

《中国医师执业状况白皮书》全文

目 录

前 言	2
第一部分 调研基本数据	3
第二部分 调研结果分析	7
(一) 医师执业环境	7
(二) 医师的工作压力	10
(三) 医师的工作时间	13
(四) 医师收入	24
(五) 多点执业	32
(六) 医师健康问题	36
(七) 医疗暴力	41
(八) 医维基金	47
(九) 媒体在医患关系中的作用	48
(十) 医疗责任保险	49
第三部分 结束语	52
鸣 谢	54

前 言

《中华人民共和国执业医师法》于 1999 年 5 月 1 日正式实施，该法的实施有力地推动了医疗卫生事业的发展，同时也是医师队伍走向规范化、法制化的里程碑。

随着社会转型的不断深入，医患关系出现了新的变化，医患互信受到冲击，医患纠

纷及伤医事件时有发生;不仅如此随着改革的推进医疗体制固有的问题逐渐显现,人才短缺导致医师工作时间过长、工作量过大、医师自身健康状况恶化;人事制度改革与薪酬制度改革的迟缓,导致医师付出与收入不成比例,这些问题亟待解决。中国医师协会是依据《中华人民共和国执业医师法》成立的学术性行业组织。自成立以来,致力于推动医学科学发展、维护广大医师和患者的合法权益、促进医患关系和谐。为更准确了解当前医师的执业状况,反映广大医务人员心声,探讨改善执业环境,保障医师和患者的合法权益,促进医患互信,中国医师协会分别在 2002 年、2004 年、2009 年、2011 年和 2014 年进行了五次医师执业状况调研,为了体现时效性,现将 2009 年 2011 年 2014 年三次调查结果进行综合分析,出具《中国医师执业状况白皮书》。

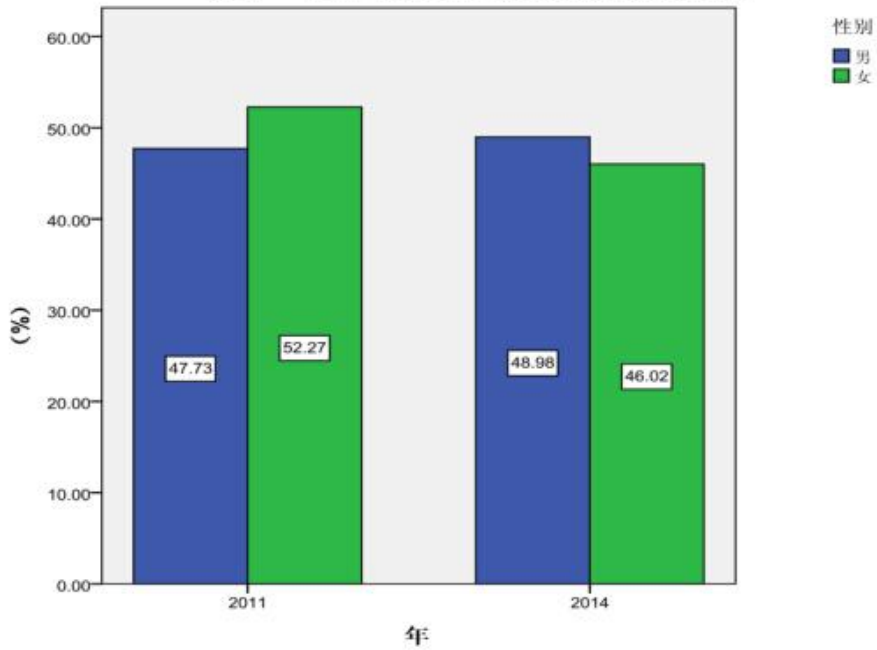
第一部分 调研基本数据

2009 年、2011 年、2014 年三次调研采取发放调查问卷与当面访谈相结合的形式,共在北京、浙江、福建、广西、山西、湖南、吉林、山东、河南、广东、海南、云南、甘肃等地发放《医师执业状况调查问卷》12683 份,回收有效问卷 9524 份,有效回收率为 75.10%。其中 2009 年 3182 份,2011 年 3704 份,2014 年 2638 份,三次调研问卷回收率符合统计学要求,现将三次的调研数据进行比对和分析。

三次调研中,2009 年的调研未对性别进行分类;参与 2011 年调研的医师共 3704 人,其中男性为 47.73%,女性为 52.27%;参与 2014 年调研的医师共 2638 人,其中男性为 48.98%,女性为 46.02%(二者之和不足 100%,原因在于有效问卷中有 132 份问卷未注明性别但其他项目填写符合要求,故未予剔除)。两次调查的性别比均无显著性差异(附图一)。

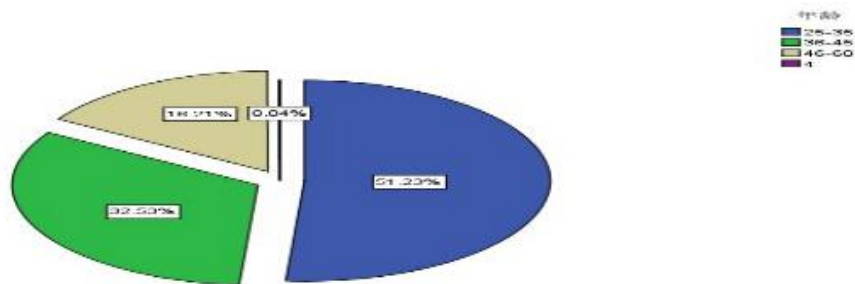
附图一: 性别分布

附图一 2011年和2014年执业医师性别分布图



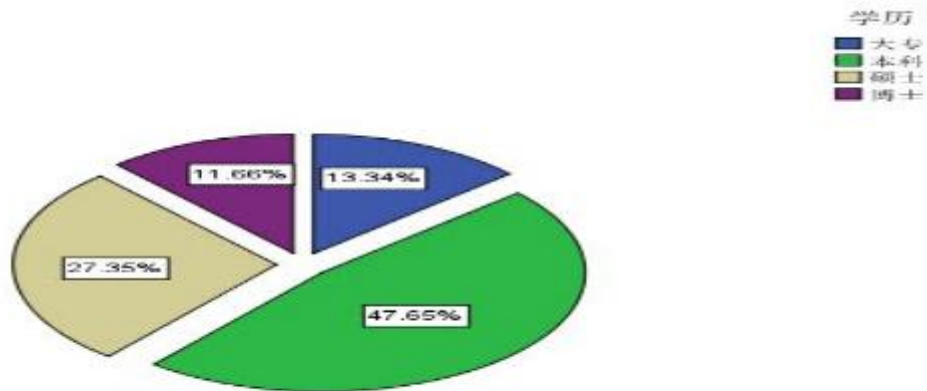
2009年和2011年调查结果未对年龄进行分组，参与2014年调研的医师，年龄在25-35岁的人数占51.23%，36-45岁人数占32.53%，46-60岁的人数占16.21%(附图二)，中青年是2014年调研的积极参与者。

附图二：年龄分布



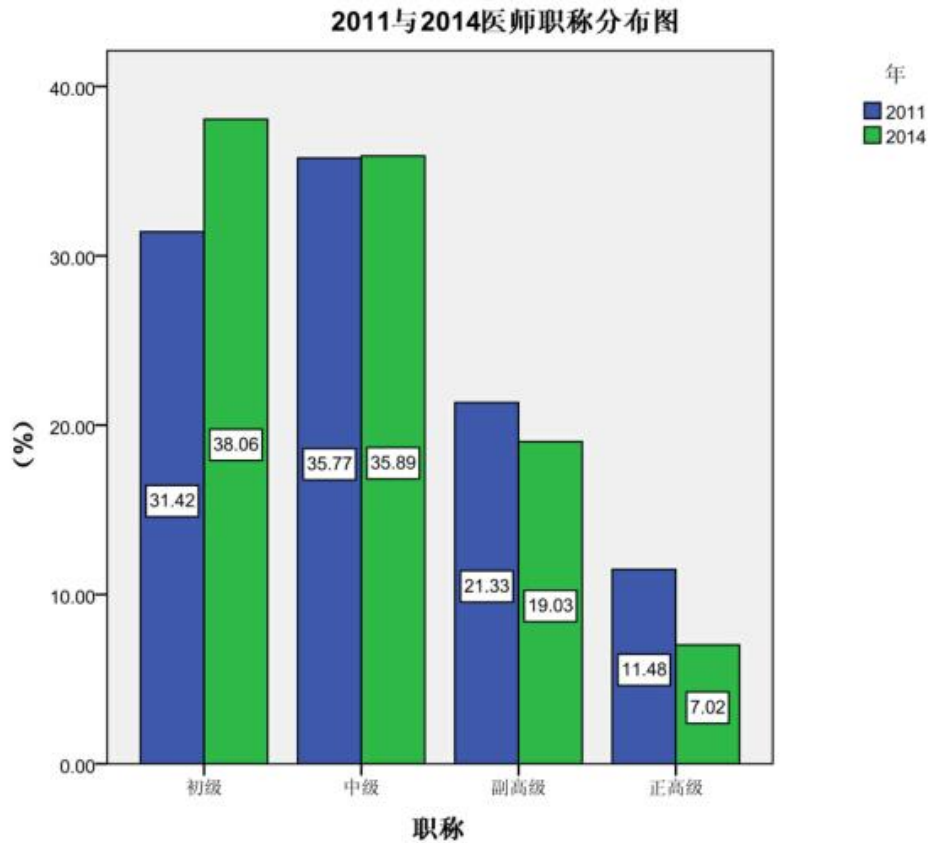
2009年和2011年调查结果未对学历层次分析，2014年参与调研的医师的学历层次为大专的医师人数占13.34%，学历为本科的医师人数占47.65%，学历为硕士的人数占27.34%，学历为博士的人数占11.66%(附图三)，本科医师参与本次调研的较多。

附图三：学历程度



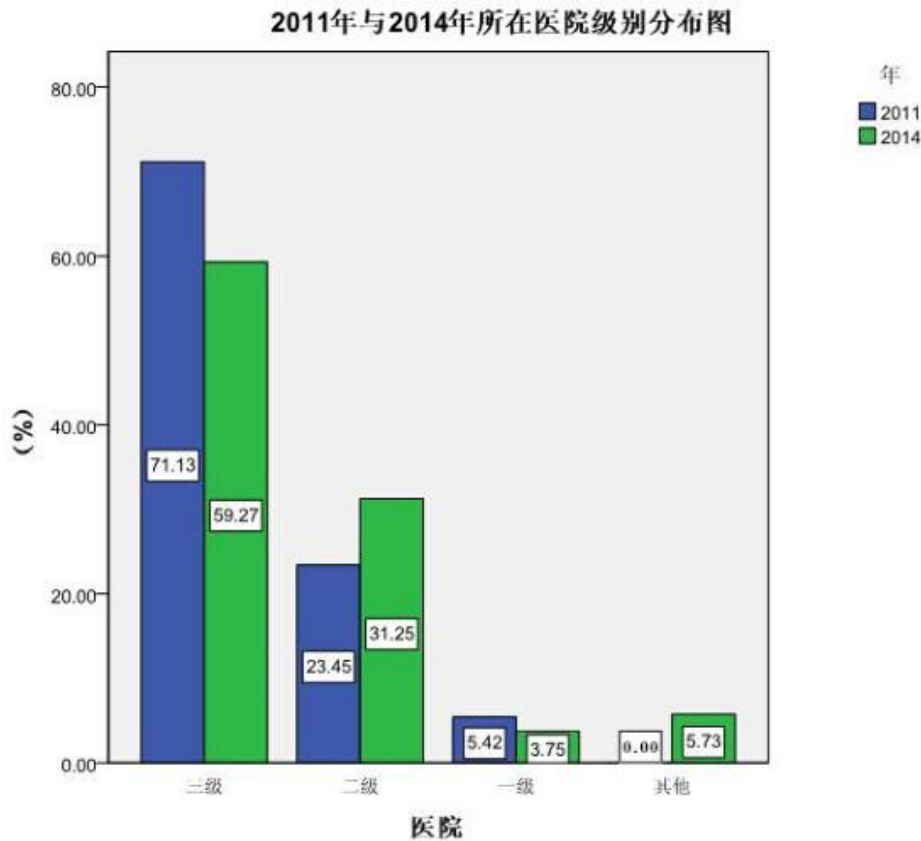
参与调研的医师职称分布为：2011年初级职称人数占31.42%，中级职称人数占35.77%，副高级职称人数占21.33%，正高级职称人数占11.48%；2014年初级职称人数占38.06%，中级职称人数占35.89%，副高级职称人数占19.03%，正高级职称人数占7.02%（附图四）；以初级和中级医师参与较多。

