

◆ 医院管理 ◆

基于德尔菲法探究关于街镇综合医院转型为中医类别医院 发挥中医特色优势的多中心策略研究

关丽珊¹, 袁超², 李小伟², 黄眷杰², 黄成川³, 陈荣庄⁴, 文皓楠⁵, 张泽松²

1. 东莞市卫生健康局, 广东 东莞 523600
2. 东莞市清溪医院, 广东 东莞 523660
3. 东莞市中西医结合医院, 广东 东莞 523660
4. 东莞市企石医院, 广东 东莞 523600
5. 甘肃中医药大学, 甘肃 兰州 730000

【摘要】目的：本研究基于德尔菲法，构建一套科学合理的街镇综合医院转型为中医类别医院的评价指标体系，发挥中医特色优势。**方法：**通过查阅综合医院转型为中医类别医院的相关文献及标准，结合专家访谈，初步形成候选指标；定性研究构建评价指标体系框架，运用德尔菲法对指标体系进行修订和完善，同时结合综合医院实际发展情况，形成评价指标池；制作调查问卷，采用德尔菲法及层次分析法（AHP）确定最终的评价指标体系，并计算变异系数及权重，建立综合医院转型为中医类别医院的评价指标体系。**结果：**构建的评价体系包括2级指标。一级指标共11项，具体为：中医药卫生人力、患者满意度、医院服务提供量、中医人才培养与文化建设、科室及设备设置、中医药服务项目开设情况、中医药特色服务提供情况、中医优势病种及诊疗规范、中医药收入及支出情况、中医药科研成果、中医（中西医）临床路径开展情况等；二级指标共45项，且各指标权重分布合理。**结论：**德尔菲法构建的评价体系囊括了街镇综合医院转型为中医类别医院中具有代表性的关键指标，不仅为评估医院转型提供科学工具，也为中医类别医院制定高质量发展政策提供了参考依据，对提升综合医院的转型效率及推动中医药特色优势的发挥具有重要意义。

【关键词】综合医院转型；中医类别医院；德尔菲法；评价指标体系；医院建设

【中图分类号】 R197.3 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0256-7415 (2025) 24-0237-11

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2025.24.043

Multicenter Strategy Study on Leveraging Chinese Medicine Characteristics and Advantages in the Transformation of Community Hospitals into Chinese Medicine-Specialized Hospitals Based on Delphi Method

GUAN Lishan¹, YUAN Chao², LI Xiaowei², HUANG Juanjie², HUANG Chengchuan³,
CHEN Rongzhuang⁴, WEN Haonan⁵, ZHANG Zesong²

1. Dongguan Municipal Health Bureau, Dongguan Guangdong 523600, China; 2. Dongguan Qingxi Hospital, Dongguan Guangdong 523660, China; 3. Dongguan Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Dongguan Guangdong 523660, China; 4. Dongguan Qishi Hospital, Dongguan Guangdong 523600, China; 5. Gansu University of Chinese Medicine, Lanzhou Gansu 730000,

【收稿日期】 2025-04-14

【修回日期】 2025-08-30

【基金项目】 国家中医药管理局监测统计中心深化医改中医药政策研究课题（YGZXKT2024335）

【作者简介】 关丽珊（1980-），女，主治医师，E-mail: wjj-zyk@dg.gov.cn。

【通信作者】 张泽松（1979-），男，主任医师，E-mail: zszdgqxy@163.com。

China

Abstract: Objective: Based on the Delphi method, this study aims to establish a scientific and reasonable evaluation index system for the transformation of community hospitals into Chinese medicine-specialized hospitals, to leverage the characteristics and advantages of Chinese medicine. **Methods:** Candidate indicators were preliminarily formed by reviewing relevant literature and standards on the transformation of community hospitals into Chinese medicine-specialized hospitals, and combined with expert interviews. Qualitative research was used to construct the framework of the evaluation index system, and the Delphi method was applied to revise and improve the system. Considering the actual development of community hospitals, an indicator pool was established. A questionnaire was developed, and the Delphi method and Analytic Hierarchy Process (AHP) were used to determine the final evaluation index system, calculate the coefficient of variation and weights, and establish the evaluation index system for the transformation of community hospitals into Chinese medicine-specialized hospitals. **Results:** The constructed evaluation system includes two levels of indicators. The first level consists of 11 items: traditional Chinese medicine health human resources, patient satisfaction, hospital service volume, Chinese medicine talent cultivation and cultural development, department and equipment setup, Chinese medicine service offerings, provision of Chinese medicine-characteristic services, Chinese medicine-advantaged diseases and treatment protocols, Chinese medicine-related income and expenditure, Chinese medicine research achievements, and implementation of Chinese medicine (integrated Chinese and western medicine) clinical pathways. The second level includes 45 items, with reasonable weight distribution for each indicator. **Conclusion:** The evaluation system constructed using the Delphi method encompasses representative key indicators for the transformation of community hospitals into Chinese medicine-specialized hospitals. It not only provides a scientific tool for assessing hospital transformation but also serves as a reference for formulating high-quality development policies for Chinese medicine-specialized hospitals. This system is of significant importance for improving the efficiency of community hospital transformation and promoting the advantages of Chinese medicine.

