

從儒家生命倫理的角度反思 中國大陸的衛生保健制度改革

曹永福

摘要

本文在分析中國大陸衛生保健制度改革的背景和措施的基礎上，提出了人們對該項改革“普遍不滿意”的觀點，並認為改革中缺乏儒家生命倫理的價值指導，是導致人們“普遍不滿意”的一個深層次原因。

本文認為，在儒家看來，“醫乃仁術”，儒家倫理與衛生保健是天然地結合在一起的；“儒醫同道”也是中國古代醫界的一個傳統；中國儒家生命倫理有著豐富的內涵：例如“貴人”思想，即尊重人、重視人的生命；“不忍”思想，即同情病人；“博愛”，即“愛人”、“泛愛眾”；“推己及人”思想等。

最後，文章認為要使中國衛生保健制度改革獲得成功，使人們滿意，必須明確“仁”是衛生保健制度的價值核心，只能把“市場”作為手段、不能作為目的；必須認識到，建立良好的衛生保健制度是政府義不容辭的責任，這才是符合儒家的“仁政”思想的，而醫生和醫院是衛生保健制度中“醫乃仁術”的最終實現者。挖掘儒家生命倫理，並指導衛生保健制度改革，也許能夠使中國衛生改革和發展走上“健康”道路。

曹永福，山東大學醫學院醫學倫理學研究所副教授，中國山東，郵編：250012。

《中外醫學哲學》V：2（2007年12月）：頁23-37。

© Copyright 2007 by Global Scholarly Publications.

【關鍵詞】 儒家 生命倫理 衛生改革 道德基礎 中國大陸

一、導語

中國大陸衛生保健制度在適應經濟體制改革而進行改革，而經濟體制改革的目標最終被確定為建立市場經濟體制。但經歷十多年的衛生改革由於對“市場經濟思維”的過分依賴、甚至達到“對市場的迷信”（王紹光，2003，P.60）的程度，導致了一個“各方對衛生保健制度改革都不滿意”的評價結果。分析其中的原因，筆者認為，缺少用儒家倫理指導衛生保健制度改革，是一個深層次的文化、價值原因。

儒家倫理強調醫為“生生之具”、“仁者愛人”、“醫乃仁術”，儒家倫理應成為醫家行醫的道德標準¹，理應成為中國衛生改革的道德基礎，但中國衛生保健制度改革卻忽視了這個土生土長的優良道德資源的基礎作用。故反思中國衛生保健制度改革的利弊得失，重新確立儒家倫理在中國大陸衛生保健制度改革中的價值指導地位，意義重大。

二、適應市場經濟體制的中國衛生保健制度改革

1. 中國衛生保健制度改革的背景

“衛生保健制度是指一個國家籌集、分配和使用衛生保健基金為個人和集體提供防病治病等衛生服務的一種綜合性措施和制度”。²衛生保健制度的選擇受到整個國家經濟體制的重要影響。中國大陸從1994年確定經濟體制改革的目標是建立市場經濟體制，在此之前

(1) 張大慶：〈醫乃仁術：中國醫學職業倫理的基本原則〉，載《醫學與哲學》，大連：中國自然辯證法研究會，1999年第6期，頁39-41。

(2) 何鴻明：《衛生經濟學原理與方法》，黑龍江：黑龍江教育出版社，1988年版，頁19。

的經濟體制基本是計劃經濟體制，適應計劃經濟體制建立的中國衛生保健制度“主要有三大系統：一是由財政負擔的機關、事業單位固定職工所享受的公費醫療系統，二是由企業負擔的職工所享受的勞保醫療系統，三是農民享受的以集資醫療為主體的多種形式並存的集資醫療系統。各級財政對醫療衛生機構給予一定的事業費補貼和對醫療、預防、保健科等項目提供專項撥款等也是構成現行衛生保健制度的重要內容之一。”³（劉文鑒，1994，P.42）這種衛生保健制度在當時歷史條件下起到了促進醫療保健事業發展、保障職工身體健康、促進經濟建設、維護社會穩定的積極作用。“到（20世紀）70年代末，中國已經成為世界上擁有最全面醫療保障體系的國家之一，全國80%—85%的人口享有基本醫療保障。”⁴

