

# 中央与地方比较视角下的 “互联网+”医疗政策量化评价研究:基于PMC指数模型\*

——曾钧妍 范科鸣 周曼慈 陈欣宇 赵 静\*

**【摘要】目的** 探索地方与中央层面不同功能类型“互联网+”医疗政策制定的内在关联,为地方政府制定相关政策提供决策依据。**方法** 选取中央和安徽省2017年—2023年出台的21份“互联网+”医疗政策文本,结合“时间—空间—功能—类别”模式构建政策综合分析框架,基于PMC指数模型对政策进行量化评价。**结果** 地方层面政策得分与中央层面政策得分差距较小,且保持在较好水平,在偏重规划型政策上安徽省与中央层面一致性较高,而偏重实施型政策安徽省存在较多不足;偏重规范型政策部分指标趋于一致,但安徽省仍需改进。**结论** 地方政府应加强顶层设计,完善配套监管体系;促进多元主体协同共治,因地施策打破区域屏障;全面覆盖政策重点,积极探索建设路径。

**【关键词】** “互联网+”;医疗健康;PMC指数模型;政策评价

中图分类号:197

文献标识码:A

Quantitative Evaluation of "Internet + " Medical Policy from the Perspective of Central and Local Comparison : Based on PMC Index Model/ZENG Junyan, FAN Keming, ZHOU Manci, et al. //Chinese Health Quality Management, 2024, 31(10):37-43, 49

**Abstract Objective** To explore the internal relationship between different functional types of "Internet + " medical policy formulation at the local and central levels, and to provide decision-making basis for local governments to formulate relevant policies. **Methods** Twenty-one "Internet + " medical policy texts issued by the Central Government and Anhui Province from 2017 to 2023 were selected, and a comprehensive policy analysis framework was constructed based on the "time-space-function-category" mode. The policy was quantitatively evaluated based on the PMC index model. **Results** The gap between the policy scores at the local level and the central level was small and remained at a good level. Anhui Province had a high consistency with the central level in terms of planning-oriented policies, while there were many deficiencies in Anhui Province in terms of implementation-oriented policies. Some indicators of normative policies tended to be consistent, but Anhui Province still needed to be improved. **Conclusion** Local governments should strengthen the top-level design and improve the supporting supervision system, promote the collaborative governance of multiple subjects, break the regional barrier according to local conditions, comprehensively cover the policy focus and actively explore the construction path.

**Key words** "Internet+"; Medical Health; PMC Index Model; Policy Evaluation

**First-author's address** School of Management, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100105, China

“互联网+”医疗是指以患者为中心,将互联网技术与医疗行业深度融合的一种新型服务业态<sup>[1]</sup>。其打破传统医疗模式下医患间的信息沟通壁垒,为化解有限医疗资源与保障公民健康权之间的矛盾提供了新思路<sup>[2]</sup>。随着我国供给侧改革的不断深化和“健康中国”战略的持续推进,“互联网+”医疗已逐渐成为我国医疗领域改革与创新的重要方向。中央层面相继出台《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2024.31.10.08

\* 基金项目:国家中医药管理局研究项目(编号:GHC-2022-ZFGM-005)

曾钧妍 范科鸣 周曼慈 陈欣宇 赵 静\* 通信作者:赵 静

北京中医药大学管理学院 北京 100105

《关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》等政策文件。安徽省作为我国“互联网+”医疗建设的示范省份,积极探索医疗信息化建设,成立了全国首家智慧医院,相继出台了《关于促进“互联网+医疗健康”发展的实施意见》《安徽省“互联网+”医疗服务医保支付管理办法(试行)》等政策文件。当前,随着人工智能、大数据等数字技术的迅猛发展,数据要素构筑起医疗健康产业的新质生产力,互联网医疗治理的智能化、个性化、数字化时代已经到来。如何将宏观政策真正落地转化为服务实践,从而提升治理效能和服务质量,成为亟待解决的问题。

目前,关于“互联网+”医疗政策的研究主要集中于两个方面。一方面是宏观层面的政策制定和实施。例如:Bierman RT 等<sup>[3]</sup>深入探讨了“互联网+”医疗政策的落实对于互联网医疗覆盖范围的影响;丁甜甜等<sup>[4]</sup>探讨了国内“互联网+”医疗发展的政策支持基础,并梳理服务价格政策的演变过程和医保支付方面所面临的问题。另一方面是中央或地方层面政策的量化评价。例如:王定才等<sup>[5]</sup>采用 PMC 指数模型对国家发布的 15 份“互联网+”医疗相关政策进行量化评价;王嘉琳等<sup>[6]</sup>从政策工具、参与主体和政策落点三个维度分析我国 31 个省份出台的“互联网+”医疗服务医保支付相关政策分布特征。当前研究缺少对于中央和地方层面出台的“互联网+”医疗政策的比较分析。对中央和地方政策进行比较分析,可以将中央层面的政策精神传达给地方,以增强地方政府的制度与政策建设能力。例如,卢章平等<sup>[7]</sup>采用内容分析法,从政策结构、政策内容、政策目标、政策工具手段及政策实施效果方面出发分析江苏省和国

