

簡介 比較醫療保險

簡介 世界三大醫療制度

充滿矛盾的醫療保健政策比較研究

意識型態與健康保險

美國與歐洲醫療照護制度的差異

為什麼美國沒有公醫制也沒有全民健

潮流系發表聲明 要求立刻

保健制度

執編：陳玲如

——方法學上的反省


全民健保？

編按：

近幾年，全民健保的計畫實施，在國內引發了大眾傳播媒體和學術界的廣泛討論。或是依不同利益團體之立場而分析，或是引進他國的醫療保健制度經驗做參考，各種比較分析結果莫衷一是，甚至互相矛盾，徒讓民衆有不知何從之慨。

究竟全民健保要在何種社會背景下實施才恰當？怎樣的醫療保健制度才適合台灣？我們又如何才能清楚地瞭解媒體上各種言論的背景和目的，進而能對一政策做清楚的判斷和客觀的分析？

本篇專題即由方法學上來反省，從歷史觀點和意識型態價值理念中出發，嘗試能對各種醫療保健制度比較分析，而期能使讀者有新的啟迪，對台灣醫療保健問題有較不同的看法。



簡介 世界 三大醫療制度

□呂宗學譯

將爲此提出簡單的介紹。
？理想的制度又是那一種？本文
會背景是否有關係？優缺點爲何
實施與一個國家的經濟制度和社
那些醫療制度？醫療保健制度的
醫療保健制度是如何？世界上有
政策討論和準備時，其他國家的
在臺灣正爲即將實施的全民健保

前言

放眼當今世界各國，醫療制度可略分為三種。一是政府補助制（Public Assistance）、二是健康保險制（Health Insurance）、三是全民保健服務制（National Health Service）。之所以會產生這三種制度，與今天世界上現存的三種經濟制度有關。三種醫療制度的背景，按次序分別為早期資本主義、資本主義及社會主義。

當然了，同一制度在各個不同國家的實行上也有些差異。甚至同一個國家也常常存在著不只一個制度及系統。等一下所要討論某國是某種系統，是指該國人口大多數所享用的制度為主。國家總人口數小於十萬人的，也不列入討論。而且要提醒大家一點：這些制度不是固定不變的，從某一制度轉到另一制度的過程也不是一定的。本文只是介紹三種制度的狀況，至於未來之趨勢，則另有專文。

行政補助制

目前世界上有一百零八個國家，十八億六千二百萬人口實行此制度，佔世界總人口的49%。這些國家大多分佈在亞洲、非洲及拉丁美洲。其中殖民地、半殖民地到獨立開發中國家都有。至於經濟制度，這些國家大多以農業為主，田地之租佃有的還是封

行政補助制的特色是醫療資源不足，病人過分擁擠。



建制度或半封建制度，甚至還有部落經濟。當然有些國家也漸有資本主義及社會主義的雛型。

大部份人民都去政府支助的公立醫院及療養院，接受醫療照顧。這種制度的特色是：醫療設備不足（因政府預算不敷使用）、醫務人員不足、病人過份擁擠。因醫師的薪水低，所以必須兼差或另外在家中開業。公立醫院的醫師有全時間專職之名，卻是兼職之實。

而這種制度通常都是由政府機構裡的衛生部門負責，不過通常社會保險局也會擬定一些勞保及公保的方案來配合。但這兩個方案也只能照顧到全國少數的人口。有時社會保險局也會找些私立醫院或委託私人醫師來支援，例如智利為白領勞工及阿爾及利亞為非農民勞工都用此方式。其他如哥斯達黎加、墨西哥、土耳其等等大部分國家，保險局都成立自己醫院或門診中心。

當然在這些國家中，少數有錢的地主、商人、重要政府官員及一些高級專業人員等，都會聘一些私人醫師，並擁有一些屬於他們這階層特權的高級醫院。

健康保險制

目前世界上有二十三個國家，七億一千一百萬人口接受此種醫療照顧，佔世界人口比率18%。這些國家大

多分佈在西歐、北美及澳洲，同時還包括紐西蘭、日本及以色列等國，這些國家全部都是已開發國家，而且實行資本主義經濟制度。

每個國家的保險制度又有很大的差別。譬如以色列，所有醫療保險都是私人公司經營。至於加拿大、丹麥、芬蘭、冰島、紐西蘭及挪威等國都是由政府負責全民醫療保險。當然還有很多國家是混合式，例如美國。

有些國家雖然是政府提供保險，但是卻不是遍及全民，只限於勞工（但某些職業團體及薪水超過某限度的勞工都不能享受勞保），不過被保人的眷屬也可享受權利，但是在澳洲及日本，眷屬還是得負擔少許費用。在瑞士，則是由各郡鎮自行擬定保險計劃，政府再給予資助。該地居民自由選擇是否加入保險成為會員，而且是以個人為單位。在美國，政府只對超過六十五歲的老人提供健康保險，且不包括家眷。至於其他年齡群的居民則自行到私人保險公司投醫療保險。

照道理政府這筆醫療保險費用應該由社會福利稅收來供應，但往往都不敷使用，所以還需要由政府其他稅收來補助。大部份國家的醫療社會福利稅都很低（佔僱員薪水的0.3到0.8%）。有很多國家如丹麥、冰島、愛爾蘭、紐西蘭等，甚至不抽醫療社會福利稅。

有些國家（如西德、意大利、荷

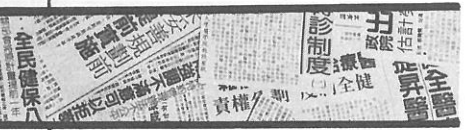
蘭），病人不必付酬勞給醫師。甚至在比利時、芬蘭、法國、紐西蘭及挪威，病人還可能收到醫療費用退回的現金。至於冰島、日本及美國，雖大部分醫療費用由保險公司付，但病人也得擔負少許費用。

不管從負責行政單位、醫師或病人及服務品質來看，這種制度有一很大特色，就是以金錢為取向。「醫療服務是需要酬勞付給」(free for service)的觀念是這種制度的背景思想。醫師及其他醫務人員可視為獨立的企業家與商人，再與政府的保險局或私人保險公司進行交易。也唯有對方付出酬勞，我才提供醫療服務。

全民保健服務制

實施此制度的國家有十四個，人口約十二億五千四百萬，佔世界人口之33%。包括東歐九個國家、亞洲四個及古巴，幾乎都是社會主義（共產）國家，且大多是工業化或急速邁向工業化的國家。

其特色是：醫療服務對象涵蓋了全國人民，政府的醫療預算是由總稅收撥出，不另外再抽醫療社會福利稅（東德例外）。全國的醫務人員都是領薪水的公務員，在公立醫院或保健中心服務。所有醫療服務都是免費，不過大部份國家對於非住院病人的藥，還多收取少許費用，以免沒病亂拿藥。



全民保健服務系統的最初構想是 Nikolai A Semashko 在 1918 年到 1930 年擔任蘇聯人民健康部長時實行的。1934 年他寫成了一本書叫「蘇聯的保健防護」(Health Protection in He U.S.S.R)，在世界引起了重視，他提了三個步驟原則：

- (一)醫務保健服務的組織及單位要統一。
- (二)全國人民都要親自參與保健防護工作。
- (三)預防醫學工作的推行。

為了順利達成第一項，所以這十四個國家，從中央到省縣市等地方政府，都有一權力相當大的健康部門來負責統籌協調。每個階層的健康部都要同時負責醫療、保健及預防等工作。也因統一化，所以可以推行很多大規模的保健及預防計劃，這是在保險制國家所難以比擬的。

第二是強調全民的參與，透過人民大會及黨委來推動。每個醫院也有一公衆大會，協助政府來評估並改進醫院的醫療服務品質。另外也有勞工衛生委員會來注意工廠安全衛生。透過社區地方組織來推動很多保健運動。例如：疫苗注射、婦幼衛生、環境清潔、衛生教育、大量篩選調查 (mass screen program) 等，都是世界其他各國所無法做到的。

此種制度有兩個特色，一是重視出院病人的追蹤工作，並與地方社區單位聯繫，繼續觀察照顧並提醒。另

外共產制度有人民公社或集體農場等組織，也成為醫療保健的重要據點。因為依照人口的比率，政府可以派來適當人數的醫師來負責照顧，是節省人力及設備的最好方法。這些醫師除了醫病外，平日也要去作家庭訪視、衛生教育，提供健康諮詢的教育等。

中間型

瑞典與英國雖被列入二十三個醫療保險制度中，但是事實上他們是介於保險制與全民保健服務制之間，所以我們特別提出來介紹。

英國

英國政府早在 1911 年就實行了健康保險制度，不過當時只限於低收入勞工及其眷屬。1942 年英國醫學會建議將醫療健康保險擴展至所有勞工及

其家屬，並再提供其他醫療福利。一直到 1948 年才正式成立全國保健服務制度。

造成這制度成功的因素有二：主要是因為全國的私人醫院太多，且設備昂貴，再加上二次大戰的損失，以致使醫院無法維持成本。國有化是解決此問題的最好方法。其次的因素是意識型態與政治理由。第二次大戰後，勞工一直要求政府給予明確的社會福利改革，社會主義意識濃厚的英國醫學會與工黨領袖關係很好，這也是推動此制度的原因之一。

英國的全民保健服務制並不是很徹底，雖然全國人民可以接受免費醫療照顧，但是醫師們並不是領薪水的公務員。醫師們還是獨立的自由業，然後再和政府簽合約，與保險制相同。有些醫師也會單獨或幾個聯合起來開些私人診所，這些與政府無關，病



