

上海市医师多点执业现状与对策分析

罗稽宁* 王跃龙 邓志毅 贝文 李力达

上海市卫生局卫生监督所 上海 200031

【摘要】目的:对上海市医师多点执业现状进行分析,为多点执业政策提出相关建议。方法:抽取上海9家医疗机构中的400名中级职称以上医师进行问卷调查。结果:上海市医师多点执业81.31%为单位委派,社会办医疗机构中医师多点执业比例最高,占54.05%，“医师走穴”占到多点执业的10%以上,多点执业医师的风险意识较高。结论:医师多点执业政策应当避免设定过多限制措施,而重点设置保障和监管措施,才能避免遭到冷遇。

【关键词】医师; 多点执业; 风险; 对策

中图分类号:R192 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.12.006

Analysis of status and countermeasures of doctor multi-sites practice in Shanghai

LUO Ji-ning, WANG Yue-long, DENG Zhi-yi, BEI Wen, LI Li-da

Shanghai Municipal Health Supervision Institution, Health Bureau, Shanghai 200031, China

【Abstract】 Objectives: To analyze the status of doctor Multi-Sites practice in Shanghai, and to give relevant policy recommendations. Methods: Questionnaire survey of 400 senior doctors in 9 hospitals. Results: 81.31% of the multi-sites practice were assigned by their employers; doctors in Social-Organized Facilities took the highest proportion of Multi-Sites practice, accounting for 54.05%; more than 10% Multi-Sites practice were not permitted by their employers and the doctors taking Multi-Sites practice had a high risk awareness. Conclusions: The doctor Multi-Sites practice policy should avoid setting too much restrictions rather than making guarantee and regulatory measures.

【Key words】 Doctor; Multi-Sites practice; Risk; Countermeasure

根据《执业医师法》,医师应当在其注册的地点进行执业;《医师执业注册暂行办法》中提出医师执业地点在两个以上的管理规定另行制定,这为医师多点注册执业预留了口子,但此项制度至今没有出台,广东、北京等地的医师多点执业试点也均遭冷遇。根据文献报道,广东省试行医师多点执业1年仅有100多名医师登记,且这100多名医师还是在所在的三甲医院接管的有合作性质的医院执业,而深圳全市公立医院的副高职称以上的医师共6000余人,无一人主动申请多点注册。^[1]昆明是最早推行多点执业的试点城市,但是试行新政1年后其省级

医院医生办理多点执业的比例尚不足申办医师总数的5%。^[2]北京试行医师多点执业前,某三级行业医院与其他多家三甲医院的160名医师签订了医师多点执业合作意向书,但是多点执业开展后真正签订合同的医生寥寥无几。^[3]其他试点省份如海南、四川情况也类似。各地医师多点执业新政的条款大都对医师的职称、多点执业数量、取得原注册单位的同意作出了规定,其中北京还规定医师需要提交医师定期考核合格证明和医疗责任保险凭证。海南省规定医师多点执业应于节假日进行,每周多点执业时间累计不超过8小时。广东省的职称规定为副高以

* 基金项目:上海市卫生局卫生监督所科研课题基金(2009026)

作者简介:罗稽宁,女(1980年—),硕士,助理研究员,主要研究方向为医疗人员执业监管。E-mail:luojining@hs.sh.cn

上,并取得该技术职务 2 年以上。

与各地多点执业新政限制多且效果不佳相对应的是,医生实际“多点执业”的步伐并没有停止,许多多点执业仍在“会诊”、“外出行医”的外衣下进行。为何会有这样的现象发生?医师多点执业放开的风险究竟有多大?上海如要推行医师多点执业又需要注意什么?本文通过对上海医师多点执业现状进行分析,结合其他省市试点情况,为未来出台医师多点执业制度提供对策依据。

1 资料与方法

本研究采用描述性研究方法,根据地理分布、医疗机构级别,兼顾综合性与专科医疗机构,在上海中心城区和郊区随机抽取了 9 家医疗机构,医疗机构类别有二、三级综合性医疗机构、三级专科医疗机构、社区卫生服务中心、社会办医疗机构(包括民办医疗机构与中外合资医疗机构)。在各医疗机构内分外科、内科、妇产科、儿科、中医科、全科等专业抽取中级及以上职称的医师,发放问卷共计 400 份,回收 400 份,回收率 100%。数据经 EpiData 录入, Stata7 软件进行统计分析。采用描述性分析和卡方检验方法对资料进行分析。本次调查所指多点执业不包括对口支援、会诊、进修和学术交流、现场急救的情况。

