

中国现实经济热点问题系列



---

# 以家庭为本位的 医疗决策模式研究

A Study on Medical Decision-making Model  
Based on Family

---

杨同卫 / 著



经济管理出版社  
ECONOMY & MANAGEMENT PUBLISHING HOUSE

中国现实经济热点问题系列



# 以家庭为本位的 医疗决策模式研究

A Study on Medical Decision-making Model  
Based on Family

杨同卫 / 著



经济管理出版社  
ECONOMY & MANAGEMENT PUBLISHING HOUSE

**图书在版编目 (CIP) 数据**

以家庭为本位的医疗决策模式研究/杨同卫著. —北京: 经济管理出版社, 2016. 5  
ISBN 978-7-5096-4280-1

I. ①以… II. ①杨… III. ①治疗—方案—研究 IV. ①R45

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 047449 号

组稿编辑: 魏晨红

责任编辑: 魏晨红

责任印制: 司东翔

责任校对: 王 森

出版发行: 经济管理出版社

(北京市海淀区北蜂窝 8 号中雅大厦 A 座 11 层 100038)

网 址: [www.E-mp.com.cn](http://www.E-mp.com.cn)

电 话: (010) 51915602

印 刷: 北京九州迅驰传媒文化有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 720mm×1000mm/16

印 张: 10.5

字 数: 127 千字

版 次: 2016 年 5 月第 1 版 2016 年 5 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5096-4280-1

定 价: 36.00 元

· 版权所有 翻印必究 ·

凡购本社图书, 如有印装错误, 由本社读者服务部负责调换。

联系地址: 北京阜外月坛北小街 2 号

电话: (010) 68022974 邮编: 100836

## 前 言

“构建和谐医患关系”是当前的热点和焦点问题。学界提出加强医患双方美德建设、深化医疗卫生体制改革、完善卫生法制等宏观层面的对策与建议（戴胜兵，2014）<sup>①</sup>。无疑，医疗服务质量、医患双方道德状况、医药卫生制度是影响医患关系的主要方面，构建和谐医患关系需从技术、制度、文化等多方面着手，多管齐下，综合治理。但不可忽视的是，建立科学的医疗决策模式是加强医患沟通乃至构建和谐医患关系的微观基础。

医疗决策就是为患者的诊断、治疗做出决定，是在众多可以采取的方案中选择最佳方案，以期使患者获得最大利益。从循证医学角度而言，医疗决策是指临床专业知识与病人情况及最佳研究证据的结合，目的在于最大限度地提高临床决策质量，以使患者获得最好的临床疗效和生存转归。医疗决策的主要目标：①安全诊疗，即更好地把握诊疗指征，减少不良反应和损害；②最优化诊疗，即提高临床诊治效果，促进最大化的愈合和健康效果；③节约诊疗，即尽可能地节约医疗资源和成

---

<sup>①</sup> 戴胜兵. 医患关系紧张原因分析与构建和谐医患关系对策 [J]. 医药管理杂志, 2014, 22 (6): 876-877.



本,减少不必要的诊疗干预。从医学伦理角度而言,一个完整的医疗决策是医学技术选择与医学文化选择的统一。医学技术选择是基础与依托,它解决的是技术上的可行性问题;医学文化选择是主旨和统帅,它解决的是伦理上的正当性问题。

在日常医疗工作中,医生每天需要做出大量简单或者复杂的决策。然而,医学不像其他学科那样可以通过定律进行推导,通过公式进行演算;同一种疾病在不同的人身上有不同的表现。可以说,每一个病例都是一个研究课题。而且,由于患者文化程度、生活环境的不同,对生活质量的要求,对医疗行为及预后的理解和要求都会有很大的不同。因此,医疗决策并不是简单的决策,甚至有些学者引入“Devil's Choice”(魔鬼的选择)这一概念来描述临床决策中这种进退两难的处境。

目前,我国医学伦理学界主要援用西方学者 Beauchamp 和 Childress 的四原则——尊重自主、不伤害、行善、公正来指导中国的医疗实践。基于此,很多学者认为,在患者具备医疗自主能力时,应由患者本人单独行使医疗自主权;只有在患者不具备医疗自主能力或不宜向患者说明并征得其同意时,患者家属才能参与医疗决策。主要理由:①患者与其家属的利益不一致甚至相悖——家属决定有碍公正。②患者的自我决定不容动摇——家属决定有悖伦理法则和人权保护。③赋予家属决定权并不会增加患方的力量——家属决定无益平等;社会的前进方向是文明进步——家属决定不符合民法发展趋势(蔡昱,2008)<sup>①</sup>。

我们认为,医学技术选择可以遵循同一标准来进行,然而医学文化选择却是多元化的。尽管西方也曾经历了保护式医疗传统,但在经历了

<sup>①</sup> 蔡昱.论患者亲属在医疗决定中的作用——兼与李振良教授商榷[J].民商法论丛,2008(41):329-335.