全民保健服務制度下的醫師除了醫病外，平日也要去做家庭訪視、衛生教育，提供健康諮詢的教育等。

人要完
制是允
甚至借
的私人
前已無
這
特有的
病及在
服務品
以在教
照顧或
相當有
反的，
查主動
病發覺
被重視
瑞典

在全民保
可享醫
社會福
瑞典，
部份是
方衛生
從
被廢除
府，而
「醫務
步。巨
有一千
業醫師
十五歲

健康保險制的特色是以金錢為取向，認為「醫療服務是需要酬勞付給」的。



人要完全自己掏腰包。在英國的公醫制是允許醫師看私人病人，有些醫師甚至借用公家醫院的病床來治療自己的私人病患，由於抗議之聲太大，目前已無此現象。

這些中間型醫療制度也產生一些特有的現象：醫師同時在公家醫院看病及在自己私人診所看病，以致醫療服務品質有差。也因為全民保健，所以在教學醫院的醫師可以慢慢用心地照顧或研究（反正薪水一樣），所以相當有助於醫學研究的進步。但是相反的，對於預防醫學中的利用篩選調查主動發覺疾病、職業病防治、環境病發覺、意外災害防治等工作都很不被重視。

瑞典

在1970年以前，瑞典就早已具有全民保健服務制的雛型。例如：全民可享醫療保險、不從薪水中徵收醫療社會福利稅、公立醫院不收費用。在瑞典，只有少數醫師是私人開業，大部份是在公立醫院服務，或是派到地方衛生單位工作。

從1970年開始，所有私立醫院都被廢除，病人繳納部份費用給州郡政府，而不是給醫師，這是瑞典要結束「醫療服務是要酬勞付給」觀念的起步。目前瑞典醫師約一萬人，其中只有一千三百五十人（14%）是私人開業醫師，而其大部份的年齡都超過六十五歲且已是半退休狀態了，年輕醫

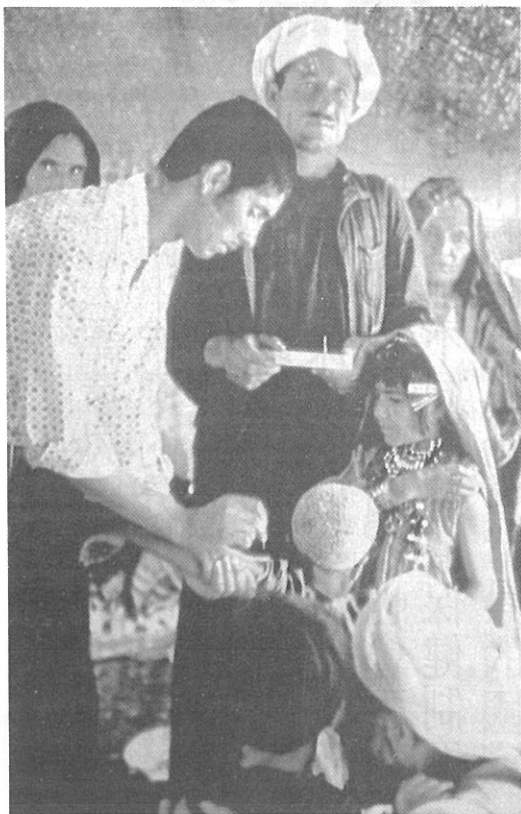
師大都不願開業。那以後瑞典醫療制度會走向什麼形式呢？

S.A. Lindgren瑞典社會公共事務部長說：「以後醫療保健系統的主力將是州郡醫院（相當於台灣的省縣立醫院）。因為以後的醫療保健不單只是治療，還要有預防醫學、健康教育、社會工作等，若非由地方公立醫院負起責任是很難達成的。

編按：原載於民國74年4月醫學會報，譯自WHO Chronicle雜誌

未來展望

「全民保健服務制」可以說是最理想的醫療服務系統，而由英國及瑞典的兩個例子中，我們看到即使在資本主義發達的兩個國家中也可以實行（雖然還不是很完美）。而且不需要黨委在背後強迫執行，因為這是人民需要的自然傾向。





充滿矛盾的 醫療保健 政策比較研究—— 方法學上的反省

□□□示學譯

該如何去認清與瞭解？異，異中求同的分析研究，又不同的分析結果？各種同中求同立場的政策比較研究會出現似的醫療保健制度？為什麼不同背景的背景的國家也會有相會發展出不同的醫療保健制度為什麼有相似社會背景的背景的國家

譯者註：在國內，不管在學術界或一般大眾傳播媒體上討論到醫療保健政策或全民健康保險計劃，或多或少會提到國外的制度或作法。在引用這些比較政策分析的資料時，我們是否有考慮到其方法學上的限制與矛盾。

本文〈On Methods: The Paradox of Comparative Policy Research〉取材自D.W. Light及A. Schuller主編的《Political Values and Health Care: The German Experience》即是針對這方面問題的反省。

「比較分析」可以說是科學研究中最基本的觀念，但是對比較政策研究者而言卻是致命傷。想從文獻中找到「正確的方法」來比較政策，就好比在閱讀各門各派的治療法；公說公有理、婆說婆有理，沒有人完全同意對方的說法。而且這些爭論的抽象複雜度，使人不禁懷疑道：比較政策分析研究的潛在功能究竟要讓人更加清楚明朗或更加昏昏欲睡。本文即嘗試改善這種矛盾。

政策分析的 六個元素

回顧醫療保健政策分析的文獻，我們會發現有六個元素或面向（dimensions）是大家都一致同意的。第一，我們必須研究政策是**如何被合法化**（legitimized），**如何制訂管理**

對政策本質的最佳瞭解，應從時間、價值與權力交互作用中去理解。



辦法 (regulated) 及 如何被正當化 (validated) (Austin et al. 1978; Field 1976; Pye 1968; Roemer 1976)。一旦政策被立法通過，它就有法定正當性。為了使政策能確實被執行，就要有權力機構來制訂管理辦法，例如醫事人員執照審核辦法。一個政策是否能成功地被執行，還得看其成員及受影響者對這個政策“正當性”(Valid)的認可程度而定。譬如某個禁令辦法可能已經立法通過了，可是一般大眾或甚至許多被授權的執行者都不認為應該如此，則這政策就很難有效地被執行。

第二，比較政策分析必須檢視其財務 (financing) (Austin et al. 1978; Field 1976; Fry 1970; Gilbert and Specht 1974; Leichter 1979; Maynard 1975; Morris 1979; Pye 1968; Roemer 1976, 1977)，有些學者對財務的分析著重於對社會的經濟特色分析；有些則將焦點放在與政策有關的特定財務分析上。不過重點不外乎：財務是如何安排地、財源如何獲得、預算分配的利弊得失 (trade off) 考慮等。

政策分析的第三個重要元素就是合格者的規定 (rules of eligibility) (Altenstetter and Bjorkman 1978; Haveman 1977; Maynard 1975; Morris 1979; Pye 1968) 大部份情形，這些規定都是很明顯的，那些人被包括到、包括那些項目、範圍與情況。

其解釋不能單就其法令規則來分析，還要就整個政策及社會層面來分析。

第四個明顯的元素就是執行政策的組織與行政機構 (參考資料同財務，外加 Shortell 1982)，這一項元素及下面將介紹的兩項元素都指出，比較政策研究不能只限於政策本身，還要考慮到影響過去、現在及未來政策形成的政體次系統 (Subsystem of polity)。在比較醫療保健照護制度時，這個因素更為重要。政策與機構是交織相混，互相影響的。機構的組織結構、授權程度、授權給誰、責任與權威的脫節及政策的接受者 (或受害者) 如何經由體系，以什麼程序來安排，構成了比較政策研究的重要面向。

第五個可以辨認的政策分析元素是受益的範圍與種類 (Scope and kind of benefits) (Austin et al. 1978; Fry 1970; Gilbert and Specht 1974; Hareman 1977)。這元素與前面兩個元素相關密切，但仍值得分開來討論。大部份政策都涉及受益，有時是直接有時是間接，而且大多不只包括一項。“何人得益，有何益處” (cui bono?) 這個關鍵問題是區別不同類型組織的重要分析取向 (Blau and Scott 1962) “受益”比較狹義的解釋常指福利給付或醫療照護受益；更富洞察力的分析還應包括廣義的不同團體 (Parties) 以不同手段獲得不同的政治、文化及經濟收

穫。

最後，大部份比較政策分析學者也都同意，還應重視結果 (out comes) 這一元素 (Altenstetter and Bjorkman 1978; Anderson 1976 Fry 1970; Haro 1976; Kohn 1976; Pflanz 1976; Tuene 1978)。不同的政策或同一個政策在不同的國家各有什麼不同結果？很明顯地，促成政策形成背後的觀念若發生改變，也會對結果產生影響。

歷史與價值理念： 基本的影響

隱含並塑形出上述六個元素的更基本影響因素是一群人的價值理念與政治意識型態 (values and political ideology of a people)。前面提過的參考資料都同意此點，很多學者更強調歷史觀點 (historical perspective)。正如 Abel-Smith (1976, P.26) 所說：“不同國家醫療照護組織及財務的不同，是長期既定習俗經過長期歷史發展修改後的產物。而在這些習俗與歷史發展背後的基本差異乃是態度與價值理念的不同。”也就是這些差異決定了那些政策會被提倡，那些人會成為政策形成與政策執行的菁英，也因此決定了那些特定目標希望被達成 (Lockhart 1981)。但是政策的開展，並不是自然地進行，而是一連串不規則地對抗勢力、歷史意外相對於背景基本價值理念的互動。譬如



