



基于PMC指数模型的我国异地就医直接结算 政策文本量化评价研究

腾佳杉¹, 丁海峰²

1. 湖南农业大学公共管理与法学学院, 湖南 长沙 410128;

2. 湖南中医药大学人文与管理学院, 湖南 长沙 410208

摘要:文章以10项国家级的异地就医直接结算政策为研究对象,构建政策建模一致性(PMC)指数模型进行量化评价。研究发现,10项政策的PMC指数均值为6.88,6项政策等级为优秀,4项为良好,表明国家级异地就医直接结算政策的质量总体较好。但部分政策在政策时效性、政策对象、政策内容、政策工具等方面存在一定的优化提升空间。据此提出统筹政策目标时序,提升政策时效的协同性;强化多部门协同参与,增强发布机构的联动性;优化政策工具结构,平衡三类工具的使用频率等建议。

关键词:异地就医直接结算;政策量化评价;PMC指数模型

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2026)03-221-007

doi:10.7655/NYDXBSS250519

异地就医直接结算是指基本医疗保险参保人员在其参保统筹地区外发生的医疗费用,由就医地医疗机构与参保地医保经办机构直接进行结算的服务模式^[1]。作为我国医疗保障体系的一项关键性制度安排,其战略定位不仅在于解决参保群众跨区域就医“垫资、跑腿”的现实难题,更是深化医药卫生体制改革、推动公共服务均等化、构建全国统一医保服务网络的重要组成部分^[2]。近年来,从国家异地就医结算系统的建成与完善,到住院、普通门诊及门诊慢特病费用跨省直接结算的逐步推开,政策实践取得了显著进展,覆盖范围持续扩大,服务便捷性不断提升^[3]。然而,该领域的推进仍面临诸多挑战。政策体系的复杂性、统筹地区间制度差异、基金监管难度以及结算流程的标准化不足等问题,制约着政策效能的充分释放^[4]。现有关于异地就医直接结算政策研究多集中于以下两个方面:一是政策实施效果评价,包括政策实施对居民就医

行为^[5]、医疗服务利用^[6]、就医费用^[7]等方面的影响;二是以定性研究方法为主对政策本身内容进行分析^[8-9]。缺乏对政策文本进行系统性、多维度量化评价的综合性框架,难以揭示政策体系内在的结构特征与协调程度。

针对上述研究局限,本文旨在提出并回应一个核心问题:如何对我国国家层面出台的系列异地就医直接结算政策进行系统性的量化评估,以科学识别其整体质量、内部一致性与优化空间?为此,本研究引入政策建模一致性(PMC)指数模型,构建一个包含多维度变量的政策文本量化分析框架,并对10项核心国家政策进行实证评价。通过这一方法,研究期望达成以下目标:一是从政策内部结构出发,实现对异地就医直接结算政策体系的系统性剖析;二是通过量化指数直观呈现各项政策的优势与短板;三是为未来政策的精准制定、动态调整与协同优化提供基于实证的参考依据,从而助力异地就

基金项目:国家中医药管理局统计监测中心政策网络研究项目(2026ZCYJYC1);湖南省教育厅资助科研项目“医保支付方式改革驱动县域医共体高质量发展的机制与路径研究”(25B0322);湖南农业大学研究生科技创新项目“定点零售药店纳入门诊统筹的管理路径研究”(2024XKCB047);湖南中医药大学本科生科研创新基金项目(2025BKS164)

收稿日期:2025-12-10

作者简介:腾佳杉(1995—),女,四川达州人,博士研究生在读,研究方向为医疗保险、医疗卫生政策;丁海峰(1996—),男,江苏盐城人,博士,讲师,研究方向为医疗保险、医疗卫生政策、医疗卫生服务,通信作者,owending520@163.com。

医直接结算制度的进一步完善。

一、资料与方法

(一)资料来源

2009年12月,人力资源社会保障部、财政部发布了《关于基本医疗保险异地就医结算服务工作的意见》(人社部发〔2009〕190号),虽然该政策已经失效,但是该文件作为首个探索异地就医结算的专项政策,标志着该议题正式纳入医改顶层设计。因此,本文以2010年1月1日—2025年8月31日国家层面发布的医保异地就医结算政策为研究对象。

