

# 基于 PMC 指数模型的临床专科建设政策质量评价研究

吴建<sup>1\*</sup> 左一博<sup>1</sup> 蒋帅<sup>2,3</sup> 单怡凡<sup>2,3</sup> 付航<sup>2,3</sup> 王成增<sup>2,3</sup>

1. 郑州大学公共卫生学院 河南郑州 450001

2. 郑州大学第一附属医院 河南郑州 450052

3. 河南省医院管理研究院 河南郑州 450052

**【摘要】**目的:量化评价临床专科建设相关政策,探究政策现存问题和优化路径,为政策的制定和完善提供参考。方法:对2009年新医改以来国家和部分省级政府出台的临床专科建设政策进行文本挖掘。运用PMC指数模型构建包含9个一级变量和35个二级变量的政策综合评价体系。选取22篇临床专科建设相关政策进行量化分析。结果:22项临床专科政策中,6项为良好型政策、14项为可接受型政策、2项为不良型政策,无优秀型政策;临床专科建设政策总体设计较为合理,但仍有进步的空间。结论:我国临床专科建设政策文本质量有待提升,需要强化顶层设计,优化目标内容,注重临床专科发展均衡性与可持续性,充分发挥需求型政策工具作用,丰富激励约束手段,以调动多主体参与临床专科建设积极性。

**【关键词】**临床专科;政策文本;质量评价;PMC指数模型

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.12.003

## The quality evaluation of clinical specialty construction policy based on PMC index model

WU Jian<sup>1</sup>, ZUO Yi-bo<sup>1</sup>, JIANG Shuai<sup>2,3</sup>, SHAN Yi-fan<sup>2,3</sup>, FU Hang<sup>2,3</sup>, WANG Cheng-zeng<sup>2,3</sup>

1. School of Public Health, Zhengzhou University, Zhengzhou Henan 450001, China

2. The First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou Henan 450052, China

3. Henan Provincial Institute of Hospital Management, Zhengzhou Henan 450052, China

**【Abstract】** Objective: The purpose of quantitatively evaluating policies related to clinical specialties and exploring existing policy problems and paths to optimization is to provide a reference basis for the formulation and improvement of the policies. Methods: Text mining was conducted on the policies related to clinical specialties issued by the national and some provincial governments since the new medical reform in 2009. The PMC index model was used to construct a comprehensive evaluation system of policies containing 9 primary variables and 35 secondary variables. 22 clinical specialty policies were selected for quantitative analysis. Results: Among the 22 clinical specialty policies, 6 policies were good-type policies, 14 were acceptable-type policies, 2 were bad-type policies, and there were no excellent-type policies. The overall design of the policies related to clinical specialties is reasonable, but there is still room for improvement. Conclusion: The quality of China's clinical specialty policy text needs to be improved, and it is necessary to strengthen the top-level design, optimise the content of the objectives, focus on the balanced and sustainable development of the speciality, give full play to the role of demand-based policy tools, and enrich the incentives and constraints, in order to mobilise multi-principal participation in the construction of the clinical speciality enthusiasm.

**【Key words】** Clinical specialties; Policy texts; Quality evaluation; PMC index model

\* 基金项目:中原医创基金会医院管理研究项目重点项目(23YCG2001);郑州大学横向重大委托项目(20220518A)

作者简介:吴建(1974年—),男,博士,教授,主要研究方向为卫生政策与管理、卫生经济研究。E-mail:wujian@zzu.edu.cn

通讯作者:蒋帅。E-mail:shuaij@126.com

临床专科能力建设是构建优质高效医疗卫生服务体系,推进公立医院高质量发展及落实健康中国战略的重要措施。原卫生部在《2009 年医政工作要点》中提出启动医疗机构临床重点专科建设工作,并开始研究制定全国临床重点专科建设规划、评价办法、动态管理方案等。2010 年 3 月,原卫生部下发《开展国家临床重点专科评估试点的通知》,正式开启我国临床重点专科的评审工作。国家和各地政府紧跟时代发展需求,持续出台相关政策,以规范化开展临床专科建设。2021 年 10 月,《“十四五”国家临床专科能力建设规划》的发布,标志着我国临床专科建设发展进入新阶段。

目前,我国临床专科能力的发展还存在着不平衡、不充分的矛盾,面临专科资源地域分布不均、薄弱专科发展迟缓、医学前沿跟进不足等挑战,尚不能适应公立医院高质量发展的要求。我国学者对临床专科建设的研究主要聚焦在以下几个方面:一是临床专科项目建设评估机制研究,包括临床专科能力评价方法和构建专科评价指标体系<sup>[1-3]</sup>;二是临床专科细分机制,主要探索骨科、康复、泌尿等亚专科建设,尤其注重对护理亚专科建设研究<sup>[4]</sup>;三是针对儿科、妇产科、精神科等专科联盟,探索互联网+信息化建设、同质化发展、建设成效等<sup>[5-6]</sup>。然而,关于临床专科建设政策评价的研究较为匮乏,且现有学者较多采用文本分析等方法,分析我国临床重点专科实践工作成效<sup>[7]</sup>以及配套实施方案编制内容<sup>[8]</sup>,缺乏对临床专科政策质量的评价。基于此,本研究运用政策一致性评价(Policy Modeling Consistency, PMC)指数模型,对临床专科建设政策进行量化评价。通过定量研究,客观分析其存在的不足,并提出针对性的建议,为政府部门完善临床专科建设政策提供参考,以推进我国临床专科建设的可持续发展。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

