

# 适度诊疗:基于医学伦理原则的理论构建

游小留

(福建医科大学思政部,福建 福州 350108)

**摘要:**适度诊疗不仅是一种经济行为,更是一种人文态度。适度诊疗模型的核心思想是:在尊重生命价值和生命尊严,平衡技术理性和技术德行的基础上,通过患者感知和医疗供给的互动管理,实施对医疗服务边界的合理控制,以保证在当前有限的医疗资源状态下实现惠及全民的、高效率的医疗保障。

**关键词:**适度诊疗;医学伦理;理论构建

**中图分类号:** R-052

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1671-0479(2014)01-016-005

**doi:**10.7655/NYDXBSS20140104

据国家卫生部计生委数据,2013年1~7月,全国医疗卫生机构总诊疗人次达40.4亿,同比提高7.7%;出院人数达10635.2万人,同比提高10.5%;医院病床使用率为92.3%,同比降低1.6个百分点<sup>[1]</sup>。另据《2012年我国卫生和计划生育事业发展统计公报》,截至2012年末,全国卫生总费用达28914.4亿元,医院次均门诊费用192.5元,按当年价格比上年上涨7.1%,按可比价格上涨4.4%;人均住院费用6980.4元,按当年价格比2011年上涨5.3%,按可比价格上涨2.6%;日均住院费用697.6元,上涨幅度高于人均住院费用上涨<sup>[2]</sup>。数据表明,随着社会经济的发展、人口基数的增长以及医疗体制改革的深入,我国医疗卫生服务水平得到相应的提高。但“看病难、看病贵”现象依然长期存在,影响和制约着我国经济社会的持续、平稳发展。目前普遍的观点认为,中国医疗卫生领域的主要症结在于政府公共卫生投入的不足以及分配的不均。而本文认为,这种观点的逻辑判断中忽略了一个重要的逻辑节点,即适度诊疗问题。限于体制和财政等方面的原因,要在短期内大规模增加公共医疗卫生支出,实现医疗服务均等化是不现实的,因此,将关注的重点转向适度诊疗,在当前医疗资源有限的情况下实现高效率的医疗保障更具有现实意义。

## 一、适度诊疗的影响因素分析

(一)自由裁量:诊疗一般特性对诊疗自由度的影响

“裁量”在中文语境中主要指主体依据客观环境和事物的发展情势做出的安排取舍、判断衡量和自我控制;而在英文语境中则主要指主体对行动或判断的自由和谨慎周到的考虑。“自由裁量权”(discretion)源于西方法学界。《牛津法学大词典》对自由裁量权的内涵界定为:“酌情做出决定的权力,并且这种决定在当时情况下应是正义、公正、正确、公平和合理的。法律常常授予法官的权力或责任,使其在某种情况下可以行使自由裁量权。有时是根据情势所需,有时则仅仅是在规定的限度内行使这种权力。”<sup>[3]</sup>也就是说,在满足基本规则的前提下,法官可以对具体情况做出个人判断,并自主做出选择。

体现在医疗领域,由于医学有较大的复杂性、不确定性和未知性,医生对病患的医疗方案的确定也并非不可替代。这就需要医生根据病患具体情况做出安排取舍与判断衡量。如在诊断过程中,是否需要医学检查,需要采取哪些医学检查;在确诊之后,采用哪种治疗方案,选用什么药品,是国产的还是进口的,医生均有相当的自由裁量权,正如巴拉克教授所言“可选择项皆是合法的”。这既是一种权力,更是一

**基金项目:**福建省社会科学规划一般项目(2012B156)

**收稿日期:**2013-11-01

**作者简介:**游小留(1964-),女,福建福州人,法学硕士,教授,研究方向为医学伦理与医德教育。

份责任。至于“合法性”如何确定,则是一个困难的、但又不得不直面的问题。

(二)行为底线:医学伦理原则对诊疗自由度的影响

诊疗过程中自由裁量权的永恒存在为医学本身特定和医学发展所必须,问题是过度的自由裁量权容易导致过度医疗。因此,必须对医生的自由裁量权予以严格约束,以防其权力滥用。虽然,已经存在行之有效的各种法律法规,而临床路径也正在积极有效的探索,但深藏于灵魂的净土则更为关键,这就是伦理原则。正如康德所言,世上有两样东西最使人敬畏,那就是头上的星空和心中的道德律。

