

# 基于政策范式理论的国家中医药综合改革示范区建设方案评价\*

——谭浩<sup>1</sup> 王军永<sup>2</sup> 刘雨璇<sup>1</sup> 周佳佳<sup>1</sup> 王力<sup>1\*</sup>

**【摘要】** **目的** 评价我国7个国家中医药综合改革示范区的建设方案,提出优化策略,为推进示范区建设提供参考。**方法** 对7份示范区建设方案进行政策语义分析、政策工具分析、政策量化评估。**结果** 各省市示范区建设方案侧重点不同。政策工具运用以供给型和环境型工具为主。7份建设方案PMC指数得分均值为7.71,“实施步骤”PMC指数得分最低。**结论** 国家中医药综合改革示范区建设方案区域特色不明显,建设方案拉力不足,目标不够细化。建议各省市根据实际建设具有地域特色的示范区,供给侧与需求侧合力促进示范区建设,同时需明确示范区建设方案的目标与实施步骤。

**【关键词】** 中医药;综合改革示范区;建设方案;政策评价;政策范式理论;PMC指数模型

中图分类号:R197

文献标识码:A

Evaluation of the Construction Schemes of National TCM Comprehensive Reform Demonstration Zones Based on Policy Paradigm Theory/TAN Hao,WANG Junyong,LIU Yuxuan,et al./Chinese Health Quality Management,2024,31(4):43-48

**Abstract** **Objective** To evaluate the construction schemes of 7 national demonstration zones for comprehensive reform of traditional Chinese medicine (TCM) in China and propose optimization strategies, to provide reference for promoting the construction of demonstration zones. **Methods** Policy semantic analysis, policy tool analysis and policy quantitative evaluation were carried out on the construction schemes of 7 demonstration zones. **Results** Different provinces and cities had different emphases in the construction schemes of demonstration zones. The application of policy tools was mainly based on supply tools and environmental tools. The average score of PMC index of 7 demonstration zones was 7.71, and the PMC index score of the "implementation steps" was the lowest. **Conclusion** The regional characteristics of the construction schemes of the national TCM comprehensive reform demonstration zones were not obvious, the construction force was insufficient, and the target was not detailed enough. It was suggested that all provinces and cities should build demonstration zones with local characteristics according to the actual situation, and work together on the supply and demand side to promote the construction of demonstration zones. Furthermore, it was necessary to clarify the objectives and implementation steps of the construction schemes of demonstration zones.

**Key words** Traditional Chinese Medicine;Comprehensive Reform Demonstration Zone;Construction Schemes;Policy Evaluation;Policy Paradigm Theory;PMC Index Model

**First-author's address** College of Economics and Management,Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine,Nanchang,Jiangxi,330004,China

2021年12月31日,国家中医药管理局、国家发展改革委、国家卫生健康委等5部委联合批复,同意浙江、上海、江西、山东、湖南、广东、

四川等7个省市建设国家中医药综合改革示范区<sup>[1]</sup>。这是推动中医药振兴发展的重要举措<sup>[2]</sup>。各示范区获批后,均出台了相应的建设方案。

建设方案是示范区建设发展的行动纲领和方向指引<sup>[3]</sup>。当前,关于示范区建设方案评价的研究较少。政策范式理论由Kuhn<sup>[4]</sup>提出,该理

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2024.31.4.09

\* 基金项目:国家自然科学基金项目(编号:72364020);江西省中医药管理局科技计划(编号:2023A0373);江西中医药大学中医药与大健康发展研究院智库研究项目(编号:ZK202306)