为确保数据全面与权威,本文采用系统化检索策略:首先,针对“异地就医”“结算”两个核心概念在“北大法宝”(检索式“异地就医”AND“结算”)和“中国政府网国务院政策文件库”进行检索;其次,剔除撤销、废止的政策,重点选取法律法规、通知、意见等规范性文件,并将与本文主题关联度较低的政策予以剔除,如仅提及异地就医直接结算,但无更具体内容陈述的政策。根据以上步骤,总共检索到19项国家层面政策,剔除9项不符合要求的政策(撤销和废止政策6项,与本文主题关联较低的政策3项),最终得到10项国家层面异地就医直接结算政策(表1)。

表1 待评价异地就医直接结算政策汇总

编号	政策文件	发文字号	发布时间
P1	人力资源社会保障部、财政部关于做好基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用直接结算工作的通知	人社部发〔2016〕120号	2016.12
P2	人力资源社会保障部办公厅关于加快推进跨省异地就医结算系统建设的通知	人社厅发〔2016〕185号	2016.12
P3	人力资源社会保障部办公厅关于进一步加强基本医疗保险异地就医监管的通知	人社厅函〔2016〕488号	2016.12
P4	人力资源社会保障部办公厅、财政部办公厅关于规范跨省异地就医住院费用直接结算有关事项的通知	人社厅发〔2017〕162号	2017.12
P5	国家医保局、财政部关于切实做好2019年跨省异地就医住院费用直接结算工作的通知	医保发〔2019〕33号	2019.05
P6	国家医疗保障局、财政部关于推进门诊费用跨省直接结算试点工作的通知	医保发〔2020〕40号	2020.09
P7	国家医保局办公室、财政部办公厅关于开展门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算试点工作的通知	医保办函〔2021〕4号	2021.09
P8	国家医保局、财政部关于加快推进门诊费用跨省直接结算工作的通知	医保发〔2021〕27号	2021.05
P9	国家医保局、财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知	医保发〔2022〕22号	2022.07
P10	国家医保局、财政部关于进一步加强异地就医直接结算管理服务的通知	医保发〔2024〕21号	2024.09

(二)PMC模型构建

PMC指数模型,是由Estrada提出的当前国际上公认的公共政策评价工具^[10]。在政策评价中,此模型的应用原理是利用政策若干个属性的综合得分对单项政策进行评价分析,进而有效地将定量和定性指标联系起来,反映政策总体与各方面的优势与不足。PMC指数模型被引入我国后,学者们根据不同领域政策的特点对指标进行了适当的调整,并取得了较好的效果^[11-12]。构建PMC指数模型包括以下四个步骤:变量识别与选取、建立多投入产出表、计算PMC指数、绘制PMC曲面(图1)。

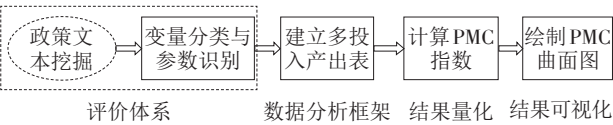


图1 PMC指数模型实施步骤

1. 政策文本词频分析

根据上述步骤筛选出的政策文本导入软件数据库ROSTCM 6.0进行文本挖掘,通过分词、词频统计等步骤提取出高频词汇。在分析政策的特性时,将对分析结果影响不大的常用动词“应当”“加强”

“开展”和副词“及时”“重大”予以剔除。最终得到异地就医直接结算政策文本的词频分布(表2)和社会网络图谱(图2),显示了异地就医直接结算政策文本中的核心词及关联结构,为下一步选取政策评价一级、二级变量提供参考。

表2 异地就医直接结算政策文本主题词词频分布(45个)

主题词	词频	主题词	词频	主题词	词频
异地就医	590	费用	138	医疗保险	87
跨省	497	参保人员	136	社会	83
经办机构	282	预付	130	基金	83
结算	259	就医	127	范围	83
医保	249	异地	113	统筹	79
直接结算	248	清算	105	业务	78
管理	198	门诊	100	定点	76
就医地	190	资金	100	门诊费	74
人员	183	保障	98	试点	72
服务	179	机构	95	医疗保障	66
省级	161	医疗费用	95	医药	64
参保地	154	支付	93	推进	63
国家	154	地区	91	慢特病	63
系统	150	政策	90	宣传	61
备案	145	定点医疗机构	89	住院	51

