

《人文及社會科學集刊》

第七卷第二期(84/9), pp.109-145

◎ 中央研究院中山人文社會科學研究所

# 建華屋於磐石上： 論全民健保應有社會基礎

陳孝平\*

---

\* 國立中正大學社會福利研究所副教授  
(收稿日期：1994年10月21日；接受刊登日期：1995年4月17日)

## 摘要

現行全民健保法在立法的過程中爭議橫生，其根本的問題在於其因時空倒錯的性質，致與目前業已丕變的社會基礎脫節：當臺灣的社會已遠離戒嚴體制時，全民健保的哲學思維及制度設計仍未擺脫威權政府的窠臼。本文採用「社區」、「市場」、「國家」及民間自主性之「組合」作為構成一個社會秩序的基本典範，利用這些典範在各個社會中互相穿透的樣態，說明一個健保體系如何在以「組合主義」、「多元主義」及「雙元主義」為主要構成原理的社會中，與社會的背景相適應。

在論述我國現行健保體制在後儒教社會中的困境之後，本文嘗試探索臺灣社會秩序的新典範，評估在解除戒嚴，「國家」角色淡出，因而無力承擔大一統的全民健保責任時，「社區」、「市場」、「組合」是否有能力承接此任務。

本文主要的結論在於：一個健保體制必須與其社會背景相適應。當我國社會正處於劇烈變動，在許多面向甚至與過去產生斷裂時，對我國社會秩序新典範的探索乃為建立全民健保體系的當務之急。

## 大綱

- 一、引言
- 二、分析架構
- 三、三種模式
- 四、大一統健保體制在後儒教社會的困境
- 五、臺灣社會秩序新典範及與其相適應健保模式之探索
- 六、結語

## 一、引言

健康照護體系，放在政治經濟學的透視角度之下，可分為與其所屬社會相適應與不相適應兩種。若一健康照護體系因諸如下述的原因，使該健康照護體系對該社會的健全性產生巨大壓力，致妨礙政體安定、製造社會不安、斲喪經濟活力等，因而使該健康照護體系的根本改革不可避免，是為「非適應型」健康照護體系；反之則為「適應型」健康照護體系。這些給社會帶來壓力的原因可能是：因醫療保健耗用資源過鉅，使一經濟體無法承受負擔；或因其費用之分攤，造成羣體之間無法承受之所得分配結果；或其醫療服務可進性有嚴重不均，明顯違反社會公義；或其醫療資源水平分配過度偏頗，造成地區間差距過大；或其決策權力的樣態不能反映各權力中心的實力比例或不能反映公意，致決策不具正當性；或健康照護體制本身與政治運作規範、生產關係、利益協調模式互相扞格等。

健康照護體系可能是由社會中自然形成的，或經由國家的干預而形成。在前一種情況，儘管健康照護體系自然形成，但也可能因為各種制約機制的失敗，以致無法與該社會相適應，因而必須改革。在哲學思想上信仰個人主義，經濟體制上崇尚自由放任，憲法設計上防範政府專權的傳統之下(DeSario and Ritvo, 1989)，美國政府干預健康照護體系的合法性很低。過去數十年美國政府對其健康照護體系雖在管制與放任的兩端之間反覆擺盪，但政策效果往往聊勝於無(Eby and Cohodes, 1985)，所以美國的健康照護體系基本上可以說是社會力的產物。然而，由於醫療保健服務市場機能的失靈(經濟制約機制的失敗)(Arrow, 1963)，醫療糾紛導致大量訴訟(社會制約機制的失敗)(Danzon, 1985)，以及利益團體的強力運作(政治制約機制的失敗)(Starr, 1982)，使美國的健康照護體系陷於「高費用，低保障」的沈疴，以致98%的美國人都認為其健康照護體系應有根本的改革(Blendon and Donelan, 1990)。

相對的，由國家干預而成立的健康照護體系卻未必不能與其社會相適應。這方面日本提供了一個對照。日本在明治維新期間，採「醫

療學德國」的政策，有意識地建立其健康照護體系。基於對福利國家意識型態的差異，社會福利學者之間對日本健康照護體系的評價並不一致，但日本的健康照護體系能與其生產結構相結合，平均每人醫療費用在OECD國家僅處於中等水準(Schieber, et al., 1991)，公共衛生指標也堪稱良好(Iglehart, 1988a, 1988b)。雖有部份分擔較高，住院天數特長，各項保險方案不平等的問題，但並未對日本社會造成明顯的壓力，更不致造成社會的失衡。

因此，一個健康照護體系或自然形成，或由國家介入而形成，未必與其對社會的適應性有關。但若規劃健康照護體系的政府精英，忽略健康照護體系應與社會相適應的命題，將「健康保險」作為孤立於社會其它面向的事務，且未充份吸納國人意見，決策由上而下，因健保制度不具社會基礎，則造成一個與社會扞格不入的健康照護體系卻似乎有其必然性。

在本文中，以全民健保是否具有社會基礎，來解釋一個健保體制是否與其社會相適應。「社會」一詞，可以指包含以一羣人為對象的所有非屬個體的一切制度結構、價值系統、文化傳統等，也可以指相對於「國家」、不受國家機器直接宰制，而由「私部門」運作的(廣義)「社會」的一部份。本文在陳述一健保體制是否具有社會基礎時，「社會」一語，係使用前一定義，亦即：若欲使一個健保體制具有社會基礎，則其設計必須考慮該社會中的文化背景、價值偏好、政治制度、經濟結構、生產關係等，並以植基於該等社會背景所產生的「運作規範(modus operandi)」作為健保運作的依據。至於在提及與「國家」相對之「社會」時，則傾向使用「民間社會」一詞，以資區別。

全民健保法經七年規劃，數個月的民間熱烈討論，十數次朝野協商及兩度徹夜審議，終於在83年7月19日凌晨一點經立法院完成三讀。但這是一個不完美的句點，其中影響最深遠的是，作為社會保險基礎的強制條款(草案第十二條)在三天前的二讀會中遭刪除；另外則增加了「本法實施滿兩年後，行政院應於半年內修正本法」(法第八十九條)的「日落條款」，彰顯了本法的過渡性質。日落條款原係

對搖擺於「公辦民營」與「公辦公營」之間的暫時性安排，兩年後承辦單位的屬性必將再度成為高度爭議性的議題。草案的修正，雖是由於許多利益團體角力的結果，但修正的本身，卻不能完全反映草案規劃期間，尤其是在立法院之前半年左右的時間裡，來自學界、醫界、工人團體、弱勢團體、甚至政府內部的爭議。這些爭議顯示國人對全民健保共識的缺乏。

現行全民健保法捨其個別制度之內的問題，在體制上，根本的問題在於因其時空倒錯的性質以致缺乏社會基礎(陳孝平，1994)。改革之道雖經緯萬端，但分析臺灣社會的屬性，並探索一個能與這個社會相適應的健保體制，應為未來健保改革的根本。但建立健康照護體系的社會基礎，恐非一、二學者所能竟其功，因為「社會」作為一個分析的對象實在是一個經緯萬端、錯綜複雜的客體，在本文的論述當中，所謂「社會基礎」，既是一個無所不包的概念，包含了國家、公民社會、國家與公民社會之間以及公民社會本身的建制等，在這樣的涵義之下，要剖析一個社會的屬性，並建立這些社會力與健保體系的關聯，自然是十分困難的。

本文將藉由 Streeck 和 Schmitter 所引介的四種社會秩序模型，作為將龐大無邊的「社會」納入本文可以處理的分析架構 (Streeck and Schmitter, 1985: 1-29)。分析架構之下另一個問題就是分析對象的選擇。基於對臺灣未來流向的蠡測，本文選擇了與三種政治經濟學的體制相適應的健康照護體系作為分析對象：以組合主義(corporatism)為骨幹的德國疾病基金制度、以多元主義(pluralism)為背景的美國市場型制度、以雙元體制(dualism)為基礎的日本「會社福利」之下的健保體系。

下節說明分析架構，然後以實例說明與多元主義、組合主義、雙元主義的社會條件相適應的健康照護體制。第四節說明現行全民健保法何以是時空錯置，隨後檢討我國解嚴之後可能的走向，作為探索未來健保體制的基礎。在簡單的結語中，以仍留在潘杜拉盒子裡面的「希望」，象徵全民健保的未來：須努力探索，但希望永存。