17~18 世纪启蒙运动和资产阶级革命洗礼后,个人主义牢牢扎根。西方生命伦理四原则建立在西方文化和个人主义价值基础之上,这种以个人为本位构建起来的社会道德价值体系能否充分满足现代社会的道德需要以及中国医疗决策模式是否也要以个人本位是我们不得不面对的重大理论和现实问题。

Martha Minow (1993) 认为:如果一个人主张其为家庭成员的身份,并享有该身份所附带利益时,该人也应该接受该身份的附带义务。因此,当医疗决定会影响家庭重大利益时,由整个家庭共同决定有一定根据。当医疗关系牵涉到家属时,医师应该视患者与其家属整体为病人。<sup>①</sup> Gordon (1996) 则进一步提出:以社群主义的观点来看,根据患者和家属的家庭关系,认为患者和家属应该彼此尊重、平等看待彼此的利益,进而设立尊重家属决定权的制度是可行的,因为它能够提供一个互相商议的空间和制度支撑,这样可以在支持家属与保护患者之间取得较好的平衡。<sup>②</sup>

马克思在《关于费尔巴哈的提纲》中提出:“人的本质并不是单个人所固有的抽象物,在其现实性上,它是一切社会关系的总和。”<sup>③</sup> 社会关系既是人们实践活动的组织方式,又是人赖以生存和发展的必要条件,离开了社会关系,人和人类活动都是不可能存在的。现实人的发展目标是“完整的人”或“总体的人”,是“人的自由全面的发展”。马克思的这一论断意味着:第一,“人”并非只是理性的载体,同时也是

① Martha Minow. All in the Family & in all Families: Membership, Loving, and Wing, 95W. Va. L. Rev. 275 (1992-1993) [Z].

② Elysa Gordon. Multiculturalism in Medical Decisionmaking: The Notion of Informed Waiver [J]. Fordham Urban Law Journal, 1995, 23 (4): 1321-1362.

③ 马克思恩格斯全集(第1卷)[M]. 北京:人民出版社,1995: 60.



感性的存在，人要受所处生产关系的影响，受所处时代的影响。第二，“只有在共同体中，个人才能获得全面发展其才能的手段，也就是说，只有在共同体中才能有个人自由”。

儒家强调，人并非孤立的个体存在，而是关系存在。马克思“人是一切社会关系的总和”的论断是儒家思想的最好注解。众所周知，中国传统社会结构和组织形式以家庭为本位，家国同构，家国一体。直到今天，中国社会还受到中国传统文化的深刻影响（龙兴海，2011）<sup>①</sup>。在中国传统文化中，家庭对于个人的意义绝非是奉行个人主义的西方社会所能理解的，患者要和他的家庭共同来面对疾病，共同参与医疗决策。以个人为本位的道德价值体系及其实践模式，并不能够适应与满足现代社会全部道德生活的需要，并不具有普遍推广的价值和意义（李桂梅，2008）<sup>②</sup>。

正是在这个意义上，有学者提出患者家属也应成为医疗决策主体。因为在医患关系中，患者家属起着重要作用，是医疗行为、医疗后果和医疗费用的共同承担者。在法律上确立患者家属在医患关系中的主体地位，甚至在必要时赋予家属医疗决定权是必要的和现实的（李振良、李肖峰、徐康平，2007）<sup>③</sup>。事实上，大多数患者更愿意在与家人讨论之后，再做出最终的决定。在家庭协助和支持下的知情同意，往往建立在更加充分的理解和更加全面的考量之上，因而更加精致和更加人性化，更能体现尊重和有利原则。

① 龙兴海. 现代性道德谋划：中国背景下的探讨 [J]. 道德与文明, 2011 (5): 44-49.

② 李桂梅. 中西传统家庭伦理的基本特点 [J]. 深圳大学学报 (人文社会科学版), 2008, 25 (2): 70-74.

③ 李振良, 李肖峰, 徐康平. 患者亲属——医疗决定的重要主体 [J]. 医学与哲学, 2007 (1): 4-7.



