

· 医患权益 ·

# 国内外医患冲突研究综述

杨同卫<sup>1</sup>, 路文涛<sup>2</sup>

(1 山东大学医院医学伦理学研究所, 山东 济南 250012;

2 陕西省食品药品监督管理局药品认证中心, 陕西 西安 710061)

**摘要** 国外对医患冲突的已有研究涉及到: 社会角色理论、医患交流理论、信息不对称理论和医疗保健制度。国内学者从社会学、医疗技术、医疗信息、医疗法律制度、医疗卫生体制等多个方面对医患冲突进行了研究。深入研究医患关系的多重属性, 从医药、医保、医疗相互关联的系统深入研究医患冲突的原因, 仍是我们面临的长期课题。

**关键词** 医患冲突; 研究综述

中图分类号 R197 文献标识码 A 文章编号 1001 - 8565 (2006) 01 - 0046 - 03

## The Research Summary on Conflict between Doctor and Patient

Yang Tongwei

(Medical Ethics Research Institute, Medicine School, Shandong University, 250012, China)

**Abstract:** Research on conflict between doctor and patient on overseas involve to: Social role theory, doctor-patient exchange theory, asymmetric information theory and health care system. The domestic scholar from sociological, the medical technology, the medical information, the medical law system, the health care system and so on to research the conflict between doctor and patient To research the multiple attribute of the relations between doctor and patient, from the interdependence system of the medicine drugs the medicine insurance the medicine treatment to study the reason of conflict between doctor and patient, is still the long-term topic which we faces

**Key words:** Conflict between Doctor and Patient; Research summary

近些年来, 医患冲突是严峻的现实, 也是研究者们关注的理论热点。本文对有关医患冲突的国内外文献进行简要评述, 以期当前的研究寻找切入点和搭建理论平台。

### 1 国外对医患冲突的研究

学术界对医患冲突的关注始于 20 世纪 50~60 年代。因为在此之前医患关系基本上处于一种理想的状态——充满同情心的医生和对医生充满信任的患者。<sup>[1]</sup>根据研究者的着眼点不同可以分为以下几种理论或流派:

#### 1.1 医患社会角色理论

塔尔科特·帕森斯发表的《社会系统》<sup>[2]</sup> (1951) 一书中阐述了复杂的社会功能模型, 其中引出了他的病人角色理论。帕森斯认为一个医生和他或她的患者之间的关系是基于医生帮助患者有效地处理健康问题这一基础之上。患者与医生通力合作, 医生则尽可能地使患者恢复到正常功能的水平。但是, 医患之间往往存在因为角色差异而带来的认知冲突。

萨斯和荷伦德 (1956) 根据症状的严重程度, 将医患角色关系分为三种可能的模式, 即主动——被动模式; 指导——合作模式以及相互参与的模式。<sup>[3]</sup> 三种医患关系模式的提出, 为医生的临床决策和行为扮演提供了理论指导, 对于缓解医患关系具有意义。一般认为, 萨斯——荷伦德医患关系模式更多的是一种基于技术的社会与伦理要求。

Robinson G (2002) 等指出: 由于医患双方专业分工、专业知识背景差异以及各自权益的不同, 面对同一个有争议的诊疗结果, 就存在归因的认识性与动机性偏差。<sup>[4,5]</sup>

#### 1.2 医患交流与沟通理论

戴维·海斯和鲍蒂斯塔着重研究了患者试图修正医生治疗方案的方式, 他们把医患互动看作是协商的过程, 而不是医生简单地下命令, 让患者机械地、毫无疑问地听从命令的过程。<sup>[6,7]</sup> 随后的研究者, 如 Aliman (1993)<sup>[8]</sup>, Clair (1993)<sup>[9]</sup>, Coe (1978)<sup>[10]</sup> 等, 进一步意识到医患沟通交流的重要性, 认为医生与他们的患者在地位、教育程度、职业训练和权威方面的差异往往会成为沟通的障碍, 并进而引起医患之间的冲突。

埃里克·卡斯尔 (1985) 指出, 信息如果满足以下三个检验就能成为医疗情境下重要的治疗工具: 减少不确定性; 提供行动的基础; 加强医患关系。<sup>[11]</sup> 威廉·马德森 (William Madsen) 注意到文化因素对医患交流的影响<sup>[12]</sup>: 现代医学实践中强调信奉科学, 应用复杂技术以及与医生合作的规范与价值观, 是来源于中产阶级范畴的, 而对于具有不同文化特征的患者来说, 与医生之间的互动会有困难, 并可能造成双方的误解, 由此形成医患之间的冲突。

