

## · 卫生管理 ·

## 基于 PPRR 模型的突发公共卫生事件中跨区域专科联盟组织韧性建设策略——以浙江省肿瘤微创外科联盟为例\*

张焱<sup>1,2</sup>, 路春阳<sup>1,2</sup>, 朱玉萍<sup>1,2,△</sup>

(1. 浙江省肿瘤医院/中国科学院基础医学与肿瘤研究所, 浙江 杭州 310022;

2. 浙江省癌症中心, 浙江 杭州 310022)

**[摘要]** 构建跨区域专科联盟是深化医药体制改革的举措之一,对提高区域专科医疗服务能力及水平具有重要意义。近年来,以新型冠状病毒感染疫情为代表的突发公共卫生事件频发,给跨区域专科联盟的生存与发展带来了极大压力。组织韧性是当前医疗管理领域的研究热点,该文将依据 PPRR[Prevention(预防)、Preparation(准备)、Response(反应)和 Recovery(恢复)]理论从组织韧性角度对浙江省肿瘤微创外科联盟在疫情 4 个阶段的实践进行分析,归纳跨区域专科联盟应对突发公共卫生事件的优、劣势,并提出其组织韧性建设策略,为其在后疫情时代的建设发展提供思路。

**[关键词]** 跨区域专科联盟; 突发公共卫生事件; 组织韧性; PPRR 模型

**DOI:**10.3969/j.issn.1009-5519.2023.15.034

**中图法分类号:**R197.32

**文章编号:**1009-5519(2023)15-2684-04

**文献标识码:**C

在全球化新时代背景下大流行病对人类的威胁上升到一个新的高度,全球公共卫生安全形势严峻,重大突发公共卫生事件已成为各国重点关注并迫切寻求解决之道的课题<sup>[1]</sup>。跨区域专科联盟是我国于 2017 年提出的一种医联体模式,是依托相关医疗机构组成的松散型行业互助组织,对提高区域专科医疗服务能力具有重要意义。组织韧性是组织在应对具体情境变化过程中的平稳运行和持续发展的能力<sup>[2]</sup>。将组织韧性引入跨区域专科联盟风险治理,创造性地用组织韧性化解危机与挑战,同时,为松散型行业互助组织应对重大突发公共卫生事件提供新路径。为此,对浙江省肿瘤微创外科联盟在新型冠状病毒感染疫情期间的实践进行了梳理和归纳总结,进而为建设医联体组织韧性提供理论支持。

## 1 研究背景

**1.1 突发公共卫生事件及其对跨区域专科联盟的影响** 突发公共卫生事件是指“突然发生,造成或者可能造成社会公众健康严重损害的重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒及其他严重影响公众健康的事件”<sup>[3]</sup>。新型冠状病毒感染疫情暴发是全球关注的重大突发公共卫生事件,由于其传染性强、持续时间长,严重损害了人民群众身心健康,影响了社会稳定与经济发展。医疗卫生系统作为社会治理的重要组成部分,毫无疑问地受到新型冠状病毒感染疫情的影响。同时,医疗卫生系统内部各类组织

也是此类突发公共卫生事件应急管理的中坚力量。因此,如何在内外双重压力下保证组织生存能力及发展活力成为后疫情时代医疗卫生相关组织亟须考虑的重要议题。

近年来,为促进分级诊疗、提升基层医疗卫生机构服务能力,在相关政策的指导下医联体建设已成为深化医药卫生体制改革的重点。专科联盟作为医联体的一种组织模式主要用于跨区域医疗机构之间,以专科协作为纽带组建而成。跨区域专科联盟以解决区域间医疗资源不平衡为重点,在保持成员原有体制和运营机制不变的前提下打造专科技术帮扶联盟,从而促进专科优质医疗资源下沉,并迅速提升应对专科疾病的整体服务能力<sup>[4]</sup>。跨区域专科联盟的基本属性是一个行业互助组织。因此,其首要任务是在竞争激烈的医疗行业中生存下去并发展壮大,进而实现其既定目标。在新型冠状病毒感染疫情中因其处于医疗卫生系统内的特殊性,跨区域专科联盟不仅受到外部大环境的影响,内部成员的剧烈变化也给该组织的生存及可持续发展带来了危机和挑战。

