

社区中医药健康养老服务 PPP 模式的绩效评价指标体系构建

王晓晓^{1,2*} 任建萍² 陈雅婷² 边森森² 司建平² 郭清³

1. 河南中医药大学管理学院 河南郑州 450046

2. 杭州师范大学公共卫生学院 浙江杭州 311121

3. 浙江中医药大学 浙江杭州 310053

【摘要】目的:构建社区中医药健康养老服务 PPP 模式的绩效评价指标体系,为我国社区中医药健康养老服务 PPP 模式的高质量发展提供参考。方法:采用文献分析法及深入访谈法确定初始指标,采用专家咨询法筛选指标体系并确定指标权重。结果:两轮专家咨询的问卷回收率分别为 91.4% 和 95.2%,专家权威系数均大于 0.8,协调系数分别是 0.242 和 0.245 ($P < 0.01$),达到一致性检验要求,最终构建了包含 4 个一级指标、12 个二级指标和 40 个三级指标的绩效评价指标体系。结论:社区中医药健康养老服务 PPP 模式的绩效内涵具有复杂多维性,所构建的绩效评价指标体系具有科学性,指标的权重具有现实指导意义,但还需进一步优化指标并进行指标验证。

【关键词】 中医药; 健康养老服务; PPP 模式; 绩效评价; 指标体系

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.06.005

Establishment of the performance evaluation index system of the PPP model of community traditional Chinese medicine health and elderly care services

WANG Xiao-xiao^{1,2}, REN Jian-ping², CHEN Ya-ting², BIAN Sen-sen², SI Jian-ping², GUO Qing³

1. School of Management, Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou Henan 450046, China

2. School of Public health, Hangzhou Normal University, Hangzhou Zhejiang 311121, China

3. Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou Zhejiang 310053, China

【Abstract】 Objective: To construct the performance evaluation index system of the PPP model regarding community traditional Chinese medicine health care service, and to provide reference for the high-quality development of community traditional Chinese medicine health care service based on PPP model. Methods: Determine the initial index through literature analysis and In-depth interview methods, and screen the index system and determine the index weight with Delphi method. Results: The questionnaire recovery rates of the two rounds of expert consultation are 91.4% and 95.2%, respectively. The expert authority coefficients are all greater than 0.8, with the coordination coefficients being 0.242 and 0.245 ($P < 0.01$), which meet the requirements of consistency test. Finally, a performance evaluation index system including 4 first-level indexes, 12 second-level indexes and 40 third-level indexes is constructed. Conclusions: The performance connotation of the PPP model of community traditional Chinese medicine health care for the elderly service is complex and multi-dimensional. The constructed performance evaluation index system is scientific, and the index weight has practical guiding significance. However, indicators of the index need to be further optimized and verified.

【Key words】 Traditional Chinese medicine; Health care service and elderly care services; PPP (Public-private-partnership mode); Performance evaluation; Index system

* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(71874047);杭州市哲学社会科学规划课题成果(M21JC094);河南省软科学研究计划项目(232400410168);河南科技智库中医药强省战略研究基地调研课题(2022-ZYYQS-12)

