

托管分院服务能力评价指标体系构建*

——梁红梅¹ 林苡竹¹ 蒋红丽¹ 黄华灵² 刘雅娟³

【摘要】目的 构建托管分院服务能力评价指标体系,为托管分院服务能力建设提供评价工具。**方法** 以“结构—过程—结果”模型为基础,采用文献回顾、专家咨询法及层次分析法,筛选指标并确定各指标权重。**结果** 两轮专家咨询问卷有效回收率分别为100%和80%,专家权威系数分别为0.892和0.895,第二轮咨询后指标体系重要性和可行性得分的Kendall's W系数分别为0.192和0.082(P 均 < 0.001)。最终评价指标体系包含规模结构、资源支持、制度建设、协作机制、考核评价机制、服务体量、质量安全、运营效率8个一级指标,下设20个二级指标和45个三级指标。权重排前三的一级指标为质量安全(0.242 5)、协作机制(0.195 4)及制度建设(0.165 4)。**结论** 托管分院服务能力评价指标体系具有一定科学性和合理性,有助于引导政府部门和医院管理部门开展托管分院服务能力评估,促进托管分院服务能力提升。

【关键词】 医院托管;托管分院;服务能力;指标体系

中图分类号:R197

文献标识码:A

Construction of an Evaluation Index System for the Service Capabilities of Trusteeship Branch Hospitals/LIANG Hongmei, LIN Yizhu, JIANG Hongli, et al. //Chinese Health Quality Management, 2025, 32(6): 23—27

Abstract Objective To construct an evaluation index system for the service capabilities of trusteeship branch hospitals, providing an evaluation tool for the development of service capabilities in trusteeship branch hospitals. **Methods**

Based on the "Structure—Process—Outcome" model, literature review, expert consultation, and analytic hierarchy process were employed to screen indicators and determine their respective weights. **Results** The effective response rates for the two rounds of expert consultation were 100% and 80%, respectively, with expert authority coefficients of 0.892 and 0.895. After the second round of consultation, the Kendall's W coefficients for the importance and feasibility scores of the indicator system were 0.192 and 0.082 (both $P < 0.001$). The final evaluation index system comprises 8 first-level indicators, 20 second-level indicators, and 45 third-level indicators, including scale structure, resource support, system construction, collaboration mechanisms, assessment and evaluation mechanisms, service volume, quality and safety, and operational efficiency. The top three first-level indicators by weight are quality and safety (0.242 5), collaboration mechanisms(0.195 4), and system construction(0.165 4). **Conclusion** The evaluation index system for the service capabilities of trusteeship branch hospitals is scientific and reasonable, aiding government departments and hospital management departments in conducting evaluations of trusteeship branch hospitals service capabilities and promoting their development.

Key words Hospital Trusteeship; Trusteeship Branch Hospitals; Service Capabilities; Indicator System

First-author's address Xinhua Hospital Affiliated to Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai, 200092, China

医院托管是构建紧密型医联体的重要方式^[1],是实现区域医疗卫生资源纵向整合、优化配置及促进分级诊疗建设的重要抓手^[2]。托管分院是指由大型医院通过签订托管协议,对基层医院或二级医院

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2025.32.6.05

* 基金项目:上海市卫生健康委员会科研项目(编号:202150038);上海申康医院发展中心市级医院诊疗技术推广及优化管理项目(编号:SHD C12023602);上海市医院协会医院管理研究课题(编号:Q2024023);上海交通大学医学院科技创新项目(编号:WK2416)

1 上海交通大学医学院附属新华医院 上海 200092 2 上海交通大学医学院附属新华医院长兴分院 上海 201913

3 上海申康医院发展中心 上海 200041

等进行管理的一种合作模式。近年来,我国先后发布的《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》《关于公立医院改革试点的指导意见》《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020 年)》《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》等文件均提出,有条件的地区应通过合作、托管、重组等方式促进医疗资源合理配置。随着医院托管实践的深化,托管分院成效评价研究逐渐增多,评价体系涵盖收支结构、规模结构、服务效益、运行效率、科研能力、满意度等方面^[3-6]。但当前评价方法仍以定性讨论为主,且评价指标具有“重结果、轻结构和过程”的特点^[7-8],鲜有基于医疗管理全链路的规律特性和多维管理思维反映托管分院服务能力研究。因此,本研究采用美国学者 Donabedian^[9]的“结构—过程—结果”(Structure—Process—Outcome, SPO)模型构建托管分院服务能力评价指标体系,为管理者提高托管分院服务能力和医疗质量水平提供依据,也为政府部门评价托管分院成效提供工具。

