

用保险赔付数据衡量医疗服务价格水平

——美国CPI编制工作尝试

王向楠

[摘要] 准确且及时地衡量医疗服务的价格水平是一项技术要求高的工作。近十多年来,美国CPI编制中,用传统方式采集医疗服务价格的成功率显著下降,其采集难度是CPI全部大类商品中最高的。自编制2024年10月CPI起,美国开始采用健康保险赔付数据来衡量部分医疗服务的价格。本文先介绍美国CPI中的医疗服务构成和传统价格采集方式,然后说明如何采用健康保险赔付数据衡量医疗服务价格(包括样本形成、观测单元价格、医疗服务类别的权重调整和价格指数生成)及其优缺点。美国劳工统计局认为,采用保险赔付数据不仅可以规避数据采集难题,而且能显著增加医疗服务价格的观测数量,覆盖更多的医疗服务项目,且数据滞后性的影响不大。我国可考虑在CPI编制等工作中采用保险赔付数据,以衡量部分医疗服务的价格。

[关键词] 医疗保险;健康保险;医生;医院;居民消费价格指数

[中图分类号] F840.684; F841 **[文献标识码]** A

[基金项目] 中国社会科学院金融研究所创新工程项目。

[作者简介] 王向楠,中国社会科学院金融研究所、中国社会科学院保险与经济发展研究中心研究员。

一、引言

消费者价格指数（Consumer Price Index, CPI）也称居民消费价格指数，是一个基本的经济指标。CPI编制中，不同商品价格的采集方式和统计方法存在差异，不同国家面临的挑战也不尽相同。美国CPI编制工作起步较早，且医疗保健服务的规模庞大。近十多年来，美国CPI编制中，采用传统方式采集医疗服务价格的成功率显著下降，其采集难度是CPI全部大类商品中最高的，并对数据质量造成了影响。

近年来，美国劳工统计局（Bureau of Labor Statistics, BLS）开始积极探索采用健康保险^①赔付数据，衡量部分医疗服务的价格。自2024年11月美国发布10月CPI数据起，健康保险赔付数据已被用于衡量“医生服务”（或称“医师服务”，physician services）和“医院门诊服务”（outpatient hospital services）中由健康保险赔付部分的价格变化。目前，该方法的实施效果良好，可能扩展至更多的医疗服务项目。

在中国，随着居民生活水平稳步提升、人口老龄化程度逐渐加深，全社会对医疗服务的关注日益增加。同时，中国医疗服务项目不断丰富，技术水平持续提升。科学衡量医疗服务价格显得越来越重要。与此同时，中国医保部门在数据体系建设与运用方面已取得显著成绩，保险业也一向重视并擅长数据收集与科学分析。因此，中国保险赔付数据可以为CPI编制等工作中医疗服务价格的衡量，提供有力支持。

本文第二部分概述美国CPI中医疗服务的构成。第三部分介绍采用传统数据采集方式衡量医疗服务价格。第四部分和第五部分分别说明采用健康保险赔付数据衡量医疗服务价格的做法（技术细节相对多）及其优缺点。第六部分总结全文，提出中国可在CPI编制等工作中，采用健康保险赔付数据衡量医疗服务的价格。

① 本文中的“健康保险”均指医疗保险中的医疗费用保险。本文没有使用“医疗保险”一词，有两个原因：美国劳工统计局采用的理赔数据是保险公司（insurers）经营的部分，不包括社会医疗保险中非由保险公司经营的部分；区别于美国的Medicare制度的中文译名。在中国，从原理上来看，“医保”和健康保险（或称“商业健康保险”）的数据均可在CPI编制中衡量医疗服务的价格。

二、美国CPI中医疗服务内容

“医疗保健”（medical care）是美国CPI商品篮子中8个一级商品类别（大类商品）之一。2025年，“医疗保健”商品下设2个二级商品类别、5个三级商品类别、9个四级商品类别。这些商品类别的名称及其在CPI中的相对重要性^①如表1所示。

