

医疗保健

YILIAO BAOJIAN
GONGZHENG YANJIU

公正研究

张艳梅 / 著

 吉林大学出版社

医疗保健

WORLD HEALTH
CONGRESS 1988

公正研究

陈惠卿 等著

● 上海人民出版社

吉林大学基本科研业务费种子基金项目

医疗保健公正研究

张艳梅 著

吉林大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

医疗保健公正研究/张艳梅著. —长春: 吉林大学出版社, 2010. 10
ISBN 978-7-5601-6565-3

I. ①医… II. ①张… III. ①医疗保健制度-研究-中国 IV. ①R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 206588 号

书 名: 医疗保健公正研究

作 者: 张艳梅 著

责任编辑: 李国宏 (sheira@163.com)

责任校对: 张宏亮

封面设计: 创意广告

出版发行: 吉林大学出版社

社址: 长春市明德路 421 号 邮编: 130021

发行部电话: 0431-88499826

网址: <http://www.jlup.com.cn>

E-mail: jlup@mail.jlu.edu.cn

印刷: 长春市泽成印刷厂

开本: 787×960 毫米 1/16

印张: 12

字数: 140 千字

版次: 2010 年 10 月 第 1 版

印次: 2010 年 10 月 第 1 次印刷

书号: ISBN 978-7-5601-6565-3

定价: 28.80 元

版权所有 翻印必究

目 录

导言	(1)
第一章 理论基础	(5)
第一节 功利主义理论	(6)
一、功利主义的内涵	(6)
二、功利主义的应用	(9)
三、对功利主义的诘难	(12)
第二节 平等主义理论	(17)
一、能力的平等	(18)
二、需要的平等	(25)
三、积极的机会平等	(29)
第三节 极端自由主义理论	(37)
一、消极的机会平等	(37)
二、资源平等	(43)
三、多级保健制度的构想	(54)
第二章 实质公正	(62)
第一节 市场公正的有限性	(63)
一、反对市场决定的理由	(64)
二、政府的作用	(69)
第二节 理性化的配给	(74)
一、理性化的配给必要性	(75)

二、成本效果分析	(83)
第三节 微观分配	(89)
一、分配的标准	(90)
二、分配的途径	(95)
第三章 程序公正	(99)
第一节 程序公正的性质	(99)
一、程序公正和实质公正的关系	(100)
二、程序公正的特征	(105)
第二节 程序公正的条件	(107)
一、以规则为基础分配的弊端	(108)
二、程序公正的构成要素	(110)
第三节 确定限度的程序	(113)
一、确定限度的伦理问题	(113)
二、民主协商程序的必要性	(116)
三、理由的可解释性	(119)
第四章 中国医疗保健公正	(125)
第一节 分配体制	(125)
一、从计划到市场	(125)
二、分配体制比较	(134)
三、走有管理的市场化道路	(141)
第二节 政府的作用	(154)
一、保证医疗保健的广泛覆盖	(155)
二、克服市场缺陷	(164)
三、建立民主协商的程序	(172)
主要参考文献	(176)

导 言

在当今世界很多国家都在进行医疗保健制度的改革,很多人认为自己国家的医疗保健体制陷入了危机,主要的问题是医疗保健费用的猛涨、分配不公、一部分人享受不到医疗保健服务。在中国几乎每个家庭都意识到了医疗保健费用的飙升、就医的困难和健康问题的不断增加。人们对于现行医疗保健制度越来越不满,对目前中国的医疗保健分配体制提出了质疑,认为中国的医疗保健制度陷入了危机。危机也可以是一个转折点,一个关键的时刻。如果我们抓住这个转折点,设计出更合理的医疗保健制度,将能更有效地提高人民的健康水平。

评价医疗保健体制有以下标准:医疗保健技术水平、公众健康水平、医疗保健享有权。我们在考虑其中任何一个标准时,都必须从稀缺资源配置的公平性和有效性出发,可见医疗保健体制的核心是公正和共享。

