

我国基本医保门诊慢特病政策分析

——基于内容分析法

朱 斌^{1*} 宁 伟² 张静雅² 李浩然² 张 宁² 何荣鑫² 毛 瑛²

1. 南方科技大学公共卫生及应急管理学院 广东深圳 518055

2. 西安交通大学公共政策与管理学院 陕西西安 710049

【摘要】目的:从保障病种、保障模式和患者认定三个方面回溯全国 31 个省、自治区、直辖市基本医疗保险门诊慢特病政策。方法:系统收集与梳理各地区城镇职工和城乡居民基本医保门诊慢特病相关政策文件,基于内容分析法提炼各地门诊慢特病病种的共性特点,总结保障模式,分析患者认定流程等。结果:各地纳入保障范围较多的疾病可总结为重度精神障碍、疾病负担较重的传染病、恶性肿瘤、器官移植术后治疗、神经系统疾病、需要长期治疗的血液病、慢性心脑血管疾病等 11 个病种大类。各地门诊慢特病保障病种因统计口径不同导致数量差异大,且缺乏认定的规范标准。结论:我国基本医保门诊慢特病政策仍处于探索改革创新阶段,尚缺乏国家顶层设计,各省份门诊慢特病政策共性和差异性并存。建议:(1)加强顶层设计,探索中央到地方“由粗到细”的病种目录;(2)引入卫生技术评估和医保精算,建立病种准入和调整机制;(3)确定公平合理的慢特病保障模式和病种保障限额;(4)科学制定慢特病认定标准,规范患者资格认证。

【关键词】基本医保;慢特病;政策回溯;内容分析法

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.01.006

Policy analysis of basic health insurance chronic disease and special critical diseases security in China: Based on content analysis

ZHU Bin¹, NING Wei², ZHANG Jing-ya², LI Hao-ran², ZHANG Ning², HE Rong-xin², MAO Ying²

1. School of Public Health and Emergency Management, Southern University of Science and Technology, Shenzhen Guangdong 518055, China

2. School of Public Policy and Administration, Xi'an Jiaotong University, Xi'an Shaanxi 710049, China

【Abstract】Objective: To review the outpatient policy for chronic and special diseases in the basic medical insurance of 31 provinces, municipalities and autonomous regions in China from the following three aspects: insured disease types, insurance model and patient identification. Methods: This work systemically collected and organized the relevant outpatient policy documents for chronic and special critical diseases in the basic medical insurance of urban employees and residents from all studied regions. Based on the content analysis method, this work summarized the common features of and the insurance models for chronic and special critical diseases in these regions' clinics, and analyzed the defects in the current patient identification procedure. Results: The diseases commonly covered by the insurance of different regions could be summarized into 11 categories including severe mental disorders, infectious diseases with a relatively heavy disease burden, malignant tumor treatment, treatment after organ transplantation, neurological diseases, hematological diseases that require long-term treatment and chronic cardiovascular and cerebrovascular diseases. Due to differences in statistical calibers among different regions, the number of types of insured chronic and special critical diseases in various regions varied greatly, and there was a lack of normative standards for identification of patients with chronic and special critical diseases. Conclusions: The outpatient policy for chronic and

* 基金项目:国家医保局委托项目(SKH2021034);国家社会科学基金重大项目(17ZDA079)

作者简介:朱斌(1992 年—),男,副研究员,博士生导师,主要研究方向为卫生政策与管理。E-mail:zhub6@sustech.edu.cn

通讯作者:毛瑛。E-mail:mao_ying@mail.xjtu.edu.cn

special critical diseases in China's basic medical insurance is still in the stage of exploration, reform and innovation at the provincial and city levels, which is in lack of a national top-level design. Commonalities and differences both exist in the outpatient policy of different provinces for chronic and special critical diseases. We suggested that the government should (1) strengthen the top-level design and explore the establishment of a central-to-local "coarse-to-fine" disease type catalog; (2) bring in the health technology assessment and medical insurance actuarial science, and establish a disease inclusion and adjustment mechanism; (3) develop a fair and reasonable insurance model and disease type-based reimbursement limit rules for chronic and special critical diseases; (4) establish identification standards for chronic and special critical diseases in a scientific manner, and standardize patient qualification identification procedure.