2 结果

2.1 调查对象基本情况

从医疗机构的性质来看,本次调查充分考虑了执业医师所在单位的多样性,兼顾了综合医疗机构和专科医疗机构、二三级医疗机构和基层医疗机构、公立医疗机构和民营、中外合资医疗机构。由于多点执业医师以高年资医师为主,因此,在选择调查对象上二三级医疗机构占了比较大的比例,其中三级医疗机构医师占 52.50%,二级医疗机构的医师占 30%(表 1)。同时在社区卫生服务中心和社会办医疗机构内部,可能也有部分高年资医师会在基层医疗机构间多点执业,因此也对这部分医师发放了问卷。

由于目前能够多点执业的大多是具有中级以上职称的医师,因此本次调查主要针对这部分医师,共

400 人。其中,中级职称占到 55.25%,副高占 27.25%,正高占 17.50%。从被调查医师的执业范围来看,内科医师占 34.50%,外科医师占 18.25%,儿科医师占 17%,妇产科医师占 11.25%。有 27.75%的被调查医师承担了行政职务,72.25%的没有担任具体行政职务(表 2)。

表 1 被调查医师所在医疗机构性质分布

医疗机构分类	机构数 (个)	医师数 (人)	医师机构 构成比(%)
公立医疗机构	7	363	90.75
三级医疗机构	3	210	52.50
二级医疗机构	2	120	30.00
社区卫生服务中心	2	33	8.25
社会办医疗机构	2	37	9.25
合计	9	400	100.00

表 2 被调查医师的基本情况

	医师数(人)	构成比(%)
职称		
正高	70	17.50
副高	109	27.25
中级	221	55.25
执业范围		
内科	138	34.50
外科	73	18.25
妇产科	45	11.25
儿科	68	17.00
中医科	39	9.75
康复科	5	1.25
全科	9	2.25
其他	23	5.75
是否担任行政职务		
是	111	27.75
否	289	72.25
合计	400	100.00

2.2 医师多点执业的分布

上海没有开展医师多点执业注册制度,目前的医师多点执业是根据 2007 年颁布的规范性文件《上海市卫生局关于进一步加强上海市医师外出行医管理的指导意见》(以下简称《意见》)来进行管理的。

《意见》对医师的职称、外出行医地点数量、行医时间、取得原单位同意、签订协议等方面作出了规定。根据本次调查结果,有 107 名(26.75%)医师有多点执业的经历。社会办医疗机构的医师多点执业比例最高,占 54.05%;其次为三级医疗机构,占 37.14%(表 3)。各类别医疗机构间医师多点执业情况有统计学差异($P < 0.001$)。

高级职称医师的多点执业比例最高,为 50%;其次为副高级职称,占 34.86%,不同职称医师多点执业情况有统计学差异($P < 0.001$)。外科医师的多点执业比例最高,占 41.10%;其次是内科、儿科、妇产科和中医科。是否具有行政职务与医师是否多点执业无统计学差异($P > 0.05$)(表 3)。

表 3 医师多点执业的分布情况

机构类型	有多点执业经历		无多点执业经历	
	医师数 (人)	构成比 (%)	医师数 (人)	构成比 (%)
三级医疗机构	78	37.14	132	62.86
二级医疗机构	7	5.83	113	94.17
社区卫生服务中心	2	6.06	31	93.94
社会办医疗机构	20	54.05	17	45.95
职称				
正高	35	50.00	35	50.00
副高	38	34.86	71	65.14
中级	34	15.38	187	84.62
执业范围				
外科	30	41.10	43	58.90
内科	39	28.26	99	71.74
妇产科	9	20.00	36	80.00
儿科	16	23.53	52	76.47
中医科	7	17.95	32	82.05
康复科	0	0	5	100.00
全科	0	0	9	100.00
其他	6	26.09	17	73.91
行政职务				
有	33	29.73	78	70.27
无	74	25.49	215	74.51
合计	107	26.62	293	73.38

