

第一编 认识医患关系

第一章 医患关系概说

自从有了人类社会，就出现了医疗行为，而有了医疗行为，就必然产生医患关系。古代医学产生以来，人们就从来没停止过对医患关系问题的思考，医患关系始终是生命伦理学的核心问题和现实存在。西方著名的医学史家西格里斯曾经指出，“每一种医学行动始终涉及两类人：医生和患者，或者更广泛地说，医学团体和社会，医学无非是这两类人多方面的关系”，他明确指出了医患关系在医学中的重要地位。今天，医患关系越来越成为一种重要的人际关系与社会关系被昭显到亮处，受到人们的广泛关注。妥善处理医方与患方之间发生的各种问题，成为医疗机构日常工作中必须面对的重要工作，也是每一位医务工作者需要具备的基本素质。

一、医患关系概念解读

(一) 医患关系的含义

20世纪90年代以来，医患关系一直是我国医学与社会学界研究的热门话题，学者们从多个视角对医患关系这一概念做出阐释，

例如：“医患关系实际上应该是指以医生为主体的人群与以‘求医者’为中心的人群之间的关系”，“医患关系就是医方与患方之间的关系，是医治者为消除患者疾病，促进健康的目的而建立起来的一种特殊人际关系”，“医患关系是以医务人员为一方，以患者及家属为一方在诊断、治疗，护理过程中结成的人际关系”，等等。^①随着研究的逐渐深入，越来越多的学者提出医患关系有广义与狭义之分，从两个维度对医患关系的内涵进行解读。本书也持相同的观点，认为狭义的医患关系特指医生与患者之间在诊疗过程中发生的各种关系，这是医患关系最基本的内涵，也是传统的医患关系。广义的医患关系是指以医务人员（医生、护士、医技人员）为主体的群体与以患者为中心的群体之间所建立起来的人际关系，其中的“医”不仅指医生，还包括护士、医技人员、医院管理人员和后勤服务人员等群体；“患”不仅指患者，还包括与患者相关联的家属或监护人、单位代表人等群体，这也是近现代所指的医患关系。

“狭义”与“广义”说能够更全面、准确地揭示现代医患关系的内涵。因为，尽管医生与患者作为最主要的参与者，但是与古代医患关系中医生作为个体存在相比，现代医患关系中医生是医疗机构的代表，严格意义上的医方主体是医疗机构而非医生本人，而且代表医疗机构与患者发生关系的不限于医生，还包括护士、医技人员，甚至包括管理人员和后勤服务人员。从患方角度看，有权代表患者与医疗机构发生关系的，除了患者本人，还包括其家人、亲属、监护人或单位等。“狭义”与“广义”说已经成为学术界从一般意义上对医患关系概念进行解读的通说。

（二）医患关系的基本类型

根据内容的不同以及与诊疗行为的实施是否存在直接联系，医患关系一般被分为医患技术关系和医患非技术关系。

^① 曹永福. 医患关系的伦理和法律属性比较研究 [J]. 医学伦理学, 2001 (1): 6 - 7.

1. 医患技术关系

医患技术关系是指医务人员和患者在确定、实施医疗方案与医疗措施的过程中建立起来的行为关系。例如，医生询问患者既往病史，进行量体温、测血压、号脉搏等活动，患者予以积极配合；医生与患者共同商讨具体的治疗方案；护理人员根据医嘱给患者打针、吃药，等等。医患技术关系是医务人员与患者之间发生和维持各种关系的前提和基础，在很大程度上体现了医患双方在医疗活动中所处地位和扮演角色的不同。1976年，美国学者萨斯（Thomsas Szasz）和霍伦德（Mare Hollender）在《医学道德问题》杂志上发表《医患关系的基本模式》一文，依据诊疗过程中医生与患者各自的地位以及主动性大小，将医患关系分为三种模式：

（1）主动－被动型。这是一种古老的医患关系模式，在目前仍被人们所接受。这种模式的特点是，在医疗活动中医患双方之间不是双向作用，而是医生单向地对患者发生作用，医务人员处于完全主动地位，患者处于完全被动地位。医生根据患者的病情，运用所学专业知识与技能对患者的病情做出职业判断，决定采取何种具体的诊疗措施和手段；患者严格遵守医嘱，被动地接受这些措施与手段。这种模式的医患关系类似于父母与幼年子女之间的关系，有利于充分发挥医务人员的积极作用，却忽视了患者的主观能动性及个人意愿，对于具有自主能力的患者不仅会影响诊疗效果，同时也不利于患者自主性权利的实现。在今天，这种医患关系主要见于患者在昏迷、休克、严重精神病、严重智力低下以及婴幼儿等难以表达个人意志的状况之下。

（2）指导－合作型。这是现代社会最广泛存在的一种医患关系模式。这种模式的特点是，医患关系是一种弱双向关系，医患双方在医疗活动中的地位都是主动的，但是双方地位并不完全平等，仍以医务人员为主，医生有权威性，充当指导者，患者可以述说病情、反馈治疗效果信息、提出要求和建议，但患者的行为必须以配合医生、执行医生的意志为前提。这种模式广泛地适用于大多数患者，能够较好地发挥医患双方的积极性、主动性，有利于提高诊疗

水平、达到较好的诊疗效果，并有助于及时地纠正医疗过错。该模式在主动-被动型模式的基础上前进了一大步，是目前我国医学界大力实施的医患关系模式。

(3) 共同参与型。这种模式是指在医疗活动中，医务人员和患者都具有近似同等的权利和地位，患者不仅要与医生合作、配合医生实施诊治，而且还可以提出自己的意见与看法，与医务人员共同制订具体的医疗方案。在这种模式中，医患之间的作用是双向的，改变了患者一味被动接受救治的局面，有利于在诊疗方法和效果方面达到双方满意，增进医患之间的了解，促进和谐医患关系的建立。但是，由于医患双方医学专业知识水平存在明显差距，大多数患者不太适合这种医患关系模式。目前该模式主要适用于慢性病患者或者早期癌症患者，而且往往需要患者具备一定的医学知识。

