

醫患信任

卡爾默斯·C·克拉克

摘要

建立醫患之間的信任關係是解決患者弱勢問題的必由之路。而如何激發信任成為關鍵問題。在這一方面，只要醫療行業能夠認識到要保護它的職業利益和職業自主權就必須培養患者信任，信任的激發就不成問題了。儘管醫患信任的重建必須有這樣一個狹隘的出發點，但維護信任對我們提出了更多的要求——在醫生職業教育中應該強調珀西瓦爾 Percival 的同情醫療的態度和技術。在這樣的前提下，未來的醫療從業人員就會把道德、愛心和信任作為職業宗旨的組成要素，做出更衷心的承諾，從而更好地維護醫患信任。

【關鍵詞】有同情心的醫療 信託關係 職業自主權
可信賴的服務 信任

一、引言

我們知道，在商業中商人為了刺激低迷的銷售或處理存

謹向潔西嘉·布拉達·米勒 (Jessica Prata Miller)、彼得·辛普森 (Peter Simpson)、羅伯特·塔利斯 (Robert Talisse)、里克·布爾諾 (Rick Bournor) 及另外兩位朋友致謝，感謝他們的寶貴建議與評論。

《中外醫學哲學》IV：2 (2002年12月)：頁49-69。

©Copyright 2002 by Global Scholarly Publications.

貨，會採取促銷手段。而只要他依法經營，我們就默許買主自行小心的商業原則。但是在醫患關係上，態度就大相徑庭了。

作為患者，我們期望醫生關心的是我們的健康，而非商業利益和其他自身利益。簡言之，我們信賴醫生會把我們的健康問題放在首位。但我們為什麼要指望醫生具有如此崇高的信賴度呢？而且，到底該用什麼辦法來讓醫生遵守比商場中更苛刻的道德規範呢？探討這一問題的艾倫·布克南(Allan Buchanan)提出最好徹底拋棄這樣的期望。醫生和其他專業人士雖擁有特別技能，但人們對他們的道德水準不應期望過高，應“與我們普通人一樣”。下面我將論述為什麼醫生應該摒棄布克南的建議，嚴格遵循醫患之間相互信任的醫德倫理。

維護醫患信任有雙重原因。從理論上講，醫療的消費模式使患者處於比商業中的消費者更為弱勢的地位。所以公正的原則要求我們處理這種不平衡的關係。而醫患信任是解決這一問題的必要答案。從實踐角度來說，如何使醫生欣然接受醫患信任所要求的更苛刻的道德水準一直未有定論。關於這個問題，我認為信任關係是社會與醫療行業之間含蓄的契約關係的基石。在這種含蓄的契約關係下，醫療行業做出患者利益至上的承諾，為此獲得的慷慨報償則是社會給予的職業自主權。對這種契約關係的分析表明，一旦患者發現醫生不再恪守承諾，社會給予醫生的職業自主權將遭到動搖，日漸衰敗。

因此，重建醫患信任有兩個方面的原因。首先，要作到真正意義上的公正，醫患信任似乎是解決患者弱勢問題的最佳答案。其次，要維護自己的行業利益，醫療行業必須修復其公眾信任度，否則將面臨喪失職業自主權的危險。

二、信任還是懷疑？

“信任”這一概念是描述商業精神和醫患關係差異的關

鍵字。在〈職業道德中的信任與懷疑〉一文中，艾德蒙·佩里格里諾(Edmund Pellegrino)研究了普遍的職業關係中的信任問題，特別探討了醫患信任(Pellegrino, 1991, pp. 69-92)。佩里格里諾認為醫患信任出現了顯著下降。他指出由於患者察覺到醫生更關心他們的金錢而不是他們的病情，更關注下班以後的事情而不專心治病，用所學的醫學知識謀取利益而非救死扶傷，醫患關係中“警覺取代了信任”(Pellegrino, 1991, p.77)。佩里格里諾概述了當今醫療行業面臨的與信任度降低同時出現的其他問題，僅舉幾例：醫療事故危機，醫療的法律色彩，醫療的商業化，“先付錢再治病”原則，治療的非個性化，以及由全科診療(general practice)向專科診療(specialty practice)的退化。

(一)信任與患者的弱勢

佩里格里諾認為醫療和其他專業服務不同於消費領域，如果其中出現警惕、不信任的關係是可悲可歎的。他強調指出在醫患關係中存在“特殊的迫切性、密切性、不可避免性、不可預見性和強烈的患者弱勢，醫患雙方必須以誠相待”。佩里格里諾得出的結論是，在醫患關係中，“總的說來，與懷疑相比，信任關係更具現實意義，更富理性，從現象學角度來看更為和諧。”(Pellegrino, 1991, p.84)

羅伯特·索科洛夫斯基(Robert Sokolowski)進一步闡釋了患者弱勢。他寫道：“當我面對一位專業人士，我請他用專業技能為我處理的不僅僅是我的財物，我把自己和未來都交給他，請他指導”(Sokolowski, 1991, p.27)。索科洛夫斯基指出我們交給機修師和乾洗商照看的物品與我們託付給醫生、律師和教師的東西存在著天壤之別。他說在後者面前，“我把自己交付給他們，由他們決定我的未來”(Sokolowski, 1991, p.28)。索科洛夫斯基認為在各種專業服務中都存在著患者或顧客的弱勢這一特點，但本文僅對醫患關係做集中分析。

