基于PMC指数模型的医疗机构检查检验结果互认政策量化评价

李格源[1,2*] 田 雨[1] 马骋宇[1] 彭 然[1] 庞亚楠[2] 齐 鑫[2] 孙 鑫[2]
1. 首都医科大学公共卫生学院 北京 100069
2. 国家癌症中心/国家肿瘤临床医学研究中心/中国医学科学院北京协和医学院肿瘤医院 北京 100021

【摘 要】目的:基于PMC指数模型对2006—2025年我国国家及地方层面检查检验结果互认政策文本进行量化评估,为政策制定和完善提供参考。方法:采用ROSTCM6软件对国家及地方层面出台的27份政策文件进行梳理及文本挖掘,建立我国检查检验结果互认政策PMC指数模型,通过9个一级变量和39个二级变量的PMC评价体系进行量化分析。结果:27项政策的PMC指数均值为6.06(优秀水平),其中4项等级为完美,18项等级为优秀,5项等级为可接受。结论:当前需设定科学可行的政策目标,健全法律保障与医保协同机制,构建完善的数据安全维护体系,为检查检验结果互认工作的持续推进提供政策支持及保障。

【关键词】检查检验;结果互认;文本挖掘;政策评价;PMC指数模型
中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2025.07.003

Quantitative evaluation of the policy on mutual recognition of medical examination and inspection results in medical institutions based on the PMC index model

LI Ge-yuan[1,2], TIAN Yu[1], MA Cheng-yu[1], PENG Ran[1], PANG Ya-nan[2], QI Xin[2], SUN Xin[2]
1. School of Public Health, Capital Medical University, Beijing 100069, China
2. National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, Beijing 100021, China

【**Abstract**】Objective: To quantitatively evaluate the policy texts on mutual recognition of examination and inspection results at the national and local levels in China from 2006 to 2025 based on the PMC index model, and provide reference for policy formulation and improvement. Methods: The ROSTCM6 software was used to sort out and conduct text mining on 27 policy documents issued at the national and local levels, establishing the PMC index model for the mutual recognition of examination and inspection results in China. Quantitative analysis was conducted through a PMC evaluation system consisting of 9 first-level variables and 39 second-level variables. Results: The average PMC index was 6.06 (excellent level). Among the 27 policies, 4 were rated as perfect, 18 as excellent, and 5 as acceptable. Conclusions: Current policies need to strengthen the formulation of scientific and feasible goals, improve legal guarantees and medical insurance coordination mechanisms, and build a complete data security maintenance system to provide policy support and guarantees for the continuous advancement of the mutual recognition of examination and inspection results.

【**Key words**】Examination and inspection; Mutual recognition of results; Text mining; Policy evaluation; PMC index model

* 基金项目:首都卫生管理与政策研究基地2025年度开放性课题项目(2025JD07)
作者简介:李格源(2005年—),女,本科生,主要研究方向为卫生政策、卫生经济学评价。E-mail:18171580546@163.com
通讯作者:孙鑫。E-mail:sunxin@cicams.ac.cn

医学检查检验结果互认指在政策规定的范围内，由合规的医疗机构或专业检测机构提供的检查、化验结果，在其有效期内可被不同医疗单位、科室或执业医师多次采纳，作为临床诊疗的参考依据的过程。[1]2006年原卫生部办公厅发布《关于医疗机构间医学检验、医学影像检查互认有关问题的通知》（卫办医发〔2006〕32号），标志着我国医疗机构间检查检验结果互认政策正式启动。为此各级卫生健康行政部门积极响应，在实践层面开展了一系列探索性工作，致力于构建互认机制的有效实施路径。实现不同医疗机构间的检查检验结果互认，有助于提高医疗资源利用率，降低医疗费用，提高诊疗效率，进一步改善群众就医体验。从宏观视角来看，检查检验结果互认政策的推行不仅有助于推动医院高质量发展，更为深化医药卫生体制改革注入了新的动力，具有深远意义。[2]近年来，随着互联网技术的飞速发展和公立医院高质量发展的需要，为实现检查检验结果互认提供了新思路和新动能，为此国家及地方层面相继出台了一系列政策文件，相关学者也进行深入研究，但主要集中于政策执行层面的探讨，包括实施现状[2-4]、影响因素[5-6]及地方实践经验[7-10]等，但鲜有对于检查检验结果互认政策文本的量化评估，而科学评价政策文本的质量，不仅能够为政策优化提供依据，更能从制度设计层面保障检查检验结果互认工作的有效落实。鉴于此，本研究将系统梳理2006—2025年国家及地方出台的与检查检验结果互认工作相关的政策文件，构建PMC指数模型，从多维度量化评估检查检验结果互认相关政策质量现状，为增强政策的完整性、可行性和实践性提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究选取2006年以来国家及各地方发布的检查检验结果互认政策文本作为研究对象，京津冀鲁及川渝等区域联合发布的检查检验结果互认政策也纳入分析范畴，以期全面考察不同发展水平地区及区域协作框架下的政策特点与实践模式。以“检查检验”“结果互认”为检索词检索国家卫生健康委、各省（自治区、直辖市）卫生健康委官网以及北大法宝数据库，样本纳入标准为：（1）发文内容必须与检查检验结果互认主题密切相关；（2）为确保政策聚焦于医疗机构检查检验结果互认工作，发文单位包括国家卫生健康委员会或省（自治区、直辖市）的卫生健康委员会；（3）2006年1月1日—2025年5月31日间发布且现行有效的政策；（4）政策类型为：行政法规、部门规章、规范性文件、指导意见、通知公告等；排除标准为：（1）检查检验结果互认医疗机构及互认项目清单等地方工作文件；（2）单纯的互认项目清单或操作指南；（3）已废止的政策文件。经过检索，共得到38份政策文件，按照纳入排除标准进行筛选后得到27份政策文本，其中P1—P4为国家层面政策文件，P5—P23为各省市政策文件，P24—P27为区域联合发布的政策文件（表1）。

