

我国医师多点执业制度影响因素鱼骨图分析

严娟,陈大伟,王振宇,王晓东

(南京医科大学第一附属医院医务处,江苏 南京 210029)

摘要:医师多点执业制度的实施效果受到许多因素的影响,文章采用鱼骨图分析法,分析了影响医师多点执业实施的关键因素,主要包括政策因素、组织因素和个人因素三个方面。建议通过完善法律法规,建立监督体系,修改医师考核体系及增强医师法律意识等措施,稳步推进医师多点执业的实施。

关键词:医师多点执业;影响因素;鱼骨图

中图分类号: R192.3

文献标识码: A

文章编号: 1671-0479(2013)02-101-004

doi: 10.7655/NYDXBSS20130203

卫生人力资源是医药卫生行业的重要支撑。据《2011年中国卫生统计年鉴》记录,2009年我国卫生状况及2010年我国医师情况见表1、表2。目前,医师人口数量不足、结构不合理是我国卫生人力资源存在的主要问题。为更好地统筹调配医疗资源,促进卫生人才合理流动,缓解目前卫生人力资源问题,2009年《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。2009年9月16日卫生部发布了《关于医师多点执业有关问题的通知》,对注册医师多点执业进行了进一步的规定和部署。2011年3月政府工作报告提出,完善和推进医生多点执业制度,为人民群众提供便捷的医疗卫生服务,强调了施行医师多点执业制度的重要性和必要性。医师多点执业政策的实施能够平衡有限的优质医疗人才资源分布,提高存量医疗人才资源利用的社会效益和经济效益,减轻基层患者及其家属医疗费用负担^[1]。然而,制度启动以来,一直面临“媒体热追,医院淡定”的局面。

一、资料来源及研究方法

(一)资料来源

以中国知网数据库为平台,搜索2009年1月至2012年12月“医师多点执业”相关文献共计168

表1 2009年我国卫生现状及每万人口医师数与发达国家比较

国家	新生儿死亡率(‰)	期望寿命(岁)	每万人口医师数
美国	4	79	27
英国	3	80	27
日本	1	83	21
韩国	2	80	20
中国	11	74	14

表2 2010年我国每千人口执业医师地区分布

地区	每千人口执业医师数		
	平均	城市	农村
东部	1.79	3.04	1.10
中部	1.29	2.59	0.87
西部	1.26	2.35	0.89

篇。用EXCEL表对168篇相关文献中提到的医师多点执业影响因素进行统计分析。

(二)研究方法

本文采用鱼骨图法对医师多点执业的影响因素进行梳理。鱼骨图是一种发现问题“根本原因”的方法,其原理是基于问题的发生往往不只是单纯一种或几种原因作用的结果,而是多种因素综合作用的结果。它从结果出发,利用“头脑风暴法”,集思广益,找出各特性要素,按相互关联性整理并标识出重要因素,形成层次分明、条理清楚的图形,是一种透过现象看本质的分析方法^[2]。

收稿日期:2012-12-30

作者简介:严娟(1984-),女,江苏溧阳人,研究实习员,研究方向为医院管理。

二、结果和分析

(一)影响医师多点执业制度实施的原因

影响医师多点执业制度实施的原因见表3。对各种影响因素进行分析后,绘制出鱼骨图,见图1。

表3 影响医师多点执业制度实施的原因

影响因素	具体方面	文献提及次数
政策因素	法律法规支撑	115
	配套政策缺失	125
	人事制度	100
	具体操作途径	10
	监管缺失	10
组织因素	第一雇主单位限制	70
	医院软硬件限制	35
	医疗责任界定问题	95
	病源流失	40
	人才流失	40
	科研归属	35
人员因素	高负荷工作	75
	法律意识	40
	责任意识	40
其他因素		170

(二)政策因素

1. 法律支撑缺位

2011年6月卫生部下发的《医师多点执业暂行管理办法(征求意见稿)》中提出“医师多点执业是指符合条件的执业医师经卫生行政部门注册后,在2个以上医疗机构从事执业活动的行为”。然而,《医师执业注册暂行办法》第二十五条规定“医师执业地点为两个以上的管理规定另行制定”。到目前为止并没有出台医师执业地点在两个以上的相关规定。因此,医师多点执业注册缺乏具体的法律法规支撑。

2. 配套政策缺失,具体操作途径缺位

自2009年9月16日卫生部发布《关于医师多点执业有关问题的通知》以来,卫生部相继于2011年6月下发了《医师多点执业暂行管理办法(征求意见稿)》,2011年7月下发了《卫生部办公厅关于扩大医师多点执业试点范围的通知》,截止2012年5月云南、广东、海南、北京等20多个省市制定了本地区的医师多点执业管理办法。医师多点执业的相关规定不断完善,对执业地点的数量、多点执业的申请条件、注册程序及协议书内容等进行了明确的规定。

