

目录

前言	2
第一部分 调研方法思路与调研基本数据	3
第二部分 调研结果与分析	5
一、医师执业环境	5
二、医患关系现状的成因	11
三、医师的周工作时间与休假	16
四、医师年收入	21
五、医师的执业态度	25
六、医师多点执业	31
七、医师对医改的态度	44
八、医师的职业压力	53
九、医师的健康状况	69
十、医师的工作生活满意度	80
第三部分 结束语	96
鸣 谢	97

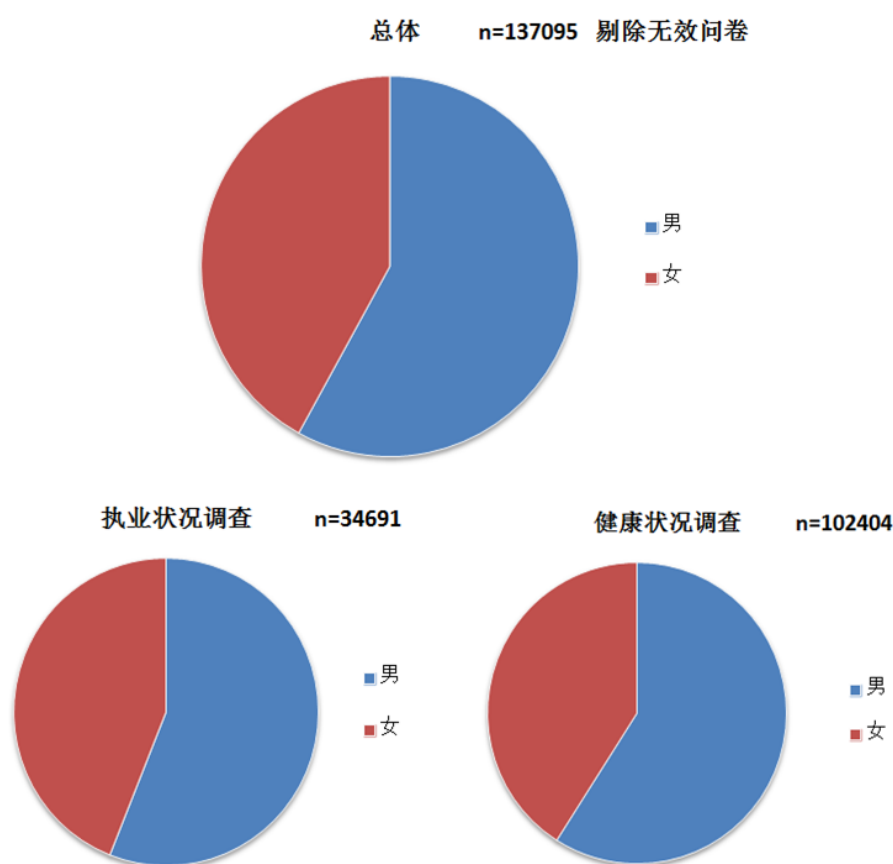
前 言

2015 年中国医师协会根据 2009 年、2011 年和 2014 年三次医师执业状况调研出具了《中国医师执业状况白皮书》。两年来，医师的执业环境发生了明显变化。2016 年 8 月 19 日我国召开了卫生与健康大会，习近平总书记亲自到会并作了重要指示，中共中央、国务院于 2016 年 10 月 25 日印发了《“健康中国 2030”规划纲要》。2017 年习近平总书记在对卫生计生工作作出重要指示时强调“要通过多种形式增强医师职业荣誉感，营造全社会尊医重卫的良好风气”。2017 年 7 月，中国医师协会上线了“医师执业信用管理系统”，这是一个信用自律系统，目的是让社会监督、让公众监督，促进行业自律。健康中国的实现离不开呵护人生命健康的医师队伍，了解这支队伍、管理好这支队伍关乎健康中国的宏伟大业。

2016 年到 2017 年中国医师协会在全国进行了大样本的调研，全国共计 4.46 万家医院的医师参与本次调研，共约 14.62 万医师完成了问卷调查。在此基础上，我们出具了本白皮书。我们希望通过本白皮书能够让社会对中国医师的状况有一个更好的了解，让社会关注医师的执业状况、关心医师的健康，营造尊医重卫的社会风气，早日实现健康中国。

第一部分 调研方法思路与调研基本数据

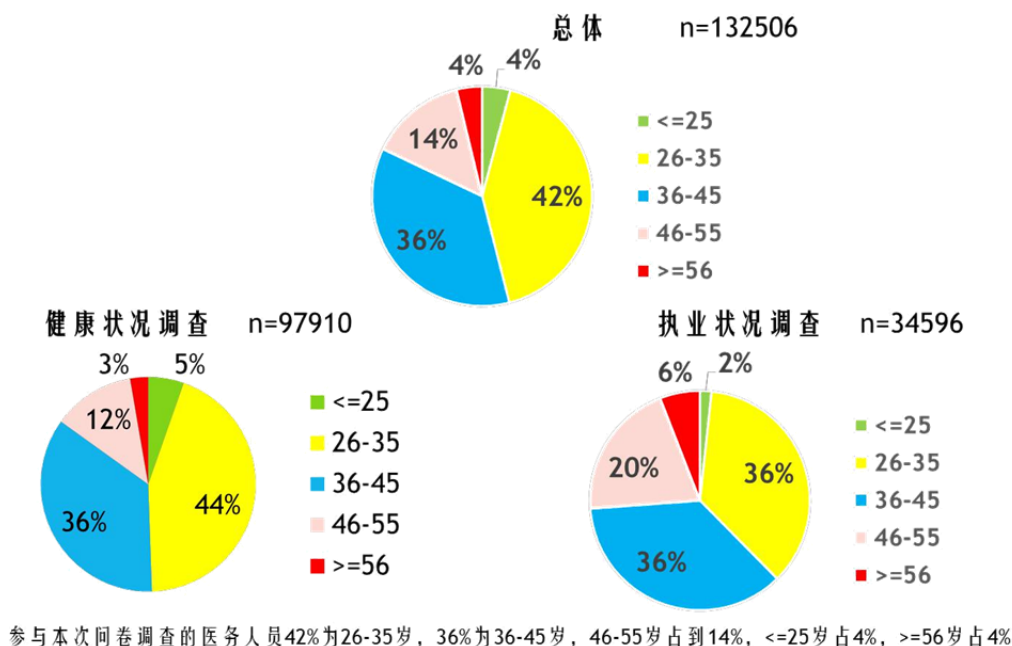
中国医师协会 2015 年白皮书采取的是发放调查问卷与当面访谈相结合的形式，本次白皮书的基础数据是 2016 年、2017 年两年间我们通过定性访谈、定量问卷调查、定量在线调查的方式完成。本次调查是迄今为止针对医师群体最大规模的执业状况调查，在问卷的设计上，今年将调查内容分成执业状况和健康状况两份问卷分别进行，较以往的调查内容更详细、专业性更强。本次调查共完成问卷 146218 份，其中健康状况调查完成 103380 份(包括健康状况调查的深度访谈 238 份)，执业状况调查完成 42838 份(纸质问卷)。



参考 2013 中国卫生和计划生育统计年鉴-执业医师-性别分布：男 57.3%，女 42.7%，本统计结果无大的偏差。

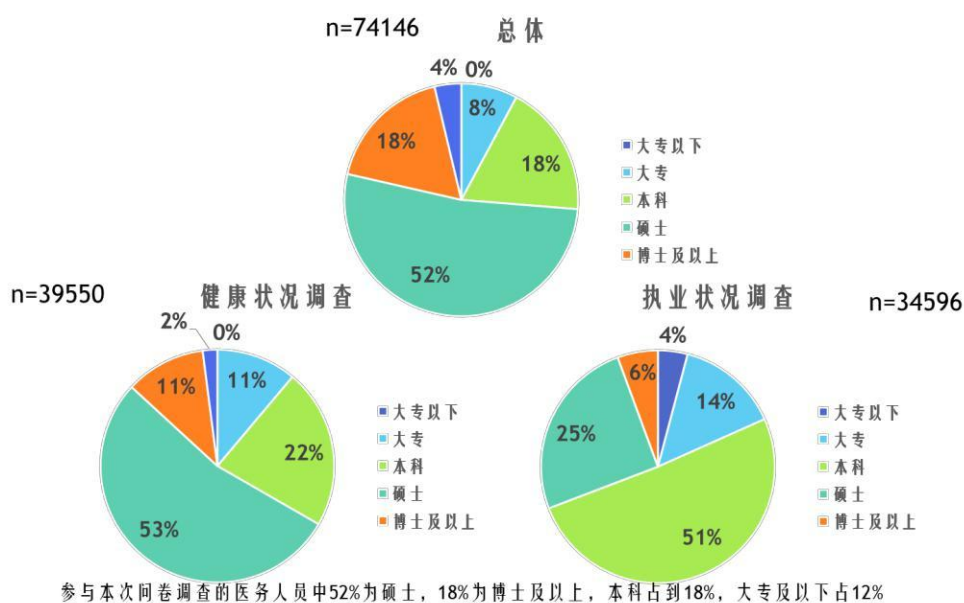
附图-1：性别分布

参与本次问卷调查的医师, 男性占总数的 58%, 女性占总数的 42%, 与 2013 年中国卫生和计划生育统计年鉴中执业医师性别分布比例基本一致, 无大偏差。



附图-2: 年龄分布

参与本次问卷调查的医师 42%为 26-35 岁, 36%为 36-45 岁, 46-55 岁占到 14%, <=25 岁占 4%, >=56 岁占 4%。



附图-3: 学历分布

参与本次问卷调查的医师中 52%为硕士，18%为博士及以上，本科占到 18%，大专及以下占 12%。

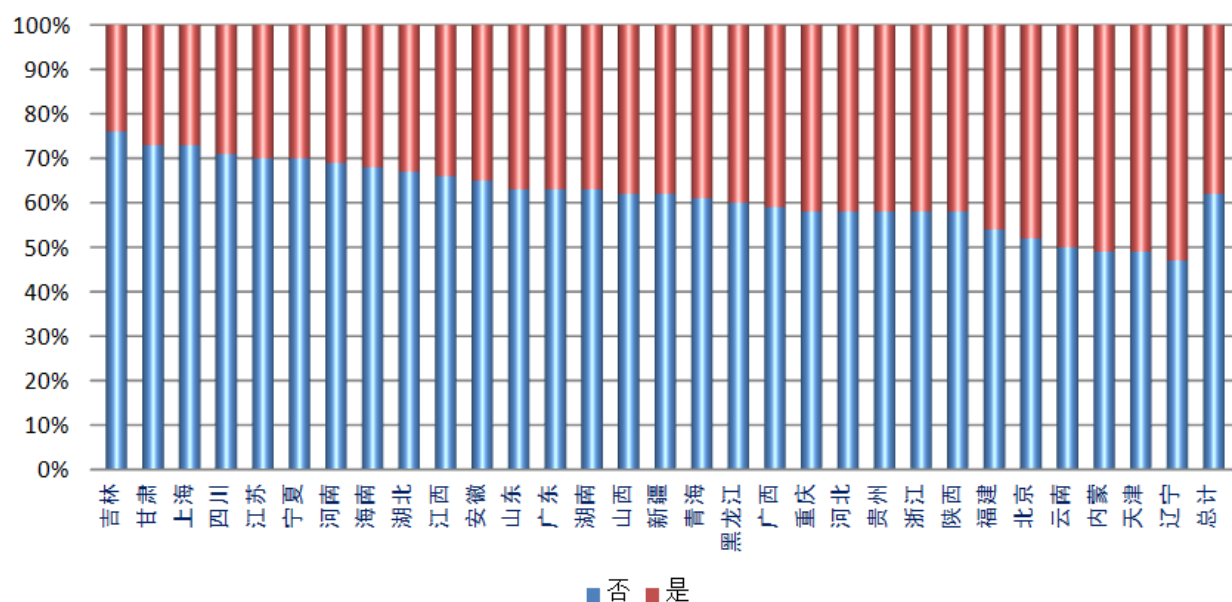
第二部分 调研结果与分析

一、医师执业环境

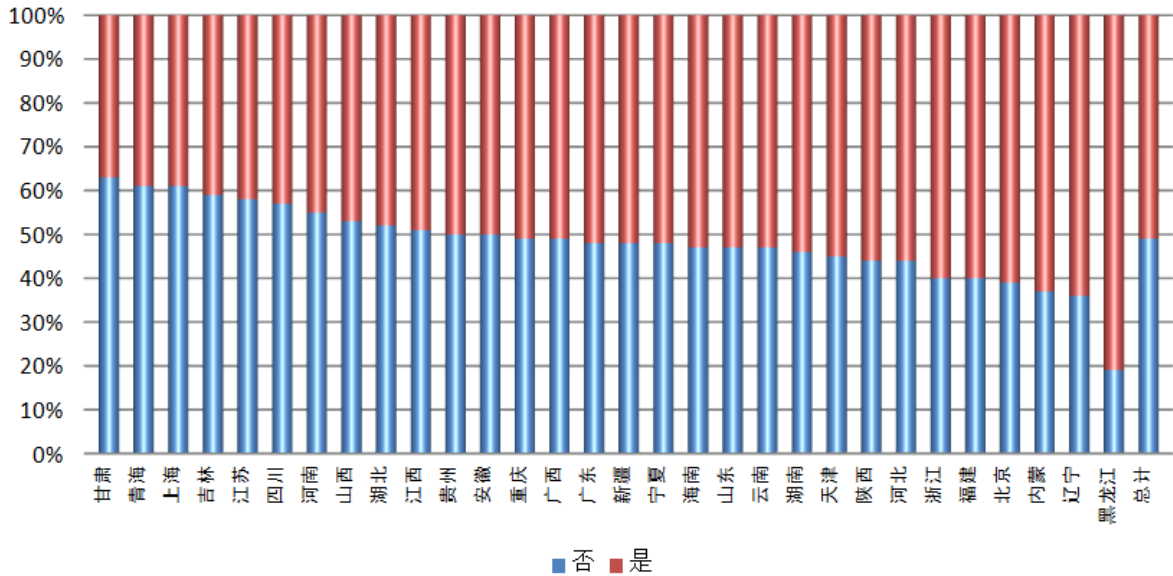
一段时间以来，中国医师的执业环境成为社会关注的热点。为了改善医师执业环境，促进医患和谐，政府采取了各种措施维护正常医疗秩序、保障医师的执业安全。2015 年全国人大常委会在《刑法修正案（九）》中将“医闹”入刑，2016 年 3 月，中央综治办、国家卫生计生委、公安部、司法部联合发布《关于进一步做好维护医院正常工作秩序的通知》，2016 年 7 月，国家九部门开展了“联合打击涉医违法犯罪专项行动”。截止 2017 年 5 月底全国各地公安机关侦破涉医犯罪 1023 起，刑事拘留 1058 人，查处治安案件 4627 起，治安拘留 4732 人，现场制止违法犯罪 1700 起。与此同时，全社会加大了对医师形象的正面宣传，医患关系正在好转。本次调研针对广大医师如何看待执业环境的改善设计了相关题目。

1、医师执业环境是否得到了改善

您认为您的执业环境是否得到了改善？



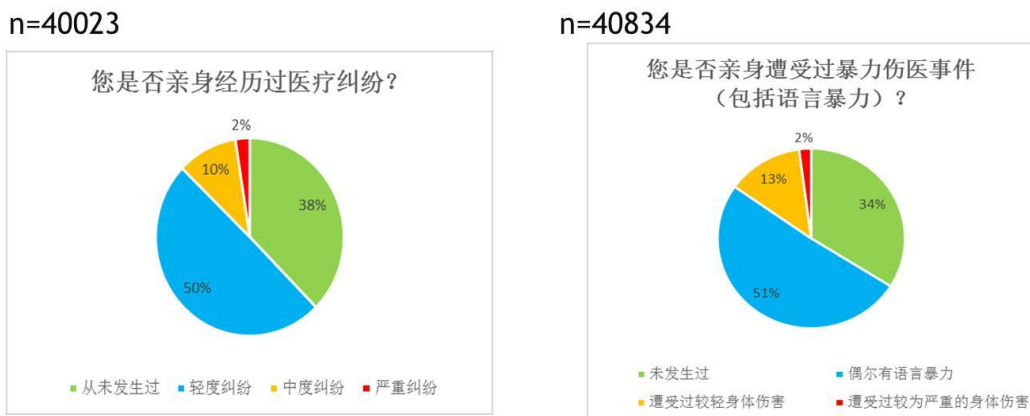
您认为您的工作是否得到社会的认可与尊重？



附图-4：执业环境改善与社会尊重

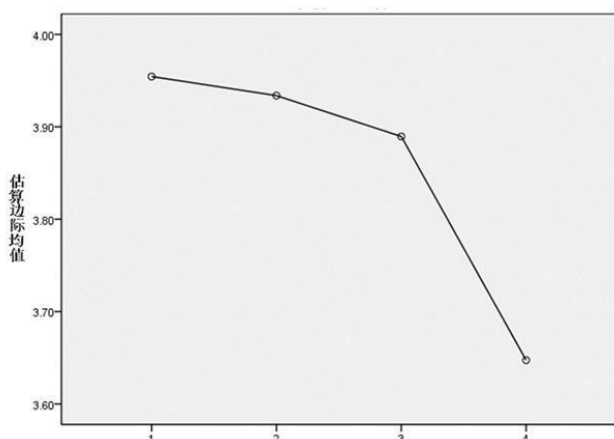
根据国家公布的数据，2016年全国医疗纠纷比2015年减少6.7%，涉医违法犯罪2016年比2015年减少14.1%，医师执业环境的改善是明显的，但本次调研显示仍有62%的医师认为执业环境没有改善，50%的医护人员认为工作没有得到社会认可。这一数据与2015年的数据相近，分析原因可能与医师对自身执业状况改善的关注度增加，但个别地方政府维护医师权益的力度不到位，如陕西省兴平市2017年8月出现医闹事件，在多方催促下，地方职能部门迟迟不予回应，这种做法引起了广大医师的严重不满。个别地方职能部门的这种做法影响了医师的感受，导致一线医师对整体执业环境改善的感觉滞后。另外医疗自媒体兴起，医疗自媒体对涉及伤医新闻敏感等因素有关。呼吁地方政府提高认识，强化措施，充分理解和贯彻中央维护正常医疗秩序的决心，让广大医师有更多的获得感。

2、医疗纠纷

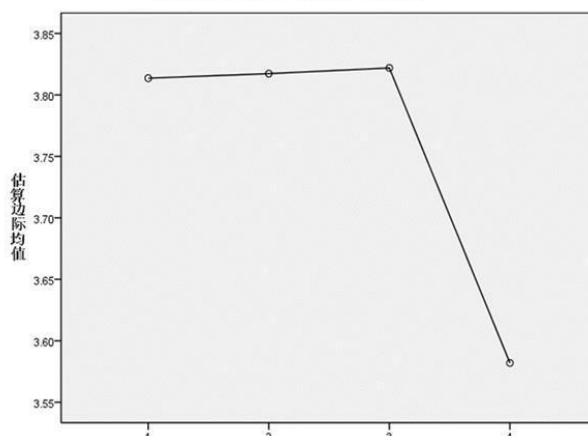


附图-5：是否经历医疗纠纷

医患沟通的有效程度



对医患沟通过程的控制程度



您是否亲身遭受过暴力伤医事件（包括语言暴力）？

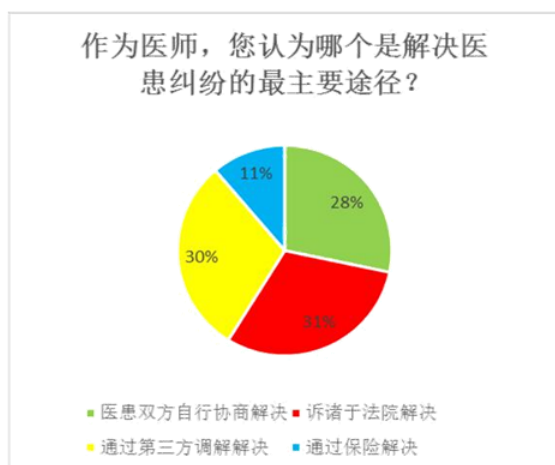
1) 未发生过 2) 偶尔有语言暴力 3) 遭受过较轻身体伤害 4) 遭受过较为严重的身体伤害

附图-6：沟通与冲突的对应图

有 38%的医师从未亲身经历过医疗纠纷，62%的医师发生过不同程度的医疗纠纷；在伤医问题上，34%的医师从未亲身经历过暴力伤医师事件，66%的医师经历过不同程度的医患冲突，但绝大多数为偶尔的语言暴力（51%）。2014 年的调研结果显示，仅有 27.14%的医师未遭受过暴力事件，这一数据变化表明，针对医师的暴力事件以及事件的严重程度均有所下降。

上述附图-6 表明，有效的沟通能减少暴力事件的发生。

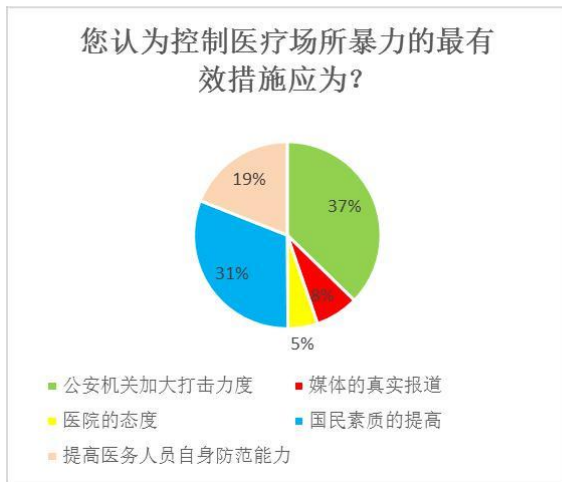
n=40651



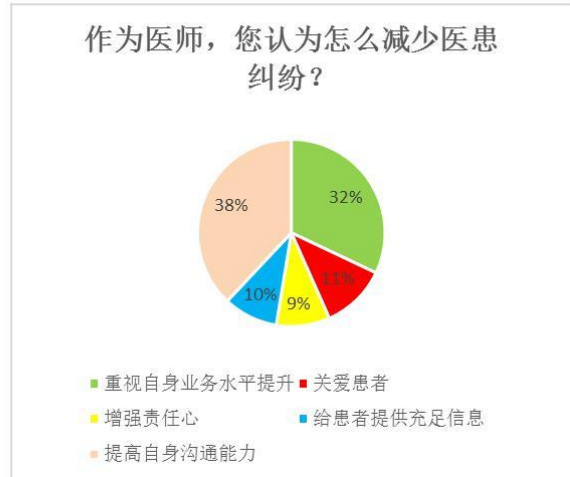
n=40068



n=40236



n=39837



附图-7：解决纠纷途径

医师认为解决医疗纠纷的最主要途径是法律手段 31%、其次为第三方协调 30%、第三位才是医患双方自行解决 28%、有 11%的医师选择通过保险解决；

在伤医事件中，医师认为医疗机构最应该为医师提供人身安全保护 46%、其次是协调医患矛盾 23%、为医师提供法律支持 19%，有 9%的医师选择为医师支付相关费用、3%的医师提出为医师提供心理咨询援助。

医师认为控制医疗场所暴力的最有效应措施为公安机关加大打击力度 37%、其次为国民素质提高 31%、第三位是提高医师防范能力 19%、媒体报道 8%、医院的态度为 5%；在如何减少医患纠纷中，38%的医师认为要提高自身沟通能力、32%的医师提出要重视自身业务水平提升、11%关爱患者、10%是给患者提供充足信息、9%为增强责任心。

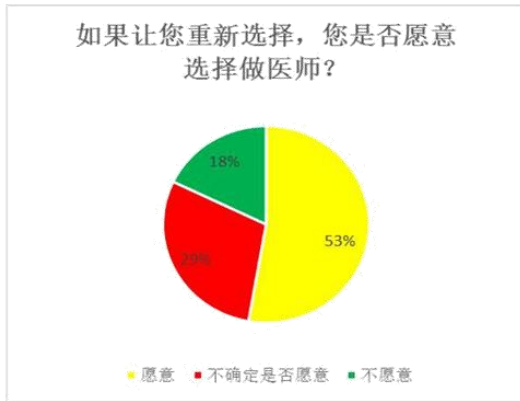
医师认为提高医师防范能力最应该选择的方式，首先是提高沟通技巧 36%；其次是了解患者心理状态，做好预防 32%；19%的医师选择提高解决冲突的能力；13%的医师选择提高自我调适能力；

在医师工作压力的主要来源中，37%的医师认为是工作量大、27%的医师认为患者的期望值太高、19%是医疗纠纷多、15%为伤医事件频发、2%为行业竞争非常激烈。

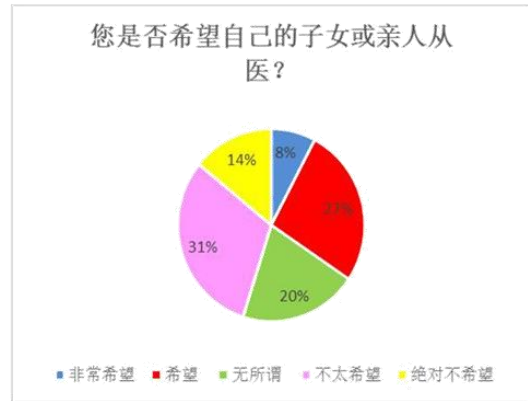
3、从医意愿

多年来，我们一直关注医师是否愿意自己的子女从医这一指标，我们认为通过这一指标能够反映医师对自身职业的看法，从而反映出医师对薪酬、执业安全、社会美誉度的综合评价，这一指标确实起到了预期的作用。

n=40912



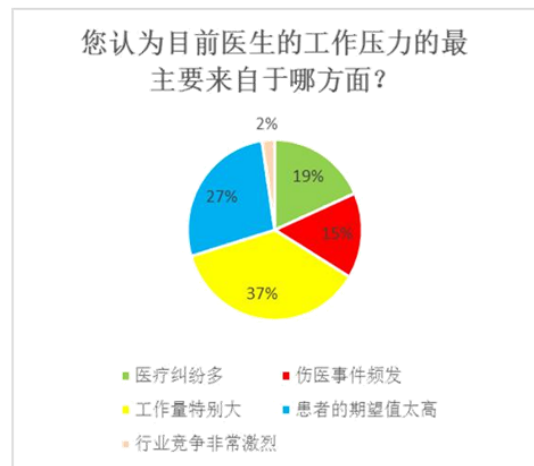
n=40517



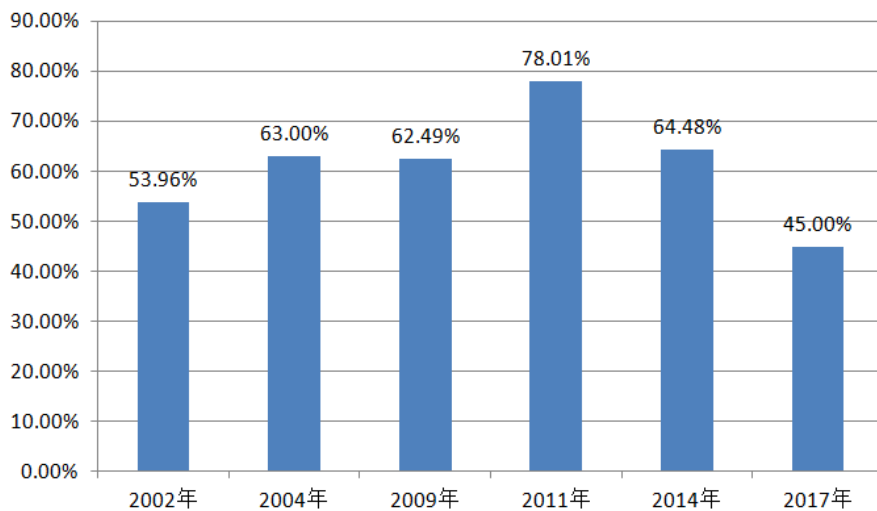
n=40567



n=40890



附图-8：从医意愿

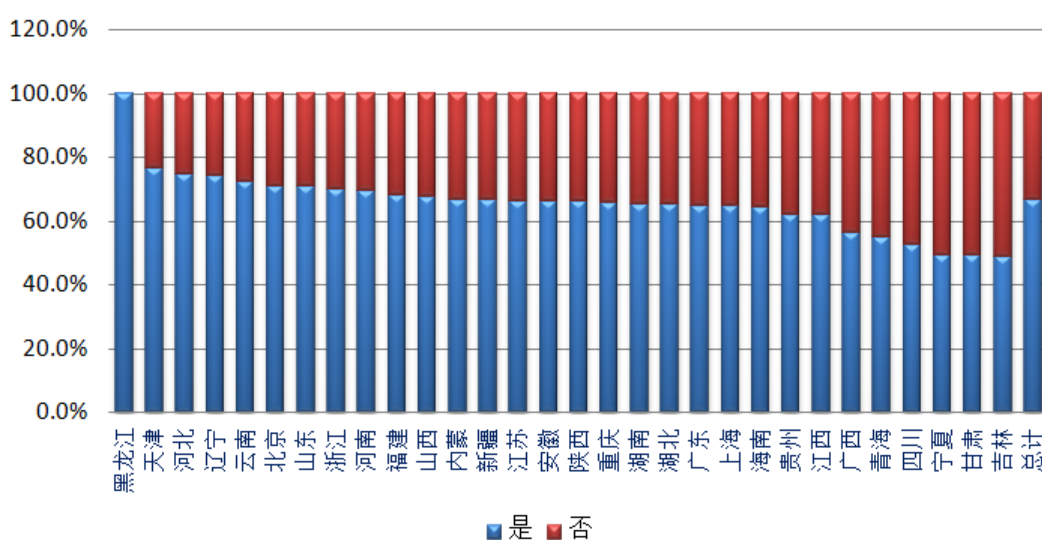


附图-9：历次医师不愿意自己的子女报考医学院校或从医表

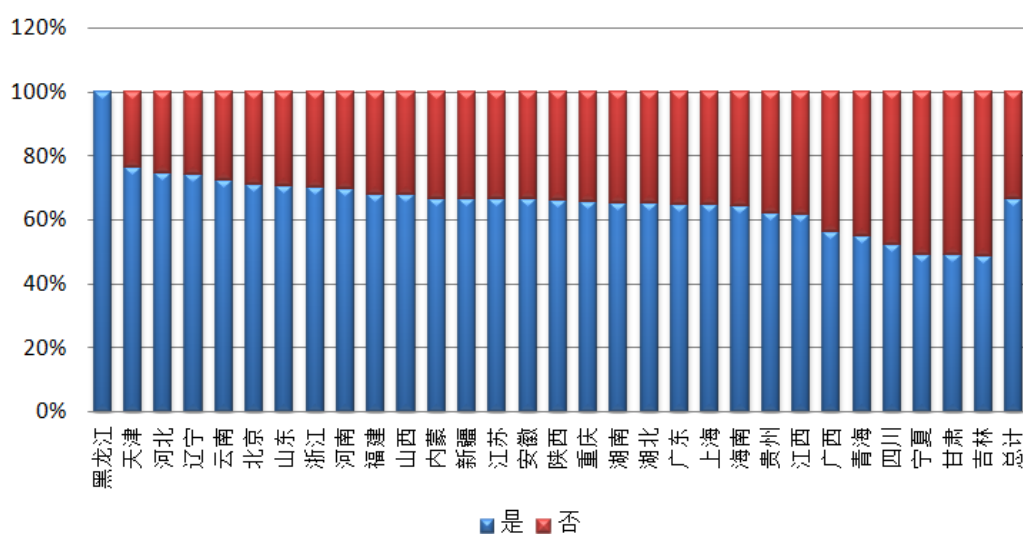
从历次调研看,医师不希望子女从医的比例 2011 年比 2009 年明显升高, 2014 年与 2011 年的数据相比不希望自己子女从医的比例明显下降但仍高达 64.48%。

本次调研在是否希望子女从医这一选题上, 33%医师都非常希望和希望自己子女从医, 31%的医师不太希望子女从医, 14%的医师绝对不希望子女从医, 另 22%的医师选择了不干涉的态度。我们看到虽然仍有 45%的医师不希望子女从医, 但不希望子女从医的比例为历年最低, 这一现象说明医师对自身职业的信心正逐步恢复。交叉分析显示, 不希望子女从医的被调查者主要对医师收入不满意, 这从另一个侧面告诉社会提高医师收入对医师队伍稳定的重要。本次调研结果显示有 53%的医师如果重新选择, 仍然会选择从医。

您认为从医门槛是否需要提高?



医德考核是否应该成为从医的考核门槛?



附图-10: 从医门槛

医疗行业是呵护生命的行业，为了保障人的生命安全，精英教育是本行业的一个特点，调查显示 66%的医师认为从医门槛要提高，医德考核要加强，希望卫生计生行政机关和教育部门关注医师提高从医门槛的呼声。

二、医患关系现状的成因

医患关系现状的成因及解决途径我们共设置了二十六个题目，通过统计分析提取出十五个相关性强的题目，所谓相关性强是指医师认为该因素在医患关系及解决途径中选择频次较高，通过分析将上述二十六个问题分为有利于减少医患矛盾的因素和造成医患关系紧张的因素。有利于减少医患矛盾的因素实际上就是解决的办法和途径，我们作为因素一；造成医患关系紧张的因素实际上就是医患关系紧张的原因，我们作为因素二进行分析。

因素 1：有利于减少医患矛盾的因素（自身+外界因素）

1) 医师自身提升有利于改善医患关系：

①在诊疗过程中与患者建立互信关系有利于减少医患矛盾；

②提高医疗质量有利于减少医患矛盾。

2) 外界因素改善有利于医患关系：

①对医护人员科学配置，使医师有更多时间与患者交流沟通，利于减少医患矛盾；

②完善各项医疗管理制度，减少误诊误治，有利于减少医患矛盾；

③积极建立医疗风险社会保障利于减少医患矛盾；

④完善社会保障体系，使贫困人群享有医疗保障，有助于减少医患矛盾；

⑤媒体应该加强科普宣传，让大众全面了解医学科学，使患者理性就医；

⑥努力降低医疗费用，从源头治理虚高药价，有助于减少医患矛盾。

因素 2：造成医患关系紧张的因素

1) 医患关系紧张是由于缺乏同理心，缺乏对患者关爱造成的；

2) 医患关系紧张是由于医疗服务意识不够造成的；

3) 医患关系紧张是由于责任心不够造成的；

4) 医患关系紧张是由于医师职业伦理缺失造成的；

5) 医患关系紧张是由于医护人员沟通技巧不够造成的；

6) 医患关系紧张是由于给患者提供的信息有限造成的；

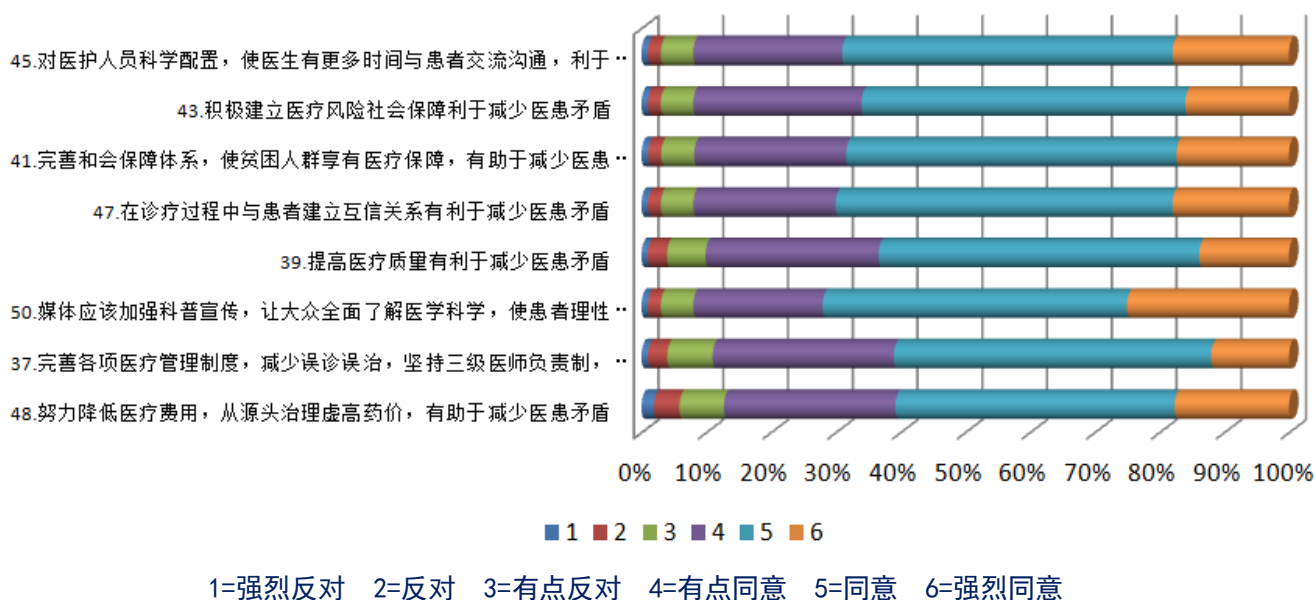
7) 医患关系紧张是由于医疗业务水平存在欠缺造成的。

以下因素经分析不是医患矛盾的主要影响因素：

- 1) 医患关系紧张是由于部分媒体倾向性引导造成的；
- 2) 医患关系紧张是由于医疗体制不合理造成的；
- 3) 医患关系紧张是由于医学科学技术的复杂性，很多问题无法解决
- 4) 国家对非盈利性医院加大投入，使医疗服务价值得到充分体现，提高医师待遇有利于减少医患矛盾；
- 5) 努力降低医疗费用，从源头治理虚高药价，有助于减少医患矛盾
- 6) 患者不单纯追求疾病诊治，而是更加重视自身就医权利和自我保护，这也是导致医患关系紧张的原因之一；
- 7) 弘扬正气，提高医护人员社会地位利于减少医患矛盾；
- 8) 坚决查处对医院和医师的伤害行为，加强法制宣传，提高国民知识水平有利于减少医患矛盾；
- 9) 部分媒体的片面报道对医患关系紧张起了“推波助澜”的作用；
- 10) 一些不合理检查、不合理用药损害了患者利益，导致了医患关系对立；
- 11) 医患关系紧张最终受损害的还是患者，因此患者需要树立与医师“风险共担”的意识。

n=41459

有利于减少医患矛盾的因素



n=41459

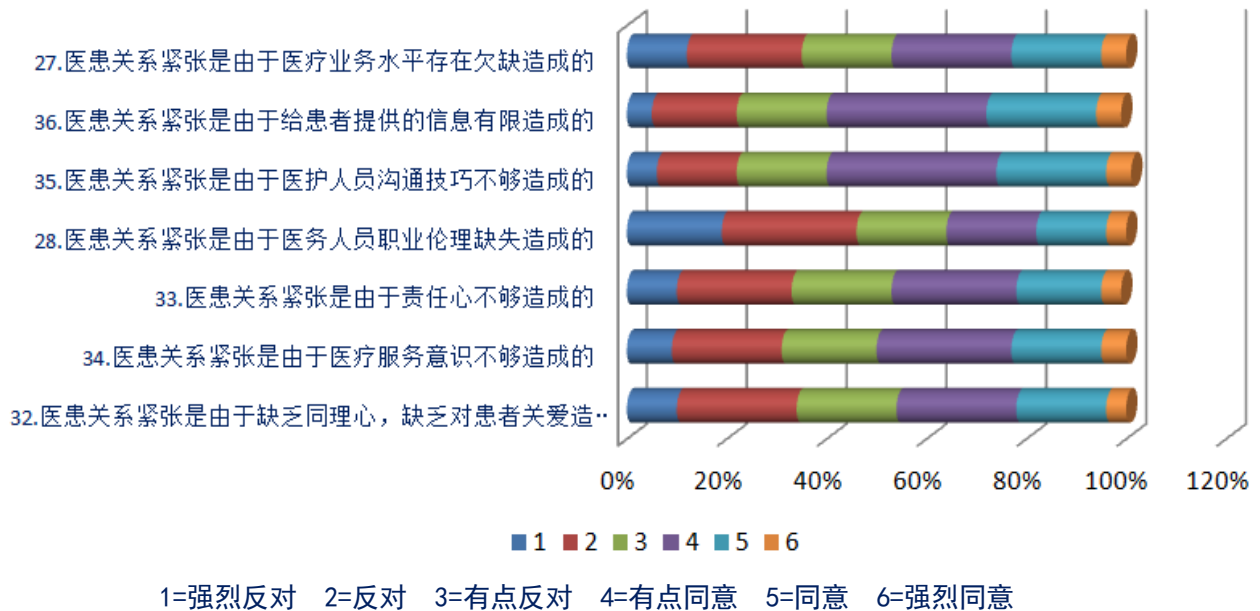
序号	有利于减少医患矛盾的因素	1	2	3	4	5	6	总计
1	48. 努力降低医疗费用，从源头治理虚高药价，有助于减少医患矛盾	2%	4%	7%	27%	44%	18%	100%
2	37. 完善各项医疗管理制度，减少误诊误治，坚持三级医师负责制，有利于减少医患矛盾	1%	3%	7%	28%	49%	12%	100%
3	50. 媒体应该加强科普宣传，让大众全面了解医学科学，使患者理性就医	1%	2%	5%	20%	47%	25%	100%
4	39. 提高医疗质量有利于减少医患矛盾	1%	3%	6%	27%	50%	14%	100%
5	47. 在诊疗过程中与患者建立互信关系有利于减少医患矛盾	1%	2%	5%	22%	52%	18%	100%
6	41. 完善和会保障体系，使贫困人群享有医疗保障，有助于减少医患矛盾	1%	2%	5%	23%	50%	17%	100%
7	43. 积极建立医疗风险社会保障利于减少医患矛盾	1%	2%	5%	26%	50%	16%	100%
8	45. 对医护人员科学配置，使医生有更多时间与患者交流沟通，利于减少医患矛盾	1%	2%	5%	23%	51%	18%	100%

