



基于德尔菲法构建村委会参与农村健康治理能力评估体系

郭梦杰^{1,2}, 杨洋¹, 李建安^{1,3}, 王丽¹, 陈任¹

1. 安徽医科大学卫生管理学院, 安徽 合肥 230032; 2. 安徽省胸科医院纪委办公室, 安徽 合肥 230022; 3. 福建中医药大学附属第二人民医院党委宣传部, 福建 福州 350003

摘要:农村健康治理是国家健康治理的重要组成部分。村委会是基层群众自治的重要载体。当前城乡健康治理差距较大,农村健康资源供给不足、配置不均,已成为乡村振兴和高质量发展的突出短板。文章通过2轮德尔菲专家咨询及多轮课题组讨论,最终构建出包括3个一级指标、9个二级指标和36个三级指标的村委会参与农村健康治理能力评估指标体系,为评估村委会在农村健康治理中的工作能力提供科学依据。

关键词:村委会;农村;健康治理能力;德尔菲

中图分类号:R199.2

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2026)02-185-006

doi:10.7655/NYDXBSS250429

人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志^[1]。党的二十大报告强调把保障人民健康放在优先发展的战略位置,并将工作重点放在农村和社区。《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》指出,“完善农村医疗卫生体系是全面推进健康中国建设的迫切要求,也是全面推进乡村振兴的应有之义。要把农村医疗卫生工作摆在乡村振兴的重要位置,以基层为重点,以体制机制改革为驱动力,加快县域优质医疗卫生资源扩容和均衡布局”。农村健康治理是国家健康治理的有机组成部分,作为实施健康中国战略和乡村振兴战略相结合的重要场域,我国农村健康治理近年来在公共卫生、医疗、医药、医保等方面取得了积极的进展和明显的成效,有效提高了农村基层医疗卫生服务能力和基本公共卫生服务均等化水平^[2]。然而目前我国城乡健康治理能力还存在着差距较大的问题,农村地区健康资源配置与健康服务提供不充分、不平衡问题依旧比较突出。如何进一步提升农村健康水平成为极为紧迫的问题。

1982年村民委员会(以下简称“村委会”)作为

基层群众性自治组织之一被写入宪法,党的十七大报告将基层群众自治组织制度确定为中国特色社会主义制度,党的十九届四中全会指出要健全基层群众自治制度,发挥其在城乡社区治理、基层公共事务、公益事业、基层民主等方面的作用。村委会是我国按照村民居住地区设立的基层群众性自治组织,在农村健康治理中发挥重要作用,是农村健康治理的基础性力量。首先,村委会通过辖区内居民民主选举产生,以实现基层群众的自我管理、自我教育、自我服务为目标,是村民同人民政府之间的纽带和桥梁^[3]。他们了解村民的健康需求和问题,并能够将这些信息及时传递给相关部门,促进农村健康资源的合理配置和优化。其次,村委会的工作直接面向广大村民,处于我国公共卫生服务的最前端,具备一定的组织协调能力,能够充分调动各方资源,积极推动基层医疗卫生机构的建设与发展,提升辖区健康服务的覆盖范围和质量。最后,村委会还发挥着监督与反馈的作用。因此,村委会不仅可以有针对性地对农村健康问题采取措施,还能发挥中介作用,使农村健康治理受到政府和村民的双重关注。

基金项目:安徽医科大学医院管理研究所“国医科技”开放项目“安徽省医务人员职业感染风险认知、防护行为与职业感染防控优化策略”(2023gykj06);安徽省高校哲学社科优秀科研创新团队“基层健康协同治理研究”(2023AH010036)

收稿日期:2025-10-23

作者简介:郭梦杰(1999—),女,安徽蚌埠人,硕士,科员,研究方向为社会医学与卫生事业管理;王丽(1981—),女,安徽宿州人,教授,研究方向为卫生政策、公共管理、预防接种政策实施,通信作者, wangli.0602@163.com。

村委会作为基层健康治理的基本单元,其健康治理工作质量直接关系到农村健康治理水平,但是我国现有关于村委会参与农村健康治理的相关研究较少,可能导致对我国村委会参与农村健康治理能力的认知趋向“模糊化”,对各基层组织治理能力的强弱、优势与短板缺乏精准、客观的判断,制约农村健康治理从“粗放式”转向“精细化”。本研究试图构建一套适用于我国村委会参与健康治理能力的评估指标体系,为全面提升农村健康水平提供关键的实践抓手与驱动引擎,为实现“健康中国战略”和“乡村振兴战略”奠定坚实的微观治理根基。

