

健康中国战略下慢性病防控多部门合作评价指标体系构建研究

黄玉梅^{1*} 关丽征¹ 孙力光² 韩优莉¹ 张 柠¹ 曾雁冰¹ 马骋宇¹

1. 首都医科大学公共卫生学院 北京 100069

2. 首都医科大学 北京 100069

【摘要】目的:构建健康中国战略下慢性病防控多部门合作评价指标体系,为多部门合作的评价和改进提供参考。方法:基于D'Amour的合作结构模型构建初始指标体系,选择15位公共卫生专家,运用德尔菲法进行两轮专家咨询完善评价指标,通过层次分析法确定指标权重。结果:专家积极系数、权威程度、意见协调程度均较好,最终形成慢性病防控多部门合作评价指标体系,包含5个一级指标、12个二级指标和34个三级指标;一级指标及权重分别为目标愿景(0.222 8)、内在认同(0.158 7)、治理结构(0.252 3)、合作规范(0.154 5)、合作效果(0.211 8)。结论:本研究构建了适用于县(市/区)的慢性病防控多部门合作评价指标体系,具有较高的科学性及其可操作性,为下一步应用及推广奠定基础。

【关键词】慢性病防控;多部门合作;指标体系;德尔菲法;层次分析法

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.06.002

Study on the construction of evaluation index system for multisectoral cooperation in chronic disease prevention and control under the strategy of Healthy China

HUANG Yu-mei¹, GUAN Li-zheng¹, SUN Li-guang², HAN You-li¹, ZHANG Ning¹, ZENG Yan-bing¹, MA Cheng-yu¹

1. School of Public Health, Capital Medical University, Beijing 100069, China

2. Capital Medical University, Beijing 100069, China

【Abstract】 Objective: In order to construct a multisectoral cooperation evaluation index system for chronic disease prevention and control in the Healthy China strategy, so as to provide a reference for the evaluation and improvement of multisectoral cooperation work. Methods: The initial indicator system was constructed based on D'Amour's cooperative structure model. Fifteen public health experts were selected to refine the evaluation indicators through two rounds of expert consultation using the Delphi method. Then weights of indicators were assigned according to AHP. Results: Experts' positive coefficient, level of authority and coordination of opinions were confirmed. The finalized evaluation index system for multisectoral cooperation in chronic disease prevention and control contains 5 first-level indicators, 12 second-level indicators and 34 third-level indicators. According to the weight, the indicators in first level were Shared Goals and Vision(0.222 8), Internalization(0.158 7), Formalization(0.252 3), Governance(0.154 5) and Cooperation effects(0.211 8). Conclusions: The evaluation index system applicable to multisectoral cooperation in the prevention and control of chronic diseases in counties (cities/districts) is preliminarily established, which is highly scientific and operable, and lays the foundation for the next step of application and promotion.

【Key words】 Chronic disease prevention and control; Multisectoral cooperation; Evaluation index system; Delphi method; Analytic hierarchy process

* 基金项目:国家卫健委揭榜攻关项目(JKZGJBGG2339)

作者简介:黄玉梅(1999年—),女,硕士研究生,主要研究方向为卫生政策、卫生事业管理。E-mail: 3205209462@qq.com

通讯作者:关丽征。E-mail: guanlizh@ccmu.edu.cn

从 2016 年中共中央、国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》^[1] 提出健康中国战略至今已经过去 7 年多时间,建设周期过半。期间,国务院为了实施这一重大决策部署,提出开展“健康中国行动”,重点推动十五项健康行动,由此全国产生出一批创新做法与典型经验。^[2-3] 但是,各地健康中国行动建设效果参差不齐,推动过程中存在不少困难。2023 年国家卫健委建立健康中国建设揭榜攻关项目,集合全国卫生管理专家出谋划策,其中一个方向是如何完善健康中国行动支撑保障体系。健康中国行动支撑保障体系需要以政府为主导,利用各方社会资源开展工作,“有效整合资源,形成工作合力,确保行动实效”是对各级政府组织领导的重点要求,开展跨部门合作也是重中之重。目前,部门合作多局限于卫生领域内部,卫生领域外部多部门之间的合作多以具体项目为主进行阶段性合作,日常合作和持续合作较少,而且不同部门缺乏合作意识,合作常常是被动的。^[4-5] 在今后健康中国建设的关键时期,如何建立行之有效的多部门合作机制,形成政府主导、社会支持、公众参与的系统性健康中国建设支撑保障体系是难点也是痛点。

