· 卫生政策与管理 ·

基于三维分析框架的我国医共体政策文本量化研究

冯守桐[1], 宋宝香[1,2]

1. 南京中医药大学卫生经济管理学院, 江苏 南京 210023;

2. 江苏省习近平新时代中国特色社会主义思想研究中心南京中医药大学理论研究基地

摘要:目的 评估医共体政策实施效果, 推动基层医疗服务高质量发展。**方法** 本研究基于"工具—目标—效力"框架, 采用内容分析法和 PMC 指数模型, 对 2014—2024 年我国中央层面及山西、浙江两省医共体政策文本进行量化分析。**结果** 目前我国医共体政策存在工具使用失衡、目标细化不足以及激励约束薄弱等问题。**结论** 应优化政策工具结构、细化目标量化指标并强化激励约束措施, 以全面提升医共体政策实施效果与建设质量, 推动基层医疗服务体系高质量发展。

关键词:医共体;文本分析;政策工具;政策目标;政策效力

中图分类号:R197.1 **文献标志码:**A **文章编号:**1003 - 8507(2026)10 - 1848 - 08

DOI:10.20043/j.cnki.MPM.202511035

A quantitative analysis of China's medical cluster policy texts based on a three - dimensional analytical framework

FENG Shou - tong*, SONG Bao - xiang

* *School of Health Economics and Management, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, Jiangsu* 210023, *China*

Abstract:Objective To evaluate the implementation effectiveness of medical cluster policies and promote high - quality primary healthcare. **Methods** Using a "policy tools - policy objectives - policy effectiveness" framework, text analysis and the PMC index model were applied to policy texts on medical clusters issued by China's central government and Shanxi and Zhejiang provinces from 2014 to 2024. **Results** Current policies showed imbalanced policy tools, vague policy objectives, and weak incentive - constraint mechanisms. **Conclusion** Optimizing policy instruments, refining quantitative targets, and strengthening incentive and constraint measures can improve the effectiveness and quality of medical cluster policies, promoting high - quality primary healthcare development.

Keywords: Medical cluster; Text analysis; Policy tools; Policy objectives; Policy effectiveness

我国医疗资源长期分布不均, 基层医疗服务能力薄弱, 导致"看病难、看病贵"问题日益突出。为应对这一局面, 中共中央、国务院于 2009 年在《关于深化医药卫生体制改革的意见》中提出了"保基本、强基层、建机制"的核心理念, 其中"强基层"是解决医疗资源分布不均、医疗服务能力薄弱的根本途径[1]。医共体作为国家探索整合型医疗卫生服务体系的实践成果之一, 通过卫生服务供给侧改革, 有效整合了县域医疗卫生服务资源, 增强基层卫生服务能力[2]。2023 年国家卫健委发布《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》, 明确了医共体建设的核心任务, 旨在通过强化基层医疗服务体系, 解决基层医疗服务能力不足的问题。2025 年 10 月, 《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十五个五年规划的建议》进一步提出, 应推动医疗、医保和医药协同发展, 提升公共卫生服务能力, 并增强医疗资源的可及性。在政策的持续推进下, 医共体建设成效显著, 截止 2025 年 11 月, 全国已建成 3 099 个紧密型县域医共体, 覆盖 2 199 个县(市)及约三分之一的城市区, 受益人口达 9.24 亿。

近年来, 随着分级诊疗制度和县域医疗卫生体制改革的持续推进, 县域医共体逐渐成为国内外学界关注的重要议题。国内研究多主要从政策注意力[3]、政策扩散[4]及政策文本量化[5]等角度进行分析。国外关于整合型医疗服务体系的研究则更多聚焦于制度

基金项目:教育部哲学社会科学研究重大课题攻关项目(24JZD043);江苏省研究生科研与实践创新计划项目(KYCX25_2441)

作者简介:冯守桐(2001—), 女, 硕士在读, 研究方向:社会医学与卫生事业管理

通信作者:宋宝香, E - mail:280716@njucm.edu.cn

模式与治理逻辑的比较分析,相关研究以美国凯撒医疗集团[6]、英国国家医疗服务体系[7]、德国公共合同型医疗模式[8]、新加坡医疗集团模式以及日本分级协作型服务体系为代表,从组织整合、支付机制、信息共享等方面系统总结了整合型医疗服务体系的实现路径[8-10]。从研究方法来看,政策文本量化研究主要运用统计分析[11]、内容分析[12]、以及 LDA[13]指数模型等方法,对政策文本进行量化研究。

尽管现有研究在方法上逐步成熟,但在医共体领域多运用单一研究方法,缺乏多方法结合的系统性研究。因此本研究在借鉴既有成果的基础上,进一步构建以三维分析体系为核心的研究框架,并运用政策一致性指数模型(Policy Modeling Consistency Index model,PMC 指数模型)测量政策的表现情况来探讨现行政策中存在的问题,为我国医共体政策的制定与优化提供合理可行的建议。

