



首页 → 学术文章 → 生命伦理

## 王延光：医疗保险制度改革与社会公正

1998年11月国务院公布了关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定，并拟定于2000年1月开始执行。建立城镇职工基本医疗保险制度的原则是：基本医疗保险的水平要与社会主义初级阶段生产力发展水平相适应；城镇所有用人单位及其职工都要参加基本医疗保险，实行属地管理；基本医疗保险费用由用人单位和个人双方共同负担；基本医疗保险基金实行社会统筹和个人帐户相结合。(1) 在全国范围内进行城镇职工基本医疗保险制度的改革是保障职工基本医疗，建立社会主义市场经济体制的客观要求和重要保障。对此项重要之举进行是否符合伦理学公正理论和生命伦理学相关原则的辨析十分必要。

### 一、基本医疗保险的保险模式与社会公正

从城镇职工基本医疗保险的覆盖范围，及基本医疗保险费用筹集方式由用人单位和个人双方共同负担、基本医疗保险基金实行社会统筹和个人帐户相结合来看，基本医疗保险的保险模式应属于“社会医疗保险模式”与“储蓄医疗保险模式”的混合。“社会医疗保险模式”的保险基金主要来源于雇主和雇员，按单位工资总额和个人收入的一定比例筹措，政府酌情给予补贴。社会医疗保险制度的筹资方式大多通过法律法规强制地限定在一定收入水平范围内的居民按规定数额或比例交纳保险费。储蓄医疗保险模式是根据法律规定，强制性的要求参保人储存一定数额基金，延续使用，缓解疾病风险，并有利于提高个人责任感，尽可能的减少浪费。(2)

基本医疗保险的保险模式实现了从国家医疗保险模式、劳保医疗保险模式向社会医疗保险模式与储蓄医疗保险模式的转变，使医疗保险由国家全权负担、企业自主负担转向了单位和个人双方负担。这种单位和个人责任的增加是否符合社会公正？国家是否还应负有责任？

一般公民比较崇尚国家医疗保险模式，因为国家医疗保险是由政府直接举办的医疗保险事业。它通过税收形式筹集医疗保险基金，采取预算拨款给国立医疗机构，向本国居民直接提供免费（或低收费）医疗服务。国家向居民提供免费（或低收费）医疗服务应当是一种社会公正的理想状态。然而，我国五十年代建立的公费（国家）医疗和劳保医疗近年来产生了严重的问题。1997年全国公费医疗与劳保医疗费用的投入是1978年的28倍，年增长率为19%，而同期国家财政收入只增长了6、6倍，年增长率为11%，医疗费用的增长超过了国民经济发展和财政收入增长的速度，国家和企业难以承受，导致现在很多地区劳保医疗已经名存实亡，公费医疗在许多市县也已经难以维持，绝大多数职工的基本医疗不能得到保障。(3) 目前在世界上，实行国家医疗保险模式的国家也遇到了与我国原有国家（公费）医疗保险模式相同的问题，都已进行了超支自负、限制定额、市场化等改革。国家医疗保险模式的理想状态已不复存在。不同程度改良的社会医疗保险制度正存在于世界上一些国家中。对此，公民要有一个思想的转变。(4)

城镇职工医疗保险制度改革提出了“基本医疗保险”这一新概念。所谓“基本医疗保险”指的是与社会主义初级阶段生产力发展水平相适应的、国家和个人担负得起的保险，不是维持和保证现有医疗消费水平的保险；是为现有医疗技术和医疗资源所支持的、疗效确切的保险；是有限责任的保险，是与多层次的医疗保障体系同时存在的保险。(5) 为此国务院在公布关于建立城镇职工基本医疗保险制度决定的同时，还制定了相应的医疗保险的用药目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和保险给付的上限和下限标准。对于不符合目录和范围规定标准的检查治疗用药项目，以及超过报销上限的高额费用，则需要患者自付、部分自付或通过商业保险、企业补充保险、社会救助保险等其它方式解决。这种“低水平”的基本医疗保险是从吸取二十年来公费和劳保医疗保险制度的教训得来的。本次改革后的基本医疗保险费用水平，去掉了过去所用医疗费用的不相关及不合理支出，并附以各种限制，有望使大多数职工的基本医疗得到保障。这符合生命伦理学宏观有限卫生资源分配的公正原则。宏观有限卫生资源分配的公正原则就是要保障大多数人的利益。

