



基于米特—霍恩模型的慢病门诊报销政策执行困境研究 ——以南通市为例

金慧¹, 季婧雅¹, 曹欣¹, 高月霞¹, 阎丽静²

1. 南通大学公共卫生学院, 江苏 南通 226019; 2. 昆山杜克大学全球健康研究中心慢性非传染性疾病科
研室, 江苏 昆山 215316

摘要:文章开展定性访谈分析,基于米特—霍恩模型分析框架,分析南通市慢病门诊报销政策的执行困境,为促进政策执行提供参考。研究发现,高血压和糖尿病门诊用药报销政策出台一年后,政策备案率分别仅为7%和14%,即目标人群未能充分享受到慢病医疗保险的福利政策。定性访谈发现,政策执行的困境主要在于:政策执行标准与目标不明确,执行人员和参保居民对慢病门诊报销政策不了解,基层医疗机构政策执行的人力资源紧缺和硬件环境支持不足,自上而下的政策执行方式单一等。基于此,提出以下优化路径:完善顶层设计,细化政策实施目标;拓宽政策的宣传推广渠道,提高政策执行的依从性;加强医保部门与基层执行机构之间的联动,加大慢病门诊报销政策执行力度。

关键词:政策执行;米特—霍恩模型;慢性病;门诊报销政策

中图分类号:R197.3

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2022)05-499-006

doi:10.7655/NYDXBSS20220513

糖尿病和高血压等慢性非传染性疾病(noncommunicable diseases, NCDs)逐渐成为我国主要的公共卫生问题^[1-2]。2019年底,南通市出台了《南通市居民医疗保险高血压糖尿病门诊用药管理实施细则》(以下简称“慢病门诊报销政策”),该政策从保障对象、确诊备案方式、用药保障待遇等方面,明确保障范围与水平,降低慢病患者经济负担。然而,通过前期调查与访谈发现,大多数乡镇医生、居民尚不了解该项政策,糖尿病和高血压(简称“两病”)患者备案率较低,在项目访谈地区仅为14%(糖尿病居民)和7%(高血压居民)。慢病门诊报销政策未达到预期效果,政策执行及落实尚未到位。因此,本研究基于米特—霍恩模型,对影响慢病门诊报销政策执行效果的因素进行系统评估,探索门诊报销政策执行的障碍及其优化路径,为促进慢病门诊报销政策的实施提供参考。

一、慢病门诊报销政策概况

居民慢病确诊和备案是享受慢病门诊报销政

策的关键。“两病”患者确诊备案分为“存量认可备案”和“新增确诊备案”。对居民健康档案中已经确诊为高血压或糖尿病的参保患者在定点乡镇卫生院(村卫生室)、社区卫生服务中心(站)办理存量认可备案;新诊断的参保患者,经规定的二级及以上定点医院确诊备案后,方可享受高血压或糖尿病的门诊待遇。“两病”患者按规定办理确诊备案后,在定点医疗机构发生的符合医疗保险规定的普通门(急)诊费用,报销限额由政策备案前的500元,提高到1 600元(患高血压或糖尿病)和2 000元(患“两病”)。居民普通门诊统筹待遇与“两病”门诊用药保障待遇差异详见表1。

二、概念界定及理论基础

(一)概念界定

公共政策执行,即将政策内容变成实际行动。美国学者普雷斯曼和韦达夫斯^[3]认为,可以将政策执行看作在目标的确立与取得这些目标的行动之

基金项目:国家自然科学基金“家庭医生激励对2型糖尿病患者健康结果的影响、作用机制及干预策略的经济学评价”(71603137);江苏省研究生科研与实践创新计划项目“南通慢病报销政策执行助推干预研究”(KYCX21_3128)

收稿日期:2022-06-28

作者简介:金慧(1997—),女,江苏南通人,硕士研究生在读,研究方向为社会医学与卫生事业管理;高月霞(1981—),女,江苏淮安人,博士,教授,研究方向为卫生政策研究和卫生事业管理,通信作者,yxgao@ntu.edu.cn。

表1 普通门诊统筹与“两病”门诊用药保障待遇差异

类别	普通门诊统筹	“两病”门诊用药保障
覆盖人群	参保居民	患“两病”参保居民
待遇	每天限额40元以内,报支50%,年累计限额500元	单病1600元,结付50%; 两病2000元,结付50%
就诊机构	签约定点基层医疗机构	定点医疗机构门诊
报销范围	医保范围内的药品、检查	医保范围内的药品、检查、胰岛素等诊疗费用