附图四：职称分布



参与调研的医师所在医院级别分布为：2011年，三级医院占71.13%，二级医院占23.45%，一级医院占5.42%；2014年三级医院占59.27%，二级医院占31.25%，一级医院占3.75%，其他医院占5.73%（附图五），两次调研均显示三级医院的医师参与调研的较多，2011年三级医院医师参与调研的比2014年的多，但二级医院医师比2014年的少，二者没有显著性差异。

附图五：医院级别分布



参与 2011 年调研的医师就职医院所在地，城市的占 84.48%，县城的占 11.33%，乡村的占 4.19%。从上述数据可以看出，一级医院及乡村医院医师参与的比例较低。

第二部分 调研结果分析

2009 年、2011 年及 2014 年三次调研项目的侧重点有所不同。2009 年主要针对《执业医师法》、医疗纠纷、医师维权、执业环境、医学人文等进行；2011 年主要围绕执业环境、医患关系、医疗纠纷、医师工作压力、医师收入等进行；2014 年则主要围绕医师平均每周工作时间、医师健康状况、医师收入、医师工作压力、医患关系、医维基金等进行，三次调研的结果既有相同也有不同，现将三次调研综合分析形成本报告。

(一) 医师执业环境

医师的执业成本高、风险高、工作强度大是人们有目共睹的，医师的执业环境问题应受到社会各界的关注。

2009年医师执业状况调研报告分析表明，在被调查的医师中，认为医师执业环境“良好”和“一般”的分别为7.44%、28.9%，而选择“较差”和“极为恶劣”的则分别达到39.57%和24.04%。

2011年医师执业状况调研报告对执业环境统计结果显示，近一半(48.51%)的医务人员对当时的执业环境不满意，而满意的比例仅为19.02%。为了细化统计数据，2011年对调查问卷做了性别、职称、医院级别、所在地区等不同的分类统计。性别上，男性医师(54.13%)明显比女性医师(43.13%)对执业环境不满意。职称上，级别越高对医疗执业环境不满意比例逐级上升，其中正高级别医务人员不满意的比例最高，为55.47%。医院级别上，一级医院满意程度较低，仅11.46%，还不到三级、二级医院平均满意率(19.84%)的三分之二；医院所在地区上，乡村医院工作人员对执业环境的满意度最低，其中不满意的比例高达59.86%，满意的比例仅为5.44%，满意度还不到城市和县城平均满意度(18.04%)的三分之一。上述数据说明一级医院、乡村医院这种级别较低医院的医疗条件和医师个人成就感不尽如人意，若不加大对基层和乡村医疗机构的投入，基层医务人员队伍的稳定问题会影响医疗服务下沉目标的实现。

美国某报社举办过一次“在这世界上谁最快乐”有奖征文，排名第一的就是挽救患者生命的医师。但如果中国的医师幸福感比较令其满意的话，愿意再次选择医师为职业和愿意子女选择医师为职业应当是一个指标。因此多次调研我们都把医师是否希望自己的子女报考医学院校作为一项指标。在2009年的调研中，医师愿意自己的子女报考医学院校的占9.90%，而不愿意的则为62.49%，随子女意愿的占28.11%。

在2011年调研中，医师希望自己的子女从医的医师占6.83%，而不希望的则为78.01%，无所谓的为15.16%。

在 2014 年的调研中，医师希望和非常希望自己的子女从医的占 15.69%，而不希望和绝不希望的占 64.48%，无所谓的占 14.7%。

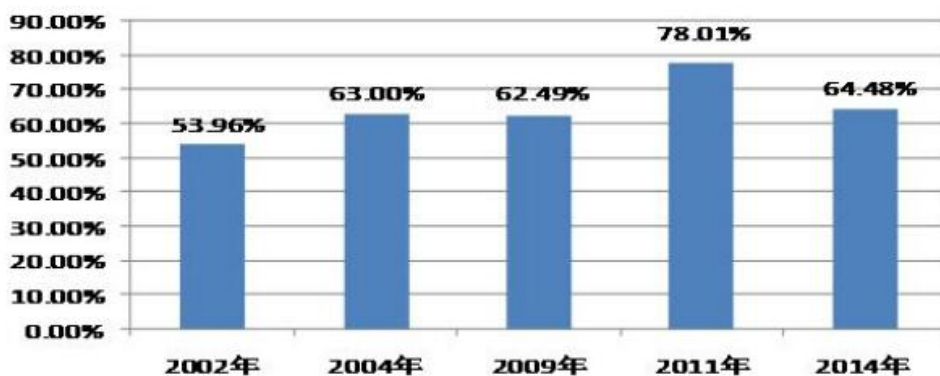
附表 1-1 医师希望自己的子女从医的比例

年份	希望 (%)	不希望 (%)	无所谓 (%)
2009	9.90	62.49	28.11
2011	6.83	78.01	15.16
2014	15.69	64.48	14.7

$\chi^2=186.728$ $P=0.000$

由附表 1-1 三次调查结果可知，医师希望自己子女从医的比例均不高，三次比较经 Kruskal Wallis H 秩和检验差异有显著性($P=0.000$)，经两两比较三次调查之间均有显著性($p<0.017$)，说明近年来，医师们越来越不希望自己的子女报考医学院校。

附图 1-1：医师不愿意自己的子女报考医学院校或从医



附图 1-1 为医师不愿意自己的子女报考医学院校或从医五次调查结果的比较。医师不希望子女或亲人从医的比例 2011 年比 2009 年明显升高，但 2014 年与 2011 年的数据相比不希望自己子女从医的比例明显下降但仍高达 64.48%，这进一步印证了医师对执业环境不满意进而影响到职业成就感的评价，随着社会的发展，人们越

来越重视健康，医师是健康卫士，有了稳定的医师队伍，才能保护人民的生命健康。我们希望社会采取各种措施提高医师的执业安全感和荣誉感，只有这样健康中国才能有实现的人才保障。

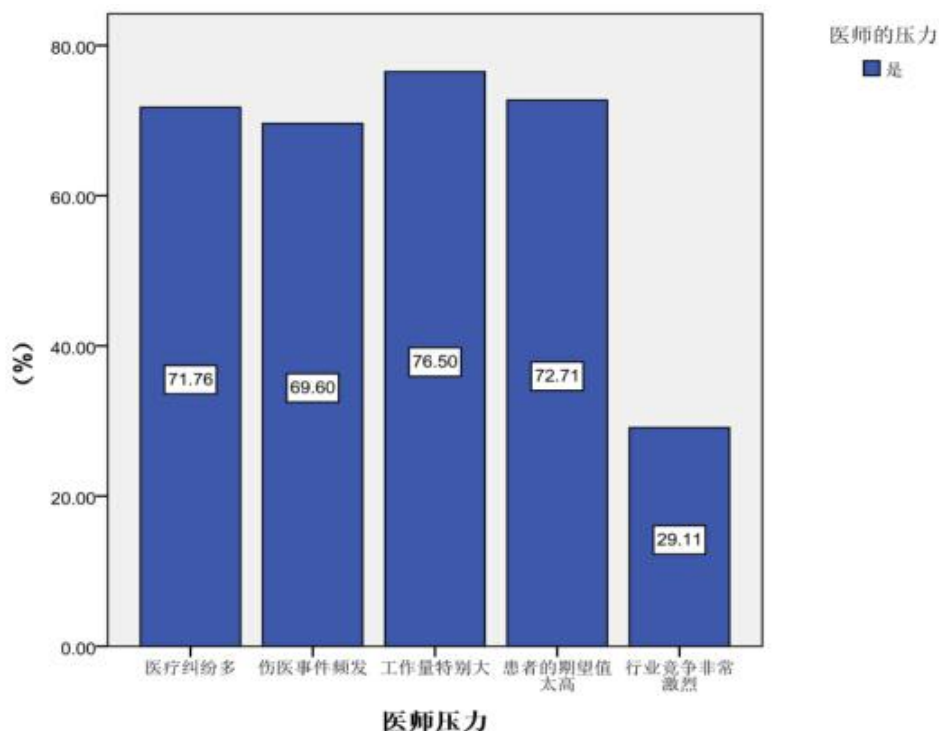
(二) 医师的工作压力

医师职业关乎人的生命健康，这一特点决定了医师的工作压力巨大。医师工作压力究竟来自于工作本身还是工作之外的其他因素，2011年调研对这一问题进行了分析，从结果来看，医师的工作压力(多选题)主要来源于：医疗纠纷、工作量大以及患者的期望值太高，有70.67%的医师将此三项列为工作压力的主要来源，而选择“行业竞争非常激烈”这一选项的比例明显较低(附表2-1)经卡方检验差异有显著性($P=0.000$)。这一结果是否表明医疗行业的行业竞争压力并不大。为此，我们走访了多位知名医学专家，大家认为医疗行业是知识密集行业，同行竞争的压力是很大的。医师们认为同行竞争的压力虽大但有序可循，且同行竞争能通过自己的努力改变。与此相反，面对社会的不理解和患者的责难，医生们感到难以预料和掌控，这种无所适从的压力让医生更难以应付。职称上，正高级人员承受的来自“医疗纠纷”的压力最大；医院级别上，医院级别越高，来自“工作量”的压力也越高，数据表明，在缓解看病难的问题上，我们不能再单靠提高工作效率、医生缩短休息时间的办法去解决，中国大医院医师的工作负荷已呈现“超载”现象。从医院所在地区来看，县城医院承受的来自“患者期望值太高”的压力明显高于城市和乡村的医院，这可能和县医院是一个基层区域的医疗中心，患者对其医疗效果的期望值很高，但由于我国县级医疗机构医疗设备和医疗技术水平和三级医院相比具有局限性，患者的期望让医生们产生了一定的压力。

从2014年的调研结果来看，医师的工作压力主要来源于：工作量特别大

占 76.50%，医疗纠纷多占 71.76%，患者的期望值太高占 72.71%，伤医事件频发占 69.60%，行业竞争非常激烈占 29.11%(附图 2-1)。医师工作压力来源经检验差异有显著性(P=0.00)。压力较大的是工作量大、医疗纠纷、患者的期望值高，本选项“行业竞争非常激烈”这一选择相较其他选项比例明显较低，这一结果进一步表明医师工作的压力主要不是来源于行业本身的竞争，而是来源于因医疗行为产生的工作量大、医疗纠纷多、患者过高的期望以及伤医事件频发(附表 2-1)，这也与 2011 年的调研结果一致，两次调查结果比较，差异没有显著性(P=0.974)

附图 2-1：医师的工作压力(可多选)



附表 2-1 医师的工作压力来源分布表

压力来源	2011 年**			2014 年*		
	例数	是	%	例数	是	%
医疗纠纷	3704	2630	71	2638	1893	71.8
伤医事件频	3704	-	-	2638	1836	69.6

发						
工作量大	3704	2593	70	2638	2018	76.5
患者期望值高	3704	2630	71	2638	1918	72.7
行业竞争	3704	1111	30	2638	768	29.1

$\chi^2=0.221, p=0.974$

* $\chi^2=1762.555, p=0.000$ ** $\chi^2=1915.179, p=0.000$

- 未调查

调研结果让我们想起 1915 年去世的特鲁多医生的墓志铭，“有时是治愈；常常是帮助；总是去安慰。”医学是为了呵护人的健康、解除人的种种不适而产生的一种专门的学问，但由于医学发展的局限性，有的疾病只有约四分之一可以找出病因，其中又有约十分之一可对因治疗，其余只能对症治疗。医师不是万能的，治疗不是全能的，铭言就是对医学所起作用的真实写照。当出现不良医疗后果时，面对患方的责难，医师难以预料和掌控，让医师有较大的心理压力，这也是医师职业成就感不强的原因之一。

我们希望广大医师积极投身健康教育，让社会理解医学的能力界限，主动架起医患沟通的桥梁。同时我们也希望广大患者理解医师工作的性质是给病痛中的人们提供帮助，尚不能完全满足人们对疾病治疗的全部需求。我们应该建立起尊重生命规律、尊重医师劳动的社会氛围，让医师更专注于为人们的生命健康提供保障。

