

协同治理视角下疾病应急救助制度的改革与创新——以浙江省义乌市为例

李显文 张文斌

杭州医学院护理学院 浙江杭州 310053 义乌市中心医院 浙江义乌 322000

摘要：分析浙江省义乌市开展疾病应急救助以来患者资料后发现，疾病应急救助制度在改革后取得了明显成效，救助基金支出规模得到明显控制，大量需要救治但无力支付的男性青壮年劳动力得到救助，救助对象识别更精准，医务人员对改革措施的了解和满意程度较高，政府部门间协作更紧密。但也存在部门间衔接不到位，少数长期滞留在医院的非急性期患者送返安置困难等棘手问题。基于协同治理理论，应从价值协同、机制协同和平台协同三个方面进一步完善疾病应急救助体系。

关键词：疾病应急救助制度；无助病人；协同治理；浙江

中图分类号：R199.2 文献标志码：A 文章编号：1671-3079(2023)04-0065-07

DOI: 10.3969/j.issn.1671-3079.2023.04.011

作者简介：李显文(1966—)，男，湖南蓝山人，杭州医学院护理学院教授，博士，研究方向为卫生政策。

收稿日期：2023-04-02

网络首发时间：2023-06-02 16:37:26 **网络首发网址：**<https://kns.cnki.net/kcms2/detail/33.1273.Z.20230601.1719.004.html>

基金：浙江省软科学研究计划项目(2021C35065)

随着经济的快速发展和流动人口的不断增加，城市中常常出现需要急救但身份不明或无力支付医疗费用的患者(又称“无助病人”“三无患者”或“无助病人”)。为了解决这些人的急救问题和缓解医疗机构因此而导致的欠费压力，国务院办公厅在2013年颁布了《关于建立疾病应急救助制度的指导意见》。根据该指导意见，浙江省义乌市于2014年颁布实施了《义乌市无助病人应急救助管理办法》。该办法实施后救助了大量患者，取得较好的社会成效，但也存在着资金压力大、医院负担重等问题。为维护良好的城市形象，保障疾病应急救助工作可持续发展，该市在总结前期实施经验的基础上，借鉴国内外经验，于2020年对原来的管理进行了改革与创新。本文旨在分析其改革实践的效果和存在问题，并基于协同治理理论提出对策建议。

一、研究背景与存在的问题

义乌市为长三角地区县级市，商品经济发达，国内外流动人口众多。2021年末，常住人口达188.51万人，其中流动人口101.34万人，占比53.76%。[1]2014年开始实施的《义乌市无助病人应急救助管理办法》主要规定有：救助对象为本市区范围

内发生的需要急救却身份不明或无力支付费用的急重危患者；医疗机构对符合条件的患者紧急救治发生的费用提出救助申请；救助资金由市政财政列入专项预算经费，由卫健行政部门负责资金的管理使用；公安和民政部门分别对申请救助的患者的身份、支付能力进行认定；对患者费用补助设置限额（门诊 1 000 元以内，住院 30 000 元内）；在限额内，财政资金承担门诊费用的 90%、住院费用的 75%，超出限额的费用及财政承担外的部分由医疗机构承担。

《义乌市无助病人应急救助管理办法》实施后，虽然解决了大量无助病人的急难问题，但调研后也发现了一些问题。第一，医疗机构和医务人员承担了很大的压力，如为患者申请救助资金，不但手续繁琐且资金到位过于滞后；少数患者获急救后仍无人认领而长期滞留在救治机构，严重浪费医疗资源；患者陪护费用和超额部分的医疗费用只能由医疗机构垫付，无法得到补偿；不属于紧急救治范围的病例较多（如交通事故和治安事件中的患者），其医疗费用欠费难以追缴；由于患者病情危急重、病史不清、缺少家属或陪护人等特殊性，医疗护理工作难度和风险更大。第二，公安和民政部门在救助对象认定中存在困难。患者被送进医院急救后，资金补助申请及支付需公安部门的身份认定和民政部门的支付能力认定，但在实际操作中，因人口流动性大、区域人口信息系统未联网，身份核实和收入能力认定多有不便，耗费时间过长。第三，许多被救助的患者属于流浪乞讨人员，这类人员“流入易、流出难”，被送返后再流入现象普遍。另外，由于存在经济水平和救助水平的地区差异，也曾发现有外地家境困难的患者“慕名”前来“蹭医”“骗医”等现象。第四，资金压力较大。实施应急救助办法以来，用于救助的资金增长速度快，政府财政资金使用效益不高，基金监管机构对医疗费用控制和过度医疗现象实施监管难度大，资金方面存在较大的压力。第五，救助工作涉及卫健、公安、民政、人社及财政等多个部门，但部门间缺乏联动协调机制，未实现对患者的闭环管理，致使患者滞留医院及医疗费用难以获得其他途径报销。[2, 3, 4, 5, 6, 7]因此，该市决定调整措施，改革现有做法。