各级行政区中,县(市/区)是整个国民经济和社会发展的基础行政区域,处在承上启下的关键环节,是跨部门行动的独特舞台,可以在动员和响应公众以促进可持续的健康结果方面发挥重要作用。目前,慢性病综合示范区建设以区/县级行政区划为单位,展示出了较好的跨部门合作效果,得到社会各方的支持,截至 2023 年,全国已经建立了 488 个国家慢性病综合防控示范区,初步形成了一定的合作机制与评价指标。姜莹莹^[6]、齐力^[7] 等的研究就是从运行机制角度来构建评价指标体系,帮助深化慢性病综合示范区中多部门合作。而其他研究则更多地从合作的实际意义进行描述,较少挖掘多部门合作的理论框架,也较少解释影响合作的关键因素之间存在哪些作用机制、逻辑与关系。^[8-9]

本研究以区域内的慢性病防控为例,以促进健康中国行动多部门合作为目的构建引导合作、评价合作效果的理论框架,并确定一级指标中不同维度间的逻辑与关系,构建具有可操作性的三级指标,为各县(市/区)各部门改进工作,促进合作实践提供借鉴。

1 资料与方法

1.1 研究对象

本文主要针对县(市/区)层面在慢性病防控领

域的多部门合作开展评价指标体系研究,多部门合作指的是:在实施健康中国战略过程中,县(市/区)政府主导推进健康中国行动,卫生、宣传、财政、民政、教育等政府部门以及一些非公共部门将资源、信息、能力和活动联系起来,共建共享,共同开展促进健康的工作,提高群众健康福祉。

1.2 理论基础

本研究把在企业管理中广泛应用的价值共创理论应用在公共服务上,从原本的货币价值演变为公共服务的社会价值。^[10-11] 在健康中国战略下,各部门间有共同愿景,有较大可能通过服务交换和资源整合而共同创造价值。^[12] 在该理论指导下,借鉴 D'Amour^[13] 合作结构模型,把多部门合作看作一种有组织的集体行动。共同目标形成并固化为内在认同是设置治理结构和合作规范的前提,也是决定健康中国战略能否落地,激发和保持部门合作的内在动力,实现最终目标的基础。治理结构和合作规范可约束与保障部门间合作活动,促进共同目标的实现与被认同。由此可见,目标愿景、内在认同、治理结构、合作规范四个维度及其相互关系构成了合作的固有过程,最终将产生一定的合作效果。据此,从以下维度构建指标体系:(1)目标愿景:指在健康中国战略指引下,把健康融入所有政策作为各个部门的行动准则,即使任务和使命不同,仍相信并认可共同目标,并期望在一定程度上进行合作达成目标。(2)内在认同:指各部门之间认可相互依存关系以及管理这些关系的重要性,并将其转化为一种归属感、对彼此价值观和纪律的了解以及相互信任。(3)治理结构:指从制度和机制层面,政府、各部门从合作角度履行领导职能,开展协同治理,支持和指导创新性活动,并在监督、激励、控制和协调等方面开展工作。(4)合作规范:指在合作的实践工具层面,制定规范性文件,开展信息共享互换,制定各个部门愿意共同参与的规则与路径。(5)合作效果:本研究结合研究目的增加了“合作效果”维度,以反映多部门合作的有效性。合作效果主要指在多部门合作下开展慢性病防控工作的成效,包括合作机制运行效果和居民的感受。

