

用户: 密码: [网站首页](#) [在线投稿](#)[应用伦理学基础理论](#) | [生命伦理](#) | [环境伦理](#) | [经济伦理](#) | [政治伦理](#)[社会伦理](#) | [科技伦理](#) | [法律伦理](#) | [媒体伦理](#) | [网络伦理](#) | [性和婚姻伦理](#)[国际伦理](#)[首页](#) → [学术文章](#) → [生命伦理](#)

王圣军: 病人权利托付的医学伦理学意义

病人权利托付的医学伦理学意义

王圣军 自然辩证法研究 2002年5月 第18卷第5期

病人权利(patient rights),是现代医患关系中的核心内容之一。然而,现代医学社会学及医学伦理学所提出的各项病人权利,有些并不能反映现实的医患关系,它们不仅存在着操作上的困难,而且还缺乏理论根据。西方学者称此种情况为“病人权利困惑”(dilemmas of the patient rights)。对病人权利的历史及现实所进行的考察使我们发现,病人把自己的某些权利托付给医生,这是在病人和医生之间必然发生和大最存在的现象。“病人权利托付”是形成医患关系的基础。只有注意到这样一个关键环节,才有可能准确地揭示出现代病人权利的内容和找到保障病人权利的可行措施。本文将从病人权利的历史、病人权利困惑及其原因和病人权利托付在医患关系中的意义这三个方面,对此进行讨论。

1 病人权利的历史

病人权利是一个历史的概念。它在欧洲的出现,最初还只体现在要求改善医疗条件和服务的质量,以及要求平等对待病人的方面(1)。随着医学及其技术的发展,以享受应有的医疗条件和服务为核心的病人权利在内容上得到了不断的充实。《纽伦堡法典》针对病人的知情同意所规定的三项必要条件,即知情、自由意志和有能力,使病人权利内容得到了前所未有的发展。这时,病人的自主权成了知情同意的核心。这标志着病人权利有了新的内容——自主权,从而形成了病人权利的现代概念。此后,知情同意的原则由人体试验扩大到治疗,并已包括在病人权利之中了。

到了20世纪,虽然大多数医院仍维持非赢利团体的法律地位,但病人越来越把自己看作“消费者”。我国学者邱仁宗在《病人的权利》一文中曾这样描述这个事实:“①作为医疗消费者的病人,他们拥有的许多利益都可以合适地称为权利,它们不会因为病人进入了与医务人员或医疗单位发生的关系而自动消失;②许多医务人员和医疗单位认识不到这些权利的存在,不能对之提供适当的保护和维护,有时还常常限制这些权利的行使。”(2)因而,提出现代条件下的病人权利问题是势所必然的。

病人权利在近代以前还只是个道德概念,它所反映的是一种“行善型”医患关系。到了近代,特别是医院体制出现后,经济交换关系逐步成为医患关系的主导方面,从而病人作为消费者也逐渐失去了道德上的保护,由此产生的病人权利才具有了法律意义。法律上病人权利最初还只表达了一种经济交换的平等,而自二战后,它又具有了人格尊严的意义。现代病人权利的内容也正是依此而建立。不管是美国的《病人权利法案》还是其他各种病人权利宣言,其内容都体现出以下几个方面:医疗权和护理权,指病人有得到考虑周到的、尊重人的医疗护理的权利;康复权,指病人有摆脱身体疼痛,恢复健康的权利;转院权,指病人有权转移到其他医院;知情权和同意权,指病人有了解自己的病情、治疗过程和治疗方法等权利及对非常规治疗和人体实验,不经病人同意,不得进行的权利;资料权,指病人有检查病历等资料的权利;保密权,指病人有期望有关他与医务人员的谈话和记录严加保密的权利;试验权,指病人有权拒绝为了教学或科研等目的,而不是为了他的直接利益在他身上进行的任何试验;查帐权,指不管支付的来源如何,病人都有对医院提供的医疗服务费用账单进行检查,并要求逐项作出详细的解释的权利。

