

艾滋病病毒感染、承受風險，以及治療的義務*

Doran Smolkin

摘要

本文提出了一種以後果為根據的論證來支持美國醫學會的政策，即一個醫生在倫理上不可僅僅因為這個病人血清學陽性而拒絕治療一個感染艾滋病病毒的人。對數目有限的論證也加以考慮，它們既有支持這個政策的，也有反對它的。在本文的結論裏討論了感染艾滋病病毒的人必定經常面臨的影響獲得優質醫療的若干障礙。

Doran Smolkin, Ph.D., Assistant Professor, Department of Philosophy,
Kansas State University, Kansas, U.S.A.

* 在寫這篇論文時我得到了 Shelly Kagan, David Schmitz, Kal Draper, John Exdell 以及本雜誌一位匿名審稿人十分有幫助的評論。我對他們的幫助表示感謝。

《中外醫學哲學》I：4（1998年12月）：頁61~82。

關鍵詞：後果論、義務性政策、管理保健、自願主義。

一、引言

艾滋病（AIDS）病人有資格得到充分的、富有同情心的和尊重人類尊嚴的醫療服務……患有該疾病或血清學陽性的那些人有權不受歧視。醫生在倫理學上不可拒絕治療一個病人，他的病情在醫生的能力範圍內，僅因為病人血清學陽性（美國醫學會倫理和司法事務委員會，1988，1360頁）。

美國醫學會（AMA）關於醫生倫理責任的聲明，得到了1991年在美國殘疾人法中提出的法律要求的響應。美國殘疾人法（ADA）也禁止醫生拒絕治療一個病人，僅僅根據他或她艾滋病病毒（HIV）陽性（Gostin, 1992, p. 365; Hermann, 1991, p. 290）。⁽¹⁾然而，儘管存在這些倫理學和法律聲明，對醫生是否有義務治療感染HIV的人持懷疑者仍然存在。⁽²⁾相當比例的醫生、醫學生，以及預科學生一致說，他們認為倫理學上沒有要求醫生冒這種風險，如果讓他們選擇，他們將避免這樣做。因此，艾滋病全國委員會報告說，“數目令人震驚的醫生不願照料感染HIV和患AIDS的人……，”1992年對住院醫師的一項調查發現，23%的美國住院醫師“表示如果讓他們

(1) ADA保護種種殘疾人在工作場所、在與政府機構打交道時，以及得到醫療保健時免受歧視。ADA明確承認HIV感染和AIDS是殘疾（Gostin, 1992, p. 365; Hermann, 1991, p. 290）。

(2) 當然，是否有義務治療感染HIV的人的問題不僅適用於醫生，也適用於所有醫務人員。然而，為了簡單性起見，我僅集中於醫生是否有義務治療感染HIV的人。由讀者來考慮本文維護的論證是否可延伸到其他醫務人員，如果可以，延伸到哪些醫務人員。

選擇，他們不會去照料AIDS病人”（ACLU’s AIDS Project, 1990, pp. 78-80; Shapiro, et al., 1992, pp. 510-515; Daniels, 1991, p. 36）。為什麼許多醫生不願照料感染HIV的人的主要理由之一是，因為他們害怕感染這種疾病。⁽³⁾而且這種關注導致如下的論證：ADA和AMA的政策是得不到辯護的，因為它們要求醫生去冒本來不應要求他們承擔的風險。⁽⁴⁾為了評價這種論證，我們需要考慮兩件事：其一，當治療HIV病人時醫生面臨的風險水平如何；其二，能夠提供何種論證說，這種水平的風險是醫生必須或不可承受的。在討論HIV的職業風險後，我將論證，對自願政策和AMA/ADA的義務性政策的預期代價進行的分析揭示，有強有力的理由支持義務性政策。然後我在結論裏討論HIV病人必定經常面臨的影響獲得優質醫療服務的其他障礙；我要具體討論美國提供醫療保健多種方式引起的一些問題。

二、職業性HIV感染的風險

在醫療條件下工作人員可因被含有感染HIV的血的針刺，或者通過一個開放的切口或噴入黏膜（如眼或鼻內部）被感染的血進入工作人員血流而感染HIV。HIV不可能通過“偶然接觸”，如握手、咳嗽、打噴嚏等傳播（疾病控制和預防中心，

(3) Blendon和Donelan（1989, pp. 19-30）以及Schwarz（1989, pp. 31-41）討論了醫生不願治療感染HIV的人的其他理由。

(4) 直到最近為止，種種醫學學會反映了這種信念。例如，從1957到1988年，AMA倫理法典的第VI節被理解為：“在給病人提供合適的醫療時，除了在急診情況下，醫生應有自由選擇其服務對象……”（Zuger, 1991, p. 222; Daniels, 1988, pp. 36-37）。