2. 適應市場經濟體制的中國衛生保健制度改革措施

中國的衛生保健制度改革，包括醫療衛生服務體制改革、醫療保障體制改革、行政管理體制改革、藥品生產與流通體制改革等。例如，在醫療衛生服務體制改革中，試圖建立城市兩級醫療服務提供體系；醫療衛生機構的所有制結構從單一公有制變為多種所有制並存；不同醫療衛生服務機構之間的關係從分工協作走向全面競爭等。在基本醫療保障體制方面，試圖建立新型的農村合作醫療制度；在城鎮地區，試圖建立社會統籌與個人帳戶相結合的企業職工醫療保險體制等。基本醫療保障制度，是為了保障城鎮職工和農民的基本醫療；對於超過基本醫療保障的醫療需求，以及超出基本醫療需求的特需醫療服務，試圖通過市場醫療保險等途徑解決。總的看來，

(3) 劉文鑒：〈應構建與社會主義市場經濟相適應的衛生保健制度〉，《中國衛生經濟》，北京：中國衛生經濟學會、衛生部衛生經濟研究所，1994年第4期，頁42。

(4) 李焯光、王娟：〈中國社會醫療保障制度改革構想〉，《現代財經》，天津：天津財經學院，2004年第10期，頁9。

所有衛生改革措施都是為了適應市場經濟體制，充分考慮了市場機制在醫療服務提供、醫療保障和藥品流通等各個環節中的運用。

3. “普遍不滿意”：對十多年中國衛生保健制度改革的基本評價

時至今日，中國衛生改革已整整 20 年。“對於醫改的時間界定，一般從 1985 年改革算起。”⁵ 但對其基本的評價是“普遍不滿意”。

首先，公眾對“看病難”、“看病貴”怨聲載道。“看病貴，看病難”是近幾年來老百姓議論最多、影響最廣泛的社會問題之一。⁶ 人們看病難問題越來越突出。近 8 年來，醫院的醫藥費上漲了 1.3 倍，其中住院費上漲 1.5 倍，門診費用年增長率達 13%、住院費年增長率 11%，遠遠超過了居民收入的增長幅度，“看病貴”成為百姓生活中最沉重的負擔之一。據中國衛生部 2004 年公佈的調查資料顯示：約有 48.9% 的居民有病不就醫，29.6% 的應住院而不住院。

其次，學者認為“改革是不成功的”。學者對中國衛生保健制度改革的評價是見仁見智，影響較大的當屬中國國務院發展研究中心課題組於 2005 年夏天發表的《對中國醫療衛生體制改革的評價與建議》，其中指出“改革開放以來，中國的醫療衛生體制發生了很大變化，在某些方面也取得了進展，但暴露的問題更為嚴重。從總體上講，改革是不成功的。”

再次，衛生保健制度改革使醫患關係對立，其集中表現為病人對醫生不信任與醫生的“防禦性醫療”。適應市場經濟體制的衛生保健制度改革，使醫療機構和醫生過分注重自己的當前、局部利害得失。醫患關係成為一種民事法律關係⁷，這種消費關係、法律關係、供求

(5) 曹海東、傅劍鋒：〈中國醫改 20 年：醫改方案出台尚無時間表〉
http://news.xinhuanet.com/health/2005-08/04/content_3308662.htm。

(6) 劉漢卿：〈群眾“看病貴、問題與對策”〉，載《中國食品藥品監管》，北京：國家食品藥品監督管理局，2004 年第 11 期，頁 18。

(7) 曹永福：〈醫患關係的倫理和法律屬性比較研究〉，載《中國醫學倫理學》，西安：西安交通大學醫學院，2001 年第 1 期，頁 6-7。

關係淡化了醫患之間的“信託”關係。醫患之間信任度降低，使醫務人員產生了防備心理，病人不信任醫生，懷疑醫生診治的科學性、正當性、及時性；醫療機構和醫生擔心出現醫療糾紛、甚至發生醫療訴訟而採取防禦性醫療。⁸