二、义乌市疾病应急救助管理的改革与创新

2020 年，义乌市在总结往年实施经验并借鉴国内外相关经验的基础上，严格遵照上级文件精神，坚持“救急难”，兼顾公平与效率、社会效益与经济效益、政府主导与责任分担等原则，既要保证疾病应急救助工作的当前需要，又要促进疾病应急救助制度的可持续发展，出台了《义乌市疾病应急救助管理实施办法》。

第一，进一步明确疾病应急救治病人的界定标准和范围。将原先“无助病人救治”界定为“无助病人紧急救治”，把好救助对象入口关，做到该救不漏，又杜绝“蹭医”“骗医”现象。第二，明确疾病应急救助的急危重伤病标准及诊疗规范。要求医务人员严格按照国家《需要紧急救治的急危重伤病标准及诊疗规范》进行救助，使各医院和医务人员救治有依据，诊疗不超标、不过度。同时，明确应急救治的时限为开始之时 72 小时内，便于审批费用时有明确的标准和依据，有利于遏制在疾病应急救治方面的过度医疗，提高财政支出的绩效。第三，扩大了疾病应急救助的定点医疗机构，从原来指定 8 个医疗机构改为全市所有二级以上有急诊科的医疗机构。第四，建立医疗机构应急救治坏账准备金制度，要求各医疗机构按照实际核定床位数 200 元/床位标准计提坏账准备金。应急救治费用先由坏账准备科目列支，超出部分再由医疗机构每半年提出费用补助申请，形成了应急救治费用分摊机制，将应急救治控费的主体责任进一步压实到各医疗机构。第五，进一步明确各相关部门的职责。明确救治对象身份审核、组织救治、救治后送返安置、费用支付审批等方面的具体措施，明确民政部门负责对符合出院标准的患者进行及时的社会救助，医院应加强对医务工作者社会工作的支持，为病人提供心理支持、救助申请、家属联系、返乡安置等服务，形成对救治对象的闭环管理机制，解决救助对象“出口”难问题，达到“收得进、救得活(好)、送得走”的目标。第六，建立救助基金申报信息系统，优化救助基金申报流程，做好救助信息管理和信息公开。建立医疗欠费追偿制度。凡查明患者身份或查实患者有经济负担能力、有其他支付渠道的，经管理机构督促医疗机构及时向患者追偿欠费，并将追回资金通过收入户返还。第七，建立档案管理制度和诚信记录制度。要求患者提出救助申请和个人情况真实性承诺(精神病人除外)，对隐瞒身份、编造虚假材料等手段恶意骗取疾病应急救助资金的患者，抄送征信机构纳入信用黑名单。

三、义乌市疾病应急救助改革成效

收集 2015—2021 年所有被救助者的收治情况和费用数据并问卷及访谈调查，结果表明，义乌市疾病应急救助制度实施特别

是《义乌市疾病应急救助管理实施办法》出台后，救助工作取得了明显成效。

(一) 救助基金开支规模得到有效控制

如表 1 所示，2015 年以来，义乌市疾病应急救助基金补助开支将近 1 300 万元，前 5 年年均开支 200 万元左右；2020 年后，救助基金开支数额明显下降，开支规模得到有效控制。2015—2019 年，5 年期间救助基金占医疗费用比较高，比例为 80%左右，与文献[3, 4]中的北京、天津等地的情况相近。改革措施实施后，救助基金开支规模得到有效控制，其原因有三：一是医院建立了坏账准备金制，急救救治费用先由坏账金冲抵，超出部分再申请救助基金补助；二是明确了救治病人准入标准和诊疗规范，救助基金的补助也有起付线、共付比和限额的约束，使医疗机构真正承担起了控费主体的责任；三是可能与新冠疫情期间的严格防控政策有关，需要救助的人口流入受到了一定的限制。这些措施控制了救助基金的开支规模，使救助基金的使用效率得到提高，在一定程度上控制了过度医疗的发生，可救助基金支付数量及其占医疗费用比例的下降，也可能对制度目标的实现产生一定的影响。

