

10.12201/bmr.202610.00025V1

西南地区疾控体系绩效考核指标构建

吴卓兰¹，周思成²，黄葭燕¹

¹复旦大学公共卫生学院 上海市重大传染病和生物安全研究院 上海 200032；

²广西壮族自治区疾病预防控制中心 广西南宁 530028

【摘要】目的 构建针对西南地区的疾控体系绩效考核指标，以探究西南地区疾控工作现状特点及不足，进而实现卫生资源优化配置、提升疾控服务质量。**方法** 基于功能分析 AGIL 模型建立考核理论框架，基于文献及焦点小组访谈资料拟定初始考核指标体系，并制定咨询问卷，应用德尔菲法筛选考核指标后，借助层次分析法为指标赋权。**结果** 两轮专家咨询问卷的回收有效率均大于 95%，专家权威系数为 0.90，最终形成包含 7 个一级指标、21 个二级指标、81 个三级指标的绩效考核体系。**结论** 本研究拟定的绩效考核指标体系兼具科学性与现实可行性，探索性拓展疾控体系职能范畴，同时反映西南地区特异性和国家最新政策导向，在实际工作中按省、市、县层级实行差异化应用考核运用指标体系，可为疾病预防控制体系的理论完善与实践发展提供参考。

【关键词】 疾病预防控制；绩效考核；指标体系；德尔菲法；层次分析法

Development of a Performance Evaluation Framework for the Disease Control and Prevention System in Southwest China

WU Zhuo-lan¹, ZHOU Si-cheng², HUANG Jia-yan¹

¹ School of Public Health, Fudan University, Shanghai Institute of Infectious Disease and Biosecurity, Shanghai 200032, China

² Disease Control and Prevention Administration of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning Guangxi 530028, China

Abstract: Objective To develop a performance evaluation framework indicator system for the disease prevention and control system in Southwest China, so as to examine the characteristics and gaps of their work, and to optimize the allocation of health resources as well as improve the quality of disease prevention and control services. **Methods** An theoretical assessment framework index-system was first established based on the AGIL model, An initial indicator system was formulated through literature review and focus group interviews, and the expert consultation questionnaires were developed accordingly. Candidate indicators were screened using the Delphi method, and indicator weights were determined using the analytic hierarchy process (AHP). **Results** The effective response rates for the two rounds of expert consultation were both greater than 95%, and the expert authority coefficient was 0.90. A performance evaluation index system was finalized, comprising 7 primary indexes, 21 secondary indexes, and 81 tertiary indexes. **Conclusion** The proposed indicator system demonstrates both scientific rigor and practical feasibility. It extends the conventional functional

1 作者简介：吴卓兰（2002-），女，复旦大学公共卫生学院在读硕士，主要研究方向为卫生服务。E-mail: 24211020248@m.fudan.edu.cn 通讯作者：黄葭燕。E-mail: jiayanhuang@fudan.edu.cn

boundaries of CDC performance evaluation and incorporates Southwest China's specific needs. Its application can inform the practical implementation of disease prevention and control systems. It reflects regional specificity in Southwest China as well as the latest national policy orientation. In practice, it can be applied with differentiated assessment according to administrative level, and may provide evidence for theoretical refinement and practical development of the disease prevention and control system.

Key words: Disease control and prevention; Performance evaluation; Index system; Delphi method; Analytic hierarchy process

1 引言

时代的发展对我国公共卫生事业提出了新的要求。近年来，以新型冠状病毒感染疫情为代表的接连发生的各项公共卫生事件暴露出当前的疾控体系仍存在协同性不足等短板，亟待通过疾控体系改革进行弥补。适应性改革。为此，一系列国家层面的纲领性文件应运而生，对疾控体系改革发展的整体路线进行规划引导。从2023年底出台的《国务院办公厅关于推动疾病预防控制事业高质量发展的指导意见》，到2026年初发布的《疾病预防控制领域强基实施方案“十五五规划”》，均政策明确强化对疾控体系改革整体路线进行明确规划，强化卫生监督、医防协同等职能延伸的新导向，要求疾控机构按照新职能、新定位发展强化公益性职责，拓展在疾控体系协同融合等领域的业务边界。同时，国家对不同区域的疾控职能进行作出差异化部署。政策倡导“边境省份疾控中心强化跨境传染病防控合作”，“加强‘国门疾控中心’建设”^[1]，“支持边境省份与周边国家或地区开展跨境传染病防控合作”^[2]，又要求“推动国家、区域和省域公共卫生中心建设，发挥辐射支援与示范带动作用”^[3]，在特色差异化基础上实现区域性的整体发展。

为进一步确保改革落地，需要运用绩效考核这一现代组织管理的关键工具。绩效考核能将宏观的战略意向分解为疾控机构可执行、可衡量、可改进的具体行动目标，从而精准促进资源优化配置、有效落实改革落地大方向。然而，目前针对我国疾控工作综合性体系化的绩效考核研究较为鲜见。大多数研究主要侧重疾控机构某单一方面能力的考核^[4,5]，难以全面覆盖高质量发展背景下拓展的疾控机构新职能。维度更为全面的考核指标开发研究中，又多是针对全国范围构建通用性考核指标^[6,7]，将区域特异性与国家政策导向同时纳入考虑的研究较少之又少^[8]，未能充分呼应体现政策文件中差异化发展的最新要求。

本研究所关注的西南地区天然具有特殊性，其作为我国陆地边境线的主要分布区，其跨境人员流动及物资贸易频繁，传染病跨境传播风险显著高于内陆地区，复杂的地缘环境要求该地区疾控机构承担起跨境联防联控等特殊拓展职能。但区域内公共卫生资源配置效率不高^[9]、地理均衡性较差^[10]的状况，又在一定程度上制约了该区域疾控工作的整合统筹推进，亦需借助绩效考核手段予以进行问题识别与改善^[11]。现有的通用性考核指标既无法充分覆盖边境防控等区域专属的拓展职能，也难以精准衡量不同发展基础下的区域性疾控工作成效，

进而难以针对性识别短板、引导资源合理配置。

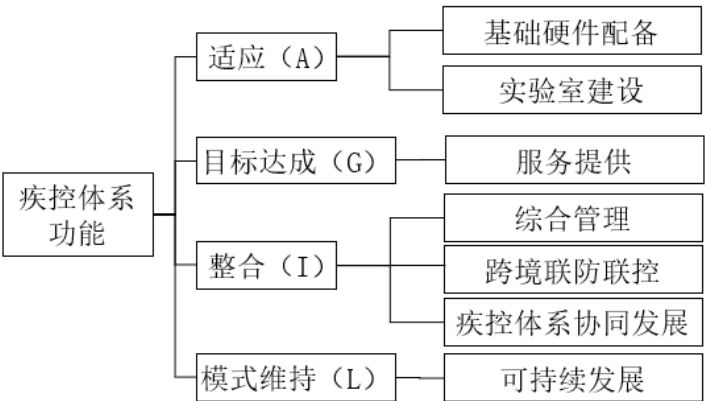
因此，本研究立足最新政策导向，探索性地将“跨境联防联控”与“疾控体系协同发展”等核心拓展职能要求量化为评估工具。本研究旨在通过系统性构建针对西南地区疾控体系的绩效考核指标，准确衡量该地区疾控体系的特点和工作中的不足，服务区域疾控事业谋划、优化公共卫生资源配置，助力区域疾控体系适配性重塑，推动区域疾控能力全面提升，以期为国家疾控高质量发展要求在西南地区落地见效、最终引导西南地区疾控体系整体高质量发展提供依据和指导。