表1 美国CPI篮子中医疗保健大类构成

| 层级 | 商品名 | 相对重要性（2024年）（%） | |
|----|--------------|-----------------|-------|
| | | CPI-U | CPI-W |
| 1 | 医疗保健 | 8.273 | 6.946 |
| 2 | 医疗产品 | 1.527 | 1.318 |
| 3 | 药物 | 1.347 | 1.163 |
| 4 | 处方药 | 0.925 | 0.776 |
| 4 | 非处方药 | 0.422 | 0.387 |
| 3 | 医疗器械 | 0.180 | 0.155 |
| 2 | 医疗保健服务 | 6.747 | 5.628 |
| 3 | 医疗专业人员服务 | 3.702 | 2.913 |
| 4 | 医生服务 | 1.824 | 1.478 |
| 4 | 牙科服务 | 0.944 | 0.762 |
| 4 | 眼镜及眼科服务 | 0.335 | 0.276 |
| 4 | 其他医疗专业人员服务 | 0.600 | 0.397 |
| 3 | 医院及相关服务 | 2.252 | 1.930 |
| 4 | 医院服务 | 1.932 | 1.757 |
| 4 | 养老院和成人日间护理服务 | 0.165 | 0.084 |
| 4 | 失能和老人居家护理服务 | 0.155 | 0.089 |
| 3 | 健康保险 | 0.793 | 0.784 |

注：健康保险在CPI中的相对重要性远低于健康保险在居民消费支出中占比，其原因可参考USA BLS（2025）、王向楠（2025）。

① 一种商品的相对重要性（relative importance）指该商品对CPI的影响程度。城镇居民指数（CPI for all urban consumers, CPI-U）的调查对象覆盖约88%的美国人口。城镇工薪者指数（CPI for urban wage earners and clerical workers, CPI-W）的调查对象覆盖约28%的美国人口。

当前,美国劳工统计局采用健康保险赔付数据衡量医疗服务中“医生服务”(四级商品)和“医院服务”(四级商品)的“门诊服务”部分里由健康保险赔付的部分。之所以选择“医生服务”和“医院服务”,而非其他的医疗服务,是因为二者价格数据通过传统方式采集的难度高;此外,二者由健康保险赔付的程度较高。之所以在“医院服务”中先关注“门诊服务”部分,而非“住院服务”部分,是因为医院门诊服务和“医生服务”内容相近,二者比“住院服务”更容易拆分和归集到具体编码,其价格受难以观测因素的干扰较小,更容易构建单次服务的价格指数。

三、用传统数据采集方式衡量医疗服务价格的做法

美国劳工统计局通过商品与服务调查(Commodity & Services Survey, C&S Survey)采集医疗服务的价格数据。这与CPI中大部分产品及服务的价格数据采集方式一致。

(一) 基本过程

传统价格采集过程包括:抽取医疗服务供给者的样本,明确服务项目具体特征,询问价格。(1)抽取医疗服务供给者样本。对于医生服务,基于消费者支出调查(Consumer Expenditure Survey, CE)的数据抽取样本。对于医院服务,从美国医院协会的数据库中抽取样本。(2)明确服务项目具体特征。基于美国医学会(American Medical Association, AMA)编制和发布的当前医疗术语编码(Current Procedural Terminology, CPT)确定医疗服务项目。CPT编码主要包括4个部分:第Ⅰ类编码,用于常规服务,按程序类型和解剖部位细分;第Ⅱ类编码,用于衡量绩效;第Ⅲ类编码,用于标记新程序;专有检验分析编码(PLA),用于特定检验技术。在此基础上,进一步区分付款方类型(主要包括患者自付、健康保险赔付和Medicare B赔付),以界定具体服务项目。不同医疗服务提供者的编码运用不尽相同,因此美国劳工统计局的数据采集员会与被抽到的医疗服务提供者讨论确定细节,以便统一。(3)询问价格。数据采集员会每月或每两个月让医疗服务提供者在服务特征不变的条件下,提供各项服务项