表1　检查检验结果互认政策示例

序号	时间	政策	发文机关
P1	2024	《关于进一步推进医疗机构检查检验结果互认的指导意见》	国家卫生健康委、国家发展改革委、财政部、国家医保局、国家中医药局、国家疾控局、中央军委后勤保障部卫生局
P2	2022	《医疗机构检查检验结果互认管理办法》	国家卫生健康委、国家医保局、国家中医药局、中央军委后勤保障部卫生局
P3	2021	《国家卫生健康委办公厅关于加快推进检查检验结果互认工作的通知》	国家卫生健康委办公厅
P4	2006	《关于医疗机构间医学检验、医学影像检查互认有关问题的通知》	卫生部办公厅
P5	2024	《北京市医疗机构检查检验结果互认工作实施方案》	北京市卫生健康委员会、中央军委后勤保障部卫生局、北京市医疗保障局、北京市中医药管理局
…	…	…	…
P26	2023	《关于加快推进川渝两地二级及以上医疗机构检查检验结果互认工作的通知》	重庆市卫生健康委员会、四川省卫生健康委员会
P27	2024	《关于全面推进川渝两地二级及以上公立医疗机构检查检验结果互认工作的通知》	四川省卫生健康委员会、重庆市卫生健康委员会

1.2 政策文本挖掘分析

本研究纳入的政策文本均为专项政策，因此将其全文本纳入分析，并按照发文地区进行排列，形成文本数据库。将全部政策文本及按时间分类后的政策全文导入ROSTCM6软件，首先利用内置分词工具进行自动分词，同时加载自定义政策词典（包含“检查检验”“互认标准”“医疗机构”等核心术语）以提高专业术语识别精度，随后通过软件的停用词功能剔除无实质意义的通用词汇，并手动核查剔除与研究主题无关的高频泛义词，同时对近义词进行合并处理；基于处理后的分词结果生成词频统计表，筛选前20位的高频词作为分析对象，通过软件中的“共现矩阵”功能统计高频词在特定上下文中的共现次数，形成对称的词共现矩阵。将该矩阵数据导入社会网络分析模块，以高频词作为节点、共现频次作为边权重，生成语义网络图后，重点识别网络中度中心性与特征向量中心性较高的节点，这些节点通常代表与核心政策概念存在强关联的关键词。

1.3 PMC指数模型的构建

PMC（Policy Modeling Consistency）指数模型基于Omnia Mobilis假说，认为万事万物都是运动联系的，所有的变量都需要被考虑，不忽视任一可能的变量。[11] PMC指数模型可以科学客观的展示政策之间的一致性及可能存在的缺陷与优势。[12]PMC指数模型的构建共分为三个步骤：变量选取与多投入产出表的构建、PMC指数的计算以及PMC曲线图的绘制，最后计算各项政策各一级变量的均值，绘制雷达图，观测政策制定的短板。

第一步是变量选取与多投入产出表的构建。本研究基于PMC指数模型的既往研究文献，依据政策文本挖掘和网络语义分析结果，结合政策实施中的现实困境、地方先进经验以及政策文本的固有特征，进行变量选取与参数识别，构建检查检验结果互认政策文本量化分析评价体系。根据政策评价体系，分别对各政策文本进行文本内容分析，若政策文本中明确包含评价指标对应的相关内容，则赋值“1”，否则赋值“0”，最终构建出多投入产出表。

第二步是PMC指数的计算。根据多投入产出表的结果进行计算，二级变量的取值符合[0,1]分布（式1），一级变量取值区间为[0,1]（式2）。首先，通过式（3）计算各一级变量得分，该值为所属二级变量得分的算术平均值，其数值范围位于[0,1]之间。然后按照式（4），将所有一级变量得分加和，得到PMC指数。根据ESTRADA等[11]建立的评价标准，将检查检验结果互认政策的量化情况划分为4个等级：7.00~9.00分为完美，5.00~6.99分为优秀，3.00~4.99分为可接受，0.00~2.99分为不良。

