

《人文及社會科學集刊》
第八卷第一期(1996/3), pp.1-51
©中央研究院中山人文社會科學研究所

駕馭市場機能：歐美醫療體制改革中的 市場策略對我國的相干性*

陳孝平**

* 本文的部份內容，係在國科會 83-0301-H-194-042 及 84-0301-H-194-010 研究計劃資助下完成，謹此致謝。

** 國立中正大學社會福利系副教授

(收稿日期：1995年7月25日；接受刊登日期：1996年1月12日)

摘 要

以市場競爭機制作為醫療體制改革的策略，從1980年代以來為大西洋兩側的若干國家所採納：美國源於其多元醫療制度的傳統，與公共保險的管制相併行的是民間部門各式各樣帶有市場競爭意涵的醫療施予方式。在此基礎上，原由 Jackson Hole Group 提出，而由 Alain C. Enthoven 總其成的管理式競爭被克林頓的全民健保小組取為其「健康保障法」的基本架構，試圖藉市場失靈的防止以發揮正面的市場機能；在英國則採內部市場的策略，將競爭導進公醫制度中；北歐國家(瑞典、芬蘭)則採公共競爭，將公立醫療機構可獲得的資源與市場占有率掛勾；荷蘭也試圖泯除疾病基金與商業保險之間的分際，在醫療保險及醫療服務雙方面促進競爭。

競爭策略雖以提升效率作為主要的訴求，但事實上乃是為因應各國環境變遷以及原有體制的困難，而在新的政、經條件之下的選擇。以此來看各國市場策略對臺灣全民健保制度的意涵，則發現：從現行全民健保制度在臺灣民主化社會中的處境來看，由於政府業已無力協調社會上互相衝突的利益，似乎必須將競爭模式作為未來可能的替代方案之一，然而從實施市場模式的環境來看，有許多條件臺灣似乎尚未具足。

本文建議擇一醫療資源尚稱豐富的都會區試辦市場模式，以期進一步鑑定市場模式對臺灣未來健保改革的相干性。

大 綱

壹、引言

貳、從兩個面向探討我國現行全民健保的問題

參、醫療照護體制改革中的市場機能

肆、多元社會下美國醫療體系的困境與管理式競爭模式的興起

伍、北歐諸國公醫制度改革的啓示

陸、荷蘭的改革

柒、市場競爭模式對臺灣之意涵

捌、結論與建議

壹、引 言

觀察我國現行全民健保制度的困境可從概念上可分別，但現實上互有影響的兩個層面切入：其一是政治運作層面，其二是行政管理層面。前者主要是在一個業已多元化的民主社會中，一個中央集權式的健保制度所引起的扞格問題；後者則是現行的全民健保制度與既存醫療服務體系互動之時，產生了超乎政府行政能力所能處理的管理複雜性的問題。集權於政府，而政府在政治力的牽制之下又無力堅持政策的完整性，其結果即是健保的福利化；¹ 健保管理超過官僚體系的行政能力，結果是左支右絀，全國多處的角落，特別是醫療服務的提供者，都迭有怨言，以致一個立意良好，旨在使人人受益的制度反倒成為民怨的淵藪。

全民健保是建構福利國家 (welfare state) 的重要一環。全民健保較諸其它社會保障 (social security) 方案遠為複雜：醫療照顧既為關係眾人生死之大事，且極具私人性，較諸例如所得維持 (income maintenance) 的現金移轉，自然棘手許多：全民健保直接且根本牽動了醫療體系的生態，影響各級醫護機構利基 (niche) 之消長，削弱醫療整體建制之專業自主性，容易引起重大的爭議、反彈與對抗，較諸年金制度，自然遠遠難於取得共識。在其它先進國家中，雖然在過去數十年中多半業已建立彼等之全民健康保險或照護體系，但如下文所將提及，各國的醫療保健／保險體系都恆常面對著改革的壓力，若干國家更處於必須根本更張的局面。與此背景對照，則我國全民健保自立法乃迄實施至今的紛擾應不足為奇。

如果這樣的觀察與事實接近，則未來健保體制的改革實有廣大的空間，而且改革勢必要包含兩項成份：一是政府在關於全民健保的職能應局部釋出到非政府的部門；二是體制應朝多元化、分立化發展，庶不致因制度龐大而在行政管理上有鞭長莫及之患。然而，若思考從現行之公辦公營、大一統的體制解脫

出來，則全民健保體制的可能去處，便不止一個可能。就體制的可能性而言僅就全民健保立法期間曾經一度提出之「公辦民營」之替代方案，便可能包含諸多的體制設計。例如，較低程度的公辦民營，可指在現行大一統體制之下，僅將資料處理等例行事務性工作委由民間執行；較高程度的公辦民營，則可根本改變承保機構屬性，由民間非營利性的機構主其事，而這非營利機構可能是單一機構，如在立法過程中分別由行政院及立委沈富雄提出之公辦民營版本，但這機構也可採複式制度，如德國的疾病基金制度。當然，在這兩者之間，吾人仍可想像出多種可能之模式。

在本文中，將考慮一種可能之模式：藉重組醫療服務／保險體系，²一方面將原屬國家機器 (state) 對全民健保的主導機制轉移到經濟體 (economy)，並由市場 (market)³ 將健保去集中化 (decentralized)。這個改革策略之所以列入考慮是由於市場模式正好具有前述分享政府職能，及使體制多元化的性質，然而本文並不試圖去論證市場模式適用於臺灣相對於其它可能體制的優越性，因此自然也不試圖證明市場為惟一之健保代替方案。本文的目的在於藉檢視若干國家之經驗，分析市場模式之緣由、動因及可能之後果，然後在這個可能的改革方向之下，檢驗臺灣的健康服務／保險現況是否有採用市場模式之條件。換言之，本文意在對臺灣實施市場模式之大體環境進行探討，至於具體方案之設計則有待來日。很顯然，市場未必是離開大一統體制後的惟一出路，即使在前述的「公辦民營」的構想中，也已包含多種不同的可能性，但其它之可能性容以另文處理，在本文中則僅以市場模式為檢驗之對象。

本文以下首先從政治運作及行政管理兩層面分析我國現行全民健保問題之所在。第參節則分析市場模式興起的一般性背景、緣由；第肆、伍、陸節檢視個別國家採用市場模式的策略並討論其初步之影響，及探討可能之發展與利弊。第柒節則試圖由這些國家的改革經驗，歸納出可供我國參考的要點，並檢

視如果採行市場策略，臺灣的條件是否具足。最後則以建議一邊整備所需之條件，一邊小規模試辦作為本文之結論。

貳、從兩個面向探討我國現行全民健保的問題

一、從政治力的運作看全民健保的處境

在臺灣社會民主化的進程當中，作為建構福利國家重要基石之一的全民健保首先被推上檯面：1994年7月通過「全民健康保險法」，1995年3月1日開始實施，衛生署應法律及立法院的要求，並在面對隨時可能再度發出的反對聲浪，隨即進行評估。

隨著臺灣社會的民主化，統治集團由硬性的威權政權轉變成軟性的威權政權 (Winckler, 1992)。而在這轉換的過程當中，原來賴以控制社會的所謂黨國體制不免大為鬆動；與此同時，經濟成長趨緩，對意識型態的掌握日益無力，反對勢力的競爭日益激烈。在這樣的背景之下，包括全民健保在內福利國的建立，毋寧可看作執政當局重構政權合法性的一部份，毋怪在國人意見尚未充分整合下，最高當局即已指示全民健保法必須剋日通過，在反對聲浪仍處處可聞時，行政院長也下令必須克服萬難及早實施。

然而，吊詭的是，臺灣社會的民主化催生了全民健保，但同時也賦予了健保結構上的限制：任何可行的版本，必須與一個開放性的社會背景相適應，否則即將面對極大的困難。具體而言，由於政治民主化、社會多元化，各種利益團體紛紛試圖影響整體利益之分配，因此任何一套可行的健保制度必須具有足以協調利益互相衝突的機制。

