

医生提供治疗的道德义务及其限制

张洪松*

〔摘要〕 医学伦理学对医生提供治疗的道德义务的边界关注不足,导致临床实践中医生能否拒绝提供特定的治疗常有疑问。医生提供治疗的道德义务可以通过有利原则证成,但在超常的风险和超常的负担下,医生提供治疗将从道德义务转换为道德理想。当患者的医疗要求超出了有利原则的适用范围时,医生不再有提供治疗的道德义务;但在判断有利原则的适用范围时,无效与否不是一个适切的区分,应当根据当时的医疗水平来判断。医生提供治疗的义务还要与尊重、公正等原则的要求相权衡;当患者的人格和良知未得到应有的尊重时,医生有权在符合比例原则的情况下拒绝提供治疗,但对立足于资源不足的临床决策应当慎之又慎。

〔关键词〕 提供治疗 道德义务 有利原则 细化 权衡

〔中图分类号〕R-052 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕1007-1539(2018)01-0089-07

DOI:10.13904/j.cnki.1007-1539.2018.01.014

一、问题的提出

在医疗卫生行业中,由于医患之间特殊的道德关系和职业承诺,医学伦理不仅要求医务人员不伤害病人,还进一步要求医务人员增进病人福祉,这种“把有利于病人健康放在第一位,并切实为病人谋利益”的道德义务,源自医学伦理中的有利原则^[1]。在这样一种语境中,关于临床医疗决策权限分配的伦理研究主要集中在患者一侧,并在知情同意这一规则项下得到具体化,但是,医疗关系的另一方即医生是否有权拒绝提供治疗及其面临的限制等问题,则很少引起理论界的关注。近年来,随着医疗科技的飞速发展和医患关系的日趋紧张,临床实践中因医生拒绝提供治疗产生的伦理困境不断涌现。

例 1: 医生接诊一名急诊孕妇,需要手术治疗,但患者系艾滋病患者,并且患者和家属隐瞒了患者的艾滋病史。医生可以拒绝提供治疗吗?

例 2: 医生接诊一名交通事故伤者,经过评估后认为伤势太重,没有办法延迟患者的死亡,但患者家属强烈要求送 ICU,并请神经外科医生手术,医生可以拒绝吗?

例 3: 医生接诊一名脑中风患者,医生和家属都同意患者已陷入植物人状态,医生建议不使用呼吸机,但家属拒绝并宣称不论恢复的可能性如何都要使用,医生可以拒绝吗?

例 4: 患者因不满意医生的解释抓伤医生,医生发布声明,称其将不再为该名患者提供继续治疗。当患者伤害医生时,医生能否拒绝为患者提供治疗?

例 5: 夫妻二人不希望自由的生活方式被子女打扰,因此决定堕胎。但医生是天主教徒,认为堕胎是不道德的。医生能否出于良心拒绝提供他认为不道德的治疗?

例 6: 医生接诊一名急诊事故伤者,患者家属告诉医生他们没有参加医疗保险,付

* 作者简介:张洪松,四川大学马克思主义学院副教授,南开大学博士后(四川成都 610065)。基金项目:四川大学中央高校基本科研业务费项目(SKQ201401)。

不起费,面对无法支付医疗费用的患者,医生能否拒绝提供治疗?

这些让人困惑的道德情境表面上看截然不同,本质上却是同一个道德难题:医生提供治疗的伦理义务的边界究竟在哪里?显然,这一道德难题并不能简单地通过有利原则的运用获得妥当的解决,因为有利原则所设定的只是一种显见义务,即在考量其他因素之前一般应当遵从的义务,而在上述案例所呈现的特定情境中,可能会有其他的严重情况和理由要求我们采取别样的行动,在这种例外的情况下,医生的实际义务可能不同于他的显见义务^[2]。因此,要确定医生在上述特定的临床情境中是否负有提供治疗的实际义务,必须同时从“细化”和“权衡”两个角度缩小伦理原则的范围,使之可以更適切地应用于临床情境。其一,要结合具体情境进一步特定化有利原则的具体内容,通过细化改进有利原则的范围和广度;其二,还要将有利原则置于尊重、公正等医德原则的体系之中,通过权衡确定具体情境中有利原则的相对权重和强度^[3]。基于此,本文将首先从有利原则的显见义务性质出发,讨论在超常风险下,医务人员提供治疗是否仍然是一项具有压倒性优势的义务。在确定了有利原则证成道德义务的条件后,本文将从内部和外部两个方面讨论有利原则在临床情境中具体应用时面临的系列限制,以确定在特定的临床情境中医生是否负有提供治疗的道德义务,进而提供一个真正面向临床的伦理解决方案。