1=强烈反对 2=反对 3=有点反对 4=有点同意 5=同意 6=强烈同意

附图-11：有利于减少医患矛盾的因素

n=41443

造成医患关系紧张的因素



序号	造成医患关系紧张的因素	1	2	3	4	5	6	总计
1	32. 医患关系紧张是由于缺乏同理心, 缺乏对患者关爱造成的	10%	24%	20%	24%	18%	4%	100%
2	34. 医患关系紧张是由于医疗服务意识不够造成的	9%	22%	19%	27%	18%	5%	100%
3	33. 医患关系紧张是由于责任心不够造成的	10%	23%	20%	25%	17%	4%	100%
4	28. 医患关系紧张是由于医务人员职业伦理缺失造成的	19%	27%	18%	18%	14%	4%	100%
5	35. 医患关系紧张是由于医护人员沟通技巧不够造成的	6%	16%	18%	34%	22%	5%	100%
6	36. 医患关系紧张是由于给患者提供的信息有限造成的	5%	17%	18%	32%	22%	5%	100%
7	27. 医患关系紧张是由于医疗业务水平存在欠缺造成的	12%	23%	18%	24%	18%	5%	100%

对于造成医患矛盾的因素, 医师都从自身的不足找原因, 并未从他人身上找理由 (并未从患者身上找借口), 说明中国的医师理性、冷静、有自我反省精神, 对自身执业特点有较为清醒的认识。

1=强烈反对 2=反对 3=有点反对 4=有点同意 5=同意 6=强烈同意

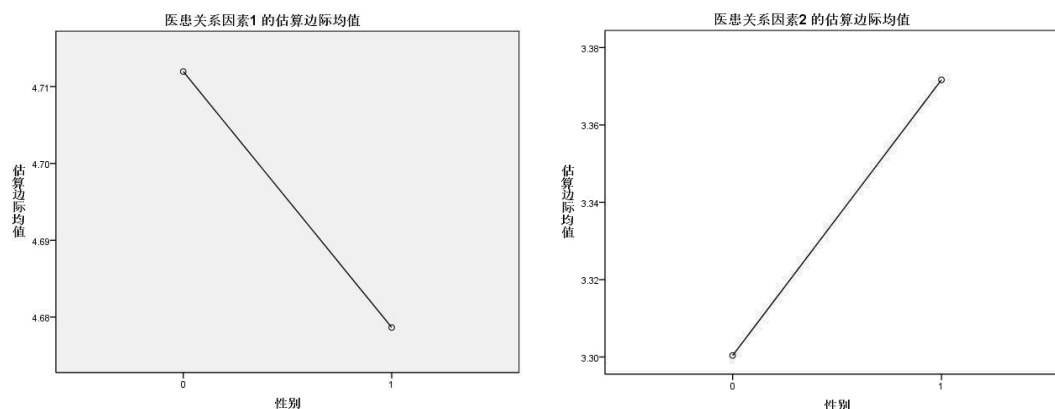
附图-12: 造成医患关系紧张的因素

医师对医患关系的认知主要包含两个因素, 在造成医患矛盾的成因上, 医师都从自身的不足找原因, 并未从他人身上找理由 (尤其是未从患者身上找借口), 说明中国医师理性、冷静、有自我反省精神。

对于减少医患矛盾的因素, 医师从改善医患关系的制度方面积极想办法, 医师希望通过促进医疗大环境的改善来构建医患关系的和谐。

为了进一步了解, 不同层级、性别等因素对医患关系认知的区别, 我们进行了不同因素的细化。

1) 性别与医患关系

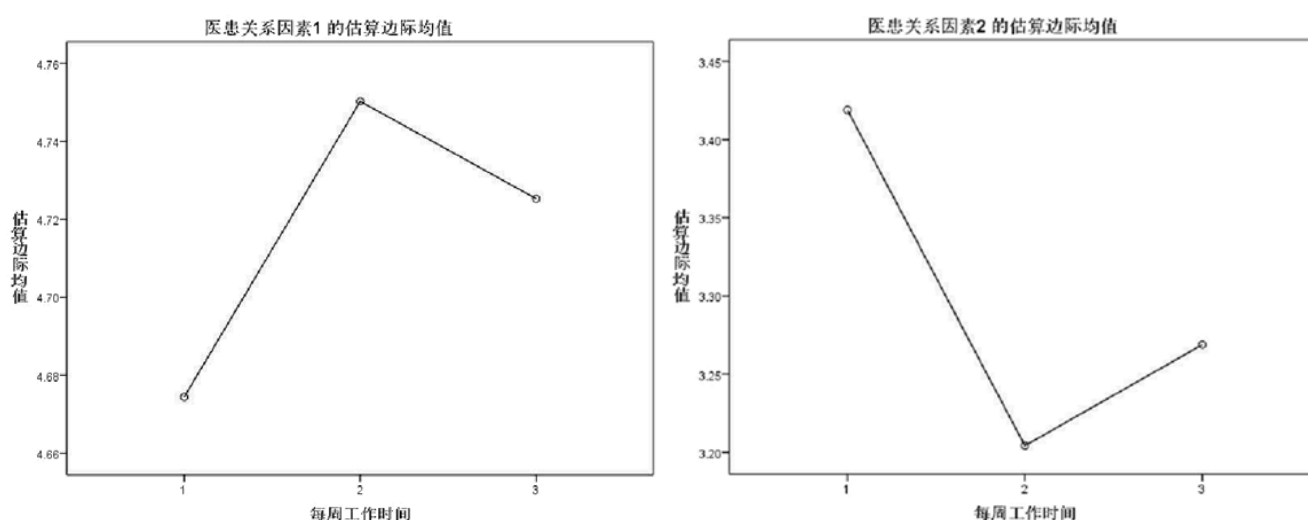


附图-13: 性别与医患关系认知 (0=女性 1=男性 下同)

女性和男性在如何看待医患关系的问题上有显著差异。女性在关注有利于减少医患矛盾的因素（因素 1）上显著高于男性。另一方面，男性则比女性更加关注造成医患关系紧张的因素（因素 2）。

总体而言，相对于强调造成医患关系紧张的因素（因素 2），全体被调查者更强调有利于减少医患矛盾的因素（因素 1）。在两个性别组之间比较，女性更多地是从“解决方案”（因素 1）的角度，男性更多地是从“问题症结”（因素 2）的角度，给出了对医患关系（医患矛盾）的看法。

2) 每周工作时间与医患关系



附图-14：周工作时间与医患关系

每周工作 40 小时及以下的被调查者（第一组）在医患关系的两个因素上与每周工作 40-60 小时（第二组）、每周工作 60 小时及以上（第三组）都呈现显著差异，后两组被调查者没有显著差异。每周工作 40 小时以上的被调查者（第二组、第三组）比每周工作 40 小时以下的被调查者（第一组）更强调有利于减少医患矛盾的因素（因素 1）。在造成医患关系紧张的因素（因素 2）上结果正好相反，即：每周工作 40 小时以下的被调查者比每周工作 40 小时以上的被调查者更强调造成医患关系紧张的因素（因素 2）。

在有利于减少医患矛盾的因素（因素 1）上，四组职称的被调查者中，初级和正高级之间没有差异，中级和副高级之间没有差异，前两组显著高于后两组。在造成医患关系紧张的因素（因素 2）上，副高级职称的被调查者显著高于初级、中级和正高级职称的被调查者，后三组之间没有显著差异。相对而言，在考虑医患关系问题时，初级和正高级职称的被调查者更多地表现出“理想主义”，更倾向于从宏观环境和条件中寻找答案，而

副高级职称的被调查者则更倾向于“现实主义”，即从反思自身的原因中寻找答案。

分析：

(1) 2015 年的白皮书在分析医患关系紧张成因和解决途径问题上，70.67%的被调查医师认为自己工作压力大的原因来源于医疗纠纷、工作量大以及患者的期望值太高。本次调研我们可以看出，全体被调查者都关注解决方法，尤其是女性组、每周工作时间长组、初级职称组和正高职称组，在医患关系紧张的成因上，被调查医师都从自身寻找问题，说明中国的医师非常的自省和理性。

(2) 在解决医患矛盾的途径上，下述因素成为医师们重点关注的重点：即加强医院管理、加强科普、社会风险管控、社会医疗保险完善、医疗体制改革。

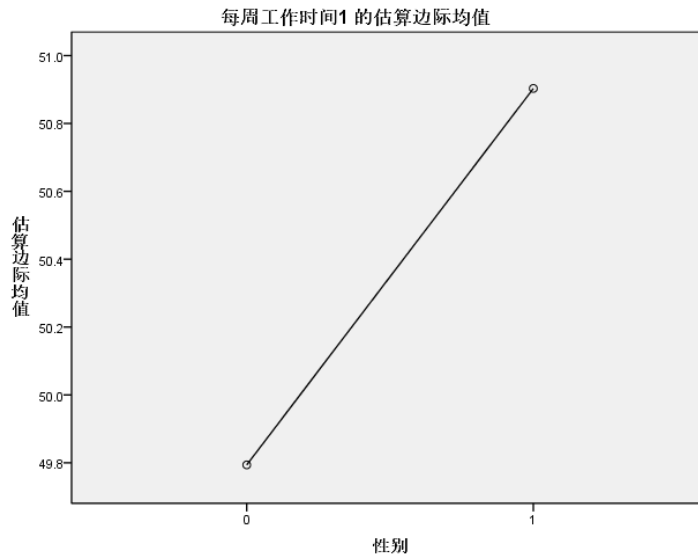
(3) 特别值得一提的是，在既往的调查中媒体在医患关系中所起的作用一直是广大医师热议的话题。2011 年的调研中，医师认为医疗场所暴力的原因(多选)如下：55.66%的医师在选项中选择了对社会的偏见，53.75%的医师在选项中选择了对媒体的负面报告。2014 年的调研中，关于医疗场所内暴力行为的原因中，84.31%的医师选择了媒体负面报道。如此高比例对媒体涉医报道的不满，说明了当时医媒关系紧张。经过几年的努力，医师们的呼吁受到政府、社会和媒体界的高度重视，近年来，不实报道受到了新闻主管机关的通报批评，涉医报道的公正性逐步得到医师们的肯定。2014 年中宣部、国家新闻出版广电总局等九部门联合印发《关于深入开展打击新闻敲诈和假新闻专项行动的通知》，部署开展打击新闻敲诈和假新闻专项行动。2014 年 11 月 10 日，国家新闻出版广电总局公开通报《新安晚报》等 6 家媒体发布虚假失实报道的查办情况，其中新安晚报就是因为失实报道《我的右肾去哪儿了》而被通报，另外正面歌颂医师形象的影视作品也大量出现。本次调研中设计的一个题目“医患关系紧张是由于部分媒体倾向性引导造成的”这一因素绝大多数医师都没有选择，以致经过统计分析后，该因素不能作为医患矛盾的主要影响因素而存在，医媒关系正在好转。

三、医师的工作时间与休假

1995 年国务院修订了《国务院关于职工工作时间的规定》，其中第三条规定“职工每日工作 8 小时、每周工作 40 小时。”医疗机构作为护佑生命的场所，每年 365 天、每天的每个小时都需要应诊，病房的病人需要有人照护，医师职业的特殊导致加班加点成为医师工作的常态。

医师工作时间的调查情况及分层情况如下。

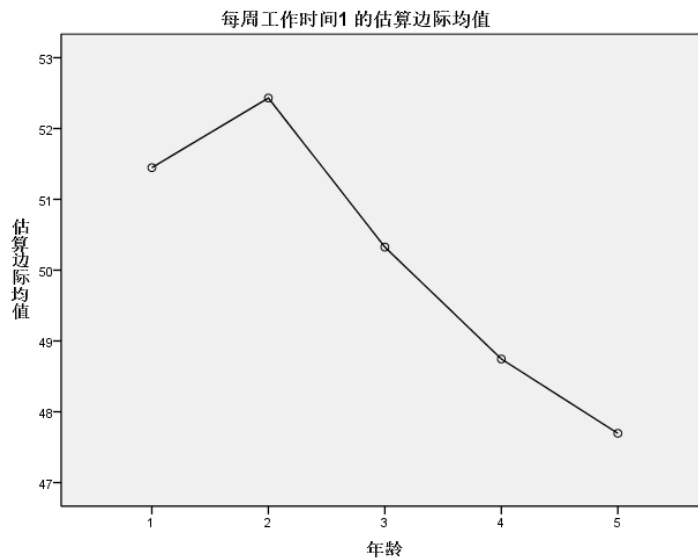
1、性别与周工作时间



附图-15：性别与周工作时间

男性被调查者平均每周工作时间为 50.90 小时，女性为 49.79 小时，两者之间差异达到统计显著水平。

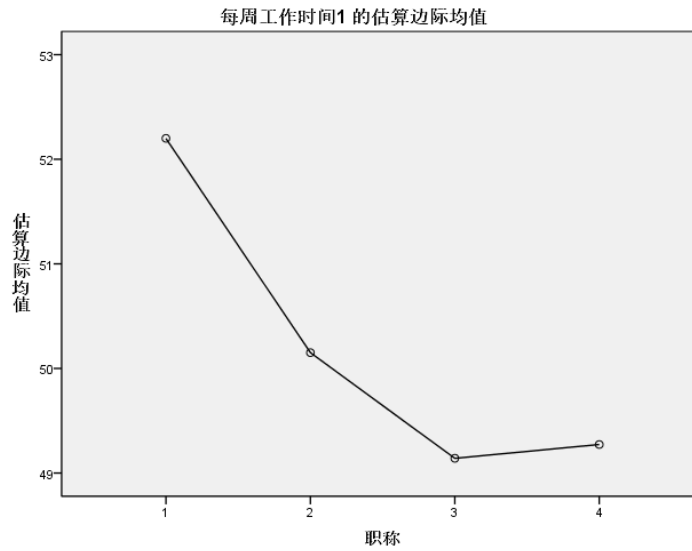
2、年龄与周工作时间



附图-16：年龄与周工作时间

不同年龄组的医师在每周工作时间内表现出显著差异。总体趋势是，26-35 岁组每周工作时间最长，平均工作 52.43 小时，其次是 25 岁以下组，平均每周工作时间为 51.45 小时。接下来依次是，36-45 岁组 (50.33 小时)，46-55 岁组 (48.75 小时)，56 岁以上组 (47.70 小时)。

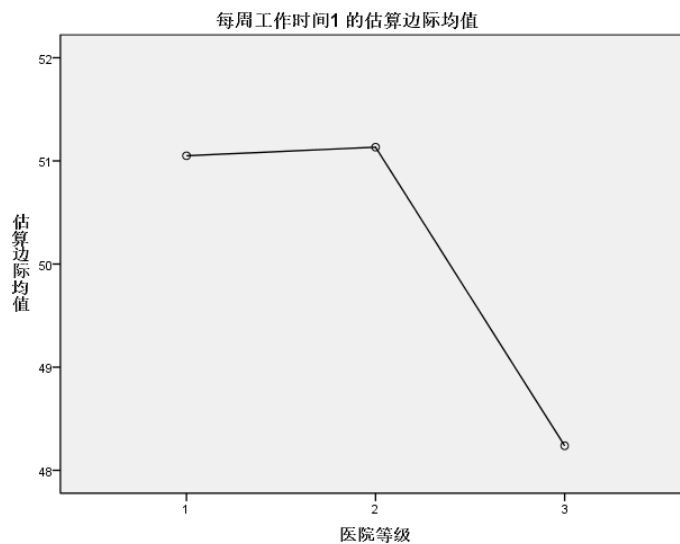
3、职称与周工作时间



附图-17：职称与周工作时间

初级职称的医师平均每周工作时间是 52.20 小时，显著高于中级职称（50.15 小时）。中级职称的医师又显著高于副高（49.14 小时）和正高（49.27 小时）级职称的医师，后两者之间没有显著差异。该统计数据与医疗工作的客观状况相符合，即年轻医师需在临床工作中承担更多的工作。

4、医院等级与周工作时间

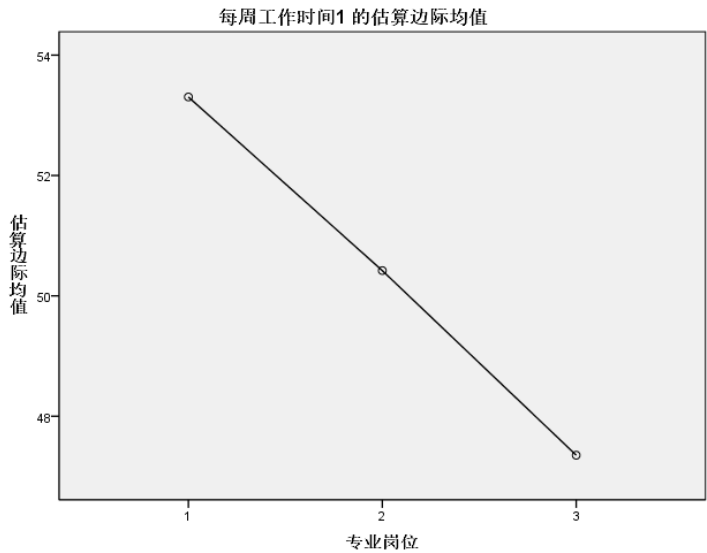


附图-18：医院等级与周工作时间

三级医院和二级医院的医师在每周工作时间上没有显著差异。三级医院的医师平均每周工作 51.05 小时，二级医院的医师平均每周工作 51.13

小时，但他们显著高于一级医院的医师。后者平均每周工作时间是 48.24 小时。

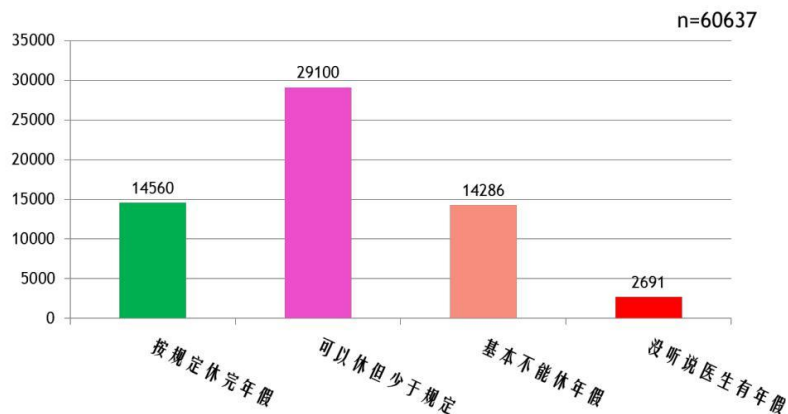
5、专业岗位与周工作时间



附图-19：专业岗位与周工作时间

三组被调查者之间在每周工作时间上都有显著差异。临床手术科室每周工作时间最长，平均每周工作 53.30 小时，其次是临床非手术科室，平均 50.42 小时，医技科室每周工作时间最短，平均为 47.35 小时。

6、休假



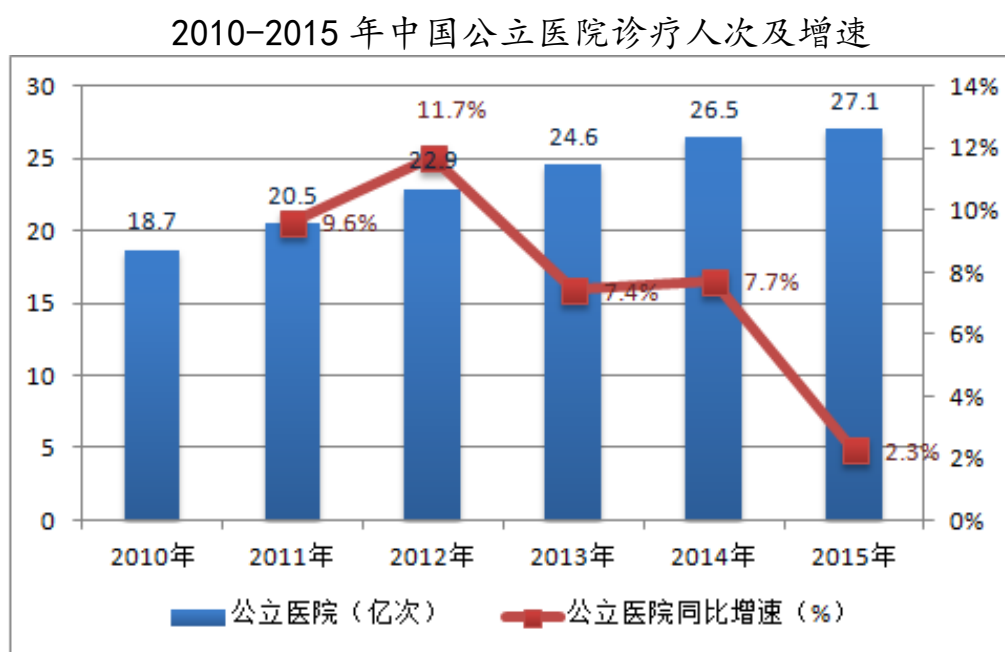
您是否休过年假：1) 按规定休完年假 2) 可以休但少于规定 3) 基本不能休年假 4) 没听说医生有年假

附图-20：休假

调查显示，有 24% 医师能够休完年假，23.6% 不休年假，一半医师少休，4.4% 医师不知道有年假。

虽然年休假制度在医师群体中执行的效果仍不尽如人意，但与 2014 年的调查结果相比，各医院在年休假制度执行上已经有了很大进步，2014 年仅有 17.85% 的医师可以休完年假，39.98% 的医师基本不能休年假。

调查结果显示每周工作 40-60 小时的医师医患沟通效果要好于工作小于 40 小时和工作大于 60 小时的医师，合理安排医师休假，对于医患双方都有利。



附图-21: (来源) 中国卫生统计年鉴

分析:

(1) 2014 年的统计显示 14.43% 的医师工作时间在国务院规定的法定时间内，而本次调查结果显示医师每周平均工作时间都在 40 小时以上，造成这一现象的原因是，虽然有少部分医师每周工作 40 小时以内，但更多的医师加班加点，这造成人均工作时间大于 40 小时；

(2) 本次调研显示，仅有不到四分之一的医师能够休完法定年假，医师的休息权没有得到保护，对此提请行政机关和医疗机构予以关注；

(3) 医师之所以加班加点可能与医改导致医疗需求增加，公立医院诊疗人次逐年增长有关，医师长时间超时工作带来了一系列负面影响，如何消除医师超时工作顽疾，落实法定工作时间应当是政策制定者和管理者思考的问题。

(4) 医师职业的特殊导致医师工作时间的计算难以简单用法定工作小时和综合工时（综合计算工时工作制是指因工作性质特殊或者受季节及

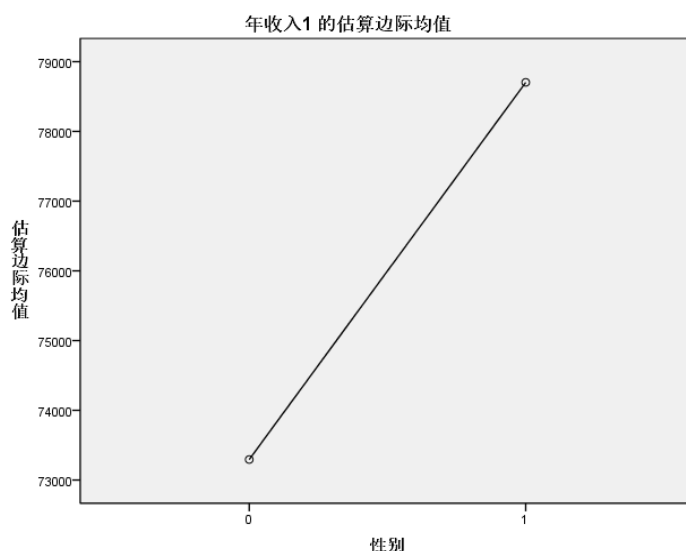
自然条件限制,需在一段时间内连续作业,采取综合计算工时制以周、月、季、年等为周期综合计算工作时间的一种工时制度)来计算,如何准确认定医师工作时间以防止潜在的法律风险,值得劳动人事部门和卫生计生行政部门进行协商。

四、医师年收入

医师属于“三高”人群,即执业成本高、风险高、工作强度高,医疗卫生行业要保持健康可持续发展,其薪酬水平应当与医师的职业特点相符合,应当具有竞争力、发挥激励性,保持合理增长。2016年3月17日发布的《中华人民共和国国民经济和社会发展第十三个五年规划纲要》就提出“建立现代医院管理制度,落实公立医院独立法人地位,建立符合医疗卫生行业特点的人事薪酬制度。”

本次调研从年收入与性别、年龄、学历、医院等级、专业岗位、职务等角度了解医师收入状况。

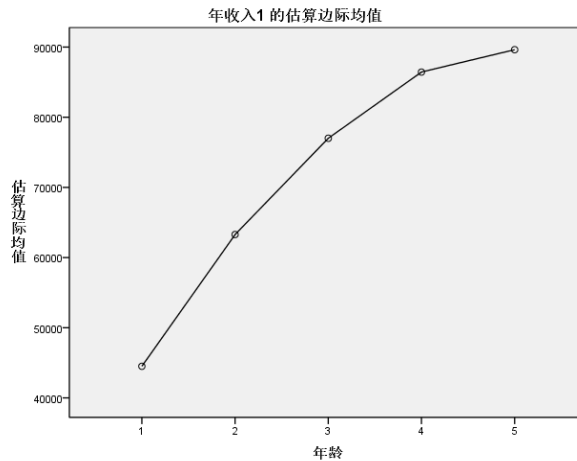
1、性别与医师的年收入



附图-22: 性别与年收入

男女在年收入上存在显著差异,男性年平均工资是 78702.83 元,女性年平均工资是 73294.47 元,但是男、女对工资的满意感没有显著差异,造成这一结果的可能原因是男女在社会角色和家庭角色不同,男性需要较高的收入承担家庭责任,对收入的要求高于女性。

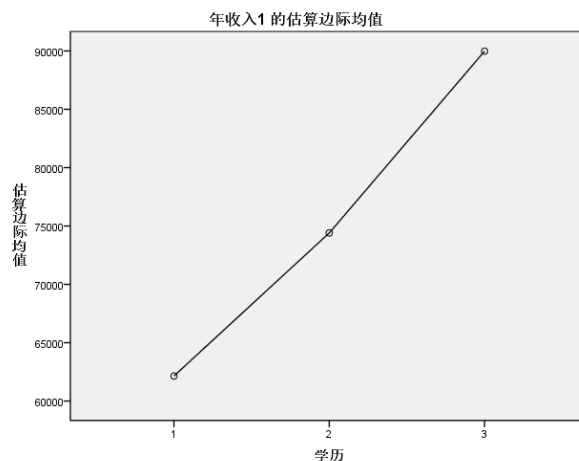
2、年龄与医师年收入



附图-23：年龄与年收入

年龄在 25 岁以下组的被调查者平均年收入 44505.33 元，26-35 岁组平均年收入为 63278.59 元，36-45 岁组是 77002.48 元，46-55 岁组 86438.85 元，56 岁以上组 89624.10 元。除了最后两组之间没有显著差异之外，其他各组之间在年收入上的差异都达到统计显著水平。总的趋势是，年龄越高，收入越高。可以明显的看出，中国医师的收入是随年龄而逐渐提高的。我们认为，经过住院医师规范化培训并从事医疗工作若干年后，医师的收入应当跳跃性地增长到一个较高水平，这种增长形式才能与医师执业特点相符合。

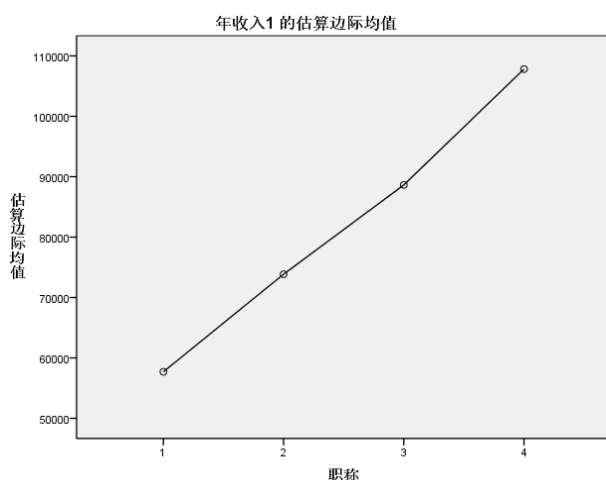
3、学历与年收入



附图-24：学历与年收入

大专及以上学历组的平均年收入为 62144.52 元，本科学历组为 74404.38 元，研究生学历组为 89982.11 元。数据显示，不同学历的被调查者在年收入上存在显著差异，学历越高，收入越高。

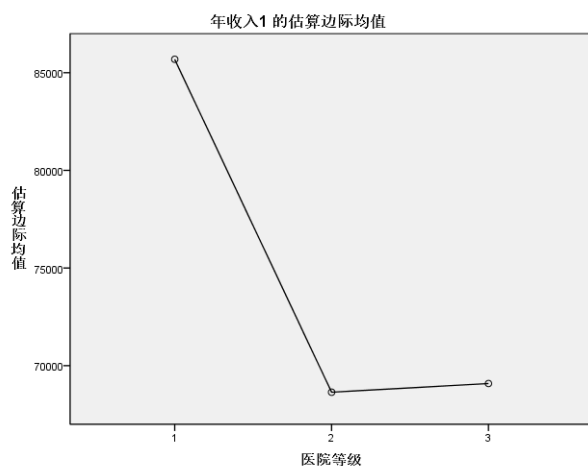
4、职称与年收入



附图-25：职称与年收入

四组不同职称的被调查者之间在年收入上的差异都达到统计显著水平。初级职称组的平均年收入是 57709.35 元，中级职称为 73854.37 元，副高级职称 88638.24 元，正高级职称 107813.18 元。职称越高收入越高这一结果与高职称人群工作年限长等因素相关，是正常现象，同时进一步印证了我国较高职称的医师收入与初级职称并没有跳跃性的增长，这与高年资医师的经验水平和社会贡献不相符合。

5、医院等级与年收入



附图-26：医院等级与年收入

三级医院医师的年收入显著高于二级医院和一级医院的医师，后两者之间没有显著差异。三级医院的医师平均年收入 85685.97 元，二级医院的平均年收入 68641.47 元，一级医院平均年收入 69084.87 元。

医院级别高，医师收入就高在我国是一个显而易见的现象，这与大医院的医师劳动强度大、工作时间长以及学历、职称等相关。

6、专业岗位与年收入

主体间因子

		N
专业岗位	1) 临床手术科室	1287
	2) 临床非手术科室	6678
	3) 医技科室	832

附图-27：专业岗位与年收入

不同岗位的两组被调查者之间在年收入上没有显著差异。临床手术科室的平均年收入是 77970.78 元，临床非手术科室 74652.95 元，医技科室 76015.38 元。

分析与建议：

(1) 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成正比，2014 年这一比例下降到了 65.9%，令人欣喜的是本次调研显示，虽然医师收入仍然不尽如人意，但本次调研中“我的收入与付出不成正比”已经不是医师职业评价的主要影响因素（见下页）。

(2) 社会的发展以人为本，而人的健康是一切的基础，呵护人健康的医师有体面的收入，是人的生命价值的缩影。本调研结果显示，中国医师收入与其社会贡献不相符合，正高级职称年人均收入刚刚超过十万，该数据是综合了发达地区和不发达地区平均后的结果，这种收入状况与西方国家动辄数十万美元的年收入不可同日而语。

根据国家统计局公布的数据，2015 年我国卫生和社会工作者（含医师）年平均收入为 71624 元，行业收入排名第七，我国卫生和社会工作者（含医师）年平均收入是全国城镇非私营单位就业人员年平均工资的 1.15 倍，低于大学教师的 1.71 倍和科研人员的 1.6 倍，进一步印证我国医师薪酬处于较低水平。

(3) 本次调研结果可以看出，我国医师收入的提高是通过年龄的增长逐渐累积的，不符合同行业国际特点。

医师是医改的主力军，调动和保护医师参与医改的积极性至关重要，而提高医师收入是其中很重要的措施。医师培养周期长、投入大、执业风险高，医师应该获得较高的收入，在这一点上不应因为国家不同而有区别。我们国家在设定医师薪酬水平时要充分考虑医师行业的特点，承认现状和行业之间的客观差异，以实际发放水平作为改革的基础，同时应与国际上医师在国民收入体系中的普遍定位相符合。

(4) 要提高公立医院支出中薪酬支出所占比重, 加大财政保障力度, 切实提高医师收入体现尊医重卫的社会氛围。

五、医师的执业态度

本次调研关于医师的执业态度我们设置了十六个问题, 根据调研结果, 我们提取出十一个相关性强的问题, 分为医师正向执业态度和医师负向执业态度两个因素:

因素 1: 医师正向执业态度

- 1) 我认为白衣战士是一种神圣的工作;
- 2) 我以良好的医德去工作、去对待每一位病人;
- 3) 我始终把患者放在心上;
- 4) 我的病人对我十分满意;
- 5) 我乐于成为一名对社会有用、对患者有帮助的人, 所以我一旦选择这个职业, 我将终身不悔;
- 6) 我始终诚心诚意地为患者治病;
- 7) 目前只能是干一行爱一行, 但我对病人依然会竭尽全力。

因素 2: 医师负向执业态度

- 1) 医疗行业风险大、工作繁重、前景黯淡;
- 2) 医师这个职业的社会认同程度越来越低, 不受尊重;
- 3) 我不会再选择当医师, 因为我从医的信心已经大不如前;
- 4) 选择这个职业是高尚的, 但目前被医疗纠纷弄得有些心灰意冷了。

以下因素经分析不是医师执业态度的主要影响因素:

1. 我的收入与付出不成正比
2. 医师是神圣的职业, 但是工作时间越长、压力越大
3. 我尽职尽责, 但仍然会有不足, 因为我还缺乏经验
4. 虽然非常小心, 但依然时时刻刻有风险, 心理压力太大
5. 改革医师薪酬管理体制, 使道德好、水平高、受患者欢迎的医师提高收入、从医致富。

医生正向执业态度							
	1	2	3	4	5	6	总计
21. 我认为白衣战士是一种神圣的工作	388	885	1654	6690	21630	9729	40976
20. 我以良好的医德去工作、去对待每一位病人	476	727	1488	6589	21923	9844	41047
19. 我始终把患者放在心上	699	746	1439	6802	22797	8649	41132
22. 我的病人对我十分满意	296	902	1989	11345	20908	5464	40904
24. 我乐于成为一名对社会有用、对患者有帮助的人，所以我一旦选择这个职业，	389	971	2403	9171	20311	7811	41056
27. 我始终诚心诚意地为患者治病	408	853	1609	7130	21917	9040	40957
26. 目前只能是干一行爱一行，但我对病人依然会竭尽全力	412	1110	2517	9168	20651	7148	41006

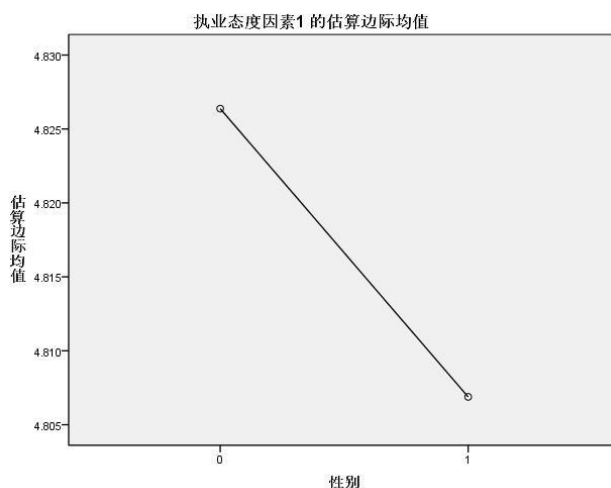
医生正向执业态度							
	1	2	3	4	5	6	总计
21. 我认为白衣战士是一种神圣的工作	1%	2%	4%	16%	53%	24%	100%
20. 我以良好的医德去工作、去对待每一位病人	1%	2%	4%	16%	53%	24%	100%
19. 我始终把患者放在心上	2%	2%	3%	17%	55%	21%	100%
22. 我的病人对我十分满意	1%	2%	5%	28%	51%	13%	100%
24. 我乐于成为一名对社会有用、对患者有帮助的人，所以我一旦选择这个职业，	1%	2%	6%	22%	49%	19%	100%
27. 我始终诚心诚意地为患者治病	1%	2%	4%	17%	54%	22%	100%
26. 目前只能是干一行爱一行，但我对病人依然会竭尽全力	1%	3%	6%	22%	50%	17%	100%