## 二、分析架構

醫療保健相較於其它社會保障的項目在各國之間具有頗大的歧異性。這些歧異性可歸諸於政治思想、政治體制、國家與社會的介面關係、歷史背景，甚至經濟地理等因素。殊異的因素催生殊異的健保體制，殊異的健保體制也以與此相適應之殊異之背景為基礎而獲得穩定的發展。

各國的健康照護體制既呈現明顯的歧異性，其體制的類型學(typology)便成為健康照護體制比較研究的重要方法。Anderson以對市場力量駕馭的大小，將若干民主國家的健保排列成一個市場指向量表，依健保體制中市場因素由小而大，得到英國、瑞典、加拿大、西歐(德、法)、澳洲、美國的順序(Anderson, 1989: Ch.1-2)；Field則以醫療資源的公、私有比率，醫療團體角色的活躍性，政治體制介入醫療服務的樣態等因素，將醫療保健體制分為自發型(emergent)、多元型(pluralistic)，如美國、瑞士；社會保險型(social insurance)，如日本、法國；國民保健服務型(national health service)，如英國；及社會主義型(socialized)，如前蘇聯等五種大類型(Field, 1989: 6-7)；Light以國家機器、專業團體與政治價值的交互影響為準則，將健保體制劃分為以國家為主導的專制模式(autocratic model)，以同業工會為主體的互助會模式(mutual-aid model)，以醫師團體佔優勢的專業模式(professional model)及以民間自主團體為主體的組合模式(corporatist model)四種類型(Light, 1986: 1-23)。

對於這些不同類型的健保的形成其解釋自然有許多的理論。本文所採用的分析架構是以維持一個社會的秩序的主要運作原理的模型為出發，而以在一個社會中最具顯著性的基本運作原理，以及各項原理之間互相穿透的程度及樣態，來描繪該社會的圖像，而後將一健康照護體系覆置於這樣的圖像之上，來顯示一個健保體制與該社會其它次系統之間的互動關係；以互動關係的良窳來分辨「適應型」與「非適應型」的健康照護體系，分析之所以適應與不適應之原因，以作為健康照護體系改革之參考。

Streeck 和 Schmitter 歸納了四個社會秩序的基本模型，分別以社區 (community)、市場 (market)、國家 (state) 及具有自主性的民間組合 (associations) 等概念來涵攝這些模型 (Streeck and Schmitter, 1985: 1-29)。其中社區是以自發性的同舟共濟 (spontaneous solidarity) 的精神為其運作原理的基礎，依賴社區各份子之間的尊敬及信賴，以共識的形成為決策的依據；市場則以離散式的競爭 (dispersed competition) 為運作原理，基於經濟理性，以利潤的競爭為動機來追求物質的滿足；國家則以層級式的管制 (hierarchical control) 為運作原理，由科層組織，藉法定授予的強制權力以達成包括資源有效及公平分配的目標；組合則以組合內及組合間的協調合作 (concertation) 為運作原理，由具有法定地位團體代表其成員，藉團體間的互信、互諒達成長期間互利的協議。

以上的描述，自然只是純粹型式，在這些模型適用的社會中，實際上各個社會的基礎總是建立在這些基本模型的混合。但一個社會的圖像仍可以這些純粹模型作參考座標而得以呈現。透過這樣的座標系統，亦可更進一步瞭解一個健保體制，分析其與社會中其它次系統的互動，並可預測在變遷的社會背景之中的動態演化過程。

基於一個社會中各種基本運作模式顯著性的不同，可以產生社會福利或健康照顧提供的若干種範例：由國家主導的社會，易產生根據集體主義 (collectivism) 的健保體制，例如加拿大的全民健保制度或以英國為代表命令與控制的國民保健服務；若以市場為主要的運作模式，而由國家規範市場運作的參數，則依據多元主義 (pluralism) 產生的健康照護制度較能配合；若以普遍性的組合為運作原理，立基於均質性的勞動市場，則可成德國式的組合主義健保；但若組合受到異質市場的切割，因而健保體制依經濟生產關係的樣態而呈現明顯區別的雙層結構，則可以成為雙元主義 (dualism) 之下，「分立而不平等」的健保體制，如日本；以社區為主體的健保體制，雖因醫療服務企業化的潮流而不易存在，但在鄉村地區、山地聚落等仍是一可以考慮的健保模式。

國民保健服務由於牽涉到醫療資源國有化的問題，就臺灣目前的

政治社會情勢而言，似乎是一個稍嫌遙遠的可能性；在財務安排上，我國現行的全民健保與加拿大的體制雖在精神上與實質上均有極大差異，但作為一公共管理(public administration)體制，兩者頗為相似。因此，根據探索我國未來全民健保的可能替代方案的目的，並蠡測我國社會未來可能的走向，本文將集中探討在多元主義、組合主義及雙元主義之下的健保體制。

### 三、三種模式

#### 1. 組合主義

現代意義的組合主義，作為一個理論，一般是以Philippe C. Schmitter發表於1974的“Still the Century of Corporatism?”首開其端(重印於Schmitter and Lehmburk, 1979)。但作為一種存在於歐洲各國協調利益衝突的政治及經濟的組成方式，則由來已久。在十九世紀下半在歐洲大陸所興起的組合主義思潮，可說是對「舊體制(ancien régime)」沒落的反應(Williamson, 1989: 25)：在工業化的發展業已初見成功，伴隨而來的(古典)自由主義體制次第發展之際，一些秉持「社會有機體論」的學者惟恐「舊秩序」(亦即建立於「共識」而非「放任市場」的社會)在工業化過程中渙散，因而提出來作為在工業化社會中重建社會秩序的思想。

在這樣的組合主義當中，個人的利益由其所屬的功能性團體所代表，這些功能性團體具有國家與個人之間中介者的角色：國家與功能性團體分享公權力，使具有法定地位及對會籍的獨佔權，以遂行部份原屬國家的職能；另一方面團體則以規範會員的行為作為向國家分享公權力的基礎。團體之間在平等、互惠的架構之下來談判、協商。政府則作為仲裁的角色站在第二線。

Stone對德國健保體制的詮釋，即是以健保與德國組合主義構造之間的關聯為核心。Stone認為德國社會係由一種有機的網絡所組成，有異於如美國社會所賴以組成的自由主義(Stone, 1980: 20)。這樣的網絡，就由為數衆多的組合所構成。在承保機構方面，以約1,100個疾病

基金作為骨幹。這些疾病基金具有受法律保障的自主地位，其管理階層則由付費者(如雇主及受雇人員)依其付費比率選舉代表組成(Ibid: 24-25)。在醫療提供者方面，主要由「保險醫師協會( Associations of Insurance Doctors, AIDs)」代表。在法律的規範下，疾病基金及AIDs分別組成層級性組織，就健保有關的事宜協商。政府除監督一般性協商外，在預見有導致不平等協商條件時，亦會刻意介入以營造公平的協商環境。例如將一州之內參與健保的醫師組成一個談判單位，同時亦將該州之內不同類別之疾病基金統一成與醫師團體談判的對手，使雙方力量約略相當(Stone, 1980: Ch.5)。這些使協商談判平穩進行的組織安排，長期以來之所以成為穩定之建制，與作為德國政治經濟思想的「社會市場」及歐洲國家經歷了工業革命以來的階級磨擦所產生的「同舟共濟(solidarity)」的社會價值觀有密切的關係。

德國的健保制度之所以成為組合的形式，從其起源來看，至少有一部份應歸於一時歷史的機緣。此因俾斯麥在建立社會保險之初，既以遏制左派勢力的滋長為要旨，為使工人對政府感恩戴德，原本擬以國家力量來辦理健保。但工人惟恐政府的介入將摧毀工人團體的自主性，且資本家亦不喜政府過度強勢，因而原來的行會醫療得以保存，新成立之醫療基金亦為勞、資共同承擔責任之自主性機構。這一套制度雖不為俾斯麥所喜(Ullmann, 1981)，但卻仍得以發展成以組合主義為基礎的健保模式。