1　资料与方法

1.1　*资料来源*　鉴于山西和浙江是我国医共体建设的首批试点省份,本研究选取两省及中央层面发布的医共体政策文件作为主要研究对象,以国家卫生健康委及各省级政府的官方网站作为政策文本的主要来源,并以北大法宝数据库的相关资料作为补充,以"医共体"、"医疗共同体"、"医疗卫生共同体"、"医疗联合体"等为关键词,检索我国在中央层面以及浙江和山西省级层面发布的政策文本,检索时限为 2014 年 6 月至 2025 年 11 月。经过筛选整理,本研究最终纳入政策文本共 38 篇,其中中央层面 9 篇,浙江 17 篇,山西 12 篇。按照地区分类排序,部分政策列示于表 1。

表 1　我国医共体政策文本列表(部分)

Table 1　List of China's medical cluster policy texts (selected)

政策编号	政策名称	发布时间
1	国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见	2017-04-23
2	国家卫生健康委、国家中医药管理局关于推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的通知	2019-05-15
	…	
38	运城市人民政府办公厅关于印发加快建设运城市中心医院与部分县级医疗集团紧密型医疗联合体实施方案(试行)的通知	2018-08-30

1.2　*研究方法*　本研究构建了以政策工具、目标、效力三个维度为核心的理论框架,运用内容分析法,并借助 Nvivo 12 软件进行分析,以句子或段落为单元提取政策条款,并按照"政策编号-章号-节号"进行编码。经过分类整理,最终得到 1 143 个编码,部分编码如表 2 所示。同时,在政策效力维度采用 PMC 指数模型进行评估。

表 2　我国医共体政策内容分析单元编码表(部分)

Table 2　Coding scheme for policy content analysis units of China's medical cluster policies (selected)

政策编号	内容分析单元	编码	分类
1	四、促进医联体内部优质医疗资源上下贯通(一)促进人力资源的有序流动。	1-4-1	资源配置
	…		
36	(三)推进家庭医生签约服务。加强全科医生培养。	36-3-3	家庭医生签约服务

由于医共体政策实施具有复杂性和多样性,为全面分析政策,需要同时考察政策目标、政策工具以及政策效力三个方面。在借鉴石岩[14]、Estrada[15]等人政策理论研究的基础上,本文构建了如图 1 所示的三维分析框架。

1.2.1　X 维度:政策工具维度　本研究在借鉴 Rothwell[16]和石岩[14]等人研究的基础上,将我国医共体政策工具按供给型、环境型和需求型三类进行划分,如表 3 所示。

表 3　我国医共体政策工具分类及含义

Table 3　Classification and definitions of policy tools

工具类型	子工具	含义
供给型	资金支持	有关部门资助县级医疗机构建设
	人才培养	医疗服务人才选拔、招聘及能力提升培训
	基础设施支持	进行软硬件建设,提高设施和技术水平
	信息技术支持	实施医疗卫生信息化建设

（续表）

工具类型	子工具	含义
	资源配置	医疗资源整合和共享
	医保支付	改革医保支付方式，建立药品目录、医保报销制度
	培训帮扶	上级医疗机构提供技术指导和其他支持
需求型	坚持公益	坚持和保证基层医疗卫生服务的公益性
	有序就医	建立“双向转诊”机制和家庭医生签约制度
	激励机制	制定绩效激励考核机制和薪酬制度
环境型	策略性措施	政府多部门协调，细化医疗服务模式
	组织创新	创新体制机制，改变管理方式，建立长期机制
	功能定位	明确医疗机构间的分工协作机制
	组织建设	强化组织领导，政府积极推动县域医共体建设
	行业引导	鼓励引入社会资本与社会团体
	政策宣传	加强宣传县域医共体建设的意义
	目标规划	对医疗机构的建设进行全方面规划，明确其发展目标与任务
	考核评估	建立监测评估指标

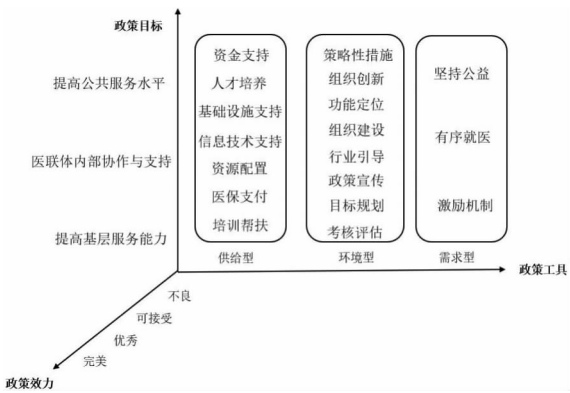


图 1 我国医共体政策的三维分析框架

Fig. 1 A three – dimensional analytical framework for China’s medical Cluster policies