作者简介:王晓晓(1986年—),女,博士,主要研究方向为卫生政策与管理。E-mail:472688615@qq.com

通讯作者:任建萍。E-mail:rjp9999@163.com

我国是世界上老年人口数量最多的国家,而且老龄化发展速度快,截至 2022 年底,我国 60 岁及以上人口占全国人口的 19.8%,其中 65 岁及以上人口占全国人口的 14.9%。面对日益严峻的老龄化形势,党的二十大报告明确提出“实施积极应对人口老龄化国家战略”,推进医养结合是积极应对人口老龄化的重要举措。中医药健康养老服务是运用中医药理念、方法和技术,为老年人提供连续的保养身心、预防疾病、改善体质、诊疗疾病、增进健康的中医药健康管理服务和医疗服务,是医养结合的重要内容。^[1]中医药健康养老服务对于老年人的健康有多重优势。例如,中医“治未病”的思想对于健康老年人的养生保健具有很好的指导作用。^[2]同时,中医药“简、便、验、廉”的特征对于老年慢性病的治疗和康复都有明显优势。^[3]但实践中,中医药健康养老在社区层面还面临诸多困境。例如,政府投入有限、社区中医药人才缺乏等。PPP(Public-Private Partnership)模式是缓解社区中医药健康养老服务供给困境的重要途径。PPP 模式是指公共部门与私人部门通过责任分担、利益共享等机制建立伙伴关系,共同提供公共产品或公共服务的一种方式。^[4]PPP 模式应用于社区养老服务领域,不仅可以拓宽社区养老服务的资金来源,减轻政府财政压力,而且,能充分发挥社会资本的优势资源,提升养老服务质量。^[5]社区中医药健康养老服务 PPP 模式是指以公办的社区卫生服务中心与私营的社区养老服务中心为主要合作主体,双方基于风险共担、利益共享、沟通交流、监督评价等机制建立伙伴关系,共同为社区老年人提供中医药健康养老服务的机制。^[6]为科学评价社区中医药健康养老服务 PPP 模式的运行绩效,本研究将构建社区中医药健康养老服务 PPP 模式的绩效评价指标体系,为我国社区中医药健康养老服务 PPP 模式的高质量发展提供参考。

1 研究方法

1.1 文献分析法

以“中医药健康养老服务”“中医药养老服务”“医养结合”“PPP 模式”“公私合作”“绩效”“评价”“评价指标”“社区”等为主题词在中国知网(CNKI)、维普等中文数据库进行检索,以“Traditional Chinese medicine health care service”“Community medical-nursing integration services”“Public-Private Partnership”“PPP mode”“Performance evaluation”等为英文关键词

在 Web of Science、PubMed 等英文数据库进行检索,收集与社区中医药健康养老服务 PPP 模式的绩效评价相关的文献,分析梳理相关评价模型。

1.2 深入访谈法

在大量文献分析的基础上,结合我国社区中医药健康养老服务 PPP 模式运行实际情况,制定社区中医药健康养老服务 PPP 模式绩效评价指标体系的初步框架。针对框架的关键指标制定访谈提纲,运用目的抽样法,选取浙江省杭州市拱墅区的三个街道作为典型案例,对来自拱墅区的 18 名卫生健康、民政部门的管理者及工作人员进行了深入访谈。根据访谈结果进行整理,拟定初步指标体系。

1.3 专家咨询法

本研究选择成熟度较高的专家咨询法进行指标筛选,专家咨询法的预测精度与函询人数相关,一般以 15~50 人为宜。^[6]本研究在选择专家时综合考虑专家研究领域、所在地域和工作性质的代表性,选择来自北京、浙江、河南、云南三省一市的 23 名资深专家进行两轮指标筛选的咨询,专家的研究领域包括卫生经济、健康管理、健康养老、中医治未病、卫生政策与管理等。专家咨询表的内容包含专家基本信息表、指标体系评分表、专家熟悉程度和判断依据调查表。

1.4 统计学方法

根据专家对每个指标的计分结果,应用 Excel 2019 建立数据库,从重要性、准确性和可行性三个维度计算每项指标的均值和变异系数,并对咨询专家的积极性和权威性进行评价。同时,通过 SPSS21 软件实现咨询专家肯德尔协调系数的计算及其显著性检验($P < 0.05$)。

2 结果

2.1 专家基本情况

共有 21 名专家完整参加两轮咨询,其中男性 10 人,女性 11 人;平均年龄为 44 ± 11 岁,以中青年(30~49 岁)为主,占 76.2%;正高级 7 人(33.3%),副高级 10 人(47.6%),中级 4 人(19.1%);拥有博士学位的人数占 85.7%,拥有硕士学位的人数占 14.3%;专家主要来自高校及科研院所,占 76.2%;其专业领域包括健康管理、健康养老服务、中医治未病、中医学、卫生政策与管理、卫生经济等;平均工作年限为 13.8 ± 6.5 年(表 1)。

