

医生的信息告知标准

【内容提要】医生有义务采取合理的注意来确保患者知晓 所推荐疗法中的实质性风险和合理的替代疗法。实质性的测试标准是看,在特定的案情中,处于患者位置的一个合理之人是否有可能对风险赋加重要性,或者,医生是否意识到或应当合理地意识到特定的患者可能对该风险赋加重要性。Bolam标准不能适用于医生的信息告知领域。

在英联邦国家的医疗过失法中,英国的Bolam案 是一个十分经典的案子。它巨大的影响力不仅表现在它超越了英国本土,被推广到了整个英联邦国家,而且表现在它走出了医疗行业,被适用到了其它需要专门技能和知识的专业领域。

1957年申结的Bolam案是一个诊疗和信息告知混合型案子。在医疗执业人员过失判定方面,它建立的是一个以医疗行业为导向的测试标准,即“如果(一位医生)按照一个做法行事,而该种做法被熟知那种特定技能的一群负责的医疗人员(a responsible body of medical men)接受为适当,他就不应负过失责任。”而且此种过失判定不受业界不同意见的影响,即“如果一个人按照这种做法行事,不

能仅因为存在一种相反的意见就认定(医生)有过失”。

以后的司法表明,在Bolam案是否适用于信息告知领域这一问题上,英联邦国家产生了分裂。这种分裂表现在,在信息披露的范围和标准问题上,是采用以医疗行业为导向的(合理)医生标准还是以患者为导向的患者标准/实质性(materiality)标准。前者如前面所述Bolam标准,它要求医生向患者告知一位合理医生所通常披露的信息。而后者之典型为Rogers v Whitaker案 所建,它以患者的信息需求为依归。

从英联邦的几大法域看,英国和新加坡固守着Bolam标准(医生标准),坚持医生诊疗义务与告知义务

的一体化。在英国,其标志性案件是Sidaway案。该案见证了Bolam标准在信息告知领域的适用。作为英联邦和普通法国家,新加坡仍然追随着Bolam标准,即使在信息告知领域。在Gunapathy案中,新加坡的上诉法院确认Bolam标准适用于医生向患者提供信息或咨询建议的场合。后续的新加坡司法判例进一步申明医生的注意义务是综合性的”信息告知是否充分的问题主要是医学判断问题。

但是,英联邦大家庭中的加拿大、澳大利亚、新西兰和马来西亚则意识到了信息告知与诊疗的不同面,在信息告知领域采纳了不同于Bolam标准的患者标准,与英国保持了距离。在Reibl v Hughes一案中,加拿大最高法院认为,信息告知问题需考

Bolam v Friern Hospital Management Committee [1957] 2 All ER 118, 122. 关于此案的具体评介,参见赵西巨:《医事法研究》,法律出版社出版,第249-254页。

Chin Keow v Government of Malaysia [1967] 1 WLR 813 (PC).

Gold v Haringey HA [1987] 2 All ER 888, 894 (CA).

Rogers v Whitaker (1992) 175 C.L.R. 479, 490 (HCA). 关于此案,参见赵西巨:《医事法研究》,法律出版社出版,第269-271页。

Sidaway v Governors of the Bethlem Royal Hospital [1985] AC 871 (HL). 关于此案的具体评介,参见赵西巨:《医事法研究》,法律出版社出版,第264-268页。

Dr Khoo James and Another v Gunapathy d/o Muniandy and another appeal [2002] 2 SLR 414; [2002] SGCA 25.

D' Conceicao Jeanie Doris(administratrix of the estate of Milakov Steven, deceased) v Tong Ming Chuan [2011] SGHC 193.

Reibl v Hughes [1980] 2 SCR 880 (SCC); (1980) 114 D.L.R. (3d).

虑“患者知晓实施特定手术或其它治疗之风险的权利”，它“与医生是否根据可适用的职业标准实施了其职业活动这一问题不是同样性质的问题”。如前所述，澳大利亚的Rogers案明确否定了英国Bolam案和Sidaway案在信息告知领域的适用，从而建立了自己的Rogers标准。新西兰则是通过患者权利立法认可了以满足患者信息需求为目的的告知标准。在Bolam标准与Rogers标准的选择上，马来西亚联邦法院选择了后者，并认为Rogers标准相较于Bolam标准，是“在这个一千年更加适当和更加有生命力的测试标准”。

