

新时代卫生资源分配决策的价值理性及规范价值探讨

巍 怡*

西南政法大学政治与公共管理学院 重庆市 401120

【摘要】卫生资源的短缺和浪费现象较为普遍,医疗控费及其管控措施也会不断被强化。卫生资源分配不单是需要借助经济学方法提供决策证据,更应重视价值判断讨论资源分配决策的“应然”问题,不同价值观的偏好深刻影响宏观卫生资源分配制度的设计。在健康中国的国家战略执行新时期,有必要探讨影响卫生分配决策的主流价值观及其决策伦理价值规范,发展适合本土卫生发展的价值观,重视基于价值的卫生服务体系设计,有助于展开负责任的决策行为和政策执行。

【关键词】基于价值;卫生资源;分配决策;健康中国;伦理规范

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.06.013

A value-based health allocation decision-making and the normative value study in the new era WEI Yi

Department of Politics and Public Management, Southwest University of Politics and Law, Chongqing 401120, China

【Abstract】 The shortage and waste of health resources is common, and the healthcare expenses and their control measures will continue to be strengthened over the years. Health resources allocation is not only based on the decision-making evidence through economic analysis methods, but also related to the value judgments on the “ought to” distribution issue. The preference of different values deeply affects the design of macro health resource allocation system. In the New Era of “Healthy China” national strategy implementation, it is necessary to explore the mainstream values and decision-making ethical principles that influence the health resource allocation decision-making, develop values suitable for local healthcare development, and focus on the design of value-based health service system, which will help to carry out responsible and rational decision-making and policy implementation.

【Key words】 Value-based; Health resource; Allocation decision-making; Healthy China; Ethical principles

1 从全球医疗控费到基于价值的卫生决策

十九大报告提出:“实施健康中国战略。人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志。”新时期健康事业的运行有待实现卫生资源的精准投入、合理有效的使用。对于发展中国家而言,未富先老、慢性病发病率高、疾病负担重、旺盛而多样化的卫生需求增加等给卫生保健服务的可及性、可负担性和质量带来一系列挑战。国际国内合作研究测算表明,如果保持现有增长态势,中国卫生支出占GDP的比重将从2014年的5.6%上升至2035年的9%以上。^[1]各国卫生资源投入占比呈现上升趋势,而卫生资源的

短缺和浪费并存,医疗费用上涨和浪费是各国普遍的情况,2017年关于经合组织国家卫生费用报告显示,即使在OECD国家仍有近20%卫生资源被浪费,其中,卫生保健系统的腐败、医疗欺诈等是主要原因之一。^[2]如何防治浪费并提高资源的使用效率一直是各国卫生改革的关切点。

近年来,随着老龄化加速、医疗服务价格上升、防卫式医疗、高新技术滥用等加速了卫生支出增长,各国为应对卫生费用,严格控制医疗费用支出在可负担的水平上,常见有三种管制路径,第一种是通过设置固定预算限制来预防浪费,通过医保控费,采用总额预付制、按人头付费、DRGs等支付方式进行成

* 基金项目:国家社会科学基金青年项目(13czx082)

作者简介:巍怡,女(1983年—),博士,副教授,主要研究方向为卫生政策与管理,医事法与伦理。E-mail:tinawei1983@gmail.com

本控制,抑制增长趋势。在中、低收入国家和地区,这种成本控制政策会直接影响卫生服务的质量,因为低价和高质量是不兼容的目标。第二种是减少政府投入在卫生费用支出的占比,将成本转嫁给社会和个人,比如提高个人自付比、提高保费、抬高报销门槛等措施,直接提高病人自付比是一种不公平的分配方式。第三种方法是政府制定并展开卫生资源的优先次序分配,设置医疗服务、药品使用、保险报销的优先目录。这种方式主要依靠限制使用的手段,然而关于对谁优先、如何优先充满争议。因医疗领域的信息极度不对称,上述费用管控措施效果欠佳,医疗服务的选择往往是由专家和医院来决定,而费用则是由医保和个人买单。尽管在机制设计方面采取监管、限制使用、优先分配等路径,但缺乏基于价值的卫生系统共识,则很难对微观医疗行为实现实质监管。