1.2.2 Y 维度：政策目标维度 郝翔宇[17]等学者对医共体目标进行了研究，并对政策目标的框架进行了整理和初步分类，分别是医疗机构整合、家庭医生签约服务、构建覆盖基层的信息平台、完善分工协作机制、推进区域资源共享、建立分级诊疗机制、提升基层专业技能、提高基层管理水平、满足群众健康需求以及提高公共卫生事件应急能力。

1.2.3 Z 维度：政策效力维度 政策效力是衡量政策科学性的指标，也是评估政策制定与实施效果的重要手段[16]。本文采用 Estrada[15] 提出的变量确定方式，并参考相关文献，构建政策效力评价指标体系。

2 结 果

2.1 单维度分析

2.1.1 X 维度：政策工具 通过对 38 份政策文本的分析，累计运用政策工具 706 次，结果显示环境型工具占比最高，节点数量为 283，占比 40.08%；供给型工具节点数量为 268，占比 37.96%；而需求型工具仅有 155 个节点，占比 21.95%，具体结果见表 4。这种政策工具运用的不均衡性，反映出当前医共体政策在发展上存在一定程度“重视环境供给，轻需求”的倾向。

表 4 政策工具占比情况统计表

Table 4 Statistical distribution of policy tools

政策工具类型	运用次数(次)	占比(%)	子工具类型	运用次数(次)	占比(%)
供给型	268	37.96%	资金支持	21	2.97%
			人才培养	30	4.25%
			基础设施支持	13	1.84%
			信息技术支持	49	6.94%
			资源配置	86	12.18%
			医保支付	33	4.67%
			培训帮扶	36	5.10%
需求型	155	21.95%	坚持公益	32	4.53%
			有序就医	100	14.16%
			激励机制	23	3.26%
环境型	283	40.08%	策略性措施	22	3.12%
			组织创新	29	4.11%
			功能定位	55	7.79%
			组织建设	36	5.10%

（续表）

政策工具类型	运用次数（次）	占比（%）	子工具类型	运用次数（次）	占比（%）
			行业引导	25	3.54%
			政策宣传	25	3.54%
			目标规划	36	5.10%
			考核评估	55	7.79%

2.1.2　Y 维度：政策目标　从政策目标统计分析结果来看，各维度相互关联、相互促进，共同构建了医疗联合体建设的框架，以推动服务模式转型和提升医疗体系效能，部分统计结果如表 5 所示。

表 5　政策目标统计表（部分）

Table 5　Statistical summary of policy objectives (selected)

政策编号	政策目标
1	2017 年，基本搭建医联体制度框架…到 2020 年，形成较为完善的医联体政策体系。
	…
38	探索对纵向合作的医联体等分工协作模式…引导医联体内部初步形成较为科学的分工协作机制。

2.1.3　Z 维度：政策效力　为避免主观偏差的影响，本研究综合考虑医共体政策的各种类型、目标类别，以及发文形式，最终选取 9 篇具有代表性的政策文本作为政策效力评估的研究对象，其中包含中央层面的 3 份文本，以及浙江和山西各 3 份地方政策文本。选取的政策文本部分信息如表 6 所示。

表 6　PMC 政策文本信息表（部分）

Table 6　PMC policy text information table (selected)

编号	政策名称	发文时间
P1	国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见	2017 - 04 - 23
	…	
P31	山西省卫生健康委员会关于印发《城市医联体建设工作实施方案》的通知	2019 - 05 - 17

本文基于 Estrada 构建的 PMC 指数模型[15]，借鉴多位学者对医共体政策的分析[14,18]，并结合政策文本内容挖掘的结果，构建了本研究的 PMC 指数模型评价指标体系，包括 9 个一级变量和 31 个二级变量。具体变量见表 7。

表 7　我国医共体政策效力评价指标体系

Table 7　Evaluation index system for the policy effectiveness of China's medical cluster policies

一级变量	二级变量	依据
政策性质 X_1	建议 $X_{1;1}$	Estrada[15]，张永安[19]
	描述 $X_{1;2}$	
	预测 $X_{1;3}$	
	监管 $X_{1;4}$	
	引导 $X_{1;5}$	
	其他 $X_{1;6}$	
政策时效 X_2	长期 $X_{2;1}$	薛惠元[20]
	中期 $X_{2;2}$	
	短期 $X_{2;3}$	
政策评价 X_3	依据充分 $X_{3;1}$	张永安[19]
	目标明确 $X_{3;2}$	
	方案科学 $X_{3;3}$	
政策内容 X_4	管理体制 $X_{4;1}$	基于文本挖掘
	资源下沉 $X_{4;2}$	
	医保支付方式改革 $X_{4;3}$	
	信息化建设 $X_{4;4}$	
政策主体 X_5	省市级人民政府 $X_{5;1}$	根据卿华[21]改编
	省市级卫健委 $X_{5;2}$	
	其他部门 $X_{5;3}$	
政策视角 X_6	宏观 $X_{6;1}$	张永安[22]，蔡冬松[23]
	微观 $X_{6;2}$	
激励约束 X_7	法律保障 $X_{7;1}$	臧维[24]及基于文本挖掘
	经济投入 $X_{7;2}$	
	人才引进 $X_{7;3}$	
	部门协同 $X_{7;4}$	
	绩效考核 $X_{7;5}$	
作用对象 X_8	医疗机构 $X_{8;1}$	基于文本挖掘
	医务人员 $X_{8;2}$	
	参保部门 $X_{8;3}$	
	政府部门 $X_{8;4}$	
政策公开 X_9	-	Estrada[15]