伊凡·伊里奇 (Ivan Illich) 為我們展示了患者弱勢的另一個特點。他指出“在所有社會中，死亡的陰影使得健康理念大為盛行” (Illich, 1975, p.122)。伊里奇的觀點讓我們想起人們常把醫療保健與人臨終時的脆弱和“死亡的幽谷”神秘地聯繫起來。雖然在多數情況下，人們求醫問藥並非關乎生死，但醫生的形象如同牧師、拉比和神父一樣容易令人聯想到人的脆弱性與死亡的歸宿。

就在不久前，醫療行業中的信任問題尚未浮出水面。患者對醫生懷有類似於宗教色彩的敬畏與信任。如今的醫療行業與過去相比更強調患者的自主權，普通人對醫學知識有了更多的瞭解，這些因素消除了維茨 Veatch 所說的“神父式” (Veatch, 1972, pp.5-7) 醫患關係模式的家長主義色彩。即便如此，佩里格里諾仍極力論證家長式信賴關係的消亡，不應使人們忽略這樣一個事實——信任必須“仍是所有職業道德的中心要素” (Pellegrino, 1991, p.82)。他寫道：“現在需要做的不是去根除信任，而是重建不可磨滅的職業倫理道德” (p.76)。

佩里格里諾承認這樣的重建有些激進，對道德氛圍有很高的要求。所以他倡導推行重點放在品德培養上的美德道德，來實現信任的重建。他在文章中寫道，醫患關係中的“密切性、特殊性和私密性”，使我們更加關注人的品性——性格，特別是品德 (Pellegrino, 1991, p.73)。佩里格里諾強調說儘管信任重建聽起來像是難以實現的理想，卻是至關重要、值得嘗試的。如果不這樣做，醫患關係就只能淪為建立在警惕與懷疑基礎上的市場道德。他指出，這種道德“根本不能稱其為道德，不過是一種靠不住的互相戒備的關係而已” (1991, p.84)。在任何有效關係中，信任都起著不可或缺的作用，佩里格里諾所強調的這一點是正確的。茜塞拉 Sissela·博克在她的文章中也闡述了這個觀點：“人類所珍視的任何事物，只有在信任的土壤中才能枝繁葉茂” (1978, p.31n)。再回到患者弱勢的問題上來，我們最好回

想一下安妮特·拜爾 Annette Baier 關於信任即一種不對稱的弱勢的闡述。她的觀點是，我們的信任給予他人在我們最珍視的事情上傷害我們的機會。引文如下：

最易傷害某種事物的就是它的創造者或看護兼照顧者。由於我們最為珍惜的事物往往包括我們無法獨立創造或維護的東西(生命、健康、名譽、後代及他們的幸福，……)我們不得不讓他人插手，從而給予他們傷害這些事物的可能…… (拜爾 Baier, 1986, p.236)。

(二)醫患信任：烏托邦式的理想還是現實的解決方案？

毋庸置疑，很多人都希望看到醫患關係中能注入更多的信任，可是我們最終要權衡把這個建議付諸實踐的艱難性。我們必須自問這樣崇高的理想是否切實可行。信任重建畢竟不是一個簡單的、單純的問題。我們面臨著困境——懷疑、醫療的法制化和商業化已經根深蒂固。所以我們要考慮佩里格里諾的建議是否過於理想主義，無法帶來他所期望的變化。艾倫·布克南在探討佩里格里諾的文章時對他的建議提出了質疑：

如果想改善專業從業人員與顧客之間的關係，該採取何種策略是尚在爭論中的問題。我們該不該勾勒出一幅完美的畫面，然後向大眾的頭腦中灌輸崇高理想呢……是不是不應該過分強調理想，而應著手做一些制度上的變革，用適當的經濟刺激來提高人們的道德標準，這樣做是否更有效呢？ (布克南 Buchanan, 1991a, p.86)

在回答理查德 M·贊納爾 (Zaner) 時，布克南再次重申了他的疑慮。

我有些擔心……看上去人們在理想的醫患關係標準

和醫療業的現狀之間搖擺不定。我們必須想一想，這樣的理想是否適應我們的現實世界？如果不做制度上的變革，這一理想似乎難以實現，而我們卻要一味地固守，這會不會鞏固假象，使人們對醫生盲目信任呢？(Buchanan, 1991b, p.64)

布克南關於改善醫患關係需要借助經濟刺激的觀點無疑是有道理的。但我認為他回到“現實世界”的呼籲掩蓋了醫患信任之所以必要的關鍵所在，即醫療行業本身的生存要依賴佩里格里諾闡述的信任關係的現象學特徵(依賴於患者對醫生的信任)。