萨斯 (Thomsas Szasz) 和霍伦德 (Mare Hollender) 提出的以上三种医患关系模式，在特定的范围内是正确的、有效的，对于科学认识地区医患关系特征、把握医患关系中存在的问题，具有重要意义。

在我国，有的学者把医患关系分为权威模式、协作模式和消费模式，贴切地反映了我国医疗工作与医患关系的实际。权威模式相当于萨斯霍伦德模式中的前两种情形：医生具有较大的权威，可以根据患者的病情自主进行职业判断，采取相应的治疗措施，患者只是配合医生，被动地接受治疗。由于传统医学模式的影响，以及患者医学专业知识的匮乏，时至今日，权威模式仍然是我国最为广泛存在的一种医患关系模式。协作模式近似于萨斯霍伦德模式中的第三种情形：在诊疗过程中，医患双方地位平等，互相配合与协作，共同探讨病情，一起确定治疗措施，并且在治疗过程中双方密切沟通，及时调整与完善治疗方案。消费模式似乎是我国特有的一种现象，主要发生在享受公费医疗待遇的部分领导干部或者某些一夜暴富的有钱人身上。他们不是根据病情需要接受治疗以及享受相应的医疗服务，而是把到医院看病当成一种消费形式，大肆挥霍所掌握的权力与金钱，从而造成医疗资源的极大浪费。

2. 医患非技术关系

医患非技术关系是指在整个医疗过程中，由于医患双方受到社会、心理、经济等因素的影响，所形成的道德关系、法律关系、经济关系、价值关系、文化关系等。通常说的服务态度、医疗作风、人文精神就属于医患关系的非技术方面。

(1) 医患道德关系。医患关系首先是一种道德关系。医疗卫生工作以救死扶伤、防病治病为宗旨，必然要求医务人员遵守以人为本、忠于职守、平等待患、精益求精等道德原则与规范。医疗工作具有很强的专业性，医患双方信息严重不对称，要求医务人员必须高度忠实于患者的信赖与托付，最大限度地践行治病救人原则与维护患者权益。而且，医务人员对患者实施诊疗的效果如何，不仅取决于医务人员的专业技术水平，更取决于医务人员的职业道德操守与医学人文素养。就患者而言，尊重医务人员的辛勤劳动，自觉维护正常的医疗秩序，积极配合医务人员的诊断与治疗，不论在道义上还是法律上，都是一项基本的义务。

(2) 医患法律关系。现代社会，世界各国几乎无一例外地运用法律调整医患关系，越来越多的医疗活动被纳入法律规定的范围之中，从而决定了医患关系的法律属性。在医疗活动中，患者寻求医疗帮助与医务人员提供医疗服务应该依照法律规定进行。当因为医务人员的行为不当侵害了患者的正当权益时，患者可以依法要求追究当事人的相关责任，获得相应的赔偿。此外，患者在就医过程中也应该遵守法律规定，受到法律的约束，那些扰乱医疗秩序、损坏医院公私财产、威胁医务人员人身安全的行为理应受到法律的惩处。

(3) 医患经济关系。这是指在患者就医过程中，医患双方为实现各自的正当利益，发生经济往来，从而形成的一种人际关系。其中，医务人员付出体力与脑力劳动，为患者提供医疗服务，应该获得合理的劳动报酬；患者接受医务人员提供的医疗服务与帮助，使病痛得以解除，身体得到康复，实现了健康利益，应该支付必要的医疗费用。

(4) 医患价值关系。在医疗活动中，医患双方从各自的角度实现了自身的价值。对医务人员来说，通过运用医学知识和技能为患者提供医疗服务，除了获取应有的报酬外，还维护了患者的生命健康权，完成了患者“健康所系、性命相托”的神圣使命，从而得到患者与社会的尊重与认可，使自身价值得到体现。作为患者，经过医务人员的医疗帮助，疾病得以痊愈，身体恢复健康，可以重新为社会与他人做出贡献，同样也实现了个人价值。

(5) 医患文化关系。在医疗活动中的医务人员与患者，都是在一定文化中存在的个体，医患之间的关系也必然是一种文化关系。医务人员的价值理念、服务态度、服务方式与方法都体现了某种文化的要求与特征。例如，“一切为了患者”就是一种积极的科学的医院文化，符合医疗卫生事业发展的需要。患者对医务人员的理解、尊重与宽容，对疾病乐观豁达的态度，也折射出自身积极向上的价值观与文化观。实现医患关系的和谐，文化关系的建构是不可或缺的一个重要方面。

医患之间的非技术关系，是医患关系中最基本、最重要的方面。作为医患关系主导者的医务人员，应该对建构和谐的医患关系承担主要责任。患者对医务人员、医院是否满意，主要不在于医生诊断与治疗处置的优劣，而常常是看医务人员是否耐心，是否认真，是否抱着深切的同情，是否尽了最大的努力。尤其在现代社会，心理、社会因素在疾病产生与发展中所起的作用越来越大，医学模式演变为“生物－心理－社会模式”，医务人员耐心倾听患者的诉说，在更加广泛的心理、社会方面给患者以帮助与关心，显得尤为重要。

二、医患关系的性质

医患关系是一种人际关系，也是一种历史关系，在社会发展的不同历史时期，这种关系所呈现的性质与特征不尽相同。从最初服务于氏族与部落的巫医，到具有独立行医能力的个体职业者，再到失去部分独立性、承担着重要社会功能的职业群体，医生和患者之

间的关系始终处在不断变动的状态中。基于这种变动，人们对医患关系的性质见仁见智，做出不同的解释。目前，在理论界最具有影响的主要有三种观点：第一种是传统的合作关系；第二种是以信任托付为基础的契约关系；第三种是买卖服务关系，认为患者是医疗服务的消费者，医务人员是医疗服务的供给者，患者的消费需求通过医务人员的有偿服务得以实现。

(一) 传统的合作关系

传统的合作关系指以对抗疾病为目标的亲密合作关系。这种对医患关系的认知历史悠久，由于比较符合医者救死扶伤的天职，因此最容易被大众所接受。根据这种观点，医生与患者之间是亲密合作的伙伴关系，其共同的敌人是疾病，快速有效地战胜病魔、实现患者康复是医患双方共同努力的目标。

