

基于PMC指数模型中国珠三角的家庭病床政策量化评价

刘亚清, 杜思娴*, 姜峰, 牛浩然, 龚丽雯

华中科技大学医药卫生管理学院, 湖北武汉 430030, 中国

摘要: 目的: 对我国珠三角地区家庭病床政策文本进行科学量化分析, 挖掘现有政策中的优势与短板, 为优化我国居家健康服务的政策体系提供参考。方法: 基于PMC指数模型, 利用文献研究法构建政策指标体系。对我国1984-2023年广东省珠三角地区的家庭病床服务政策进行量化评价。结果: 政策PMC指数均值中X1政策性质、X4政策对象、X5政策目标、X7政策保障、X9政策评价与X10政策公开性维度的得分较高, 而X2政策时效、X3效力级别、X6政策内容、X8政策视角维度的得分较低。结论: 珠三角地区家庭病床服务政策对服务实践有一定促进作用, 但已有政策文本效力阶級较弱, 法律保障仍待完善; 智慧家庭病床的建设仍处于起步阶段; 政策关于医保报销与补贴标准的内容有待完善; 政策对于服务试点地区建设较不重视。

关键词: 家庭病床; 居家健康服务; PMC指数模型; 政策评价

Quantitative Evaluation of Family Hospital Bed Policy in the Pearl River Delta of China Based on PMC Index Model.

Yaqing Liu, Sixian Du *, Feng Jiang, Haoran Niu, Liwen Gong

School of Medical and Health Management, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China

Abstract: Objective: This study aims to scientifically analyze Hospital at Home Services policies in China's Pearl River Delta region, quantifying strengths and weaknesses. The goal is to optimize the home health service policy system in China. Methods: Utilizing the PMC index model, expert consultation, and literature research, we construct a policy indicator system. The study quantitatively evaluates Hospital at Home Services policies in Guangdong Province's Pearl River Delta from 1984 to 2023. Results: PMC index scores for policy nature (X1), policy targets (X4), policy objectives (X5), policy safeguards (X7), policy evaluation (X9), and policy transparency (X10) are relatively high. However, scores for policy timeliness (X2), effectiveness hierarchy (X3), policy content (X6), and policy perspective (X8) are comparatively low. Conclusion: Existing policies in the Pearl River Delta promote service expansion, but their effectiveness is hampered by a lower effectiveness hierarchy and a lack of legal safeguards. The development of smart home medical beds is in its early stages. Policy content related to medical insurance reimbursement and subsidy standards needs improvement, with insufficient emphasis on the construction of service pilot areas.

Keywords: Hospital at Home Services; PMC Index Model; Policy Evaluation

中国是全球老年人数量最多的国家，国家统计局公开信息显示 2022 年 60 岁及以上老年人口达 2.8 亿，其中 1.9 亿老年人患有慢性病，失能、半失能老年人约 4400 万。上述人群就医不便，同时难以负担长期、高昂的住院照顾费用，对可持续性强、可及性强、费用较低的居家健康服务需求日益增加^[1]。近年国家政府高度重视家庭病床服务发展，2023 年国务院在《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》中强调提升基层家庭病床服务供应能力；国家卫生健康委员会办公厅在《居家和社区医养结合服务指南（试行）》中强调为符合条件的居家老年人等提供家庭病床服务。家庭病床服务（Hospital at Home Services）是对慢性病、失能人群、老年人等活动受限人群，由基层医疗卫生机构等机构的医护人员上门，提供以病床为载体的定期查床、治疗、护理等上门健康服务^[2]。早在上世纪 50 年代，天津就存在家庭病床服务实践；1984 年原卫生部出台《家庭病床暂行工作条例》明确家庭病床收治病种与服务任务。经过几十年实践，家庭病床服务并没有真正在我国发展起来，我国许多省份尚未出台家庭病床服务相关支持政策^[3]，受医保资金池压力影响，许多省份未将服务纳入报销范围，继而导致服务推广进程迟缓、地区间发展不均衡^[4]。

近 5 年家庭病床日益成为学界热点，鹿艺馨开展社区护士对开展家庭病床信息化管理认知的质性研究^[5]，Garrett Gaillard 研究其家庭病床服务与美国急诊住院服务的效果比较^[6]，现有研究呈现几个特点：一是多以需求侧入手，关注其需求及支付意愿的影响因素^[7, 8]，较少以供给侧视角来切入，讨论服务政府的干预与监管情况；二是已有研究多停留在市、区级^[9]，而缺乏多个市或省级区域的比较研究；三是现有研究多停留在服务机构的供应数量与效果评价^[10, 11]，较少关注服务相关政策的评价。而 PMC 指数模型是基于 Omnia Mobilis 假说^[12]提出的一种政策评估工具，旨在将建立多维度的政策评价指标体系，进行政策文本赋分值的量化评价，适用于政策文本的优劣势评价。而 Yibing Li^[13]、Anning Ma^[14] 等人用其对卫生服务领域的政策进行优劣势的定量评价，对已有家庭病床服务政策进行质量评估具有适用性。