表 1 2015—2021 年义乌市救助人次与救助基金支出表 导出到 EXCEL

年份	救助人次	医疗费用/万元	基金补助/万元	基金救助占医疗费用比/%
2015	930	252.45	206.52	81.81
2016	1174	228.32	189.93	83.19
2017	1327	264.36	207	78.3
2018	1297	236.09	200	84.71
2019	1572	276.38	200.19	72.43
2020	998	335.52	157.65	46.99
2021	855	308.12	108.75	35.3
合计	8153	1901.24	1270.04	66.8

(二) 大量需要救治但无力支付的男性青壮年患者得到救助

2015—2021 年，义乌市累计救助患者 8 100 余人次，年均 1 100 余人次(表 1)。在救助对象类别上，各年份均以无力支付者居多(占 52.30%~65.50%)，身份不明者占 34.50%~47.70%；从性别看，各年份均以男性居多(占 86.50%以上)，女性占 8.85%~13.50%；年龄上，以 15 岁至 60 岁为主(占 50.80%~79.42%)，0~14 岁或 61 岁及以上者占比极少，但未填具体年龄者(因患者智障或其他原因，无法提供具体年龄，只能目测判断为青年、成年及不详)有一定比例(占 15.79%~46.22%)。总体上，自 2015 年以来，救助对象的类别、性别和年龄等特征基本相似(如表 2)。

表 2 2015—2021 年义乌市不同特征的救助对象比例表 % 导出到 EXCEL

年份		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
救助类别	身份不明	39.2	39.3	47.7	34.5	35.37	35.27	35.2
	无力支付	60.8	60.7	52.3	65.5	64.73	64.73	64.8
性别	男性	90.2	86.5	88.8	90.4	91.15	90.68	89.94
	女性	9.8	13.5	11.2	9.6	8.85	9.32	10.06
年龄 X/岁	≤14	0.3	1	0.8	1.6	0	1.9	1.9
	15≤X≤60	50.8	71.3	71.9	53	51.33	56.21	79.42
	≥61	3.5	4.4	4.4	2.4	2.45	1.5	2.92
	不详	45.4	23.4	22.9	43	46.22	40.38	15.79

救助对象的户籍所在地主要为浙江省义乌市以外地区，如 2019 年救助的 1 572 人中，均非该市人口，其中，外国 3 人，该省其他市 4 人，284 人户籍所在地不详，其余 1 281 人分别来自贵州、河南、江西、云南、安徽等 24 个省份。

调研发现，救助对象的救助场所大多在医院急诊科。如 2019 年在急诊科救治的占 91.65%，在院前急救的占 3.24%，在其他科室救助的仅为 2.23%。

救助对象的病种以呼吸系统、循环系统、消化系统、神经系统等疾病为主，按第一次诊断归并统计，主要有酒精中毒、创伤、意识障碍、急性中毒、癫痫及抽搐、心脑血管意外和腹痛等，其中，酒精中毒占有病例数比例最高，历年都在 20%~48% 之间(如表 3)。2020 年，酒精中毒被救助患者占 48.80%，创伤被救助患者占 21.93%，意识障碍被救助患者占 6.11%，其余心脑血管意外、腹痛等被救助患者占比在 5% 以下。如表 4 所示，在被救助的住院病例中，主要有创伤、心脑血管意外、消化系统疾病、产科及新生儿急症等疾病患者，且以创伤被救助患者占比最高。可见，救助对象所患疾病种类较多，但以酒精中毒和创伤、意识障碍等危急重症为主。

表 3 2015—2021 年义乌市疾病应急救助对象患病种类情况表 导出到 EXCEL

年份	患病人次	疾病名称
2015	930	酒精中毒，创伤，意识障碍，癫痫及抽搐，腹痛
2016	1 174	酒精中毒，意识障碍，创伤，癫痫及抽搐，腹痛
2017	1 327	酒精中毒，意识障碍，创伤，癫痫及抽搐，腹痛
2018	1 297	酒精中毒，急性中毒，意识障碍，创伤，癫痫及抽搐
2019	1 572	酒精中毒，急性中毒，意识障碍，创伤，心脑血管意外
2020	998	酒精中毒，创伤，意识障碍，心脑血管意外，腹痛
2021	855	酒精中毒，意识障碍，创伤，心脑血管意外，产科及新生儿急症

