



清华大学
Tsinghua University

2021 医师调查报告

清华大学社会学系

清华大学社科学院中国社会调查与研究中心

中国医师协会人文医学专业委员会

2021 年 4 月

提要

新冠肺炎疫情发生以来，广大医务工作者在第一线奋力抗疫，全社会都发自肺腑地感激、赞颂、理解、支持；与此同时，暴力伤医等极端事件却仍在发生，医患之间的对立、猜疑、苛责、提防难以消除。为探索这种两极现象的缘由，清华大学社会学系联合中国医师协会人文医学专业委员会，于2020年12月针对全国各级医院的1万余名医师开展问卷调查。根据对调查结果的统计分析，课题组写作此报告，一方面从医师的视角出发，多维地呈现了医患互动的情况；另一方面，着重从理念上辨析了当前医患关系的困境。分析来看，该议题的棘手之处在于5个“从医悖论”：第一，“树静风不止”，巨大的外在压力扰乱了医生职业的内在崇高感；第二，“欲速则不达”，市场化改革并没有给医院与医生带来巨大的经济回报；第三，“术高不为道”，医疗技术的广泛采用反而降低医生与患者的沟通效能；第四，“恶小而不治”，小概率的冲突会产生巨大的负面影响；第五，“心余力不足”，医生全力建设医患关系但总是事与愿违。而究其根源，这些悖论的出现是因为从医环境中人文精神的缺位，市场价值掩盖了终极价值，工具理性挤压了价值理性。为此，课题组认为应当回归人文，以价值重塑再造医生职业的崇高，这是打破悖论、走出困境的第一步。当医生在拼尽全力守护着人类健康的同时，让我们也为医生守住他们内心的崇高！

课题组成员：王天夫、罗婧、闫泽华、游睿山、高立、高金声、袁钟、沈原、刘世定、许弘智、李淼、吴英发

目录

一、医患关系，两级现象 1

（一）调查区域和医院类型的分布 3

（二）调查医师的人口统计学分布 4

二、医师处境：负重致远 7

（一）工作强度高 7

（二）面临多维度的压力 7

（三）参与兼职有限 8

（四）来自工作环境的支持少 9

（五）矛盾的职业认同 10

（六）对民间医疗形式的认可低 10

（七）医患之间互动有限 11

（八）医患信任建立难 11

（九）患者的背景影响医患互动 13

（十）医患交流的界线难把握 15

（十一）医患实际的冲突少 16

（十二）面对医患关系的态度悲观 17

（十三）对市场化带来的影响持负面态度 20

（十四）对科技应用持积极态度 23

三、回归人文，守护崇高 25

（一）“从医悖论” 25

（二）价值冲突 29

（三）以价值重塑推动守护崇高 32

图表索引

- 图 1.1: 调研样本的地区分布 2
- 图 1.2: 调研样本所在的医院等级分布 3
- 图 1.3: 调研样本所在的医院类型分布 3
- 图 1.4: 调研样本所在的医院性质分布 4
- 图 1.5: 调研样本的年龄分布 4
- 图 1.6: 调研样本的工龄分布 5
- 图 1.7: 调研样本的学历分布 5
- 图 1.8: 调研样本的职称分布 6
- 图 1.9: 调研样本的收入分布 6
- 图 2.1: 医师对工作强度的感知 7
- 图 2.2: 医师面临的工作压力 8
- 图 2.3: 医师面临的工作压力 8
- 图 2.4: 医师的兼职情况 9
- 图 2.5: 工作环境对医师的支持 9
- 图 2.6: 医师的职业认同 10
- 图 2.7: 医师对民间医疗形式的认可情况 11
- 图 2.8: 医师对医患沟通的理解 (2-1) 12
- 图 2.9: 医师对医患沟通的理解 (2-2) 12
- 图 2.10: 医师对医患互动的感知 13
- 图 2.11: 医师对不同背景患者的感知 (3-1) 14
- 图 2.12: 医师对不同背景患者的感知 (3-2) 14
- 图 2.13: 医师对不同背景患者的感知 (3-3) 15
- 图 2.14: 医师对患者其他情况的考虑 15
- 图 2.15: 医师对患者其他情况的考虑 16
- 图 2.16: 医患争吵频率 16
- 图 2.17: 患者投诉、被患者威胁的频率 17
- 图 2.18: 医师对医患关系现状的感知 17
- 图 2.19: 医师对医患关系改善的预期 18
- 图 2.20: 医师对医患纠纷的感知 18
- 图 2.21: 医师对媒体舆论报道的感知 19
- 图 2.22: 医师对高危病人的回避情况 19

一、医患关系：两极现象

- 图 2.23: 医师遇到冲突时的求助方式 20
- 图 2.24: 医师对收入情况的感知 20
- 图 2.25: 医师对医疗服务收费水平的感知 21
- 图 2.26: 医师对市场化对自身影响的感知 21
- 图 2.27: 医师对医患关系变差的归因情况 22
- 图 2.28: 医师对所在医院功利导向的感知情况 22
- 图 2.29: 医师对患者“花钱就能治病”的感知情况 23
- 图 2.30: 医师为规避风险进行检查的情况 23
- 图 2.31: 医师为科技应用的态度 24

一、医患关系：两极现象

一、医患关系：两极现象

医患关系是时下最牵动人心，也是最令人头疼的议题之一。

一面是众口称赞。2020年伊始，新冠肺炎疫情突如其来，全世界按下暂停键，人类文明发展几乎短暂中止。我国数百万广大医务工作者即刻投入到抗疫中，恪尽职守，勇于担当，践行医者仁心。在各个媒介上，他们被口罩勒出的“特别的腮红”、汗水浸泡而发白的皮肤、疲惫不堪的身影，让每个人都观之动容。**他们在危机时刻义无反顾地担当病毒的对抗者、人民的守护者，得到了全社会的认可和赞誉。**不仅如此，整个社会都对医务工作者予以充分的理解和爱护、全力的支持与配合，争相为他们送温暖，鼓舞其信心、保障其需求、解决其困难。全社会与医务工作者不仅建立了抗疫的合作网，更是共享信心、达成共识，形成了融洽、联动的共同体。

而另一面，却是触目惊心。就在医务工作者舍生忘死的景象历历在目的同时，**暴力伤医甚至杀医等极端事件仍不时爆出。**例如，2020年2月，江苏省建湖县上冈镇草堰口卫生院一值班医生因提醒病人家属戴口罩和劝阻其吸烟而被殴打受伤；2020年3月27日，湖北省汉川市人民医院一名CT室医生被打伤；2020年10月30日，马鞍山市人民医院有医生被患者家属殴打疑似脊柱损伤；2020年3月19日和2020年10月31日，在内蒙古鄂尔多斯中心医院和广州中山三院，分别有医生被患者砍伤。除却这些“血的记忆”，我们在媒体中也总是可以看到大众对医生的猜疑、苛责、提防。比如，武汉的医务人员和患者一起跳舞被贴上了“作秀”的标签，医生用葡萄糖补充体力被质疑“挪用公共物资”，几位医生在转运患者途中吃香蕉被指责“偷懒”。

医生们一边被“捧上天”，成为英雄，另一边则被“弃如履”，遭遇暴力。这种违和的两极现象，正是我国医患关系所真切面临的困境。而对这一困境背后的原因稍作探究，则更是“剪不断、理还乱”。首先，伴随现代化的进程，慢性病成为主要的疾病类型，其患病率高，治疗过程长、见效慢。“患者”成为绝大多数社会成员都极力避免却又难以逃避的角色。其次，我国医疗资源在地域分布、群体可及等方面存在不均衡的情况。再次，市场化机制深入医疗卫生事业，医患关系蒙上了“消费者—服务者”的面纱。最后，当前人民群众的教育水平提升，互联网的发展也使大众能够自主获取医疗知识，因而患者对自身治疗方案就具有更强的参与意愿。这些因素使得，疾病的诊疗需要医患充分的、全方位的沟通；而医患沟通的时间十分有限，医疗仪器检查在很多情况下取代了问诊过程；疾病能否治愈存在极高的不确定性，然则患者对治愈极为迫切，并将治愈作为判定医疗服务质量的唯一标准；疾病的医治需要专业人士，医生是患者最理性的求助对象，而参差不齐的医疗水平让患者要么“挤破头”去往级别最高的医院，要么诉诸网络平台、社会关系等“自力更生”寻求治

一、医患关系：两极现象

疗方案；如此等等。不可否认，每个社会成员都需要医生，医生是守卫健康、维系生命的最后一道防线；而对于每个社会成员而言，“看医生”本就是由病痛带来的，充满无奈、惶恐，各种各样的因素又使得这本就充满负面情绪的诊疗过程更加令人焦灼不安。

为进一步探究医患关系两极现象背后的成因，清华大学社会学系在中国医师协会人文医学专业委员会的支持下，于 2020 年 12 月针对医师群体开展问卷调查，旨在了解医师群体的基本情况、群体诉求以及在当前社会转型背景下的医疗观念等。此次调查是近年来专门面向我国大陆地区医生群体所发起的规模最大的问卷调查之一。为确保此次调研的科学性、准确性和有效性，清华大学社会学系组织相关学者、各地医院医师代表，从 2020 年 9 月起分别于线上和线下召开 4 次研讨会，就调研内容、样本选取、问卷发放与回收进行了深入沟通和及时反馈。

由于疫情期间医生群体通常工作时间长任务重，各地医院难以组织有秩序的随机抽样，同时基于抗疫要求，课题组无法组织大规模入院调查，因此本次调查采取网络调查的便利抽样的模式。中国医师协会对接各地医师协会，在兼顾医院类型和等级的基础上，由各样本医院联系人通过转发调查问卷链接至其同事群体的形式，对医师群体相关信息和诉求进行采集。在中国医师协会的组织 and 各省级医师协会的协助下，此次调研共覆盖了我国 28 个省份，其中东部省份 10 个，占总样本 36%，中部省份 7 个，西部省份 8 个，以及东北三省，共回收问卷 12930 份。样本地区分布见图 1.1。

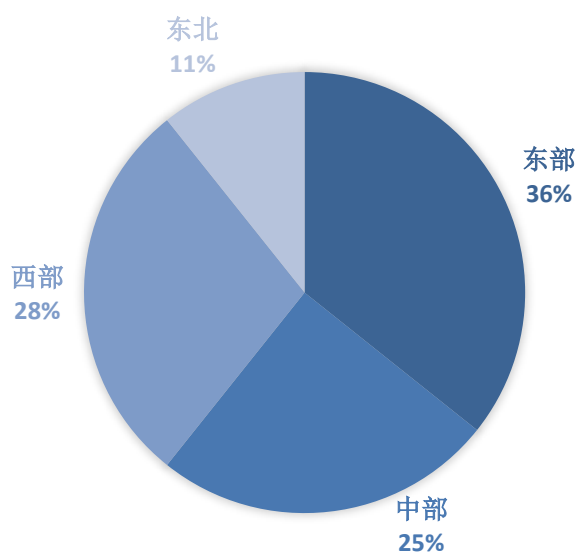


图 1.1：调研样本的地区分布

一、医患关系：两极现象

(一) 调查区域和医院类型的分布

针对不同医院可能存在的差异，问卷分别就医院等级、医院类型和医院性质进行了测量。

医院等级方面，本次调研划分了未定级医院、一级医院、二级医院、三级医院和其他。针对目前存在的“大医院人满为患，基层医院门可罗雀”现象，调研组进一步将三级医院划分为三级非甲等医院和三级甲等医院。从图1.2可见，此次调研中来自三级甲等医院的样本占总样本的 **63.55%**，是此次调研的主要群体。

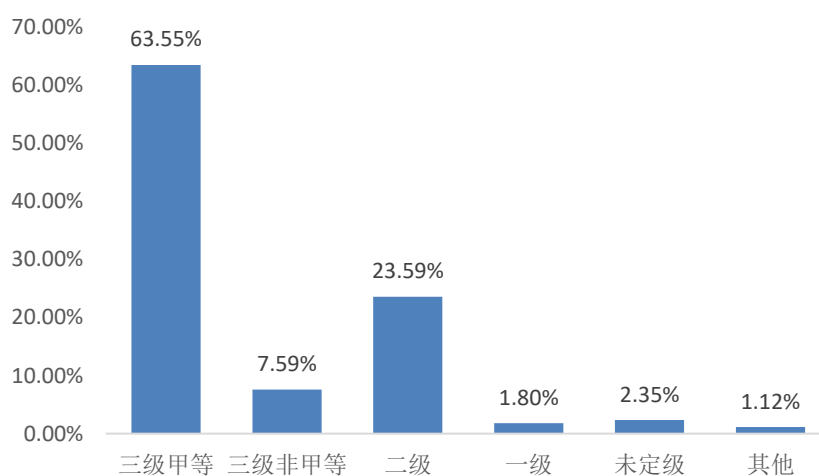


图 1.2: 调研样本所在的医院等级分布

医院类型方面，调研组按照行政等级，从基层开始将医院划分为私人诊所/医院、村卫生室/社区卫生服务站、乡镇卫生院、县级医院、市级医院、省级医院、国家级医院、部队医院和其他，共九种类型。其中来自省、市、县三级医院占总样本的比例分别为 **17.53%**、**54.11%**和 **20.90%**，是样本占比最大的三个类型（见图 1.3）。

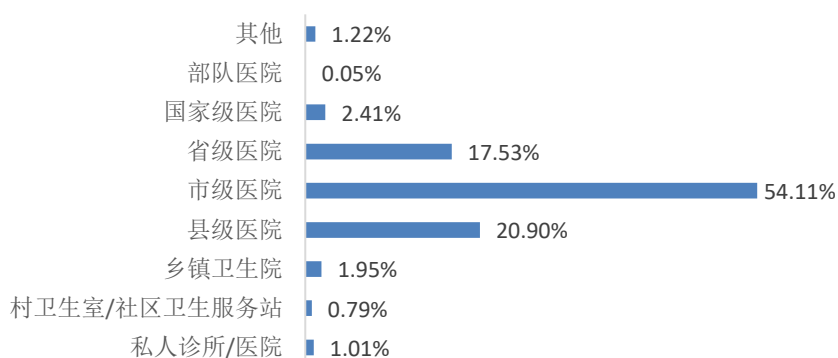


图 1.3: 调研样本所在的医院类型分布

一、医患关系：两极现象

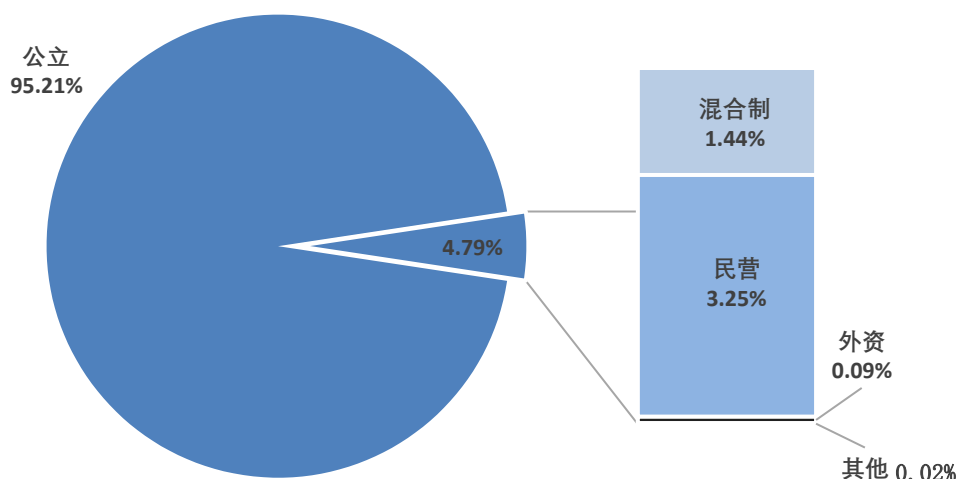


图 1.4: 调研样本所在的医院性质分布

本次调研还涵盖了样本所在医院的性质，包括公立医院、民营医院、混合制医院、外资医院、其他共五种。其中公立医院的样本数达到 **12270**，占总样本的 **95.21%**。

