

论影响卫生资源分配公平性的因素

王云岭 杨同卫

摘要:公平分配卫生资源是促进社会公正的重要方面。观念、体制与政策是影响卫生资源公平分配的重要因素。重医疗、轻预防的观念使宏观卫生资源分配失去公平,而城市尤其是大中城市优先的制度安排、按医疗项目付费方式的弊端、医疗保障体制的不公平等体制与政策因素则使微观卫生资源分配失去公平。从观念因素、体制与政策因素两个方面入手,改进卫生资源分配的公平性,是我国提高全民健康水平、促进社会公正的必由之路。

关键词:卫生资源分配;公平;观念;体制与政策

中图分类号:R-02;R197.3 **文献标识码:**A **文章编号:**1002-0772(2005)07-0056-03

Discussion on Factors That Influence the Justice of Health Care Resource Allocation WANG Yur-ling, YANG Tong-wei. Institute of Medical Ethics, School of Medicine, Shandong University Research Center of Humanistic Medicine, Shandong University, Jinan 250012, China

Abstract: Distributing health care resource fairly is one of the important aspects of improving social justness. Idea, system and policy are factors that influence the justice of health care resource allocation. The idea that attach importance to medical treatment and look down upon epidemic prevention destroys the justice of macro-allocation of health care resource, when the system and policy factors that large city first, charge according to medical items, health care system is unfair destroys the justice of micro-allocation of health care resource. To improve the justice of health care allocation from idea and system and policy factors, this must be the only way to enhance the civil health and promote social justness.

Key Words: health care resource allocation; justice; idea; system and policy

许多研究表明,无论国家的贫穷与富裕,在和健康直接相关的卫生资源分配上都表现出大体一致的规律:缺乏足够可以利用的卫生资源的人与拥有较多可以利用的卫生资源的人相比较,其健康状况将较差。这说明,尽管对卫生资源的分配与使用未必是决定健康状况的惟一因素或决定性因素,但起码是一个重要因素。也就是说,在卫生资源分配上处于不利地位的人,在医疗上也处于不利地位。美国医学社会学家 William C. Cockerham 曾引用 Bruce Vladeck 的研究证明了这一点是怎么发生的^[1,2]。WHO 的研究也证明了这一点^[3]。

影响卫生资源分配公平性的因素相当复杂。周梅芳和徐凌中等曾经分别指出卫生资源配置^[4]和卫生筹资政策^[5]对卫生资源分配公平性的影响。作为对他们研究的延伸和补充,我们将从另外的角度来继续探讨这些影响因素。

1 观念因素对卫生资源分配公平性的影响

重医疗,轻预防,是当今医学界中相当普遍的观念。这种观念来源于生物医学模式下工具主义的思想路线,当下医疗机构中工业化的就医模式是这种观念的具体体现。在这一观念统治下,包括许多专家在内的医师们普遍认为,只有看得见摸得着的医学技术,尤其是高新医学技术才能代表医学水平,才是对病人健康真正有益的医学工具。这种观念导向使现代医学越来越走向高、精、尖的发展方向,比如备受青睐的器官移植技术、试管婴儿技术、冠心病介入治疗技术等。从而,掌握这种技术的人也被顺理成章地视为医学精英而受人敬仰。可是,很少有人能看到这些技术背后高昂的代价和极低的成功率。研究这些技术的科研经费动辄上百万元,而使用这些技术也是价格不菲,如在我国,肾移植需要 15 万元人民币,肺移植需要 30 万,心脏移植需

要 50 万,肝移植则需要 60 万~70 万,不是一般人能够使用得起的;使用这种技术的成功率很低,如骨髓移植,成功率大约只有 10%~30%。从投入与产出来看,这种高、精、尖技术的社会效益实际上是很低的。因此,从宏观卫生资源分配的角度来说,政府把大量经费投入到这类只有少数人才能受益的技术中去,其公平性状况是显而易见的。

相对而言,预防才是能够真正造福社会公众和子孙万代的事业。“是故圣人治已病,治未病;不治已乱,治未乱。夫病已成而后药之,乱已成而后治之,譬犹渴而穿井,斗而铸兵,不亦晚乎?”^[6]预防的效益早就为古人所认识,也为今天的医学家所熟悉,而且最能体现卫生资源分配的公平。为什么最能体现社会公平的预防事业,其发展反而不被人重视呢?这必须进一步分析体制与政策因素。

