

美國該創造一個 保健系統嗎？

Laurence McCullough

摘要

有一種正統說法已然形成，它聲稱美國保健系統有危機，需要加以改革。本文挑戰這種正統說法，其方法是指出美國並沒有保健系統。我們有一個保健的非系統 (a non-system of health care)，正如同實質上我們所有基本的社會制度那樣。挑戰當前的正統說法，使一直都受忽略的兩個倫理議題浮出檯面：創造一個保健系統會 (1) 使家長主義再次擡頭並 (2) 威脅到道德多元論。

Laurence McCullough, Ph.D., Center for Medical Ethics & Health Policy, Baylor College of Medicine, Houston, Texas 77030, U.S.A.

原載： *The Journal of Medicine & Philosophy* 19:487-490, 1994.

《中外醫學哲學》II：1 (1999年2月)：頁95~104。

關鍵詞：保健政策、管理醫療、家長主義、道德多元論、制度的完整性、全面品質管理、持續的品質改進

標準說法

在當前生命倫理學的文獻裏可找到如下的共識：美國保健系統已臨屆危機點。該系統不支持全面給付保險，因而（這是諸多理由之一）是不公正的；它過高的成本表示它無效率；它對大眾健康並無額外的效益，故無法為其不公正或無效率找到成立的理由。危機不能忽視，不然就會惡化下去，如核子反應爐爐心溶解的效應那樣，把我們也賠進去。美國必須處理其保健系統的危機。

生命倫理學文獻中和聯邦立法院中有關政策的論爭，最後歸結出三個可代替的方案。第一個是對單一支付系統（single-payer system）做根上的變革；第二個是增加保健系統的變革，以處理危機中最待改善之處，例如，不接受先前存在的條件（pre-existing conditions）的保險；最後一個方案，如同柯林頓總統的中間路線，即在受管理的競爭下重塑保健系統。我們全都熟悉對危機的診斷及可用來治療的各類方案。實際上，這些已經成為了正統說法。

本文打算提出一個反面的論證。筆者要挑戰這種當權的正統背後的預設，亦即，美國有一個保健系統，而我們要關心的，應該是如何改變這系統，使之趨近公正和效率的要求。至於分權化的、非系統的保健為何應該更可取的正面論證，則有待他日為文論述之。

當前的正統以一個假的說法為基礎，並導致自我欺騙。之所以為假，是因為我們並沒有一個保健系統，而所以導致自我欺騙，則由於它遮蓋了兩個基本的倫理議題；如果我們體認到美國

面臨的真正公共政策問題，其實在於我們應否「創造」——不是改革——一個保健系統，那麼，這個議題是清晰可見的。⁽¹⁾在創造一個系統的過程裏，（1）家長主義（paternalism）會借屍還魂，而（2）反對道德多元論的聲浪會提高。據我所知，這些倫理議題在討論保健政策的生命倫理學文獻中一直都未得到開展。白官的專案小組委員會當然也未予重視，蓋因我們在小組工作的學界朋友亦從未質疑標準的說法。

在這方面，倫理工作小組無法履行人文學的一個核心的責任：對正統說法加以批判的檢查。本文的核心論旨，正在以批判態度檢視美國當前保健論爭的情形；這種爭論由於忽視用來架構論爭所用的語詞，而迷失了方向。

美國保健的非系統

任何有意義之使用下，『系統』一詞都意謂着依理性而組織的、高度整合的和中央控制的一種處事方式（rationally organized, highly coordinated, and centrally controlled way of doing something）。在美國，我們並沒有這樣的一種保健系統。

我們以兩種方式供給醫療（這只是保健的一個層面），一者是營利的機制（收費的醫療實踐、私人的營利醫院或健康維護組織〔HMO〕、藥物的生產與銷售），另一者是非營利的機制（私人的義診醫院、或公立診所和醫院）。我們花私人的錢，包含自付（self-payment）、部份負擔（co-payment &