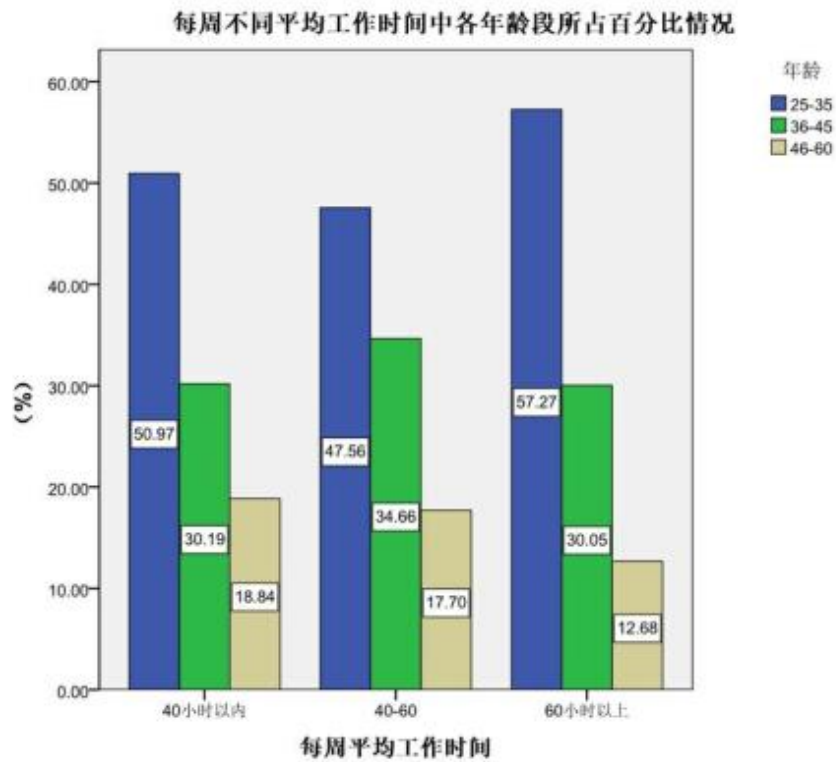
(三) 医师的工作时间

习近平总书记在 2014 年 12 月在江苏视察时给中国大城市的大医院一个形象的比喻：大城市的一些大医院像打仗，始终处于“战时状态”，人满为患。

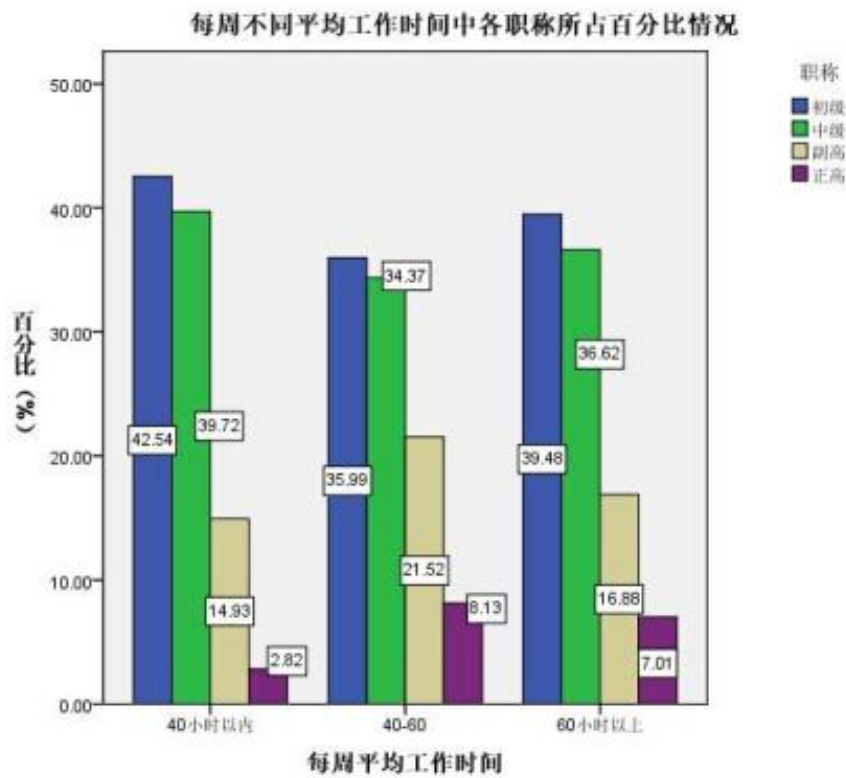
我们理解习总书记所说的大城市大医院的“战时状态”，对患方而言是看病难导致的人满为患，对医方而言是由于医院人满为患而导致的医务人员的工作处于“战时状态”。本次调研结果很好地印证了习总书记的比喻。

2014年调研统计结果显示：52.72%的医师平均每周工作时间在40-60小时，32.69%的医师在60小时以上，14.43%的医师工作时间在40小时以内。平均每周工作时间在40小时到60小时之间的医师中，25岁到35岁的医师占47.56%，36岁到45岁的医师占34.66%，46岁到60岁的医师占17.70%(附图3-1)；初级职称占35.99%，中级职称占34.37%，副高占21.52%，高级职称占8.13%(附图3-2)；三级医院医师占58.60%，二级医院医师占31.90%，一级医院医师占5.88%，其他医疗机构占3.62%(附图3-3)。在参与调查的三级医院医师中91.81%的医师需要加班工作，二级医院医师中79.38%的医师需要加班工作，一级医院医师中66.67%的医师需要加班工作(附图3-4)。可见级别越高的医院工作量越大。

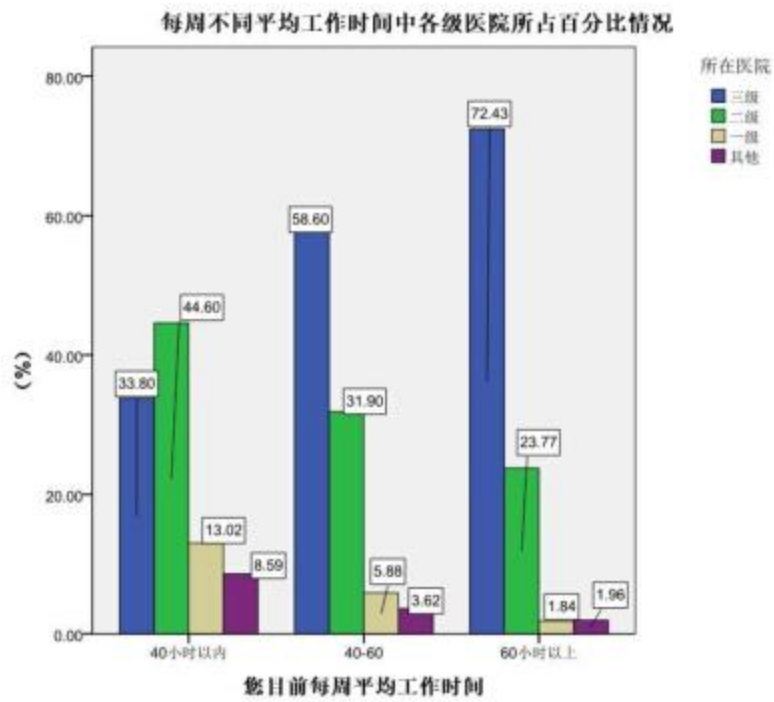
附图3-1：2014年医师每周工作时间各年龄比例



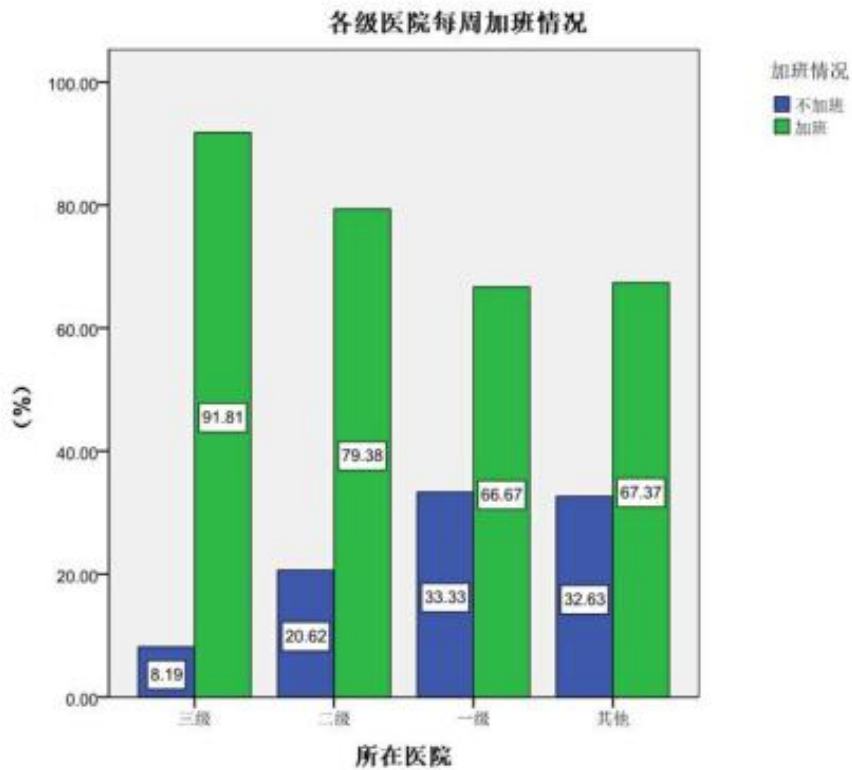
附图 3-22014 年医师每周工作时间与职称比例



附图 3-3：2014 年医师工作时间中各级医院分布比例。



附图 3-4 2014 年各级医院每周加班情况分布比例



平均每周工作时间在 60 小时以上的医师中，25 岁到 35 岁的医师 57.27%，36 岁到 45 岁的医师占 30.05%，46 岁到 60 岁的医师占 12.68%；初级职称占 39.48%，中级职称占 36.62%，副高占 16.88%，高级职称占 7.01%；三级医院医师占 72.43%，二级医院医师占 23.77%，一级医院医师占 1.84%，其他医疗机构占 1.96%。平均每周工作时间在 40 小时以内的医师中，25 岁到 35 岁的医师占 50.97%，36 岁到 45 岁的医师占 30.19%，46 岁到 60 岁的医师占 18.84%；初级职称占 42.54%，中级职称占 39.72%，副高占 14.92%，高级职称占 2.82%；三级医院医师占 33.80%，二级医院医师占 44.60%，一级医院医师占 13.01%，其他医疗机构占 8.59%。

分析各级医院目前每周平均工作时间(附表 3-1)，了解医院级别与加班时间的关系。

附表 3-1 所在医院目前每周平均工作时间表

所在医院		您目前每周平均工作时间(小时)			合计	
		< 40	40~60	60 >		
三级	人数	122	777	591	1490	
	百分比(%)	8.2	52.1	39.7	100.0	
二级	人数	161	423	194	778	
	百分比(%)	20.7	54.4	24.9	100.0	
一级	人数	47	78	15	140	
	百分比(%)	33.6	55.7	10.7	100.0	
其他	人数	31	48	16	95	
	百分比(%)	32.6	50.5	16.8	100.0	
合计		人数	361	1326	816	2503
		百分比(%)	14.4	53.0	32.6	100.0

$\chi^2=165.892, p=0.000$

附表 3-2 各级医院医师每周平均工作时间的平均秩比较

分组	N	平均秩
三级	1490	1380.24
二级	778	1117.01
一级	140	856.08
其他	95	929.63

分组	N	平均秩
三级	1490	1380.24
二级	778	1117.01
一级	140	856.08
其他	95	929.63
Total	2503	-

附表 3-3 不同医院每周平均工作时间多重比较

比较组	Z 值	P 值	检验水准 α' *
三级与二级**	-9.173	0.000	0.008
三级与一级**	-9.157	0.000	0.008
三级与其他**	-6.524	0.000	0.008
二级与三级**	-4.377	0.000	0.008
二级与其他**	-2.708	0.007	0.008
一级与其他	-0.711	0.477	0.008

