· 卫生政策与管理 ·

基于平衡计分卡理论的三级公立精神专科医院运营评价指标体系构建

王冰倩[1],李秀华[2]

1. 北京大学第六医院运营管理办公室,北京 100191;2. 北京大学第六医院计财处

摘要:目的 构建一套科学、系统且契合专科特点的三级公立精神专科医院运营评价指标体系,为医院精细化管理和卫生政策制定提供工具与参考。**方法** 基于平衡计分卡理论,通过政策分析、文献调研与半结构化访谈形成指标池,采用德尔菲法确定最终指标体系,运用层次分析法计算指标权重。**结果** 两轮专家咨询(专家积极系数 100%,权威系数 0.86 ~ 0.87,Kendall's *W* 检验显著)最终确立包含 4 个一级指标、13 个二级指标、43 个三级指标的评价体系。权重分析显示,一级指标中患者维度权重最高(0.466 8),其次为财务维度(0.277 6),凸显"以患者为中心"的服务导向;三级指标中患者满意度与门诊预约后等待时间权重居前。**结论** 该指标体系有效破解了通用评价标准在精神科领域的"水土不服"难题,是推动高质量内涵式发展的重要工具,对精神卫生领域绩效考核与政策完善具有参考价值。

关键词:精神专科医院;运营评价;指标体系;平衡计分卡;德尔菲法;层次分析法

中图分类号:R197.5 **文献标志码:**A **文章编号:**1003 - 8507(2026)02 - 304 - 07

DOI:10.20043/j.cnki.MPM.202508171

Construction of operation evaluation index system for tertiary public psychiatric hospitals based on balanced scorecard theory

WANG Bing - qian*, LI Xiu - hua

* *Operation Management Office, Peking University Sixth Hospital, Beijing* 100191, *China*

Abstract: Objective To construct a set of scientific, systematic and specialty - specific operation evaluation index system for tertiary public psychiatric hospitals, and to provide tools and references for hospital refined management and health policy formulation. **Methods** Based on the balanced scorecard theory, the index pool was formed through policy analysis, literature research and semi - structured interviews, the final index system was determined by Delphi method, and the index weight was calculated by analytic hierarchy process. **Results** After two rounds of expert consultation (the positive coefficient of experts reached 100%, the authority coefficient was 0.86 - 0.87, and Kendall's *W* test was significant), the evaluation system consisting of 4 first - level indexes, 13 second - level indexes and 43 third - level indexes was finally established. The weight analysis showed that the patient dimension had the highest weight among the first - level indicators (0.466 8), followed by the financial dimension (0.277 6), highlighting the "patient - centered" service orientation; Among the three - level indicators, patient satisfaction and waiting time after outpatient appointment had the highest weight. **Conclusion** This index system effectively solves the problem of "acclimatization" of general evaluation standards in the field of psychiatry, is an important tool to promote high - quality connotative development, and has reference value for performance appraisal and policy improvement in the field of mental health.

Keywords: Psychiatric hospital; Operational evaluation; Indicator system; Balanced Scorecard; Delphi method; Analytic hierarchy process

高质量发展是我国经济社会发展的时代命题,公立医院正处于从规模扩张向质量效益、从粗放管理向精细运营转型的关键期。作为公共卫生体系的重要组成部分,三级公立精神专科医院的运营管理模式与其他类型医院存在根本差异,面临严峻挑战。具体而言,精神疾病具有高发病率、高致残率、高复发率和高自杀率等特征[1],为应对患者冲动、伤人或自杀等潜在风险,需配备远超综合医院比例的护理、安保及后勤人员,使其运营呈现显著的"人力密集型"特征,人力成本占比极高。同时,精神科诊疗以长期药物与康

基金项目:北京大学第六医院重点课题(BDLY - GL - ZD202305);北京大学医学部课题(202410)

作者简介:王冰倩(1991—),女,硕士,助理研究员,研究方向:医院运营管理、卫生政策、卫生经济

通信作者:李秀华,E - mail:lxh_1967@yeah.net

复为主,服务项目相对单一,缺乏手术、介入等高技术附加值项目,且现有项目定价偏低,“成本倒挂”现象突出[2],收入结构严重依赖医保支付与财政补助。此外,精神专科医院还承担着重性精神疾病患者管理、心理危机干预、司法鉴定等大量社会维稳与公共卫生职能。在药品零加成和医保支付改革叠加下,传统依赖药品加成和长期住院的收入模式受到冲击,加剧了运营成本攀升与医疗服务收入不足之间的矛盾,精细化管理需求尤为迫切。