1.3 研究方法

1.3.1 文献分析法

利用中国知网、万方、维普、PubMed 等数据库,收集国内外多部门合作研究的相关文献和政策文件,整理分析后把握已有研究前沿动态和发展脉络,确定理论框架,提取评价指标,建立评价指标池。

1.3.2 德尔菲法

(1) 确定咨询专家

专家纳入标准:从事公共卫生、卫生事业管理领域的工作;对健康中国建设有充分的理论研究或有丰富的实践经验;副高级及以上职称;工作年限不低于5年;自愿参加本研究且知情同意。

(2) 进行专家咨询

2023年12月—2024年1月通过电子问卷进行两轮专家咨询,要求15位公共卫生专家对所有指标的重要性、可操作性、熟悉程度和判断依据进行评分,每项指标设置意见栏供专家提出建议和想法。对各级指标的重要性和可操作性评分为1~10分,重要性和可操作性依次提高。指标筛选标准为:重要性评分均数 ≥ 8.0 ,满分比 $> 10\%$,变异系数 < 0.25 ,剔除上述三项均异常的指标。增加指标时充分考虑专家意见,课题组讨论后取舍。

专家积极性通过问卷回收率来表示, $\geq 60\%$ 说明专家积极性较高。^[15]以熟悉程度、判断依据、专家权威系数表示专家权威程度。熟悉程度(Cs)从非常熟悉到不熟悉分别赋分1.0~0.2分。^[14]评分的判断依据(Ca)分为理论分析、实践经验、同行了解和直觉四方面,影响程度分为大、中、小,分别赋值。专家权威性用权威系数(Cr)来衡量,权威系数=(熟悉程度+判断依据)/2,Cr ≥ 0.70 为可接受值。^[16]

专家意见协调程度使用 Kendall 协调系数(W)及其显著性检验表示,W范围在0~1之间,W值越大,专家意见的一致性越高,显著性 $P < 0.05$ 说明专家咨询意见具有一致性。

1.3.3 层次分析法

构造层次结构模型,通过对同一层级指标两两对比计算相对重要性,构建两两比较判断矩阵,对指标进行量化,计算层次排序权重;最后进行一致性检验,判断权重系数逻辑是否合理,确定指标体系的权重设置。^[17]将第2轮咨询中专家对各级指标相对重要性的评分判断矩阵录入 Yaahp12.11,对判断矩阵进行自动调整,以保证判断矩阵一致性符合要求(一致性比例低于0.1)。

1.3.4 统计分析法

利用 WPS office 和 IBM SPSS Statistics V21.0 软件进行统计分析,采用描述性统计分析计算各指标的重要性、可操作性的均值、标准差和变异系数;采用非参数检验对德尔菲法的协调系数进行显著性检验。

2 结果

2.1 德尔菲法构建评价指标体系

2.1.1 专家基本情况

本研究中专家人数为15位,符合咨询人数标准。15位专家分别来自北京、福建、海南、山东、辽宁、湖南等省份;主要来自高校、研究机构、疾控中心、医疗机构等,从事公共卫生、社会医学与卫生事业管理等领域研究,部分专家涉猎多个研究领域,与研究内容有很强的相关性;其中正高级职称12名,副高级职称3名;博士9名,硕士6名,平均年龄为47.5岁,平均工作年限为18年,表明专家具有丰富的理论知识与实践经验。

2.1.2 专家积极程度

专家的积极程度使用专家函询的应答率表示,即专家咨询函的回收率。本研究两轮问卷回收率均为100%,专家积极程度较高,两轮咨询共有11名专家提出99条修改建议,表明专家对本研究的参与程度和关注度较高。

2.1.3 专家意见权威程度

15位专家的权威系数均大于0.70,专家的权威程度较高,说明专家对指标的重要性和可操作性判断较为可靠。

2.1.4 专家意见协调程度

经过两轮专家咨询,一级指标的 Kendall 协调系数W由0.167上升至0.215,二级指标的 Kendall 协调系数W由0.142上升至0.218,三级指标的 Kendall 协调系数W由0.184上升至0.277(表1),且两轮显著性检验结果均为 $P < 0.05$,表明两轮专家咨询意见逐渐趋于一致,评价结果可信度较高,具有参考价值。