维系亲密合作的医患关系，主要依靠伦理、道德的约束作用，医患双方也有各自需要遵守的道德要求和行为准则。对于医务工作者来说，应该视治病救人为天职，自从他们步入医学院校的那一刻，就肩负起挽救生命、消除病痛、恢复与促进健康的神圣使命，其后所接受的长时间的专业知识训练、临床经验积累也是为了能够更好地实现这一目标。因而，医务人员应该具备较高的职业道德素养，重视医生的道德品质要求一直是医学的传统。在我国，“医者仁心”“医乃仁术”一直是传统医学的基本命题，历朝历代的医者依靠医学伦理道德规范自己的行为，名垂青史的大医、名医更是践行医学伦理道德的典范。在西方国家，医务人员源于宗教角色的转化与职业化，具有宗教教义色彩的医德规范得到每一个从业者的高度认同。正如 1969 年世界医学大会以《希波克拉底誓言》为蓝本形成的《日内瓦宣言》对医务人员提出的：“我将用我的良心和尊严来行使我的职业。”

在今天，社会的发展，特别是市场经济大潮的冲击使医患关系在内容与形式上呈现出新的特征，但是医疗卫生行业的宗旨、目标不会改变，广大医务工作者仍然应该传承“大医精诚”“仁心妙术”

等美德，不被经济利益的诱惑所侵蚀，提高医德认识，培养医德情感，锤炼医德意志，坚定医德信念，形成医德习惯，赢得患者的信任和支持。从患者的角度出发，既然求助于医生，依靠医务人员的帮助获得健康利益，就要给予医生充分的理解和支持，对医生予以最大限度的配合。在治疗疾病过程中，有时候医生的某些治疗行为在患者眼中不能充分适应自身的需要，或者由于信息沟通的不顺畅，医务人员的行为让患者产生了某些疑问，但不容否认的一点是医务人员对于医疗信息的把握和运用比患者自身更有效率，也更加安全，在治疗过程中患者并不一定比医生更加了解自己。一般情况下，对工作的肯定、真诚信任与托付就是对医生的最好支持，也更能激发医生的工作热情和干劲。只要没有充分、有力的证据，患者就不应对医生的工作提出怀疑与非难。因此，和谐、亲密的医患关系需要医患双方的共同努力，唯有真正建立彼此间的信任关系，才能提高治疗效果，达到解除病痛、治病救人的终极目标。

（二）以信任托付为基础的契约关系

“契约关系说”认为，医患关系发生在作为患者的自然人与提供医疗服务的社会机构医院及工作人员之间，属于民事关系范畴。具体地说，医患关系是一种以信任托付为基础的契约关系，或者称之为委托合同关系。

首先，医患关系建立在对称的基础之上，即医患双方地位平等，医方尊重患者的医疗权与其他相关权利，对所有患者一视同仁地提供医疗服务，患者自觉自愿地接受医务人员的治疗，尊重医务人员的劳动，并密切配合诊治，双方共同完成维护患者健康的任务。其次，医患关系是一种委托代理关系。在医患关系中，患者需要得到高质量、高水平的医疗服务，但是由于其在医学专业知识和技能方面的欠缺，常常对医疗服务的具体信息知之甚少，而医生作为医疗服务的专门提供者充分了解医疗服务的全部信息，可以满足患者的需求。因此，患者作为委托人，医生是代理人，患者寻医治病的过程就是其委托医生选择治疗方案进行救治，医生接受患者的委托、

代替患者做出一切诊疗决定并付诸实施的过程。由于医患双方信息占有的严重不对称，医生（医疗机构）掌握着医疗资源的使用权，患者权益可能受到无良的医务人员的侵害，无法取得预期的利益，因而需要通过加大对医疗行为的监控，建立合理的医生收入制度与绩效考核体系。最后，医患关系应该建立在高度信任的基础之上。正是因为医患双方对信息占有的不对称，患者通常是医学知识的门外汉，所以对于疾病治疗方案的确定、治疗方法与手段的选择，只能被动地接受医生的安排。作为医务人员，必须严格忠实于患者的托付，做到视患如亲，想患者之所想，急患者之所急，履行好“健康所系、性命相托”的神圣职责。

（三）有偿消费性质的买卖服务关系

在市场经济高度发达的现代社会，一切东西都容易被视为商品形式而存在，医疗服务也不例外。随着社会的发展特别是生产、生活方式的变化，人们的医疗健康需求急剧增长，大量高新科学技术不断应用于医疗健康领域，成为医疗行为日益商业化的催化剂。越来越多的人自觉或不自觉地倾向于把医疗行为活动等同于商业行为，将医患关系视为消费关系，并尝试用消费关系的法则来对待和处理医患关系。

这种“消费关系说”的核心观点就是将诊疗活动视为一种“交易”或“买卖”行为，等同于一种消费行为，将一般消费品市场上适用的供求关系法则套用在医疗市场中，认为只要患者在医院支付了相关费用，就应该有权像普通消费者在商场购买商品一样，享受到100%满意的服务。当患者的消费权益受损时，也可以依据《中华人民共和国消费者权益保护法》（简称《消费者权益保护法》）解决医疗纠纷，使患者权利得到救济与保护。在我国司法实践中，一些省市出台了相关的法律法规，将医患关系纳入到消费者权益保护法领域。例如2000年10月29日，浙江省人大常委会修订的《浙江省实施〈中华人民共和国消费者权益保护法〉办法》第二十五条、第二十六条，都明确把医患关系纳入《消费者权益保护法》的调整

范围。在美国，患者作为消费者的身份也得到法律的支持。早在1962年，美国国会通过的消费者权利法案就包含了保护消费者健康的一些基本原则，从而加速了医患关系的商品化。