在威權時代，國家機器藉著戒嚴體制限制民間力量的發展，同時以凱因斯經濟體制，從經濟體系中取得大量的資源，用以羈縻社會力量。換言之，在開

放之前，國家藉著「大棒」與「胡蘿蔔」的交互運用，利益衝突的協調遠為容易。但在解嚴之後，利益協調卻成為極為棘手的問題。

隨著黨國體制之解體與戒嚴之崩潰，原來受壓制的社會力便以極為壯闊澎湃的規模迅速成長。民間團體的力量一時風起雲湧，勢不可當。這樣的政治轉型，從社會保險的角度來看，最重要的意涵是政府失去了作為社會保險主體的合法性，從而奪取了由政府官僚體系來經營保險的基礎；面對日益具有自主性的立法院，政府日益喪失政策形成的自由度；政府再也無力整合利益團體。而雪上加霜的是，隨著外在環境的變化，政府對經濟資源的掌握日漸不穩：面對國際市場日益增強的競爭，經濟再難維持兩位數的成長率；財政收支明顯惡化；民眾對公共支出的需求有增無減（例如捷運等）…，政府藉以羈縻利益團體的籌碼大為減少，特別是隨著政治自由化，國境開放之後，產業外移，稅收減少，外商進入，國內競爭亦強，使國家財政及貨幣政策日漸失靈（Streck, 1992: 197-231），政府益發無力藉資源的提供以左右社會保險制度的形成。總之，時代的變遷摧毀了舊有健保體制之社會基礎：政治原因迫使社會保險的保障範圍由選擇性開放成普遍性；各利益團體旦夕之間紛紛出現，政府面對無止境的要求，且無加稅的合法性，財政左支右絀，不再有填補社會保險虧空的能力；政府及執政黨喪失協調利益衝突的資源與權威，只能擺盪於各種壓力之間，失去公共政策的主導能力（陳孝平，1995a）。

現行的全民健保在這「後儒教社會」中的困境具體歸納起來就是「當政府已無辦理全民健保的威望（prestige），且無資源時，卻設計了一套須高度依賴國家機器的制度」：在世界主要國家正努力加強醫療服務市場的競爭性時，我們卻反其道而行；在國內外民營化蔚為風潮時，我們卻要設立一規模巨大之公營事業體（中央健康保險局）；當政府業已喪失泰半承受政治風險的能力時，卻由政府來承擔一個牽涉到全體人民日常生活且又極具風險的政治承諾；當執政黨在國會的多數凌替之際，卻選擇一個彈性極少，因而經常須與立法部門角力的

體制(陳孝平, 1994)。因此,現行的全民健保制度容或從技術理性上有足多之處,可視為經濟學的勝利,但不幸的是,對利益衝突的規範卻措意極少,可視為政治經濟學的失敗(陳孝平, 1995b)。

若將全民健保與擬議中之年金制度合併觀察,可知政府因無力規範特殊利益團體,凡有所求,鮮不從之,若逢選舉,則朝野紛紛以社會福利作為訴求,全然不顧財政可能之困難。

在臺灣民主化的背景之下,可知政府實無力背負全民健保的負擔。市場競爭模式雖如前文所述本身仍有許多困難,然而以全民健保現在的處境,卻不得不成為一個可考慮的方向,因為在無法建立其它協調利益的體制,如在歐陸常見之組合主義(corporatism)之社會制度,只有市場方能使特殊利益團體失去競租的具體對象,從而避免政府之過度負荷,並將壓力轉由社會上從事生產人口(即「納稅大眾」)負擔,終致對整體經濟造成長期之影響,如 Mancur Olson 在其《民族之興亡》一書中所警示者(Olson, 1982)。然而,臺灣是否具有實施市場模式的條件,卻是一個頗堪注意的問題。

二、從行政管理看全民健保的困難

如前所述,現行全民健保在臺灣開放社會中境遇如此,而由於醫療服務本質的敏感性,醫療服務體系的複雜性,即使在不受政治力的干預之下,一個全國性的健康方案,同樣會構成管理上難以克服的困難。以現行的我國全民健保而言,實施迄今從法令規章修改的頻繁可以想見其管理問題之夥。

全民健保實施後對原有醫療體系的生態有重大衝擊。臺灣醫療產業本來就存在著水平分布的不均(Lan, 1989; 楊漢泉, 1992),以及垂直分配的不理想(黃北豪, 1995)。大小醫院及診所之間,除本質上的因素之外,也因為原有公勞保支付方式等制度性因素,而生存環境偏利於大型醫療機構(張苙雲, 1995)。在這樣的醫療環境下,全民健保的實施自然有許多的困難。

這些困難的徵候之一即表現在轉診政策的搖擺。全民健保的原意，原來企圖藉著加重越級轉診的部分負擔以落實轉診制度(法第33條)，以達到醫療資源的合理使用。但轉診制度之落實必須以合適的醫療環境為基礎，例如基層醫療的健全，上、下層醫療機構之間分工的合理、明確，然後再輔以差別性的部分負擔方克有濟。但由於大型醫療機構的優勢，以及對基層醫療的缺乏信任，民眾每每捨基層醫療而就大型醫院。這樣的就醫樣態，差別性部分負擔不但不足以誘導民眾「大病看大醫院、小病看小診所」，反而徒然造成民眾的不便。在民眾的抗議之下，差別性的部分負擔由原來的四級制改成兩級制，而在這兩級(基層醫療院所與地區醫院為一級，區域醫院與醫學中心為另一級)之間，其一般門診的部分負擔僅差50元(50元與100元之別)，至此，原來所構想的轉診制度可謂名存實亡。然而，問題不止於此。在原來的部分負擔設計之下，大型醫院憂慮病人的流失(韓揆，1994)，但現在部分負擔的設計既未能引導就醫流向，而且在全民健保實施之後，原來沒有健康保險的民眾由於紓解了財務壓力，反而流向大型醫院，形成基層醫療以及小型醫院病人的流失，這將更造成對醫療資源垂直分佈的逆向影響。

現行健保法在醫療費用的支付，預設了類似美國「診斷關係群」(Diagnosis-Related Groups)的制度(法第51條)，甚至可能接續發展類似「資源為準的相對點數表」(Resource-based Relative Value Scale, RBRVS)的醫師付費制度(Hsiao, et al., 1992)。這些旨在合理化醫療費用的制度，由於係以人為指定的價格來代替市場價格，因此極易引起爭議，例如每一個診斷關係群裏，不同性質的醫療機構所醫治的病例組合(case mix)是否均質，就經常成為要求將診斷關係群再度細分的理由；而由於這些支付制度的設計控制了價格，卻無法控制數量，也可能產生「價低而量高」的結果，難以對醫療費用的控制有明顯的效益。因此若將此項制度引進國內，而欲使之產生預期之作用，則非有極高超的管理技巧不可。

健保法第47條有總額預算的規定。總額預算制度由於兼控了醫療服務的價格與數量，故對醫療費用的控制可以產生立竿見影之效，但其可能引致之副作用卻也可能既深且遠。若總額預算之訂定不盡合理，總額預算在各種醫療服務項目與各級醫療機構之間的分配未能反映實際的需要，或各醫療院所無法確實擲節醫療費用等等，總額預算制度的實施，有可能迫使大量醫療機構的倒閉、醫療資源的錯置，與醫療品質巨幅下降。

關於所謂「道德危機」(moral hazard)的抑制，對中央集權式的全民健保制度也構成了相當大的挑戰。六格健保卡的設計本係意圖藉換卡的不便，抑制使用醫療資源的動機，故原來的構想將健保卡的取得隨使用次數的增加而益增加其困難度。但在「便民」的設想下，健保卡的取得目前幾毫無困難，因此也絲毫無法產生降低醫療使用的目的，對大眾醫療資源的使用既無有力的制衡機制，對醫療院所的可能造假的弊端，由於審查件數之龐大，也不易察覺；鼓勵病人檢舉，徒然破壞醫病關係，亦不足取。

