

政策工具视角下我国医疗救助政策分析及优化策略研究*

郝兴敏^①, 伍红艳^{①②③}, 余江霞^①, 田柳丹^①, 李星辰^①, 荣 艺^①, 黄 艳^①, 林 泉^①

摘要 目的: 总结我国医疗救助政策的关键要素与不足, 为后续我国医疗救助相关政策调整和完善提供依据。方法: 基于政策工具视角, 采用内容分析法, 对2013年11月—2022年2月我国政府颁布的医疗救助相关政策进行统计分析。结果: 共梳理52份政策文件, 其中, 政策工具方面, 供给型政策工具77项(27.02%)、环境型政策工具91项(31.93%)、需求型政策工具117项(41.05%)。结论: 我国医疗救助相关政策存在供给型政策工具应用较少, 环境型政策工具缺乏考核激励类工具, 需求型政策工具内部运用不均衡等问题。因此, 应增加供给型政策工具应用, 重视资金支持、财政投入以及基层能力建设; 关注环境型政策工具中考核评估工具的应用, 加强对医疗救助政策实施过程中监测与评估; 关注需求型政策工具中提高统筹层次等方面工具的应用。

关键词 医疗救助政策; 政策分析; 优化策略

中图分类号 R1-9; R19-0 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2022)10-0011-06

Research on Text Analysis and Optimized Strategy of Medical Assistance Policy from the Perspective of Policy Tools/HAO Xing-min, WU Hong-yan, YU Jiang-xia, et al./Chinese Health Economics, 2022,41(10):11-16

Abstract Objective: To summarize the key elements and deficiencies of China's medical assistance policy, and to provide basis for the subsequent adjustment and improvement of China's medical assistance policy. **Methods:** From the perspective of policy tools, the content analysis method is applied to conduct statistical analysis on the medical assistance policies issued at the national level from November 2013 to February 2022. **Results:** A total of 52 policy documents were sorted out, and the scope of application was mostly non-tight. In terms of policy tools, 77 (27.02%) were supply-oriented policy tools, 91 (31.93%) were environment-oriented policy tools, and 117 (41.05%) were demand-oriented policy tools. **Conclusion:** There are some problems in China's national medical assistance policies, such as less application of supply-oriented policy tools, lack of assessment and incentive tools for environment-oriented policy tools, and unbalanced internal use of demand-oriented policy tools. The government should increase the application of supply-oriented policy tools and attach importance to financial support, financial input and grassroots capacity construction; pay attention to the application of assessment tools in environmental policy tools, strengthen the monitoring and evaluation of medical assistance policy implementation process; attention should be paid to the application of demand-oriented policy tools to improve the pooling level.

Keywords medical assistance policy; policy analysis; optimized strategy

First-author's address School of Public Health, Guizhou Medical University, Guiyang, 550025, China

Corresponding author WU Hong-yan, E-mail: why_vivian@163.com

医疗救助制度作为我国建立多层次医疗保障体系的重要环节, 是我国政府针对患病后无力承担医疗费用的困难群众, 按标准给予一定救助的兜底保障制度^[1]。2003年和2005年, 我国医疗救助制度分别在农村和城市试点。我国的医疗救助制度不断完善, 在提升困难群众的医疗保障水平^[2]、兜底保障人民医疗权益^[3]

及维护社会安全^[4]等方面起着重大作用。但有研究表明, 我国医疗救助制度在资金筹集、经费投入、统筹层次、救助保障水平、对象识别精准性等方面仍存在不同程度的问题^[5-6]。此外, 随着社会经济以及医疗技术的发展, 人们对医疗服务的需求以及医疗救助保障范围和标准的要求不断提高, 其中, 需要救助的困难群众亦是如此^[6-7], 这对完善我国医疗救助制度以适应人们不断变化的需求提出了新的要求。

政策工具是政府以政策目标为导向, 以达成政策效果而采用的各种手段的总称^[8-9]。依据不同的划分标准, 典型的政策工具分为3种: 一是豪利特与拉米什模型^[10], 它是根据提供公共物品和服务中政府介入的程度, 将政策工具分为混合型、强制性和自愿性; 二是施耐德和英格拉姆模型^[11], 它是根据如何利用不同因素影响个人或集体行为来实现政策目标, 将政策工具分为权威型、激励型、能力型、符号和规劝型、学习

