

# 公義為綱、融資為目： 香港醫療制度改革的 社會公義問題

陳浩文

## 摘要

本文討論香港醫療制度的融資安排與改革，並探討進行改革所帶來的社會公義問題。本文認為一個符合社會公義的公共醫療制度要保證市民得到一個得體而又最基本（decent minimum）的服務，這個服務水平要由一個公開和有廣泛公眾參加的醫療配給制度。本文建議香港確立一個這樣的配給制度監控公共醫療服務的增長，並且透過改革收費制度或輕微地增加稅收，便可以在符合社會公義的大前提下解決融資安排問題。本文反對採用強制性儲蓄計

---

陳浩文，助理教授，香港城市大學公共及社會行政學系。

《中外醫學哲學》II：1（1999年2月）：頁53~80。

© Copyright 1999 by Swets & Zeitlinger Publishers.

劃、保險計劃或保健組織 (HMO) 制度對香港的醫療制度進行改革，因為這些供款計劃會帶來不少道德危險問題，有違社會公義。

關鍵詞：融資安排，社會公義，唯自由主義，平均主義，公共選擇理論，關懷，得體而又最基本的水平，配給制度，功利主義，質素調節生命年 (quality-adjusted year)，道德危險。

## 香港醫療制度的融資安排與改革

很多人相信，由於深受唯古典資本主義的影響，香港政府一直奉行對市場經濟不作干預的政策。這個看法其實並不準確。雖然政府在社會保障的開支不算高，對資本流動、商品流通和勞務市場等運作甚少作出干預，但是，政府在住房、教育和醫療方面擔當一個積極的角色，並作不少的投資 (Wilding et al., 1997)。

香港政府於1974年7月發表的「香港醫療衛生的進一步發展白皮書」已確立不應有人因經濟原因而得不到適當的醫療服務的政策。現時，公立醫院的每日住院費用為港幣68元，只佔平均成本2-3%。按1996年人口中期普查，一般家庭（以3.3人計算）的中位月收入為17,500元。這樣低的住院收費對絕大部份家庭不會構成嚴重負擔，而政府亦豁免有經濟困難人仕（如領取公共援助人仕）的住院費用。所以，本港公共醫療服務的財政能及度 (financial accessibility) 是極之高。

目前，香港92%的住院服務是由政府醫院提供 (何灤生，1997, p. 28; Tse, 1998)。但是，醫療整體支出只佔本地生

產總值4.81%，許多發達國家在這方面的支出比例約為7-10%（美國約為15%） (Langan, 1998, p. 39)。公共醫療支出僅佔本地生產總值2.16%，比私營醫療支出所佔的2.65%還要少 (何灤生，1997, p. 4)，許多發達國家的公共醫療支出佔本地生產總值5-7% (Langan, 1998, p. 39)。雖然香港醫療支出這麼低，但是，不少指標顯示香港醫療服務質素不斷提升，並且已達到相當高的水平，例如，香港人的平均壽命比美國人高，而嬰兒夭折率亦比美國低 (Tse, 1998)。

香港政府一直有效地控制公共醫療支出開支的增長。雖然政府的一貫理財原則是容許公共開支有實質增長，但是，這個增長要基本上與本地生產總值的增長同步。另一方面，政府亦把公共醫療開支在公共開支所佔的比例盡量維持在一個固定水平。公共醫療開支一直有持續的實質增長，過去十年的平均實質增長速度為每年7.8% (Tse, 1998)。這個增長主要是由香港經濟發展所帶動，速度與本地生產總值的增長速度差不多。公共醫療的開支仍然一直維持在本地生產總值約2%的低水平，而公共醫療支出在公共開支中所佔的比例亦十分穩定。經常性公共醫療支出在整體經常性開支中所佔的比例，只是從1990/91的13.1%增加至1996/97的14.5%，而公共醫療的總體開支（包括經常性開支）亦能維持在政府整體開支11-12%水平 (Tse, 1998)。

然而，財政能及度、醫療服務質素與財政負荷能力三者關係往往是不一致。極高之財政能及度和不斷提升的醫療服務質素，自然會令到本港公共醫療系統負荷過重。香港政府一直希望透過提高效率 and 減低浪費以紓緩公共醫療服務的需求壓力，但是，香港的醫療開支比例遠低於其他發達社會，90%以上的醫院服務要由只佔本地生產總值約2%的公共醫療開支承擔，公營醫療部門的負荷十分重大，所以，這種紓緩壓力的方法是有一定的極限。隨着人口逐漸老化，醫療科技所帶來的成本上

漲，和公眾對醫療服務水準的期望越來越高（香港政府，1993），公營醫療部門的財政負荷只會不斷增加。據估計，至2010年，公共醫療的開支佔政府整體開支的比例將會增加50%，至2016年，這個比例將會是現時的比例的二倍（SCMP，8/12/98）。由於財政能力有限，政府認為這個增長速度會阻礙其他公共服務的發展。

為了解決公共醫療體系財政負荷問題，港府動用五百萬元聘請哈佛大學公共醫療學院的蕭慶倫教授作顧問，對香港的醫療制度作全面檢討，並就如何改革醫療制度的融資安排（financial arrangement）作建議。蕭教授已於1998年12月向政府提交研究報告，但是，政府要對報告作審慎考慮後，到1999年中才把它公開發表，屆時才向公眾就醫療融資改革問題徵詢意見。雖然報告尚未公佈，但是醫療融資的安排一般離不開以下幾個方案：

- (1) 增加稅收；
- (2) 增加醫療服務收費；
- (3) 強制式醫療儲蓄計劃；
- (4) 自願或強制式醫療保險計劃；
- (5) 醫療保健組織（HMO）制度。

簡單地說，以上方案會直接或間接地令市民把更多的資源投入醫療服務，因而增加公營醫療部門的投資/收入，或者將有較強支付能力的病人分流到私營部門去。

以上任何一個方案均會對社會整體醫療服務的分配有深遠影響，所以，社會公義應該是公共醫療融資改革的一個指導原則。改革的目的是純粹為了減輕公共醫療系統的財政負荷。如果這個是改革的目標，政府為何不向醫療服務的使用者收取相等於服務成本的費用呢？這個做法不是可以令公共醫療系統的財政負荷減至零嗎？我們不贊成這個做法，是由於有不少的人會因為不能支付昂貴的醫療費用而得不到足夠的醫療服務，

這是有違社會公義的。不論是在1974年發表的白皮書或者是1993年發表的諮詢文件，政府一再強調醫療政策的首要原則是不應有人因經濟原因而得不到適當的醫療服務。蕭教授提交研究報告後，政府還一再肯定這個原則（SCMP，8/12/98；文匯報，8/12/98；明報，8/12/98）。所以，任何醫療融資改革方案不能與這個原則相違背，反而要令公共醫療系統更有效地履行這個原則。