在规范诊疗行为的问题上,为了消除或规避在认识论上的争端与分歧,人们对医学伦理原则进行了不懈的探索。1989年比彻姆和奇尔德雷斯在《生物医学伦理学原则》一书中提出了不伤害、善行、自主和公正等医学伦理四原则后,在解决现实医学伦理困境和理论分歧中获得普遍认同,并由此引申出知情同意、医疗最优化、医疗保密、生命价值等一系列医学伦理应用原则。虽然在医学实践中,医学伦理原则的恪守还存在着许多难题。如20世纪70年代发生在美国的爱琳事件<sup>①</sup>,1994年美国康涅狄格州的耶和华见证会教徒奈莉·维加事件<sup>②</sup>。也正是形形色色的伦理冲突,彰显出了医生的道德自主性,迫使其在彼此矛盾的价值漩涡中充分运用手中的自由裁量权,找到自己所追求的价值对象<sup>[4]</sup>。但无论如何,医学伦理原则应当成为自由裁量的底线,并通过诊疗外化为伦理行为,才能真正实现医学伦理原则作为医学实践中的道德价值导向功能,而背离医学伦理原则的任何自由裁量都是不可接受的。惟其如此,才能确保医学的人道主义的本质。

## 二、适度诊疗的模型探索

(一)有关模型假设

### 1. 诊疗最优化的假设

在《医学伦理学辞典》中,孙福川教授认为医疗“最优化原则”作为临床诊治中最普遍、最基本的原则,是指在选择和实施诊疗方案的过程中,尽可能用

最小代价取得最大效果,使诊治达到最佳程度。其中狭义的最优化诊疗包括最佳疗效、安全、痛苦最少和费用低,而广义的最优化诊疗则是在生物心理社会医学模式之内的整体优化、力求最大善果和力求最少恶果<sup>[5]</sup>。对此,杜治政教授做了进一步阐述。他认为最优化诊疗有三个层面:第一层面是最优的诊疗方案,必须同时具备最佳疗效、最安全、最少痛苦、便捷和低费用等五个要素;第二层面是最优的诊疗服务,也就是为实现最优诊疗方案提供的最优服务;第三层面是实际取得了最好的近期和远期效果。只有这三个层面的有机结合,才能构成理想的最优化的诊疗<sup>[6]</sup>。

因此,本文假设,理论上存在一个最优诊疗,即不存在任何过度的状态。换言之,在医疗资源被充分应用且无其他条件干扰的情况下,诊疗技术和诊疗服务及其附加价值实现了最大化。

### 2. 适度诊疗区间假设

事实上,诊疗始终是处在一个动态的范围之中,诊疗最优化也会不断发生变化,因此最优诊疗是一种理想状态。一方面,在计量意义上,假定其他条件不变也是不现实的;另一方面,根据理性人的一般假设,患者对医疗服务的需求是无止境的,而且受学习曲线的影响,患者对于疗效与服务的期望值会越来越高,从而降低满意度。因此,诊疗最优化的确定是非常困难的。也正因为诊疗最优化难以把握,所以能否将诊疗控制在一个适度的区间内,对于医疗体制改革至关重要。

随着社会发展和医疗技术进步,许多行业专家学者不断地对适度诊疗进行有益的探讨和研究。如美国学者Naylor的优质、便捷、可承受性三要素论;日本学者郡司笃晃的效益、风险、医疗服务质量三要素论<sup>[7]</sup>;我国学者杜治政教授的条件允许下疗效最好、安全无伤害(或伤害最小)、痛苦小或无痛苦、便捷、经济可承受性、既不过度亦非不及六要素论<sup>[6]</sup>等等。总的看来,以上表述虽然各有不同,但其内涵却是高度一致的。它充分说明适度诊疗既是医学问题,又是经济问题和伦理问题,讨论适度诊疗必须根据

<sup>①</sup>美国迈阿密市20世纪70年代曾发生过一起不平凡的公诉案。有个名叫爱琳的女孩,出生时背部有一个红色肿瘤,若不手术,脊髓液流到脑中将造成致命感染或畸形发育,即便手术,其膝关节以下仍将麻痹。爱琳的父母不同意实施手术,主张让孩子自生自灭。但是医院不同意,认为手术有成功的可能,孩子可长大成人,虽然承认孩子将终生瘫痪,但坚持要为爱琳实施手术。就此事,爱琳的父母与医院请求法官公断。

<sup>②</sup>1994年美国康涅狄格州的一位病人奈莉·维加,在产后大出血面临死亡威胁的时候,仍然坚持自己的宗教信仰(耶和华见证派)拒绝输血,在医生强制输血并拯救其生命之后,还将医院告上了法庭。