家政策成果转化的差异。

本研究基于“时间—空间—功能—类别”模式构建中央和地方视角的“互联网+”医疗政策综合分析框架,并采用文本挖掘法和 PMC 指数模型对中央与安徽省出台的“互联网+”医疗政策进行量化评价,探究中央和地方层面政策制定的内在关联,以期为地方政府制定更加精细化和合理化的“互联网+”医疗政策提供参考。

## 1 政策文本选择与分类

### 1.1 政策文本选择

2017 年,我国“互联网+”医疗政策进入发展期。因此,本研究时间范围为 2017 年—2023 年。以“互联网+”医疗、智慧医疗等为关键词,检索北大法宝数据库和政府门户网站,筛选中央层面和安徽省政府出台的“互联网+”医疗相关的意见、通知等政策文件,并选取典型政策,共获得 21 份政策。见表 1。

### 1.2 政策文本分类

将中央和地方“互联网+”医疗政策按功能划分为规划引导、推动实施及调控规范三大类,同时结合“互联网+”医疗建设的时间和空间特性,构建“时间—空间—功能—类别”的政策分析框架(图 1)。

## 2 政策文本挖掘与预处理

为探究“互联网+”医疗政策文本内涵特征,首先,采用核密度分布函数计算政策文本高频词词频,见图 2。其次,利用文本处理工具进行分词、去除停用词、词频统计等处理,生成高频词词云图,见图 3。从词频分布来看,不同层级和不同类型的“互联网+”医疗政策文本高频

词分布不均衡。从高频词内容来看,中央和安徽省“互联网+”医疗政策文本高频词既有共性也有差异。共同之处在于二者均将“服务、健康、互联网、信息”作为“互联网+”医疗建设核心,并以“医疗机构和患者”为主体;区别在于安徽省政策更侧重于具体场景和实施策略,突出了医保、数据、病历、价格等发展要素。

## 3 政策量化评价模型构建与实证分析

政策一致性指数模型(Policy Modeling Consistency Index, PMC),即 PMC 指数模型,基于 Omnia Mobilis 假说理论提出<sup>[5]</sup>,强调万物是相互联系的。本研究采用 PMC 指数模型对政策进行量化评价。

### 3.1 PMC 指数模型构建

3.1.1 变量分类及参数确定 以 Ruiz Estrada 提出的变量设置方法为基础,结合“互联网+”医疗发展的实际特点及政策文本分析结论,参考已有研究<sup>[8-9]</sup>,确立了 3 个维度、9 个一级变量和 36 个二级变量,见表 2。

3.1.2 建立多投入产出表 多投入产出表是一种允许存储大量数据,并对变量进行多维度测量分析的数据分析框架,是计算 PMC 指数的基础。本研究对二级变量赋予相同权重,其参数采用二进制,若政策文本涉及变量有关内容取值为 1,否则取值为 0。多投入产出表见表 3。

3.1.3 计算 PMC 指数 根据 Estrada M 等<sup>[10]</sup>方法,计算 PMC 指数:(1)将所有变量导入多投入产出表中;(2)依据评价标准赋予二级变量具体数值;(3)计算一级变量指数值,即所有二级变量总分与二级变

表 1 21 份具有代表性的“互联网+”医疗政策

层级	序号	政策名称	发文机构	发文字号
中央	P1	《关于推进中医药健康服务与互联网融合发展的指导意见》	国家中医药管理局	国中医药规财发〔2017〕30 号
	P2	《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》	国务院办公厅	国办发〔2018〕26 号
	P3	《关于深入开展“互联网+医疗健康”便民惠民活动的通知》	国家卫生健康委、国家中医药管理局	国卫规划发〔2018〕22 号
	P4	《关于进一步推进以电子病历为核心的医疗机构信息化建设工作的通知》	国家卫生健康委办公厅	国卫办医发〔2018〕20 号
	P5	《关于开展“互联网+护理服务”试点工作的通知》	国家卫生健康委办公厅	国卫办医函〔2019〕80 号
	P6	《关于完善“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策的指导意见》	国家医疗保障局	医保发〔2019〕47 号
	P7	《关于在国家远程医疗与互联网医学中心开展新冠肺炎重症危重患者国家级远程会诊工作的通知》	国家卫生健康委办公厅	国卫办医函〔2020〕153 号
	P8	《关于推进新冠肺炎疫情防控期间开展“互联网+”医保服务的指导意见》	国家医保局、国家卫生健康委	
	P9	《关于做好公立医疗机构“互联网+医疗服务”项目技术规范及财务管理工作的通知》	国家卫生健康委、国家中医药管理局	国卫财务函〔2020〕202 号
	P10	《关于进一步完善预约诊疗制度加强智慧医院建设的通知》	国家卫生健康委办公厅	国卫办医函〔2020〕405 号
	P11	《关于做好信息化支撑常态化疫情防控工作的通知》	国家卫生健康委办公厅	国卫办规划函〔2020〕506 号
	P12	《关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》	国家医疗保障局	医保发〔2020〕45 号
	P13	《关于深入推进“互联网+医疗健康”“五个一”服务行动的通知》	国家卫生健康委、国家医疗保障局、国家中医药管理局	国卫规划发〔2020〕22 号
	P14	《关于印发互联网诊疗监管细则(试行)的通知》	国家卫生健康委办公厅、国家中医药局办公室	国卫办医发〔2022〕2 号
安徽省	P15	《关于促进“互联网+医疗健康”发展的实施意见》	安徽省人民政府办公厅	皖政办〔2018〕39 号
	P16	《关于印发〈安徽省智慧医疗工作三年提升计划(2018—2020 年)实施方案〉的通知》	安徽省卫生健康委	皖卫规划发〔2018〕24 号
	P17	《关于做好以电子病历为核心的医疗机构信息化建设工作的通知》	安徽省卫生健康委	皖卫医发〔2019〕68 号
	P18	《关于印发安徽省互联网医院管理办法(试行)的通知》	安徽省卫生健康委	皖卫医发〔2019〕19 号
	P19	《关于完善“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策的通知》	安徽省医疗保障局	皖医保发〔2020〕2 号
	P20	《关于印发〈安徽省“互联网+”医疗服务医保支付管理办法(试行)〉的通知》	安徽省医疗保障局	皖医保秘〔2021〕29 号
	P21	《关于启动智慧医疗场景创新工作的通知》	安徽省卫生健康委	皖卫函〔2023〕104 号