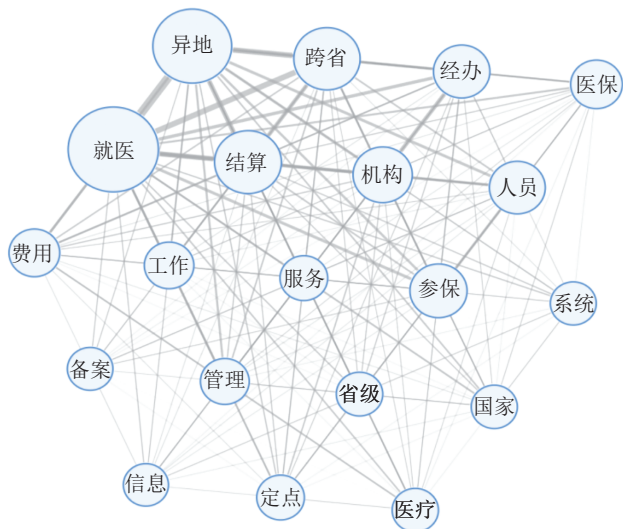


图2 异地就医直接结算政策共现高频词的社会网络图谱

2. 政策评价变量选取

变量的设置上,一般由若干个一级变量和不受数量限制的二级变量组成,一级变量没有固定的排列顺序且相互独立,二级变量构成一级变量,当前

国内关于异地就医政策评价尚未形成公认统一的权重分配标准,因此本文采用等权重赋值二级变量的方式开展后续分析^[13]。本文基于既往研究中学者对于医保政策的评价指标^[10-11,14-17],并结合前文对政策文本的挖掘结果,确定了政策性质、政策时效、发布机构、政策领域、政策对象、政策工具、政策内容、政策功能、政策评价9个一级变量(表3)。

二级变量的设置中,政策内容和政策对象的二级变量根据前文对政策文本的挖掘出现的高频词,如异地就医、直接结算、登记备案、就医管理、门诊慢特病、医疗机构、医保经办机构等确定,其他二级变量由已有文献中学者对于医保政策评价的既有指标确定^[18-19],最终确定二级变量42个。变量设置见表3。

3. 建立多投入产出表

多投入产出表是一种可供选择的数据库分析框架,可储存大量数据来测量单个变量^[14]。在上述构建的评价指标变量和参数设置的基础上,通过词频分布确定二级变量的取值,最终建立10项政策样本的多投入产出表(表4)。

表3 政策量化评价变量设置

一级变量	二级变量	二级变量释义	一级变量	二级变量	二级变量释义
X1政策性质	X1:1预测	涉及对异地就医结算工作未来前景及成果的预判	X6政策工具	X6:1供给型	是否涉及供给型政策工具
	X1:2监管	涉及对异地就医结算工作的监管		X6:2环境型	是否涉及环境型政策工具
	X1:3建议	包含对异地就医结算工作的建议		X6:3需求型	是否涉及需求型政策工具
	X1:4支持	包含对异地就医结算工作的支持	X7政策内容	X7:1医疗费用结算	是否有医疗费用结算内容
	X1:5描述	包含对异地就医结算工作要点和必要性的描述		X7:2预付金管理	是否涉及预付金管理内容
	X1:6指导	涉及具体政策措施引导异地就医结算的开展		X7:3就医管理	是否涉及就医管理内容
X2政策时效	X2:1长期(>5年)	是否涉及5年以上工作任务		X7:4登记备案	是否涉及登记备案内容
	X2:2中期(3~5年)	是否涉及3~5年工作任务		X7:5审核检查	是否涉及审核检查内容
	X2:3短期(<3年)	是否涉及3年以下工作任务		X7:6资金管理	是否涉及资金管理内容
X3发布机构	X3:1国务院及其组成部门	发布机构是否为国务院及其组成部门		X7:7定点医疗机构	是否涉及扩大定点医疗机构内容
	X3:2国务院直属机构	发布机构是否为国务院直属机构		X7:8门诊慢特病	是否涉及门诊慢特病内容
	X3:3国务院部委管理的国家局	发布机构是否为国务院部委管理的国家局		X7:9信息化建设	是否涉及信息化建设内容
X4政策领域	X4:1政治	是否涉及行政、法律责任等政治方面内容		X7:10宣传培训	是否涉及宣传培训
	X4:2经济	是否涉及市场等经济方面内容	X8政策功能	X8:1加速推进	是否有加速推进的功能
	X4:3社会	是否涉及服务、宣传等社会方面内容		X8:2监督管理	是否有监督管理的功能
	X4:4技术	是否涉及信息化建设等技术方面内容		X8:3规范引导	是否有规范引导的功能
X5政策对象	X5:1医保管理部门	作用对象是否涉及医保管理部门		X8:4统筹保障	是否有统筹保障的功能
	X5:2医保经办机构	作用对象是否涉及医保经办机构	X9政策评价	X9:1依据充分	是否以实际需求、法律法规等为依据
	X5:3医疗机构	作用对象是否涉及医疗机构		X9:2目标明确	是否有明确的阶段性、总体政策目标
	X5:4参保人	作用对象是否涉及参保人		X9:3方案科学	是否实际可行或有相关配套措施
	X5:5相关企业	作用对象是否涉及信息技术公司等企业		X9:4规划翔实	是否有合理的层次与具体步骤