谭浩<sup>1</sup> 王军永<sup>2</sup> 刘雨璇<sup>1</sup> 周佳佳<sup>1</sup> 王力<sup>1\*</sup>

通信作者:王力

1 江西中医药大学经济与管理学院 江西 南昌 330004 2 江西中医药大学中医药与大健康发展研究院 江西 南昌 330004

论认为政策制定者习惯在一个由各种理念和标准组成的框架中工作<sup>[6]</sup>,已被广泛运用于政策研究领域。政策工具是连接政策目标和政策成果的纽带,有助于提高政策执行力度,克服政策执行过程中可能遇到的困难,并解决问题,从而有效促进政策目标实现<sup>[6]</sup>。政策一致性(Policy Modeling Consistency, PMC)指数模型,即 PMC 指数模型,主张尽可能将所有相关变量包含在内,且认为所有变量同等重要,并视变量为二分类变量,以克服现有政策评价方法过分关注某些变量而忽视其他变量的缺点<sup>[7]</sup>。本研究基于政策范式理论,运用内容分析、政策工具分析、PMC 指数模型等方法,对各示范区建设方案进行综合评价,以期为推进示范区建设提供参考。

1 资料来源

通过检索各省市政府官方网站以及向政府申请公开政策,收集 7 份建设方案。见表 1。

2 研究方法

2.1 研究框架

政策范式能够将庞大的政策分析细化为政策问题、政策目标、政策工具等具体要件,研究者可以根据实际情况匹配和组合要件。本研究基于政策范式理论构建“政策语义分析—政策工具分析—政策量化评估”框架,见图 1。

2.2 研究方法

2.2.1 内容分析 首先,利用 ROST CM6.0 软件对 7 份建设方案文本进行分词处理,并对分词后的文本进行词频统计。其次,剔除无意义的虚词及无关词汇。最后,生

成高频词云图。

2.2.2 政策工具分析 本研究通过分析各建设方案中政策工具使用情况,探析政策工具使用的共性和差异,为 PMC 指数模型的一级和二级变量选取提供参考。(1)构建分析框架。首先,参考 Rothwell R 和 Zegveld W<sup>[8]</sup>提出的“三分法”,将政策工具分为供给型、需求型、环境型三大类。其中:供给型政策工具对政策目标形成推力;需求型政策工具对政策目标形成拉力;环境型政策工具对政策目标产生间接影响。其次,根据三大类政策工具的基本定义,划分具体的子工具类目。供给型政策工具包括公共服务、机构建设、基础设施等;环境型政策工具包括金融补贴、目标规划、政策宣传等;需求型政策工具包括试点探索、医保支持、海外推广等。(2)政策文本处理。通过梳理政策内容,将政策文本按照“政策序号—一级标题—二级标题—三级标题—段落序号—句子序号”的顺序进行编码。

2.2.3 PMC 指数模型 (1)变量与参数设置。首先,参考已有研究<sup>[9-10]</sup>,确定“政策评价”“政策受体”“政策视角”3 个变量。其次,结合政策语义分析结果,确定“服务体

系”“管理体制”“人才培养”“科技创新”“产业发展”“文化传播”6 个变量,并根据政策工具分析结果,选取每份建设方案中运用最多的 4 类政策工具作为二级变量。最后,基于建设方案内容,确定“实施步骤”变量。最终确定 10 个一级变量和 36 个二级变量,见表 2。(2)多投入产出分析。通过分析建设方案文本内容,对一级变量和二级变量进行赋分,内容涉及该变量赋值为 1,反之则赋值为 0。(3)PMC 指数计算。首先,根据 PMC 指数计算方法,对 36 个二级变量进行赋值;其次,计算 10 个一级变量得分,一级变量分值为二级变量总分与二级变量数目的比值;最后,计算建设方案 PMC 指数,即每份建设方案所有一级变量得分之和。(4)PMC 曲面图和雷达图绘制。选取 PMC 指数得分最高与最低的政策,绘制曲面图和雷达图。