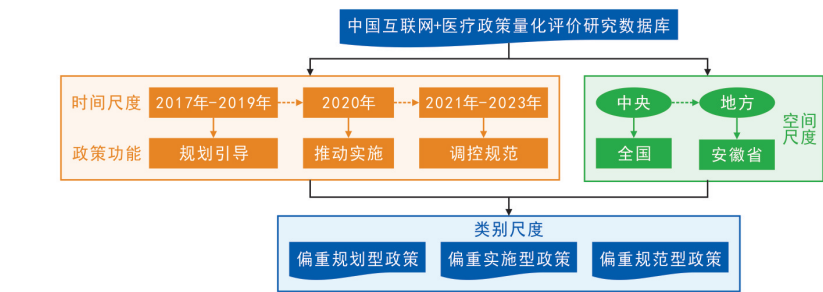


图 1 基于“时间—空间—功能—类别”的“互联网+”医疗政策分析框架

量数目的比值；(4)计算每份政策指数,即所有一级变量指数之和。根据 PMC 指数得分将“互联网+”医疗政策进行等级划分:0 分~<5.40 分为“较差”;5.40 分~<6.30 分为“及格”;6.30 分~<7.20 分为“良好”;

7.20 分~9.00 分为“优秀”。

3.1.4 绘制 PMC 曲面图 PMC 曲面图能够从多维度展现政策总体情况和各项政策具体情况。选取不同功能类型政策中的典型政策绘制曲面图。

3.2 政策分析

21 份“互联网+”医疗政策 PMC 指数得分情况见表 4。

3.2.1 政策整体评价 14 份中央层面政策 PMC 指数得分均值为 7.13,整体处于良好水平,其中:优秀等级政策 7 份、良好等级政策 6 份、及格等级政策 1 份。具体来看,部分政策缺失预测和监管性质,以长期和短期规划为主,供给型和需求型政策工具占比较高,部分政策缺失资源配置目标,主要面向政府机构和医疗机构,且政策制定依据充分、目标明确、规划详实、方案科学。

安徽省 7 份政策 PMC 指数得分均值为 7.14,整体处于良好水平,其中:优秀等级政策 4 份、良好等级政策 2 份、及格等级政策 1 份。具体来看,大多数政策未涉及建议内容,无中期规划,部分政策缺失健康优先的目标,所有政策都面向医疗机构,部分政策面向政府机构和第三方机构,且制定的政策基本上依据充分、目标明确、规划详实、方案科学。

3.2.2 政策比较分析 (1)不同层级政策。由表 4 可知,相较于中央层面的政策,安徽省“互联网+”医疗政策的政策性质、政策保障、政策重点 3 个变量 PMC 指数较高,而政策时效、政策对象两个变量 PMC 指数与中央持平,其他变量 PMC 指数较低。总体而言,地方与中央层面政策差距较小且保持在良好水平。

(2)不同功能类型政策。由图 4 可知,中央层面政策以推动实施类型和调控规范类型占比最高,均为 42.86%,且中央层面得分最高的两项政策为推动实施型;安徽省规划引导类型和推动实施类型政策占比均为 42.86%,且得分最高的两项政策为规划引导型。为了进一步比较分析“互联网+”医疗政策差异,选取同一功能类型中中央和安徽省最高分政策,绘制 PMC 曲面图。

①规划引导型政策。分别选取中央和安徽省的 P2、P16 政策。整体来看,P2 政策 PMC 指数为 7.27,P16 政策 PMC 指数为 8,政策等级均为优秀。从曲面图(图 5)来看,两者凹凸程度相近,但个别指标有差异。在政策信息特征维度,P2“X1 政策性质”变量得分低于 P16,这与 P2 政策缺乏预测性条目有关,说明该政策对“互联网+”医疗的宏观把控更具有可操作性和前瞻性。在对外作用维度,P2“X6 政策对象”变量得分低于 P16,因 P2 是中央出台的

