

健康共同体集团体制下多层次医疗保障体系的慢性病管理创新探索*

董寅^①, 李娜^②, 叶斌^③, 张高峰^①

摘要 在慢性病负担持续加重的社会背景下,构建慢性病管理多层次医疗保障体系的重要性日益凸显。玉环市人民医院健康共同体集团针对多元的慢性病管理需求,与政府、高等院校、第三方机构等单位多方合作,在医保资金按疗效付费、基层财政补偿机制、商业保险等领域开展探索,尝试构建慢性病管理多层次医疗保障体系。文章介绍了当前慢性病管理的医保支持政策、基层运行现状及在此背景下的上述创新实践,为各地方在完善慢性病全程闭环管理的保障配套方面提供先行、先试经验。

关键词 慢性非传染性疾病管理;多层次医疗保障体系;健康共同体集团体制

中图分类号 R1-9; R197 **文献标志码** B **文章编号** 1003-0743(2023)09-0020-04

Innovation Exploration of Chronic Disease Management in Multi-Level Medical Security System under the Health Community Group System/Dong Yin, Li Na, Ye Bin, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(9):20-22,26

Abstract Under the social background of the increasing burden of chronic diseases, the importance of constructing a multi-level medical security system for chronic disease management has become increasingly prominent. In view of the diversified chronic disease management needs, Yuhuan People's Hospital Health Community Group cooperates with government units, institutions of higher learning, third-party institutions and other units to explore in the fields of payment of medical insurance funds according to curative effect, grass-roots financial compensation mechanism, commercial insurance, special needs services, and tries to build a multi-level medical security system for chronic disease management. It introduces the current medical insurance support policy of chronic disease management, the status quo of grass-roots operation problems and the innovative practice of Yuhuan, which provides the pilot experience for various localities in improving the support of the whole closed-loop management of chronic diseases.

Keywords chronic disease management; multi-level medical security system; the health community group system

First-author's address Yuhuan People's Hospital, Yuhuan, Zhejiang, 317600, China

Corresponding author Zhang Gaofeng, E-mail: 173235071@qq.com

在我国人口老龄化程度加速、慢性非传染性疾病(以下简称慢性病)年轻化的发展趋势下,国内慢性病的患病人数急剧增多。《中国国民健康与营养大数据报告》显示,20.00%的居民患有慢性病,慢性病死亡率占86.00%^[1]。由于慢性病具有病程长、管理难度大、并发症多等特点,为患者及其家庭带来较大的经济负担。据“第五次国家卫生服务调查报告”显示,我国已进入慢性病高负担期,负担占总疾病负担的70.00%^[1]。因此,在做好慢性病预防及日常管理外,配套完善慢性病的医疗保障体系、减轻患者经济负担尤为重要。

1 多层次医疗保障体系的慢性病创新管理依据

我国医保坚持基本医疗“保基本”功能定位,针对覆盖面广、健康损害大的慢性病种,不断健全医疗

保障,不断体现和增强“以健康为中心”的支付改革,为慢性病的优质、高效、全程管理给予有力引导。

1.1 多举措联动,减轻慢性病患者就医负担

(1) 普遍开展门诊慢性病保障工作,各地方根据医保基金收支情况,结合自身实际把部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病门诊费用纳入统筹基金支付范围,对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗,参照住院待遇进行管理,慢性病门诊统筹支付的病种数量逐步增多^[2]。(2) 建立动态调整的医保目录,常态化开展药品、高值医用耗材集中带量采购,逐步降低常用药、高值医用耗材价格。同时,立足基金承受能力,动态调整优化药品目录,及时将临床价值高、患者获益明显、经济评价优良的药品以及符合条件的中药纳入支付范围,减轻居民负担。(3) 健全职工门诊共济保障机制,改革职工医保个人账户,将个人账户使用范围扩展至本人及其直系亲属,可用于支付在定点医疗机构、定点零售药店就医发生的由个人负担的医疗费用,增强共济保障。

