

醫療資源的公平分配與器官捐贈

Medical Resource Allocation and Organ Donation

張立明

醫病關係的三個層次

- 第一個層次是微觀倫理（**Micro-ethics**），就是個人在臨床醫病關係中作醫療抉擇時的倫理，
- 第二個層次是宏觀倫理（**Mega-ethics**），就是社會組織在**醫療資源分佈與醫療政策釐定**時所涉及的倫理議題。
- 第三個層次是後設倫理(**Meta-ethics**)，就是在進行微觀倫理與宏觀倫理時其背後所呈現的相關價值體系背後的預設。

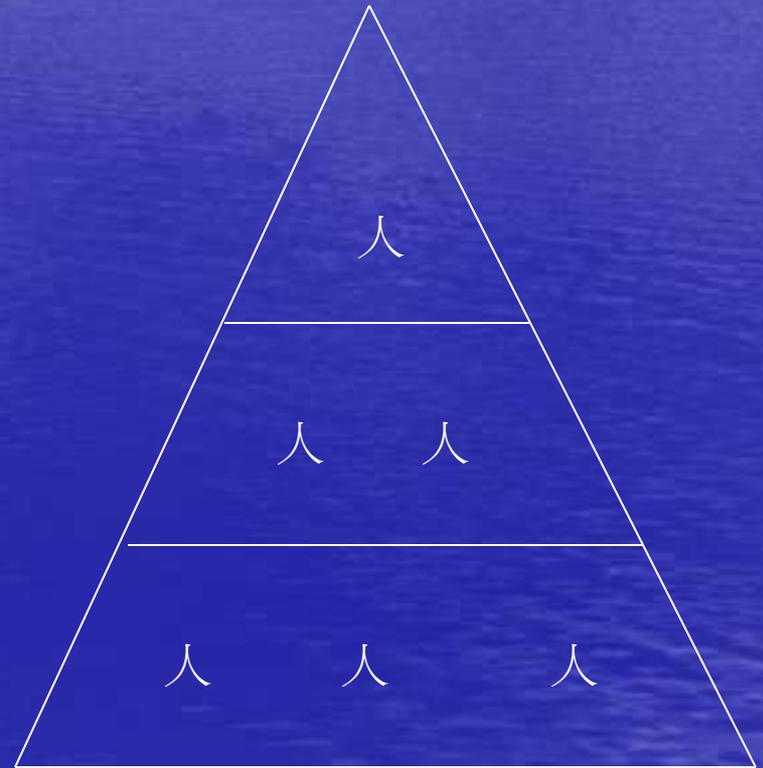
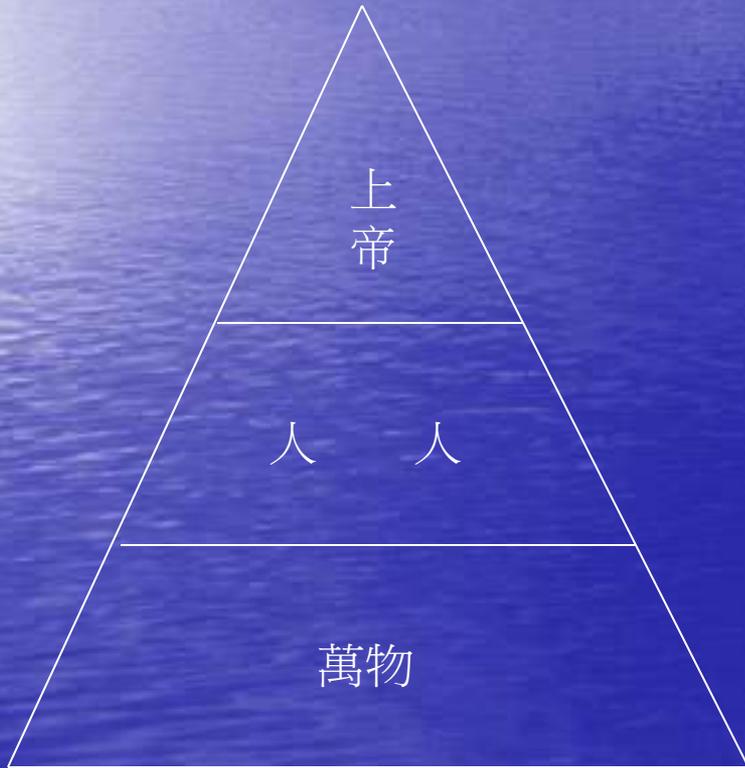
大綱

- 制度的神學層面
- 美國醫療保險制度現況與問題
- 資源分配的倫理學探討
- 合理的醫療保險制度
- 器官捐贈的神學思考
- 器官買賣的問題
- 稀有醫療資源分配的公平性

上帝設立的管理秩序

- 神說：我們要照著我們的形像、按著我們的樣式造人，使他們管理海裡的魚、空中的鳥、地上的牲畜，和全地，並地上所爬的一切昆蟲。
- 神就照著自己的形像造人，乃是照著他的形像造男造女。
- 神就賜福給他們，又對他們說：要生養眾多，遍滿地面，治理這地，也要管理海裡的魚、空中的鳥，和地上各樣行動的活物。（創一：26-28）

