

我国医师多点执业研究综述

谢宇* 杨顺心 陈瑶 王禅

中国医学科学院医学信息研究所/卫生政策与管理研究中心 北京 100020

【摘要】医师多点执业的根本意义在于通过市场对资源的配置作用,促进医务人员的合理流动,进而实现合理配置卫生人力资源、促进多元化办医、体现医务人员劳务价值、促进公立医院改革等目标。本文从制度环境、主要参与者利益及行为、医师多点执业的政策制约因素等方面进行分析,认为制度环境和以医院为主的参与者利益取向及其行为对医师多点执业具有更重要的影响。最后,结合国际经验,提出改革医院事业单位体制、实现医师从单位人向社会人转变、医院与医生的人事关系转为契约雇佣关系,以及改变政府治理方式、放权于社会等建议。

【关键词】医师多点执业;单位制度;法人治理

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2014.01.003

A review of research on multiple-site physician practice in China

XIE Yu, YANG Shun-xin, CHEN Yao, WANG Chan

Institute of Medical Information, Center for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

【Abstract】 The fundamental significance of multiple-site physician practice policy lies in promoting the flow of medical personnel in order to rationally allocate health human resources, diversify the medical environment, reflect the real value of medical staff, and force change in public hospitals. The paper analyses restriction factors of multiple-site physician practice policy from institutional environment, interests and behaviors of main actors, and policy content. The first two may play a more important role in this policy. Finally, Based on international experience, this paper recommend reforming the hospital institution system, changing the relationship between doctor and hospital from hierarchical to employment-based, and changing the governance mode.

【Key words】 Multiple-site physician practice; Unit System; Corporate

目前,我国执业医师制度规定医师一般只能在一个注册执业地点,且在规定的执业范围内开展诊疗活动,在一定时期保证了较为稳定的执业秩序,但医师隶属医院单位的特征,使得医师长期只能在固定的医疗机构执业。在社会主义市场经济环境下,随着医师“兼职”和“走穴”现象的增多,建立合法规范的医师多点执业或自由执业制度成为业界和学界强烈呼吁和关注的焦点,也成为人们对新一轮深化医改的期待之一。^[1]2009年,中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》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,初步研究和探索注册医师多点执业。2009年9月,原卫生部下发了《关于医师多点执业有关问题的通知》,作为探索医师多点执业的配套文件在工作层面上进行了部署。随后,广东省、云南昆明市、北京等地开展了试点。2011年7月,原卫生部又发布《关于进一步扩大医师多点执业试点范围的通知》,决定将试点地区扩大至全国所有省份。目前医师多点执业试点地区包括:公立医院改革国家联系试点城市和省级联系试点地区,每个省(区、市)除上

* 基金项目:中央级公益性科研院所基本科研业务费(13R0106)

作者简介:谢宇,男(1984年—),研究实习员,主要研究方向为卫生政策。E-mail: xie.yu@imicams.ac.cn

述城市外的两个地级市。2013 年 9 月,《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》提出加快推进规范的医师多点执业,鼓励地方探索建立区域性医疗卫生人才充分有序流动的机制;不断深化公立医院人事制度改革,推动医务人员保障社会化管理,逐步变身份管理为岗位管理。国家从政策层面上不断推动医师多点执业,地方政府积极响应,但试点效果不理想^[2]。在中央全面深化改革和医药卫生体制改革进入深水区的新的历史时期,有必要对相关研究现状进行综述,为完善这项政策提供建议与参考。

1 医师多点执业的概念

与国际上普遍存在的自由执业制度不同,医师多点执业是我国医疗执业的特有概念,是在我国目前制度约束、政策环境、监管体制下医疗执业的过渡形式,其最终将走向自由执业。医师多点执业的概念主要来自于 2009 年原卫生部《关于医师多点执业有关问题的通知》中的规定,可分三种类型。一是执行政府指令任务,如公立医院卫生支农、对口支援基层医疗机构等,具有很强的社会公益性,该类多点执业由所在医疗机构批准即可;二是医院间通过签订协议,开展横向或纵向医疗合作,如组建医疗集团、医疗联合体、实行乡村一体化等推动医务人员流动,该类多点执业由医院向所在卫生行政部门进行登记备案;三是医师受聘多点执业,即医师个人有两个以上执业地点的选择自主权,带有一定的市场导向性,需由医师个人向卫生行政部门申请增加注册的执业地点^[3],目前地方试点实践和学者讨论的主要是医师主动受聘型的多点执业^[4]。