然而，香港醫療政策的首要原則有不清晰的地方，就是究竟怎樣的醫療服務水平才算是適當或足夠呢？本文嘗試從社會公義角度，把這個原則理解為政府要保證市民能得到一個得體而又最基本（decent minimum）水平的醫療服務，並且討論應該採納甚麼程序去訂定這一個水平。最後，本文檢討以上五個不同的融資改革方案，認為要有效地履行香港醫療政策的首要原則，政府應該審慎地推行方案（1）和（2），而不是採納方案（3）、（4）和（5）。

## 社會公義、醫療融資安排、和醫療服務的責任承擔與分配

我們可以對社會公義概念作以下闡釋：社會公義要求我們對同樣的人予以平等對待（treating equals equally），平等對待的標準是以以每個人所應得的（one's due）作基礎，亦即是說，背景相若的人應該承擔相若的社會責任和獲得平等的利益分配。但是，在沒有理論的支持下，對公義概念的闡釋並不能夠提供有實質內容的規範指引，因為我們還可以問：應該用甚麼標準來判別兩個人的條件是否相若呢？應該如何判別一個人所要承擔責任和獲得的分配應該是多少呢？（Miller 1976）例如，在醫療服務的責任承擔與分配問題上，我們應



否用支付能力作為衡量兩個人條件是否相若的標準呢？我們應否要較有支付能力的人多付一點錢但又同時讓他們獲得較佳的服務？如果我們接受把醫療服務全面商品化這個極端的融資安排，我們對這兩個問題的答案會是肯定的。可是，貧窮的人往往不能在市場上購買到足夠的醫療服務，把醫療服務全面商品化又會不會違背社會公義呢？

不同的社會公義理論對以上的問題往往有不同的看法。本文會評估一些有代表性的理論，繼而推導出保證市民能得到一個得體而又最基本水平的醫療服務是最符合社會公義的結論。

## 唯自由主義(Libertarianism)

唯自由主義反對以最大社會成效作為公義的標準。為着達到最大的成效，政府往往要對市場進行干預，但唯自由主義者是堅決反對這種做法。他們認為所有社會貨財和服務均應該以市場作為分配機制，生產社會貨財和服務的社會成本最終由使用者承擔。故此，唯自由主義者把社會貨財和服務商品化，並且反對政府以強制手段徵收稅項，以支付任何社會貨財或服務的生產費用，並免費地或以非常低的價格提供給使用者。這個安排使較富裕人士承擔較大的責任，因為他們支付的稅款比較多，但是並不一定得到較多和較好的服務。低下階層卻由於入息低微而不需要繳交稅款，還可以免費地或差不多無償地享用服務。唯自由主義者覺得這是「劫富濟貧」，侵害別人私有產權的做法，令收入高的人士被迫要拿出部份工資補貼收入低的人士。唯自由主義者認為，收入高的人士由於無法得到其全部的勞動成果，所以他們用以支付稅項的部分勞動可以被視為強制勞動(Nozick, 1974)。這是違背社會公義??

唯自由主義者只承認社會公義僅有一個單一的標準，就是

把所有貨財和服務商品化，按支付能力分配，而生產費用最終由消費者承擔。唯自由主義者反對使用其他社會公義的標準，例如需要，因為市場的運作並不一定能滿足這些標準，國家便需要作出干預以「撥亂反正」。唯自由主義者認為這是違背社會公義的做法。

明顯地唯自由主義者主張把醫療服務商品化，亦即是醫療服務的費用由使用者以保險或直接付款形式支付。醫療服務分配的標準應在於用者能否支付自己需要的醫療服務費用。唯自由主義者提出不同的論據支持他們的看法(Graham, 1988)。首先，他們認為任何人均要對自己的健康負責，不少的病症是與先天因素無關，而是與個人的生活習慣、有病求診後有沒有遵照醫生指示、有沒有進行過多的高風險活動(如滑雪)等因素有關。如果醫療服務的分配是以需要作基礎，那末注意自己健康的人便被迫補貼不注意自己健康的人的醫療費用。

第二，由政府去提供醫療服務的做法會限制市民在醫療方面的選擇自由。有些人可能對健康不大重視，所以只希望花很少的金錢在醫療開支上；另一些人可能相反，極之願意使用金錢來支持很高水平的醫療服務。後者往往覺得政府提供的服務不足夠，唯有放棄使用公共醫療服務，而往私營醫療機構求醫。但是，他們向政府繳交的稅款中，部份已用以支付他們本應可享用的公共醫療服務的費用。這些人自願放棄使用公共服務而轉往私營醫療機構求診，所以他們實質是雙重付款。另一方面，對健康不大重視的人會覺得政府強迫他們繳交過多的稅項以支付水平過高的服務，沒有減少醫療開支的抉擇。

第三，唯自由主義者認為社會稅制的安排亦會引起兩種不公平的現象。首先，收入高的人士比收入低的人要交較多的稅款，但是，這兩類人士所享有的公共醫療服務是一樣的，故此，收入高的人士是被迫補貼收入低人士的醫療開支。另一個

不公平情況效果剛相反。雖然從絕對量來看，低收入人士交的稅款比較少，但是，相對於他們收入基數，這款項的邊際成本（marginal cost）有可能比入息高的人士還要高。如果把醫療服務全面商品化，政府便會少徵收一點稅，收入低的人士可以用省掉下來的稅款買一些較廉宜的醫療保險，即使所得到的服務較差。由於沒有低收入人士的參與，高收入的人士要付上更高的保險費用才可以享受相當於未商品化時公共醫療系統所能提供的服務。所以，一個公有化的醫療制度，有可能透過稅制強迫中下階層補貼入息水平較高人士。

唯自由主義者並不反對（甚至贊成）幫助有經濟困難人士得到適當的醫療服務，但是，他們極之重視自由選擇的價值，只贊成用慈善手段幫助別人，而不可以用任何強制的方法。然而，我們要注意在處理醫療問題上，把自由選擇的價值看成絕對會產生很多不良後果。首先，有經濟困難人士並不可以市場上滿足到自己對醫療服務的需求。由於醫療服務往往十分昂貴，他們不可以單靠慈善機構提供足夠的服務給有經濟困難人士。其次，我們可以找到理據證明社會有責任保證沒有人因經濟困難而得不到足夠的醫療服務。履行這個責任有時會與尊重個人的自由選擇相矛盾，但是，我們有理由相信在特定情況之下履行這個責任的價值是高於維持自由選擇的價值。本文將會在以下章節為這個觀點提供論據。

