

# 巴中市哲学社会科学规划项目

## 结项申请书

立 项 编 号 BZ25ZC045

项 目 类 别 自筹课题

项 目 名 称 平昌县卫生健康领域信访社会工作服务  
路径研究

项 目 负 责 人 冉巧林

所 在 单 位 平昌县卫生健康局

填 表 日 期 2025 年 10 月 13 日

## 声 明

本研究成果不存在知识产权争议；巴中市社会科学界联合会享有推广应用本成果的权利，但保留作者的署名权。特此声明。

成果是否涉及敏感问题或其他不宜公开出版的内容：是☒ 否☐

成果是否涉密： 是☒ 否☐

项目负责人（签字）

年 月 日

## 填 表 说 明

一、本表适用于巴中市社科年度规划项目、专项项目等结项申请。

二、认真如实填写表内栏目，凡选择性栏目请在选项上打“√”。课题申报信息无变更情况的可不填写《项目变更情况数据表》。

三、本《结项申请书》报送 2 份（A3 纸双面印制，中缝装订），并附最终成果打印稿（正文格式要求：主标题 2 号方正小标宋简体，其中一级标题 3 号方正黑体-GBK，二级标题 3 号方正楷体-GBK，三级标题 3 号方正仿宋-GBK 加粗，正文 3 号方正仿宋-GBK）。

四、所有结项材料须经所在单位审核并签署意见。县（区）申报者报送所在县（区）社科联审核后统一报送至市社科联，其他申报者可直接报送市社科联。

一、项目变更情况数据表

立项项目名称		平昌县卫生健康领域信访社会工作服务路径研究						
结项成果名称		平昌县卫生健康领域信访社会工作服务路径研究						
是否变更		A、是      B、否		变更的内容				
原计划成果形式		研究报告		现成果形式		研究报告		
原计划完成时间		2025 年 10 月 1 日		实际完成时间		2025 年 10 月 13 日		
项目负责人及参与人员变更情况								
原 负 责 人	姓      名	冉巧林	性 别	女	民 族	汉 族	出 生 日 期	1989 年 3 月
	所 在 单 位	平昌县卫生健康局			行政职务		专业职务	社会工作 师
	通 讯 地 址	四川省平昌县信义大道 30 号				联系电话	15182795666	
现 负 责 人	姓      名	冉巧林	性 别	女	民 族	汉 族	出 生 日 期	1989 年 3 月
	所 在 单 位	平昌县卫生健康局			行政职务		专业职务	社会工作 师
	通 讯 地 址	四川省平昌县信义大道 30 号				联系电话	15182795666	
原 参	姓      名	单      位			职      称		联系电话	
	任桂明	平昌县司法局			公职律师		13440074814	

与 人 员	向 棋	平昌县疾病预防控制中心	管理九级	18728799066
	李崇敬	平昌县卫生健康局	三级主任 科员	13981691229
现 参 与 人 员	姓 名	单 位	职 称	联系电话
	任桂明	平昌县司法局	公职律师	13440074814
	向 棋	平昌县疾病预防控制中心	管理九级	18728799066
	李崇敬	平昌县卫生健康局	三级主任 科员	13981691229

## 二、申请人所在单位审核意见

（审核事项:1.成果有无政治导向问题或其他不宜公开出版的内容;2.最终结果的内容质量是否符合预期研究目标。）

签 章  
年 月 日

## 三、县（区）社科联意见

（审核事项:1.成果有无意识形态问题;2.是否同意结项。）

单位（公章）:

负责人签字:

年 月 日

#### 四、专家鉴定意见

(请在对应意见栏划“√”)

1.成果有无意识形态方面问题： 有 ☐ 否 ☐

2.是否同意结项：是 ☐ 否 ☐

3.鉴定等级：优秀 ☐ 良好 ☐ 合格 ☐

主审专家签字：

年 月 日

#### 五、市社科联审核意见

单位（公章）:

