



EXPENDITURE CONTROL
OF
HEALTH INSURANCE IN CHINA

我国 医疗保险费用 控制研究

周绿林 著

013039618

F842. 61

37



本书由教育部人文社科规划项目基金(09Y.

江苏大学专著出版基金资助

我国 医疗保险费用 控制研究

周绿林 著

WOGUO
YILIAO BAOXIAN FEIYONG
KONGZHI YANJIU



北航

C1647258

江苏大学出版社
JIANGSU UNIVERSITY PRESS

镇江

F842.61

37

810000010

图书在版编目(CIP)数据

我国医疗保险费用控制研究 / 周绿林著. — 镇江:
江苏大学出版社, 2013. 4
ISBN 978-7-81130-457-2

I. ①我… II. ①周… III. ①我国医疗保险费用控制—
研究—中国 IV. ①F842.684

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 058333 号

我国医疗保险费用控制研究

主 编/周绿林

责任编辑/李经晶

出版发行/江苏大学出版社

地 址/江苏省镇江市梦溪园巷 30 号(邮编: 212003)

电 话/0511-84446464(传真)

网 址/<http://press.ujs.edu.cn>

排 版/镇江文苑制版印刷有限责任公司

印 刷/丹阳市兴华印刷厂

经 销/江苏省新华书店

开 本/890 mm×1 240 mm 1/32

印 张/6.75

字 数/200 千字

版 次/2013 年 4 月第 1 版 2013 年 4 月第 1 次印刷

书 号/ISBN 978-7-81130-457-2

定 价/26.00 元

如有印装质量问题请与本社营销部联系(电话:0511-84440882)

前 言

医疗保险制度发端于德国,历时 100 余年,“二战”后得到迅速发展。目前,世界上已有 170 多个国家和地区建立了医疗保险制度,在保障国民健康权益、维护社会稳定和谐、促进经济健康发展等方面发挥着不可替代的重要作用。

中国自 20 世纪 80 年代开始探索医疗保险制度改革之路;90 年代启动改革试点并进一步扩大试点范围;1998 年国务院正式作出决定,在全国建立城镇职工基本医疗保险制度;21 世纪初开始新型农村合作医疗制度试点工作;随后又进行城镇居民基本医疗保险制度试点工作和建立城乡居民医疗救助制度。2009 年开始的深化医药卫生体制改革(俗称“新医改”),使我国基本医疗保险制度建设得以迅猛发展,全民医保体系初步形成,实现了历史性跨越。

医疗保险制度改革的目的原本是加快形成人民群众“病有所医”的制度保障,不断提高全体人民健康水平,其重点是控制医疗费用的持续高涨。然而现阶段我国医疗保险改革虽然取得了一定成效,但“看病难,看病贵”仍然是一个严重的社会现象,医疗保险费用仍是居民最大的生活压力之一。《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》提出,到 2015 年,卫生总费用增长应得到合理控制,群众负担明显减轻,看病难、看病贵问题得到有效缓解。

笔者于 2009 年申报了教育部人文社会科学规划项目——我国医疗保险费用控制研究(编号 09YJA840013),获批后历时 3 年,对相关问题进行了细致的调查研究,并形成初步成果,在此基础上写就本书,以与同仁交流。

本著作的出版得到了江苏大学科技处、出版社,以及医疗保险系周以林、孙晓阳等老师和研究生的大力支持,衷心感谢他们。

医疗保险费用控制是一道世界性难题。限于时间和水平,书中不当之处在所难免,恳请读者、学者和同仁批评指正。

江苏大学管理学院

周绿林

2012 年 12 月

目 录

第 1 章 绪论 001

- 1.1 研究背景及目的 001
- 1.2 国外研究现状 003
- 1.3 国内研究现状 008
- 1.4 研究思路及内容 014

第 2 章 医疗保险费用控制的相关理论 016

- 2.1 医疗保险市场的特点 016
- 2.2 医疗保险费用及控制 017
 - 2.2.1 医疗保险费用的概念 017
 - 2.2.2 医疗保险费用的构成 018
 - 2.2.3 医疗保险费用的特点 023
 - 2.2.4 医疗保险费用控制的内涵及特点 024
- 2.3 医疗保险费用控制的相关理论 025
 - 2.3.1 疾病风险理论 025
 - 2.3.2 医疗保险需求与供给理论 028
 - 2.3.3 大数法则理论 030
 - 2.3.4 博弈论 031
 - 2.3.5 控制论 031
 - 2.3.6 健康管理理论 032