2 研究方法

2.1 研究框架

哈佛大学的社会学者 Talcott Parsons 提出，任何社会系统要实现发展都必须具备适应（adaptation, A）、目标实现（goal-attainment, G）、整合（integration, I）、模式维持（latent pattern maintenance, L）四大功能，这一框架简称为 AGIL 模型^[12]。疾控体系是各级疾控机构依托职能分工协作构成的组织系统，为了维持系统的正常运转，其发展应具备上述功能要件。同时，由于疾控体系的工作内容复杂，借助 AGIL 模型能将分散的业务进行标准化归类，转化为可横向比较的功能模块，以此为基础形成考核指标体系。

因此，本研究的理论框架主要基于 Talcott Parsons 提出的 AGIL 功能分析模型^[19]，结合中国疾控机构职能规定相关的政策文件及疾控工作绩效考核相关文献，而建立理论框架。这一框架旨在全方位总结疾控体系目前应具备的功能，通过评估疾控体系在各项功能上的完成情况来开展考核。为了维持正常运转，疾控体系需要相应具备以下四个功能^[10]：（1）适应性（adaptation, A），系统与外部环境天然存在交互关系，需要从外界获取资源以适应环境，而一定的设施配备是其对外获取资源的基础；（2）目标实现（goal-attainment, G），疾控机构提供的传染病防控、慢性病管理、健康危害因素监测等特定服务是实现机构疾病预防控制目标的明确路径；（3）整合（integration, I），根据相关国家文件中的指导思想^[11]，为使疾控体系各部分协调统一，需要疾控机构内部的进行综合管理，外部开展跨境联防联控，保障疾控体系协调发展；（4）模式维持（latency, L），人才与科研水平的可持续性发展是疾控体系长期延续的必要保障。框架见图 1。



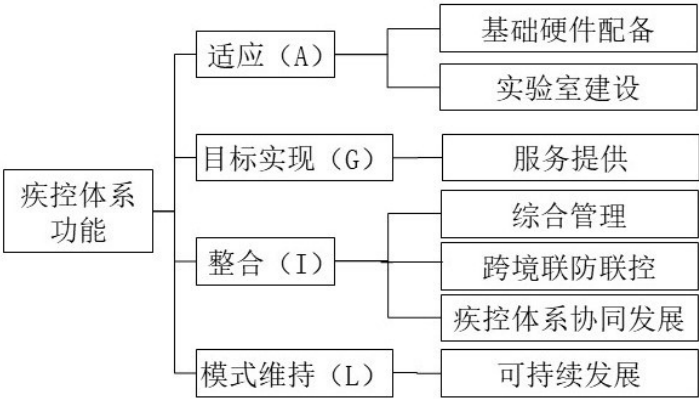


图 1 疾控体系绩效考核研究框架

2.2 资料来源

为收集适应中国特色的考核指标，本研究以各数据库建库至 2026 年 1 月为时限，以“疾病预防控制”“绩效评估”“绩效考核”的主题词作为关键词，在中国知网（CNKI）、维普、万方数据库中检索相关文献并进行汇总。本研究纳入文献的标准为：（1）研究主题涉及疾病预防控制机构的绩效考核；（2）研究提供了可供参考的考核框架和具体指标条目。文献排除标准为：（1）研究对象不涉及疾病预防控制机构；（2）研究仅提及绩效考核概念，未展示具体指标；（3）文献类型为报纸、会议通知、新闻报道，不具备研究设计；（4）研究方法存在关键信息缺失。经去重、主题初筛与全文复核后，期刊来源包括北大核心、CSCD 等将符合标准的文献作为指标构建的文献基础。具体流程详见图 2。

此外，本研究在国家疾控局以及江苏、浙江、上海、四川卫生健康委网站，按“疾病预防控制机构”→“绩效评估”→“绩效考核”→“年度报告”等关键词进行检索，收集并梳理国家以及上述各省发布的疾控机构绩效评估相关的政策文件和指标体系，作为本研究设计的政策依据基础。

10.12201/bmr.202610.00025V1

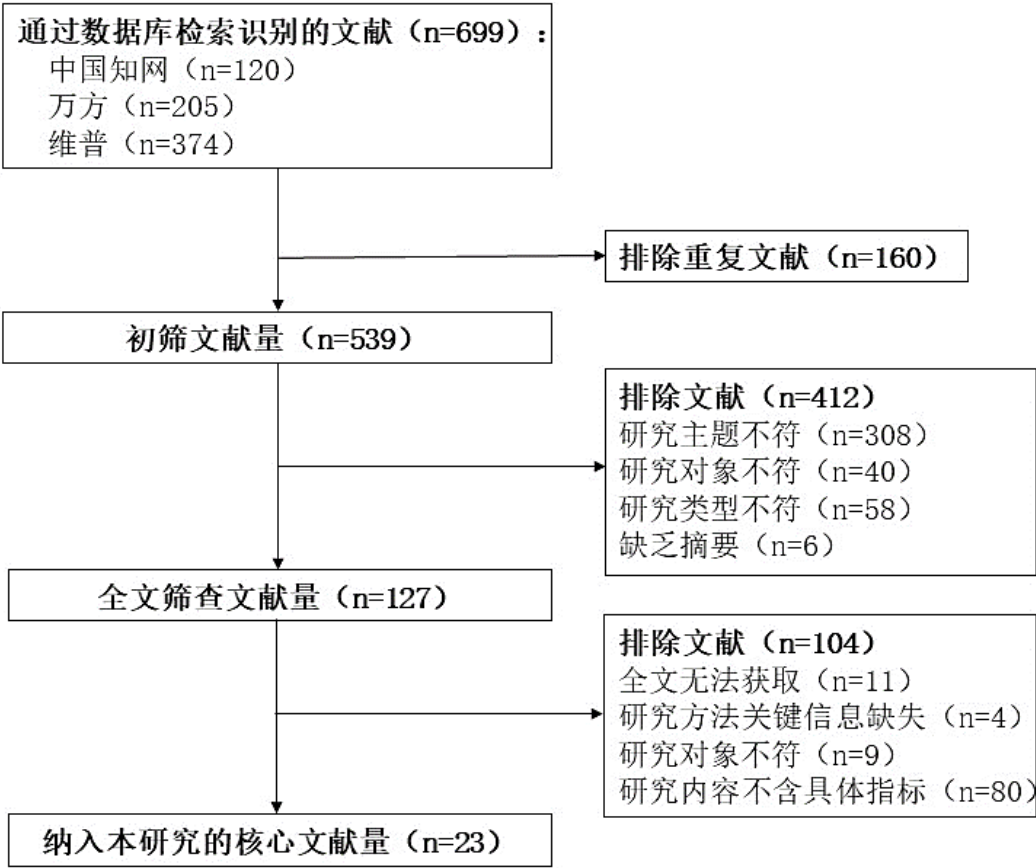


图 2 疾控体系绩效考核指标参考文献检索流程图

2.3 指标构建方法

2.3.1 焦点小组访谈

本研究于西南地区选取了两个城市开展焦点小组访谈，对通过文献研究形成的初始指标池进行探讨。每次访谈均邀请 10 名专家参与，包括该地区市级及县级疾控机构的业务骨干。研究方的访谈团队由两人组成，一人负责主持提问，一人负责记录及补充提问。本研究根据访谈记录调整指标池后，拟定疾控体系绩效考核指标初始架构。