3 结果与分析

3.1 政策语义分析结果

词云图(图 2)显示,建设方案聚焦于“服务”“改革”“人才”“研究”“文化”“机制”等方面,这在一定程度上反映了示范区建设涵盖完善服

表 1 7 份国家中医药综合改革示范区建设方案

编号	方案名称	发文字号	发文时间	发文机关
P1	《国家中医药综合改革示范区(江西)建设方案》	赣府厅字(2022)37 号	2022 年 4 月	江西省人民政府办公厅
P2	《湖南省建设国家中医药综合改革示范区实施方案》	湘政办发(2022)19 号	2022 年 5 月	湖南省人民政府办公厅
P3	《山东省国家中医药综合改革示范区建设方案》	鲁政办字(2022)67 号	2022 年 6 月	山东省人民政府办公厅
P4	《广东省建设国家中医药综合改革示范区实施方案》	粤府办(2022)22 号	2022 年 6 月	广东省人民政府办公厅
P5	《上海市国家中医药综合改革示范区建设方案》	沪府办(2022)26 号	2022 年 7 月	上海市人民政府办公厅
P6	《四川省建设国家中医药综合改革示范区实施方案》	川府发(2022)25 号	2022 年 8 月	四川省人民政府
P7	《浙江省国家中医药综合改革示范区建设方案》	浙政办发(2022)61 号	2022 年 9 月	浙江省人民政府办公厅

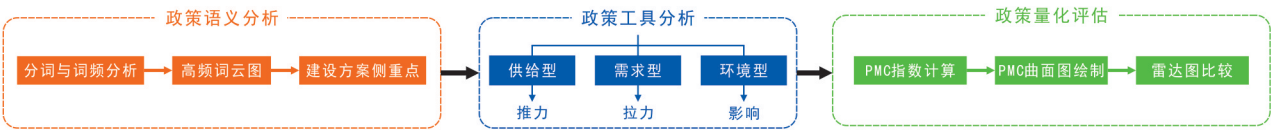


图 1 国家中医药综合改革示范区建设方案评价研究框架

表 2 我国中医药综合改革示范区建设方案量化评价变量

一级变量名称及编号	二级变量名称及编号	变量来源
X <sub>1</sub> 服务体系	X <sub>1-1</sub> 基础设施;X <sub>1-2</sub> 试点示范;X <sub>1-3</sub> 公共服务;X <sub>1-4</sub> 机制改革	基于政策工具分析结果
X <sub>2</sub> 管理体制	X <sub>2-1</sub> 评估考核;X <sub>2-2</sub> 机制改革;X <sub>2-3</sub> 管理能力;X <sub>2-4</sub> 标准规范	基于政策工具分析结果
X <sub>3</sub> 人才培养	X <sub>3-1</sub> 培育人才;X <sub>3-2</sub> 基础设施;X <sub>3-3</sub> 评估考核;X <sub>3-4</sub> 机制改革	基于政策工具分析结果
X <sub>4</sub> 科技创新	X <sub>4-1</sub> 科技支持;X <sub>4-2</sub> 机制改革;X <sub>4-3</sub> 机构建设;X <sub>4-4</sub> 多元协作	基于政策工具分析结果
X <sub>5</sub> 产业发展	X <sub>5-1</sub> 产业塑造;X <sub>5-2</sub> 标准规范;X <sub>5-3</sub> 基础设施;X <sub>5-4</sub> 目标规划	基于政策工具分析结果
X <sub>6</sub> 文化传播	X <sub>6-1</sub> 政策宣传;X <sub>6-2</sub> 基础设施;X <sub>6-3</sub> 机构建设;X <sub>6-4</sub> 海外推广	基于政策工具分析结果
X <sub>7</sub> 政策评价	X <sub>7-1</sub> 权责清晰;X <sub>7-2</sub> 目标明确;X <sub>7-3</sub> 规划详实;X <sub>7-4</sub> 区域特色	基于臧维等 <sup>[9]</sup> 研究修改
X <sub>8</sub> 政策受体	X <sub>8-1</sub> 政府机构;X <sub>8-2</sub> 高校;X <sub>8-3</sub> 企业;X <sub>8-4</sub> 科研院所	基于臧维等 <sup>[9]</sup> 研究修改
X <sub>9</sub> 政策视角	X <sub>9-1</sub> 宏观;X <sub>9-2</sub> 中观;X <sub>9-3</sub> 微观	基于张永安等 <sup>[10]</sup> 研究修改
X <sub>10</sub> 实施步骤	X <sub>10-1</sub> 明确实施步骤	基于政策内容

