



資源約束事件期間的促進健康公平原則

2020 年 12 月 7 日

I. 背景

在發生公共衛生危機時，醫療護理需求可能不足以為所有需要提供潛在救生護理的人提供服務。

自 2014 年以來，俄勒岡州的醫療護理提供者、倫理學家和應急準備專家投入了大量時間和精力來謀劃這個情景，這在俄勒岡州以前的危機護理指引中早有備案。2020 年 9 月，俄勒岡衛生局（OHA）宣佈，決定不再引用或依賴先前確立的指引，因為它有潛在的可能使歧視和健康不平等情況永遠存在。在過去的一個月裏，俄勒岡衛生局開始與社區夥伴和醫療護理專家舉行會議，以便共同創建新的包容性進程，以制定以衛生公平為中心、經修訂的危機護理指引為目的。目前正在開展進一步的接觸和規劃，以共同創建這一進程。

隨著最近 COVID-19 病例的激增和衛生系統能力限制的不斷出現，以及迄今為止社區夥伴的建議，我們認識到有迫切的需要去澄清和堅持衛生公平原則，以減輕含蓄和明顯的偏見的影響，並在這一關鍵時刻防止歧視。因此，**俄勒岡衛生局發佈此項臨時聲明，概述在資源受限的環境中，仍能促進健康公平原則。**

這份文件的資訊有來自殘疾人社區、有色人種社區、衛生系統倫理學家和公共衛生社區顧問提倡者。雖然這一份臨時步驟在當前危機期間應對惡化中的健康不平等仍然有風險，但卻是需要的，而且我們認為這也會是相互影響。俄勒岡衛生局計劃開展穩健、透明、持續的社區參與和與社區團體共同協作，以制定俄勒岡州未來以公平為中心的危機護理指引，包括與俄勒岡州九個聯邦承認族裔協商。我們鼓勵社區中的成員、社團組織、衛生系統專家以及所有有興趣在過程中參與的人向俄勒岡衛生局提供資訊。¹俄勒岡衛生局將在未來幾周開始公開總結所收到的意見，並確定下一步該做的事情，以及通知大家如何提供意見。

在我們發佈這一初步原則聲明時，俄勒岡衛生局仍然致力於維持我們與俄勒岡州的社區夥伴和醫療護理提供者同時一起創造新的危機護理指引。我們明白未來將有大量的工作，我們不僅要制定一份新的指引文件，而且要確保健康公平在公共衛生危機期間及以後的日子，逐步成為我們提供衛生系統的重點。

II. 重要原則

在面臨公共衛生危機時分配稀缺的重要資源，例如在 COVID-19 大流行期間需要醫院護理的患者急增，應使用**不歧視、健康公平、患者主導決策和公開透明的溝通**。

¹有興趣提供意見的人應通過以下方式聯絡俄勒岡衛生局OR.CCCG@dhsosha.state.or.us。

a. 不歧視

國家有明確的州和聯邦法律來保護俄勒岡州人民免受基於其受保護類別的歧視，包括種族、族裔、膚色、民族血統、殘疾、年齡、性取向、性別認同和性別。²正如美國衛生與人類服務部關於危機護理標準和民權法的聲明均強調「民權規範和法律，包括已宣佈發生災害的時候，不會被暫停或放棄。」³自 COVID-19 大流行開始以來，美國衛生與人類服務部民權辦公室已經與多個州合作，解決歧視投訴，並確保危機出現時的護理標準不會因其為受保護類別的人，而受到歧視。

雖然危機護理指引裡所提供的決定必須與不歧視法保持一致，但這些法律法規可能不足夠。再者，危機護理指引還必須考慮到長期存在的系統性種族主義和健康不公平，這些不公平導致有色人種社區、族裔社區和殘疾人的健康情況較差。危機護理計劃應當對資源分配採取基於公平原則的額外辦法，考慮長期存在的不公平，並積極地去扭轉這些不公平現象，與不歧視保護政策一致。

b. 健康公平

面對 COVID-19 等公共衛生危機，在考慮稀缺關鍵資源的分配時必須把健康公平放於重要位置。根據俄勒岡州衛生政策委員會的健康公平委員會制定，俄勒岡衛生局對健康公平的定義如下：

俄勒岡州將建立一個衛生系統，在所有人都能充分發揮其健康潛力和健康時，建立一個健康公平，並且不會因種族、族裔、語言、殘疾、年齡、性別、性別認同、性取向、社會階層、這些社區或身份之間的混集或其他由社會認定的情況，而處於不利位置。