1.2 创新支付模式,支持慢性病全程闭环管理

慢性病管理周期长,不同病程阶段所需资源不同,无法依靠任一单体医疗机构完成全周期管理^[3]。而

* 基金项目:浙江省医院协会科技计划项目(2023ZHA-KEB336)。

① 玉环市人民医院 浙江 玉环 317600

② 宁波洞见医院管理咨询有限公司 浙江 宁波 315000

③ 玉环市医疗保障局 浙江 玉环 317600

作者简介:董寅(1975—),男,副主任医师,学士学位;研究方向:卫生管理学;E-mail: 9597082@qq.com。

通信作者:张高峰, E-mail: 173235071@qq.com。

紧密型医共体整合了初级医疗服务（家庭医生服务）、二级医疗服务（乡镇卫生服务中心）、三级医疗服务（县级龙头医院），形成完整的整合服务链条，是实现慢性病闭环管理的重要载体。医保支付改革顺应了医共体建设实际，推行以医共体为单位的总额预付机制，并建立“结余适当留用、超支合理分担”的激励约束机制，有力促进了医疗资源的协同共享。总额预付机制一方面便于医保资金在综合医院和基层医院之间的调剂；另一方面便于在住院和门诊医保资金之间的统筹衔接，适应医改进程中的就医模式变化。此外，实施以按病种付费为主、按床日付费、按人头付费等多元复合式医保支付方式，匹配慢性病患者在门诊、住院、基层康养等多种医疗保障场景。

2 多层次医疗保障体系的慢性病创新管理动因

2.1 门诊医保总额低增长问题

随着合理诊疗和疾病筛查的推进，门诊就医的比重显著上升，门诊“特病”支付需求和支付范围扩增显著，“特病”患病群体基数、目录内药品和诊疗项目数量逐年增加。以2021年为例，浙江省“特病”目录内药品数量从29 871个增加至30 188个，职工医保和城乡居民医保门诊“特病”支出增长率分别为15.83%、13.46%，而2021年全市医保基金总额增长率限定标准为：职工医保以2020年决算额为基数，年增长率为6%，城乡居民医保以2018—2020年实际发生额平均数为基数，年增长率为4%，当前医保总额的增长幅度已远不能满足诊疗模式和慢性病管理发展的需要。有研究显示，提高慢性病患者门诊待遇，既可以改善医疗效果，也能够减轻个人和社会经济负担，形成双赢结果。因此，提高慢性病门诊医保总额增长率亟需加强研究和深化。

2.2 收费项目及收费标准缺失问题

为达到良好的慢性病管理成效，需开展全程健康管理，其中涉及多学科的人力投入，如护师、药师、营养师、康复医师等，从而针对患者病情进展开具相应的护理、药物、饮食和运动处方^[5-6]。但目前多个学科处方的收费仅体现在家庭医生签约收入和综合医院的专科诊疗中，能够分配到健康管理团队成员的绩效非常有限。其次，在目前家庭医生能力较为欠缺的情况下，专科医师（护师、药师）在慢性病管理中需要承担更多的指导功能^[7-8]。但指导带教的工作绩效难以进行计算和体现，导致出现专科医生不愿下放患者、家庭医生管理成效不佳、“全专融合”难以深入的尴尬局面。再次，由于慢性病患者健康意识和自我管理能力欠佳，需要管理团队强化随访干预工作，对工作开展的频率和深度提出更高的要求^[9-10]。加上管理模式由线下逐步转变为线上与线下相结合，当前的收费项目和标准已不能支持慢性病精细化、全周期管理的需要。

2.3 基层考核问题

对于基层机构的家庭医生团队来说，慢性病管理收入涉及公共卫生工作当量收入、家庭医生签约收入和基层诊疗的医疗服务收入。公共卫生工作覆盖的慢性病病种数量有限，目前仅涉及高血压、糖尿病、结核病、严重精神障碍疾病，外加儿童、孕产妇、老年群体的健康管理，其他常见慢性病（如慢阻肺、慢性肾病、高血脂等）未纳入管理范畴；在管理（包括家庭医生签约服务）工作考核中，更侧重过程性的管理，如建档率、访视率、管理率、规则服药率、签约覆盖率等，对管理结果的考核体现较少，只有血压和血糖控制率，其他健康管理结果指标并未体现，与健康结果付费的医保支付政策联动不足^[1]。虽然分级诊疗提升了基层就诊率，但目前基层增长量大多在慢性病的长期药物管理，药占比居高不下，与外部考核要求的提升医疗服务收入占比形成了矛盾，让基层医务人员工作开展面临困境。

