

公平的照護： 奧瑞岡、保健限額分配， 以及知情的民主考量

Leonard M. Fleck

摘要

本文要論證，國家的健康改革努力，理應參照奧瑞岡 (Oregon) ⁽¹⁾ 十一項關鍵的教訓。特別是，我們要理解到，保健限額分配 (health care rationing) 是無可避免的，限額分配過程一定要公開透明，而公平限額分配的草案，亦必須通過一個理性而民主

Leonard M. Fleck, Ph.D., Philosophy Department, the Center for Ethics & Humanities in the Life Sciences, Michigan State University, East Lansing, MI 48824. U.S.A.

原載：《The Journal of Medicine & Philosophy》19:367-388, 1994.

《中外醫學哲學》II：1 (1999年2月)：頁27~51。

(1) 1989年，奧瑞岡州立法院通過「奧瑞岡基本健康服務法案」(Oregon Basic Health Services Act)，成立一個「健康服務委員會」，負責開展

的量 (rational democratic deliberation) 過程有自我強加的 (self-imposed)。本文第一部分點出，限額分配乃是我們當前保健系統的一個特徵，但大都是隱而不現的限額分配，應該算是不公平的。本文第二部分要論證，保健限額分配的需要是不可避免的。作為一個限額分配模式，奧瑞岡是有瑕疵的，但在全國性的保健改革上（第三部分分析並維護這樣的改革），確能讓我們吸取值得學習的道德教訓。這些教訓最有意義之處，是表明了為一個社群開展一個公平的限額分配草案上，理性而民主的考量是重要的。在第四部分，筆者勾勒出這種進路在哲學上的成立理由，並回應丹尼爾某些重要的批評。

關鍵詞：奧瑞岡基本醫療保健服務方案 保健定額分配
道德教訓 民主考量

我們社會的資源有限，卻要滿足實質上無窮的保健的需求。在這種情形下，一個公平而有照護能力的社會到底意指什麼？這是保健限額分配的問題，也正是保健改革在可見未來的核心問題。雖然察覺的人不多，但保健限額分配乃是一獨特的現象，理由在，限額分配大都是在不透明方式下完成，因而實際上規避了批判性的考察 (Fleck, 1987, 1990b)。

奧瑞岡獨特之處，在於其公民斷然要通過在道德和理性上

對全體州民最重要到最不重要的健康服務的優先秩序清單。此一清單之擬定，涉及了保健服務的「限額分配」(rationing) 的做法。原作者在文中單提“Oregon”一字，往往是指奧瑞岡州的這種立法，或指該州健康委員會之針對對全體州民最重要到最不重要的健康服務的優先秩序，開展一清單的做法。中譯亦“Oregon”只譯為「奧瑞岡」。——譯者

成立的民主考量，形成明確而公開的、系統性的限額分配決策。但奧瑞岡的種種努力，至今受到強烈的道德和政治批評，認為承受保健限額分配後果的，正是政治的弱勢者和生病的貧苦人士。但更為深入的批評在於，限額分配並不是必要的，因為有許許多多有效方法可控制保健支出，而又沒有阻斷任何人得到必需而有益的保健服務。但筆者在第二部分將論證，這看法是錯誤的，而保健限額分配則是不可避免的。如果這論證正確，那麼，我們再次面臨的問題是，界定並維護公平的保健限額分配的內容。在第三部分要論證的是，奧瑞岡在這方面提供重要的道德教訓，而我們可從奧瑞岡的範例推導出一個在哲學上站得住腳，在政治上實際可行的進路，來處理公平的保健限額分配。除此，要是我們在非理想的公義架構 (the framework of non-ideal justice) 來評估奧瑞岡的限額分配政策，則這些政策是可以在道德上來證成的。最後，Daniels (1993) 質疑，以闡明公平限額分配政策的民主考思，是否可以說是合理的或公正的，因而是是否該給予道德或政治的正當性。在第四部分，筆者將提供一個哲學的建構，其目標是要證成，針對保健限額分配理性而民主的考量，是有其道德和政治正當性的。

奧瑞岡的限額分配計畫公平嗎？

一開始，我們先提出兩個初步的主張。首先，保健改革的一般問題，特別是保健限額分配的問題，基本上乃是道德和政治的問題，次而才算是經濟或組織的問題 (Fleck, 1992; Fleck, 1990a; Daniels, 1985; Churchill, 1987)。保健服務並不如錄影帶那樣，單純是市場商品，可合理地依照個人付費能力來限額分配。如同Daniels所說的 (1985, chap.3)，取

得必須及有效的保健，是保護社會中機會平等的必備條件。因此，保健該視為一公共財產和公益，因而應當作公共政策的合法對象。

我們第二個初步主張是，「公正」而非行善，才是應該規範保健改革選擇的基本道德價值（Fleck, 1989a; Daniels, 1985）。我想到的是羅爾斯的、溫和的平等主義的，與我們自由民主承諾相一致的那種契約式公義觀。如Rawls說的，這樣的公義觀念，理應形塑我們社會的「基本結構」（Rawls, 1993）。可是，保健有一些道德上獨特的性質，有待我們先闡明「保健的公義」這個概念（Fleck, 1989b）。本文目的旨在對公正的保健限額分配細述某些慎重的判斷。

奧瑞岡旨在同時達到兩個保健的政策目標：（一）擴大未投保者取得所需的保健並（二）為國家控制保健的成本支出（有關政策的詳細內容，參見本期Sipes-Metzler的文章）。值得注意的是，這些政策是明顯訴求於道德原則來證成的。具醫生身份的奧瑞岡議會主席John Kitzhaber列出此法案背後的八個公認的原則（Kitzhaber, 1990）。第一個原則要求，「凡州的公民都可得到基本層次的保健」，而第四個原則則主張，「為無能力自付費用的人提供足夠的財務資源，乃是社會的責任」（Kitzhaber, 1990）。