在此背景下,建立科学的运营评价体系已成为医院高质量发展的核心支撑。然而,现有研究存在局限:国际上,平衡计分卡(Balanced Scorecard, BSC)在精神卫生领域的应用已有探索[3],但尚未形成针对精神专科医院运营的成熟范式;国内研究更为匮乏,现有成果多偏重单一医疗绩效[4]或质量评价[5],缺乏业财融合的运营视角,精神科专属指标不足,导致评价体系陷入“用综合医院标准衡量精神专科”的同质化困境,难以精准反映其运营全貌与战略价值。BSC 理论通过财务、患者、内部流程和学习成长四个维度的协同,其“战略目标—量化指标”转化逻辑能有效统筹公益属性与效率目标。鉴于此,本研究以 BSC 理论为框架,结合三级公立精神专科医院的战略定位,旨在构建一个兼具普适性与专科特色的运营评价指标体系,以期为医院精细化管理与战略目标落地提供工具,推动精神卫生服务体系的高质量发展。

1　资料来源与方法

1.1　*资料来源*　本研究的初始指标池通过以下途径构建:(1)政策溯源:收集国家卫健委、医保局等发布的核心政策文件,解析政策目标与重点,提取公立医院运营评价的共性指标;(2)文献挖掘:以“精神专科医院”、“公立医院”、“运营管理”、“业财融合”、“评价指标”等为关键词,检索知网、万方、PubMed 等数据库,筛选近 10 年相关研究,整合现有指标体系中的适用指标;(3)实践验证:对精神专科医院的管理者、临床科室负责人及运营人员进行半结构化访谈,修订指标的可操作性及专科契合度,形成德尔菲专家咨询的初始条目池。

1.2　*研究方法*

1.2.1　德尔菲专家咨询法　本研究采用德尔菲法筛选指标。依据代表性和专业领域均衡性原则,从卫生行政部门、精神专科医院及科研机构中,遴选 36 名从事运营管理、临床医疗及政策研究的专家,进行两轮匿名函询。问卷包括:(1)专家人口学特征;(2)基于 Likert 5 级量表的指标重要性评分及开放式修订意见栏;(3)专家熟悉程度与判断依据(用于计算权威系数)。

首轮问卷回收后,根据专家反馈修订指标池,剔除均值 < 3.5、变异系数 > 0.25 的指标[6],形成第二轮问卷。迭代咨询至专家意见趋同,确立最终指标体系。通过专家积极系数(问卷回收率 > 70%)、协调程度(协调系数 W 值)和权威系数(> 0.7)三重验证保障结果可靠性。

1.2.2　层次分析法　本研究采用层次分析法(Analytic Hierarchy Process, AHP)确定指标权重。AHP 适用于多准则决策问题,通过构建层次结构模型、判断矩阵和一致性检验,结合定性与定量分析[7]。具体步骤如下:(1)构建判断矩阵:基于第二轮德尔菲咨询的指标重要性评分均值,采用 Saaty1 ~ 9 标度法对同层级指标进行两两比较;(2)权重计算与检验:使用 Yaahp 软件和方根法计算各指标相对权重及最大特征根 λmax,并通过一致性比率 CR 验证逻辑合理性:$CR = \frac{CI}{RI}$、$\mathrm{CI} = \frac{\lambda_{\max} - n}{n - 1}$,其中 n 为判断矩阵阶数、RI 为随机一致性指标。当 $CR < 0.1$ 时,通过一致性检验[8];(3)计算组合权重:三级指标的组合权重为其所属各级指标相对权重的连乘积。

1.3　*统计学方法*　采用 SPSS 软件进行统计分析。计算均值、标准差、变异系数和满分频率等描述性统计量;并通过 Kendall 协调系数检验专家意见一致性,计算 W、χ^2 和 P 值,检验水准 $\alpha = 0.05$。

2　结　果

2.1　*精神专科医院运营管理政策环境分析*　为构建科学、系统的三级公立精神专科医院运营评价指标体系,需首先剖析其政策环境。系统检索发现当前缺乏专门针对三级公立精神专科医院的运营评价政策,现有文件多面向公立医院通用场景。本研究聚焦 10 项核心政策文件(9 项普适性政策和 1 项精神科专项政策),解析其目标导向与关注重点,见表 1。

表 1　公立医院运营管理核心政策要点与精神专科适配性分析

Table 1　Core policy points of public hospital operational management and adaptability analysis for psychiatric specialties

文号	政策名称	目标导向	运营评价关注重点
国办发〔2017〕67 号	关于建立现代医院管理制度的指导意见	权责清晰、管理科学、治理完善、运行高效、监督有力的现代医院管理制度	维护公益性、调动积极性、保障可持续的公立医院运行新机制