不少國家政府都成立委員會來設法減少醫療保健費用支出或減少政府對自由市場的約束，以美國為例，這些委員會就得面臨美國醫師公會(Marmor and Christianson 1982)及保險者最後憑藉的政府社會價值(Axinn and Levin 1975)兩種對抗勢力。本書的論點認為：**對政策本質的最佳瞭解，應從時間、價值與權力交互作用中去理解**(the nature of policy can best be understood as an interplay, over time, of values and power)。

雖然大部份學者都同意當代政策分析應對時間採動態地研究，但是大部份學者並沒有採取這樣的取向，其理由Heisler及Peters(1978, P. 57)曾整理道：“在研究設計時，當然希望也認為可能……在研究中包括時間序列分析，希望能對歷史發展有一洞察……在實際進行時，研究者恐怕沒有資源——經費、時間、人力技術或未流失可獲得的資料——來進行這樣的研究。於是只能進行橫斷時、橫切面或跨國面向的政策分析研究……”除了實際的問題外，我們還是要再強調價值理念、意識型態及歷史觀點的重要。當然了，我們也不可避免地面臨這個層次問題的複雜性。

從誰的觀點看政策

前面在討論財務時，已隱約預示

了，上述所討論的不同面向，也可以不同的角色立場取向，因此獲得不同結果。讓我們以「結果」這個面向為例，在研究設計及分析時，我們面臨了許多問題：可比較的統計資料常常缺乏、變項的操作化很困難及第一手資料常常不存在等(Härö 1976; Ell-

ing 1980; Kobben 1968; Pflanz 1976; Sartorius 1976; Tuene 1978)。如果我們再問，是關於那些人的結果？恐怕又要使原本的困擾更加複雜化，是消費者？臨床醫師？醫療機構組織？慈善家？以下列出不同角色者分別關心醫療保健照護結果那些不同

| 利益團體 | 有關「結果」的問題 |
|-----------|--|
| 消費者 | 我有多健康？ 我是否滿意我所獲得的照顧？ 我接受這些照顧花我多少錢？ 我為了獲得我需要的照顧必須放棄多少自己的控制權？ |
| 臨床醫師 | 我的工作能發揮多少功用與能力？ 我的報酬是否足夠？ 我是否擁有應有的權力與自主權？ 我的地位是否達到我想要的？ |
| 醫療保健組織 | 我們的償債力及利潤如何？ 對自己的命運有多大控制權？ 我們的績效如何？ |
| 政府領導者 | 這個體系是否加強我們的政治力及聲望？ 這個體系配合國家優先順序的程度如何？ 這個體系的花費會不會影響其他相關計劃的預算？ |
| 組織及政府官僚 | 在未來我是否還能擁有此職位？ 這個體系如何增加我們的權力角色與範圍？ 我們的執酬是否足夠？ |
| 慈善家 | 這個體系是否公正？ 是否有保護個人權利？ 是否有表現出社會正義？ |
| 醫療保健政策研究者 | 這個體系能增加我多少知識與瞭解？ 它能表明出政策分析多少程度？ 它是否有達到當初的目標？ |

不同的角色，關心醫療保健照護結果的問題也有差異。

的問題
由上
織及
面中
者依
以該
分析
焦點
體系
Low
身，
解權
，R
很明
為政
對身
分在
有消

回顧德國分一合一分的歷史，讓我們有一天然的實驗研究例子。



Joseph Stalin.



Building the Berlin Wall, 1961.

的問題：

由上表可知，其他的元素如立法、組織及財務等，也都要在許多衝突的層面中運作（Elling 1980），有些研究者依附到一個利益團體，自然而然地以該團體的世界觀為理所當然。

分析的焦點

另外一個問題是：我們最好把分析焦點放在政策所嵌在的整個社會、體系的最重要成份或只是政策本身。Lowi（1978）主張將焦點放在政策本身，因為這是最有效的辦法讓我們瞭解權力及國家等更大的問題。相反地，Roemer（1977）則主張（雖沒有很明確）將重點放在整個體系上，因為政策是其中的一部份。Stone（1980）對專業權力的分析使他相信，唯有細分研究政策中某一重要元素，才能最有洞察地瞭解問題關鍵。

比較的範圍



還有一個困擾的問題是：究竟要選擇最相似的個案作比較，或是差異最大個案作比較。主張前者的學者認為，相似個案的比較可以控制背景變項，類似社會心理學的實驗控制，可使推論的特定性強度（power of specificity）增加。Tuene（1978, P.54）說道：“比較政策研究的最主要目的…並不是希望建立普遍的相關關係。而是要增強對特定個案特定預測的可信度。”當然了，其代價就是結論的範圍或普遍性的不佳，主張採用差異最大個案作比較的學者，希望找出解釋為什麼會有不同的實行方法來達到同一個政策目的的普遍變項或相關關係（Ashford 1978）。

分析的單位

大部份比較政策研究都採用國家作為分析單位，但是這個作法合乎實際嗎？國家一定是合一的均質體嗎？地區的差異是否會大到使我們不適合用國家作為分析單位？答案當然要視

國家的凝聚程度及政策的性質而定，不過在這個學問裡，大多假定以國家為單位是最避免麻煩的辦法。

解決上述矛盾的嘗試

本書所採用的分析取向，在某個程度上，可以解決上述比較政策研究所常面臨的矛盾。本書首先分析價值理念與政治意識型態，因為這是形成社會福利制度的最主要力量。本書的第一章即根據這方法，歸納出四種模型。這些模型可供作比較分析清楚的參考架構。模型的固有動態性及本書的內容，是以一種歷史取向來分析醫療保健政策。在這個脈絡下，本研究也分別討論了政策分析的六個元素：合法性、財務、組織、合格者、受益及結果。這些術語的定義及分析的層次，在各章都不同，而且都有清楚界定。本研究也檢視了所有三種分析層次：社會體系整體、體系的某些成份及政策本身。

最有趣的是，究竟要研究最相似或差異最大的比較所帶來的問題也獲得解決。因為回顧德國一合一分的歷史，讓我們有一天然實驗研究。東西德原本是一個民族國家，擁有相同的醫療保健制度，第二次世界大戰後分裂為兩個政治意識型態不同的政體，也產生了不同的醫療保健制度。在此，我們也有必要對德國的歷史作簡單的介紹。



在十八、十九世紀時，德意志帝國尚未統一，俄國對東普魯士有相當程度的影響力（*Historical Atlas of the World*, 1965; Kohn 1946）。普魯士君王，尤其從斐德烈克大帝以後，對俄國沙皇都相當禮遇（Massie 1980），也允許沙皇派遣相當多官員來到東普魯士（Goldman 1974），以致東普魯士在文化上受俄國影響很大。

西普魯士則相對地比較有自由的傳統，尤其在萊因河聯盟開始實行拿破崙法典後（Durant and Durant 1975; Goldman 1974; *Historical Atlas of the World*, 1965; Hobsbaum 1962）。十九世紀末，德意志帝國統一，德國西部與南部還是相當程度地反抗卑斯麥的國家高壓統治（Eyck 1958; Hobsbaum 1962）。從此德國維持了六十多年的統一，德國人也漸漸形成了同一文化生活（Durant 1957; Sontheimer and Bleek 1975）。

一九四五年，第二次世界大戰結束後，聯軍將德國瓜分為東西德。其分界線，早在一九四三年德黑蘭會議及一九四五年雅爾達會議就決定了（Deutscher 1967; Hartmann 1965）。所以西方聯軍在戰爭末期就守軍未進，等著蘇聯軍隊佔領當初所協定的地盤（Benns and Seldon 1965）。這個界線（與百年前的區別差不多）使德國又分別處在兩個不同政治理念下，所以政策比較及歷史研究東西德

的醫療保健制度，剛好可同時進行最相似與差異最大的比較。

總結，政策的比較研究需要採用歷史取向來認清基本政治價值理念及衝突，如何在政策的六個元素中表現出來。

參考文獻

1. Abel-Smith, B. 1976. *Value for Money in Health Services*. New York: St. Martin's.
2. Altenstetter, C., and J. W. Bjorkman. 1978. *Federal-State Health Policies and Impacts: The Politics of Implementation*. Washington, D.C.: University Press of America.
3. Andersen, R. 1976. "A Framework for Cross-National Comparisons of Health Services Systems." In *Cross-National Sociomedical Research: Concepts, Methods, Practice*, ed. M. Pflanz and E. Schach. Stuttgart: Georg Thieme.
4. Ashford, D. 1978. "The Structural Analysis of Policy, or Institutions Really Do Matter." In *Comparing Public Policies*, ed. D. E. Ashford. Beverly Hills, Calif.: Sage.
5. Austin, M. J., B. Segal, and M. Schwartz. 1978. "Comparing Social Welfare Systems: A Schema for Analysis." In *Reaching People*, ed. D. Thursz and J. L. Vigilante. Beverly Hills, Calif.: Sage.
6. Axinn, J., and H. Levin. 1975. *Social Welfare: A History of the American Response to Need*. New York: Dodd, Mead.
7. Benns, F. L., and M. E. Seldon. 1965. *Europe: 1939 to the Present*. New York: Appleton-Century-Crofts.
8. Blau, P. M., and W. R. Scott. 1962. *Formal Organizations*. San Francisco: Chandler.
9. Deutscher, I. 1967. *Stalin*. New York: Oxford University Press.
10. Durant, W. 1957. *The Reformation*. New York: Simon and Schuster.
11. Durant, W., and A. Durant. 1975. *The Age of Napoleon*. New York: Simon and Schuster.
12. Elling, R. H. 1980. *Cross-National Study of Health Systems*. New Brunswick, N.J.: Transaction Books.
13. Eyck, E. 1958. *Bismarck and the German Empire*. New York: Norton.
14. Field, M. G. 1976. "The Need for Cross-National Studies in Health Services." In *Cross-National Sociomedical Research: Concepts, Methods, Practice*, ed. M. Pflanz and E. Schach. Stuttgart: Georg Thieme.
15. Fry, J. 1970. *Medicine in Three Societies*. New York: American Elsevier.
16. Gilbert, N., and H. Specht. 1974. *Dimensions of Social Welfare Policy*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
17. Goldman, G. 1974. *The German Political System*. New York: Random House.



