

2011ER-SP-003-1

昆明市精神病院战略发展规划

(2011-2020)

规 划 要 点

建设与中等经济发展水平相适应的精神福利服务体系,具有重要意义。精神福利服务是针对社会特定群体实施的相应照顾与服务,精神福利服务体系包括精神福利补贴、精神福利照顾、精神福利慰藉等方面,既涉及到精神病人个体福利,又涉及到精神病人家庭福利和社区精神福利。昆明市精神病院在云南桥头堡战略这一发展契机下,应具有前瞻性视野,充分发挥其在专业心理服务、康复托养、老年关爱服务、社区紧急援助、精神福利应用研究等方面的优势,建设云南省精神卫生福利服务的中心院,不仅成为云南地区精神福利服务的重要支撑和依托,而且要辐射到东南亚和南亚地区。在“十二五”时期,要通过人才、技术、资本、管理的要素优化,实现专科诊治与综合服务的良好结合;在“十三五”时期,要突出康复托养中心的规范性建设、精神病人家庭的社会支持评估系统,以及应用性研究中心的发展。到本世纪中叶前,昆明市精神病院要做大做强精神福利服务,使之达到现代化的水平,实现人人享有可持续的精神保健福利服务。

目 录

一、昆明市精神病院战略发展规划的背景	1
(一) 建设与中等经济发展水平相适应的精神福利服务体系	1
(二) 中国现阶段精神福利服务的发展成就及面临的挑战	4
二、云南桥头堡发展战略与精神福利机构地位作用分析	10
(一) 精神福利服务是云南桥头堡发展战略的根本要求	11
(二) 云南省精神福利机构的发展简况及其地位作用	13
三、昆明市精神福利服务资源现况与基本需求评估	17
(一) 昆明市经济社会发展概况	17
(二) 昆明市精神福利服务需求状况评估	18
(三) 昆明市精神福利服务资源现况及精神病院发展评估	24
四、昆明市精神病院发展战略定位、发展目标与规划依据	30
(一) 战略定位	30
(二) 发展目标	31
(三) 规划依据与基本原则	32
五、昆明市精神病院战略发展的路径选择与功能区确立	37
(一) 战略发展路径	37
(二) 功能区确立	39

一、昆明市精神病院战略发展规划的背景

随着中国社会经济的转型与快速发展,城市化和人口老龄化进程的加快,以及竞争压力加大、家庭结构变化、生活节奏变化等因素的影响,精神障碍对人民健康的危害越来越突出、越来越严重,精神福利问题已经成为中国最重大的社会问题之一。建设与中等经济发展水平相适应的精神福利服务体系,是完善中国社会福利体系的重要内容,十分迫切和重要。2009年7月,胡锦涛总书记到云南视察时提出,要把云南建设成为中国面向西南开放的重要桥头堡,近日,《国务院关于支持云南省加快面向西南开放重要桥头堡建设的意见》(国发〔2011〕11号)正式发布,明确指出要大力发展社会事业,切实保障和改善民生。因此,立足于云南桥头堡建设的战略背景,以及把昆明市建设成为面向西南开放的区域性国际城市的要求,对昆明市精神病院发展做出战略性规划,意义极其深远。

(一) 建设与中等经济发展水平相适应的精神福利服务体系

改革开放30多年来,中国经济平均每年增长10%左右,人均国民生产总值增长3倍,超过4000美元,已成为世界第二大经济体和最大外汇储备国。2011年7月,世界银行将中国列入中上等收入国。“十二五”时期,既是我国实现从中等收入国家向高收入国家跨越的关键时期,也是各种社会矛盾不断显现和激化的时期,社会经济快速增长,而生活压力急剧增强,因此,必须高度重视这一时期的社会问题及其风险,科学建设与中等经济发展水平相适应的精神福利服务体系。

1、精神福利服务的内涵及其体系建设

精神福利服务是针对社会特定群体实施的相应照顾与服务，是不同于精神卫生服务的一种基本公共服务。它侧重于对特定人群的救助与福利服务，增加其融入社会的能力，减少其社会耻辱感与压迫感，进而提升全社会的幸福指数。

精神福利服务不仅仅指精神病人本身所受到的照顾与相应的福利感受，而且包括与精神病人紧密相关的家庭、社区所能感知到的福利状态，换言之，它是一种相对广义上的福利。从社会层面看，只有将精神病人及其家庭的相关福利纳入到社会福利体系中，才能保障整个社会福利体系的完善，保障社会成员的整体福利不会因此而遭到削减。

精神福利服务体系既包括精神福利补贴、精神福利照顾、精神福利慰藉等方面，也包括对精神病人个体福利的关注，对精神病人家庭福利的关注，以及对社区所感受到的福利的关注。精神福利服务体系是系统化的、多层级的。只有通过家庭、社区等多方对精神病人的照顾才能达到福利最大化。

2. 精神福利服务的国际趋势

从以病院为中心过渡到以社区为中心，为精神病人提供福利服务，鼓励他们自立和参与，加强社区康复与照料等成为国际发展的主流。

在东亚，日本早在 1950 年就制订了《精神卫生法》，1960 年制订了《精神薄弱者福利法》，1987 年《精神卫生法》更名为《精神保健法》并进行大幅修改。1995 年修改更名为《精神保健福利法》，1999 年又再次对《精神保健福利法》进行修改并于 2002 年

4 月正式实施。这一系列立法变革的实质在于，对精神障碍者应当享有的福利及保障待遇的重视，对精神残疾者家庭，乃至全体公民的社会福利权益的深切关怀与保护。

欧美国家发展的趋势是以病院为中心逐步过渡到以社区为中心，政府注入资金对各种社区支持组织(如志愿者组织、自助活动和相互援助组织)的管理与扶持，社区精神福利服务加强，如按区域划分设立精神福利中心，下设有精神病的专科门诊、精神病康复所、过渡性照顾居所、日间医院和护理之家等，满足各种精神残疾者及其相关的咨询、康复、托养、照顾服务。

社区精神福利服务早在 1920 年代就已经开始，如世界上最早宣布建设成为福利国家的英国，很早就将包括精神卫生方面的儿童指导运动，以及社会工作社和教育心理学在内的多学科工作方式融合在一起，1960 年代，其福利国家建设达到顶峰，在为儿童、青少年、工作年龄成年人和老年人提供精神福利服务方面，体现出三个主要特征：第一是去机构化，第二是发展以社区为基础的服务，第三是由更广泛的专业人员提供更大范围的干预措施。

精神福利服务的内容极其广泛，从物质产品到机构设施、从家庭关爱到社区关怀、从身体健康到心灵滋润，都需要政府及社会各界的共同参与。世界卫生组织专家曾断言，从现在到 21 世纪中叶，没有任何一种灾难能像心理危机那样给人们带来持续而深刻的痛苦。根据世界卫生组织的统计，全球大约有 4 亿人罹患精神疾病，其中大约 3.4 亿人患有抑郁症、4500 万人患有精神分裂症、2900 万人患有痴呆。国际经验表明，对于精神福利服务的关注与建设必定要提上政府的议事日程。

(二) 中国现阶段精神福利服务的发展成就及面临的挑战

1、中国精神福利服务发展成就

对于精神病人的救治，中国目前是由卫生、民政、公安、残联等部门共同施行。卫生部门发挥精神卫生的行业主管作用，其所属的精神病防治机构担负着社会精神病人的救治任务，并指导社区精神卫生工作的开展；公安部门的精神卫生机构承担对肇事肇祸的精神病人防治服务，有能力的也适当拓宽服务领域，为更多的精神病患者服务；残联承担防止因精神疾患致残方面做好工作，同时参与社区精神卫生服务网络的建设。民政部门的精神福利机构则重点保障“三无”精神病人、复返军人中的精神病人和特困精神病人救治，并扩大向社会的开放和向社区的辐射，民政部门收养、治疗、管理的精神病人这一特殊群体中，一部分是根据社会保障的需要，负责收治优抚对象（复员、退伍军人，烈、军属）中的精神病人，医院隶属于民政优抚管理部门；一部分是从社会救济任务出发，负责收治“三无”（无法定扶养人或赡养人、无劳动能力、无经济来源）社会救济对象中的精神病人和特困精神病人，医院隶属于民政社会福利部门和社会事务部门。

1995年8月，民政部曾发布《关于进一步加强民政系统精神卫生福利工作的通知》，指出精神病人福利院要坚持社会福利属性与面向社会服务相结合，进一步改革管理体制，建立具有活力的运行机制，通过提高社会效益和经济效益，增强医疗市场竞争能力；要继续加强精神卫生福利工作的专业化建设，不断提高医疗科研水平，提高治愈率和对精神疾病患者行为的社会控制能力；要积极探索社会化、开放式的精神疾病防治管理模式，以社区康

复为主要途径，推动精神卫生福利工作的全面发展。要根据精神卫生福利工作的特点，在业务管理、项目管理、制度建设等方面进行分类指导，建立起专业化的管理体系，进行宏观管理。

此后，民政系统精神卫生机构设施建设在继续加强。各地在90年代兴建了一些精神病类福利机构。同时，不少重残废军人、荣复军人慢性病员和复员退伍军人精神病患者，也在相应的机构中得到休养和治疗，减轻了他们的残、病痛苦，有的恢复了健康，对鼓舞部队士气，促进社会安定，起了积极的作用。通过与相关部门合作，在法律法规、保障基本生活方面、加强流浪乞讨精神病人救助、提供医疗救助服务、完善社会保险、发展相关社会福利服务方面作出了积极努力。2010年，民政部与国家发展改革委、卫生部联合印发了《精神卫生防治体系建设与发展规划》（发改社会〔2010〕2267号），下达了4.37亿元中央预算内投资补助资金，支持20个省（市、区）26个民政部门精神卫生专业机构建设；下达3.24亿元专项补助资金，支持27个省（市、区）112个民政系统精神卫生机构的医疗设备购置。截至2010年底，全国民政部门管理的智障和精神疾病服务机构共有251个。其中社会福利医院（精神病院）157个，床位数3.8万张，年末收养各类人员3.4万人；复退军人精神病院94个，比上年增加5个，床位数2.3万张，比上年增长15.0%，年末收养各类人员1.9万人，比上年增长11.8%。