表1 两轮专家咨询中的协调系数

轮次	指标等级	W系数	卡方值	P值
第一轮	一级指标	0.167	10.030	0.040
	二级指标	0.142	23.351	0.016
	三级指标	0.184	66.129	<0.001
第二轮	一级指标	0.215	12.876	0.012
	二级指标	0.218	36.016	<0.001
	三级指标	0.277	131.865	<0.001

2.1.5 专家咨询结果

(1) 第一轮专家咨询结果

第一轮专家咨询后,根据筛选原则与专家意见,

对指标体系调整如下:

修改 19 个指标名称:一级指标中“业务规范”改为“合作规范”。二级指标中“相互熟识”改为“合作互动度”;“信任度”改为“合作意识”;“共同目标的正式化”改为“共同目标的制度化”;“形式化工具”改为“联合规划”;“机制建立和运行效果”改为“机制运行效果”;“居民感受到的合作效果”改为“居民获得感”。三级指标中“有明确的总目标——以人民健康为中心,提高区域内慢性病综合防控能力,为推进健康中国建设奠定坚实基础”和“共同目标符合地区政治经济背景”合并为“1.1.1 以人民健康为中心,将慢性病防控纳入当地政府社会经济发展规划”;“根据工作需要或部门建议,召开全体或部分成员单位参加的专题会议”改为“定期开展多部门参与的慢性病防控专题会议,协调解决慢性病防控重点问题”;“有社会组织、企业参与慢性病防控工作”改为“有非公共部门参与慢性病防控相关活动”;“每年在本部门的重要活动中曾互相提供帮助与支持”改为“各部门在开展慢性病防控相关活动过程中,主动向其它部门寻求帮助”;“形成政府牵头的慢性病综合防控工作领导制度”改为“形成政府主要领导牵头的多部门慢性病防控协作网络”;“每年至少召开 1 次工作协调会议”改为“每年至少召开 1 次工作会议,研究部署慢性病防控工作”;“各部门安排有慢性病防控工作专职人员”修改为“各部门安排有慢性病防控工作专兼职人员”;“部门相关人员全员定期接受慢性病防控技能和知识培训”改为“部门相关人员定期接受慢性病防控合作方式、沟通协作等方面的培训”;“建立部门责任分担与责任共担相结合的责任担当机制”改为“根据慢性病防控多部门合作绩效考核结果进行问责”;“有收集和交流信息的基础设施”改为“有收集和交流信息的信息共享平台”。

“信息共享运行机制的建立”拆分为“各部门工作数据核实并上报至信息系统”“辖区内慢性病防控工作计划、进程、总结向各部门进行实时共享”。

删除 4 个三级指标:“政府与参与部门签订目标责任书”“部门负责人参与到慢性病防控工作中”“有充足的提供讨论和参与的场所”“适时召开联络员会议”。

增加 7 个三级指标:“各部门积极宣传、组织学习健康政策文件”“近三年各部门共同完成过 1 项慢性病防控重大建设项目”“成立慢性病防控联合技术指导组,从技术上把关”“拓宽慢性病防治公益事业投融资渠道,社会资本逐步增加慢性病防控领域投资”“建立慢性病防控多部门合作工作绩效考核机制”“部门间信息共享产生了具体效应或效益”“重点慢性病的规范管理的依从性提高”。

调整后的指标体系包含 5 个一级指标、12 个二级指标、34 个三级指标。

(2) 第二轮专家咨询结果

第二轮专家咨询结果显示,所有指标均符合指标纳入条件,根据专家建议将三级指标“成立慢性病防控联合技术指导组,从技术上把关”改为“成立慢性病防控联合专业指导组,从专业上把关”后全部纳入。最终形成了包含 5 个一级指标、12 个二级指标、34 个三级指标的慢性病防控多部门合作评价指标体系。