不难发现,上述所涉及的各项病人权利内容主要是从法律和消费者意愿方面对其定义,其定义的主要内容是有关病人经济利益和人格尊严的。诸如病人可以选择医生、对医院和医生的情况进行了解、拒绝某种诊疗措施、核对医疗费用等,直接就可以被看成市场规则在医患关系上的体现,而诸如自主权、隐私权、保密权等,则属一般人权范畴。与此相应的是,在现代病人权利体系的建构中,人们通常只把医患关系理解为社会一般的人与人之间关系在医患之间的直接体现,从而把医院和社会等同起来。那么,是否存在不同于一般市场关系和一般人权概念的,表现了医患关系特殊性的病人权利内容呢?回答应该是肯定的。这里的关键在于要从医疗实践,特别是医疗技术实施本身来考察医患关系,才能真正形成完备的病人权利概念,以消除在病人权利方面所产生的困惑。

2 病人权利困惑及其产生的原因

美国学者凯利(L Y Kelly, 1976)曾这样来描绘美国的病人权利状况:“即使是美国医学协会早已公布于众的保障病人权利的规定,其在医院实行的情况也令人不满。更为可笑的是,大多数医生和病人甚至连‘病人权利’这个词都不知道。”(3)凯利所说的绝对不是个别情况,而是道出了普遍存在的病人权利困惑。

这种病人权利困惑大致可归纳为以下几个方面:①病人是否有拒绝治疗的权利?判断依据是什么?拒绝治疗,等于解除了医患关系,因而也就没有所谓病人权利问题,那么病人到底有没有拒绝权以及怎样行使拒绝权,其理论根据和实际情况有没有冲突?②病人的自主权的“度”如何把握?谈自主权,首先应明确病人的自主能力,否则,自主权依然是一个抽象概念。③病人的知情同意权是建立在怎样的基础之上的?医生怎样确认特殊病人的知情同意?关于这方面的问题,戴威森和阿诺斯卡尔(A J Davis and M A Aroskar, 1983)在《伦理困惑与护理实践》(Ethical Dilemmas and Nursing Practice)中有较全面地叙述(4)。④关于保密权,经常会遇到道义与功利的矛盾,该如何处理?⑤关于试验权,常常会碰到权利与义务的冲突。例如,对于新的医疗方法,一方面,作为科学家的医生有责任去完成他的实验,为的是能增长医学知识,给更多的患者解除痛苦;另一方面,医院有责任对目前的病人提供行之有效的治疗,而不应当实行试验性的治疗方案。严格说来,任何一个治疗方案都带试验性质,任何一个新的医学技术都是通过病人身上进行试验获

得的。这样,新的医疗方法是否还应该被拒绝在病人身上试验呢? (5) 病人作为医学实验结果的直接受益者,有没有义务接受试验呢?

病人之所以要求医,就是因为病人无法了解自己的病因,不具备像福科((M Foucault,1963)所说的凝视功能,即受过专业训练的具有丰富经验的医生通过对病体的观看,查出病因,并制定和实施某种治疗方案 (6)。因此,病人必须把凝视权让给医生,通过医生的凝视消除疾病,恢复健康。这时病人就必然有信任托付的行为,否则医患关系无法建立。这种信任托付的行为在我国古代的医学文献《论医》中就有记载:“夫医者,非仁爱之士,不可托也;非聪明理达,不可任也;非廉洁淳良,不可信也。”①。我国学者邱仁宗在《病人权利》一书中,也有信任托付关系的论述②。综合医患关系中信任托付的各方观点,我把病人相信医生会把涉及他的健康和生命的利益放在优先的地位,因而把个人在处置病患方面的某些自主权交由医生行使的关系概括为病人权利托付。换一个角度说,病人权利托付也构成了医生作为专业技术的掌握者应对病人健康的恢复所承担的责任。