Keywords: Transformation of community hospitals; Chinese medicine-specialized hospital; Delphi method; Evaluation index system; Hospital construction

镇街综合医院作为基层医疗卫生服务体系的重要组成部分,长期承担着当地居民的基本医疗保障任务。然而,随着社会经济发展和人民健康理念的转变,传统综合医院以西医为主的诊疗模式逐渐暴露出局限性,难以全面满足群众日益增长的中医药服务需求。东莞市拥有几十所镇街综合医院,在经济发展及医疗改革中,医院服务能力逐渐下降,医疗服务同质化逐渐严重,而处于三级医院与基层社区卫生服务站夹心层的镇街医院的转型发展迫在眉睫^[1]。东莞市中医医院数量稀少,难以满足全市日益增长的中医药服务需求,镇街综合医院转型为中医类别医院既可以满足人民群众中医药服务需求,又可与其他医院错位发展,避免同质化竞争^[2]。本研究以东莞市几十所镇街综合医院为例,围绕街镇综合

医院转型为中医类别医院的关键因素,用德尔菲法及层次分析法确定评价指标体系及构造判断矩阵法计算变异系数权重构建评价模型,从“医院服务供给量”“中医人才培养与文化建设”等共11个方面构建评价指标体系,为科学、客观地评价街镇综合医院转型为中医类别医院提供科学工具,为转型后的综合医院制定高质量发展相关政策与策略提供参考,具体阐述如下。

1 资料来源与方法

1.1 建立条目池 研究以《中医医院管理评价指南(2008版)》《三级医院评审标准(2020年版)》《国家中医药综合统计制度》《公立医院高质量发展评价指标(试行)》《公立中医医院高质量发展评价指标(试行)》为基础,结合中华人民共和国科技部、

中华人民共和国国家卫生健康委员会、国家中医药管理局、各地区中医药管理局及各地公立中医医院等网站公开公布的信息,结合中国知识资源总库(CNKI)、万方数据知识服务平台、中国科技期刊数据库(VIP)、百度学术、Web of Science、PumMed等国内外数据库文献信息,构建街镇综合医院转型为中医类别医院的评价指标池,并组织领域内医院管理专家及一线临床医生进行反复论证与完善,初步构建评价指标体系。

1.2 拟定专家函询问卷 德尔菲法本质上是一种反馈匿名函询法。需要对专家的判断依据以及熟悉程度进行量化赋值。专家权威程度自我评价表,由专家熟悉程度和判断依据2部分组成。通过对专家问卷进行回收整理,针对专家提出的修改建议、删除/增加建议,及时对比汇总、分析与统计专家意见,确立评价指标体系。根据初步构建的评价指标体系制定成第一轮函询问卷(第二轮根据第一轮函询结果进行修改)。问卷包括:①研究基本信息;②专家函询表,专家依据条目重要程度和可行程度进行打分,一级、二级指标的重要性按照Likert 5评分法进行判断打分,分别为:非常重要(5分)、比较重要(4分)、一般重要(3分)、不太重要(2分)、不重要(1分);③专家基本情况;④专家对研究内容的判断系数(Ca)和熟悉度(Cs)。

1.3 选择函询专家 根据本研究的背景与研究目的,为保证专家意见的可靠性,入选参与德尔菲法的专家涉及中医临床、科研管理、卫生管理、医学评价领域,来自东莞市范围内的8家综合医院及中医院,共计32名。遴选标准:①拥有中级以上技术职称或临床/行政管理经验丰富的专业人员;②10年以上本领域从业经验;③对本研究内容较为熟悉;④自愿参与本研究,参与积极性较高。2轮函询专家相同。

1.4 实施专家函询 2024年7—10月,采用调查问卷以现场发送问卷及电子邮件的方式发放,并通过短信及微信与各位专家联系,保证问卷回收率。2轮间隔4~5周。条目筛选标准需同时满足:①重要性赋值均数>4.0;②可行性赋值均数>4.0;③变异系数(CV)<0.25。第1轮对各专家意见进行汇总、整理及分析,形成第2轮函询问卷。回收每轮问卷后,及时对专家咨询结果进行汇总、整理与分析,根据专家意见修改完善评价指标并进行专家组及课题组讨论。

1.5 层次分析法确定权重 在德尔菲法确定评价指标基础上,运用层次分析法确定各指标的权重。首先,根据指标间相互联系建立层次结构模型,确定目标层、准则层、方案层,将评价指标体系分为2层:第一层为目标层(一级指标)、第二层为准则层(二级指标);其次,构建判断矩阵,根据Saaty1—9标度法对指标进行两两比较构建判断矩阵;最后,采用归一化法计算层次单排序相对权重及层次总排序权重,并进行一致性检验,最终为各指标赋予权重。

1.6 统计学方法 采用Excel表格进行数据的双人录入与核对,运用SPSS26.0软件进行统计学分析。其中,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料和等级资料用百分比(%)描述。专家积极性、意见协调程度、权威程度分别以问卷回收率、肯德尔和谐系数、权威系数表示,指标的变异程度以变异系数表示。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 专家基本信息 本研究共纳入32名专家,性别分布:男20名(62.5%),女12名(37.5%);年龄分布:30~39岁6名(18.75%),40~49岁14名(43.75%),50~59岁12名(37.5%);学历层分布:本科26名(81.25%),硕士研究生6名(18.75%),博士研究生2名(6.25%);专业领域分布:行政管理领域10名(31.25%),科研教学领域5名(15.625%),临床医师17名(53.125%);工作年限:10~14年6名(18.75%),15~19年10名(31.25%),20年及以上16名(50.00%);职称:正高职称20名(62.50%)、副高职称12名(37.50%)。

2.2 专家积极程度与专Cs值 专家积极系数即专家咨询表的回收率(应答率),反映专家对本研究的关心程度。专家积极程度=回收问卷数÷发放问卷数×100%^[3]。本研究共进行2轮问卷调查,每轮发放问卷32份,实际回收32份,应答率均为100%;每轮回收有效问卷32份,有效率为100%。专家积极系数高,表明32位专家均对本研究有较高的积极性和关注度。

专家对条目的熟悉程度按照Likert5级评分法分为5个等级:其中熟悉得分为1.0、较熟悉得分为0.8、一般得分为0.6、不太熟悉得分为0.4和不熟悉得分为0.2。具体计算公式如下:

$$Cs = \frac{1.0 \times a + 0.8 \times b + 0.6 \times c + 0.4 \times d + 0.2 \times e}{a + b + c + d + e}$$

其中，a、b、c、d、e 分别代表某专家选择“熟悉”“较熟悉”“一般”“不太熟悉”和“不熟悉”指标的数量，上述公式用于计算某一专家的Cs 值，整轮问卷的Cs 值为所有专家Cs 值的均数。具体Cs 计算结果见表1、2。整体来看，大部分二级和一级指标的专家熟悉度较高，且均大于0.8，反映出专家对中医药相关领域的认知较为深入，且专家熟悉度较高的指标主要集中在中医药服务和患者满意度等方面。例如，“患者满意度”（Cs=0.912 5）、“门诊中医

