·专题报道——公共卫生评价指标体系构建·

村(居)民委员会公共卫生委员会建设水平评价指标体系构建与维度解析：基于德尔菲专家咨询法

王妍敏[1]，杨晓明[1]，李哲[2]，毛传武[1]，章昱[1]，陈红[1]，朱瑜[2]，周洲[1]

1. 上海市静安区疾病预防控制中心(上海市静安区卫生健康监督所)，上海 200072；
2. 上海市静安区卫生健康委员会(上海市静安区疾病预防控制局)，上海 200070
通信作者：周洲，E-mail：a5d5@163.com

【摘　要】目的 构建村(居)民委员会公共卫生委员会建设水平评价指标，为完善城市公共卫生委员会建设、提升基层公共卫生治理效能提供参考。**方法** 于 2024 年 3—10 月，采用文献查阅、政策分析、专题小组访谈等方法初步构建村(居)民委员会公共卫生委员会建设水平评价指标体系，经 2 轮德尔菲专家咨询后确定最终指标，并用层次分析法计算各指标权重。**结果** 共有 25 名专家参与咨询，最终确定的指标体系包含 5 个一级指标，20 个二级指标，29 个三级指标。2 轮咨询专家积极系数均为 100%，权威系数≥0.70；各指标重要性和可操作性均值较高(7.40～9.96)；变异系数 *CV*≤0.25；2 轮咨询的协调系数 *W*(第 1 轮重要性和可操作性分别为 0.129 和 0.156；第 2 轮重要性和可操作性分别为 0.512 和 0.582)差异有统计学意义(均 *P*<0.001)，专家意见集中，有较好的一致性。**结论** 基于德尔菲法构建的村(居)民委员会公共卫生委员会建设水平评价指标体系具有一定的科学性和应用性，尚需进一步验证和评价。

【关键词】 公共卫生委员会；基层治理；评价指标；德尔菲法；层次分析法

Construction and dimension analysis of an evaluation index system for the capacity of community (village) public health committees: based on the Delphi expert consultation method

WANG Yanmin[1], YANG Xiaoming[1], LI Zhe[2], MAO Chuanwu[1], ZHANG Yu[1], CHEN Hong[1], ZHU Yu[2], ZHOU Zhou[1] (*1. Jing'an District Center for Disease Control and Prevention (Jing'an District Health Inspection Institute), Shanghai* 200072, *China*; *2. Jing'an District Health Commission (Jing'an District Administration of Disease Prevention and Control), Shanghai* 200070, *China*)
Corresponding author: ZHOU Zhou, E-mail: a5d5@163.com

【Abstract】 Objective To develop an evaluation index system for assessing the development levels of community (village) public health committees, thus providing insights for optimizing urban public health committee structures and enhancing primary-level public health governance efficacy. **Methods** From March 2024 to October 2024, an evaluation index system draft was constructed through literature review, policy analysis, and focus group interviews. Two rounds of Delphi expert consultations were conducted to finalize the index system, with index weights determined via the analytic hierarchy process (AHP). **Results** A total of twenty-five experts participated in the consultations. The finalized system comprised 5 first-level indexes, 20 second-level indexes, and 29 third-level indexes. Both consultation rounds achieved 100% expert response rates, with authority coefficients ⩾ 0.70. High mean scores (from 7.40 to 9.96) were observed for index importance and feasibility, and the coefficients of variation (*CV*) were ⩽ 0.25. The Kendall's *W* coefficients improved between rounds (importance: 0.129 to 0.512; feasibility: 0.156 to 0.582) (*P* < 0.001). **Conclusion** The Delphi method-based evaluation index system demonstrates scientific validity and practical applicability for assessing the development levels of community (village) public health committees. Further empirical validation is recommended to refine its utility.