最後，WHO 對中國衛生保健制度的評價也不佳。在 2000 年，世界衛生組織對成員國衛生籌資與分配公平性的評估排序，中國列 188 位，在 191 個成員國中倒數第 4；衛生總體績效評估排序中，中國僅列 144 位。

4. 深層原因分析：在衛生保健制度改革中缺失儒家生命倫理的價值指導

為什麼人們對中國衛生保健制度普遍持“不滿意”的態度，可以從多個方面分析其原因。有人認為“問題的根源在於商業化、市場化的走向違背了醫療衛生事業發展的基本規律。”有人認為“對經濟增長的迷信”和“對市場的迷信”是中國公共衛生危機的更主要的原因。但筆者認為，中國衛生保健制度改革中缺乏儒家生命倫理的價值指導，才是人們“普遍不滿意”的一個深層次原因。

儒家倫理是中華文明的根基，是中華文明對世界文化的貢獻，理應成為中國衛生保健制度改革的價值基礎。但我國衛生改革更多注重從現代西方發達國家借鑒和吸收經驗，卻忽視和淡忘了作為中國文化根基——儒家倫理的價值指導作用。挖掘儒家生命倫理，並指導衛生保健制度改革，也許能夠使中國衛生改革和發展走上“健康”道路。

(8) 劉俊榮：〈防禦性醫療的成因及其對醫患關係的影響〉，載《中華醫院管理雜誌》，北京：中華醫學會，2003 年第 8 期，頁 493-496。

三、“醫乃仁術”：儒家倫理與衛生保健的天然契合

1. “儒醫同道”：中國古代醫界的傳統

在中國悠久的醫藥發展史上，有著“儒醫同道”的傳統，可見儒學和醫學之間的密切關係。在中國人眼裏，“醫術”與“儒學”本屬兩道，但是兩者卻有連接起來的必然。

首先，儒家提倡仁義忠孝等，其學說有著涵容醫學的可能。比如，孔子之學以孝悌作為為仁之本，于“父母，唯其疾之憂”⁹，於天下使“老者安之”。¹⁰ 孔子的志向，為其弟子及歷代儒生所繼承，他們在唯父母之疾是憂，與“老吾老以及人之老”¹¹ 的思考中，漸而至於納醫藥於儒學的思想。與此同時，醫家也在接受儒家學說，以之為行醫指南。東漢末張仲景在《傷寒論自序》中說：“怪當今居世之士，曾不留神醫藥，精究方術，上以療君親之疾，下以救貧賤之厄，中以保身長世，以養其身。”他引進儒家忠孝仁政思想，提出“療君親”、“救貧賤”的醫藥目的論。

儒醫的天然聯繫，使儒醫相互轉換：“從儒到醫”、“從醫到儒”或“亦醫亦儒”。¹² 到北宋末年，甚至形成了一個特殊的群體：儒醫。所謂儒醫是以儒家學說為行醫指導思想，精通醫學理論與技術的醫生。¹³ 正如明朝名醫徐春甫指出：“吾聞儒識禮義，醫知損益，禮義之不修，昧孔孟之教，損益之不分，害生民之命，儒醫豈可輕哉，儒醫豈可分哉？”¹⁴