**1.2 韧性理论及其在跨区域专科联盟中的具体内涵** 新型冠状病毒感染疫情的冲击使韧性相关的理论及实践研究成为学术探讨热点,构建具备韧性的卫生系统已成为卫生政策研究最前沿的议题<sup>[5]</sup>。韧性最初在工程领域用以描述金属在外力作用下形变后复原的能力,强调状态的稳定性<sup>[6]</sup>。随着社会发展,

\* 基金项目:浙江省医药卫生科技基金项目(2021KY564)。

△ 通信作者, E-mail: Drzyp@163.com。

韧性概念被引入心理学、生态学领域,并逐渐发展出了“演进韧性”的观点。演进韧性将韧性描述为一种持续不断调整、适应及改变的能力,强调学习力和创造力<sup>[7]</sup>。在组织中韧性被定义为在面临具有挑战性的状况时能通过积极、快速的调整,使组织从状况中摆脱和成长,并获取更多资源<sup>[8]</sup>。组织韧性既表现为在应对变化过程中的抗打击特质,也表现为所采取的有效应对措施。跨区域专科联盟的组织韧性表现为在冲击过程中学习经验以应对环境改变,拓宽渠道以保证核心技术有效传播,从而理顺内外关系,实现组织功能定位。对跨区域专科联盟而言,在突发公共卫生事件面前通过适应与转变应对冲击,建设其组织韧性,是其在危机中生存并持续发展的关键。

**1.3 PPRR[Prevention(预防)、Preparation(准备)、Response(反应)和 Recovery(恢复)]模型及其在新型冠状病毒感染疫情中的应用** 危机管理是一种有组织、有计划、持续动态管理的过程,管理者在危机发展的不同阶段采取一系列行动,以期有效地预防、处理和消弭危机<sup>[9]</sup>。PPRR 模型是一种危机管理理论,指的是危机发生的预防、准备、反应、恢复 4 个阶段<sup>[10]</sup>。PPRR 模型根据危机发生的不同阶段考虑对应策略,具备科学性和可操作性,适用于突发公共卫生事件的应对策略研究<sup>[11]</sup>。新型冠状病毒感染疫情作为一种突发公共卫生事件,可分为疫情发生前、疫情初期、疫情中期、后疫情时期 4 个阶段。跨区域专科联盟的韧性在 4 个阶段中的相应表现为疫情发生前的预警能力、疫情初期的承受能力、疫情中期的缓解能力及后疫情时期的恢复能力。故从韧性角度,通过浙江省肿瘤微创外科联盟在新型冠状病毒感染疫情 4 个阶段的实践,分析跨区域专科联盟在突发公共卫生事件应对能力方面的优、劣势,并总结归纳出相应的组织韧性建设策略。

## 2 浙江省肿瘤微创外科联盟组织韧性在新型冠状病毒感染疫情中的具体表现

**2.1 浙江省肿瘤微创外科联盟概况** 浙江省肿瘤微创外科联盟由浙江省肿瘤医院于 2019 年牵头成立,组成单位为省内开展肿瘤诊疗服务的 120 余家医疗机构。联盟内部以浙江省肿瘤医院为牵头盟主单位,其余按医院影响力、技术能力水平分为核心单位及成员单位。联盟设立主席大会为最高权力机构,设立秘书处负责日常运行工作。同时,联盟按肿瘤亚专科分类,并结合临床实际分设 11 个分支专委会,包括胃癌、胸外、肝胆胰、结直肠、妇科肿瘤、泌尿、乳腺、甲状腺、超声介入、麻醉、护理等。各分支专委会设立主任委员、副主任委员、常委、委员及秘书,均为联盟组成单位内相应学科带头人及骨干。浙江省肿瘤微创联

盟是典型的跨区域专科联盟,具有成员独立性较强的特点,是一个松散的行业互助组织。联盟主要通过频繁开展学术交流活动,如大规模手术演示、基层巡讲培训、召开学术年会等加强联盟组成单位与单位之间,专委会成员与成员之间的非正式联系,达到扩大联盟影响力、提高基层肿瘤微创技术水平、推进区域肿瘤诊治能力协同发展的目的。