2 体制与政策因素对卫生资源分配公平性的影响

体制与政策因素是影响卫生资源分配公平的重要因素,好的体制与政策可以促进卫生资源分配的公平,反之,不好的体制与政策则会破坏卫生资源分配的公平。

2.1 城市尤其是大中城市优先的制度安排

建国后,在国民卫生保健方面,我国建立了一套优先保障城市,尤其是大中城市居民健康的医疗保障体制,在城市建立起城镇职工、事业单位工作人员及革命伤残军人和大学生,其经费来源于国家财政拨款;后者的对象主要是国有企业职工,部分集体企业参照执行。经费从企业提留的福利费中列支。而在农村地区则实行合作医疗制度,后来合作医疗制度也逐渐萎缩。农村合作医疗的保障能力与公费医疗和劳保医疗相比较而言,显然是不可同日而语的。这种城市尤其是大中城市优先的卫生资源配置体制还造成了城乡卫生资源配置的严重失衡。

以城乡技术人员数为例,结合中国的城乡人口数量,显示卫

山东大学医学院医学伦理学研究所 山东大学人文医学研究中心 山东济南 250012

生资源配置方面的城乡差异。见表 1,表 2。

表 1 分市县卫生技术人员数

	1980	1990	2000	2001	2003
卫生技术人员数	2798 241	3 897 921	4 490 803	4 507 700	4 306 471
市	1 313 493	2 185 285	2 834 757	2 871 737	2 828 419
县	1 484 748	1 712 636	1 656 046	1 635 963	1 478 052
医生	1 153 234	1 763 086	2 075 843	2 099 658	1 867 957
市	526 828	977 635	1 267 888	1 294 790	1 216 003
县	626 406	785 451	807 955	804 868	651 954
其中:医师	709 473	1 302 997	1 603 266	1 637 337	1 486 029
市	349 136	803 033	1 059 405	1 085 848	1 026 607
县	360 337	499 964	54 3861	551 489	459 422
护师、士	465 798	974 541	1 266 838	1 286 938	1 265 959
市	299 561	633 988	897 774	917 899	928 367
县	166 237	340 553	369 064	369 039	337 592
每千人口卫生技术人员	2.85	3.44	3.63	3.62	3.42
市	8.03	6.59	5.17	5.15	4.84
县	1.81	2.15	2.41	2.38	2.19
医生	1.17	1.56	1.68	1.69	1.48
市	3.22	2.95	2.31	2.32	2.08
县	0.76	0.98	1.17	1.17	0.97
其中:医师	0.72	1.15	1.30	1.32	1.18
市	2.14	2.42	1.93	1.95	1.76
县	0.44	0.63	0.79	0.80	0.68
护师、士	0.47	0.86	1.02	1.03	1.00
市	1.83	1.91	1.64	1.65	1.59
县	0.20	0.43	0.54	0.54	0.50

注:市包括县级市。

资料来源:2004 年中国卫生统计提要。

五次全国人口普查城乡人口数(万人)

	1953	1964	1982	1990	2000
城镇	7 726	12 710	21 082	29 971	45 844
乡村	50 534	56 748	79 736	83 397	80 739

资料来源:2003 年中国卫生统计提要附录 2。

资料显示,20 世纪 80 年代初,我国的城乡人口比例大约为 0.25 1,卫生技术人员数之比则接近 1 1,其中每千人口技术人员数之比约为 4 1。到了世纪之交的 2000 年,这三个比值分别为 0.56 1、1.8 1 和 2.1 1。显然,农村的绝对多数人口只拥有极少数的卫生技术人员。卫生资源合理配置是卫生资源公平分配的前提条件,我国在卫生资源配置方面的这种巨大的城乡差别使得城乡居民在医疗服务的可及性方面出现显著差距。由于医疗服务的可及性直接影响到居民的健康保障,而这种可及性差距主要来源于政府的制度性安排,因而同样属于卫生资源分配的不公平。

2.2 按医疗项目付费方式的弊端

我国的保健付费体制属于按医疗项目付费。这种体制的效应是,检查与治疗项目做得越多,医疗机构收费就越多,其经济效益就越好,医师的收入自然就越高。医师越是掌握了高、精、尖的医疗技术,其收入就越高,学术地位和社会地位自然也就越高。这种利益导向会吸引医师们努力去掌握那些尽管社会效益很低但是却能带来巨大经济效益的高、精、尖医学技术,而不愿意从事那些基础卫生保健工作,尽管那些工作的社会效益很好。

这种体制的另一个恶果是,医师在服务中过度运用超出疾病诊疗的手段,引起医疗消费激增,严重增加了病人的负担,造成卫生资源的浪费,这被称为“过度医疗”^[7]。对于享受公费医疗或者被医疗保险覆盖的病人和那些经济条件相对较好的病人来说,也许并不影响他们对卫生资源的利用,但是对那些自费的、经济条件较差的病人来说,这无疑是雪上加霜。体制性因素损害了卫生资源分配的公平。