目前，全国有各类社会福利机构4万多个，使“三无”和困难智障人员得到了较好供养。建立残疾人托养服务机构4千多个，对智力、精神及重度残疾人广泛开展包括生活照料、职业康复、

生活能力训练、文体娱乐、职业培训和辅助性就业等内容的日间照料、全托服务和居家托养服务。2009年至2011年，中央财政共安排6亿元专项资金，实施智力、精神和重度残疾人托养服务“阳光家园计划”项目，为50万智力、精神及重度残疾人（次）接受托养服务提供资助。

2、中国精神福利服务面临的主要问题与挑战

2011年9月，国务院常务会议讨论并原则通过《中华人民共和国精神卫生法（草案）》，确立了保护精神障碍患者合法权益和人格尊严，规范相关服务，减少社会危害等目标，侧重的是精神卫生事业，但对于精神福利，人们还缺乏基本的共识。

（1）公众对精神疾病排斥率高，知晓率低

由于精神福利知识尚未普及，宣传力度不够，我国普通居民对精神福利知识的知晓率和正确选择就医方式的比例明显偏低。大多数人对精神疾病没有基本的认识 and 了解，对患者缺乏理解和同情，偏见与歧视现象比较严重。根据中国疾病预防控制中心精神卫生中心2009年初公布的数据显示，我国各类精神疾病患者人数在1亿人以上，然而公众对精神疾病的知晓率尚不足5成。在昆明调查显示，昆明市普通人群精神卫生知识知晓率<45%，对精神卫生相关法规的知晓率只有8.4%。普通居民因为对精神疾病症状常识的缺乏，不能及时识别周围人群中潜在的精神疾病患者，没有及时、有效地采取干预或防范措施。有暴力倾向的精神疾病患者一旦出现暴力行为，就会扰乱社会治安，甚至危及自己和他人的生命安全。

（2）精神疾病患病率高，就诊率以及社会生活参与率低

社会偏见和排斥现象使得精神疾病患者及其家属普遍具有强烈的“病耻感”，不愿意或不敢接受治疗和心理干预，延误治疗，使病情加重。据世界卫生组织对我国精神疾病治疗率所作的调查，精神分裂症患者就诊率仅为 30%，住院治疗者不足 1%；抑郁症及双向情感障碍、惊恐障碍治疗比例仅为 10%；强迫症、酒精依赖、自杀/自伤的治疗干预率更低。一项关于中国自杀现象的研究表明，在所有自杀死亡者中，63%有精神疾病，其中只有 7%曾去精神科或心理科就诊。

长期以来，精神病的防治康复工作基本是在精神病院集中治疗，不仅方式方法简单，而且缺少综合防治，全国目前有 650 多家精神病专科医院、14550 多张病床，每年只能收治病人几十万人次，远远不能满足需要。大量的精神病人得不到及时有效的治疗和康复，有的被关锁家中，镣铐缠身；有的流落街头，受到侮辱和歧视；有的扰乱社会治安和正常秩序，不但给病人和家庭带来极大痛苦和沉重负担，也给政府和社会带来困扰和不安，成为亟待解决的社会问题。不能得到及时救治，也就意味着脱离社会生活，没有机会融入社会，更不用谈自立生活。

（3）专业工作人员工作强度高，待遇低

我国重症精神病患人数已超过 1600 万，占总人口的 1.23%。中国疾病预防控制中心精神卫生中心 2009 年初公布的数据显示，我国各类精神疾病患者人数在 1 亿人以上，抑郁症、神经症、酗酒、药物依赖、自杀发生率均呈明显上升趋势。但精神病院床位和执业医师的数量与之的比值却只有 1: 121 和 1: 842。当前我国重性精神病防治面临专业人才缺乏、患者医疗负担过重、区县

级防治体系不健全、各部门尚未形成合力等四大挑战。

据统计,自2010年底,重症精神病防治工作已被纳入中国精神卫生事业的平安医院建设总体规划,目前这项工作仍面临诸多挑战:全国精神科医师不足2万人,每10万人口仅有精神科医师1.5人、精神科护士2.4人,远低于4.15人和12.97人的世界平均水平;重症精神病患者医疗负担过重;区、县级精神福利防治网络尚未形成,全国有1100多家精神福利医疗机构,绝大多数仅是作为医院履行诊疗职能,作为精神疾病防治中心的管理和技术指导作用非常有限;各部门救治、服务和管理重症精神病患者的措施尚未形成合力。专业工作人员工作强度高,还面临着被侮辱、打骂的风险,而工资水平却偏低。如调查的昆明市精神病院,工作人员平均工资在2000-3000元左右。

(4) 贫困精神对象收治费用高,补助低

由于社会保障体系不健全,城镇中无法定抚养人和赡养人、无劳动能力、无经济来源的“三无人员”属于社会福利和社会保障对象中的困难群体,他们当中的精神病患者则是这个困难群体中的特殊困难者。目前,对这部分精神病患者,国家的医疗保障水平总体上较低,没有反映国民经济整体发展水平。许多精神福利福利机构由于经费不足,设施陈旧,医疗设备落后,导致入住人员的健康、生活水平较低,同时,对于社会上的其他特困精神病患者也缺乏医疗保障措施。调查的昆明市精神病院,民政对象的生活标准为每人每月75元,相当于全国农村最低生活保障的平均水平。救助病人每月为1500元补助标准,而每月每人支出要达到3240元左右,所以补助标准偏低,无法满足正常精神福利救助

需要。

（5）精神病患家庭负担高，社会接纳能力低

按照国际上衡量健康状况的伤残调整生命指标评价各类疾病的总负担，精神疾患在我国疾病总负担的排名中已跃居首位。各类精神问题约占疾病总负担的 $1/5$ ，即占全部疾病和外伤所致残疾及劳动力丧失的 $1/5$ ，预计到 2020 年，这一比率将升至 $1/4$ 。精神病人属于弱势群体，经常受到社会歧视和不公平待遇，因此，其人身自由、人格尊严、学习、就业等合法权益的保护都需要足够的社会支持才能保障。但我国，精神福利网络尚未形成，社会接纳能力低。

社会接纳能力低首先体现在社区精神福利服务发展缓慢，地区间不平衡。社区精神福利服务在我国已经尝试多年，目前 780 多万精神分裂症患者中有 90% 生活在社区，这些人是社区康复服务的主要对象。一些大城市的街道为精神病患者建立了工疗站、家庭病床，开展随访等，但是社区服务发展不平衡，目前我国仅有少数地区开展了精神卫生社区管理，覆盖范围较小。由于缺乏统一规划和经费投入，社区精神福利发展缓慢，一些试点经验难于推广。各地区医疗服务水平参差不齐，某些地区精神疾病的基本服务仍是空白。

（6）精神福利政策呼声高，支持网络效能低

目前我国精神福利机构服务模式基本上还是“医院精神病学”的格局，即精神福利人力和财力资源仍以精神病医院为主，约半数机构未设置防治科或社区服务科；医院服务的对象仍然是“重性”或“严重”精神病患者，只有少数机构设立了老年、戒毒、

神经症或心身疾病等专科；少数大城市医院为缓解期、康复期及轻度精神障碍患者设立了半开放或开放式病房，但开放程度有限，多数病人仍处于封闭管理。这种现状不符合现代医学模式的需要，也不能适应现代社会的需求。许多地方在精神服务支持网络建设、服务内容与质量上都处于较低的水平，甚至处于停滞状态。“社会化、综合性、开放式”精神病防治康复工作模式是世界社区精神卫生福利史上规模最大、范围最广的一次社会实践，但仅覆盖我国不到 2/5 地区，贫困地区的精神病患者更是不能得到基本的治疗与康复服务。

此外，我国精神福利事业发展中还存在预防和识别处理精神疾病与心理行为问题的力度不够、总体服务资源不足且管理分散、地区差异明显、专业机构和专业社会工作人员队伍缺乏、尚未建立起有效的工作衔接机制、精神疾病社区管理和康复薄弱等问题，在全球化背景下，精神福利服务面临的总体挑战还包括如何实现与国际精神福利服务机构的良好对接、地区差异化的挑战、政策缺失的挑战，在国家政策上过度强调精神卫生工作，对精神福利提得少，甚至没有提及。

二、云南桥头堡发展战略与精神福利机构地位作用分析

云南省是我国通往东南亚和南亚的重要陆上通道，战略地位十分重要。《国务院关于支持云南省加快建设面向西南开放重要桥头堡的意见》明确提出，要切实保障和改善民生。精神福利服务是保障和改善民生的重要组成部分之一，科学构建与云南桥头堡建设相适应的精神福利服务体系，时间紧迫，意义非凡。

