

# 从关系治理到共同体建设:重建医患信任的协同路径

吕小康

**【摘要】** 医患信任本是技术信任与道德信任的有机统一,但生物医学模式使得医患之间的“关系”成为无足轻重的边缘变量,而使得医患信任只靠技术信任维系。同时,医患矛盾并非只是医患群体之间的矛盾,而与其根植的社会文化与医疗体制密切相关。当健康成为国家治理的公共目标,体制力量已经成为形塑医患关系的重要力量,医患关系的治理也就超出“行业自治”的范畴,而成为对国家治理能力的本质考验。为此,需要实现从简单的“医患关系治理”的局部治理思维到“医患共同体建设”的协同治理思维的根本性转变。其中,医患共同体是医患群体、政府部门、社会组织等多主体共同协调合作构建的蕴含着情感道德和一致目标的自洽的运行系统。只有充分协调其中涉及的行政、司法、财政、民政、市场机构和社会组织等不同行动主体的利益诉求并建立起价值共识,才能为缓解医患紧张提供系统化的解决方案。

**【关键词】** 医患关系;医患信任;医患共同体;协同路径

2019年末,北京民航总医院急诊科杨文医师的遇袭身亡事件,将中国社会的医患关系问题再度推上风口浪尖。医患问题常被称为是令“政府闹心、社会揪心、患者伤心、医生寒心”的“多输”型社会问题,其中的医患双方往往都自认为是医患紧张的受害者,在医患互动中不断强化自身群体的受害者认同,从而进一步恶化医患的群际关系(汪新建、柴民权、高文珺,2016;吕小康,2019)。如何配合医疗体制改革的进行,重建脆弱的医患信任,是当下中国社会建设的一大议题。本文拟从医患信任的社会心理特征入手,分析“关系”在医学模式中的地位变迁过程,进而探讨医学行为的丰富文化内涵及医学话语对医患关系的建构作用,由此反思将“关系”视角重新引入医学模式,以及重新强调医学场域之人文社会属性并建设相应情理秩序的必要性。但是医患问题的解决,仅靠医患群体自身的努力还远远不够,还需充分重视隐藏在医患背后的各种行政司法力量和社会力量需要从医患共同体的角度重新反思医患关系的实质,即实现从简单的“医患关系治理”的局部治理思维到“医患共同体建设”的协同治理思维的根本性转变。

---

吕小康,法学博士,南开大学周恩来政府管理学院社会心理学系副教授(天津300071)。本文系教育部哲学社会科学研究青年项目“医患共同体建设的社会协调机制研究(19YJC840030)”和中央高校基本科研业务费专项资金资助项目“态度去极化的认知机制及其应用”的阶段性研究成果。

## 一、医患信任是技术信任与关系信任的统一

与过去相比,包括中国在内的世界各国的整体医学水平已经得到了极大的提升,然而一个具有共性的现象则是这种技术水平的提升并没有换来患者方面的集体满意度和信任感的提升,反而形成一个普遍性的悖论,即“既对科学医学高度信任,又对可获得的医疗存在广泛的不满”(罗森伯格,2016,第7页)。当下的医生还是患者,经常抱怨自己得不到对方的尊重与信任。患者抱怨医生未能给予自己足够的关心,或者为了赚钱而开出不必要的检查与用药处方,医生则抱怨患者不尊重自己的职业能力或职业操守,甚至威胁自身的行医安全和人身安全。实际上,当我们分析中国社会的医患信任缺失时,也应注意到这样一种情况:患者对医疗体系、医疗机构和医务工作者的不满和不信任,并不简单地是怀疑他们的设备仪器、诊断水平、药物疗效等“硬能力”的不行,而同时,甚至更多是指其道德水平、服务态度、管理水平等“软能力”的不行。

因此,当人们说存在医患信任危机时,更多地不是对医学技术水平的不信任,而是对医疗服务水平的不满意。如果一个外科大夫医术高超但态度粗劣,仍然可能引发患者的不满感,认为该医生不通人情、性格冷漠。这可能代表了中国人对人际关系中的“人情冷暖”的敏感(吕小康、张慧娟,2017)。现实中不难发现,代表着高医疗水准的三级医院(尤其是其中的三级甲等医院)总是人满为患,各种专家号经常供不应求甚至催生了挂号“黄牛”的产业。然而三级医院的医患关系也显得非常紧张,爆发的医患冲突事件也比较多。但反过来,医患关系的紧张并未从根本上阻止患者涌向三级医院求诊,在就医选择中,患者通常首重医院的医疗技术,其次为服务态度。患者对于大医院的服务态度虽然不满,但遇到大病或疑难病症,仍倾向于选择大医院就诊;相反,小医院(如社区医院、乡镇卫生院)虽然可能提供较好的人性化服务,仍然不能吸引足够的病源,导致医院的门诊量较低、病床空床率较高等医疗资源未充分利用的尴尬情况。从空间分布看,由于三级医院较多地集中在城市地区,从而使得医患关系的紧张水平也呈现出城市高于农村的状态。这一点已经得到了实证调查数据的支持。

