

救援與責任： 學會在限制中生活

Haavi Morreim

摘要

醫療保健權利的普遍化仍然是個夢想，尚未成為現實。部分原因在於救援規則（rule of rescue），促使我們救援身處困境的人，因而令我們忽視保健政策的限制，只要政策很可能損及特定的個人。由於救援規則動搖了我們對保健權利的限制，因而可能防礙了我們對成本之控制。但成本控制卻又是擴大保健取得之關鍵。因此，我們至今的做法，不是接受無限制的保健支出，而是拒絕將保健權利普遍化。這種情形日益惡化，因為病人和醫生得到保護，不受到保健成本在經濟上的影響，甚至都認為保健

Haavi Morreim, Ph.D., Department of Humanities & Ethics, College of Medicine, University of Tennessee, Memphis, TN 38163, U.S.A.

原載：*The Journal of Medicine & Philosophy* 19: 455-470, 1994.

《中外醫學哲學》II：1（1999年2月）：頁105~120。

乃是免費的、是一項無限制的權利。為了扭轉這種花大錢的權利心態，並對求援有合理的限制，我們必須讓病人體會到其保健決策的某些後果，從而為其保健成本承擔更大的責任。有好些方法可以用來達成這項目標，而無須對所需要的保健設下經濟的障礙，或對病患形同懲罰。

關鍵詞：柯林頓醫療計畫、限額分配、求援規則

導言

微光漸明，鼓聲逐漸響起。美國總算可制定普遍醫療保健權利的法案。也許如此罷。其他工業國家老早就確保所有公民都得到醫療保健。為何我們只是稍加認真考察這種發展的前景，都要花上這麼長的時間？又為什麼，到了現在，這樣的努力都有可能走上歧途，或至少是變緩、延遲呢？

這些問題是有標準答案的。美國立國原則的前提是，即使政府之存在有其必要，但在本質上也是危險的，國家行動理應屈居於個人事業之後，而統治之事亦應該分散於地方，而不是集中於中央。雖然戰後的歐洲國家制定了保健和一般福利的法案，但處於冷戰中的美國人卻認為，這些做法無異於社會主義，實在不足為法。由於通貨膨脹的70年代取代了窮困的60年代，所以，我們不想全面擴大保健範圍，增加成本支出，使經濟問題日益惡化（Haislmaier, 1989; Starr, 1992）。

這些標準說法既精準又有見地，卻忽略了重要的因素；若不明確處理，縱使立意如何良善，亦無濟於事。我們都同意，保健全面的取得權，必須以成本控制為前提；我們也曉得，許多不必要的因素使得保健支出直上雲霄，諸如先進的技術、通

貨膨脹、高齡化的人口等等（Morreim, 1991a）。但是，Albert Jonsen所謂的「救援規則」（Jonsen, 1986），卻是大家了解不深的現象。由於這規則要求我們以救人第一的態度去協助身陷困境的人，所以，我們常在電視晚間新聞看到，我們不計成本去救援危急者，他們極需要最新的活命醫學技術之協助，卻沒有能力負擔費用。不過，我們亦會發現，將同樣花費不貲的救援用於所有處境相同的人，其成本相當驚人，而這些有救援的況狀卻又層出不窮。如此一來，若將保健擴用到每個人時，一想到要花大錢的景象，我們便裹足不前了。由此看來，救援規則對保健取得之普及化構成極大的障礙。

本文的論點是，柯林頓的醫療計畫也許無法給出其承諾的保健之全面普及，理由在於它不能處理救援及責任的議題，但這些議題卻反過來很容易阻礙了在有限預算下擴大保健取得所依賴的成本控制。一直以來，救援與經濟影響之隔離是有密切關係的，這樣的保護，隱藏了救援的真正成本，不但助長了花費不貲的救援，亦使個人誤以為會有「別人」會承擔其保健的成本，因而使個人沒有承擔在醫療保健決策上的責任。雖然柯林頓醫療計畫表面上要求個人克盡其責任，卻幾乎不讓個人接觸到其醫療保健決策的經濟後果。因此，該計畫容忍大家對救援無度的需索，如此又再次妨礙了保健取得之全面普及。

