

# 风险社会中的医患共同体建设

吕小康

**〔摘要〕** 医患关系紧张是普遍存在于当今世界的现代性议题,是医患双方及各关联方为应对现代性风险而采取各种规避措施所必然产生的后果。医患共同体的建设,也须置于现代风险社会的宏大语境中加以理解。它本质上是一种风险共同体,即指为防范和化解风险而结成的社会群体;其建设主体除了医方与患方之外,还包括党政管理部门、医疗机构、医学仲裁与调解机构、商业化医疗健康保险机构、药品制造企业、公共卫生相关的慈善组织等党政组织和各类社会组织。只有协同发挥各类主体的积极功能,才能最终建成风险共担的共同体。以中国特色社会心理学的立场,发扬传统共同体中人性化、情感化的社会联结纽带作用,使之成为一种具有社会温度的共同体,方能使医患之间达到心态秩序和谐的理想境地。

**〔关键词〕** 风险社会;医患共同体;医患关系;医患社会心态;中国特色社会心理学

医患关系紧张是一个全球性的治理难题。不论是国内还是国外,针对医务人员的医疗场所暴力行为不仅常见且呈上升趋势,对医疗制度和医务人员的不满也常见于网络空间和其他公共舆论空间(参见 Nelson, 2014; Phillips, 2016; Devi, 2020)。为弥合医患之间的信任裂隙,已有不少学者提出构建医患共同体的主张(尹瑞法, 2010; 郑大喜, 2010; 潘新丽, 2015)。可惜的是,“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”(吕小康, 2020)。此外,许多研究对医患共同体建设所处背景的考虑仍多停留于问题表面,而欠缺对医患关系紧张形成之现代性背景的深度思考。为此,本文拟从现代性的视角反思医患问题产生的背景及其张力,并进一步分析医患共同体的理论本质、建设主体与实现途径等问题,并从建设中国特色社会心理学的立场出发,阐述人性化和情感化的医患共同体建设的必要性与可行性。

## 一、作为现代性问题的医患紧张

作为社会问题的医患关系本质上是现代社会的产物。这并不是说传统社会不存在医患关系问题,而是说传统社会中的医患关系更多属于一种医与患之间的个体性、人际性问题,而不具备公共领域问题的本质特征。在现代医院体制建立之前,除了宫廷医生具有某种现代意义上职业医生的特征外,绝大多

---

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教授、博士生导师(天津 300350)。本文系教育部人文社科基金青年项目“医患共同体建设的社会协调机制研究”(19YJC840030)与南开大学文科发展基金科学研究类项目“突发公共卫生危机时期的大众风险感知机制与应急心理服务体系研究”(ZB22BZ0109)的阶段性研究成果之一。

数医生都是个体执业而不隶属于任何组织化的机构。彼时的医者既无须进行资格考试,也无外在制度监督,医患信任更多靠品德与口碑维系,体现出高度的人格化和关系化的特性。即便医患之间出现矛盾,也多体现为个体与个体之间的矛盾,最多是作为医者的个体或其所在家庭(家族)与患者个体或其所在家庭(家族)间的矛盾。相应地,这一矛盾的解决也主要由个体或家庭(家族)之间的协商解决,较少需要其他力量的参与,体现出高度“就地处理”的自发性和医患个体之间的人际性。

值得提醒的是,当下有很多研究在倡导传统中国医患关系中的“温情”一面,弘扬其中“医乃仁术”“不为良相,便为良医”的医者情怀。这些内容如作为一种医患伦理加以彰显和提倡,其价值自不待言;但若就此认为古代社会的医患关系非常和谐,恐怕也是一种误解。其实,从历史的眼光看,疾病与患者之间的“病患关系”并不必然导致“医患关系”,因为古人面对疾病时可能选择医生,也可能选择其他治疗方式。相应地,古代医者面对市场竞争和患者(尤其是权贵患者)的主动择医形成了重个体疗效、重技术保密、重个人决断的个体化特征,医者与患者的关系也只是医疗关系圈子的一部分。医者并不承担面向大众的效率医疗的职责,而只满足“适医阶层”即中上阶层的需求(于赓哲,2015)。这其中“问题的关键即是个体疗效和社会化效率医疗的矛盾。传统医学的主要特点是技术与诊疗模式的封闭,对医人个人素质有着极高的要求,所以建立一支成规模的合乎名医要求的医人队伍难上加难。封闭式的诊疗模式拒绝开放与分工,所以效率医疗的基石——医院也不可能在(古代)中国诞生”(于赓哲,2020,p. 104)。这使得古代中国社会中占人口大多数的底层民众实际上难以普遍享受到士人阶层所描绘的“医患温情”,实质上游离于医患关系之外,或求助于巫觋寺观,或实施自救,或听天由命。在这种情况下,即使存在一定的医患冲突也基本上只体现为个体间的人际冲突,而不至于成为撕裂社会认同的群际威胁。同时,古代社会主要是一个熟人社会,医者的身份还深度嵌入于亲属邻里等血缘地缘关系之中,找熟人就医或托熟人就医的方式非常普遍,而四处走访的所谓“江湖郎中”在中文语境中往往被视为一个贬义词,很难得到普通百姓真正的信任。