美国医疗付费体制的变化很耐人寻味。美国有两种付费体制,一种是旧的,称为 Fee for Service,即按医疗项目付费;另一种是新的,称为 Managed Care,即管理服务医疗体系,又叫做 Diagnostic Related Groups,简称为 DRC。这种新的体制是由政府或保险公司按人头预先支付费用,由保健医生保证服务对象的健康状况。这样,检查和治疗项目做得越多,医师的收入会越低。在个人利益驱动下,医师就会在保证服务对象健康的前提下,尽量少做检查和治疗,从而达到控制医疗费用的目的。

3 医疗保障体制的不公平

建国后,我国在医疗保障体制方面形成了公费医疗、劳保医疗、合作医疗等医疗保障方式,其中公费医疗和劳保医疗主要针对城镇职工,具有福利性。农村居民则享有合作医疗。合作医疗制度发源于 20 世纪 60 年代中期,是一种农村居民自己出资、政府资助的自我保障方式,其保障水平较低。即使如此,到了 80 年代中期,由于农村经济改革的深化,合作医疗受到冷落而迅速萎缩,由原来 90% 以上的覆盖率直线下降到 10% 以下。2003 年 1 月 10 日,卫生部、财政部、农业部联合下发了《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,要求从 2003 年起,各省、自治区、直辖市采用先试点,后逐步推开的办法,到 2010 年,实现在全国建立基本覆盖农村居民的新型农村合作医疗制度的目标,减轻农民因疾病带来的经济负担,提高农民健康水平。其成效如何,尚待考察。在公费医疗、劳保医疗、合作医疗之外是大量没有任何医疗保障的农村和城市居民,他们的医疗全部靠自费。其中,公费医疗在发展中费用不断上涨,终于不堪重负,以至于财政部于 1992 年 1 月专门发文要求严格控制公费医疗经费过快增长(财政部关于加强公费医疗管理,严格控制公费医疗经费过快增长的通知。[1992]财文字 010 号。)。自 1992 年起我国开始进行公费医疗制度改革的试点工作,直到 1998 年确立了新的城镇职工基本医疗保险制度。即使这种制度以“低水平、广覆盖”为原则,却仍然未覆盖占人口绝对多数的农村地区。把我国三次国家卫生服务调查的结果相比较,这种结论是明显的,见表 3,表 4,表 5。

表 3 中国各种医疗保障形式的城乡差别
1993 年第一次国家卫生服务调查结果

医疗保障形式	全国总计 (%)	城市 (%)	农村 (%)
公 费	5.76	18.22	1.56
劳 保	9.74	35.26	1.13
半劳保	3.80	12.93	0.72
医疗保险	0.31	0.25	0.33
合作医疗	7.74	1.62	9.81
统筹医疗	0.30	0.87	0.10
自 费	69.86	27.28	84.11
其 他	2.49	3.57	2.24

表4 1998年第二次国家卫生服务调查结果

医疗保障形式	平均水平 (%)	城市 (%)	农村 (%)
公费医疗	4.95	16.01	1.16
劳保医疗	6.22	22.91	0.51
职工家属半劳保医疗	1.62	5.78	0.20
其他各种医疗保险	1.88	3.27	1.41
农村合作医疗	—	—	6.50
自费医疗	76.40	44.13	87.44

2003年第三次国家卫生服务调查结果

表5 2003年居民医疗保障方式 (%)

	合计	城市	农村
合作医疗	8.8	6.6	9.5
基本医保	8.9	30.4	1.5
大病医保	0.6	1.8	0.1
公费医疗	1.2	4.0	0.2
劳保医疗	1.3	4.6	0.1
其他社保	1.4	2.2	1.2
纯商保	7.6	5.6	8.3
自费	70.3	44.8	79.0

资料来源:2003年第三次国家卫生服务调查。

1993年国家卫生服务调查显示,在城市和农村分别有27.28%和84.11%的居民医疗保障靠自费。到了1998年,这两个数字分别是44.13%和87.44%,不降反升,即使扣除城市化速度加快的因素,这一时间内我国居民医疗保障状况恶化的趋势也是十分明显的。到2003年,这两个数字变更为44.8%和79.0%,表明城市居民自费医疗保障状况变化不大,说明城镇职工基本医疗保险制度的实施对于城市自费人群的医疗保障水平影响不大。而农村居民自费医疗群体比例下降,则是由纯商业医疗保险的增加引起的。不管怎样,从全国总体水平来说,从

(上接第51页)况下,死亡已经成为必然,此时放弃治疗是对自然规律和客观现实的尊重。而且对于恶性肿瘤的放弃治疗并不是完全意义上的放弃,强调放弃治疗并不等于放弃病人,放弃的是依赖外界力量对生命的无意义的人为延续,放弃一些无谓的医疗卫生资源的浪费,不会放弃以减轻恶性肿瘤病人痛苦为目的的支持对症治疗。使其有尊严、无痛苦的自然死亡,这是对病人的尊重。