* 基金项目: 国家自然科学基金项目(71463007); 贵州医科大学贵州省卫生发展研究院项目(gywf2021-11); 2022年度贵州医科大学医药经济管理中心课题(GMUMEM2022-A03)。

① 贵州医科大学医药卫生管理学院 贵阳 550025

② 贵州医科大学贵州省卫生发展研究院 贵阳 550025

③ 贵州医科大学环境污染与疾病监控教育部重点实验室 贵阳 550025

作者简介: 郝兴敏(1997—), 女, 硕士在读; 研究方向: 卫生政策、卫生经济学、药物经济学; E-mail: 1325182416@qq.com。

通信作者: 伍红艳, E-mail: why_vivian@163.com。

型；三是 Rothwell & Zegveld 模型^[12]，将政策工具划分为供给型、需求型以及环境型，这种划分方法既考虑政府制定政策的主导作用，又重视环境因素和社会多元主体的推动，在我国包含医药领域在内的各政策研究中均得到了广泛的应用^[8-14]，最具代表性。本研究将从政策工具视角，采用内容分析法对我国政府颁布的医疗救助相关政策的主旨内容进行深入分析，旨在探讨我国医疗救助政策体系的关键要素与不足，为后续相关政策的调整和完善提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

因我国医疗救助制度从2003年11月才单独建制，因此本研究的检索时间范围为2003年11月—2022年2月。以“医疗救助”“救助”为检索关键词，通过中华人民共和国国务院、中华人民共和国民政部、中华人民共和国财政部、国家医保局、国家卫生健康委、国家乡村振兴局的官方网站、中国知网中我国政府文件数据库进行检索。最终纳入我国政府印发且与医疗救助相关的政策法规、规定、办法、意见、通知、方案、规划等正式文件，排除新闻、政策解读、公告、统计数据、案例经验、建议答复等非正式文件和信息。

1.2 研究方法

1.2.1 内容分析法。内容分析法是政策分析的主要方式，是以分析清楚或者测度出文献中有关主题的本质性事实及关联发展趋势为目的，对文献内容进行客观、系统以及定量描述的研究方法^[15-16]。该方法有助于理解政府为实现政策目标采取了哪些手段和措施，能够有效弥补定性研究方法逻辑性上的不足^[17]。本研究根据检索的政策文本设定文本体例、颁布年度、颁布主体、适用范围4个维度，并通过Excel对4个维度的频数及相对占比进行统计分析，以此分析我国政府颁布的医疗救助政策的内容特点。

1.2.2 政策工具分析框架。本研究采用 Rothwell & Zegveld 模型，将我国政府医疗救助相关政策文件内容分为供给型、需求型、环境型，并将相应内容进行编码。编码原则为“政策编号—分级标题—具体条款/章节”，如“30—8—17”，表示第30份文件中的“八、强化组织保障”中的“（十七）加强基层能力建设”。编码完成后，利用Excel对各类编码政策工具的频次及占比进行统计分析。

我国医疗救助相关政策三类政策工具内涵分别为：一是供给型政策工具，主要是我国政府通过提供资金、信息、人才、设施等方面的支持，直接推动医疗救助发展。具体包括资金投入、信息支持、能力建设、制度建设及公共服务建设。二是需求型政策工具，主要体现为我国政府通过多种举措来降低医疗救助发展的市场障碍和外部阻力，对医疗救助发展起到

拉动作用。主要包括明确政策标准、提高统筹层次和示范引领。三是环境型政策工具，主要是指我国政府通过为医疗救助发展创造良好的政策环境，间接地促进医疗救助发展。具体包括管理规范、组织实施及考核激励。各类政策工具所含项目的具体定义详见表1。

2 结果

2.1 基本情况

本研究最终纳入52份政策文本，其中包含共24份“意见”，占比为46.15%；12份“通知”，占比为23.08%；6份“方案”，占比为11.54%；5份“办法”，占比为9.62%；4份“规划”，占比为7.69%；1份“计划”，占比为1.92%。