三、信託契約：法律與行業

基於佩里格里諾(1991, 1999; Pellegrino, Veatch & Langan, 1991)和瑞爾曼(Relman, 1992)的著作，我們可以這樣認為：信任關係的現象學特徵是社會與醫療行業間含蓄的社會契約關係之所以存在的基礎。這裡討論的不是法律意義上的信託關係，而是一種含蓄的社會約定：醫療行業為社會提供可信賴的服務，社會則慷慨贈與其職業自主權。在闡述含蓄的社會約定之前，有必要先瞭解下面兩個主要概念：信託關係與職業自主權。

(一) 信託關係

信託義務源自法律手段。馬克A·羅德溫Rodwin曾指出，儘管醫生也許自稱為受託人，但“信託法律在醫療關係中的應用是十分有限的……”(Rodwin, 1993, p.184)。洩露隱私罪及遺棄患者罪是有限的信託法律應用在醫療行業的例子。“但是醫生的職能類似於信託行業的受託人(p.184)。二者相去不遠，因為“為患者利益著想的醫德信條就體現了信託的理想。醫患關係儘管獨特，但與信託關係一

樣提出了承擔責任的問題”(p.184)。

所以我們要把醫療行業的信託關係看成是類比概念，而非法律概念。這種信託類比的關鍵在於專業人員有代表其顧客行事的義務，哪怕這意味著失去商機。(Rodwin, 1993, p.350n)

(1) 希波克拉底誓言與古阿斯神戒

醫療業的信託缺少充分的法律保證，所以把醫患關係看作純粹的信託關係會引起誤解。如果在某種意義上人們期望醫生能夠與別的受託人承擔同樣的責任，我們該想一想這樣的期望是合理的嗎？

回答這一問題當然可以引用希波克拉底誓言中動聽的患者至上的宣言(“我要為病人謀幸福……我要使他們免遭傷害與不公正的對待，”等等)。但是僅僅幾句誓言就足以成為我們這種期望的理由嗎？對這樣不受法律約束與制裁的就職誓言，我們又能有多少期盼呢？湯瑪斯·霍布斯對這個問題的探索十分著名。他指出“契約對人們行為的約束力量並不是源於契約本身，因為人的誓言是最容易打破的，這種約束力來自於人們對於破壞契約所帶來的惡果的恐懼”(《利維坦》第十四章, Baird and Kaufmann, eds., p.86)。R·L·阿靈頓Arrington的提問一針見血：“如果做了不道德的事又不會被發現、被懲罰，還會有人繼續遵守道德規範嗎？”(阿靈頓Arrington, 1998, p.39)。

在哲學範疇內，這就是柏拉圖《理想國》中的色拉敘馬霍斯所提出的問題。

格勞孔想知道蘇格拉底如何能駁斥色拉敘馬霍斯憤世嫉俗的看法，於是抬出了色拉敘馬霍斯的論點：人們遵守道德規範，不是因為覺得高尚，而是因為他們缺乏滿足自己欲望的能力。書中的對話表明，人們在他人面前維持著道貌岸然的樣子，可一旦擁有了古阿斯神戒，能隨心所欲地隱身現形，我們就永遠不再需要遵守道德準則了。顯然，古阿斯神

戒象徵著道德就是人們因缺乏足夠的能力來實現所有的願望而不得不與社會達成的妥協。我之助人，是希望他人助我。因此，古阿斯神話告訴我們道德並不是人們自覺遵守的，而是勉為其難，不得已而為之。（柏拉圖，《理想國》，357a—69）。

不幸的是，如果這些觀點成立，佩里格里諾的建議就根本無法實現。如果象格勞孔擔憂地那樣，人們對道德規範的遵守只是勉為其難，不得已而為之，佩里格里諾的建議永遠也不可能取得絲毫進展。請注意佩里格里諾是呼籲在一個已經充斥著訴訟、商業化和懷疑的社會裡重建信任。因此，如果我們對重建醫患信任還抱有任何希望的話，我們必須回答的問題不是有沒有足夠的道德原因讓醫生遵守職業誓言，而是有沒有一個符合道德規範的激勵動因。下面主要論述了職業自主權的社會性就是這樣一個一個符合道德規範的激勵動因。

（二）職業自主權與職業利益

艾略特·弗雷德森Freidson在《醫療業》(Profession of Medicine)一書中指出區別各個職業的唯一的統一標準就是工作的自主權(Freidson, 1971, p.82)。儘管工作自主權在職業範式中發揮著中心作用，但要為此做出限定。弗雷德森是通過本質主義的分析方法得出工作的自主權是各個職業的唯一的統一標準這個結論的。也就是說，尋找的是能明確區分各種職業的一套基本的定義性特徵。但是在分析社會科學的實在物件方面，這種分析方法很難站得住腳。

這裡我們不深入探討形而上學和意義的問題。公允的說，從本質出發的分析方法適用於“水”或“溫度”這樣的自然概念。本質主義分析的關鍵是用既必要又充分的語言來給事物下定義。例如：“水”是 H_2O ，“溫度”是分子的微小的運動能量，這兩個定義都是既必要又充分。但是在為社會構築的實在物件定義時，我們也必需要用如此精確的標準嗎？也許對“職業”的分類應採取其他的途徑。

