

医师多点执业实施困境的多级递阶结构模型构建研究*

魏洪娟^① 张淑娥^② 谢奉哲^③ 王景慧^③ 时宇^③ 樊超^③ 勾天瑜^③ 孙涛^③

摘要 目的 构建我国医师多点执业制度实施困境的多级递阶结构模型, 阐释各阶层间的内在逻辑, 旨在为完善医师多点执业制度提供建设性策略。方法 采用文献法辅助4位卫生政策与管理专家核检, 总结并归纳当前我国医师多点执业制度实施进程中的制约因素。采用解释结构模型方法解构各影响因素间的层级关系及传导环路。结果 我国医师多点执业制度实施困境的12类制约因素存在一个“四阶梯结构”与“一条传导环路”。直接因素为“医生积极性不足”及“个人利益受损威胁”, 深层要素是“宏观政策的调控力不足”, 通过“政策—制度—组织—个体”逐级递阶掣肘我国医师多点执业制度实施进程。结论 我国医师多点执业制度必须根植于“政策与立法”的双向保障, 依赖于“制度与组织”的全面建设, 才能实现“组织与个体”的协同共赢。

关键词 医师多点执业 实施困境 解释结构模型 治理策略

中图分类号 R197.3 **文献标志码** A **文章编号** 1001-5329(2017)05-0011-03

Construction of the Interpretative Structural Modeling of Obstacle Factors for Physician's Multi-sited Practice System/WEI Hong-juan, ZHANG Shu-e, XIE Feng-zhe, et al./Chinese Hospital Management, 2017, 37(5): 11-13

Abstract Objective To build a multi-level hierarchical structure model of obstacle factors for physician's multi-sited practice system, to identify the internal logic among all strata, and to provide governance strategies to develop physician's multi-sited practice system. **Methods** Data collection mainly used literature method, complementing with the checklist method by experts in field of health policy and management to summarize and conclude the restrictive factors in the process of the implementation of the current practice of the physician's multi-sited practice system in China. Interpretative Structural Modeling was performed to analyze the logic among factors. **Results** 12 classes of implementation dilemma of physician's multi-sited practice system exists the phenomenon of “four staircase structure” and “a transmission loop”. The directly obstacle factors of the physician's multi-sited practice system are “insufficient motivation of physician” and “risk of personal benefit lost”, and the internal core drivers factors are “macro policy regulation failure”, which together hindered the implementation of physician's multi-sited practice system mainly through the pathway of Policy-System-Organization-Individual. **Conclusion** The implementation of physician's multi-sited practice system must be rooted in the two-way security by “policy and legislation”, and rely on the comprehensive construction by “system and organization”, to achieve the win-win together on the “organization and the individual”.

Key words physician's multi-sited practice system, dilemma, interpretative structural modeling, governance strategy

First-author's address Qiqihar Medical College, Qiqihar, Heilongjiang, 161006, China

2009年《卫生部关于多点执业有关问题的通知》中指出: 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, 研究探索注册医师多点执业^[1]。至此, 医师多点执业在中国医药卫生体制改革下开启了破冰之旅^[2], 其目的旨在统筹调配医疗资源, 合理布局有限的优质医疗人才资源。然而, 我国医师多点执业的实践过程并非一帆风顺, 实施过程中存在诸多困境和阻碍因素。而且这些阻

碍因素牵涉诸多层面, 纷繁杂乱, 但是卫生政策制定者缺乏对这些因素的足够认识, 更为遗憾的是, 鲜有学者对因素间的逻辑关系进行有效地学术关注^[3]。本研究借助系统工程学中的解释结构模型法, 试图解构我国医师多点执业制度实施困境与阻碍因素的内部逻辑结构, 进而解构各制约因素间的递阶关系, 以识别医师多点执业制度实施困境的关键节点及内在逻辑, 从而为顺利推进我国医师多点执业制度提供科学参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

我国医师多点执业制度实施进程是一个庞大而繁杂的系统工程, 其中的运行机制与制约因素包罗万象。采用定性归纳模式, 以文献法辅助4位卫生政策与管理专家核检, 我们

*基金项目: 黑龙江省教育科学“十二五”规划课题 (GJD1215074)