以上僅是健保實施以來爭議較為顯著的管理問題，其它如保險病床比例、差額取價的禁止、長期病患占用急性病床的問題等等，都是健保管理上的挑戰。由於健保管理問題的複雜、行政人員尚未累積經驗，因此健保行政左支右絀，基層健保行政人員每每成爲醫師與大眾交相指責之對象，對政府的行政能力亦因此有所質疑。然而，這問題的根本，不在官員辦事不力，而在於健保問題的複雜實在超過政府行政當局的管理能力之外。

由本節的分析，可知現行由國家主導的大一統健保模式，有政治上的困境，也有管理上的困境：在政治上，政府既是權力之所在，亦是利益之所在，因此各個利益團體競相利用選票壓力遂行「競租」，政府無力堅持政策底線的結果，使健保漸趨福利化。在行政管理上，一個大一統的全民健保制度，牽涉

矛盾的利害關係、複雜的管理問題，使有關單位在疲於奔命之餘猶須蒙受國人多方的指責，徒然傷害政府的形象，又難以達成健保原始設計的目的。

既然現行健保的困境在於事權集中於政府，行政管理由於範圍廣、問題雜，因此朝向分權化來思考全民健保體制的可能改革方向，應是合乎邏輯之事。而本文所擬考慮的市場模式，是為其中之一項可能性。

參、醫療照護體制改革中的市場機能

駕馭市場機能，以規範之下的競爭作為改革醫療保健體制的動力，是1980年代以來在世界若干國家的顯著現象：改革的起始條件儘管不同，但面對放任市場的失靈、管制引發的效率及福利損失、傳統社會保險對大眾選擇的抑制以及公醫體制之下的僵硬，從美國跨越大西洋，市場競爭的原理及策略，在英國、北歐、荷蘭等國都被引介為醫療體制改革的典範。在臺灣日益蓬勃的自由經濟體制之下，市場競爭概念本應在任何決策過程占有顯著地位，但在全民健保的制度設計中，由於採取以原有社會保險的架構為基礎的漸進改革策略，市場競爭並未被引進健保體系之中。

贊成競爭者認為若能消除市場失靈，競爭是在維持最低公平之下提升醫療服務效率的最佳選擇 (Enthoven, 1988)，反對者則惟恐在市場競爭之下，許多有價值而乏市場報酬的預防保健將被犧牲 (American Public Health Association, 1994)；持馬克斯主義觀點的學者則警告伴隨市場競爭而來的將是醫療系統的財團／公司化 (corporatization)，而在資本主義的邏輯之下，弱勢團體將日益被剝奪就醫的權利 (McKinlay, 1984)。

在臺灣由於醫療體系中的歷史因素，市場競爭對大多數人仍然是陌生的觀念，而且醫療資源水平分配的不均、保險市場的落後、醫療服務的施予尚未多

樣化，以及為駕御市場力量所需技術及人力尚未具足，市場模式的可行性似乎尚待進一步的評估。惟在臺灣社會快速變遷之下，原有的醫療保健架構既受到嚴厲之挑戰（陳孝平，1995a, 1995b），且健保法亦規定在實施兩年之內，政府應提出全民健保的改制方案，逾期該法失效（法第85條、89條），因此任何可能之替代性制度似乎均不可排除於考慮的範圍之外。本文用前瞻性的構想，以包括社會、經濟、社會的宏觀角度，藉剖析各國針對市場模式的理論發展、政策辯論、改革實驗的得失，作為我國未來改革健保體制的參考，並在剖析現行健保制度的困難處境之後，進一步檢驗在臺灣實施市場模式的可能性及其困難之所在，供決策之參酌。本文所謂市場競爭，自然不是自由放任的市場，而係藉由制度設計以消除醫療服務／保險市場失靈的規範性市場。⁴

Arrow (1963) 關於醫療市場的文章，標識著自由競爭市場機制在醫療市場的失靈，並從而導致健康經濟學的誕生：由於醫療服務市場在需求（罹病風險）與供給（治療效能）上都充斥著不確定性，再加上保險市場上由於資訊不對稱而導致的道德危機等問題，使市場力量難以在醫療市場發揮功能；要導正市場的失靈，人為的干預即難以避免，亦即：完全競爭的條件既不存在，則根據次佳定理，每一對醫療保健的干預政策，僅能在特定的考量下，以特定的準則評定其得失。然而，從作為醫療保健制度實驗室的美國經驗來看，過去數十年以「看得見的手」干預，其效果總是僅聊勝於無 (Eby and Cohodes, 1985)，甚至經常驗證了「道高一尺、魔高一丈」。

醫療保健的提供及相應的保險行業之中，「看不見的手」從實證結果來看，雖然不宜過度信任，但「干預」卻仍屬普遍現象，只是由國家對醫療市場所施行的干預，在同屬自由民主的資本主義社會當中，卻有很大的差異。Anderson (1989) 就曾依照醫療保健利用市場力量的大小，將若干國家排列成一個光譜，依市場力量由大而小分別為美國、澳洲、法國、德國、加拿大、瑞典、英國，在利用市場力量最多的美國，政府的干預迄今仍無法完成全民健

保，除老人 (Medicare) 及經濟弱勢者 (Medicaid) 以外，其他大多數人仍根據雇主職責 (employer mandate)，作為參與生產報酬的一部份，經由工作場所從商業保險中取得醫療保障。不但其醫療保險呈現「以私人部門為核心，以公共部門為輔助」之勢 (Brown, 1992)，其醫療服務的施予也以營利或非營利 (宗教、慈善團體等) 之私立醫療機構為主，而以公立醫療機構作為輔助性的角色，而且在這樣的制度之中，醫師作為一個企業家，醫師團體則以「獨立王國式的執業自由」 (solo practice) 作為其專業價值的核心。在這樣的社會中，醫療服務被當作一般性的商品，其獲得的前提是個人透過參與勞動市場對經濟作出貢獻，國家的角色因此主要在保障個人經濟機會的平等。

在前述光譜另一端的社會中，例如在1990年之前的英國，不但醫療的財務來源社會化，而且醫療服務的提供也公有化：透過「國民保健服務」 (National Health Service, NHS)，醫療財源的大部份來自中央及地方政府的稅收；其醫療服務網主要也由分屬於各地衛生當局的公立醫院及眾多的家庭醫師所構成。醫院的醫師是為國家的公務員，支領薪水，醫院外參與NHS的一般科醫師與國家藉簽訂契約來提供初級服務。醫療服務被作為由國家提供的「服務」而非商品 (Field, 1989)，取得醫療是公民權的一部份。這些醫療保健制度的特徵不但見於英國，也是存在於北歐斯堪地那維亞地區諸國堪稱頗為穩定的公醫制度當中。醫療保健體制，包括其財務安排、施予系統、公私搭配、對醫療服務去商品化程度的認知、及行政組織等，雖受偶發因素的影響，但基本上與該社會的經濟思想、政治取向及結構、社會價值關等有密切關係。以前面例示的諸國而言，美國醫療保健的私人／市場取向，是以美國政治上的小政府主義、經濟上推崇自由放任及在社會價值上傾向個人主義為背景。公醫制度放在二次大戰之後的歷史脈絡來看，則是受爭取社會權的思潮所影響，其中所謂的斯堪地那維亞模式可說是建立在社會民主的霸權 (social-democratic hegemony) (Castles, 1978) 之上的。

在過去這數十年間，不管是以私人／市場為指向的多元保健制度或以指揮／管制為指向的公醫制度都分別遭遇到困難：私人／市場指向非特不能藉有效率的生產以平抑醫療費用的上升，而且缺乏健全的安全網，馴至許多人無法獲得適足的醫療；指揮／管制指向則產生了缺乏效率誘因、對大眾反應遲鈍、組織結構僵化等常見於一般公營事業的問題。改革成為共同的呼聲。

儘管這兩大醫療體系發生的問題性質不同，其改革的起始條件 (initial conditions) 迥異，但值得注意的是兩邊的若干國家所採用的改革策略卻有甚多相似之處，而且透過類似的改革策略，兩邊的制度互相模仿，呈現更多的共同性。