2.2 层次分析法计算指标权重

运用层次分析法对各层级指标进行两两比较,并赋值,6 个专家对 16 个判断矩阵打分,共建立 96 个判断矩阵。计算出各专家对各指标的排序向量,通过算术平均得分进行权重计算,得出各级指标权重,采用乘积法得到三级指标的综合权重(表 2)。

表 2 健康中国战略下慢性病防控多部门合作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)	三级指标 综合权重
1. 目标愿景 (0.222 8)	1.1 有共同目标 (0.389 0)	1.1.1 以人民健康为中心,将慢性病防控纳入当地政府社会经济发展规划(1.000 0)	0.086 7
	1.2 共同目标的相关性(0.231 3)	1.2.1 共同目标与参与部门目标具有相关性(1.000 0)	0.051 5
	1.3 共同目标的制度化(0.379 8)	1.3.1 有政府主导、多部门联合出台的慢性病防控相关政策(0.361 1)	0.030 6
2. 内在认同 (0.158 7)	2.1 合作意识 (0.422 2)	1.3.2 各部门将包含本部门职责的慢性病防控工作列入部门年度工作计划(0.638 9)	0.054 1
		2.1.1 各部门积极宣传、组织学习健康政策文件(0.161 6)	0.010 8
		2.1.2 各部门在开展慢性病防控相关活动过程中,主动向其它部门寻求帮助(0.375 8)	0.025 2
		2.1.3 有非卫生部门主导的慢性病防控相关活动(0.462 7)	0.031 0

表2 健康中国战略下慢性病防控多部门合作评价指标体系及权重(续)

一级指标 (权重)	二级指标 (权重)	三级指标(权重)	三级指标 综合权重	
3. 治理结构 (0.252 3)	2.2 合作互动度 (0.577 8)	2.2.1 定期开展多部门参与的慢性病防控专题会议,协调解决慢性病防控重点问题(0.421 0)	0.038 6	
		2.2.2 有非公共部门参与慢性病防控相关活动(0.151 8)	0.013 9	
		2.2.3 近三年各部门共同完成过1项慢性病防控重大建设项目(0.427 2)	0.039 2	
	3.1 领导协调机制(0.352 2)	3.1.1 形成政府主要领导牵头的多部门慢性病防控协作网络(0.394 3)	0.035 0	
		3.1.2 每年至少召开1次工作会议,研究部署慢性病防控工作(0.141 2)	0.012 5	
		3.1.3 成立慢性病防控联合专业指导组,从专业上把关(0.205 6)	0.018 3	
		3.1.4 建立督导机制,定期开展部门交叉联合督导(0.258 9)	0.023 0	
		3.2 保障机制 (0.360 6)	3.2.1 慢性病防治经费每年均纳入辖区政府年度预算、决算管理(0.577 1)	0.052 5
			3.2.2 拓宽慢性病防治公益事业投融资渠道,社会资本逐步增加慢性病防控领域投资(0.170 6)	0.015 5
		3.3 激励问责机制(0.287 2)	3.2.3 各部门安排有慢性病防控工作专兼职人员(0.167 1)	0.015 2
3.2.4 部门相关人员定期接受慢性病防控合作方式、沟通协作等方面的培训(0.131 5)	0.012 0			
3.3.1 建立慢性病防控多部门合作工作绩效考核机制(0.490 9)	0.035 6			
4. 合作规范 (0.154 5)	4.1 联合规划 (0.422 2)	3.3.2 对协调联动取得成果的部门进行奖励和表彰(0.185 1)	0.013 4	
		3.3.3 根据慢性病防控多部门合作绩效考核结果进行问责(0.324 1)	0.023 5	
	4.2 信息交流 (0.577 8)	4.1.1 多部门共同形成完整的活动实施方案(0.479 2)	0.031 3	
		4.1.2 活动实施方案中明确部门职责分工(0.520 8)	0.034 0	
	5.1 机制运行效果(0.354 2)	4.2.1 有收集和交流信息的信息共享平台(0.590 7)	0.052 7	
		4.2.2 各部门工作数据核实并上报至信息系统(0.191 8)	0.017 1	
		4.2.3 辖区内慢性病防控工作计划、进程、总结向各参与部门进行实时共享(0.217 5)	0.019 4	
		5.1.1 各部门年度慢性病防控相关工作均有效完成(0.266 0)	0.020 0	
		5.1.2 在合作渠道、方法、制度、内容等方面有创新(0.130 5)	0.009 8	
		5.1.3 部门间信息共享产生了具体效应或效益(0.260 1)	0.019 5	
5.2 居民获得感 (0.645 8)	5.1.4 各部门工作人员慢性病防控知识水平提升(0.084 7)	0.006 4		
	5.1.5 政府领导及各部门领导对部门合作满意度提高(0.258 7)	0.019 4		
	5.2.1 居民对各部门提供慢性病防控相关服务满意度提高(0.501 8)	0.068 6		
	5.2.2 居民重点慢性病核心知识知晓率提高(0.202 9)	0.027 8		
	5.2.3 重点慢性病规范管理的依从性提高(0.295 3)	0.040 4		