二、有利原则的特定化: 从道德义务到道德理想

医生负有把病人健康放在第一位,并切实为病人谋利益的显见义务。面对急危患者,这一义务甚至上升为法律义务^①。但是,在具体的情境中,有利原则的要求在多大程度上成立并不是一

个容易解决的问题。比如,可以合理地要求医生为抢救病人取消自己的某个私人计划或者活动,但却不能要求医生为病人支付全部的医疗费用。这一事实清晰地说明,有利原则并不意味着完全无私的奉献,而只是期待医务人员为病人利益作出合理的牺牲,或者承担合理的风险^[4]。一旦超出了合理的牺牲或者合理的风险范围,有利原则将从义务性有利转变为理想性有利。在这里,道德义务与道德理想是一个重要的区分,前者是道德的底线,体现了常规的道德标准,包括道德原则和规则所规定的义务;而后者则是理想的道德状态,体现了超常规的道德标准,这些标准在道德上是好的,是值得赞许的行为,然而正因为其卓越,要求每一个医务人员都践行此种标准显然是苛刻的。立足于这一区分,当医生为患者治疗将为其带来严重的风险、成本或者负担时,如果医生选择为患者利益主动承担此种风险,显然具有道德价值,但是,在义务的谱系上,却必须承认,当医生承担的风险超过一定限度时,此种风险的承担将超出义务的范围,成为超出义务范围的理想,甚至是圣人般和英雄般的理想范围。此时,对于医生提供治疗的义务而言,则应当认为有利原则在此种情境中并不产生提供治疗的实际义务。当然,由于职业角色的特殊性,在据此确定医生提供治疗的实际义务时,要注意职业道德和社会公德的区分,因为从公共道德的角度看,许多医疗中的道德义务都属于道德理想的范围,比如放下自我利益、冒着风险照护病人等^②。

风险是潜在危害变成现实的概率和量值。在临床中,根据医生在提供治疗时承担的风险大小作区别对待,将超常风险的情境从医生的道德义务中划分出来,在抽象层面是成立的;但在具体实施层面,准确划定这个从道德义务到道德理想的界线或者阈值却不是一件容易的事。比如,

^① 根据《执业医师法》第24条,对急危患者,医师应当采取紧急措施进行诊治;不得拒绝急救处置。《医疗机构管理条例》第31条也规定,医疗机构对危重病人应当立即抢救。对限于设备或者技术条件不能诊治的病人,应当及时转诊。

^② 当代伦理学很大程度上忽视了道德理想。事实上,一个人无论处于道德发展谱系的哪一个阶段,都要有一个超越自己已经取得的成就的道德卓越目标。参见汤姆·比彻姆、詹姆斯·邱卓思:《生命医学伦理原则》,李伦等译,北京大学出版社2014年版,第38—47页。

对例1的医生而言,面对HIV病人时,其所承担的风险是否就是超常规的,以致提供治疗从义务变成了理想?在衡量这一风险时,要注意风险并不仅仅是客观的、定量的关于风险“概率”和风险“量值”的测算,同时也包含了关于风险的主观认知和评估,而这两者可能并不一致。比如,虽然从统计的角度看,意外暴露于艾滋病人的血液和乙肝病人的血液导致死亡的总体风险基本持平,但意外暴露于艾滋病病人血液引起的恐惧明显比暴露于乙肝病人血液引起的恐惧大,其原因是人们对艾滋病病人必死无疑的恐惧^{[3](195-196)}。因此,主观的风险可能与客观的风险相去甚远,如果能够借助专家收集的关于风险的准确信息鉴别关于风险的不同认知,并将非理性的风险认知剔除,人们的风险认知就可能改变。此外,还要注意风险管理的可能性,包括降低和控制风险的措施。比如,对艾滋病而言,由于传播渠道的特殊性和可防护性,医务人员可以事先采取相应的防护措施,这一事实将大大降低医务人员在接诊艾滋病病人时所承担的风险的超常性。因此,在伦理上,应当认为医务人员不得因就诊病人是艾滋病病毒感染者或艾滋病病人而推诿或拒绝对其疾病进行治疗。