目前我国家庭病床地区发展不均衡问题突出，珠三角地区于中国广东省中南部，含广州、佛山、肇庆、深圳、东莞、惠州、珠海、中山、江门九个

城市，地域面积大。2021 年广东省统计局公布的《广东省第七次全国人口普查公报》显示珠三角地区老年人口总数已达到 743.8 万，家庭病床实践情况具有典型性、可推广性^[15, 16]，同时该地区政策发展起步于 2013 年，相比其他省市政策数量较多、政策建设较完善。研究收集我国珠江三角洲地区自家庭病床服务政策出台以来（1984 年 1 月 1 日）至 2023 年 11 月 1 日的国家级、省级、市级相关政策文本，根据 PMC 指数模型搭建家庭病床服务政策文本质量评价指标体系，并对收集文本定量评价，剖析目前我国家庭病床政策的现存问题与优化措施。

1 PMC 指数模型的构建

PMC 指数模型原理是确定政策文本不同维度一级、二级变量的含义及水平，再通过多个维度的一级、二级变量整合形成 PMC 指数，然后对政策文本打分，对政策不同维度的优劣程度进行量化分析^[17]。研究参考已有 PMC 指数模型对政策评价的步骤：（1）通过政策文本分析、文献研究回顾，进行政策评价指标体系的变量选择与参数识别；（2）根据确定的一级、二级变量建立多投入产出表，构建 PMC 指数计算模型；（3）计算各项政策文本的 PMC 指数，评估纳入的政策文本的优劣等级；（4）绘制政策文本 PMC 指数均值和不同等级下政策文本的 PMC 曲面，直观、系统评价政策文本优劣程度。

1.1 样本来源

研究以“家庭病床”“长期护理保险”“居家医疗”“医养结合”等为关键词，通过访问北大法宝政策与法律法规检索系统、国务院政策文件库、中国卫生健康委员会、中国广东省各省市人民政府、卫生健康委员会、医疗保障局、中国长期护理保险试点政策数据库（CLIP）进行政策搜集，获取 1984 年 1 月至 2023 年 11 月国家级、省级与市级的覆盖广东省珠三角地区的所有家庭病床服务相关政策文本。

研究政策文本的纳入标准为：（1）政策文本涉及家庭病床服务、居家医疗服务、家庭养老床位相关内容；（2）政策类型包括法律、行政法规、部门规章、规范性文件、行业规定、工作文件；（3）政策文本对家庭病床服务有一定支持作用，政策目标明确、政策内容较清晰。排除标准为：（1）文本内容与家庭病床服务相关性低；（2）政策文本内容与之

前的文件重复性较高的；（3）发文机构不明确的。政策的纳入由 2 名研究员政策独立进行筛选，当有争议时引入第 3 名研究员讨论。最终排除与家庭病床主题的相关性不高、字数极少的政策 15 份，纳入 45 份相关政策，然逐份进行编码（表 1）。

表 1. 家庭病床服务政策文本编码示例

编 码	政策	发文机构	发文时 间	地 域
P 1	家庭病床暂行工作条例	原卫生部	1984 年 12 月 15 日	全 国
P 2	卫生部关于进一步加强家庭病床工作的通知	原卫生部	1984 年 11 月 25 日	全 国
P 3	关于建立完善老年健康服务体系的指导意见	国家卫健委 等	2019 年 10 月 28 日	全 国
			
P 4	广东省开展家庭病床服务工作指引（试行）	广东省卫生健 康委员会	2014 年 12 月 19 日	广 东 省
P 5	广东省开展家庭病床服务工作指引	广东省卫生计 生委办公室	2016 年 8 月 12 日	广 东 省
P 6	广东省老年人居家医疗健康服务工作指引	广东省卫生健 康委、广东省 民政厅	2020 年 5 月 6 日	广 东 省
			
P 4 5	珠海市医疗保障局关于调整基本医疗保险家庭病床诊疗项目范围的通知	珠海市医疗保 障局	2021 年 12 月 22 日	珠 海 市

1.2 变量选取与参数识别

本文利用 Nvivo 11 软件对政策文本进行内容分析。首先，将家庭病床服务政策文本格式化处理，利用软件进行高频词分析。剔除无意义的词汇后，提取所有政策文本中前 50 位的主题词。根据政策文本主题词的提取发现政策的内容主要包括七个条目，将其纳入政策评价指标体系中（表 2，X6），具体包括：（1）服务对象，即老年人、慢性病患者与（半）失能人群等因外出就医活动受限，而需要

上门提供医疗护理服务的人群，包含主题词：对象、老年人、患者、疾病；（2）服务机构，即医院、基层医疗卫生机构与养老院，包含主题词：机构、社区、医院；（3）服务人员，提供家庭病床建床、巡床等居家健康服务的家庭医生或上门护理人员，包含主题词：护士、人员、医生；（4）服务价格，即家庭病床建床的费用、医务人员上门巡床与开展健康服务等费用标准，包含主题词：标准、费用、支付；（5）医保报销，政策文本中对医保报销的病种与服务范围、医保报销的流程与比例的具体描述等，包含主题词：保险、保障（6）补贴标准，即政策文本中给经济贫困的人群、养老服务院、医务人员等提供的建床补贴标准；包含主题词：保障、社会；（7）服务指导，政策中规定政府指导机构开展家庭病床的建床资格认定、服务质量监管、撤床申请等具体活动的内容，包含主题词：工作、管理、项目。