【Key words】 Basic medical insurance; Chronic and special critical diseases; Policy review; Content analysis method

慢性非传染性疾病已经逐步取代传染病成为危害人类健康的首要问题。^[1-2] 门诊慢特病管理是基本医疗保险政策的一项重要内容^[3-4], 确定科学合理的基本医保门诊慢特病病种准入机制, 是基本医保门诊慢特病政策的起点, 对于切实减轻患者经济负担和防范医保基金运行风险具有重要意义。

为了减轻慢性病和特殊疾病(以下简称“慢特病”)患者的医疗负担, 自1999年起我国各省市积极探索将一些病期长、医疗费用高且门诊治疗比住院

经济方便的慢性病纳入了医保门诊保障范围, 防止患者因慢特病致贫返贫。除了门诊慢性病外, 各地区在实际经办中又纳入了疾病负担重、费用高的特殊疾病, 相继出台多项门诊慢特病保障政策(图1)。由于地区间疾病谱和医保基金规模存在较大差别, 各地区门诊慢特病保障范围和补偿政策存在较大差异, 保障病种由十几种到几十种不等, 在一定程度上导致门诊慢特病保障受益不公平。

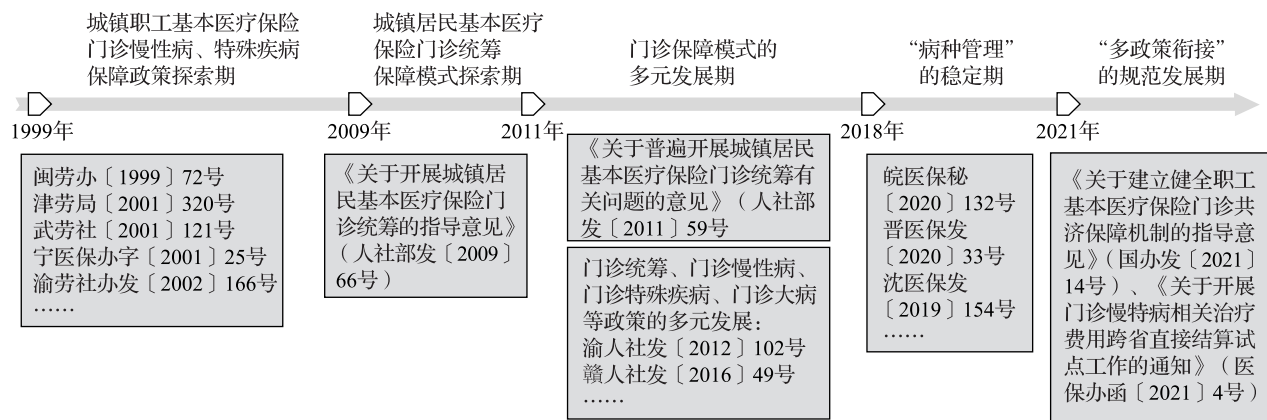


图1 我国基本医疗保险门诊慢特病政策变迁

在此背景下, 本研究系统性地对各省、直辖市、自治区基本医保门诊慢特病政策做了回溯和梳理研究, 探讨门诊慢特病病种保障范围、保障模式及患者认定标准, 为国家层面出台相关指导方案, 提高基本医保门诊慢特病政策的公平性、规范性和管理的精细化程度提供参考。

1 资料与方法

本研究通过各个地区人民政府、人社部门以及医保部门的官方网站系统收集各省、自治区、直辖市基本医保制度中门诊慢特病相关政策文件。基于内

容分析法, 本研究梳理了各省、自治区、直辖市基本医保门诊慢特病保障范围, 汇总分析各病种纳入频次, 总结病种类别和特点, 总结提炼各地基本医保门诊慢特病待遇保障模式。内容分析法是一种运用客观方法系统识别文本特征从而对文本数据资料进行解析的方法^[5], 主要包括定量(呈现数据频率)和定性(展示数据类别)两种分析策略。^[6]