医生负向执业态度							
	1	2	3	4	5	6	总计
计数项:29. 医疗行业风险大、工作繁重、前景黯淡	1237	5106	6190	10628	12973	4675	40809
计数项:33. 医生这个职业的社会认同程度越来越低，不受尊重	1098	4012	4780	10996	14344	5765	40995
计数项:34. 我不再选择当医生，因为我从医的信心已经大不如前：	2395	7661	7733	10212	9388	3523	40912
计数项:23. 选择这个职业是高尚的，但目前被医疗纠纷弄得有些心灰意冷了	756	2757	4589	12328	15003	5688	41121

医生负向执业态度							
	1	2	3	4	5	6	总计
29. 医疗行业风险大、工作繁重、前景黯淡	3%	13%	15%	26%	32%	11%	100%
33. 医生这个职业的社会认同程度越来越低，不受尊重	3%	10%	12%	27%	35%	14%	100%
34. 我不再选择当医生，因为我从医的信心已经大不如前：	6%	19%	19%	25%	23%	9%	100%
23. 选择这个职业是高尚的，但目前被医疗纠纷弄得有些心灰意冷了	2%	7%	11%	30%	36%	14%	100%

附图-28：执业态度（正向及负向）

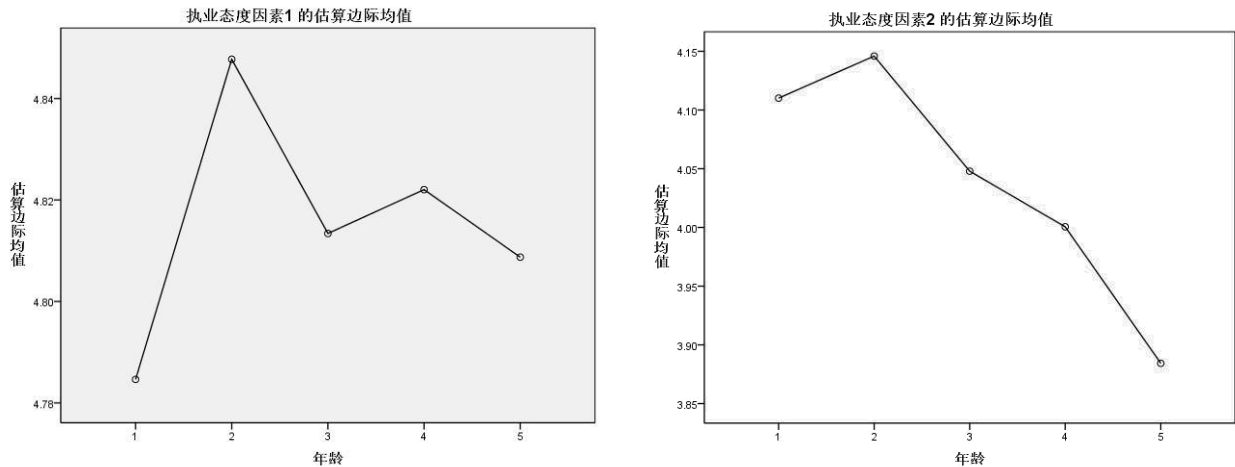
1) 性别与执业态度



附图-29：性别与执业态度

在医师职业评价上，男性和女性被调查者在对执业的积极态度（因素1）上表现出显著差异，女性比男性有更强的积极态度（因素1）。性别在对执业的消极态度（因素2）上没有显著差异。

2) 年龄与执业态度

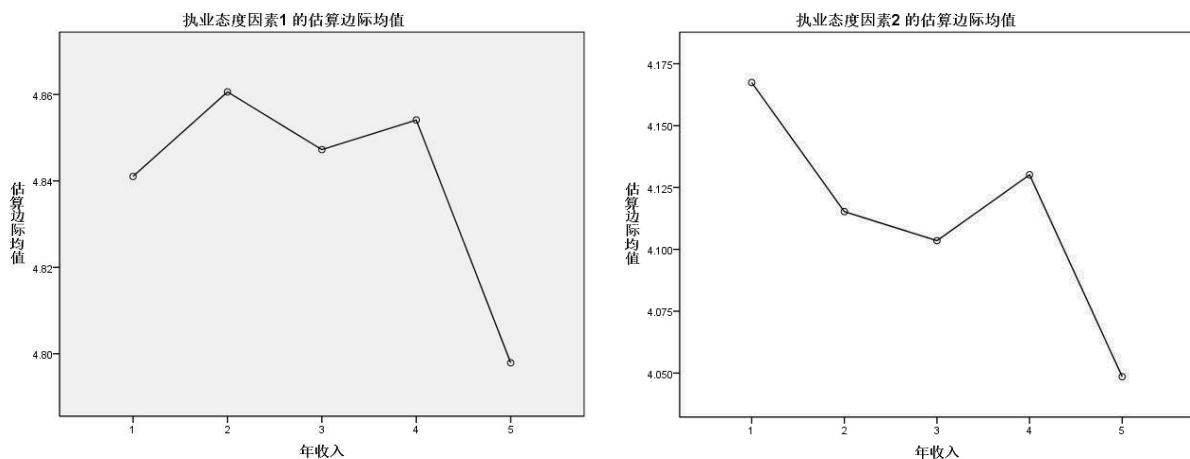


附图-30：年龄与执业态度

不同年龄组的被调查者在医师职业评价的两个因素上都呈现显著差异。在对执业的积极态度（因素 1）方面，25 岁以下年龄组最低，26-35 岁年龄组最高，36-45 岁组、46-55 岁组和 56 岁以上组处于中等水平，且后三组之间没有显著差异。在对执业的消极态度（因素 2）上，25 岁以下年龄组和 26-35 岁年龄组之间没有显著差异，他们都显著高于其他三组被调查者。后三组被调查者之间也存在显著差异，且随着年龄增加呈显著下降趋势。

总体而言，被调查者对执业的积极态度（因素 1）高于对执业的消极态度（因素 2）。五个年龄组之间比较而言，25 岁以下年龄组执业积极态度（因素 1）最低，消极态度（因素 2）最高；26-35 岁年龄组的积极和消极态度都最高；36-45 岁组、46-55 岁组和 56 岁以上组的积极态度处于中等水平，消极态度随着年龄的增加而显著降低。

3) 年收入与执业态度

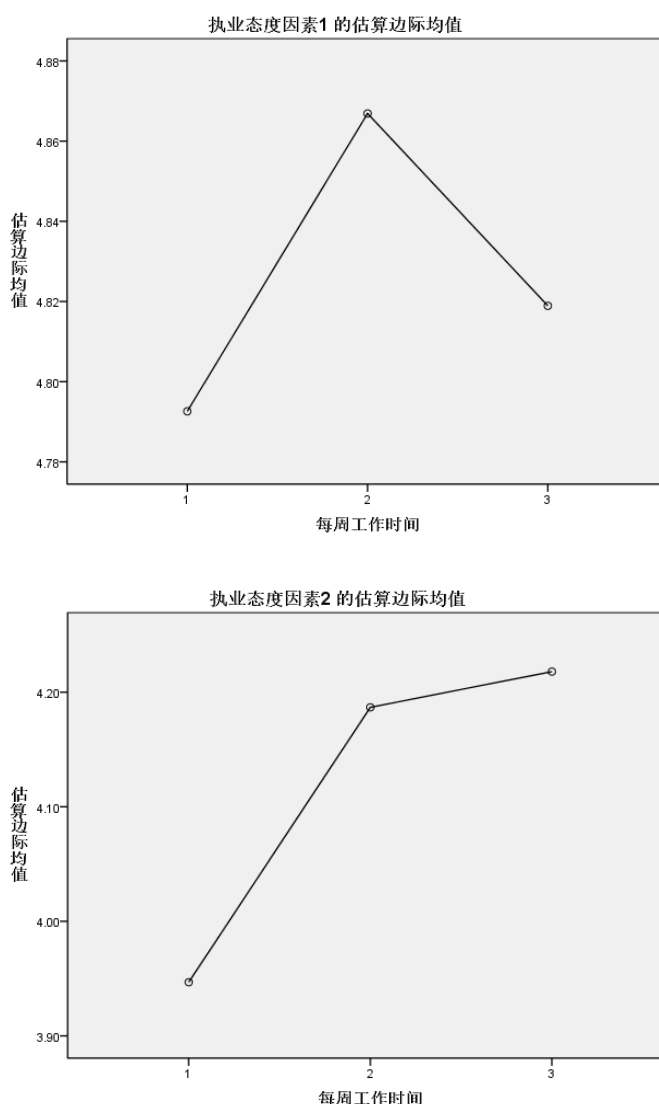


附图-31：年收入与执业态度

在医师职业评价的两个因素上，不同年收入的五组被调查者都呈现显著差异。对执业的积极态度（因素 1）方面，年收入在 3 万元以下、3-6 万元、6-9 万元、9-12 万元四个组之间没有显著差异，但他们都显著高于年收入在 12 万元以上组。

对执业的消极态度（因素 2）方面，年收入在 3 万元以下组得分最高，年收入在 12 万元以上组得分最低，3-6 万元、6-9 万元、9-12 万元三组处于中等水平，且相互之间没有显著差异。

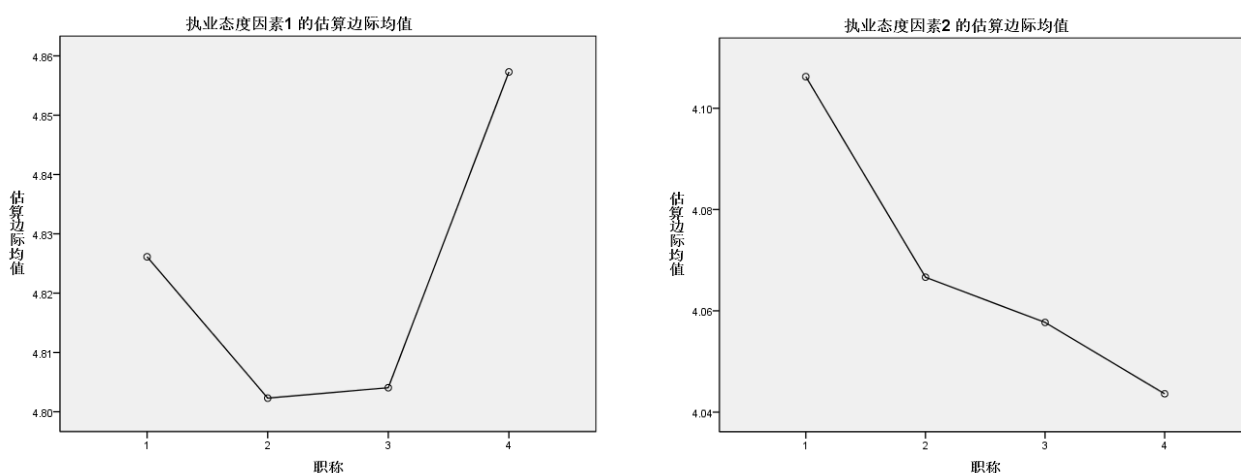
4) 每周工作时间与执业态度



附图-32：每周工作时间与执业态度

每周工作 40-60 小时的被调查者在执业的积极态度（因素 1）上得分最高，他们显著高于每周工作 40 小时以下和 60 小时以上两组被调查者，后两组之间没有显著差异。在执业的消极态度（因素 2）方面，每周工作 40-60 小时组与每周工作 60 小时以上组之间没有明显差异，但他们都显著高于每周工作 40 小时以下组。

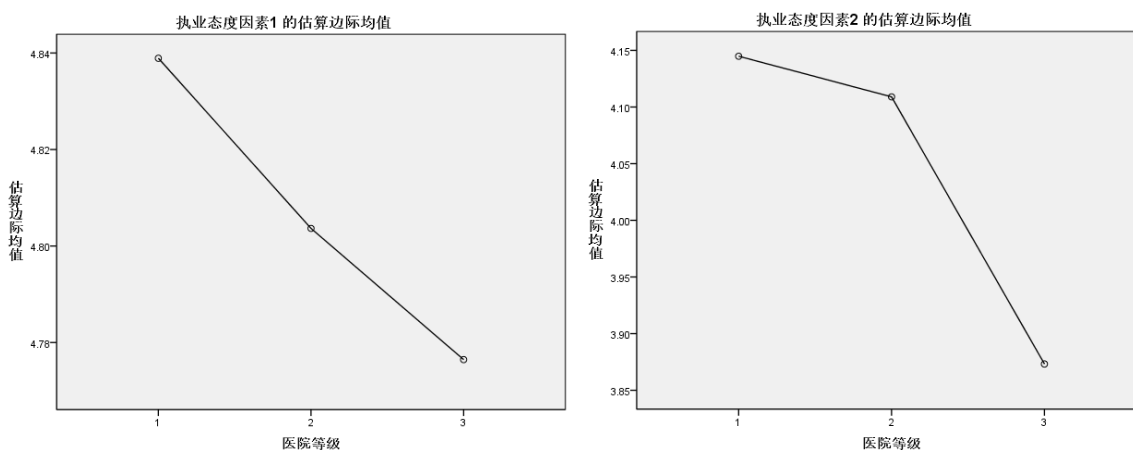
5) 职称与执业态度



附图-33: 职称与执业态度

不同职称的被调查者在执业的积极态度（因素 1）和消极态度（因素 2）两方面都表现出显著差异。在执业的积极态度（因素 1）上，正高级职称组得分最高，中级和副高级职称组得分最低（两组之间没有显著差异），初级职称组处于中等水平。在执业的消极态度（因素 2）方面，初级职称组得分最高，显著高于中级、副高级、正高级职称的被调查者，后三组之间没有显著差异。

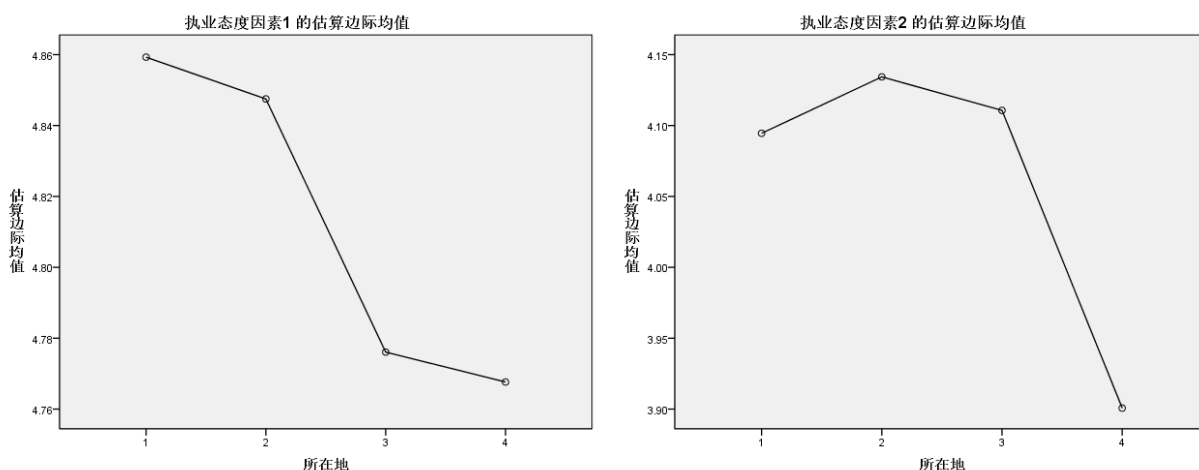
6) 医院等级与执业态度



附图-34: 医院等级与执业态度

来自不同等级医院的被调查者在医师职业评价的两个因素上都呈现显著差异。在执业的积极态度（因素 1）和消极态度（因素 2）两个因素上，医院等级越高得分越高。

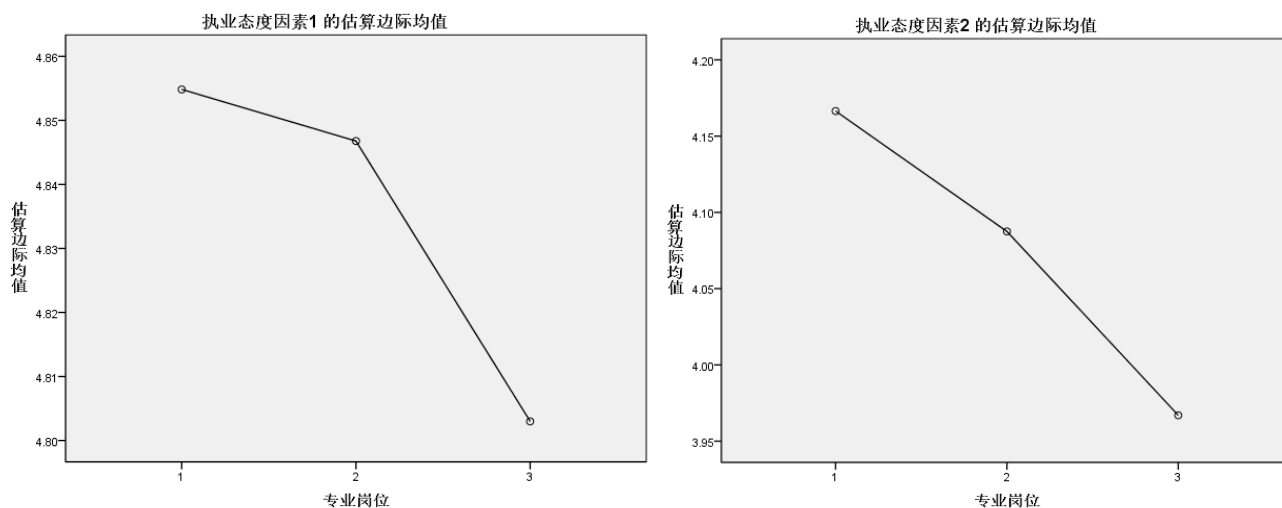
7) 所在地与执业态度



附图-35: 所在地与执业态度

在执业的积极态度（因素 1）上，来自省会及以上城市和地级市的两组被调查者之间没有显著差异，来自县级市和乡镇的两组被调查者之间也没有显著差异，但前两组的得分显著高于后两组。在执业的消极态度（因素 2）上，来自乡镇的被调查者得分最低，显著低于来自省会及以上城市组、地级市组和县级市组，后三组之间没有显著差异。

8) 专业岗位与执业态度



附图-36: 专业岗位与执业态度

不同专业岗位的两组被调查者在执业的积极态度（因素 1）和消极态度（因素 2）两方面都存在显著差异。在执业的积极态度（因素 1）上，临床手术科室和临床非手术科室的被调查者之间没有明显差异，他们都显

著高于医技科室。在执业的消极态度（因素 2）上，临床手术科室得分最高，其次是临床非手术科室，医技科室得分最低。

分析：

（1）通过调查我们发现在医师执业态度上，男性和女性被调查者在积极态度上表现出显著差异，女性比男性更有积极性，高级职称者执业态度更积极；

（2）年收入最低组消极态度最高，这进一步说明医师收入会对医师工作态度产生重大影响；

（3）总体而言，被调查者对执业的积极态度高于对执业的消极态度。年轻人在积极态度和消极态度上都表现明显，情绪波动更大，而消极态度随着年龄的增加显著降低。关注年轻医师的执业状况对稳定医师队伍非常重要。

六、医师多点执业

关于多点执业我们设置了二十四个问题，经统计分析，提取出十四个相关性强的问题，分为三个因素：多点执业的有利方面、多点执业的不利方面、对工作现状满意。

因素 1：多点执业的有利方面

- 1) 能让我与更多的同行分享我的知识和经验；
- 2) 增加了我与同行交流和学习的机会；
- 3) 使我能够利用现有医院的诊断检测设备为更多的患者服务；
- 4) 能够使医疗服务更加公平正义；
- 5) 能让我接触到更多的患者，提高我的业务水平；
- 6) 能让我服务更多的患者；
- 7) 可以更加合理地分配医疗资源。

因素 2：多点执业的不利方面

- 1) 在多点执业过程中一旦出现医疗纠纷，我将面临很大麻烦；
- 2) 我的个人医疗保险和人事关系在现在的医院，我无法做到真正的多点执业；
- 3) 我没有时间在我现有的工作以外再兼职一份工作；
- 4) 多点执业会让我疲于奔命，最终只会降低我的生活质量；

因素 3：对工作现状满意

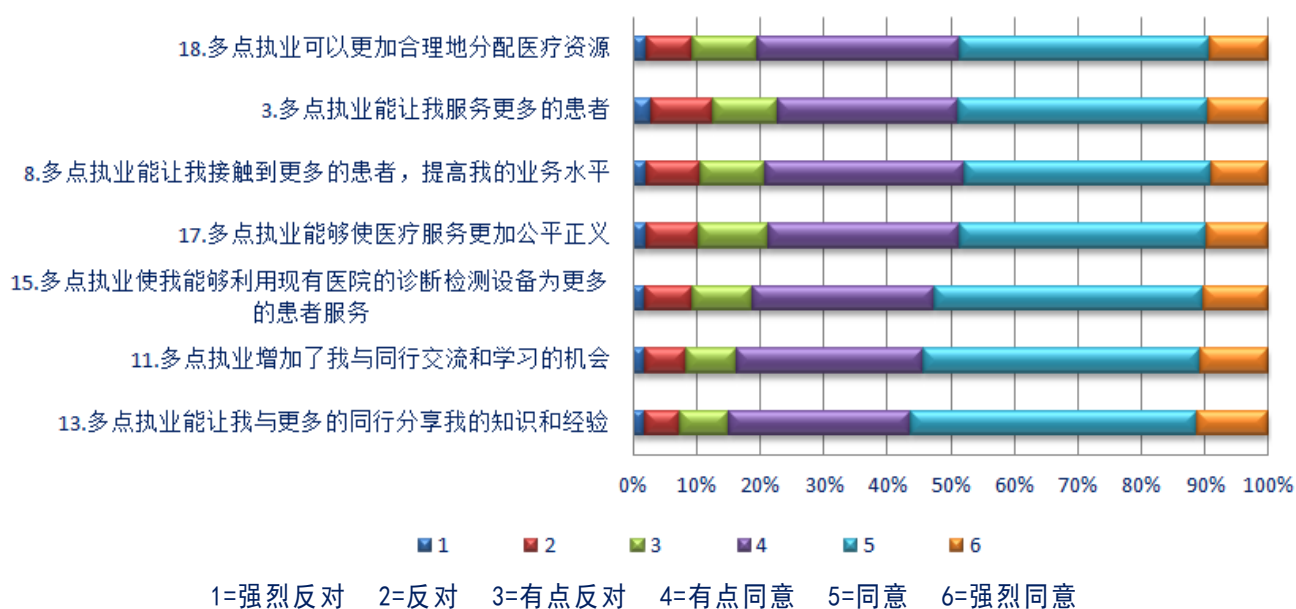
- 1) 我能有今天的成绩都是我们医院的培养；
- 2) 我之所以能在其它地方执业并有不错的收入，是因为我所在的医院名声好；
- 3) 只要做好本职工作就会有相应的回报，不需要到别的地方兼职。

以下因素经分析不是医师多点执业的影响因素：

1. 多点执业使我不能安心做好本职工作
2. 多点执业会分散我的精力，到头来在哪儿都干不好
3. 我的能量没有完全发挥出来，多点执业给我提供了施展拳脚的机会
4. 我在哪里挣钱多就把病人分流到哪里
5. 在其它地方兼职能让我获得更多成就感
6. 通过多点执业我可以转介患者到我们医院
7. 多点执业能让我增加收入
8. 多点执业使我更不容易完成所在医院的考核指标（如科研课题等），会影响我的职称评定和晋升
9. 我之所以能多点执业，完全是因为我现在医院的名声

n=41717

多点执业的有利方面



n=41717

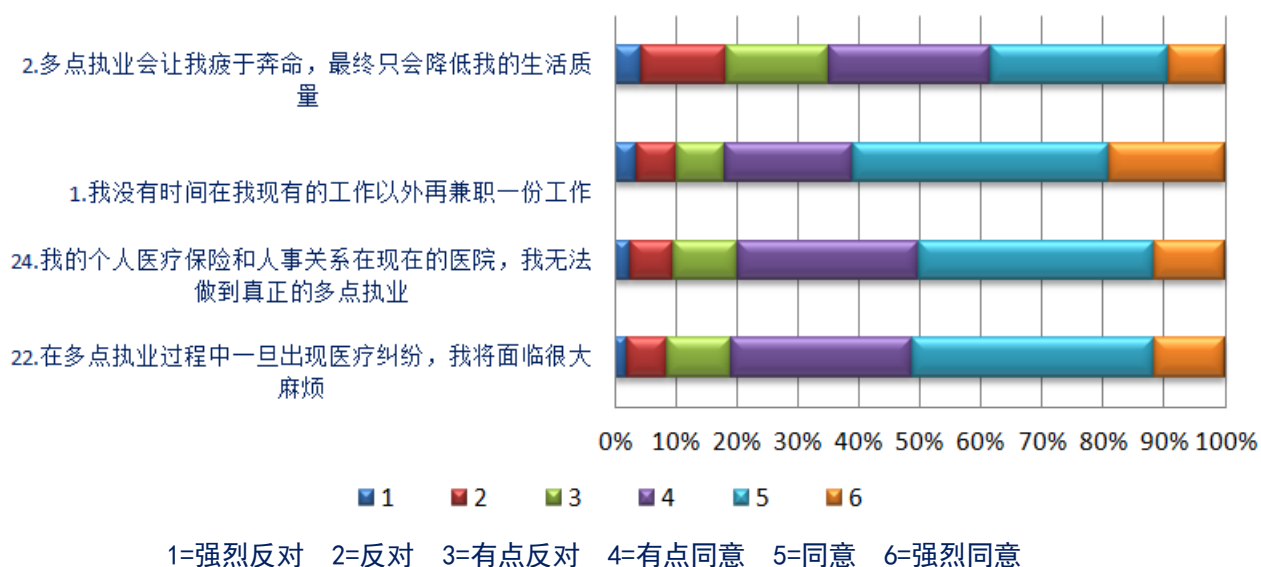
序号	多点执业的有利方面（因素 1）	1	2	3	4	5	6	总计
1	13. 多点执业能让我与更多的同行分享我的知识和经验	2%	6%	8%	29%	45%	11%	100%
2	11. 多点执业增加了我与同行交流和学习的机会	2%	6%	8%	30%	44%	11%	100%
3	15. 多点执业使我能够利用现有医院的诊断检测设备为更多的患者服务	2%	7%	10%	29%	42%	10%	100%
4	17. 多点执业能够使医疗服务更加公平正义	2%	8%	11%	30%	39%	10%	100%
5	8. 多点执业能让我接触到更多的患者，提高我的业务水平	2%	9%	10%	32%	39%	9%	100%
6	3. 多点执业能让我服务更多的患者	3%	10%	10%	29%	39%	10%	100%

1=强烈反对 2=反对 3=有点反对 4=有点同意 5=同意 6=强烈同意

附图-37：多点执业的有利方面

n=42014

多点执业的不利方面



n=42014

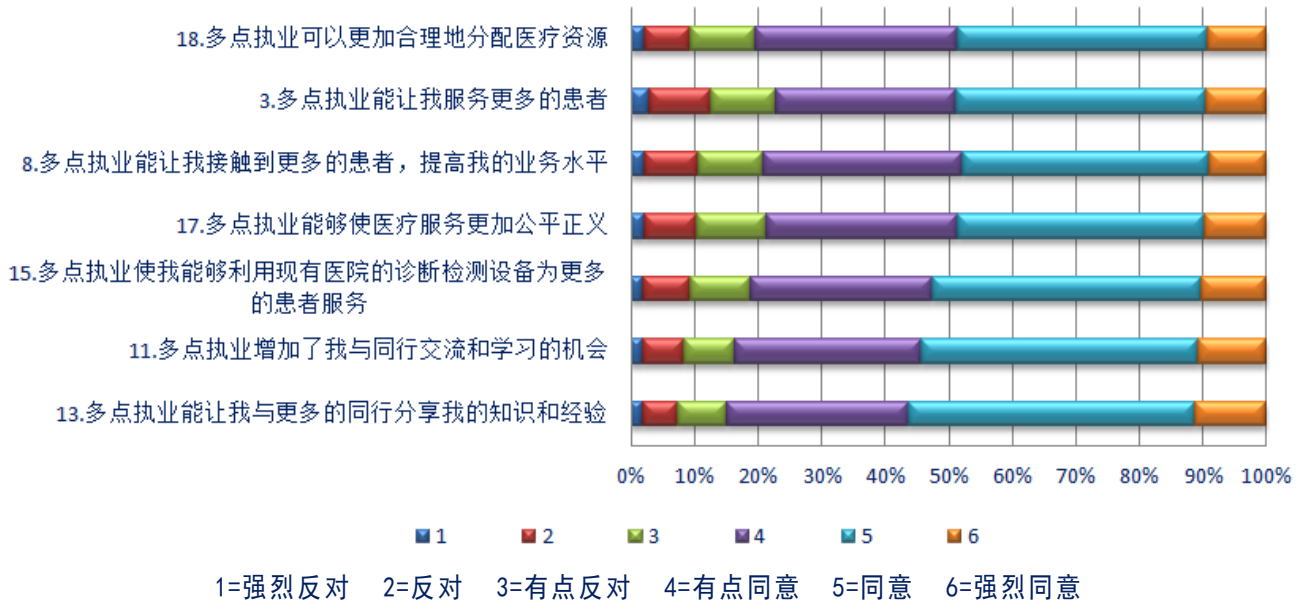
序号	多点执业的不利方面（因素 2）	1	2	3	4	5	6	总计
1	22.在多点执业过程中一旦出现医疗纠纷，我将面临很大麻烦	2%	7%	10%	30%	40%	12%	100%
2	24.我的个人医疗保险和人事关系在现在的医院，我无法做到真正的多点执业	3%	7%	11%	30%	39%	11%	100%
3	1.我没有时间在我现有的工作以外再兼职一份工作	4%	7%	8%	21%	42%	19%	100%
4	2.多点执业会让我疲于奔命，最终只会降低我的生活质量	4%	14%	17%	27%	29%	9%	100%

1=强烈反对 2=反对 3=有点反对 4=有点同意 5=同意 6=强烈同意

附图-38： 多点执业的不利方面

n=41873

多点执业的有利方面



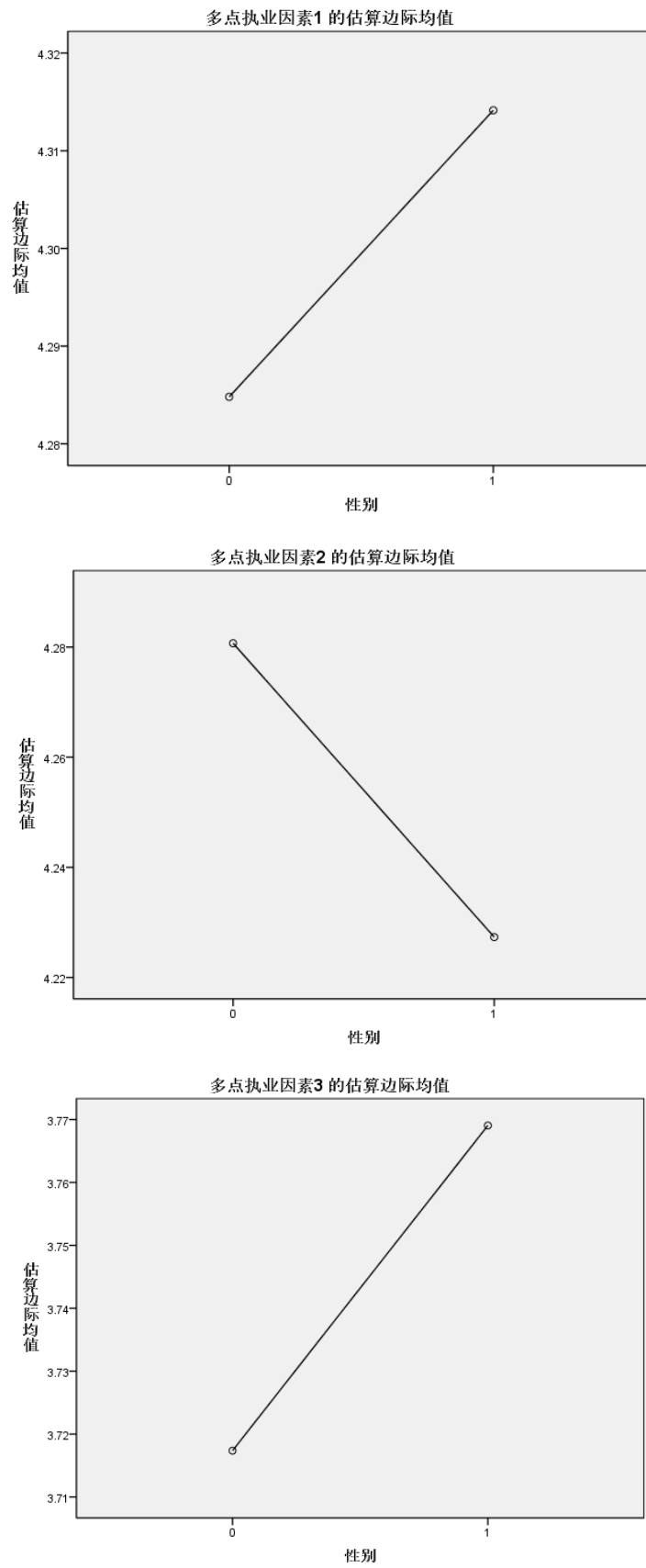
n=41873

序号	医院认同	1	2	3	4	5	6	总计
1	14. 我能有今天的成绩都是我们医院的培养，到别的地方兼职不过就是想多挣点钱	6%	19%	19%	27%	23%	6%	100%
2	10. 我之所以能在其它地方执业并有不错的收入，是因为我在现在的医院名声好	2%	7%	10%	32%	39%	9%	100%
3	16. 只要做好本职工作就会有相应的回报，不需要到别的地方兼职	4%	13%	22%	27%	28%	7%	100%

1=强烈反对 2=反对 3=有点反对 4=有点同意 5=同意 6=强烈同意

附图-39：医院认同

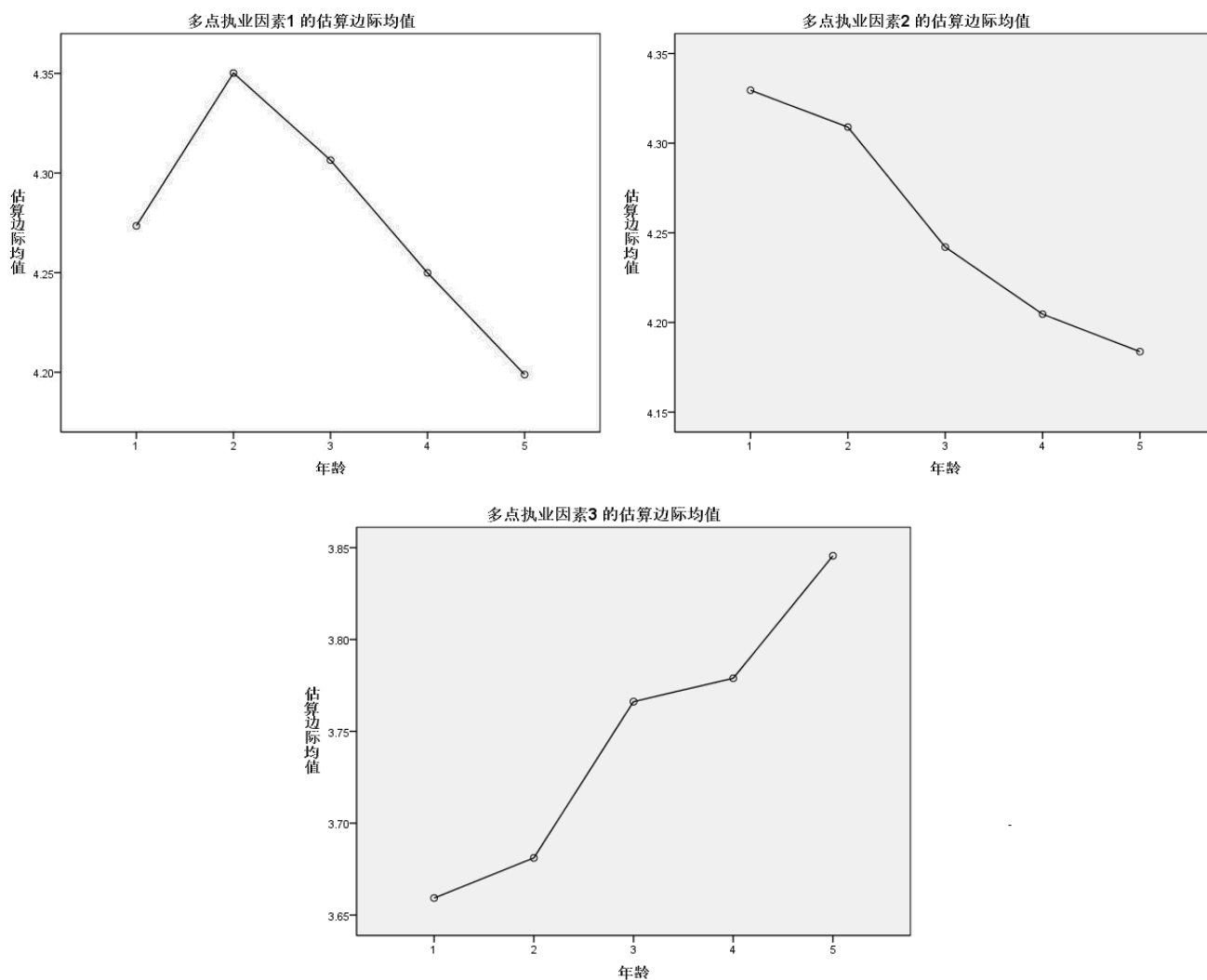
1) 性别与多点执业



附图-40: 性别与多点执业和医院认同

男性更看重多点执业的有利因素，女性更看重多点执业的不利因素，说明女性在多点执业时更保守；男性对自己医院的认同感强于女性。

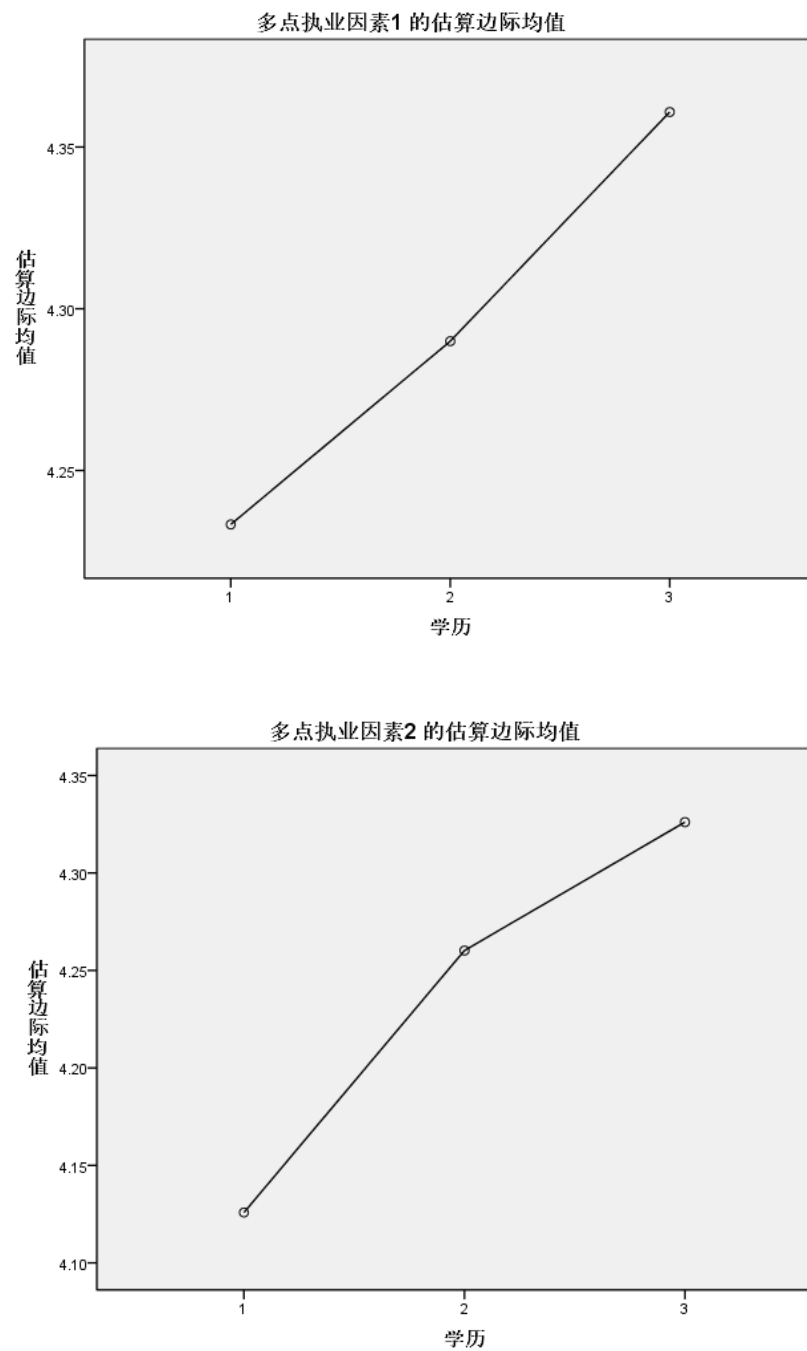
2) 年龄与多点执业



附图-41：年龄与多点执业

25岁以下年龄组对多点执业的“利”并不特别看重，26-35岁年龄组最强调多点执业的有利因素（因素1），此后，随着年龄的增加，被调查者对多点执业的有利因素的认同程度越来越弱。随着年龄的增加，被调查者对多点执业的不利因素（因素2）越来越不担心。同时，随着年龄的增加，被调查者对所在医院的认同感（因素3）越来越强。