目的实际价格。

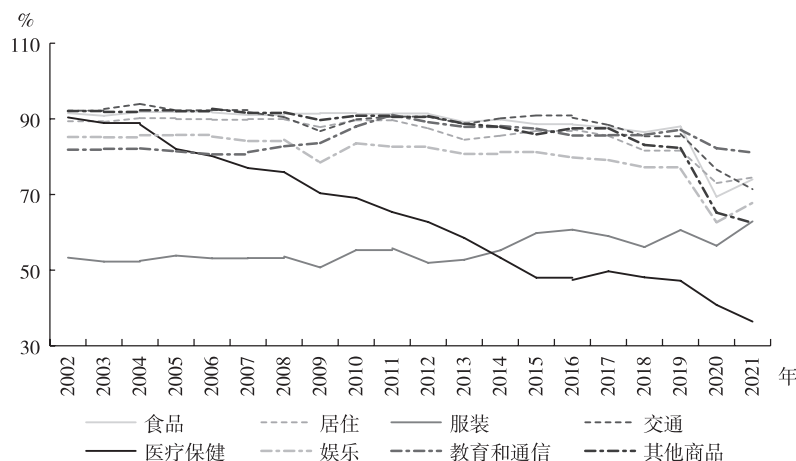
（二）优缺点

传统价格数据采集方式具有以下优点。（1）设计的调查内容能够全面覆盖居民实际使用的医疗服务项目。（2）确保每次采价时，各项服务的特征保持一致。（3）数据无时间滞后，可实时发布。

采用传统方式采集医疗服务价格面临越来越大的挑战。（1）在采集医生服务价格时，数据采集员常常面临医生办公室繁忙、信息“守门人”、隐私保护顾虑等阻碍，无法顺利获取数据。特别是，医生办公室为规避违反数据安全协议的风险^①，日益倾向于拒绝提供涵盖由健康保险赔付的医疗服务的价格信息。（2）在采集医院服务的价格时，通常需要得到医院高层管理人员（如首席财务官、首席运营官）的批准，方能开展工作；有时，还需要联系医院的第三方账单处理机构，以获取实际价格数据。鉴于日益繁重的工作负荷和复杂的价格规格，医院办公室的配合意愿持续下降。（3）此外，在用于选择医疗服务提供者的美国家庭调查中，受访家庭越来越不愿意提供有关自己医疗服务消费的信息。

近年来，采用传统方式采集医疗服务价格的成本显著提高，CPI数据的质量也受到了一定影响。图1报告了美国劳工统计局在各大类商品上的价格采集成功率。2002年，美国劳工统计局将医疗服务的价格基准，从服务提供者的“标价”调整为患者和保险实际支付金额，以更真实地反映价格水平。自2002年以来，CPI中“医疗保健”大类商品的价格采集成功率从约90%下降到40%，是全部大类商品中最低的。

^① 健康保险理赔数据包含敏感患者信息，要遵守如《健康保险可携性与责任法案》（Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA）等法规，以保护患者隐私。保险公司通常治理较完善，重视合规和声誉，更会严格规范数据服务合作。



注：“食品饮料”大类商品的主体部分是“食品”，其他7类商品均是大类商品。

图1 CPI篮子中大类商品的价格采集成功率

[资料来源：美国劳工统计局（USA BLS）、Bieler et al. (2023a)]

价格采集成功率除影响样本规模外，也影响样本的构成。（1）医疗服务供给者与保险公司签订了数据安全协议，因此，其较少提供由健康保险赔付的医疗服务的信息。（2）传统数据采集方式依赖被调查方的配合，因此，现场调查员为减轻工作负担，倾向于选择定价较简单、常见的服务项目（如麻醉、评估与管理、放射治疗），造成样本构成有偏（Bieler et al., 2023b）。这在一定程度上造成了外部对美国CPI中医疗服务价格准确性的担心（MedPAC, 2015）。

为应对医疗服务价格的价格采集成功率显著下降、采集成本持续上升的挑战，美国劳工统计局主要进行了两个方面的工作。一是着力提高医生和医院对价格询问的回复率。对此，可参考Bieler et al. (2023b)。二是积极探索采用健康保险赔付数据衡量医疗服务价格。

四、用健康保险赔付数据衡量医疗服务价格的尝试

美国劳工统计局自编制2024年10月的CPI起，开始采用健康保险赔付数据衡量“医生服务”和“医院门诊服务”中由健康保险赔付部分的价格。除这两类服务外的其他医疗服务项目，以及这两类服务中由患者自付（self-pay）或

Medicare B部分支付的部分，仍沿用传统方式采集价格数据。

（一）样本选择和轮换

美国劳工统计局从一家全国性健康保险数据服务商购买健康保险赔付数据。这些数据源自医疗服务提供者向患者投保的保险公司发送的理赔申请，经保险公司理赔处理完毕后形成。数据包括诊断编码、医疗操作编码、医疗服务提供者、服务费用、保险公司等信息。