研究员逐字逐句阅读政策文本，在理解政策内容的基础上分析政策目标、框架、内容，为构建家庭病床服务政策文本 PMC 指数模型提供参考。结合文献研究^[17-24]确定了 10 个一级指标和 44 个二级指标，如表 3。其中政策性质（X1）政策对于家庭病床服务实践情况的具体干预方式，包括服务实践发展的预测、服务实践的引导等；政策时效（X2）即政策文本的时间限期，分为长期、中期、短期；效力级别（X3）中政策效力越高，则政策约束力越强、约束范围越大，分为行政法规、部门规章、规范性文件、行业规定、工作文件等；政策对象（X4）是政策所针对的主体或对象，若该维度得分高，证明政策文本有明确的对象，政策能助推基层医疗卫生机构、医院、家庭医生团队等主体家庭病床服务供应能力的提升；政策目标（X5）：阐述政策所要实现的预期结果或解决的问题，具体可以分为家庭病床服务内容增加、服务覆盖面拓宽等；政策内容（X6）：及政策的框架及具体内容要点，其中家庭病床服务的价格标准、医保报销的相关内容直接影响居民对服务的支付意愿水平；政策视角（X8）即政策的覆盖范围，分为国家级、省级、市级；政策评价（X9）是衡量家庭病床服务政策文本质量的重要依据，对政策文本中不同部门权责划分是否明晰、内容是否详实饱满进行评价。政策公开（X10）：政策的公开透明程度和形式，透明公开的政策确保基层医疗卫生机构、医院及时获取相关政策信息，能

及时调整家庭病床服务供应策略。

机制保障 X7:2

资金支持 X7:3

人才建设 X7:4

社会氛围 X7:5

试点示范 X7:6

表 2. 家庭病床服务评价指标体系及评价标准

一级指标	一级变量	二级指标	二级变量	参考来源
政策性质	X1	服务预测	X1:1	政策文本、Estrada 的文章 ^[17]
		引导建议	X1:2	
		工作规范	X1:3	
		服务监管	X1:4	
政策时效	X2	长期 (>5年)	X2:1	政策文本、Estrada 的文章 ^[17]
		中期 (2-5年)	X2:2	
		短期 (<2年)	X2:3	
效力级别	X3	行政法规	X3:1	政策文本、薛惠元的文章 ^[18] 、中国立法机构的结构特征
		部门规章	X3:2	
		规范文件	X3:3	
		行业规定	X3:4	
		工作文件	X3:5	
政策对象	X4	医院	X4:1	政策文本、唐尚锋的文章 ^[19]
		基层医疗卫生机构	X4:2	
		养老院/护理机构	X4:3	
		社会力量	X4:4	
		老年人	X4:5	
政策目标	X5	服务内容增加	X5:1	政策文本、徐萍萍的文章 ^[20]
		服务覆盖面拓宽	X5:2	
		服务质量升级	X5:3	
		人才培养	X5:4	
		产业促进发展	X5:5	
政策内容	X6	智慧赋能	X5:6	
		服务对象	X6:1	政策文本、Yanlin 的文章 ^[21]
		服务机构	X6:2	
		服务人员	X6:3	
		服务价格	X6:4	
		医保报销	X6:5	
		补贴标准	X6:6	
服务指导	X6:7			
政策保障	X7	部门领导	X7:1	政策文本、张治国的文章 ^[22]

政策文本、褚淑贞的文章^[23]

政策文本、宣天惠的文章^[24]

政策文本、Estrada 的文章^[17]

1.3 建立多投入产出表

基于所确定的一级变量和二级变量，研究建立多投入产出表，作为家庭病床服务政策文本的质量分析框架。

1.4 PMC 指数计算

首先，根据多投入产出表（表 4）对政策文本进行二级变量指标进行打分，根据政策文本对二级变量进行 0-1 赋值，政策内容符合二级变量为 0，否则为 1，如式（1）（2）所示；其次，根据式（3）计算 45 份政策文本的一级变量值；再次，将所有一级指标值求和得出 PMC 指数，如式（4）；最后，用满分 10 减去 PMC 指数得出凹陷指数，同时参考 Estrada 研究^[17]，确定政策 PMC 和凹陷指数的评价标准。

$$X \sim [0,1] \quad (1)$$

$$X = \{XR: [0,1]\} \quad (2)$$

$$X_p = \left(\sum_{q=1}^n \frac{X_{pq}}{P(X_{pq})} \right) \quad (p = 1,2,3, \dots, \infty; p = \text{一级变量}; q = \text{二级变量}) \quad (3)$$

$$PMC = \left\{ \begin{array}{l} X_1 \left(\sum_{a=1}^4 \frac{X_{1a}}{4} \right) + X_2 \left(\sum_{b=1}^3 \frac{X_{2b}}{3} \right) + X_3 \left(\sum_{c=1}^5 \frac{X_{3c}}{5} \right) + \\ X_4 \left(\sum_{d=1}^5 \frac{X_{4d}}{5} \right) + X_5 \left(\sum_{e=1}^6 \frac{X_{5e}}{6} \right) + X_6 \left(\sum_{f=1}^7 \frac{X_{6f}}{7} \right) + \\ X_7 \left(\sum_{g=1}^6 \frac{X_{7g}}{6} \right) + X_8 \left(\sum_{h=1}^3 \frac{X_{8h}}{3} \right) + X_9 \left(\sum_{i=1}^5 \frac{X_{9i}}{5} \right) + \\ X_{10} \left(\sum_{j=1}^1 \frac{X_{10j}}{1} \right) \end{array} \right. \quad (4)$$