表 4 2018—2021 年义乌市疾病应急救助对象住院情况表 导出到 EXCEL

年份	住院例数	疾病名称
2018	62	创伤，意识障碍，消化系统疾病，糖尿病酮症，急性心衰
2019	64	创伤，脑血管意外，消化系统疾病，酒精中毒，分娩
2020	52	创伤，心脑血管意外，消化系统疾病，产科及新生儿急症
2021	63	创伤，产科及新生儿急症，心脑血管意外

如表 5 所示，救助对象的住院人次在 2015 年最高，然后逐年下降，从 2018 年起每年保持 60 人次左右。平均住院天数较多，住院超过 3 天(即 72 小时)的被救助者占比每年都大于 60%。最长住院天数为 687 天。其中，2020 年平均住院天数较往年更高，2021 年平均住院天数和最长住院天数得到一定的控制。经核查，平均住院天数高的原因是有被救助患者为往年无人认领的滞留患者，医院无法送出。

表 5 2015—2021 年义乌市疾病应急救助对象住院人次和天数 导出到 EXCEL

年份	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
住院人次	121	108	89	62	64	52	63
平均住院天数	10.16	15.75	18.07	18.35	15.44	23	21.38
住院天数最大值	45	347	191	172	117	687	100
住院超过 3 天者占比/%	68.4	60.4	61.8	64.5	60.9	69.23	60.32

综上，被救助者多为需要救治但无力支付的外来男性青壮年劳动力。这与文献[3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]的研究结果基本一致。义乌市实施的改革措施对救助患者的特征影响不大，未对患者接受救助产生不良影响。

(三) 救助对象识别更精准

《义乌市疾病应急救助管理实施办法》的实施，明确了救助对象的界定标准和范围、诊疗规范和应急救治时限；建立了坏账准备金制度，对医疗机构赋予了控费主体责任，缓解了资源浪费、过度医疗等情况；建立救助对象档案和信息管理系统，堵住了“钻空子”的行为；对身份能认定、患者家属有一定支付能力却不缴费逃避相应责任者实施追偿并列入诚信黑名单的规定，对滞留病人由民政部门协助及时送返安置、实现对救助对象闭环管理的措施，有利于精准识别救助对象。同时，《义乌市疾病应急救助管理实施办法》体现了国家精准扶贫战略对精准施策和精细化管理的要求，符合社会保障责任分担和保障水平与发展水平相适应的原则，有利于提高救助资金的使用效益。

(四) 医务人员对改革措施的接受和满意度较好

在《义乌市疾病应急救助管理实施办法》实施一年后(2021 年 2 月)，笔者利用问卷星问卷调查了义乌市二级医院急诊科 124 名医务人员对该改革措施知晓、接受情况。调查结果显示：第一，对该改革措施“很了解”的急诊科医务人员占比 58.06%，“有一定了解”的占比 39.52%（前两项合计 97.58%），“不了解”的占比 2.42%；第二，对该改革措施总体评价“很满意”的占比 55.65%， “比较满意”的占比 36.29%（前两项合计 91.94%），对该改革措施认为“一般”的占比 7.26%， “不满意”的占比 0.80%；第三，在对参与调查的急诊科医务人员进行知识测评，其总平均分为 87.50，其中，对制度内容为“很了解”者的平均分为 88.11，“有一定了解”者为 86.60。这些数据都表明，相关部门、相关机构对急诊科医务人员进行了有效的宣传培训，也表明救助制度的改革调整得到医务人员的认可，有利于提高医务人员对被救助对象医疗服务的质量，也有利于降低医务人员的执业风险。

(五) 政府履行提供公共产品的责任，部门协作更为紧密

疾病应急救助作为一项公共产品，在提供和使用中的相关机构和个人均存在道德风险，容易出现过度医疗和资源浪费现象。政府通过设立财政预算项目、财政转移支付等措施提供常规性经费支持，并承诺对紧急救治中的特殊情况采取“酌情另议”“给予特别补助”，体现了政府的“兜底”责任，确保了疾病应急救助工作可持续发展。此外，强化部门联席会议制度，进一步明确了各部门职责，尤其是规定民政部门要对符合条件的患者实行临时救助，协助医疗机构送返滞留病人，让被救助者回归社会正常生活；建立相关工作人员专门的交流渠道，加强信息交流沟通，在实现对患者的闭环管理上初见成效，被救助者滞留现象大