要注意的是，奧瑞岡認為在道德上有責任給窮人和無保險者的保障，並不是保健的「平等取得」。對奧瑞岡來說，窮人和無保險者在道德上是有請求權的，並不是中產階級層次的保健，而是「基本的保健」。在確保取得需要的保健上，社會的責任是有「限制」的，理由是，根據奧瑞岡第八個原則，「保健之限額分配必須納入一個更廣的限額分配政策裏，這個政策體認到，投入相關領域的資源分配若能取得平衡，保健才可能維持」（Kitzhaber, 1990）。這些相關領域包括住屋、教育和公路建設，全都是重要的公共財產，全

都對公共資源有正當請求權，卻沒無限制的請求權。⁽²⁾果真如此，我們如何能公平而合理地決定，什麼才算是必須給予全體公民的基本保健？

奧瑞岡對我們問題的回應是，並沒有完全客觀的、唯一合理或無爭議的公平方式。實質上，這是一個程序問題，要通過公開的民主對話來解決，而對話的結果會受到社會價值的判斷和醫學資訊的影響。對話的目的，是對保健服務訂定先後的秩序，即對709種醫療處境／治療的配對項目（medical condition/treatments pairs）排定優先順序，從成本合理的、能最有效處理特定醫療問題，並得到實質好處的服務排起，一直排到往往用不合理成本卻頂多有些微效用且得益不多的服務。⁽³⁾

雖然剛開始的公開的對話確對這種排序過程有影響，但定案的排序責任卻落在十一人組成的委員會上。接着，立法單位再選定一個財務支付的層次。立法單位不能更動排序。在選定層次之上的所有服務，構成了奧瑞岡所有公民享有的基本保健服務內涵；在層次之下的服務不由政府出錢。在道德上來說，選定層次之下的，並不代表是無用的，醫學上不恰當的，或無益的保健。確切地說，它們代表着益處不大的保健，其中，效益是十分不確定或相對上很小，特別是從成本來看是如此。這就是保健的限額分配。

Coby Howard著名的個案讓限額分配的實踐有一人性的面貌。⁽⁴⁾Howard逝世之時，正在於也由於一個不為骨髓移植

(2) 這些另類的公共投資領域都與保護健康有關。例如，不在公路安全上投資，造成本來可防犯的死亡和重傷害事件。

(3) 有關排序過程的細節，及排序的發展歷史，有興趣的讀者應參看Garland (1992a) (1992b)；Oregon Health Service Commission (1991)；Dougherty (1991)；Hadorn (1991)。

(4) 有關政策的細節，參見Fox and Leichter (1991)

給付的審慎的社會抉擇。與Coby有同樣病情的奧瑞岡中產階級家庭的孩子，事實上依父母健康保險給付接受骨髓移植手術。中產階級的小孩享有求生機會，窮人的「小孩」卻求救無門，這合乎道德嗎？對此，一些論者大聲說「不」(Rosenbaum, 1992, p.126; Daniels, 1991)。Lawrence Brown就認為，保健限額分配無論在道德和政治上都是令人厭惡的巧思，本質上，它只是解決成本危機便宜了事的方法，卻犧牲貧病交迫的弱勢者(1991, pp. 49-50)。Brown論斷說，限額分配是偽造出來的議題，而奧瑞岡的種種作為都是沒有正當性的。筆者將論證，Brown的說法是錯的。

保健限額分配之不可避免

今天大家都曉得，節節上升的保健成本構成社會性難題。但成本上升本身並得不出這樣的結論：限額分配做為一政策回應，在道德和政治上都是必須的。如果抑制成本有其他可行的方法，那麼就有令人折服的理由來拒絕拿限額分配當作抑制成本的方式。限額分配在道德上似是可議的，理由在：(一) 一個身份明確的個人被否定了必需的、有潛在益處的保健；(二) 這些好處之被否定，是外力強加的，不是自由選擇的；(三) 他們得不到的好處也許是相當實質的，如同生命本身那樣，而且往往是無可替代和無法補償的；(四) 無法得到這好處的人，都是有病而脆弱的；(五) 不給那些人給付似乎是獨斷的，因為不給付的主要理由是經濟的理由；(六) 有害個人權益限額分配的決策，歸根究底是出自政府之手，但政府理應平等地保障人人的權利；(七) 限額分配決策最最近的來源往往是醫生，但按道理，醫生是病人忠誠而強硬的代言人。⁽⁵⁾

上述的論調，代表着反對限額分配論證的第一個前提。第

二個前提是，要控制保健成本，還有其他有效的替代方案，而且，它們並未與限額分配相關着的那些在道德上可議的特徵。浪費、矇騙和浮濫這種不名譽的三位為一體常常被提出來，而相應的針砭之道包括了：更有效能的效益評估(Angell, 1985)，更好的技術評估，禁止醫生轉診給自己(Rodwin, 1993)，以及減少行政的浪費(Himmelstein and Woolhandler, 1994)。這些說法適當地代表着反對限額分配制論證的第二個前提，而論證的結論是，假定控制保健成本尚有這些在道德上正當，且鮮少試用過的替代方案，則限額分配並非不得不為的。

要注意的是限額分配的批評者以狹隘的觀點來設想該概念。在這種狹隘看法裏，限額分配最為主要的定義特徵，似乎是：有一個身分明確的人，由於一個強迫性的政府政策而無法獲得所需的保健。而這種情形，似乎有違於憐憫的社會價值觀和對個人自由的尊敬。

對限額分配這種狹隘的想法，其意涵之一是，談論「依付費能力限額分配」(ratioing by ability)就似乎在概念上變得不恰當。市場依照付費能力來限額分配，卻似乎是在完全不偏不倚的、機械的方式下為之，根本不理會特定個人的福祉。