本文选择国家、省级政府的官方网站和北大法宝数据库作为政策文件的检索来源,并通过其他主流搜索平台(如百度文库)进行查漏补缺。以“专科建设”“专科评估”“临床专科”为检索词进行全文检索。主要选取新医改以来国家和部分省级层面(部分省份政策文件未公开)出台的临床专科政策文本作为研究对象。检索时限为 2009 年 1 月至 2023 年 8 月。

### 1.2 筛选方法

文件纳入排除标准:(1)纳入明确提到临床专科能力建设、申报评估等具体内容的文件,排除关联性较弱的文件;(2)纳入的政策文件类型包括意见、规划、通知、方案等,排除相关新闻报道、负责人讲话、解读政策等;(3)排除与中医专科等具体某专科相关的政策。根据以上标准对检索到的文件进行人工筛选,最终筛选出 41 篇政策文件进行文本挖掘。其中 19 篇文件只是包含专科相关的内容,并不是以临床专科命名的,仅作为纳入指标前的文本分析不作为本文评价的对象。因此选取 22 篇主题为临床专科相关的专项文件作为实证分析的评价对象,按文件发布日期先后对国家级与省级层面文件依次进行编号,如表 1 所示。P1 ~ P5 为国家级政策文件,P6 ~ P22 为省级政策文件。

### 1.3 构建 PMC 指数模型

PMC 指数模型是由 Ruiz Estrada<sup>[9]</sup>提出的政策研究一致性指数模型。一方面可以评价单项政策的内部一致性,另一方面用于比较政策之间的优劣性,可利用三维图形对政策评价结果加以直观呈现,因此具有一定的政策评价优势。

表 1 政策文件示例

政策编号	政策名称	发布日期	发布部门
P1	开展国家临床重点专科评估试点的通知	2010 年 3 月 1 日	原卫生部
P2	关于做好 2010 年国家临床重点专科建设项目的通知	2011 年 3 月 31 日	原卫生部
P3	关于印发《国家临床重点专科建设项目管理暂行办法》的通知	2013 年 12 月 10 日	原国家卫生计生委、 财政部、国家中医药管理局
P4	关于印发《“十四五”国家临床专科能力建设规划》的通知	2021 年 10 月 9 日	国家卫生健康委
P5	关于推动临床专科能力建设的指导意见	2023 年 7 月 12 日	国家卫生健康委
P6	关于印发《江苏省省级临床重点专科管理规定》的通知	2010 年 4 月 29 日	原江苏省卫生厅
...	...	...	...
P22	关于印发《贵州省临床重点专科设置规划(2022—2025 年)》的通知	2023 年 4 月 14 日	贵州省卫生健康委医政医管处

1.3.1 文本挖掘

对筛选出的临床专科相关政策进行整理,政策文件中的条款要与临床专科建设密切相关,而不是笼统提及。若只有部分条款涉及临床专科,则挑选出符合的条款纳入统计;若该政策属于临床专科专项文件,则全文纳入分析。将整理好的政策文本以 txt 文档形式导入 ROST CM6.0 软件进行文本挖掘,

建立高频词矩阵,使用 Net Draw 工具绘制临床专科政策的社会网络图。网络图中节点的大小表示关键词的热度,节点之间的连线反映不同关键词间的共生关系。<sup>[10]</sup>由图 1 可知,“专科”“临床”和“建设”位于核心位置,其他关键词与之连线较多,说明临床专科政策主题相对集中。“医疗”“重点”“能力”等关键词关系密切,在设置二级变量时应重点关注。