2.3 医师多点执业现状

如表 4 所示,三级医疗机构中医师选择的多点执业机构包括多种类型,依次为三级医疗机构、二级医疗机构、社区卫生服务中心和社会办医疗机构;二级医疗机构中的医师多数在二级和社区卫生服务中心执业,其次在三级医疗机构;社区卫生服务中心的医师均在社区执业;社会办医疗机构中医师大部分(95%)在三级医疗机构中多点执业,其次为二级医疗机构。

表 4 不同类型医疗机构医师多点执业去向(人,%)

医疗机构分类	三级医 疗机构	二级医 疗机构	社区卫生 服务中心	社会办 医疗机构
三级医疗机构	46(59.74)	34(44.16)	14(18.18)	15(19.48)
二级医疗机构	2(33.33)	4(66.67)	4(66.67)	1(16.67)
社区卫生服务中心	0	0	2(100.00)	0
社会办医疗机构	19(95.00)	2(10.00)	0	0

62% 医师在院外执业医疗机构数量为 1 个,35% 的为 2 个,仅有 3% 的有 3 个及以上的执业地点。有 69.16% 的多点执业医师的多点执业区域为上海市,28.97% 的为为本区,14.95% 的为外省市。去外省市执业的医师 3/4 是三级医疗机构医师,1/4 的为社会办医疗机构的医师。被调查医师的多点执业时间分配工作日和节假日二者皆有。31.68% 的多点执业医师的平均每周多点执业的时间长度少于半天,各有 27.72% 的医师为半天和 1 天,另有 12.87% 的医师时间为 1 天以上。64.49% 的多点执业医师多点执业的形式为专家门诊,24.30% 的为病房,11.21% 的为手术。80% 的多点执业医师其薪酬由执业的医疗机构支付,5.71% 则由病人直接支付。根据《卫生部关于医师多点执业有关问题的通知》,对医师多点执业实行分类管理,分为政府指令、医院合作和医师主动受聘三种类型。本次调查显示,81.31% 的医师多地点执业行为系单位指派,主动联系多点执业机构的医师占 18.69%。88.79% 的多点执业医师经本院同意后才外出执业,其余 11.22% 的有时或从未经过本院同意(表 5)。

表 5 医师在院外执业情况

	医师数(人)	构成比(%)
地点数量		
1 个	62	62.00
2 个	35	35.00
3 个及以上	3	3.00
执业区域		
本区	31	28.97
本市	74	69.16
外省市	16	14.95
时间分配		
本单位工作日	38	38.78
双休日或节假日	32	32.65
二者皆有	28	28.57
每周时间长度		
少于半天	32	32.32
半天	28	28.28
1 天	28	28.28
1 天以上	11	11.11
执业内容		
专家门诊	69	64.49
病房	26	24.30
手术	12	11.21
薪酬支付		
执业医疗机构支付	84	80.00
直接由病人支付	6	5.71
二者皆有	15	14.29
多点执业性质		
单位指派	87	81.31
主动联系	8	7.48
二者皆有	12	11.21
是否经本院同意		
是	95	88.79
有时	8	7.48
从不	4	3.74
合计	107	100.00

注:因存在缺失值,每个变量的合计值不一致。

2.4 医师对多点执业的看法

从表 6 可见,三级医疗机构半数以上的医师认为管理太过保守,而社会办医疗机构中则有过半数的医师认为管理较为开放,而二级医疗机构和社区

卫生服务中心则各有近半数医师认为基本没有管理。

表 6 不同类型医疗机构的医师对医院多点执业管理的看法(人,%)

机构分类	太过保守	较为开放	基本没有管理	合计
三级医疗机构	93(53.45)	43(24.71)	38(21.84)	174(100.00)
二级医疗机构	19(31.67)	6(10.00)	35(58.33)	60(100.00)
社区卫生服务中心	8(34.78)	4(17.39)	11(47.83)	23(100.00)
社会办医疗机构	13(35.14)	21(56.76)	3(8.11)	37(100.00)
合计	133(45.24)	74(25.17)	87(29.59)	294(100.00)

2.5 医师多点执业的医疗安全意识

48.75%的医师认为医疗质量风险是阻碍医师多点执业的主要障碍,42.75%的医师认为最大障碍是缺少法律保护,32.25%的医师认为是医院人事制度,24.5%的医师认为会增加监管难度。其中执业内容为手术的医师 100% 选择了医疗质量风险。在选择多点执业前会考核的因素中,按照选择的医师数,依次是:专业对口、对方医疗条件、薪酬水平、给患者方便和学术交流(表 7)。

