

五部委规范跨院“走穴”,鼓励医疗资源有序流动

医师多点执业还须“总量控制”



本报记者
王蔚

今后医师“走穴”是否完全合法化了?请“走穴”的医师诊疗,酿成医疗纠纷究竟该由哪家医院负责?鼓励医生多点执业,真能解决优质医疗资源配置不均的问题吗……

上周,国家卫生计生委、国家发展改革委、人力资源社会保障部、国家中医药管理局和中国保监会联合印发了《关于推进和规范医师多点执业的若干意见》(以下简称“《若干意见》”)。坊间最直观的解读便是“多点执业门槛降低,主治医师合法走穴”。事实果真如此吗?

医生“走穴”由来已久

按《若干意见》规定,医师多点执业是指医师于有效注册期内在两个或两个以上医疗机构定期从事执业活动的行为;医师参加慈善或公益性巡回医疗、义诊、突发事件或灾害事故医疗救援工作,参与实施基本和重大公共卫生服务项目,不属于多点执业。

在坊间,一般把医师多点执业称作“走穴”。事实上,医师“走穴”的现象由来已久,也是全国普遍现象。多年前,本市卫生行政部门也曾宣布要规范公立医院医师多点执业等现象,公立医院在编医生到外单位执业行医,原则上每周不超过一个工作日,未经医院批准擅自在外行医的人员,都要按照《执业医师法》和院规受到暂停执业等处罚。

在 2010 年之前,我国医师多点执业一直被政策所限制。直到 2009 年 4 月 6 日,《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》正式公布,这在当时就被解读为是为“规范医师多点执业行为”传递了一个积极信号。《意见》中指出,要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。

紧接着,当年 9 月,卫生部又下发了 86 号文件《关于医师多点执业有关问题的通知》,明确提出“医师多点执业是指医师在两个以上医疗机构从事诊疗活动,不包括医师外出会诊”、“医师受聘在两个以上医疗机构执业的,应当向卫生行政部门申请增加注册的执业地点”等。到了 2011 年 7 月,卫生部办公厅又发出了《关于扩大医师多点执业试点范围的通知》,要求“在试点地区,符合条件的医师可以申请增加两个执业地点,分别作为第二和第三执业地点,其原执业地点为第一执业地点”。



图 CFP

【记者手记】

如何不让多点执业成为“双刃剑”

表面上,放开医师多点执业,盘活的是医院、医师、患者三者的责权利,但在更广的范围里,还需政府的顶层设计,以及卫生、人事、财税、社保等多个部门的密切配合。只有配套政策完善了,多点执业这朵玫瑰才能开出鲜艳的花朵。

然而,怕就怕玫瑰带刺,怕就怕玫瑰变成“双刃剑”。毕竟,多点执业不是也不应该仅仅演化成单纯的“走穴”行为,因为只要拿起了听诊器,只要走上了手术台,医师的任何行为都不再是无纪律的谋利,而是救死扶伤。这是行医的公理,举世皆然。

比如,一个医师有没有能力去多点执业,仅看职称、任职年限、健康状况和行医纪录,是不够的。是否还应考量他的心理素质与精神抗压能力?比如,由于民营医疗机构的资本强势介入,政策渴望导向的“鼓励医师到基层、边远地区、医疗资源稀缺地区”多点执业,会不会变成只是一道美丽的彩虹?又比如,有的基层医疗机构医疗水平有限,没有配套的医疗设备、护理人员、麻醉人员等,即便有名医前往,也往往达不到真正优质医疗的目的。再比如,多点执业看似是个医疗问题,其实是个牵一发而动全身的社会体制问题,把医师从“单位人”变成“自由人”,我们的社会准备好了吗……凡此种种,一方面是政策的红利在不断释放,另一方面则是多点执业的“最后一公里”尚道路曲折。