表 3 政策 PMC 和凹陷指数的评价标准

PMC 指数	评价	凹陷指数	评价
7.00-9.00	优秀	1.00-3.00	低凹陷
6.00-6.99	良好	3.01-4.00	中凹陷
5.00-5.99	可接受	4.01-5.00	可接受凹陷
3.00-4.99	较差	5.01-7.00	较不可接受凹陷
0.00-2.99	差	7.01-10.00	不可接受凹陷

1.5 PMC 曲面图绘制

研究利用 PMC 指数以及变量的具体数值转换成 3 阶矩阵，如式 (5)；并用 Matlab 绘制总体均值的和不同级别典型政策的 PMC 曲面图，曲面图中 Z 轴为政策文本某一维度得分高低，而 X-Y 平面则对应 X1-X9 的不同维度。

$$PMC(\text{曲面}) = \begin{pmatrix} X_1 & X_2 & X_3 \\ X_4 & X_5 & X_6 \\ X_7 & X_8 & X_9 \end{pmatrix} \quad (5)$$

2 珠三角地区家庭病床服务政策量化评价

2.1 政策的 PMC 指数结果及等级评价

我国珠三角地区家庭病床服务政策 45 项家庭病床政策 PMC 指数优秀级为 1 项、良好级为 23 项，可接受级 13 项，较差级 7 项。我国珠三角地区家庭病床服务绝大部分一定程度有助于家庭病床服务普及，深圳市的四项已有家庭病床服务政策文件得分均大于 5.00。

表 4. 45 项家庭病床服务政策的 PMC 指数结果

政策	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	PMC 指数	凹陷指数	排序	等级
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	0	1	优秀

											数			
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1				
P	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	5.1	4.8	3
1	7	3	2	4	3	7	5	3	6	0	6	4	6	
	5	3	0	0	3	1	0	3	0	0				
	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1				
P	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	6.8	3.1	7
2	7	3	2	4	8	0	6	6	0	0	5	5	7	
	5	3	0	0	3	0	7	7	0	0				
	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1				
P	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	6.0	3.9	2
3	5	3	2	6	0	4	6	3	0	0	6	4	6	
	0	3	0	0	0	3	7	3	0	0				
	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1				
P	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	5.7	4.2	3
4	7	3	2	0	6	4	6	3	4	0	8	2	2	
	5	3	0	0	7	3	7	3	0	0				
	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1				
P	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	6.3	3.6	2
5	7	3	2	0	0	4	6	3	6	0	1	9	1	
	5	3	0	0	0	3	7	3	0	0				
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1				
P	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	6.1	3.8	2
6	7	3	2	8	6	4	8	3	8	0	5	5	5	
	5	3	0	0	7	3	3	3	0	0				
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1				
P	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	5.8	4.1	3
7	5	3	2	6	8	7	5	3	8	0	1	9	0	
	0	3	0	0	3	1	0	3	0	0				
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1				
P	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	5.5	4.4	3
8	5	3	2	8	6	4	5	3	8	0	6	4	4	
	0	3	0	0	7	3	0	3	0	0				
	1	0	0	0	0	0	1	0	1					
P	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	7.3	2.6	3
9	0	3	2	8	8	7	6	0	8	0	5	5	3	
	0	3	0	0	3	1	7	0	0	0				
	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1				
P	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	6.5	3.4	1
10	0	3	2	8	0	5	5	3	8	0	4	6	7	
	0	3	0	0	0	7	0	3	0	0				
P	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	6.6	3.4	1	
11	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	5

