

卫生资源优先次序分配的政府治理研究

——国际研究述评及对我国的启示

巍 怡*

西南政法大学政治与公共事务管理学院 重庆 401120

【摘要】卫生资源优先次序分配作为政府有效治理的重要领域,在我国仍缺乏类似层面的综合思考。西方在该领域的研究趋势已从单纯的经济思考走向了政治经济学、制度约束、卫生筹资的全面分析,并在更大的组织和政治情境中,考量政府的治理范围、手段,建构操作性强的优先次序分配框架。在卫生决策实践中,找寻跨学科工具的最佳组合考验着决策者的治理水平。本文梳理政治学、卫生经济学、哲学、法学、循证医学等不同学科对卫生资源优先次序分配的思考。最后明确政府卫生资源治理的层次、治理策略建议,强调卫生决策从“作为结构的治理”走向“作为过程的治理”的发展规律因应我国所面临的挑战。

【关键词】卫生资源;分配;优先次序分配;治理

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2014.11.005

Governance on priority setting of health resource allocation: International research review and its implication for China

WEI Yi

School of Politics and Public Affairs Administration, Southwest University of Political Science and Law, Chongqing 401120, China

【Abstract】 Priority setting of health resource allocation depends on effective and comprehensive government-based stewardship, the national research of which lacks comprehensive considerations. The paper articulates the trend of western research from solo economic analysis to a combined comprehension of political economies, systemic constraints and health financing, to consider the scope, strategy and enforced framework for government rationing within a larger organizational and political context. In the health decision-making practice, the best formula for interdisciplinary tools is a test of stewardship capacity. A multi-disciplinary approach from the perspectives of politics, health economics, philosophy, law and evidence-based medicine must be adopted for the priority setting of health resource allocation. Finally, a clear stewardship phased objective is proposed as well as strategies, with emphasis on health decisions from “stewardship as structure” to “stewardship as a process” with challenges that lie ahead.

【Key words】 Health resource; Allocation; Prioritization; Governance

在《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》、《卫生事业发展“十二五”规划》和《健康中国2020》的战略目标下,我国继续将提供公平、优质、有效的卫生服务作为新一轮卫生改革发展的目标。战略的执行需要有效的管理策略和治理工具为依托,否则会陷入“参照上一年”模式并通过公共权威的单一手段去进行卫生资源配置,无革新的分配方式并不能很好地推进上述卫生改革战略目标

实现。本文梳理西方卫生资源优先次序分配及其治理的研究理论,为我国相关的政府治理提供参考。

1 卫生资源优先次序分配治理内涵及作用

卫生资源优先次序分配(Priority setting)是基于有限卫生资源总量所引发的思考,也是卫生资源合理分配有待解决的难题。卫生资源优先次序分配作为卫生政策执行的前置环节,需要平衡不同地域、不

* 基金项目:国家社科基金青年项目(13CZX082)

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

同群体对卫生资源的竞争性需求,在这一平衡过程中卫生资源治理的合理性也成为关键问题之一。虽然过度政府调控和放任市场运行皆是不恰当的治理方式已成为共识,但就卫生资源优先次序治理的主体、范围及方式并没有统一定论。

治理(Stewardship)是由世界卫生组织和众多学者所确立的卫生系统管理人员的核心职责之一。Murray 认为“治理”与监管、保护病人权益、绩效评估和顶层设计一起,是卫生优先次序分配的主要功能之一。^[1]狭义而言,治理等同于“governance”并且过去 30 年间已有较多关于治理主体、动力、类型、范式的讨论。Peters 和 Pierre 界定治理为清楚地设置优先次序、一致性、引领(steering)和问责。^[2]WHO 定义卫生领域的治理是指政府为实现国家卫生政策的目标所开展的各种活动。除了改善人民健康总体水平的目标,也包括确保平等、覆盖面、可及、质量和病人权益多方面目标,通过国家政策来规范公共、私人、第三方组织以及民间社会在卫生筹资和服务提供方面的职责。治理是平衡竞争各方利益和影响力的政治过程,包括坚持政策的制定和执行的战略方向;检测和纠正不可取的趋势和政策扭曲;调控从卫生筹资到医疗服务提供各环节的参与者行为并建立有效的问责机制。正式的卫生系统治理应确保政策和立法能促进或至少不破坏人民的健康。^[3]

