

# 双向转诊与医生多点执业的探索

刘薇薇

(重庆医科大学公共卫生与管理学院 400016)

[中图分类号] R197.1

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)27-3868-02

医生多点执业,是中国医改的关键一步。在我国,多点执业还是处于“摸着石头过河”的探索阶段,许多法律和法规尚不健全。而纵观别国,多点执业已趋于成熟,成为常态<sup>[1]</sup>。我国政府目前实施的多点执业试点,一个主要目的是扶持下级医院,实现医疗资源合法有效流动,通过双向逐级转诊,实现资源优化配置;另一个目的是改变过去医生只能单点执业的情况,使他们从“走穴”中脱离出来,通过多点执业使“走穴”阳光化<sup>[2-3]</sup>。

## 1 双向转诊与医生多点执业的关联性

医生多点执业,是指医生在 2 个以上的医疗机构中从事诊疗活动,不包括医生外出会诊(走穴)。因为多点执业是按照约定的时间定期举行,具备长期性和稳定性;而外出会诊多半是随机性和临时决定的<sup>[4-5]</sup>。即多点执业是以公益利益为出发点,而“走穴”是则为了个人利益。

由于医生多点执业是一个双向转诊的机制,这不仅仅是新医改所提倡的,还能帮助基层医院,甚至可以做一些培训工作,帮助基层提高对专科疾病的认识,从而造福百姓。

可以有效地减轻“看病贵,看病难”的问题。通过双向转诊的守门员制度,缓解患者涌向大医院,社区医院资源匮乏的现状。医生多点执业的实施,让三级医院的专家更加贴近基层百姓,积极发挥大医院的人才、技术等方面的优势,充分利用各基层社区卫生服务机构的服务功能和各大网点资源,逐步实现“小病进社区,大病进医院,康复回社区”的双向转诊。

## 2 双向转诊的博弈

双向转诊容易出现一边倒的情况,由于利益因素驱使,造成转上容易转下难的局面<sup>[6]</sup>。因此,作为社区医院,可采用随访的方式,让全科医生了解患者康复的情况,分析危险因素,指导患者康复锻炼、生活起居、科学饮食。如发现病情变化,应及时与上级医院取得联系,并及时给予有效医治。如在无锡市第七人民医院对“孕产妇心理保健集体干预模式研究”中,主要通过围绕“孕产妇焦虑和抑郁的心理状态进行自评量表”的评估,由随访可以制订孕产妇心理保健干预的主要方法,包括健康教育、导乐分娩及综合干预(以健康教育为主,配合其他心理干预方法)。通过得到社区医院出院的患者信息后,再对患者治愈情况进行随机回访,以确认患者痊愈,身体恢复情况,是否转入慢性病管理范畴,建立康复治疗或送入上级医院,完成逐级转诊的过程<sup>[7-8]</sup>。随访的目的在于,通过随访指导,防止疾病复发,减少患者住院次数,减轻其家庭经济负担,进一步通过社区医疗的有效管制和规范,使居民信任社区医生,从而为医生多点执业铺垫好群众平台。所以双向转诊的博弈不仅仅停

留在对患者康复的把握上,同时也为医生开展多点执业的工作带来了群众基础。

## 3 医生多点执业的博弈

卫生部明确规定,医生受聘到其他医疗机构执业,应当经过所在单位和相关卫生部门批准,并在《医生执业证书》中增加执业地点。随之问题就产生了。医生如想要去其他的医疗机构执业,必须经过所在单位和相关卫生行政部门的批准,审批手续繁琐复杂。即使申报通过,该医生的职称问题、五险一金问题、升迁问题等系列问题均未得到我国现行法律的保护。

**3.1 应该解决多点执业医生的“身份”问题** 由美国医生多点执业的经验可知,如果医生的身份由“单位人”转变成“自由人”,即医院和医生属于租借关系,医院靠出租医疗设备、场地和器械给医生,收取租金,医生靠自己的技术及医院所提供的硬件设备治愈病人,收取酬劳,医生属于“自由人”。这样,不仅能使医药分家,还能提高医生多点执业的积极性。