一、理论基础

在本文构建村委会参与农村健康治理能力评估体系中,主要以多元协同治理理论与APC评估理论作为基本框架。

协同治理是个人、各种公共或私人机构管理其共同事务的诸多方面的总和,它是使相互冲突的不同利益主体得以调和并采取联合行动的持续的过程,其中既包括具有法律约束力的正式制度和规则,也包括各种促成协商与和解的非正式的制度安排。其基本特征包括,治理主体的多元化、治理目标的一致性、各子系统的协调性和各组织间的协同性。多元协同治理理论强调政府、社会组织、村委会及村民等多元主体的共同参与,为整合治理资源,形成健康治理合力提供理论框架^[4]。村委会参与农村健康治理需要坚持多元协同理论,形成治理合力。

2004年,邓国胜^[5]提出了对非营利性组织问责(accountability)、绩效(performance)和组织能力(capacity)全方位的评估,即APC评估。其中问责评估是对非营利组织使用的公共资源流向及其使用效果的一种社会监督,主要包括对组织的治理结构、组织的活动是否与组织的宗旨相一致,组织的财务是否透明,组织的有关信息是否进行了必要的、准确的披露。它是确保非营利组织公信力的一种制度安排,有助于非营利组织提升公信力。绩效评估是对非营利组织的适当性、效率、效果、顾客满意度、社会影响及持续性等方面的评估,功能在于通过评估提高非营利组织的效率、促进组织服务品质的提升。组织能力评估是对组织开展活动和实现组织宗旨的技能与本能的评估,主要包括对组织基本资源、内部管理能力、外部公共关系与动员资源能力,以及组织自我评估与学习能力的考察。组织能力评估的目的在于促进非营利组织自我生存与自我发展能力的提高,实现最终的使命与愿景。

二、材料与方法

(一) 确定备选指标

本研究以“健康治理”“农村健康治理”“社会组织”“村委会”“治理能力”等为关键词,通过知网、万方、维普、PubMed数据库、SCI数据库等对相关领域的国内外研究文章、书籍报纸及网页资讯等进行收集、整理与归纳,分析当前有关领域的研究动态及成果,初步构建村委会参与农村健康治理能力评估指标条目池。

(二) 选择咨询专家

本研究采用德尔菲专家咨询法,通过目的性抽样,在社会医学与卫生事业管理、公共卫生和临床医学等领域选择18位专家。①专家积极系数:发放问卷的有效回收率。②专家权威程度:主要通过专家影响程度(Ca)和熟悉程度(Cs)计算得出专家权威系数(Cr), $Cr=(Ca+Cs)/2$,一般 $Cr\geq 0.7$ 认为咨询结果可靠。其中专家影响程度(Ca)分为实践经验、理论分析、同行的了解和直观感受4个维度,每个维度包括大、中、小3个选项,分别赋值为0.5、0.3、0.1、0.1、0.4、0.2、0.1、0.1和0.3、0.2、0.1、0.1。专家熟悉程度(Cs)分为很熟悉、较熟悉、一般熟悉、不太熟悉和不太熟悉5个维度,分别赋值为1.0、0.8、0.6、0.4和0.2。

(三) 评估指标体系的制定与形成

查阅大量文献、政策文件以及时事资讯,并通过课题组内讨论,初步确定村委会参与农村健康治理能力评估指标体系,向咨询专家发放问卷,主要内容包括研究背景、专家基本情况、评分原则、各级指标条目、专家建议、重要性评分以及专家影响程度和熟悉程度。根据第一轮专家对指标条目的评分及意见进行修改后发放第二轮问卷。

(四) 指标重要性评分和协调程度

本研究主要采用Likert7级评分法^[6]。具体等级分为非常重要、比较重要、重要、一般、不重要、比较不重要、非常不重要,对应的分值分别为7、6、5、4、3、2、1,同时对每一项指标设置“建议”栏,用于收集专家对该项指标的文字性修改意见。专家意见协调程度:主要通过变异系数(CV)、肯德尔和谐系数 $W(Kendall's W)$ 和显著性检验来表示。其中CV数值越小说明专家之间的协调程度越高,对该项指标的一致性越好,一般 $CV\leq 0.25$ 。Kendall's W 的取值范围为0~1,越靠近1说明专家对该指标的意见越一致。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

