

分级诊疗视角下传染病防治体系改革的战略选择

——基于一种新型 SWOT-CLPV 分析模型

王 权^{1,2,3*} 涂 茜⁴ 孙 强^{1,2}

1. 山东大学公共卫生学院卫生管理与政策研究中心 山东济南 250012
2. 国家卫健委卫生经济与政策研究重点实验室(山东大学) 山东济南 250012
3. 多伦多大学卫生政策、管理与评价研究所 加拿大多伦多 M5T 3M6
4. 中国医学科学院北京协和医学院 北京 100005

【摘 要】通过将 SWOT-CLPV 模型与利益相关者理论结合,构建了一种新型战略选择分析模型。与原有的 SWOT-CLPV 模型相比,新模型通过各元素所涉及的利益相关的数量为各元素赋予权重,可以量化分析系统的内外挑战,同时为决策者提供基于利益相关者的多维度分析视角,提高了分析结果的科学性和可靠性。据此模型对分级诊疗视角下传染病防治体系改革进行分析,确定了与传染病分级诊疗密切相关的 6 个利益相关方的抑制性、杠杆效应、脆弱性以及重大问题的数量及其内涵,厘清了利益相关者们之间的相互关系和基于利益的行事逻辑。据此结果,本研究认为贯彻以病人中心的医学服务理念、完善顶层设计、明确授权并建立问责机制、贯彻强基层战略、慎用医保梯度报销政策是推进分级诊疗政策,优化传染病防治体系行之有效的战略选择。

【关键词】分级诊疗; 传染病防治; SWOT-CLPV 分析; 利益相关者; 战略选择

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.10.003

Strategic choice for communicable disease control and prevention under the framework of hierarchical medical system: Using a novel SWOT-CLPV Model

WANG Quan^{1,2,3}, TU Xi⁴, SUN Qiang^{1,2}

1. Center for Health Policy and Management, School of Public Health, Shandong University, Jinan Shandong 250012, China
2. National Health Commission's Key Lab of Health Economics and Policy Research (Shandong University), Jinan Shandong 250012, China
3. Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto, Toronto M5T 3M6, Canada
4. Chinese Academy of Medical Science & Peking Union Medical College, Beijing 100005, China

【Abstract】 By integrating the SWOT-CLPV model and stakeholder theory, this study established a novel analysis model. Compared with the SWOT-CLPV model, the new model empowers each element with the number of relevant stakeholders, which provides the policy makers with ability of quantitative analysis and multiple analysis perspectives. By utilizing this new model, this study identified 6 stakeholders, explored their control, leverage, vulnerability and problem, and clarified the relation among them. The results show: Implement patient-centered healthcare, refine top-design, established clear empower system and accountability, reinforce primary care institutes, and be cautious with gradient reimbursement policy are feasible measures for communicable disease control and prevention reform under framework of hierarchical medical system.

【Key words】 Hierarchical medical system; Communicable disease control and prevention; SWOT-CLPV analysis; Stakeholder; Strategic choice

* 基金项目:山东大学社科新冠肺炎疫情防控研究专项

作者简介:王权(1995 年—),男,硕士研究生,主要研究方向为卫生政策。E-mail: quann.wang@mail.utoronto.ca

通讯作者:孙强。E-mail: qiangs@sdu.edu.cn

1 前言

随着我国医改进入深水区,医疗资源向上聚集的倒三角配置格局的弊端越来越凸显。为了重新给基层医疗卫生机构赋能,贯彻落实医改的强基层战略,以分级诊疗为代表的整合医疗模式已经在全国各省市全面铺开。加快推进分级诊疗,形成科学有序的就医格局,有利于实现医疗资源的合理分配以及促进基本公共卫生服务的均等化,从而保障和改善民生。

分级诊疗在制度设计上并不直接接触及传染病防治,对于传染病病人应当如何在不同等级的医疗服务机构之间上下转诊并无规定,加上患者倾向于选择医院作为治疗机构^[1],使得医院人满为患,这也增加了传染病院内交叉感染的风险。当前基层医疗卫生服务机构也缺乏识别诊断传染病的能力^[2],贸然把病人留在基层,可能推迟预警时间,造成传染病的扩散。2021年6月,国务院办公厅在发布的《关于推进公立医院高质量发展的意见》中提出了“构建公立医院高质量发展新体系,健全分级分层分流的重大疫情救治体系”的要求。然而,当前有关分级诊疗制度的研究对传染病病人关注较少,如何在分级诊疗制度下实现传染病病人的科学就医和有序转诊仍悬而未决。因此,明确传染病分级诊疗改革可行的战略选择,对推进分级诊疗政策、优化传染病防治体系有着重要的意义。