2 医师多点执业的意义

医师多点执业最根本的意义在于通过市场对资源的配置作用,促进医务人员的合理流动,进而实现合理配置卫生人力资源、促进多元化办医、体现医务人员劳务价值、促进公立医院改革等目标。

2.1 合理配置卫生人力资源

目前,我国卫生人力资源布局不合理,城乡之间与各级医疗服务机构之间分布不平衡,人力资源整体配置效率不高。卫生人力资源的难以替代性和公立医院一定程度的垄断,限制了社会资本举办医疗机构的发展以及良性医疗服务市场的形成。^[5]通过医师多点执业促进医疗卫生人才的纵向和横向流动,盘活存量,释

放和充分利用大型公立医院丰富的优质卫生人力资源,提升基层医疗卫生机构的服务能力,改变不同医疗机构和地区之间的医疗不公平格局^[6-7],缓解看病难和看病贵问题^[8-9]。昆明等地的试点经验表明,多点执业的医师多从三级医院向二级及基层医疗卫生机构流动,从实践层面初步验证了医师多点执业扶持基层的政策目标。^[10-12]医师多点执业通过盘活人力资源存量,还可以形成大型医院与基层医疗卫生机构的协作网络,对双向转诊和社区首诊具有积极的推动作用。^[13-14]另外,医师多点执业对于降低社会成本,包括患者经济负担和医院运营成本具有积极意义。^[15-16]

2.2 促进多元化办医

社会资本举办的医疗机构是我国医疗服务体系的重要组成部分,由于制度环境和历史沿革等因素发展缓慢,特别是卫生人才短缺成为制约其发展的关键。在短时间内,社会资本办医难以通过自身培养和大规模引进公立医院人才等措施提高服务能力,在与公立医院竞争中处于劣势,多元化办医格局难以形成。医师多点执业引导优质卫生人力资源在社会资本办医机构发挥作用,可以逐渐增强其与公立医院的竞争能力,实现外加推力的作用。另外,不同所有制医疗机构在技术与管理方面的交流有助于医疗服务体系的整体融合。^[17-19]

2.3 体现医务人员劳务价值

一直以来,公立医院医务人员的劳务价值被严重低估,尽管尝试采取各种政策也难以突破工资总额限定等事业单位的人事管理制度。在该体制制约和其他外部条件共同作用下,医师的医疗行为出现扭曲,通过红包或以药养医等方式获取收入,损坏了医务人员的声誉,也对医疗服务体系和患者造成了较大的伤害。^[20]按照传统事业单位思路设计的医疗服务薪酬制度,难以让扭曲的薪酬制度回归到公平合理的水平。^[21]十八届三中全会提出市场在资源配置中的决定性作用,为突破这一难点提供了思路。通过医师多点执业等政策则可以在医疗机构之间和患者之间逐步形成内部市场,进而识别和形成符合医务人员价值的医疗服务价格。

2.4 实现医务人员身份的转变,促进公立医院改革

传统事业单位制度造成了医务人员对公立医院的依附性,这种依附性严重制约了以契约为基础的现代医院管理制度的建立和医务人员劳务价值的有效发挥。医师单位人制度虽是医师多点执业推进的

主要障碍,但反过来医师多点执业的逐步推进将打破医师对公立医院的依附性,实现医师从单位人向自由人的身份转换,从而对计划经济体制沿袭下来的人事管理制度产生重大影响,形成市场化的人力资源管理体系,最终可能触发公立医院深层次的体制机制改革。^[22-24]