德國自本世紀初以來，其工人運動並未取得重大的成功(Luebbert, 1991: 238-239; Dahrendorf, 1967: 172-187)，因此其社會主義民主並未如同北歐國家成為政治上的霸權(Luebbert, 1991: 267-272; Castles, 1978: 3-45)，但作為社會秩序的防禦機制，德國發展出「社會國家(social state)」的政治體制(Zapf, 1986: 132-138)，而在這樣的政治體制中以社會市場作為其政治經濟學的運作典範：政府不但有責任保障人民形式上的自由，而且有責任使人民不因生活資料之匱乏而致拘束(Zapf, 1986: 132)；工資係由談判而非由勞動市場的供需所決定(Luebbert, 1991: 2)；當自由競爭的市場法則失靈時，政府得予干預；依市場法則競爭失敗者，其基本生活亦應獲得保障(吳妙善譯，1992：56-57)。

德國健保體制中的協商談判原則，可說是社會市場精神的體現。

然而，在德國健保體制的發展過程當中，醫師與疾病基金的談判相互之間並非一直處於平等地位。在1883年之前，醫師固然是受雇於行會，此後，疾病基金也都能雇用個別醫師(Kirkman-Liff, 1990)，因此醫師事實上處於極為弱勢的地位。這種情況在希特勒時代發生基本的改變：希特勒一方面剝奪了疾病基金的自主性，一方面又使醫師得以組成醫師團體(Altenstetter, 1989)，而使得醫師取得了強勢的地位。戰後疾病基金雖然又恢復自主性，但因未組成階層性的高峯組織以團結力量，在談判中每易為醫師團體各個擊破。有鑑於此，德國在1977年的「醫療照護費用節制法(Health Care Cost Containment Act)」中才將疾病基金整合成談判時一致對外的團體，以強化其談判地位(Stone, 1980)。

規範疾病基金與醫師團體之間談判秩序的重要機制是「醫療照護協同行動(Concerted Action in Health Care)」的設立。秉持著德國國事共議的精神，在1970年代就醫療照護的領域設立了由政府、中立學者及各利益團體代表組成的「協同行動」(Kirkman-Liff, 1990; Glaser, 1994)。當醫師及疾病基金兩造無法達成協議時，得由協同行動予以仲裁。在「協同行動」採取仲裁權之威脅下，談判大體上尚稱順利(Kirkman-Liff, 1990)。

「同舟共濟」精神的普及，使德國健保制度的運作順暢不少(Kirkman-Liff, 1991)。同舟共濟的概念雖不限於存在於德國，但德國將被保險人、承保機構、醫療團體放在互相依存的網絡中，卻使同舟共濟的精神得以制度化：被保險人在能力範圍內有納費的義務；承保機構有義務給予醫療機構及醫師必要的支付標準；醫療機構則有義務受承保機構的查核，並保證其以最有效率的方式提供服務(Kirkman-Liff, 1991)。

因此，德國的健保體制可說是建立在同舟共濟、社會市場與組合主義之上。在這種體制中，健保自是以組合的原理運作，國家則處於建立法制、授權、監督的角色。自主性的組合，一方面獲得國家的授權，一方面也必須約束所屬成員，以達成國家的目標。特別是具有專

業地位的醫師團體，尤必須顯示其在專業範圍之內的自律能力，如對其成員醫療倫理的監督，醫療執業準則的建立等。

然而，這一套制度，如Streeck所言，是建立在一個社會的成員因無法擺脫集體義務而產生「命運共同體(community of fate)」之上，而集體義務的強制性來自於社會疆界的固定，即資本、勞力不易輕易遷進或遷出(Streeck, 1992a, 1992b)。準此，歐洲邦聯(European Union)的組成，將打破德國社會疆界的固定性，因而威脅到依附在此建構社會之上的健保體制。

## 2. 多元主義

美國的社會在一些重要的面向可說是德國的對照：多元主義相對於組合主義，自由市場相對於社會市場，重視個人自由相對於重視社會秩序等，兩國的健保制度也有很大的差異。在這些差異當中，最醒目的是涵蓋全民健保方案的有無。由於美國是先進國家惟一沒有全民健保的國家，此一現象自然引人注目。美國傳統上尊重個人權利，崇尚自由經濟，信賴分權政體(DeSario and Ritvo, 1989: 164)，認為社會保險基本上違反美國傳統(Weller, 1986; Starr, 1982)。因此，相對於大多數歐洲國家，美利堅福利國的發展無疑是落後的。美國社會經歷了大蕭條的浩劫，但儘管這超大型的危機，產生了授予政府介入社會保險前所未有的天命(mandate)，再加上羅斯福總統個人的政治魅力與領袖氣質(Keeler, 1993)，卻只能推動以所得維持為目的的社會安全法，而全民健保卻迭經波折至今仍無法建立。

由於這樣的社會價值觀，在社會安全法的立法過程中，還是得藉著「創意性的模糊」(即強調其作為「保險」的性質，以掩飾社會保險中無可避免且必要的所得重分配)以爭取保守份子的支持(Derthick, 1979)，據該法建立起來的年金制度，也秉持著最低保障及「給付(benefits)」與「捐輸(contribution)」之間形式上對等的原則。在醫療方面，雖經杜魯門總統終其任內為「全民」健保的奮鬥，但其結果只有在詹森的「大社會(The Great Society)」政策之下，產生了僅涵蓋老人，且給付極其有限的Medicare(Fein, 1986: 52-124)。

在關於美國全民健保立法失敗的檢討之中，總不會遺漏美國醫師公會的阻撓。在美國自由的多元主義之下，醫師早已在「獨立王國式執業(solo practice)」的哲學下的制度，在這種制度下，醫師得自由選擇療程，在論量計酬制(fee for service, FFS)之下自行定價(Enthoven, 1988)。而美國醫師公會既以保護醫師專業自主性為宗旨，自然反對政府干預醫療體系。

學者認為沒有代表勞工的政黨，因此美國勞動階級無法凝聚成推動全民健保的力量(Navarro, 1987, 1989)；參與工會工人的比例太小(Dreier and Bernard, 1993)，且法律(Taft-Hartley法案)禁止工會串聯罷工，亦使工會難以凝聚力量(Starr, 1982: 312-313；Navarro, 1987: 89-90)。基於有限政府及反英情緒所建構出來的憲法，基本上層層限制了美國政府的作為(Livingston, 1976)，使政府不能有效推動改革(Brown, 1992; Heidenheimer, et al., 1990: 67-70)。另外，Huntington對美國政治心理的論述，雖未直接指涉到健康照護的議題，但仍提供了一個解釋美國之所以至今仍無全民健保的集體心理背景。Huntington認為美利堅民族是一個只能以「價值」來自我認定的民族，離開了價值標準，美國人就不能以共同祖先、語言等來產生「民族自我認同性(national identity)」(Huntington, 1981: 23-30)，但美國人所認定的價值—自由、平等、民主、憲法主義—卻有自相矛盾之處(p.33)。這些矛盾放在全民健保中，尤其顯著。例如全民健保不管何種版本，勢必會增加政府的規模，抵觸小政府的信念；全民健保要增加稅收、干預醫病關係，自然有害自由。然而放任衆多人口處於無醫療保障，卻也違反了平等。美國人一方面不能不擁抱這些價值，但這整套價值與全民健保卻有內在的不相容性。美國半個多世紀以來全民健保的議題旋起旋滅，以致於到目前為止仍維持了一個「以自願(私人)部門為核心，而以公共部門為邊際」(Brown, 1992: 17-20)，從受保障人口而言分畛域(categorical)，從保險項目而言支離破碎(fragmented)的一個「非體制」(DeSario and Ritvo, 1989: 164)，馴至許多人「從夾縫中掉下來(falling through the cracks)」(Feder, et al., 1984)。

在這樣的制度下，私人健康保險自然占有重要地位：年齡逾65歲

者，絕大多數均可享有Medicare的給付；經濟極為困窘者，亦有可能透過聯邦與州政府合辦之Medicaid取得醫療。然65歲以下，而又不符合各州對Medicaid的資格規定者，則只能透過勞動市場，作為勞動實物給付的一部份，在雇主贊助下，在保險市場中購買醫療保單。

儘管有許多就業人口仍然沒有保險，但作為一項傳統，所謂「雇主責任(employer mandate)」，允為美國醫療制度的一大特色：作為雇用政策的一部份，雇主為員工分擔一部份的保費，或為員工安排羣體醫療，以助其取得醫療保障。事實上，美國大約有三分之二購有私人醫療保險的人口，其中絕大多數均係透過工作場所的安排購得(Feldstein, 1988: 135)。