美国劳工统计局开发了抽样程序。该抽样采用与“医疗服务收费总额”成比例的不放回抽样（不放回PPS^①抽样），采用过去12个月的总收入为权重。数据服务商采用该抽样程序，在每月，从75个CPI初级抽样单位（PSUs）的赔付数据中，按国家医疗服务提供者识别号（National Provider Identifier, NPI）抽取200名医生和10家医院。如果某个初级抽样单位中的医生NPI数据不足200个、医院NPI数据不足10个，则抽取全部NPI。随后，对每名医生抽取10条服务数据，对每家医院抽取100条服务数据。因此，在每次CPI编制中，每个初级抽样单位最多可采集到2000条医生服务数据和1000条医院门诊服务数据。

根据美国劳工统计局当前设计，每6个月轮换25%的初级抽样单位，每2年把全部初级抽样单位轮换一遍。样本于每年的4月和10月进行轮换，分别使用当年1月和7月发生的医疗服务数据。在每个轮换月，该数据服务商会从轮换的初级抽样单位中抽取新的医生样本和医院样本，采集它们的医疗服务数据。采集的数据包括上一个月的价格，为轮换的首月提供基准价格数据。

（二）观测单元价格

对于医生服务，观测单元要综合CPT编码，医疗服务提供者（由NPI标识），医生服务地点（如诊所、医院门诊部、远程医疗中心、病人住所等）、保险公司的信息，以及是否为医疗保险优选计划（Medicare Advantage）^②来确

① Probability Proportional to Size，按规模大小成比例的概率抽样。

② Medicare优选计划和非Medicare优选计划在赔付的医疗服务类别分布上存在差异，因此二者的赔付数据在调整权重过程中分别处理。

定。对于医院服务，观测单元要综合CPT编码、医疗服务提供者、保险公司的信息，以及是否为医疗保险优选计划来确定。对每个观测单元，使用所有被抽中的服务数据，计算平均价格。然后，该数据服务商将全部观测单元的定义、对应的服务条数和平均价格的信息发送给美国劳工统计局。

（三）医疗服务类别的权重调整

美国劳工统计局每月在收到信息后，要在“服务层面”计算价格指数。计算时，以每项服务的提供次数（而非支出金额）作为权重。

医疗服务基于CPT编码分为8个子类，分别为：麻醉、评估与管理、HCPCS II、内科服务与操作、病理与检验、放射治疗、外科手术以及CPT II^①。在每个地区，为使CPT子类层面的样本支出结构与全国总体（母体）支出结构一致，需要在CPT子类层面进行权重调整。

对于由Medicare优选计划赔付的医疗服务，权重调整在4个大区域层面（东北部、南部、中西部、西部）进行。对于非Medicare优选计划赔付的医疗服务，权重调整在CPI基础调查区（basic index area）层面进行。

美国劳工统计局展示了权重调整的做法（USA BLS，2024）。表2是调整前的赔付样本数据情况。

表2 赔付样本数据情况

单位：美元，%

| 子类 | 样本支出 | 样本占比 | 总体支出 | 总体占比 | 样本占比与总体占比之差 |
|----------|-------|------|-------|------|-------------|
| 麻醉 | 175万 | 2.5 | 1.2亿 | 5.0 | -2.5 |
| 评估与管理 | 5000万 | 72.2 | 10亿 | 41.5 | 30.7 |
| HCPCS II | 500万 | 7.2 | 2.25亿 | 9.3 | -2.1 |
| 内科服务与操作 | 400万 | 5.8 | 3.25亿 | 13.5 | -7.7 |

① “HCPCS II”是与CPT编码体系平行的系统，主要涵盖非医生服务、医疗用品及特定药品。虽然二者相互独立，但在医疗报销等实际操作中，HCPCS Level II常与CPT编码一同使用，以完整描述一项服务或供给。“CPT II”指CPT的Category II，用于反映某些有助于改善医疗质量的服务，如诊断筛查或预防性措施（注：理赔数据通常包含此类信息不多）。

