

基层门诊慢性病按人头付费测算方法比较研究*

倪剑潇^①, 高广颖^{②③}, 赵 宁^②, 顾 梅^②, 吴妮娜^{②③}, 杨 佳^{②③}

摘 要 目的: 基于4种主要慢性病的实证数据比较测算基准人头费的两种方法, 为我国推进以慢性病为主的门诊按人头付费提供方法学参考。方法: 收集北京市大兴区患有4种慢性病的参保人数数据, 通过自上而下和自下而上两种方法测算按人头付费标准, 比较测算结果及测算方法的优劣。结果: 自上而下测算的高血压、糖尿病、脑血管3类患者人头费标准高于自下而上法测算的结果, 自下而上法测算出的居民医保缺血性心脏病人头费标准较低, 但不管用哪种方法职工医保测算出的结果均高于居民医保。自下而上法是基于历史数据测算的, 结果更加符合实际。结论: 自下而上测算人头费的方法对于我国现阶段来说相对科学合理。在地区内试行几年按人头付费后, 再采用自上而下法可以更方便快捷地测算人头费标准。

关键词 基层门诊; 慢性非传染性疾病; 按人头付费; 测算方法

中图分类号 R1-9; F840.613 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)07-0021-06

Comparative Study on the Calculation Methods of Chronic Diseases by Capitation in Primary Clinics/Ni Jianxiao, Gao Guangying, Zhao Ning, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(7):21-26

Abstract Objective: Based on the empirical data of four major chronic diseases, to compare the two methods of calculating the benchmark capitation, and to provide methodological references for promoting the reform of the capitation payment mode of outpatient services with chronic diseases in China. **Methods:** The data of urban employees and urban and rural residents in Daxing District who suffer from the above four types of chronic diseases were collected to calculate the capitation rate by top-down and bottom-up methods, and compare the advantages and disadvantages of the calculation results and methods. **Results:** The capitation standard of hypertension, diabetes and cerebrovascular patients calculated from top to bottom was higher than that calculated from bottom to top. The capitation standard of ischemic heart patients with resident medical insurance calculated from bottom to top was lower, but no matter which method was used, the results calculated from employee medical insurance were higher than that of resident medical insurance. The bottom-up method was based on historical data, and the results were more realistic. **Conclusion:** The bottom-up method for calculating the headcount is relatively scientific and reasonable for China at this stage. After several years of trial implementation of capitation in the region, the top-down method can be used to calculate the capitation standard more conveniently and quickly.

Keywords payment by capitation; outpatient; chronic disease; calculation method

First-author's address Party Committee Office, Fangzhuang Community Health Service Center, Beijing, 100078, China

Corresponding author Yang Jia, E-mail: yangjiakm@163.com

随着我国以DRG和DIP为主的住院医保支付方式改革全面落地, 可能会带来住院费用向门诊转移、门诊费用激增等问题, 因此推进门诊医保支付方式的改革已刻不容缓^[1]。门诊医保支付方式改革是门诊统筹实现高质量发展的关键点和突破点, 而总额预算下按人头付费被视为门诊统筹最有效的支付方式^[2]。2017年《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》(国办发〔2017〕55号)提出对基层医疗服务可实施按人头付费, 积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合的付费方式。2019年出台的《关于实施健康中国行动的意见》和《健康中国行动(2019—2030年)》都强调慢性病防治的重要作用, 要求改革慢性

病医保支付方式, 健全医保支撑体系。2020年《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》强调“门诊特殊慢性病按人头付费”。2021年《“十四五”全民医疗保障规划》(国办发〔2021〕36号)提出推行诊疗方案、评估指标明确的慢性病按人头付费。由此可见, 国家多个指导性文件指明了门诊慢性病按人头付费的改革方向。我国慢性病发病呈快速上升趋势, 慢性病导致的死亡人数已占到全国总死亡的88.50%^[3]。随着我国逐步进入深度老龄化社会, 慢性病的发病率和疾病负担将使医保基金承受巨大的压力。按人头付费是一种预付制支付方式, 是医保部门根据医疗机构的服务人数, 计算出人均定额标准, 并且根据该医疗机构的收支情况, 以收定支, 确定基金总额, 定期向医疗机构预先支付医疗费用, 采用“按年预付, 年终考核, 结余奖励, 超支分担”的模式^[4]。慢性病按人头付费一方面有利于医疗机构控制医疗费用, 提高基金使用效率; 另一方面有助于实现以健康为导向的医学模式, 激励医务人员为参保人提供高质量的慢性病健康管理服务, 从而达到有效控制慢性病, 增进健康的目的^[5]。以慢性病为切入点推进按人头付费为主的门诊

