

老年医学伦理问题 分析及应用

LAONIAN YIXUE LUNLI WENTI
FENXI JI YINGYONG



田喜慧 主编



中国协和医科大学出版社

老年医学伦理问题分析及应用

主 编 田喜慧

副主编 郑 曦 张 翼

编 者 (按姓氏笔画为序):

马正君 马春雷 邓宝凤 田喜慧 朱一英 刘向国

李 阔 张 良 张 翼 张守字 陈雪丽 郑 曦

姚 锐 夏 东 游 巍

参 编 刘 萍 刘素珍 赵炳云

学术秘书 李 阔



中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

老年医学伦理问题分析及应用 / 田喜慧主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2016. 7

ISBN 978-7-5679-0599-3

I. ①老… II. ①田… III. ①老年病学-医学伦理学 IV. ①R592-05

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 147576 号

老年医学伦理问题分析及应用

主 编: 田喜慧
责任编辑: 吴桂梅 吴积文

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260431)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京佳艺恒彩印刷有限公司

开 本: 787×1092 1/16 开
印 张: 12.75
彩 页: 1
字 数: 260 千字
版 次: 2017 年 1 月第 1 版
印 次: 2017 年 1 月第 1 次印刷
定 价: 30.00 元

ISBN 978-7-5679-0599-3

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)



主 编 简 介

田喜慧，女，硕士研究生学历，高级政工师，北京老年医院党委书记、副院长，2015年在加拿大多伦多学习现代医院管理，还先后在中国香港、澳门、台湾，以及美国、日本、法国医疗卫生机构学习医院绩效管理和考察医疗卫生服务体系建设。现任北京医学伦理学会常务理事，北京医学会医学伦理学专业委员会委员，中国企业文化研究会医药卫生委员会理事，中国医师协会《中国医学人文》杂志编委。

田喜慧女士致力于医院人文道德建设和医学伦理方面的研究，在医疗机构伦理工作、采供血伦理问题、老年医学伦理问题、临终关怀伦理问题、医学伦理问题审查等领域具有较高的理论水平和较丰富的实践经验，并多次在有关医疗卫生机构授课和交流。参编《中国机构伦理委员会建设》等书籍，在相关核心期刊上发表多篇文章，其中数篇文章获得中华医学会、北京医学伦理学会等机构颁发的奖项，目前正在参与国家社会科学基金项目“我国生命临终关怀模式的管理研究”。

内 容 简 介

随着现代科技的进步和社会人口老龄化的加剧，老年医学受到越来越高的关注，老年医学的发展日新月异。本书结合临床、教学与科研的实际，分别从医学伦理学发展、老年慢病管理、老年急性期救治、中期照护、长期照护、临终关怀、临床检查、药物使用、就医环境、医患关系、伦理教育、科研伦理、医疗机构建设等方面存在的主要伦理问题，进行详细介绍，并根据案例分析提出建议，起到了促进老年医学伦理学与老年医学同步发展的作用。本书可为老年医学工作者提供参考和借鉴。

前 言

“有时去治愈；常常去帮助；总是去安慰。”这句格言既让人们正确地认识到医学能够起到的真正作用，也强调了医学伦理中人文关怀的重要意义，更是老年医学工作者在为老年患者服务过程中始终遵循和不断践行的一句话。

近年，随着人口老龄化进程的加剧和健康老龄化的推进，老年医学迅速发展，备受人们关注。目前国际上公认，老年医学是医学的一个分支，是关系到老年人的疾病预防、临床诊断治疗和社会活动等各方面的一门综合性新兴学科，涵盖了老年人的健康促进、疾病预防、疾病诊治、功能康复和临终关怀等各阶段。老年医学在分析老年患者疾病表现的同时，综合评估其生理、心理和社会环境等因素，以多学科团队共同诊疗的方式来解决医学和医学伦理学的问题。因为老年患者所具有的生理、心理、保健和疾病等特点，老年医学与其他医学学科注重单病治疗不同，也使得老年医学较之其他医学学科涉及更多的伦理问题。对于这些伦理问题怎样去看待、如何去解决，是“银发浪潮”袭来的形势下所面临的新课题。