1994, pp. 1-3)。因此，職業性HIV感染的風險依醫生與病人之間的相互作用性質而異 (Zuger, 1991, pp. 229-232, 以及Stine, 1995, pp. 208-211)。對病人進行非侵入性操作的醫生，其職業性HIV感染的風險為零。另一方面，接觸感染病人的血的醫生有高於零的風險。這種風險有多大，取決於許多因素：例如HIV感染的現患率；接觸感染HIV血液的頻率；以及每次接觸引起傳播的效率。HIV現患率各種各樣。在某些地區，HIV感染的百分比仍然很小，而在其他地方，在所有的急診或住院病人中有可觀的少數感染HIV (Zuger, 1991, p. 230)。由於職業性HIV感染的發生，通常要麼是不經心地被感染針頭或其他尖銳物質戳刺，要麼黏膜接觸感染血液或體液分泌物，採取保護性措施可減少接觸血液的概率。手套、白大褂、護目鏡、面罩，以及小心使用和處理針頭有助於預防工作人員接觸病毒。然而，這些保護措施並不是萬無一失的。例如，手套會破，有時針頭被匆忙放置（以及放錯了地方）。因此即使有這些准則，接觸血液仍然常見，至少有一項研究估計，美國每年發生100萬次針刺 (Stine, 1994, p. 210)。幸運的是，病毒通過針刺或黏膜接觸感染HIV血液而傳播的風險相當低，至少與像乙型肝炎這種經血傳播疾病相較是如此。針刺（污染血）而感染乙型肝炎的風險估計為大約1/17 (6%) 與1/3 (30%) 之間，而針刺感染HIV血而血清轉陽的風險估計為1/330 (0.3%) 與1/250 (0.4%) 之間，黏膜接觸感染HIV血而血清轉陽的概率還大大低於此。⁽⁵⁾然而，儘管血清轉陽概率低，如果人們接觸感染HIV血，發生了職業性HIV感染，就不容懷疑HIV感染會繼續發生。1994年底，美國疾病控制和預

防中心 (CDC) 收到了有記錄的報告：美國有40位醫務人員職業性感染HIV (全世界為59例)，另外報告84例有可能職業性感染HIV (Stine, 1995, pp. 209-210)。雖然這些感染事例是悲劇性的，證明（一些）醫生有職業性HIV感染的實在風險，但也許值得指出的是美國每年有12,000例醫務人員感染乙型肝炎 (Stine, 1995, p. 115)。

知道醫院HIV感染的風險是實在的後，人們就能理解一些醫生對在感染HIV病人身上進行侵入性操作表示擔心。重要的是要指出，表示這種擔心的人不限於蓄意避免接觸HIV病人的醫生：那些獻身於照料HIV感染者的人也表達過這種關注。例如，Gerald Friedland, 一位獻身於照料AIDS病人的醫生說：“在為AIDS病人工作7年，對統計學風險知道得很清楚後，我必須承認，我仍然害怕。當我注意到我皮膚上有污點時，我就禁不住要想這是卡波濟肉瘤。我仍然將一些小毛病解釋為‘預期性’HIV感染的開端。雖然在理性上我知道得更清楚” (Levine, 1991, p. 199)。需要問的問題是，AMA和ADA的政策是否可得到辯護，我們知道這一政策要求醫生在治療他們的病人時冒生命危險。

三、HIV、乙型肝炎和治療的義務

設醫生普遍治療感染乙型肝炎的人，乙型肝炎比HIV更具傳染性，人們會想到人們能夠從醫生一貫治療乙型肝炎病人這一事實推論出治療感染HIV病人的義務。這就是Norman Daniels在他的論文“治療的義務或拒絕的權利”中所採取的戰略。Daniels用以下假定開始他的論證：“分配效益和承擔風險的負擔的一般機制是，並且應該是：同意。因此，如果醫生有承擔某些風險的義務，這必然是他們同意這樣做的結果”

(5) 對545位醫務人員接受928黏膜接觸的一項調查結果顯示只有一次血清轉陽 (Stine, 1995, p. 115, p. 120)。

(Daniels, 1991, p. 38)。然後他論證說，醫生有義務治療感染 HIV 的病人，因為在他們同意進入並訓練從事醫學專業時，他們就同意接受一定標準程度的風險，因治療感染 HIV 病人而感染 HIV 的風險不超過這一風險 (Daniels, 1988, p. 38)。為了維護這一觀點，Daniels 需要確定兩個主張：其一，他必須對醫生當進入醫學領域時同意面臨的風險程度說些什麼。其二，他必須對如下說法提供經驗支持：治療 HIV 病人所致的感染風險不超過此程度的風險。

Daniels 試圖將醫院感染 HIV 風險與治療乙型肝炎病人所致風險加以比較來完成這兩項任務。Daniels 指出，乙型肝炎還有更高得傳染性（大約 40 倍），更高的現患率（大約 10 倍），但其致命性不如 HIV。然後他指出，醫生一直願意治療乙型肝炎病人。因此他得出結論說，儘管治療 HIV 病人的風險與治療乙型肝炎病人的風險之間有差異，“一般有充分理由認為同意冒乙型肝炎的風險與同意冒 HIV 的風險是相同的” (Daniels, 1988, p. 40, 也參閱 Stine, 1995, pp. 115-116)。

