

诊,这就为二甲医院的生存造成了巨大的危机。人才是医院医疗水平得以提高的核心因素。据该区某二甲医院 2012 年数据,医院初级职称职工高达 80.08%,而副高以上职称仅 10.69%,说明该医院作为二甲医院严重缺乏学科带头人及技术骨干,这是医院面临的要害问题。

本调查显示,“绩”是职工评价院长的首要影响因素。威海市的调查指出:福利待遇不够和对个人发展空间不满是专业人才离职的两大原因,这在职工评价院长、职工收入和人才培养指标的满意度上可得到佐证:有 23.44%的职工对“职工收入”不满,15.63%的职工对本医院“人才培养规划”不满,且有 12.5%的职工表示不了解医院的人才培养计划^[10]。因此,有必要从以下 3 个方面缓解人才缺乏的问题:(1)尽快制定体现医务人员劳动价值的诊疗费和手术费用标准,超出原有标准部分可由医保和政府按比例承担;(2)加强学科建设和人才培养规划的力度,鼓励员工自我进修,将学科带头人与非编制的初级人才都纳入培训规划之中;(3)将公立医院人才引进规划纳入政府工作计划之中,为高技术人才制定优惠的引进政策,重视实用性人才。

县级公立医院改革应建立以公益性和运行效率为核心的绩效考核体系,将院长作为主要考核对象,将社会满意度作为重要量化考核指标,着眼于考核指标的细节设计。医院是否公益,院长很重要,制度是关键。要加强新医改背景下的公立医院顶层设计,探讨对院长的放权与收权,将院长的职权装进制度的笼子里,促使其回归公益性。医院必须加强以人才、技术、重点专科为核心的能力建设,提高职工满意度,促使各个相关参与方从不同角度对医院管理,实施程度不同的良性控制和正面影响,保持公立医院的可持续发展能力^[11]。

参考文献:

- [1] 丁彩儿. 影响住院病人满意度调查准确性的相关因素
• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.32.045

- [J]. 中华护理杂志,2004,39(1):44-45.
[2] Hudak PL,McKeever P,Wright JG. The metaphor of patients as customers; implications for measuring satisfaction[J]. J Clin Epidemiol,2003,56(2):103-108.
[3] 陈文贤,张琼,李永莲,等. 以病人为中心的就医环境设计[J]. 中华医院管理杂志,2009,25(3):183-186.
[4] Pangrazio JR. Room with a view; looking at the future of patient room design[J]. Health Fadal Manage,2003,16(12):30-32.
[5] Tokunaga J,Imanaka Y,Nobutomo K. Effects of patient demands on satisfaction with Japanese hospital care[J]. Int J Qual Health Care,2000,12(5):395-401.
[6] 周占伟,梅翠竹,张玉媛,等. 某三级综合医院门诊患者满意度调查研究[J]. 现代预防,2011,38(7):1262-1264.
[7] 熊莉娟,彭昕. 住院病人对医疗服务忠诚度的调查研究[J]. 护理研究,2009,23(19):1714-1718.
[8] 蔡小勇,余春华,侯远潮,等. 武汉市国有医院卫技人才流失现状分析及对策[J]. 卫生经济研究,2005(9):28-29.
[9] 张爱娜. 企业大学生新员工流失问题与对策研究-以威海市大中型企业为例[D]. 山东:山东大学,2008.
[10] 姜洁,郑尚维,李正赤. 公立医院公益性建设的途径与对策[J]. 中国医院管理,2008,28(9):23-24.
[11] 宋炜,许莘,张鹭鹭,等. 构建医院文化培育医院核心竞争力[J]. 中华医院管理杂志,2003,19(1):8-9.

(收稿日期:2014-07-08 修回日期:2014-09-13)

精神障碍患者康复后权益保护

阚 霞,邓世雄[△]

(重庆医科大学公共卫生与管理学院 400016)

中图分类号:R19-019

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)32-4392-03

新的《精神卫生法》虽已出台,但精神障碍患者的权益仍未受到切实的保护。据中国网新闻中心 2013 年 7 月 12 日报道,仅在北京海淀区精神卫生防治院 1 家,经评估符合出院标准的患者约 150~160 人,但其中约 80%的人被留在精神病院里,占到全院患者数量约 40%。直接导致近一半的医疗资源被占用,而更需要康复治疗的患者无法入院。《法制晚报》2013 年 9 月 13 日报道,在珠海有 7 名符合出院条件的精神障碍患者被医院留置在东莞一汽车站。院方并未通知患者家属也未通知送患者前来治疗的公安机关,甚至未给患者办理出院手续。浙江老年报 2013 年 9 月 11 日报道,杭州市第七人民医院老年精神科主任医师陈梅芳表示,很多康复的精神障碍患者出院后病情反复的一个重要因素是出院后的精神康复没有做好:患者未