（续表）

文号	政策名称	目标导向	运营评价关注重点
国办发〔2019〕4 号	关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见	推动医院由规模扩张型转向质量效益型，由粗放管理转向精细化管理，促进收入分配更科学公平	4 项一级指标（医疗质量、运营效率、持续发展、满意度评价），14 项二级指标，55 项三级指标
国卫财务函〔2020〕262 号	关于开展“公立医疗机构经济管理年”活动的通知	加快补齐内部管理短板和弱项，促进发展模式由规模扩张型向质量效益型转变、管理模式从粗放式向精细化转变	主题为规范管理、提质增效、强化监管，包括 24 项重点任务
国卫医发〔2020〕21 号	关于印发加强和完善精神专科医疗服务意见的通知	增加精神科医师数量，优化人员结构，拓展精神专科医疗服务领域，创新医疗服务模式，提升医疗服务能力	精神专科医疗服务体系建设、人才队伍建设、医疗服务能力建设、医疗质量管理、调动精神科医务人员积极性
国卫财务发〔2020〕27 号	关于加强公立医院运营管理的指导意见	建立健全运营管理体系，实现资源配置更优、使用效益更高、运营管理更精细	首次定义运营管理、提出构建运营管理组织体系、明确运营管理重点任务
国办发〔2021〕18 号	关于推动公立医院高质量发展的意见	推动实现发展方式、运行模式、资源配置“三个转变”	构建“五个新”：新体系、新趋势、新效能、新动力、新文化
医保发〔2021〕48 号	关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知	到 2025 年底，DRG/DIP 支付方式基本实现病种、医保基金全覆盖	推进编码管理、信息传输、病案质控、内部运营机制建设的协同改革
国卫财务函〔2022〕72 号	关于在全国范围内持续开展“公立医疗机构经济管理年”活动的通知	巩固和深化“经济管理年”活动成果，持续推动公立医疗机构质量效益提升	延续 2020 年主题，着力推动以业财融合为重点的运营管理建设
国卫办医发〔2022〕9 号	关于印发公立医院高质量发展评价指标（试行）的通知	按照指标精炼、可操作、可衡量的原则设置评价指标，落实高质量发展要求	党建引领、能力提升、结构优化、创新增效、文化聚力五方面 18 项指标（衔接国考）
国卫财务函〔2024〕132 号	关于 2024—2025 年持续开展“公立医疗机构经济管理年”活动的通知	持续提升公立医疗机构经济管理水平，助力卫生健康事业高质量发展	以业财融合为核心的运营管理体系建设，推动内部流程管理精细化、规范化和信息化（三次深化同一主题）

政策分析表明，三级公立精神专科医院运营管理呈现四重转型：（1）发展方式从规模扩张转向质量效益；（2）管理模式借力精细化和“经济管理年”推动业财融合；（3）评价体系依托绩效考核锚定医疗质量、运营效率、持续发展与满意度；（4）支付方式通过 DRG/DIP 等改革倒逼成本优化。同时，政策对精神卫生领域给予专项关注，明确了服务体系、人才队伍和能力建设要求。因此，本研究的指标体系设计需兼顾专科特性与国家医改方向。

2.2 *基于平衡计分卡的指标体系初步构建* 针对精神专科医院运营评价中存在的双重困境——即通用评价指标与专科特性间的结构性错位（源于精神科慢性病长周期、非手术主导治疗模式及强社会功能干预特性等），以及单一维度考核的片面性难以统筹经济效益、服务质量与长期发展需求——本研究引入平衡计分卡（Balanced Score Card, BSC）[9]。该理论通过财务、患者、内部流程、学习与成长四个维度的整合，提供了结构化分析工具：其多维度特性覆盖经济运行、服务体验、流程优化及人才发展等核心要素；战略导向性通过“员工能力提升→流程效率优化→患者满意度提高→财务可持续”的因果链实现战略落地；动态平衡机制能统筹经济效益与社会公益、短期与长期发展需求，契合公立精神专科医院运营实际。

基于 BSC 框架，遵循目标导向、专科特异、系统平衡、数据可及原则，围绕精神专科医院的功能定位与发展战略，整合政策、文献及实践三方面指标要素。具体思路为：以政策分析确立评价导向并提取共性指标（如“医疗服务收入占比”），以文献研究提供理论支撑并筛选专科适用指标（如“出院患者 30 天内非计划再入院率”），以实践访谈验证指标可操作性并补充焦点指标（如“暴力冲动事件平均响应时间”）。在此基础上初步归类，形成包含 4 个一级指标、13 个二级指标、41 个三级指标的初始指标体系，据此编制第一轮专家咨询问卷。