表 7 医师多点执业的主要障碍和考虑因素

	医师数(人)	构成比(%)
主要障碍		
医疗质量风险	195	48.75
缺少法律保护	171	42.75
人事制度	129	32.25
监管难度增加	98	24.50
其他	10	2.50
决定多点执业前会考虑		
专业对口	217	54.25
对方医疗条件	173	43.25
薪酬	145	36.25
给患者方便	117	29.25
学术交流	87	21.75
其他	7	1.75

仅有 34% 的被调查医师购买了医疗责任险,但其中有多点执业经历的医师购买医疗责任险的比例高于没有多点执业经历的医师,差别有统计学意义($P < 0.001$)(表 8)。

表8 是否多点执业对购买医疗责任险的影响

是否多点执业	购买责任险		没有购买责任险	
	医师数	构成比(%)	医师数	构成比(%)
是	55	52.88	49	47.12
否	84	31.46	183	68.54
合计	139	37.47	232	62.53

3 讨论

3.1 上海医师多点执业的特点

3.1.1 柔性管理替代执业注册

近年来上海没有申报医师多点执业的试点,但是早在2007年,市卫生局就下发了《指导意见》,对多点执业医师的职称、地点数量、行医时间、相关协议等都作出了相应规定。也就是说,上海没有采用全国多地正在实行的将医师多点执业注册化,而是通过规范性文件进行的柔性管理。在《指导意见》的管理下,上海市超过80%的医师多点执业系单位指派,以专家门诊形式为主,多点执业的频率大多数在每周1天以内,地点在2个以内,区域范围以上海市为主,医师大多选择市内有稳定合作关系的医疗机构进行多点执业,且多为医疗机构间的合作,总体状况较为平稳。各层级医疗机构之间医师互有多点执业,较为符合医师多点执业“通过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^[4]”的政策初衷。

3.1.2 医师走穴并不鲜见

由于我国的医师属于“单位人”,因此无论是上海市的《指导意见》还是各省市试点的具体规定,都有对获得所在医疗机构同意的规定,但是现实中仍有一部分是未经过医院同意的,被称作“医生走穴”的多点执业。它游走在现实需求与法律规定间的灰色地带,不被现行法律所保护,一旦发生医疗纠纷,医师将无法再得到医疗机构的庇护。上海1/4的在职中级及以上职称的医师有多点执业经历,其中主动受聘型占18.69%，“医师走穴”占到10%以上,12.9%的医师多点执业频率超过每周1天,14.95%的多点执业在外省市。随着医师从“单位人”向“社会人”这一转变需求,以上数据必然会呈现不断增长的趋势。

3.1.3 多点执业医师风险意识较高

被调查医师认为医师多点执业的最大障碍是医

疗质量风险和缺少法律保护,尤其是多点执业内容为手术的医师风险意识最高。医师在考虑是否多点执业时,最先考虑的也是专业对口与对方医疗条件,其次才是薪酬水平。有多点执业经历的医师购买医疗责任险的比例也较高,说明医师本身的医疗安全风险意识较强,对获得医师多点执业法律保护的需求较为迫切。而实行医师多点执业管理正是为医师提供了相应的法律保护,理论上可以赢得医师群体的青睐。

3.2 医师多点执业矛盾焦点

医师多点执业本身不是个问题,医师换了个地方执业,并不意味着其自身执业能力有变化,因此,在国外,医师多点执业并不是需要通过法律规制的问题。而在我国现阶段的医疗体制下,多点执业的矛盾焦点在于,作为聘用方的医疗机构和被聘用方的医师之间双方利益的冲突。社会办医疗机构内医师多点执业比例最高,认为管理较为开放,正是因为社会办医疗机构内医师“单位人”的性质要比公立医疗机构淡化。而医师从“单位人”变成“社会人”的过程,牵动的利益巨大,也是各地多点执业试点裹足不前的原因。