例如，讓我們來看一看維特根斯坦著名的範例和同族類似法。他的觀點是某個族系共有的一些特徵可能會反映族系成員中相重合的特性，我們不必依靠一套基本的定義性特徵來辨別同一族系的成員。實際上，同一族系的兩個成員的特徵也許有天壤之別，但通過它們與本族其他成員分別共有的中間特徵，我們也可以辨認出他們同屬一族。(1)

弗雷德森並未採取這樣的分析手段。他對威廉J·古德爾Goode提出了不同意見。古德爾Goode認為在職業衍生出的一系列特徵中，只有兩個是核心特徵：“關於一門抽象知識的長期的專門培訓和服務意向的集體性”（古德爾Goode, 1960, p.903）。古德爾又提到了衍生的其他特徵，如：行業自己決定教育和培訓水平，從業執照的法律認可，由行業內成員組成的執照和准入委員會，通常由行業自身指定的行業相關法律，以及從業人員不需接受非專業人士的評價與管理。

而弗雷德森認為，古德爾理論的核心特徵的經驗主義所指“掩蓋了具體說明的問題”(p.78)。以“培訓”特徵為例，弗雷德森指出古德爾使用了“長期”、“專門”和“抽象”等限定詞，他質疑培訓到底應有多長，如何才能知道培訓夠不夠專業，抽象的標準又是什麼。弗雷德森對古德爾的質疑顯然體現了本質主義的精神。弗雷德森強調如果僅以這些特徵為基礎下定義的話，要麼會漏掉一些屬於職業的例子，要麼會讓一些不應被看作職業的東西魚目混珠(pp.78-79)。至於古德爾理論中的第二個核心特徵——服務意向的集體性，弗雷德森反駁說“事實是關於職業的討論在沒有試驗依據的基礎上根據其定義假定或斷言，服務意向在各種專業人士中都很普遍。”(p.81)。

弗雷德森的這個觀點對於我們的論文而言十分有趣。我

(1) 欲查找對職業概念的這種看法的近例，請參閱格洛維茨Gorovitz (1991)。

們論述的主旨就是，由於含蓄的社會契約，醫療行業的服務意向事實上已成為社會心態的一部分。弗雷德森關於職業的定義決定了人們對其服務意向的期待。這個觀點進一步證實我們對醫生的服務有這樣的期待，而且解釋了為什麼人們對醫療行業的敵意與日俱增。如果多數群體都抱有這樣的期待，那麼它一定事出有因。所以，如果人們的合理期盼落空的話，他們就會覺得被欺騙而怒火中燒。

上述探討目的在於強調就兩種分析方式而言，自主權的中心地位對於我們關於職業的概念都很關鍵。從同族類似法和範例角度看，沒有職業自主權，就只剩下雇主與雇員的關係。在這種關係下，由雇主對工作進行評價和管理。這樣的關係不符合我們關於職業獨立性的概念，也與我們給予職業評價權威的自主決定權相矛盾。正如在國際象棋中取消將軍的規則，如果我們在醫療行業的概念中取消職業自主權，會造成巨大的變化，令它面目全非。如果用弗雷德森的本質主義分析法，工作的自主權就成為他所說的職業的唯一的統一標準。所以，無論使用哪種分析法，職業自主權的關鍵地位都無可動搖。⁽²⁾

讓我們暫時拋開方法論，來看一看醫療行業的職業自主權是如何自然積累形成的。引用霍華德S·貝克爾(Howard S. Becker)的觀點(Freidson, 1971, p. 83n)，弗雷德森是這樣闡述這個問題的：

通過各種方式的社會談判和勸導，社會逐步相信應該賦予一種職業以自我管理的自主權。這個職業的培訓機構、職業道德規範及工作等屬性在勸導的過程中佔據了顯著地位，但它們在勸導過程外，無論

是個體還是集合起來，都算不上是……客觀上起決定作用的屬性。也許共和/或戰略精英總是認為他們青睞的職業的(特性)有著獨一無二的特點，但實際上這只是勸導過程造成的後果，而不是它們本身固有的屬性。(p 81)

這個分析闡明了信託類比與醫療行業間的聯繫。醫療行業並不是嚴格意義上的法律信託，但同樣承擔代表顧客行事的義務，哪怕這意味著失去商機。因此，工作的自主權不僅僅是行業內成員經談判達成的一種理解，而且是這個職業在社會範圍內贏得的地位象徵。在探討約翰·藍根Langan的一篇文章時，艾倫·布克南Allan Buchanan為我們勾勒了一幅精確的契約性地位的畫面：

在一個群體把自己定為一種職業、尋求職業的地位時，他們實際上在做些什麼？……這裡面有一種交換，一種聲明，如果你社會承認我們是擁有特殊知識的一個特殊群體，我們就要求自我管理。那麼你就無權插手我們的事務。這當然是一種討價還價。我們要自我管理……作為你們承認我們自主的交換……不受某些其他社會手段的控制(布克南Buchanan, 1991, pp.228-229)。