(二) 调查医师的人口统计学分布

参与本次调研的医师中，男性和女性分别占总样本的39.71%和 60.29%，男女比约为 2: 3。其中年龄在 26 - 45 岁之间的样本占比超过 77%。

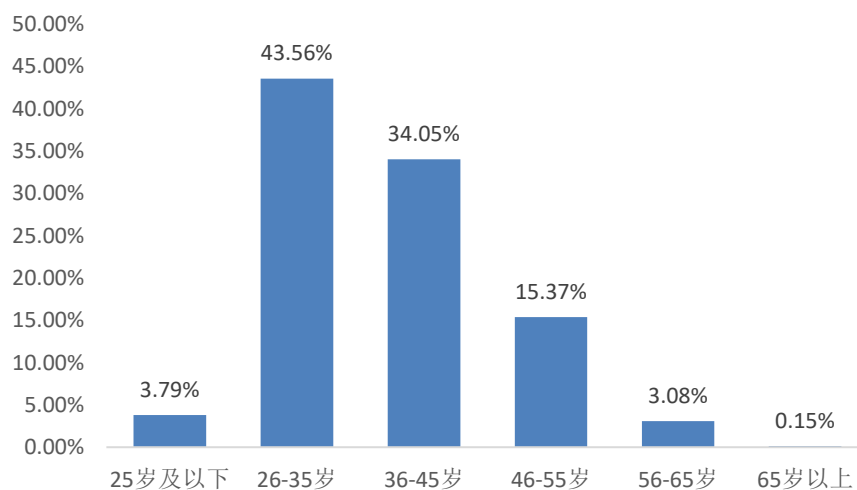


图 1.5: 调研样本的年龄分布

一、医患关系：两极现象

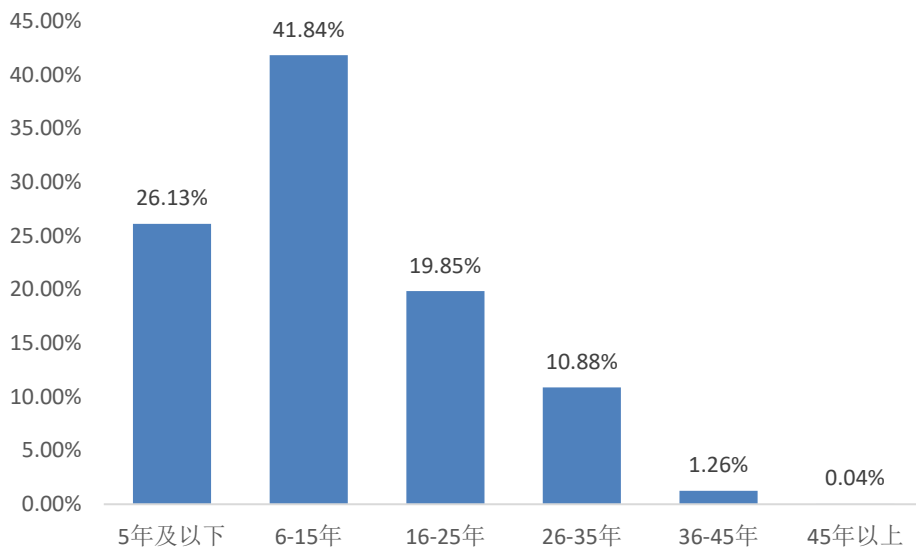


图 1.6: 调研样本的工龄分布

学历方面，拥有本科及以上学历的医师占全部样本的 **92.97%**。造成这一现象的原因一方面因是随着我国医疗技术的发展，医师的学历门槛逐渐增加；另一方面也可能是参与此次调研的医师大多来自二级甲等及以上医院，医院等级越高，对医师的学历要求也就越高。初级职称和中级职称的医师共占全部样本的 70.4%。收入方面，超过一半的医生收入月少于 **7500 元**，月收入超过 **10000 元**的医师不足 **30%**。结合此次调研以二级甲等以上医院为主的背景，推测我国医师群体总体的月收入水平可能更低。

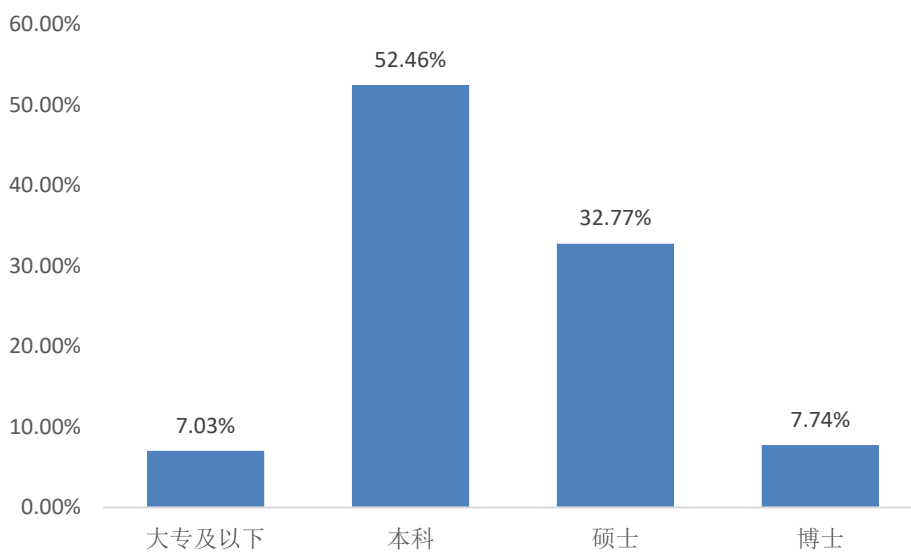


图 1.7: 调研样本的学历分布

一、医患关系：两极现象

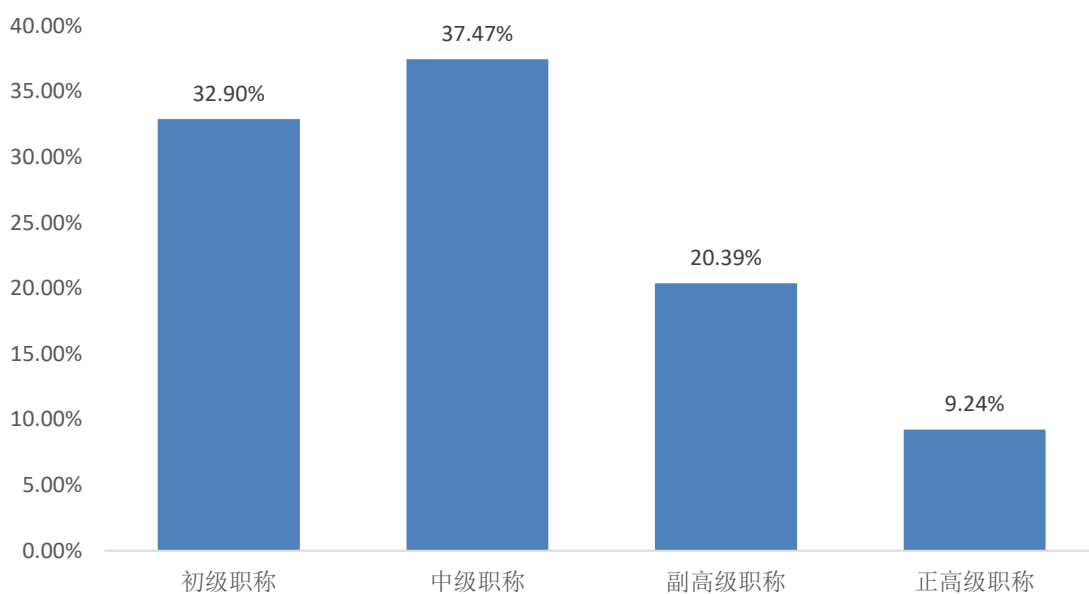


图 1.8：调研样本的职称分布

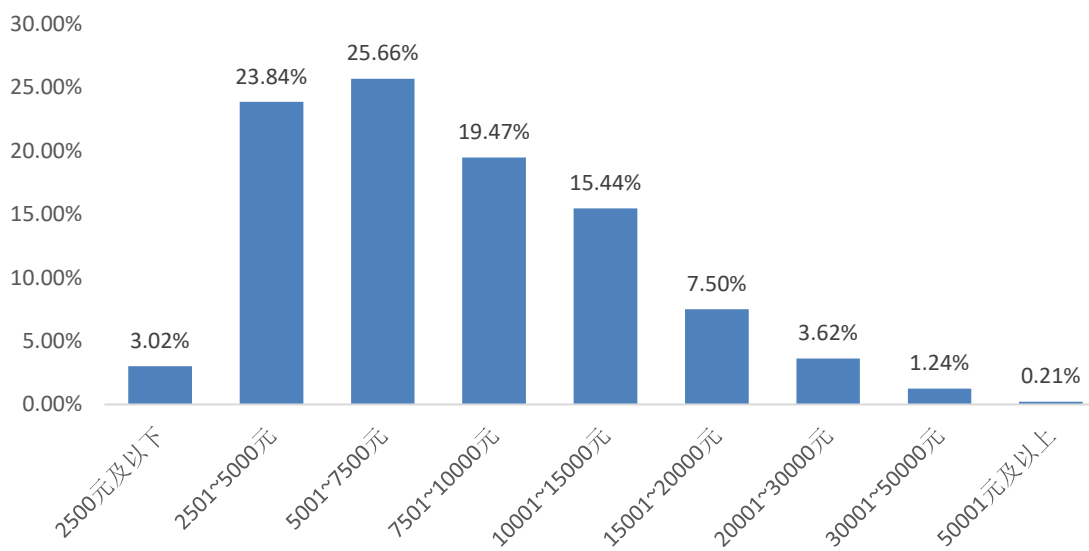


图 1.9：调研样本的收入分布

二、医师处境：负重致远

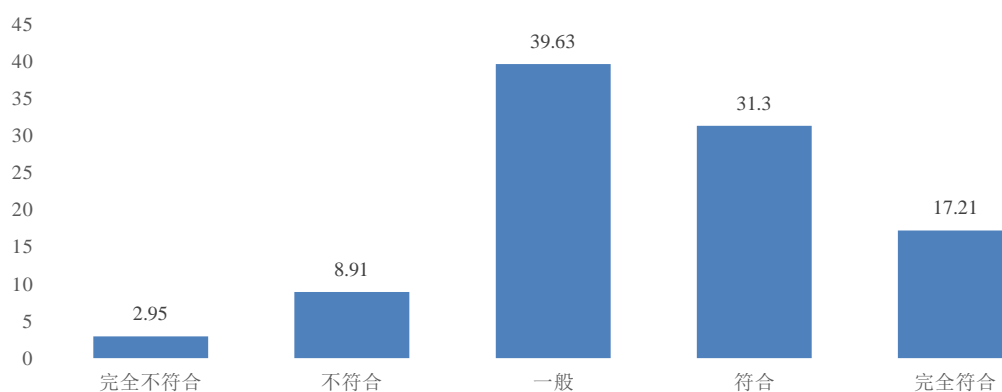
二、医师处境：负重致远

(一) 工作强度高

从本次调查来看，医师平均每天出诊时间约为 7.77 小时、科研时间约为 1.47 小时，每周平均工作约 5.77 天，工作强度极高。在这样的强度下，医师们必然容易感到心力交瘁，仅有 11.86% 的调研参与者认为自己不至于“精疲力竭”。

表 2-1 医师工作时间 单位：小时，日

变量	均值	标准差
日均出诊小时	7.77	3.40
日均科研小时	1.47	2.12
周均工作日	5.77	0.87



注：（1）样本对“工作让我感觉精疲力竭”的填答情况；（2）单位：%。

图 2.1：医师对工作强度的感知

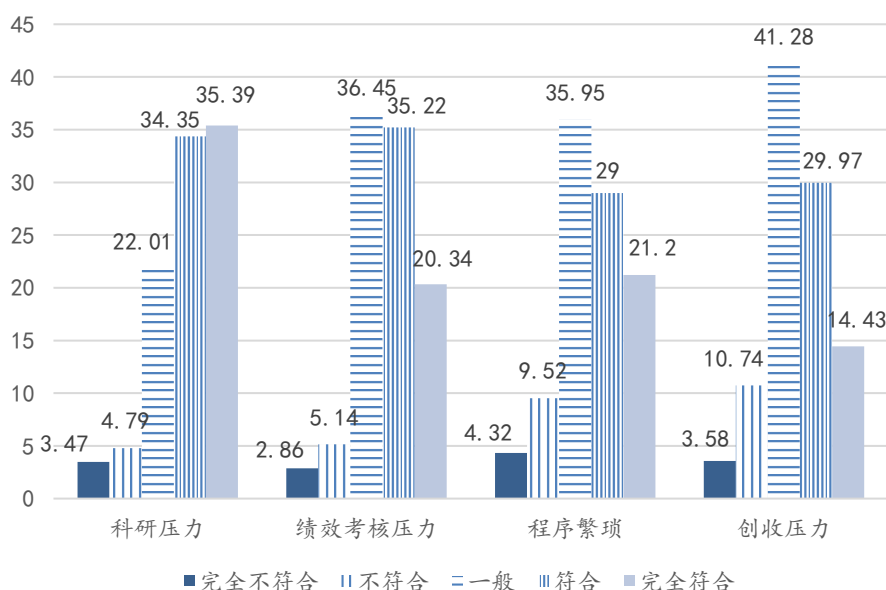
(二) 面临多维度的压力

如此一来，医师群体倍感压力：首先，医师的科研压力最大，调查中 69.74% 的医师都认为“我感到科研、发论文压力大”这样的表述“符合”或“完全符合”自身的情况；其次，医师面对绩效考核也颇费心力，55.56% 的医师切实“感到业绩考核任务重”；再次，半数以上的医师们对于工作流程的效率抱有质疑，感到自己要在“不必要的程序和操作上耗费过多精力”；最后，医师们也面对一定的创收压力，仅有 14.32% 的参与者认为他们的情况与此不符。

在工作之外，医师们还要面对来自社会的压力、不安全感较强，65.40% 的医师“感到公众有误解，舆论压力大”，64.61% 的医师“感到医护人员合法权利难以保

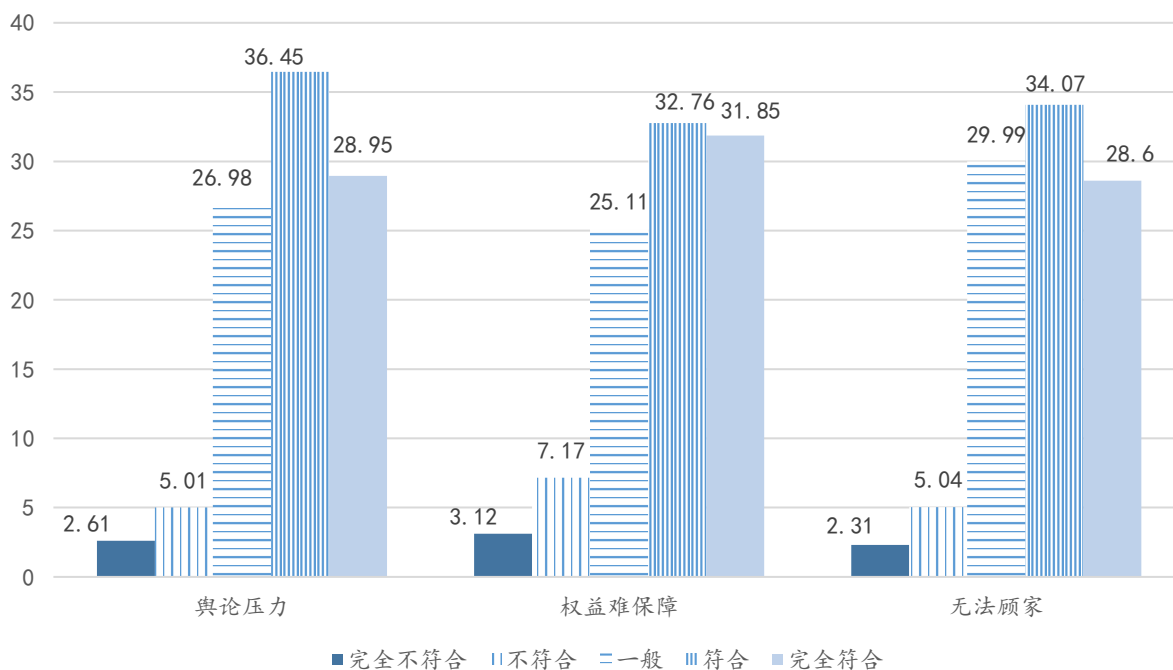
二、医师处境：负重致远

障”。与此同时，高强度的工作不免会挤压对家庭、生活的关注，**62.67%**的医师都感到自己“为工作付出太多，无暇顾及家人、生活”。



注：（1）分别为样本对“感到科研、发论文压力大”（科研压力）、“感到绩效考核任务重”（绩效考核压力）、“感到不必要的程序和操作耗费过多精力”（程序繁琐）、“我面对较大创收压力”（创收压力）的填答情况；（2）单位：%。