续表

| 子类 | 样本支出 | 样本占比 | 总体支出 | 总体占比 | 样本占比与总体占比之差 |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------------|
| 病理与检验 | 75万 | 1.1 | 1亿 | 4.1 | -3.0 |
| 放射治疗 | 275万 | 4.0 | 2.75亿 | 11.4 | -7.4 |
| 外科手术 | 400万 | 5.8 | 3.35亿 | 13.9 | -8.1 |
| CPT II | 100万 | 1.4 | 0.3亿 | 1.2 | 0.2 |
| 合计 | 6925万 | 100.0 | 24.1亿 | 100.0 | — |

资料来源：USA BLS（2024）。

在此示例中，“评估与管理”类在样本中最为被高估（被过度代表），其样本占比比其总体占比高30.7个百分点。因此，将“评估与管理”类的调整系数设定为基准值1。

“麻醉”类相对于“评估与管理”类的样本占比为： $175 / (175 + 5000) = 0.033816$ 。

“麻醉”类相对于“评估与管理”类的总体占比为： $1.2 / (1.2 + 10) = 0.107143$ 。

“麻醉”类的调整系数计算公式为： $[0.033816 \times (1 - 0.107143)] / [0.107143 \times (1 - 0.033816)] = 0.291667$ 。

其余6个子类的调整系数也按照上述方法计算。然后，将原始“样本支出”除以对应的“调整系数”，得到调整后的样本支出。这一调整实现了子类的样本占比与总体占比一致^①。对赔付样本数据调整权重的情况如表3所示。

表3 赔付样本数据的调整权重

单位：美元，%

| 子类 | 调整系数 | 调整后样本支出 | 调整后样本占比 | 总体占比 | 样本占比与总体占比之差 |
|----|-------|---------|---------|------|-------------|
| 麻醉 | 0.292 | 600万 | 5.0 | 5.0 | 0 |

^① 特别地，如果某地区在某个考察期间内，某个子类没有观测记录，那么，该子类的权重将被分配给其余子类。分配依据是，其余子类在总体支出中的占比。例如，如果“麻醉”类总体占比为5%，但某地没有采集到“麻醉”类服务的数据，那么，这5%将被按比例分配至其余子类。

续表

| 子类 | 调整系数 | 调整后样本支出 | 调整后样本占比 | 总体占比 | 样本占比与总体占比之差 |
|----------|-------|---------|---------|-------|-------------|
| 评估与管理 | 1 | 5000万 | 41.5 | 41.5 | 0 |
| HCPCS II | 0.444 | 1125万 | 9.3 | 9.3 | 0 |
| 内科服务与操作 | 0.246 | 1625万 | 13.5 | 13.5 | 0 |
| 病理与检验 | 0.15 | 500万 | 4.1 | 4.1 | 0 |
| 放射治疗 | 0.2 | 1375万 | 11.4 | 11.4 | 0 |
| 外科手术 | 0.239 | 1675万 | 13.9 | 13.9 | 0 |
| CPT II | 0.667 | 150万 | 1.2 | 1.2 | 0 |
| 合计 | — | 12050万 | 100.0 | 100.0 | — |

资料来源：USA BLS（2024）。

上述权重调整过程仅改变各地区内部不同医疗服务子类之间的相对权重。由于美国劳工统计局在将各地区CPI聚合至全国层面时，采用的是消费者支出调查提供的权重，以上调整过程不影响不同地区之间医疗服务子类的权重。

（四）价格指数生成

当期价格变动采用年度链式Lowe指数衡量，计算公式如下：

$$I_{\text{Lowe}}^{t-1 \rightarrow t} = \frac{\sum_i q_i^{\text{yrase}} p_i^t}{\sum_i q_i^{\text{yrase}} p_i^{t-1}}$$

其中， q_i^{yrase} 表示权重，是观测值*i*在上一年度的月均数量。如果某月某项服务没有赔付数据，则无法计算该月的价格相对值（price relative）。在这种情况下，采用该月的初级抽样单位中“医生服务”（或“医院门诊服务”）的聚合价格相对值进行填补（imputation）。这种对价格相对值的填补方法符合CPI编制中的“单元均值法”（cell mean methodology）。若某个观测值的价格相对值高于或低于均值超过3个标准差，则被视为异常值，从价格指数计算中剔除。

1. 付款方类型的加权

采用美国卫生与公共服务部实施的医疗支出面板调查（Medical Expenditure

Panel Survey, MEPS)数据,确定3种付款方(自费、Medicare B、健康保险)的权重,构建覆盖全部付款方的医生服务价格指数和医院服务价格指数。这一做法确保了CPI中相关指数反映了实际的付款方结构。