第3章 我国医疗保险费用控制现状及费用预测 034

3.1 医疗保险费用控制的历史过程和现状分析 034

3.1.1 我国医疗保障制度的建设和发展 034

3.1.2 我国医疗保险费用控制的历史过程 041

3.1.3 我国医疗保险费用控制的现状分析 043

3.1.4 我国医疗保险费用控制的特点 046

3.2 医疗保险费用预测 048

3.2.1 模型建立和指标的选取 048

3.2.2 基本假设和原理 049

3.2.3 需方医疗保险费用多元回归统计预测 050

3.2.4 供方医疗保险费用多元回归统计预测 059

3.2.5 医疗保险费用的时间序列预测 061

3.3 医疗保险费用控制的难点分析 063

3.3.1 自然垄断与价格刚性 063

3.3.2 信息不对称导致的诱导性需求 064

3.3.3 社会医疗保险领域的道德风险 066

第4章 国外医疗保险费用控制及借鉴研究 068

4.1 国外医疗保险制度的形成和发展 068

4.1.1 国外医疗保险制度的形成和发展 068

4.1.2 国外医疗保险制度形成和发展的原因 070

4.1.3 国外医疗保险制度的主要模式 071

4.2 国外医疗保险费用现状 074

4.3 国外医疗保险费用控制措施及发展趋势 078

4.3.1 对医疗保险费用的宏观控制 079

4.3.2 针对医疗保险需方的控制措施 082

4.3.3 针对医疗服务提供方的控制措施 084

4.3.4 医疗保险费用控制机制的发展趋势 086

- 4.4 典型国家医疗保险费用控制经验 088
 - 4.4.1 美国医疗保险费用控制经验 088
 - 4.4.2 英国医疗保险费用控制经验 092
 - 4.4.3 德国医疗保险费用控制经验 096
 - 4.4.4 日本医疗保险费用控制经验 101
 - 4.4.5 法国医疗保险费用控制经验 104
 - 4.4.6 新加坡医疗保险费用控制经验 108
 - 4.4.7 巴西医疗保险费用控制经验 111
 - 4.4.8 印度医疗保险费用控制经验 113
- 4.5 国外医疗保险费用控制经验对我国的借鉴作用 115

第5章 医疗保险费用支付方式及选择 118

- 5.1 医疗保险费用支付方式概述 118
 - 5.1.1 医疗保险费用支付方式的概念和分类 118
 - 5.1.2 医疗保险费用支付的原则 120
 - 5.1.3 医疗保险费用支付体制 121
- 5.2 支付方式对医疗保险费用控制的作用机理 122
 - 5.2.1 后付制支付方式的作用机理 123
 - 5.2.2 预付制支付方式的作用机理 124
 - 5.2.3 复合式付费方式的作用机理 124
- 5.3 医疗保险费用支付方式分析 125
 - 5.3.1 医疗被保险方支付方式分析 125
 - 5.3.2 医疗保险方支付方式分析 128
 - 5.3.3 不同支付方式与医疗保险费用之间的关系 133
 - 5.3.4 医疗保险费用支付方式综合比较 135
- 5.4 医疗保险费用支付方式发展趋势与选择 135
 - 5.4.1 医疗保险费用支付方式的发展趋势 135
 - 5.4.2 医疗保险费用支付方式的选择 136

第6章 医疗保险费用控制的博弈分析 138

- 6.1 博弈论的基本原理 138
 - 6.1.1 博弈论的基本概念 139
 - 6.1.2 博弈的类型 139
 - 6.1.3 博弈分析的目的 140
- 6.2 医疗保险费用控制博弈的主体及博弈策略分析 141
 - 6.2.1 医疗保险费用控制博弈的主体 141
 - 6.2.2 主体之间的博弈策略分析 141
- 6.3 医疗保险费用控制的混合博弈分析 143
 - 6.3.1 医疗保险费用控制博弈的理论分析 144
 - 6.3.2 参与人的博弈策略分析 144
 - 6.3.3 博弈模型分析 145
- 6.4 博弈结果分析 147