2.3 *德尔菲指标筛选结果及指标体系确立*

2.3.1 *专家基本情况* 按照德尔菲法“建立指标体系的专家人数应控制在 15 ~ 50 名”原则[10]，共有 36 名工作经验丰富且理论研究扎实的专家完成两轮征询，详见表 2。

表 2 专家基本情况

Table 2 Basic information of experts

项目	人数	占比（%）
性别		
男	19	52.78
女	17	47.22
年龄（岁）		
31 ~ 40	13	36.11
41 ~ 50	14	38.89
≥51	9	25.00
学历		
本科	10	27.78
硕士	21	58.33
博士	5	13.89
工作单位类型		
卫生行政部门	8	22.22
精神专科医院	22	61.11
科研机构	6	16.67
从事领域		
医院管理	17	47.22
临床医疗	11	30.56
卫生政策	8	22.22

（续表）

项目	人数	占比(%)
从事本领域工作年限(年)		
11～15	12	33.33
16～20	14	38.89
≥21	10	27.78
专业技术职称		
中级	13	36.11
副高级	17	47.22
正高级	6	16.67

2.3.2　专家积极系数　专家积极系数以问卷回收率为依据[11]，≥70% 为高积极性。两轮咨询问卷发放量均为 36 份，有效回收率均达 100%。专家在评分环节提出多项建议，也反映了其高度关注与支持。

2.3.3　专家权威程度　专家权威程度（*Cr*）由熟悉程度（*Cs*）和判断依据（*Ca*）计算得出，公式为：$Cr=\frac{Cs+Ca}{2}$，>0.7 表示高权威水平[12]。两轮咨询的 *Cr* 值分别为 0.862 5 和 0.873 6（见表 3），高于基准阈值，表明结果科学可靠。

表 3　专家权威系数

Table 3　Expert authority coefficient

轮次	熟悉程度 *Cs*	判断依据 *Ca*	专家权威程度 *Cr*
第一轮	0.827 8	0.897 2	0.862 5
第二轮	0.844 4	0.902 8	0.873 6

2.3.4　专家协调程度　协调程度用变异系数（*CV*）和协调系数（Kendall's *W*）表示，通常认为 *CV*<0.25，Kendall's *W* 越大，协调程度越高，如果 *W* 值对应的 *P* 值<0.05，则认为专家评价具有一致性，即咨询结果可靠[13]。由表 4 可见，第二轮 *CV* 小于第一轮，且各级指标 Kendall's *W* 均高于第一轮，（*P*<0.001），表明专家意见一致，结果已满足预期要求，无需进行第三轮咨询。

表 4　各级指标变异系数范围和协调系数

Table 4　Range of coefficient of variation and coordination coefficient of indicators at all levels

指标轮次	指标层级	指标数量	变异系数 *CV*	Kendall's *W*	χ^2 值	*P* 值
第一轮	一级指标	4	0.047 0～0.182 0	0.403	43.521	<0.001
	二级指标	13	0.033 5～0.221 0	0.404	174.487	<0.001
	三级指标	41	0.033 5～0.414 3	0.401	576.824	<0.001
第二轮	一级指标	4	0.047 0～0.182 0	0.411	44.388	<0.001
	二级指标	13	0.033 5～0.216 0	0.426	183.905	<0.001
	三级指标	43	0.033 5～0.223 2	0.410	619.292	<0.001

2.3.5　专家咨询结果　第一轮咨询中，一、二级指标均符合标准（均值 $x>3.5$，*CV*<0.25），内容无修订。三级指标中，“流动比率”（$x=3.31$，*CV*=0.41）、“辖区在管重性精神障碍患者年度肇事肇祸发生率”（$x=3.19$，*CV*=0.36）及“大型医用设备检查阳性率”（$x=3.11$，*CV*=0.38）因未达阈值被剔除；同时依据专家建议新增 5 项精神科特色指标：“精神科 DRG 成本偏离度”（支付改革适配）、“医保回款周期”（财务风险管控）、“精神专科设备投入回报率”（资源配置效益）、“短住院（<60 天）人数占比”（住院效率优化）及“持证心理治疗师/在院患者比”（人力资源配置）。第二轮咨询所有指标均达标准，无新增意见，最终确立包含 4 个一级指标、13 个二级指标、43 个三级指标的精神专科医院运营评价指标体系，见表 5。

2.4　*精神专科医院运营评价指标权重确定*　基于第二轮咨询的指标重要性评分均值，构建 AHP 判断矩阵并计算权重。所有判断矩阵的 *CR*<0.1，通过一致性检验。

