

北京市医疗保障高质量发展评估指标体系构建研究*

赵宁^①, 杨佳^①, 高广颖^①, 韩优莉^①, 孙力光^②

摘要 目的:探索构建北京市医疗保障高质量发展评估指标体系,为北京市医保发展效果的客观评价和持续改进提供参考和依据。方法:结合国家和北京“十四五”提出的医疗保障发展目标,在前期文献研究与专家座谈的基础上,经两轮德尔菲法咨询构建指标体系。结果:形成了由公平、安全、智慧、协同和价值5个一级指标、14个二级指标、21个三级指标及其权重构成的北京市医疗保障高质量发展评估指标体系。两轮咨询的专家积极系数均为100%,专家权威系数为0.70、0.79。结论:北京市医疗保障高质量发展评估指标体系具有合理性、科学性和可靠性,可为制定及实施推动医疗保障高质量发展相关政策提供借鉴。

关键词 医疗保障;高质量发展;指标体系;北京

中图分类号 R1-9; F840.613 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)04-0020-05

Research on the Construction of Medical Insurance High-Quality Development Index Evaluation System in Beijing/ ZHAO Ning, YANG Jia, GAO Guang-ying, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(4):20-24

Abstract Objective: To explore the construction of medical insurance high-quality development index evaluation system in Beijing, and to provide a reference and basis for the objective evaluation and continuous improvement of the development effect of medical insurance in Beijing. **Methods:** The index system was determined through two rounds of Delphi consultation, based on preliminary literature research and expert discussions, taking into account the national and Beijing's "14th Five-Year Plan" medical security development goals. **Results:** A system of indicators for assessing the quality development of medical security in Beijing, consisting of five primary indicators, 14 secondary indicators and 21 tertiary indicators of equity, safety, wisdom, synergy and value and their weights, was formed. The positive coefficient of experts in both rounds of consultation was 100%, and the authority coefficient of experts was 0.70 and 0.79. **Conclusion:** The evaluation index system for high-quality development of medical insurance in Beijing is reasonable, scientific and reliable, which can serve as a model for the development and implementation of policies aimed at promoting high-quality medical insurance development.

Key words medical insurance; high-quality development; index system; Beijing

First-author's address School of Public Health, Capital Medical University, Beijing, 100069, China

Corresponding author SUN Li-guang, E-mail: bjslg2008@126.com

2020年,《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》发布,为医疗保障事业高质量发展提出基本框架和发展方向。2021年,《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》(国办发〔2021〕36号)以高质量发展为主题,要求深化医疗保障领域各项改革任务,高质量发展成为完善医疗保障制度的重要内容。截至2020年底,北京市基本医疗保险参保覆盖面达到了98%以上,有力保障了北京市居民的基本就医需求。北京市正处在落实首都城市战略定位的关键时期,在进入人口老龄化社会的现状下,医疗保障基金面临巨大压力,医疗保障发展不平衡不充分、多层次医疗保障体系尚未健全、医疗保障服务与群众需求存在差距等问题也逐渐暴露^[1-4]。在此背景下,北京市医疗保障制度发展面临着新的挑战,即如何实现医疗保障高质量发展。医疗保障高质量发展是

指在新的发展阶段赋予医疗保障新内涵,在维护健康和维护公平价值理念的前提下,赋予适度保障、共享发展、提高效率等内涵^[5]。推进医疗保障高质量发展,需要配套能够衡量医疗保障实际发展水平的指标体系,才能更好地把握北京市医疗保障的发展情况。本研究参照《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》(国办发〔2021〕36号)和《北京市人力资源和社会保障局北京市医疗保障局关于印发北京市“十四五”时期人力资源和社会保障发展规划(包括医疗保障)的通知》(京人社规字〔2021〕54号)等文件,基于北京市“十四五”提出的医疗保障发展目标,结合胡静林^[6]提出的从多维度入手把握“十四五”时期医疗保障工作的主要目标,实现医疗保障事业改革发展更高质量、更有效率、更加公平、更可持续、更为安全的相关论述,采用德尔菲法构建北京市医疗保障高质量发展评估指标体系,为北京市医疗保障发展效果的客观评价和持续改进提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 专家咨询法