①齐齐哈尔医学院 黑龙江 齐齐哈尔 161006

②哈尔滨医科大学附属第三医院 黑龙江 哈尔滨 150040

③哈尔滨医科大学卫生管理学院 黑龙江 哈尔滨 150086

通信作者: 孙涛; E-mail: hydstantao@126.com

筛选出实施进程制约因素^[3]，包括：公立医院市场垄断，政府监管不到位，传统人事制度禁锢，法律保障不完备，薪酬制度不完善，个体利益受损威胁，医生积极性不足，资源配置不均衡，缺乏风险问责机制，缺乏配套政策保障，准入机制不健全，“单位人”难转变。

1.2 研究方法

1973年，Warfield教授为分析复杂社会经济系统结构问题而开发出一种系统的分析方法——解释结构模型法（Interpretative Structural Modeling, ISM）。其优势在于通过系统元素间相互影响关系的辨识，将复杂系统分解成直观的多级梯阶结构模型^[4]。ISM作为一种定性的分析方法应用于多学科领域，将抽象概念有向图化，并进行相邻矩阵的逻辑运算得到要素间的可达性矩阵，然后进一步分解为层次清晰的多级递阶形式，最终呈现出一个清晰的有向图示。医师多点执业制度实施受到医师个体意识、公立医院、宏观政策配备及政府监管体系等多因素共同约束。个体层面、组织层面、制度及政策层面三者之间在医师多点执业上相互嵌入、交叉协调及博弈互动的综合结果。综上所述，采用ISM技术识别出医师多点执业制度实施进程制约因素的结构及因素间的相互作用关系，具有较好的方法适用性和创新性^[4]。

1.3 建模步骤

(1) 医师多点执业制度实施进程制约因素编码。S₁表示公立医院市场垄断，S₂表示政府监管不到位，S₃表示传统人事制度禁锢，S₄表示法律保障不完备，S₅表示薪酬制度不完善，S₆表示个体利益受损威胁，S₇表示医生积极性不足，S₈表示资源配置不均衡，S₉表示风险问责机制不清晰，S₁₀表示缺乏配套政策保障，S₁₁表示准入机制不健全，S₁₂表示“单位人”难转变。(2) 构建医师多点执业制度实施进程制约因素的邻接矩阵A：通过判断要素集合中的每2个要素间是否存在二元关系，构建邻接矩阵A=(a_{ij}) N×N，其中N=17，得到医师多点执业制度实施制约因素的邻接矩阵。

$$a_{ij} = \begin{cases} 1 & Si \rightarrow Sj \\ 0 & Si \nrightarrow Sj \end{cases}$$

(3) 构建医师多点执业制度实施进程制约因素的可达矩阵M 利用解释结构模型在线计算平台，输入建立好的邻接矩阵，计算出医师多点执业制度实施的可达矩阵M阵。(4) 构建医师多点执业制度实施进程制约因素的一般骨架矩阵层级图，利用解释结构模型算法对可达矩阵进行层级化，通过进行结果优先的抽取方式，得到了医师多点执业制度实施制约因素的一般骨架矩阵层级图。

2 结果与分析

我国医师多点执业制度实施制约因素的骨架矩阵层级见图1。结果提示，我国医师多点执业制度实施进程的12类制约因素存在一个“四阶梯结构”与“一条传导环路”。将四

级阶梯结构依次命名为个体因素、组织因素、制度因素和政策因素，见表1。

表1 我国医师多点执业制度实施进程的制约因素层次

层次	制约因素
个体因素	S ₆ 、S ₇
组织因素	S ₁ 、S ₅ 、S ₈ 、S ₁₂
制度因素	S ₁₀ 、S ₃
政策因素	S ₂ 、S ₄ 、S ₉ 、S ₁₁