3 讨论

3.1 该指标体系具有科学性与可靠性,适用于指导健康中国行动中的多部门合作

目前国外多部门合作评价工具较为成熟,但主要集中于人畜共患病的预防控制领域中的“同一健康”监测系统的多部门合作。^[18-19]而多部门合作并非是一成不变的,其形式与产生的背景有关,因此,这些工具对于中国背景下慢性病防控领域的多部门合作评价并不完全适用。国内评价工具较少,倾向于实际工作指导,缺乏对合作价值、健康愿景引领、目标内化等评价,尚未进行大范围的多部门合作评估。姜莹莹等^[6]在定性访谈的基础上通过主题框架法得到了慢性病综合防控多部门合作工作的几个范畴,但未深入形成明确的评价指标。齐力^[7]通过专家面对面讨论方式形成慢性病防控多部门合作评价指标体系,但专家意见易受互相影响。此外,以上国内外

评价工具均具有明显的局限性,即均假设所有指标都具有同等的重要性(即具有相同的权重)。

本研究在吸收国内外相关研究成果的基础上,结合相关理论及我国健康领域多部门合作的发展实践,采用德尔菲法探索建立适合我国国情的多部门合作指标评价框架,并通过层次分析法计算指标权重,确定评估的重点与核心,能够确保科学性和规范性。同时,咨询专家分别来自北京、福建、海南、山东、辽宁、湖南等省份,主要从事公共卫生、社会医学与卫生事业管理等领域研究,与研究内容有很强的相关性,平均工作年限为18年,表明专家具有丰富的理论知识与实践经验。并且,本研究两轮咨询共有11名专家提出99条建议或问题,两轮专家积极系数均为100%,表明专家对本研究的参与程度和关注度较高。最后,两轮咨询的权威系数均大于0.7,表明专家评判结果可靠,Kendall协调系数的提升也体现了专家意见趋于一致,保证了指标的可靠性。

3.2 该指标体系体现了价值理性与工具理性的统一, 引导部门间合作从行政机构管理型向互动型、共享型合作机制转变

首先,价值共创理念的引入,提供了一个新的视角去研究多部门合作,共同目标是展开合作的基础^[20-22],对健康价值的引领作用、合作目标的内化等进行评价是有必要的。经专家打分,本研究构建的一级指标中,目标愿景、治理结构和合作效果权重较高,分别为 0.222 8、0.252 3、0.211 8,说明这几个维度是衡量多部门合作的重点和核心。

从价值论角度来看,多部门合作与价值共创理念具有高度的契合性。各部门基于维护人民健康这一共同愿景和使命凝聚在一起,在合作过程中创造健康价值及附带的经济价值等,实现合作共赢。因此,在多个部门工作目标各异的情况下,首先应树立同一明确的、与地区发展适配的目标,并根据部门属性分解目标以免违背机构自身的利益。^[18,23]另外,为了审视多部门合作是否创造了价值,需要测量在建立多部门合作基础上合作效果如何,其中尤其需要关注的是居民的获得感,体现以人为本的服务理念。

