

生命倫理基礎的形成——從中國 醫療衛生體制改革的歷史進程看

邊 林

摘要

在中國醫療衛生體制改革近 30 年的風雨歷程中，由於前改革時期沒有條件形成公共生活的倫理精神，在醫療衛生體制改革的第一階段，即過渡期的 10 幾年中，同樣沒有能夠為改革確立合理的價值目標和形成強有力的道德基礎。在此後改革的推進期，政策制定和制度安排過程倫理基礎的缺失，是改革不成功的重要原因之一。中國社會在對改革的質疑和經驗教訓的反思中啟動的新一輪醫改，無論是政策制定還是框架設計，以及幾年來所取得的成就，都表明此一輪改革具備了較為自覺的生命倫理意識和公共生活倫理精神。中國醫療衛生體制改革的生命倫理基礎生成過程表明，生命倫理學研究在方法上應該堅持中國化的立場。

【關鍵字】 醫療衛生體制改革 公共生活倫理精神 生命倫理學
方法論

邊 林，河北醫科大學社會科學部主任、教授，中國石家莊，郵編：050017。

《中外醫學哲學》X:2 (2012 年)：頁 93-114。
© Copyright 2012 by Global Scholarly Publications.

醫療衛生體制的改革是當代中國社會發展進程中備受關注的重要領域和重大問題。因為這項改革的推進能夠從一個特定的側面直接體現中國社會改革開放 30 多年的成就是否能夠真正惠及民生，中國社會的各階層能否相對公平地享受到改革開放這一方面的成果。醫療衛生體制改革是具有深厚倫理意蘊的一項社會發展事業，在這項改革的整個倫理基礎中，生命倫理應該成為其從社會頂層設計到具體實施和執行層面不可或缺の思想和行為根據。甚至我們可以認為，也正是因為生命倫理所具有的從文化、觀念、思想和理論層面到制度、程式、方法和操作層面以及從歷史傳統到現代生活的跨越性特徵，才使得它可以構成諸如醫療衛生體制改革這樣的重大社會系統工程的倫理思想基礎，能夠成為政策、框架、制度以及方案設計與執行的道德根據。對中國生命倫理學研究方法論問題的一些思考之所以與這個問題聯繫起來論述，是想通過考察中國醫療衛生體制改革的生命倫理基礎生成的路徑，闡述中國生命倫理學的研究在方法上應該堅持的兩個重要立場：一是生命倫理學需要中國化；二是中國化的生命倫理學需要有自身的倫理文化支撐和方法構建。擬或把中國醫療衛生體制改革倫理基礎問題的研究作為討論中國生命倫理學研究方法論的一個現實視角或者例證。

一、前改革開放時期中國醫療衛生政策制定和制度安排上的倫理精神缺失

前改革開放時期的中國醫療衛生體制，是與中國社會實行 30 年的社會主義計劃經濟體制相統一的福利性醫療保障制度（公費醫療、勞保醫療與農村合作醫療）以及公益性醫療機構設置的單一體制。這種模式從上世紀 50 年代中期開始到 80 年代改革開放初期，沒有發生過較大的調整和改變。這個歷史階段的中國社會，經歷了開國伊始戰後重建的社會主義改造時期，高度集權的計劃經濟體制形成的社會主義經濟建設時期以及上個世紀 60 年代中期開始的 10 年“文革”動盪時期。這個歷史階段，中國社會在醫療衛生體制上的問

題，主要表現在戰後恢復時期的社會經濟發展的低水準與社會主義政治目標高要求的反差與矛盾，福利性醫療保障制度的出發點決定於中國政治制度的社會主義性質，這一公共政策制定的動機是向善的，但是超越社會經濟水準現狀、不從社會發展實際出發的政策制定的結果，一是社會不能提供相應的保障條件和資源，由於醫療衛生資源的有限性和城鄉、地域等發展的極度不平衡，該制度所實現的只是平均主義思想左右下的社會願望，而非真正的社會醫療衛生公平。舉例來說，據有關資料統計，1959至1960年兩年間，安徽省鳳陽縣發病人口達102,994人，佔農村人口的37.7%，兩年共死亡60,245人，佔農村人口的17.7%；在三年“大躍進”期間安徽省的非正常死亡人口數量，按時任安徽省委書記處書記、副省長張凱帆的估計，大概為500萬人。他在回憶錄中寫到，“在1962年七千人大會上，劉少奇參加安徽組討論，追問安徽餓死了多少人，第一次報40萬，後來追問緊了，報到400萬。實際上約有500萬人。”¹直到上個世紀80年代中期，按照中國政府第一次正式公佈的農村貧困人口人均年收入206元的標準計算，中國社會還有1.25億人口溫飽問題尚未解決，貧困發生率達到當時中國人口的14.8%。²不言而喻，這部分人連基本的溫飽問題都沒有解決，他們醫療的福利性肯定是天方夜譚。二是能夠享受到的福利性醫療保障，雖然廣覆蓋但整體上也是低水準的，這不僅與當時中國社會經濟發展水準極為低下有關，也與醫學科學技術水準以及醫療衛生社會建制水準不高有關。這個時期的福利性醫療保障制度的建立，其倫理基礎或許更多地是源於馬克思主義對共產主義和社會主義的政治設計和理論構想，照搬的是前蘇聯公共衛生系統模式所提供的經驗和做法。歷史地看，不能要求當時的中國共產黨人面對那樣艱苦卓絕、一窮二白的社會存在，而形成高度自覺的以人為本、以人的健康為本、以生命為本的生命倫理意識和公平觀念。客觀地看，中國政府在百廢待興、經