总体方针政策,仅面向政府机构,而安徽省政策具有针对性和实践性,因此面向对象为政府和医疗机构。在政策内部支持维度,因未涉及价格、医保管理和中医药服务发展,P2“X8 政策重点”变量得分低于 P16。综上,中央层面规划型政策侧重于宏观指导,其目的在于为全国范围内“互联网+”医疗发展提供全局性、战略性的方向引领。而安徽省在贯彻落实中央政策的同时,也紧密结合了本省的实际情况,对相关政策进行了细化。

②推动实施型政策。分别选取中央和安徽省的 P13、P20 政策。整

体来看,P13、P20 的 PMC 指数分别为 8.33 和 7.40,政策等级均为优秀。从曲面图(图 6)来看,中央层面政策 P13 评分趋于满分,且有 4 个一级变量得分高于安徽省政策 P20。P20“X1 政策性质”变量得分低,这与该政策缺少对实施进程的预测有关。P20“X5 政策目标、X6 政策对象”变量得分较低,这与其未涉及健康优先的促进机制、仅面向医疗机构和第三方机构有关。P20“X8 政策重点”变量得分较低,这与该政策缺乏对中医药服务医保支付的管理机制有关。综上,安徽省颁布的实施型政策整体上与中央政策

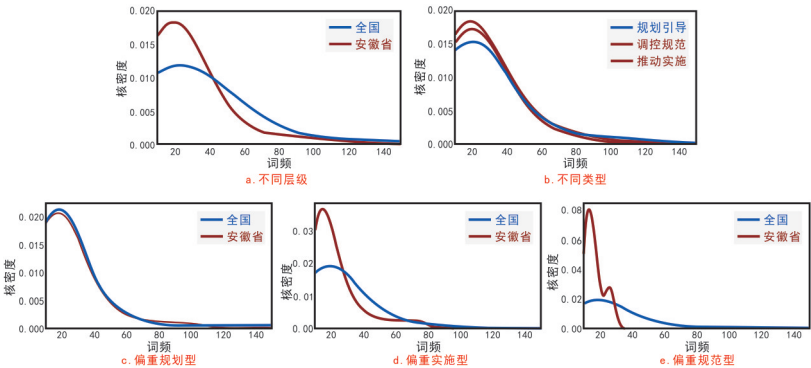


图 2 “互联网+”医疗政策文本高频词频分布

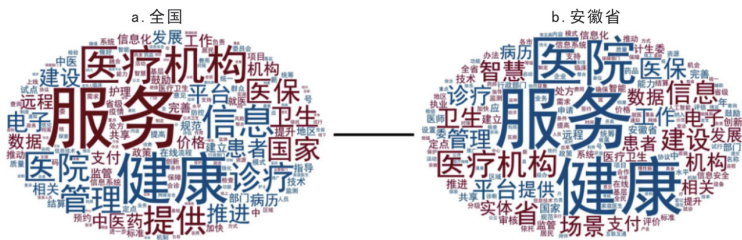


图 3 “互联网+”医疗政策文本高频词云图

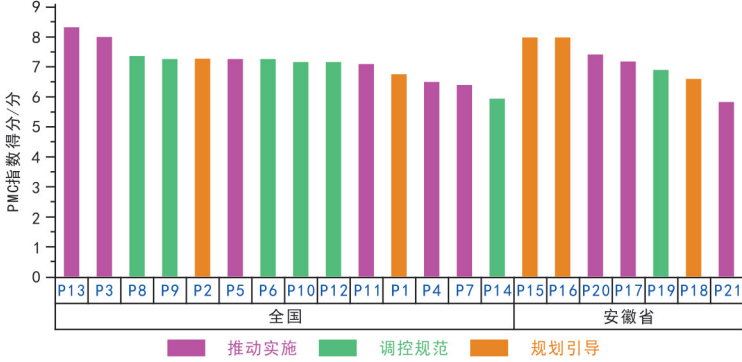


图 4 “互联网+”医疗政策 PMC 指数得分条形图



表 2 “互联网+”医疗政策量化评价变量设置

维度	一级变量	二级变量	二级变量评价标准	参考依据
政策信息特征	X1 政策性质	X1.1 预测	政策是否体现预测性	Estrada M 等 <sup>[10]</sup>
		X1.2 描述	政策是否具有描述性内容	
		X1.3 建议	政策是否提出建议性内容	
		X1.4 引导	政策是否具有引导性内容	
		X1.5 监管	政策是否体现监管性	
	X2 政策时效	X2.1 长期	是否涉及≥5 a 政策	张永安等 <sup>[8]</sup>
		X2.2 中期	是否涉及 3 a~5 a 政策	
		X2.3 短期	是否涉及≤3 a 政策	
	X3 政策工具	X3.1 供给型	政策工具是否为供给型	Rothwell R 等 <sup>[11]</sup> 、 王嘉琳等 <sup>[6]</sup>
		X3.2 需求型	政策工具是否为需求型	
		X3.3 环境型	政策工具是否为环境型	
政策对外作用	X4 政策功能	X4.1 制度约束	政策是否具有制度管理和约束功能	张丽等 <sup>[12]</sup> 、 张祚等 <sup>[9]</sup>
		X4.2 规范引导	政策是否具有规范和引导功能	
		X4.3 服务优化	政策是否具有服务优化功能	
		X4.4 创新改革	政策是否体现技术创新和机制创新	
	X5 政策目标	X5.1 健康优先	政策是否以促进健康为目标	文本挖掘
		X5.2 服务优化	政策是否以优化服务为目标	
		X5.3 资源配置	政策是否以平衡资源为目标	
		X5.4 患者中心	政策是否以服务患者为目标	
		X5.5 效率提升	政策是否以提高效率为目标	
	X6 政策对象	X6.1 政府机构	政策是否针对政府机构	文本挖掘
		X6.2 医疗机构	政策是否针对医疗机构	
