

医师多点执业的研究和探索

邓 娅, 邓世雄

(重庆医科大学管理学院 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.09.039

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2011)09-0922-02

新医改将解决当前的突出问题和完善制度体系相结合,提出让老百姓得实惠,让医务人员受鼓舞,让监管人员易于掌握,使群众反映的“看病难、看病贵”问题得到明显缓解。这就要求公立医院站在公益性、优化资源的角度做好医疗资源的整合,为公众的健康发挥更多的作用^[1]。2009年4月6日公布的《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中提出:“稳步推动医务人员的合理流动,促进不同医疗机构之间人才的纵向和横向交流,研究探索注册医师多点执业。”此意见一出,医师多点执业再度广受关注。不过随着卫生事业改革的不断推进,人们争议的焦点不再是医师能否多点执业,而是在中国目前的卫生体制下如何实行多点执业。2009年9月11日卫生部发布《关于医师多点执业有关问题的通知》明确了医师多点执业的定义,并将医师多点执业行为分为三类进行管理,在试点原则中明确了医师、医疗机构和卫生行政部门三方的责、权、利。尽管如此,医师多点执业仍然存在诸多管理上的问题。作者针对可能出现的一些问题提出自己的建议和对策。

1 医师多点执业的概念

人们通常将多点执业与“走穴”混为一谈。医师“走穴”是指医师自在注册地点之外提供医疗技术有偿服务的行为,即医师利用业余时间私自到任职医院以外的地方提供医疗服务,并收取劳动报酬的行为^[2]。多点执业和“走穴”有着本质的区别,“走穴”是为了个人利益,多点执业则是为了公益、为了缓解基层的医疗卫生需求,二者的价值取向不一样。走穴给社会带来的负面影响有:(1)医疗事故问题。“走穴”医师与邀请医院未形成书面协议,出了事故相互推诿是常事,扰乱了正常的医疗秩序,患者利益也得不到保障。(2)税收问题。“走穴”医师的收入处于税务部门检测不到的灰色地带,致使偷税漏税现象严重。(3)侵权问题。“走穴”医师如果未经其单位同意擅自将本单位的医疗技术秘密在其他医疗机构使用,则侵害了单位的知识产权,应承担侵权责任^[3]。按照卫生部的有关规定,规范的兼职行为是可以的,而私下的“走穴”行为是不允许的,甚至可以说是违法的。

2 医师多点执业带来的益处

2.1 促进医疗资源合理流动,有效分流患者,缓解“看病难”的问题

众所周知,中国医疗资源总体不足,且分布极不均衡。优质医疗资源主要集中在城市的较大医院,而中小医院人力资源短缺,患者难以享受到较好的医疗服务,甚至无法享受到最基本的医疗服务。一方面使得不少人从农村、偏远小城镇长途跋涉到大城市的大医院求医,既增加了就医困难,又加大了经济负担;另一方面使得大医院人满为患,大病小病都要看,门诊压力十分繁重,难以应付。这既形成了社会普遍抱怨的“看病难”问题,又严重阻碍了大医院医疗技术的提高与发展。通过医师多点执业,促进了卫生人才的流动,解决了边远地区、中小医院人力资源短缺的难题,使患者能够就近享受优质的医疗服务,减轻了基层患者及其家属医疗费用负担,促进了区域间、医疗机构之间医疗技术的横向和纵向交流,有利于医疗新技术得到更快的推广和发展,从而造福广大人民群众。

2.2 合理提高医务人员的收入,体现医务人员的劳务价值

医疗卫生事业的发展尤其离不开稳定的医师队伍,改善医师的工作和生活待遇,充分调动医师的工作积极性,是政府和医院的义务。从中国医疗服务市场运行机制来看,目前中国医院的主要收入是靠药品、医疗器械和相关辅助检查,而医务工作者的劳务收入占很小的比例,医务人员的技术和服务价值没有得到充分体现,医师大部分待遇偏低,劳动价值与劳动收入不成比例。《意见》指出:推进医药分开,积极探索多种有效方式逐步改革以药补医机制,这意味着医院传统的“以药养医”补偿机制将成为历史。而医师的法定收入在原本就不高的前提下又受到一定的影响。多点执业就是允许医师走出医院,去社区,靠看病、做手术等通过医疗技术的方式,实现自我价值、获得一定的收入,从而鼓励医务人员钻研业务技术,优劳优得,充分挖掘医学人才的潜能,同时解除了医院对医师劳动力的需求垄断,使医师的劳务价格可以通过市场得到合理体现。