四、社會契約

含蓄的社會契約這個概念的古典起源可追溯到柏拉圖《理想國》的第二部，特別是柏拉圖的Crito。在Crito中，作為“雅典的法律和公眾利益”的代言人，蘇格拉底指出人們可以通過自己的行為來承擔道德義務，而並不一定非得做出明確的承諾(柏拉圖, Crito, 52d-e)。A·E·泰勒這樣解釋Crito中關於契約的觀點：

(2) 維茨 Veatch (1991) 提出職業關係中的信任概念是否有一致性的疑問，使這個問題進一步深入。

它為我們展示了“契約”理論的精髓，未遭受任何關於“社會”最初起源的歷史錯誤因素的污染。這個思想就是一個接受了“社會制度”，表示與社會共命運的人一生都有默默支持社會秩序賴以維持之制度的義務，且不可以為個人之便違背自己的承諾（泰勒，1936，p.172）。

雖然社會契約論一般都是用來為建立新的社會制度提供依據，我們現在討論的是在一個已經建立的民主制度內的契約。⁽³⁾ 在這種內在默契的模式下，存在著一個相互原則，同明確的契約關係相同，如果不能保證相互原則，契約雙方就要接受不同程度的審查。此外，一旦違背契約，與明確的契約相比，含蓄契約的條款是以更間接、漸進地方式執行的。人們的行動比較遲緩，如同一個熟睡的巨人。

羅納德·德沃克因（Dworkin）在《法之帝國》（Law's Empire）一文中對利用默契同意概念的基礎理論提出了反駁。德沃克因聲稱不能把默契同意看成是社會形成的理論依據。德沃克因寫道：“同意對人沒有約束力……除非同意是自由作出的自主選擇，而不是淪落到在外國的旗幟下建立一種生活”（Dworkin，1986，pp.192-193）。德沃克因討論的是一個社會形成過程中的契約模式，我們何妨把他的觀點運用在一個已存在的社會中的契約上呢？可不可以說醫學帶有壟斷和精英性質，對我們其他的選擇有不受約束的控制力呢？

斯塔爾（Starr）在《美國醫學的社會變革》中對德沃克因的反駁作出了回應。斯塔爾認為美國社會中，醫生的個人利益不足以讓我們產生足夠的依賴感和敬重感，除非醫療行業能真正滿足他所說的“感受到的他人的需要”。

如果醫療行業只不過是一個壟斷的行會，它的地位就不會像現在這樣穩固。醫療行業高收入和高地位的基礎……來自於其權威性，其權威性又來自於非業內人士的尊重和制度化的依賴。如果醫生沒能夠滿足感受到的他人的需要，他們的個人利益不足以影響社會對他們的看法（Starr，1982，p.144）。

斯塔爾的結論表明如果某個職業的從業人員希望保證擁有高收入和高地位，他們必須讓人看到他們滿足了服務物件的感受到的需要。把這作好並令人信服是保證其權威性與社會地位的關鍵支柱。在醫療行業，我們看到這種滿足他人需要的行為被看作是醫生對患者的信託契約，我們還看到醫患關係並非法律意義上的契約關係。我們的醫患關係更像是一種有信任關係的服務，而非法律意義上的信託。

斯塔爾論點的閃光之處在於如果醫療行業如同許多其他行業一樣，遭受地位下降的命運，他的理論可以提供部分解釋。如果醫療保健是人類的的基本需求，而醫療行業又含蓄地讓我們相信我們可以信任他們來滿足這一需求，那麼一旦醫療行業辜負了人們的信任，行業的地位和安全就會動搖。也許這已不再是假設。

醫療業地位下降的證據比比皆是。只要看一看現在許多保健組織的所作所為就可以發現醫療業滑坡的嚴酷現實。除了前面佩里格里諾概括的那些問題外，我們還見識過為掩蓋醫生合同中的獎勵制度、減少對患者的照料而制定的“謊言”命令，行政部門與醫生就醫療決定進行討價還價，保健組織將大批醫生解聘，總的說來，我們看到醫生職業的自主權受到了前所未有的攻擊。例如，許多保健組織把他們的醫生稱作醫療“供應人”或“販子”。這樣的稱呼可以概括事情的全貌。現在醫生的概念正由原來享有自主權的專業人士變為公司雇員，甚至是小販。顯然，專業的醫療服務也被看作自由市場中的另一件商品。

(3) 關於經濟思維中的含蓄契約問題，請參閱《含蓄契約》（1987）。

五、醫療行業找準位置： 自由市場還是公眾信任？

本刊最近的一期 (Vol. 24, no. 3) 聚焦了把醫療服務歸為商品這一發展趨勢。

埃德蒙·佩里格里諾撰文再次表達了他對醫學市場化的反對態度。他使用了一個類似於羅爾 (Rawls) 的“基本商品”的概念，指出醫療服務不是商品，而是“人類物品”。

社會只有提供了最關乎人的生存的物品，才能成為一個良好的社會。醫療服務當然是佔據首要位置的物品之一。它的確不是唯一的關乎人類生存的物品 (亞里士多德, *Nicomachean Ethics*, 1178b30-34)。但是如果沒有健康，其他的物品，如幸福、財富、朋友、事業等等就會大打折扣，甚至無法獲得。

