

论医疗改革的伦理本位

陆爱勇

(东南大学人文学院,江苏南京 211189)

摘要:从哲学视角反思始于1999年的医疗改革失败的根本原因,探讨医疗改革成功的基础是中国当代哲学需直面的时代课题。研究发现,医疗制度设计过度理性、伦理缺失是导致改革失败的最核心的原因。为此,构建医疗卫生改革的伦理内涵,回归医改的伦理本质是中国医疗改革成功的哲学基础。

关键词:医疗改革;理性;伦理

中图分类号:C913.7 **文献标志码:**A **文章编号:**1008-5831(2013)02-0136-05

医改在世界范围内都是一个备受争议的领域,即便是英国、美国等发达国家也不例外。美国医疗体系的最大问题之一,“在于联邦政府在医疗保险方面,没有一项连续性的政策。最需要享受医疗保险的低收入居民,大多都没有能力购买,这类群体目前已经达到4 600万,接近美国人口总数的1/6”^[1]。相比之下,英国的医疗制度似乎比美国要好,但其缺陷也非常明显,例如医疗体系官僚化,医生和病房不足,等候看病的时间太长等等。因此,这两个国家也面临着巨大的医改压力。

与英美等发达国家相比,中国医疗改革的紧迫性和复杂性都远甚于前者。这是因为,无论是医疗服务水平、覆盖范围,还是居民药费自付比例及社会公平性,中国医疗体制都远逊于英美,饱受国际、国内舆论诟病。而自1999年开始施行的医疗改革不仅未能促进中国城乡医疗资源的优化配置,反而加剧了城乡差别,导致医患矛盾异常尖锐,直接威胁到了社会的稳定。与此同时,医改加重了群众负担,成为新时期压在人民头上的“三座大山”(医疗、教育与住房)之一,严重阻碍了党和政府“和谐社会”理念的实现。随着2009年4月卫生部公布新医改方案,在全国推行近10年的医改旧方案逐渐淡出人们视野。文献检索发现,反思旧医改失败原因的文献不少,但对医改根源性的研究仍属寥寥。笔者认为,未能从理性与伦理的关系视角思考医改,即“医改能否只受理性驱动?”与“伦理在医改中到底该扮演何种角色?”是导致研究深度不够的关键原因。鉴于此,本文拟从这一视角探究旧医改失败的根源,并尝试构建医改成功的哲学基础。

一、过度理性:医改失败的根本原因

(一)理性的作用及其扩张

自文艺复兴以来,理性在西方理念中具有无与伦比的地位和价值。理性是现代文明发展的重要推动力。自西方的启蒙运动始,理性被抬高到至高无上的

收稿日期:2012-09-17

基金项目:2011-2012年安徽省哲学社会科学规划项目“残疾人社会工作孵化机制研究”(AHSK11-12D184);2012年安徽省社科联课题“安徽城乡医疗救助一站式服务研究”(A2011013)

作者简介:陆爱勇(1979-),女,安徽六安人,东南大学人文学院讲师,博士,主要从事中国伦理、医学伦理研究。

地位。理性使个体智力、创造力、想象力等得到充分重视和发挥,在理性的推动下,长期饱受贫穷与疾病困扰的西方社会获得了空前发展,社会财富剧增,人民生活富足。尤为重要的是,西方社会的世界观和价值观获得一次“凤凰涅槃”。至今,西方仍占据世界道德和价值的制高点。然而,随着理性渗入西方社会机体的每一个细胞,理性所固有的弊端也毫无保留地展现在世人面前,西方先哲们及当代知名学者都对此表示深深的担忧,如西方思想家、社会学家马克思·韦伯看到了“牢笼”,马克思看到了“异化”,等等。

理性自身产生的二律背反主要体现在价值理性与工具理性的关系上。在理性带来发展的同时,又产生了理性的自我膨胀。这种扩张的理性便是工具理性。价值理性是以事物本身为目的,“这种把形式作为达到某种实质目的的手段,或者说是对于某种事物的合理性即‘实质合理性’,这种‘实质合理性’即价值理性”。与之相反,“一种理性化的行动类型,即这种行动是由明确设计好的规则所控制的,是指对行动范围的精确限制,并涉及到专门知识和概念的应用,是指这种行动系统地安排成内部协调一致的整体。这种行动未必含有目的一手段的程式。但它是合理的,因为它具有可计算性,可以用数量核算,并且完全只限于数量的特征,而不涉及任何价值的特征。这是一种不涉及内容本身的合理性,即‘形式的’合理性”^[2]。这种不以任何事物的合理性为目的,只是以形式本身为目的的“形式的”合理性即是工具理性。工具理性以“可计算性”、“数量”等为特征,充斥着算计,追求实用性。