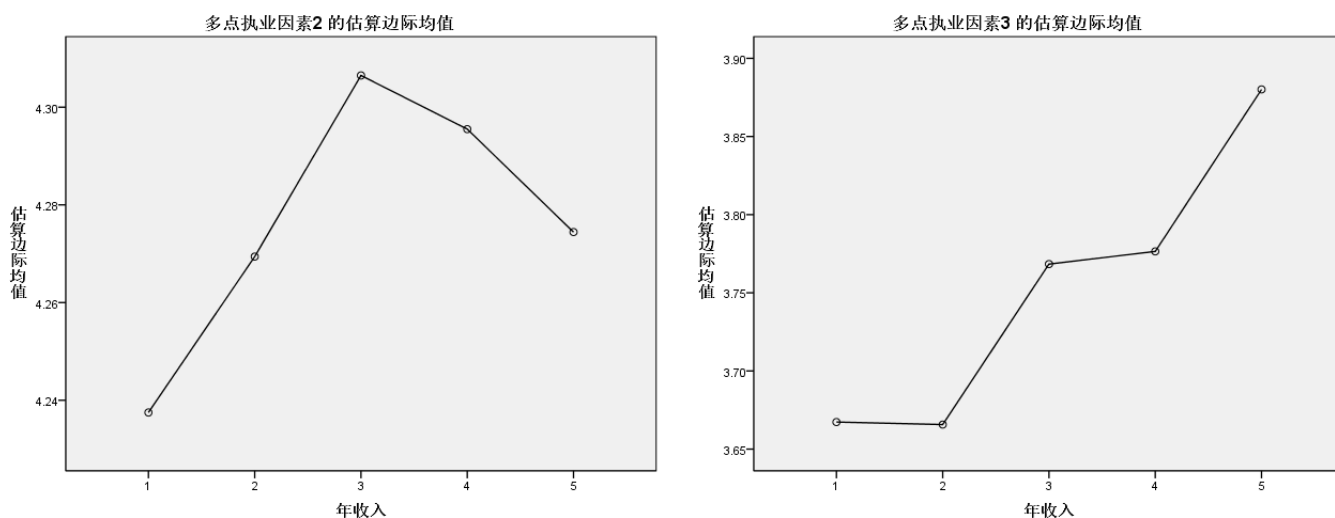
3) 学历与多点执业



附图-42：学历与多点执业

学历越高对多点执业的有利因素（因素 1）越认同，也对多点执业的不利因素（因素 2）越担心，这与越受益越在意的社会普遍心理相符合。

4) 年收入与多点执业



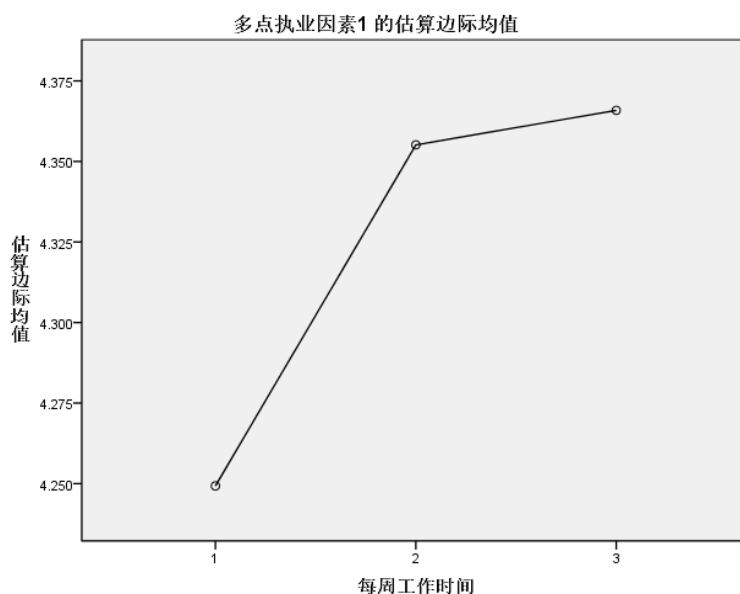
附图-43: 年收入与多点执业

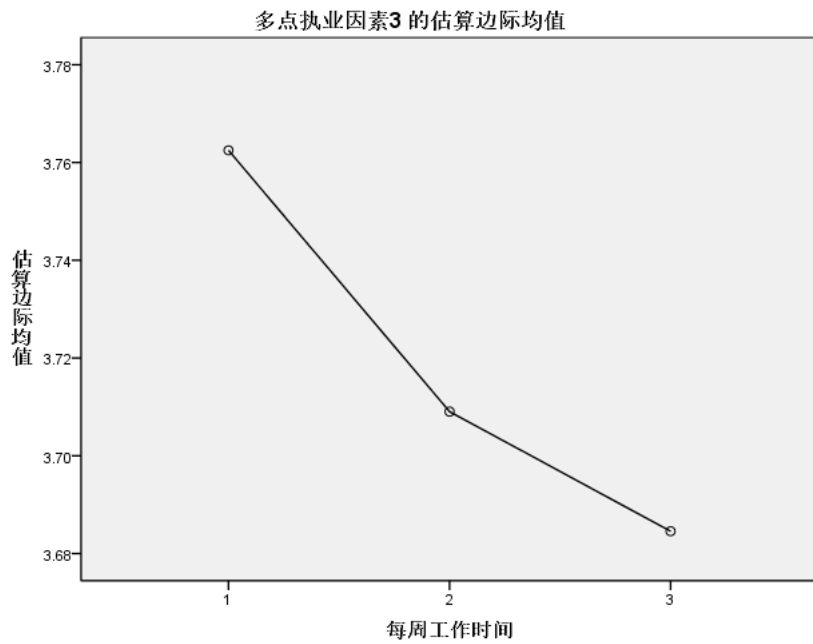
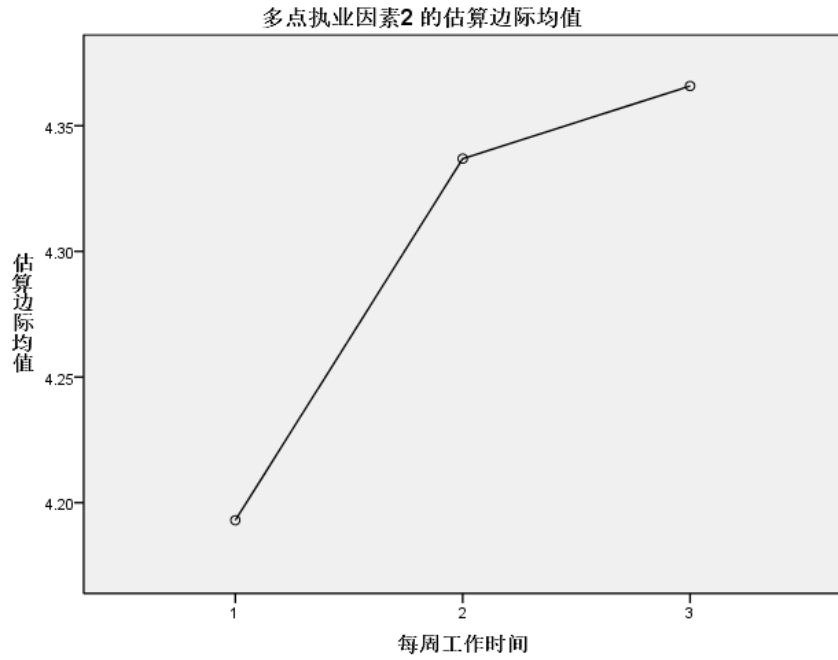
不同收入的被调查者在多点执业有利因素的态度上没有显著差异。

第三组被调查者(年收入 6-9 万元)对多点执业的不利因素(因素 2)最为担心,其次是第二组(年收入 3-6 万元),第一组被调查者(年收入 3 万元以下)担心程度最低。第四组(年收入 9-12 万)被调查者对该因素的关注程度比第三组低,第五组(年收入 12 万元以上)更进一步降低。

不同收入的被调查者在对自己医院的认同感(因素 3)上呈现的总体趋势是,年收入越高,认同感越强。

5) 每周工作时间与多点执业



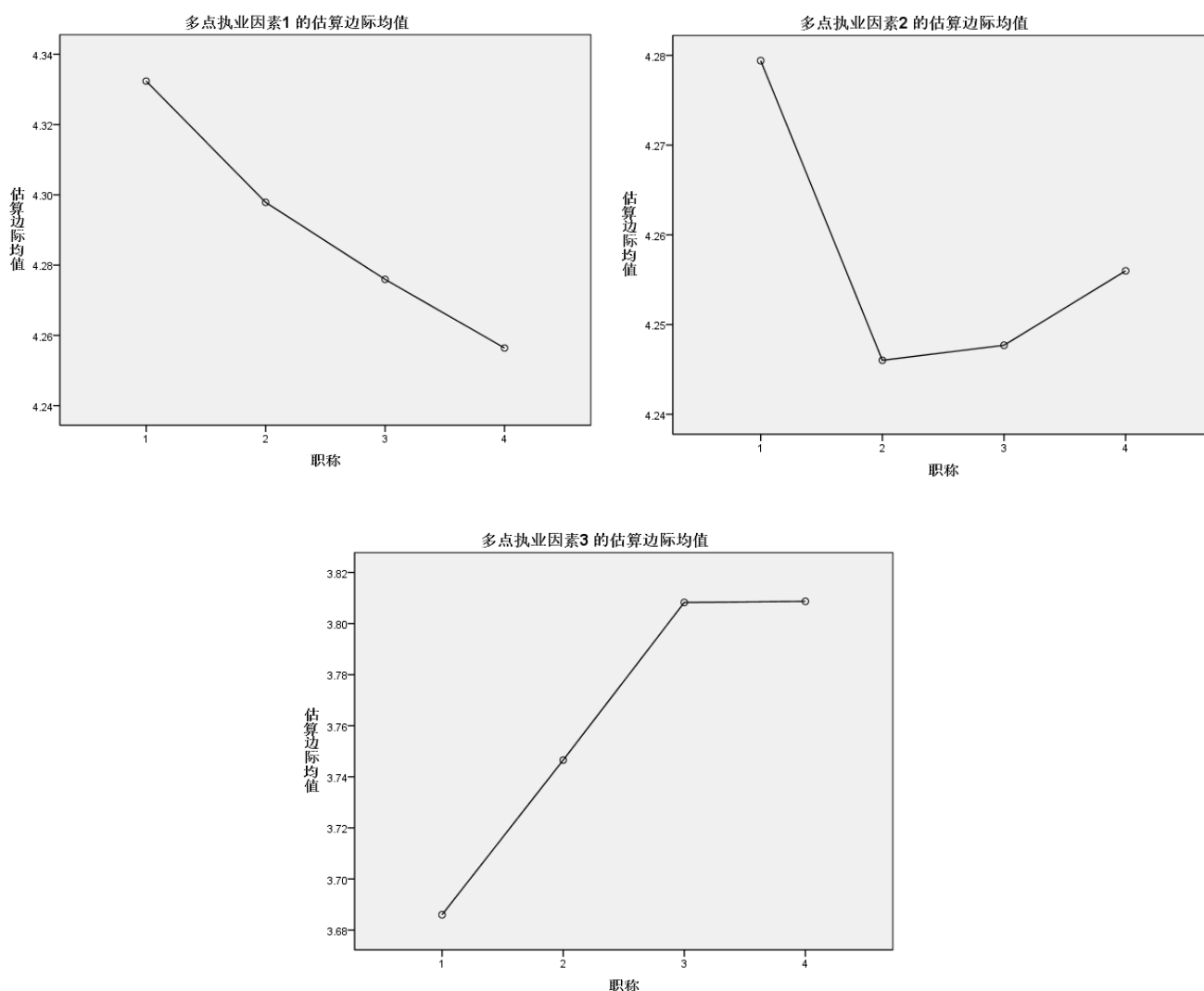


附图-44：周工作时间与多点执业

每周工作时间不同的三组被调查者在多点执业的三个因素上表现出显著差异，这种差异主要体现在第一组（每周工作 40 小时及以下）与第二组（40-60 小时）、第三组（60 小时及以上）之间，后两组被调查者没有显著差异。每周工作 40 小时以上的被调查者（第二组、第三组）对多点执业有利因素（因素 1）的认同程度和对多点执业不利因素（因素 2）的担心程度都显著高于每周工作 40 小时及以下的被调查者（第一组）。同时，

他们对自己医院的认同感（因素 3）显著低于每周工作 40 小时及以下的被调查者（第一组）。

6) 职称与多点执业



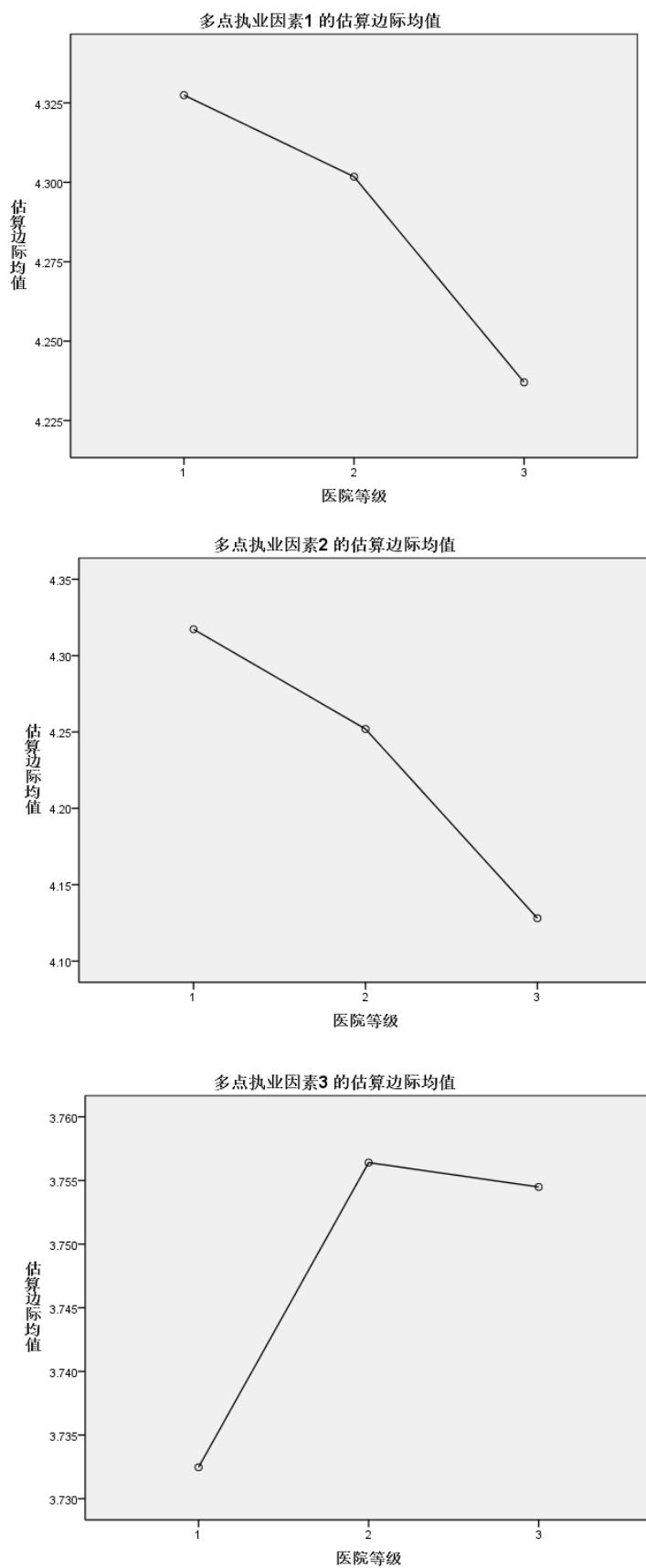
附图-45: 职称与多点执业

职称越高对多点执业有利因素（因素 1）的认同程度越低。

初级职称对多点执业的不利因素（因素 2）的担心程度显著高于中级、副高、正高三组被调查者，后三组之间没有显著差异。

副高和正高两组被调查者对自己医院的认同感（因素 3）最强，总体趋势是，职称越高认同感越强。

7) 医院等级与多点执业

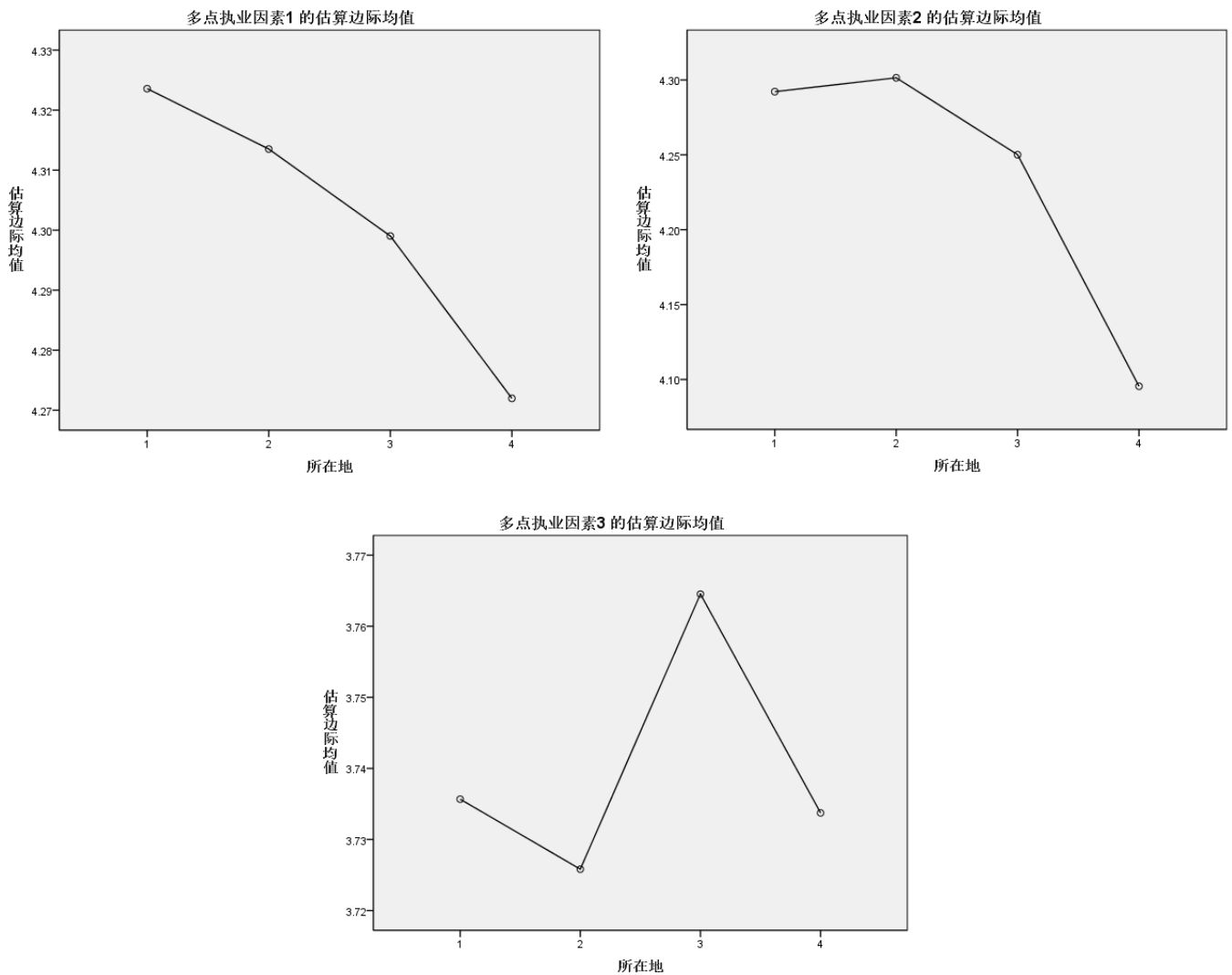


附图-46: 医院等级与多点执业

医院等级越高对多点执业的有利因素（因素 1）的认同程度越高，同时，对多点执业不利因素（因素 2）的担心程度也越强。

在三组被调查者之间比较而言，三级医院的被调查者对自己医院的认同感（因素 3）最低，显著低于二级和一级医院，后两组之间没有显著差异，可能的原因在于医院越大医师在医师中的影响力越受到限制，增加医师的认同感是大医院的领导者应考虑的问题。

8) 所在地与多点执业

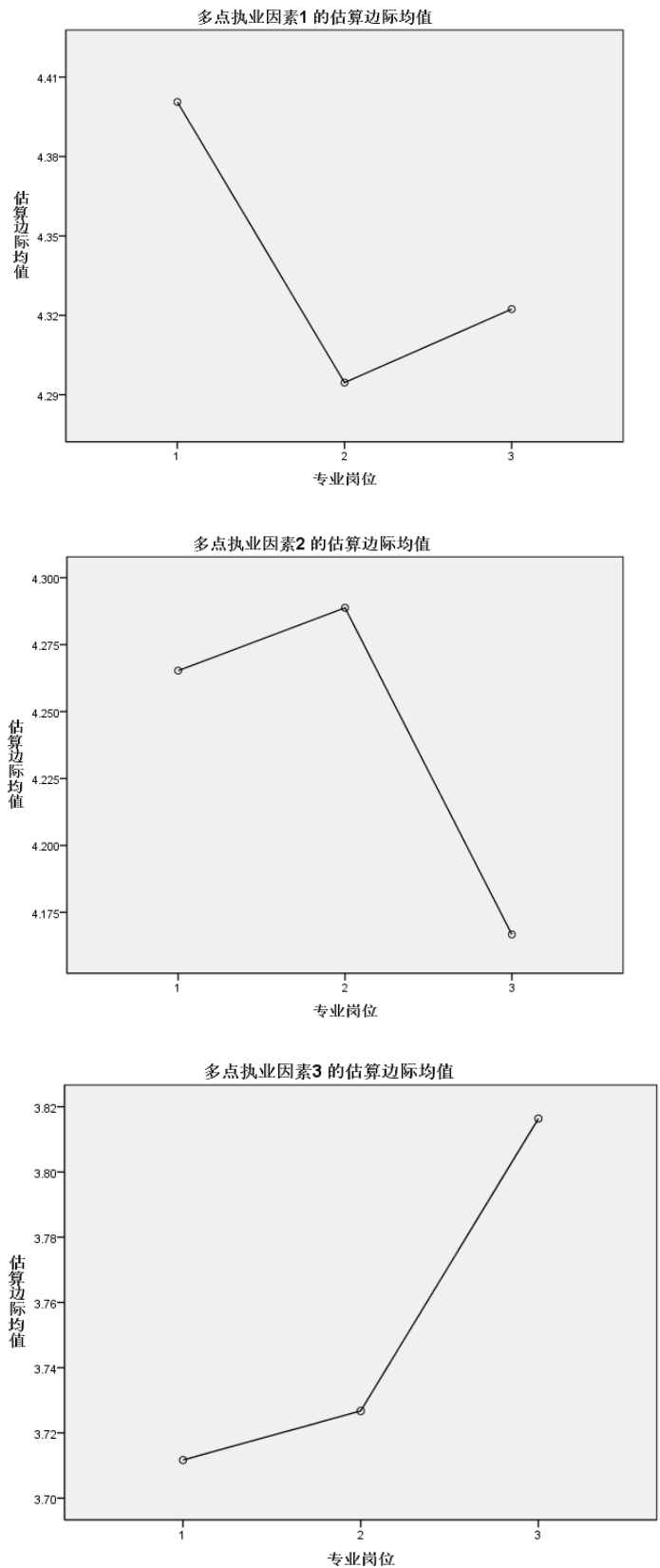


附图-47：所在地与多点执业

来自省会及以上城市、地级市、县级市、和乡镇的四组被调查者对多点执业的有利因素（因素 1）的认同具有显著差异，程度依次递减，即：省会及以上城市最高，乡镇最低。

在对多点执业不利因素（因素 2）的担心程度方面，来自省会及以上城市和地级市的两组被调查者之间没有显著差异，但这两组都显著高于县级市，后者又显著高于乡镇。

来自县级市的被调查者对自己医院的认同感（因素 3）最高，显著高于另外三组被调查者，并且这三组之间没有显著差异。
 9) 专业岗位与多点执业



附图-48: 专业岗位与多点执业

来自临床手术科室的被调查者对多点执业的有利因素（因素 1）的认同程度显著高于临床非手术科室和医技科室，后两者之间没有显著差异。

在对多点执业不利因素（因素 2）的担心程度方面，三组不同专业岗位的被调查者之间表现出显著差异。临床非手术科室的被调查者担心程度最高，其次是临床手术科室，医技科室最低。医技科室的被调查者对自己医院的认同感（因素 3）最高，显著高于临床手术科室和临床非手术科室，且后两组之间没有显著差异。

分析：

（1）在多点执业问题上，男性更看重多点执业的有利因素，女性更看重多点执业的不利因素，同时，男性对自己医院的认同感也更强；

（2）调查显示，随着年龄的增加、职称的晋升、收入的增高，被调查者对所在医院的认同感越来越强。

七、医师对医改的态度

本次调研中，医师对医改的态度共有二十个问题，经分析提取出十三个相关性强的问题，分为三个因素，主动参与、消极、被动接受：

因素 1：主动参与

- 1) 当前的医疗体制改革具有重大意义；
- 2) 当前进行的医改对我国医疗事业的发展是一项正确的选择；
- 3) 我认为我不应该反对当前的医改；
- 4) 抵制当前的医改对我来说是不负责任的表现；
- 5) 我感觉我有责任推动当前的医疗体制改革；
- 6) 反对当前的医疗体制改革，我会有负罪感。

因素 2：消极

- 1) 我觉得没有必要进行这次医改；
- 2) 我并不觉得有义务一定要支持当前的医改；
- 3) 反对当前的医改，我没觉得有什么不对的；
- 4) 我觉得目前正在进行的医疗体制改革是一个错误的决策；

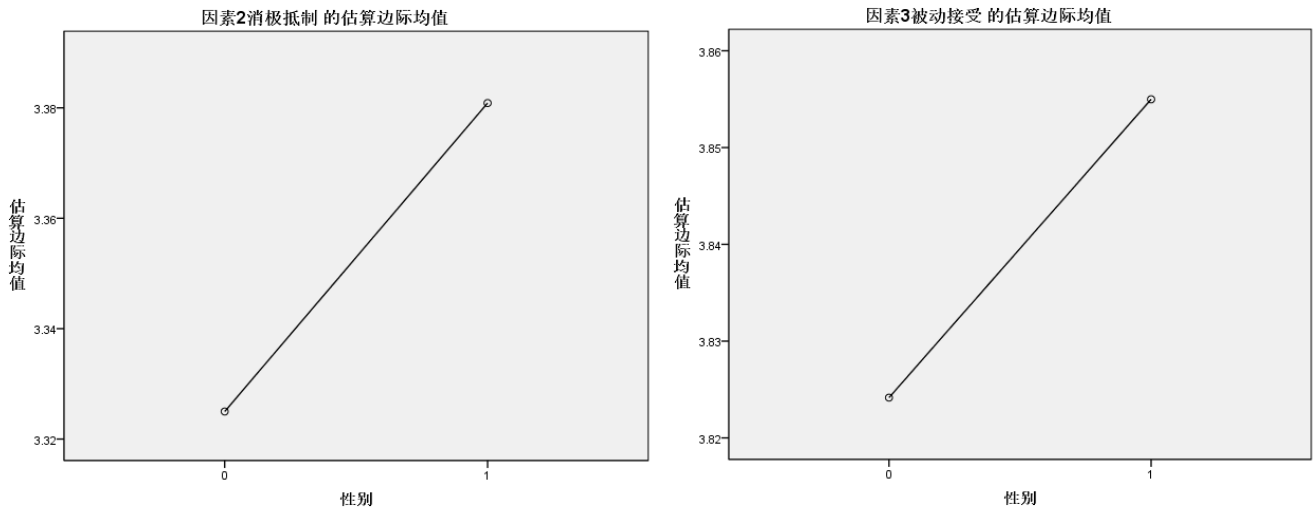
因素 3：被动接受

- 1) 面对当前的医改，我没有别的选择，只能随大流；
- 2) 我有太多的利害关系需要考虑，因此无法抵制这次变革；
- 3) 表达对当前医改的反对意见会让我冒很大风险。

以下因素经分析不是医师对医改态度的影响因素：

1. 我相信当前的医改非常有意义
2. 当前的医改可能会使情况变得更糟
3. 为了跟上当前的医改，我感觉挺有压力
4. 如果抵制这次变革，我会损失惨重
5. 抵制当前的医改对我来说不是一个可行的选择

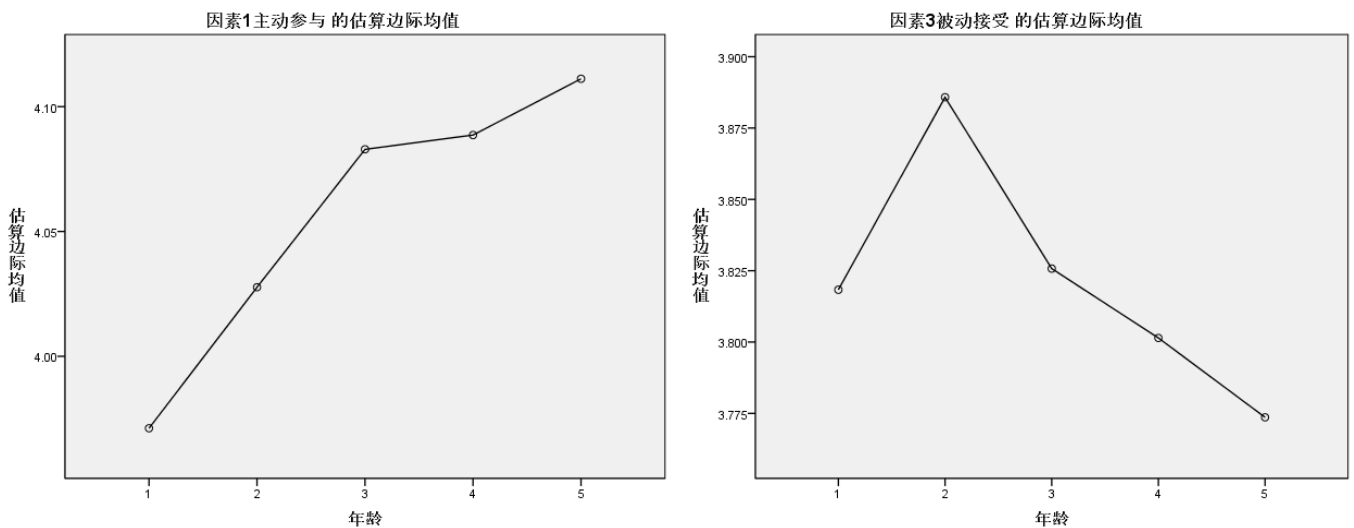
1) 性别与医改的关系



附图-49：性别于医改

在对医疗体制改革的态度上，男性和女性被调查者在主动参与（因素 1）上没有显著差异。在消极（因素 2）和被动接受（因素 3）两个因素上，男性都显著高于女性。

2) 年龄与医改的关系



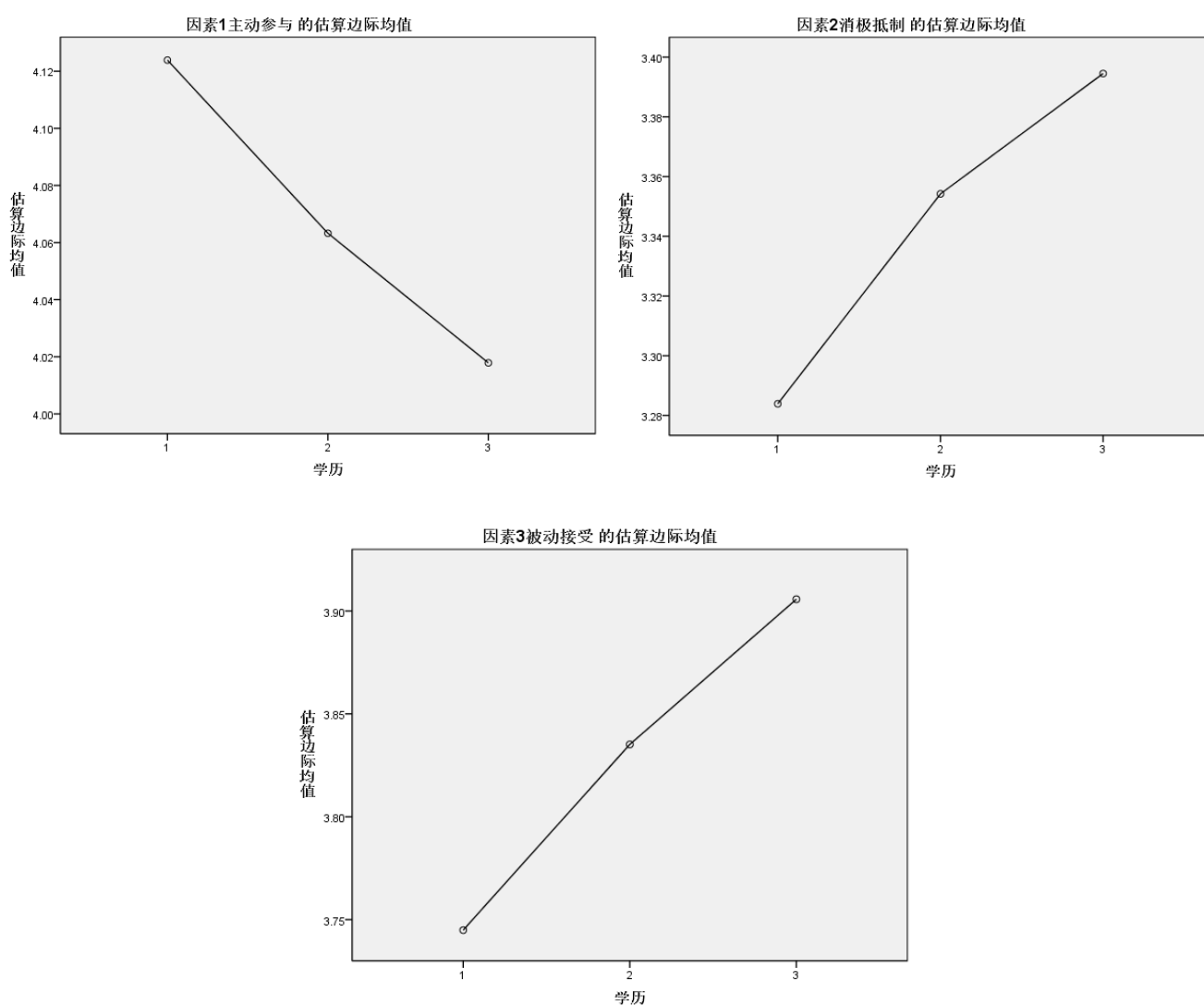
附图-50：年龄与医改

在对医疗体制改革的态度上，不同年龄组的被调查者在消极（因素 2）上没有显著差异，但在主动参与（因素 1）和被动接受（因素 3）两个因素上呈现显著差异。36-45 岁组、46-55 岁组和 56 岁以上组在主动参与（因素 1）上得分最高（三组之间没有显著差异），他们都显著高于 26-35 岁年龄组，后者又显著高于 25 岁以下年龄组，这一统计结果表明年轻医师参与医改的积极性有待提高。

26-35 岁年龄组在被动接受（因素 3）上得分最高，显著高于 25 岁以下组和 36-45 岁组，后两组处于中等水平，且相互之间没有显著差异。46-55 岁组和 56 岁以上组得分最低（两组之间没有显著差异）。

被调查者在对医疗体制改革的态度上，五个年龄组之间比较而言，25 岁以下组在主动参与（因素 1）上最低，在被动接受（因素 3）上处于中等；26-35 岁组在主动参与（因素 1）上处于中等，在被动接受（因素 3）上最高；36-45 岁组、46-55 岁组和 56 岁以上组三组被调查者的总体趋势是，年龄越大主动参与（因素 1）程度越高，被动接受（因素 3）程度越低。