根据国家卫生与计划生育委员会统计信息中心公布的2013年第五次国家卫生服务调查分析报告,与2008年的第四次调查相比,对门诊与住院服务的不满意比例城市地区始终高于农村地区。具体而言,在城市门诊患者的不满意原因中,因医疗费用高而不满的比例,中西部城市要高于东部城市(西、中、东的比例分别为44.6%、44.8%和29.8%);反过来,因服务态度差而不满的比例,东部城市要高于中西部城市(西、中、东的比例分别为10.7%、13.4%和20.2%)。与此同时,与2008年相比,设备环境差和药品种类少已经不是导致患者不满意的主要问题(国家卫生计生委统计信息中心,2015)。此外,该次调查还发现,医务人员认为患者信任自己的比例中,城市大医院(44.4%)要低于乡镇卫生院(52.3%)和社区卫生服务中心(53.7%);相反,医务人员认为患者不信任自己的比例,城市大医院(12.7%)要远高于乡镇卫生院(5.1%)和社区卫生服务中心(6.0%)。也就是说,城市大医院医务人员与基层医疗卫生机构医务人员相比,更感到自己不被患者信任(王帅、张耀光、徐玲,2014)。此外还有研究发现,从省际层面看,优劣医疗资源占比(省内三级医院占本省总医院的比例)更高的省份,其民众产生医疗获得感的概率更低。这可能是因为优质医疗资源分布不均、分配不合理的结果,使得跨地区就医现象严重,从而使得分省统计时的户籍所在地居民感受到某种“医疗资源被他人挤占”的不满意感(吕小康、张子睿,2020)。

无论如何,这种客观医学技术水平越高,患者信任度和满意度越低的“倒挂”现象,实际上反应出医患信任问题的两面性。医患信任当然包括患方对医方的信任(患方信任)和医方对患方的信任(医方信任)两个层面,其中的主体层面应当是患方信任。而单就患方信任而言,大体可归纳为两种维度

的信任:一是针对医方的职业能力,或传统所谓“医术”的技术信任;二是针对医方的职业道德,或传统所谓“医德”的道德信任。这两种信任共同维系着患方信任,缺少其中任意一个维度,都无法使患者获得圆满的就医体验。但是,这两种信任虽相互影响但不必然相互转化,即技术信任并不必然产生道德信任,反之亦然。这是由于这两种信任的信任对象与达成方式存在重要区别的缘故。

就医患信任中的技术信任维度而言,能够提升这种信任的因素是相对客观可见的,如医院的整体环境、设备仪器的先进程度、医院等级与专家资历等内容。这些内容的特征在于其权威性并不源自医患之间的人际互动,而来自其外在的直观印象(如环境整洁性)、科学技术的保障(如仪器先进性)或是专业社会系统的认可(如医院等级、专家资质)。或者说,作为信任源,它们先于医患互动过程而产生,是患者对医方的初始信任的重要影响变量,也是一种外源性的信任因素。无论医方还是患方,对此都少有疑义。而就医患信任的道德信任维度却与此有着明显的区别。它源自于医患之间的互动过程,更多作为互动的结果,而不是开始互动过程的前提条件。外源性的信任源可以给予患者以初始信任,但这种能否维持和持续,则有赖于医患互动过程中的其他因素。此时,道德信任会逐渐在医患信任中扮演重要角色。病人不仅希望自身疾病得到技术性的治疗,还渴望得到医疗机构和医务人员的人性化对待。此时展开的医患互动更多的与医院的规模等级、设备的先进程度和狭义的医疗技术无关,更多的与医务人员的服务态度、职业操守等服务性行业的常规内容有关。在这个意义上,患者既是基于医学疾病的求诊者,也是医疗服务的消费者。他们既希望得到技术化的诊治,也希望得到人性化的照顾。只有两者的统一,才能产生高度的患方信任,从而形成医患信任的主体支撑。离开必须的医学技术和治疗技能谈医患信任是空中楼阁,但离开道德信任,只着眼于技术提升而忽视道德关怀,则是对医患关系的扁平化、片面化理解,也无法塑造动态可持续的医患信任。医患双方在人际层面需提升医患直接沟通时的技巧与策略,通过沟通技巧与策略的运用,提升患方对医方的道德信任(吕小康、朱振达,2016)。

总之,良好的医患信任,必是技术信任与道德信任的有机统一。有意思的是,在我们之前关于中国人的医患信任量表中患方信任的量表编制过程中,在综合了探索性因素分析与验证性因素分析的结果后,都发现所编制的患方条目,并未支持编制之前的理论假设,即这里讨论的道德信任与技术信任的双重结构。但我们认为,这并不是医患信任不能分为道德信任与技术信任两个层面;恰恰相反,正是因为两者在中国人的视野中总是高度统一,所以才不能从量的角度将之区分为两个独立的因子。这很可能是由于中国人思维方式中泛道德化倾向的普遍存在,道德信任会成为一种压倒性的需求,使得道德水平成为衡量医者的医学水平的一个有机组成部分,而很难从思维方式上加以剥离。“在中国患者的眼中,一个只有技术而没有仁心的医生,其实不能称为一个合格的医生。因此,患者将此种心理投射于现实中遇到的医生个体时,也难以从纯理智的层面去分析医生本身的治疗水平,而不去揣测其接诊动机和医德水平。”(吕小康、弥明迪、余华冉、王晖、姜鹤、何非,2020)这种期待与思维倾向并不一定完全合理,但却代表着一种普遍性的社会心态,需要在研究与实践中加以正视和满足。