1 资料与方法

1.1 资料来源

1.1.1 理论基础

采用 SPO 模型^[10]构建指标体系。结构维度关注各类资源、要素的投入与配置状况,主要评估组织结构、投入资源、保障机制建设等;过程维度关注托管过程中通过推动资源合理流动来提升医疗服务水平的主要措施,主要评估资源下沉与共享状况、技术辐射带动效应等;结果维度关注托管成效,反映托管分院管理效能、医疗质量、技术水平等方面的变化。

1.1.2 文献资料

以“医院托管”“托管医院”“托管分院”等为关键词,检索时间为 2009 年 1 月—2024 年 6 月,在中国知网、万方、维普、PubMed 等数据库检索相关文献,同时参考《县医院医疗服务能力基本标准》《国家二级公立医院绩效考核》《国家二级公立医院绩效考核操作手册(2023 版)》《国家三级公立医院绩效考核操作手册(2023 版)》等文件,并结合小组讨论结果,以 SPO 模型为框架,以“科学合理可及、动态与静态结合、主观与客观结合、定性与定量结合”为原则,初步构建了托管分院服务能力评价指标体系,包含 8 个一级指标 20 个二级指标 51 个三级指标。

1.2 研究方法

1.2.1 专家咨询法

选取医院管理人员、专家学者、政府及卫生事业单位工作人员为咨询专家,专家纳入标准:(1)本科及以上学历;(2)具有医院托管改革及医院管理相关背景;(3)中级及以上职称;(4)自愿参与。基于初步构建的指标池形成专家咨询表,包括卷首语、专家基本信息表、指标判断表、指标评分表四部分。专家根据 Likert 5 级量表对各级指标的重要性、可行性赋以 1 分~5 分。以重要性为例,1 分表示非常不重要,5 分表示非常重要。同时根据专家对指标的熟悉程度和判断依据进行检验,结合专家意见及实际情况作出适当删减、保留、修改与增补。指标纳入标准为:重要性、可行性赋值均数 ≥ 3.5 分且变异系数 ≤ 0.3 ^[11]。

1.2.2 层次分析法

根据最后一轮咨询的指标重要性评分,建立层次结构模型,创建指标判断矩阵,确定指标权重,并进行一致性检验,一致性比率 <0.1 表明

专家所赋指标权重一致性较好^[12]。

1.2.3 统计分析方法

以问卷回收率分析专家积极性,一般回收率 $>70\%$ 表明专家积极程度较高^[13];用专家权威系数(Cr)判断专家权威性,通常由熟悉程度(Cs)和判断依据(Ca)的算术平均数反映^[13],当 $Cr>0.7$ 时表示专家权威性较好^[10];计算各项指标的重要性、可行性评分的均值和变异系数用于遴选指标^[14];采用 Kendall's W 系数分析专家意见协调程度。汇总整理相关数据后,采用 SPSS 26.0 软件进行统计分析, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。利用 Yaahp 10.7 软件计算各指标权重。

2 结果与分析

2.1 专家基本情况

共进行了两轮咨询。两轮均发放 25 份专家咨询表,有效回收率分别是 100%(25/25)、80%(20/25),且收到 15 条修改意见,专家积极性较高。专家基本情况见表 1。

2.2 专家评价情况

2.2.1 专家权威程度

两轮咨询专家判断依据系数(Ca)分别为 0.952、0.950,专家熟悉程度系数(Cs)分别为 0.832、0.840,专家权威系数(Cr)分别为 0.892、0.895,说明所选专家具有较高的权威性。

2.2.2 专家意见协调程度

第一轮指标重要性、可行性的 Kendall's W 系数分别为 0.181、0.066($\chi^2=352.30$ 、128.66, P 均 <0.001),第二轮指标重要性、可行性的 Kendall's W 系数分别为 0.192、0.082($\chi^2=284.00$ 、120.81, P 均 <0.001),表明专家意见具有一致性,且第二轮专家意见协调程度较高。