**2.2 疫情发生前的预警能力** 预警能力包括社会环境洞察力、组织分析能力、资源管理能力及风险识别能力。对跨区域专科联盟而言,组织预警能力的高低取决于其管理者。联盟管理者对外代表联盟形象及影响力,对内起主导整体的作用。在稳定的社会大环境下联盟管理者应提升危机意识,与政府保持密切联系,依靠与政府之间的信息交流,获取有效预警信息,做到未雨绸缪。浙江省肿瘤微创外科联盟基本组成单位均为公立医院,受相应级别的卫生行政部门领导,能在第一时间获取疫情相关信息,从而对工作计划提前进行调整。同时,各分支专委会成员均为医务人员,对新型冠状病毒感染流行病学特点及流行趋势具有较多的认识与了解。因此,相较于普通的社会组织,浙江省肿瘤微创外科联盟在信息资源与人员知识储备方面更具有优势。

**2.3 疫情初期的承受能力** 跨区域专科联盟在疫情初期的承受能力取决于联盟在环境剧烈变化情况下的稳定性。稳定性表现为联盟组织架构与人际关系稳定,从而保证其能履行既定责任<sup>[12]</sup>。在防控期间各地区疫情的散发性与突然性导致了联盟线下活动开展的不确定性,如既定的跨区域基层巡讲活动多次被取消、学术年会规模反复更改等,极大地影响了盟主单位在联盟内部的影响力。同时,政府及相关部门防控政策更新速度快,各地防控政策不一致,导致线下学术活动只能局限于小范围区域内开展或不开展,大大弱化了联盟成员“粘性”,使原本松散的组织更加松散。浙江省肿瘤微创外科联盟组成成员均为独立的医疗机构,联盟管理层不具备对组成单位人、财、物等基本要素的管理权限,导致组成单位在此阶段各有工作重点,未能以联盟为中心。组成单位在正常医疗工作外还需承担核酸采样等上级指派的疫情防控任务,造成组成单位及专家成员无暇参与联盟工作,进一步削弱了各专委会内部联系,导致联盟名存实亡。

**2.4 疫情中期的缓解能力** 联盟缓解能力的关键是灵活性。灵活性是指联盟自我调整能力,使联盟以最小成本、最快速度适应剧烈的环境变化,恢复常态化运行,从而帮助激活联盟适应韧性<sup>[13]</sup>。肿瘤微创外科联盟在疫情初期受限于减少人员聚集的命令,及时调整了联盟主要活动方式。将线下活动改为线上,并通

过建立微创外科联盟网络学院,依托网络平台开展手术直播、网络课堂、线上会议等活动,拓宽了技术传播渠道,借助多学科全流程特点收获了行业内大量流量及关注度。此外,利用网络技术突破时空限制,更易邀请到全国或全球知名专家线上参与学术活动,从而扩大了联盟影响力,为基层医务人员提供高层次的开放网络学习平台,提升了联盟的核心竞争力。

**2.5 后疫情时期的恢复能力** 在疫情常态化的背景下跨区域专科联盟需要经历一个从危机到正常状态的过渡阶段,这个阶段考验着联盟自身的恢复能力。肿瘤微创外科联盟人员多为公立医院职员,较为稳定。同时,各学科分支专委会内的相互关系虽有弱化但仍有基础。通过疫情防控期间持续不断地举行线上学术活动,并以多学科专家互动为特色亮点,培育了一大批基层医务人员拥趸,进一步完善了人才培养网络。创新探索线下学术交流形式,充分利用前期接触累积的全国或全球知名专家资源,将线上线下参与度与联盟内部学术资源分配绑定,调动联盟内组成单位与个人参与积极性,进而提升了联盟整体层次与区域影响力。