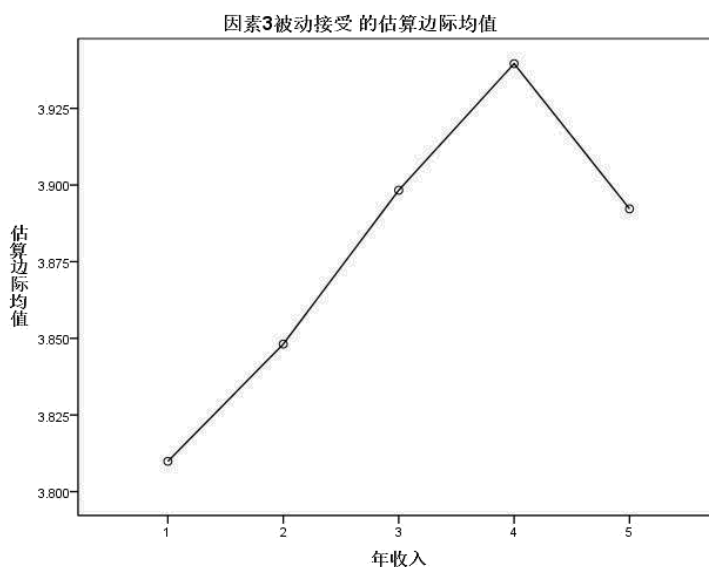
3) 学历与医改的关系



附图-51：学历与医改

在对医疗体制改革的态度上，三组不同学历的被调查者在三个因素上都呈现显著差异。在主动参与（因素 1）上，学历越高程度越低。在消极（因素 2）和被动接受（因素 3）两个因素上，学历越高程度越高。

4) 年收入与医改的关系



附图-52：年收入与医改

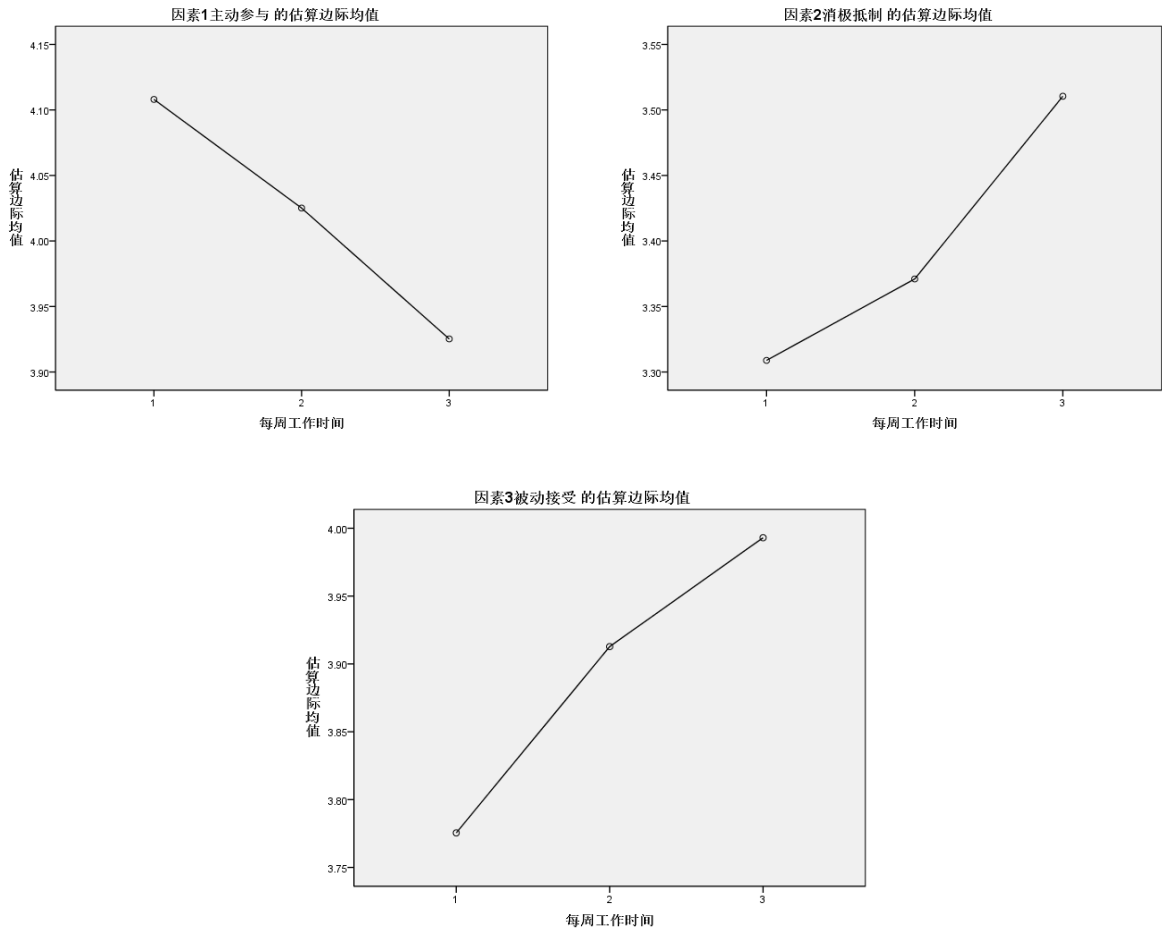
在对医疗体制改革的态度上，不同年收入的五组被调查者在消极（因素 2）和被动接受（因素 3）两个因素上表现出显著差异，在主动参与（因素 1）上没有显著差异。

在消极（因素 2）上，年收入 9-12 万元组和 12 万元以上组得分最高（两组之间没有显著差异），年收入在 3 万元以下组和 3-6 万元组得分最低（两组之间没有显著差异），年收入 6-9 万元组处于中等水平，且与其他各组都有统计显著差异。

在被动接受（因素 3）上，年收入 9-12 万元组得分最高，6-9 万元组和 12 万元以上组次之（两组之间没有显著差异），3-6 万元组再次，3 万元以下组得分最低。

这一数据说明现在较高收入的医师对改革是否会影响到自己的收入存有疑虑，让医师们相信改革只能让医师更受益从而调动更多医师参与医改的积极性很有必要。

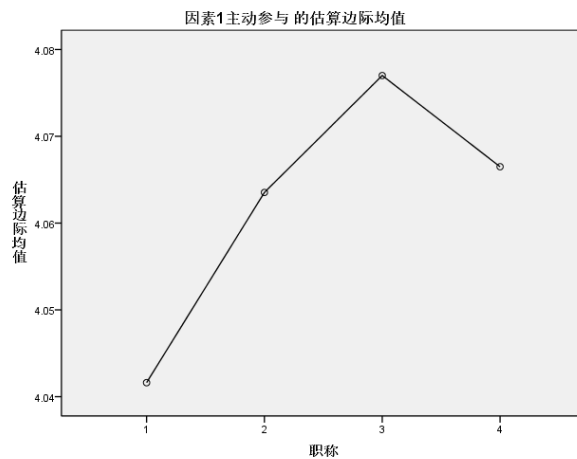
5) 每周工作时间与医改的关系



附图-53：周工作时间与医改

在对医疗体制改革的态度上，每周工作时间不同的三组被调查者在三个因素上都呈现显著差异。在主动参与（因素 1）上，每周工作时间越长程度越低。在消极（因素 2）和被动接受（因素 3）两个因素上，每周工作时间越长程度越高。

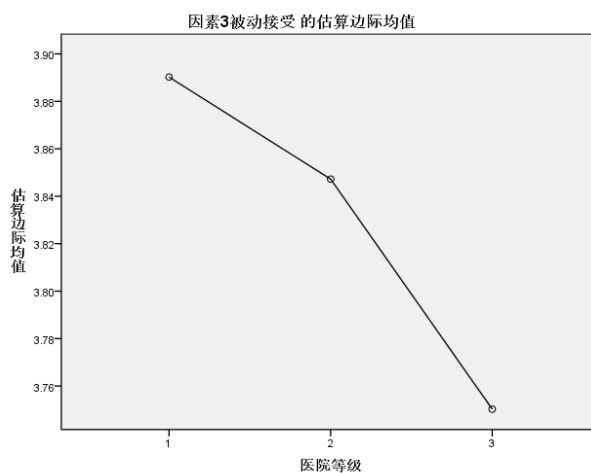
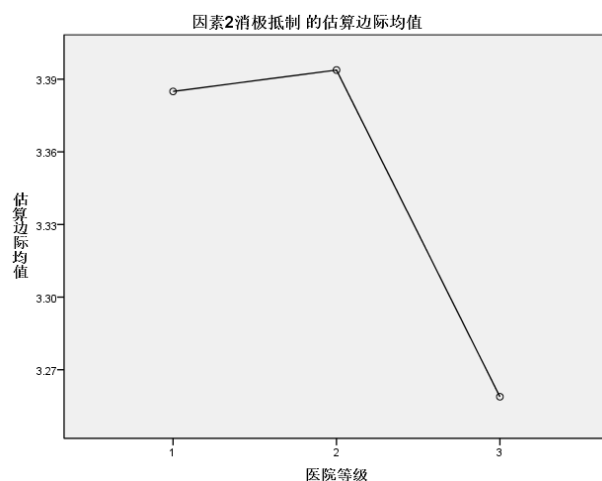
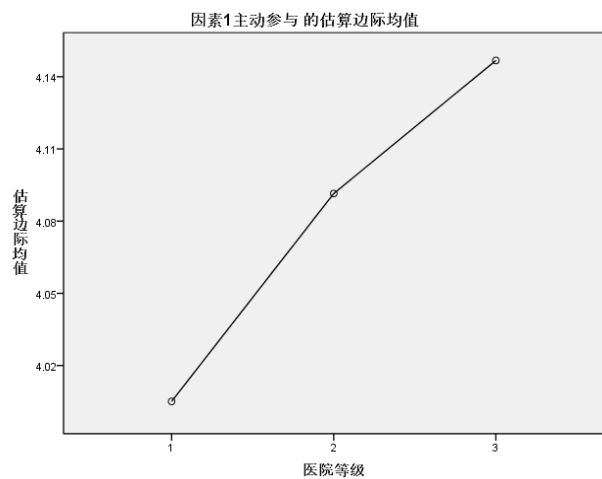
6) 职称与医改的关系



附图-54：职称与医改

不同职称的四组被调查者在主动参与（因素 1）上表现出显著差异，在消极（因素 2）和被动接受（因素 3）两个因素上没有显著差异。中级、副高级、正高级职称的三组被调查者在主动参与（因素 1）上的得分没有显著差异，他们都显著高于初级职称的被调查者，后者得分最低。

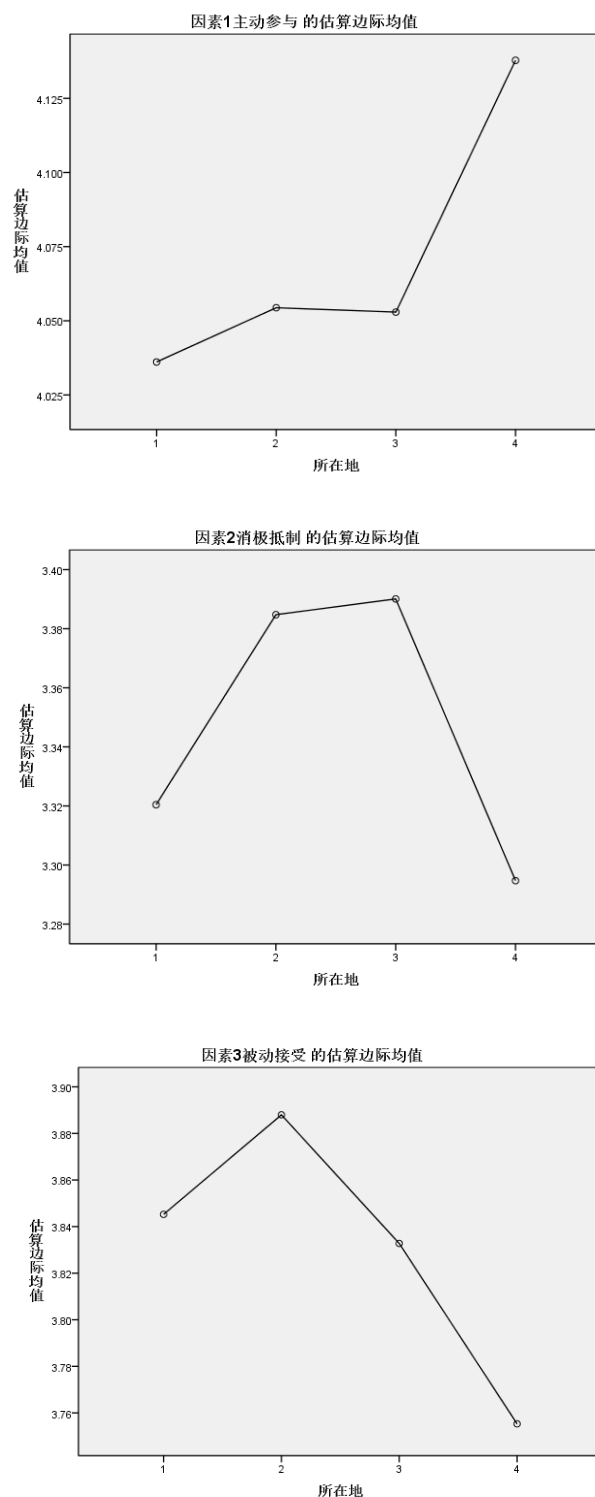
7) 医院等级与医改的关系



附图-55: 医院等级与医改

来自不同等级医院的三组被调查者在对医疗体制改革的态度三个因素上都呈现显著差异。在主动参与（因素 1）上，医院等级越高主动参与程度越低。在消极（因素 2）上，三级和二级医院的得分没有显著差异，但他们都显著高于一级医院。医院等级越高，对医改的被动接受（因素 3）程度越高。

8) 所在地与医改的关系



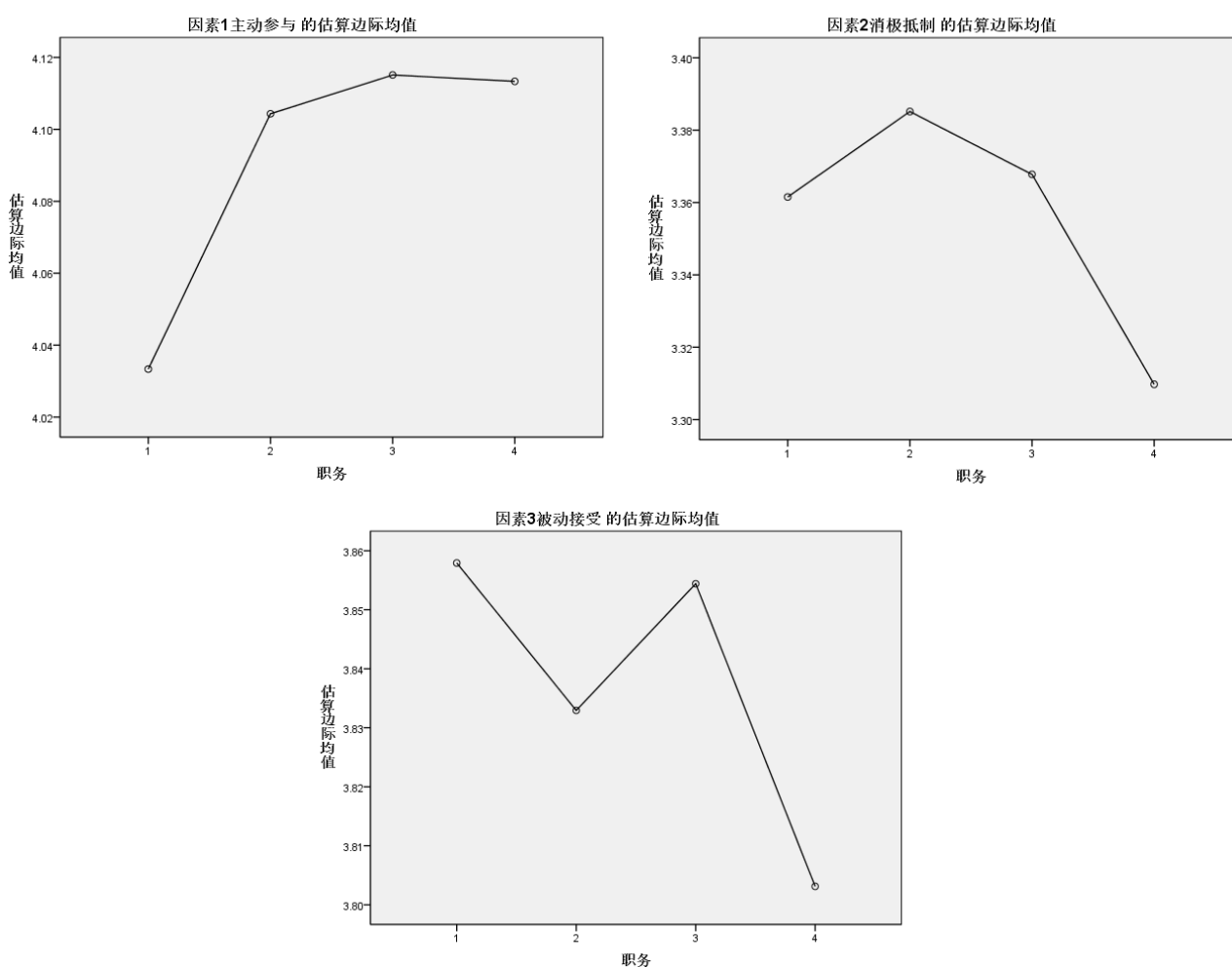
附图-56: 所在地与医改

来自乡镇的被调查者在主动参与（因素 1）上的得分显著高于来自省会及以上城市、地级市、县级市的三组被调查者，且后三组之间没有显著差异。

在消极（因素 2）上，来自地级市和县级市的被调查者（两组之间没有差异）显著高于来自省会及以上城市和乡镇的两组被调查者，后两组之间没有显著差异。

来自地级市的被调查者对医改的被动接受（因素 3）程度最高，其次是省会及以上城市和县级市（两组之间没有差异），来自乡镇的被调查者程度最低。

9) 职务与医改的关系

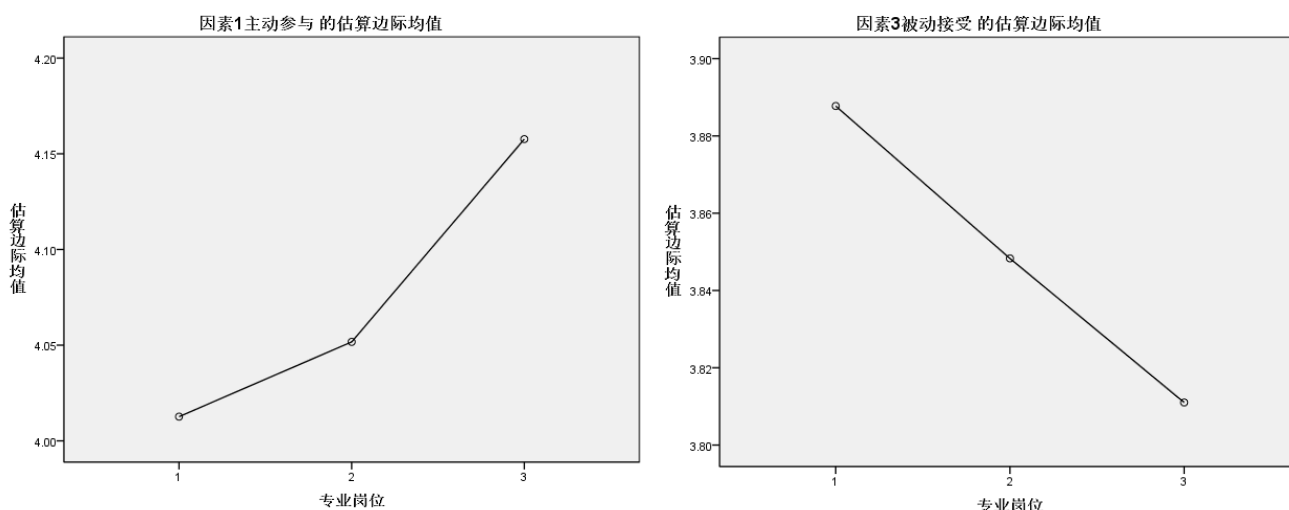


附图-57：职务与医改

在对医疗体制改革的态度上，医院基层管理者和中层管理者、医院高层管理者三组被调查者（三组之间没有差异）的主动参与（因素 1）意识显著高于普通工作人员。在消极（因素 2）上，高层管理者的得分最低，显著低于普通工作人员、基层管理者和中层管理者，且后三组之间没有显著差异。

总体而言，高层管理者对医改的态度积极正向、主动参与意识强。普通工作人员对医改的主动参与意愿不强，同时抱有消极、被动心态，需要积极引导。基层管理者和中层管理者对医改的态度具有矛盾性，既意愿主动参与，又对变革的过程和可能的结果持有消极态度。

10) 专业岗位与医改的关系



附图-58：专业岗位与医改

在对医疗体制改革的态度上，不同专业岗位的两组被调查者在主动参与（因素 1）和被动接受（因素 3）两个因素上存在显著差异，在消极（因素 2）上没有显著差异。医技科室在主动参与（因素 1）上意识最强，其次是临床非手术科室，临床手术科室最弱。临床手术科室在被动接受（因素 3）上得分最高，其次是临床非手术科室，医技科室得分最低。相对而言，医技科室对医改的态度最为积极，临床手术科室对医改的态度比较消极被动。

分析：

(1) 在对医疗体制改革的态度上，年轻组主动参与性差，且学历越高主动参与程度越低；调查显示较高收入的医师对医改的态度更被动，这一点值得医改设计者和宣传部门重视，应该让医师们明白改革只会越来越好，从而让医师们更加积极参与医改；

(2) 职称高、职务高的群体对医改的主动参与性越高，但与此不相适应的是所在医院等级越高的医师被动接受医改比例越高，积极参与的程度越低，这一现象值得关注。

八、医师的职业压力

在考量医师职业压力时，本次调查引进了国际上比较流行的心理资本、心理耗竭指标和疲劳状况指标进行评价。心理资本是在积极心理学研究思潮下提出和发展而来的一个新的概念，是指个体在成长和发展过程中表现出来的一种积极的心理状态，是超越社会资本和人力资本的一种核心的心理要素，是促进个体成长和绩效提升的心理资源。心理耗竭是用于评价工作-生活压力导致的心理损伤程度的主要指标。

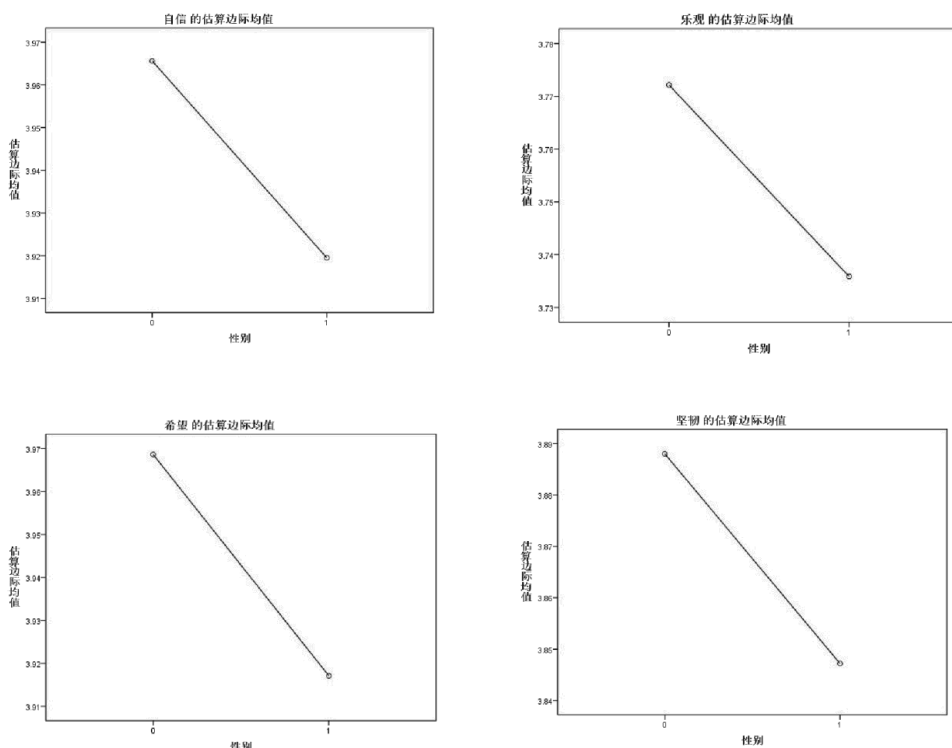
（一）心理资本

心理资本是一种能有效促进职员的积极组织行为的心理和精神状态，心理资本概念提出之后便被引入组织管理研究领域，成为管理学界炙手可热的热点研究。

研究证明，心理资本对工作态度、工作行为和工作结果呈积极的正向相关，同时又在组织层面上具有更多的积极效应。如，心理资本对员工的工作满意度和工作绩效具有积极的正向影响，心理资本还能在领导和下属关系中进行传递，进而提升下属的工作绩效。

医师是高知识和高技术群体，医师内心所蕴藏的积极力量对工作态度和工作行为的影响及机制研究需要得到更为广泛的关注。

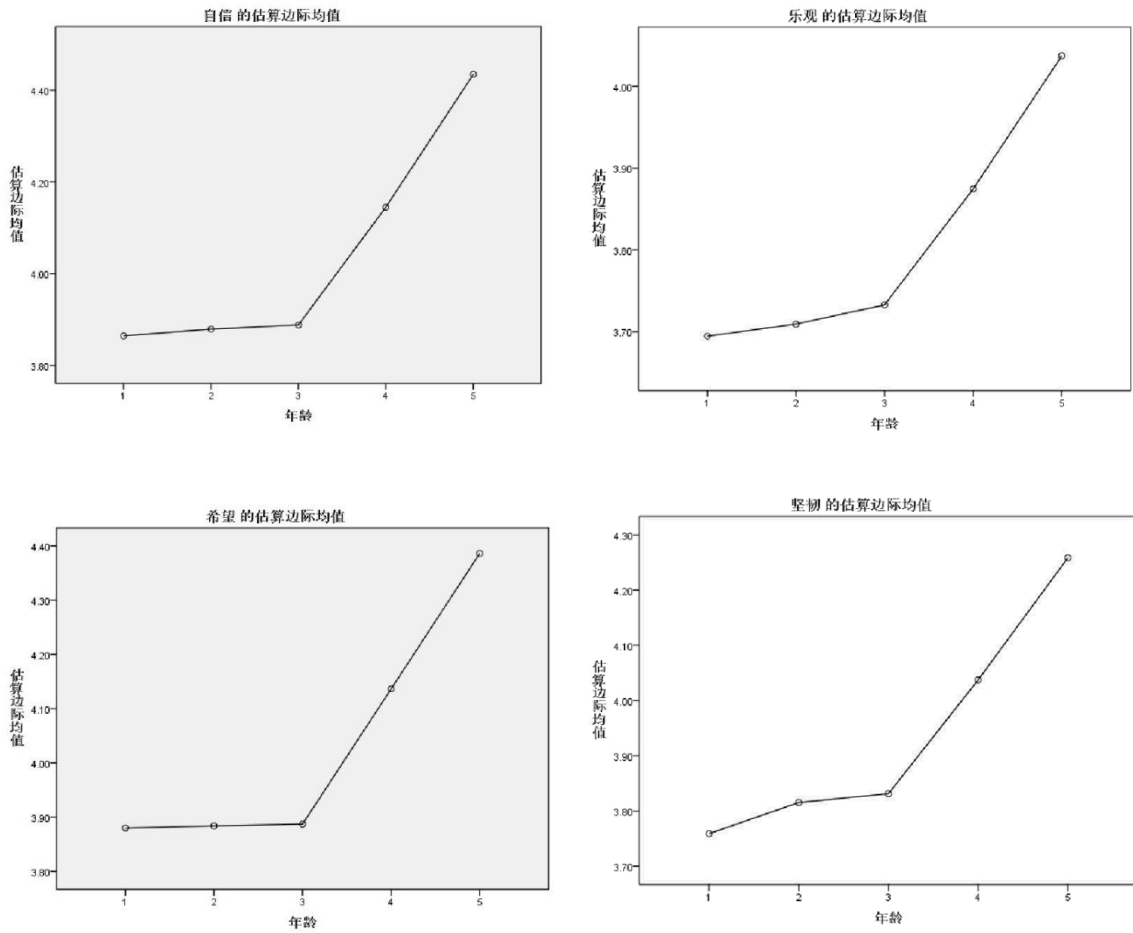
1、性别与心理资本



附图-59：性别与心理资本

在心理资本的四个维度上，女性都显著高于男性。

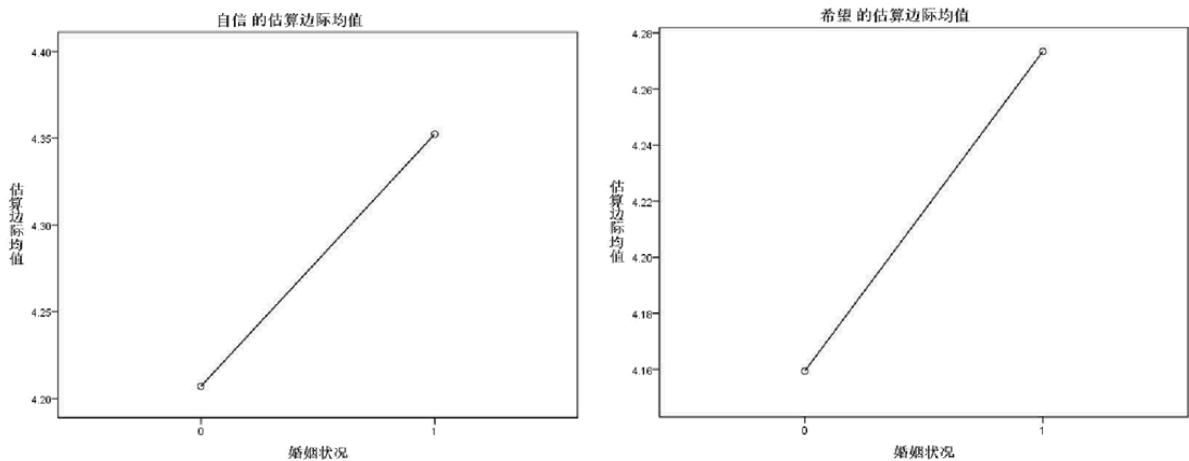
2、年龄与心理资本

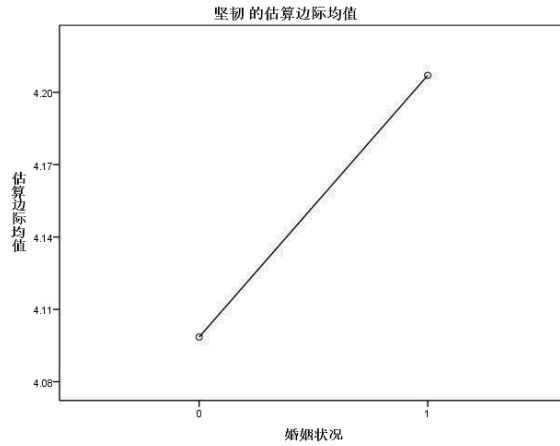


附图-60：性别与心理资本

年龄在 45 岁以下的三个组在心理资本的四个维度上都显著低于 46-55 岁和 56 岁以上两个年龄组，后两组之间也有显著差异。在心理资本上的总体趋势是，随着年龄增长，心理资本显著提高。

3、婚姻状况与心理资本



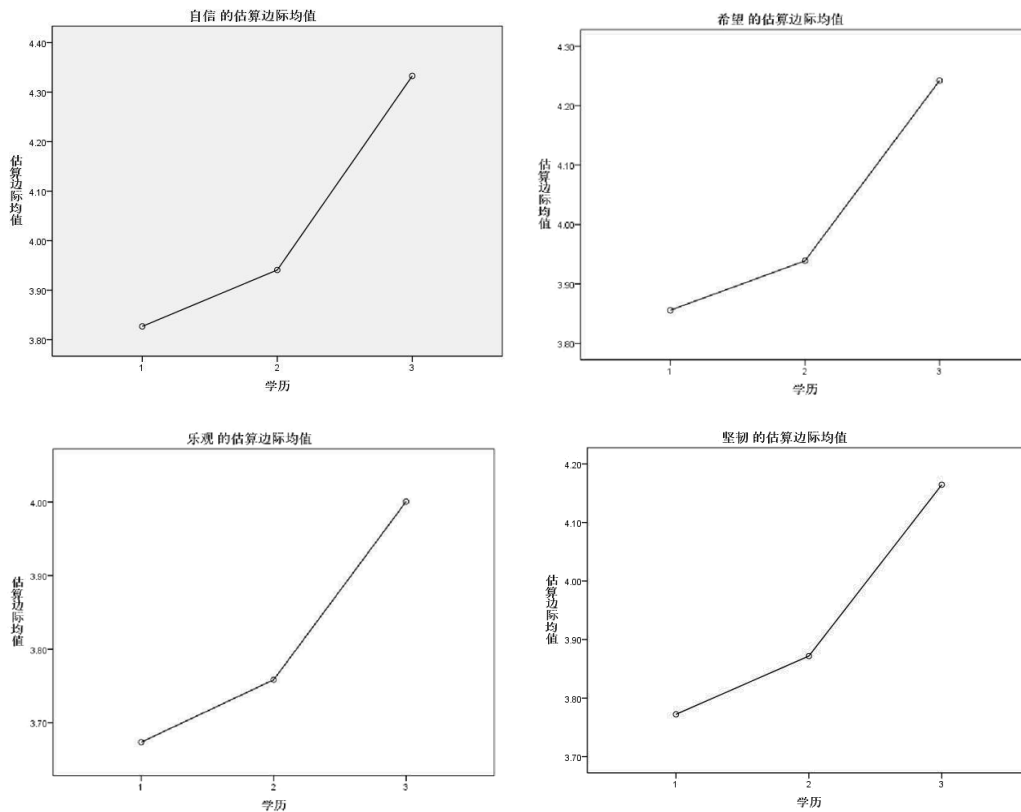


附图-61：婚姻与心理资本

婚姻状况在心理资本的自信、希望、坚韧三个维度上有显著差异，有配偶的被调查者都显著高于无配偶者。在乐观维度上两组被调查者的差异没有达到显著性水平。

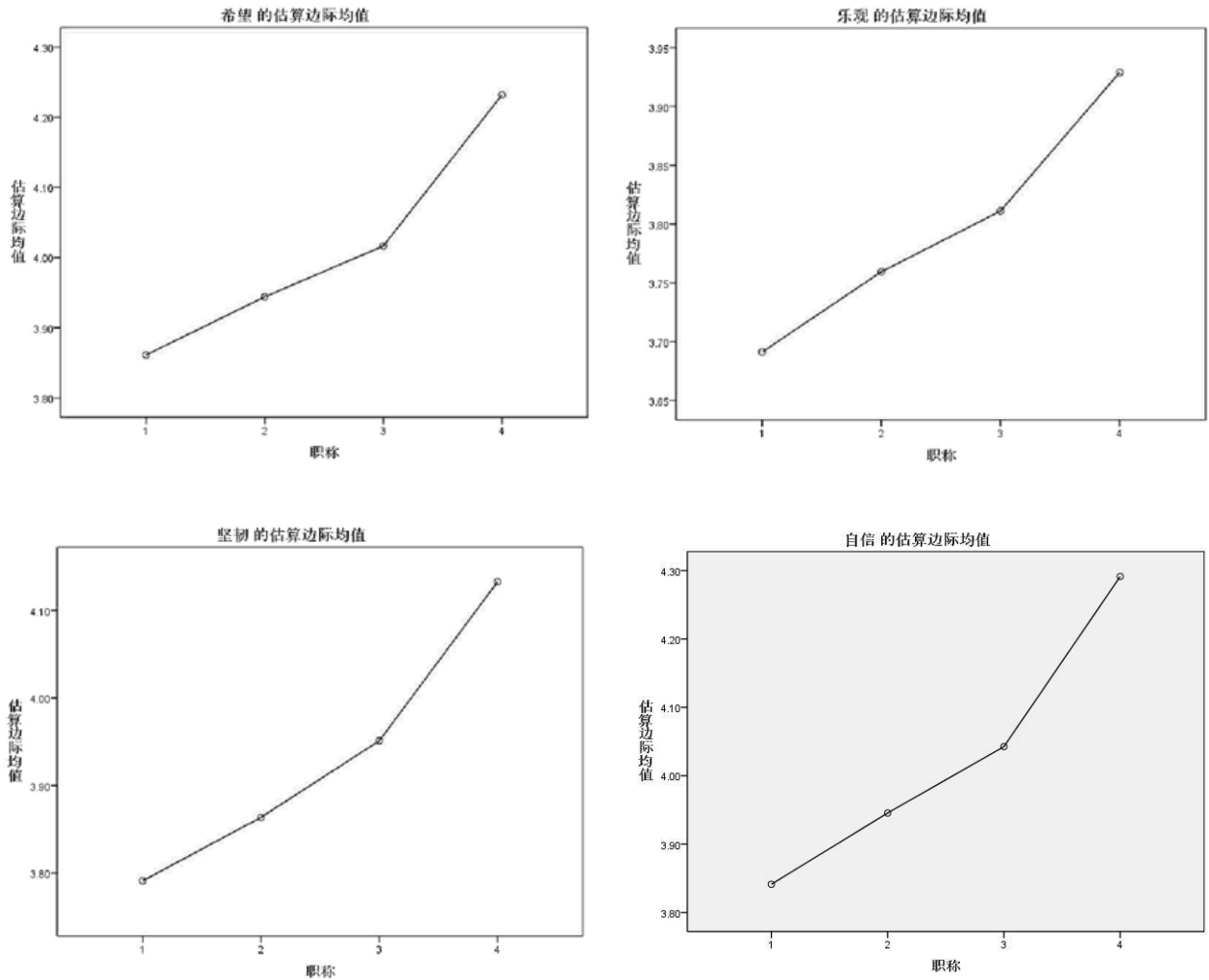
4、学历与心理资本

三组不同学历的被调查者在自信、希望、乐观、坚韧上都呈现出显著差异，总的趋势是，学历越高，在心理资本的四个维度上表现越强。



附图-62：学历与心理资本

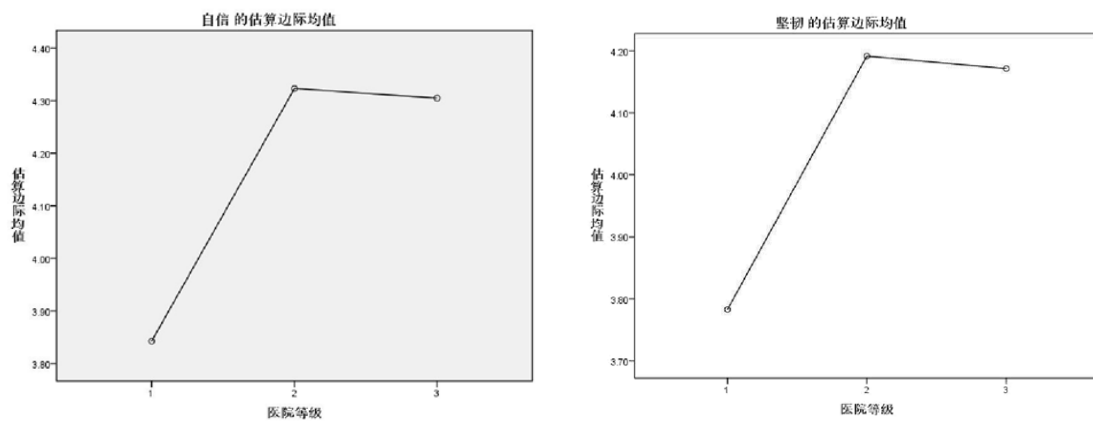
5、职称与心理资本

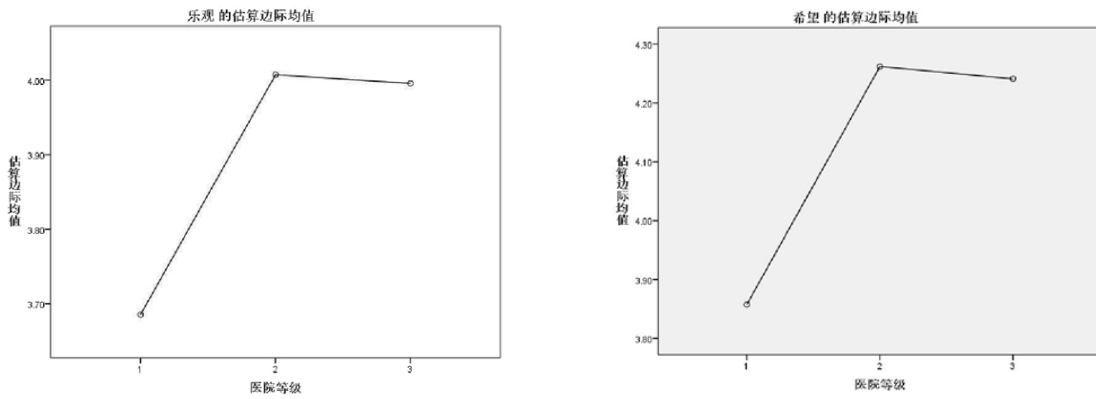


附图-63：职称与心理资本

四组不同职称的被调查者在心理资本的四个维度上都存在显著差异，即：职称越高在自信、希望、乐观、坚韧四个方面都表现得越强。

6、医院等级与心理资本

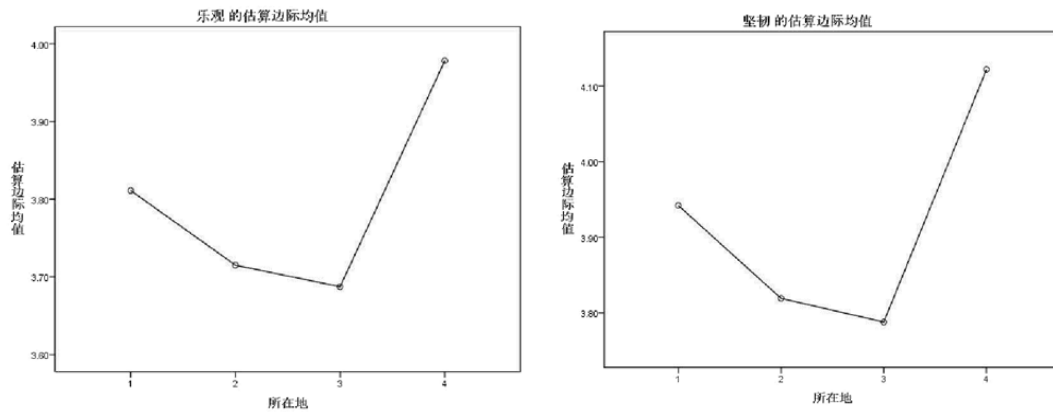




附图-64：医院等级与心理资本

二级和一级及以下医院的被调查者在心理资本的四个维度上都显著高于三级医院的被调查者，且前两组之间没有显著差异。

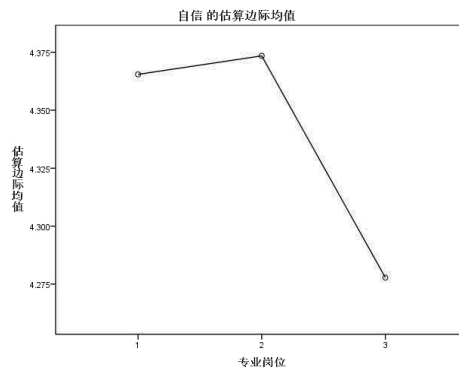
(7) 所在地与心理资本



附图-65：所在地与心理资本

在心理资本的四个维度上，来自乡镇的被调查者表现最强，其次是来自省会及以上城市的医师，来自地级市和县级市的两组被调查者表现最弱。

(8) 专业岗位与心理资本



附图-66：专业岗位与心理资本

不同专业岗位的被调查者只在自信维度上有显著差异,在希望、乐观、坚韧三个维度上的差异没有达到显著性水平。临床手术科室和临床非手术科室两组被调查者在自信维度上显著高于医技科室的被调查者,前两组之间没有显著差异。

