体系，建立起多维度评价体系，为医保制度的完善提供了重要参考[4]。张邹学者结合珠海市全民医保的实施情况，从总体情况、居民基本医疗、重大疾病医疗和医疗救助四个维度出发，构建了一套全面反映医保实施效果及可持续发展能力的评价指标体系。这一研究不仅为珠海市医保工作的优化提供了指导，也为其他地区医保工作的推进提供了有益启示[5]。胡进秋学者则运用德尔菲法和层次分析法，构建了一套针对性强、完整度高、操作性好的医保管理绩效评价指标体系。该体系包含医疗费用、医保患者、医疗管理和学习与发展四个一级指标，以及相应的二级和三级指标，为医院的医保管理工作提供了强有力的支撑[6]。

根据目前的研究文献来看，学者们已经多维度地探讨了医疗保险制度的各个层面，无论宏观还是微观都有涉及。然而，我国在医保质量评价方面尚未建立起一套完整的、科学的体系。各地医保经办机构虽然根据本地情况制定了一些考核评价体系，但遗憾的是，这些体系大多以医疗服务协议条款的形式出现，缺乏科学的权重核定和计算方法，更没有一个统一且明确的评价标准。这样的状况使得医保质量评价无法精准地进行。此外，各级医院在医保质量的自我评价方面也面临着挑战，缺乏一个科学、客观、准确的方法和标准来度量其医保工作的成效。因此，无论是从医保经办机构的角度，还是从医院自身出发，都亟待一套更加细致、更加科学的医保质量评价指标体系。正是在这样的背景下，本文致力于深入研究医保质量评价的前沿形势，基于众多专家学者的研究成果，进一步细化上海市的医保质量评价指标体系，旨在为上海市的医保质量评价工作提供更加科学、更加准确的理论依据，进而推动医保质量的整体提升，为人民群众提供更优质的医疗保障服务。

2.2. 上海市医保制度发展历程

在新中国成立之初，上海市采用的是一套旨在为机关事业单位人员提供公费医疗保障，同时也关注到国有企业和城镇大集体职工的劳保医疗需求的医疗保险制度。这一时期的医疗保险制度，体现了新中国对人民健康和社会福利的高度重视。然而，随着时代的发展和社会的进步，全国医疗保险制度改革的

必要性日益凸显。为了更好地适应时代的要求，满足人民群众日益增长的医疗需求，上海市积极响应国家号召，开始了对医疗保险制度改革的深入探索。这场改革旨在建立一个更加公平、可持续的医疗保险体系，为全市人民的健康和福祉保驾护航。在这场改革的大潮中，上海市结合自身实际情况，勇于创新、敢于实践。通过对医疗保险制度的不断优化和完善，上海市逐渐构建起一个符合时代发展需要、具有上海特色的医疗保险制度。这不仅提升了上海市的医疗保障水平，也为全国其他地区的医疗保险制度改革提供了有益的借鉴和参考。

在 1993 年至 1994 年间，上海市为了推动医疗领域的健康发展，实施了一系列重要的卫生政策。其中，主要侧重于“控制药品费用”与“控制大型设备配置”，这两大举措旨在降低医疗成本，减轻患者的经济负担，同时避免医疗资源的过度配置和浪费。此外，还实施了“总量控制、结构调整”的策略，通过严格管理医疗资源的总量，优化医疗服务的结构，进一步提升医疗服务的质量和效率[7]。这些政策的实施，不仅提升了上海市的医疗服务水平，也为接下来的医疗保险改革方案创造了有利的外部环境，为医疗保险制度的健全和完善奠定了坚实的基础。

1996 年 5 月，上海市开始从城镇企业职工住院医疗保险入手进行医改。1996~2000 年，上海市按照“积极、慎重、稳妥”和“总体设计、分布实施、逐步推进、不断完善”的医保改革原则陆续推出三步改革，直至 2000 年 12 月城镇职工基本医疗保险制度出台。这一制度的建立，不仅标志着延续了近 50 年的传统医疗制度的结束，也预示着一个全新的、适应社会主义市场经济发展需要的医疗保险制度的开始运作。这一转变不仅提升了上海市医疗保障体系的现代化水平，也为全市人民的健康福祉提供了更有力的保障。