当然,在例1中,医生面临的是一名隐瞒艾滋病史的患者。表面上看,“隐瞒艾滋病史”和“告知艾滋病史”之间差异巨大,因为在患者告知艾滋病史后,医务人员可以事先防护,而患者隐瞒艾滋病史的情形,似乎阻断了医生预先防护的可能,因此医生似乎更有理由拒绝提供治疗。但是,这种将防护措施与艾滋病史结合起来考虑的做法,从防护的角度看是低效的,因为在医生发现艾滋病史以前,采取防护措施是不可能的,而在发现艾滋病史后由于可以事先采取防护措施,拒绝提供治疗又是不必要的。其结果只能是,拒绝治疗沦为患者隐瞒艾滋病史的惩罚措施,但如前所述,这种惩罚在伦理上并不能得到辩护。因此,对于例1这种隐瞒艾滋病史的情境,更为理想的应对措施并不是拒绝提供治疗,而是采取普通防护原则,即对所有病人的血液、体液及被血液、体液污染的物品均视为具有传染性的病源物

质,医生在接触这些物质时,必须遵照标准预防原则,采取防护措施。在我国,由于《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则》已经明确规定了普遍防护原则,应当认为在例1的情形,患者隐瞒艾滋病史并不会导致医生面临超常规的风险,医生仍然负有提供治疗的义务。在更一般的意义上,由于医生这个职业本身包含了接受来自病人和工作环境的感染这一职业风险,并发展出了一系列的防护措施,一般的感染风险并不影响医生提供治疗义务的证成;即使在涉及艾滋病的情境中,由于风险的可管理性,遵循普遍防护原则进行规范化的操作,才是医疗工作者保护自身安全的妥当形式。

三、有利原则的内在限制:

对患者不适当要求的处理

在临床实践中,患者的要求可能既不会使医务人员承受超常规的风险,也不会要求其作出超常规的牺牲,但是,这些要求在医务人员看来可能无法增进患者利益甚至损害患者利益,因而不适当的。此时,医生拒绝提供治疗,实质上是剔除无法增进患者利益及对患者不利的治疗选项,仍系有利原则在临床情境的应用,是来自于有利原则内部的限制。

(一)无效医疗的争议

传统上,医生一般通过“无效医疗”来处理这个问题。这里所谓的“无效”是指为病人利益的努力,依照推理及经验法则,其失败的可能性极高,而那些罕见治疗成功的例外并无法系统性地一再复制出来^[5]。其基本逻辑是,一旦某个医疗措施被合理地认定为无效,这个医疗措施就会被认为不能给病人带来实质性的利益,进而从病人可以选择的有利行为清单中排除出去。因此,关于医疗无效的认定,可以在有利原则的适用范围内,以伦理上可辩护的方式取消医务人员提供治疗的义务,这是来自于有利原则内部的对医生救死扶伤道德义务的限制。

在临床实践中,由于医学是一种具备不确定性的科学及或然性的艺术,临床判断永远不可能绝对精确,在这种不确定的条件下做出无效的认

定,究竟需要多大程度的统计或者经验证据,医生之间并无共识。虽然有论者从“量”的方面将无效界定为“当医师透过个人经验、与同事共同的经验或考虑医界已发表之实证数据,归纳出在过去一百个施行此治疗方法的案例中,其结果都是无效的”,但这种界定并不令人满意,因为在过去100个案例中无效并不代表在新的个案中必然无效^[6]。一般说来,医生对无效的估计会有很大的不同。在医生的判断中,被称作无效的处置措施成功率可能在0到50%之间,但大多采10%^{[5](24-26)}。