(9) 《論語·為政》

(10) 《論語·公治長》

(11) 《孟子·梁惠王上》

(12) 丁春：〈福建古代儒醫轉換問題的研究〉，載《福建中醫學院學報》，福建：福建中醫學院學報編輯部，2001年第1期，頁52。

(13) 賀聖迪：〈論儒醫的形成與特徵〉，載《上饒師專學報》，江西、上饒師範專科學校，1999年第5期，頁54。

(14) 徐春甫：《古今醫統》

2. “醫乃仁術”：儒家生命倫理的豐富內涵

儒家思想的核心是“仁”。在儒家看來，“仁”的含義極其豐富，但一個基本的思想是“愛人”。“樊遲問仁。子曰：‘愛人’。¹⁵”。“仁術”一詞最早見於《孟子》：“無傷也，是乃仁術也”。¹⁶

醫學是研究人類生命過程以及同疾病作鬥爭的一門科學體系；醫術是防病治病、救死扶傷的高尚技術。所以，醫學和醫術，最能體現“仁”之思想、實現“仁”之宗旨，“醫以活人為心。故曰，醫乃仁術。”¹⁷ 儒家生命倫理的“醫乃仁術”有著豐富的內涵：

i. 包括“貴人”思想，即尊重人、重視人的生命

孔子重“生”而不究“死”，他始終關注現實的人生。¹⁸ 孟子也承認“生，我所欲也”¹⁹，並拓寬和深化了孔子的貴人思想，提出民貴君輕，呈現出民本主義。“民為貴，社稷次之，君為輕”。²⁰ 荀子更謂：“人之所欲，生甚矣；人之所惡，死甚矣”。²¹ 還進一步提出：“人有氣有生有知亦且有義，故最為天下貴也”。²² 貴人思想確立之後，到兩漢時以人為目的，肯定人的價值的思想，在董仲舒那裏得到了延續。在《春秋繁露·天地陰陽》中，提出人“最為天下貴”之說，展現了人的價值高於萬物的思想。

中醫典籍《黃帝內經》中的貴人思想更為突出、深刻。在《素問·寶命全形論》中有“天覆地載，萬物悉備，莫貴於人。人以天地之氣生，四時之法成”的精闢概說，並提出“濟群生”的觀念。唐代孫思邈

(15) 《論語·顏淵》

(16) 《孟子·梁惠王上》

(17) 明·王紹隆《醫燈續焰》潘輯贈注

(18) 倪征：〈“醫乃仁術”的內涵及其現代價值〉，載《醫學與社會》，武漢：華中科技大學同濟醫學院，2000年第2期，頁53。

(19) 《孟子·告子上》

(20) 《孟子·盡心下》

(21) 《荀子·正名》

(22) 《荀子·王制》

在《備急千金要方》中則更進一步強調：“人命至重，有貴千金，一方濟之，德逾於此”，並將自己的醫著冠以“千金”兩字。

ii. 包括“不忍”思想，即同情病人

“不忍”亦即惻隱之心，朱熹集注：“惻，傷之切也，隱，痛之深也。此即所謂不忍人之心也”。即不忍心看到別人遭受痛苦而由內心發出的憐恤、同情之心。“不忍”是仁愛之發端。“惻隱之心，仁之端也”。²³醫生的仁愛之心，來自於對病人的同情心。清代名醫徐大椿的“醫非人人可學”；南齊名醫褚澄的“夫醫者，非仁愛之士不可托也”，說的就是並非人人都可以學醫，只有具備仁愛之心的人才可以委以醫學這一重任。孫思邈“凡大醫治病，……先發大慈惻隱之心，……”²⁴道出了不忍之心是行醫者首要的必備的品質。

iii. 包括“博愛”，即“愛人”、“泛愛眾”

以愛己、愛親之心泛愛眾人。孫思邈在《大醫精誠》中有：“若有疾厄來求救者，不得問其貴賤貧富，長幼妍媸，怨親善友，華夷愚智，普同一等，皆如至親之想”。這裏的“普同一等”，“皆如至親之想”就是博愛的思想。對所有患者都一視同仁，貴賤相等，貧富相等，長幼相等……，把所有的病人都看作是自己親人一樣去救治，用心皆一，施藥無二。這貫穿了一條博愛的紅線。

iv. 包括“推己及人”思想

孔子認為“己欲立而立人，己欲達而達人”²⁵；“己所不欲，勿施於人。”²⁶明代醫家李天成說：“吾濟於人者，若濟吾母。”清代名醫費伯雄說，“我欲有疾，望醫之相救者何如？我之父母妻子有疾，望醫之相救者何如？易地以觀，則利心自淡矣。”