社会、经济、医疗水平和人文背景等具体情况而定。只有从社会存在和人类进步的角度,并立足当代中国社会发展的实际,才能行之有效地解决这个问题。美国学者 Shekelle 就曾经对冠状动脉血管重建术和子宫切除术两种手术的临床应用适度性进行过评价。他将风险效益比对适度分成九个等级,由三个多学科、多专业的专家组成平行的、独立的小组,根据适应证标准进行评价,分别评出适应证的必要性和适当性,以确定是不是过度医疗的问题<sup>[8]</sup>。2010年1~12月,南京医科大学第一附属医院妇幼保健院选择132例实施临床路径的计划性剖宫产病例为临床路径组,选择494例同期符合临床路径实施标准但未实施临床路径的剖宫产病例为对照组作为研究对象,分析临床路径组与对照组的术前住院天数、平均住院日、住院费用、并发症、纠纷发生数及患者满意度等,结果表明,临床路径组患者平均住院时间和平均住院费用显著低于对照组,患者满意度显著高于对照组<sup>[9]</sup>。可见,将诊疗活动限制在一个适度的区间内,既是必要的,也是可行的。

## (二)模型的建构

### 1. 模型的基本概念与逻辑关联

首先,医疗成本。医疗成本由于自身的复杂性和多样性,至今未形成统一、科学、规范的方法体系。即便是目前普遍实施的科室成本核算,也没有统一的操作方法,医疗成本分摊更是五花八门。但总体来说,对于治疗方案的评价,只考虑效果,不顾成本消耗是不可取的;只考虑成本,不考虑效果也是无意义的,问题的关键在于平衡成本与效果,寻求一个最佳点。在多个治疗方案中,一个治疗方案即使成本较高,但临床效果显著,仍不失为较佳的治疗方案。成本效果最佳的治疗方案未必是实现特定治疗目标费用最低的。所以在对医疗领域中的成本—效益进行分析时,要综合考虑效果与成本在临床治疗方案中的作用,使成本效果分析更加科学化。

其次,医疗效率。医疗效率反映的是治疗一个疾病的成本和产出质量。人们患病后到医院不是购买门诊、检验或药品,而是为治愈或者控制疾病。因此,优质、低耗、高效的理想医疗结果是合理的、科学的医疗效率的衡量标准。一般来说,医疗效率涉及医疗费用、诊疗流程、医院功能定位等因素。从医疗费用看,在医疗资源配置有限的情况下,如何以较低的医疗成本产出较高的质量,在医疗行业是相当困难的。即使是竞争力很强、效率很高的医院,如果不能很好地控制诊疗方案,医疗费用依然会高企。从诊疗流程看,只有不断优化医疗流程,提高医院运营

效率,简化患者就医过程,缩短患者诊疗时间,才能达到调控医疗效率的作用。从医院的功能定位看,只有各级医院定位准确,各司其职,政策措施引导有力,才能有效利用资源。特别关键的是要提高社区医院医疗效率。总之,在目前有限的医疗资源配置下,唯有通过适度诊疗,通过对医疗效率进行调控,才能在保证医疗质量的前提下提高医疗效率,满足十三亿人口的医疗需求。

第三,医疗边界。确定医疗边界,是区分适度诊疗与过度医疗或防御性医疗的关键。界定医疗边界,首先要看诊疗措施或手段是否明显超过疾病诊疗实际需要;其次看患者由此产生的医疗费用是否明显超过疾病诊疗实际需求或合理需求;第三看是否给患者造成人身和财产损害。如果不是严格按照医学本身的需要来执行,而是以医务人员为中心,从医务人员的自身利益出发来开展诊疗活动,为了应付可能的医疗事故诉讼而构造防御体系,则既与医学伦理学所强调的“一切以患者为中心”的原则相抵触,也容易丧失对未知疾病探索的勇气,减少对未知疾病探索的机会,延缓医学科学的正常发展。

最后,患者感知。北欧学派代表人克里斯丁·格罗鲁斯提出的“顾客感知服务质量”理论认为,顾客的满意度取决于顾客对服务的期望和顾客实际感知的服务之间的对比。如果实际感知大于或者等于期望,那么顾客的满意度较高,反之就低。在医院质量管理中,“患者感知服务质量”则是患者对医院服务质量的预期同他们实际感知的服务之间的对比。如果医院的诊疗服务符合或高于患者的预期,患者就会有较高的满意度。而患者对于诊疗过程的感知,包括医疗环境、医疗设施、医疗技术、医疗费用等客观感受,也包括服务态度、就医便利性、医疗需求满足程度等主观感受。虽然患者具有的主观心理差异性使得通过量化的方式把握、测量患者感知十分困难,但患者对医疗质量的感知,能形成患者感知价值,进而形成患者满意度。因此,控制感知偏差对适度诊疗有着重要意义。