公正是指给予他人应得的部分。公正的理论探讨始于亚里士多德,亚里士多德将公正分为分配公正、报偿性公正、补偿性公正和复原公正四种类型。所谓分配公正,是指在资源匮乏情况下,怎样合理地分配资源。所谓报偿性公正,是指决定谁应为其过失受惩罚及谁应为其行为受到奖赏,通常应用于犯罪行为的惩罚。所谓补偿性公正,是指补偿对一个人或群体的伤害。所谓复原公正,是指在社会交往中受伤害怎样处理。尽管其它方面的公正也起作用,分配公正问题是医疗保健公正讨论的核心,因为医疗保健制度总是在资源匮乏状态下运作,医疗保健公正的核心问题是分配问

题。“卫生保健”(health care)和“医疗保健”(medical care)是有区别的。卫生保健比医疗保健范围广,医疗保健仅包括医疗保健系统提供的正式服务,指与医生有关系的医疗保健系统的功能,这个概念限定于维护健康的临床和治疗方面,不包括维护健康的非治疗方面。卫生保健是关于那些可以直接或间接保护、保持或提高健康状况的功能。我们探讨的是医疗保健公正问题。

医疗保健事业与社会制度联系最密切,医疗保健制度和医学的不断发展相伴而生,社会制度对于医疗保健影响巨大。人类越健康,越渴求医疗保健,人们越将获得医疗保健视为一种政治权利。现代医学不仅包括医学知识和生命图景的研究,而且伸展到医疗保健制度。医疗保健不仅仅与医学知识、与治疗 and 护理等医疗实践有关,它还与权力紧密相联,无论是战争年代还是平时时期,医疗保健无不涉及到医生和病人的权利,以及像教会、慈善组织、保险公司、制药厂,尤其是政府这样的机构的权力和职能。

在1900年以前,医疗保健主要依靠医生的头脑和手,医疗保健技术非常落后,医疗保健服务对于多数的疾病没有作用。在第二次世界大战后随着医疗保健知识和技术的进步,特别是20世纪的最后30年间,医疗保健由科学家、医务人员、企业、医院和其他相关机构相互交织互为联系构成一个庞大复杂的系统。在医疗保健高效便捷地保障人类健康的同时,医疗保健费用却越来越昂贵。正是由于医疗保健领域有利可图,许多投机者加入到医疗保健的服务中以谋取利益,人们也越来越关心这种有价值的资源是如何被使用和分配的。

因为生命是我们一切行为的载体,健康就是资本,健康就是财富,所有人都关心自己的健康。如果能提高自己的健康状况,改变自己的不健康状态,每个人都希望自己有机会享有这种服务。但是由于高额的医疗保健费用、社会资源和个人资源的有限性,不可能保证每个人都能享有医疗保健服务。医疗保健和健康保险的不平等是和医疗费用奇迹般的增长相伴而生的,导致医疗保健费用高涨的主要因素是新的治疗方法、药物、服务和诊断技术等新技术

的过度使用,随着医疗保健技术的飞速发展进一步加剧了医疗服务成本,医疗技术进步带来的好处只满足一部分病人的需要,不可能满足所有人的需求,医疗保健的实践充分证明了这一点。人们不断增长的对医疗保健的需求加之日益突出的人口老龄化问题与有限的医疗保健资源保障的矛盾日趋突出,决定了医疗保健公正的重要性。因此,如何确定一个公平的途径,在社会可承受的范围内有限制的服务的问题是本世纪面对医疗保健分配制度设计最重要的也是分歧最大的问题。分配公正只发生在资源有限的地方,因为在这些地方会出现对有限资源的激烈的相互竞争。医疗保健资源的匮乏不仅现在存在,而且将来也不可能消失,医疗保健资源的匮乏不仅在发展中国家存在,而且在发达国家也存在。究其原因,医疗保健不仅是经费问题也是有限资源供给问题,如器官移植技术太贵,同时可匹配的移植器官也有限,不可能所有人都能享有。因此,不论是富有国家还是贫穷国家都面临如何公正地分配医疗保健资源的问题。