总的说来，以上三种学说都有可取之处，同时也存在明显的缺陷。“亲密合作关系”说是传统社会条件下医患关系状况的生动写照，揭示了医患之间互相配合、密切协作的内容与要求，突出强调医务人员的职责与使命所在，要求医务人员具备较高的职业道德品质与道德修养，对于实现医疗工作宗旨、建构和谐医患关系具有重要的意义。但是，该种观点并未完全厘清医患关系的内涵，主要表现在：关注医务人员（医院）的义务与责任而忽视其应该享有哪些权利，对于患者的义务过于轻描淡写。更何况，依靠法律调整医患关系已经成为世界各国的成功经验，法律在我国医疗卫生事业发展中的扮演越来越重要的角色，像传统社会那样主要依靠伦理道德的约束来维系医患之间的亲密合作已经显得有些苍白无力。此外，在市场经济和我国目前的医疗制度框架下，医患关系非常复杂，在医患之间的利益关系被人为放大的同时，“医者仁心”的本性也在逐渐弱化，医患关系绝非“合作”二字就可以简单概括。“契约关系说”与“消费关系说”都把医患关系视为一种合同关系，明确了医患双方的民事主体身份与平等地位，确认了各自的权利与义务，在对医患关系性质的界定上具有合理性与进步性，有利于运用法律解决医患纠纷。然而，如果仅仅视医患关系为一般意义上的民事合同关系，就意味着医疗机构只是作为普通的经营者，与一般企业与商家无异，能够以追求经济利益最大化为主要目标。由此，医疗机构“一切向钱看”就变得顺理成章，可以拒绝实施不盈利或者利润微薄的医疗救助。显然，这忽略了医疗机构的公益性质，与医疗卫生事业“救死扶伤”的天职背道而驰，同时也违背了《中华人民共和国职业医师法》第二十四条“医师不得拒绝抢救”、第二十八条“在遇有自然灾害、传染病流行、突发重大伤亡事故时，医师应当服从调遣”等规定。不仅如此，如果把医患关系界定为简单的消费关系，也不符合“科学是允许失败”的基本常识。医学是一门高度复杂的科学，人类至今无法完全揭示自身生理的奥妙，“道高一

尺，魔高一丈”的医学现实决定了医疗行为无法达到“包治百病”的效果。医务人员也不是神仙，不能保证任何时候都不出一丝一毫的差错。当结果与期望出现偏离造成患者的损失时，如果只是从治疗结果出发追究医方的赔偿责任，就会迫使医方采取保守性治疗，影响治疗目标的实现，并阻碍医学技术的进步，最终损害人民群众的健康。

综上所述，对于医患关系的性质，无法通过一两句话做出言简意赅的界定，而是需要从多个维度进行描述性的阐释，应该至少同时包括以下两个方面的内容：其一，医患关系是建立在信任基础之上的契约关系。由于医患双方在医学知识掌握上的差距与患者求医时的弱者心理，患者只能在信任的基础上把健康和生命利益托付给医务人员。医务人员接受委托后，尽最大努力减轻患者身心痛苦，促进患者身体尽快康复。医患之间通过挂号、病例、处方、手术协议书等形式形成一种信任托付的契约关系。双方地位平等，都具有独立人格，根据伦理要求与法律规定享有民事活动中的各种权利，同时履行相应的义务。其二，医患关系是服务与被服务的价值关系。医患关系建立在医患双方地位平等基础之上，但是并不意味着双方行为都是自觉自愿的，通常在就医过程中患者可以主动选择治疗或放弃、同意或拒绝，而医务人员却只能被动地接受患者的选择，并尽最大努力为患者提供优质服务。医务人员必须以救死扶伤为己任，以职业权力（对疾病的诊治权和特殊干涉权）和医疗技术为保证，在为患者服务中实现自身价值。当然，患者的利益与价值也在接受服务的过程中得到实现。需要指出的是，医务人员的服务并不以患者支付对价（数额相当的医疗费用）作为必然前提，在患者尤其是危重患者未能及时缴纳医疗费的情况下医务人员不得拒绝施救，而是应该尽最大努力提供高水平、高质量的医疗服务。

三、医患关系的特点

作为一种重要的人际关系、社会关系，医患关系主要呈现出以下几个特点：

1. 医患双方的目标一致性与利益差异性

医患关系是在医疗卫生实践活动中建立起来的。患者就医，是为了通过接受诊疗，减轻自身的病痛或治愈疾病、恢复健康。医务人员根据患者的病情需要，运用所学医学专业知识和专业技能，对患者实施救治，进行无微不至的护理与照料，目的是帮助患者战胜病魔，实现身体的康复。因此，总的来说，医患双方的终极目标与出发点是高度一致的。但是，医患双方又是一对矛盾体，在我国现行医疗体制下，双方既有治愈疾病、恢复健康、抢救生命的共同目的，同时在经济利益上又存在对立。患者在保证取得良好诊疗效果的前提下，希望最大限度地降低医疗费用支出，钱花得越少越好；医务人员（医疗机构）则希望在为患者提供医疗服务的同时，最大限度地增加自己的经济收益，有些人甚至为此不惜牺牲患者的经济利益。于是，大处方、滥检查等过度医疗现象泛滥，导致医患信任关系走向解体，医患关系渐趋紧张。

2. 医患地位平等与知识能力的不对称性

权利与义务的平等是医患关系的本质特征。如前所述，在医患关系中，医患双方的人格、地位和权利都是平等的，都一视同仁地受到医学伦理道德的维护和法律的保障。任何一方对另一方的正当权益不够尊重或施加侵害，都会受到道德谴责或法律制裁。此外，医务人员拥有医疗专业知识和能力，患者却是医学知识的门外汉或者仅仅一知半解，在医学知识与能力占有上的不对称性导致了双方事实上的不平等。在医患关系中，医务人员（医疗机构）确定诊疗方案、收费、卖药，对患者进行一定程度的约束，明显处于比较有利的位置，患者主要是被动地接受与服从，处于弱势和依赖地位，从而决定了患者拥有若干正面权利，医务人员具有许多正面义务。

3. 患者需求多元化与医疗服务的有限性

患者作为复杂的社会个体，自身的需求多种多样。具体到某一个特定的患者，在医院治疗期间，他们需要的不仅是疾病的痊愈、病痛的减轻，还有人格的尊重、心理的疏导、精神的慰藉。不同患