$$X_{tj} \sim [0,1] \tag{1}$$

$$X_t = \{XR:[0\sim1]\} \tag{2}$$

$$X_t = \left[\sum_{j=1}^{n} \frac{X_{tj}}{T(X_{tj})}\right]$$

（t为一级变量，j为二级变量） （3）

$$\begin{aligned}\mathrm{PMC} = \sum_{i=1}^{9}\left(X_t\left[\sum_{j=1}^{n}\frac{X_{tj}}{T(X_{tj})}\right]\right) = \\ \left[X_1\left(\sum_{i=1}^{4}\frac{X_{1i}}{4}\right) + X_2\left(\sum_{i=1}^{4}\frac{X_{2i}}{4}\right) + \right. \\ X_3\left(\sum_{i=1}^{3}\frac{X_{3i}}{3}\right) + X_4\left(\sum_{i=1}^{6}\frac{X_{4i}}{6}\right) + \\ X_5\left(\sum_{i=1}^{2}\frac{X_{5i}}{2}\right) + X_6\left(\sum_{i=1}^{3}\frac{X_{6i}}{3}\right) + \\ X_7\left(\sum_{i=1}^{5}\frac{X_{7i}}{5}\right) + X_8\left(\sum_{i=1}^{3}\frac{X_{8i}}{3}\right) + \\ \left. X_9\left(\sum_{i=1}^{9}\frac{X_{9i}}{9}\right)\right]\end{aligned} \tag{4}$$

第三步是PMC曲面图的绘制。PMC曲面可以多个维度直观呈现政策文本的质量特征，不同颜色代表指标的不同得分，其中高分区对应曲面隆起形态，低分区则呈现凹陷特征。政策凹陷指数=10-PMC，用以反映PMC曲面图的凹陷情况。此外，本研究基于所有政策平均PMC指数绘制雷达图以更直观地呈现各评估维度的得分情况，反映政策的优势领域与待改进方向。

2 结果

2.1 文本挖掘结果

本研究采用对检查检验结果互认政策文本进行语义网络分析。如图1所示，通过构建政策文本的语义网络图发现，“健康”“影像”“临床”“保障”等词汇与核心词呈现出较强的关联性。剔除“建立”“建设”“发展”“改革”等通用词汇以及对“健全”“完善”等语义相近的词汇进行归并处理后编制出高频词频率统计表（表2）。除“检查检验”“结果互认”“检查”“检验”等主题词外，“医疗机构”“健康”“共享”等词出现频率最高。在语义网络图中，“质量”“卫生”“健康”“项目”等词作为重要节点，2025年国家卫生健康委将“提高医疗机构检查检验结果互认率”列为国家医疗质量安全改进目标，正如图1所示，“医疗”“检查检

验”“结果互认”等主题词与“质量”节点联系紧密。同时,“行政部门”“管理”“共享”等节点的分布表明,政策落地需要行政部门的制度设计与监管推动,也需要医疗机构完善内部管理机制,建立统一的数据共享平台打破信息壁垒。

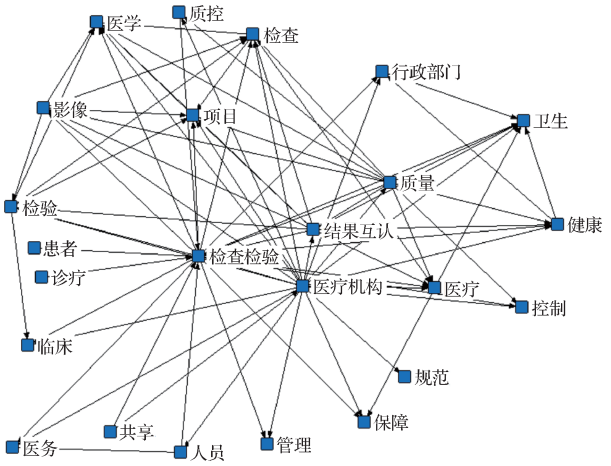

图 1　语义网络图

表 2　检查检验结果互认政策高频词

序号	词汇	频次	序号	词汇	频次
1	检查检验	849	11	临床	165
2	医疗机构	678	12	人员	140
3	结果互认	408	13	保障	122
4	检查	358	14	评价	121
5	医疗	286	15	医务	116
6	检验	274	16	数据	115
7	健康	272	17	医院	94
8	医学	239	18	建设	91
9	影像	233	19	平台	81
10	共享	189	20	标准	81

将政策文本按时间分组后,分别进行高频词统计,排名前五位的高频词如表 3 所示,从高频词的时序变化可以看出,政策关注点呈现出从行政管控向临床实践再向协同治理逐步深化的趋势。早期以“质量”“控制”“行政部门”为高频词,体现出政策起步阶段主要以行政管理为主;随后“临床”“医院”“患者”等实践主体词汇开始凸显,反映出政策开始聚焦于医疗服务终端;近期已经形成“质量、项目、人员、共享”的稳定词群,显示出检查检验结果互认政策对多利益相关主体以及数据共享平台的重视。“项目”“质量”等词始终高频,说明政策始终对互认项目规则的重视,并对医疗质量控制及提升的持续关注。经过筛选的高频词可作为潜在变量,为后续构建 PMC 指数模型的多投入产出表提供二级变量选择依据。