异。四川省建设方案(P6)供给型政策工具使用占比达到 54.7%，在 7 份建设方案中占比最高，而环境型政策工具占比仅为 21.9%，在 7 份建设方案中占比最低。在子工具使用方面，四川省(P6)通过设立机构、培养人才、科研支持等推动示范区建设。山东省(P3)、上海市(P5)、浙江省(P7)建设方案中，环境型政策工具占比最高。江西省建设方案(P1)中“基础设施”工具被提及频次最高，体现了江西省相关部门对于示范区物质基础建设的大力支持。湖南省(P2)与广东省(P4)建设方案中政策工具的运用相对均衡，供给型工具和环境型工具占比相近，需求型工具占比约为 20%。



图 2 国家中医药综合改革示范区建设方案高频词云图

务体系、改革体制机制、推进科技创新、培养中医药人才、传播中医药文化等内容。此外，各示范区建设方案侧重点有所不同。例如，山东省示范区建设(P3)，“文化”居于中心位置，这可能与山东省“强化中医药文化建设”这一重点任务有关；广东省示范区建设(P4)重视“人才”的作用；浙江省(P7)与湖南省(P2)示范区建设强调“改革”；四川省示范区建设(P6)聚焦于“研究”。

3.2 政策工具分析结果

对编码所获得的 532 条文本进行分析，得到 7 份建设方案的政策工具分布情况，见表 3。整体来看，建设方案政策工具的使用以供给型和环境型为主。在子工具的运用中，基础设施、机制改革及评估考核等使用频率较高。这反映了示范区建设不仅重视物质基础的夯实，而且重视体制机制的完善。

具体来看，各示范区建设方案对于政策工具的运用存在较大差

3.3 政策量化评估结果

3.3.1 整体评价 整体来看(表 4)，7 份建设方案 PMC 指数均值为 7.71，说明总体上满足国家中医药综合改革示范区建设要求。根据一级变量 PMC 指数得分均值来看：服务体系和管理体制均值达到 0.8 以上，说明示范区建设运用丰富的政策措施以完善服务体系、健全管理体制；科技创新与文化传播 PMC 指数值仅为 0.64，说明示范区建设对这两方面的重视程度不够；实施步骤 PMC 指数值仅为 0.43，仅有 3 份建设方案明确了建设步骤。

3.3.2 具体评价 7 份建设方案中，P4 与 P6 的 PMC 指数值最低，P2 的 PMC 指数值最高。为了进一步分析这 3 份建设方案的具体差异，绘制曲面图及雷达图，见图 3～图 6。