1.1.1 专家选取与构成。专家选取标准如下:(1)具有医疗保障、医疗相关工作或研究5年以上经历;(2)具

* 基金项目:北京市社会科学基金决策咨询项目(21JCB114)。

① 首都医科大学公共卫生学院 北京 100069

② 首都医科大学 北京 100069

作者简介:赵宁(1998—),女,硕士在读;研究方向:卫生政策、医疗保险; E-mail: nzhao98@126.com。

通信作者:孙力光, E-mail: bjslg2008@126.com。

有硕士研究生及以上文化程度，或中级及以上职称；(3) 对该主题感兴趣并愿意全程参加。根据标准共邀请21名专家，基本情况见表1。

表1 21位咨询专家基本情况

| 基本情况 | 人数(人) | 构成比(%) |
|-----------|-------|--------|
| 性别 | | |
| 男 | 14 | 66.67 |
| 女 | 7 | 33.33 |
| 年龄(岁) | | |
| ≤40岁 | 4 | 19.05 |
| 41~50岁 | 11 | 52.38 |
| 51~60岁 | 5 | 23.81 |
| >60岁 | 1 | 4.76 |
| 职称 | | |
| 中级 | 4 | 19.05 |
| 副高级 | 9 | 42.86 |
| 高级 | 7 | 33.33 |
| 其他 | 1 | 4.76 |
| 专业方向 | | |
| 医疗保障 | 14 | 66.67 |
| 卫生管理 | 5 | 23.81 |
| 医院管理 | 2 | 9.52 |
| 从事专业年限(年) | | |
| ≤10年 | 7 | 33.33 |
| 11~15年 | 8 | 38.10 |
| 16~20年 | 5 | 23.81 |
| >20年 | 1 | 4.76 |
| 工作单位 | | |
| 政府部门 | 10 | 47.62 |
| 公立医院 | 7 | 33.33 |
| 相关协会 | 1 | 4.76 |
| 大学院校 | 3 | 14.29 |

1.1.2 专家咨询问卷设计。专家咨询问卷由4部分组成：填写说明、专家基本信息、评价表和指标解释。评价表包括了专家权威程度评分项（熟悉程度、判断依据）和指标评分标准2部分。根据很熟悉、熟悉、较熟悉、一般、较不熟悉和很不熟悉的顺序，熟悉程度得分为0.9、0.7、0.5、0.3、0.1和0^[7]。判断依据由4部分组成：工作实践经验、理论分析、国内外资料和直觉感受。按影响程度大、中、小的层次，工作实践经验分别赋值0.5、0.4、0.3，理论分析分别赋值0.3、0.2、0.1。另外，国内外资料和直觉感受均赋值0.1。评价标准分为重要性、可操作性和敏感性3个方面，得分区间为1~9分，得分越高，所对应的程度越高。

1.1.3 问卷发放与回收。采用电子邮件形式进行调查，回收周期为1周。第一轮专家咨询问卷回收后，综

合专家打分和意见制作第二轮专家咨询问卷并发放回收，直到反馈意见趋于一致结束咨询。

1.2 统计分析方法

采用Excel 2003与SPSS 21.0软件进行数据录入和统计分析。其中，专家积极系数取问卷有效回收率，值越高则说明专家对该主题的关注程度越高。专家权威系数取熟悉程度和判断依据系数的算术平均值，当专家权威系数 >0.7 时认为可以接受^[8]。采用协调系数评估专家意见的协调性，值越接近1即专家意见协调性越好，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义^[9]。

1.2.1 指标筛选。根据专家从重要性（指标的重要程度）、可操作性（指标数据的收集容易度）和敏感性（指标能否反映医疗保障高质量发展变化）对指标的评分，得到每项指标在重要性、可操作性和敏感性3个维度的均数、满分频率和变异系数，有两项及以上排在同项测评后10%的指标予以“剔除标记”，当指标带有两项及以上“剔除标记”时，结合专家意见剔除该指标。