18. Haro, A. S. 1976. "Strategies for the Development of Health Related Statistics." In *Cross-National Sociomedical Research: Concepts, Methods, Practice*, ed. M. Pflanz and E. Schach. Stuttgart: Georg Thieme.
19. Hartmann, F. H. 1975. *Germany Between East and West: The Reunification Problem*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
20. Haveman, R. H., ed. 1977. *A Decade of Federal Antipoverty Programs*. New York: Academic.
21. Heisler, M. O., and B. G. Peters. 1978. "Comparing Social Policy Across Levels of Government, Countries, and Time: Belgium and Sweden Since 1870." In *Comparing Public Policies*, ed. D. E. Ashford. Beverly Hills, Calif.: Sage.
22. *Historical Atlas of the World*. 1965. Chicago: Rand McNally.
23. Hobsbaum, E. J. 1962. *The Age of Revolution*. New York: Mentor.
24. Kobben, A. J. F. 1968. "The Logic of Cross-Cultural Analysis: Why Exceptions?" In *Comparative Research Across Cultures and Nations*, ed. S. Rokkan. Paris: Mouton.
25. Kohn, H. 1946. *Prophets and Peoples*. New York: Collier.
26. Kohn, R. 1976. "Development of Cross-National Comparisons of Health Services Use." In *Cross-National Sociomedical Research: Concepts, Methods, Practice*, ed. M. Pflanz and E. Schach. Stuttgart: Georg Thieme.
27. Leichter, H. M. 1979. *A Comparative Approach to Policy Analysis*. Cambridge University Press.
28. Lockhart, C. 1981. "Values and Policy Conceptions of Health Policy Elites in the United States, the United Kingdom, and the Federal Republic of Germany." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 6(1): 98-119.
29. Lowi, T. J. 1978. "Public Policy and Bureaucracy in the United States and France." In *Comparing Public Policies*, ed. D. E. Ashford. Beverly Hills, Calif.: Sage.
30. Marmor, T. R., and J. B. Christianson. 1982. *Health Care Policy*. Beverly Hills, Calif.: Sage.
31. Massie, R. K. 1980. *Peter the Great: His Life and World*. New York: Knopf.
32. Maynard, A. 1975. *Health Care in the European Community*. University of Pittsburgh Press.
33. Morris, R. 1979. *Social Policy of the American Welfare State*. New York: Harper and Row.
34. Pflanz, M. 1976. "Problems and Methods in Cross-National Comparison of Diagnoses and Diseases." In *Cross-National Sociomedical Research: Concepts, Methods, Practice*, ed. M. Pflanz and E. Schach. Stuttgart: Georg Thieme.
35. Pye, L. W. 1968. "Political Systems and Political Development." In *Comparative Research Across Cultures and Nations*, ed. S. Rokkan. Paris: Mouton.
36. Roemer, M. I. 1976. *Health Care Systems in World Perspective*. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press.
37. Roemer, M. I. 1977. *Comparative National Policies on Health Care*. New York: Marcel Dekker.
38. Sartorius, N. 1976. "The Cross-National Standardization of Psychiatric Diagnoses and Classifications." In *Cross-National Sociomedical Research: Concepts, Methods, Practice*, ed. M. Pflanz and E. Schach. Stuttgart: Georg Thieme.
39. Shortell, S. M. 1982. "The Contribution and Relevance of Sociology to Health Services Research." In *Social Science Approaches to Health Services Research*, ed. T. Choi and J. N. Greenberg. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press.
40. Sontheimer, K., and W. Bleek. 1975. *The Government and Politics of East Germany*. London: Hutchinson University Library.
41. Stone, D. 1980. *The Limits of Professional Power: National Health Care in the Federal Republic of Germany*. University of Chicago Press.
42. Tuene, H. 1978. "A Logic of Comparative Policy Analysis." In *Comparing Public Policies*, ed. D. E. Ashford. Beverly Hills, Calif.: Sage.

意識型態 與 健康保險

□呂宗學

？目的又是什麼？
有這些差異？他們的理由是什麼，也會有不同的政策。為什麼會提出不同的策略，而不同黨執政利問題時，在不同的時間點，會國政府在面對醫療保健或社會福利健康保險制度的沿革為何？各醫療保健問題是如何產生的？社

國內過去已有不少文章及書籍介紹過歐美工業先進國家的社會健康保險制度，其內容不外乎：保險對象應該涵蓋那些人、保險給付範圍應如何訂定、如何籌措保險財源、如何支付診療報酬、民營保險公司與政府的角色如何、行政組織職權規劃、財務危機的各種應對之道……等問題。由於各國的歷史發展與政經結構都不盡相同，以致上述每問題都有不同的策略；再加上時間的因素，不同政黨執政，又會對上述各問題的作法有所修改。因而使這方面的介紹易流於繁雜瑣碎，無法掌握一些脈絡，更別期待想瞭解各國政府「為什麼」如此做的理由。

本文試圖以歷史及意識型態的觀點來分析比較工業先進國家的社會健康保險制度理念，相信能較清楚地釐清耙梳各國間作法異同及背後的原因。因為社會健康保險制度是政治、經濟、社會及文化制度的衍生，更是歷史結構發展下的產物。所以唯有先掌握結構脈絡，才能清楚瞭解不同國家在不同時間點，為什麼要採取如此的社會健康保險作法。

工業革命以前 ——私人慈善救濟

雖然18世紀啟蒙哲學家已提出了「民權」的觀念，但「健康權」的觀念，至今還未被普遍接受，所以在工

業革命以
大多是個
沒有能力
教及私人
收容。

十九世 ——社

在工
是個人及
以後，工
流動集中
住地方
屬照顧，
給予剝削
市社會
會主義
工已形
75年德
勞工爭
表一

德
奧
丹
挪
法
比
荷
英
瑞
瑞
義

工業革命後，傷殘疾病及其他社會問題已是人為結構的問題。



工業革命以前，面對傷殘疾病的問題，大多是個人的問題，政府沒有責任也沒有能力去改善。這時大多只有藉宗教及私人慈善團體蓋醫院或療養院來收容。

十九世紀末至二次大戰前——社會主義抗爭

在工業革命以前，傷殘疾病大多是個人及運氣的問題。但是工業革命以後，工廠制度興起，工人們從鄉村流動集中到都市，工作環境惡劣，居住地方擁擠髒亂。生病後缺乏親人家屬照顧，資方又不斷在工時及薪資上給予剝削。這時，傷殘疾病及其他都市社會問題已是人為結構的問題。社會主義的思想開始興盛，無產階級勞工已形成一股相當大的政治勢力。1875年德國社會民主黨成立，不斷地為勞工爭取權利，經過慘痛的抗爭，才

有1883年第一個社會保險計劃（僅包括勞工）產生。

在歐洲國家，民主議會傳統很穩定，所以社會主義者也分別以工黨、社會黨、社會民主黨或共產黨的身份，在議會進行抗爭，並不斷地進行民衆教育，所以歐洲國家在第二次世界大戰以前，各國政府都有很完善的社會安全救助及社會保險（老年、殘廢、職業、失業等）制度。

二次大戰後到70年代中期——平等主義VS.自由主義

「健康權」的爭論，長久以來就有兩種對立的立場。各自對「人性」及「政府角色」有不同的基本前提假設。

平等主義（政治上的自由派）——認為人性本善，人在解決社會問題上

，持樂觀的看法，政府是個人及團體追求進步發展的工具。關心弱勢團體，認為健康是一種「權利」（Right），政府有責任保障及維護。贊成此立場的是歐洲大部份社會主義政黨，如英國的工黨、美國的民主黨。

自由主義（政治上的保守派）——人性是自私且貪得無厭，權力是可怕的，所以不要給政府太多的力量，相信自由市場自然法則看不見的手來運作，反對政府干涉市場機能。認為健康是一種「特殊利益」（Privilege）；是個人努力所獲得的報酬。個人生病是個人的責任，形成的社會問題只能透過慈善或自由市場來解決。贊成此立場的是大多數的醫師公會、醫院協會、商業保險公司及大部份的保守黨，如英國的保守黨、美國的共和黨。

由於30年代的經濟大蕭條，使自由市場的神話被打破，凱因斯主義盛行，所以國家政府角色日趨龐大。二次大戰後OECD國家，大多是社會主義政黨執政，所以歐洲各國大多在50、60年代推出「國民健康服務」（NHS）或「社會醫療保險」，美國民主黨也推出「大社會」（Great Society）計劃。可以說「平等主義」略勝一籌。

70年代中期至80年代末期——功利主義抬頭

50、60年代可算是富裕的年代，

表一 第一次社會主義政黨、主要同業工會及社會保險計劃成立的時間

| | 社會主義政黨 | 同業工會聯盟 | 社會保險計劃 |
|-----|---------|--------|--------|
| 德國 | 1875 | 1868 | 1883 |
| 奧地利 | 1888—89 | 1893 | 1888 |
| 丹麥 | 1878 | 1898 | 1891 |
| 挪威 | 1887 | 1877 | 1894 |
| 法國 | 1905 | 1895 | 1898 |
| 比利時 | 1889 | 1910 | 1900 |
| 荷蘭 | 1894 | 1905 | 1901 |
| 英國 | 1900 | 1868 | 1908 |
| 瑞士 | 1888 | 1880 | 1911 |
| 瑞典 | 1889 | 1898 | 1913 |
| 義大利 | 1892 | 1906 | 1914 |

