

方面,基于国外传统评价方法,如分类法、评分法、因素比较法、排列法、海氏三要素评估法等,这些具有较强的主观性、操作复杂、不易实施等缺点,国内有少数学者引用我国蔡文教授独创的可拓评价理论对其进行研究,认为其具有更为精细、包容性更大、使用范围更广、容易在计算机中实现、并且能够从全局方面给出更为客观的评价等优点^[16]。

4.6 采用实物期权理论研究岗位等级聘用 岗位等级决定岗位工资,岗位等级的聘用相当于人力资源的定价。基于传统人力资源定价存在不够灵活及不精确等问题,国内外有些学者引用实物期权理论来对其进行研究。有学者在战略人力资源管理研究中应用实物期权理论;有学者认为实物期权理论能为管理者提供更准确的人力资产价值投资决策。国内有学者论证了实物期权在我国人力资源价值评价中的应用,并从不同角度分析了人力资本的期权属性。有学者将实物期权应用到高校人才引进和运动员人力资本的定价中。因此,作者建议根据实物期权理论,从两个方面探讨岗位聘用价值,(1)补偿价值,即支付给卫生技术人员的岗位等级工资等;(2)新增价值,即在某岗位等级的卫生技术人员为医院和社会创造的效益。具体所涉及参数为:医院相应岗位等级工资的投入,拥有的权利,考察期医院的收益衡量及变化;卫生技术人员在某岗位等级的聘用考察期,卫生技术人员价值的影响等。

参考文献:

- [1] 汪文新,卢祖询. 医疗机构卫生人力资源配置研究——基于深圳市实践[J]. 中国人力资源开发, 2010(6): 84-87, 91.
- [2] 张欣,刘幸菡,骆琪. 校院两级管理体制下高校岗位设置与分级聘用若干问题研究[J]. 中国人力资源开发, 2010(2): 102-105.
- [3] 何淑明. 高校岗位设置与聘用改革——以 C 高校为例[J]. 中国人力资源开发, 2009(9): 60-63.
- [4] 周春燕. 教学科研型大学教师岗位聘任研究刍议[J]. 中

国人力资源开发, 2009(6): 102-105.

- [5] Toeppen-Sprigg B. Importance of job analysis with functional capacity matching in medical case management: a physician's perspective[J]. Work, 2000, 15(2): 133-137.
- [6] Patterson F, Ferguson E, Thomas S. Using job analysis to identify core and specific competencies: implications for selection and recruitment[J]. Med Educ, 2008, 42(12): 1195-1204.
- [7] 李思宏,罗瑾琰,张波. 科技人才评价维度与方法进展[J]. 科学管理研究, 2007, 25(2): 76-79.
- [8] 李思宏,罗瑾琰,田瑞雪. 科技人才评价与选拔体系构建思路[J]. 科技进步与对策, 2009, 26(14): 148-150.
- [9] 朱晔. 岗位评价释义及岗位评价技术研究[J]. 中国人力资源开发, 2005(7): 16-20.
- [10] 程之红,张亚男. 管办分开下医院岗位设置管理改革的实践与思考[J]. 中国医院管理, 2010, 30(2): 57-58.
- [11] 马玉琴,扈长茂,陈羽中. 高级医师临床工作评价指标体系的建构研究[J]. 解放军医院管理杂志, 2004, 11(1): 68-70.
- [12] 宗莉. 我国医疗技术进步与医疗费用增长研究[D]. 西安: 西安电子科技大学, 2006.
- [13] 赵浪,王亮. 层次分析法的两处缺陷改进及实例[J]. 西安科技大学学报, 2007, 27(3): 507-510.
- [14] 王道平,王煦. 基于 AHP/熵值法的钢铁企业绿色供应商选择指标权重研究[J]. 软科学, 2010, 24(8): 117-122.
- [15] 王健,肖文杰,王树文,等. 用熵权模糊层次分析法的球载雷达模拟训练系统效能评估[J]. 电光与控制, 2009, 16(9): 70-73.
- [16] 李燕,冯玉强. 基于可拓学的岗位等级综合评价[J]. 哈尔滨工业大学学报, 2006, 38(7): 1184-1187.