1.2.2 指标权重计算。基于差值比较法构建判断矩阵，具体方法如下，用 d 表示两个指标重要性均值之差，根据 d 的大小确定两指标重要性Saaty标度。按照 $d=0$ 、 $0.25<d\leq 0.50$ 、 $0.75<d\leq 1.00$ 、 $1.25<d\leq 1.50$ 、 $d>1.75$ ，标度分别取1、3、5、7、9。如果 d 在上述两个尺度之间，则标度取2、4、6、8，据此构造判断矩阵^[10]。当一致性检验中的一致性比率 <0.10 时，则被视为通过一致性检验。使用乘积法分别求得二级和三级指标的组权重，即将各层指标的权重值与相对应的上层指标权重值逐项相乘^[11-12]。

2 结果

2.1 指标体系的初步确定

查阅既往关于医疗保障制度评估指标体系研究文献^[12-13]和《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》（国办发〔2021〕36号）、《北京市人力资源和社会保障局北京市医疗保障局关于印发北京市“十四五”时期人力资源和社会保障发展规划（包括医疗保障）的通知》（京人社规字〔2021〕54号）等相关文件构建指标池，从公平、安全、智慧、协同和价值5个维度出发，初步得到共129个指标构成的指标池。

课题组专家进行专题小组讨论，筛选出容易获取、代表性强的指标，并组织专家座谈会进行讨论，初步构建北京市医疗保障高质量发展评估指标体系，包括公平、安全、智慧、协同和价值5个一级指标、17个二级指标、38个三级指标。其中，一级指标公平包括参保公平、筹资公平和待遇公平3个二级指标，下设7个三级指标；一级指标安全包括基金安全和数据安全2个二级指标，下设2个三级指标；一级指标智慧包括智慧经办、智慧监管、智慧服务和智慧协同4个二级指标，下设8个三级指标；一级指标协同包括社会协同、

医药协同、医疗协同、医防协同和护理养老协同5个二级指标，下设14个三级指标；一级指标价值包括基金使用效率、基金可持续和满意度3个二级指标，下设7个三级指标。

2.2 专家咨询确定指标体系

2.2.1 专家积极性。第一轮共发放回收21份专家咨询问卷，有效回收率为100%；第二轮咨询上轮应答专家，有效回收率达到100%，专家有较高的积极性。

2.2.2 专家权威程度。两轮咨询的专家熟悉程度系数分别为0.70、0.71，权威系数分别为0.70、0.79。表明专家评价的权威系数较理想，结果可信度较高。

2.2.3 专家协调程度。两轮专家咨询中的协调系数见表2。3项咨询结果的协调系数假设检验 P 均小于0.001，表明在99%的置信度下，专家意见协调性较好。相比第一轮专家咨询，第二轮咨询后指标协调程度有所提升， W 值提高至0.344-0.470 ($P<0.001$)。

2.2.4 两轮专家咨询指标修改情况。第一轮咨询结束后，统计分析专家打分，有20个指标带有两项及以上剔除标记，故删除。结合专家意见和组内讨论，对指标做部分调整，二级指标智慧协同并入智慧经办，并增设三级指标医疗保障门诊/住院异地实时结算医疗机构覆盖率；二级指标智慧服务下增设三级指标医疗保障电子凭证激活率；二级指标护理养老协同更改为多保协同并增设三级指标商业保险赔付支出占收入的比

表2 两轮专家咨询中的协调系数

| 项目 | 第一轮 | | 第二轮 | |
|------|-------|--------|-------|--------|
| | 协调系数 | P | 协调系数 | P |
| 重要性 | 0.379 | <0.001 | 0.344 | <0.001 |
| 可操作性 | 0.437 | <0.001 | 0.470 | <0.001 |
| 敏感性 | 0.312 | <0.001 | 0.372 | <0.001 |