事实上,允许医师多点执业,不仅是将医师推向了市场,也是将医生的道德水准、专业技能推向了风口浪尖。

有道是:橘生淮南则为橘,生于淮北则为枳。正准备出发,或正在多点执业路上的医师,且行且珍重。

王蔚

推进医师合理流动

苦,而且,医生不仅能实现自我价值,得到社会认可,还会提高自己的收入水平。

复旦大学附属中山医院内窥镜中心主任姚礼庆教授说,像上海这样的大都市,中心城区三甲医院有不少,医疗专家教授扎堆,但相对来说,郊区的医疗资源还比较薄

弱,而上海周边的县市,更是稀缺优质医生,要郊区的、外省市小县市的病人都跑到上海三甲医院来看病也不现实,此时,如果能有一些上海的专家送医上门,这对解决当地的“看病难”,特别是获得专家的诊疗,都是件好事情,也算是把优质医疗资源用足用好吧。

然而,尽管多年前卫生部连续出台了一些行政规定,但也只是为医师多点执业开了一个小口子,对于优质医疗资源极度不均衡的各省市来说,医生“走穴”仍始终处于名不正言不顺的半地下状态。同时,由于目前我国对医疗人才是封闭式的管理,医师为医院所有,很难自由到另一家医院执业。“不告不理”、“出了问题才严肃查处”,也成了各地方、各医院普遍的处理办法。

打通各种政策瓶颈

的状态。

其一,毕竟能多点执业的是少数专家,他们所在的单位势必要担忧,如果放任这些专家级医师无序“走穴”,会不可避免地造成医院内部的两极分化,影响内部医疗工作秩序的稳定。

其二,目前外出执业主要是做手术,如果所去的医院水平不够,术前术后配合不到位,将难以

保证医疗安全和质量。现实情况是,我国绝大部分优秀卫生人才及高新医疗设备均集中于大型公立医院,这些大医院的医师到民营和基层卫生机构执业时,会存在这样的问题:一是缺乏先进甚至必要的医疗仪器与设备,医师勉强为之,必然“铤而走险”上手术台;二是医疗活动的专业性和协同性要求医师必须有相应的合作伙伴,

但如果是单个“走穴”,没有相应高水平医疗团队的配合,这样的多点执业也势必带来医疗质量低下、医疗纠纷增加且处理难度增大等新的问题。

其三,在“走穴”过程中发生了医疗纠纷怎么办?责任如何界定?有专家表示,在当今医患关系空前紧张的背景下,如果出现医疗纠纷,在公立医院还有国家作为依靠,如果在民营医院出事,到时候老板一翻脸,很可能风险就要由“走穴”的医师自己承担了。

“自由人”也须有约束

的形式来促进优质资源向医疗薄弱地区流动,恐怕并不会有什么真正的大效果,还是应当依靠医疗体制和机制的改革,去解决老百姓看病的急难愁问题。

“还有,允许医师多点执业后,劳动人事关系该如何处理?到第二点执业,如何计酬?这些新问题也考量着多点执业的好事是不是真正能办好。”姚礼庆教授说,虽然《若干意见》中有“医师与第一执业地点医疗机构在协商一致的基础上,签订聘用(劳动)合同,明确人事(劳动)关系和权利义

务,并按照国家有关规定参加社会保险”等规定,但还需要有相应的实施细则出台,特别是对于多点执业医师的报酬,也应当“明码标价”,且要与医师的职称、医疗水平、诊疗难度等挂钩,而不能由第二、第三点的医疗机构“随行就市”般自我议价。

此外,以前医师多点执业实行的是审批制,而新的《若干意见》提出的则是“实行注册管理,相应简化注册程序,同时探索实行备案管理的可行性”。备案管理即意味着今后医师多点执业只需要登记,不

再需要批准,甚至意味着以后只要跟医院“打个招呼”就可以了。由“单位人”变为“自由人”,对医师的管理会产生颠覆性的变革。

胡善联说,医师跨院多点执业,时间如何控制?如果都是放在周末,会不会影响到医师本人的休息?一周七天连轴转,不仅对自身健康不利,对诊疗工作也会产生不利影响。

姚礼庆也认为,多点执业首先必须经过任职医院的批准和备案,还应当实行“总量控制”,比如,可以规定一周内外出工作的时间不得超过两个半天,规定周末必须有一天的强制休息,这是对医师负责,也是对患者负责。