然而，国家对公民的医疗保健负责始终应当是一种对社会公正的追求。在社会医疗保险模式中，政府还应酌情给予单位和个人资金补贴，政府的责任必须得到充分体现。在我国类似于社会医疗保险模式的将社会统筹与个人帐户相结合，保险基金由单位和个人双方负担的基本医疗保险模式中，政府酌情给予的补贴主要体现在：事业单位筹集医疗保险基金仍来源于国家税收；企业单位上缴的医疗保险基金给予免税；企业补充医疗保险基金减税列支。对某些超过限额的医疗费用及照顾人群的医疗费用国家和各级政府给予部分支付等。国家只有不断的总结医疗保险工作的经验，合理分配国家和各级政府投放基本医疗保险基金的比例，尽可能减轻企业和个人的负担，才能使基本医疗保险改革更接近于公民期望的社会公正。除此以外，国家要体现对公民的医疗保健负责，必须要设法解决基本医疗保险制度实施后，部

分患者自付超过报销上限的高额费用问题。对此问题，国务院公布的关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定中提出，可通过企业补充保险、商业医疗保险和社会救助保险等其它方式解决。

商业医疗保险模式是一个应该得到发展的医疗保险模式。商业医疗保险的特点是自由、灵活、多样化，适应社会多层次的需求。商业医疗保险机构可采用不同种类的筹资方式与保险提供方式，以满足消费者的多种需要。商业医疗保险机构可采用不同方法促使医院提供优质医疗服务。企业补充保险是向商业保险转变的一种形式。但目前我国的商业医疗保险尚处在起步阶段，还没有一家商业保险公司提出和基本医疗保险相衔接的商业医疗保险险种。国家应该尽力扶持和尽快发展商业医疗保险事业。(6)

在我国商业医疗保险尚未完善的阶段，国家应该妥善安排和组织社会救助保险工作。公民社会救助保险之所以可以称为保险，是因为全民每人工资的集少成多可以从某种程度上承担某些与医疗相关的经济风险。这种公民社会捐献，体现了生命伦理学的“支援原则”。当基本医疗保险的社会统筹与个人帐户及商业医疗保险等方式仍然未能解决患者的病痛时，生命伦理学的“支援原则”承诺了个人为他人服务的目标，最大限度的实现了社会公正。这是世界上绝大多数国家都赞同的一种人道主义方式。(7)

基本医疗保险改革后类似的“社会医疗保险模式”实行的社会统筹，实现了社会共济，增加了统筹单位的责任。统筹单位责任的增加并不应和社会公正相抵触。实行社会统筹和社会共济符合生命伦理学的“团结原则”。“团结原则”可简单从“人类皆同胞”的观念中得到支持，特别适用于人群之间合作起来共同对付个人健康危险、职业健康、以及慢性病等疾病及相关的经济风险分担。在国家（公费）医疗保险模式产生了问题以后，团结是最合适的工具，以便在福利和健康状况不平等方面重新分配。确保每个公民都得到社会医疗保健。(8)

基本医疗保险模拟储蓄医疗保险模式将社会统筹与个人帐户相结合，并划定了各自的支付范围，增加了个人的责任，这也未违背社会公正的原则。原来医疗保险模式由公费和劳保医疗为个人付费，这种方式对个人花费的限制较小，易于助长求医用药的依赖、浪费和腐败之风。另外，医学科学的进展成功的扩大了干预的范围，使医学不但可以延长生命推迟死亡，提高生命质量，还可以使人们利用卫生保健系统满足某些非医学的要求。1978年—1997年全国公费医疗与劳保医疗费用投入的总额中20-30%都是不合理花费。基本医疗保险改革后个人帐户的建立和限定使用范围，将激励人们谨慎的利用医疗服务。为个人和他人节约基金符合生命伦理学的“责任原则”。只有每个人担负起对社会和他人的责任，每个人才能更好的享有公平的医疗保健服务。(9)

综上所述，我国改革后的医疗保险模式是以基本医疗保险模式为主的，商业医疗保险模式、企业补充医疗保险模式和社会救助医疗保险模式等为辅的几种保险模式兼具的医疗保险模式。它应在生命伦理学团结、责任、支援原则指导下由国家集体个人共同负责，并在实践中不断的改进。在一个国家里几种保险方式兼具，是目前国际医疗保险模式发展中一个有望实现社会公正并值得肯定的一个共同方向。

## 二、 基本医疗保险的覆盖范围与社会公正

基本医疗保险的覆盖范围是城镇所有用人单位及其职工，要求城镇所有用人单位及其职工都要参加基本医疗保险。基本医疗保险的统筹层次也是尽量以地级以上较高层次的行政区为统筹单位。这实质上是强制性个人收入的再分配，或者说个人所得的横向转移，高收入者一部分收入向低收入者转移，健康者的一部分收入向患病者转移。这样做是否符合社会公正？什么样的公正理论可以为此辩护？

