

我国罕见病“友好型”普惠险评价指标体系构建及应用探索*

朱铭来^①, 何敏^①, 郭晋川^②, 欧菁菁^①, 魏雪宁^①

摘要 构建科学客观的罕见病“友好型”普惠险评价指标体系,为普惠险更好地参与罕见病多层次保障提供参考依据。文章以文献研究为基础,综合应用主成分分析法确定评价体系与指标权重,并对我国市面上保障范围不限制罕见病、基因型疾病或遗传性疾病的62款普惠险产品进行指标测算与应用。在保证基金稳定持续运营的基础上,为产品设置合理的既往症条款和责任免除条款;探索建立普惠险特药清单制度或地方性专项保障制度;在目录外住院自费保障的基础上,增加门诊的保障责任。

关键词 罕见病;“友好型”普惠险;评价体系

中图分类号 R1-9; F840.625 **文献标志码** B **文章编号** 1003-0743(2022)08-0021-04

The Construction and Application of “Friendly” Inclusive Health Insurance Evaluation Index System for Rare Diseases in China/ZHU Ming-lai, HE Min, GUO Jin-chuan, et al.//Chinese Health Economics, 2022,41(8):21-24

Abstract To construct a scientific and objective “friendly” inclusive health insurance evaluation index system for rare diseases, and to provide a reference basis for inclusive health insurance to better participate in the multi-level guarantee of rare diseases. On the basis of literature research, principal component analysis (PCA) is used to determine the evaluation system and index weight, and the index measurement and application of 62 inclusive health insurance in China that are not limited to rare diseases, genotype diseases or genetic diseases are also carried out. On the basis of ensuring the stable and continuous operation of the fund, reasonable pre-existing condition clauses and liability exemption clauses are set for the products. It explores the establishment of a general insurance list of special drugs or local special security system. On the basis of the insurance of out-of-catalogue hospitalization, the responsibility of outpatient service should be increased.

Keywords rare disease; “Friendly” inclusive health insurance; evaluation index system

First-author's address School of Finance, Nankai University, Tianjin, 300353, China

Corresponding author HE Min, E-mail: hemin20190913@126.com

罕见病是一种发病率很低、很少见的疾病。我国的罕见病患者高达2 000多万人^[1-2],罕见病已不再“罕见”。诊疗难和用药保障难是“横亘在罕见病患者治疗路上的两座大山”,除了基本医保的保障,解决两大难题还需要建立健全多层次的医疗保障体系,充分发挥商业健康险的“第四重保障”作用。近年来,中共中央、国务院不断强调商业健康险在我国多层次医疗保障体系中的重要作用。在国家政策指导与各地政府的探索下,普惠险成为了保障罕见病的新途径,其不限制罕见病群体投保的产品特点有效减轻了罕见病患者的医疗负担。鉴于各款产品对罕见病的保障程度不一,本研究通过构建罕见病“友好型”指数的方式,对62款普惠险产品进行评级,以期优化普惠险的产品设计以及推进普惠险参与罕见病多层次保障建言献策。

1 资料与方法

1.1 资料来源

资料来源于我国市面上保障范围不限制罕见病、基因型疾病或遗传性疾病的62款普惠险产品信息。

1.2 研究方法

1.2.1 文献研究法。借助国内权威数据库与国内相关机构网站进行文献检索,系统收集有关普惠险产品及其评价体系的文献,并结合普惠险对罕见病的保障模式,筛选出有代表性的指标,建立指标库。

1.2.2 主成分分析法。指标权重的确定方法可划分为主观赋权法和客观赋权法。本研究采用的是客观赋权法中的主成分分析法,来确定罕见病“友好型”指标体系的指标权重。主成分分析法是利用降维的思想,在损失较少信息的前提下把多个指标转化为较少的综合指标。

2 结果与分析

2.1 指标体系的构建

由表1可知,参考朱铭来等^[3]的做法,本研究所构建的罕见病“友好型”指数(总得分)的指标体系包括两个维度:保障性维度与可持续性维度。罕见病“友好型”指数共有6个一级指标,23个二级指标。其