(五) 指标筛选

本研究主要通过专家意见集中程度对指标进行筛选,即结合专家对各项指标的评分均值、满分率和CV进行筛选,均值 <5 ,满分率 $<50\%$, $CV > 0.25$,满足三条中任意两条的指标考虑删除^[7]。

三、研究结果

(一)专家基本信息统计

本研究从医院、卫生行政部门、高等院校/科研机构共邀请18名专家,实际参加专家17名,其中男性、女性分别有5人和12人;正高级、副高级、中级职称分别有4人、10人、3人,工作年限平均为13年。见表1。

表1 函询应答专家基本信息

项目	基本情况	人数	构成比(%)
性别	男	5	29.41
	女	12	70.59
年龄(岁)	30~<35	3	17.65
	35~<40	5	29.41
	40~<45	6	35.29
	45~<50	0	0
	50~<55	2	11.77
	≥55	1	5.88
所在机构性质	政府	0	0
	医院	1	5.88
	卫生行政部门	1	5.88
	高等院校/科研机构	15	88.24
	其他	0	0
职称	正高	4	23.53
	副高	10	58.82
	中级	3	17.65
专业	临床医学	1	5.88
	预防医学	2	11.77
	卫生管理学	11	64.71
	其他医学类专业	1	5.88
	非医学类专业	2	11.77
对本次调查内容的熟悉程度	非常熟悉	4	23.53
	较熟悉	8	47.06
	一般	5	29.41
	较不熟悉	0	0
	不熟悉	0	0
工作年限	平均为13年		

(二)专家积极系数和权威系数

第一轮专家咨询问卷发放18份,回收有效问卷17份,专家积极系数为94.44%,专家权威系数为0.76;第二轮专家咨询问卷发放17份,回收有效问卷17份,专家积极系数为100%,专家权威系数为0.85。一般认为权威系数 ≥ 0.7 ,即表明专家权威程度比较高,专家咨询结果具备可靠性。

(三)专家意见协调程度和集中程度

第一轮问卷的肯德尔和谐系数和显著性检验结果分别为0.19($\chi^2=157.78$)和 $P<0.001$,均符合要求。第二轮问卷的肯德尔和谐系数和显著性检验结果分别为0.27($\chi^2=215.52$)和 $P<0.001$,均符合要求。由于当前阶段我国学者对于村委会参与农村健康治理能力评估指标体系研究工作开展情况存在差异,虽然本研究肯德尔和谐系数数值偏低,但第二轮较第一轮有明显提升,表明专家协调程度良好。

(四)指标修改及确定

1. 第一轮专家咨询后指标修改情况

一级指标:将3项一级指标名称分别修改为公信力评估、组织能力评估和治理效益评估。二级指标:将全部二级指标名称进行完善。三级指标:根据数据结果显示4个指标满足均值 <5 ,满分率 $<50%$, $CV > 0.25$ 三条中任意两条,予以删除;结合专家建议以及课题组讨论,删除5个指标,细化指标条目;增加“村里参与健康治理工作核心人员的专业素养程度(是否具备卫生管理相关职称或相关执照)”指标条目,增加同级村委会的交流互动相关指标;有专家提出三级指标部分名称也存在表述不清的情况,经课题组讨论,在不改变原指标含义的基础上,对部分三级指标名称进行完善。

2. 第二轮专家咨询后指标修改与确定

第二轮专家咨询结果显示,无指标同时满足均值 <5 ,满分率 $<50%$ 及 $CV > 0.25$ 中的任意两条,因此未对指标进行删减。结合专家意见与课题组讨论,对部分三级指标进行修改;新增“财务报告(或类似的公开信息)居民的可获得性”指标。

后经过专家及课题组讨论,最终形成了3个一级指标、9个二级指标以及36个三级指标的评价指标体系。一级指标包括公信力评估、组织能力评估和治理效益评估。其中公信力评估包括活动宗旨健全和相关信息透明;组织能力评估包括发展机制健全、人力资源充裕和物质资源完备;治理效益评估包括治理的适宜性、治理的有效性、治理的可持续性和村民的满意度。详见图1。

四、讨论

(一)村委会参与农村健康治理能力评估指标体系的科学性与可靠性

德尔菲专家咨询法具有匿名性、反馈性、统计性等特点,可以用于评价指标的建立和具体指标的确立^[8]。目前在我国,德尔菲法已经被广泛应用于医疗、预防保健、医学教育与研究以及社区卫生服务等领域^[9]。本研究以德尔菲法为基本研究方法,在阅读大量文献与政策的基础上形成指标条目池,