表 1 托管分院服务能力评价指标体系构建咨询专家基本情况

| 变量 | | 第一轮(n=25) | | 第一轮(n=20) | |
|--------|-----------|-----------|------|-----------|------|
| | | 人数/人 | 占比/% | 人数/人 | 占比/% |
| 性别 | 男 | 16 | 64 | 14 | 70 |
| | 女 | 9 | 36 | 6 | 30 |
| 年龄/岁 | ≤30 | 1 | 4 | 1 | 5 |
| | >30~40 | 8 | 32 | 4 | 20 |
| | >40~50 | 12 | 48 | 12 | 60 |
| | >50~60 | 4 | 16 | 3 | 15 |
| 受教育程度 | 本科 | 5 | 20 | 4 | 20 |
| | 硕士研究生 | 8 | 32 | 8 | 40 |
| | 博士研究生 | 12 | 48 | 8 | 40 |
| 专业背景 | 临床医学 | 11 | 44 | 10 | 50 |
| | 医院管理 | 7 | 28 | 6 | 30 |
| | 政策研究 | 2 | 8 | 2 | 10 |
| | 医学科研 | 5 | 20 | 2 | 10 |
| 工作单位 | 医疗机构 | 13 | 52 | 12 | 60 |
| | 政府/卫生事业单位 | 7 | 28 | 7 | 35 |
| | 研究机构 | 5 | 20 | 1 | 5 |
| 职称 | 中级职称 | 10 | 40 | 8 | 40 |
| | 副高级职称 | 9 | 36 | 6 | 30 |
| | 正高级职称 | 6 | 24 | 6 | 30 |
| 工作年限/a | ≤10 | 3 | 12 | 2 | 10 |
| | >10~20 | 10 | 40 | 7 | 35 |
| | >20~30 | 11 | 44 | 10 | 50 |
| | >30 | 1 | 4 | 1 | 5 |

2.2.3 专家意见集中程度

第一轮咨询中:指标重要性评分均值为 3.40 分~4.80 分,变异系数为 0.09~0.31;可行性评分均值为 3.24 分~4.36 分,变异系数为 0.17~0.40。第二轮咨询中:指标重要性评分均值为 3.30 分~4.75 分,变异系数为 0.11~0.30;可行性评分均值为 3.20 分~4.40 分,变异系数为 0.17~0.30。

2.3 专家咨询结果

第一轮专家咨询后,根据指标删除原则,结合专家意见及课题组讨论结果,做出以下修改:(1)删除指标 12 个。删除一级指标“可持续发展”,删除二级指标“医院等级”“信息资源”,删除“医院升级升等情况”“是否保持财政补助政策不变”“核定床位数”等 9 个三级指标。

(2)新增指标 9 个。考虑到绩效考核机制是促进托管双方实现资源扩容下沉的“指挥棒”,新增一级指标“考核评价机制”,二级指标“临床科室绩效考核机制”“管理人员绩效考核机制”,三级指标“临床医生绩效考核机制”“临床护理人员垂直管理考核机制”“行政管理人员绩效考核机制”。同时,新增三级指标“托管分院医护比”,以体现托管分院人力资源的变化情况,并新增三级指标“重点监控药品收入占比”“重点监控高值医用耗材收入占比”,以体现托管分院合理使用药耗的情况。(3)修改指标 8 个。将一级指标“医疗质量”“运营能力”分别改为“质量安全”“运营效率”,将三级指标“派驻临床业务科室主任数量”“派驻临床专家/卫生专技人员数量”及“派驻常驻行政管理人员数量”合并为

“派驻人员数量(含医生、专技、行政等)”,将“是否实现检查检验互联互通”改为“检查检验互联互通互认率”,将“门急诊次均费用”“住院次均费用”分别改为“门急诊次均费用增幅”“住院次均费用增幅”。

第二轮专家咨询后,删除 1 个重要性、可行性赋值均数<3.5 分的三级指标“特需门诊人次比例”。最终确立了托管分院服务能力评价指标体系,包括 8 个一级指标 20 个二级指标 45 个三级指标,见表 2。