然而，Daniels 根據同意來論證不具說服力。首先，人們可能拒絕認為醫生有義務治療乙型肝炎病人。雖然醫生一般治療那些乙型肝炎病人，這是對的，但這並不證明他們有義務這樣做。因為一個人可能聲稱，他們願意冒治療這些病人帶來的風險，這並不是義務，而是份外善行。至少，這種以同意為基礎的論證的支持者需要一個補充論證來說明為什麼醫生有義務治療乙型肝炎病人。然而，Daniels 沒有給我們提供這種論證，沒有理由認為有義務治療乙型肝炎病人的論證會比有義務治療 HIV 病人的論證更容易確立。

第二，正如 Daniels 自己指出但並沒有充分理解的那樣，由於已知所冒風險的差異，願意治療乙型肝炎病人與願意治療 HIV 病人之間進行比較，是成問題的。(Daniels, 1988, p. 40)。雖然職業性感染乙型肝炎的概率比感染 HIV 的機會高得

多，死於乙型肝炎的概率要比死於 HIV 的概率低得多 (Daniels, 1988, p. 40)。再者，因感染乙型肝炎而帶來的恥辱要比因感染 HIV 少得多。由於感染 HIV 與感染乙型肝炎之間的這三種差異，人們可合理地認為就後果的相對嚴重性而言，治療 HIV 帶來的危險要比治療乙型肝炎的風險大得多。因此，得出的結論是：即使人們認為醫生有義務治療乙型肝炎病人，人們仍可合理地拒絕醫生有義務治療感染 HIV 病人的這種推論。

最後我認為基於同意的論證尤其成問題的是，由於在醫生之間對他們是否有義務治療有大量的爭論，相信這種論證是很難的。⁽⁶⁾那是說，人們會認為，如果 Daniels 是對的，即醫生已經同意接受不會被治療感染 HIV 病人超過的一定程度的風險，醫生就會明白這一點，治療義務就會得到普遍的（幾乎普遍）的承認。但是，是否有這種治療義務一直是，並且繼續是醫生間熱烈爭論的一個問題，因此就很難相信聲稱他們已經同意治療這些病人。換句話說，如果醫生真正同意冒這種風險，那麼鑒於在醫生間爭論的事實，似乎冒這種風險不是一個知情的同意。因此，很難理解為什麼人們認為這種給出的同意對醫生有道德上的約束力，是治療義務的根據。這一點對 Daniels 的觀點是摧毀性的，因為他的觀點基於這樣的信念：使他人冒風險要求同意，明白這一點很重要。因為醫生間對是否有倫理義務治療 HIV 病人存在分歧這一事實，是相當定論性的證據，證明至少有些醫生並不（知情地）同意冒這種風險。認為這些醫生當加入醫學專業時就本來應該知道他們同意冒這種風險也

(6) 研究一致地發現，大約 75% 醫生認為有倫理學義務治療，但 25% 醫生認為沒有。按我的意見，這代表醫生對是否有義務治療的重大分歧 (Schwarz, 1989, pp. 36-37)。

不合理，因為我們必須記住直到最近以前包括AMA在內的若干醫學聯合會還認為醫生有拒絕治療HIV病人的自由。⁽⁷⁾因此，Daniels的論證按他自己標準也失敗了：他聲稱使一個人冒風險要求他或她的同意，然而他未能證明（所有）醫生已經提供這種同意。

所以，基於與治療感染乙型肝炎病人的風險相比較的治療HIV病人義務的論證是沒有前途的。可以合理地將與HIV感染相關的風險看作大於與乙型肝炎相關的風險，人們可以合理地拒絕醫生有義務治療乙型肝炎病人，最後鮮有證據證明（所有）醫生（知情地）同意冒治療HIV（或乙型肝炎）病人的風險。

四、一種後果論的進路

由於基於同意的支持治療義務的論證有許多困難，我認為人們用另一種方法來為這種義務找根據會幹得更好。在本節，我要提出一個不同的、我認為更有前途的支持AMA和ADA政策，即醫生有義務治療HIV病人的論證。我認為這樣一種義務可通過如下的比較得到支持：將堅持治療義務的社會政策（如AMA和ADA的義務性政策）的預期後果與允許醫生自由選擇是否治療感染HIV病人的政策（自願性政策）的預期後果相比較。如果結果是，權衡起來能夠預期的自願主義的代價，比義務性政策的代價更為不行，就可作出支持義務性政策的令人信

(7) 回想1988年前，AMA的醫學倫理學原則包括下列條款：“除了急診情況下，醫生在為病人提供合適的醫療時，有選擇為誰服務，與誰合作，在其中提供醫療服務的自由”(Zuger, 1991, p. 222)。