(收稿日期:2012-01-09 修回日期:2012-04-22)

我国医师多点执业政策发展的宏观环境分析

邹悦¹,李情^{2△},王聪³,白辉鹏¹

(重庆医科大学:1. 公共卫生与管理学院;2. 研究生学院;3. 思想政治学院 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.27.044

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2012)27-2894-03

鉴于我国目前长期存在的城乡和区域卫生事业发展不平衡,医疗人力资源总量不足且配置不合理的矛盾突出问题,卫生部于 2009 年 9 月出台了《关于医师多点执业有关问题的通知》,这也标志着在卫生领域讨论多年的医师多点执业政策正式进入了试行实施阶段。然而从广东、海南、云南、四川、江苏、北京等先期试点地区的开展情况来看,医师多点执业政策的实施并没有产生政策制定者所预期的效果。如作为全国第一个省级试点广东省,执行医师多点执业 1 年多仅有 100 多名医师申请登记,且均为同一系统内部的多点执业。在云南省昆明市,开展试点医师多点执业工作 2 年多来,仅有 1 223 名医师

签约多点执业,占该地区医师注册人数的 5.23%^[1]。因此针对医师多点执业政策推行过程中所遇到的问题要如何解决,已经成为社会各界关注的焦点。本文将借鉴宏观政策分析、宏观环境(PEST)战略分析等方法针对我国医师多点执业政策实施的宏观环境进行分析,并在此基础上提出相应的对策建议。

1 医师多点执业政策的宏观环境分析

1.1 政治环境 医疗卫生服务是关乎民生的重点,是我国政府工作中重点方向之一。为了促进我国卫生人力资源的合理配置,使人人都享有高质量的医疗服务,作为新医改方案的重点配套政策,医师多点执业政策的制定和实施得到了我国政府

的高度重视,相关行政部门也不断出台相关规定来鼓励与促进医师多点执业政策的顺利推进。根据《中共中央国务院关于医药卫生体制改革的意见》中提出“稳步推进医务人员的合理流动,探索注册医师多点执业”的相关要求,卫生部于 2009 年 9 月出台了医师多点执业的相关政策,并率先在全国五省一市进行了试点。2011 年 7 月卫生部又发布了《关于扩大医师多点执业试点范围的通知》,这标志着医师多点执业将会在全国范围内进行推广。与此同时卫生部也对于申请多点执业的医师条件进行了放宽。依照新通知,凡具有中级以上医学专业技术职务任职资格、第一执业地点同意其多点执业的医师即可以申请多点执业^[2]。

然而从医师多点执业政策实施 2 年多的情况来看,医师多点执业的政策实施并没有产生预想的效果。产生此局面的一个重要原因就是我国相关配套政策不完善,管理体制特别是人事管理体制落后。在我国现有的人事管理体制中,医师与医院之间是一种行政管理关系而非平等的合同关系,因此在一定程度上医师必须依附于本职医疗机构。这种依附关系主要体现在工资、福利、职称、社会保障以及医疗纠纷承担等各个方面。医师身份上的这种约束在一定意义上给医师多点执业政策的顺利推行带来了一系列急需解决的问题。(1)如何对多点执业的医师进行绩效考核,给予医师“多劳多得,优劳优得”的机制保障;(2)如何科学核算多点执业医师的劳务费,充分发挥医师的积极性;(3)如何明确医师在多点执业过程中造成医疗事故的责任分担;(4)如何归属医师在多点执业过程中获得科研成果的问题。