表 3　政策文本按时间分组前五位高频词

时间	前五位高频词
2006	质量、控制、行政部门、项目、技术
2019	质量、项目、控制、中心、质控
2020	项目、临床、中心、质控、医院
2021	共享、项目、质量、患者、人员
2022	质量、项目、管理、评价、人员
2023	质量、项目、中心、保障、质控
2024	质量、项目、质控、人员、患者
2025	项目、质量、人员、组织、共享

2.2 PMC 指数分析结果

2.2.1 变量识别与选取

本研究参考既往对 PMC 指数模型的研究[13-16],结合检查检验结果互认政策的执行现状[3-9]以及文本挖掘结果,最终构建出 9 个一级变量和 39 个二级变量的检查检验结果互认政策量化评价体系,从而多维度地对我国检查检验结果互认政策进行评价(表 4)。

表 4　检查检验结果互认政策评价体系

一级变量	二级变量	二级变量评价标准
政策性质(X1)	X11 建议	政策是否为检查检验结果互认工作的推进提供建议或意见
	X12 描述	政策是否有关于如何推进工作的具体描述
	X13 预测	政策是否体现目标或预期
	X14 支持	政策是否有为检查检验结果互认工作提供政策支持
发文单位(X2)	X21 国家卫生健康委员会	发文单位是否包括国家卫生健康委员会
	X22 地方卫生行政管理部门	发文单位是否包括地方卫生行政管理部门
	X23 国家或地方医疗保障局	发文单位是否包括国家或地方医疗保障局
	X24 其他部门	发文单位是否包括其他部门
政策时效(X3)	X31 长期	政策时效是否涉及大于 5 年规划
	X32 中期	政策时效是否涉及 3~5 年规划

表4　检查检验结果互认政策评价体系（续）

一级变量	二级变量	二级变量评价标准
	X33短期	政策时效是否涉及小于3年规划
政策受体(X4)	X41患者	政策是否作用于患者
	X42卫生行政部门	政策是否作用于卫生行政部门
	X43医疗机构	政策是否作用于医疗结构
	X44临床医务人员	政策是否作用于临床医务人员
	X45行政或医技人员	政策是否作用于医院行政或医技人员
	X46医保机构	政策是否作用于医保机构
政策视角(X5)	X51宏观	政策是否涉及总体纲要内容
	X52微观	政策是否涉及具体细则或方法
政策工具(X6)	X61供给型	政策是否涉及资金支持、公共服务、设施建设等内容
	X62环境型	政策是否涉及标准规范、目标规划等内容
	X63需求型	政策是否涉及平台或试点建设
激励约束(X7)	X71法律法规	政策是否涉及法律法规的约束措施
	X72财政补贴	政策是否涉及财政补贴的激励措施
	X73人才培养	政策是否涉及人才培养的激励措施
	X74政策落实	政策是否涉及政策落实的激励措施
	X75监督考核	政策是否涉及监督考核的约束措施
政策评价(X8)	X81目标合理	政策是否具有合理的目标
	X82依据充分	政策是否具有充分的依据
	X83措施可行	政策是否提出可行的措施
政策内容(X9)	X91信息化智能化	政策是否涉及信息化智能化
	X92人员保障	政策是否涉及人员保障
	X93互认标准	政策是否涉及互认标准
	X94工作评价	政策是否涉及工作评价
	X95医联体	政策是否涉及医联体
	X96平台建设	政策是否涉及平台建设
	X97质量控制	政策是否涉及质量控制
	X98医保基金	政策是否涉及医保基金
	X99数据安全和隐私	政策是否涉及政策安全和隐私

2.2.2 PMC指数计算结果

基于前文构建的政策量化评价体系，形成多投入产出表，计算得到27项政策的PMC指数。结果显示，在纳入评估的27项政策中，质量等级分布如下：完美等级4项(14.8%)，优秀等级18项(66.7%)，可接受等级5项(18.5%)。所有政策的PMC指数均值为6.06，凹陷指数均值为3.94，整体政策质量达到优秀水平(表5)。说明样本政策总体设计合理，我国检查检验结果互认政策日趋完善，基本形成了在国家层面总体指导下，各地方进行特色探索的整体格局。

表5　检查检验结果互认政策的PMC指数

	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	PMC	凹陷指数	等级	排名
P1	1.00	0.75	1.00	1.00	1.00	1.00	0.60	1.00	0.78	8.13	1.87	完美	1
P2	0.75	0.75	0.33	0.83	0.50	0.67	1.00	0.67	1.00	6.50	3.50	优秀	8
P3	0.75	0.25	0.67	0.67	1.00	0.67	0.60	0.67	0.67	5.95	4.05	优秀	14
P4	0.75	0.25	1.00	0.50	0.50	0.33	0.40	0.33	0.22	4.28	5.72	可接受	26
P5	0.75	0.75	0.33	0.83	0.50	0.67	0.80	0.67	0.89	6.19	3.81	优秀	12
P6	1.00	0.75	0.33	1.00	1.00	1.00	0.80	1.00	0.89	7.77	2.23	完美	3
P7	1.00	0.50	0.33	0.67	1.00	0.67	0.60	1.00	0.56	6.33	3.67	优秀	11
P8	1.00	0.75	0.67	1.00	1.00	1.00	0.80	1.00	0.78	8.00	2.00	完美	2
P9	1.00	0.50	0.33	0.83	1.00	1.00	0.80	1.00	1.00	7.46	2.54	完美	4