3 多层次医疗保障体系的慢性病创新管理实践

《“健康中国2030”规划纲要》中提出，要健全以基本医疗保障为主体、其他多种形式补充保险和商业健康保险为补充的多层次医疗保障体系的目标任务。《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《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）均对商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助等多层次医疗保障形式予以鼓励支持。在此政策背景下，结合慢性病患者数量广泛、需求多元的保障发展需要，玉环市人民医院健康共同体集团（以下简称健共体）携手多方力量对构建慢性病管理多层次医疗保障体系进行积极探索。

3.1 试点慢性病患者门诊按疗效付费机制

开展慢性病按疗效付费，建立与慢性病防控目标相协同的支撑政策是完善医保支付体系的重要内容之一。健共体于2020年底探索将慢性病患者门诊医保费用按人头包干预付给家庭医生进行统一管理，包干费用标准在上一年门诊医保报销人均费用基础上上浮200元~300元，鼓励家庭医生通过多种途径精准开展“慢性病二级三级预防”和“其他疾病一级预防”。家庭医生为患者建立一人一档并发放健康储值卡，鼓励患者学习慢性病知识、规律监测指标、开展适宜运动，以获取健康积分，通过积分兑换购买服务或健康产品，增强患者自我健康管理能力。健共体联合高校成立慢性病并发重大疾病评审小组，负责评判家庭医生团队日常管理是否到位。试点1年来，未出现因家庭医生管理不到位导致患者住院或死亡，纳入管理的“两慢性病”患者门诊医保费用人均结余39.92%，结余经费经考核后奖励分配至家庭医生团队，人均奖补1.70万元，逐步引导家庭医生成为居民健康和医保的“双守

门人”。

3.2 实施基层医疗机构财政补偿新机制

玉环市将新建高血压和糖尿病患者健康管理专项、糖尿病专科“医联体”基层随访、慢性病一体化门诊管理纳入增量指标，玉环市财政对新增的工作当量按照11元/当量进行经费追加，2021年预算较2020年增加953.92万元，促进基层医疗卫生机构提高“两慢性病”服务数量、质量和效率。出台健共体内按慢性病管理结果为导向的考核机制，将财政拨付给分院的公共卫生经费按比例提取，通过定期督查、考核将结果应用于基层分院年度绩效二次分配和村卫生室项目补助经费的主要依据之一，根据考核结果允许分院参照总院的绩效考核奖50.00%~90.00%发放，向成效明显的地方倾斜。引入第三方机构进行质量评价，同时依托信息化平台自动抓取有效服务的名单，促使家庭医生主动加强与慢性病患者的互动与管理。

3.3 试点慢性病管理补充保障机制

作为医疗保障体系中重要组成部分的商业医疗保险，在满足群众多元的医疗健康需求方面发挥了重要作用。健共体与多家商业保险公司合作共建“糖安保”“肠康保”等“健康+保险”项目，为特定群体提供精准健康管理、疾病筛查、健康体检等服务，降低或延缓保险客户严重并发症和重疾发生的风险，既减轻了参保群众个人医疗费用负担，也有效提升了参保群众的综合医疗保障水平。以“糖安保”为例，保险面向糖尿病前期及2型糖尿病的人群，为参保对象提供专属健康档案，并根据健康特点制定控糖目标；通过1年持续的在线教育及指导，协助客户养成良好的饮食、运动等生活习惯，鼓励并指导客户达成健康目标；若在保障期间发生住院等医疗费用，给予对应赔付额度的赔偿。项目运行以来，宣传发动服务参保人数5000多人，未发生参保患者因血糖管理不当引起住院和理赔情况地发生。

3.4 尝试慢性病管理“特需服务”机制

除高血压、糖尿病等常见慢性病外，居民对家庭医生信任感还不强、专科医生依赖度高，尤其是病种难度较高、管理风险较大的病种。针对此现状，制定推出专科延伸服务包，由专科医生主导，带领多学科团队及家庭医生团队为特定病种患者开展“特需管理”服务。截至2022年底，已陆续推出房颤、心脏起搏器术后、脑梗死、慢阻肺、慢性乙肝及肝硬化、银屑病等覆盖多种慢性病的专科服务包。以心脏起搏器术后服务包为例，专科医生定期进行起搏器“程控检查”和术后风险评估，专科护士每月电话随访并定期做复诊提醒，家庭医生团队开展上门访视，健康助理团队在专项疾病微信群内推送健康宣教资料、接受心血管病疾病相关健康咨询；服务期间客户享受门诊就