關於美國這個以雇主責任觀念為基礎的私人健康保險制度，有兩個現象頗值觀察。其一是，由於醫療保險費用的支出是為勞動成本的一部份，為節約勞動成本，保持競爭力，雇主成為節制醫療費用的主要推動者之一，刺激醫療服務／保險市場力求創新，產生了林林總總通稱為「替代施予系統(alternative delivery systems)」，使美國幾乎成為各種醫療制度的實驗室，提供世界各國寶貴的經驗。其二是，在1970年代之後，美國經濟活力消退，因此「雇主責任」受到挑戰。特別是中、低收入的行業，員工已漸難從工作場所獲得醫療保險(Kronick, 1991)。雇主對員工醫療責任的放棄，加劇了缺乏醫療保險問題的嚴重性，使醫療改革成為人人關注的議題。

醫療改革雖然成為人人關注的議題，且在概念(而非具體政策)的層次，絕大多數美國人民也體會根本改革的必要性(Blendon and Donelan, 1990)，但數十年來，醫療制度的根本改革卻未成功。全民健保之所以較諸年金保險難以實現，根本的原因在於其所牽涉的利益衝突遠為複雜。而保健服務又具有高度的私人性：年金僅及於所得的移轉，但保健服務卻必須考量個人對其可進保健服務的品味；保健改革必須面對高度組織且極具實力的醫療人員團體及保險業者的杯葛，而年金這類問題相對較小。至於Medicare，則其成立除是作為贊成與反對全民健保兩大陣營妥協的產物之外，最主要的原因在於「人皆會老」因而共識較易達成，與涵蓋全民的健保方案自有不同。然而，由

於缺乏健康保險由原來作為「窮人」的問題駁假成為「中產階級」的問題，而在美國，除非一個問題成為「中產階級的問題」，否則即難以躍登全國性的議程(Rothman, 1993)。

訴求全民健保的力量戲劇性地展現在1991年秋天賓州聯邦參議員的補選選戰。該次選舉，共和黨籍的候選人，前聯邦總檢察長Dick Thornburgh在民意測驗中遙遙領先藉藉無名的民主黨候選人，原大學校長Harris Wofford。但Wofford以全民健保作為單一訴求議題，竟擊敗Thornburgh，跌破全國觀察家的眼鏡。體認到全民健保呼聲勢頭之健，次年總統選舉時柯林頓即以「提供大家負擔得起且永不被剝奪的全民健保」作為重要政見之一，逼使提倡「有限保障」的在任總統布希招架乏力。

柯林頓上任之後，自己掌握作為全國第一重大議題的經濟，而將第二重大議題的健保委由其夫人喜萊莉負責。總統夫人動員三百多名專家學者聚集在白宮地下室日以繼夜工作。由於美國醫師公會一直是阻撓美國實施全民健保的元凶，故喜萊莉刻意將其會員全數排除在全民健保的專案小組之外；為免工作小組的成員受到利益團體的干擾與關說，小組的名單一直諱莫如深。經半年多的努力，1992年10月間白宮終於向國會提出了長達一千三百多頁的「健康保障法草案」(US Government, 1993)。

該草案的理論基礎是為「管理式競爭」的概念(Enthoven, 1988)：政府作為中介者，安排大眾就若干項給付不等的保險方案中，依其經濟能力及健康需要選購。作為中介者的政府有責任尋求多樣化的供給者來提供醫療服務，並保證市場的競爭性。

柯林頓草案與現行美國醫療體制相較，最大的特點在於它的給付項目的周全性以及涵蓋人口的普及性，這也是各方對醫療改革以目標而言爭議最少的部份，後者也是柯林頓本人最為堅持的價值，他甚至揚言如國會送回的法案犧牲這一點，他將予以否決。但至於如何達成該目標就有衆多歧異的意見。

柯林頓保證全國不分男女老少在該法案下不但享有「不可被剝奪」的就醫權利(The White House, 1993a, 1993b)，而且其所享有的

給付內容足可媲美美國最大五百家企業的員工所享有的福利。由於加稅問題的敏感性，柯林頓政府仰賴現行公共醫療方案，即 Medicare 和 Medicaid 的節約來達成上述的目標。許多人懷疑這樣財務估算的可靠性 (Sheils and Lewin, 1994)。

這次的改革，以財務而言受影響最大的是小型企業的業主。美國三千七百萬沒有健康保險的人，大部份係小型企業的員工及其眷屬，現在則不論企業雇用人數的多寡均須一律為員工加保。在小型企業業主的游說之下，同屬民主黨，也是柯林頓健保強力支持者的密西根聯邦參議員 Dingell 已提案要將十名員工以下的企業排除在外，二十名以下的企業也可選擇性加保，如此就有將近三千萬人處於沒有保障的範圍 (The Boston Globe, 21 April, 1994)。

柯林頓的口號是以誘發市場機能作為改革的動力，但在草案的設計中，為間接達成控制費用的目的，也限制了保費的上漲速度。這樣的作法在其他國家已行之有年，但人為的限制價格與美國自由企業的精神大為牴觸，因此成為保守份子攻擊的重點。保守份子也懷疑草案中所設立的「國家保健理事會」和「地區保健聯盟」是否會擴大官僚體系的架構，而有違「小政府」的美國精神 (Enthoven and Singer, 1994)。

在草案中為了提供大眾選擇的權利，除責成保健聯盟必須提供若干項保險方案外，在服務提供方式上也必須使大眾有選擇：除選擇性有限制的「健康維護組織」及「較優服務組織」之外，必須提供至少一個選擇性不受限制的方案。但這樣的選擇與美國傳統上病人所享有的自由度相較，仍不為某些消費者團體接受。在另外一方面，醫事人員團體則認為設置超大型的地區保健聯盟作為一個醫療服務的專買機構，有違反反托辣斯法的嫌疑 (Block and Falk, 1994)。

擁有數萬名會員的美國公共衛生學會則站在公共衛生的立場，傾向於以加拿大模式為樣本的另一個方案。公衛學會認為公共衛生方面的主要關懷，如預防保健等，在加拿大模式的單一體制中比較有保障 (The American Public Health Association, 1994)。這一方案在參院中所受的支持很小，但在衆院中則有將近百位議員的支持，仍然是一股

不可忽視的力量。

柯林頓的健保方案，在1994年期中選舉之後，由於共和黨勢力大漲，掌握了參眾兩院，故可能已無法通過。但因其亦代表美國醫療體制的重大改革，吾人或不應以成敗論英雄。

在這樣的體制中，一個成熟的民間社會自然是不可缺少的，在這民間社會中又必須存在為各方認同的民主程序，用以整合建立在多元主義之下離散而衆多的利益團體。市場既是這個體制運作的原則，則必須有一個活潑的醫療服務市場，及一個商業技術成熟的私人健康保險市場，以提供「多而不雜」的健康保險項目，以供消費者選擇。為防不公平競爭，必須有一個防止壟斷的機制。

### 3. 雙元體制

日本的健保是一複式體制，若依其法源來分，有七大健保系統，除人數較少的「船員保險」及「日雇者保險」外，可分成三類：其一為「健康保險」，包括由大型企業本身之健保組合作為營運主體的「組合掌管健保」及政府為中、小型企業開辦的「政府掌管健保」；其二是以公務員、公營企業人員及公、私立學校、教職員為對象的「共濟組合」，由為數衆多的組合自行辦理包括醫療在內的保險；其三為「國民健康保險」，包括由市町村作為主體，主要包括退休人口及農民的部份，以及「國保組合」，主要包括自營作業者的部份(Kemporen, 1994)。

在這樣的制度下，「分立」固然是一大特徵，「不平等」更是難免的結果：最明顯的分別是「國保」的部份分擔為30%(農民及自營作業者)及20%(退休人口)，但其它兩大類健保的部份分擔僅為10%；大型企業的「會社組合掌管健保」相較於中、小企業的「政府掌管健保」，雖然部份分擔比例相同，雇主與員工合計的保費費率也相去不遠(前者平均8.3%，後者統一為8.2%)(Kemporen, 1994: 84-85)，但前者由雇主負擔的部份為4.7%，後者則為4.1%。但更大的差別在於大型企業及公營事業自行辦理的組合所有的附加給付，是為「政府掌管健保」所無的。因此總的說來，大型及公營事業的健保優於中、小型