权重分布显示：一级指标中，患者维度权重最高（0.466 8），表明患者维度在三级公立精神专科医院运营评价过程中发挥着最重要的作用，其次为财务维度（0.277 6）、内部流程维度（0.160 3）、最后是学习成长维度（0.095 3）。三级指标中，组合权重位居前列的依次为：患者满意度（0.184 7）、门诊患者预约后平均等待时间（0.080 6）、医疗服务收入（不含药耗、检查检验）占医疗收入比例（0.064 1）、医疗收入中医保基金比例（0.064 1）、门诊患者平均预约诊疗率（0.050 7）、患者投诉率（每千人次投诉次数）（0.046 2）、财政拨款收入占总费用比例（0.038 1）、副高级及以上卫生技术人员占比（0.032 3）和持证心理治疗师/在院患者比（0.032 3），见表 5。

3　讨　论

3.1　*指标体系构建的科学性*　本研究构建的三级公立精神专科医院运营评价指标体系具有扎实的方法学基础。通过整合 10 项国家政策要点、文献证据及半结构化访谈形成初始指标池；采用德尔菲法，通过两轮 36 名专家咨询对指标进行筛选与优化。结果显示，专家积极系数为 100%，权威程度超过 0.86，第二轮咨询中各级指标的协调系数较第一轮提升且差异

表 5 三级公立精神专科医院运营评价指标及其权重

Table 5 Operational evaluation indicators and their weights for tertiary public psychiatric hospitals

一级指标	权重	二级指标	权重	三级指标	权重	组合权重
财务	0.277 6	收支结构	0.631 5	医疗服务收入(不含药耗、检查检验收入)占医疗收入比例	0.365 7	0.064 1
				药品收入占医疗收入比重	0.051 2	0.009 0
				财政拨款收入占总费用比例	0.217 4	0.038 1
				医疗收入中来自医保基金的比例	0.365 7	0.064 1
		成本控制	0.143 5	百元医疗收入的医疗费用(不含药品)	0.310 8	0.012 4
				管理费用占费用总额的比重	0.493 4	0.019 7
				精神科 DRG 成本偏离度	0.195 8	0.007 8
		风险防范	0.143 5	资产负债率	0.333 3	0.013 3
				医保回款周期	0.666 7	0.026 6
		发展能力	0.081 5	医疗盈余率	0.725 8	0.016 4
				净资产增长率	0.172 1	0.003 9
				精神专科设备投入回报率	0.102 0	0.002 3
患者	0.466 8	费用负担	0.094 5	门诊次均费用增幅	0.333 3	0.014 7
				住院次均费用增幅	0.666 7	0.029 4
		就医便捷	0.349 8	门诊患者平均预约诊疗率	0.310 8	0.050 7
				门诊患者预约后平均等待时间	0.493 4	0.080 6
				住院患者入院前平均等待时间	0.195 8	0.032 0
		患者评价	0.494 7	患者满意度	0.800 0	0.184 7
				患者投诉率(每千人次投诉次数)	0.200 0	0.046 2
		社会公益	0.061 0	严重精神障碍患者社区管理参与率	0.166 7	0.004 7
				突发事件应急心理救援响应率	0.833 3	0.023 7
内部流程	0.160 3	运行效率	0.333 1	病床使用率	0.274 2	0.014 6
				病床周转次数	0.274 2	0.014 6
				平均住院日	0.274 2	0.014 6
				短住院(<60 天)人数占比	0.083 2	0.004 4
				医护比	0.059 1	0.003 2
				每名执业医师日均住院工作负担	0.035 0	0.001 9
		质量安全	0.569 5	自杀风险评估完成率(入院 2h 内)	0.296 6	0.027 1
				约束保护措施知情同意率	0.034 3	0.003 1
				约束保护措施规范使用率	0.055 8	0.005 1
				暴力冲动事件平均响应时间	0.237 0	0.021 6
				出院患者 30 天内非计划再入院率	0.165 2	0.015 1
				非指南推荐的精神药物联合使用率	0.045 8	0.004 2
				MECT 治疗患者并发症发生率	0.165 2	0.015 1
		信息支撑	0.097 4	电子病历应用功能水平分级	0.833 3	0.013 0
				精神专科 AI 辅助诊断系统使用率	0.166 7	0.002 6
学习成长	0.095 3	人才培养	0.833 3	副高级及以上卫生技术人员占比	0.406 7	0.032 3
				持证心理治疗师/在院患者比	0.406 7	0.032 3
				每百名卫生技术人员科研项目经费	0.072 3	0.005 7
				精神科专业住院医师规范化培训招收完成率	0.114 3	0.009 1
		组织归属	0.166 7	医务人员满意度	0.310 8	0.004 9
				人员支出占业务支出比重	0.493 4	0.007 8
				副高级及以上卫生技术人员离职率	0.195 8	0.003 1