2001 年 1 月，上海市在医改道路上迈出了重要的一步，全面实施了城保制度。此后，个保和镇保也相继得到实施，这一系列举措标志着分类型基本医疗保险制度在上海的正式建立。这一制度的实施，为广大职工提供了制度性的保障，确保了他们能够获得基本的医疗服务，充分展现了基本医疗保险制度的社会公平性。与此同时，上海市并未满足于现状，而是持续深化改革，不断完善医保制度。为进一步提升医疗服务的统筹管理能力，上海市实施了住院医疗保险制度改革方案。这一方案将市区范围内城镇职工的门诊和住院医疗全面纳入了社会统筹管理的范畴，实现了医疗资源的优化配置和高效利用。

2007 年 7 月，上海市政府发布了一项重要通知——《上海市城镇居民基本医疗保险试行办法的通知》。这一举措标志着上海正式启动了城镇居民医疗保险的实施工作，迈出了建立健全社会保障体系的关键一步。为确保《试行办法》的顺利实施，一系列配套政策相继出台，旨在为医疗保险制度的运行提供坚实的政策保障。这些政策从多个方面对医疗保险制度进行了细化和完善，确保其能够真正惠及广大市民，为其提供更加全面、优质的医疗保障服务。

3. 上海市医保质量评价指标体系构建及其权重确定

3.1. 评价指标构建原则

为了能更加全面、准确地评估上海市的医保质量状况，建立一套科学合理的评价指标体系显得尤为重要。有效的评价指标体系不仅能够让医保管理者迅速捕捉问题，采取有效的应对措施，更能起到监督、检测、指导决策等多重作用，进而提升医保基金的使用效率，确保上海市的医疗保障体系能够更加安全、稳健地运行。在设计评价指标时，需着重考虑其可比性和代表性。这意味着所选取的指标不仅需要在不同的时间和空间背景下都具备可比性，更要能够深入浅出地反映出医疗保险质量的本质。这样的指标，既要能够横向比较不同地区的医保情况，又要能够纵向考察同一地区医保随时间的变化情况。

至于评价指标体系的设计原则，则遵循以下几点：首先，系统整体性原则。确保指标体系能够全面反映医保质量的各个方面；其次是科学性原则。要求每一个指标都基于科学的理论和方法论；再次，可

操作性原则, 保证指标数据易于获取和计算, 便于实际应用; 此外, 动态导向性原则, 使指标体系能够引导医保工作向更好的方向发展; 同时, 指标还要与社会经济发展和可持续发展相适应, 以确保医保政策与国家宏观战略相契合; 最后, 简明实用原则, 力求用简洁明了的语言描述指标, 使其在实际运用中更加方便快捷[8]。

3.2. 层次分析法

层次分析法作为一种多层次权重解析结构分析方法, 起源可追溯到 20 世纪 70 年代中期, 由美国运筹学领域的杰出学者托马斯·塞蒂(T. L. Saaty)正式提出。这种方法的核心思想在于将错综复杂的决策系统进行层次化解构, 通过系统地、逐层地比较各种相关因素的重要性, 从而为决策提供定量化的依据。层次分析法通过将复杂的决策问题分解为若干个层次和子层次, 使得分析人员能够更为清晰地把握各因素之间的关系, 从而进行精确的权重分配。这种逐层比较的方式不仅有助于深入理解问题的本质, 还能有效地避免决策过程中的主观性和随意性。作为一种实用的分析方法, 层次分析法在多个领域都得到了广泛的应用。无论是企业管理、政策制定还是科研决策, 层次分析法都能够帮助决策者更加科学、合理地权衡各种因素, 制定出更加符合实际情况的决策方案。