表 1 专家基本信息统计表

项目	组别	人数	构成比(%)
性别	男	10	47.6
	女	11	52.4
年龄(岁)	30~	9	42.9
	40~	7	33.3
	50~	5	23.8
职称	正高	7	33.3
	副高	10	47.6
	中级	4	19.1
学历	博士	18	85.7
	硕士	3	14.3
工作单位	高校及科研院所	16	76.2
	卫生行政管理部门	2	9.5
	医院	2	9.5
	养老机构	1	4.8
专业领域(部分专家有多个专业领域)	健康管理	8	38.1
	健康养老服务	6	28.6
	中医治未病、中医学	5	23.8
	卫生政策与管理	3	14.3
	卫生经济	2	9.5
工作年限(年)	5~	6	28.6
	10~	8	38.1
	15~	7	33.3

2.2 专家的积极性和权威性

专家积极性一般通过专家咨询表的有效回收率来反映。^[7]本研究共进行两轮专家咨询,第一轮专家咨询共发放问卷 23 份,回收有效问卷 21 份,有效回收率 91.4%,第二轮专家咨询共发放问卷 22 份,回收有效问卷 21 份,有效回收率 95.5%。两次有效问卷的回收率均高于 90%,说明本研究的专家积极性程度比较高。

专家权威性通常用权威系数(Cr)来说明,权威系数(Cr)利用专家对指标内容的熟悉程度(Cs)和判断的主要依据(Ca)两方面来说明,专家权威系数 Cr 的计算公式为:

$$Cr = (Ca + Cs) / 2$$

本研究将专家对指标内容的熟悉程度划分为很熟悉、比较熟悉、一般熟悉、不太熟悉、很不熟悉 5 个等级,分别赋值为 1 分、0.75 分、0.5 分、0.25 分和 0 分;判断依据包括理论分析、工作经验、参考国内外文献和直觉四个方面,在参考相关文献后^[8],也分别赋值,具体赋值情况见表 2。通过计算得出,第一轮专家权威系数平均值为 0.805,第二轮专家权威系数平均值为 0.836。一般认为专家权威系数 ≥ 0.7 即可认为专家权威程度是可以接受的^[9],本研究两轮咨询的专家权威系数均大于 0.8,权威性较强。

表 2 判断依据对专家影响程度大小的赋值情况

判断依据	对专家判断的影响程度		
	大	中	小
理论分析	0.3	0.2	0.1
工作经验	0.4	0.3	0.2
参考国内外文献	0.2	0.1	0.1
直觉	0.1	0.1	0.1

2.3 专家意见的协调程度

专家意见的协调程度是指各个咨询专家对拟选指标是否存在较大分歧,也是专家意见一致性的表现,通常用变异系数(Cv)和肯德尔协调系数(W)来说明。一般来说,变异系数越小表示专家对该项指标意见的协调程度越高,协调系数越高表示专家对全部指标意见的协调程度越高。

从变异系数来看专家意见对每个指标的协调程度。第一轮专家咨询结果显示,重要性、准确性和可行性的变异系数区间分别为 0.00 ~ 0.38、0.07 ~ 0.25 和 0.11 ~ 0.31;第二轮专家咨询结果显示,重要性、准确性和可行性的变异系数区间分别为 0.00 ~ 0.18、0.08 ~ 0.19 和 0.11 ~ 0.20。两轮对比可以发现,第二轮的变异系数整体小于第一轮,说明第二轮的专家意见对每个指标的协调程度更高。

从肯德尔协调系数来看专家意见对全部指标的协调程度。两轮专家意见的肯德尔协调系数分别为 0.242 和 0.245,且经过卡方检验,P 值都小于 0.05。第二轮专家意见对全部指标的协调程度优于第一轮。