随着现代社会的来临和现代医院体系的建立,这种“自发性”且“熟人化”或“拟熟人化”的医患互动模式就不再是医患关系的主流。一方面,行医的前提条件,包括各类执业医师、执业药师、执业护士等资格证书不是由高度体制化的国家力量(包括立法机构和行政机构)颁发(如我国),就是由高度专业化的行业协会颁发(如诸多西方国家)，“无证行医”不仅不被认可,甚至还要受到法律的制裁。由此,行医者通过让渡部分的行医自由,换取职业地位的稳固与维系;反过来,求医者通过让渡部分的择医自由,换取医生资质、求诊质量的底线保障。由此,医患关系逐渐由熟人关系和私人化关系转变为陌生人关系和事务性关系,其中的人格化因素逐渐被抽空,而制度化的力量开始成为形塑医患关系的绝对性力量。这使得医学职业在很大程度上已成为“国家治理的一个延伸”(Johnson, 1995)。而仅从医生职业在中国社会的演变形态上看,自1949年以后,国家通过将医生从自由职业者转化为单位人而使医生职业成为国家机器的一部分。这种模式一直持续至今,医生的执业资格与社会身份仍主要依附于公立医疗机构,而公立医疗机构又属于“有编制”的国家事业单位,受到政府的强有力管控。因此,中国的医生群体自始至终没有像美国等国的同行那样形成独立于政府的高度自治性职业协会(姚泽麟,2015)。护师、药师等相关医务职业的演进情况亦与此类似。这并不是说中国的医疗体制不如美国或其他国家,而只是从现代性发展的角度客观陈述医疗的职业化进程对医务工作者身份关系的限定性,且这种限定性在不同国家有不同的表现形式。其实,在当代中国,重视以党和政府为代表的“国家力量”对于医疗卫生行业的全面形塑力,一直是讨论和推进医患关系建设的基本前提。

另一方面,一旦发生医疗纠纷,除了少数个体行医的医师,绝大多数医患纠纷主体中的“医方”,都从医师或其他医务人员变成其所在的医疗机构。或者说,所谓的医疗纠纷或医患纠纷,尽管多数

是发生于具体医务人员对特定患者的相关治疗过程,但从法律意义上和实际处理进程讲,基本都会转化为医疗机构与患者个体或其代理人之间的纠纷调解与诉讼处理问题。我国现行的《侵权责任法》第七章《医疗损害责任》第五十四条明确规定:“患者在诊疗活动中受到损害,医疗机构及其医务人员有过错的,由医疗机构承担赔偿责任。”这里规定了“由医疗机构承担赔偿责任”而非由医务人员自身承担赔偿责任,从而把医疗诉讼中的医方主体由医务人员个人转变为其所属的医疗机构。这是现代医患关系治理的一个基本原则,也是一种现代性的风险转移机制。在这一职业化与现代化的过程中,医务人员与医疗机构以签订劳动合同、确定人事关系的形式进行风险分担:医疗机构通过承担所雇佣医务人员的侵权责任,换取医务人员的稳定劳动关系缔结;医务人员通过转移赔偿责任,换取个人工作与报酬的稳定持续。医疗机构既然承担起医务人员的日常管理义务,就需要建立各种制度化的措施以确保其所管理的医务人员能够尽到医者仁心的医学天职,以便尽可能减少医疗纠纷的产生以维护医疗机构自身的利益。因此,现代社会中对于医疗纠纷的防范与化解,也较多地对医疗机构这一主体提出要求,而非向医务人员本身提出要求。如我国自2018年10月1日起施行的《医疗纠纷预防和处理条例》,就对医疗机构应当履行的职责做出明确的规定,并在第二章第九条明确指出“医疗机构应当对其医务人员进行医疗卫生法律、法规、规章和诊疗相关规范、常规的培训,并加强职业道德教育”。如此一来,虽然表面的治疗行为总是直接发生于医患之间,但医疗活动的产生空间、医疗仪器的提供与使用、甚至医务人员自身资质的证明与审查,都远超出医务人员自身所能掌控的范围。而医疗费用的结算与医务人员的报酬之间也非直接关联,而是通过患者—医疗机构—医务人员的中间链条形式完成“转移支付”,中间可能还会有医疗保险及其代理机构(如国家和地方医保局,以及各类商业保险机构)的参与。