企業者，而中、小型企業健保則又優於「國民健康保險」。

日本健保體制「分立而不平等」的性質係植根於其企業文化與雙元生產關係(Shalev, 1990; Eccleston, 1989: 29-87；比較Goldthorpe, 1984: 329-335)。日本是以「家(ie)」作為其社會組織的原型(Nakane, 1990: 216-222; Murakami, 1987: 35-38; Woodiwiss, 1992: 85-91；比較Masuda Foundation, 1992: 71-85)，而其所謂「家」，乃是「家業」傳承的單位，而未必與血緣有關(Nakane, 1990)。日本的企業本於這樣的傳統，接納凡是經由正規管道進用的人作為「自家人」，並予以照顧，因此產生了「會社福利」，相對的，員工也以犧牲對自己生涯的規劃為以企業作為終身奉獻的對象(Ben-Ari, 1990)。

「會社福利」既是建立在這樣的社會背景之下，對員工的照顧應無大、小企業的分別。但由於下面要述及的原因，「社會福利」卻呈現企業越大越完整，企業越小就越殘缺的現象。

緣日本的精英深知要使日本的經濟立足於世界，必須以政府積極介入的手段強力發展資本密集產業。所以即使在戰後勞力過剩的年代，政府仍然採取明顯偏向大企業的做法，政府不但直接提供國民儲蓄予大企業，而且鼓勵金融界對大企業採取極寬鬆的貸放措施；政府也從租稅減讓上給予大企業極大的優惠，遇有商務糾紛時亦每作對大企業有利之裁決(Eccleston, 1989, esp. 41-43)。

大企業對中小企業優勢的另一來源建立在其「轉包」的生產方式及「轉包」關係不能輕易改變的傳統上(Eccleston, 1989: 33-38；比較Goldthorpe, 1984, esp. 333-334)。在日本社會中不但個人不能輕易跳槽，而且長久以來在「學徒」與「本店」之間維持特定關係的文化下(Nakane, 1990: 220-221)，使承做轉包業務的中小企業無法輕易改變業務對象。轉包的關係既難以改變，大企業對與其往來的中小企業便擁有絕大的操控力量，而大企業也充份利用這種優勢，以優厚的待遇晉用優秀但少量的人才，維持一個基本產能。如景氣順暢，則從其轉包企業中取得足夠的產能，一旦景氣不況，則取消對轉包企業的訂單，但仍維持本身的生產。如此，大企業將大部份的經營風險轉嫁到中小企業頭上。大企業可在安穩環境中以「終身雇用」及優厚的「會社福

利」來吸引優秀人才，而小企業經常處於風雨飄搖當中，企業體本身的存續且成問題，遑論「會社福利」！因此，我們常聽到的所謂「終身雇用」云云，其實是大企業以中小企業為馬前卒的偏利共生的結果 (Eccleston, 1989: 61-69)。

這就是為甚麼日本大企業與小企業之間的健保可以如此「分立」且「不公平」：個別的大企業可自行為其員工提供健保，但中小企業則只能委託政府，由政府為其員工編織一張較遜的安全網。只要前述那一套生產關係存在，這一套健保體制就沒有改變的誘因。

在這雙元體制中，其前提是有一個雙元的就業市場，以Goldthorpe的語言來講是有一個「暴露於市場(exposed)」的生產領域與一個相對而言少受市場風暴考驗的生產領域(Goldthorpe, 1984: 329-335)。在這後者的領域之中，其運作的法則與組合體制可謂相近：政府與大企業之間要有穩定、多議題的關係，以羈縻大企業；大企業要對員工提供穩定的就業環境及經濟以外的功能，且員工要能以工作單位定位自己。自然，大企業要有相當的比例，且要有永續經營的條件；不管利益的分配如何偏頗，大企業與中小企業必須要有互利的共生關係。

在日本的這套健保體制，不難看到德國制度的影子。此緣「醫療學德國」本即是明治維新(1868-1912)西化政策重要的一環，而所學者不止醫學教育、醫療服務的施予，同時也引進了德國當時行會組合的健康保險組織型式(Leichter, 1979; Steslicke, 1982; Powell and Anesaki, 1990)。然而日本之健保與德國仍有些差異。如前文所述，德國在典型的組合主義架構之下，係由帶有法定地位的自主性疾病基金來辦理，政府原則上均處於第二線，但在日本健保制度中，由與疾病基金近似的健保組合所涵蓋的人口僅及於大型企業及公營企業人員(及眷屬)，至於其它則仍須由政府出面辦理。但政府在德日兩國健保體制中角色的大小就本文的目的而言尚屬次要的問題，日本制度最重要的意義在於如本節所述「企業文化」與「全民健保」之間關係對我們的啓示。

## 四、大一統健保體制在後儒教社會的困境

現行的全民健保，其實施的策略係以逐步擴大現有保險之保障對象，以達成全民皆健保的目標。承保體制則將健康保險從現有之諸社會保險項目中抽離，與地區性之團體共同納入一個單一系統，而成立中央健康保險局以承擔全民健保的業務。現行全民健保可說是以保健經濟學的觀點作為核心：以保險財務獨立為基礎，由大眾、雇主、政府「公平」分擔財務；以總額預算制度將醫療保健費用控制在國家總體資源的一定比率之下；以整合保險計劃以統一事權，俾減少弊端並提高效率；以高幅度的部份負擔來抑制道德危機引發的非效率性的需求；以轉診制度來提高醫療資源的使用效率（經建會，1990）。總之，其綱領即在藉制度的設計以落實保健經濟學中的「效率」與「公平」。

但放在近年來我國政治及社會快速變遷的透視角度之下，由中央統一規劃，並以政府為唯一經營主體的單一體制可謂逆勢操作。

臺灣社會在經過八十年代中期以來的衝擊，其政治、社會情勢演變之速，幾乎使臺灣與過去斷裂，而成為一個新社會。政治上的反對勢力雖在這些演變中帶有啟發及領頭的作用，但當抗議成為風氣，特別是戒嚴解除之後，各式各樣的抗爭活動便獲得自生的力量，一時風起雲湧，其範圍幾乎無所不包：消費者、環保、婦女、殘障、原住民、老兵、學生、工人、原為政府所不喜的教會支派等，均可借由幾無限制的議題走上街頭（Hsiao, 1992: 59-69）。澎湃的社會力一旦釋放，在極短幾年之間便使得以往描述臺灣社會的典範不但失去解釋力，並且由事後觀之，很可能成為歷史的反諷：所謂「黨國體制」（陳其南，1992：41-77；Jiang and Wu, 1992；Moody, 1991: 13-31），所謂「儒教社會」（Zeigler, 1988: 117-146；Pye, 1992: 12-16），所謂「威權體制」（Zeigler, 1988: 117-146；Winckler, 1992: 221-226）等均已受到重大的衝擊，而在未來很可能會根本消失。因此，這種以政府為經營主體的體制，在我國目前的情況下，所面對的質疑、困難與挑戰可能有（陳孝平，1994）：

1. 保險機構作為公營事業是否有損經濟效益的問題。
2. 在當前的開放政治情勢之下，政府是否有承擔全民健保成敗風險的韌性？
3. 在民間自主的要求逐日升高之際，政府作為全民健保主體的合法性是否會遭受挑戰？
4. 政府是否具有能力節制醫療費用的上漲？在醫療費用上漲時，政府是否有能力在各利益團體競逐利益之下執行旨在健全健保之政策？
5. 在強勢的立法部門制衡之下，由政府作為主體的保險制度是否會缺乏應有的彈性？

在現行健保法中，對分擔政府責任，降低政策風險，並提供民間社會參與的管道，主要是各層委員會的設計。例如設「監理委員會」，由政府、被保險人、雇主、醫事人員及專家組成，以「提供保險政策、法規之研究及諮詢」(第四條)；設「爭議審議委員會」，由政府、法界、醫藥及保險專家組成，以審議爭議事項(第五條)；設「醫療費用協定委員會」，其成員性質與監理委員會相似，作為在中、西醫師、牙醫、藥師等之間協定總額預算之分配(第四十八、四十九條)。這些委員會在大一統的根本架構之下，雖有部份與民間社會共同分享權力及共同承擔責任的作用，但因其代表性之有限及決策功能的闕如，所能發揮的功能頗值關切。