间的互动过程。我国学者张为波、王莉^[4]认为,“公共政策执行本质是依照公共政策相关指令进行改革,是为了达到政策某种预设的目标而不断对公共行为做出相应的调整这一过程。”钱再见^[5]认为,“政策执行可以理解为政策执行者将政策内容转换为实际行动以实现政策目标。”公共政策执行一般分为三种形式,分别为自上而下执行、自下而上执行以及混合型^[6],政策执行中遇到的各种问题及障碍都会导致好的公共政策政令不通,落实效果不明显。因此,政策执行往往比政策本身更为重要,执行在政策过程中发挥着重大作用,执行效果直接关系到政策的成功与否^[7]。对于居民慢病门诊报销政策而言,执行效果直接决定能否降低慢病的疾病负担,提高慢病患者的财务福利。

(二)米特—霍恩系统模型

米特—霍恩系统模型是米特(D.S.Van Meter)和霍恩(C.E.Van Horn)^[8]于1975年提出的,其认为影响政策执行的六个因素包括:①标准与目标;②政策资源;③执行方式;④执行机构的特性;⑤系统环境;⑥执行人员的意向。各个因素之间动态交互,直接或间接影响政策的执行效果,系统模型如图1。本文基于米特—霍恩模型,以南通市居民慢病门诊报销政策实施为案例,从政策执行的六个维度剖析政策执行困境,为优化慢病政策执行路径提供参考。

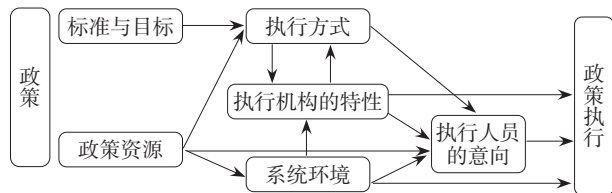


图1 米特—霍恩系统模型结构图

三、研究方法

本文采用定性研究的方式,首先利用文献分析法,检索知网、万方、维普等数据库,阅读、整理有关政策执行方面的资料。其次,方便抽样法抽取南通市通州区平潮镇4个村及刘桥镇3个村的村医及患高血压或糖尿病的居民进行结构化访谈,访谈对象

基本特征见表2,共14名村医(包括管理人员)和10名居民。在此基础上,对平潮镇和刘桥镇中心卫生院的医保管理、慢病管理人员进行访谈,分析访谈结果,总结政策执行中的障碍因素。

表2 访谈对象的人口统计特征

特征	村医(n=14)		居民(n=10)	
	人数	构成比(%)	人数	构成比(%)
性别				
男	5	35.7	6	60.0
女	9	64.3	4	40.0
年龄				
30岁以下	3	21.4	2	20.0
30~55岁	7	50.0	4	40.0
55岁以上	4	28.6	4	40.0
受教育程度				
初中及以下	3	21.4	5	50.0
高中	6	42.9	3	30.0
本科	4	28.6	2	20.0
硕士及以上	1	7.1	0	0
个人月收入				
4000元以下	4	28.6	5	50.0
4000~6000元	7	50.0	3	30.0
6000元以上	3	21.4	2	20.0

四、慢病门诊政策执行困境分析

(一)政策执行标准不明确,执行目标不具体

政策标准与目标是政策有效执行的前提条件,政策目标,即政策合理合法化后,预期可以达到的目的、要求和结果,是政策拟解决的社会问题。具体的政策目标,是政策评估的基础,也是执行者可遵循的明确指令^[9]。政策标准,是推行政策落实的基准,为考察和评估政策绩效提供较为具体、详细和明确的评判标准。政策标准与目标是否清晰、具体,直接影响组织间的沟通及政策执行的强弱^[6,10]。通过对两镇中心卫生院4位管理人员访谈发现,目前两镇在实施慢病门诊报销政策时均尚未明确该政策执行的标准,没有相应评估政策执行过程的指标及考核指标,同时,不了解“两病”患者备案流程。此外,该项政策中仅提出总体目标,为“确保符合条件的患者及时享受保障待遇,加强政策宣传”,缺少细化的具体目标,如南通各县市区在政策实施多久后慢病患者备案率达60%。因此,工作人员在政策执行上差异性较大,存在形式执行、敷衍执行的情况,很大程度上制约了政策的执行效果。