注：“-”表示没有二级变量。

根据 PMC 模型的计算公式计算出医共体政策的 PMC 指数及等级评价表，结果见表 8。

结果显示，9 项政策的平均指数为 7.51，整体集中在“优秀”和“可接受”两个等级，总体差距不大，且表现较为优秀。结合 PMC 曲面图（图 2）可以看出，两项“可接受”政策在政策性质维度的监管、引导及主

表 8 PMC 指数及等级评价

Table 8 PMC index and grade evaluation

政策	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	X_7	X_8	X_9	PMC 指数	排序	等级
P1	0.67	0.33	1.00	1.00	1.00	1.00	0.80	1.00	1.00	7.80	3	优秀
P2	0.83	0.33	1.00	1.00	1.00	1.00	0.80	1.00	1.00	7.97	2	优秀
P6	0.67	0.33	1.00	1.00	1.00	1.00	0.80	1.00	1.00	7.80	4	优秀
P10	0.83	0.33	1.00	0.75	0.67	1.00	0.60	0.75	1.00	6.93	8	可接受
P13	1.00	0.33	1.00	1.00	1.00	1.00	0.80	1.00	1.00	8.13	1	优秀
P18	1.00	0.33	1.00	1.00	0.33	1.00	0.80	1.00	1.00	7.47	5	优秀
P24	0.83	0.33	1.00	1.00	0.33	1.00	0.40	1.00	1.00	6.90	9	可接受
P27	1.00	0.33	1.00	1.00	0.33	1.00	0.80	1.00	1.00	7.47	6	优秀
P31	0.67	0.33	1.00	1.00	0.33	1.00	0.80	1.00	1.00	7.13	7	优秀