诊、检查检验和住院等绿色通道待遇。服务包在满足慢性病群体“特需服务”的同时，深度融合“全专团队”、提升家庭医生服务能力，为下一阶段多病种全程管理模式做出先行探索。2022年，线上、线下共服务1282人次，售出服务包近25万元。当地医保局对服务包在增加参保人群获得感、有效提升基层就诊率、节约医保基金等方面所发挥的功能充分认可，对服务包内符合医保规定的部分费用纳入支付范围。

3.5 工作成效

健共体自开展多重举措完善慢性病保障体系以来，慢性病管理成效逐步显现。2022年，健共体辖区高血压、糖尿病患者规范管理率分别为90.56%、90.69%，控制率分别为65.90%、60.89%，指标位居全省前列，高出试点要求20个百分点以上。心脑血管急性事件死亡率为208.21/10万，远低于玉环市水平(231.19/10万)和台州市水平(262.29/10万)。辖区职工、城乡医保门诊基金支出逐年下降，经初步测算，2022年慢性病医疗负担较上年度降低6500万元。县域就诊率达到90.75%、基层就诊率达到79.29%。

4 总结

4.1 数字疗法应用场景下的支付方式创新

随着智能穿戴设备不断普及和功能升级，数字疗法在慢性病管理领域具有广阔的应用空间^[11-12]。在支付方式创新配套上，需要更加积极地链接医保、商保、企业、第三方服务商等多方资源，推动落地与推广。

4.2 服务包支付方式持续创新与深化

一方面在“健康+保险”模块，目前健康商业险结合慢性病管理的病种覆盖面较小，受益群体范围有限，且缺少一定时间周期的效果评估，后续要进一步拓展病种覆盖面，创新多种形式的保障方式，强化补充医疗保障的功能；另一方面在基本医保模块，在时机成熟时探索将医疗服务包纳入医保个人账户支付，增强群众参保获得感。

4.3 服务包模式创新

进一步挖掘慢性病群体“特需服务”需求，探索个性化定制、点单式服务包运行模式；探索服务包叠加医务社工、健康险、数字疗法等功能模块，增强服务内容多样性和服务形式弹性。

参 考 文 献

- [1] 邹新春, 张瑞宏, 钱庆文. 基于医保视角的慢性病管理探讨[J]. 医学与社会, 2018,31(2):42-44,51.
- [2] 朱斌, 宁伟, 张静雅, 等. 我国基本医保门诊慢特病政策分析——基于内容分析法[J]. 中国卫生政策研究, 2022,15(1):43-49.
- [3] 薛娟, 武志昂. 我国慢性病管理政策的回顾与分析[J]. 中国合理用药探索, 2018,15(6):76-80.

(▶▶下转第26页▶▶)

3 总结与讨论

完善疾病预防控制机构薪酬激励制度，应遵循价值规律，把握公共性特点，体现疾病预防控制专业人才的知识和价值，从而调动疾病预防控制人员的积极性。本研究通过提炼薪酬要素，将其应用于薪酬水平、薪酬结构以及薪酬来源的分析，对基于薪酬要素的薪酬决定机制进行了探讨。

3.1 建立基于薪酬要素的薪酬水平核定机制

如何科学、合理地确定各级各类机构的薪酬水平，一直是薪酬制度改革的重点和难点。按照体现知识价值的国家薪酬制度改革的总体导向要求，本研究从疾病预防控制的人员特点和工作特点两个角度，提炼了7个薪酬要素，充分体现疾病预防控制工作所需的知识、技能、责任、风险、工作强度、岗位特征等，结合人力资本理论，通过对这些薪酬要素的定量或定性分析，明确疾病预防控制机构人员薪酬水平，建立体现尊重知识和人员价值的薪酬分配原则。

3.2 利用薪酬要素权重，优化薪酬结构

如何合理确定薪酬中固定部分和变动部分的比例、以建立激励和保障相协调的薪酬制度，是推进薪酬制度改革的重点任务，本研究从疾病预防控制的岗位固有属性、劳动属性等角度，对薪酬要素进行了分析，并结合各薪酬要素的权重，提出疾病预防控制机构的薪酬结构中：保障部分约占51%，变动部分约占49%。其中，卫生防疫津贴反映疾病预防控制工作独有的特性，建议进一步提高其在薪酬中的占比，使其能够占到薪酬总量的18%，从而充分发挥津贴补贴的调节作用，反映疾病预防控制岗位的特点。