		X6.3 第三方机构	政策是否针对第三方机构	
政策内部支持	X7 政策保障	X7.1 领导团队	政策是否涉及领导团队建立	Kuang B 等 <sup>[13]</sup>
		X7.2 责任细分	政策是否涉及组织责任分解	
		X7.3 政策宣传	政策是否涉及宣传	
		X7.4 定期评估	政策是否涉及定期评价与监督	
	X8 政策重点	X8.1 信息管理机制	政策是否涉及信息管理建设体系	文本挖掘
		X8.2 服务监管机制	政策是否涉及医疗服务监管体系	
		X8.3 价格管理机制	政策是否涉及服务价格管理体系	
		X8.4 医保管理机制	政策是否涉及医保支付与结算体系	
		X8.5 中医药服务	政策是否涉及中医药服务体系	
	X9 政策评价	X9.1 目标明确	政策制定目标是否明确	戚湧等 <sup>[14]</sup>
		X9.2 依据充分	政策制定依据是否充分	
		X9.3 规划详实	政策制定规划是否详实	
		X9.4 方案科学	政策制定方案是否科学	

表 3 “互联网+”医疗政策量化评价多投入产出表

一级变量	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9
二级变量	X1.1	X2.1	X3.1	X4.1	X5.1	X6.1	X7.1	X8.1	X9.1
	X1.2	X2.2	X3.2	X4.2	X5.2	X6.2	X7.2	X8.2	X9.2
	X1.3	X2.3	X3.3	X4.3	X5.3	X6.3	X7.3	X8.3	X9.3
	X1.4			X4.4	X5.4		X7.4	X8.4	X9.4
	X1.5			X5.5				X8.5	

保持较高的一致性,但仍需深化对中央政策的理解,进一步确保政策执行

能与中央精神高度契合。

③调控规范型政策。分别选取

中央和安徽省的 P9、P19 政策。整体来看,中央层面 P8 政策 PMC 指数为 7.35,等级为优秀;而安徽省层面 P19 政策 PMC 指数为 6.93,等级为良好。从曲面图(图 7)来看,P19 的折叠度略高于 P8,且 P19 和 P8 均有 4 个一级变量得分为 1。P19 的“X3 政策工具”变量得分低,这与该政策仅针对“互联网+”医疗服务价格进行监管,缺乏“互联网+”医保信息服务优化机制有关。P8 和 P19 两项政策的“X1 政策性质”变量得分均为 0.8,均缺乏对“互联网+”医疗未来管理方向的预测。P19 政策的“X7 政策保障”变量得分较高,这是由于中央政策推广到地方后,安徽省能因地制宜对医保部门、医疗机构和政府进行责任细分并落实,同时对政策进行宣传、评估和监督,进而为政策执行提供了坚实的保障。综上,安徽省的调控规范型政策在对外作用和内部支持方面与中央层面一致性较高,但仍有改进空间。

4 讨论与建议

本研究结果表明,安徽省与中央“互联网+”医疗政策的整体差距较小,但安徽省在制定政策时,较少使用供给型、需求型和环境型政策工具,且政策目标未进行量化。政策工具是实现政策目标的手段<sup>[15]</sup>。因此,在制定“互联网+”医疗政策时,应综合运用供给型、环境型和需求型政策工具,增强工具之间的互补性,探索完善适合地方层面的“互联网+”医疗建设路径。而从不同功能类型政策分析结果可以看出,中央和安徽省偏重规划型政策一致性高,偏重规范型政策部分指标一致但需改进,而地方偏重实施型政策存在不足。针对地方层面政策制定,本研究提出以下建议。