表4 多投入产出

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		X7:5		
	X1:6						X7:6		
							X7:7		
							X7:8		
							X7:9		
							X7:10		

4. PMC 指数计算与政策等级划分

首先,确定二级变量的取值,若在政策文本中出现对应的二级变量相关内容时,则给二级变量赋值为1,反之为0;其次,计算每个一级变量的值,即每个一级变量下的二级变量之和除以二级变量的总数;最后,计算每项政策的PMC指数。参照 Estrada 的政策等级划分标准^[10],政策等级如表5所示。

表5 政策评价等级划分标准

PMC 指数	[9,10]	[7,9)	[5,7)	[0,5)
等级	完美	优秀	良好	不良

5. PMC 曲面构建

PMC 曲面可以对 PMC 矩阵中的所有结果进行可视化展示。PMC 曲面反映了政策在多维坐标空间上各个维度的优势与不足,能全方位展示异地就医直接结算政策。本文共选取了9个一级变量,构建3×3矩阵,并绘制曲面图。矩阵形式如式(1)所示。

PMC 曲面=
$$\begin{bmatrix} X1 & X2 & X3 \\ X4 & X5 & X6 \\ X7 & X8 & X9 \end{bmatrix}$$

(1)

二、异地就医直接结算政策文本的 PMC 指数模型结果

(一)政策整体结果

从 PMC 指数量化结果可知(表6),近年来我国异地就医直接结算政策整体质量较好。按照 PMC 指数得分高低对10项政策进行排序为:P9(7.81)>P8(7.74)=P10(7.74)>P1(7.40)>P5(7.36)>P6(7.35)>P7(6.93)>P2(5.58)>P3(5.51)>P4(5.41);按照政策等级划分,6项政策(P9、P10、P8、P1、P5、P6)评价结果为优秀,4项政策(P7、P2、P3、P4)评价结果为良好,无不良等级政策,政策整体优良率为100%。表明异地就医直接结算政策在政策设计和制定过程中较为充分考虑了异地就医直接结算所涉及各维度,其中,优秀政策对异地就医直接结算的推行和实施起到了明显的推动作用。

(二) PMC 曲面图

本文对 PMC 指数最高(P9)、最低(P4)以及得分中间(P1、P7)的政策进行分析,分别绘制了4项政策的 PMC 曲面图(图3),以便更加直观比较各项政策的优劣程度。