病人权利托付是医患关系形成的现实基础。以此来考察病人权利体系面临的种种困难就能比较容易地发现,这些困难的产生是由于没有考察医生因病人权利托付因素的存在而要替病人行使的权利。权利托付是在社会行动者之间的关系中普遍存在的现象。理性选择主义社会学的代表科尔曼(J S Coleman)就曾把行动者之间的关系归结为权威关系和信任关系。在他看来,信任关系是指委托人将自己的资源委托给他人使用,以便获取最大利益。科尔曼强调了信任关系形成的四个条件:“第一点,信任的给予是受托人采取行动的前提。由此可知,信任的给予通常意味着委托人把某些资源给予受托人,使受托人利用这些资源为自己谋取利益;第二点,如果受托人值得信任,委托人通过给予信任所获利益大于拒绝信任受托人所得利益,但如果受托人靠不住,委托人只有拒绝信任他,才能获得较大利益;第三点,信任的给予包括委托人在没有得到受托人任何承诺的情况下,自愿把某些资源给予受托人;第四点,信任的给予包含了时间滞后问题,因此,受托人在未来某一时刻,必须采取克服时间滞后的某些行动,使给予信任的必要性得到缓和。” (7) 这种信任关系在医生和患者之间就表现为病人权利托付。其中,病人是委托人,医生或医院就是受托人,委托人的利益就是健康利益。在科尔曼看来,信任关系的建立是行动者理性选择的结果。我认为,这种理性选择的实现必然要通过达成契约的途经。在医患关系中,当病人在医院挂号就诊时,就意味着病人承认了医院的各项章程,医院也承认了病人的各项要求的合理性。尽管医院和病人各自的要求并未特别地写出来,但这些都是约定俗成的惯例,因而在医患之间存在着无形的契约。现代病人权利困惑首当其冲的原因正是由于医生和病人以至社会都没有认识到这种情况,从而对医患关系进行了错误的定位。对这种错误的定位,我从下面三方面加以分析:

第一,现代医患关系有两个方面,即非技术性医患关系和技术性医患关系。所谓非技术性的医患关系是指实施医疗技术过程中医生与病人相互交往而涉及的社会、伦理、心理、生理方面的关系,不是由于医疗技术实施本身所形成的医生与病人的特殊关系。我们通常所说的服务态度、医疗作风等就是这方面的内容。而技术性的医患关系是指在实际医疗措施的决定和执行中所形成的医患双方的联系。例如,让病人参加治疗方案的讨论,征求病人的意见,取得病人的同意等就是医患关系技术方面的内容。古希腊的医生在行医前进行的宣誓:“我愿尽余之能力与判断力所及,遵守为病家谋利益之信条。” (8) 就承诺了行医本身就是行仁和行善。这种医生行善的医患关系,其实包含了两个尚未充分发展的方面:一是医生的行规所要求的行为规范,二是社会一般道德规范在行医当中的具体反映。前者是技术性的医患关系的萌芽,而后者是非技术性医患关系的萌芽。18世纪医院体制的建立,使两者发生了分化,而其中的非技术性医患关系或外部的医患关系成了关注的焦点。因为这种关系难以由道德来维系,从而在法律上规定病人权利成为必要。现代病人权利体系的建立,实际上仍然是这种过程的继续。这样,医患关系的技术方面就被忽略了。而现代医患关系应该在更高层次上恢复古希腊的传统,使技术性和非技术性关系这两个方面有机地统一起来。如果忽略技术性方面,那么必将导致病人权利困惑。

第二,存在着仅仅从一般的人与人之间的关系的角度理解医患关系,而不注重医患关系的特殊内涵的情况。将医患关系放到人与人之间的关系加以理解,其出发点是全面保障病人的权利,而结果却是找不到病人的独特权利,把该由社会道德法律体系约束的一般人与人的关系交由医院来调节。这必然导致病人权利在操作上的困难。有人认为任何事情只要带上商品经济的烙印,就免不了出现消费者和销售者的矛盾。医学领域也不例外。既然医生是医疗服务的销售者,病人是医疗服务的消费者,那么医患关系就完全是一种商品买卖关系。只要医患之间遵循商品交换的规则,就可自行其事。其实,这种观点所导致的是将医患关系消解在一般商品社会人与人之间的关系之中。医学领域之所以不同于非医学领域,就是因为医患关系这种特殊的人际关系的桥梁是技术。只有受过专业化训练的医生才能把技术用于病人身上,才能消除病人的疼痛。因此,如果把医患关系仅仅建立在一般的人伦道德基础之上,而不考虑医学领域的特殊性,就会导致类似这样的现象:在尊重病人的前提下,未能考虑病人对医学技术的无知从而必须发生病人权利托付才使医治活动能够实现这个事实。这种情况必然使得在对病人权利的思考中不能切中其特有的内涵。