因此，本书的基本主张：要以中华文化的核心价值及其原则为标准，探索解决我们所面临的挑战，而不是照搬或者盲从；承认家庭本位的延续性、合理性并探讨建基于之上的医疗决策制度，是有益的学术研究。探索基于家庭的医疗决策模式对于加强医患沟通、和谐医患关系，乃至实现医疗卫生事业的可持续发展都具有深远意义。本书主要包括如下内容：

第一，病人自主的思想渊源及其现实困境。在中国，病人自主权的实现不可能走向西方个人自由主义式的完全独立自主，亦即在中国社会文化和医疗环境中，仅仅依靠个人自主是无法充分保护病人的生命健康利益的。通过文献研究，梳理西方病人自主权的思想渊源；通过理论研究，分析病人自主思想的内在不足；通过对新闻报道、统计数据等文本资料的二次分析，发现病人自主思想的现实困境。

第二，家庭在医疗决策中的功能与作用。家庭是文化的起点，家庭的重要性如同语言一样，是人类存在的一个标志。在我国文化当中，把群体视为个体存在的基础和依据。作者运用历史分析法，对家庭的起源、结构、功能进行简要总结；运用理论分析法，从本体论、德性论和功能论出发对儒家文化下家庭成员间的关系及家庭的作用进行研究；运用系统分析法，结合临床实践，论述家庭在医疗实践中的作用。

第三，临床实践中以家庭为本位的医疗决策模式。中国社会是中国文化所塑造的，中国社会之所以为中国社会，是因为中国文化在焉。中国病人自主权的特殊性，要求在现实的医疗状况中，寻求病人、家属、医生三者间的平衡机制，需要建构基于家庭的医疗决策模式——这实质上也是病人自主权的本土化。本书在发掘中国传统道德资源的基础上，结合医疗决策的具体情形，提出医生、病人、家属共同参与，协同一



致，共担风险，发挥集体智慧进行医疗决策的构想。

第四，信任在医患关系及医疗决策中的基础性地位及增进患者信任的途径。信任是医生、病人、病人家属共同决策的道德基础。医生权威的维护离不开信任，患者自主权的行使也需要来自医生的信任。信任分为特殊信任与普遍信任，患者对于接诊医生的信任是基于人际关系的特殊信任，而对于医疗体系的信任属于普遍信任。增进患者普遍信任的途径：提升医务人员职业形象、完善医疗卫生制度。增进患者特殊信任的途径：加强医患交流，使患者意识到医生是关心、同情和尊重自己的朋友，并善于借助外在声誉机制提高医生的美誉度。

第五，家属参与情境下“红包”、“医闹”等医患关系问题研究。治理“红包”诚然需要强制性措施，但引导性规范与自我约束是不可或缺的起点和基础。本书分析了“拒红包协议”对医患心理契约的正向调节作用，认为“拒红包协议”有助于建立更加稳定、明确的医患心理契约，减少心理契约违背，增进医患互信，融洽医患关系。麦金泰尔有言：脱离了美德的规则只能成为“残章碎片”，规则的遵守离不开有美德的人。改善医患关系，杜绝“医闹”、暴力伤医等恶劣行为，需要制度完善与美德建设的互补与共进，在完善法律制度之外，离不开医患双方的美德建设。

构建和谐医患关系是医疗卫生体制改革应有之义，也是建设和谐社会的重要方面。重新审视医患沟通和医疗决策的伦理基础，建立基于家庭的医疗决策模式，是建立良好医疗秩序及和谐医患关系的基础和有效途径。本书的意义如下：

第一，有助于在临床实践中更有效地贯彻落实知情同意制度，以更好地维护患者权益。

第二，可以为加强医患沟通与交流提供指导，更好地增进医患互信与合作。

第三，有助于立足中国文化传统，建立和谐医患关系，弘扬优秀医德传统。

本书是山东省社会科学规划研究项目“构建和谐医患关系主题下以家庭为本位的医疗决策模式研究”（批准号：14CSHJ16）的研究成果。本成果的形成得益于课题组全体成员的共同努力。