一些学者调研发现,在卫生资源分配的地区实践中,决策者并不主要依赖基于证据的循证决策,而更多会采用经验决策和理性决策兼顾的方式。^[3-4] 价值观和偏好存在主观性和不稳定性,特别当不同社会、群体和个人关于健康投入的认识水平、购买能力和政治意愿不尽相同时,较难做出多方都满意的最优抉择。尽管经济学作为显学且有严密的数理逻辑证据,但是,真实世界的卫生决策更多会因为个人和集体所遵循的道德信念、价值观展开决策行为,借助经验和有限理性,在公平的程序中与各利益相关方博弈,从而找到多方都相对满意的平衡方案。单纯从经济学角度探讨是远不够的,需要重视规范价值判断的回归,并结合本土的社会偏好和社会价值观,帮助决策者作出让社会成员信服、又能促进整体健康效用最大化的分配政策。近年来,有国内学者基于价值对决策理念和标准展开探讨^[5-7],但总体来看,相较于数据分析和卫生经济学角度的丰富研究,卫生决策的价值理性、价值规范相关研究仍显不够。

2 哲学价值观影响下的卫生资源分配决策的主导范式探析

当某种价值观成为某个区域卫生决策主流价值观,会进一步影响某个国家或地区的卫生制度安排。不同国家和地区主流价值观会演变为不同的决策偏好。社会人口、政治、文化、宗教和经济发展水平不同,一个社会所珍视的主流分配价值观在另外一个社会可能是不被重视的,如北欧、英国推崇卫生资源

分配的平等主义和社群主义,政府主张全民免费医疗,而美国追逐分配制度的自由主义,强调自我决定和自我负责。从美国医保变迁历史来看,经历了克林顿全民医保方案的搁浅、奥巴马政府力排众议推行全民医保法案,特朗普政府新上任不断挑战全民医保制度,想要回归医保自治。上述实践可见,除了各国分配主流价值观差异较大,甚至在同一国家的不同时期,卫生资源决策的主流价值观也会因卫生政治环境而不断摇摆。借助经典分配价值观去审视重大卫生体制的走向和抉择,能为卫生资源分配决策提供论辩式的价值判断和规范性审思。

2.1 平等主义分配价值观与决策

罗尔斯正义论强调社会基本物品是经由社会制度所分配的,包括收入和财富、机会和权力、权利和自由等。罗纳德·德沃金(Ronald Dworkin)进一步指出,基本物品除了社会基本物品,也包含自然的基本物品,那些受社会制度影响,但非直接由社会来分配,包括如健康、智力、体力、想象力、以及天赋的才能。德沃金认为罗尔斯设计的差异原则仅考虑社会基本物品,而没有考虑那些天然劣势的人,这些人的先天不足无法得到补偿和纠正。德沃金提出要补偿自然劣势人群的几种方式,包括保险方案、税收及再分配方案、个人自担责任的拍卖理论,其中,保险是为了使得社会境况平等化,而拍卖理论则是对个人自由选择的尊重。^[8] 他的理论吸收了社群主义和自由主义,可以用来解释为什么同一个社会存在保险的双轨制,即我们需要公共医疗体系的同时,也容许人们可以购买私人医疗保险。平等被视为分配正义的核心内容,并不等同于平均主义,丹尼尔(Daniels)继承罗尔斯正义的思想,主张医疗卫生领域的平等主义。他认为医疗保健的道德重要性是保护平等的机会,即无论人们的社会经济地位如何,人人都有获得医疗保健的权利。但他认为对不同需要的病人应当有不同的对待才合乎公正^[9],这符合罗尔斯提出的垂直公平和水平公平的区别。柯亨(Cohen)提出平等主义是正义的通货(currency),即在一个平等的社会里,人人都应获得平等的基本尊重。^[10] 但对于平等的基本尊重更倾向于定性的思辨,而对于资源分配并没有形成共识的量化标准。

2.2 功利主义分配价值观与决策

从功利主义的角度来看待行为、规则或决定时,会认为总效用的最大化即是合理。因此,功利主义

更偏好使用那些有助于社会整体健康改善的医疗服务和技术,以获取人口健康的最大增幅。这种模式强调的是人群整体收益,会忽略或牺牲部分人,尽管个别人会有较大的疾病负担或者医疗需求。但从另一方面来讲,这种费用平衡调控对那些追求高昂或更高新医疗技术的行为会有一定遏制,因为那些性价比不高的技术会从基本医保目录中被剔除。医疗领域的功利主义并不总能实现健康的公平分配,特别是个别人极大的医疗需求可能不会被公共保险或者财政所满足。倾向于功利主义的决策者可能会考虑成本而放弃救治患者,也会为保证大多数人利益而牺牲少数人利益,这些方法缺乏类似平等主义对公正问题的考量,即认为多数人的公正即是公正。卫生实践决策中更多人偏好功利主义分配观,因为能更好的控费,并获得多数人的支持。

