

# 衛生保健體制改革： 理性與現實的選擇

杜治政

## 摘要

衛生保健制度改革之艱難，主要在於要在諸多因素發展勢頭的相互碰撞中維持衛生保健工作的良性發展。衛生保健改革目標的設定，應當着眼於現實，但又必須顧及長遠。為此，它應當是首先有利於為更多的人群提供最基本的保健服務，同時又能有力地控制保健費用的增長，有利於控制疾病的發生。只着眼於開源或節流，或者只強調衛生服務組織自身的營運，都可能使衛生保健產生更多的麻煩。多方位的雙層或多層的體制是使衛生保健工作適應各方需要的理想構思，它包含多種雙層或多種多層的內涵。在衛生資源有限的情況下，配給是保證為更多的人群提供保健的有效措施，救援則是其

---

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5~25。

© Copyright 1999 by Swets & Zeitlinger Publishers.

重要的補充。現行的醫療服務體系與為最廣大的人群提供基本的醫療保健服務不適應，也與抑制醫療費用上漲的要求不適應，必需有較大力度的改革。衛生保健改革的選擇，必須是道德的，同時又是理性而現實的。

關鍵詞：衛生保健改革目標 雙層或多層服務體制 配給 救援

## 一、艱難的決策

當今，衛生保健制度的改革，幾乎是世界上所有公眾最關心的一個問題，同時也幾乎是各國政府最感頭痛和令人焦心的問題之一。

構成這種情景並不是偶然的。由於整個社會長期安穩和物質文化水平的提高而形成的對保健需求的不斷增長，老齡人口的迅速增長及疾病結構的變化對治療費用的拉動，醫療高新技術的廣泛使用及其對利潤的誘惑，都使得醫療保健費用飛速增長，以致各國政府的財政無力承受，而這種尷尬局面又使得廣大群眾的健康需求受到威脅，因而出現了所謂的醫療危機。<sup>(1)</sup>

醫療費用的飛漲，危及醫療保健的覆蓋面，使原來享有保

健服務的人受到威脅，服務的質和量都在降低，同時使原來沒有享有醫療保健的人或保健服務不足的人更難有希望獲得這些服務（邱仁宗，1996，頁617）。醫療保健費用的增長威脅許多醫療機構的生存。由於支付不起醫療費用而使得醫院和就診人數大大減少。在中國的1，2，3級醫院中，其潛力分別有50%-20%處於閑置狀態。美國學者Becky White認為：美國的醫療保健正處於危機之中。非常少的美國人獲得充分的保險。保健價格太高。醫院，門診，以及家庭護理——特別是鄉村地區——處於歇業狀態，留下的病人沒有進入保健服務的大門（1998，頁561）。醫療費用的增長，歸根到底要威脅到政府的財政支出。一個國家如何承受將他的國內生產總值中的10%-15%用之於醫療保健呢？在歐洲，西歐的保健系統長期以來是個例外，但是，植根於團結原則基礎上的西歐保健系統也從兩方面受到攻擊：（1）衛生保健費用日益增長，需要抑制費用，以及（2）對傳統概念重新定義——生物醫學藝術和科學的進步擴大了成功干預的範圍，使得醫學既失去了經濟的控制，又失去了倫理的控制（Sass, 1995，頁587）。一向以福利聞名而驕傲的荷蘭，也因保健費用的增長，在過去幾年作出了巨大努力來抑制衛生保健費用的增長（Crund, 1995，頁654）。

正是這種客觀情勢，迫使各國政府紛紛研究和探索衛生保健系統的改革。而當各國政府着手解決這一問題時，幾乎同時發現此事並非一朝一夕所能完成的。最明白不過的是美國克林頓的醫療改革計劃。美國的保健改革計劃從1993年9月克林頓對國會和公眾的講演以及1993年10月17日送到國會厚達1742頁法案開始，其間眾說紛紜，爭論不休，到現在也未形成得到一致通過的法案。在中國，自80年代中期開始，隨着整個改革的推進，衛生改革也是幾經曲折。先是經濟承包，繼而是全面責任制，經濟總量控制，九江、鎮江試點，以及現在進行的醫療保險和醫療改革，至今也還沒有理出一個較為理想的頭緒

(1) 關於醫療危機，Hastings Center起草的〈醫學的目的：確定新的優先戰略〉（哈斯廷中心的醫學目的國際研究計劃文集1996）對此作了認真的分析。《醫學目的，服務模式與醫療危機》（杜治政 醫學與哲學1997年第一期）認為當前西方學者稱之為的醫療危機，是指當前醫療衛生服務所面臨的困難，是指當代醫學和未來走向和社會公眾期待的矛盾，其核心是醫學當前的現狀滿足不了人民的健康需求。