表 5　检查检验结果互认政策的 PMC 指数（续）

	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	PMC	凹陷指数	等级	排名
P10	1.00	0.75	0.33	0.83	0.50	0.67	0.80	1.00	0.78	6.66	3.34	优秀	6
P11	0.75	0.75	0.33	0.83	0.50	1.00	0.80	0.67	1.00	6.63	3.37	优秀	7
P12	1.00	0.75	0.33	0.83	1.00	0.67	0.60	1.00	0.78	6.96	3.04	优秀	5
P13	0.75	0.75	0.67	0.50	0.50	0.33	0.40	0.67	0.33	4.90	5.10	可接受	23
P14	0.75	0.25	0.33	0.67	0.50	0.33	0.60	0.67	0.56	4.66	5.34	可接受	25
P15	0.75	0.25	0.33	0.67	0.50	0.33	0.40	0.67	0.33	4.23	5.77	可接受	27
P16	0.75	0.50	0.67	0.67	0.50	0.67	0.60	0.67	0.56	5.59	4.41	优秀	20
P17	0.75	0.50	0.33	0.83	0.50	1.00	0.80	0.67	1.00	6.38	3.62	优秀	9
P18	1.00	0.25	0.33	1.00	0.50	0.67	0.60	1.00	0.67	6.02	3.98	优秀	13
P19	1.00	0.25	0.67	0.83	1.00	0.67	0.60	0.67	0.67	6.36	3.64	优秀	10
P20	0.75	1.00	0.67	0.67	0.50	0.33	0.60	0.67	0.56	5.75	4.25	优秀	16
P21	1.00	0.75	0.33	0.67	0.50	0.33	0.60	1.00	0.56	5.74	4.26	优秀	17
P22	1.00	0.25	0.33	0.50	0.50	0.33	0.60	1.00	0.33	4.84	5.16	可接受	24
P23	1.00	0.50	0.33	0.67	0.50	0.33	0.60	1.00	0.67	5.60	4.40	优秀	19
P24	1.00	0.25	0.33	0.67	0.50	0.67	0.60	1.00	0.89	5.91	4.09	优秀	15
P25	1.00	0.25	0.33	0.67	0.50	0.67	0.80	1.00	0.44	5.66	4.34	优秀	18
P26	1.00	0.25	0.33	0.67	0.50	0.67	0.60	1.00	0.56	5.58	4.42	优秀	21
P27	1.00	0.25	0.33	0.67	0.50	0.67	0.60	1.00	0.56	5.58	4.42	优秀	22
均值	0.90	0.51	0.46	0.75	0.65	0.64	0.65	0.84	0.67	6.06	3.94	优秀	

在政策时效维度，短期政策占比较高（70.4%），中期政策（22.2%）相对不足，只有两项长期政策，而检查检验结果互认政策的有效落实需要较长时间的持续推进和贯彻，这也提示后期再完善政策时应进一步立足长远，避免“短时效应”。在发文单位维度，10 项政策同时包含卫健委、医保局和其他部门，11 项政策只包括卫健委，2 项政策包含卫健委和其他部门，4 项政策包含卫健委和医保局，提示部分政策可能需加强跨部门协作以提升政策实施效能。在激励约束维度，绝大多数政策往往都涉及人才培养、政策落实、监督考核方面的内容，而对财政投入（仅 7 项提及）和法律法规建设（仅 2 项提及）等关键支撑要素的关注不足，可能导致激励约束机制在实施过程中缺乏必要的资源保障和制度支撑。在政策工具维度，供给型政策工具应用不足，其中 74.0% 的政策未涵盖资金投入、设施建设等关键内容；在政策视角方面，国家级政策同时兼顾宏观和微观视角，而地方政策则多聚焦于如何具体实施的微观层面。政策内容维度方面，对医保基金监管、数据安全及患者隐私保护等关键议题的覆盖不够充分。

政策性质、政策受体及政策评价三个维度整体表现相对突出，其中政策性质和政策评价维度未能达到满分水平，可能主要在于 59.3% 的政策文本未能设定明确清晰的政策目标；在政策受体维度，大多数政策文本覆盖了患者、医疗机构、医务人员、卫生健康行政部门等利益相关方，对行政或医技等职能科室的关注度不足（图 2）。