(1) 張凱帆：《張凱帆回憶錄》（合肥：安徽人民出版社，2004年）。

(2) 黃貴榮：《失衡的世界——20世紀人類貧困現象》（重慶：重慶出版社，2000年）。

濟發展水準極為低下的幾十年中，僅用佔當時GDP比重 3%左右的投入，通過制度安排，力求去滿足所有社會成員基本的醫療衛生服務需求，還是在一定程度上起到了提升社會整體健康水準的作用，中國人均預期壽命從建國初期的35歲提高到上世紀80年代初期的67.77歲就不能忽略醫療保障制度的價值和意義。

然而，我們不能因為有事實證明制度本身歷史性地發生了作用，就認為沒有必要對其進行反思。對這個歷史時期醫療衛生政策制定和醫療衛生體制構建需要思考的問題是，這種政策的制定與制度設計，充其量是政治制度與經濟體制的派生物，對社會公平與正義的追求，並沒有建立在（或許也沒有可能建立在）自覺的公共生活倫理精神層面。中國社會特定的歷史時期醫療衛生政策和制度的確立，出發點的向善性不容懷疑，社會主義制度建立的目的不外乎讓百姓過上相對過去更好的日子，其中包括能享有健康權利和基本醫療保障。雖然當時中國的“衛生政策成為政府實現社會公平理念和價值的核心舉措之一”，“對起點公平、過程與結果公平的重視和追求貫穿於衛生政策、衛生制度設計以及實施的全過程”，³但是正是因為把追求公平誤解為絕對的平等，對社會公平的追求導致分配制度上的絕對平均主義，合理制度所賴以建立的公平觀念不僅被曲解，在制度的執行層面也必然被異化。社會任何領域制度的建立，只要涉及到社會公眾利益，都需要首先將其所蘊含的倫理精神作為自身強大的支撐。而倫理精神的實質並不是對公平這個字眼兒的推崇和強調，也不是將這個字眼兒抽象化和虛擬化，而是通過政策制定和制度設計讓公平成為一種社會現實。中國前改革開放時期的醫療保障制度，動機與效果的不對稱和不完全統一，原因在於公平僅僅成為一種社會主義優越性的宣示，因為沒有足夠的醫療資源和社會財力支撐制度所要的真正意義上的公平，儘管客觀上取得了一定的成就，但是並沒有真正確立起這種制度合理性所賴以建構的公共

(3) 林光汶(Vivian Lin)等：《中國衛生政策》(北京：北京大學醫學出版社，2010年)。

生活倫理精神。“正義是社會制度的首要美德”⁴這一思想在中國前30年醫療制度上的體現只是流於表面，而非制度本身的精髓和靈魂。我們不是簡單地否定中國改革開放以前30年醫療衛生領域的成就，一個領域成就的取得是多因素共同作用的結果，而是認為中國的醫療衛生制度的建立從最初階段就沒有確立起倫理精神，正是這種缺失，所產生的負面影響極為長遠，筆者認為，改革開放之後醫療衛生體制的改革之路之坎坷與艱難，不無這種缺少倫理精神的慣性思維方式的深遠影響和強烈羈絆。誠然，醫療衛生制度所存在的問題可能有更深厚的社會性根源，但是公共生活倫理精神之於它的不可替代的核心價值所形成的支撐力量，對一項事業乃至整個社會公共生活的公正與公平的持久性和合理性，確是本體和終極意義上的。

二、中國醫療衛生體制改革的啟動期沒有奠定應有的 生命道德基礎

中國醫療衛生體制改革的真正原因，是中國社會兩方面力量共同作用的結果。一方面是中國自上個世紀70年代末開始步入改革開放的發展時期，伴隨改革開放的逐步推進，各行各業都面臨與改革開放的步伐相適應的問題，因此醫療衛生領域的改革從80年代中期開始提到國家層面的議事日程上來，前奏是衛生部等三部委1980年出臺了《關於加強醫院經濟管理試點工作的通知》，改革號角吹響的標誌則是1985年4月國務院批轉衛生部的《關於衛生工作改革若干政策問題的報告》，該報告的核心思想是“放寬政策，簡政放權，多方集資，開闢發展衛生事業的路子，把衛生工作搞好”。因此這一年被稱為“醫改”元年。另一方面，是改革開放的大潮，帶來了國人兩個方面的解放，一是人們對待社會生活的思想觀念上的，公眾開始對自己的健康和生命權給予關注並向社會提出要求；二是隨著物質

(4) 謝金林：《公共政策的倫理基礎》（長沙：湖南大學出版社，2008年）。

生活條件的改善，社會對健康和對健康保障的需求日益剛性化，而這種需求與社會剛剛開始的發展衛生事業的路徑選擇並不完全協調，而是形成了社會需求與政策導向以及醫療衛生事業發展方向上的矛盾，這種矛盾表現在改革的重心僅僅放在醫療衛生領域內部，而沒有真正顧及到醫療衛生行業改革發展與社會需求間的關係。這個時期社會衛生資源總量開始增加，但是政府在衛生事業領域的投入所佔GDP的比重卻逐年下降。剛剛走出“文革”時期的中國政府，不僅是缺少公共政策制定上的經驗，主要是在政策制定上缺失了以人為本、以人的健康為本的意識，主客觀條件都還沒有使得生命倫理觀念融入公共衛生政策的制定過程。但是也正是因為公共衛生政策的制定缺失了生命倫理基礎，其後的中國醫療衛生體制改革進程的舉步維艱和歷經坎坷絕不與此無關。