2.3.2 德尔菲法

针对初始指标体系，本研究通过德尔菲法进一步筛选核心指标。共邀请 21 位本领域的匿名专家。针对专家的遴选标准包括如下：（1）专业背景与本研究相关性较高，如属于公共卫生或卫生管理专业领域；（2）具备 10 年以上相关领域的工作经历，部分专家具有西南地区疾控机构的直接实践经验；（3）职业来源工作单位为覆盖疾病预防控制中心和或高校学术界高等院校公共卫生学院；（4）自愿全程参与指标评分工作，熟悉德尔菲法的操作流程与要求具有良好的反馈能力。

本研究共向专家发放两轮咨询问卷。第一轮问卷内容包括：（1）专家基本情况调查，包含影响专家判断的依据（ C_a ）及专家对指标熟悉程度（ C_s ），赋值标准见表 1；（2）指标评分表，请专家对每项指标的重要性及可行性进行打分，从“1-5”用李克特五点法分

10.12201/bmr.202610.00025V1

别表示由低到高的重要/或可行程度。第二轮问卷主要针对基于第一轮专家意见修改后的全套指标重新评分。

表 1 专家判断依据及熟悉程度量化表^[13]

判断依据 (C_a)	对专家判断的影响程度			熟悉程度 (C_s)	赋值
	大	中	小		
理论分析	0.3	0.2	0.1	很熟悉	1.0
实践经验	0.5	0.4	0.3	比较熟悉	0.8
国内外同行的了解	0.1	0.1	0.1	一般熟悉	0.6
直觉	0.1	0.1	0.1	比较不熟悉	0.4
				很不熟悉	0.2

问卷结果本研究使用借助SPSS20.0 软件统计分析问卷结果。专家积极性通过以问卷有效回收率衡量表示^[14]。体现专家权威性的权威系数计算公式为 $C_r=(C_a+C_s)/2$ 。专家意见协调性以通过 Kendall W 系数衡量表示。指标筛选则主要基于界值法，计算各指标评分的满分比、算术均数和变异系数后，根据其统计结果与界值的关系删减指标。满分比的计算公式为：

$$K'_j=m_{j\cdot}/m_j$$

算术均数的计算公式为：

$$M_j=\sum_i^m C_{ij}/m_j$$

变异系数的计算公式为：

$$V_j=\frac{\sigma_j}{x_j}$$

其中， $m_{j\cdot}$ 表示将第 j 个指标评为满分的专家数， m_j 表示为第 j 个指标评分的专家总数， C_{ij} 表示第 i 个专家对第 j 个指标的评分； σ_j 表示第 j 个指标评分的标准差， x_j 表示第 j 个指标评分的算术均数。满分比和算术均数的界值等于“均值-标准差”，保留得分高于界值的指标；变异系数的界值等于“均值+标准差”，保留得分低于界值的指标^[15]。在此基础上，进一步结合专家具体意见，对指标进行取舍与优化。

2.3.32-层次分析法

本研究采用借助层次分析法确定核心指标权重，计算各指标在同一上级指标内各子指标的同级权重，并用此同级权重并通过逐层相乘以上级指标的同级权重后求得各指标的全局权重。请受邀专家基于 Saaty 的 1-9 标度（见表 2），^[14]对同层次指标的重要性进行量化比较，按比较标度对每一指标进行赋值后，形成判断矩阵。基于矩阵结果计算各指标权重特征向量，再归一化处理后求得指标主观权重。计算指标权重。再通过对各层级判断矩阵进行一致性检验，来确认以此判定指标权重系数是否可被接受的可信度，以如一致性比例 CR 值 < 0.1 为判断阈值，满足该条件则认为指标权重系数符合逻辑。统计过程借助使用 R4.3.3 软件执行。

表 2 AHP 的比较标度定义^[16]

比较标度	定义
1	表示两个被比较的指标同等重要
3	表示两个指标相比，前者略微比后者重要
5	表示两个指标相比，前者明显比后者重要
7	表示两个指标相比，前者显著比后者重要
9	表示两个指标相比，前者绝对比后者重要
2, 4, 6, 8	过渡值，表示上述相邻标度的中间重要性程度
倒数	表示两个指标相比，后者比前者重要

3 研究结果

3.1 初始指标体系

在初始指标体系形成阶段，本研究基于 AGIL 理论框架，结合文献研究及定性访谈资料，对疾控传统职能与拓展职能的工作内容进行系统梳理。为免考察关键职能的指标在初筛阶段即被剔除，进而影响德尔菲阶段评价框架的完整性，本研究对焦点小组访谈专家建议保留的备选指标均予以采纳。基于此，本研究初步拟定疾控体系绩效考核指标架构，共包含 7 个一级指标、22 个二级指标、99 个三级指标，全面覆盖疾控体系的职责领域。基础硬件配备维度评估硬件设施对疾控工作的保障能力，实验室建设维度衡量实验室设备基础、检验项目能力及质量安全。服务提供维度考核疾控核心业务成效，综合管理维度考核疾控机构内部治理水平，可持续发展维度考核人才与科研建设情况。跨境联防联控维度考核跨境公卫安全防线构建情况，疾控体系协同发展维度考核体系的协同运行能力。

3.2 专家基本情况

本研究邀请的 21 位专家，主要均属于公共卫生与或卫生管理专业，部分其中 2 名专家横跨兼具两个专业领域的教育经历。71.4% 的专家任职于国内疾控机构，含中国疾病预防控制中心专家 4 名，省级疾病预防控制中心专家 11 名。另外，工龄达二十年以上的专家占比 71.4%。具体情况详见表 32。

表 32 专家基本信息

人口学特征	频数 (n)	构成比 (%)
性别		
女	7	33.3
男	14	66.6
年龄		
41-45	5	23.8
46-50	4	19.0
51-55	4	19.0
56-60	6	28.6
> 60	2	9.5
单位类型		
疾控机构	15	71.4
高等院校	6	28.6
工龄		
11-20	6	28.6
21-30	6	28.6
> 30	9	42.9

10.12201/bmr.202610.00025V1

10.12201/bmr.202610.00025V1

学历		
本科	1	4.8
硕士	4	19.0
博士	16	76.2
职称		
副高级	1	4.8
正高级	20	95.2
专业类型		
公共卫生	18	85.7
卫生管理	5	23.8
从事工作		
教学科研	7	33.3
公共卫生	17	81.0
行政管理	4	19.0