## 平均主義（Egalitarianism）

平均主義公義理論認為不應把自由選擇絕對化。他們覺得人的遭遇很大程度受制於先天與後天社會因素，而不是自己可以控制的（Rawls, 1971）。社會不能要求所有人單獨面對不幸的遭遇，如貧窮和疾病，這是不公平的。疾病產生的原因很

多，包括受感染、意外、先天遺傳因素、衰老等等，這些因素是個人無法控制的。即使疾病的產生常常與個人的生活習慣和自由抉擇有關（例如酗酒和參加高風險運動），但是，這些習慣和抉擇往往受個人的社會背景和遭遇所制約，這些客觀因素不是個人可以控制的。患病人士不一定有能力照顧自己，要他們單獨面對疾病的痛苦是不公平的。

但是，對病患者的照顧要達到哪一個水平呢？較極端的平均主義者主張每個人的醫療需要都應得到滿足，並主張把醫療服務全面公有化，令到沒有人因為支付能力較強的人也不透過市場機制得到更好和更快的服務（Nielsen, 1989）。可是，這個觀點忽視了醫療資源是有限的，很多嚴重病症的治療費用可以是極之昂貴，社會是沒有能力滿足任何水平的醫療需要。另一方面，我們亦不應假設醫療分配是一個「零和遊戲」（zero-sum game）。即使有人透過市場機制獲取最佳的服務，並不等於其他人從公營醫療部門得到的服務水平會下降。

有一些較溫和的平均主義者嘗試平衡自由與滿足醫療需要的衝突。他們引用羅斯（Rawls）的公義理論去訂定一個社會要承擔的醫療服務水平。簡單地說，羅斯認為一個公義的社會要符合以下原則：

- （一）每一個人都享有平等、相若、而又最大限度的基本自由權利；
- （二）每人享有平等的公平機會；
- （三）社會和經濟資源分配要盡量令到社會景況最差的人（worse-off）可以在最好的條件下生活。（差異原則）（Difference Principle）

按第一個原則，社會沒有理由不容許別人在自由市場提供醫療服務或滿足到自己的醫療需要。但是，在尊重這個大前提下，社會還需要維持平等的公平機會。Norman Daniels（1981）認為，要維持平等的公平機會，每一個人均要有一個



正常範圍的機會 (normal range of opportunities) 讓自己選擇發展的方向。一個人可否維持一個正常範圍的機會，有賴他能否維持自己作為人這個族類 (homo sapiens) 所擁有的正常功能 (normal species functioning)。Daniels 深知道社會可以動用的醫療資源有限，所以他認為政府只有責任保證有足夠的資源維持每一個人身體的基本正常功能而已。

Daniels 只希望社會能保證每一個人能得到得體而又最基本 (decent minimum) 的醫療服務。從得體地而又最基本這個觀念出發，我們可以進一步建議社會應擁有一個二級 (two-tier) 醫療制度：透過一個公營醫療部門或其他社會保障制度保證每一個市民的基本醫服務得到滿足，同時亦容許一個由私營醫療機構組成的市場存在，令支付能力較高的人士能在市場上選擇水平更高的服務。這個安排似乎能夠調和自由選擇與滿足基本醫療需要的矛盾。(Daniels, 1981; Buchanan, 1984; President's Commission, 1983; Beauchamp & Childress, 1994, Ch. 6)

Daniels 提出的「二級制」和「得體而又最基本的水平」兩個概念極有可取之處，但是，他把這個水平定義為足以保證所有人都能維持身體的基本正常功能，這個要求似乎定得太高。首先，貧窮的社會可能沒有足夠資源提供這樣一個水平的服務，這些社會不可以算是不公義；其次，要令一個嚴重病患者的身體可以維持正常機能的費用可以是極之高，有時甚至在醫學上是不可能的，所以，富裕社會亦未必能夠達到這個要求。

另一個制訂得體而又最基本的辦法就是引用羅斯的差異原則 (Difference Principle)。這個原則雖然強調要盡量令到社會上處於最差狀況的人達致最佳狀況，但並不表示社會要為他們付上沉重的付擔。在一個經濟極之落後的國家，政府只要為貧窮人士提供很少的醫療服務，已可視為盡力地令社會上環

境最差的人達致最好的狀況。因為如果這些國家進一步提高公共醫療服務水平，會拖慢自己的經濟發展，最後，社會上景況最差的人亦會受害 (Campbell et al., 1997 Ch. 13)。在經濟發展較好的社會裏，差異原則會令較多的資源從中上階層調撥到低下階層，因為差異原則所追求的是令社會上在底層人士的狀態達致一個最佳的水平 (optimal minimum)，而不是得體而又最基本的水平 (decent minimum)。中上階層因而有理由投訴自己犧牲太多。不少的心理實驗顯示，當我們在符合羅斯所指的在無知面紗背後的狀態下，我們只會希望社會安排令社會最低層人士的生活達到一個起碼的水平 (Frohlich & Oppenheimer, 1992; Bond & Park, 1991)。最近，筆者在香港城市大學進行類似的心理實驗亦引証了這點<sup>(1)</sup>。

## 公共選擇理論 (Public Choice Theory) 與社會化的關懷 (Socialized Care)

如何把得體而又最基本的水平確定下來，是一個不容易解決的問題。以個人權利作基礎的平均主義理論，往往以個人的健康狀態為出發點。凡是有人的健康狀態背離正常水平，這些人便是受到傷害。能夠使健康水平回復正常的醫療服務便被界定成為這些人的基本需要，他們有權利得到這些服務，而社會亦有責任提供這些服務以滿足他們的基本需要 (Daniels, 1981)。但是，正如前文所述，滿足某些人健康回復正常水平的費用可以是很昂貴，社會是負荷不來的。

