

医院管理

民用医院医疗卫生动员的组织与实施

金明亮, 庄美平, 谢子扬, 黄顺红, 韩延泽, 曾清芳, 林 升

【摘要】 医疗卫生动员是新形势下将民用医院潜力快速转化为战时卫勤保障能力的必由之路。文章分析了民用医院医疗卫生动员现状与问题, 组织实践并研究了动员涉及的模式、指挥、网信、救治、安防等重点难点问题, 提出了改进卫生动员工作的建议与对策。

【关键词】 民用医院; 医疗卫生动员; 动员模式; 方法

【中图分类号】 R197 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 1672-271X(2023)01-0096-03

【DOI】 10.3969/j.issn.1672-271X.2023.01.020

0 引言

现代战争消耗巨大, 对社会保障的依赖程度越来越高, 卫勤保障对医疗卫生动员的需求也日益提升。我国民用医院数量多、分布广, 是国防动员的重要组成部分。在新形势下如何将民用医院潜力快速转化为战时卫勤保障能力, 使民用医院的医疗卫生动员和使用工作有序顺利进行, 是值得研究的课题。

1 民用医院医疗卫生动员现状与问题

1.1 医疗卫生动员法规体系尚不完善 我国《国防动员法》虽已出台, 但还未专门针对医疗卫生动员这个特殊领域的法律、法规, 军队国防动员单位、地方政府、各级医疗卫生机构、医药卫生企业在动员和征用工作中的主体责任不够明确。当前的医疗卫生动员工作仍然面临遵循法律依据难的被动局面, 从而加大了动员组织难度^[1]。此外, 对于已经出台的法规, 动员执法主体不明确, 部分法规操作性不强。

1.2 医疗卫生动员体制机制尚不完备 从整体上看我国战时的医疗卫生动员潜力很大, 但除去最低社会医疗需求外, 但具体可动员的医疗床位及人力资源等基础性潜力资源尚不托底, 相关动员运行

机制也仍不清晰, 潜力不等于实力^[2]。具体表现: 首先, 各级国防动员委员会属于议事协调机构, 动员控制和调配能力不足, 也缺乏明确补偿机制。其次, 动员的责任主体仍不明确, 特别是涉及多部门参与事项, 存在对象不明、职责不清, 使得现行动员体制和法规建设无法适应现代战争卫勤保障需求。再次, 地方(基层)动员机构无专职力量, 无法进行专项管理, 无法开展专项研究, 无法给予专业指导, 无法实施专项训练, 动员效果无法保证^[3]。

1.3 民用医院卫生动员模式尚不成熟 对民用医院的医疗卫生动员模式主要有军事接管模式(完全接管、联合接管、指导式接管)^[4]、军队协同^[5]模式(独立保障、混编保障)、支前^[5]保障模式(就地支前、随军支前)^[6]等, 但何种模式适用于卫勤保障需求, 取决于当地社会经济发展水平、医疗救治机构能力和对应的卫勤保障模式。相关动员模式涉及的组织运行机制、指挥管理关系、网信手段构建、安防保密组织、救治模式选择、各方职责清单、经济补偿^[6]规则等, 军地研究大多停留在理论和方案层面, 缺乏规范的联合演练, 指挥关系不清、网信通联不畅、战救器材短缺、设备物资不配套、战伤救治能力弱等问题现实存在。

2 民用医院医疗卫生动员的组织与实施

如何将民用医院的医疗卫生动员潜力转化为现实的卫勤保障能力, 关键在于能否通过“明确机制、优选模式、优化流程、训管结合”, 有效利用并提升民用医院现有医疗救治能力, 以达到符合战时卫勤保障需求。结合历次民用医院医疗卫生动员

作者单位: 362000 泉州, 解放军联勤保障部队第九一〇医院院部(金明亮), 烧伤整形科(庄美平), 卫勤处(谢子扬、曾清芳), 门诊部(黄顺红), 护理部(韩延泽), 信息科(林 升)