### 2. 模型的核心思想

首先,生命价值与生命尊严是构建适度诊疗模型的伦理基石。马克思指出:“人的本质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>[10]</sup>《黄帝内经》中也有“天覆地载,万物备息,莫贵于人”<sup>[11]</sup>之说。由此可见,人是自觉和理性的存在,是自然属性和社会属性的统一体。而生命质量、生命价值和生命时值,则是构成生命的三个基本要素。其中生命质量是生命的物质基础,生命时值是

生命的存在基础,生命价值是生命的目的和归宿,三者相互渗透、相互作用、相互制约。“生命质量和价值是生命自身的构成要素,是生命的重要内容,所以生命神圣并不只是生命的时值神圣,也是生命的质量和时值神圣。尊重生命并不只是尊重生命的时值也要尊重生命的质量和时值,尊重生命的完整。当代人们对生命质量和价值的重视,正是这种对生命内涵的全面认识和对生命的整体性尊重的体现。”<sup>[12]</sup>因此,在探讨适度诊疗模型时,首要的就是必须确认人的生命具有至高无上的价值和神圣不可侵犯的权利。此亦为医学伦理原则的题中之义。人的生命本身是珍贵的,任何人的生命都是同等宝贵的,都必须珍视和尊重;珍惜生命、尊重生命的原则,在次序上是最优先的,优先于所有其他道德原则。如1998年调查的“维罗布鲁克计划”,这项涉及儿童的研究计划<sup>①</sup>,将儿童作为有潜在危害的研究计划的对象,有悖伦理道德,但儿童的生理特性又决定了成人研究的结论不能简单地用到儿童身上。因此,如何在充分知情同意的情况下,建立合理的实验审查制度与医学研究法规,规范研究行为,并为每个研究者实施伦理审查,就是对生命价值与生命尊严的尊重<sup>[13]</sup>,也体现了医疗实践时,生命尊严应平等对待。再如2001年荷兰议会通过安乐死法案,允许医生在法律规定的条件下实施安乐死和医助性自杀<sup>[14]</sup>。新的法律规定实施安乐死和医助性自杀必须满足包括患者提出要求、患者具有行为能力、充分告知其他选择、患者对死渴望已久、痛苦无法忍受、专业的商榷、向政府递交报告等28项条件。它表明对生命的尊重并非只是简单地要求活着,忽视生存尊严也是对生命的不尊重。

其次,技术理性与价值理性是建构适度诊疗模型的伦理支撑。随着社会进步,技术理性在很大程度上拓展了人类的生存能力、认识能力以及改造与驾驭自然的能力。然而,技术理性的发展在促进社会发展的同时,也存在着巨大的隐患。由于技术理性的效用性及功利性,科学技术及其运用从一开始就将人的理性限制在技术问题的层面上,忽视了在科技活动过程中人的本质发展,医疗领域尤其如此。医史家罗伊·波特曾说过:“医学有时似乎是由对发展技术能力感兴趣的精英领导,而很少考虑它的目的和价值,甚至个体的痛苦。患者被看做‘问题’,医学更加倾向活体检查和实验室化。”<sup>[15]</sup>现代医疗技术的发展,无疑开创了征服疾病、维护人类健康的奇

迹,它不仅被视为解决任何疑难杂症的灵丹妙药,也被看成人类健康乃至幸福生活的终极源泉,其作用也被无限地放大。这种对医学技术的盲目崇拜,对医学技术突破毫无节制的追求,引发了对人体无限制的技术干预,最终导致在医疗领域技术理性的泛化和僭越,甚至影响着人们的思维方式和行为方式。但事实上,技术理性并没能带来人的全面自由及人类的全面发展,反而在一定程度上带来认识的偏差。如生物医学技术对生命的控制能力日益强大,生命过程在一定程度上已被人为地改变和选择,成为人的意志的衍生物。肺脏衰竭患者通过人工呼吸机完成换气功能,肾脏衰竭患者用肾透析来取代肾脏功能,植物人可以通过鼻饲或静脉注射得到维持生命所需营养。为维持生命的延续而弱化或无视其身体体验及本能欲求,哪怕这种生命的延续并非患者的真实意愿,这类事件早已屡见不鲜。再如医疗资源软硬件的提升并未提高患者满意度,技术进步带来的盲目自信使医生更容易忽略医学伦理。此外,随着人类基因密码的破译,克隆技术、生殖技术、器官移植的发展,技术道德和价值问题早已成为困扰人类却又无法回避的课题。因此,在生命面前,医学技术的发展必须在社会层面上平衡技术与价值,平衡最大多数人的利益,注重社会公平;在诊疗层面上平衡不伤害、善行、自主、公正等原则,并在此基础上寻求适合的度,必须符合人类的长远利益,才能防范医学技术可能引发的对人性的扼杀。