表 4 21 份“互联网+”医疗政策 PMC 指数得分

层级	政策	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	PMC 指数	等级
全国	P1	1.00	0.33	1.00	1.00	1.00	0.33	0.50	0.60	1.00	6.77	良好
	P2	0.80	0.33	1.00	1.00	1.00	0.33	1.00	0.80	1.00	7.27	优秀
	P3	1.00	0.33	1.00	1.00	1.00	0.67	1.00	1.00	1.00	8.00	优秀
	P4	0.80	0.33	1.00	1.00	0.80	0.67	0.75	0.40	0.75	6.50	良好
	P5	0.80	0.33	1.00	1.00	1.00	0.33	1.00	0.80	1.00	7.27	优秀
	P6	0.80	0.33	1.00	1.00	1.00	0.33	0.75	1.00	1.00	7.22	优秀
	P7	0.60	0.33	0.67	1.00	1.00	0.67	0.75	0.40	1.00	6.42	良好
	P8	0.80	0.33	1.00	1.00	1.00	0.67	0.75	0.80	1.00	7.35	优秀
	P9	0.80	0.33	1.00	0.75	0.80	1.00	1.00	0.60	1.00	7.28	优秀
	P10	1.00	0.33	1.00	0.75	1.00	0.67	1.00	0.40	1.00	7.15	良好
	P11	1.00	0.33	1.00	1.00	1.00	0.67	0.50	0.60	1.00	7.10	良好
	P12	0.80	0.33	1.00	1.00	0.80	0.67	0.75	0.80	1.00	7.15	良好
	P13	1.00	0.33	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	8.33	优秀
	P14	0.80	0.33	0.67	0.75	0.40	0.67	0.75	0.60	1.00	5.97	及格
PMC 指数均值		0.86	0.33	0.95	0.95	0.91	0.62	0.82	0.70	0.98	7.13	良好
安徽省	P15	1.00	0.33	1.00	1.00	1.00	0.67	1.00	1.00	1.00	8.00	优秀
	P16	1.00	0.33	1.00	1.00	1.00	0.67	1.00	1.00	1.00	8.00	优秀
	P17	1.00	0.33	1.00	1.00	0.80	0.67	1.00	0.40	1.00	7.20	优秀
	P18	0.80	0.33	0.67	0.75	0.80	0.67	1.00	0.60	1.00	6.62	良好
	P19	0.80	0.33	0.33	1.00	1.00	0.67	1.00	0.80	1.00	6.93	良好
	P20	0.80	0.33	1.00	1.00	0.80	0.67	1.00	0.80	1.00	7.40	优秀
	P21	0.80	0.33	0.67	0.75	0.80	0.33	1.00	0.40	0.75	5.83	及格
PMC 指数均值		0.89	0.33	0.81	0.93	0.89	0.62	1.00	0.71	0.96	7.14	良好

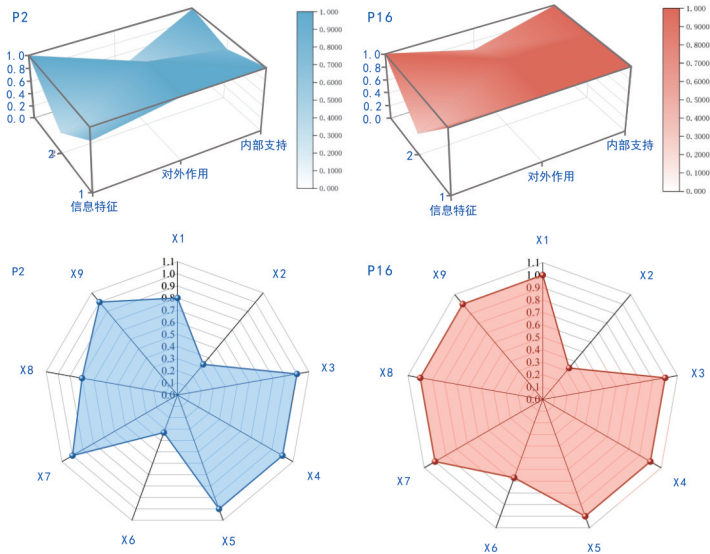


图 5 P2 和 P16 政策 PMC 曲面图

4.1 强化顶层设计,完善配套监管体系

对于偏重规划型政策而言,高瞻远瞩的顶层设计、因地制宜的实

施细则、健全的法律法规和完善的监管体系是推动“互联网+”医疗稳定发展的关键<sup>[16]</sup>。本研究发

现,安徽省政策的“政策性质”变量整体得分较高,这反映了安徽省在贯彻落实中央政策的同时,紧密结合了本省实际情况,对全省的“互联网+”医疗建设进行宏观把控。因此,地方政府在“互联网+”医疗政策制定过程中要注重顶层设计,加强信息交互,与中央政策保持一致。同时,在“互联网+”带动医疗行业转型过程中,应完善法律法规和监管体系,加强标准化、规范化管理,扩大监管范围,为“互联网+”医疗行业健康有序发展提供坚实保障<sup>[15]</sup>。