第7章 镇江市医疗保险费用控制研究 148

- 7.1 镇江市医疗保险制度改革基本情况 148
- 7.2 镇江市医疗保险费用控制方式的探索与实践 149
- 7.3 镇江市医疗保险费用控制特点 153
- 7.4 镇江市不同阶段不同支付方式的费用控制效果分析 154
 - 7.4.1 费用控制效果分析 154
 - 7.4.2 参保人群健康状况及就医情况分析 157
 - 7.4.3 不同支付方式的综合效果比较 159
- 7.5 镇江市医疗保险费用控制影响因素的实证分析 160
 - 7.5.1 资料来源和方法 160
 - 7.5.2 影响医疗保险费用控制的基本因素 160
 - 7.5.3 各影响因素的具体作用效果 163
 - 7.5.4 分析与讨论 164
 - 7.5.5 影响医疗保险费用控制的主要因素 165

第8章 我国医疗保险费用控制对策 167

- 8.1 医疗保险费用控制的目标和原则 167
 - 8.1.1 医疗保险费用控制的目标 167
 - 8.1.2 医疗保险费用控制的原则 168
- 8.2 强化对医疗保险费用的宏观控制 170
 - 8.2.1 宏观政策控制 170
 - 8.2.2 宏观组织控制 172
 - 8.2.3 宏观经济控制 173
- 8.3 强化对医疗保险四方的控制 175
 - 8.3.1 对医疗服务需方的费用控制途径 175
 - 8.3.2 对医疗服务供方的费用控制途径 177
 - 8.3.3 医疗保险机构费用控制途径 179
 - 8.3.4 政府在医疗保险费用控制中的作用 181
- 8.4 强化对医疗保险费用支付方式的改革 183
 - 8.4.1 选择支付方式的基本依据 183
 - 8.4.2 医疗被保险方支付方式的选择 184
 - 8.4.3 医疗保险方支付方式的选择 185
- 8.5 强化对医疗保险中道德风险的控制 187
- 8.6 强化健康管理对医疗保险费用的控制 189
 - 8.6.1 做好健康管理的基础性工作 189
 - 8.6.2 强化健康管理的费用控制手段 190
 - 8.6.3 构建健康管理与医疗保险的对接模式 191

第9章 结论 193

参考文献 196

第 1 章 绪论

1.1 研究背景及目的

医疗保险费用控制 (medical insurance expenditure control) 是医疗保险费用支出管理的一项重要手段。控制的对象是医疗保险范围内的各类医疗费用,控制的目的是为了最大限度地实现医疗保险保障基本医疗的宗旨,维护参保人员的基本权益。2001 年到 2011 年,我国门诊医疗费用增长了 1.92 倍,住院医疗费用增长了 2.04 倍,平均每年门诊费用增长 6.74%,住院费用增长 7.39%,这些都超过了居民收入增长的幅度。面对这样持续增长的大趋势,如果不采取干预措施,听之任之,最终将是难以承受的重荷。

我国医疗保险制度改革的目的是坚持“保基本、强基层、建机制”的基本原则,加快形成人民群众“病有所医”的制度保障,不断提高全体人民健康水平,使人民群众共享改革发展的成果,其重点是要控制医疗费用的持续高涨。然而虽然现阶段我国医疗保险改革取得了一定成效,但“看病难,看病贵”仍然是一个严重的社会现象,医疗保险费用仍是居民最大的生活压力之一。《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》(国发〔2012〕11 号)提出,到 2015 年,卫生总费用增长应得到合理控制,政府卫生投入占经常性财政支出的比重逐步提高,群众负担明显减轻,个人卫生支出占卫生总费用的比例降低到 30% 以下,看病难、看病贵问题得到有效缓解。