通信作者: 庄美平, E-mail: roupingjml@163.com

相关研究和组织实践,可明确以下动员工作要点。

2.1 依据动员任务,明确动员模式 按照战略、战役和战术医疗卫生动员 3 个层次,区分战略后方、战役后方^[7]和战术后方 3 个梯次,分别采取相应的动员模式。其中,战略后方和战役后方民用医院可动员的卫生人、财、物、技术等资源更加丰富,且相对安全,动员模式选择上,以军队协同模式为主,军事接管模式为辅,一般情况下被动员医院执行独立保障,必要时由军队医疗机构加强部分军事医学专业骨干充实动员医院执行混合保障。军队协同模式适用于医疗设施设备齐全、综合救治能力较强的医疗机构。结合国内外经验,在动员规模上,战略后方医院可以按照完全成建制动员,也可部分动员^[8],以满足动员任务需求为基本要件;战役后方医院原则上按照完全成建制动员为基本模式。战术后方医院医疗卫生动员,以军事接管模式为主,便于统一管理,适用于战场环境的快速转换,提高卫勤保障效率。

2.2 依据动员模式,明确指挥关系 在明确动员模式的基础上,动员任务主要按照两个步骤确立指挥保障关系。一是协调明确医疗卫生动员各任务主体。一般情况下,由作为医疗卫生动员需求单位的军队一方会同国防动员单位,对接被动员医院主管单位(部门或管辖单位),明确任务需求和相关动员要求。军队协同模式下被动员医院是完成动员任务的责任主体,军事接管模式下军队一方则承接被动员医院的管理及保障任务,并成为动员任务责任主体。二是向被动员医院派驻军队指挥协同组织。采取军队协同模式时,被动员医院的日常管理及保障仍按照原有体系运行,军队需求一方派驻指挥协同组提供各类指挥、训练、保障建议,全程参与被动员医院涉军事项的协调指挥、军队伤病员的管理与善后等工作,但涉及部队秘密的由军队指挥协同组独立实施。军事接管模式下,被动员医院的指挥保障均由军队需求一方承接,被动员医院仅提供人财物技术支撑。不管采取何种动员模式,都应建立“国防动员单位、被动员医院主管单位(部门或管辖单位)和军队需求方”三方会商机制,并吸纳被动员医院建立多方工作联动机制,保证军地协同高效进行。

2.3 依据指挥关系,优选网信手段 不管采取何种动员模式,网信手段的构建原则上采取“加密通信、

固定电话、无线通讯和专用网络”4 种方式,并在不同的救治背景下进行灵活使用。其中,加密通信主要采取军用 CDMA、北斗手持机等,是军地协同的主要通联手段,采取军队协同模式时,由派驻指挥协同组织专职负责;采取军事接管模式时,在军队指挥机构统一管理下组织实施。固定电话是被动员医院内部及对外非涉密事项通联的主要手段,无线对讲机主要用于内部即时通讯,手机是被动员医院重点管控和监管对象,需明确使用规则。医疗信息共享和支持平台,主要依托政务专网、内部局域网等专用网络构建,用于满足伤病员后送、分类、救治及管理的信息化支撑,必要时由军队医疗机构向被动员医院推送经脱敏后的伤病员信息。采取军事接管模式下,必要时可依托军用设施设备和信息系统,重构被动员医院网信手段,以完全融入军队指挥保障体系。

2.4 依据救治规则,确立救治模式 战略后方和战役后方被动员的民用医院,一般按照“整体腾空、综合集成、相对独立、便于管理”的模式组织床位腾空,建立综合性病区或专科病区,战术后方被动员医院一般只开设综合性病区,配齐配强各专业医务人员。被动员医院设置外科、内科、护理等各类型巡回指导组指导救治工作,必要时军队医疗机构通过远程会诊、派驻专家等形式指导并协同被动员医院加强战创伤救治工作。不管采取何种模式,均以提高诊疗效率为第一要务。其中,收容分类按照“模块固定、伤员流动”的模式,采用流水线的方式组织快速检伤分流;收容救治按照“伤员固定、资源流动”的模式组织确定性诊疗。各科室(病区)可设置相应救治和保障小组,如外科可设置手术组和处置组,内科可设置危重处置组和一般处置组,医技科室可设置应急处置组和一般处置组。同时内外科护理单元可设置治疗、护理、床位处置和物资供应等小组,手术室护理单元可设置预检分类、物资供应和手术配合组,收治科室应指定负责人,落实“科室、小组、个人”三级责任制。

2.5 依据战场环境,强化安防保密 以被动员医院及任务环境涉及的敌社情为核心,全面设置安防保密措施。其中,涉军一方的协同通联均由军队派驻的指挥协同组或军队指挥机构负责。采取军队协同模式时,军方参与对被动员医院任务人员进行保密教育和检查,指导政治审查工作;采取军事接管