2.4 专家咨询指标筛选结果

2.4.1 第一轮专家咨询指标筛选结果

本研究从重要性、准确性和可行性三个维度进行指标评价,评分标准为 1 ~ 5 分,5 分为最高程度。一般认为,各指标得分均值大于 3 且变异系数小于 0.25,说明该指标是可以保留的,否则将不予保留。^[10]第一轮专家咨询的评分结果详见表 3,重要性的变异系数区间为 0.00 ~ 0.38,变异系数最小的指标为“C12 重点慢性病控制率”,变异系数最大的指标为“B24 中医情志护理”;准确性的变异系数区间为 0.07 ~ 0.25,变异系数最小的指标为“C 结果”,变异系数最大的指标为“B3 延伸服务”;可行性的变异系数区间为 0.11 ~ 0.31,变异系数最小的指标为“C32 经济可及性”,变异系数最大的指标为“A23 合作关系管理”。

表3 第一轮专家咨询评分结果

指标	重要性		准确性		可行性		总得分	
	均值	变异系数	均值	变异系数	均值	变异系数	均值	变异系数
A 结构	4.77	0.17	4.69	0.10	4.54	0.14	4.68	0.02
A1 组织管理	4.77	0.18	4.31	0.19	4.15	0.21	4.46	0.07
A11 政策支持情况	4.69	0.19	4.38	0.17	4.38	0.19	4.56	0.05
A12 人力资源	4.85	0.11	4.38	0.17	4.23	0.19	4.54	0.07
A13 物力资源	4.38	0.26	4.15	0.19	4.15	0.21	4.28	0.04
A14 信息系统	4.38	0.28	4.23	0.19	4.23	0.19	4.22	0.00
A2 合作管理	4.77	0.15	4.15	0.21	4.08	0.20	4.35	0.08
A21 合作目标科学性	3.92	0.36	4.23	0.16	3.92	0.25	4.14	0.04
A22 合作机制建设	4.77	0.15	4.15	0.19	3.85	0.30	4.30	0.10
A23 合作关系管理	4.23	0.32	4.23	0.19	3.92	0.31	4.20	0.05
A24 合作关系质量	4.00	0.37	4.31	0.17	4.00	0.24	4.29	0.05
A3 经费管理	4.85	0.15	4.62	0.14	4.46	0.17	4.63	0.03
A31 经费管理制度	4.46	0.25	4.62	0.14	4.38	0.21	4.55	0.03
A32 经费到位率	4.92	0.05	4.77	0.12	4.38	0.17	4.72	0.05
A33 经费分配比例	4.77	0.15	4.46	0.21	4.15	0.26	4.39	0.04
B 过程	4.69	0.18	4.77	0.09	4.62	0.14	4.71	0.01
B1 中医药健康管理服务	4.85	0.11	4.46	0.17	4.38	0.17	4.61	0.06
B11 中医体质辨识率	4.77	0.18	4.69	0.13	4.69	0.13	4.76	0.02
B12 中医健康评估率	4.69	0.19	4.31	0.25	4.15	0.26	4.46	0.07
B13 中医健康教育	4.77	0.18	4.62	0.14	4.31	0.19	4.61	0.05
B14 中医保健指导	4.38	0.37	4.15	0.25	3.85	0.27	4.15	0.06
B2 中医医疗服务	4.46	0.31	4.31	0.21	4.23	0.23	4.39	0.04
B21 中医就诊率	4.62	0.29	4.54	0.14	4.62	0.14	4.63	0.02
B22 中医药适宜技术服务	4.69	0.21	4.54	0.14	4.31	0.17	4.56	0.05
B23 中医药康复护理服务	4.23	0.25	4.38	0.17	4.23	0.19	4.45	0.05
B24 中医情志护理	4.31	0.38	4.23	0.23	3.92	0.21	4.26	0.07
B25 中医用药指导	4.31	0.37	4.46	0.14	4.15	0.23	4.35	0.03
B3 延伸服务	4.00	0.31	3.92	0.25	4.00	0.24	4.16	0.07
B31 居家上门服务	4.62	0.27	4.46	0.19	4.38	0.23	4.49	0.02
B32 双向转诊服务	4.23	0.28	4.38	0.21	4.31	0.23	4.41	0.02
C 结果	4.92	0.11	4.85	0.07	4.62	0.14	4.79	0.03
C1 效果性	4.77	0.17	4.62	0.11	4.62	0.14	4.69	0.02
C11 中医药健康管理率	4.77	0.12	4.62	0.11	4.46	0.14	4.69	0.05
C12 重点慢性病控制率	5.00	0.00	4.46	0.17	4.46	0.17	4.64	0.05
C13 中医养生保健素养水平	4.69	0.19	4.62	0.11	4.38	0.17	4.64	0.05
C2 满意度	4.69	0.19	4.62	0.11	4.46	0.17	4.60	0.02
C21 老年人满意度	4.85	0.07	4.31	0.17	4.31	0.17	4.54	0.07
C22 公共部门满意度	4.77	0.15	4.38	0.17	4.23	0.19	4.51	0.06
C23 私人部门满意度	4.69	0.19	4.15	0.21	4.08	0.20	4.38	0.09
C3 可及性	4.69	0.19	4.54	0.11	4.62	0.11	4.63	0.02
C31 地理可及性	4.46	0.31	4.31	0.19	4.31	0.21	4.39	0.03
C32 经济可及性	4.69	0.18	4.38	0.14	4.54	0.11	4.58	0.04
C4 效率性	4.85	0.15	4.62	0.11	4.54	0.14	4.66	0.03
C41 床位长期入住率	4.62	0.20	4.54	0.14	4.46	0.14	4.58	0.02
C42 日托中心利用率	4.69	0.19	4.38	0.17	4.54	0.14	4.55	0.03
C43 助餐点利用率	4.46	0.25	4.31	0.14	4.23	0.16	4.39	0.04
C44 社会资本收益率	4.31	0.32	4.08	0.18	4.15	0.19	4.23	0.04
C5 公平性	4.62	0.23	4.46	0.17	4.15	0.19	4.45	0.05
C51 服务供给公平	4.77	0.15	4.38	0.17	4.00	0.20	4.43	0.08
C52 服务利用公平	4.62	0.22	4.31	0.17	3.92	0.19	4.35	0.08

