

3.3 加大卫生适宜技术的宣传力度 从适宜技术推广工作效果来看,广大基层群众对适宜技术的知晓度并不高,政府应借助新农合和新医改政策的宣传契机,加大卫生适宜技术的宣传力度。充分运用广播、电视、报刊和网络等手段多渠道宣传卫生适宜技术的益处,促使广大群众对安全有效、价格低廉的适宜技术有更高的认知度和依从度,提高适宜技术的使用率,最大限度地发挥适宜技术对居民健康的积极作用。

综上所述,农村卫生适宜技术推广的本质是城市优质医疗卫生资源向农村地区的辐射,是医疗卫生资源的二次配置,卫生适宜技术能在一定程度上缓解当前农村“缺医少药”的状况,对促进城乡卫生事业协调可持续发展具有重要的现实意义,进而为统筹城乡发展和建设“健康重庆”奠定坚实的基础。

参考文献:

- [1] 陈喆琪.人性化的生态建筑设计[J].住宅产业,2009(8):34-36.
[2] Caselli F, Coleman WJ. The world technology frontier[J]. Am Econ Rev, 2006, 96(3): 499-522.

- [3] 林毅夫,张鹏飞.适宜技术、技术选择和发展中国的经济增长[J].经济学,2006,5(4):985-1006.
[4] 陆华新,方齐云.我国农村居民“看病难”的现状成因及对策初步探讨[J].湖北预防医学杂志,2004,15(2):7-9.
[5] 梁建新,耿云桂,杨瑞华.浅谈解决农村居民看病难、看病贵的对策[J].中国农村卫生事业管理,2006,26(2):18-19.
[6] Acemoglu D, Zilibotti F. Productivity differences[J]. Q J Econ, 2001, 116(2): 563-606.
[7] 吴跃进,熊墨年,张进,等.当前农村卫生适宜技术推广存在的问题与对策[J].中医药管理杂志,2008,16(3):169-171.
[8] 朱小凤孙荣国.农村卫生适宜技术的筛选[J].现代预防医学,2008,35(10):1854-1855.
[9] 雷鸣,贺加.云南省农村乡镇卫生院人力资源现状调查[J].昆明医学院学报,2008,29(3):47-50.

(收稿日期:2010-12-29 修回日期:2011-04-07)

• 卫生管理 •

医师多点执业政策执行的影响因素

王庆文¹,李和辉²

(1.昆明医学院第一附属医院医务部 650032;2.昆明医学会 650011)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.16.040

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2011)16-1651-02

公共政策是政府管理国家和社会公共事务的主要手段。作为一个动态的行为过程,包括制定、执行与评估等若干方面。执行是指公共政策的执行机关将政策方案付诸实施,实现公共政策目标的过程^[1]。2009年4月中共中央国务院相继颁布了《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》和《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009~2011年)》等文件,备受关注的医改方案最终敲定并进入实施阶段^[2]。作为新医改的配套政策,医师多点执业开始在云南、广东等地试行,允许具有一定职称的执业医师在限定区域范围内的多个执业地点开展执业活动。然而,该政策的执行却受到多种因素的限制,执行异常困难,本文对此进行了研究。

1 政策自身因素

1.1 政策目标模糊 医师多点执业政策旨在带动基层医疗机构(县区级医院、社区卫生服务中心等)服务水平和业务能力;扶持民营医院,建立公立与民营医院的良性竞争机制,缓解群众看病难问题。然而,目前医疗资源丰富的公立大医院里患者过多,医师被束缚于本院的工作中,多点执业难以有效开展,这种供需倒置的原因复杂,远非单一的医师多点执业政策可以解决;其次,该政策在缓解民营医院人才短缺方面的动因被不合理放大,存在目标模糊、过大、过空的弊端。

1.2 政策规划问题 医师多点执业是一项开创性的公共政策,打破了传统的人事制度和管理习惯,其政策规划难度大、要求高。国内的政策规划过程往往受制于主管部门的管理习惯和行政能力,可行性论证因耗时、耗力而难以实现,存在政策风险预计不足、方案设计简单等技术偏差,影响医师多点执业政策的科学性与可行性。

