

医生视角下医师多点执业问题及对策研究

——基于扎根理论

黄辉华^{1*} 余昌胤^{1,2} 喻田¹ 刘仕方² 张年¹ 陈玲丽²

1. 遵义医学院管理学院 贵州遵义 563000

2. 遵义医学院附属医院 贵州遵义 563000

【摘要】目的:应用扎根理论的方法,从医生视角探讨贵州省遵义市医师多点执业的问题并提出相应对策。方法:于2017年1—7月按照目的抽样并结合扎根理论研究方法对贵州省遵义市9家医疗机构可多点执业的43名医生进行半结构化访谈,经开放式编码、主轴编码、选择性编码对医师多点执业问题进行整合。结果:经过三级编码,最终梳理出与医师多点执业相关的105个概念,17个范畴,7个主范畴和5个核心范畴,形成医师多点执业的5条脉络:发展前景及医师意愿、发展促进因素、发展困境、相关配套政策、服务需求及执业条件。结论:绝大多数医生愿意开展多点执业,相关法律法规、具体实施细则、薪酬分配体系和医疗事故处理方案的完善、医疗机构管理者的支持、医疗机构管理模式的转变、第二执业点提供必要的医疗条件并充分考虑第二执业点的距离、交通条件和相应的团队协作支持是顺利实施医师多点执业的必要条件。

【关键词】 医师多点执业; 扎根理论; 发展趋势; 阻碍因素; 对策

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.01.007

Problems and countermeasures of physician multi-sited license based on the Grounded Theory: A perspective of the doctors

HUANG Hui-hua¹, YU Chang-yin^{1,2}, YU Tian¹, LIU Shi-fang², ZHANG Nian¹, CHEN Ling-li²

1. Management College of Zunyi Medical College, Zunyi Guizhou 563000, China

2. Affiliated Hospital of Zunyi Medical College, Zunyi Guizhou 563000, China

【Abstract】 Objective: Based on Grounded Theory, the objective of this study is to explore the problems of Physician multi-sited license in Zunyi, Guizhou Province from the perspective of doctors and putting forward the corresponding countermeasures. Methods: From January to July, 2017, based on purposive sampling and Grounded Theory, 43 doctors from nine medical institutions in Zunyi of Guizhou Province were interviewed using semi-structural interview syllabus. With the help of open coding, axial coding, selective coding, multi-sited licensed Physician were integrated to explore existing problems, and putting forward corresponding countermeasures. Results: After three-grade coding, 105 concepts, 17 categories, 7 main categories and 5 core categories of multi-sited licensed Physicians were concluded. Then, 5 lines of Physician multi-sited license were formed, including development prospect and doctors aspiration, the factors that could stimulate development, development difficulties, relative supporting policies, service needs and practice condition. Conclusion: The majority of doctors are willing to carry out multi-sited practice, the relevant laws and regulations, the specific implementation details, salary distribution system and the improvement of treatment scheme of medical negligence, the support of medical institutions, the transformation of medical institutions management, the necessary medical conditions that the second place of practice should provide, the distance of second place of practice which should be fully considered, the convenience of traffic conditions and corresponding teamwork support are necessary requirements to be taken into consideration to carry out physician multi-sited license.

【Key words】 Physician multi-sited license; Grounded Theory; Developing trends; Obstruction factors; Countermeasure research

* 基金项目:贵州省卫生计生委科学技术基金项目(gzwlkj2014-2-171);贵州省卫生计生委委托课题(gzwljwyzc2015-01)

作者简介:黄辉华,男(1990年—),硕士研究生,主要研究方向为医院管理。E-mail:huanghuihua18@163.com

通讯作者:余昌胤。E-mail:yuchangyin68@163.com

在美国、英国、澳大利亚等发达国家,医师作为社会人同时在公立医院与私立医院之间执业的现象极为普遍。^[1-2]而在我国医师是单位人,限制了医师在不同医疗机构的执业。2009 年中共中央国务院下发《关于深化医药卫生体制改革的意见》,正式提出鼓励医师多点执业^[3],2017 年《医师执业注册管理办法》第三章明确规定执业医师可在同一地点多个医疗机构执业^[4]。医师多点执业指获得执业医师资格并经卫生行政部门注册后,受聘于两个及以上的医疗机构按照注册执业类别和执业范围从事医疗活动的行为。^[5-6]然而,由于现行医师多点执业的相关法律法规、实施细则、薪酬分配体系和医疗事故处理方案的不完善使之仍处于试点状态,另外,二、三级医疗机构的管理者也因担心医疗机构的利益受损而普遍持反对意见,很大程度上限制了医师多点执业的推行。^[7-8]本研究旨在运用扎根理论的研究方法,从医生视角出发,通过对贵州省遵义市 9 家医疗机构的 43 名医师深入访谈,调查现行医师多点执业存在的问题,并提出相应对策,为医师多点执业政策研究提供依据。