非药物治疗占比”（Cs=0.900 0）和“中医医疗适宜技术开展项目种数”（Cs=0.893 8）等指标的Cs 值较高，说明专家对这些领域较为熟悉。部分指标的专家熟悉度较低，如“中医药科研成果”（Cs=0.812 5）和“中医药收入及支出情况”（Cs=0.837 5）等，这表明专家在这些领域的了解相对有限。

2.3 Ca 值 本研究Ca 的赋值方法参考文献[4]，具体赋分细则见表3。

表1 各项二级指标Cs 值

编号	指标内容	熟悉(a)	较熟悉(b)	一般(c)	不太熟悉(d)	不熟悉(e)	Cs 值
1.1	省级名老中医及学术继承人指导老师数量	12	10	7	3	0	0.793 8
1.2	东莞市名中医专家传承工作室指导老师数量	12	14	4	2	0	0.825 0
1.3	中医类别执业医师占比	19	13	0	0	0	0.918 8
1.4	西学中人员占比	14	13	5	0	0	0.856 3
1.5	中药师占比	12	19	1	0	0	0.868 8
1.6	中医护士占比	12	16	3	1	0	0.843 8
1.7	中医技师占比	11	19	1	1	0	0.850 0
1.8	本科及以上学历,中医相关专业人员占比	20	11	1	0	0	0.918 8
1.9	研究生及以上学历,中医相关专业人员占比	12	16	4	0	0	0.850 0
2.1	省级中医重点专科数	13	9	9	0	0	0.800 0
2.2	市级中医重点专科以及东莞市中医特色专科数	17	11	4	0	0	0.881 3
2.3	省级名老中医工作室数量	11	13	6	2	0	0.806 3
2.4	市名中医专家传承工作室数量	16	10	6	0	0	0.862 5
2.5	中医特色的设备种类和数量	14	15	3	0	0	0.868 8
2.6	院内中药制剂室的配置(中药制剂含预制协定方)	12	11	8	1	0	0.812 5
3.1	中医医疗适宜技术开展项目种数	18	11	3	0	0	0.893 8
3.2	中医护理适宜技术开展项目种数	17	12	2	1	0	0.881 3
3.3	中药饮片品种数	14	15	2	1	0	0.862 5
3.4	院内协定处方的数量	13	13	3	3	0	0.825 0
4.1	门诊中药处方(含饮片、颗粒、中成药)占比	18	12	2	0	0	0.900 0
4.2	门诊中药饮片处方数占比	15	13	4	0	0	0.868 8
4.3	门诊中医非药物治疗占比	19	11	2	0	0	0.906 3
4.4	住院患者围手术期使用中医治疗比例	10	13	8	1	0	0.800 0
4.5	住院患者中药饮片使用率	20	9	3	0	0	0.906 3
4.6	住院患者中医非药物治疗使用率	18	12	2	0	0	0.900 0
4.7	住院患者以中医为主治疗的比例	19	10	3	0	0	0.900 0
5.1	中医优势病种诊疗方案个数	18	11	3	0	0	0.893 8
5.2	中医优势病种以中医为主的治疗率	18	10	3	1	0	0.881 3
6.1	中医(中西医)临床路径数量	15	10	7	0	0	0.850 0
6.2	中医(中西医)临床路径入径率	12	14	6	0	0	0.837 5
6.3	中医(中西医)临床路径完成率(含旁路径完成率及变异率)	14	10	7	1	0	0.831 3
7.1	年度针对医生开展中医药培训讲座数量	16	8	7	1	0	0.843 8

续表 1 各项二级指标Cs值

编号	指标内容	熟悉(a)	较熟悉(b)	一般(c)	不太熟悉(d)	不熟悉(e)	Cs 值
7.2	年度中医专业技术进修人数	10	16	6	0	0	0.825 0
7.3	是否建设有中医药文化宣传区	14	13	4	1	0	0.850 0
7.4	用于中医人才培养经费占科教支出的比例	10	19	1	2	0	0.831 3
8.1	年门(急)诊人次	14	15	3	0	0	0.868 8
8.2	年出院人次	15	13	3	1	0	0.862 5
9.1	中医药相关科研项目数	10	15	5	2	0	0.806 3
9.2	中医药相关论文发表情况	11	13	7	1	0	0.812 5
10.1	中医医疗服务项目(中医非药物疗法)收入占医疗收入的比例	17	11	3	1	0	0.875 0
10.2	中药饮片收入占药品收入比例	15	13	3	1	0	0.862 5
10.3	门诊次均费用	13	10	9	0	0	0.825 0
10.4	住院次均费用	11	11	10	0	0	0.806 3
10.5	平均住院日	12	13	7	0	0	0.831 3
11.1	患者满意度	18	12	2	0	0	0.900 0

表 2 各项一级指标Cs值

编号	指标内容	熟悉(a)	较熟悉(b)	一般(c)	不太熟悉(d)	不熟悉(e)	Cs 值
1	中医药卫生人力	14	13	4	1	0	0.850 0
2	科室及设备设置	15	13	4	0	0	0.868 8
3	中医药服务项目开设情况	14	13	5	0	0	0.856 3
4	中医药特色服务提供情况	15	12	3	2	0	0.850 0
5	中医优势病种及诊疗规范	14	14	3	1	0	0.856 3
6	中医(中西医)临床路径开展情况	15	11	6	0	0	0.856 3
7	中医人才培养与文化建设	15	13	4	0	0	0.868 8
8	医院服务提供量	16	12	1	3	0	0.856 3
9	中医药科研成果	11	13	7	1	0	0.812 5
10	中医药收入及支出情况	15	12	1	4	0	0.837 5
11	患者满意度	21	8	3	0	0	0.912 5

表 3 Ca赋分细则

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
实践经验	0.5	0.4	0.3
参考国内外文献	0.1	0.1	0.1
直觉	0.1	0.1	0.1