(5) 對保健限額分配在道德上的問題之特徵，Menzel (1992) 的文章敘述最為詳細。筆者針對限額分配有問題的特徵所列的清單中，其中第五項要表達的，是「歲收不足」(fiscal scarcity)。據我我知，Haavi Morreim (1991, chap. 4) 之將這個概念引入醫療倫理中，是值得稱許的。如果在某個幾近絕對意義上資源是稀少，而限額分配決策不得不為，那麼公平的資源分配過程通常都會讓「贏家」和「輸家」都有道德和心理上的滿足感。大家都知道，總有人會是輸家，蓋因要分的東西在絕對意義上是稀少的。由於歲收不足，所以，似乎應該有輸家，特別是就某些不可替代的東西如生命本身來說，理由在，總是可以從「別處」弄到錢，而在這裏，不論對諸多個人，或對我們最重要的共同社會價值之影響，是少之又少的。正因如此，許多美國人不假思索或毫不遲疑地說，人命是無價的。

但這是堵塞的說法。市場的特徵之一，在於它們的確將壞結果的責任擴散出去，往往造成這樣的印象：這些結果是機運和特定市場運作所做成的。實際上，審慎的決策一直是存在的，其有效程度，並不亞於奧瑞岡立法院終而拒絕給付Coby骨髓移植的決策。所以說，健康保險市場並不表代着一種非限額分配的保健成本控制方法。該市場有限額分配，而且，它應該和任何非市場的保健限額分配一樣，容易受到道德的批判。聲稱風險評比並為不法，並不能排除限額分配的需要，蓋因保險公司仍然會選擇將某些昂貴的醫療項目如骨髓移植排除在給付範圍之外 (Stone, 1993; U.S. Congress, 1988; Light, 1994)。

柯林頓政府打算保障所有美國人都獲得整套保健的疾病津貼 (package of health care benefits)。任何人都保障得到「醫療上必需」的服務。如果從最廣泛的意義來理解醫療上的必需，將任何醫療項目都納進來，不管其益處有多小，不管花費如何高，那麼，我們等於是將成本控制當作保健系統改革的目標了。另一方面，要是醫療上必需者不取其廣義來理解，從而剔除了益處甚少、不值得花費的保健，那麼，我們又回到保健限額分配的路上。

Angell (1985)、Brown (1991) 和Relman (1991a; 1991b) 等人都設想，對保健系統和保健服務之使用，若有更合理而有效的全面管理，那麼不需限額分配就能控制成本。保健規劃、技術評估、效益評估和醫療實踐草約等方式可用來控制保健成本，而不招致與限額分配相關的那些可議的道德結果。然而，所有這些控制成本的方法會在不同情況裏導致「可預防的死亡」和傷害。但這些死亡和傷害由於與混雜的醫療問題中的自然死亡和傷害參雜一起，因而看似同樣都是命定而不幸的；而一項明確的限額分配決策造成如Coby Howard的死亡和傷害，看起來乃是不公平的、可預防的結果，而且也是未受照護的後果。事實上，這算是正確的道德判斷嗎？筆者不以

為然。

首先，隱性的限額分配 (implicit rationing)，是我們控制保健成本方法的一個遍在的特徵，它至少和奧瑞岡明確的保健限額分配方法一樣，在道德上都是成問題的。其次，縱使有明確可指證的個人 (identifiable individuals) 是保健限額分配的「受害者」，但這在道德和概念上都是不相干的。於此，我無法認同Hadorn (1991b) 的觀點。限額分配在概念上不可或缺的是，某人就何種保健判定為不值得花費和效益輕微，下了一個判斷。這種判斷一旦做成，就總會有些人要承受該決策的後果。復次，限額分配決策本質上並無不道德之處。真正的道德問題在，是否某個特定個人對其被否定的保健有公平的請求權。第四，有關「隱晦」形式的限額分配，其在道德上理應成問題的是，所有獨斷的、歧視的和明顯不公的限額分配決策，都可以有效地規避了任何人 (包括決策的受害者) 的道德檢查。所以說，就奧瑞岡執著於明確的限額分配來說，它理應得到道德的推崇，而不是道德的責難。第五，奧瑞岡在Coby Howard的個案上的確犯了道德的錯誤，理由是，它的限額分配是逐一為之，且沒有協調性；這種做法在道德上總是很難站得住腳的。奧瑞岡後來致力以周延而系統的方式來限額分配並設定先後秩序，如此即避免了類似的批評。可是，我們當前控制成本的大多數方法，還是瀰漫着許多類型不同的隱晦限額分配，仍然在道德上是可議的，蓋因它們是片面支離而缺少協調性的。這反映出我們對保健的財務處理方法是十分片斷化的，既容許亦鼓勵不負責任的成本轉移。

當前保健成本控制方法中這類隱晦的限額分配形式，到底可不可以根除？若能，沒有限額分配的成本控制是否仍然可能。但如同Schwartz (1987) 和Callahan (1990) 指出的，這無法控制保健成本不斷升高的問題。蓋因新醫學技術快速擴展和擴散乃是保健年度開支半數增長量的原因；因此，任何控

制成本的方法若不針對這個問題，即不能在健保成本控制上取得主導地位。例如，假定我們如Himmelstein and Woolhandler建議那樣，漸漸採取單一付款人（single-payer approach）的方法來處理保健的財務問題，那麼，我們就會節省93億元。但正如Schwartz and Aaron（1987；1990）論證的，這只是降低支出基礎的單一的節省，卻無改於助長成本的新醫療技術之出現。實際上，過去十年來，醫學所有領域一直引進了數不盡的新技術，而未來十年亦會如此。諸多技術中，鮮少能（真的）使健保總開支降低。雖然這些技術對特定的患病人口有某程度的好處，但好處確切到何種程度，以及達成好處的可能性，全都因不同的病人而有很大的變數。這即足以支持這個論斷：保健限額分配之需要是無可避免的。⁽⁶⁾

奧瑞岡和保健限額分配： 關鍵的道德教訓

我們打算從奧瑞岡的保健限額分配經驗推導出十二個關鍵的道德教訓，先詳加說明，次而就對奧瑞岡做法的種種批評提出回應。

教訓一：逐案為之而沒有協調一致的限額分配決策，很可能是武斷而不公正的。公正的限額分配決策一定靠全面性的、系統性的理性考量才能達成的。這是Coby Howard個案給我