者的要求则更加千差万别，有的人仅仅希望医院提供最基本的医疗保障，有的人则要求高级别的知名专家为自己实施诊治，甚至需要提供特需服务；有的人只是注重疾病的治疗，主要关注医务人员的技术水平，有的人还高度重视自身各种权利的实现与保障；有的人习惯于被动地接受医生的诊疗，有的人则具有强烈的医疗参与意识，等等。从医疗机构与医务人员的角度看，主观条件的限制（如医疗服务理念陈旧、职业道德水平低下、医学人文素养缺失），客观条件的制约（如医疗设备简陋、高级人才匮乏、病房环境较差），使医疗服务处于十分有限的水平，难以满足患者的各种需求，不利于和谐医患关系的建构。

4. 医患冲突或医疗纠纷的不可避免性

在医患关系中，尽管双方的终极目标存在一致性，但是由于社会对于医疗卫生事业的支持力度不够导致“看病难”“看病贵”，医疗机构自身管理不善、医患双方自律性欠缺等原因，尤其是医患双方的知识水平、利益需求、文化理念、道德修养、法律意识等方面存在差异，以及对医疗行为方式、效果理解的不同，常常造成医患矛盾与冲突。如果这些矛盾与冲突不能得到及时、有效的解决，往往又导致医疗诉讼，出现医患双方对簿公堂的现象。目前，我国正处于转型期，由于各项制度不够健全，各种各样的社会矛盾大量涌现，再加上当前我国的医疗卫生体制存在比较突出的问题，致使医患冲突或医疗纠纷也不可避免地处于高发期。因而，预防与妥善解决医患冲突、医疗纠纷，是我国医疗行业面临的一项重要任务。

四、影响医患关系的因素

医患关系是医疗活动中最基本、最重要的人际关系，和谐的医患关系是医疗卫生事业发展的前提和基础。影响医患关系的主要因素，既包括作为医患关系主体的医患双方，也包括作为宏观管理与监督者的政府与社会。

(一) 政府与社会因素

1. 医疗体制

医疗卫生体制涉及医疗卫生资源分配、医院管理与运行、服务质量评价与控制、医疗行为安全监管等方面，体制的完善与否直接关系到医疗卫生事业的健康发展，从而影响患者权益的实现与医务人员积极性的发挥。一段时期以来，我国医疗行业出现的管理混乱、收费畸高、腐败滋生、医患关系紧张等现象均与不合理的医疗卫生体制密切相关。最近几年，我国的医疗卫生改革不断取得突破，但是距离医疗卫生事业健康发展的要求还相差甚远，进一步深化改革、完善医疗卫生体制仍然是我国社会面临的一个重要课题。

2. 政府投入

政府是发展一个国家医疗卫生事业的责任主体，医疗财政支出的多寡决定着全体社会成员享有医疗保障的规模与水平。从根本上缓解“看病难”“看病贵”问题，确保每一位患者看得起病，避免因为医疗费用问题导致医患关系紧张，很大程度上取决于政府医疗投入总量是否充足，以及投入结构是否合理、在区域上是否平衡。显然，只有财政经费充足，才能够解决医院发展中的硬件与软件问题。例如，扩建病房，更新医疗设备，引进高新技术，吸引高水平、高素质人才，并加强对医务人员的培训，从而为患者提供更多更好的服务。只有在政府充分投入的前提下，才能增加医务人员的收入，调动他们的工作积极性，并且在一定程度上避免“以药养医”“以械养医”以及索贿、受贿等腐败现象发生，为医患关系和谐营造良好的环境。

3. 法律制度

医疗卫生法律以促进医疗卫生事业的健康发展为基本宗旨，同时也是调整医患关系的重要手段。20世纪后期以来，世界各国纷纷通过立法形式调整医患关系，规范医患双方的行为，已经成为全球化的趋势。法律在调整医患关系中的作用主要表现为：规范医患双方行为，明确各自权责，保障双方利益，维护医疗工作秩序，处理

医疗纠纷，等等。改革开放以来，我国先后制定和颁布了许多卫生法律法规，对保障人民健康，维护医疗卫生秩序和医患双方的合法权益，起到了十分重要的作用。但是，也应该看到，我国医疗卫生领域仍然存在着立法缓慢，法律制度不健全，法治观念淡薄等现象，在一定程度上导致了扰乱医院秩序、殴打医务人员、砸坏医疗设备等事件。

4. 社会风气

社会大环境是影响医患关系的重要外因。在社会转型期过程中，个人主义、拜金主义沉渣泛起，利他主义、全心全意为人民服务的价值观遭受质疑，不可避免地给医疗卫生行业带来消极影响。部分医院把对经济效益的追求凌驾于社会效益之上，对缴费不及时的患者拖延治疗甚至拒绝救治；对各科室制定经济目标，下达创收任务，将医务人员个人收入与创收情况相挂钩。少数医务人员医德品质低劣，收回扣、收红包、开大处方、滥施检查等现象时有发生，成为广大患者与社会公众普遍诟病的痼疾。

5. 舆论导向

当今时代，随着以互联网为代表的新兴媒体出现并迅速发展，社会舆论的作用得到空前体现。科学的舆论可以帮助人们正确认识医疗工作中存在的各种问题，引导人们理智地处理医患矛盾与医患纠纷，维护医患关系的和谐。错误的舆论歪曲事实，放大医患关系中的负面形象，从而导致医患矛盾的激化，危害正常的医患关系，影响医疗卫生事业的发展。目前，在经济利益的驱动下，一些媒体和传媒人士为了吸引公众眼球或追求轰动效应，发表一些似是而非、以偏概全的文章，过分突出和夸大医患关系的“阴暗面”，从而使医患关系更加紧张。

(二) 医方因素

1. 医疗机构管理因素

医疗机构是医患关系中最具有主导性的力量，办院指导思想是

否正确，坚持社会效益优先还是更加注重经济效益，对于能否充分实现患者权利以及促进各项事业的健康发展具有重要意义。医院管理水平的高低，管理理念与方法是否科学，直接决定着医疗服务的水平与质量；决定着患者权利的实现与保护状况，影响和谐医患关系的建构。有的医院乱收费、大处方、收红包现象严重；有的医院服务水平不高、工作效率低下、对待患者态度恶劣；还有的医院秩序混乱，环境脏、乱、差。这些都折射出医疗机构管理问题突出，致使患者权益难以得到应有的保护，对医患关系的消极影响不言而喻。