4.2 全面覆盖重点,提升政策实施效果

在公共政策设计过程中,政策内容的完善程度是决定政策实施效果的关键指标。对于偏重实施型政策而言,其政策对象和政策重点是

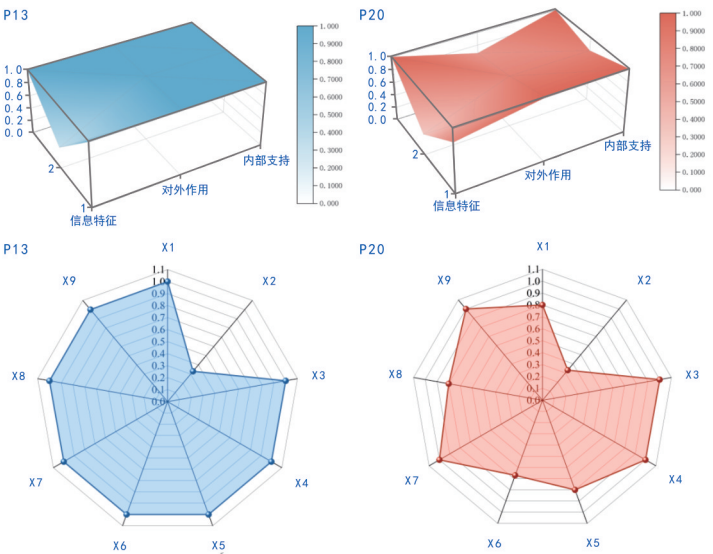


图 6 P3 和 P20 政策 PMC 曲面图

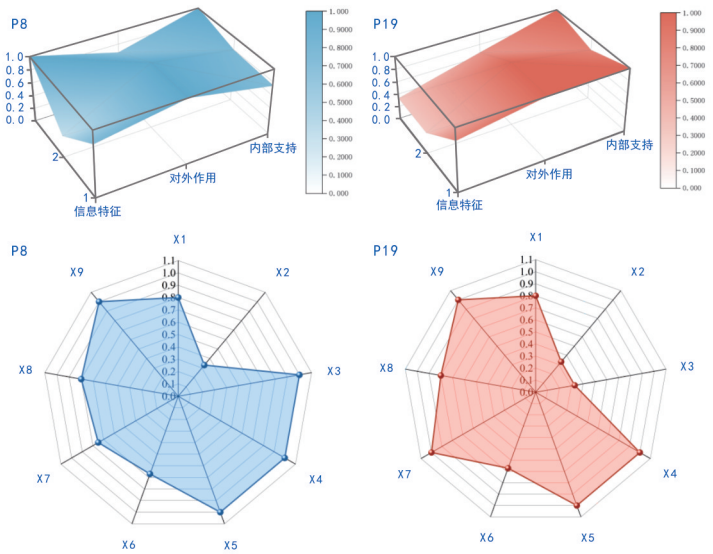


图 7 P8 和 P19 政策 PMC 曲面图

核心内容。中央层面得分最高的推动实施型政策(P13)与安徽省得分最低的推动实施型政策(P21)相比发现,安徽省 P21 政策在“X8 政策重点”方面得分明显低于 P13,这是由于 P21 的政策内容仅局限于信息和服务单一层面,未涉及价格、医保、中医药等服务监管。当前,“互联网+”医疗政策标准不统一,政策重心多聚焦于互联网医疗

行业规划<sup>[17]</sup>。因此,地方政府在制定“互联网+”医疗政策过程中应结合实际发展情况对政策内容进行细化、深化,进一步发挥政府在政策执行中的有效监管作用,提升政策实施效果<sup>[18]</sup>。例如,河南省地处中原地区,人口众多,医疗资源分布不均,可以针对性开展覆盖全省的远程医疗建设,有效提升基层医疗卫生机构的诊疗能力和效率。

4.3 多元主体协同共治,因地施策  
打破区域屏障

对于偏重规范型政策而言,需要注意不同主体间的沟通与协调,以确保政策在执行过程中能够精准对接实际需求,规范落实政策。当前,在“互联网+”医疗政策落实过程中,地方政府需构建“医、药、险”三医联动生态体系,实现省、市、县三级联动共建。本研究发现,相较于中央层面的政策,安徽省多数“互联网+”医疗政策仅针对医疗机构进行制定,缺乏针对政府机构和第三方机构的调控。因此,地方层面在制定政策时应建立多部门间横向协作的机制,打破区域壁垒,促进优质医疗资源纵向流动<sup>[19]</sup>。在“互联网+”医疗发展过程中,政策的持续、有效推行需要地方政府根据自身情况做出因地制宜的安排<sup>[20]</sup>。因此,地方层面在贯彻中央方针时需要因省施策、因地施策,结合地方经济发展水平和医疗资源情况加以调整,以便将政策真正落地转化为服务实践,提升治理效能和服务质量。

参考文献

[1] 丁 胜,申刚磊,杨庆有,等.“互联网+”与医疗深度融合在改善医疗服务中的实践[J].中国医院管理,2019,39(3):78—80.

[2] 刘汉强,张宇飞,孙宇航,等.“互联网+医疗”的监管问题与对策探析[J].中国卫生质量管理,2020,27(3):1—4.

[3] BIERMAN RT,KWONG MW,CALOURO C.State occupational and physical therapy telehealth laws and regulations: a 50—state survey[J].International Journal of Telerehabilitation,2018,10(2):3—54.

[4] 丁甜甜,钱爱兵,谈在祥.国内外互联网医疗服务定价与医保支付政策对比分析[J].中国医院,2022,26(9):10—13.

[5] 王定才,叶小燕,陈永成.基于 PMC 指数模型的“互联网+医疗”相关政策

(下转第 49 页)

卫生质量管理,2021,28(1):36—38.

[28] 陈志波,陈钦昌,李勇辉,等. 身体质量指数与深静脉血栓形成因果关系的孟德尔随机化研究[J]. 中华血管外科杂志,2019,4(4):247—251.

[29] AGENO W,BECATTINI C,BRIGHTON T, et al. Cardiovascular risk factors and venous thromboembolism: a meta-analysis[J]. Circulation,2008,117:93—102.

[30] KAKKOS SK,GOHEL M,BAEKGAARD N,et al. Editor's choice—European Society for Vascular Surgery(ESVS) 2021 clinical practice guidelines on the management of venous thrombosis [J]. Eur J Vasc Endovasc Surg,2021,61(1):9—82.