具体计算公式如下：

$$Ca = \frac{0.3 \times a1 + 0.2 \times 2 + 0.1 \times a3}{a1 + a2 + a3} + \frac{0.5 \times b1 + 0.4 \times b2 + 0.3 \times b3}{b1 + b2 + b3} + \frac{0.1 \times c1 + 0.1 \times c2 + 0.1 \times c3}{c1 + c2 + c3} + \frac{0.1 \times d1 + 0.1 \times d2 + 0.1 \times d3}{d1 + d2 + d3}$$

其中，a1、a2、a3 分别为选择理论分析影响“大”“中”“小”的数目；b1、b2、b3 分别为选择实践经验影响“大”“中”“小”的数目；c1、c2、c3 分别为选择参考国内外文献影响“大”“中”“小”的数目；d1、d2、d3 分别为选择直觉影响“大”“中”“小”的数目。

根据 Ca 值结果表 4、5 可以看出：一级指标中，“中医人才培养与文化建设”（Ca = 0.857 7）和“中医(中西医)临床路径开展情况”（Ca = 0.817 3）表现出较高的 Ca 值，表明专家对这些领域的关注较高，尤其是中医人才的培养和临床路径的规范化对中医药发展至关重要。同时，“医院服务提供量”（Ca = 0.816 7）和“中医药服务项目开设情况”（Ca = 0.816 7）也显示较高的 Ca 值，反映了中医药服务的实施情况在专

家判断中占有重要位置。与之相对,“中医药特色服务提供情况”(Ca = 0.691 9)和“中医药收入及支出情况”(Ca = 0.773 3)则相对较低,表明专家在这些领域的认知较为薄弱,可能需要更多的实践经验和数据支持。这也提示了这些领域在中医药发展的评价体系中仍存在一定的难度和挑战。

在二级指标中,涉及中医服务的“中医(中西医)临床路径数量”(Ca = 0.675 0)和“住院患者中医非药物疗法使用率”(Ca = 0.692 0)的Ca值较低,表明这些领域的专家判断存在一定的不确定性,可能需要更多的实践和数据积累。相对而言,“中医特色的设备种类和数量”(Ca = 0.914 2)和“省级名老中医及学术继承人指导老师数量”(Ca = 0.789 7)等指标的Ca值较高,显示专家对这些领域的评价较为重视,反映了设备和专业人才在中医服务质量中的重要性。

表 4 各项二级指标 Ca 值

编号	指标内容	Ca 值
1.1	省级名老中医及学术继承人指导老师数量	0.789 7
1.2	东莞市名中医专家传承工作室指导老师数量	0.819 6
1.3	中医类别执业医师占比	0.836 3
1.4	西学中人员占比	0.908 2
1.5	中药师占比	0.713 1
1.6	中医护士占比	0.804 4
1.7	中医技师占比	0.734 2
1.8	本科及以上学历,中医相关专业人员占比	0.819 3
1.9	研究生及以上学历,中医相关专业人员占比	0.898 1
2.1	省级中医重点专科数	0.772 9
2.2	市级中医重点专科以及东莞市中医特色专科数	0.830 0
2.3	省级名老中医工作室数量	0.777 8
2.4	市名中医专家传承工作室数量	0.816 7
2.5	中医特色的设备种类和数量	0.914 2
2.6	院内中药制剂室的配置(中药制剂含预制协定方)	0.783 3
3.1	中医医疗适宜技术开展项目种数	0.725 3
3.2	中医护理适宜技术开展项目种数	0.782 7
3.3	中药饮片品种数	0.790 8
3.4	院内协定处方的数量	0.859 9
4.1	门诊中药处方(含饮片、颗粒、中成药)占比	0.794 8
4.2	门诊中药饮片处方数占比	0.792 6
4.3	门诊中医非药物疗法占比	0.703 3
4.4	住院患者围手术期使用中医治疗比例	0.803 0
4.5	住院患者中药饮片使用率	0.694 1

续表 4 各项二级指标 Ca 值

编号	指标内容	Ca 值
4.6	住院患者中医非药物疗法使用率	0.692 0
4.7	住院患者以中医为主治疗的比例	0.720 8
5.1	中医优势病种诊疗方案个数	0.712 8
5.2	中医优势病种以中医为主的治疗率	0.695 6
6.1	中医(中西医)临床路径数量	0.675 0
6.2	中医(中西医)临床路径入径率	0.699 3
6.3	中医(中西医)临床路径完成率(含旁路径完成率及变异率)	0.695 8
7.1	年度针对医生开展中医药培训讲座数量	0.802 0
7.2	年度中医专业技术进修人数	0.704 4
7.3	是否建设有中医药文化宣传区	0.868 8
7.4	用于中医人才培养经费占科教支出的比例	0.913 7
8.1	年门(急)诊人次	0.8113
8.2	年出院人次	0.835 7
9.1	中医药相关科研项目数	0.781 6
9.2	中医药相关论文发表情况	0.901 6
10.1	中医医疗服务项目(中医非药物疗法)收入占医疗收入的比例	0.795 2
10.2	中药饮片收入占药品收入比例	0.710 0
10.3	门诊次均费用	0.798 6
10.4	住院次均费用	0.678 9
10.5	平均住院日	0.666 7
11.1	患者满意度	0.714 3

表 5 各项一级指标 Ca 值

编号	指标内容	Ca 值
1	中医药卫生人力	0.714 5
2	科室及设备设置	0.738 5
3	中医药服务项目开设情况	0.816 7
4	中医药特色服务提供情况	0.691 9
5	中医优势病种及诊疗规范	0.785 2
6	中医(中西医)临床路径开展情况	0.817 3
7	中医人才培养与文化建设	0.857 7
8	医院服务提供量	0.816 7
9	中医药科研成果	0.795 2
10	中医药收入及支出情况	0.773 3
11	患者满意度	0.748 7

2.4 Cr 值 专家权威程度用Cr值来表示,为Ca值和Cs的算术平均值,Cr>0.7,认为结果可靠。计算公式为Cr=(Cs+Ca)/2。各项一、二级指标的Cr结果见表6、表7。从结果可知各项指标Cr结果均大于0.7,表示此次问卷收集与指标设计相对合理,结果