[6] 這個議題在Fances Kamm（1993）的近作「道德、腐朽：死亡和該教誰」中有較充分的處理。在我們的高科技社會裏，我們有數不清的方法去救治並延長人的生命，但其中只有少部分與保健有關。Kamm勾劃出這些議題——它們想必年復一年地更棘手而迫切——的道德和政治的地理學。

們的教訓。限額分配決策總是有取有捨權衡。有些保健需求得不到保健資源，是由於其他保健需求對那些資源有更強勢的公正的請求權。一旦限額分配是有系統且明確地進行，那麼，我們即曉得我們的取捨何在，而這些取捨是可接受理性和道德評估的。

教訓二：公開進行的限額分配決策容易受到批判性的評估和修正，卻也更可能是公正的。容許對「窮人醫療計畫」（Medicaid）病人拒予治療，奧瑞岡並不是首開先例的州。這無疑是「窮人醫療計畫」和對沒有健康保險病人的慣例做法（Hadley, 1991; Lurie, 1984）。但是，這樣的拒絕進行的得巧妙，而且本質上是公眾檢查不出來的，甚至病人自己亦無法察覺得到；這意謂着，令人髮指的歧視很有機會趁虛而入。

教訓三：保健改革和保健限額分配的整個過程，必須以明確的道德考量如保健公義為指導原則，其次才輔之以經濟、管理或行政的考量。無數的孩童和成人都如同Coby Howard那樣，生命受到致死疾病的威脅，但如果能使用到些延長生命但費用不貲的醫學技術，如骨髓移植，其生命就得以延長。對該項技術，他們是否在使用上有公正的請求權，是無法用經濟的公式、組織理論或更多醫療數據來解決的。我們必須直接將該議題當作道德問題來處理。再者，先進醫療技術造成的資源限額分配問題，不是我們保健系統中的鮮事；它們實乃是二十世紀技術醫學的核心問題。

教訓四：公平的限額分配決策應該通過知情的民主決策過程來形成，凡受決策影響者，都應參與其中。

教訓五：受限額分配決策影響的人要是全都有公平機會形塑決策，那麼，這些限額分配決策算是自由地自我強加的，這正是公平限額分配決策的本質。

教訓六：生命歷程中，穩定的社群成員身分是確保限額分配過程公平性的要件。諸多個人如果無法選擇去享用特定社群

中保健改革的好處，那麼，當限額分配的後果要由他們承擔時，他們只好離開社群。

第四到第六個教訓，包含着我們的保健限額分配之「社群原則」。我們身為公民，全都有責任參與保健改革；光靠專家是不能成事的。專家知識的確是理解限額分配決策的重要條件，但專家知識並不適合用來取代公共的道德判斷，和對公平限額分配判斷的公共的道德責任。

再者，限額分配決策如果是自我強加的，而不是某些人（如健康的人）加諸別人（如患病及脆弱的人）身上的決策，那麼，決策就更可能趨於公平。要注意的是，對內含在這個社群原則的自由社會來言，與保健限額分配相關的原則必須是自律原則：公平的限額分配決策一定要是自我強加的。無論在實務或道德上，這兩個原則亦必須緊緊地相連。

我們可想像到，每個人都會根據其個人預算來下限額分配的決策，但這是依付款能力來限額分配；這否定了就保健資源限額分配來說，是有公義問題存在的。另一方面，國家可以為每人建立保健預算，以矯正收入的不平等，此中的假設是，如此就是個人公平限額分配到滿足其保健需求的資源。這樣一來，個人就可以為自己下限額分配的決策。但道德與實踐上的困難在，個人保健的需要在一一年中或一生中都有巨大的變化。平均限額分配給每個人的資源，對某些人會十分足夠，但對別的人如Coby Howard卻嚴重不足。

如果保健預算由國家針對實際或潛在的保健需求予以完全的個人化，那麼，由個人自己判斷什麼才算是健康的需要，會使有效控制成本的能力便喪失殆盡了。可是，由國家斷定什麼才算是健康需要，卻又會在保健限額分配上不尊重到個人的自律。

奧瑞岡處理方式體認到的是，滿足保健需要的預算必須獲得大家的認同。前文曾指出，並沒有完全客觀的方法來斷定保

健需要，蓋因該斷定勢必涉及價值的考量，亦由於不斷出現的醫學術技會持續增加「新」的保健需要。這意謂說，在斷定共同的保健預算上，亦沒有完全客觀的方法。那必須有平衡的判斷，將其他社會需求亦納入考慮。在民主的社會裏，所有人都應該有機會參與該項平衡判斷之形成過程，理由是，所有人都會受判斷的結果所影響。

為了讓這些不偏頗的環境，促成真正平等的保健服務優先秩序排定，並促成公平的限額分配草案，但凡有機會影響這些草案和排序的人，都必須是該社會的固定成員，如此，所有人多少都能平等地必須承擔限額分配帶來的負擔。對於保健服務／保健需求滿足的真正公平的限額分配，要是沒有人人信服的標準，對什麼才算是公平的保健限額分配草案，要是沒有外在的標準，那麼退而求其次的做法，乃是尋求一個公平的程序。誰希望其最重要保健需求能在有限預算內得到公平的滿足，誰就要自由地同意，以潛在的限額分配方式，來限制其對該共同預算的公平請求。

奧瑞岡並不讓立法者更改709項病情／處理項目的排序。這也是要排除保健上較有力的利益團體的特殊要求，以維護系統整體的公平性。對我們保健優先順序該如何排列，沒有任何集體的判斷一定會完全正確的。我們認同的排序中，多少都有獨斷之處。但這種獨斷只要有共識，就算是「夠正平」的。而且，諸多排序項目都是互有相對性的。因此，大體看來，排序還是有某些道德完整性的。然而，一旦有人（如早產兒權益團體）要求分得特殊的共公財源，用來維持早產兒的生命，那麼排序的道德完整性就會受損。