上個世紀80年代中期到90年代中期十幾年間，是中國醫療衛生體制改革的啟動和過渡期，也可以認為是改革的第一階段。伴隨中國社會由傳統的計劃經濟模式向市場經濟的轉型，醫療衛生行業的改革方向也必然被順水推舟地湧進市場經濟的大潮，儘管對醫療衛生服務完全市場化有人持反對意見，主張中國社會醫療衛生服務的公益性，但是改革洪流的強勢和中國醫療衛生領域也要摸著石頭過河，最主要的是當時中國社會醫療衛生資源嚴重短缺，缺醫少藥不僅是廣大農村的問題，城市同樣存在“看病難、住院難、手術難”所謂的“三難”問題。國家有限的財力向醫療衛生領域的投入與社會需求存在巨大反差，在衛生政策的制定上，把對中國社會來說還十分新鮮的市場經濟作為解決這個問題的辦法成為必然的方向性選擇。

“運用經濟手段管理醫療衛生事業”成為一種與中國社會改革發展相適應的觀念和思想，這個階段出臺的一系列政策性規定大都是在讓中國的醫療衛生領域向市場化靠攏，社會主義國家由政治目標和計劃經濟制度決定的醫療機構的公益性，以及由此體現的醫療公平在金錢和利益面前產生了不可避免的動搖。這個時期醫療衛生體制的改革是以社會整體改革為動因的，醫療衛生體制發生轉軌只表現

在經濟運行方式上，其結果體現在社會醫療資源的量有所增、醫療服務供給能力提升、醫療服務微觀效率增強，但是整個醫療衛生行業的過度商業化和市場化傾向，導致原有的“三難”問題迅速轉向不僅“難”而且“貴”的問題。這是很多發達國家在社會發展過程中早已經出現過的問題和教訓，這類問題的出現實際上預示著中國社會新時期醫療危機的可能來臨。

從生命倫理基礎的視角看這個階段的改革，實際上只是因為社會經濟方式的轉型推動了醫療衛生領域的順勢變革，這種變革也只是在整個改革的經濟方式調整的框架內進行，沒有顧及到醫療衛生領域對社會成員健康價值的特殊性，更沒有思考社會成員健康和生命對社會發展的根本意義。這一階段的問題主要表現在，改革忽視了醫療衛生作為社會的一個複雜系統各要素間的有機聯繫，通過市場化手段增加社會醫療衛生資源的總量並不是目的，目的是合理配置資源讓社會成員能夠享受到醫療衛生服務和健康有所保障。社會頂層的制度安排還是缺乏了一種根本性的公共生活倫理精神的支撐。形式上表現為政策的制定者在醫療衛生體制改革問題上顧此失彼的慣性思維方式沒有改變，本質上則是出臺的政策嚴重脫離中國社會地域、城鄉乃至城市之間政治、經濟、文化等發展極為不平衡的實際，政策只是停留在文本和字面上，而缺乏有效的實施舉措和可操作辦法，政策、條例和決定的出臺往往冠之以所謂的“指導意見”，能否實現目標和政策落到實處則沒有制度約束，也沒有責任落實。醫療衛生體制改革的這一起步階段，儘管多個相關政策性檔出臺，而且有些檔是國務院多個部門共同制定，甚至在1994年就職工醫療制度改革進行了所謂的“兩江”（江蘇鎮江、江西九江）試點，但是這個階段的收穫只是暴露出諸多方面的問題，也只摸到了石頭但並沒有能力過河。根據衛生部第二次國家衛生調查結果顯示，中國城鄉居民的患病率較之1993年的第一次調查明顯增加，城市增長幅度為6.8%，農村為7.4%。患者數量的增加卻沒有導致就診率的增加，城市患者中有50%的人沒有去醫院診治，應住院治療的也有30%

的沒有住院，農村患者放棄診療的比率是城市患者的兩倍，有病不就醫的主要原因是醫療費用的昂貴帶來的看不起病。

這個階段的醫療衛生體制改革的設計固然與當時的中國社會改革整體上處在摸索階段有關，但是也從一個側面反映出醫療衛生領域的改革需要一種特定的公共生活倫理精神作為基礎的重要性，特別是當人們的溫飽問題基本解決，部分社會成員生活變得相對富足，對健康標準的提高和多種需求以及對生命高品質的渴望就必然成為對公共產品的最先要求，與天賦人權直接相聯繫的人的健康權、生命品質權如何真正獲得社會保障，需要政策制定者在確立社會發展全域意識的基礎上，形成政策制定和制度設計上的生命倫理觀念，為醫療衛生體制改革確立合理的價值目標打下認識和道德基礎。

三、中國醫療衛生體制改革調整與推進期生命倫理觀念形成的自發性

中國醫療衛生體制改革的第二個階段表現為改革的調整與推進過程。時間集中在1997年之後的10年間。主要是針對改革的過渡階段醫療服務轉向市場化方向出現的各類醫療衛生問題。例如醫療衛生經濟效益與社會效益的矛盾問題，也即公立醫療機構市場失靈傾向的出現、公益性質淡化問題；出臺的政策間銜接不暢、彼此分割、缺少系統性的問題；患者就醫成本猛增導致的看病難、看病貴的問題，甚至部分患者家庭出現了因診治疾病致貧、返貧現象；原有的城鎮勞動醫療保險和農村合作醫療名存實亡；特別是2003年發生的SARS事件暴露出的公共衛生問題等等，促使中國社會反思醫療衛生體制改革存在的問題，對醫療衛生體制改革的爭論和交鋒日趨激烈並公開化。市場主導還是政府主導的爭論成為焦點問題。

事實上，這一階段的前6年間，中國社會頂層對醫療衛生的改革設計和安排了若干政策和制度。1997年國務院出臺了《關於衛生改革與發展的決定》，明確了中國的衛生事業是實行一定福利政策的公