2.3 促进中国民营医院的发展

民营医院是中国医疗卫生事业体制的重要组成部分,但人才稀缺一直是制约民营医院发展的瓶颈。中国民营医疗机构建立时间短,一时间不可能培养出资深的名医,又由于受到体制及职工养老、住房福利等因素的影响,在人才引进、储备等方面民营医院一直处于绝对的弱势。因此民营医院只能靠高薪聘请专家,或私下里高价请一些专家过来“走穴”撑门面。但由于:(1)民营医院缺乏学术科研氛围、分配机制不健全,且工作环境比公立医院差,一些高素质的执业医师不愿意到民营医疗机构从业;(2)不少公立医院出于自我保护的考虑,对医院内的骨干医师实行垄断式管控,即使他们退休或退居二线不再安排在本院上班,也不允许他们变更注册受聘到民营医院工作;(3)按照现行规定,执业医师变更注册地点要经过原医院的允许。在这种情况下,即使有意到民营医院工作的执业医师,由于受到原单位的限制,也难以变更注册,这就进一步加大了民营医院招聘人才的难度^[4]。实行医师多点执业之后,公立医院的中年技术骨干就可以受聘去民营医院就职,大型公立医院的医师相对拥有较丰富的临床经验,掌握大量先进的医疗技术,到民营医院工作,达到了方便患者就医、提高民营医院诊疗水平的目的,交流了技术,促进了民营医院发展,实现了共赢。

2.4 有利于增强医师与患者的法律意识,维护社会主义法治

人类法制史已经证明,在一个陌生的社会最容易认同法律。医师多点执业就是在一个比较陌生的环境中进行。它们形成的社会就是一种陌生人社会,异地执业打破了由熟人伦理形成的樊笼,带来了更多的陌生人之间的利益冲突和利害关系,“熟人伦理”再也无法解决纷繁复杂的社会关系,医患双方开始转而寻求法律上的帮助和保护。正如恩格斯的《家庭、私有制和国家的起源》所言“从法律的起源来看,法律是人类道德沦丧、无法自治之后产生的”。法律的作用以其对于国家的地域性统治而在一个相对陌生的社会里逐渐凸显出来。“法律是不易自发产生信用的陌生人发明的强制性信用工具”^[5],而鼓励医师多点执业使这种工具成为了现实,医患双方矛盾的解决从社会关系转而寻求法律上的帮助,为维持社会法治起到了积极的作用。

3 多点执业可能带来的问题

3.1 加大了监管部门的难度 医师多点执业行为涉及医师执业管理和认识管理制度的重大调整,所以一直是卫生行政管理的一道难题。(1)中国医疗资源极不平衡,优质医疗资源都集中在城市大医院,多点执业并不完全是为了改善医务人员的待遇,而是为了解决患者看病不方便,看病难的问题。但这项政策也给医院管理者和卫生行政主管部门提出了挑战,如需要如何引导人力资源向基层流动从而缓解“看病难”的问题,医师所承担的职责是什么等问题。(2)医师由“单位人”变成“行业人”,医院将逐渐成为一个为医师和患者提供服务的场所,医院由管理者变成服务者,医院的管理难度将进一步增大^[6]。(3)中国医疗纠纷的机制并不健全,实施医师多点执业,一旦出现医疗差错或事故,由谁承担责任?即使双方医疗机构分担责任,除了影响医疗机构间的友好关系外,也影响多点执业制度深入、良性运转。(4)要严格的监管多点执业,其基础性的工作就是建立人力资源信息管理系统,并可在市、区两级进行共享,区县对增加区内的医师执业情况有所了解。而中国目前还没有这样的系统,使多点执业无法管理。

3.2 不利于医院和医师自身的发展 对医师人事关系所在的医院来说,医院为医师支付工资、四金、福利、培训等,当然希望该医师全身心的为本医疗机构服务。医师为了异地执业,随意离岗现象时有发生,可能会破坏医院正常的工作秩序,而国内的普遍现象是,聚集了著名医师和资深医师的大医院的医师即使在每天工作已经相当繁忙的情况下,还有很多患者看不上病,医师多点执业使本医院患者排队、候诊时间更长,医师种了别人的地,却荒了自己的田,对所属医院及患者造成损失。对于多点执业的医师来说,长时间到处奔波,他们的身体状况和业务发展潜力均会受到不同程度的影响。另外,通常多点执业的医师都是大医院副主任以上职称的专家、教授,这些专家、教授还承担医院大量的教学和科研工作,经常不在医院,可能无暇进行对年轻医师的教育培训和承担科研工作,长此以往将影响本学科的科研和教学水平。

3.3 医疗质量和医疗安全得不到保障,增加医疗风险 众所周知,医师从事诊疗活动的过程往往比较复杂,不仅牵涉到医师本人的专业技术水平,往往还涉及诊疗活动所在场所各专业医师的配合和医疗仪器设备支撑,例如一台肾脏移植手术需要高水平的主刀专家,也需要经验丰富的麻醉医师、精良的术后护理,更需要先进的仪器设备,这样方可保证这台大型手术的顺利完成。而目前中国先进的医疗仪器设备以及高尖技术大多集中在大型公立医院,社区医院和基层医院缺乏完善而先进的医疗设备和专业的技术人员,多点执业面临的医疗风险可能会加大。医师本人和两地医院都将为可能的医疗投诉和纠纷承担一定的风险,对患者本人来说,其就医安全的合法权益难以得到有效保证。