實現健康公平需要州裡面的所有範疇和行業，包括族裔政府的持續協作，以解決以下問題：

- 資源和權力的公平分配或重新分配；和
- 認識、協調和糾正歷史和當下的不公正現象

危機護理指引的首要目標是，⁴通過在公共衛生危機期間分配稀缺的護理資源，挽救大多數生命或保其壽命，而明確指出健康公平是優先事項。⁵⁶然而，不考慮以往和當前健康

²請在下面的網頁瀏覽俄勒岡衛生局的「COVID-19 中醫療服務不歧視規定」文件：

<https://sharedsystems.dhsosha.state.or.us/DHSForms/Served/142288R.pdf>

³請瀏覽：<https://files.asprtracie.hhs.gov/documents/crisis-standards-of-care-and-civil-rights-laws-covid-19.pdf>

⁴ Daugherty Biddison, E.L.等人。(2018)。病人太多了.....災害期間全州分配稀缺機械呼吸機框架指引。《胸部期刊》(Chest Journal), 155(4) 848-854。

[https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(18\)32565-0/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(18)32565-0/fulltext)

⁵ Piscitello, G.M.等人。(2020)。2019 年冠狀病毒疾病大流行期間美國各州呼吸機分配指引的變化。Jama Network Open, 3(6):e2012606。

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2767360>

⁶ Berlinger, N.等人。(2020)。醫療護理機構和應對冠狀病毒大流行的機構的服務的道德框架指引 (Ethical Framework for Health Care Institutions & Guidelines for Institutional Ethics

不公平的做法可能會導致這些人進一步不公平地獲得拯救生命的資源和健康不公平的對待。⁷由於俄勒岡州在醫療和取得醫療護理方面存在嚴重的不公平，任何完全或主要依靠挽救大多數生命或保其壽命的系統，都會逐步使俄勒岡州的有色人種社區、族裔社區和殘疾人處於不利位置。本文件的目標是支援以健康公平為基本原則而去重塑俄勒岡州危機護理指引。

健康公平方式認識到在這個大流行發生之前已經存在系統性的歧視和種族主義，對個人和社區健康產生了深刻和普遍的影響。在俄勒岡州及其以外地區，對於獲得所需醫療護理、人身安全和支助性住房、充足食物和營養及其他更多的情況，都存在嚴重的不平等，而且與諸如種族和有族裔特徵，連同已經存在的情況如殘疾等有關連。這些因素加上系統性的打擊和不公正（當前和過往），再加上受影響的個人和社區經常被削弱的健康狀態和健康後果（包括預期壽命），其獲取公平的風險更顯著增加。危機護理指引必須考慮和說明這些現實情況。如果沒有這種有目的的考慮，指引可能會加深健康不公平及讓其永久存在。

Services Responding to the Coronavirus Pandemic)。

<https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>

⁷ Manchanda, E.C.、Couillard, C.和Sivashanker, K. (2020)。危機護理標準的不公平。 *New England Journal of Medicine*, 384(4), e16(1-3)。

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2011359>

c. 患者主導決策

在分配稀缺資源時，必須考慮所有患者他們的護理和治療偏好、患者的決策支援需求和患者溝通需求。新的州法律規定，這可能包括讓支援人員陪同患者以提供溝通、決策或人身支援。根據該州法律，即使在大流行期間，醫院也必須允許患者指定至少三名支援人員，並允許至少一名支援人員在醫院與患者一起，在需要時，協助患者接受護理和治療。⁸

患者決策。患者有權與護理團隊一起，根據患者本身的價值觀做決策，並按照患者事先指示或 POLST⁹ 執行（便攜式的維持生命治療的事先指示）(Portable Orders for Life Sustaining Treatment)（如有）。如有需要，患者也可以選擇讓一名支援人員參加護理團隊會議，以傳達護理團隊的醫療決策。如果患者缺乏決策能力，並且擁有其授權的決策者，臨床團隊必須與患者（盡可能）和該授權決策者合作，根據患者的事先指示（如有）或患者目前或以前已傳達給授權決策者的任何患者偏好，以確定患者需要何種護理和治療。如果患者沒有指定決策者，臨床團隊應與患者及其配偶、伴侶、家人或密友合作。臨床醫生和醫療護理組織必須遵守俄勒岡州關於代理決策和支持決策原則的法律。¹⁰在治療醫療決策能力可能減弱的患者時，護理團隊應儘早在患者的記錄中備註，在出現緊急分診情況時，如何快速地聯絡授權決策者。