理性的过度造成工具理性的扩张,随之造成的结果便是价值理性的失落。现代生活中,出现了“专家没有精神,纵欲者没有心肝”^[3]的社会现象,体现出当代物质文明下的文化危机。可见,在现代性社会中,以数字化与实用性为主要特征的工具理性的扩张,使人们越来越远离基于宗教、习俗和长期习惯等基础上形成的传统信念,即是说,一切不符合算计和实用原则的诸如人文关切、价值追求等意义世界的内容便遭到抛弃。

(二) 中国医改的过度理性因素

改革开放后,理性逐渐垄断中国社会话语权,并逐步过度化、工具化。具体表现为:一是脱离实际的技术官僚在决策领域发挥着越来越重要的作用;二是金钱、权力和市场开始对社会生活领域进行全方位的渗透和“殖民”,即使在西方被视为公共领域的医疗卫生领域也未能逃过此劫。

在此社会大背景下,始于1999年的中国医改从一开始就表现出强烈的市场原教旨主义色彩。整个医改制度设计充斥理性的算计,强调效率,伦理、道德等文化因素受到了集体漠视。市场被视为促进中国城乡医疗资源优化配置,缩小城乡医疗服务差别,解决群众看病难问题的“灵丹妙药”;“GDP”成了考核医院、卫生防疫等医疗机构质量层次的唯一指标;市场化、商业化成为医疗卫生部门的工作重心。

医疗改革的过度理性最明显的体现之一是以高效率与高利益为目标,推行医疗机构的市场化、商业化。医院产权的变更是市场化、商业化的重要体现。2000年2月,国务院办公厅转发国务院体改办、卫生部等8部委《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》,之后陆续出台了《关于城镇医疗机构分类管理的实施意见》等13个配套政策。在政策的支持下,地方政府相继出现了一系列的医院产权的改革。2000年3月,宿迁公开拍卖卫生院,拉开了医院产权改革的序幕;2001年无锡市政府批转《关于市属医院实行医疗服务资产经营委托管理目标责任的意见(试行)的通知》,提出了托管制的构想;2002年初《上海市市级卫生事业单位投融资改革方案》出台等等。医院产权化改革的尝试与探索是医疗改革市场化、商业化的重要举措。市场化改革是政府和市场作用的重新分配,提高了医疗机构的运转速度,实现高效率,带来高效益。

但是,以效率与利益为目标,过度市场化、追求医疗机构的商业化,实质上违背了医疗服务的公益性质。“市场化”造成医疗卫生的公益性大大缩减。医疗产权改革实际上并没有解决“看病难”、“看病贵”等问题,医疗问题反而成为越来越突出的社会问题。这一社会现象同时也被医改的决策层所认识,2005年5月,时任卫生部副部长的马晓华公开批评了公立医疗机构公益性淡化、过分追求经济利益的倾向,并且着重强调:“应当坚持政府主导,引入市场机制。产权制度改革,不是医疗制度改革的主要途径,我们决不主张民进国退。”^[4]对于旧医改失败的原因,国务院发展研究中心课题组在《对中国医疗卫生体制改革的评价与建议》中,针对旧医改失败的原因总结到:“问题的根源在于商业化、市场化的走向违背了医疗卫生事业发展的基本规律”,并指出医疗卫生服务的公共品性质与商业化、市场化服务方式之间存在矛盾^[5]。医疗卫生服务具有公共性,必须具有公益性。同时,以效率、效益等数字化、量化为医改的标杆,必然造成医疗机构以利益作为至上追求,病人不是中心。

诚然,医疗服务领域需要理性安排,但工具理性的扩张必然造成价值理性的失落,必然注定医改的失败。理性本身并不能代替判断,而判断却需要个体综合伦理、道德等诸多因素。缺乏伦理约束的理性,必然导致整个医改最后像一头失去方向的火车,严重偏离了政策预定的轨道。例如,国务院发展研究中心在有关的研究报告中认为,目前中国的医疗卫生体制改革总体上是不成功的^[5]。世界卫生组织最近公布的报告也在医疗卫生服务的公平性方面将中国列为倒数第四位^[6]。两份报告从不同层面印证中国医改并未达到预期要求,过度理性的肥皂泡彻底破灭。