服的論證。⁽⁸⁾

然而，在發展這一論證時，應該注意的是，我將只比較兩種可能性：義務性的與自願性的政策。我將不考慮更為複雜的建議，例如要求一些醫生治療HIV病人，但允許另一些醫生自由拒絕。⁽⁹⁾再者，在考慮這兩個政策的優點時，我假定，除非另有所指，各種背景因素仍然相對穩定或至少不會以出乎意料之外的方式發生變化。例如，我並不考慮如果大多數願意治療HIV病人的醫生突然過剩，義務性政策是否仍然合適。最後，在比較這兩種政策時，我只考慮它們的預期代價，而不考慮它們的預期好處。我這樣做是因為，既考查這些政策的好處又考查它們的代價是多餘的，因為可以簡單地將一種政策的好處理解為另一種政策的代價。例如，如果自願主義的好處是，它尊重醫生的自主性，那麼我們指出義務性政策的代價是它未能尊重醫生的自主性，就可以承認這一點。同理，如果義務性政策的好處是，病人不需要擔心透露信息可引起失去醫療保健，那麼指出自願主義的代價是病人非常擔心，也就可理解這一點。因此，我將只集中於這兩個政策的預期代價，並且我將論證對這些代價的比較揭示有強有力的理由選擇義務性政策，而不是自願性政策。

(8) John Arras (1988, p. 12) 簡要地討論了支持治療感染HIV病人義務的後果論論證，而Benjamin Freedman (1991, pp. 95-98) 則詳盡地發展了這一論證。

(9) 乍一看來，這樣一種政策似乎是不公平的和任意的，顯然不符合病人的最佳利益。為什麼要求一些醫生治療，而不要求其他醫生呢？我們應該根據什麼來決定誰必須治療，誰可以自由拒絕治療？這一種政策對醫患關係以及對一般病人的治療會有什麼樣的後果呢？我認為，這樣一種政策能接觸這些擔心是值得懷疑的，但歸根結底這樣一種政策是否能夠得到維護，不在這裏解決。

A. 自願主義政策。自願主義政策的代價大致可分為4類：對醫生的代價；對醫患關係的代價；對那些未感染HIV的人的代價；以及最重要的，對HIV病人的代價。下面我將花一些時間來討論這些代價。然而，在我這樣做以前，我要提出一個警告：這裏涉及的那些代價是意義深遠的，儘管往往難以認識和充分理解；因此，我將不能鑒定所有這些代價，不能充分理解我所鑒定的代價，這是十分可能的。因而應該將下面所說的看作對允許醫生選擇是否治療感染HIV病人所付代價的并未窮盡的描述；然而，我認為這一描述將足以證明，有強有力的理由反對自願主義政策，而支持治療這些病人的得到承認的義務。

1. 對醫生的代價。如果允許醫生拒絕治療感染HIV的病人，那就是說那些願意治療感染HIV病人的醫生將接觸更大的感染風險，只是因為他們將看更多的感染病人。這種風險有多大主要取決於需要治療的感染HIV的病人數，以及願意治療他們的醫生數。雖然不清楚如果允許自願主義，有多少醫生願意治療，根據許多醫學生以及各種醫學聯合會的態度來判斷，可以合理地假定：拒絕治療的醫生數將會很多。⁽¹⁰⁾可以相當肯定的是，願意治療的醫生數將隨地區不同而有很大的不同，有些區域將嚴重缺乏願意治療的醫生（Stine, 1995, p. 306）。使問題更糟的是，單單在美國感染HIV的人數估計已經達100萬，許多人預期這個數目將繼續上升，尤其是在那些獲得醫療保健已經很有限的社會集團內（Stine, 1995, pp. 189, 211-221; 疾病控制和預防中心, 1993, pp. 1-3）。⁽¹¹⁾因此，允許醫生自願拒絕治療將置那些願意治療的醫生於過度工作的境況

(10) 參閱上面第1節。

(11) 只要成為感染HIV的人數大於死於HIV的人數，感染HIV和患AIDS的總人數將會上升。

中，因為需要治療的病人數不可控制，且使他們冒感染HIV的更大風險，因為接觸病毒的機會更多了。

2. 對醫患關係的代價。自願主義的政策也將損害醫患關係，因此對醫生和病人都不好。更確切地說，醫生不願治療那些感染HIV的病人損害作為醫患關係基礎的信任。普遍同意，為了使醫患關係發揮最佳作用，醫生必須能夠是可信賴的，她的病人就會向她訴說病情和所從事的與健康有關的任何行為。然而，為了使病人信任她的醫生，她必須相信和信賴她的醫生將為她的最佳利益而採取行動。但是如果實行自願主義，如果信任意味着可能得不到醫療保健，那麼病人就會失去信賴醫生所必需的信任，因而不願意透露她可能經驗的某些症狀，不願意討論她已經從事的某些有風險的行為。同理，醫生會不信任他們的病人，懷疑他們沒有透露一切有關信息。結果，可以合理地相信，如果實行自願主義，醫患關係就會受到嚴重的損害。

3. 對沒有感染HIV的人的傷害。可以預期自願主義政策對那些沒有HIV的人有不利影響。首先，沒有感染HIV的病人在身體和情感上都受苦，因為醫生與病人之間的信任會被削弱，如果實行自願主義的話。這些病人可因由於擔心可能喪失醫療保健而不能透露可治療的問題給他們的醫生而受到不必要的身體傷害。而病人由於生病，由於感到不能自由透露他們的症狀給他們的醫生，由於不能知道他們疾病的真正性質而擔憂和緊張，在情感上受苦。他們也由於如果變為HIV陽性而擔心失去他們選擇的醫生而在情感上受苦。