1.2 经济环境 当前我国经济飞速发展,人民生活水平不断提高,我国医师多点执业政策的出台正是顺应了我国当今经济发展的潮流。主要表现在:(1)患者对高层次医疗服务的需求大。居民对医疗保健服务的水平和质量提出越来越高的要求,无论大病或小病都希望得到最优的技术服务,知名度较高的专家教授成为就诊时的首选对象。然而在当前我国广大基层患者在寻求大医院名医诊治的过程中仍然要面临着一些困难。因此,如果名医或专家能“上门服务”,自然会非常受患者的欢迎。(2)我国医疗服务市场化水平高,竞争激烈。将公立医院纳入市场经济运行是我国卫生体制改革的重要内容。无论是公立医院还是私营医院在市场经济机制下运行,都存在着经营效果评价的问题。谁能提供质优价廉的服务,谁拥有高水平的医疗人才,谁就能赢得更多的市场份额^[3]。然而目前中小医院在规模、设备、服务等方面与大医院相差甚远,这在客观上约束了全职聘请高水平人才的条件。为此中小医院渴望国家能够对医师的执业范围进行政策松绑,使其能够通过兼职聘请高水平医疗人才的方式,来提高自身市场竞争力。(3)医师工作压力大,工资待遇低。医师是一个高技术、高压、高风险、高负担的职业,成为一名医师之前所付出的劳动和精力要比社会平均水平高很多。但是长期以来,我国医师的劳动价值并没有得到应有的承认和尊重,医师的报酬和待遇没能完全反映医师真实的劳动价值。相比之下医师进行业余医疗服务将会在一定程度上改善医师的收入水平,使自身劳动价值得到真实体现。

当然也应该看到医师多点执业政策的实施在惠及多方利益主体的同时,大型公立医院的经济利益将会受到严重损害。在我国,公立医院的经济收入主要依靠市场经济环境下的自主创收。而在当今激烈的医疗市场竞争中,谁拥有更多的医疗资

源特别是人才资源,谁就将获取更多的经济利益。然而,医师多点执业政策的推行必然会造成大城市大医院的高水平医疗人才的流失,给本单位的经济利益带来巨大冲击。(1)由于拥有进行多点执业资格的医师大都是各大医院的专家骨干,开放医师多点执业,自然会分流一部分患者,这不仅造成医院的经济损失,甚至还对本医院的医疗服务品质产生巨大影响。(2)在现行体制下医疗机构对于医师的绩效管理评价包括在位率、工作量、业务培训量、政治学习情况等参数^[4]。如果允许医师多点执业,将会对本职医院的绩效管理工作带来巨大的挑战,大大增加了医院管理成本。(3)鉴于医师职业特性,要培养一个能够胜任临床工作的专家,本职医院要花费巨额的培养成本,人才的流失造成这方面的经济损失将是无法计量的。因此,如果没有对大型公立医院经济损失进行补偿,医师多点执业政策的实施必然会遭遇重重障碍。

1.3 社会环境 改革开放以来,我国医药卫生事业取得显著成就,但是当前我国医药卫生事业发展水平与我国经济社会协调发展的要求和人民群众健康需求不适应的矛盾还比较突出,城乡和区域医疗卫生事业发展不平衡,资源配置不合理,这也导致了一系列问题的产生:(1)当前我国先进医疗仪器设备过分集中于大城市大医院,基层医院基础设施严重落后。医学发展到今天,已经由传统的个人经验性医学诊治模式转变为现代的多种医疗设备辅助性医学诊治模式。因而基层医院基础设施的缺乏将会大大影响医师医疗诊断的正确率,医疗服务的质量与安全性都将难以得到切实保障。(2)我国医疗管理水平参差不齐,特别是在医疗质量管理方面还存在着诸多问题。一方面,我国各级医院的质量管理规范程度不高,每个医院都有自己的管理流程并未建立起全面、统一、有效的医疗质量保障机制。另一方面,卫生行政部门监管薄弱,医疗安全事件预警机制不健全。基层医院基础设施落后和医疗质量管理水平低下的社会现实无疑增加了医师在多点执业过程中的风险性。这也是众多医师对于医师多点执业政策实施的前景产生怀疑态度的关键因素之一。