首先, 在深入分析实际问题的基础上, 将有关的各个因素按照不同属性自上而下地分解成若干层次, 同一层的诸因素从属于上一层的因素或对上层因素有影响, 同时又支配下一层的因素或受到下层因素的作用。最上层为目标层, 通常只有 1 个因素, 最下层通常为方案或方案层, 中间可以有一个或几个层次, 通常为准则层。其次, 从第二层开始, 用成对比较法和 1~9 比较尺度构造成对比较矩阵, 直至最底层, 以计算权向量并进行一致性检验。应用特征根及特征向量计算一致性指标, 若通过检验则得出权向量, 不然需重新构造比较矩阵。最后, 计算组合权向量, 由于已经做过一致性检验, 无需再次检验。整个过程有序, 确保模型准确性。

本文使用专家打分法, 采用 1~9 比较尺度, 并使用相对权重来描述不同指标。专家对各项指标两两比较并赋值, 选取离差最小的整数或其倒数值作为最终比较值, 构建比较矩阵, 以此得出各项指标的权重。

3.3. 评价指标选取来源与设计

对医疗保险的评价是世界各国都十分重视的环节, 对其进行评价是为了对医疗保险的质量及社会效益、经济效益作出判断, 从而为医疗保险的运作与管理提供决策依据。国外评价医疗保险的首要指标是公平性, 其次才看其经济效益与影响。如 2000 年 NHS (英国国民医疗保险制度) 制定的全民保健制度运行效果评价指标体系, 共分 6 个方面 51 个终端指标。这六方面分别是: 社会健康水平的提高、可及性的公平、适当健康服务的有效供给、效率、病人和家属国民健康服务的经历、医疗服务的健康结果。

本文结合上述国内学者关于医保质量评价体系构建的相关文献及国外全民保健制度运行效果评价指标体系, 根据价值原则和我国医疗保险制度改革的目标, 以及社会医疗保险发展运行的规律为依据, 分析上海市医疗保险基金使用效果, 设计构建上海市医疗保险质量评价指标体系中的评价指标。

建立全民医疗保障最根本的目的是实现医疗服务的公平性与可及性, 因此对其评价应从公平性与可及性入手, 评估其运行效率以及可持续发展性; 其次, 全民医保能否有效缓解看病贵、看病难的问题, 则需要对其实施效果进行评估。再者, 全民医保是要解决群众看病负担重的问题, 减轻患者家庭的疾病经济负担, 防止因病致贫, 因此需要站在患者层面评估医保质量。综上, 本文将医保质量指标体系按照不同层次将一级指标划分为基金(A1)、医疗机构(A2)和患者(A3) 3 个层面。然后通过对一级指标进行分解, 确立了 9 个二级指标。依据 SMART 原则, 将二级指标具体化、量化, 形成具有可操作性、可计算的三级指标。最后, 将初步确定的指标体系进行整理, 根据初拟的指标设计向专家学者进行咨询, 并对咨询

专家提供的反馈意见和建议进行分析，纳入较为合理的指标，重新进行指标筛选，最终建立较为完整的一套医保质量评价指标体系。

3.4. 层次结构模型建立与判断矩阵构造

本文使用 yaahp 层次分析软件构建了上海市医保质量评价指标体系的层次结构模型。顶层为目标层，中间层包括第二层和第三层，称为准则层，最底层为第四层，也被称为方案层，具体模型结构见图 1。