例，二级指标基金可持续下增设三级指标当期基金结余率。由此，确定一级指标5个、二级指标15个、三级指标23个，作为第二轮待评指标，编制第二轮专家咨询问卷。第二轮咨询结束，统计专家打分结合意见，删除三级指标医疗保障患者平均就诊次数（人头人次比）等，二级指标智慧经办并入智慧服务，三级指标医疗保障基金违规支出金额更改为基金违规率，三级指标商业保险赔付支出占收入的比例更改为商业健康险赔付支出占医疗总费用的比例。最终形成了由公平、安全、智慧、协同和价值5个一级指标、14个二级指标、21个三级指标及其权重构成的北京市医疗保障高质量发展评估指标体系（表3）。

3 讨论与建议

3.1 合理界定医疗保障高质量评估范围，全面反映高质量发展水平

医疗保障高质量发展不仅能充分保障人民日益增长的就医需求，也是实现“病有所医”目标的重要支

表3 北京市医疗保障高质量发展评估指标体系

| 一级指标 | 权重 | 二级指标 | 权重 | 三级指标 | 权重 |
|---------|---------------|-----------------|---------------|----------------------------------|---------------|
| A 公平 | 0.381 | A1 参保公平 | 0.540 (0.206) | A11 基本医疗保险参保率 | 0.750 (0.154) |
| | | | | A12 新就业形态劳动者参保率 | 0.250 (0.051) |
| | | A2 筹资公平 | 0.163 (0.062) | A21 职工/居民医疗保障人均筹资占居民人均可支配收入的比例 | 1.000 (0.062) |
| | | A3 待遇公平 | 0.297 (0.113) | A31 职工/居民医疗保障住院实际补偿比 | 0.667 (0.075) |
| | | | | A32 重点救助对象符合规定的住院医疗费用救助比例 | 0.333 (0.038) |
| B 安全 | 0.266 | B1 基金安全 | 0.667 (0.177) | B11 基金违规率 | 1.000 (0.177) |
| | | B2 数据安全 | 0.333 (0.089) | B21 医疗保障数据安全管理办法落实情况 | 1.000 (0.089) |
| C 智慧 | 0.084 | C1 智慧服务 | 0.250 (0.021) | C11 医疗保障政务服务事项线上可办率 | 0.333 (0.007) |
| | | | | C12 医疗保障门诊/住院异地实时结算医疗机构覆盖率 | 0.667 (0.014) |
| | | C2 智慧监管 | 0.750 (0.063) | C21 医疗保障智能监控覆盖率 | 1.000 (0.063) |
| D 协同 | 0.111 | D1 经济协同 | 0.439 (0.049) | D11 医疗保障筹资总额占地区生产总值的比例 | 1.000 (0.049) |
| | | D2 医药协同 | 0.311 (0.035) | D21 医疗保障带量采购药品、耗材占金额比 | 1.000 (0.035) |
| | | D3 医疗协同 | 0.104 (0.012) | D31 基层医疗机构（含社区/乡镇卫生院）医保基金支出占比的变化 | 0.333 (0.004) |
| | | | | D32 医疗保障患者门诊次均费用增幅/住院人均费用增幅 | 0.667 (0.008) |
| D4 多保协同 | 0.146 (0.016) | D41 长期护理保险参保覆盖面 | 0.800 (0.013) | | |
| | | | | D42 商业健康险赔付支出占医疗总费用的比例 | 0.200 (0.003) |
| E 价值 | 0.158 | E1 基金使用效率 | 0.320 (0.051) | E11 个人卫生支出占卫生总费用的比例 | 0.333 (0.017) |
| | | | | E12 人均住院基金支出效率 | 0.667 (0.034) |
| | | E2 基金可持续 | 0.558 (0.088) | E21 当期基金结余率 | 1.000 (0.088) |
| | | E3 满意度 | 0.122 (0.019) | E31 参保人员满意度 | 0.667 (0.013) |
| | | | | E32 医疗保障经办政务服务满意率 | 0.333 (0.006) |

