

# 医学伦理与医患关系中的 信任与可信任性

欧阳英林

**【摘要】**信任是在具体社会环境中,某互动方认为与另外一方之间存在着整合在一起的利益,并相信或者期待对方在将来有能力实现这样的利益,而可信任性是指自己实现别人期待的可能性。在现实生活中,维系信任与可信任性的更多的是依赖各种各样的正式和非正式的社会机制。医学伦理学作为非正式的社会规范,在调节医患互动上有一定积极作用,但是这种作用会被规范依存的社会环境、执行者和内部的矛盾等因素所削弱。

**【关键词】**信任 可信任性 社会规范

**【中图分类号】**C91 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1000-2952(2012)05-0137-04

## 一、问题的提出

医患诚信作为患者权利让渡契约的伦理基础,是医患经济利益调整的必然要求,体现了社会伦理公平正义和医学伦理。<sup>①</sup>为了恢复或者重建医患间良好诚信,大多数研究从伦理学角度,强调医学职业道德教育,建立医患与社会利益均衡体制,增强医务主体的道德修养和职业伦理自律,<sup>②</sup>或者强调医患关系模式的道德属性,进而构建一种诚信的医患关系模式,<sup>③</sup>或者在医疗诚信建设中,应结合中国诚信的自律自省和西方诚信的他律,<sup>④</sup>并构建以诚信为基础的医德、医风建设体系,促使医务人员遵守自律诚信的医德规范。<sup>⑤</sup>

但是,这些研究普遍没有详细界定信任和诚信两个概念,就将两者混为一谈(多数将诚信涂抹成信任),夸大伦理规范对医患之间信任与可信任性的调节作用。本文在明确定义信任与可信任性的基础上,详细说明现代社会中伦理规范在维持医患之间良好的信任与可信任性上作用有限。

在医疗行为所构成的非技术关系中,所谓患者对医生的信任,是指患者认为医方能够将患者的利益整合为医生自己的利益,并实现共同利益最大化。具体而言,患者对医生的信任意味着:1. 三方关系。信任是在具体医疗环境下就某个诊疗项目和具体医疗人员的信任,不

能将这种含义特定的信任泛化到其他对象和事情上。2. 认知过程。信任是对医生在特定条件下可信任程度的评估。患者评估医方如何按照自己的利益和患者的利益来选择自己的行为,而且这种评估又会影响到患者自己的选择。3. 风险。患者对医方的不恰当的信任会引起医方对患者的欺骗和背叛(比如过度医疗、医源性疾病和事故等),而且许多未知的因素也会意外冲击正常医疗服务,无法实现预定的医疗效果。<sup>⑥⑦</sup>

① 孙雯波:《论医患之间建立诚信关系的社会意义》,《医学与哲学》2005年第11期。

② 孙雯波:《论医患之间建立诚信关系的社会意义》,《医学与哲学》2005年第11期。

③ 李霁:“诚信与中国医患关系的重塑”,湖南师范大学博士学位论文(2004年)。

④ 游小留:《中西诚信伦理差异与和谐社会的医疗诚信建设》,《医学与哲学》2007年第8期。

⑤ 陈丽、兰迎春:《诚信教育与医德医风建设》,《中国医学伦理学》2005年第1期。

⑥ Hardin, R., *Trust and Trustworthiness*, New York: Russell Sage Foundation, 2002, pp. 4-20.

⑦ Cook K., Harding R., Levi M., *Cooperation without trust*, New York: Russell Sage Foundatin, 2005, pp. 5-32.

在医患互动中,医方的可信任性是指医生能认识到自己利益的实现,往往取决于实现别人对自己的信任的可能性或者能力。虽然这种内在品质的具体内涵和产生原因都难以直接观测,但它通常外显于医方在医疗合作中的选择行为,所以患者可以根据医生在合作中的表现来推测其可信任性。那么在患者看来,医方的可信任性也就等于医生实现患者的期待或者信任的可能性。同样,上述关于患者对医方的信任与可信任的定义,同样适用于描述医生对患者的信任与可信任性。如果双方确信对方能很好地实现自己对对方的期待,那么就形成很高的互相信任。从这个角度看,目前医患之间“诚信”的概念更接近于“可信任性”,因为两者都强调诚实可靠,赢得他人的信任。

大多数学术研究都关注信任,忽略了可信任性,或者混淆了信任与可信任性,而把可信任性理解成了信任。福山认为高度组织化的信任促进了欧美国家的经济发展,<sup>①</sup>而普特南认为信任能促进民主政治的运作,卢曼认为信任可以降低环境的复杂性。<sup>②</sup>虽然信任能促进有益的合作,但问题是,如果别人不能为当事人带来益处,或者当事人不能确认别人能否实现自己的利益,当事人就不会轻易授权给别人或者盲目听从别人的建议,信任本身不能降低环境的极端复杂性。各种激发信任的社会机制所激活的首先是可信任性,然后才是信任。所以,促进经济发展和民主政治的不是信任,而是可信任性,只有可信任性才是集体资源或者社会资本。

