

基于合理问责框架的卫生政策制定公平性分析

——以新医改方案为例

巍 怡^{1*} 王 林² 贺 加¹

1. 第三军医大学 重庆 400038

2. 总后勤部科训局 北京 100843

【摘要】由于卫生资源的有限与卫生需求增长之间的矛盾,近年来卫生政策研究的焦点之一是通过资源分配的优先次序研究,帮助决策者对卫生资源进行有效和公平的分配。从上世纪 90 年代末开始,合理问责框架逐渐成为保障卫生优先次序分配程序公平性的主导范式之一。本文利用合理问责框架,以新医改政策制定为例对卫生政策制定的公平性进行分析,认为关联、修正/上诉两个条件的公平性较差,公开、执行两个条件从形式上而言具有较好的公平性,但是就实质公平而言仍有可努力的空间。建议加强决策过程的透明公开,实现各利益相关方的参与赋权;提高政府决策能力并落实政治承诺;最后提出建构程序公平的四个路径。

【关键词】合理问责; 卫生系统; 政策制定; 公平性

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.08.010

Analysis on the perspective equity of health policy-making based on accountability to reasonableness framework: A case study of new healthcare reform

WEI Yi¹, WANG Lin², HE Jia¹

1. The Third Military University, Chongqing 400038, China

2. The General Logistics Department Training Department, Beijing 100843, China

【Abstract】 Because of the growing contradiction between limited health care resources and health needs, one of the health policy research focus in recent years is through the setting resources priorities to help policy-makers allocate health resources in an effective and equitable way. From the late 1990s, Accountability for Reasonableness (A4R) has become the dominant paradigm of procedural justice in the health allocation priority setting. Through the framework of A4R and based on the case study of health reform plan making process to evaluate the fairness of health policy making. The preliminary evaluation of “Relevance” and “Revisions/Appeals” conditions were far from fair, while the “Publicity” and “Enforcement” conditions were more fair in appearance but not satisfactory in more detailed substance and essentials. The suggestion is to strengthen the decision-making process more transparent to enable the stakeholders participation with empowerment; improve government decision-making capacity to fulfill the political commitment; the further proposal is on the construction of fair procedural through four paths.

【Key words】 Accountability for Reasonableness; Health system; Policy making; Fairness

关于“公平”有多种阐释, Daniels 认为获得卫生保健机会的均等性应作为公平的标准。^[1] Cook 认为

“公平”主要是指卫生产出平等、卫生服务的合理可及、卫生管理的效率、病人自主和责任。^[2] 近年来,

* 基金项目:第三军医大学人文社科基金重点项目(2011XRW02)

作者简介:巍怡,女(1983年—),博士研究生,讲师,主要研究方向为卫生事业管理。E-mail: tinawei1983@gmail.com

通讯作者:贺加。E-mail: hejiahj@126.com

关于卫生公平性的研究主要包括三类:第一类侧重于社会基础和道德范畴,研究公平的价值判断;第二类探讨导致不公平性的政治、社会、生物、心理等因素;第三类主要关注改善医疗卫生系统公平性的途径,涵盖卫生政策决策、分配、筹资、利用等环节的公平性设计问题,有学者认为分配性公正成为深化卫生改革的最佳途径。如何从社会政策、社会公平和社会平等的角度设计卫生改革模式,制定卫生发展的大政方针,已成为社会各界人士和卫生系统的普遍呼声。^[3]国内对卫生公平性的研究涵盖卫生经济、卫生服务、医学伦理、卫生制度和医改模式等方面,争议焦点集中于政府与市场的作用、医改模式的选择、公立医院改革与非公立医院的发展、激励与监督机制、医保设计、筹资和补偿等问题。这些热点争议主要围绕对于公平性问题的设计和考量,如何体现公平性成为改革效果的重要衡量标准之一。