本书将老年医学的新知识、新理念和医学伦理学原理相结合，本着“归纳创新，以例喻理，注重实用，特色鲜明”的原则编写。全书共分十三章，在全体编写人员的汇智创作下，以案例分析的形式将老年医学中老年病急性期、中期照护、长期照护、临终关怀等阶段及老年病诊治过程中的医患沟通、教育、科研等方面易于出现的伦理问题进行分析，提出应用建议，旨在为老年医学工

作者在遇到此类问题时提供借鉴。我们希望能以此书开创老年医学中伦理问题分析之先河。本书除适用于医务工作者外，也适合老年患者和家属阅读，成为医患间沟通和交流的桥梁。

由于我们的编写水平、能力有限，难免存在疏漏与错误，同时属于探索性和创新性的内容不够成熟，真诚地期待各位学者、同仁和广大读者不吝赐教。



2016年12月

目 录

第一章 绪论	1
第一节 医学伦理学	1
第二节 老年医学	10
第三节 老年医学伦理问题	14
第二章 老年医学伦理问题的处理原则与方法	18
第一节 老年医学伦理问题的处理原则	18
第二节 老年医学伦理问题的处理方法	20
第三章 老年慢病管理中的伦理问题	24
第一节 老年健康概述	24
第二节 老年慢病及其管理现状	26
第三节 老年慢病管理中的伦理问题分析及应用	32
第四章 老年病急性期救治的伦理问题	37
第一节 老年病急性期概述	37
第二节 老年病急性期救治中的伦理问题	39
第三节 老年病急性期救治中的伦理问题分析及应用	43
第五章 老年中期照护的伦理问题	54
第一节 老年中期照护的概述	54
第二节 老年中期照护的伦理问题分析及应用	57
第六章 老年长期照护的伦理问题	65
第一节 长期照护概述	65

第二节 长期照护中的伦理问题	72
第三节 长期照护中伦理问题分析及应用	76
第七章 临终关怀的伦理问题	79
第一节 临终关怀概述	79
第二节 临终关怀的伦理问题	82
第三节 临终关怀中的伦理问题分析及应用	85
第八章 老年医学医技工作中的伦理问题分析及应用	87
第一节 药事工作中的伦理问题分析及应用	87
第二节 医学检验工作中的伦理问题分析及应用	91
第三节 医学影像检查工作中的伦理问题分析及应用	93
第四节 介入治疗工作中的伦理问题分析及应用	96
第九章 老年患者就医环境的伦理问题	100
第一节 老年患者就医环境概述	100
第二节 老年患者就医环境伦理问题分析及应用	104
第十章 医患关系中的伦理问题分析及应用	110
第一节 医患关系概述	110
第二节 医患关系中的伦理问题分析及应用	112
第十一章 老年医学伦理教育中的问题	118
第一节 医学伦理教育的内容	118
第二节 医学伦理教育中的问题	122
第三节 伦理教育问题的分析及应用	123
第十二章 老年医学科研中的伦理问题	129
第一节 医学科研伦理概述	129
第二节 老年医学科研伦理问题分析及应用	135
第十三章 老年医疗机构管理的伦理问题	140
第一节 医疗机构管理伦理概述	140
第二节 老年医疗机构管理伦理的问题	147
第三节 老年医疗机构管理的伦理问题分析及应用	149
附录 相关法律法规	153
附录一 日内瓦宣言	153

附录二 国际医学道德守则	153
附录三 人体生物医学研究国际伦理指南	154
附录四 生物医学研究审查伦理委员会操作指南	158
附录五 世界医学会《赫尔辛基宣言》	167
附录六 药物临床试验质量管理规范	170
附录七 医疗器械临床试验质量管理规范	180
附录八 医学道德规范	193