* 基金项目:国家社会科学基金项目(18BGL199)。

① 南开大学金融学院 天津 300353

② 北京病痛挑战公益基金会 北京 100079

作者简介:朱铭来(1970—),男,博士学位,教授;研究方向:卫生经济与医疗保障;E-mail:zhuml@nankai.edu.cn。

通信作者:何敏,E-mail:hemin20190913@126.com。

中，保障性维度包括4个一级指标与18个二级指标；
可持续性维度包括2个一级指标与5个二级指标。

2.2 效度检验与 Bartlett 检验（球形检验）

主成分分析法的前提条件是变量之间存在较强的

表1 罕见病“友好型”指数的指标体系

维度及一级指标	二级指标	指标说明及评分标准
A 保障性维度		
A1 参保条件保障	A1.1 既往症限制	不限制罕见病或基因型疾病既往症得1分，限制但仅降低罕见病或基因型疾病既往症报销比例得0.5分
	A1.2 保费	保费低于行业平均水平得1分，保费等于行业平均水平得0.75分，保费高于行业平均水平得0.5分
	A1.3 缴费是否分档	缴费不分档得1分，缴费分档得0.5分
	A1.4 个人账户支持情况	支持个人账户得1分，不支持个人账户得0.5分
A2 医保目录内保障	A2.1 医保目录内总保额	相比行业平均水平，高于50%以上得1分；高于25%~50%得0.8分；高于平均值~高于25%得0.6分；低于平均值~低于25%得0.4分；低于25%~50%得0.2分，低于50%~零保额得0分
	A2.2 住院自付免赔额	相比行业平均水平，低于50%以上得1分；低于25%~50%得0.8分；低于平均值~低于25%得0.6分；高于平均值~高于25%得0.4分；高于25%~50%得0.2分，高于50%得0分
	A2.3 住院自付报销比例	按照实际报销比例得分
	A2.4 门诊特殊病种与门诊慢性病支持情况	同时支持门诊特殊病种与门诊慢性病得1分，仅支持门诊特殊病种或门诊慢性病得0.75分，不支持门诊特殊病种门诊慢性病得0.5分
A3 医保目录外保障	A3.1 医保目录外住院保额	相比行业平均水平，高于50%以上得1分；高于25%~50%得0.8分；高于平均值~高于25%得0.6分；低于平均值~低于25%得0.4分；低于25%~50%得0.2分，低于50%~零保额得0分
	A3.2 住院自费报销比例	按照实际报销比例得分
	A3.3 住院自费免赔额	相比行业平均水平，低于50%以上得1分；低于25%~50%得0.8分；低于平均值~低于25%得0.6分；高于平均值~高于25%得0.4分；高于25%~50%得0.2分，高于50%得0分
	A3.4 特药保额	相比行业平均水平，高于50%以上得1分；高于25%~50%得0.8分；高于平均值~高于25%得0.6分；低于平均值~低于25%得0.4分；低于25%~50%得0.2分，低于50%~零保额得0分
	A3.5 特药免赔额	相比行业平均水平，低于50%以上得1分；低于25%~50%得0.8分；低于平均值~低于25%得0.6分；高于平均值~高于25%得0.4分；高于25%~50%得0.2分，高于50%得0分
	A3.6 特药报销比例	按照实际报销比例得分，没有特药报销得0分
	A3.7 纳入特药清单与罕见病专项的罕见病药品总量	医保目录内没有替代治疗方案的药品得1分，否则得0.5分；通过加总药品分值计算得分
A4 便捷性保障	A4.1 一站式结算	可一站式结算得1分，否则得0分
	A4.2 政策执行渠道	全部支持双通道得1分，部分支持双通道得0.75分，仅限院内得0.5分
	A4.3 异地就医限制	通过1减去参保人未按约定进行异地就医情况下报销比例降低的数值来计算得分
B 可持续性维度		
B1 财务可持续性	B1.1 公司偿付能力	主承保公司风险评级为A得1分，风险评级为B得0.75分，风险评级为C得0.5分
	B1.2 共保或联保情况	共保或联保公司数高于行业平均水平得1分，共保或联保公司数等于行业平均水平得0.75分，共保或联保公司数低于行业平均水平得0.5分，单一公司承保得0.25分
	B1.3 项目运营总时间	运营超过1年（1期）得1分，否则得0.5分
B2 管理与服务可持续性	B2.1 政府参与程度	政府主导得1分，政府指导得0.75分，其他得0.5分
	B2.2 支持平台数量	按照实际数量计算得分

注：各项指标分值从低至高，分值越高，表示对罕见病的友好程度越高。

相关性。本研究采用KMO 效度检验和 Bartlett 球形检验来验证这一前提条件。其中，KMO 值的取值范围在 0~1 之间（通常要求 KMO 大于 0.5），取值越大表示指标之间的相关性越强；Bartlett 检验的原假设是指标之间相互独立（即各指标之间不存在相关性）。结果显示，KMO 值为 0.506，表示 23 个二级指标之间存在较强的相关性；Bartlett 值为 480.423，在 1% 水平上显著，表示 23 个二级指标之间存在明显的共线性。这说明使用主成分分析法提取主成分，进而构建综合指数是合适的。