(1) Glaser (1993) 最近為創造一個保健系統而提出論證，並質疑經濟學的正統說法，即競爭性市場足以解決美國保健系統的問題。經濟學正統主張我們並沒有一個系統，而這是好事，至於生命倫理學文獻中的正統，則認為我們確有一個系統，但它是不公正的。

deductibles)，通過雇主提供的傳統醫療或管理醫療保險，來取得醫療照護。我們也用公家的錢來繳付醫療的花費，這些錢是鎮或市及郡的，或者是地方的、州和聯邦的。

我們也以直接提供公部門的服務（如可飲用的水）或私部門的服務（如食品的生產和分配）的方式來提供保健（其內涵現在比醫療來得廣）。地方、區域、州或聯邦等層級的政府，都以環境保護和食品安全等法例來管制保健。

對保健這樣的組織、提供、付費和管制，即使最寬鬆的解讀也必定得出這樣的結論：美國的保健方式缺少一貫性和中央控制，也許亦算缺少合理性。因此，它沒有資格算是一個系統。恰當地說，美國的保健是一個非系統（a non-system）。

這並非否認某些公私機構對我們的非系統有不同程度的影響。例如，「保健財務署」（The Health Care Financing Administration）對醫療的供給者就有很大的影響力，如同退伍軍人事務部對配藥店（pharmaceutical houses）的價格和行為有影響一樣。⁽²⁾幾個大保險公司對管理醫療（managed care）的快速開發都展示出系統性的特徵，特別是經營受管制醫療的公司的營運偏及廣大的地區（即將偏及全國）。⁽³⁾然

(2) 有趣的是，主張單一支付方法的人，其說法經不起考驗；美國早就提供了單一支付人這種模式了，如軍中的醫療、印第安人健康服務、公共健康服務，或者是退伍軍人事務部。

(3) 保險公司不少，其中幾家大規模的公司如Aetna、GIGNA和Prudential開始換跑道，從傳統醫療保險(indemnity insurance)直接跨入照護的領域。他們漸漸變成做受管制照護的公司(managed care companies)。許多小保險公司仍然立足於傳統醫療保險，並擔任病人團體和供給團體間的掮客。白宮戮力處理的那種保險公司(不好的公司)時，其對象是第二類，而不是第一類。然而，一旦經受管制的照護的公司達成充分的市場滲透，而各類型資本化十足的醫生／醫院聯盟變為更為普及時，那麼，醫療之供給者及購買者將會曉得，傳統醫療保險並無增加價值，其市場佔有率會縮減，也許是大大地縮減。

而，整體來看，保健（醫療，並加上所有非醫療性的照護）並沒有呈現出系統的特徵。

保健在這方面並無獨特之處。談到市民生活秩序的重要力能時，美國人並不以系統的方式行事。我們並未為教育、居住、食品生產和分配、定法、執法乃至於國家安全設定一個系統。我們未沒有一個貨幣系統（只有聯邦政府鑄造或印製貨幣），只有銀行的系統。

分權化的處事方式似乎是美國獨特的行事方式，而且這不是出於偶然的。我們保健的非系統即反映源遠流長的價值觀。一旦找出這些價值觀，至今仍未在保健改革論爭中浮現出來的倫理議題，頓時清晰可見。

再次當道的家長主義

美國源遠流長的價值觀裏，有一種深刻的疑慮，即深怕權力大量集中於私部門「和」公部門。實際上，這樣的疑慮形塑了美國的憲政。

受管制的照護之演進，遲早會引發權力過度集中於私部門的議題。持平地解讀柯林頓總統的健康安全法案，會得出這樣的結論：如果該法案變成法令，那麼，這樣的演進會因政府的支持和認可而快速進展。其實，若以不過於犬儒的方式解讀該法案，則得出的結論是，該法案會為幾家大營利「保險」公司創造出政府保護的寡頭壟斷，而這些公司正轉向受管制的照護，並把目標鎖定在Blues上，即「醫療服務救濟協會」（Blue Cross）和「醫療服務保護機構」（Blue Shield institutions）。後者似乎很快就能調適過來。