* 因比较次数为 6 次，故选检验水准为 $\alpha' = 0.008$

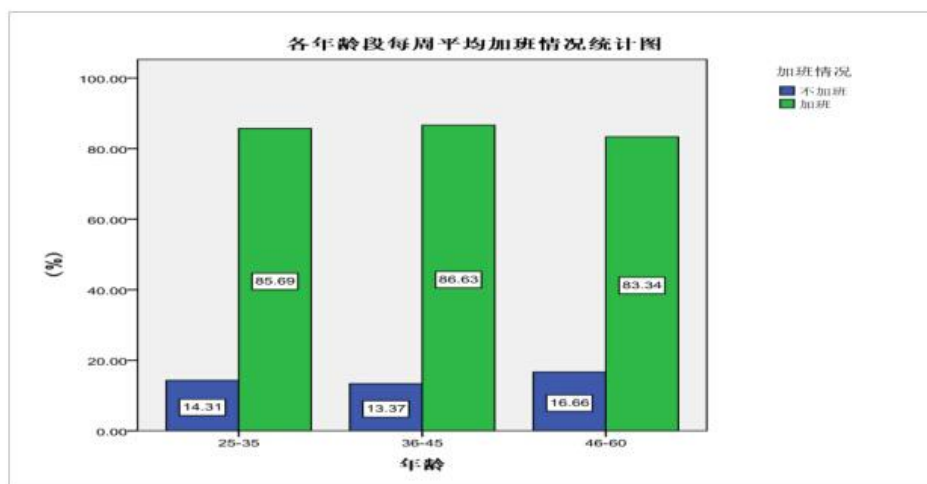
** 差异有显著性

附表 3-3 是双向有序属性不同的行列表，要比较不同医院医师的平均工作时间的差异，需选择 Kruskal Wallis H 秩和检验。经检验 $X^2=165.892$, $p=0.000 < 0.05$ ，差异有显著性，可以认为不同级别医院医师的每周平均工作时间不同，级别越高的医院，医师每周的平均工作时间越长(见附表 3-2 中的平均秩)，即要加班的时间越多。经两两比较只有一级与其他医院医师的平均工作时间没有显著性差异，其他组两两之间均有显著性差异(见附表 3-3)，进一步验证级别越高的医院，医师的平均

工作时间越长，即三级医院医师每周平均工作的时间 40 小时以上的最多，其次是二级医院，一级和其他医院每周平均工作 40 小时以上的较少。

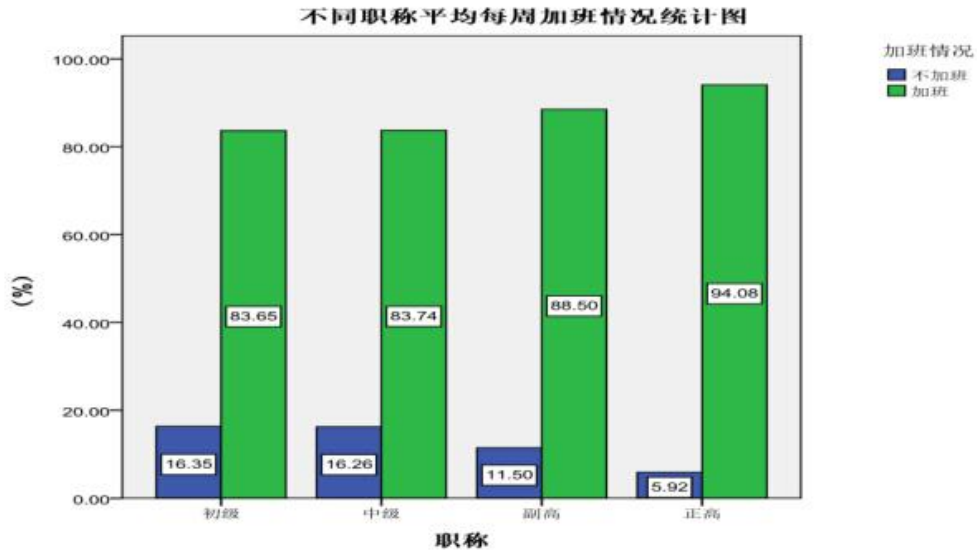
在参与调查的医师中，25 岁至 35 岁的医师中 85.69%的医师需要加班工作，36 岁至 45 岁的医师中 86.63%的医师需要加班工作，46 岁至 60 岁的医师中 83.34%的医师需要加班工作(附图 3-5)。

附图 3-5：2014 年各年龄医师加班情况



在参与调查的医师中，具有初级职称的医师中 83.65%需要加班工作，具有中级职称的医师中 83.74%需要加班工作，具有副高级职称的医师中 88.50%需要加班工作，具有高级职称的医师中 94.08%需要加班工作(附图 3-6)。

附图 3-6：2014 年不同职称平均每周加班情况



以上数据可以看出:加班工作已经成为绝大多数医师工作的常态,并且医院的级别越高加班工作医师的比例越高。

附表 3-4 各年龄组目前每周平均工作时间表

年龄 (岁)		您目前每周平均工作时间 (小时)			合计
		< 40	40-60	60 >	
25~	人数	184	634	465	1283
	百分比 (%)	14.3	49.4	36.2	100.0
36~	人数	109	462	244	815
	百分比 (%)	13.4	56.7	29.9	100.0
46~60	人数	68	236	103	407
	百分比 (%)	16.7	58.0	25.3	100.0
合计	人数	361	1332	812	2505
	百分比 (%)	14.4	53.2	32.4	100.0

$\chi^2=14.593, p=0.001$

附表 3-5 各年龄组医师每周平均工作时间的平均秩

年龄 (岁)	N	平均秩
25 ~ 35	1283	1294.63
36 ~ 45	815	1235.23
40 ~ 60	407	1157.36

附表 3-6 各年龄组医师每周平均工作时间多重比较

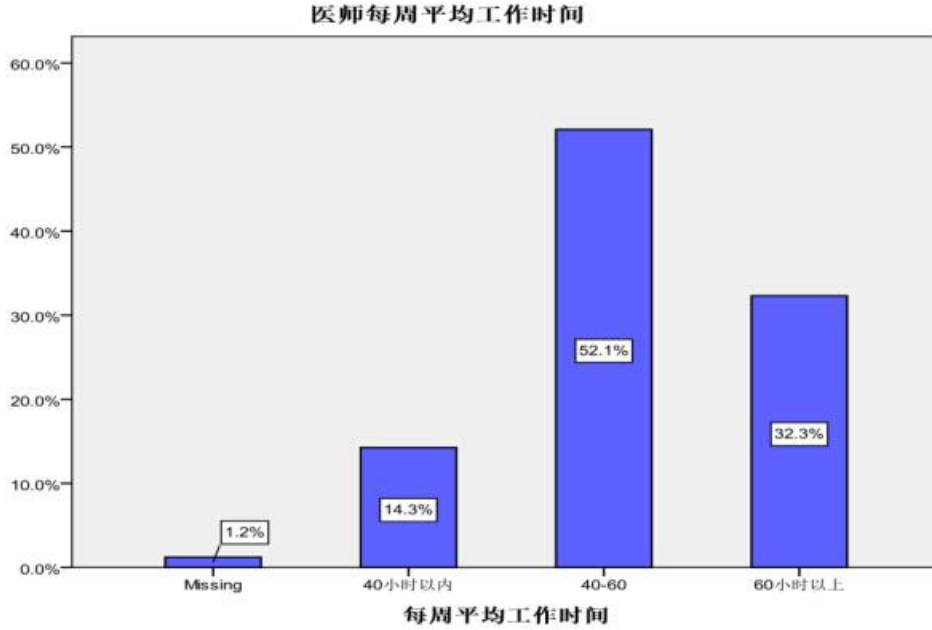
比较组	统计量	P 值	检验水准 α' *
25 ~ 与 36 ~	-2.047	0.041	0.017
25 ~ 与 46 ~ **	-3.651	0.000	0.017
36 ~ 与 46 ~	-2.04	0.041	0.017

*因比较次数为 3 次，故选检验水准为 $\alpha' = 0.017$

** 差异有显著性

附表 3-4 仍是双向有序属性不同的行列表，比较不同年龄医师的平均工作时间的差异，宜选择 Kruskal Wallis H 秩和检验。经检验， $\chi^2=14.593$ ， $p=0.001$ ，差异有显著性，可以认为不同年龄医师的每周平均工作时间有显著性差异，其中 25~35 岁，工作时间较长(见附表 3-5 中平均秩)。经两两比较可知只有 25~35 岁与 46~60 岁组差异有显著性，其他两组差异没有显著性(见附表 3-6)，这与实际情况相符合。这说明各年龄组的医师均需要加班工作，每周工作时间都较长，其中 25~35 岁组更为突出。

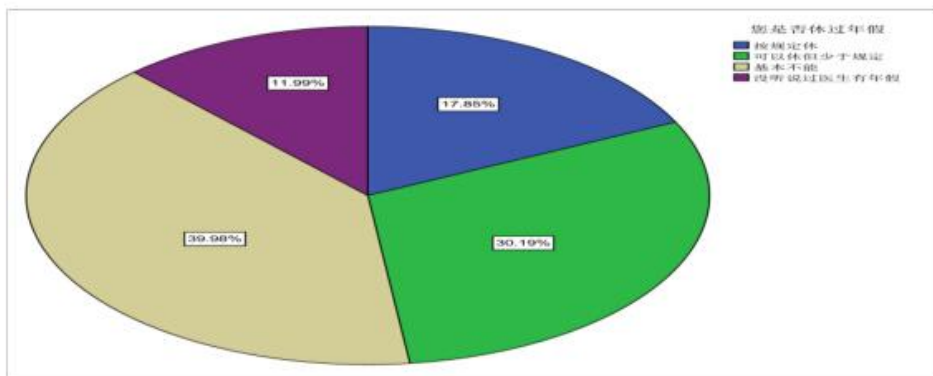
附图 3-7：医师每周平均工作时间



工作时间，又称法定工作时间，是指劳动者为履行工作义务，在法定限度内，在用人单位从事工作或者生产的时间。根据《国务院关于职工工作时间的规定》，我国的标准工时为职工每日工作 8 小时，每周工作 40 小时。

“当医生很辛苦”这是我们在访谈中最常听到的感叹之一，这种感叹常常从大城市高级别医院的医师口中发出。中国城市医生是世界上最劳累的医务群体之一，超时工作必然挤占医师的休息、娱乐、继续教育时间。

附图 3-8：医师是否休过年假情况



统计表明仅有 17.85%的医师可以按规定休完年假，而 39.98%的医师基本不能休年假(附图 3-8)；23.96%的医师所在的医疗机构从来没有组织业余活动，65.35%的医

师所在的医疗机构虽然有组织业余活动，但也非常少；由于超时工作，47.5%的医师很少有时间参加业务学习和技能培训，这无疑会影响医师的执业素养。超时工作、不休假、没有业余活动这种工作状态就是“战时状态”。超时工作不仅影响医师的生活质量，更重要的是长时间工作的疲劳对医疗安全会产生负面的影响，对广大患者不利。

美国一项研究显示，住院医师普遍存在过度疲劳，许多医师超过 1/4 的清醒时间会受到疲劳的严重影响，使出现医疗差错的风险增加。

在 2010 年 4 月 1 日至 2011 年 11 月 1 日间，研究者通过一种活动记录检查仪，连续记录了两家大型三级医疗中心的 27 名住院医师两周内的睡眠和清醒状态，并每天通过问卷评估其精神疲劳程度。

结果为，所有住院医师的平均每日睡眠时间为 5.3 小时，在其 48% 的清醒时间内，其精神效能低于 80%，且有 27% 的清醒时间其精神效能甚至低于 70%，后者相当于在血液酒精含量 0.08% 的水平下工作。研究所采用的评估模型显示，在此疲劳水平下的住院医师与休息良好的对照组相比发生医疗差错的风险增加 22%，且夜班医生(下午 6 点至次日上午 8 点上班)受到的影响(较对照组风险增加 24%， $P=0.045$)较白班医生(早 6 点至下午 6 点上班，较对照组风险增加 19%)更大($P=0.02$)。[1]