【Keywords】 public health committee; primary-level governance; index; Delphi method; analytic hierarchy process

上海市是个常住人口接近 2 500 万的超大城市，流动人口多且人员管理复杂，丰富多样的医疗资源，使得居民对高质量健康服务的期望与需求随之提升[1]。为解决基层卫生服务供需平衡问题，英国引入“政府与公民社会共同合作”的模式[2]，加拿大在基本医疗服务提供过程中引入社会治理[3]，我国也开始尝试基层自治组织与基层医疗机构建立紧密联系[4–5]。根据《中华人民共和国宪法》《中华人民共和国村民委员会组织法》和《中华人民共和国城市居民委员会组织法》的规定要

开放获取：CC BY-NC-ND 4.0 DOI：10.11847/zgggws1148886
基金项目：上海市疾病预防控制政策研究课题(2024JZ23)；静安区“十百千”人才项目(2025SBX-GG06)
第一作者：王妍敏(1985—)，副主任医师，硕士，研究方向：慢性非传染性疾病防制、公共卫生政策。
收稿日期：2025-09-12　修回日期：2025-10-28　录用日期：2026-01-19
利益冲突：不存在　伦理审查：免除审查　出版授权：全体作者已与编辑部签署作者贡献声明及版权转让协议

求，公共卫生委员会是村(居)委会内设的委员会之一，作为群众自治组织，与居民的紧密联系具有不可替代的作用，有助于准确了解居民的健康需求。若能与社区卫生服务中心、家庭医生团队建立有序的协作机制，有助于基层医疗机构向居民提供差异化、个性化的健康服务，提升居民对基层卫生服务的满意度[6]。至 2023 年 6 月底，上海市静安区 14 个街镇 264 个居委会均成立了公共卫生委员会[7]，覆盖率 100%。然而，公共卫生委员会建设还面临着一些亟待解决的瓶颈问题，如：公共卫生委员会的组建仅在居委会层面，在政策引导和制定、卫生资源的组织协调上均受到阻碍；缺乏具备相应专业知识和技能的专职人员；资金支持和场地设备缺乏专项经费的支持；与相关部门的协作和工作协调机制有待建立健全等[8]。本研究基于系统梳理目前静安区公共卫生委员会发展现状及存在的问题，邀请相关专家进行德尔菲咨询，从政策保障、资源配置、职业素养、运行机制、建设成效等不同维度，构建公共卫生委员会建设水平评价指标体系，为推进公共卫生委员会成为上海这座超大城市基层公共卫生治理的有力抓手，提升基层公共卫生治理效能提供依据。

1 资料与方法

1.1 文献资料及政策分析法　以“公共卫生委员会”“基层公共卫生”“治理体系”等为关键词，由研究团队中具备 1 年以上文献研究经验、有良好的文献检索、分析和归纳能力的成员，系统检索中国知网、万方数据、PubMed、Web of Science 等学术资源数据库的文献资料；收集政府部门发布的公共卫生委员会相关法律法规、规范、规划等政策文件，分析比较各地政策特点。因北京市率先于 2018 年 3 月下发《关于进一步推进村委会、居委会公共卫生委员会建设的通知》[9]，较明确地推进了公共卫生委员会的建设，检索时限限定为 2018 年 3 月 1 日—2024 年 2 月 29 日。检索完成后，由 2 名具有副高级以上职称、有丰富的公共卫生政策研究经验的研究者独立筛选文献和政策文件，如有分歧，通过研究团队讨论决定。共筛选了 97 篇文献(包含 26 份政策文件)。北京市、重庆市、江苏省、山东省、安徽省、广东省较早制定出台相关文件，明确公共卫生委员会的建设目标、组织框架、人员构成、工作职责、工作制度等，是公共卫生委员会建设较为成熟的 6 省市[10]。本研究重点关注此 6 省市的政策文件(共 42 篇文献，包含 15 份政策文件)，与上海市及静安区的建设情况比较分析。

1.2 专题小组访谈　研究团队围绕公共卫生委员会工作，设计半结构化小组访谈提纲，基于已有的研究[7]选择专家库中对公共卫生委员会工作熟悉且有较好建议的成员作为访谈对象，将访谈对象分为 3 组，分别为与公共卫生委员会工作相关的街道和居委会工作人员(15 人)；静安区卫生健康委员会和公共卫生专业技术部门(包括疾病预防控制中心、妇幼保健所、精神卫生中心、牙病防治所)的行政管理和一线工作人员(11 人)；高等院校公共卫生、社会医学、卫生行政管理等专业的专家(8 人)，共计 34 人，分别进行 3 场专题小组访谈。访谈内容聚焦当前公共卫生委员会工作中存在的问题，征询解决策略和建议，形成公共卫生委员会建设水平评价指标体系初稿，包含 5 个一级指标，18 个二级指标，27 个三级指标。