益性事業。1998年出臺了《關於建立城鎮職工基本醫療保險制度的決定》，提出建立全覆蓋的社會統籌與個人帳戶相結合的城鎮職工醫療保險制度。1999年陸續下發了與之相關的13個配套檔，涉及到了藥品招標採購、醫藥分家、醫療機構分類管理、醫療機構稅收管理、醫療機構服務價格管理、發展社區醫療、醫院內部人事制度改革、衛生監督體制改革等一系列問題。2000年國務院辦公廳轉發了國務院體改辦和衛生部等8個部委《關於城鎮醫藥衛生體制改革的指導意見》，提出將醫療機構分為營利性和非營利性兩個類型，形成新的醫療機構分類管理制度。2001年5月國務院辦公廳批轉了4部委《關於農村醫藥衛生體制改革的指導意見》，次年國務院召開了全國農村衛生工作會議，會後以中共中央和國務院的名義下發了《關於進一步加強農村衛生工作的決定》，明確提出要建立和完善新型農村合作醫療制度和醫療救助制度。2003年1月國務院辦公廳轉發了國務院辦公廳轉發了衛生部、財政部和農業部的《關於建立新型農村合作醫療制度的意見》，要求從當年開始新農合試點。

從國家高層連年出臺關於醫療衛生體制改革的政策性檔看，國人在感受醫療衛生領域與自己切身健康利益的關係上存在種種不盡如人意問題的同時，也感受到國家試圖解決和改善這些問題的意願和努力。但是這個時期在醫療衛生領域積累的社會問題呈現前後交織、相互疊加的狀態，儘管經過十幾年改革的進程，制定了諸多相關政策和制度，但是老問題沒有解決，新問題層出不窮。2004年衛生部公佈的《國家衛生服務調查》報告稱，中國內地城市沒有任何醫療保險的人口約佔總人口的44.8%，農村為79.1%。曾經“看病難、住院難和手術難”的問題在整個醫療衛生資源供給總量大幅增加的情況下以另外的形式再度出現，一方面與“看病貴、住院貴和手術貴”聯繫在一起，2005年哈爾濱某醫院出現的患者住院一個多月醫藥費高達550萬人民幣的所謂“天價醫藥費事件”就是最典型的例證，因為患者看不起病而感受到看病太難；另一方面，城鄉醫療衛生事業的發展不平衡，城市特別是大城市醫療衛生資源迅速擴增，而縣、

鄉鎮和村三級醫療網路在有些地方形同虛設，基層醫療衛生機構無法滿足就醫需求，形成城市就醫因為人滿為患導致的難和貴，鄉鎮和村一級的醫療機構包括有些縣級醫院門診量和病床佔有率十分有限甚至難以運行。“以藥養醫”導致的藥品流通管道的不正當競爭，以及由此引發的醫療腐敗乃至犯罪行為的有恃無恐，醫院規模的迅速擴張和高端醫療設備的大量引進、醫療衛生人才培養成本的大幅度提高，導致醫療機構的運營成本大幅攀升和向患者的轉移，加之社會急劇轉型帶來的對醫師職業精神和醫學道德的強烈衝擊和負面影響，對患者的過度醫療行為十分嚴重；集中在城市大醫院中的專家和名醫數量的有限，看病難也表現為看好醫生難。改革開放帶來的患者自主意識、維權意識和法律意識的迅速覺醒，醫患關係矛盾加劇，因為醫患糾紛導致的法律問題和社會問題猛增，加之媒體的不客觀渲染，帶來整個社會對醫療衛生行業評價失衡。如此等等。國家在推進醫療體制改革上所做的種種巨大努力，被這些醫療衛生領域的現實問題所消解和沖淡，公眾和患者用自己的利益得失和現實體驗去評價政府宣導的改革，而 20 多年的醫療衛生體制改革的結果，體現在社會整體和宏觀上似乎成績斐然，改革方案文本和由此而來的數字都令人振奮，甚至世界衛生組織也將中國作為發展中國家的典範加以推崇，但是與中國百姓特別是患者和患者家屬的切身體會卻大相逕庭。

如果說前改革開放時期中國純福利性醫療衛生體制的確立因為政治倫理替代了生命倫理而使其道德基礎出現了偏差，加之那個時期社會生產力水準低下，沒有足夠的經濟能力支撐福利性的醫療體制，以政治需要為出發點的動機很難取得醫療衛生上真正完全“仁”的效果。改革初期的過渡階段因為要彌補由於貧窮落後帶來的醫療衛生領域基礎薄弱而選擇了市場化的道路，對經濟利益的追逐而讓整個社會從上而下都無暇顧及這樣路徑選擇上的道德後果。從這樣的歷史過程視角分析改革推進階段暴露出來的諸多方面問題，儘管改革思路不斷調整，改革力度不斷加大，改革勇氣也不斷提升，改

革文件不斷下發，改革的舉措不斷出臺，但還是沒有能夠遏制住醫療危機苗頭的出現。2005年7月，國務院發展研究中心公開發佈關於醫療衛生體制的研究報告認為，中國醫改總體上不成功，其主要原因是近20年來醫療服務逐漸市場化和商品化。這個報告的特點在於，對計劃經濟時期中國福利性醫療衛生保障體制給予了充分的肯定，並由此得出結論認為市場化不應該成為醫療體制改革的方向。在對中國醫療體制改革存在的問題進行了比較透徹分析的基礎上，該報告對中國未來醫療衛生體制給出了一個框架性設計：“打破城鄉、所有制等各種界限，建立覆蓋全民的、一體化的醫療衛生體制。”⁵幾乎同時，時任衛生部長的高強在北京國家機關和北京市聯合舉辦的形勢報告會上談到，“用人為本和科學發展觀重新審視中國的醫療衛生事業，認真進行反思，就會發現中國衛生事業的發展還滯後於經濟和其他社會事業的發展，衛生醫療服務體系與人民日益增長的健康需求不適應的矛盾還相當突出。醫療衛生事業發展存在著不全面、不協調的問題”。還認為“目前公立醫療機構的運行機制出現了市場化的傾向，公益性質淡化等問題。衛生部門對醫療衛生事業發展的內在規律研究不深，把握不准，對市場經濟條件下如何發展醫療衛生事業探索不夠，缺乏從國民經濟發展、社會全面進步和維護人民健康的全域高度推動醫療衛生事業改革與發展的勇氣和力量。”⁶高強的報告在基調上與國務院發展研究中心報告對市場失靈問題上的認識並不完全一致，他更強調的是市場失靈主要發生在公立醫療機構的運行機制上，也只是有市場失靈的傾向而不是市場完全失靈。高強在談到推進衛生事業改革與發展的基本思路時提出了引入市場機制的三條基本原則：即走自己的路、堅持公益性、政府承擔責任。