救援規則

救人第一的救援規則始於目睹別人身處危難之境。例如，我打池塘邊走過，看到一個小孩溺水，只要涉水一二步，我就可以抓着他的衣領，將他求出來。對我來說，救他要付出的代價，頂多也是把衣服給弄濕。根據救援規則，若不救那名小孩，在道德上是很可惡的（Fienberg, 1984）。這個「救急

扶危」的命令 (Jonsen, 1986; Hadorn, 1991, p.2219) 始於這樣的信念：人人就其本身來說都是很重要的，身為道德社群的成員，我們不但有責任不傷害別人，有時候亦有責任救援別人。因此，對於掉入井裏的小孩或受苦的動物，只要其陷於絕境，我們都會不計成本去救援。

值得注意的是，人與人之間並沒有通盤性的義務去救援所有的不幸。這樣的觀念深植於侵權法和尋常道德裏：不幸事件的結果通常都應該在那麼發生就在那裏發生。人人都會有危厄之時，各自都要處理許多不幸之事，但不會被期待連別人的不幸也要處理。

但還是有例外。如果不幸事件不是意外事件，而是疏忽或惡意所致，便構成主要例外。假如有人錯誤地做成問題——以法律用語說，他犯了過失——那麼他就應該對受到傷害者有所彌補。另一類例外體現了救援規則的精神。對於掉進池塘的小孩，有某些需求是十分迫切的，而其處理方式亦十分直接了當，即使沒有法律義務之規定，純粹是道德上合宜之考量，亦要求我們伸出援手 (Feinberg, 1984)。

然而，道德的救援規則仍然有嚴厲的限制。其一是，需要我們伸出這樣援手的事件是頗不尋常的。它們涉及十分迫切的情境，有待馬上加以處理，而且，並沒有旁人在場幫助。這些事件不是尋常事件。有時候，我們可能是交通事故第一個在現場的人，或者是，我們可能在餐廳吃飯，碰到別的客人噎住，需要做海姆利克救急法 (Heimlich maneuver)。但這些都不是日常生活的內容。其次，救援的活動不期待某人承受重大的犧牲、不合理的風險，乃至於是極大的不便 (Feinberg, 1984)。我們固然可期待一個人不惜弄濕衣服去救一個小孩，但他卻沒有義務冒生命危險下水去救溺水的大人，或者是花光積蓄去救援世界飢民。

雖然救援規則剛開始被視為個人與個人之間彼此相互應盡

的義務，但它亦可放在社會的層面來看。例如，社會可在兩個層次上將此規則用到保健之上。在第一個層次的，就是要去救援的決策。於此，道德上的合宜，似乎會要求一個富裕社會應該確保那些無法負擔的人得到合理水平的保健。

任何類似這種救援／取得的計畫，會將誰從什麼困境中救出來的界限明確表達出來，亦即細述救援的資格和範圍。畢竟，救援這個概念通常限制在個人無法自己應付的那些重大需求上。可是，強加這類限制會產生令人遺憾的結果，也因此，促成了第二個層次的救援。每個第三者付款人 (third party payer) 都會限制其給付範圍，將實驗性的醫療方式排除。如果保險公司拒絕給付骨髓移植，而這手術卻又是某人一線生機之所繫，那麼，我們可能不願限制，籍由主張該保險公司給付移植費用，來救援這個人。

當救援規則面臨資格和範圍限制而出現不幸結果時，會出現三個值得玩味的觀點。其一，有待救援的諸多個案並不是孤立的例子，而是無處不在的。許多沒有保險或保險不夠的人都有醫療方面的急迫需要，而即使最慷慨的保險公司亦無法給付每種醫療保健，有時候甚至會將有救命潛力的醫療給排除。

其次，對救援義務的「合理」限制，實質上會消失在巨大的集體資源中。我們不可能要求某人獨力資助其鄰居做肝臟移植手術，但整個社會動用其整體資源卻輕易支付那項手術費用。「我們有能力支付你的醫療費用，但我們卻認為，你的命不值得花錢來救」 (Calabresi and Bobbitt, 1978)，這番話，縱使在道德上不算是可惡的，亦可算是冷酷無情了。