但是,无效与否,不仅涉及治疗方案的科学证据,同时也涉及治疗目标的价值选择,这使得所谓的无效医疗往往具有几个不同的含义:(1)鉴于病人的生理条件,不能实施治疗措施;(2)医疗措施不能产生预期的生理效果;(3)不能合理地期盼医疗措施产生想追求的利益;(4)医疗措施带来的负担、伤害和成本超过它预期的利益。在上述几种情形中,前面三项属于生理上不太可能成功的医疗干预措施,医生以“无效”为由拒绝提供患者要求的特定治疗,伦理上争议不大;但最后一种则属于生理上有效,只是目的有争议的治疗,这是一个需要权衡的道德判断,而不仅是一个临床判断。正因为无效在内涵上包含了两种不同质的情形,定义不清且常被误用,国外有的伦理学家和医生甚至直接拒绝接受“无效”这一概念^{[3](186)}。从这个意义上讲,当“无效”这一概念被严格限定在生理无效的状态上,即进一步的治疗再也不能提供任何生理好处,患者严重恶化的生理状况使得任何已知的医疗干预都无法逆转时,无效仍然是一个很好地区分医生治疗义务的概念工具。在例2中,患者基本上就处于这样一种状态,对于这种状态的患者而言,有利原则并不要求医务人员提供进一步的治疗。但是,当“无效”概念泛化时,它就可能变成一种误导。

(二)两种治疗的区分

如前所述,以是否无效来判断医生提供治疗

的义务,之所以造成临床伦理实践的困惑,其最大的问题在于,这个概念混淆了两种道德上不同的情形,即“要求不太可能奏效的治疗”和“要求有效但目的有争议的治疗”^{[6](154)}。“不太可能奏效的治疗”是一项关于医疗可能性的争议,而“有效但目的有争议的治疗”则涉及治疗目标的选择、治疗风险的承担等因素,在性质上属于价值判断。在现有的理论和实践中,笼统地以“无效”涵摄两种情形,实质上是将价值判断问题伪装成医学科学问题,在伦理上容易引起混乱。

在例2中,涉及的是“不太可能奏效的治疗”。此时,无效是一个有用的工具。但是,这一工具并不完美。因为在临床实践中,可能还有其他一些不适当的请求,比如在存在有效的治疗方法时,患者却要求进行试验性的治疗或者有效但已经过时的治疗,此时并不能通过诉诸“无效”来拒绝。在类似的情境中,最好将有利原则与医生的执业标准结合起来,将医生提供治疗的义务限定在标准的医疗执业范围内,亦即:有利原则只为医生设定了提供与当时的医疗水平相应的诊疗的道德义务。这种义务是一个植根于医患关系、发展成熟的概念。根据情境的不同,其具体内涵可以通过“医疗常规”或者“理性医师”等标准来确定^①。由此,可以归入无效的医疗干预都不在标准的医疗执业范围内,试验性的和过时的治疗亦同。当患者的要求超出这一标准的范围时,无论是无效的、试验性的、还是过时的,都可以通过医疗执业标准予以拒绝。

而例3涉及的则是另一种情形,即“有效,但目的有争议的治疗”。呼吸机可以维持患者的呼吸,因而医疗干预在生理上是有效果的,但是,呼吸机所维持的是永久无意识的生命状态,这种质量较低的生命是否值得维持,本质上是一个价值判断的问题。在例3中,实际上涉及的是“哪一种生命值得存在”这一价值判断问题,由医生作

^① 医疗常规是指在临床现场,一般平均的医生之间广泛使用的医疗方法。当一种治疗属于相当规模的少数医生已经采纳的方式时,即可认为已满足医疗常规标准。而理性医师标准的关键因素并非该行业人员的通常做法,而是一个合理的医师在这种特定的情境中应当如何去做,在这种标准下,选择的医疗方法必须具有逻辑上的基础,包括为了获得可被辩护的结论而对风险和利益进行衡量。

决定是不适当的。因此,在资源允许的范围内,医生不应单方面做出决定,医生的义务是在此开启医患沟通,提供一个开放式的协商氛围^{[6](155-156)}。在例3中,医生可以通过医患沟通将患者的治疗目标导向缓和医疗或者舒适性治疗,但基于有利原则,医生不能直接取代患者家属的价值判断,直接拒绝提供相应的治疗。