2 理论依据

2.1 SWOT-CLPV 模型

SWOT-CLPV 模型对原有的 SWOT 模型进行了优化和改进,被广泛地应用于政策决策过程。当组织的内部优势与外部机会相一致时,内部优势会被外部机会放大,产生相应的杠杆效应(L, Leverage),从而对目标对象的发展起到推动作用;当环境提供的机会恰逢组织的内部劣势,组织利用机会的能力则会被抑制,从而产生相应的抑制性(C, Control),即目标对象要追加额外的资源以弥补内部劣势,才能利用外部机会;当外部威胁与内部优势重叠时,内部优势会被弱化而无法充分发挥,这时脆弱性(V, Vulnerability)就产生了,目标对象也随之陷入“优势

不优”的矛盾局面;当外部威胁与内部劣势相遇时,重大问题(P, Problem)就随之而来,甚至会直接影响目标对象的存亡或者成败。^[3]相较于静态的 SWOT 模型,SWOT-CLPV 分析展现了动态的特点,着重于分析各个要素之间的交联与互通。同时,通过统计抑制性、杠杆效应、重大问题和脆弱性的数量,分别为其赋予不同的权重,从而将 SWOT 分析拓展到了定量领域。然而,该模型依旧没有能够规避研究者自身的影响,对抑制性、杠杆效应、重大问题和脆弱性的计数统计也较为简陋,故难以用于制定明晰的战略方案。更为重要的是,该模型并未说明基于产生数量为抑制性、杠杆效应、重大问题和脆弱性赋权的理论依据。

2.2 利益相关者理论

利益相关者理论被广泛用于卫生政策领域。利益相关者对政策的制定过程有着巨大的影响^[4],因此利益相关者理论旨在从组织的角度评估和理解利益相关者,确定他们与政策的相关性——管理者据此了解利益相关者过去、现在和未来的地位与潜力,探索他们的立场、影响力、相互关系等各项特征,从而决定所应采取的战略。

2.3 利益相关者角度下的 SWOT-CLPV 分析

本研究创新性地将 SWOT-CLPV 模型与利益相关者理论相融合,即在原有的 SWOT-CLPV 模型的基础上,将系统性收集而来的目标对象的 S、W、O、T 分别置于与之相关的利益相关者类别之下,并推断出各利益相关者所涉及的 C、L、P、V。通过对 S、W、O、T、C、L、P、V 的计数,进一步拓展 SWOT-CLPV 模型的定量分析部分,从而为精准决策提供依据。本研究遵循以下基本假设:

(1) 优势、劣势、机会、威胁、以及抑制性、杠杆效应、重大问题和脆弱性的动能不同^①。以某元素所涉及的利益相关者数量为依据,可为该元素的动能赋权。

(2) 就同种元素来看,涉及利益相关者多的元素所具备的动能更大。

(3) 各利益相关者涉及的各类元素的数量也反映了目标对象内部系统和外部环境的深层次结构。据此,管理者可以判断各利益相关者的相对重要性,

① 此处所述的动能并不涉及方向性判断,其可以起到促进改革的作用,也可以抑制改革的推进,其可以有助于目标对象利用机会也可以弱化目标对象的稳定性,即只表示作用的大小,作用的性质需要根据其归属于 SWOT 以及 CLPV 中的哪一类来判断。

并预测其应对变化的内在逻辑和未来可能面临的挑战。

这种利益相关者角度下 SWOT-CLPV 融合性分析(简称“融合性分析”)有着诸多优势,如表 1 所示。

表 1 两种分析方法的对比

	SWOT-CLPV 分析	融合性分析
研究类型	定性与定量结合	定性与定量结合
模型特点	动态模型	动态多角度模型
结果可靠性	无法规避研究者自身影响	自省性,一定程度上规避研究者自身影响
赋权途径	为 C、L、P、V 赋权	为 S、W、O、T、C、L、V、P 和各个利益相关者赋权
赋权依据	无赋权依据	有赋权依据
分析产出	为明晰的发展战略判断; 各要素的互动结构	明晰的发展战略判断; 各要素、各利益相关者的深层次结构和互动方式; 变化可能带来的影响; 各利益相关方可能的行事逻辑

首先,其进一步拓展和细化了定量的作用。通过 S、W、O、T 以及所产生的 C、L、P、V 所涉及的利益相关者的数量为这些元素赋权,从而了解系统内外的整体形势。同时,融合性分析也回答了“为什么能用产生的 C、L、P、V 的数量为各元素赋权”这一至关