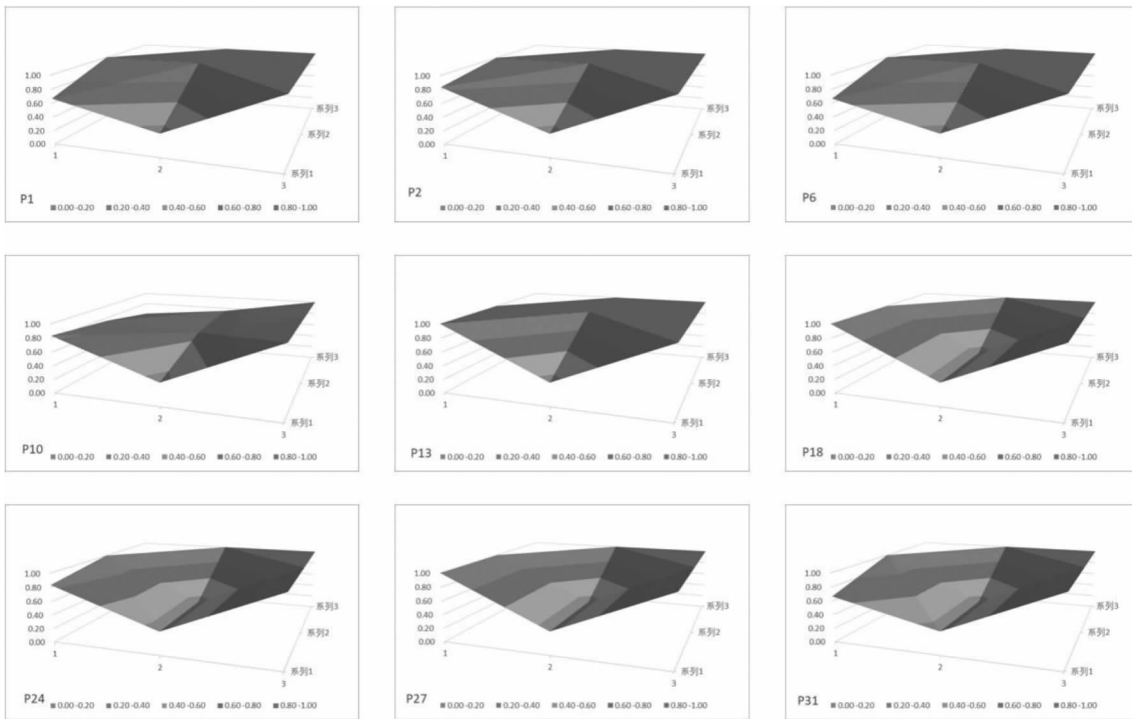


图 2 医共体政策文本的 PMC 曲面

Fig. 2 PMC surface of medical cluster policy texts

体维度方面得分偏低,因此总体 PMC 评分相对较低。

2.2 X－Y 交叉维度分析 政策目标是指在政策执行过程中预期实现的成果,也是评判政策工具运用科学性与合理性的重要标准。因此,本研究将医疗机构的政策目标维度纳入其中,形成了 X－Y 的二维分析框架,如图 3 所示。

图 4 显示,医共体政策虽然运用丰富的工具实现其目标,但仍然存在着部分政策工具运用不充分或是目标与工具匹配不佳的问题。供给型工具强调通过资源整合与信息化建设完善硬件条件,但对分级诊疗与分工协作等制度建设的作用相对有限。环境型工具侧重分工协作机制,主要依托功能定位和目标规划两类手段,但在组织创新、行业引导等方面较为薄弱。需求型工具主要通过“有序就医”引导患者合理分流,有效推动新型就医模式的形成。

3 结果与讨论

3.1 构建协同化、多维度的政策工具体系 X 维度分析表明,医共体政策工具结构失衡,供给型政策工具运用较多,而需求型与环境型相对不足,从而影响政策成效。应强化需求型工具,通过“坚持公益”保障基层的普惠性,以“有序就医”推动双向转诊和家庭医生签约制度,并完善绩效激励和薪酬机制,提高基层医务人员的积极性。同时应优化环境型工具,加强部门协同、社会参与和监测评估,以提升医共体建设的系统性和可持续性。

3.2 细化目标并构建可评估的指标体系 Y 维度结果显示,医共体政策目标整体偏向宏观制度建设,微观层面的行为导向和量化标准相对不足。为此,应将宏观目标进一步分解为层次清晰、任务明确的子目