除量化的评分结果外,第一轮咨询结果共有 6 位专家提出开放性意见和建议,现将其概括为以下几个方面:(1)建议将“合作管理”列为一级指标,因为在公私合作模式中,公私双方合作协议内容与执行情况将对公私合作绩效产生直接与重要影响,应是本研究的重点与亮点,并且建议增加合作管理三级指标;(2)三级指标中偏多“医”的内容,缺少“养”的内容,中医药健康养老服务是一种养老模式,体现不出社区养老服务中心的服务内容,建议增加养老方面的内容;(3)部分三级指标内涵不清晰或界限划分不清楚,例如过程指标中的“中医药适宜技术服务”“中医药康复护理服务”“中医情志护理”划分界限不清楚,建议将“中医情志护理”纳入到“中医药适宜技术服务”;(4)三级指标应是明确可以测量的指标,但部分三级指标不够具体明确,建议进一步细化三级指标并明确评分标准。

根据以上专家评分结果和开放性意见,进行如下修改:(1)在结构—过程—结果评价模型的框架下,将一级指标改为“合作投入”“合作管理”“合作产出”和“合作结果”4 个,其中“合作投入”和“合作管理”对应结构维度,“合作产出”对应过程维度,“合作结果”对应结果维度,并增加三级指标“合作协议制定与签署情况”;(2)增加二级指标“养老照护服务”,并相应增加三级指标“每月平均生活照料服务人次”“每月平均心理慰藉服务人次”“每月平均休闲娱乐服务人次”和“每月平均居家上门照护服务次数”;(3)删除“中医情志护理”三级指标,将其纳入“中医药适宜技术”三级指标,仍然保留“中医康复护理服务”,因为按照疾病的发生发展过程来划分的话,中医康复护理服务应该是在病后阶段;(4)将“公共部门满意度”改为“社区卫生服务人员满意度”,将“私人部门满意度”改为“社区养老服务人员满意度”,因为在本研究中的直接提供服务者和主要的合作主体为社区卫生服务中心和社区养老服务中心;(5)进一步细化和优化三级指标的名称,并给出具体的评分标准。

通过以上增加、修改、合并和删除,最后形成了 4 个一级指标、12 个二级指标、40 个三级指标的绩效评价指标体系,并将其作为第二轮专家咨询的指标体系进行再次论证。