为准确表征各付款方类型的信息,采用以下步骤。第一步:采用MEPS数据,从医院服务支出中分离出医院门诊服务支出。第二步:在各大区域,对医生服务和医院门诊服务,分别计算Medicare优选计划的支出占比和非Medicare优选计划的支出占比。第三步:把各大区域的MEPS支出占比数据,赋予该大区域下属的CPI调查地区。例如,将东北大区的MEPS的支出占比数据,赋予马萨诸塞州—新罕布什尔州的波士顿—剑桥—牛顿地区。

2. 不同付款方的聚合

对于医生服务。健康保险赔付部分的价格相对值使用“(四)价格指数生成”中的方法计算。自费部分和Medicare B赔付部分的价格相对值则通过传统数据采集方式计算。以MEPS数据中各地区3种付款方的占比为权重,计算各地区全部付款方的价格相对值。

对于医院门诊服务,各地区要计算全部付款方的价格相对值,其做法与医生服务类似。对于医院服务,要在医院门诊服务部分的基础上,加上“住院服务”部分。

最后,基于消费者支出调查提供的地区权重信息,将各地区的价格相对值进行聚合,形成全国层面覆盖全部付款方的价格指数。

(五)今后工作计划

目前,美国劳工统计局正在研究采用赔付数据来衡量医院服务中住院服务的价格指数。

五、用健康保险赔付数据衡量医疗服务价格的优缺点

(一)优点

采用赔付数据的最大优点是,从大型数据服务商购买数据,不依赖医生和医院的配合,大幅降低了价格采集难度。在当前尝试中,美国劳工统计局每2年

轮换一次样本，而不像大多数CPI项目那样每4年轮换一次样本。

采用赔付数据还具有以下3个优点。（1）赔付数据的样本量远大于传统采集方式的样本量，实现了数量级的提升。这既有助于降低医疗服务价格指数的波动性，也支持在更细分的地理维度及其他维度上进行分析。（2）赔付数据覆盖的医疗服务项目多于传统采集方式覆盖的项目。虽然CPT编码由临床和行业专家组成的编辑组每年进行约3次审议，并及时公开信息，且每年正式更新一次版本，但是仍没有覆盖一些服务，尤其是一些新兴技术和治疗方法^①。因此，采用赔付数据可以丰富医疗服务项目的设计。（3）赔付数据提供了各项观测的月度服务量，有助于更快速地更新权重，并为价格指数公式选择提供更大灵活性。

（二）缺点——滞后性

除需要支付采购成本外，采用健康保险赔付数据的主要缺点在于其存在时间滞后性^②。赔付数据源自已完成理赔流程的医疗保险账单。美国劳工统计局采用的赔付数据滞后约3个月。例如，发生于3月的医院门诊服务，其赔付数据要到6月才会发送给美国劳工统计局。这些数据被用于计算6月的CPI，并于7月对外发布。实际上，该指数反映的是2月至3月的价格变动。

美国劳工统计局学者对滞后性进行了量化分析。以下是两次分析的情况。

美国劳工统计局学者（Bieler et al., 2020）曾采用一家保险公司在某一城市的数据（滞后期为2个月）进行分析。该文认为，即使存在滞后，采用保险赔付数据也可以改善CPI中“医生服务”和“医院门诊服务”的价格衡量结果；赔付数据的滞后期越长，CPI计算结果的准确性越差；滞后期的影响在不同地区之间存在差异。

① CPT代码不覆盖可单独申报的药物和器械。药物和器械的编码称为Healthcare Common Procedure Coding System（HCPCS），由美国联邦医疗保险和医疗救助中心（Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS）负责维护。

② 若不采用传统数据采集方式，通常需要从第三方获得数据。美国CPI编制中已采用的第三方数据存在2~9个月的滞后。

美国劳工统计局 (Bieler et al., 2023b) 基于“(一) 样本选择和轮换”所述的样本, 并结合另一个健康保险赔付数据集^①, 进行了进一步研究。该文依据“(四) 价格指数生成”中的方法, 将健康保险赔付部分的医疗服务指数, 与用传统数据采集方式获得的患者自付和Medicare B赔付部分的医疗服务指数结合, 得到包含全部付款方的价格指数。