医疗保健公正问题不仅是哲学家和政治理论家思考的问题,而且也是社会大众关注的问题。由于人的生命和社会资源以及医疗能力的有限性,决定了医疗保健是悲剧性的服务,不可能满足所有人的医疗保健需要,无论在宏观分配还是在微观分配方面,医疗保健资源分配都面临着巨大的挑战,如何公正地分配医疗保健资源是我们面临的重要课题。

传统的医学伦理学将公正作为行医者的美德,要求行医者对病人一视同仁,但在现代社会医疗保健事业已经成为社会性的事业,涉及到社会关系的方方面面,已不仅仅是简单的医生和病人的单个人之间的关系。在医疗保健领域仅仅依靠医疗保健提供者的道德自觉来实现公正已经不可能,因为医疗保健资源分配由每个国家的社会制度所决定,而非个人所能左右。在医疗保健公正问题上,政府越来越负有不可推卸的责任。

近年来,随着医疗体制的改革,中国医疗保健暴露了很多问题,医疗保健公正问题凸显。2000年,世界卫生组织对191个成员

国进行了负担公平评价,评估卫生体制依据包括所有人口的健康水平、人口中的医疗保健是否平等、群众对卫生体制的反馈(群众满意度)、人口中群体反映的分布(不同经济状况人口对卫生体制的反映)、人口不同群体的医疗卫生费用由谁负担等5个指标。评估结果是,我国的卫生费用公正指数为0.638,居188位,倒数第四名,主要表现为地区差距、城乡差距、阶层差距,87.32%的农民没有任何保障。

医疗保健公正是社会公正的重要表现方式,是社会秩序整合的重要方面。社会发展的指标不应仅仅反映GDP的增长和资产规模的扩大,还应包括人的生活质量和环境方面的指标。衡量医疗保健事业的发展,不能仅仅是建了多少医院、拥有多少医务人员、政府拨了多少经费,更为重要的是医疗保健资源分配是否公正。医疗保健服务活动关系到社会民生问题,医疗保健分配制度将影响医德医风和医患关系,影响社会主义和谐社会的构建。

目前在我国哲学研究中,关注医疗保健领域最多的方面是安乐死、器官移植、基因工程等引发的哲学问题,对于医疗保健公正问题关注很少。每个人都需要健康,每个人都会在生命的某个阶段成为病人,他们是一群社会的弱者,对于这些弱者政府扮演着什么样的角色,市场又起着什么作用,这些问题都需要理论进行回答。医疗保健公正问题的认识是制定医疗保健政策的基础,医疗保健公正问题的研究对社会科学工作者、政策制定者、社会管理者、医疗保健提供者都具有重要意义,关于医疗保健公正问题的探讨不直接回答怎样确立具体制度问题,但这些思考将解释出现问题的原因及其关联,如何改变以获得满意的答案。本文试图通过医疗保健公正的理论基础、实质公正、程序公正的分析探讨,提出中国医疗保健公正的途径。

第一章 理论基础

在医疗保健资源分配中会面临下列问题：“在一个社会中将存在哪些种类的医疗保健服务？谁将得到它们和基于什么得到它们？谁分配？医疗财政负担怎样分配？这些服务的权力和控制怎样分配？”^①在试图回答这些问题时，我们经常平衡和调和医疗保健选择自由、平等享有医疗保健、发挥市场调节作用、社会效率等问题，这种平衡和调和面临不确定性。西方哲学的主要流派功利主义和平等主义、极端自由主义理论都是关心调节权利、机会和财富分配的哲学理论，这些理论对以上问题进行了不同的回答。功利主义理论强调社会功利和个人功利的最大值，平等主义理论强调基本利益方面的平等，极端自由主义理论强调社会自由和经济自由方面权利的平等。每种理论都有它的优点和不足，由于医疗保健的特殊性，某种哲学理论作为唯一的医疗保健公正的理论基础会引起灾难性的后果。这些理论相互补充，共同构成医疗保健公正的理论基础。

① Norman Daniels, Just health care, New York Cambridge University Press, 1985, p. 2.