重要的问题;其次,在 SWOT-CLPV 模型中引入利益相关者,可以量化分析各个利益相关者门下 S、W、O、T 以及所产生的 C、L、P、V 的数量、结构及其内涵,从而确定利益相关者之间的相互关系和行事逻辑。最后,通过在分析中引入利益相关者,研究者将会更容易意识到自身主观倾向可能对研究的影响,使研究者更加注重自省性(reflexivity)。这种自省性也是保证研究者在深入、贴紧研究对象时,仍能保证结果可靠的重要条件。^[5]

3 结果

3.1 分级诊疗视角下传染病防治的 SWOT-CLPV 模型

在中国知网、万方数据知识服务平台、维普网和中国生物医学文献服务系统中检索与“分级诊疗”或“上下转诊”以及“传染病防治”等主题相关的文献,共计检得 112 篇。对系统收集而来的优势、劣势、机会和挑战合并和整理,共得到优势 5 条(阅读至第 15 篇文献后不再增加),劣势 4 条(阅读至第 42 篇文献后不再增加),机会 4 条(阅读至第 90 篇文献后不再增加),挑战 4 条(阅读至第 97 篇文献后不再增加)。根据信息饱和原则,新的信息不再出现,可以认为信息收集已经饱和,具体结果如表 2 所示。

表 2 分级诊疗视角下传染病防治的 SWOT 分析

SWOT	SWOT 的含义与描述
优势(S)	S1:医疗服务与公共卫生服务结合,从而推动卫生服务体系的整合,有利于各部门传染病防控工作的高效开展 S2:有利于优质医疗资源下沉,提高基层医疗机构服务质量,提高传染病防治整体能力 S3:各级医疗机构分工协作,提高医疗资源的利用率与利用效率 S4:患者分流、减少交叉感染,有利于集中救治重特大传染病患者,减少传染病死亡与并发症的发生 S5:预检分诊,双向转诊,有助于区分普通患者与传染病患者,减轻患者医疗与心理负担
劣势(W)	W1:基层医疗机构针对传染病的设备短缺,防治能力不足,存在漏诊、交叉感染隐患 W2:传染病病人在基层首诊、初筛、转诊过程中需要较长时间,可能延迟传染病确诊预警时间 W3:国家分级诊疗系列政策普遍对传染病关注不足,没有转诊标准,在医保、监督、激励机制方面存在制度的滞后 W4:传染病分级诊疗涉及传染病防控和分级诊疗两大体系,整合难度较大
机会(O)	O1:随着气候环境变化,已有传染病、新发传染病、再发传染病增多,急需改革传染病的防控体系 O2:当前疫情的影响下,分级诊疗相关的政策法规加速落地与实践 O3:传染病快速检验检测、现代通讯与报告、远程诊疗等技术迅速发展为传染病分级诊疗提供便利 O4:国内外相关实践经验丰富,为传染病分级诊疗制度的建立提供了大量可参考案例
威胁(T)	T1:传染病种类多,变化快,在季节性与地方性方面情况更加复杂,传染病防治不利因素的增多(耐药、扩散),对分级诊疗提出更高要求 T2:民众重医疗轻预防的思想观念盛行,传染病相关常识了解度不足 T3:城镇化,流动人口等问题为分级诊疗各模式中传染病的转诊的管理带来挑战 T4:我国分级诊疗制度虽然全面开展与布局,但是参与意愿低

分级诊疗制度对传染病防治有积极的一面:首先,其有利于医疗服务与公共卫生服务结合,从而

推动卫生服务体系的整合,提高组织体系完善程度和效率。其次,在医联体框架下开展分级诊疗有利

于优质医疗资源下沉,提高基层医疗机构的服务质量,前移防治关口。再次,其有利于各级医疗机构的分工协作,提高医疗资源的利用率与利用效率。同时,分级诊疗有利于构建合理的医疗秩序。在基层即可对非传染病患者、密切接触者、病原携带者、疑似传染病患者和传染病确诊患者进行区分和处理,避免大量一般疾病患者涌入医院就诊,从根本上规避医疗挤兑。最后,分级诊疗通过推进预检分诊和双向转诊,避免患者在医院和基层医疗卫生机构重复就诊,从而减轻患者的医疗负担,也能够尽早区分普通患者与传染病患者,缓解患者的心理压力。

然而,分级诊疗制度下开展传染病综合防治也存在劣势:其一,基层医疗机构针对传染病的设备短缺,防治能力不足,存在漏诊、交叉感染隐患。其二,传染病病人在基层首诊、初筛、转诊过程中需要较长时间,可能延迟传染病确诊和预警。其三,国家分级诊疗系列政策普遍对传染病关注不足,缺乏转诊标准,在医保,监督,激励机制方面也缺乏制度保障。其四,传染病分级诊疗涉及传染病防控和分级诊疗两大体系,整合难度较大。