信任问题之所以复杂,原因往往就在于可信任性问题的复杂性。在现实生活中,很少人在处理日常生活中,会锱铢必较地计算与他人之间的共同利益,评估实现这些利益的风险,然后制定合适的合作策略,而是将自己的日常活动置于某种特定或一般的社会环境下,并将这种社会环境作为相互交往的共同分享的一种无法言明的背景知识。正是在这样的背景下,社会成员会借鉴一些社会机制来替代信任,降低合作中的风险。这些社会机制可以分为正式和非正式两大类,区别在于对合作中双方的义务权利关系是否有明确的规定,对违反这些机制是否会有明确的惩罚措施。非正式的社会机制,可以包括社会规范、社会资本、亲密的人际关系等,正式的社会机制则范围广阔,包括制度设计(比如市场监管、行业自我管理、法律制度等)、国家和政府(政府和国家的民主化水平和公平程度等)。本文只研究非正式的社会机制,即医疗方面的社会规范对调节医患之间信任与可信任性的作用。

## 二、医学伦理的具体内容

一般而言,道德是人们共同遵守的行为规范,优良

道德是与道德价值相符的道德,而伦理学是关于优良道德的科学,即关于优良道德的制定方法和制定过程以及实现途径的科学,<sup>③</sup>或者说,伦理学(道德哲学)是关于良好生活的基本问题,是关于什么是正确,什么是错误,是关于有无以及如何确认判断正误客观标准的问题。<sup>④</sup>具体而言,医学伦理学是关于优良的医学道德的科学,或者说是从事医学实践的执业人员应该共同遵守的行为规范。医学伦理学基本原则反映某一医学发展阶段及特定社会背景中的医学道德的基本精神,是调节各种医学道德关系所必须遵循的根本准则和最高要求,具体包括:<sup>⑤⑥</sup>

第一,尊重原则。人格权是人生而享有的权利,包括生命权、健康权、隐私权等。患者的人格权是尊重原则得以处理的基础。尊重原则首先强调医务人员尊重患者及其家属的独立平等的人格与尊严,同时还要尊重患者的利益、隐私等。

第二,自主原则。自主是指思想、言论以及行为都按照自己的意愿而不受他人外在的限制和胁迫,也即反对将人工具化。尊重自主原则是指尊重一个有自主能力的个体所做出的自主的选择,承认该个体拥有基于个人信念而持有看法、做出选择并采取行动的权利。在医疗活动中,自主原则是指病人有独立自主的决定权。换句话说,医疗人员应该尊重病人的自主性,保证病人自己做主、理性的选择诊疗决策的伦理原则。

第三,有利无伤原则。任何人没有义务去造福他人,但绝对有责任不伤害他人。有利无伤原则是指医疗人员应该维持自己应有的医学知识和技术,谨慎地从事医疗实践并达到应有的标准,同时避免让患者承担任何不当的、受伤害的风险。有利无伤原则并不是为了消除任何医疗伤害,而是强调为病人高度负责、保护病人健康和生命的观念。

第四,公正原则。公正可以指在出现互相冲突的主张或诉求时,应该以公正的基础来执行裁量的道德义务。公正通常包括形式公正(同样的人享有同样的待

① 福山:《信任——社会美德与创造经济繁荣》,彭志华译,海南出版社2001年版,第29~31页。

② 尼古拉斯·卢曼:《信任——一个社会复杂性的简化机制》,瞿铁鹏、李强译,上海世纪出版集团2005年版,第3~35页。

③ 王海明:《新伦理学》,商务印书馆2008年版,第1~8、330~358页。

④ Barbara MacKinnon:《伦理学:原理及当代论争》(影印版),北京大学出版社2001年版,第1~11页。

⑤ 王旭明:《医患关系学》,科学出版社2008年版,第39~45页。

⑥ 孙福川、丘祥兴:《医学伦理学》,人民卫生出版社2008年版,第1~25页。

遇，不同的人的待遇应该不同)和内容公正(负担和收益应该按照人的地位、能力、贡献和需要等分配或承担)两个主要内容。在医疗活动中，公平原则要求同样有医疗需求及同等社会贡献和条件的患者，应该得到同样的医疗待遇，不同的患者应该得到的医疗待遇要有差别，同时要求人人享有绝对公正的基本医疗保健。