3	2	3	2	4	2	4	3	3	8	0					4	7	3	9	差		
	5	3	0	0	0	3	3	3	0	0					4	5	3	2	4	3	5	5	3	8	0				
P	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1						0	3	0	0	3	7	0	3	0	0				
3	6.6	3.3	1	良	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
4	7	3	2	8	8	5	8	3	0	0	5	5	3	好	4	4.2	5.7	4	较	
	5	3	0	0	3	7	3	3	0	0					5	2	3	2	4	1	4	5	3	6	0	1	9	5	差
P	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1					5	5	3	0	0	7	3	0	3	0	0				
3	5.8	4.1	3	可		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
5	0	3	2	4	5	7	3	3	0	0	1	9	1	受	均	6.0	3.9		良	
	0	3	0	0	0	1	3	3	0	0						7	3	2	6	6	5	6	3	8	0	5	5		好
P	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1						6	3	0	3	3	9	4	9	9	0				
3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4.4	5.5	4	较	2.2 政策的 PMC 指数均值分析										
6	5	3	2	4	0	1	5	3	0	0	1	9	3	差	45 项政策的 PMC 指数均值为 6.05 (图 1), 政策评级为良好, 而凹陷指数达 3.95, 处于良好等级, 中等水平凹陷。具体来说: 政策性质 (X1) 均值也高达 0.76, 表明多数政策文本对服务有一定服务预测、引导建议、工作规范、服务监管作用。政策时效 (X2) 均值较低为 0.33, 其中长期 (>5 年) 的达 25 份, 中期 (2-5 年) 达 15 份, 短期 (<2 年) 较少仅为 5 份。效力级别 (X3) 均值为 0.20, 表明家庭病床服务政策效力级别较低, 2 项为部门规章, 19 份为中央或地方规范性文件, 2 份行业规定, 22 份中央或地方工作文件, 该领域暂时没有完善的法律法规与行政法规。政策对象 (X4) 均值为 0.63, 多数政策中强调医院、基层医疗卫生机构、养老或护理机构要聚力共建家庭病床服务供给链, 同时 13 份文件强调社会力量是家庭病床服务供给端的有益补充, 23 份文件强调了老年人是主要服务对象。政策目标 (X5) 均值为 0.63, 35 份文本强调了促进服务内容增加, 26 份文本强调服务覆盖面拓宽与服务质量升级, 27 份文件强调了人才培养, 38 份文件强调助推家庭病床产业发展, 仅 17 份文件提及智慧家庭病床服务相关内容。政策内容 (X6) 均值为 0.59, 其中 35 份文件规定服务对象 (具体病种与建床的要求), 44 份文件规定了服务机构的具体资质与供给指导, 34 份文件涵盖了服务人员的职责规定, 23 份文件强调服务价格设置要合理与当地经济水平相适应, 仅 22 份文件强调医保报销政策相关内容, 12 份文件涉及对困难的患者、机构甚至医护人员给予补助, 仅 15 份文件对服务开展提供具体指导与规范要求。政策保障 (X7) 均值达 0.64, 多数政策文本在部门领导、机制保障、社会氛围建														
P	0	3	0	0	0	4	0	3	0	0																			
3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4.9	5.0	4	较											
7	5	3	2	4	3	5	6	3	6	0	4	6	0	差															
	0	3	0	0	3	7	7	3	0	0																			
P	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1																			
3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	6.7	3.2	9	良											
8	0	3	2	4	5	0	0	3	0	0	7	3		好															
	0	3	0	0	0	0	0	3	0	0																			
P	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1																			
3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	6.5	3.4	1	良											
9	0	3	2	0	6	4	5	3	0	0	1	9	9	好															
	0	3	5	0	7	3	0	3	0	0																			
P	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1																			
4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	6.2	3.7	2	良											
0	0	3	2	6	6	4	6	3	0	0	3	7	3	好															
	0	3	0	0	7	3	7	3	0	0																			
P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1																			
4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	6.6	3.4	1	良											
1	7	3	2	8	8	7	8	3	8	0	0	0	4	好															
	5	3	0	0	3	1	3	3	0	0																			
P	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1																			
4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	6.2	3.7	2	良											
2	5	3	2	8	6	7	6	3	0	0	1	9	4	好															
	0	3	0	0	7	1	7	3	0	0																			
P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1																			
4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	5.2	4.8	3	可											
3	7	3	2	4	3	7	3	3	8	0	0	0	5	受															
	5	3	0	0	3	1	3	3	0	0																			
P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4.9	5.0	3	较															

设提供支持，但仅有 19 份政策文本明确提出要给家庭病床服务具体资金支持，仅 21 份文本提及服务试点地区的建设要求。政策视角(X8)均值达 0.39 分，33 份文件以市/区级的微观视角对服务落实与实践进行政策规定。政策评价(X9)均值高达 0.89，表明珠三角地区家庭病床服务政策多数内容详实、规划科学、权责清晰、目标明确、依据充分，对促进家庭病床服务建设有一定作用。

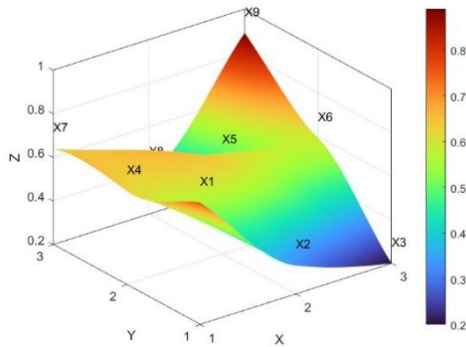


图 1.45 项政策的 PMC 曲面

3 讨论

研究基于 PMC 指数模型构建家庭病床服务政策文本量化评价体系，对我国中央、广东省、珠三角地区政府出台的 45 项政策进行细致评分。总体上珠三角地区相关政策质量良好，能一定程度上推动服务落地进家。但是，服务相关的政策主要在效力级别(X3)、政策目标(X5)、政策内容(X6)、政策保障(X7)维度存在一些问题，限制服务实践进程。