唯自由主義者否定醫療需要是一個權利，這看法是有其可

(1) 是項研究由香港城市大學贊助 (Project No.: 9030499)，研究項目名稱為「香港華人的公義意識」。

取的地方。他們認為要明確分辨清楚「不幸」與「不公平」兩個概念 (Englehardt, 1981)。一般情況下，我們可以說病人不幸地染上疾病，其他人往往不需要對病人的不幸付上責任。染上疾病與基本權利受到侵犯 (例如被禁錮) 不一樣，後者是由別人的不當行為引起。每一個人均有責任尊重其他的人身自由，不許傷害其他人。當一個人的基本權利受到侵犯時，這往往是某些人的所為，社會並且可以向侵犯者追究責任。另一方面，每一個人的基本權利亦應該平等地受到尊重，我們不能選擇地容許某些人的基本權利可以受到侵犯而其他人卻不可以。任何人的基本權利受到侵犯，可以被視為受到不公平對待。但是，疾病往往由一些沒法控制的自然和社會因素帶來的，並不是有人蓄意做成的。就像天災或意外一樣，我們往往只可以說患上疾病是病人的不幸，因為疾病的源頭不是來自某些人的行為失當，因此無法找到特定的人士要對病人的疾病和痛苦負責，這與其他基本權利 (如人身自由) 受到侵犯的情況十分不同。即使我們要把病人的需要叫作「權利」，這最多是一個「口號式的權利」 (manifesto rights)，或是不完全的權利 (imperfect rights)。對於別人的不幸我們應該伸手援助，但是，如果我們力有不逮，不能施以援手，亦不算犯上甚麼嚴重道德錯誤。我們只協助有能力幫助的人，亦沒有犯上不公平對待別人的錯誤。這並不是說我們對別人的不幸可以採取漠不關心的態度，而是照顧別人不幸的道德要求沒有尊重別人基本權利的要求那樣強烈。所以，我們不應該把個人的醫療需要視為一項基本權利 (President's Commission, 1983)。(2)

當然，我們不能因此認為關懷病人是不重要的。唯自由主

(2) Daniels 在最近發表的一篇文章 (1998a) 認為病人只有權利得到社會可以承擔得起的醫療服務，但另一方面又堅持病人有權利得到維持其身體的基本正常功能的醫療服務。如果社會沒有足夠資源提供這個水平的服務，這兩個要求便自相矛盾。

義者同意這個道德要求是重要，但是，他們的理論上的最大弱點是只接受以自願慈善的形式去關懷有困難滿足自己醫療需要的人。這個看法有值得商榷的地方。如果我們認同社會有需要照顧他們，由於醫療服務的集資安排是不容易，那末以下的情況便有可能發生 (Buchanan, 1984; See also Sunstein, 1991)：

假如某人想捐獻贊助社會醫療開支，由於這個開支十分龐大，他可能會考慮：「如果社會醫療已有足夠善款，把錢轉投於其他慈善事業會對社會更有幫助。如果還未有足夠善款，即使我追加捐款，由於一個人所捐出數額總是有限，亦很有可能未能完全解決問題，所以，還是把金錢轉投其他慈善事業罷了。」如果很多人都有類似的想法，社會便無法籌集足夠善款。由於社會醫療服務的費用是很龐大，在沒有很多人均會捐款的保證下，我們總會覺得自己的捐款作用不大，結果，社會便沒法透過自願形式收集足夠費用。

以上問題是一個在公共選擇理論 (public choice theory) 名為「協調問題」 (co-ordination problem) 的一個典型例子。在日常生活中，亦有很多協調的問題的例子。例如，不少人都想隨心所欲、自由奔放地在路上行車，可是在毫無交通法則下，車輛便互相碰撞。在這種情況下，我們不可以堅持反對國家干預，把自由絕對化，這樣做只會帶來混亂。一個有效的辦法是國家頒佈法令，要所有車輛均要靠左或右行駛，便可以大大減少意外。這個做法並沒有假設國家干預總是好的。例如，一般情況下我們不會對行人作類似車輛的管制，除非在人多聚集的情況 (如慶典) 下，公安部門便有需要實施人流管制。如果人與人之間可以自行相互協調，那末國家便沒需要作干預。

社會醫療制度難以集資的原因，不在於社會沒有能力和市民不願意為有困難照顧自己醫療需要的人提供一定水平的援



助。如果集資的協調問題沒有解決，即使社會有這個能力和願望，一個社會醫療制度還是沒法透過捐款集資建立的。要解決這個協調問題，只有國家透過徵稅或其他強制供款計劃才能保證有足夠的人為社會醫療制度提供資金。如果唯自由主義者認同我們有關懷別人的道德要求，由於醫療需要和服務的特殊性，這種關懷有需要強制執行（enforced beneficence），否則，這種道德要求難以實現。

以上看法，避免了平均主義者在制訂一個由社會負責的得體而又最基本的醫療服務水平時所遇到的問題。因為平均主義者是從滿足病患者的需要作出發點，往往忽略了社會的支付能力和社會醫療開支對不同階層的影響。但是，我們的論據是以社會有能力和願意承擔多少作出發點，透過政府協調而訂定出一個得體而又最基本的醫療服務水平，自然可以避免以上問題。本文的觀點沒有像唯自由主義者那樣忽略了對病人的關懷，在這方面是與平均主義一致的。另一方面本文立場和唯自由主義者一樣，是肯定自由的價值的，但是，我們沒有把自由絕對化，因為當協調問題出現時，國家便應該對市場作干預，保證公民可以得到基本醫療服務。本文的觀點亦像唯自由主義者一樣認同市場價值，同意可以讓病人選擇透過市場機制獲得私營醫療機構提供的服務。但是，我們認為應該建立一個公私混合的二級制度，以保證沒有人因為缺乏支付能力而得不到一個社會認可而又願為他們提供的基本醫療服務。所以，我們的觀點揉合了平均主義和自由主義的好處，同時又避免了它們的缺點。

最後，以上這個哲學觀點的獨特之處，就是在處理醫療服務的公義問題時，摒棄了以個人權利為基礎的看法，把醫療資源的分配公義建立在關懷這個概念之上。對於公義與關懷的關係，有些女性主義者認為是不相容的（Gilligan, 1982），有些卻認為可以相容（Friedman, 1987; Slote, 1998）。我們

覺得後者的觀點在醫療資源分配問題上更合適。因為從醫療的英文字源看，“health care”的意思就是對健康的關懷。醫療資源分配的公義問題，就是關乎是項關懷的責任由誰來承擔和關懷的對象是誰。所以，在醫療資源分配問題上，公義與關懷是不可分割的。當社會大眾有能力對病人作出關懷，保證他們得到得體而又最基本的醫療服務，但國家卻沒有作出協調使病人得到這一水平的服務，便是違反社會公義。

### 醫療資源分配的三個層次及 醫療配給制

上文採納了社會有需要保證每一個人均能得到一個公眾認可和有能力提供的一個得體而又最基本的醫療服務水平這個觀點。很明顯地，下一個要回答的問題是如何訂定這個水平。由於現代社會是多元化的，不同的人怎樣能對這個問題達致共識呢？在回答這些問題之前，我們先對醫療資源的分配的不同層次作一簡略討論，進而闡釋訂定一個得體而又最基本水平的途徑。