虽然卫生资源治理主体是多元的,本文提及的卫生资源优先次序分配的立论基础是基于将政府作为卫生资源的主导分配者,开展卫生服务、优先项目的选择行动,其目的是促进群体健康和公平的资源分配。从负责任并能问责的政府治理双重性质来看,这里卫生领域的治理等同于“善治”,其理念的契合皆是源于对卫生决策者善政的期待。正如《2000 年世界卫生报告》所阐述的“治理”是政府对人民群众的福利尽责、关注公民的信任及公民审视政府活动合法性的一种职能。

2 卫生资源优先次序分配的研究转向

20 世纪 90 年代开始,为控制卫生费用过度增长,成本—效率的经济学分析在过去较长一段时间成为“显学”。很多关于卫生资源治理的经济学方法被开发,如疾病负担分析(BOD)、成本效益分析以及渐进式方法(Step-wise approach)通过判断公共支出给某个人群是否合理以及依据医疗和非医疗标准是否需要优先来进行分配。^[4]

近年来,越来越多人认识到,卫生资源优先次序分配不仅是“技术性”的判断,如临床及成本效益,也涉及社会价值判断。^[5]优先次序分配研究从仅重视经济学分析,转向以批判性思维反思经济学模型在现实世界应用的局限性,进而拓展到政治和宏观政策方面的研究。如 Hauck 等提出卫生决策不再仅依据效率—公平最大化原则制定,一些现实障碍可从优先次序分配的政治经济学、制度约束以及统一卫生资源筹资的联系三方面来认识,相关政治经济学的解决模型如多数决投票模型、主要利益集团模型、官僚主义模型、寻租模型以及分析模型(增量决策、项目预算和边际分析(PBMA)、强健性分析等)被开发并应用。^[6]这种不唯经济论的转向能支持更全局观的卫生资源优先次序分配决策。

Smith N 等认为优先次序分配的未来研究重点有两个,一是应在更大的组织和政治背景下去探寻如何有效地确定优先重点项目和资源分配,二是要制定便于理解和具有较强执行力的优先次序分配框架。^[7]考量政府应当做什么即治理范围、如何去开展优先次序分配即治理手段选择,这是卫生资源优先次序分配治理始终关注的对象。

3 关于卫生资源优先次序分配的跨学科探讨

很多学科理论支撑卫生资源优先次序分配工作,表 1 展示优先次序配置特定学科的核心价值^[8],笔者在此基础上进行观点归纳。

表 1 多学科对优先次序分配的理解

学科	核心价值	观点归纳
政治学	民主	优先次序分配是一个政治过程,经过政治力量纠葛形成“协商”政策,决策过程能否公开透明,并经得起质证,有反馈修正通道是成功的关键要素。
卫生经济学	效率和 平等	人群健康应首选成本效益最高的干预措施。世行研发的疾病负担分析被认为是进行卫生资源优先次序分配的重要方法。平等也是卫生经济学测量和评价所关注的重要指标。
哲学	公正	关于公正并无统一解释,不同哲学思想支持卫生资源分配的不同原则,比如平等主义强调公平机会,自由主义强调个人选择,优先主义强调应将资源优先于境况最差的人。
法学	合理	在一些国家,法律设定了医学道德实践的最低标准,同样,为社群最佳利益服务,立法也应为相关政策领域设立“最低标准”。
循证医学	有效性	从系统学的观念找寻最佳的治疗方案,但有时未充分考虑情境因素和不同价值观。

政治学着重探讨卫生资源优先次序分配是政治力量交互“协商”的过程,包含不同团体的多元讨价还价,通过这样的开放决策过程,卫生政策才能始终关注并实质影响实践。多数学者也认为政治经济等模型分析有助于建构政治和机制制约下的决策者合理行为。^[6]但政治学科所建构的开放民主的协商过程也有局限性,应充分予以关注:一是注意规避协商决策反复论证可能带来的“拖沓”,影响卫生政策决策制定的效率;二是关注精英决策与百姓需求之间可能存在的差距,更好保障弱勢参与方利益。