(張斌, 1997)。衛生保健改革之艱難, 主要在於要在諸多因素發展勢頭相互碰撞中維持衛生保健工作的健康發展, 適應廣大群眾日益增長的保健需求。既要滿足廣大群眾不斷增長的健康需求, 又不能過渡增加國家和個人的經濟負擔, 使增長控制在一個適度的範圍內; 既要堅持衛生資源分配與使用中的公平原則, 又要考慮這種資源使用的效率; 既要時時顧及人人享有保健的目標, 保證基本醫療的供給, 又要適應高新技術發展滿足少數特殊病患及某些特殊的需要; 既要滿足醫療部門提高待遇以調動其積極性, 又要使這種傾斜不過多地侵佔其他部門的利益; 既要適應市場的客觀環境, 利用市場的長處, 克服計劃調節的弊端, 而由於諸多原因又不能完全由市場左右醫療保健。正是這種諸多矛盾交互而形成的局面, 使得衛生改革處於艱難的決策中。

## 二、目標的設定

突破衛生改革的困難局面, 首先最重要的前提, 是科學地設定衛生改革道德的理性的現實目標。最重要的問題是, 作為醫療保健改革基礎原則和價值是什麼, 必須澄清。不澄清這些原則, 醫療保健改革就會失去方向 (邱仁宗, 1996, 頁618)。關於這一點, 不少國家的學者作了探索。美國學者 Leonard M. Fleck 認為, 醫療改革的目標是 (1) 普遍享有所需的衛生保健; (2) 有效控制飛漲的醫療費用 (1994 頁435)。作為有代表性的改革試驗的俄勒崗計劃, 也是首先考慮這一目的的 (Sipes-Metzler, 1994, 頁305)。中國衛生改革的目標也是如是設定的。中國國家主席江澤民在中國衛生工作的一次會議上說: 衛生事業的改革和發展, 要始終堅持以社會效益為最高原則。衛生改革的目的是在於增強衛生事業的活

力, 充分調動衛生機構和衛生工作者的積極性, 不斷提高服務的質量和效率, 更好的為人民的健康服務 (江澤民, 1997)。中共中央和國務院關於衛生改革與發展的決定, 提出了衛生改革與發展應遵循的六條原則 (1997)。加拿大的衛生改革, 基於五項國民水準: 即普遍性, 機會均等, 全面性, 便於實現, 公眾管理 (Davis, 1994, 頁187)。新加坡的醫療改革有三大原則, 即控制醫療費用, 人人有責任參加醫療保險, 保證全面基礎醫療 (Meng-En Lim, 頁186, 1994)。

看來, 關於醫療改革的目標, 各國政府和學者都傾向於把保證更多的人享有醫療和控制醫療費用上漲過快, 使之在一個適度的範圍內作為改革的目標。在這裏要指出的是, 控制的只是過快的增長, 控制不是不增長。公平享有衛生保健只能在使保健費用保持在適度的穩定水平上才能維持。當然, 究竟這個適度的範圍是什麼, 可以根據各國的生產發展水平有所不同, 但是, 各國政府應該認識到, 醫療權是一項基本的人權, 政府有責任在生產水平不斷提高基礎上提高醫療保障水平, 而這正是政府的一項基本職責。

我在這裏要指出的是, 還應當把控制和減少疾病的發生, 也作為衛生改革的重要目標之一。應當認識到, 從根本上提高人民的健康狀況, 只有在不斷減少疾病發生的情況下才有可能。而衛生費用的降低和減少, 也有耐於疾病特別是那些慢性病的減少和降低才有可能。目前衛生費用所以居高不下, 一個重要的因素, 就是那些慢性病消耗了大量衛生資源。據中國北京的一個醫院的統計, 該院1996年ICU病房平均住院費為109,603元 (人民幣), 而縣及縣以上衛生部門的醫院的平均住院費用為2,189元。這就是說, 重危病人的費用高出一般病人費用的50倍 (李本富、冷強, 1997, 頁96)。據英國衛生經濟學家報告, 每年在第三世界有1200萬五歲以下兒童死於六種可以預防的傳染病, 而只需三億美元用於預防接種就可使他

們免於死亡。全世界消滅天花共花費約三億美元，而自1980年全球消滅天花以來每年可節約30億美元。由此可見，減少和控制衛生費用的根本出路在於控制疾病。疾病是不可能消滅的，舊的疾病消滅了，新的疾病又產生，但疾病是可以減少的。目前威脅人類且消耗大量衛生資源的許多慢性病是可以控制和減少的。這方面的事實可以舉不勝舉。但是，這一目標需要有多年的努力而不能期求立竿見影，因而未能受到各國政府的普遍重視。特別是某些以診治疾病謀求利潤和揚名的醫療機構及其人們對此不屑一顧。但是，對待醫療危機這種頑症和制定涉及人人切身利益的醫療改革方案，不能不標本兼治，我們不能不考慮當前醫療危機所帶來的種種緊迫問題，但我們也不能因此而置控制和減少疾病的重大問題而不顧。因此，科學而合理的衛生保健改革的目標應當是（1）盡可能為更多的人們提供最基本的醫療保健；（2）節約衛生資源，抑制保健費用的過度增長；（3）加強初級衛生保健和預防工作，降低和減少疾病的發病率。