医疗职业化的推进和医疗风险的责任分摊与转移,一方面极大地保障了医患双方的基本权益,使得各国的医疗体制以可持续的方式为本国国民提供了若干基础性健康服务;另一方面,各种制度性因素对医患关系的系统性嵌入,也极大地改变了传统医患关系的人际化面目,使得熟人信任在医疗活动中的作用日渐式微,而制度信任的作用不断强化。此时,医患自身不仅逐渐成为“病床边的陌生人”,他们身边还围绕着学者、律师、立法者、法官等其他“陌生人”(罗斯曼,2020. p. 4),这一切使得医疗照护整体上成为“对陌生人的照护”(Rosenberg,1987)。从现代性的视角看,这正是现代职业分工体系的扩张、制度信任替代人际信任的过程中不可避免的现象。同样,由于医疗过程中不可避免的信息不对称性,患方的信息弱势地位必然强化他们对医务人员的集体性道德焦虑,以及对更为抽象的医疗体制能否保障自身利益的根本性担忧。医患信任问题,正是在这个意义上构成了现代性视角下的信任问题。医患冲突也正由此而具备了从“个体冲突跃迁为群际威胁”(尹红艳等,2021)的现代性条件。

## 二、风险社会中的医患共同体

现代医患信任问题的本质之一是由现代化的分工模式引发的集体性社会焦虑在医患场域的显现。它已无法简单通过回归传统社会中那种人格化的信任而获得安全感的保障,而作为个体的患者对医疗制度及这一制度背后的专家信任还容易受到某些不称职专家或某些不道德事件的侵袭而遭到损害甚至瓦解。如此,作为现代医疗制度最直接的前台代理人,医务人员(尤其是其中的医生个体)与普通患者之间的交汇就构成了“抽象体系的薄弱环节,又是信任得以维系和建立的交叉点”(吉登斯,2000, pp. 7-8)。在这种社会中,风险是一种常态,且这种风险往往是由社会而非自然构建,而由此构成了现代性的自反性:即现代化发展的同时又孕育了破坏现代社会之根基的威胁(贝克,吉登斯,拉什,2014, p. 10)。医患共同体的建设,也必须在这种风险社会的语境中才能得到更全面的理解与推进。

可惜的是,目前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的路径。若只看到医患之间的人际互动或冲突,而看不到背后形塑这种互动或冲突的制度性因素及各类与此相关的“陌生人”(即其他专家系统的代理人),就无法理解现代医患关系的本质属性与医患信任缔结的根本性困境:脱域性而非本地性——不仅是局部或个别医疗机构的问题,而是全域性的问题;以及制度性而非个人性——主要不是医生个体医德有亏而是普遍性的制度信任无法达成等。反过来,要缓解这种紧张,也必须找到除了医患个体之间的直接合作、忍让、协商之外的社会机制,做到既解除造成医患紧张的制度性因素,又增强有利于医患个体之间信任与合作的制度性激励,如此才能有效地缓解医患之间的群体性紧张。这就需要将所谓的“陌生人”不断纳入到医患共同体的视野中,并将之作为医患共同体建设的重要主体,进而发挥其积极作用、抵制其消极影响。为此,还须进一步厘清医患共同体的理论本质与行为主体。

首先,医患共同体具有风险共同体的理论性质。这里所谓的“风险共同体”,是指为防范和化解风险而结成的社会群体。“在风险共同体中,风险是共同的治理单元,风险词汇是理性对话的通行语言,对风险的适当评估和管理是国家与公民应当促进与坚守的共同福利”(菲舍尔,2012)。同时,风险既有实体性,也有建构性;“风险具有某种非真实性。风险论证的真正社会动力来自预期中的未来危险”(吉登斯,2000,p.24)。由于共同体中的成员对风险的理解方式与建构方式并不完全相同,虽然各方目标均在于消除或控制风险,但其对风险承担原则、分配方式等风险控制途径的认知不完全统一,从而使风险共同体中的行动主体往往处于相互博弈和“既合作、又提防”的矛盾状态,使得风险共同体具有高度的不稳定性 and 易瓦解性。因此,风险共同体的目的往往由追求共同福祉的终极目标和最高纲领转化为化解双方的焦虑不安这类表面目的和最低纲领,并由此衍生出各类风险化解机制。同时,由于风险本身具有认知建构性而非纯然客观外在性的特征,在风险共同体的建构中,共同福祉目标即共同命运也只起到宗旨性的激励作用,其最终达成除了需要各类刚性制度的规范和激励,还需要通过情感认同、道德许可、信任缔结等社会心理机制才能实现。

就中国情境下的医患共同体而言,其共同福祉在于“人民健康至上”的基本宗旨。不论是医方还是患方,都是人民群众的有机组成部分,具有最本质利益的相通性;“人民健康至上”的表述,虽有中国特色的政治化表述的一面,其实质也与国际社会和国际医学界通行的“患者利益至上”的表述相通。但由于职业分工必然造成的角色分化和利益分化,并由此构成了不同程度的认知差异,医患之间又很难对医疗资源的分配原则、医疗过程的步骤细节、医疗纠纷的处置责任等具体内容达成完全共识。尤其是在医学知识和专业技能方面处于绝对劣势的患者,不可避免地对医方的具体行为产生道德焦虑,怀疑自身的健康利益是否未被置于如官方宣传中的优先考虑地位。同样地,医生职业也存在“职业自主性与社会控制间的博弈”,使得“(医生的)决策自然基于医生的专业知识之上,然而却不一定以病患的利益为依归。换言之,医生除了考虑专业知识与病患利益外,也可能融入其他的考量因素,比如医保的约束、自身的经济利益等”(姚泽麟,2018)。