3.4 影响医疗服务市场的正常秩序 由于医疗行业的特殊性,有权进行多点执业的医师多为专家、名医,一个医院内部能够走出去的医师毕竟是少数。而这些少数医师可以通过多点执业赚取更多的收入,(1)可能造成医院内部两极分化,能够多点执业的医师和只局限于医院内部的医师收入、地位的差距被拉大,影响内部稳定;(2)会让医院的多数医护人员存在心理上的不平衡,最终影响医师们的工作积极性,造成医疗队伍人心涣散,出现了“少数医师兼职赚大钱,影响医师一大片”的现象,影响了医疗服务市场的正常秩序;(3)多点执业占有医师较多的业余时间,可能导致医师超负荷工作,从而导致对患者缺乏连续性管理。

4 相关对策和建议

4.1 严格实行医师多点执业准入制度 综合医师的学历、技

术职称、身体状况、本职工作表现、时间安排、院内院外民主评议、执业违规、奖惩记录等,设定医师多点执业准入技术标准和道德标准^[7]。同时,对符合条件的医师进行多点执业资格考试,对于通过考试的注册医师方可发放“医师多点执业资格许可证”。制订兼职医疗机构的标准,对医师多点执业的医院要进行必要的资格审定,综合考虑医疗机构的技术力量、医疗设备等软硬件条件,达到要求的才会获准聘请兼职医师。同时,医师所在医疗机构要加强管理,建立合理的多点执业医师质量监控体系、收费体系、反馈及评估等制度,约定医师从事多点执业的地点和数量,以保证本职工作与外出执业的协调。

4.2 通过签订协议明确执业过程中的医疗责任 多点执业医师要与所在单位和兼职单位签订协议来明确各方的责、权、利。多点执业协议应包括:多点执业医师工作的内容、方式、时间、地点,医疗服务的范围、医疗服务质量标准、劳动报酬标准和支付时间、方式,收入的分配和技术成果的归属、分享,违约责任和争议仲裁,医疗事故责任的分担等内容,以保障各方的利益^[8]。协议一经各方签字即具有法律效应,各方须严格遵守。

4.3 加强卫生行政部门对多点执业医师的引导和监督 卫生行政部门应采取有效措施,宏观统筹卫生人力资源配置。通过薪酬或人事制度,引导优质医师资源向基层流动,解决基层就医需求。适当限制医师到营利性医疗机构及同等级医疗机构多点执业,科学制订区域卫生规划,建立卫生人力资源信息管理系统,依托分级诊疗和双向转诊制度,满足患者的就医需求,切实缓解当前“看病难、看病贵”的问题。同时,加强监督与管理,可委托医师协会对医师执业水平进行考评,建立执业医师定期考评机制,考评的内容可以包括多点执业医师的治疗成功率、死亡率、并发症率,并制订出统一的标准;对不合格的多点执业医师随时取消其多点执业资格,以保证多点执业医师的医疗质量。

4.4 在试点前提下稳步推进 应在立足本地区基本情况和医疗卫生工作的客观规律的基础上,有计划、有步骤、稳妥地实施。可以在进一步完善和落实公立医院,尤其是城市大医院各类岗位人事管理制度、责任制度和医疗机构管理制度的前提下,进行注册医师多点执业的试点和经验总结,并最终通过稳步推进该项政策和相关配套制度的实施,来解决基层、偏远地区患者看病不方便、看病难的实际问题。

参考文献:

- [1] 王亚晟,冯泽永,张培林. 打造公立医院良好的媒体形象[J]. 重庆医学,2009,38(24):3178-3184.
- [2] 左伶俐. 对我国医师“走穴”的立法思考[J]. 医学与社会,2006,19(10):30-32.
- [3] 黎群武,左伶俐. 医师“走穴”的伦理法律思考[J]. 中国医学伦理学,2005,18(5):62-65.
- [4] 杨伟祥. 民营医院人才流失原因与对策[J]. 现代医院,2009,9(18):103-104.
- [5] 王月强,张玉萍. 医师多地点执业现象的法理透视[J]. 十堰职业技术学院学报,2008,21(5):31-32.
- [6] 袁惠芸,程华丰. 注册医师多点执业必须有序进行[J]. 医院院长论坛,2009,7(4):20-22.
- [7] 王章泽,祝芳芳,杨金侠. 关于医师多点执业的思考[J]. 中国医院管理,2009,29(10):4-6.
- [8] 胡志民,黄建始,田玲,等. 医师多点执业的影响因素及管理探讨[J]. 中国医院,2009,13(6):35-38.