分析:

- (1) 调查显示,女医师更积极乐观;
- (2) 高学历者以及随着年龄的增长、职称的晋升,心理资本显著提高;
- (3) 基层医师心理资本高于大城市的医师;
- (4) 无配偶者心理资本受到影响。

(二) 心理耗竭

心理耗竭 (Psychological Burnout) 是用于评价工作-生活压力导致的心理损伤程度的主要指标。Maslach 和 Jackson 制定的评价量表将心理耗竭分为 1-8 个等级,等级越高心理损伤程度越重。心理耗竭包括三个维度:冷漠、低成就感、情感枯竭。

心理耗竭等级

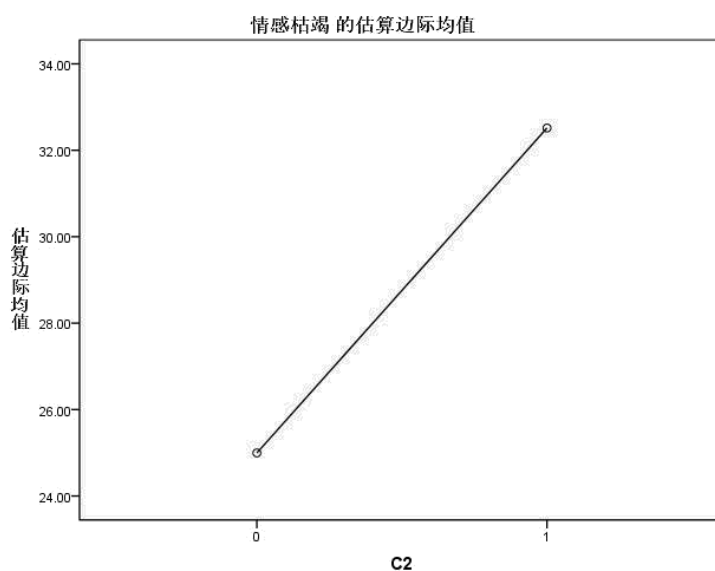
	频率	有效百分比	累积百分比
1 级	2951	9.9	9.9
2 级	267	.9	10.8
3 级	6722	22.5	33.3
4 级	3547	11.9	45.2
5 级	1050	3.5	48.7
6 级	2686	9.0	57.7
7 级	4229	14.2	71.9
8 级	8398	28.1	100.0
合计	29850	100.0	

附图-67: 心理耗竭等级

数据分析结果显示,心理耗竭在 6 级的被调查者占总数的 9.0%,7 级占 14.2%,8 级占 28.1%,也即:在全体样本中,心理耗竭在 6 级以上的被调查者占 51.3%。

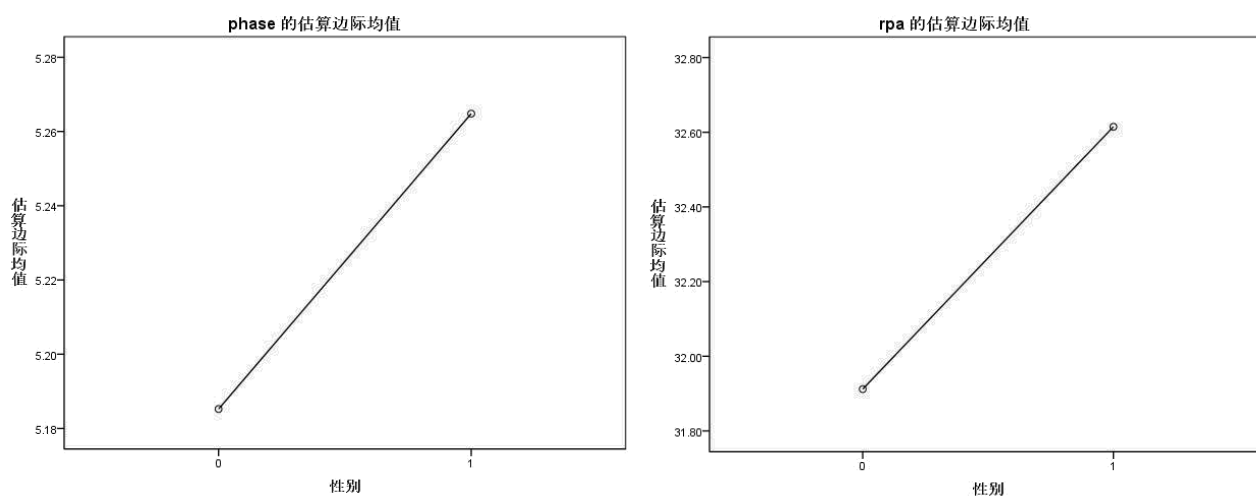
医师群体与参照群体在心理耗竭上的比较

将医师群体与企业职工样本构成的参照群体相比较, 医师群体在总体心理耗竭等级上显著高于参照群体。在心理耗竭的三个维度上医师群体也都显著高于参照群体, 其中, 又以情感枯竭程度最为严重。医师职业既是知识和技术密集型工作, 同时也是服务导向的情感劳动, 上述结果与医师的这种职业性质直接相关。



1、性别与心理耗竭

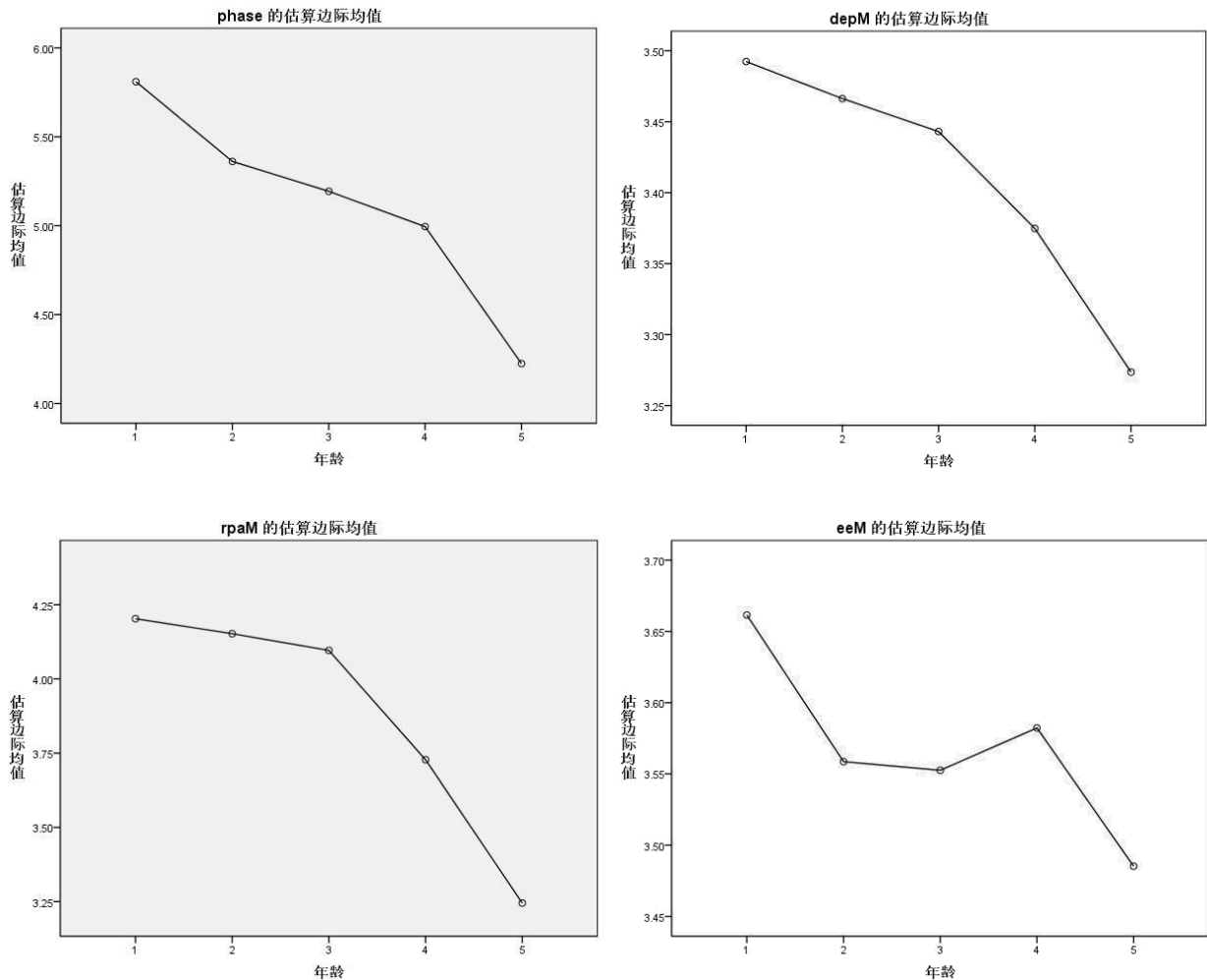
心理耗竭水平在性别上有显著差异, 男性显著高于女性。在冷漠和低成就感两个维度上男性显著高于女性, 男、女之间在情感枯竭维度上没有显著差异。



附图-68: 性别与心理耗竭

2、年龄与心理耗竭

心理耗竭水平在不同年龄组之间都有显著差异。总体趋势是，随着年龄增长，心理耗竭水平显著降低。



附图-69：年龄与心理耗竭

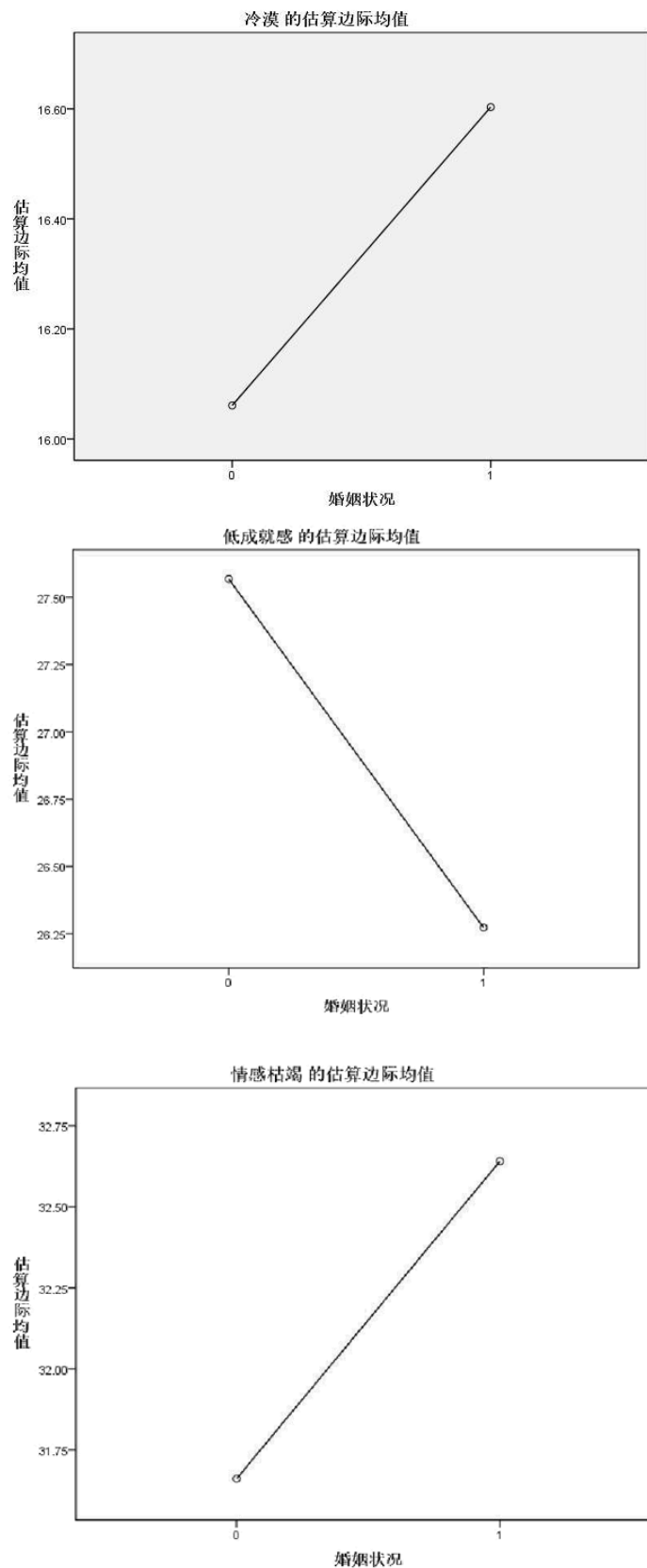
不同年龄组在心理耗竭的三个维度上都有显著差异。25岁以下年龄组、26-35岁组、36-45岁组在冷漠维度上水平最高，三组之间没有显著差异，其次是46-55岁组，56岁以上组的冷漠水平最低。在低成就感维度上，各年龄组之间存在显著差异，总的趋势是，年龄越大低成就感水平越低。

在情感枯竭维度上，25岁以下年龄组的情感枯竭水平最高，其次是26-35岁、36-45岁和46-55岁三个年龄组（他们三者之间没有显著差异），56岁以上年龄组的情感枯竭水平最低。

3、婚姻状况与心理耗竭

婚姻状况分为有伴侣(=1)和无伴侣(=0)两组。婚姻状况的两组被调查者在心理耗竭水平上没有显著差异，但在心理耗竭的三个维度上分

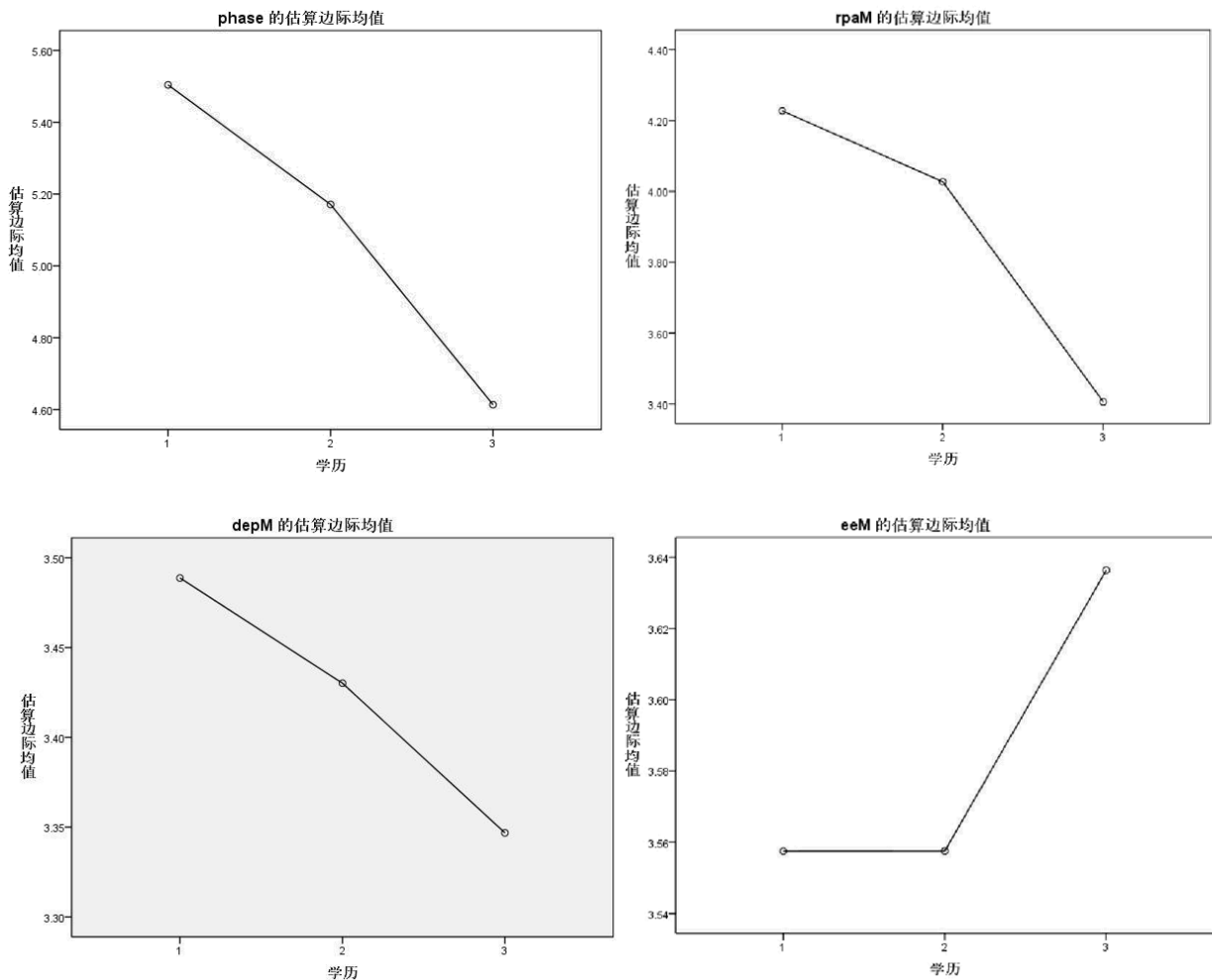
别表现出显著差异。有伴侣组在冷漠和情感枯竭两个维度上显著高于无伴侣组，在低成就感维度上显著低于无伴侣组。



附图-70：婚姻状况与心理耗竭

4、学历与心理耗竭

不同学历的被调查者在心理耗竭水平上有显著差异，总体趋势是，学历越高心理耗竭水平越低。



附图-71：学历与心理耗竭

在心理耗竭的三个维度上，不同学历的被调查者在冷漠和低成就感两个维度都表现出显著差异，且趋势相同，即：学历越高，冷漠和低成就感水平越低。在情感枯竭维度上，大专及以下学历组和本科学历组的水平最低，且两组之间没有显著差异。研究生学历组的情感枯竭水平显著高于前述两组。

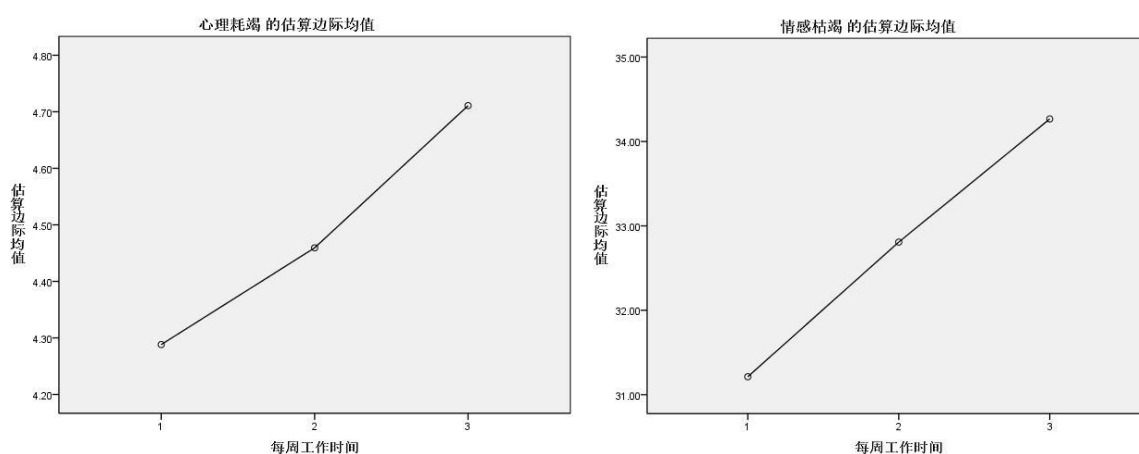
5、年收入与心理耗竭

不同年收入的被调查者在总体心理耗竭水平，以及冷漠和情感枯竭两个维度上有显著差异，在低成就感维度上没有显著差异。如图所示，不同年收入组不论在心理耗竭水平还是在冷漠和情感枯竭两个维度上都表现出共同的趋势。年收入少于3万元，心理耗竭水平以及冷漠和情感枯竭水平都显著抬升。年收入在3-6万元和6-9万元两组被调查者的心理耗

竭以及冷漠和情感枯竭水平最低，年收入在 9-12 万元的被调查者这 3 项指标显著升高，年收入在 12 万元以上的被调查者这 3 项指标达到最高。

6、每周工作时间与心理耗竭

每周工作时间不同的 3 组被调查者在总体心理耗竭水平上存在显著差异，工作时间越长心理耗竭水平越高，即：每周工作 60 小时组心理耗竭水平最高，其次是每周工作 40-60 小时组，每周工作 40 小时以下组的心理耗竭水平最低。



附图-72：每周工作时间与心理耗竭

进一步对心理耗竭三个维度的分析可以发现，每周工作时间不同的三组被调查者在总体心理耗竭水平上的差异主要是由情感枯竭造成的，三组被调查者在冷漠和低成就感两个维度上没有差异，只在情感枯竭维度上三组之间存在显著差异。三组被调查者在情感枯竭维度上的表现与在总体心理耗竭水平上的趋势相同，即：工作时间越长心理耗竭水平越高。

7、中国麻醉医师心理耗竭横断面报告（摘自：《中国麻醉医生执业状况横断面研究：职业耗竭水平较高，工作满意度较低》李晗歌 左明章等）

2015 年 6 月至 8 月，在京津冀地区开展针对麻醉医生大型横断面问卷调查，京津冀 211 家医院（应答率 74%）的 2873 名麻醉医师（应答率 70%）完成并提交了问卷。问卷内容包括：1. 个人基本情况及医院信息；2. 明尼苏达工作满意度量表（MSQ）；3. Maslach 职业耗竭量表（MBI）；4. 睡眠情况以及医患沟通情况。

总体工作满意度得分为 65.3 ± 11.5 。职业耗竭率高达 69%，高度情绪衰竭、高度去人性化和低成就感的发生率分别为：57%（95% CI, 55%-59%），49%（95% CI, 47%-51%）和 57%（95% CI, 55%-58%）。Logistic 回归分析

显示，年龄、医院级别、周工作时长、每日麻醉例数、遇到有挑战病例的频率、收入以及睡眠质量是职业耗竭的独立相关因素。高度去人性化的麻醉医师术前谈话时间较短，在引起疼痛前较少提示患者，较少向患者解释操作过程，较少安慰病人。

京津冀麻醉医生的工作满意度较低，职业耗竭率较高。改善麻醉医生的工作满意度和职业耗竭状况将营造积极的工作氛围，有助于医疗质量的提升和中国麻醉行业的发展。

8、社会支持对心理耗竭的影响

社会支持包括三个维度：家庭的支持、朋友的支持、同事的支持。从心理耗竭的总体水平看，家庭的支持和同事的支持能够显著降低心理耗竭水平，朋友的支持作用不显著。

具体到心理耗竭的三个维度，家庭的支持和同事的支持能够显著降低冷漠水平，朋友的支持作用不显著。家庭的支持和朋友的支持可以显著地减缓低成就感，同事的支持对此作用不显著。家庭的支持和朋友的支持对情感枯竭没有显著影响，同事的支持能够显著降低情感枯竭水平。

分析：

(1) 医师群体与企业职工样本构成的参照群体相比较，医师群体在总体心理耗竭等级上显著高于参照群体，说明医师的工作压力、心理压力都大，其中男医师的压力更大；

(2) 随着年龄增长，医师的心理压力显著降低，所以更应该关注年轻医师的心理状况；

(3) 每周工作时间长的医师心理耗竭水平更高；

(4) 从心理耗竭的总体水平看，家庭的支持和同事的支持能够显著降低心理耗竭水平；

(5) 京津冀地区麻醉医师 2015 年的职业状况横断面研究与本报告结论相似，但从数据看麻醉医师的心理耗竭水平高于本报告。

(三) 疲劳状况

疲劳包括生理疲劳和心理疲劳两部分。

1、性别与疲劳状况

主体间因子

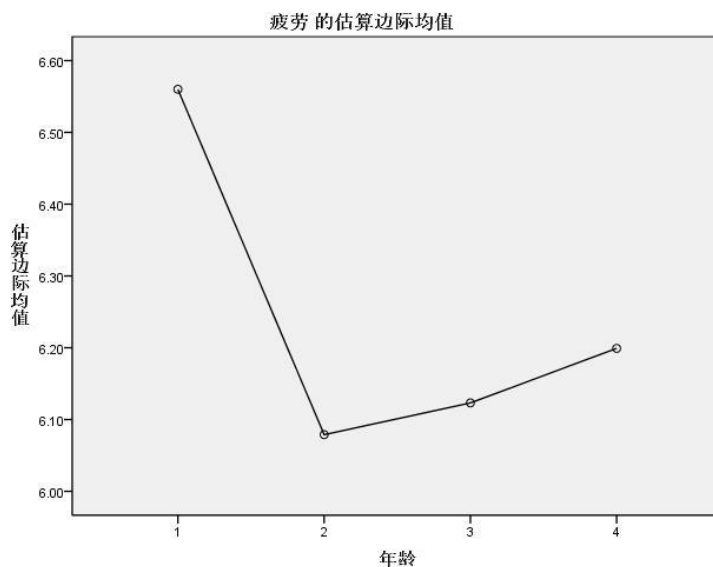
	N
性别 0 女	8855
1 男	11816

男、女医师在疲劳及其生理疲劳和心理疲劳两方面都没有显著差异。

2、年龄与疲劳状况

1) <25岁 2) 26-35岁 3) 36-45岁 4) >46岁

25岁以下年龄组的疲劳水平显著高于其他三个年龄组，后三组之间没有显著差异。

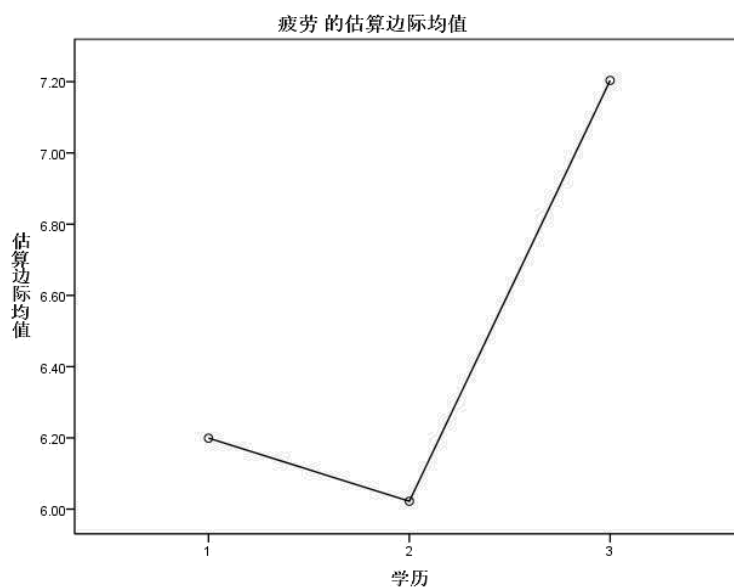


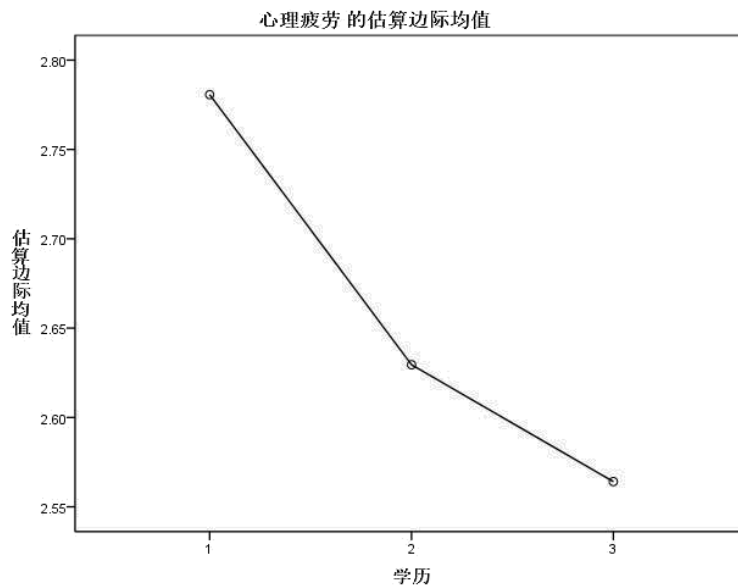
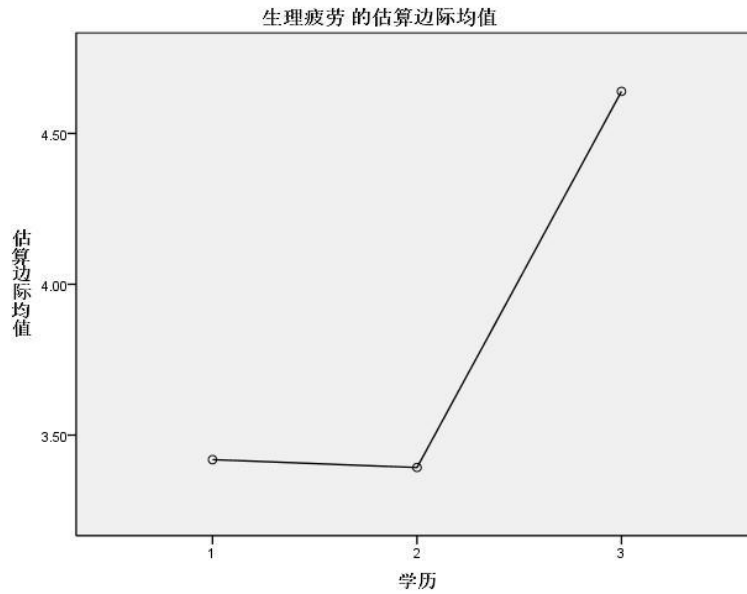
附图-73: 年龄与疲劳状况

3、婚姻状况与疲劳状况

有配偶组和无配偶组的疲劳水平没有显著差异。

在疲劳水平上，不同学历的被调查者之间存在显著差异。研究生学历的被调查者疲劳程度最高，其次是大专及以下学历者，本科学历者疲劳水平最低。



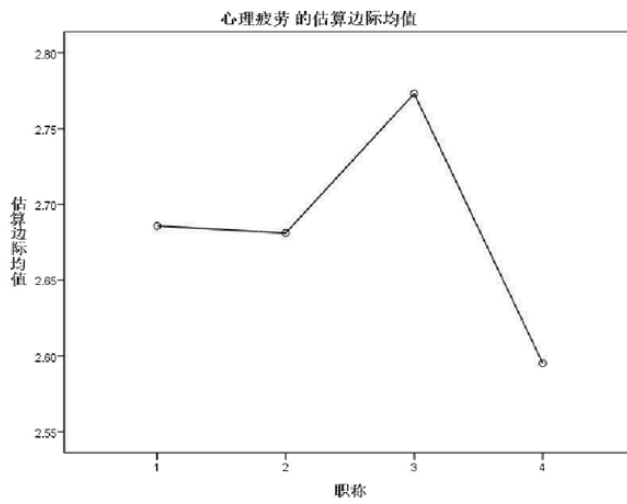
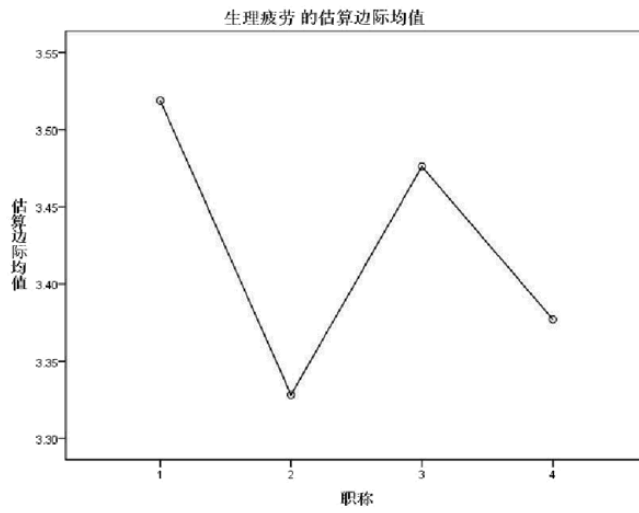
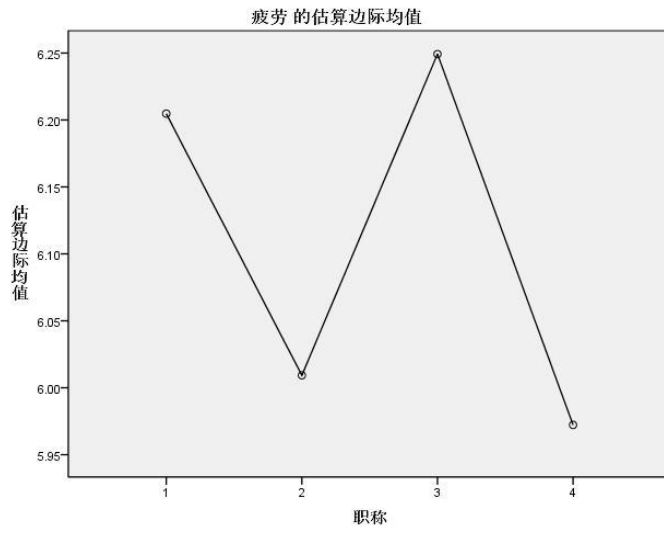


附图-74：婚姻状况与疲劳状况

研究生学历组的生理疲劳水平显著高于大专及以下和本科学历组，后两组之间没有显著差异。大专及以下学历组的心理疲劳水平显著高于本科和研究生学历组，并且后两组之间没有显著差异。