2008年,WHO健康问题社会决定因素委员会发表报告《用一代人时间弥合差距》,呼吁各国政府和社会立即行动以实现卫生公平。^[4]近年来各国也开始重视这一问题,中国推行新型农村合作医疗,缩小城乡医疗保障水平差距。2009年中国新医改方案出台,中央层面实施了新的供方支付制度、降低药品价格、制定基本药物目录、控制高端科学技术的使用增长以及加强基本医疗体系等政策工具和创新改革措施,尝试解决城乡卫生资源分配不均、看病难看病贵的问题。地方医疗改革也积极“试水”,如“神木模式”通过公平的程序设计突破城乡差别的瓶颈,是实现制度公平的一种积极尝试。

虽然国内已在卫生公平性和医疗改革公平性领域开展较多研究和实践,但缺乏对卫生政策制定程序公平性的设计与评估,这直接影响了政府的治理能力和决策水平。程序公平是实质公平的前提和基础,本文尝试利用合理问责(Accountability for Reasonableness, A4R)框架分析探讨卫生政策制定的公平性问题,合理问责框架能为卫生保健决策者在提高决策公平性和增强公众问责性(public accountability)方面提供全面实用的指导。^[5]它是保障决策者对卫生系统优先次序设置程序公平性的指导框架,有助于政府在卫生供需矛盾激化升级的情况下,利用

更公平有效的方法推动卫生政策的实施。

1 利用 A4R 框架开展卫生政策制定公平性分析的可行性

1.1 A4R 框架衡量卫生决策程序公平的条件

A4R 框架是 Daniels 和 Sabin 于 1997—2002 年建立的一种卫生资源配置优先排序的公平程序的伦理学分析方法,其核心部分是关于公平程序的四个条件:公开(Publicity)、关联(Relevance)、修正/上诉(Revisions/Appeals)、执行(Enforcement)。主要内容是:(1)公开,决策的结果及其依据必须让利害关系者知道;(2)关联,决策所参考的证据或信息必须和决策所要达成的目标确实相关,以持公平观念的(Fair-minded)利益相关方认为有关联性为判断标准;(3)修正/上诉,有对决策的修正机制或上诉机制以应对挑战,包括给予利益相关方提出修改决策的机会和争议解决途径;(4)执行,有执行决策的机制,对过程进行自愿或者公共管制以确保前三个条件得以实现。^[6]

1.2 A4R 框架衡量卫生决策程序公平性的哲学基础

卫生政策程序伦理、民主审议理论和社会公平理论共同构成了 A4R 的伦理基础。卫生政策的程序伦理框架往往要体现诸如公平、包容、参与和透明的原则。程序伦理源于这样的主张,即在一个多元化的社会,存在相互竞争和矛盾的道德准则,在物质和政治层面有竞争的利益。一般的程序框架应努力确保利益是明确的并能恰当地被代表,审议过程是公开可见和可及的,政策决定也可能被质疑并修订,以保障合法性问题^[7],A4R 的四个条件与上述程序框架所努力确保的要素相吻合。A4R 从民主审议的理论中找到了它的伦理根源,立足于哲学伦理和政治哲学的学科基础,这些根源使 A4R 框架所指导的政策制定与更广泛的民主进程相关联。^[8]“社会公平理论”有三种学派的观点,包括效用主义的“最大多数人的最大利益”、罗尔斯公平主义所定义的“无知面纱”下的极大极小原则、古典自由主义与现代自由主义关于“自由约束”(相对自由主义)的阐释^[9],以上共同构成 A4R 公平性研究的伦理学基础。