兩種管理模式



人管理人是上帝對墮落後的安排

- 上帝給一些人權柄管理其他人，雖非創造原意，但在墮落後的世界中，比完全沒有權柄管理的亂象更好。(唐崇榮神學講座，神權政權人權，2000)
 - 又對女人說：...你丈夫必管轄你。(創三16)
 - 在上有權柄的，人人當順服他，因為沒有權柄不是出於神的。凡掌權的都是神所命的。(羅13:1)
 - 因為他是神的用人，是與你有益的。你若作惡，卻當懼怕；因為他不是空空的佩劍，他是神的用人，是伸冤的，刑罰那作惡的。(羅13:4)

人的罪性

- 聖經告訴我們，自亞當犯罪後，所有人都已經墮落，因此人人都有犯罪(貪婪)的可能性，所以制度的設計必須考慮罪性的因素。
 - 所以凡有血氣的，沒有一個因行律法能在神面前稱義。(羅3:20)
 - 這就如罪是從一人入了世界，死又是從罪來的；於是死就臨到眾人，因為眾人都犯了罪。(羅5:12)

所有制度都不完全

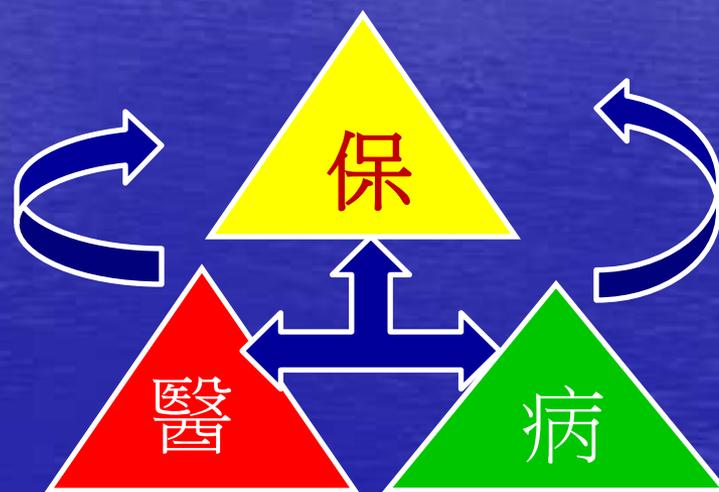
- 因為人的罪性，任何牽涉到人的制度都不可能完美
- 我們這一代已目睹了共產主義理想的失敗，也看到資本主義貪婪的失敗
- 制度的策略：需考慮墮落的人性，防弊的設計與藉由誘因鼓勵服務兩面皆須考慮。例如：
 - **John Lock** 避免墮落人性中的權力慾，主張三權分立制衡。
 - 歐美財經制度與公司治理都實行獨立稽核(**audit**)制度，為避免墮落人性的貪婪試探
 - **Adam Smith** 利用墮落人性中的自私，主張合理自利，重點是要恰當規範，即可創造整體財富。

醫療模式的變革

- 在沒有保險的時代，貧窮的病人和家屬非常可憐，需要醫師義診或免費供藥。
- 得到治療都心存感激，覺得欠醫師一個人情。
- 醫師治療時帶著救助的心情，在需要時用自己的錢買藥送病患，也受肯定。
- 問題...

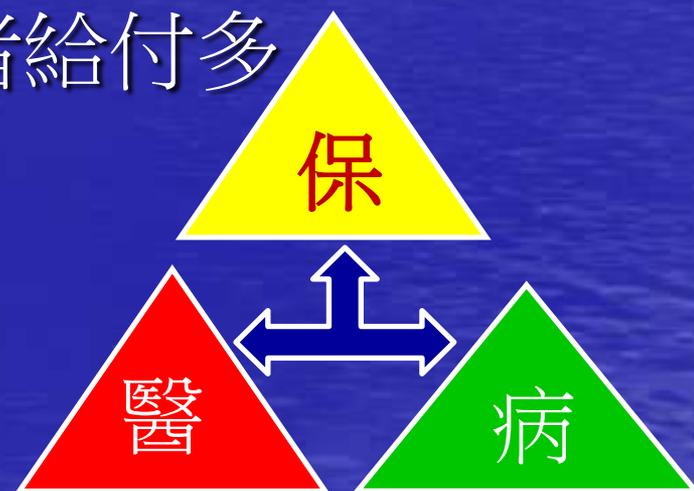
如何設計醫療保險制度?

- 牽涉保險公司，醫院/醫師，病人三方
- 保費 Premium
- 給付 Reimbursement
 - 範圍
 - 對象
 - 轉診 referral



論件計酬時期

- 論件計酬(case payment)
- 保險公司依照醫師或醫院申報的檢查與治療內容，依合約給付費用
- 向投保病人收取固定保費 (premium)
- 病情簡單者給付少，複雜者給付多
- 問題...