从外部机会来讲,首先,当前气候环境变化加速,已有传染病、新发传染病、再发传染病增多,亟需改革传染病防控体系。其次,在当前疫情的影响下,分级诊疗相关的政策法规加速落地与实践,为推进改革提供了机会窗。再次,传染病快速检验检测、现代通讯与报告、远程诊疗等技术迅速发展为传染病分级诊疗提供便利。最后,国内外相关实践经验丰富,为传染病分级诊疗制度的建立提供了大量可参

考案例。

外部环境中也存在以下威胁:其一,传染病种类多,变化快,在季节性与地方性方面情况更加复杂,加之传染病防治不利因素的增多(耐药、扩散),给分级诊疗提出较高的要求。其二,民众重医疗轻预防的思想观念盛行,传染病相关科学常识欠缺。其三,城镇化,流动人口等问题为分级诊疗各模式中传染病病人的转诊和管理带来较大挑战。最后,我国分级诊疗制度虽然全面开展与布局,但是民众出于各种原因参与意愿低。

3.2 利益相关者确认

在中国知网、万方数据知识服务平台、维普网和中国生物医学文献服务系统中检索与“分级诊疗”或“上下转诊”以及“利益相关者”等主题相关的文献,共计检得 57 篇。根据信息饱和原则,在阅读到第 25 篇文章后,新的信息不再出现,可以认为信息收集已经饱和。共收集所得利益相关者 10 个:政府部门、财政部门、卫生主管部门、医保管理部门、医院、基层医疗卫生机构、医生、患者及其家属、商业医保公司、药品器械公司。

考虑到本研究主要与传染病的分级诊疗相关,尤其是本次疫情中,疾控部门、基层医疗卫生机构和医院之间紧密配合,共同应对疫情的挑战^[6],特将疾病预防控制中心也作为利益相关方纳入分析,同时对利益相关者进行了筛选和合并。最终,本研究选取患者、基层医疗卫生机构、医院、卫生行政部门、医保管理部门、疾病预防控制中心共计 6 个利益相关者,其角色定位、主要诉求、拥有资源如表 3 所示。

表 3 各利益相关者的角色定位、利益诉求及其拥有资源

利益相关者	角色定位	主要诉求	拥有资源
患者	医疗卫生服务的需求方、改革的最终评价者	及时获得优质的医疗卫生服务,提高生命质量	就医选择权 就医资金 改革评价权
基层医疗卫生机构	基础医疗卫生服务的供给方	为附近居民提供优质的基础医疗卫生服务; 提高收入	部分医疗资源
医院	综合医疗卫生服务的供给方	为居民提供优质的综合医疗卫生服务; 提高医院影响力和综合实力; 提高收入	较多医疗资源
卫生行政部门	决策者、医疗卫生机构的管理者	合理分配使用有限的医疗卫生资源,提高医疗卫生系统的运转效率	资源分配权 决策权 监管权
医保管理部门	筹资方	保证医保资金收支平衡	制定医保政策的权力
疾病预防控制中心	区域传染病防控的负责机构	及时发现传染病疫情,迅速处理避免扩散	传染病防控技术指导权

3.3 分级诊疗视角下传染病防治的 SWOT-CLPV 分析
 根据上文构建的 SWOT 模型和确认的利益相关

者,对传染病分级诊疗改革进行 SWOT-CLPV 分析,具体结果如表 4 所示。

表 4 分级诊疗视角下传染病防治的 SWOT-CLPV 分析

类别	机会				总计	类别	威胁				总计
劣势	O1	O2	O3	O4		劣势	T1	T2	T3	T4	
W1	C1	/	C2	/	2C	W1	P1	P2	P3	P4	4P
W2	/	/	/	/	0C	W2	P5	P6	P7	/	3P
W3	/	/	C3	/	1C	W3	P8	/	/	P9	2P
W4	C4	C5	/	/	2C	W4	P10	/	P11	/	2P
抑制性总计	2C	1C	2C	0C	5C	问题性总计	4P	2P	3P	2P	11P
优势						优势					
S1	L1	L2	L3	L4	4L	S1	V1	/	V2	/	2V
S2	L5	L6	L7	L8	4L	S2	/	/	/	/	0V
S3	L9	L10	L11	L12	4L	S3	V3	/	V4	V5	3V
S4	L13	L14	L15	/	3L	S4	V6	V7	/	V8	3V
S5	L16	/	L17	/	2L	S5	V9	V10	V11	V12	4V
杠杆效应总计	5L	4L	5L	3L	17L	脆弱性总计	4V	2V	3V	3V	12V