### 三、结论:止于至善

适度诊疗模型的提出,旨在说明诊疗既是一个治病过程,也是一种经济行为,更是一种人文态度。无论诊疗过程如何,在本质上都只是有限的,但在有限的诊疗过程中,对生命的尊重却应该和必须是无限的。

总体而言,适度诊疗模型的核心思想是:在尊重生命价值和生命尊严,平衡技术理性和技术德行的基础上,通过患者感知和医疗供给的互动管理,实施对医疗服务边界的合理控制,以保证在当前有限的医疗资源状态下实现惠及全民的、高效率的医疗保障。生命伦理学基本的前提是:尊重自主性;最大多数人利益的功利主义;社会公正;不伤害、善行、自主和公正四原则。面对适度诊疗问题,必须在事实和价值观之间划分出一条清晰的线,分清什么是医学问题,什么是价值观问题,并在其中寻找一个平衡点。

<sup>①</sup>在维罗布鲁克州立学校儿童身上进行的甲肝试验。

## 参考文献

- [1] 中央政府门户网站. 1~7月份全国医疗卫生机构总诊疗人次达到40.4亿 [EB/OL]. [2013-09-09]. <http://www.gov.cn/jrzg/2013-09/09>
- [2] 统计信息中心. 2012年我国卫生和计划生育事业发展统计公报[EB/OL]. [2013-06-19]. <http://www.chinapop.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/20130619>
- [3] (美)戴维·M·沃克. 牛津法律大辞典[Z]. 邓正来,译. 北京:光明日报出版社,1988:261
- [4] 游小留. 论医学伦理选择中的权变问题 [J]. 中华医院管理杂志,2008,24(8):523-527
- [5] 杜治政,许志伟. 医学伦理学辞典[M]. 郑州:郑州大学出版社,2003:221
- [6] 杜治政. 过度医疗、适度医疗与诊疗最优化[J]. 医学与哲学,2005,26(7):1-5
- [7] (日)郡司笃晃. 医疗改革研究[M]. 张福利,康文江,译. 哈尔滨:哈尔滨出版社,2000:24-25
- [8] Shekelle PG, Kahan JP, Bernstein SJ, et al. The reproducibility of a method to identify the overuse and underuse of medical procedures [J]. N Engl J Med, 1998, 338 (26): 1888-1895
- [9] 虞森森,武晓泓,陈旗,等. 临床路径在计划性剖宫产中的应用分析 [J]. 南京医科大学学报:社会科学版, 2012, 12(6):474-476
- [10] 马克思恩格斯全集:第一卷[M]. 2版. 北京:人民出版社,1982:60
- [11] 郝易. 黄帝内经[M]. 北京:中华书局,2011:61
- [12] 梁中天. 正确理解生命质量、生命价值与生命神圣的关系[J]. 医学伦理学,2002,15(4):34-35
- [13] 顾呈华,李波. 由中西方医学伦理问题看“尊重生命”的内涵发展[J]. 江苏预防医学,2012,23(6):69-70
- [14] 丁晓军. 荷兰安乐死合法化的启示 [J]. 兰州交通大学学报:社科版,2005,24(2):74-78
- [15] (英)罗伊·波特. 剑桥插图医学史[M]. 张大庆,译. 济南:山东画报出版社,2007:24

## Proper diagnosis and treatment: a theoretical frame based on medical ethic principle

You Xiaoliu

(Department of Ideological and Political, Fujian Medical University, Fuzhou 350108, China)

**Abstract:** Proper diagnosis and treatment is not only an economic behavior, but a humanistic attitude. The core idea of proper diagnosis and treatment is: to conduct reasonable control of medical service border on the basis of showing respect to value and dignity of life, and of achieving balance between sense and morality of technology, by means of the interactional management between patient sensibility and medical support, so as to guarantee the realization of highly effective universal medical care assurance under the current condition of limited medical source.

**Key words:** proper diagnosis and treatment; medical ethics; theoretical frame