能按时服药,家属朋友对患者的精神支持鼓励不够。

1 我国《精神卫生法》实施现状

1.1 我国精神障碍患者现状 《精神卫生法》中对精神障碍中作出了明确的限定:“精神障碍是指由各种原因引起的感知、情感和思维等精神活动的紊乱或者异常,导致患者明显的心理痛苦或者社会适应等功能损害。”这里的精神障碍包括由各种生物、心理或社会因素引起的。目前,社会压力不断增加,具有精神问题的人数也不断增加。据 WHO 统计,全球精神障碍患者人数已达 4.5 亿,其中有 3/4 来自中低收入国家,这些国家用于精神卫生防治的资金占卫生保健资金的比例不足 2%。中国疾病预防控制中心精神卫生中心 2009 年初公布的我国各类精神病患者人数在 1.0 亿人以上^[1]。我国精神疾病患病率呈

上升趋势,精神疾病在我国疾病总负担的排名中居首位^[2]。我国 1982 年各类严重精神疾病的终身患病率为 12.96%,1993 年上升至 13.47%,17 岁以下儿童、青少年中,约有 3 000 万人具有不同程度的情绪障碍和心理行为问题。每年约有 25 万精神障碍患者死于自杀,在健康人中每 4 个就有 1 个在生长某一阶段曾经产生过精神障碍^[3]。这使得我国用于精神卫生治疗康复的医疗机构、设施及专业医护人员远不能满足患者的需要。

1.2 患者出院多采用监护人制度 《精神卫生法》用第 44、45 共 6 款对患者出院程序进行了规定,即经医疗机构检查评估,符合出院条件的自愿住院治疗的精神障碍患者及其监护人可以随时要求出院,医疗机构应当同意。该法律规定的意图是保护康复患者出院自主权,但并未明确规定患者及其监护人对出院意见不统一时如何处理,这就产生患者与其监护者之间的冲突。现实中,医院在患者出院时一般都要求监护人签字同意。当患者要求出院而监护人不同意时,患者往往就出不了院^[4]。针对这一状况,《精神卫生法》中没有做出明确的规定,需要等待细则的出台。

1.3 社区康复中心主管患者社区康复工作 《精神卫生法》规定由医疗机构对社区康复中心进行指导,由社区康复中心提供患者康复的场所和条件。由社区卫生服务机构、乡镇卫生院、村卫生室对在家进行康复的严重精神病患者及其监护人进行帮助。同时,还规定了基层政府机构、公民自治组织及社会团体对精神障碍患者康复工作的共同责任。目前,并非所有的社区都配有社区康复中心,且康复中心的医护人员及设施配备不具备专业性和针对性。这些法条的真正落实,还要建立在社区医疗康复条件完善的基础上。

2 存在的主要问题

2.1 患者出院自主权的忽视 根据民法中对精神障碍患者的民事行为能力的规定,不能完全辨认自己行为的精神障碍患者实施的单方民事行为无效,在其民事行为能力范围内的民事行为有效。说明在民法中承认不能完全辨认自己行为的精神障碍患者具有一定的民事行为能力,可以自主的行使其一部分民事权利。经过医疗机构治疗,检查评估后认为可以出院的精神障碍患者即使没有完全回复到正常人的精神状态,也具有一定的认识辨别能力。但目前我国还没有正式承认其处理自己事物的能力及其行为的法律效力,使得他们权力的行使完全依靠其法定监护人。要想精神障碍患者的权力得到充分行使和保护,必须保证法定监护人是“善意”的,还要保证法定监护人的每个代理行为都是对其有利的,这显然是很困难的^[5-6]。

2.2 患者康复后因“被监护”而出院难 现实中,监护人的权利被放大。医生认定患者“不能辨认或控制自己行为”时,其所有权利由监护人代为行使。而在多数医院采取由给患者办理住院手续的监护人签字办理出院手续的制度下,患者监护人多会担忧病人出院后病情会不断反复或是出院后没有好的让患者进一步康复的环境而不同意签字给患者办理出院手续,这就导致无论精神障碍患者的实际精神状态如何,只要监护人不同意患者出院,患者就只能一直生活在医院中。没有重新适应正常生活,逐步在社会中进行康复的机会。与此同时,我国法律目前没有承认精神障碍患者有更换监护人或自行委托代理人的行为能力,使得这一特殊群体的合法权益的保护陷入僵局。