根據健保法的規定，監理委員會僅具有諮詢功能，決策權則仍在「中央衛生主管機關」。這樣的監理委員會之難以發揮積極功能，可從與美、德兩國類似機構的比較予以觀察。

在美國的社會保險體系當中，負財務健全的最終責任者是各方案的「保險基金董事會(Boards of Trustees for the Trust Funds)」，由財政部、勞工部、衛生暨人羣服務部(Department of Health and Human Services)的部長，及由總統提名經參議院同意而任命的兩名社會公正人士所組成，負責向總統及國會推薦旨在健全保險財務的各項政策(見美國社會安全法及其相關之修正案)。由於財務平衡乃屬社會保險的核心議題，故董事會所推薦之政策事實上涵蓋議題極廣。美國以此

獨立向總統及國會負責的董事會來避免決策角度狹隘的問題，並使之超然於衛生主管機關之外。

而在德國的全民健保體系當中，各利益團體藉「醫療照護協同行動(委員會)」達成共識之後，其下各地區醫療服務供、需雙方即在該共識之下據以談判。因協同行動委員會具有最後之裁決權，故對談判雙方具有絕大之影響力，使談判不致延宕時日，而傾向於如期做成共同可接受之結論。

與此相較，則我國現行的制度，顯然並未賦予全民健保理事會超然的地位，最終決策權仍操於衛生主管機關的手中，因而各方利益並未有充份且制度化的協調管道，其分攤政府政策負擔、容納民間社會參與、整合衝突利益的功能較為有限。

至於代表性的增強，則應落實藉以產生這些代表的民主程序，這就牽涉到較「健保」本身遠為巨大、根本的社會整體的問題，而解決問題的線索則非以探索臺灣社會秩序的新典範不可。

## 五、臺灣社會秩序新典範及與其相適應健保模式之探索

現行的全民健保法的根本問題既然在因時空錯置，致與其社會基礎脫離，則欲尋求一個與臺灣社會相適應的全民健保方案，自以瞭解臺灣社會秩序之所賴以維繫的新典範為前提。處於這樣急劇斷裂、快速變化的社會本身之中，欲瞭解其動向可能都有「只知此山中，雲深不知處」的困難，更毋庸談及對其變動的掌握。本節首先根據稍前對組合、多元及雙元體制之下健保體制之描繪，歸納與其配套之條件，其次藉由近年臺灣社會演變的初步觀察探索臺灣社會秩序的新典範，以覩視如何強化「組合」、「市場」、「社區」及「國家」的功能，以作為健保體制改革之基礎。

### 1. 與三種健保模式配套之條件

#### (1) 組合模式

1. 具有合適之承載架構。在供給面應有自治、自律的醫師團

體，在需求面則須有足以組織大眾的醫療服務購買組合。

2. 須有一長期、安定的架構使供需雙方能在平等、互惠的基礎談判、協商。
3. 這些團體必須帶有行使部份公權力的法定地位。
4. 這些團體內部的權力必須建立在民主程序之上，其成員必須接受經民主程序達成事項之約束。
5. 團體與政府的關係必須穩定，且互利：政府授予團體部份之公權力，團體則以約束成員以利公共政策之推行。

### (2) 多元模式

1. 醫療供給者須帶有高度企業精神，能建立活潑、多樣化的市場。
2. 保險業者須具有處理牽涉複雜問題的醫療保單的能力。
3. 須有代理大眾購買醫療保險的機構。
4. 須有幹練之官僚體系，以矯正醫療及保險市場之失靈。
5. 須有防止危害公平交易(例如聯合壟斷)之機制。

### (3) 雙元模式

雙元模式實為在雙元勞動市場之下組合模式的變體，因此，與之配套的條件為

1. 一個社會的生產勞動力，區隔為受保障(即不受市場競爭影響)的「精英勞動市場」與暴露於市場力之下的「一般勞動市場」。
2. 政府或社會結構使上述兩個市場形成偏利的共生關係。
3. 至少在精英勞動市場當中，企業文化或其它因素使企業樂於為員工提供醫療保障。
4. 其它與組合模式類似之條件。

## 2. 臺灣社會秩序新典範之探索

建立在儒教主義及黨國體制之下的典範，如前所述，已正處於分崩離析的過程，因而以國家為主導的健保體制顯失所恃。然而，其它社會秩序的模式似尚未建立。社區意識的甦醒似乎是如反核、環保或

爭取地方稅等抗爭事件的副產品，其萌芽雖為可喜，但在健保體系中的地位仍須觀察。在黨國體制之下，社會團體或可稱為牧養式的羣衆組織(administered mass organizations, AMOs) (Kasza, 1993)，在執政黨的操控之下，這些原本要代表利益趨向的組織，頂多享有在無關緊要議題的發言權，而無機會如同社會組合主義之下的組合可直接參與公共政策的決定(Tien, 1989: 43-45)。在臺灣社會民主化的過程中，這些民間團體雖相對上具有自主性，但各團體之間似乎尚未發展成藉長期利害共享共難而形成的穩定談判架構。例如，在全民健保法案審查過程當中，工人與資本家大抵上各自分別向政府當局施加壓力，雖曾經安排而有面對面的溝通，但因無共信共諒的基礎，旋即不歡而散。另外醫師團體也因支付標準的爭執，形成基層醫療與醫院醫師之間的裂痕。

因之，在現階段實施組合主義模式，其根本困難在於具自主性的團體不存在，或至少尚未成熟，因而政府與人民之間缺少適當中介。政府捨面對面之外，並無其它與人民溝通的管道；人民捨「愛拼才會贏」的自力救濟外，亦不知如何影響公共政策。自主性的團體既不存在，集體議價，相互協商的架構自無從建立。

醫師組織，在健保法的審查過程中，將力量集中於給付、支付的爭取，但似未對作為專業團體所能貢獻於健保有所反省，例如對醫療品質的堅持與保證等。保險業雖因外商之參入及競爭的刺激而有進步的契機，但欲操作複雜的健康保險恐仍須長時間的經驗。至於醫療市場，伴隨「競爭」觀念的，對大財團壟斷的恐懼，往往超過競爭效益的期許。

因之，在「國家」淡出之際，「社區」、「組合」、「市場」似乎尚未具足夠承接辦理全民健保的實力。然而，希望的跡象亦並非沒有。

其中影響最為深遠的或將是自主於國家的民間社會的可能成長。中國原缺乏市民社會的傳統(夏維中，1993；陳其南，1992：3-37)，但國家角色消褪畢竟為市民社會開創了空間。但這民間社會形成的結果，究竟是成為基本上獨立於國家的離散團體，或成為與國家維持著

穩定互利的組合式團體，則與未來全民健保的改革有密切的關係：若屬前者，則改革須往多元體制去思考，其努力要項為建立協調各羣體利害的民主程序，鼓勵醫療服務業者及保險業者創造活潑的醫療保險供給面市場，以及醫療服務市場的壟斷。若屬後者，則應建立一個分權式基金會模式，而以這些具有自主性的團體作為承辦全民健保的骨幹。

至於以企業分攤承辦主體的「會社福利」，可能必須決定於臺灣生產結構的轉型，企業文化的轉變，及雙元勞動市場形成的趨勢。中國人的企業，相對於日本人的企業，有一種恆常性的離心(centrifugal)而非向心(centripetal)的力量，亦即，人人都思有朝一日出去另行創業，而難以形成對原先服務企業體的忠誠(Tam, 1990；陳介英，1992；陳其南、邱淑如，1990)，員工因對喪失工作機會的恐懼，而非因就業的安定而奮力工作(Tam, 1990: 176)。這樣的文化自不利於大企業的形成，也難以產生「會社福利」的企業文化。但臺灣產業構造仍有極大轉型空間，特別是加入關貿總協之後，臺灣大多數產業即將國際化。在國際化的衝擊之下，是否將因追求組織理性而促進企業大型化，將影響會社福利的可能性。

另外一個決定性的力量將來自於工會從政治力解放之後的行動。全民健保審議過程中，最為活躍的壓力團體之一即為工人團體，而且取得了由政府吸收一成保費的成果。未來工人團體是否為資方所吸納，或成為更為激烈的壓力團體，對未來的醫療體制也有重要涵意。未來客工的湧入必將有增無減，客工的湧入與企業大型化的普遍，有可能在臺灣產生安定的雙元勞動市場，因而使會社福利成為可能。