3.3 专家积极性

两轮次专家咨询均发放问卷 21 份，回收问卷 21 份，回收有效率大于 95%，表明专家积极性较高。

3.4 专家权威性

本研究基于理论分析、实践经验、国内外同行了解、直觉等判断依据对专家的影响程度（ $C_a = 0.94 \pm 0.07$ ），结合专家对指标的熟悉程度（ $C_s = 0.87 \pm 0.10$ ），计算得综合权威系数（ $C_r = 0.90 \pm 0.07$ ）。综合权威系数值大于 0.8，表明专家权威性及意见可信程度较高^[17]。

3.5 专家意见协调程度

经检验，两轮咨询中重要性及可行性评分的 Kendall W 系数对应的 P 值均小于 0.001，结果具有统计学意义，认为表明专家意见存在总体具有一致性趋势^[7]。具体情况详见表 43。

表 43 专家意见协调系数

轮次	重要性评分			可行性评分		
	W	χ^2	P	W	χ^2	P
第一轮	0.169	365.552	0.001	0.164	291.992	0.001
第二轮	0.182	377.615	0.001	0.151	295.581	0.001

3.6 指标体系及权重结果

第一轮咨询后，根据界值法判定标准并结合专家意见，进行以下修改：

- （1）为有层级职能差异性的指标增设分级标注；
- （2）新增三级指标“常规经费预算编制精准率”→“常规物资供应及时率”→“单位档案达标等级”→“跨境防控多部门协同参与率”→“跨境传染病病原检测结果报告及时率”→“跨境传染病预警响应率”；
- （3）删除二级指标“满意度”及其下级指标“职工满意度”→“服务对象满意度”，三级指标“建筑选址合理性”→“业务用房面积占比”→“其他保障用房情况”→“实验室 B 类仪器设备配置情况”→“辖区接种单位数量（家）”→“疑似预防接种异常反应分类率”→“新报告丙肝抗体阳性者核酸检测比例”→“新诊断丙肝病例抗病毒治疗比例”→“参与结

10.12201/bmr.202610.00025V1

核病实验室痰涂片室间质评次数”→“暴发疫情有效控制指数”→“具有食品检验机构资质率”→“卫生监督执法保障用房配置”→“卫生监督综合效能优化”→“落实重新开展有偿卫生技术服务”→“疾控机构改革任务完成情况”→“疾控中心编制使用率”→“实验室的中高级职称检验人员占比”→“继续医学教育合格率”、“弹性管理的绩效工资政策”→“科研平台的数量”→“与口岸海关、边检等多部门联合演练次数”、“跨境交流合作次数”→“跨境人员 HIV 筛查项目开展情况”；

(4) 将“基础硬件配备”中的“建筑总体要求”和“用房情况”合并为“建筑用房配置”，“应急或业务用车数”分开为两项指标并分别进行界定，“慢性病监测开展情况”拆分为“慢阻肺病例登记报告覆盖率[省市级]”→“心脑血管疾病急性事件报告达标率[省市级]”两项指标。

第二轮咨询中，专家对修改后的考核指标基本无异议达成一致意见。最终形成具有 7 个一级指标、21 个二级指标、81 个三级指标的绩效考核体系，并基于专家对指标重要性的赋值结果确定各层级指标权重。一、二级指标及对应权重详见表 4，可视化结果见图 2。三级指标作为评估工具主要用于实际考核，其完整列表及权重详见附录表 5。一级指标中，“服务提供”和“可持续发展”的权重最高，高于硬件配备相关的一级指标；“跨境联防联控”及“疾控体系协同发展”的权重最低。针对所有二级指标进行比较中，则是“建筑用房配置”和“人才队伍建设”的权重相对最高，“卫生监督执法”及“健康教育”的权重相对最低。三级指标中，“跨境联防联控”及“疾控体系协同发展”维度内的三级指标权重普遍低于“基础硬件配备”、“实验室建设”、“综合管理”“可持续发展”等传统职能维度。

表 4 疾控体系绩效考核一级和二级指标权重情况

一级指标	权重	二级指标	同级权重	全局权重
1 基础硬件配备	0.157	1.1 建筑用房配置	0.725	0.114
		1.2 车辆配备	0.275	0.043
2 实验室建设	0.155	2.1 检验检测设备	0.281	0.044
		2.2 检验检测能力	0.442	0.069
		2.3 实验室质量管理	0.277	0.043
3 服务提供	0.181	3.1 传染病预防控制	0.280	0.051
		3.2 慢性非传染性疾病预防控制	0.137	0.025
		3.3 卫生应急	0.263	0.048
		3.4 健康危害因素监测与控制	0.127	0.023
		3.5 卫生监督执法	0.112	0.020
		3.6 健康教育	0.081	0.015
4 综合管理	0.135	4.1 党建工作	0.334	0.045
		4.2 信息管理	0.374	0.051
		4.3 基础运行保障管理	0.293	0.040
5 可持续发展	0.174	5.1 人才队伍建设	0.638	0.111
		5.2 科研能力	0.362	0.063
6 跨境联防联控	0.103	6.1 跨境防控合作机制	0.296	0.030
		6.2 跨境监测管理	0.285	0.029
		6.3 跨境疫情处置	0.419	0.043
7 疾控体系协同发展	0.095	7.1 疾控体系纵向赋能	0.603	0.058
		7.2 医防协同机制建设	0.397	0.038

