



資本主義 與 當代醫療

楊倍昌 ◎ 主編

吳挺鋒、翁裕峰、許甘霖 ◎ 協編

Capitalism
and
Contemporary
Medicine

巨流圖書公司印行

資本主義 與

當代醫療

楊倍昌 主編

吳挺鋒、翁裕峰、許甘霖 協編

◎ 巨流圖書公司 印行

國家圖書館出版品預行編目資料

資本主義與當代醫療 = Capitalism and contemporary medicine / 楊倍昌主編. --

初版. -- 臺北市 : 巨流, 2009. 12

面 ; 公分

ISBN 978-957-732-348-4 (平裝)

1. 醫療社會學 2. 文集

410.15

98023619

資本主義與當代醫療

主編：楊倍昌

協編（依姓氏筆劃排列）：吳挺鋒、翁裕峰、許甘霖

責任編輯：黃惠茹

封面設計：黃齡儀

發行人：楊曉華

出版者：巨流圖書股份有限公司

地址：802 高雄市苓雅區五福一路 57 號 2 樓之 2

電話：(07) 2265267

傳真：(07) 2264697

編輯部：116 台北市文山區指南路二段 64 號（政治大學集英樓 2 樓）

電話：(02) 86613898

傳真：(02) 86615465

帳號：01002323

戶名：巨流圖書股份有限公司

E-mail: chuliu@ms13.hinet.net

<http://www.liwen.com.tw>

法律顧問：林廷隆 律師

電話：(02) 29658212

出版登記證：局版台業字第 1045 號

ISBN：978-957-732-348-4

2010 年 9 月初版一刷

定價：300 元

本書由教育部相關教育計畫補助

版權所有・請勿翻印

本書如有破損、缺頁或倒裝，請寄回更換。

序言

主編 楊倍昌

生老病死是生物性的常態，醫療則是以人自己的期待來扭轉生物常態中最積極的作為之一。在中國的傳統社會裡，醫療行為都擺在人道的立場來討論，幾乎是將它當成道德信仰一般，在高度的道德期待之下，治病只是理所當然的義舉，因醫療而獲利幾乎被看成是一種罪惡，必然要加以譴責。

在台灣的醫學院入學考的面試中，常常聽見學生以作為一個仁心仁術的醫生來自我期許，而避談這個行業的經濟效益，不只如此，社會也期待醫療人員要有「醫者父母心」這種高標準、絕對利他的情操；相對地，在早期台灣社會裡，醫生這個行業的確是受到相當的尊敬。如果事情的發展只是這樣而已，當醫療技術越高明，能治癒的疾病越多，醫生應該會更容易得到尊敬才對；但是事實不然，至少目前在台灣的發展並不是那麼理想。

這些年來，醫生與病人的關係反而更加緊張，醫療糾紛屢見不鮮，顯然問題的肇因與科技本身的進展無關。如何在台灣特殊的社會脈絡裡，適切地解釋這個觀察，並且提出可行的對策，是個不容易的挑戰。或許有人會說：「當前醫學教育中缺乏人文素養，這是自食惡果」、「這是台灣社會結構變遷中對於職業價值的改變」；或者說：「醫療轉變成消費行為，而目前的緊張關係只是消費者對自身權益的覺醒」、「這只是健保制度下必然的產物」。我相信，這些許許多多的現成答案，都有它們的立場及部分的真實。

～ 目錄 ～

序言 i

第一篇 資本主義下的醫療

- 導讀——資本主義下的醫療／吳挺鋒 3
1. 資本主義是種疾病嗎？美國公共衛生的危機
／Richard Levins 著・林正慧譯 9
2. 藥物的取得管道
／Thomas Pogge 著・楊惠君譯 33

第二篇 醫療風險的治理

- 導讀——醫療風險的治理／翁裕峰 57
3. 採礦風險意識型態之建構：個案研究
／Alan Hall 著・翁裕峰校訂 63
4. 組織對職業傷病的回應：鈾礦產業案例
／Jessica S. Pearson 著・林建亨譯 93
5. 冰島的基因體論戰
／Gísli Pálsson、Paul Rabinow 著・林宗德譯 117