但是，在當前衛生改革的目標問題上，一種傾向是只注意開源，只注意籌措資金，而未能對節流給與足夠的關注；另一種傾向是只關注節流而未能對提供廣泛的保健以足夠的重視；再一種情況是只考慮衛生部門自身的經營而不注意國家及公眾的承受能力；還有一種情況是只注意眼前的效益，忽視預防和減少疾病的工作，未能對從根本上扼制醫療費用的上漲給與切實關注。凡此種種，未必都是上乘的選擇。時下發生在市場與配給（計劃調節），效率與公平之間的種種爭論，無不都源於對改革目標的不同理解，因而種種改革舉措都難以得到社會的廣泛認同。在確定衛生改革目標的問題上，我們要有充分的理性，要謹慎地對待多年歷史形成的傳統，但同時也應當是現實的，努力做到道德理性與現實的統一。

### 三、雙層或多層體制的構思

衛生改革的目標科學界定後，確定實現目標的措施就成為十分重要的課題了。而着手思考這一問題的起點不外兩種情況，一是原先實行計劃體制和全部保健供給由國家調節的國家，如原社會主義國家和德國、北歐的一些國家。這些國家鑒於以往國家包攬太多無力承受經濟上的壓力，希望通過市場得到某種程度的經濟補償。例如，德國的醫療保健系統曾是世界的樣板，現在也出現了問題，需要結構改革。改革的內容之一是引入市場機制（Sass, 1995）。德國學者Heubel認為：多數工業國家都無法徹底統治醫療費用，而市場又是經濟發展過程的有效體現，所以如何將市場機理運用到醫療方面至關重要（1995，頁193）。瑞典衛生改革有兩個特點，其中之一就是引入市場機制。

中國的衛生改革似乎也注意到了這一點。中國目前許多醫院對某些服務項目的收費，實際上已經市場化。在某些發展中國家和前社會主義國家，由於過多的國家干預，結果造成了衛生管理體制的僵化，專業水平低下，與其他職業相比工資過低，人員過剩，過渡使用醫院而不充分使用一級預防，醫療保健適應不了社會的需要。

另一種情況是主要由市場調節的國家，如美國等。他們迫於市場對醫療價格的過渡刺激，醫療費用的過渡上漲以及因此而產生的越來越多的人得不到醫療保健，因而企圖加強政府對醫療的干預。因為如果醫療行業真的完全市場化了，那麼即使享有醫療待遇也不得不依靠各自的力量。這樣很明顯某些人就會被排除在醫療之外（Heubel, 1995，頁193）。因此一些美國學者認為：美國衛生保健開支在絕對值和國民總產值中的百分比的無情增長，以及投資沒有相應的回報，使衛生保健改革不可避免（Engelhardt, 1994，頁504）。而實現這一目標，

即實現普遍享有醫療和有效控制飛漲的醫療費用，就必需加強國家對衛生保健的干預。用Leonard M. Fleck話說，沒有衛生保健配給就沒有公平的和費用合適的醫療改革（1994）。

這裏有必要提及一下拉丁美洲的教訓。自八十年代以來，由於各種原因，包括自由貿易和沉重的外債，拉丁美洲的國家受到嚴重打擊。其中衛生保健也受到嚴重打擊。他們在世界銀行迫使下全面推行私有化，其中也包括醫療保健的私有化。世界銀行把自己的態度歸結為（1）保健是個人（不是社會）的責任，（2）在分配所有社會物品中，市場比國家做得更好，（3）人民群眾的長遠利益比短期害處更為重要（李克西，1997，頁586）。但是結果與世界銀行的初衷相反，不僅醫療保健受到了削弱，而且導致了20世紀的第一次霍亂流行，使30萬人患病，因而後來世界銀行不得不修改計劃。認為衛生保健首先服從市場力量的觀點忽視了拉丁美洲國家的歷史和價值，保健已成為一種公共權利，一種社會權力。忽視為人民提供保健和福利的責任和政府，必然和人民的基本價值相衝突。私有制在本質上就是要把一部分人排除在能夠享受商品之外，因此它本身永遠不可能代替由政府資助的體制（李克西，1997，頁589）。

正是在這種左右為難的局面下，一種雙層或多層體制的理論產生了。這種觀點的出發點是：保健是人的一項基本權利，政府有責任為本國人民提供力所能及的保健；但是人的需求又不是同樣的，人們在生活中追求的價值各不相同，而人們對財富的佔有及其對保健消耗的支付能力更不相同，因而人們對保健的需求也相距甚遠。因而對保健的提供應當是多層次的。因此在創立保險及提供保健服務時也應考慮到允許不同級別的健康保險和不同形式保健服務的存在，包括不同等級的危重保險（Engelhardt., 1997，頁583）。Hans-Martin Sass在談到西歐保健體制改革時說：西歐的保健制度長期以來是以團結原

則為基礎的。而所謂團結原則，就是所有歐洲公民都享有急診和住院治療，診斷和預防服務，藥品以及疾病津貼。但是團結原則受到了挑戰。衛生保健不能完全依賴團結原則。它必需主要依靠責任原則。團結變成第二位的原則（1995，頁651）。而所謂責任原則，就是自己對健康承擔責任，要承擔一定的保健費用。