2.4.2 第二轮专家咨询指标筛选结果

从重要性评分结果看,第二轮指标重要性评分的均值在 4.13 ~ 5.0 之间,变异系数在 0 ~ 0.18 之

间,重要性评分最高的是三级指标“老年人重点慢性病控制率”,最低的是三级指标“沟通交流的频次”;从准确性评分结果看,均值在 4.0 ~ 4.8 之间,变异系数在 0.08 ~ 0.19 之间,分值最高的是一级指标“合作结果”,分值最低的是三级指标“日托中心利用率”;从可行性评分结果看,均值在 3.60 ~ 4.67 之间,变异系数在 0.11 ~ 0.2 之间,均值最高的是三级指标“政府经费到位率”,最低的是二级指标“合作机制”;从指标的总平均分来看,分值最高的是一级指标“合作结果”,分值最低的是三级指标“合作协议制定情况”。第二轮专家咨询指标评分结果与第一轮相比,各指标的变异系数普遍降低,说明专家意见的协调性提高,而且在第二轮专家咨询结果中没有专家提出开放性意见和建议,说明本轮指标得到了专家们的基本认可,因此第二轮专家咨询结果没有对指标进行删减。

2.4.3 确定指标权重

本研究采用专家咨询法计算各指标权重系数。根据专家咨询的打分结果,采用加权平均法计算各指标权重系数,计算公式如下:

$$w_i = x_i / \sum_{j=1}^n x_j$$

w_i 为指标权重,其值越大越能说明该指标的重要性; x_i 是各指标相对重要性综合得分,根据第二轮专家咨询各指标的重要性、准确性和可行性得分加总平均得出;最后各项同一层级内权重系数和为 1,各指标权重值见表 4。

3 讨论

3.1 社区中医药健康养老服务 PPP 模式绩效内涵的多维性

社区中医药健康养老服务 PPP 模式的绩效内涵是复杂多维的,经过文献分析发现,“结构—过程—结果”评价模型能够完整涵盖社区中医药健康养老服务 PPP 模式绩效的所有方面,该模型既注重考量合作机构的资源投入和合作机制,也强调提供服务的过程,还包括对合作结果的测量。因此,本研究借鉴“结构—过程—结果”评价模型,明确社区中医药健康养老服务 PPP 模式的绩效内涵包括如下三个维度:(1)“结构”是指社区中医药健康养老服务 PPP 模式的运行所需配置的资源及合作管理机制,对应于“合作投入”和“合作管理”两个一级指标,具体三级指标包括人力资源、物力资源、经费资源、合作机

制、合作关系等;(2)“过程”是指社区中医药健康养老服务 PPP 模式的合作主体共同提供中医药健康养老服务的过程。根据中医药健康养老服务的定义,本研究将社区中医药健康养老服务内容划分为中医药健康管理服务、中医医疗服务和生活照护服务三个方面;(3)“结果”是指社区中医药健康养老服务

PPP 模式运行后的综合效果,主要从三个方面测量,一是服务对象健康受益情况,如慢性病控制率、中医养生保健知识知晓率等,二是利益相关者满意度,包括老年人的满意度、服务提供者的满意度及政策制定者的满意度等,三是社会资本运营效率,具体可包括日托中心利用率、全托床位入住率等。