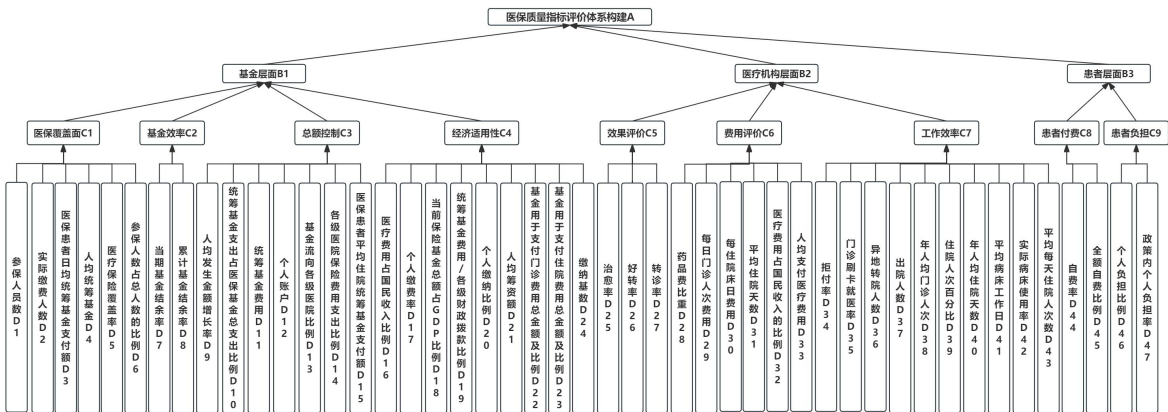


Figure 1. Hierarchical structure model of medical insurance quality evaluation index system in Shanghai
图 1. 上海市医保质量评价指标体系层次结构模型

随后，逐层采用成对比较法和 1~9 比较尺度，对与上一层各因素有从属关系或影响关系的同级因素进行比较，直至最底层，形成成对比较矩阵。具体取值方法可参照表 1。

Table1. Quantification value and meaning of the judgment matrix
表 1. 判断矩阵量化值及含义

量化值	含义
1	两个要素同等重要
3	两个要素相比，一个要素较另一个稍微重要
5	两个要素相比，一个要素较另一个比较重要
7	两个要素相比，一个要素较另一个十分重要
9	两个要素相比，一个要素较另一个绝对重要
2, 4, 6, 8	上述两相邻判断的中值
倒数	若因素 A 与因素 B 比较判断得 3，则因素 B 与因素 A 比较判断得 1/3

最后，将指标评分结果依次导入层次分析软件，并对其进行一致性检验。为避免随机原因而导致的一致性发生偏离的情况，本文计算了检验系数，检验系数 CR 等于一致性指标 CI 与随机一致性指标 RI 之比，CR 计算方式为公式(3-1)。其中 CI 计算方式为公式(3-2)。

$$CR = RI / CI \tag{3-1}$$

$$CI = \lambda_{\max} - n / n - 1 \tag{3-2}$$

其中 CR 小于 0.1，则认为一致性较好，可通过验证，否则就不具有良好的一致性。CI 越趋近于 0，则说明一致性程度越高。而随机一致性指标 RI 和判断矩阵阶数有关，矩阵阶数越高，随机一致性概率越高。随机一致性指标与判断矩阵阶数对应关系见表 2。

Table 2. Random consistency index and matrix order reference table
表 2. 随机一致性指标与矩阵阶数参照表

矩阵阶数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<i>RI</i>	0	0	0.58	0.90	1.12	1.24	1.32	1.41	1.45	1.49	1.51

通过计算可得知 *CI* 值，参照 *RI* 标准值，计算检验系数。该指标体系矩阵中的检验系数值均小于 0.1，由此可得该指标体系的判断矩阵的一致性程度很高，可展开计算各层级指标的权重。

3.5. 各级指标体系权重确立

3.5.1. 一级指标权重的确定

通过 yaahp 软件计算得到一级指标权重，见表 3 所示。

Table 3. First-level index weights
表 3. 一级指标权重

	一级指标	权重
上海市医保质量评价指标体系 A	基金层面 B1	0.2970
	医疗机构层面 B2	0.1634
	患者层面 B3	0.5396

由表 3 可知，一级指标权重从小到大排序为 B3 (0.5396)、B1 (0.2970)、B2 (0.1634)，由此可知学者普遍认为患者层面指标更为重要。

3.5.2. 二级指标权重的确定

通过 yaahp 软件计算得出的上海市医保质量评价各二级指标的权重反映了它们在评价体系中的相对重要程度，具体结果见表 4。

Table 4. Second-level index weights
表 4. 二级指标权重

	一级指标	二级指标	权重
上海市医保质量评价指标体系 A	基金层面 B1	医保覆盖面 C1	0.1671
		基金效率 C2	0.4531
		总额控制 C3	0.2616
		经济适用性 C4	0.1182
	医疗机构层面 B2	效果评价 C5	0.1634
		费用评价 C6	0.5396
		工作效率 C7	0.2970
	患者层面 B3	患者付费 C8	0.3333
		患者负担 C9	0.6667

