

社会转型背景下医患关系伦理失范的原因探析

黄金链

暨南大学马克思主义学院 广州 510632

摘要: 社会转型背景下, 医患关系由传统道德型关系向权利型关系转变。医患关系中的人也不断异化与模糊, 使医患双方陷入“双输”状况, 从而使权利遭遇道德的诘难。医患关系伦理失范的原因有大基数人口与医疗制度的矛盾、经济社会异化与医患利益矛盾、商品化交换思维的渗透、传统文化的影响等。

关键词: 医患关系; 伦理失范

医疗关涉人民生命健康, 医患关系构成人与人关系的重要维度。近年来医患矛盾愈演愈烈, 成为社会中的焦点难题, 具体表现为医患冲突频发, 医患纠纷形式多样化, 医患双方出现伦理失范等。直至新冠疫情爆发, 医患关系呈现出高度的命运与共, 同心共进的特征。但医患关系的矛盾能否通过此次疫情得到解决? 要解答这个问题, 必须从根本上去探析为什么当代医患关系会呈现这样的矛盾。

一、社会转型背景下的医患关系转型

随着中国社会由传统社会向现代社会转型, 尤其是市场经济发展的要求与推动, 把人的权利与责任还给人成为现代社会人的主体性发展的要求。医患关系是人与人关系的重要维度, 也经历由传统道德型关系向权利型关系的转型。

首先, 传统医患关系是以道德为主导的医患关系。传统道德型关系中的医生与患者之间并无法律意义上权利与义务关系的约束。因此, 一方面, 医生在治病救人方面有更大的自主性与选择性, 尤其是具有社会声望的医生可以制定基于自身处世原则与情感爱好的治病规矩。例如, 古代名医扁鹊有着著名的“六不治”, 老左有“三不治”等。所以, 医生能够治病救人是其具有医疗技术和崇高的道德品质使然。可以说, 医生的权威来源于道德和医疗技术, 而道德在其中发挥着关键作用。另外一方面, 对于患者来说, 医疗技术具有高度专业性, 普通百姓难以掌握; 加之, 医生对患者没有规定的诊疗义务。因而, 诊疗的决定权往往掌握在医生手中。在以道德为主导的医患关系中, 医生往往被社会大众加上了诸如“善人”一类的道德身份, 被赞扬和要求具有“医者仁心”的道德品质, 这样的道德身份与要求又反过来成为医生必备的要素。

其次, 医患关系由传统道德型关系转向权利型关系。

从权利规定的角度看, 医患关系中的双方都被赋予了各自基于主体独立性的权利与责任, 医生需要肩负起其职业身份与岗位具有的诊疗权利与责任, 患者也需要对自身的生命健康负起第一责任人的角色, 并在诊疗过程中的作出决策。另外, 现代医学形成后, 拥有医疗患者能力和承担医疗职责的不再局限于医生, 而是整个医护群体。随着医科科学的深化建设, 医护人员的成长得到专业化系统化的锻炼与培养, 医疗器械也不断进步, 医生对疾病的诊断与治疗有了质的提升。那么, 医护群体在拥有道德权威的基础上更增添了专业权威。相应地, 在承担除道德义务以外, 医护群体也被赋予了岗位职责。对于患者而言, 医学科学与技术的进步亦提供了选择空间, 信息技术的发展一定程度上也消除了医学专业壁垒。加之, 社会大众的主体意识不断提升, 自我选择意识和选择权利同步增强。因此, 传统道德型关系势必要转向权利型关系。

二、权利型医患关系中的人与道德

医患权利型关系的医患双方都被赋予了基于主体独立性的权利与责任, 看似改变了医患双方传统的交往方式, 但这并不意味着医患双方都能处于更有利的境况, 甚至使医患双方丢失了传统道德型关系中的人文关怀, 陷入相互倾轧的“双输”境地。

首先, 以权利为单一向导的权利型医患关系不能保证医疗最优化。患者而对于具体的医护人员和患者来说, “医”与“患”都是抽象的群体代名词。活在抽象名词之下的他们, 是具体的具有个性的人。这就意味着具体的“医”和“患”双方建立的医患关系是不确定的, 短暂的, 动态的, 不同层次性的。而不同疾病和不同程度的同一疾病会形成不同期限和类型的医患关系, 不同患者自身的综合素质与医护之间的不对称性也会形成不同的医患关系。如此一来, 权利型医患关系不可避免地面

面临着沟通障碍。即由于各自知识技术背景的不对称性,医生的职业用语与患者的日常用语交流容易带来对话偏差。而最终的医疗决定须医患双方共同决定,但患者缺乏专业医学知识,并且对采取何种医疗方案后的生理感受与产生的效果都是不确定的和未体验过的。因此,患者不一定能够作出更好的更有利于自身的医疗决定。