图 2.2：医师面临的工作压力



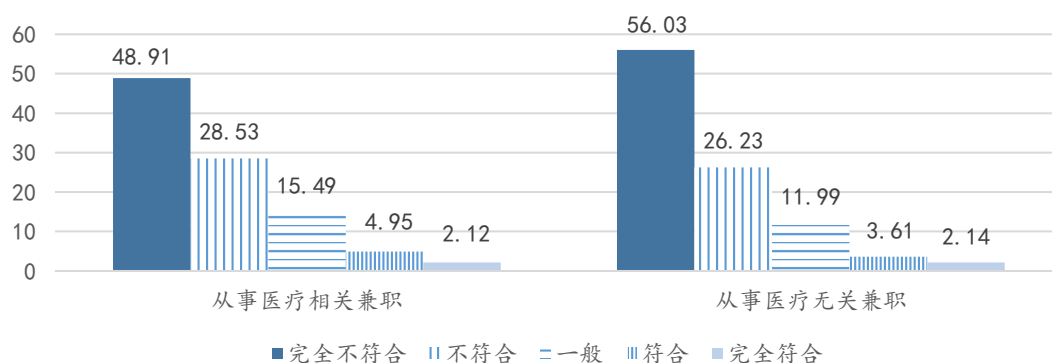
注：（1）分别为样本对“我感到公众有误解，舆论压力大”（舆论压力）、“我感到医护人员合法权利难以保障”（权益难保障）、“我为工作付出太多，无暇顾及家人、生活”（无法顾家）的填答情况；（2）单位：%。

图 2.3：医师面临的工作压力

（三）参与兼职有限

二、医师处境：负重致远

本职工作对时间、精力的高要求使得医师参与兼职的情况十分有限。本次调查的数据显示，仅有 7.07% 的医师“符合”或“完全符合”常在工作之外从事医疗相关的兼职的情况，而常在工作之外从事与医疗无关的兼职情况则更少，符合情况的比例只占到整体的 5.75%。

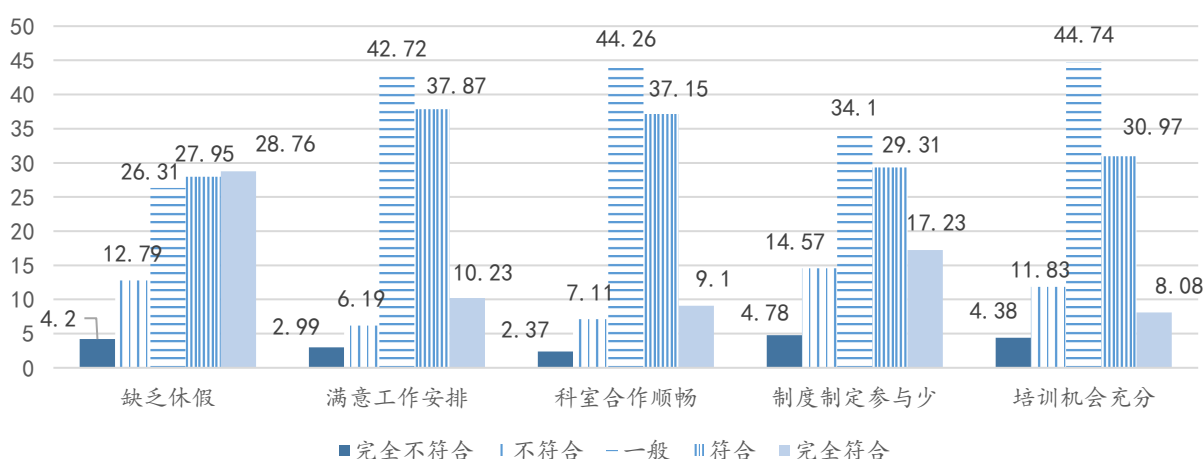


注：（1）分别为样本对“我常在工作之外从事医疗相关的兼职（例如互联网问诊，民营医院坐诊）”“我常在工作之外从事与医疗无关的兼职（例如开网约车、专业辅导）”的填答情况；（2）单位：%。

图 2.4：医师的兼职情况

（四）来自工作环境的支持少

与高压的工作相对，医师们在工作环境中得到的支持不足。第一，在休假方面，仅有 16.99% 的医师认为所在医院的休假制度行之有效；第二，不足半数的医师对领导的工作安排持积极态度；第三，不足半数的医师对科室之间的合作和沟通机制持积极态度；第四，近半数的医师认为自身很少能够参与组织制度的制定；第五，只有 39.05% 的医师认为自己所在的医院提供了充分的培训和成长机会。



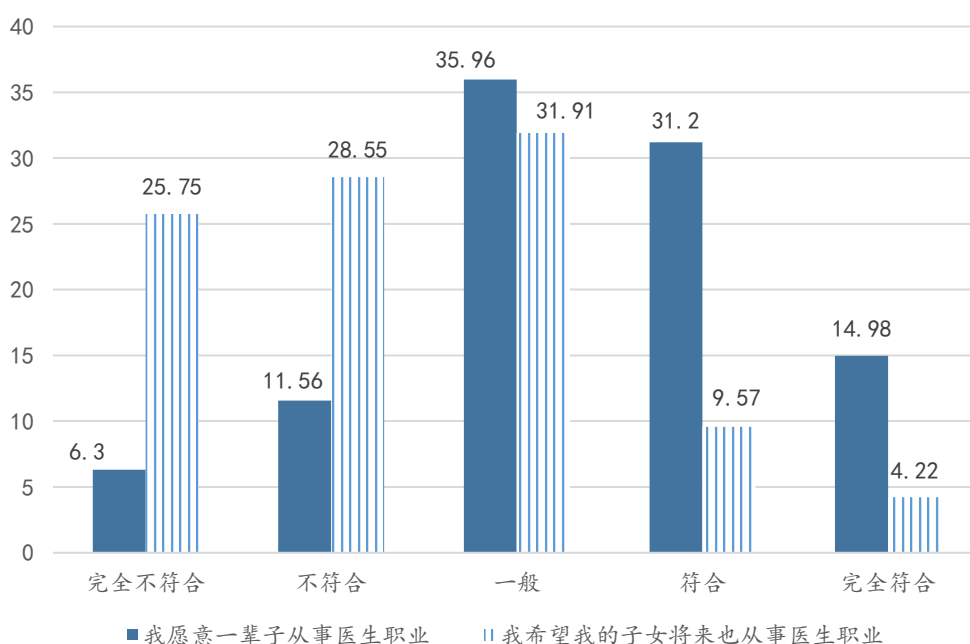
注：（1）分别为样本对“缺乏行之有效的休假制度”（缺乏休假）、“对于领导的工作安排比较满意”（满意工作安排）、“科室之间合作密切、机制通畅”（科室合作顺畅）、“很少能够参与组织制度的制定”（制度制定参与少）、“有充分的培训、成长机会”（培训机会充分）的填答情况；（2）单位：%。

图 2.5：工作环境对医师的支持

二、医师处境：负重致远

(五) 矛盾的职业认同

医师在看待自身职业上具有矛盾的感受。一方面，医师自身对职业的认同程度尚可，仅有 17.86% 的医师明确地不认同“我愿意一辈子从事医生职业”这一表述。但另一方面，在对待“我希望我的子女将来也从事医生职业”的表述上，超过半数的医师都明确地表示了不认同，仅有 13.97% 的医师明确对此赞同。医师们忠于自己的职业，但因为种种原因，并不希望自己的后代拿起“接力棒”，从事和自己一样的工作。



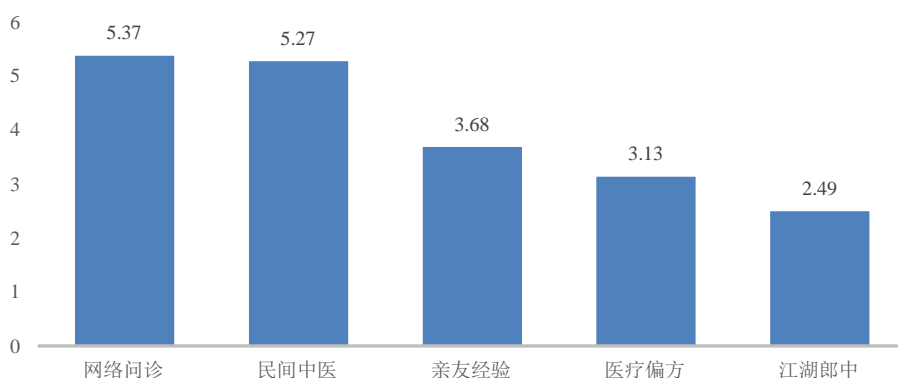
注：（1）分别为样本对“我愿意一辈子从事医生职业”“我希望我的子女将来也从事医生职业”的填答情况；（2）单位：%。

图 2.6：医师的职业认同

(六) 对民间医疗形式的认可低

医师在对待医疗事业上具有专业化、正式化的倾向。面对亲友经验、医疗偏方、江湖郎中这样的医疗形式，医师普遍认为其存在的意义不高。相对而言，医师对网络问诊、民间中医的医疗形式认可度较高。由于后两种形式在发展上参差不齐，缺乏运行规范，可靠度差，因而得到的医师支持是十分有限的（分别为 5.37、5.27）。

二、医师处境：负重致远



注：样本对各种医疗形式存在意义判断赋值（“1”分代表毫无意义，“10”分代表非常有意义）。

图 2.7：医师对民间医疗形式的认可情况

医师群体经历了多年的医学训练和专业培养，他们相信有科学基础、实证根据、系统决策的医疗体系，在看待民间非正式的医疗形式上态度谨慎。这说明，医师群体与普通社会成员在看待疾病、治疗、健康上存在较大的距离，他们既是病患寻求帮助时最为稳妥、可靠的权威人士，却也是病患最难以通过理解而建立信任的专业人士。

（七）医患之间互动有限

医患的相处时间极为有限。调查中，医师日均接诊病人达到 26 人，与每个病人的互动时间只有 16 分钟（见表 2-2）。当然，具体的互动时间往往取决于患者的病情，但不可否认，庞大的问诊需求也束缚了医患互动的充分性。

表 2-2 医师接诊情况 单位：人，分

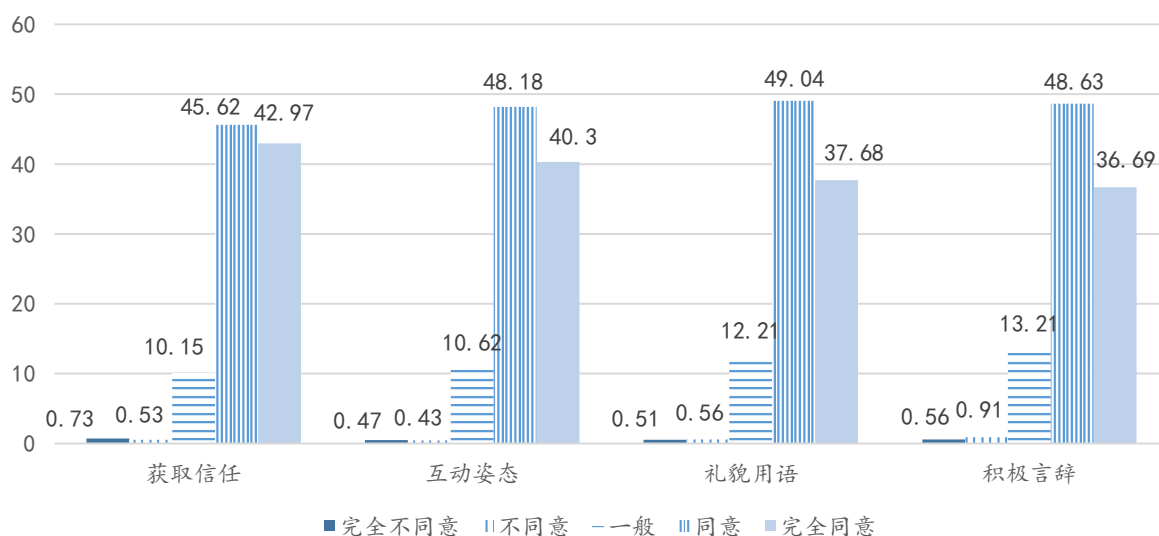
变量	均值	标准差
日均接诊病人	25.98	22.70
每个病人接诊时间	16.08	24.42

（八）医患信任建立难

基于如此有限的互动，医师都深知自己需要一定的沟通技巧才能尽量拉近与病患的距离，减少沟通障碍。接近 90% 的医师都同意获得患者的信任和尊重十分重要，也十分赞同应用温和的语调等互动姿态、礼貌用语、积极的言辞等沟通方式。66.57% 的医师认为与患者寒暄、闲谈有利于沟通；57.21% 的医师赞同诊疗中的“换位”理念，即“临床中重要的不是我做到，重要的是患者感觉我做到”；75.57% 的医师也

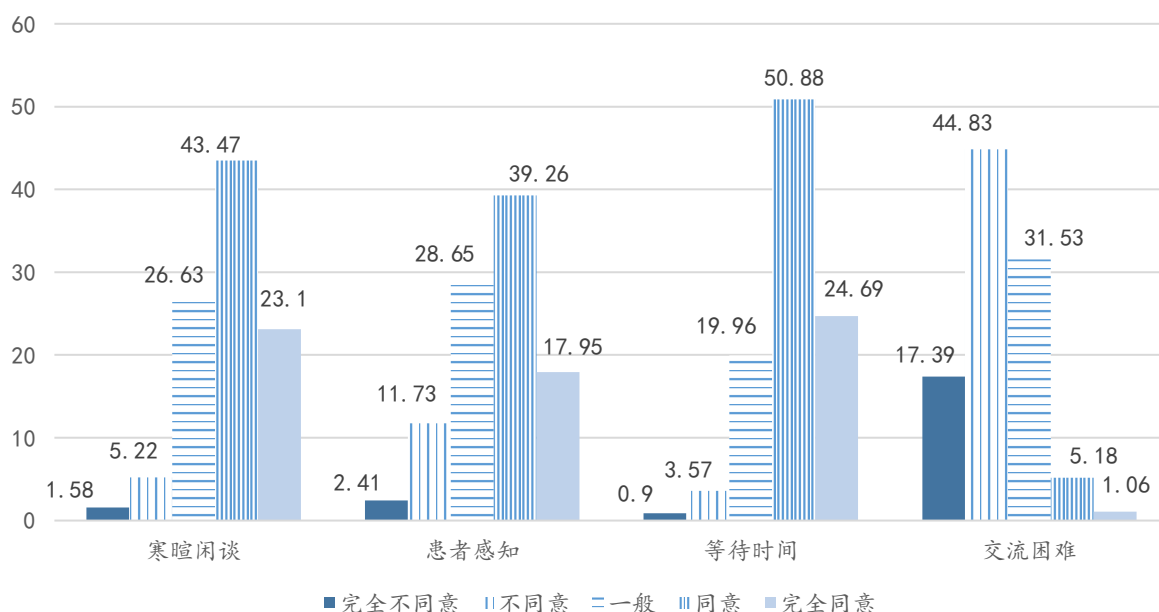
二、医师处境：负重致远

认为，当患者等待的时间越长时，越不利于双方的沟通。可想而知，医师们时刻处于一种两难境地，与前面的患者互动越久，后面的患者就越是急切，还会因此带来沟通的障碍。



注：（1）分别为样本对“诊治疾病首先是要获得患者的信任和尊重”（获取信任）、“语调温和、眼神交流等互动姿态对增进医患沟通很重要”（互动姿态）、“医生的礼貌用语对增进医患沟通很重要”（礼貌用语）、“使用积极的言辞有利于促进医患沟通”（积极言辞）的填答情况；（2）单位：%。