由上表可知，二级指标权重从大到小排序为：C9 (0.6667)、C6 (0.5396)、C2 (0.4531)、C8 (0.3333)、C7 (0.2970)、C3 (0.2616)、C1 (0.1671)、C5 (0.1634)、C4 (0.1182)，其中患者负担的影响程度较高于其他指标。

3.5.3. 三级指标权重的确定

借助 yaahp 软件，计算到上海市医保质量评价三级指标权重，三级指标权重见表 5。

Table 5. Three-level index weights

表 5. 三级指标权重

一级指标	二级指标	三级指标	权重
上海市医保质量 评价指标体系 A	医保覆盖面 C1	参保人数 D1	0.0186
		实际缴费人数 D2	0.0037
		医保患者日均统筹基金支付额 D3	0.0121
		人均统筹基金 D4	0.008
		医疗保险覆盖率 D5	0.0039
		参保人数占总人数的比例 D6	0.0034
	基金效率 C2	当期基金结余率 D7	0.0448
		累计基金结余率 D8	0.0897
	基金层面 B1	人均发生金额增长率 D9	0.0106
		统筹基金支出占医保基金总支出比例 D10	0.0197
		统筹基金费用 D11	0.008
		个人账户 D12	0.003
		基金流向各级医院比例 D13	0.0059
		各级医院保险费用支出比例 D14	0.004
		医保患者平均住院统筹基金支付额 D15	0.0265
		医疗费用占国民收入比例 D16	0.0025
		个人缴费率 D17	0.0100
		当期保险基金总额占 GDP 比例 D18	0.012
		统筹基金费用/各级财政拨款比例 D19	0.0018
		个人缴纳比例 D20	0.0067
	经济适用性 C4	人均筹资额 D21	0.001
		基金用于支付门诊费用总金额及比例 D22	0.004
		基金用于支付住院费用总金额及比例 D23	0.0047
		缴纳基数 D24	0.003
	医疗机构层面 B2	治愈率 D25	0.0167
		好转率 D26	0.0064
		转诊率 D27	0.0036
	效果评价 C5		

续表

上海市医保质量 评价指标体系 A	医疗机构层面 B2	费用评价 C6	药品费比重 D28	0.024
			每日门诊人次费用 D29	0.0101
			每住院床日费用 D30	0.0053
			平均住院天数 D31	0.0053
			医疗费用占国民收入的比例 D32	0.0206
			人均支付医疗费用 D33	0.0229
		工作效率 C7	拒付率 D34	0.0105
			门诊刷卡就医率 D35	0.0043
			异地转院人数 D36	0.0061
			出院人数 D37	0.0093
	患者层面 B3	患者付费 C8	年人均门诊人次 D38	0.0037
			住院人次百分比 D39	0.0026
		患者负担 C9	年人均住院天数 D40	0.0052
			平均病床工作日 D41	0.0026
			实际病床使用率 D42	0.002
			平均每天住院人次 D43	0.0022
		自费率 D44	自费率 D44	0.06
			全额自费比例 D45	0.1199
		个人负担比例 D46	个人负担比例 D46	0.1199
			政策内个人负担率 D47	0.2398

4. 上海市医保质量评价指标分析

本文运用 yaahp 软件，计算出上海市医保质量评价指标的权重并进行排序，见表 6。

Table 6. Weight table of medical insurance quality evaluation index system in Shanghai
表 6. 上海市医保质量评价指标体系权重表

一级指标	权重	排序	二级指标	权重	排序	三级指标	权重	排序
基金层面 B1	0.2970	2	医保覆盖面 C1	0.1671	7	参保人数 D1	0.0186	12
						实际缴费人数 D2	0.0037	35
						医保患者日均统筹基金支付额 D3	0.0121	14
						人均统筹基金 D4	0.008	21
						医疗保险覆盖率 D5	0.0039	34
						参保人数占总人数的比例 D6	0.0034	38