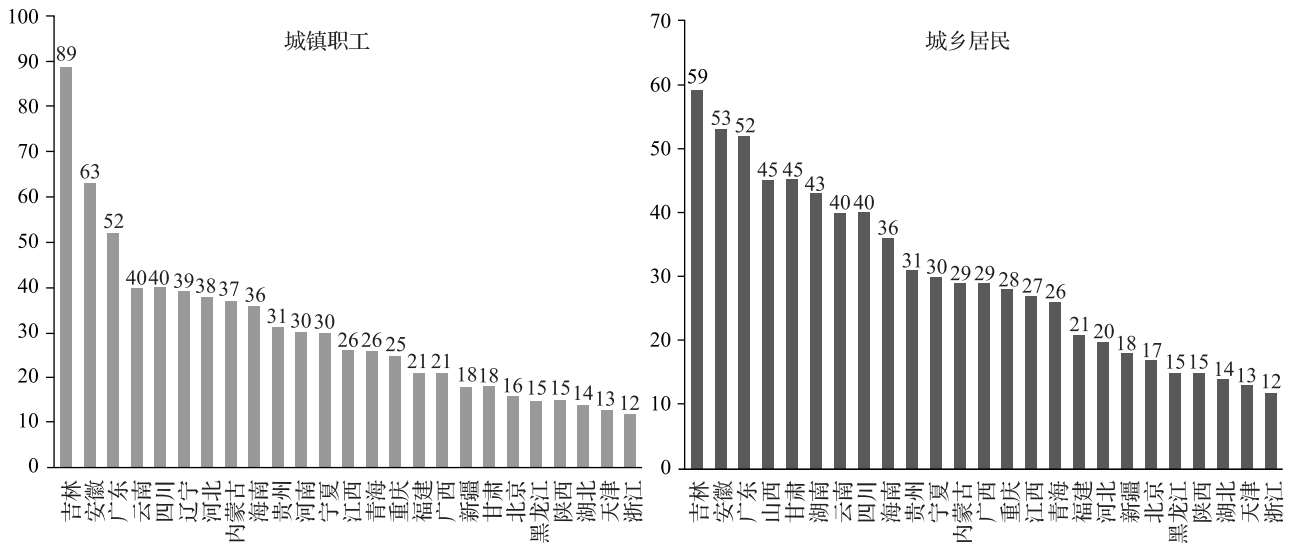
2 基本医保门诊慢特病政策分析

2.1 保障范围

全国共有25个省(直辖市、自治区)发布了城

镇职工门诊慢特病政策的保障病种,26 个省(直辖市、自治区)发布了城乡居民门诊慢特病的保障病种(图 2),其他地区目前尚未出台省级层面的指导性政策。^[7]从城镇职工基本医保保障范围看,绝大部分省份纳入的门诊慢特病病种在 20 种以上,纳入病种数量最多的是吉林省(89 种),浙江省门诊慢特病纳入病种数量最少,仅有 12 种。同一统筹

地区内,职工和居民医保纳入门诊慢特病管理的病种普遍接近。从城乡居民基本医保保障范围看,纳入病种数量最多的仍然是吉林省(59 种),其次是安徽省(53 种)。由于各地区在制定门诊慢特病纳入病种目录时口径不一致,仅仅通过病种纳入数量和顺位判断各地区门诊慢特病政策的保障范围不够准确。