3.4 融合性分析

根据上述结果,将所得的内部优势和劣势、外部机会和挑战归于与之相关的各个利益相关者门下,并根据各个利益相关者下所有的 S、W、O、T 的种类,基于 SWOT-CLPV 分析的结果推断出各个利益相关者所有的抑制性、杠杆效应、问题性以及脆弱性,同时统计其出现频数,具体结果如表 5、6 所示。

首先,从利益相关者的角度来看,各利益相关者在传染病分级诊疗改革中面临的威胁和机遇以及所能发挥的优势和可能的劣势各不相同。

患者作为改革最终的承受者,面临着非常矛盾的局面。最终会从改革中受益,但也不得不承受改革可能带来的阵痛。但是,由于当前的机会只针对医疗机构和相关行政部门,故患者方在传染病分级诊疗改革中不存在杠杆效应,反而面临着不少问题性和脆弱性,是改革中最缺少主观能动性的一方,只能较为被动地接受改革的结果。考虑到当前患者对基层医疗卫生服务机构的服务质量有着较大的质疑^[7],故改革初期要注意完善配套政策,减少患者的不理解甚至是抵触情绪。

基层医疗卫生机构、医院以及卫生行政部门是杠杆效应最显著的机构,这也提示这三个机构在改革中将起到主导作用。其中,基层医疗卫生机构遇到的抑制性最多,问题性和脆弱性也多于医院,这表

明在改革中基层医疗卫生机构是相对弱势的一方。该结论也与当前整合医疗中基层往往被动配合的现状相一致。卫生行政部门的优势受到的抑制性最少,但是其面临的问题性和脆弱性反而是三者之中最多的,这表明卫生行政机构在改革中虽然有很大积极性和动能,但是也面临着困境:需要对改革的成败直接负责,承受某些由于医院或者基层医疗卫生部门的不足而造成的问题。这与朱丽丽等人对分级诊疗进行研究得出的结论“面对博弈能力较强的大医院,卫生行政部门似乎也无能为力,故被迫无作为”有相通之处。^[8]医院遇到的问题性最少,这与当前的现状相符,即由于医院本身具有较强的传染病治疗能力,而且也无需对区域的传染病控制直接负责,因此受到的冲击有限。

相比之下,医保部门和疾控部门在改革中,牵涉的利益较少,难以从改革中直接受益,故而缺乏推进改革的动力。同时,由于体制变动可能造成的动荡会给这两个部门带来一定的问题性和脆弱性,其对改革很有可能持中立甚至消极的态度。其中,疾控部门面临的问题较多,这也说明了疾控部门作为区域传染病防控的核心机构,背负着较为沉重的负担:改革初期由于基层不熟悉传染病防控工作而有可能造成疾病扩散。这就要求疾控部门在分级诊疗的推进过程中要加强警惕性,注意潜在的风险。

表5 各个利益相关方 S、W、O、T、C、L、P、V 归类明细

利益相关方	项目
患者	
内部优势(S)	S2、S4、S5
内部劣势(W)	W1、W2
外部机会(O)	/
外部挑战(T)	T1、T2、T3、T4
抑制性(C)	/
杠杆效应(L)	/
问题性(P)	P1、P2、P3、P4、P5、P6、P7
脆弱性(V)	V6、V7、V8、V9、V10、V11、V12
基层医疗卫生机构	
内部优势(S)	S2、S4、S5
内部劣势(W)	W1、W3、W4
外部机会(O)	O1、O2、O3
外部挑战(T)	T1、T3、T4
抑制性(C)	C1、C2、C3、C4、C5
杠杆效应(L)	L1、L2、L3、L5、L6、L7、L9、L10、L11、L16、L17
问题性(P)	P1、P3、P4、P8、P9、P10、P11
脆弱性(V)	V1、V2、V3、V4、V5、V9、V11、V12
医院	
内部优势(S)	S1、S3、S4、S5
内部劣势(W)	W3、W4
外部机会(O)	O1、O2、O3
外部挑战(T)	T1、T3
抑制性(C)	C3、C4、C5
杠杆效应(L)	L1、L2、L3、L9、L10、L11、L13、L14、L15、L16、L17
问题性(P)	P8、P10、P11
脆弱性(V)	V1、V2、V3、V4、V6、V9、V11
卫生行政部门	
内部优势(S)	S1、S2、S3、S4
内部劣势(W)	W1、W2、W4
外部机会(O)	O1、O2、O4
外部挑战(T)	T1、T2、T3、T4
抑制性(C)	C1
杠杆效应(L)	L1、L2、L4、L5、L6、L8、L9、L10、L12、L13、L14
问题性(P)	P1、P2、P3、P4、P5、P6、P7、P10、P11
脆弱性(V)	V1、V2、V3、V4、V5、V6、V7、V8
医保管理部门	
内部优势(S)	S3
内部劣势(W)	W3、W4
外部机会(O)	O4
外部挑战(T)	T3
抑制性(C)	/
杠杆效应(L)	L12
问题性(P)	P11
脆弱性(V)	V4
疾病预防控制中心	
内部优势(S)	S1
内部劣势(W)	W2
外部机会(O)	O1、O3
外部挑战(T)	T1、T2、T3
抑制性(C)	/
杠杆效应(L)	L1、L3
问题性(P)	P5、P6、P7、P10、P11
脆弱性(V)	V1、V2