2. 医疗技术水平因素

医生运用高超的医术治病救人，忠实地完成患者的托付，是促进医患关系和谐的重要基础与前提。但是，科学技术发展的有限性决定了医学不是万能的，医院也不可能包治百病，即使是一些常见病、多发病，也会出现向复杂化转变的可能性，因而每一个治疗过程始终存在着成功与失败两种可能。一些患者支付了高昂的医疗费用，甚至“倾家荡产”，却最终难免“人财两空”，他们容易出现心理不平衡，在思想一时难以接受的情况下容易做出过激行为，从而产生医患纠纷，导致医患关系的紧张。当然，某些医务人员专业技术水平不高、医疗知识掌握不够精深，也会导致对患者救治的失败，引发患者的不满情绪。有关资料统计，在医疗机构的差错、纠纷分类中，技术性事故平均占 18.3%^①，这就要求医务工作者努力学习，精益求精，不断提高自己的知识水平，尽可能地掌握最先进的医疗知识与技术，以最大限度地维护患者的生命与健康。

3. 医德与人文素养因素

患者不只是疾病的载体，更是一个活生生的有血有肉的社会的人。他们在接受治疗的同时，其人格还需要得到尊重、权利得以保

^① 兰迎春，王德国. 如何营造和谐的医患关系 [J]. 中国医学伦理学，2002 (1): 26 - 27.

障、隐私受到保护，需要得到心理上的安慰与精神上的满足。这就要求医务人员具备较高的医学伦理道德水平与法律素质，能够做到视患如亲，对患者进行精心救治与照料，最大限度地维护患者权益；要求医务人员具备较高的医学人文素养，严格规范自己的言行举止，注重医患沟通艺术与策略。

此外，医务人员的职业收入、工作压力等因素也会对医患关系产生影响。如果收入比较微薄，付出的劳动与获得的回报不成比例，必然会严重挫伤医务人员的工作积极性。工作压力太大，医务人员就会身心俱疲，产生厌倦情绪，出现职业倦怠现象，这无疑也给医患关系带来不利影响。

（三）患方因素

尽管医疗机构与医务人员是建构和谐医患关系最主要的责任主体，但是患者的作用同样不容忽视。患者个体存在的种种问题成为影响医患关系和谐的重要因素。

1. 不信任心理

在医疗活动中，医患双方既具有目标一致性，又存在经济利益的对立，双方利益关系在一定程度上存在此消彼长的情况。医疗实践中，一些医务人员过度追逐经济利益的不正之风，促使医患信任关系走向解体。加之医患信息占有的不对称，使患者往往对医疗机构与医务人员持有戒备与防范心理，甚至无端怀疑医生处置的正确性、收费的合理性，以致严重影响医疗活动的正常进行与医患关系的和谐。如果患者一旦发现医方存在过错，这种不信任心理就很可能演化为尖锐的医患矛盾，从而导致医患冲突的发生。

2. 医学知识缺乏

由于文化背景与专业知识的限制，大多数患者的医学知识比较缺乏。一些人不了解医学的高度复杂性，对自己所患疾病一知半解，或者道听途说，对治疗效果抱有过大的期望，认为医生能够“包治百病”“药到病除”，甚至对医生提出保证治疗效果等不合理

要求。一旦结果与期望值之间存在较大差距，部分患者便根据自己的主观臆断和推测，将责任归咎于医生，造成医患纠纷。

3. 法律素养状况

部分患者及其家属文化素养较低、法律意识淡薄。在就医过程中遇到疑问或者当自己的要求得不到满足，或者发生医患矛盾时，他们不是寻求正当的途径解决问题，而是大吵大闹，扰乱正常的医疗工作秩序，甚至殴打医务人员、破坏医疗设施，从而进一步导致矛盾迅速激化，严重影响医患关系和谐。

4. 疾病的影响

疾病会对人的情绪产生影响，使患者变得紧张、焦虑、易怒，因而患者的攻击性反应往往比健康人更加强烈。患者对疾病的恐惧与担忧，再加上在医院排不完的队、开不完的药，以及巨额的医疗费用，容易使患者在心理上形成沉重的压力与负担，从而激发负面情绪，引发医患之间的纷争，甚至演化成伤医、弑医的惨剧。

五、医患关系的历史演进

自从有了人类社会，疾病就相伴而生，在医生出现的同时，医患关系就开始形成。在人类历史的长河中，社会发展的脚步从来没有丝毫的停留，医学也一直处于不断发展和进步之中，医患关系随之经历不同的历史阶段。总的来说，医患关系的演进，经历了从强调非技术方面与人性化的古代医患关系，向注重技术性方面而忽视非技术方面的近现代医患关系转变，近年来则又出现了重视非技术方面、重构人文医患关系的趋势。

(一) 相对和谐的古代医患关系

古代社会生产力水平低下，科学发展程度不高，医学建立在经验主义基础之上，以朴素、整体的医学观作为根本指向，要求医生对患者所患的疾病进行全面考虑、整体负责。医患关系出现五个主

要特点：

1. 医乃仁术

“医乃仁术”指医学是奉行“仁”道的术业，要求医者以仁为怀，把“治病救人”作为自己的责任，它是对中外传统医患关系的基本概括。东汉末年，我国各地灾害严重，许多人患上伤寒病，被后人称为“医圣”的张仲景不仅不辞辛苦、日夜操劳为患者治病，还出资做成“祛寒娇耳汤”用面加羊肉包成耳朵状，煮熟后送给穷人吃，使无数患者尽早康复，也使吃饺子的风俗流传至今。另一位三国时期的名医董奉，行医时要求病家栽种杏树代替诊治费和药费，再将收获的杏子变卖换成粮食救济穷苦百姓，所以后人用“誉满杏林”赞扬医务人员的高尚德行。唐代孙思邈提出“大医精诚”“普同一等，一心赴救”的思想更是流传至今，传为佳话。在西方国家，古人也把医生看作神圣的职业，要求医生具备较高的道德水平。“西医之父”的希波克拉底在《希波克拉底誓言》中提出“我将尽我的智力及能力所及，为病人谋求最大的利益”，古罗马著名医学家盖伦提出“我将全部时间用在行医上，整天思考它”，阿拉伯医学家迈蒙尼提斯《祷文》中提出“无分爱与憎，不问富与贫。凡诸疾病者，一视如同仁”。可见，“医乃仁术”是古代中国与外国共同的医学指导思想。