该文对“医生服务”指数的研究发现:(1) 采用两个赔付数据样本计算的医疗服务价格指数走势高度吻合;(2) 相较于采用传统采集方式计算的CPI指数, 采用赔付数据计算的医疗服务价格指数在初期偏低, 随后反超, 此后逐步收敛。对于第二点中的差异, Bieler et al. (2023b) 认为, 其可能源于美国劳工统计局在2018年4月调整了传统采集方式的权重计算方法^②, 也可能源于采用赔付数据计算价格指数时进行了插值处理。该文对“医院服务”指数的研究发现: 几个指数的走势基本一致。因此, Bieler et al. (2023b) 认为: 3个月的滞后期不会对结果造成大的影响。

六、结语

本文分析了美国CPI编制中, 面对医疗服务价格的“统计难”问题, 如何采用健康保险赔付数据衡量“医生服务”和“医院门诊服务”中由健康保险赔付部分的价格。此举摆脱了对医疗服务提供者的依赖, 兼具其他优势, 且滞后性的影响可控, 因此运行效果较好。美国正在考虑采用健康保险赔付数据衡量CPI中更多医疗服务的价格。

我国采用健康保险(主体是医保, 也包括商业健康保险)的赔付数据衡量医疗服务价格的“迫切性”弱于美国。我国医生和医院的绑定程度高, 医院

① 该数据集涵盖多家保险公司承保的全国范围的赔付数据, 覆盖时间为2016年1月至2020年3月(共4年)。该数据集在多项特征上与CPI计算所用的赔付数据很相似。该数据集包含超过1亿条赔付数据, 但缺少保险公司识别变量, 滞后期是9个月。

② 美国劳工统计局自2018年4月起, 采用MEPS数据调整CPI中医生服务的付款方类型的权重。调整后的权重更符合实际, 即提高了由健康保险赔付部分的权重, 降低了自费和Medicare B赔付部分的权重。

中公立机构占比高，并且民营医疗机构、小型诊所在向统计部门提供数据上的“觉悟”高于美国同行。因此，在我国CPI编制中，从医疗服务提供者获取价格信息的难度低于美国。

我国可以考虑采用健康保险赔付数据衡量含有保险赔付的医疗服务的价格，或至少将其作为辅助方式。理由在于：与美国类似，我国保险赔付数据可提供的医疗服务样本量远大于传统采集方式，覆盖的医疗服务项目也多于传统采集方式；相较于美国，我国医保对医疗费用的结算快，健康保险也在多个方面进行努力和协调，以加快医疗费用结算，这使我国采用赔付数据的滞后性问题更小。

参考文献

- [1] 王向楠. 居民消费中的保险及其影响——基于美国CPI资料[J]. 保险研究, 2025.
- [2] U.S. Bureau of Labor Statistics (USA BLS). Use of Medical Claims Data in the CPI for Physicians' and Hospital Services[EB/OL]. (2024-10-18) [2025-10-23].<https://www.bls.gov/cpi/additional-resources/use-of-medical-claims-data-physicians-and-hospital-services.htm>.
- [3] Bieler J, Cho C, Gayer J D, et al. Incorporating Medical Claims Data in the Consumer Price Index[J]. Monthly Labor Review, U.S. Bureau of Labor Statistics, 2023.
- [4] Bieler J, Church J D, Khatchadourian K W, et al. Improving Response Rates and Representativity in the CPI Medical Care Index[J]. Monthly Labor Review, U.S. Bureau of Labor Statistics, 2023.
- [5] Bieler J, Cho C, Matsumoto B, et al. Using Insurance Claims Data in the Medical Price Indexes[EB/OL]. (2019-11-18) [2025-10-23].<https://www.aeaweb.org/conference/2020/preliminary/paper/7i7sn2D3>.
- [6] MedPAC Staff, BLS Hospital Price Data Should be Used with Caution[EB/OL]. (2015-07-24) [2025-10-23].<https://www.medpac.gov/bls-hospital-price-data-should-be-used-with-caution/>.
- [7] U.S. Bureau of Labor Statistics (USA BLS). Measuring Price Change in the CPI: Medical Cares[EB/OL]. (2025-02-12) [2025-10-23].<https://www.bls.gov/cpi/factsheets/medical-care.htm>.