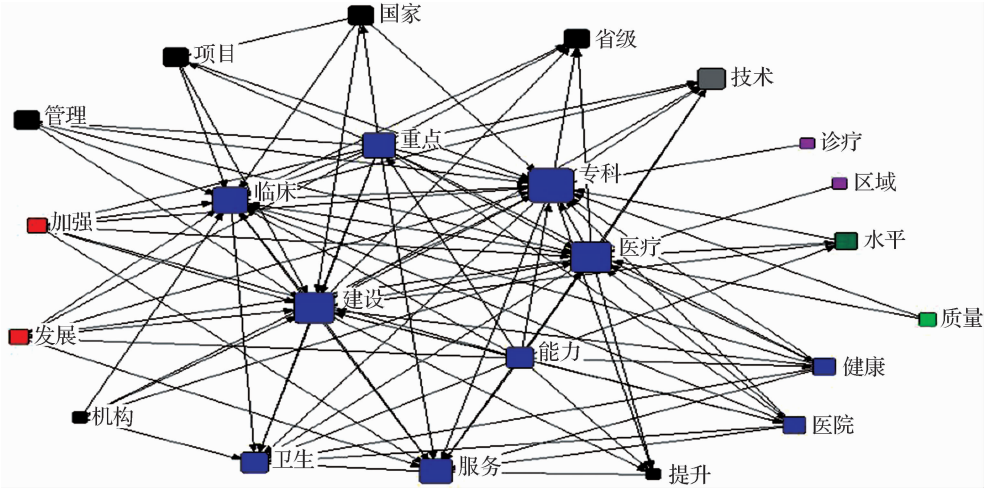


图 1 临床专科政策的社会网络图谱

1.3.2 设置变量和参数

本研究在 Estrada MAR<sup>[9]</sup> 提出的变量设计方法和已有学者<sup>[11-15]</sup> 的研究基础上,结合社会网络图谱显示的临床专科政策的特征,构建包含 9 个一级变量和 35 个二级变量的临床专科政策综合评价体系(表 2)。由于大部分省级政策的制定以国家级政策为依据,所以共用一套评价指标体系,但对于评价结果进行不同层面的分类比较。二级变量参数根据二进制原则来设定,每个变量的权重相同,某项政策符合二级变量则为 1,不符合则为 0。采用 Kappa 系数

对两位具有临床专科政策研究经验的研究人员的评价进行一致性检验,结果显示超过 95% 的赋值评价通过一致性检验(Kappa 值 > 0.75),表明该评价标准信度较高。

1.3.3 建立多投入产出表

PMC 指数模型的多投入产出表是计算变量指标权重的基础,是多维度测量变量的一种数据分析框架。根据上述临床专科政策指标变量的设定,得到临床专科政策文本内容分析的多投入产出表(表 3)。

表 2 临床专科政策量化评价变量设置表

一级变量	二级变量	二级变量评价标准(符合为 1,不符合为 0)
X1 政策性质	X11 预测	政策是否具有预测性和前瞻性内容
	X12 建议	政策是否就专科发展提出意见或建议
	X13 描述	政策是否有总结性描述的详细内容
	X14 指导	政策是否具有指导性内容
	X15 监督	政策是否存在相应的督查方式
X2 政策对象	X21 有关行政部门	政策对象是否为卫生健康行政部门等政府机关
	X22 医疗卫生机构	政策对象是否为公立医院等医疗卫生机构
	X23 社会其他主体	政策对象是否为中华医学会等社会组织
X3 政策工具	X31 供给型	是否涉及教育培训、公共服务等政策工具
	X32 需求型	是否涉及宣传示范、鼓励引导等政策工具
	X33 环境型	是否涉及目标规划、资源整合等政策工具

表 2 临床专科政策量化评价变量设置表(续)

一级变量	二级变量	二级变量评价标准(符合为1,不符合为0)
X4 政策时效	X41 长期	政策时效是否为 >5 年
	X42 中期	政策时效是否为 3~5 年
	X43 短期	政策时效是否为 1~2 年
	X44 本年	政策时效是否为 <1 年
X5 发布机构	X51 原卫生部/原国家卫生计生委/国家(省)卫生健康委员会	政策发布机构是否包括原卫生部、原国家卫生计生委或国家(省)卫生健康委员会
	X52 财政局/省财政厅	政策发布机构是否包括财政局/省财政厅
	X53 中医药管理局	政策发布机构是否包括中医药管理局
X6 政策目标	X61 规范管理制度	政策目标是否包含规范管理制度
	X62 促进专科均衡发展	政策目标是否包含促进专科均衡发展
	X63 促进专科能力建设	政策目标是否包含促进专科能力建设
	X64 建立考核评估机制	政策目标是否包含专科评估管理
X7 政策倾向	X71 亚专科	政策内容是否涉及亚专科建设与管理
	X72 专科联盟	政策内容是否涉及专科联盟
	X73 重点专科	政策内容是否涉及重点专科
	X74 特色/优势专科	政策内容是否涉及特色优势专科
	X75 专科评估	政策内容是否涉及专科评估
X8 政策评价	X81 依据充分	政策是否具有明确的依据,如国家法规、中央文件等
	X82 目标明确	政策是否具有明确的目标
	X83 规划详实	政策规划在细节方面是否完善
	X84 权责清晰	政策是否清楚划分了不同对象的权责
X9 激励约束	X91 人才培养	政策是否包含人才培养的激励措施
	X92 制度保障	政策是否包含制度保障的激励措施
	X93 财政补贴	政策是否包含财政补贴的激励措施
	X94 监督考核	政策是否包括监督和考核等约束措施

表 3 多投入产出表

一级变量	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9
二级变量	X11	X21	X31	X41	X51	X61	X71	X81	X91
	X12	X22	X32	X42	X52	X62	X72	X82	X92
	X13	X23	X33	X43	X53	X63	X73	X83	X93
	X14			X44		X64	X74	X84	X94
	X15						X75		