教訓七：在公正的前提下，保健對整體社會資源的限額分配要有一定限制，而這些限制要以明確不可改的預算來表達。這種預算的好處，在於它讓大家清楚看出，在諸多競爭的保健需求之間不得不做折衷與取捨。

教訓八：不可改預算讓保健需求／服務之排序程序有結構和一致性。優先性排序過程若是明確的、依理性決定且自由認同的，即能抗拒特殊要求而維護公平。

教訓九：在保健上最劣勢的人，理應有更強的道德請求權，得到所需的保健資源，但前提是，他們能因這些資源而充分受益，而根據體現於排序程序更為廣闊的社會觀點，他們的保健需求能公平地判定為有較高的優先性。沒有人在道德上有權要求其保健需要得到滿足，但卻犧牲別人更為公平（較優先）的保健要求。

教訓十：若果醫生之限額分配決策，是在固定的整體預算架構內為之，在保健系統所有分子自由認同的保健排序系統中為之，那麼，身為病人最佳權益之代言人，身為社會資源的公平的限額分配者，醫生比較可能保護他們自己的道德完整性。根據這個觀點，醫生在病人的生命過程中，既可做到公平而又富同情心。⁽⁷⁾

教訓十一：公平與效率必須一起達成。這兩種社會價值，如果我們想高舉一者而犧牲另一者，都無法形成公平或有效的保健改革，亦不可能有負擔得起或穩定的保健改革。

就上文勾勒的公平保健限額分配制來看，奧瑞岡在道德啟示上並不算是最佳的範例。常見的批評是，剝削窮人來達成保健改革。那是說，奧瑞岡戮力使人人都得到保健服務，但其付出的代價，卻是將限額分配系統強加諸於窮人即最劣勢者身上。在這裏，目標值得稱贊，但手段卻不公平（Daniels, 1991, p.2232）。筆者在別的文章對奧瑞岡政策多所辯護

（Fleck, 1990c）。我的論點是，這個政策選擇要從非理想的公義觀（non-ideal justice）來評估。說得具體一點，奧瑞岡可以有憑有據地主張，以往窮人醫療計畫（Medicaid program）裏，只照顧到百分之五十八的窮人，但在改革計畫中，窮人作為一個階級是更有利的。所有窮人現在都確保可得到醫療保健基本的給付項目的服務。而在道德上亦相干的是，理性的窮人、有適當知識的人，都自願地選擇這個改革過的保險給付範圍，而不取當前的窮人醫療計畫。

Daniel欣然同意，奧瑞岡達成了一個更為平等的保健系統。然而，他補充說，「如果犧牲的是其他團體而不是窮人醫療計畫的接受者，那麼，不平等更能降低。要當前窮人醫療計畫接受者承擔別人更能承擔的責任，是不公平的，特別是由於不平等甚至因而更為降低」（1991, pp.2232-33）。例如，處境較好的奧瑞岡人可繳納更多稅金，以支持窮人醫療計畫。實際上，的確有法案打算將所有州公務人員當作窮人醫療計畫適用人口，納入相同的保險給付範圍和限額分配草案裏，但該法案在州立法院受到重創。在道德上說，這個結果是惱人的。而且，它亦與前述社群原則不一致，因為似乎健康和有權勢者將限額分配草案強加於貧病大眾身上，他們並沒有公平的討價還價的立場。

就其他可替代方案來說，奧瑞岡其實可以為所有公民創造一個迷你的加拿大式系統（a mini-Canadian style）。那顯然在道德上是更為優位的選擇。但這樣的草案無論在公私領域中都會遭到巨大的政治障礙。一個巨大的政治難題在，聯邦政府會放棄當前老人醫療計畫（Medicare）適用對象。在私領方面，奧瑞岡會使州的保險業者做不成生意——這可不小的政治阻力。簡言之，假如前述計畫在州的政治層次上行不通，又假定替代方案乃是維持現狀，那麼奧瑞岡似乎就在道德上有理由辯稱，它達成了在某一時間裏能夠達成的結

(7) David Eddy有一篇文章，勾勒出這觀點對執業者意涵，頗有幫助。參見Eddy (1993)。Daniels也有一篇經典性文章處理這個議題 (1986)。他的論點是，若沒有一個保健財務的封閉系統，醫生無法憑良心為其病人做限額分配決策。

果。於此，我們的結論讓Brown的批評變得更尖銳，即是說，在國家層次上，我們有一個費解的、怪異和不公平的保健財務系統，其有效改革亦只能在該層上來着手。因此，我們切勿從奧瑞岡推導出錯誤的道德教訓。奧瑞岡堅持各州都有的那種兩軌（two-tiered）（實際上是多軌）的保健系統。但這並不是道德上站得住腳的保健系統，特別是，如果我們順着Daniel的分析，並認為保健系統與機會均等相關。這樣的系統貶視了窮人的權利和生活，無法平等地考量窮人的保健需求。要注意的是，貶視生活或權利的，並不是限額分配系統本身；實際上，如果一個平等限額分配草案和程序用於社會中有相同醫療情境的每個人，那麼，人人都算得到公平的待遇。當然，這正好是奧瑞岡做不到的，但奧瑞岡也許有一個正當的道德辯解。但在聯邦政府的層次上，卻沒有這樣的辯解。單軌保健系統在聯邦政府層次上之所以有重大的政治障礙，是由於諸多強大的利益團體的利益，會由於單軌系統控制成本的特徵而受損。然而，非理想正義架構之重點，不在於為政治和道德上的懦弱提供道德的正當性。在保健系統改革上，聯邦政府顯然較奧瑞岡更有發揮的能力；因而它當然必須更有作為。

Aaron (Aaron, 1992) 有另一個異議，亦即，奧瑞岡709病情／治療的項目並不足以涵蓋臨床醫學的複雜性。這樣的項目要有30,000之多，但這在行政管理上卻是一大夢魘。照奧瑞岡目前只有709項的情況來看，也許會有病人歸類到高度優先的範疇，他們十分可能因治療而得實質的好處，因而頗能滿足公平和效率的要求。可是，也有可能在此範疇中，有些病人由於診治環境之複雜，十分不可能從相應的治療中得到大於基本層次的好處。不過，他們似乎對該項治療有「公平的請求權」，雖然如此並無法十分滿足正義和效率的要求。