在纳入各制约因素相互作用关系后，进一步整理得到了直观的层次结构模型，见图1。

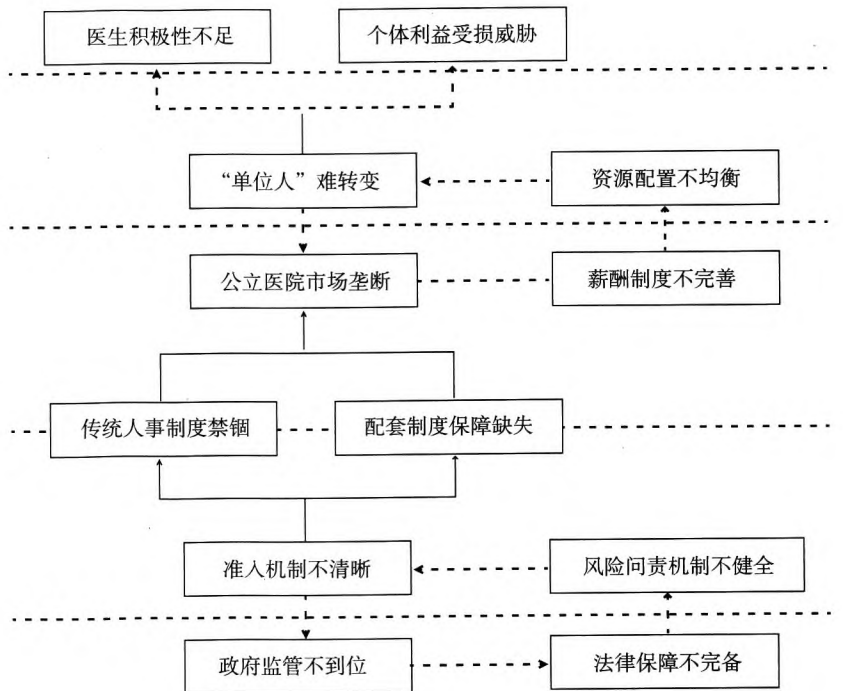


图1 我国医师多点执业制度实施进程制约因素的骨架矩阵层级

2.1 政策要素与制度要素的递阶关系

我国医师多点执业制度实施陷入困境的根源在于“四未”的政策基础，即S₂、S₄、S₉、S₁₁。虽然我国医师多点执业问题已出台诸多政策文件，但医师多点执业行为还未有明确的准入政策，更缺乏立法保障，医疗风险问责及监管职责未上升到立法高度，直接阻滞了卫生人事制度和管理体制的改革。

2.2 制度因素与组织因素的递阶关系

制度因素直接影响组织结构的优化。传统的人事管理制度及医院管理体制直接限制医师多点执业制度的贯彻落实。医师多点执业缺乏完备的配套制度，在传统人事制度禁锢下，致其公立医院处在医疗市场上处于垄断地位，垄断的公立医院又将优质的卫生人才视为自己的“私产”，公共医疗市场中公平竞争秩序难以形成。多点执业的薪酬标准、医疗纠纷处置等制度尚未健全，多点执业的基础资源参差不齐，导致个体医生难以实现“单位人”到“自由人”角色转换，优质卫生人力资源难以实现全社会化共享。

2.3 组织因素与个体因素的递阶关系

组织规范直接影响着个体意识及行为。当前,公立医院占据优势卫生资源,独霸医疗市场,不热衷于推进多点执业;此外,医师专业技术受限于良莠不齐的基层医疗配备,多点执业势必会增高个体医疗执业的风险,医生会选择尽量规避执业风险从而维护个体利益免受损害。因此,医生个体对多点执业积极性大打折扣,这种路径依赖效应阻碍着医师向“自由执业者”的转变,而且医师多点执业带来的“附加”的经济收益实为杯水车薪,不能起到激励效果,进而导致我国多点执业制度实施的裹足不前。

3 讨论与建议

基于上述贯彻医师多点执业制度进程困境及制约因素的递阶结构与作用环路,针对我国医师多点执业制度实施过程的困惑,提出4个层面的治理策略。

3.1 “政策与立法”的双向保障

由ISM模型可知,我国医师多点执业制度的实施受制于卫生政策的宏观调控^[5]。医师多点执业作为新医改的亮点,但医师多点执业准入政策尚未建成,监管体系尚不完备,相关配套政策和制度并不完善,还未出台健全的法律法规,宏观政策的调控及立法监管作为实施医师多点执业的根本保障尚未发挥作用^[6]。基于此,破解医师多点执业制度的实施困境,卫生计生主管部门应制定多点执业医生和相关医院的准入标准,尽快完成对医师多点执业的立法工作,积极推进《执业医师法》的修订与完善^[7],急需中央和地方政府的出台配套政策来“保驾护航”。财政、卫生计生、编办、人社等有关部门联合出台医师多点执业的实施细则,为医师多点执业提供优越的宏观环境。