第一章 绪 论

古往今来,医学伦理的内涵和应用原则随着医学职业的不断发展和社会、经济、文化等因素的改变而发生着改变。随着人类文明的不断进步,医学与生命科学的迅速发展,医学伦理问题研究更趋活跃。近年,随着人口老龄化进程的加剧和健康老龄化的推进,老年医学发展备受人们关注,特别是因为老年患者特有的生理、心理、保健和疾病等特点,使得老年医学较之其他医学学科涉及更多的伦理问题。因此,探讨老年医学伦理问题就必须了解和研究医学伦理学、老年医学的起源及相互关系,以及老年医学伦理问题的特性和表现。

第一节 医学伦理学

医学伦理,简单地说就是在医学相关的活动中,当事者之间表现出或存在着的道德关系。“医学伦理学”实际上是一般伦理学原理在医疗实践中的具体运用。由于医学本身就含有伦理因素,是一个依赖道德而存在的职业,以助人为目的,以维护生命、发扬人道为职责,因此,医学伦理学这门由医学和伦理学相交叉形成的边缘学科,不仅体现着人们的爱憎、社会的好恶,还规范着医疗卫生人员的行为。

一、医学伦理学概述

《老子》开篇第一章有这样一句论断:“无名,天地之始;有名,万物之母。”意思是说,天地之间的万事万物,在最初萌发的时候都是没有名字或称呼的,一旦某个东西或事物有了名字称呼,那就意味着它已经开始萌芽或发展,并被人们所认识,医学和伦理学自然也不能例外。因此,我们可以从医学的由来与医学伦理学的起源和发展来了解医学伦理学的概念。

（一）医学的由来与类别

所谓医学，就是医者（医生）在治病救人的过程中由于认识的不断深化，经验的不断积累，由少至多、由浅入深逐渐构建的一个相对完整的专门的认知体系。在这个体系中，医学与医者（医生）相辅相成，密不可分。医学因医者而形成并发展；医者因医学而存在并成长。

医学可因其萌生、发展的时间距今远近，分为“古代医学”与“现代医学”。也可因其萌发的土壤和形成的文化背景，分为“西方医学”与“东方医学”。其中，存留至今的古代医学，又被人们称之为“传统医学”。

传统医学，其实就是在自然哲学观念指导下的古代医学，主要有古印度的“三元质学说”、古希腊的“四体液学说”和中国自古形成的“阴阳五行学说”等。随着现代医学的发展，曾经在世界多个文明古国风行一时的传统医学几乎萎缩殆尽，存留至今且影响有所扩大的传统医学，只剩下中国的中医药学“一枝独秀”。

现代医学（俗称“西医”）是欧洲十五世纪文艺复兴运动以后才逐渐发展起来的，并于最近一二百年迅速走向全世界。现代医学最大的特点之一，是将动物实验引入了医学，并尽可能地利用生物、物理、化学等科学来发现新知并为医学服务。

总之，无论是传统医学，还是现代医学，均是人类的先辈们留给后代宝贵的精神物质遗产，都应得到世人的重视、保护、研究和发展。它们各有所长，其中传统医学长在“宏观”，即人文、辩证和主张人与自然的和谐，并主张通过“顺应”来达到医疗与保健之目的；而现代医学则长在“微观”，即主张通过搜集证据和通过外来的修补与替代等“对抗”技术，来实现医疗、保健之目的。传统医学与现代医学采取的方法虽然有所不同，但目的都是通过预防、治疗人们可能罹患的身心疾病，来维护、恢复和增进人体的健康，提高人的生命和生活质量。