医疗保险费用控制是世界难题,控制医疗保险费用成为当今世界各国,尤其是中国面临的重要问题和难题。因此,开展医疗保险

费用控制研究,构建医疗保险费用控制机制,有效控制医疗保险费用,使广大居民获得最大限度的医疗保险待遇,不仅具有重要的理论价值,而且具有重要的现实针对性。

第一,建立医疗保险费用控制机制是使医疗保险制度正常运营和可持续发展的需要。我国社会医疗保险有3个最基本的特点,即强制性、有限福利性和共济性。而有限福利性和共济性这两个特点是相互衬托、互为基础的,有限福利性则体现在保险补偿待遇的享受是根据提供而不是根据需要进行确定的,也就是保障基本医疗。风险共担是在福利性特点的基础上,体现国家、单位和职工个人在保障职工基本医疗的过程中所承担的责任。人的一生中健康最重要,人生投资中健康投资最重要,而事实上以往职工个人对自己的健康投资却是很少的,国家和用人单位承担了大部分的责任。因此在进行医疗保险制度改革过程中,必须建立起合理的费用控制机制,合理地掌握好福利和共济的“度”,以确保医疗保险制度长效发展。

第二,建立医疗保险费用控制机制,是确保医疗保险基金收支平衡的重要措施。基本医疗保险的一项重要原则就是“以收定支、收支平衡”,这也是判定一个统筹地区医疗保险运营是否正常的唯一标准。我国的医疗保险作为一项社会医疗保障制度还处于初始阶段,新型的医疗费用风险共担机制尚处于摸索阶段,相当脆弱,其作为一种国民的普遍认知还要经历相当长一段时间的努力。所以,较多统筹地区都以一个年度为医疗保险结算年,要求当年度医疗保险基金能够基本平衡,尤其是社会统筹基金。这样逐年积累,稳步发展,以求逐步完善。这其中,有效的医疗保险费用控制机制发挥着积极的作用,是确保医疗保险基金收支平衡的重要措施。

第三,建立医疗费用控制机制是处理好医、患、保三方关系,维护参保人员权益和社会稳定,构建“和谐社会”的重要保证。医院、患者(参保人员)、医保经办机构是三位一体的互相牵连又具有不同利益的矛盾体,在利益的获得上既相互依赖又互相矛盾。医院本着救死扶伤、一切为病人的宗旨为患者提供所能提供的医疗服务,同时又通过对患者的服务获取最大限度的收益;而作为一个参保病

人,他一方面要求得到最好的医疗服务,以尽快恢复健康,另一方面又希望得到最高的医疗费用补偿,尽量减少本人的负担,这又是一对矛盾;医疗保险经办机构介于二者之间,是矛盾的载体和调节者,既要保障医院的利益,又要切实维护好参保人员的基本权益,特别在现阶段病人被动接受医疗服务较普遍的情况下,规范好医院的医疗行为,维护好职工的权益显得尤为重要,在这里,有效的费用控制同样发挥着重要的作用。

第四,建立医疗费用控制机制,是积极推动“三改同步”,真正建立独立于企事业单位之外的社会医疗保险制度的必须。如前文所述,我国的社会医疗保险制度尚处于初始阶段,很多配套制度尚不完备,尤其医、药两个方面的配套改革需进一步加大力度。但由于多种原因,三项改革不同步,特别是医疗机构改革(医疗及卫生体制改革的主要内容)相对滞后已成事实,在此前提下,建立有效的费用控制机制,规范医疗服务管理,确保医疗保险正常运营不失为一个重要的措施。

本书旨在运用疾病风险理论、医疗保险需求与供给理论、大数法则理论、博弈论、控制论、健康管理理论等相关理论对医疗保险费用控制的必要性进行系统分析和研究;运用博弈论的方法分析医疗保险系统内各方利益分配的动机和决策;运用多元线性回归模型,建立需方、供方和医疗保险费用的关系,找出影响医疗保险费用的主要因素,并分别建立多元回归模型,通过时间序列法对医疗保险费用走势进行预测和分析;在对医疗保险费用支付方式进行研究,以及对国外医疗保险费用控制经验进行借鉴的基础上,结合镇江市的实证分析,提出我国医疗保险费用控制的原则和对策。

1.2 国外研究现状

(1) 关于医疗保险费用及其增长原因研究

从全球各地区医疗保险费用状况来看,根据世界银行《1993 年世界发展报告:投资与健康》^[3]的背景资料,1990 年全球医疗保险费

用估计为 17 000 亿美元,占全球国民生产总值(GNP)的 8%,其中发达国家占总费用的 87%。在医疗保险费用支出中,政府和团体负担很大的比例,约在 60% 以上^[4-5]。