今天看来，英联邦国家在信息告知标准上的上述分歧有可能被弥合。原因是，2015年3月11日，来自年轻的英国最高法院的七名法官就一个知情同意案子作出了一份必将改写英国知情同意法和影响整个医疗行业的、一致的、最终的判决。在判定信息告知领域的医疗过失方面，该判决热情拥抱了澳大利亚的Rogers标准，疏远了英国的Bolam标准。该案在出世当天，即被媒体称之为标志性的、划时代的、重大的的判例，被认为是“30年来最重要的医疗过失方面的判决”。它便是Montgomery (Appellant)

v Lanarkshire Health Board (Respondent) (Scotland)案。

【案情】

该案发生在1999年。那年，原告期待着她的第一个孩子的降临。原告属于小个子型，并且患有糖尿病。患有糖尿病的妇女所怀的孩子的个头很可能比正常人大，而且体重会聚集在胎儿的肩部。通常情况下，胎儿的头部最宽。在正常分娩情况下，只要头部成功出来，身体的其他部位都会平安无事地出来。但是，对于糖尿病妇女来说，因其胎儿的最宽部位可能是肩部而不是头部，就很可能发生胎儿的头部成功产出，但是胎儿的肩部因过宽不能自然产出的情况。这种情况在医学上被称为“肩难产”，是一种会导致新生儿和产妇疾病或新生儿死亡、需要医疗干预的紧急情况。正因为如此，患有糖尿病的原被告被认为是具有高风险的、需要密切观察的孕妇。

在本案中，原告被告知她怀有的的是一个较大体型的胎儿，但是她没有被告知生产的风险，特别是肩难产发生的风险是9-10%。尽管承认这是一个高风险，被告医生的做法是不

花时间或不花很多时间与患者讨论这一肩难产的潜在风险。原因是，一方面，她认为肩难产导致婴儿严重问题的风险非常小；另一方面，在她看来，如果肩难产风险被提及，糖尿病孕妇常常会选择另一种生产方式——剖腹产，而她认为剖腹产并不符合母亲利益。尽管被告医生坦承原告曾对能否自然生产体型大的孩子向她表达了担心，但是被告医生认为原告并没有特别问及其中的具体风险，因此决定不去告知。因此，被告医生告诉原告她能自然分娩，如果自然分娩出现困难，可以采取剖腹产。

原告的生产并不顺利，分娩在几小时后停滞。在随后的几个小时里，不得不使用更多的荷尔蒙以增加收缩的力度和克服自然生产的迟延。婴儿的头部不能自然产生，被告医生使用了钳子。当天下午5点45分，当半个头已产出时，婴儿的肩部遭到了嵌塞。被告医生最终在当天下午5点57分将婴儿取出。但是，就在从婴儿头部出现到分娩完成的这12分钟内，由于脐带完全或部分闭塞，婴儿不能获得氧气。由于缺氧，婴儿出生后被诊断为脑瘫。他同时遭受到了臂丛神经损伤，并导致胳膊的瘫痪。婴儿的四肢也受到了脑瘫的影响。

Health and Disability Commissioner (Code of Health and Disability Services Consumers' Rights) Regulation 1996, Schedule, Right 6 (2).

Foo Fio Na v Dr Soo Fook Mun and Anor [2007] 1 MLJ 593, para. [78].

英国最高法院系基于英国2005年宪法改革法案而成立，它于2009年10月1日开始运作。它继承的是英国上议院 (House of Lords) 的司法职能。

Helen McArdle, "Mum whose son suffered brain damage during birth awarded £5.25m in landmark victory", <<http://www.heraldsotland.com/news/health/landmark-victory-for-diabetic-lanarkshire-mother-whose-son-suffered-brain-damage-during-.120420931>>, 2015年3月12日访问。

Montgomery (Appellant) v Lanarkshire Health Board (Respondent) (Scotland), [2015] UKSC 11.