雙層或多層體制是一個廣泛的概念，它包括多種雙層或多層的內容：國家保健的目標是多層次的。國家首先應當盡可能為更多的人群提供保健，特別是那些貧困人群和脆弱人群，但同時也注意滿足某些特殊人群的需要；國家對保健的提供只是基本的，更高或更多的保健可以通過商業保險或其他的保險得到滿足，國家對基本保險的提供是通過計劃調節或配給實現的，而對某些特殊的更高一級的保健服務，則是通過市場來調節的。市場配置只是在某些特殊領域發生作用；醫療保健費用的籌集，當然首先來自國家和企業（雇主），但同時也來自個人。個人同時也對健康承擔有義不容辭的責任；醫療保健組織也應是多層的，以適應不同層次的保健需要。既有大的和高水平的醫療中心，但更需要適應一般保健需求的社區醫療。只有在廣泛的意義上理解多層或雙層制的內涵，才能實現醫療改革的目標。多元化的社會需要的多元的組織結構和多元的服務滿足。醫療體制的改革應當是全面的，多維的，配套的。只有醫療保險制度的改革而不同時進行醫療服務體系的改革，或者只進行醫療服務體系的改革而不進行醫療保險制度和醫療資源配置方式的改革，衛生保健改革都是難以成功的。

從根本上說，醫療保健制度雙層或多層的體制格局，來自人道功利主義這樣一個根本觀點。醫學是一項人道主義的事業，其人道主義傳統的影響淵遠流長，所謂利他的平均主義，也正是這種傳統的反映。正如美國學者Engelhardt所說：保險政策是以利他的平均主義為基礎。好的保險政策不應在乎是否

有些人比其他人的醫療好，而是應該注重提供所有人最基本的，最經濟的健康保險，以保證所有的人都接受基本水平的健康保險（1997，頁583）。正是這種最基本的醫療保險體現了人道主義的精神。但是現代醫學是一項巨大的事業，而且隨着時間的推進愈來愈消耗更多的資源，因而不能不講究效益，不能不計較成本和消耗，因而它同時應當是功利的。因為在現階段，甚至於在很遠的將來，也無法為所有的人提供同樣的最好的醫療保健。因此只有這兩者的結合才能找到解決問題的出路。而多層或雙層體制正是這兩者結合的體現。

#### 四、關於對配給制的批評

實現雙層或多層體制，關鍵在於配給。醫療費用的猛漲在有些國家可能與人口老齡化有關，但也許根本的原因是技術的發展。不管那一種因素在起作用，在醫療保健系統內，想避免入不敷出的局面是不可能的。於是就出現了“配給”。在資源有限的情況下，不配給就無法保證更多的人得到醫療，就難以控制醫療費用的上漲。所以配給是不可避免的，問題是如何實行配給。（Leonard M. Fleck 1994）

配給是一個敏感的問題，事實上已經有了許多對配給的批評。這裏首先涉及對配給制的理解。什麼是配給制？配給與中國所說的國家計劃調節有何區別？所謂配給，就是從國家衛生資源有限的現實出發，根據衛生資源總量，決定為國民提供可能提供的衛生服務的數量和範圍。在此範圍內，國家對衛生服務提供補助。這個範圍以外的服務國家不提供經濟補貼。有關定額分配的典型例子，是英國對一定年齡以上的晚期腎臟病人不予透析療法。美國Oregon州把給哪些人提供保健改革為最廣大的人群提供哪些保健，同時按輕重緩急確定了提供服務的

702個項目，從而把定額分配這種做法發展了一大步。定額分配的出發點，首先是抑制增長過快的衛生費用，保證能夠為更多的人提供保健。定額分配與消除浪費的區別在於，消除浪費是消除那些對病人沒有效益的保健花費，而定額分配則認為衛生保健可以提供一些有效的服務，即使是昂貴的，當然也可取消一些服務，儘管這些服務對病人是有利的。一般說，定額分配首先着眼於最高或最低的衛生費用。哪些最低的服務必須保證提供，哪些有益的服務但費用太高，不能提供補助。這是定額分配首先必須回答的問題。定額分配和中國政府對衛生保健服務的干預與調節從總體來說是一致的，但又有不同。目前中國衛生改革已經形成的共識，是國家為城鎮職工提供基本醫療保健，基本醫療以外的保健通過某些特殊辦法解決。中共中央和國務院關於衛生改革與發展的決定中明確提出：建立社會統籌與個人帳戶相結合的醫療保險制度，逐步擴大覆蓋面，為城鎮全體勞動者提供基本醫療保障。保障水平要與社會生產力發展水平以及各方面的承受能力相適應。保險費用由國家，用人單位和職工個人三方面合理負擔（1997）。這就從總體上勾畫出中國這種計劃調節的輪廓。中國這種對基本醫療的調節目前還僅限於由政府控制基本醫療服務的價格，規定報銷醫藥費用的範圍及標準，指定就醫可供選擇的醫院。而這種調節的進一步實施，則必然要求對服務項目的配給。這可能是中國醫療改革前進中要進一步解決的問題。