2.3 自由主义分配价值观与决策

自由主义模式最重要的原则是确保个人的权利和私有财产的自由,而国家不应该干涉公民的相关权利。自由主义会认为,在一个真正自由的社会,卫生保健系统应基于自由市场原则。每个人支付自己的个性化需求,类似全民医保等任何形式的强制性再分配是不道德的。除了最低限度的公共医疗服务包,分配必须通过自由市场机制来实现。这也直接导致医疗保健提供的分层,即有钱的人可以投资更多到医疗服务,只要他们愿意,而穷人只能遵循健康相关行为(不生病)来降低卫生资源需求。

自由主义者强调个人自主选择权利,有两种分型:一是强调自由的分型,认为每个人为自己的健康需求买单,费用通过私人医疗保险直接或间接的支付,医疗服务应该由私人机构或组织提供。如诺齐克的观点,“社会没有义务支付给那些因为自然或社会运气处于不利地位的成员的医疗需求,对他人救助是一种慈善,但不能被强制执行。”弱自由分型认为,个人负责自己的健康,但社会负责创造平等机会,社会也可以要求个人提供财政捐助或自担部分费用。强自由主义的医疗市场体系将导致一种情况,即大部分人在生病时很少或缺乏社会支持。从欧洲将全民公费医疗视为一个非常理想的社会制度,而美国过度强调所有权和个人自由处置权利,导致很多人通过反对税收或全民保险以支持公共医疗。即使处于慈善的冲动最终形成基本卫生服务包,在一个自由主义的社会很难形成由政府主导的

公共医疗系统。^[11]这也是国家基本医疗保险建构被世界广泛认同,而美国例外的原因,比如奥巴马医改法案遭受特朗普政府的挑战。医疗保健预算是有限的,为保障平等机会,社会必须优先普及基本卫生服务,这导致很多国家同时运行集体支付基本保健服务包和私人保险支付的双层模型,由国家保基本医疗,私人保险提供更好的附加服务。

2.4 社群主义分配价值观与决策

社群主义并不关注个别医疗需求或常见的疾病,但关注社会特定的价值观和标准所确立的基本医疗。社群主义基于整个社会和公共卫生的最大福祉,会从经济理性和政治伦理上坚持所有公民享有医疗保健获得的平等机会。有学者提及,美国的医疗体系受到了经济危机的影响,这种危机侵蚀了社会维持凝聚力的社会和政治价值观,美国迫切需要将社群主义价值观转换成实践的公共政策。^[12]

区别传统的社群主义所认为的个人的权利和利益应服从共同利益,近年来出现的社群主义的分支——自由主义的社群主义认为,一个特定的社会优先事项由集体决定,与此同时,也应关注创造个人发展的机会,让个体尽可能参与制定他们自己的生命计划。^[13]新社群主义试图平衡个人权利、自由与社会的共同利益。在传统的社群主义中,社会参与、合作和审议被高度重视,因为这些实质决定了个人对社会利益的贡献。^[14]我国社会的价值观,也曾经历了从集体主义为主到重新肯定个人价值的过程,自由主义的社群主义在重视群体价值的基础上综合考虑个人医疗需求,比如在医保领域,全民基本医保体制外,国家加强对困难人群的大病保险补充,并提倡有能力的个体参加商业补充保险。

与自由主义不同,医疗保健系统中社群主义体现的是,以一个家长式的方式引领人们生活,较少个人成分,更多社会集体成分。社群主义确保社会的健康整体处于较好的水平,但同时会产生许多失利的团体,比如一些患罕见疾病或治疗需要昂贵、高科技手段的人,公共资源对他们的需求无法都满足。社群主义专注于公共利益,但给个人合理索取公共医疗资源留下空间。^[11]这与功利主义略有不同,即追求宏观群体绩效的同时,也要平衡个人利益,并重视群体价值观的偏好和选择。