## 二、“关系”退出与医患信任的单维化

如果说单个医务人员或个别医疗机构出现技术信任与道德信任不匹配的现象,尚可归因于个人的操守不严或个别单位的管理失位等个人化或个别化的原因,但如果整个社会的医学领域都普遍性出现这种情况,则意味着我们必须超越个人道德品质或个别机构的管理水平这些微观原因,而应去探讨此类现象背后的宏观根源和动力机制。以历史的眼光看待医学模式的演变,可以厘清的一条主线是:医学模式的现代化过程即(自然)科学化过程,就是人文化的医患关系不断从治疗中心被放逐

到边缘的过程。也正是这种内在的科学化动力,使得医患信任经历由技术与道德的双维并举演变为技术信任一维独大、道德信任不断萎缩的单维支撑局面。在此,有必要简要勾勒这一单维化过程的简要历程,以进一步反思现代医学的局限性和医患信任的双重性。

当代医学与科学之间具备高度的重叠性,这是毋庸置疑的。然而这并不意味着医学与科学之间具有天然的或者说历史上的亲和性。两者之间的联姻实际上是晚近发生的事情,这一点不论在西方医学史还是中国医学史上都是如此。有西方学者曾概括了西方医学的三个发展阶段:床边医学(Bedside Medicine)、医院医学(Hospital Medicine)和实验医学(Laboratory Medicine)模式。从床边医学到实验医学的医学科学化转变,大致发生在1770~1870的100年间(Jewson,2009)。在此转变之前,无论中西方医学都具有较为同质的前现代特征:疾病被认为是整体性的身心障碍而不是简单的躯体问题,医生的治疗活动主要发生在病人家中,医生资质并无专业机构认证并垄断,而依赖行医过程中的病人口碑积累起人际化的信誉,这种信誉决定了他们的客源和由此带来的收入,故实际上病人而非医生处于治疗活动的核心位置,其治疗活动需结合病人及其家属的意愿进行。因而从人际之间的医患互动视角看,这种医学本质上就是一种“关系医学”而非“独立医学”,其诊断过程是一种“医患合参”的互动模式,而不是医者主导患者失语的单向模式。

当然,并不是所有个体或群体都有这种主动支配医者的权力。在现代医院体制建立之前,除了为宫廷服务的极少数御医具有某种现代意义上的体制性执业特征外,个人执业是医学活动的主导形式,社会上普遍欠缺常设性的廉价基础医疗药品与服务。而请医或换医需要个人出资,这种情形决定了中古时期的中国社会中只有上层社会择医现象较为普遍,患者及其亲朋掌握医疗主动权,医者则较为被动;但占人口多数的下层民众则很少有择医、验医的资本,医者阶级对民众存在迎合与欺骗并存、保密风气浓厚等特征,使得下层民众实际上游离在医患关系之外。而同时期的欧洲社会虽有教会组织为底层民众提供一定的医疗服务,具有一定的开放性和集中治疗的雏形,但仍距现代意义上的公共医学相去甚远,底层民众的择医权、换医权同样受限(于赓哲,2014)。因此,从社会阶层的宏观视角看,前现代时期的中西方医学也体现出明显的社会关系属性,即上层社会与下层社会的患者在医患关系中的主导权明显不同。这反过来使得此期间的医患关系体现出更多的个体化、人格化、关系化特性,医患信任更多维系于医者的私人品德和患者的个人口碑,而不取决于医者的专业资质或从属机构。

但是,这种关系医学模式随着实验医学,即现代生物医学模式的崛起而逐渐失去了市场。在生物医学模式下,疾病被视为一种生物化学过程,应通过客观中立的科学过程得到定义和处理。医学的中心从“人”转称到“病”,“作为患病主体的人消失了,只留下一堆待检验的症状;疾病本身成为治疗的对象与实体,它往往可以还原成一系列生理化学指标的异常”(吕小康、汪新建,2012)。疾病本身得到客体化,与作为主体的人、以及这个人的社会地位、角色、主观情感、精神状态等社会因素或心理因素无关。这实际上是切断了治疗活动的社会关系属性,而将疾病作为一种孤立的治疗客体来进行处理;与此同时,医者的角色逐渐转变为中立的观察者和判断者,其所观察和处理的对象,不再是具体的人,而是人身上潜在的各种生理异常。医患关系此时演变为“医病关系”,这里病是指疾病的“病”,而不是病人的“病”,复杂的、多向度的医学问题由此简化为纯粹的、单一的疾病处理问题。病的前置与人的退隐,逐渐消解了医学活动中的人际互动和社会关系的重要性。在医方眼中,医学活动逐渐与科学活动无异,也只有这样,才能维护医学的纯洁性、科学性和现代性,与之不相容的各种人格化因素,均被视为无关变量或辅助变量,无关医学活动的宗旨,因而不必得到认真的对待。