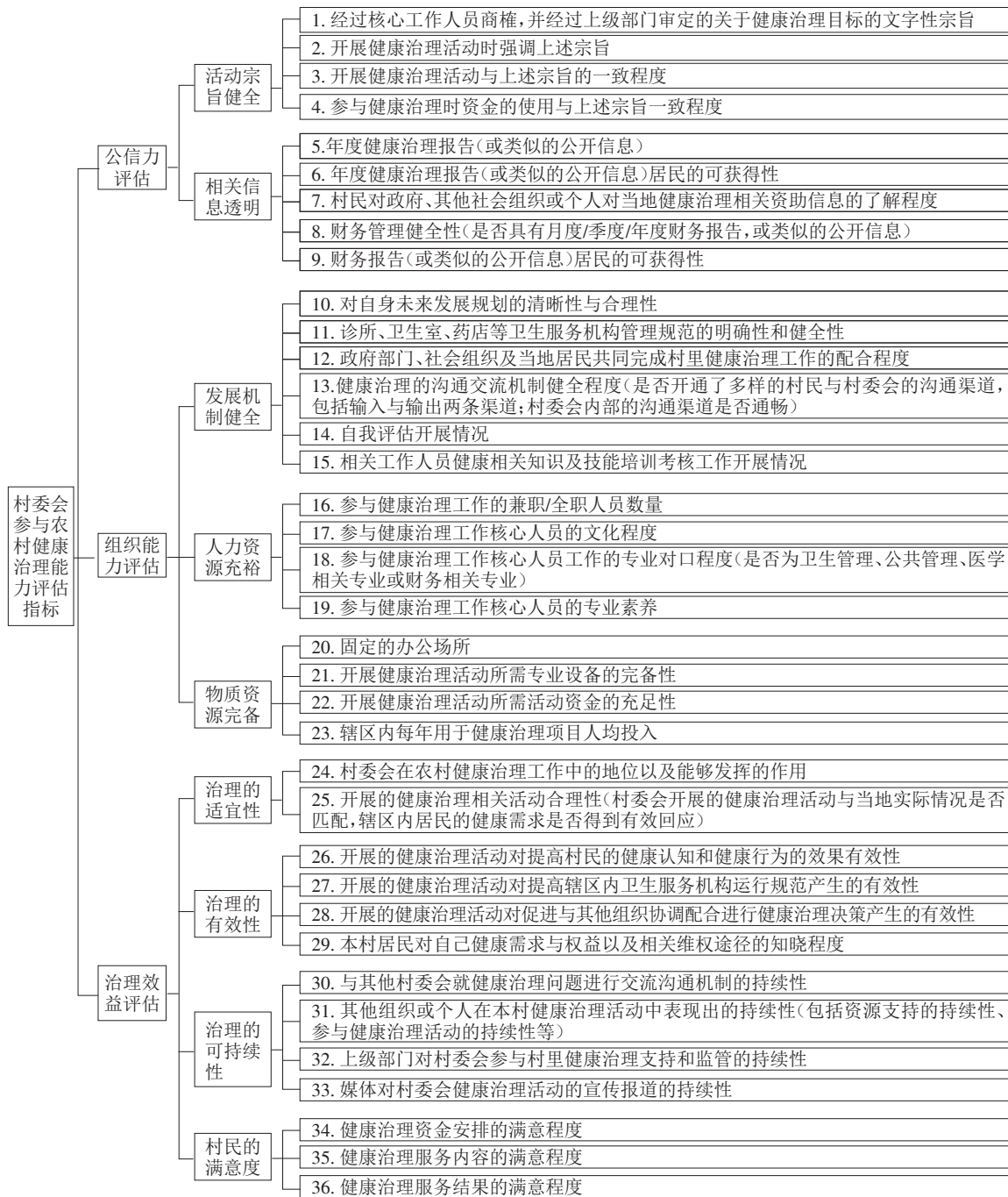


图1 村委会参与农村健康治理能力评估指标体系

经专家与课题组讨论初步形成村委会参与农村健康治理能力评估体系,在两轮德尔菲专家咨询的基础上确定评估指标体系,最终形成3个一级指标、9个二级指标、36个三级指标。两轮专家咨询的专家积极系数、权威系数、协调系数和显著性检验结果均符合德尔菲专家咨询法的要求,具有一定的可靠性^[10]。该评估指标体系构建过程中,专家积极性较好并且对该领域具有较高的权威性,肯德尔协调系数和显著性检验结果趋于一致,表示指标体系具有较好的科学性与可靠性。