四、有利原则的外在限制: 原则的权衡

由于有利原则所设定的只是显见义务,在特定情境中确定何为医生的实际义务,还需要权衡尊重、公正等其他原则的权重和强度。当然,实际需要权衡的原则可能并不限于尊重、公正等,但在公认的医学伦理原则中,尊重、公正等是主要的。按照汤姆·比彻姆和詹姆士·邱卓思的权威看法,要论证一个原则规定的显见义务优先于其他原则规定的显见义务,应当满足一些条件:(1)根据压倒性的规范行事,必须提供更好的理由;(2)用于论证违反规范合理的道德目标必须是有可能实现的;(3)违反规范必须是必不可少的;(4)违反规范的行为必须是最小可能的违反,必须与实现该行为的主要目标相称;(5)行为主体必须设法使违反规范的负面影响最小化;(6)行为主体的决定必须不受道德上不相关的因素的影响,是不偏不倚的^{[3](20)}。权衡的必要及其条件,意味着在临床情境中,没有任何原则设定的义务是绝对的。面对足够复杂的临床伦理决策情境,原则不能在“或有或无”的意义上被直接适用,而必须在“或多或少”的意义上被解释,以获得与情境相匹配的实际义务。

(一)有利与尊重的权衡

尊重,意味着承诺,每个人本身都具有道德上的价值和尊严,由此衍生的具体内容包括尊重人的自主性、自我决定权、保护隐私和保密等^[7]。值得注意的是,尊重原则并不限于医生对患者的

尊重,同时也包括患者对医生的尊重。在医患交往时,尊重原则其实是一个“双向通道”,除了医生尊重患者外,患者也应当尊重医生。在临床实践中,通过权衡,两个方面的内容都会对有利原则构成限制。

首先,尊重患者将为医生的家长主义行为设定限度。由于有利原则的内在限制,在例2中,医生没有义务为患者提供他或者她认为不适当的医疗,但是,引入权衡的视角后,必须同步提出一个“反题”予以修正,即尊重患者也为医生的家长主义行为设定了道德限制,医生有义务为患者提供在医学上可以接受的治疗方案供患者选择。因此,虽然医生有权力也有责任就医疗方案的选择为患者选择提供专业的建议,但是,当患者拒绝了医生的建议时,只要患者的选择在标准的医疗执业方案范围内,医生就应当尊重患者的决定。如果将患者任何不同于医生建议的选择就认定为超出了有利原则的范围(因为它不同于医生认定的对患者最有利的治疗方案),因而医生有权拒绝提供,有利原则将实质上取消患者的知情同意权。两个原则权衡的平衡点,是回归标准的临床医疗实践,医生应当根据当时的医疗水平提供可接受的诊疗方案供患者选择。

其次,尊重医生可能压倒医生提供治疗的道德义务。当医生的人格尊严在医患关系中并未获得应有的尊重时,医生提供治疗的道德义务将让位于医生拒绝提供治疗的权利。在例4中,患者直接侵害医生的人身权益,这是十分严重的不尊重,此时尊重原则将压倒有利原则,应当允许医生退出治疗^①。但是,医生在退出时需要满足一定的条件和程序。在条件上,患者实施的侵害与医生拒绝提供治疗之间应当符合比例原则。因此,在急诊中,即使病人有暴力倾向,拒绝接诊的权利也会受到更加严格的限制。在程序上,医生应当在合理的时间范围内事先通知患者,使之

^① 当考量患者侵害医生的人身权益是否可以作为医生拒绝提供治疗辩护时,也要注意患者在行为时是否有意识、能否控制本人行为。如果患者因为没有意识或者失去控制而实施侵害,虽然形式上患者实施了侵害医生人身权益的行为,但由于患者缺乏责任能力,并不涉及患者对医生的不尊重,同时患者所处的精神状态往往正是医疗干预的对象,医生自不能拒绝提供治疗。

有机会通过其他渠道继续接受治疗。比如,在美国,通常会要求医生提前30天书面通知患者解除医患关系,并要求医生提供合理的原因说明,如“对医生、护士、其他病人进行暴力威胁或攻击”“对医护人员展示明显的、足以妨害执业的敌意”等;而在报警、通知和患者接受下一任医生治疗的间隙,医生必须做出安排,将病人安置在能确保双方安全的区域继续提供治疗^[8]。当然,患者对医生的不尊重不仅体现在伤害医生等激烈情境中,同时也可能以不配合治疗等温和形式出现,此时,在符合比例原则的情况下,仍应允许医生退出治疗^[9]。