注：括号内数字为组合权重。

撑。医疗保障高质量发展应以医疗保障发展质量为核心,以健全多层次医疗保障体系为目标,实现资源配置更均衡、医疗保障服务更便捷、医疗保障更有力的全面发展。因此,构建符合北京首都定位和发展目标的医疗保障高质量发展评估体系,不仅需要从保险的深度、广度和宽度等方面着手,还需要合理确定评估的范围。本研究确定的指标体系综合考虑了北京市医疗保障政策调控重点,从待遇保障、筹资运行、基金安全、医疗保障可持续、医药协同等机制出发,以增进人民健康获得感、健康公平感、实现医疗保障提质增效为结果导向,兼顾投入与产出、医疗保障与经济发展协调,从多个视角合理、全面地反映了医疗保障高质量发展水平。

3.2 立足当前发展优势,将协同、科技融入医疗保障政策

从一级指标的权重分布上看,5项指标的权重逐项递减,其中公平(0.381)、安全(0.266)、价值(0.158)的权重明显高于协同(0.111)、智慧(0.084),即推动高质量发展,必须重视医疗保障的公平、安全与价值。在实际上,这3方面正是当前我国医疗保障制度改革的重点和关键,并取得了全世界瞩目的成绩,尤其是建立了世界上规模最大、覆盖全民的医疗保障网。协同与智慧维度的指标是社会、科技等多方影响的结果,并非完全由医疗保障本身决定,这需要充分发挥医疗、医药在医疗保障制度实践中的载体功能,从单向发力向三医联动、多保协同的转变^[13-14]。同时,将科技融入医疗保障发展政策,医疗保障政策也要助力互联网医疗^[15],实现“互联网+健康”与传统医疗服务模式的有效融合,推进医疗保障信息化建设,推动医疗保障信息互联互通,合力打造数字化智慧医疗保障,从而建立协同、高效的智慧医疗保障运行机制。

3.3 保障医疗保障基础投入,提高制度公平、安全、可持续性

在二级指标的权重分布上,15个指标中权重超过0.080的依次是参保公平(0.206)、基金安全(0.177)、待遇公平(0.113)、数据安全(0.089)和基金可持续(0.088),这表明医疗保障事业高质量发展不能仅以扩大医疗保障覆盖面为出发点,在保障基础投入的同时,首先,需要加强公平性。公平是医疗保障永恒的价值理念,全国在2019年统一实施城乡居民医疗保险制度后,居民与职工之间、不同区域之间、城乡之间还存在着无法忽视的差异,因此需要进一步缩小医疗资源和社会经济发展差距,合理确定待遇水平,逐步缩小职工与居民待遇差距,进一步健全新就业形态劳动者参保机制,实现全民医疗保障的统一。其次,加强对基金、数据安全的监管,建立健全全领域、全流程的医疗保障基金监管体系,通过设置防火墙、身份

认证以及智能监控等措施,强化对医疗保障数据的安全保护^[16-17]。此外,面对人口老龄化、医疗需求加速释放导致的医疗保障基金支出规模加大问题,需要完善长期可持续的筹资机制,实行医疗保障待遇清单制度,使合理筹资与适度待遇匹配,从而提高医疗保障制度的公平性、安全性和可持续性,确保医疗保障基金能够持续为人民群众提供医疗保障,为首都继续深化医疗保障制度改革提供支撑,实现更高质量、更加公平、更为安全、更可持续的发展。

3.4 北京市医疗保障高质量发展评估指标体系具有合理性、科学性和可靠性

北京市医疗保障高质量发展评估指标体系的构建是基于文献研究,根据国家和北京“十四五”发展目标,结合首都发展定位以及北京医疗保障发展的成效与问题,最终将公平、安全、智慧、协同和价值确定为5个一级评价指标,与国家医疗保障局《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》(国办发〔2021〕36号)、《北京市人力资源和社会保障局关于印发北京市“十四五”时期人力资源和社会保障发展规划(包括医疗保障)的通知》(京人社规字〔2021〕54号)等政策文件相呼应,符合国家和北京市对于医疗保障高质量发展的要求,确保了指标体系的合理性。