其次,以权利为单一向导的权利型医患关系面临道德的诘难。医患对彼此的情绪既无刚性的理解与共情要求,也由于主体自身的差异,双方均难以理解和感同身受。一方面,医生难以理解与共情患者。医生必须以冷静的心境对患者进行诊断判决,而长期接触形形色色的患者和病症,医生已经形成情绪免疫能力。这样一来,医生则容易无视或不能正确理解患者的情绪,反而要求患者尽快了解冷冰冰的医疗知识以便作出诊疗选择。如此,医患之间反而缺乏了道德型医患关系中的人文关怀,使医生和权利都成为道德责难的对象。另一方面,患者难以理解和共情医生。《中国医师执业状况白皮书》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。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”^[1]。正如《中国医生》导演张建真所说:“没有任何一个国家能像我们中国的医生这样自我牺牲,甚至将这种牺牲内化成了某种‘本能’。”医护人员作为真实的完整的人来说,他们也都是如社会大众一样的普通人,他们也都有工作、生活的两个维度。而工作以外的维度是构成他们作为完整的立体的人之重要所在。因此,如果只以道德的视角将医护变成道德人,那么无疑是对医护人员生活和生活的压榨。同时,患者的道德责任往往被轻视。医患关系中,由于患者处于相对弱势地位,社会及医护方往往强调医护人员的道德责任,那么,患者的道德责任就相对弱化,甚至被忽视。因此,在医疗过程中,一旦产生医患矛盾,医护人员则往往成为道德诘难的对象,而患者的道德责任却没有得到应有的反思。

三、医患关系伦理失范的根源

透过医患矛盾现象,医患关系伦理失范的原因有大基数人口与医疗制度的矛盾、经济社会异化与医患利益矛盾、商品化交换思维的渗透、传统文化的影响等原因。

(一) 大基数人口与医疗制度的矛盾

随着经济体制的转变,公立医院在市场化运作的同时亦建立了医保制度、医药分离制度以及相对明确的医

患权责制度。同时,较为充足的医疗服务资源都确保了医患矛盾能够在制度框架内进行处理。但问题在于:首先,当前各项医疗制度仍不健全,因而在市场化运作方式上,出现了主要依靠向就诊群众收费维持运转和发展的状况,从而导致公立医疗机构趋利行为越来越严重,医护职业道德建设薄弱化,医疗资源愈发浪费,患者经济负担越来越重等状况。其次,市场经济的资源配置导向中,优质的医疗资源主要分布在一、二线城市,卫生服务呈现不平衡性,增加了百姓看病难的问题,也导致了医生群体忙闲不均。由此也导致了三甲医院医生由于出诊任务越大和科研任务重等带来的精神和工作双重巨大压力。这样的工作状态是诱发诊疗服务态度下降,进而激发医患矛盾发生的重要原因。再次,巨大的病患流量涌向有限的优质医院的直接导致“看病难”问题成为困扰医患双方的难题,进而“黄牛”倒卖专家号的产业链也随之衍生。那么,在医疗产业链中,“黄牛”成为医疗产业的最大赢家,而医护人员的利益所得反而处于医疗产业链中的底端,而患者的就诊问题依然没有解决,医患双方仍然处于紧张的矛盾关系中。最后,当医患矛盾出现时,推进医疗纠纷的处理和判定的制度尚不够透明化。显然,医疗制度的推进无法一蹴而就,医护人员和患者双方在当前医疗制度运转体系之中,都有处于弱势的一面,最终陷入“双输”状态,并且有可能出现恶性循环。

(二) 经济社会异化与医患利益矛盾

医患利益矛盾,一方面催生出由患者方主导的“医闹”。医患矛盾发生后,无论医患双方对错如何,医院常常选择通过致歉赔款的方式息事宁人。这样就容易造成医闹越厉害,赔得越多的错解。如同马克思指出的那样,“一旦有适当的利润,资本就胆大起来。如果有10%的利润,它就保证到处被使用;有20%的利润,它就活跃起来;有50%的利润,它就铤而走险;为了100%的利润,它就敢践踏一切人间法律;有300%的利润,它就敢犯任何罪行,甚至冒绞首的危险。如果动乱和纷争能带来利润,它就会鼓励动乱和纷争。走私和贩卖奴隶就是证明。”^[2]由此,催生了一个新的行业——“医闹”。“医闹”通常打着病人亲朋戚友的幌子专门组织、策划并怂恿家属采用各种恶劣手段闹事,如组织人披麻戴孝,在医院设灵堂、摆花圈等活动以妨碍医院正常秩序,甚至伤害医务人员扩大事件的社会恶性影响。“医闹”正是以这样的违法犯罪行为为代价要求与院方谈判并获得经济赔偿的目的。其中,“医闹”的专职人员则从中抽取非法