注：所有矩阵的 CR 均小于 0.1，一致性检验通过。

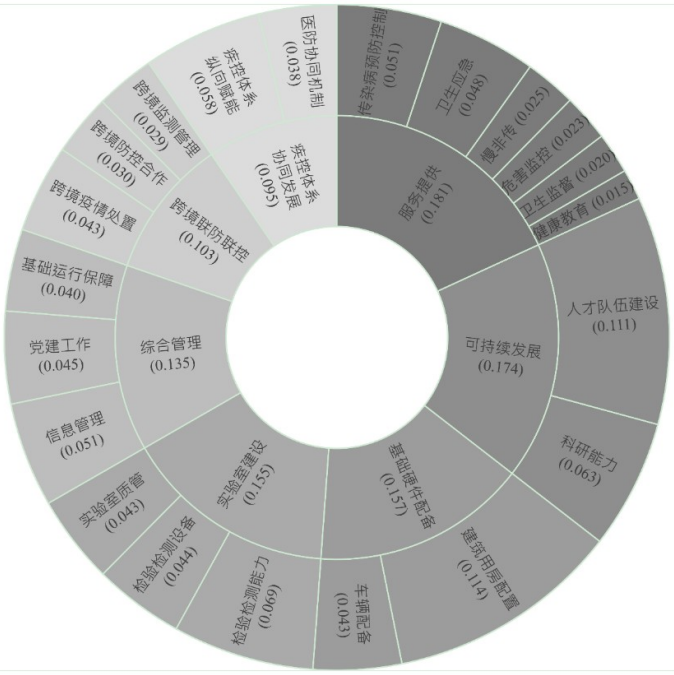


图 32 疾控体系绩效考核一级和二级指标权重旭日图

注：内圈为一级指标，外圈为二级指标；扇形面积代表指标的全局权重大小，括号内为指标的全局权重值。

补充表 51 疾控体系绩效考核三级指标权重

一级指标	二级指标	三级指标	同级权重	全局权重
1 基础硬件配备	1.1 建筑用房配置	1.1.1 房屋建筑面积	0.202	0.023
		1.1.2 实验用房面积占比	0.238	0.027
		1.1.3 功能分区和建筑布局合理性	0.269	0.031
		1.1.4 建筑安全功能	0.291	0.033
	1.2 车辆配备	1.2.1 冷链运输车辆数	0.382	0.016
		1.2.2 应急用车数	0.446	0.019
		1.2.3 业务用车数	0.172	0.007
	2.1 检验检测设备	2.1.1 实验室 A 类仪器设备配置情况	1.000	0.044
		2.2.1 实验室 A 类检验项目具备率	0.356	0.024
2 实验室建设	2.2 检验检测能力	2.2.2 实验室 A 类检验项目开展率	0.379	0.026
		2.2.3 B 类检验项目数量	0.114	0.008
		2.2.4 食品和饮用水放射性检测能力	0.150	0.010
		2.3.1 实验室生物安全管理	0.480	0.021
	2.3 实验室质量管理	2.3.2 实验室质控考核通过率	0.354	0.015
		2.3.3 实验室主动参加外部质量控制考核情况	0.167	0.007
	3.1 传染病预防控制	3.1.1 重点传染病哨点监测设区市覆盖率[省级]	0.070	0.004
		3.1.2 传染病监测数据自动化采集率	0.036	0.002
		3.1.3 传染病疫情信息报告综合评价指数[市县级]	0.051	0.003
		3.1.4 突发公共卫生事件报告及时率[市县级]	0.084	0.004
		3.1.5 本级最大疫苗冷链冷藏储存及运输能力	0.051	0.003
		3.1.6 适龄儿童国家免疫规划疫苗出生队列接种率	0.088	0.004
		3.1.7 疑似预防接种异常反应报告率	0.048	0.002
		3.1.8 数字化接种门诊覆盖率	0.030	0.002
		3.1.9 艾滋病存活感染者和病人随访检测比例	0.080	0.004
		3.1.10 暗娼男同人群月均干预覆盖率	0.055	0.003
		3.1.11 肺结核患者成功治疗率	0.072	0.004
		3.1.12 肺结核患者规范管理率	0.061	0.003
		3.1.13 传染病输入继发聚集性疫情控制情况	0.200	0.010
		3.1.14 流调报告规范率	0.075	0.004
3 服务提供	3.2 慢性非传染性疾病预防控制	3.2.1 全人群死亡信息登记覆盖率[省市级]	0.425	0.011

		3.2.2 慢阻肺病例登记报告覆盖率[省市级]	0.186	0.005
		3.2.3 心脑血管疾病急性事件报告达标率[省市级]	0.195	0.005
		3.2.4 规范开展国家慢性病示范区建设	0.193	0.005
	3.3 卫生应急	3.3.1 基层应急小分队验收通过情况	0.411	0.020
		3.3.2 基层应急小分队培训演练情况	0.312	0.015
		3.3.3 应急物资储备基地市覆盖率[省级]	0.277	0.013
	3.4 健康危害因素监测与控制	3.4.1 重点职业病监测工作完成率	0.224	0.005
		3.4.2 食源性聚集性病例识别核实率	0.243	0.006
		3.4.3 食源性疾病暴发事件原因查明率[市县级]	0.253	0.006
		3.4.4 营养监测完成率	0.132	0.003
		3.4.5 重点场所消毒监测覆盖率[市级]	0.148	0.003
	3.5 卫生监督执法	3.5.1 卫生监督人员配置[市县级]	0.149	0.003
		3.5.2 卫生监督现场执法装备配置	0.076	0.002
		3.5.3 卫生监督执法车辆配置	0.061	0.001
		3.5.4 行政执法制度落实情况	0.156	0.003
		3.5.5 卫生执法保障能力建设	0.134	0.003
		3.5.6 卫生监督执法任务完成情况[市县级]	0.145	0.003
		3.5.7 卫生监督投诉举报响应质量[市县级]	0.106	0.002
		3.5.8 卫生监督执法合规性[市县级]	0.173	0.004
	3.6 健康教育	3.6.1 卫生宣传政务新媒体运营[省市级]	0.278	0.004
		3.6.2 居民健康素养水平	0.722	0.011
4 综合管理	4.1 党建工作	4.1.1 党建工作责任制落实情况	1.000	0.045
	4.2 信息管理	4.2.1 疾控综合管理系统数据报告及时率	0.547	0.028
		4.2.2 疾控综合管理系统数据报告完整规范率	0.453	0.023
	4.3 基础运行保障管理	4.3.1 常规经费预算编制精准率	0.330	0.013
		4.3.2 常规物资供应及时率	0.462	0.018
		4.3.3 单位档案达标等级	0.208	0.008
5 可持续发展	5.1 人才队伍建设	5.1.1 每万常住人口疾控中心在岗人员数	0.208	0.023
		5.1.2 每万常住人口疾控中心在编人员数	0.140	0.015
		5.1.3 在编卫生技术人员占比	0.166	0.018
		5.1.4 在编中高级职称人员占比	0.131	0.015
		5.1.5 硕士研究生及以上学历学位在编人才占比	0.138	0.015
		5.1.6 实验室检验人员占比	0.115	0.013
		5.1.7 公共卫生人才培养支持情况	0.102	0.011
	5.2 科研能力	5.2.1 科研项目的数量	0.307	0.019

6 跨境联防联控	6.1 跨境防控合作机制	5.2.2 论文产出数量[省市级]	0.173	0.011
		5.2.3 发明专利/标准和成果转化数量[省市级]	0.253	0.016
		5.2.4 科研获奖数[省市级]	0.267	0.017
		6.1.1 口岸地区卫生健康部门与海关建立跨境传染病防控合作机制	0.231	0.007
		6.1.2 口岸地区卫生健康部门与海关建立定期信息通报机制	0.230	0.007
		6.1.3 重点传染病疫情信息通报及时率[省级]	0.302	0.009
		6.1.4 跨境防控多部门协同参与率	0.237	0.007
	6.2 跨境监测管理	6.2.1 边境市县检疫和监测传染病目录内病原检测能力达标率	0.250	0.007
		6.2.2 边境地区症候群哨点监测覆盖率	0.202	0.006
		6.2.3 跨境传染病病原检测结果及时报告率	0.281	0.008
		6.2.4 跨境传染病预警响应率	0.266	0.008
	6.3 跨境疫情处置	6.3.1 境外输入疫情规范处置率	1.000	0.043
		7.1.1 专业人员下基层指导人均天数	1.000	0.058
	7 疾控体系协同发展	7.2.1 疾控和医疗机构协同联动机制	0.505	0.019
		7.2.2 疾控监督员管理办公室设置率[市级]	0.223	0.008
		7.2.3 二级以上医疗机构专职疾控监督员派驻率[市级]	0.272	0.010