1.3.4 计算 PMC 指数

对 PMC 指数进行计算,可得到各项政策得分。首先根据公式(1)和公式(2)对二级变量进行赋值并放入投入产出表。各二级变量服从[0,1]分布,且二级变量取值为0或1。然后使用公式(3)计算一级变量的得分。最后根据公式(4)分别计算临床专科政策得分。为直观展示政策的不足,在多维坐标体系中探寻临床专科政策的优化路径,引入政策凹陷指数,计算详见公式(5),凹陷指数与 PMC 指数呈负相关,主要用来衡量政策与完美政策之间的差距。

$$X \sim N[0,1] \tag{1}$$

$$X = \{X_R:[0 \sim 1]\} \tag{2}$$

$$X_i = \sum_{j=1}^n \frac{X_{ij}}{n(X_{ij})} \tag{3}$$

(其中  $i$  为一级变量, $j$  为二级变量)

$$PMC = X_1 \left( \sum_{i=1}^5 \frac{X_{1i}}{5} \right) + X_2 \left( \sum_{j=1}^3 \frac{X_{2j}}{3} \right) + X_3 \left( \sum_{k=1}^3 \frac{X_{3k}}{3} \right) + X_4 \left( \sum_{l=1}^4 \frac{X_{4l}}{4} \right) + X_5 \left( \sum_{m=1}^3 \frac{X_{5m}}{3} \right) + X_6 \left( \sum_{n=1}^4 \frac{X_{6n}}{4} \right) + X_7 \left( \sum_{o=1}^5 \frac{X_{7o}}{5} \right) + X_8 \left( \sum_{p=1}^4 \frac{X_{8p}}{4} \right) + X_9 \left( \sum_{q=1}^4 \frac{X_{9q}}{4} \right) \tag{4}$$

$$\text{政策凹陷指数} = 10 - PMC \tag{5}$$

### 1.3.5 构建 PMC 曲面图

按照公式(6)建立 3×3 的 PMC 曲面矩阵,由一级变量具体数值构建 PMC 曲面图。依据可视化结果,更加直观、立体地呈现政策在各维度上的优劣程度。对临床专科政策的文本内容进行全方位评析,并通过二级指标提出政策进一步优化路径。

$$PMC \text{ 曲面} = \begin{bmatrix} X_1 & X_2 & X_3 \\ X_4 & X_5 & X_6 \\ X_7 & X_8 & X_9 \end{bmatrix} \quad (6)$$

## 2 临床专科政策评价结果分析

本文重点分析拟定的 22 份政策文本。由两位研究人员独立进行赋值判断,结果均通过一致性检验(Kappa 值 > 0.75),具体结果见表 4。根据 PMC 指数计算结果,参照已有研究<sup>[16]</sup>的 PMC 指数和政策凹陷指数的评价标准(表 5),对各项政策进行等级排序和可视化分析。

### 2.1 PMC 指数模型的量化结果

22 项政策的 PMC 指数均值为 5.17,政策评级为可接受级,政策凹陷指数为 4.83,达到可接受凹陷水

平,政策总体设计较为合理。其中 6 项为良好级政策,14 项为可接受政策,2 项不良级政策,无优秀级政策。说明临床专科相关政策仍处于探索阶段,仍需进一步的改进。从一级变量得分来看,均值得分排序为 X8 > X2 > X4 > X1 > X6 > X9 > X3 > X7 > X5。指标 X8 政策评价的均值最高,表明政策基本上规划详实、依据充分,再次印证了临床专科相关政策总体设计的较强合理性。指标 X2 政策对象的均值相对较高,说明相关政策比较全面地考虑了各个利益相关者,有助于临床专科合作共建局面的发展。指标 X5 政策发布机构的得分均值在一级变量指标中最低,主要是临床专科政策大部分由某一政府机构独立发文,缺乏多部门的协同。但从政策实施过程来看,临床专科的建设与发展需要多部门的有机统一,联合发文或成为未来主要的发文形式。其余指标得分均值都低于 0.7,指标 X6 政策目标、X1 政策性质、X4 政策时效得分尚可接受,建议根据实际情况进行适当改进。然而,指标 X7 政策倾向、X3 政策工具、X9 激励约束得分均值小于等于 0.5,是下一步政策改进的重点领域。

表 4 22 份政策文件的 PMC 指数

政策	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	PMC	凹陷指数	排名	等级
P1	0.60	0.67	0.33	0.75	0.33	0.75	0.40	0.75	0.50	5.08	4.92	12	可接受
P2	0.60	1.00	0.67	0.50	0.67	0.50	0.60	1.00	0.50	6.04	3.96	4	良好
P3	0.40	1.00	0.67	0.75	1.00	0.50	0.40	0.75	0.75	6.22	3.78	3	良好
P4	1.00	0.67	0.67	0.75	0.33	0.50	0.80	1.00	0.75	6.47	3.53	2	良好
P5	0.80	0.67	0.33	1.00	0.33	1.00	1.00	1.00	0.75	6.88	3.12	1	良好
P6	0.20	1.00	0.33	0.50	0.33	0.50	0.20	0.50	0.75	4.31	5.69	17	可接受
P7	0.20	0.67	0.67	0.50	0.33	0.25	0.20	0.50	0.50	4.02	5.98	19	可接受
P8	0.20	0.67	0.67	0.50	0.67	0.25	0.20	0.25	0.75	4.16	5.84	18	可接受
P9	0.40	1.00	0.67	0.75	0.33	0.50	0.20	0.25	0.50	4.60	5.40	16	可接受
P10	0.20	0.67	0.67	0.25	0.33	0.25	0.40	0.75	0.50	4.02	5.98	19	可接受
P11	0.60	0.67	0.33	0.75	0.33	0.50	0.20	1.00	0.25	4.63	5.37	15	可接受
P12	1.00	0.67	0.33	0.75	0.33	0.75	0.60	1.00	0.75	6.18	3.82	5	良好
P13	0.40	0.67	0.33	0.25	0.33	0.50	0.20	0.25	0.75	3.68	6.32	22	不良
P14	0.80	0.67	0.33	0.75	0.33	0.75	0.60	1.00	0.50	5.73	4.27	8	可接受
P15	0.80	0.67	0.33	0.75	0.33	0.75	0.80	1.00	0.25	5.68	4.32	9	可接受
P16	0.80	0.67	0.67	0.75	0.33	0.75	0.60	1.00	0.25	5.82	4.18	7	可接受
P17	0.60	0.67	0.67	0.25	0.33	0.50	0.60	0.75	0.75	5.12	4.88	11	可接受
P18	0.80	0.67	0.33	0.75	0.33	1.00	0.40	1.00	0.25	5.53	4.47	10	可接受
P19	0.60	0.67	0.33	0.75	0.33	0.50	0.40	1.00	0.25	4.83	5.17	13	可接受
P20	0.40	0.67	0.33	0.25	0.33	0.50	0.40	0.75	0.25	3.88	6.12	21	不良
P21	0.80	0.67	0.67	0.75	0.33	0.75	0.80	1.00	0.25	6.02	3.98	6	良好
P22	0.80	0.67	0.33	0.75	0.33	0.50	0.20	1.00	0.25	4.83	5.17	13	可接受
均值	0.59	0.73	0.48	0.63	0.39	0.58	0.47	0.80	0.50	5.17	4.83	—	可接受