現在回到對配給制的批評問題上來。西方主要是美國一些學者對配給制提出了許多的批評。“當前的保健系統並不以功能恰當的市場來運作。保健成本被隱藏起來，且往往被轉移，而消費者和供給者都受到保護，不受其決策在經濟上的影響”，“以保健改革為基礎的市場，強化了個人的自由與責任，而追求這樣的市場，可滿足兩條倫理原則。其一，美國消費者可覺察到保健服務的真正成本，而市場力量亦因而引起供

給者控制成本的動機”，“價格控制的手段並不能控制成本，只是以令人不悅的方式將成本轉嫁給消費者”（Cube 1996）。“惟自由主義反對以社會成效作為公義的標準。他們認為所有社會貨財和服務均應該以市場為分配機制，反對政府以強制手段徵收稅項，以支付任何社會貨財和服務的生產項目，覺得這是劫富濟貧，侵害別人私有產權的做法”（陳浩文、高永文 1998 頁250）。歸納起來，反對配給的理由主要是：（1）配給制限制了個人的自由，而個人自由是至高無上的，（2）配給制掩蓋醫療的真實成本，窒息了市場的作用，（3）配給可能導致官僚主義，（4）在由誰來配給的問題上必然產生不公正。現在我們來逐一回答這些批評。

關於個人自由的問題。的確，配給制在提供基本服務方面要限制一定的自由。比如，自己不能隨心所欲地免費選擇醫療服務項目，不能要求所有醫療服務享受基本醫療服務的待遇，等等。但是，這種限制是醫療資源是有限的這一事實本身決定的。顯然，在醫療資源有限的情況下，是任一部分人花掉有限的資源合理呢？還是讓更多的人能夠得到必須的醫療，即使某些人的自由受到一些限制更合理一些呢？自由在這裏不能成為至高無上的原則，某些人的自由不能犧牲另一些人的基本醫療權。至於說到配給對自由選擇醫療項目的限制，可以從雙層或多層體制的具體辦法中得到解決。雙層或多層的體制給那些有更高或特殊要求的人提供了出路。中國現在推行的醫療統籌和個人賬戶相結合的辦法，就彌補了這個不足。不滿足基本醫療的人可以自由選擇自己需要的醫療，因為個人賬戶中的錢是可以由自己決定的，在這裏故不存在雙重付款的問題。

關於配給制掩蔽真實成本問題。的確，配給制繞過了市場的基本規則——價值規律，保健的需求者和保健的提供者不是完全依照服務的真實價值進行交易的。但是，這正是配給制的基本出發點，正是配給制企圖通過這種辦法以保證低收入者和

貧困人群得到基本醫療的良苦用心。因為誰都不否認以市場運作為基礎的醫療供給，必然把一部分人排除在醫療保健之外。醫院的大門朝南開，有病無錢別進來。而這種局面正是任何一個負責的政府所不想看到的。配給制有無可能助長浪費和不合理的醫療消費呢？的確有這種可能。但是，我們可就此設置一些防線，如任何基本醫療自己都必需支付一定的費用，超過一定範圍的醫療服務自己必需承擔更大的費用；醫院設置一個部門就醫生的處方進行審核，如此等等，都可以抑制不合理的醫療消費。至於醫院因未按成本而出現虧損和因此而失去積極性的問題，在中國則是通過政府對醫院提供一定的補貼而得到解決。在中國，“政府主辦的各類衛生機構的基本建設及大型設備的購置，維修，由政府按區域規劃的要求給予安排，離職退休人員費用和衛生人員的醫療保險費用按國家規定予以保證”“公立衛生機構是非營利性公益事業單位，享受稅費優惠政策”。（1997）同時，國家還允許醫院在基本醫療服務以外的項目按市場規則運作。這一切都有助於醫院補充為提供基本醫療服務的虧空。

配給制不利於抑制醫療費用的上漲，這也是對配給制的一種批評。反對配給的人認為，以市場准則為基礎的醫療服務可以抑制價格的上漲，其實恰好相反。當然，從理論上說，自由競爭可以在一定程度上抑制價格。但是，由於醫療保健服務的某些特殊性，即行業高技術的特點所形成的壟斷性，使得這種競爭帶來的價格抑制作用十分有限。其實，醫療費用的上漲的因素很多，其中醫療高技術的廣泛應用是一個重要的原因。而市場在高技術應用的問題上只是推波助瀾，而很少有什麼抑制作用。眾所周知，美國是市場在醫療保健領域裏發揮得最充分的國家，也是醫療費用最高的國家，同時也是高科技術用得最多的國家。究竟是配給制還是市場制有利於抑制醫療費用的上漲？我以為美國的實際情況為我們理解這一問題提供了啟示。