社會福利政策常常只是政府遇到「正當性危機」時所搬出來的護身符？



歐洲國家對許多社會政策的擬定都是「規範取向」(Normative Approach)。可是社會福利問題是個無底洞。各國政府都對日益增加的經費支出及文書作業頭痛不已，再加上70年代中期的石油危機，使財務危機成為OECD國家政府最頭痛的問題。

各國社會健康保險制度共同面臨醫療費用急速上漲的問題，這時的政策解決之道不再是「規範式」的理念之爭；而是重視客觀科學經驗評估研究結果，作為政策制定的依據。各國政府都委託各種單位，對健康保險各種作法進行「成本利益分析」或「成本績效分析」，我們一般稱此為「理性精算主義」(Rationalism)。

到了80年代，各國政府發現，醫療市場並不是真的可以如此準確科學精算。醫療市場也不能完全用自由市場的運作（因為消費者永遠也不可能完全訊息、消費者也不能自由進出市場、消費行為及數量也完全由醫師來控制）；政府的確應該適時介入，但是光憑諸如平等主義論點的一手包

辦，政府也吃不消。於是有人主張實用觀點、政治折衷、以供方為基準的「新保守主義」(Neoconservatism)出現。英國的余契爾、美國的雷根、日本的中曾根、都屬於此種意識型態。

這兩種意識型態的共同老祖宗就是「功利主義」(Utilitarianism)——以有限資源作最大效率及績效的分配（對整體而言是最適安排）。所以80年代的作法，如總額預算制(global budget)，地域化及分散化、部份分

擔，診斷相關群(DRGS)，與民營商業保險合作等作法，都是基於「供給面」經濟學派及「效率」的考量。

聽聽另一種聲音的看法

有不少新馬克斯主義學者Offe、Habermas、O'Conner都對「福利國家危機」作過深刻地分析。許多社會福利政策（包括社會醫療保險），常常只是政府遇到「正當性危機」(legitimacy crisis)時所搬出來的護身符，轉移民眾對政體不滿的工具。而且社會政策的制定及執行過程也不是真空的，而是在既存的政經社會權力結構中運作，最後的效果對「誰」最有利？恐怕還得細察。台灣全民健康保險的規劃與未來的實施，正可給我們很好的驗證機會。

編按：原載於民國79年6月
國家政策季刊

表二 不同意識型態對社會健康保險相關問題的看法

| | 平等主義 | 自由主義 | 功利主義 |
|---------------|----------|------------|-------------------|
| 1. 保險對象 | 弱勢團體優先 | 優勢團體優先 | 最具生產力團體優先 |
| 2. 給付範圍 | 全部給付 | 最基本需要 | 視資源而定 |
| 3. 財源籌措 | 政府負擔一般稅收 | 僱主及被保人繳保險費 | 三者共同負擔另籌財源 |
| 4. 診療報酬 | 薪俸制 | 按量計酬 | DRGS |
| 5. 民營保險與政府之角色 | 中央規劃 | 民營保險為主 | 地方政府與民營保險 共同合作 |



美國與歐洲 醫療照護制度 的差異

□呂宗學

醫療照護制度的差異。是如何？本文將細談美國與歐洲灣嗎？而其他西方先進國家的又是最好的嗎？美國的作法適合台灣各國的醫療保健制度言，美國常看到的是美國的經驗，但就世界傳播媒體上或學者的言論中，最在臺灣醫療保健政策熱切討論時

七十八年十二月十八至二十日，行政院經建會及衛生署合辦了一場「醫療照護制度國際研討會」。邀請了英國、美國、加拿大、西德及日本等五個先進工業國家的專家們，分別介紹了自己國家醫療照護制度的得失經驗，提供台灣規劃全民健康保險計畫的參考。

這次研討會的特色有二：首先是被邀請來作演講或評論的學者，都是目前世界上最權威的學者。這可從他們過去發表的論文及著作被引用的次數，或者從他們實際參與各國醫療照護制度規劃，其意見被採納的程度中獲得肯定。無怪乎，韓國、香港、新加坡及其他許多亞洲新興工業國家都有學者前來參加此會。

對台灣而言，這次研討會的第二個特色就是：難得聽到一些非美國的經驗。過去台灣的學術界或大眾傳播媒體，幾乎都是清一色的「美國之音」。在長期資訊的貧乏及扭曲下，台灣民衆常以為美國的醫療照護制度是最好的制度。殊不知，不管用那一個指標（健康指標、服務面指標或財務面指標），美國都是西方工業先進國家的「劣等生」。也難怪在研討會中，美國一直是被當作壞榜樣的例子或調侃嘲諷的對象（尤其是加拿大、英國的學者特別喜歡笑美國是點子最多，作得更好但感覺更差，Doing Better But Feeling Worse）。

到底美國與歐洲的醫療照護制度



有什麼差異呢？本文即希望能對這些差異作簡單摘要性的介紹。本文將歐洲作為一個單一分析單位來與美國作比較，是一個很大膽且危險的作法。因為歐洲本身也包括許多不同制度的國家，本文只是很概括性歸納出歐洲國家（不包括東歐共產國家）的一些共同點來與美國作比較，希望給國內讀者聽聽另一種聲音。

為了讓讀者能對複雜的醫療照護制度有較清楚的認識，本文首先介紹一個簡單的分析架構。接著介紹美國與歐洲醫療照護制度的兩個差異，一是給付範圍與程度的不同；二是協調管理策略的不同。而這種不同，是有其背後的理念基礎及歷史發展背景造成，本文最後一部分將簡單提及，並介紹未來的可能趨勢。

醫療照護制度的組成成分

為了分析的方便，我們可將醫療照護制度或體系（Health Care System）分為五個組成成分（參考圖一）

成分一：醫療資源開發面，主要指醫事人力、設施、設備及知識等資源的供應與開發。

成分二：資源協調組織面，包括政府主管醫療照護的機構（如衛生署、衛生處、衛生局）、健康保險計畫（如勞保局、公保處）、其他政府機構（如教育部、勞委會、社會處、環保署）、非政府及財團法人私人機構（如防癆、防癌、捐血協會、董氏基金會）。

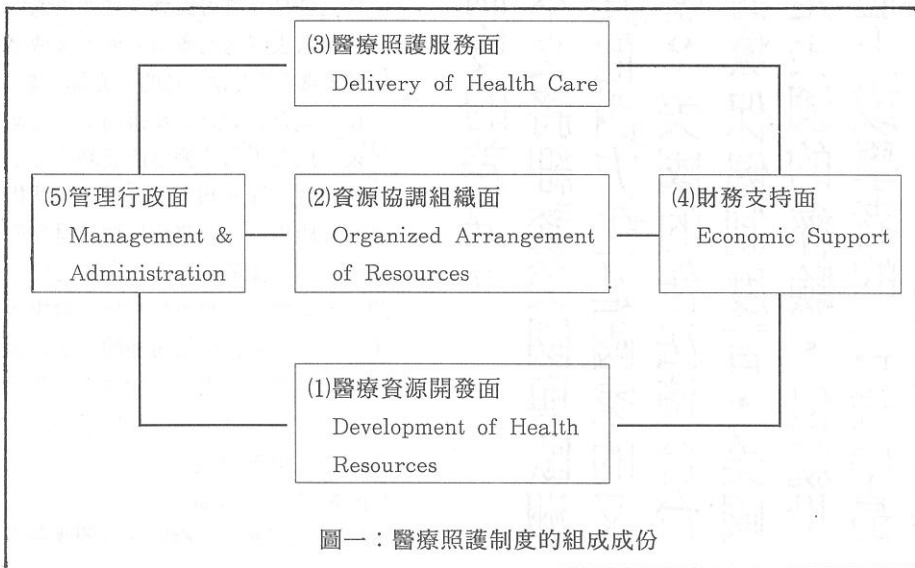
成分三：醫療照護服務面，包括

基層醫療（如開業醫院及地區醫院）、二級醫療（如省市立醫院、區域醫院）、三級醫療（如醫學中心、國家醫院）。

成分四：財務支持面，政府從國庫稅收中撥出多少預算？僱主為員工付出多少保險費？被保險人繳多少保費給保險機構？保險機構如何給付醫院及醫師？社區是否有自籌的基金？

成分五：管理行政面，包括領導決策過程、計畫、執行實現、偵測評估、資訊網及法規管理。

從成分一及成分三來看，歐洲比較重視預防醫學、重視家庭醫師及基層醫療的培養；美國則較重視治療醫學及專科醫師的角色。再從成分二、四及五來看，歐洲比較政府計畫取向；美國則比較私人自由放任取向。