表5 PMC 指数和政策凹陷指数的评价标准

PMC 指数	评价	政策凹陷指数	评价
8.00 ~ 9.00	优秀	1.00 ~ 2.00	低凹陷
6.00 ~ 7.99	良好	2.01 ~ 4.00	中凹陷
4.00 ~ 5.99	可接受	4.01 ~ 6.00	可接受凹陷水平
0.00 ~ 3.99	不良	6.01 ~ 10.00	不可接受凹陷水平

## 2.2 不同等级政策分析

根据 PMC 指数构建不同等级政策的 PMC 曲面图(图2~图5)。其中,平面坐标分别对应 X1—X9 的不同维度,纵坐标表示 PMC 指标的具体数值。各种政策的优缺点可以根据表面的凹陷程度判断,凹陷程度越小表示相应的评价指标得分较高,凹陷程度越大表示相应的评价指标得分较低。为方便比较,本文参考已有研究<sup>[17]</sup>,引入一项虚拟的“完美”临床专科政策,假设该政策各项一级变量得分均为 1,对不同等级的临床专科政策进行综合评价,提出相应的优化路径。

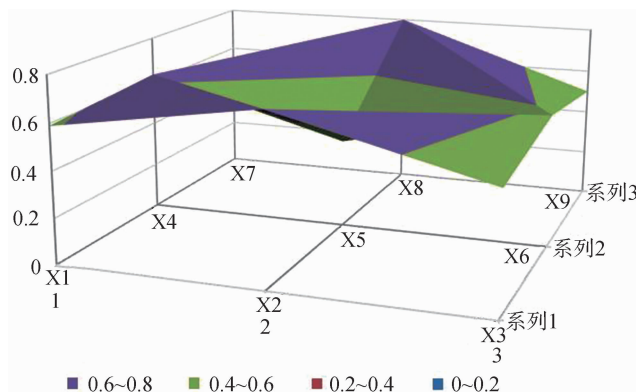


图2 22项政策的 PMC 曲面图

### 2.2.1 良好型政策分析

良好级政策 PMC 曲面图如图 3 所示。6 项良好型政策中有 4 项国家层面出台的文件,说明临床专科领域的顶层设计较为完善。P5 总得分排名第一,为 6.88。作为最新发布的政策,该政策的目标和内容更符合新时代临床专科的发展需求,但仍需细化任务目标,分步提高专科能力。P4 得分为 6.47,凹陷指数为 3.53,总得分排名第二。该政策从宏观到微观描述的最为详尽,不仅对“十二五”“十三五”时期的建设成效进行总结,还从国家、省级和市(县)层面对“十四五”时期专科建设做了详细的规划。在该政策的指导下,各省陆续发布适应于当地实际情况的各项细化措施和配套执行方案。其中 P12 和 P21

的质量较高,被评为良好级政策。P2、P3 的总得分为 6.04、6.22,总得分排名第三、第四。这两份文件是对国家临床重点专科项目的初步探索,代表中央政府对临床专科建设的重视程度。良好型政策总体质量较高,建议注意政策条目的可行性,提高政策的执行力度。