這一套改革的策略可納入「規範式競爭」(normative competition) 的架構當中，而其主要的特徵包括：藉著分別成立醫療服務提供者與購買者的組織，以人為方式製造市場，而市場的機能係透過買賣雙方所簽訂的契約來體現；藉著對提供者組織的選擇權，促使提供者之間產生競爭；藉著保費彈性化，促使購買者團體提升管理效率；藉著大體上可稱為「錢隨著人走」的設計，促使服務提供者對大眾產生敏銳的反應 (Ham and Brommels, 1994)。在這些共同性之下，各國的具體做法因應著其起始條件的不同、政策目標著眼點的差異而有所不同：在美國原始的管理式競爭，係以維護其大環境中的自由經濟為著眼，主要由雇主或雇主團體作為贊助者 (sponsors) 的角色，為員工取得醫療照護。在原為公醫制度的北歐與英國，則稱為「內部市場」(internal market)，⁵ 其要旨為在基本上不更動公醫制度的前提下引進市場機制。在內部市場的策略當中，隨著改革機制啟動的不同，又可分成兩種策略：在英國主要的改革啟動機制繫於地區衛生當局管理人或有資格取得為病人購買醫院服務的「擁有基金的全科醫師」(fund-holding GPs)，大眾處於被動的角色 (Mullen, 1990; Saltman and von Otter, 1992)。由於這種策略會促使私人醫療部門的發展，而與原來的公醫體系形成抗禮之勢，故稱「混合市場」(mix-market) 策略；在北歐國家的若干地

方，例如瑞典，則將改革啟動機制賦予大眾，使大眾藉由任意選擇醫療機構，並將機構的預算與受大眾歡迎的程度直接連結，促使公立醫療機構對大眾的需要有適切之反應。由於這種策略並不導致私人醫療部門的興起，只是使公部門的醫療機構更具有競爭的企業精神，故稱「公共競爭」(public competition) (Saltman and von Otter, 1992; Ranade, 1994)。另外，在以社會保險為原則，以類似德國疾病基金為骨幹的荷蘭，亦提供一個範例，說明在適當的設計之下管理式競爭亦可被引進一個原既不以市場競爭為尚，亦非仰賴指揮與控制，而係以同舟共濟為基礎的社會民主醫療模式：根據1987的 Dekker 報告書，荷蘭正一方面將競爭引進醫療提供部門，促使疾病基金互相之間，疾病基金與私人保險公司之間的競爭 (Schut, 1991; Naaborg, 1991; OECD, 1992; Ham and Brommels, 1994)。

這些從八〇年代末期開始展開的藉由市場力量的改革，除了針對各國醫療體系本身的問題而外，也是對外界環境激盪的回應。這些外來的環境變化，主要有保守主義的再興、生活富裕之後對劃一服務的不滿，以及民主思潮在爭取到政治參與、經濟參與、社會參與之後，更進一步要求公民參與，因此，對教育、衛生等服務積極爭取由下而上的決定權 (Saltman and von Otter, 1992)。保守風潮之下，人們更進一步質疑國家主導社會福利的合法性，認為凡是民間可做到的，政府便儘可能不要做；生活富裕之後對醫療服務的需求產生類似「期待升高的革命」，要求更多樣化的服務；基於公民參與的需要，要求對健保等事務權力的下放。

由於市場策略在美國多元化醫療體制中已有多年的經驗，且管理式競爭又發皇於美國，故下節先行評述美國醫療制度的優缺點，及市場模式在該制度角色；第五節則從英國及北歐公醫制度的市場改革中發掘若干啓示；第六節則以荷蘭為例，說明一個疾病基金體系如何導進市場競爭。第七節藉由前面的論述，嘗試檢討市場模式對臺灣的相干性，最後則是結論與建議：市場模式固然

尚待進一步評估，但作為一個可能的全民健保替代方案，不妨選擇一醫療資源尚稱豐富的都市舉行小規模之實驗，以觀其成效。

肆、多元社會下美國醫療體系的困境與管理式競爭模式的興起

一、美國醫療體系的困境

在1994年美國期中選舉，共和黨在參眾兩院均取得了多數黨的地位。克林頓總統在此一年多前提出的「健康保障法」(Health Security Act) 雖未正式宣告死亡，但由於美國政治地貌經此大變，克林頓的法案勢必再無重見天日之時。克林頓政府憑藉一股看似可用的民氣，奮力做成這個提案，標識著本世紀以來美國試圖建立全民性健康照護體系的第五次努力。⁶ 由於克林頓當選總統的主要助力之一來自其對健保改革的政見，如今卻在此議題遭遇重大挫折，自然使世人再度以殊異的眼神來看待這個費用奇高、保障卻極不週全的醫療制度。

美國社會最明顯的特徵之一在於其多元化的性質，而處於這個大環境之下的健康照護體制也忠實反映這個特質：在醫療施予方面，醫院體系駁雜，在公立醫院、公益醫院及私立營利醫院之間缺乏協調；在財源方面，五花八門；公共保險，豐瘠相去甚大；私人保險則家數多而方案雜。

吊詭的是美國醫療體系的強勢與弱勢，卻同時源自於這個多元的本質。多元主義產生了離散式的競爭市場，而在競爭之下，美國投入鉅額之研究經費，造就了其它國家難以望其項背的醫療水準。多元主義也蘊育了其它國家難以比擬的自發性醫療：亦即由非營利醫療機構自行執行交叉補貼 (cross subsidization)，從經濟優勢者取得資源，以挹注提供經濟弱勢者，特別是無力購買醫療保險者的服務所需的財源，事實上直到面臨市場競爭之前，這從來就是無

保險人獲得醫療的主要管道 (Ginzberg, 1994)。

但這一套制度的弱點，也有許多來自於其多元化的本質，例如複雜的保險體系，使行政費用遠遠超過別的國家；缺乏協調，使醫院各自為政，在主動或被動之下紛紛進行所謂「武器競賽」——即在未經成本效益的考量下率爾購置過多的先進設備、儀器；依賴市場法則，結果造成醫師過剩、而且專科醫師與一般醫師失去平衡；而當要進行全面性的改革時，卻又發現多元社會中利害參差扞格，政治體中各勢力糾纏制衡，且由於信仰個人主義，維護健康被視為係個人的責任，及崇尚自由經濟，政府的介入缺乏足夠的合法性，以致於迄今仍無法成立全民健保 (DeSario and Rivto, 1989; Marmor, 1994; Ginzberg, 1994)。

美國健康照護體系，其危機最明顯的表相在於無力因應因醫療費用上漲所引起的困難：醫療費用上漲帶動保險費用的上漲，使無力購買健康保險的人日益增多；保險費用的上漲，加重雇主勞動成本的負擔，動搖了原來作為美國健康保險支柱的雇主責任制 (Kronick, 1991)；雇主提供保險的縮減，可能使改變雇主之後即喪失健康保險，間接限制了就業的自由；醫療保險費用的上升影響國際競爭力。總之，這不再是一個窮人的問題，而是一個「大家」的問題：失業固然會失去健康保險，就業卻並不一定獲得保險，即使在這個工作上獲得保險，卻未必在另一個工作上獲得保險。⁷

引起這些困難的原因有多方面，有些並非美國獨有，例如人口老化；但自由的多元主義之下，卻有結構性原因造成醫療費用盤旋上漲。這推動醫療費用上漲的機制可歸納為「開立空白支票」：