復次，在正義之要求下，相似的個案要以相似的方式來處理。一旦我們十萬火急去救過某人，那麼，別人有類似需求，不給予類以救援就是不公平的。

因此說來，第二層次的救援規則的意涵很廣。問題不只是我們認識到救援同胞的一條道德律令。要求我們對別人援之以

手的救援規則，也往往動搖了我們對該義務的設限。一旦我們曉得別人因其需要超過了我們原先提供的協助而受苦，我們就覺得有責任超越原先的計畫來加以協助。

儘管這些嚴肅的意涵擺在眼前，在許多方面，我們似乎還是接納廣泛的救援規則。二十年前，血液透析單位的不足，令醫院委員會不得不決定誰生誰死時，國會撥款支付費用，救援了所有腎臟病末期病患（Evans, 1983; Evans, Blagg and Bryan, 1981）。最近幾年，各州已約略制定一千個命令，要求各該州所有保險公司將特殊治療納入給付範圍，從人工受精到禿頭症的假髮，形形式式，不一而足（Iglehart, 1992; Goodman, 1991）。這些法案的誕生，很可能是由於立法者聽到某些人的悲慘故事，提出抗議說，「這種慘事絕對不能再發生在別人身上了」，因而要求各州所有保險公司將相關的服務納入給付範圍。

在法律的體系裏，也有救援規則。法令以及普通法大都規定，醫院的急診室要照顧有待急救的人，不論其是否有能力付費。可相類比的是，雖然醫生一般可以自由選擇他們要不要接受替誰看病，但他們有義務提供相同標準的醫護給每個他所接受的病人，不論其是否有能付費。而且，在一個稱作「法官制定保險法」的現象裏，許多法官者自由地對健康保險做有利於病人的詮釋，有時候縱非擴大，亦算是直接忽略契約的限制，目的是要讓處境困難的病人得益（Ferguson, Dubinsky and Kirsch, 1993; Kalb, 1990; Abraham, 1981; Hall and Anderson, 1992, p.1644-57; James, 1991; Anderson, 1992）。

在某一層面上，這些救援表示了我們社會合宜地協助受苦的人。但累積下來，這種種救援做法燃起了我們的恐懼，深怕這種花費不貲的醫療若全面普及，我們會承受不了成本的負擔。就在腎臟病末期病（ESRD）法案通過不久，當作為醫療

指標的血液透析擴大經費符合新預算時，腎臟病末期病方案幾乎三倍於這項預算（Eggers, 1988; Evans, 1983; Evans, Blagg and Bryan, 1981）。而許多批評家對於造成數十億美元保健支出的責任，歸咎於州的保險命令以及法官制定的保險。

問題不僅是我們花費的比預期的多。更深一層的問題是，不願意強行限制阻礙了我們擴大保健之取得。我們曉得，我們無法推行保健之普及，而又不訂下限制。但是由於我們也知道，我們往往不願強加這些限制，所以一開始就避免把保健普遍及。我們擔心由於救援的慷慨而使自己破產，而且我們不再走近池塘，因為擔心可能在那邊發現緊急之事。

正如我想論證的，在此一救援問題上，關鍵的因素是經濟隔離（economic insulation），它使得我們相信救援的費用是由別人而不是我們自己支付。這扭曲了我們設定限制或強行限制的能力，而這也使得我們忽略了個人的責任，亦即應該承擔自己的健康以及保健抉擇的後果。

經濟隔離及其後果

救援規則帶動的經濟隔離，使大部分病人不用承擔甚至不關心其保健的成本，而這樣的經濟隔離，亦為救援規則所帶動。直到數年前，許多病患享受還有完全給付的保健，而那些沒有保險的人，經常亦通過有很好保險者所支持的成本轉移，而享受到頗為慷慨的保健。即使近年來完全給付的保健已然消失，但許多病人仍然享受到相當完善的給付項目，以至於在衡量醫療的選擇時，他們不需要也不會認真地考慮費用的問題。年度自付額通常是不高，而個人部分自付額相對來說同樣亦不算多，偶爾亦為附加保險的支付所涵蓋。

經濟隔離有好幾種原因。救援規則意謂着，人們不應該僅僅為了付不出錢而缺少保健。假若我們強迫人們在生病時擔憂金錢，似乎像是落井下石。當一個病人以費用作為拒絕醫療的原因時，我們甚至不禁懷疑，也許是他的家庭因素使他陷於困苦之境。

除此之外，許多醫生都認為病人無法針對醫療風險和得做經濟面的衡量。不將這方面的資訊告知病人，也與希波克拉底醫德傳統相一致，畢竟，這樣複雜的事超出了平常百姓的知識範圍。因而，假如有人僅因為錢的緣故拒絕醫療，我們就可推論說，他實在不知道醫療的重要性。