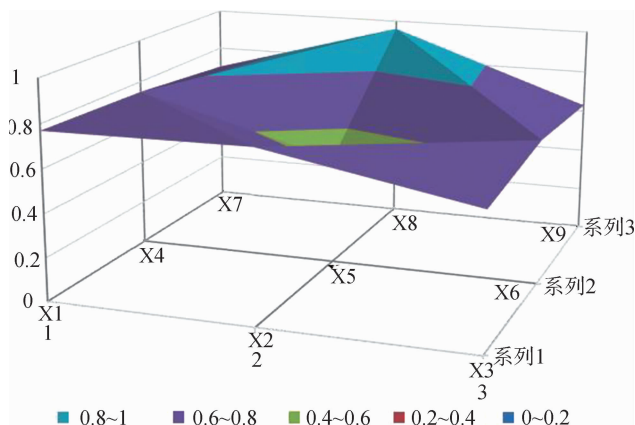


图3 良好级政策 PMC 曲面图

### 2.2.2 可接受级政策分析

可接受级政策 PMC 曲面图如图 4 所示。14 项可接受级政策的 PMC 指数在 4.02 ~ 5.82 之间,政策凹陷指数最低为 4.18,最高为 5.98,表明政策质量总体上是可接受的。其中仅有 P1 为国家发布的政策,PMC 得分为 5.08,凹陷指数为 4.92,该政策标志着国家层面的临床专科评估工作正式启动。作为临床专科的早期文件,各方面得分相对较低,存在政策工具使用不充分、采取的激励措施较少等问题,建议根据国内外专科建设实践经验进行修改完善。14 项政策变量 X1—X9 的 PMC 均值分别为 0.54、0.72、0.48、0.63、0.35、0.55、0.39、0.77、0.45。结合图 4 可知,变量 X5(发布机构)、X7(政策倾向)和 X9(激励措施)在曲面图中凹陷程度较为严重,表明这些变量及二级变量需进一步改善。

### 2.2.3 不良级政策分析

不良级政策的 PMC 曲面图如图 5 所示。2 项不良级政策分别为 P13、P20,其 PMC 指数分别为 3.68 和 3.88,为不良的水平,政策凹陷指数分别为 6.32 和 6.12,达到不可接受凹陷水平。结合图 4 可知,除了数值较高的变量 X2(政策对象)外,其余变量的均值未超过 0.5,在曲面图中凹陷程度较为严重,表明这些政策在各个维度上的特征均需要改进。P13 为



工作文件的通知,仅对专科建设资金投入进行规定,覆盖面不足,故各个变量得分比较低。P20 为某省临床重点专科建设项目的实施方案,但时效性较短,适用范围和时间有限,故 PMC 指数较低。

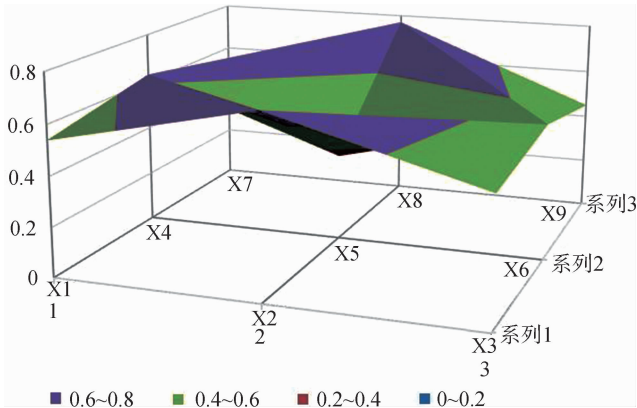


图4 可接受级政策 PMC 曲面图

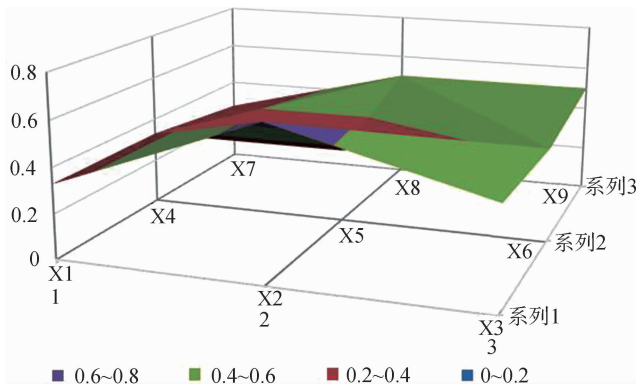


图5 不良级政策的 PMC 曲面图

### 2.3 政策对比分析

对得分最低和最高的两项国家级政策进行对比研究,可以更好地找出顶层设计存在的问题。加入 5 项国家级政策的均值作为参考值,制作戴布拉图对政策 P1、P5 进行具体对比分析(图 6)。P1 除了 X6 政策目标,其他变量得分低于均值。而 P5 除了 X2 (政策对象)、X3 (政策工具)和 X5 (发布机构),其他变量得分都高于均值。P1 和 P5 在 X4 (政策时效)、X6 (政策目标)和 X7 (政策倾向)方面存在差异,是由于两项政策侧重点不同。P5 比较全面,包含的目标明确、内容丰富、时效期较长,在专科能力建设方面做了前瞻性的预测。P1 针对性较强,对专科评估方面的指导较多。但由于发布时间早,临床专科还处于初步探索阶段,相比于 P5 欠缺多角度、深层次的考虑,且时效较短,政策的可持续性不强。

P10、P11、P14、P15、P16、P17、P18、P19、P21、P22

分别为湖北、山东、福建、河北、四川、安徽、浙江、河南、吉林、贵州 10 省对“十四五”时期临床专科能力建设方案,对颁布时间相差不大的政策进行对比分析,有助于更好地总结同类型政策的优势和不足。加入国家政策 P4 作为参考值,参照图 7 进行具体分析。除了变量 X6 政策目标,其他变量得分均不高于参考值。表明各省在落实中央有关政策的过程中,响应力度和落实绩效差别较大,这与中央监管责任的缺乏密切相关。政策虽然主要是由中央政府制定,但负责具体传递、执行的是地方政府,因此在实践探索中,需对部分执行力度较弱的省份加强监督力度。