表6 S、W、O、T、C、L、P、V 出现频数

元素	出现次数	元素	出现次数	元素	出现次数	元素	出现次数
S	17	W	14	O	12	T	17
S1	4	W1	3	O1	4	T1	5
S2	3	W2	3	O2	3	T2	3
S3	4	W3	3	O3	3	T3	6
S4	3	W4	5	O4	2	T4	3
S5	3						
C	9	L	36	P	32	V	33
C1	2	L1	4	P1	3	V1	4
C2	1	L2	3	P2	2	V2	4
C3	2	L3	3	P3	3	V3	3
C4	2	L4	1	P4	3	V4	4
C5	2	L5	2	P5	3	V5	2
		L6	2	P6	3	V6	3
		L7	1	P7	3	V7	2
		L8	1	P8	2	V8	2
		L9	3	P9	1	V9	3
		L10	3	P10	4	V10	1
		L11	2	P11	5	V11	3
		L12	2			V12	2
		L13	2				
		L14	2				
		L15	1				
		L16	2				
		L17	2				

从 S、W、O、T、C、L、P、V 的频数分析,总体上改革的优势大于劣势,这说明最终改革的收益会大于可能的损失,这也论证了传染病分级诊疗的合理性和必要性。然而机会却相较于威胁小,这提示改革要注重对机会的攫取。杠杆效应远大于抑制性,但是问题性和脆弱性的绝对数量也较高,这一方面说明了改革动力充足,另一方面也提示改革本身可能是脆弱的,面临着诸多挑战。改革者如果不在方向上仔细定夺,适时化解各种危机和挑战,很有可能造成较为严重的后果。

其中,各个优势的出现频数相差不大,即除了医保部门和疾控以外,其他利益相关方在传染病分级诊疗改革中都会有所获益。其中,优势 S5 受益方最少,形成的杠杆效应最少且造成的脆弱性最多,这提示传染病转诊的优势在患者方反而不大,即在传染病防治方面进行分级诊疗可能不会得到大多数患者的支持与认同,反而可能因为繁琐的流程而抵制改革。优势 S2 产生的杠杆效应最多、脆弱性最小,这提示增强基层服务能力是改革成败的关键。值得注意的是,优质医疗资源下沉往往需要包括医联体、医共体等在内的整合医疗服务体系的支撑,即坚持整合医疗的发展方向、贯彻强基层战略是充分发挥此条优势的前提。

总体上,劣势对机会的抑制不多,但产生的问题不少。劣势 W4 出现频数最高,产生的抑制性也最多。这暗示改革中最困难的部分是建立相关配合机制,使得各个部门能够良好分工合作完成相应的责

任与义务。值得注意的是,W4 产生的问题反而是最少的,这说明整合两个体系的难点在于如何化解利益相关方的阻挠而非应对改革可能造成的阵痛。劣势 W1 和 W2 可能造成较为严重的问题,即在基层没有完成技术和服务能力提升的情况下,贸然推动传染病分级诊疗是十分不明智的——这与对优势 S2 的分析结果相一致。因此,应在贯彻强基层战略之后,逐步推动改革的进行,同时要加强传染病预警体系,避免出现基层社区传播。

机会 O4 涉及的利益相关方最少,产生的杠杆效应也最小,而且也最不容易受到抑制,这说明在未来各个部门要更加积极的寻求模式探索,找到适合我国国情的传染病分级诊疗之路。机会 O1 和 O3 产生的杠杆效应最大,当前是推进传染病分级诊疗改革的时间窗,我们应当注重将新的技术和手段融入改革。