* 基金项目: 国家医疗保障研究院开放性课题(YB2020B05, YB2020B05)。

① 丰台区方庄社区卫生服务中心党办 北京 100078

② 首都医科大学公共卫生学院 北京 100069

③ 首都医科大学国家医疗保障研究院 北京 100069

作者简介: 倪剑潇(1999—), 女, 大学学历; 研究方向: 基层卫生、医保支付; E-mail: h084129njx@126.com。

通信作者: 杨佳, E-mail: yangjiakm@163.com。

支付方式改革对于助力我国健康中国战略的实现具有重要意义。进行慢性病按人头付费研究中,科学测算人头费支付标准是改革的关键。为此,本研究拟基于基层4种慢性病的实证数据,比较自上而下和自下而上两种门诊按人头付费测算方法及其优劣,为我国推进以慢性病为主的门诊支付方式改革提供参考。

1 资料与方法

1.1 研究现场的选择

基于北京市大兴区为慢性病综合防控示范区,慢性病综合防治机制较为成熟,且该区有较为全面的慢性病相关的卫生统计数据,因此本研究选取北京市大兴区为研究现场。

1.2 研究疾病的选择

根据目前国家和北京市对慢性病的管理情况,选择高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中4种主要慢性病为按人头付费测算的慢性病。

1.3 统计数据

本研究收集大兴区城镇职工和城乡居民参保人患有以上4种慢性病的数据,因受2020年以来突发公共卫生事件的影响,选择该区2017—2019年的医保数据,包括参保人的性别、年龄、全年在该区各级医院产生的慢性病医疗总费用、自付金额等。在对上述数据进行整理分析的基础上,比较不同测算方法及测算方法的优劣,为基层门诊慢性病人头费测算标准的确定提供方法学参考。

1.4 按人头付费标准测算

1.4.1 人头费的支付范围。医药分开结算、分别管理是实行按人头付费的重要前提^[6]。我国目前还没有实现医药分开结算和分别管理,门诊与住院基金也是分开管理的,因此国内还不能实现将门诊和住院整合、医药分开的按人头费测算。测算出的人头费支付范围只包括参保人慢性病的门诊费用(包括门诊诊疗费、药品费用和转诊到上级医院的门诊费用),不包括转诊到上级医院发生的住院费用。人头费的测算范围符合国办发〔2017〕55号建议的“各统筹地区要明确按人头付费的基本医疗服务包范围,保障医保目录内药品、基本医疗服务费用和一般诊疗费的支付”规定。

1.4.2 按人头付费标准的测算方法。世界银行推荐了两种门诊统筹筹资总额及基准人头费的计算方法:自下而上法(Bottom-up costing)和自上而下法(Top-down allocation)。自下而上法通过估计个体卫生服务支出计算门诊统筹所需资金总量和基准人头费。自上而下法则根据预先确定的比例从医疗保险筹资总额中提取一部分作为门诊统筹资金,再根据参保人员总数计算分配到每一个参保个体头上的资金额度(即基准人头费)^[7]。

1.4.3 自下而上法。(1)将医保数据整合,按险种、病种分别计算。

(2)分别计算该区各级医院的年人均慢性病发生费用。

$$\overline{X}_i = \frac{X_{n-2} + X_{n-1} + X_n}{3} \quad \text{式(1)}$$

$\overline{X}_i$ 代表大兴区某个级别医院近3年人均发生费用水平, n 代表年份, X_n 、 X_{n-1} 、 X_{n-2} 表示近3年人均发生费用。

人头费标准的计算。不同级别医院为慢性病患者提供的医疗服务不同,一级医院主要是定期开药和健康管理,二、三级医院主要是做检查或诊断慢性病,二、三级医院的功能是重合的,所以取二、三级医院的人均医保发生费用的均值。

$$M_i = (\overline{X}_1 - t_1) + [(\overline{X}_2 - t_2) + (\overline{X}_3 - t_3)] \div 2 \quad \text{式(2)}$$