3.3 医师多点执业政策重点要解决的问题

根据我国国情,政府既要维护医疗机构人力资源管理的主导作用,也要保护医师正当执业并从中获取报酬的权利,因此应当允许医疗机构和医师自由博弈的存在,如多点执业的时间、地点数量、在本单位的合理薪酬等,均可通过协商达成意向,这也体现了医师作为自由人的合法权益。但是目前各地的新政都对医师多点执业作出了过多的限制,貌似减少了医疗安全风险,却有悖实际需要,使医师更愿意维持原有较为灵活的“会诊”、“外出行医”模式。而对于出现某些问题,如医院强制剥夺医师自由执业选择,或者医师因多点执业造成本院义务无法按要求履行的情况时,却缺少相关的解决机制。因此,应避免通过设定过多限制措施直接替医疗机构“管”医生,而应重点设置保障和监管措施,才能避免多点执业政策遭到冷遇。

3.4 本研究的缺陷

本次调查的样本量较小,涵盖的医师执业范围

不够广泛,因此在数据的代表性上可能有所不足,同时由于仅有一次调查的数据,无法分析医师多点执业在上海市的趋势,还需要进一步的研究来深入分析问题本质。

4 上海市医师多点执业的政策建议

4.1 减少限制,借助行业组织加强管理

不对医师多点执业的频次、地点范围等进行具体限定,仅对职称限定为中级以上,并需要经所在医疗机构同意,在出现超出医院和医师所能协商和解决范围的情况时,需要通过引入行业组织干预来疏导解决。同时,加强对执业医师的日常管理,搭建医师诚信平台,对优秀的医师少限制多鼓励,而对有不良记录的医师则限制其多点执业。

4.2 对医师多点执业进行分类管理

对于紧密型医疗联合体内的医师多点执业仍然采用柔性的管理方法,但是对于松散型的医疗合作和主动受聘型多点执业要进行注册管理,以规避执业风险。

4.3 重点监控“手术”多点执业

外科医师多点执业比例最高,且以手术为主要形式的多点执业医师对医疗质量安全的顾虑最大,实际医师多点执业发生医疗事故和纠纷也以手术为主,多篇文献中谈到医师异地手术涉及手术前后配合、术后并发症、医院感染管理的问题^[5-7],因此医师多点执业制度中要对手术的医师、医疗机构双方均作出相应的资质限定,医师如以手术为主要多点执业内容的,在申请注册时需要提供相关医师和医疗机构的资质材料或承诺。对邀请医师多点行医的医院来说,要做好康复护理工作^[5,8],加强患者的整体就医保障。

4.4 规范清理各类“会诊”

为避免医师多点执业制度推出后,医师仍然以各种名目的“会诊”形式进行多点执业(实为走穴)而不注册纳入规范管理,需要在推出多点执业制度后对这一现象进行清理,督促医疗机构加强管理,规范

医师多点执业。

4.5 大力发挥医疗责任保险作用

有多点执业的医师购买医疗责任险的热情较高,因此可以以医师多点执业制度的推行为契机,在医师由“单位人”逐渐向“社会人”转变的过程中,大力发展医疗责任保险,将医师的执业风险也社会化^[9],使医疗责任保险真正起到降低医师执业风险、减少医疗机构管理成本、加强第三方监督的作用。

4.6 统一规范,降低费用

本次调查反映出医师多点执业的收费等制度不够透明规范,要对医师多点执业的收费管理、工作记录等管理制度作出统一规定,既要引导医师多点执业去基层,又要真正使医师多点执业可以降低群众的就医费用。

参 考 文 献

- [1] 廖新波. 彻底放开医师多点执业正当其时[N]. 南方都市报, 2010-12-24(A47).
- [2] 姚魁. 多点执业须有道可循[J]. 中国卫生人才, 2011(1): 38-40.
- [3] 李松涛. 北京医师多点执业叫好不叫座[N]. 中国青年报, 2011-6-14(A05).
- [4] 中共中央, 国务院. 关于深化医药卫生体制改革的意见[N]. 健康报, 2009-04-07(1-2).
- [5] 罗央清. 对我国实施医师多点执业的思考[J]. 中医药管理杂志, 2010, 18(9): 770-771.
- [6] 任意炯, 欧崇阳, 卢杨. 多点行医对医疗卫生系统的影响[J]. 解放军医院管理杂志, 2009, (16)8: 727-728.
- [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] 王伟杰. 谈医师多点执业对二级医院的影响[J]. 医院院长论坛, 2011(2): 25-26.
- [9] 罗熙, 何国强. 论医疗责任保险——从法律经济学的角度切入[J]. 政法学刊, 2010, 27(3): 70-76.

[收稿日期:2011-08-08 修回日期:2011-11-18]

(编辑 刘 博)