挑战 T1 和挑战 T3 频数居首,造成的问题性和脆弱性也最多,这意味着新发传染病以及流动人口带来的挑战是巨大的,绝非一方机构可以应对,而两者的叠加更会造成巨大的问题。挑战 T4 造成的脆弱性也较大,说明我们应当加强对公众在分级诊疗方面的教育,做好配套引导措施,让患者更加积极有序地就医。

4 政策建议

4.1 贯彻以病人为中心的医学服务理念,建立群众意见反馈通道

传染病的分级诊疗核心是对传染病病人进行科学的分流与接诊。如果新构建的传染病分级诊疗体系不能得到患者的肯定,患者不愿意在就诊过程中按照指引科学就诊,那么一切政策都无法落地推行。根据融合性分析的结果,患者是在改革中最缺少动机的利益相关方,只能较为被动地接受改革。因此,无论是政府主管部门在制定政策时,还是医院或基层医疗机构在执行政策时,都要贯彻以病人为中心的服务理念(patient-centered healthcare)。各部门应慎重处理与传染病分级诊疗相关的政策,努力为患者提供各种便利以减少其对分级诊疗的抵触。同时,考虑到病人直接承受改革的后果却难以直接在政策制定与执行中发挥影响,各级政府和相关医疗机构要重视患者的意见和反馈,建立畅通的意见反馈渠道,灵活把握传染病分级诊疗改革推进的方向和力度。

4.2 把握当下的政策调整机会窗,完善顶层设计

随着我国医疗资源不断向上聚集,分级诊疗制度已经被政府作为优先事项大力推进。由于患者自身很难意识到自己所患疾病是否为传染病,因此分

级诊疗制度不可避免地会将传染病病人纳入其中。传染病的分级诊疗相比于其他疾病的分级诊疗,不仅需要医疗服务体系的内部整合,也需要注重医疗服务体系与公共卫生服务体系的融合。这就要求改革要注重顶层规划,以整体性、系统性的角度,推动各相关部门的互联互通,也要与正处在转型期的传染病防治体系有机融合。首先,政府应根据实际情况出台明确的转诊标准,建立流畅的转诊渠道。同时,为了鼓励患者科学就诊、各级医疗卫生机构合理转诊,主管部门也应当完善医保报销政策和资源分配结构,力图让传染病患者、医院以及基层医疗卫生机构都能从分级诊疗政策的落实中受益。最后,也应当将疾病预防控制部门的利益和诉求纳入考量,明确其在传染病防治中的职责,在制度设计上构建医防融合机制。

4.3 明确授权,建立问责机制

我国当前医防融合政策呈现出碎片化、无重点、层次低的特点。^[9]在涉及传染病防治的问题上,政府往往政出多门,对各机构的责任与义务缺乏明确的界定。考虑到我国当前没有成熟的传染病分级诊疗模式可供各地参考或推广,因此可以鼓励有能力的省市建立医防融合督导部门,探索传染病分级诊疗新模式新做法。

欧盟和经合组织在 2019 年发布的医疗服务质量提升指南中强调,建立明确的问责机制(accountability)对于实现质量提升计划至关重要。^[10]政府对各相关部门进行明确地授权是界定传染病分级诊疗改革中各方责任与义务,从而建立问责机制的前提和基础。首先,政府要赋予卫生行政部门足够的职权以统筹基层医疗卫生机构、医院、医保部门和疾控部门的各项行动;同时也要明确卫生行政部门对于传染病分级诊疗改革的责任,预定明确的改革目标和时间表,从而建立明确的问责机制;在上级政府考核卫生行政部门的工作时,不应单纯以传染病的爆发与否为考核标准,也要兼顾传染病病人所接受医疗服务的连续性和病人的满意度。其次,针对当前制度设计呈现碎片化的特点,卫生行政部门要依据上级政府的顶层规划,重新界定基层医疗卫生机构、医院、医保部门和疾控部门的职责与义务,并适时对自身的管理处室进行调整,以适应新的形势要求。

传染病分级诊疗必定会带来一定的问题性和脆弱性。因此,卫生主管部门一方面要督促各方扎实应对,力求平稳度过改革初期,另一方面也应该对“试错”持更加包容的态度,以免放大问题性和脆弱性,挫败各部门的积极性。此外,卫生行政部门应建

立医院、疾控和基层医疗卫生机构的利益协调机制,切忌以一刀切的行政命令强推改革;保证各机构在传染病防治及双向转诊过程中,资源分配与权责分配相对等,适度考虑资源分配向基层和疾控机构倾斜。最后,以公立医院与疾控部门的联防联控为突破重点,尝试建立一体化的传染病防治领导部门,由点及面推动医防融合;也可以适度将视角从基层卫生机构转向上级医院,在制度设计上为传染病病人的上下转诊提供支持。在上级部门针对卫生行政部门的问责机制下,卫生行政部门也要针对基层医疗卫生机构、医院、医保部门和疾控部门设立明确的改革目标和时间表,从而建立明确的问责机制。