《理想國》中也指出醫療保健與食品、衣物、鞋子和住房一起構成城市的“四五項”基本需求 (柏拉圖, 《理想國》, 369a-e)。我們常說的一句話“至少你還擁有健康”，也反映了醫療保健在我們的需求感受中的首要位置。

醫療行業的確設法使自己渡過了難關，方法就是發起運動強調職業的合法權威性。這種權威性不僅在於知識上的權威，更重要的是，他們表達了時刻準備用知識來滿足人們的基本需求的態度。有信任關係的服務這個概念的意義在於既然醫患之間沒有法律約定的信託關係，他們之間是一種類似信託行為的關係，只不過沒有法律約定。實際上，這樣的關係也許可以稱作公眾信任。這裡要說明的觀點是社會賦予醫療行業職業自主權，不僅是因為信任醫生有足夠的知識滿足這個基本需求，而是信任醫生會把這個需求放在首位，哪怕這意味著失去商機或個人的機遇。

那麼醫生為什麼應該採用比法律要求的水平還要苛刻的道德規範呢？我們這裡要說明的是除了對信任關係的哲學闡釋，還存在一個職業利益方面的動機。如果職業作為自主的社會物件的地位要依賴於人們的信任，那麼如果無法維持信任，職業就將失去自主權。最嚴重的後果是醫療業將永遠從屬於非醫生的商業管理體系，或者說，成為公共行政系統的一個分支，如同“醫療公共事業”一般。(4)

顯然，商業力量與保健組織正迅速削弱醫療業的自主權，立法方面對此又有什麼回應呢？瑞爾曼 Relman 指出：“多年以來醫療業一直免受反壟斷法的管理，因為人們曾普遍認為醫療服務並非商業行為，不受謝爾曼法案和聯邦貿易委員會的管轄” (Relman, 1992, p.105)。但是最高法院在 1975 年結束了這種狀態 (Goldfarb v. Virginia State Bar)。法院裁定“反壟斷法的範圍擴展到醫療業” (Relman, 1992, p.105)。因此，可以說公眾意識到醫療業未能實踐社會契約中的條款，這給經濟和立法領域都帶來了深刻的影響。

瑞爾曼聲稱：“病人的需求是事實性社會契約的基礎” (p.100)。他還指出契約的條款是忠實“履行對患者的信託責任”，以換取“維持如下事物的特權：特許的壟斷、工作自主權，教育補貼和對科研的公眾支持” (p.100)。而且瑞爾曼在〈公眾為何關注？〉一文的結尾指出“如果醫療服務不是商業，我們應該鼓勵我們的醫生遵守他們傳統的信託義務……在商業化的制度下，……我們無法再信任醫生，因為信託責任的契約將被打破” (p.106)。

瑞爾曼接著又指出，“……如果醫生們繼續隨波逐流，任由自己沿著私人企業家的道路發展，他們會被看成是個人利益至上的商人，失去他們現在作為受託人和被信任的專業人士而享受的許多特權。” (p.106)。

在這些關鍵段落，瑞爾曼揭示了本文的核心要素。但是還有一些關鍵問題是我們闡述並再三考慮的。例如，我們指

(4) “醫療公共事業”一詞借用自瑞爾曼 Relman (1992, p.106)。

出醫生並不是法律意義上的信託人。正如瑞爾曼自己指出的那樣，他所稱的醫療業的特許壟斷在1975年被Goldfarb V. Virginia State Bar廢除了。但除了這些觀點，瑞爾曼似乎沒有完全意識到他所提出但沒能深入研究的觀點的力量。實際上，我們對瑞爾曼的分析所作的補充強調的不是“公眾為何關注”，而是“醫生為何關注”。稍稍變換了重點，關於信託在醫患關係中的作用的辯論就呈現了新的面貌。我們聚焦於職業自主權的來源以及它在定義醫療行業存在方面的中心意義，我們指出如果不能重建醫患信任，不僅醫生會“失去他們現在享有的許多特權”，醫療行業本身作為一種職業的結構也會面臨崩潰。

我們已經提到，布克南對這一情況也有同樣的認識，但他沒有得出與我們相同的結論。布克南建議最好“徹底消除職業的概念，把專業人士看作能完成某些技術工作的人，人們對他們的道德水準不應期望過高，應與我們普通人一樣……”（Buchanan，1991c，p.229）。

六、展望

我們尚未探討這個重建計劃該如何進行。這個題目太大，無法盡述，但我們可以簡要提出一些基本設想。

既然管理醫療已經有力地控制了醫療業，我認為應該從此著手。首先，醫生們需要團結一致，拒絕參加任何非醫生管理的管理醫療機構。我構想的模式與許多學術機構相似，比如系主任和大學校長首先就是學者。在醫療界，這有助於溝通，使管理層更好地理解醫療決策。