總額預算時期

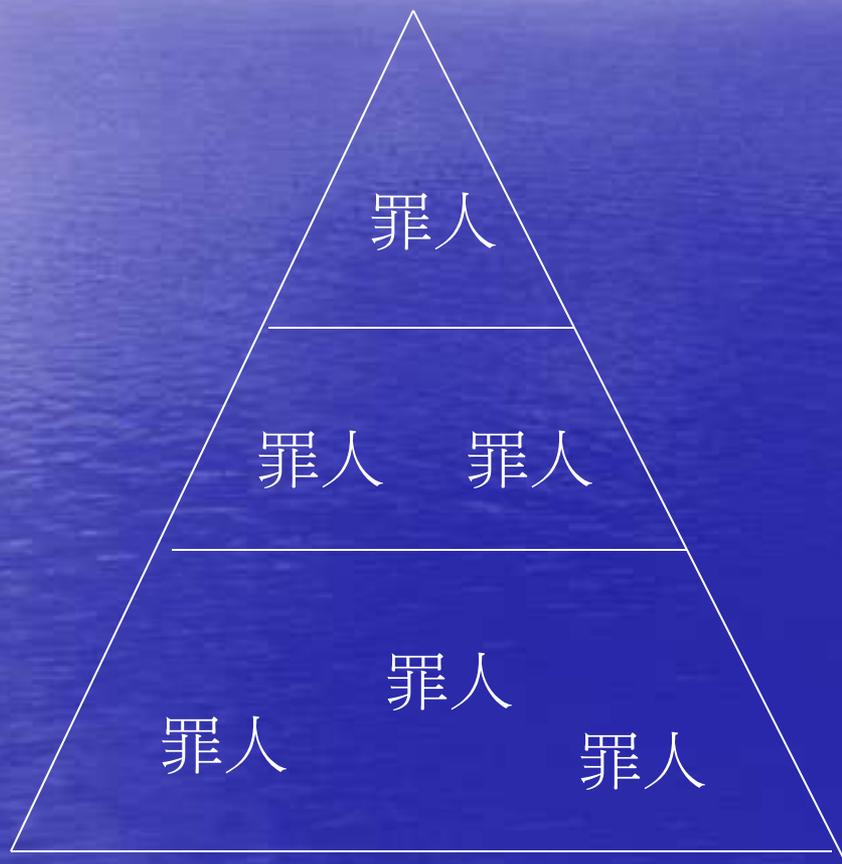
- 保險公司給醫院/醫師一筆固定的總額，限制其不可超過這筆預算，超過就不給付 (reimburse)
- 保險公司根據分配給該醫院的病人數 (per capita) 給固定預算，由醫院自行調整
- 保險公司依疾病種類給付某種病患 (disease-related grouping, DRG) 一定預算，超過就不給付
- 問題...



人性墮落的現象：制度改變醫療行為

- 保險制度前：許多人得不到治療(沒錢)
- 論件計酬時期：多開藥，多檢查(醫師賺多，病人免費，雙贏?)
- 總額預算後：醫師少開藥，少檢查(多開少賺)，病人喜歡免費的檢查與治療
- 保險公司：提高保費，提高自付額，限制處方金額，使用便宜藥品，限制住院日數，門診數(減少保險支出)

實際情況



彎曲悖謬的世代

- 基於聖經真理，在鼓勵醫德的同時，不能期待全部醫院、醫療人員、保險都完全犧牲自己利益，因為在今世是不可能的理想。
 - － 因為世人都犯了罪，虧缺了神的榮耀。(羅3:23)
 - － 使你們無可指摘，誠實無偽，在這彎曲悖謬的世代作神無瑕疵的兒女。(腓2:15)
- 如何設計醫療資源分配制度與獎勵方式會引導整個醫療政策與醫病關係。

美國陳疴難返

- 4600萬人沒有保險，占15%人口
- 公司的保險平均每家\$12,100，個人為\$4,400（自2000年保費成長100%，工資成長21%，物價上漲24%）
- 公司保險自付額增長100%
- 2007年每人平均在醫藥的花費約\$7,600
- 全美國共2.3兆，佔全國總生產額16%
- 健保重整 (health care overhaul) 預估未來十年要花 1 trillion, \$1000,000,000,000元

(鄭博仁，正道神學院演講內容，2009)

醫療花費快速增長的原因

- 科技進步帶來昂貴的治療和檢驗
- 壽命延長、慢性疾病增加
- 管理不善，浪費行政費用
- 醫療商業化



(鄭博仁，正道神學院演講內容，2009)

好撒瑪利亞人的比喻

- 耶穌回答說：有一個人從耶路撒冷下耶利哥去，落在強盜手中。他們剝去他的衣裳，把他打個半死，就丟下他走了。
- 偶然有一個祭司從這條路下來，看見他就從那邊過去了。
- 又有一個利未人來到這地方，看見他，也照樣從那邊過去了。
- 惟有一個撒瑪利亞人行路來到那裡，看見他就動了慈心，
- 上前用油和酒倒在他的傷處，包裹好了，扶他騎上自己的牲口，帶到店裡去照應他。
- 第二天拿出二錢銀子來，交給店主，說：你且照應他；此外所費用的，我回來必還你。（路10:30-35）