（二）医学伦理学的起源与发展

医学伦理学是伦理学与医学结合的产物。《辞海》对“伦理学”的诠释是“关于道德的起源、发展，人的行为准则和人与人之间的义务的学说，亦称‘道德哲学’”。伦理学之所以要与医学“联姻”，是因为无论是现代医学，还是传统医学，研究和服务的对象都是人，而人除了具有生物属性外，还具有社会属性。医疗服务中，医生除了面对疾病外，还要面对得病的患者及其亲友，用美国著名医史学家西格里斯的话说就是：“每一个医学行动始终涉及两类当事人：医师和病员，或者更广义地说，医学团体和社会，医学无非是这两群人之间多方面的关系”。生物属性是医学研究和服务的基础，社会属性则决定了医学必然要向人文社会科学靠拢和渗透，医学伦理学正是医学和伦理学相互靠拢、相互渗透结出的

硕果之一。医学伦理学的产生主要来源于医疗工作中医患关系的特殊性质。患者求医时一般要依赖医务人员的专业知识和技能，因为他们对医疗质量的了解与医生相比存在有极大的不对称性。所以患者常把自己的一些隐私告诉医务人员。这意味着患者在信任医务人员的同时，也给医务人员带来一种特殊的道德义务：把患者的利益放在首位，采取相应的行动使自己值得和保持住患者的信任。

关于医学伦理学最早的记录是公元前四世纪的《希波克拉底誓言》，其要旨是医生应根据自己的“能力和判断”采取有利于患者的措施，保护患者的隐私。公元一世纪，古印度《吠陀》经和公元七世纪希伯来的《阿萨夫誓言》对医生也都提出有类似的要求。公元七世纪中国孙思邈在《大医精诚》一文中也写有医者行为的准则，如“若有疾厄来求救者，不得问其贵贱贫富，长幼妍媸，怨亲善友，华夷愚智，普同一等，皆如至亲之想；亦不得瞻前顾后，自虑吉凶，护惜身命”等。

中世纪的西方天主教学者从基督教神学伦理学的观点探讨医学伦理学，提出了“双重效应学说”，即一个行动可以引起有意的、直接的效应和无意的、间接的效应，如果不是有意的话，在某些条件下可以容忍一个行动带来的间接的不良效应。新教学者的观点非常接近天主教的观点，但他们强调应让患者知情，并就自己的医疗问题做出自己的决定。1940年的《纽伦堡法典》则体现了传统的非宗教的医学伦理学，该法典放弃了受试者由研究人员保护的旧观念，代之以受试者具有自我决定权、知情同意权的新观念。

到了20世纪末，医学伦理学学说回到希波克拉底传统的趋向，认为患者的自主权不是绝对的，一切应以患者利益为中心。《后希波克拉底誓言》强调了患者利益放在首位，同时也包含了原来的《希波克拉底誓言》所没有的尊重患者价值和权利等内容。20世纪世界医学联合会通过的两个伦理学法典——1948年的《日内瓦宣言》和1949年的《医学伦理学法典》，都发展了《希波克拉底誓言》的精神，明确指出患者的健康是医务人员要首先关心、具有头等重要地位的问题，医务人员应无例外地保守患者的秘密，对同事如兄弟，坚持医业光荣而崇高的传统。

二、医学伦理学的学科特点

医学伦理学的学科特点主要表现在以下几个方面：第一，医学伦理学是一门科学性极强的边缘学科。医学伦理学作为医学和伦理学相互交叉形成的边缘学科，即以医学为基础的道德哲学，既不是空洞的说教，也不是抽象的思辩，它牵涉到人的生老病死，以及家庭和社会的健康、安定。它不仅提供善意和智慧等供人们参考、借鉴，而且通过准则或规范等形式，指导人们（特别是医务工作者）的行动，它既“立足”医学科学，又把“触角”由自然科学延伸到伦理学、心理学、社会学、道德学、管理学等人文科学领域，使其具有的科学性更具迷人的魅力。第二，医学伦理学是一门规范医务人员医德行为的规范科学。