本书可供医疗卫生行政部门、医院管理者、临床一线医务人员以及医学伦理学研究者参阅。由于时间和著者水平所限，疏漏之处在所难免，请广大读者不吝指正。

杨同卫

2016年1月

# 目 录

|                     |    |
|---------------------|----|
| 第一章 病人自主思想的引入及其现实困境 | 1  |
| 一、病人权利运动的兴起         | 1  |
| 二、病人自主思想的滥觞         | 4  |
| 三、病人自主思想在中国的引入      | 6  |
| 四、尊重病人自主权的现实困境      | 9  |
| 五、本章小结              | 12 |
| 第二章 家庭——神圣的伦理实体     | 13 |
| 一、家庭的定义             | 13 |
| 二、作为伦理实体的家庭         | 15 |
| 三、儒家思想下家庭的经营理念      | 17 |
| 四、儒家家庭伦理原则          | 21 |
| 五、本章小结              | 26 |
| 第三章 家庭的功能与作用        | 27 |
| 一、对家庭的多角度解读         | 27 |



|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| 二、儒家社会中家庭的功能 .....              | 34  |
| 三、家庭在医疗保健方面的作用 .....            | 36  |
| 四、本章小结 .....                    | 44  |
| <br>                            |     |
| 第四章 家庭在医疗决策中的作用 .....           | 47  |
| 一、共同参与型医患关系模式评述 .....           | 47  |
| 二、最优化：医疗决策的原则与目标 .....          | 50  |
| 三、家庭参与医疗决策的合理性 .....            | 53  |
| 四、患者家属在医疗决策中的具体作用 .....         | 55  |
| 五、本章小结 .....                    | 61  |
| <br>                            |     |
| 第五章 医生、病人、家属共同参与的医疗决策模式 .....   | 63  |
| 一、四种医疗决策模式比较研究 .....            | 63  |
| 二、医生、病人、家属共同决策模式的运用 .....       | 73  |
| 三、医生相对于患方的特殊干涉权 .....           | 88  |
| 四、本章小结 .....                    | 96  |
| <br>                            |     |
| 第六章 信任：医生、病人及其家属共同决策的道德基础 ..... | 99  |
| 一、患者就医的心理、行为及期望特征 .....         | 100 |
| 二、患者对医生的信任 .....                | 105 |
| 三、患者普遍信任的构成 .....               | 110 |
| 四、患者特殊信任的影响因素 .....             | 114 |
| 五、增进患者普遍信任的途径 .....             | 117 |
| 六、增进患者特殊信任的途径 .....             | 120 |

|                                             |     |
|---------------------------------------------|-----|
| 七、本章小结 .....                                | 124 |
| <br><b>第七章 家属参与情境下“红包”、“医闹”等医患关系</b>        |     |
| 问题研究 .....                                  | 127 |
| 一、医疗服务的内容与特征 .....                          | 127 |
| 二、医患冲突的现状与成因 .....                          | 131 |
| 三、基于心理契约的医疗红包研究 .....                       | 135 |
| 四、美德建设与制度完善共进——对“医闹”、暴力伤医等<br>恶性事件的思考 ..... | 144 |
| 五、本章小结 .....                                | 153 |

# 第一章 病人自主思想的引入及其现实困境

改革开放以来，随着西方病人权利思潮的引入，我国病人自主权利意识不断增强，医患关系和医疗决策模式也随之发生改变。病人权利运动是欧美重要文化运动之一，它促进了欧美医患关系的良性互动，但这一思潮涌入中国之后，对中国文化生态环境以及现实医患关系的影响，可谓喜忧参半。

## 一、病人权利运动的兴起

欧洲文艺复兴后，自由、平等、自主观念得以弘扬，成为西方伦理道德和价值观念的基石。伴随着启蒙运动与争取政治权利运动，人权观念在 1689 年英国的《权利法案》、1776 年美国的《独立宣言》以及 1789 年法国的《人权和公民的宣言》中得到了充分体现。1948 年，联合国大会通过了《世界人权宣言》，标志着人权观念在全世界范围内的



初步确立(孙笑侠、郭春镇, 2005)<sup>①</sup>。在这种背景下, 西方世界人权意识增强, 他们为争取权利而斗争。病人权利运动就是在这种背景下兴起和发展起来的。

从18世纪90年代法国大革命开始, 有关病人权利的运动就开始了, 但当时主要是围绕健康权问题, “给穷人以健康权”就是当时响亮的口号。1793年, 在病人权利运动的影响下, 法国规定, 医院每张病床只能住一人(在此之前, 一张病床往往住2~8人), 病床与病床之间的距离为3尺。“病人权利”成为法国革命后的新名词, 引起了社会各界的广泛关注。