提成和酬劳。显然,“医闹”演变成榨取医方经济利益的非法手段,已经背离了以解决医患矛盾的初衷,这就使得原本就紧张的医患关系雪上加霜。

另一方面,亦出现了医护群体收授高额法外利润的现象。医护群体在医疗产业链中获得的经济利益往往处于底端,然而医护人员工作内容与环境却是高危高压的。这样不平衡的付出与收获,就容易导致医护群体通过各种方式获取法外利润,包括接受患方的“红包”,或给患者开毫无必要的检查和昂贵药品等情况。这样一来,容易直接导致医患利益纠纷事件的产生,也会瓦解医护的职业光环以及社会公众的尊重和仰望。如此,良好的医患关系难以走向良性循环。

(三) 商品交换思维的渗透

市场经济背景下,医患关系也存在消费关系,医患双方都免不了等价交换思维的影响。从患者角度看,花钱治病是购买医疗服务商品;从医方角度看,诊治患者是“拿钱办事”。然而,医疗事业自其诞生以来就伴随着奉献性,若只以交换关系衡量医患关系,以商品交换关系或消费关系替换原本具有人文情怀的医患关系,就会产生“只见物,不见人”的现象,导致医疗关系中人文关怀的缺失。而人文关怀的缺失是导致医患矛盾恶化和普遍化的重要原因,因此不少有学者指出“医患关系并非消费关系”,社会大众也期望在医患关系中有更充分的人文关怀。但事实上,这样的呼吁和期望也未能最终扭转医患关系越趋商业化的趋势。一方面是医学界也还没有对医患关系的“去商业化”达成完全的共识;另一方面,在医疗机构和医护人员的实际操作以及患者消费的商业模式中,商品交换思维越发根深蒂固,越发反过来巩固了这种消费关系,医患双方愈发接受了这种关系定位。尽管双方对医患关系具有美好的愿景,但事实与理想总存在偏差,或许“重要的不是对于理想未来的美好憧憬,而是解决那些会阻碍这种理想实现的现实矛盾”,即依靠现实矛盾的解决来促进医患关系的优良化。

(四) 传统文化的影响

传统文化在深层次上影响人们的思想与思维惯性。首先神化人的思维取向。医护人员由于自古以来有着救死扶伤的崇高品德,主流舆论也应当对医护职业进行赞美,诸如“最美医护”的评选活动初衷在于对医护人员的肯定和嘉奖,但在把人神化的这种思维取向中容易变成神化医务人员的活动。若把医护人员神化,却忽视了医护人员也是现实的个人的事实,就会忽视作为现实的个人在道德品格上也有层次区别,也有道德品格逐渐提升的过程,除却道德维度也有物质利益的需求维度。必须承认医护角色是医护人员重要的使命与责任,但绝不是生命和生活的全部,否则就是不现实的。那么,将医护人员神化后,一旦真实接触到真实的不同的医护人员,便会发现理想与现实的落差,不免产生失落、抱怨之意。同样,以超高的道德准则要求医护人员过度无私奉献,并使之成为评价医护的道德准则,一方面是不现实的,另一方面则是将道德责任向医护群体转移,反而轻视了患方的道德要求与责任。其次,对金钱与死亡难以正视。患者花钱就诊往往暗含了医生通过现代先进医疗技术能够把人治好的设定。一旦出现医疗效果与设定不同,则表现为认为医方耗尽了患者所有钱财,却没有达到治疗应有的效果。在这样的思想逻辑下,患者成为绝对的弱者,容易将钱财与疾病未治愈的责任单方面归之于医方。无疑,生老病死是自然规律,疾病导致的死亡无法避免,即使在当前的医疗条件下,也无法绝对避免疾病带来的死亡。但在对钱财和死亡的错误认知下,医患矛盾也无法避免。

参考文献:

- [1]中国医师协会:中国医师执业状况白皮书[EB/OL].
<http://www.cmda.net/rdxw2/11526.jhtml>,2018-01-10/ 2022-03-01.
- [2]马克思,恩格斯:马克思恩格斯文集,第5卷[M].北京:人民出版社,2009:871.
- [3][英]特里·伊格尔顿.马克思为什么是对的[M].李扬,任文科,郑义译.北京:新星出版社,2011:73.