### 三、医学伦理与医患间的信任与可信任性

医学伦理的基本原则主要强调对患者的保护，比如尊重原则强调尊重患者的各种人格权，自主原则尊重患者理性决策的权利，有利无伤原则强调医学的保守或者对患者负责任等，或者从利益整合的角度看，这些原则总体上看保护了患者在医疗过程中的切身利益，维持了医方(医疗人员)在患者面前的可信任性，从而促使患者对医方的信任。但是红包现象、过度医疗等现象的泛滥，表明医学伦理在调节医患关系上的不成功，其主要原因可能是：

(一)规范依存的社会基础。在现代社会中，信任之所以如此重要，部分因为现代社会中通过互惠互利的行为而建立起来的社会网络越来越重要。在传统社会中，个体生活在狭小而孤立的社区中，高度依赖家庭、族群和社区等生来依存的群体，而调解和维持社会关系往往是群体成员们共同遵守的社会规范。在狭小封闭的社区里的人际关系稠密，信息交流非常容易，因而社会成员之间的监视和惩罚都相对容易，所以规范能有效约束成员的行为。但是现代社会的微观基础是通过各类交换性互动而形成的关系网络：这些大小不一的网络彼此镶嵌，具有一定开放性，有利于社会成员进入这些网络，也有利于各类实质和非实质性资源(包括个人历史等信息)在大范围的自由流动，所以社会成员往往得在风险条件下维持自身的诚实可靠，并同时尝试信任他人，从而建立良好的合作关系。但是在这样的网络中，社会成员的不良信誉、恶劣的作为都有可能无法在大范围的网络中传播。<sup>①</sup>

我国目前实行的三级医疗体制，即一级社区卫生机构(例如北京市房山区良乡西潞路社区卫生中心)、二级县区医院(例如良乡医院)和三级医院(例如宣武区友谊医院)。访谈资料表明，一级卫生机构主要负责当地社区卫生保健和常见简单基本的防治工作，日门诊量较小。二级医院，比如良乡医院，承担着当地主要的医疗服务工作，年门诊量高达50万人次，平均3~4分钟处理一个患者。在一级社区卫生中心，比如西潞路社区卫生中心，医疗人员和当地社区居民关系密切，彼此容易了解和监管，所以医疗伦理方面的规范容易运作。相反，在人员

流动量较大的良乡医院，医疗人员和患者之间的关系网络缺乏足够的融合，个别医疗人员偶尔的“失范行为”并不容易为患者和其他社会成员了解，也难以被付诸媒体，所以医疗卫生行业的规范难以约束医疗人员。

(二)规范的执行者。在《中华人民共和国医务人员医德规范及实施办法》(1988年，以下简称《规范》)中，卫生部要求：各医疗单位将医德教育和医德医风建设作为评价标准；医德教育应以正面教育为主，要实行医院新成员的上岗前教育；各医疗单位都应建立医德考核与评价制度，建立医德考核档案；医德考核与评价方法可分为自我评价、社会评价、科室考核和上级考核；对医务人员医德考核结果，要作为应聘、提薪、晋升以及评选先进工作者的首要条件，并实行奖优罚劣；本规范适用于全国各级各类医院、诊所的医务人员，包括医生、护士、医技科室人员，管理人员和工勤人员也要参照本规范的精神执行。事实上，真正执行医德规范的主体恰恰就是医疗单位自身，即规范所明确提及的“各医疗单位”或者“全国各级各类医院、诊所。”

在诊疗活动中，医疗机构可信任性首先体现在医疗机构及其医疗人员有能力完成政府和患者(委托方)的委托，即有能力及时准确地诊断和治疗患者的疾病，其次才涉及到医疗成本等问题；比较而言，执行医学伦理的基本原则，比如诚实公平地为患者提供必需的医疗服务等，是较为次要的问题。现代医疗机构的组织特征和外部环境已经或多或少地破坏了医德规范所强调的公平和诚信等原则。

首先，在现代社会中，医疗行为本身具有高度的协同性和系统性，比如日益细致的医学分工、新的材料层出不穷、治疗服务各个环节的密切配合，所以医疗卫生行业的行为准则关注的不是医疗人员的个体行为，而是医疗机构的组织行为。换句话说，医疗行业的各类行为规范和规章制度，多是为了满足服务患者的各项实际需求，保护他们在医疗过程中的切身利益，而不再拘泥于医疗服务自身的道德或者伦理属性。

其次，现代医疗机构多数是科层制的机构。医疗机构的建构、运作等都服从一定的目的，每个科层都有各自的职能、权力和利益，对现代医疗机构而言，在理性的基础上追求利益的最大化才是主要目的，所以科层制容易稀释医学伦理规范仅有的约束力。实际上医疗行为是医疗机构各部门合作行为，那么过度医疗也是各部门

<sup>①</sup> Blau, Peter M., "Reflections on a Career As a Theorist", pp. 345 - 57, *New Directions in Contemporary Sociological Theory*, edited by Joseph Berger and Morris Zelditch Jr. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 2002.