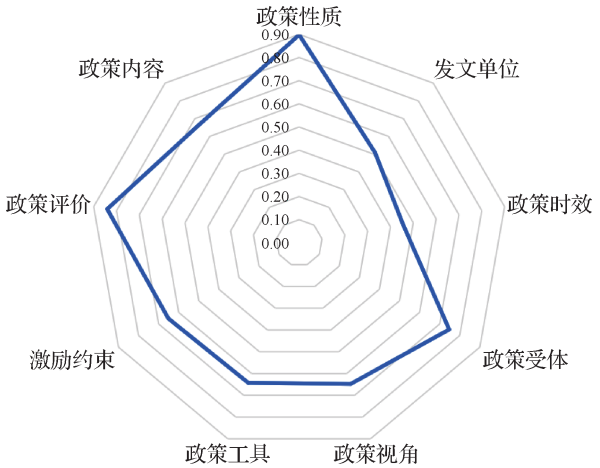

图 2　检查检验结果互认政策的 PMC 均值雷达图

2.2.3 PMC 曲面图分析

本研究将 9 个一级变量的得分转化为一个 3*3 的矩阵，绘制出 PMC 曲面图。其中，纵坐标表示 PMC 指标的具体数值，平面坐标分别对应 X1—X9 的不同维度。受篇幅限制，本文只展示政策 P1、P5、P9、P24 的 PMC 曲面图，在国家级、区域联合发文和地方政策中选取有代表性的政策结合 PMC 曲面图进行评价总结。

在国家层面出台的政策中，政策P1《关于进一步推进医疗机构检查检验结果互认的指导意见》（国卫医政发〔2024〕37号）排名第一，评级为“完美”。作为检查检验结果互认领域的核心指导性文件，该政策在各评估维度均表现出色，6个一级指标均获满分。该政策系统规划了我国检查检验结果互认的中期发展路径，从基本原则、实施路径到保障机制进行了全面部署。文件不仅确立了检查检验结果互认工作的基本原则，还涉及了信息化建设、人才队伍建设、绩效考核、医联体协作、共享平台搭建、质量控制体系以及医保支付配套等关键环节，体现出国家层面在政策设计上的系统性和完整性，但不足之处在于政策内容方面缺乏对信息安全和患者隐私方面的考量。

在区域联合发布的政策中，政策P24《京津冀鲁区域医疗机构检查检验结果互认工作实施方案》（京卫医〔2025〕34号）排名第15，评级为“优秀”。该政策作为区域性执行文件，具备具体的目标或预期，突出跨省协作特色，通过建立统一的互认标准体系和四地联动机制，在操作层面系统规范了工作流程与责任分工。政策内容维度分数较高，说明涵盖内容全面，操作层面也各有涉及，推动了区域医疗资源高效整合。

在地方发布的政策文件中，政策P5《北京市医疗机构检查检验结果互认工作实施方案》（京卫医〔2024〕28号）PMC指数为6.19，评级为“优秀”，作为京津冀鲁区域联合政策的重要参考文件，该政策政策受体和政策内容覆盖较为全面，但缺点在于缺乏具体目标。政策P9《关于进一步深入推进上海市医疗机构检查检验结果互认工作通知》PMC指数为7.46，评级为“完美”，该政策政策内容和政策受体覆盖全面，涉及财政投入和设施建设内容，能够为检查检验结果互认政策的持续推进提供良好的物质保障（图3）。