表 3 7 份国家中医药综合改革示范区建设方案政策工具分布情况/次

工具		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	合计
供给型	公共服务	2	2	4	1	0	1	1	11
	管理能力	4	2	1	0	5	5	5	22
	机构建设	2	4	3	6	4	10	0	29
	基础设施	18	9	4	6	6	5	13	61
	信息支持	6	3	1	3	2	1	4	20
	科技支持	6	7	0	5	3	5	7	33
	人才培养	4	5	2	3	3	5	7	29
	资金投入	2	1	1	2	2	3	2	13
	资源配置	0	3	1	1	0	0	2	7
合计		44(44.4%)	36(40.9%)	17(34.7%)	27(39.7%)	25(38.5%)	35(54.7%)	41(41.4%)	225(42.3%)
需求型	产业塑造	6	5	0	5	1	7	0	24
	第三方参与	1	5	1	2	3	3	2	17
	服务购买	0	0	1	0	0	0	0	1
	海外推广	2	1	0	1	3	1	4	12
	试点探索	6	4	5	5	2	4	6	32
	医保支持	1	3	3	2	1	0	1	11
合计		16(16.2%)	18(20.5%)	10(20.4%)	15(22.1%)	10(15.4%)	15(23.4%)	13(13.1%)	97(18.2%)
环境型	标准规范	3	4	3	3	5	2	4	24
	处罚措施	1	1	2	0	0	0	0	4
	多元协作	3	6	1	4	3	4	3	24
	法规管制	2	0	0	0	0	0	4	6
	符号象征	0	0	1	0	0	0	0	1
	精神奖励	1	0	0	1	1	0	0	3
	评估考核	8	7	7	7	7	5	9	50
	金融补贴	1	0	0	1	2	0	1	5
	目标规划	7	1	0	0	3	1	10	22
	机制改革	10	12	5	9	8	1	10	55
	政策宣传	3	3	3	1	1	0	4	15
	知识产权	0	0	0	0	0	1	0	1
合计		39(39.4%)	34(38.6%)	22(44.9%)	26(38.2%)	30(46.2%)	14(21.9%)	45(45.5%)	210(39.5%)

表 4 7 份国家中医药综合改革示范区建设方案 PMC 指数得分

评价指标	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	PMC 指数均值
X <sub>1</sub> 服务体系	1.00	1.00	1.00	1.00	0.50	0.50	1.00	0.86
X <sub>2</sub> 管理体制	1.00	1.00	1.00	0.50	1.00	0.75	1.00	0.89
X <sub>3</sub> 人才培养	0.75	0.50	0.25	1.00	0.75	0.75	1.00	0.71
X <sub>4</sub> 科技创新	0.50	1.00	0.00	0.75	1.00	0.75	0.50	0.64
X <sub>5</sub> 产业发展	1.00	1.00	0.00	0.75	0.75	0.50	0.75	0.68
X <sub>6</sub> 文化传播	0.75	1.00	0.75	0.25	0.25	0.75	0.75	0.64
X <sub>7</sub> 政策评价	1.00	1.00	1.00	0.75	1.00	0.75	1.00	0.93
X <sub>8</sub> 政策受体	1.00	1.00	1.00	0.75	0.75	1.00	1.00	0.93
X <sub>9</sub> 政策视角	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
X <sub>10</sub> 实施步骤	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.43
PMC 指数	9.00	9.50	7.00	6.75	7.00	6.75	8.00	7.71

通过雷达图(图 6)可以看出,湖南(P2)、广东(P4)、四川(P6)3 个省份建设方案在实施步骤、管理体制、人才培养、产业发展、文化传播方面

差异明显。第一,湖南省在建设方案中明确了示范区建设步骤,包括启动实施、整体推进、完善提升三个阶段,而广东省与四川省的建设方案中没有建设步骤的详细内容。第二,湖南省建设方案综合运用了多种政策工具,广东省建设方案在中医药文化传播这一维度运用政策工具较少,四川省建设方案在服务体系与产业发展方面运用政策工具较单一。第三,湖南省建设方案明确了各项任务的责任部门与具体分工,广东省与四川省的建设方案虽然对建设目标有较为清晰的规划,但对于责任主体的划分缺少相应说明。

4 讨论

4.1 国家中医药综合改革示范区建设方案区域特色不明显

国家出台的《国家中医药综合改革示范区“特色卷”》<sup>[11]</sup>对 7 个省市的示范区建设提出了不同要求。例如,“特色卷”要求山东省在示范区建设过程中“深化中医药文化建设”,山东省建设方案结合当地“儒医文化、扁鹊故里、针砭发源地”等特色名片,弘扬中医药文化。这一方面彰显了地域特色,另一方面与国家“特色卷”要求紧密结合。然而,部分示范区建设方案区域特色体现不明显。例如,江西省形成了理论丰富、著作丰硕、临床诊疗技术独特、传承久远的“盱江医学”流派,但江西省建设方案高频词云图中却未涉及“盱江医学”。这对于发挥示范区的引领作用,带动周边地区中医药发展造成一定阻碍。