在此种现代风险语境下,为更好地应对信任风险及各种其他风险,医患双方及其他相关各方均会自发地做出一些努力。“医患各自的风险考量与应对就需兼顾两个层面:人际层面针对医患个体行为的风险,结构层面针对医患共同面对且置身其中的体制及文化因素形塑的风险。……因此,现代社会中全球性的医患紧张,患方对医方之‘道德焦虑’和医方对患方的‘可信度考量’,均可理解为医患双方为应对多重现代性风险而进行权宜博弈的必然反应,其目的都是降低不确定性而提升安全感”(吕小康、王丛、汪新建、郭琴,2021)。医患个体由于经常感受到现有体制、法律和规定均未必及时有效地保障自身所理解的合法权益,致使双方对于医患沟通与治疗过程自发形成的风险防范措施日臻繁复。于患方而言,就诊前的互联网知识查询、托熟人打招呼进行“关系就医”、给医务人员塞红包

以获得心理安全、对就诊过程进行录音录像、不满意治疗过程或治疗效果时频繁换医(包括换医生和换医院)问诊等等,成为一些常见的风险化解手段。于医方而言,尽可能地做到完备而不留“后患”的病例书写、要求患者尽可能多地做检查以避免遗漏可能病因而遭到投诉、沟通过程中尽量采用模棱两可的话术而不给患方过高的治疗期待等等,也成为医方常见的防御性行为。由于双方都已看到作为个体无法改变当下的医患关系背景,医患作为群体又会集体性诉诸各种力量要求有利于己的体制机制变革,寻求社会力量和公权力的保护,进而推动相关法规政策的生成,这就使得医患关系中出现越来越多的“陌生人”,医患关系的沟通链条也变成愈发漫长,医患共同体的外延也因此不断扩大。

在医疗体制的改革进程中,以政府为代表的国家力量主要以提供制度规范、改进激励手段的形式为医患共同体建设创造良好氛围,如推出医疗纠纷防范与化解的制度、建立惩治“医闹”的相关机制、对医保药品进行集中招标采购以降低医疗费用负担等。这在很大程度上引导和规范了医患关系的基本走向。可惜的是,并不是所有的国家规制行为都能产生预期的良好效果:政策自身的不合理性,或者是政策的意外后果,可能从实质上妨碍医患共同体的结成。例如,破除“以药养医”格局是多年来中国医改的基本方向,但是造成这一问题有其历史原因:即改革开放后的一段时间内政府对医疗机构的投入不足造成了医疗经费缺口增大,政策探索期形成的负面效应累积反而使得良性医患关系的缔结背上沉重包袱(张新瑞、傅志敏,2001);为保护受害患者的权益和诉讼地位而推出的“举证责任倒置”制度<sup>①</sup>,使医疗机构在医疗损害责任纠纷诉讼中处于不利地位而形成防御性医疗的倾向,最后反过来加重了绝大多数患者的医疗负担并损害其实质权益(杨立新,2009;杨彪,2011)。这里又一次看到现代风险社会的自反性,即社会成为其自身的主题和问题,对风险的防范本身又催生了新的风险。

所有这些,都明确指向了一点:医患共同体并不仅仅是医与患之间的群体叠加,更是涉及多个外部行为主体;医患共同体的建设,也无法通过每一个主体在自身角度下的单向努力而达到社会最优,而必须置于整体性的视角才能加以把握和推进。

### 三、医患共同体的建设主体及其协同路径

表面看来,医患共同体只是医务工作者和患者这两大群体的社会成员集合体。但患者实际上包含除了医务工作者之外的所有社会成员,甚至医务工作者自身也可能成为患者。从这个意义上讲,医患共同体本质上是全社会成员的共同体。如此一来,医患共同体与社会共同体几乎就成了同义反复,不利于理论分析的深入和建成路径的探索。为此,对医患共同体建设主体的分析要点不应只限于对医与患的角色分立与职责分工,而应注重对涉及的由医务人员或患者构成的其他功能性主体及其运作关系的完整分析。

为此,本文认为:医患共同体的建设主体,即推进实现医患共同福祉最大化的相关行为主体,除了医务人员与患者这两个明显的自然人及其群体外,还应包括党政管理部门、医疗机构、医学仲裁与调解机构、商业化医疗健康保险机构、药品制造企业、公共卫生相关的慈善组织等党政组织和各类社会组织。其中,医与患的人际互动构成了人际层面的共同体交汇点;而其他机构则以各种显性或隐性的方式,为医患关系的缔结、调解、修复提供空间;而当各主体之间的短期利益或思想认识出现分歧时,它们又会构成医患共同体建设的阻碍力量。由于主体众多,它们之间如何进行协同也成为—个关键议题。当代医患关系治理的复杂性,正在于其涉及主体多、牵扯面广、利益纠葛与观念冲突

---

<sup>①</sup>即于2002年4月1日实施的《关于民事诉讼证据的若干规定》第4条第8项规定:“因医疗行为引起的侵权诉讼,由医疗机构就医疗行为与损害结果之间不存在因果关系及不存在医疗过错承担举证责任”。