2.4 指标权重结果

各层次指标一致性比率均<0.1,表明各项指标权重判断无逻辑错误。指标权重见表 2。

3 讨论与建议

3.1 构建指标体系的意义

医院托管是紧密型医联体建设的具体方式之一。本研究构建托管分院服务能力评价指标体系,不仅能够系统评估托管分院的服务能力,明确其在医疗技术、管理机制、资源配置等方面的优势和不足,为指导托管工作改进提供依据;而且还能政府部门了解托管成效提供评价工具,为加强托管分院建设提供框架,不断推进托管模式规范化发展。同时,该指标体系有助于检验医疗资源下沉效果,提升基层医疗水平,缩小城乡医疗差距,最终促进紧密型医联体建设高质量发展和分级诊疗制度有效落实。

3.2 指标体系的科学性

首先,本研究选择咨询专家数量较为合理,专家均具备医院托管改革及医院管理相关背景,对医联体建设和医院托管实施有相关经验,因此专家具有一定代表性。两

表 2 托管分院服务能力评价指标体系及权重

| 维度 | 一级指标 | 权重 | 二级指标 | 权重 | 三级指标 | 权重 | 指标属性 | 指标导向 | | |
|-----------------------------|------------------------|-----------------|-----------------|--------------------|-----------------------|-------------------|--------------------|-------------|---------|-----------|
| 结构 | A1 规模结构 | 0.044 6 | B1 政府支持 | 0.044 6 | C1 是否设立财政托管专项补助资金 | 0.014 9 | 定性 | 监测比较 | | |
| | | | | | C2 托管管理组织架构是否健全 | 0.029 8 | 定性 | 监测比较 | | |
| | A2 资源支持 | 0.127 9 | B2 人力资源 | 0.068 3 | C3 派驻人员数量(含医生、专技、行政等) | 0.036 8 | 定量 | 逐渐提高 | | |
| | | | | | C4 到托管医院学习进修人员数量 | 0.020 3 | 定量 | 逐渐提高 | | |
| | | | | | C5 托管分院医护比 | 0.011 2 | 定量 | 监测比较 | | |
| | | | | | B3 床位资源 | 0.013 8 | C6 实际开放床位数 | 0.013 8 | 定量 | 监测比较 |
| | | | | | B4 设备资源 | 0.036 1 | C7 共享大型医疗设备数量 | 0.036 1 | 定量 | 逐渐提高 |
| | | | B5 空间资源 | 0.009 7 | C8 是否按照托管规划设置医疗区域 | 0.009 7 | 定性 | 监测比较 | | |
| | | | A3 制度建设 | 0.165 4 | B6 协作制度 | 0.110 3 | C9 是否制订托管协议 | 0.110 3 | 定性 | 监测比较 |
| | | | | | B7 管理制度 | 0.055 1 | C10 是否建立托管分院内部管理制度 | 0.018 4 | 定性 | 逐渐完善 |
| | C11 是否建立托管分院内部医疗质量管理制度 | 0.036 8 | | | | | 定性 | 逐渐完善 | | |
| | 过程 | A4 协作机制 | 0.195 4 | B8 业务开展 | 0.065 1 | C12 支持开展新技术、新项目数量 | 0.021 7 | 定量 | 逐渐提高 | |
| C13 托管帮扶科室比例 | | | | | | 0.043 4 | 定量 | 监测比较 | | |
| B9 资源共享 | | | | 0.130 3 | C14 托管双方双向转诊患者数量 | 0.021 7 | 定量 | 逐渐提高 | | |
| | | C15 检查检验互联互通互认率 | 0.108 6 | | 定量 | 逐渐提高 | | | | |
| | | A5 考核评价机制 | 0.127 9 | | B10 临床科室绩效考核机制 | 0.096 0 | C16 临床医生绩效考核机制 | 0.064 0 | 定性 | 逐渐完善 |
| B11 管理人员绩效考核机制 | | | | 0.032 0 | C17 临床护理人员垂直管理考核机制 | 0.032 0 | 定性 | 逐渐完善 | | |
| | | | | | C18 行政管理人员绩效考核机制 | 0.032 0 | 定性 | 逐渐完善 | | |
| | | | | | 结果 | A6 服务体量 | 0.037 0 | B12 医疗业务量水平 | 0.012 3 | C19 门急诊人次 |
| C20 住院人次 | | 0.003 7 | 定量 | 逐渐提高 | | | | | | |
| C21 手术人次 | | 0.006 6 | 定量 | 逐渐提高 | | | | | | |
| B13 医疗业务量内涵 | | 0.024 6 | C22 专家门诊人次比例 | 0.008 2 | | | | 定量 | 监测比较 | |
| | | | C23 出院患者三四级手术占比 | 0.002 4 | | | | 定量 | 逐渐提高 | |
| | C24 出院患者微创手术占比 | | 0.014 0 | 定量 | | 逐渐提高 | | | | |
| | A7 质量安全 | | 0.242 5 | B14 诊疗规范 | | 0.075 6 | C25 急危重症抢救成功率 | 0.005 2 | 定量 | 逐渐提高 |
| | | | | | | | C26 院内感染率 | 0.011 4 | 定量 | 逐渐降低 |
| | | | | | | | C27 非计划二次手术率 | 0.014 1 | 定量 | 逐渐降低 |
| | | | | | | | C28 临床路径开展病种数量 | 0.020 6 | 定量 | 逐渐提高 |
| B15 医疗技术水平 | 0.118 9 | C29 手术患者并发症发生率 | 0.003 8 | 定量 | | 逐渐降低 | | | | |
| | | C30 低风险组病例死亡率 | 0.020 6 | 定量 | | 逐渐降低 | | | | |
| | | C31 重点病种数量 | 0.118 9 | 定量 | 逐渐提高 | | | | | |
| | | B16 合理用药/耗 | 0.047 9 | C32 抗菌药物使用强度 DDDs | 0.007 8 | 定量 | 逐渐降低 | | | |
| | | | | C33 重点监控药品收入占比 | 0.025 8 | 定量 | 监测比较 | | | |
| | | | | C34 重点监控高值医用耗材收入占比 | 0.014 2 | 定量 | 监测比较 | | | |
| | | A8 运营效率 | 0.059 3 | B17 资源配置 | 0.009 8 | C35 平均住院日 | 0.004 9 | 定量 | 逐渐降低 | |
| | | | | | | C36 术前等待时间 | 0.002 4 | 定量 | 逐渐降低 | |
| | | | | | | C37 床位使用率 | 0.002 4 | 定量 | 逐渐提高 | |
| | | | B18 收支结构 | 0.009 8 | C38 住院药耗占比 | 0.003 0 | 定量 | 逐渐降低 | | |
| C39 门诊医疗服务收入(不含检查检验、药耗收入)占比 | 0.001 9 | | | | 定量 | 逐渐提高 | | | | |
| C40 住院医疗服务收入(不含检查检验、药耗收入)占比 | 0.004 8 | | | | 定量 | 逐渐提高 | | | | |
| B19 费用控制 | 0.016 5 | | C41 门急诊次均费用增幅 | 0.011 0 | 定量 | 逐渐降低 | | | | |
| | | | C42 住院次均费用增幅 | 0.0055 | 定量 | 逐渐降低 | | | | |
| | | | B20 满意度 | 0.023 2 | C43 患者满意度 | 0.003 7 | 定性 | 逐渐提高 | | |
| | | C44 行政部门满意度 | | | 0.013 7 | 定性 | 逐渐提高 | | | |
| | | C45 医护人员满意度 | | | 0.005 8 | 定性 | 逐渐提高 | | | |