好撒瑪利亞人模式考量保險

- 沒有總額限制，沒有自費，而是按病情需要(我回來必償還) ->100%給付
- 依醫療需要，而非依分配需要
- 有施救的責任(油與酒)，也有照顧的責任(送到旅店)
- 應該計算如何籌足經費，以滿足這些需要，而非由總額決定需要。

若好撒瑪利亞人遇到大量傷患？

- 進入資源分配的倫理討論



2010年海地震災

公平正義

- 世人哪，耶和華已指示你何為善。他向你所要的是什麼呢？只要你行公義，好憐憫，存謙卑的心，與你的神同行。(彌6:8)
- **Millard Erickson:** 如果不把公正涵蓋在內，那麼我們就無法完全了解愛。(基督教神學，卷一，p.453)
- **羅秉祥:** 正義是愛的必然表達之一。(黑白分明，基督教倫理縱橫談，宣道出版社，1994, p. 15)

公平與權利的不同

- 正義公平在本質上是個比較性的概念，只有在與另一個人作比較時，公平與否的問題才會產生。
- 權利則是個非比較性的概念，要判斷 A 的權利是否受侵犯，無須先知道 B 是否也受到同樣待遇。

羅秉祥，黑白分明--基督教倫理縱橫談，宣道出版社，1994，p.30

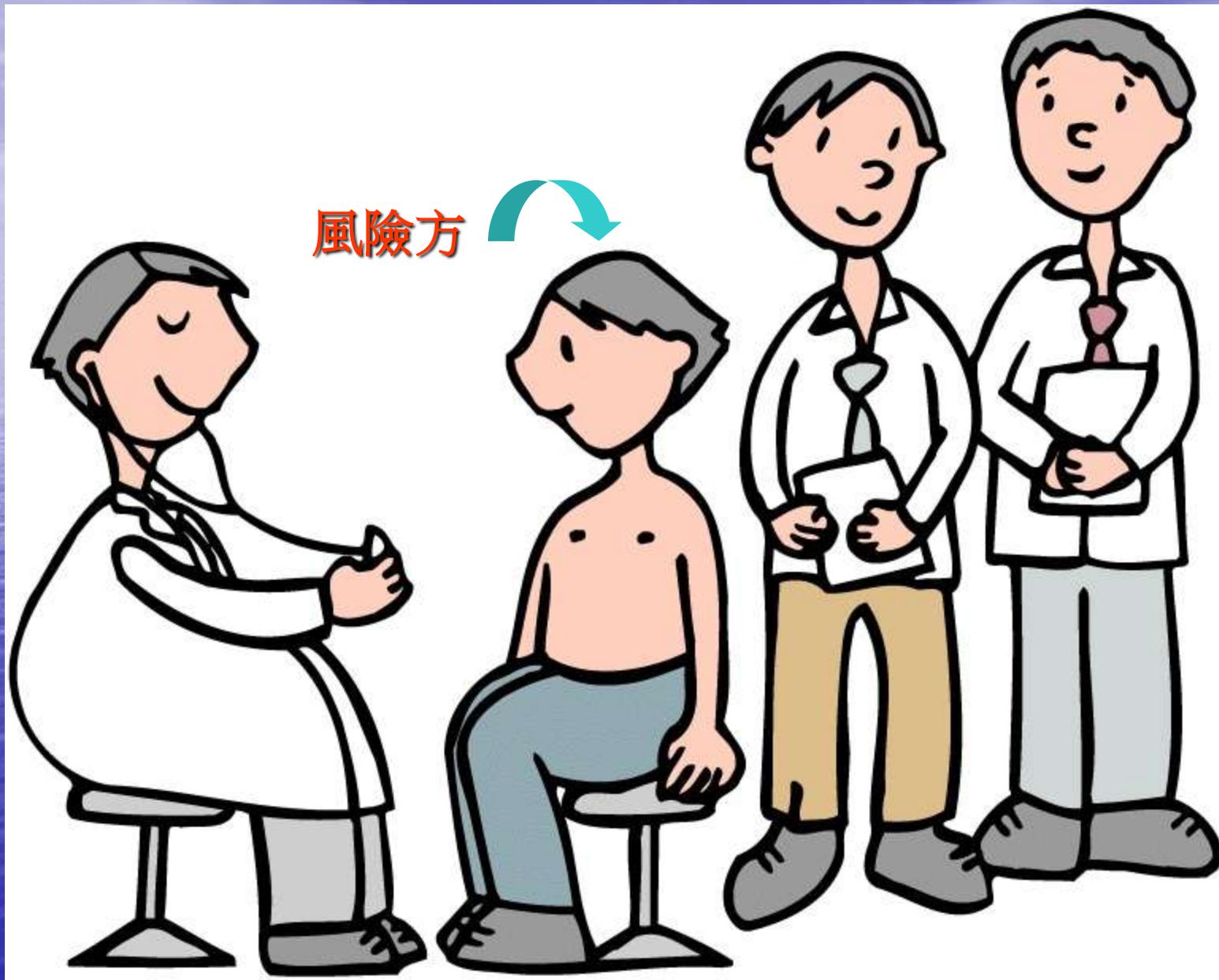
- 子曰：不患寡而患不均，不患貧而患不安。

論語季氏

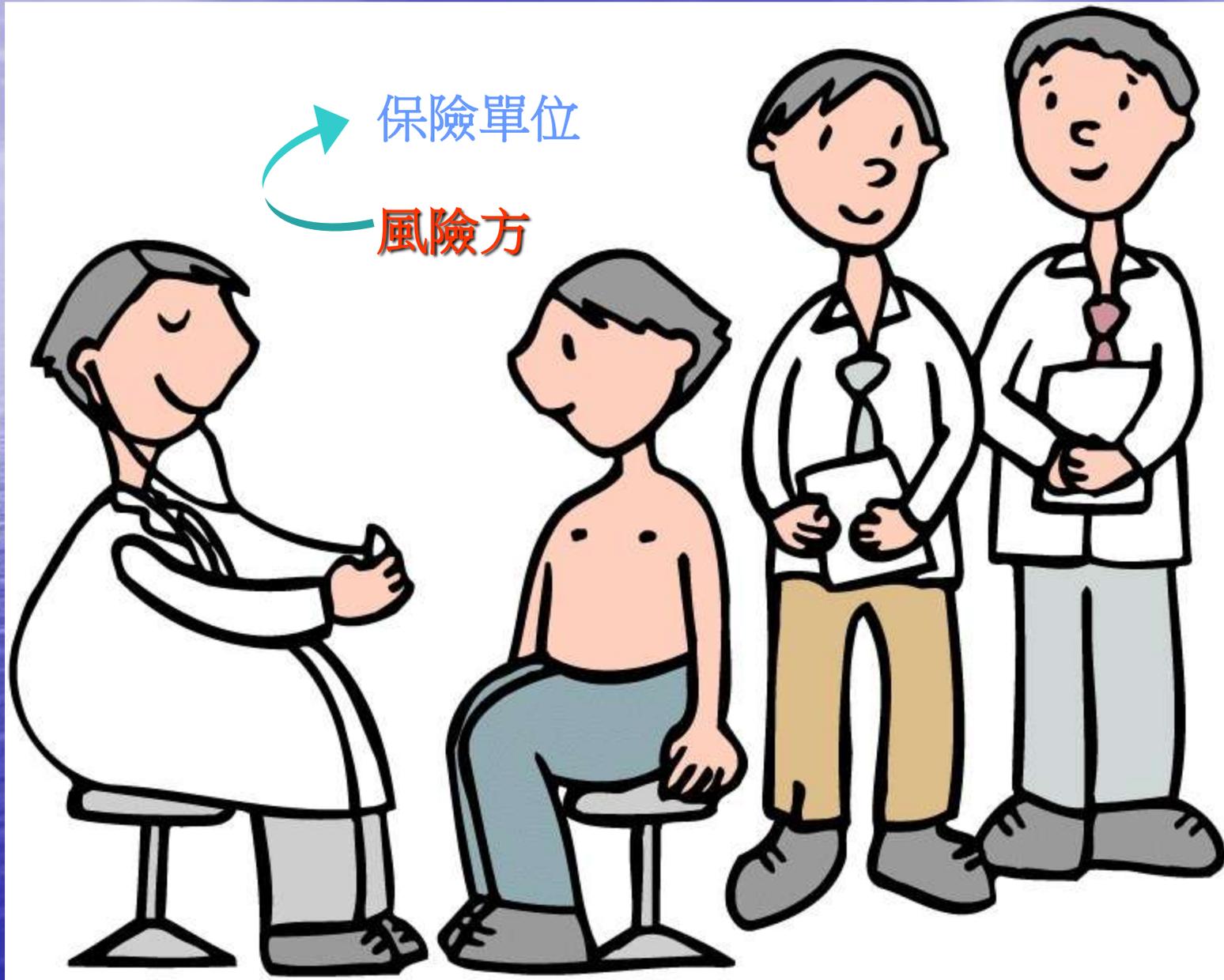
公平分配的原則

- 一律平均分配
- 按需要(need)分配
- 按機遇(random)分配
- 按優點與成就分配
- 按貢獻或功勞分配
- 按付出的努力或勞力分配
- 以上都是公平的原則，不見得全部都相等才是公平正義