1.3 德尔菲专家咨询　本研究通过文献报告、电话咨询及行业专家推荐获得专家信息，考虑公共卫生委员会工作内容的复杂性、多学科交叉性及需要多部门协作提升行政效能等因素，遴选了 25 名相关领域的专家。专家纳入标准为：(1)了解并主要参与公共卫生委员会一线工作人员或从事卫生行政管理、疾病预防控制相关工作人员；国家卫生健康委、高等院校从事卫生管理、卫生政策的研究人员；(2)自愿且全程参与本研究，积极性高。通过电子邮件或微信，将经研究团队讨论决定的咨询问卷发送给专家。咨询问卷内容包含填写说明、专家基本信息表、公共卫生委员会建设水平评价指标评分表和专家指标熟悉程度和判断影响程度自评表 4 部分。于 2024 年 9 月 10 日—2024 年 10 月 10 日，完成第 1 轮咨询，邀请专家对三级指标的重要性和可操作性进行评价。第 1 轮咨询结束后，根据专家评分情况和提出的修改意见，形成第 2 轮专家咨询表。于 2024 年 10 月 12 日—2024 年 10 月 28 日，完成第 2 轮咨询，最终确定一级指标 5 个，二级指标 20 个，三级指标 29 个。专家的积极系数以专家咨询表的有效回收率表示，说明专家对该研究的关注程度，同时也可以从侧面反映咨询的价值与现实意义。专家积极系数≥75% 即可视为较好[11]。权威系数(*Cr*)是判断系数(*Ca*)与熟悉程度系数(*Cs*)的算术平均值，即 *Cr*=(*Ca*+ *Cs*)/2。专家权威系数≥0.70 表示具有可靠的权威性。熟悉程度满分为 5 分，计算公式为：*Cs*=“熟悉程度”得分/满分。判断系数由“实践经验”、“理论分析”、“对国内外同行的了解”和“直觉”四个方面的打分决定，满分为 5 分。判断系数的计算公式为：*Ca*=(“实践经验”得分×0.5+“理论分析”得分×0.3+“对国内外同行的了解”得分×0.1+“直觉”得分×0.1)/满分[12]。专家意见的集中程度用某一指标重要性和可操作性评分的均

值来表示。专家意见的协调程度通过计算各指标评价结果的变异系数(*CV*)和 Kendall′s *W* 协和系数(*W*),前者反映某一个指标的专家观点协调程度,后者则了解专家对多个指标意见的协调程度。*CV*≤0.25 表示专家意见分歧较小,Kendall′s *W* 在 0～1 之间,越接近 1,表明专家协调程度越高。

1.4 *层次分析法* 基于第 2 轮专家咨询结果,对三级指标的重要性和可操作性均值建立判断矩阵并赋予权重,利用差值比较法[13-14]和 Saaty R W[15]标度法构建成对比较的判断优选矩阵,通过层次分析法分别计算重要性和可操作性的权重。

1.5 *统计分析* 采用 Excel 2013 进行数据双录入,建立专家咨询结果的数据库;采用 SPSS 19.0 进行统计分析;采用 SPSS AU,通过层次分析法确定三级指标的权重。Kendall′s *W* 的计算采用非参数检验中的 Kendall 检验。

2 结 果

2.1 *专家基本情况* 参与咨询的专家共 25 人,男性 7 人(28.00%),女性 18 人(72.00%);年龄为 27～66 岁,平均年龄(45.80±7.74)岁;学历方面,本科 15 人(60.00%),硕士及以上 10 人(40.00%);职称为副高及以上的有 13 人(52.00%);从事的专业领域方面,6 人从事基层治理工作,5 人从事卫生行政管理工作,4 人从事疾病预防控制工作,4 人从事社会医学或卫生政策研究工作,2 人从事社区卫生管理工作,2 人从事精神卫生管理工作,从事妇幼保健管理工作和口腔卫生管理工作的各 1 人;专家在所属领域的工作年限为 4～40 年,平均年限(21.96±8.47)年。