M_i 表示不同险种的人头费标准, M_1 表示城镇职工基本医疗保险, M_2 表示城乡居民基本医疗保险; $\overline{X}_1$ 、 $\overline{X}_2$ 、 $\overline{X}_3$ 分别表示各级医院近3年年人均发生费用, t_1 、 t_2 、 t_3 表示各级医院近3年年人均自付金额。

(3)计算年度预算医疗费用总额。

$$P_i = M_i \times K \quad \text{式(3)}$$

P_i 代表年度预算医疗费总额, K 代表大兴区慢性病患者人数。年度预算医疗费总额等于某种慢性病患者人数与人头费用标准乘积的和。

$$K = PK \times P \quad \text{式(4)}$$

PR 表示某慢性病的患病率, P 表示年大兴区人口数。

1.4.4 自上而下法。

(1)确定基金总量:根据3年医保发生费用计算平均增速,得出2021年的基金总量。

$$T_i = E_{2019} \times (1 + \bar{r})^2 \quad \text{式(5)}$$

T_i 表示某种慢性病基金总量; E_{2019} 表示2019年某种慢性病医保发生费用; $\bar{r}$ 表示平均增速。

(2)计算人头费标准:

$$M_i = \frac{T_i}{K_i} \quad \text{式(6)}$$

K_i 代表不同险种慢性病患者人数,2020年以前社区医院可以为慢性病患者开1个月处方,对于病情稳定的慢性病患者,一般1年去社区医院12次,所以可以用一级医院就诊人次除12,估算慢性病患者人数。

1.4.5 用分组计算法进行简单地计算风险校正系数。本研究使用分组计算法(或者叫矩阵法)计算人头费标准。矩阵法是指依据各个调整因素(如年龄、性别)及其不同的水平(年龄可分为不同年龄组,性别分为男女),将全体人群划分为不同的组别,分别估计各组别的人头费率。

计算各组别的相对权重:

$$R_{s_i} = G_i / M \quad \text{式 (7)}$$

G_i 为组别*i*人群的预期费用（该组的平均费用）， M 为全体参保人群的平均费用。 R_{s_i} 为该组别的相对权重又常称作风险得分，表示某组别人群预期人均费用支出是全部参保人群的多少倍。

2 结果

2.1 大兴区慢性病医保数据分析

2.1.1 城镇职工慢性病医保数据分析。2017—2019年该区城镇职工医保数据中四种慢性病门诊就诊人次数和次均费用详见表1，可以看出绝大部分慢性病门诊患者年龄在50岁以上，次均门诊发生费用随着年龄的增长呈递增趋势。4种慢性病女性就诊人次高于男性，男性慢性病门诊次均费用整体上比女性高。

2.1.2 城乡居民慢性病医保数据分析。表2是2017—2019年该区城乡居民医保数据中4种慢性病门诊就诊人次数和次均费用，相比城镇职工的门诊人次年龄分组，城乡居民医保的门诊就诊人次的特征更加明显，主要集中在50~80岁人群，4种慢性病门诊次均费用随着年龄的增长呈递增趋势。与职工医保相同，4种慢性

病女性就诊人次高于男性，男性慢性病门诊次均费用整体上高于女性。

2.2 自下而上法测算人头费

2.2.1 城镇职工人头费测算。据该区2017—2019年职工医保个人数据，计算出各级医院4种慢性病年人均发生费用和年人均自付金额（表3）。

计算得出4种慢性病的人头费标准分别为： $M_{高血压}=5\,338.69$ 元； $M_{糖尿病}=6\,605.44$ 元； $M_{缺血性心脏病}=3\,631.46$ 元； $M_{脑血管病}=3\,517.75$ 元；

计算各慢性病年度预算医疗费用总额（表4）。2021年大兴区人口中高血压患病率为31.6%，糖尿病患病率为10.70%，据《中国心血管健康与疾病报告2020》，城市地区冠心病患病率为12.3%^[8]，据2020年我国脑卒中高危人群筛查和干预项目调查结果，脑卒中患病率为2.61%^[9]；据《北京市大兴区第七次全国人口普查公报》（2021年6月），截止到2020年11月该区常住人口为1 993 591人。患病率乘以常住人口数可以估算各慢性病患者人数。

