



# 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終好的嗎？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，台灣民眾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）。

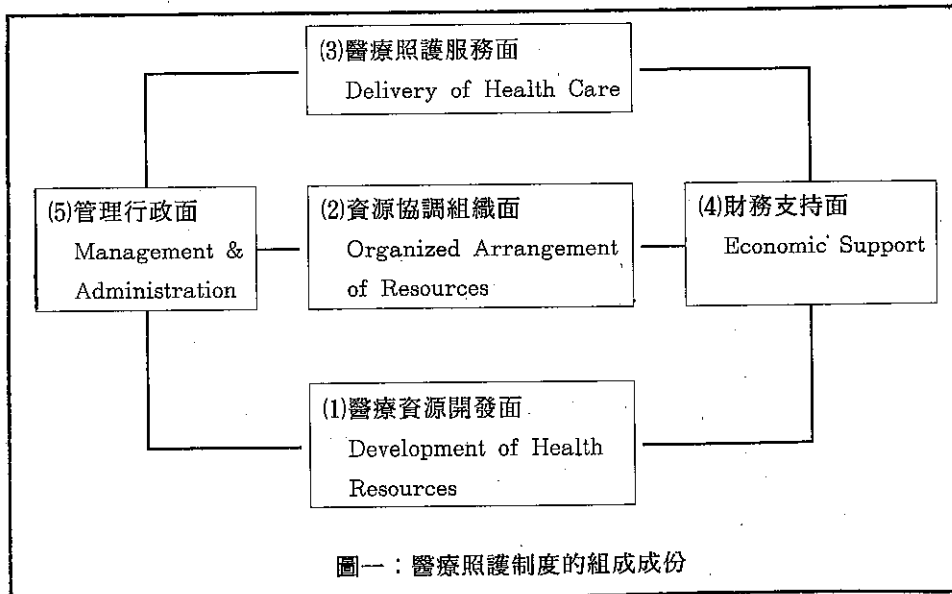
成分三：醫療照護服務面，包括

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。

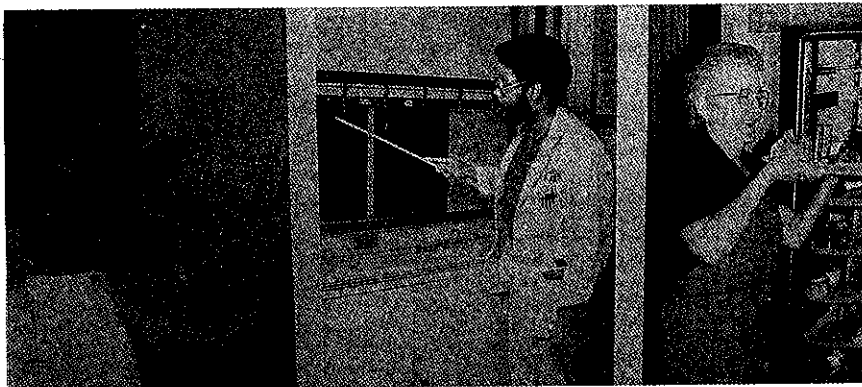
從成分一及成分三來看，歐洲比較重視預防醫學、重視家庭醫師及基層醫療的培養；美國則較重視治療醫學及專科醫師的角色。再從成分二、四及五來看，歐洲比較政府計畫取向；美國則比較私人自由放任取向。



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人 (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。

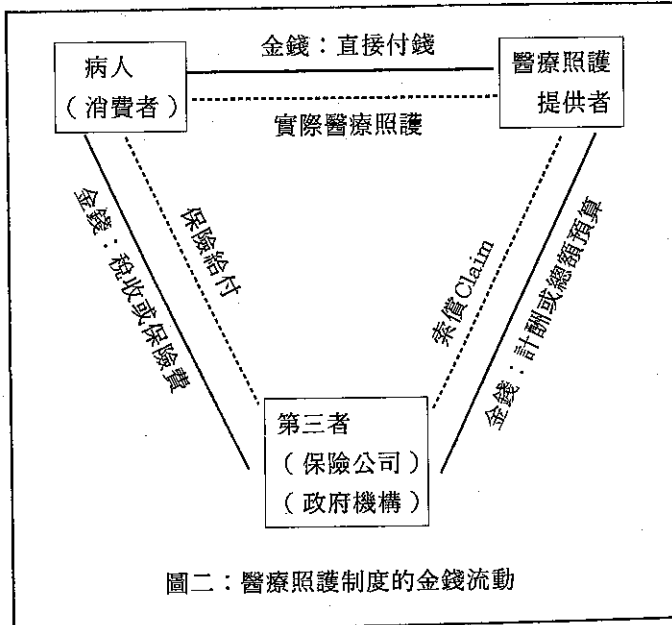
## 總體策略 V.S. 個體策略

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



圖二：醫療照護制度的金錢流動

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」 (ex post reimbursement and prepaid Wmpensation)		

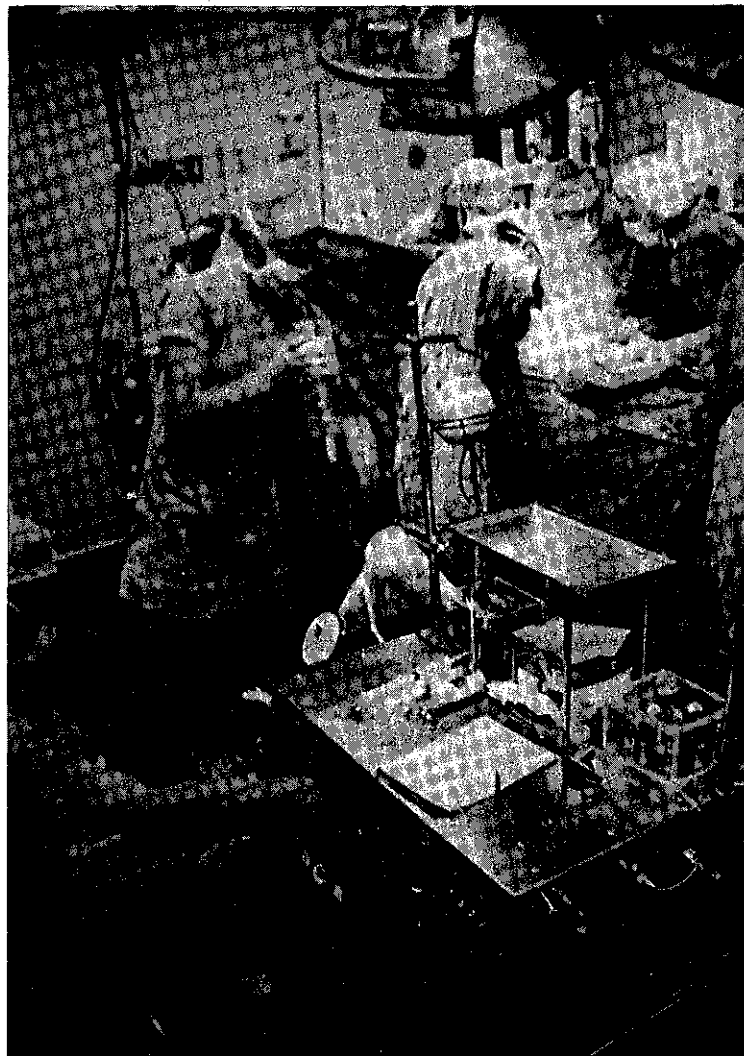
在長期資訊的貧乏扭曲下，台灣民衆常以為美國的醫療照護制度是最好的制度。

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 Werdt, 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)