社會醫療資源的分配分為宏觀分配（macro-allocation）和微觀分配（micro-allocation）兩個方面，而宏觀分配政策可以再分為兩個層次（Caplan, 1992, Ch. 19; Beauchamp & Childress, 1994, Ch. 6; Garrett et al., 1998, Ch. 6; Daniels, 1987）。社會醫療資源的宏觀分配涉及以下幾個問題：第一，社會整體醫療服務應該佔本地生產總值的比例多少？有多少應該由市場承擔？有多少應該由政府承擔呢？公共醫療的開支應該佔政府整體開支的比例多少？第二，公營醫療服務應該包括那些項目？而那些項目是政府不應該提供的？對每項目的資助應該是多少呢？微觀分配（第三個層次）則是關



乎個別病人應該得到甚麼服務。在政府只能為某項目（如洗腎服務）提供有限資源的情況下，前線醫護人員便須決定哪一個病人可以優先得到該項服務。

以上三個層次的關係不是自上而下和單向的，也可以是自下而上和雙向的。由於社會環境和國民整體健康狀況的轉變，某類病症（如老人痴呆症和一些職業病等）會越來越多。又或新的醫療科技更有效地治療該類病人，但是，這些科技器材是比較昂貴。基於資源限制，前線醫療人員往往難以有效地為所有病人提供適當服務，他們要在第三層次（微觀層次）作困難決定，延遲為沒有那麼迫切需要的病人提供服務。解決這個第三層次的分配問題，可以在第二層次重新調配各個公共醫療服務部門經費的比重，把更多的資源調撥到資源較為缺乏的部門。可是，不少醫療服務同樣地需要很多的資源，故此，問題往往不能透過公營醫療部間的內部資源調配便可以解決。這個問題因而要提升到第一層次上來處理，辦法就是增加公共醫療服務的整體開支。然而，其他的社會服務，如住房、社會保障、教育，也可能面對資源匱乏的問題，所以，政府亦未必有能力調撥足夠資源舒緩公共醫療服務部門的財政壓力。這個第一層次壓力會反過來對以下兩個層次的分配有直接影響。

文首部份對香港醫療融資安排的討論顯示，在醫療宏觀分配的第一層次，政府一直希望公共醫療開支在政府整體開支和本地生產總值所佔的比例能夠維持在一個低的水平。政府實質上對醫療資源進行配給（rationing）。由於資源有限，有些服務是公營醫療部門無法提供或者要很長的輪候時間，病人便要從私營部門才可以得到這些服務，於是沒有足夠支付能力的人會被市場機制拒諸門外。

香港政府採用行政手段在宏觀分配的第一層次上限制公營醫療部門的開支，但是，在宏觀分配的第二個層次，政府還未有一個明確的配給制度去制訂各項服務開支的多寡和訂定公營醫療部

門服務範圍，使人沒法明瞭到有沒有有一些基本項目受忽略，或某些項目（如洗腎）的支出是否足夠和輪候時間是否過長。

不少人對醫療配給有所誤解，認為配給會導致拒絕為病人提供服務。然而，在資源有限的前提下，即使沒有一個公開的配給機制，公營醫療管理機構把資源分配到不同部門時，實際上已對醫療資源進行配給。在現行制度下，總是會有一些服務得不到充足的資助或甚至不會提供，市民亦往往要輪候較長的時間才可以獲得服務。在沒有一個明確配給機制的情況下，公共醫療服務的資源分配便很可能沒有一個清晰的標準，亦未必能正確反映各類服務的先後次序。某些部門能夠獲得更多資源，不一定是因為所提供的服務比較重要，可能只是各個部門間政治角力的結果，亦可能是因為該等部門以往一向獲得更多資源和人手，因此墨守成規地給予更多資源。沒有一個公開、透明的配給機制，我們便難以知道那些基本服務受到忽略和有沒有過多資源浪費在沒有急切需要的項目之上。

## 如何建立一個符合公義的醫療配給制

公營醫療部門應該按甚麼原則配給服務呢？前文對平均主義的批評顯示，我們不可以採納Daniels所提出的原則（亦即是要保證每一個人能維持身體的基本正常功能）來訂定基本服務範圍。另一個做法就是採納功利主義（utilitarianism）原則，以能否帶來最大的社會效益作為配給標準。公共醫療服務的分配一般會採納一些符合功利主義的做法。由於公共醫療資源有限，不能同時滿足所有人的需要，因此，不同醫療服務的提供便要按醫療成效訂定先後次序，使各類服務有恰當的比重。例如，較多的資源會調撥給醫療部門施行成功率高的醫療程序，

而還在實驗階段的程序則一般得到較少的資源 (Ridley, 1998, Ch. 10)。雖然在考慮公共醫療資源分配的先後次序時有採納功利主義的原則，但是，分配的標準是以醫療成效而不是社會成效作基礎。醫療成效是以多大程度有效地滿足醫療目的作依歸，這些醫療目的包括預防疾病、治愈病人、控制不能治愈的疾病的病情和其所帶來的痛楚與不適。如果一個療程能對一個病人有很大的成效，姑勿論那病人有甚麼社會背景，年紀多大等，都應該受到公共醫療系統的照顧。如果公共醫療服務採納了純粹的功利主義原則，以整體社會成效作為分配標準，那末年紀老邁的病人、末期病患者、或患病罪犯等對社會沒有多大貢獻的人，便會因而接受不到充足照顧，即使我們能有效地醫治他們或減輕他們的痛楚。同一原理，某些人會因為對社會有較大的貢獻而優先獲得所需要的醫療服務。以上兩個做法，都是不可以接受的 (Caplan, 1995, Ch. 8)。

當然我們可以對功利主義作一個修正，就是仍然採納功利主義的思考方法，但所追求最大的成效是醫療成效而不是社會整體成效。一個做法是透過成本效益分析 (cost-benefit analysis)，按效益相對於成本的比例多少，為各項服務排一個先後次序。美國俄勒崗州在推行公共醫療配給制時，曾嘗試採用這個方法，結果得出醫治傷風感冒的成本效益比割盲腸手術還要高 (Haldron, 1991)。當然不少人會同意成本極高而效益甚少的的療程是沒有多大迫切性，但是，不少效益很大的服務 (例如肝臟移植手術)，即使成本較高，亦往往被視為必要的。所以，另一個做法是單以效益作為訂定服務先後次序的基礎。