2.2.2 城乡居民人头费测算。同城镇职工医保慢性病

表1 不同年龄段和性别的城镇职工慢性病门诊就诊人次及次均费用

组别	高血压		糖尿病		冠心病		脑卒中	
	就诊人次 (人次)	次均费用 (元)	就诊人次 (人次)	次均费用 (元)	就诊人次 (人次)	次均费用 (元)	就诊人次 (人次)	次均费用 (元)
年龄								
20~34岁	4 636.00	1 951.42	2 669.00	2 042.70	10.00	1 284.06	756.00	1 041.16
35~49岁	64 328.00	2 466.90	26 293.00	3 242.96	290.00	1 939.58	14 426.00	1 571.05
50~64岁	161 362.00	3 289.18	75 176.00	4 169.18	956.00	2 736.5	49 668.00	1 951.54
65~80岁	138 804.00	4 283.51	70 494.00	5 018.07	1 622.00	3 093.93	52 568.00	2 501.03
>80岁	37 712.00	4 540.00	17 757.00	4 921.74	799.00	2 930.06	15 945.00	2 843.94
性别								
男	223 780.00	3 734.31	108 947.00	4 524.19	1 478.00	2 745.63	64 850.00	2 323.66
女	183 062.00	3 441.42	29 973.00	4 208.72	2 199.00	2 950.04	68 513.00	2 130.15

表2 不同年龄段和性别的城乡居民慢性病门诊就诊人次及次均费用

组别	高血压		糖尿病		冠心病		脑卒中	
	就诊人次 (人次)	次均费用 (元)	就诊人次 (人次)	次均费用 (元)	就诊人次 (人次)	次均费用 (元)	就诊人次 (人次)	次均费用 (元)
年龄								
<20岁	232.00	1 023.67	145.00	1 913.82	0	0	714.09	23.00
20~34岁	566.00	1 083.59	455.00	1 745.72	0	0	872.82	104.00
35~49岁	4 551.00	1 225.29	2 092.00	1 779.23	6.00	354.62	875.22	897.00
50~64岁	46 334.00	1 290.09	18 848.00	1 878.69	131.00	467.61	944.70	11 605.00
65~80岁	61 330.00	1 460.05	24 632.00	1 913.66	144.00	375.69	1 050.45	16 052.00
>80岁	11 873.00	1 437.13	3 553.00	1 806.53	22.00	283.92	1 138.79	3 338.00
性别								
男	46 578.00	1 492.52	21 540.00	1 946.48	96.00	255.26	1 1631.00	1 133.98
女	78 308.00	1 370.08	28 185.00	1 849.13	207.00	525.13	20 388.00	1 009.86

表3 各级别医院2017—2019年三年内慢性病年人均发生费用及人均自付金额

元

医院级别	高血压		糖尿病		冠心病		脑卒中	
	人均发生费用 $\bar{X}_i$	人均自付金额 t_i	人均发生费用 $\bar{X}_i$	人均自付金额 t_i	人均发生费用 $\bar{X}_i$	人均自付金额 t_i	人均发生费用 $\bar{X}_i$	人均自付金额 t_i
一级	3 503.35	747.29	4 250.52	823.48	3 075.71	540.67	2 188.42	380.72
二级	3 504.28	1 002.05	4 212.34	1 165.82	1 492.88	420.82	2 359.81	571.32
三级	3 745.01	1 081.98	4 605.04	1 294.74	1 497.51	376.73	2 229.86	598.26

表4 大兴区慢性病年度预算情况

病种	患病人数 K_i (人)	人头费标准 M_i (元)	年度预算总额 P_i (元)
高血压	629 974.76	5 338.69	3 363 242 030.00
糖尿病	213 314.24	6 605.44	1 409 034 749.00
缺血性心脏病	245 211.69	3 631.46	890 477 272.00
脑血管病	52 032.73	3 517.75	183 037 858.60

人头费测算方法，测算各级医院年人均发生费用及人均自付金额（表5）、各慢性病人头费标准和年度预算医疗费用总额（表6）。2017—2019年该区二级医院缺血性心脏病的数据缺失，计算基准人头费时直接用一级和三级医院年人均医保发生额度计算。

计算得出4种慢性病人头费标准分别为： $M_{\text{高血压}}=1\,252.5$ 元； $M_{\text{糖尿病}}=1\,068.85$ 元； $M_{\text{缺血性心脏病}}=330.32$ 元； $M_{\text{脑血管病}}=823.49$ 元。