在被告医生是否有义务告知肩难产风险这一问题上,本案的医疗专家证言存在分歧。支持原告方的医疗专家认为,被告方未告知肩难产风险的做法并不恰当。当原告对胎儿的大小表达关注的时候,医生应就胎儿的大小所引发的问题与患者讨论。这种讨论包括对肩难产风险和剖腹产选择项的探讨。但是,支持被告方的医疗专家认为,被告方对原告关注的回应是充分的、合理的。有专家认为,如果医生告知孕妇肩难产风险,这实际上就是让孕妇选择剖腹产。

【审判】

在原告是否应当被告知医生所建议的自然生产的肩难产风险和替代的剖腹产生产方式这一问题上,初审法官和上诉庭都做出了否定回答。根本原因是法官遵循了Bolam案和Sidaway案的判决思路,认为被告医生遵循了一群负责任的医疗从业者的做法,因而不存在过失。

英国的Bolam案所建立的以医疗行业做法为导向的过失判定测试标准(即Bolam标准)非常契合医生需要发挥医学判断和专业技能的诊疗领域。当时英国最高裁判机构——英国上议院——审结的Sidaway案直面了Bolam标准是否适用于信息告知领域这一具体问题。通常认为,英国的Sidaway案容忍了Bolam标准之适用在信息告知领域的继续。因此,要回答Bolam标准能否适用于信息告知领域这一问题,对Sidaway案这一先例的解读和重新审视尤为关键。

(一) 关于Sidaway案

在Montgomery案中,在将Bolam

标准适用于信息告知领域这一问题上,英国最高法院并不满意Sidaway案多数派法官的分析和观点。英国最高法院认为,不应将Sidaway案看作是一个将Bolam标准毫无保留地适用于医生告知义务的判例。

在Sidaway案中,对于Bolam标准与医生告知义务的关系问题,法官意见不一。其中存在两个极端。一个极端观点可以看作是“左”派,它来自于英国上议院法律议员Diplock勋爵。他也是该案多数派意见持有者。Diplock法律议员认为Bolam标准具有广泛适用性,它不仅适用于诊断、治疗领域,而且也适用于信息告知领域。他认为医生的注意义务具有综合性或一体性(comprehensive),医生的信息告知也牵扯到医生职业技能和判断(professional skill and judgment)的行使问题。不过,这种一体性论点有个缝隙,即患者提问例外。他认为,当患者询问时,医生应告知患者想要知道的信息。

在Sidaway案中,处于另一个极端的属于“右”派或自由派的人物是崇尚权利的Scarman法律议员。该议员是该案的少数派意见持有者。该议员是患者自我决定权利的尊崇者,他彻底地否定了Bolam原则在信息提供领域的适用。Scarman法律议员认为,医疗决定并不是完全基于医学的考量,医生也许并不知晓患者心中的价值观、目标、考虑情形,患者的决定也许并不同于建立在纯医疗判断上的决定。因此,如果从患者的自我决定权角度来考察医生的告知义务,医生有义务向患者告知治疗中的实质性(material)风险。而所谓的实质性风险指的是一个处于案中患者位置的

合理患者认为重要(significant)的风险。在Scarman法律议员思路中,医学证言可以用来证明风险的大小、风险发生后的严重性和是否有必要基于医疗特权向患者保留相关信息,但是,医生告知义务的范围问题,或者说医生是否违反告知义务的问题,则最终是一个法律问题而非医学问题。

在Sidaway案中,除了上述两个极端法官之外,还存在许多属于左右摆动型的持中间路线的法官。不过,他们均是与Diplock法律议员为伍的多数派意见支持者。其中,Bridge法律议员和Keith法律议员首先定了个基调,认为,“决定什么程度的风险告知最能帮助特定患者就是否接受某一特定的治疗做出合理的选择必须首要地是一个临床判断(clinical judgment)问题”,医生是否违反告知义务是一个“主要”根据“专家医学证言”适用Bolam测试标准来判断的问题。不过,两位议员对Bolam标准的忠诚有二点折扣:一是,若患者对某一信息提出具体询问,医生应负告知义务;二是如果某一特定风险的告知是明显必需的(obviously necessary)以致于没有合理谨慎的医生会不去告知它(比如,医疗措施涉及到具有严重不良后果的实质风险)医生便负有告知义务,应尊重患者的决定权,尽管医生的未告知行为也符合医疗行业做法。在Montgomery案法官眼中,这些保留,特别是在特定情况下对患者决定权的认可,被认为是拉近了Bridge法律议员、Keith法律议员与少数派Scarman法律议员的距离。

处于两个极端之间的多数派意见持有者还有Templeman法律议员。Templeman法律议员注意到在医生的

知识和客观与患者的无知和主观之间存在着不平衡,但是,他认可患者具有医疗上的决定权,尽管患者做出的可能是不全面和不合理的判断。在Montgomery案法官看来, Templeman法律议员对患者决定权的关注与Scarman法律议员对人权的关注极为相似。