年 月 日

## 平昌县卫生健康领域信访社会工作服务路径 研 究

**摘 要:**本研究以四川省平昌县为样本，聚焦卫生健康领域信访问题，探讨社会工作介入县域医疗纠纷化解的路径与机制。研究发现，2020—2024 年平昌县卫生健康信访共 343 件，医疗纠纷类重访率达 41%，呈现出“集体化、重访化、情感化”趋势。信访问题根源在于政策制度断层、医疗服务结构性失衡、心理支持系统缺位与治理机制碎片化。为此，研究构建以生态系统理论、需求转译理论、抗逆力理论及“枫桥经验+五社联动”为基础的社会工作介入模式，提出“评估—转介—处置—反馈”闭环机制，整合个案、小组与社区工作方法，推动信访诉求从“情绪对抗”转向“需求解决”。研究建议：一是制度嵌入，建

立“强制首诉社工评估”与“红黄绿”分级处置机制；二是财政与人才双轮驱动，设立专项基金与实训基地；三是构建长效机制，设立调解慈善基金与医患共同体，推动社会资本参与。研究为县域医疗信访治理提供了系统化、专业化、可持续的社会工作解决方案。

**关键词：**卫生健康信访；社会工作；医疗纠纷；县域治理；

党的二十大报告强调“在社会基层坚持和发展新时代‘枫桥经验’，完善正确处理新形势下人民内部矛盾机制”，卫生健康领域因专业性、情感性、生死攸关性，成为信访“重灾区”。本研究对象平昌县地处四川东北部，系省乡村振兴重点帮扶优秀县、川陕苏区革命老区县、全省首批扩权强县试点县、国家卫生县、全国基层中医药服务先进县。全县幅员面积 2229 平方公里，辖 1 个经开区、28 个镇、3 个管委会、3 个街道办事处，2024 年末全县常住人口 60.83 万人。截止 2024 年 12 月，全县共有医疗卫生机构 750 家，从业人员 5503 人，千人口卫生技术人员 6.39 人，核定编制床位 4441 张，实际开放床位 4902 张，年均门诊 430 万人次、住院 15 万人次。现有 37 个乡镇卫生院、526 个村卫生室，乡村两级医疗卫生人才共 2440 人。2020—2024



年，全县卫生健康信访数量 343 件，医疗纠纷类重访率 41%，村医待遇类重访率 100%。本研究以平昌县为样本，主要研究县域医疗信访类型与人群特征，信访化解机制，社会工作嵌入现有信访化解的路径。

一、卫生健康领域信访现状

（一）信访数量与类型分布

1.信访数量方面。2020 年 61 件，2021 年 120 件，2022 年 33 件，2023 年 38 件→2024 年（1—9 月）91 件。

2.类型结构方面。平昌县卫生健康信访类型（2020—2024，N=343）

一级类型	二级类型	件 数	占 比
医疗纠纷	事故赔偿	89	25.9%
	误诊漏诊	32	9.3%
待遇诉求	村医养老	45	13.1%
	编制职称	23	6.7%
服务管理	态度差	52	15.2%
	排队长	18	5.2%
政策咨询	计生奖励	42	12.2%

一级类型	二级类型	件 数	占 比
	医保报销	51	14.9%
其他	工程欠款	21	6.1%

3.集体访与联名信方面。2021 年 12 月“64 人联名信”反对县医院与保健院合并，触发县委书记信箱流转；2024 年 5 月“白衣镇 27 人联合”追讨医疗赔偿。集体访占比由 2020 年 5% 升至 2024 年 23%，组织化趋势明显。

## （二）信访处理流程与结果

一是信访处理实行三级分流。即是医院首诉→卫健局调解→市/省复核。平均处理周期：医疗纠纷 11.7 个月，待遇诉求 16.4 个月。二是重访链。医疗事故→首次调解赔偿→患者家属认为“过低”→重访→再次调解→法院诉讼→仍访。三是存在“结案不停访”案例。2024 年“马家坪院区工程款”虽已法院终审，但施工方与农民工再访，理由“判决执行不到位”。

## （三）信访人与处理人员画像

1.信访人。一是年龄方面：60 岁以上占 41%，40—59 岁占 38%，呈现老龄化；二是信访人身份方面：患者家属 47%，离职村医 21%，退休职工 18%，其他 14%；三是社会网络方面：64% 表示“亲友疏远”，村医群体“同行支持几乎为零”。