(二)政策执行资源短缺,激励机制缺乏

政策资源是政策执行中所需要的各类资源,是政策执行的基本保障,主要包括人力资源、财政资源、信息资源等^[11]。政策资源越丰富,组织间的沟通与执行行动也就越频繁,执行主体的意愿也会越

强烈^[6, 10]。慢病门诊报销政策在访谈地区落实推广时存在以下困境。

第一,人力资源短缺。门诊报销政策主要以二级及以下医疗机构为依托,基层医务人员是该项政策执行不可或缺的人力资源^[12]。然而通过访谈发现,基层医务人员配置往往不足,普遍存在高学历人员少、专业结构不合理、年龄老化等现象。同时村卫生室工作负担重、薪酬待遇水平低、发展前景有限,基层医务人员往往难招募、难留用,离职意愿和离职率高^[13-14],加剧了基层医务人员的短缺,在一定程度上阻碍了门诊报销政策的有效推行。

第二,财政激励机制不足。财政资源是公共政策推行的有效保障。新医改以来,国家逐渐加大对基层医疗机构的投入,但总量依然较低,且存在医保总额预付封顶^[15]。访谈中发现,乡镇卫生院等基层医疗机构由于工作经费有限,医疗设施条件较差,而药品及耗材收入甚微,基层医护人员诊疗收入较低。由于医保的总额预付制,即使增加患者备案和医疗机构收入,也不能增加医保的结算总额,在一定程度上导致基层医护人员备案的积极性不高,影响政策的有效执行。

第三,信息等硬件资源不足。信息支持是提高公共政策执行效率的重要手段,高效快速的信息整合共享能促进执行机构之间交流合作,统一认识,提高执行效率^[10, 16]。目前,平潮镇和刘桥镇的卫生服务平台网络运行速度较慢,且不能与医保备案平台、上级医疗机构实现互联互通,无法共享患者的医疗诊疗信息,在一定程度上限制了政策的执行。此外,村卫生室硬件资源较差,也在一定程度限制了慢病门诊政策执行落实。访谈中村医反映“卫生室电脑的版本过于老旧,浏览器与目前“两病”报销系统存在不兼容的状况,无法给患者备案”。

(三)执行方式单一,以自上而下为主

执行方式是政策执行主体之间,执行主体与目标群体之间的互动方式^[11],主要表现为政策指导、协商沟通、业务咨询服务及其他解释工作。执行方式是否合理影响着执行者执行意愿的强弱以及执行机构作用的大小^[6-7]。当前,慢病门诊报销政策的执行以单一的行政手段为主,通过自上而下层层发布通知来推动政策的落实。平潮镇中心卫生院管理人员表示,虽然这种行政手段能在一定程度上推动门诊报销政策的执行,但由于缺乏内在薪酬激励机制和奖惩机制,其执行效果受限。

自上而下的执行方式,各组织之间沟通不足,上级部门更多是停留在发文环节,没有继续往下深入动员推动政策,将政策宣传到位;乡镇中心卫生院与村卫生室也没有主动关注政策,深入了解政策细节,将政策宣传给村民。在对村民的访谈

中,大部分村民都表示没有听说过该项政策,个别了解政策的村民表示,“听说过‘两病’门诊报销政策,但去村卫生室问,村医也不知道如何办理。”自上而下单一的执行方式导致慢病门诊政策无法高效执行。

(四)执行机构间分工不明,缺少协同配合

公共政策执行需要多部门间的协同配合。慢病门诊报销政策执行机构主要包括二级及以上医院、乡镇中心卫生院(社区卫生服务中心)、村卫生室。二级及以上医院既可以进行新的高血压或糖尿病患者的确诊,也可以对已确诊患者进行备案注册。而乡镇卫生院和村卫生室只能对已经建立健康档案的患者进行存量备案。通过前期访谈我们了解到,医保管理部门在发文后没有深入动员,未明确各个执行机构的职能分工,使得各执行机构间不能及时有效沟通,他们更倾向于完成能带来更多利益的工作,例如二级及以上医院以医疗任务重、看病为主等理由将“两病”患者推至村卫生室等基层医疗机构备案,而基层医疗机构又以人手不足、不会备案等理由将患者推至上一级医院。门诊报销政策执行过程中互相推诿现象严重,各执行机构分工不明,执行意愿不强,阻碍政策顺利推进。

