

第
四
十
三
期

Number 43: RATIONING OF HEALTHCARE

医疗保健的配给

作者 彼得·塞尔比

By Peter Selby

2002年，CMF文件17中以基督教的哲学和伦理观探讨了资源分配这一话题。围绕分配的社会争论愈演愈烈，国家卫生与临床优化研究所（NICE）技术评估委员会的一位临床医生重新审视了这个问题。对健康服务的需求已超过现有的可用资源，此文章探讨了数项可行方案，认为管理供给应谨遵《圣经》中公正分配的原则，基督徒们应积极投身于此。

问题

简单地说，这个问题就是对健康管理的需求已超过现有的可用资源。自1948年英国国家卫生服务局

（NHS）成立时，人们认为普及国家资助的个人和公共卫生服务可改善人口健康状况，从而使未来卫生支出得以降低。60多年干预的惨痛经历表明，现实并非如此。

人口健康需求的不断增加，加之日益复杂的药物和技术的可用性，已导致NHS成本猛增。1949年，NHS总成本为4.47亿英镑（按2007年的价格来算则为110亿英镑）；[1]至2008年，NHS成本翻了十倍，达到1140亿英镑。[1]以上变化发生在日益繁荣时期，即便如此，比例变化也超过国内生产总值（GDP）在医疗保健开支比例的一倍。其比例已从NHS成立之初的3.5%升到2008年的8.7%。[2]

在整个发达世界都能看到类似变化，经济合作与发展组织（OECD）所有成员国的医疗支出平均额占GDP的9.0%。欧盟国家的医疗开支介乎法国的7.0%到波兰的11.2%之间。[2]然而，与此同时，美国的医疗开支占到了其GDP的16%。

建议解决方案

发达国家遭受的多数疾病属于现在所谓的“生活方式疾病”。预防胜于治疗，比如，应尽可能地遏制吸烟、饮酒、肥胖。但是，不管是在现实亦或在理想中，需求依然存在。

理论上来说，政治决策应保证医疗开支持续上升，但显然随着时间推移，它显然是不可长久上升的。过去，在不同的经济体也用了很多不同方法：

最典型的情况发生在美利坚合众国，尽管在医疗保险和医疗补助计划（分别对应老人和“贫困者”）进行了全国性的大型投资，然而，医疗保健主要仍由私人保险公司提供资金。用人单位支付相当大的比例，这通常是雇佣带来的好处。但近期这一体系已经造成以下局面，谁有保险金，谁就能要求并且得到全面而昂贵的检查和治疗。

与此同时，那些因无力承担或不符合投保资格的1/4总人口只享有差强人意甚至毫无意义的医保。尽管这一系统存在明显的偏倚，美国人有种普遍心理，即对国家管理的任何事务都表示不信任，亦或是保险公司的政治影响力成为改革的巨大阻力。相反，许多美国人则指出，NHS的明显缺陷恰好证明了“社会化医疗”的失败。

“市场”

根据可用性配给

大约 10 年前，NHS 内部一直处于这样的状态。总的来说，需要紧急治疗的病人能够及时获得高品质服务。然而，那些情况不那么严重的病人就得按轮候单等待，在某些情况下可能会延误治疗，多则数年少则数月。其结果是，很多病人在等待治疗时病情加重，或者是病人按常规轮候单等待进行冠状动脉搭桥术时出现濒死状况。

管理供给

这是近来在众多欧洲国家运用的方法。国家资助的服务项目通常涉及到一些中央机构，它们决定医疗保健的优先配给并在此基础上确定使用不同治疗方法的可行性。多数欧洲国家会通过判定某一特定的治疗或检查是

QALY

定义“生活质量”这一概念是个难题，然而，某位卫生经济学家又迈进了一步，他提出了质量调整生命年（QALY）的设想，这使得不同治疗的结果（或从技术上来讲，成本效用比）可进行定量比较。生活质量以此被界定于 0（毫无质量的生活）到 1（“完美”质量的生活）之间。

如果一项医疗干预是成功的，我们可以设想到病人的“生活质量”将提高。对于一个指定干预的 QALY 值，是指经过该干预措施后的生活质量×持续受益年数，通常是指人的剩余寿命。[5]

否属医疗机构支付或者报销来实行此方式。尽管在个人支付基础上，人民可享用那些无巨额资助的治疗，但若拨款未能批准，那么特殊医疗技术就被排除在国家体系之外。

NICE

随着国家卫生与临床优化研究所（NICE）的发展，或许管理供给最有效的措施已在英国施行。1999 年，NICE 由时任卫生部国务大臣的弗兰克·多布森成立。在此期间，他赋予这一新机构两点宗旨。第一点是确定那些最能提升病人服务的新发展，好的实践做法及新治疗手段能在 NHS 内快速推广。此外，NICE 将使病人免受过时和低效的治疗，从而确保 NHS 的投资可实现最大价值。