這一階段應該被認為是中國社會各階層都以自己的方式關注醫療衛生體制改革擬或說關注醫療衛生事業改革與發展問題的時期。

(5) 轉引自中國新聞網：<http://www.sina.com.cn>，2005年7月29日。

(6) 杜樂勳等：《中國醫療衛生發展報告》（北京：社會科學文獻出版社，2006年）。

因為社會成員的各個階層日益增長的健康需求與歷經多年改革的醫療衛生體制所能提供的服務和產品形成了較大的落差，在社會各界對醫療衛生體制改革的質疑中，在公眾對看病難、看病貴的呼籲中，甚至聯合國開發計劃所發佈的《2005 人類發展報告》也認為中國的醫療體制沒有幫助到應該幫助的以農民為代表的群體，醫療體制改革並不成功。到底怎樣評價 20 多年的改革、朝著什麼樣的方向推進下一步的改革，成為必須思考和解決的問題。

從改革的前兩個階段情況看，如果說第一階段的改革因為要摸著石頭伴隨社會整體改革的步伐前行，在醫療衛生資源嚴重不足，衛生經濟基礎非常薄弱、急需形成一定的醫療衛生領域物質基礎的情況下，選擇了市場化的方向，雖然帶來醫療衛生領域的新問題，但是這個階段還是在一定程度上完成了國家和地方的醫療資源改革階段的半原始積累。只是這個積累過程的完成，是以對公共生活倫理精神的遺忘為代價的。第二個階段之所以能夠讓從社會頂層到百姓都開始反思醫療衛生體制改革存在的問題，並不是政府為改革從政策制定到制度安排，再到經濟投入等各個方面沒有做出努力，也不是百姓對醫療衛生提出了不切實際的過高要求，這個時期，全社會的醫療衛生資源總量上有了大幅提高。為什麼還會出現對改革各方評價都極低的情況呢？政策的技術性設計上肯定存在關鍵性問題，而這種關鍵問題之所以要付出十幾年的代價來發現和去解決，一定是因為有一種能夠指導或者支配政策的技術性設計的無形力量沒有發揮作用。這種力量中包括社會應該擁有的生命倫理意識和公共生活的倫理精神。在第二個階段的末尾，中國社會因為各類問題的層出不窮，社會頂層被推進到一個更廣闊和更深層的境地去反思中國的醫改，這其中不乏生命倫理意識和公共生活倫理精神開始自發覺醒的作用。

四、中國新一輪醫療衛生體制改革及自覺的生命倫理基礎的生成

經過幾個階段近 30 年的醫療衛生體制改革的風雨歷程，2007 年中國的醫療衛生體制的改革進入到目前還在繼續中的第三階段。2006 年 9 月成立了由 11 個部委組成的、由國家發改委主任和衛生部部長共同出任組長的醫改協調小組，2007 年初，醫改協調小組先是委託六家後又增加到九家研究機構，對醫改進行獨立、平行的研究，並提出系統的建議和意見。之後又多次組織座談和討論，逐步明晰新醫改的一些關鍵性問題和基本原則。同年召開的中共十七大報告對新醫改的一些基本問題和醫改的方向與原則等確定了基調。這些基調性的內容體現在胡錦濤報告的第八部分“加快推進以改善民生為重點的社會建設”中的第四和五點，即“加快建立覆蓋城鄉居民的社會保障體系，保障人民基本生活”和“建立基本醫療衛生制度，提高全民健康水準。”⁷ 2008 年 10 月 14 日協調小組在充分調研和委託研究機構深入研究和綜合各方意見的基礎上，形成了《中共中央國務院關於深化醫藥衛生體制改革的意見（徵求意見稿）》，並開始在網路上以及以多種形式向社會各界徵求意見。2009 年 1 月 21 日在國務院常務會議上，新醫改方案獲原則通過。同年 4 月 6 日正式出臺。

較之過去出臺的所有醫療衛生體制改革的方案，新醫改方案能夠體現出從中國的現實出發對醫療衛生體制進行全面設計和系統安排。從公共管理的技術角度看，確實形成了運行機制上的系統創新，更重要的是在建構體制的理念上完成了重要突破。從生命倫理的視角分析，方案滲透著公共生活的生命倫理精神和對人以及人的健康的人文關懷。之所以這樣認為，方案文本的內容以及幾年的改革實踐都昭示和證明著這種判斷和評價。