3 制约医师多点执业的因素

沃尔特的三角分析框架将影响政策执行的因素分为四种类型:环境、过程、参与者和内容。^[25]因文献等公开资料缺乏对医师多点执业政策过程的描述,本文从制度环境、主要参与者利益、主要参与者行为和政策内容进行分析,其中将参与者分为参与者利益与行为两部分进行描述。

3.1 制度环境

事业单位人事制度是医师多点执业的重要制度环境,具有高度依赖政府预算投入、行政与级别化、人员的固定性与不流动性等特点。与国际上医师是社会人不同,我国绝大部分公立医院属于事业单位,其机构和人员的行为(特别是执业方式改变所引发的人事制度改革问题)不可避免地受到事业单位体制的深刻影响^[26],医师对医院经济、社会、政治的依赖关系也深刻影响到医师多点执业的政策走向。这种事业单位体制是通过人事管理等核心制度和以医院治理和补偿、医生职称评定及晋升、薪酬分配、医生培养培训和医学科研等各项外围制度形成稳定的制度结构,对医师多点执业造成了结构性障碍。^[27]因此,在我国医师单位人的制度环境下,个体在经济、社会、政治等方面高度依赖单位,即使医师多点执业在政策上被允许,但因为其在培训、声誉积累、事业进步、社会保障等方面对公立医院的依赖,使得这项政策的推进仍举步维艰,由此可见体制对医师多点执业的重要影响。另外,医生对“公家人”身份观念难以在短期内转变以及社会保障未实现社会化,也是阻碍医师多点执业的重要因素。医生在行医过程中拥有独立的法人地位以及破除公立医院的垄断性则是医师多点执业推进的重要先决条件。^[28]

3.2 主要参与者利益

在事业单位体制下,公立医院是医师多点执业的重要参与者,其利益取向决定了其对医师多点执业的态度。对于公立医院而言,医师多点执业可能会导致其既得利益的损失。在住院医师规范化培训制度建立之前,医师的毕业后教育主要发生在医院,而医院也遵循“谁培养谁受益”的原则,掌握了对医

生技术劳务价值使用的控制权。在医师多点执业政策执行后,既有格局将可能被打破,出现“为他人作嫁衣裳”的局面,另外医师的流动虽然可能扩大医院的影响力,但也有可能带走病源,这也是学者认为公立医院难以支持多点执业的重要原因。^[29-32]在前一个问题的基础上,公立医院是否有从医师在非第一执业点获得收入分成的权利以及应享有多大权利存在争议。另外,医师也可能利用公立医院的资源为其他执业点或自身获得更大利益,如医生在执业过程中产生的课题、论文等难以衡量的科研成果与第一执业点的公立医院存在着不可分割的联系,如何界定各方的利益也是不明确的。^[33-34]以上分析表明,利益分配模糊或争议将是医师多点执业在实际操作过程中的重要障碍因素,这点在深圳医师多点执业遇阻上表现得较为明显。^[35]对于医师而言,选择多点执业则意味着可能放弃事业单位身份以及依附其上的教学科研优质资源、保险和相应的福利待遇,而这些利益的损失可能是不可逆的,无论是离开第一执业点还是游离于体制外都意味着极大的风险和不确定性。

3.3 主要参与者行为

医师多点执业后,从定点执业向多点执业的转变必然会促使各类参与者行为发生改变。第一,卫生行政部门的管理模式需要及时转变,但由于存在对多点执业管理不确定性的担忧以及对传统管理模式依赖的因素,监管部门在观念和监管能力方面准备不足,而新的执业方式出现后可能产生对监管权力让渡的担忧(如从部门监管向行业规范转变)。^[11]第二,医师多点执业对传统的工作评价模式也将产生挑战,多点执业后医师的工作将在多个执业点进行,对其执业绩效考核变成一个相对动态的过程,无论是工作数量和质量以及数据收集的全面性和及时性,还是建立合理衔接的评价机制都使管理面临新的挑战。^[36-37]第三,在不同地点执业过程中,医师面临的医疗纠纷和医疗安全问题等医疗风险和责任的分担也将是新的管理形势下需要解决的问题^[38],特别是在医师执业相关法律法规不完善的情况下这一问题将更加凸显^[39-41]。第四,医师多点执业的准入将对政策效果产生重要影响,目前对多点执业人员资质、工作背景、工作能力、职业道德等并没有明确的规定,多点执业有效范围、执业机构数量和不同执业点工作量、时间的分配对政策的执行效果造成了较大影响。^[42-43]