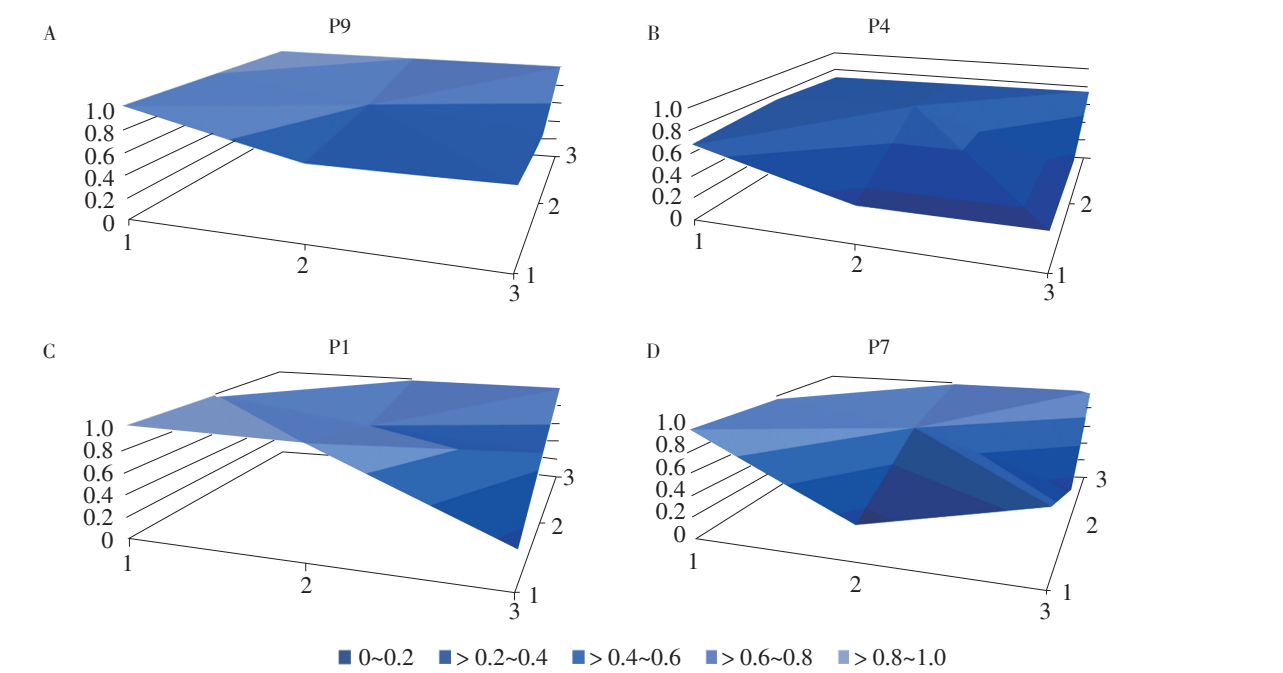
《进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》(P9)的 PMC 指数为7.81,排名第一,政策效果最佳。该项政策是我国第一项将普通门急诊、住院、慢特病费用全部包含的跨省异地就医直接结算的政策,进一步完善了跨省异地就医直接结算政策。该政策贯彻落实《中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》精神,深化跨省异地就医直接结算改革,持续提升人民群众异地就医的体验感和安全感,是一项全面性政策。9个一级变量得分均高于或等于平均水平,且在政策性质(X1)、政策领域(X4)、政策内容(X7)、政策功能(X8)、政策评价(X9)五个方面都获得满分,充分表明该项政策考虑全面、系统完善、目标明确,同时也为其他省(市)政策制定提供了借鉴和参考。

《规范跨省异地就医住院费用直接结算有关事项的通知》(P4)的 PMC 指数为5.41,得分最低,排名第十,政策等级为良好。除政策对象(X5)和政策内容(X7)外,其余一级指标值均低于平均水平。首先,在政策性质(X1)方面,忽略了监管和指导方面的制度内容设置;政策时效(X2)主要为短期规划,缺乏与中长期规划相结合。在发布机构(X3)方面,缺乏国务院及其他国家级部门的联合发布。其次,政策领域(X4)缺乏技术支持等方面的制度内容设置,关于建立异地就医直接结算网络平台、线上监督平台等工作仍需加强。在政策工具(X6)方面缺乏需求型和供给型政策工具,在政策中需加强相关资金投入等。

而中间得分的政策则呈现出我国异地就医直接结算政策体系中更具普遍性的特征,其表现既优于最差政策的框架短板,又弱于最优政策的系统完善性。如:P1的 PMC 指数为7.40(排名第4,政策等