多,要达到社会治理中“善治”的目的,殊非易事。如何在党政部门的主导下,充分发挥各方的协同功能从而推进医患共同体的建设,不是自然而然就能实现的过程,而涉及了多重的协同层次,需要复杂的治理技艺。例如,这种协同既涉及政府内部各职能部门的横向协同和各级政府之间的纵向协同,也包含政府与社会组织之间的协同,还包括社会组织之间的协同;既包括常态化的、过程性的协同机制,也包括非常态化、突发性的协同机制,以应对日常管理和应急管理的需求。因此,医患共同体认同的培育需要明确各关联的责任义务、协同原则与流程,才能明晰社会协同的基本逻辑。

而医患共同体之协同建设的宗旨,就是如何在党政部门的主导之下,联合多方力量、尤其是社会自身的力量参与共同体的建设与维系,从而建立医患矛盾的风险分散系统与信任修复机制,使得医患矛盾能够得到及时有效的缓解,抑制医患之间相互提防、互不相信的心态根源,松动涉医群体性事件发生的社会土壤,在发生医疗纠纷时尽可能通过民间的、第三方的纠纷解决机制而减少公安和司法等稀缺公共资源在医患关系上的投入,从而以较小的社会成本达到“善治”结果。这需要充分挖掘医患共同体的各利益关联方的有生力量,而不能只着眼于医方与患方这两个直接互动的群体,以最大程度地激活社会组织对医患关系的实质参与,并在得到政府授权的前提下进行医患共同体的建设。

此外,医患共同体的协同建设也意味着不能仅局限于制度建设来理解共同体建设,认为制度(如医保政策与医疗纠纷处理条例等)到位就等同于治理到位,而应当重视社会协同的不同层次。其实,只有制度协同、组织协同与心态协同、文化协同并行,才能达到最佳效果。当下社会治理领域对“协同治理”的论述,可能过多地偏重了制度建设和组织干预,而多少忽视了对社会心态的培育和文化价值观的整合,这两者应作为医患共同体的“软实力”得到更充分的重视。而协同可以分为结构性协同和过程性协同,以及常规性协同和应急性协同,分别用于应对不同性质的医患关系问题。首先,在协同的关系结构方面,进一步厘清政府与社会组织在医患共同体协同建设中的职能关系、权力关系、责任关系和利益关系;其次,在治理能力方面,政府应加强医疗资源配置、医疗秩序维护和医疗制度供给等能力建设,社会组织也应通过对医疗纠纷调解、医学健康活动推广与医学知识的科普宣传等方面的积极参与,提高自身存在感、提升医患双方的获得感;再次,在协调机制方面,政府与社会组织彼此间应增进共识与互信,累积社会信任资本,为医患关系的协同治理联合行动提供信任和规范保障,以形成多元化、网络化的共同体推进力量。

最后,医患共同体的建成,还需要分析“协同失灵”的风险因素并提出预防对策。任何一种机制都有可能失灵,医患问题之所以难解,往往是因为政府失灵、市场失灵和社会失灵多重因素作用叠加的结果。单纯依靠政府治理、市场治理或社会自身的治理,都有可能造成顾此失彼的局面,因此必须从系统性、全局性的角度统筹医患共同体的建设。例如,医疗健康相关的公共政策之间可能存在冲突,这需从顶层设计的角度改变令出多门的局面;市场的逐利性可能导致某些涉及公共卫生的基础性药品在短期内偏离正常价格,造成医药短缺,进而影响医疗机构与患者的关系;医疗纠纷调解机构的不规范和不专业,则有可能直接伤害患方或医方对相关调解机制的信任感。因此,还需要更为全方位地总结医患关系治理相关实践过程遇到的难点问题,分析治理失灵和协同失灵的症结,据实提出相应的对策建议。

#### 四、迈向人性化情感化的医患共同体

显然,并不是共同体应当存在,就会必定存在;从“应然”到“实然”之间,往往存在着诸多的阻碍与陷阱。只有从理论上进一步阐明医患共同体的概念内涵、学术脉络和理论资源,深入地论证医患共同体建设的可能性和可行性,并从实践上寻找具体切入点并动员相关社会资源,推进制度性的改善,才能真正培育理想中的医患共同体,或者至少从一定程度上改变当下“医患分殊”乃至“医患冲

突”的不良局面。同时,如何从社会心理学的学科视角出发推进医患共同体建设,也同样需要进一步的理论说明与实践检验。而且,正如并不是所有的社会问题都必然转化为社会学问题、所有的伦理问题都必然转化为伦理学问题一样,在把现实问题转化为学理问题加以理解与应对时,还需要通过学科自身的理论视角与研究积淀为现实问题的理论解释与实践干预提供具有解释力和行动力的学科智慧。这里之所以强调从社会心理学的学科视角出发来推进医患共同体的建设,是因为这一学科的理论基础和现实使命完全符合医患共同体建设的实际需要。从社会心理学、尤其是中国特色社会主义心理学的立场出发推进医患共同体的建设,同时具有必要性和可行性。