3.4 政策内容

各省出台的医师多点执业政策内容细致,对医师多点执业界定、注册条件和程序、监督管理有较为详细的规定^[44-46],具有一定可操作性,但实施三年多,仍没有明显效果。对于政策目标,不同地区的认识存在差异,部分地方仅是为了完成试点而推行该政策,政策制定者对于通过试点解决实现医生价值回归、提高基层医疗机构服务能力还是促使社会资本办医等存在不同看法。基层医疗卫生机构的功能定位与医院不同,这个目标作为三级医院医生多点执业的内容是否有意义值得斟酌。对于政策内容,各地在多点执业政策的关键环节,例如是否需要第一执业点允许、多点执业医生的资质和执业点数量等方面,鲜有突破,相应的人事管理制度改革更无涉及。政策内容中缺乏配套改革使得改革在系统性方面显得不足。在推动改革的工作层面,缺乏相应的问责机制使得该政策执行力度有所降低。

在影响医师多点执业的各类要素中,制度环境和以医院为主的参与者利益取向及其行为发挥了更为重要的作用,医院为主的参与者从某种程度来说也是医师多点执业的微观环境,再次说明了环境的重要影响。政策内容尽管十分重要,但如果制度环境未得到实质性改变,可能仍不能从根本上推动医师多点执业。深圳方案具有改良式的温和特点,多点执业无需经过第一执业点同意、从审批制到备案制的变化以及医师多点执业不受执业地点数量限制等政策内容被认为是较大的突破,且被学界和媒体寄予厚望,但仍因体制和既得利益的强大作用而夭折。^[47]这在一定程度上验证了上述分析。尽管本文的分析深度仍需强化,但主要的判断和结论与沃尔特的三角分析框架的分析结果大致吻合。

综上,国内学者对医师多点执业的意义和障碍分析研究较多,但缺乏对该政策的规范研究,即对医师多点执业的概念和内涵研究以及医师多点执业在我国是否有实施的制度性基础解释得不够深入,医师多点执业对我国医疗服务体系和居民就诊体验的改变等研究缺乏实证证据。若这些问题能够理顺,将有利于决策者和参与者更加明确地决定该政策的走向,减少政策的不确定性。

4 推进我国医师多点执业的建议

医师多点执业不是目的,而是手段,通过这一手

段实现医生的流动和资源的市场化配置。根据以上分析,制定合理的政策将是推进医师多点执业的重要因素,但起决定性作用的还是政策环境与参与者利益及其行为。因此,医师多点执业政策的推进及其政策目标的实现应结合十八届三中全会全面深化改革的宏观背景,考虑制度环境和各个参与者的利益,结合国际经验,开展系统综合性的改革^[48],在其他配套改革推进的同时逐步显现出政策效果。

4.1 改革医院事业单位体制,实现医师由单位人向社会人的转变

由于宏观制度的差异以及执业制度的不同,国际上医师执业方式与中国不同。除古巴等少数国家未实行多点执业外,绝大部分国家允许多点执业或自由执业。美国属于开放式医疗系统,获得医师执照即具有独立行医资格。1993年,有专家研究了美国医师多点执业对资源分布和利用的影响,发现第二执业点占预约总门诊量的23%^[49];近年来,美国医师执业形态发生了变化,由于医疗费用上涨的压力和医疗支付制度改革,部分医师逐渐从单人自雇自营转变为以受雇领薪为主^[50]。德国采用“巡诊制度”,医师和医院间无行政隶属关系。澳大利亚医师在获得专科资格后,可以在全国范围内个体行医,也可同时与私立或公立医院协作行医。阿根廷政府规定医学院毕业生必须先到医院服务至少7年。^[51]