(二)村委会参与农村健康治理能力评估指标体系的可操作性

从评估指标体系框架来看,包括公信力、组织能力以及治理效益三个方面,其中公信力评估包括对组织健康治理宗旨、组织信息透明度的评估;组织能力评估包括对村委会自身发展活力的评估,即村委会发展机制健全性、人力与物力资源的充沛性;治理效益评估则包括对村委会参与农村健康治理工作的适宜性、有效性,政府及社会力量对村委会参与农村健康治理工作的支持性,村民对当地健

康治理工作的满意度的评估。本研究构建的村委会参与农村健康治理能力评估指标体系旨在通过“村委会自身活力—社会资本”“治理基础—治理结果”的全方位评估。

(三)以治理效益评估推动村委会参与农村健康治理价值逻辑转向价值实现

在指标体系构建过程中,我们发现专家对于一级指标中的“治理效益评估”满分率最低,变异系数最大,因此,针对该项指标进行深入讨论。

随着“健康中国”和“乡村振兴”两大国家战略的提出,越来越多的学者开始关注农村健康治理^[11-13]。近年来我国出现农村“空心化”、农业边缘化等问题,农村常住人口逐渐减少,农村组织在农村治理中的主体地位没有得到充分体现。村委会作为村民自治组织,应是农村治理的事实主体,同时也应是农村健康治理的事实主体^[14]。农村作为健康治理的基本单元之一,是推动我国健康中国战略和乡村振兴战略稳步前进的主战场。通过构建村委会参与农村健康治理能力评估指标体系,可以发现其在农村健康治理中存在的问题和不足,促进村委会积极参与农村健康治理,推动农村健康治理举措的有效实施。通过评估村委会对当地的健康治理能力,可以更好地了解农村的医疗资源配置情况,优化资源的分配和利用,满足农村人群对医疗服务的需求,提高农村医疗保障水平,推动健康中国战略和乡村振兴战略的发展与落实。因此,衡量村委会参与农村健康治理能力对提高我国农村地区人群健康水平具有重要意义。

本研究将治理效益评估作为核心一级指标,深刻反映了治理现代化的价值取向与实践逻辑。治理效益评估包含治理的适宜性、治理的有效性、治理的可持续性和村民的满意度4项二级指标,13项三级指标。其中主要体现了,第一,评估焦点由“工作产出”向“实践影响”延伸。现有研究中大部分学者对于能力评价指标体系的构建多集中于对资源可及性的评估,对参与主体应具备的能力的客观评估等^[15-17],但本研究构建的村委会参与农村健康治理能力评估体系与之不同,在评估体系的三级指标中,第26~28条聚焦村委会参与农村健康治理活动产生的有效性,更加强调了村委会参与农村健康治理行为对农村居民健康带来的影响。第二,评估主体从“政府主导”到“居民感知”重构。农村居民是农村健康治理的最大受益对象,三级指标中的第34~36条强调村民对于治理资金、内容与结果的满意程度,将农村居民感知摆在衡量村委会参与农村健康治理效益的重要位置。然而,将村民满意度这一“软指标”有效落地,成为评价的核心依据,需要摒弃形式化的满意度调查,进一步构建出能够精准

捕捉差异性、真实性的评价细则。只有居民感知在治理效益中占据核心地位,村委会参与农村健康治理行为才能够从“对上负责”转向“对下负责”。第三,评估标准将“单一效率”与“综合效能”融合。健康社会决定因素指出,人们出生、生长、生活、工作和老年环境中的多重因素,都会对其健康和生活质量的结果与风险产生广泛影响^[18],健康治理效益也必然受到多重因素的影响。因此,本研究中健康治理效益评估规避了“单一效率”的评估标准,融合了适宜性、持续性和满意度的综合性评估标准。

(四)研究局限与不足

本研究构建的评估指标体系虽然在一定程度上弥补了我国在村委会参与农村健康治理评价方面的缺失,但是德尔菲专家咨询法具有一定的主观性,选取的专家研究领域具有局限性,最终确定的评估指标是否稳定具有不确定性。还需要通过进一步的实证研究进行检验,同时各项指标安排及表述也需要在今后的研究中不断完善。