治療不能以有事先指示、監護人或 POLST 的患者為條件。¹¹

d. 透明溝通

公眾和患者的透明度、清晰有效的溝通始終很重要，在公共衛生危機期間尤其如此。獲得所需的醫療護理資訊是拯救生命所需要的；不得因語言、文化或獲得技術和其他支援而在接受及時和能理解的醫療護理資訊方面處於不利位置。

透明度要求在觸發危機護理標準時告知公眾。公眾應獲得關於衛生系統危機護理計劃的最新和透明資訊，包括資源的分配方式怎樣與傳統的護理標準有所不同，以及何時觸發危機標準。

在醫療護理系統內，當醫院面臨資源不足時，應透明和及時地與所有患者或其授權的決策者作出溝通，包括資源不足的性質以及如何作出資源分配的決定。任何有關資源分配的決定（即呼吸機或重症監護室護理水平的使用資格）都應與患者或其授權決策者明確地溝通，並記錄在案。

⁸請從下面的連結參閱 SB 1606, 2020年第一次特別會議(1st Special Session 2020) <https://olis.oregonlegislature.gov/liz/2020S1/Downloads/MeasureDocument/SB1606/Enrolled>。醫院牌照規則 OAR 333-505-0030 提供了其他詳情，請從下面的連結參閱資料：
<https://secure.sos.state.or.us/oard/displayDivisionRules.action?selectedDivision=1365>。

⁹ <https://oregonpolst.org/>

¹⁰請參閱 <https://ncler.acl.gov/pdf/legal-Basics-Supported-Decision-Making1.pdf>

¹¹ SB 1606, 1st Special Session 2020。

在公共衛生遇到緊急的情況下，所有溝通都應以能適應不同的文化背景和語言上無障礙的方式提供，並能滿足患者的智力、發育或其他殘疾的情況。¹²提供有效的溝通可能包括但不限於：使用合資格的口譯員、以淺白的語言和時下使用的語言發送緊急資料、使用多種溝通格式如語音、大字和加上標題、讓患者選擇的支援人員能夠獲得溝通資料從而確保有效溝通，以及確保提供緊急資料的網站可根據聯邦民權法的要求讓殘疾人士也能無障礙地獲取資料。¹³

III. 分診和決策的應用原則建議

在分配稀缺醫療護理資源的過程中，例如 COVID-19 大流行期間可能需要的資源，俄勒岡衛生局強烈建議使用評分標準或類似分診框架的方式進行決策，便能體現上述的原則。此外，醫院和醫療護理提供者必須遵守禁止歧視的法律和法規。

在俄勒岡衛生局的判斷裡，應用不歧視和健康公平原則時，在分配公共衛生危機稀缺資源時，不應考慮下列因素：¹⁴

潛在疾病或殘疾。面對有限的資源，為資源分配目的而進行分診的任何方法均不應該根據已知或疑似共發病或潛在疾病/診斷（包括但不限於殘疾狀況，例如存在的身體健康、心理健康、行為健康情況、智力、發育或其他殘疾）而排除患者。由於幾個世紀的壓迫、種族主義及其所構建的結構和制度，將基於共發病和潛在疾病而把可能挽救生命的治療排除在外，這將進一步使非法歧視和健康不公平永遠保存下來。

預期壽命。在評估預後或評分時使用預期壽命標準（例如「壽命年」或「1年或5年死亡率評估」）也將使不平等永遠保存。這是¹⁵由於有色人種、殘疾人士和其他長期遭受惡毒壓力、創傷、系統性種族滅絕、殖民化以及那些隔代遺傳和表觀遺傳學在預期壽命方面造成了不利條件。因此，在公共衛生危機出現期間，不應將預期壽命作為評分標準而用於有關稀缺資源分配的決策中。

資源利用和生活質素。考慮資源利用或評估生活質素的措施（即臨床醫生所認為的生活質素）也應當排除在分配稀缺資源的任何過程之外，因為這些措施將系統地把有發育、智力和其他殘疾人士、老年人和有色人種應有的個人資源分配排除在優先位置之外。

¹²請從以下 1 的連結訪問例如美國司法部的《美國殘疾人法》第二章下的《緊急管理》，（2007年7月26日）（DOJ, Emergency Management Under Title II of the Americans with Disabilities Act (July 26, 2007)）：

<https://www.ada.gov/pcatoolkit/chap7emergencymgmt.htm>。

¹³請參閱：<https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-bulletin-3-28-20.pdf>