表6 各项政策的PMC指数、排名和等级

类别	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	均值
政策性质 X1	1.00	0.67	0.67	0.67	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.90
政策时效 X2	1.00	0.33	1.00	0.33	0.33	1.00	0.33	1.00	0.67	0.67	0.67
发布机构 X3	0.33	0.33	0.67	0.33	0.33	0.67	0.67	0.67	0.67	0.67	0.53
政策领域 X4	1.00	1.00	0.50	0.75	1.00	0.75	1.00	1.00	1.00	0.75	0.88
政策对象 X5	0.80	0.25	0.50	0.80	0.80	0.80	0.80	0.50	0.80	0.80	0.69
政策工具 X6	0.67	1.00	0.67	0.33	1.00	0.33	0.33	0.67	0.67	0.67	0.63
政策内容 X7	0.60	0.50	0.50	0.70	0.90	0.80	0.80	0.90	1.00	0.90	0.76
政策功能 X8	1.00	0.50	0.50	0.75	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.88
政策评价 X9	1.00	1.00	0.50	0.75	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.92
PMC 指数	7.40	5.58	5.51	5.41	7.36	7.35	6.93	7.74	7.81	7.74	6.88
排名	4	8	9	10	5	6	7	2	1	3	
政策等级	优秀	良好	良好	良好	优秀	优秀	良好	优秀	优秀	优秀	



不同颜色代表指标得分的不同数值，颜色越浅，指标得分越高；曲面的凹凸情况可以表示该政策各项指标的得分情况，凸出状表示得分较高，凹陷状表示得分较低。

图3 P9(A)、P4(B)、P1(C)、P7(D)的PMC曲面图

级优秀)，其在政策性质(X1)、政策时效(X2)、政策领域(X4)、政策功能(X8)及政策评价(X9)等核心维度均取得满分，契合政策设计的基础框架要求，但在发布机构的协同性(X3)、政策内容的细化程度(X7)方面存在短板，一定程度上削弱了政策的系统协同性；P7的PMC指数为6.93(排名第7，政策等级良好)，虽在政策性质、领域、功能及评价等维度保持满分水准，政策内容的针对性也相对充足(X7)，但政策时效的中长期规划不足(X2)、政策工具的多元化配置欠缺(X6)，使其在实施持续性与工具适配性上弱于最优政策，却较最差政策在核心框架构建上更为完善。二者的特征既体现了多数政策具备的基础合规性，也暴露了部分维度的短板，进一步

丰富了政策评价的梯度层次，为政策体系的分级完善提供了中间样本支撑。

(三) PMC 指数雷达图

政策的一级指标平均得分由高到低为：X9 > X1 > X8=X4 > X7 > X5 > X2>X6 > X3。为了更加直观地显示各项异地就医直接结算政策的整体得分情况，结合政策评价等级选取10项政策一级指标的PMC指数平均值，利用雷达图进行展示(图4)，可以直观地看出异地就医直接结算政策得分的整体变动情况。政策评价(X9)、政策性质(X1)、政策功能(X8)、政策领域(X4)表现较好，超过一半的异地就医直接结算政策得分高于平均值。而政策时效(X2)、政策对象(X5)、政策内容(X7)、政策工具

(X6)、发布机构(X3)表现较差。

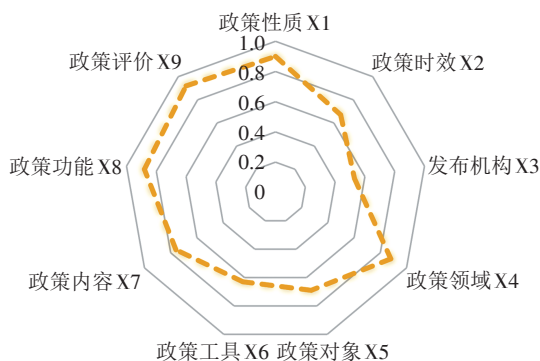


图4 政策一级变量均值得分雷达图

三、讨 论

本研究基于 PMC 指数模型对国家层面异地就医直接结算政策展开评价,结果显示 10 项政策的 PMC 指数均值达 6.88,表明我国异地就医直接结算政策体系整体设计具备科学性与合理性,政策质量处于较高水平。从政策等级分布看,优秀政策内容覆盖范围更广,良好政策则呈现较强的专指性,两类政策相互配合、协同互补,支撑了异地就医直接结算政策体系的全面性。进一步结合 PMC 一级指标的均值表现可知政策评价(0.92)、政策性质(0.90)、政策功能(0.88)、政策领域(0.88)等指标均值较高,是当前政策的优势维度;而政策时效(0.67)、发布机构(0.53)、政策工具(0.63)等指标均值偏低,构成了政策体系的主要短板。结合上述短板指标的表现,分析问题成因并提出优化建议。