注:参考文件如下:京:京人社医发[2017]179号、京人社医发[2018]165号、京医保发[2020]25号。津:津劳局[2007]133号、津劳局[2001]320号。渝:渝劳社办发[2002]166号、渝劳社办发[2003]265号、渝人社发[2012]102号、渝人社发[2015]259号。冀:冀医保[2018]38号、冀医保字[2020]57号。豫:豫医保[2011]21号。晋:晋医保发[2020]33号。云:云医保[2020]77号。浙:浙人社发[2017]106号。琼:琼医保[2019]237号、琼医保[2020]126号。黔:黔医保发[2020]96号、黔医保发[2021]49号。辽:辽人社[2018]34号。黑:黑医保发[2019]50号。宁:宁人社发[2018]107号。内:内人社函[2016]163号、内人社发[2016]59号。新:新劳社字[2008]108号。川:川医保规[2019]3号。陕:陕人社发[2009]177号。湘:湘人社发[2017]93号。皖:皖医保秘[2020]132号、皖医保秘[2020]74号。闽:闽劳办[1999]72号、闽医保办[2017]41号、闽劳社文[2008]13号。赣:赣府厅发[2011]29号。鄂:鄂人社发[2012]60号。桂:桂人社发[2014]6号、桂人社发[2017]1号。甘:甘人社通[2016]286号、甘医保函[2020]186号。青:青医保发[2020]164号。吉:吉医保联[2020]13号、吉医保联[2019]21号。粤:粤医保规[2020]4号。