首先,在必要性方面,可从“共同体”这一原生性概念出发,进一步思考医患共同体的理论本质与建设方向,以此凸显社会心理学之于共同体建设的学科价值。古典社会学家滕尼斯将“共同体”与“社会”作为传统与现代的社会形态的代表,是社会学领域的常见两分法,暗含着以血缘、情感和伦理为纽带的“共同体”到以独立自由个体之间的职业分工和平等契约为纽带的“社会”、从低级到高级的演变轨迹(滕尼斯,1999)。但如已有研究注意到的,滕尼斯将“共同体”摆到“社会”的对立面,并非只是单纯要求用“社会”代替“共同体”,而实际上已经认识到“现代性”背后人情疏离、人人为敌的困境,并力图在“社会”的条件下,通过激活传统共同体来培育人性的温情并塑造新的伦理生活(张巍卓,2017)。劳动分工的细化会带来专家系统的权威地位及其与普通人的知识区隔,由此形成的“非人格化信任”容易造成本体性安全缺失与社会焦虑蔓延,进而引发现代性与自我认同的危机(吉登斯,2000)。医患信任缺失正是这种信任关系与认同危机演变的一种具体显现。

在这一背景下重新审视“共同体”概念的社会心理学内涵,目的并不是完全否认现代性发展过程对“社会”的重建新构过程引发的风险问题,也不是要求完全从现代“社会”回归到传统“共同体”,而是要去挖掘共同体概念中蕴含的人性、伦理等社会联结纽带的功能,并将之应用于医患关系领域,从而为和谐医患关系的建构提供理论洞察和实践依据。医患关系治理和医患共同体建设并不等价于刚性的制度建设本身,也应包括心态建设和文化建设这些柔性内容。如今在医患关系领域谈社会协同治理的研究已有不少,但如何避免“空谈”却颇为不易。就医患共同体的建设而言,这既需要研究者对当下中国的医疗体制有着深入的了解、对于政府部门运作的规律与流程有清晰的掌握,还需要他们对医疗机构和医务工作者的现实处境有共情的理解,此外还应对医患关系本身有着切身的体验,体察中国情境下的医患关系的多方面症结并思考其多元成因、提出综合对策。

其实,“医疗纠纷妥当处理的关键,并非建立公正之仲裁制度,设立专业之医事法庭,或引进医疗保险制度等即可竟其全功,而是在于对医患关系的根本厘清与认识”(吴志正,2006,第16页)。而良好的医患关系,既有赖于良好的制度设计,也依赖于医患之间的心理认同。当下中国的医患信任危机,不只是健康与医学的现代性风险在特定社会关系上的反映,也是现代社会的心态危机在医患关系中的投射。心态危机不除,医患信任就难以重建,医患共同体建设也就无从谈起。而心态秩序危机产生的直接根源即在于基本共识、集体情感及道义调节的缺失(成伯清,2016)。就医患关系治理而言,这就需要在对医患社会心态进行全面准确把握的基础上提出相应的治理和建设主张。这正好遵循了费孝通先生晚年提出的从“生态秩序”到“心态秩序”转变的方法论主张,以期建设“一个所有人类均能遂生乐业,发扬人生价值的心态秩序”(费孝通,1993)。只有医患心态秩序达到和谐的境界,才能最终说明医患共同体的建设达到了理想的状态。这必然意味着在现代性已经充分发展的前提下,去发扬传统的共同体所具有的人性化和情感化纽带,从而使医与患之间能够达到真诚的、作为人与人之间的医患沟通状态,而非人与疾病、人与生物化学术语、人与现代电子仪器等生物医学化场景下的“医患沟通”过程。正是在这个意义上,我们才能将医患共同体建设这一涉及医疗体制改革和社会文化变革的问题,理解为中微观层面的社会心理问题,并从社会心理学的学科视角出发为之提供理论洞察和实践建议。

其次,在可行性方面,任何共同体的建成本不可能脱离共同体成员发自内心的认同,而这种认同同时具有认知属性和情感属性,一方面内化为个体的价值观与意志,一方面外化为个体的行为倾向,从而在“知情意行”这四个基本维度上对应现代心理学的基本研究内容,并可从心理学的相关研究中寻找理论启迪与干预启示(管健、杭宁,2021)。同时还应强调,这种社会心理学完全是一种中国特色的社会心理学。其特色有二:一是注重继承和阐发中国的本土文化传统,是一种具有文化心理学导向、即以塑造中国人的文化自信为使命的心理学;二是注重解决当下中国现实的社会心理问题,是一种具有政策科学导向、面向社会问题而非狭义的“科学问题”、追求社会方案设计而非普遍心理机制探寻的心理学(吕小康、汪新建,2020)。近些年来,建设中国特色社会心理学的学术共识不断凝聚,理论资源不断丰富,实践策略不断出新,为医患共同体建设之社会心理学策略的提出奠定了良好的基础。这体现在以下两方面。