經濟因素也促長這種隔絕。始於二次大戰的工資和物價停滯以及七〇年代通貨膨脹的刺激，勞動契約往往寧取保險給付而不傾向加薪。畢竟，省下一塊免稅的錢，價值是遠遠超過賺得一塊要繳稅的錢（Frideman, 1993; Starr, 1992; Haislmaier and Butler, 1989）。因此，許多重要勞動契約特別標榜可讓員工不受保健成本影響的全部給付。

無可否認地，在最近幾年，藉着成本分攤之增加，許多病患經濟上的隔離，已經一點一點地減弱。但是對於保健費用的一種根本忽視，甚至是漠不關心，依然不動如山。醫生及病患討論計畫中治療方法風險和和效益好處時，很少考慮成本的因素。假如保險會給付，那經濟問題就可以說是大體解決了。醫生通常不會去注意他們開出囑咐藥方的成本，而病人則是在接到帳單之後才會曉得他們的醫療要花多少錢。甚至到了那個時候，帳單內容還是不清不白的，以至於他們仍然不清楚到底真正花了多少（Herzlinger, 1991, pp.140-42; Ruffenach, 1993; Haislmaier and Butler, 1989, p.29; Hsiao et al., 1987, p.800）。更重要的是，只要自己口袋掏出去的錢不多，病人就會相信是別人，而不是自己付了這筆錢。

然而這筆錢還是病人自己的，即使它似乎是別人出的。病

人直接地為他們自身的保健付出愈來愈多的自付額，而身為員工，他們自付的保險費用比例亦逐增加。更重要地，雇主負擔的部份，不是某種附加在工資上面的贈禮。健康保險是一項重要的而且是取代了更高工資和別的津貼的補償形式（Haislmaier and Butler, 1989; Starr, 1992）。身為消費者，病人也要對商品和服務付更高的費用，俾用來彌補生產者的保健給付。總計每造一部汽車就要花到一千美元。而身為納稅人，病人直接贊助窮人醫療計畫、老人醫療計畫，和區域性的保健計畫。

這種經濟隔離造成極嚴重的問題。第一，它切斷個人與市場的關連；在市場關係裏，消費者選購什麼，就同時要依價格付費，所以，消費者會考量什麼東西真的值得買。病人及醫生往往只會問某項治療到底有沒有效（Havighurst, 1992, p.1785; Reinhardt, 1992a, p.141; Reinhardt, 1992b; Weaver, 1992）。當他們需求愈來愈多，保健成本就愈來愈高。

第二，在持續性經濟隔離的情境下，這些不停增加的成本，導致了要抑制成本，但在道德上是不合適的方法。正如在別處提到過的（Grumet, 1989; Light, 1992; Morreim, 1988），第三付款人並非總是以公平強行其政策的方式，劃出清楚的界限。而成本制約之施行，要麼就是用臨床指導準則和效益評估，不然是用激勵系統，前者剝奪了醫生診治的自由，後者則使醫生自身利益與病人利益相對立。不管用那種方法，醫生都常常處在道德上尷尬的窘境。

有趣的是，所有這些節省成本的機制依然假定，病人必須與保健成本隔離，而且醫生和保險公司必須做成本／效益的折衷衡量。這些機制亦加速了沒有贏家的情況。病人要求的醫療方式若超過了指定的費用上限，這時醫生有兩種選擇。他可以同意病人的要求，不管出自忠誠還是只為了避免挨告。但這樣

做，他必須跟系統賭一賭以規避資源使用規則，因而阻礙對成本的控制，終而是加劇了保健普遍化的經濟障礙。相反地，假設醫生拒絕要求，病人可能會把他當成「體系」內無能的走卒，或當作躍躍欲試的對手，就只會替付費者省錢，守護自身利益卻無視於病人的存在。

這兩種選擇在道德上都是令人不齒的。不是醫生和病人彼此撕殺，就是二人聯手與更大的系統作對，但這樣一來亦與其他病人作對，因為其他病人的需求有賴這個較大的系統來滿足 (Morreim, 1991a; Morreim, 1989; Steinbrook and Lo, 1992)。