在这种医学内部的科学精神的驱使下,医患信任的维系中心逐渐由医德转向了医术。在这种模式下,重要的不是提供所谓人道关怀,而是技术化的干预。如果疾病只是一种可以独立于个体而存在的客观生理化学过程,那么,治疗过程中何必加之以不必要的情感体验与精神交流呢?情感体验

和精神交流只有在证明了对病情恢复有作用的情况下才能成为医学过程考虑的对象,它本身在治疗过程中已经失去了独立存在的基础。与之匹配的是,治疗效果也较少依赖于病人的主观体验,而是客观指标的改善。在这个意义上,病人不仅失去病情陈述的主导权(这已由各种检验指标替代),更进一步失去了病情是否康复的判断权。这些权利都随着医学的发展而逐渐让渡于医生及其所处的医疗机构。除非病人的疾病是目前医学条件下的不治之症,否则,“治愈”客观存在的疾病永远是医学活动的首要目标,至于提供所谓的人文关怀、心理疏导、精神支持则是属于“没有办法的办法”的边缘化因素。也就是说,忽视情感因素、心理因素、价值因素等心理社会内容,实际上是这种医学模式内在的价值观所默许甚至追求的,只有这样才能突出医学问题的纯洁性、中立性和科学性,从而利于医务人员和医疗机构进行适当的处置。与自然科学一直致力于与常识、人文、哲学甚至社会科学划界以维护自身在追求真理问题的突出位置一样,生物医学也一直致力于塑造自己处理躯体疾病方面的独一无二地位,疾病的客体化、生理化和治疗过程的客观化、程序化是它形塑这种地位的重要方式。它本质是一种技术医学而非人文医学,强调的是技术理性而非价值理性。

当然,这并不是说在现代医学模式下,医德已经不再重要,而是说其所提供的道德不再是一己化、情感化的私德,而是群体化、体制化的公德,也就是行业规范。两者在道德和情感卷入程度上存在着重要区别。行业规范更重视执行层面的可操作性,是一种最低限度的道德,且只要求个体在扮演自己的职业角色时遵守,在个体并不扮演这一角色时,则不必完全恪守。也就是说,这种道德是具有领域特殊性而非通用性,更多的是一种角色规范而非自我规范。因此即便个体努力在角色扮演过程中体现出高度的自我投入意识,在突出技术理性的强大行业价值观面前,作用也是有限的。反过来,要想重新补强医患信任中道德信任维度,靠单独的自我教育或者单个医院机构的道德教育,其效果也是有限的,而必须对整个医学模式有着更加深刻的反思和定位,使道德信任重新成为医患信任的核心要素而非边缘因素,使医患关系的处理成为医学治疗问题的核心价值观,如此才能获得持久的内在动力。

### 三、关系治理与情理秩序的建立

应当说,就诊与治疗这种典型的医学行为不过是医疗场域的一种具体社会行为。它有其特殊性,也有与其他社会行为相同的共性。其特殊性在于医患地位天然具有不平等性,医生的专家地位和医患之间的信息不平等,是社会专业分工所必须造成的专业地位差别,从而使得两者之间的沟通与交流具有先天的不平等特征。但其共性在于,人际之间的直接互动过程仍是决定医患之间能否建立真正信任并产生满意感的决定性因素。而人与人之间的互动绝非简单的信息沟通过程,而涉及个人的情绪、情感、价值观等各种背景性因素。抽离这些社会文化及心理因素的互动,实际上是不存在的。随着社会物质基础的改善和经济水平的提高,社会个体对自身的权利、价值和存在感的强调日渐明显,患方群体的自觉维权意识和能力日渐提升,对医疗服务不满的主要原因也会在对客观的医学治疗水平表示不满的同时,极大地增加医疗服务水平对满意感的比重。正是在对这种满意感的追求中,现代个体的主体存在感和与社会的联结感才得到了强调。“病人很少会这样评价医生:‘他的药理知识很扎实’,或者是,‘他给我做胸部检查时让我很满意!’……真正将医生的专业知识与病人的切身体验联系起来的桥梁正是医生的临床沟通技能。”(沃舍,2016,pp.7—8)缺少这种与切身体验相联系的人性化沟通,而只注重提供技术干预的医学服务过程,必将招致当下患者群体的集体性不满。这是病患群体的权利觉醒使然,也是社会发展的必然。

由此,有必要进一步探讨医疗体制改革中的秩序建设导向问题。在当下语境中,一谈到体制改革、秩序建设,往往意味着体系性的“顶层设计”期盼通过法规、政策等明文规则的制订与执行,达成