1.3 运用 A4R 框架保障卫生政策制定程序公平的可行性

A4R 框架建立了卫生决策公平程序的基本规则,确保在公平、合理、合法的范围内制定决策。虽然目前 A4R 已在全球范围内迅速被接受,用以评价和提高不同卫生层级决策制定程序的公平性,成为了衡量卫生政策领域决策制定公平性的主导范式之一,但也存在两种主要批评观点:一是认为 A4R 并不通用,只适用在一些特定的政治文化环境中开展分析;另一种认为程序本身并不能告诉我们什么是对的或公平的,该框架没有提供实质标准^[10],不能充分解释一个机构应如何去操作,比如管理者应如何将关联(relevance)条件付诸实践等问题。创建 A4R 框架的 Daniels 等进行回应,认为 A4R 具有普适性,并举例称即使在一些政府不透明的国家,也比较审慎公开地在政策制定层面使用 A4R;对于缺乏实质标准的问题, Daniels 等认为,如果认可实质标准的存在,就不再需要建构一个公平的程序;然而程序建构并非是要列出达成一致的可能性,目前没有既定(已有)原则可以解决上述质疑观点和分歧,而在短时间内也不太容易达成一致的原则(去指导卫生决策制定)^[11],就操作层面而言,建立公平的过程比达成一致的实质标准更容易^[12]。从建构程序共识去推进卫生决策制定公平性的实现,是一种更为务实的框架。一些学者也在不断对 A4R 进行补充、细化、拓展、修正和完善,如以 A4R 为基础建立适用于卫生机构的修正模型(图 1)。^[8]

1.4 国外运用 A4R 框架分析卫生政策制定公平性的启示

国际社会已有较多运用 A4R 框架分析和评估卫生政策制定公平性的实践,一些学者在政策实践中检验 A4R 的价值,并不断从理论构架上完善 A4R。如 Martin 等通过研究卫生决策者的认知,识别、综合和讨论参与者的重要见解,重新提炼 A4R 的关联条件(relevance),并提出改善相关决策的合法性和公平性的建议。^[13] Gibson 等调研医疗机构,运用 A4R 分析决策者在决策过程中对公平性的考虑,发现权力的差别可能会对决策公平产生严重障碍,为努力降低权利因素所造成的差异,优化有效参与机会,提出了第五个条件“赋权”(empowerment)。^[14] Kapiriri 等对加拿大、挪威和乌干达卫生系统的宏观、中观、微观层面的决策者进行调研,考察他们对“公平”的认知,并总结出卫生系统决策制定公平相关的 23 个要素,其中 4 个普遍相关的要素是透明、参与、客观和以需要(need)为基础,此外,对比发现 23 个要素中,17 个要素与 A4R 的四个条件相对应。^[15]在中低收入国家进行的一项始于 2006 年为期五年的干预研究,对实验地区肯尼亚、坦桑尼亚和赞比亚的优先问题进行描述和评价,借助 A4R 框架制定并改善执行策略,并衡量其对质量、公平和信任指标的影响,以审查 A4R 在支持卫生系统绩效的可持续改善方面的潜能。^[16] Stephen Maluka 运用 A4R 框架分析坦桑尼亚某地区卫生优先次序配置的实施情况,进而为决策制定者就如何提高公平、合法和可持续的优先级制定过程提供指导意见。^[17]

以上国际研究可见, A4R 框架可设计和评估发展中国家卫生决策的公平性,通过在政策实践中的专业分析以检视理论的不足,使得 A4R 框架在各种复杂的政治经济环境下的普适性应用能不断完善。鉴于国内在运用 A4R 框架分析卫生政策制定的公平性方面的不足,以新医改方案制定为例运用合理问责框架进行回顾性评述。