表 6 各项二级指标 Cr 值

编号	指标内容	Cr 值
1.1	省级名老中医及学术继承人指导老师数量	0.791 7
1.2	东莞市名中医专家传承工作室指导老师数量	0.822 3
1.3	中医类别执业医师占比	0.877 5
1.4	西学中人员占比	0.882 2
1.5	中药师占比	0.790 9
1.6	中医护士占比	0.824 1
1.7	中医技师占比	0.792 1
1.8	本科及以上学历,中医相关专业人员占比	0.869 0
1.9	研究生及以上学历,中医相关专业人员占比	0.874 0
2.1	省级中医重点专科数	0.786 5
2.2	市级中医重点专科以及东莞市中医特色专科数	0.855 6
2.3	省级名老中医工作室数量	0.792 0
2.4	市名中医专家传承工作室数量	0.839 6
2.5	中医特色的设备种类和数量	0.891 5
2.6	院内中药制剂室的配置(中药制剂含预制协定方)	0.797 9
3.1	中医医疗适宜技术开展项目种数	0.809 5
3.2	中医护理适宜技术开展项目种数	0.832 0
3.3	中药饮片品种数	0.826 7
3.4	院内协定处方的数量	0.842 4
4.1	门诊中药处方(含饮片、颗粒、中成药)占比	0.847 4
4.2	门诊中药饮片处方数占比	0.830 7
4.3	门诊中医非药物疗法占比	0.804 8
4.4	住院患者围手术期使用中医治疗比例	0.801 5
4.5	住院患者中药饮片使用率	0.800 2
4.6	住院患者中医非药物疗法使用率	0.796 0
4.7	住院患者以中医为主治疗的比例	0.810 4
5.1	中医优势病种诊疗方案个数	0.803 3
5.2	中医优势病种以中医为主的治疗率	0.788 4
6.1	中医(中西医)临床路径数量	0.762 5
6.2	中医(中西医)临床路径入径率	0.768 4
6.3	中医(中西医)临床路径完成率(含旁路完成率及变异率)	0.763 5
7.1	年度针对医生开展中医药培训讲座数量	0.822 9
7.2	年度中医专业技术进修人数	0.764 7
7.3	是否建设有中医药文化宣传区	0.859 4
7.4	用于中医人才培养经费占科教支出的比例	0.872 5
8.1	年门(急)诊人次	0.840 0
8.2	年出院人次	0.849 1
9.1	中医药相关科研项目数	0.793 9
9.2	中医药相关论文发表情况	0.857 0
10.1	中医医疗服务项目(中医非药物疗法)收入占医疗收入的比例	0.835 1
10.2	中药饮片收入占药品收入比例	0.786 3
10.3	门诊次均费用	0.811 8
10.4	住院次均费用	0.742 6
10.5	平均住院日	0.749 0
11.1	患者满意度	0.807 1

表 7 各项一级指标 Cr 值

编号	指标内容	Cr 值
1	中医药卫生人力	0.782 3
2	科室及设备设置	0.803 6
3	中医药服务项目开设情况	0.836 5
4	中医药特色服务提供情况	0.770 9
5	中医优势病种及诊疗规范	0.820 7
6	中医(中西医)临床路径开展情况	0.836 8
7	中医人才培养与文化建设	0.863 2
8	医院服务提供量	0.836 5
9	中医药科研成果	0.803 9
10	中医药收入及支出情况	0.805 4
11	患者满意度	0.830 6

可靠。

2.5 专家意见集中度 本研究在分析专家意见的集中程度时,采用了均数($\bar{x}$)、标准差(SD)、变异系数(CV)和满分比(K1)4项指标。均数反映了各项指标的重要性,满分比则显示专家认为某项指标“很重要”或“重要”的比例,帮助补充均数的分析。CV用于衡量专家意见的一致性,CV>0.25表明该指标存在较大分歧。若同时满足 $\bar{x}<4$ 、 $K1<0.8$ 、 $CV>0.25$ 的条件,指标将被删除。各项指标的均数、标准差、变异系数、满分比见表8。从表中可知,没有任何指标同时满足 $\bar{x}<4$ 、 $K1<0.8$ 、 $CV>0.25$ 的条件,因此没有指标需要剔除。且大多数指标的 $\bar{x}>4$,显示出专家普遍认为大部分指标都较为重要。同时,绝大多数指标的K1值高于0.8,表明专家对这些指标的重要性认同度较高。在专家意见的集中度上,CV全部小于0.25,表明专家之间对于指标的评价意见高度一致。

2.6 指标权重的计算 本研究基于专家对指标的重要性评分,采用优序图法计算各项一、二级指标权重。优序图法通过专家评分对一组指标进行两两比较,分值较高者赋值为1,较低者为0,相等时赋值0.5。然后根据每个指标的比较结果,计算出每个指标的TTL值,并通过TTL值的比例来确定权重。这种方法相比层次分析法,通过互补检验确保了更高的一致性,因此被本研究采用用于指标权重的计算。具体结果见表9、表10。