4.2 国家中医药综合改革示范区建设方案拉力不足

政策整体效力的发挥需要供给侧的推力、需求侧的拉力、环境的影



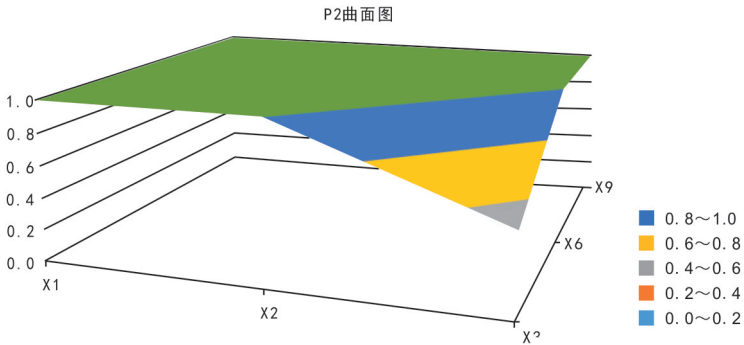


图3 建设方案 P2 曲面图

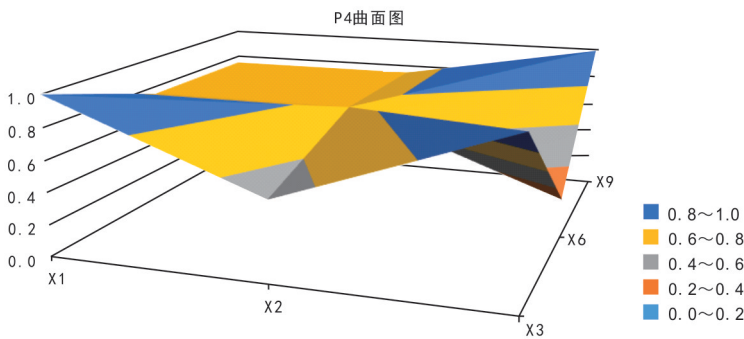


图4 建设方案 P4 曲面图

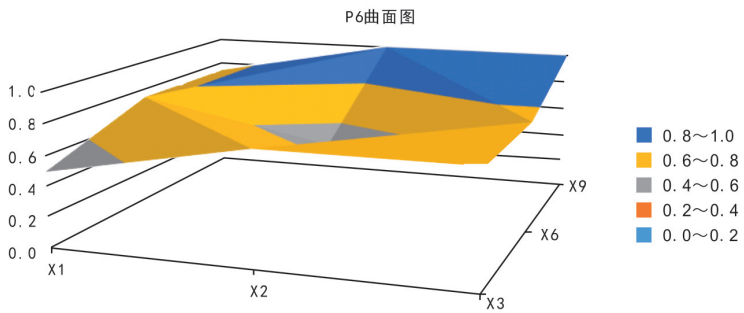


图5 建设方案 P6 曲面图

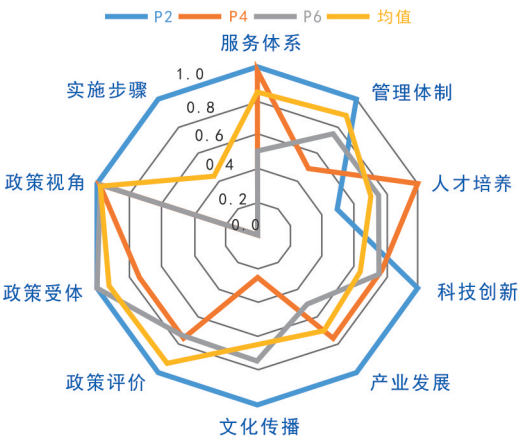


图6 建设方案 P2、P4、P6 雷达图

响力共同作用,若三者结构不合理会影响政策效力的发挥以及政策目标的实现<sup>[12]</sup>。本研究结果显示,各示范区建设方案中,供给型政策工具和环境型政策工具使用较多,而需求型政策工具使用比例较低。这提示国家中医药综合改革示范区建设拉力有待提升。作为先行者,示范区建设需要大量的资源投入与政策倾斜,因此侧重供给侧的投入以及环境的营造。但是,只有同时发挥需求侧的拉力作用,才能驱动中医药事业高质量发展。此外,从需求型子工具运用来看,试点探索工具运用较多,这与示范区的试点属性有关。而服务购买、第三方参与这些市场化工具使用较少,可见国家中医药综合改革示范区建设尚未充分发挥市场机制的作用。这可能与我国中医药产业的市场化程度较低,行业标准模糊,准入制度和监管制度不健全等有关<sup>[13]</sup>。

4.3 国家中医药综合改革示范区建设方案目标不够细化

清晰的政策目标有利于政策的顺利执行,政策模糊会使宏观层面的政策执行主体难以对政策执行过程进行监管,影响政策执行效果<sup>[14]</sup>。政策模糊性包括政策目标模糊和政策手段模糊。本研究结果显示,在10个一级变量中,“X<sub>10</sub>(实施步骤)”变量PMC指数得分最低,仅为0.43。