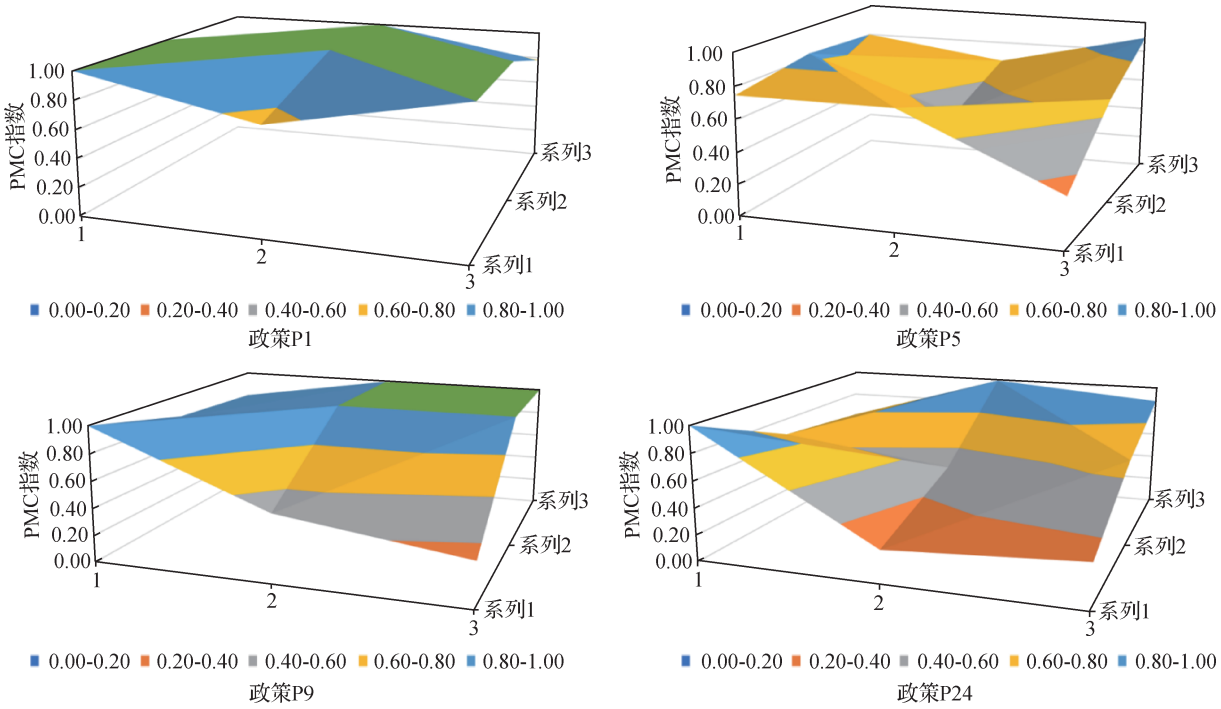

图3　部分典型的检查检验结果互认政策的PMC曲面图

3 讨论与建议

3.1 统一医疗机构质控标准，建立分级分类互认机制

研究结果表明，我国检查检验结果互认政策整体上具有较高的政策水平，其科学性和可操作性基础较为扎实。从政策受体来看，该政策覆盖了医疗机构、医务人员和患者等多个主体；从政策内容来看，基本涵盖了互认标准、流程规范等核心要素，已初步形成相对完整的政策框架体系。但在推进医疗机构检查检验结果互认过程中，互认规则往往缺少对不同等级医疗机构间质控问题的考虑。由于三级医疗机构拥有更为完善的质控体系和更先进的设备条件，二级医疗机构认可三级医疗机构的检查检验

结果通常具有较高的可行性，但三级医疗机构对二级医疗机构结果的认可则需要采取更为审慎的态度。因此，应当建立科学合理的分级分类互认机制，各级检验和影像质控中心应当充分发挥专业指导和技术支持作用，通过定期开展室间质评、组织人员培训、建立标准化操作流程等方式，持续提升各级医疗机构的检测质量同质化水平；对于部分技术要求较高的特殊检查项目，例如肿瘤专科中的肿瘤标志物和相关影像学检查等高精度检查检验项目，可以考虑建立项目准入制度，只有通过专业评估达到相应质量标准的医疗机构才能纳入互认范围。[7-8]建立“因质制宜”“因病制宜”的分级互认模式，能够有效促进检查检验结果互认政策的可持续发展。

3.2 系统优化激励约束体系，建立健全多元保障机制

在激励约束维度方面，当前政策虽然在人才培养、政策落实和监督考核等方面已有所侧重，但在法律保障层面和财政补贴方面仍存在不足。法律法规方面，现行《执业医师法》和《医疗机构管理条例》要求医师必须核实本院检查结果，而医疗事故鉴定通常不采纳外院报告作为证据，这种制度设计使医疗机构面临潜在法律风险，强化了保守诊疗倾向。[5]为此，应考虑检查检验结果的质量差异和时效性等关键问题，建立科学合理的检查检验结果互认规则体系，并以此为基础构建与之配套的权责明确、操作性强的法律法规框架，特别是要细化医疗纠纷情形下的责任认定标准。[17]

医保财政支持方面，检查检验结果互认政策的实施将显著改变医疗机构的收入结构，可能导致运营管理压力加剧、成本控制难度加大等问题。这就要求对既有的科室绩效分配体系进行系统性重构[18-20]，确保医务人员不会因该政策的实施而影响工资绩效。在医保政策方面，应在提升基金使用效率的同时，为开展互认的医疗机构提供适当便利；在财政投入方面，有条件的地区可设立专项资金，用于支持必要的设备更新和信息化建设。通过一系列支持投入措施，消除医疗机构的后顾之忧，实现从“不敢认”到“敢认愿认”的转变。

3.3 注重信息技术发展趋势，建立数据安全保护机制

随着信息技术的快速发展，构建标准化、同质化的医疗信息平台已成为推进检查检验结果互认政策实施的关键路径。[21]如东部地区（上海、广东、浙江等）通过推行居民健康卡、完善电子病历、搭建区域信息平台等措施，率先建立了较为完善的数据互通机制，为检查检验结果互认提供了良好的信息化基础。[22]但在注重信息化发展趋势的同时，信息安全保障体系的建设同样不容忽视。

研究发现，现有政策对信息化平台建设的关注程度明显高于信息安全保障。而在数字化时代，信息安全已成为医疗信息化发展必须面对的重要议题。[23]同时，现代信息技术为安全保障提供了多样的解决方案，例如利用区块链技术的不可篡改、可追溯等特性，可以构建“统一存储、防篡改、可追溯”的安全技术架构[21, 24-25]，确保互认信息的真实性、完整性和不可否认性[26-27]。同时，应在政策层面强化对数据安全的重视程度，明确伪造、变造、隐匿、涂改检查检验结果等行为所应承担的法律责任；另外，建议卫生健康行政部门在对检查检验质量情况进行抽查的同时，增加数据安全抽查内容，从监管方面实现数据全生命周期的安全防护。

作者贡献：李格源负责文献检索、数据与资料分析、论文撰写和修改；田雨负责文章审读、提供理论见解；马骋宇负责文章审读、提供理论见解、研究框架指导；彭然负责文献检索；庞亚楠、齐鑫负责提供理论见解；孙鑫负责论文主题制定、研究框架指导、提供理论见解、文章审读和修改。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 项晶晶，高奇隆．医学检查检验结果互认下临床行为改变的实证研究[J]．浙江医学，2022，44(15)：1683-1686.