圖一：醫療照護制度的組成成份

由成分一及成分二來看，歐洲比較重視預防醫學、重視家庭醫師及基層醫療的培養；美國則較重視治療醫學及專科醫師的角色。

由成分二、四及五來看，歐洲比較政府計畫取向；美國則比較私人自由放任取向。

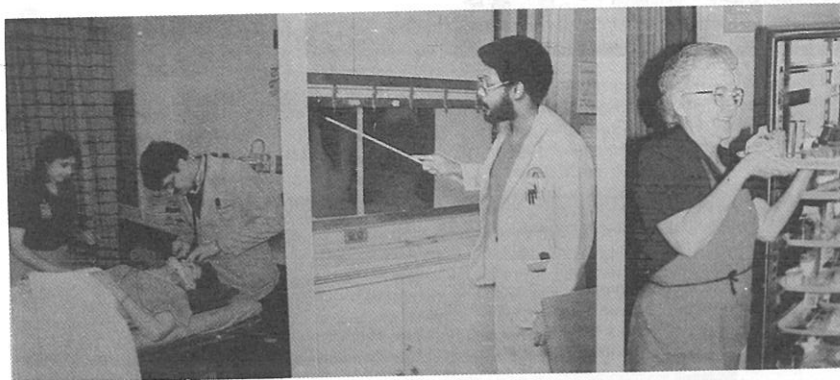
社會 V.S. 福利

大部分都採取社會福利，健康與基本權利，戶籍。有資料是全體國民性（compulsory）；防到治療。

表一：比較

| |
|-----|
| 國 |
| 奧地利 |
| 比利時 |
| 丹麥 |
| 芬蘭 |
| 法國 |
| 西德 |
| 希臘 |
| 冰島 |
| 愛爾蘭 |
| 義大利 |
| 盧林堡 |
| 荷蘭 |
| 挪威 |
| 葡萄牙 |
| 西班牙 |
| 瑞典 |
| 瑞士 |
| 英國 |
| 美國 |

OECD 只能用



社會化 V.S.私人化

大部分歐洲國家的醫療照護制度都採取社會化 (Socialization) 作法，健康與教育一樣被視為是國民的基本權利，所以應該由政府負責提供照護。有資格接受公共健康保險的對象是全體國民，也就是普及性 (Universality)；給付的項目及內容是整體性 (comprehensive)，也就是從預防到治療到復健都給付，從門診、住

院到醫療物品 (medical goods) (如藥品、假牙、人工關節等) 都包括。

相反地，美國的公共健康保險卻是選擇性的 (means-tested)，如 Medicare 的給付對象是六十五歲以上之老人及六十五歲以下身體殘障及患有慢性腎病者，其醫療費用由聯邦政府負擔；Medicaid 的服務對象則是失業貧民或需要領社會津貼才能度日的民衆，其醫療費用也由政府負擔。給付項目也有所限制。其他的美國公

民只有自行投保私人健康保險，而且大部分給付都是非整體性的，所以有時個人或家庭得投兩個甚至以上的保險。Karen Davis 估計美國有三千七百萬 (約佔總人口 15%) 未得到適當的健康保險給付，只得靠私人慈善機構的救助，政府並未盡到責任照顧他們。表一列出 OECD 國家中公共健康保險給付資格者佔全體國民人口比率。

表二的數據，主要是要證實美國是否如加拿大及英國學者所言「作得

表一：比較一九八七年美國與歐洲各國有資格享有公共健康保險者佔全體國民人口比率。

| 國家 | 住院照護 | 門診照護 | 醫療物品 |
|-----|------|----------|------|
| 奧地利 | 99 | 99 (百分比) | 90 |
| 比利時 | 98 | 93 | 68 |
| 丹麥 | 100 | 100 | 100 |
| 芬蘭 | 100 | 100 | 90 |
| 法國 | 99 | 98 | 92 |
| 西德 | 92 | 92 | 97 |
| 希臘 | 100 | 100 | 90 |
| 冰島 | 100 | 100 | — |
| 愛爾蘭 | 100 | 37 | 95 |
| 義大利 | 100 | 100 | 99 |
| 盧森堡 | 100 | 100 | 95 |
| 荷蘭 | 77 | 72 | 80 |
| 挪威 | 100 | 100 | 100 |
| 葡萄牙 | 100 | 100 | 100 |
| 西班牙 | 98 | 97 | 84 |
| 瑞典 | 100 | 100 | 100 |
| 瑞士 | 98 | 98 | 100 |
| 英國 | 100 | 100 | 99 |
| 美國 | 40 | 25 | 53 |

OECD 1989年統計資料，有些國家沒有明確數字，只能用有限資料推估。

表二：一九八七年美國與歐洲各國平均每位國民的醫療支出及嬰兒死亡率及週產期死亡率。

| 國家 | 平均每位國民的醫療支出 (美金) | 嬰兒死亡率 (每百位生產的比率) | 週產期死亡率 |
|-----|---------------------|---------------------|--------|
| 美國 | 2051 | 1.04 | 1.0 |
| 冰島 | 1241 | 0.54 | 0.8 |
| 瑞典 | 1233 | 0.59 | 0.7 |
| 瑞士 | 1225 | 0.68 | 0.8 |
| 挪威 | 1149 | 0.78 | 0.8 |
| 法國 | 1105 | 0.80 | — |
| 西德 | 1093 | 0.87 | — |
| 盧森堡 | 1050 | 0.80 | 0.7 |
| 荷蘭 | 1041 | 0.64 | 1.0 |
| 奧地利 | 982 | 1.03 | 0.9 |
| 芬蘭 | 949 | 0.58 | 0.6 |
| 比利時 | 879 | 0.97 | — |
| 義大利 | 841 | 1.01 | — |
| 丹麥 | 792 | 0.82 | 0.8 |
| 英國 | 758 | 0.95 | — |
| 愛爾蘭 | 561 | 0.87 | — |
| 西班牙 | 521 | 0.87 | — |
| 葡萄牙 | 386 | 1.59 | 1.8 |
| 希臘 | 337 | 1.22 | 1.5 |

OECD 1989年統計資料

美國每年花在醫療的支出，不管是佔GNP或GDP的比率，或以平均每位國民為單位來計算，都是世界最高的，但其嬰兒死亡率及週產期死亡率卻未有相應的改善。



更好但感覺更差」，美國每年花在醫療的支出，不管是佔GNP或CDP的比率，或以平均每位國民為單位來計算，都是世界最高的；但是其嬰兒死亡率及週產期死亡率卻未有相應的改善。「健康」的測量是很困難的，還有很多影響因是非醫療照護制度所能控制的；不過世界衛生組織及各國的學者專家仍然同意「嬰兒死亡率」是健康狀態的最敏感又有用的指標，嬰兒死亡率不僅反映嬰兒健康更反映出全體人口及社經生活環境的水平。

讀者腦中可能會問道：歐洲國家大多採用普及性及整體性公共健康保險（由國家支付），而且較重視預防醫學及基層醫療，所以可以得到較高的健康水平；但是為什麼醫療費用的

支出卻又遠比美國低呢？這是下一部份要介紹的內容。

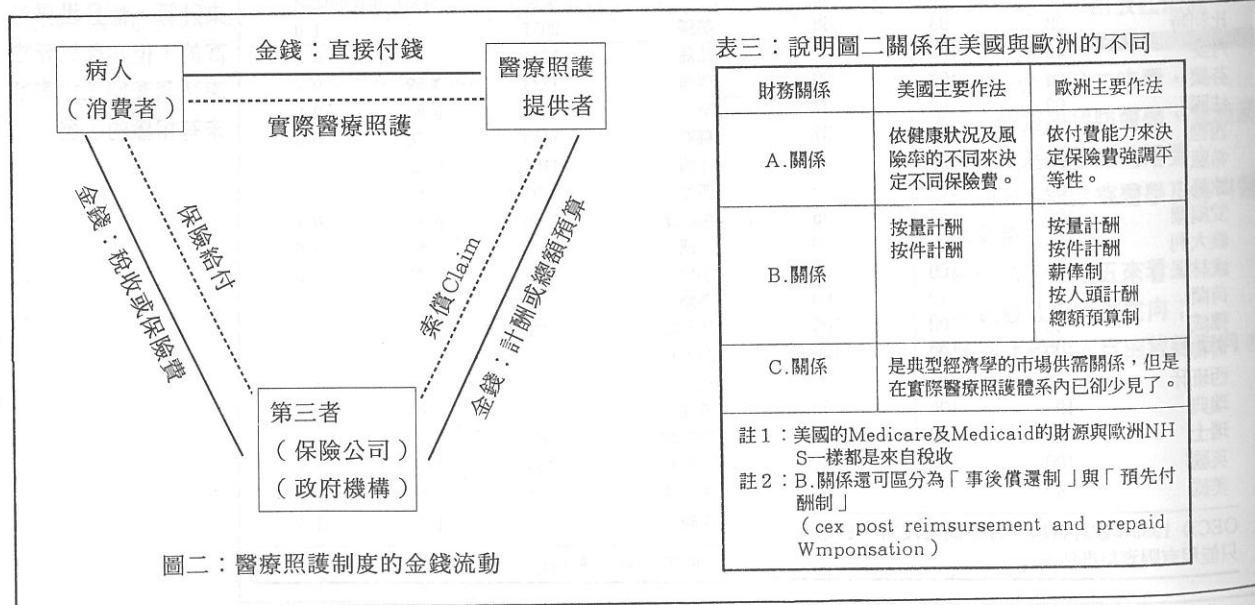
總體策略 V.S. 個體策略

為了方便比較，我們將醫療照護體系的服務面delivery與財務關係以圖二表示並以表三說明之：

歐洲各國在控制醫療照護體系的財務策略特色是「地方自治」（regionalization）及「總額預算制」（global budgets）。不管是實施「國民健康服務」（National Health Service, NHS即公醫制）或「社會健康保險」，地方政府都擔任很重要的規劃、執行與監督角色。有些國家的地方政府要同時負責財源及提供醫

療照護責任；有些國家則由中央編列固定預算給地方政府，如何分配則由提供者（醫師公會，醫院協會）與第三者（地方政府或保險機構）彼此協調。由於地區化，方便各地方政府針對該地方的特殊需要，決定醫療與其他預算（如教育、交通等）分配。由於醫療預算已事先固定了，醫院及醫師們只能在有限資源中作最適（optimal）分配，我們因此可看到歐洲醫學教科書上的許多疾病治療處理方式都與美國有很大差別。