3.1 效力级别：政策文本效力级别较低

结果显示珠三角地区相关政策效力级别较低，同时我国暂时没有相关相关法律法规与行政法规，这可能与我国家庭病床仍处于实践发展阶段有关。Bob 提出元治理理论(Meta-governance)是指政府是社会治理的核心，政府是整个社会治理体系与规则的制定者与指导者，通过托大参与让政府之外的各级组织、公民参与政府决策、实践的过程，其中政策是指导社会治理与实践的直接凭证^[25]。家庭病床服务领域若缺乏高效力级别的政策，会导致部分地区服务发展的动力不足，继而影响我国经济水平发达地区与欠发达地区服务发展进程的差异持续加大^[4]。目前中央出台与服务相关政策文本不到 10 份，多为部门规章；截至 2023 年 11 月云南、甘

肃等多省、市人民政府与卫生健康委员会未出台服务相关的高效力级别政策，会导致部分地区服务实践发展迟缓，滞后于其他地区。此外，服务相关法律不完善，会导致服务的安全问题难以得到保障^[26]。服务受居家环境限制，服务开展风险性较高，服务对象多为疾病状况较复杂的失能老人，对服务机构与上门人员的技术水平要求高。到那时我国尚未出台法律，服务的人员与机构的资质认定条件尚未规范，可接受服务对象的病种范围尚不明确等，法律保障缺失导致服务操作的安全隐患难以规避^[27]。姚能亮也提出目前法律法规的限制，阻碍了家庭病床等上门医疗卫生服务发展，服务机构与人员的服务能力难以提升^[28]。

3.2 政策目标：智慧家庭病床服务的政策引导力度有限

智慧家庭病床是指利用智能可穿戴设备与信息技术，为服务对象提供为患者健康信息档案、会诊转诊管理、急重症警报管理、撤床计划准备的智能化家庭病床服务。上海市利用互联网与信息技术为服务赋能，实现家庭病床移动管理、远程诊疗等服务创新^[29]。研究发现我国其他地区现有政策对智慧服务的引导力度有限，广东省、甚至全国仅有深圳市区出台《智慧家庭病床服务规范》，其他地区的社区卫生服务中心(站)、乡镇卫生院等由于政策引导不足。陆守坤指出当下我国家庭病床的智慧系统还在探索阶段，急需政策引导加大机构研发力度以及建设经费投入^[30]。珠三角地区智慧家庭病床政策引导不足，可能导致基层医疗卫生机构的家庭病床的具有数据采集功能等智能设备配备数量不够，服务信息收集、预约上门服务的开展等活动效率降低^[31]。此外，加之基层医疗卫生机构信息系统建设基础薄弱，机构难以主动建设配套智能设备的家庭病床，导致机构难以提供患者急救报警、重症会诊、健康信息及时监测等服务内容，服务创新性不足^[32]。同时，智慧家庭病床配备的智能设备可以实现与机构连接，继而让患者健康信息档案及时更新，医护人员实现精准制定诊疗方案，能为患者提供疾病全周期的健康管理服务^[33]；但目前智慧家庭病床已有政策引导有限，导致智慧服务发展受限，基于健康信息档案的精细化健康管理服务供给不足^[34]，现有服务难以匹配患者个性化需求。

3.3 政策内容：医保报销、服务补贴的政策

内容不完善

根据总体 PMC 指数结果与良好级 P38 政策的内容分析, 研究发现珠三角地区服务政策文本中医保报销、服务补贴相关内容不够充分。已有研究表明我国居民服务支付意愿水平低, 而服务医保报销政策不完善加剧该问题^[35]。截至 2023 年 11 月湖北省等尚未将家庭病床服务纳入城乡居民医保报销范围, 这可能与当地医保资金池压力较大有关。同时已有政策文本存在报销病种与具体服务项目不清晰, 报销比例不确定的问题, 继而加剧服务居民低支付意愿水平^[36], 影响服务实践发展。

Vargo 提出服务生态概念 (Service Ecosystem) 强调服务机构、服务人员和服务对象之间相互关联、相互影响的生态系统, 强调它们共同构成一个互动、协同的服务生态, 服务机构提供框架与资源, 服务人员是关键执行者, 而服务对象则是生态系统的受益者和塑造者, 服务机构、服务人员、服务对象参与服务的积极性显著影响服务的实践与发展^[37, 38]。研究发现珠三角已有服务相关政策中涉及对服务机构、医务人员、患者的经费补贴的相关内容较少: 一是对已有政策中涉及机构补助的相关内容较少, 或涉及机构补助的政策文本中补助力度较弱, 加之服务的收费标准不高, 导致机构持续供给服务的经济动力较弱, 其服务供给意愿不强; 二是已有政策文本中对家庭医生团队等医护人员上门开展服务的交通、餐饮补贴费用较低, 出诊费用等补贴与医务人员工作积极性直接相关^[39], 对医护人员上门服务补贴不足, 导致其上门服务积极性显著降低; 三是已有政策中涉及经济困难的老年人或慢性病患者的补贴内容较少, 已有政策的补助经费较少, 限制居民服务的支付意愿水平, 而当前低收入水平是限制居民服务支付意愿的关键因素^[40]。若政府不提供给经济困难的患者专项补贴, 患者大量潜在的服务需求难以转化为服务实际利用行为。

