

给院长一个支持“多点执业”的理由

▲ 见习记者 宗俊琳

“多点执业帮助我院开展更多业务”

“整个团队引进来以后，最近一个月，我们心外科做了15台大手术，确实帮助很大。”天津市第四中心医院院长田凤石高兴地说，“可以说患者和医生都是医疗合作性多点执业形式的获益者。过去，这样的合作要经过繁琐的备案、写会诊意见等，

现在不用了。我给这样的多点执业点赞！”

他介绍，天津市第四中心医院最近引进了天津胸科医院心外科、内分泌科，胸科医院的医生每周固定时间到医院交流坐诊、开展手术，更便于患者就医和医生学习提高诊疗技术。

多点执业的三种情形

据相关规定表明，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，主要分为三种情形：

★第一，政府指令性，即医师执行政府指令任务，如卫生支农等；

★第二，医疗合作性，

即多个医院（社区卫生服务中心）以整合医疗资源、方便患者就医和提高医疗技术水平为目的，通过签订协议等形式，开展横向或纵向医疗合作；

★第三，主动受聘性，医师主动受聘在两个以上医疗机构执业。目前，第三种情形最具有争议性。

不能干扰日常工作 + 提前报备

“我支持医生多点执业，但首先需要医生把自己的本职工作干好，这是前提。”全国人大代表、山东省泰安市中心医院院长刘君至少代表了一大部分院长的心声。

“如果医生在正常上班时间内去外地执业，医院就会认为，我给你付了报酬，而你没来干活。单就这一点，医院势必会制定相应政策来限制医师多点执业，保障所属医院的正常排班和人员管理。”刘君谈到。

目前，山东省泰安市中心医院对于医生的岗位职责和工作任务有明文规定，比如**医生必须保证国家法定工作时间每周5天，每天8小时，医生多点执业的时间必须在此之外。同时，选择多点执业的医生需要向医院医务处做申报，**

在医院报备。

浙江省绍兴市人民医院院长郭航远进一步提出，在目前多点执业政策刚刚放开的初期阶段，随意的、无序的、完全自由的**多点执业**必须要有所规范、有所限制。

据了解，浙江省已经发布了相关规定，三级甲等公立医院副主任医师以上的医生可以每周有1个工作日，在医联体合作医院中进行定向帮扶、定点参与多点执业。绍兴市人民医院也出台了相关政策，在保障本院工作秩序的前提下，鼓励有序在医联体多点执业，但在医联体以外的多点执业，要求**医生先备案，多点执业的时间须在国家法定工作日以外，一旦发生了医疗差错或者医疗事故，由医生本人承担全部责任。**

多点执业中的利益冲突如何平衡？

目前，我国执业医师主要供职于某一家医院，而这家医院需要为医生提供薪酬、福利和各种保险。人的精力是有限的，即使是在工作日以外的时间进行多点执业，医生的精力以及看病数量势必会影响主要所属医院的经济效益、社会效益。

第四军医大学原校长、第四军医大学口腔医院原院长赵铱民认为，一位医生的成长、发展、晋升以及社会保险的缴纳、

住房等生活方面的福利，都是由其所属医院负担，如果这位医生选择多点执业，我觉得开展**多点执业的服务的单位，应该共同承担起这个医生的社会福利。**

北京大学医学人文研究院谢广宽分析，目前，医生选择多点执业，很多时候还带有所属大医院的光环，患者大多是冲着大医院的名声就诊，而且三甲医院知名专家的养成通常与医院的长期投入和重点培养密切相关，

“多点执业”一直是医疗卫生界的热点话题，虽然鼓励多点执业的政策发了一纸又一纸，但真正落实多点执业的却寥寥无几。

据国家卫生计生委不久前发布的《深化医药卫生体制改革2016年工作总结》指出，2016年有4.4万名医生注册多点执业。但需知道，目前我国有注册医师290万，多点执业比例仅为1.5%。

第四军医大学原校长赵铱民在接受记者采访时更是明确表示：“作为医生，我支持；作为院长，我反对。”