这提示,各省市建设方案均存在一定模糊性。政策目标层面,各示范区均制订了一系列指标。政策主体层面,有些示范区并未在建设方案中明确责任分工与负责部门,这不利于政策的有效执行。政策实施步骤层面,4个省市的建设方案均缺少明确的实施步骤,有些示范区建设方案虽然描述了执行步骤,但较为简单,对于政策执行者的指导作用有限。

5 建议

5.1 因地制宜,建设各具特色的国家中医药综合改革示范区

国家中医药综合改革示范区建设需要充分发挥地域中医药特色优势,并结合“特色卷”内容,建立兼具自身特色与可复制经验的发展模式。第一,充分利用中医药文化底蕴。例如,江西省可以挖掘盱江医学、庐陵中医、杏林文化的时代价值,通过整理盱江医学典籍、传承盱江医学理论等途径,创建具有代表性的地方医学流派文化的保护、传承与创新中心<sup>[15]</sup>,为全国不同区域的中医药传统特色文化传承提供样板。第二,挖掘并利用中医药资源潜在的药用、食用、生态等价值。一方面,通过收集当地中医药特色资源、筛选评估资源、构建种质资源库等手段,加强对中医药野生植物资源的保护与利用;另一方面,研发中医药保健食品,提升中医药产品附加价值,开发中医药立体生态化产业<sup>[16]</sup>,为全国各地建设中医药特色产业提供参考。第三,探索创新中医药管理体制与服务模式。例如,在示范区推行中医医保支付方式改革,完善中医药支付体系。

5.2 供需平衡,合力促进国家中医药综合改革示范区建设

国家中医药综合改革示范区建设需重视需求侧的拉力,尤其是发挥市场机制的作用。第一,鼓励社会组织参与中医药建设。例如,鼓励中医类医院、企业、社会团体等力量设立中医药博物馆、展览馆,支持建设中医药文化宣传基地;鼓励科研教育机构参与中医药服务贸易,采取多种方式加快中医药科技成果转化。第二,推进中医药国际交流与合作与海外推广。促进中医药国际贸易便利化,鼓励发展中医药服务与贸易,支持参与国际中医药合作