(一)统筹政策目标时序,提升政策时效的协同性

从 PMC 指标看,政策时效(X2)均值仅为 0.67,是短板维度之一。成因在于当前政策对长、中、短期目标的统筹不足。部分政策侧重短期落地性,缺乏对长期体系构建的引领;部分政策聚焦长期方向,却未拆解为中期可执行的阶段性任务,导致政策目标的时序衔接性较弱,时效协同性不足。对此,建议在政策制定中建立目标时序统筹机制。以构建“全面、高效、可持续的异地就医直接结算体系”为长期目标,拆解为中期(2~3 年)的结算范围扩围、信息系统升级等可量化任务,再细化为短期(1 年)的门诊慢特病结算试点、区域预付金机制落地等可操作举措。通过明确长—中—短期目标的层级关系与衔接节点,形成清晰的政策发展规划,提升政策的协同性,推动政策效力的最大化释放。

(二)强化多部门协同参与,增强发布机构的联动性

发布机构(X3)均值为 0.53,是所有一级指标中最低的维度,反映出政策制定的多部门联动不足。成因在于当前政策多以医保部门为主导,卫生健康、财政、信息技术等相关部门的参与深度有限,仅

承担辅助性角色,导致政策制定的视角单一,难以兼顾医疗服务供给、财政保障、技术支撑等多维度需求。对此,建议构建多部门协同决策机制。以医保部门为核心,将卫健委(负责医疗服务规范)、财政部(负责资金保障)、工信部(负责信息系统技术标准)等纳入政策制定的核心参与方,建立常态化的跨部门联席会议制度。在政策起草阶段,同步征求各部门的专业意见;在政策实施阶段,明确各部门的分工与衔接流程,同时通过调研、问卷等方式收集公众与医疗机构的诉求,形成“政府主导、多部门协同、社会参与”的政策制定格局,提升政策的全面性与落地性。

(三)优化政策工具结构,平衡三类工具的使用频率

政策工具(X6)均值为 0.63,表现偏弱的成因在于工具类型的使用失衡:当前政策中环境型工具(如规范、指引)使用占比偏高,而供给型、需求型工具的应用不足,导致政策的资源支撑与市场活力不足。对此,建议调整政策工具的使用结构。一是适度降低环境型工具的重复使用,避免过度依赖规范性文件;二是增加供给型工具的投入,重点加强异地就医的信息化设施、专业经办人才、跨区域资金池等供给侧资源配置,例如支持信息技术企业参与医保信息系统的升级与维护;三是拓展需求型工具的应用,引入市场机制,如鼓励商业保险机构参与异地就医结算服务的经办,通过市场力量满足多元化的保障需求,形成环境型工具引导方向、供给型工具强化支撑、需求型工具激活活力的工具组合,提升政策的实施效能。

本研究基于 PMC 指数模型对国家层面 10 项异地就医直接结算政策展开评价,结果表明,我国异地就医直接结算政策体系的整体质量较高,PMC 指数均值达 6.88,政策设计具备基本的科学性与合理性;从一级指标看,政策评价、政策性质、政策功能等维度表现突出,而政策时效、发布机构、政策工具是主要短板维度。通过对政策短板的成因分析与优化建议的探讨可知:异地就医直接结算政策的完善需聚焦在目标时序统筹、多部门协同、工具结构优化等核心方向,通过构建目标层级体系、强化跨部门联动、平衡政策工具类型等方式,可有效提升政策的协同性、全面性与实施效能。另外,本研究仍存在一些不足:一是聚焦国家异地就医直接结算政策,对于地方政策结论可能欠缺普适性,因此后续研究可以将地方异地就医直接结算政策纳入考察的范围,并在指标体系构建方面更多关注各地的不同特点;二是在 PMC 指数模型的构建中,变量设置仍具有一定的主观性,变量的维度及深度需要进一步研究。可以考虑设计一些具有普适性的标准变量,辅以针对具体问题的非标准变量,让变量更加多样化。