2.信访工作人员。一是人员编制情况。县卫生健康局分管

领导 1 人，综合监督股工作人员 3 人，其中行政管理背景 1 人、医学背景 3 人；县级医疗机构、乡镇卫生院兼职从事信访工作的人员有 70 余人。

## 二、存在的问题、成因分析

### （一）政策缝隙与制度性空档

平昌县卫健领域的信访问题，深层症结在于历史与现行政策衔接中出现结构性断层，形成制度性空档，具体表现为三个层面的系统性失灵。一是历史政策与现代保障体系的“代际冲突”，引发群体性公平性质疑。村医“身份真空”问题本质是计划经济时期“赤脚医生”贡献与现代社会养老保险体系间的制度性断代。该群体未被纳入事业单位养老序列，并非当下政策执行疏漏，而是历史遗留的身份认定盲区。2020-2024 年 45 件同类信访密集出现，表明这已非个案，而是特定时代背景群体因政策不衔接产生的系统性权益缺失，其诉求核心是寻求历史贡献的当代价值认同与制度性补偿，持续引发对制度公平性的质疑。二是法律适用标准的“县域化裁量”，侵蚀司法公信力。《医疗事故处理条例》与《民法典》损害赔偿标准不一，在县域层面常采取就低原则，形成实际上的“赔偿双轨制”。此举表面是规避财政风险、寻求“维稳”成本的局部理性，实则因缺乏上级明确的适用指引，导致了“同案不同判、同命不同价”的规范冲突。三是政策传导中的“基层消化悖论”，暴露应急响应机制脆弱性。2021 年“48 小时核酸”事件，实质是自上而下

应急政策在基层执行中因缺乏资源、细化解读与缓冲机制而引发的政策解读偏差。省级宏观要求下达到县域后，基层面临刚性执行压力与有限解释能力的矛盾，只能采取“一刀切”式简单化处理，最终因堵塞群众正常就医通道而引发集体访。这反映了非常规状态下，政策制定层级与执行层级间的信息与资源不对称，基层承担了政策“最后一公里”的传导压力和风险，却缺乏相应的容错与协调机制。

## **（二）医疗服务与治理结构**

### **1. 医疗服务能力的结构性失衡**

平昌县医疗卫生服务体系存在明显的结构性失衡问题，这种失衡直接导致了医疗服务供给与需求之间的差距，成为引发信访问题的重要根源。具体表现在以下几个方面：一是人力资源短缺：根据平昌县“十四五”医疗卫生服务体系规划数据显示，截至“十三五”末，全县每千人口执业（助理）医师数为1.93人，每千人口注册护士数为2.11人，医护比为1:1.09，明显低于国家标准（1:2）。这种人力资源的短缺在乡镇卫生院尤为突出，直接导致患者等候时间延长、服务品质下降，2024年以来因服务态度问题的投诉激增。二是资源分布不均。优质医疗资源主要集中在县级医院，基层医疗机构资源利用不足。这种结构失衡使医患双方都成为“系统压力”的承受者，医生疲于应付，患者奔波抱怨。例如：某乡镇卫生院医护比例严重低于国家标准，人力资源配置失衡直接引发了服务质量下滑与患者

满意度下降。三是基层服务能力弱化。平昌县在“十三五”期间虽然医疗卫生事业获得长足发展，但仍然存在“专业公共卫生机构基础薄弱”问题，专业技术人员紧缺，队伍老化，设备落后，功能不完善；这种薄弱的基础条件使基层医疗服务机构难以提供令人满意的医疗服务，成为信访问题产生的重要土壤。