第三篇 專家知識與醫療市場

- 導讀——專家知識與醫療市場／許甘霖 137
6. 公民權、醫療專業知識與歐洲的資本主義監理型國家
／John Abraham、Graham Lewis 著・彭松嶽譯 145

7. 製造慾望：女性性功能障礙的商品化	
／Jennifer R. Fishman 著・陳慈慧、陳奕曄譯	175
8. 實驗的價值：印度的臨床試驗與剩餘健康	
／Kaushik Sunder Rajan 著・林正慧譯	221

I

資本主義下的醫療

1. 資本主義是種疾病嗎？美國公共衛生的危機／Richard Levins 著・林正慧譯
2. 藥物的取得管道／Thomas Pogge 著・楊惠君譯



～ 導讀 ～

資本主義下的醫療

吳挺鋒 著

「生物」與「社會」這兩者之間的關係始終是學術上從未缺席過的老問題（Lowentin and Levins, 2007; Jasanoff, 2004）。在醫療研究領域，雖說多數人普遍接受這樣一種說法：健康「同時」受到基因、生活方式與環境這三大因素的影響。但實際上，不同的研究者對於上述三大因素的影響究竟孰輕孰重？各有偏好。這意味了，縱使二十世紀的科學發展比之前更為「客觀」、嚴謹（想當然爾地依此類推，二十一世紀又將比上個世紀的科學成就更加「進步」），但 Tesh（1996）仍指出，這並不意味所謂的科學研究本身擁有了「價值中立」的神聖地位；因為建立在各種號稱「科學研究」基礎之上的疾病預防政策，都有它隱而不彰的「意識型態」。

那麼為何多數人仍對科學的「客觀性」，甚至「真理」地位深信不疑呢？在本單元，Richard Levins 於〈資本主義是種疾病嗎？美國公共衛生的危機〉這篇論文裡，所謂「西方」生物醫學科學性，其實是以一套特定的「研究方法」為依歸，並視為真理的擔保。Levins 持平地說，這套名曰化約論（reductionism）的「研究方法」有助於研究者在控制／排除某些外在變項後，針對相對單純的「因果關係」進行觀察與分析。我們晚近所目睹的生物醫學與藥品創新等進步，確實是受惠於這套「科學」「研究方法」甚多。

但與此同時，化約論的「科學方法」在醫學研究上，卻也造成了相當明顯的侷限。最常被談論的一點是，人的身體已如傅科（Foucault，

1995) 所言：變成了一種可以被不斷零細切割與凝視的客體，淪為不同次專科（如骨科、心血管、腎臟、肝臟、泌尿等）的各自關注對象。但問題是，「整體不等於部分的加總」；某甲這個人作為完整的生物體，並非只是某甲的心臟、腎臟、眼睛、耳朵、手、腳等如堆積木或拼圖般地構成而已。或許，這也是為何當代醫療照護始終與病人滿意度之間存在著落差的原因之一。某甲生了病是「整個人」不舒服，但醫生似乎更關心的是哪些器官功能出現障礙，並尋求修復。

Levins 因此提問：當這套「科學研究方法」不斷引導我們往愈來愈小的單位時，是否會有「捨本逐末」的盲點？例如，我們都知道人在社會裡生活，照理說我們擁有的是一個「社會之身」(social body)，每個人的健康狀況，都會受到這個社會裡的政治經濟資源分配方式與文化信念等因素的影響。然而，建立在化約論基礎之上的「科學方法」，卻很難去處理這種互動關係（實際上，所謂的「實驗室醫學」根本將之排除掉了）。也因此，以化約論作為「研究方法」的生物醫學，將無可避免地持續再生產與強化「生物 vs. 社會」、「生物 vs. 文化」、「生物 vs. 歷史」的二元論。這正是化約論的「(科學) 研究方法」對於回應系統性問題的無能為力。

故二十世紀的科學成就，也必須歷史性地批判審視。在二次戰後初期，以技術創新為本的生物醫學瀰漫著絕對樂觀主義的信念。當時的醫學科學家多半認為，隨著科技（學）與藥品的不斷創新，那些因為早年受制於知識、技術匱乏而致人於命的各種疾病，終將被徹底撲滅。但事後看來，我們都知道那是一個天真的夢想。由於對演化論的忽視與輕視，舊的傳染病（例如肺結核在 1980 年代初的紐約、倫敦）不但捲土重來，新的傳染病（例如 AIDS、SARS、H1N1 等）也仍頻繁出現。