表 8 各项指标专家意见集中度

编号	指标内容	均数($\bar{x}$)	标准差(SD)	变异系数(CV)	满分比(K1)
1.1	省级名老中医及学术继承人指导老师数量	4.218 8	0.706 4	0.167 4	0.843 8
1.2	东莞市名中医专家传承工作室指导老师数量	4.281 3	0.728 9	0.170 2	0.906 3
1.3	中医类别执业医师占比	4.656 3	0.601 6	0.129 2	0.937 5
1.4	西学中人员占比	3.906 3	0.817 5	0.209 3	0.687 5
1.5	中药师占比	4.312 5	0.644 5	0.149 4	0.906 3
1.6	中医护士占比	4.218 8	0.608 2	0.144 2	0.906 3
1.7	中医技师占比	4.437 5	0.669 0	0.150 8	0.906 3
1.8	本科及以上学历,中医相关专业人员占比	4.406 3	0.874 7	0.198 5	0.906 3
1.9	研究生及以上学历,中医相关专业人员占比	4.156 3	0.846 6	0.203 7	0.718 8
2.1	省级中医重点专科数	4.125 0	0.751 3	0.182 1	0.781 3
2.2	市级中医重点专科以及东莞市中医特色专科数	4.406 3	0.837 0	0.190 0	0.843 8
2.3	省级名老中医工作室数量	3.968 8	0.897 5	0.226 1	0.718 8
2.4	市名中医专家传承工作室数量	4.281 3	0.888 4	0.207 5	0.781 3
2.5	中医特色的设备种类和数量	4.468 8	0.621 4	0.139 0	0.937 5
2.6	院内中药制剂室的配置(中药制剂含预制协定方)	4.156 3	0.766 6	0.184 4	0.843 8
3.1	中医医疗适宜技术开展项目种数	4.687 5	0.470 9	0.100 5	1.000 0
3.2	中医护理适宜技术开展项目种数	4.562 5	0.618 9	0.135 7	0.937 5
3.3	中药饮片品种数	4.437 5	0.715 6	0.161 3	0.875 0
3.4	院内协定处方的数量	4.062 5	0.800 7	0.197 1	0.781 3
4.1	门诊中药处方(含饮片、颗粒、中成药)占比	4.468 8	0.761 3	0.170 4	0.906 3
4.2	门诊中药饮片处方数占比	4.468 8	0.671 3	0.150 2	0.906 3
4.3	门诊中医非药物疗法占比	4.406 3	0.756 0	0.171 6	0.843 8
4.4	住院患者围手术期使用中医治疗比例	3.906 3	0.928 4	0.237 7	0.718 8
4.5	住院患者中药饮片使用率	4.500 0	0.718 4	0.159 6	0.937 5
4.6	住院患者中医非药物疗法使用率	4.562 5	0.504 0	0.110 5	1.000 0
4.7	住院患者以中医为主治疗的比例	4.312 5	0.965 1	0.223 8	0.812 5
5.1	中医优势病种诊疗方案个数	4.375 0	0.793 1	0.181 3	0.812 5
5.2	中医优势病种以中医为主的治疗率	4.500 0	0.718 4	0.159 6	0.875 0
6.1	中医(中西医)临床路径数量	4.062 5	0.913 6	0.224 9	0.687 5
6.2	中医(中西医)临床路径入径率	4.062 5	0.800 7	0.197 1	0.718 8
6.3	中医(中西医)临床路径完成率(含旁路径完成率及变异率)	4.156 3	0.807 6	0.194 3	0.750 0
7.1	年度针对医生开展中医药培训讲座数量	4.312 5	0.737 8	0.171 1	0.843 8
7.2	年度中医专业技术进修人数	4.156 3	0.574 1	0.138 1	0.906 3
7.3	是否建设有中医药文化宣传区	4.468 8	0.567 1	0.126 9	0.968 8
7.4	用于中医人才培养经费占科教支出的比例	4.437 5	0.564 4	0.127 2	0.968 8
8.1	年门(急)诊人次	4.625 0	0.707 1	0.152 9	0.937 5
8.2	年出院人次	4.500 0	0.718 4	0.159 6	0.937 5
9.1	中医药相关科研项目数	4.062 5	0.840 0	0.206 8	0.750 0
9.2	中医药相关论文发表情况	4.031 3	0.739 9	0.183 5	0.750 0
10.1	中医医疗服务项目(中医非药物疗法)收入占医疗收入的比例	4.593 8	0.712 1	0.155 0	0.875 0
10.2	中药饮片收入占药品收入比例	4.406 3	0.797 6	0.181 0	0.875 0
10.3	门诊次均费用	4.156 3	0.723 3	0.174 0	0.812 5

续表 8 各项指标专家意见集中度					
编号	指标内容	均数($\bar{x}$)	标准差(SD)	变异系数(CV)	满分比(K1)
10.4	住院次均费用	4.125 0	0.941 9	0.228 3	0.750 0
10.5	平均住院日	4.218 8	0.832 2	0.197 3	0.812 5
11.1	患者满意度	4.781 3	0.490 8	0.102 7	0.968 8
1	中医药卫生人力	4.593 8	0.665 2	0.144 8	0.906 3
2	科室及设备设置	4.562 5	0.715 6	0.156 8	0.937 5
3	中医药服务项目开设情况	4.500 0	0.672 0	0.149 3	0.968 8
4	中医药特色服务提供情况	4.500 0	0.718 4	0.159 6	0.937 5
5	中医优势病种及诊疗规范	4.437 5	0.715 6	0.161 3	0.937 5
6	中医(中西医)临床路径开展情况	4.218 8	0.792 5	0.187 8	0.781 3
7	中医人才培养与文化建设	4.656 3	0.545 3	0.117 1	0.968 8
8	医院服务提供量	4.656 3	0.601 6	0.129 2	0.937 5
9	中医药科研成果	4.218 8	0.832 2	0.197 3	0.812 5
10	中医药收入及支出情况	4.312 5	0.859 0	0.199 2	0.875 0
11	患者满意度	4.812 5	0.396 6	0.082 4	1.000 0