按照美国哲学家罗伯特·诺齐克的公正理论，这种由政府强制的个人所得的横向转移是不公正的。罗伯特·诺齐克公正理论的核心思想是：最大的个人权利和最小的政府干预。他提倡资格(entitlement)论的分配公正原则。资格(entitlement)论的分配公正原则包括三个最基本的要求：1、获取的公正原则即，任何人都必须凭借其自身的能力和劳动去取得善物和财产，而不是通过其它方式去获取。2、转移的公正原则即，任何善物或财产的转移与分配都必须是基于个人的自愿或意志，不得以任何方式侵犯和损害个人的权利。3、校正的公正原则即，以公正的方式纠正分配过程中的不公正现象，或者说，以合法的方式纠正一切侵犯个人权利的行为和后果。(10)

按照诺齐克的理论，一个高级运动员或百万富翁无论得到多少钱，都可以不必向国家交税。国家可以使贫者愈穷，富者愈富。很显然，诺齐克的“资格理论”是一种典型的个体论的人权理论。这种个人权利绝对至上或以极端的社会贫富等方面的不平等为手段来达到社会效益的观点，目前在任何一个国家或社会都是难以接受并难以实现的。至于仅用诺齐克提倡的自愿条件下的社会救助理论，在中国目前的条件下，是难以解决全民医疗保险问题的。

相比之下，美国当代著名的哲学家、伦理学家约翰·罗尔斯的公正理论，可以作为基本医疗保险制度改革的一个较好的理论基础。罗尔斯的公正理论主张从自由、平等、博爱及缓和社会矛盾，促进社会稳定出发，兼顾个人权利和社会公正。罗尔斯公正理论中最著名的是有关社会不利地位人群的分配理论的差别原则。罗尔斯的公正原则一共有两条：公正的第一条原则是每个人都应有平等的权利去享有与他人一样的最广泛的基本自由。公正的第二条原则即：社会和经济不平等的安排应能符合社会地位最不利的人群的最大利益。罗尔斯的这两条原则，第一条是许多人都提倡的。第二条是差别原则，或差别意义上的再分配原则。它也可称为补偿原则、互惠原则、博爱原则。这些原则意味着：应当对出身和天赋的不平等进行补偿，应当追求利益的互惠，应当追求公民友谊和社会团结。(11)

人与人的差别有许多方面，这些方面包括主观的因素和客观的因素。引起人与人不同的某些因素，可被称为偶然因素。这些偶然因素包括有性别、出身、民族、自然禀赋、健康状况、生活环境等。这些偶然因素的差别尽管深深地影响着他们的生命过程。然而他们个人不能对其负责的。人们不能凭主观决定自己的性别、出身、民族、自然禀赋、生活环境及先天身体素质 and 现存的健康状况。因此至今不但没有人把这些人们不能自我决定及负责的偶然因素做为分配原则的有关方面。相反，绝大多数学者都赞同对由偶然因素所致而处于劣势地位或社会不利地位的人群给予分配上的补偿。这些人群包括有：女性、贫穷者、少数民族、残疾人、病人等。

罗尔斯的对社会不利人群进行补偿的差别原则有其合理性，其合理之处在于理论的提出基于一种较为真实可信的假设，这种假设一般称为“无知之幕”假设。罗尔斯认为人们对在社会合作中产生的利益是十分关心的，为了追求自己的目标，每个人都想得到较大的一份，而不是较小的一份。在人们不知道自己在社会上占有什么位置即，不知自己的阶层与地位，不知自己有什么能力，不知善的概念是什么，也不知生活目标是什么，不知自己的性格是什么，对其所置身的经济、政治、文化和社会制度也一无所知。在这样的“无知之幕”下，任何有理性的行为者都会依据或只能依据上述的公正的两条原则以及在两条原则发生冲突时按自由优先和公正优先的规则来抉择。因为出于对自己利益的关心，在不知与他人比较起来优劣如何的情况下，首先会要求平等权益，其次会要求假使劣于他人时也会得到权益补偿，因此如果社会按照这两条人人都倾向于采取的原则进行权益的分配，不但会使人人赞同并达到公正，而且会使社会稳定和进步。<sup>[12]</sup>