大部份美國學者都同意「醫療市場」不宜採用「自由競爭」，因為醫療市場與經濟學教科書上的「自由市場」有很大的不同，所以政府也作了相當多的干預，以防止醫療費用的持



表三：說明圖二關係在美國與歐洲的不同

| 財務關係 | 美國主要作法 | 歐洲主要作法 |
|-------|----------------------------------|---------------------------------------|
| A. 關係 | 依健康狀況及風險率的不同來決定不同保險費。 | 依付費能力來決定保險費強調平等性。 |
| B. 關係 | 按量計酬 按件計酬 | 按量計酬 按件計酬 薪俸制 按人頭計酬 總額預算制 |
| C. 關係 | 是典型經濟學的市場供需關係，但是在實際醫療照護體系內已卻少見了。 | |

註1：美國的Medicare及Medicaid的財源與歐洲NHS一樣都是來自稅收
 註2：B. 關係還可區分為「事後償還制」與「預先付酬制」（cex post reimbursement and prepaid Wmpensation）

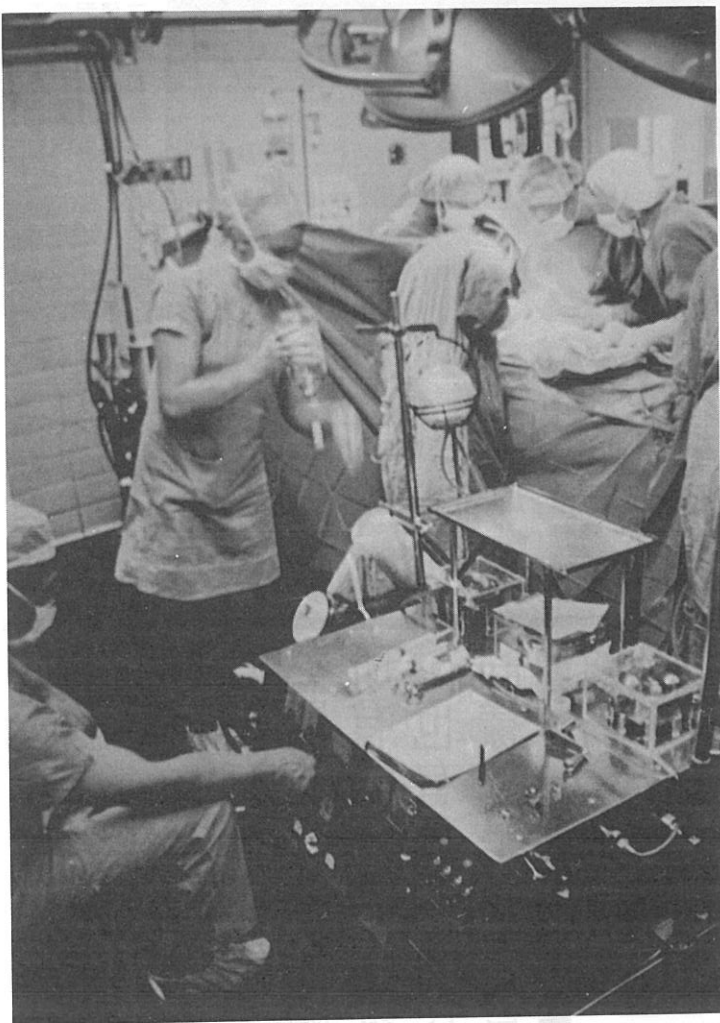
在長期資訊的貧乏扭曲下，台灣民衆常以為美國的醫療照護制度是最好的制度。

續上升。但是大部份的策略還是個體措施，希望利用經濟學上的激勵作法（incentive），分別對供需雙方分別採取不同策略，不像歐洲國家以中央政府或地方政府作總體規劃。

未來的趨勢

前面曾經提到醫療市場不同於其他市場，如消費是不愉快經驗、消費者訊息不全、提供者可以決定需求等差異，於是對於品質的維護及醫療費用的節制，只能經由政府的介入，這個趨勢連美國也不例外。再加上最近幾年美國提出的HMO、DRG及MTA（醫療科技評估）措施，也都有朝向預防醫學、預先定額制的傾向。所以有些學者提出「趨同理論」（convergent theory），主張美國與歐洲會逐漸趨向相同的醫療照護制度。

筆者並不否認美國與歐洲未來可能發展成相同的制度，但是對於大部份趨同理論學者的推論理由卻不表苟同。因為他們大多未將醫療照護制度的比較分析置於更大的政治、經濟、社會、文化及歷史脈絡中分析。美國的意識型態重視個人責任、自由選擇及多元政治；歐洲的傳統非常重視平等、大眾及中央規劃，有怎麼樣的歷史脈絡（林）就會有怎麼樣的醫療照護制度（樹），雖然歷史是由人創造的，但人也受制於環境結構中。美國與歐洲的差異，恐怕還會存在好一



段時間吧！

編按：原載於民國79年1月中國論壇

《參考資料》

1. 呂宗學譯《馬克思主義看醫療保健》，台北：南方出版社，民七十七年。
2. Davis, K (1989) "National health insurance: A proposal." *American Economic Review* 79(4): 349-352.
3. Jonsson, Bengt (1989) "What can Americans learn from Europeans?" (Mimeo).
4. Kleczkowski, B. M, Roemer, M. I. and Van Der Werff, A (1984) *National Health System and Their Reorientation toward Health for All*, WHO publication.
5. Reinhardt, Uwe E. (1989) "The U. S. health care financing and delivery system: Its experience and lessons for other nations". (Draft)

爲什麼 美國沒有公醫制 也沒有全民健保？

□□□□宗學

各種理論來解釋。是一「異例」？本文將爲此提出制。爲什麼？而台灣經驗是否又既沒有公醫制，也沒有全民健保整體的公共保險制。唯獨美國，所有的OECD國家都是實施全民及，也有類似的民主政治傳統，但同樣都是西方資本主義工業國家

前言

筆者在《中國論壇》第三四四期曾撰文介紹過美國與歐洲醫療照護制度的差異，筆者僅作簡單描述性地介紹，並未嘗試解釋為什麼會有這些差異。這現象引起許多西方學者的興趣，二十多年來，一直有許多期刊論文嘗試回答下面兩個問題：為什麼同是西方資本主義工業國家，也有類似的民主政治傳統，卻會出現不同的醫療照護組織型態及財務機轉？更有趣的現象是：所有OECD國家都是實施全民的（Universal）及整體的（Comprehensive）的公共保險或公醫制。唯獨美國，公共保險只照顧百分之二十五至四十的人口，其他都得自行投保私人保險。美國至今仍有百分之十五的人口未享有適當的保險，國民所得如此高的美國，為什麼仍有三千七百萬的「健康貧民」呢？

許多經濟學者、政治學者及社會學者都提出不同的理論來解釋前述的現象，本文將分別介紹之。雖然本文是針對西方國家的醫療照護制度作討論，但是所面對的理論解釋模型的爭議性，卻是所有社會科學研究者在嘗試解釋社會政經社會現象時都得面對的，所以筆者進一步用歷史社會學的觀點，將Navarro的論點再延伸。最後再來看看台灣經驗，是否又是一「異例」？

美國之所以沒有公醫制或全民健康保險，是因為美國勞工階級意識弱，而且又沒什麼代表勞工的政黨。



論點一：公眾選擇理論

許多著名的醫療經濟學者，如V. Fuchs, E. Ginzberg, R. G. Evans, R. Fein等，都認為造成今天各國醫療照護組織型態與財務機轉的不同，是各國民眾的價值觀，透過市場消費及政治表達所造成，也就是民意所趨（popular mandatory）。

公眾選擇理論（popular choice theory）在理論及經驗研究上，都遭到很多的攻擊與爭議。該理論的前提有三：（一）民眾的價值與選擇可以真實地產生政經力量；（二）目前存在的政治制度及機構是真實地代表民意；（三）公共政策是忠實的民意反映。我們都知道公共政策的形成，是政治競技場不同利益團體較力下的產物，很多時候只是代表少數又有力團體的意見。政府機構也常因組織及權力的因素，並不能完全自主地執行某些政策。至於民眾的價值觀，也常常是有力量團體長期控制媒體及教育機構，反覆塑造下的產物。

就算這三個理論都成立，從經驗研究的民意調查也顯示，仍然有很高比例民眾希望政府實施全民健保或公醫制，這方面的爭論可參考資料①。

論點二：權力團體理論

持權力團體理論（power group theory）的學者大多是政治學者或社

會學者，如T. Marmor, O. Anderson, P. Starr等。他們看到前一理論的局限，而主張實際政策的形成與執行，是受到少數有力量有影響力的團體（如醫師公會、醫院協會、保險公司、學術研究機構）所造成。

可是這個理論仍然不能解釋為什麼美國與歐洲會不同，歐洲也同樣有這些利益衝突的團體。此外這些學者的研究，只針對枱面上的團體較力，大多未提及枱面下的黑箱運作。

論點三：殊途同歸理論

主張殊途同歸理論（Convergence Theory）的學者較重視歐洲各國與美國的相似性而非相異性，例如老年人口的比率、投資到醫療保健的預算會達到飽和點。主張各先進工業國家未來在醫療照護政策（尤其是節制費用上漲上）會走相同的路線與作法。

論點四：階級抗爭理論

此派的論點是：醫療照護體系（樹）的分析，應置於更大的政經社會體系脈絡（林）中來分析才有意義，而且還應考慮「階級」作為分析變項。根據這派理論的說法：西方工業國之所以會出現不同的醫療照護體系，是勞工階級與資本家階級抗爭的結果；勞工運動的力量愈強（經濟上的表現是工會、政治上的表現是工黨或社會主義政黨），醫療照護體系愈社會化（註①）。美國之所以沒有公醫