为减少。但从实践上看，部门间协调衔接机制尚需进一步完善，少部分长期滞留在院的非急性期被救助患者的送返安置等仍是困扰医疗机构的棘手问题。

四、协同治理视角下的建议

协同治理理论被国内外学者广泛应用于公共事务的治理。协同治理是为了解决特定的公共事务，政府部门、企业和社会公众等众多参与主体，通过建立各种正式和非正式的协同合作关系，达到有效解决公共事务的共同目标。协同治理弥补了传统科层制管理体系的弊端，强调治理主体多元协同，适用于解决跨领域、单一主体无法解决的问题。[11,12]在此，笔者从价值协同、机制协同到平台协同3个方面入手分析，探讨建立一个协同、高效的疾病应急救助治理体系。

（一）价值协同

价值认同是协同治理的基础，但在实践过程中，各行动主体利益冲突与利益诱惑是客观存在的，且并非只抱着唯一目的参与治理，行动前各方参与人员达成价值认同尤为重要。[11]疾病应急救助制度作为我国医疗保障体系的“兜底”政策，是解决少数弱势群体应急医疗需求和医疗机构救急后得到补偿的重要制度保障，是一项以社会效益为主的工作。首先，通过宣传教育使各主体认同疾病应急救助的社会效益价值目标。医疗机构参与应急救治不仅是法律、法规的要求，更是公益性目标的要求。民政、公安、人社医保等部门和社会力量的参与，也是履行社会责任，是实行“救死扶伤”、实行“革命的人道主义”的需要。其次，努力宣传政策法规使包括社会力量的各主体积极参与到疾病应急救助工作中来，改变资金有限、来源单一的筹资格局。再次，通过宣传教育，使社会各界正确理解和运用救助措施；最后，拓展目前的预算项目绩效考核做法，建立与完善各部门及其基层机构的考核评价体系，将公益性价值落实到位，促进全社会对弱势群体救助的重视和参与。

（二）机制协同

欧美发达国家将疾病应急救助放在医疗保险中，立法强制实施。[13,14,15,16]我国建立了专门的疾病应急救助制度，在实施中涉及较多的部门。从表面看，主要是无助患者的医疗急救问题，但实际上还有许多非医疗问题，如涉及救助对象认定和急救后送出等，因为缺乏法规安排，卫健部门对此无能为力。因此，需要政府加强组织领导，优化顶层设计，明确各部门职责和部门间协调衔接机制。为实现对救助对象的闭环管理，解决困扰医疗机构的“长期滞留在院非急性期患者的生活护理和送返安置”问题，避免救助对象滞留医院，这就需要在原定职责基础上再明确一个牵头负责部门，如负责社会救助的民政部门，并进一步细分其他部门的相关职责，如人社(医保)部门和卫健部门尽快将疾病应急救助与医疗救助、工伤、基本医保等其他医疗保险形式衔接融合。此外，卫健部门应进一步简化对救助基金申请的程序和所需的材料的要求，提高救助效率。在各种突发状况下，都应以救人为原则，采取简便程序、特事特办。上级财政部门对人口流入地应提高救助资金转移支付水平，提倡多方筹资，鼓励社会力量捐助。建立政府救助与慈善救助衔接机制，鼓励支持自然人、法人或其他组织以捐赠财产、设立项目、提供服务等方式，自愿开展慈善帮扶活动。通过慈善总会或引导其他民间救助机构，设立专项救治基金，进一步拓宽资金筹集渠道，扩容患者的救助基金池，加大医疗救助方面的支出，使更多的贫困人员受益。[17]

医疗机构在疾病应急救助中的角色本应是提供急救医疗服务，但目前还承担了大量的如患者的日常生活照料、救助申请、救治后滞留和送返回乡等工作，而这些事情均非医疗机构单独能够解决，需要民政部门考虑对住院被救助者给予临时性生活补贴，对长期滞留医院的被救助者给予强制性送返安置。医疗费用申请补助的相关材料也需要民政、公安、人社(医保)等部门的配合。被救助者在医疗机构期间的心理问题、费用资助申请和回归正常社会生活所需要的各种服务，也需要社会各界的支持、关心。当然，引入社会工作服务机构和社会工作者帮助医疗机构做好对被救助者的服务，是一个很好的经验。[18,19]