表 4 最终确定的社区中医药健康养老服务 PPP 模式绩效评价指标体系及权重

一级指标(权重)	二级指标(权重)	三级指标(权重)
A 合作投入(0.252 1)	A1 人力资源(0.083 1)	A11 中医药医护人员数量占比(0.025 8) A12 中医药医护人员高级职称人数占(0.024 8) A13 中医药知识与技能年培训次数(0.024 7) A14 社区居家养老服务人员与服务老年人数之比(0.025 9)
	A2 物力资源(0.082 2)	A21 中医药业务用房面积占比(0.024 1) A22 中医药服务设备数量占比(0.024 5) A23 中医药信息化建设情况(0.024 4)
	A3 经费资源(0.088 4)	A31 政府经费到位率(0.027 1) A32 社会资本资金到位率(0.026 3) A33 政府与社会资本资金投入比例(0.024 8)
B 合作管理(0.236 2)	B1 合作协议(0.081 4) B2 合作机制(0.078 0)	B11 合作协议制定情况(0.023 1) B12 合作协议签署情况(0.023 4) B21 风险分担情况(0.023 6) B22 利益共享情况(0.023 3) B23 沟通交流频次(0.025 2) B24 监督评价频次(0.025 9)
	B3 合作关系(0.0780)	B31 合作双方信任度(0.025 7) B32 继续合作的意愿(0.024 1)
	C1 中医药健康管理服务(0.086 4)	C11 老年人中医体质辨识率(0.026 3) C12 老年人中医保健指导记录完整率(0.025 1) C13 老年人中医健康教育频次(0.025 4) C14 老年人中医药健康管理率(0.025 9)
C 合作产出(0.251 0)	C2 中医医疗服务(0.082 5)	C21 老年人每月平均中医门诊服务量(0.025 3) C22 老年人每月平均中医适宜技术服务人次(0.024 4) C23 老年人每月平均中医康复护理服务人次(0.025 1) C24 老年人每月平均中药(含中成药)处方量(0.024 9) C25 每月平均居家上门诊疗服务老年人次(0.025 3)
	C3 养老照护服务(0.080 1)	C31 每月平均生活照料服务老年人次(0.024 3) C32 每月平均心理慰藉服务老年人次(0.025 2) C33 每月平均休闲娱乐服务老年人次(0.024 4) C34 每月平均居家上门照护服务老年人次(0.024 4)
	D1 服务对象受益度(0.088 4)	D11 老年人重点慢性病控制率(0.026 1) D12 老年人中医养生保健知识知晓率(0.025 7) D13 老年人接受中医药健康养老服务的便捷性(0.024 9) D14 老年人中医药健康养老服务费用的可负担性(0.025 1)
D 合作结果(0.260 8)	D2 利益相关者满意度(0.086 4)	D21 老年人满意度(0.026 2) D22 社区卫生服务人员满意度(0.025 3) D23 社区养老服务人员满意度(0.025 3)
	D3 社会资本运营效率(0.085 2)	D31 日托中心利用率(0.023 9) D32 全托床位入住率(0.024 9)

3.2 社区中医药健康养老服务 PPP 模式绩效评价指标体系构建的科学性

本研究在构建社区中医药健康养老服务 PPP 模式绩效评价指标体系时遵循以下三个原则:(1)复杂性与整体性的统一。社区中医药健康养老服务 PPP 模式是一项非常复杂的运行机制,涉及到多个主体

和多项活动,而且合作主体的组织性质不同,如果单从各自目标去考察合作绩效就很难协调。因此,在进行绩效评价指标体系构建时需遵循整体性思维,将社区中医药健康养老服务 PPP 模式看做一个系统,从整体去考量系统绩效;(2)结构、过程与结果的统一。社区中医药健康养老服务 PPP 模式的绩效内

涵包括结构、过程和结果三个维度,虽然结构指标很多时候不易量化,但本研究认为公私双方合作治理的结构将对绩效结果产生影响。因此,在构建指标体系时,本研究将结构、过程和结果三者统一纳入评价范围;(3)主观性与客观性的统一。不可否认,绩效首先是组织活动的客观产物,但也是相关利益主体对于组织活动过程和结果的一种主观评价。因此,本研究起初所设计的社区中医药健康养老服务 PPP 模式绩效评价指标体系既包含定性的主观指标,也包含定量的客观指标。而且,在进行指标筛选时,将专家的客观量化评分结果和主观的开放性意见相结合对指标体系进行优化。