2.1.1 颁布主体情况。根据主体行使职权的性质，我国政府颁布的医疗救助相关政策颁布主体主要有3类：一是中国共产党中央委员会（以下简称中共中央）；二是国务院及国务院直属机构；三是中华全国总工会和中国残疾人联合会。在52份政策文本中，财政部颁布政策最多，共颁布26项，占比为16.88%。其次是国家卫生健康委，共颁布25项，占比为16.23%。民政部，共颁布21项，占比为13.64%。国家医保局，共颁布17项，占比为11.04%。从政策联合发文情况来看，超过88%（137项）的文件为联合发文，仅有11.04%（17项）为各主体单独发文。其中，联合发文主体主要为财政部、国家卫生健康委、民政部、国家医保局；单独发文主体主要为国务院、国家卫生健康委及国家医保局。

2.1.2 颁布年度情况。我国医疗救助制度自2003年单独建制至今，政策发文数量总体呈增长趋势。第一，2003—2008年为政策萌发期。此期间出台政策数量较少，共出台6项（占比为11.54%），平均每年出台1项政策。第二，2009—2016年为政策发展期。2009年，《中共中央 国务院印发关于深化医药卫生体制改革的意见》启动新医改，因此，政策出台数量开始增多，此期间共出台18项政策（占比为34.62%），平均每年至少出台2项政策，其中，在2016年出台最多，为6项。第三，2017—2021年为政策快速发展期。随着《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》（国发〔2016〕78号）、《医疗保障扶贫三年行动实施方案（2018—2020年）》（医保发〔2018〕18号）、《“十四五”全民医疗保障规划》（国办发〔2021〕36号）、《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》（国办发〔2021〕42号）等重要规划性文件陆续出台，该阶段政策颁布数量快速增长，共出台28项政策，占比为53.84%，平均每年至少颁布5项政策，2021年达到了峰值，为9项。

2.1.3 适用范围情况。本研究依据政策文本与医疗救助本身联系的紧密性将52份政策文本分为紧密型和非紧密型。紧密型是指只针对医疗救助作出的相关规定，

表1 我国政府医疗救助领域政策工具类型、二级工具所含项目名称及其含义

工具类型	二级工具及所含项目名称	含义
供给型	资金投入	
	财政投入	加强对医疗救助的财政投入或经费支持
	资金支持	给予医疗救助资金支持，例如建立独立的医疗救助基金或倾斜支持困难地区
	信息支持	
	信息化建设	加强医疗救助信息化建设
	能力建设	
	基层能力建设	加强基层医保队伍建设
	行风教育	开展行风教育
	工作指导	对医疗救助工作给予指导
	制度建设	
	制度完善	通过整合城乡医疗救助制度、规范结算程序、完善对象识别机制等方式完善医疗救助制度
	公共服务建设	
	优化服务	通过减少材料、优化流程、简化程序等手段，提升医保服务水平
救治地点	明确救治定点医院	
设备支持	提供必要的办公场所、办公设备	
需求型	政策标准	
	救助范围	明确医疗救助对象
	救助标准	明确医疗救助标准
	救助方式	明确医疗救助方式，如资助参保、门诊救助、住院救助
	救助病种	确定救助病种
	统筹层次	
	提高统筹层次	明确提高医疗救助统筹层次
示范引领		
经验示范	加强经验交流和分享	
环境型	管理规范	
	基金管理	加强医疗救助基金的管理
	监督监管	对医疗救助的进行监督监管
	综合管理	提高综合服务管理水平
	组织实施	
	目标规划	明确医疗救助政策目标及时间规划
	责任落实	明确各地各部门在医疗救助政策落实中的责任
	组织协同	明确各地各部门之间协同合作，共同做好组织实施
	政策宣传	加大对医疗救助政策的宣传
	机制衔接	加强医疗救助与基本医保、大病保险等多方面的机制衔接
	社会支持	动员发动社会力量参与医疗救助保障
	考核激励	
	激励扶持	通过政府委托、协商、奖励、补贴等多种方式，引导多方参与救助
考核评估	开展绩效评价工作，定期评估医疗救助中各项工作成效	

如《关于实施农村医疗救助的意见》(民发〔2003〕158号)、《农村医疗救助基金管理试行办法》(财社〔2004〕1号)等文件。非紧密型是指医疗救助只是政策中的一部分内容，如在关于医药卫生体制、全民医疗保障、社会救助、医保脱贫攻坚的相关文件中只是部分内容涉及医疗救助。结果表明，紧密型政策文本