也許自願主義更令人擔憂的後果是，它給非醫學專業的人遞送了一個錯誤的信號，他們本身不知道如何對待HIV陽性的人。醫學專業中的自願主義給出的信號是，感染HIV的人是危險的，因此他們受到歧視是正當的。這樣的結果很可能是批准和鼓勵沒有感染HIV人之間的非理性恐懼，以及全社會歧視

HIV感染者的做法 (Blendon和 Donelan, 1989, pp. 20-28, Epidemic of Fear, 1990, pp. 78-80, 以及Stine, 1995, pp. 286-300)。在非醫學專業中，在學校裏，在居住方面，以及在社會生活的無數其他領域，認為HIV陽性者是危險的，以及歧視他們是正當的那種非理性恐懼，被醫學專業所批准，這個專業本應“知道”如何控制感染，但卻用這些方式對待感染HIV的人。因此，由於不必要地增加其他人的恐懼和不信任，在醫學職業內的自願主義破壞了整個社會人民之間的關係。

4. 對感染HIV人的傷害。雖然自願主義對醫務人員和沒有感染HIV的人的代價是實在的和重大的，無疑自願主義最要不得的代價是落在感染HIV的人身上。如果實行自願主義，感染HIV的病人的代價，也表現為身體和心理上的傷害：我們能夠按照代價來理解傷害，已經鑒定出這個政策對醫學專業和整個社會會有的傷害。

首先，回想以下，自願主義的一個結果是缺少願意治療感染HIV病人的醫生。這一政策不僅耗盡願意治療感染HIV病人的醫生的精力，而且它對這些病人的醫療保健有深刻的影響。原來能夠解除病痛的病人現在不得不等待，使他們更加受苦。在那些可能沒有願意治療的醫生或者因為願意治療的醫生太忙不能照料每個人而找不到醫生的地區，一些病人根本得不到他們需要的照顧 (Arras, 1988, p. 12)。再者，缺少願意治療的醫生也威脅到急需病人的心理健康。感染HIV的病人設法看到醫生，可是找不到，或者發現她不得不等待很長時間才能看到，而其他沒有感染HIV的病人幾乎馬上就可以看到醫生，從這些病人的觀點看，這種作為“二等公民”、“被邊緣化”、成為“不受歡迎的人”的痛苦感覺必定深深地傷害了她。(12)

(12) 自願主義政策使感染HIV的人邊緣化尤其具有悲劇性，當我們知道例如男同性戀者往往感到他們被醫務人員看作“不受歡迎的人”。因此，自願

對病人的若干有害後果也來源於知道他的醫生不願意治療感染HIV的病人。首先，正如已經提出的那樣，懷疑他們可能感染HIV的病人可能不願接受由他們的醫生來檢測，或者如果他們作了檢測，可能不願意告訴他們的醫生，擔心他們會喪失優質醫療。由於拖延透露真情的時間，他們可能得不到對他們有利的治療，由於他們不知道他們真實的病情是什麼，或不知道是否可以做些事來改善他們的健康，他們不得不忍受巨大的焦慮。

最後，如果我是對的，即如果實行自願主義，這將給出一個信號：感染HIV的病人是危險的，能夠正當地將他們與沒有感染HIV的人區別對待，他們不僅將感到在醫療環境內作為“不受歡迎的人”而蒙受恥辱，而且風險也增大了，他們會在種種非醫療的社會互動中（在身體和情感上）受到傷害。被迫與致命疾病共處的人，如此脆弱需要支持的人，將十分可能不得不因追加的非理性的和不必要的歧視而受苦，而醫生給出的這些人是危險的，應躲開他們的信號鼓勵了這種歧視。

因此，這些是自願主義的一些預期的代價。正如前所述，我不懷疑還有我忽視的其他暗中為害的代價，但是即使將我們局限於上面討論的代價，很清楚自願主義的代價是很多很大的。將這些代價集合起來，就構成強有力的理由來支持有治療義務的主張。(13)

主義政策會使業已存在的問題更為惡化 (Blendon和Donelan, 1989, pp. 24-25; Schwarz, 1989, pp. 31-34; Epidemic of Fear, 1990, pp. 78-80)。

(13) 在這一點上反對者通常爭辯說這些代價是誇大了，說得過頭了，或僅僅是推測。我不同意：事實上，我認為它們全都是自願主義政策十分可能的後果，而每一個後果值得嚴重關注。但是，重要的是認識到即使只有某些上述的代價被認為是可能的，我們仍然有嚴肅的理由來關注自願主義政策。當然，代價更多、更嚴重，我們所有的反對這一政策的理由也就更有力。

B. 義務性政策的代價。與之相對照，義務性政策的代價是什麼？義務性政策的代價可分為兩大類：對醫生的代價和對病人的代價。

1. 對醫生的代價：自主性。也許能提出的反對義務性政策的最強理由是，它違反了醫生的自主性。我認為在這論證背後的基本思想是（1）迫使他們去冒風險和治療他們不想照料HIV病人，而違反了醫生的自主性，以及（2）這種考慮比支持治療義務的那種後果論考慮更為重要。