表 9 各项二级指标权重								
编号	指标内容	TTL 值	权重(%)	排序	编号	指标内容	TTL 值	权重(%) 排序
1.1	省级名老中医及学术继承人指导老师数量	16	1.62	28	4.5	住院患者中药饮片使用率	36	3.64 8
1.2	东莞市名中医专家传承工作室指导老师数量	18.5	1.87	26	4.6	住院患者中医非药物疗法使用率	38.5	3.89 6
1.3	中医类别执业医师占比	42	4.24	3	4.7	住院患者以中医为主治疗的比例	21	2.12 23
1.4	西学中人员占比	0.5	0.05	44	5.1	中医优势病种诊疗方案个数	23	2.32 22
1.5	中药师占比	21	2.12	23	5.2	中医优势病种以中医为主的治疗率	36	3.64 8
1.6	中医护士占比	16	1.62	28	6.1	中医(中西医)临床路径数量	5.5	0.56 38
1.7	中医技师占比	29	2.93	15	6.2	中医(中西医)临床路径入径率	5.5	0.56 38
1.8	本科及以上学历,中医相关专业人员占比	25.5	2.58	18	6.3	中医(中西医)临床路径完成率(含旁路径完成率及变异率)	12	1.21 31
1.9	研究生及以上学历,中医相关专业人员占比	12	1.21	31	7.1	年度针对医生开展中医药培训讲座数量	21	2.12 23
2.1	省级中医重点专科数	8.5	0.86	36	7.2	年度中医专业技术进修人数	12	1.21 31
2.2	市级中医重点专科以及东莞市中医特色专科数	25.5	2.58	18	7.3	是否建设有中医药文化宣传区	32.5	3.28 11
2.3	省级名老中医工作室数量	2	0.20	43	7.4	用于中医人才培养经费占科教支出的比例	29	2.93 15
2.4	市名中医专家传承工作室数量	18.5	1.87	26	8.1	年门(急)诊人次	41	4.14 4
2.5	中医特色的设备种类和数量	32.5	3.28	11	8.2	年出院人次	36	3.64 8
2.6	院内中药制剂室的配置(中药制剂含预制协定方)	12	1.21	31	9.1	中医药相关科研项目数	5.5	0.56 38
3.1	中医医疗适宜技术开展项目种数	43	4.34	2	9.2	中医药相关论文发表情况	3	0.30 42
3.2	中医护理适宜技术开展项目种数	38.5	3.89	6	10.1	中医医疗服务项目(中医非药物疗法)收入占医疗收入的比例	40	4.04 5
3.3	中药饮片品种数	29	2.93	15	10.2	中药饮片收入占药品收入比例	25.5	2.58 18
3.4	院内协定处方的数量	5.5	0.56	38	10.3	门诊次均费用	12	1.21 31
4.1	门诊中药处方(含饮片、颗粒、中成药)占比	32.5	3.28	11	10.4	住院次均费用	8.5	0.86 36
4.2	门诊中药饮片处方数占比	32.5	3.28	11	10.5	平均住院日	16	1.62 28
4.3	门诊中医非药物疗法占比	25.5	2.58	18	11.1	患者满意度	44	4.44 1
4.4	住院患者围手术期使用中医治疗比例	0.5	0.05	44				

表 10 各项一级指标权重

编号	指标内容	TTL 值	权重(%)	排序
1	中医药卫生人力	7	12.73	4
2	科室及设备设置	6	10.91	5
3	中医药服务项目开设情况	4.5	8.18	6
4	中医药特色服务提供情况	4.5	8.18	6
5	中医优势病种及诊疗规范	3	5.45	8
6	中医(中西医)临床路径开展情况	0.5	0.91	10
7	中医人才培养与文化建设	8.5	15.45	2
8	医院服务提供量	8.5	15.45	2
9	中医药科研成果	0.5	0.91	10
10	中医药收入及支出情况	2	3.64	9
11	患者满意度	10	18.18	1

一级指标中“患者满意度”的权重最高,达到18.18%。表明患者的满意度在整个评估体系中占据核心地位。提升患者的满意度对于医院的整体服务质量至关重要,尤其是对于中医药服务的接受度和患者忠诚度。其次,“中医人才培养与文化建设”以及“医院服务提供量”均占据15.45%的权重,排名并列第2。中医药人才培养不仅影响医院的中医医疗水平,还关乎医院的长远发展,强化人才建设及文化传播至关重要。与此同时,医院的服务量也直接关联到医院的运营能力,因此提升服务量是关键。相对来说,其他一级指标如“中医(中西医)临床路径开展情况”与“中医药科研成果”的权重较低,分别为0.91%。这些指标反映了医院在中医领域的创新和研究方面的重要性,但它们对医院综合评价的影响相对较小。

二级指标中,“中医医疗适宜技术开展项目种数”与“中医护理适宜技术开展项目种数”分别以4.34%和3.89%排在前列,反映了中医医疗技术的多样性和创新对医院评价的影响。这表明医院应加强中医医疗和护理技术的多样化,以满足患者的不同需求。“中医药收入占药品收入比例”与“年门诊(急)诊人次”也是较为重要的指标,这直接关联到医院的运营效益和患者的就医频率。因此,增加中医药相关服务的收入以及提升门诊量对医院的经济健康至关重要。

3 讨论

随着中国逐渐步入老龄化社会,针对老年疾病及医养结合模式的普及,中医药越来越成为人民群众就医的选择。东莞市处于珠三角地区,工业发达,

发展较为均衡,医疗资源丰富,拥有多家公立、民营三级甲等综合医院,二级综合医院数量更多,医疗竞争尤为激烈^[5]。但全市中医类别医院较为稀少,难以满足全市1 000余万人民群众的中医药需求,且随着构建国家中医药改革示范城市,统筹谋划中医药高质量发展的政策引领下,将中医药基础较好的镇街综合医院转型为中医类别医院,实现医院错位发展,打造中医药特色,发挥中医药优势,具有显著成效^[6]。如何评价街镇综合医院转型为中医类别医院,正是本课题研究的重点,既是对既往工作科学的评价,也是指导医院转型发展的指南。

3.1 研究结果具有可靠性 本研究中,参与问卷调查的专家均是医院从事临床、科研、行政管理超过10年工作经验的资深工作者。32名专家均为中级职称以上,50%从业20年以上,所有专家均为副高以上职称,有丰富临床实践、科研及行政管理经验。本研究问卷有效回收率为100%,表明专家参与积极性高。Cr值与决策准确性呈正相关,在本研究中各指标Cr值均大于0.7,说明专家权威程度较高^[7]。专家深耕医疗领域多年,深刻了解医院转型过程中的诸多问题,能够较为全面地评判综合医院转型为中医类别医院评判标准,推动医院高质量发展,为后续医院转型提供参考,本次研究结果具有可靠的参考价值^[8]。