科學知識並不是如當初所認為地那麼具有「解決問題」的能力與保證。特別是，如果我們理解到人們會因社會位置（例如階級）的差異，而蒙受著不同的疾病風險這個事實。那麼健康與疾病更應該被看待成是一個「社會問題」。

Levins (1999) 在更早之前的一篇論文裡，特別強調人們應該從一個整體論，也就是生態社會的 (ecosoical view) 觀點來理解健康 (不平等) 問題。對 Levins 而言，人與生態的關係，以及社會階級如何決定健康地位，或導致健康不平等的結果，毋寧具有更關鍵的分析位置。

本單元的第二篇論文，Thomas W. Pogge 在瀏覽了當前國際間的健康不平等現狀後，特別聚焦於第三世界貧窮人口的缺醫少藥問題¹。Pogge 描述了這個令人心痛的現象：全球計有 40% 的人口處在每天生活費用不到兩美元的貧窮線下、十億人缺乏安全的飲用水，以及有二十六億人生活在公衛基礎設施付之闕如的惡劣環境裡。我們不禁要問：如果上個世紀的醫療科技不斷突破屬實，又為何會與如此醜惡的畫面並陳？Pogge 的回答是：此乃市場失靈 (market failure) 所致。儘管市場被很多人認為是資源配置的具效率性機制，但很不幸地，窮國的貧窮人民由於其所得購買力，根本不具有市場意義下的「(潛在) 消費者」身份，故這些為數龐大的貧窮人口遂被「醫藥市場」所排除於外。如果醫藥的研發與供給必須著眼於最弱勢者的生命拯救，則醫藥 (市場) 資源之錯置可見一斑。

市場失靈導致了下列結果：(1) 原本可以被現有藥物所拯救的性命，因為當事人無力購買、取得而被迫提前結束一生。(2) 藥廠研發利益之所至，壓根不可能考慮那些窮國窮人，故也形成了所謂的「被忽略疾病」(neglected diseases)。這兩點，構成了 Pogge 所說的「藥物取得的管道」(access to medicine) 難題。

關於第一點，Pogge 特別批判現存於世界貿易組織 (World Trade Organization, WTO) 的 TRIPS 協約。TRIPS 作為保障藥廠研發利益的智慧財產權保護傘，使得窮人面對現有可治藥物也變得可望不可及。Pogge 在文中舉了一個生動的比喻，來批判智慧財產權對於學名藥廠的打壓：「憑什麼因為你製造了第一個輪子，就有權利對其他人用自己的材料製

¹ Thomas W. Pogge 於 2009 年 11 月 6-8 日應雷震基金人權講座邀請至台灣進行三場 (分別由中研院、成功大學與陽明醫學大學主辦) 演講。

造自己的輪子享有整整二十年的銷售否決權（saleable veto powers）？」當 TRIPS 正當化了（智慧）財產權對生命權的凌駕時，何正義之有？

至於第二點，則讓我們看到了與智慧財產權掛勾在一起的藥物研發，其實並不如人們所想的那麼有創新性。我們將看到，若站在研發是爲了追求極大化利潤的考量，則針對「長期顧客」研發一些治不好也醫不死的藥物，無疑是分眾行銷學的上策。其結果，藥物研發與拯救生命這個古典信念就此分道揚鑣。這不是誇大譴責，而是有確切的實證基礎。根據 *Lancet* 的一篇論文（Touiller et al., 2002）的統計，「1975—1999 年間，在 1,393 件上市的新化合物中，只有 16 件是爲了熱帶疾病和肺結核」。換言之，現有的藥物研發完全向高收入國家、高收入群體傾斜。此外，該篇論文亦根據所謂的「創新指數」統計指出，在 1,393 件登記註冊的產品中有 68.7%（959 件新化合物）相較於現有的藥物，只有微小或沒有任何治療上的突破；反之，真正具有巨大創新意義的研發則是「被忽略的疾病」，但卻根本沒機會進入到藥廠的研發清單裡（ibid）。

