

導言

杜治政

當今，衛生保健體制的問題，已經成為包括發達國家，發展中國家等不同類型國家朝野上下共同關心的社會問題。醫療新技術的廣泛應用，老年人口的激增，慢性病及非感染性疾病等無窮無盡的救治，使得醫療保健費用飛漲，政府，企業和個人都不堪重負。醫療費用的飛漲，不僅危及醫療保健的覆蓋面，而且威脅着許多醫療機構的生存，因而不約而同地呼籲保健體制的改革。

問題是同一的，但開出的藥方卻大相徑庭。保健體制改革的目標是什麼？醫療保健服務體制改革的基礎和價值是什麼？保健服務是否應當充分運用市場？政府應否干預？在保健體制改革中如何尊重個人的自由？本期發表中美學者的幾篇文章，向讀者提供了這一討論的概貌。

“衛生保健體制改革：道德與理性的選擇”的作者認為：保健體制改革的目標應當是多元的。它首先應當考慮如何為更多的人群提供最基本的保健服務，同時又能從根本上抑制費用的上漲，還能有利於疾病的控制與發病率的降低。作者認為多

杜治政，主任醫師，教授，中華醫學倫理學會，大連市西崗區長白街4號，郵編：116012

《中外醫學哲學》II：1（1999年2月）：頁1~4。

© Copyright 1999 by Swets & Zeitlinger Publishers.

層次的保險和保健服務是滿足保健改革目標最好的形式，多層或雙體制是一個廣泛的概念，它包含多種雙層或多層的內容，而其中配給則是關鍵。作者認為，儘管配給存在這樣或那樣的不足，但它仍是目前條件下的理性與現實的選擇。

Leonard Fleck在其文章中，結合奧瑞崗的實際，指出奧瑞崗的獨特之處，在於其公民斷然要通過在道德和理性上成立的民主考量，形成明確而公開，系統性的限額分配決策。作者認為，就奧瑞崗執着於明確的限額分配來說，它理應得到道德的推崇，而不是道德的責難。作者就奧瑞崗保健限額分配推導出的十二個關鍵的道德教訓，表明任何保健制度的改革，都必須是道德的同時又是理性的選擇。作者為配給所作的辯解說，限額分配決策總是有取捨權衡。有些保健需求得不到保健資源，是由於其他保健需求對於那些資源有更強勢的公正的請求權。保健上最弱勢的人，理應有更強的道德請求權，得到所需的保健資源，但前提是，他們能因這些資源而充分受益。沒有人在道德上有權要求其保健需要得到滿足，但卻犧牲別人更為公平的保健要求。作者還就公義及限額分配與民主考量的問題作了分析。

陳浩文在其文章中，就香港醫療制度改革提出以公義為綱，融資為目的觀點。香港92%的住院服務是由政府醫院提供的，但其醫療整體支出只佔本地產總值4.81%，許多發達國家這方面的支約為7-10%。而香港的公立醫院每日的住院費僅為68港元，只佔平均成本2-3%。但是香港人的平均壽命比美國高，嬰兒夭折率亦比美國低。儘管香港的醫療取得了令人矚目的成就，但也因財政能及度和不斷提升的醫療服務素質，令香港的公共醫療系統負擔過重，因而也面臨醫療改革的問題。作者就惟自由主義對配給的種種批評作了回答，並認為香港的醫療改革應當建立一個符合公義的同時又是公開的透明的醫療配給制，並為之提出了一些些具體建議。

Robert Emmet Moffit在其“以市場為基礎的保健改革之倫理基礎”文章中，認為保健改革之爭議，其關鍵問題在個人自由與責任應該扮演什麼角色，並尖銳的批評了克林頓的保健方案，認為這個方案擴大了不平等。作者認為，保健改革應以市場為基礎，應強化個人自由與責任，而追求這樣的市場，美國消費者可覺察到保健服務的真正成本，因而引起供給者控制成本的動機，同時公義要求也得到滿足。作者認為以政府干預為前提的配給，必然是政府固定價格，其結果難免產生進一步的無效率和扭曲，真實的成本被隱藏，導至嚴重的後果。作者呼籲大幅開放保健市場，讓美國人有更多的個人選擇，迫使保險公司進行更為真實的競爭。

醫療保健服務中的救援，也是醫療改革一個不可忽視的問題。Haavi Morreim在其文章中指出：醫療保健權利的普及尚未成為現實，部分原因在於求援規則。他認為，由於救援規則動搖了我們對保健權利的限制，因而有可能妨礙了我們對成本的控制。但成本的控制以是擴大保健權取得之關鍵。作者分析了救援的擴大所帶來的後果：救援規則帶動的經濟隔離，使大部分病人不用承擔甚至不關心保健的成本，在衡量選擇時，他們不需要也不認真的考慮費用問題。其後果則是切斷了個人與市場的關連，導致醫療成本之增加，從而妨礙了保健的普及化，因而作者認為必須撤除經濟隔離。“美國該創造一個保健系統嗎”的作者認為美國沒有保健系統，存在的只是一個保健非系統。他認為創造一個保健系統只會使家長主義抬頭並威脅道德多元論。

中國作者王昊的文章分析了中國醫院經營面臨的挑戰：醫學教育與知識經濟的發展不適應；醫院設備與社會需求不適應；醫院經營模式與市場不適應；醫療服務模式與人口結構變化不適應，並為此提出了相應的建議。作者主張醫院應當擺脫政府（計劃經濟）的控制，按市場規則經營。作者認為：“企

圖依托原有計劃經濟框架進行某些改良，採進市場理論並用以指導醫院的改革的做法是失敗的”。羅五金的文章就中國農村的衛生保健問題的分析，認為中國農村貧困地區存在因病致貧和因貧致病的惡性循環。儘管中國農村的醫療資源並不充分，但由於農民的消費結構的不合理，以及保健組織服務方式的弊端，其利用率甚低。作者為此提出建議，中國農村應建立合作性質的醫療保健服務組織，同時加大政府的支持，引導農民調整消費結構，廣泛開展健康教育。

我們期待本期發表的文章有助於醫療保健制度改革的探索。