目前,卫生经济学仍是为卫生资源优先次序分配决策提供证据支持的主要学科,为控制卫生费用的高速上涨,卫生经济学的成本—效率分析成为“显学”,而一些经济学工具如疾病负担分析、战略规划研究(WHO-CHOICE)被研发并广泛应用至今。疾病负担分析主要是通过伤残率和死亡率找出某一国家的重要疾病,它是卫生资源优先次序分配的重要工具。成本效益分析和战略规划研究可以帮助筛选优先项目,是世界卫生组织旨在协助各国确保资金有效用于卫生分配,并实现最大可能的健康结果。虽然这些工具已经成为各种卫生研究报告和国情咨文的分析范式,但也存在一些质疑。一些发展中国家的决策者认为战略规划研究不够透明,并和当地价值观有冲突^[9],有学者认为疾病负担分析可能导致资源利用的不公平和无效率^[10]。卫生经济学方法的弊端是没有充分考虑卫生资源优先次序分配决策所涉及的情境因素,政治家、卫生人员、地方民众也会有成本效率外的其他考量因素,如公平等,而这些考量因素并没有受到经济学的充分重视。

不同西方哲学流派聚焦于卫生资源分配的公正性问题,也产生了不同分配原则的哲学辩论,平等主义、自由主义、功利主义、优先主义有各自的侧重,旨在通过哲学思考寻求有限资源投入的社会卫生福利最优化方案。哲学思考能为卫生资源决策的合理性论证提供丰富支撑,也能为政策实践的评价提供基准和纠偏策略。但是,目前卫生资源优先次序分配的哲学思考更多停留在学术论辩层面,不能直接转换为政策规划的驱动力,这和哲学学科形而上的思考过程和抽象化成果输出形式有关,也与决策制定机构及决策者的政策制定习惯有关。

法律作为西方卫生系统政策运行的基础,可以追溯到德国政府1883年颁布的《疾病保险法》和英国1946年实施的《国民保健服务法》,它们也代表了

欧洲两大卫生系统类别,即德国俾斯麦模式—社会医疗保障体系和英国贝弗里奇模式—全民医疗保障体系。世界上很多国家都设立了基本卫生法,对于卫生领域的基本问题进行法律形式的确权,通过法律保障政策运行的稳定性与可操作性。中国正在制定卫生基本法进程中,刘继同等对中国自1840年以来卫生政策法规进行梳理,提出现行“政策第一、法律第二”的状况面临挑战。^[11]随着我国法治进程推进,卫生资源分配领域的依法治理必将进一步加强。

循证医学主要是从系统学的观念,遵循客观分析的视角,并基于证据寻求最佳的治疗方案。近年来循证医学蓬勃发展和细化深入,在卫生政策领域出现循证卫生决策研究,希望通过把握人群卫生数据资料,来找寻最佳证据以帮助卫生决策,但欠发达国家仍缺乏完善准确的数据库或人群资料统计。该门学科的缺陷是没有充分考虑情境因素和政策价值取向,而这两方面是卫生资源优先次序配置的重要因素。

相关各学科的方法并非单一在现实决策中应用,而是多个学科手段交叉使用,进行最优“排列组合”。2008—2009年一项对全美各州卫生机构2820位决策者的调查显示,当进行配置决策的时候,会采用以下方式:经济分析如成本效益分析、方案预算编制和边际分析(PBMA)、遵照政府配置指南、咨询卫生委员会或县议会、需求评估、咨询同事、与当地卫生部门同事及国家卫生部门同行商量、使用优先排序工具。^[12]加拿大一项研究表明,卫生行政高层决策者设定卫生资源优先次序的战略规划,参考包括地区政府调研、员工建议、委员会建议、经济学和效果方面文献综述、公众参与研究报告、实践指南及标准、财政数据、省级政令、卫生需求评估、正式评价系统等。^[13]由此可见,卫生资源配置领域对于不同地域和层级的卫生资源优先次序分配,如何结合实际的卫生情境找寻最佳组合方式,考验着决策机构及决策者的治理水平。