因此,通过对Sidaway案的重新审视, Montgomery案法官认为,如果说Sidaway案是毫无保留地将Bolam标准适用到了信息告知领域,这系误读。Sidaway案中只有Diplock法律议员持这种立场,其它法律议员或者明确反对,或者提出保留和限制。

Montgomery案法官对Sidaway案的不满意溢于言表。比如, Sidaway案过于关注了患者的具体询问。不应让可能不知从何问起的学生承担询问的负担。实际上,越缺乏知识不能提出具体问题的人可能越需要信息。而且,正如Montgomery案所显示的,这种对询问的关注还会导致人们过度细致地去区分“提问(questioning)”和“不构成提问但属对关切点的表达(expressions of concern falling short of questioning)”。

从英国后来的司法来看,尽管Sidaway案的约束力没有被推翻,但是一些下级法院心照不宣地拒绝将Bolam标准适用于信息告知领域,

实际上采纳了Sidaway案中少数派Scarman法律议员的观点。比如,在Pearce案中, Woolf法官认为,“如果存在一个会影响到合理患者判断的重要(significant)风险,如果患者需要这一信息以便自己决定采取何种措施,在通常情况下,医生有义务向患者告知这一重要风险。”这与Scarman法律议员所讲的医生应告知处于患者位置的合理患者有可能赋予重要性的风险的说法一致。这其中并没有提到Bolam标准。

与Sidaway案中少数派Scarman法律议员处于一条线的Pearce案Woolf法官意见对后来的司法产生了一定的影响力。比如,在英国上议院Chester v Afshar一案中,案中Steyn法律议员正面援引了Pearce案中的Woolf法官意见,并认为有必要保护患者的知情权。案中的Bingham法律议员和Walker法律议员也肯定了患者的自主权。尽管该案件关注的是医疗侵权中的因果关系问题,但是该案对患者自主权的张扬让人印象深刻。再比如,在新近的Birch案中,法官将Woolf法官在Pearce案中所提出的告知“重要风险”这一说法做为医生信息告知的一般标准。由此,在英国本土, Sidaway案中少数派Scarman法律议员观点——Pearce案Woolf法官观点——Chester v Afshar案——Birch案基本上

形成了一条志趣相投的发展路线。

(二) 比较法上的观察

为了从其它法域汲取力量, Montgomery案法官还观察了其它英美法国家,特别是澳大利亚的司法。在澳大利亚的Rogers案中,澳大利亚最高司法机构——澳大利亚高等法院明确否定了英国Bolam案和Sidaway案在信息告知领域的适用。尽管没有否认医生的注意义务是“一个单一的综合性的义务”,但是本案的多数派意见指出在决定医疗执业人员是否违反注意标准问题上,法院应根据案件的不同性质——是关于诊断、治疗还是关于信息提供——去考虑不同的“因素”,诊断和治疗与信息提供之间存在着重大区别,不能用同一种方式去处理医生注意义务的所有方面。

由此, Rogers案推出了一个专门适用于信息告知领域的风险实质性测试标准,即Rogers标准:“如果,在特定案件的情形之中,处于患者位置的一个合理之人(a reasonable person in the patient's position),如果得到风险警示,可能对风险赋加重要性(significance),或者,如果医疗执业人员意识到或应当合理地意识到特定的患者(the particular patient),如果得到风险警示,可能对该风险赋加重要性,那么,该风险便是实质性风险。”。

Pearce v United Bristol Healthcare NHS Trust [1999] PIQR P 53.

Chester v Afshar [2004] UKHL 41; [2005] 1 AC 134. 关于此案,参见赵西巨:“英联邦国家医疗侵权诉讼中因果关系之证明及评价”,载《证据科学》,2009年第3期。

Birch v University College London Hospital NHS Foundation Trust [2008] EWHC 2237 (QB).

Mason C.J., Brennan, Dawson, Toohey and McHugh JJ.