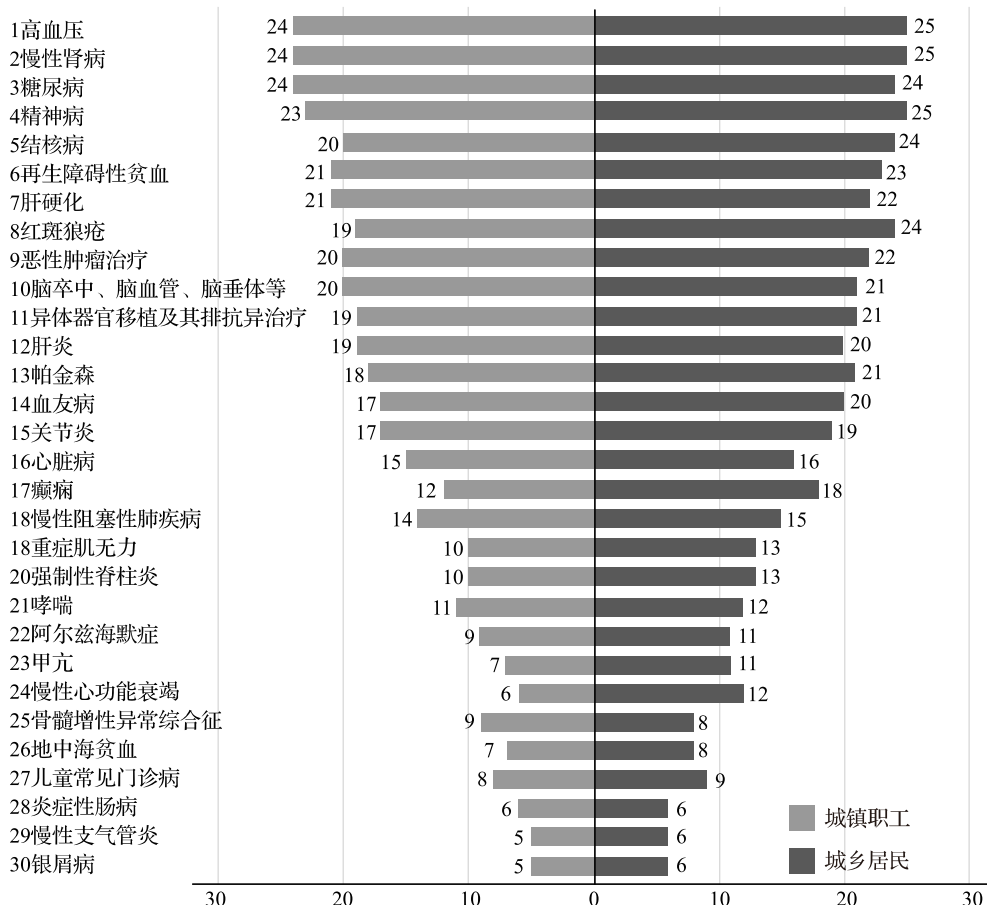
图2 中国各省份城镇职工、城乡居民基本医保门诊慢特病纳入病种数量

基本医疗保险门诊慢特病各病种被纳入的省份数量顺位(前30)如图3所示。城镇职工和城乡居民保障病种顺位基本相近,高血压、慢性肾病、糖尿病等慢性病纳入的省份最多,其次是精神障碍、结核病和再生障碍性贫血。纳入省份相对较少的病种有银屑病、慢性支气管炎和炎症性肠炎等。本研究将城镇职工和城乡居民基本医疗保险纳入地区数量均超过5个的病种进行归类,具体可以总结为以下11大类:(1)重度精神障碍(脑血管疾病所致精神障碍、癫痫所致精神障碍、躁狂症、精神分裂症、抑郁症、双向情感障碍症、焦虑症、阿尔兹海默症、强迫症),该类疾病具有病程长、终身间歇性治疗、有一定遗传风险、具有社会风险的特点;(2)传染病(结核病、乙肝、

丙肝),该类疾病具有疾病负担重、具有传染性,其中部分还具有不可治愈、需要终身治疗的特点;(3)恶性肿瘤治疗(胃癌、肺癌、肝癌、白血病、恶性淋巴瘤等癌症的门诊放化疗),该类疾病具有疾病负担重的特点;(4)神经系统疾病(癫痫、帕金森、重症肌无力),该类疾病具有长期疾病负担重、有一定遗传风险的特点;(5)终身治疗的血液病(血友病、再生障碍性贫血、地中海贫血),该类疾病具有长期疾病负担重、终身治疗或间歇性治疗的特点;(6)慢性非传染性肝病(肝硬化),该类疾病具有长期疾病负担重、终身治疗的特点;(7)慢性心脑血管疾病(高血压、冠心病、脑卒中、脑出血等);(8)内分泌代谢性疾病(糖尿病、甲亢);(9)慢性呼吸系统疾病(慢性阻塞性肺病、

哮喘、慢性支气管炎);(10)其他慢性疾病(红斑狼疮;关节炎等),(7)~(10)这几类疾病均具有病程长、长期疾病负担重、无传染性、部分疾病有遗传风险的特点;(11)器官移植术后治疗(心脏、肝、肺、肾、

肝肾联合移植术后抗排异治疗),该类疾病具有长期疾病负担重、长期或终身治疗的特点。从病种看,各地普遍选择将诊断明确、医疗费用高、发病率或死亡率高或需要长期门诊治疗的疾病纳入保障范围。



注:部分省份脑卒中、脑血管和脑垂体病包括其后遗症。慢性肝炎在部分省份仅纳入乙肝或丙肝。

图3 我国各省份基本医疗保险门诊慢特病病种纳入数量顺位(前30)

2.2 保障水平

不同地区的门诊慢特病保障方式存在一定差别,具体可以总结为以下六种保障模式:一是基于医疗机构等级的保障模式,即报销比例呈现一级医疗机构、二级医疗机构、三级医疗机构逐级递减的趋势,鼓励慢特病患者在基层医疗机构就诊。二是固定报销比例的保障模式,常设置起付线和封顶线,个人只需要承担固定比例的慢特病诊疗费用。三是基于病种的定额保障模式,医保部门分病种设置年度保障额度,如内蒙古城镇职工门诊慢特病政策规定不同病种的定额标准从300~5000元不等,新疆由1500~6000元不等。四是参照住院/大病的保障模式,慢特病患者就诊直接按照住院或者大病的报销比例结算。例如天津、贵州的城镇职工门诊慢特病直接纳入住院报销。

五是地市自由探索模式,省级不设置统一的保障水平,由各市根据医保基金规模自行探索。六是组合型的保障模式,即同时实施两种或者更多的保障模式。例如四川把门诊慢特病分为I类疾病和II类疾病,I类疾病按70%报销,II类疾病则是视同住院费用报销。各地区基本医保门诊慢特病保障模式分类如下(表1)。

2.3 患者认定

慢特病患者需要通过满足相应的认定标准,并在规定的机构完成认定方可获得保障资格,享受待遇。部分地区在相关政策文件中规定了门诊慢特病的诊断标准,少数省份定量规定了患者认定的临床指标和认定要点,大部分省份则仅仅结合病种的特点对认定标准简要描述。目前各地区对于门诊慢特病资格认定标准差异较大。例如,某一西部省