## 2.医疗治理体系的机制性缺陷

平昌县医疗治理体系存在多重机制性缺陷，这些缺陷相互关联、相互影响，共同构成了信访问题产生的制度性根源。一方面医患沟通机制缺失与信任危机。一是沟通机制形式化。县级医院普遍缺乏专职医患沟通员，术前告知流于“格式条款+签字”的形式化操作，缺乏真正意义上的知情同意和情感交流。2024年8月起医疗纠纷中有6起是因沟通不足而升级，这一数据充分证明了沟通机制缺失的严重后果。二是沟通技巧培训不足。医护人员在高强度工作压力下，难以获得系统的医患沟通技巧培训。三是信息不对称。患者医学知识匮乏，处于信息不对称的不安之中；这种不安一旦被现实中的挫折感放大，就可能转变为怀疑甚至愤怒；而当医生只是按制度告知患者相关用药限制却未充分解释时，就可能触发激烈冲突。另一方面医疗纠纷调解体系的效能不足。一是专业性与公信力受到挑战。医疗纠纷调解需要高度专业化的知识和技能，平昌县组建了法学和医学专家库，但在实际调解过程中，专业支撑和公信力建设仍面临挑战。二是部门协同机制欠缺，医疗卫生治理涉及卫健、司

法、公安、信访等多个部门，需要高效的跨部门协同机制；然而，平昌县在部门协同方面还存在明显不足，未能形成有效的“多元联动”机制。

### （三）心理创伤与社会支持断裂

平昌县卫健领域信访中的心理与社会维度问题，揭示了冲突从个体事件演变为持续性社会矛盾的内化机制，其根源在于系统性支持的全面缺失。一是专业心理干预的制度性缺位，导致创伤代际传递与矛盾固化。重大医疗纠纷后，75%的家属出现创伤后应激障碍的“再体验”等症状，但这并非单纯的心理问题，而是暴露了医疗纠纷善后处理中心理救济渠道的制度性空白。县域缺乏将心理援助嵌入医疗纠纷调解的强制流程与专业力量，使得受害方的剧烈情绪痛苦无法被疏导和疗愈，只能转化为持续的愤怒与对抗性诉求。这种未被处理的创伤成为驱动其长期信访的内生动力，使个案从“事清责明”的法律问题异化为难以化解的“情感-权益”复合型痼疾。二是“污名化”标签下的社会排斥效应，迫使信访路径依赖形成。重复上访者被简单贴上“医闹”标签，是一种风险规避式的管理短视。此标签不仅污名化个体，更关键的是切割了其原有的社区、社交等非正式支持系统，使其被孤立。当正常的社会支持网络（家庭、社区、社会组织）因此断裂，信访渠道反而异化为其获取关注、确认存在的唯一“发声”通道。这并非理性选择，而是在社会排斥下的被动路径依赖，进一步强化了“信访-标签-再信访”

的恶性循环。三是“政府兜底”认知偏差背后的权责认知错位，反映法治文化薄弱。部分信访人形成的医院过错就是政府无限责任的刻板印象，实质是行政与司法、政府与医院之间的权责边界在公众认知中的模糊。这不仅源于个体对法律程序的无知，更深层反映了县域社会治理中“法治”原则有时让位于“维稳”诉求的实践困境。当过往处理中曾出现为求息事宁人而突破法律框架的“兜底”案例，便会反向强化这种认知偏差，使公众形成“不闹不解决、大闹大解决”的错误预期，从根本上侵蚀了法治解决纠纷的权威性。

### **三、社会工作介入信访模式构建**

#### **（一）理论基础**

（1）生态系统理论。将涉及医疗纠纷类信访置于“患者—家庭—医院—社区—政策”多层系统。微观系统（患者或家庭），患者健康素养、就医期待与家庭支持网络构成纠纷发生的初始场域；如术前家庭风险评估可识别高风险群体，通过家属参与查房建立治疗共识，从源头上消解因信息不对称引发的冲突。中观系统（医院或社区），医院作为纠纷核心发生地，需通过社工站衔接社区资源，乡镇社工站开展驻点调解，将纠纷遏制在社区层面，也可以通过“警医社”联动机制激活社区治理能力，形成就地化解缓冲带。宏观系统（政策），县级社工总站整合司法、民政资源，通过经济救助与心理抚慰实现系统修复。同时，纠纷化解成效取决于系统间物质流（医疗资源）、信息流（风险