這裏還有必要提及一下醫療保健服務的某些特殊性，他和某些其他服務的不同點：（1）醫療衛生的直接成果是挽救人的生命，增進人的健康，而人的健康與生命從來是不能用貨幣價值形態來表現的；任何領域進入市場，必須以該領域能成為商品為前提，不能成為商品的領域是不應進入市場的。否則將造成嚴重的後果；（2）醫療衛生工作的目標是消除疾病，增進人類健康，而不是經濟效益，幾乎所有的經濟學家都認為醫療保健部門是非盈利部門；（3）作為市場運行的基本準則，買賣雙方必須是平等的，而醫生與病人雙方在事實上不可能處於平等的地位。在痛苦與死亡面前，病人沒有討價還價的可能（杜治政，1997，頁274-276）。當然，這裏要指出的是，以上是就基本醫療服務而言，某些非基本的醫療服務，某些特殊的保健需求，仍是可以市場化的。

這裏有必要介紹一下中國自80年代中期以來所作的部分醫療市場化的情況。在中國經濟轉軌過程中，中國的一些醫院為了克服醫院經營中經濟困難，採取一些市場化的措施，這些措施的積極作用是：（1）醫院的活力增強了，積累增多了，為醫院的建設提供了資金；（2）醫務人員的待遇提高了，激勵了醫務人員的積極性；（3）緩和了醫療服務的供求矛盾。但是這種市場化同時也帶來了相當嚴重的後果，如（1）在經濟利益的驅動下，出現過渡的醫療供給；（2）出現了醫療服務的超前消費，造成了醫療費用大幅度的上升；（3）醫療服務質量下降，醫療事故相對增多；（4）醫療服務的價值取向出現了扭曲，引起了社會的強烈不滿。正是在這種情況下，中國衛生行政當局及時中止了某些市場化的做法，強調醫療服務堅持以社會效益第一的傳統宗旨（杜治政，1991，頁297-298）。

配給制實施中的某些不公和官僚主義，這的確可能產生。這就需要採取一些其他的措施加以杜絕和制止。配給有宏觀上

的配給，這就是醫療費用在整個國民經濟中所佔比重以及個人應當負擔部分的多少，這是由集體作出的決策，弊端可能較少。問題在於微觀的配給，即落實到某一個人身上可能出現的問題，即由誰來決定給誰提供何種醫療服務。這的確是需認真探討的問題。這方面，一些國家也提供了一些經驗，如建立有由社會公眾參加的集體制定適宜的規則；再如中國採用的由一定的部門就每一個處方進行審核等。

總之，配給制不是絕對的靈丹妙藥，配給需要市場予以補充，需要在配給的同時提供自由選擇的空間，配給的同時必需要求個人承擔必要的責任，必需採取措施堵塞可能產生的漏洞。

## 五、救援規則

在醫療保健服務中，還存在一些特殊情況，這些情況是配給和其他辦法無法解決的。如一個肝癌病人，或者是一例需要進行心臟移植的病人，配給當然無法滿足這種治療費用的要求，一些人在很多情況下也無法承擔如此巨大的經費開支，如何辦？這就提出了救援的問題。基本醫療滿足了廣大人群的一般需求，但滿足不了某些特殊需求。特殊需求存在兩種不同情況，一是某些經濟比較富裕的人群由於經濟比較富裕，不滿足基本醫療的服務，要求提供更好更高水平的服務，如住院要求單人房間，要求提供特殊護理，或者要求應用高新技術，這當然可以通過其個人的支付和特殊保險得到滿足；但是還有另一種情況的特殊需求，如某一患兒患有先天性心臟病而要求進行心臟瓣膜修補術，但其父母無力提供經費，無力參加商業保險，因而向社會提出救援。醫療保健服務如何滿足這種要求？

從中國的情況看，此種救援的特殊要求，已經成為提供基



本醫療保健的一個嚴重的制約因素。比如，一個幾百人的企業，由於一兩個腫瘤病人而耗盡了全企業的醫療費用。社會統籌的醫療保險當然能在一定程度上緩解這一問題，但也由於此種費用開支巨大而不得不設置保險費用提供的限度，如中國的醫療保險規定，最高支付限額原則上控制在當地職工年平均工資的四倍左右。那麼，這種病患的出路在哪裏呢？目前，在中國的一些醫院，拖欠費用已經成為醫院經營者的一個十分棘手的問題。據統計，1993年上海市醫療欠費已超過億元大關。北京市一家醫院住院病人欠費1991年為14萬8千元，1992年為23萬元，1993年為35萬元，1994年為44萬9千元。有的病人身無分文，醫院出於人道主義給予救治。個別產婦甚至連嬰兒也棄置而不付費用（關涌，1997，頁599）。醫院如何補償這種消耗？當然，醫院欠費中並非全為無力支付者，其中也確有有意拖欠的人，但無力支付的人也確為事實。據此，救援已成為醫療保健服務必須予以回答的一個問題。