注：所有矩阵的 CR 均小于 0.1，一致性检验通过。

4 讨论

4.1 指标体系具备的科学性和现实可行性

本研究的初版指标是基于科学理论框架，依据相关政策文件导向及学术文献资料，综合国家及各地区现行的疾控机构绩效考核指标构建而成的，涵盖疾控体系的各大核心工作维度。针对初始指标体系进行筛选的过程，则主要应用该领域公认比较经典的德尔菲法^[17]。为精简保留核心指标，需要评审专家提供可行的意见，因此本研究选择的专家均与研究领域关联度较强，七成以上的专家具备在疾病预防控制机构的实践经验，现属或曾属的单位包含中国疾病预防控制中心、西南地区各省的疾病预防控制中心等。其余专家在各大高校从事过相关理论研究工作，而且王龄普遍较长，对疾控体系的运作较为熟悉，也能提出切合西南地区目前实际情况的建议，专家组具备疾控实践与理论研究双重背景，两类视角形成专业互补，保障考核指标符合西南地区疾控工作特点，且同时兼顾可用科学性与可行性。本研究指标规模与既往具有多层次体系的综合性绩效考核研究一致，三级指标数量处于同类研究保留的最终指标数量区间范围，介于最低值 67 个^[7]到最高值 104 个^[18]之间。

4.2 绩效考核指标体系的意义可引导疾控体系未来发展方向

4.2.1 职能范畴探索性拓展及西南地区适配性

目前，国内疾控绩效考核已有较为成熟的研究基础，主要针对全国范围构建通用的疾控绩效考核指标体系^[6,7]，为指标开发提供了标准化研究范式。在实践层面，国家卫生计生委于 2015 年发布《全国疾病预防控制机构绩效评价指标体系（试行）》，但并未全面推广实行。而历经多年发展，疾控职能定位也已产生变动。政策文件明确指出应“做好市、县级疾控中心重新组建工作，稳妥有序推进与同级卫生监督机构整合”、“边境省份疾控中心强化跨境传染病防控合作”^[3]，以及“强化上级疾控机构对下级疾控机构的业务领导和工作协同”^[1]、“创新医防协同、医防融合机制”^[3]，要求对疾控机构职能范畴进行拓展与重构。因此，在既往研究的实验室检验、服务提供、综合管理、可持续发展等疾控传统职能基础上，本研究依据最新政策导向，进一步拓展评价维度，探索性地引入卫生监督、跨境联防联控、疾控体系协同发展等新职能，并构建量化评价指标，以期弥补现有考核体系在新职能评价方面的不足。

其中，区别于全国通用的指标体系，针对西南地区毗邻多国的地理特征，本研究将跨境联防联控工作纳入考核。同时，结合西南地区的发展现状，本研究对指标体系进行差异化设计。与江浙沪等经济社会发展水平较高的地区不同，西南地区疾控体系应优先强化基础业务能力，因此考核指标侧重基础业务指标评价，并未纳入伤害防控等进阶评价内容。基于西南地区疾病流行特征，防控指标重点覆盖艾滋病、结核病，而并未将丙型肝炎等疾病的防控纳入考核。另外，为进一步提升指标的区域适用性，本研究依据焦点小组访谈专家意见，优先选取能通过西南地区疾控信息系统获取数据支持的指标。

4.2.2 指标体系反映疾控未来发展方向软实力仍应为疾控体系建设核心

根据本研究统计结果得到的权重表，“服务提供”的权重在所有一级指标中最高，这与既往研究结果相符合^[6]，体现专家对其突出重要性的肯定。究其原因，“服务提供”作为疾

控体系核心职能与差异化特色的载体，使疾控机构具有区别于其他组织的独特存在价值，地位关键其意义自然不言而喻。此外，涉及人才和科技要素的一级指标“可持续发展”权重水平位居第二。其“可持续发展”与疾控体系的核心竞争力、长期发展潜力密切相关，也具有极为关键的地位。以上两部分“服务提供”及“可持续发展”的权重大于“基础硬件配备”等硬件方面指标的结果，与国家重视软实力建设的导向是一致的^[19]，反映疾控未来的发展方向。对疾控体系建设中需要重点关注的模块赋予较高的权重，强化其重要性，也即仍将以软实力作为疾控体系建设的核心。

另外，本次研究中，卫生监督、跨境联防联控、疾控体系协同发展等新职能相关指标的专家赋权低于硬件配备、人才建设等传统考核指标。然而，完整的考核指标体系仍需纳入上述新职能，以体现疾控体系协同融合的发展方向。绩效考核具有激励和导向作用，可引导各级疾控机构逐步将新职能融入常态化工作，并促进资源配置向相关领域倾斜。进而依托绩效考核的激励作用，引导资源持续向特色支柱与深化长效领域集聚，以维持疾控体系长久存续及发展的活力。

4.2.2 绩效指标体现疾控体系职能边界拓展的新导向

在既往研究中提及的传统疾控职能以外^[3,4]，本研究按照《国务院办公厅关于推动疾病预防控制事业高质量发展的指导意见》及《疾病预防控制领域强基实施方案》中的最新纲领，引入了卫生监督、跨境联防联控、疾控体系协同发展等新方向。文件中指出，“市、县疾控中心（卫生监督所）要按照新职能、新定位，进一步强化公益性职责，加快理顺管理体制、运行机制，促进业务流程、资源配置等有机整合”、“加强传染病跨境联防联控和信息交流”以及“强化上级疾控机构对下级疾控机构的业务领导和工作协同”、“创新医防协同、医防融合机制”^[47,48]，呼吁对疾控机构职能进行适应新时代的重构。为实现这一目标，本研究以绩效考核为抓手，以期落实文件中对应的疾控体系工作导向。

卫生监督指标将监管职能整合进疾控机构，使其突破单一的功能边界，以构建防控与监管联动的新体系；跨境联防联控指标与西南地区的区位特点相匹配，体现疾控职能突破地域行政边界，从属地防控向全域联防联控升级；疾控体系协同发展指标明确跨层级、跨领域的联动标准，体现疾控职能突破分散机构边界的趋势。由此，本研究尝试将卫生监督、跨境联防联控、疾控体系协同发展相关的指标置入绩效考核体系中，以弥补既往考核体系在衡量拓展职能时的不足。虽然可能因在目前疾控体系的绩效考核中尚未全面推广，相应指标的专家评价权重低于硬件配备、人才建设等常规考核指标，但仍应将这些新方向融入以形成完整框架，通过绩效考核的激励效用，引导资源逐步向延伸职能边界的导向倾斜。

4.3 指标体系的应用价值采取分级差异化运用模式

本研究构建具有三级指标权重的指标体系，为西南地区疾控机构自我诊断与区域内横向比较提供量化工具。疾控机构可根据对应层级的考核结果，识别职能履行过程的薄弱环节，为疾控工作的改善提供参考。同时，基于指标体系针对西南地区的标准化适用性，卫生行政部门可对区域内同一级别的机构绩效进行比较，考核结果可为区域疾控能力的整体建设规划提供参考。

此外，指标体系的考核结果可纳入弹性工资管理制度，作为核定单位奖励性绩效工资总量的重要依据。考核成绩优异的单位，可获得更高额度的奖励性绩效工资。在此基础上，单位可开展绩效工资的二次分配，进一步体现优绩优酬的分配导向。将绩效考核指标体系应用于评价反馈环节，能够充分调动单位及其员工的工作积极性，进而促进疾控工作质量与服务效率提升。