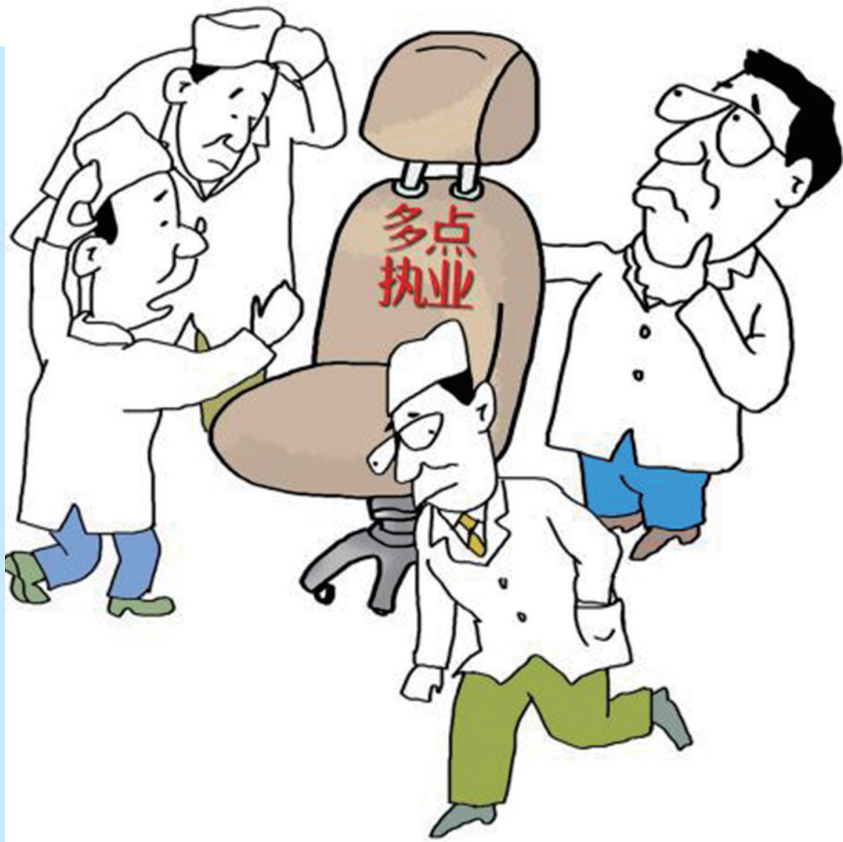
要说起来，医生多点执业受阻、“玻璃门”现象的存在也不能完全归咎于院长不践行政策，毕竟位置不同，作为院长主要关心的还是医院的发展问题。“凭什么要让我培养的医生去给别人挣钱？”

今年3月初，武汉科技大学附属天佑医院精神科主任胡一文因为被指“在外兼职”，遭到免职。对此，其本人表示不服，认为应当遵循多点执业的新政精神，但实际上当时离《医师执业注册管理办法》新政正式实施还有20多天。

或许院长不甚支持多点执业有着其难言之隐，但我们需要思考的不仅仅是困难，更应该在落实层面想更多办法。即给院长一个支持“多点执业”的理由。

从这个角度看，**医生多点执业有义务向所属医院定期报告相关情况，占用工作时间多点执业所获的报酬应与医院协商，给域医院一定比例的补偿。**

全国政协委员、福州市第二医院副院长林绍斌也表示，目前，多点执业落实当中出现了“肠梗阻”，最大的问题就是还没有正式的相关法律法规的保护和协调，**多点执业中的利益冲突如何平衡，应尽快出台相关规定。**



多点执业是个伪命题？

毋庸置疑，多点执业在客观上需要给予医生更多的执业自由度，这对当前公立医院的管理制度可能会引起“不适”。

如果我们只是一边在政策上倡导多点执业，希望医生慢慢成为“公共资源”，而事实上医生依然是延续传统封闭化的“单位人”管理制度，个中矛盾不可避免。

若不重新界定医院与医生之间的“雇佣”关系，不从人事制度和管理制度上，乃至利益的协调分配上，为医生的“自由流通”创造适配的执业环境，

多点执业很可能像某些专家所说的那样，恐怕是个“伪命题”。

原加州蓝盾医保公司副总裁、世界华人医师协会美国办事处主任邓乔健介绍，“美国与中国的差异很大。在美国，医院是医生的医院；在中国，医生是医院的医生。在美国，医生本就是一个独立的职业人，看完病以后，薪酬是保险公司给付的，和医院没什么关系，而目前中国的医生更多还是体制内医生，从属于某一家医院，多点执业能否施行要看所属医院是否支持你。”

应把医生和医院分开

邓乔健认为，目前在中国推动多点执业的最根本渠道，需走好两步。

第一，医生要自觉走向社会化，尤其是大医院医生。很多有名的医生因为享受着大医院配置的福利待遇和光环，并不想、也并不急于多点执业，很多年轻小医生即使想独立也独立不了。因此，需要医生们更加自觉地独立起来。

第二，应从根本上把医生的服务和医院的服务分开。目前，中国还没有类似模式的尝试，借鉴美国医疗保险制度的范例，医生或医生集团直接和保险公司签约，所提供的医疗服务，由保险公司支付薪酬，与医院并没有经济关系。

如此，利用医疗保险把医生和医院分开，就可以避免医

院过多地干预医生的诊疗行为，更加尊重医生以他的专业知识和技能来决定患者的治疗，同时在经济上也给医生提供了独立的保障。

而从医院的角度来讲，美国的医院大多处于不饱和状态，所以对他们来说，吸引医生把患者带到医院便需要提供更加优质的医院服务和更完善的软硬件设施。

如此，医院、医生、保险公司就形成了一个互相协调、互相合作的“健康三角”的理想状态。只有医院的条件比较好、护士素质比较高时，医生才会带患者来这个医院。只有医生技术好了，保险公司才愿意签约支持，促进医生成为独立的社会人。三方能够互相制衡、协调利益关系，才能有患者，才能走得更长远。