

· 经验交流 ·

台湾地区精神医疗体系发展及启示

李 峰

中图分类号: R-1

文献标识码: D

doi: 10.3969/j.issn.1007-3256.2014.01.029

1 机 构

台湾地区精神医疗院所发展已有 70 余年的历史。首座具规模的精神病收容所是创办于 1918 年的台北仁济院^[1]。但由于条件简陋,床位不足,需要治疗的病人则必须送到基隆精神病院。1922 年仁济院迁至台北万华设精神病所(现仁济疗养院),可收治容 30 名病人。1929 年第一所私人医院——养浩堂设立,可收容约 35 名病人,这也是台湾地区第一所设施较完善的精神病院。1932 年当地政府将一些财团法人的救济院、慈惠院等附设医院指定为收治精神病患者之用。1934 年,创办第一所公立精神医院——养神院^[1],位于台北松山区,为台湾省立桃园疗养院前身。

其实不论公立或私立医院,规模都不大。直到 1945 年后期,养神院为政府接收,成为第一所省立(公立)精神病医院,并易名为省立锡口疗养院,规模才有所扩大。但由于当时的历史原因,社会环境及人口结构发生了很大的变化,并在工业化和现代化的影响下,人们的精神紧张,各类精神病随之增加,精神病床位仍极度缺乏。1951 年除省立锡口疗养院不断增加病床外,一些私人精神医院也陆续兴建起来,这些私人医院通常是接受台北市政府社会局及台湾省政府社会处特约的医院,仅能以极其低廉的治疗费用来收容贫困患者及流浪病人。不仅设备简陋,且医疗人员匮乏。与此同时,军方医院也逐渐设立精神科病房,收治军人中的精神病患者,并于 1957 年创立玉里荣民医院,大量收治军方退役的精神病患者。当地政府于 1961 年和 1967 年分别增设省立高雄疗养院和省立玉里疗养院。1970 年台北市也设立了台北市立疗养院。至此,台湾地区已有

约千张精神病床位。

2 服 务

2.1 早期医疗服务 由于经济、文化等原因,20 世纪 70 年代以前的精神科服务仅局限于上述几家公立精神专科医院及约数十家私人精神专科医院或诊所。而其它大型综合医院(台北大学附设医院除外)、省、市立医院等均未设精神科。服务模式大部分以收容为主,患者多长期住院。在 70 年代后陆续出现财团法人投资经营的大型综合医院,但似乎对设置精神科缺乏兴趣,公立医院也只有省立台南医院在 1974 年、荣民总医院在 1977 年设立精神科^[1]。直到 80 年代起才逐渐有较多的综合医院及省、市立医院增设精神科及门诊,提供日间留院及急性住院服务等,服务品质不断改善,整个精神医疗服务模式趋向多元化。

2.2 医疗网络 1986 年 4 月卫生机构核定实施《医疗保健计划——筹建医疗网络计划》,首次将精神医疗工作纳入整体性医疗施政的策略之一^[1]。至此,台湾地区的精神医疗政策才有了较明确的发展方向。

台湾省“卫生署”推行的精神疾病防治工作,主要以发展积极的治疗、康复,减少消极的收容、养护的政策为导向,以建立精神疾病防治医疗网络为工作方向。先后制定两期施政计划:第一期计划是医疗保健计划,即筹建医疗网络;第二期计划是建立全地区医疗网络。目标包括:建立精神卫生工作体系,开展区域精神医疗网络工作;加强精神医疗院所管理,充实精神医疗设施;推进社区康复计划;培育精神医疗专业人才;提供精神病患者医疗费用补助;加强药物滥用防治及制定相关福利措施等。于 1986 年规划全地区精神卫生网络,1988 年推行社区康复计划,1990 年颁布台湾地区《精神卫生法》等,促使整个医疗服务模式朝现代“社区精神医疗模式”发展^[1]。

作者单位:730050 兰州市第三人民医院

通信作者:李 峰 E-mail: dangy0308@126.com

目前,其“精神疾病防治医疗网络”是依地理环境、人口数及精神医疗资源的分布情形,将台湾地区划分为七个责任区:台北地区、北部地区、中部地区、南部地区、东部地区、高雄地区及澎湖地区。并在每一责任区指定一家精神科医院为精神医疗网络的“核心医院”,负责各区的医疗网络业务。各核心医院的工作目标是为统筹其辖区内精神医疗资源,结合医政、社政、民政、警政、教育及心理卫生、公共卫生等相关单位,建立精神医疗的转介、照会制度,加强区内相关工作人员的在职教育,宣传精神医疗的正确观念与知识,为患者提供连续性、整体性的医疗照顾。

2.3 现行医疗体系 台湾地区医疗服务体系具有多元化、多样性的特点。医疗体制的形成与医疗服务发展历史、社会经济制度和经济发展状况密切相关。一般认为历史上台湾地区医疗服务体系先后经过建立前期(1947年之前)、建立期(1947-1970年)、扩张期(1971-1984年)和整合期(1985年至今)四个阶段,不同时期有不同的形态和特点^[2]。现行医疗服务体系是在公、私立大中型医院蓬勃发展基础上,通过加强社区医疗康复体系,实施医疗网络计划,并对各类医疗机构进行整合之后形成的。1995年3月1日依据台湾地区《全民健康保险法》,实行统一的强制性健康保险制度,这对促进台湾地区医疗服务的行业管理、减轻病人负担发挥了重要作用,但对医疗服务结构质量产生了负面影响。

由于健保作用和社会资本进入医疗服务市场,近年来台湾地区医疗服务业出现了产业企业化、品质精致化、集团集约化、医院社会化、功能延展与异质经营等新趋势。受此影响,目前台湾地区精神心理卫生机构体系也快速发展。其管理理念先进,强调管理制度化,追求人文管理,倡导团队合作,追求品质卓越,注重长远发展,树立创新理念。各院

(所)均有院训、办院宗旨和院(所)文化。

3 启 示

大陆与台湾地区一脉相承,有共同的历史渊源和文化遗产,大陆的精神医疗卫生体制改革、医院建设及医疗卫生服务的宏观管理、精细化管理、人才管理等方面可从台湾地区精神医疗体系发展历程中汲取经验、教训。

台湾地区的卫生事业管理处于领先水平,以其低投入、高产出和高效率著称。2012年大陆进入“十二五”医改的新时期,医改市场机制的引入,可以大大提高医疗卫生效率,使大量社会资源进入医疗卫生领域,优化医疗卫生资源的配置。但由于健康服务市场的特殊性和复杂性,体制机制的改革有待进一步提速。

卫生部已重新启动了医院等级评审工作,我们应汲取历史经验教训,借鉴包括台湾地区的成功经验,从注重规模扩张及硬件建设到注重医疗流程及患者的满意度,建立评价标准和方法。从患者的角度看医院,以患者的体验为目标,不断改进医院的服务流程、组织结构、人员结构等,避免陷入“拼设备、拼规模、轻服务、轻流程”的陷阱。总之,在充分引入市场竞争机制的同时,行政部门需加强宏观调控,优化卫生资源配置,避免从“看病难”走上另一个极端,造成医疗资源过剩,引起行业内部恶性竞争,迫使公立医院背离公益性的基本属性。

参 考 文 献

- [1] 庄明敏.精神病患医疗服务体系之检讨[M].台北“行政院研究发展考核委员会”,1995:18-19.
- [2] 周守君.台湾医疗服务与全民健康保险体制分析[J].中国医院,2011,15(2):76-80.

(收稿日期:2013-12-26)