在上述任一「新典範」尚未形成之際，健康保險，乃至於一般社會保險而言，從其責任承擔主體來說，其根本困境或可歸納為：當政府已喪失承辦的合法性，並可能已無足夠經濟資源時，民間卻尚未具有承接的能力。在短期之內，若一時難有足資取代大一統體制的架構，則可先將現行之全民健保監理委員會提升其位階使之成為超然的機構，並在立法院監督之下負全民健保最終之決策責任。由於現行之監理委員會成員業已包含各主要利益團體之代表，使之負決策之責

任，是為真正賦予民間社會力量的第一步。其次則可逐步強化各民間團體(尤其工人及醫師團體)的自治功能，使成為自律、自治的團體。這些自治團體事實上不但是組合模式的前提條件，也是競爭模式所需之條件，因競爭模式仍需有醫療服務購買機關代理大眾，而醫療服務的施予也往往出之以組織，而非以個人的形式，有紀律的醫療團體可提供醫療人員組織的訓練，並提供執業準則等之統合意見。社區意識的培養，是為公民意識的基礎，在此基礎之上，「上下交征利」因而使社會保險體制難以建立的因素自可減少。

然而，社會力量之培養與加強，並不意味國家的功能可任其衰弱。事實上，不管採用市場或組合模式，國家都可以、也必須扮演積極的角色：在市場模式之下，為防止市場失靈，政府須具有幹練之行政能力，方能「管理」市場，在組合模式中，政府雖退居第二線，然而協調衝突的利益，仍需極有能力之官僚體系，德國及日本的例子可為佐證。

## 六、結語

解除了戒嚴，就等於打開了臺灣社會秩序的「潘杜拉之盒( Pandora's box)」，諸怪畢現，打散了原有的秩序，使未來成為不可知的迷團。但我們知道「希望」尚在一但它仍在潘杜拉的盒中。本文的論述，自然不能透視潘杜拉的盒子，但本文的要旨，僅在於論證一個健保體制必須與其所屬的社會相適應，而現行的全民健保法因脫離業已大異往昔，且仍快速變動的社會基礎，因而顯得時空倒錯。尋求健全的全民健保體制，必須以尋求臺灣社會秩序的新典範為前題。

本文以「國家」、「市場」、「組合」、「社區」四種社會秩序的模型為分析架構，由其中導引出來三種政治經濟學的體制—多元體制、組合體制、雙元體制，分析其所相應的社會基礎，以此作為對照來檢討臺灣社會的現況及其可能的趨勢。

在國家角色消褪的情況下，現行的全民健保法成為逆勢操作的法律，其它可能的社會建制似乎尚未有承接全民健保的能力，這構成了

全民健保改革的困境。但民間社會的成長為全民健保的替代方案提供了希望，惟現仍難斷言臺灣民間社會將成長為多元式或組合式的社會。臺灣經濟的進一步現代化與客工的引入，使基於雙元勞動市場的「會社福利」成為一個雖然遙遠，但並非可完全排除的可能性。

在一時未有可資替代大一統體制之際，加強監理委員會的決策功能應為可行之第一步；同時應從強化民間社團自主性、鼓勵醫師團體加強其作為專業團體的功能、培養民衆之社區及公民意識等做起。庶幾一個分權式，植基於民間社會的健保體制方才可能。然而這不意謂國家或政府功能之萎縮，一個履行民主的政體及有效能的文官體係仍然是任何健全健保體制不可或缺的一環。

## 參考資料

### 行政院經濟建設委員會

1990 《全民健康保險制度規劃報告》。臺北：行政院經濟建設委員會。  
吳妙善（譯）（約克·提盟原著）

1992 《西德經濟奇蹟的背後：社會福利市場經濟解讀》。臺北：月旦  
出版公司。

### 夏維中

1993 〈市民社會：中國近期難圓的夢〉，《中國社會科學期刊》5：  
176-182。

### 陳其南

1992 《公民國家意識與臺灣政治發展》。臺北：允晨文化實業股份有  
限公司。

### 陳其南、邱淑如

1990 〈企業組織的基本形態與傳統家族制度〉，見工商時報經營叢書  
小組（編），《中國式管理研討會論文集》，頁439-463。臺北：  
時報出版公司。

陳介英

- 1992 〈臺灣中小企業零細化資本結構的社會基礎〉，《思與言》30(3)：59-86。

陳孝平

- 1994 〈我國全民健保體制可能之替代方案〉，人口變遷、國民健康與社會安全國際學術研討會。臺北：中央研究院中山人文社會科學研究所。

Altenstetter, C.

- 1989 "Federal Republic of Germany," in J. P. DeSario (ed.), *International Public Policy Sourcebook, Vol. I: Health and Social Welfare*. New York: Greenwood Press.

The American Public Health Association

- 1994 *The Nation's Health*. Washington, D.C.: The American Public Health Association, p.5.

Anderson, O. W.

- 1989 *The Health Services Continuum in Democratic States: An Inquiry into Solvable Problems*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

Arrow, K. J.

- 1963 "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care," *The American Economic Review* 53(5): 941-973.

Ben-Ari, E.

- 1990 "Ritual Strikes, Ceremonial Slowdowns: Some Thoughts on the Management of Conflict in Large Japanese Enterprises," in S. N. Eisenstadt and E. Ben-Ari (eds.), *Japanese Models of Conflict Resolution*. London: Kegan Paul International.

Blendon, R. J. and K. Donelan

- 1990 "The Public and the Emerging Debate over National Health Insurance," *New England Journal of Medicine* 323: 208-12.

- Block, R. E. and D. M. Falk  
1994 "Antitrust, Competition, and Health Care Reform," *Health Affairs* 13(1): 206-223.
- Brown, L. D.  
1992 "Getting There: The Political Context for Implementing Health Care Reform," in C. Brecher(ed.), *Implementation Issues and National Health Care Reform*. Washington, DC.
- Castles, F. G.  
1978 *The Social Democratic Image of Society*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Dahrendorf, R.  
1967 *Social and Democracy in Germany*. New York: W. W. Norton.
- Danzon, P.  
1985 *Medical Malpractice: Theory, Evidence, and Public Policy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Derthick, M.  
1979 *Policymaking for Social Security*. Washington, D. C.: The Brookings Institution.
- DeSario, J. and R. Ritvo  
1989 "United States," in J. P. DeSario(ed.), *International Public Policy Sourcebook, Vol. I: Health and Social Welfare*. New York: Greenwood Press.
- Dreier, P. and E. Bernard  
1993 "Kinder, Gentler Canada," *The American Prospect* Winter: 85-88.
- Eby, C. L. and D. R. Cohodes  
1985 "What Do We Know about Rate-Setting?" *Journal of Health Politics, Policy and Law* 10(2): 299-327.
- Eccleston, B.  
1989 *State and Society in Post-War Japan*. Cambridge: Polity Press.

- Enthoven, A. C.
- 1988 *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. Amsterdam: North-Holland.
- Enthoven, A. C. and S. J. Singer
- 1994 "A Single-Parer System in Jackson Hole Clothing," *Health Affairs* 13(1): 81-95.
- Feder, J., J. Hadley, and R. Mullner
- 1984 "Falling Through the Cracks: Poverty, Insurance Coverage, and Hospital Care for the Poor, 1980 and 1982," *Milbank Memorial Fund Quarterly* 62(4): 544-566.
- Fein, R.
- 1986 *Medical Care, Medical Costs: The Search for a Health Insurance Policy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Feldstein, P. J.
- 1988 *The Politics of Health Legislation: An Economic Perspective*. Ann Arbor: Health Administration Press Perspectives.
- Field, M. G.
- 1989 *Success and Crisis in National Health Systems: A Comparative Approach*. New York: Routledge.
- Glaser, W. A.
- 1994 "Doctors and Public Authorities: The Trend toward Collaboration," *Journal of Health Politics, Policy and Law* 19(4): 705-727.
- Goldthorpe, J. H.
- 1984 "The End of Convergence: Corporatist and Dualist Tendencies in Modern Western Societies," in *Order and Conflict in Contemporary Capitalism: Studies in the Political Economy of Western European Nations*. Oxford : Oxford University Press.
- Heidenheimer, A. J., H. Heclo, and C. T. Adams
- 1990 *Comparative Public Policy: The Politics of Social Choice in*