共11份(占比为21.15%)，非紧密型政策文本共41份(占比为78.85%)。

2.2 政策工具使用情况分析

本研究基于Rothwell & Zegveld模型对52份政策文件进行编码，共编码285条。供给型政策工具77项(占比为27.02%)、需求型政策工具91项(占比为

31.93%)、环境型政策工具 117 项 (占比为 41.05%)。其中, 各项政策工具体使用情况如表 2。

表 2 医疗救助领域政策工具使用情况

政策工具	数量 (项)	占比 (%)
供给型	77	27.02
公共服务建设	33	11.58
优化服务	31	10.88
救治地点	1	0.35
设备支持	1	0.35
资金投入	16	5.62
资金支持	9	3.16
财政投入	7	2.46
信息支持	12	4.21
信息化建设	12	4.21
制度建设	12	4.21
制度完善	12	4.21
能力建设	4	1.40
基层能力建设	2	0.70
行风教育	1	0.35
工作指导	1	0.35
需求型	91	31.93
政策标准	87	30.53
救助范围	42	14.74
救助标准	36	12.63
救助方式	7	2.46
救助病种	2	0.70
统筹层次	2	0.70
提高统筹层次	2	0.70
示范引领	2	0.70
经验示范	2	0.70
环境型	117	41.05
组织实施	79	27.72
机制衔接	24	8.42
责任落实	20	7.02
组织协同	14	4.91
社会支持	13	4.56
政策宣传	6	2.11
目标规划	2	0.70
管理规范	31	10.87
监督监管	17	5.96
基金管理	13	4.56
综合管理	1	0.35
考核激励	7	2.46
激励扶持	6	2.11
考核评估	1	0.35

在供给型政策工具中, 使用最多的是公共服务建设方面的工具 (33 项, 占比为 11.58%), 其中优化服务 (31 项, 占比为 10.88%) 占绝大部分。其次是资金投入

(16 项, 占比为 5.62%)、信息支持 (12 项, 占比为 4.21%)、制度建设 (12 项, 占比为 4.21%) 3 个方面工具, 使用最少的是能力建设 (4 项, 占比为 1.40%) 方面的工具。

在需求型政策工具中, 政策标准 (87 项, 占比为 30.53%) 方面的工具运用最多, 其中救助范围 (42 项, 占比为 14.74%) 和救助标准 (36 项, 占比为 12.63%) 应用最多。其次是统筹层次 (2 项, 占比为 0.70%)、示范引领 (2 项, 占比为 0.70%) 方面的工具。

在环境型政策工具中, 较多关注组织实施 (79 项, 27.72%) 方面的工具应用。其次是管理规范 (31 项, 10.87%)、考核激励 (7 项, 2.46%) 方面的工具。

3 讨论

3.1 医疗救助相关政策文本基本特征

首先, 从内容来看, 我国政府主要是从顶层设计方面对医疗救助制度进行规划和指导, 或是对早期的政策规划进行补充完善, 这反映出我国政府对医疗救助的高度重视以及近 20 年来对医疗救助政策持续不断的补充完善。但从政策文件的名称及体例上可以看出, 我国尚未形成专门针对医疗救助方面的法律、法规、规章以及各类规范性文件在内的完整体系。此外, 从相关政策与医疗救助的直接相关性来看, 超过 75% 的政策并不是针对医疗救助专门制定的文件。然而, 虽然随着社会经济的发展, 人们整体的健康状况、经济水平也在显著提升, 但困难群体是相对的, 无论社会发展到一个阶段, 保障困难群众的健康权益始终是政府的一项重要工作, 且促进所有人群的健康公平已成为社会进步的重要标志之一, 因此是否需要专门针对医疗救助制定完整的法律法规保障体系还需要进一步探讨。

其次, 医疗救助制度的有效运行需要多部门的协调配合, 以保障制度所需的资金、信息、人员、技术及设备投入。从政策文件的颁布主体来看, 多部门联合发文是我国医疗救助政策颁布的主要形式, 符合医疗救助制度运行保障的特点。此外, 资金投入是最关键的影响要素, 因此, 财政部门是我国医疗救助政策主要的联合发文机构之一, 而自 2018 年国家医保局成立以来, 作为医疗救助的职能部门, 其成为了我国医疗救助政策最主要的发文机构。