1.4 法律法规环境 1998 年颁布的《执业医师法》是现阶段适用于我国的具有最高法律效力的医师执业法规。在《执业医师法》的十四条明确规定,取得医师资格的医师在注册后只能在医疗、预防、保健机构中按照注册的执业地点、执业类别、执业范围执业。如果医师要变更执业地点、执业类别、执业范围等注册事项,应当到注册主管部门办理变更手续^[5]。这与当前我国的医师多点执业政策中医师只需经本单位批准就可以到其他医院行医的规定相矛盾。这样的法律与政策相冲突状况,让医疗界对医师的多点执业是否属于违反行医之嫌产生困惑与迟疑。

1.5 人力资源环境 当前,我国的医疗行业正处于医疗资源供不应求的尴尬境地,特别是广大患者对于高水平医疗人才资源的需求得不到满足,出现名医“一号难求”,患者通宵排队挂号的盛况早已屡见不鲜。我国医疗行业所存在的这种医疗人才资源的供需矛盾,究其根本主要是由两个方面原因造成:(1)由我国医疗人才教育的特殊性决定的。按照我国现行的医学教育制度,培养一名能够胜任临床工作的医师需要至少 10 年的时间,若要成为某一领域的专家,还需要至少 5~10 年的实践和积累。医学人才培养周期的漫长性和滞后性决定了我国高水平医疗人才稀缺将长期存在^[6]。(2)由于我国长期存

在着卫生事业发展不平衡,资源配置不合理的问题,造成绝大部分高水平医师都扎堆集中于大城市大医院,基层医院普遍缺乏专家且业务水平低。

2 对策与建议

医师多点执业在我国尚处于探索、发展、试行阶段。在政策推行过程中还存在诸多问题需要解决,必须在各方面进行全面的改革,才能确保医师多点执业政策真正发挥作用。

2.1 完善相关法律法规 《执业医师法》自 1998 年颁布至今已 13 年时间,相关法律规定已经不能适应当前社会的发展,因此有必要进行修改。作为医疗改革的配套政策,医师多点执业必须在法律上得到承认。同时需要在医师多点执业的资质认定、区域范围、执业时间、收入方式、医疗责任承担等方面进行明确法律法规^[7]。

2.2 建立健全相关配套制度 落实医师多点执业政策,完善配套制度是保障。作为医师多点执业政策的主要推动者,政府要承担起主要职责,应着重从以下几个方面入手,建立完善相关制度规范。(1)健全医疗质量管理体系。医疗质量管理水平的参差不齐无形中增加了医疗事故发生的风险性。因此作为政府要尽快设立相关医疗质量保障机制如医院评审制度、医疗质量认证制度。同时可以探讨构建品牌医疗服务团队,以此实现医疗服务提供的安全对接,保证医疗服务产出符合相关质量标准^[8]。(2)建立医师风险保障制度。医疗风险是绝对存在且无法完全消除的。为了减少多点执业医师和医疗机构对于医疗风险产生的担忧,政府可以借鉴外国经验积极推行医疗赔偿第三方支付制度,即医师和医疗机构强制缴纳医疗风险保险金,当发生医疗事故或纠纷时完全由第三方(保险公司)进行支付赔偿^[9]。(3)改革医师人事管理制度。医师多点执业所带来的医疗事故责任分担、绩效考核评判、科研成果归属等问题,归根到底是由于医师与医院之间是从属的人事关系造成。作为相关政府要对现有的人事制度进行改革,逐步形成市场化的人力资源管理体系,使医师与医院间成为雇佣与被雇佣的合同关系。