罗尔斯的这个假设尽管有理想化的倾向，但还是比较符合人的本性的，因此得到了大多数学者的赞同。罗尔斯差别理论的可信之处还在于他的理论前提的合理性。罗尔斯把下列判断作为其理论观点的前提：对人而言好的生活是什么，我们必然与他人有不同看法。所以，我们必须把对这种善和利益的不同理解排除在我们对公正原则的阐述之外。不论我们大家关于好的生活的观点是什么，重要的是：每个人都能从中得到一份利益。罗尔斯的这一判断是说，人与人的利益要求不同，而我们又不可能全部知道。因此，要维护平等及差别原则，使大家都能得到自己想要的那一份。这种判断包含了对现代社会的一定的现实主义态度。现代社会至少在表象上常常是陌生人的集合，其中每个人都选择阻力最小的道路追逐自身利益，现代社会的人好象是一群在海上遇难后被抛到荒岛上的人，而且互不相识。在这种环境下，就必须制定若干规则，最大限度地保护每个人。

1999年卫生部统计信息中心进行的第二次国家卫生服务调查显示了我国目前医疗保障制度的覆盖率。在所有被调查者中：4、95%（城市16、1%，农村1、16%）享有公费医疗；6、22%（城市22、91%，农村0、51%）享有劳保医疗；1、62%（城市5、78%，农村0、20%）享有半劳保医疗；1、88%（城市3、27%，农村1、41%）有医疗保险；76、40%（城市44、13%，农村87、44%）自费医疗。<sup>[13]</sup>在这样的情况下，基本医疗保险改革要求城镇所有用人单位及其职工都要参加基本医疗保险，规定基本医疗保险的统筹层次也是尽量以地级以上较高层次的行政区为统筹单位是有其合理性的。基本医疗保险采用的这种覆盖范围和统筹方式应用了保险的“大数原则”即，参加基本医疗保险的单位越多，统筹层次越高，保险的共济性就越强。按照这种方式进行改革，有望实现社会共济，改变我国目前医疗保障制度的覆盖率过窄的状况，使我国医疗保障制度的覆盖率符合社会公正。

但是，基本医疗保险要求城镇所有用人单位及其职工都要参加基本医疗保险，而未像某些国家医疗保险模式那样，限定一定收入水平范围内的单位及其职工参加，这样难免会损害某些个人的某些权利及产生某些难以解决的矛盾。可能某些单位确实无力交纳医疗保险费。一些收入水平较高的人也不能自由选择医疗保险方式。用这样的覆盖范围和统筹方式使保险的共济性增强应是不得以的举措，是由于目前我国社会主义初级阶段经济发展的较低水平决定的。在近期对于某些确实无力交纳社会保险费的单位，国家应该允许不参加基本医疗保险。在今后经济发展较高水平的某一阶段，国家也应该允许某些收入水平较高的人自由选择医疗保险方式。国际社会较为赞成的医疗保险的两层制度是：提供基本服务的基本层次和允许不包括基本保健的高质保健和服务的奢侈的层次。两层制度应是一个将来需要发展的更为公平的医疗保险制度。

### 三、 基本医疗保险的照顾人群和社会公平

基本医疗保险对离休人员、退休人员、下岗职工等人群的医疗待遇给予了照顾，是否符合社会公平？基本医疗保险对那些原来公费或劳保医疗费用能得到保证的，而改革后可能将使原有医疗水平下降的少数国家公务员、基本科研、基本教育、环境保护、公共卫生等由财政供给经费的事业单位职工给予医疗补助，这是否伤害了大多数企业职工的利益？

从古希腊伦理学的公正理论看，平等地对待一切人是公正理论的主要内容。在希腊，公正这个词与平等一词同源。亚里士多德认为公正即平等对待。他说：公正即成比例，而不公正则是与比例相抵触：一个人有了过多的利益，他的行为是不公正的；一个人拥有的利益太少，他受到了不公正的对待。西方功利主义的公正观点也认为，不同的人需要在需要、爱好和幸福的价值上是平等的。许多哲学家也致力于把公正原则看作是支持平等地对待个人的一般道德假定，即公正要求我们给予一切人平等待遇，除非我们另有充分的理由不这样做。谁要对人加以区别对待，他必须提出充分的证明。<sup>[14]</sup>

按照亚里士多德的公正观以及大多数学者常用的公正概念除了平等对待以外，还有“应得赏罚”，这是公正的最本质含义。所谓“应得赏罚”，按照亚里士多德的说法即：一个人如果给了某人应得的或应有的东西，那么前者对后者的行为便是公正的行为，因为后者所得到的东西是他应得到的东西。而为了达到分配的公正，最常应用的原则是形式原则和实质原则。形式原则也称形式的平等原则，它的内容

包括两条。1、同样地(平等地)对待在有关方面相同的人；2、不同地(不平等地)对待有关方面不相同的人。例如把药物分给两个病情同样需要此药的病人，这体现了有关方面相同的人相同对待，而把食物只分给饥饿的儿童，不分给肚子已经吃饱的儿童，这是有关方面不同的人不同对待。