与国际上医师属于社会人身份不同的是,我国医师依附于医院这类事业单位中,事业单位体制则成为医师执业的重要制度环境和制度障碍。要实现医师从单位人向社会人的转变,需结合全面深化改革的契机,改革公立医院事业单位体制。首先,实现法人化改革,逐步改变医院以行政级别获取资源的方式,从而逐步消除医院对政府的依附性,从源头消除事业单位依附关系(医师依附医院,医院依附政府),医生自然就失去了对医院的依附。公立医院长期以来对科研经费、招收优质人才、职称评定等无形资源的垄断以及制度的路径依赖等因素,法人化改革只能逐步推进,消除医生对医院的依附仍可能需要较长时期。其次,改变由医院为职工提供社会保障和福利待遇的方式,使之社会化。第三,改变医师培养方式,由医院自培养向社会培养转变,从而使得培养的医师用之于社会,而不是医院的自有财产。

4.2 将医院与医生的人事关系改变为契约雇佣关系

如果以上改革能够持续,或者方向坚定不变,传

统的医院与医生的人事管理方式就失去了存在的必要。多数国家中,医生是自由人,与医院的关系为契约合同关系,通过签订契约规定报酬以及医疗过程的权责利,从而规范医院与医生的关系。另外,国际上行业组织的管理能力和行业自律性较强,可以通过医师多点或自由执业的准入、考核、评价等手段保证多点执业的良性发展。我国建立现代医院制度的客观需要与国际潮流的结合将使得契约雇佣关系或全员聘用制成为医院与医生的主要关系形式,这也是国际上医师与医院的主要关系。形成契约合同关系将是我国医师成为自由人的实际体现形式,医生可以代表自己与各个医疗机构签约,对自己的行为负责,同时享有相应的权利。目前,我国医生与医院的人事关系突出表现在编制的分配上,编制承载着收入、社会保障、职称评定等各种体制资源分配的权力,因此编制制度的改革将成为人事制度改革的关键环节。在过渡时期,编制制度改革向契约雇佣成功转变的关键在于后者能以多大程度为医师提供替代性的资源,即基于契约雇佣的医师多点执业能给医师带来经济、社会实际利益。

4.3 改善政府治理方式,放权于行业组织

制度的演进是缓慢的,我国医师多点执业的制度环境难以在短期内出现大的变化。尽管国外医师执业面临的制度环境与我国有很大的不同,但其对医师执业较为规范的管理可以成为逐步改善我国医师多点执业制度环境的重要参考。国际上,特别是在允许多点或自由执业的国家中,采取有效的监管措施将是必要的,包括时间限定、经济收入调节等。一方面,通过限定在公立医院与其他医院的执业时间,保证医师在公立医院服务的时间,如英国公立医院医师以薪水制在医院工作,每周5个工作日中,4天在医院,剩下1天可到其他医院或基层医疗机构行医;另一方面,通过限制到私立机构执业的收入,同时提高公立医院收入来引导医师在公立医院开展服务,如法国公立医院雇员可以多点执业,其在公立医院之外的收入不能超过总收入的30%。^[51] 医师多点执业意味着面对更加动态和复杂的监管对象和监管内容,如果仍以行政模式进行监管难以应对变化的形势。因此,结合多点执业可能出现的医疗风险和法律纠纷,政府应该改善治理模式。一是变直接的行政控制为通过法律法规对执业过程进行监管。二是借助行业力量进行医生多点执业准入资质、执业范围及内容、执业退出等规制活动。三是通过补贴等经济激励引导医师到基层医疗卫生机构和边远