1.3 政策本身局限性 医师多点执业试点一般选择在大城市

进行。这样,只可能对城市医疗资源配置结构进行调整,而不能惠及广大不发达地区。同时,基层医疗机构和民营医院因自身条件的限制,即使专家们多点执业,也并不会对其整体医疗水平起到大幅提升的作用。

2 政策主体因素

2.1 政策制定与执行的脱节 在传统管理体制下,国内公共政策的制定与执行存在严重脱节,政策制定机构与执行机构分别行使政策权与执行权。执行机构是各大医院,而非政策制定的卫生行政主管部门。政策制定机构与执行机构之间是隶属关系,前者居主导地位,后者居从属地位。在这种体制下,政策制定机构只负责制定政策,不管执行,而政策执行机构没有任何反对权和政策制定权,只有执行的义务,影响了政策执行机构的主观能动性。

2.2 政策执行主体的利益取向 公共政策执行主体是指参与公共政策执行的组织与个人,是公共政策的实践者^[3]。医师多点执业政策执行的主体主要是医院的业务管理部门。当政策的执行者又身兼目标群体时,双重角色使其处在整体利益与局部利益的矛盾选择中,对政策的执行产生影响^[4]。政策执行主体有意或无意的失误是导致执行不力的重要原因^[5]。根据“经济人”假设,作为政策执行主体的各大医院在医师多点执业政策的执行过程中必然会考虑该政策对本单位医疗质量、人力资源、医疗市场及管理模式等诸多方面带来的负面影响,采取观望态度以规避风险,维护自身利益。

3 目标群体因素

公共政策执行的目标群体是指受政策作用和影响的对象。目标群体对政策顺从和接受的程度是影响政策能否有效执行的关键性因素之一^[6]。医师多点执业政策执行的目标群体分

三级,院级管理层、科室管理层及临床医师。院级管理层常因利益取向而对该政策执行采取消极态度;科室管理层及临床医师多受到传统上下级管理体制的制约,还需要面对繁重的临床工作、职称晋升、职务升迁等压力,使他们支持该政策的诉求并不强烈。

4 政策环境因素

4.1 卫生资源不平衡 据统计,现阶段国内 80% 的医疗资源集中在大城市,而大城市中,80% 的资源集中在大医院,这种城乡和区域医疗资源分布和配置的极不平衡已成为医疗卫生事业发展的突出问题^[7]。大医院医务人员的工作负荷日益加大,人力资源相对数量严重不足,全面推行医师多点执业,将对大医院的医疗质量带来隐患。

4.2 执行权威受影响 政策执行机构应是一个金字塔形的层级组织,各级机构应责、权、职分明。医师多点执业政策由卫生行政主管部门制定,但是政策执行主体却不是行政机关,而是作为目标群体的医疗机构,使后者集执行主体和目标群体为一身,整个执行组织呈单级扁平化,政策制定和执行严重分离,影响了政策的执行权威。

4.3 信息沟通不畅 信息是重要的公共政策资源,公共政策的执行者在活动时,需要信息传播渠道的畅通。在医师多点执业政策执行体系中,最接近服务对象的基层执行者没有政策权,而广大执业医师缺乏相应的信息沟通渠道。

5 对策和建议

5.1 明确公共政策目标 卫生行政主管部门应明确医师多点执业政策的目标,并确保目标的有效性。在总目标下可制定分支目标,分步实施。通过构建医疗机构间的技术协作及双向转诊制度,最终提高基层医疗机构的技术和管理水平,重建医疗服务格局,促进医疗卫生事业的良性发展。