走访中，一些专家对美国的研究发表了不同意见，他们认为医疗过失并非仅发生在疲劳状态下，鉴于医师工作的特殊性，我国临床医师很难按 8 小时工作制进行工作。

我们认为：

- 1、医疗工作确有其特殊性，但尽量保证医师的工作时间符合法律法规的要求是医院管理者的义务；

- 2、政府制定了年休假制度，这一制度应该在医疗界得以落实；

3、医疗质量的影响因素众多，医师工作时的疲劳状态无疑是其中之一，为保证患者的医疗安全，降低医疗风险，减少医师的疲劳工作很有必要。

为落实习总书记指示，解决大城市大医院的“战时状态”在推动医疗卫生工作重心下移、医疗卫生资源下沉的同时，医院管理者应尊重医师的休息权，全面落实法律法规对劳动时间和年休假制度的规定。

建议：

- 1、各级医疗机构要切实落实年休假制度；
- 2、医疗机构应当制定合理的值班制度和轮换制度，保障医师的休息权；
- 3、医疗机构应当制定超时工作的强制休息制度，防止过劳下的医疗行为；
- 4、若因医院编制、人员所限而不能完全杜绝医师超时工作时，医院应给予医师合理补偿。

(四) 医师收入

提高医师合法收入，是医师们长期关注的话题。2009年，《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》发布，新一轮医药卫生体制改革正式启动。经过五年多的医改实践，人们确实看到了一些可喜的成就，医师群体也感受到了新医改带来的好处。

2009年调研中，被调查的医师中认为医师的收入和教师相比较差和很差的已占到77.53%，持平的占16.95%，认为优于教师的仅占5.53%。91.90%的受调研医师认为自己的付出与报酬不相符，这一数字公布后引起了社会的关注和反响。

在美国，医生属于收入最高的行业之一，平均工资高于公务员工资的二倍到四倍。根据美国官方2008年的数据，外科医生的平均年薪为206,770美元，这使得外科医生的薪酬超过麻醉师而成为美国工资最高的工种。美国的年薪最高的前10名的

职业有：1. 外科医生;2. 麻醉科医生;3. 齿颚矫正医;4. 妇产科医生;5. 口腔与颌面部外科医生;6. 内科医生;7. 镶牙师;8. 精神病医师;9. 家庭和全科医生;10. 公司主管。

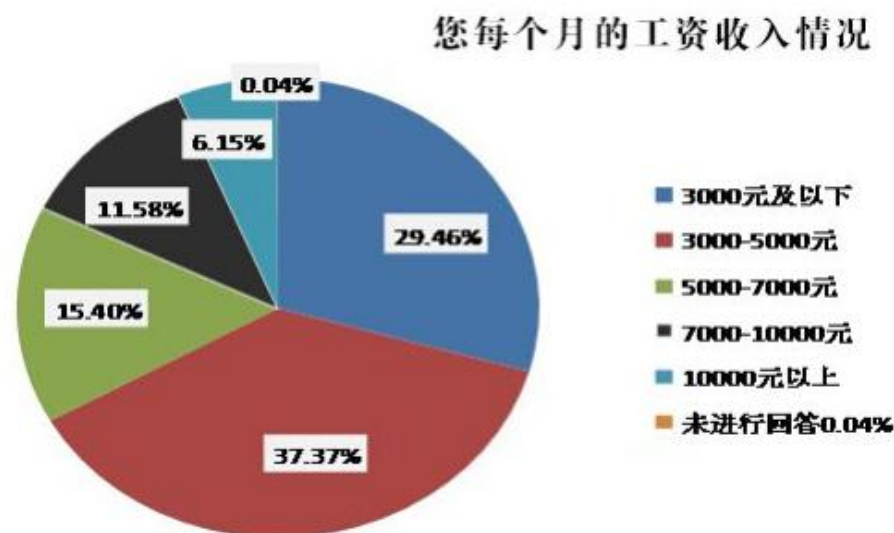
在中国，医师的收入可能在社会整体收入中排名在中上水平，但中国医师的收入水平远远低于世界大多数国家医师的收入水平，这是一个不争的事实。

2011 年的调查结果显示，95.66%的被调查医师认为自己的付出与收入不相符（不相符+很不相符），而其中选择“很不相符”的比例高达占 51.00%，这充分显示了医师的收入与付出很不相符。

这一数据同时表明 2011 年医师对收入与付出的满意程度更差于 2009 年。

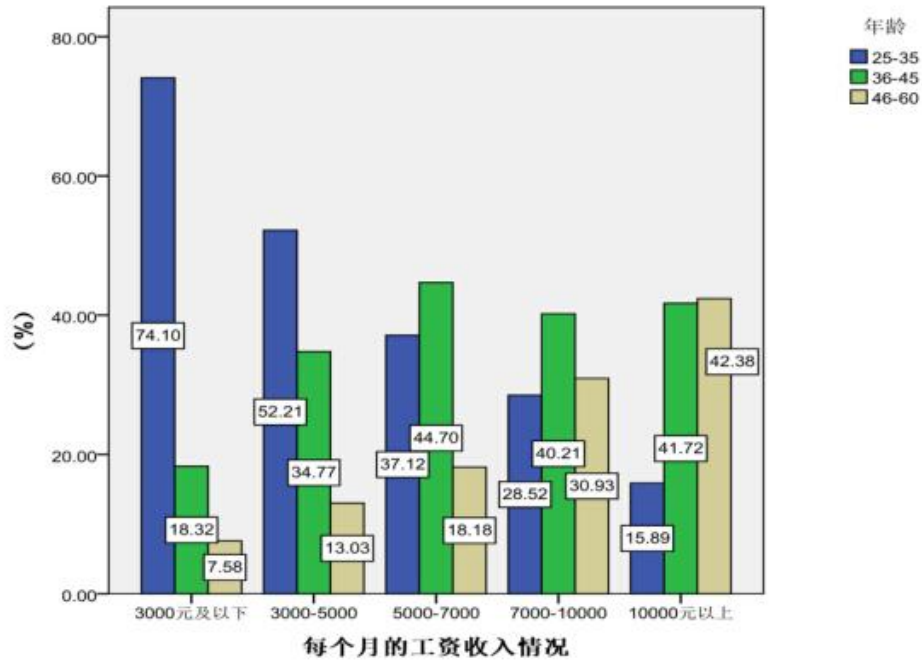
2014 年的调研中，我们对医师的收入也进行了调查(回收的问卷中有 108 份问卷未对该问题进行回答)

附图 4-1：医师每月工资收入情况



其中收入在 3000 元及以下的医师占 29.46%，收入在 3000 元至 5000 元的医师占 37.37%，收入在 5000 元至 7000 元的医师占 15.40%，收入在 7000 元至 10000 元的医师占 11.58%，收入在 10000 元以上的医师占 6.15%(附图 4-1)。

附图 4-2：医师的不同年龄段每月收入情况



收入在 3000 元及以下的医师中，25 岁至 35 岁的医师占 74.10%，36 岁至 45 岁的医师占 18.32%，46 岁至 60 岁的医师占 7.58%。

收入在 3000 元至 5000 元的医师中，25 岁至 35 岁的医师占 50.21%，36 岁至 45 岁的医师占 34.77%，46 岁至 60 岁的医师占 13.03%。

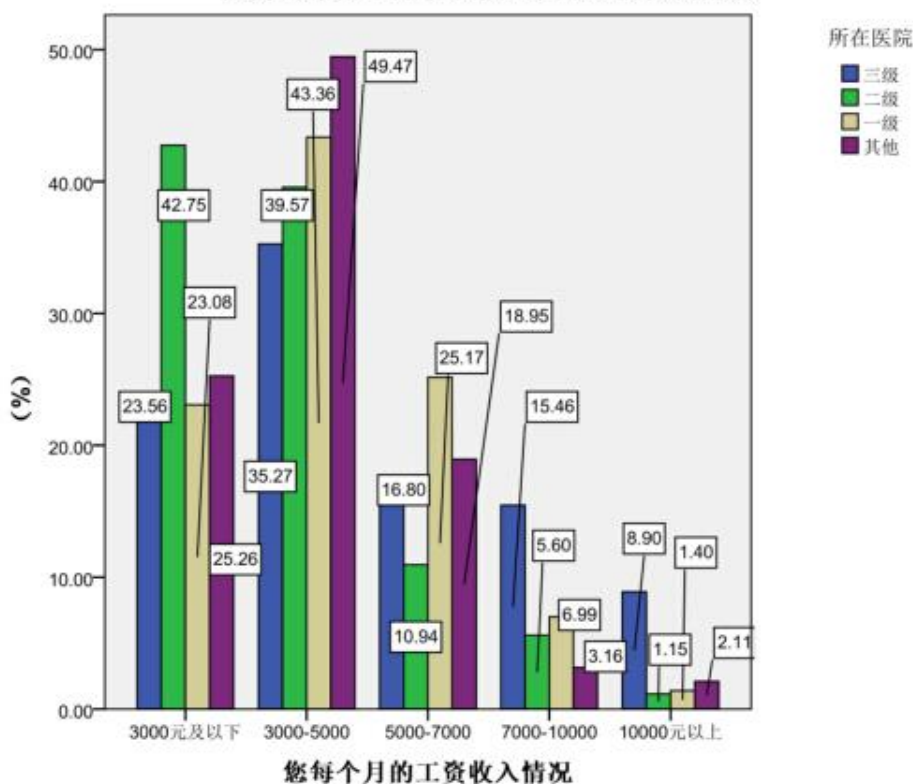
收入在 5000 元至 7000 元的医师中，25 岁至 35 岁的医师占 37.12%，36 岁至 45 岁的医师占 44.70%，46 岁至 60 岁的医师占 18.18%。

收入在 7000 元至 10000 元的医师中，25 岁至 35 岁的医师占 29.72%，36 岁至 45 岁的医师占 40.21%，46 岁至 60 岁的医师占 29.73%。

收入在 10000 元以上的医师中，25 岁至 35 岁的医师占 15.89%，36 岁至 45 岁的医师占 41.72%，46 岁至 60 岁的医师占 42.38%(附图 4-2)。

附图 4-3：医师每月工资收入在各级医院的反映

医师每个月工资收入情况在各级医院的反映

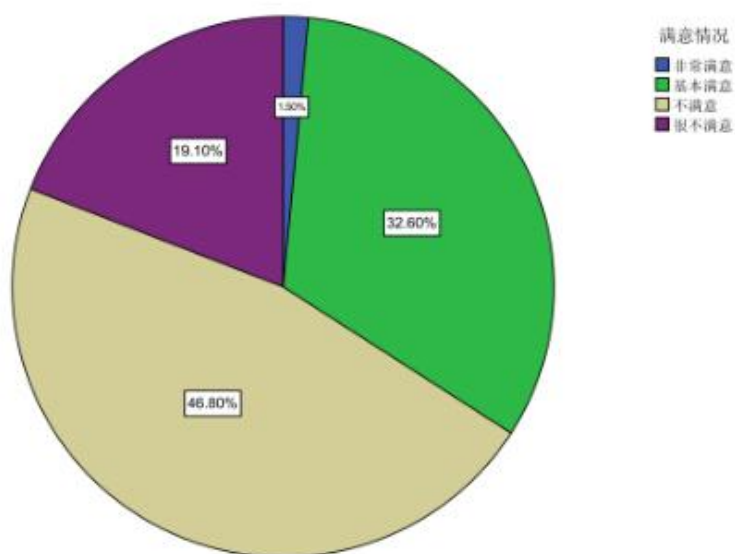


在二级和三级医院医师收入情况的比较中，收入在 3000 元以下的二级医院占 42.75%，三级医院占 23.56%；收入在 3000-5000 元的二级医院占 39.57%，三级医院占 35.27%；收入在 7000-10000 元的二级医院占 5.60%，三级医院占 15.46%；收入在 10000 以上的，二级医院占 1.15%，三级医院占 8.90% (附图 4-3)。

2014 年调研中，65.9% 的被调查医师对自己的收入不满意 (很不满意+不满意)，其中选择“很不满意”的比例为 19.1% (附图 4-4)。这和 2011 年的调研结果一致，但总体不满意率有所下降。访谈中我们发现，通过医改，医师对收入的满意程度有所提高。

附图 4-4 医师对自己收入的满意情况

医师对自己收入的满意情况



但也应该看到，尚有半数以上的被调查医师对自己的收入不满意。这一话题之所以长期受到关注是因为提高医师合法收入的问题一直没有得到解决。访谈中，很多医师认为提高医师合法收入对治理红包、回扣，缓解医患关系紧张都能起到积极作用。