二、伦理本位:中国医改成功的基础

从哲学角度而言,医疗问题本质上是伦理道德问题。医改以人为目的,以个体的生命至善为最高价值目标。正如有学者认为,在卫生经济的伦理学问题中,“善和公正是生命的终极价值”^[7]。因此,回归医改的伦理本位,建构医改的哲学基础,是医疗卫生改革成功的基石。一方面,伦理道德的规范约束作用,既可确保医疗改革决策过程中的合理性,又可增强医改政策的可行性,这是解决医疗问题的前提。另一方面,从伦理实体、道德主体上加强引导,唤醒医疗机构实体认同感以及医务人员的道德认知度,这是解决医疗问题的关键。

然而,回顾近些年的医疗卫生改革,在工具理性扩张背景下,价值理性诸如伦理道德等因素在医改决策阶段和实行阶段的作用日趋式微。主要表现为医疗改革过程中人文关怀缺失;医疗机构作为伦理实体的伦理性不够;医务人员的道德责任感低。可见,摆脱旧医改所面对的过度理性,建构医改的伦理本位直接关系新医改的成功与否。在当前中国社会转型的背景下,应从以下三个方面构建医疗卫生改革的伦理内涵,从而解决医疗过程中的诸多问题,成就新医改。

(一)加强医疗改革过程中的人文关怀

人文关怀是指对他人的生存状况的关注,对他人的尊严和符合人性的生活条件的肯定,对人类解放和自由的追求等等,它体现的是一种人文精神^[8]。康德的四大问题充分体现了对“人”的关注:我能够知道什么?我应当做什么?我可以期望什么?人是什么?康德曾经指出:前三问都与最后一问有关,前三问的结果就是最后一问的答案。而前三个问题都表现对人的命运的关切和对人的自由尊严的追求,最终都关涉到最后一问的“人”上。总体来说,人只能作为目的,而不是工具。因此,要尊重人的生命、

情感、意志本能的意义和价值,把人当作有价值的追求目标。

中国哲学智慧中历来有注重人文关怀的传统。中国思想的源头《周易》(《周易·贲辞》)强调以“人文”治理天下:“文明以止,人文也。观乎天文,以察时变;观乎人文,以化成天下。”儒家思想中也有浓厚的人文关怀意识。孔子说:仁者“爱人”(《论语·颜渊》),“己欲达而达人,己欲立而立人”(《论语·雍也》);孟子说:“老吾老以及人之老,幼吾幼以及人之幼。”(《孟子·梁惠王》)道家思想中也有对他人的关爱意识,《老子》也认为,“我有三宝,持而保之。一曰慈,二曰俭,三曰不敢为天下先”(《老子》第67章)。在各种德性中,老子最为强调的是这三个方面,而慈爱他人是重要的内容之一。可见,中国传统文化蕴含着丰富的人文精神,体现对他者的尊重与关爱。

人文关怀价值理念在当代中国化的表述与要求就是坚持以人为本,即是说,在社会发展过程中,人处于首要地位。而在医疗改革的过程中,过于注重理性,过于讲求效率与利益,“人”却摆在不重要的地位。可以从以下两个方面看:一方面,在医疗改革的决策过程中注重理性设计,而缺乏人文关怀。由于对医疗卫生系统的复杂性认识不够,相关制度不是在社会调研、充分听取民意的基础上完成的,而是处长起草,上级审阅,层层批复下来的。决策人员没有考虑医院管理过程中可能出现的问题,即主要是针对“人”出现的相关问题,没有把医院管理者、医务人员、患者等“人”作为医疗改革的最高目的。

另一方面,医务人员对待病人缺乏人文关怀,造成医患关系紧张。医生因患者而生,医学因疾病而发展,而患者通过医生摆脱病魔,恢复健康,医患关系应成为和谐共同体。但目前,整个医患关系处于紧张状态。一是过度劳累挫伤了医务人员的工作积极性。医患比例不合理等因素致使医务人员工作负担过重,没有时间和精力对患者进行关爱,自己被看成看病、治病的机器。与发达国家相比,中国医生的数量远远不足。据统计,2009年,全国平均每千人拥有医生约1.7人,而美国约为2.6人。医患比例失衡造成医务人员工作负担过重。二是部分医务人员职业道德素质低,缺乏医德、医风。“华佗再现”、“白衣天使”的精神影响力已经被利益冲刷,医务人员的医德、医风在市场经济的影响下发生了变化,追逐经济利益成为重要目标或需求,缺少对患者的关爱。