- Hsiao, H. M.
- 1992 "The Rise of Social Movements and Civil Protests," in T. Cheng and S. Haggard(eds.), *Political Change in Taiwan*. Boulder: Lynne Rienner Publishers.
- Huntington, S. P.
- 1981 *American Politics: The Promise of Disharmony*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Iglehart, J. K.
- 1988a "Japan's Medical Care System," *The New England Journal of Medicine* 319: 807-812.
- 1988b "Japan's Medical Care System – Part Two," *The New England Journal of Medicine* 319: 1166-1172.
- Jiang, P. L. and W. C. Wu
- 1992 "The Changing Role of the KMT in Taiwan's Political System," in T. Cheng and S. Haggard(eds.), *Political Change in Taiwan*. Boulder: Lynne Rienner Publishers.
- Kasza, G. J.
- 1993 "Parties, Interest Groups, and Administered Mass Organizations," *Comparative Political Studies* 26(1): 81-110.
- Keeler, J. T. S.
- 1993 "Opening the Window for Reform: Mandates, Crises, and Extraordinary Policy Making," *Comparative Political Studies* 25(4): 433-486.
- Kemporen
- 1994 *Health Insurance and Health Insurance Societies in Japan*. National Federation of Health Insurance Societies. Tokyo, Japan.
- Kirkman-Liff, B. L.
- 1990 "Physician Payment and Cost-Containment Strategies in West Germany: Suggestions for Medicare Reform," *Journal of Health Pol-*

- itics, Policy and Law* 15(1): 69-99.
- 1991 "Health Insurance Values and Implementation in the Netherlands and the Federal Republic of Germany: An Alternative Path to Universal Coverage," *Journal of the American Medical Association* 265(19): 2496-2502.
- Kronick, R.
- 1991 "Health Insurance, 1979-1989: The Frayed Connection between Employment and Insurance," *Inquiry* 28: 318-332.
- Leichter, H. M.
- 1979 *A Comparative Approach to Policy Analysis: Health Care Policy in Four Nations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Light, D. W.
- 1986 "State Profession and Political Values," in D. W. Light and A. Schuller(eds.), *Political Values and Health Care: The German Experience*. Cambridge, Mass.: The MIT Press.
- Livingston, W. S.
- 1976 "Britain and America: The Institutionalization of Accountability," *The Journal of Politics* 38: 879-894.
- Luebbert, G. M.
- 1991 *Liberalism, Fascism, or Social Democracy: Social Classes and the Political Origins of Regimes in Interwar Europe*. New York: Oxford University Press.
- Masuda Foundation
- 1992 *Japanese Systems: An Alternative Civilization?* Yokohama: Sekotac, Ltd..
- Moody, P.
- 1991 *Political Change on Taiwan: A Study of Ruling Party Adaptability*. New York: Praeger.
- Murakami, Y.
- 1987 "The Japanese Model of Political Economy," in *The Political*

- Economy of Japan, Vol. 1: The Domestic Transformation.*  
Stanford: Stanford University Press.
- Nakane, C.
- 1990 "Tokugawa Society," in C. Nakane and S. Oishi(eds.), *Tokugawa Japan: The Social and Economic Antecedents of Modern Japan*. Tokyo: University of Tokyo Press.
- Navarro, V.
- 1987 "Federal Health Policies in the United States: An Alternative Explanation," *The Milbank Quarterly* 65(1): 81-111.
- 1989 "Why Some Countries Have National Health Insurance, Others Have National Health Service, and the United States Has Neither," *Social Science and Medicine* 28(9): 887-898.
- Powell, M. and M. Anesaki
- 1990 *Health Care in Japan*. London: Routledge.
- Pye, L. W.
- 1992 *The Spirit of Chinese Politics*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Rothman, D. J.
- 1993 "A Century of Failure: Health Care Reform in America," *Journal of Health Politics, Policy and Law* 18(2): 271-286.
- Schmitter, P. C.
- 1979 "Still the Century of Corporatism?" in P. C. Schmitter and G. Lehmbruch (eds.), *Trends Toward Corporatist Intermediation*. London: Sage Publications.
- Schieber, G. J., J-P Poullier, and L. M. Greenwald
- 1991 "Health Care Systems in Twenty-Four Countries," *Health Affairs* 10(3): 22-38.
- Sheils, J. F. and L. S. Lewin
- 1994 "Perspective: Alternative Estimate: No Pain, No Gain," *Health Affairs* 13(1): 50-55.

Shalev, M.

- 1990 "Class Conflict, Corporatism and Comparison: A Japanese Enigma," in Eisenstadt, S. N. and E. Ben-Ari(eds.), *Japanese Models of Conflict Resolution*. London: Kegan Paul International.

Starr, P.

- 1982 *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books, Inc..

Steslickie, W. E.

- 1982 "Development of Health Insurance Policy in Japan," *The Journal of Health Politics, Policy and Law* 7(1): 197-226.

Stone, D. A.

- 1980 *The Limits of Professional Power: National Health Care in the Federal Republic of Germany*. Chicago: The University of Chicago Press.

Streeck, W.

- 1992a *Social Institutions and Economic Performance: Studies of Industrial Relations in Advanced Capitalist Economies*. London: Sage Publications.

- 1992b "Inclusion and Secession: Questions on the Boundaries of Associative Democracy," *Politics and Society* 20(4): 513-520.

Streeck, W. and P. C. Schmitter

- 1985 "Community, Market, State — and Associations? The Prospective Contribution of Interest Governance to Social Order," in W. Streeck and P. C. Schmitter(eds.), *Private Interest Government: Beyond Market and State*. London: Sage Publications.

Tam, S.

- 1990 "Centrifugal Versus Centripetal Growth Processes: Contrasting Ideal Types for Conceptualizing the Developmental Patterns of Chinese and Japanese Firms," in Clegg, S. R. and S. G. Redding(eds.), *Capitalism in Contrasting Cultures*. Berlin: de Gruyter.

Tien, H. M.

- 1989 *The Great Transition: Political and Social Change in the Republic of China*. Stanford: Hoover Institution Press.

Ullmann, H. P.

- 1981 "German Industry and Bismarck's Social Security System," in Mommsen, W. J. and Wolfgang Mock(eds.), *The Emergence of the Welfare State in Britain and Germany: 1850-1950*. London: Croom Helm Ltd..

US Government

- 1993 *Health Security Act.*

Weller, G. R.

- 1986 "Common Problems, Alternative Solutions: A Comparison of the Canadian and American Health Systems," *Policy Studies Journal* 14: 604-620.

White House

- 1993a *The President's Health Security Plan: The Draft Report.*

- 1993b *Health Security: The President's Report to the American People.*

Williamson, P. J.

- 1989 *Corporatism in Perspective: An Introductory Guide to Corporatist Theory*. London: Sage Publications.

Winckler, E. A.

- 1992 "Taiwan Transition," in T. Cheng and S. Haggard(eds.), *Political Change in Taiwan*. Boulder: Lynne Rienner Publishers.

Woodiwiss, A.

- 1992 *Law, Labour and Society in Japan: From Repression to Reluctant Recognition*. London: Routledge.

Zapf, W.

- 1986 "Development, Structure, and Prospects of the German Social State," in R. Rose and R. Shiratori(eds.), *The Welfare State*

- East and West.* New York: Oxford University Press.
- Zeigler, H.
- 1988 *Pluralism, Corporatism, and Confucianism: Political Association and Conflict Regulation in the United States, Europe, and Taiwan.* Philadelphia: Temple University Press.

## **Building the House on the Rock: On the Compatibility of Health Care Systems with Their Societies**

*Michael S. Chen*

### **Abstract**

The National Health Insurance Act, during its legislative process, caused outcries from virtually all corners of Taiwan. This article argues that the tumult was rooted in the anachronistic nature of the Act: the legislation's philosophy fell in the norm of Confucian society featuring the Martial Law, while Taiwan has moved far away from that.

Drawing on a framework developed by Streeck and Schmitter, this article analyzes how a health care system adapts itself into societies whose orders are predominantly modeled after norms of community, market, state or autonomous associations, respectively. In particular, this article recounts the mechanisms through which a health care system fits into societies based on pluralism, corporatism or dualism.

Having reviewed the predicament of the current health care system in Taiwan's post-Confucian society, this article assesses whether any of the paradigms based on community, market or associations is capable of providing a stable health care/insurance system.

The main thesis arrived at is that a health care system must be compatible with the rest of society. Many elements in Taiwan society, however, have fundamentally parted with the traditional wisdom while Taiwan is experiencing historic changes; search of a paradigm for the new societal order is a necessary condition for a stable health care system.