就内容而言,指标体系基于 D'Amour 的合作结构模型,包含了多项研究中所提及的健康领域多部门举措取得成功的影响因素,如 WHO 预防和控制非传染性疾病多部门行动指导框架确定的多部门举措取得成功的四大支柱:治理和问责制、领导力、明确和有目的的工作方式、资源和能力。^[24]根据韦伯^[25]关于两种理性的讨论,理性分为价值理性与工具理性,多部门合作网络正是二者的统一,价值理性体现为一种内在驱动力,仅看重行为本身的价值判断,是目标愿景、内在认同维度所强调的。治理结构、合作规范维度体现了以效率为中心和技术至上的工具理性,在组织管理中以可操作的手段或者模式实现特定目标。工具理性是价值理性的前提,部门间合作需要树立共同目标、培育协同文化,也需要通过制度规范来约束以提高效率,对于多部门合作关系的内在认同需要通过领导激励、提供人力财力、制定规范性工具等手段来支撑。

综上,本研究所形成的指标体系可引导和监测多部门合作的“协同认知—协同运行—协同效果”的作用过程,体现了价值理性与工具理性的统一,帮助部门间合作从行政机构管理型向互动型、共享型合作机制转变。

3.3 指标体系旨在达到目标与操作相统一,提高测量多部门合作的可行性

从评价框架来看,旨在实现多部门合作目标与合作的组织运行相统一。评价维度包含了合作目标、目标的内化程度以及为了维持合作状态从而实现目标而采取的一系列治理手段和规范,目标形成并经过合作过程后,需比较现实效果与理想目标的差距,从而衡量目标与操作的统一性,测试合作是否有效。

另外,为使评价能达到目的,多采用可操作性指标。本指标体系中共有三级指标 34 个,均为定性指标,参考国家慢性病综合防控示范区建设指标体系评审过程^[26],可通过查阅相关记录或根据实际开展情况填写,简单易操作,因此该指标体系可行性和可操作性较高。如在目标愿景维度下,区域政府是否将慢性病防控纳入社会经济发展规划,既起到了目标导向作用,又体现了政治经济文化背景,还可通过查阅社会经济发展规划文本获取,增加了指标的可操作性。内在认同维度主要衡量部门间相互熟悉、支持和信任的程度,虽然较为抽象,但直接影响合作效果,可通过日常工作中协同文化的培养情况、部门间互动活动的开展情况来衡量。

3.4 本研究的局限性

本研究所构建的慢性病防控多部门合作评价指标体系在一定程度上弥补了国内在多部门合作评价研究方面的不足,有助于推动健康中国建设,但仍处于学术探索阶段,各项指标是否稳定可靠,是否具有区分度和代表性,尚需进一步开展实证研究来检验,下一步可结合综合评价模型,以慢性病综合防控示范区为例,对多部门合作情况进行调研。此外,因三级指标均为定性指标,易带入评估者的主观因素,所以还需制定详细的评分标准加以避免。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 中共中央 国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2016(32): 5-20.
- [2] 胡融淼, 邓世康, 于辰, 等. 健康中国行动成功推进的结构要素及组合路径研究: 基于全国 50 个典型案例的清晰集定性比较分析 (csQCA) [J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(1): 2-8.
- [3] 健康中国行动(2019—2030 年): 总体要求、重大行动及