即医德规范体系是医学伦理学的中心内容和主体部分,主要用来调整医疗实践中人与人之间、人与社会之间的关系。它告诉医务人员,什么样的医务行为是道德的,什么样的医务行为是不道德的,只有遵循医德规范,才能维护患者和社会的利益。第三,医学伦理学既具理论指导性,又具可继承性,能被学习、吸纳。也就是说,医学伦理学既是一种科学的思维认识,即建立在辩证唯物主义和历史唯物主义的科学基础上的正确思想,又是一种坚定的信念,即从医者自选择以救死扶伤为职业,就要“知行合一”,按医学伦理学的有关规定原则做人行医。第四,医学伦理学具有时代性,即能伴随着时间的推移、医学的发展、社会的进步而不断地充实、发展。

三、医学伦理学的基本原则

医学伦理学的基本原则实际上就是医疗服务提供者在应用医学伦理学的有关学说、原理指导自己的医学或医疗服务实践时,头脑中存在的正确思维、正确行动的依据和准则。医学伦理学的基本原则包括:有利、尊重、自主、不伤害、公正等。

(一) 有利(行善)原则

“有利(行善)原则”,就是把有利于患者健康放在第一位,并切实为患者谋利益的伦理原则。所谓“有利”,在这里主要指医疗卫生工作者的行为能够为患者带来客观的利益和好处。能够为他人带来利益和好处的行为举动,实际上就是人们常说的做善事。故此,有利原则在西方又称“行善原则”。“有利原则”要求医疗卫生工作者为患者所谋的利益(所做的善事)既多且细,大致包括:①树立全面的利益观,从生理、心理到社会全面真诚地关心患者,想病者所想,解病者之忧,尽量满足患者的所有正当需求。②提供最优化的服务,努力使患者从中受益,解除或减少可治愈者遭受的痛苦,照料并帮助不能治愈的患者,以延续他们的生命,让他们安详地离去。③努力预防或减少难以避免的伤害。④帮助患者对利害得失进行全面的权衡,以选择受益最大、伤害最小、经济支出尽可能低廉的医学决策。⑤坚持医疗服务的公益原则,即将有利于患者同有利于社会公益有机地统一起来。⑥在“患者利益至上”思想的指导下,所有医疗卫生工作者心往一处想,劲往一处使,各负其责,各尽所能,共同维护患者的利益。

(二) 尊重原则

此处所说的“尊重”,包括尊敬和重视两层意思。尊重原则有狭义的尊重原则和广义的尊重原则两种理解。狭义的医学伦理尊重原则,主要指医患双方交往时应该真诚地尊重对方的人格,并突出强调医疗服务人员对患者及其家属独立而平等的人格与尊严的尊重。广义的医学伦理学尊重原则,除尊重患者及其家属的人格权外,还强调应尊重患者的医疗人

格权。患者享有的人格权，不仅是医学伦理学尊重原则合理性存在的前提和基础，而且是一个人生下来就享有的，应该得到肯定、尊重和保护的权利。这里所说的“医疗人格权”，包括患者的生命权、健康权、身体权、姓名权、肖像权、名誉权、荣誉权、人格尊严权、人身自由权、隐私权等。其中，自然人的生命权、健康权、身体权及其死后的遗体权等属于“物质性人格权”，其余的则属于“精神性人格权”。

需要指出的是，除了医患之间要互相尊重外，医务人员同行之间也要相互尊重，因为疾病的诊治、患者的康复，需要医生与护士间，临床科室与医技辅助科室、行政及后勤人员间，都离不开密切协作，相互补台。