与竞争。同时,鼓励社会力量建设高质量的中医药海外中心、国际合作基地和服务出口基地。第三,发挥市场机制的作用。由于中医药行业的特殊性,其行业准入、标准制定更加严格,这影响了市场机制在中医药领域充分发挥作用。国家中医药综合改革示范区作为先行先试的排头兵,在标准制定、行业规范方面需要进行积极探索与实践。例如,通过完善中医药相关监管机制,制订中医药相关工作准则,建立中医药产业质量标准、管理体系及监督体系等,规范中医药发展,为中医药行业引入市场机制减少阻力。

5.3 明晰目标,完善国家中医药综合改革示范区建设方案

第一,进一步完善指标。通过对各示范区实际情况进行深入论证,科学测算目标值,设置约束性指标、预期性指标,以保证指标的科学性与合理性。第二,制订详尽的实施步骤。从时间维度上将示范区建设划分为若干个阶段,并为每个阶段设置具体的阶段性目标,以强化政策的时间导向性。第三,明确政策责任主体。将总体任务分解为各领域的具体任务,明确各项中医药发展任务的责任部门与协作部门。例如,在中医药价格调整和医保政策制定中,由医保部门牵头,卫生健康和财政等部门参与。

参考文献

[1] 国家中医药管理局.国家中医药综合改革示范区推进会召开 加快打造一批中医药事业和产业高质量发展的标杆[EB/OL].(2021-12-31)[2023-10-13].<http://www.natcm.gov.cn/bangongshi/gongzuodongtai/2021-12-31/23918.html>.  
[2] 段涵敏,周阳乐,王颖昇.打造全国中医药高质量发展排头兵[N].湖南日报,2022-01-04(01).  
[3] 池银花,陈珍英,林华良.为闽西革命老区高质量发展示范区建设赋能[N].闽西日报,2022-04-15(01).

[4] KUHN K.The structure of scientific revolution[M].Chicago:University of Chicago Press,1962:8.  
[5] CARTER WA.Policy regimes and policy change[J].Journal of Public Policy,2000,20(3):247-274.  
[6] 徐萍萍,赵静,李春晓,等.政策工具视角下我国县域医共体政策文本分析[J].中国卫生质量管理,2023,30(5):99-104.  
[7] 邹钰莹,娄峥嵘.中央层面养老服务政策内容量化评价:基于PMC指数模型的分析[J].电子科技大学学报(社会科学版),2020,22(3):68-76.  
[8] ROTHWELL R,ZEGVELD W.Reindustrialization and technology[M].London:Longman,ME Sharpe,1985:50.  
[9] 臧维,李甜甜,徐磊.北京市众创空间扶持政策工具挖掘及量化评价研究[J].软科学,2018,32(9):56-61.  
[10] 张永安,鄧海拓.金融政策组合对企业技术创新影响的量化评价:基于PMC指数模型[J].科技进步与对策,2017,34(2):113-121.  
[11] 刘志勇.做好“必答题”书写“特色卷”[N].健康报,2023-07-17(01).  
[12] 夏昉,张兵,赫玉芳.基于政策工具的我国中医药健康服务政策分析[J].中国医药导报,2022,19(15):188-191.  
[13] 付艳玲,熊肇明,李亚男,等.基于公立医院视角的国家组织药品集中采购政策效果分析:以上海市某三甲医院为例[J].现代医院,2021,21(7):988-991,995.  
[14] 王正惠.模糊-冲突矩阵:城乡义务教育一体化政策执行模型构建探析[J].教育发展研究,2016,36(6):9-17.  
[15] 江西省人民政府办公厅.关于印发江西南城“建昌帮”中医药振兴发展实施方案的通知[J].江西省人民政府公报,2019(23):30-40.  
[16] 翟宇,龙彦,黄佳琦,等.江西葛根资源的开发利用与产业化策略初探[J].光明中医,2022,37(5):906-909.

通信作者:  
王力:江西中医药大学经济与管理学院副院长  
E-mail:wangli0550@163.com

收稿日期:2023-12-17  
修回日期:2024-01-12  
责任编辑:任红霞