西方经济发达国家医疗保险费用增长速度最快的时期是在 20 世纪 60 年代至 70 年代中期,被称为是高速增长期,增长速度远超过当时的国民生产总值;70 年代中期以后,增长速度趋缓;80 年代以来,尽管各国采取了一系列医疗保险费用控制办法和措施,并取得了一定效果,但是医疗保险费用的增长速度仍然很快,给政府和个人造成沉重的经济负担。

医疗保险费用的急剧增长,已经成为世界各国的一个共同问题。一些国际组织,如 ISSA(国际社会保障协会)、OECD(经济合作与发展组织)、ILO(国际劳动组织)、WHO(世界卫生组织)及 EC(欧洲共同体)等,纷纷提出了医疗保险费用的控制问题,并对医疗保险费用增长动向及增长原因进行了研究和分析。

ISSA 在《关于医疗保险费用和疾病保险的报告》中,列举了如下一些医疗保险费用增长的共同原因:① 人口的增长和老龄化;② 疾病结构的变化;③ 文化教育水平的提高;④ 生活和工作环境的变化;⑤ 生活水平的提高;⑥ 医疗科学的发展;⑦ 医疗的高度专业化。

ILO 在《社会保障下医疗费用增加趋势、原因、可能的控制措施》会议资料中,也列举了如下一些医疗保险费用增长的共同原因:① 社会保障服务范围的扩大;② 住院医疗的重视与发展;③ 现代生活方式及劳动条件的改善;④ 医疗支付方式的变化;⑤ 医师数的增长;⑥ 医疗设施建设费用的增加;⑦ 管理不善及经营费用的增长等。此外,EC,WHO 及 OECD 等在有关调查报告和研究资料中,也分析了医疗保险费用增长的动向及原因,并得出了与上述结论大致相同的分析结果。

Muñoz Eric, Muñoz William III, Wise Leslie 研究表明,2005 年美国的医疗保健支出为 19 733 亿美元,是国内生产总值(GDP)的 15.9%。医疗保健费用以一般美国经济 2.5 倍的速度增长,并受到

新技术、新药物、人口老龄化、患者人均被提供更多的服务、防御性医药和小侵权改革、保险制度等因素的影响。无论保险的覆盖面和合法性如何病人都被当作紧急情况治疗,这一切都是导致过去 50 年来美国医疗和手术费用不断增长的原因。美国实际人均国内生产总值的增长是相对平稳的,增长的手术医疗保健费用和国家医疗保健费用对美国人来说是一个重大问题。不幸的是,过去的 50 年里,州和联邦以及私人计划的方案没有能够减缓医疗保健费用的增长,而这些趋势有可能继续发展。

(2) 关于医疗保险费用的需求分析及预测研究

医疗保险费用的需求分析是制定社会医疗保险政策的基础和依据,然而这一问题涉及复杂的经济与非经济因素,至今尚未形成统一的观点。

Grossman^[6]建立了健康需求模型,分析认为影响消费者健康需求与医疗需求的主要因素有:① 医疗服务的价格;② 时间成本;③ 医疗保险;④ 工资率;⑤ 非薪资所得;⑥ 教育程度;⑦ 健康资本的折旧率。

在 Grossman 研究的基础上,有学者进一步研究了其他因素对消费者健康需求和医疗需求的影响。Saez M. 和 Murillo C.^[7]在对不同层次的医疗保健消费服务研究中发现:在基本医疗保健服务中,收入越低医疗消费对收入的弹性越大;而在较高级的医疗保健服务中,这种弹性关系很模糊,却在不同的人群和不同的服务类型中相差悬殊。

Hunt J. C. 和 Kiker B. F.^[8]对不同形式的医疗消费需求函数作了综合分析,指出它们均在理论上存在不同缺陷。Huttin C.^[9]研究了健康状况在医疗需求对收入的弹性中所起的作用:随着健康状况的下降,其弹性迅速增大。目前这一领域内的研究仍处在不断探索和完善之中。