管理醫療強調品質和成本，旨在以最低的成本提供得到確實的品質。品質是從結果（通常致病率、死亡率和消費者總體

滿意度)和達成結果的過程來理解的。結果一旦得到界定,其達成過程即可分為細節步驟和最高品質(即達成結果的貢獻),而效率(最低成本,最高產出)則指導着過程每個步驟之持續改進(即持續的品質改進)。

我們不妨看看醫療中全面品質管理領域的兩位主導人物對「品質」的定義:

我們將「品質」界定為滿足顧客需求,或超過有效的顧客需求(Gaucher and Coffey, 1993, p.36,引號之強調語氣出自原作者)。

當顧客是病人時,一家經營受管制照護的公司——以品質和成本為競爭基礎的公司——到底應該在什麼基礎上界定「有效」的顧客需求?該定義愈是針對每個病人的喜好來下,醫療的過程就愈混沌,成本亦愈高,這樣一來即危及到品質和成本,而經營受管制醫療的公司在正當利益驅使下,不得不有所管理,亦即,不得不去控制品質和成本。

而最明顯最有力的處理方法,在於公司不參照各別病人喜好來界定「有效」的病人需求。眼光高的讀者會察覺到,這無異於讓行善為基礎的醫療判斷(beneficence-based clinical judgement)(它由受管制照護公司通過實務守則和其他品質亦即過程控制來下的)在病人的醫療管理上佔上風。要運行這種管理策略,自律為基礎的臨床判斷(autonomy-based clinical judgement)必然系統地受到忽視。

換言之,二十多年來批判(實際上是質疑)家長主義的種種努力,眼看因為受管制醫療之出現而煙消雲散。這種經營管理醫療公司,其身為供給者的責任,可以藉由行善為基礎的醫療判斷來做可靠的界定。自律為基礎的醫療判斷則不太可能擔當此一角色。

柯林頓總統的計畫實質上等於以法律來推動這種發展。其實,籌設中的國民健康局(National Health Board)被給予

明確的權力來界定什麼是全體國民在醫療上是必需的。而這樣的界定則以行善為基礎的判斷為之,並創制人人都沒有選擇餘地的照護的標準,違背了自律作為一價值觀或對權力的一種側面約束。單一支付計畫要在總體預算中控制成本,亦會導致類似情形。既然這種界定必須運用到整個國家,那麼,它就不可能容納以自律為基礎的醫療判斷。後者純然只對行善為基礎的、全國性的界定讓步,卻未經病人的同意。家長主義將成為保健政策當家作主的倫理原則,而這個倫理議題之所以未為倫理工作小組和單一支付系統(在這裏用『系統』一詞「確實」用得適當)鼓吹者察覺,是由於他們無法挑戰美國有一個保健系統這種正統說法。⁽⁴⁾

與道德多元論敵對

我們保健的非系統反映出另一個價重的價值觀,它與對權力過度集中的不信任之價值,亦即道德多元論的價值,是相互補足的。道德多元論乃是美國保健的本質特徵:除了政府和世俗的私人機構外,大多數醫療都是由宗教團體贊助或擁有的機構提(特別是醫院)提供的。

宗教團體贊助的機構,其行事極力依循道德傳統,以及各類在慈善事業、照顧貧病者義務上有共同信念的社群主張。這些機構同時恰當地對自己作為一保健機構的道德完整性(moral integrity)有所界定,亦明定出其以宗教為基礎的道德傳統和信念所禁制者,如不墮胎或不協助病人自殺。