整体或某一社会领域的“法理秩序”,即从有法(或有规)可依而达到有法(有归)必依的良治社会。相反,与社会成员的日常行为密切相关的微观社会互动过程及由此产生的情绪反应和精神焦虑,往往成为政策制订和执行过程中被忽视的对象,除非它们明显外化为影响社会稳定的不利因素。但实际上,既有研究发现,不管医院的专家系统设计得如何完备,我国患者仍然希望通过关系找到好的医生,将医患由陌生人关系转变成熟人关系(黄晓晔,2013)。这种典型的“关系信任”,实际上体现了医患双方试图凭借“第三方推荐”来建立快速信任的需要,也是患者规避医疗风险、对抗生物医学制度化带来的医生冷漠惯习的一种自发实践(程瑜、邹翔,2015)。这正说明了中国人就医行为和信任建立的文化特性:从中国人的社会行为逻辑看,“关系化”一直是中国人建立与他人及群体之心理联系的重要社会心理机制(杨宜音,2008),也是中国人用于适应刚性的制度化社会的情理化适应策略。当然,这里并不是提倡无原则的“托关系”就医与应诊,而只是说明这样一个事实:就医与治疗行为有通用的技术性一面,也有其特殊的文化性一面;医患互动的场景一定发生在某种社会情境而非社会真空中。既如此,则要求医方和患方需同时注意到社会行为的这一侧面,从而建构合理的互动方式以达到最佳的互动效果和信任状态。

鉴于此,这里特别提出医患场域及更广阔社会领域的“情理秩序”概念。这是一种社会关系导向下的秩序形态,它旨在以贴近社会成员的共同文化心理积淀的方式,提供社会成员之间形成情感联系、意义凝聚、信任建立和价值共识的纽带。这种社会秩序注重的是内在于社会成员的普遍性社会体验,而非各种物化的技术指标,它是价值理性导向而非工具理性导向的。这种秩序的形成,不能简单地依靠刚性的秩序建设推动,而需要在制度建设的同时注重“人心”的安顿。否则,就容易产生各种“怨气”,其产生、凝结与爆发,主要诉诸于社会情绪的渲染作用,而不是理性计算或程序引导;它受情感能量的驱使而不完全受理性的约束,从而使个体或群体行为具有冲动性、突生性和不可预测性,容易受到导火索事件的点燃而产生极端行为,成为个体极端行为和群体性事件的一个重要诱因(吕小康,2017)。

还应注意,这种人心安顿只有在一定的社会关系场域才能实现。具体到医患场域,这就要求从整体上摒除医学只是一门科学技术的狭隘理念,而将之理解为一门为社会成员提供生理、心理和社会性帮助的服务性艺术。医学有其科学性一面,但这并不是医学的全部。医务人员的工作不仅仅是提供技术性的治疗,还需要提供人性化的服务。当然,与之相匹配,医务人员的工作报酬,也不仅仅应当是根据其技术性服务的检查费用、处方费用来确定,也应体现其所投入的情感关怀份量与沟通技术训练成本。就医患信任的提升而言,这也要求医学重返其社会人文属性,重新引入“关系”的视角,提倡医患之间的对话模式,而不是单纯以“医生为中心”或“患者为中心”的独白模式。不论医患中的哪一方,都应以关系建构中的某一方的姿态,关注并回应对方的情理需求,而不是将医患沟通狭隘化为简单的医学信息传递、医学技术提供和服务费用支付的商品化交易行为。这实际上是一种观念的革命,其意义并不亚于医疗体制改革。只有得到了情理认同的制度体系和信任关系,才具有可持续发展的深厚土壤,也才能真正内化为每个社会成员心中的情理秩序追求。当下频发的患者伤医甚至杀医问题,虽属极端个案,但背后隐藏的负性情感积累,却不得不察。如何普遍性地提高医患双方的获得感、幸福感、安全感,从而在怨气爆发为群体性事件之前进行主动性的化解,已成为良性社会心态建设和社会情感秩序建设的重要议题,也是防范恶性伤医事件再次发生的必要途径。

同时应当注意到,医学的科学化进程、医患信任中的技术信任压倒道德信任的过程,与现代性发展过程中技术理性对价值理性的压抑甚至背离这一趋势是高度吻合的。在现代社会发展的过程中,理性的独大和情感的压抑是贯穿整个现代社会的现代性主题。中国社会的特殊性,不过是在普遍性的所谓落后地区特有的“追赶焦虑”(吕小康、汪新建,2015)——不独是经济发展水平,也包括医学发展、学术发展等社会发展的各个领域——的驱使下,更加看重“看得见、摸得着”的可物化、可量化领

域的追赶,而对沉淀于社会文化中的各种柔性因素加以忽视,从而使得社会的高速发展出现了更为明显的理性压倒情感、技术压制价值的过度结果导向和工具主义特征。但是,技术能否满足人类的所有需求?具体地,所谓的医学技术,能否完全满足人类的健康需求?同样地,医患信任能否单纯靠医学技术的提升来维系?答案恐怕都是否定的,这是因为人之所以成为人,正就在于他们除了纯技术性的需求之外,还有情感需求和价值需求,而这些需求本质是“技术无涉”的,它们的起源早于特定的技术,也不随这些技术的改变而消灭,而是以各种改头换面的形式表达自身。具体到医疗场域,“有技而无德”“治病而不治人”,就无法让普通患者产生本体性的信任与安全,无法安顿个体因疾病而产生的情感牵挂和价值关切。从这个角度看,医患信任的危机,不过是社会发展的物化导向和技术崇拜所导致的人心失衡的一个具体体现罢了。