一是研究成果不断积累。在国际研究层面,关于群际冲突及其解决方案的社会心理学研究已经较为普遍,此类研究虽多集中于种族冲突和党派纷争等西方社会的常见主题(如 Van Bavel & Pereira, 2018; Getha-Taylor et al., 2019; Solomon & Martin, 2019; Böhm et al., 2020)而较少集中于中国语境下的基于职业分工产生的“人民内部矛盾问题”,但其研究方法与冲突解决策略仍为研究医患关系、警民关系、干群关系、民族关系等转型中国的特殊群际社会关系提供了有益的借鉴视角。在国内研究层面,近些年来关于社会心态的研究成果不断涌现,且普遍呈现出从“学理”到“治理”的研究趋势,体现出极强的使学术研究服务于社会实践的自觉意识,医患社会心态治理已相对独立于医患关系治理、成为具有主题特异性和理论拓展性的研究场域与治理主题(王俊秀, 2020; 汪新建、柴佩星, 2022),这为从社会心理学视角提出医患共同体的建设路径做出了最直接的研究铺垫。

二是实践策略不断丰富。以行为助推(nudge)为中心、具有极强心理学特色的行为干预策略开始在公共政策领域崭露头角,并已在包括医患关系在内的相关领域中得到一定程度的应用与验证,关于医患关系演变与促进的心理学研究也越来越多(参见张书维、申翊人、周洁, 2020; 郭晟豪、张书维, 2021; 陶爱华、王沛, 2021),这在很大程度上更新了人们对社会治理工具包的想象力。同时,随着社会心理服务体系建设这一国家战略的提出,社会心理学对健康中国和平安中国建设的实用价值进一步彰显,而如何培养良性的医患社会心态正是“培育积极向上的社会心态”这一社会心理服务体系建设的目标在医患关系领域的具体体现,这一方面也已经有了很好的经验摸索与理论思考(参见王俊秀, 2020; 辛自强, 2020; 闫洪丰等, 2021; 张淑敏、吕小康, 2021)。这些研究成果和实践探索,使得我们已有较好的学术底蕴来围绕建设中国特色社会心理学的基本方向而提出医患共同体建设的相关策略。

总之,不论是从传统医患伦理与现代人文医学的立场,还是从中国特色社会心理学立场出发,医患共同体都必将是一种人性化、重情感的“有温度”的共同体。但是,这种温度不仅体现在狭义的医与患之间的、狭义的“医学的温度”(韩启德, 2020),还应广泛体现为“社会的温度”,即医患共同体的参与各方应在追求充分共识的基础上去积极主动地承担和分摊现代社会、现代医学和现代医疗体系给予医患双方及各关联方的各种风险,提升社会整体的人文情怀,缓解医患群体的集体焦虑,弥合医患之间的认知与情感距离,防止社会因医疗问题而产生裂痕和认同撕裂。当然,如何就这种医患共同体的建设提出更具可操作化、更有社会心理学特色的学术主张与政策建议,仍需要进一步的论证和总结,并有赖理论研究、实践调查和政策分析的不断深入。