例5则涉及更为棘手的医生的道德良心问题,即尊重医生是否蕴含了对医生良心拒绝权的承诺。良心是一种对个人行为是义不容辞的还是应禁止的、是正确的还是错误的、是善的还是恶的自我反省和判断,这是一种通过严肃反思起作用的内在制裁,常常以悔恨、内疚、羞愧、分裂或者不和谐等痛苦的情感出现。良心是一种值得嘉许的道德情感,因为良心的制裁意味着伦理准则对本人的强有力约束,它更可能出现在品格良好的人身上^{[3](36-37)}。因此,在伦理实践中,当患者提出的要求与医生的道德良心相互冲突时,医生的良心也应当受到尊重。在例5中,由于我国并不禁止非医学需要的人工终止妊娠(选择性的除外),人工终止妊娠在满足特定条件后属于标准的医疗执业范围,医生有向患者提供的显见义务。但是,如果医生因信仰天主教等原因而坚信人工终止妊娠在道德上是错误的,医生的道德良心就会与有利原则证成的治疗义务发生冲突。此时,虽然原则上仍应肯定有利原则对医生的约束力,不能因其与医生个人的道德认知有差异就豁免其适用,但也应当看到,天主教医生基于信仰而非其他不能接受的动机拒绝实施堕胎并不是因为道德上的堕落,而恰是因为道德良心上的坚守,因而在伦理上是可以辩护的。

(二)有利与公正的权衡

医生为患者提供治疗将耗费资源,但医生和社会能够配置的医疗资源总是有限的,这一事实从根本上限定了医生提供治疗的义务不可能是

绝对的。但是,当医生以有限的资源提供治疗时,医生究竟能否以资源约束、社会效率等为由,拒绝为具有适应症的患者提供从资源分配的角度看来不必要的治疗,在伦理上常常发生疑问。比如,在例3中,如果不存在资源约束,医生原则上应当按照患者意愿为其提供治疗;但是,当医疗资源的有限性超越某种临界点的时候,临床分配的思维仍然可能压倒提供治疗的显见义务。比如,有其他患者因车祸入院需要立即使用呼吸机抢救,当这种抢救在技术上可行、时间上紧迫并直接决定该患者生死时,在伦理上就应当容许医生不再为陷入植物人状态的脑中风患者提供治疗。当然,这种立足于资源分配的临床决策必须慎之又慎,因为一般而言,临床医生往往缺乏关于社会需求的整体视野,临床决策原则上应当基于医疗适应性、病人偏好及生活品质等因素作出,而非基于临床分配思维作出,后者作为价值判断,医生的专业技术在解决该类问题上并不具备特殊的优势^{[5](187-188)}。

除了稀缺卫生资源分配外,由于当前病人承担了很大一部分治疗成本,患者的财务承担能力也是影响临床决策的重要因素。如前所述,医生在有利原则项下的义务不是无限的,它不会延伸到要求医生为病人支付医疗费用;但是,当医生以病人缺乏支付能力为由拒绝为患者提供治疗时,则会涉及公正的考量问题。因为,随着医疗的社会化,公正要求所有的公民都可以获得基本的卫生保健^[10]。在这样一种共识之下,健康权成为一项基本人权,医生以患者财务因素为由拒绝提供治疗的权利在基本医疗和急危患者等方面则受到更为严格的限制。对基本医疗服务,由于其成本主要通过医疗保险等社会机制予以分担,对临床决策的影响并不大;但急危患者的抢救则不同,基于生命健康权在伦理价值上的优先序,以及拒绝提供治疗对生命健康权的严重危险,医疗机构和医生对急危患者必须采取紧急措施进行诊治。因此,在例6中,面对无法支付医疗费用的急危患者,医生不得以患者的财务状况为由拒绝急救处置。当然,为减轻这一规则实施对医生及医疗机构造成的财务负担,如果患者无力支