1 资料与方法

1.1 资料来源

按照目的抽样方法于 2017 年 1—7 月在贵州省遵义市抽取 9 家医疗机构(3 家三级医院,3 家二级医院,3 个乡镇卫生院)可执行医师多点执业的医师为访谈对象,初步确定 30 人为访谈对象,符合

质性研究样本经验原则^[9],根据信息是否饱和追加至 43 人(即访谈对象不能够提供更多的新信息)。所访谈的 43 名医师平均年龄 46.19 ± 6.65 岁,主治医师占 48.8%,副主任医师占 37.2%,主任医师占 14.0%。

1.2 研究方法

课题小组在文献研究的基础上,制定并经预调查修改完善的访谈提纲进行半结构化访谈,访谈内容主要包括:(1)您是否了解医师多点执业?(2)您所在医疗机构有来自其他医疗机构多点执业的医师吗?(3)您是否支持其他医疗机构医师来您所在医疗机构开展多点执业?(4)您是否愿意开展医师多点执业?(5)您认为开展医师多点执业存在哪些困难?(6)您认为开展医师多点执业的益处是什么?(7)您认为开展多点执业的弊端是什么?(8)您认为医师在第二执业医疗机构多点执业的薪酬该如何分配?(9)您认为医师在第二执业医疗机构发生的医疗事故或纠纷如何解决?对收集的访谈资料由两名研究者进行文字转化处理,遵循施特劳斯和科宾的扎根理论程序化版本的研究方法,按照开放式编码、主轴编码和选择性编码 3 个步骤,对原始资料进行阅读、归纳、编码和提炼构建理论的相关概念和范畴。^[10]为确保本研究的可靠性,研究者在访谈中以半结构化访谈提纲中的问题为主,必要时适当追加深层面问题,并采用持续比较方式,对理论结果不断修正,直至理论饱和(图 1)。^[11]

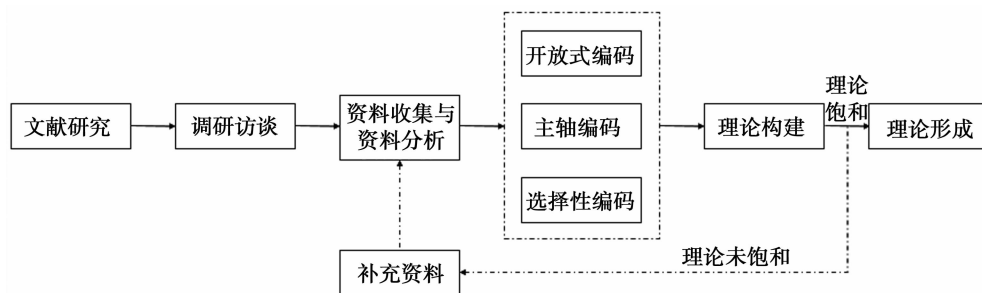


图 1 扎根理论研究流程

2 结果

2.1 开放式编码

开放式编码指对所搜集的原始资料进行分析、比较和缩编并用正确的概念或范畴重新组合的过

程。^[12]本研究对原始访谈资料逐字逐句分析并划分资料中的信息,初步确定 455 条与医师多点执业相关问题的初始概念。确定初始概念后,进行开放式编码,共形成 105 个概念和 17 个范畴,用 a+ 表示(表 1)。