2.3 社区康复条件不能满足患者需求 中国疾病预防控制中心 2005 年的统计数据显示,全国精神疾病医疗机构仅 572 家,

共有精神科床位 132 881 张,注册精神科医师 16 383 人。即每个精神障碍患者平均每 10 万人拥有 1 位精神科医师。根据 2012 年中国卫生统计年鉴显示,我国 2010 年出院精神患者人数为 112 万人,2011 年出院精神患者为 128 万人。目前,我国精神卫生专科医院大多为市级以上的医院,每所医院仅有 10 多名医生,去指导社区 1 个市辖区内所有的康复中心及服务中

3 相关应对措施及建议

3.1 对患者康复时民事行为能力进行鉴定后恢复

3.1.1 借助医疗损害鉴定中的独立鉴定人名册制度 对患者康复时民事行为能力进行鉴定后,鉴定结果为患者的精神状况符合出院的标准且具有一定的民事行为能力,在患者要求出院的情况下,患者监护人必须为患者办理出院手续,若患者监护人仍不同意,患者可自行办理出院手续,医院对患者出院后行为不负法律责任。这样患者在决定出院与否时具有一定的自主决定权。该鉴定结果也可作为宣告患者恢复民事行为能力的 1 项依据。

独立鉴定人名册制度就是司法行政部门会同卫生行政部门将全国范围内具有司法鉴定资格人的个人资料编辑成册,以供选择^[7-8]。这些鉴定人应具备相应的医学、法学、法医学知识并通过国家组织的资格年检制度,否则其鉴定资格将被取消。通过严格医疗纠纷鉴定人的准入制度,并实行严格的规范法管理(通过设计评估指标体系实现对鉴定机构的评估,并面向社会公布),有利于保证鉴定人的独立性,提升鉴定意见的可信度。

3.1.2 在精神障碍鉴定过程中引入听证制度 听证就是听取社会意见的一种方式 and 程序。在当事人自己的利益受到影响时,有权要求听证来表达自己的意见,提供自己所掌握的证据,这就是听证的意义所在。其作为一项法律制度,在发达国家已有数百年历史,也是正当法律程序的代名词^[9]。在我国起步较晚,但在价格法、立法法和行政处罚法中已有关于听证制度的规定。精神障碍司法鉴定的结论关乎患者的重大利益,那么法院组织对精神障碍鉴定活动进行听证就是理所当然了。在听证过程中充分听取患者、监护人及患者其他近亲属、患者治疗所在医院及基层医疗卫生机构各方对患者日常精神状态的评价^[10]。实行鉴定听证制度起码可以提高程序上的公开度和透明度,增加社会监督制约机制的执行力,也可以促使专家在作出最终决定时更加慎重。

3.1.3 精神障碍患者民事行为能力的恢复 经过权威的鉴定之后,由患者监护人或患者所在基层医疗卫生机构请求法院据患者情况作出确认其为完全民事行为能力人或限制民事行为能力人的裁判,明确精神障碍患者可自行行使权利的范围。例如,出院的自主决定权、申请变更监护人的权利。在监护人有损害精神障碍患者的权益的行为时,恢复患者一定的诉讼权利,或在患者自己不能行使的情况下,由基层医疗卫生机构或法律援助中心等社会团体或组织指派人帮助其维护自身权利。在患者恢复一定行为能力后,当患者主张出院而监护人不同意,在患者符合出院条件,对社会公共利益及第三人利益无损害时,医院应充分尊重患者的意见。

3.2 细化监护人的法律责任

3.2.1 社区管理机构对监护人进行监督 明确监护人即法定代理人“善意”的标准。监护人在行使监护权时,也应考虑患者的感受,对患者采取必要的措施时注意措施的强度要在合理的范围内,尽量避免对患者精神健康造成二次伤害,由社区管理

机构对监护人监护权的行使情况进行监督指导,将法律中关于监护人不当行使监护权的规定细化。首先,明确不当行使监护权的范围。其次,当监护人违反规定,由其所在社区管理机构对其进行教育监督改正。不改正的,根据具体情况依法对其进行一定处罚,包括民事侵权赔偿、行政处罚,严重的进入刑事程序。

3.2.2 逐步引入社会监护人制度 在法定监护人及患者自身都不能保障患者权益,且未确定新的监护人时,可由社区管理机构暂时履行监护人职责。如同美国等国家为监护行为能力缺陷的成年人设立的“社会监护人”^[11-13]。社会监护人制度起源于罗马法,主要用于解决非完全民事行为能力成年人的监护问题,是对监护人制度的补充。社区管理机构可向法院申请撤销不履行职责的监护人,并向法院推荐新的监护人,以此保护被监护人的合法权益^[14]。

3.3 改善患者社区康复环境 社区康复环境可以满足患者出院后的医疗卫生服务需求,患者监护人同意康复患者出院的顾虑就会减少,患者出院自主权更容易得到尊重和实现。

参考文献:

- [1] 谢琪. 精神病人权利保护的法理学研究[D]. 上海: 复旦大学, 2011.
- [2] 王俊成, 张瑞岭, 周芹. 中国精神卫生服务现状与建议[J]. 中国卫生事业管理, 2009(5): 348-350.
- [3] 刘英. 精神障碍患者的权益保护[D]. 重庆: 西南政法大学, 2012.