2. 医患关系比较和谐

医学与人文精神具有内在的、必然的联系，古代医学“以人为本”“一心赴救”“悬壶济世”等精神风范，为和谐医患关系的建构奠定了人文基石。患者基于战胜疾病的需要，把自身生命与健康托付给医者，医者依靠仁慈、正直、庄重赢得了患者的信任，双方为着一个共同的目标而密切配合，团结协作。换言之，古代医患关系主要依靠道德信念、良好的服务态度和认真负责的敬业精神来维系，呈现出一种自然、和谐的状态。而且，古代医生在主观上也已经注意到医患关系和谐的重要性。例如，古希腊医学家阿尔芒克认为，医生除了追求和谐的医术，还要追求和谐的医患关系，通过建

立良好的医患关系为病人谋福利。古代社会医患关系的和谐与融洽，对于今天医患关系的建构仍具有重要启示与借鉴意义。

3. 医患关系比较直接

古代科学发展水平低下，在医学活动中医生很少借助医疗器械对患者实施诊治。从了解病情，提出诊断意见，到实施治疗方案，都由医生直接亲力亲为。在获取患者临床资料时，医生一般通过望、闻、问、切等形式，与患者密切接触，进行深入的沟通与交流；在实施治疗时，医者根据自己的行医经验，详细叮嘱患者如何执行治疗方案，并提醒有关注意事项。医患之间的密切联系与交往，使患者在获得救治的同时，也发生心与心的交流，感受到精神的慰藉、人格的尊重，从而有利于建立起亲密、良好的医患关系。

4. 医患关系比较稳定

古代医生均以个体职业者的形式存在，临床分科不够细致，内外妇儿等科的疾病都可以找同一个人实施诊治。患者常常把自己的健康或生命托付给某一个信得过的医生，无论大小疾病都到他那里寻求帮助。作为医生，也努力不辜负患者的信任，对患者的疾病进行全面考察、做出诊断、实施治疗，并一直负责到底，单独承担起诊治患者的全部医疗责任。在此基础上，形成了医患关系的稳定性 and 单一性的特点。

5. 医患关系具有主动性与依赖性

古代大多数医生把“医乃仁术”作为行医的信条，把治病救人、维护患者的生命与健康利益视为自身的重要使命和责任。因而，在医疗活动中，医生将主动地接近、关心和了解患者作为自己的行医准则，常常上门考察患者的康复和饮食起居情况，在需要的时候及时调整治疗方案。作为患者，由于自身医疗知识的缺乏，为了尽快痊愈，同时也基于对医生的信任，非常依赖医生，严格遵守医嘱，被动地接受治疗，而且这种依赖性常常贯穿于患者痊愈或死亡的全过程。

(二) 技术化的近代医患关系

近代以来，自然科学发展迅速，一系列生物科学的重大成果应用于医学，给人类带来福音，为人类战胜疾病、保护生命健康做出重要贡献。各项医学技术也突飞猛进，为系统的实验研究和诊治疾病提供了物质条件，使医学发展进入了新时代。但是，医学的进步也使得人们对技术产生了迷信与崇拜心理，技术开始统治了医学。在医疗活动中，患者被看作是疾病的载体，而不是一个具有社会属性的完整的“人”。

1. 医患关系技术化

以生物学为代表的近代医学及相关学科，在探索疾病的生理、病理原因时，把某种疾病的特定因素从患者整体中分离出来，而忽视了患者的社会、心理等因素。于是，在医生眼里所看到的患者只是一些试管里、显微镜下的血液、尿液、细胞和各种形态的标本，而活生生的既有生物性又有社会性的完整的人的形象则消失了。在这个过程中，一些医学工作者对医学技术由倚重发展到崇拜，从治疗手段到思维方法，都带有浓厚的形而上学倾向。在他们看来，医学就是一系列的技术，医疗实践就是单纯的技术活动，医疗服务就是对药物、手术或其他技术手段的运用，却忽视了对人的关爱，忽略了人的心理与精神需求，淡化了对人的理解、关怀和尊重。“医学发展中技术属性与人文属性从此失衡，医疗活动中伦理与良知的视野从此遮蔽与迷失，医学的骄纵与贪婪呈现一片欣欣向荣的景象。”^①

2. 医患联系间接化

在古代医学中，医生通过与患者的直接交流（望、闻、问、切等）进行诊断，手把手地对患者实施治疗。但是，当医学发展到近代社会阶段，由于X光机、CT机、磁共振成像设备等大量物理、化

^① 黄丁权. 医疗、法律与生命伦理 [M]. 北京：法律出版社，2004.