如何救援，西方社會的傳統做法是由教會的慈善事業予以救援。但是隨着救援支出愈來愈大，教會也難於維持如此巨大的開支，因而一些國家將救援納入醫療保健的總體加以考慮。Hans-Martin Sass認為：由於經濟和倫理的理由，傳統的疾病基金已轉變醫療保險，它不能覆蓋每個和所有人的要求。面對今天和明天的醫療衛生保險來說，基礎原則很可能是團結，責任和支援的三分體。正如德國聯邦醫師協會會長Carsten Vilmar指出的，在可預見的將來，它們一起形成衛生保健政策（1995，頁651）。德國政府所挑選的關於衛生保健協調行動委員會報告的副標題，就是“自我責任，支援和團結”（Sass, 1995，頁653）。西方學者們還認為，在後現代的多元社會中，支援原則也許非常有助於彌合道德上承認的需要與用基本金支付這些需要之間的鴻溝和匱乏。他們認為，支援原則在相衝突的自主與團結原則之間起調解作用，在確定衛生保

健需要基本福利的那些人與有更多需求，但自己支付不起的那些人，認為公共衛生保健系統及其不同層次是道德的經濟上有缺陷的那些人，與願意為他們的同胞、窮人、在絕望中的人或陷於痛苦中的人做更多的事的那些人之間，起中介作用（Sass, 1995，頁653）。由此可以認為，支援原則是在市場經濟條件下彌補道義與功利之間鴻溝的一座橋樑，維護和支持了醫療保健服務的人道主義的傳統，從而為醫療保險制度設置了最後一道防線。

為此，有必要將救援納入醫療保險整體方案加以考慮。這就需要首先確定一定的支援規則。就一般而言，救援規則應當是：（1）救援對象必須是確實無支付能力者，（2）其所患疾病有治療價值且能取得成效者，（3）設立主要依靠社會及個人的贊助成立救援基金，並有相應的組織來管理此項資金，（4）同時大力提倡義務捐獻血液和器官，為救援提供後備，（5）由醫生，社會公眾的代表及律師組成的委員會來決定給要求救援的人以何種規模的支持。

## 六、醫療保健組織自身的改革

目前現有的醫療保健組織需要作相應的改革，方能適應衛生保健改革目標的實現。

現存的衛生保健組織和衛生改革的目標之間存在相當的距離。（1）現有衛生保健組織主要由醫院構成，而醫院形成的歷史傳統主要是治療而不是預防。但為人人提供保健和控制醫療費用上漲則主要依靠預防而不是治療。醫院經營的成效就其本性而言是疾病愈多愈好，病人愈重愈好。醫院成效的標誌也主要認為是對疑難重症控制的能力；（2）現有的醫院存在大量採用高新技術，泛用高新技術的內在機制，難以扼制醫療費

用的過度上漲，少有抑制費用的功能；（3）現有醫院管理體制不適應醫療保健雙層或多層體制的要求，在提供基本醫療服務，接受配給和按市場機制經營的服務項目之間缺乏有力的控制和界限，常常勿視和縮小基本醫療，擴大市場經營的範圍以追求經濟效益；（4）現有的醫院在治療疾病上主要依靠生物技術而很少考慮心理社會因素，在對付慢性病和非感染性疾病方面由於拘泥於傳統的治療觀念，其成效不理想。

在當前的醫療改革中，許多中國醫院的經營者要求取消價格管制，取消政府對醫院的干預，主張用市場規則經營醫院，這也表明醫院經營者對利潤追求的強烈願望。當然，這樣做的確能為醫院帶來經濟效益。但是，醫院的改革舉措還必須服從醫療保健改革的整體目標，必須考慮社會的承受能力。過去計劃體制下的醫院的確存在與市場不適應的方面，但是，這方面已經有了較大鬆動。另外，當今的醫院同時也存在着與為人人提供保健的矛盾，與扼制醫療費用上漲也有矛盾。這些都是必須考慮到的。

美國Hastings Center在一份報告中援引世界衛生組織的一個觀點：當代的醫學沿着用更昂貴的治療方法治療更少數人疾病的方向前進（1996）。這一醫學的發展趨勢在當今的大醫院中看得十分清楚。醫學界的傑出人才雲集於醫院，他們日以繼夜的研究新的技術，渴望採用最新技術，而醫院的經營者也千百萬計地裝備新設備，這種勢頭是無法扼制的。但是，現代醫學的進步是一把雙刃劍。具有諷刺意味的是，醫學的成功正是它面臨的許多困難之根源。雖然新技術能治愈疾病和延長生命，它也孕育着一系列不可預見的挑戰。更長的壽命常伴以更多的疾苦和更為昂貴的代價（Hastings Center, 1996）。大量的事實證明，大量裝備和使用新技術，又的確能為醫院和醫生帶來豐盈的經濟利益。當代醫院的這種努力的積極方面是挽救了許多危重病人，但其消極方面則是過多的消耗了衛生資

源。據統計，中國大連市的一個1000張床位的大型醫院消耗這個200萬人口城市醫療費用的三分之一。儘管這個醫院救治了幾百人的性命，但這是佔有絕大多數人的醫療資源為代價的，因而使得絕大多數人基本醫療得不到保證，又必然造成更多的新的重危病人。如此循環反復，則必然造成更多的衛生資源的消耗。中國政府似乎已經覺察到這一點，在九十年代初期曾提出限制醫療總量的要求。這一舉措首先由上海發起，他們強限定一些大中型醫院的營業額不得超過一定的數量，否則要沒收並罰款。顯然這一措施旨在控制大醫院對醫療資源的消耗。但是，這只是一種暫時性的措施，並不能從根本上扼制大醫院對醫療資源吸納的能力。