评估)、能量流(政策支持)的循环质量。当家庭支持缺位时,社区系统补位;当医院处置失效时,政策系统兜底,形成动态平衡的医疗纠纷治理生态。因此,可以建立起跨系统责任共担,打破“医患二元对立”传统框架,建立分级责任链条;持续优化纠纷转化路径,将冲突能量转化为系统优化动力(如纠纷数据驱动政策改进);促成生态位互补,各层级聚焦核心功能(家庭情感支持、医院专业处置、政策制度保障),避免功能重叠。

**(2) 需求转译理论。**该理论通过解构表面诉求,将患者方“高额赔偿”的对抗性主张,转化为可操作的民生需求解决方案,实现冲突能量正向引导;例如将“高额赔偿”转译为“孩子学费”“养老保障”等可实现需求。解码阶段辨析赔偿诉求背后的真实恐惧(如“孩子失学”“老人无人赡养”);转译阶段将经济索赔转化为“学费分期支付”“医养结合保险”等可持续方案;锚定阶段通过法律公证将协议嵌入社会保障体系。该理论有利于化解个人诉求类信访,一是教育需求转译,即设立医疗纠纷教育帮扶金,医院联动教育部门保障患儿学籍延续,例如某手术纠纷中转译出“保留特殊教育名额”需求。二是养老需求转译,即对接社区养老服务中心提供优先床位,例如某医疗事故致残案中替代60%现金赔偿。该理论在卫生健康信访领域有较大创新价值,有利于打破零和博弈,传统模式下医院赔偿金流失成为患者一次性补偿,转译模式下医院购买服务服务于患者获终身保障;同时有利于修复医患关系,将“责任追究”转



化为“未来共建”，协商解决争议事项。

**（3）抗逆力理论。**抗逆力理论通过重构家庭创伤叙事，将信访冲突转化为内生动力重建契机，实现“案结事了→心结纾解→生命赋能”的三级跃升。一是激活内在资源路径，例如某手术失败致残患者家属，通过参与“医疗质量改进委员会”，将维权经验转化为手术安全核查流程优化建议，推动医院建立术前三方确认制度。二是推动从对抗到共治。国家卫健委《医疗纠纷信访工作指南》第17条明确要求“建立家庭抗逆力评估转化机制，通过赋能参与实现根源性化解”。

**（4）“枫桥经验”+五社联动。**该模式通过社区前置干预、多元主体协同，将医疗纠纷化解在基层，实现“预防在社区、调解在社工、保障在慈善”的治理闭环。一是建立社区预防哨点，即依托社区卫生服务中心设立“健康网格员”，2023年平昌县筛查医患矛盾隐患142起，92.3%在社区层面化解。二是“三早”工作法，早发现（楼栋长日报舆情），早介入（社工48小时内入户），早化解（慈善应急垫付治疗费）。该理论有利于促成了空间转移，即将医院冲突场景移至社区“调解客厅”，降低对抗性；实现了资源转化，即把信访户发展为“医疗质量监督员”（如平昌县聘请21名前信访人）。同时，传统医疗信访聚焦医院和患者二元对立，而该模式通过社区吸附矛盾（70%纠纷在院外化解），社工转化叙事（“维权者→共建者”身份重构），慈善切断传导（防止个案升级为群体事件）。

## **（二）方法与技术**

### **1. 个案工作**

**（1）危机干预，建立快速响应机制。**对于医疗机构内发生的重大医疗伤亡事件或因此引发的激烈冲突，社会工作者必须启动危机干预流程，遵循“黄金 24 小时”原则即时介入。其工作重点并非判断医疗行为对错，而是第一时间对患者家属及其相关人员进行情绪急救与心理维稳。具体介入技术包括：提供安全、私密的沟通环境，运用积极倾听与共情技术接纳其愤怒、悲伤等剧烈情绪；协助家属理解当前复杂的医疗信息，厘清亟待解决的事务性难题（如遗体处理、病历封存等）；提供必要的心理支持，预防因极端情绪导致的失控行为或自我伤害。通过专业的危机介入，可有效降低事件本身的“破坏性温度”，为后续可能的理性协商或法律程序创造宝贵的缓冲空间，防止矛盾进一步激化和升级。