表1 开放式编码所形成的概念及范畴

编号	范畴	概念	频数(次)
a1	阻碍因素	第一执业医疗机构不赞成;管理难度加大;科室医师不赞成;可多点执业的医师相对缺乏;工作量大;精力不够;少数医师认为多点执业必定失败;第二执业医疗机构设备跟不上	55
a2	愿意开展多点执业的原因	赚取额外工资;服务更多患者;相互交流学习的提高;提高医师知名度;体现自身价值;基层患者在“家门口”享受更好医疗服务;缓解第一执业医疗机构压力;合理利用时间;我不去总有人去	45
a3	医疗事故与纠纷	第二执业医疗机构承担;个人不良因素造成由个人承担;政府各职能部门协助调控;医疗风险可控;购买医疗责任保险;医疗事故鉴定	45
a4	薪酬分配	第二执业医疗机构分配;与职称和工作效率成正比;共同协商;比第二医疗机构稍高;按第一执业医疗机构标准;多劳多得;体现劳动价值;“量体裁衣”	43
a5	第二执业医疗机构等级	无医疗机构等级要求但必须达到执业条件;同等级正规医疗机构;县级医院;不考虑民营医院;不考虑基层医院;倾向基层医院;卫生行政部门把关	38
a6	弊端	增加医疗风险;增加工作量;工作时间延长;精神压力过大;损害第一执业点医疗机构的利益;趋利行为;分心	34
a7	多点执业医师执业认可度	必须提供新知识、新技术、新方法和新理念;同级别没必要;病源被抢走;相互交流学习的解决相关难题;创造更多价值;带动相关医疗业务;具备相应能力;专业对口;不关注	29
a8	益处	医疗资源充分利用;增加医师的流动性;医疗技术下沉;多学科联合;带动第二执业医疗机构医疗水平;缓解“看病难”,“看病贵”问题;各级医疗机构紧密联系又分工合作;节约医疗费用	24
a9	相关配套政策	法律法规不完善;医疗制度不完善;合法权益得不到保障;无具体实施方案与细则;政策支持力度小;医疗保险体系不健全;新农合在基层有额度限制;基层医疗机构基药不能满足诊疗条件;财政不支持;	21
a10	第二执业医疗机构硬件设施	有相应的医疗设备;能够满足执业条件	21
a11	不愿意开展多点执业的原因	工作负担重;无精力;无多余的时间;身体健康最重要;影响名声;能力不够;退休之后	17
a12	发展趋势	政策大方向;必然趋势;能够实施的更好	16
a13	团队协作与支持	团队的接纳和技术支持;团队协作能力;执业后续的团队处理能力;知识和技术的支撑;医师不应是一个单独的个体	15
a14	前提条件	第一执业医疗机构的工作量完成后;必须十拿十稳,十拿九稳的都不愿意去冒险;本职工作不受影响;听从第一执业医疗机构工作安排	14
a15	交通	自己开车加燃油补贴;专车接送;后勤服务对接;成立交通后勤部门	14
a16	第二执业医疗机构距离	距离远近无要求;距离较近为佳;省内任何地方都行;1~2小时距离	13
a17	多点执业时间安排	时间不限制;正常上班时间;周末;每月定期1~2天	11

2.2 主轴编码

主轴编码指将开放式编码所抽取的概念或范畴归类整合,分析各范畴的内在联系,提炼主范畴的过程。^[12]研究运用扎根理论程序化版本典范模型(条件—现象—行动/互动策略—结果)的基础上^[13],对开放式编码中得到的17个范畴进行归类整合,分析

各范畴的内在联系,构建医师多点执业的关系模型(图2)。

通过典范模型抽象出7个主范畴,用A+表示,分别为(A1)发展困境、(A2)医师意愿、(A3)服务要求、(A4)执业条件、(A5)发展前景、(A6)促进因素和(A7)医疗政策,其对应的范畴、频数及构成比见表2。

表2 主轴编码所形成的主范畴

编号	主范畴	范畴	频数(次)	构成比(%)
A1	发展困境	a1 阻碍因素;a6 弊端;a14 前提条件	19	18.1
A2	医师意愿	a2 愿意开展多点执业的原因;a11 不愿意开展多点执业的原因	16	15.2
A3	服务要求	a3 医疗事故与纠纷;a4 薪酬分配;a15 交通;a16 第二执业医疗机构距离;a17 多点执业时间安排	26	24.8
A4	执业条件	a5 第二执业医疗机构等级;a10 第二执业医疗机构硬件设施;a13 团队协作与支持	14	13.3
A5	发展前景	a7 多点执业医师执业认可度;a12 发展趋势	13	12.4
A6	促进因素	a8 益处	8	7.6
A7	医疗政策	a9 相关配套政策	9	8.6