最后, 从历年文件的颁布数量来看, 国家医保局的成立极大地促进了医疗救助政策的衔接和完善, 其在 2018—2022 年期间, 共出台了 24 项相关政策, 仅 2021 年就集中颁布了 9 项政策。预计随着《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)、《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》(国办发〔2021〕42 号) 等重要文件的出台, 医疗救助制度建设的政策发

展环境将进一步优化,今后我国政府还可能出台一系列细化、优化措施,各地也将按照国家的发展要求对相关政策进行落实。因此,有必要对各地的医疗救助相关政策文件进行梳理,从执行层面探讨医疗救助的具体实施情况。

3.2 供给型政策工具应用较少,应重视对医疗救助的资金投入、信息建设以及能力建设

我国在医疗救助相关政策中兼顾使用了供给型、环境型与需求型3种类型政策工具,这在促进我国医疗救助发展,创造良好的政策发展环境中起了重要作用。研究结果显示,3类工具中供给型政策工具应用最少,其中,公共服务建设方面工具使用较多,资金投入、信息建设、制度建设、能力建设方面的工具应用不足。其原因可能有以下两方面,一方面,医保经办服务直接面向群众,只有通过良好的经办管理和提升公共服务水平才能更好地发挥制度效能^[18]。因此,为增强医疗救助制度效能,我国政府较为重视通过优化服务等方式提升医疗救助及医保公共服务水平。另一方面,制度建设工具应用较少,这可能是对医疗救助制度建设方面的规定多隐性包含在整体的医疗保障体系内容中,因此无文件单独提及。

资金投入、信息建设及能力建设等工具应用较少,建议后续应引起重视。第一,在资金投入方面,有研究指出^[19],即使我国医疗救助在资金投入上呈现逐年增加的趋势,但随着社会经济发展、医疗成本及民众就医需求的增加、社会资金消极参与医疗救助资金筹集,医疗救助资金仍旧收不抵支。可通过科学筹资、完善资金使用细则、规范资金管理程序等方面保障资金的稳定运行^[20]。第二,在信息建设方面,信息化建设是实现实时数据监测医保运行情况的基础,建立健全信息互通机制,能实现资源共享^[21]。通过加强信息化建设,能够为我国政府宏观调控和决策奠定基础,有利于推动整个医保事业的发展^[22]。第三,在能力建设方面,基层工作人员素质是救助工作效率和质量的决定性因素,我国医疗救助对象多元,不同对象救助标准以及救助方式均有所区别。加强队伍能力建设,才能更好地发挥医疗救助制度的效能并满足各类救助对象的服务需求^[23]。基于此,建议后续有关政策中重视对医疗救助的资金投入、信息建设以及能力建设,增强供给型政策工具对医疗救助的推动作用。

3.3 各项政策工具中应用环境型工具较多,环境型工具中组织实施类应用较多,缺乏考核激励类应用

在环境型政策工具中,一方面,在组织实施方面,所含工具使用差距大,机制衔接应用多,目标规划应用少。机制衔接使用较多,分析原因可能是医疗救助与基本医疗保险、大病保险等在保障对象、定点医疗机构、信息化系统等多方面具备重叠性,而解决

困难群体的医疗问题,提高困难群体的医疗保障水平,也必然需要依靠医疗救助制度^[24]。因此,医疗救助同基本医疗保险、大病保险等其他制度的衔接十分必要。目标规划工具较少,考虑是因为医疗救助包含在医疗保障体系之内,政策中对医保体系进行规划时已包含医疗救助。另一方面,考核激励、激励扶持和考核评估方面的工具均较为缺乏。考核评估工具关注较少可能是由于医疗救助专业技术性强、评价指标难以确定、各地间及不同机构间存在差异等原因导致应用较为困难^[21]。但医疗救助政策发展,不仅要做好与各项机制的衔接,也需建立、完善相应的考核评价机制,同时还应健全、完善激励机制,通过激励措施,激发各地人才动机和行为,提高其工作积极性和工作效能,从而保证稳定发挥医疗救助制度成效。