具有统计学意义,证明了专家意见的集中性与可靠性。指标筛选遵循均值 >3.5、变异系数 <0.25 的阈值,剔除 3 项指标的同时新增 5 项精神科特色指标,提升了专科适配性。随后采用 AHP 计算指标权重,使评价体系的量化应用具备客观依据和逻辑一致性。

因此,本研究构建的指标体系结构合理、内容特异、数据可及、权重科学,能够为精神专科医院的运营绩效提供精准的"度量尺"。

3.2 评价指标体系权重分析 本研究运用 AHP 确定的指标权重,揭示了三级公立精神专科医院运营管理的价值取向。在四个一级维度中,"患者"维度权重(0.466 8)最高,体现了"以患者为中心"的服务理念是精神专科医院运营的核心导向,这与精神疾病治疗周期长、强调社会功能恢复、医患关系依赖性强的特点高度吻合[14]。患者满意度(0.184 7)、门诊预约后等待时间(0.080 6)等指标的高权重,表明服务体验与可及性是医院运营管理的重点。

"财务"维度(0.277 6)权重次之,反映了在确保

公益性的前提下,维持良性运营是公立精神专科医院的现实基础。其内部权重较高的指标如医疗服务收入占比(0.064 1),旨在引导医院提升医疗技术服务的内涵价值,而非依赖药耗和检查,这与医改政策一致[15]。“内部流程”(0.160 3)与“学习成长”(0.095 3)维度权重相对较低,但它们是实现患者价值和财务目标的基础与驱动力。BSC 的内在逻辑表明,流程优化与人才成长是提升服务质量与运营效率的保障,权重设置符合其战略支撑的定位。

3.3 *评价指标体系应用探讨*　本研究构建的指标体系兼具理论价值与实践效用。理论上,它填补了国内缺乏专门针对三级公立精神专科医院运营评价体系的空白,为该领域研究提供了科学性和专科特异性的分析工具。其创新性在于,一方面,实现了从“通用模板”到“专科定制”的跨越,将精神科长病程、重康复、强社会干预的特点内化于指标设计中。这不仅体现在通过“持证心理治疗师/在院患者比”、“短住院(<60 天)人数占比”等指标精准适配专科特性,也体现在以“医疗服务收入占比”、“DRG 成本偏离度”等指标契合国家医改导向,实现了专科特性与政策要求的统一。另一方面,BSC 框架通过其“学习与成长→内部流程→患者→财务”的内在战略因果链,建立了动态平衡机制。该机制将追求社会效益和长期发展不再视为财务目标的成本或负担,而是转化为实现可持续经济效益的战略投资与根本前提,从而破解了多维目标间的权衡难题,为医院管理者提供了战略落地与执行监督的“导航仪”。

在实践应用上,该指标体系可作为医院管理者进行内部精细化管理的有效抓手。管理者可依据评价结果,识别运营中的短板与瓶颈,从而优化资源配置、改进服务流程、加强人才培养。同时,该体系也可为卫生行政部门进行行业监管与绩效考核提供参考,推动建立科学、公正的外部评价机制。建议在应用时,各医院可结合自身发展阶段与战略重点,对三级指标权重进行动态微调,并强化信息系统建设,确保数据的真实性与可及性,使评价工作服务于医院高质量发展的核心目标。

3.4 *研究局限性与未来展望*　本研究构建的指标体系及其权重虽具科学性,但仍存在局限性。首先,专家共识具有主观性,且体系尚未经过大规模实证检验。其次,部分创新性指标(如“精神专科设备投入回报率”)可能存在数据可得性与统计口径统一的挑战。此外,在指标设计上,基于强化过程管控以预防不良事件的研究导向,“质量安全”维度更侧重于“自杀风险评估完成率”等过程指标,其与“住院患者自杀率”等结局指标的关联效能有待长期应用验证。

下一步的研究重点是开展实证应用,选取不同区域、规模的三级公立精神专科医院作为试点,运用本指标体系进行实际测评,检验其信度、效度和实用性,并根据结果对指标及权重进行修正。同时,可探讨将结局类指标作为警戒线与过程指标结合应用的模式。此外,随着智慧医疗发展,未来可探索建立信息化运营评价监测平台,实现数据自动采集与实时分析,为医院管理者和政策制定者提供智能决策支持,推动精神卫生服务体系的高质量发展。