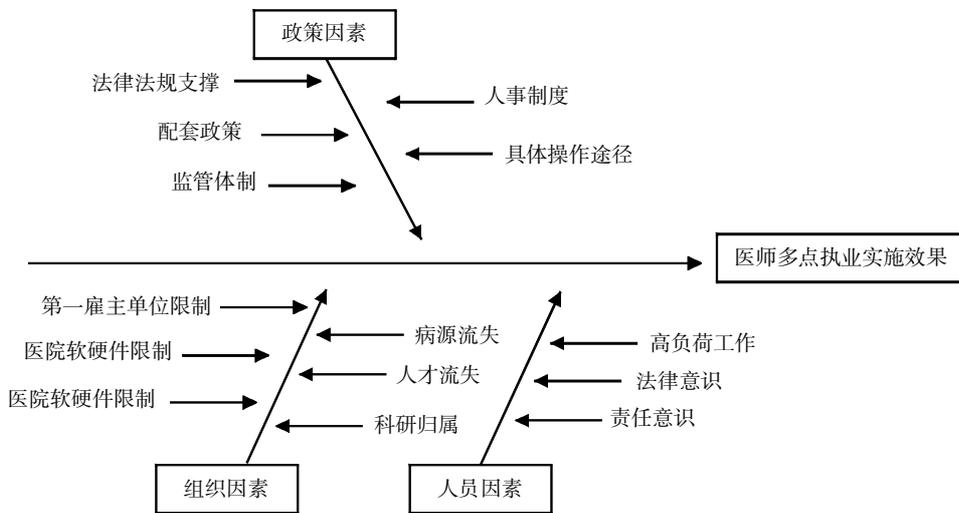


图1 影响医师多点执业制度实施原因的鱼骨图分析

但是对医师的人事、社保、薪酬、医疗责任事故与纠纷如何界定等关键问题没有具体可操作的指导意见。按照现行的公立医院人事制度及薪酬制度,医生是单位人而非自由人,由于医疗事业的特殊性,大部分医生除正常的8小时工作时间外,还需要参加医院值班及24小时待命,很难确保服务于第二、第三雇主单位的时间。并且虽然《医师多点执业暂行管理办法(征求意见稿)》第十七条明确规定协议书内容必须包括“多点执业的医师在第二或第三执业地点医疗机构执业过程中,发生医疗责任事故或民事

纠纷时医师和医疗机构承担的责任”,但如何界定责任并没有明确,这正是多点执业政策实施的一大难题。配套政策不到位,医师多点执业的时间、内容、报酬、医疗风险等诸多问题没有全面合理的界定,更没有详细具体的可操作途径,这使得各医疗机构和医师仍然保持观望状态。

3. 政策实施监管缺失

《医师多点执业暂行管理办法(征求意见稿)》第九条提到“医师多点执业,应当接受获批准的多个执业地点的卫生行政部门及所执业的医疗机构的监督

和管理。”然而,如何监管至今并没有明确。医师多点执业涉及面广,牵涉的医疗责任、医疗风险问题突出,如果没有一个明确的监管机构,没有明确的监管方案,很可能导致多点执业的混乱。

(三)组织因素

1. 第一雇主单位限制

依据现有的人事制度,医生的很多福利都来自于第一雇主单位,医生没有社会化。卫生部颁布的《关于医师多点执业有关问题的通知》、《医师多点执业暂行管理办法(征求意见稿)》等相关规定也一再强调医师申请多点执业需经第一执业地点医疗机构同意。然而,大部分的第一雇主单位基于医疗责任和风险承担难以界定、科研成果归属难以分配、担心病源分流、人才流失、人才队伍建设受影响等问题,不愿意自己的员工多点执业。

2. 各医院水平参差不齐

优质医疗服务的提供不仅需要相应的合作团队,也需要相关的仪器、设备的支撑。不同的医疗机构,医务人员的技术水平、医疗仪器、设备的科技水平、精准度不一。盲目的多点执业,将增加医疗风险,增大医疗安全隐患。医院如何选择技术合格的医生,医生又如何选择软硬件符合条件的医院,都没有明确可参考的标准。

(四)人员因素

1. 医师负荷过重

目前,各医疗机构的医师,特别是高年资医师,承担的工作已经不仅仅限于医疗,还有大量的科研和教学工作。每个人的精力都是有限的,过大的劳动强度不仅危害着医师的身体健康,还会造成医疗安全隐患。医师多点执业带来的医生频繁外出,必然造成医生精力的牵扯,减少医生与患者、与合作团队的沟通时间。盲目的多点执业是否会顾此失彼,影响医疗质量,增加医患矛盾,不仅是第一雇主单位应该担心的问题,更应该是卫生行政管理部门需要高度警惕的问题。