续表

基金层面 B1	0.2970	2	基金效率 C2	0.4531	3	当期基金结余率 D7	0.0448	6
						累计基金结余率 D8	0.0897	4
						人均发生金额增长率 D9	0.0106	66
						统筹基金支出占医保基金总支出比例 D10	0.0197	1
						统筹基金费用 D11	0.008	22
			总额控制 C3	0.2616	6	个人账户 D12	0.003	39
						基金流向各级医院比例 D13	0.0059	26
						各级医院保险费用支出比例 D14	0.004	32
						医保患者平均住院统筹基金支付额 D15	0.0265	7
						医疗费用占国民收入比例 D16	0.0025	43
						个人缴费率 D17	0.0100	19
						当期保险基金总额占 GDP 比例 D18	0.012	15
			经济适用性 C4	0.1182	9	统筹基金费用\各级财政拨款比例 D19	0.0018	46
						个人缴纳比例 D20	0.0067	23
						人均筹资额 D21	0.001	47
						基金用于支付门诊费用总金额及比例 D22	0.004	33
						基金用于支付住院费用总金额及比例 D23	0.0047	30
						缴纳基数 D24	0.003	40
			治愈率 D25	0.0167	13			
效果评价 C5	0.1634	8	好转率 D26	0.0064	24			
			转诊率 D27	0.0036	37			
医疗机构层面 B2	0.1634	3				药品费比重 D28	0.024	8
						每日门诊人次费用 D29	0.0101	18
						每住院床日费用 D30	0.0053	27
			费用评价 C6	0.5396	2	平均住院天数 D31	0.0053	28
						医疗费用占国民收入的比例 D32	0.0206	10
						人均支付医疗费用 D33	0.0229	9

续表

医疗机构 层面 B2	0.1634	3	工作效率 C7	0.2970	5	拒付率 D34	0.0105	17
						门诊刷卡就医率 D35	0.0043	31
						异地转院人数 D36	0.0061	25
						出院人数 D37	0.0093	20
						年人均门诊人次 D38	0.0037	36
						住院人次百分比 D39	0.0026	41
						年人均住院天数 D40	0.0052	29
						平均病床工作日 D41	0.0026	42
						实际病床使用率 D42	0.002	45
						平均每天住院人次 D43	0.0022	44
患者层面 B3	0.5396	1	患者付费 C8	0.3333	4	自费率 D44	0.06	5
						全额自费比例 D45	0.1199	3
			患者负担 C9	0.6667	1	个人负担比例 D46	0.1199	2
						政策内个人负担率 D47	0.2398	1

从权重表中可以看出，在一级指标中，对于评价医保质量而言，患者层面 B3 的最大权重值为 0.5396，显示出专家们普遍认为“患者层面”是最能反映医疗保险质量的重要因素，这也体现了医疗保险高质量发展的人本理念。其次是基金层面 B1，这表明医疗保险质量评价不仅关注患者付费和负担，还涉及医保覆盖范围、基金效率、资金总额控制以及经济适用性等方面。因此，需要加强医疗保险宣传力度，扩大医保覆盖范围，并拓宽医保基金筹资途径。医疗机构层面排在最后，这说明相对于前两个指标，医疗机构层面的重要性略低。然而，这并不意味着这个指标不重要。

从二级指标来看，评价基金运行情况时，最重要的指标是患者负担 C9，然后依次是费用评价 C6、基金效率 C2、患者付费 C8、工作效率 C7、总额控制 C3、医保覆盖面 C1、效果评价 C5、经济适用性 C4。通过排名可以看出，二级指标与一级指标是相辅相成的，体现了医疗保险质量评价的核心在于减轻患者的负担、降低患者的费用、提高医疗保险基金的效率、以及帮助患者缓解疾病。

