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的人选,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

托管医院已走出来一条创新之路的重庆医科大学附属第一医院,在重庆市卫生局的主导下,于 2013 年 3 月成立以重庆医科大学附属第一医院为核心的重庆医科大学附属第一医院医联体(简称“重医一院医联体”),并进行了一系列的实践和探索。

2.1 构成模式 重医一院医联体是核心医院重庆医科大学附属第一医院与 5 家托管医院以部分经营管理权为纽带组成的松散型医疗机构联合组织。核心医院对各托管医院在管理和技术方面给予帮扶,在经营上给予指导,输出人才、技术和管理。不改变各托管医院原有的组织架构、人事关系、资产属性、债权债务关系和属地化管理模式。

2.2 主要目标及合作原则 首要目标是提高基层医疗服务能力和管理水平,其次促进分级医疗、双向转诊和急慢分治,让老百姓就近享受优质医疗服务,促进重庆市整体医疗水平提升。医联体成员本着自愿、平等、协同和共赢原则组建:(1)自愿原则。核心医院和成员医院及成员医院所隶属的行政主管部门自愿结盟。(2)平等原则。成员医院在医联体内享受的合作方式和相关利益平等一致。(3)协同原则。医联体内逐步实现“上下联动、分工协作、双向转诊、分级医疗”的医疗服务形式。(4)共赢原则。医联体内强调合作,突出共赢,寻求长期共同发展利益。

2.3 联动方式

2.3.1 管理理念“一体化”,实现管理的协同性 接受托管医院中层以上的管理干部进行对口岗位培训及新进人员的岗位培训。让托管医院领导参与核心医院的院长办公会、集中进行集团干部培训会、向托管医院输注核心医院的服务理念和管理机制。

2.3.2 派驻专家“常态化”,加强医院管理和技术帮扶 出台了《关于托管分院副院长选拔任命及培养管理办法》,常年派驻 1 名经过选拔和培训的高级职称专家到托管医院担任常务副院长,任命 8~10 名学科专家担任托管医院特聘专家,每月派遣 3~6 名中高级职称医师及护理骨干以科室团队形式到基层医院,重点加强医院的医疗技术和管理帮扶。

2.3.3 科室共建“无缝化”,提升技术水平 核心医院以查房指导、专科培训、手术操作指导、专题讲座、学术活动等形式,促进托管医院的医疗技术水平提升。指导和支持基层医院治疗疑难重症,帮助开展新技术、新项目,形成“科室对科室,师带徒一对一”的帮扶关系,双方科室与人员形成无缝链接。

2.3.4 指导学科建设“差异化”,注重“以评促建” 指导进行学科建设规划,促进各科室合理发展。实施学科答辩、科研申报答辩、教学比赛等形式,指导帮助打造或申报重点学科或重点专科。定期对托管医院的等级医院创建工作进行指导、评估、预评审,有效地推进医院创建工作,实现预期等级医院创建目标。

2.3.5 培养人才“系统化”,制定长期培养方案 设立优秀中青年人才培养专项基金,每年从各托管医院选拔中青年优秀人才,资助赴国内外做访问学者或进行专业培训。突出“三开放”“三培训”,全方位、广口径免费培训人才:即开放管理、开放技术、开放人才培养;培训科主任、培训管理人员和技术骨干、培训住院医师规范化人员,随时接受培训人员来院。注重增强基层医院的“造血”功能,增强核心竞争力。突出“3 种团队”,多形式、多层次进行帮扶:(1)专项技术团队;(2)科室团队;(3)医院团队。

2.3.6 双向转诊注重“连续性”,畅通绿色通道 建立双向转诊“联络员”制度,专人负责转诊患者的全程服务,畅通双向转诊绿色通道。同时建立核心医院“延伸服务”机制,解除患者对“向下转”的担心。为下转医院提供后续完整治疗方案。不定期进行网络查房,对已转下患者指导后续治疗。

2.3.7 服务实行“网络化”,促进优质资源和高级人才下沉 核心医院负责建立与各托管医院的远程会诊中心和远程教育中心,适时保持数据共享、交换,提高会诊、诊断、检查的效率,充分发挥优质医疗资源的辐射作用。建立以核心医院为基础的区域性影像诊断中心或检验检查中心,实现资源共享。

2.4 初步成效

2.4.1 完善质量管理体系,促进服务能力提升 核心医院重点培训托管医院的班子成员和中层管理干部,帮助完善管理制度和三级质量管理体系,大大提升其管理水平。2012 年大足区人民医院门诊患者突破 49.00 万人次,同比增长 22.69%,收治住院患者 4.13 万人次,同比增长 25.44%,手术量突破 1.00 万台,同比增长 9.35%。綦江区人民医院门诊患者 46.00 万人次,同比增长 48.90%,收治住院患者 2.70 万人次,同比增长 19.40%,手术量突破 7 559 台,同比增长 11.20%。