为实现这些目标，该机构对 NHS 提供了诸多建议。最为人所知且最具争议的莫过于技术鉴定，即对一种新的治疗或程序进行审核，并在成本效用分析的基础上（制定的一个关于“质量调整生命年”-QALY-成本计算），判定新的治疗或程序是否应在 NHS 内运用。这样的建议对购买治疗方式的医疗保健委员造成约束。

此外，该机构还制定了临床指南，检验更复杂的临床路径；这一建议极具发展性，因此不对委员或医师造成约束。该机构还制定了公共健康指南和新介入程序的安全性和有效性指南。

对 NICE 的批判

对 NICE 主要的批判会发生在这种情况下，即某种疗法经评价做出建议不应在 NHS 使用。多数都与昂贵的抗癌药物有关，但也同样发生在常见疾病如老年痴呆症和骨质疏松症的用药上。批评者通常会采取这种形式，即指责 NICE 没能在这些事件中考虑所有问题的具体情况。[4]

但是，批判同时也针对 NICE 使用的基本方法，特别是质量调整生命年的使用。虽然从希波克拉底时期开始，医生们就开始关注最大限度地提高病人的福利和福祉，但是将人生划分“质量”的理念是最近的一个创新，直到 20 世纪 70 年代，这一概念才引入医疗实践中。[3]

尽管人们推测成立诸如 NICE 的独立机构可使政府免受关于医疗保健决策的批评，但实际上并非如此。当一项技术被 NHS 否定时，政治家们依然面临巨大压力，因此医疗保健资源的分配问题依然是一个深刻的政治问题。

当权政府已宣布，他们意图改变以往实施 NICE 建议的方式，虽然具体细节尚未完全公布，很可能 NICE 将沦为一个咨询机构，当地的采购决策则由新任委员决定，当条文正式出台时，新任委员则会被认为是全科医生的“财团”。

此方式存在一潜在危险因素，即一项疗法可能在一个国家的某个地区可以提供，但在另一地区则无法提

供。这就是诸如“邮编处方”的存在，这是 NICE 最初成立的推动力之一，所以我们仍需观察拟议的改革是否将消除公众的焦虑，抑或仅仅将愤怒和批评的矛头指向别处，也许是指向全科医生。

将人生划分“质量”的理念是最近的一个创新，直到 20 世纪 70 年代，这一概念才引入医疗实践中

基督徒的回应

死亡和疾病显然不是上帝为他的造物所设计的一部分，而是缘于堕落。再者，我们深信他新创造“不再有死亡，也不再有悲哀、哭号、疼痛”。[5]可是，经文又继续写道，这将发生在上帝建立他的新天新地时——“因为以前的事都过去了”。因此，死亡和疾病被认为是人类骄傲自大的征象，我们甚至还想着靠自己的努力去废除疾病的可能性。

NHS 中乐观和过于自信的成立者甚至可与巴别塔中傲慢的世人相比。[6]因此，在医疗保健行业工作的基督徒真正在政治上，提出一个深思熟虑的、基于《圣经》的医疗资源分配方法有着义不容辞的责任。目前，当国库规模因经济衰退而不可避免收缩的时候，更重要的是，基督徒准备迎入这场论战。

过去，听得最多的基督徒的反应通常是对 NICE 某个特定决定的公然批评。如

此的批评通常由对某类特殊病人群体的同情引发，这类群体感到可能因某一决策而处于不利地位。以上回应最具代表性的是多年前《三螺旋》中的一篇文章，文章强烈主张如果医生确定病人能从“负担得起的治疗”受益，尽管它不被 NICE 支持，我们也应开这样的处方。[7]笔者认为，这样做的话，我们医生需做好应对批评的风险，甚至纪律处分的准备。

这样做似乎表面上吸引人，使我们能在个别病人面前见证上帝的爱，但采取这种方式，终会适得其反。事实上，它会导致从其他那些我们所关心的，所应给予平等关注的患者身上转移资源。这是不可避免的，如果我们要转移有限的医疗资源给某类病人，这些资源将不够用来医治其他病人。即使我们能够确保在我们护理下的病人已经获得了我们所认为的对他们合适的治疗，还是有可能意味着我们不可避免地剥夺了其他病人接受 NHS 推荐治疗的权利。基督徒对于资源管理有特别的责任。[8]

此外，这样的态度直接违背了使徒保罗的指令，我们都应该“顺服掌权者”[9]。保罗写信之时，掌权者一直很仇视基督教，尽管如此，他能认识到甚至包括异教徒的权利最终都是源于上帝。在后基督时期，日益世俗化的社会必然也需要同样的考量，这样一来，除非 NICE 等机构建议的举措明显违背《圣经》中启示的上帝的旨意，否则我们仍要遵照他们的指示。