- 主要指标[J]. 中国循环杂志, 2019, 34(9): 846-858.
- [4] 申曙光, 曾望峰. 健康中国建设的理念、框架与路径[J]. 中山大学学报(社会科学版), 2020, 60(1): 168-178.
- [5] 申曙光, 马颖颖. 新时代健康中国战略论纲[J]. 改革, 2018(4): 17-28.
- [6] 姜莹莹, 齐力, 毛凡, 等. 国家慢性病综合防控示范区多部门合作现状研究[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(11): 59-66.
- [7] 齐力. 国家慢性病综合防控示范区多部门合作现状与机制研究[D]. 北京: 中国疾病预防控制中心, 2016.
- [8] 苏夏雯, 张娟, 李晋磊, 等. 国家慢性病综合防控示范区政府及多部门合作现状与机制研究[J]. 中国慢性病预防与控制, 2018, 26(4): 278-282.
- [9] 刘瑾琪, 王丽, 汪志豪, 等. 健康入万策的跨部门合作障碍及对策研究[J]. 医学与哲学, 2019, 40(21): 43-45.
- [10] 简兆权, 令狐克睿, 李雷. 价值共创研究的演进与展望: 从“顾客体验”到“服务生态系统”视角[J]. 外国经济与管理, 2016, 38(9): 3-20.
- [11] 赵新峰, 高凡. 公共价值共创视角下区域共同体的运行机制与建构方略[J]. 天津社会科学, 2023(1): 95-103.
- [12] 尹利民, 穆冬梅. 权力与规则: 集体行动的组织学分析框架[J]. 江西社会科学, 2015, 35(10): 201-206.
- [13] D'Amour D, Goulet L, Labadie J, et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations[J]. BMC Health Services Research, 2008, 8: 1-14.
- [14] 王勤, 熊丽娟, 熊莉娟. 基于德尔菲专家咨询法构建综合医院病区分类评价指标研究[J]. 护理研究, 2019, 33(13): 2345-2347.
- [15] 龚怡琳, 冯宇彤, 王慧卿. 基于德尔菲法的综合医院临床医师高级职称评审指标体系构建[J]. 中国医院管理, 2020, 40(8): 50-53.
- [16] 王丹, 莫陶欣, 李晨雄, 等. 日间化疗质量与安全评价指标体系构建研究[J]. 中国医院管理, 2023, 43(3): 51-54.
- [17] 董君. 层次分析法权重计算方法分析及其应用研究[J]. 科技资讯, 2015, 13(29): 218-220.
- [18] Bordier M, Delavenne C, Nguyen D, et al. One Health Surveillance: A Matrix to Evaluate Multisectoral Collaboration[J]. Frontiers in Veterinary Science, 2019, 6: 1-11.
- [19] Teegne H A, Bogaardt C, Collineau L, et al. OH-EpiCap: a semi-quantitative tool for the evaluation of One Health epidemiological surveillance capacities and capabilities[J]. Front Public Health, 2023, 11: 1053986.
- [20] Askelson N, Ryan G, Seegmiller L, et al. Intersectoral cooperation to increase HPV vaccine coverage: an innovative collaboration between Managed Care Organizations and state-level stakeholders[J]. Hum Vaccin Immunother, 2020, 16(6): 1385-1391.
- [21] Kroon S, Alma M A, Bak M, et al. Values and practice of collaboration in a mental health care system in the Netherlands: a qualitative study[J]. Int J Ment Health Syst, 2023, 17(1): 1-11.
- [22] Alderwick H, Hutchings A, Briggs A, et al. The impacts of collaboration between local health care and non-health care organizations and factors shaping how they work: a systematic review of reviews[J]. BMC Public Health, 2021, 21(1): 753.
- [23] 李电华, 张奎. 基层健康教育与健康促进跨部门合作现状分析[J]. 江苏卫生保健, 2013, 15(5): 53-54.
- [24] WHO. Global mapping report on multisectoral actions to strengthen the prevention and control of noncommunicable diseases and mental health conditions: experiences from around the world[R]. 2023.
- [25] 王彩云, 郑超. 价值理性和工具理性及其方法论意义: 基于马克斯·韦伯的理性二分法[J]. 济南大学学报(社会科学版), 2014, 24(2): 48-53.
- [26] 李娟娟, 李晋磊, 张娟, 等. 国家慢性病综合防控示范区建设总体实施现状研究[J]. 中华流行病学杂志, 2018, 39(4): 417-421.

[收稿日期:2024-04-08 修回日期:2024-05-27]

(编辑 赵晓娟)