2.4.2 加快人才培养步伐,提高医疗技术水平 帮助大足区人民医院对中层医疗、护理、管理干部进行对口岗位培训 100 余人次,2012 年该院获得高级职称晋升 17 人;帮助綦江区人民医院培训管理及技术骨干 150 余人次;指导各托管医院开展新技术数百项。

2.4.3 完善学科建设,提升科研学术水平 帮助大足区人民医院建设省、市级重点专科 2 个,指导获批特色专科 1 个,指导其建设规范化 ICU、CCU 及心导管室。指导綦江区人民医院建设并获批省级重点专科 1 个、指导建设特色专科 9 个。2012 年获批省部级科研项目 2 项,实现了托管医院高水平科研零的突破。获市卫生局科技成果二等奖、三等奖各 1 项;发表学术论文 88 篇,CSCD 26 篇;帮助綦江区人民医院获得科研基金立项项目 41 个,其中首次获得卫生部科研基金资助项目 2 项,发表 CSCD 等医学论文 70 余篇。

3 进一步完善和发展医联体的建议

当前,国内各地医联体样本都紧密结合了当前实际,提出了各有特色的设计思路,但在起步阶段都遇到了许多问题。医联体内各单位的责、权、利仍未完全明确,分级财政导致补偿机制的不到位,长期利益机制尚未形成、双向转诊遭遇医保、药物、价格等障碍、核心医院人才不足等^[5]。因此,推进医联体既需要内部改革,也需要外部政策配套。

3.1 卫生行政主管部门要加强规划和监管 政府要把医联体的建设纳入深化公立医院改革的大格局大系统中统筹考虑,实现区域内的整体规划和统筹管理,对医联体内部医疗行为实行全程规范化监督;同时可以引入商业保险,利用其成熟的监管体系对医联体服务质量及价格等进行约束和监管,提高服务效率,控制医疗费用增长^[6]。

3.2 相关部门要联动予以配套政策支持 我国医疗机构目前实行行政分级管理与分级财政体制,加上属地化管理的壁垒,不同级别医院之间要实现资源优化配置、实现人财物统一调配难以实现,这就需要财政、物价、人事、社保等多方联动:(1)需要突破分级财政障碍,按照绩效对医疗机构实行拨付。(2)真正发挥医保政策的经济杠杆作用,引导患者有序就诊^[7]。进一

步加大不同级别医疗机构差异化支付起付线和报销比例。医保总额控制按医联体服务的总量、质量和满意度来分配,既促进方便患者就医,又兼顾各方的利益。医联体内的医疗技术检查互通互认,患者在基层医院住院、在区级医院做检查所产生的费用,按照基层医院住院费报销比例结算,促进分级诊疗模式的形成^[8]。(3)借助法律手段,明确医联体内多点执业的合法化及责任分担等,实现优质资源真正下沉。

3.3 医联体自身要完善管理架构和建立高效管理机制 以资产为纽带的紧密型和以托管为主要形式的半紧密型和以技术合作协议为形式的松散型医联体,都应设立理事会,下设专门的管理办公室,负责执行理事会做出的各项决策,并承担医联体的日常事务管理。建立分工协作、人才培养、学科建设、双向转诊等各项管理举措并形成长效机制,逐步形成医院“产权分明、权责明确、政企分开、管理科学”的现代高效管理体制,鼓励在医院产权制度改革方面大胆探索,试行股份制、股份合作制等新的运作模式等,激活医疗机构的创造力和活力^[8]。

3.4 医联体内要建立质量战略和质量监控体系 医联体运作以质量稳定为前提。发挥核心医院的龙头作用,建立有效质量战略和质量监控体系带动各成员单位协同发展。严格培训医联体内医务人员掌握检验、检查有关质量标准及操作规范,保证有效实施检查、检验结果互认,提高资源利用效率;严格掌握上转、下转指诊和适应证,保证患者得到全程管理和质量稳定,才能最终实现有序就医^[9]。

3.5 医联体内需要建立长期利益合作机制 对医联体进行严格的考核,将核心医院及托管单位工作成效,纳入公立医院改革考核指标,把带动基层医院发展成为考核大医院院长的“硬指标”,并将考核结果与财政给付、医保支付等相结合^[10-11]。核心医院与成员医院坚持“共赢、共生、共长”原则,寻求长期的利益合作机制,达到长期利益相关,实现合作的长期性和协

同性^[12]。

参考文献:

- [1] 胡善联. 建真正医联体难度很大[J]. 中国卫生, 2013(4): 37.
- [2] 万祥波, 朱夫, 杨杨. 镇江市建立紧密型医联体的探索和实践[J]. 中华医院管理杂志, 2013, 4(4): 263-265.
- [3] 俞卫. 改革力度多大医联体实效多大[J]. 中国卫生, 2013(4): 40-41.
- [4] 方鹏举, 黄灵肖. 我国医疗机构集团治理模式及关键问题分析[J]. 中华医院管理杂志, 2013, 3(3): 161-164.
- [5] 封国生. 医联体需要各方合力攻坚[J]. 中国卫生, 2013(4): 23.
- [6] 逢增志. 医联体并非“一联就灵”[J]. 医药经济报, 2013(5): 31.
- [7] 叶龙杰, 袁英红, 魏笑琛. 武汉: 渐进实现利益共享[N]. 健康报, 2013-4-11.
- [8] 林枫, 苏枫, 吴宝林, 等. 镇江市区域健康服务联合体建设的探索与思考[J]. 中华医院管理杂志, 2013, 4(4): 261-263.
- [9] 黄燕. “医联体”动作要有质量战略[J]. 中国卫生, 2013(1): 83.
- [10] 庄一强. 新医联体不走老路[J]. 中国卫生, 2013(4): 42.
- [11] 杜乐勋. 通过支付方式改革“联动”[J]. 中国卫生, 2013(4): 46.
- [12] 解伟. 医联体离不开“三医联动”[J]. 中国卫生, 2013(4): 44.

(收稿日期: 2014-07-18 修回日期: 2014-09-21)

(上接第 4385 页)

et al. Lymphatic system as a path underlying the spread of lung and gut injury after intestinal ischemia/reperfusion in rats[J]. Shock, 2005, 23(4): 330-336.

- [9] Badami CD, Senthil M, Caputo FJ, et al. Mesenteric lymph duct ligation improves survival in a lethal shock model[J]. Shock, 2008, 30(6): 680-685.
- [10] Cox CS Jr, Fischer UM, Allen SJ, et al. Lymphatic diversion prevents myocardial edema following mesenteric ischemia/reperfusion[J]. Microcirculation, 2004, 11(1): 1-8.
- [11] 何桂珍, 崔晓雨, 董良广, 等. 大鼠肠道缺血/再灌注时肠淋巴干结扎对肠道屏障的影响[J]. 中国临床营养杂志, 2007, 15(3): 155-159.
- [12] 崔晓雨, 何桂珍, 董良广, 等. 大鼠肠道缺血/再灌注损伤后肠淋巴阻断对肺损伤的保护作用[J]. 中国临床营养杂志, 2007, 15(6): 364-367.
- [13] 陈图锋, 黄婵燕, 戴珍桦, 等. 全反式维甲酸在肠道缺血再灌注中的抗氧化作用[J]. 中华消化外科杂志, 2013, 12(11): 867-872.
- [14] Zhao ZG, Niu CY, Shang AM, et al. Mesenteric lymph reperfusion may exacerbate brain injury in a rat model of superior mesenteric artery occlusion shock[J]. Neural

Regen Res, 2010, 5(9): 683-689.

- [15] 牛春雨, 赵自刚, 张春晖, 等. 肠淋巴再灌注加剧 SMAO 休克多器官损伤的作用机制[J]. 中国病理生理杂志, 2009, 25(9): 1810-1815.
- [16] Niu CY, Zhao ZG, Shang AM, et al. Influence of mesenteric lymph reperfusion on neurotransmitter expression in brain tissue of a superior mesenteric artery occlusion shock rat model[J]. Neural Regen Res, 2010, 5(11): 859-863.
- [17] 刘争杰, 赵自刚, 赵永泉, 等. 肠淋巴再灌注对 SMAO 休克大鼠多器官 ICAM-1、RAGE 的作用[J]. 微循环学杂志, 2011, 21(3): 1-3, 11.
- [18] 杨丽娜, 赵自刚, 赵永泉, 等. 内毒素移位对肠淋巴再灌注加剧 SMAO 休克大鼠多器官损伤中的作用[J]. 中国应用生理学杂志, 2012, 28(1): 74-78.
- [19] 陈雪峰, 何桂珍, 董良广, 等. 大鼠肠淋巴液引流方法的建立及肠道缺血再灌注损伤时活性物质的改变[J]. 中国医学科学院学报, 2009, 31(3): 322-325.
- [20] 张睿, 何桂珍, 周开国. 大鼠肠道缺血再灌注损伤时血和淋巴液成分的变化[J]. 中华实验外科杂志, 2011, 28(12): 2165-2168.

(收稿日期: 2014-06-08 修回日期: 2014-07-30)