（一）精神福利服务是云南桥头堡发展战略的根本要求

人人享有精神福利服务，是 21 世纪中国经济社会发展的要求，更是国家责任与公民社会权利的重要体现。未来 5-10 年，甚至更长一段时期内，结构和体制转型将成为中国改革发展的主线。而在社会管理与创新过程中，既存在着巨大的发展机遇，也蕴含着深刻的社会矛盾，各种劳资关系的冲突、竞争压力的加大，人口和家庭结构的变化，城市化过程中社会角色的转换等，都会影响到个人在社会经济生活中的行为与心理。近 10 年来，中国精神疾病患病率呈明显上升趋势，儿童和青少年心理行为问题、老年性痴呆和抑郁、药品滥用、自杀和重大灾害后受灾人群心理危机等方面的问题日益突出。云南是我国重要的边疆省份和多民族聚居区，与越南、老挝、缅甸接壤，与东南亚、南亚多国邻近，风土人情独特，在云南省的省会城市昆明高起点谋划精神福利建设，对于中国十二五时期继续融入国际社会的发展趋势至关重要。

首先，桥头堡战略的社会经济变革导致精神服务需求不断变化，精神福利服务建设提上日程的紧迫性增强。新的精神福利服务的需求增加包括：老龄化社会导致老年痴呆、老年抑郁、空巢等问题，亲子教育缺失形成的儿童情绪和行为问题，白领阶层的焦虑、抑郁问题，社会突发事件导致的应激和恐慌情绪等，这些都对精神福利工作提出了新的挑战。如果按 1993 年全国精神病总患病率 13.47%推算，云南省约有各类精神病人 62 万（按照云南省总人口 4596.6 万）；如果按我国 15 岁及以上成年人精神患病率约为 17%计算，云南省则约有 619.5 万精神病人（按照总人口 4596.6 万-15 岁以下人口 952.8 万）。根据云南省残联统计，全省

共有残疾人 29 万人，在“十一五”规划中“实施一批重点康复工程”、“帮助 6.6 万名重症精神病患者得到综合治疗”。要把云南建设成为面向西南开放的桥头堡，更需要在此社会经济快速发展转型的时期，尽快推进精神福利服务变革。

其次，在战略发展过程中，精神疾病的社会资源消耗大、社会负担重，迫切需要精神福利制度建设的加强。目前精神疾患在我国疾病总负担的排名中居首位，约占疾病总负担的 20%，已超过了心脑血管疾病及恶性肿瘤。精神疾病不仅具有高致残率、低死亡率的特点，而且，发病呈阶段性，治疗周期长，间接消耗大，给病患者以及家庭、社会都带来沉重的负担。云南省是我国重要的边疆省份和多民族聚居区，改革开放特别是西部大开发战略实施以来，改革开放不断迈出新步伐，精神卫生福利事业不断加快，建设面向西南开放重要桥头堡的基础，国务院意见中明确要把昆明建设成为面向东南亚、南亚的国际医疗和技术、人才交流区域中心，精神卫生福利是不可忽视的关键环节。

第三，云南省要建设成为我国民族团结进步、边疆繁荣稳定的示范区，精神福利服务网络不可缺失。一般的精神病专科医院是精神卫生服务网络的主体，承担了主要的门诊和住院服务，并负责社区精神卫生服务的技术指导。精神卫生服务网点是指为帮助患精神或心理障碍的人群延缓痛苦、康复身心、重返社会，预防精神或心理障碍发生以及因精神障碍引发社会伤害，并根据地理区位、人口密度、经济条件、文化背景等设立的精神卫生预防、治疗与康复的院、站（所）-的总称。而民政精神病院既是精神卫生服务网点的组成部分之一，同时，又是精神福利服务的重要支

撑。民政精神病院不同于一般的公立医院，也不同于其它的精神病院，它是为“三无”、优抚、特困、复退、110等民政对象服务的福利事业单位，是社会保障和社会服务中特殊而重要的一个环节，同时又服务于其他社会对象，因此，构建具有世界领先地位的精神福利服务体系应成为云南桥头堡战略的重要环节。

（二）云南省精神福利机构的发展简况及其地位作用

1、精神类福利机构发展概况

全国目前共有民政系统所属的精神病院 159 家，全部在院人员约有 3.6 万人。云南省目前共有 6 家民政系统的精神病院，分别是昆明市精神病院、昭通市昭阳区民政精神病院、保山市民政精神病医院、腾冲县安定医院、大理白族自治州民政精神病医院，以及玉溪市民政精神病院。1960、1970 年代建成的有 3 所。

根据近年统计，云南省民政精神类福利机构约占全省精神病院的 13.89%。全省民政精神病院共有 650 张病床，其中精神科 520 张（80.00%），老年科 50 张（7.77%），综合科 45 张（6.92%），精神康复科 35 张（5.39%）。医院的位置离城、镇 1-5 公里有 3 所，10 公里以上有 2 所。病房设计 4 所医院建在平坝，1 所医院建在离城较远的坡地上。病房设计大致为新建的医院 1 家及搬迁的医院 2 家，病房设计类似综合科，设计更趋合理，不同之处是有铁门、铁窗，有供病人娱乐的大厅。有 2 家建院较早病房设计不太合理，用原有的房室改建而成。

从全省民政精神服务的卫技人员构成看，全省民政精神科共有 267 人，其中行政、后勤人员 94 人（35.21%），医务人员 173 人（64.79%），其中医生 60 人（34.68%）护士 97（56.07%），医

技药技人员 16 人 (9.24%)。医生: 床位为 1: 10.08; 护士: 床位为 1: 6.70; 医技药技: 床位为 1: 24.62。近年来, 分配到医院的大中专毕业生也不多, 只经过短期培训和跟班学习的医护人员明显减少。医生、护士、医技药技人员学历和职称偏低。以封闭管理为主, 开始有精神科二级分科, 病床使用率不高, 收费偏低, 医疗设备缺乏, 科研工作难以开展。

云南省民政精神类福利机构中: (1) 保山市民政精神病医院始建于 1964 年, 建院 40 多年来, 共收治病人 8000 多人次, 门诊看病 3 万多人次。目前正在进行改扩建项目, 建成后新增床位 200 张。(2) 昭通市昭阳区民政精神病院成立于 1993 年, 1994 年在精神病专科医院的基础上成立了昭通市康复医院。建院 10 余年来, 收治各类精神病患者 3000 余人次, 门诊治疗及接受心理咨询、心理治疗 20000 余人次。现已有四个病区, 病床 80 张, 一个开放区, 三个封闭区。(3) 大理白族自治州民政精神病医院是隶属大理州民政局的社会福利和优抚性质的精神病专科医院, 主要收治大理州十二县市复退军人中的精神病患者和社会上“三无”精神病患者, 医院的各项服务充分体现民政福利特点。大理白族自治州民政精神病医院是大理州城镇职工、居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险的定点医疗机构。(4) 腾冲县安定医院始建于 1985 年, 是滇西建院时间最早的精神病专科医院之一, 是边境地区唯一的一所精神病医院。医院不但负担着全县“优抚”、“特困”、“三无”精神病人的诊治和健康复合任务, 还全方位向社会开放, 收治各种类型的精神病人, 为广大群众提供心理卫生服务。在医疗技术、康复手段、心理治疗、生活护理、科研教学等方面进行

了多方面探索和尝试，特别是注重精神病人格建设，减少社会排斥，较好地体现了精神福利服务的内涵。

2、精神类福利机构的地位作用

1995年8月，民政部曾发布《关于进一步加强民政系统精神卫生福利工作的通知》，指出精神病人福利院要坚持社会福利属性与面向社会服务相结合，进一步改革管理体制，建立具有活力的运行机制的要求。

云南省1988年在曲靖市、1995年在大理州两地区做过精神疾病流行病学调查：曲靖总患病率19.04‰，大理总患病率33.50‰，精神疾病总发病率均高于全国平均水平。在西南地区，精神福利需求也呈现出不同特点。如1980年代后期以来，海洛因在边境走私活动和成瘾问题，在云南等边境地区有死灰复燃之势，并向内地扩散。由于海洛因成瘾者是艾滋病毒携带者的高危人群，这一问题的严重性已引起政府部门的重视。通过对特殊人群的救治服务，扩展精神福利服务范围。

（1）云南省精神病类福利院的地位作用

第一，它是精神福利服务的载体和依托。精神疾病患者及其家人需要释放压力、需要舒缓心灵，因此，在精神福利机构中增强心灵引导、强化康复托养的功能是极其重要的。第二，精神病类福利院承担着政府所赋予的重要使命和职责，国家具有保护弱势群体的当仁不让的职责，而精神病人及其家庭是最需要帮助的群体之一，因此，通过这类机构对其实施最基本的救助，是不可或缺。第三，它还承担着对社区、对家庭，乃至所有精神福利社会组织的网络支持体系的功能。个人和家庭是松散的，在巨大的

经济负担和社会压力面前，很多人无能为力，从而选择了逃避。而精神福利服务机构就是要承担起指导、服务、救助的基本功能，引导全民精神福利服务发展。

（2）精神病类福利机构面临的共同问题

随着社会经济的快速发展和人口的不断增长、农村合作医疗的全面覆盖和城镇居民基本医疗的全面铺开，各类精神疾病患者对医疗需求越来越强烈，民政精神病医院原有的编制床位普遍超员，已经远远不能满足精神病患者的治疗需求。更重要的是，我国精神福利机构服务模式落后，基本上还是“医院精神病学”的格局，即精神福利人力和财力资源仍以精神病医院为主，而医院服务的对象仍然是“重性”或“严重”精神病患者。这种现状不符合现代医学模式的需要，也不能适应现代社会的需求。

三、昆明市精神福利服务资源现况与基本需求评估

(一) 昆明市经济社会发展概况

1、多民族聚居区

昆明市是多民族的边疆省会城市,所辖 14 个县(市)区有石林彝族、禄劝彝族苗族、寻甸回族彝族 3 个自治县,7 个个民族乡,531 个村民委员会、5080 个自然村、5219 个村民小组。有彝族、回族、白族、苗族、傈僳族、壮族、傣族、哈尼族、布依族 9 种世居少数民族,还有满族、蒙古族、纳西族等 46 种少数民族成分。2006 年全市少数民族人口 759504 人,占全市总人口的 14.7%。民族地区国土面积占全市总面积的 57%。