3.4 需求型政策工具内部应用不均衡,应关注统筹层次方面工具的使用

需求型政策工具在三类政策工具中占比接近1/3,总体占比平衡,但政策标准方面的工具应用占据绝大部分,而统筹层次方面的工具使用较少,应注重均衡应用。一方面,在政策标准方面,明确救助范围、标准、方式是拉动市场对医疗救助制度需求的重要手段,而救助病种工具应用不受关注,考虑因为病种需要经过反复测算才能确定,变动性较小。救助范围工具应用虽然较多,但有研究表明^[4],医疗救助存在救助对象识别缺乏精准性,资源不匹配等情况。因此,应联合多部门,明确救助对象认定识别标准,统筹职能范围,持续做好数据共享,以此完善救助范围政策工具。另一方面,在统筹层次方面,目前我国各地全面将医疗保险统筹层次提升至地市级^[25],但医疗救助统筹层次仍主要为县级^[4],这在一定程度上阻碍了各层次医疗保障的对接,进而影响制度间的衔接。因此,建议各地稳步提高医疗救助统筹层次。有学者指出^[26],医疗救助力度不足与医疗救助统筹层次偏低密切相关,随着基本医保统筹水平的提高,提升医疗救助统筹层次也是与医保制度衔接的必然要求。各地各级部门应把握发展机遇,探索推进医疗救助统筹层次改革,从资金筹集和管理等方面由县级统筹上升为地市级或以上,以推动解决医疗救助统筹层次低导致救助标准不统一、各省各市救助力度不均等问题。

综上,医疗救助是保障困难人群医疗权益的重要举措,在维护社会安全中发挥着重大作用。应客观看待医疗救助发展过程中出现的问题,针对目前医疗救助中资金筹集、资金投入、统筹层次、救助保障水平及对象的精准识别等方面存在的问题,我国政府应协调使用政策工具,增加供给型政策工具应用,重视资金投入、信息以及能力建设,发挥对医疗救助直接推动作用。建议关注考核激励工具的应用,加强对医疗