制或全民健康保險，是因為美國的勞工階級意識弱，沒有歐洲勞工Solidarity的傳統，而且又無代表勞工的政黨（註②）。一九三〇年代羅斯福的「新政」（New Deal），是美國勞工力量最強的時代，所以通過很多社會福利政策，國民保健服務（National Health Service）也是當時的重要議題，後來因為二次大戰才未實施。戰後的麥卡錫主義，使得社會主義力量遭到壓迫，Taft Hartley法案的通過，更使工會的力量分散（註③）。因此有關國民保健服務的聲音一直很弱。

歷史社會學的因果解釋

階級抗爭理論的學者，如V. Navarro以歷史社會學的觀點來分析本文一開始提出來的兩個問題（註⑤），以下部份將介紹歷史社會學的分析法（註④）。

Barrington Moore的《專制與民主的社會起源》可算是歷史社會學的重要經典，他想要回答的問題是：為什麼有些背景相似的國家，會出現不同的政體；為什麼有些背景不同的國家，卻又出現相似的政體。他研究民主政體的國家（英、法、美、印度）、法西斯主義政體國家（德、日）及共產極權主義國家（蘇、中國），看各有那些因素造成不同的政體。這種研究取向啟發了許多學者，如T. Skocpol, C. Tilly, J. Goldstone等

，都以類似的方法進行了許多著名的研究。

歷史社會學的研究可以有不同的取向：一是用一套模式（Model）來解釋歷史，某個程度上希望找到法則；二是以概念來解釋歷史；三則嘗試分析歷史中的因果解釋，並作假說的驗證或否證，例如Moore的研究。

歷史社會學的因素解釋分析，最常用J.S. Mill的「類同法」(Method of Agreement)及「差異法」(Method of Difference)。以下就以醫療照護體系為例說明：

首先以類同法來看歐洲各國，成立社會保險制度時，各國的工業化程度、國民所得、人口組成、地理環境等都不一定相同，但是卻有一個相同的特徵，就是那時的社會主義政黨及

同業工會聯盟的力量都很強。而社會主義的主張，一向很重視「普及性」(Universalism)、「平等」(Egalitarianism)及由國家來負責規劃及財務，參見表一：

而歐洲各國公醫制及全民健康保險的實施，也大多在二次大戰後，五〇年代末、六〇年代及七〇年代初期，社會主義政黨執政時建立的。Navarro接著再以八個指標（註⑤）來看不同國家在不同時期勞工階級力量的消長，相應解釋不同國家醫療照護制度社會化程度之不同。而美國與歐洲的差異，也剛好在沒有一個社會主義的政黨。

Navarro也對一些主流的論點提出否證。一般認為是工業化及都市化成熟到某一程度，產生很多勞工問題

及社會問題後，才有社會安全法及社會保險的出現。如果這個假說成立，最先工業化的英國及比利時，應該最先實施社會保險。可是我們從表一中看到，這兩國很晚才實施。反而是工業化很晚出現的德國，因為社會民主黨（SPD）及勞工力量太強，再加上一八七一年巴黎公社（Paris Commune）的刺激，俾斯麥為安撫勞工的抗爭，才進行社會保險，參考資料③。

當然了，造成每個國家實施公醫制或全民健保的因素很多，各國都有特殊的時空歷史文化背景。筆者之所以對Navarro的論點著墨較多，主要是因為這種觀點是較少被介紹的。至於歷史社會學的因果解釋分析，仍有許多方法學的爭議，參考資料②，筆者不再多言。

表一：第一次社會主義政黨、主要同業工會及社會保險計劃成立的時間

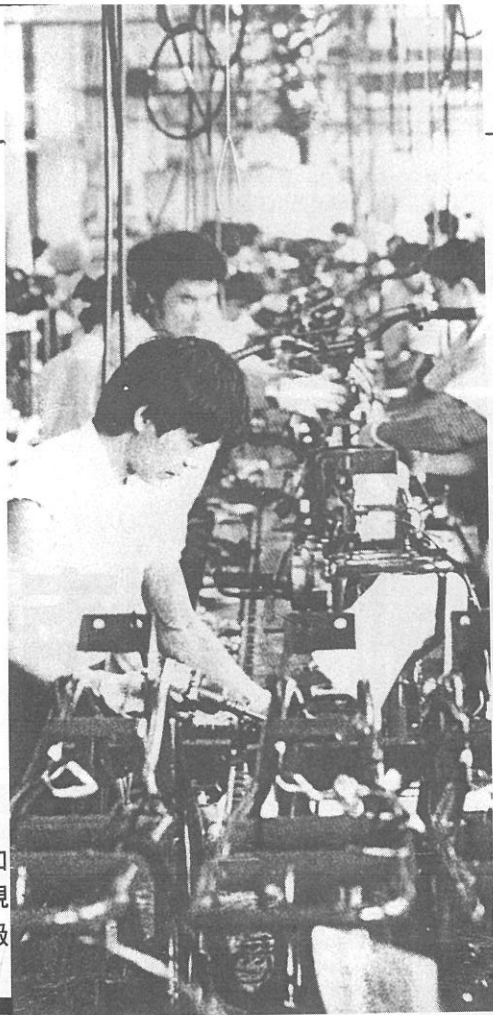
| | 社會主義政黨 | 同業工會聯盟 | 社會保險計劃 |
|-----|---------|--------|--------|
| 德國 | 1875 | 1868 | 1883 |
| 奧地利 | 1888-89 | 1893 | 1888 |
| 丹麥 | 1878 | 1898 | 1891 |
| 挪威 | 1887 | 1877 | 1894 |
| 法國 | 1905 | 1895 | 1898 |
| 比利時 | 1889 | 1910 | 1900 |
| 荷蘭 | 1894 | 1905 | 1901 |
| 英國 | 1900 | 1868 | 1908 |
| 瑞士 | 1888 | 1880 | 1911 |
| 瑞典 | 1889 | 1898 | 1913 |
| 義大利 | 1892 | 1906 | 1914 |

參考資料⑤ p.892

歐洲各國公醫制及全民健康保險的實施，大多在二次大戰後，五〇年代末、六〇年代及七〇年代初期，社會主義政黨執政時建立的。

台灣經驗是否又是異例

不少依賴理論學者常說台灣發展經驗是個「異例」，是否台灣的醫療照護體系發展又是前述四種理論的異例？原本政府希望在民國八十九年實施全民健康保險，後來又因為「政治因素」而提前到八十四年，究竟是民意所趨呢？還是權力團體使然？奇怪的是，全世界各國反對全民健康保險最力的醫師公會、醫院協會及私人保險公司，在台灣好像也沒什麼異議。台灣目前老人佔總人口比例及醫療支



台灣的工會和
勞工意識表現
，不符合階級
抗爭理論？

出佔GDP的比例，也都離歐美國一段距離，趨同理論似乎也解釋不通。台灣的工會及勞工意識表現，更不符合階級抗爭理論。為什麼台灣會實施全民健康保險？最後採用的組織型態及財務機轉，又是那些因素使然呢？讓我們一起來玩這解謎遊戲吧！

編按：原載於民國79年3月中國論壇

《附註》

註一：社會主義政黨強調「社會化」(socialization) 的理念，主要是針對經濟生產。因為目前大部份的生產都是工人一起分工勞動才能完成產品，這個成果應該是大家共享的。所以主張生產工具公有化，利潤的分配差距不可太大。同理對健康的看法是：造成健康與不健康的因素很多，而且大多是個人不能控制的，所以應由國家或集體互助來照顧。

註二：美國的民主黨，原本是比較傾向弱勢團體及勞工階級，共和黨較傾向資本案。可是近十多年來，兩黨的階級差異或意識型態差異愈來愈不明顯了。

註三：Taft-Hartley法案規定不同產業的同業工會，不得支援彼此的抗爭活動。工會被打散成零星的同業工會，分別與保險公司洽商，談判能力自然較弱，而且商業健康保險的保費是依薪水、工作危險性、個人過去健康情形來決定，結果造成許多真正

需要保險的手操作勞工 (manual labour)，反而付不起保費。

註四：有關歷史社會學分析的許多資料，大多得自胡克威先生，特表誌謝。若有說明錯誤的地方，筆者自負文責。

註五：Navarro用的八個指標是：勞動力工會化程度、工會組織型態、勞工運動的一致性、勞工運動與政黨的有連結程度、勞工階級政治分裂情形、勞工階級政黨贏得選舉席次、勞工階級與其他階層的聯合程度、資本案階級的力量及聯合程度。

《參書書目》

1. 呂宗學譯，〈馬克思主義看醫療保

健〉，台北：南方出版社，民77年，頁一七三—二〇八。

2. Beer, Samuel H. (1963) "Causal explanation and imaginative re-enactment." *History and Theory* 3(1): 6-29.
3. Light, Donald W (1986) *Political Values and Health Care: The German Experience*. Massachusetts: MIT Press.
4. Moore, Barrington Jr. (1966) *Social Origins of Dictatorship and Democracy* Boston: Beacon Press.
5. Navarro, Vicente (1989) "Why Some Countries have National Health Insurance, Others have National Health Services, and the U. S. has Neither." *Soc. Sci. Med.* 28(9): 887-898.

專題作者小檔案

本篇專題乃由呂宗學學長近年來所發表關於比較醫療保健制度的文字所輯節而成。

呂宗學 私立中山醫學院醫學系68級，75年畢業
台大公共衛生研究所79年畢業
目前為本校公共衛生系兼任講師
附設醫院家庭醫學科醫師