图 2.8：医师对医患沟通的理解（2-1）

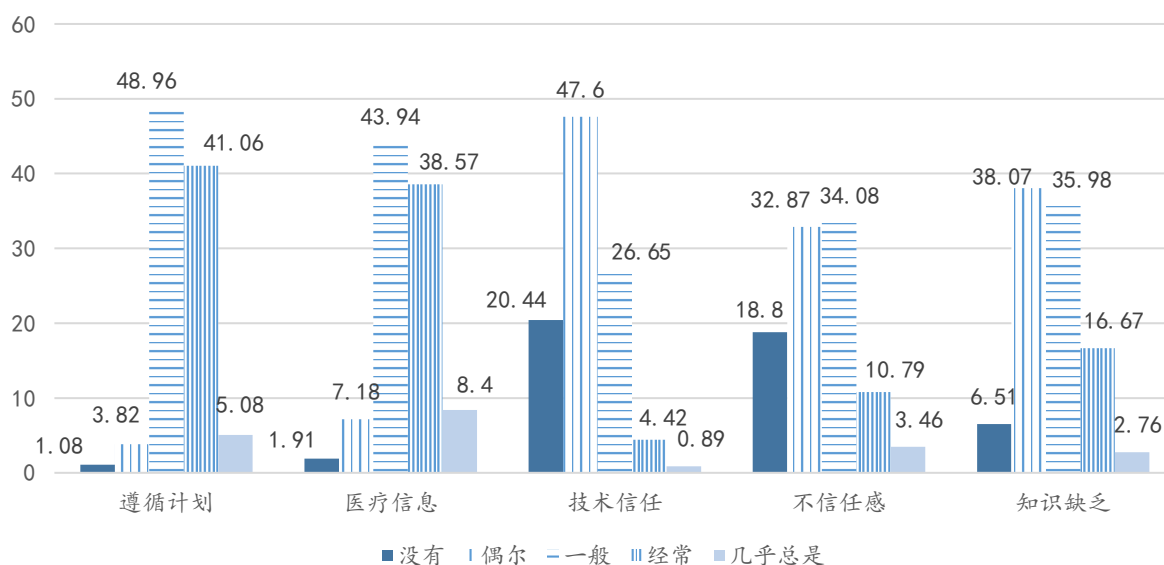


注：（1）分别为样本对“与患者寒暄、闲谈有利于医患沟通”（寒暄闲谈）、“临床中重要的不是我做到，重要的是患者感觉我做到”（患者感知）、“患者等待时间越长，越不利于沟通”（等待时间）、“我与我的患者交流存在困难”（交流困难）的填答情况；（2）单位：%。

图 2.9：医师对医患沟通的理解（2-2）

二、医师处境：负重致远

从实际情况来看，绝大部分医师与患者在沟通上都是顺畅的，仅有 6.24% 的医师明确地认为自己与患者交流存在困难。但这并不是说医患之间建立信任轻而易举。医患之间的不信任迹象处处可寻。首先，只有不到半数的医生认为患者“经常”或“几乎总是”提供诊疗所需要的所有信息并遵循其所提供的治疗计划。其次，只有近 1/5 的医师从未遇到过医患互相不信任的情况，不论是患者或其家属对其技术不信任的情况，还是自己对患者及其家属存有不信任感的情况。最后，超过 90% 的医生都遇到过“患者或其家属对医学知识一无所知，盲目怀疑”的情况。



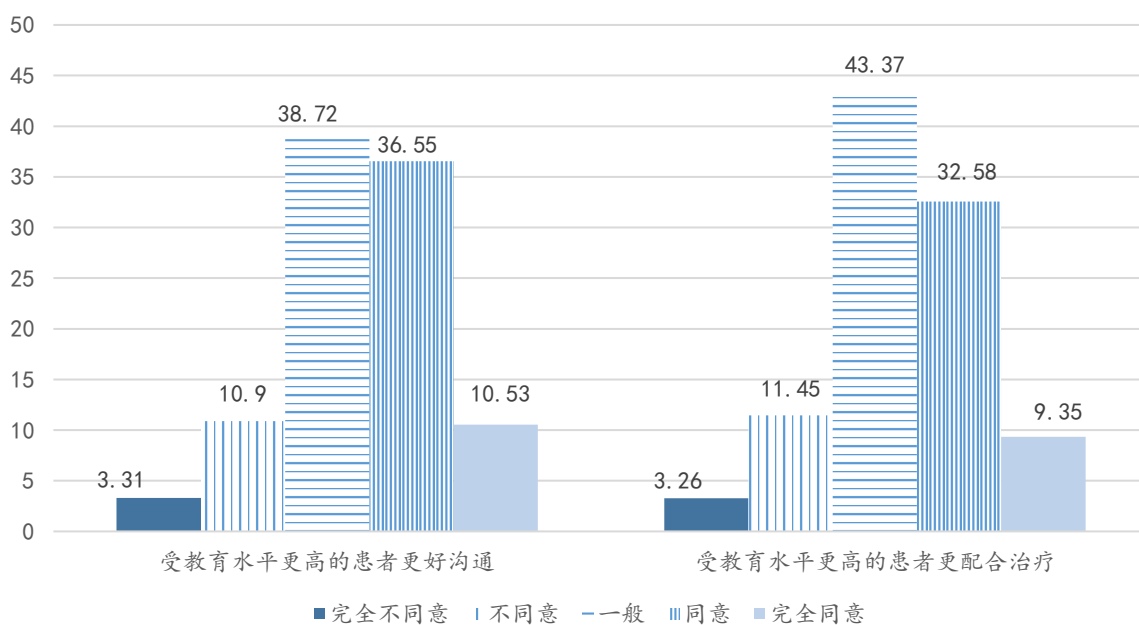
注：（1）分别为样本对“患者会遵循您所有建议的治疗计划”（寒暄闲谈）、“患者会提供您需要的所有医疗信息”（医疗信息）、“患者或其家属对我的技术不信任”（技术信任）、“我对患者及其家属存有不信任感”（不信任感）、“患者或其家属对医学知识一无所知，盲目怀疑”（知识缺乏）的填答情况；（2）单位：%。

图 2.10：医师对医患互动的感知

（九）患者的背景影响医患互动

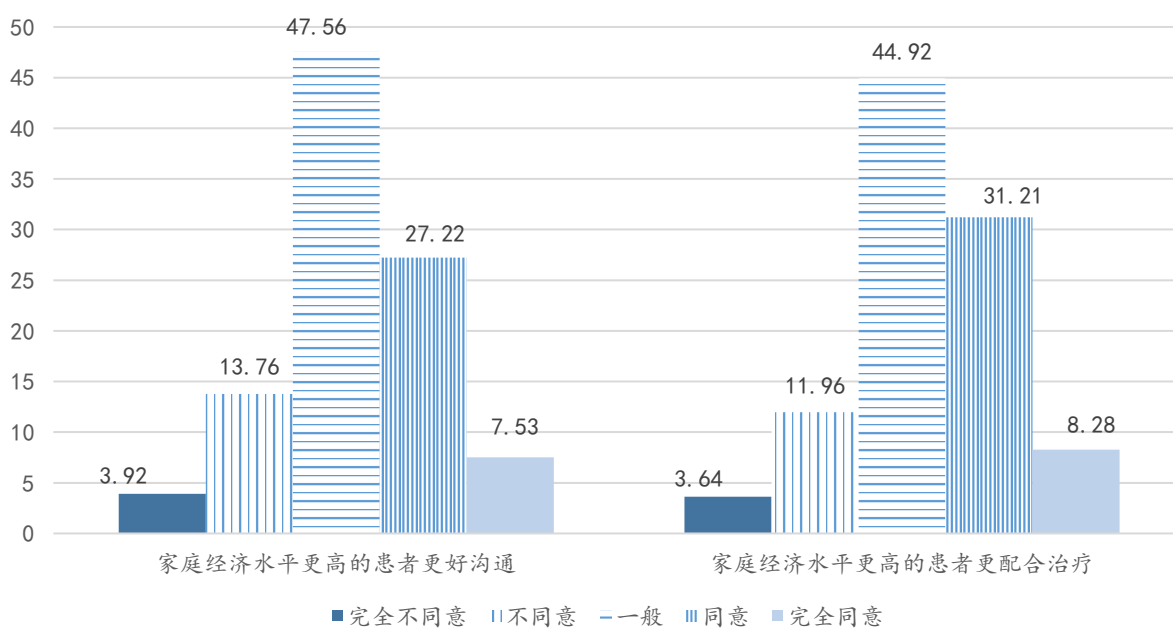
对医疗知识掌握程度的差异让医患之间的隔阂难以打破，同时也导致了患者群体内的差别。有机会、有能力掌握和理解更多医疗知识的患者可能会更容易沟通，也就更配合治疗。从调查来看，医师中对受教育水平更高、家庭经济水平更高、来自城市的患者在沟通容易度和治疗配合度上的肯定意向大于否定意向。也就是说，虽然存在完全不同的看法和大量的中立态度，但在更多医师眼中，社会经济地位较高、来自城市的患者好沟通、积极配合治疗一些。

二、医师处境：负重致远



注：（1）分别为样本对“受教育水平更高的患者更好沟通”“受教育水平更高的患者更配合治疗”的填答情况；（2）单位：%。

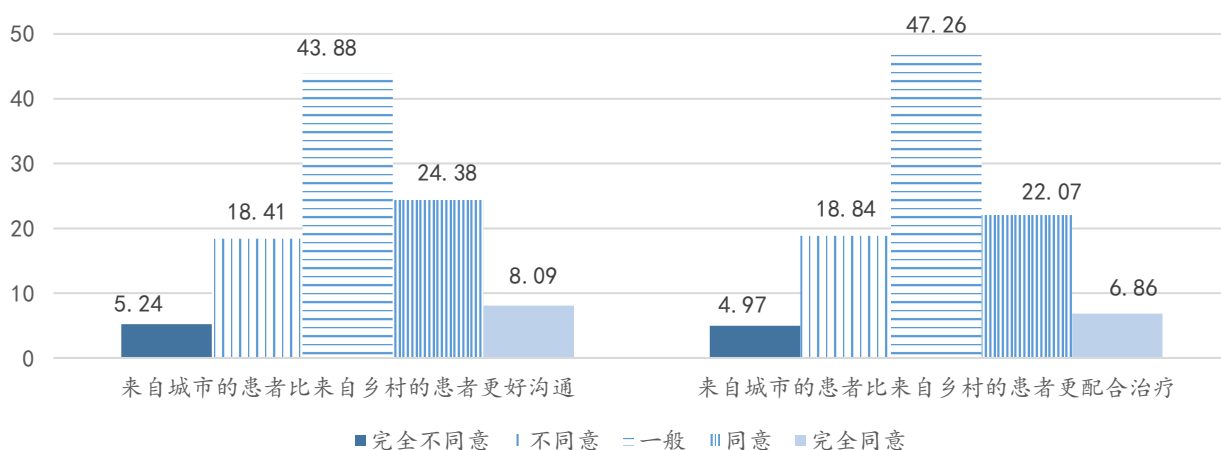
图 2.11：医师对不同背景患者的感知（3-1）



注：（1）分别为样本对“家庭经济水平更高的患者更配合治疗”“家庭经济水平更高的患者更好沟通”的填答情况；（2）单位：%。

图 2.12：医师对不同背景患者的感知（3-2）

二、医师处境：负重致远

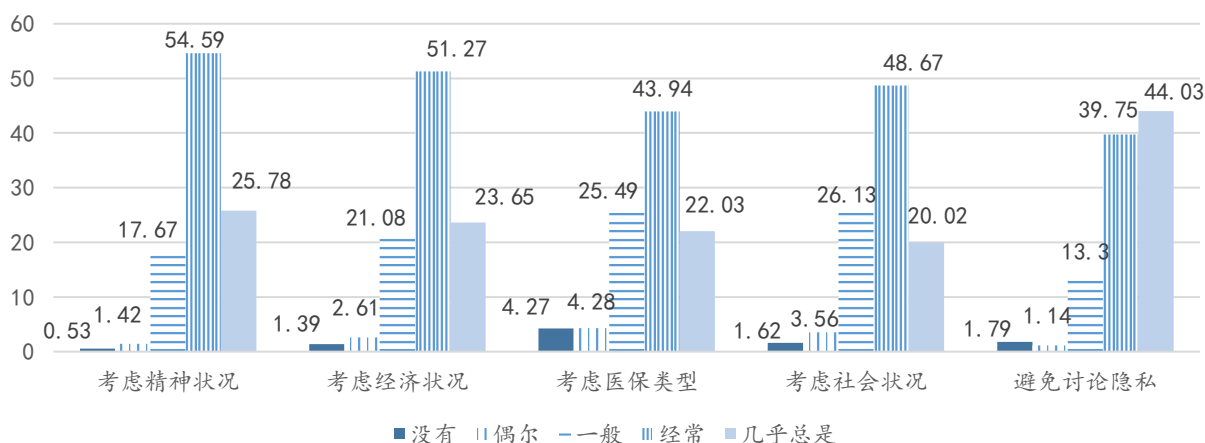


注：（1）分别为样本对“来自城市的患者比来自乡村的患者更好沟通”“来自城市的患者比来自乡村的患者更配合治疗”的填答情况；（2）单位：%。

图 2.13：医师对不同背景患者的感知（3-3）

（十）医患交流的界线难把握

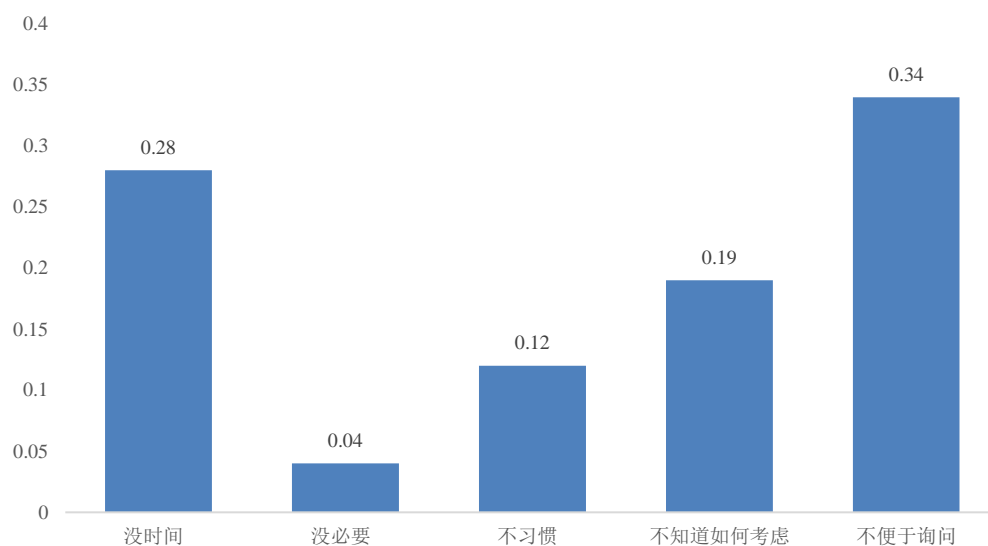
除了医疗知识带来的相互理解上的困难，医师还遭遇了阻隔交流的“界线困境”。一方面，医师若要根据患者的个人情况进行诊断、给出治疗方案、选择沟通方式等，就必然要考虑病症之外的其他因素。调查中，**70% 左右**的医师都经常或几乎总是考虑患者的心理和精神情况、经济状况、医保类型、社会背景、生活习惯、文化习俗等。另一方面，医师们也必然会因陌生而保持交流距离，1/3 以上的医生会因为“不便询问”而难以充分地将这些因素考虑进来，**80% 以上**的医师会有意识地避免与他人讨论病人的隐私。