這裡出現了一個頗堪玩味，也值得嚴肅以對的問題。資本主義確實充滿了彈性，它解放與鼓勵各式各樣的創新，而我們也確實看到醫、藥科技在這個市場誘因下獲得了令人矚目的成長。但與此同時，資本主義本身也是一個不平等的體制，它是一個階級社會，存在著包括階級在內的各種社會不平等。更重要的是，資本主義市場經濟並沒有任何自我矯治的能力，故也導致了在社會不平等基礎之上的各種健康不平等問題，無論是依附其中的健康照護產業也好、藥廠研發也好，都沒辦法提供根本性的解決，甚至本身就是問題的一部分。

有鑑於此，Pogge 嘗試爲具有普世性規範意義的健康人權困局尋找出路。Pogge 不像一般的馬克思主義者採取大拒絕的全面批判態度，雖然他曉得 WTO 的智財權規定乃強者的利益遊戲（Pogge 將這樣的支配性秩序稱爲「全球制度秩序〔Global Institutional Order〕」），但他仍透過「健康影響力基金」（Health Impact Fund）的倡議，試圖矯正藥品研發的「市場失靈」問題。

簡單講，健康影響力基金的倡議構想，是希望在市場利潤的誘因機制「之外」，另以藥品研發所產生的健康影響力（health impact），即以真正造福多少生命，作為藥品研發的報酬依據。如果此構想能夠付諸實現（Pogge 估算過，要成立這樣一個基金，對於西方國家一點都不難，就看願不願意拔一毛而利天下），則上述存在於資本主義社會裡的創新與應用之間的落差，便可以大大克服。

當然，Pogge 的想法仍有待考驗，也需要更多的對話，畢竟刻正推動中的健康影響力基金在目標上雖是可欲，但也涉及諸多問題待討論。例如，我們如何測量特定藥品所導致的「健康影響力」？老問題又出現了，如果致病原因分別來自基因、生活方式與環境，哪怕強調比重有別，我們似乎很難在這樣的多重因果關係裡，單純地去測量某個藥品所帶來的「健康影響力」貢獻？另一個相關的長期爭論是，上個世紀以來人們健康狀況的普遍提升，究竟是該歸功於 1880 年代以降的公衛改革運動？還是藥品的不斷推陳出新？此外，在 WTO 的 TRIP 不動的架構下，Pogge 的「繞路策略」，是否足以產生抵銷掉 TRIP 所帶來的負面影響？在在值得觀察。

參考書目

- Foucault, Michel (1995). *Discipline & Punishment: The Birth of the Prison*. Translated by Alan Sheridan. New York: Vintage.
- Jasanoff, Sheila ed. (2004). *State of Knowledge: The Co-production of Science and Social Order*. London: Routledge.
- Levins, Richard and Lopez C. (1999). "Toward an ecosocial view of health". *Int'l J Hlth Services*, 29 (2): 261-293.
- Rowentin, Richard and Richard Levins (2007). *Biology under the Influence*. New York: Monthly Review Press.

Tesh, Sylvia Noble (1996). *Hidden Arguments: Political Ideology and Disease Prevention Policy*. N.J.: Rutgers University Press.

Touiller, Patrice et.al. (2002). “Drug development for neglected diseases: A deficient market and a public health policy failure”. *Lancet*, 359: 2188-2194.

1

資本主義是種疾病嗎？ 美國公共衛生的危機*

Richard Levins 著**

林正慧 譯***

* 本文出處：Levins, Richard (2000). "Is capitalism a disease." *Monthly Review*, 52 (4):8-33。文章經由 Monthly Review 授權使用及翻譯。翻譯版權經由 Copyright Clearance Center (CCC)安排取得。