#### 1.3 基于信息不对称的研究

美国经济学家 Sheman Folland 等 (1993) 论及: 有证据表明, 医生收费之间的差别大于更具竞争性的市场中的同类收费差别。价格离散数据显示, 患者和医生双方在某些程度上都存在信息不灵, 但是相比之下, 患者更处于劣势。<sup>[13]</sup> Stephen Shmanske (1996) 指出: “根据主流健康保健经济学理论, 医疗服务有着特殊的交易形式——逆反选择、道德风险、信息不对称、垄断竞争、伦理关系——使得医疗服务不同于

其他物品。<sup>[14]</sup> Akira Kurimoto (2004)指出:“患者处于一个不利的地位,因为他们一般缺乏选择的机会和信息的通路。传统上医生的决定被看成是绝对的和最后的。患者少量的信息来自医疗广告和竞争者,患者一般缺乏关于疾病的知识。一旦就医,患者就不可能再选择,在医疗保险之外不得不额外地付费。”<sup>[15]</sup>

#### 1.4 基于医疗保健制度的研究

近些年来,主要是由于医疗市场化改革的进程,医患矛盾与冲突的加剧,美国一些学者开始注重对医患冲突的实证研究。例如,1989年全美盖洛普民意调查表明:75%的被调查者认为医生让病人候诊的时间太长,67%的人认为医生太注重赚钱,另有57%的人说医生不像以前那样照顾病人了。约有56%的人说他们像在十年前一样尊重医生,但26%的人说他们不那么尊重医生了(因为医生想的都是赚钱,对病人缺乏关心,不愿意在病人身上花时间,或者病人有过遇上坏医生的经历),14%的人说他们比以前更尊重医生了(因为医生知识更渊博了,而且或者因为回答者逐渐苍老,或者有一份好工作,或是因为面对的压力和挑战越来越多,他们更需要医生。)总的来说,似乎对医生的不满比以前多了,人们心目中的医学形象越来越像一项商业。<sup>[16]</sup>

Edward Shorter(1991)追溯到医患关系的历史渊源。首先他解释了医学职业是如何从一种地位卑微的职业演变成高度科学化的受人尊重的领域的。理想的医患关系形象——充满同情心的医生和对医生充满信任的病人——已经不复存在;医生在与患者的互动中距离越来越远;反过来,病人同时也发生了变化,从自愿被动转向积极寻求信息的消费者,他们要求更平等地参与他们的保健。高额保健费用,许多医生的高工资以及在某些方面的高人一等的态度,伴随着医生们有组织地反对卫生改革,使得一部分患者对医生的职业幻想破灭。从本身来讲,医生对那些质疑他们的工作的患者和其他人都越发愤慨。因此,肖特说,美国近年来的医患关系被大大地破坏了。<sup>[17]</sup>

### 2 国内对医患冲突的研究

#### 2.1 医患冲突状况的社会学研究

2001年出版的《城镇医药卫生体制改革政策问答》一书中,指出了中国目前医药卫生领域面临的四大问题:医药费用上涨速度过快,百姓的医疗卫生保健需求受到抑制,原有的医疗保健制度难以维持。资源利用效率下降,无序竞争加剧,卫生服务体系功能混乱。医患关系紧张,医疗纠纷增多,患者和社会对医疗卫生系统的不信任感增强。部分医务人员行为扭曲,职业吸引力下降,人才流失。<sup>[18]</sup>

2001年南京医科大学专家曾历时4个月开展“医患关系暨医德现状调研”,患者对医院整体服务质量表示满意和非常满意的为56.92%,对医护人员服务态度表示满意和非常满意的为44.21%,对医护人员表示信任的仅为43.8%;而医护人员认为,医患之间相互信任的比例仅只有25.96%。2001年底,广东省精神文明委员会和广州市精神文明委员会对全省20个行业进行了“窗口行业网上行风评议”,结果卫生行业的不满意度达31%,是不满意度最高的行业。