由是观之,反思医患信任问题也就是反思更广阔的社会信任问题,反思医学模式的发展趋势问题也就是反思社会模式的发展趋势问题。同时,这也意味着对医学模式的反思也必须放置于社会模式反思的社会学前提下进行,否则这种局部的努力将无法获得社会力量的结构性支持。这就自然引出更大层面的医患共同体建设的问题。

#### 四、从医患关系治理到医患共同体建设

基于医患关系紧张的现状,已有不少学者提出建立医患共同体以修复医患信任的主张。这些主张正在突破以往对医患关系之内涵与治理路径的理解。医患关系本质是什么样的关系?这其实是一个开放性的问题。对医患关系的不同理解和不同界定,会不断地重新定义医患关系的内容边界。显然,医患关系是社会关系的一种。其中,社会关系是社会成员在社会互动过程中结成的相互关系的总称,医患关系则是医务工作者群体与其他社会成员基于医学求助行为而结成的一种基于社会分工而形成的特定社会关系。作为一种社会关系,中国社会的医患关系自然受制于转型期中国的经济发展水平,以及中国社会特有的社会制度,尤其是医药卫生体制(包括医疗机构管理体制、药品监督管理体制、医疗保障制度等基本制度安排)的结构性约束,有着难以突破社会自身发展阶段的刚性一面。之前人们讨论医患关系,包括本文前述的医患关系,还主要局限于医患两个群体之间的直接互动关系,而多少忽略了这对关系背后隐藏的各种社会关系和社会结构。尤其是当医疗和健康成为政府公共治理的目标时,基于职业分工形成的自发性医患关系,就会成为“政府—医生—患者”的三元关系,政府通过卫生政策形塑医生行为和患者预期,进而影响到医患关系(房莉杰,2018)。

随着理论分析的深入和切身感受的积累,医患双方都已经普遍意识到:医患问题,并不仅仅是一个狭义的基于职业分工而形成的群体之间的问题;医患矛盾也不仅仅是群体间的一种矛盾,而是综合性社会矛盾(包括国家层面的医疗体制弊端、医院层面的管制制度僵化、文化层面的医学观、健康观、死亡观滞后等)在人际和群际层面的“浓缩型体现”,使得医疗问题“牵一发而动全身”,如果抱着“头痛医头、脚痛医脚”的策略,往往会不得要领,实践效果可能适得其反。而通常所谓的医患矛盾问题,如医生态度冷漠、患者攻击医生等,其实只是整体性医疗问题的一个方面。但是体现在医患群体或个体之间的矛盾形式,往往展示了深层次问题的所有表现形式中最为直接、最为惨烈的一面,这是因为这些矛盾都直接地反应在人际互动的最表面,其直接结果可能会造成患者健康的直接损失甚至生命的丧失;或者反过来,如屡屡不绝的伤医甚至杀医事件中体现的,医者健康的直接损失甚至生命的丧失。这些案例总以触人心弦甚至触目惊心的形式出现,使得人们往往直接将问题归因于医患当中的一方或双方出了问题,并急于弥合双方之间的知识差距、素养差距等,即将改变的落脚点定位于“医与患之间关系本身的治理”上。这其实是颠倒了,至少是混淆了因与果、表与里、标与本的关系。如果不能看到形

塑医患关系的各种隐藏力量,而只聚焦于表现的医疗暴力与纠纷,就会丧失本质性的行动力。

医患关系作为一种特殊的社会关系,医患信任作为一种特殊的社会信任,它既有基于这一职业的特殊性,也有根植于整体社会系统的普遍性。当下中国,以及当下世界各国的医患关系治理,早已超出医疗行业自治的范畴,而上升成为国家治理的普遍议题。此时,简单地重温以往的个体化、人情式医患关系,已经不能为当代社会中的医患关系再度披上“温情脉脉”的面纱,也无法期待这些动人的“医患互爱互敬”案例能够再度焕发出普遍性的道德感召力。这是因为当下社会中的诸多社会行为,尤其是与健康相关的诊疗行为,已经被现代性增长过程中所培育的各种体制性力量所穿透,使得职业群体的职业行为已经高度社会化而非个体化、理性化而非情感化、去个性化而非突显个性化。此时,个体的作为往往是有限的。比如,2012年国务院发布《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》(国发〔2012〕11号)提出要在全国范围内积极推行总额预付、按病种付费的付费方式,目的是增强医保对医疗行为的激励约束作用,规范诊疗行为,减轻患者的医疗费用压力。这一制度实行以来取得了明显的费用控制与行为规范的成效,但同时也造成医院推诿拒收医保患者的事件。尤其是在年底总额即将耗尽时,医院的“择病而治”行为就更为明显。在目前报道出来的杨文医师被杀案中,“行凶者之姐在接受媒体采访时也表达了这一事实:他们和医院的另一矛盾,在于能否将母亲从急诊科转向住院治疗,但得到的回应是医院没床位。她说,再急诊治疗下去意味着无法使用医保而需要自费,但家里的经济情况不好。”(马晓华,2019)而对于此案例中有重症感染并伴有心衰的患者,其医疗费用并非急诊住院报销所能覆盖,也就意味着家庭需要自掏腰包付费。这可能是造成行凶者心态失衡的原因之一。