這乃是對奧瑞岡公正的批評。不過，要由此而推導出適用於全國保健改革的教訓，我們要格外小心。排定優先順序，基本目的是以「通盤」方式，找出那些服務應當納入給付範圍裏。但我們關心的如果是維護該層次上的公平和效率，那麼，這些判斷要用於臨床上，卻是不夠精細的。因此，這些判斷應輔之以具體的、公開的、經民主程序認同的臨床的草案，以及廣闊的臨床的指導原則，以找出某項具體病情／治療項目的「輪廓」。在可管理範圍內，這樣的草案之組合並不能使我們免於對「特定的病人及其整個醫療處境」做仔細的臨床判斷。這意謂說，各別的醫生有機會代表其「病人」而與系統睹上一睹，而理由是，他們堅決維護其病人最佳的利益。不過，由於不可更改的整體預算，醫生若遵從公平的成本控制臨床草案，在道德動機上會得到彌補。封閉系統中不可更改的預算，意謂拒絕為某病人提供效益不大的服務，其所節省的資源可用來滿足其他公正的保健服務。

整體預算和臨床實踐的指導原則，必須結合一起以達成公平和有效的結果。單靠整體預算並不能達成這樣的結果，理由在，它們無法以系統方式貫穿醫生的判斷，這種系統方式對特定臨床環境中何謂公平有效益的保健的問題，反映出社群價值觀和病人認同的取捨權衡。再者，這些取捨折衷唯有得自理性的民主考量，才擁有道德權威。

公義、限額分配和民主考量

現在，我們要討論以理性的民主考量為保健限額分配的這種方法。我打算處理對這方法的兩種批評。第一個批評是，奧瑞岡優位排序中極為重要的民主論壇裏，窮人的意見並未得到公平表達，但最後卻不得不承擔限額分配的風險和責任。表面

看來，好像是道德遲鈍的中產階級大眾，將其意志強加諸於政治上弱勢的貧苦大眾之上。

如果能滿足下列條件，即可處理第一個批評：（1）我們必須歸屬於某個或其他「負責任的保健計畫」（*Accountable Health Plan*）（這些計畫互相都必須有十分相似之處，亦即，它們全都確保所有人可得到在給付涵蓋範圍本質上相同的保健服務，如柯林頓政府所提議的那種計畫）。反過來說，我們必須全都屬於同一個單一付費的保健系統，而「全都屬於」是指，對個人依照社會／經濟地位或健康地位來篩選，這種在道德上可議之事，沒機會發生。（2）歸屬於計畫必須是指，有單一的保健預算為計畫的所有成員購買所有保健服務。（3）我們必須體認到，預算不可能足以滿足所有可能的保健服務需求。（4）我們必須對種種有關預算的需求有所限制，而方法是通過優先排序過程和相互認同，且適用於所有計畫成員的限額分配草案。（5）我們必須幾乎不理會我們未來的保健需求。如果能滿足這些條件，那麼根據民主考量的合理過程形成的限額分配草案和保健優先性之排定，便可能有「足夠的公正性」或「足夠的公平性」。這等於承認，未來有人會「早夭」，因為他無法得到讓他有些微苟延殘喘機會的治療，而不給予治療的理由正在於，根據社群深思熟慮和無偏私的判斷，這些治療可能的效益太小、太不確定，卻又太花費。而判斷過程的公平性之所以能確保，是由於該社群任何成員，在恰當的環境中，亦可能成為被拒絕特定治療的人。

第二個批評的意見是民主方面的問題（*Daniels, 1993*）。民主之為物，在於尊敬表達出來的喜好（*expressed preference*）。*Daniels*指出，奧瑞岡市民在社區會議中十分關注能否確實得到家庭計畫方面的服務。所以，在排序過程中，輸精管切除手術就高於老人髖骨更換（*hip replacement*）。*Daniels*追問，民主過程得出的任可結果，

我們是否都一定要遵守？如果我們認為這純粹是程序正義的問題，那麼，對似乎違反直覺的結果，便無由更正。但如果它可以訴諸何謂公平限額分配結果的某個先驗觀念來更正，那麼我們就可能懷疑，民主程序到底有何意義。

然而，另一個限額分配的問題乃是「公正機會／最佳結果」的問題（*Daniels, 1993, p.225*）。*Daniels*借用*Frances Kamm (1989)*的例子。*Alice*和*Betty*二人都需要肝臟移植才能活命；二人年齡相當，等待移植的時間亦相同。不動手術的話，二人在一週內就會死亡。如果接受手術，*Alice*只能活二年，但*Betty*卻可活二十年。*Alice*要求抽籤決定誰接受手術，實際上等於主張，每個人都有平等的生命權，不管其餘年是多長。這二人對接受手術的主張，在道德同樣持之有故，言之成理。奧瑞岡的民主考量，偏好淨效益的處理方法。關鍵問題在，*Alice*對這樣裁定的結果是否有憤憤不平的道德權利。在道德的重要意義上，她是否受到傷害？而這是否顛覆了為達公平結果的民主考量程序的道德權威？

為了回應這些問題，筆者打算勾勒一個稍微理想化的理性民主考量模式。我們的前提是，不管我們開展的保健正義的概念有多細緻，但它不會細緻到可產生唯一正確的、完整的一組公平的限額分配草案。在闡述某組限額分配草案時，可有無數合理的、在道德上可容許的取捨權衡。這種道德空間（*moral space*），我稱之為「公平的民主決策領域」。其次，在這個空間裏，我們沒理由相信，我們能辨別出能合理稱為我們社會可能找到「最公平」限額分配草案。就各方面而言，許多可能的取捨折衷模式，都算是「夠平公」的，特別是我們切勿忘記，公義雖是整個道德公式中有正當性的一部分，但除此還有其他的價值觀要照顧。