综上,本研究所构建的社区中医药健康养老服务 PPP 模式绩效评价指标体系具有科学性,可以为相关领域实践应用提供理论参考。

3.3 社区中医药健康养老服务 PPP 模式绩效评价指标权重的现实意义

指标权重反映了不同指标之间重要性的比较以及该指标在对评价对象进行评价过程中的重要性。本研究所构建的一级指标的权重排序从高到低分别为合作结果(0.260 8)、合作投入(0.252 1)、合作产出(0.251 0)、合作管理(0.236 2)。首先,“合作结果”权重排在第一位,提示在进行社区中医药健康养老服务 PPP 模式绩效评价过程中,要以服务对象的受益度、利益相关者的满意度等为评价要点,从三级指标的权重可以进一步看出,老年人慢性病的控制率和老年人的满意度是更为重要的评价指标;其次,“合作投入”排在第二位,说明在社区中医药健康养老服务 PPP 模式发展过程中,人力、物力、财力等资源投入的重要性,进一步从二级指标的权重可以看出经费资源是对社区中医药健康养老服务 PPP 模式发展制约最大的资源要素,因此建议增加政府对基层医养机构的投入,鼓励社会资本加大投资力度;第三,从“合作产出”二级指标的排序来看,中医药健康管理服务和中医医疗服务是比养老照护服务更为重要的指标,说明在医养结合服务中,“医”的部分是对老年人来说更为迫切的需求,因此要在实践中提高中医药健康管理服务和医疗服务的水平,满足老年人对高水平医疗保健服务的需求;最后,虽然“合作管理”一级指标权重排名靠后,但在实际调研和访谈中发现,合作协议、合作机制和合作关系等要素在 PPP 模式运行中发挥重要作用,尤其是是否签订合作协议、合作双方的信任度、监督评价机制等关键三级

指标对 PPP 模式的绩效会产生较大影响,因此,在实践中,要完善合作管理机制。

3.4 研究局限及未来展望

本研究所构建的社区中医药健康养老服务 PPP 模式绩效评价指标体系在一定程度上弥补了国内合作治理绩效评价研究的不足。但是同样存在一定的局限性:一是本研究对于指标的筛选过程及评分标准的确定带有一定的主观性,下一步将探索使用熵值法或主成分分析法等定量的统计学方法进行指标的进一步优化;二是本研究所构建的社区中医药健康养老服务 PPP 模式绩效评价指标体系是否具有普遍适用性还需要实证检验。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 国家中医药管理局. 关于促进中医药健康养老服务发展的实施意见[EB/OL]. (2017-03-13)[2023-04-09]. <http://www.satcm.gov.cn/yizhengsi/gongzuodongtai/2018-03-24/2653.html>
- [2] 郑寒君,汪文新. 中医药特色社区养老的理论阐述与路径创新[J]. 中国老年学杂志,2019,39(16):4097-4100.
- [3] 王晓晓,郭清. 基于 CiteSpace 的近十年我国医养结合研究热点及发展趋势分析[J]. 中国全科医学,2021,24(1):92-97.
- [4] 中国财政学会公私合作(PPP)研究专业委员会课题组,贾康,孙洁. 公私合作伙伴关系(PPP)的概念、起源与功能[J]. 经济研究参考,2014(13):4-16.
- [5] 徐梦薇. PPP 模式对接社区居家养老服务的基本模式与对策研究[J]. 劳动保障世界,2017(33):13-14.
- [6] 王晓晓,刘新功,郭清,等. 基于扎根理论的社区医养结合服务公私合作模式研究[J]. 中国卫生政策研究,2020,13(12):54-60.
- [7] 卫萍,任建萍,张琪峰,等. 德尔菲法在医学科技计划绩效评价指标体系构建中的应用[J]. 卫生经济研究,2013(4):52-54.
- [8] 方纪元,张浩成,陈文琴,等. 医养结合型养老机构卫生服务质量指标体系构建研究[J]. 中国卫生政策研究,2020,13(4):24-30.
- [9] 陈英耀,倪明,胡献之,等. 公立医疗机构公益性评价指标筛选:基于德尔菲专家咨询法[J]. 中国卫生政策研究,2012,5(1):6-10.
- [10] 梁笑笑,韦慧燕,万乐平,等. 社区居家智慧化医养结合服务模式评价指标体系构建[J]. 医学与社会,2023,36(2):24-30.

[收稿日期:2023-04-19 修回日期:2023-06-05]

(编辑 薛云)