附表 4-1 各年龄组医师对收入满意度

年龄	满意	不满意	合计	满意度 (%)
25 ~ 35	378	900	1278	29.6
36 ~ 45	287	508	795	36.1
46 ~ 60	170	221	391	43.5
合计	835	1629	2464	33.9

$\chi^2=28.388, p=0.000$

满意=非常满意+基本满意， 不满意=不满意+很不满意

附表 4-2 各年龄组医师对收入满意度两两比较

比较组	统计量	P 值	检验水准 α'
1 与 2	9.572	0.002	0.017
1 与 3*	26.234	0.000	0.017
2 与 3	6.023	0.014	0.017

1 为 25~35 岁组, 2 为 36~45 岁组, 3 为 46~60 岁组

*差异有显著性

由附表 4-1 可知, 25-35 岁组对收入的满意度为 29.6%, 36-45 岁组满意度为 36.1%, 46-60 岁组满意度为 43.5%。各年龄组医师对自己的收入满意度都不高, 而且各有不同, 经卡方检验差异有显著性($P < 0.05$), 两两比较, 任意两组间差异均有显著性(见附表 4-2)。比较满意的年龄组为 46-60 岁, 其次是 36-45 岁, 最不满意的为 25-35 岁。这说明年轻医师承受的经济压力比较大。

附表 4-3 不同医院医师对收入的满意度

医院	满意	不满意	合计	满意度 (%)
三级	469	997	1466	32.0
二级	242	533	775	31.2
一级	60	80	140	42.9
其他	55	37	92	59.8
合计	826	1647	2473	33.4

$\chi^2 = 37.370, p = 0.000$

满意=非常满意+基本满意, 不满意=不满意+很不满意

附表 4-4 不同医院医师对收入满意度两两比较

比较组	统计量	P 值	检验水准 α'
-----	-----	-----	----------------

1 与 2	0.137	0.711	0.008
1 与 3	6.830	0.009	0.008
1 与 4*	29.953	0.000	0.008
2 与 3*	7.255	0.007	0.008
2 与 4*	29.778	0.000	0.008
3 与 4	6.362	0.012	0.008

* 差异有显著性

1 为三级医院，2 为二级医院，3 为一级医院，4 为其他医院

附表 4-3 为各级别医院医师对自己收入的满意度分析，医院级别不同，对自己的收入的满意度也不同，经检验各级别医院医师的满意度差异有显著性($p=0.000$)。最不满意的是二级医院，其次是三级医院，一级和其他医院满意度较高。两两比较可知，三级与其他医院、二级与一级医院、二级与其他医院医师的满意度有显著性差异，三级、二级医院医师的满意度较差。三级与二级医院、三级与一级医院、一级与其他医院医师的满意度没有显著性差异。总的来看，各级别医院对自己的收入的满意度都不高，也就是说各级医院医师对自己的收入都不是很满意，可能是感觉付出与回报不相符合。

众所周知，医学教育属精英教育，要想成为一名医生，除了接受正规的医学教育外，毕业后还需进行住院医师规范化培训。2013 年 12 月 31 日，国家卫生计生委、中央编办、国家发展改革委、教育部、财政部、人力资源社会保障部、国家中医药管理局等 7 部门发布了《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》(国卫科教发〔2013〕56 号)规定了住院医师规范化培训的主要模式为“5+3”，即完成 5 年医学类专业本科教育的毕业生，在培训基地接受 3 年住院医师规范化培训。受国家卫生计生委委托，中国医师协会承担住院医师规范化培训的专业设置论证、培训标

准和基地标准制订、培训业务技术指导与认证评估、相关政策研究、国际交流合作以及专科医师规范化培训制度研究等相关业务技术与日常管理工作。接受上述任务后，中国医师协会在积极推进各项工作的开展，住院医师规范化培训对医师的同质化教育将起到非常积极的作用，但这一制度也无疑会增加医师成长的时间成本。同时，医师作为社会中的一员和其他社会成员一样面临住房、子女教育等各种问题，如何让从事高尚职业的医师不为蝇头小利折腰是一个管理者应当考虑的现实问题。在现有体制下，加大对医疗行业的投入力度，给高技术含量高风险行业的从业人员合理的回报是让这个行业健康发展的基础。

医师们认为：《中华人民共和国教师法》对教师的收入有量化要求，医师的收入也应当以立法的形式予以保障。2014年调研中，我们对医师的收入组成、医师与医药企业的关系也做了调研，对此问题，我们今后有专题予以分析。

(五) 多点执业

互联网医疗的迅猛发展，让医疗集团、医生集团涌现。日前，北京市出台的《关于创新事业单位管理加快分类推进事业单位改革的意见》，又探索将公立医院实行备案制管理，对于现有编内人员实行实名统计，随其自然减员逐步收回编制。这些措施和发展态势，都让医师的身份逐步回归社会资料的性质，但上述措施在医师注册问题上遇到了法律的瓶颈，医师要真正回归社会人要在医师注册问题上实现立法的突破。

2009年3月《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》提出“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，探索探索注册医师多点执业。”随后卫生部出台了《卫生部关于医师多点执业有关问题的通知》（卫医改发〔2009〕86号）。该文件的颁布在医药卫生界引起了强烈反响，并受到了全社会的广泛关注，医师多点执业的试点也随即展开。

2009年医师执业状况调研中，被调查的医师认为医师可以有一个异地执业地点的占16.33%，认为可以有二个异地执业地点的占21.86%，认为没有必要限制执业地点的占61.87%，这说明医师们对多点执业持肯定态度。在2011年调查医师多点执业的好处，有73.68%认为提高了基层医疗机构资源的利用率；54.39%认为减轻患者的医疗费用负担能解决“看病贵”的原因；59.65%认为患者及时方便地接受高质量的医疗服务能解决“看病难”的问题等等。



2009年4月，《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》提出“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。”当年9月，卫生部下发《卫生部关于医师多点执业有关问题的通知》，做出有关规定。随后，广东、海南、云南、四川、北京、江苏等地相继展开试点工作。

作为新医改的一大亮点，医师多点执业试点工作已开展两年多。2011年7月，卫生部再次出台《卫生部办公厅关于扩大医师多点执业试点范围的通知》，决定将试点地区扩大至全国所有省份，同时降低门槛，将申请医师的资格由副高级以上降为中级以上，鼓励医师多点执业，希望更多医师加入其中。然而，这项被视为能有

效缓解看病难的政策，似乎并未得到医师的积极回应，医师多点执业面临“叫好不叫座”的困境。

全国第一个省级试点广东省，试行医师多点执业一年多时间，只有 100 多名医师申请登记，而且均为同一系统内部多点执业。昆明市开展试点工作 2 年来，截至 2011 年 5 月 17 日，1223 名医师签约多点执业，仅占该地医师注册人数的 5.32%。2011 年 3 月 1 日，《北京市医师多点执业管理办法(试行)》实施。截至 6 月 30 日，仅有 166 名医师办理了注册。2011 年 10 月 1 日，河南省卫生厅下发《河南省医师多点执业管理办法(试行)》，但这个被认为对医患双方都有利的新政策在公布一个月后仍没有一名医师注册多点执业。

2011 年 7 月 1 日，北京市卫生局通报，根据已办理的 166 名多点执业医师申请事项统计，申请多点执业医师的专业涉及儿科、精神卫生、医学影像等；医师原执业地点以公立三级医院为主，占 92.2%；在医师第二执业地点中，民营医疗机构占 90.4%，二级医院及社区卫生服务中心、卫生院、卫生室占 8.4%。由此可见，目前办理多点执业的医师主要体现在两个方向的流动：一是儿科、精神科等紧缺专业的医师向该专科相对薄弱的机构流动，二是由公立大医院向民营及基层医疗卫生机构流动。这对于提高基层医院诊疗技术水平、扶持社会资本办医和民营医疗机构发展都有积极的意义。

医师多点执业的好处显而易见，但是在多点执业试点工作遇冷的同时医师私自会诊仍然很普遍。如何规范医师的异地诊疗行为，以保护医患双方的利益，是当务之急。从试点工作两年多来的情形来看，其实施过程中的阻力不容忽视，现将原因分析如下：1、来自第一执业地点的阻力。根据《卫生部关于医师多点执业有关问题的通知》的规定，医师拟受聘到其他医疗机构执业的，应当经所在单位和相关卫生

行政部门批准;2、医师们担心影响事业前途;3、补偿机制不健全;4、顾忌医疗责任风险及医疗安全。但新医改方案提出探索注册医师多点执业,其出台有一定的背景。

目前我国多点执业现在已经形成一种共识,各地也在突破,特别是北京市从2009年4月探索多点执业,2011年3月1日为多点执业“正名”到2014年8月1日多点执业降低门槛,修订后的《北京市医师多点执业管理办法》将生效,进一步降低医师多点执业的门槛。广东省深圳市将开发“深圳市医师执业管理系统”,并向社会开放,为有关机构和人员提供注册信息申报、多点执业报备、医师信息查询等服务。改革医师执业注册和管理方式被列入今年深圳市委确定的深化医药卫生体制改革重点项目。目前深圳起草了《关于改革医师执业注册和管理方式的实施方案》,已经报请省卫生计生委审核,该送审稿中提出,拟从2015年7月1日起全面放宽医师执业注册地点限制,实现“统一注册,全市通用”。

我国医师资源的社会化和医疗资源均衡分布是社会公平的基本要求,医生多点执业可以调动医生积极性,解决一边是大量医生闲置和大量医疗人才改行流失,一边是看病难看病贵的问题,有利于真正形成新医改方案所提出的多元化办医格局,从各角度解决病人看病难、看病贵的问题。多点执业的合法化,将有利于促进城市医院与社区卫生服务机构分工协作机制的建立。

目前,鼓励医师多点执业的措施多由行政法规予以规范,我们希望尽早修改《执业医师法》,在医疗基本卫生法律制度中明确医师多点执业的合法化。

(六) 医师健康问题

医师的健康问题近年来逐步引起社会关注,因此在2014年调研中,我们设计了医师健康问题的调研。在参与调研的医师中,7.26%的医师认为自己的身体状况很好,22.82%的医师认为自己的身体状况好,55.32%的医师认为自己的身体状况一般,14.56%的医师认为自己的身体状况差。

认为自己身体状况很好的医师中，25 岁至 35 岁的医师占 57.38%，36 岁至 45 岁的医师占 24.04%，46 岁至 60 岁的医师占 18.58%；三级医院的医师占 37.29%，二级医院的医师占 38.42%，一级医院的医师占 12.43%，其他医疗机构占 11.86%。

认为自己身体状况好的医师中，25 岁至 35 岁的医师占 47.29%，36 岁至 45 岁的医师占 33.80%，46 岁至 60 岁的医师占 18.91%；三级医院的医师占 49.56%，二级医院的医师占 36.38%，一级医院的医师占 10.90%，其他医疗机构占 3.16%。

认为自己身体状况一般的医师中，25 岁至 35 岁的医师占 52.68%，36 岁至 45 岁的医师占 32.78%，46 岁至 60 岁的医师占 14.54%；三级医院的医师占 62.89%，二级医院的医师占 30.15%，一级医院的医师占 3.87%，其他医疗机构占 3.09%。

认为自己身体状况差的医师中，25 岁至 35 岁的医师占 50.27%，36 岁至 45 岁的医师占 32.51%，46 岁至 60 岁的医师占 17.21%；三级医院的医师占 71.58%，二级医院的医师占 23.50%，一级医院的医师占 1.64%，其他医疗机构占 3.28%。

参与调查的三级医院医师中 17.62%认为自己的身体差，二级医院医师中 11.01%认为自己身体差，一级医院中 4.17%认为自己身体差。

参与调查的医师中，25 岁到 35 岁的医师中 14.30%认为自己的身体差，36 岁到 45 岁的医师中 20.12%认为自己的身体差，46 岁到 60 岁的医师中 15.56%认为自己的身体差。

附表 6-1 不同医院医师身体健康状况表

医院		在上一年您认为自己的身体健康状况				合计
		很好	好	一般	差	
三级	人数	66	282	876	262	1486
	百分比 (%)	4.4	19.0	59.0	17.6	100.0

二级	人数	68	207	420	86	781
	百分比 (%)	8.7	26.5	53.8	11.0	100.0
一级	人数	22	62	54	6	144
	百分比 (%)	15.3	43.1	37.5	4.2	100.0
其他	人数	21	18	43	12	94
	百分比 (%)	22.3	19.1	45.7	12.8	100.0
合计	人数	177	569	1393	366	2505
	百分比 (%)	7.1	22.7	55.6	14.6	100.0