利益冲突声明　本研究不存在任何利益冲突

参考文献

[1] 梅淑芳,刘修军,胡雅妮,等. 2018—2022 年武汉市在管严重精神障碍患者死亡现状与减寿分析[J]. 现代预防医学,2025,52(17):3130 – 3135.
Mei SF, Liu XJ, Hu YN, et al. The death status and life loss of patients with severe mental disorders in Wuhan during the period from 2018 to 2022[J]. Modern Preventive Medicine, 2025, 52(17): 3130 – 3135. (In Chinese)

[2] 李秀华,王冰倩,刘肇瑞. 北京市某三甲精神专科医院心理治疗服务的成本与价格[J]. 中国心理卫生杂志,2022,36(2):135 – 139.
Li XH, Wang BQ, Liu ZR. Cost and charging price of psychotherapy services in a grade 3A psychiatric hospital in Beijing[J]. Chinese Mental Health Journal, 2022, 36(2): 135 – 139. (In Chinese)

[3] Handayu T, Tjahjono HK, Hidayah N. Performance analysis of grhasia mental hospital training and installation development with balanced scorecard method[J]. Journal of Entrepreneurship, 2022, 12: 46 – 64.

[4] 潘轶竹,郭默宁,蒋锋,等. DRGs 背景下基于改良德尔菲法的精神专科医院医疗绩效评价指标体系构建研究[J]. 中国医疗管理科学,2024,14(1):105 – 111.
Pan YZ, Guo MN, Jiang F, et al. Construction of a DRGs – based medical performance evaluation index system in psychiatric hospitals using a modified Delphi method[J]. China Medical Administration Sciences, 2024, 14(1): 105 – 111. (In Chinese)

[5] 祁玲. 新形势下青海省三级甲等精神专科医院质量管理评价体系精细化管理的应用效果[J]. 青海医药杂志,2024,54(3):55 – 59.
Qi L. Application effect of refined management of quality management evaluation system in grade 3A psychiatric hospitals in QinghaiProvince under the new situation[J]. Qinghai Medical Journal, 2024, 54(3): 55 – 59. (In Chinese)

[6] 赵要军,穆子涵,王成增,等. 高质量发展背景下医院临床科室运营效能指数创建及应用[J]. 中国医院管理,2022,42(12):23 – 29.
Zhao YJ, Mu ZH, Wang CZ, et al. Establishment and application of operational efficiency index of hospital clinical departments under the background of high quality development[J]. Chinese Hospital Management, 2022, 42(12): 23 – 29. (In Chinese)

[7] 陈河妃,林文琪,刘春平,等. 海南省公立医院固定资产管理绩效考核评价指标体系构建研究[J]. 中国医院管理,2025,45

(1):65 – 69.
Chen HF, Lin WQ, Liu CP, et al. Research on construction of the performance evaluation index system of public hospital fixed asset management in public hospitals in Hainan province[J]. Chinese Hospital Management, 2025, 45(1): 65 – 69. (In Chinese)

[8] 郑子聪,谢董颖,黄阳梅,等. 基于德尔菲法和层次分析法的机构健康传播工作评价指标体系构建[J]. 中国公共卫生,2025,41(11):1379 – 1385.
Xie DY, Huang YM. Construction of an evaluation indicator system for institutional health communication based on the Delphi method and analytic hierarchy process[J]. Chinese Journal of Public Health, 2025, 41(11): 1379 – 1385. (In Chinese)

[9] Brimelow RE, Amalathas A, Beattie E, et al. The use of balanced scorecards in mental health services: an integrative review and thematic analysis[J]. The Journal of Behavioral Health Services & Research, 2023, 50(1): 128 – 146.

[10] Wei W, Liu YB, Zhou N, et al. Constructing an emergency preparedness evaluation index system for public use during major emerging infectious disease outbreaks: a Delphi study[J]. BMC Public Health, 2023, 23(1): 1109.