質素調節生命年 (quality-adjusted life year)，簡稱質生年 (QALY)，是一個可以用來量度醫療效益的概念。簡單地說，質生年的方法是首先制訂一個可以量度病人的病癥種類和機能運作水平的健康質素量度表 (quality of well-being

scale, QWB)，“0”代表死亡，“1”代表完全健康。病人的質生年等於健康質素量乘以生存年數，例如，在健康質素量為0.5的狀態下生存2年便等於1個質生年。質生年的方法就是以治療能為病人增加多少個質生年作為排列服務先後次序的標準。可是，這個方法有不少缺點。首先，短而較健康的生活是否可以等同於較長但沒有那麼健康的生活呢？其次，它假設一個質生年對任何人的價值是一樣，可是，如果甲的狀況比乙差，不少人會認為甲應該優先得到服務，即使給予乙所需要的治療會帶來相若的質生年。再者，即使醫治乙能為他帶來多一些質生年，不少人還是會背離最大化的原則，覺得甲應該優先獲得服務。這並不表示一般人採納了類似羅斯的差別原則，以境況最差的人的最大利益作配給標準。如果治療只能令甲得到極少的效益，很多人反而會選擇醫治乙。另外一個兩難的情況是：如果某項療程能為少數人帶來較大效益，而另一個療程可以為更多的人帶來較小效益，哪一個項目應佔優先呢？我們似乎沒有單一標準去作此決定，要視人數與成效的差異各有多寡而作決定，而不同文化背景的社會看法亦未必一致。所以，要對公眾進行廣泛諮詢才可以解決以上的問題。(Daniels 1998b)

即使採用質生年作標準為各類型的服務排列了一個先後次序，應該在那裏劃定基本服務與非基本服務的分界線呢？這有賴於公眾對健康的重視程度和願意為公共醫療承擔多少，要透過廣泛的諮詢和討論才可以訂定基本服務的範圍。俄勒崗州推行公共醫療配給制的經驗亦顯示，由於社會價值多元化，公眾對如何量度病人的病癥種類和機能運作水平，未必有一致意見。故此，必須要對公眾進行廣泛的諮詢和討論後，才能訂定一個健康質素量度表 (QWB)，以用來計算病人的質生年。

綜上所言，我們沒有一個客觀而又單一標準和一個機械的程序計算醫療服務的優先次序。質生年的訂定要有廣泛的公眾



參與，它亦只是決定服務先後次序過程的一個重要參考指標，我們還要考慮其他倫理價值因素，並且透過開放的民主決策程序才能妥善訂定這個先後次序。

筆者建議香港政府應該成立類似醫療檢討委員會的機制 (Medical Review Boards) (Petrinovich, Ch. 8)。這個配給機制是要向公眾交待，故此不能單由醫療人員組成，而要有各界的民意代表參與，並且經常對公眾進行諮詢，進行民意調查和心理實驗 (Engelhart and Rie 1986)，以了解社會對公共醫療服務分配的看法，為各類服務訂定一個先後次序，從而訂定出一個公眾認可和願意承擔的服務範圍，這個水平的服務便可以視為得體而又最基本。訂定這個水平的過程應是公開和透明，容許公眾挑戰其決定，並且有機制作出仲裁。香港政府一再強調醫療政策的首要原則是不應有人因經濟原因而得不到適當的醫療服務，所謂「適當的服務」應該理解為透過配給機制訂定的得體而又最基本的水平，才能符合社會公義。

很多人對醫療配給機制有一個常見的誤解，就是這個制度是用來壓制公營醫療部門的增長：例如，在美國俄勒崗州推行的配給計劃，就是在公共醫療開支不可以再增加的大前提下進行<sup>(3)</sup>。雖然，在配給機制的監控下，政府可以更有效地控制公

共醫療開支的增長，避免資源浪費在非基本的服務上，減輕公營醫療部門的負荷，但是，這並不等於公共醫療部門不可以增長。醫療配給機制的目標是為醫療服務確立一個公眾可以接受的先後次序。若果現時的公共醫療系統沒有足夠資源提供一些公眾認為有優先次序的基本服務，我們便要把問題提升到宏觀分配的第一層次上，爭取政府把更多的資源調撥到公營醫療部門。其他的社會服務，如住房、社會保障、教育，也可能面對資源匱乏的問題，以致令政府沒有能力增加公共醫療開支。在這種情況下，我們便要透過融資安排改革，增加公營醫療部門的收入和減輕其財政負荷，令到公營醫療部門有能力為公眾提供有優先次序的基本服務。

## 醫療融資改革的建議

香港的醫療融資改革問題最近成為城中熱門話題，但是，討論往往集中在「開源」而忽略了「節流」。香港政府在推行醫療融資改革的同時，還應該建立一個醫療配給機制，避免資源浪費在非基本的服務上。在討論如何開源與節流時，亦要留意醫療融資改革問題並不是一個純粹的財務問題。社會公義要求社會要保證市民能夠得到得體而又最基本的醫療服務，這個服務水平應是公眾可以接受和有能力的承擔的，並且透過一個有廣泛公眾參與的公共醫療配給制度來訂定。醫療融資改革的目標應該是令到政府有足夠財政能力提供這個水平的醫療服務。政府採納任何一個融資改革方案時要小心實施，因為推行不當反而會令到一些人困難獲得基本服務。以下我們會簡略討論在推行各個可以考慮的方案時要注意的地方：

1. 增加稅收：以稅收支付醫療服務開支，是以「能者多付」作為承擔醫療成本的原則，但是，支付能力的多寡不是服

(3) 俄勒崗州的醫療配給計劃希望在公共醫療開支沒有顯著的增長的假定下，盡量使所有在貧窮線以下的人士可以享用州政府所提供的醫療保險 (Medicaid)。所以，為各種不同類型醫療服務制訂先後次序的目的，就是使政府可以劃下一條分界線，不再資助一些在這分界線以下的服務，從而使更多人可以受到公共醫療保險計劃的資助，但是，受資助的服務範圍同時收窄 (Hadorn, 1991; Petrinovich, 1996, Ch. 10)。因此，這個配給制度仍然會令不少人得不到需要的基本醫療服務。即使這些服務的優先次序比較低，仍然是病人需要的，所以，貧窮人士還未能保證可以得到得體而又最基本醫療服務。雖然貧窮人士所享有的服務有所改善，由於俄勒崗州配給制度沒有觸動令到醫療服務不公平分配的結構性因素，所以，還未能付合社會公義的要求 (Daniels, 1991)。

務分配的標準，富裕與貧困人士所獲得的醫療服務基本上是一樣的。因為需要繳稅的市民入息是比較高，所以，以增加一點稅收的辦法來減輕公共醫療系統的財政負荷，並不會令到有人因為經濟問題而得不到基本服務。推行這個方案的最大障礙不是在道德倫理方面，而是在於香港一向奉行低稅制政策，加稅是一個很多人忌而不談的話題。可是，亦有調查顯示，有接近七成人士願意多繳稅以享有更好的服務（何灤生，1997，p.38）。