**3.2 在管理上可根据多点执业医疗机构的级别确定对医生技术职称的要求** 适当放开对基层、社区医生的级别要求,不要仅仅停留在副高以上的形式化要求上,可以采取技术职称合理配比的方式(如副高及以上医生 1/3,副高以下注册医生 2/3)。这样,不仅可以为更多的年轻医生带来就业、学习和实践的机会;另一方面,从薪酬、职务、安置、解决配偶工作问题等方面进行激励,使高级医生自愿下基层工作,不仅可以解决医生在大医院“扎堆”的问题,还能缓解基层百姓“看病难,看病贵”的问题,从而推进“双向转诊”机制的运行。

**3.3 还应加强医疗质量评估** 建立医疗责任分担机制,需要健全社会保障制度,医疗机构及医生本人都应共同出资为医生购买医疗责任险,从而既保障医生。

## 4 医生多点执业对双向转诊的影响

### 4.1 正面影响

**4.1.1 多点执业可缓解“看病贵,看病难”的问题** 目前我国各个医疗机构的医疗水平不平衡现象极为严重,大型三甲医院聚集了大量优秀的医疗人才,而一些村镇医院、社区卫生服务中心的医生水平则十分有限。这也在一定程度上造成大医院人满为患,小医院门可罗雀的现状。允许医生多点执业,对医生,将有利于实现优质人才资源共享、促进人才合理流动;对患者,可以有效地缓解“看病贵,看病难”的问题,使患者不出社区就能得到优质的医疗服务,减轻基层患者家庭经济负担的同时,知名专家下基层,通过实际操作、开设讲座等方式,还能提高基层医生现有的医疗水平。通过上述的随访方式,社区医生不仅可以及时把握患者的病况,还可以实现根据病情逐级转

诊;专家医生的现场指导,传播学识及有效地“双向转诊”机制都能同时协调好上下级医院单位的利益关系。

**4.1.2 多点执业可促进双向转诊** 通过对基层医务人员技术职称配比平衡的方式,以一线的专家医生为领头人,带领基层医生,协调病患,起到“守门人”的作用,对逐级转诊把好关,严格做到“小病进社区,大病进医院,康复回社区”,实现“双向转诊”机制。

#### 4.2 负面影响

**4.2.1 医生多点执业的权益未得到保护** 现行的法律对医生多点执业的技术职务要求过高,使很多年轻医生都望而却步,对于多数大医院医生来说,本医院的工作已经满负荷,没有更多的时间和精力,如果多点执业就要冒很大风险。现有的激励制度不能促使大医院的专家名医放弃自己的高收入和高地位,下到基层去多点执业,造成医生资源分布不均的局面,社区医院的医生依然不能充当双向转诊中的“守门员”角色<sup>[9]</sup>。

**4.2.2 关于医生多点执业的问题,现行法律法规尚不健全** 在经济利益的驱使下,一些基层医院不顾自身医疗条件的限制,开始大胆尝试超越法定审批范围内的医疗服务项目,“走穴”行为大量出现,结果诱发医疗纠纷。基层医生不仅没有起到“守门员”的作用,还使病患不能实现逐级转诊的有效治疗。因此,医生都希望法律能建立并明确多点执业后的医疗纠纷责任归属问题。

**4.2.3 医院方面态度不积极,成为医生多点执业的瓶颈** 不少大医院的院长担心,多点执业会给自己医院的科研、医疗与教学带来冲击,医院自身的资源优势将无法保持。

#### 5 建议及对策

继续跟进国外成熟管理的经验模式,从而借鉴其方式。从美国的经验可以看出,国家培养的医生属于国家,而不属于某个单位,所以说医生是自由流动的。医院通过提高自身硬件设施,吸引优秀医生加入<sup>[10]</sup>。与此同时,医院应当注意多点执业过程中的相关利益集团(医生、患者、医生第一执业医疗机构、医生多点执业医疗机构、卫生行政部门、医疗保险管理部门等)相关部门的诉求,正确处理好上下级医院的博弈关系。