(23) 《孟子·公孫醜上》

(24) 《備急千金要方·大醫精誠》

(25) 《論語·雍也》

(26) 《論語·顏淵》

四、儒家生命倫理應成為中國大陸衛生保健制度改革的道德基礎

1. “市場只能是手段、不能是目的”：必須明確“仁”是衛生保健制度的價值核心

通過衛生保健制度保障公眾的健康是社會的一種責任，社會需要通過各種途徑調動衛生保健資源，近年來利用“市場”成為很多衛生保健制度的選擇。關於“中國醫療服務是否市場化”的爭論非常激烈。筆者的觀點既要承認“醫療服務商品、市場”存在的客觀性和必然性，又不能過分迷信市場機制在配製醫療衛生資源中的作用，應該認識到“市場只能是手段、不能是目的”。

首先筆者認為“醫療服務商品、市場”是客觀存在的，也是必然的²⁷，醫者提供“醫療服務”這種產品的目的是與其他行業的產品進行交換，而不是留在本行業內自行消費。我們可以通過分析國際上曾經和現存的衛生保健制度在這方面的狀況，不難得出上述結論。國際上衛生保健制度主要有：(1) 自費醫療模式；(2) 國家稅收模式；(3) 社會保險模式；(4) 商業保險模式。在這幾種模式中，除了國家稅收模式中的“集成式”（國家稅收模式分為“集成式”和“合同式”），並沒有把醫療服務視為商品；其餘的模式，包括國家稅收模式中的“合同式”都不同程度地把醫療服務視為商品，不同程度地承認醫療服務市場的存在。

從中國儒家傳統思想中我們也可以看出，在當時就認識到，社會是基於不同勞動和服務的分工，不同的勞動和服務要進行交換，而且其勞動和服務的價值是不同的。“以粟易織”、“以粟易械器”、

(27) 曹永福·陳曉陽：〈對“醫療服務商品和市場”存在客觀性和必然性的理性思考〉，載《醫學與哲學》，大連：中國自然辯證法研究會，2005年第10期，頁23。

“以械器易粟”、“與百工交易”、“或勞心，或勞力；勞心者治人，勞力者治於人；治於人者食人，治人者食於人，天下之通義也。”²⁸ 在醫療衛生服務已經高度社會化的今天，同樣也要與其他勞動和服務進行交換，醫療服務是一種商品，有商品必然要市場。

但需要我們清醒認識到的是，在利用市場發展醫療衛生事業的過程中，我們只能把“市場”視為手段，而不可視為目的，我們可以利用市場競爭提高醫療服務的品質，但不能使醫療單位單純追求經濟效益。用儒家生命倫理的觀點看來，“仁”是衛生保健制度的價值核心。令人遺憾的是，中國衛生保健制度在適應市場經濟的改革過程中，過分依賴市場，出現“對市場的迷信”，甚至將運用市場機制賺取利潤視為目的，使醫療機構過度追求經濟收益。例如，“某些地區，地方財政不但不能顧及醫療衛生事業的發展，還從醫院的積累中提取資金做非醫療衛生經費，數量從幾百萬到上千萬不等，有的兩三年還了，有的長‘借’不還；有的城市，政府或社保部門長期拖欠醫院的醫療款不還，嚴重地影響醫院的正常運轉和發展；更令人百思不解的是有些地方，醫保嚴重超支 2000 萬，政府不去解決卻叫參保醫院分擔了；幾乎所有的城市醫院長期以來承擔了政府的責任，義務支農了。”²⁹ 這都是不符合儒家“醫乃仁術”思想的。