在法国病人权利运动的影响下, 20世纪50年代以后, 世界各国相继制定了保护病人权利的法律法规和伦理学文献, 对维护病人权利起到了积极的作用。1948年, 世界医学学会第二届全体大会制定的《日内瓦宣言》要求对于人的生命, 自其孕育之始就保持最高度的尊重。1949年, 世界医学学会第三届大会制定的《国际医疗伦理规章》要求医生必须尊重病人的权益, 并且对病人的信息和治疗保密。1981年第十三届世界医学学会通过的《病人权利宣言》及1986年第十八届世界医学学会通过的《医师专业的独立与自由宣言》中再次提到了病人的权利。第二次世界大战后, 对法西斯国家医生实施人体实验的种种恶行进行了披露, 知情同意和尊重病人自主原则开始确立。

20世纪六七十年代, 美国病人权利运动与消费者权益运动和女权运动紧密相连, 从而最为引人注目, 影响较大。1970年6月, 美国福利权益组织起草了一份包含26条内容的文件, 要求美国医院审定委员

<sup>①</sup> 孙笑侠, 郭春镇. 美国的法律家长主义理论与实践 [J]. 西北政法学院学报, 2005, 23 (6): 110-118.



会将病人权利问题纳入新修订的医院标准中。1972年,美国医院协会成立并制定了《病人权利法案》,在1973年进一步修订。《病人权利法案》指出,凡加入美国医院协会的医院都应该尊重病人的权利。《病人权利法案》从病人的利益出发,明确规定了病人应该享有的各项权利,并强调医务人员和医疗机构应该以病人的利益为工作重点,尊重病人,在其能力范围内为病人提供最好的医疗照顾和医疗保健,并保障病人隐私权以及行使同意、选择或拒绝治疗的权利。这一法案为病人权利的实现提供了法律保障,为保障病人权利发挥了积极的作用(李霁、张怀承,2008)<sup>①</sup>。1990年,美国医疗协会在《医患关系的基本要素》中明确表示:病人有权对医生建议的健康护理做出最终决定。因此,病人可以接受也可以拒绝医生所推荐的任何治疗选择。这表明,病人的权利得到了进一步的提升。

1997年,中华医学会医学伦理学分会制定了《病人的权利与义务》。目前,病人权利已经体现在我国的《执业医师法》、《医疗事故处理条例》、《侵权责任法》当中,大致来说包括合理医疗权、知情同意权、医疗监督权、隐私保护权、医疗损失索赔权等。

总之,病人权利运动对于病人自主权产生了深远影响,是医学发展史上的里程碑。病人权利运动极大地增强了病人的权利意识,有利于维护病人的权益,从而提高了病人在医患关系中的地位,使病人不再盲目、被动地听从医生的安排,而是更积极地参与到自身疾病的诊断治疗和医疗决策当中。

<sup>①</sup> 李霁,张怀承.患者权利运动的伦理审视[J].中国医学伦理学,2008,20(6):23-28.



## 二、病人自主思想的滥觞

“自主”最初是指独立城邦的自治或自我支配。后来，“自主”一词的用法扩展到个人，并由此获得多种含义，如自我支配、自由权、隐私、个人选择、意志自由、自主行为和自主者等。

个人自主在最低限度上是指自治，即个人不受他人控制性的干预，可以根据自由意志自由行动，就像一个独立的政府管辖自己的领土、制定自己的政策一样；相反，一个缺乏自主的个体则在某些方面受制于他人，因而不能根据自己的意愿行动。如果追问人们为什么希望自己主宰自己的事情、由自己做决定和选择，那么，很容易给出答案：每个人都会追求自己想要的美好生活。

传统的医疗模式以父权主义为主导，认为医生犹如父母，患者犹如被保护的婴幼儿。在这种医疗模式下，医生具有绝对的权威，所以，这种医疗模式也称为主动被动型医疗模式。医疗父权主义的医学伦理基础是希波克拉底誓言所宣称的医生是仁慈的、权威的、以病人最大福利为己任的专家，其职业准则是尽其最大良知与能力为病人谋求最大利益。

从现实层面来看，病人自主源于医学科技的发展和价值观念的多元化。一方面，19世纪中叶以来，医学作为科学的地位逐渐确立，医疗活动和各种医疗行为对人体生命和健康的干预效果日益显著。而且，随着社会的发展和文明程度的提高，人们有了一些基本的医学常识，甚至是比较专业的医疗知识，许多病人能够根据所掌握的医学知识对医生提供的治疗方案做出理性的判断。另一方面，尽管医生掌握着专业的医学