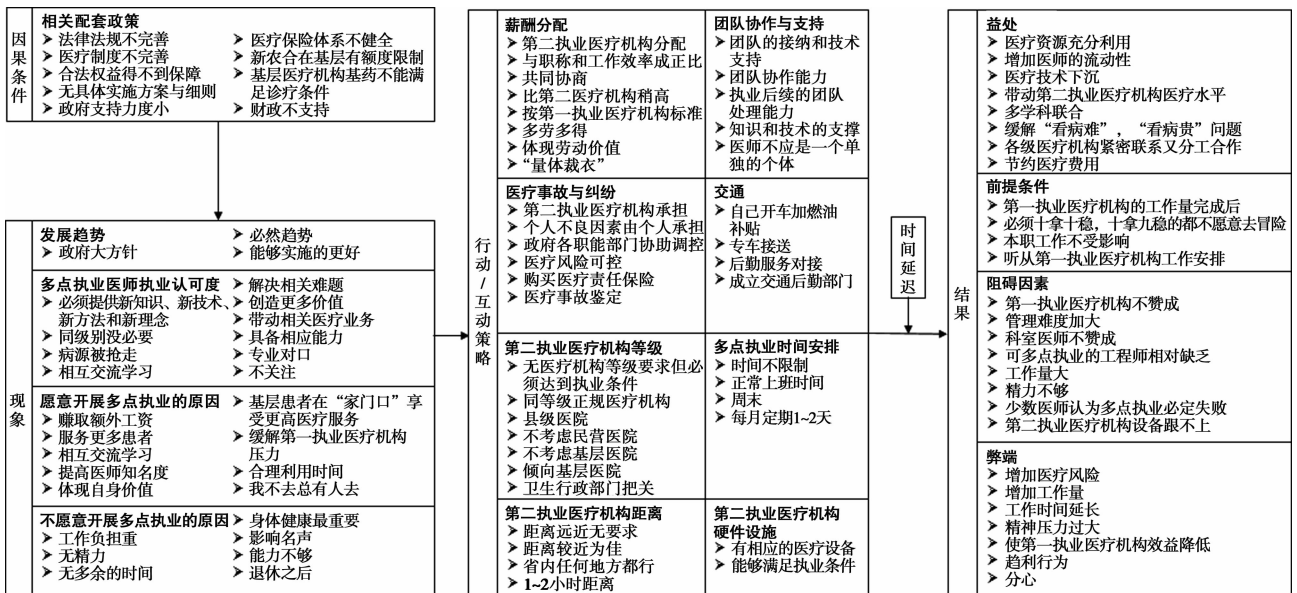


图2 医师多点执业发展现状关系模型

2.3 选择性编码

选择性编码指在已经发现的范畴中挖掘出一个总的核心范畴,将分析结果逐渐集中到与之相关的范畴上,并分析核心范畴与主范畴及其他范畴的联系后再形成“故事线”,最终构建成实质理论脉络的过程。^[12]通过对7个主范畴及原始资料对比分析,可将医师多点执业所有的概念和范畴概括为5条脉络,即发展前景及医师意愿脉络、发展促进因素脉络、发展困境脉络、相关配套政策脉络、服务需求及执业条件脉络。

3 讨论与建议

本文采用扎根理论的研究方法,通过对原始资料进行分析、比较和缩编,对抽取的概念归类整合,最后挖掘出医师多点执业的5条核心脉络,其中发展前景及医师意愿脉络是主观因素,发展促进因素脉络及执业条件及服务需求脉络是内部因素,发展困境脉络及相关配套政策脉络是外部因素。

3.1 发展前景及医师意愿脉络

绝大多数医师对多点执业的前景持乐观态度,认为医师多点执业是政策方针,是必然趋势,除了可以服务更多患者、缓解第一执业医疗机构压力、增加医师的流动性、使医疗资源得到充分利用和让基层患者在“家门口”就能享受更高医疗服务外,还可以获取额外工资、提高医师知名度和体现自身价值。这与一些学者对上海市医师多点执业的研究结果基本吻合。^[14]而下级医疗机构医师比较乐意接受上级

医疗机构的医师来多点执业,但是必须提供新知识、新技术、新方法和新理念、解决相关难题、带动相关医疗业务和专业必须对口以及创造更多价值,这对上级医疗机构医师参与多点执业提出了更高的要求。因此,除在政策加强医师多点执业的宣传,使医生正确认识并积极参与医师多点执业外,在管理上也应逐步形成医师多点执业准入及退出制度。