2、经济发展简况

根据昆明市委工作会信息显示,2011 年上半年,昆明全市地区生产总值预计实现 1060 亿元,增长 13%以上;地方财政一般预算收入 163.4 亿元,增长 30.4%。均实现“时间过半、任务过半”的目标。此外,城镇居民人均可支配收入 10924 元,实际增长 9.8%;农民人均现金收入 4800 元,增长 19%。

3、人口发展情况

根据昆明市第六次全国人口普查主要数据显示,昆明市常住人口为 6432212 人,全市常住人口继续保持全省第一,占全省人口的比重由 2000 年第五次全国人口普查的 13.48%上升为 13.99%,上升 0.51 个百分点。全市 14 个县(市)区中,常住人口最多的是五华区,最少的是富民县。

昆明市属于典型的人口净流入地区,省外及省内其他州市流

入昆明市的人口约 198 万人。在全市常住人口中，省外及省内其他州市流入的人口约 120 万人。省外流入人口中居前的分别是四川、贵州、重庆、湖南。省内其他州市流入人口中居前的分别是曲靖、昭通、楚雄、红河。

平均每个家庭 2.73 人，男性多于女性。全市常住人口中，男性为 3306182 人，占 51.40%；女性为 3126030 人，占 48.60%。常住人口性别比为 105.76。

老年人口数量逐年增多，人口老龄化的趋势更加明显。全市常住人口中，0-14 岁人口为 996859 人，占 15.50%；15-59 岁人口为 4657265 人，占 72.41%；60 岁及以上人口为 778088 人，占 12.09%，其中 65 岁及以上人口为 538231 人，占 8.37%。百岁以上老人达到 109 人。

全市常住人口中，汉族人口为 5542314 人，占 86.16%；各少数民族人口为 889898 人，占 13.84%。在全市少数民族中，人口最多的是彝族（44.1 万人），其次分别是回族（15.8 万人）、白族（8.3 万人）。受民族政策及婚育观念等因素的影响，少数民族人口增长速度略高于汉族人口，全市人口的民族构成相对稳定。昆明市居民的平均预期寿命已达 76.57 岁。

（二）昆明市精神福利服务需求状况评估

2005 年，昆明市精神障碍流行病学调查数据显示，昆明市城乡居民精神障碍的终身患病率高达 15.19%，其中，严重威胁居民健康且容易危害社会的重性精神疾病患病率为 3.4%，按此患病率估算，以昆明市常住人口 643 万为基数，则全市约有 20 万精神病患者。2004 年底，市残联在册精神残疾病人有 13288 人，其中五

华区 2700 人、盘龙区 3012 人、西山区 2220 人、官渡区 3652 人、安宁市 1704 人。2010 年在册的精神残疾人 1905 人，2011 年至 10 月 31 日为 720 人。

1、贫困精神障碍群体——补贴、救助服务需求

我国精神疾患发病率高、社会负担重，治疗费用在我国则主要由患者、家属和单位三方承担。由于精神疾病须长期服药和治疗、反复发作且丧失了一定劳动能力，所以因病致贫和因病返贫的情况并不鲜见。一项统计数据显示，精神病人的贫困率是一般人口贫困率的 20 倍。因此，各种补贴、救助服务成为贫困精神障碍群体的最大需求。昆明市民族地区贫困人口较多。全市一般贫困人口（年收入 667 元至 924 元）有 42.4 万人，而石林、禄劝、寻甸 3 个自治县就有 27 万人，占全市一般贫困人口总数的 64%；全市绝对贫困人口（年收入 667 元以下）有 11.6 万人，而 3 个自治县就有 6.79 万人，占全市绝对贫困人口的 58.5%。

在调查机构昆明市精神病院，民政救助对象为每人每月 75 元的标准，救助病人每人每月 1500 元的标准，相当于云南省农村平均低保支出水平。昆明市精神病院每年获得城市医疗救助 419 万元左右，针对三无对象、110 对象等贫困群体的救助缺口目前大约有 500 万元左右。近几年来，民政工作范围不断拓宽，工作对象逐步扩大，特殊群体和优抚对象逐年增多，收治精神福利对象逐年上升，从昆明区域各县区民政、“110”、救助站等送入的民政对象每年平均递增 25%；近年来，年均收治精神病患者 860 余人次，如 2008 年收治住院病人 930 人次，其中民政、“110”救助住院治疗病人 819 人次，所占比例高达 88%以上，抢救危重病人

44 例，病床使用率达 240%。2010 年收治病人 845 人，其中“110”、救助和民政对象精神病人 642 人，所占比重高达 76%；2011 年上半年收住院治疗各类精神病人 486 人次，其中“110”、救助、民政对象 408 人次，占收治病人总数 80.7%。

还有一个特点，就是民政对象精神病人中的艾滋病、结核、乙肝等传染性疾病患者越来越多。由于医院狭小，无法设置传染病区，对这些病人无法分区域进行隔离治疗，极易导致交叉感染，违背了《传染病防治法》相关规定，连精神福利专业机构的最基本要求都难以达到。因此，在国家层面上必须将贫困精神病患者纳入医疗救助范围，逐步完善相关保障制度，形成制度化救助机制。

2、老年精神障碍群体——诊疗、养护等服务需求

随着我国人口的迅速老化，老年人在人口结构中的比例迅速增大，预测到 2025 年 60 岁及以上老人在人口中的比例将达 15%，达 1.8 亿人。老龄化社会使得老年精神障碍的发生大大增加。老年期最常见的神经精神疾病，各类痴呆的绝对人数亦将与日俱增。昆明已提前进入老龄化，截至 2010 年底，昆明市 60 岁以上户籍人口已达到 80 多万人，占人口总数的 15%以上，并以每年 5.9% 以上的速度增长，加上在昆明居住的外地老年人约 9.7 万人，生活在昆明的老年人已达 90 多万。昆明老龄化程度在全国 31 个省会城市中已排第九位。

调查显示，2006 年昆明市 60 岁及以上老年人平均死亡年龄 76.39 岁，高于昆明市居民期望寿命 1.49 岁，其中男性为 75.56 岁，女性为 77.49 岁；34.42% 的老年人自觉健康状况良好，显示

昆明市老年人的健康状况和生活质量得到了一定程度的改善，对自我健康的认同程度较高。同时，调查也显示老年人两周患病率为 25.9%，慢性病患病率为 80.8%，远高于全人群水平；老年人日常生活需要借助家属或他人帮助的比例高达 77.5%。

目前，昆明市精神病院中老年患者比例占 10%左右。老年病区供养的是 55 岁以上的老年男病患。老年期精神分裂症、老年期抑郁症、躁狂症、老年性痴呆、血管性痴呆等脑器质性精神病患者呈现多发趋势。因此，做好老年人日常看护、照料和心理辅导至关重要。在昆明市调查显示，老年人有 63.96%是由自己支付医药费，近 30%老人无医保保障。为预防老年精神障碍的需求导向以及为精神障碍老年人的诊疗和康复、临终关怀等都需要引起关注。

3、青壮年精神障碍群体——诊治、康复、就业需求

1950 年代，我国成年人群精神障碍总现患病率还仅为 2.7%，到了 2009 年，一项涵盖中国 12%成年人的大型调查显示，这个数字已经达到 17.5%。其中心境障碍为 6.1%，焦虑障碍 5.6%，物质滥用障碍 5.9%。对于心境障碍和焦虑障碍，女性患病率高于男性；40 岁及以上人群现患率高于 40 岁以下人群。农村居民重性抑郁障碍、心境恶劣障碍和酒依赖的患病率高于城市居民。精神障碍负担在青壮年中最大，根据昆明市病院调查，现有患者的平均年龄为 41 岁，其中男性为 42.3 岁，女性为 38.97 岁。

根据昆明市发布的“十一五”健康状况调查显示，目前吸烟和酗酒行为在昆明城乡居民中普遍存在，许多居民饮食结构不合理，缺乏体育锻炼，超重率肥胖率逐渐增高，导致城乡居民多种

慢性病的发病率和死亡率逐年增加，尤其是在男性居民中表现突出，男性患酒精使用障碍的风险是女性的 38 倍。“十一五”期间，昆明成人超重率和肥胖率分别为 28.07% 和 9.09%，精神系统疾病也成为昆明市前十位死亡原因之一。青壮年精神障碍带来的压力加大，对诊治、康复，甚至就业都产生更多的需求。

4、重性精神障碍群体——治疗、康复、托养需求

2010 年，昆明市开展了肇事肇祸精神病患者排查行动，根据排查行动办公室专家组介绍，此次行动在昆明市范围内排查患有精神分裂症、双相情感障碍、偏执性精神障碍、分裂情感性精神障碍、精神发育迟滞及癫痫所致精神障碍的精神疾患人员。重点排查曾经肇事肇祸和可能肇事肇祸的精神疾患人员，或有上述重性精神疾病，且病情不稳定、流露暴力倾向，评估为高风险的精神病人。2010 年 9 月至今，云南省精神病医院专家组派出专家 402 人次，共筛查线索病人 14723 人，确诊重性精神病患者 10283 人，癫痫、精神发育迟滞 1932 人，危险性评估三级以上 2128 人。在重性精神疾病防治试点中，实地考察的人数远远超过预期数字，由于缺乏社会资金，仅仅依靠项目经费，无法收治更多的要求住院的患者。