份对红斑狼疮的认定仅要求部分定性结果,而一东部省份则将每一阶段的临界数据进行严格划分。此外,部分地区同一病种认定标准存在差异,例如部分地区规定高血压需达到三级才可进行认定。各地区目前实行的门诊慢特病认定方式主要有分散认定(依托定点医疗机构)和集中认定(依托医

保部门)。分散认定是有医疗机构对患者资料进行审核,医保部门复核,由于有医务人员的直接参与,可以保障患者认定的及时性。集中认定是由医保部门定期组织专家进行认定,认定结果较为权威,可以有效防止造假,但不能保障患者及时享受待遇。

表 1 各地区差异化的门诊慢特病保障模式

保障模式	模式特点	城镇职工基本医疗保险保障模式	城乡居民基本医疗保险保障模式
基于医疗机构等级的保障模式	一级及以下定点医疗机构保障水平最高,二级和三级定点医疗机构保障水平依次降低	北京、浙江、福建、青海	北京、浙江、安徽、广西、青海
固定报销比例的保障模式	个人承担固定比例的门诊慢特病诊疗费用,一般设置起付线和封顶线	河北、云南、辽宁、宁夏、湖北、广西、重庆	河北、云南、山西、宁夏、内蒙古、湖南、湖北、甘肃、吉林、福建
基于病种的定额保障模式	根据病种的不同,确定差异化最高支付额度	海南、内蒙古、新疆、广西、安徽	海南、新疆
参照住院/大病保险的保障模式	直接参照住院或者大病保险政策进行报销,合并计算起付线和封顶线	天津、贵州、广东、江西	重庆、天津、贵州、江西、广东
地市自由探索模式	省级不设置统一的保障水平,由各市自行探索	陕西、甘肃、黑龙江	黑龙江、陕西
组合模式	多种保障模式并行	吉林、河南、四川、	四川

各地区目前实行的门诊慢特病认定方式主要有以定点医疗机构为主的分散认定和以医保经办机构为主的集中认定两种。其中,分散认定由定点医疗机构承担资格认定的主要责任,医保经办机构仅需对医疗机构出具的诊断结果进行复核确认即可,分散认定能保证认定结果的权威性,同时能方便患者随时进行认定。集中认定由医保经办机构定期组织专家对参保患者的申报资料进行鉴定审核,由医保机构直接严格把关,能避免认定造假。

3 讨论

3.1 慢性病门诊保障尚无全国性、系统化、指导性统一规划

随着各地区基本医疗保险门诊慢特病政策的逐步实施,各省(直辖市、自治区)相继出台指导文件,但是由于国家对慢性病门诊保障尚没有系统化的顶层设计,各地区对门诊慢特病政策的定位和理解不同,门诊慢特病政策碎片化现象严重,部分省份尚未出台省级层面的指导文件。^[8]各地区在设置门诊慢特病保障范围时没有统一的口径,导致病种目录的设置不规范且保障范围差异较大,各省(直辖市、自治区)保障病种数量从几种到几十种不等。

3.2 多数地区门诊慢特病病种确定和调整机制不明确

虽然多数地区门诊慢特病保障病种比较相近,

但是也存在一些差异,多数地区门诊慢特病病种的确定和调整机制不明确,全国仅有安徽和海南两个省份关注到了门诊慢特病保障病种目录的定期调整。安徽省建立医学、医保专家评估工作机制,综合考虑临床成本、治疗效果以及可能的社会效益决定是否纳入或调出某病种;海南省则是由医保部门负责门诊慢性特殊疾病相关政策制定,组织临床医学专家对门诊慢性特殊疾病认定标准及诊疗范围进行调整。其余省(直辖市、自治区)均未对目录的调整方式有所规范。