4、职称与疲劳状况

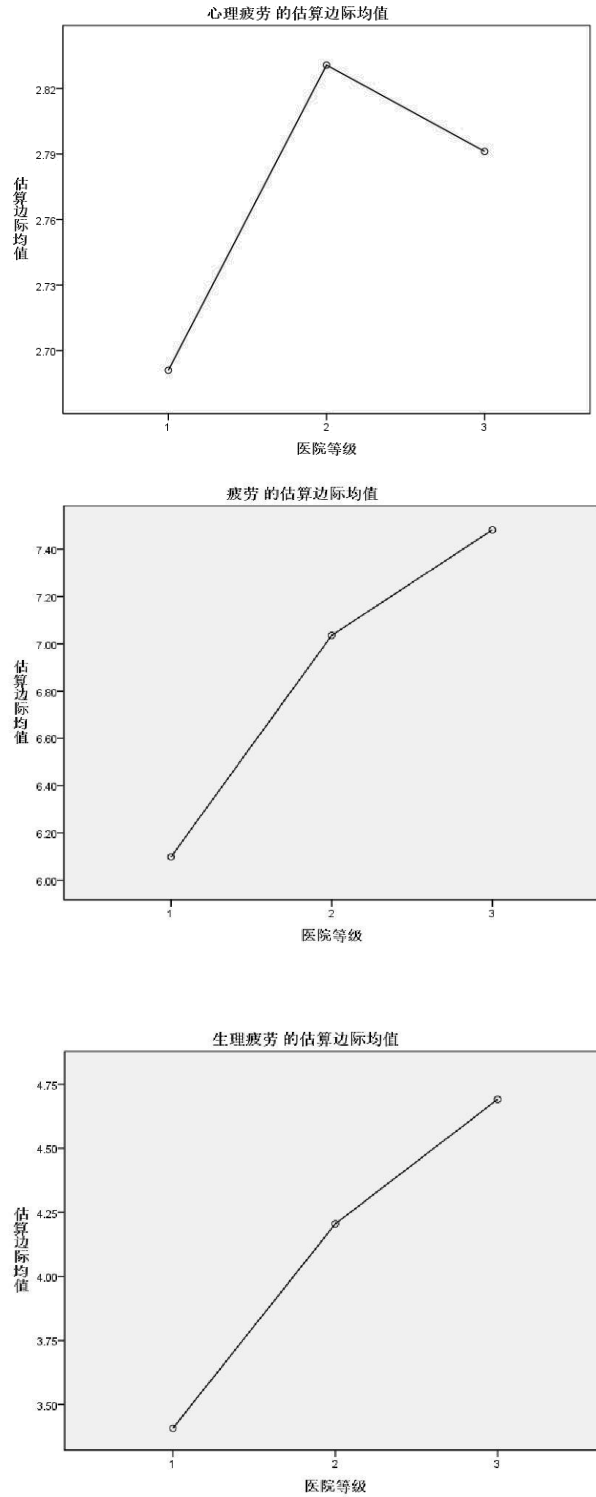
初级和副高级职称组疲劳程度显著高于中级和正高级职称组。副高级职称组在生理和心理疲劳两方面都高，正高级职称组两方面都低，初级职称组的疲劳主要表现为生理疲劳。



附图-75：职称与疲劳状况

5、医院等级与疲劳状况

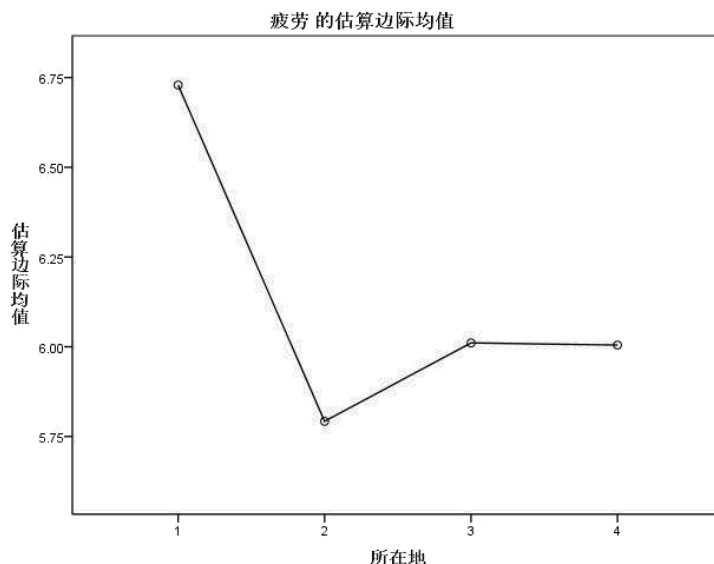
三组被调查者之间，在疲劳水平上呈现显著差异。一级及以下医院的被调查者疲劳水平最高，其次是二级医院，三级医院被调查者的疲劳水平最低。同样的趋势也体现在生理疲劳维度上。就心理疲劳维度而言，二级医院的水平最高，其次是一级医院，三级医院的心理疲劳水平最低。



附图-76：医院等级与疲劳状况

6、所在地与疲劳状况

省会及以上城市的被调查者在疲劳水平上显著高于另外三组人群，这三组人群之间没有显著差异。



附图-77：所在地与疲劳状况

分析：

(1) 疲劳包括生理疲劳和心理疲劳两部分，调查数据显示：男、女医师在生理疲劳和心理疲劳两方面都没有显著差异；

(2) 年轻医师的疲劳水平显著高于其他年龄组，这与年轻医师所处生活和工作状态相关，所以应当关注年轻医师的生存状况；

(3) 在疲劳水平上，不同学历的被调查者之间存在显著差异。研究生学历的被调查者疲劳程度最高，其次是大专及以下学历者，本科学历者疲劳水平最低；

(4) 初级和副高级职称组疲劳程度显著高于中级和正高级职称组。

九、医师的健康状况

近几年，“健康守护者”医师群体屡屡因过劳突发疾病，医师的健康现状令人担忧。医师常患有因过劳导致的各种疾病，如由长期饮食不规律导致的肠胃炎；长时间伏案或手术工作导致肩颈炎、腰肌劳损、腰间盘突出，或因精神压力导致的偏头痛等疾病。本调研从自我认知及疾病症状等方面进行统计分析。

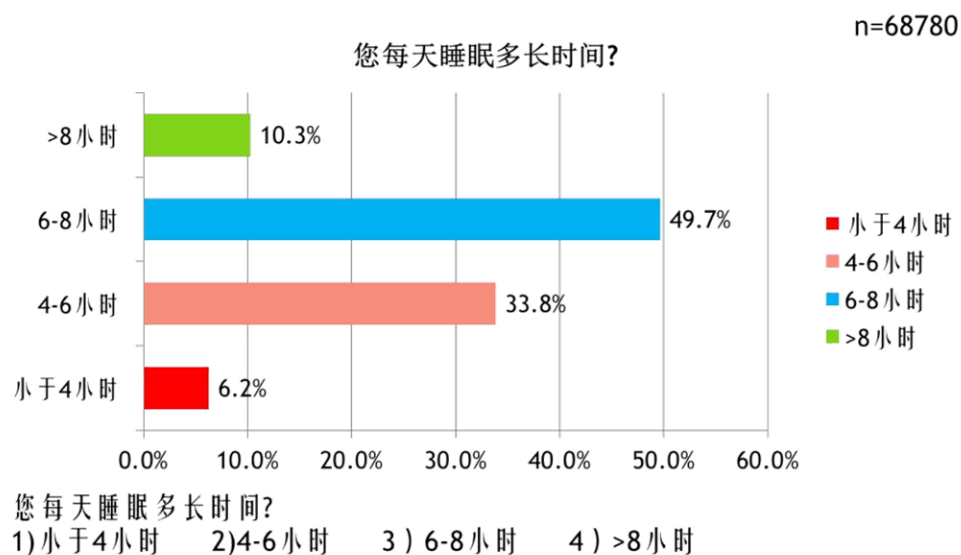
1. 自我身体状况认知

调查显示，在自我身体状况的认知上，仅 19.2%的医师认为自己的身体健康状况很好，35%认为一般，4.9%认为差；在身体对工作的影响上，22.3%

的医师认为自己的身体健康没有影响工作，31.1%的医师认为身体状况对工作造成了中度以上的影响。

健康因素已经成为影响医师工作效果的主要因素之一，保障生命健康的医师如果不能保障自己的健康，会影响医师在健康守护和健康教育上的权威性，进而对大众普及健康生活方式产生不利影响。

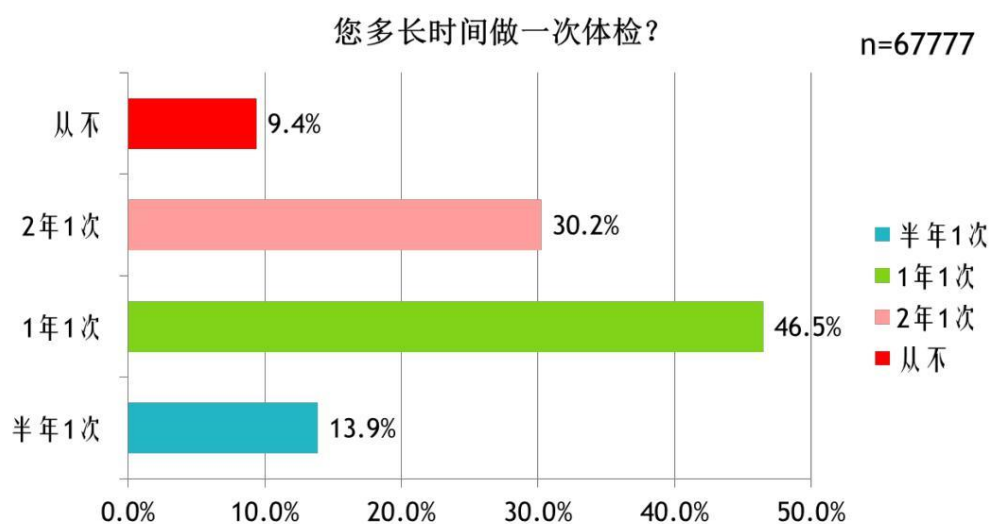
2、睡眠时间

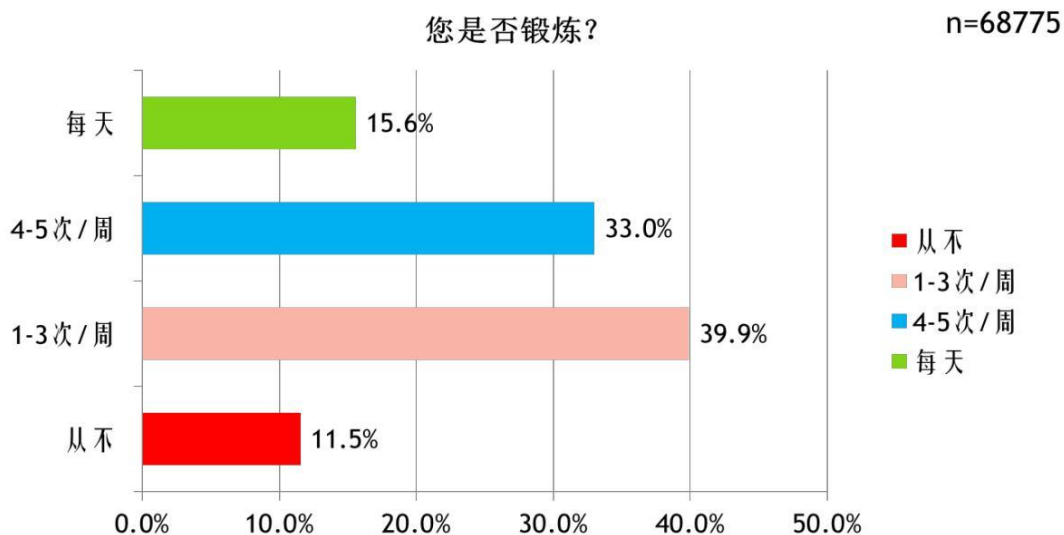


附图-78：睡眠时间

14.6%的医师经常熬夜，仅 8.1%从不熬夜。值夜班是医师工作的常态，只有合理安排夜班值守，尽可能保障医师休息，才会有更好的工作效果。

3、体检与锻炼

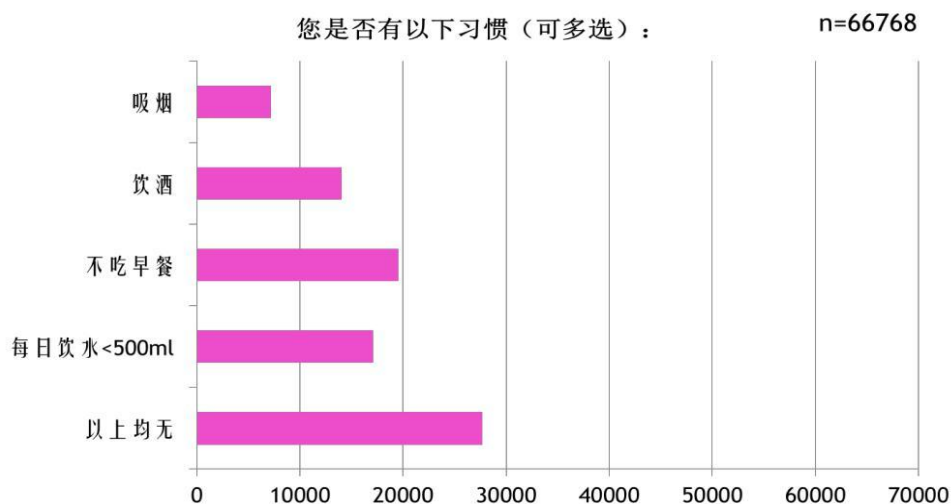




附图-79：体检与锻炼

调查结果显示，39.6%的医师做不到每年体检，其中 9.4%的医师从不体检；11.5%的医师从不锻炼。

4、生活习惯：



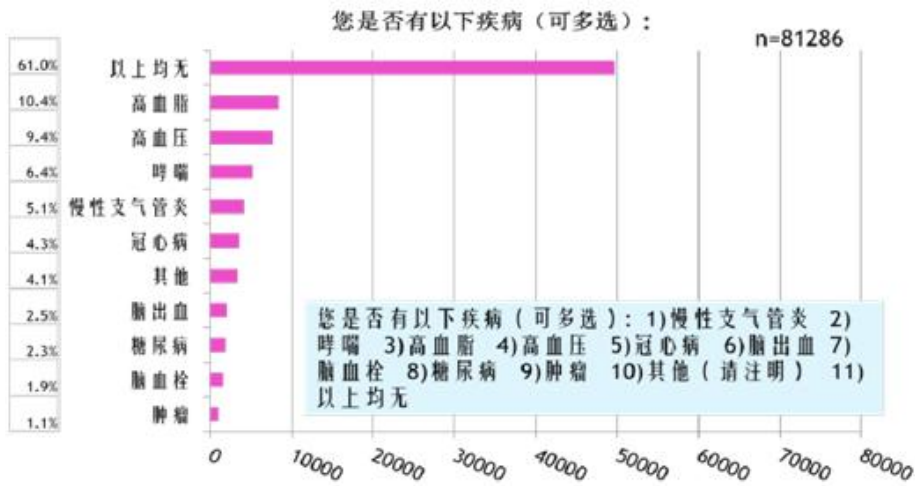
附图-80：生活习惯

43%的医师无吸烟、饮酒、不吃早餐、饮水少的习惯。

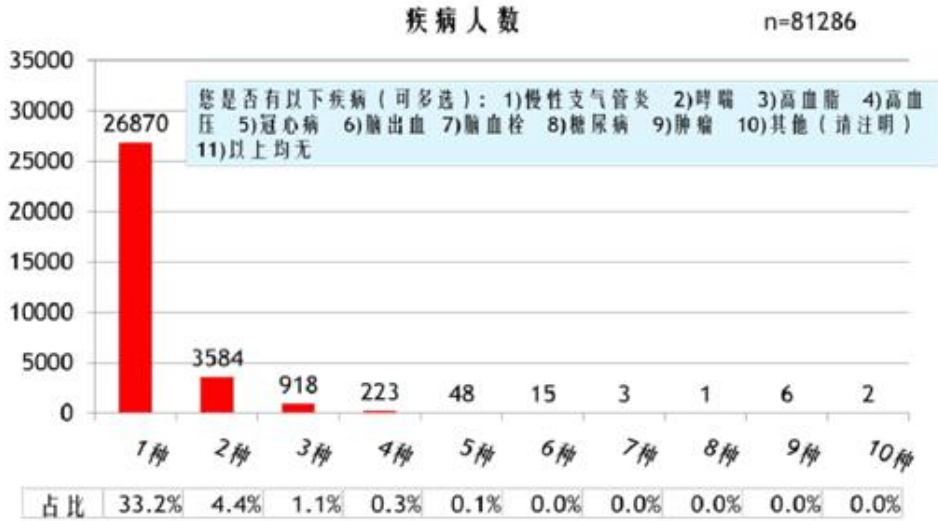
5、关于疾病状态

根据医师报告的疾病状态和症状，我们列表如下，需要指出的是，医师所报告的症状可能是疾病的表现，也可能是身体一过性不适，还有可能是心理因素，该症状的报告不能理解为罹患疾病。

39%的医师有不同疾病



(上图分解) 33.2%的医师有一种疾病, \geq 两种疾病的占 5.9%



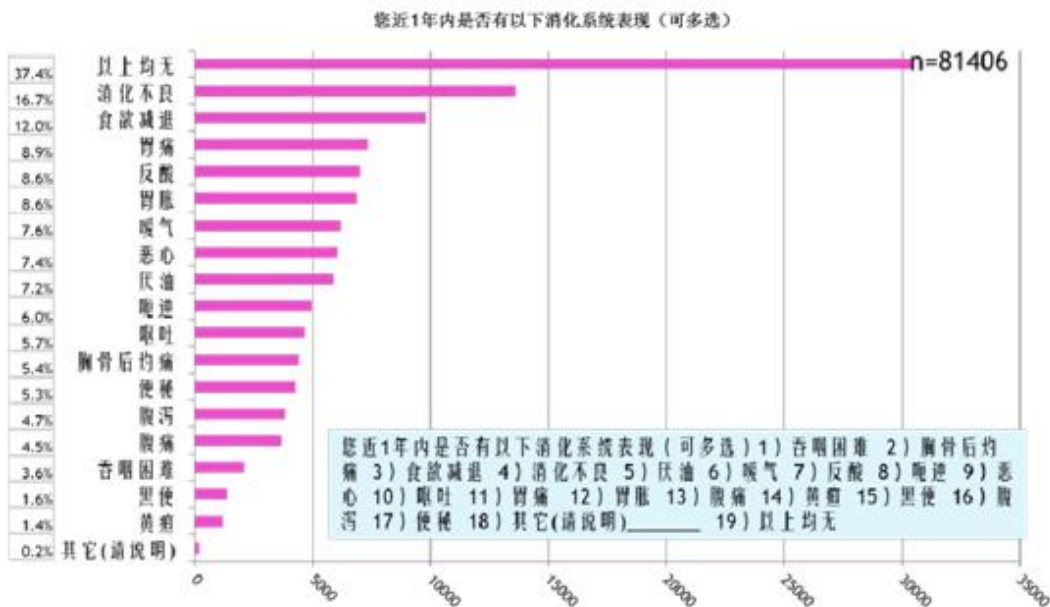
67.3%的医师在过去1年内出现过呼吸系统症状



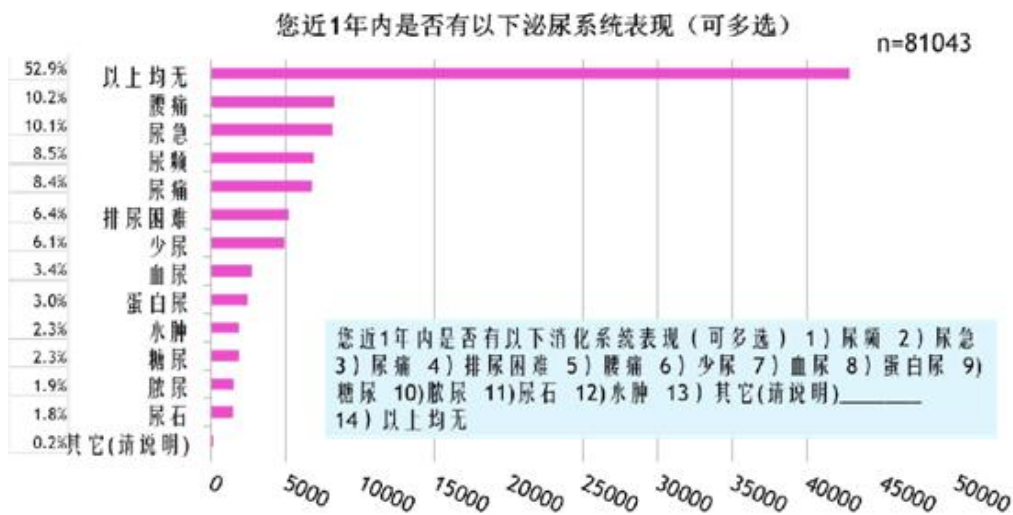
56.1%的医师在过去1年内出现过循环系统症状



62.6%的医师在过去1年内出现过消化系统症状



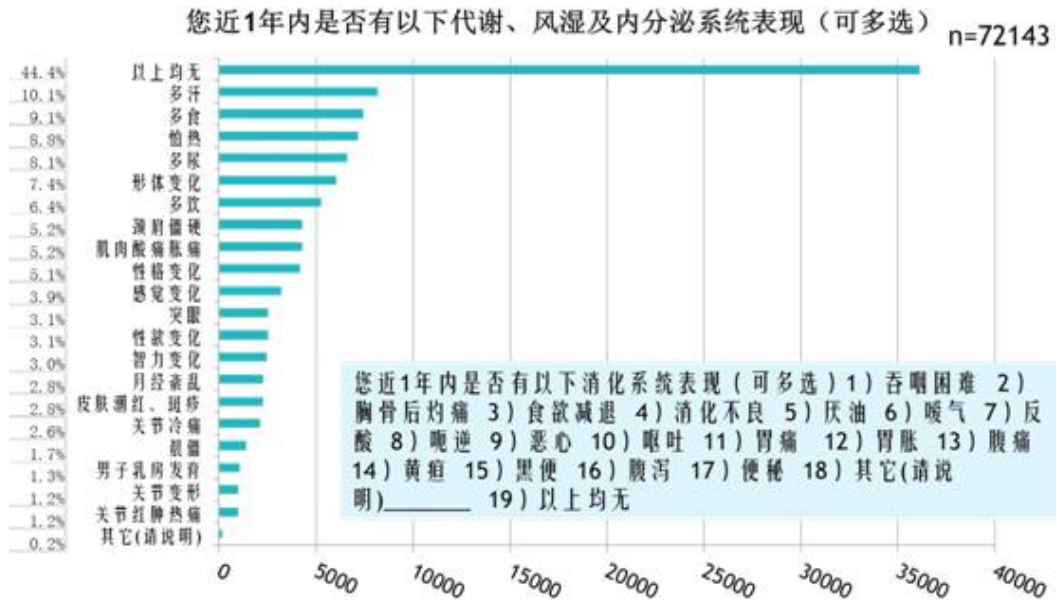
47.1%的医师在过去1年内出现过泌尿系统症状



54.2%的医师在过去1年内出现过血液系统症状



63.8%的医师在过去1年内出现过神经系统症状



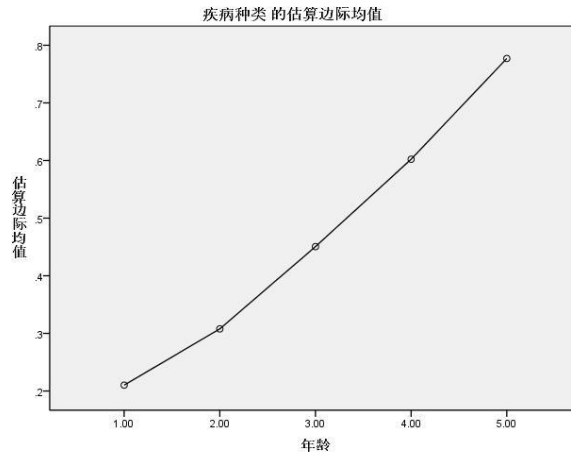
附图-81：关于疾病状态

(1) 疾病种类与年龄

横坐标：年龄

- 1) <25 岁 2) 26-35 岁 3) 36-45 岁 4) 46-55 岁
5) >56 岁

纵坐标：疾病种类数



附图-82：病种种类与年龄

年龄越大报告的疾病种类越多。

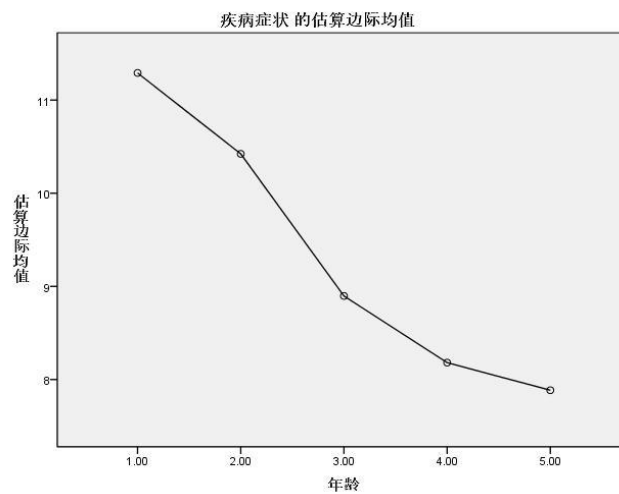
(2) 症状与年龄

横坐标：年龄

- 1) <25 岁 2) 26-35 岁 3) 36-45 岁 4) 46-55 岁 5) >56 岁

纵坐标：症状数

年龄越大报告的症状越少，这一情况可能为年龄更高的群体担当的社会角色更多，对自身的关注度反而更少而产生的结果。因此在医师群体中，年龄越大的医师越应该更关注自身的身体反应。



附图-83：症状与年龄

(3) 主诉躯体症状的影响因素

1) 心理资本对主诉躯体症状的影响

心理资本中越显示希望与乐观的躯体症状越少，这一点提示在医师群体里应该激发希望、促使乐观的积极心理状态。培养医师摆脱困境、精神饱满地完成工作目标、积极寻找问题的解决方案、实现自我设定目标的希望精神；培养医师无论在任何困难的情况下都期盼最好的结果的心态、在任何困难下都总是看到光明的一面、保持积极乐观的心态。

心理资本中越自信和坚韧的躯体症状越多，自信在某些方面是好的，但过于相信自己的判断反而会增加对症状的过度感知，因此医师过于认为自己对一切了如指掌、过于自信对组织的战略贡献等表现时会对个人的关注多于对他人的关注，这可能是导致这类人群症状更多

心理资本	非标准化系数		标准化系数	t	Sig.
	B	标准误差	试用版		
自信Efficacy	1.612	0.273	0.126	5.908	0.00
希望Hope	-3.298	0.289	-0.256	-11.402	0.00
坚韧Resilience	1.644	0.321	0.113	5.127	0.00
乐观Optimism	-1.17	0.302	-0.072	-3.869	0.00

的原因。而坚韧的人往往更愿意一个人在困境中去解决难题，目光过多集中在自我身上可能是导致这类人群症状更多的原因。

附图-84：心理资本对主诉躯体症状的影响

2) 情绪情感的影响

情绪情感对主诉躯体症状的影响。情绪情感包括：正向情感、负向情感、疲劳、平静四个因素。负向情感和消沉越显著的医师报告症状越多，正向情感和从容越显著的医师报告症状越少，医师应该调整情绪，趋向正向情感（如感兴趣的、坚定的、兴奋的、热情的、自豪的、精神饱满的、积极活跃的、专心的、坚决的、留意的）及从容状态（平静的、放松的、安静的）。

系数 a

模型	非标准化系数		标准系数		t	Sig.
	B	标准 误差	试用版	t		
PA 正向情感	1.535	.857	.082	1.792	.074	
NA 负向情感	2.102	.920	.117	2.286	.023	
Fatigue 消沉	4.050	.839	.244	4.830	.000	
Serenity 平静	-.719	.735	-.043	-.978	.328	

附图-85：情绪情感的影响

3) 工作满意感与症状的关系

工资、晋升、福利待遇、制度流程、工作、内部交流,越好症状报告越少,建议多采用这些激励措施。上级,同事越多症状报告越多,上级越好、合作伙伴越好,体现出对自我关注更高,报告症状越多,如果让医师能够更敏感地觉察自身症状,需要有良好的工作氛围——好的领导、好的同事。

	非标准化系数		标准化系数	
	B	标准 误差	试用版	t
Pay 工资	-.276	.066	-.089	-4.199
Promo 晋升	-.257	.054	-.086	-4.749
Supervis 上级	.205	.057	.070	3.583
Benefit 福利待遇	-.128	.063	-.045	-2.043
Reward 奖励	-.030	.069	-.010	-.439
Proced 制度流程	-.323	.060	-.089	-5.398
Cowrker 同事	.327	.061	.101	5.397
Work 工作	-.372	.053	-.123	-7.041

Communi 内部交流	-.160	.059	-.052	-2.710
--------------	-------	------	-------	--------

附图-86：工作满意感与症状的关系

工资、晋升、福利、奖励、制度流程、工作、内部交流，越好症状报告越少，建议多采用这些激励措施。

上级与同事与症状呈正相关，上级越好、合作伙伴越好，体现出对自己关注更高，报告症状越多，如果让医师能够更敏感地觉察自身症状，需要有良好的工作氛围—好的领导、好的同事。

4) 医师躯体与心理疲劳与身体健康的关系

	非标准化系数		标准化系数	
	B	标准 误差	试用版	t
FSphysi 躯体	1.457	.259	.253	5.624
FSpsych 心理疲劳	1.524	.354	.194	4.307

附图-87：医师躯体与心理疲劳与身体健康的关系

躯体和心理疲劳的人都表现更多的症状，因此减轻医师躯体和心理疲劳将是重要的工作。

5) 医师主观幸福感、职业认同、组织承诺与身体健康的关系

	非标准化系数		标准化系数	
	B	标准 误差	试用版	t
Wellbeing 主观幸福感	-.579	.591	-.196	-4.367
ProfId 执业认同	2.113	.601	.146	3.515
AC 情感承诺	-2.080	.704	-.163	-2.955

附图-88：医师主观幸福感、职业认同、组织承诺与身体健康的关系

主观幸福感（满意、理想状态）、情感承诺（对岗位对工作的喜爱而愿意留下工作）的医师报告症状越少，因此需要激发医师的满意、理想状态，以及对岗位对工作的喜爱。执业认同越高的医师症状越多，体现出对自我关注更高，报告症状越多。

6) 医师工作价值观与身体健康的关系

	非标准化系数		标准化系数	
	B	标准 误差	试用版	t
有人员受人喜爱和尊重	4.178	2.041	.138	2.046
关注创新	-4.091	1.900	-.129	-2.153

附图-89：医师工作价值观与身体健康的关系

有人缘，受人喜爱和尊重的人对自身更关注，对症状感知敏感，表现为症状报告更多；而关注创新的人，关注外部事物更多，忽略自身感受，表现为症状报告更少。

(7) 医师躯体与心理疲劳与身体健康的关系

	非标准化系数		标准化系数	
	B	标准 误差	试用版	t
FSphysi 躯体	1.457	.259	.253	5.624
FSpsych 心理疲劳	1.524	.354	.194	4.307

附图-90：医师躯体与心理疲劳与身体健康的关系

躯体和心理疲劳的人都表现更多的症状，因此减轻医师躯体和心理疲劳将是重要的工作。

社会支持没有对症状有影响。

分析：

(1) 调查显示被调查医师中 33.2%的医师罹患一种疾病，5.9%的医师罹患一种以上的疾病；

(2) 参与被调查的医师在过去的一年中，有一半以上的人有这样或那样的症状，该症状有可能是疾病的表现，也可能是心理因素，还有可能是身体一过性不适，因此不能把上述症状解释为医师罹患了

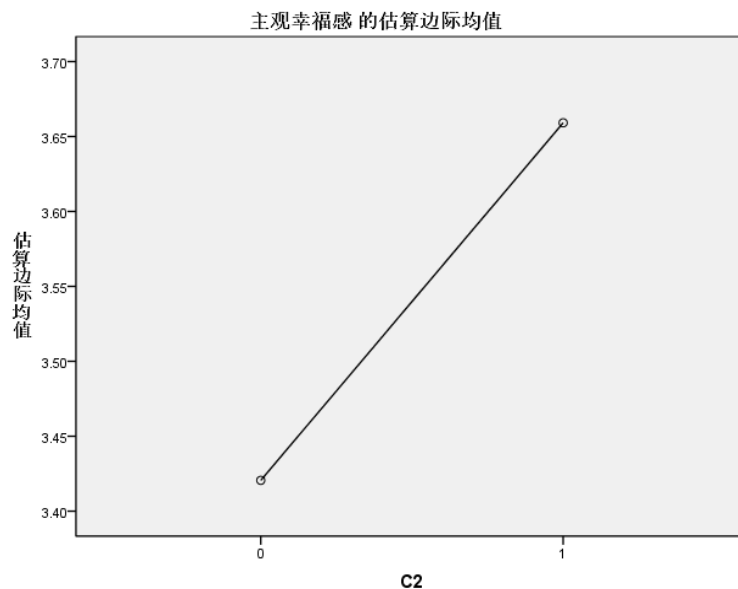
该系统的疾病，对此我们做个提醒。但同时应当注意的是，如此高比例的医师在过去的一年中有各种不适症状，关注医师健康应当是医师群体和社会共同关注的话题。保护医师健康是保护公众健康的基础，保护医师健康一个最简便易行的方式就是保障医师的休息(休假)权，减少医师的加班加点。

(3) 年龄越大报告的疾病种类越多，但年龄越大报告的症状越少，这一情况可能为年龄更高的医师担当的社会角色更多，对自身的关注度反而更少从而导致疾病的发生。因此在医师群体中，年龄越大的医师越应该更关注自身的身体健康问题。

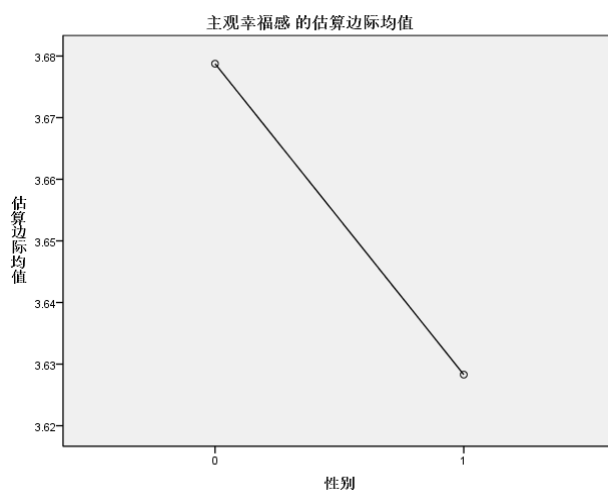
十. 医师的工作生活满意度

生活满意度的衡量指标是主观幸福感，主观幸福感是人们对一般生活状况的主观体验。

1、生活满意度：生活满意感的衡量指标是主观幸福感，描述人们对一般生活状况的主观体验，主要有以下几个主观评价：到目前为止，我已经得到了我生活中想要得到的重要东西；我的生活在大多数方面都接近于我的理想；我对我的生活感到满意。数据显示，医师群体的主观幸福感显著高于参照群体。



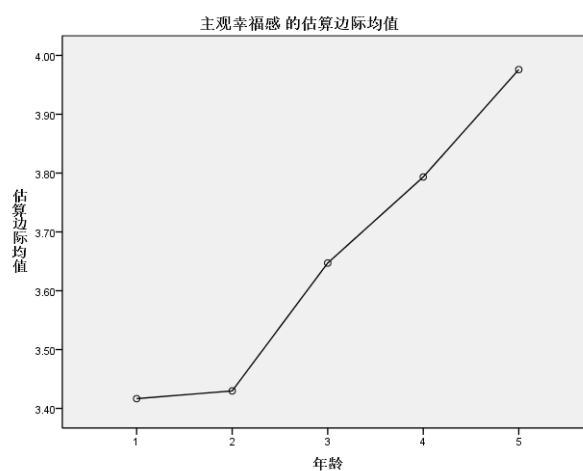
1) 生活满意度与性别



附图-91：生活满意度与性别

男、女医师在主观幸福感上表现出显著差异，女性被调查者的主观幸福感显著高于男性。

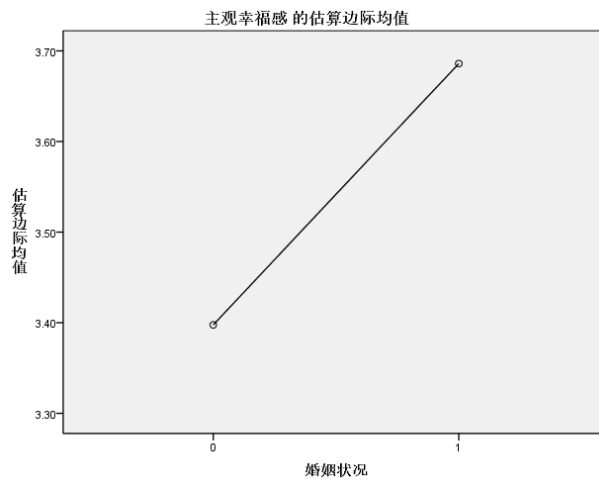
2) 生活满意度与年龄



附图-92：生活满意度与年龄

年龄在 25 岁以下组和 26-35 岁组在主观幸福感上没有显著差异，这两组都显著低于 36-45 岁组。同时，36-45 岁组显著低于 46-55 岁组，而后者又显著低于 56 岁以上组。总的趋势是，年龄在 35 岁以下的被调查者主观幸福感最低，此后，随着年龄越大，主观幸福感越高。