2. 政府的責任：建立良好衛生保健制度是儒家“仁政”思想的體現
儒家的“仁政”思想反映在政府對公眾衛生保健的責任上。儒家的“仁政”思想以“民本”思想為前提。指出“制民之產，必使仰足以事父母，俯足以蓄妻子，樂歲終身飽，凶年免於死亡。”³⁰ 提出“民為貴，

(28) 《孟子·滕文公上》

(29) 廖懷凌：〈廣東：某些地方“醫院反哺政府”現象嚴重〉
http://news.xinhuanet.com/politics/2006-01/04/content_4008375.htm。

(30) 《孟子·梁惠王上》

社稷次之，君為輕”。³¹《尚書》論述道：“德惟善政，政在養民”。《禮記》則曰：“以保息養萬民，一曰慈幼，二曰養老，三曰振窮、四曰恤貧，五曰寬疾，六曰安富”。

儒家“民本”、“仁政”思想主張政府積極介入，以實現民眾福利。儒家思想對中國政府慈善事業的影響很深。例如，南北朝的“六疾館”和“孤獨園”，唐宋年間的“悲田養病坊”，這種慈善機構最初為佛教寺院所興辦，所以採用佛教名詞“悲田”命名。後來採取在官方補助下由佛教寺院辦理的形式，所以得到較大的發展。最後逐漸完全轉到官府手中，由官方委託地方名人管理，改稱“福田院”或“居養院”。

在當今時代，政府在人們日常生活中起著非常重要的作用，它借助法律賦予的權利，管控著政策、財政、福利等許多社會資源，許多公共事業需要政府或政府委託有關機構運行，公眾的醫療衛生保健在很大程度上是由政府提供或者在政府法律和政策的規範下通過一定體制實現的，政府應該把醫療衛生作為社會事業發展，其承擔著不可推卸的責任。

《阿拉木圖宣言》指出：“政府為其人民的健康負有責任。”中國也認為“衛生事業是政府實施一定福利政策的社會公益事業”。但中國政府在福利性政策方面體現的確不足。例如從衛生經費的投入可以看出，從衛生總費用佔 GDP 的比重來看，1980 年為 3.28%，1995 年為 3.88%，之後，這個比重開始飆升，1999 年第一次達到了世界衛生組織規定的最低標準 (5%)，次年超過世界平均水準 (5.3%)，達到了 5.7%，中國的衛生總費用在不斷增長，但仔細分析後會發現，其中政府衛生支出和社會衛生支出政府佔衛生總費用的比重卻一直下滑，而居民個人衛生支出的比重卻節節攀升，也就是說，過去這些年中國衛生總費用的增長主要是由居民個人負擔的。“改革開放初

(31) 《孟子·盡心下》

期，政府預算支出佔衛生總費用的比重為 36%，到 1990 年，下降到 25%；到 2000 年，下降到 14.9%”³²，與此同時，“社會支出的份額也從 44% 下降到 24.5%。1980 年，居民衛生支出佔衛生總費用的比重不過 23%；到 2000 年，已高達 60.6%。”³³ 而同時期發達國家的平均水準是 27%，轉型國家是 30%，其他發展中國家是 42.8%，最不發達國家才是 40.7%。³⁴

可見，中國衛生保健制度改革和發展過程中，必須強化政府責任。目前國務院牽頭由多個部門聯合成立的醫改部際協調工作小組，正在組織聯合調查，加緊擬訂改革方案。³⁵ “政府首先應該集中精力辦好公共衛生事業，加大對衛生防疫站、健康教育和預防保健工作的投入，這是普惠全體國民的一種健康性投資、投入；其次，建立公益性醫院，就是不贏利的醫院；然後就是幫助老百姓買單，建立覆蓋全體國民的醫療保障體系。”筆者認同這種最大限度地使用公共財政力量承擔維護民眾健康的思路，這是一個負責任政府義不容辭的責任，是其“仁政”的當然體現。