德尔菲法与层次分析法是一种广泛应用于多个领域的群体决策方法^[18-19],充分运用专家的专业知识和经验,并能对相关问题做出定性和定量分析,保证了研究方法的科学性。本研究在两轮咨询过程中,根据指标筛选的要求,对指标进行了调整和修改,确保了指标体系的可靠性。同时,本研究主要选取了政府部门、公立医院、大学院校、相关协会等部门进行医疗保障、医疗相关工作或研究的21位专家进行了两轮咨询,咨询专家结构配置合理,能够从理论和实践两方面提出建议。另外,在两轮咨询中,专家积极系数达到100%,专家对研究内容响应积极;专家的权威系数为0.79,具有较高的权威程度;所有指标变异系数均 <0.25 ,专家意见集中程度较高,指标体系更加可靠。

参 考 文 献

- [1] 毛宗福,胡博睿,侯宜坦.关于“十四五”期间全民医疗保障制度改革的思考[J].中国医疗保险,2021(4):9-14.
- [2] 耿铖,王丹,刘春平,等.分级诊疗体系建设中医疗保障支付方式的改革与探讨[J].中国卫生经济,2022,41(8):18-20,24.
- [3] 许飞琼.中国多层次医疗保障体系建设现状与政策选择[J].中国人民大学学报,2020,34(5):15-24.
- [4] 张彦生,王虎峰.跨区域政策性迁移人口医疗保障衔接问题研究:以北京迁雄安新区职工医疗保障筹资与待遇设计

- 为例[J]. 中国卫生经济, 2021,40(6):18-22.
- [5] 仇雨临, 王昭茜. 从有到优: 医疗保障制度高质量发展内涵与路径[J]. 华中科技大学学报(社会科学版), 2020,34(4):55-62.
- [6] 胡静林. 坚持规划引领加强统筹推进汇聚奋进合力开启“十四五”医疗保障高质量发展新征程[J]. 人民论坛, 2021(33):6-11.
- [7] 王鹏, 单凌寒, 李叶, 等. 基本医疗保险参保者受益感评价指标体系构建研究[J]. 医学与社会, 2022,35(5):80-85.
- [8] 房鑫, 郝艳华, 吴群红, 等. 基于Delphi法的完善全民医疗保障制度要素设计专家意见分析[J]. 中国卫生经济, 2016, 35(2):29-31.
- [9] 孙欣然, 万和平, 韩裕乐, 等. 功能社区家庭医生签约服务项目体系及权重研究[J]. 中国全科医学, 2021,24(34):4386-4391.
- [10] 陆萍, 陆志敏, 钱志芳. 基于德尔菲法的家庭医生岗位胜任力指标体系构建研究[J]. 中国全科医学, 2020,23(28):3553-3560.
- [11] 邓雪, 李家铭, 曾浩健, 等. 层次分析法权重计算方法分析及其应用研究[J]. 数学的实践与认识, 2012,42(7):93-100.
- [12] 朱坤, 张小娟, 朱大伟. 整合城乡居民基本医疗保险制度筹资政策分析——基于公平性视角[J]. 中国卫生政策研究, 2018,11(3):46-50.
- [13] 袁雪丹, 郭敏, 葛旻书, 等. 统筹区医疗保障基金绩效管理和评价体系构建研究初探[J]. 中国医疗保险, 2020(9):13-17.
- [14] 申曙光. 我们需要什么样的医疗保障体系?[J]. 社会保障评论, 2021,5(1):24-39.
- [15] 梁红梅, 徐嘉婕, 彭颖, 等. 我国“互联网+”医疗服务定价与支付核心问题分析[J]. 中国卫生经济, 2020,39(12):52-56.
- [16] 孟楠, 吴群红, 孟祥伟, 等. 第三方参与的医疗保障基金多元协同监管演化博弈研究[J]. 中国卫生经济, 2021,40(11):37-41.
- [17] 顾海, 吴迪. “十四五”时期基本医疗保险制度高质量发展的基本内涵与战略构想[J]. 管理世界, 2021,37(9):158-167.
- [18] 刘同心, 周良荣, 陈莉, 等. 监管需求下医疗保障定点医院信用评价指标体系构建: 以张家界市实验研究为例[J]. 中国卫生经济, 2022,41(5):36-40.
- [19] ZHANG M, LIU Mei-xin, WANG D W, et al. Development of a risk assessment scale for perinatal venous thromboembolism in Chinese women using a Delphi-AHP approach[J]. BMC pregnancy and childbirth, 2022,22(1):426-426.