4 卫生资源优先次序分配政府治理建议

4.1 理清卫生资源优先次序分配政府治理的层次

哈佛大学丹尼尔斯教授提出卫生资源优先次序分配需要解决4个问题:(1)公平机会/最优产出:应给所有人实现某种程度利益的公平机会,还是在既有资源约束下制造最好结果?(2)优先问题:应给予处境最不利的人群多大程度的优先?(3)聚合问题:

应是给更多人适度普惠,还是让少部分人获取更大利益? (4) 民主问题:何时适合通过民主决策去进行卫生资源优先次序分配?^[14] 第 1 个问题反映了政策的核心价值,公平是现阶段所坚持的导向目标,它的实现需要政府的善治,政府优先分配决策的应然状态是一个“合德”过程,在善治背景下谨慎而负责任地管理人群的卫生福利分配。第 2 个问题反映了对有限资源投入量的思考,即如何处理需求和需要的关系? 什么是适度的? 评价规则 and 标准是什么? 第 3 个问题反映对社会价值增值和效果评判的思考,从功利主义角度已经有很多工具可以评判效益增值程度,但现有思潮也开始对质量调整生命年(QALY)等简单通过数量计算而忽视年龄歧视等问题展开反思,如 30 个人的健康 1 年就一定优先于一个年轻生命的拯救吗? 第 4 个问题涉及到政府决策的合法性问题,虽然程序公平和公开透明已经成为新治理思想下的趋势,公民参与决策自然是推动良性政策的执行与监督,但因为民主也存在自身的弊端,无序或者过度参与反而会导致低效的治理运作,对于中国而言,虽然有待进一步加强公众的参与度,但也不能直接步入全或无的状态,而是保持政府权威有效率的运作的同时,不断吸纳来自民间力量的监督。

4.2 卫生资源优先次序分配的治理策略

有学者专门针对发展中国家的卫生资源优先次序分配展开探讨。Bryant 认为卫生资源的供需差距,可信赖数据的缺乏,正式而系统决策过程的缺失,不成熟的第三部门以及显著的社会不平等,都是发展中国家卫生资源优先次序分配所面临的挑战。^[15] Kapiriri L 表达了同样的顾虑,并提出改善的三个策略,一是熟悉本土卫生资源优先次序分配实践,二是提高执行机构的合法性和能力,三是建立公平的优先次序分配的程序。^[16] 在我国的卫生资源配置过程中,决策者往往重视第一个策略,并有因地制宜开展本土资源治理的智慧,如地方医疗改革中政府对当地的卫生资源治理的探索,但另外两个策略却得不到决策者足够的重视。

改善执行能力的核心是提高决策人员的水平,包括明确优先次序分配的决策标准。研究发现,在卫生资源优先次序分配抉择过程中,地方卫生决策者经常考虑的优先标准包括:疾病负担、公平分享、成本效益最大化、参照上一年度的资源配置情况、群

众满意度、地方财政可承受、优质资源广覆盖、重大疾病风险、政绩考核、资源的可持续性发展、循证卫生决策、管理经验。^[17] 在卫生资源优先次序分配情境中,以上决策标准对决策行为的组合及影响权重并不相同,也会不同程度地影响卫生改革发展目标的实现。

对我国而言,目前最薄弱的环节是建立公平的优先次序分配的程序,公众的实质参与是推动公平程序建构的要素之一,对卫生资源治理有监督和鞭策作用。哈贝马斯认为,应当形成一个公众讨论公共问题的公共领域,公共领域是独立于政治建构之外的公共交往和公众舆论,它们对于政治权力是具有批判性的,同时又是重要的政治权威的合法性基础。公众参与是对医疗改革认可和政策推行的前提及基础。

4.3 对我国卫生资源优先次序治理转型的展望

Pierre 将治理分为两类,“作为结构的治理”和“作为过程的治理”。^[18] 以世界趋势而言,卫生资源优先次序的治理正在转向“作为过程的治理”(表 2)。第一种体现了治理权力下放的分权形态,以政府牵头的垂直管理的思维定势,强调国家的特殊角色和义务,并明确切割公、私部门;后一种是作为集合形态的协调过程,明确定位参与者角色,展开谈判与妥协,是一种从参与方到参与方的横向平等思维,体现了责任共担,并无明确的公私之分。