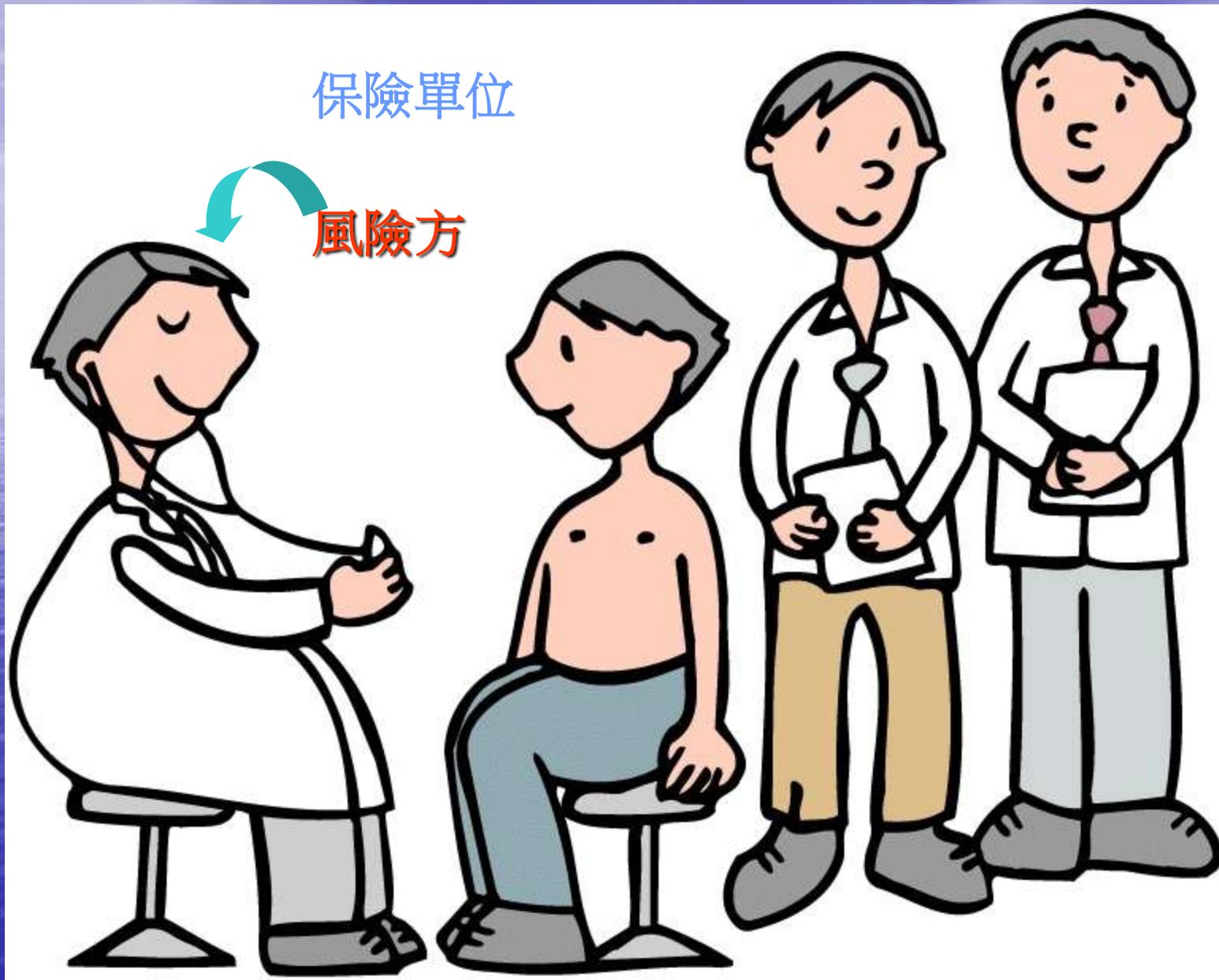
病人自費模式



論件計籌模式



總額模式



第三方付費，人容易受貪婪試探

- 病人：我已付保費，我是消費者，我有得醫治的權利，我希望保費少而多拿藥，多檢查
- 醫師：論件計酬時盡量多開檢查，總額時盡量少開檢查，少開高價藥品
- 醫院：限掛，限床，限處方藥價，拒重症，科總額，個人總額
- 保險公司：增加保費，增加自付額，拒保重症，限制給付範圍，限住院天數，罰款，剔退，區總額，院總額，**DRG**

對病人有利就是好政策

- 醫療的普及 Accessibility
- 醫療的費用 Affordability
- 醫療的品質 Quality

醫療的普及 Accessibility

- 非法移民 Illegal immigrants

- 不可摘盡葡萄園的果子，也不可拾取葡萄園所掉的果子；要留給窮人和寄居的。我是耶和華你們的神。(利19:10)
- 和你們同居的外人，你們要看他如本地人一樣，並要愛他如己，因為你們在埃及地也作過寄居的。我是耶和華—你們的神。(利19:34)

醫療的費用 Affordability

- 神我們的父面前，那清潔沒有玷污的虔誠，就是看顧在患難中的孤兒寡婦，並且保守自己不沾染世俗。(雅1:27)
- 你弟兄中若有一個窮人，你不可忍著心、撻著手不幫補你窮乏的弟兄。(申15:7)
- 因為我餓了，你們給我吃，渴了，你們給我喝；我作客旅，你們留我住；我赤身露體，你們給我穿...這些事你們既做在我這弟兄中一個最小的身上，就是做在我身上了。(太25:35-40)