(7) 胡錦濤：《在中國共產黨第十七次全國代表大會上的報告》，轉引自新華網，2007 年 10 月。

新醫改方案在重大和根本性的問題上確立了鮮明的立場，明確了改革的方向和目標，即以全社會人人享有基本醫療衛生服務為根本出發點和落腳點。從改革方案設計、衛生制度建立到服務體系建設都遵循公益性的原則。新醫改方案主體框架是被媒體稱為“四梁”的四大體系，即公共衛生體系、醫療服務體系、醫療保障體系和藥品供應體系。新醫改就是以這四個領域為重點，按照各自領域產品的相應特點，設計了相應的供給方式和政策走向。從各個領域的基本政策走向上看，新一輪醫改將公共衛生服務產品界定為公共物品，其供給體制採用政府供給的方式，政府負主要責任；將醫療服務產品界定為準公共產品，其供給體制採用政府和市場混合的方式，突出基層在醫療衛生服務中的作用；在醫療保障領域，對各項醫療保障項目進行了細分，社會醫療保險作為準公共產品由政府為主組織實施，商業健康保險作為私人產品由市場運作，醫療救助由政府供給；在藥品供應領域，將國家基本藥物制度作為政府干預的重點，在加強品質和可及性監管的同時，鼓勵市場競爭和產業發展。新醫改方案在重大和根本性的問題上確立了鮮明的立場，明確了改革的方向和目標，即以全社會人人享有基本醫療衛生服務為根本出發點和落腳點。從改革方案設計、衛生制度建立到服務體系建設都遵循公益性的原則。⁸ 為四大體系形成有機系統和有效運行，方案設計了八個方面的運行機制，也即所謂的“八柱”：協調統一的醫藥衛生管理體制、高效規範的醫藥衛生機構運行機制、政府主導的多元衛生投入機制、科學合理的醫藥價格形成機制、嚴格有效的醫藥衛生監管體制、可持續發展的醫藥衛生科技創新機制和人才保障機制、實用共用的醫藥衛生系統及健全醫藥衛生法律制度。

“從醫改政策框架的確立到其實現是一個質的飛躍，這個飛躍是靠對醫改政策的有效執行完成的。在醫改政策的執行方面，不論是從宏觀到微觀，還是從中央到基層，都需要創新甚至創造。中央

(8) 王虎峰：〈中國新醫改：政策框架、執行與評估〉，《中共中央黨校學報》，2009年，第4期。

政府確定了衛生醫療體制改革的政策框架，但這並不意味著中國的醫改自動就此走向成功。政策實現的品質、效果和效益如何，尚需執行者的創新和創造。”⁹ 儘管在三年來，在政策落實和方案執行上不是不存在問題，但是總的看來，在一些重大問題和重要方面執行情況還是樂觀的。

1. 基本醫保覆蓋面擴展迅速

截至 2011 年 9 月底，新型農村合作醫療（以下簡稱新農合）、城鎮居民基本醫療保險（以下簡稱城鎮居民醫保）、城鎮職工基本醫療保險（以下簡稱職工醫保）三項基本醫療保險制度覆蓋了 95% 以上的城鄉居民，參保人數增加到 12.95 億人；新農合和城鎮居民醫保政府補助標準增幅較大，從 2009 年的每人每年 80 元提高到現在（2012 年）的 200 元。新農合、城鎮居民醫保和職工醫保政策範圍內，住院費用報銷比例逐步提高，2011 年新農合和城鎮居民醫保政策範圍內，住院費用報銷比例達到 70% 左右。90% 以上的統籌地區職工醫保、城鎮居民醫保、新農合最高支付限額分別提高到當地職工年平均工資、當地居民年可支配收入和全國農民人均純收入的 6 倍以上且均不低於 5 萬元。

2. 醫療救助制度進一步健全

醫療救助資金大幅增加，2011 年已籌集資金 178.5 億元，中央財政已投入 130 億元；基本醫療保障管理制度不斷創新。推廣就醫“一卡通”，實現統籌區域內醫藥費用即時結算。江蘇、福建、青海等 18 省開展省內異地就醫即時聯網結算，浙江嘉興、海南三亞等 40 多個城市實現了基本醫保制度的城鄉統籌。基本醫保管理制度改革創新由點到面的格局正在形成。

(9) 同注 8。

3. 商業健康保險得到積極發展

2010 年商業健康保險保費達到 677.5 億元，比 2008 年增長 15.7%。全民基本醫保制度建設推進迅速、成效顯著，初步形成了以職工醫保、城鎮居民醫保、新農合為主體，其他多種形式補充醫療保險和商業健康保險為補充，城鄉醫療救助為兜底的中國特色醫保制度體系，織起了世界上最大的基本醫療保障安全網，為“病有所醫”提供了制度保障，在人人享有基本醫療衛生服務方面邁出關鍵性步伐。

4. 國家基本藥物制度初步建立

基本藥物制度全覆蓋基本實現，新的基本藥物招標採購制度初步建立；基層醫療衛生機構綜合改革基本完成，運行新機制初步建立，在公益性管理、用人機制、績效管理和激勵性分配機制、規範性的藥品採購機制和建立長效性的對基層醫療衛生機構的補償機制。

5. 基層醫療衛生服務體系逐步健全

農村三級醫療衛生服務網路明顯加強，城市社區衛生服務體系進一步完善。以全科醫生為重點的基層醫療衛生人才隊伍建設逐步加強，覆蓋城鄉的基層醫療衛生服務網路基本建成，服務能力得到加強，特別是老少邊窮地區和農村醫療衛生資源不足的矛盾得到有效緩解，基層群眾看病就醫方便、可及程度得到明顯改善。基層醫療衛生服務體系建設成效正在顯現。2011 年 1 到 9 月份，城鄉居民到基層醫療衛生機構就醫比去年同期增加了 3.1 億人次，增幅為 13.2%。