形式原则之所以是形式的，是因为对其中的有关方面没有进行界定。因此，为了达到公正，必须在形式原则之外添加实质原则。实质原则即规定有关的方面什么，并据此进行分配。关于根据什么作为有关方面而进行分配，有许多的理论。马克思主义是根据需要，即根据需要进行分配。把根据需要的实质原则和形式原则结合起来，就是对有同等需要的人同等对待，对于不同等需要的人不同等对待。还有人认为应根据个人的能力或取得的成就或作出的贡献来进行分配。一个人通过辛勤的劳动为社会做出巨大贡献就应当给予奖励。(15)基本医疗保险对离休人员、退休人员、下岗职工等人群的医疗待遇给予了照顾，就是根据他们特殊的能力、贡献、需要、成就等的不同作为照顾标准的，由此他们获得的差别分配的是可以辩护、符合社会公平的。

国家公务员医疗补助的理由是：为了保障国家公务员合理的医疗需要，保持公务员在参加基本医疗保险后，原有的医疗水平不变。国家公务员是与国家发展息息相关的特殊人群，给予国家公务员以医疗补助是国际上的惯例等。尽管国家公务员医疗补助的原则是：补助水平要与国家生产力发展水平和财政负担能力相适应；保证国家公务员合理的医疗需要；医疗补助办法要与基本医疗保险制度相衔接；补助经费要合理使用，厉行节约。(16)在上述那些医疗补助的理由中，根据国家公务员特殊的能力、贡献、需要、成就等的不同作为照顾标准的那些，可以得到分配公正原则的辩护。而对于为什么要保持公务员在参加基本医疗保险后，原有的医疗水平不变应给予充分的解释。以便得到企业单位和公民充分理解，实现基本医疗保险制度改革在各种人群之间的公平。

我国目前的基本医疗保险制度改革正处在积极进展阶段，绝大部分的省份已完成了总体规划，各统筹地区加快了制定实施方案的工作步伐，各级医疗保险管理体制正在逐步理顺。由于医疗保险制度的设立和改革没有也不可能有现成的模式，我国的医疗保险制度改革只能是综合国际上其它国家医疗保险制度改革的经验，结合本国的具体情况而制定。因此基本医疗保险制度的改革是在不断的总结经验中前进。但无论医疗保险制度的建立和改革如何进行，都始终应以社会公正的理论和原则为其伦理学理论基础。只有这样，我国的医疗保险制度改革才能少走弯路，成为一个公民欢迎的、符合社会公正的基本国策。

#### 参考文献：

- 1、国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定。
- 2、蔡仁华，“国际医疗保险制度模式比较研究”，医疗保险培训班教材，1997年。
- 3、阎立新，医疗保障制度为什么要改？健康报，1998年11月28日。
- 4、汪宏，“医疗保险制度的形成与演变”，医疗保险培训班教材，1997年。
- 5、王东进，在全国城镇职工基本医疗保险制度改革工作经验交流会上的讲话，1999年11月3日。
- 6、医改政策编写组，《医疗大改革》，改革出版社，1999年，第68-69页。
- 7、Hans-Martin Sass，“新的三分体：责任、团结和支援”《医学与哲学》1996年第17卷第12期，第651-653页。
- 8、Ruud H.J.Ter Meulen，“对团结的限制在荷兰”，《医学与哲学》1996年第17卷第12期，第654页。
- 9、Hans-Martin Sass，“新的三分体：责任、团结和支援”《医学与哲学》1996年第17卷第12期，第651-653页。
- 10、诺齐克·罗伯特著，何怀宏译，《无政府国家和乌托邦》，中国社会科学出版社，1994年，第157页。
- 11、约翰·罗尔斯著，谢延光译，《正义论》，上海译文出版社，1991年，第3-4页。
- 12、约翰·罗尔斯著，谢延光译，《正义论》，上海译文出版社，1991年，第11-12页。
- 13、卫生部第二次国家卫生服务调查报告，1999年。
- 14、汤姆·彼彻姆，雷克勤译，《哲学的伦理学》，中国社会科学出版社，1990年，第332-334页。
- 15、Thomas A.Mappes, Biomedical Ethics, McGRAW-HILL, 1996, Pp.32-33.
- 16、国家医疗保险司，《关于国家公务员医疗补助的意见》，1999年，6月。

(本文发表于《高科技在医学领域中的应用》(下)，陆丽娜等编，长征出版社，2000年4月，第256—266页)