（三）自主原则

自主，在英文中由“autos（自身）”和“nomos（法则）”组成，意思是自己决定。医学伦理学“自主原则”中的“自主”，主要指在疾病诊治中患者拥有的自我作主的权力。自主有三个基本特征：一是自愿性，是患者本身或家属的自愿行为；二是目的性，是患者建立在理性基础上关注后果的选择；三是坚定性，它不是因为外界干扰而妥协的选择。自主原则的实质是对患者独立人格和自主权利的尊重和保护，是广义的尊重原则的主要内容。具体包括患者的“自主知情”“自主同意”“自主选择”等内容，即医者在确实保证患者享有疾病诊疗知情权的同时，应主动地征求患者对疾病诊疗的意见，使其全程参与诊疗决策。医学伦理学中的自主，不仅是对患者应该享有权利的一种尊重和维护，而且结束了千百年来习以为常的“以疾病为中心”“以医生为中心”的疾病诊疗模式，转变为“以患者为中心”的新的诊疗模式。

实践自主原则有两个前提，一是需要医护人员在诊疗过程中为患者提供适量、正确，而且患者能够理解的相关信息，二是患者必须具有一定的自主能力。也就是说，尊重患者的自主，不仅没有让医者放弃或者减轻自己应尽的职责，反而对医者有了更高的要求，要求他们不仅要公开相关信息，而且要成为普及医药卫生知识的行家里手，能把高深的医学专业知识通俗地讲述给外行人。

坚持患者“自主原则”，还要求医者摆正患者自主与医方做主两者的关系，知道如何正确及时地行使医疗干涉权。医方做主，一般分两种形式：一是全权做主，就是在选择重大医疗决策时，当无法征求或不宜征求患者意见时，暂时不征求患者的意见，而由医方全权代替患者做决定；二是半权做主，就是在进行重大医疗决策时，先征得患者或其家属同意或授权，然后由医方代替患者做决定。当遇到下列情况时，医方做主比较多见：①患者病情十分危急，需要立即进行处置和抢救，来不及知情同意。②患者患“不治之症”，本人或其家属将治疗权全权授予医生。③“无主”患者需要紧急抢救，而本人又不能行使自主权。④患者患有对他人、社会有危害的疾病而又有不合理的要求和做法。总之，患者自主与医

方做主，既矛盾，又相容；医疗干涉或医生做主，既有必要，又不可滥用。

（四）不伤害原则

这里所谓的“不伤害”，主要是指医疗服务（临床诊治）过程中绝不能让患者受到不应有的伤害。这一原则其实在“有利原则”（行善原则）中已经有所包含，此处之所以将其单独罗列出来作为医学伦理学的一条独立原则，意在强调：“不伤害”是医疗服务必须“有利”于患者的底线和基础。为了避免和预防医疗服务过程中对患者可能造成的伤害，医学伦理学对医疗服务提出如下自律要求：①强化“以患者为中心”的理念。杜绝由于医者丧失职业道德拒绝必需的临床施治，或因“见病不见人”而滥施于患者的不必要的诊治等造成的对患者的直接或间接伤害。②恪尽职业操守。要千方百计地防范诊疗中虽然无意识却可能对患者造成的伤害，以及意外伤害的出现；要尽可能地防范因误诊误治而给患者增加的身体的、心理的、经济的、人格的等方面的痛苦或伤害。③辩证地处理审慎与胆识的关系。力求选择最佳的诊治方案，并在实施中尽最大的努力，把可能发生的伤害减少在最低限度之内。④遵循最优化原则。争取以最小的代价（少痛苦、少花钱、少拖延、少后顾之忧等）让患者获得最大的利益和最好的医疗护理服务等。⑤不滥用医生的权力。例如，不滥施辅助检查，不滥用药物，不滥施手术等。⑥提供必要的诊治措施利弊分析评估。即医者在对患者所患疾病进行治疗之前，就应该在明确诊断的基础上，对治疗过程中和治疗完成后可能出现的危险或伤害，预先做出利弊分析评价，以帮助患者在实行“自主”原则时参考。在医学临床诊疗实践中，绝对的“不伤害”实际上是不存在的，与俗语所说的“是药三分毒”所有药品多多少少均有毒副作用同理，绝对无伤害、无负面反应的诊疗（特别是治疗）几乎是不存在的。例如，放疗、化疗对肿瘤患者正常组织细胞造成的杀伤，X线、药品副作用，手术对患者正常机体造成的损害等。更何况疾病伤害的不仅仅是患者的机体，还有患者的心理，以及与患者息息相关的亲人、家庭、社会。因此，所谓的“不伤害”，也是具有相对性的。正因为如此，“不伤害原则”才显得更为必须和重要，医者只有牢记并坚持这一原则，才可能将患者因疾病而遭受的痛苦、折磨、伤害减少到最低的程度。