3.2 “制度与组织”的携手推进

由ISM模型可知,我国医师多点执业制度的实施受制于制度建设与组织优化,医师多点执业的内生力量不可单纯依赖于政策指引,更需冲破传统人事制度的禁锢,增加“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”的一系列配套制度^[8]。破除原有医院管理制度的藩篱,打破公立医院垄断医疗市场的格局,释放优质卫生资源流动的活性。基于此,推进公立医院综合改革,调整公立医院的人事管理制度,打破医师对公立医院的依附性,实现人事关系到契约雇佣关系的转变^[9],完善多点执业医师的注册管理、批准程序、薪酬标准、绩效考核标准、医疗纠纷处置等制度,要让医师多点执业从法律上解决其合法性的问题,并对具体实施过程中可能出现的法律问题明确和界定^[10]。“制度与组织”的携手推进是多点执业制度实施的内生力量,减少多点执业制度实施的阻力^[11],为多点执业创造和培育良好的中观环境。

3.3 “组织与个体”的协同共赢

由ISM模型可知,我国医师多点执业制度的实施受制于较低的医生主动性,医生个体会对多点执业所带来利益受损进行风险评估^[9],加之囿于“大医院人满为患”,优秀医生分身乏术,他们更倾向于“单位人”角色。医生在评估“牵一发而动全身”的不利影响或风险后,更愿意抱紧公立医院“铁饭碗”,因而对医师多点执业持消极态度,进一步牢固了他们的“认识路径依赖”。一方面,医师多点执业可有效促

进患者分流,实现“医生流动,患者分级就诊”,减少卫生资源不可合理利用^[7];另一方面,现阶段我国个体医师和医院的利益不能和谐共赢,医师多点执业并非充分体医生的真实劳务价值,现有的激励与约束机制尚不能遏制二者间的利益冲突。基于此,利用媒体对公众进行医师多点执业的“政策扫盲”,避免陷入多点执业认识上误区,厘清医生与执业机构之间的权利与义务关系,建立全新的考评激励机制来切实保障医生多点执业过程的权益,落实医师的优质优酬,多劳多得,给予合理收入。同时,建立责任风险分担机制,统筹分配医师执业时间,完善执业机构间的协调机制,做好在人事管理、保障制度、绩效考核制度等方面的变革和对接^[12],解除医师对多点执业的后顾之忧,破解医师多点执业制度的实施举步维艰的僵局,为多点执业建设良好的微观环境。

4 结论

我国医师多点执业制度实施困境源于“政策—制度—组织—个体”的逐级递阶的共同影响。治理策略应该推进我国医师多点执业制度全面协同的综合改革,即医师多点执业制度根植于国家宏观政策的扶持,完善一系列配套制度,包含准入、立法、监管和问责等。在各级医疗机构积极参与下,必须对传统人事制度及医院管理制度进行改革,探索医师多点执业发展的现代医院管理模式,建立健全符合医师多点执业特点的薪酬制度,实现医生从“单位人”到“自由人”角色转变。最终清除医生个体对多点执业自身利益受损的担忧,唤醒并激发医师多点执业的参与热情,开启医师多点执业的健康之门。

参 考 文 献

- [1] 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.
- [2] 赵蕾,李鹏飞.医师多点执业问题研究综述[J].法制与社会,2015(23):84.
- [3] 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.
- [4] 孟德昕,张淑娥,樊超,等.分级诊疗体系运行影响因素的解释结构模型构建[J].中华医院管理杂志,2016,32(7):24-26.
- [5] 姜云.医师多点执业存在的法律问题及其完善建议[D].上海:上海交通大学,2012.
- [6] 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.
- [7] 陈红艺,张光鹏.我国医师多点执业现状分析及政策建议[J].中国医院管理,2016,36(6):9-10.
- [8] 鲍楚楚,朱有为,刘宇,等.我国医师多点执业制度的挑战与对策分析[J].中国卫生资源,2013,16(2):112-113.
- [9] 谢宇,杨顺心,陈瑶,等.我国医师多点执业研究综述[J].中国卫生政策研究,2014,7(1):8-13.
- [10] 钱亚芳,陈威,方亚新.以优化医师责任为视角的多点执业法律思考[J].中国农村卫生事业管理,2015,35(8):993-995.
- [11] 范超,任丽平,王柳行.浅析医师多点执业的困境和对策[J].中国培训,2015(16):25-27.
- [12] 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.

[收稿日期 2017-01-21] [编辑 孙宇宁]