注：（1）分别为样本对“我在诊治中考虑了患者的心理和精神情况”（考虑精神状况）、“我会考虑患者的经济状况”（考虑经济状况）、“我会考虑患者的医保类型”（考虑医保类型）、“我在诊治中考虑了患者社会背景、生活习惯、文化习俗等方面的因素”（考虑社会状况）、“我会避免与他人讨论病人的隐私”（避免讨论隐私）的填答情况；（2）单位：%。

图 2.14：医师对患者其他情况的考虑

二、医师处境：负重致远

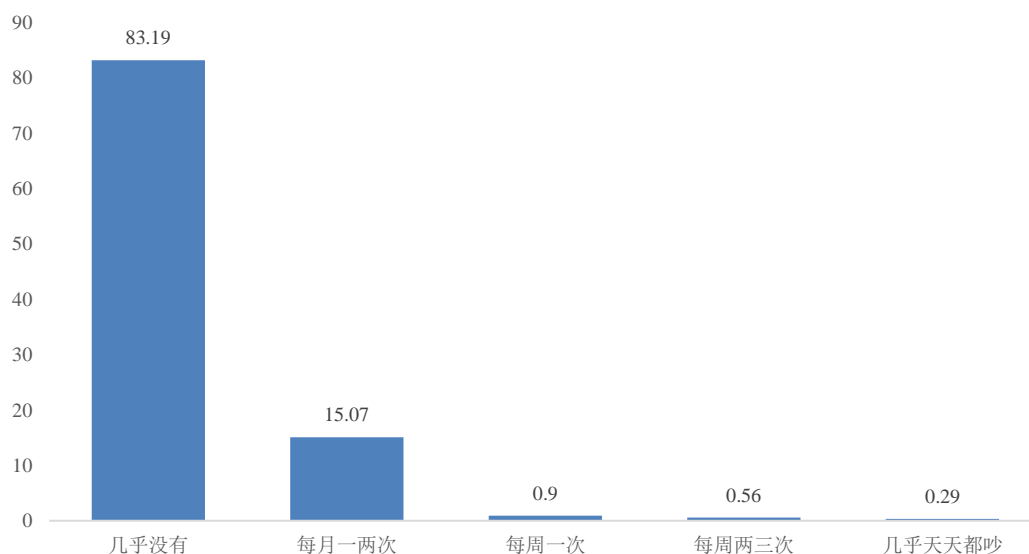


注：（1）样本对“我较少参考患者心理、社会等方面的因素”的原因的选择情况；（2）单位：%。

图 2.15：医师对患者其他情况的考虑

（十一）医患实际的冲突少

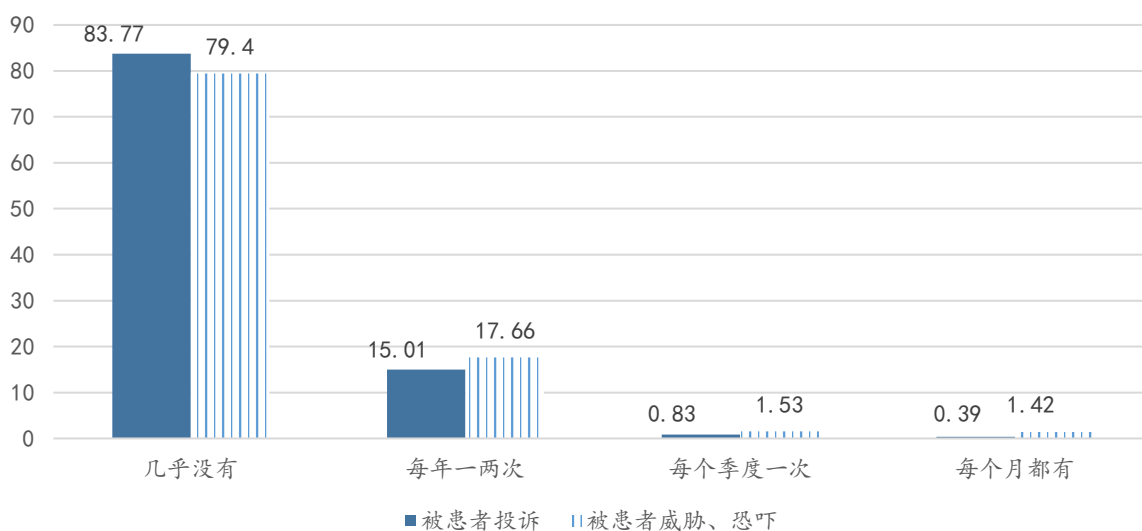
本次调查对医师在日常工作中面临的实际医患冲突进行了统计。一般而言，医师很少与患者发生争吵（83.19%的医师认为几乎没有过争吵），被投诉的情况也是小概率事件（83.77%的医师几乎没有被患者投诉过），被患者威胁、恐吓的频次也很低（79.4%的医师从未遭遇过如此境况）。



注：（1）样本对“与患者发生争吵的频率”的选择情况；（2）单位：%。

图 2.16：医患争吵频率

二、医师处境：负重致远

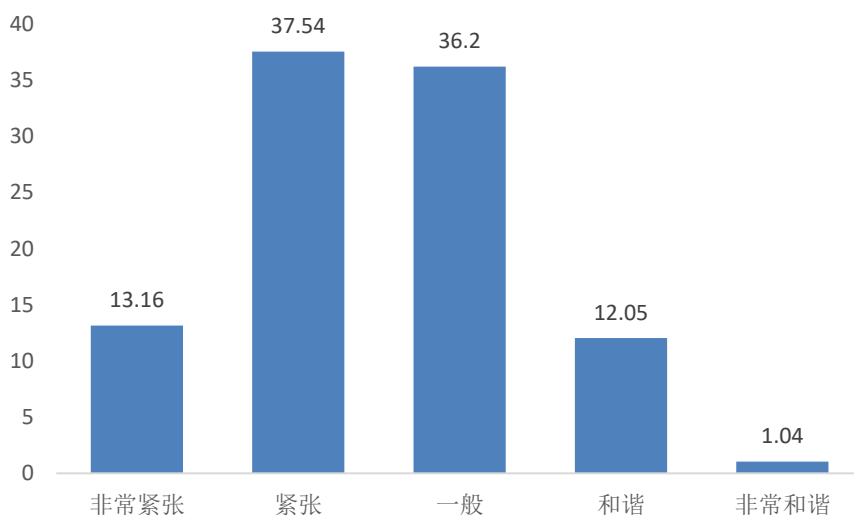


注：（1）样本对“被患者投诉”“被患者威胁、恐吓”的选择情况；（2）单位：%。

图 2.17：患者投诉、被患者威胁的频率

（十二）面对医患关系的态度悲观

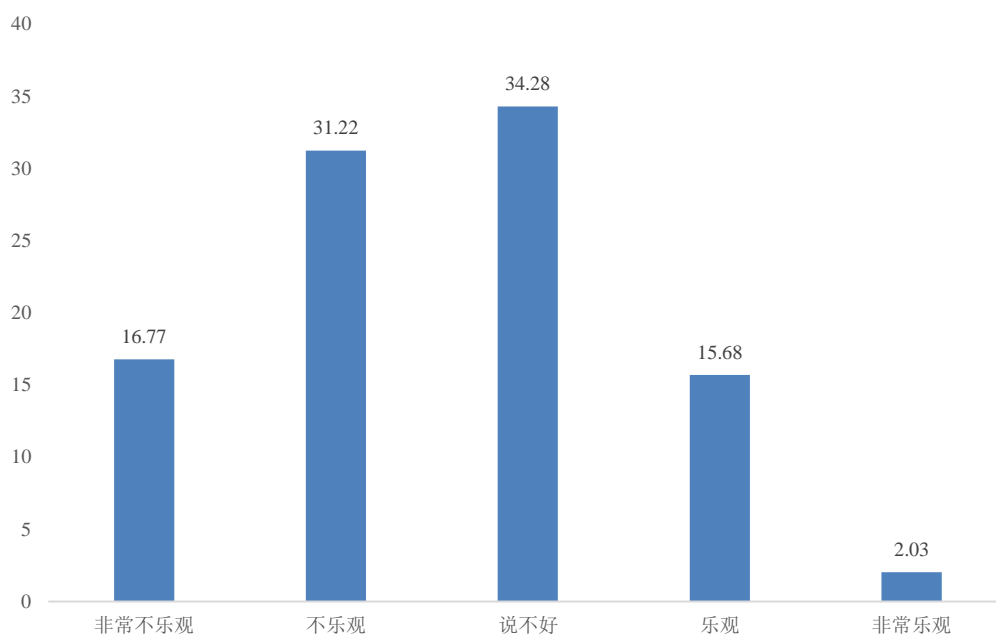
与实际情况形成鲜明对比的是，医师群体对于医患关系的感知有着“过敏”的倾向。超过半数的医师都认为当前的医患关系“紧张”或“非常紧张”，对五年内医患关系能够改善持乐观态度的医师仅有 17.71%。面对潜在的医患纠纷，57.95%的医师都感到害怕或非常害怕，并且 67.08% 的医师感到媒体、舆论对医疗纠纷的报道不实。可见，医师对于医患关系的态度比较悲观，甚至超过 1/3 的医师会为了避免医疗风险而倾向于回避收治高危病人。