3 卫生资源分配决策的规范价值分型比较

上述自由主义、社群主义、平等主义和功利主义

对卫生分配决策的影响并非一对一割裂的,很多国家会选择一种作为主流核心价值,某个地区的决策分配实践往往会融合几种价值观。改良的自由主义模式偏好通过医疗服务和干预措施来提升个人机能,这将创造更多的平等机会。传统社群主义模式将优先重视为提高社会运作的卫生保健,新社群主义模型同时考虑对社会和个人都有作用的医疗服务。平等主义模式偏好对境况最差、有很大的疾病负担的患者提供医疗服务。功利主义模式会优先有效和符合成本效益的服务和干预措施,优先考虑严重危害人的健康常见病,因为这将是增加总人口健康的最佳途径。^[15]比较来看,自由主义强调对个人的关注,提升自我健康也间接促进群体健康,功利主义、社群主义价值观都直接将群体健康的效果视为宏观卫生资源决策的重要因素,近年来逐渐重视个人效果的保障问题,平等主义作为修补器,关注群体中的“短板”,特别是弱势群体的健康问题。

卫生资源分配决策的平等主义,从效果或者手段获取程度而言,是要实现人人享有平等的健康状况和福利效果,或医疗保健服务对于每个人平等可及。根据干预分配的程度不同,有强平等主义和弱平等主义两个分型。弱平等主义强调每个人的平等自由和平等权利,强平等主义关注创造环境,加大个体尽可能多地在健康方面与别人趋同的可能性,最弱势群体可以得到额外的关心和照顾。因此,卫生资源会倾斜照顾那些由较多疾病负担的患者群体。正如全球卫生法著名学者 Gostin 教授提出,社会正义的价值应保证为世界上那些处于社会底层的大多数人们提供平等的条件。为了让世界人民的身体健康达到高水平,需要有创新性的方法来动员各种资源、制定优先顺序、协调活动、监督进展。^[16]社会正义价值应当融入卫生政策实施的全过程,特别重视提供给低阶层人群获得健康可及的公平机会。医疗保健获得的不平等,尤其容易影响到社会弱势群体包括老年人、难民、移民、儿童、流动人口和无家可归者。以我国实施健康扶贫工程为例,加大对建档立卡农村人口的大病保险和救助就是出于平等主义的考量。平等主义在卫生分配宏观制度方面有序递进安排,可以体现在从弱势群体的健康保障再拓展到实现全民的健康。

功利主义价值观在实践中被广泛使用,其对群体健康的优先关注,可以用最小成本获得最大卫生效果,也符合卫生资源分配的理性决策模式,但容易

忽视少部分人群的健康生命权益,一定程度上是对公平正义卫生事业发展的挑战。功利主义的分配方案在后续效果监测过程中需要关注不确定性和时间。卫生资源投入产出过程中受到健康多种影响因素的影响,其政策结果是不确定的,且结果往往需要较长时间才能观测得到,对未来的健康收益需要考虑贴现率的问题。

自由主义模式下分配卫生资源,会将“为自己健康负责”作为核心理念,一是将个人行为责任融入分配的考量,或者通过在基本医疗包里排除支付某些医疗服务项目,倒逼人们遵守健康生活方式;二是引入奖励制度,激励健康行为,比如奖励保持健康的人或一年内没看病的人,其医保年费可适当降低。但这也可能引发一些争论,比如有些不健康因素如基因遗传不是人为可控的,陷入有贫者恒病的魔咒;而采取奖励式的惩罚措施,也涉嫌歧视如老人、慢性病人。

从卫生资源配置宏观决效果来看,社群主义模式下正义的医疗分配不是满足某个人的医疗需要,而是需要通过特定社会的价值观和标准来确定什么是社会认可的基本医疗保健。个人自由主义往往追求最好和最长寿命,可能引发卫生成本趋升,而社群主义分配则可成为一种扭转增长趋势的方法,重在确保社会大部分人可以享受适宜的生活。将共同利益和社会健康放在首要地位,国家或社会可以要求个人展开负责任的健康行为,以促进这一共同利益。基于这一理念社群主义可以合法化公共系统的监督或控制角色,对不负责任的个人或行为施加压力和惩罚措施,避免资源浪费。

4 小结和展望

卫生宏观决策从机制建构基础方面需要重视价值规范。有学者提出,卫生资源分配要解决公民、社会、利益相关者之间的关系,以及代际间的道德顾虑,重视一些非常重要的原则如关怀、保护弱势或边缘化人群、团结、社会责任、相互依存、代理、自由、善治、力量平衡等。^[17]有学者归纳一些通用价值,认为分配过程方面要保障透明度、问责制和参与度,分配的实质内容一般包括临床疗效、成本效益、正义/权益、团结和自治。^[18]卫生实践需要借助正确的决策价值观而改良,比如遵循平等主义会通过立法确保人人享有基本医疗保健,综合社群主义、自由主义价值观去要求一些在健康行为方面不负责任的人付出更