地区行医。

国外医生对于自由执业或受雇于医院两种方式并没有孰优孰劣之分,主要取决于医生所在的职业阶段、职业目标以及形势的变化。其中关键是医师对于采取何种执业方式的选择应具有较大自主权,这既是一种权利,又有利于医师个体保持独立性,以灵活地应对变化的医疗服务市场,促进医师个体与医院的双向选择达到市场配置医疗资源的目标。政府对医师执业的制度安排既有行为许可,也有行为规范,规范和许可等政策结合的背后包含对医师执业权利的制度安排。这些均值得我国在制定和推进医师多点执业政策时借鉴。尽管有很多理论问题未能明确,但适当给予医务人员相对独立的执业权利和强化政府监管作用(而不是行政管制)是我国进一步推进医师多点执业政策需要考虑的重要方面。

参 考 文 献

- [1] 廖新波. 彻底放开多点执业正当其时[J]. 医院院长论坛, 2011, 8(2): 15-16.
- [2] 薛秋霖, 项莉, 姚岚. 公立医院医师多点执业制度探讨[J]. 中华医院管理杂志, 2011, 27(3): 164-166.
- [3] 卫生部. 卫生部关于医师多点执业有关问题的通知[EB/OL]. (2009-09-16) [2013-12-05]. <http://www.moh.gov.cn/mohyzs/s2908/200909/42823.shtml>
- [4] 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, 27(6): 397-398.
- [5] 胡晓, 周典, 耿敏, 等. 医师多点执业利弊分析[J]. 中国医院管理, 2012, 32(4): 6-8.
- [6] 朱亚捷, 曹晓红. 新医改政策下医师多地点执业的研究和探讨[J]. 医院管理论坛, 2011, 28(7): 8-10.
- [7] 刘喆. 新医改中关于注册医师多点执业的破冰引发的思考[J]. 企业家天地: 下旬刊, 2010(5): 214.
- [8] 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.
- [9] 曹晓红. 新医改政策下医师多地点执业的研究和探讨[J]. 医院管理论坛, 2011, 28(7): 8-10.
- [10] 谭婧, 刘国恩, 伍红艳, 等. 昆明试点医师多点执业实施效果的实证分析[J]. 中华医院管理杂志, 2012, 28(4): 241-245.
- [11] 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.
- [12] 杨湛. 漫谈多点执业: 需求、目标与管理[J]. 中国卫生人才, 2011(1): 41-43.
- [13] 苏巧莲, 冯泽永, 张培林. 双诊制与医师多点执业分析探讨[J]. 中国卫生事业管理, 2010, 27(12): 836-838.
- [14] 吕国营, 孙鹏飞. 医师多点执业与社区首诊制的实现