根据我国省、市、县三级疾控机构在公共卫生网络内有功能定位差异的客观现实，本研究在构建绩效考核体系的过程中参考专家意见与既往研究设计^[4]，对指标进行级别划分，不同机构层级亦有不同的指标值要求。分级差异化运用机制既能体现不同级别疾控机构的特异性定位，又可保障同级机构的跨区域横向可比性，有助于整体考核各级疾控机构在其法定职能边界内的工作绩效。

具体而言，考核体系中的大部分指标属于各级疾控机构均需承担的普适性职能，作为评估西南地区整体疾控工作成效的基本通用框架；而附有级别标签的特定指标则构成机构层级上的差异化考核模块，考核主体可根据被考核单位的具体级别实行模块化动态调用。例如，在对省级疾控机构进行考核时，评估框架由“西南地区疾控体系绩效考核通用指标+省级专属指标”构成，突出省级单位的宏观指导作用；而在考核市级机构时，评估框架为“西南地区疾控体系绩效考核通用指标+市级专属指标”，强调承上启下的区域统筹功能；考核县级机构时，则为“西南地区疾控体系绩效考核通用指标+县级专属指标”，侧重基础公卫工作的执行与落实。在此基础上形成的各项绩效考核指标，其统计得分所需的数据可从各级单位相应的工作台账中收集。

4.4 局限性

受客观条件所限，本研究采用德尔菲法以筛选指标。虽然该方法其存在主观性较强的局限性，但在指标数量较多、能积极配合的疾控领域专家有限、因子分析等对样本量要求较高的客观统计方法缺乏实施基础的情况下前提下，德尔菲法可通过匿名多轮咨询最大化凝聚专家共识，是较为适宜的选择^[20]，保障研究的可行性。

再者另外，本研究对于部分专家提出的伤害防控等服务提供方面的细分业务未进行拓展。不过，除考虑到西南地区特殊性外，也由于当前指标体系已较为饱和，若进一步新增三级指标，可能会提高数据收集难度、稀释核心指标权重，进而影响指标体系在实际应用价值中的可行性。故本研究在第二轮咨询前对这一此考量结果亦进行了说明，在多数专家达成共识的基础上，最终未纳入细分的业务指标。

另外，本研究主要聚焦一、二级指标的宏观导向分析，未对三级指标权重进行比较。但由于层次分析法特性的限制，三级指标的权重受上级指标继承效应及同级数量稀释效应的影响较高，单纯的统计学权重排名分析意义不大，故定位三级指标及其权重作为疾控机构的考核管理工具，主要发挥其应用价值。

参考文献

[1] 国家疾控局. 关于印发疾病预防控制领域强基实施方案的通知 [EB/OL]. [2026-02-22].

- https://www.ndcpa.gov.cn/jbkzzx/c100014/common/content/content_2015961597342027776.html.
- [2] 国家疾控局, 国家发展改革委, 财政部, 等. 关于印发《疾病预防控制 “十五五” 规划》的通知 [EB/OL]. [2026-07-30].
https://www.ndcpa.gov.cn/jbkzzx/c100014/common/content/content_2081594149653876736.html.
- [3] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于推动疾病预防控制事业高质量发展的指导意见 [EB/OL]. (2023-12-25)[2025-07-11].
https://www.gov.cn/zhengce/content/202312/content_6922483.htm.
- [4] 米玉倩, 吴静, 梁晓峰. 我国疾病预防控制机构实验室检验能力分析[J]. 中国卫生政策研究, 2017(3): 75-80.
- [5] 陈蓉, 何永超, 张放, 等. 疾病预防控制机构卫生应急能力评估指标体系构建[J]. 浙江大学学报(医学版), 2018(2): 137-142.
- [6] 李程跃. 我国疾病预防控制绩效考核的研究与实践 [D/OL]. 复旦大学, 2011[2025-11-23].
<https://kns.cnki.net/KCMS/detail/detail.aspx?dbcode=CDFD&dbname=CDFD0911&filename=1011184122.nh>.
- [7] SUN H, WANG Y, CAI H, et al. The development of a performance evaluation index system for Chinese Centers for Disease Control and Prevention: a Delphi consensus study[J/OL]. Global Health Research and Policy, 2024, 9: 28. DOI:10.1186/s41256-024-00367-w.
- [8] 朱细红, 周文红, 魏雄杰, 等. 疾病预防控制机构绩效考核的问题与对策[J/OL]. 中国农村卫生事业管理, 2021, 41(5): 364-366. DOI:10.19955/j.cnki.1005-5916.2021.05.013.
- [9] 朱依曦, 冯语盈. 基于 DEA 模型与面板 Tobit 的我国公共卫生资源配置效率研究[J]. 中国卫生政策研究, 2022(12): 54-59.
- [10] 张涛, 孙立奇, 李书婷, 等. 我国公共卫生资源配置的公平与效率分析——基于 HRAD 和 DEA 的研究[J]. 中国卫生政策研究, 2017(9): 57-62.
- [11] DEANGELO J W, BEITSCH L M, BEAUDRY M L, et al. Turning Point Revisited: Launching the Next Generation of Performance Management in Public Health[J/OL]. Journal of public health management and practice: JPHMP, 2014, 20(5): 463-471. DOI:10.1097/PHH.0000000000000028.
- [12] 高红, 宫雪. AGIL 框架下社区社会组织的功能系统与提升路径[J]. 南京师大学报(社会科学版), 2018(3): 25-31.
- [13] 张倩, 白钢, 王琪, 等. 基于德尔菲专家咨询法的内蒙古鄂托克旗鼠疫防控示范区防控效果评价指标体系构建[J]. 中国公共卫生, 2024(7): 868-873.
- [14] BABBIE E. The practice of social research, 9th ed[M]. Belmont, CA, US: Wadsworth/Thomson Learning, 2001: xxiii, 498.
- [15] SHI J, SUN X, MENG K. Identifying organisational capability of hospitals amid the new healthcare reform in China: a Delphi study[J/OL]. BMJ Open, 2021, 11(1): e042447. DOI:10.1136/bmjopen-2020-042447.
- [16] SAATY T L. RANK GENERATION, PRESERVATION AND REVERSAL IN THE ANALYTIC HIERARCHY DECISION PROCESS.[J/OL]. Decision Sciences, 1987, 18(2): 157-177. DOI:10.1111/j.1540-5915.1987.tb01514.x.
- [17] 钟辰阳, 黄葭燕. 卫生发展援助动因分析指标体系构建[J]. 中国卫生政策研究, 2024(9): 68-75.
- [18] 郝模;李程跃;孙梅;张瑜;汪华;陈政;汤善健;林尚立;罗力;刘鹏程;郑乐乐. 《我国疾病预防控制绩效考核的研究与实践》研究结果简介[J]. 中国卫生资源, 2012, 15(1).
- [19] 国家发展和改革委员会. “健康中国 2030”规划纲要 [EB/OL]. [2026-01-26].
https://www.ndrc.gov.cn/fggz/fzzlgh/gjjzxgh/201705/t20170517_1196770.html.
- [20] 应桂英, 李恒, 段占祺, 等. 卫生统计指标筛选方法评价[J]. 中国卫生事业管理, 2012(6): 465-467.