参考文献

- [1] 姬丽娜,任文峰. 中国式卫生健康现代化:内涵要义、历史演进与实践路径[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2025,25(2):166-172
- [2] 赵黎. 新医改与中国农村医疗卫生事业的发展——十年经验、现实困境及善治推动[J]. 中国农村经济,2019(9):48-69
- [3] 罗恒,伍俐斌. 宪法中基层群众性自治组织“公共事务”概念的法律解释研究[J]. 江苏行政学院学报,2023(4):130-136
- [4] 郭斌慧. 乡村治理现代化进程中农村基层党组织治理能力研究[D]. 福州:福建师范大学,2021
- [5] 邓国胜. 非营利组织“APC”评估理论[J]. 中国行政管理,2004,20(10):33-37
- [6] 刘拓,朱秋鸿. Likert 式计分法应用于卫生健康标准实施效果评估的可行性研究[J]. 中国卫生标准管理,2022,13(16):1-6
- [7] 刘晓雨,刘志华,李京璠,等. 浊毒证诊断量表的研制与权重赋值——基于德尔菲法及层次分析法[J]. 中医杂志,2024,65(7):684-690
- [8] 汪燕,王丽,郭梦杰,等. 基于德尔菲法构建社区居民疫苗素养量表[J]. 中国疫苗和免疫,2023,29(5):589-594
- [9] 蒋海瑛,陈睿,楼漆,等. 德尔菲法在卫生适宜技术示范基地考核上的应用[J]. 中国卫生事业管理,2012,29(3):193-194,233
- [10] 唐令令,孟捷,丁宏,等. 高质量发展视域下三级公立医院重大传染病救治能力评价指标体系构建[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2024,24(3):304-309
- [11] 刘莉. 健康中国视域下乡村健康治理:逻辑基点、现实

- 制约与现代化路径[J]. 农村经济, 2022(11): 59-67
- [12] 严丽萍, 李方波, 魏南方, 等. 健康村评价指标体系研究[J]. 中国健康教育, 2009, 25(4): 243-245, 248
- [13] 严瑞河. 健康乡村治理村民满意度评价体系构建初探——基于内蒙古某村的调研[J]. 中国农业大学学报, 2017, 22(6): 199-206
- [14] 张艳娥. 关于乡村治理主体几个相关问题的分析[J]. 农村经济, 2010(1): 14-19
- [15] 汤晓华, 蒋清青, 张海伟, 等. 药物临床试验机构伦理委员会委员核心能力评价指标体系构建及应用[J]. 中国药房, 2025, 36(20): 2489-2494
- [16] 吴超瑜, 刘尚昆, 董莹, 等. 麻醉恢复室护士危机管理能力评价指标体系的构建及初步应用[J]. 护理学杂志, 2025, 40(19): 72-76, 81
- [17] 刘晶, 赵阳, 孙颖, 等. 区域中医药健康服务能力评价指标体系构建探索[J]. 中国卫生经济, 2025, 44(10): 75-79
- [18] 段棣飞, 马登艳, 李玲. 健康社会决定因素筛查工具的研究进展[J]. 中国社会医学杂志, 2021, 38(4): 419-422
- (本文编辑: 姜 鑫)

Constructing an evaluation system for assessing the capacity of village committees to participate in rural health governance based on the Delphi method

GUO Mengjie^{1,2}, YANG Yang¹, LI Jianan^{1,3}, WANG Li¹, CHEN Ren¹

1. School of Health Management, Anhui Medical University, Hefei 230032; 2. Office of Discipline Inspection Commission, Anhui Chest Hospital, Hefei 230022; 3. Publicity Department of the Party Committee, The Second Affiliated Hospital of Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou 350003, China

Abstract: Rural health governance constitutes a vital component of national health governance. Village committees serve as key vehicles of community-level self-governance. Currently, significant disparities exist between urban and rural health governance, with inadequate supply and uneven distribution of rural health resources emerging as prominent constraints in rural revitalization and high-quality development. Through two rounds of Delphi expert consultation and multiple rounds of research team discussions, this paper has constructed an indicator system for assessing the capacity of village committees to participate in rural health governance, including 3 primary indicators, 9 secondary indicators, and 36 tertiary indicators. The indicator system provides a scientific basis for assessing the working capacity of village committees in rural health governance.

Key words: village committees; rural areas; health governance capability; Delphi