轮咨询专家积极性较高,权威程度、法相比,本研究以“结构—过程—结果”为导向,使指标体系更具系统性,且结构、过程、结果维度权重分别为 0.337 9、0.323 3、0.338 8,改进了“重结果、轻结构和过程”的弊端。此外,通过定性和定量指标的

结合,指标体系能够客观反映托管分院服务能力建设情况。

3.3 指标体系内容的合理性

本研究指标体系中,结构维度包括规模结构、资源支持以及制度建设 3 个一级指标,细分为 7 个二级指标和 11 个三级指标。权重排前二的二级指标分别是协作制度(0.110 3)、人力资源(0.068 3),这表明托管协议和人才输送是托管分院服务能力提升的重要条件。这与董旭强^[7]发现人力资源是影响托管成效的重要因素这一结果相似。过程维度包括协作机制、考核评价机制两个一级指标,细分为 4 个二级指标和 7 个三级指标。权重排前二的二级指标分别是资源共享(0.130 3)、临床科室绩效考核机制(0.096 0),表明在相关制度保障下,能够实现医疗资源共享与信息互通,以及充分发挥医务及管理人员积极性和能动性十分重要。结果维度包括服务体量、质量安全、运营效率 3 个一级指标,细分为 9 个二级指标和 27 个三级指标。权重排前二的二级指标分别是医疗技术水平(0.118 9)、诊疗规范(0.075 6),表明以诊疗行为规范、医疗技术水平提升为核心的结果导向,是实现托管分院服务能力提升的“最后一公里”。总之,资源的有效投入与支持是托管分院服务能力建设的保障,技术与管理经验共享和人员的绩效激励是促进机制,使医疗质量成效指标发挥正向作用,从而实现托管分院服务能力提升。