多代价,从功利主义角度去设计医保支付机制,以维系卫生资源的收支平衡和可持续发展。

发达国家卫生系统有持续关注卫生分配政策领域的价值研究。近年来,欧洲从宏观政策抉择上升到从法律层面探讨卫生资源分配的制度建构问题。比如,2017年9月在挪威召开的第六届欧洲卫生法学大会,会议的主题是“健康权利条例和欧洲卫生保健资源的分配”,会议提出为了实现以价值为基础的医疗保健,欧盟和单一国家要重视法律建构,以提高成本效益和平等优质的服务。我国在基本卫生立法的草案中也进一步明确了政府对健康权的重视和保障,但如何保障,缺乏更细致的规划设计和机制安排。

卫生资源分配的决策价值观研究在中国刚刚起步,目前侧重经济学方面的效果测算和临床循证决策,而缺乏富含价值判断的宏观决策研究。医学科学领域的一系列技术创新如人工智能、基因治疗、远程医疗、个性化医学等,也加深了对卫生资源短缺的挑战,很有可能导致更昂贵的诊断、药品和医疗设备。当下社会更加重视医疗保健的安全、性价比和病人的权利,而在资源日益稀缺的趋势下要实现公平、满意度、可持续发展的卫生发展目标,比以往难度更大。中国作为社会主义国家,必然会坚持合衷共济的原则,坚持卫生公益性的导向,一些更为详尽的基于卫生分配决策价值的评价体系有待不断被开发和利用。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] World Bank Group, World Health Organization, Ministry of Finance, P. R. C., National Health and Family Planning Commission, P. R. C., Ministry of Human Resources and Social Security, P. R. C.. Deepening Health Reform in China: Building High-Quality and Value-Based Service Delivery[R]. Washington, DC: World Bank, 2016.

[2] OECD, Releasing Health Care System Resources: Tackling Ineffective Spending and Waste[R]. Paris: OECD Publishing, 2017.

[3] Bekemeier B, Chen A L, Kawakyu N, et al. Local public health resource allocation: limited choices and strategic decisions [J]. American Journal of Preventive Medicine, 2013, 45(6): 769.

[4] Baum N M, Desroches C, Campbell E G, et al. Resource allocation in public health practice: a national survey of local public health officials[J]. Journal of Public Health Management & Practice, 2011, 17(3): 265.

[5] 刘丽杭. 卫生部门治理: 战略与机制[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7(11): 30-36.

[6] 叶子辉, 王兆良. 新医改伦理价值的实践困境与政策应对——以按病种付费政策为例[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(2): 46-53.

[7] 峻怡. 福利社会卫生资源优先配置的伦理标准探析[J]. 道德与文明, 2014(2): 112-118.

[8] Dworkin R. Sovereign virtue revisited[J]. Ethics, 2002, 113(1): 106-143.

[9] Daniels N. Justice, health, and healthcare [J]. The American Journal of Bioethics, 2001, 1(2): 2-16.

[10] Wolff J. Fairness, respect, and the egalitarian ethos[J]. Philosophy & Public Affairs, 1998, 27(2): 97-122.

[11] Buyx A. M. Personal responsibility for health as a rationing criterion; why we don't like it and why maybe we should [J]. Journal of Medical Ethics, 2008, 34(12): 871-874.

[12] Tauber A I. Medicine, public health, and the ethics of rationing [J]. Perspectives in biology and medicine, 2002, 45(1): 16-30.

[13] Hoedemaekers R, Dekkers W. Justice and solidarity in priority setting in health care [J]. Health Care Analysis, 2003, 11(4): 325-343.

[14] Bellah R. Community Properly Understood: a Defense of Democratic Communitarianism [M]//Etzioni A, ed. The Essential Communitarian Reader Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1998: 15-19.

[15] Hoedemaekers, R., Gordijn, B., & Pijnenburg, M. Solidarity and justice as guiding principles in genomic research [J]. Bioethics, 2007, 21(6), 342-350.

[16] 劳伦斯·O. 戈斯廷. 全球卫生法[M]. 翟宏丽, 张立新, 译. 北京: 中国政法大学出版社, 2016.

[17] Kenny N, Giacomini M. Wanted: A new ethics field for health policy analysis[J]. Health Care Analysis, 2005, 13(4): 247-260.

[18] Clark S, Weale A. Social values in health priority setting: a conceptual framework[J]. Journal of health organization and management, 2012, 26(3): 293-316.

[收稿日期:2018-04-28 修回日期:2018-12-02]

(编辑 刘博)