有兩種回應這一反對意見的方法。最強的回應是否認迫使他們治療HIV病人是違反醫生自主性的主張。在這裏，正是像Daniels那樣的基於同意的論證的觀點回應得很好。這裏的思想是，要求醫生冒治療HIV病人的風險並不違反醫生的自主性，因為由於進入醫學專業，他們同意冒這種風險。但是我們已經看到，Daniels的論證是站不住腳的，因此在這裏不能依靠它。

我想批駁反對義務性政策的意見能夠和應該說的是，它的第二個主張並不是從第一個主張中得出的。可以認為，要求醫生冒治療HIV病人的風險並不違反他們的自主性，也不是支持自願主義的一個理由，但也可以表明支持自願主義的這一理由沒有強到足以比反對自願主義的理由更為重要。當醫生不願時要求他們治療也許會惹惱一些醫生，也許會以某種程度增加他們的風險。但我們已經看到，感染的實際風險是十分低的，尤其在採取適當的防護措施時。如果要求治療的情感緊張太大，重要的是要記住醫生有自由轉換專業，或留在與病人的侵入性接觸非常少的醫學領域內。醫生能夠轉換專業，從而完全避免治療HIV病人的情感和身體風險，這突出了如果實行自願主義HIV病人的痛苦與如果禁止自願主義醫生的痛苦之間十分重要的區別：整個來說，HIV病人遠比醫生脆弱得多。雖然醫生真的受到壓力時總能夠不再做醫生，而HIV病人對他們的疾病是

無能為力的：當他們發現自己被邊緣化，別人回避他們，或者處於在其他方面不能忍受的境況時，他們不可能改變自己感染HIV的狀態，從而避免作為HIV陽性者忍受的創傷。當要在採納一種帶來不可避免的嚴重的代價的政策與採納一種帶來可以避免的不那麼嚴重的代價的政策之間作出選擇時，那麼顯然在道德上必定認可前者，而不是後者。

2. 對病人的傷害。一般提出來支持自願主義的其他理由是（1）要求醫生治療那些感染HIV的病人將使醫療保健變糟，因為那些感到被迫去治療的醫生不會幹得很好，以及（2）如果要求冒這種風險，就會使醫生短缺，因為選擇醫學作為生涯的人將非常少，現在行醫的許多人將不再行醫。

如果真是如此，第二個理由會構成強有力的理由來支持自願主義。然而，如果感染風險比較小，大量有能力的學生謀求進入醫學院，這種主張就難以令人相信。寧可說，更為可能的是，通過拒絕自願主義和支持治療義務，將有更多承諾治療HIV的病人進入醫學專業，而那些不願治療的人則選擇其他專業。因此，成為醫生的也許是與如果實行自願主義本來會成為醫生的不同的人，沒有理由認為醫生會短缺。

現在讓我們來考慮這樣的主張：要求醫生治療HIV病人會使醫療保健搞得很糟，因為被迫治療的那些醫生不會將工作做好。這一主張也是可疑的。首先，我的懷疑是，從主流來說，醫生具有比這個論證所認為他們具有的更多的專業責任，因此如果醫學聯合會和頒發執照委員會清楚地、毫不含糊地宣佈在有能力這樣做時治療HIV病人是要求醫生做的一部分工作，很可能絕大多數醫生會這樣做，而且做得很好。再者，如果我先前的論點是正確的，事過境遷，只有那些願意照料HIV病人的人首先進入醫學院，因此有一切理由認為他們將承諾提供一流醫療給HIV病人。

於是，支持自願主義和反對治療義務的論證看起來有點像

個大雜燴。我認為在提出來支持自願主義的論證中，只有自主性論證經得住批評。但是雖然它可以作為一個理由支持自願主義，然而我認為支持治療義務的更為令人信服的理由比它更重要。當然，也許有支持自願主義的其他論證，但我知道沒有一個看起來有前途的，根據考慮過的論證，我們可以作出結論說，考慮到所有這一切，將種種理由加以權衡後，對治療義務的支持是壓倒一切的。

五、結論：優質醫療的其他障礙

然而，正如Troyen A. Brennan論證的，強調醫生（或者更一般地說，醫務人員）的治療HIV病人的倫理責任，“在保證HIV陽性病人的醫療方面只走了一半路”（Brennan, 1989, p. 56）。Brennan（我認為正確地）論證說，法律制裁（例如反歧視法）和經濟鼓勵（例如對工作人員的補償、對職業性感染的醫務人員的私人殘疾和生命保險）在幫助克服獲得醫療的障礙方面也起作用。但不單是對HIV病人來說是如此，對生活在美國所有人都是這樣，獲得優質醫療保健也要求改變美國如何提供醫療保健。需要普遍醫療保健覆蓋是獲得優質醫療的關鍵方面，這在國家AIDS委員會的報告中得到了強調：