[2] 陈斌，卢中心．医学检验结果互认的实施现状分析[J]．医学与社会，2013，26(6)：51-53.

[3] 李瑞芳，谷佳伟，孙艳，等．医疗机构检查检验结果互认存在的问题与发展策略[J]．中国医院管理，2023，43(4)：93-96.

[4] 熊怀民，蒋廷旺，周金保，等．区域化临床检验结果互认的探索与实践[J]．上海交通大学学报（医学版），2013，33(4)：493-496.

[5] 吴显兰，袁永强．医疗机构检查检验结果互认之思考[J]．卫生经济研究，2017(6)：53-54.

[6] 肖晓华，廖惠，梁恒斌，等．三级医院医疗检查结果互认实施现状及影响因素分析[J]．中国医院管理，2019，39(5)：17-19.

[7] 殷明刚，杨新春，徐雪梅，等. 自贡市区域检验中心检验结果互认体系的建立和运用[J]. 成都医学院学报，2020，15(6)：796-800.
[8] 汤荣睿，李娟，刘张玲，等. 重庆市区域化检验结果互认可行性及质量控制研究[J]. 国际检验医学杂志，2018，39(21)：2637-2640.
[9] 李婷婷，王薇，赵海建，等. 关于京津冀地区132家医疗机构临床检验定量测定结果互认质量和技术监管的建议[J]. 临床检验杂志，2017，35(3)：212-214.
[10] 王鑫，李瑞，兰蓝，等. 北京市检查检验结果互认数据对接实践与思考[J]. 中国卫生信息管理杂志，2024，21(6)：838-843.
[11] ESTRADA M A R. Policy modeling：Definition，classification and evaluation[J]. Journal of Policy Modeling，2011，33(4)：523-536.
[12] 兰娅菲，韩朦，陈颖，等. 国家中医药产业政策评价研究：基于PMC指数模型[J]. 中国卫生事业管理，2022，39(4)：280-286.
[13] 张莹，钱东福. 我国省级层面医保定点药店管理政策量化评价：基于PMC指数模型[J]. 中国卫生政策研究，2024，17(12)：44-51.
[14] 刘嘉慧，杨梦娇，王伊凡，等. 我国深度老龄化地区长期护理保险政策的量化评价：基于PMC指数模型分析[J]. 中国康复理论与实践，2025，31(3)：314-323.
[15] 张译心，田侃，喻小勇，等. 基于PMC指数模型的中医药医保支持政策评价[J]. 中国卫生事业管理，2025，42(1)：51-56.
[16] 吕倩鹏，刘智勇. 基于PMC指数模型的我国数字健康政策量化评价[J]. 中国卫生政策研究，2024，17(10)：59-67.
[17] 肖晓华，谢欣睿，梁恒斌，等. 不同等级医院医疗检查结果互认标准研究[J]. 中国医院管理，2 019，39(5)：14-16.
[18] 蒋黎，肖月，陶志华，等. 从检查检验结果互认看检验医学的发展[J]. 国际检验医学杂志，2022，43(17)：2049-2052，2059.
[19] 李坤. 部分医学检验结果纵向互认的可行性分析研究[D]. 太原：山西医科大学，2017.
[20] 陈彩娟，邓伟峰，朱嘉莹，等. 取消药品加成政策下省属和县属中医院医疗收入分析[J]. 卫生软科学，2024，38(8)：7-12.
[21] 楚振宇，侯沪，高东平，等. 医技共享平台在检验信息互认中的作用研究[J]. 医学信息学杂志，2021，42(4)：70-74.
[22] 沈丽宁，熊冰，李为，等. 我国医学影像互认进展与共享模式研究[J]. 中国卫生事业管理，2018，35(12)：885-887.
[23] YI X，BOUGUETTAYA A，GEORGAKOPOULOS D，et al. Privacy Protection for Wireless Medical Sensor Data[J]. IEEE transactions on dependable and secure computing，2016，13(3)：369-380 .
[24] LI H，ZHU L，SHEN M，et al. Blockchain-Based Data Preservation System for Medical Data[J]. Journal of Medical Systems，2018，42(8)：1-13.
[25] 路杰，闫宣辰，蒲旭虹，等. 跨域跨机构检查检验结果共享互认信息平台建设及应用实践[J]. 中国卫生信息管理杂志，2024，21(6)：825-830，837.
[26] 李翠华，高昭昇，刘玉转. 区域检验检查结果互认平台建设与应用探讨[J]. 中国卫生信息管理杂志，2022，19(6)：835-841.
[27] FARMAN A G，LAPP R P. Image file interoperability for data protection，communication and trans-system connectivity[J]. Orthodontics & Craniofacial Research，2010，6(s1)：151-155.

[收稿日期:2025-06-05　修回日期:2025-07-15]
（编辑　赵晓娟）