6. 基本公共衛生服務均等化水準明顯提高

公共衛生服務投入力度大，標準城鄉統一，公共衛生服務體系進一步健全，基本公共衛生服務專案增多，重大公共衛生服務專案惠及億萬群眾

7. 公立醫院改革試點積極推進

國家確定了 17 個公立醫院改革試點城市，各省結合實際選定了 37 個省級試點地區，全國參與改革試點的公立醫院數量達到 2,299 個。按照上下聯動、內增活力、外加推力的原則，公立醫院改革試點正在積極推進。在政事分開、管辦分開、醫藥分開、營利和非營利分開等重點難點問題上大膽探索。¹⁰

中國的新醫改成果受到國際社會的重視和較高評價。2011 年，摩根銀行發佈《中國醫改的進展與未來》的報告，世界衛生組織完成的《幫助中國建立公平可持續的衛生體系》獨立評估報告，世界著名的國際政策研究所美國國際戰略研究中心發佈《中國踐行衛生改革政策：挑戰和機遇》的報告。都從不同視角對中國醫改取得的重要進展和階段性成果給予了積極評價。世界衛生組織報告認為，中國醫改在整體上非常正確地把居民的需要作為優先重點，強調政府保障人民福利的責任，即在目前和未來都為人們提供負擔得起的高品質醫療服務，保證宏觀經濟和社會穩定。醫改五項重點工作的主題將引領中國衛生體系朝著正確的方向前進。美國國際戰略研究中心報告認為，中國衛生體制經歷了兩個截然相反的發展階段，從經典的政府提供服務模式到明顯的利益驅動提供服務模式。2009 年 4 月中國啟動新一輪醫改，正在探索一條政府與市場相結合的中間道路，雖然道路很艱辛，但已取得了一定成績。從當前的發展形勢來看，中國能夠實現預定的 2011 年醫改目標。摩根銀行報告認為，中國醫改三年，政府投入已經超過預計的 8,500 億元，改革進展明顯，城市與農村之間醫療衛生服務差距逐漸縮小，基本實現醫改目標。一些困難問題解決獲進展。隨著改革的深入，一些困難問題將逐漸浮現，尤其在基層醫療衛生服務體系重建、公共衛生服務均等化、公立醫院改革等方面，非常考驗醫改的真實水準。國際社會相信，中國醫

(10) 《深化醫藥衛生體制改革五項重點改革進展情況》，轉引自人民網：<http://www.sina.com.cn>，2012 年 2 月。

療在這些困難問題上也取得了可喜的進展。中國的醫改成果得到了社會各界的廣泛支援。¹¹

醫療衛生體制的改革是公認的一道全球性的民生難題。表面上看，中國只用了三年時間就形成了一個人類有史以來最大的社會福利計劃，編織了世界上這個最大的醫保網。實際上這個最終相對成功的醫改方案的形成，是三十年歷史經驗教訓積累的結果。回顧整個中國醫療衛生體制從最初形成到改革的過程，實際上呈現的是一個否定之否定的狀態，完成的是一個從計劃經濟時代政府的絕對主導到市場經濟條件下市場化傾向形成，再歸回到政府主導與市場要素結合形態的過程。應該認識到，最初的政府絕對主導時代的純福利性醫療衛生體制不能真正實現的主要原因被認為國家太窮，沒有能力兌現好的政策和制度。但是當改革以後國家經濟有了較快發展，醫療衛生體制改革的經濟基礎逐步形成，醫療衛生資源也有了一定的積累，這個時候國家頂層的政策方向和制度安排卻又出現了問題。但是一個國家的發展進程中，因為經濟因素與制度設計交替出現問題，而納稅的中國百姓要為之付出幾十年的生命和健康保障的代價。這筆帳沒有人計算過，或許歷史就應該如此。為什麼只有在付出了巨大的歷史代價以後就能夠制定出一個本可以早點出現的政策方案呢？這才是回顧醫療衛生體制改革的歷史需要深思的問題。有人認為問題出在制度設計上，其實制度是人設計的，好的制度設計需要設計者有設計能力，主導這種能力的確是一種無形的道德力量也即公共生活的倫理精神，這種精神現在看來其實就是生命倫理精神。這種精神一定是滲透到政策制定者骨子和血液中的東西，不是那句為人民健康服務的口號和政治標貼。不管我們承認不承認，當下在發生作用的新醫改政策和制度，從制定、設計到執行，一定是有一種無形的道德力量在發生巨大的作用，這種作用儘管與經濟力量是結合在一起的，與政府的主導作用是結合在一起的，但是缺少了這種精神力量，再好的設計也會走向流產和失敗。這種公

(11) 轉引自《經濟日報》：〈國際社會高度評價我國新醫改〉，2012年1月21日。

共生活的生命倫理精神會通過這個醫改方案的落實過程滲透到具體的行為中去，儘管可能道路會十分漫長，但是一旦這個過程被滲透著這樣一種精神，這種精神為百姓所理解和把握，它就會成為這個政策和制度的重要監督和矯正力量，也會成為政策實施和制度執行的有效保證。反過來促使政府時刻注意將這種精神作為政策的道德保證和作為制度的倫理根據。

五、從對中國醫改過程倫理基礎形成的分析看生命倫理學研究的方法論問題

從公共生活生命倫理精神應該成為醫改的思想和精神基礎的視角分析中國的醫療衛生體制的改革，非常容易被認為是一種無病呻吟的研究方式。因為醫療衛生體制的問題一定是放到公共管理或者公共政策領域去研究的問題，至多具體到衛生事業管理或者衛生政策層面去研究。中國的醫療衛生體制改革難道真的沒有必要從道德基礎或者倫理精神基礎的視角進行考察嗎？由此，我們聯想到在大陸學界有學者就當代生命倫理學研究方法所提出的見解，認為當代生命倫理學的研究方式只能是從問題出發，即被形容為所謂“騎單車”式的研究才是正確的、合理的方式，生命倫理學無需進行“放風箏”式的研究。香港城市大學范瑞平教授就這個問題在他的“中國生命倫理學前途何在”¹²一文中進行了分析和闡述。他認為，兩種方式都不可偏廢，只是騎單車和放風箏都有一個怎麼騎、怎麼放的問題，從兩種方式同是作為一個學科的研究方法而言，本質上兩者是不可能分割的。對任何問題的分析都需要思想和理論的思維，任何理論和思想的形成與創新，都需要完成對問題的深入分析獲得認識結果，並由此形成概括性乃至特定層面哲學意義的結論，這種最終的觀點和結論當被用來考察和分析同類或者相關問題的時候，也就又