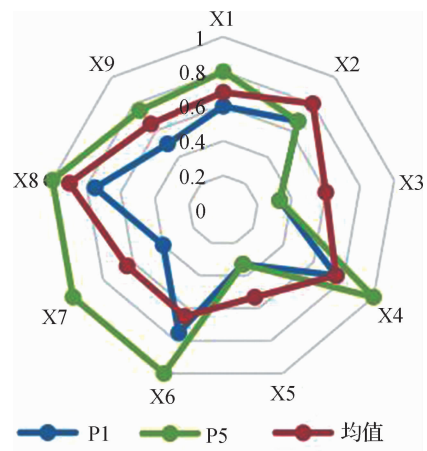


图6 政策 P1、P5 的戴布拉图

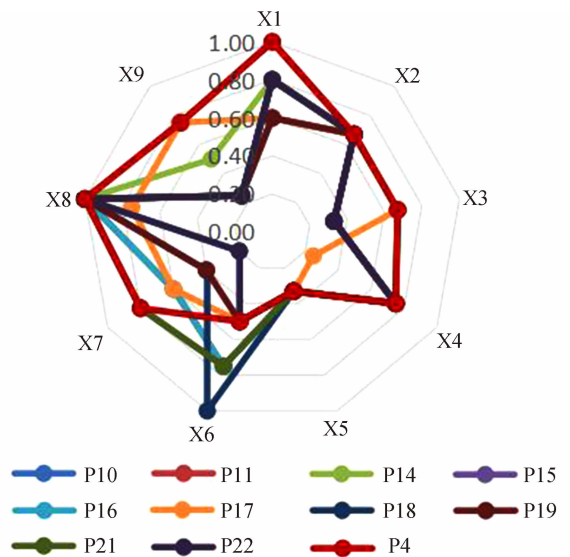


图7 “十四五”时期临床专科政策的戴布拉图

### 3 讨论与建议

通过政策量化研究,22 篇政策文件多是可接受型政策。说明临床专科政策总体制定较为合理,能

够科学指导专科建设的稳步发展。但在顶层设计、政策倾向、政策工具、激励约束手段等方面仍有很多改善空间。

### 3.1 强化顶层设计,激发省级政策实践创新

按照政策发布时间顺序,国家出台的5项政策PMC得分依次升高,这说明随着时间推移,中央发布的临床专科文件指导价值更高,可操作性更强,但是需要处理好中央顶层设计与地方自主性的关系。一方面,国家层面发布的政策较少,且内容缺乏连续性,为各省提供的可参考依据有限,这导致中央对地方的实践指导可持续性不强。另一方面,各地在实践探索中缺乏灵活性。根据政策文本显示,大多省份只是转达中央文件的内容,没有创新性的政策条目,并未形成建设成效较好且规模较大的示范区。因此,政策研究应推动顶层设计和地方实践有机结合。一方面,建议国家层面要发挥顶层设计的重要作用,制定统一、可操作性强的政策措施,关注政策内容的连续性,统筹管理各类专科,促进临床专科能力区域均衡发展。另一方面,省级层面要遵循国家政策指导要求,坚持“因地制宜、大胆探索、先试先行”原则,探索制定符合地方实际需要的创新政策。总之,既坚持顶层设计、统一领导,又鼓励地方实践创新,最大限度发挥国家和省级层面的临床专科政策效力,推动临床专科建设与发展。

### 3.2 注重政策倾向,促进均衡可持续发展

我国临床专科政策的目标主要集中在促进专科能力提升方面,包括完善医疗服务体系、临床技术创新和成果转化、医学人才培养和学科队伍建设等,而在促进专科均衡和可持续发展方面有所欠缺。政策倾向上,每个政策文本均包含国家、省级等层面的临床重点专科总体布局,但对亚专科、专科联盟、特色专科等指导性政策不足,专科能力发展不均衡。政策时效性上,临床专科政策规划时效主要为中短期(1~5年),缺少长期规划(5年以上)和年度规划(1年以内),一定程度上制约了临床专科的可持续发展。因此,建议政策多倾向于专科联盟建设方面,坚持开放协作策略,联合优质资源,促进亚专科、特色专科等技术交流。同时以此为依托,落实分级诊疗制度,推进优质资源下沉,优化规模效率<sup>[18]</sup>,以促进专科能力均衡发展。对于临床专科的可持续发展问题,关键在于政策时效长、中、短期的有机结合。多着眼于专科建设的长