目前，昆明市重症经省疾病的就诊率不足 40%，约有 60% 左右的重型患者滞留在社会和家庭中。治愈率低，病程长是精神疾病的特点。预防精神病患者肇事肇祸也被看成重点工作。公安部门 2005 年全国调查显示，重性精神病患者平均肇事肇祸率为 2.68%，而 2006 年 - 2010 年间，一些试点接受管理治疗的重性精神病患者的平均肇事肇祸率为 1.1%。所以说，对重性精神障碍群

体,进行治疗、康复、甚至托养都有巨大的需求。

5、儿童精神障碍群体——预防、康复、教育需求

世界卫生组织估计,2020 年以前全球儿童精神障碍会增长 50%,成为最主要的 5 个致病、致死和致残原因。在我国,精神残疾儿童问题已引起全社会的广泛关注。据统计,在 17 岁以下的儿童青少年中,至少有 3000 万人受到各种情绪障碍和行为问题的困扰。其中,中小學生精神障碍患病率为 21.6%到 32%,突出表现为人际关系、情绪稳定性和学习适应方面的问题。16%到 25.4%的大学生有心理障碍,以焦虑不安、恐怖、神经衰弱、强迫症状和抑郁情绪为主。

中国 0-6 岁残疾儿童 2001 年抽样调查结果表明,我国 0-6 岁儿童精神残疾现患率为 0.101%,约有精神残疾儿童 10.4 万,其中绝大多数为孤独症儿童。大多数孤独症儿童难以得到有效的康复训练和服务。根据昆明市 2006 年居民健康状况及影响因素分析,学龄前儿童的精神障碍主要表现为发育障碍、技能障碍以及多动症等行为障碍;上学后的孩子可能逐渐产生抑郁症、焦虑症等情绪障碍,进入青春期后则容易产生性、人际等方面的障碍等。

6、其他需求

根据昆明市精神病院 2011 年 1 月 1 日至 10 月 31 日止门诊统计资料显示,该时间段共有 6513 人次就诊,其中普通门诊为 5967 人次,专家门诊为 546 人次,来诊频次为 1.7 人次/月。门诊人员分类情况为:精神分裂症 4125 人次,情感性精神障碍为 942 人次,脑器质性精神障碍 227 人次,-精神发育迟滞 159 人次,酒精所致精神障碍 203 人次,焦虑症 457 人次,强迫症 119 人次,躯体化

障碍 38 人次，儿童多动症 57 人次，儿童品行与情绪障碍 129 人次，儿童孤独症 12 人次，家庭危机干预 11 人次，网络成瘾 34 人次。门诊就诊患者咨询内容主要包括：（1）精神疾病的主要临床表现；（2）治疗精神疾病的药物种类，有何优缺点；（3）精神病患者用药指南、疗程；（4）精神病患者出院后的注意事项；（5）如何预防精神疾病的复发；（6）心理健康标准及如何达到心理健康；（7）精神疾病患者的家庭及婚姻问题；（8）青春期情绪障碍如何调试；（9）儿童期精神障碍的表现；（10）网络成瘾的心理治疗；（11）如何早期发现精神疾病等。

已经治疗可以出院的患者因无人接收而只能继续滞留精神病医院的状况也成为最严重的问题之一。以昆明市精神病院在院 420 名住院病人为例分析，目前，住院病人中能出院的有 289 人，但其中有 152 人无人接收，占比高达 52.6%。经治疗后回家的比例为 12.4%。目前，精神病福利对象设置在院里的民政专区，该区中男患者比例为 63%，女患者比例为 37%，老年患者比例为 10%。

根据残疾人总体需求的前四项及比例分别为：有医疗服务与救助需求的有 72.78%；有救助或扶持需求的有 67.78%；有辅助器具需求的有 38.56%；有康复训练与服务需求的有 27.69%。因此，在精神福利机构建设与发展过程中，必须针对不同时期开展满足不同服务需求的精神福利行动。救助、治疗、康复、托养、心理辅导、教育、就业培训等，已经成为各类精神病患群体的多样化需求。

（三）昆明市精神福利服务资源现状及精神病院发展评估

1、昆明市精神卫生机构现况

昆明市共有精神病院（科）13所，其中设在昆明市区的专业精神病院有3所。这13所精神病院（科）分布在四城区有8所，安宁市有4所，东川区有1所，其余8个县没有精神福利机构。按隶属机构分类，隶属卫生系统的有6所，隶属大型企业的有5所，隶属民政系统和部队各有1所。按成立时间分类，1950年代建院的有1所，1960-1970年代建院的有2所，1980年代建院的有9所，1990年代建院的有1所。按床位拥有数分类，300张床位以上的有3所，100张床位以下的有10所。昆明市区3家专门精神病职业机构，包括卫生部门直属的云南省精神病院，民政部门直属的昆明市精神病院及云南省卫生厅直属的云南省心理卫生中心。

（1）云南省精神病医院

创建于1955年，现已发展成为一所集医疗、教学、科研、预防为一体的大型精神病专科医院，不仅承担着全省大部份重症精神病人的临床治疗任务，同时还负责全省各地州精神福利医疗机构的业务指导和人员培训工作，是省、市医疗保险定点医院和昆明医学院教学医院，省高等医学专科学校、市卫生学校见习医院。现编制床位400张，实际开放700张，床位使用率达110%以上；职工425人，其中高级职称37名，中级职称131名；设置临床医技科室28个，其中老年精神病科和精神康复科为昆明市医学重点学科。目前，“云南省心理卫生协会”、“云南省康复医学会精神康复专业委员会”、“云南省精神病医院精神病司法鉴定中心”、“云南省精神医学基金组织”等多个学术团体及《云南

精神医学》杂志编辑部均下设该院。2007 年 12 月成立的昆明市心理危机研究与干预中心也挂靠在该院，与云南省精神病院合成为云南省精神卫生中心。

（2）昆明市精神病院

昆明市精神病院成立于 1955 年 10 月，系昆明市民政局直属的福利事业单位，是云南省民政系统 6 家精神病院中成立最早、床位最多、人员最强、设备最好的精神福利专科医院，也是昆明市唯一一所民政精神病院，主要收治“三无”（无家可归、无依无靠、无生活来源）、“优抚”（服现役期间患精神病的复退军人）、“特困”（按规定减免医疗费或减免费后支付仍有困难的）、“110”（由公安收送的对社会 and 他人安全有危害的）、“救助”（由救助站等送入的）等民政对象精神病人和部分痴呆、需要临终关怀的社会精神病患者。

昆明市精神病院 1991 年 11 月搬迁到现址五华区。目前医院占地面积仅 9.73 亩，建筑面积 4912 平方米，其中医疗用房 4363.89 平方米，绿化面积 827 平方米；编制床位 300 张；设 5 个病区和 1 个临床心理科。现病床编制为 300 张，人员编制数为 150 人，在编工作人员 131 人。目前，医院每年平均收治床位数达 440 张，现在编人员已远远不能满足住院病床人员结构配比要求，医院现聘用人员 60 人，医院的工作人员已经达到 191 人，其中：卫生专业技术人员 101 人，高级职称为 4 人，中级职称为 21 人，初级职称为 76 人。

昆明市精神病院 2010 年门诊 7121 人次，危重病人抢救 43 人，抢救成功率 97.7%。同时，高质量完成复退军人残情鉴定 7

例，监狱服刑人员精神病疾病鉴定 43 例，复诊 26 例，鉴定及复查复核合格率 100%。昆明市精神病司法鉴定中心申请工作已通过云南省司法厅检查验收合格，于 2010 年 11 月 9 日，正式核准设立昆明市精神病院司法鉴定所。医疗质量的全面提升，促进了医院社会效益、经济效益的协调发展，在获得明显的社会效益的同时，全年完成业务收入 573 万元。

（3）云南省心理卫生中心

其前身为昆明铁路局精神、结核病防治院，2004 年整体移交云南省卫生厅，成为省直属事业单位，医院格局现为一院两中心，即云南省传染病专科医院、云南省艾滋病关爱中心、云南省心理卫生中心，是集传染病、艾滋病、精神病的临床治疗、技术培训、技术指导、科研、国际交流和心理关怀为一体的省级公共卫生诊疗中心，是中国目前唯一的省级艾滋病专业临床治疗机构。其他如昆明医学院康复门诊精神病治疗中心，是国家卫生部门指定的精神疾病专业防治机构。

2、精神卫生机构从业人员现况

目前昆明市精神科从业人员共有 945 人，医务人员 758 人（80.21%），行政、后勤人员 187 人（19.79%）。医务人员中医生 256 人（33.77%），护士 410（54.09%），医技药技人员 92 人（12.14%）。医生与床位比例为 1: 7.50；护士与床位比例为 1: 4.68；医技药技与床位比例为 1: 20.87。平均每 10 万人口有精神科医生 0.50 人、护士 0.82 人、医技药技人员 0.18 人。精神卫生服务资源远远不能满足患者需求。

3、精神卫生机构业务现况

昆明市 13 所精神病院（科）2005 年全年门诊总量为 67401 人次。门诊量最少 0.20 人次/天，最多 50.23 人次/天，平均为 15.45 ± 13.62 。

从住院情况看，云南省精神病院、昆明市精神病院、昆明医学院附属第一医院精神科的病床使用率超过 100%，其余精神病院病床使用率偏低不足 80%。13 所精神病院（科）2005 年全年共收治精神科病人 3720 例，其中男性 2240 例（60.22%），女性 1480 例（39.78%）。从收费情况看，精神科收费均偏低，许多治疗和护理及特殊服务无收费条目。而有些医院，平均每张病床每月收费 800—1500 元。