在Montgomery案法官看来,上述测试标准即面向抽象的合理患者,也面向具体的、实际的患者。医生的告知内容来源于个体患者的需要、关注点和情形。在决定告知内容时,个别患者不管是表达一般性关注还是提出具体问题均应是相关考虑因素。法官不应仅因为患者没有提出某种特定的问题就忽视考察Rogers标准下医生面向“特定患者”的告知义务。

(三) 法院形成的观点

法院认为,基于社会变化和法律发展,Sidaway案判决思路已不合时宜。医患关系模式不应再是建立在医疗父权主义之上,不应再是建立在患者属于完全依赖医生所提供信息这一前提之下。患者不应被看作完全被医生控制的人,而是有能力理解医疗措施的不确定性和风险性、勇于承担风险、勇于面对选择之后果的成年人。

这就要求,在医疗过失法中,医生应负的合理注意义务是要让患者意识到治疗中所隐含的实质性的损害风险,即有义务去避免将患者置于本可避免的损害风险之下。医生的这一注意义务对应的是患者的决定权。患者决定权的行使并不完全依赖于医学考虑因素。

法院认为,这里有必要将医生的两种角色做一个基本的区分:一是医生要考察可能的诊疗方案。这种角色需要行使职业的技能 and 判断。比如,手术中存在何种伤害风险这一问题落入医疗从业者的专业判断范围。二是,医生要向患者告知所推荐的疗法和可能的替代疗法及其伤害风险。医生的这一角色所牵扯的问题,即是否应将损害风险和替代疗法告知患者,不是一个纯粹的职业判断问题,并不

完全依赖于医疗技能的行使。这其中要考虑到患者的自我决定权,而患者的决定可能受到非医学因素的影响。

在法院看来,医生的告知义务存在一些例外:一是,患者不愿被告知(即权利放弃),医生便没有义务去告知。二是,如果,基于合理的医学判断,医生认为告知会对患者的健康产生不利,医生也不需要告知,即“医疗特权”例外。但是,“医疗特权”只是一种例外,它不能成为一般原则。如何更好地向患者解释风险信息也需要技能和判断,但是这种技能和判断不是Bolam标准所关涉的那种(医学)技能和判断。

因此,法院认为,Sidaway案将Bolam标准适用于医生的信息告知领域,这是不能令人满意的。没有理由再将Bolam标准适用于医生的信息告知领域。在此方面,正确的法律立场应是英国Sidaway案中少数派意见持有者Scarman法律议员的观点、英国Pearce案中Woolf法官的观点和澳大利亚Rogers案所提出的Rogers标准。这包括三层意思:(1)一个成年的心智正常的人有权决定接受何种治疗,在治疗措施侵入其身体完整之前,必须获得患者的同意。(2)医生有义务采取合理的注意来确保患者知晓了所推荐治疗中的任何实质性风险和合理的替代疗法。(3)“实质性”的测试标准是看,在特定的案情中,处于患者位置的一个合理之人是否有可能对风险赋加重要性,或者,医生是否意识到或应当合理地意识到特定的患者可能对该风险赋加重要性。医生的告知义务存在例外,比如医疗特权、紧急情形。

对此,法院还说明了三点:一

是对风险实质性的评估不能简单化为百分比的度量。某种风险的重要性体现在诸多因素,比如风险的大小、风险的性质、风险发生对患者生命的影响、治疗的益处对患者的重要性、替代疗法及其风险。这种评估是基于案件事实的,且要反映患者的具体特性。二是,医生的告知义务或者咨询角色涉及到对话,即确保患者“理解”相关信息以做出知情的决定。因此,医生要确保所提供的信息是可理解的。医生履行告知义务并不意味着轰炸式地向患者提供不能合理期待其能理解的技术信息,更意味着程式化地简单获取患者在知情同意书上的签字。三是,医疗特权仅是医生的告知义务的例外,它是一般原则的有限的例外,不能滥用。这一例外不能用来颠覆一般原则。只有患者具备选择能力,就应尊重其知情决定的权利。医生不能仅认为这种选择有违患者的最佳利益而阻止患者做出知情选择。

具体到本案,法院认为,医生应向患者告知肩难产风险和剖腹产替代方案。肩难产风险是实质性的,这种风险不仅包括对婴儿的风险,也包括对孕妇的身体和健康所带来的风险。相较之下,对于患者来说,剖腹产方式对母亲的风险较小,对婴儿所带来的风险几乎不存在。这更显现了告知肩难产风险的必要性。另外,医生已经意识到肩难产风险有可能影响到处于本案原告位置的患者的医疗决定,原告患者也对自己能否自然生产婴儿表示了担忧。所有这些都指向医生负有肩难产风险的告知义务。医生违反了这一告知义务,便存在医疗过失。医生可以并且有责任表达在医疗方案选择上的个人偏好和价值判断,比如