在美國多元社會的背景之下，傳統上的醫療施予方式是建立在所謂「獨立王國式的執業」(solo practice) (Raffel and Raffel, 1989: 72-74) 的醫療意識型態之上。這樣的意識型態在法國喜用「自由醫療」(la médecine libérale) (Rodwin and Sandier, 1993) 來涵攝，Enthoven 則稱之為「行會自由選擇」(guild free

choice) 的醫療制度 (Enthoven, 1988)。不管所使用的名詞為何，這種以自由放任的市場邏輯為基礎的醫療體制中，都含有這些特徵：第一、醫師享有充份的專業自主權，可以自行決定診治療程、決定處方的種類及數量 (即技術層面的專業自主權) 並可決定收費標準 (即經濟層面的自主權)。在技術的自主性方面，醫師雖要受到透過公會的同儕關於醫療倫理、執業規範的制約，但並不受官僚體系的干預；在經濟自主性方面，形式上雖遵守自由市場法則，由醫師與病人在自願交易之下決定價格，但由於醫師在醫學知識上的優勢，病人往往只有被動接受，少有討價還價的餘地。第二、強調病人自由選擇醫師的自由。第三、收費採用按量計酬 (fee for service, FFS) 的方式 (Enthoven, 1988; Rodwin and Sandier, 1993)。

這一套醫療服務制度配合著第三者付費且對醫療服務者無審查權力的保險制度，構成了一張給醫療提供者的空白支票，使醫療費用節節上升。這一張空白支票的形成可以從醫師、大眾與保險公司三個方向來看。在按量計酬制之下，沒有內在的誘因可以節制醫師的醫療供給，而且由於醫病之間知識的不對稱，病人無從判斷醫師所施予的治療或藥品處方是否確有必要。更有甚者，由於保險給付模糊了大眾的成本意識，病人不惟沒有制衡醫師的動機，甚至還會主動提高醫療服務的需求 (即所謂「道德危機」的問題)。而保險公司既無審核醫療提供者執業的權力，只能對醫療提供者「有求必應」，而由投保大眾來分攤所需的費用。

針對醫療保健制度的困境，美國的傳統因應策略大體上循著兩大主軸進行：一是試圖藉由管制措施，控制醫療費用、普及醫療服務；一是尋求各種替代性醫療服務施予制度 (alternative delivery systems, ADS)，在資本主義社會的大架構裏，尋求較有效率的制度。

在過去數十年間，美國採用了洋洋大觀的管制措施。這些對於醫療院所的管制措施，可大別為「需求核證」(certificate of need, CON)、「醫療資源利用審查」(utilization review, UR)及「費率管制」(rate regulation, RR) (Phelps, 1992: 443-482; Jacobs, 1991: 313-331)。CON 係針對醫療資本財的購置。由於醫療服務市場的競爭輕「價格」而重「品質」，而由於所謂「品質」十分抽象，難以衡量，一般大眾往往僅能以一家醫院是否有高科技設備來評斷該醫療院所的品質，馴至醫療服務提供者傾向於購置未必有實際必要的設備，帶動了醫療院所的武器競賽。在1974年的一項立法中，在美國各地設置了「保健制度局」(Health Systems Agencies, HSAs)，以審核醫療硬體購置的需求。UR 則是對醫療過程的審查。在1973年設置了「專業標準審核組織」(professional standards review organizations, PSROs)，職司對 Medicare 及 Medicaid 醫療適當性的審核，若醫療院所被裁定為有不當之醫療，政府將不予支付相關的費用。PSROs 後來被功能類似的「同儕審核組織」(peer review organizations, PROs) 所取代。除了對醫療設施及療程的管制外，還有在總稱為「前瞻性付費制度」(prospective payment system, PPS) 之下的費率管制。RR 的構想是藉著事先訂定費率，促使提供者在一定的預知預算限制之下施行治療，以節制醫療費用。在各式各樣的 RR 中，目前應用最廣，最為著名的是診斷關係群 (DRGs) 及資源投入為準之相對點數表 (RBRVS)，前者針對醫院服務，後者則適用於醫師服務，兩者設計的原始目的雖為 Medicare 使用，但亦有許多其它方案採行。

這些管制措施大多已實施相當一段時間，但往往控制了價格，則刺激了利用數量，控制了利用數量，則又掌握不住價格，因而其抑制美國醫療費用、提升服務效率的效果非常有限 (Eby and Cohodes, 1985)。

與這些官方或半官方的管制措施並行的，是由民間醫療及保險部門催生的「替代性施予制度」。在「管理式照護」(managed care) 籠統名稱之下，替代性施予制度包含了許多迥異於傳統的醫療及保險策略，其中較為人注意，並被賦

予較大寄望的是「健康維護組織」(health maintenance organizations, HMOs) 及「優惠醫療組織」(preferred provider organizations, PPOs) 這類帶有競爭性的醫療服務提供方式。

HMOs 在美國的起源可回溯到19世紀由行會自行雇用醫師照顧會員及其眷屬的醫療模式，這些 HMO 的前身多半限於以行會會員為對象，二次大戰之後，九家大規模的 HMOs 才將市場對象擴大到一般大眾 (Luft and Morrison, 1991)。HMOs 因為抵觸到 solo practice 裏的多項自由執業的原則，一度受到醫師團體的強力抵制。在1960年代的後半部，由於 Medicare 實施之後醫療費用的上升遠超過預期，HMOs 才逐漸獲得支持力量。

在尼克森總統任期內通過的「1973年健康維護組織法案」賦予 HMOs 法律上的基礎。在該項立法裏 (公共立法93-222號)，不但廢除了各州政府在醫療團體遊說下對設立 HMOs 的限制，而且由聯邦政府提供經費以進行 HMOs 的規劃與發展，HMOs 並得要求當地的雇主將之納為可供員工選擇的方案之一。

HMOs 最重要的特徵是醫療服務提供者與保險人身份的合一，亦即將財務與服務納入同一事業體中，由醫療服務提供者本身來承擔風險，消除前述行會自由選擇模式中醫療服務只管需索，保險公司只管支付所衍生的弊端。HMOs 藉著收取一定的保費，對加入的客戶提供廣泛性的服務。由於一個 HMO 的預算固定，故在提供服務時易有擲節開銷的自覺；而且在這樣的包醫制度之下，HMOs 傾向於重視預防保健。根據蘭德公司的研究，在不影響治療結果的情況下，且無風險選擇下，相對於按量計酬的方式，HMOs 確實可提高服務效率 (Newhouse, 1993)。

PPOs 則是以保險業者作為中心，一邊以較低的保費吸引特定人口群來投保，另一邊則與較有效率的醫療服務者簽訂合同，並以保證穩定及大量的客源，換取醫療服務費用的折扣。由於保險業者可以選擇具有效率的提供者，而

且通常對醫療資源的使用有審核權，以此來制約醫療費用的上漲。PPOs 因為歷史短淺，其經濟效益及對醫療品質的影響仍有待觀察。

HMOs 及 PPOs 均屬於有限制的醫療服務提供者。所謂的有限制，從提供者(或保險人)的觀點來看，其服務的對象限於特定的客戶群，而非沒有邊界的一般大眾，而從病人的觀點來看，其就醫的對象僅限屬於一個 HMO 的機構或與一 PPO 有契約關係的院所。而「競爭」就藉著這些「特定對象的選擇」而發揮作用。易言之，這些有限制醫療服務方案的訂戶(subscribers)等於是接受選擇看病對象的限制，換取較有效率因而品質較好或價格較低的服務。

這些藉由私部門啟動的，帶有自發性規範力量的市場策略，固然可能在私人保險的範疇裡提升效率，然而卻無法全面性解決醫療可進性⁸的問題。甚至由於競爭所帶來的壓力，壓縮了原來美國醫療體系中藉交叉補貼以服務無保險人羣的空間，缺乏健康保險的人數仍然有增無減。

由於絕大多數的美國人都深信美國的醫療體系須要進行根本性的改革，因此克林頓總統在當選之後即積極籌畫改革。而在前述的美國多元社會背景之下，過去依賴「看得見的手」的管制措施既少見績效，而在民間部門又已發展成蓬勃的帶有規範意涵的競爭模式，市場策略就成為克林頓法案的核心內容(US Government, 1993)。

二、「管理式競爭」理論的大要

如前所述，自由放任的市場機制，在醫療服務市場中將產生市場失靈。管理式競爭的基本構想，即在設計一套策略，既能利用市場的力量，又可避免市場失靈。

根據 Jackson Hole Group 關於「由消費者選擇的健保方案」(Consumer Choice Health Plan, CCHP) 的論述，管理式競爭策略的集大成者 Alain C.