2.3 自上而下法测算大兴区不同险种人头费标准

2.3.1 城镇职工人头费测算。根据大兴区城镇职工全年四种慢性病医保发生总费用，计算出平均增速，算出预估的2021年医保基金总额。用一级医院就诊人次估算患者人数，计算慢性病人头费标准。计算得出4种

慢性病的人头费标准分别为： $M_{\text{高血压}}=2\,497.87$ 元； $M_{\text{糖尿病}}=4\,317.38$ 元； $M_{\text{缺血性心脏病}}=1\,887.77$ 元； $M_{\text{脑血管病}}=6\,950.06$ 元（表7）。

2.2.3 城乡居民人头费测算。用同样的方法计算城乡居民医保基金总量和人头费标准（表8）。由于2017年四种慢性病医保发生费用总额数据缺失，故用2018—2019年的增速测算2021年慢性病医保基金总额。计算得出四种慢性病的人头费标准分别为： $M_{\text{高血压}}=2\,497.87$ 元； $M_{\text{糖尿病}}=4\,317.38$ 元； $M_{\text{缺血性心脏病}}=1\,887.77$ 元； $M_{\text{脑血管病}}=6\,950.06$ 元。

2.4 矩阵法计算风险调整后的人头费

将医保数据按险种、年龄和性别分组，据公式（6）计算各组别相对权重RS。用不同组别相对权重与

表5 各级别医院2017—2019年三年内慢性病年人均发生费用及人均自付金额

元

医院级别	高血压		糖尿病		冠心病		脑卒中	
	人均发生费用	人均自付金额	人均发生费用	人均自付金额	人均发生费用	人均自付金额	人均发生费用	人均自付金额
一级	1 168.65	650.11	1 156.94	876.86	309	160.8	836.71	446.58
二级	1 966.23	896.46	2 396.25	1 585.05	—	—	1 199.96	776.96
三级	1 491.19	1 093.02	2 158.68	1 392.33	603.66	421.54	1 222.88	779.18

表6 大兴区慢性病医疗费用情况

病种	M_i	K_i	P_i
高血压	1 252.50	629 974.76	789 045 481.81
糖尿病	1 068.85	213 314.24	228 001 277.74
缺血性心脏病	330.32	245 211.69	80 997 509.06
脑血管病	823.49	52 032.73	42 848 168.63

表7 大兴区慢性病职工医保人头费标准

病种	平均增速 $\bar{r}$	医保基金总额 T_i	按人头费标准 M 患者人数
高血压	0.03	397 504 667.30	77 305 751 419.83
糖尿病	0.10	290 710 123.30	1 112 979 261.20
缺血性心脏病	-0.52	63 084.98	9 063 615.67
脑血管病	0.04	78 404 546.26	11 584 316 768.17

表8 大兴区慢性病居民医保人头费标准

病种	高血压	糖尿病	缺血性心脏病	脑血管病
平均增速 $\bar{r}$	0.11	0.20	-0.42	0.23
医保基金总额 T_i	44 393 763.20	28 684 663.66	33 350.60	10 037 909.32
人头费标准 M	2 273.71	3 957.46	614.24	5 533.07

表9 各组别相对权重

险种	年龄分组	高血压		糖尿病		冠心病		脑卒中	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
城乡居民	65岁以下	1.006	0.924	1.037	1.174	0.748	1.539	1.042	0.928
	重点人群	1.146	1.052	1.03	1.179	0.752	1.546	1.070	1.070
城镇职工	65岁以下	0.874	0.806	0.907	0.849	0.848	0.911	0.869	0.797
	重点人群	1.252	1.154	1.171	1.013	1.012	1.087	1.108	1.108