委員會鼓勵總統和國會致力於生活在美國的所有人的醫療保健問題，支持普遍醫療保健覆蓋。這種覆蓋應該是全面的，包括處方藥物。生活在美國的所有人不應因沒有支付能力而被拒絕給予醫療保健，也不應該由於不幸而有重大健康問題而被迫陷入貧困或失去尊嚴。我們的國家必須做實際上每一個其他工業化國家已經做的事情——採納一種普遍醫療計劃，保證使它的所有公民獲得醫療保健。

除非採取行動，沒有醫療保險和保險不足的人將繼續增

長，HIV教育、預防、諮詢和早期干預的機會將繼續失去，其HIV疾病要求緊急治療的人將日益增長地轉向業已過度負擔的公共醫療制度（America Living with AIDS, 1991, pp. 67-68）。

儘管需要普遍覆蓋，但美國目前幾乎沒有採納它的迹象。反之，美國醫療供給制度的特徵是管理醫療（managed care）的擴展。趨向管理醫療而離開傳統的付費醫療，主要由於控制醫療費用的努力。就管理醫療計劃業已幫助控制費用而沒有犧牲病人的醫療質量而言，應該推薦它們。確實，通過強調預防、教育和團隊醫學（team medicine，擴大使用護士、助理醫生和助產士），管理醫療組織可以控制醫療費用而同時改進對病人的醫療（Emanuel和Neveloff Dubler, 1995, pp. 326-327）。然而，某些管理醫療組織採取的其他節省費用的做法對優質醫療有威脅，因而引起了關注。在對HIV病人特別有關的問題中，有一些政策或者首先排除一些本來有病的人獲得醫療覆蓋，或者由於患了慢性病而被除名，不讓他們繼續工作，還有一些政策拒絕支付實驗性治療，給初級保健醫生提供獎金讓他們限制醫療。雖然這些措施的可能經濟效益是一清二楚的，但對病人保健和醫患關係的可能傷害也是可觀的。在本文中我將以對這些可質疑的政策之討論作為結束。

“為了降低費用，許多保險公司和管理醫療組織設法通過挑選市場、增加排除條件、修改原來提供的優惠以及其他辦法來（僅僅）挑選有可能使用更少更便宜的服務的加入者（‘採櫻桃’）”，其他辦法例如設法終止那些患慢性病和不再能夠工作的人的醫療覆蓋（Emanuel和Neveloff Dubler, 1995, pp. 327）。這些政策使那些HIV病人，或那些被認為屬於HIV高危人群的人，首先被拒絕私人保險的保護，或者在他們最需要時失去他們的醫療覆蓋。他們不能獲得私人保險，就被迫進入已經過度負擔的公共部門，在那裏“他們對醫療條件或初級保

健醫生沒有任何選擇”，在那裏即使醫務人員作了最大的努力，“沒有保險的病人只能有最糟的保健結局”（Emanuel和Neveloff Dubler, 1995, pp. 325）。因此這些政策顯然是有害的。而且，它們使這些人受到傷害，他們最需要照料，卻遭到拒絕。因此有強有力的確鑿的理由反對這些政策。

某些管理醫療計劃拒絕覆蓋實驗性治療，對於HIV和AIDS病人尤其有問題，因為這些治療也許是唯一有利於他們的治療。因此，這些限制性政策對他們，對那些所患其他疾病很少可靠療法的病人，尤其有害。^[14]不願意覆蓋這些治療將這些病人置於怪圈之中：不覆蓋病人就不能參與實驗性治療的試驗；但沒有參與者試驗治療的有效性，它就不可能證明有效，於是它仍然不為管理醫療計劃覆蓋，因此不能為病人治療。正確的做法不是一概拒絕支付實驗性治療，管理醫療組織似乎應該準備覆蓋實驗性治療費用，只要有理由認為它們會大大有利於病人，而已證明的療法都不行。在管理醫療計劃不覆蓋有理由認為符合病人最佳利益的某些治療的情況下，醫生應該做他們能夠做的事來看看最有希望的治療是否能讓病人得到。正如美國醫學會倫理和司法事務委員會所澄清的：

會有這樣的案例，在其中一種健康計劃有它的分配準則，這一準則一般是公平的，但在特殊情況下造成不公平地拒絕提供醫療，即拒絕提供對病人大為有利的醫療。在這種情況下，作為病人維護人的醫生的責任要求醫生對拒絕提供醫療提出異議，並支持在具體情況下提供醫療。也會有這樣的案例，在其中一種健康計劃有它的分配準則，這一準則在它貫徹時一般是不公平的。在這種情況下，作為病人維護人的醫生的責任要求

[14] 駭人聽聞地揭露一項管理醫療計劃如何對待一個患有癌症的參與人，閱Larson, 1996, pp. 44-52。

醫生不僅對根據準則拒絕提供醫療提出異議，而且在健康計劃決策層次設法取消或修改準則（Council on Ethical and Judiciary Affairs, 1995, p. 333）。