三级指标中，排在前 10 的指标依次为：政策内个人负担率 D47、全额自费比例 D45、个人负担比例 D46、累计基金结余率 D8、自费率 D44、当期基金结余率 D7、医保患者平均住院统筹基金支付额 D3、药品费比重 D28、人均支付医疗费用 D33、医疗费用占国民收入的比例 D32。这些指标细化且具体，突显出患者个人负担水平、基金结余情况、统筹基金支付、药品费用和医疗费用等因素在评价上海市医保质量中的关键性。即使在排名较低的指标中，也并非在医疗保险质量评价中毫无意义，而可能是因为这些指标在医保质量评价中的影响不够显著。

5. 政策优化建议

5.1. 优化自费医疗保障，多种支付模式结合

在构建合理的医疗支付体系时，我们应首先坚持公平与公正的原则，对医院的协议目标进行详尽的评估。评估中需充分考虑不同费用区间的合理性，不同诊疗项目的特殊性，以及不同年龄层次病人的承受能力，从而制定出恰当的病人自付比例。这样的比例应当既能保证医院的正常运营，又能减轻患者的经济负担。其次，我们需要改变过去那种“以收定支”的按事付费模式。这种模式虽然简单直接，但往

往导致了医疗费用的不合理上涨。为此，我们应积极引入“超额分摊，结余自负”的付费机制，以此激励医院更有效地利用医疗资源，提高医疗服务的效率和质量。同时，我们还应积极探索并推进按病种支付、按人头支付以及总额预付等多种支付方式，使这些模式在医疗服务体系中发挥协同作用。通过将多种支付模式有机结合，我们可以有效地控制医疗费用的上涨势头，进而降低医保病人的医疗费用负担。这不仅有助于提升医疗服务的可及性和可负担性，更能为构建更加健康、可持续的医疗保障体系奠定坚实基础。

5.2. 构建医保多方筹措机制，充分激发医保基金活力

首先必须构建一个科学有效的医疗保险筹措机制。这就需要从多方面着手，比如通过实施减税政策，激励企业提高其职工医疗保险的缴费比例。这样的措施既能够保障职工的医疗权益，又能为医疗保险基金提供更多的资金来源，从而确保医疗保险的稳健运行。其次，政府需要积极引导社会力量的参与，通过鼓励和促进社会公益捐赠，来为医疗保险基金筹集更多的资金。这包括从福彩公益金中划拨一定比例的福利基金，或者从高额消费税中抽取部分资金。通过这种方式，我们可以有效地将社会上闲置的资金集中起来，为医疗保险基金注入更多活力，确保它的稳定运营。最后，我们应该充分利用资本市场的作用，来实现医疗保险基金的保值和增值。以上海市目前实施的“半基金累积制”为例，这种机制结合了“个人账户”与“社会统筹”的特点。为了降低“个人账户基金”的贬值风险，我们需要对其进行有针对性的投资。通过精心选择投资项目和策略，我们可以有效提高基金的收益率，从而为医疗保险提供更加坚实的经济基础。总的来说，构建合理的医疗保险筹措机制，需要政府、企业和社会各界的共同努力。通过减税激励、公益捐赠和资本市场运作等多种方式，我们可以为医疗保险基金筹集更多的资金，确保其稳健、可持续的发展，更好地保障人民的健康权益。

5.3. 坚定“零加成”制度，积极探索新型合作关系

首先，上海市应当坚定推行“零加成”制度，循序渐进地实现医药分离，以此来从根本上抑制医生的过度处方等受利益驱动的行为。此项制度的实施，不仅有助于规范医生的职业行为，更能为患者带来实实在在的减负效应。在此基础上，还需进一步深化合理用药制度的改革，特别是对于高价格药品和高值医用耗材，必须采取严格的限价措施，确保医药费用的合理性和透明度。然而，仅仅依靠药品和医用耗材的降价，以及提高医疗服务价格等举措是远远不够的。上海市更应主动探索并建立职工医疗保险与医疗机构之间的新型合作关系。这种合作关系的建立，需要双方以科学的态度、合理的契约为基础，共同构建一种既高效又共赢的协作模式。通过这样的协作，可以有效优化医疗资源配置，提升医疗服务的质量和效率，为患者带来更加优质和便捷的医疗服务体验。综上所述，上海市在医疗改革方面需要综合运用多种手段，从制度到实践层面全面推进，才能真正实现医药费用的合理控制，保障广大患者的合法权益，推动医疗行业的健康发展。