有兩個重要條件，既形成亦合理說明民主的決策商討程序的需要。第一個條件是，我們無法單純讓個人自由來解決這種

特殊的限額分配決策。理由在，倘若我們以醫生或行政單位或消費者的考量為最終決定因素，就很難排除可能形成獨斷或歧視性的結果，而這樣的結果是不公平的。例如，假定我們的「負責任保健計畫」必須決定，到底是以streptokinase或TPA為溶血藥劑。TPA在降低死亡率上較諸streptokinase多十四個百分點，但每劑要花2400美元，TPA則只花200美元。死亡率差異的意義在於，如果給100個心臟病病人服用streptokinase，則其中七人會在後來三十天中第二次病發中死亡。要拯救每一百個心臟病病例中的額外生命，其成本是220,000美元。不難想像的是，一個只有有限預算的保健計畫，一定會選擇成本較低的藥劑；不過，選擇更貴的藥劑亦沒有（明顯）過錯。但是，用藥的抉擇若取決於醫生或行政單位，那麼我們不難設想，比較有知識和有主張的病人就會要求用較貴的藥，或者是，日常生活中因人情或社會階級身分而形成細微難察的偏見，會影響到醫生的決策。這顯然是不公平的。（我們容許比較有錢的消費者用私人資源購買更貴的藥物。這不算不公平，因為津貼很少，計畫的其他成員放棄取得該藥劑，而寧取他們認為更重要利益，而沒有計畫的成員因更富者的購買行為而受傷害）。

訴求於理性的民主考量過程的第二個條件，在於有多元選擇的諸多可能性。這些可能性全都有其初步的道德和政治正當性，但從道德、政治或理性觀點來看，沒有一者是毫無歧義地是最優勢的。在Alice與Betty的案例，我們就是面對這種情境。我們可以找到很好的論點，來支持在這種情境中偏好以抽籤定先後的決策規則，但有關淨效益的主張，亦能言之成理。有許多複雜的決策規則，可任我們採用，特別是，如果在道德上相干的個案事實有所改變，諸如案主的年齡、每人存活率的差距、道德上可容許的生命質素之考量等等。在道德上重要的是，我們通過民主考量程序得到任可決策規則，都必須一貫地

應用到社會／保健計畫的所有成員之上。只要該決策原則是得當的，而且經過Alice與Betty（或其民主的代議者）的承同，那麼，無論決策做作什麼結果，二者都沒有公正的理由提出道德的異議。此外，我們必須認定的另一個假設是，這個民主程序的各別參與者乃是這個社群的持續成員，如此，他們同意的那種取捨權衡，亦即好處和責任的特定限額分配，或者是好處與風險，乃是他們自己加於自己身上的。那是說，在許多限額分配的個案上，如關於老年人的保健需求，好處與責任並不會同時出現在個人身上。假如一個年輕人因我們對老年人限額分配而有所得益，但自己年老時卻有機會脫離保健計畫，逃避老年人限額分配的風險／責任。

有關理性的民主決策的道德和政治正當性之理解，有兩個大重點必須提一提。第一，這種「民主空間」應被認為受到保健正義諸原則之節制。這些原則的根源，乃是（或會是）與今天我們所理解的那種醫學倫理所由生的相同的道德論述過程。這些原則應有的地位，類似於憲法，那是說，任何限額分配草案若抵觸其中一者，即應加以反對。

這些原則中，包含下列數項：（1）公開性原則（Publicity principle）；（2）機會均等原則；（3）公平原則，旨在確保每個公民得到平等的道德考量；（4）自律原則；（5）公平的極大化原則（just Maximizing Principle）；（6）需求認定原則（Need-Identification Principles），用來區分保健需求和保健之偏好；（7）優先順序設定原則（Priority-Setting Principles）；以及（8）中立原則，俾使我們在給付範圍裏對保健服務之選擇上，保障我們社會的那種自由特性。

至於任何一組原則充分與否，則從廣泛的反思平衡（wide reflective equilibrium）來斷定。那是說，審慎考量必須構作的諸原則之間的一致性，以及原則和擬議限額分配草

案之間的一致性。此外，我們也要考量使用某組限額分配草案原則的實際後果。以Daniels的眼光來看，這些原則能提供規範的參考點，以對民主的決策過程及結果做批判的評估，但它們顯然無法得出過程本身所產生的結果（那是說，這些原則不會使程序變得可有可無）。

最後，這些原則和民主的考量過程，共同組成了保健正義的領域。但在正義外還有一個領域，即個人自由和社會慈善行為的領域。正是這個領域提供了道德空間，讓在其中的個人可使用私有的資源，以購買公正保健政策不必備妥的那些保健服務。也正是在這個空間裏，各種社會群體可以用差異化的方式行善。例如，教會或任何社會團體可以為其成員之一籌募基金，以進行骨髓移植手術；不動手術，這個成員就性命不保，但這手術卻不包括人人都有有的保健服務給付範圍裏。

總結來說，奧瑞岡無法符合公正民主決策的重要要求。然而，奧瑞岡雖然失敗，卻能有所啟發。我們不應該因奧瑞岡的失敗而認為它應受道德譴責；我們若不能從其失敗中得到教訓，到是應受譴責的。