救助政策实施过程中监测与评估,提升政策效能。协调使用需求型政策工具,关注提高统筹层次等工具的应用,有效发挥拉动作用。

参 考 文 献

- [1] 朱铭来, 胡祁. 中国医疗救助的对象认定与资金需求测算[J]. 社会保障评论, 2019,3(3):132-146.
- [2] 孙鼎涵, 钱锡红. 困难群众医疗救助满意度影响因素研究——以广州市为例[J]. 医学与哲学, 2021,42(3):47-50.
- [3] 刘均, 易磊, 李苑, 等. 贵州省医疗救助制度的运行情况分析与改革建议[J]. 中国医疗保险, 2021(7):56-60.
- [4] 李秀丽, 金今花, 张美丽, 等. 我国医疗救助制度的功能受限困境及其优化建议[J]. 中国卫生经济, 2021,40(5):29-32.
- [5] 胡宏伟, 王红波. 整体性治理视域下我国医保体系托底保障功能评估与改进[J]. 中州学刊, 2022(2):70-79.
- [6] 黄瑞芹, 谈睿. 基于知识图谱可视化分析的医疗救助制度研究[J]. 社会保障研究, 2021(2):83-91.
- [7] 余少祥. 发展型社会救助: 理论框架与制度建构[J]. 浙江学刊, 2022(3):108-117.
- [8] 陈皓阳, 曹志辉, 陈志全. 政策工具视角下建立现代医院管理制度政策量化分析[J]. 中国医院管理, 2019,39(9):33-35.
- [9] 赵宏, 王小凯, 朱生营, 等. 政策工具视角下高等继续教育政策文本分析[J]. 现代远程教育研究, 2021,33(6):84-93.
- [10] 任晓玲, 严仲连. 我国民族高等教育政策工具的选择及改进研究——基于豪利特与拉米什的分析框架[J]. 民族教育研究, 2020,31(5):139-146.
- [11] 张菁珂, 祁占勇. 我国高等教育国际化政策工具的选择偏好及改进策略——基于施耐德和英格拉姆的分析框架[J]. 中国高教研究, 2022(1):49-55.
- [12] 程显扬. 基于政策工具的《健康中国行动(2019—2030年)》文本分析[J]. 东北大学学报(社会科学版), 2020,22(5):65-72.
- [13] 李翠玉, 尹文强, 孙艳, 等. 政策工具视角下乡村医生相关政策文本分析[J]. 中国卫生事业管理, 2021,38(6):440-449.
- [14] 严娟. 提升医保治理能力加强经办管理与公共服务建设[J]. 中国医疗保险, 2021(12):17-18.
- [15] 杨莲秀, 胡孔玉. 基于内容分析法的我国智慧养老政策分析[J]. 上海大学学报(社会科学版), 2021,38(4):118-127.
- [16] 王平, 洪瑾. 基于内容分析法的我国公共文化服务政策发展趋势研究[J]. 知识管理论坛, 2018,3(5):275-290.
- [17] 杜昕怡, 夏露, 段雨薇, 等. 基于政策工具视角基层医疗卫生机构应对突发公共卫生事件的政策研究[J]. 中国全科医学, 2021,24(25):3175-3183,3196.
- [18] 张霄艳, 杨诗雨. 基层卫生组织在突发公共卫生事件中存在的问题及对策[J]. 医学与社会, 2020,33(10):16-19.
- [19] 张好婕. 医疗救助法律制度研究[D]. 重庆: 西南政法大学, 2016.
- [20] 陶宇. 医疗救助研究[D]. 杨凌: 西北农林科技大学, 2021.
- [21] 吴琼, 马晓静. 基于政策工具视角分析我国国家级医疗保险政策文本[J]. 中国公共卫生管理, 2019,35(4):459-461.
- [22] 邢秀侠. 信息化建设对医疗保险的影响[J]. 现代经济信息, 2018(20):64.
- [23] 刘芳. 内蒙古自治区赤峰市困境儿童社会救助政策执行问题研究[D]. 长春: 长春工业大学, 2021.
- [24] 华颖. 中国医疗保险经办机构: 现状评估与未来展望[J]. 西北大学学报(哲学社会科学版), 2020,50(3):157-166.
- [25] 何丽, 郭玉琳, 谢慧玲. 我国提升基本医疗保险统筹层次的回顾与思考[J]. 中国农村卫生事业管理, 2021,41(8):539-542.
- [26] 江治强. 城乡困难家庭的医疗负担及其救助政策完善——基于“中国城乡困难家庭社会政策支持系统建设”项目调查数据的分析[J]. 社会保障研究, 2018(4):48-55.

[收稿日期: 2022-07-23] (编辑: 高非)

(◀◀上接第6页◀◀)

- 施进展与成效[J]. 中国公共卫生, 2019,35(6):657-664.
- [6] 应亚珍. 以健康为导向探索基本医保基金和公共卫生服务资金统筹运用[J]. 中国医疗保险, 2020(5):7-10.
- [7] 杨玉洁, 邱五七, 孟月莉, 等. 2011—2016年北京市公共卫生机构财政投入状况分析[J]. 中国卫生经济, 2019,38(1):38-41.
- [8] 胡明晖. 国家基本公共卫生服务项目资金管理和运用存在的问题及对策分析[J]. 中国卫生经济, 2016,35(2):90-91.
- [9] 刘万奇, 杨金侠, 汪志豪, 等. 中国基本公共卫生服务实施经验、问题与挑战[J]. 中国公共卫生, 2020,36(12):1677-1681.
- [10] 朱淑波. 基本公共卫生服务补助资金管理研究[J]. 大众投资指南, 2021(24):181-183.
- [11] 刘花, 唐尚锋, 陈莉, 等. 中国农村基本公共卫生服务项目政策变迁研究[J]. 中国卫生事业管理, 2019,36(10):747-750.
- [12] 刘玮, 王肖惠霞. 农村基本公共卫生服务效率影响因素空间分析[J]. 中国卫生事业管理, 2020,37(9):687-691.
- [13] 谭雄燕, 左延莉, 刘文波, 等. 广西实施国家基本公共卫生服务项目进展、成效与政策建议[J]. 中国农村卫生事业管理, 2020,40(3):166-171.
- [14] 廖异, 赵志广, 刘刚, 等. 深圳市基本公共卫生服务经费使用效率及其影响因素分析[J]. 中国卫生信息管理杂志, 2020,17(2):231-236.

[收稿日期: 2022-06-21] (编辑: 彭博)