2 基于 A4R 框架的卫生政策制定公平性分析:以新医改方案制定为例

中国新医改方案的制定过程,即是对备选方案

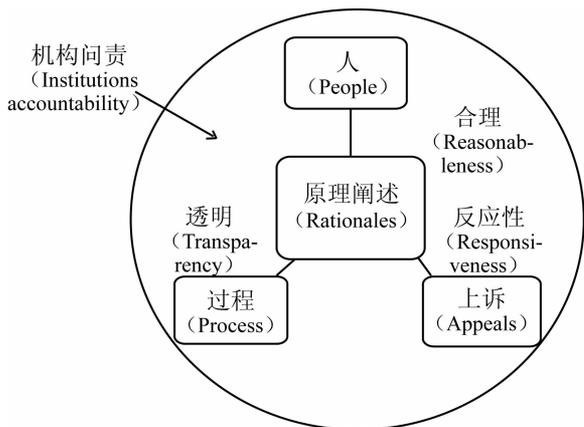


图 1 卫生机构优先次序设置责任模型

的取舍、整理和修改过程,是一种典型的卫生政策制定行为,旨在为新一轮医改实践提供实施纲领和优先发展的依据。以下运用 A4R 框架的四条件,以新医改方案的制定过程为例,分析卫生政策制定的公平性。

2.1 对公开条件的评价

从方案制定过程的公开条件来看,新医改方案征求意见稿和新医改正式方案的发布都比较及时和广泛,医改意见搜集阶段政府开辟互联网媒介等专门渠道广泛征求民意 3 万余条,达到公开条件的要求。但自草案形成到正式方案发布过程中,对公众反馈信息的收集整理、分析和上报工作做得不够,新医改方案最终公布前,尽管国内也有学者、媒体辅助公众意见的表达,如有北大、复旦、国务院发展研究中心、世界卫生组织、世界银行、麦肯锡咨询公司 6 套方案供政府决策参考,但这些方案没有对社会公众公开,仅在期刊或互联网上有少量文章或学者个人意见,内容多为针对几个方案的比较评析^[18],这些意见最终如何融入到官方发布的新医改方案并没有明确公开,也没有公开决策者对于方案的选择、取舍、整理的程序和标准,因此从政策制定而言,仅仅是将结论性的草案或方案进行公开,而缺乏形成过程相关环节的公开,总体而言公开性的强度偏弱。

2.2 对关联条件的评价

从医改方案制定过程的关联性来看,党的政策理念、利益关联方的建议、学术观点、媒体焦点、公众意见都汇成新一轮医药卫生体制改革的社会意识形态,这些意识形态交互在一起,并以各种具体形式或机制对政策过程产生深刻影响。有学者总结这一过程的特征:(1)公众参与和政治决策层对议程设置的影响力要远远大于其对备选方案的影响;(2)在备选方案的形成过程中,决策者的意识形态作用要强于利益集团的压力;(3)思想理论模式及作为其传播者的专家对政策过程的影响是复杂的,对政策方案的长期影响要比短期的影响更加显著;(4)社会媒体强化了国民情绪和政治决策者对特定政策问题的专注力;(5)权威行政部门在医疗卫生领域积累的政策经验对政策方案的设计制定起到至关重要的作用。^[19]以上可见,虽然中国医改蕴含了政府、医疗供方和需

方、学者、媒体等多方的共同作用,但仍主要是政府和利益集团(主要是医疗供方)决定着改革的进程与方向。医改的实践性决定了应当着力解决人民群众最关心、最直接、最现实的利益问题,公众是一个重要的利益关联方,是医改效果的直接承受方,但公众缺乏组织性、共同的利益目标、利益表达渠道和主动的表达意愿,导致公众的诉求对政策决策者的影响十分微弱,现有的状况不符合国际卫生政策实践中加强公众参与的趋势。从公众的重要性和其对决策过程的实际影响力角度来看,医改政策制定的关联性力度偏弱。

2.3 对修正/上诉条件的评价

从医改方案制定过程的修正/上诉的条件来看,方案制定过程中意见诉求渠道(主要是双向沟通和反馈两个层面)匮乏,各利益方的价值观、想法分享表达的机会较少,缺乏对方案内容的质疑、论辩、修改环节,卫生决策的合法性和合理性容易受到质疑,政策的可信度和依从性也将降低。修正/上诉条件力度偏弱特别体现在没有法定或公开明确的搜集和反馈意见的渠道,没有选择合适的意见代表的途径,没有制定各方意见的权重和依据、政策内容选择的标准和理由等,也没有对弱势群体的利益表达适当倾斜的政策保障。从而进一步造成各利益相关方缺乏公平的机会透过公平的程序参与到方案制定和质疑、论辩以及修正的层面。