2.2 *专家的积极系数和权威程度* 第 1 轮及第 2 轮咨询各发放问卷 25 份,均全部收回,有效回收率均为 100%,专家的积极系数高。第 1 轮咨询专家意见的权威系数为(0.76±0.18),第 2 轮专家意见的权威系数为(0.78±0.17),经 *t* 检验,2 轮咨询的权威系数差异无统计学意义(*t*=0.267,*P*=0.791)。说明专家自评表的可重复性较好。

2.3 *专家意见的集中程度和协调程度* 专家意见的集中程度:第 1 轮咨询结果重要性分值均数为(9.37±0.35)分,可操作性分值均数为(8.12±0.58)分;第 2 轮咨询结果重要性分值均数为(9.60±0.40)分,可操作性分值均数为(9.27±0.64)分。专家意见的协调程度(*CV*):第 1 轮咨询结果重要性分值 *CV* 为(0.12±0.05),可操作性分值 *CV* 为(0.22±0.05),第 2 轮咨询结果重要性分值 *CV* 为(0.05±0.02),可操作性分值 *CV* 为(0.10±0.03)。2 轮咨询变异系数差异有统计学意义(*P*<0.001),表明专家对单个指标的意见趋向一致。专家意见的协调程度:第 1 轮和第 2 轮咨询结果的协调系数 *W* 详见表 1,2 轮咨询 *W* 的差异有统计学意义(重要性:*t*=5.334,*P*=0.001;可操作性:*t*=4.397,*P*=0.002),表明专家对多个指标的意见趋向一致。

表 1 2 轮专家咨询的 Kendall′s *W* 结果
Table 1 Kendall′s *W* for two rounds of consultation

指标分类	第1轮		第2轮	
	重要性	可操作性	重要性	可操作性
政策保障	0.269	0.382	0.836	0.646
资源配置	0.182	0.035	0.510	0.372
职业素养	0.137	0.117	0.515	0.541
运行机制	0.039	0.095	0.454	0.381
建设成效	0.093	0.062	0.512	0.602
全部	0.129	0.156	0.512	0.582

2.4 *公共卫生委员会建设水平评价指标体系及指标权重* 专家咨询对三级指标的重要性和可操作性进行评分。专家咨询过程中,专家认为指标体系框架思路明确,建议在一级指标“建设成效”中补充 2 个二级和三级指标,并对部分条目的描述和说明提出了修改意见。最终形成的公共卫生委员会建设水平评价指标体系包含一级指标 5 个,二级指标 20 个,三级指标 29 个,各指标所对应的权重见表 2。

表 2 公共卫生委员会建设水平评价指标体系及指标权重
Table 2 Evaluation indexes and their weights for the development levels of public health committees

一级指标	二级指标	三级指标	重要性权重	可操作性权重
1 政策保障	1.1 目标引领	1.1.1 街道(镇)把公共卫生委员会建设纳入到基层治理工作规划中,并明确工作任务	0.176	0.323
		1.1.2 公共卫生委员会根据工作目标和要求制定年度计划和重点工作的实施方案	0.307	0.323
	1.2 组织框架	1.2.1 在街道层面设立公共卫生委员会的统一管理部门、组织或由1名分管领导统一管理,建立例会制度,统筹指挥和协调公共卫生委员会开展工作	0.176	0.114
	1.3 专业支持	1.3.1 街道(镇)和公共卫生委会可获得社区卫生服务中心、公共卫生专业站所、二三级医疗机构等单位提供的专业支持	0.307	0.213