2. 增加醫療服務收費：現時本港病人所繳交的費用只佔公共醫療服務平均成本3%，由於收費偏低容易導致濫用服務。在新加坡，病人至少要付出佔平均成本的20%的費用。有多於九成的病人使用本港公立醫院服務，有不少的人是可以和願意多繳付一點費用。長期病患者、老年人、和低收入人仕可能因為收費增加而要付上沉重的經濟負擔，甚至令他們因經濟困難而得不到所需要的基本服務。一個可行的做法是只對病人入院後的第一天或首數天徵收較高的費用。另一個做法是病人要繳付所有醫療費用，但是政府為病人一年內所需要繳付的整體費用設置上限，豁免病人超越上限的收費（何灤生，1997，第五章）。選擇入住公立醫院的私家與半私家病房的病人有較高的支付能力，政府可以考慮增加他們的住院費用。另一個做法是病人用以支付醫療服務收費的收入部份可獲免稅。以上做法既可增加公營醫療部門的收入，防止濫用服務，又不會為有經濟困難人仕帶來過於沉重的負擔。

3. 強制式醫療儲蓄計劃：這個未雨綢繆的計劃可以增加個人支付醫療費用的能力，若計劃強制僱主與僱員一同供款，則更能進一步強化病人的支付能力。如果社會以強制式醫療儲蓄計劃來承擔醫療成本，醫療費用便由個人負責，市民會更加注重新個人的身體健康，採納健康的生活方式，和不會濫用醫療服務。但是，這個計劃有不少缺點（何灤生，1997）。第一、

有些人可能在未儲蓄足夠金錢時，便要支付一大筆醫療費用。第二、儲蓄計劃只是要求個人負責自己的醫療費用，沒有分擔風險（risk pooling）的效應。亦即是：當一個人健康的時候，他的供款不會被調撥來協助支付其他病人的費用；反過來說，當他自己生病的時候，他亦只可以依靠自己的儲蓄。所以，低收入人士的儲蓄能力自然偏低，他們面對的醫療風險便十分高。第三、新加坡的經驗顯示，由缺乏分擔風險效應，很多人還是依賴自願醫療保險或政府資助的服務，只有低於10%的醫療開支是由儲蓄計劃支付（Yuen，1998）。

4. 自願或強制式醫療保險計劃：投保人透過繳付保金分擔醫療風險，他們患病時便可以獲得所需要的昂貴服務。當然，進一步發展香港的醫療保險市場，有助更多比較富裕人士轉向採用私營醫療部門提供的服務，這便自然減輕公營部門的負擔。但是，我們不應該以醫療保險計劃作為支付社會整體醫療成本的主要機制，美國醫療制度出現的種種問題，顯示這個融資安排有不少缺點。首先、由於保險公司以第三者身份向醫療服務提供者支付病人（投保人）的費用，服務提供者與病人均沒有強烈動機防止濫用醫療服務和濫收醫療費用，醫療開支便會急速上升，這個現象稱為「第三者償還」（third party reimbursement）。其次、投保人總是希望承保的範圍和保額愈大，但是，保險公司一般難以區分高風險與低風險的客戶，而願意買保險的人往往會經常使用醫療服務，所以，保險費用自然會被提高，這個現象稱為「逆性選擇」（adverse selection）。再者，有一些人（如長期病患者）卻很容易被保險公司分辨出為高風險人仕而被拒諸門外。最後、集體保險計劃有助解決逆性選擇問題，例如，由僱主為僱員安排集體購買保險，甚至立例強制要求所有僱主承擔這個責任。集體投保的客戶中有不少是低風險人仕，整體保險費用自然可以減低。但是，集體保險計劃仍不容易為小型企業的僱員、自僱、沒有固



定工作、或從事高風險工作人士、老年人、和長期病患者等提供足夠的照顧。個別高風險人仕亦可能受到雙重歧視，成為解僱對象或難以找工作，同時又沒法自行支付昂貴的保費。

5. 醫療保健組織(HMO)制度：簡單地說，醫療保健組織既是承保人又是服務提供者，所以，這個制度有助解決第三者償還問題。由於保健組織對所提供的服務範圍有嚴格限制，逆性選擇令到保險費用上升的壓力可以得到紓緩。但是，HMO制度未必能解決醫療保險制度所帶來的其他問題，還會產生一個Daniels (1997, 1998b) 所稱為的「合法性問題」(legitimacy problem)。市場競爭令到保健組織要壓抑醫療成本的增長，因而會拒絕為病人提供某些服務，所以，保健組織實際上是一個醫療服務配給機制。由於資源限制，公營部門無可避免要把服務配給病人，而這個過程是受到政府與公眾監管；保健組織的配給決定是商業性，難以監管，醫護人員的自主性受制於組織的盈利要求，未必能照顧到病人的基本需要和社會整體利益。

綜合以上討論，我們看到在推行各種醫療融資改革方案時，有可能違背了指導香港醫療政策的社會公義原則，使得某些人有困難獲得得體而又最基本的醫療服務，所以，政府要十分小心處理融資改革問題。推行首兩個方案似乎比較容易符合社會公義的要求，後三個供款方案會帶來濫用服務、濫收費、弱勢社群的利益受忽視和缺乏合法性等道德危險問題(moral hazard problems)，有違社會公義。

雖然香港公共醫療系統的負荷很重，但是只佔本地生產總值約2%的公共醫療開支卻可以承擔90%以上的醫院服務。除了這個數據外，還有不少其他指標顯示這個系統的效率是相當高。亦有數據顯示新移民的不斷增加抵消了人口老化的影響。再者，醫療器材與藥物佔經常性開支的一個很低的比例(9.3%)，醫療科技不會是令到成本上漲的主要因素。所以，

不少人似乎誇大了公共醫療系統財政負荷問題的嚴重性(Yuen, 1998)。而且，本港在醫療資源宏觀分配的第二個層次上還未有建立一個明確配給制度，無法使我們全面了解到資源有沒有浪費在非基本服務上。如果政府能夠建立一個完善的配給制度，監控公營醫療部門的增長，並且保證市民可以得到一個得體而又最基本的服務，相信只要透過選擇性地增加某些項目的收費或者輕微地增加稅收便可以解決，不需要作激進的改革，以致使醫療服務的分配難以符合社會公義的要求。