(五)执行人员的政策认知较低,执行意向不强

执行人员主要包括政策执行主体和目标群体。执行人员价值取向是指执行人员对政策的认知程度、认可态度、看法等,其受到执行人员能力、素质、行为状况的影响^[17]。当前,慢病门诊报销政策在这方面存在以下困境。

第一,政策执行主体专业能力欠缺。政策需要依靠人来实施,所以政策执行者专业能力的高低直接影响政策目标的实现^[18]。在对两镇基层医务人员的访谈中发现,基层医务人员文化程度普遍偏低,年龄结构老化,他们对政策专业知识的欠缺及沟通能力的不足降低了其政策信息的敏感度、业务熟练程度以及解决问题的能力。

第二,执行主体政策认知度不高。政策认知是政策执行者对政策内容、精神实质以及政策潜在价值和利益的把握和理解^[19]。通过对两镇中心卫生院管理人员、村医访谈,我们了解到他们对慢病门诊报销政策认知度不足,甚至部分村医表示从未听过这项政策,即便听说过政策的村医,对该项政策也是一知半解,未曾仔细研究政策适用范围、患者如何备案等。政策细节不熟悉,患者咨询相关问题常常出现口径不一,告知患者错误的备案流程。这些均导致患者备案过程不顺利而未享受到政策红利或对政策产生不认同感。

第三,目标群体政策认知度低。高血压、糖尿病患者是慢病门诊报销政策最直接的利益相关

者。从两镇患者访谈结果看,很多患者表示没有听过相关门诊报销政策,虽然有部分患者听过该项政策,但是对政策中享受的报销比例、备案流程等具体内容知之甚少,患者对备案的意愿不强。

(六)政策执行环境复杂多变

政策执行的环境对政策的有效执行有重要影响,适宜的环境可以降低政策执行的难度,恶劣的环境可能阻碍政策执行的进程^[10]。目前,慢病门诊报销政策执行困境主要有以下几个方面。

第一,基层医疗机构基本药物短缺,药品供应不及时^[20],大部分患者更倾向于前往周边药店或医疗资源更丰富的上级医院。第二,当地人口流动大,外出务工人员多,而不同地区之间医保政策不同,打通各地医保电子系统、实现异地医保支付目前还有一定难度,且医保的属地化管理短期内也不能发生显著改变^[21]。第三,患者传统的就医理念和就诊习惯,基层首诊未曾充分体现。

五、慢病门诊报销政策执行的路径优化

本研究基于米特—霍恩执行模型,通过对南通市平潮镇及刘桥镇相关人员的结构化访谈,对慢病门诊报销政策目前存在的困境进行系统分析,提出优化慢病门诊报销政策实施的路径。

(一)完善顶层设计,细化政策实施目标

完善的政策顶层设计是保障慢病门诊报销有效执行的重要条件。当前慢病门诊报销政策的标准与目标较为笼统,具有宏观指导意义,但无法顾及各地区人口密度、基础医疗等现实差异,因此,灵活变通、因地制宜制定政策执行的具体目标尤为重要。例如,南通各县区在执行政策时,可结合实际情况细化目标,进一步准确把握政策影响范围、实施时间,明确覆盖对象、执行部门、影响区域。在镇级层面,执行部门主要是乡镇中心卫生院和村卫生室,乡镇中心卫生院需根据实际情况统筹好自身及各个村卫生室政策执行工作,确保符合条件的患者及时备案,享受保障待遇。

(二)强化资源保障,提升基层政策执行效率

慢病门诊报销政策在资源配置方面存在人力资源短缺、财政资源不足、信息支持系统不成熟等困境。鉴于此,首先要充实基层医务人员队伍,例如适当降低医学生进入基层医疗机构工作的门槛;加强与当地大中专院校、医学院校的联系,由其推荐优质生源;建立符合基层需要的培养机制;在晋升、评奖评优等方面对基层医务人员适度倾斜,吸引优秀医学人才等。其次,加大对基层医疗机构的财政投入,保证乡镇中心卫生院、村卫生室软硬件设施到位,为政策的执行提供物质保障;提高基层医务人员薪酬待遇;根据基层医务人员政策执行情况

况进行绩效激励,充分调动其执行的积极性。最后,加强信息平台整合化建设,构建上级医院与基层医疗机构信息共享平台,实现居民门诊、健康管理等不同系统之间的信息互通共享^[22],提高基层医疗机构工作效率。