2. 法律意识淡薄,“走穴”盛行

近年来,由患者需求市场驱动,医生“走穴”行为已经是公开的秘密,普遍存在于各医院当中。没有合理监管的“走穴”活动不仅隐藏着巨大的安全隐患,而且医生自身工作的合法性得不到保障。这种现象的缓解只有靠增强医师的法律意识,通过医师多点执业政策的实施,引导规范的执业活动,才能既满足患者的需要,又使得医师的多地点执业有法可依,有章可循。

三、对策和建议

通过对我国医师多点执业政策实施影响因素

的鱼骨图分析,我们可以看出,医师多点执业政策的实施现状是政策、组织、人员等多方面因素影响的结果。因此,要进一步推进医师多点执业政策的实施,不仅需要卫生行政部门的努力和医疗机构的配合,还需要医务人员提升自身责任意识和法律意识。

(一)完善法律法规,制定相关配套政策

《中华人民共和国执业医师法》于1998年颁布,与现行的医改意见有明显的冲突^[3]。这使得医师多点执业缺乏法律支撑,只有完善我国《执业医师法》和《医师注册管理暂行办法》才能使医师多点执业合法化,使卫生行政部门具体的监督管理措施有法可依。另外,国家应该制定和出台一系列能够确保多点执业有效和规范运行的配套措施和管理办法^[4]。积极与人事社保及商务部门沟通,进行人事制度的改革,发挥市场引导作用,推进医疗赔偿第三方支付制度,这也将排除医师多点执业的障碍,大大促进医师多点执业政策的实施。

(二)完善协议内容,消除第一雇主单位顾虑

由于我国现有的人事管理制度,公立医院的医师仍然是单位人。第一雇主单位的限制是目前医师多点执业实施的一大绊脚石。如何消除第一雇主单位的顾虑,推进医师多点执业的实施,这就要求通过完善协议内容,使多点执业的时间、科研成果归属、责任界定等关键性问题有科学合理具体的指导意见。

(三)建立医师多点执业的监督管理体系

医师多点执业的出发点是盘活有限的卫生人力资源,使卫生人力资源得到最大化的合理发展和应用,更好地为广大患者服务。但是无条件的或者低要求的医师多点执业不但会引起卫生人力市场的混乱,而且会带来严重的医疗安全隐患。医政管理机构应该对允许聘用多点执业医师的医疗机构制定管理标准,对其技术力量、医疗设备等软硬件条件进行定期考评,以保障医疗服务质量。这样才能保证医师多点执业的健康发展,才能确保医疗质量,真正达到为患者服务的预期目标。

(四)完善医师考核体系,让医师回归临床

长期以来,医师考核“重科研,轻临床”的现象普遍存在,这违背了医师回归临床的现实需求。医生的精力是有限的,仅第一雇主单位的医疗、科研及教学工作已经使他们疲惫不堪,如在经济利益的驱动下,医生再超负荷参加多点执业,不仅严重危害医师的身体健康,而且会增加医疗风险。因此,应以临床综合能力为核心,分类细化考核体系,引导医生将更多的时间投入到临床。

参考文献

- [1] 王章泽. 关于医师多点执业的思考[J]. 中国医院管理, 2009,29(10):4-6
- [2] 介彬魁. 基于鱼刺图分析方法的建设项目投资决策研究[J]. 现代经济,2009,8(8):4-7
- [3] 陈翰丹,刘婵娟. 论医师多点执业侵权责任制度的完善[J]. 中国卫生事业管理,2010,22(12):838-840

Analysis by fishbone diagram on doctor multi-sites license in China

Yan Juan, Chen Dawei, Wang Zhenyu, Wang Xiaodong

(Department of Hospital Management, the First Affiliated Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China)

Abstract: The implementation effect of doctor's multi-sited license is affected by many factors. We sought to analyze and classify the factors which affect the doctor multi-sites license by applying fishbone diagram. The main impacting factors include policy factors, organizational factors and personal factors. To steadily promote the implementation of doctor's multi-sited license, it was suggested to promote the policy by improving laws and regulations, establishing a supervision system, modifying physician evaluation system and enhancing physician awareness of the law.

Key words: doctor multi-sites license; impacting factors; fishbone diagram

《南京医科大学学报(社会科学版)》 影响因子排名创新高

近期公布的 CNKI 中国学术期刊影响因子年报(人文社会科学 2012 版)显示,南京医科大学学报(社会科学版)计量评价指标与 2011 年版比较有明显改善,数据和排名有大幅提高:复合影响因子 0.513,在学科内排名 165/674;期刊综合影响因子为 0.372,较去年比较增幅达 40%,影响因子学科排名首次进入前百位(72/662);基金论文比为 0.43,增幅达 39%;期刊综合即年指标(期刊发表的论文在当年被引用的情况)增幅达 81%。