综合理论与实证研究结果,价格、收入、部分负担率、时间成本与所得等变数因素,对医疗需求具有显著的影响力^[10-12]。

与此同时,一些机构和学者运用计量经济学方法对医疗保险费

用进行了预测研究和分析。

1985年美国权威性的“社会保险信托基金人委员会”采用计量经济模型对未来75年的社会医疗保险费用总支出作了长期预测。Hitiris T. 和 Posnett J.^[13], Hitiris T.^[14]通过人均GDP收入、老年人口赡养系数、通货膨胀率和医疗费用在政府全部公共性支出中所占的比例等因子建立了欧洲共同体的医疗费用的预测模型。此外, Pfaff M.^[15]和 Theo H.^[16]等众多的学者均对医疗费用的宏观经济模型做了研究,并对不同国家的医疗费用支出状况进行了对比和分析。以上模型中考虑与医疗费用支出有关的主要因素包括人均GDP、个人可支配收入、年龄和性别分布、医疗消费品的价格、通货膨胀率和国家的有关政策变量等,模型结构包括对数线性、多项式型或指数型。

(3) 关于医疗保险费用控制的方式和对策研究

20世纪70年代后期,国外开始关注对医疗保险费用的控制研究,并认识到需从供、需两个方面来综合分析和研究。由于各国国情不同,国外医疗保险费用控制对策也是多种多样的^[17-18]。归纳起来,主要有:①改革医疗保险方式,完善医疗保险制度;②加强预防工作,加强初级卫生保健;③增加个人费用自付比例;④限制医疗价格;⑤加强对医疗供给的控制,加强对医生和医院的检查和监督。

1974年美国联邦政府委托RAND Corporation进行了著名的医疗保险实验(health insurance experiment,简称HIE)。Newhouse等^[19]以HIE为基础研究了起付线及与收入相关的费用分担对医疗需求的影响。研究表明,部分负担率对消费者的医疗需求有着显著影响,并在此基础上形成了针对需方费用控制的成本分担制度(demand-side cost sharing)。

与此同时,许多国家纷纷将控制医疗保险费用的政策工具,从需求方转向供给方,希望通过改革医疗服务提供者的费用和成本意识,达到降低医疗保险费用的目的。美国耶鲁大学的Mills, Fetter, Riedel及Averill共同研究出的按疾病诊断相关组分类付费办法

(diagnosis related group, 简称 DRGs), 即是针对供方费用控制的成本分担制度 (supply-side cost sharing)。这种方法是根据病例的特征以及资源耗费类型, 将病例分成 467 类, 规定每一类病人及其疾病的治疗费率^[20]。Patel 等学者称其为美国卫生经济学的一场革命^[21]。

近来, 美国出现了一种新的费用控制方式——管理式医疗 (managed care), 这是把费用控制与各方利益结合起来的一种医疗保险服务模式, 目的是通过有效地使用医疗服务来降低医疗保险费用^[22]。管理式医疗的特征是: 严格的医药使用审核, 对医生医疗行为的监督与分析, 由门诊主治医师来管理病人, 引导病人接受高质量、有效率的医疗服务提供者的医疗服务, 制订服务质量改善计划, 建立对医生、医院及其他医疗服务提供者的报销制度以使其在经济上对医疗服务的成本和质量负责。管理式医疗的根本原则是负责管理病人所需要的各种服务, 并将这些服务结合起来。最早出现的管理式医疗组织是健康维护组织 (health maintenance organization, 简称 HMO), 后来较普遍的是优先服务提供者组织 (preferred provide organizations, 简称 PPO)。

Larry S. Chapman, Kenneth R. Pelletier 指出: 健康管理是一种持续的、积极的、讲究成本效益比的预防策略。它通过采用健康促进、风险因素管理、需求管理、疾病管理和残疾管理等策略对个人、社会团体、亚人群或全人群进行健康风险评估和健康干预, 从而改善人群健康状况, 提高个人卫生服务利用率, 减少和控制疾病经济负担。Ronald Loeppke, Dee W. Edington, Sami Béq 认为, 美国的健康管理源自日益高涨的医疗经济负担。在 20 世纪, 美国慢性病患率不断上升, 医疗费用急剧上涨, 其中 75% 的卫生保健费用都是花在慢性病的防治上。1969 年美国联邦政府将健康维护组织纳入国家医疗保障计划体系并于 1971 年为其提供立法。Thomas Bodenheimer 指出, 在发达国家, 慢性病患者医疗消费占医疗总费用的很大一部分, 然而慢性病往往没有得到充分的治疗和预防。20 世纪 90 年代, 疾病管理出现在美国卫生保健市场, 以改进生活质量和减少慢性病患者的医疗费用为目的。David B. Nash^[23]指出, 人群健康管理出现