2.3 加强医疗活动监督管理 医师多点执业的出发点是为促进卫生人才资源的合理流动,解决卫生资源分布不均。这就要求卫生行政部门对医师多点执业行为进行有效监管。主要有

以下几个方面:(1)为了增强制度实施的透明性和部门监管的有效性,要求通过签订合同的形式来明确医师和医院间权、责、利。合同内容必须包括多点执业的时间、地点、内容、报酬、医疗风险承担、医疗质量安全保障等方面内容^[10]。(2)加强医师执业的时间、范围、地点数量的限制和监管。(3)借鉴国际经验将多点执业监督管理职能交给医师协会,建立卫生行政部门宏观指导下多点执业医师行业监管机制。

2.4 平衡各方经济利益 政府可以按照培养与受益一致的原则,尝试建立合理的人才使用成本分担机制,通过制度形式明确人才培养机构与拟聘机构之间的人才培养成本分担,利益收入的分配以及培养单位经济损失的认定与补偿等。

参考文献:

- [1] 刘洋,王磊.对新医改医师多点执业试点政策的思考[J]. 中国医院管理,2011,31(5):1-2.
- [2] 王秀萍.多点执业扩大试点背后仍有阻力[N]. 浙江日报,2011-07-30(6).
- [3] 王继红.医改方案视野下的医师多点执业研究[J]. 中国医学伦理学,2010,21(1):12-13.
- [4] 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.
- [5] 陈王华,沈春明,徐洁.医师多点执业问题刍议[J]. 中国卫生事业管理,2010(6):397-398.
- [6] 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.
- [7] 王庆文,李和辉.医师多点执业政策执行的影响因素[J]. 重庆医学,2011,40(16):1651-1652.
- [8] 项莉,姚岚.公立医院医师多点执业探讨[J]. 中华医院管理,2011,27(3):164-165.
- [9] 黄培,易利华.关于医师多点执业的几点思考[J]. 现代医院管理,2010,37(4)9-10.
- [10] 邓娅,邓世雄.医师多点执业的研究和探索[J]. 重庆医学,2011,40(9):922-923.

(收稿日期:2012-02-09 修回日期:2012-05-22)

(上接第 2891 页)

巨结肠根治术手术方式的改进[J]. 中华小儿外科杂志, 2004,25(4):378-379.

- [23] 翁正华,翁勋锦,林志勇,等.改良经肛门巨结肠根治术 39 例报道[J]. 广西医学,2009,31(3):417-418.
- [24] 许芝林,李权,安群,等.腹膜返折上方入路经肛门巨结肠根治术[J]. 临床小儿外科杂志,2002,1(3):229-230.
- [25] 易军,刘大林,刘继炎,等.经肛门结肠套叠式切除术治疗小儿先天性巨结肠[J]. 南京医科大学学报:自然科学版, 2009,29(1):126-127.
- [26] 孙有成,刘远梅.先天性巨结肠经肛门 I 期根治术的研究进展[J]. 临床小儿外科杂志,2009,8(2):56-57.
- [27] Dutta HK. Clinical experience with a new modified transanal endorectal pull-through for Hirschsprung's disease[J]. Pediatr Surg Int,2010,26(7):747-751.

[28] 李晓庆,金先庆,徐小松,等.经肛门直结肠切除斜型吻合术治疗肠无神经节细胞症[J]. 中华小儿外科杂志, 2011,32(10):753-756.

- [29] De La Torre L, Langer JC. Transanal endorectal pull-through for Hirschsprung's disease: technique, controversies, pearls, pitfalls, and an organized approach to the management of postoperative obstructive symptoms[J]. Semin Pediatr Surg,2010,19(2):96-106.
- [30] Sowande OA, Adejuyigbe O. Ten-year experience with the Swenson procedure in Nigerian children with Hirschsprung's disease[J]. Afr J Paediatr Surg,2011,8(1):44-48.

(收稿日期:2012-01-09 修回日期:2012-04-22)