注：（1）样本对“我认为总体而言医患关系”情况的选择情况；（2）单位：%。

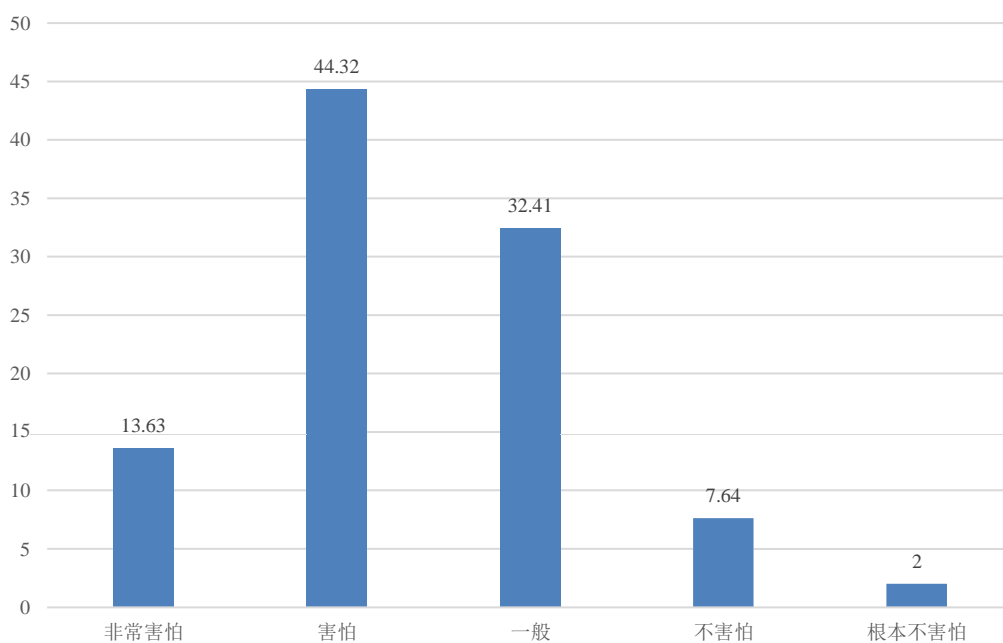
图 2.18：医师对医患关系现状的感知

二、医师处境：负重致远



注：（1）样本对“我对五年内医患关系改善的预期”的选择情况；（2）单位：%。

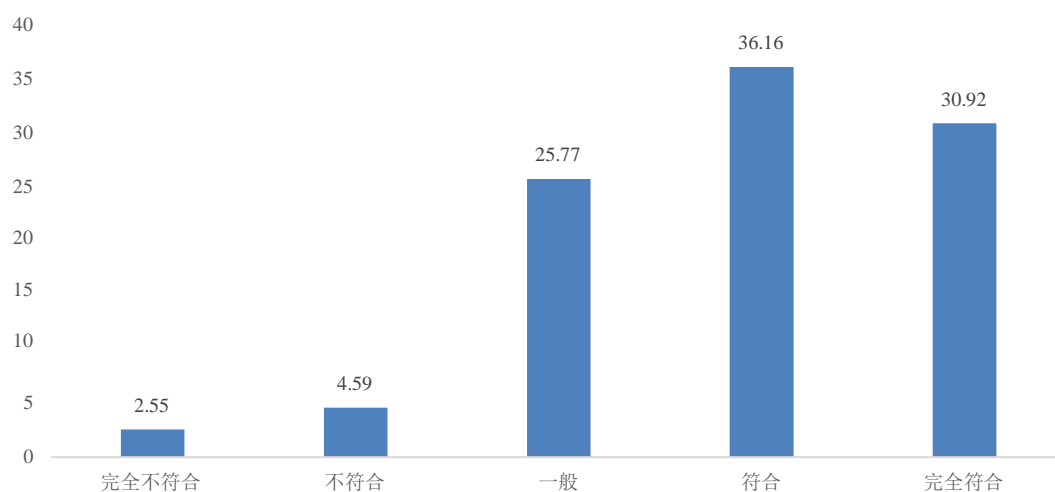
图 2.19：医师对医患关系改善的预期



注：（1）样本对“我对遇到医患纠纷感到”情况的选择情况；（2）单位：%。

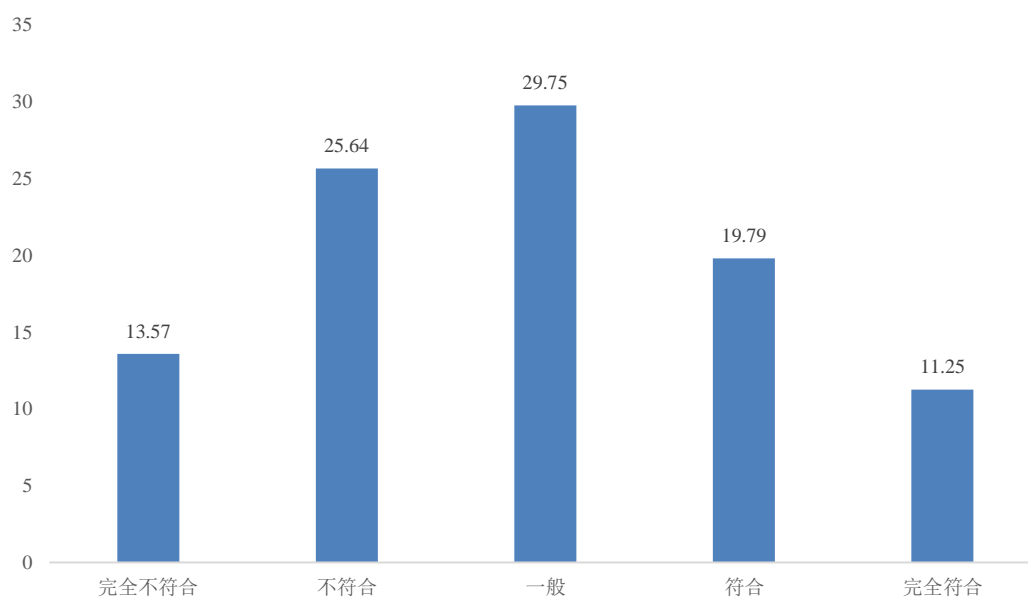
图 2.20：医师对医患纠纷的感知

二、医师处境：负重致远



注：（1）样本对“我感到媒体、舆论对医疗纠纷问题报道不实”的选择情况；（2）单位：%。

图 2.21：医师对媒体舆论报道的感知

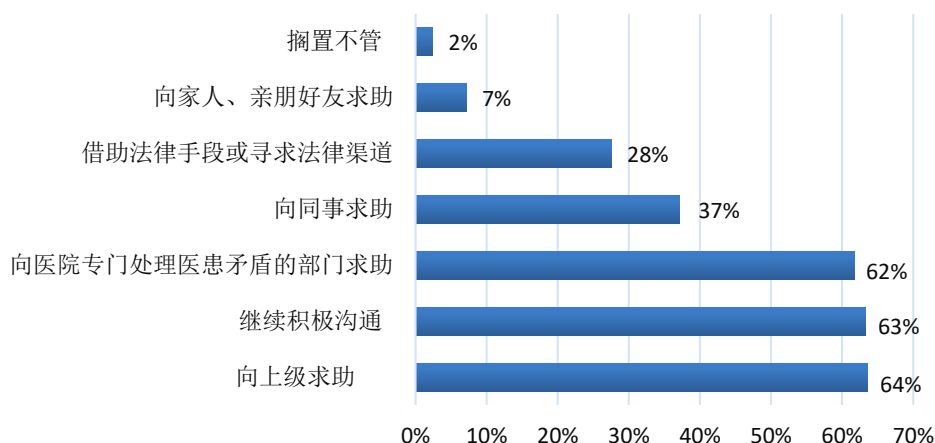


注：（1）样本对“我会为了避免医疗风险，回避收治高危病人”的选择情况；（2）单位：%。

图 2.22：医师对高危病人的回避情况

在面对被患者为难的情况时，60% 以上医师都选择了向上级求助、自己继续积极沟通、向专门的部门求助来予以应对。

二、医师处境：负重致远



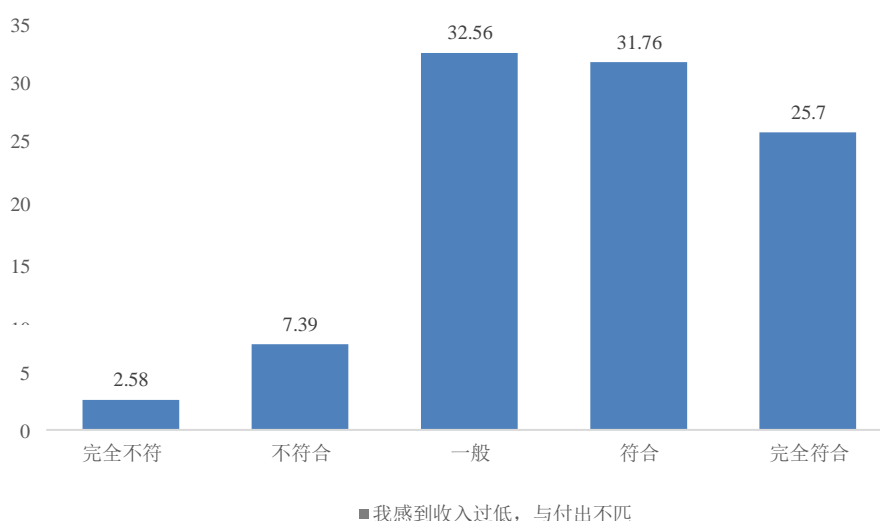
注：（1）样本对“被患者和家属为难的时候”如何应对的选择情况；（2）单位：%。

图 2.23：医师遇到冲突时的求助方式

（十三）对市场化带来的影响持负面态度

伴随改革开放，市场机制深入应用于我国社会发展的方方面面。医疗体制的改革进程也正是一个市场化不断推进放入过程。本次调查也特别关注了医师群体视角中，市场化给其境况带来的改变。

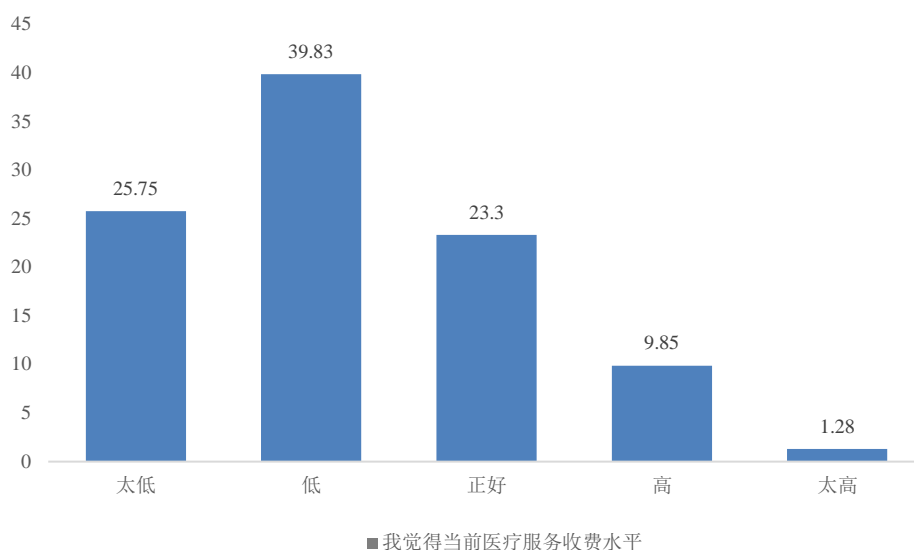
医师们对于自身的收入普遍不满意，半数以上的医师都切实地感到收入过低、与自身的付出不匹配。与其他社会成员普遍感受“看病贵”相比，**65.58%**的医师都认为当前医疗服务收费水平“低”或“太低”。



注：（1）样本对“我感到收入过低，与付出不匹配”的感知情况；（2）单位：%。

图 2.24：医师对收入情况的感知

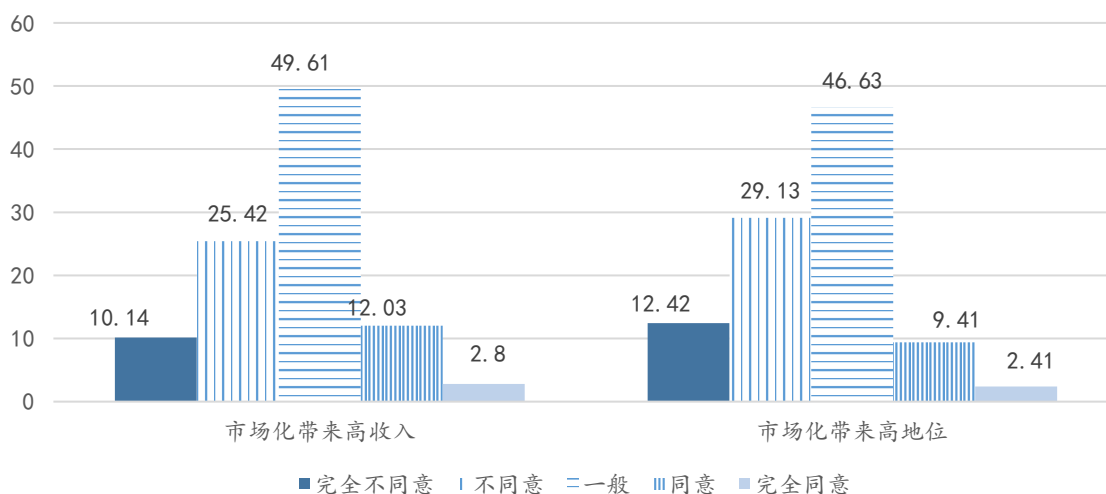
二、医师处境：负重致远



注：（1）样本对“我觉得当前医疗服务收费水平”的感知情况；（2）单位：%。

图 2.25：医师对医疗服务收费水平的感知

那么，在医生眼中，市场化对于他们的收入起到了积极还是消极的影响？调查显示，只有 **14.83%** 的医师肯定了市场化的积极效果；在市场化对医师社会地位的提升作用上，也只有 **11.82%** 的医师表示认可。



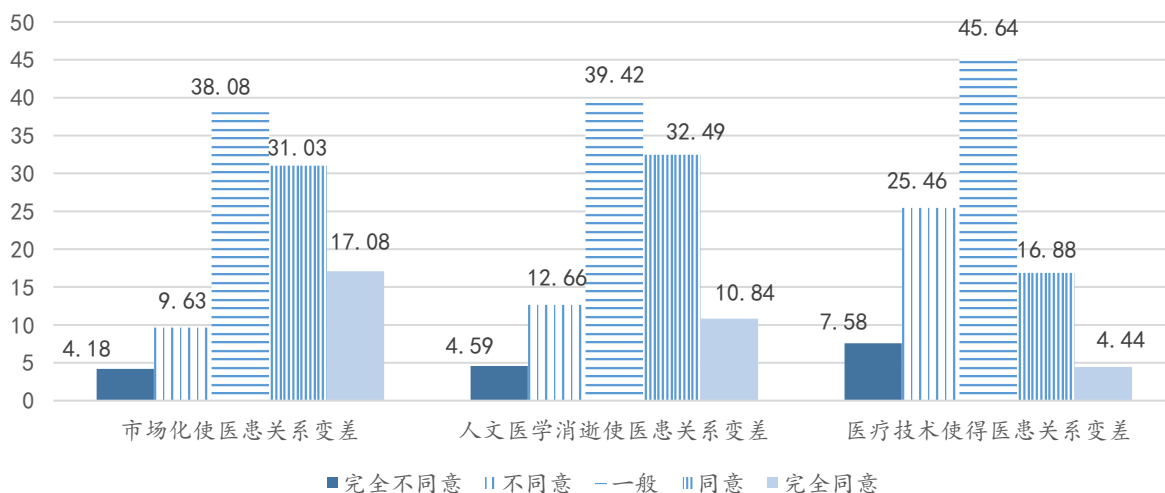
注：（1）样本对“医疗事业的市场化为我带来更高的收入”（市场化带来高收入）、“医疗事业的市场化提高了我的社会地位”（市场化带来高地位）的感知情况；（2）单位：%。

图 2.26：医师对市场化对自身影响的感知

由此看来，医师对于医疗事业市场化给自己带来的变化并不满意。本调查还向受访医师们询问了对于影响医患关系因素的看法，发现近半数的医师都同意“**医疗事业的市场化使得医患关系变差**”，“**中国人文医学传统的消逝**”和“**现代医疗技**

二、医师处境：负重致远

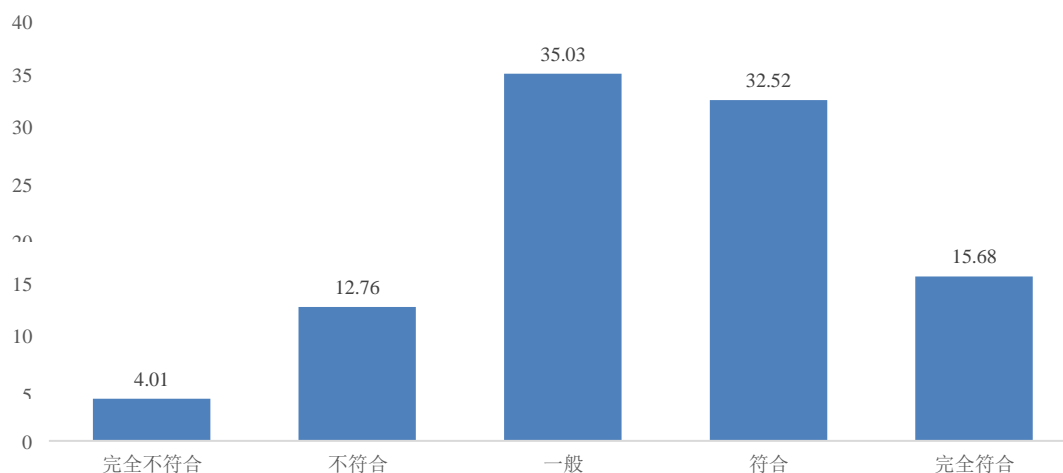
术的大量引入”对医患关系的负面影响得到了医师们更广泛的共鸣。



注：（1）样本对“医疗事业的市场化使得医患关系变差”（市场化使医患关系变差）、“中国人文医学传统的消逝使得医患关系变差”（人文医学消逝使医患关系变差）、“现代医疗技术的大量引入使得医患关系变差”（医疗技术使得医患关系变差）的感知情况；（2）单位：%。

图 2.27：医师对医患关系变差的归因情况

同时，市场机制也让医师们的工作氛围具有功利主义色彩。近半数的医师们都认为，在其工作的医院中，同事都以评职称、增收等为最主要的目标。

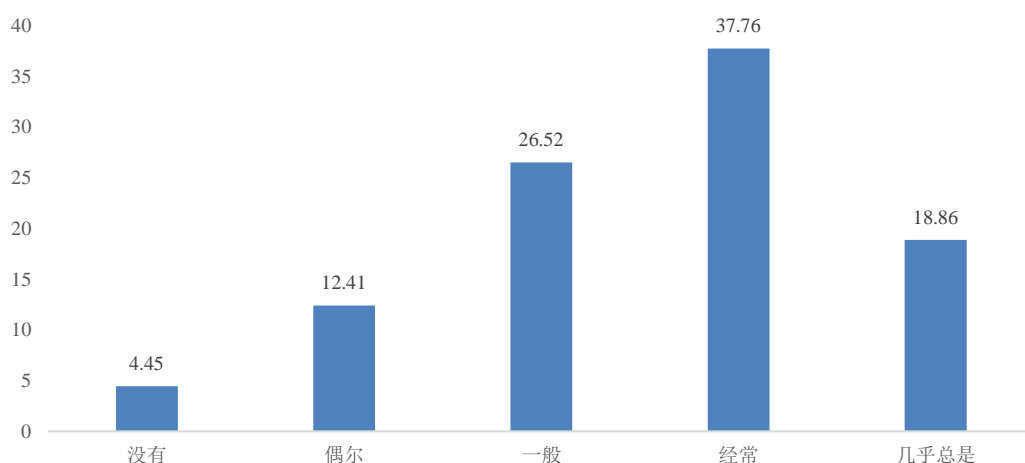


注：（1）样本对“我工作的医院中，同事都以评职称、增收等为最主要的目标”的感知情况；（2）单位：%。

图 2.28：医师对所在医院功利导向的感知情况

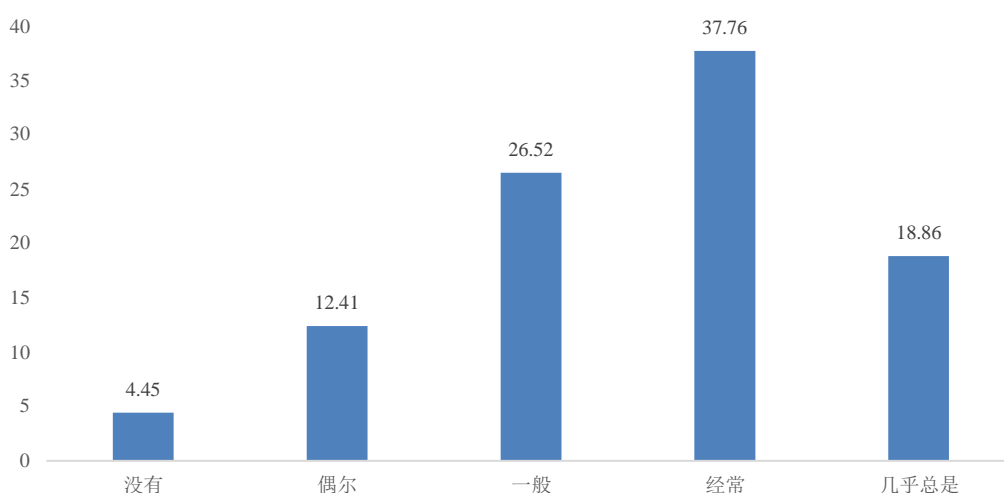
与此同时，市场化的改革也使得社会成员看待医疗服务的视角发生了改变。超过半数的医生都经常或几乎总是感受到“患者觉得花了钱就能治好他的病”。