Enthoven 從實際上觀察「預付費用群體醫療」(prepaid group practice) 與傳統獨立王國式醫療之間的比較，而發展出整套的管理式競爭理論。Enthoven 以 HMOs 代表預付費用方案，比較其與自由醫療之間的差異：在自由醫療制度中，病人可任意選擇醫師，但在 HMO 制度中，病人僅能到與 HMO 有契約關係的醫師就醫；在自由醫療中，醫師可自由開立處方，在 HMO 中，則醫師開立處方將受到機構本身廣泛的監督；在自由醫療中，收費由醫師與病人協商而定，自不利於病人且可能有醫師濫施不必要醫療的可能。在 HMO 中，則具有成本意識的 HMO 作為代表病人的代理人，與醫師協定價格；自由醫療中，醫師的收入係採論量計酬制，提供的服務越多，收入即越豐厚，在 HMO 中，則藉薪水制、人頭制，儘可能削弱醫師所得與醫療服務提供量之間的關係，而且對於善用醫療資源的醫師，通常還有獎勵；自由醫療中，每位醫師所服務的病人數不定，在 HMO 中，由於服務對象在一定時間內為一固定人數，故在醫師等服務人力的聘用上能適當安排；在自由醫療中，付費的第三者對醫師審核能力很弱，但 HMO 則可有效左右醫師的行為，有利於效率的提高 (Enthoven, 1988: 42-46)。前文已介紹過的 PPOs，由於亦具有市場競爭以提高效率的功能，故與 HMOs 同列為競爭模式中可用的承載工具。

要使管理式競爭同時帶有競爭與管理的成份，則要讓消費者自由選擇方案：在這個「市場」中競爭的：一、基本單位是「每人每單位時間(年)周延性的服務」所構成的諸多方案，消費者即從這些成套的方案中作選擇；二、將醫療服務提供者組織成互相競爭的機構，使這些機構在價格與服務品質上互相競爭；三、在財務的安排上要使大眾具有成本意識：雇主或政府的補貼均應以釘住在費用最低的方案以下，若消費者購買費用較高的方案時即應自行補足差額。另外，在稅制條文中，應限制雇主補助員工購買保險的費用的免稅額度，以落實雇主的成本意識；四、對各方案藉風險選擇等破壞公平競爭的行為，宜加以管理 (Enthoven, 1988: 65-74; 1993)。

行政管理上，管理式競爭創造了「健康保險購買合作社」(health insurance purchasing cooperatives, HIPCs) 或「保健聯盟」(health alliances)，⁹引進具專業知識的人員作為大眾的代表。這消除了部份大眾與醫療提供者之間資訊的不對稱，應有助於大眾的選擇。為了避免醫療提供者藉保單的設計篩選病人，在管理式競爭中，主要的競爭單位就是給付內容劃一的基本方案。在克林頓的法案中，在全國的範圍內建立了聯邦保健理事會 (National Health Board)，其主要職掌即在訂定這個基本方案的內容。因此，反諷的是，雖然是競爭模式，但是不但在醫療服務的層次將自由執業的醫師納入公司化的組織，而且作為遂行管理的需要，整個醫療體制也納入一個相當層級化的架構當中。

這一套醫療體系改革的策略，雖然其精神亦為其它國家所採納，但基本上係為了適應業已多元化的美國醫療制度的現況。事實上克林頓法案為了減低該法案對現有施予制度的衝擊，刻意規定任何健康聯盟均要提供大眾可選擇自由醫療、公司式醫療或其它有限制就醫對象的方案。克林頓的法案雖然失敗，但管理式競爭或其它更廣義的競爭的概念與策略仍然會經由私人部門推廣。管理式競爭的引入，雖不致於根本改變施予制度，不過由於市場競爭機能的牽引，自由醫療可能會受到某種程度的壓縮，因而加速醫療公司化的趨勢。公司化的醫療雖可能因具企業化經營理念，而提高醫療資源的使用效率，但同時也會剝奪醫師的專業自由性，使醫師淪為財團、大型保險公司的工人 [即所謂「普羅化」(proletarianization)]，一方面可能會間接影響到醫師執業的態度，並使醫病關係非人情化 (impersonal)，一方面則使資本家得以進一步介入原作為提供殊價財的醫療體系，依資本主義邏輯操作的結果，可能重利潤的創造，而輕健康之生產 (McKinlay, 1984)。

競爭模式對財務制度最大的意涵在於，不但將費用的設計作為融通醫療服務的工具，而且儘可能把費用支付的結構作為提高效率、抑低成本的工具。在供給者方面，藉預付的制度，加上財務與施予結合，使供給者具有自動節約的

成本意識 (HMO 模式)，或藉薄利多銷的原理，以費用的折扣換取穩定的客源 (PPO 模式)。在購買者方面，由於不同的品質、給付內容有不同的付費水準，因此購買者將具有較高的成本意識，依其醫療需要及所得水準購買合適的方案。爲了增強大眾的成本意識，Enthoven 等主張對於保險費用，不管雇主或員工，其免稅額均應有一定之限度，以免形成實質的財務補貼 (Enthoven, 1993)。

由於管理式競爭尙未經大規模的試驗，因此對其是否能產生預期的效果，也有許多論者持懷疑態度。除前述對醫療財團化的質疑外，也有人指出 (Marmor, 1994)：作爲管理式競爭最主要的承載工具 HMOs，其市場占有率並未持續擴張；雖可能有節省消費者費用的跡象，但作爲企業體，本身卻多半面臨嚴重的營運危機。在實施的層次上，光是爲防止市場失靈所需的管制，就嚴重考驗了衛生行政單位的能力。

然而，由於美國社會的價值觀 (Chen, 1995)，在進行全面性的醫療改革時，至少作爲一項飾詞 (rhetoric)，不能不談市場力量。由於傳統醫療團體的阻力，採取英國式的公醫制度是完全超乎想像；由於民間保險業者的遊說，採加拿大式的公辦保險制度也少有可能；政府財政業已累積天文數字的赤字，自不可能大量補貼；由於自由市場與社會市場的牴觸，德國的疾病基金制度似乎充其量也僅是一項遙遠的可能性。因此，除非美國醫療問題進一步惡化，足以產生推動改革之窗的重大危機 (Keeler, 1993)，或至少美國國會的政治地貌有再一度重大的改變 (Blumenthal, 1995)，否則美國醫療體系仍會依循現行的軌跡演化下去——費用繼續升高，缺乏保險的問題日益嚴重，有限範圍內由市場法則決定，公共保險則仍然管制如昔。

伍、北歐諸國公醫制度改革的啟示

公醫制度通常具有這樣的特徵：一、醫療院所絕大多數為公立機構，其中之從業人員具有公務員身份，支領國家薪水，故稱「公醫」制度；二、開業醫師多半為全科醫師，負責照顧大眾的初級醫療，同時藉轉診制度，作為整個醫療體系的「守門人」；三、以一般稅收來支應醫療費用，因此並沒有專用於醫療保健的專用稅目，特別是沒有以強調使用者應付費的「保險」制度中常見的薪資稅；四、強調「看病(時)不要錢」，撤除保險制度之下常見的「自付額」、「部份負擔」等就醫的限制(然而近年來業已導進了小額的部份負擔)。

公醫制度長久以來就是北歐諸國醫療保健的中堅。在挪威、瑞典、丹麥和英國等國家中，政治思想、社會背景或有不同，二次戰後迄今，也曾經左傾、右傾政府分別執政，但公醫制度卻仍安然無恙(Saltman and von Otter, 1992: 3-6)。公醫制度既能超越意識型態及社會的變遷而存續，必有其優越性，其中最明顯者，可能是有利於醫療費用的控制：瑞典是這些公醫制度國家中平均每人醫療費用最高者，但也僅及美國的58%，芬蘭及英國則分別為美國的45%及36%(Schieber et al., 1991)。