** 明尼蘇達大學應用經濟系榮譽教授。E-mail:dlevins@umn.edu。

*** 美國東密西根大學婦女研究碩士。譯有《中國與社會主義》(批判與再造社出版)。

歐洲和北美所代表的「西方」科學傳統，在處理科學研究的兩個主要問題上有卓越的成就：「這是由什麼構成？」以及「這是如何運作？」。幾個世紀以來，我們發展了越來越精密的方法來回答這些問題，我們可以將東西剖開、切片、加以染色，並解答它們的構成，我們在這些相對簡單的領域中有不少成就，但在試圖處理較為複雜的系統時，卻相當失敗，尤其是觸及到健康問題時。當考察過去約一個世紀的健康型態改變時，有理由讓人同時感到慶幸和失望：人類的壽命自二十世紀以來大致增加了三十年，一些傳統致命疾病的發生率也減少和幾乎消失，天花也許已經被撲滅、麻瘋已經很罕見、小兒麻痺也幾乎從世上的大部分地區消失。科學技術的發展使得我們可以做出非常精密的診斷，可以辨別出非常相近的各種細菌。

可是貧富差距的擴大，卻使得許多技術的進步與世界上多數人沒有關係。公共衛生機構對於新型疾病的出現，以及公認已被撲滅之疾病的重現感到驚訝不已，在 1970 年代，我們經常聽說傳染病做為一個研究領域已經漸漸式微，因為傳染病基本上已被杜絕，未來的健康問題將是退化性疾病、老化問題以及慢性疾病。但我們現在才知道這是個巨大的錯誤，公共衛生機構突然面對痢疾、霍亂、肺結核、登革熱和其他傳統疾病的復發，同時也驚訝地發現新傳染病的出現，其中最具威脅的便是愛滋病，此外還有退伍軍人症（Legionnaire's disease）、伊波拉病毒（Ebola virus）、中毒性休克症候群、多重抗藥性肺結核，以及其他許多疾病。傳染病不但沒有消失，舊有的疾病反而帶著更強的毒性回來，同時還出現了全新類型的疾病。

這是怎麼發生的？為何公共衛生界會如此訝然失色？為何醫療衛生的專家之前假設了傳染病會消失？他們為何會錯得這麼離譜？實際上，在歐洲和北美，傳染病在過去 150 年間已經大為減少，最簡單的一種預測便是認為事物總會按著老路發展，醫療衛生專家認為傳染病會消失，因為人類正研發出各種新科技來對付它們。我們現在可以極為快速地作出診斷，因此一些在兩天內就能致人於死的疾病能在實驗室被辨識

出，並及時被加以治療，我們不再需要花費幾個星期來做細菌培養，而只要以 DNA 來辨識有相近症狀的病原即可。更重要地，我們發展出一系列的抗菌武器、藥劑和疫苗，以及殺蟲劑，用來消滅攜帶疾病的蚊子、扁蟲等。然而，我們逐漸瞭解，透過突變和自然選擇，微生物是一種會反覆出現的威脅。當發展出更新的武器來對抗病菌時，我們假設了不管微生物怎麼改變，引起疾病的機制都不會改變，我們以為在這場人類和微生物的戰爭中，人類因為武器越來越強大且有效而居於上風，此外，另一個讓人感到樂觀的理由——至少根據世界銀行（World Bank）和國際貨幣基金（International Monetary Fund, IMF）所提出的主張——經濟發展將消滅貧窮、創造富裕，從而使新科技得以普及。最後，人口學家則認為，雖然大多數傳染病對小孩最為致命，但是我們有一個逐漸老化的人口，所以可能感染這些疾病的人口比例會變小；這個假設忽略了一個問題：小孩之所以脆弱，是因為他們尚未發展出隨著接觸而出現的免疫力，而老人的感染性降低是因為他們已有過接觸。如果小孩越來越少，年紀較大的人的免疫力也會降低，而在更年老時就會感染疾病，的確，一些像腮腺炎的疾病，成年人的症狀就比孩童的情況還嚴重。

我們的流行病學假設到底出了什麼問題？我們必須承認，醫學和相關科學的歷史心態是危險、具意識型態地有限，幾乎所有公共衛生的預測視野都太狹隘了，不管是地理上或時間上皆然。很典型地，他們只看到一、兩個世紀，而不是人類歷史的全部。假使有個更廣闊的時間框架，他們就會認知到，隨著社會關係、人口、食物種類和土地利用的重大變遷，疾病也跟著來來去去，當我們改變與自然的關係，我們同時也改變了流行病學和傳染的機會。

歐洲的鼠疫

鼠疫首次在歐洲盛行是在西元六世紀，當時在查士丁尼大帝