从管理模式看，封闭管理病床 512 张（68.34%），全开放管理病床 240 张（31.66%），其中省院 200 张、昆明医学院附一院精神科 40 张。对精神病患，主要采用封闭管理，住院患者穿统一的病员服，集中管理，统一安排生活。全开放患者穿自己的服装，由生活及安全陪护人员协助。

从治疗情况看，以药物治疗为主，常用经典抗精神病药，新型的精神科药物的使用受经济和用药观念的双重制约。传统电休克治疗已少用，只有省院开展无抽搐电休克治疗，个别医院还做胰岛素休克治疗。无外科手术治疗精神病。心理治疗主要在门诊开展，住院床位很少，由于没有专门的心理治疗病房，只能因地制宜在精神科病房内进行。精神康复治疗开展有限，中医、中药治疗也很少。昆明有 3 个机构开展精神医学司法鉴定。

4、精神卫生机构科研状况

精神科学术活动主要由云南省医学会精神病学专业委员会和

云南省心理卫生协会组织开展。专业委员会固定每月 1-2 次专业讲座，及不定期的各种学术交流。云南省心理卫生协会固定每年组织一次全省性的学术年会，还不定期的举行市级、省级、国家级继续医学学术会议。与省外同行的学术交流也非常活跃，也请国内外专家到昆明进行学术交流。全省没有一所精神卫生研究所，缺乏必要的科研设施，与发达地区比较科研人才缺乏。

综上所述，根据昆明市拥有的精神福利资源与需求的匹配状况进行评估，昆明市精神病院的优势与发展潜力是：

第一，从全国来看，昆明市具有得天独厚的战略地位。昆明位于滇中经济圈的核心位置，而桥头堡战略规划中的主体目标之一是提升滇中城市经济圈的辐射带动能力，将其培育成云南省经济发展的重要增长极。与之相适应的精神福利体系建设相关目标是把昆明建设成为面向东南亚、南亚的国际医疗和技术、人才交流区域中心，而昆明市精神病院目前在医院硬件设施上，虽然只能达到全国平均水平，精神科水平还缺乏竞争力，但机构可以依托桥头堡战略发展的契机，利用天然的生态优势，抢占精神卫生福利前瞻，在医疗、技术和人才方面做大做强。

第二，从全省来看，目前的精神卫生服务资源远远不能满足患者需求。云南省目前还没有一家精神福利方面的研究机构，而昆明市精神病院是云南省民政系统 6 家精神病院中成立最早、床位最多、人员最强、设备最好的精神卫生福利专科医院，省民政事业发展“十二五”规划（征求意见稿）中明确提出，要“加快相关福利基础设施建设，新建精神病院 25 个”、“每个州市建成 1 所民政精神病院，60 万以上人口的县（市、区）各建成 1 所民政

精神病院。”，昆明市精神病院正可以利用这一发展契机，发挥战略领军作用，建设成全国一流的精神福利应用研究中心，广泛开展儿童、青壮年及老年福利服务，既实现机构本身的跨越式发展，又能从总体上带动和提升全省精神福利机构及其精神福利服务网络的建设。

第三，从昆明市来看，昆明市精神病院目前的主要优势在于康复、司法鉴定和治疗方面。全省精神卫生机构对社会中普遍存在的网络成瘾、焦虑症、自闭症（孤独症）等精神福利服务工作开展不足，而这些社会精神服务重点需求，恰恰是昆明市精神病院这样的专业精神福利机构的优势所在，因此，在今后的发展战略中，注重发挥专业服务优势，向公众普遍需要的心理服务需求倾斜，才能真正发挥强势。同时，需要加大专业社会工作人才引进，“十二五”期间全省要发展社会工作人才 4.7 万人，昆明市精神病院可以重点加强专业医疗社工、心理社工的引入。此外，也可以重点加强对新生疾病的研究和综合诊治，特别是对一些大医院难以治愈的，由心理原因引发的疾病辅以精神治疗，以帮助病人实现心理减压，实现尽早康复，树立起自己的优势品牌和特色专科服务。

四、昆明市精神病院发展战略定位、发展目标与规划依据

（一）战略定位

充分发挥昆明市精神病院作为精神类福利机构提供精神福利基本公共服务的职能，保障作为社会福利对象的精神病人享有的基本权益，使他们得到应有治疗和康复、托养服务，树立起西南

地区精神类福利机构的标杆。将昆明市精神病院建设成为集治疗、康复、教学、科研、社区服务为一体的精神福利服务机构，引领同类行业发展。

以综合诊治及心理咨询服务、社区紧急援助服务为基础，打造全国一流的现代精神福利救援服务中心。

创建世界领先的精神福利应用研究中心，以司法精神鉴定、精神障碍患者的社会支持系统评估等为核心展开国际间交流合作，打造一个集精神福利中心、精神专科医院、精神康复托养为一体的全人群的精神福利服务支持中心。

（二）发展目标

建设精神专科诊治医院、精神康复托养中心与精神福利服务基地相结合的“三位一体”的精神福利服务实体。建立与各类服务群体需求相适应的老年精神服务关爱中心、妇女儿童心理咨询服务中心、康复中心、以及现代福利服务应用研究中心。2011—2015年，编制床位达到500床，工作人员编制达到312人，其中卫生专业技术人员不少于234人；2016—2020年，完成精神康复托养训练中心、精神疾病家庭的社会支持系统评估中心建设，编制床位达到800床，工作人员编制数为500人，精神卫生福利专业技术人员不少于375人。

建设现代化的高标准的精神综合服务诊疗中心，侧重现代精神诊疗综合服务建设与发展。包括物质依赖戒断治疗、心身疾病服务、司法精神疾病鉴定中心等。预期至2015年，年收治病人达到1200人次，年门诊量达到2.88万人次，至2020年年收治病人达到1500人次，年门诊量达到3.6万人次。

全面提升专业化精神服务能力，增强服务绩效。2011-2015年，专业化服务能力不断增强，除专业医务工作者增长能力外，要引入精神社会工作的专业人员队伍，通过综合诊疗服务、康复托养服务，使精神福利服务辐射到云南，乃至东南亚、南亚，精神福利服务创收能力从现在的 600 万元增加到五年后的 2000 万元，不断提高精神福利机构的可持续发展能力。

2015 年，昆明市每万人精神专科医师数，要达到不少于 1 人的水平（2009 年为 0.3 人/万人），昆明市精神病院的床位使用率要达到 100%以上，总业务收入 1500 万元-2000 万元，通过应用研究基地建设，不断增强辐射效应。

2016-2020 年，精神服务的创收能力在 2000 万元基础上翻一番，为精神福利服务基地建设打下良好的经济基础，改善西南地区乃至国家范围内精神服务水平。

2021-2050 年，实现精神福利服务的现代化，精神服务能力达到中等发达国家水平，进入世界先进行列。

（三）规划依据与基本原则

在规划中，要紧紧围绕打造“西南第一，全国一流，世界领先”的精神福利机构这一目标，始终坚持以精神服务对象为中心，努力优化精神福利服务环境，创新精神福利服务模式，不断提高服务质量和水平，创造协作共赢的精神福利服务网络。要“立足当前、着眼长远、科学筹划、突出实效”，依托现有精神福利服务资源，以院为中心，不断增强精神福利辐射功能，开展心理、精神防治结合，增强精神服务的预防和康复功能，建立健全心理健康促进工作的专业化队伍。

1、社会开放的原则

现有精神病院都是实行封闭管理,精神疾病用药物治疗为主,治疗手段单一,其它治疗开展不多,设备简陋,管理模式陈旧,68.34%是封闭管理。云南只有几百张床位是开放式的,其实,对于轻度精神障碍患者,完全可以实行开放式的管理,病院要以开放型作为建设准则,让社会公民更多地了解精神疾病产生的原因,多了解甚至参与到对精神疾病的治疗、康复过程中。让精神福利服务走向日常生活,而不是脱离于大众,促使公民对精神福利有正确认知。

2、政策创新的原则

近来精神医学飞速地发展,但是,新的技术,新的治疗方法缺乏收费标准,难于进行收费,影响到精神卫生福利工作开展。另外,医院的治疗手段单一,住院环境简陋,服务水平比较低。要坚持创新的原则,改变昆明市精神科主要精力多用于治疗重症病人,无暇顾及精神福利服务工作的局面。

按 2005 年昆明市精神与行为障碍流行病学调查结果,各类精神与行为障碍(包括行为问题、神经症)终生总患病率 27.52%,居民中有精神与行为障碍的人不少,全市精神病医院收费偏低,与卫生政策和医保政策对精神科有限制有关,而政策创新也是问题的关键之所在,要善于通过试点进行政策创新,使得现有精神福利资源能够充分利用,并拓展服务满足不断增长的精神福利服务需求。

3、服务拓展的原则

精神福利服务要从医院走出去,拓展到家庭和社区,拓展还

包括从国内拓展到国外，要善于运用远程化信息手段，把国外的先进福利服务引入到中国，通过病院的开放式、创新性发展，不断拓展精神福利服务领域和范围，增加福利服务项目，提高福利服务质量。

目前在大多数国家，因为缺少公共资金支持的综合精神卫生服务网络，家庭承担了大部分经济负担。根据 WHO 统计，在美国，每年精神疾病的直接治疗费用有大约 1480 亿美元，占国民生产总值的 2.5%。在发达国家，精神障碍的间接消耗是直接治疗费用的 2-6 倍。在发展中国家，间接花费占总体治疗花费的比重更大。家庭负担还会导致社会负担，比如照顾残疾家庭成员带来的情绪负担，降低了照顾者的生活质量，造成社会隔绝、耻感，并丧失了未来自我发展的机会。因此，在昆明建立世界一流的精神福利机构，就要在夯实医院基本建设基础上，把服务资源拓展到家庭和社区，并运用家庭和社区资源来丰富精神福利服务的内涵，形成机构、家庭与社区相互衔接的高效能精神福利网络。