系統容不下肯定道德多元論所形成的那種道德變異性。⁽⁵⁾

(4) 在這方面,McDermott計畫也值得我們細加檢查。

(5) 一個保健系統可能不太適應生物學的變性(biological variability),引

其中症候之一，浮現於一個日益激烈的爭論，即總統計畫和單一支付系統中，在界定醫療上必備的妊娠服務的爭論。爭論的問題在，這兩個計畫裏有品質的保健計畫應否提供並墮胎手術。規定要這樣做，會摧毀了持反對態度的宗教團體贊助機構的根基，理由在於——就機構的完整性來看——這些機構勢必反對提供墮胎服務的規定。保健也會成為結構肥大而不易改動的東西，而不是多重文化的。⁽⁶⁾是以，在美國創造一個保健系統，等於直接威脅到宗教團體贊助的機構之完整性，而這些機構是十分仰賴贊助的（雖非全都如此）。這樣的威脅不宜等閒視之，因為它助長了對道德多元論的敵意，而道德多元論卻是美國保健一個世紀多以來的特徵。

簡言之，創造一個保健系統，本質上涉及到有關機構的社會公正的基本議題？對於以宗教傳統和信念為基礎的機構，難道我們不是有一種以公正為基礎的義務，去尊敬和保護其機構的完整性嗎？

如果我們要在美國創造一個保健系統——如總統計畫和單一支付計畫所要求者——那麼，對道德多元論的敵意便會成為保健政策主導的倫理原則了。這樣的倫理議題也是倫理工作小組所忽略的，而理由亦在於，它無法挑戰美國有一個保健系統

起了知情同意的議題。病人會得到照料，是在實務守則下為之的，這些守則為所有病人提供齊一性和診斷和治療的服務。但是，這些都無法控制病人在致病率和死亡率上的風險，理由是，對疾病反應及其醫療管理有生物學上的變異性。病人將不得不同意承擔身為生物學變異性邊緣者的未知的風險，這些風險有時候只能事後才能察覺到。當前有關保健改革的爭論無法檢視此中涉及的倫理議題，諸如，這樣處理致病率和死亡率之風險是否公平，當前對知情同意的分析是否足以理解在保健系統和對保健系統而言的知情同意。

(6) 許多各別的保健專業人員，其行事之準則，除了做為專業人員道德上可信任的責任之完整性外，亦包括宗教的傳統和信念。

這個正統的說法。

如此，對於別人心目中的美好生活觀（如有一分滿意的固定工作、有房子、有足夠的教育訓練，可在全球經濟中競爭等等），亦必然會漸漸形成一種無法平息的敵意，而這些要求不會得到政府優先撥款支助的；理由是，假定保健之提供及財務之支應若提高到一個系統的層次，那麼保健會佔有優勢。換言之，創造一個保健系統，卻不同時亦為其他有同等重要性的社會善創造一個系統，最後會使得保健壓到了其他的社會善。這樣的結果，必然違反了原初支持創造一個系統的那個公正概念。

結論

維根基坦一個半世紀之前就提醒我們，切勿為言語所蠱惑。假「系統」之名，來建構保健政策的倫理，和以系統變革（儼然我們事實上早已有了一個保健系統）來提問當前全國保健改革論爭之倫理，就等於受到蠱惑。這樣的蠱惑是有倫理意涵的，蓋因它使我們至少看不到兩個基礎倫理議題。

我們也許須要在美國創造一個保健系統，也許保健確實面臨嚴重危機，使我們不得不如此為之。可是，我們果真創造這樣的系統，就會讓家長主義再次抬頭，佔據幾乎到了難以駕御的地位——如此會形成這樣渴望，即渴望以往的日子，那時候，倫理問題出在家長主義的醫生，而不是一個遙不可及的、不講人情的、且有權有勢的受管制醫療公司，或者是一個非經選舉的、大權在握的國民健康局——並製造出對保健中的道德多元論的濃烈敵意。這敵意之意涵遠超乎了保健，滲進了市民社會的社會條件和秩序裏。

某位著名的二十世紀哲學家曾如此說道：「我不要入局。」筆者也作如是觀。

參考書目

- Gaucher, E. J. and Coffey, R.J.: 1993, Total Quality in Health Care: From Theory to Practice, Jossey-Bass, San Francisco.
- Glaser, W. A.: 1993.: "The United States needs a health care system like other countries", Journal of the American Medical Association 270, 980-984.

(戚國雄 譯)