(三)丰富执行方式,建立高效反馈与激励机制

目前慢病门诊报销政策执行方式单一,仅通过行政手段自上而下执行,政策效果远没有达到预期。因此,为了有效推动政策落实,应坚持自上而下与自下而上相结合的执行方式。鼓励基层医疗机构在政策执行过程中,主动反馈执行过程的障碍,提出有针对性的建议,进一步完善政策的执行。上级部门可以建立激励和奖惩机制,或给予基层执行者一定的自由裁量权,充分调动其责任感与积极性。为持续强化政策执行效果,上级部门还可对基层慢病门诊报销政策执行情况进行不定期督导与实地调查,及时发现执行过程中的问题并解决。

(四)多部门联动,加强沟通交流与宣传

慢病门诊报销政策目前存在执行机构分工不明、缺乏沟通协调等问题,因此,多部门之间交流合作尤为重要。当地政府可牵头成立跨部门的专业领导小组,对政策执行进行整体把控,综合部署各部门责任,避免出现互相推诿、责任不清的现象。例如,政策出台后,医保部门应立即加强政策宣传,不能将政策仅停留于发文阶段。相关工作人员可通过建立工作群、召开定期工作会议、发放配套文件等形式告知基层医务人员,确保其知晓政策内容及细节;医务人员在充分了解政策后,根据目标群体不同,选择不同的宣传方式,如可以利用微信、短信等媒介向中青年人宣传政策要点,对于年长的村民,则可以通过张贴海报、发放宣传日历等普及政策。财政部门在政策出台后应充分发挥其财政职能,按规定保障所需工作经费,建立健全基于标化工作量的财政补偿机制,为巩固慢病门诊待遇保障水平提供坚实基础。药品监督管理等部门则应做好“两病”用药一致性评价审评和生产、流通、配送等环节的监督管理,为政策执行提供用药保障。

(五)加强政策培训,提高基层学习能力

基层医务人员作为慢病门诊报销政策主要的执行主体,扮演着“关键学习者”的角色,是政策执行的有力推动者^[23]。目前两镇基层医务人员专业能力欠缺、政策认知度不够,技能培训必不可少。当地医保和卫生健康部门可利用网络平台加强基层医务人员继续医学教育,定期对基层医务人员开展全覆盖全方位岗位技能培训,针对医保政策类则可开展专项培训,按需培训,学用结合,及时了解基

层医务人员在政策执行过程中遇到的难题并讨论解决。此外,还可组织基层医疗机构与上级医疗机构结对,定期安排基层医务人员跟岗学习,上级医疗机构人员挂职锻炼或专家到基层指导等,提高基层医务人员整体素质与专业能力。

(六)优化政策执行环境,推动政策落实

优化政策执行环境,最主要的是优化社会文化环境。首先,政府应加大对政策执行的支持力度,例如提高医保总额预付额度,丰富基层药品种类与数量,方便居民购买常用药品。其次,破解异地就医管理难点堵点,做好异地就医备案管理、问题协同处理和资金结算清算等工作,保障异地工作居民的福利待遇。最后,转变居民健康消费习惯,鼓励“基层首诊”分级诊疗理念,引导居民合理就医。建立公众监督及问责机制,鼓励目标群体对政策执行人员服务进行评分,提高基层执行人员服务质量,从而强化目标群体对政策的认知度与认同感,提高慢病门诊报销政策的知晓度。