2.3 主成分提取与权重计算

经过方差计算，前 8 个主成分的特征值均超过 1，因此本研究提取前 8 个主成分来代表所有的 23 个指标。主成分分析法得到的前 8 个主成分可以解释总方差的 70%，说明提取的 8 个主成分对总体方差的贡献率较高。权重由使用逼近最大方差斜交旋转的方法后的方差贡献率除以总方差贡献率得到^[2-4]。本研究所提取的 8 个主成分的权重分别为 0.186、0.144、0.121、0.119、0.118、0.111、0.103、0.097。由于原有的指标基本可以用前 8 个主成分代替。因此，指标系数可以看成是以前 8 个主成分方差贡献率为权重，对指标在前 8 个主成分线性组合中的系数做加权平均。

2.4 罕见病“友好型”指数的测算结果

本研究基于所构建的罕见病“友好型”指数的指标体系，采用主成分分析法，得到普惠险产品的综合得分情况。根据综合得分情况，本研究将 62 款普惠险产品划分为 4 个区间，即 A+、A、B、C，进而绘制出罕见病“友好型”普惠险的总体分类情况。其中，A+ 级包括 10 款普惠险产品；A 级包括 25 款普惠险产品；B 级包括 17 款普惠险产品；C 级包括 10 款普惠险产品（表 2~表 5，省份、地市排名不分前后，同一级别被视为对罕见病具有同等的“友好性”）。

3 总结与思考

本研究通过构建罕见病“友好型”指数，采用主成分分析法，对目前我国市面上保障范围不限制罕见病、遗传性疾病或基因型疾病的 62 款普惠险产品进行

表 2 第一区间普惠险产品信息

评级	省份	地市	产品名称
A ⁺	浙江	杭州	西湖益联保
A ⁺	广东	佛山	平安佛
A ⁺	广东	广州	穗岁康
A ⁺	广东	深圳	深圳重疾险
A ⁺	广东	深圳	重疾补充险
A ⁺	上海	上海	沪惠保
A ⁺	广东	珠海	大爱无疆
A ⁺	山东	济南	齐鲁保
A ⁺	山西	全省	晋惠保
A ⁺	浙江	湖州	南太湖健康保

表 3 第二区间普惠险产品信息

评级	省份	地市	产品名称
A	浙江	温州	温州惠医保
A	甘肃	兰州	金城惠医保
A	广东	惠州	惠医保
A	重庆	重庆	重庆渝快保（升级款）
A	浙江	嘉兴	嘉兴大病无忧
A	江苏	徐州	惠徐保
A	广东	梅州	保尚保
A	山东	烟台	烟台市民健康保
A	四川	成都	惠蓉保
A	山东	德州	德州惠民保
A	重庆	重庆	重庆渝快保（基础款）
A	四川	遂宁	惠遂保
A	山东	淄博	齐惠保升级款
A	浙江	温州	益康保
A	全国	全国	爱接力诚惠保
A	河北	全省	冀惠保
A	浙江	丽水	浙丽保
A	江苏	苏州	苏康保
A	山东	淄博	齐惠保基础款
A	广东	潮州	潮州市民保（升级版）
A	广东	潮州	潮州市民保（基础版）
A	浙江	宁波	天一甬宁保
A	浙江	衢州	惠衢保
A	贵州	遵义	遵惠保
A	安徽	合肥	合惠保

表 4 第三区间普惠险产品信息

评级	省份	地市	产品名称
B	广东	汕头	汕头惠民保
B	江苏	宿迁	宿民保
B	湖南	邵阳	吉湘保-邵阳惠民保
B	山西	全省	三晋保
B	河南	焦作	焦作惠民保
B	浙江	绍兴	越惠保
B	广东	揭阳	揭阳市民保（升级款）
B	山东	青岛	琴岛 e 保
B	江西	全省	卫惠保
B	安徽	全省	皖惠保
B	山东	临沂	临沂保
B	广东	肇庆	肇庆肇福保
B	广东	揭阳	揭阳市民保（基础款）
B	山东	泰安	泰安市民保
B	安徽	阜阳	惠皖保阜阳（升级版）
B	浙江	浙江省医保、杭州、嘉兴	杭州民惠保升级款（续保专属）
B	浙江	浙江省医保、杭州、嘉兴	杭州民惠保基础款（续保专属）

表5 第四区间普惠险产品信息

评级	省份	地市	产品名称
C	江苏	连云港	连惠保
C	海南	全省	惠琼保B款
C	海南	全省	惠琼保A款
C	浙江	舟山	浙里医保·舟惠保
C	广东	阳江	阳江市惠民保(基础款)
C	江苏	全省	江苏惠e保
C	广东	阳江	阳江市惠民保(升级款)
C	安徽	阜阳	惠皖保阜阳(基础版)
C	江苏	南京	宁惠保
C	山东	烟台	烟惠保