远规划,善于分解目标,制定年度规划并对其实施效果进行监督考核。根据考核结果和内外环境变化,及时调整和修改计划。

### 3.3 优化政策工具,提高需求型政策执行力

当前,我国临床专科政策所采用的政策工具大部分是环境型和供给型,缺乏需求型政策工具的使用。其中,环境型政策是关于临床专科外部因素的政策,具体包括目标规划、组织实施、制度保障和考核评估等。供给型政策是对临床专科起到直接推动作用的政策,包括中央和地方政府为医院提供专项资金、人才培养、信息化建设等支持。需求型政策工具主要是通过试点示范、鼓励引导、宣传推广等方式激发市场需求,充分调动政府、医疗机构和社会组织等多主体参与的临床专科建设积极性。合理使用政策工具有助于政策的有效执行和落地实施,促进临床专科的高质量发展。因此,制定政策时应均衡政策工具结构,提升需求型政策工具使用比重。一是丰富需求评估手段,以人民群众医疗服务需求为导向,明确需求量大、供需矛盾突出的临床专科方向,鼓励和引导医疗机构打造一批优势专科或特色专科,充分发挥临床专科内多学科联合诊疗的优势。以需求升级带动供给提升,形成更高层次的供需动态均衡。<sup>[19]</sup>二是提升亚专科服务能力,优化亚专科设置,积极开展医疗机构临床亚专科试点工作,以满足人民群众多样化、差异化、个性化的医疗服务需要。三是大力宣传临床重点专科建设政策,为推动临床重点专科建设创造良好发展环境。

### 3.4 丰富激励手段,建立完善的约束机制

临床专科政策激励方式主要为财政补贴、人才培养、制度保障等物质层面的正面激励方式,缺乏对专科建设不力而进行惩罚的约束手段。实际上,大部分政策都制定了监督考核机制,包括项目单位定期自查、政府部门不定期检查和随机抽查等形式,并设置了落实问责制度,但需要进一步强化对实施效果的评价和考核结果的运用。丰富的激励手段和完善的约束机制有利于促进临床专科的可持续发展。因此,政策制定和改进既要采用物质和精神、经济和非经济等多样化的激励措施,还需从国家和省级层面加强监督约束机制。一方面,培育和凝练专科特色文化内涵,以文化引领塑造专科团队精神,提升团队凝聚力和归属感,助力临床专科可持续发展。另一方面,建立和完善奖惩分明的监督约束机制,包括



细化评价方案、规范考核方式、明确监督流程等,重点加强对考核结果的实际应用,尤其针对“重申报、轻建设”的临床重点专科团队,要及时制定整改清单,对整改不到位的可撤销其临床重点专科称号。多措并举,盘活临床专科优势资源,更好地带动区域内的专科诊疗水平,满足人民群众就医看病需求。

**作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。**

### 参 考 文 献

- [1] 魏田,马丽平,陈晔,等. 国外临床专科能力评价方法及其对我国的启示[J]. 中国医院管理, 2019, 39(3): 18-21.
- [2] 安宁波,汤嘉军,付恒,等. 临床重点专科绩效评估指标体系构建研究[J]. 中国卫生事业管理, 2018, 35(8): 569-572.
- [3] 朱武,陶红兵,许亦群,等. DRG 在深圳市某区临床重点专科评估中的应用[J]. 中国医院管理, 2021, 41(2): 33-38.
- [4] 朱榕,张莉,李娟,等. 医疗大数据时代护理亚专科建设的SWOT分析[J]. 护理研究, 2018, 32(1): 145-147.
- [5] 徐雷,巩克波,陈芸,等. 山东省“互联网+”儿童专科医疗联合体实践探索[J]. 中国医院管理, 2022, 42(8): 88-90.
- [6] 刘笑明,沈一丹,徐梦,等. 基于 5M1E 分析法的区域性专科联盟同质化管理研究[J]. 中国医院, 2022, 26(11): 19-21.
- [7] 包江波,何珂,汪玲. 对我国临床重点专科/学科评价和建设工作的回顾与思考[J]. 中国卫生资源, 2013, 16(5): 315-317.
- [8] 白雪,朱思宇,方鹏骞. 国家临床重点专科项目计划编制现状及改进策略探析[J]. 中国医院, 2023, 27(8): 9-12.
- [9] Estrada MAR. Policy modeling: definition, classification and evaluation[J]. Journal of Policy Modeling, 2011(33): 523-536.
- [10] 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.
- [11] 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.
- [12] 杨赐然,毛宗福,崔丹. 新医改背景下公立医院改革政策评价[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(4): 36-44.
- [13] 徐萍萍,赵静,李春晓,等. 我国中央层面家庭医生签约服务政策量化评价:基于 PMC 指数模型[J]. 中国全科医学, 2023, 26(4): 440-446.
- [14] 王定才,叶小燕,陈永成. 基于 PMC 指数模型的“互联网+医疗”相关政策量化评价研究[J]. 中国医院, 2023, 27(8): 34-37.
- [15] 吴勤德,赵梓钧,谢贤宇,等. 基于 PMC 指数模型的我国 DRG 收付费改革政策文本分析[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(11): 8-12.
- [16] 薛惠元,张永高. 共同富裕视域下我国长期护理保险政策评价与优化路径研究:基于 PMC 指数模型[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(6): 10-19.
- [17] 翟运开,郭柳妍,赵栋祥,等. 基于 PMC 指数模型的远程医疗政策评价[J]. 信息资源管理学报, 2022, 12(2): 112-122, 137.
- [18] 宁莉燕,卢红建,孙艺梅,等. 跨域医联体建设中某三级公立医院临床专科效率分析[J]. 江苏卫生事业管理, 2022, 33(9): 1137-1141, 1154.
- [19] 黄石松,孙书彦. 政策工具视角下我国养老服务体系建设研究[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(9): 19-26.

[收稿日期:2023-10-10 修回日期:2023-11-14]

(编辑 赵晓娟)