4.4 贯彻强基层战略,审慎推动传染病分级诊疗

分级诊疗的关键在于强基层,如果基层医疗卫生机构无法提供优质有效的基础医疗卫生服务,那么上下转诊也无从谈起。考虑到传染病本身具有极大的负外部性,如若不能及时发现和预警传染病的爆发,所造成的社会经济影响是难以估计的。当前,我国基层医疗卫生服务机构在人、财、物等方面较为缺乏,在没有完成基层服务能力提升之前,贸然推进传染病分级诊疗很有可能造成严重的后果。因此,传染病分级诊疗不宜与包括慢性病在内的一般性疾病的分级诊疗同步开展,应根据实际情况,在基层“拿得起,接得住”以后,再做考虑。同时,在传染病分级诊疗改革初期,疾控部门也要保持高度警惕,防范于未然。最后,急性传染病、新发传染病与慢性传染病的分级诊疗同样不应混为一谈,在制定转诊政策时,应精确区分以区别对待。

4.5 不宜将梯度医保报销政策作为推进传染病分级诊疗的推手

部分关于分级诊疗的研究将医保视为推进分级诊疗的重要推手,甚至是引导病人科学有序就诊的唯一工具,本研究得出的结论与之有较大不同,主要原因在于本研究的视角选在传染病防治而非普通疾病。普通疾病的分级诊疗重点在于引导病人主动选择基层首诊,引导基层医疗机构和上级医院能将病人有序转诊。然而,分级诊疗视角下的传染病诊治核心在于“稳”和“精”,即在能够精准识别和预警传染病、有力控制传染病传播的情况下,做到病人的上下转诊,避免对社会经济产生较大影响。考虑到传染病强烈的负外部性,如果不能做到上述两点而导致传染病的扩散与传播,那么相比之下,分级诊疗带来的好处并不值得。因此,采用梯度医保报销政策

来推进分级诊疗在传染病防治视角下并不一定适用,相关部门要持审慎辩证的态度对待与应用。

5 局限性

本研究对融合性分析模型的应用仍较为浅显,后续研究者可以基于SWOT和CLPV建立利益相关者之间的网状图,也可以通过层次分析法为SWOT-CLPV矩阵中的各个元素赋予权重,使得个条目具有不同的权重。通过这种更为精确的赋权,SWOT-CLPV的分析结果和融合性分析的结果也将更加具有科学性和客观性,从而进一步深入探讨各利益相关者之间的关系,充分发挥这一新型模型的潜力。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] Jiang M Z, Fu Q, Xiong J Y, et al. Preferences heterogeneity of health care utilization of community residents in China: A stated preference discrete choice experiment [J]. BMC Health Serv Res, 2020, 20(1): 430.
- [2] 王权, 郭沙沙, 刘新雨等. 城市基层医疗卫生机构传染病防治关键问题确认[J]. 中国公共卫生, 2021, 37(10): 1449-1453.
- [3] 陈茂强. SWOT-CLPV 理论及应用[J]. 浙江工商职业技术学院学报, 2005, 4(4): 9-13.
- [4] Brugha R, Varvasovszky Z. Stakeholder analysis: a review [J]. Health Policy Plan, 2000, 15(3): 239-46.
- [5] Tracy S. Qualitative quality: eight “big-tent” criteria for excellent qualitative research [J]. Qualitative Inquiry, 2010, 16(10): 837-851.
- [6] 刘奉丹, 黄小明, 蒋继文, 等. 社区卫生服务中心应对新型冠状病毒肺炎的思考[J]. 上海医药, 2005, 41(22): 9-10, 53.
- [7] Zhu E, Cao Y. What does the Chinese public care about with regard to primary care physicians: trustworthiness or competence? [J]. Medicina (Kaunas), 2019, 55(8): 455.
- [8] 朱丽丽, 尹文强, 马赫, 等. 基于史密斯执行模型的分级诊疗政策执行问题探析[J]. 中华医院管理杂志, 2018, 34(1): 1-5.
- [9] 谷佳伟, 张骏, 郑彬, 等. 基于共生理论的公立医院医防融合问题剖析与路径探讨[J]. 中国医院管理杂志, 2020, 40(12): 1-3.
- [10] Busse R, Klazinga N, Panteli D, et al. Improving health-care quality in Europe [M]. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies, 2019: 34-40.

[收稿日期:2021-09-29 修回日期:2021-10-21]

(编辑 薛云)