3. 醫生和醫院：衛生保健制度中“醫乃仁術”的具體踐行者

儘管整個社會應該清醒地認識到，“仁”是衛生保健制度的價值核心，政府有責任建立良好的衛生保健制度，以體現它的“仁政”。但在衛生保健制度中，“醫乃仁術”的具體實踐者卻仍然是醫生和醫院。在市場經濟條件下，醫院和醫生應該如何踐行“醫乃仁術”，醫院和醫生應該是一種怎樣的道德角色，卻是一個值得深思的問題。

(32) 王紹光：〈中國公共衛生的危機與轉機〉，載《比較》，北京：中信出版社，2003 年第 7 輯，頁 61。

(33) 同上，頁 61。

(34) 同上，頁 62。

(35) 趙珂：〈衛生部新聞發言人表示醫改方案正在加緊擬訂〉
<http://news.tom.com/2006-10-10/000T/53448880.html>。

相當多的人曲解儒家的思想：“君子喻於義，小人喻於利”（論語·裏仁）、“君子以義為上”（《論語·陽貨》）“不義而富且貴，於我如浮雲。”以及“生，亦我所欲也，義，亦我所欲也，二者不可得兼，舍生而取義者也。”（孟子·告子上）。其認為，醫家行醫同樣需要“淡薄名利”、“重義輕利、尚義反利”，清代名醫費伯雄甚至說“欲救人而學醫則可，欲謀利而學醫則不可”。

筆者認為：一方面，儒家在這裏是強調醫家從自身角度不能見利忘義，傷害病人。但從社會的角度看，診治疾病作為社會分工的一部分，醫者必然要獲得報酬。孔子反對“樊遲學稼”³⁶和孟子反對“與民並耕”³⁷，都反映了這個道理。另一方面，古代社會，事實上在儒家文化背景下，中國古代醫家就是從行醫而謀生，甚至也追逐名利。“根據對《中國醫學史》所列名醫材料的統計，自秦至金元這段時期，上下兩千年之間，名家醫生共 186 人，其中循規蹈矩，淡泊名利者佔 58.6%；而追名逐利，混跡官場者佔 41.4%。名醫尚且如此，更何況一般醫家了。”³⁸（王翔南，劉承祿，廖甲秀，1994，P.6）

所以，在現代市場經濟社會，醫家踐行“醫乃仁術”，就要處理好在醫療服務中追求社會效益和經濟收益的相互關係。一方面，在市場經濟條件下，由於價值規律的作用，任何企業單位的經營活動，都離不開經濟收益。目前，中國對醫療機構實行分類管理，分為非營利性醫療機構和營利性醫療機構。營利性醫療機構是以營利為目

(36) “樊遲學稼”出自《論語·子路》：樊遲請學稼。子曰：“吾不如老農。”請學為圃。曰：“吾不如老圃。”樊遲出。子曰：“小人哉，樊須也！上好禮，則民莫敢不敬；上好義，則民莫敢不服；上好信，則民莫敢不用情。夫如是，則四方之民襁負其子而至矣；焉用稼！”。

(37) 可見《孟子·滕文公上》。農家許行主張賢君“與民並耕”，孟子以社會分工的道理予以反駁，並且說：“治天下獨可耕且為與？有大人之事，有小人之事。且一人之身，而百工之所為備。如必自為而後用之，是率天下而路也。故曰：或勞心，或勞力；勞心者治人，勞力者治於人；治於人者食人，治人者食於人；天下之通義也。”《孟子·滕文公上》