3.3 完善薪酬的经费来源渠道

经费来源一直是各行业推进薪酬制度改革的难点问题，尤其对于疾病预防控制机构等公益性强的事业单位，既需要强化公益性保障，又需要给予一定的绩

效工资来激发疾病预防控制人才队伍的活力。理论上，疾病预防控制机构薪酬要素中，反映岗位固有属性的部分应予以财政保障，而反映劳动属性的部分应允许其通过规范的社会服务获取，以激发疾病预防控制人才队伍活力、从而提高疾病预防控制人才队伍能力。

参 考 文 献

- [1] 任涛, 吕筠, 余灿清, 等. 疫情后时代我国公共卫生教育和人才队伍建设的思考[J]. 中华预防医学杂志, 2020,54(5): 457-458.
- [2] 张光鹏, 闫丽娜, 李晓燕, 等. 我国卫生健康人力建设的进展与挑战[J]. 中华医院管理杂志, 2022,38(7):486-489.
- [3] 王坤, 毛阿燕, 孟月莉, 等. 我国公共卫生体系建设发展历程、现状、问题与策略[J]. 中国公共卫生, 2019,35(7): 801-805.
- [4] 奥利·阿申费尔特, 理查德·莱亚德. 劳动经济学手册 (第二卷) [M]. 曹阳, 陈银娥, 肖殿荒, 等译. 北京: 经济科学出版社, 2011.
- [5] 贾瑶瑶, 闫丽娜, 张光鹏. 调整我国护龄津贴的研究初探[J]. 中国卫生政策研究, 2021,14(1):74-78.
- [6] DUBOIS C A, SINGH D. From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management[J]. Human resources for health, 2009(7):1-2.
- [7] KOOPMANS L, DAMEN N, WAGNER C. Does diverse staff and skill mix of teams impact quality of care in long-term elderly health care? An exploratory case study[J]. BMC health services research, 2018,18(1):988.
- [8] 王国洪, 马盛楠. 我国公共卫生人才队伍建设的现状分析及对策研究[J]. 中国人事科学, 2022(2):18-27.
- [9] 刘洋, 吴洁. 层次分析法在应用中的几个问题[J]. 温州大学学报, 2002(4):67-72.
- [10] T.L. 萨蒂. 层次分析法——在资源分配、管理和冲突分析中的应用[M]. 许树柏, 译. 北京: 煤炭工业出版社, 1988.

[收稿日期: 2023-06-10] (编辑: 彭博)

(◀◀上接第22页◀◀)

- [4] 刘畅, 陶立波. 门特门慢政策的医保预算影响分析——以慢性心衰为例[J]. 中国医疗保险, 2020(3):66-69.
- [5] 徐元峰, 李蕾. 专科与家庭医生签约模式对农村慢性阻塞性肺病患者治疗依从性的研究[J]. 中国农村卫生, 2020, 12(11): 28-29,31.
- [6] 刘锐, 杨旦红, 吴欢云, 等. 通向健康中国的家庭医生签约服务模式比较研究[J]. 中国全科医学, 2020,23(25): 3139-3145.
- [7] 张云凤, 曲玲, 吴颖, 等. 医教协同下全专联合慢阻肺管理模式[J]. 解放军医院管理杂志, 2020,27(12):1158-1160.
- [8] 李一平, 丁晶晶, 徐仲卿. 分级诊疗模式下的团队照护对社区衰弱综合征患者的管理效果研究[J]. 中国临床保健杂志, 2022,25(4):468-471.

- [9] 沈菊香, 何峰, 秦艳, 等. 专科-全科-家庭干预模式在非瓣膜病性房颤患者华法林治疗过程中的应用[J]. 当代护士 (中旬刊), 2018,25(4):20-22.
- [10] 章敬玉, 沈礼娟, 陈勇. 医联体模式下慢性阻塞性肺病的分级管理和效果评价[J]. 临床肺科杂志, 2019,24(9): 1574-1577.
- [11] 李宇欣, 高向阳, 李斯琦, 等. 数字疗法的应用现状及未来展望[J]. 中国数字医学, 2022,17(7):39-44,84.
- [12] 王晓迪, 罗晓斌, 郭清. 数字疗法在慢性病健康管理中的应用及发展趋势[J]. 中华健康管理学杂志, 2022, 16(1): 51-54.

[收稿日期: 2023-06-06] (编辑: 毕然)