附录

补充表 1 疾控体系绩效考核三级指标权重

一级指标	二级指标	三级指标	同级权重	全局权重	
1 基础硬件配备	1.1 建筑用房配置	1.1.1 房屋建筑面积	0.202	0.023	
		1.1.2 实验用房面积占比	0.238	0.027	
		1.1.3 功能分区和建筑布局合理性	0.269	0.031	
		1.1.4 建筑安全功能	0.291	0.033	
	1.2 车辆配备	1.2.1 冷链运输车辆数	0.382	0.016	
		1.2.2 应急用车数	0.446	0.019	
		1.2.3 业务用车数	0.172	0.007	
2 实验室建设	2.1 检验检测设备	2.1.1 实验室 A 类仪器设备配置情况	1.000	0.044	
	2.2 检验检测能力	2.2.1 实验室 A 类检验项目具备率	0.356	0.024	
		2.2.2 实验室 A 类检验项目开展率	0.379	0.026	
		2.2.3 B 类检验项目数量	0.114	0.008	
		2.2.4 食品和饮用水放射性检测能力	0.150	0.010	
	2.3 实验室质量管理	2.3.1 实验室生物安全管理	0.480	0.021	
		2.3.2 实验室质控考核通过率	0.354	0.015	
		2.3.3 实验室主动参加外部质量控制考核情况	0.167	0.007	
	3 服务提供	3.1 传染病预防控制	3.1.1 重点传染病哨点监测设区市覆盖率[省级]	0.070	0.004
			3.1.2 传染病监测数据自动化采集率	0.036	0.002
3.1.3 传染病疫情信息报告综合评价指数[市县级]			0.051	0.003	
3.1.4 突发公共卫生事件报告及时率[市县级]			0.084	0.004	
3.1.5 本级最大疫苗冷链冷藏储存及运输能力			0.051	0.003	
3.1.6 适龄儿童国家免疫规划疫苗出生队列接种率			0.088	0.004	
3.1.7 疑似预防接种异常反应报告率			0.048	0.002	
3.1.8 数字化接种门诊覆盖率			0.030	0.002	
3.1.9 艾滋病存活感染者和病人随访检测比例			0.080	0.004	
3.1.10 暗娼男同人群月均干预覆盖率			0.055	0.003	
3.1.11 肺结核患者成功治疗率			0.072	0.004	
3.1.12 肺结核患者规范管理率			0.061	0.003	
3.1.13 传染病输入继发聚集性疫情控制情况			0.200	0.010	
3.1.14 流调报告规范率			0.075	0.004	

4 综合管理	3.2 慢性非传染性疾病预防控制	3.2.1 全人群死亡信息登记覆盖率[省市级]	0.425	0.011
		3.2.2 慢阻肺病例登记报告覆盖率[省市级]	0.186	0.005
		3.2.3 心脑血管疾病急性事件报告达标率[省市级]	0.195	0.005
		3.2.4 规范开展国家慢性病示范区建设	0.193	0.005
	3.3 卫生应急	3.3.1 基层应急小分队验收通过情况	0.411	0.020
		3.3.2 基层应急小分队培训演练情况	0.312	0.015
		3.3.3 应急物资储备基地市覆盖率[省级]	0.277	0.013
	3.4 健康危害因素监测与控制	3.4.1 重点职业病监测工作完成率	0.224	0.005
		3.4.2 食源性聚集性病例识别核实率	0.243	0.006
		3.4.3 食源性疾病暴发事件原因查明率[市县级]	0.253	0.006
		3.4.4 营养监测完成率	0.132	0.003
		3.4.5 重点场所消毒监测覆盖率[市级]	0.148	0.003
	3.5 卫生监督执法	3.5.1 卫生监督人员配置[市县级]	0.149	0.003
		3.5.2 卫生监督现场执法装备配置	0.076	0.002
		3.5.3 卫生监督执法车辆配置	0.061	0.001
		3.5.4 行政执法制度落实情况	0.156	0.003
		3.5.5 卫生执法保障能力建设	0.134	0.003
		3.5.6 卫生监督执法任务完成情况[市县级]	0.145	0.003
		3.5.7 卫生监督投诉举报响应质量[市县级]	0.106	0.002
		3.5.8 卫生监督执法合规性[市县级]	0.173	0.004
	3.6 健康教育	3.6.1 卫生宣传政务新媒体运营[省市级]	0.278	0.004
		3.6.2 居民健康素养水平	0.722	0.011
4 综合管理	4.1 党建工作	4.1.1 党建工作责任制落实情况	1.000	0.045
	4.2 信息管理	4.2.1 疾控综合管理系统数据报告及时率	0.547	0.028
		4.2.2 疾控综合管理系统数据报告完整规范率	0.453	0.023
	4.3 基础运行保障管理	4.3.1 常规经费预算编制精准率	0.330	0.013
		4.3.2 常规物资供应及时率	0.462	0.018
		4.3.3 单位档案达标等级	0.208	0.008
5 可持续发展	5.1 人才队伍建设	5.1.1 每万常住人口疾控中心在岗人员数	0.208	0.023
		5.1.2 每万常住人口疾控中心在编人员数	0.140	0.015
		5.1.3 在编卫生技术人员占比	0.166	0.018
		5.1.4 在编中高级职称人员占比	0.131	0.015
		5.1.5 硕士研究生及以上学历学位在编人才占比	0.138	0.015
		5.1.6 实验室检验人员占比	0.115	0.013
		5.1.7 公共卫生人才培养支持情况	0.102	0.011

6 跨境联防联控	5.2 科研能力	5.2.1 科研项目的数量	0.307	0.019
		5.2.2 论文产出数量[省市级]	0.173	0.011
		5.2.3 发明专利/标准和成果转化数量[省市级]	0.253	0.016
		5.2.4 科研获奖数[省市级]	0.267	0.017
	6.1 跨境防控合作机制	6.1.1 口岸地区卫生健康部门与海关建立跨境传染病防控合作机制	0.231	0.007
		6.1.2 口岸地区卫生健康部门与海关建立定期信息通报机制	0.230	0.007
		6.1.3 重点传染病疫情信息通报及时率[省级]	0.302	0.009
		6.1.4 跨境防控多部门协同参与率	0.237	0.007
	6.2 跨境监测管理	6.2.1 边境市县检疫和监测传染病目录内病原检测能力达标率	0.250	0.007
		6.2.2 边境地区症候群哨点监测覆盖率	0.202	0.006
		6.2.3 跨境传染病病原检测结果及时报告率	0.281	0.008
		6.2.4 跨境传染病预警响应率	0.266	0.008
	6.3 跨境疫情处置	6.3.1 境外输入疫情规范处置率	1.000	0.043
		7.1.1 专业人员下基层指导人均天数	1.000	0.058
7 疾控体系协同发展	7.1 疾控体系纵向赋能	7.1.1 专业人员下基层指导人均天数	1.000	0.058
	7.2 医防协同机制建设	7.2.1 疾控和医疗机构协同联动机制	0.505	0.019
		7.2.2 疾控监督员管理办公室设置率[市级]	0.223	0.008
		7.2.3 二级以上医疗机构专职疾控监督员派驻率[市级]	0.272	0.010