Needs and Wants

- 個人立場：全部需要的人，在能力範圍內都應該有保險。
- 神學理由：
 - 1. 因為神不偏待人，所以每個人得到醫療照顧的機會應該相等。
 - 2. 因為上帝創造的世界，如果妥善管理，應該有足夠的資源來供應所有人的需要。

醫療的品質 Quality

- 高品質不等於浪費醫療資源
- 如何在有限資源中得到最大效率的品質？
- 至少基本醫療需求應該受照顧
- **Need vs Want** 的分隔線劃在哪裡，應該要有科學數字出來

對政策制定者的建議：學術方面

- 研究保險給付方式對醫療品質，病人預後之影響。(目前 paper 很少)
- 用科學方法計算真正醫療需要(EBM)，以編列合理的健康預算。
- 研究不同保險制度對醫療糾紛與醫病關係之影響(互不信任是無形的社會成本)。
- 用健康經濟學(health economics)計算合理醫藥費用。

對政策制定者的建議：財務方面

- 以patient outcome為給付條件，而非以控制預算為最大考量。
- 健康預算應該要合理而充足。當醫療資源不足時，其實是有關係或有錢的人才得到照顧，並不公平。
- 不盡責照顧自己健康者(例如吸菸或酗酒)應加重商品健康稅，納入健康基金以求公平。



菸價與漢堡售價比較表

	台灣	日本	香港	新加坡
某牌菸價(包/新台幣)	60元	92元	131元	187元
麥當勞大麥克售價	75元	66元	50元	78元

資料提供：衛生署國民健康局

不同文化醫療科技評估 (HTA) 財務思維之差異

- 歐洲：看 QALY (病患生命品質)
- 亞洲：以節省成本為主要考量
- 美國：看 NNT, overall survival (科學數字)

- B&N has conducted 139 interviews (excluding the pilot interviews) with selected payers in the US, UK, Spain, Italy, Germany, France, Belgium, Netherlands, Denmark, Canada, Australia, Brazil and Mexico and in-person interviews in Sweden.

IDENTIFYING HEALTH OUTCOME METRICS,
EUROPE – INTERCONTINENTAL – US
Brintnall & Nicolini, 2008

開源節流

- 錢從哪裏來?
 - 增稅?
 - 減少政府其他部門(國防?)預算
- 如何減少醫療支出?
 - 電子化
 - 減少行政複雜流程
 - 預防醫學
 - 減少醫療訴訟費
 - 跨州競爭
 - 醫療產業(醫院/藥廠)減少利潤
 - 檢討美國普遍浪費的習慣

Public Option 公共選項

- 原則上贊成，但要防弊
- 若是保費由大家納稅出錢，則以下這些人得到相等的醫療保險是否公平？
 - 故意不工作，高中畢業就計畫開始領救濟金者 (美式享樂主義?)
 - 自作自受者 (吸菸、吸毒、性濫交...)
 - 公家支付墮胎費用

其他爭議點

- 意識型態之爭

- 大政府 vs. 小政府

- 更多規範 vs. 更多自由 (autonomy)

- 照顧弱勢者 vs. 照顧有能力者

- 增稅 vs. 減稅或不增稅

- 倫理議題之爭

- 公共預算給付墮胎

- 生命末期諮商 Counseling on end-of-life care

- 是否包含非法移民 Illegal alien

(譯自鄭博仁正道神學院演講內容，2009)

給醫療主管的建議

- 保險總額制度將風險轉移到醫師身上，本質並非邪惡，但貪婪是惡。
- 財務上求平衡(**balance**，目的為治病)還是求利潤(**interest**目的為營利)?
- 利潤最終應該用來造福病患，而非造福財團或董事。
- 醫師獎金不應該以節省多少來決定，以免犧牲病患利益

對藥廠的建議

- 財務預算透明
- 與醫院及醫師的互動透明
- 只有以病人為中心的醫療產業才能永續
- 對股東(**share holder**)的財務責任應「合理」而非「極大化」，以避免**conflict of interest**
- 利潤回饋社會(贊助公益活動)
- 利潤投入新藥研發以造福病患
- 嚴守商業倫理分際

結論

- 沒有完美的制度，只能盡量公平
- 對病人最有利的制度就是最好的制度
- 不可忽略弱勢者的照顧
- 預防勝於治療
- 制度設計注意減少弊端
- 減少浪費與商業利潤
- 不可用公費來殺人（墮胎或諮商自殺）

器官捐贈的議題

- 聖經如何看器官捐贈？
- 器官買賣的問題
- 稀有資源分配 – 先救誰？



聖經如何看器官捐贈？

- 你們聽見有話說：當愛你的鄰舍 (太 5:43),
- 誡命都包在愛人如己這一句話之內了。(羅 13:9)
- 經上記著說：要愛人如己。(雅 2:8),
- 要愛人如己。我是耶和華。(利 19:18)
- 神既是這樣愛我們，我們也當彼此相愛。(約壹 4:11)