3.4 应用建议

为了保证托管分院服务能力评价指标体系在实践中发挥作用,在实际运用中需要注意以下三点:一是,各相关利益主体和使用者应熟悉 SPO 模型的理论基础及其内部逻辑关系;二是,由于各地区医院托

管政策、托管模式不尽相同,应用该指标体系时需结合医院实际需求自行设置附加指标;三是,该指标体系中的定性指标通过问卷调查、访谈等形式获取数据,定量指标则依赖于医院客观数据的收集,提供可量化的标准。同时,在指标处理过程中,要做好定性指标量化处理,注重动态监测和透明性,如通过定期更新数据、引入第三方评价机制等,确保评价结果的客观性和可信度。

4 本研究局限与展望

本研究采用 SPO 模型,结合专家咨询法与层次分析法,确立了托管分院服务能力评价指标体系及其权重,为医院托管成效评价提供了框架和参考依据。但对于完整地验证托管工作实施成效、佐证评价指标权重赋值的实操性与合理性,还需要充分抓取评价指标数据,特别是结果指标的定量数据。本研究构建的评价指标体系尚未开展实证研究,下一步将依托上海交通大学医学院附属新华医院长兴分院进行实践研究,通过问卷调查、后台抽取等形式收集相关数据,从而进一步修正完善指标体系,提高指标体系应用价值,进而促进托管分院服务能力持续提升。

参考文献

[1] 王进贤. 医联体背景下市级三甲医院托管县级医院的模式探讨及效果评价[J]. 江苏卫生事业管理, 2024, 35 (8): 1072—1074.

[2] 王君燕,郑亚群,万志强. 整合型健康共同体背景下的新建区院全面托管模式实践与探索:以上海市嘉定区江桥医院托管模式为例[J]. 卫生软科学, 2024, 38 (4): 52—55.

[3] 马玉琴,帅力,承建国,等. 某区三所医院托管成效比较研究[J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28 (7): 96—99.

[4] 帅力,许苹,段增杰,等. 基于医务人员满意度视角的医院托管效果评价[J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28 (7): 103—106.

[5] 承建国,帅力,马玉琴,等. 中西医结合发展路径下的医院托管实践与思考[J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28 (7): 100—102.

[6] 陈欢欢,江蒙喜,黄二丹. 医疗联合体模式下中医医院托管效果的实证研究[J]. 中国医院管理, 2021, 41 (4): 20—24.

[7] 董旭强. 三级公立医院托管县级医院效果评价指标体系研究[D]. 青岛:青岛大学, 2022.

[8] 马杰. 公立医院托管综合评价指标体系构建研究[D]. 北京:北京中医药大学, 2021.

[9] DONABEDIAN A. The quality of care. How can it be assessed? [J]. JAMA, 1988,260(12):1743—1748.

[10] 伍苑晨,李金学,李小明,等. 基于三维质量结构模式的护理信息化管理质控评价指标体系构建[J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31 (3): 40—44.

[11] 王力男,杨燕,王瑾,等. 公立医院经济运行综合评价指标体系构建[J]. 中国卫生资源, 2020, 23 (3): 217—221, 227.

[12] 孙群,杨练,马健,等. 医疗服务价格项目合理性评价指标体系研究[J]. 中国卫生经济, 2024, 43 (9): 44—47, 64.

[13] 张旭,宫雪,徐沙沙,等. 基于德尔菲法和层次分析法的中国助理全科医生岗位胜任力模型构建研究[J]. 中国全科医学, 2024, 27 (31): 3946—3952.

[14] 符雨嫣,王海银,罗雅双,等. 上海市医疗机构国谈药品遴选与评价指标体系研究[J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31 (8): 87—91.

通信作者:
刘雅娟:上海申康医院发展中心市级医院总会计师,管理办公室轮值主任
E-mail:liuyj7099@163.com

收稿日期:2024—11—01
修回日期:2025—03—06
责任编辑:黄海凤