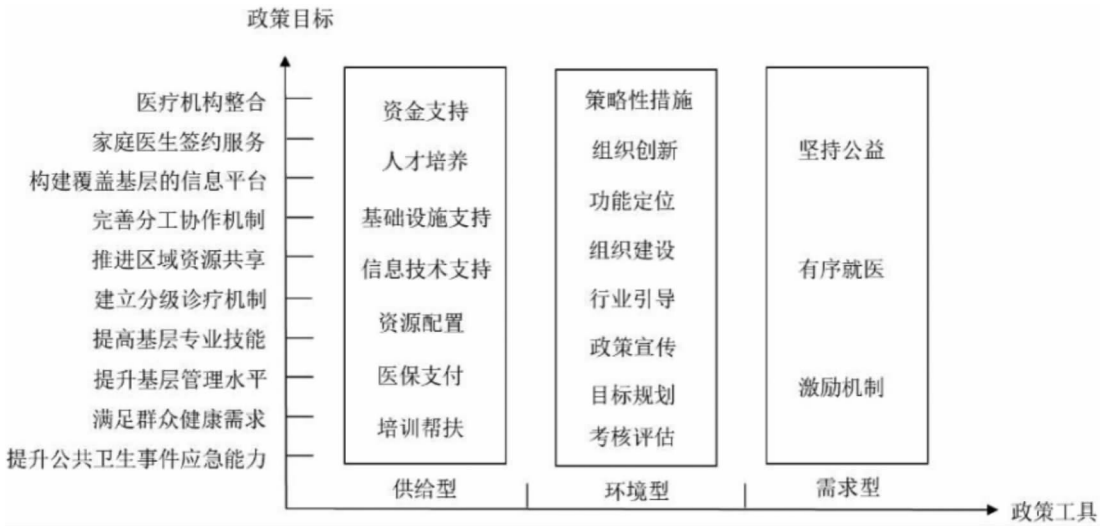


图 3　X – Y 维度分析框架

Fig. 3　X – Y dimensional analytical framework

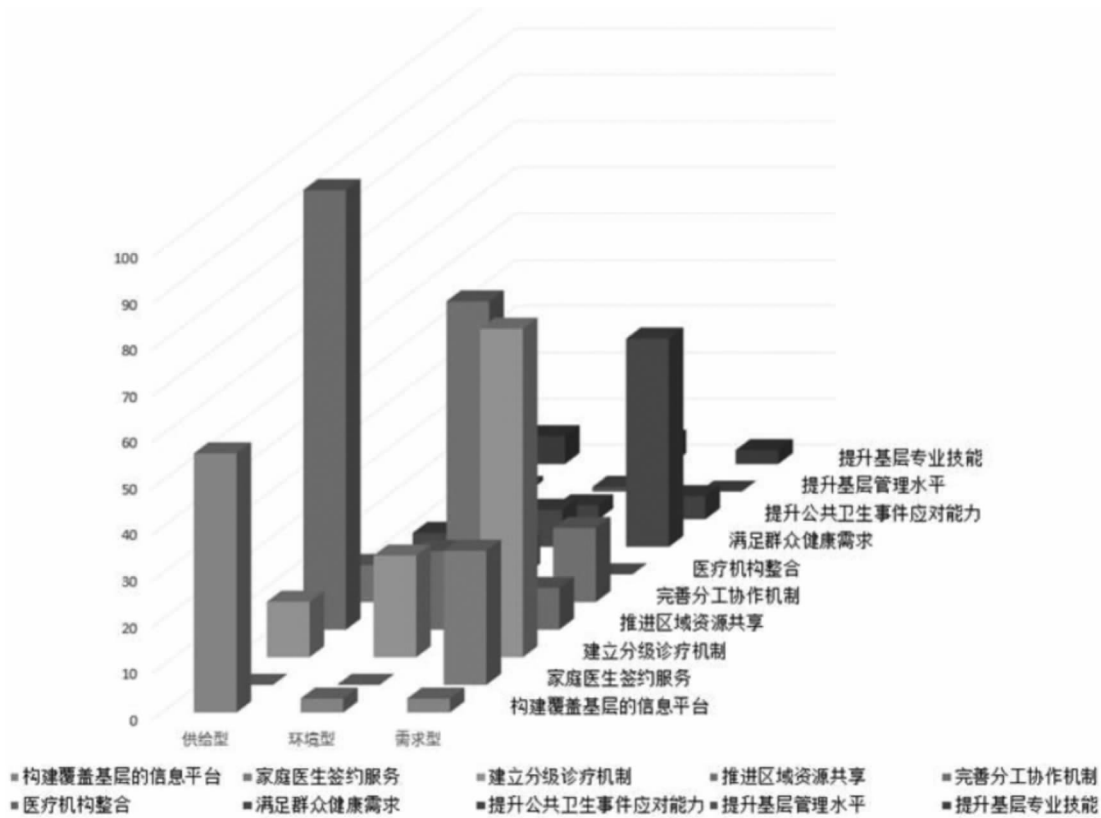


图 4　医共体政策 X – Y 维度矩阵编码

Fig. 4　X – Y dimensional matrix coding of medical cluster policies

标,并在此基础上构建可量化的指标体系,以增强政策执行的导向性和可控性。

3.3　*健全激励约束并行的执行机制*　PMC 曲面分析显示,尽管医共体政策在内容完整性和导向性方面表现良好,但部分政策在监管引导和激励约束维度仍然存在短板。应构建多维度激励体系,包括绩效考核、薪酬分配、职称晋升与荣誉评定等,以提高医务人员和机构的积极性[25]。同时,完善约束机制,引入三方评估和社会监督,提高执行的透明度与规范性。

利益冲突声明　本研究不存在任何利益冲突

参考文献

[1]　何子英,郁建兴. 全民健康覆盖与基层医疗卫生服务能力提

升——一个新的理论分析框架[J]. 探索与争鸣,2017,(2):77 -81, 103.
He ZY, Yu JX. Universal health coverage and the improvement of primary healthcare service capacity: a new theoretical analytical framework[J]. Exploration and Free Views, 2017, (2): 77 -81, 103. (In Chinese)

[2] 焦思琪,王春光. 医疗卫生共同体背景下农村医疗服务供给公正性研究[J]. 江苏社会科学,2022,(2):156 -165, 243.
Jiao SQ, Wang CG. Research on the fairness of rural medical service supply in the context of medical community[J]. Jiangsu Social Sciences, 2022, (2): 156 -165, 243. (In Chinese)

[3] 谭浩,王力,王军永,等. 我国省级层面县域医共体政策注意力演变研究[J]. 中国医院,2025,29(1):9 -15.
Tan H, Wang L, Wang JY, et al. Study on the evolutionof policy attention to county - level medical communities at the provincial level in China[J]. Chinese Hospitals, 2025, 29(1): 9 -15. (In Chinese)

[4] 周佳佳,梅杰,刘霞,等. 我国县域医共体政策扩散特征研究[J]. 中国医院,2025,29(1):3 -8.
Zhou JJ, Mei J, Liu X, et al. Study on the diffusion characteristics of county - level medical community policies in China[J]. Chinese Hospitals, 2025, 29(1): 3 -8. (In Chinese)

[5] 杜天瑶,董相檐,吴爽,等. 我国县域医共体政策文本量化评价研究[J]. 中国医疗管理科学,2025,15(1):10 -17.
Du TY, Dong XY, Wu S, et al. Quantitative evaluation of the policy text of county medical community in China[J]. China Medical Administration Sciences, 2025, 15(1): 10 -17. (In Chinese)

[6] 马伟杭,张俊华,晏波. 美国管理型,整合型医疗卫生保健服务模式初探[J]. 中国卫生人才,2012,14:1:78 -80.
Ma WH, Zhang JH, Yan B. A preliminary study of managed and integrated health care service models in the United States[J]. China Health Human Resources, 2012, 14(1): 78 -80. (In Chinese)

[7] 刘春晓. 医疗体制模式的国际比较与借鉴[J]. 求知,2011,25(2):42 -43.
Liu CX. International comparison and reference of health care system models[J]. Seeking Knowledge, 2011, 25(2): 42 -43. (In Chinese)