第一节 功利主义理论

一、功利主义的内涵

西方哲学认为,人类行为总是有两种倾向,一种倾向是重视做出行为的目的,行为目的要符合道德原则,这就是道义论或被称为义务论;另一种倾向是重视行为的结果,行为的结果要功利最大化,这就是功利主义理论。功利主义理论可以上溯到古希腊的伊壁鸠鲁的快乐主义学说,到了 19 世纪成为对西方政治和经济思想影响最大的一个学说,发展到当代这一理论仍然很活跃。它的与众不同之处在于一方面它提出了一种基本的道德思考模式,主张从行为后果是否有助于增进幸福或增加快乐、避免不幸或减少痛苦,是否有助于实现最大多数人的最大幸福,来判定行为的正当与否;它不是单纯从原则出发,也不回避具体行为所处的情景的复杂性,而是主张具体地分析、比较可供选择的不同行为的后果。这一理论的后果论思路、对个人以及社会的福利的注重、对协调个人利益与社会利益以及对道德评价标准的研究,都对我们有启示;另一方面,功利主义思想关注现实生活、关注人们的实际利益。在医疗保健资源分配中,人们首先关心的是结果,在医疗保健政策制定中往往寻求尽可能多地为人类谋福利,在医务人员进行服务过程中,谋求病人的最大利益。可见功利主义思想在医疗保健资源的微观和宏观分配中都起着重要作用,它成为医学伦理学基础理论之一。

功利主义分为行为功利主义和规则功利主义两个流派,两者的分歧在于“必须将功利原则应用于具体情况的具体行为呢,还是

应用于那些决定行为正确或错误的行为规则上呢?”^①行为功利主义最早的代表人物是边沁,现代的代表是斯马特。斯马特认为:“行为功利主义是这样一种观点它仅根据行动所产生的好或坏的整个结果,即根据该行为对全人类(或一切有知觉的存在者)的福利产生的效果,来判断行动的正确或错误。”^②行为功利主义根据具体的处境来判断行为的好坏,认为没有绝对的规则,因为所有人及其处境都是不同的。“行为功利主义本质上认为,人人都应该使自己的行为给影响所及的每个人都带来最大的好处”^③。但是不依据规则判断结果的好坏是很困难的。规则功利主义主张道德是由一系列规则构成的,反对行为功利主义仅从行为效果来评价行为的观点,主张吸收道义论的合理内涵,建立道德行为规范。“规则功利主义就是每个人都应当始终遵循会给一切相关者带来最大好处的规则。”^④

功利主义的基本理论观点表现在以下三个方面:

首先,当一个行为或实践较之其它的行为或实践会导向最大可能的好的结果或最小可能的坏的结果时,这个行为或实践就是正确的。功利主义认为功利或最大幸福原则是道德的基础信条,行为的正确与该行为增进幸福的趋向成比例,行为的错误与该行为产生不幸的趋向成比例。幸福是指快乐与避免痛苦;而不幸是指痛苦和丧失掉快乐。与义务论相比,功利主义认为没有终极的目的,事物的正确与否就在于是否能作为工具促进人的快乐。这与功利主义对于人性的理解有关,功利主义认为人生的目的就是趋乐避苦。“快乐和解除痛苦是唯一作为目的可欲求的事物;而所

① [美]彼彻姆,《哲学的伦理学》,中国社会科学出版社,1990年,第128页。

② [美]J. J. C. 斯马特 B. 威廉斯,《功利主义:赞成与反对》,中国社会科学出版社,1992年,第4页。

③ [美]蒂洛,《伦理学理论与实践》,北京大学出版社,1985年,第50页。

④ [美]蒂洛,《伦理学理论与实践》,北京大学出版社,1985年,第52页。

有可欲求的事物之所以成为可欲求的事物是因为其内在的快乐,或者是因为它是增进快乐和防止痛苦的手段”^①。按照功利主义的理解,追求健康本身不是一种道德上的行为,追求正常血压不是道德问题。但是,国家通过制定公共政策以提高和促进他人的健康,政府的行为道德价值是根据是否最大地提高了他人的健康水平和把疾病减少到最低限度的效果来确定的。