應當說，上述現象不僅在中國，在世界各國特別在美國等西方國家，都是普遍存在的。因此，要想實現醫療改革的三個目標，滿足人人享有保健的要求，則必須同時對現存的醫療服務體系進行改革。惟其如此，才能從根本上扼制醫療費用的過度上漲，使人人享有保健落到實處。為此，（1）應當大力發展滿足基本醫療的保健設施，如社區保健，健康指導中心，預防機構等，並從大的醫院分流一部分人到這些機構中來。國家的保健投資應主要用之於基本醫療，鼓勵醫務人員到基本醫療保健組織中去，較大地提高他們的待遇；（2）採取切實措施，努力提高基本醫療的服務水平，改進基本醫療的服務環境，吸引人們到基本醫療就醫；（3）按地區和人口配置大型醫院和大型醫療設施，控制大型醫療的規模和數量，同時對大型醫院的收費實行雙軌制。對從基本醫療按程序上轉的病人實行控制價格，非程序上轉病人實行市場價格，並建立嚴格的監督和約束機制；（4）在發展高技術的同時，大力發展適宜技術，提倡一般常見病採用適宜技術，並建立相應的激勵機制；（5）確立新的衛生工作優劣指標體系，將發病率、衛生知識普及水平等健康指標作為衡量一切衛生工作好壞的標準。

只有不斷探索適應衛生改革目標的新的服務體系，衛生改革才有可獲得成功。

## 參考文獻

- 哈斯汀中心：〈醫學的目的：確定新的優先戰略〉《哈斯廷中心的醫學目的國際研究計劃文集》1996
- 邱仁宗：〈導言〉《醫學與哲學》1996年第17卷第2期 617頁
- Becky Cox white: 〈保健中的自主權〉《醫學與哲學》1998年第19卷第1期 561頁
- Hans Martin Sass: *The journal of Medicine and Philosophy* 20: 587-589頁 1995
- Rund H. J Ter. Meulen: *The journal of Medicine and Philosophy* 20: 607 1995
- 張斌：〈對衛生改革以來一些政策法規的回顧〉《中國衛生政策》1997年第10, 11期
- Leonard M. Fleck: *The journal of Medicine and Philosophy* 19: 435 1994
- Paige R. Sipes-Metzler: *The journal of medicine and Philosophy* 19: 307-314 1994
- 江澤民：〈在全國衛生工作會議上的講話〉《中國衛生政策》1997年第1期 第4頁
- 中共中央，國務院：〈關於衛生改革與發展的決定〉1997年《中國衛生政策》第2期
- judge Meng-en Lim: 〈新加坡醫療改革措施〉《醫學與哲學》1995年第16卷 第4期 168頁
- Elizabeth M. Davis R. S. M Executive Director: 〈用倫理學的標準改革醫療保險制度〉《醫學與哲學》1995年第16卷 第4期 187頁
- 李相富 冷強：〈53例ICU死亡病人醫療費用的倫理學討論與控制對策〉《醫學與哲學》1998年第19卷 第2期 96-97頁
- 陳浩文 高永文：〈從社會公義角度看醫療服務的承擔與分配〉《價值與社會》第250-252頁 1998 中國社會科學出版社
- Friedrich Heubel: 〈醫療市場與倫理學〉《醫學與哲學》1995年第16卷 第4期 193-194頁
- Dieter Cassel, Wilfried Boroach: *The journal of medicine and Philosophy* 20: 657-667 1995

- 美 李克西：〈衛生保健私有化：拉丁美洲的教訓〉《醫學與哲學》1997  
年第18卷11期 586-588頁
- H. Tristram Engelhardt, Jr.: 〈多級健康保險〉《醫學與哲學》1997  
年第18卷11期 582-585頁
- H. Tristram Engelhardt, Jr. *The journal of medicine and philosophy*  
19: 503-504 1994
- Leonard M. Fleck: 〈公正的關懷：醫療改革和衛生保險配給〉1996年  
《醫學與哲學》第17卷12期 640-643頁
- 杜治政：〈醫學倫理學面臨的選擇：人道主義與功利主義〉《日本醫學  
哲學——倫理學》1992年13期
- 杜治政：〈醫療衛生服務不能商品化〉《價值與社會》297-298頁 中  
國社會科學出版社 1998
- 杜治政：〈市場機制能引入醫療衛生部門嗎？〉《價值與社會》273-277  
頁 中國社會科學出版社 1998
- 關涌：〈醫院經濟管理的矛盾和出路〉《醫學與哲學》1997年第18卷  
598-600頁
- 邱仁宗 H. M 薩斯 石大璞：《健康責任與衛生政策》78-105頁 陝西  
師範大學出版社 1995
- 中國國務院：〈關於建立城鎮職工基本醫療保險的決定〉1998