¹⁴民權辦公室（OCR）作為早期與七個州解決有關歧視問題案件的一份子，這些州已經從危機護理標準裡刪除了各種語言，從而不再允許在分配和重新分配稀缺醫療資源時使用這些因素；此外，這些州也已指示醫療護理提供者從其現有的危機護理標準計劃中刪除這些因素。請參閱 <https://www.hhs.gov/civil-rights/for-providers/civil-rights-covid19/index.html>

¹⁵ Stone JR. (2020). 社會正義、分診和 COVID-19 (Social Justice, Triage, and COVID-19)：忽略挽救的生命年數 (Ignore Life-years Saved)。《醫療護理》(Medical Care), 58(7), 579-581。 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7297070/>

個人呼吸機。在重症監護環境之外長期依賴呼吸機的患者不應為了延長呼吸機的對外供應而撤回呼吸機。此外，在公共衛生危機中分配稀缺資源時，不應考慮呼吸機的基線需要。

俄勒岡衛生局建議，面對有限的資源，任何分診護理的方法，例如使用評分標準或計分系統來確定醫院的生存能力，**應該：**

- 防止歧視。重要的是，為防止歧視，分診協定機制不應基於社會經濟地位、種族、族裔、性別認同、性取向、民族血統、移民身份、信仰取向、父母身份、支付能力、保險範圍、殘疾或僅基於年齡等這些與道德或科學無關的考慮。
- 就患者目前的疾病和出院的可能性而言，使用可用的最佳醫療資料來**評估患者的短期預後**。¹⁶
- 應用合理的彈性，確保殘疾人或已經存在器官狀況的患者得到平等對待。
- 如果兩名患者具有相同的分診優先順序分數，請考慮隨機選擇。

最後，分診團隊成員的可取質素應包括反種族主義和公平原則方面的專門知識，並承諾減輕內隱和外顯的偏見和陳規觀念（包括基於種族、族裔和殘疾的偏見）的影響。負責確定稀缺資源分配的臨床護理分診團隊成員應與直接參與分診病人的護理團隊分開，並接受內隱偏見和反種族主義實踐的培訓。

IV. 後續步驟

俄勒岡衛生局建議衛生系統立即採取下一步步驟，將這些原則納入危機護理計劃和程序中。此外，應對配給決定進行例行的回顧性審查，確保危機護理決定沒有偏見，而且任何群體不會受到不成比例的影響，導致系統性對健康不公平的不利或惡化。

俄勒岡衛生局鼓勵衛生系統與社區夥伴合作進行協調，以透明、統一的方式調整符合健康公平情況的危機護理標準：認識到相互一致的做法將更公正、更值得信任地為所屬社區服務。

在我們與社區、醫療護理專家和倫理學家的合作裡，俄勒岡衛生局期待探討分診標準如何實現「認識、調和及糾正過去和當下的不公正」的衛生公平原則。¹⁷值得進一步探討的概念包括但不限於：

- 調整積分以優先考慮從事高風險職業的重要工作者¹⁸（例如農業和糧食生產工人、兒童保育工作者等）。

¹⁶除了患者目前的疾病存活到出院的預後外，一些州還允許考慮病人是否會即將死亡，還是因預期壽命在 6 個月以下而身患絕症（例如有資格接受臨終關懷），作為分配決定的部分考慮。俄勒岡州在資源分配中如果可能利用這一因素，需要作進一步研究以考慮在本聲明中所概述的不歧視原則和其他原則。

¹⁷俄勒岡衛生局的健康公平定義，第 1 頁。

¹⁸請參閱 <https://www.ncsl.org/research/labor-and-employment/covid-19-essential-workers-in-the-states.aspx>

- 使用積分來糾正結構性不公平，例如使用地區貧困指數（ADI）。¹⁹

俄勒岡衛生局認識到這份原則性文件是一個重要但有限的臨時步驟。我們期待在不久的將來召集社區夥伴、醫療護理提供者（包括危重護理醫生）和醫院倫理學家，從而整合社區的意見，確保共同創建一個包容的過程。通過這一夥伴關係，俄勒岡衛生局期待擴大本文件中的原則，制定在面臨緊迫、稀缺資源時可以隨時執行的分診標準。

索取無障礙文件：對於殘疾人士或說其他語言的非英語人士，OHA 可以提供其他格式的資料，例如：翻譯、大字體或盲文版本。請致電 1-971-673-2411、711 聽障專線(TTY)或電郵至 COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us 與健康資訊中心聯絡。

¹⁹有關該地區貧困指數的資料，請訪問<https://www.neighborhoodatlas.medicine.wisc.edu/>