第三，經濟隔絕很容易讓人被矇騙。它讓我們以為錢不是保健的障礙，而實際上卻導致成本不斷上揚；到頭來，還是以秘密的手法，以受約束的工資和工作、更高的價格和稅率來彌補。沒有人知道我們付出的實際價格。我們身為病人，都得服膺保險公司或醫生對成本效益的折衷裁量，卻無從得知我們在保健上被設下種種限制，也無法得知醫生在系統性的利益衝突下做決策。

經濟隔絕也是讓我們相信，在社會的層面上，保健救援的花費是毋庸置疑的。然而，這產生了第四個，亦是對保健的普遍化最為重要的問題：當我們不清楚誰來付費時，堅持救援是很容易的，但在道德上是不好的想法。

如上所述，救援責任並不是沒有限制的。沒有人期望我們為了幫助那些不是我們造成的困境做不合理的犧牲。同樣重要地，如果救援的成本會強加於在不願意或不知情的其他人身上，那麼，我們沒有權利做這樣的救援。由此說來，只有在我們知道某項救援是什麼人花多少錢之後，我們才能辨認這項特殊的救援是道德強制性的還僅僅只是道德上允許的。這包括的不僅僅只是這項救援當下的費用，也包括在正義的要求之下，未來在相同情況下對於其他處境相同的人之救援費用，還加上

由於資源用於這次救援，放棄了對別人協助所引起的機會成本 (opportunity costs) (Eddy, 1993)。經濟隔離引起連串的嚴重的道德扭曲，因為它鼓勵了錯誤的想法，認為我們的醫療救援不是不用成本就是會由別人會負擔。因而，我們不能確定在什麼情況下，救援的成本會考慮會優先於救援的要求。

這整個的情況導致了一項主要的挑戰。救援規則是指我們不應該只因為錢而就拒絕給予一項醫療，可是，病人的經濟隔離卻讓他們為自己和別人要求這樣的救援，而法律自身的救援規則的體系，又傾向認同這類病人的請求。無論如何，如果我們想要將保健普遍化，我們就必須劃出界限。但是強加這些限制就是違抗了救援規則，等於明確地拒絕給予某些人以利益，即使只是些微小的利益。

正如我想論證的，唯有日益體認到救援的實際成本，曉得是我們自己在負擔的事實，我們才能對保健上強加合理的限制。但要在社會層次上有這些認知，我們就要理解到，實際是我們每個人在為救援付費的。這樣的轉變，其前提在於病人不再與其保健成本隔離。相反地，我們必須要求他們以負責態度參與其保健抉擇。到頭來，這又有待病人實際上肩負起其抉擇的責任。換句話說，他們必須體會其作抉擇後的結果。

撤除經濟隔絕

應該讓病人考慮成本這個主張，並不會引起爭議。美國醫藥協會以及保健組織認證聯合委員會現在希望醫生和醫院要出示費用表 (Clement, 1992)。比較有爭議的是祛除經濟隔絕的計畫，即不但不僅是建議，而是要求病人直接地體驗到其醫療決策的經濟後果。反對者認為，對保健強加財政的障礙會使大家得不到所需要的照顧，因而阻礙第一個層次的救援這種重

要的社會使命；這種救援確保人人至少擁有某種合理水平的保健。的確，我們無法但藉着拒絕救援來解決救援的問題。

還好，有一些現成的機制，可讓病人直接體會其保健決策的經濟結果，而又不妨礙其得到必需的照護，或因生病而形同受罰。責任無庸排除救援。像這樣的機制可在寬廣的層面上即病人選擇保健計畫時找到；而在較狹隘層面上，在他們選擇特定治療時找到。

在寬廣的層次上，柯林頓計畫以及許多其它相互競爭的方法⁽¹⁾，讓病人有能力在眾多的保健計畫中選擇。所有的計畫都涵蓋了特定最低限度的給付項目（a specified minimum of benefits），以確保合適的照顧，並儘量降底搭便車問題（free rider problems），但細節及附加給付的範圍（added benefits），則隨不同計畫而有頗大的差異。當病人能夠在互相競爭的計畫中作選擇，他們得以受到較佳照料以及更多服務的回饋，也許還能省錢（Kalb, 1990; Havighurst, 1992; Hall and Anderson, 1992; Havighurst, 1990）。因此，他們能夠開始比較直接感受到這個事實：成本／價值的折衷衡量，會使他們自己的保健和開支有所不同。我們有理由說，通常病人理當直接支付保險費，而不是自欺欺人（如柯林頓計畫中的病人），認為是他們的老闆在付錢，如此一來，他們能夠瞭解他們的錢有多少用於健康給付上（Reingardt, 1993）。