二、医师处境：负重致远



注：（1）样本对“我患者觉得花了钱就能治好他的病”的感知情况；（2）单位：%。

图 2.29：医师对患者“花钱就能治病”的感知情况



注：（1）样本对“保险起见，即使患者患有某种疾病的可能性不大，我也会建议其进行相应的检查”的感知情况；（2）单位：%。

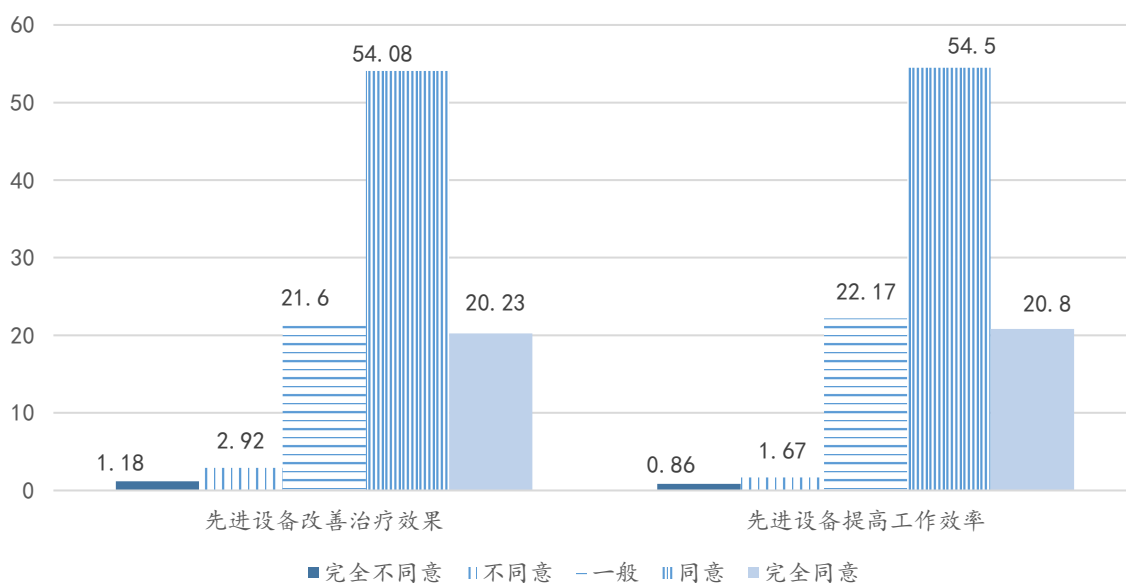
图 2.30：医师为规避风险进行检查的情况

并且，市场化的管理原则讲求权责分明，这也要求医师们的诊疗行为尽可能地规避风险，**86.54%**的医师都至少会考虑“为了保险起见，在患者患有某种疾病的可能性不大的时候仍然建议其进行相应的检查”。

（十四）对科技应用持积极态度

医师们普遍承认先进科技带来的积极效果。具体来看，**74.31%**的医师对“先进的医疗设备更有助于改善诊疗效果”持肯定意见，**75.30%**的医师认为新的医疗设备和技术的引入可以极大提升了工作效率。

二、医师处境：负重致远



注：（1）样本对“我认为先进的医疗设备更有助于改善诊疗效果”（先进设备改善治疗效果）、“新的医疗设备和技术的引入极大提升了我的工作效率”（先进设备提高工作效率）的感知情况；（2）单位：%。

图 2.31：医师为科技应用的态度

医疗技术的发展本就是科学技术进步的重要面向。但必须注意的是，越来越多的医师、专家、学者、政策制定者注意到，科技手段的应用并非一定能带来积极的结果：数字化的信息手段也许提高了医疗服务的效率，但也可能导致医患双方的割裂，进一步引发不信任；“互联网+”也许提供了更多元的诊疗渠道，但同样可能加大不同社会阶层在获得医疗服务上的不平等、不均衡；等等。

三、回归人文，守护崇高

三、回归人文，守护崇高

医生是一个崇高的职业，同时也许是最能体现“人性光辉”的职业。“生命第一”的使命，让他们站在患者与“死神”之间，成为守护生命的“白衣天使”。

面对疾病时，医生与患者是命运的共同体：他们共同面对疾病的挑战，分别掌握了医疗技术与病患实情，需要共担风险，共同收获战胜病魔的喜悦。因此，在疾病的治疗过程中，医生与患者之间的相互信任与协同作战是最为基础的前提，也是开展治疗的第一步。如果这样的共识不能建立起来，就不可能有效地战胜疾病。

在我们看来，建立良好的医患关系殊为不易，但也应当成为各种政府政策、医院管理、医疗过程与社会良俗所必然形成合力共同指向的目标。

（一）“从医悖论”

非常遗憾的是，从这次调查的结果中可以看出，在当前的医生工作中，形成了一系列特别的“从医悖论”。所谓医生职业的“从医悖论”是指，当前高速推进的医疗改革的政策方案与医院管理的实践措施，带来了一系列不期然的后果，导致了医生从业经历过程中反差剧烈并且自相矛盾的现象。这些“从医悖论”并非自身形成，却导致恶性的自我反馈越筑越牢，以至根本不可能凭借自身跳出矛盾达成解决方案。

从实际的影响来看，这些“从医悖论”直接影响着医生日常的问诊治疗，也间接左右着社会与患者对于医生的观感与误解，还进一步影响着医患关系的建构，给当前的从医环境与从医实践带来了极端负面的效果。

更为关键的是，这些“从医悖论”不仅仅是医生自身努力无法克服的困难，也是医院管理措施无法彻底清除的障碍，同时还是当前医疗政策方案无法直接解决的矛盾。它们的产生与形成有着更深层的原因。

具体来讲，当前的“从医悖论”至少包括以下五个方面。

一是，“树静风不止”，巨大的外在压力扰乱医生职业的内在崇高感。

“健康所系，性命相托”。医生践行着“生命第一”的终极真理，守护着人类健康的基本逻辑，是一份崇高的职业。从中外的医学生誓言到希波克拉底誓言中，我们皆能体会，从事医生这一职业应当有着一份发自肺腑的使命感与崇高感。这是一种内在的自驱力，需要一种宽容自在的环境，让医生在从业过程中积极发挥自主性，自由探索未知领域，承担使命，救死扶伤。

然而，我们的调查显示，医生们处于疲于奔命的工作与生活状态之中。平均而

三、回归人文，守护崇高

言，每位医生直接的出诊时间为 7.8 小时，科研时间为 1.5 小时，每周工作 5.8 天，总计 54 个小时，这一数字还没有算上其他手术、病房以及其他事务性的工作时间；每位医生日均接诊患者高达 26 人，相当一部分医生日接诊 30 多名患者。他们之中，仅有 12% 的人认为他们的工作没有让他们筋疲力尽，也仅有 7.3% 的能够腾出手来照顾家人。除此之外，他们还面临着来自外界的巨大压力。这些压力包括科研压力、业绩考核压力、经济创收压力、公众误解的舆论压力等。同时，医生在医院管理的过程中得到的外界支持也不尽人意。

在这些统计数字的背后，我们看到的是辛苦奉献的医生，他们努力践行着当初的诺言；我们也看到了**承受重压的医生，他们职业的崇高感面临着现实的巨大挑战。即，外在巨大的压力扰乱了医生内心的宁静。**在这样的工作状态与工作环境中，医生们难以感受到发自内心的崇高感。我们的数据也显示近一半的医生认为周围的同事以评职称与增收入为最重要的工作目标，仅有 16.7% 的医生认为周围的同事并没有以评职称与增收入为中心在开展工作的。

因此，我们得到了医生们关于自身职业十分矛盾的认可与展望。他们之中仅有 17.9% 不愿意一辈子从事医生职业，有可能改行从事其他职业；但，高达 54.3% 的医生坚决不愿意自己的孩子沿着自身脚步从事医生职业，仅仅只有 14.0% 的医生明确表示愿意自己的孩子以后能够子承父业。**也许，医生们的使命感支撑着他们遵守诺言，投身医疗事业；但他们的压力巨大的实际工作经历并没有滋生出发自内心的自豪感，无法说服自己能够让其子女继续从事医疗事业。**

二是，“欲速则不达”，市场化改革并没有给医院与医生带来巨大的经济回报。

流行的社会舆论看法可能会认为，医生是一个高收入的社会群体，各种零星的医疗费用高昂的报道似乎加剧了这一刻板印象。加之，当前的部分医疗政策方案以及医院管理措施，也印证了当前医疗事业部分市场化的特征。从我们的调查结果看，医生面临着巨大的业绩考核压力：高达 55.6% 的医生感受到业绩考核任务重，仅有 8.0% 的医生不作此想；44.4% 的医生坦言面临较大的经济创收压力，仅有 14.3% 的医生持相反态度。

在医院引入市场化的考核机制与创收机制，显然是希望提升医院本身的经济收入“造血”能力，这似乎也暗和医生个人的高收入的结论。但根据调查结果，**医生群体在收入上是一个极度分化的群体，极少部分医生的收入可能较高，但大部分医生收入则并不高。**调查结果显示，超过半数的医生的月收入未超过 7500 元，月收入超过 10000 元的不足 30%。可以说，医生在收入上差异巨大，整体来看并不是社会上的高收入群体。数据显示，仅有 14.8% 的医生认为市场化医疗事业带来了更高的

三、回归人文，守护崇高

收入，相反有 65.6% 的医生认为当前的医疗服务收费过低。从这个意义上讲，**市场化机制的引入既没有带来医院的高收入，也没有提高医生的相应回报。**

如果考虑到医生群体艰辛的付出，这样的收入状况其实并不能成为吸引医生投身医疗事业的主要原因。调查结果显示，**57.5% 的医生认为自己的收入过低，与自身付出并不匹配，仅有 9.9% 的医生自己的收入与付出相符。**

三是，“术高不为道”，医疗技术的广泛采用反而降低医生与患者的沟通效能。

现代医疗科技带来了医疗服务的根本改变。众多的诊疗过程在很大程度上变得越来越依赖各种医疗仪器的各种指标检测。显然，这样的科技应用，提高了医学指标的检测精度，也提升了诊疗的效率：高达 75.3% 的医生认为新的医疗设备与技术提升了自己的工作效率，74.3% 的医生认为这样的科技使用改善了自己的诊疗效果。同时，这些医疗设备的使用，也成为了医生规避诊疗风险的工具；在患者患有某种疾病的可能性较小的情况下，86.5% 的医生会为了保险起见，建议患者进行一系列相应的检查项目；仅有 13.5% 的医生选择不做检查而直接判断。

新的医疗技术的使用显然是为了让医生能够更好地实现“生命第一”救死扶伤的使命。在普遍意义上，这的确带来了更好的治病救人的效果。但从另一方面来看，**医生如果更多地看重与借助医疗设备，必然会带来与患者交流与沟通上的减少。**假若考虑到每天接诊大量的患者，医生分配到每位患者的接诊时间应该较短。调查结果显示，医生接诊患者的平均时间仅为 16 分钟，相当一部分患者的就诊时间在 10 分钟以下。从医生角度来看，有 21.3% 的医生认为，大量引入现代医疗技术降低了医患沟通，恶化了医患关系。

四是，“恶小而不治”，小概率的医患冲突产生巨大的负面影响。

在医生繁忙的工作中，医患冲突仅仅是其中很少的一部分内容，是医生们在问诊治疗的过程中很难碰上的事件。调查结果显示，高达 80% 甚至超过 80% 的医生几乎从没有遇到过任何形式的医患冲突（包括医患争吵、患者投诉、患者威胁恐吓等）。每周与患者有争吵的仅占 1.7%，每个季度被患者投诉与威胁或是恐吓的医生的比例分别为 1.2% 与 2.9%。

但是，就是这样的在统计学意义上几乎是不可能发生在自己身上的**小概率事件**，对于医生来讲产生了巨大的压力，严重影响着医生的心理认知。高达 50.7% 的医生认为总体上的医患关系紧张（13.1% 认为尚可），并且 48.0% 的医生认为这样的医患关系在五年之内是没有办法改观的。而他们自己设想遇上医患冲突时，则有 57.9% 的医生感到非常害怕或者害怕，仅有 9.6% 的医生认为可以平静应付。

三、回归人文，守护崇高

除了对医生自身心理认知的影响以外，**小概率的医患冲突事件还带来了影响范围更大更恶劣的后果**。首先，高达 67.1% 的医生认为媒体与社会舆论根本没有如实报道医患纠纷事件，仅有 7.1% 的医生认可媒体与社会舆论的报道。从这些偏颇的报道中，一定会产生扭曲的社会舆论，进而影响到正当的、合乎常理合乎医疗程序的解决之道。或许，这也是导致了如此高比例的医生认为医患冲突纠纷无法在短时期之内得到有效解决的原因之一。更为关键的是，这样的小概率事件会直接影响到医生们问诊治疗时的行为决策：高达 31.0% 的医生明确表示为了避免医患冲突纠纷，他们将回避收治高危病人；另有 29.8% 的医生含糊其辞没有明确回答；仅有 39.2% 的医生明确表示，愿意冒着遇上医患冲突纠纷的风险，收治高危病人。这些数字与前面提及的实际遭遇医患冲突纠纷的小概率相比，高得不成比例。

五是，“心余力不足”，医生全力建设医患关系但总是事与愿违。

在问诊治疗过程中，绝大部分医生非常清楚患者是其中不可缺少的另一端。没有对患者病情与生活习惯的清楚掌握，即使再好的医疗设备再多的医疗经验可能都只是事倍功半的治疗效果。因此，医生总是尽力建立良好的医患关系。接近 90% 的医生明确同意治疗疾病首先是要获得患者的信任与尊重（1.3% 的不同意）；并且有 57.2% 的医生认识到（14.1% 的不认可），治疗过程中重要的是患者感受到医生做到了什么，而不在于医生自己已经做到了什么。

在实际的医疗过程中，高达 88.5% 的医生认可，温和语调、眼神交流等互动能够增进医患沟通（0.9% 的不认可）；86.7% 的认可礼貌用语增进医患沟通（1.1% 的不认可）；66.6% 的认可寒暄与闲谈有利于医患沟通（6.8% 的不认可）。与此同时，医生在问诊治疗的过程中，通常会积极为患者思考，找寻更为合适的治疗方案。在诊疗中，高 80.7% 的医生会明确考虑患者的心理与精神状态；74.9% 的医生会明确考虑患者的经济情况；66.0% 的医生会明确考虑患者的医保类型与支付类型；68.7% 的医生会明确考虑社会背景、生活习惯与文化习俗等。

但是医患沟通的结果上，却是另外一种情形。一方面，医生因为种种原因——可能是因为问诊时间的限制、涉及患者隐私不便细问或者是对患者的信任信心不足，并没有就病情与患者充分沟通，也没有完全对患者产生信任。在沟通中，有 83.8% 的医生基本上肯定不会讨论病人的隐私，另有 13.3% 的医生选择一般不会，仅有 2.9% 的医生会在涉及病人隐私情况下继续讨论病情。作为结果，有 14.2% 的医生明确表示他们对患者及家属存有不信任感，完全信任的比例只有 51.7%，另有 34.1% 的医生则是处于信任与不信任的中间地带。

另一方面，患者对于医生也没有产生完全信任。沟通之中，46.6% 的患者向

三、回归人文，守护崇高

医生提供了所有的病情信息（9.1% 的肯定没有提供）；46.1% 的患者会完全遵循医生给出的治疗计划（4.9% 的选择另起炉灶、另寻计划）；高达 19.4% 的患者对医学知识一无所知但盲目怀疑（另有 36.0% 的患者对医学知识时有怀疑半信半疑，仅有 44.6% 的患者毫不怀疑医生的医学知识）。作为结果，在医生眼中，高达 32.0% 的患者对于医生是有所不信任的（20.4% 完全信任，47.6% 基本上完全信任）。