### 3 跨区域专科联盟应对突发公共卫生事件的优、劣势及组织韧性建设策略

**3.1 优、劣势分析** 面对突发公共卫生事件时跨区域专科联盟在能凭借其公立医院背景及与政府之间密切的联系获取关键信息,从而做到早期识别风险,在事件发生前具有较好的预警能力。然而,跨区域专科联盟也因其专科特点导致联盟结构松散,盟主单位仅在专科技术方面具有权威性,未能与其余组成单位在人、财、物等方面建立明确的正式关系。因此,跨区域专科联盟在事件初期无法协同调动资源进行应对,承受能力较差。结构韧性的脆弱造成物质韧性的缺失。跨区域专科联盟组成单位的响应度与参与度是联盟生存、发展的关键。联盟组成单位受多头领导,如卫生行政部门、上级医疗卫生机构等,联盟如何在事件中期及时进行适当调整,从而使组成单位在兼顾上级指派工作的外部压力、维持自身正常医疗工作的内部压力之余仍能积极履行相应的联盟内部职责,这完全依赖于联盟领导者的智慧。换言之,跨区域专科联盟的能力韧性主要依赖于联盟管理者的思维敏捷性及执行能力。一旦关键领导者不能及时适应时势转变发展思路或应对策略没有及时执行,联盟在事件中后期的缓解及恢复能力将大打折扣。

#### 3.2 组织韧性建设策略

**3.2.1 预防阶段** 加强与政府部门的信息交流,并在联盟内部形成畅通的信息交流机制,从而快速进行反应。联盟管理者积极参加组织管理类及突发公共

事件应对培训,培养其自身领导力及战略眼光,帮助其树立敏锐的危机意识,快速识别来自外部大环境的风险危机。

**3.2.2 准备阶段** 优化联盟组织结构,实现分散性与集成性的融合。盟主单位与各组成单位签订书面合作协议,向联盟管理层让渡部分权力,有利于联盟协同管理,从而加强组织稳定性。处于同一区域内的联盟成员加强互动协调,对内外部资源进行整合利用,在此基础上培育组织韧性以夯实物质基础。

**3.2.3 反应阶段** 在依靠管理层战略眼光的同时重视制度保障能力。结合自身实际情况调整联盟内部管理规范、健全运转章程,以加强应对突发风险制度保障的能力。充分发挥联盟主观能动性,以资源共享为前提,通过联盟内部各组成单位互联互通累积自身应对突发风险的能力。强化组织架构扁平化管理,提高信息沟通效率,有利于联盟提升灵活性,使其从状况中解脱甚至化危为机。

**3.2.4 恢复阶段** 积极提升核心技术传播能力以提升能力韧性,完善质量控制体系,拓展更多区域内医疗机构及其医务人员对专项技术的需求,深化联盟影响力。持续打造学术品牌,输出标准化技术规范,从而加强各医疗单位对联盟的认同感,培育联盟文化韧性,以激发其协同应对突发公共卫生事件的能力。

### 4 小 结

组织韧性作为跨区域专科联盟发展建设的重要内容,不仅能在公共卫生事件突发时发挥积极作用,同时,对此类专科联盟的日常运行管理也能起到促进作用。将韧性理论用于跨区域专科联盟应对突发公共卫生事件的研究,结合 PPRR 理论模型,从疫情发生前的预警能力、初期的承受能力、中期的缓解能力、后疫情时期的恢复能力 4 个方面入手,重点分析了跨区域专科联盟在突发公共卫生事件的预防阶段、准备阶段、反应阶段、恢复阶段中组织韧性的具体建设路径,为提高跨区域专科联盟应急能力建设水平提供了新的理论视角和策略建议。

### 参考文献

- [1] 周一丹,宁宁,赵子华,等.重大突发公共卫生事件情境下医院韧性治理概念探析[J].中国公共卫生,2022,38(2):142-144.
- [2] 张海波,朱子寒,赵俊.协同共生视域下公立医院组织韧性的培育路径[J].南京社会科学,2022(5):83-90.
- [3] 中华人民共和国国务院.突发公共卫生事件应急条例[EB/OL].(2008-03-28)[2021-10-25].<http://www.gov.cn/zhengce/content/2008-03/>

28/content\_6399.htm.