第三,人权理论是西方医学人道主义的重要理论来源,而病人权利已成为现代西方医学伦理学的一个重要范畴。人的权利是否受尊重已被作为评价医疗行为道德的准则。这一原则从各个个人自然平等的假设出发,要求一切人的平等权利,认为只有坚持人的自然平等的权利,在道德上才是公正的。因此,在西方医学伦理学中,人的基本的自然平等权利被认为是“自我决定的权利”,这一权利构成了病人各项权利的核心。病人的其他权利如“充分的卫生保健权”,“保密权”等都是由此派生出来的。这是西方当代医学伦理学特别是美国当代医学伦理学思想上的又一个重要特点。然而,基于西方人权理论的病人权利体系建构,是以病人与权利不分离以及病人不承担任何义务这一假定为前提的。这个假定没有承认科尔曼所提出的委托人和受托人的信任关系,也就是没有承认沃林斯基(F D Wolinsky)在《健康社会学》中提及的“被强化的病人角色,即医院为管理病人而采取的三种手段:身份剥夺;控制病人物品和情报来源;控制病人的行为”

(9)。人权理论片面强调病人权利所导致的必然结论是:病人权利只能由病人自己来行使,医患关系中没有委托人和受托人之间的契约成分,从而病人也就没有履行契约的义务。这样,当医生以应由病人自己来决定一个医疗方案推卸责任时,或病人拒不服医而造成严重后果时,就没有解决纷争的依据。

因此,要解决病人权利困惑就要重新界定病人权利,而要准确界定病人权利,又必须基于病人权利托付这一概念来阐释医患双方的现实关系及其形成的条件。

3 医患关系中病人权利托付的意义

“病人权利托付”是形成医患关系的现实基础。承认这个断言,首先意味着承认了病人这种角色的弱者地位:他不能像常人一样自主地行使某些社会权利,不能平等地与医生讨论医学技术问题,等等。这就势必导致与人权理论中那种片面地强调我行我素的及以自我为中心的人权模式的区别。其次,以“病人权利托付”为核心的医患关系的提出,承认了病人所拥有的权利。因为“托付”并不意味着剥夺,而只是行使权利的方式区别于常人。而且,在一定程度上,涉及复杂的技术性干预的所有医患关系都要求这类“托付”,除非病人也是这一领域

的专家,否则,即使病人本身是医生,也必须把病人权利托付给另一个医生。只有这样,医生才能代表病人进行选择的自由。当然,医生选择的自由将由病人对整个事情的期望(病情)来决定,包括病人对于要做的事已在多大程度上形成了判断。这就是说,医生行使的权利是病人自主权的一部分。因此,在受病人托付的范围内,医生不必再考虑病人的主观愿望和价值观念(与治疗疾病无关的主观愿望和价值观念)就可以确定病人的客观利益,并开始施行技术所要求的治疗方案。重大手术签字,口头商议某些原则,这都是“权利托付”的具体过程。一旦获得“托付”,医生就不会再因病人的情绪波动、个性特征、意愿来改变基本的治疗原则。再次,病人求医行为本身就是“权利托付”的过程。医生接待病人时,已经假定病人承认了医院的各项医疗制度和原则,病人在个人意愿、价值观念倾向与医学技术之间的选择权已托付给医院或医生。否则,医患关系就不能成立。

这些原则为解决上一节我们列举的种种病人权利困惑提供了必要的理论依据。关于困惑①,必须明确“病人权利托付”中的委托人与受托人的关系,即病人向医生委托了哪些权利,只要医生是在契约范围内行使权利,那么病人就没有拒绝权。如果没有任何权利的委托,医患关系没法建立,那么,医患关系中的信任关系就没有形成,也就谈不上拒绝权的存在。因此,一旦医患关系建立,病人只有在受托人(医生)不按契约行事时,才有拒绝权。关于困惑②,只要明确了医院或医生从病人那里获得了哪些授权,也是不难排除的。如,对于病人是否有选择治疗方案这个问题,我们可以进行下列分析:当各种治疗方案有大致相同治疗效果时,病人有自主选择权利,因为病人自己有能力做出这样的选择,而且按惯例,病人通常不把自己有能力行使的权利托付给医方。当各种治疗方案的治疗效果不同或无法确定时,这个选择就当由医生做出,因为这种选择超出了病人的能力,而超出病人能力的选择权按惯例是由医方代为行使。病人当然有知情同意权,如对于医生不能预测后果的重大手术、试验性治疗方案。但对于那些按医学知识要求病人必须回避的情节,病人就无权过问。这样做,是以病人将知情同意权部分地委托给了医生为前提假定的。有了这个假定,困惑③也就不存在了。关于困惑④和困惑⑤,通常涉及的是道义与功利的矛盾。公开病人的某些秘密,让病人接受某些实验,这都是以其他社会成员免受危害或受益为目的的。只要在病人所托付的权利中加入相应的内容(如通过法律规定什么情况下可以不考虑病人的保密要求、不愿接受实验的要求等),这两个困惑便可以消除。