伊曼紐爾Emmanuel和達布勒Dubler有一篇關於管理醫療環境下的醫患關係的文章很有見地（Emmanuel和Dubler，1995，pp.323-324，326-328）。他們指出醫患關係的基本要素可以概括為六C：選擇（choice），稱職

（competence），溝通（communication），同情（compassion），連貫性（continuity），和利益不衝突（no conflict of interest）。關於信任的問題，他們寫道：“很多人強調醫患關係中信任的重要性，我們認為信任不是一個獨立的因素，而是綜合實現六C原則的結果……”（p.323）。我同意伊曼紐爾Emmanuel和達布勒Dubler的觀點，但本文討論的問題使我們不得不先考慮一下我們為什麼要期待醫生們去遵循這個六C原則。對此我的論點是醫生的動機可以用醫療業要求恢復其職業自主權來解釋。

第二項建議是改革醫學教育，增加同情心培訓。如果說患者弱勢使醫患信任成為必要，那麼同情心培訓則是信任重建之關鍵。要贏得患者的信任，醫生們必須學會體察和處理患者的弱勢感覺。這個觀點在醫學教育文獻中有過闡述——托馬斯·珀西瓦爾Percival的“同情醫療”觀。⁽⁵⁾哈佛醫學院最近開展了加強同情醫療的運動。在美國廣播公司的“患者課堂”⁽⁶⁾節目中，哈佛醫學教育系主任丹尼爾·D·費德曼Federman講述了患者對醫生的三大抱怨：“醫生不傾聽，不給我們足夠的時間，不能耐心解釋。”費德曼坦率地承認在對患者作出同情回應方面，醫學教育存在問題。他說：“學生入學時是富有同情心的，而我們的醫學教育和他們的某些經歷卻使他們變得麻木不仁。”

應該注意佩里格里諾所說的職業美德和品德培養最好也在教育階段重點進行。在教育階段，我們可以縮小本文描述的維護個人利益的狹隘動機與自我、品德和愛護之間的差距。這樣，即使醫療業提高職業道德的出發點或許是狹隘的自我利益，但未來受過良好同情心教育的醫生更可能會把品

(5) 請參閱里克Leake（1927）和貝克爾Baker（1993）。

(6) 美國廣播公司2000年5月5日星期五播放的“患者課堂”節目。錄音文稿編號#：N000505。相關資訊可登陸ABCNewsstore.com，或致電1-800-呼叫ABC。

德、愛心和信任看作他們職業宗旨的組成部分。

第三項計劃是鼓勵實行荷蘭式的醫院醫生與家庭醫生並行的制度。醫療的過度專門化也許會帶來更多的利潤，但會使醫療服務支離破碎、缺少人情味。

如果這些建議看上去有些過分，不妨設想一下如果我的論點是正確的，我們現在討論的就不僅是醫生“失去他們現在享受的許多特權”的問題，而是這個職業本身面臨的危險。實際上，我們已指出整個醫療行業的生存前途未卜、岌岌可危。

七、結束語

我們業已指出醫療保健的商業化是對患者的不公。如果公平公正的原則要求我們考慮解決患者特殊的弱勢問題，如果我們能正確處理這個問題——可以信任醫生為患者的利益服務，那麼醫患信任關係這個“崇高理想”就成為解決患者弱勢問題的哲學答案。

即使這樣，本文的首要任務是超越這些哲學觀點，闡述醫生之所以要更努力地遵守職業誓言的動機。我們已經說明醫患信任是社會與醫療業之間的社會契約中的主要交換物。布克南雖然強調了經濟刺激在改善醫患關係中的重要作用，但他忽略了一點——除了經濟刺激之外，還存在著其他原因迫使醫生們拒絕他關於徹底消除職業概念的建議。

布克南並不反對這樣的信任關係，他持有異議的是這種理想能否在現實世界中取得實際效果。關於這個問題，我們已經證明除了達到真正公正的目的，似乎還存在一種強烈的動機因素來刺激信任關係在實際工作中的實施。布克南認為“向大眾的頭腦中灌輸觀念”來達到醫患信任的做法不足取，我們持贊同意見。本文提出了另外一種重建醫患信任的途徑，即揭示醫患信任存在的社會基礎：醫療行業為獲得職

業自主權而為社會提供可信賴的服務的社會契約。

揭示了這種契約關係，我們就找到了醫療業人士積極重建醫患信任的利益依據。醫生必須超越經濟刺激的模式，行醫不僅是在“做正確的事”，而是在拯救自己職業的社會基石。儘管重建信任需要從狹隘的個人利益觀出發，為維護信任而做的教育工作需要回歸珀西瓦爾 Percival 的同情醫療觀。要重建並維持醫患信任，需要在醫學教育和行醫實踐中開發應用情感和技巧。如果能將上述提議積極付諸實踐，未來一代的醫生將從更廣義的自身職業利益的概念出發，把信任、品德和愛心看作是他們職業宗旨的構成要素，讓醫患信任更進一步。