**5.1 实行社区医生首诊制及综合性医院的服务支撑** 凡是纳入社会医疗保险和城镇居民医疗保险的人员,实行社区首诊制。常见病、多发病、慢性病患者,实行社区卫生服务机构首诊制。社区医生首诊时发现病情较重或不适合社区站诊治者,可及时向上级医院转诊。上级医院对社区医院转送的危、急、重患者和高危孕产妇,应及时组织会诊,开通“绿色通道”,优先就诊,切实为患者提供优质、便捷的服务。同时,调整利益分配制度,促使二、三级医院主动向下转诊<sup>[11]</sup>。建立社区医院与上级

医院合理的分工协作关系,根据患者资源和病情需要,实施分级医疗和双向转诊制度。

**5.2 真正的政策和制度设计** 建立由医院和社区医疗机构高层管理者参与的质量监督评价组织。如加强执业医师管理办法,使其主动接受社会监督,防止“走穴”行为的产生而影响“多点执业”被大众所接收与信任;严格筛选多点执业医生队伍,把握好专业技术职称的配比关系。对于患者,应该主动做好信息公开化,通过随访等基层诊疗干预等方式,引导患者合理就医,实现“双向转诊”的进程。借助信息化系统,社区医生可根据患者的病情,用电脑为患者选择转诊、挂号预约、出诊请求、会诊申请、实施远程指导等多项医疗服务。这样,社区医生可以把患者的病况直接同步上传到上级医疗机构系统,并得到及时分解处理;如遇到需要转入社区康复的患者,系统将患者住院的相关病史资料及康复指导建议等下传到基层,社区医生随时可看到或调阅有关信息,不仅转运方便,而且实现了大小医院信息资源共享。

#### 参考文献

- [1] 陈刚. 孕产妇心理保健集体干预模式研究[M]. 上海:复旦大学,2013.
- [2] 黄培,易利华. 博弈论视角下双向转诊路径选择研究[J]. 中国初级卫生保健,2013,27(11):33-36.
- [3] 杨新峰,徐文英. 从博弈论看双向转诊的落实差距[J]. 中国卫生事业管理,2011,S1:15-16.
- [4] 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):1351-1352.
- [5] 林小慧,冯泽永. 多点执业对双向转诊制的影响及分析[J]. 重庆医学,2012,41(16):1659-1661.
- [6] 孙树学,刘海燕,赵冠宏. 注册医师多点执业的利益相关集团分析[J]. 中国医学导报,2012,9(31):156-158.
- [7] 昂扬. 双向转诊及其实现机制[D]. 苏州:苏州大学,2010.
- [8] 胡志民,黄建始,田玲,张黎黎. 医师多点执业的影响因素及管理探讨[J]. 中国医院,2009,13(36):35-38.
- [9] 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.
- [10] 王咏梅,石元洪,鞠永和. 医师多点执业的推进与医院人力资源管理转型[J]. 现代医院管理,2011,6:33-34.
- [11] 徐伟,刘明,崔杨. 浅议医师多点执业[J]. 价值工程,2010,24:153.

(收稿日期:2015-04-08 修回日期:2015-06-26)

## 总体与样本

根据研究目的确定的同质研究对象的全体(集合)称为总体,包括有限总体和无限总体。从总体中随机抽取的部分观察单位称为样本,样本包含的观察单位数量称为样本含量或样本大小。如为了解某地区 10~15 岁儿童血钙水平,随机选取该地区 3 000 名 10~15 岁儿童并进行血钙检测,则总体为该地区所有 10~15 岁儿童的血钙检测值,样本为所选取 3 000 名儿童的血钙检测值,样本含量为 3 000 例。类似的研究需满足随机抽样原则,即需要采用随机的抽样方法,保证总体中每个个体被选取的机会相同。