5.4. 健全专门老年健康保障体系，推动“医养结合”新模式

为了应对日益加剧的人口老龄化现象所带来的医保统筹基金压力，建立健全专门的老年健康保障体系显得至关重要。首先，我们需要积极推动社会养老事业的全面发展。其中，重要的是鼓励参保人群，特别是老年人，优先选择就近的社区医疗机构进行日常诊疗。针对重病、大病的情况，应实施科学的分级转诊制度，确保老年人在得到及时有效治疗的同时，减轻医保基金的压力。此外，社区也应加强健康宣传工作，普及健康知识，为每个老年人建立详细的健康档案，并加大预防保健力度，通过科学的生活方式减少疾病的发生。同时，我们应加强对合理就医理念的传播，使老年人了解并接受按需就医的理念，从而有助于遏制医疗费用不断上涨的趋势。其次，我们还需积极推动“医养一体”的新型养老模式。这

意味着我们应鼓励养老机构和医疗机构携手合作，共同创办集医疗和养老于一体的服务机构。这样的模式能够极大地简化老年人的就医流程，让他们能够在熟悉的环境中接受专业的医疗和养老服务，从而更好地维护健康。同时，这种模式下，我们也能更有效地管理老年群体的医保统筹资金，确保其使用的合理性和高效性。通过以上的措施，我们不仅能够有效应对人口老龄化对医保统筹基金带来的挑战，还能够为老年人提供更加全面、专业的健康保障，使他们在晚年能够过上更加安心、健康的生活。

6. 结束语

随着医疗保险制度保障范畴的日渐扩大与待遇政策的持续优化，医疗服务利用率显著提升，参保人员所享受的待遇水平在相对比例中显著增强。然而，上海市医保改革仍面临着医疗费用增速过快、患者个人负担较重的重大挑战。对此，政府有必要建立一套科学合理的医保质量评价体系，以便对医院进行精准考核，从而规范医院行为，提升服务质量。同时，通过制定一系列完善医保政策制度的措施，可以进一步强化医保质量提升的力度。这些举措不仅有助于解决当前的问题，也将为医保系统的长远健康发展奠定坚实基础。政府还需加强监管，确保政策的有效执行，让群众在享受医保待遇的同时，切实减轻经济负担，实现医保制度的公平、高效、可持续。唯有不断扩大上海市医疗保险的覆盖范围和保障水平，持续提升医保质量，有效减轻民众的经济负担，方能确保医院充分发挥其应有的作用。

参考文献

- [1] 李玲. 昆明市城镇职工基本医疗保险统筹基金风险预测及对策研究[D]: [硕士学位论文]. 上海: 第二军医大学, 2006.
- [2] 李建梅, 彭佳平. 医保基金风险防范的新视角[J]. 中国医疗保险, 2009(11): 28-30.
- [3] 许红华. 城镇职工基本医疗保险基金筹资比例测算与费用支付管理研究[D]: [博士学位论文]. 徐州: 中国矿业大学, 2011.
- [4] 赵文龙, 郑美雁. 我国城镇职工基本医疗保险评价指标体系的构建[J]. 统计与决策, 2005(5): 36-37.
- [5] 张邹. 全民医保实施效果评价指标体系的构建——以珠海市为例[J]. 人民论坛, 2011(5): 168-169.
- [6] 胡进秋, 刘其芹, 王标, 王卫兵, 周绿林. 基于平衡计分卡的医院医管理绩效评价评价指标体系的构建[J]. 中国医疗保险, 2013(2): 46-49.
- [7] 冯晓霞. 浅析上海市城镇基本医疗保险制度改革[J]. 湖北财税, 2001(10): 23-25.
- [8] 张晓, 李少冬, 梅姝娥, 刘蓉, 张金宏, 巢建茜. 社会医疗保险制度改革指标体系构建与评估探索[J]. 中国卫生经济, 2005(1): 37-40.