放弃治疗对于病人家属,不论是物质上还是精神上都是一种解脱,大量的花费物力、人力和财力,最终仍不能使亲人的疾病治愈,这对家属的精神上是更大的打击,所以,实施放弃治疗对于病人家属来说是符合伦理道德的、理性的选择。

在临床工作中,要求放弃治疗的往往都是自费病人,甚至在疾病仍有治愈希望时,由于经济原因而提出放弃治疗;而对于公费治疗的患者,因为不必考虑经济这个关键因素,病人及家属只简单地、不理性地从道义等方面来考虑,会一味坚持“尽量维持生命”,这不但有悖于社会公平原则,还将影响到我国有限的卫生资源的合理利用。

为使肿瘤专科工作人员对于恶性肿瘤病人作出科学的判断,合理放弃治疗,还需要解决以下问题:(1)建立健全相关的法律和法规,使得放弃治疗有章可循,有法可依,使医生和病人作出决定时,有法律依据,这是对医生和病人双方面的保护。(2)建立完善的恶性肿瘤的临床诊断治疗制度,建立放弃治疗的临床操作规范以及相关的人员制度,尤其是医学伦理学指导人员

1993年到2003年,10年间我国居民靠自费医疗的比例没有太大变化(从69.86%到70.3%)。由此可见,自费医疗是导致群众因病致贫和因病返贫的主要原因,是医疗保障体制不公平的最主要表现。

卫生资源分配的公平对于提高全民健康水平,促进社会公正具有重要意义,同时,由于生存权、健康权属于基本人权的范畴,因而与生存权、健康权密切相关的卫生资源分配是否公平反映了一个社会对基本人权的保障状况。本文的研究表明,对于我国而言,要改进社会对卫生资源分配的公平性,从而改善我国对基本人权的保障,必须从观念因素、体制与政策因素两个方面入手。这是我国全面提高健康水平、促进社会公正的必由之路。

参考文献:

[1] WILLIAM C. Cockerham. 美国卫生保健的公正和分配问题[J]. 医学与哲学,2002,23(5):9.
 [2] WILLIAM C. Cockerham. 医学社会学[M]. 北京:华夏出版社,2000.250.
 [3] 任 苒. 健康与卫生保健的公平性[J]. 医学与哲学,1999,20(5):46.
 [4] 周梅芳. 卫生资源配置与卫生服务的公平[J]. 医学与社会,2001,14(4):1.
 [5] 徐凌中,郝媛媛,柳丽华. 卫生筹资政策对公平性的影响[J]. 中华医院管理杂志,2001,17(5):268.
 [6] 《黄帝内经·素问·四气调神大论篇第二》[M]. 沈阳:辽宁民族出版社,1999.5.
 [7] 杨同卫. 过度医疗的对策[J]. 中国医学伦理学,2002,15(2):20.
 作者简介:王云岭(1974-),男,山东沾化人,山东大学医学院讲师,主要从事医学伦理学、医学法学的研究和教学工作。

收稿日期:2004-12-23

修回日期:2005-04-26

(责任编辑:张 斌)

的介入是必不可少的。(3)建立或完善相关的保险制度或基金制度,使放弃治疗的实施更加客观、公平,减少该放弃的不放弃,而不该放弃的只能放弃等现象的发生,体现社会公平性,加强医疗卫生资源的合理分配和应用。(4)加强整个社会对于医疗卫生知识及相关内容的宣传,加强死亡教育,培养全民现代医学伦理观念,使其可以用理性的眼光看待恶性肿瘤的放弃治疗。

参考文献:

[1] 孙福川,张英涛,高歌今. 放弃治疗的伦理选择[J]. 医学与哲学,2000,21(6):5-7.
 [2] PRENDERGAST T J. Withholding or Withdrawal of Life-sustaining Therapy[J]. Hospital Practice,2000,35(6):91-99.
 [3] 周济昌. 实用肿瘤内科学(第2版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2003.3-4.
 [4] 王德顺. 医生协助自杀与主动安乐死的差别[J]. 医学与哲学,2000,(21)4:53-55.
 [5] 郭永松,何德梁. 面对临床无效治疗:思考与抉择[J]. 医学与哲学,2000,(21)12:6-9.
 [6] YOUNGER S J. Who Defines Futility[J]. JAMA,1988,260:2094-2095.
 [7] 中华医学会医学伦理学分会. 慢性病患者生命末期治疗决策与伦理要求[J]. 医学与哲学,1998,19(4):189.

作者简介:闵婕(1973-),女,江苏苏州人,第四军医大学唐都医院肿瘤科硕士研究生,研究方向:原发性肝癌的临床治疗。

收稿日期:2005-01-26

修回日期:2005-04-30

(责任编辑:张 斌)