參考文獻

- Aristotle (1976). *The Ethics of Aristotle. The Nichomachean ethics*. J.A.K. Thomson (Trans.), New York: Penguin Books.
- Arrington, R.L. (1998). *Western ethics: An historical introduction*. Malden, MA: Blackwell Publishers.
- Baier, A. (1986). Trust and antitrust. *Ethics*, 96, 231-260.
- Baker, R. (1993). Deciphering Percival's code. In R. Baker, D. Porter, and R. Porter (Eds.), *The Codification of medical morality* (pp. 179-211). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Bok, S. (1978). *Lying*. New York: Pantheon.
- Buchanan, A. (1991a). Discussion [of 'Trust and distrust in professional ethics']. In E.D. Pellegrino, R. Veatch, and J. Langan (Eds.), *Ethics, trust and the professions: Philosophical and cultural aspects* (pp. 86-89). Washington, DC: Georgetown University Press.
- Buchanan, A. (1991b). Discussion [of 'The phenomenon of trust and the patient-physician relationship']. In E.D. Pellegrino, R. Veatch, and J. Langan (Eds.), *Ethics, trust and the professions: Philosophical and cultural aspects* (pp. 64-67). Washington, DC: Georgetown University Press.
- Buchanan, A. (1991c). Discussion [of "Professional Paradigms"]. In E.D. Pellegrino, R. Veatch, and J. Langan (Eds.), *Ethics, trust and the professions: Philosophical and cultural aspects* (pp. 226-232). Washington, DC: Georgetown University Press.
- Dworkin, R. (1986). *Law's empire*. Massachusetts: Belknap Press.
- Emanuel, E.J., & Dubler, N.N. (1995). Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *Journal of the American Medical Association*, 273, 323-324, 326-328.
- Freidson, E. (1971). *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company.
- Goldfarb v. Virginia State Bar. Unites States Supreme Court Reports*. 421 US 773, 44L ED 2d 572, 9S S Ct 2004. 1975 (pp.572-588). Rochester, NY: The Lawyers Corporate Publishing Co. 1976.
- Goode, W.J. (1960). Encroachment, charlatanism, and the emerging profession: Psychology, medicine, and sociology. *American Sociological Review*, 25, 902-914.
- Gorovitz, S. (1991). Professions, professors, and competing obligations. In E. D. Pellegrino, R. Veatch, and J. Langan (Eds.), *Ethics, trust and the professions: Philosophical and cultural aspects* (pp. 177-192). Washington, DC: Georgetown University Press.
- Hobbes, T. (1997). Leviathan. In F. Baird, & W. Kaufmann (Eds.) *Modern philosophy* (Second edition) (pp. 63-104). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Illich, I. (1975). *Medical nemesis. The expropriation of health*. London: Marion Boyers, Ltd.
- 'Implicit contracts' (1987). In J. Eatwell, M. Milgate, and P. Newman (Eds.) *The New Palgrave. A dictionary of economics*. Vol. 2, E to J (pp. 733-737). New York: The Stockton Press.
- Leake, C. (Ed.) (1927). *Percival's medical ethics*. New York: Williams and Wilkins Co.
- Plato. (1973). Crito. (H. Tredennick, Trans.) In E. Hamilton and H. Cairns (Eds.), *The Collected Dialogues of Plato* (pp. 27-39). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Plato. Republic. (1973). Crito. (P. Shorey, Trans.) In E. Hamilton and H. Cairns (Eds.), *The Collected Dialogues of Plato* (pp. 575-844). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Pellegrino, E.D. (1991). Trust and distrust in professional ethics. In E.D. Pellegrino, R. Veatch, and J. Langan (Eds.), *Ethics, trust and the professions: Philosophical and cultural aspects* (pp. 69-92). Washington, DC: Georgetown University Press.
- Pellegrino, E.D. (1999). The commodification of medical and health care: The moral consequences of a paradigm shift from professional to market ethic. *Journal of Medicine and Philosophy*, 24, 243-264.
- Pellegrino, E.D., Veatch, R., & Langan, J. (Eds.) (1991). *Ethics, trust and the professions: Philosophical and cultural aspects*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Relman, A.S. (1992). What market values are doing to medicine. *The Atlantic*, 269, 99-106.
- Rodwin, M.A. (1993). *Medicine, money, and morals. Physician's conflicts of interests*. New York: Oxford University Press.
- Sokolowski, R. (1991). The fiduciary relationship and the nature of the professions. In E.D. Pellegrino, R. Veatch, and J. Langan (Eds.), *Ethics, trust and the professions: Philosophical and cultural aspects*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Starr, P. (1982). *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books.
- Taylor, A.E. (1936). *Plato: The man and his work*. New York: Dial Press.
- Veatch, R.M. (1972). Models for ethical medicine in a revolutionary age. *Hastings Center Report*, 2, 5-7.
- Veatch, R.M. (1991). Is trust of professionals a coherent concept? In E.D. Pellegrino, R. Veatch, and J. Langan (Eds.), *Ethics, trust and the professions: Philosophical and cultural aspects* (pp. 159-173). Washington, DC: Georgetown University Press.