## 參考書目

- 何潔生 (1997), 醫療改革的經濟分析, 香港: 商務印書館。
- 香港政府 (1974), 香港醫療衛生的進一步發展白皮書, 香港: 香港政府印務局。
- 香港政府 (1993), 促進健康諮詢文件, 香港: 香港政府印務局。
- 明報 (8/12/98), “醫療融資倡設基金觸礁”。
- 文匯報 (8/12/98), “醫療十年後估公共開支兩成”。
- Beauchamp, Tom L. and Childress, James F.(1994), *Principles of Biomedical Ethics*, 4th ed., New York: Oxford.
- Bond, Doug and Park, Jong-Chul(1991), "An Empirical Test of Rawls's Theory of Justice: A Second Approach, in Korea and the United States", *Simulation and Gaming*, Vol. 22, no. 4, pp. 443-462.
- Buchanan, Allen(1981), "Justice: A Philosophical Review," in Earl E. Shelp(ed.)*Justice and Health Care*, Boston: D. Reidel, pp. 3-21.
- Buchanan, Allen(1984), "The Right to a Decent Minimum of Health Care", *Philosophy & Public Affairs*, Vol. 13, no. 1, pp. 55-78.
- Buchanan, Allen(1995), "Privatization and Just Health Care", *Bioethics*, Vol. 9, no. 3, pp. 220-239.
- Callahan, David(1991), "Ethics and Priority Setting in Oregon", *Health Affairs*, Vol. 10, No. 2, reprinted in Beauchamp and Walters (1994), pp. 745-751.
- Caplan, Arthur(1992), *If I Were Rich Could I Buy a Pancreas?: And Other Essays on the Ethics of Health Care*, Bloomington and Indianapolis: Indianapolis University Press.
- Caplan, Arthur(1995), *Moral Matters: Ethical Issues in Medicine and Life Sciences*, New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Campbell, Alastair et al(1997), *Medical Ethics*, 2nd ed., Auckland: Oxford University Press.
- Daniels, Norman(1981), "Health-Care Needs and Distributive Justice", *Philosophy & Public Affairs*, Vol. 10, no. 2, pp. 146-79.
- Daniels, Norman(1987), "Justice and Health Care", in Tom Regan and Donald Van Deveer(eds.), *Health Care Ethics: An Introduction*, Philadelphia: Temple University Press, pp. 290-235.
- Daniels, Norman(1991), "Is the Oregon Rationing Plan Fair?", *Journal of American Medical Association*, Vol. 265, No. 17, reprinted in Beauchamp and Walters (1994), pp. 739-745.
- Daniels, Norman (1997), "Limits to Health Care: Fair Procedures, Democratic Deliberation, and the Legitimacy Problem for Insurers", *Philosophy and*

- Public Affairs*, Vol. 26, No. 4, pp.303-350.
- Daniels, Norman (1998a), "Is There are Right to Health Care and, If So, What Does It Encompass?", in Helga Kuhse and Peter Singer (eds.), *A Companion to Bioethics*, Oxford: Blackwell, pp. 316-325.
- Daniels, Norman (1998b), "Symposium on the Rationing of Health Care: 2 Rationing Medical Care - A Philosopher's Perspective on Outcomes and Process," *Economic and Philosophy*, Vol. 14, No. 1, pp. 27-49.
- Engelhardt, Jr., H. Tristram(1981), "Health Care Allocations: Responses to the Unjust, the Unfortunate, and the Undesirable", in Earl E. Shelp(ed.)*Justice and Health Care*, Boston: D. Reidel.
- Engelhardt, Jr., H. Tristram and Rie, M. A. (1986), "Intensive Care Units, Scarce Resources, and Conflicting Principles of Justice", *Journal of American Medical Association*, 255, pp. 1159-1164.
- Friedman, Marilyn(1987), "Beyond Caring: The De-Moralization of Gender", in M. Haner and K. Nielsen (eds.), *Canadian Journal of Philosophy*, Supp. Vol. 13, pp. 87-105.
- Frohlich, Norman and Oppenheimer, Joe A.(1992), *Choosing Justice: An Experimental Approach to Ethical Theory*, Berkeley: University of California Press.
- Garrett, Thomas M. et al.(1998), *Health Care Ethics: Principles and problems*, 3rd ed., NJ: Prentice Hall.
- Gilligan, Carol(1982), *In a Different Voice*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Graham, Gordon(1988), *Contemporary Social Philosophy*, Oxford: Blackwell.
- Hadron, David C.(1991), "The Oregon Priority-Setting Exercise: Quality of Life and Public Policy", *Hastings Center Report*, May-June, 1991, reprinted in Beauchamp and Walters (1994), pp. 734-739.
- Hospital Authority(1998), *Statistical Report 1996/97*, Hong Kong: Public Affairs Division of Hospital Authority.
- Langan, Mary (ed.) (1998), *Welfare: Needs, Rights and Risks*, London: Routledge.
- Miller, David (1976), *Social Justice*, Oxford: Clarendon Press.
- Mullen, Penelope(1998), "Is It Necessary to Ration Health Care?", *Public Money and Management*, Vol. 18, No. 1, pp. 52-58.
- Nielsen, Kai(1989), "Autonomy, Equality, and a Just Health Care System", *The International Journal of Applied Philosophy*, No. 4, reprinted in Ridley (1998), pp. 249-253.
- Nozick, Robert(1974), *Anarchy, State and Utopia*, New York: Basic Books.
- President's Commission(1983), *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Securing Access to Health Care*, Vol. 1, Washington DC: U.S. Government Printing Office.



- Rawls, John(1971), *A Theory of Justice*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ridley, Aaron(1998), *Beginning Bioethics: A Text with Integrated Readings*, New York: St. Martin's Press.
- (SCMP)South China Morning Post (8/12/98), "Patients Will Have to Pay in Overhaul -Health Chief".
- Slote, Michael (1998), "The Justice of Caring", in Ellen Frankel Paul et al (eds.), *Virtue and Vice*, New York: Cambridge University Press, pp. 171-195.
- Tse, Nancy(1998), "Counting the Cost of Health", *Hong Kong Standard*, 30 March 1998.
- Rescher, Nicholas(1966), *Distributive Justice*, Indianapolis, IN: Bobbs-Merrill.
- Sunstein, Cass R.(1991). "Preference and Politics", *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 20, No. 1, pp. 3-34.
- Waltzman, Nancy(1991), "Socialized Medicine Now-without Wait", *Washington Monthly*, Vol. 23, No. 1.
- Walzer, Michael(1983), *Spheres of Justice: A Defense of Pluralism and Equality*, New York: Basic Books.
- Wilding, Paul, Ahmed Shafiqul Hugue, and Julia Tao Lai Po-wah (eds.) (1997), *Social Policy in Hong Kong*, Cheltenham: Edward Elgar.
- Yuen, Peter P. (1998), "To Change or Not to Change: A Review of Health Care Financing in Hong Kong," *Asian Hospital, Third Quarter in Review*, 1998, pp. 26-28.