[11] 何珮莹,崇梓乔,陶静,等. 上海市二级公立医院经济运营评价指标体系构建[J]. 中国卫生资源,2022,25(6):807 – 812.
He PY, Chong ZQ, Tao J, et al. Construction of economic operation evaluation index system for secondary public hospitals in Shanghai[J]. Chinese Health Resources, 2022, 25(6): 807 – 812. (In Chinese)

[12] 孙华君,林姗,徐雅萱,等. 基本公共卫生服务质控中心绩效评价指标体系构建研究[J]. 中国医疗管理科学,2023,13(1):45 – 50.
Sun HJ, Lin S, Xu YX, et al. Construction of a performance evaluation index system in essential public health service quality control centers[J]. China Medical Administration Sciences, 2023, 13(1): 45 – 50. (In Chinese)

[13] 丁昊,许傲伦,冯静,等. 三级公立医院运营管理能力评价指标体系构建及实证研究[J]. 中国卫生经济,2025,44(5):53 – 57.
Ding H, Xu AL, Feng J, et al. The construction and empirical research of the operation and management capability evaluation indicator system in tertiary public hospital[J]. Chinese Health Economics, 2025, 44(5): 53 – 57. (In Chinese)

[14] Khosravi M, Azar G, Izadi R. Principles and elements of patient – centredness in mental health services: a thematic analysis of a systematic review of reviews[J]. BMJ Open Qual, 2024, 13(3): e002719.

[15] 王冰倩,李秀华. 北京市某精神专科医院两项综合改革及新冠病毒感染疫情前后医疗费用比较[J]. 医学与社会,2023,36(6):80 – 86.
Wang BQ, Li XH. Comparison of medical expenses in a psychiatric hospital in Beijing before and after two comprehensive reforms and COVID – 19 epidemic[J]. Medicine and Society, 2023, 36(6): 80 – 86. (In Chinese)

收稿日期:2025-08-12

(上接第 273 页)

[12] Mekonen EG, Zegeye AF, Workneh BS. Complementary feeding practices and associated factors among mothers of children aged 6 to 23 months in Sub – saharan African countries: a multilevel analysis of the recent demographic and health survey[J]. BMC Public Health, 2024, 24(1): 115.

[13] 王帅兵,谢忱,陈社菊,等. 河南省贫困地区 6 ~ 23 月龄婴幼儿营养包干预效果[J]. 卫生研究,2021,50(3):366 – 371.
Wang SB, Xie C, Chen SJ, et al. Effect on 6 – 23 months infants by Yingyangbao intervention in impoverished regions of Henan Province[J]. Journal of Hygiene Research, 2021, 50(3): 366 – 371. (In Chinese)

[14] Ricardo LIC, Gatica – Domínguez G, Neves PAR, et al. Sociodemographic inequalities in vegetables, fruits, and animal source foods consumption in children aged 6 – 23 months from 91 LMIC[J]. Front Nutr, 2023, 10: 1046686.

[15] Tekeba B, Gonete AT, Dessie MT, et al. Spatial variation and determinants of inadequate minimum meal frequency among children aged 6 – 23 months in Ethiopia: spatial and multilevel analysis using Ethiopian mini demographic and health survey (EMDHS) 2019[J]. Ann Glob Health, 2024, 90(1): 37.

[16] Aboagye RG, Seidu AA, Ahinkorah BO, et al. Prevalence and predictors of infant and young child feeding practices in sub – Saharan Africa[J]. International Health, 2024, 16(1): 68 – 82.

[17] Akanbonga S, Hasan T, Chowdhury U, et al. Infant and young child feeding practices and associated socioeconomic and demographic factors among children aged 6 – 23 months in Ghana: Findings from Ghana Multiple Indicator Cluster Survey, 2017 – 2018[J]. PLOS One, 2023, 18(6): e0286055.

[18] Kocagozoglu SG, Sengelen M, Yalcin SS. Evaluation of complementary feeding indicators among children aged 6 – 23 months according to the health literacy status of their mothers[J]. Nutrients, 2024, 16(20): 3537.

[19] Osterman MJK, Hamilton BE, Martin JA, et al. Births: final data for 2022[J]. National Vital Statistics Reports : From the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System, 2024, 73(2): 1 – 56.

[20] Tang WY, Zou LY. Trends and characteristics of multiple births in Baoan Shenzhen: A retrospective study over a decade[J]. Front Public Health, 2022, 10: 1025867.

[21] Belay DG, Aragaw FM, Teklu RE, et al. Determinants of inadequate minimum dietary diversity intake among children aged 6 – 23 months in Sub – Saharan Africa: pooled prevalence and multilevel analysis of demographic and health survey in 33 Sub – Saharan African countries[J]. Front Nutr, 2022, 9: 894552.

[22] Dejene Y, Mezgebu GS, Tadesse SE. Minimum acceptable diet and its associated factors among children aged 6 – 23 months in Lalibela, Northeast Ethiopia: a community – based cross – sectional study[J]. Journal of Nutritional Science, 2023, 12: e41.

[23] Feng J, Wang YJ, Liu TT, et al. The effects of Ying yang Bao on nutritional status of children aged 6 – 60 months in underdeveloped rural areas of China[J]. Nutrients, 2024, 16(2): 202.

收稿日期:2025-05-26