3.4 政策保障: 建设服务试点地区的进程迟缓

纳入研究的 45 份政策文本中较少提及要建设服务的试点地区。“试点”是中国特色政策之一^[41], 是为应对不确定性问题, 探寻已有问题解决的新方案, 其适用于服务不同地区实践汇总、整理, 而形成可复制机制^[42]。政策试点意味着政策行动开始以点带面, 建立健全政策试点机制, 促使试点的地区

的服务实践更加成熟, 促进试点以外地区服务发展^[43]。结果现实目前珠三角地区政策文本中暂时没有类似“长期护理保险”“医养结合”的试点地区建设, 而中央、省市级政府如果不重视服务试点地区的建设, 政策激励不足会导致地区服务实践进程受阻, 社区、乡镇等区域内基层医疗卫生机构不重视服务数量提升与质量优化, 其难以提供广覆盖、高质量、优效果居家健康服务。此外, 如果我国省市中重视政策服务试点地区建设, 能推动相关政策发展的科学化、制度化、规范化, 通过总结地区实践经验优化已有政策逻辑与制度设计。而服务的试点地区的建设情况起步较晚, 服务的健康效果较好的地区的服务实践经验难以总结成可推广的政策范本, 政策制度设计与试点地区的实践经验相脱节。

4 建议

研究结果发现的现有政策不同维度的问题, 提出针对性的建议: 一是政府要完善出台法律法规、行政法规等高效力级别的政策, 把好服务的安全与质量两道关。通过政策直接约束服务供应机构、医护人员资格的认定标准与审查流程, 利用政策规避服务实践过程中的安全隐患。政府还可以组织当地卫健委员会、疾控与三甲医院老年科专家等, 制定服务开展与操作的流程规范。二是优化医保报销政策, 提高居民服务支付意愿水平。医保部门可以逐步扩大服务报销病种范围与诊疗项目, 可以借鉴上海将常见慢性病患者的服务纳入城乡居民医保的报销范围, 借鉴珠海市 2024 年起将报销建床期间家庭病床费用的 90%; 政府还要引导跨机构间医保报销渠道的打通, 让患者在基层医疗卫生机构、医院、养老院间就诊、接受服务要有统一、公平、合理的报销政策。三是政府建设服务试点地区, 及时总结样本经验。政府要定时收集不同社区、村镇的效果佳、质量优的家庭病床实践经验进行宣传; 政府尽快推进服务试点地区建设, 构建政策引导下的国际一流的居家健康服务体系。四是政府尽快引导智慧家庭病床发展。政府要丰富“互联网+家庭病床”服务项目, 不断拓展服务外延; 政府促进智能设备与电子病案库实现机构间数据共享, 搭建好搭建从患者端到机构端、再到政府端的数据采集网络, 疾控中心要及时发掘当地建床的患者疾病特征, 制定区域化服务发展策略, 实现继而从点到面服务高效推广。

致谢

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参考文献

- [1] 高丽平. 家庭病床服务的探索与实践 [J]. 中国农村卫生, 2022, 14(9): 25-26.
- [2] 张家欣. 家庭病床服务要点 [J]. 中山大学学报论丛, 2002, 22(3): 412-414.
- [3] 廖晴爽. 基于史密斯模型的家庭病床政策实践问题研究——以广西南宁市为例 [J]. 产业与科技论坛, 2020, 19(20): 65-56.
- [4] 杜思娴, 高红霞, 翁佳颖. 我国家庭病床服务协同困境与整合模式探讨 [J]. 中华医院管理杂志, 2023, 39(3): 234-238.
- [5] 鹿艺馨, 张艳, 高月, 等. 社区护士对开展家庭病床信息化管理认知的质性研究 [J]. 护理学杂志, 2023, 38(19): 21-24.
- [6] GAILLARD G, RUSSINOFF I. Hospital at home: A change in the course of care [J]. J Am Assoc Nurse Pract, 2023, 35(3): 179-182.
- [7] 秦丹, 窦青瑜, 侯莉莎, 等. 四川省老年患者对家庭病床的建床及支付意愿 [J]. 现代预防医学, 2021, 48(16): 2961-2964.
- [8] 魏薇, 冯占春, 陈晓禹. 60岁以上老年人接受家庭病床服务的意愿及影响因素调查分析 [J]. 中国社会医学杂志, 2021, 38(3): 309-312.
- [9] 舒冉. 天津市医院护士对提供家庭病床意愿性调查 [J]. 现代医院, 2020, 20(10): 1508-1512.
- [10] LEVINE D M, OUCHI K, BLANCHFIELD B, et al. Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults: A Randomized Controlled Trial [J]. Ann Intern Med, 2020, 172(2): 77-85.
- [11] KAYMAZ D, CANDEMIR İ, ERGÜN P, et al. Hospital-at-home for chronic obstructive pulmonary disease exacerbation: Will it be an effective readmission avoidance model? [J]. Clin Respir J, 2021, 15(7): 716-720.
- [12] RUIZ ESTRADA M A, YAP S-F, NAGARAJ S. Beyond the Ceteris Paribus Assumption: Modeling Demand and Supply Assuming Omnia Mobilis, F, 2007 [C].
- [13] LUO X, LI Y, YANG P. Research on the Quantitative Evaluation and Optimization Path of China's Healthcare Big Data Policy [J]. Social Security and Administration Management, 2023.
- [14] LIU Y, JIAO M, WANG Y, et al. Quantitative Evaluation of China's Public Health Emergencies Response Policies: A PMC index model approach [J]. Research Square. 2023.
- [15] 田颖, 孙敏. 家庭病床: 怎么服务, 谁来买单 [J]. 医师在线, 2018, 8(23): 10-11.
- [16] 巫云辉, 李宝琪, 王皓翔, 等. 深圳市光明区社区健康服务中心家庭病床服务现状分析 [J]. 中国社区医师, 2022, 38(11): 162-164.
- [17] RUIZ ESTRADA M A. Policy modeling: Definition, classification and evaluation [J]. Journal of Policy Modeling, 2011, 33(4): 523-536.
- [18] 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.
- [19] 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.
- [20] 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.
- [21] YANG Y, TANG J, LI Z, et al. How effective is the health promotion policy in Sichuan, China: based on the PMC-Index model and field evaluation [J]. BMC Public Health, 2022, 22(1): 2391.
- [22] 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.
- [23] 赵思琦, 刘栋梁, 夏毓琦, 等. 基于PMC指数模型的我国慢病管理政策量化评价 [J]. 中国药房, 2021, 32(13): 1627-1633.
- [24] 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.
- [25] JESSOP B. Capitalism and its future: remarks on regulation, government and governance [J]. Review of International Political Economy, 1997, 4(3): 561-581.
- [26] 张洪, 刘琴. 医养结合背景下“互联网+护理服务”中的法律风险及其规制 [J]. 医学与法学, 2023, 15(4): 96-100.
- [27] 万晓文, 黄银凤, 关月, 等. 我国老年人居家医疗服