$\chi^2=112.02, p=0.000$

附表 6-2 不同医院医师的健康状况平均秩

医院	N	Mean Rank
三级	1486	1351.76
二级	781	1161.95
一级	144	850.41
其他	94	1064.94
Total	2505	

附表 6-3 不同级别医院医师健康状况多重比较表

比较组	统计量 Z 值	P 值	检验水准 α^{**}
三级与二级**	-6.687	0.000	0.008
三级与一级**	-8.884	0.000	0.008
三级与其他**	-4.027	0.000	0.008

二级与一级**	-5.275	0.000	0.008
二级与其他	-1.513	0.130	0.008
一级与其他	-1.803	0.071	0.008

* 因需要比较 6 次，故选检验水准 α'

** 差异有显著性

附表 6-1 是双向有序属性不同的行列表，比较不同医院医师的健康状况有无差异，宜选择 Kruskal Wallis H 秩和检验。经检验 $X^2=112.02$ ， $p=0.000<0.05$ ，差异有显著性，可以认为不同级别医院医师的健康状况不同，从表 6-2 可知，三级医院医师健康状况自我评价最差，二级次之，一级最好。经两两比较二级与其他、一级与其他医院医师的健康状况没有显著性差异，其他两两之间均有显著性差异(见附表 6-3)，说明三级医院的医师认为自己健康状况较差，这可能与三级医院医师每周平均工作时间过多，身体过于疲劳有关系。

表 6-4 各年龄组医师身体健康状况表

年龄(岁)		在上一年您认为自己的身体健康状况如何				合计
		很好	好	一般	差	
25~	人数	105	270	728	184	1287
	百分比(%)	8.2	21.0	56.6	14.3	100.0
36~	人数	44	193	453	119	809
	百分比(%)	5.4	23.9	56.0	14.7	100.0
46~	人数	34	108	200	63	405
	百分比(%)	8.4	26.7	49.4	15.6	100.0

合计	人数	183	571	1381	366	2501
	百分比(%)	7.3	22.8	55.2	14.6	100.0

$\chi^2=2.373, p=0.304>0.05$

由表 6-4 可知，不同年龄的医师认为自己身体健康状况好坏不同，但经检验差异没有显著性(Kruskal Wallis H 秩和检验, $p>0.05$)，因此还不能认为不同年龄组的医师身体状况不同。

上述数据说明，医师的身体状况需要关心，尤其是三级医院医师的身体健康尤其值得关注。

与此相匹配的问题是“医师认为自己的健康状况是否对其工作和生活产生了影响”，21.49%的医师认为身体健康对自己的工作与生活完全没有影响，有 78.51%的医务人员认为自己的身体状况已经影响到工作和生活；医师由于工作压力大而影响到其情绪和精神状态，对于这一影响(多选)，54.66%的医师认为会导致其在完成工作或其他活动困难增多，32.06%的医师认为干事情不如平时仔细。

工作时间较长，休息不好会导致焦虑、失眠、记忆力减退、有可能使身体处于亚健康状态。人们常说的“过劳死”实际是长期过度的劳累，引发人体心衰、肺衰、肾衰、心肌梗塞、脑溢血等病症造成的猝死。这种猝死的死因主要是冠心病、主动脉瘤、心瓣膜病、心肌病和脑出血，与一般猝死没什么不同。只不过这些病的潜在性使过劳者忽略，以至酿成严重后果。但若没有过度劳累这个诱因，猝死可能就不会发生。

早在 2010 年卫生部门曾做过一项调查，在 4032 名受访医师中，1/4 患有心血管疾病，近一半医师有高血压，40 岁以上医师的患病几率是普通人群的 2 倍，高血压、高血糖、血脂异常、超重肥胖、脂肪肝等心脑血管疾病风险因素的检出率逐年

升高，医院在单位体检过程中发现的恶性肿瘤数量也在逐渐上升。医师在超负荷地拯救患者生命，他们付出的除了医术，还有自己的健康，甚至生命。因过度劳累导致突发疾病离世的报道近些年就频频发生。来自中国医师协会麻醉医师分会的数据显示：从2012年11月到2014年4月，近一年半的时间里，全国范围内共发生七起麻醉医生猝死事件，死者的年龄段都在30岁左右。

为了减少医师猝死事件，2014年11月底，上海市医师协会麻醉科医师分会自发制定了专家建议稿的《上海市麻醉科医师劳动保护条例(草案)》，这也是国内首个由医师协会出面，为本行业医师的职业安全所倡议的劳动保护条例草案，虽然该草案若要通过地方立法，还有非常漫长的道路要走，但至少这表明了医师健康需要保护的强烈呼声。

究其原因，医师长期处于“战时状态”的工作环境导致了医师较高的精神压力，这一压力最终影响到了医师的情绪和健康。关爱医师、关注医师健康，保证医师队伍的身体健康是医疗卫生事业健康发展的前提和保障。

建议：

1. 全社会和各级主管部门都应该高度重视并关心医师的身心健康，定期为医师健康查体，及时发现医师身心健康问题；
2. 国家出台保障医师健康的有效措施，规范工作制度，保障医师劳逸结合；
3. 广大医师要关心自己的健康，主动积极地进行自我调节，注重劳逸结合，参与文体活动，减少吸烟饮酒，改变和抵制不健康的生活方式。

(七)医疗暴力

一段时期以来医患关系紧张、医疗纠纷增多，随之而来伤医事件也不断出现。对医疗暴力问题，我们不仅进行了问卷调查，还就此问题和很多医师进行了深入交流，医师普遍感到执业中的人身安全和人格尊严得不到保障。

我们认为，医疗暴力应当包括语言暴力和行为暴力。2014 年调研结果显示，59.79%的医务人员受到过语言暴力，13.07%的医务人员受到过身体上的伤害，仅有27.14%的医务人员未遭遇过暴力事件。有73.33%的医生要求在《执业医师法》修改时加强对医师的权益保护。

根据医师协会调查统计截止到2015年之前医师受到伤害事件逐年增高。(附图7-1)

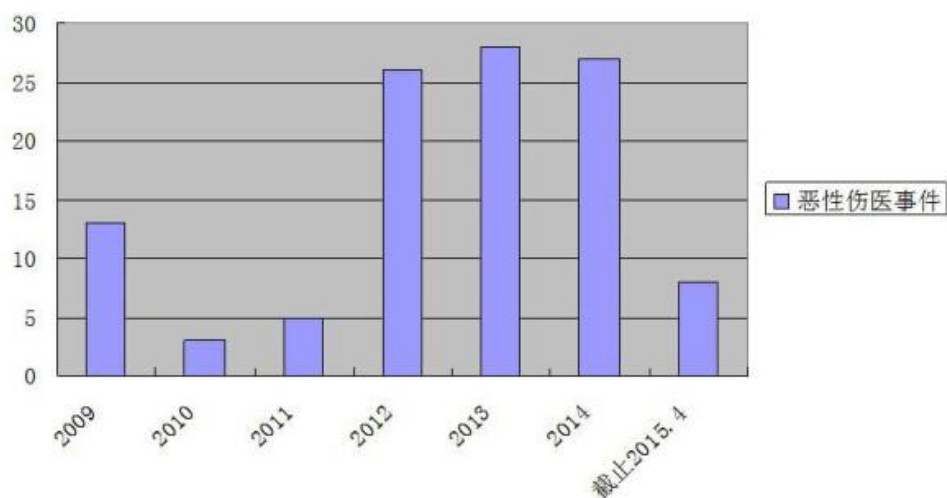
附图 7-1 医师受到伤医事件



根据《中国青年报》2014年02月26日07版报道数据和官方网站统计医师受到恶性伤医事案件总数见(附图7-2)。

附图 7-2 医师受到的恶性伤医事件

2009年—2015年4月医师受到恶性伤医事件



对于处理医疗纠纷和遏制暴力伤医事件的发生，社会各界献计献策，但我们认为加大执法力度对维护社会秩序和法律尊严的维护有着更加积极的意义。

附表 7-1 解决医患纠纷的途径表

解决医患纠纷途径	例数	是	%
双方自行协商	2638	990	37.5
诉诸于法律	2638	1537	58.3
第三方调解	2638	1437	54.5
通过保险	2638	888	33.7

由附表 7-1 可知，作为医师认为解决医患纠纷的途径首先应为诉诸法律，其次为通过第三方调解，可见，要解决医患关系紧张，防止暴力事件发生，还需要执法机关的积极作为。

为了遏制伤医事件，中国医师协会做了大量的工作，包括对受伤医师的慰问、在媒体上的呼吁以及向政府机构提诉求。2013年10月25日浙江温岭伤医案发生后，

中国医师协会联合中华医学会、中国医院协会、中国卫生法学会共同发出了“医疗暴力零容忍”的呼声。

2013年10月28日中国医师协会张雁灵会长在“医疗暴力零容忍呼吁会”上指出：

第一，我们四个行业协会联合发表声明，对医院的医疗暴力行为零容忍。第二，我们呼吁全社会关注这一暴力伤医事件，呼吁司法机关对伤医的犯罪分子，一定要从严、从快、从速严惩。第三，我们呼吁公安部门把医院作为公共场合并加以保护。医院是真正的公共场合，那里的群体多数是患者，也有医务人员。这样的场所，更需要保护，如没有安全，伤害的不仅是医生，还有患者。医院是储存人生命和健康的地方，它比银行还重要，为什么对这样一个场所不加保护呢？第四，我们要呼吁医院的行政领导，应该对伤医事件承担起第一责任，还要做好医生的自我防范，印制防范指南，增强防范意识。第五，呼吁建立对受到伤害医务人员的赔偿制度，可以建议设立国家或者医院赔偿规定，对因公在岗位上牺牲的医务人员要给予荣誉认可。许多患者是没有赔偿能力，这个赔偿由谁来赔？我看首先因公在岗位上应该给他予以认可，比如说因公牺牲了等等这样的认可。我们将以协会的名义给患者，给医院，给当地政府，发出函信，督促他们处理好这起事件。

同时，我们也应该研究进一步加强行业队伍的建设问题。加强自律，加强医患沟通十分重要，要换位思考，要以脱下白大褂，换上病号服的心态去体会患者。所以加强人文教育，加强医患之间的沟通是我们行业协会和医生共同讨论和推进的大事情，非常重要。

中国医师协会的呼声和医疗界广大同仁的强烈呼吁引起了社会的关注。

2013年10月31日，公安部在其官方网站上发布信息指出，对于暴力伤医行为，各地公安机关要始终坚持零容忍，依法严厉打击各种侵害医务人员的违法犯罪行为，

进一步加强对医院安全保卫工作的检查指导，切实维护医院正常的医疗秩序，坚决遏制侵害医务人员的违法犯罪行为发生。

党和政府十分关心医患关系的改善和维护正常医疗秩序保护医护人员安全问题。2014年两会期间习近平总书记在参加贵州代表团审议时，针对暴力伤医问题明确表态：必须维护医院的正常秩序、保护医护人员安全、任何伤害医护人员的违法行为都要依法严肃处理。

为了缓解医患关系紧张的问题，国家卫生计生委从两方面进行了综合治理。首先，为了提高患者满意度，原卫生部就促进良好医患关系提出了“三好一满意”的服务理念，要求医疗服务机构和医疗人员树立良好的医德医风，视病人为亲人，更好地提高自身的服务水平和患者的满意度；其次，原卫生部与公安部联合发出《关于维护医疗机构秩序的通告》，对于社会上包括“医闹”等造成医患关系紧张的行为采取严格的处罚、追究刑责的措施，依法严厉打击侵害医务人员和扰乱医疗机构秩序的违法犯罪活动。

为了确保处置涉医违法犯罪有法可依，国家又出台了一系列措施：2014年3月，公安部印发《公安机关维护医院及周边治安秩序六条措施》；同年4月，高法、高检、公安部、司法部和国家卫生计生委共同印发《关于依法惩处涉医违法犯罪维护正常医疗秩序的意见》。不仅如此，国家卫计委还会同有关部门根据“预防为主、标本兼治、打防并举、健全机制”的原则，连续打出了以法律为抓手的“组合拳”，在开展打击涉医违法犯罪专项行动的同时，建立并完善了“三调解一保险”的长效机制。简单来说，一旦出现医患纠纷，不再仅限于院内调解的方式，而是增加了人民调解和司法调解，同时还借助以医疗责任保险为主的医疗风险分担机制来缓解医患矛盾。