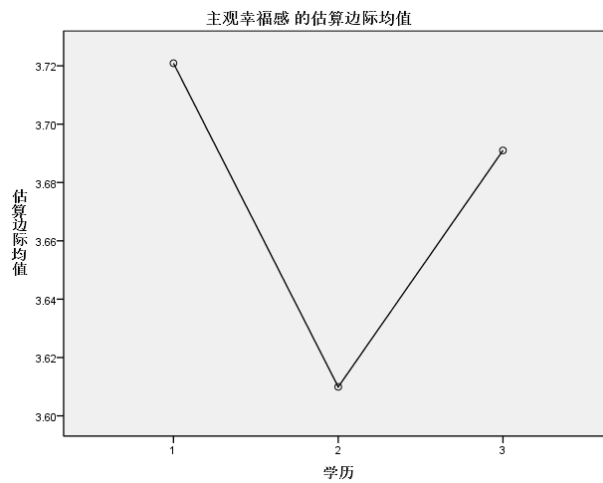
3) 生活满意度与婚姻状况



附图-93: 生活满意度与婚姻状况

有伴侣组被调查者的主观幸福感显著高于无伴侣组。

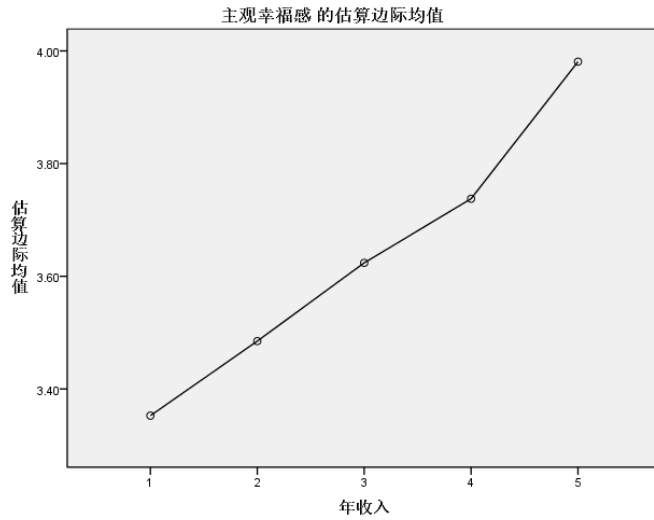
4) 生活满意度与学历



附图-94: 生活满意度与学历

大专及以下学历组和研究生学历组的主观幸福感没有显著差异，但他们都显著高于本科学历组。

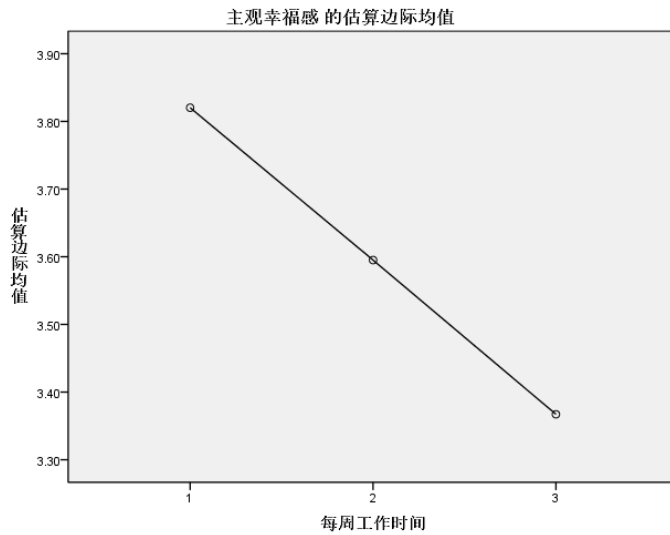
5) 生活满意度与年收入



附图-95：生活满意度与年收入

主观幸福感在不同的年收入组之间都呈现出显著差异，总体表现为，年收入越高，主观幸福感越高。

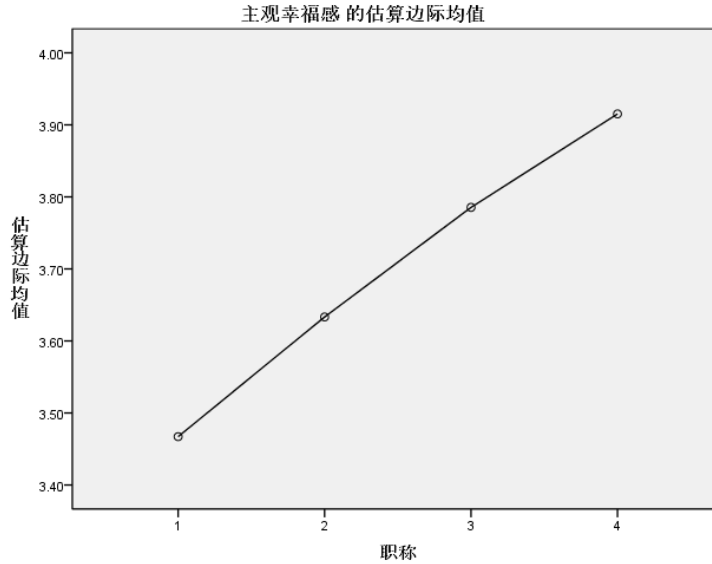
6) 生活满意度与每周工作时间



附图-96：生活满意度与每周工作时间

每周工作时间不同的三组被调查者在主观幸福感上存在显著差异，总体表现为每周工作时间越长，主观幸福感越低。

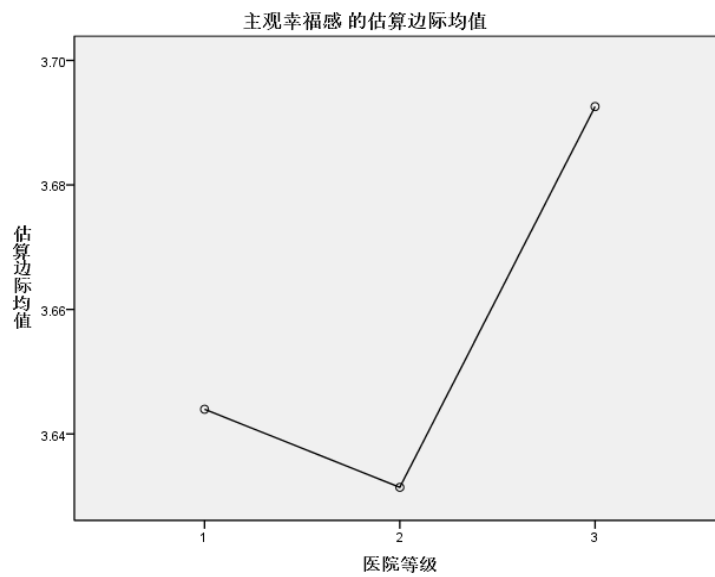
7) 生活满意度与职称



附图-97：生活满意度与职称

四组不同职称的被调查者之间在主观幸福感上的差异都达到统计显著水平，整体趋势是，职称越高，主观幸福感越高。

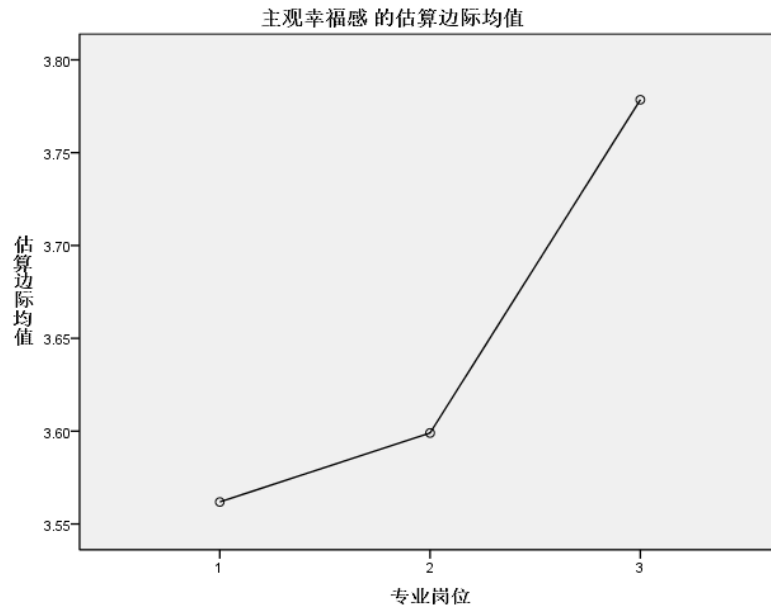
8) 生活满意度与医院级别



附图-98：生活满意度与医院等级

一级医院医师的主观幸福感显著高于二级和三级医院的医师，后两者之间没有显著差异。

9) 生活满意度与专业岗位



附图-99:生活满意度与专业岗位

临床手术科室和临床非手术科室的医师在主观幸福感上没有显著差异，但他们都显著低于医技科室。

分析:

(1) 医师群体的主观幸福感显著高于参照群体，尤其是女性被调查者的主观幸福感显著高于男性；

(2) 年龄在 35 岁以下的被调查者主观幸福感最低，此后，随着年龄越大，主观幸福感越高；在收入上，年收入越高，主观幸福感越高；有伴侣组被调查者的主观幸福感显著高于无伴侣组；

(3) 每周工作时间不同的三组被调查者在主观幸福感上存在显著差异，总体表现为每周工作时间越长，主观幸福感越低；

四组不同职称的被调查者之间在主观幸福感上的差异都达到统计显著水平，整体趋势是，职称越高，主观幸福感越高；

2、工作满意度

总体工作满意感涉及九个方面的满意感：工资、晋升、上级领导、福利、表扬奖励、工作流程、同事、工作性质、内部交流。

数据表明，总体而言，医师群体的工作满意感显著低于参照群

体。进一步的分析可以发现，医师群体在上述九个方面的满意感都显著低于参照群体。这一结果提示，医院作为一个工作组织，其内部管理的各个方面都相当薄弱，亟待整顿和加强。

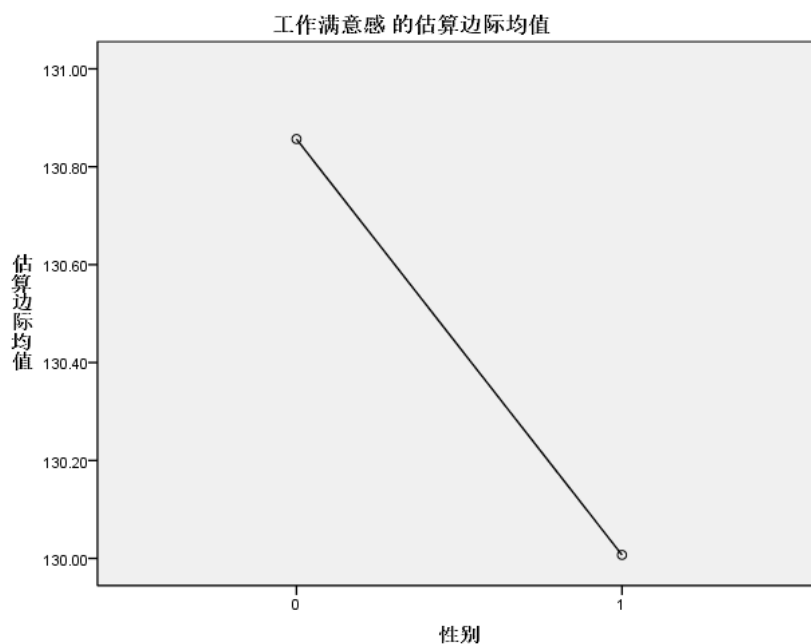
主体间效应的检验

源	因变量	III 型平方和	d f	均方	F	Sig.
C2	工资	9.101	1	9.101	14.025	.000
	晋升	2.643	1	2.643	3.976	.046
	上级领导	289.135	1	289.135	415.831	.000
	福利	42.294	1	42.294	57.280	.000
	表扬奖励	155.522	1	155.522	231.117	.000
	工作流程	143.796	1	143.796	317.800	.000
	同事	182.543	1	182.543	294.735	.000
	工作性质	56.798	1	56.798	88.191	.000
	内部交流	241.125	1	241.125	359.003	.000

附图-100：工作满意度

1) 性别与工作满意感

男性的总体工作满意感显著低于女性。



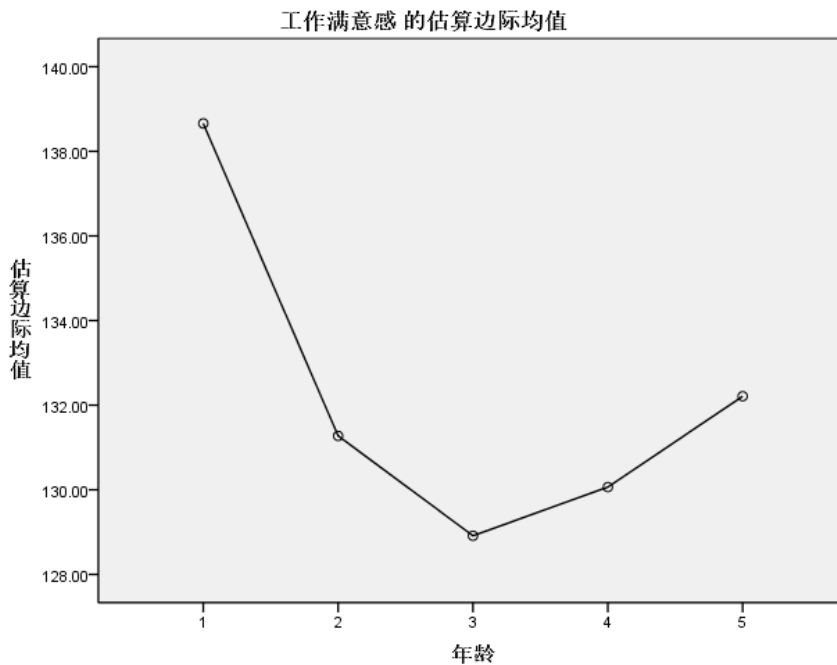
附图-101：性别与工作满意感

在工作满意感的九个维度上，男、女医师对晋升、上级领导、表扬奖励、工作流程、同事、内部交流的满意感上表现出显著差异；而在工资、福利、工作性质的满意感上没有显著差异。

2) 工资与工作满意感

男、女医师在平均年收入上存在显著差异，男性年平均工资是 78702.83 元，女性年平均工资是 73294.47 元，但是男、女医师对工资的满意感没有显著差异。

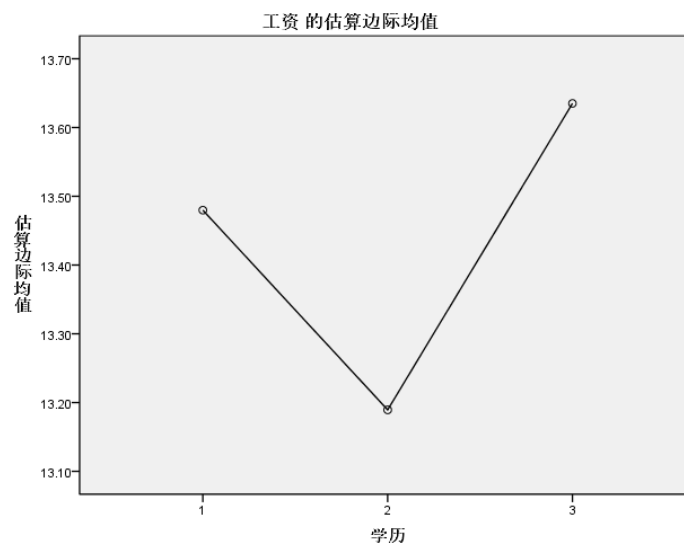
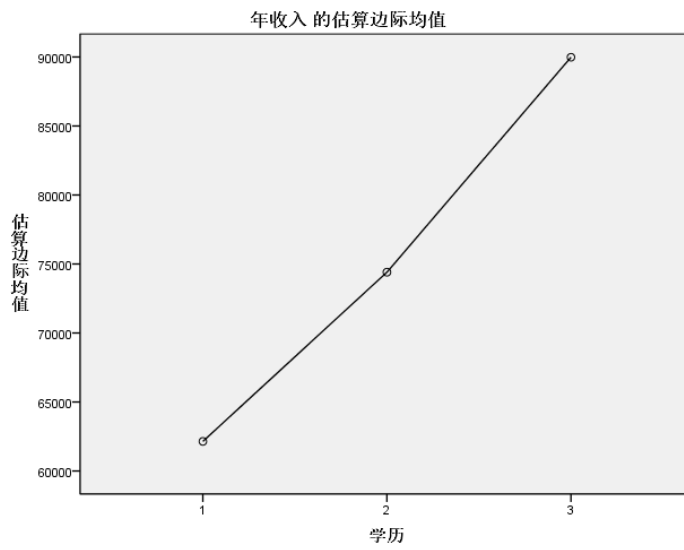
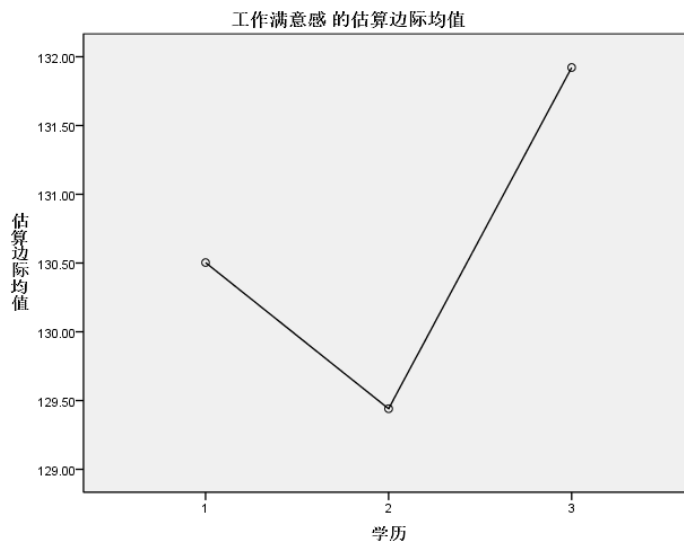
3) 年龄与工作满意感



附图-102：年龄与工作满意感

年龄 25 岁以下的医师总体工作满意感最高，26-35 岁年龄组及 56 岁以上年龄组的总体工作满意感次之，46-55 岁年龄组居第三，总体工作满意感最差的是 36-45 岁年龄组。具体到工作满意感的九个维度上除晋升之外其他八个维度均表现出显著差异。

4) 学历与工作满意感



附图-103: 学历与工作满意感

数据显示，研究生学历的医师总体工作满意感最高，其次是大专及以下学历，本科学历的医师工作满意感最低，三者之间存在显著差异。

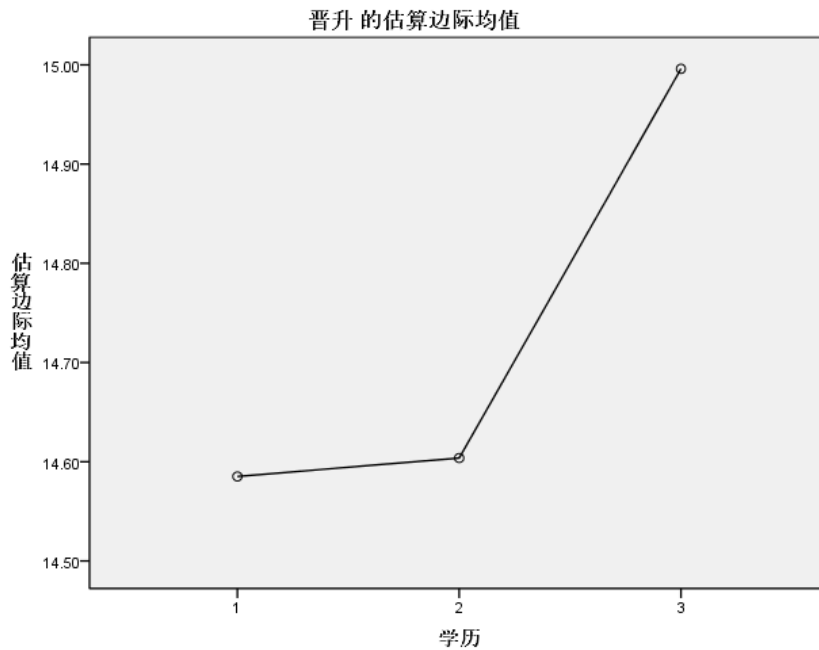
具体到工作满意感的九个维度，不同学历的医师在工作流程、同事、内部交流三个维度上没有统计显著差异。

不同学历的医师对工资的满意感呈现显著差异。大专及以上学历的医师平均年收入 62144.52 元，本科的平均年收入 74403.38 元，研究生学历的医师平均年收入 89982.11 元，三者之间在收入水平上存在显著差异。

不同学历的医师对工资的满意感却表现不同：大专和研究生学历的医师对工资的满意感没有统计显著差异，但他们都显著高于本科学历的医师，后者对工资的满意感最低。

5) 晋升与工作满意感

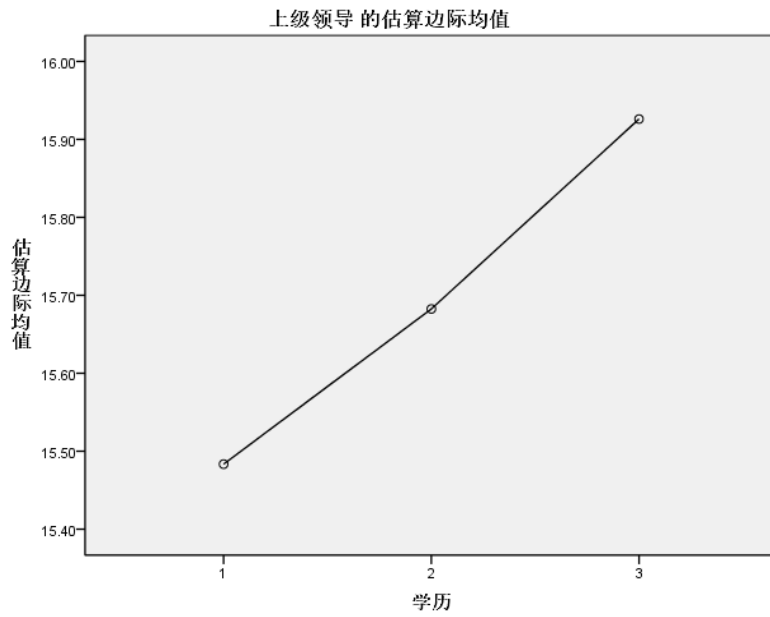
大专及以上学历和本科学历的医师对晋升的满意感没有显著差异，但两者显著低于研究生学历。研究生学历的医师对工作中晋升机会的满意感最高。



附图-104：晋升与工作满意度

6) 上级领导与工作满意感

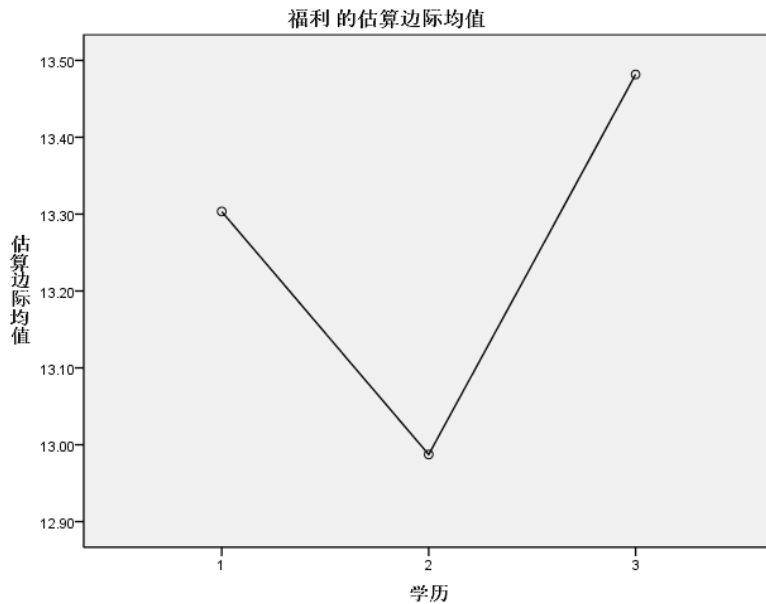
不同学历的医师对上级的满意感存在显著差异，学历越高对上级的满意感越高。



附图-105：上级领导与工作满意感

7) 福利与工作满意感

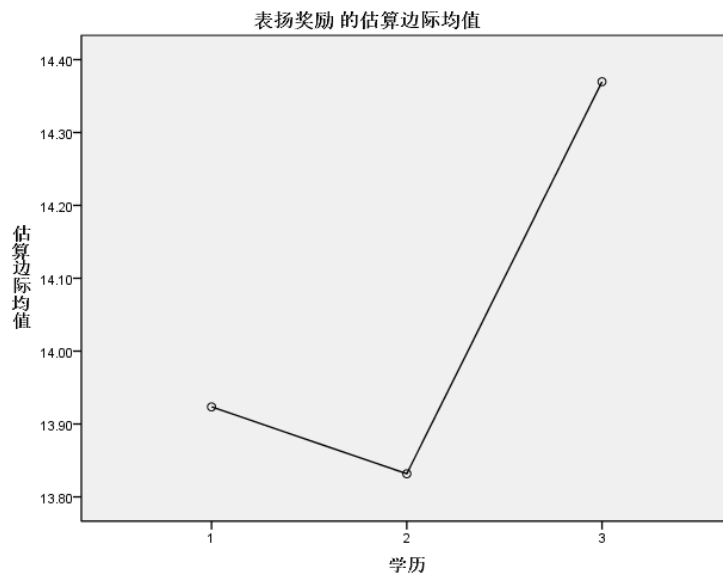
大专及以下和研究生学历的医师对福利的满意感没有明显差异，但他们显著高于本科学历的医师，后者对福利的满意感最低。



附图-106：福利与工作满意感

8) 表扬奖励与工作满意感

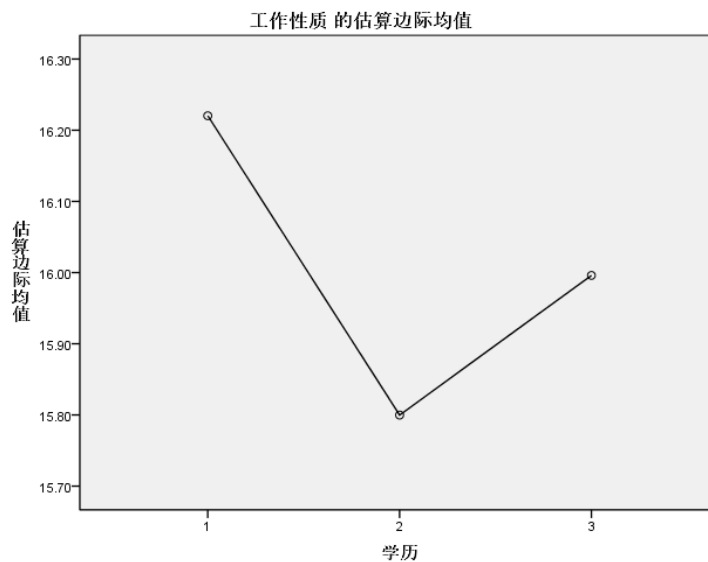
大专及以下和本科学历的医师对表扬奖励的满意感没有差异,但他们显著地低于研究生学历的医师。



附图-107: 表扬奖励与工作满意感

9) 工作性质与工作满意感

在对自己工作内容和性质上感到最满意的是大专及以下学历的医师,其次是研究生学历,满意感最低的是本科学历的医师。



附图-108: 工作性质与工作满意感

综合以上分析可以看出,本科学历的医师在总体工作满意感及其各个维度的满意感上都是最低的。

分析：

(1) 调查显示，医师群体的工作满意度显著低于参照群体，并且医师群体在工作满意度的九个维度上都显著低于参照群体，其中尤以本科学历的医师最为明显。这一结果提示，医院作为一个工作组织，其内部管理的各个方面都相较薄弱，希望卫生行政机关加强现代医院管理制度建设，建立符合行业特点的激励机制和绩效管理机制；

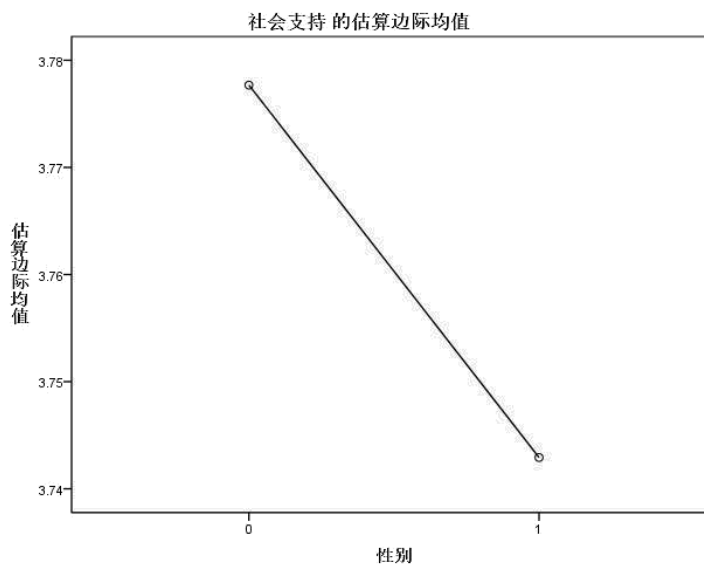
(2) 年龄 25 岁以下的医师总体工作满意感最高，总体工作满意感最差的是 36-45 岁年龄组，男性的总体工作满意度显著低于女性；

(3) 数据显示，研究生学历的医师总体工作满意感最高，其次是大专及以下学历，本科学历的医师工作满意度最低。

(二) 社会支持

社会对一个行业的支持能够深刻影响行业进步。医师在一个社会中的地位取决于这个社会的社会结构与经济结构、社会对健康和疾病的价值评价、社会分配给医师的任务，以及医师在特定时期里可以使用的医疗技术。本次问卷设计中，我们设计了医师取得的社会支持的相关内容，主要从家庭支持、朋友支持、同事支持三个方面进行考量。

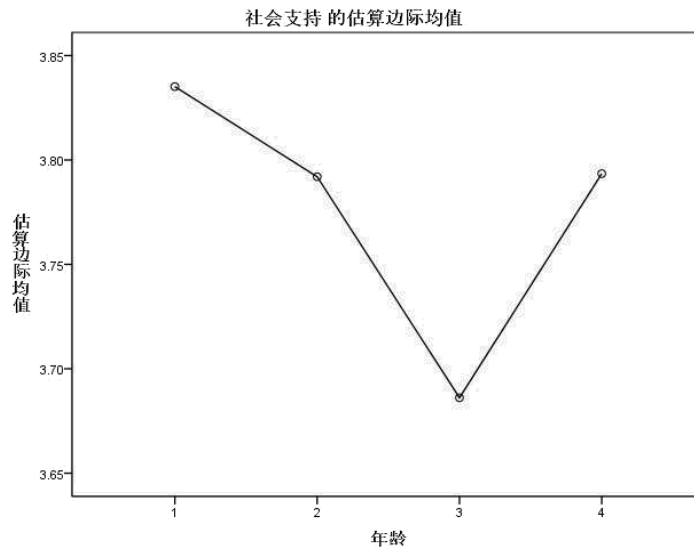
1. 性别与社会支持



附图-109：性别与社会支持

女性得到的社会支持显著高于男性，并且在社会支持的三个方面（家庭支持、朋友支持、同事支持）也都显著高于男性。

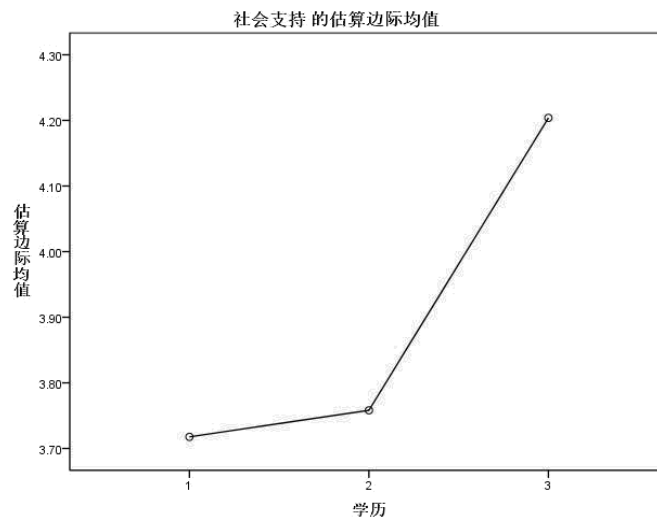
2. 年龄与社会支持



附图-110：年龄与社会支持

社会支持在不同年龄组之间有显著差异。年龄在 25 岁以下组获得的社会支持最多，其次是 26-35 岁和 46 岁以上两组，36-45 岁组得到的社会支持最少。

3. 学历与社会支持

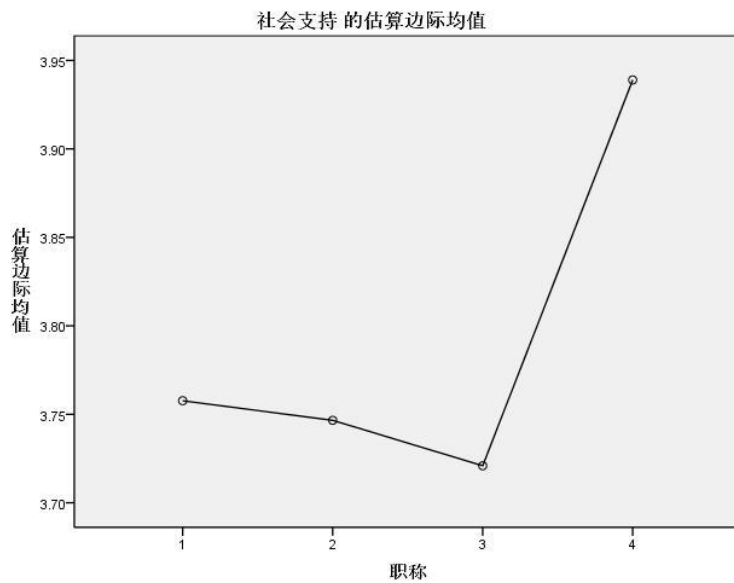


附图-111：学历与社会支持

三组不同学历的被调查者在获得社会支持上呈现出显著差异，总体趋势是，学历越高，得到的社会支持越多。

4. 职称与社会支持

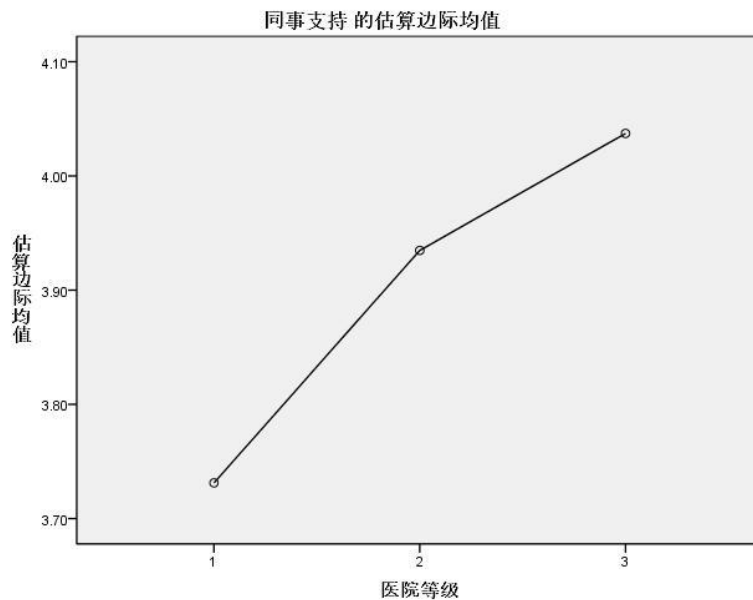
正高级职称的被调查者报告他们所获得的社会支持显著高于初级、中级、副高级职称的被调查者。



附图-112: 职称与社会支持

5. 医院等级与社会支持

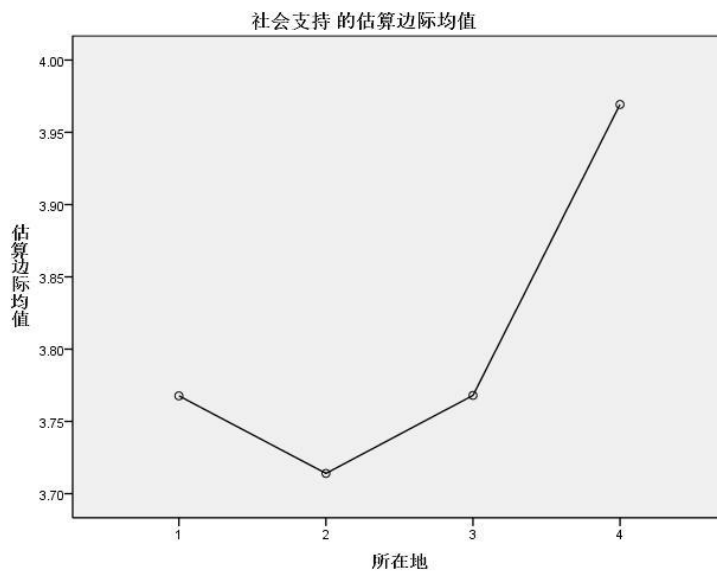
三组被调查者之间，在所获得的社会支持方面呈现显著差异。一级及以下医院的被调查者得到的社会支持最多，其次是二级医院，三级医院的被调查者获得的社会支持最少。



附图-113: 医院等级与社会支持

6. 所在地与社会支持

乡镇医院的被调查者得到的社会支持最多，其次是省会及以上城市和县级的市的被调查者，来自地级市的调查者获得的社会支持最少。



附图-114：所在地与社会支持

分析：

(1) 调查发现女性医师得到的社会支持显著高于男性医师，并且在社会支持的三个方面（家庭支持、朋友支持、同事支持）都显著高于男性；

(2) 社会支持在不同年龄组之间有显著差异。年龄在 25 岁以下组获得的社会支持最多，其次是 26-35 岁和 46 岁以上两组，36-45 岁组得到的社会支持最少；

(3) 不同学历的被调查者在获得社会支持上呈现出显著差异，总体趋势是，学历越高，得到的社会支持越多；

(4) 正高级职称的被调查者报告他们所获得的社会支持显著高于初级、中级、副高级职称的被调查者；

(5) 一级及以下医院的被调查者得到的社会支持最多，其次是二级医院，三级医院的被调查者获得的社会支持最少。

第三部分 结束语

中国医师协会长期以来关注医师执业环境和执业安全，我们希望通过改善医患关系促进社会和谐。本次调研和本白皮书一如既往地贯彻了中国医师协会的这一方针。

2016年，中共中央总书记、国家主席、中央军委主席习近平在全国卫生与健康大会上发表重要讲话，习总书记强调，没有全民健康，就没有全面小康。

2017年，习近平总书记在全国卫生计生系统表彰大会上指出，各级党委和政府要关心关怀广大卫生计生工作者，采取切实措施帮助他们改善工作生活条件，推动全社会形成尊医重卫的良好氛围，加快建立中国特色基本医疗卫生制度，努力开创我国卫生和健康事业新局面。

2017年11月，国务院宣布设立“中国医师节”，医师节的设立是尊医重卫的重要措施和具体体现。

本次调研结果既有令人欣喜的一面也有令人忧虑的一面。

我们看到医师的执业环境在全社会的共同努力下得到了明显改善，我们希望各行业继续采取措施推动尊医重卫社会风气的形成，特别是地方政府应采取切实有效措施让医师在执业环境改善的进程中有获得感。

中国医师的收入状态与西方发达国家存在较大的差距，提高医师合法收入是中国医师协会长期以来的呼吁和倡议，我们希望各级政府能够拿出切实有效的措施提高医师的收入。

随着我国医疗卫生事业的飞速发展，就医需求呈井喷式增长，承载这一需求的广大医师常常加班加点，各级政府和医疗机构应当着力减轻他们的负担。

医院内部管理薄弱，以及年轻医师的职业压力、职业评价和工作生活满意度值得医疗卫生行业 and 全社会关注。

我们还要指出的是，由于高强度的劳动，医师的健康状况令人担忧，呵护人民健康的医师应当受到全社会的关爱。

习近平总书记新时代中国特色社会主义坚持以人民为中心，呵护人生命的医师是人们健康的守护神。尊重医师、关爱医师，应当成为社会共识，全社会应共同努力改善医师执业环境，让医师有更大的热情为人民健康提供保障，早日实现中华民族伟大复兴。

中国医师协会
二〇一七年十二月

特别鸣谢

在本次问卷发放过程中得到了天士力控股集团有限公司的大力支持，在健康问卷设计统计过程中得到了来自中国科学院心理研究所专家团队张侃教授、车宏生教授、王辉教授、潘垚天教授、丁黔博士的大力支持，特表鸣谢！

鸣 谢

在问卷发放过程中，中国医师协会的二级机构，特别是地方医师协会给予了大力支持，在此一并鸣谢！

上海市医师协会

河南省医师协会

山西省医师协会

四川省医师协会

浙江省医师协会

乌鲁木齐医师协会

山东省医师协会

湖北省医师协会

江苏省医师协会

广东省医师协会

云南省医师协会

河南大学第一附属医院