5.2 完善公共政策执行的权力配置机制和信息沟通机制 当前政策执行过程中产生政策执行偏差的一个重要原因就在于执行权力配置不当,责任归属不明确^[8]。通过修改并完善《执业医师法》,在法律层面上确立医师多点执业的地位,将卫生行政主管部门定为政策执行主体,依法规范执行权在不同层级上的配置,从制度上防止越权现象。同时,建立和完善医师多点执业政策执行中的信息沟通和反馈机制,确保信息畅通,使政策制定贴近执行环境,更具可行性。

5.3 完善医师定期考核制度,保障医疗质量 医师定期考核

是对医师业务水平、工作成绩和职业道德的综合评定,应建立以所属单位为主,兼顾多点执业单位的考核原则,客观、公正、科学地考评医师的综合能力,并建立医师技术与行为档案,推行多点执业准入管理制度。

5.4 深化公立医院人事制度改革 目前医师的编制、人事关系等都在其所属单位,他们与医院是一种隶属关系。要真正实现医师多点执业,必须改变医师目前的身份管理模式,把医师的身份从计划经济体制下的“单位人”转变为市场经济条件下的“社会人”^[9]。此外,还应逐步完善收入分配制度、社会保障制度等相关的配套政策。

尽管医师多点执业政策的推行还存在许多障碍,但它将会在平衡医疗卫生资源方面起到积极的作用,并且,随着医药卫生体制改革的深入,这一政策必将带来行业发展的契机。

参考文献:

- [1] 朱忠泽,唐俊辉. 浅论公共政策执行的影响因素[J]. 湘潭大学学报:哲学社会科学版,2005,29(1):56-58.
- [2] 赵娟. 新医改方案实施与创建和谐医院的问题及对策研究[J]. 重庆医学,2009,38(13):1678-1679.
- [3] 冯安菲. 试论我国公共政策的执行中的问题与偏差[D]. 山东:山东师范大学,2009.
- [4] 严强,王强. 公共政策学[M]. 南京:南京大学出版社,2002.
- [5] 常健. 从系统角度分析我国公共政策执行的问题及提升途径[J]. 河南师范大学学报:哲学社会科学版,2009,36(3):44-47.
- [6] 桑玉成,刘百鸣. 公共政策学导论[M]. 上海:复旦大学出版社,1991.
- [7] 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.
- [8] 刘熙瑞. 公共管理中的决策与执行[M]. 北京:中共中央党校出版社,2003.
- [9] 陈晓勤,周斌,徐卫国. 转型期公立医院推进医师多点执业的研究和探索[J]. 中国医院管理,2009,29(6):7-9.

(收稿日期:2010-12-06 修回日期:2011-01-13)

(上接第 1647 页)

function[J]. Maturitas,2007,57(1):61-65.

- [18] Rzasz J, Sechman A, Paczoska-Eliasiewicz H, et al. Effect of tamoxifen on sex steroid concentrations in chicken ovarian follicles[J]. Acta Vet Hung,2009,57(1):85-97.
- [19] Basson R. Pharmacotherapy for women's sexual dysfunction[J]. Expert Opin Pharmacother,2009,10(10):1631-1648.
- [20] Tarumi W, Suzuki N, Takahashi N, et al. Ovarian toxicity of paclitaxel and effect on fertility in the rat[J]. J Obstet Gynaecol Res,2009,35(3):414-420.
- [21] Burton KA, Wallace WH, Critchley HO. Female reproductive potential post-treatment for childhood cancer[J]. Hosp Med,2002,63(9):522-527.
- [22] Rogers M, Kristjanson LJ. The impact on sexual function

of chemotherapy-induced menopause in women with breast cancer[J]. Cancer Nurs,2002,25(1):57-65.

- [23] De Maio E, Gravina A, Pacilio C, et al. Compliance and toxicity of adjuvant CMF in elderly breast cancer patients: a single-center experience[J]. BMC Cancer,2005,5:30-35.
- [24] Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, et al. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study[J]. BMC Cancer,2008,8:330-337.
- [25] Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, et al. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study[J]. J Natl Cancer Inst,2002,94(1):39-49.

(收稿日期:2010-09-16 修回日期:2011-04-25)