（三）平台协同

目前，管理部门的沟通渠道主要是联席会议制度，但部门之间信息沟通不足，缺乏统一的疾病应急救助信息平台，缺乏全面的救助对象数据信息库，导致被救助对象身份核实困难、支付能力认定迟滞，甚至出现诈骗蹭医现象，应进一步加强社会救助信息化。首先，为快速、精准识别救助对象，减少诈骗蹭医现象，建议由民政部门牵头，将政府部门、救治机构、群团组织等开展救助帮扶的各类信息统一汇集、互通共享，建立统一的救助信息平台。在依托国家数据共享交换平台基础上，完善社会救助资源库，包括疾病救助对象数据库、曾被救治者指纹或头像信息。其次，利用信息技术，实现疾病应急救助制度与基本医疗保险制度及大病医疗救治等结算方式上的衔接，对加快救助基金支付将提供极大便利。信息平台有利于信息公开，更容易发现违规行为，为规范医疗行为和基金使用提供保障。加强对医疗机构财务监管和医疗服务质量控制，对某些病种推行经济、有效的医疗处理办法(如酒精中毒的醒酒治疗)。[20, 21]建立疾病救助信息平台，对完善救助基金的申请审批、使用评价、精准识别患者、治理“赖床不出院者”等都将带来极大的社会效益。

总之，在政府主导下，疾病应急救助工作将建立完善的协同参与、权责划分机制，以解决少数弱势群体应急医疗需求和医疗机构急救后费用补助，构建完善的人道主义医疗救治体系。

参考文献

- [1] 浙江省统计局, 国家统计局浙江调查总队. 浙江统计年鉴 2022[M]. 北京: 中国统计出版社, 2022.
- [2] 国家卫生健康委, 等. 关于进一步推进疾病应急救助工作的通知[EB/OL]. [2023-03-06]. http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-01/14/content_5579816.htm.
- [3] 向国春, 李婷婷, 顾雪非. 我国疾病应急救助制度运行现状分析与对策研究[J]. 中国卫生经济, 2020, 39(2): 44-46.
- [4] 陈壮艳. 我国疾病应急救助制度运行现状分析[J]. 管理观察, 2018(1): 180-182.
- [5] 范晓燕. 关于疾病应急救助制度相关问题的思考[J]. 江苏卫生事业管理, 2016, 27(3): 22-23.
- [6] 代源. 我国疾病应急救助制度优化研究: 以福州、重庆两地为例[D]. 成都: 西南财经大学, 2017.
- [7] 张磊. 河北省疾病应急救助制度存在的问题与对策[D]. 保定: 河北大学, 2017.
- [8] 陈建华, 郭立伟. 我国疾病应急救助制度执行过程中存在的问题和对策[J]. 江苏卫生事业管理, 2021, 32(11): 1558-1560.
- [9] 徐亚金. 疾病应急救助制度研究: 以成都市为例[D]. 成都: 西南财经大学, 2016.
- [10] BRINKERHOFF D W, BRINKERHOFF J M. Public-private Partnerships: Perspectives on Purposes, Publicness, and Good Governance[J]. Public Administration and Development, 2011, 31: 2-14.
- [11] 赖先进. 论政府跨部门协同治理[M]. 北京: 北京大学出版社, 2015.
- [12] 刘清华, 包进. 重大公共危机中社会组织参与基层协同治理运行机制研究[J]. 重庆行政, 2021(4): 50-52.

-
- [13] 郑静晨. 美国国家应急医疗救援体系的建设与启示[J]. 中国行政管理, 2014(1):119-123.
- [14] G TESHOME, FT CLOSSON. Emergency Medical Treatment and Labor Act: the Basics and Other Medicolegal Concerns[J]. Pediatric Clinics of North America, 2006, 53:139.
- [15] W WESLEY FIELD. The Emergency Medical Treatment and Labor Act as a federal health care safety net program[J]. Academic Emergency Medicine, 2001(11):1064-9
- [16] SOPHIE TERP, SETH A SEABURY, SANJAY ARORA, et al. Enforcement of the Emergency Medical Treatment[J]. Annals of Emergency Medicine, 2017, 69:155-162.
- [17] 中共中央办公厅 国务院办公厅. 关于改革完善社会救助制度的意见 [EB/OL]. [2023-03-06] http://m.xinhuanet.com/2020-08/25/c_1126411738.htm.
- [18] 朱祥磊, 李慧. 社会工作介入“三无”病人救助的个案管理模式探索——以东莞市人民医院为例[J]. 中国社会工作, 2021(6):20-24.
- [19] 林莲英. 我国“三无”患者医疗救助政策的发展与实践——以深圳市“三无”患者社会工作服务为例[J]. 社会与公益, 2018(9):11-13.
- [20] 李显文, 张文斌. 浙江省某县疾病应急救助制度运行情况调查[J]. 中华医院管理杂志, 2020, 36(12):1017-1020.
- [21] 徐朗, 顾昱晖. 江苏省 2017 年-2019 年疾病应急救助申请的回顾性分析[J]. 中国病案, 2021, 22(3):65-67.