## 参考文献:

[德]乌尔里希·贝克、[英]安东尼·吉登斯、[英]斯科特·拉什, 2014:《自反性现代化:现代社会秩序中的政治、传统和美学》,赵文书译,北京:商务印书馆。



- 成伯清,2016:《心态秩序危机与结构正义:一种社会学的探索》,《福建论坛》第11期。
- [英]伊丽莎·菲舍尔,2012:《风险共同体之兴起及其对行政法的挑战》,马原译,《华东政法大学学报》第4期。
- 费孝通,1993:《中国城乡发展的道路——我一生的研究课题》,《中国社会科学》第1期。
- 管健、杭宁,2021:《知情意行:四维一体铸牢中华民族共同体意识》,《南开学报》(哲学社会科学版)第6期。
- 郭晟豪、张书维,2021:《医患关系中的“歧视”存在吗?——一项关于“行”与“形”的调查实验》,《广西师范大学学报》(哲学社会科学版)第5期。
- 韩启德,2020:《医学的温度》,北京:商务印书馆。
- [英]安东尼·吉登斯,2000:《现代性的后果》,田禾译,南京:译林出版社。
- [美]戴维·罗思曼,2020:《病床边的陌生人》,潘驿炜译,北京:中国社会科学出版社。
- 吕小康,2020:《从关系治理到共同体建设:重建医患信任的协同路径》,《南京师大学报》(社会科学版)第4期。
- 吕小康、王丛、汪新建、郭琴,2021:《多重不确定风险及其应对——儿童血液病房中的医患信任研究》,《社会学研究》第6期。
- 吕小康、汪新建,2020:《建设“力”“美”兼具的中国特色社会心理学》,《心理技术与应用》第4期。
- 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》第2期。
- 陶爱华、王沛,2021:《医患冲突中医生特质信息与负性情绪反馈的作用:以失望和愤怒为例》,《心理科学》第5期。
- [德]斐迪南·滕尼斯,1999:《共同体与社会》,林荣远译,北京:商务印书馆。
- 汪新建、柴佩星,2022:《从“学理”到“治理”:中国医患社会心态研究的学术演进(1980—2021)》,《西北师大学报》(社会科学版)第2期。
- 王俊秀,2020:《多重整合的社会心理服务体系:政策逻辑、建构策略与基本内核》,《心理科学进展》第1期。
- 王俊秀,2020:《中国社会心态10年》,北京:社会科学文献出版社。
- 吴志正,2006:《解读医病关系(I)医疗契约篇》,台北:元照出版社。
- 辛自强,2020:《社会治理心理学与社会心理服务》,北京:北京师范大学出版社。
- 闫洪丰等,2021:《社会心理服务体系解析》,北京:科学出版社。
- 杨彪,2011:《公共政策、医疗行为与责任配置——关于医疗损害责任制度绩效的观察和评论》,《现代法学》第9期。
- 杨立新,2009:《中国医疗损害责任制度改革》,《法学研究》第4期。
- 姚泽麟,2015:《近代以来中国医生职业与国家关系的演变——一种职业社会学的解释》,《社会学研究》第3期。
- 姚泽麟,2018:《医生职业:自主性与社会控制间的博弈》,《中国医院院长》第24期。
- 尹红艳等,2021:《个体冲突跃迁为群际威胁:一个解释中国医患关系恶化成因的新视角》,《医学与社会》第11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——兼论罗伊·波特等人的医患关系价值观》,《清华大学学报》(哲学社会科学版)第1期。
- 于赓哲,2020:《从疾病到人心——中古医疗社会史再探》,北京:中华书局。
- 张书维、申翊人、周洁,2020:《行为公共管理学视角下公共决策的社会许可机制:“一提两抑”》,《心理学报》第2期。
- 张淑敏、吕小康,2021:《社会心理服务体系的政策语境与行动逻辑》,《南开学报》(哲学社会科学版)第6期。
- 张巍卓,2017:《人造社会与伦理社会——滕尼斯对近代自然法学说的解读及其社会理论的奠基》,《社会学研究》第4期。
- 张新瑞、傅志敏,2001:《“以药养医”现象的实证分析和改革取向》,《中国卫生经济》第6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》(人文社会医学版)第7期。
- Böhm, R., H. Rusch & J. Baron, 2020, “The psychology of intergroup conflict: A review of theories and measures”, *Journal of Economic Behavior & Organization*, Vol. 178, pp. 947 – 962.

- Devi, S., 2020, "COVID – 19 exacerbates violence against health workers", *The Lancet*, Vol. 396, No. 10252, p. 658.
- Getha-Taylor, H., M. J. Grayer, R. J. Kempf & R. O'Leary, 2019, "Collaborating in the absence of trust? What collaborative governance theory and practice can learn from the literatures of conflict resolution, psychology, and law", *The American Review of Public Administration*, Vol 49, No. 1 pp. 51 – 64.
- Johnson, T., 1995, "Governmentality and the institutionalization of expertise", in T. Johnson & M. Saks ( eds. ), *Health Professions and the State in Europe*, London: Routledge, pp. 1 – 13.
- Nelson, R., 2014, "Tackling violence against health-care workers", *The Lancet*, Vol 383, No. 9926, pp. 1373 – 1374.
- Phillips, J. P., 2016, "Workplace violence against health care workers in the United States", *New England Journal of Medicine*, Vol. 374, No. 17, pp. 1661 – 1669.
- Rosenberg, C., 1987, *The Care of Strangers: The Rise of America's Hospital System*, New York: Basic Books.
- Solomon, J. & A. Martin, 2019, "Competitive victimhood as a lens to reconciliation: An analysis of the black lives matter and blue lives matter movements", *Conflict Resolution Quarterly*, Vol 37, No. 1, pp. 7 – 31.
- Van Bavel, J. J. & A. Pereira, 2018, "The partisan brain: An identity-based model of political belief", *Trends in Cognitive Sciences*, Vol 22, No. 3, pp. 213 – 224.

(责任编辑: 蒋永华)

## The Construction of Doctor-Patient Community in Risk Society

LÜ Xiaokang

**Abstract:** Doctor-patient conflict is a common issue of modernity in the contemporary world. It is an inevitable consequence of various measures adopted by doctors, patients, and other stakeholders to manage the modernity risks. The construction of a doctor-patient community must be understood in the grand context of a modern risk society. Essentially, the doctor-patient community is a special form of risk community, that is, a social group formed to prevent and resolve risks. In addition to doctors and patients, the parties involved in the construction includes the Party and government organizations; medical institutions; medical arbitration and mediation agencies; commercialized medical and health insurance institutions; pharmaceutical manufacturing companies; public health-related charitable organizations; and other related social organizations. Only by coordinating the positive functions of various entities can we finally build a risk-sharing community. At the same time, this kind of community should also employ the humanized and emotional bonds of the traditional community from the perspective of social psychology with Chinese characteristics so that the ideal state of harmonious mentality order between doctors and patients can be achieved.

**Keywords:** risk society; doctor-patient community; doctor-patient relationship; doctor-patient social mentality; social psychology with Chinese characteristics

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