“病人权利托付”不仅是形成医患关系的现实基础和解决病人权利困惑的理想途径,而且还为解决现实中的医疗纠纷提供了理论指导。“病人权利托付”的医患关系意味着医学目的与病人的健康利益相一致,而与病人的主观愿望和价值选择未必一致。例如,当病人因宗教信仰拒绝接受输血,而输血对挽救病人的生命是至关重要的,这时,如果医生给病人输血,那么病人的生命就会得到挽救,尽管医生的这种行为与病人因宗教信仰拒绝接受输血的主观愿望和价值不一致,但与病人的健康利益是一致的。医学目的就是治病救人,救死扶伤,减轻病痛。这与病人的就医目的是一致的。况且,医学目标随着医学技术水平的提高而变得对病人更有利,社会发展也使病人对医疗条件的要求越来越高。这样,病人的价值取向可能影响他对疾病与健康标准的理解,这就可能产生病人权利困惑。但是,只要承认了“病人权利托付”这一概念,有就医行为的病人就必须服从医生的判断标准。因为,病人权利是在病人做出某种选择时发挥作用的,而病人的利益是客观存在的。当就医行为发生时,病人健康利益的标准是由医学给出的。所以,当健康利益与病人价值观发生冲突时,如,暂时的疼痛与长远的健康、宗教习惯与必要的治疗措施、个人隐私与医生要获得信息之间有矛盾时,按“权利托付”关系,应由医生或医院处理,其根据是医学技术的专门性及服务的特殊性,后者也就是病人的利益。显然,“病人权利托付”为缓和医患矛盾提供了理论基础和现实的指导意义。

当然,如果医疗伦理争端真的出现,那么解决医疗伦理争端的基本途径就是协商同意。协商同意的实质是“病人权利托付”的关系的建立过程,主要是病人对医学目标的认可。因为由技术原则决定的医学目标是刚性的,而病人个人意愿和价值取向是弹性的。病人不认可刚性的医学目标,就没有形成医患关系的基础。至于像医药费用、医生的态度和责任感、对病人的人格尊重等这些与病人健康和医学目的无直接关系的争端,当由病人或病人的代理人与医院平等协商。当协商无效时,当事人可以通过法律手段来捍卫自己的权利。

总之,将现代医患关系的实质看成是病人权利托付过程,这就从理论上揭示了病人与医生之间平等关系的基础,因为病人权利托付就意味着一种契约的建立,委托者和受托者都依照这种契约而享有权利和负有责任。现代医学伦理学和社会学研究所概括出来的各种医患关系模型,如家长制模型、行善模型、弱行善模型等,仅仅描绘了医患关系的表现形式,并没有分析揭示形成这种医患关系的基础,从而也没有从理论上说明为什么医患之间的关系是平等的。本文关于权利托付的分析,弥补了这一不足。按这一分析,医学伦理学和社会学的任务就是要研究病人权利托付过程究竟建立了什么样的契约,医患双方因这一契约有何权利和义务,以及应怎样遵守这一契约。

参考文献

- (1) 威廉·F·拜纳姆 19世纪医学科学史[M] 上海 复旦大学出版社,2000 32
- (2) 邱仁宗 病人的权利[M] 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社 1996 13
- (3) LYKclly The patient's right to know[M] Nurse outlook 24:27 January 1976
- (4) Anne J Davis, Mila A Aroskar Ethical Dilemmas and Nursing Practice [M] Appleton-Century-Crofts 1983 89-107
- (5) RMSade Medical care as a right: A refutation [A] New England Journal of Medicine 285 1288-92 December 2 1971
- (6) Michel Foucault The Birth of the Clinic [M] New York 1963 107-122
- (7) 科尔曼 社会理论的基础[M] 科学文献出版社,1999 115-117
- (8) Hippocrates The Theory and Practice of Medicine [M] New York Philosophical Library 1964-35
- (9) 沃林斯基 健康社会学[M] 北京 社会科学文献出版社,1999 477-478

中国社会科学院应用伦理研究中心
北京建国门内大街5号 邮政编码：100732 电话与传真：0086-10-85195511
电子信箱：cassethics@yahoo.com.cn