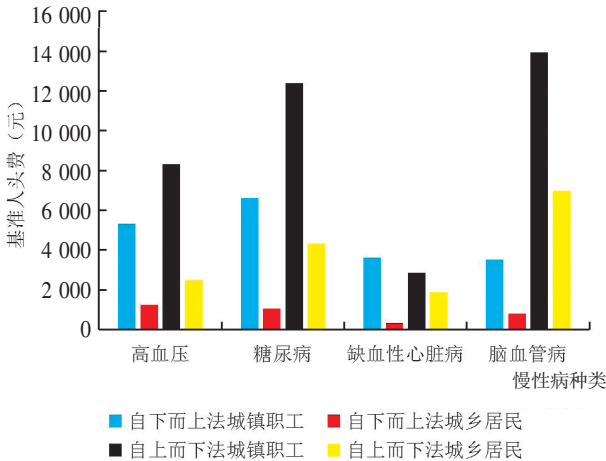


图1 不同方法测算的四种慢性病基准人头费比较

测算出的人头费标准相乘，得到各个组别经过风险调整的人头费（表9）。

3 讨论

3.1 不同方法测算四种慢性病基准人头费比较

本研究采用自下而上和自上而下两种方法测算人头费。从图1可以看出，自上而下测算的高血压、糖尿病、脑血管病人头费标准高于自下而上法测算的人头费标准，原因是自上而下法考虑了医保费用的变动情况，2017—2019年这三种慢性病平均增速大于0，估算出的医保基金总额高，人头费标准高；但是门诊医疗总额增加，可能是人均医疗费用上涨，也可能是因为慢性病患者数量增加。自下而上法是根据各级医院的医保个人数据的均值计算出的人头费标准，是基于历史数据测算的，更加符合实际的医保费。自下而上法测算出的居民医保缺血性心脏病人头费标准很低，原因是缺血性心脏病居民医保的自付金额高，医保报销得少，所以人头费标准低。不管用哪种方法测算，职工医保测算出的人头费标准均高于居民医保，主要是职工医保门诊报销比例和封顶线高于居民医保，职工

医保和居民医保的待遇差异等原因导致职工医保发生费用高，故测算出的人头费高。

3.2 慢性病医保人头费的风险调整

研究按年龄和性别进行分组，用矩阵法测算各组别人群的相对权重，因为数据的局限，测算中没有考虑共病问题。在后续研究中可以基于基础数据可得性和数据质量，分步分类健全多维因素的风险调整机制，实现人头定额精准给付^[11]。

4 建议

4.1 按人头付费的测算路径选择

通过自上而下和自下而上两种测算方法测算按人头付费标准，从测算过程和测算结果来看两种方法各有利弊。自下而上法基于历史数据，与实际医疗支付相吻合，但测算比较繁琐，要求掌握尽量多的数据，数据越多、个人医保数据信息越详细，测算结果越接近该地区实际医保支出。自上而下的方法测算人头费标准取决于拨付给慢性病医保的基金总额，基金总额多分到每位慢性病患者身上的人头费就多。现阶段我国大多数地区医保支付仍是以项目付费为主，仅有个别区域试行了医保总额预付制，大部分地区没有足够的医保数据合理地测算慢性病医保基金总额，不能准确地反映慢性病医保支出情况，所以自下而上测算人头费的方法对于我国现阶段来说相对科学合理，且该方法简单易行，操作性强。在地区内试行几年按人头付费后，掌握足量的慢性病医保数据，能合理地测算慢性病医保基金总额，再采用自上而下法可以更方便快捷地测算人头费标准。

4.2 对不同参保人群的人头费进行风险调整

可以根据不同慢性病患者的人头费标准进行风险调整，更准确地预测不同参保人的医疗成本，从而降低医保资金的财政风险。本研究将人群按照性别和年龄分组，计算相对权重对人头费进行风险调整。在测算过程中也要为一些不确定因素留出风险调整空间，

通常预留5%~10%的风险储备金。此外,还要考虑建立动态调整机制,根据通货膨胀、经济水平、卫生服务需求、人口结构等因素,每年对相应的支付标准应进行调整。

4.3 慢性病按人头付费需与分级诊疗和家庭医生签约制度联动

按人头付费支付方式改革需要分级诊疗作为支撑。慢性病患者的健康管理需要上下级医院联动配合。慢性病常规的治疗、定期的随访和健康教育等主要在基层医院,诊断、辅助检查、复诊等则需要二、三级医院提供。因此,逐步将基层慢性病健康管理纳入医保,提高基层重视慢性病管理的意识,推动医疗保险向健康保险的转变。将人头费打包给基层,基层对慢性病患者进行管理,实现首诊在基层,需要转诊的由基层医院转出到二、三级医院,相应的医保经费也转至上级医院,从而推动分级诊疗的实现。