应当说,出现这种现象的根源很难归咎于科室或医生个人。在优质医疗资源匮乏的时候,如何分配稀缺资源就会成为一道棘手的问题,负责具体工作的医生与患者之间的直接冲突就会增多。这显然不是普通的改善服务态度就能解决的问题,也不是简单的医疗机构自身提升管理能力的问题,也不是现代医学重技术轻关系的价值导向问题,而是涉及整体医保制度设计和医疗体制改革的问题。在这种宏大背景下,个体的努力很可能徒劳无益,而这种个人无力感的弥漫,就会形成前述的群体性负性情感累积,形成一种结构性的情感正义受辱。“这意味个体根本的存在性体验被不合理的剥夺和否认,动摇了个体作为社会成员与抽象的社会相联结的最基本情感纽带……(并)阻断了社会控制中‘情感秩序’缔结的基本方式,从而成为引发社会冲突的情绪根源。”(吕小康,2017)这才是医患冲突频发的基本社会心理根源,而对这根源的解决却非社会心理学或任何单一学科和单一机构的努力而能改变,必须要从整体协调和动态平衡的视角加以全面的考察和分析,才有可能理清其中的头绪并提出对应的缓解之道。

由此反观学界自发地提出建设医患共同体的主张,虽已在一定程度上拓展了医患关系的边界,但可惜的是仍有不少建设医患共同体的主张依然停留在“医”与“患”的合作本身,而未能从更全局、更广阔的视野来考虑医患关系治理和医患共同体建设。例如,尹瑞法(2010)将医患共同体视为一种蕴含着德性价值内核的生命共同体,以追求生命健康为核心医患双方展开的实践活动。因此,医患之间关系的失和和可以从医患共同体的角度来看即因为共同体内部利益失衡、协调制度失灵、共同的价值信念缺失,呼吁重构共同体的道德共识以弥补主体性缺陷;与之类似,王一方(2011)认为当前的医患共同体是医方与患方的利益共同体而非价值共同体,缺乏应有的情感纽带,构建医患共同文化是新医改的应有之义;潘新丽(2015)将医患关系视为利益共同体和精神共同体的有机结合,医患关系问题实际上是共同体的分离问题。这些观点都还止于直接弥合医患之间的矛盾。如果只将医方和患方两个群体作为医患共同体的主体,隐藏于后的政府力量和社会力量就会被有意无意地忽视,使得医患共同体成为一种空中楼阁式的设想。当然,也有不少学者在提出建设医患共同体的主张时,已充分重视到其他因素,尤其



是法律和政策因素的作用。例如郑大喜(2010)提出,政府应提供经济和环境支撑、医院应强化管理、患者换位思考,从而共建医患利益共同体。但总体看来,目前国内学界对医患共同体的讨论,还较多停留在关于其抽象本质的理论探讨上,即把医患共同体界定为蕴含着德性情感价值以和共同利益的医患双方相互联结的系统。但对医患共同体建设的研究还较多停留于理念呼唤的层面,还未清晰医患共同体所包含的主体、运行机制以及目标等具体的结构性内容。

为此,今后的研究还有必要进一步明晰医患共同体的价值导向、参与主体及主体之间的相互责任,并确定主体之间的协同机制,从而为医患共同体的构建出提供更具可操作性的主张。对这些内容的细致阐述,已经超出本文的篇幅范围,只能留待后续研究。但可以明确的是,医患共同体实际上是整个社会系统在医疗领域的一个微缩系统,它同样遵循着整个社会运行系统的逻辑和原则,是一个医方患方群体、政府部门、社会组织等多主体共同协调合作构建的蕴含着情感道德和一致目标的动态运行系统,而非简单的医患群体之间的人际交往与互动系统。因此,对医患关系的治理,不能局限于将医疗服务视为一种并无主体性的公共产品,而要以动态运行的视角来将其视为一种微型的复杂社会系统,并从对其他公共事务的治理理念与治理实践中汲取可行的经验。