所以，即使是医生竭尽全力满怀希望地建构良好的医患关系，但医患之间似乎有着天然的障碍与隔阂，使得医患双方总是难以建立起完全的相互信任关系。

（二）价值冲突

上述总结提炼出来的医生职业的“从医悖论”，直接影响着医生问诊治疗的日常医疗活动，也导致建立良好医患关系的种种障碍，当然也就干扰着医生完成他们救死扶伤“生命第一”的职业使命。更为根本的，以上的这些实际工作中的“从医悖论”，从根基上动摇了医生职业的崇高性质，不仅使得外界的不信任与不属实破坏医生职业的崇高并进一步扩展传播这种负面感知，同时也在医生群体内部逐步瓦解腐蚀内在驱动的崇高感受。

令人担忧的是，上述的“从医悖论”并不是一时一地、一人一事的矛盾现象，而是与各种医疗政策方案、医院管理实施、社会情境舆论等紧紧纠缠在一起，单靠医生或是患者群体都难以动摇问题的根本。这也是为什么大家都认识到医患关系问题的重要性与迫切性，但总也找不到问题的根本所在，所以也就无从给出有效的解决之道。

在我们看来，这些突出矛盾的背后必然有着超越医疗政策方案、医院管理实施、社会情境舆论以及社会群体特征的产生根源，有着深刻的价值冲突。

第一，从医环境中人文精神缺位

回头审视前面论述的“从医悖论”，一个直接的感受其实就是人文精神的缺位。无论是医生压力巨大的工作负担，还是过分强调医疗设备因而导致与患者的沟通减少，或是患者对于医疗过程与医生的不信任等，都显示着医生与患者受到的人文关怀不够。应当说，他们没有被放置在医疗活动的中心，没有感受到“生命第一”的落实行动，这就是人文精神的缺。这并不是说，人文精神缺失得一点不剩（毕竟医生的艰辛努力大家有目共睹），而是指人文精神体现得完全不够，完全没有达到“生命第一”的目标。

首先，医生承担了巨大的工作压力，其中的重要一项就是科研压力：仅有 8.2% 的医生声称没有科研压力，而近 70% 的医生觉得科研压力过大。对于医学科研的重

三、回归人文，守护崇高

视，可以大大地推进医学知识对于疾病的理解，可以开发出新的医学技术与设备，也必将有助于医疗服务；但从另一个角度讲，这样的努力事实上是针对特定的疾病的研究，而不是具体的针对患治疗活动的提升。当全体医生都受到这样的巨大压力时，只能是鼓励医生钻研疾病，而忽略真正“治病救人”目标中的“人”。

其次，让医生倍感压力的还包括医生职业的评价体制。我们发现成为一个“好”医生的标准，其实与治病救人、救死扶伤的目标相去甚远。事实上，不论医生的科室、职级，大部分医生当前都受到了科研论文发表、工作业绩考核、经济创收指标等多方面考核评价的压力。我们知道，科研探索对未来的医疗发展有着重大意义，具有知识基础、研究兴趣、科研条件的医生应当大力鼓励。但是对于绝大部分从事一线临床工作的医生来说，设置过于注重科研的评价标准，必然影响他们以患者为中心的本职工作。

再次，当前的诊疗过程过度依赖于医疗设备的检测结果，也是人文精神缺失的重要表现之一。通过跟患者的充分沟通，了解患者本人的病患状况与日常生活，结合检测结果与医生的丰富经验，得出诊疗判断，这些构成一个完整的临床个案的诊疗过程。如果仅仅根据检测结果，摒弃医生与患者的沟通，不了解个体特定的状况与习惯，人文精神在诊疗过程中是缺失的，那么诊疗判断以及随后的治疗方案都不可能是完整有效的。

医疗人文精神的具体体现是医生的诊疗活动，是医生与患者的互动过程与治疗过程。但必须特别指出的是，现实中的人文精神的缺位，并不是指医生在治疗过程中缺乏对患者的人文关怀。恰恰相反，调查结果显示医生们充分认识到，更多的人文关怀能够提升跟患者沟通的效果，并且他们在诊疗过程中的多个环节都集中体现了他们朝着人文关怀的努力。本报告所说的人文精神的缺位，是指医生的工作环境，让医生无法更好地践行“生命第一”的人文精神，让他们提升人文关怀的努力得不到应有的鼓励与支持，有时甚至是直接阻碍着他们对人文关怀的实践。

第二，市场价值掩盖终极价值

医学的意义在于生命第一，医生正是守护生命的使者。这就要求医疗服务的唯一目标就是让患者更健康地活下来，让患者活得更更有尊严，让患者活得更幸福。所以，一切医疗活动的中心都是患者，所有的医疗活动都是为患者服务。然而，在现实当中的患者就医的诸多不便与诸多抱怨，则显示了他们的需求没有得到很好的满足，没有得到很好的照应。应当说，没有被放置在医疗活动的中心，他们没有感受到“生命第一”的落实行动。同样的，患者自身在就诊的过程中，有时也并没有将“生命第一”的终极目标放在首位。医患目标的不一致，也必然带来医患关系的冲

三、回归人文，守护崇高

突。

医生在从医职业中，面临着诸多与诊治疾病没有直接关联的考核评价压力，包括前面提及的科研、业绩与创收等压力；医生们在诊疗过程中，也过度依赖检测设备并十分担忧潜在的医患冲突。这些压力与担忧迫使医生在诊治病人的繁重工作之外的重要考虑，因为只有在这些考核轨道上不断“提升”以及不出现任何差错，才能够达成职称晋升与收入增长，而医院的治理也才算得上成功，从而提升医生个人与医院整体的市场价值。可以说，不论对于医生个人，还是对于医院，经济上的成功都是一个重要的考量。显然，这样的结果偏离了医生职业本来的终极目标，让医生们难以专心致志于诊治患者。

在相同的经济逻辑之下，患者一方面担忧医生与医院从自身获取过多的治疗费用，另一方面又直截了当地要求这样的“付费消费”必须得到“效益满意”的结果。这样过度关注市场价值的患者逻辑，不可能形成对医生诊疗的信任。事实上，**医疗服务从来就不是一个消费过程**。因为每一位患者的病情都有着特殊性，医生给出的治疗方案一定是适合患者病情与身体状况的针对性方案，不可能是消费过程中的“标准化”产品；同时，所有患者的就诊过程能够使得医生积累经验并服务于未来诊治（重大病例甚至可能对整体医疗服务做出更大的贡献），其本身就是医疗服务的一个不可分割的组成部分。这也是体现了“生命第一”的终极价值。**强调“付费消费”的医疗服务，必然导致医患之间的不信任与潜在的巨大冲突。**

第三，工具理性挤压价值理性

从一个更深层次的思考出发，可以看到医生在从医经历的困境中有着价值理性与工具理性的强烈冲突。德国思想家马克斯·韦伯认为理性是人类现代社会发展的根本动力，通过辨析价值理性与工具理性，以期分析理性的行动是否能够带来真正的社会进步。简单而言，价值理性是对于价值与理想的无条件坚持，而工具理性则是强调通过理性的计算与手段达成目的。显然，“从医悖论”现象揭示了对价值理性坚持不够，而对工具理性强调过头。

或许，对于医疗服务“生命第一”的终极目标与价值，是没有任何争议与误解的。但是，在一个从资源匮乏为起点的转型发展时期，如何让“生命第一”的目标能够更快更好地达成，则必然有着不同的思考与策略。从当前医生所面临的从医环境中，可以看到他们加班加点地超负荷工作；可以看到他们背负着工作业绩、科研论文、市场创收等沉重的考核任务；可以看到他们来不及与患者更多沟通交流、只好更多地依赖医疗设备检测结果；可以看到医院在发展过程中强调扩大规模、业绩成果等。所有的这些，无一不是在强调如何通过合理有效的方式方法、并在短时间

三、回归人文，守护崇高

内尽快达成扩大医疗服务的目标。

但不可否认的是，强调工具理性的策略与方法，必然导致诸如依赖检测结果会减少与患者沟通这样的不可预知的不期然后果；也会完全忽视诊疗过程是一个医患互动的建构过程，涉及到医生与患者行为的反身性与自我调整行为的过程；更甚一步，工具理性不承认感性经验对于诊疗疾病目标达成的重要作用。

正如韦伯所论证的，过度强调工具理性必然带来理性对于价值的反噬，形成不可挣扎牢不可破的“理性铁笼”。过度强调拓展医疗服务过程中的工具理性，一样会迷失在忘记“生命第一”终极价值、过度对业绩效率的追逐之中。在思考医疗服务的方向与策略时，需要坚持价值理性，也需要发展工具理性，在价值理性与工具理性之间寻找恰当的平衡。

（三）以价值重塑推动守护崇高

每一位医生走上从医道路，都有着特殊的因缘，都有着对医生职业发自内心深处的热爱与奉献，都在医学生誓言中涤荡着作为医生的使命感与崇高感。然而，现实却是，长期以来，这些医生职业美好的一面，正在因为这些不尽人意的实际医疗工作过程，逐渐消耗与流逝。可以说，医生的“从医悖论”导致了医患纠纷，体现了价值冲突，动摇着医生职业的根基，困住了医疗服务事业的继续发展。

社会价值观相对稳定并影响深远。但是，它也是随时受到社会变迁的各种因素的驱动而处于变化之中的。在当前转型发展的时期，医疗服务的社会价值观受到了文化与传统、社会结构变迁以及社会思潮的重要影响。

首先，无论中西，崇高是从医传统、医疗文化中的统一诉求。

在中国传统文化中，医道与医生具有以人为本的“救人利物”之心。一方面，中国的传统医家在其发展过程中深受儒家影响，自然也具有了儒家士人“以济世利天下”的人生理想。无论是张仲景的“进则救世，退则救民”，还是范仲淹的“不为良相，便为良医”，都给医道和医生赋予了“利泽生民”的崇高。另一方面，中国传统医学强调以人为中心的医者之意，重视个人体质的影响，强调同病不同治、同药不同病。这种“辨证施治”治疗方法虽然在效率上不及西方的医院体系，却传达了对个体医疗效果的重视，也是医生职业使命感的崇高体现。因此，中国传统社会也对医生的崇高给予了认可。元朝戴良提出“医以活人为务”是儒道“博施济众”的爱众之“仁”。

医学在其西方发展的历史中，也诞生了与中国不谋而合的崇高感。在希波克拉底誓言中，医术是神祇所赋予的“无上光荣”，医生是一视同仁、为病家谋幸福的

三、回归人文，守护崇高

崇高职业。从修道院演化而来的现代医院体系在很长的一段时间内仍然带有“上帝”传道救人、拯救灵魂的“秩序精神”。因此，崇高感既是对医生救死扶伤的赞美，也是医道与生俱来的品质特征，是医生职业认同的来源，更是社会对医生群体的敬意。

但是，如今医生群体自身面对的压力、从医环境中的各种困境、医疗服务管理过程中的种种矛盾、以及患者就诊中的各种并不愉快的体验遭遇，都使得上述的文化与传统经受巨大的挑战。这样的挑战侵蚀着医生的自豪与使命感，也侵蚀着患者心目中医生职业的敬仰与崇高感。

其次，社会结构的变化影响社会价值观的各种社会环境因素。

在过去四十多年的转型发展过程中，市场因素的兴起与发展无疑是影响社会价值观变化的重要原因。市场结构计算投入产出的对比，与工具理性有着天然内在联系，是社会发展的有力推手，并迅速席卷各个领域，医疗服务也毫不例外：正是市场化的进程拓展了覆盖范围、服务规模、科技应用、诊疗效率等。但是，将市场化标准泛化到医疗服务之中，也侵蚀了对“但愿世间人无病，宁可架上药生尘”的“生命第一”终极价值的坚持，让谋取利润成为医疗服务的重要目标之一。这必然带来社会价值观对于医生职业的重新评价。

从另一个更为宏观的社会变迁角度来看，当社会解决了温饱问题、达成了小康社会、迈向现代化社会之时，社会价值观将更关注生命的质量与尊严。医疗服务恰恰在救死扶伤之外，对于提高生命质量与维护生存尊严有着不可缺少的责任与义务。特别的，在当今风险社会里，一个重要的风险正是病毒可能带来的瘟疫的传播。正如本报告起篇所讨论的，如果没有医护人员牺牲自我的英雄主义精神，新冠疫情不可能在这么短时期内得到控制，也就没有全球最早最完整的山河依旧，复工复产。从这个意义上讲，医师作为重要力量，让社会发展从新冠病毒带来的短暂的中止中，重新回到了正轨，继续前行。

可以想象得到，在未来的社会里，医生的职业崇高感必须要重新建立起来，他们不止是不可或缺的，他们的责任与使命也必将越来越重大与光荣。

最后，社会思潮型塑社会价值观。

社会思潮是大范围的社会思想的趋势，具有潮水般的席卷社会生活的势能，影响广泛，对普通人的社会价值观有着重大影响。对于医疗服务事业中的社会价值观来讲，在当前社会转型发展中有两种社会思潮带来了直接的冲击。

一是，社会转型带来了人们更多地关注个人。这样的社会思潮，与市场力量的

三、回归人文，守护崇高

拓展使得参与市场的个人必然增强自身的竞争能力是一致的。对自身能力的关注，具体体现在提升自己的身体与生命的质量，一个自然的结果就是健康的体魄成为重要的社会焦点。因此，除去健身锻炼之外，运动养身也是日常生活中重要的一部分。面对疾病，收集疾病知识与了解治疗方案也是常见的应对方法。在以互联网带动的大众传播时代，各种媒介上也有了各种鱼目混珠的医学健康知识。除了普及医学知识与健康信息之外，这样的社会思潮的结果当然会扰乱个人对于医疗服务的遵循。这也是为什么我们的调查中，医生报告了较多患者对医生的诊断抱有怀疑，也有近半数患者并不遵循医生给出的治疗方案。

二是，在一定程度上讲，当前的社会转型是一个以市场作为载体，以科技为动力的现代化进程。因此，对科学技术的推崇，又是另外一种有着深刻社会意义的社会思潮。当然，整个现代医学体系就是建立在科学知识的发现与科学技术的进步之上的。没有现代科技，就没有现代医学的发展。然而，如果医疗服务在科技应用上走得太远，则有可能忘记医疗本身是为人服务的，有可能成为另一个反噬“生命第一”终极价值的工具理性。

因此，坚守有益的文化与传统，理解社会结构转型的影响作用，把握社会思潮的发展趋势，能够有助于塑造健康的医疗服务的社会价值观。与此同时，我们还应该认识到，要达成这一目标，需要在领导基本理念、医疗政策方案、医院管理实施、社会情境舆论等各个方面全面体现医疗的人文精神，重建医生职业崇高的价值。

在我们看来，重塑医生职业的崇高的第一步，就是要找回医疗的人文精神与文化传统，要重塑针对医疗的价值观念。这是因为，价值观体系指导着个人如何行动，而个人行为则是群体互动的基础并影响着群体关系，群体关系的模式化沉淀为社会结构，并形成与之相应的各种制度安排。

“医学是人学，医道重温度”。

如今，我们全面建成小康社会，人民安居乐业，对更美好的生活质量的追求成为人民的目标。没有健康的身体不能奢谈生活质量。同样的，疾病肆虐的社会只能中断发展，没有全民的健康就不能成其为社会的进步。因此，个人健康是生活质量的基本保障，而全民健康是社会进步的根本动力与基本特征。我们要认识到，在迈向新的发展阶段的时候，人民的健康福祉应当成为基本国策，成为“以人民为中心”的发展的具体体现。

从另一个高度来看，新冠病毒肆虐全球，昭示着人类社会面临着新的重大风险。可以基本肯定的是，这样的风险在未来必将成为整个人类文明注定的最大挑战，因为它威胁着中断人类社会发展的脚步。医生站在人类社会抗击病毒的第一线，他们

三、回归人文，守护崇高

是守护人类社会发展的最重要的力量。我们要认识到，再造崇高是因为医师职业在人类文明发展进程中崇高的战略地位，是因为未来的人类社会发展中医生的必不可少与使命崇高。

本报告以医师的工作状况与工作环境作为主要调查内容，着眼于价值理念讨论，分析了医患关系形成的深层根源。在后续的工作中，将更多关注具体的医疗服务工作。

当医生在拼尽全力守护着人类健康的同时，让我们也为医生守住他们内心的崇高！