当前我国卫生领域的治理主要是“作为结构的治理”类型,如 2009 年启动的新一轮医疗卫生体制改革,前三年主要任务是“保基本、强基层、建机制”,依照新医改方案的任务,我国在基本医疗保障体系建设、基本药物制度建设、基本医疗服务体系建设、公共卫生体系建设等方面取得进步,这些基础医疗和公共卫生方面的强化,更多是依靠自上而下的政府领导和推动。虽然这一种治理类型突出的是指挥、控制和多种形式的监管等较为刚性的元素,但若是治理目标得当,坚持善治过程,其优点是执行效率较高。这种治理类型允许市场治理机制作为资源分配机制的补充调节,即平衡政府和市场对于卫生领域的治理作用,但对于医疗卫生行业,信息不对称性和保险绑定有限选择等特征,会出现消费者作为监督人用脚投票的失灵。所以在医疗卫生领域,政府责任不仅是办医,还要更多的加强监管。

表2 卫生资源优先次序治理的分型

分类	功能	理论假设	相关要素
结构(structure)的治理	为社会前进方向提供制度安排	如果想要得到治理权,就需要控制结构	等级(执法、公民忠诚推动)市场机制(如用脚投票失灵)
过程(process)的治理	引领和协调的过程	治理是社会和政治行动者的动态博弈的结果。如果需要变革,应从动态博弈着手解决	指导和协调、公民参与互动决策、智囊支持利益相关者协商(话语权)

我国卫生政策决策也有“形似”作为过程的治理类型的案例,如新医改方案的制定过程经历了从看病难、看病贵的民怨到政策研究,从媒体议程变为公众议程,最终提上政府的政策议程。自2006年开始正式酝酿,先后经历了向各部委、各省市征询内部意见,向国内外多家学术和智囊机构征求改革建议,并最终通过信函、传真、电邮或网络向全社会征求意见。医改方案的制定过程从形式上展现了作为过程的治理的要素,但这些意见最终如何融入政府所公布的医改方案,缺乏公开质辩的博弈环节,所以仍是“形似而神不是”,才会出现后来普遍认为该方案“四不像”、百姓看不懂等评价,缺乏利益相关者特别是弱势相关方的实质性参与,有可能降低政策的认同感和执行效率。赋予各相关方平等话语权并进行动态博弈的过程,也是作为过程的治理的优势所在。

随着新公共管理思潮的推进,从权威式政府治理走向合作式政府治理的思潮正在各国上演,作为过程的治理不断受到重视。当前卫生资源优先次序治理也是随着多个层面的趋势如预算有限、个人自主强化、管理多中心泛化、互联网等社交媒体普及等大环境而动,并逐渐转向作为过程的治理,展现出治理作为引领和协调的过程。在新的形势下,一些重要的特征应予以把握,首先是形成利益相关者的协商的治理网络,明确各方偏好并参与监管和协调,包括公民参与、互动决策、智囊支持等新的协商方式广泛应用,而引领的能力体现在对关键资源的控制权上而非通过强制法律执行,关注公私部门合作,投资于教育与监控方面,如关注自上而下和自下而上的过程,卫生资源的政策如何影响到微观层面的医务人员、医药企业,他们又通过什么样的方式改变微观行为而反过来影响治理,优先次序分配对于优先或未被优先的患者群体产生怎样的影响,这样的结果是否公平、有效、是否偏离改革目标,这些都需要不断的知识经验积累和无间隙的监控评估。

参 考 文 献

[1] Murray C, Frenk J. A Framework for Assessing the Performance of Health Systems[J]. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78(6): 717-731.

[2] Pierre J, Peters G B. Governing complex societies: Trajectories and scenarios[M]. Basingstoke: Palgrave MacMillan, 2005.

[3] Travis P, Egger D, Davies P, et al. Towards better stewardship: concepts and critical issues[C]. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Papers, 2002.

[4] Baltussen R. Priority setting of public spending in developing countries: do not try to do everything for everybody[J]. Health Policy, 2006, 78(2-3): 149-156.

[5] 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.