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.32.046

- [4] 叶峰. 加强精神病人救助提升医院管理水平[J]. 江苏卫生事业管理, 2011, 22(2): 41-42.
- [5] 张传祥. 精神病人的权利保护研究[D]. 吉林: 吉林大学, 2012.
- [6] 戴庆康. 权利秩序的伦理正当性: 以精神病人权利及其立法为例证[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2007: 236.
- [7] 宋扬. 论我国司法鉴定人资格的现状与改革[D]. 湖南: 中南大学, 2009.
- [8] 何恬. 重构司法精神病学-法律能力与精神损伤的鉴定[M]. 北京: 法律出版社, 2008: 25-36.
- [9] 邱实, 邓世雄. 各国医疗鉴定制度及对我国的启示[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2010, 31(3): 39-41.
- [10] Hunt P, Mesquita J. Mental disabilities and the human right to the highest attainable standard of health[J]. Hum Rights Quart, 2006, 28(2): 332-356.
- [11] 朱雪林. 加拿大公共监护制度研究[J]. 黑龙江科技信息, 2012(7): 159-240.
- [12] 孙海涛. 美国欠缺行为能力成年人公共监护制度的构建[J]. 南通大学学报: 社会科学版, 2009, 25(2): 56-62.
- [13] 陈伯礼, 陈翰丹. 我国精神病人公共监护制度论纲[J]. 西南民族大学学报: 人文社会科学版, 2013(5): 88-93.
- [14] Barnes A. The virtues of corporate and professional guardians[J]. Stetson L Rev, 2002, 31(3): 943-950.

(收稿日期: 2014-06-08 修回日期: 2014-08-17)

重庆市首家医联体“重医一院医联体”探索和思考

张立斌, 陈力, 肖明朝, 吕富荣, 姚云清, 罗诗樵, 罗勇, 任国胜[△]

(重庆医科大学附属第一医院院办公室 400016)

中图分类号: R1

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2014)32-4394-03

医疗联合体(以下简称“医联体”),是指一定地域内不同类型、层级的公立医疗机构组合起来,成立协作联盟或组建医疗集团,成为利益共同体和责任共同体。患者在医联体内,可以享受到基层医疗机构与区域医疗中心之间的双向转诊、化验检验结果互认、专家社区坐诊、远程会诊等便捷的优质诊疗服务^[1]。建立医联体是推动医疗资源的优化配置,推进分级医疗、双向转诊、急慢分治等的有效手段,也是控制医药费用、改进医院服务质量的重要措施,对拓展公立医院改革思路和路径,提高医疗服务体系的整体效率,提升基层医疗服务能力和发挥协同服务功能有重要意义^[2]。

1 医联体成立的背景

医联体的理念和实践最早来自于美国的凯撒-帕门南蒂医疗集团,源于 20 世纪 40 年代,今天,该集团在美国有 900 万人参保,是美国最大的非营利医疗保险集团^[3]。在我国,最早形成于 20 世纪 90 年代中后期,当时国家先后出台了《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》等纲领性文件,并开始全面推进区域卫生资

源重组和医疗机构改革,通过政府干预形成了一批依靠行政关系统一管理的医院集团雏形^[4]。1996 年 12 月组建的南京市鼓楼医疗集团,拉开了医院集团化建设的序幕。随后上海、北京、天津、辽宁等地医院集团相继成立。

随着新医改的推进,我国政府越来越重视“集团化”的发展战略。国务院办公厅《2011 年公立医院改革重点工作安排》提出可通过托管等方式,提高县级医院的管理和服务能力。2012 年卫生部《关于深化城乡医院对口支援工作,进一步提高县级医院医疗服务能力的通知》再次提出,支援医院和受援医院可以通过建立医联体、医院集团、托管等形式,促进形成纵向联合体和责任共同体。这进一步为医疗机构向医联体方向发展提供了政策导向。2013 年 3 月,原卫生部部长陈竺在十二届全国人大一次会议上明确指出:医改下一步重点是建立“医联体”。医联体和医院集团化发展出现新一轮高潮。

2 重庆医科大学附属第一医院医联体的实践与探索

医疗联合体作为整合卫生资源,提高基层医疗服务能力的必由之路,在重庆直辖市进行探索显得尤为必要。在前期探索