(12) 范瑞平：〈中國生命倫理學前途何在？〉，《中外醫學與哲學》，2011年，第1期。

變成了方法。人類豐富思想的風箏，就是這樣飛起來的，但是這些思想的風箏不管飛的多麼高、多麼遠，它作為人類寶貴的精神和思想財富，在任何歷史時期都可能成為人們分析問題、解決問題的根據乃至理性工具。

當代生命倫理學確實面對太多的現實問題，而且在一定意義上說，生命倫理學就是為解決這些現實問題而誕生的。但任何現實問題的認識和解決，並不意味著從它自身出發就能找到解決它的路徑和方式。尤其是生命倫理學，對生命科學和技術發展引發的問題做倫理學的考察，學科的性質就決定了從形而上到具體的現實問題間的巨大跨越，一方面生命倫理的所有具體問題最終都要回歸到道德哲學層面給出合理的解釋；另一方面，諸如生命倫理學這樣的學科，無論其直接產生的原因是怎麼樣的，但是它無法脫開哲學的母體或者說與哲學的血緣關係。這都是再簡單不過的常識。騎單車看似是腳踏實地，但是騎上單車就有一個方向問題以及路徑和目標合理與否的問題，切斷與人類智慧形成的認識的關聯去開闢一條與歷史、與思想傳承無關的道路，對任何生命倫理問題的認識和解決，都一定是缺少思想根據和認識依據的。

范瑞平之所以從中國生命倫理學的未來的命運來看待和闡述這一問題，是因為有關生命倫理學研究方式的批評源於建構中國生命倫理學的命題，這是一個不能忽視的學術背景。這個問題也還是因為生命後面倫理學這個無法擺脫文化和精神特性的學科概念帶來的。儘管生命倫理學在其發展過程中將傳統的道德概念賦予了更多的新規定，極大地擴展了對與生命聯繫在一起的道德概念的意義，但是任何生命道德新標準的出現和誕生，只能是對傳統道德的揚棄，而不可能與傳統道德發生毫不相干的斷裂，即便是批判舊道德，批判本身也是一種無法擺脫的關聯性。

生命倫理學是個舶來品，不僅這個概念不是中國製造，基本的內容和方法都不是源於中國。雖然當代生命倫理的很多問題在道德後果上可能存在共性，但是一個民族和一個國家在對待同樣問題的

認識和解決上，應該是自覺地從民族文化和精神中去尋求觀念上的、理論上的和思想上的支撐和根據。生命科學和技術可以採取拿來主義（原則上也不應該完全拿來主義），而只要在生命二字的後面加上倫理的字眼兒，西方的東西再好，也還只能是學習和借鑒，而不能照抄照搬。如果說作為學科知識的介紹倒也無妨，但是真正用來解決中國的問題，那就必須構建中國自身的生命倫理學。至於是儒家生命倫理學還是什麼別的，那是另外一個問題。但是中國生命倫理學一定是滲透著中國優秀的傳統文化和洋溢著民族倫理精神的。生命倫理很多問題的認識和解決，都早就說明了這一點。

對中國醫療衛生體制的改革做生命倫理學角度考察——它既可以作為一個研究的對象性問題，又可以成為站在哲學和倫理學立場上進行分析的歷史過程和結果。現實問題與作為認識根據的理論和思想之間的割裂是人為的，是人的思維方式不夠系統和全面的結果。一個研究對象可以從不同側面和層面、從不同的學科角度和選用不同的方式方法進行考察和分析，公共管理學和公共政策學可能是研究中國醫療衛生體制改革問題的一個選擇，但是只要從生命倫理學的角度去審視這個問題，一定是一種道德哲學的、倫理文化和精神的審視，或許這種審視所建立的是一個特定問題的解決上最有價值和最重要的原則和觀念。

參考文獻

- 王虎峰：〈中國新醫改：政策框架、執行與評估〉，《中共中央黨校學報》，2009年，第4期。
- 杜樂勳等：《中國醫療衛生發展報告》，北京：社會科學文獻出版社，2006年。
- 林光汶(Vivian Lin)等：《中國衛生政策》，北京：北京大學醫學出版社，2010年。
- 范瑞平：〈中國生命倫理學前途何在？〉，《中外醫學與哲學》，2011年，第1期。
- 胡錦濤：《在中國共產黨第十七次全國代表大會上的報告》，轉引自新華網，2007年10月。
- 張凱帆：《張凱帆回憶錄》，合肥：安徽人民出版社，2004年。
- 黃貴榮：《失衡的世界——20世紀人類貧困現象》，重慶：重慶出版社，2000年。
- 謝金林：《公共政策的倫理基礎》，長沙：湖南大學出版社，2008年。
- 人民網：《深化醫藥衛生體制改革五項重點改革進展情況》，<http://www.sina.com.cn>，2012年2月。
- 中國新聞網：<http://www.sina.com.cn>，2005年7月29日。
- ：〈國際社會高度評價我國新醫改〉，《經濟日報》，2012年1月21日。