- [J]. 中国初级卫生保健, 2009, 23(12): 31-33.
- [15] 张引. 医师多点执业的积极作用分析[J]. 医学与社会, 2010, 23(2): 12-14.
- [16] 张阳. 医师多点职业: 阳光下的医疗资源共享[J]. 医院院长论坛, 2011, 8(2): 24-35.
- [17] 罗嵇宁, 王跃龙, 邓志毅, 等. 上海市医师多点执业现状与对策分析[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(12): 26-31.
- [18] 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.
- [19] 陈煜, 易守宽. 医生多点执业对新公立医院改革的影响[J]. 云南财经大学学报: 社会科学版, 2010, 25(5): 117-118.
- [20] 周其仁. “红包”是与非——医改系列评论之九 [EB/OL]. (2008-09-30) [2013-12-01]. <http://zhou-qiren.org/archives/541.html>
- [21] 贯彻三中全会决定深入推进医改系列评论之三——让扭曲的薪酬制度回归公平 [EB/OL]. (2013-11-27) [2013-12-01]. <http://www.jkb.com.cn/htmlpage/39/396548.htm?docid=396548&cat=null&sKeyWord=null>
- [22] 顾昕. 多点执业, 医生从“单位人”走向“自由人”——医疗服务行政化的突破口公家人与自由职业的分界 [J]. 中国卫生, 2009(7): 16-18.
- [23] 刘玉村. 多点执业对现有医疗从业机制或有质变作用 [J]. 医院院长论坛, 2011, 8(2): 17-18.
- [24] 熊先军. 多点执业的先决条件 [J]. 中国医院院长, 2009(11): 90.
- [25] Walt G. Implementing Health Care Reform: A Framework for Discussion [M]. // Saltman R, Figueras J, Sakellarides C. Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Buckingham: Open University Press, 1998.
- [26] 王琼, 黎志敏, 杨艳. 我国医师多点执业制度推行受阻的原因及其对策 [J]. 医学与法学, 2012, 4(2): 53-55.
- [27] 陈刚. 利用多点执业推进公立医院改革的路径及策略 [J]. 卫生软科学, 2012(12): 1005-1008.
- [28] 邹悦, 李情, 王聪. 我国医师多点执业政策发展的宏观环境分析 [J]. 重庆医学, 2012, 41(27): 2894-2896.
- [29] 胡志民, 黄建始, 田玲. 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.
- [30] 熊昌娥, 方鹏骞. 我国公立医院注册医师多点执业可行性的利益相关集团分析 [J]. 医学与社会, 2010, 23(3): 45-47.
- [31] 严娟, 陈大伟, 王振宇, 等. 我国医师多点执业制度影响因素鱼骨图分析 [J]. 南京医科大学学报: 社会科学版, 2013, 13(2): 101-104.
- [32] 颜明金, 严莎, 曾燕. 以利益分析法剖析医师多点执业的阻碍因素 [J]. 中国医院, 2013, 17(5): 36-37.
- [33] 史新叶, 杜新宇. 医师多点执业对公立医院人才队伍建设的影响 [J]. 中国医院, 2011, 15(4): 71-73.
- [34] 刘宏. 医院视角下对医师多点执业制度的思考 [J]. 中国卫生产业, 2012(25): 183.
- [35] 深圳医生多点执业改革不应中道夭折 [EB/OL]. (2013-09-22) [2013-12-01]. <http://business.sohu.com/20130922/n386953132.shtml>
- [36] 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, 8(4): 9-10.
- [37] 孔辉. 我国医师多点执业的现状 & 政策问题确认 [J]. 中国医院管理, 2011, 31(12): 1-3.
- [38] 周琳, 方邦荣, 江扬, 等. 医师多点执业发生医疗纠纷的风险及预防 [J]. 解放军医院管理杂志, 2012, 19(12): 1121-1123.
- [39] 赵永云. 浅议医师多点执业背后的法律风险 [J]. 法制与社会, 2013(12): 85-86.
- [40] 韩冬. 我国卫生事业改革中医师多点执业的法律探讨 [J]. 医学与法学, 2011, 3(2): 44-46.
- [41] 李筱永. 医师多点执业的法律风险及其防范机制初探 [J]. 医学与社会, 2010, 23(10): 82-84.
- [42] 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.
- [43] 张力伟, 王晨, 宋茂民. 多点行医落地途径 [J]. 中国医院院长, 2011(7): 68-69.
- [44] 牛犇. 京城多点执业曲折破冰 [J]. 中国卫生人才, 2011(4): 48-49.
- [45] 严谨, 民南, 李文菊. 上海市闸北区执业医师多地点行医现状分析和对策探讨 [J]. 中国医院管理, 2009, 29(9): 8-9.
- [46] 胡梦含, 方鹏骞, 李群芳. 深圳市推行医师多点执业政策的制约因素分析 [J]. 医学与社会, 2012, 25(2): 53-55.
- [47] 张颂奇. 多点执业迷途 [J]. 中国医院院长, 2012(22): 28-30.
- [48] 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.
- [49] Ellen K, Cromley, Peter C, et al. Multiple-site physician practices and their effect on service distribution [J]. Health Services Research, 1993, 28(4): 503-502.
- [50] Suzanne M, Kirchoff. Physician Practices: Background, Organization, and Market Consolidation [EB/OL]. [2013-01-02]. <http://www.fas.org/sgp/crs/misc/R42880.pdf>
- [51] 医师多点执业的探索与出路 [EB/OL]. (2013-08-29) [2013-12-01]. <http://gp.cmt.com.cn/detail/306481.html>

[收稿日期:2013-12-06 修回日期:2013-12-23]

(编辑 赵晓娟)