因此，对我们来说，细想 NICE 等机构达成的决定是否明显违背了上帝的旨意很重要。若真如此，作为基督徒，我们别无选择，只有抵抗。为了确定这一点，我们需要在两方面都加以审视，一是 NICE 进行评估背后的规则，二是其在对个别议题时达成决策所采取的方法。

科学判断

在制定 NICE 指南时，需要采用两种不同判断形式。第一种是科学的判断形式：虽然这些判断通常在缺乏完整信息的情况下进行，且基于很多设想来完成，但对任何在医疗保健领域工作的基督徒来说，科学判断不会成为其主要担忧，因为科学判断是通过分析方法得出，这种方法适用于大多数专业问题。当然，针对所做假设可能存在分歧，但是，这些也不太可能侵犯伦理或道德问题。

社会价值判断

涉及更多的则是由 NICE 经过深思熟虑后制定的社会价值的判断。在《社会价值判断》中的一项政策协助下，这种判断已经形成。它在 2005 年已初见雏形，于 2008 年修订完成。[10]它明确规定了 NICE 在以下广泛接受的道德原则基础上运行：

- 尊重自主权
- 不伤害
- 有益性
- 分配公平

摘自 CMF 文件 17, 资源分配, 作者凯蒂·沃森:

基督用稀少的资源喂饱上千人的两件事表明, 当一个基督徒顺服上帝的呼召来服侍, 那么他/她可以仰望上帝来提供资源。许多人, 如巴拿度的儿童之家创始人托马斯·巴拿度医师、临终关怀运动的创始人桑德丝医师, 已发现尽管他们资源微薄, 但上帝使他们做成许多事。

我们很容易把资源分配看作基本的会计程序, 但基督徒应该相信, 当他们服侍上帝时, 将会发生奇妙的事。当然, 这些不应使我们远离对所拥有资源很好的管理的责任。

以上原则符合一位临床伦理学家早先撰写的更早的 CMF 文件中所提出的观点。[11]文章探讨了基督徒看待资源分配的原则。起草《社会价值判断》指南时, CMF 向 NICE 提交的正式咨询文件范围更广。[12]NICE 承认公正的利他方式和利己方式存在冲突。前者目的在于最大化地改进整体社会的医疗保健, 后者目的在于最大化实现对个人的公正。因此, NICE 寻求确保以透明方式做出决策, 且详尽列举做出决策的原因。

在做每一个决策时, NICE 都会进行广泛的咨询, 大部分决策在申诉过程中可能会受到挑战。

公平分配

尽管以上政策无一源自某一具体的基督教观点, 但

众多背后的原则与基督教世界观相契合。特别是公平分配这一概念与旧约中上帝与新约中基督所教导的对待穷人的态度极其相似。上帝教导他的子民对待困苦穷乏之人应慷慨解囊[13]并将所获的十分之一奉献给弱势群体, 如寄居的、孤儿及寡妇。[14]在犹太社会, 这些群体没有权利表达自己的想法, 但显然上帝依然记念他们, 特别是不希望看到他们受到那些在社会上拥有更高位置与经济权利的群体的践踏压迫。在新约中, 我们看到, 基督强调与富足、强大之人相比, 贫穷、弱小之人的所需。[15]NICE 成立的方式确保了所有人, 无论其经济地位如何, 可享有 NHS 的医保。同样重要的是, NHS 不会倾向于那些呼喊声最大的能言善辩之人, 也不会倾向于那些得了儿童癌症等更能牵动社会心弦疾病的人, 以及损害性疾病如老年痴呆等患者、不能强烈申诉的病人如寄居者、寡妇及孤儿。

所以, 以 NICE 为代表的对医保资源分配采取的管理措施可以认为与上帝要求的公正基本原则一致, 这种原则在整本《圣经》中都可看到。然而, 在把此种方式作为最合适的受基督徒欢迎的医疗保健分配方式之前, 我们应考虑其他方式, 这一点很重要。

其它可能的解决方式回顾

美国采用市场模型进行医保分配, 大量人民不能享

受足够的医疗保健, 很难从中看出这一体系如何实现新旧约中所要求的公正。在那样的体系之下, 无法享有保险的似乎是穷人(而且他们可能是更需要医保的), 这似乎恰与旧约中先知的教导背道而驰。[16]作为基督徒, 我们应该寻求医疗保健资源更公平的分配方式。