学者魏昕、博阳通过访谈和实际调查认为,尽管人们都在称颂“白衣天使”们绝大多数都站在抗击SARS的第一线,但我国医药行业诚信缺失的警钟确已敲响。<sup>[18]</sup>

#### 2.2 医疗技术方面的研究

李大平指出:“在具体的医疗过程中,医患双方都期待达到某种特定的结果,这种愿望是美好的,但是医学发展总是

有它的局限性,并不总是完全达到理想化的结果。”<sup>[19]</sup>张波、王汝艳、韩芳芳等认为:“理想化期待与非理想化现实的差距是客观存在的。我们只期待这种差距越来越小。应该从医生、患者和社会等各个方面进行综合治理。”<sup>[20]</sup>

#### 2.3 医疗信息角度的研究

杨同卫认为:医患关系作为一种特殊的社会交换关系,医患之间的信息结构表现为明显的非对称性。这种非对称性会引致各种伦理问题。<sup>[21]</sup>国锋、孙林岩(2004)从医患信息不对称出发讨论了患者道德风险与医生诱导需求的控制策略问题。<sup>[22]</sup>李大平指出:医患信息的不对称性,使医师在治疗过程中为了自己的利益可对病人进行一定程度上的善意或非善意的信息隐瞒。<sup>[23]</sup>

#### 2.4 医疗法律制度方面的研究

宋宇瑜、周全通过对上海、苏州几家代表性的市级医院的医生和患者及几所著名高校的医学生和法学生总计742份问卷的调查,同时结合与几家知名保险公司、法院的相关负责人的访谈,分析了医患冲突发生的法律制度原因,提出了“金融保险和医疗法律复合型人才介入医疗纠纷处理的设想。”<sup>[24]</sup>杨芳、潘荣华(2003)考察医患关系的本质属性,结合国家医疗事业的公益性、医疗立法的宗旨和发展趋势,得出如下结论:医患关系本质平等,医事法属平权法;医事法律关系本质平等,是一种民事法律关系;现行医患关系立法体系下医患关系的某些特征,不能反映医事法律关系的本质属性,故不能很好地调节医患关系。

#### 2.5 医疗服务价格方面的研究

王云岭认为:国家一方面要保证医疗服务的福利性质,因而把医疗服务的价格压得很低,导致医务人员的劳动报酬不能体现其价值,另一方面,却又默许医院赚取药品销售中的批零差价以维持医院的正常运转,医务人员和医院只好打破传统医学道德界限去满足他们的正常需求,各种医患关系失序的表现其实都来源于此。<sup>[25]</sup>

杨同卫指出:医疗服务定价是人们普遍关注的焦点问题和敏感问题。由于在医疗服务领域同时存在着市场机制失灵与政府定价失灵,所以医疗服务定价呈现出巨大的困难性和复杂性。尽管医疗服务行业经历了多次大的医疗价格改革,医疗服务定价仍然引起广大社会公众的不满。所以,我们必须基于医疗服务定价的特殊性,在依赖市场与政府两种基本力量以外,还要努力寻求第三方力量的帮助。<sup>[26]</sup>

### 3 简要评述

在国外,20世纪90年代以前,医患关系研究的出发点是使医患关系更加协调,从而使医学更好地服务于群众的健康。20世纪90年代以后,随着医疗保健领域深层次矛盾的加剧和显现,人们把抱怨和不满倾泄到医生身上;同时,医生也确实从医疗保险制度的缺陷中使得收入和地位不断提高。所以20世纪90年代以后,国外关于医患冲突的研究集中在改革与完善医疗费用支付方式和支付制度上来。美国出现了预期支付制度和健康维持组织,意大利、德国严格费用预算,英国开始内部市场化改革,新加坡则赋予全科医师更多的权力。

中国医患冲突问题始于20世纪80年代末90年代初医疗卫生体制改革的全面推进。政府推行了一套“少给钱、多给政策”的思路,试图建立“有激励、有约束、有竞争、有活力”的医疗体制。然而由于医疗信息的严重不对称性,有激励却无约束;由于医疗市场的垄断竞争性,有活力却无竞争。所以,当前的医患冲突研究必须从医疗体制着手,从医药、医

保、医疗相结合、相互关联的系统高度发掘医患冲突的深层次原因,并在“三项改革”联动的基础上,寻求缓解医患冲突的途径。

当然,由于医患关系本身的多重属性:技术性、伦理性、法律性、经济性、社会性,多视野、多方位地分析医患冲突的原因,研究改善医患关系的对策,仍旧是一个具有理论和现实意义的长期课题。