家庭医生签约制度是慢性病按人头付费的基础,在按人头付费补偿方式下,全科医生可基于居民需求提供个性化服务,丰富签约服务内涵,多渠道吸引居民签约以获得更多的医保经费。在确定门诊按人头付费签约服务包内容时,要把握以促进健康管理、兼顾疾病特点和基金支出等基本原則明确服务的内容,如应保障慢性病在基层医保目录内药品范围、包含基本医疗服务费用和一般诊疗费等内容。慢性病按人头付费签约时,应包含签约形式、签约周期、就医管理、转诊管理等内容。家庭医生主动开展三级预防,提高慢性病患者健康水平,应以较低的费用提供服务,在取得疗效的同时增加自身收入^[11]。将按人头付费改革与慢性病管理相融合,一方面有助于提高医保基金的使

用效率;另一方面也有助于使基层医务人员从注重疾病治疗向注重慢性病管理转变,助力健康中国的实现。

参 考 文 献

- [1] 廖藏宜. 后DRG时代门诊医保付费方式的改革趋势[J]. 中国人力资源社会保障, 2021(4):59.
- [2] 谭华伟, 张培林, 皮星, 等. 我国总额预算下门诊按人头付费的模式演变、关键问题及路径优化[J]. 中国卫生经济, 2021,40(12):20-25.
- [3] 中国居民营养与慢性病状况报告(2020年)[J]. 营养学报, 2020,42(6):521.
- [4] 董明媛. 门诊统筹的按人头付费方式研究[D]. 武汉大学, 2015.
- [5] 卢春柳, 磨静佳. 从慢性病的健康管理角度加强医保费用管理[J]. 中国社区医师, 2020,36(8):184-185.
- [6] 冯毅. 我国门诊统筹“按人头付费”实施现状及改革路径[J]. 卫生经济研究, 2016(4): 45-47.
- [7] 艾丽唤, 吴荣海, 肖黎, 等. 基于风险调整的基本医疗保险门诊统筹按人头付费标准测算研究——以深圳市为例[J]. 中国卫生政策研究, 2017,10(9):39-45.
- [8] 中国心血管健康与疾病报告2020[J]. 心肺血管病杂志, 2021,40(9):885-889.
- [9] 《中国脑卒中防治报告2020》编写组, 王陇德. 《中国脑卒中防治报告2020》概要[J]. 中国脑血管病杂志, 2022,19(2):136-144.
- [10] 谭华伟, 张培林, 皮星, 等. 我国总额预算下门诊按人头付费的模式演变、关键问题及路径优化[J]. 中国卫生经济, 2021,40(12):20-25.
- [11] 李再强, 林枫. 医疗保险制度下的慢性病健康管理模式[J]. 中国卫生经济, 2005,24(1):45-46.

[收稿日期: 2023-05-03] (编辑: 张红丽)

(◀◀上接第20页◀◀)

商业保险公司可及时调整使用频次极少的“低性价比”增值服务,多提供实用性服务来提高惠民保在投保人群中的存在感并扩大受益面,进而增强参保人群黏性^[7-8]。

参 考 文 献

- [1] 吴岚怡, 王前. 基于GM(1,1)模型我国基本医疗保险基金结余预测分析[J]. 中国卫生经济, 2021,40(9):33-38.
- [2] 谭英平, 鲍创. 新冠疫情对我国商业健康保险的影响和启示[J]. 价格理论与实践, 2020(7):17-20,43.
- [3] 倪澜, 冯国忠. 基于截面固定效应模型的商业健康保险需求影响因素分析[J]. 中国卫生经济, 2018, 37(3):27-30.
- [4] 万广圣, 阎建军, 施毓凤, 等. 普惠型补充医疗保险续保意愿及其影响因素研究[J]. 中国卫生经济, 2022,41(12):

16-21.

- [5] 金小桃, 王琴, 陈诗雨, 等. “惠民保”发展模式研究[J]. 保险研究, 2022(1):3-20.
- [6] 朱铭来, 何敏, 郭晋川, 等. 我国罕见病“友好型”普惠险评价指标体系构建及应用探索[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(8):21-24.
- [7] 蒿思宇, 毛宗福. 新加坡保健储蓄账户制度及对我国职工医保个人账户改良的启示[J]. 中国卫生经济, 2021,40(12): 113-117.
- [8] 王平洋. 试论医保部门在“惠民保”发展中的责任和作用[J]. 中国医疗保险, 2022(6):113-117.

[收稿日期: 2023-04-26] (编辑: 毕然)