[收稿日期: 2023-01-06] (编辑: 毕然, 滕百军)

《中国卫生经济》稿约

《中国卫生经济》杂志是由中华人民共和国国家卫生健康委员会主管, 中国卫生经济学会、国家卫生健康委卫生发展研究中心(原卫生部卫生经济研究所)主办的卫生经济专业学术期刊。自1982年1月5日创刊以来, 历经40年的不懈努力, 在期刊影响力方面, 《中国卫生经济》杂志不但集“中国中文核心期刊”“中国科技核心期刊”和“RCCSE中国核心学术期刊”三大核心期刊称号于一身, 而且还成为了医药卫生事业管理学期刊中最具影响力的期刊。

1 办刊宗旨

坚持党的四项基本原则, 贯彻“百花齐放、百家争鸣”方针, 研究社会主义卫生经济学理论, 探索卫生经济客观规律, 普及和提高卫生经济学知识, 交流卫生经济管理和实践经验, 理论联系实际, 积极为卫生改革和发展服务。

2 读者对象

医药卫生行政部门及相关行政部门领导, 医药卫生事业单位管理者, 高等院校、科研机构的相关教学与研究人員, 基层卫生经济工作者。

3 征稿范围

本刊征稿范围囊括卫生经济学所有研究领域, 重点包括: 卫生经济理论研究、卫生经济政策分析与评估、卫生筹资、卫生资源配置、区域卫生规划、医疗保障(医疗保险、医疗救助)、公共卫生服务、基层卫生服务、卫生服务价格、卫生服务调查(卫生服务需求、供给与市场)、疾病负担、健康投资效益、健康行为经

济、健康产业、经济运营、管理与评价、财会与审计、专题研究、卫生改革、药物经济以及境外卫生经济动态等。

4 投稿须知

本刊仅接受在线投稿, 投稿网站: <http://www.cn-he.cn>。

文稿书写格式执行《科学技术报告、学位论文和学术论文编写格式》(GB 7713—87)。

所有来稿请给出中英文文题、中英文关键词(3~8个)和中英文摘要(中文200字, 英文400个单词左右), 最好选择报道性摘要(内容包括目的、方法、结果和结论), 亦可使用指示性摘要; 同时文稿应给出中英文的作者所在单位名称、所在城市、邮政编码、通信地址和作者姓名的汉语拼音(如作者超过3位, 只列出前3位)。

文稿中, 汉字以国务院1986年公布的《简化汉字总表》和《现代汉语通用字表》为准, 量和单位执行《量和单位》系列国家标准(GB 3100—3102), 数字及其修约执行《出版物上数字用法的规定》(GB/T 15835—1995)和《数字修约规则》(GB 3101—93), 统计学符号按《统计学名词及符号》(GB 3358—82)的有关规定书写, 外文需注明文种、大小写和正斜体, 图稿应线条清晰, 照片要求层次分明、图像清晰, 图和照片应注明图号、图题、作者和上下方向……

详见《中国卫生经济》官网(www.cn-he.cn)“投稿须知”栏目中的“《中国卫生经济》稿约”。