模式时,军方负责对被动员医院人员及支前人员进行保密教育、保密检查和政审;还应协同国安、网监等相关部门,全程严密关注社会舆情并及时处置。由于军地医疗机构信息化自成体系,各系统之间通用性、兼容性很低,很难在被动员医院部署统一的医疗信息系统。动员民用医院时一般利用其原有信息系统,仅需采取措施将医疗和涉密信息进行物理分离即可。如入院时仅提供性别和诊断等真实信息,在不影响诊疗的情况下实现军队伤病员信息最低限度开放,对其姓名、部职别等涉密信息则采取综合性隐蔽手段,待出院时再由军队一方将伤病员真实身份信息与医疗信息进行对照关联,经三方(军队指挥机构、被动员医院、伤病员本人或部队负责人)审核确认后与病案一并归档,所有医疗文书及统计报表全部移交给军队医疗机构和军队卫勤管理部门。

3 民用医院医疗卫生动员建议与对策

3.1 加快医疗卫生动员立法 《国防动员法》对卫生专业领域无法也不可能详细规范,应通过对医疗卫生动员单独立法,明确国防动员单位和地方政府在动员和征用工作中的主体责任,畅通联络渠道,打破军地壁垒;要符合社会主义市场经济特点,明确动员补偿赔偿机制,让动员、征用工作有法可依、有章可循。组织实施上由国防动员单位牵头定期召开军地联席会议,根据形势理解任务,根据任务分析需求,根据需求研究方案,细化方案、具体责任,平时依案演练,战时依案行动。

3.2 鼓励军民融合学科建设 军事医学是以一般医学为基础发展的特种医学,在原理和技术上具有相通性,特别是急救医学、灾害医学^[9]、创伤医学和一般火器伤救治、普通传染病诊疗和媒介生物防控等均具备较强的军地通用性。国民经济动员涉及的医疗卫生动员规划中,应鼓励军地通用学科发展,加强军地协同,加大卫生人才军民融合式培养,并普及战伤救治规则,使各级各类医疗机构医务

人员能熟练掌握各类创伤的急救工作,进而推动军地医疗系统较好地掌握一般性战伤救治技术。

3.3 规范卫生动员训管制度 一是有效借助地方急诊急救网络平台,开展军地应急联动,顺畅指挥保障链路,提高应急应战水平。二是开展基地化训练提升联救能力,依托军地医学院校或部队建立灾害医学救援训练基地,构建搜索、营救、医疗全链路训练体系,针对各类自然灾害、各类事故和爆恐袭击等所致批量伤病的症状体征及发病规律^[10],同步开展战伤救治规则军地普及性训练。三是加强动员任务专项研训,分项研究各种动员模式中的人、才、物、技术动员机制和使用方法,明确适配任务的动员模式。

【参考文献】

- [1] 赵江安. 卫生动员研究与发展概况[J]. 国防卫生论坛, 2002, 11(3): 168-171.
- [2] 王志阳, 孙瑛高. 高原寒区作战卫生动员的主要难点及其对策[J]. 西南国防医药, 2005, 15(1): 92-93.
- [3] 黄琳, 陈锦华, 吴爱平. 国防卫生动员研究现状与问题[J]. 华南国防医学杂志, 2008, 22(4): 77-79.
- [4] 吴耀民, 付连尚, 郭玉峰. 战时地方医院军事接管机制设计[J]. 解放军医院管理杂志, 2019, 26(5): 418-420.
- [5] 全军军事术语管理委员会, 军事科学院. 中国人民解放军军语[M]. 北京: 军事学科出版社, 2011.
- [6] 栗美娜, 连斌, 高朝辉. 地方医院平转战实施机制探讨[J]. 中国卫生质量管理, 2009, 16(5): 75-77.
- [7] 吴晓波, 胡新勇. 地方医院动员扩编为战区后方医院的探讨[J]. 南京部队医药, 1995, 卫勤动员专刊: 29-31.
- [8] Seth I. Civilian Application of Military Resources[J]. Surg Clin N Am, 2006, 86(3): 665-673.
- [9] 国家卫生计生委. 突发事件紧急医学救援“十三五”规划(2016-2020年). 国卫应急发[2016]46号, 2016-08-30. http://www.ndrc.gov.cn/fzgggz/fzgh/ghwb/gjjgh/201707/t20170720_855033.html.
- [10] 李珂, 郭栋, 杨腾. 军民融合式灾害医学救援体系建设的思考[J]. 中华灾害救援医学, 2019, 7(8): 29-31.

(收稿日期: 2022-07-28; 修回日期: 2022-08-30)

(责任编辑: 刘玉巧)