付,公正的做法是通过政府财政来负担该笔抢救费用,并大力发展慈善事业来分担。

结 语

近年来,相对于知情同意及与之相关的患者拒绝医疗问题,医学伦理学对医生提供治疗的道德义务关注甚少,导致理论界在回应医生在特定的临床情境中能否拒绝提供治疗时不免捉襟见肘。由于有利原则是医生提供治疗义务产生的道德基础,医生拒绝提供治疗的权利产生于对这一原则的内在外在限制,本文从有利原则出发,论证了在超常的风险和超常的负担下,医生提供治疗将从道德义务转换为道德理想,并指出在具体实施层面划定这个从道德义务到道德理想的界线或阈值时,要形成理性的风险认知并考量风险管理的可能性。在此基础上,本文否定了医生拒绝为艾滋病人提供治疗的权利。

在确定了有利原则证成道德义务的条件后,本文从内部和外部两个方面讨论有利原则在临床情境中具体应用时面临的限制。所谓内在限制,是指患者的医疗要求超出了有利原则的适用范围,无效医疗即为适例。但是,由于对何为“无效医疗”缺乏共识,尤其是通常所谓的无效医疗往往混淆了“要求不太可能奏效的治疗”和“要求有效但目的有争议的治疗”,它并不是一个很好的区分医生治疗义务的概念工具。作为替代,本文主张将医生提供治疗的义务限定在标准的医疗执业范围内,亦即医生只有义务提供与当时的医疗水平相应的治疗,在这一范围内,医生不得拒绝提供,即使在医生看来目的是有争议的,但超出这一范围,医生则有权拒绝提供。

所谓外在限制,是指在特定情境中确定何为医生的实际义务,需要权衡有利与尊重、公正等原则的权重和强度。本文的讨论表明,尊重是一个双向通道,医生尊重患者要求医生为患者提供在医学上可以接受的诊疗方案供患者选择,而患者尊重医生则赋予医生在患者伤害医生时退出

医疗的权利,虽然退出时必须遵守相应的条件和程序。本文对有利与尊重的权衡同时表明,在一些极富争议的道德问题上,比如在堕胎议题上,认可合理的道德多样性,伦理上是可以得到辩护的,因此应当容许医生在这些特殊的情境下出于良知拒绝提供治疗的权利。本文同时指出,除了尊重外,公正原则也会对有利原则设定的治疗义务给予限制,这主要表现在(1)有限的医疗资源分配和(2)患者有限的财务支付能力对临床决策的影响上。但在临床决策中,对于资源分配的考量应当慎之又慎,尤其是对于急危患者的抢救,由于生命健康权在伦理价值上的优先序,医生原则上不得拒绝提供治疗。

参考文献

- [1] 孙福川,王明旭. 医学伦理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:54.
- [2] 〔美〕雅克·蒂洛,基思·克拉斯曼. 伦理学与生活[M]. 程立显,刘建,等,译. 北京:世纪图书出版社,2008:58—59.
- [3] 〔美〕汤姆·比彻姆,詹姆士·邱卓思. 生命医学伦理原则[M]. 李伦,等,译. 北京:北京大学出版社,2014:16—23.
- [4] 〔美〕罗纳德·蒙森. 干预与反思:医学伦理学基本问题(一)[M]. 林侠,译. 北京:首都师范大学出版社,2010:45—47.
- [5] Jonsen, A. R., Mark Siegler, William J. Winslade. 临床伦理学:临床医学伦理决策的实务导引[M]. 辛幸珍,等,译. 台北:合记图书出版社,2011:25.
- [6] Singer, P. A. 临床生命伦理学[M]. 蔡甫昌,译. 台北:台北县中和市金名图书,2009:154.
- [7] 王明旭. 医学伦理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:51.
- [8] 石头. 美国医生如何避免“医闹”[EB/OL]. (2014-09-03)[2017-05-10]. <http://view.163.com/14/0903/14/A570B5UD00012Q9L.html>.
- [9] 张赞宁. 医方有拒绝治疗权和强制治疗权[J]. 医院院长论坛,2007,(4).
- [10] 邱仁宗. 生命伦理学[M]. 北京:中国人民大学出版社,2009:200.

责任编辑:李建磊