续表 2
Table 2 Continued

一级指标	二级指标	三级指标	重要性权重	可操作性权重
	1.4 科技赋能	1.4.1 建立完善支持公共卫生委员会开展日常工作的信息系统	0.033	0.026
2 资源配置	2.1 队伍建设	2.1.1 街道(镇)按要求在居委会组建公共卫生委员会，足额配备工作人员	0.350	0.221
		2.1.2 明确公共卫生治理单元的组成人员，确定2～3名核心成员的功能，明确职责和分工	0.167	0.127
		2.1.3 公共卫生委员会可调用健康生活方式指导员、志愿者等在基层公共卫生治理发挥作用	0.051	0.167
	2.2 资金保障	2.2.1 公共卫生委员会具备日常工作运行或开展专项工作的资金保障	0.265	0.048
	2.3 硬件设施	2.3.1 公共卫生委员会具有开展日常工作所需的场地和设备等	0.167	0.437
3 职业素养	3.1 岗位职责意识	3.1.1 公共卫生委员会了解和熟悉本区域居民基本情况	0.241	0.210
		3.1.2 公共卫生委员会团队成员熟悉岗位职责，具备责任意识	0.318	0.346
		3.1.3 公共卫生委员会团队成员具备基层公共卫生治理的主动意识	0.165	0.072
	3.2 专业知识技能	3.2.1 公共卫生委员会团队成员具备社区传染病防控、慢性病管理、健康教育等方面的基本公共卫生服务能力	0.077	0.049
	3.3 组织管理能力	3.3.1 街道(镇)及公共卫生委员会不断提升突发公共卫生事件的应急响应和处置能力	0.165	0.275
	3.4 创新发展实践	3.4.1 街道(镇)及公共卫生委员会能积极开展工作内容的探索创新	0.034	0.049
4 运行机制	4.1 沟通机制	4.1.1 建立公共卫生委员会与楼组长或居民代表的沟通机制，及时了解居民的健康需求	0.033	0.020
		4.1.2 建立公共卫生委员会与本区域内的卫生相关部门的沟通机制，能有效获取专业支持	0.198	0.226
		4.1.3 建立公共卫生委员会与上级部门的沟通机制，定期汇报工作开展情况，在资源配置不足的情况下，有向上级部门申请调配资源的权利	0.112	0.112
	4.2 协作机制	4.2.1 建立街道(镇)与卫健系统相关部门的协作机制	0.198	0.089
		4.2.2 建立街道(镇)与民政、社工部等其他部门的协作机制	0.133	0.074
	4.3 培训机制	4.3.1 明确街道(镇)主管部门和公共卫生委员会参与上级部门或专业部门培训的工作要求	0.198	0.302
		4.3.2 建立公共卫生委员会内部培训机制	0.094	0.133
	4.4 考核机制	4.4.1 建立公共卫生委员会定期考核机制	0.033	0.044
5 建设成效	5.1 核心团队专业知识知晓度	5.1.1 公共卫生委员会核心团队成员对专业知识知晓度达到90%以上	0.087	0.053
	5.2 公共卫生委员会日常运转情况	5.2.1 公共卫生委员会能够高效运转各项日常工作	0.087	0.129
	5.3 突发公共卫生事件处置	5.3.1 公共卫生委员会能按要求及时处置本区域突发公共卫生事件	0.442	0.501
	5.4 居民对公共卫生委员会的知晓度	5.4.1 居民对辖区公共卫生委员会工作人员、工作内容、工作开展的知晓情况	0.234	0.070
	5.5 居民对公共卫生委员会开展活动的参与度及满意度	5.5.1 居民对辖区公共卫生委员会开展的活动参与情况及满意度调查	0.151	0.248

3 讨　论

本研究通过专题小组访谈和德尔菲专家咨询相结合的方法，真实反映上海市及静安区公共卫生委员会建设现状及存在的问题并探讨对策。2 轮德尔菲咨询专家的积极系数、权威系数和专家的协调程度均较高，可认为本研究构建的指标具有一定的科学性与可行性[16]，能为后续评价公共卫生委员会建设水平提供理论依据。