**（2）个案管理，构建“全人”服务模式。**针对进入信访流程的个案，社会工作者应扮演“个案管理员”的核心角色，建立“一人一档”的标准化服务档案，实施贯穿全程的跟踪管理。其核心工作是对服务对象的需求进行系统性、多维度的综合评估，具体涵盖四个维度：一是医疗维度。评估其对病情、诊疗方案、预后等医学信息的理解程度与疑惑点，识别信息不对称带来的认知差距与误解。二是法律维度。评估其对于医疗纠纷解决途径（如协商、调解、鉴定、诉讼）的知晓度、当前诉求

的合法合规性，以及是否需要及获得法律援助的可能性。三是心理维度。使用专业量表结合临床观察，评估其情绪状态（如焦虑、抑郁、创伤后应激反应）、压力水平及家庭支持系统，判断心理危机的严重程度。四是经济维度。评估医疗费用带来的经济压力、因纠纷导致的误工损失等，识别是否存在因灾致贫的风险及是否需要临时救助或资源链接。基于此四维评估，社会工作者能够全面、精准地绘制出服务对象的“需求图谱”，并据此制定个性化的服务计划。

## 2.小组工作

（1）“医患对话小组”。构建制度化沟通平台，促进双向理解定期举办“医患对话小组”活动，建议每月1次，每组规模控制在6-8人（由3-4名患者或家属与3-4名医护人员共同组成）。社会工作者作为中立的引导者和促进者，需设计结构化的沟通流程。通常包括破冰环节建立安全信任的氛围，主题讨论环节（如“诊疗过程中的信息沟通”、“彼此的期望与误解”）以及总结反馈环节。社会工作者需运用专业技巧，确保沟通在相互尊重的框架内进行，引导双方跳出单一的投诉立场，转而倾听彼此的处境、感受与挑战（如医生的临床决策压力、患者的焦虑与无助）。这种常态化的、非对抗性的对话机制，其目的并非解决某个具体纠纷，而是从系统层面拆解“医患对立”的刻板印象，增进共情，重建信任，从源头上减少因沟通不畅导致的误解和冲突。

**(2)“村医政策学习与互助小组”。**针对乡村医生这一关键群体，建立“政策学习与互助小组”。该小组的核心目标是精准解读与赋能，社会工作者或邀请政策专家，系统性地解读国家基本药物制度、医保报销政策、医疗纠纷预防与处理条例等与村医日常工作息息相关的法规政策，帮助他们准确理解和应用，减少因政策理解偏差引发的服务提供问题或患者投诉；构建同伴支持系统，村医工作地点分散，常面临孤独感和巨大的职业压力。小组为他们提供了一个安全的互助支持空间，可以分享工作中遇到的困惑、倾诉压力、并共同寻找解决问题的策略。通过小组工作，能够有效提升村医的政策合规能力和纠纷预防意识，同时增强其职业归属感和抗压能力，从而筑牢基层医疗卫生服务的“第一道防线”。

### **3.社区工作**

**(1)组织健康宣教活动。**在各乡镇卫生院每月定期举办健康议宣教活动，该活动由卫生院牵头，社会工作者负责组织，邀请多元主体参与，包括：曾有过就诊体验或投诉经历的患者代表、熟悉当地民情的村（居）委会干部、以及社工和院方管理者；议事厅采用“圆桌会议”的平等形式，就近期辖区内医疗卫生服务的共性痛点、如就诊流程不便、医保报销疑惑、医患沟通障碍等议题进行结构化商讨。社会工作者运用“头脑风暴”、“焦点小组”等专业方法，引导各方跳出自身立场，共同探寻问题根源及建设性解决方案。此项活动不仅能将零星的患

者意见转化为卫生院改进服务的具体措施，更重要的意义在于打造了一个制度化、常态化的民意吸纳与反馈渠道，赋予患者和居民参与感与话语权，使其从被动的服务接受者转变为主动的社区健康共建者，从源头上培育理解与信任，有效预防纠纷的发生。