3.2 发展促进因素脉络

我国现阶段大多数优质医疗资源均集中在较高等级的医疗机构,而基层医疗卫生机构的技术水平相对较弱。^[15]因此,开展医师多点执业可使基层医疗卫生机构定期聘请专家执业,不仅可以增加医师的流动性和充分利用医疗资源,还可促进优质卫生人力资源和医疗技术的下沉,带动第二执业医疗机构医疗水平。与此同时,还使我国的执业医师向自由行医的社会人迈开了重要的一步。基层医疗卫生机构在提供医疗服务时,因患者就医距离近,就诊方便,医疗费用相对较低,在一定程度上也能节约患者的医疗费用,对当今社会的“看病难”、“看病贵”问题起到一定的缓解作用。医师也能在多点执业过程中实现自身价值。在调研中,基层医疗卫生机构希望上级医院能开展各种形式的帮扶,派出医生及管理人员到基层工作,但县级医院的医生认为自己属于专科医生,到基层医疗卫生机构执业不能开展全科医学工作,对基层医疗卫生机构以开展业务培训及管理帮扶的形式意义更大。因此医师多点执业现阶段在二、三级医疗机构先行开展更切合实际,在开展

形式上二级医疗机构外科医生更倾向于根据需要不定期多点执业,而内科医生则为定期多点执业。

3.3 发展困境脉络

获得第一执业医疗机构管理者的认可是医师多点执业开展的关键因素,但是目前大多数二、三级医疗机构的管理者因担心医疗机构的利益问题以及增加医院管理难度和部分医师的趋利行为等因素而对医师多点执业持保守意见^[8,16-17]。本研究也显示医师担心医疗机构管理者和科室医师对多点执业不支持,使自己所在的医院管理难度增大是阻碍医师多点执业的原因。因此区域性医师多点执业政策应带有一定程度的强制性或者是作为医院考核的指标之一。同时,在访谈中部分医生提出医师多点执业所产生的收益可由第二执业点与第一执业点按照比例分配,第一执业点医疗机构、科室和多点执业医师共同分享利益,但多点执业医师应获得大部分收益,这样既避免损害第一执业医疗机构的利益,又有利于调动执业医师的积极性。由于医师多点执业尚处在探索阶段,难免会出现一些弊端,如医疗风险增加、工作量加大、工作时间延长和精神压力大等。为此,大多数二、三级医疗机构医师建议以医生团队的形式开展多点执业,多点执业人员和时间由团队统一安排,可最大限度保障第一执业点工作不受影响,也能合理保障多点执业医师的时间安排,才能赢得医疗机构管理人员和科室同事的支持。

3.4 相关配套政策脉络

研究发现,影响医师多点执业发展的主要是国家相关政策(医疗制度、实施方案与细则、医疗保险体系及医师合法权益)和法律法规的不完善等因素有关,这与一些学者的研究较为接近。^[7-8]因此医师多点执业必须明确纳入有关法律法规中,如《中华人民共和国执业医师法》等,使医师在多点执业时有理可言、有法可依,避免潜在的法律风险,确保医师多点执业的合法性,同时需要规范多点执业医师的权利义务、劳动人事关系以及执业医师的各项信息(医师类别、职称、执业范围、执业地点)。2017年3月,国家卫生计生委出台的《医师执业注册管理办法》第三章明确规定执业医师可以在同一地点多个医疗机构执业^[4],表明医师属于单位人的现状正在逐步改善。同时政府各职能部门应尽快制定适宜的医师多点执业实施细则,转变医院管理模式,制定医师多点执业管理办法,积极探索适合本医疗机构的医师多

点执业运行机制,完善医师绩效分配体系,保障医院自身的利益或获得政策性补偿,营造医师多点执业势在必行的态势。医疗保险机构也应根据医师多点执业制定相关政策,保持各方利益的相对平衡是顺利实施医师多点执业的基础。