- 务发展策略研究 [J]. 医学与哲学, 2022, 43(22): 50-55.
- [28] 陈涛, 姚能亮, 苏明珠, 等. 中国居家医疗发展的内外部挑战: 基于居家医疗实践者角度的电话访谈 [J]. 中国全科医学, 2020, 23(12): 1459-1465.
- [29] 高妍, 吴晓霞, 林玲, 等. 上海市家庭病床服务工作探索与实践 [J]. 中国初级卫生保健, 2023, 37(1): 15-17.
- [30] 陆守坤. 家庭病床服务试点经验总结与启示——以福建省省级机关医院为例 [J]. 卫生经济研究, 2022, 39(10): 29-31.
- [31] 王信光, 白思敏, 贾娅妮, 等. 基于供给视角的基层医疗卫生机构家庭病床服务现状与对策 [J]. 中国卫生质量管理, 2023, 30(8): 80-83.
- [32] 李春峰, 付少杰. 美国“家庭医院”项目对中国“互联网+家庭病床”建设的启示 [J]. 中国卫生质量管理, 2022, 29(7): 97-101.
- [33] 向霞, 祝小丹, 马绮文, 等. “互联网+护理服务”联合家庭病床模式在社区 2 型糖尿病患者健康管理中的应用 [J]. 天津护理, 2023, 31(2): 213-216.
- [34] 欧阳涛, 杨继琴, 陈紫梅, 等. 社区家庭病床服务的困境与对策——1 例复杂老年慢性病家庭病床的管理 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2023, 33(4): 131-134.
- [35] 覃朝晖, 刘莎, 卢亚娟, 等. 徐州市区老年人家庭病床服务的需求意愿及影响因素分析 [J]. 现代预防医学, 2021, 48(1): 105-109.
- [36] 郑研辉, 郝晓宁, 刘志, 等. 北京市基层居家医疗护理服务供给现状分析 [J]. 卫生经济研究, 2020, 37(2): 10-13.
- [37] VARGO S, LUSCH R. Evolving to a New Dominant Logic [J]. Journal of Marketing, 2004, 68: 1-17.
- [38] 令狐克睿, 简兆权, 李雷. 服务生态系统: 源起、核心观点和理论框架 [J]. 研究与发展管理, 2018, 30(5): 147-158.
- [39] 吴佳琪, 曾秋婵, 邹冠扬, 等. 广州市基层医疗卫生机构服务能力分析 [J]. 中国农村卫生, 2023, 15(10): 16-19.
- [40] 王永梅, 武佳, 纪竞垚. 我国家庭养老床位发展现状与城市居民需求特征 [J]. 社会建设, 2023, 10(2): 68-82.
- [41] 郑耀东, 武俊伟. 政策试点研究的进展、盲区及若干探讨 [J]. 中国行政管理, 2023, (3): 60-67.
- [42] 杨宏山, 周昕宇. 中国特色政策试验的制度发展与运作模式 [J]. 甘肃社会科学, 2021, (2): 24-31.
- [43] 杨志军. “统一总一分”政策结构下政策试点的机制与功能分析 [J]. 北京行政学院学报, 2022, (05): 85-96.

Copyright © 2023 by author(s) and Global Science Publishing Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access