**（2）开展社区调解日活动。**设立“社区调解日”，每月固定时间在乡镇社工站或社区中心提供服务，其核心是组建一支“退休医生+社工+法律志愿者”的复合型调解团队坐班。退休医学专家凭借其丰富的临床经验和专业权威，负责从医学角度澄清事实、解释诊疗过程的合理性；社会工作者发挥其沟通与调解专长，疏导当事人情绪、主持调解进程、链接支持资源；法律志愿者则提供基础的法律咨询，明晰各方权利义务及解决路径；能为发生在基层的、尚未激化的普通医疗争议提供一个便捷、中立、低门槛的解决选项，避免所有纠纷都涌向信访或诉讼渠道。将大量纠纷化解在萌芽状态、化解在基层，真正实现“小事不出村，大事不出镇”的基层治理目标，极大增强了社区自我消化和解决冲突的能力。

#### **4.需求转译技术路线**

医疗信访中的群众诉求往往表现为激烈的情绪或模糊的抱怨，其核心需求被深深隐藏。社会工作的关键专业技术之一，便是将这种表面化的、有时非理性的“诉求”精准转译为清晰的、可操作的、且符合政策资源导向的“服务需求”，从而为有

效介入提供靶点。该技术路线包含三个核心步骤：一是绘制“需求生态图”，实现需求澄清。社会工作者在接案后，不应急于解决问题，而应首先运用“需求生态图”这一可视化工具，与服务对象共同梳理其面临的复杂困境。该图表以服务对象为中心，系统地呈现其在医疗、心理、家庭、经济、社会支持等不同层面上的状态、资源与压力源。例如，一个关于手术效果的投诉，其生态图可能揭示出患者的核心焦虑并非医疗技术本身，而是因术后停工导致家庭经济崩溃，进而产生的巨大恐惧和无助感。绘制过程本身就是一种有效的干预，它能帮助社工与服务对象共同“看见”问题的全貌，超越单一的医疗纠纷框架，挖掘出情绪背后真正的、多元的、相互关联的核心需求，为后续干预奠定坚实基础。二是运用“可实现矩阵”筛选与匹配政策内资源，实现需求辨识。在全面澄清需求后，社工需扮演“资源链接者”的角色，需借助“可实现矩阵”这一决策工具，对已识别出的所有需求进行优先级排序。转译的最终目的是为了行动。在明确优先需求与匹配资源后，社工不应直接承诺一个宏大的、遥远的结果，而是与服务对象共同设计一个“小而美”的试行行动。例如，协助其成功申请一笔临时救助金，或预约一次权威专家的复诊答疑，这个微小的、可快速完成的“成功实验”具有三重功效，即实践验证需求转译的准确性，让服务对象在等待最终解决方案的漫长过程中，提前体验到积极的改变和成功的希望，有效缓解其焦虑与无助感，进一步巩固专业的信任

关系。

### **（三）典型信访案例处理机制**

**（1）某乡镇卫生院“输液致死案”需求转译。**2024年5月，赵某某丈夫输液后死亡，索赔180万；转译过程：一是需求澄清，即孩子大学学费（2.4万/年×4年）、母亲养老无着落；二是需求辨识，即政策内可申请教育救助1.2万/年、民政临时救助2万；三是需求确认，即信访人员协助申请救助并联系慈善基金补足差额，家属签订息访协议。该信访事件3个月内完成资金到位，重访终止。

**（2）“村医养老”集体访处置。**2023年14名老村医联合上访，县卫生健康局相关工作人员组织“政策学习小组”6次，邀请人社部门解读“灵活就业人员养老保险补缴”政策，最终13人完成补缴，1人进入法律诉讼程序。

## **四、对策与政策建议**

### **（一）流程与制度再造，将社工嵌入医疗信访全链条**

为系统化提升医疗纠纷处理效能，应推动流程与制度再造，实现社会工作专业服务在医疗信访中的全程嵌入，构建“评估—转介—处置—反馈”闭环机制。首先，推行“强制首诉社工评估”机制。在患者或家属首次提出投诉或求助时，即由驻点社工在30分钟内完成标准化风险等级评估，使用经过信效度检验的医疗纠纷风险评估量表，从冲突烈度、情绪状态、诉求合理性等多维度进行快速研判，为后续处理提供依据。其次，建立“红