人们常说:雪崩之时,没有一片雪花是无辜的;人们又说:覆巢之下,安有完卵。这些民谚俗语其实是以形象的方式提醒我们:在中国社会转型期这一复杂系统中涌现的某一社会问题,通常没有单一成因,其形成往往是多层子系统的弊端多重累积的结果;其解决也往往缺少单一最优解决方案,无法靠子系统内部的自我完善而达到全局的优化与革新。相反,它需要全体社会成员和整体社会系统的长期性、综合性、系统性的努力,才能避免碎片化治理带来的各种无用功乃至反作用。一言以蔽之,只有通过协同化的路径,才能最大程度地将医患矛盾发生的可能性和产生的危害性降到最低。更新人们对医患关系本质属性的认识,形塑医患共同体的价值共识并协调其中各方的利益诉求,本质上就是保卫我们生活其中的社会不会因自身日渐增长而又永远无法全面及时解决的健康需求而造成人为的、破坏性的断裂。显然,这还需要全社会的共同努力。

## 参考文献:

- 程瑜、邹翔,2015:《关系就医:诊疗的本土化实践》,《思想战线》第2期。
- 房莉杰,2018:《中国新医改十年:从社会维度加以观察》,《文化纵横》第5期。
- 国家卫生计生委统计信息中心(编著),2015:《第五次国家卫生服务调查分析报告》,北京:中国协和医科大学出版社。
- 黄晓晔,2013:《“关系信任”和医患信任关系的重建》,《中国医学伦理学》第3期。
- [美]罗森伯格,2016:《当代医学的困境》,张大庆译,北京:北京大学医学出版社。
- 吕小康,2017:《怨气:情感社会学的阐释》,《社会科学》第8期。
- 吕小康、弥明迪、余华冉、王晖、姜鹤、何非,2020:《中国医患信任量表的初步编制与信效度检验》,《中国社会科学评论》第18辑。
- 吕小康、汪新建,2012:《何为“疾病”:医患话语的分殊与躯体化的彰显》,《广东社会科学》第6期。
- 吕小康、汪新建,2015:《知识划界、追赶焦虑与中国本土心理学的理论建构导向》,《心理科学》第1期。
- 吕小康、张慧娟,2017:《医患社会心态测量的路径、维度与指标》,《南京师大学报》(社会科学版)第2期。
- 吕小康、张子睿,2020:《中国民众的医疗获得感及其影响因素》,《西北师大学报》(社会科学版)第1期。
- 吕小康、朱振达,2016:《医患社会心态建设的社会心理学视角》,《南京师大学报》(社会科学版)第2期。
- 马晓华,2019:《血染急诊室后:医患融冰的法与理》,《第一财经日报》2019年12月30日,第A01版。
- 潘新丽,2015:《“共同体”的分离与重建:当代医患关系的医学哲学思考》,《华中科技大学学报》(社会科学版)第2期。

王帅、张耀光、徐玲,2014:《第五次国家卫生服务调查结果之三——医务人员执业环境现状》,《中国卫生信息管理》第4期。

王一方,2011:《缔结医患价值共同体》,《健康报》2011年11月25日,第005版。

汪新建、柴民权、高文琨,2016:《群体受害者身份感知对医务工作者集体内疚感的作用》,《西北师大学报》(社会科学版)第1期。

[美]沃舍,2016:《临床医患沟通艺术》,王岳译,北京:北京大学医学出版社。

杨宜音,2008:《关系化还是类别化:中国人“我们”概念形成的社会心理机制探讨》,《中国社会科学》第4期。

尹瑞法,2010:《德性论视域下和谐“医患共同体”的构建》,《医学与哲学》(人文社会医学版)第4期。

于赓哲,2014:《汉宋之间医患关系衍论》,《清华大学学报》(哲学社会科学版)第1期。

郑大喜,2010:《社会学语境下医患信任关系的异化及其重建》,《医学与社会》第7期。

Jewson, N. D., 2009, “The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770—1870,” *International Journal of Epidemiology*, Vol. 38, No. 3, pp. 622—633.

(责任编辑:蒋永华)

## From Doctor-Patient Relationship Governance to Doctor-Patient Community Construction: A Coordinated Approach to Rebuilding Doctor-Patient Trust

LV Xiaokang

**Abstract:** Doctor-patient trust is an organic integration between technical trust and moral trust. However, the blind belief in biomedicine technologies reduces the relationship between doctors and patients to a marginal variable, making the doctor-patient trust only sustained by technical trust. The conflicts between medical workers and patients do not only arise from the disputes between doctors and patients but have their roots in the social culture and medical institutions. When pursuing public health has become one of the major objectives of state governance, many institutional forces have reshaped the traditional doctor-patient relationship. The governance of doctor-patient relationship has thus gone far beyond the capacity of self-governance of medical industry and become one of the major tests of China's governance capacity. Therefore, it is necessary to achieve a fundamental transition from doctor-patient relationship governance into a coordinated model of governance based on doctor-patient community construction. A well-functioned doctor-patient community consists of diverse agents including medical workers and patients, the government, and other social organizations. It has its own morality and collaborative goals, which involve the collective cooperation value orientation and common interests shared by governmental, judicial, financial, civil departments, as well as market institutions and social organizations.

**Keywords:** doctor-patient relationship; doctor-patient trust; doctor-patient community; coordinated approach

**About the author:** LV Xiaokang, PhD in Law, is Associate Professor at Department of Social Psychology, Zhou Enlai School of Government, Nankai University (Tianjin 300350).