参考文献

- [1] 尹航,张鑫,王佳慧,等. 中国2013年慢性病住院患者自付直接经济负担及经济风险度分析[J]. 中国公共卫生,2021,37(4):618-622
- [2] 向莹君,魏淑娟,苏建军,等. 深圳市福田区高血压和糖尿病流行特征及疾病经济负担研究[J]. 现代预防医学,2015,42(17):3169-3171
- [3] PRESSMAN J L, WILDAVSKY A B. Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland[M]. California: University of California Press, 1973:38
- [4] 张为波,王莉. 试论公共政策执行的阻碍因素及对策[J]. 西南民族大学学报(人文社会科学版),2005,26(3):173-176
- [5] 钱再见. 论公共政策执行中的偏差行为[J]. 探索,2001(4):63-65
- [6] 赵云飞. L市村委会“下移”试点政策的执行问题研究——基于米德和霍恩系统模型的视角[D]. 广州:华南理工大学,2020
- [7] 王旭. 基于霍恩—米特模型的上海市家庭医生政策执行问题研究——以J区为例[D]. 上海:华东师范大学,2018
- [8] METER D S V, HORN C E V. The policy implementation process: a conceptual framework[J]. Administration & Society, 1975,6(4):445-488
- [9] 陆雄文. 管理学大辞典[M]. 上海:上海辞书出版社, 2013:406
- [10] 韩岩,尹文强,王安琪,等. 基于米特—霍恩模型的分级诊疗制度执行困境研究[J]. 中华医院管理杂志, 2019,35(6):441-446
- [11] 赵春文,李子鑫,柳松艺,等. 基于霍恩—米特模型的家庭医生签约服务政策执行障碍因素分析[J]. 中国卫生事业管理,2020,37(12):884-887
- [12] 杨燕,金春林. 两病门诊用药保障政策推出正当时[J]. 中国卫生,2019(12):59-60
- [13] 牟燕,刘岩,吴敏,等. 乡镇卫生院人才队伍建设存在的问题及对策研究[J]. 中国卫生事业管理,2020,37(2):114-117,156
- [14] 马强,韩亚蓉. 农村基层医务人员离职倾向因素研究[J]. 南通大学学报(社会科学版),2021,37(2):79-88
- [15] 欧阳伟,田光华,李宁燕,等. 社区卫生工作人员付出一回报失衡与分级诊疗支持度的关系研究[J]. 中国卫生政策研究,2019,12(6):69-75
- [16] 张慧林,成昌慧,马效恩. 分级诊疗制度的现状分析及对策思考[J]. 中国医院管理,2015,35(11):8-9
- [17] 卢昕玥,李瑞锋,郑秋莹,等. 基于霍恩—米特模型的互联网医疗政策执行影响因素分析[J]. 中国卫生质量管理,2022,29(2):71-76
- [18] 潘文芳. 政策性农业保险执行偏差及矫正研究——以H县L镇为例[D]. 兰州:西北师范大学,2020
- [19] 丁煌. 浅析妨碍政策有效执行的主体认知缺陷及其完善途径[J]. 长春市委党校学报,2004(3):47-51
- [20] 张霄艳,陈欣. 基层医疗卫生机构发展困境及其对策研究——基于扎根理论[J]. 卫生经济研究,2022,39(1):51-53,58
- [21] 葛鹏楠,赵雨,韩彩欣. 互联网医疗政策的执行问题和对策——基于史密斯模型的分析[J]. 卫生经济研究, 2021,38(1):17-21
- [22] 光心慧,王珩,薛俊军,等. 基于米特—霍恩模型的紧密型县域医共体运行困境研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2021,21(6):533-537
- [23] 宋雄伟,张婧婧. 政策执行与科层结构中的“关键学习者”[J]. 经济社会体制比较,2018(3):71-81

(本文编辑:姜鑫)

Research on the implementation dilemma of outpatient medication guarantee policy for chronic diseases based on the Meter-Horn model

——Taking Nantong as an example

JIN Hui¹, JI Jingya¹, CAO Xin¹, GAO Yuexia¹, YAN Lijing²

1. School of Public Health, Nantong University, Nantong 226019;

2. NCD Research, Global Health Research Center, Duke Kunshan University, Kunshan 215316, China

Abstract: Based on the Meter-Horn model, the implementation dilemma of the outpatient medication guarantee policy for chronic diseases in Nantong was analyzed through a qualitative interview to provide a reference for improving the effective implementation of the policy. Our study indicated that one year following the launch of the outpatient medication guarantee policy for hypertension and diabetes, the policy filing rate was only 7% and 14%, respectively. This suggests that the target population did not fully benefit from the welfare policy. According to qualitative interviews, the main obstacles to policy implementation were: unclear objectives and standards of policy implementation; lack of understanding of the outpatient medication guarantee policy among executing agencies and insured residents; shortage of human resources, and insufficient hardware environment for policy implementation in primary health care institutions, and the single top-down administrative policy implementation method and so on. Thus, the following optimized paths were proposed to improve: enhance the top-level design and refine the policy implementation objectives; broaden the publicity and promotion of policies through multiple channels to improve the compliance of policy implementation; strengthen the linkage between medical insurance departments and primary health care institutions.

Key words: policy implementation; Meter-Horn model; chronic diseases; outpatient medication guarantee policy