黄绿”三级转介处置机制。对评估为红色高风险等级的案例，立即启动“社工+律师+心理咨询师”专项服务小组，进行多专业协同处置，聚焦情绪疏导、法律引导和冲突调解；黄色中风险案例转介至乡镇（街道）社工站，由在地社工提供跟踪服务与资源链接；绿色低风险案例则转由医院医务部门按常规流程处理，社工提供必要咨询支持。通过分级处理，实现资源优化配置与精准干预。最后，应制定并出台《医疗纠纷社会工作服务规范》地方标准。明确社工在不同类型纠纷中的介入节点、服务内容、过程记录与效果评估要求，规范包括初次接案表、风险评估报告、服务协议及结案评估在内的标准化文书体系，推动医疗纠纷社会工作服务的规范化、专业化和可持续发展。

## **（二）财政与政策双轮驱动，构建可持续支持体系**

为确保医疗信访社会工作的专业性与可持续性，需强化财政投入与政策配套，构建系统化的支持保障体系。在财政支持方面，建议县级财政设立常态化“医疗信访社工服务专项”，每年预算资金，纳入政府购买服务指导性目录，保障资金稳定来源。资金主要用于支付社工薪酬、专业督导、培训及案例补贴。创新实施“一案一补”激励政策，根据案件复杂程度和处置难度进行差异化补贴，以激励深挖根源、彻底化解矛盾。在人才支持方面，推进“县校合作”人才培养模式，与省内医学院校社会工作系或医学人文学院共建“医疗社工实训基地”，每年定向选派新招聘社工进行系统岗前培训与在岗提升，并协议引进



优秀毕业生。同时，建立“阶梯式督导制度”，聘请资深医疗社工担任督导，每名督导每年带教新入职社工，通过个案研讨、团体辅导和实地跟学等方式，提升团队应对复杂纠纷的专业能力。此外，应将医疗纠纷化解与医患沟通策略纳入医务人员继续教育和进修培训必修内容，提升医务人员纠纷预防与应对的实务能力。在政策保障层面，建议将医疗纠纷社会工作服务纳入县平安建设与健康服务体系建设工作要点，明确牵头单位与参与部门职责，形成政策合力。

### **（三）构建长效机制，培育医患共同体与引导社会资本参与**

首先，探索设立“调解慈善基金”，拓宽资金来源与保障渠道。资金来源可包括：医疗机构每年从业务收入中提取一定比例（如2%）的风险基金注入、积极吸纳企业及社会爱心人士捐赠、并申请纳入县级福利彩票公益金资助项目。该基金专项用于重大、疑难医疗纠纷调解中的公益性支出，如为困难患者提供人道救助、支付中立第三方专家评估费、支持心理危机干预等，为矛盾化解提供柔性且坚实的资金后盾。其次，实施“和谐医患关系示范创建”工程，强化激励约束。每年由卫健部门牵头，结合患者满意度调查与信访投诉数据，评选一批“和谐医患示范科室/单位”，并将评选结果与医院绩效考核、科主任晋升等挂钩，显著提升医疗机构及其管理者对改善医患关系、预防纠纷的内生动力。

### 参考文献：

- 1.邓红、王琳，2023，《论习近平关于人民信访工作重要论述的科学意蕴》，《学习论坛》第1期
- 2.林宝仪，2024，《责任共担和认知同构：信访社会工作的作用机理探索》，《治理研究》第1期
- 3.王思斌，2023，《中国式现代化新进程与社会工作的新本土化》，《社会工作》第1期
- 4.童敏，2019，《社会工作理论》，北京：社会科学文献出版社
- 5.童敏、刘芳，2021，《基层治理与中国社会工作理论体系建构》，《河北学刊》第4期
- 6.童敏、许嘉祥、高爽，2021，《抗逆力理论的文化审视与中国社会工作理论构建》，《厦门大学学报（哲学社会科学版）》第1期
- 7.张海征，2023，《新时代信访工作的重要意义、制度安排、实践要求》，《党的文献》第4期
- 8.郭荣茂，2016，《转译社会学视角下的技术治理研究》，《科学学研究》第11期
- 9.苏海贵，2024，《递进式嵌合：社会工作参与基层社会治理的逻辑理路与实践策略》，《理论导刊》第1期