參考書目

- Aaron, H.:1992, 'The Oregon experiment', in *Rationing America's Medical Care: The Oregon Plan and Beyond*, M. Strosberg et al. (eds), The Brookings Institution, Washington, D.C., pp.107-11.
- Aaron, H. and Schwartz., W.:1990, 'Rationing health care: the choice before us', *Science* 247 (Jan. 26) 418-22.
- Angell, M.:1985, 'Cost containment and the physician', *Journal of the American Medical Association* 254, 1203-07.
- Angell, M.: 1985, 'Cost containment and the physician', *Journal of the American Medical Association* 254, 1203-07.
- Baumol, W.J.:1993, 'Do health care costs matter? Anatomy of an illusion', *The New Republic* 209 (Nov.22), 16-18.
- Boren, s.:1994, 'I had a tough day today Hillary', *The New England Journal of Medicine* 330 (Feb. 17), 500-02.
- Brown, L.:1991, 'The national politics of Oregon's rationing plan', *Health Affairs* 10 (Summer), 28-51.
- Callahan, D.:1990, *What Kind of Life? The Limits of Medical Progress*, Simon and Schuster, New York.
- Churchill, L.:1987, *Rationing Health Care in America*, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN.
- Daniels, N.:1985, *Just Health Care*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Daniels, N.:1986, 'Why saying no to patients in the United States is so hard', *The New England Journal of Medicine* 314, 1381-83.
- Daniels, N.:1991, 'Is the Oregon rationing Plan fair?' *Journal of the American Medical Association* 265, 2232-35.
- Daniels, N.:1993, 'Rationing fairly: programmatic considerations', *Bioethics* 7, 224-33.
- Dougherty, C.J.:1991, "Setting health care priorities: Oregon's next steps", *The Hastings Center Report* 19 (May/June), S1-10.
- Eckholm, E. (ed.):1993, *Solving America's Health Care Crisis: A Guide to Understanding the Greatest Threat to Your Family's Economic Security*, Random House, Times New York.
- Eddy, D.: 1991, 'The individual vs. society: is there a conflict?', *Journal of the American Medical Association* 265, 1446-50.
- Eddy, D.:1993, 'Broadening the responsibilities of practitioners' *Journal of the American Medical Association* 269, 1849-55.
- Fleck, L. M.:1987, 'DRGs: justice and the invisible rationing of health care resources', *The Journal of Medicine and Philosophy* 12, 165-96.
- Fleck, L.M.:1989a, 'Just health care (I): is beneficence enough?', *Theoretical*

- Medicine 10, 167-82.
- Fleck, L.M.:1989b, 'Just health care (II):is equality too much?', *Theoretical Medicine* 10, 301-10.
- Fleck, L.M.:1990a, 'Pricing human life: the moral costs of medical progress', *Centennial Review* 34,227-54.
- Fleck, L.M.:1990b, 'Justice, HMOs, and the invisible rationing of health care resources', *Bioethics* 4, 97-120.
- Fleck, L.M.:1990c, 'The Oregon medicaid experiment: is it just enough?', *Business and Professional Ethics Journal* 9(Fall), 201-17.
- Fleck, L.M.:1992, 'Just health care rationing: a democratic model', *University of Pennsylvania Law Review* 140, 1597-1636.
- Fox, D. and Leichter, H.: 1991, 'Rationing care in Oregon: the new accountability', *Health Affairs* 10 (Summer), 7-27.
- Garland, M.J.: 1992a, 'Justice, politics, and community: expanding access and health services in Oregon', *Law, Medicine and Health Care* 20 (Spring/Summer), 67-81.
- Garland, M.J.: 1992b, 'Rationing in public: Oregon's priority-setting methodology, in *Rationing America's Medical Care: The Oregon Plan and Beyond*, M. Strosberg, et.al (eds.), The Brookings Institution, Washington, D.C.
- Goodman, J. c. and Musgrave, g. L.: 1992, *Patient Power: solving America's Health Care Crisis*, Cato Institute, Washington, d.C.
- Hadley, J. et al.: 1991, 'comparison of uninsured and privately insured hospital patients; condition on admission, resource use, and outcome', *Journal of the American Medical Association* 265,274-78.
- Hadorn,D.C.: 1991a, 'Oregon priority-secting exercise; quality of life and public policy', *The Hastings Center Report* 19 (May/June), S11-16.
- Hadorn, D.C.: 1991b, 'Setting health care priorities in Oregon: cost-effectiveness meets the rule of rescue', *Journal of the American Medical Association* 265, 2218-25.
- Himmelstein, D.U. and Woolhandler S.: 1994, *The National Health Program Book: A Source Guide for Advocates*, Common Courage Press, Monroe, Maine.
- Kamm, F.: 1993, *Morality, Mortality: Death and whom to save From It*, Volume 1, Oxford University Press, Oxford, England.
- Kitzhaber, J.: 1990, 'Rationing health care; the Oregon model', *The Center Report*, The Center for Public Policy and contemporary Issues (Denver) 2 (Winter), 3-4.
- Light, D.: 1994, 'Life, death, and the insurance companies', *The New England Journal of Medicine* 330 (Feb. 17),498-500.
- Lurie, N. et al.: 1984, 'Termination from Medi-Cal-does it affect health?', *The New England Journal of Medicine* 311, 480-84.
- Menzel, P.T.: 1992, 'Some ethical costs of rationing', *Law, Medicine and Health Care*20 (Spring/Summer), 57-66.
- Meyer, M. and Murr, A.: 1994, 'Not my health care', *Newsweek* (Jan.10), 36-38.
- Morreim, H.: 1991, *Balancing Act: The New Medical Ethics of Medicine's New Economics*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Holland.
- Oregon Health Service Commission:1991, *Prioritization of Health Services: A Report to the Governor and the legislature*, Salem, Oregon.
- Rawls J.: 1993, *Political Liberalism*, Columbia University Press, New York.
- Relman, A.: 1991a, 'Is rationing inevitable?', *The New England Journal of Medicine* 322, 1809-10.
- Relman, A.: 1991b, 'The trouble with rationing', *The New England Journal of Medicine* 323, 911-12.
- Rodwin, M.: 1993, *Money, Medicine, and Morals*, Oxford University Press, Oxford, England.
- Rosenbaum, S.: 1991, 'Mothers and children last: the Oregon Medicaid experiment', *American Journal of Law and Medicine* 18, 97-126.
- Schwartz, W.: 1987, 'The inevitable failure of current cost-containment strategies', *Journal of the American Medical Association* 257, 220-25.
- Stone, D.: 1993, 'The struggle for the soul of health insurance', *Journal of Health Politics, Policy, and Law* 18, 287-318.
- U.S. Congress, Office of Technology Assessment: 1988, *Medical Testing and Health Insurance*, OTA-H-384, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C.

(戚國雄 譯)