（五）公正原则

公正原则主要是指在医学服务中医者应公平、正直地对待每一位患者。“公正”者，公平正直也，即没有偏见和私心。医疗公正的伦理学依据主要有：患者与医生在现代社会中的地位、人格、尊严等本来就是相互平等的；患者虽因所患疾病不同而千差万别，但每个人都享有平等的生命健康权和医疗保健权；患者在和医方的交往中因被疾病缠绕、有求于医生而处于弱势地位，因此理应得到医方给予的公平、正义的关怀。上述这些因素共同决

定了医疗公正的必然性与合理性。

医学伦理学主张的公正原则主要体现在“人际交往公正”和“资源分配公正”两个方面。医学伦理学对公正原则的实现有如下要求：①具有同样医疗需求以及同等社会条件的患者，应得到同样的医疗待遇；不同的患者则分别享受有差别的医疗待遇。②在满足基本医疗保健需求方面，要做到绝对公正，即每个人都无一例外地同样享有；在满足特殊医疗保健需求方面，要做到相对公正，即对有同样条件的患者给予毫无例外的满足。③坚持公正原则不影响对弱势群体关怀的倾斜。平等、公正是患者享有的不容侵犯的正当权益，医务人员对每一位患者的正当健康需求都应予以同样的普遍的尊重和关心。面对贫困患者、老年患者等弱势患者群体，医学和医方应给予更多的真诚的医学关怀。④通过继续深化医疗卫生改革实现医疗资源分配公正。主要是通过公平优先、兼顾效率，实现现有医疗卫生资源的优化配置和利用，以促进并实现住院床位、手术机会以及贵重稀缺医疗资源的分配公正。

四、医学伦理学与相关学科的关系

医学伦理学作为医学和伦理学结合而成的一门综合性的、交叉性的学科，与自然科学和社会科学的许多学科有着千丝万缕的联系。它们之间的相互渗透、影响、借助，反过来又促进了相关科学和学科的再发展、再繁荣，甚至派生、繁衍出许多新的分支学科、新兴学科，而一些新兴学科或分支学科的应运而生和实践应用，反过来又促进了相关学科及相关事业的发展进步。

（一）医学伦理学与医学的关系

虽然由于文化背景和思维方式不同，导致了东西方医学对人体生理、患病机制，以及人体健康与内外环境的联系等的认识方法，有从宏观着眼或从微观切入之区分，但东西方医学对医学与医学伦理学的认识却几乎完全一致。这些一致主要表现在两个方面：①都认为医学和医学伦理学在形成和发展过程中相互影响、相互渗透、相互促进。医学的发展和进步直接或间接地催生了医学伦理学的发展；反过来，医学伦理学的发展和充实，又对医学的进步产生了不可估量的重要影响。②都认为医道本身就包含医德与医才（术）两个方面，用中国自古流传的两个词概括就是“医者仁心”“医乃仁术”。用晋代学者杨泉的一段话总结就是：“夫医者，非仁爱之士，不可托也；非聪明理达，不可任也；非廉洁纯良，不可信也。”无独有偶，西方现代医学名著《西氏内科学》第十七版前言中也有一段告白：“没有医学伦理学，医生就会变成没有人性的技术员、知识的传播者、修理器官的匠人或者无知的暴君。”上述所引，既体现了中外人士自古以来就对医学高度的重视和推崇，也道出了古今智者对医生不约而同地上升到伦理高度的期盼与希求。