测算。此次构建的罕见病“友好型”普惠险评价指标体系兼具科学性与实用性，且指标选取与测算具备客观性，能够有效引导未来普惠险产品的设计方向。

通过对市面上公开的普惠险产品进行筛选、测算、评价与解读之后，本研究发现对罕见病较为友好的普惠险产品需具备以下几个特点：(1)在医保目录内保障方面，保额需要实现百万以上，报销比例基本需要达到70%及以上，免赔额基本控制在1~2万元，以及支持门诊特殊病种、门诊慢性病的费用报销，譬如，将“国谈”药清单中的罕见病药品通过门诊特殊病种来报销；(2)在目录外保障方面，住院保额基本实现百万以上，住院免赔额基本控制在2万元以内，以

及住院报销比例应该提高至60%左右；(3)在特药或罕见病专项保障方面，一些普惠险产品通过建立特药清单或罕见病专项，将个别罕见病用药纳入特药清单或罕见病专项，以此来报销罕见病患者的费用支出。

为了更好地参与罕见病多层次保障，未来普惠险在开发设计产品之时，可以着重考虑以下几个方面：(1)在保证基金稳定持续运营的基础上，为产品设置合理的既往症条款和责任免除条款；(2)在政府指导下探索建立普惠险特药清单制度或地方性专项保障制度，针对罕见病特药和目录外自费保障设置合理的赔付比例和保障额度；(3)建议普惠险在目录外住院自费保障的基础上，增加门诊，甚至药店购药的保障责任，将普惠险的罕见病保障责任充分落地。

参考文献

- [1] 北京病痛挑战公益基金会. 中国罕见病行业观察(2021)[R]. 2021.
- [2] 王若薇, 李士雪, 韦苏晴, 等. 山东省县级公立中医医院绩效考核指标体系的构建及应用[J]. 中国卫生经济, 2021,40(10):65-68.
- [3] 朱铭来, 王本科, 陈召林. “惠民保”的价值评估和监管模式[J]. 保险理论与实践, 2021(10):12-29.
- [4] 汪颖. 影响我国药品价格因素的主成分分析[J]. 中国卫生经济, 2018,37(8):71-73.

[收稿日期: 2022-06-02] (编辑: 毕然, 滕百军)

(◀◀上接第20页◀◀)

从低水平保障起步构建普通门诊统筹。(2)放宽门诊大病保障限制条件，加强补充保障。部分地区的门诊大病认定标准条件偏高，导致部分患者在疾病早期受经济条件和报销政策的限制，未能及时进行早期干预和治疗，导致小病拖延成大病，最终造成更多的医保基金支出。因此，应适当降低门诊大病认定标准，同时对需要长期治疗的慢性病或特殊疾病患者，可通过补充保险或商业保险进行二次保障。

4.4 优化医保差异化支付政策，建立动态调整机制

目前，我国各地区在确定医保差异化支付比例时，并未对当地居民的医疗需求和就医引导开展实际调查和精细测算，一般多以当地医保筹资水平为基础进行粗线条的设计。因此，各地医保部门在确定区域内外各级医疗机构医保差异化支付比例时，应对当地居民的疾病谱和医疗需求进行调查测算，再结合当地医保筹资水平和医疗资源情况进行评估，形成可促进当地分级诊疗格局的起付线标准、报销范围和比例，并定期对居民就医行为的变化进行监测，根据分级就诊的效果进行差异化医保支付政策的动态调整。对于经济水平相对较差、医疗资源供给不足的地区，可适

当拉开不同层级医疗机构的报销比例，通过经济激励引导居民基层就诊；对于经济发达、医疗资源丰富的地区，可探索“柔性”首诊试点，根据当地医疗机构的卫生服务能力，选择合适的等级医疗机构作为患者的首诊机构，患者在基层就诊和在未经转诊的上级医疗机构就诊时，自付费用有一定差异。

参考文献

- [1] 张翔翔, 李江菲, 朱志强, 等. 新医改背景下我国村级医疗卫生机构发展的SWOT分析[J]. 中国社会医学杂志, 2017, 34(2):108-111.
- [2] 韩优莉. 医保支付方式由后付制向预付制改革对供方医疗服务行为影响的机制和发展路径[J]. 中国卫生政策研究, 2021,14(3):21-27.
- [3] 廖藏宜. 门诊慢特病医保人头打包付费的政策机制设计[J]. 中国人力资源社会保障, 2021(11):59.
- [4] 王玲, 张天晔, 易春涛, 等. “上海市家庭医生制度构建”专家主题研讨[J]. 中国全科医学, 2017,20(1):80-84.
- [5] 朱晓丽, 郑英, 王清波, 等. 我国部分地区医联体医保总额预付制改革的比较分析[J]. 中国医院管理, 2020,40(2):21-25.

[收稿日期: 2022-05-20] (编辑: 毕然, 滕百军)