這樣的制度其實是建立在「就醫是公民權的一部份」的社會價值觀之上，既屬「權利」，自應包括全民，且施以全面性的服務，而且不容財務或其它一切足以限制就醫機會的障礙。因此，公醫制度另一個明顯的優點就是公平性。公醫制度最為人詬病的地方在於因預算之限制，供給面短缺而形成的等候線，此以緊急性之服務最為嚴重。

公醫制度雖有等候線長、機構臃腫、對公眾需求反應遲鈍等問題，但整體而言，卻頗受歡迎，特別是「看病時不要錢」及不徵特別稅來支應費用這兩點，使公醫制度成為北歐國家社會福利體制中最為人民重視的一環。一手建立

英國「國民保健服務」的前工黨衛生部長貝文 (Aneurin Bevan) 即嚴加警告：「誰敢動國民保健服務誰就垮台！」。在英國，由於國民保健服務深受大眾歡迎，柴契爾夫人在1980年代所刮起的民營化旋風，席捲了大部份的英國國營企業之後方才及於 NHS。

北歐諸國政府雖然忌憚對公醫制度的改革引起民意的反彈，但隨著時代與環境的變遷，公醫制度也產生改革的內在因素，這些促進改革的因素可以歸納為 (Saltman and von Otter, 1992; Ranade, 1994)：

(一) 環境的快速變遷突顯了公醫制度的缺乏彈性。公醫制度與政府的規劃不可分離，規劃則依存於穩定的環境，若環境變動即顯得僵硬難行，例如醫藥科技進步一日千里，醫療服務項目的擴充遠快過規劃中的資源所能支應；人口老化迅速，使醫療服務的內涵及各種醫療人員的組成大為改變，由規劃產生的人力結構常與需求不符；各醫療院所由於「品質競爭」的需要紛紛進行高科技設備的「武器競賽」亦使作為管制者的規劃當局窮於應付。

(二) 作為政治思想演進的一環，民眾對「參與權」的要求升高，希望參與醫療政策的壓力加大。在民主政體當中，人民對政治體制可透過選舉權的行使造成政權的更替，也可透過利益團體的運作，影響個別政策的形成；在經濟體制方面則可透過工會及勞資共同決策以發揮影響力。但在醫療保健方面似乎反而沒有建構完整的參與決策的管道。以赫契門 (Hirschman, 1970) 的術語來講，民眾即使已失去對公醫制度的忠誠 (loyalty)，雖可作不平之鳴 (voice)，但基於公醫制度作為集體行動的強制性，個人卻無法置身事外 (exit)，例如拒繳稅金等。

因此，對公醫制度進行改革，以容納民眾參與的空間，就成為政治上有力的訴求。

(三) 富裕之後的中產階級不願再接受劃一的醫療服務。過去支持公醫制度的主力來自於勞動階級由於生產結構的改變，勞動階級的影響力相對減小，中產階級的份量增加，而經過戰後的經濟發展，產生所謂「預期升高的革命」，原來以公平為主要訴求的公醫制度已益難以滿足中產階級的需求。

生產結構的改變，亦使得包括醫療在內的服務等躍居經濟的首位，隨之而來的是對醫療服務績效的評估日益嚴苛，公醫制度之下經營、管理的缺陷逐漸為社會大眾所瞭解，亦形成改革的壓力。

(四) 1970年代由能源危機所引起的停滯膨脹，使凱因斯經濟學黯然失色，新古典學派經濟學重新獲得重視，並成為評判公共政策的新準則。因此，「生產力」取代了「社會公義」，「效率」取代了「公平」作為公共政策的中心關懷。因此，評價醫療體制的判準，由「是否能提供普及性、全面性的服務」，一變而成為「是否能提供最具經濟效率性的服務」。原來作為公醫制度之下最大優點的公平性，開始受到質疑與輕忽。

由於有這些內在改革的動因，因此1980年代的保守風潮就不可避免地會觸及到公醫制度。在這些國家的改革者手中，其可考慮的政策選擇至少受到兩項限制：

1. 與「規劃」相對的「自由市場」策略，由於主要是美國的試驗，已證明是一個失敗的策略，因此不應成為考慮的對象。
2. 公醫制度雖面對改革的壓力，但尚不致於有全面變更的必要，因此改革必須與原有制度、有高度的銜接性。

一、公醫制度下的市場策略

在這樣的限制下，北歐諸國對公醫制度的改革主要採取兩種模式：「混合式市場」與「公共競爭」。

混合式市場的模式可以英國國民保健服務的改革為代表 (The British Government, 1989)。英國的 NHS 原來是採用一條鞭的掌握與控制的架構：由中央的衛生部管轄十數個區域保健局 (Regional Health Authorities)，這些區域保健局則共管轄一百多個地區保健局 (Area Health Authorities)。在改革之前，地區保健局既負責規劃該地區的醫療服務需求，但因管轄該地區的醫院，所以同時也是該地區醫療服務供給的規劃者。這樣需求與供給合一的機構，其管理績效自缺乏責任的可追究性。在1990年的改革中，使原屬於地區保健局的醫院組成經營權獨立的「國民保健服務信託」(NHS Trusts)。地區保健局則專職醫療需求的規劃，NHS Trusts 則有權自訂經營方針，同時自負盈虧。地區保健局即從已獨立的 NHS Trusts、仍屬保健局的醫院以及任何私人醫院中選擇最合適提供某項服務且最具效率的醫院與之簽訂提供服務的契約。由於簽約的對象不拘公、私立醫院，故稱「混合式市場」。除成立 NHS Trusts 之外，1990年英國的改革還藉兩項設計進一步誘發醫療服務市場的競爭性：一是容許大型的由家醫師組成的聯合門診中心向區域保健局申請經費，用以替登記在其名下的病人向醫院購買所需的服務。如此也在群醫中心與醫院中間創造了市場，迫使醫院之間互相競爭，以取得合約。二是經費分配方式的改變。過去經費的分配是以該地區醫院為照護該地區的「發生於該地區」的醫療需要而定，但新辦法則依「起源於該地區」的醫療需要而定。是以在前者的辦法下，每一地區都必須為跨區就醫者負責，而於事後獲得經費的彌補，但新辦法下則各地區原則上只為各地區的居民負責，因此權責易於劃清。

英國這一套改革最大的受益人應是擁有基金的家醫師。這些醫師是否推薦轉診或往何處轉診，將立即影響醫院的財源，因此成為醫院示好的對象。而且，任何一個家醫師基金的成立，均表示地區保健局財務支配權的局部喪失，因而與地區保健局處於競爭地位 (Mechanic, 1995)，惟這些家醫師是否善於利用這些權力以造福病人，似乎尚無具體證據。將購買與供給分離是這項改革的另

一重點，目的在使地區保健局依據需要與對供給者的品質評估決定簽訂契約的對象，然而多半的地區保健局仍與原來隸屬於其下的醫院簽約。因此，購買與供給分離製造市場的功能有限，反而是由契約的具體化，產生責任可追究性，因而減少了可能的弊端 (Day and Klein, 1991)。

在其它北歐國家，如瑞典，因採地方分權制，各地方政府的改革策略不盡相同，有些採取與英國雷同的作法，有些則採用「公共競爭」的策略 (Saltman and von Otter, 1992)。

公共競爭的策略可歸納為「公共的醫療機構以服務品質競爭，民眾以行使消費者主權來取捨」，故可簡稱為「公競、民擇」的模式。

這些公營醫療機構的管理經營績效就由其服務市場的占有率來評估，作為其預算增刪、人員增減甚至是否擴充或裁撤的依據，由此建立公營醫療院所服務責任的可追究性。

這兩種模式的比較可發現 (見表 1)，混合市場的模式是從服務的供給面著眼，由地區當局的主導，改變醫療當局的決策方式，其成敗決定於管理當局是否有負責任的自覺 (Responsibility)。而公共競爭的模式則從需求面著眼，由大眾藉消費者主權的行使，改變醫療院所的診療品質，其成敗決定於醫療機構對大眾的需求是否有靈敏的反應 (Responsiveness)。混合市場可誘進新的私人醫院以加強競爭性，公共競爭則僅從現存的公營機構著力。