在很多保健計畫上有寬廣的選擇空間固然重要，但也許還

不算充分。如果病人在經濟上的參與僅僅是在諸計畫中作選擇，甚至年終因選擇明智而存了一筆錢，那麼，許多病人以同樣要求權利的心態來選擇。但當前許多人正是因為這種心態作祟，才會與系統暗上一睹，或實質上對保健作無度需索，其所持理由是，「我付過保費，所以我有權得到我想要的。」因此，在較狹隘的層次上，病人有必要直接經歷其決策在經濟上的後果，但條件還是，這不構成取得保健的嚴重障礙。在這方面，有一些不同的選擇。

柯林頓計畫建議人人都應該要付少許的自付額，也許是看病時要花10元美金，對於窮困者折價計費。這個方式在實務上有重大困難。對大多數人來說，這樣小額自付款很難激起成本意識。而過濾誰有資格減少自付款，並向就診時未繳費用者的追繳工作，全都是得花錢的行政工作。而且一旦人們付了固定的費用，就很少有更進一步的刺激來考量成本的問題。

一項不同的提案或許能夠補救這些瑕疵。一筆可觀的自付額，譬如三千美金，可與免稅醫療儲金帳戶（MSA）來搭配；例行支付的醫療帳單，可用這個帳戶來支應，而更高的支出，則以附加的重大災變的保險來應付。該項總支出數目可以直接由病患、雇主、政府、或甚至保險公司來籌集。由於病人這時要從這個帳戶直接支付保健的最初費用，所以，他很有理由去尋問某項提議治療方法是否真正必要，並弄清楚如何有效地滿足其醫治需要。再者，用這種方式直接支付保健費用，即可避免追繳無數的小額款項，因而能夠節省龐大的行政開支。經年累積下來的存款，則成為對抗未來潛伏疾病的一個緩衝，亦可以在退休後用在保健上，或甚至轉入個人的養老基金（Goodman and Musgrave, 1992; Friedman, 1993）。這個醫療存款帳戶能融入任何種類的國家保健計畫：關鍵的要素就是建立病患支付例行帳單的基金，而其中餘額就可以運用

(1) 聯邦勞工健康給付計畫允許員工在眾多不同的計畫中作選擇，而在使FEHBP的健康給付低於雇主的支出的過程中，讓員工得到因選擇而節省的錢（Herzlinger, 1991 148; Moffit, 1992）。類似的結果發生在私人公司，它們給予員工在眾多計畫中選擇，並對其謹慎使用保健給予直接獎勵（Herzlinger, 1991; Ruffenach, 1993）。別的处理方法則要求員工在競爭的市場裏直接購買保險，但輔之以減稅為政府補助的方式，來確保人人都能夠負擔得起（Butler and Haislmeier, 1989）。

到日後的需要上⁽²⁾。

即使如「健康保護組織」(HMO)這類非傳統的保健計畫，亦能夠激發病患作決策時有成本意識。當今，大部份健康保護組織都鼓勵初診醫生節制其對於醫學顧問、檢驗和住院之做法，而鼓勵方法則是，將這樣節省下來的錢與醫生分享。以獎勵方式，誘導醫生重新檢視其習以為常的醫護方式固然不錯。但如上所述，錢終究是病人的錢。如果明智謹慎的病人保持健康並保守地使用醫療，因而能分享到年終存款，那麼，他就比較不會根據「那是免費的」或說「我有權獲得因為我每年都付保險費」這些理由而要求過度的醫護(Kirschner, 1992)。

像這樣增加病人經濟的責任可以有很多好處。首先，沒有人要不到其需要的保健，因為錢已經存好來應付他的需求。同時，有成本意識的病人比較不會要求低效益的治療方式，因而使效益評估的需求降低，亦節省了辦理評估的行政支出。而且，關心醫護成本的病人，或許對其價值更感興趣，因而更加積極地參與知情同意的討論(informed consent discussion)。再者，在保健決策上參與愈多的病人，往往亦更滿意於其接受的醫療保健，即使醫療結果不佳，亦較少興訟。而且，關於保健費用的討論，可表示着醫生現在有關心病人整體的福祉，而不表示醫生想保護第三付款人，或醫生想增加其自身的收入。⁽³⁾