- [4] 张占涛. 分级诊疗背景下跨区域专科联盟研究[D]. 郑州: 郑州大学, 2019.
- [5] JOUBERT C, CUNGI P J, ESNAULT P, et al. Surgical management of spine injuries in severe polytraumapatient: A retrospective study[J]. Br J Neurosurg, 2020, 34(4): 370-380.
- [6] 伊丽娜. 突发公共卫生事件下组织韧性、朴素式创新与企业社会责任的研究[D]. 呼和浩特: 内蒙古财经大学, 2022.
- [7] 都彦妮. 新冠疫情控制的社区韧性研究[D]. 杭州: 浙江大学, 2021.
- [8] VOGUS T J, SUTCLIFFE K M. Organizational resilience: towards a theory and research agenda [C/OL]. 2007 IEEE International Conference on Systems, Man and Cybernetics, Montreal, QC, Canada, 2007[2023-01-21]. [https://www.researchgate.net/publication/220756654\\_Organizational\\_Resilience\\_Towards\\_a\\_Theory\\_](https://www.researchgate.net/publication/220756654_Organizational_Resilience_Towards_a_Theory_)

and\_Research\_Agenda.

- [9] 张成福. 公共危机管理: 全面整合的模式与中国的战略选择[J]. 中国行政管理, 2003(7): 6-11.
- [10] 卢文刚. 基于 PPRR 理论的城市公交安全生命周期应急治理框架体系研究[J]. 中国行政管理, 2015(6): 134-139.
- [11] 张娜. 养老机构突发公共卫生事件应急管理机制研究: 基于 PPRR 视角[J]. 江淮论坛, 2020, 302(4): 21-27.
- [12] 王正盛, 王丽, 纪凯, 等. 基于 PPRR 模型的社会组织应对突发公共卫生事件的韧性提升策略[J]. 中国农村卫生事业管理, 2022, 42(11): 762-767.
- [13] 李雪灵, 刘源, 樊镁汐, 等. 平台型组织如何从新冠疫情事件中激活韧性: 基于事件系统理论的案例研究[J]. 研究与发展管理, 2022, 34(5): 149-163.

(收稿日期: 2023-03-14 修回日期: 2023-05-10)

## • 卫生管理 •

# DRGs 付费模式对重症医学科的影响及对策研究\*

肖 倩<sup>1</sup>, 夏洪韬<sup>2△</sup>

(遂宁市中心医院: 1. 运营管理部; 2. 重症医学科, 四川 遂宁 629000)

**[摘要]** 疾病诊断相关分组(DRGs)是近年来公立医院改革的重要方向, 经几十年国内外研究与发展已大致趋近成熟。该付费模式对重症医学科等特殊临床科室在医疗行为方面具有正向作用, 其预付制支付特点能促进让患者得到更高质量、高性价比的就医体验, 也能督促医院全面提高医疗质量; 但同时也存在一定的局限性, 基于降低次均费用为目的的医护人员也许会忽略最有效的治疗方案。该文以重症医学科作为特殊临床科室的代表, 探讨了 DRGs 付费模式对该类针对性收治疑难病患者科室的影响及相应的应对策略。

**[关键词]** 疾病诊断相关分组; 医保支付; 重症医学科; 公立医院改革

**DOI:** 10.3969/j.issn.1009-5519.2023.15.035

**中图法分类号:** R197.32

**文章编号:** 1009-5519(2023)15-2687-03

**文献标识码:** C

2017 年国务院办公厅提出全面推行以按病种付费——疾病诊断相关分组(DRGs)为多元复合支付方式<sup>[1]</sup>。此前中国一直采用项目后付费(即实际费用), 而 DRGs 与之大相径庭, 是基于预付费的支付结算模式, 且超过预算额度部分将不予结算。DRGs 即医院按病种、病情严重程度、年龄、性别、治疗方式等相关因素将情况类似的患者分成一系列组, 针对同组疾病的患者, 医保支付总额相同。由于其合理结余的部分归医院, 超出部分医院自行承担的特性也被称为

风险共担的医保付费制度<sup>[2]</sup>。

## 1 DRGs 与重症医学科

DRGs 诞生于 1967 年的美国, 由耶鲁大学 ROBERT B. FETTER 及其团队开发, 1980 年开始用于美国医疗保险支付制度改革<sup>[1]</sup>。截至目前, DRGs 已被 30 余个国家引进并进行本土化, 中国自然毫不例外。中国最早自 1980 年便开始关注 DRGs, 于 2004 年正式引进国内。以北京市作为探索先驱, 经相关学者在 2008 年开发出适用于中国国情的 BJ-DRGs, 几年后

\* 基金项目: 遂宁市中心医院科研课题(2022yg113)。

△ 通信作者, E-mail: snsyy\_xwk@126.com。