其次,公正和权利的概念从属于最大利益或为最大利益所决定,即行为的正确与否取决于保证取得更好的结果。对公正和功利的关系,穆勒认为最重要的是行善,公正和权利应该服从行善的要求。普遍的功利就是我们拥有的权利,拥有权利就是拥有社会应保护我享有的东西。功利主义认为这并不是否认平等,“如果给每个人以他应得的是一种义务,那么,它必然是从下述原则中派生出来的。这一原则是:我们应该平等地善待那些已经善待我们的人,以及社会必须平等地善待那些已经善待社会的人,即绝对应受到善待的人。这是社会正义和分配正义的最抽象的标准,所有的制度和所有善良公民的努力都应该尽最大可能归向于这个标准”^②。

第三,通过对于功利的计算得出什么是最大幸福。边沁认为要确定行为所包含的痛苦,然后确定余额,这一余额就表示行为的道德价值。因此,要求人们逐一地计算出什么是道德上应该去做的事情。边沁认为对于任何个人的快乐或痛苦可以根据如下公式进行计算:“对于某个行为首先产生的快乐或痛苦的价值进行计算;其次,对于那个行为的初次快乐或痛苦以后产生的每一快乐或痛苦的价值进行计算;最后,总计所有快乐的一切价值和所有痛苦的一切价值,将这两个方面加以衡量,如果快乐的价值量大于痛苦

① [英]密尔,《功用主义》,商务印书馆,1957年,第7页。

② [英]密尔,《功用主义》,商务印书馆,1957年,第66页。

的量,就将使该行为对于该个人的利益总的来说有好的趋势;如果痛苦的一边为重,该行为总的说来就有坏趋势。”^①功利主义普遍认为功利可以计算。

功利主义促使我们对作为社会惯例的道德的总的作用或功能进行考虑。“功利主义者认为,道德惯例的作用是,通过把伤害减小到最低限度,把利益提高到最大限度,从而增进人类的福利:除非我们的道德法典及我们对道德法典的理解符合这个宗旨,否则,道德惯例根本没有什么作用。功利主义者把规则或者至少是把功利原则视为保护个人权利和实现广泛社会目标的手段”^②。功利主义反对道义论的观点,“功利主义者常常断言,任何以社会环境变化了而道德义务不随之变化的、固定的道德义务观念的基础的其他伦理学理论,都是不可信的。这一论点使功利主义理论和义务论理论之间的冲突在主要方面表面化了”^③。

二、功利主义的应用

功利主义在医疗保健分配中起着重要作用,因为医学目的基于行善原则,即努力使病人收益最大伤害最小,于利之中取最大,于害之中取最小,这是功利主义的主旨。由于我们的医疗保健资源是有限的,因此医疗保健资源分配必须以功利主义为指导。1980年美国马萨诸塞州总医院12位董事做出决定在他们的医院不进行心脏移植手术,这个决定就是基于功利主义的考虑,因为这些资源会造福于更多的病人。在医疗保健领域行善原则是重要的原则,分配公正就是满足社会的最大善。对于具体的病人常常要考虑下列问题:“给病人无益的治疗是道德上允许的吗?我们有道

① [英]密尔,《功用主义》,商务印书馆,1957年,第208页。

② [美]彼彻姆,《哲学的伦理学》,中国社会科学出版社,1990年,第154页。

③ [美]彼彻姆,《哲学的伦理学》,中国社会科学出版社,1990年,第155页。

德和伦理义务继续对病人进行无益的昂贵的治疗吗?即使可能增加病人痛苦我们也必须治疗吗?医务人员必须继续注定无用的治疗吗?必须对另一个病人有益的治疗给予临终关怀吗?”^①可见医疗保健与结果最密切相联,医疗保健必须考虑合理高效的利用资源,满足需要医疗服务的人的最大利益,这就使医疗保健的义务变得更清晰。医学的部分目的是用可利用的医疗保健资源获得最大的善,在医疗保健服务中要做到不提供医学上认为不安全的和认为是无用的治疗,而且在稀缺资源的分配中必须考虑到其利用效果。因此功利主义在医疗保健分配领域起着重要作用。