2.4 对执行条件的评价

医改方案制定过程的执行力度不强,主要体现在两个层面:一是医改政策制定过程中,政府进行公共管制以确保前三个条件实现,因为决策执行机制方面略有不足而显得执行力不足;第二个层面是对方案推行和执行的预估,虽然依赖党和中央领导自上而下地推行,容易将改革方案全面传达和统一贯彻,但并未充分考虑执行细节和权责范围,也未设立相应执行监督体制,方案确定公布后各地存在中央和地方政策衔接不上的问题。有研究机构对 30 份省级医改方案的评述认为,虽然以中央的改革方案为总纲,但普遍缺乏地方特色和深入、细致、操作性强的改革措施。^[20]有学者用制度变迁理论从制度需求供给均衡的角度考察了新医改方案制度变迁的动

力机制和制度变迁的供需均衡点,在此基础上对新医改方案的可行性和有效性做制度预期,研究结论表明:新医改作为强制性制度变迁其“第一行动集团”已经出现,但形成有效的“第二行动集团”存在一定的客观障碍。其中,地方政府的制度供给能力值得担忧,而且监管很难。新的制度安排可能导致一些制度逃离行为,使供需均衡点发生偏移而不能很好地达到制度预期,需要防范并增加相应的制度供给。^[21]

3 运用 A4R 框架提高医改公平性的建议

3.1 加强决策过程的透明公开,实现各利益相关方的参与赋权

以 A4R 对现有卫生系统决策过程进行评价,发现公开(Publicity)、关联(Relevance)条件满足方面还有所欠缺。在新医改方案的制定过程中,由于没有公开学者和公众意见最终如何融入到新医改方案,也没有公开决策者对于方案的选择、取舍标准,导致民间曾经认为新医改方案宏观与抽象。借助 A4R 理论框架,保证卫生决策程序的公平性,应进一步研究如何从程序设计上体现对各方的价值观、想法的尊重,建构政府与政策受众(利益关联方和公众)的沟通机制,开拓理性诉求渠道,创新构建民主参与式决策监督模式。有社会共识支持的医改,才能具有更高的可信度与稳定性。

3.2 提高政府决策能力,落实政治承诺

需要提高决策部门对现实情境的前瞻性、规范性和实践性的分析能力,可以借助 A4R 框架进行设计和评估,保障决策规划的程序公平,并在各方充分质询论证的审议基础上进行。公平程序的设计并非是实现医改政策制定公平性的唯一路径,但是一条便捷有效的途径,它能促进实质公平的实现。国内也缺乏有关医改公平性的详细评价指标。20 世纪 90 年代美国朝野曾热烈讨论医疗改革,政府与民间都提出不同的方案,Daniels 等人依据公平性的理念,提出了十个公平性标记(benchmark of fairness)^[22],方便衡量医改方案的公平性。我国也可利用 A4R 等一些成熟理论开展公平性设计评价指标体系的研究,以为卫生筹资、医疗保险、医药机构管理等分

领域改革的公平性提供依据。

3.3 医改政策制定公平程序的建构路径

依据 A4R 框架促进中国医疗改革公平性,关键在四方面:第一,创新政府信息公开制度,建立更多公众质询途径,督促监督决策过程,实现公开透明条件;第二,以社会共识的认知基础为依托,形成特定的意识形态与价值观评判标准,推进关联条件的开展;第三,加强民主参与协商,特别是保证各利益相关方都有机会通过反馈途径参与决策的博弈;第四,通过完善政策执行和监督机制落实关于医疗改革的系列政策,保障政治承诺的有效实施。