集体行为,所以医疗机构整体上不仅执行了过度医疗的执行,还会努力掩盖自己的不当行为。医疗伦理固然可以约束医疗机构的日常行为,比如吊销违背医疗伦理的医疗人员的执业资格,从而有效保障医疗行业整体在社会环境中的利益。但过度医疗在医疗行业的泛滥,就说明规范本身无法有效约束医疗行业的职业行为。<sup>①</sup>

### (三) 规范体系内部的矛盾

现代社会中的社会关系和人际互动异常复杂,所以整个社会系统不得不发展出高度复杂甚至内部彼此矛盾的规范体系,但这同时也将弱化规范的约束力。在我国目前调节医患关系的规范中,比较有代表性的是《中华人民共和国医学生誓词》(1991年,以下简称《誓词》),誓词包括:“我志愿献身医学,热爱祖国,忠于人民,恪守医德,尊师守纪,刻苦钻研,孜孜不倦,精益求精,全面发展。我决心竭尽全力,除人类之病痛,助健康之完美,维护医术的圣洁和荣誉,救死扶伤,不辞艰辛,执着追求,为祖国的医药卫生事业的发展和人类的身心健康奋斗终生。”

但在全世界都遵守的《日内瓦宣言》(2006年版本)中,则规定:“当我成为医学界的一员:我郑重地保证自己要奉献一切为人类服务。我将会给予我的师长应有的尊敬和感谢。我将会凭着我的良心和尊严从事我的职业。我的患者的健康应是最先考虑的。我将尊重所寄托给我的秘密,即使是在患者死去之后。我将会尽我的全部力量,维护医学的荣誉和高尚的传统。我的同僚将会是我的兄弟姐妹。我将不容许年龄、疾病或残疾、信仰、民族、性别、国籍、政见、人种、性取向、社会地位或其他因素的考虑介于我的职责和我的患者之间。我将会保持对人类生命的最大尊重。我将不会用我的医学知识去违反人权和公民自由,即使受到威胁。我郑重地做出这些承诺,自主地和以我的人格保证。”

比较而言,《誓词》糅合了许多与医疗无关的内容,

比如“热爱祖国,忠于人民”等文字。在这样的誓言下,当政治利益、法律规制、经济利益和职业规范之间冲突时,医疗人员就无法协调多方利益,难以处理好患者的利益,从根本上削弱了誓词的约束力。另外,在《规范》中也有类似的描述,即“救死扶伤,实行社会主义的人道主义。时刻为患者着想,千方百计为患者解除病痛”、“廉洁奉公,自觉遵纪守法,不以医谋私。”相反,在《日内瓦宣言》中,医生作为一种职业只为患者的健康负责,最大限度地尊重生命本身,不用自己的知识伤害人权和公民自由,并为人类奉献一切,具有较大的约束力。<sup>②</sup>

## 四、结论

本文借鉴了一套关于信任与可信任性的理论体系,并用来处理医学伦理在建立良好医患互信关系上的作用。虽然医学伦理有助于克服在医疗行业中的一些不良现象,比如过度医疗、红包现象等,但过度依赖社会规范来约束现代医疗机构的职业行为,显然存在诸多问题。相反,为维持良好的医患互信,更多的应当依赖完善的正式的社会机制,比如法律法制、医疗保险等,而不是仅从道德上要求医疗人员。

本文作者:成都社会科学院助理研究员、中国社会科学院研究生院社会学系2011届博士  
责任编辑:马光

- ① Cook, Karen S., "Networks, Norms, and Trust: The Social Psychology of Social Capital 2004 Cooley Mead Award Address", *Social Psychology Quarterly* 68, 2005, pp. 4-14.
- ② Hardin, R., *Trust and Trustworthiness*, New York: Russell Sage Foundation, 2002, pp. 4-20.

## Medical Ethics and Trust & Trustworthiness in the Relationship Between Physicians and Patients

Ouyang Yinglin

**Abstract:** this article holds the concept of trust means that one party assumes the encapsulated interests with other party, and even expects others to fulfill these interests in the concrete social context; while trustworthiness means a possibility that one party realizes others' expectations. In modern society, sustaining trust and trustworthiness are more dependent on kinds of official and non-official social mechanisms. Medical ethics, one form of non-official social norms, really has positive role in the adjustment of physician-patient mutual reactions, but its role might be greatly reduced or destroyed by the social contexts, the performers and the contradictions inside.

**Key words:** trust; trustworthiness; medical norms