3.2 评价指标权重结果分析 本研究中,11个一级指标按权重系数排列,分别为患者满意度(18.18%)、医院服务提供量(15.45%)、中医人才培养与文化建设(15.45%)、中医药卫生人力(12.73%)、科室及设备设置(10.91%)、中医药服务项目开设情况(8.18%)、中医药特色服务提供情况(8.18%)、中医优势病种及诊疗规范(5.45%)、中医药收入及支出情况(3.64%)、中医药科研成果(0.91%)、中医(中西医)临床路径开展情况(0.91%),均为评判综合医院转型为中医类别医院的关键因素。其中,患者满意度与医院服务量权重系数较高,为18.18%、15.45%,表明患者满意度是衡量中医类别医院高水平服务质量的重要指标,也是评估医院和医务人员工作表现的重要依据,如何满足人民群众的中医需求,让群众满意的中医医院才是关键^[9]。医院服务提供量既是医院竞争力的有力体现,展现医院在当地居民的影响程度,又是评估医院运行状况的金标准,表现在

业务能力、服务意识、资源利用率等多个方面^[10]。

45个二级指标按照指标权重排序中,前列指标分别为:患者满意度、中医医疗适宜技术开展项目种数、中医类别执业医师占比、年门(急)诊人次、中医医疗服务项目(中医非药物疗法)收入占医疗收入的比例等。坚持以患者为中心,打造人民满意的医院是我国对医院的基本要求,提高患者满意度不仅是医院的宗旨,而且能够提升医疗服务质量,构建和谐医患关系^[11]。中医特色适宜技术是展现中医药“简、效、便、廉”特色优势的主要手段之一,能够显著改善患者生活质量^[12]。街镇综合医院转型为中医类别医院不仅要治疗上体现出中医特色,中医人才队伍在全院的占比也是重要的考核指标,是发挥中医特色优势的基础^[13]。门诊人次是医院服务能力的体现,中医非药物疗法占比是中医类别医院在医疗改革中不同于其他医院的独特优势^[14]。

3.3 评价指标体系具有创新性

目前,街镇综合医院转型为中医类别医院没有统一公认的评判标准,故如何评判、构建尤为重要^[15]。本研究通过参考公立三级中西医结合医院的评审标准,基于镇街综合医院的实际情况,构建独特的评判标准,既基于医院实际,又展现中医特色。如在中医卫生人力资源方面,将东莞市名中医专家传承工作室指导老师数量纳入考核指标,充分考虑医院的实际情况;在科室配置中,统计市级中医重点专科以及东莞市中医特色专科数;在科研方面,将统计中医药科研方面的课题及论文的发文量;在中医人才培养及文化建设中,设置针对医生开展年度中医药培训讲座数量、年度中医专业技术进修人数、是否建设有中医药文化宣传区等。

街镇综合医院转型为中医类别医院发挥中医特色优势是紧跟时代变化、医疗改革的重要措施,对于构建综合医院转型中医类别医院具有独特的示范作用。作为街镇综合医院转型中医类别医院的评判标准,其可以为新转型的医院指明发展方向,还可以不断发现自身发展短板,提升自身中医医疗服务能力,促进医院高质量发展。本研究存在一定局限

性,未来需要进一步完善评价指标体系,将实践中的动态变化纳入评估范畴,并结合大数据技术,建立更加全面、精准的评价机制。

[参考文献]

- [1] 刘海兰,何胜红,雷光和,等. 东莞市医疗卫生体制改革现状及发展建议——以深圳罗湖为鉴[J]. 中国卫生事业管理, 2019, 36(4): 241-243, 254.
- [2] 黄龙银,张晓阳,梁志伟,等. 东莞市社区卫生服务机构改革前后人力资源情况分析[J]. 中国初级卫生保健, 2015, 29(6): 14-18.
- [3] 张惠. 某县级公立综合医院临床科室绩效评价指标体系构建的研究[J]. 中国管理信息化, 2015, 18(24): 141-142.
- [4] 严晓玲,戴自奋,胡丹. 妇幼保健机构患者安全文化的调查与评估[J]. 中国卫生质量管理, 2013, 20(6): 75-78.
- [5] 肖俊辉,杨云滨,陈琴,等. 民营医院发展的现状与问题:以广东省东莞市为例[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(9): 52-56.
- [6] 东莞市卫生健康局,东莞市财政局. 《东莞市医疗卫生健康事业发展专项资金(人才及学科建设部分)管理办法》的通知[EB/OL]. [2023-03-06]. https://dghb.dg.gov.cn/gkmlpt/content/3/3966/post_3966986.html.
- [7] 王晶亚,宗星煜,王丁熠,等. 中医药国际标准实施效果评价指标体系构建研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2023, 29(1): 99-103.
- [8] 马清翠,隋玉涛,李洪利,等. 标准系统理论下医院制度管理体系建设实践[J]. 中国卫生标准管理, 2024, 15(16): 39-44.
- [9] 卢翠涵,范超楠,王凌云,等. 广州某三级综合医院门诊医疗服务质量评价指标与患者满意度的相关性[J]. 热带医学杂志, 2024, 24(8): 1130-1133, 1184.
- [10] 薛清萍. 基于四川省多源、多水平、时空数据评估社会办医院发展对医疗服务提供、利用和体系的影响[D]. 成都: 四川大学, 2021.
- [11] 毛瑛,谢涛,宁伟. 医疗服务质量对患者医患关系感知的影响——基于患者满意度的中介效应分析[J]. 西安交通大学学报(社会科学版), 2020, 40(6): 119-127.
- [12] 沈诗艳. 中医医院中医适宜技术的应用现状与前景[J]. 中医药管理杂志, 2024, 32(22): 242-244.
- [13] 马晨骋,房耘耘,石学峰,等. 全国960所县级中医类医院中医药服务特色核心指标分析[J]. 中医药导报, 2018, 24(11): 1-4, 8.
- [14] 程方姝,刘秀文,仲伟伟. 基于疾病诊断相关分组支付改革在医院中医非药物治疗管理中的作用[J]. 中国医药导报, 2024, 21(33): 145-149.
- [15] 刘晶. 基于中医药特色的三级公立中医医院高质量发展评价指标体系研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2023.

[责任编辑:冯天保,蒋维超(英文)]