

院长不愿放 医生不敢走

医师多点执业“两难”何解



1 官方“兼职”遇冷 民间“走穴”依旧

今年初，《关于推进和规范医师多点执业的若干意见》正式实施。然而，记者采访发现，这项政策落地情况并不理想。

作为全国最早试点的省份，广东医师多点执业已推行6年。据广东省卫计委统计，截至2014年年底广东办理多点执业注册的医师约4000多名。

从其他试点省份看，截至目前北京约3000多名医师申请多点执业，占总医师数量不足5%。江苏自2010年推行多点执业政策以来，只有不到千人提出申请。浙江12.5万医师中，只有3925名医师申请注册。

曾主政广东医改工作长达八年的广东省卫计委巡视员廖新波表示：“这些年多点执业效果并不理想，备案医师多服务于医联体或定点帮扶单位，属于组织行为，具有较强的行政束缚，并不是真正意义上的多点执业。”

为进一步降低多点执业的门槛。今年3月广东省卫计委明确，医师多点执业不再需要第一执业医院审核批准，只需备案即可；执业地点和区域不再受数量限制。

然而，此举并未带来“井喷”。记者随机采访了广州多家三甲公立医院，得到的答案是：目前尝试多点执业的医生极少。广州市第一人民医院、广州市妇女儿童医疗中心、南方医科大学南方医院等三甲医院均表示，尚未有医生在院内报备多点执业。广东省卫计委医政处处长张伟称：“省里还未掌握‘松绑’后的数据，但预期不会多。”

据了解，在广东、福建等一些地方办理多点执业登记的医师中，绝大多数是退休医生。

暨南大学华侨医院院长黄力表示，在职医生特别是年轻医生更希望依托公立医院的平台在医疗技术上取得长足进步，并在职务、职称晋升方面上新台阶，不太愿多点执业，而退休医生具有积极性。

与之对应的是，游走在法律灰色地带的“走穴”却依旧红火。“走穴”虽然法律风险大，但收益高，就算多点执业将诊金提高至2000元，也远不如“走穴”来得丰厚。”中山大学附属第六医院大外科主任兼胃肠外科主任林锋分析说。

2 院长忧为他人作嫁衣 医生担心被穿小鞋

在医院管理者看来，医院提供平台和机会把一名医生培养成技术骨干，自然不希望让其到别的医院去执业。

广州一骨科医院负责人说：“我们是区级公立医院，但没有财政拨款，医生的工资、福利、社保都由原单位出，如果给其他医院干活，太不划算。”

“现在医生特别是年轻医生愿意留在大医院工作，更看重职业的尊严、地位和学术平台，更注重未来职业发展前景。”黄力说。

深圳一三甲医院医务科负责人说：“医生属于‘单位人’，如果申请多点执业可能被领导认为是用心不专，害怕院长给脸色看，继而影响绩效考核和晋升机会。”

在东莞市一家三甲医院工作的儿科医生表示，由于医院态度不明，自己也不敢提出来，怕单位同事和领导有看法，“职务晋升、评职称这些东西都捏在医院手里，万一被‘穿小鞋’怎么办？”

此外，多点执业还面临政策法规方面的限制。廖新波说，一是现在的技术准入标准跟医院等级挂钩，能否开展相关手术主要取决于医院，而非医生是否具备相应资格，这就可能造成一些名医在基层医院无法施展拳脚。二是在服务价格方面，同一个医生在不同的地方价格不同，而非根据医术水平来定价，“如果一个专家在省医出诊一个专家号是50元，去到基层医院只能收4元、7元。”

3 厘清各方权责利 淡化行政编制

业内人士表示，当前公立医院无限制扩张导致资源分布不均，抽空了基层医疗机构的基底，使基层的服务能力下降，同时大医院“人满为患”继而成其扩张的借口，医生负担则层层加码，压缩了医生多点执业的动能。

“遏制大城市公立医院的扩张是扩展医生多点执业空间的前提条件。医院没有这么多职位之后，医生自然会溢出到其他医院，实现向外自由流动。”廖新波说。

黄力表示，相关管理规定还需进一步细化，以理顺医师、第一执业所在医疗机构和多点执业所在医疗机构三方的权利、责任与义务，防止医师在利益驱动下盲目扩大多点执业地点和数量，避免医师疲劳执业、超负荷执业危害自身和患者健康，避免因上述三方责任不清导致的医疗秩序混乱。

一些多点执业医师建议，作为多点执业政策的配套措施，国

家卫计委、保监会应加大协作力度，大力推进医疗事故强制责任险，解除医生多点执业的后顾之忧。

为了推动医师多点执业，深圳已经开始启动城市公立医院改革试点，其中一项重要内容便是“去编制”。深圳市卫计委医政处副处长蔡本辉表示，“单位人”背后捆绑着诸多待遇和利益，如果不废除医生的事业单位编制身份，优秀医生下沉到社区就始终是一句空话。“公立医院只有打破‘单位人’的管理，取消编制，实行员额管理，改革社会保障制度，多点执业的瓶颈才会慢慢打开。”

在林锋看来，良好的医疗生态应该是，医院是平台，为医生提供好的设备和管理服务，而医生及团队服务好病人。现在医生多点执业，常常缺乏检查检验平台，应鼓励社会资本发展影像中心、B超中心、病理中心等独立第三方检查检验机构。

(据新华社电)