4、相关政策依据

(1) 基本公共服务政策

2011 年，中国将精神卫生服务纳入到基本公共服务范畴内，并投资 100 亿元用于精神病防治干预。《昆明市“十二五”卫生事业发展规划》(2011—2015)中规划是：加强人员培训和网络建设，建立以省精神病院、县（市）区精神病防制机构为指导，以社区卫生服务中心（乡镇卫生院）为枢纽，以社区卫生服务站（村卫生室）为网底的四级精神疾病防制、服务工作网络。加强重性精神疾病的防制，建立健康档案，依托精神卫生服务网络，对重性

精神疾病患者进行登记管理，并在专业机构的指导下，对在家居住的重性精神疾病患者进行治疗随访和康复指导，力争到 2015 年，管理率达到 80%以上；逐步开展其他精神疾患和精神障碍的管理和服务；积极开展青少年、老年人、残疾人、妇女等重点人群心理行为问题的干预，加强救灾工作中的精神卫生救援。根据全市经济社会发展水平和精神卫生工作需要，落实对精神卫生机构的公共财政补助政策。

（2）贫困救助政策

《国务院办公厅转发中国残联等部门和单位关于加快推进残疾人社会保障体系和服务体系建设的指导意见的通知》、《中国残疾人事业十二五发展纲要》等。贫困的精神病人、精神病家庭的津贴制度。因病致贫的精神病人、精神病家庭的社会救助，包括低保、五保、流浪乞讨精神病人的救助等。

（3）全民医保政策

精神病人家庭也能够享受基本医疗保障和救助。城市医疗救助人群中包括贫困的精神病患家庭。政策范围还要进一步扩大。

（4）社会福利政策

中国社会福利法律法规严重滞后，可以从精神福利法规方面实现单向突破，把散见于五保、低保、流浪乞讨精神病人的救助都归入精神福利服务内容中，实现精神福利政策的方向引导，体现政府职责范围内的基本福利服务。

（5）精神福利机构的资金投入

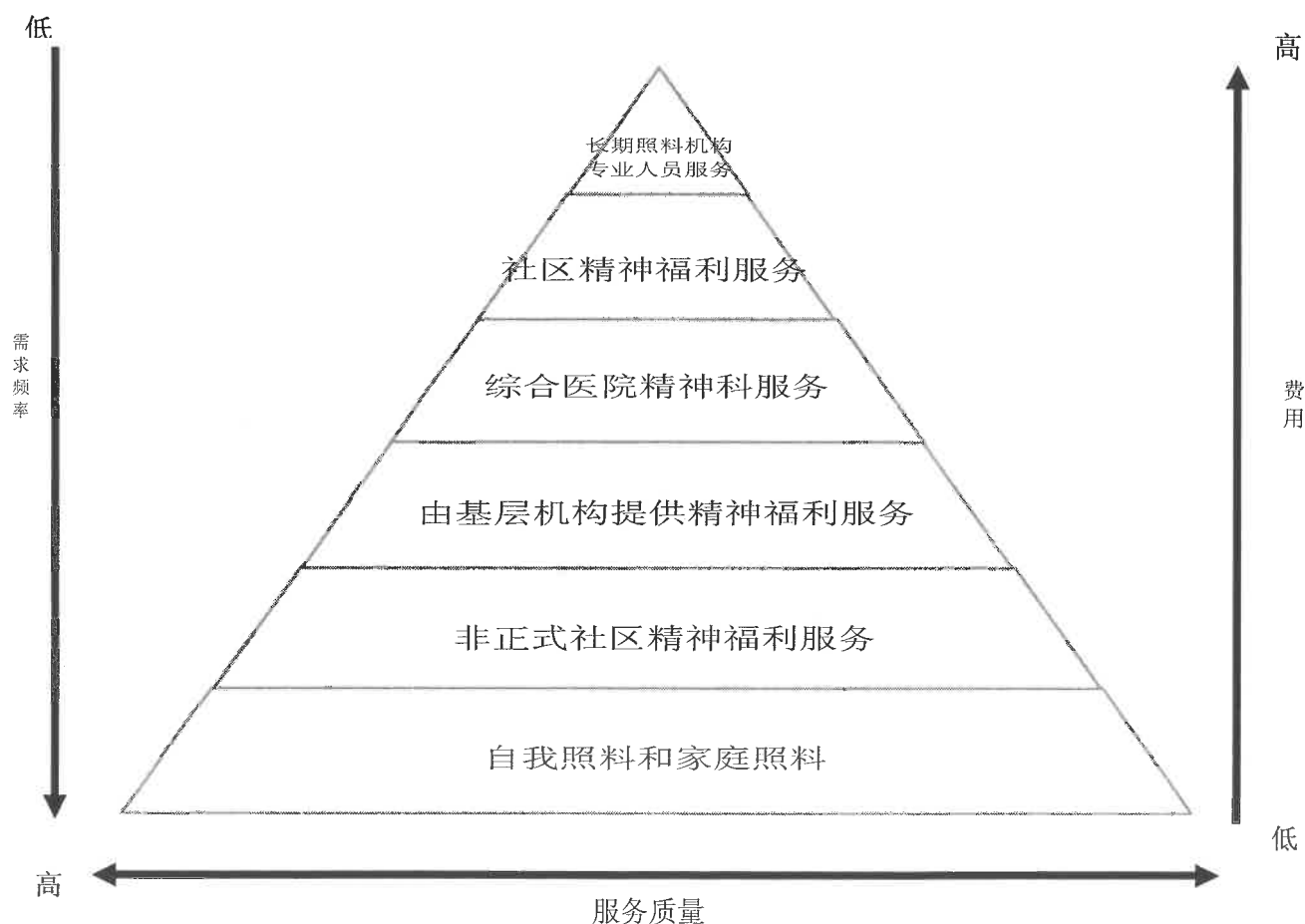
针对精神病人福利院，2008 年社会服务单位拨款为 72002 万元，2009 年拨款为 80977 万元（占全部 0.37%）；针对复员退伍军

人精神病院，2008 年社会服务单位拨款为 41004 万元，2009 年社会服务单位拨款为 49398 万元（占全部 0.23%）。资金投入比例仍然有待加强。

五、昆明市精神病院战略发展的路径选择与功能区确立

(一) 战略发展路径

1、精神福利服务路径选择图



资料来源：世界卫生组织

根据我们对昆明市精神福利需求的分析，大体上有儿童、青壮年、老年人、重症患者、贫困患者这几个重点需求方，其服务需求侧重包括：首先一个层级是基本生活照料方面，需要个人补贴、家庭津贴以及日常照顾，这个也就是上图中金字塔的塔底的两部分；其次一个层级是康复养护。由于精神障碍患者缺少基本技能，无法回归社会，因此，康复和养护对这个特殊群体显得尤

其重要，这方面可以体现在上图中金字塔的中间三个部分，即基层机构、综合医院和社区；第三个层级是专业治疗与长期照护，也就是上图显示的金字塔的塔尖部分，长期照料机构和专业人员的服务。既然大部分精神患者目前都是通过日常照料的部分来实现，那么，设定的福利服务就要倾斜于这个部分，用于对个人和家庭的补贴。同时，要大力发展社区的康复托养服务，可以与社区居家照料服务体系相结合。其实，机构与社区是紧密联系在一起，是协作的福利共同体，其优势在于拥有专业服务人员，可以帮助社区建立起良好的福利服务体系。

建设昆明市的精神福利服务体系，并且使之辐射到全国，实际上是国家精神福利服务制度的试点，原则上通过财政拨款、项目支援、公益彩票福利金资助、机构筹集、其他社会捐赠等方式予以实现。资金的分配按照需求的频率与花费的高低进行分配，则侧重点用于金字塔底层部分与中间部分逐渐增多。

2、战略实施分“三步走”

昆明市精神病院在发展中要实现经济效益与社会效益并重，在迈向战略目标的过程中既要注重效率，又要体现公平。

第一步，在“十二五”时期，要达到专科诊治与综合服务的良好结合，在现代综合诊治服务中心中实现精神疾病的鉴定、诊断、治疗、心理诊疗、咨询服务等综合发展。要保障“三无对象”、“贫困家庭”、“流浪乞讨人员”等民政福利对象的基本生活和基本精神服务要达到中等地区水平。

第二步，在“十三五”时期，要突出康复托养中心的规范性建设、精神病人家庭的社会支持评估体系建设，以及应用性研究

中心的建设，这些中心要基本建成，初具功能形态，让精神服务需求人群各得其所。

第三步，到本世纪中叶前，要进一步加强精神福利服务，使之达到现代化的精神福利水平，人人享有可持续的精神保健福利服务。

（二）功能区确立

昆明市精神病院自成立以来，一直以收治精神及心理障碍患者为主要方向，随着社会的发展需求，在收治民政“三无”人员治疗的同时，“110”病人也大幅增加，精神病的治疗仍是医院发展主要方向，随着医院服务对象中并发综合科疾病人员的大增，而综合科的治疗明显滞后，必须发展一定水平的综合科才能适应。因此，在机构功能定位上一方面要结合机构建设与发展，另一方面在服务上又要有所拓展和延伸，医院新院在门诊的设计上增加综合科内、外、儿科等门诊，同时利用精神科门诊量小，在门诊部设立综合科住院区，解决当地的综合科病人门诊及住院问题，利用现址区位优势发展综合科。保证在专科发展处于与全国同步的基础上，利用设施设备发展综合科，形成大专科小综合的发展格局。