#### 参考文献

- [1] 杜治政,许志伟.医学伦理学辞典[M].郑州:郑州大学出版社,2003.248
- [2] Parsons, Talcott The social system[M]. Glencoe, Ill: The Free Press 1951.
- [3] Szasz, Thomas, and Marc Hollender A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship[J]. Journal of the American Medical Association, 1956 585 - 588
- [4] Robinson G Effective doctor patient communication: building bridges and bridging barriers [J]. Can J Neurol Sci 2002, 29 (2) : 30 - 32.
- [5] Buchan J, Dalpoznr Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence [J]. Bull world Health Organ 2002, 80 (7) : 550 - 575.
- [6] Hayes - bautista, David E, "Modifying the treatment: Patient compliance, patient control, and medical care [J]. Social Science and Medicine 1976 (10): 233 - 238
- [7] Hayes - bautista, David E Termination of the patient - practitioner relationship: Divorce, patient style [J]. Journal of Health and Social Behavior, 1976 (17): 12 - 21.
- [8] Alman, Richard M. William C. " Yoels Reconciling the agendas of doctors and patients " pp. 29 - 48 in Sociomedical Perspectives on Patient Care, J. Clair and R. Alman (eds) Lexington, KY: University of Kentucky Press
- [9] Clair, Jeffrey Michael 1993 " The application of social science to medical practice: PP. 12 - 28 in Sociomedical Perspectives on Patient Care, J. Clair and R. Alman (eds) Lexington, KY: University of Kentucky Press
- [10] Coe, Rodney M. Sociology of medicine [M]. 2nd ed New York: McGraw - Hill 1978
- [11] Cassell, Eric J. Talking with patients [J]. 1985, Vol 2 Cambridge, Mass: MIT Press
- [12] William Madsen The Mexican - Americans of south Texas, 2nd ed New York: Holt, Rinehart, & Winston 1973
- [13] 舍曼·富兰德、艾伦·C·古德曼、迈伦·斯坦诺.卫生经济学[M].王健,孟庆跃译.北京:中国人民大学出版社,2004.
- [14] Stephen Shmanske Information Asymmetries in Health Services The Market Can Cope The Independent Review, Vol I, No. 2, Fall 1996, pp. 191 - 200.
- [15] Akira Kurimoto How Social Economy Can Improve User Access and the Capability of Health Services: The Case of Health Co - ops Consumer Co - operative Institute of Japan December 2004
- [16] [美]威廉·科克汉姆著.医学社会学[M].杨辉,张拓红译.北京:华夏出版社,2000.174 - 175.
- [17] Edward Shorter Doctors and their patients [M]. New Brunswick, N. J.: Transaction 1991.
- [18] 魏昕,博阳.诚信危机——透视中国一个严重的社会问题[M].北京:中国社会科学出版社,2003.236 - 238.
- [19] 李大平.医患关系的利益冲突与平衡[J].医学与哲学.2005,26(4):42 - 43.
- [20] 张波,王汝艳,韩芳芳,张震宇.医患关系的特征及现状分析[J].医学与哲学,2000,21(7):32
- [21] 杨同卫.医患信息非对称性的伦理分析[J].中国医学伦理学,2001,14(3):29 - 30.
- [22] 国锋,孙林岩.患者道德风险与医生诱导需求的影响与控制[J].中国卫生经济,2004,23(7):77 - 78
- [23] 李大平.医患关系的利益冲突与平衡[J].医学与哲学,2005,26(4):42 - 42
- [24] 宋宇瑜,周全.医患矛盾的现状调查及寻求医患关系平衡点的探索性研究[J].中国卫生事业管理,2003,(2):69.
- [25] 王云岭.卫生系统职业道德现状的经济学透视[J].山东医科大学学报(社会科学版),2000,(1):15.
- [26] 杨同卫,陈晓阳.寻求医疗服务定价的第三方力量[J].中国医学伦理学,2004,17(6):52 - 53.

#### 作者简介

杨同卫(1970-),男,山东菏泽人。山东大学医学院医学伦理学研究所副教授。研究方向:医患冲突与医疗卫生体制改革。

收稿日期]2005 - 07 - 06

责任编辑 李恩昌]