参 考 文 献

- [1] Daniels N. Just Health Care[M]. New York: Cambridge University Press, 1985.
- [2] Cook R J. Exploring fairness in health care reform[J]. Juridical Science, 2004, 29(3): 1-27.
- [3] 刘继同. 卫生资源的四次分配机制与分配性公平卫生改革模式的战略思考[J]. 中国卫生经济, 2006, 25(2): 20-22.
- [4] WHO. Closing the gap in a generation[R]. Geneva, 2008.
- [5] Gibson J, Mitton C, Martin D. Ethics and economics: Does program budgeting and marginal analysis contribute to fair priority setting? [J]. Journal of Health Services Research & Policy, 2006, 11(1): 32-37.
- [6] Daniels N, Sabin J E. Setting limits fairly: Can we learn to share medical resources? [M]. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- [7] Kenny N, Giacomini M. Wanted: A New Ethics Field for Health Policy Analysis[J]. Health Care Analysis, 2005, 13(4): 247-260.
- [8] Gibson J L, Martin D K, Singer P A. Priority setting for new technologies in medicine: A transdisciplinary study [J]. BMC Health Services Research, 2002, 2(1): 14.
- [9] 富兰德. 卫生经济学[M]. 5 版. 于保荣, 译. 北京: 中国人民大学出版社, 2010.
- [10] Hasman A, Holm S. Accountability for reasonableness: Opening the black box of process[J]. Health Care Analysis, 2005, 13(4): 261-273.
- [11] Daniels N, Sabin J E. Accountability for reasonableness: an update[J]. BMJ, 2008, 337: a1850. 903-906.

- [12] Daniels N. Accountability for reasonableness: Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles[J]. *BMJ*, 2000, 321(7272): 1300-1301.
- [13] Martin D, Abelson J, Singer P. Participation in health care priority-setting through the eyes of the participants [J]. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2002, 7(4): 222-229.
- [14] Gibson J L, Martin D K, Singer P A. Priority setting in hospitals: fairness, inclusiveness, and the problem of institutional power differences[J]. *Social Science & Medicine*, 2005, 61(11): 2355-2362.
- [15] Kipiriri L, Norheim O F, Martin D K. Fairness and accountability for reasonableness. Do the views of priority setting decision makers differ across health systems and levels of decision making? [J]. *Social Science & Medicine*, 2009, 68(4): 766-773.
- [16] Byskov J, Bloch P, Blystad A, et al. Accountable priority setting for trust in health systems-the need for research into a new approach for strengthening sustainable health action in developing countries [J]. *Health Research Policy and Systems*, 2009(10): 23.
- [17] Maluka S, Amuzora P K, Sebastian M S. Decentralized health care priority-setting in Tanzania: Evaluating against the accountability for reasonableness framework[J]. *Social Science & Medicine*, 2010, 71(4): 751-759.
- [18] 中国经济体制改革研究会公共政策研究部. 走向高度行政化还是有管理的市场化? ——八家新医改方案述评[N]. *中国经济时报*, 2008-01-14(8).
- [19] 赵德余. 政策制定中的价值冲突: 来自中国医疗卫生改革的经验[J]. *管理世界*, 2008(10): 41-52.
- [20] 长策智库(CRCCP). 行政管控 vs 购买服务——地方医改方案综合评述[R]. 2010.
- [21] 尹希果,朱猛新. 医改方案的制度预期: 一个制度变迁理论框架的分析[J]. *福建论坛·人文社会科学版*, 2009(1): 158-161.
- [22] Daniels N, Donald W, Ronald L, et al. *Benchmarks of Fairness for Health Care Reform* [M]. Oxford: Oxford University Press, 1996.

[收稿日期:2012-03-23 修回日期:2012-07-17]

(编辑 刘 博)

· 信息动态 ·

欢迎订阅《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是中华人民共和国卫生部主管,中国医学科学院主办,中国医学科学院医学信息研究所和中国医学科学院卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:

专题研究、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、国际卫生、理论探索、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 15 元/册,全年 180 元(含邮资)。全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail: cjhp@imicams.ac.cn

healthpolycn@gmail.com

电话:010-52328667 52328669

传真:010-52328670