(38) 王翔南、劉承祿、廖甲秀：〈中國醫患關係危機之成因〉，《中國醫學倫理學》，西安：西安交通大學醫學院，1994年第3期，頁6。

的，追求經濟效益是無可厚非的。非營利性醫療機構不以營利為目的，但還必須追求必要的經濟收益，以維持正常運轉。

另一方面，醫院又被賦予“救死扶傷、治病救人”的社會責任，醫院必須以社會效益為重。“醫乃仁術”，治病救人的倫理本性決定著社會效益是醫學醫術的存在之本：醫院的存在是基於其在現代社會中從事疾病診斷和治療活動，為公眾健康服務，並不是基於其他社會需要。因此，注重醫院醫療服務的社會效益，醫院才能在社會分工中“合理”存在，否則，就失去其存在價值。所以，醫院在一般情況下必須把社會效益和經濟效益的追求統一起來，在兩者發生矛盾的時候，要以社會效益為重。

五、結語

中國衛生保健制度的改革和發展任重道遠，適應整個社會市場經濟是不可回避的選擇，但在適應市場經濟、甚至利用市場機制改革衛生保健制度的過程中，應該注意中國傳統儒家倫理的價值基礎作用，畢竟儒家文化是中華文化的根基，這也許是儒家生命倫理對中國衛生保健事業的一大貢獻。

參考文獻

- 丁春：〈福建古代儒醫轉換問題的研究〉，載《福建中醫學院學報》，福建：福建中醫學院學報編輯部，2001年第1期。
- 王紹光：〈中國公共衛生的危機與轉機〉，載《比較》，北京：中信出版社，2003年第7輯。
- 王翔南，劉承祿，廖甲秀：〈中國醫患關係危機之成因〉《中國醫學倫理學》，西安：西安交通大學醫學院，1994年第3期。
- 何鴻明：《衛生經濟學原理與方法》，黑龍江：黑龍江教育出版社，1988年。
- 李煒光，王娟：〈中國社會醫療保障制度改革構想〉，《現代財經》，天津：天津財經學院，2004年第10期。
- 倪征：〈“醫乃仁術”的內涵及其現代價值〉，載《醫學與社會》，武漢：華中科技大學同濟醫學院，2000年第2期。
- 張大慶：〈醫乃仁術：中國醫學職業倫理的基本原則〉，載《醫學與哲學》，大連：中國自然辯證法研究會，1999年第6期。
- 曹永福、陳曉陽：〈對“醫療服務商品和市場”存在客觀性和必然性的理性思考〉，載《醫學與哲學》，大連：中國自然辯證法研究會，2005年第10期。
- 曹永福：〈醫患關係的倫理和法律屬性比較研究〉，載《中國醫學倫理學》，西安：西安交通大學醫學院，2001年第1期。
- 賀聖迪：〈論儒醫的形成與特徵〉，載《上饒師專學報》，江西：上饒師範專科學校，1999年第5期。
- 劉文鑾：〈應構建與社會主義市場經濟相適應的衛生保健制度〉，《中國衛生經濟》，北京：中國衛生經濟學會、衛生部衛生經濟研究所，1994年第4期。
- 劉俊榮：〈防禦性醫療的成因及其對醫患關係的影響〉，載《中華醫院管理雜誌》，北京：中華醫學會，2003年第8期。
- 劉漢卿：〈群眾“看病貴、問題與對策”〉，載《中國食品藥品監管》，北京：國家食品藥品監督管理局，2004年第11期。
- 〈陝西衛生廳廳長專訪談商業賄賂和醫改動向〉
<http://news.sina.com.cn/c/h/2006-10-19/093711277991.shtml>。
- 〈國務院發展研究中心課題組對中國醫療衛生體制改革的評價與建議〉
<http://www.cc.org.cn/newcc/browwenzhang.php?articleid=4592>。
- 曹海東、傅劍鋒：〈中國醫改20年：醫改方案出臺尚無時間表〉
http://news.xinhuanet.com/health/2005-08/04/content_3308662.htm。
- 廖懷凌：〈廣東：某些地方“醫院反哺政府”現象嚴重〉
http://news.xinhuanet.com/politics/2006-01/04/content_4008375.htm。
- 趙珂：〈衛生部新聞發言人表示醫改方案正在加緊擬訂〉
<http://news.tom.com/2006-10-10/000T/53448880.html>。