[8] 余红星,冯友梅,付旻,等. 医疗机构分工协作的国际经验及启示 - -基于英国、德国、新加坡和美国的分析[J]. 中国卫生政策研究,2014(6):10 -15.
Yu HX, Feng YM, Fu M, et al. International experience on the division and cooperation among medical institutions and its implications for China: An analysis of the UK, Germany, Singapore and the US[J]. Chinese Journal of Health Policy, 2014(6): 10 -15. (In Chinese)

[9] 林闽钢,张瑞利. 医疗服务体系的纵向整合模式及其选择[J]. 苏州大学学报:哲学社会科学版,2014,35(4):15 -20.
Lin MG, Zhang RL. Vertical integration models of health care service systems and their selection[J]. Journal of Soochow University(Philosopy and Social Science Edition), 2014, 35(4): 15 -20. (In Chinese)

[10] 代涛,陈瑶,马晓静. 新加坡公立医院改革的主要做法与启示[J]. 中国卫生政策研究,2012,5(8):4 -8.
Dai T, Chen Y, Ma XJ. The main practices and implications of public hospital reform in Singapore[J]. Chinese Journal of Health Policy, 2012, 5(8): 4 -8. (In Chinese)

[11] 魏墨汐,李晨,李宛毅. 政策文献量化分析方法综述[J]. 内蒙古科技与经济,2019(23):116 -118.
Wei MX, Li C, Li WY. A review of quantitative analysis methods for policy documents[J]. Inner Mongolia Science Technology & Economy, 2019(23): 116 -118. (In Chinese)

[12] 张嘉颖,王军永,谭浩,等. 康复医学中中医药与现代医学的协作模式分析[J]. 中医药管理杂志,2023,31(24):1 -4.
Zhang JY, Wang JY, Tan H, et al. Analysis of collaborative models between traditional Chinese medicine and modern medicine in rehabilitation medicine[J]. Journal of Traditional Chinese Medicine Management, 2023, 31(24): 1 -4. (In Chinese)

[13] 杨慧,杨建林. 融合 LDA 模型的政策文本量化分析 - -基于国际气候领域的实证[J]. 现代情报,2016,36(5):71 -81.
Yang H, Yang JL. Quantitative analysis of policy text merged with LDA model: Based on the field of international climate as demonstration[J]. Journal of Modern Information, 2016, 36(5): 71 -81. (In Chinese)

[14] 石岩,韩彩欣. 三维分析框架下京津冀医疗卫生协同发展政策分析[J]. 中国卫生事业管理,2024,41(12):1387 -1392.
Shi Y, Han CX. Policy analysis of the medical and healthcare coordinated development in the Beijing - Tianjin - Hebei region under the Three - Dimensional analysis framework[J]. Chinese Health Service Management, 2024, 41(12): 1387 -1392. (In Chinese)

[15] Ruiz estrada MA. Policy modeling: Definition, classification and evaluation[J]. Journal of Policy Modeling, 2011, 33(4): 523 -536.

[16] Rothwell R. Reindustrialization and technology: Towards a national policy framework[J]. Science & Public Policy, 1985, 12(3): 113 -130.

[17] 郝翔宇. 基于三维分析框架的我国县域医共体政策文本量化研究[D]. 唐山:华北理工大学,2023.
Hao XY. Research on the text quantification of China's county medical community policy text based on three - dimensional analysis framework[D]. Tangshan: North China University of Science and Technology, 2023. (In Chinese)

[18] 刘玲武,胡海,张天奕. 基于"工具—参与主体—效力"三维框架的我国动漫产业政策评价研究[J]. 科技与出版,2024,(11):63 -79.
Liu LW, Hu H, Zhang TY. Evaluation of China's animation industry policies based on a three - dimensional framework of "policy instruments - policy actors - policy effectiveness"[J]. Science - Technology and Publication, 2024, (11): 63 -79. (In Chinese)

[19] 张永安,郅海拓. 国务院创新政策量化评价——基于 PMC 指数模型[J]. 科技进步与对策,2017,34(17):127 -136.
Zhang YA, Xi HT. Quantitative evaluation innovation policies of the state council: based on the PMC - Index Model[J]. Science & Technology Progress and Policy, 2017, 34(17): 127 -136. (In Chinese)

(下转第 1899 页)