3.3 各地区因地制宜探索门诊慢特病保障模式和保障水平

各地区因地制宜的探索本地区对门诊慢特病的保障模式,包括定额保障模式、按比例保障的模式、各地市自由探索的模式等,不同保障模式导致各地区慢特病保障水平差异较大。首先,起付线和封顶线设置差异较大。以城镇职工基本医保为例,河北门诊慢特病起付线为 200 元,福建起付线则为 1 000 元,江西等省份不设起付线;第二,报销比例差异较大。第三,病种年度限额差别较大。以城乡居民基本医保为例,山西门诊慢特病年度限额从 540 至 7 080 元不等;云南特殊疾病年度限额 1 200 元,慢性病年度限额 2 000 元。

3.4 慢特病患者认定缺乏统一定量标准,单一认定方式存在弊端

慢特病认定标准主要以定性描述为主,缺乏统一的客观定量标准,对合并症的认定普遍没有明确规定,在实际执行中缺乏规范性。一方面过多主观因素的介入影响认定结果的准确性和权威性^[9];另一方面,由于是医生结合实际情况给出鉴定结果,极易产生纠纷,加深医患矛盾。此外,各地区实行单一认定方式(分散认定和集中认定)均存在一定不足。分散认定的结果可能造假,不能有效地控制统筹基金支出风险;而集中认定存在结果不权威等问题。

4 建议

4.1 加强顶层设计,探索中央到地方“由粗到细”的病种目录

为适应各地间经济发展水平和疾病谱的差异,应由中央确定门诊特殊疾病的基本准入原则和基本目录。国家医保局可根据目前各省门诊慢特病纳入病种顺位和各病种疾病负担趋势,借鉴国际疾病分类标准编码 ICD-10,选择诊断和治疗方案清晰以及疾病负担较重的慢特病纳入国家慢特病病种目录,规定各地区必须纳入。省级医保部门应起到承上启下的作用,根据省内情况确定全省范围必须纳入的门诊慢特病病种以及可灵活调整的病种。各地区在遵循基本准入原则的前提下,灵活调整病种指导范围,制定科学、合理的地区级病种目录。^[10]

4.2 引入卫生技术评估和医保精算,建立病种准入和调整机制

应充分发挥卫生技术评估和医保精算在门诊慢特病保障中的作用,实现对门诊慢特病的精准化保障和病种精细化管理。首先,借鉴卫生技术评估相关方法,综合考虑治疗成本、治疗效果、经济价值等因素,选取与设计病种准入后的成本与效果指标群,构建基本医保门诊慢特病病种准入的成本效果测算模型,筛选各地区门诊慢特病保障病种。^[11]其次,引入医保精算评估门诊慢特病目录调整对基金池的影响,前瞻性地预测政策保障效果(包括实际补偿比、自费负担等)和基金运行风险(包括就诊率、医疗费用增长率、基金缺口或结余率等),做到目录调整“有据可依”。第三,由医学和医保专家定期评估和调整门诊慢特病病种目录,推动门诊慢特病病种管理从粗放式走向精细化。

4.3 确定公平合理的慢特病保障模式和病种保障限额

要充分考虑各疾病病种的特点,遵循疾病发生及发展的规律,以确定合理的保障模式和病种限额。首先,以医疗机构发生的门诊慢特病医药费用为基准,建立慢特病的本地化标准临床路径,包括诊断标准、检查方式、用药范围、药品品规、剂型和剂量等,对部分患病率较高、占统筹基金费用支出比重较大的病种(如高血压、糖尿病等)以及患病率虽低但医疗费用极高的病种(如恶性肿瘤、再生障碍性贫血等)的保障限额进行及时测算和调整。^[12]其次,对疾病状态相对稳定的病种探索进行 DRGs (Diagnosis Related Groups, 疾病诊断相关分组)的应用,为医保支付标准的确定提供科学依据。^[13]第三,通过制定合理的保障模式,引导病情稳定的慢特病患者到定点医疗机构和基层医疗机构就医,使基层医疗机构的作用得以发挥。