愛人如己

- 你要盡心、盡性、盡力、盡意愛主—你的神；又要愛鄰舍如同自己。耶穌說：你回答的是；你這樣行，就必得永生。
(路10 :25-37)
- 因為我餓了，你們給我吃，渴了，你們給我喝；我作客旅，你們留我住；我赤身露體，你們給我穿...這些事你們既做在我這弟兄中一個最小的身上，就是做在我身上了。
(太25:35-40)

末世論對身體的觀點

- 我們原知道，我們這地上的帳棚若拆毀了，必得神所造，不是人手所造，在天上永存的房屋。我們在這帳棚裡歎息，深想得那從天上來的房屋，好像穿上衣服；倘若穿上，被遇見的時候就不至於赤身了。我們在這帳棚裡歎息勞苦，並非願意脫下這個，乃是願意穿上那個，好叫這必死的被生命吞滅了。(林後 5:1-4).

今世身體的暫時性

- 你本是塵土，仍要歸於塵土。(創 3:19)
- 或有人問：死人怎樣復活，帶著什麼身體來呢？無知的人哪，你所種的，若不死就不能生。並且你所種的不是那將來的形體，不過是子粒，即如麥子，或是別樣的穀。但神隨自己的意思給他一個形體，並叫各等子粒各有自己的形體。....死人復活也是這樣：所種的是必朽壞的，復活的是不朽壞的。(林前 15:35-49).

肉身必定朽壞，神將另給身體

- 弟兄們，我告訴你們說，血肉之體不能承受神的國，必朽壞的不能承受不朽壞的。
(林前 15:50)
- 於是海交出其中的死人；死亡和陰間也交出其中的死人；他們都照各人所行的受審判。(啟 21:13)

聖經結論

- 在肉身活著時，身體是聖靈的殿，要榮耀上帝，不可輕易傷害。
- 死後屍體也應慎重處理。
- 肉身必定朽壞，歸回塵土，是神的命定。血肉之體不能承受神的國，這暫時的身體將永遠不再使用，將來神會賜新的身體。
- 依愛人如己的命令，把死亡後永不再使用的遺體捐贈給需要的病人，在身體還未朽壞之前作成最後的善行，是一件美善的事。

- 器官捐贈者應該是自願而且沒有金錢交易，取出器官所造成的傷害也不應超過受贈者所得到的益處。
- 在許多第三世界國家都有賣腎的情形，腎臟在正常人 有兩個，所以處於經濟弱勢的人寧可犧牲一個腎臟來換取一些金錢。



- 也有人迫於環境不得不出賣眼角膜〔造成單眼失明〕或部分肝臟冒手術危險來換取不成比例的一點金錢。若是器官的移植救了一個人，卻傷害另一個人，是不道德的。



器官買賣的倫理問題

- 源自器官少、病人多，供需失調的問題
- 窮人會為了生計賣器官
- 弱勢家族可能提早放棄治療以賣病人器官
- 有錢的富人才能享用得起窮人賣的器官
- 增加脅迫取器官的犯罪集團獲利
- 商業化後會有仲介、促銷廣告、中間利益剝削問題

先救誰？

- 若沒有清楚公平的遊戲規則，則聲音較大、有權有勢的人一定會先取得資源。
- 規則要怎麼訂？一個喝酒喝到肝硬化的人可否要求換肝？
- 一個老人和一個小孩同時在等，我們可以說小孩優先，因為老人剩餘壽命不長，作器官移植的價值較低嗎？
- 如果這個老人是卸任國家領導，而這個小孩是非法移民，我們會不會又因其社會地位而改變其優先順序？
- 好人可不可以比壞人優先得到器官？

Patient Selection Criteria by 453 doctors

Criteria	Relative importance	Percentage Considering
Medical benefit	4.2	95%
Likelihood of B	4.0	96%
Quality of B	3.8	97%
Willingness	3.7	89%
Length of B	3.6	96%
Psychological ability	3.2	97%
Age	2.7	88%

J. Kilner. American Journal of Public Health, 78, p:144-47, 1988

Patient Selection Criteria by 453 doctors

Vital responsibility	2.7	88%
Resource required	2.2	66%
Supportive environment	2.0	61%
Progress of science	2.0	58%
Social value	2.0	56%
Ability to pay	1.8	43%
Impartial selection	1.7	31%
Favored group	1.4	27%

J. Kilner. American Journal of Public Health, 78, p:144-47, 1988

資源有限時先救誰？

1. 同時有醫療助益(Medical benefit)而且有病人意願者最優先救
2. 還有資源時則先給負責其他人生命者(如需照顧子女的父母，有醫療急迫性(即將死亡)，或同樣醫療資源可救更多生命－效率最高(用救活多少條命衡量，而非用醫治多少個疾病衡量)
3. 若還有資源再給其他人，機會一律平等，用抽籤比先到先治公平。