功利主义者定义医疗保健领域的善是建立在特定范围内的道德价值的理论,也就是说“最大的善或利益必定从特定的条件而不是从总体上关于生活或感觉的主观立场或含糊的含义来定义。一种道德理论是特定范围的基于功利主义的理念,保证特定范围的个人‘权利’,这种特定范围就是医疗保健领域”^②。在医疗实践中有一些极端的例子,如:救助自然灾害中的受伤者,在医疗资源不可能救助所有受伤者时,医生们就集中治疗那些他们知道可以救活的伤员,而暂时不管那些“无望”的伤员。此外,能够投身于医疗工作的受伤医护人员,得到最优先的医疗,因为比起非医务人员,他们能帮助抢救更多的伤员。在第二次世界大战北非战场上,当时青霉素不能满足所有战士的需要,只得用于患淋病的士兵,因为他们会很快恢复战斗力。这些事例看起来非常残酷,但在具体情境中,功利主义往往起着主导作用。尽管医学领域为病人提供服务基于经济方面的考虑是不道德的,但不顾支付能力满足每个人医疗保健需要,只能是不切实际的空想。

① Norman Daniels, *Justice and Justification Reflective Equilibrium in Theory and Practice*, New York Cambridge University Press, 1988, p. 90

② Norman Daniels, *Justice and Justification Reflective Equilibrium in Theory and Practice*, New York Cambridge University Press, 1988, p. 51.

功利主义认为为了将社会冲突减到最低限度,应该建立相应的管理制度,这一制度就是基于功利的计算为不同的医疗保健服务提供不同数量的资金,在医疗保健领域功利主义的这一思想体现为成本效果分析。在制定医疗保健计划时,应对可能实现的方案将会产生的全部利益和所需的花费做出评估,这些所需的花费和可能带来的利益包括经济的和非经济的因素,在此基础上,通过对拟订方案的成本效果分析确定最终方案。

功利主义在医疗保健资源分配中的应用在下述案例中体现得非常明显,20世纪70年代中期,哈佛大学的密尔顿·温斯顿教授和威廉·斯塔森教授对美国社会的高血压病情及其政策发生了兴趣,两位研究者希望确立一种有效的方法,以控制美国人口中的高血压病。先前的研究成果表明:除非患者已经得到医生的治疗,否则通过大规模普查和教育而知道了自己的健康状况的人往往不大可能得到医生的治疗;其中一些后来坚持请医生进行治疗的人,结果都弄得倾家荡产。这两位学者通过调查发现:美国成年人的17%患有高血压病,对这些病人进行起码的治疗,至少每年要花费50亿美元以上;将近50%的患者甚至还没有意识到自己已患有高血压病,患者中也只有1/6的人正在进行相应的治疗和控制。随着进一步深入的研究,两个人发现,为了减少患有高血压的普通公民对健康的影响,与其发动一场全社会范围的大规模普查,不如对三种人进行治疗,后者所花费的钱更有效一些。这三种人是:青年男子,老年妇女,严重高血压患者。他们得出的结论是:即使治疗花费昂贵而效果有限,即使病情调查花费较少,常规的高血压的治疗比高血压病的普查能取得更有价值的效果。一个资源有限的社会,集中治疗已知的高血压患者其效果可能更好一些,即使为此放弃进行大量的普查工作也是值得的。如果政策决定者按照这一意见制定政策,那么国家中最贫困的地区,也就是医疗保健需要最大的地区,将得不到任何预防高血压的教育和管理方面的好处。为