本研究构建的公共卫生委员会建设水平评价

指标包含了政策保障、资源配置、职业素养、运行机制和建设成效 5 个维度，有助于推动公共卫生委员会规范化发展、高效有序地运转。(1)政策保障是公共卫生委员会规范化发展的前提，包含目标引领、组织框架、专业支持和科技赋能 4 个方面。根据本研究的咨询结果，“公共卫生委员会根据工作目标和要求制定年度计划和重点工作的实施方案”和“街道(镇)和公共卫生委会可获得社区卫生服务中心、公共卫生专业站所、二三级医疗机构等单位提供的专业支持”的重要性权重最高。当前公共卫生委员会的组建仅在居委会层面，各委员会的管理归口不统一。按照上海市街镇的机构设置，下设党政办公室、社区党群办公室、社区管理办公室、社区服务办公室、社区平安办公室、社会工作办公室、社区党建办公室、营商环境办公室等机构[17]。根据本研究的专题小组访谈结果，静安区目前组建的公共卫生委员会在不同街道的管理分别归口于社区服务办公室、营商环境办公室、社会工作办公室，各机构的工作重点和方向各不相同，难以形成统一、连贯的决策和执行体系，需要更高级别的部门主导才能更好地统一公共卫生委员会的工作重点，以此来制定相应的实施方案。且由于公共卫生委员会是村(居)委会下属委员会，它只能是执行公共卫生政策和提供公共卫生服务的配合者，只有在卫生行政部门的支持下，才能进行卫生资源的组织协调，从而使公共卫生委员会可获得社区卫生服务中心、公共卫生专业站所、二三级医疗机构等单位提供的专业支持，更好地发挥作用。(2)资源配置是公共卫生委员会规范化发展的保障，包含队伍建设、资金保障和硬件设施 3 个方面。这一类指标中“街道(镇)按要求在居委会组建公共卫生委员会，足额配备工作人员”的重要性权重最高，其次为“公共卫生委员会具备日常工作运行或开展专项工作的资金保障”目前的公共卫生委员会缺乏专职人员，现有成员都是身兼多职或暂时从其他部门借调，工作精力分散，工作效率和质量难以保证，无法满足基层公共卫生治理工作的需要[18]。在资金支持和场地设备等硬件设施方面，现有村(居)委会的拨款项目中没有用于公共卫生委员会建设的专门款项[19]，其经费支出可向街(镇)等上级部门申请批复后使用。因此，公共卫生委员会建设的人、才、物配置和资金的筹集、调动也需要更高级别的部门参与和支持[20]。(3)职业素养有助于公共卫生委员会的建设趋于健康需求导向性，包含岗位职责意识、专业知识技能、组织管理能力和创新发展实践 4 个方面。这一类指标中“公共卫生委员会团队成员熟悉岗位职责，具备责任意识”的重要性权重最高，其次为“公共卫生委员会了解和熟悉本区域居民基本情况”。委员会成员的职业素养一定程度上对公共卫生委员会运行的效果产生影响。委员会成员具备相应的专业知识技能、组织管理能力和岗位职责意识，才能成为推动基层公共卫生治理体系建设的主力军[21]。此外，公共卫生委员会基于了解本区域居民的基本健康状况，满足在疾病状态下恢复健康、在高危状态下维护健康、在相对健康的状态下增强健康的多重健康需求，有助于基层公共卫生服务向健康需求导向性发展[22–23]。(4)运行机制有助于公共卫生委员会的高效运转，包含沟通、协作、培训和考核机制 4 个方面。这一类指标的权重分布较分散，“建立公共卫生委员会与本区域内的卫生相关部门的沟通机制”、“建立街道(镇)与卫健系统相关部门的协作机制”和“明确街道(镇)主管部门和公共卫生委员会参与上级部门或专业部门培训的工作要求”3 个指标的重要性权重较高。充分建立公共卫生委员会与村(居)民委员会其他下属委员会之间、与卫健系统相关部门、与民政、社工部等其他部门之间的协作机制，协调与辖区内相关单位、组织及志愿者等资源之间的沟通机制是保障公共卫生委员会高效有序运转的核心[10]。此外，制定明确的培训机制和考核机制，才能保证委员会运行的质量和效能。(5)建设成效有助于提升公共卫生委员会的影响力，促进可持续发展，包含核心团队专业知识知晓度、公共卫生委员会日常运转情况、突发公共卫生事件处置、居民对公共卫生委员会的知晓度、居民对公共卫生委员会开展活动的参与度及满意度 5 个方面。这一类指标中“公共卫生委员会能按要求及时处置本区域突发公共卫生事件”的重要性权重最高。在新冠疫情期间，公共卫生委员会在疫情防控中发挥了重要的网底作用[24]。委员会成员应具备识别风险因素的能力，主动报告给上级部门和有关专业部门，在专业部门的指导下，及时采取降低或消除主要健康风险的有效干预和控制措施，实现群防群控[25]。通过委员会日常工作的高效运转，逐步提升居民对委员会的知晓度和认可度，促进公共卫生委员会可持续发展，构建基层公共卫生群策群防的治理新模式[26]。