[31] 蒋志峰,赵仁峰. 妇科手术后患者并发静脉血栓栓塞症的危险因素分析[J]. 广西医学,2020,42(11):1351—1353.

[32] 李 颖,张秀梅,吴中俭. 2 型糖尿病老年患者发生下肢深静脉血栓的危险因素及应对策略[J]. 血管与腔内血管外科杂志,2023,9(8):913—916,982.

[33] HSU BG,LEE CJ,YANG CF,et

al. High serum resistin levels are associated with peripheral artery disease in the hypertensive patients[J]. BMC Cardiovascular Disorders,2017,17(1):80.

[34] CARNEY N,TOTTEN AM,O'REILLY C, et al. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury, fourth edition[J]. Neurosurgery,2017,80(1):6—15.

[35] 叶 磊,屈 蕊,张爱琴. 颅脑损伤患者气管切开后肺部感染危险因素的 Meta 分析[J]. 中华现代护理杂志,2020,26(3):350—355.

[36] 吴立萍,谢长清. 脑卒中急性期并发深静脉血栓危险因素的 Meta 分析[J]. 护士进修杂志,2021,36(23):2177—2182.

[37] 李 巍,王 亮,秦延京. 老年住院患者脑卒中后下肢深静脉血栓形成的危险因素[J]. 中国临床医生杂志,2021,49(12):1444—1446.

[38] ARABI YM,BUMS KEA,AL-HAMEED F, et al. Surveillance or no surveillance for deep venous thrombosis and outcomes of critically ill patients : a study

protocol and statistical analysis plan [J]. Medicine(Baltimore),2018,97(36):12258—12263.

[39] VELLA MA,CRANDALL ML,PATEL MB. Acute management of traumatic brain injury [J]. Surg Clin North Am,2017,97(5):1015—1030.

[40] 刘成刚,赵志勇,孙仁峰. 基于三级医院评审标准的静脉血栓栓塞症防控策略研究[J]. 中国卫生质量管理,2022,29(4):39—41.

[41] 张 敏,丁 昉,孙 湛,等. 静脉血栓栓塞症风险评估模型研究进展与启示 [J]. 中国卫生质量管理,2020,27(6):46—49.

通信作者:

李 晶:首都医科大学附属北京天坛医院手术室护士长  
E-mail: lijing8756@126.com

收稿日期:2024—05—10

修回日期:2024—06—17

责任编辑:吴小红

(上接第 43 页)

量化评价研究[J]. 中国医院,2023,27(8):34—37.

[6] 王嘉琳,马骋宇,张立强. 基于三维分析框架的“互联网+”医疗服务医保支付政策量化研究[J]. 中国卫生政策研究,2023,16(12):9—16.

[7] 卢章平,王晓晶. 国家和地方科技成果转化政策对比分析[J]. 图书情报工作,2012,56(24):83—88.

[8] 张永安,耿 喆. 我国区域科技创新政策的量化评价:基于 PMC 指数模型[J]. 科技管理研究,2015,35(14):26—31.

[9] 张 祚,刘晓歌. 从小城镇到特色小城镇:中央—地方与区域视角下的政策设计与量化评价[J]. 中国软科学,2023(6):92—105.

[10] ESTRADA M. Policy modeling: definition, classification and evaluation [J]. Journal of Policy Modeling,2011,33(4):523—536.

[11] ROTHWELL R,ZEGVELD W. Reindustrialization and technology [M]. London:Longman Group Limited,1985:30.

[12] 张 丽,姚 俊. 中国养老服务政策的量化评价[J]. 现代经济探讨,2020(12):33—38.

[13] KUANG B,HAN J,LU X,et al. Quantitative evaluation of China's cultivated land protection policies based on the PMC-Index model [J]. Land Use Policy,2020(99):105062.

[14] 戚 湧,张 锋. 基于内容分析的战略性新兴产业政策评价研究[J]. 科技进步与对策,2020,37(17):118—125.

[15] 孙昌赫,翟铁民,王荣荣,等. 基于政策工具的我国“互联网+医疗健康”政策内容分析 [J]. 中国卫生经济,2020,39(1):13—17.

[16] 葛鹏楠,赵 雨,韩彩欣. 互联网医疗政策的执行问题 and 对策:基于史密斯模型的分析[J]. 卫生经济研究,2021,38(1):17—21.

[17] 包鹏飞,孟 卓,卢昕玥,等. 基于文本挖掘视角的我国互联网医疗政策量化分析[J]. 中国医院,2021,25(10):50—53.

[18] 柳昭羽,王 雪,刘海民,等. 北京协和医院互联网诊疗服务实践探索[J]. 中国卫生质量管理,2023,30(5):76—80.

[19] 周忠良. “互联网+医疗”的现状、问题与发展路径[J]. 人民论坛,2021(22):88—91.

[20] 杨 叶,张 娟,陈皓阳,等. 我国互联网医疗政策执行困境及优化策略:基于政策网络理论[J]. 卫生经济研究,2022,39(8):14—17.

通信作者:

赵 静:北京中医药大学管理学院教授  
E-mail: zhaojteacher@163.com

收稿日期:2023—04—03

修回日期:2024—06—28

责任编辑:任红霞