为此,弘扬医改决策过程的人文精神,改善医改

运行中医务人员的人文关怀因素,在一定程度上避免理性的过度扩张,是成就新医改的前提条件。因为人文关怀的缺失,“将带来静止的状态,在这种状态中,人几乎成为物。那时,我们将面临一种难以想象的两难境地,即人类虽然获得了对现实存在的最大程度的理性控制,却也失去了任何理想,变成了仅仅凭冲动行事的生物”^[9]。德国社会学家曼海姆(Karl Mannheim)告诉我们,过度理性并不能带来医改的成功,而加强人文关怀,把“人”作为最终的目的,是必要之举。

(二) 确证医疗机构的伦理实体性

确证医疗机构的伦理实体性质,就是要求医院等医疗卫生机构作为集体单位履行机构自身的道德义务,防止作为集体单位而造成的道德虚无或抽象性,承担起其自身的道德责任。

个体、集体到实体,进而转化为道德主体需要经历两个辩证过程,“第一个过程是由个体、经过集体向实体的辩证发展。这一辩证过程的实质是个体扬弃自己的个别性获得内在的实体性,从而成为伦理的存在。集体获得内在的精神或‘集体灵魂’而扬弃组织形式的外在性和抽象性,从而成为由伦理性精神所创造的实体或共体。第二个过程是由实体向主体的辩证发展,这一辩证过程的实质是集体在获得了伦理的实体性之后,作为整个的个体成为道德即道德行为和道德责任的主体”^[10]。就是说,不仅是个体要扬弃自己的个别性,成为伦理存在;作为个体辩证发展过程中的集体也要成为伦理实体,成为真正的伦理存在,从“整个的个体”出发,最终成为道德主体,承担其道德义务。

在黑格尔看来,“实体性”就是人的“共体”或公共本质,就是普遍性,“伦理本性上是普遍的东西,这种出之于自然的关联本质上也同样是一种精神,而且它只有作为精神本质才是伦理的”^[11]。集体“作为‘整个的个体’”,就是伦理实体的现实体现,因为“伦理行为的内容必须是实体性的,换句话说,必须是整个的和普遍的;因而伦理行为所关涉的只能是整个的个体,或者说,只能是其本身是普遍物的那种个体”。作为伦理实体的集体,在行动过程中就会从伦理普遍性出发,就是说,作为其具有的实体性,其行动必须是整个的、普遍的,也只有这样才具有伦理性。

当前,中国的医疗机构作为集体,就要成为现实的伦理实体。而在医改过程中,或是在医疗服务过程中,医疗机构并没有意识到自己所具有的实体性,并没有从社会整体的、普遍的利益出发,而只是一味

地追求效率与利益,丧失了自身的公共品性,成了追逐效率与利益的机器。医疗服务机构应该从社会的“整个的个体”出发,从公共本质、共同体出发,从社会普遍的利益出发,从而体现伦理性,成为真正的伦理实体,从而能够承担自身的道德责任,履行义务。

(三) 增强医务人员的道德责任感

如何使医疗人员等个体把外在的规范转化为内心的道德律,形成正确的道德观,进而能够履行道德主体的义务,这是至关重要的。

如前所述,个体要获得伦理性存在就必须扬弃个别性,获得实体性。个体行动必须是整个的、普遍的。在黑格尔看来,个体伦理存在的现实性是作为“家庭成员”与“民族公民”,其行动必须是从整个家庭或民族出发的^[11]。个体只有从整体出发,向实体回归,才能成为道德主体。

而对于道德主体来说,道德行为以履行义务为基础。“道德作为一种行为的‘应当’是对主体的要求,它虽然并不一般地否定人的权利,但它强调人的义务和责任”^[12]。黑格尔“道德世界观”的基本内涵突显了“义务的本质性”,他认为:“道德世界观是由道德的自在自为存在与自然的自在自为存在的关系构成的。这种关系以两种假定为基础,一方面假定自然与道德(道德的目的和活动)彼此是全不相干和各自独立的,另一方面又假定有这样的意识,它知道只有义务具有本质性而自然则全无独立性和本质性。道德世界观包含着两个环节的发展,而这两个环节则处于上述两种完全矛盾的假定的关系之中”^[11]。与上述两个假定密切相关,“道德世界观”包含着“一系列的公设”,最终形成了两个预定的“和谐”——“道德与客观自然的和谐,这是世界的终极目的”;“道德与感性意志的和谐,这是自我意识本身的终极目的”^[11]。黑格尔的“道德世界观”一方面肯定了义务与客观世界是相关的,不是康德的“为义务而义务”的“纯粹义务”;另一方面坚持在自然与道德、义务与现实的矛盾冲突中“义务的本质性”,主张以道德规律统摄自然规律的道德观。正如他说:“道德之所以是道德,全在于具有知道自己履行了义务这样一种意识”^[11]。只有履行义务,才能把“应然”转化为行为的“实然”。