4.4 科学制定慢特病认定标准,规范患者资格认证流程

标准化患者认定标准,实现既能保障参保患者的基本医疗,又能控制享受门诊特殊疾病待遇的参保人员数量,保证统筹基金的合理使用。首先,现行很多定性描述的认定标准缺乏规范性和可操作性,影响认定结果的准确性和权威性,因此应制定相对统一的数据化、量化的慢特病认定标准,定期修订,保证认定结果的准确。^[14]其次,对不同疾病的认定场景、认定规范做出明确规定,由定点医疗机构对病毒性肝炎等依据检查检验结果可以明确诊断的病种进行认定,医保经办机构则集中认定有“造假”可能的疾病。^[15]第三,定期复审患者慢特病资格。对于经过治疗好转不再满足认定标准的患者资格需予以取消,对于病情加重出现并发症的患者也需要通过复审及时调整待遇水平。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 汤少梁, 许可塑. 贫困慢性病患者疾病负担与健康精准扶贫政策研究[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(6): 64-67.
- [2] 毛瑛, 朱斌, 刘锦林, 等. 健康生态学视角下中老年人群慢性病影响因素实证[J]. 西安交通大学学报(社会科学版), 2015, 35(5): 15-24.

- [3] 中国政府网. 关于深化医疗保障制度改革的意见. (2020-02-25) [2021-12-12]. http://www.gov.cn/zhengce/2020-03/05/content_5487407.htm
- [4] 中国政府网. 中共中央 国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》. (2016-10-25) [2021-12-12]. http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm
- [5] Berelson B. Content analysis in communications research [J]. American Political Science Association, 1952, 46 (3): 869-873.
- [6] Moldavska A, Welo T. The concept of sustainable manufacturing and its definitions; a content-analysis based literature review[J]. Journal of Cleaner Production, 2017, 166: 744-755.
- [7] 蔡海艳, 张涛, 岳靖凯, 等. 我国部分城市门诊特殊疾病管理现状与策略研究[J]. 中国医院管理, 2021, 41(3): 73-76.
- [8] 钟港棚, 徐伟, 刘朝一, 等. 门诊特殊疾病市级统筹方案设计—基于 TOPSIS 法[J]. 卫生经济研究, 2021, 38 (9): 45-48.
- [9] 姚雯, 颜建周, 邵蓉. 基于配套体系比较的我国基本医保门诊慢性病政策完善研究[J]. 中国医疗保险, 2021 (10): 24-29.
- [10] 张翠萍, 曾绍文, 罗盛, 等. 山东省基本医疗保险门诊慢性病管理政策梳理及评价[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(10): 43-46, 51.
- [11] 胡善联. 卫生技术评估在医保报销目录调整中的作用[J]. 世界临床药物, 2020, 41(12): 915-916.
- [12] 廖藏宜. 门诊慢特病医保人头打包付费的政策机制设计[J]. 中国人力资源社会保障, 2021(11): 59.
- [13] 冯海欢, 杨芳, 李佳瑾, 等. 疾病诊断相关分组 (DRGs) 在肿瘤门诊特殊疾病病种支付中的应用研究[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(5): 65-69.
- [14] 段承阿鑫, 常峰, 路云. 我国各省城镇职工基本医疗保险门诊特殊疾病政策比较研究[J]. 中国卫生事业管理, 2017, 34(05): 342-345, 369.
- [15] 刘晓东, 徐楠, 刘继同, 等. 我国慢性病防控政策研究述评[J]. 医学与社会, 2018, 31(6): 5-7.

[收稿日期:2021-11-16 修回日期:2022-01-20]

(编辑 刘博)

欢迎订阅 2022 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生健康委员会主管,中国医学科学院主办,医学信息研究所和卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R,本刊为中文核心期刊、中国科学引文数据库 (CSCD) 核心期刊、中国科技核心期刊 (中国科技论文统计源期刊)、RCCSE 中国核心学术期刊 (A)、《中国人文社会科学期刊评价报告 (AMI)》引文数据库期刊、人大复印报刊资料数据库重要转载来源期刊。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管

理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:专题研究、医改进展、卫生服务研究、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、全球卫生、卫生人力、卫生法制、理论探讨、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 20 元/册,全年 240 元 (含邮资)。

全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

联系人:薛云

电话:010-52328696、52328697