87 – 95.
Liao XL, Luo JF, Luo Y. The effect of intergenerational support on medical service utilization among ruralelderly——an empirical from Hunan[J]. Population and Development, 2017, 23(6): 87 – 95. (In Chinese)
[7] Cui Y, Liu H, Zhao LQ. Protective effect of adult children's education on parental survival in China: Gender differences and underlying mechanisms[J]. Social Science & Medicine, 2021, 277: 113908.
[8] Walter – Ginzburg A, Blumstein T, Chetrit A, et al. Social factors and mortality in the old – old in Israel: the CALAS study[J]. The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 2002, 57(5): S308 – S318.
[9] Yu X, Hu JW. An introduction to the China family panel studies (CFPS)[J]. Chinese Sociological Review, 2014, 47(1): 3 – 29.
[10] Ke J, Liu FF, Yang W, et al. Community prevention and standardized clinical treatment jointly improve cancer outcome: Real – world evidence from an esophageal cancer patient cohort study[J]. Science Bulletin, 2024, 69(24): 3899 – 3907.
[11] 俞彤. 工具性日常活动能力对老年人抑郁影响机制与调节效应研究[J]. 南京医科大学学报:社会科学版,2023,23(3):232 – 242.
Yu T. Study on the impact mechanism and moderating effects of instrumental activities of daily living on depression in the elderly population[J]. Journal of Nanjing Medical University (Social Sciences), 2023, 23(3): 232 – 242. (In Chinese)
[12] Yang WL, Liu FF, Xu RP, et al. Is adjuvant therapy a better option for esophageal squamous cell carcinoma patients treated with esophagectomy? a prognosis prediction model based on multicenter Real – World data[J]. Annals of Surgery, 2023, 277(1): e61 – e69.
[13] Wang CX, Liu ZK, Chen TY, et al. Intergenerational support and depressive symptoms in old age: The difference between urban and rural China[J]. Front Public Health, 2022, 10: 1007408.
[14] 易莹莹,孙冒宇. 代际支持对城乡老年人多维贫困影响的比较研究[J]. 人口与社会,2022,38(3):36 – 50.
Yi YY, Sun MY. A comparative study on the effects of intergenerational support on the multidimensional poverty among the elderly in urban and rural areas[J]. Journal of Nanjing College for Population Programme Management, 2022, 38(3): 36 – 50. (In Chinese)
[15] Mao WY, Chi I, Wu S. Multidimensional intergenerational instrumental support and Self – Rated health among older adults in rural China: trajectories and correlated change over 11 years[J]. Research on Aging, 2019, 41(2): 115 – 138.
[16] 张震. 家庭代际支持对中国高龄老人死亡率的影响研究[J]. 人口研究,2002,26(5):55 – 62.
Zhang Z. The impact of intergenerational support on mortalityof oldest old in China[J]. Population Research, 2002, 26(5): 55 – 62. (In Chinese)
[17] 王萍,李树茁. 代际支持对农村老人生活自理能力的纵向影响[J]. 人口与经济,2011(2):13 – 17, 22.
Wang P, Li SZ. A longitudinal study of the effect of intergenerational support on activity of daily living of rural elderly[J]. Population & Economics, 2011(2): 13 – 17, 22. (In Chinese)

收稿日期:2025-09-19

(上接第 1854 页)

[20] 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.
Xue HY, Zhang YG. Study on the evaluation and optimization path of long – term care insurance policy in China from the perspective of common prosperity: Based on PMC model[J]. Chinese Journal of Health Policy, 2023, 16(6): 10 – 19. (In Chinese)
[21] 卿华,杨恩,李慧欣,等. 基于 PMC 指数模型的"互联网 +"医保支付政策量化评价——16 个省市的政策水平比较[J]. 中国卫生事业管理,2023,40(9):655 – 660, 673.
Qing H, Yang E, Li HX, et al. Quantitative evaluation of "internet +" medical insurance payment policies based on PMC index model sampled with comparison among 16 provinces and municipalities[J]. Chinese Health Service Management, 2023, 40(9): 655 – 660, 673. (In Chinese)
[22] 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.
Zhang YA, Geng Z. The quantitative evaluation of regional science and technology innovation policy: based on the index of PMC model[J]. Science and Technology Management Research, 2015, 35(14): 26 – 31. (In Chinese)
[23] 蔡冬松,柴艺琳,田志雄. 基于 PMC 指数模型的吉林省数字经济政策文本量化评价[J]. 情报科学,2021,39(12):139 – 145.
Cai DS, Chai YL, Tian ZX. Quantitative evaluation of Jilin province digital economy policy based on PMC index model[J]. Information Science, 2021, 39(12): 139 – 145. (In Chinese)
[24] 臧维,张延法,徐磊. 我国人工智能政策文本量化研究——政策现状与前沿趋势[J]. 科技进步与对策,2021,38(15):125 – 134.
Zang W, Zhang YF, Xu L. Quantitative research on artificial intelligence policy text in China——policy status quo and frontier trends[J]. Science & Technology Progress and Policy, 2021, 38(15): 125 – 134. (In Chinese)
[25] 李乔晟,王婷,简伟研. 医务人员医防融合知信行现状与影响路径研究[J]. 四川大学学报(医学版),2025,56(6):1498 – 1505.
Li QS, Wang T, Jian WY. Current status and effect pathways of knowledge, attitude, and practice of medical care and prevention integration among medical professionals[J]. J Sichuan Univ(Med Sci), 2025, 56(6): 1498 – 1505. (In Chinese)

收稿日期:2025-11-04