这些综合措施确为医患关系的改善起到了一定作用，2015 年见诸媒体的伤医事件明显减少。2015 年最高人民法院、最高人民检察院在两会期间，均把严惩暴力伤医事件写入工作报告。我们期望各级行政司法机关在各自的范围内依法打击涉医违法犯罪，维护正常医疗秩序和医护人员人身安全，为改善医患关系做出贡献。

需要指出的是，在调研走访中，我们发现很多医师认为医疗机构在伤医事件中所采取的措施没有让医师感到受到保护。调研数据表明，发生伤医事件时，院方采取不顾是非息事宁人和无任何表示的占到了 41.86%，这一调研数据是令人痛心的。医疗机构作为医师执业的场所，于理于法均有保护医师的义务，如果发生了伤医事件，医疗机构应当理直气壮地为医师维权，以维护法律的尊严和医师的合法权益。本次调研中，关于在处理伤医事件时，医疗机构应该做哪些工作的问题中(多选)，78.87%的医务人员认为医院应该为医生提供人身安全保护，70.86%的医务人员认为医院应该为医生提供相关法律支持，46.81%的医务人员认为医院应该为医生提供心理健康咨询，55.89%的医务人员认为医院应该协助调解医患之间的矛盾，50.90%的医务人员认为医院应该为医生支付相关医疗费用。

在此，我们强调医疗机构作为医师的执业场所，对医师执业过程中的安全保障有着直接的法定义务，我们希望医院管理者加强平安医院建设，减少伤医事件的发生，力争为医生创造更好的执业环境，也为患者创造更为有序的就医环境。

(八)医维基金

近年来我国的医疗卫生事业成绩显著，但社会转型期导致的医患冲突时有发生，伤害医师事件屡屡见诸报端。为了向受伤害医师提供维权和救助，同时为国家相关法律法规的制定提供研究和建议，2013 年 6 月中国医师协会和天津天士力集团设立了中国医师协会天士力医师维权救助专项基金，简称为“医维基金”。该基金成立的意义在于为医师无偿提供法律援助和救助。同时，还组建了医师维权律师团，履

行为全国医师维护合法权益的职责。截至 2014 年底，医维基金先后为医师维权支付资金达上百万元。2014 年，医维基金在浙江省、辽宁省召开多场免费的法律培训、在天津市召开十余场免费法律培训、海南省召开一场免费法律培训，共培训医师三千余人，上述培训得到了当地医师的一致好评。

为了了解“医维基金”在医师中的普及程度，我们在 2014 年调研中也设计了相关题目，结果显示 10.39%的医师对医维基金较为了解，23.35%的医师听说过“医维基金”，但仍有 45.60%的医师不知道“医维基金”的设立，这表明“医维基金”在医师群体中已经有所认知，但认知程度还不够，建议：建立维权流程机制，市级省级国家级医师协会要有一个机制。医师协会在推进基金的社会认可度上还有很多工作可做。

(九)媒体在医患关系中的作用

媒体在医患关系中所起的作用一直是广大医务人员热议的话题。2011 年调研中，医务人员认为医疗场所暴力的原因(多选)如下：55.66%的医师在选项中选择了社会对医师的偏见，53.75%的医师在选项中选择了媒体的负面报告，23.49%的医师在选项中选择了医方服务态度及沟通不到位，20.98%的医师在选项中选择了患方经济压力过大，20.65%的医师在选项中选择了患方对疗效不满意，还有 15.79%的医师在选项中选择了患方一时的冲动。由此可见，社会对医师的偏见及媒体的负面报告是造成在医院场所内针对医务人员的暴力行为时常发生的主要原因。

2014 年调研中，我们对医疗场所内针对医务人员暴力行为的原因进行了调查(采用多选题的形式)，有 84.31%的医师选择了媒体负面报道，75.51%的医师选择了社会对医师的偏见，60.24%的医师选择了患方对疗效不满意，59.78%的医师选择了医方服务态度及沟通不到位，55.31%的医师选择了患方经济压力过大，还有 50.38%的医师选择了患方一时的冲动。

上述数据说明，造成医疗场所暴力的原因是多方面的，值得我们注意的是，在众多的原因中，医师们更多地选择了媒体的负面报道，这一结果值得新闻界的朋友们深思。

在过去的一段时间里，涉及医院的负面报道大量存在，这种报道经过不断发酵会引起个别极端性格的人的强烈反应，就可能造成伤医事件。而这种不良的示范效应又经过媒体报道不断强化，结果造成恶性循环，暴力伤医事件不断发生。

我们认为负面新闻报道从媒体监督的角度有其自身的意义。问题在于不断出现负面涉医报道之后，恶性伤医事件也不断出现，在这种情形下，我们请新闻届的朋友进行一下思考：如何恰当的定位医患关系？中国社会想要什么样的医患关系？

医疗界尊重媒体的监督权，媒体用什么样的态度对待医疗不良事件值得深思。

一个不容否认的事实是，中国医师用较少的医疗经费负担起了十三亿人口的医疗问题，这一点是值得肯定的。我们希望，媒体从业人员用手中的笔加强医患之间的良性互动，让我们的社会更加美好。

医患之间是最大的信托关系，医患之间不应有敌意，这一信息需要媒体向全社会予以转达。我们相信，中国的新闻工作者一定能成为医患之间最好的沟通桥梁。

(十) 医疗责任保险

在我国医疗损害赔偿制度中，缺乏药害救济制度(因正当使用合法药物而遭受损害的救济制度)和医疗意外补偿机制，这两项制度的建立对缓解医患之间的冲突能起到非常好的作用。

在医疗责任保险化解医疗纠纷问题上，2009年调研中，被调查医师积极支持医疗责任保险的占47.39%，认为不仅积极支持还应强化到政府下令按交强险模式处理的占32.43%，不了解不支持的占20.2%，该组数据说明医师风险分担意识在强化，进一步推广医疗责任保险很有必要。

2011年受调研的医师中,仅有13.07%的医师认为医疗责任险有效地解决医师的后顾之忧、妥善解决医疗纠纷,而认为医疗责任险不能有效解决医疗纠纷的比例达26.90%。这说明我国医疗责任险的实施效果有限。

医疗责任险设计的初衷是解决医患之间利益上的分歧,高风险行业进行责任风险投保也是国际惯例。我国很多地市都有医疗责任保险制度。2014年受调研的医师中,38.32%的医师不清楚医疗责任险能否缓解医患冲突,32.52%的医师认为不能缓解医患冲突,只有24.30%的医师认为能缓解医患冲突。这说明我国医疗责任险的实施为缓解医患冲突尚有许多工作可做。

为更好发挥医疗责任保险在医疗纠纷化解、医疗风险管理方面的作用,进一步健全医疗责任保险制度,提高参保率和保险服务水平,国家卫生计生委会同司法部、财政部、中国保监会、国家中医药管理局印发了于2014年《关于加强医疗责任保险工作的意见》。意见提出,各地要统一组织、推动各类医疗机构特别是公立医疗机构参加医疗责任保险,即由医疗机构购买医疗责任保险,一旦发生医疗损害责任事件,由保险公司代为赔付。到2015年底前,全国三级公立医院参保率应当达到100%;二级公立医院参保率应当达到90%以上。

我们认为,政府不仅应当加强医疗责任保险的推进,还应当积极推进医疗意外险,甚至应当进行强制医疗责任保险的立法。

我国建立医疗损害责任强制保险制度必要性在于:

1、医疗风险的不可避免性,需要建立医强险。

医疗行为具有实验性和摸索性,医学发展和医疗风险并存。从医学规律来看,无论医生怎样尽善诊疗和注意医务,都不能使诊断尽善尽美,医疗风险始终存在。医疗风险的不可避免性,要求有相应的风险分散机制与之相适应。医强险的产生正是源于医疗风险的存在。而目前我国社会上医疗风险已成为社会风险,其风险社会

化、骤然化且无法有效分散的特点，和人们需要在一定范围内分散不可避免的社会风险的要求，必然需要一种强制保险对此予以解决。

2、强制保险的特点能够很好的解决目前医责险的困境

目前医疗责任保险的医疗机构数量不多、覆盖面小，保险公司无法按照大数法则来科学合理地计算保险费和设计保险条款，导致目前的医疗责任险产品不太符合市场需求，同时自身经营也存在较大风险，以至于保险公司也普遍看冷这个保险。而建立医疗损害强制保险制度将有助于解决这个困境。

3、“医强险”有利于保护医患双方。

我国目前的保险体系中，“交强险”是大家认可度比较高的一个险种。其基本目的是为保护处于相对弱势一方的交通事故受害者，加强对机动车驾驶人或控制人的责任，其目的单一、明确。但医强险的目的不能仅仅保护弱势一方的受害患者，同时也要保护医师，关注医学的发展。医学因医务人员对疾病的探索而获得发展，在现行过错归责下，为避免过错，医疗机构可能尽量采取没有风险或较低风险的保守治疗方式，这使医疗机构难以在新领域对医疗方法进行创新，将严重阻碍医学科学的发展。

安全的执业环境才能促进医学的发展。安全的执业环境包括内心自尊满足所产生的安全感和外在制度保障所产生的安全感。医师内心自尊的满足来自于患者的肯定评价，那就要求医师有高超的医术和良好的医德。而医疗风险的不可预测性使医师需要有外在的制度保障其职业的安全。现代医学及医疗技术的高风险性需要建立系统的责任风险转移机制来分担医疗风险，从制度层面使医师在高风险环境下能够潜心技术的提高和研究，同时化解医患矛盾、缓解紧张的医患关系。从这个层面上说强制医疗保险必将有助于创造良好的医疗环境，从而促进医疗事业健康持续发展。

如果国家建立医疗责任强制保险，就可以同时建立药害救济制度和医疗意外补偿机制。这对保护患者的权益，建立和谐的医患关系有非常积极地意义。

第三部分 结束语

医乃仁术，医患之间应当是最大诚信的合作关系，今天我们把调查的医师执业状况客观地反映给社会，我们希望这一数据能引起社会的理性看待和高度重视。人的生命健康需要医师的帮助，医患之间需要互信，在这一过程中，任何负责的社会成员都应促进双方的沟通、和谐；各级行政机关有义务采取各种措施严格执法，维护医疗机构的秩序和医务人员的人身安全。

中国医师协会不仅是医师之家，同时我们还希望能成为医患之间沟通的桥梁。为了达到医患和谐的美好愿景，我们呼吁：

- 1、全面加强医疗卫生法制建设，使医师权益保护、医疗纠纷的处理有法可依；
- 2、医师多点执业尽快在立法层面予以确认；
- 3、加强司法和执法力度，严厉打击涉医违法犯罪，为医师执业环境和患者就医环境的改善提供有力的执法保障；
- 4、希望媒体加大医患互信的正面宣传力度，做医患沟通的美好信使；
- 5、医疗机构采取切实有效的措施深入贯彻医改，提高医师合法收入并加强对医师合法权益的保护；
- 6、全国医师应当恪守执业道德、遵守《中国医师宣言》，为患者提供更为安全优质的服务；
- 7、希望广大患者加强和医师的交流，尊重科学，依法维权；
- 8、希望政府加强医疗责任保险的推进，积极推进医疗意外险，必要时设立医疗责任强制保险。

中国医师协会

2015年5月

特别鸣谢

天津天士力集团 河南大学第一附属医院

鸣谢

在多次调查问卷发放过程中，中国医师协会天士力医师维权救助基金的律师团成员及有关单位给与了大力支持，在此一并鸣谢。

北京医师协会

广东医师协会

浙江医师协会

河北医师协会

山西医师协会

吉林医师协会

山东医师协会

河南医师协会

海南医师协会

云南医师协会

甘肃医师协会

湖南岳阳医师协会

首都医科大学附属北京友谊医院

首都医科大学附属北京安贞医院

北京积水潭医院

河南大学医学院

首都医科大学附属北京儿童医院

北京大学肿瘤医院

厦门市卫生局

山西杏梅律师事务所

广西科豪律师事务所

浙江天卫律师事务所

北京天用律师事务所

[1] 《中国医学论坛报》，刘伟杰，2012年6月4日