目前关于公共卫生委员会的研究以定性为主，大多围绕现状描述[27–28]、法治化[29]、职责[19–21]等开展。仅有 2 项研究是关于指标体系构建的研究，一项是有关于公共卫生委员会绩效评价指标体系构建[30]，另一项是公共卫生委员会运行评估指标体系构建及应用效果的研究[31]，分别从机制

建设、组织保障、服务提供与管理、运行效果和组织管理、资金管理、职责履行、工作成效几个维度来评价。本研究构建的指标除了上述两项研究提及的维度，更注重公共卫生委员会与上级部门、卫生行政部门、疾病预防控制专业技术部门、民政部、社工部等的沟通协作机制，并鼓励健康生活方式指导员、志愿者、楼组长等群众自治组织成员加入到基层公共卫生治理的工作中来。有研究表明，社区参与有助于激活各级各类医疗和社会资源，形成全社会成员共同参与基层公共卫生治理的新局面[32]。本研究也存在一定的局限性，指标仅完成了构建，尚未在应用中得到证实和有效评价。今后，在应用过程中需根据实际情况及遇到的问题不断完善。

数据可用性声明　原始数据经脱敏处理后，可在合理请求下向通信作者申请获取。

致谢　感谢静安区卫生健康委员会及村(居)民委员会公共卫生委员会对本研究的大力支持，也感谢受邀专家在咨询中提出的宝贵意见！

参考文献

[1] 茆京来. 超大城市公共卫生治理体系中存在的风险隐患和对策建议 [J]. 中国卫生资源, 2022, 25(3): 269-272, 290.

[2] 丰华琴. 公共治理模式与福利国家发展: 国际经验与启示 [J]. 改革, 2010(6): 85-90.

[3] Mountford N, Geiger S. (Re)-Organizing the evolving healthcare market: collaborative governance in bureau*Cr*atic contexts[J]. Academy of Management Annual Meeting Proceedings, 2018, 2018(1): 14156.

[4] 傅友, 李忠, 张亮. 基层卫生服务均衡供给与社群治理嵌入策略研究 [J]. 中国卫生经济, 2023, 42(3): 40-45.

[5] 广东省卫生健康委员会, 广东省民政厅, 中共广东省委政法委, 等. 关于全面推进村 (居) 民委员会公共卫生委员会建设的通知 [Z]. 粤卫疾控函 [2021] 第 169 号.

[6] 黄蛟灵, 张宜民, 梁鸿, 等. 家庭医生制度在分级诊疗中的作用: 上海经验 [J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(8): 49-53.

[7] 周卉, 张郦赟. 公共卫生委员会: 基层公共卫生治理的新探索 [J]. 党政论坛, 2024(6): 42-44.

[8] 段宇宏. 基层公共卫生治理面临的形势和挑战 [J]. 中国经贸导刊, 2020(29): 144-145.

[9] 北京市卫生健康委员会. 进一步推进全市村 (居) 委会公共卫生委员会建设工作新闻发布会 [EB/OL]. (2018-03-29)[2025-09-12]. https://wjw.beijing.gov.cn/xwzx_20031/xwfb/201912/t20191215_1232742.html.

[10] 宋大平, 崔雅茹. 公共卫生委员会: 宪法中走来 实践中扎根 [J]. 中国卫生, 2022(5): 39-41.

[11] 商雪, 邓欣欣, 郭康乐, 等. 运用德尔菲法构建公共卫生决策证据质量分级系统 [J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(10): 71-78.