撇開某些治療是否為管理醫療組織覆蓋不談，應該澄清的是，醫生的責任，至少作為一個取得病人知情同意的問題，應該“告知所有可得的治療選擇，不管費用如何，包括那些在計劃條件內沒有提供的潛在有利的治療”（Council on Ethical and Judiciary Affairs, 1995, p. 332）。

最後，看待對限制開支的獎勵需要更為小心謹慎：因為提供獎金限制醫療的計劃將使醫生經濟利益與病人接受可得最佳醫療的利益發生衝突。這反過來使病人接受糟糕的醫療保健，削弱了病人與醫生之間的信任。人們也許（有充分的理由）不知道他們的醫生是否真正在儘她或他的可能做一切事情來治療病人，或沒有採取儘管有希望的某些措施是否因為這些措施會減少醫生的收入。通過獎勵醫生儘可能對他或她的病人做得最少來限制開支的試圖，對病人、對醫患關係的完整性是個嚴重錯誤和危險，並破壞對作為一個整體的醫學專業的尊重。不應獎勵醫生限制醫療數量，更好的是獎勵醫生提供優質醫療（Council on Ethical and Judiciary Affairs, 1995, p. 333）。為此目的，對於在特殊情況下什麼構成合適的治療，需要制訂標準，需要按照這些標準來衡量醫生。^[15]應該關注獎勵醫生提供優質醫療，並懲罰他們提供過度或不充分的治療。

在本文的前面幾節，我根據後果論考慮論證醫生應該服從禁止他們僅僅因為病人感染HIV而拒絕治療他或她的政策。但是，隨着在本文最後一節討論的問題得到澄清後，為HIV病人

[15] 當然，制訂合適行為的可靠標準是很難的。有關如何可以做到這一點，閱AMA倫理和司法委員會建議（1995, p. 333）。

提供優質醫療，不僅要求醫生（或更一般地說，醫務人員）願意治療這些病人，也要求由一個其最重要的目的是給所有人提供優質醫療的制度來提供這種醫療保健。

〔 陳 瑾譯 〕

參考文獻

- Arras, J.: 1998, "The fragile web of responsibility: Aids and the duty to treat," *Hastings Center Reports*, 18(2), pp. 10-19.
- Blendon, R. J. et al.: 1989, "AIDS, the public, and the "NIMBY" syndrome," in D.E. Rogers et al., (eds.), *Public and Professional Attitudes Toward AIDS Patients*, Westview Press, Boulder, CO, pp. 19-30.
- Brennan, T.A.: (1989) "Removing barriers to health care for people with HIV-related disease: A matter of law or ethics?" in D.E. Rogers et al., (eds.), *Public and Professional Attitudes Toward AIDS Patients*, Westview Press, Boulder, CO, pp. 55-73.
- Centers for Disease Control and Prevention: 1993, "The scope of the HIV/AIDS epidemic in the United States," *Centers for Disease Control and Prevention*.
- Council on Ethical and Judicial Affairs: 1988, *The Journal of American Medical Association*, 259(9), p.1360.
- Council on Ethical and Judicial Affairs: 1995, "Ethical issues in managed care," *The Journal of the American Medical Association*, 273(4), pp. 330-335.
- Daniels, N.: 1991, "Duty to treat or right to refuse?" *Hastings Center Reports*, 21, pp.36-46.
- Emanuel, E.J. et al.: 1995, "Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care," *The Journal of the American Medical Association*, 273(4), pp. 323-329.
- Report of the ACLU's AIDS Project: 1990, *Epidemic of Fear: A Survey of AIDS Discrimination in the 1980's and Policy Recommendations for the 1990's*, American Civil Liberties Union, New York.
- Freedman, B.: 1991, "Health-care workers' occupational exposure to HIV: Obligations and entitlements," in C. Overall et al., (eds.) *Perspectives on AIDS: Ethical and Social Issues*, Oxford University Press, Toronto, pp. 91-105.
- Gostin, L.O.: 1992, "Health law," *The Journal of the American Medical Association*, 268(3), pp. 364-366.
- Hermann, D.H.J.: 1991, "AIDS and the law," in F.G. Reamer (ed.) *Aids & Ethics*, Columbia University Press, New York, pp. 277-304.
- Larson, E.: 1996, "The Soul of an HMO," *Time*, 147(4), pp. 44-52.
- Levine, R.J.: 1991, "AIDS and the physician-patient relationship," in F.G. Reamer (ed.), *Aids & Ethics*, Columbia University Press, New York, pp. 188-214.
- Schwarz, M.R.: 1989, "Physicians' attitudes toward AIDS," in D.E. Rogers

et al., (eds.) *Public and Professional Attitudes Toward AIDS Patients*, Westview Press, Boulder CO.

Shapiro, M.F. *et al.*: 1992, "Resident experiences in, and attitudes toward, the care of persons with AIDS in Canada, France, and the United States," *The Journal of the American Medical Association*, 268, pp. 510-515.

Stine, G.J.: 1995, *AIDS Update: 1994-95*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Zuger, A.: 1991, "AIDS and the obligations of health care professionals," in F.G. Reamer (ed.), *Aids & Ethics*, Columbia University Press, New York, pp. 215-239.