3.5 服务需求及执业条件脉络

医师多点执业的服务需求及执业条件脉络中,服务需求又包括薪酬分配、医疗事故与纠纷、交通、执业地距离和执业时间安排,而执业条件又分为医院等级、硬件设施和团队协作与支持。我国对薪酬分配等问题基本下放到各省份各地区自行安排,而每个城市每个地区发展水平都不一样,所以不能一概而论,应因城而异。^[19]第一执业点和第二执业点均应制定薪酬分配方案,吸引更多的医师开展多点执业。^[20]政府相关职能部门也应尽快完善医师多点执业中医疗事故与纠纷的处理方案,明确责任分担,多点执业医师也应购买医疗责任保险,使医疗责任保险和医师的执业责任融为一体。^[21]同时消除医师对多点执业的顾虑,为多点执业医师提供便利的交通方式、合理的执业距离和执业时间安排,有利于医师将更多的时间用于执业而不是消耗在路途上,能提高多点执业的效率,此外第二执业点团队协作与支持,对多点执业诊疗后续处理至关重要。本研究中,访谈对象反复提及最多的是第二执业医疗机构必须在执业条件和相关设施方面达到多点执业的要求,以及有相应的执业后续团队处理能力,这也充分体现了医师的责任心和关注患者安全的意识。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] Finkelstein J, Lifton J, Capone C. Redesigning physician compensation and improving ED performance[J]. *Healthc Financ Manage*, 2011, 65(6): 114-117.
- [2] Gonzalez P, Macho-Stadler I. A theoretical approach to dual practice regulations in the health sector[J]. *J Health Econ*, 2013, 32(1): 66-87.
- [3] 中共中央国务院. 中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[EB/OL]. (2009-03-17) [2009-04-08]. <http://www.gov.cn/>
- [4] 国家卫生计生委医政医管局. 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会令第13号[EB/OL]. (2017-02-28) [2017-03-02]. <http://www.nhfp.gov.cn>

- [5] 国家卫生计生委医政医管局. 关于印发推进和规范医师多点执业的若干意见的通知[EB/OL]. (2014-11-05) [2015-01-12]. <http://www.nhfpc.gov.cn>
- [6] 何思长, 张瑞华, 孙渤星, 等. 医师多点执业政策的认知调查与分析[J]. 卫生经济研究, 2015(2): 17-21.
- [7] 谢宇, 杨顺心, 鲁雅, 等. 深圳市医师多点执业的政策困境与制度障碍分析[J]. 中国医院管理, 2015, 35(4): 3-5.
- [8] 林凯程, 林海波, 田柯, 等. 卫生管理者对医师多点执业认知的调查研究[J]. 中国全科医学, 2013, 16(6A): 1904-1906.
- [9] Fassinger R E. Paradigms, praxis, problems, and promise: Grounded theory in counseling psychology research [J]. Journal of Counseling Psychology, 2005, 52(2): 156-166.
- [10] 陈向明. 扎根理论在中国教育研究中的运用探索[J]. 北京大学教育评论, 2015, 13(1): 2-16.
- [11] 夏立明, 王丝丝, 张成宝. PPP 项目再谈判过程的影响因素内在逻辑研究——基于扎根理论[J]. 软科学, 2017, 31(1): 136-140.
- [12] 尹文强, 陈钟鸣, 贾海艺, 等. 基于扎根理论的农村地区基本药物可获得性影响因素研究[J]. 中华医院管理杂志, 2015, 31(1): 29-32.
- [13] 刘晗. 基于扎根理论的企业社会化媒体营销策略研究[D]. 济南: 山东大学, 2016.
- [14] 张煜, 杨微蓉, 杨凌, 等. 上海市浦东新区 2012—2015 年医师多点执业现状分析及对策[J]. 上海预防医学, 2016, 28(9): 634-637.
- [15] 王凡, 程丹, 王志成, 等. 三级医院优质医疗资源下沉基层的实践与思考[J]. 中国医院管理, 2017, 37(1): 73-74.
- [16] 王琼, 刘娅, 孙雪, 等. 医师多点执业制度实施的现状调查及相关建议[J]. 医学与哲学 A, 2014, 35(5A): 50-53.
- [17] 吴东单. 我国医师多点执业过程中的法律问题探讨: 以上海市为研究个案[J]. 中国医院, 2016, 20(12): 48-51.
- [18] 胡善联. 医师多点执业的政策障碍与可行路径[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7(1): 5-7.
- [19] 徐文君, 王洁. 多点执业背景下医师薪酬管理模式的研究[J]. 江苏卫生事业管理, 2016, 27(3): 26-28
- [20] 陈昊, 何小舟. 多点执业背景下医师薪酬分配制度研究[J]. 中国初级卫生保健, 2017, 31(1): 4-6.
- [21] 马文建. 购买医师责任保险是推行多点执业的必备条件[J]. 中国卫生法制, 2016, 24(4): 46-49.

[收稿日期:2017-07-13 修回日期:2017-12-07]

(编辑 刘博)