学诊疗设备的应用，改变了过去经验医学相对比较简单的治疗方法，医务人员对医疗器械、仪器设备越来越具有依赖性。这些“物”的东西越来越成为医患之间进行交流的媒介，医患双方相互交流的机会因之大大减少，医患之间的联系从直接的“医生－患者”模式变成间接的“医生－机器－患者”模式，由密切变得疏离。

3. 医患关系的变动性与多样性

近代社会，随着医学的不断发展，医生早已不再是单个的个体从业者，而是由许多人共同组成职业群体，工作在同一个医疗机构之中。医学科学的分科越来越细，医生日益专科化，分成内、外、妇、儿等科室，每一名医生只对某一专科、某一种疾病或患者身体的某一部位负责。由此，患者的健康需要多个医生、护士和其他人员共同承担，过去比较稳定的医患之间一对一的关系不复存在，而是出现了“一医对多患”或“一患对多医”的多头关系，医患关系呈现出变动性与多样性。

(三) 复杂化的现代医患关系

现代社会的经济形式，人们的生活方式、价值观念，与过去相比都发生了巨大变化，尤其是经济生活的日益市场化，无不对医患关系产生巨大的冲击。现代医学科学技术的突飞猛进、日新月异，医学模式由“生物”模式向“生物－心理－社会”模式的转变，对医患关系带来的影响更是显而易见。

1. 医患关系技术化更加突出

现代社会，在技术工具主义和科学至上主义的推动下，医学从更广阔和更深刻的层面上得到发展。现代化的医疗仪器和设备使临床诊断的方法更加现代化，不仅能够帮助医生提高疾病诊断的准确率，扩大了医生认识疾病的范围和种类，而且还在医生和患者之间建起了一条快速诊断的绿色通道，能够延长医生的视线。医学专家能够在数千里以外与患者进行可视对讲，实现远距离会诊、治疗和

保健咨询的自动化、高速化，使许多疑难病得到及时诊治。人工生殖技术、基因工程、人体器官移植等高新技术的应用，更是使医学进入名副其实的技术医学时代，工具理性主义进一步泛化和强化。尤其是电子计算机的广泛运用，使患者可以通过计算机网络与医生交流，与相关的医学数据库实现链接，以往医患之间的二维关系变成医生－计算机－患者三维甚至多维关系。在医学技术的作用几乎发挥到极致的情况下，医患之间的距离却更加疏远，直接交流与沟通的机会更少，不利于双方的理解与信任，甚至出现信任危机，破坏医患关系和谐。

2. 医患关系市场化与博弈化

现代世界各国经济基本上都是市场经济，而在市场经济条件下似乎一切都可以成为商品进行买卖，医疗服务也不例外，尽管医患关系并非一般意义的消费关系。虽然公立医院具有公益性、福利性，但是并不意味着所提供的服务都是免费的午餐，医疗服务具有明显的商品化倾向，如点名就医、特殊服务等，医务人员的个人收入也常常与他们付出的劳动挂钩（即使患者本人不需要支付任何费用，也要由国家或社会买单）。在私立医院，医疗服务的商业化更加名正言顺，医患关系更是表现为一种市场关系。医疗服务的商业化使得医患双方既是“同一个战壕里的战友”，又存在利益上的冲突，加之双方信息占有的不对称，导致医患关系的博弈化。一方面，医疗机构和医务人员为了自身的经济利益，诱导患者接受不必要的或是超出实际需要的医疗服务，例如开大处方、延长住院时间等；另一方面，患者希望在保证治疗效果的前提下尽可能地减少医疗费用，对医生采取的诊疗措施存在不信任心理，对医院收费抱有怀疑态度。一旦确认自身权益受到侵犯，就会采用各种办法，寻求获得对个人权利的救济。在相关制度不够健全、医患信任关系解体的情况下，医患双方的博弈不可避免地会导致医患关系紧张。

3. 医患关系民主化与法治化

在传统医患关系中，医生凭借自己掌握的医疗技术而具有崇高

的权威，患者只能被动服从。现代社会医患关系呈现出新的特征：一方面，随着医学发展和社会生活领域的诸多变迁，以及人们权利意识的不断增强，医患之间从主从型关系转变为服务与被服务、选择与被选择的平等关系。在医疗活动中，患者享有选择权、参与治疗权、知情同意权等各项权利，不再只是被动的接受者，医患关系变得越来越民主化。另一方面，传统社会医患双方的权利义务是约定俗成的，很大程度上依赖于医患双方的道德自律来维系。在此基础上，医患之间形成了以忠诚、信任为纽带的人际关系。在现代医疗活动中，医患关系越来越错综复杂，完全依靠个人的道德自律来调整医患关系已经不太可能，所以医患双方的权利和义务更多地通过法律形式作出规定，医患关系成为一种法律关系。20世纪后期以来，世界各国越来越多地制定医事法律来规范医患双方的行为，医患关系的法律化成为一种必然趋势。

4. 医患关系多元化

随着社会经济的发展与人们物质生活水平的提高，越来越多的人开始注重营养保健、延年益寿、心理健康等方面。显然，这些并不属于传统医学的研究对象。今天医学的含义被重新解读，医学职能从传统的以治疗为中心转向以预防保健为中心，医学服务对象不再只是局限于生理上不健康的患者，医学知识渗透到社会生活的方方面面。由此，出现了满足各种社会群体需求的预防性医疗服务，医学服务职能更加广泛。增高、减肥、美容、隆胸等开始成为医学服务的范畴，甚至连酗酒、吸毒等社会偏离行为也被解释为医学问题，需要医学专业人员提供帮助。这种社会生活医学化的趋势，必然导致医学诊治对象的不断增加，从而改变传统医疗服务内容与医患关系模式，推动医患关系的多元化，进一步扩大医患关系领域。

5. 医患关系复杂化

传统的医患关系是医生与患者之间的一种线性关系。随着社会的进步，医疗卫生事业的发展，医疗体制改革全面推进，社会保障制度更加完善，医患关系变成了复杂的多重关系。最主要的表现是

保险公司的介入，原先简单的患者 - 医院关系演化成比较复杂的患者 - 保险公司医院关系。在这种新型的医患关系中，医疗费用不再完全由患者直接支付给医院，而是患者按时、足额地向保险机构缴纳保险费用，在发生医疗费用支出时由保险公司与医院打交道。在这里，保险机构作为委托人，委托医疗机构向缴费的患者提供医疗服务，而医疗机构作为代理人，对保险公司负责，承担为患者提供医疗服务的义务。医疗保险机构作为第三方的参与，一定程度上改变了医患信息不对称的情况下患者的弱势地位，有利于监督、规范医疗机构的诊疗行为，提高患者所缴费用的利用效率。同时，可以避免医患之间发生面对面的冲突，以缓解医患关系的紧张局面。但是，在这种新的医疗机制下，也可能发生医患联合骗保等现象，以致使医患关系更加复杂化。