参考文献

- [1] 谢莉琴,胡红濮. 异地就医直接结算政策执行的利益相关者分析[J]. 社会保障研究,2021(3):70-77
- [2] 王琬. 中国异地就医直接结算:政策价值、实践效果与优化路径[J]. 学术研究,2021(6):89-95
- [3] 郑功成. 全面深化医改:进展、挑战与纵深推进[J]. 行政管理改革,2021,10(10):12-25
- [4] 徐黎洋. 异地就医、医疗一体化程度提升与地区间医保基金平衡[J]. 经济理论与经济管理,2025,45(11):127-146
- [5] 胡冰,杜震. 省内异地就医即时结算政策对农村居民就医目的地选择的影响研究[J]. 保险研究,2025(7):75-89
- [6] 徐升,尹靖华. 跨省异地就医直接结算政策对流动人口医疗服务利用的影响[J]. 中国人口科学,2025,39(1):58-75
- [7] 陈昕欣,封进,钱梦岑. 异地就医与本地就医费用及其结构的差异:基于医保大数据的研究[J]. 保险研究,2024(9):105-116
- [8] 王世强,王卉,张姝,等. 基于政策工具的我国医保异地就医结算政策分析[J]. 中国卫生政策研究,2025,18(10):32-39
- [9] 吕曼辰,周典,田帝,等. 基于政策工具和文献计量的分级诊疗与异地就医政策协同机制研究[J]. 中国医院管理,2025,45(2):18-21
- [10] RUIZ ESTRADA M A. Policy modeling: definition, classification and evaluation[J]. J Policy Model, 2011, 33(4):523-536
- [11] 张治国,向晨. 基于PMC指数模型的我国医疗保障基金使用监管政策文本量化评价[J]. 社会保障研究,2023(4):57-70
- [12] 封铁英,南妍. 公共危机治理中社会保障应急政策评价与优化——基于PMC指数模型[J]. 北京理工大学学报(社会科学版),2021,23(5):75-84
- [13] 何林莹,马海群. 地方公共数据政策量化评价研究——基于PMC指数模型[J]. 现代情报,2023,43(8):14-26
- [14] 张永安,周怡园. 新能源汽车补贴政策工具挖掘及量化评价[J]. 中国人口·资源与环境,2017,27(10):188-197
- [15] 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
- [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] 周海炜,杨月影,王腾. 国家级节水政策的量化评价及优化路径探析[J]. 水利经济,2022,40(1):47-54
- [18] 张琳,李慧,吴春林. 基于PMC指数模型的专业学位研究生教育政策文本量化评价[J]. 研究生教育研究,2023(3):75-84,97
- [19] 宋大成,焦凤枝,范升. 我国科学数据开放共享政策量化评价——基于PMC指数模型的分析[J]. 情报杂志,2021,40(8):119-126

(本文编辑:姜 鑫)

Quantitative evaluation of China's direct settlement for cross-regional medical treatment policy documents based on the PMC index model

TENG Jiashan¹, DING Haifeng²

1. School of Public Administration and Law, Hunan Agricultural University, Changsha 410128;

2. School of Humanities and Management, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410208, China

Abstract: Taking ten national-level policies on direct settlement for cross-regional medical treatment as research objects, the study constructs the PMC index model for quantitative evaluation. Findings reveal that the average PMC index for these policies is 6.88, with six policies rated as excellent and four as good, indicating generally high quality in national-level policies. Nevertheless, certain policies still have room for improvement in policy timeliness, target groups, content, and tools. Accordingly, the study proposes the following recommendations, including coordinating the temporal sequencing of policy objectives to enhance the synergy of policy timeliness, strengthening multi-departmental participation to improve coordination among issuing authorities, and optimizing the structure of policy instruments to balance the frequency of use across the three categories.

Key words: direct settlement for cross-regional medical treatment; quantitative policy evaluation; PMC index model