尽管使用轮候单的确能够限制可用性, 但表面来看这种方式并不具更大公平性, 并且这种方式存在多种问题。在此体系下, 在轮候单上的似乎是可用性较差的更昂贵的治疗方案, 并且轮候单的主要决定因素是资源可利用性, 而不是个人的真正需求。这等同于“邮票采编”。

参与决策制定

因此, 作为上帝要求的管家, 如果需要一些管理稀缺医疗保健资源的方式, 那么在医疗保健体系下的每个基督徒皆有义不容辞的责任来寻求参与到自己国家的医保体系中。对应痴呆症用药指南采取的反应也许不是最合适的。另一方面, 使徒们[17]为我们提供的例子可清晰看出, 当一个异教政府的指导原则违背上帝的旨意时, 我们不应遵守。

我的结论是, 在大多数情况下, NICE 等机构采取的方式最能提供我们的上帝所要求的、且在我们目前医疗保健体系下我们可达到的公正。但是, 这些决策目前是在世俗的环境中制定, 并没有神的参与, 所以这些决策必定是有缺陷的。

作为在医疗专业领域的基督徒，我们应该在祷告中支持诸如 NICE 机构的工作，同时准备好通过参与到相关咨询活动，甚至主动参与到他们的决策制定中支持他们的工作。这样的投入或来自我们对医疗保健中某一特定领域的专业知识，但同时也与更广泛的政策相关，如修改《社会价值判断》等文件。

参考书目

1. 健康经济学办公室. 六十年英国国家医疗服务系统的支出和劳动力. www.ohe.org/object/download.cfm?lib=liDownload&id=613. 2010年11月20日访问
2. 经济合作与发展组织. www.oecd.org/dataoecd/46/4/38980557.pdf 2010年11月20日访问
3. 改编自怀亚特·J. 生活质量. CMF文件30(2005)
4. 见, 例如, 我自己关于骨质疏松症的评论: 詹妮丝·JA, 亚当斯·J, 博格斯特朗·F, 库珀·C, 琼森·B, 普里迪·D, 塞尔比·P, 康普顿·J. 在治疗骨质疏松症方面阿仑膦酸钠的成本高效益. 《骨》2008; 1月, 42(1): 4-15
5. 启示录21: 4
6. 《创世纪》第十一章9
7. 特雷洛尔·A. 一个令人讨厌的挑战从NICE. 2007年《三重螺旋》; 冬天: 5
8. 创世纪蒙大恩1:28
9. 罗马书13: 1
10. 为了卓越临床健康的国家研究所. 2008年第二期社会价值判

- 断. www.nice.org.uk/media/C18/30/SVJ2PUBLICATION2008.pdf 2010年11月20日访问
11. 沃森·k. 资源分配. CMF文件17(2002)
 12. 关于社会价值判断的管理原则草案反应从CMF到NICE. 2005 www.cmf.org.uk/publicpolicy/submissions/?id=38
 13. 申命记15: 11
 14. 申命记14: 29
 15. 参见例如路加福音12: 33, 14: 12-14
 16. 参见例如阿摩司书
 17. 使徒行传5: 29

基督徒医学联谊会会刊 已出书目

- 第一期 伦理学入门
- 第二期 动物实验
- 第三期 基督徒的伦理观
- 第四期 青少年性别特征
- 第五期 看护伦理学
- 第六期 人工生育
- 第七期 治疗的撤消和终止
- 第八期 依赖和沉溺
- 第九期 医生协助下的自杀
- 第十期 人为何物
- 第十一期 人类基因组
- 第十二期 无性繁殖疗法与干细胞
- 第十三期 不要复苏的困惑
- 第十四期 基因和行为
- 第十五期 人类实验
- 第十六期 生殖克隆
- 第十七期 资源重新分配
- 第十八期 思想和身体的问题
- 第十九期 预先指示
- 第二十期 同性恋
- 第二十一期 性别选择
- 第二十二期 安乐死
- 第二十三期 堕胎

- 第二十四期 全球化和健康
- 第二十五期 性别意识障碍
- 第二十六期 物种偏见
- 第二十七期 新生儿伦理
- 第二十八期 救星兄妹
- 第二十九期 自主权, 谁选择?
- 第三十期 生活质量
- 第三十一期 反人本主义
- 第三十二期 人类的苦难-圣经上的看法
- 第三十三期 世界人口-挑战还是危机?
- 第三十四期 嵌合体, 杂合体和“胞质杂种”
- 第三十五期 堕胎的后果
- 第三十六期 器官移植
- 第三十七期 青少年性行为
- 第三十八期 家庭和生命伦理
- 第三十九期 医生的良心
- 第四十期 医生的世界观
- 第四十一期 气候变化
- 第四十二期 医学研究

彼得·塞尔比: 顾问医师; 曼切斯顿大学名誉高级讲师; NICE 技术鉴定委员会成员