[6] Hauck K, Smith P C, Goddard M. The Economics of Priority Setting for Health Care: A Literature Review[R]. HNP discussion paper, 2003.

[7] Smith N, Mitton C, Peacock S, et al. Identifying research priorities for health care priority setting: a collaborative effort between managers and researchers[J]. BMC Health Services Research, 2009, 9: 165.

[8] Sibbald S L, Singer P A, Upshur R, et al. Priority setting: what constitutes success? A conceptual framework for successful priority setting[J]. BMC Health Service Research, 2009, 9: 43.

[9] Kapiriri L, Bondy S J. Health practitioners' and health planners' information needs and seeking behavior for decision making in Uganda[J]. International Journal of Medical Informatics, 2006, 75(10-11): 714-721.

[10] Mooney G, Wiseman V. Burden of disease and priority setting[J]. Health Economics, 2000, 9(5): 369-372.

[11] 刘继同, 左芙蓉. 中国卫生政策法规历史, 类型, 特征与卫生治理模式战略转型[J]. 东岳论丛, 2011(10): 32-38.

[12] Baum N M. Resource allocation in public health practice [D]. PHD dissertation in The University of Michigan, 2010.

- [13] Mitton C, Patten S, Waldner H, et al. Priority setting in health authorities: a novel approach to a historical activity [J]. *Social Science & Medicine*, 2003, 57 (9): 1653-1663.
- [14] Daniels N. *Just Health: Meeting Health Needs Fairly* [M]. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
- [15] Bryant J H. Health Priority Dilemmas in developing countries. // Coulter A, Ham C. *The Global Challenge of Health Care Rationing* [M]. Buckingham: Open University Press, 2000.
- [16] Kapiriri L, Matin D. A strategy to improve priority setting in developing countries [J]. *Health Care Anal*, 2007, 15: 159-167.
- [17] 峻怡, 肖莉丽, 贺加. 重庆市卫生资源优先级配置态度调查: 优先项目与决策标准 [J]. *中国卫生事业管理*, 2014(1): 31-34.
- [18] Pierre J. *Debating governance: Authority, steering, and democracy* [M]. Oxford University Press, 2000.

[收稿日期:2014-09-23 修回日期:2014-10-13]
(编辑 赵晓娟)

· 信息动态 ·

健康老龄化必须成为全球重点

近日,《柳叶刀》发表的关于健康与老龄化的系列文章认为,如果卫生系统没有应对全球老龄化的有效战略,那么日益增长的慢性病负担将大大影响老年人的生活质量。随着全世界人口寿命延长,急剧升高的慢性病和健康减损水平将成为全球的主要公共卫生挑战。

有效的卫生干预措施提高预期寿命

全球老年人的预期寿命将继续提高。由于减少烟草使用和高血压以及扩大卫生干预措施的覆盖面并提高其有效性等策略,心血管疾病造成的死亡下降,人群寿命将继续延长。目前全世界 60 岁及以上人口为 8.41 亿,到 2020 年,60 岁及以上人口数量将首次超过 5 岁以下儿童数量,2050 年将达到 20 亿。而这些老年人中 80% 生活在中低收入国家。

健康老龄化面临的挑战

但寿命的延长并不意味着健康——60 岁以上的人口占全球死亡和疾病总负担的近四分之一(23%),

其中大部分是由于癌症、慢性呼吸道疾病、心脏病、肌肉骨骼疾病以及精神和神经障碍等引起的长期疾病。这些疾病和健康减损的长期负担影响患者、家庭、卫生系统和经济的发展,并会加速增长。

超越卫生部门的战略

该系列文章认为,提高全世界老年人生活质量并不仅仅是卫生部门的责任,应该各部门团结协作,制定有效的战略,将可负担卫生保健服务提供给所有老年人并考虑其身体和社会环境,从而更好地预防并管理慢性病。这些措施包括:(1)改变政策,鼓励老年人坚持工作更长时间(如取消不鼓励退休后继续工作的税收政策);(2)强调低成本的疾病预防和早期发现而不是治疗(如减少盐摄入量并增加疫苗的使用);(3)更好地利用技术(如针对农村人口的流动医院);(4)就多种慢性病的管理培训卫生专业人员。

(来源:世界卫生组织网站)