(2) 類似的替代方案是「低使用退款」(Low Claims Refund)，即是在年終歲末，視乎個人對保健使用(不使用)的情況而退還一定的款項。保健上所省的每一塊錢都一併退還。換言之，人人都因慎用保健資源得到報償，而不是因生了病就形同受罰，這是因為每一個人的保健全都列入涵蓋範圍(Feldstein, 1993)。

(3) 在Morreim, 1994有更詳細的討論。

責任：調和限額分配和救援規則

增加病人在其保健上的經濟利害關係，始於調和限額分配和救援規則，其方法是，在健康和保健選擇上引入更高層次的個人責任。如果我們不瞭解這些選擇的後果，那麼在個人和社會層次上，我們都不可能做出明智的選擇；對後果沒體驗，我們也不可能說對後果有所認知。雖然柯林頓計畫提到了責任，實際上卻沒有致力於提高病人的責任——亦即沒有要求病人直接體驗其選擇的經濟影響。柯林頓計畫要求人們活得健康康，並作一點象徵性的財務貢獻，卻藉着持續性經濟隔絕來使免費保健的迷思永遠繼續下去。

當我們構築普遍化的保健時，第一個層次的救援——確保每一個人得到什麼基本給付保障的決定——只能用實務的成本觀點來建立。唯有在這個時候，我們才能與這些我們創造的限制共存，而不插手第二個層次大規模的救援。這類救援不但破壞了計畫設下的限制，最後甚至禍及計畫本身。為了救某個人，使用超出了其保健給付範圍內的醫療，不但是民主程序伴腳石，也是對其他公民的一種欺騙；這些公民的醫療保健並未超其指定範圍，要不然，其理應享有的保健，現在卻為了那些第二類救援造成的資源枯竭，而被七折八扣(Morreim, 1991a; Morreim, 1991b)。不讓某人看到求生的一線曙光，也許讓人難過，但這並不會不公平。真正不公平的，是允許保健普及化，由於漫無節制的那種救援，而演變為支出無法控制的暴增局面。

只要病人有責任在眾多健康計畫以及特定醫療項目中選擇，且在他們經歷自身選擇的經濟後果，他們就建立起自身的救援規則。他們斷定那些事夠重要，需要投資，那些事要排在優先範圍。同時，在前文描繪的架構下，沒有人有權宣稱他付不起基本醫護的費用。在醫療存款帳戶或其他方法之下，支付

所有基本保健的錢早就備妥待用。我們所看到的種種限制是個人選擇的結果。

強加限制不是降低個人的身分，而是尊重其自主性。事實上，違反某人自身決定，以不遵從其個人花錢方式來救他，實等於不尊重其為一負責任的行為者（Menzel, 1990）。那等於強迫他把保健放在生活中的首位，卻不管他自己的看法為何。相反地，病患若選擇了不購買特定種類或層次的保健醫護，那麼，不給予他沒有買的或其公民同胞不認為是「基本」的醫療保健，事實上並不為過。畢竟，這項拒絕是病患的決定。本來不屬於他的東西，不給他也不算是過錯

歸根究底，救援規則若使醫療保健凌駕於所有其他價值健之上，則無異於一座牢房，它誘使我們為大都可疑的給付項目作揮霍無毫的支出。它侮辱了我們能夠深思熟慮作出優先選擇的能力。假設大家被予給能力，不管是集體或各別地，來設定資源享有權，那麼，那些界限必須強制推行，即使這樣作可能會產生不幸的後果。拒絕讓病人承擔其對資源之決策的後果，等於保證病人一開始就不被允許做任何決定。他們的確是「被救而脫身」，但只是擺脫做為一個成年人應負的責任而已。這就是如脫疆野馬的救援規則。反過來說，假若我們能夠學會在限制中生活，那麼我們會有更大的能力，去拯救上百萬依舊在池塘中掙扎的美國人。

☆Al Jonsen 博士，醫學博士Bronwen McGraaw、Haans Henzi、Paul Menzel 博士及Meuill Matthews 博士等人對本文初稿提出不少寶貴意見，於此一併致謝。