作为医疗机构的工作人员,对自己的道德责任和义务认识不足,就会追逐利益、对病人缺少关爱。就会缺乏对医患及其家属的耐心、细心、爱心等;甚至在利益驱使下乱开药、多开药、开贵药等行为。医务人员只有增强道德责任感,对自身的道德责任和义务有清楚的认识,才能在实践中体现道德自我,最

终实现自身的价值。由此,可以缓和医患矛盾,加快医疗改革的进程。

综上所述,鉴于医改的伦理本质,医疗卫生制度架构应在吸收传统医德合理内核、结合社会转型伦理创新的基础上进行设计。同时,加强医改过程的伦理建构,这也是医改能否获取公众支持,获取成功的基础。

三、结论与建议

对理性的过度依赖导致中国医改在整个制度设计上失去了方向,而伦理道德等价值理性的缺失同样使医改在实践过程中失去了约束。西方发达国家有一个伦理审议委员会专门负责对国家重大决策进行伦理评议,最终决定该政策能否付诸实施。这给我们提供了有益的参考和启发。而事关国家长治久安的医疗卫生改革,未能深刻领会并贯彻医疗问题本质上是伦理道德问题这一命题,在制度设计和政策实践中不能充分体现伦理的核心地位,必将偏离医改的正确方向。

建构医改的伦理本位,高度重视医改中的“人”的因素,这是问题解决的关键之所在。美国著名学者何汉理(Harry Harding)在其《重新思考中国》一文中认为,与其说“中国最大的危险是经济”,不如说中国的危险是生态与疾病,其严重性远远超过人们了解的程度^[13]。在某种程度上,何汉理所言为中国医改的紧迫性和严重性作了注解。而就中国医改而言,回归医改的伦理本质,才是中国医疗卫生改革成功的哲学基础。

参考文献:

[1] 走自己的医疗保健之路[ED/OL]. 联合早报网. [2009 -

08 - 18]. <http://www.zaobao.com/special/singapore/pages4/2009ndp090818a.shtml>.

[2] 马克思·韦伯. 文明与精神[M]. 冯钢,译. 杭州:杭州大学出版社,1999:159 - 160.

[3] 马克思·韦伯. 新教伦理与资本主义[M]. 阎克文,译. 上海:上海人民出版社,2010:275.

[4] 医改征途:公益与效益交困的制度之痛[EB/OL]. 中国联合商报. [2008 - 03 - 24]. http://www.cubn.com.cn/News3/news_detail.asp?id=3163.

[5] 国务院发展研究中心课题组. 对中国医疗卫生体制改革的评价与建议[EB/OL]. [2012 - 05 - 15]. <http://www.wenku.baidu.com/view/fcfd16e8b8f67c1cfad6b813.html>.

[6] 世界卫生组织. 中国医疗公平性位居世界倒数第四[EB/OL]. [2012 - 05 - 20]. <http://www.business.sohu.com/20060320/n242366002.shtml>.

[7] 孙慕义. 后现代卫生经济伦理学[M]. 北京:北京人民出版社,1999:67.

[8] 俞吾金. 人文关怀:马克思哲学的另一个维度[N]. 光明日报,2001 - 02 - 06.

[9] 郑也夫. 代价论[M]. 北京:三联书店,1995:150.

[10] 樊浩. 伦理的实体和不道德的个体[J]. 学术月刊,2006(5).

[11] 黑格尔. 精神现象学[M]. 下卷. 贺麟,译. 北京:商务印书馆,1979:8,9,126,130,157.

[12] 唐凯麟,龙兴海. 个体道德论[M]. 北京:中国青年出版社,1993:138.

[13] 陈有为. 中国面临的危险是什么?[EB/OL]. [2012 - 05 - 16]. http://www.bokee.net/newcirclemodule/article_viewEntry.do?id=652733&circleId=115282.

On the Ethical Nature of Health Care Reform

LU Aiyong

(School of Humanities, Southeast University, Nanjing 211189, P. R. China)

Abstract: It is a contemporary issue in Chinese contemporary philosophy that reflects the underlying failure causes in the health care reform started in 1999 from philosophy perspective and researches the success basis of the health care reform. It's been showed in the research that excessive rational in the health care system design and lack of ethics are the core reason for the failure. The author believes that it should be constructed the ethical content of health care reform and returned to the ethical nature of health care reform.

Key words: health care reform; rationality; ethics

(责任编辑 彭建国)