1、总体功能的多元化发展

（1）康复托养功能

新院建设中不仅要考虑精神病的治疗恢复，更重要的是要考虑在出院后适应社会的能力，因此康复托养功能要放在重要位置，而康复不仅仅局限在目前的健身、锻炼、娱乐层面，还要考虑到病人技能的培养，社会歧视文化的消除等方面，病人的康复、回

归社会能力、社会适应力、社会的接受程度、自信心的恢复等的训练，建设仿真模拟社区，如社会生活中的街道、社区，通过超市、美发室、小商品零售和食品制作间、餐馆等，实现在机构的康复过程中就具备社会适应能力。

（2）精神鉴定功能

包括复退军人残情鉴定和司法鉴定。医院自 2009 年成为省复退军人残情鉴定中心后，已鉴定了大量病人，使很多复退军人中的精神病人得到政府的关怀，改善了生活质量。目前医院又取得了省司法厅批复，正式成立昆明市精神病院司法鉴定所，补充了司法精神鉴定的功能，在未来的工作中，可强化这项职能，着力提高司法鉴定中心的工作水平，成为提升医院形象，扩大医院影响，增加医院收入的一支不可缺失的力量。

（3）综合评估功能

精神福利服务需求需要对精神障碍患者、其家庭以及社会支持能力有综合的评估，医院承担的福利服务职能促使其加强综合评估能力，为现代精神保健、精神卫生、精神障碍等进行综合诊治与服务，这一评估一方面建立在社会功能缺陷测度等现有技术基础上，另一方面通过培养专业精神服务的社会工作人才来实现。专门的精神服务社会工作人才的培养将为综合评估服务奠定坚实的基础。

（4）加强机构与社区协作网络

进一步提高精神福利服务的水平，是全世界面临的共同难题。鉴于我国仍属于发展中国家，精神福利服务受到经济和资源方面的制约，因而需要发展适合于我国的、符合投入一效益的服务方

式，扩展精神福利服务范畴。WHO 提出，精神福利应该以社区为单位，在社区的基础上为需要的人提供服务。未来发展：

重点探索以健康教育模式为主的社区福利服务干预方案。采用流行病学和福利经济学、管理学的评价方法，估算生物学和社会心理学危险因素的相对危险度，评价干预措施的经济效益与社会效益，通过社会动员，实现三级预防。优化以健康教育模式为主的社区干预方案，建立早期综合干预模式，并加强精神疾病患者机构与社区协作康复模式的研究。

2、实体功能区的确立

(1) “现代诊疗综合服务中心”

基于对生物-心理-社会医学模式的理解和认同，对现址进行整体装修和功能改造，进行必要的资源整合，设置为社区开放型现代精神治疗中心，设综合门诊、心身疾病科、药物依赖戒断治疗科、临床心理科和综合住院大楼，建成：

- 以躯体疾病治疗为基础，心理治疗为辅助和补充；
- 实现社会化诊疗和康复为目的的；
- 集生理、心理、社会为一体的；
- 多元化、全方位心身疾病治疗中心及科学研究教学基地。

目前我国的精神科服务仍然由精神病医院承担主要职责，因此应该在普通医院中发展精神福利服务，如在综合医院中设立精神科以及将精神福利服务纳入基层保健机构的工作范畴。另外，需要加强在医学院校中的精神科教学，在继续教育中，也要增加精神科的比重。总之，应该要将精神科和普通医学整合在一起。

(2) 贫困群体精神救助中心

面向全市城市收治“三无”、“优抚”、“特困”、“110及救助”等民政对象精神病人，收治范围扩大至周边区域，拓展业务范围，提供集收治、康复、护送、随访、社区康复为一体的全过程、多元化的民政精神福利服务。

要从现在单纯负责昆明市各县(市)区“三无”(无生活来源、无劳动能力和无法定赡养人、抚养人)、“优抚”(服现役期间患精神病的复退军人)、“特困”(按规定减免医疗费或减免费后支付仍有困难)、“110及救助”(由公安或救助站收送的对社会 and 他人安全有危害的精神病人)等民政对象精神病人的救治任务，发展成为真正提供精神福利保障的一流中心，将其打造成为精神障碍患者及其家庭的社会支持中心。

(3) “心理咨询服务中心”

- 对孕期的指导;
- 儿童青春期指导;
- 对成人就业、婚姻、生育、更年等重大人生阶段的心理辅导;
- 热线电话及社区服务、上门送诊等形式。

据疾控中心公布的数字，目前我国抑郁症发生率已经达到4%以上，需要治疗的患者人数已经超过2600万，成为“第一心理杀手”。在新址建立心理康复中心，为全市群众提供心理咨询、儿童行为问题矫正、心理危机干预、突发事件心理应急辅导等服务；为全市精神病患者提供心理治疗、精神病康复治疗等服务，以国家精神福利政策为导向，借鉴国外精神病康复领域的先进经验和做法，深入社区建立精神病康复日托机构，进一步扩大康复服务

范围，增加康复项目，为患者回归社会做好各种功能训练。

要把医院目前设置的心理咨询门诊和心理治疗室打造成为面向全社会全人群的心理咨询服务中心，除设备要素，如配备有全套心理治疗设备之外，拥有顶尖级别的心理治疗师和社会心理工作者，开展精神分析治疗、认知治疗、家庭治疗、行为治疗等心理治疗工作和更为多元化的心理咨询服务工作。

(4) 司法精神疾病鉴定中心

- 包括复退军人残情鉴定和司法鉴定；
- 承担省复退军人残情鉴定中心职能，为复退军人中精神病人获得政府关怀提供科学鉴定；
- 准确进行精神病相关司法鉴定。

(5) “老年关爱服务中心”

- 引导公众对老年认知症有更多的认识；
- 生活护理；
- 心灵治疗；
- 临终关怀；
- 全方位的支持。

面向全市老年精神疾病患者提供老年期精神病、精神衰退和精神残疾患者、老年痴呆患者、慢性非传染性疾病患者的医疗护理、康复服务、提供临终关怀服务。资源配套情况：要从目前设置有 76 张床位的老年精神病科发展成为老年关爱服务中心，主要收治老年精神病人。通过老年关爱服务打造昆明市精神病院的重点专科，运用药物治疗、心理治疗等先进医疗技术，治疗老年性精神病（精神分裂症、情感性精神病、偏执性精神病、神经症，

脑动脉硬化性痴呆等)、老年躯体疾患和临终关怀。除技术要素、设备要素外,发挥人才作用最重要。除精神科的主治医师外,还要通过引入老年专业社会工作者来加强老年精神福利服务,发挥对老年痴呆和合并躯体疾病患者的治疗优势,同时加强对老年服务临终关怀等。

(6) 精神康复训练养护中心

- “人人享有康复服务”的目标;
- 养护结合的服务理念;
- 康复与托养的社会化模式;
- 精神与心理上回归社会的中转站;
- 加强与社区关联度,加强心理健康咨询。

(7) 社区紧急援助中心

- 对自杀等非常态行为的紧急指导与干预;
- 对 110 等急救病患的救助;
- 对灾害等应急性事件的紧急救援等;
- 对居民应急事件的日常指导与演练等。

社区紧急援助中心特别要注重发展精神福利专业队伍。精神科医师、专业社会工作者是精神福利队伍中的骨干,需要对社区紧急援助有全方位把握的职业工作者。同时还需要精神福利与多学科的团队协作服务。除了精神科医师以外,还应有临床心理工作者、临床社会工作者、康复治疗师和社区精神科护士等。

(8) 精神福利应用科研中心

- 着力加强科研项目建设;
- 进一步完善精神分裂症科研资源共享数据库;

- 支持其他社会组织开展精神福利服务，提供专业指导；
- 研究区域内及区域间协作进行精神福利支持网络建设的可行性。

2011—2015 年建成“110”病人和救助病人科研资源共享数据库，完成 2-3 个市级科研项目；2016—2020 年，完成 5 项市级科研项目；争取 1-2 项省级科研项目；着力申报国家自然科学基金发展基金项目。

与国际一流研究水平接轨。目前国际公认的多数精神障碍分类和诊断体系都是在西方文化背景下发展而来的，简单照搬会面临因文化差异、种族生物学差异产生的问题。为保证诊断的真实性和可靠性，需要应用精神医学和流行病学的理论和方法使国际公认的精神障碍诊断和一流水平的研究方法学本土化，以利于我国精神障碍的临床和社区研究。同时，应减少低水平的重复调查，不断提高我国精神疾病流行病学的科学研究水平，并与临床医学和基础医学相结合，为推动我国精神病学的发展做出贡献。

(9) 精神福利关爱发展基金

- 探索建立昆明市精神福利发展专项基金，可采取院方出资一部分、彩票公益金扶持一部分、社会力量加入等共同设立；
- 用于为贫困精神病人医疗救助、康复、托养、精神福利研究及咨询等方面；
- 基金用于救助贫困病患家庭；
- 还可用于精神福利服务应用研究的加强、探索新的干预途径。

从疾病诊断的角度，优先探讨中国人精神疾病的早期诊断指标。利于早期识别，降低误诊率。探讨生物学标记，如特异性易感基因、脑功能影像、脑电生理特征等，提高早期诊断与治疗率；探讨精神障碍患者人格特质的特异性指标，以提供早期识别的客观指标。建立精神障碍疾病全国合作临床研究网络，开展多中心研究，强化临床研究队伍建设，探索精神障碍疾病新的治疗途径，主要包括药物综合治疗、物理学治疗、心理治疗、康复治疗、中医的针灸治疗、中西医结合治疗、微创手术治疗等，探讨以生物学标记，人格特征为基础的新型生物心理治疗模式，社会综合干预模式治疗，并评价其效果。