[12] 王妍敏, 张彩倩, 吴茵茵, 等. 信函和会议两种形式 DELPHI 专家咨询的效果评价 [J]. 浙江大学学报 (医学版), 2011, 40(3): 276-280.

[13] 胡依, 郭芮绮, 闵淑慧, 等. 基于德尔菲法的流动老人社会融合指标体系构建研究 [J]. 中国卫生事业管理, 2022, 39(12): 951-955.

[14] 周亚霖, 张艺馨, 田新宇, 等. 基于德尔菲法中国县 (区) 突发公共卫生事件应急能力评估指标体系构建 [J]. 中国公共卫生, 2023, 39(9): 1180-1184.

[15] Saaty R W. The analytic hierarchy process—what it is and how it is used[J]. Mathematical Modelling, 1987, 9(3/5): 161-176.

[16] 高玲娣, 许琛, 杨树堃, 等. 基于 Delphi 法的老年健康人群体力活动健康素养评价指标体系研究 [J]. 中国健康教育, 2023, 39(10): 907-911.

[17] 上海市民政局. 上海市街道办事处条例 [EB/OL]. (2016-11-01)[2025-09-12]. https://mzj.sh.gov.cn/MZ_zhuzhan250_0-2-8-15-55-234/20200629/dd69c2018d2f4d3c94d2627ae4eeeaa5.html.

[18] 杨守涛. 角色冲突理论视野下基层兼职党务干部工作困境初探 [J]. 领导科学, 2019(16): 4-7.

[19] 孙丽莹, 刘燕雁, 何娣琼, 等. 推动基层公共卫生委员会建设中存在的问题及对策探析 [J]. 卫生软科学, 2024, 38(2): 5-9.

[20] 曹艳林. 基层公共卫生委员会的“为”和“位”[J]. 中国卫生, 2022(3): 40-41.

[21] 欧欣, 杨佳. 基于政策文本分析的我国基层公共卫生治理体系研究: 以公共卫生委员会为例 [J]. 中国全科医学, 2023, 26(19): 2346-2354.

[22] 罗忠琛, 李峥, 陈红丽, 等. 全方位全周期健康管理的公共卫生护理内涵与实践范畴 [J]. 中国公共卫生, 2024, 40(12): 1532-1537.

[23] 戴振威, 杨悦, 付佳琪, 等. 群医学及全球健康研究进展及启示 [J]. 中华疾病控制杂志, 2023, 27(11): 1336-1341.

[24] 陈春香, 姚义琴, 茆云. 浅谈村公共卫生委员会在新冠疫情防控中的作用 [J]. 中国农村卫生, 2022, 14(5): 8-10.

[25] 于成琪, 梁晖, 门伟莉. 以基层社区为核心的公共卫生应急协同治理体系研究 [J]. 中国医学伦理学, 2023, 36(11): 1244-1252.

[26] 王阳, 褚宸舸. 基层治理现代化视域下加强我国公共卫生委员会建设的规范进路 [J]. 医学与法学, 2025, 17(1): 23-29.

[27] 袁征, 李军. 北京市村 (居) 委会公共卫生委员会的 SWOT 分析 [J]. 中华医院管理杂志, 2021, 37(9): 718-720.

[28] 欧欣, 李进, 杨佳. 疫情防控背景下首都村委会公共卫生委员会建设现状——以 H 区为例 [J]. 卫生软科学, 2023, 37(8): 48-52.

[29] 徐婷, 刘兰秋. 村委会公共卫生委员会建设法制化研究 [J]. 卫生软科学, 2022, 36(4): 68-72.

[30] 孙华君, 张佳雯, 龚佳彤, 等. 基于层次分析法的村 (居) 民委员会公共卫生委员会绩效评价指标体系构建 [J]. 中国农村卫生事业管理, 2022, 42(12): 838-842, 853.

[31] 何娣琼, 孙丽丽, 李科, 等. 村 (居) 民委员会公共卫生委员会运行评估指标体系构建及应用效果——以广州市为例 [J]. 中国公共卫生, 2025, 41(2): 199-205.

[32] 王冬, 史卢少博. 社区公共卫生韧性治理: 基于能动性和公共性的研究 [J]. 甘肃行政学院学报, 2023(6): 16-31.