倾向于自然产而非剖腹产，并解释其原因。但是，这应在患者知晓各种疗法及其风险之前下进行。医生不能因为害怕患者选择剖腹产而隐瞒自然分娩所含有的肩难产风险。

【评析】

英国Sidaway案是当时英国最高司法机构英国上议院审结的案子。基于遵循“先例”原则，在Bolam标准是否适用于信息告知问题上，它具有最高的法律约束力。后来的一些判例尽管对Sidaway案判决意见做出了保留和稀释，但尚不能构成对其所拥有的判例法上的约束力的否定。现在，来自英国最高法院的Montgomery案明确否定了Sidaway案的多数派判决意见，不主张将Bolam标准适用于信息告知问题，并提出了判定医生告知是否充分的不同于Bolam标准的新的标准。从这个意义上讲，英国Montgomery案是具有转折性的。在信息披露标准问题上，目前世界范围内仍存在着医生标准与患者标准的对立。Montgomery案标志着，英国已经发生了从医生标准（Bolam标准）到患者标准（“实质性”标准）的转移。

对于这个过程中所表现出的法律上的发展，究竟是革命式的还是渐进式的，尚属仁者见仁、智者见智之范畴。一方面，Montgomery案否定了同一级别的司法机构30年前所做出的主导性判决意见，其震撼力和影响力不可低估。另一方面，Montgomery案在做出这一法律改变时，力图挖掘的是法律的点滴发展和继承

性，尽量让人少产生裂变的感觉。比如，尽管Montgomery案“扶正”的是Sidaway案中的少数派观点，但也分析了Sidaway案中的多数派观点与少数派观点的相通性。另外，通过判例援引，Montgomery案判决也让人们感觉到新的标准并不是空穴来风。英国Sidaway案中少数派意见持有者Scarman法律议员的观点、英国Pearce案中Woolf法官的观点、澳大利亚Rogers案所提出的Rogers标准和Montgomery案最终认可的“风险实质性”标准是具有一体性和连续性的。

坦诚地讲，就信息告知的标准而言，Montgomery案的继承性大于创新性。在英美法系国家司法中，对患者自主权利的张扬，以患者需求为导向的信息披露标准的导入，已不属于新鲜事。Montgomery案所认可的判定风险“实质性（materiality）”的标准和提法早在40多年前就出现在了美国的标志性知情同意案件Canterbury v. Spence案中，并在20多年前的澳大利亚的Rogers案中得到了丰富和完善。Montgomery案最终采纳的是Rogers案的版本。尽管Montgomery案在法理方面的创新性不强，但是，鉴于英国以医疗行业做法为导向的信息披露标准长期占据知情同意法的历史，Montgomery案的逆转定会在英国这个相对较为保守的法域产生重要影响。而且，考虑到英国在英联邦国家中的“帮主”地位，该案也会对整个英联邦国家产生示范、指引和统一作用。英联邦法域在信息披露标准上的分歧会缩小。

除了上述标杆和象征意义，

Montgomery案还存在诸多实体价值。一是，Montgomery案的可圈可点之处包括对患者自主权的明确认可、信息告知范围的宽泛列举和信息告知一般标准（实质性标准）的推出。二是，Montgomery案强调“实质性”的判定是个案认定，要考虑风险的大小、风险的性质、风险发生对患者生命的影响、治疗的益处对患者的重要性、替代疗法及其风险、患者的具体情形。三是，Montgomery案判决书在解释为什么在信息告知领域不能适用Bolam标准上，特别是在医学判断与非医学判断领域的分析上，做出了不少实质性贡献。法院之所以在信息告知领域排斥了医生标准（Bolam标准）的适用，是因为信息告知领域充斥的并不都是医学判断。疗法和风险是否存在和“医疗特权”是否存在涉及医学判断，但是某一疗法和风险是否需要告知、患者是否放弃被告知权利、风险告知的技能和技巧则不涉及医学判断。总体来讲，就医生的告知义务来说，存在着一种“（疗法和风险）信息（information）”与“实质性（materiality）”的区分。也就是说，有关疗法和风险的“信息”（比如某一疗法或风险是否存在以及风险发生的可能性和严重性）属于医学判断的范畴，但是某一信息是否对患者的医疗决定产生“实质性”影响（或者说一位合理患者或特定患者是否认为其为重要信息）从而落入医生的告知义务范围则不涉及医学判断，因此在判定上没有必要唯医疗行业做法是瞻。



（作者单位：山东省济南市中级人民法院）

Canterbury v. Spence, 464 F.2d 772 (1972).