以瑞典為例，將市場誘因導進公醫體制後，一個立即可見的效應是大眾可不再受到居住地點的限制而可自由選擇就醫處所，如此自然構成醫療院所的競爭壓力，因此有證據顯示醫療院所生產力的提升 (Garpenby, 1995)。然而，將購買及提供醫療分離的作法，由於地方政治人物的干預，卻難以產生預期的效果。此緣在瑞典係以「郡」為主的地方自治制度，而同一政黨的地方政治人物

卻很可能同時支持購買與供給的雙方，模糊了供需原來應有的分際 (Garpenby, 1995)。

表 1 兩種改革策略的比較

<u>公共競爭</u>	<u>混合市場</u>
相同點：	
1. 在原有公醫制度之中引進競爭的成份	
2. 著重醫療服務的成本效益	
3. 以經濟指標取代「門第」(prestige) 觀念來評估醫院的表現	
相異點：	
1. 從需求面著眼	1. 從供給面著眼
2. 以大眾為主導，行使消費者主權	2. 以管理當局為主導，行使簽約權
3. 從醫療機構的診療層次著手	3. 從管理當局的決策層次著手
4. 使醫療機構對大眾具有反應性	4. 使管理當局具有責任感的自覺
5. 從原有的公立醫療院所著力	5. 可能誘進新興的私立醫院

陸、荷蘭的改革

荷蘭的健康保險原來係由三大系統構成：以全國為範圍有一個以稅收來支應的，保障高額醫療費用的災難性保險方案；對於年收入在一定金額以下者（約佔全部人口的60%），強制加入與德國類似的疾病基金，以保障一般性的傷病風險；對於年收入在一定金額以上而不加入疾病基金者，則由私人保險取得保障 (Naaborg, 1991)。

荷蘭這套醫療體系在財務制度上可視為歐洲國家中採貝佛里奇原則與採俾斯麥原則兩大制度的折衷。放在自1970年代以來的福利國家危機的背景中，荷蘭制度也在因經濟成長遲緩導致公共財源不足、國家干預醫療的合法性受質疑下產生改革的呼聲。但這一套制度裡，另外有一些結構性的因素引起效率的問題：其一是由於不同的疾病分屬不同的保險方案，因財源來自不同的系統，往往妨礙醫療服務提供者選取最具成本效益的療程，事實上，病人的選擇，往往受支付財源的牽制 (Schut, 1991)；其二是支付採回顧式 (retrospective) 的方式，而且疾病基金可透過全國統籌帳戶 (General Fund) 取得全額支付，因而沒有節制醫療費用的誘因；其三是，在私人保險部門由於係採風險定價的方式，鼓勵選擇風險，既使保險人虛耗有用之資源篩選病人，又使高風險群難以取得保險 (Schut, 1991)。

這些問題既使醫療費用漲勢難阻，復在不同經社人群之間產生公平性問題，因此政府就根據 Dekker Report 在1991年開始改革。改革有三個切入點：一是將原來離散的制度加以整合，將原來分為災難性保險及一般性保險合而為一，稱為基本保障方案；其二是提升醫療照護的效率與彈性；其三是將政府的管制改為由市場力量來建立醫療保險的市場秩序 (Naaborg, 1991)。

具體的相關措施有：一、將原來依「災難性風險」及「一般性風險」分開的兩項方案合併成單一的「基本保障方案」。二、泯除疾病基金與私人保險公司之間的界線：為了促進競爭，使原在不同運作模式之下的各類保險人都能在公平的場域中競爭，未來將不再區分疾病基金與其它保險公司。三、為了加強保險人之間的競爭，各保險人從全國統籌基金中僅取得85%的費用，其餘則直接由被保險人支付，各基金若能提高經營效率，則可藉由對這15%費用的減讓以提高市場占有率。四、為避免保險人選擇風險，統籌基金對保險的支付須經風險調整，但基於社會保險所得重分配的本質，保費的收取係以付費能力為依

據，而與個人的風險因子無關。五、作為促使醫療提供者之間的競爭機制，疾病基金從原來必須與任何提供者簽約改為可選擇性簽約。

荷蘭的改革實施的進度緩慢。在政治上由於改革所牽涉的所得重分配難以達成共識，管理上一個主要問題在於風險評估的不易。依風險組成作為調整對醫療院所支付標準的依據，是此項市場改革成敗的關鍵，因如此方可建立支付與醫療資源使用的關聯，避免風險選擇，而使競爭有公平的基礎，但保險機構及政府似乎沒有足夠經驗以發展一套可用的風險評估。針對風險評估以及其它行政管理上的困難，有人擔心市場改革反而帶來行政費用的膨漲 (Naaborg, 1991)。儘管如此，在啟動了競爭機制之後，原來許多醫藥、衛生器材供給的聯合壟斷已被打破，是迄今改革較明顯的正面效應 (Schut, 1995)。

從前述各國例子，採市場競爭模式作為醫療體制改革的典範，視其起始條件的不同，可能在不同的程度上牽涉到財務制度、服務施予制度以及行政管理方面的變革。

柒、市場競爭模式對臺灣之意涵

一種健康照護體制的形成，反映了一個社會的價值觀：健康照護為商品抑或權利？健康是為個人的責任，抑或社會的責任？政府的角色應該積極進取，抑或被動保守？經濟制度應該講究機會的均等，抑或基本程度的保障？一個社會大多數人對這些問題認知的輻合樣態，形塑了一個健康照護體制的大致輪廓 (Chen, 1995)。當然，在一個健康照護制度形成的過程當中，亦會受到政治結構的制約，及利益團體運作的影響 (Immergut, 1992)。而許多健康照護的問題，也與特定的健康照護制度有某些關聯，例如在公醫制度中，醫療費用較易控制在一定水準以下，但資源利用效率、對大眾需要的反應、等候線過長等卻是其難以解決的問題；在自由醫療的制度中，醫師享有高度的技術與經濟的專業自主

性，大眾享有選擇醫師的充分自由，高級的醫學技術容易有發展的機會，但醫療費用的上漲卻難以控制；規範式競爭企圖在市場中引進管理（如美國克林頓方案）或在僵硬的公醫制度中引進人為的市場機制（如英國的內部市場改革），雖可能有助於效率之提升，但卻仍可以導致醫療機構的首要化，¹⁰造成地區間醫療可進性的不平衡；醫療服務公司化之後，不但造成財團壟斷，而且醫療服務的施予必將日益服從資本擴張的邏輯，醫療機構的利潤重於大眾的健康，醫療關係非人情化，醫療服務商品化。

前面介紹的這些國家，美國原本市場策略即已存在，英國與北歐則將之作爲對社會、經濟整體變遷回應之一環，荷蘭也以市場作爲舒緩健保系統危機的策略。這些國家的努力雖未必代表一個穩定的潮流，其成敗得失也有待評估，但這代表了對市場機能運用於醫療保健的再認識，而其具體措施也有必要詳加研究。然而，以市場競爭機能爲醫療市場改革的原理，對臺灣是否有任何啓發性？其實施的可行性如何？本節從上述各國的經驗中規納可供我國參考的要點，並分析臺灣現存的條件是否足以實施市場模式？

一、各國實施市場策略對我國的啓示

如本文開頭所述，臺灣現行全民健保的體制蒙受政治運作以及行政管理的困難，故改革的方向應使政府主導健保的權力釋出，且體制應朝多元化發展。準此，前述各國經驗對我國應有如下的啓示：

1. 市場策略的採行，雖可能包含多種不同且可能不相容之策略，但均可將對健康保險／健康照護的主導權由政府至少部份轉移至非政府部門。政府既不具財源與資源的支配權，自然也不再成爲利益團體的競租對象，從而使健保擺脫至少部份政治力之糾葛。

2. 市場策略的遂行，前題是市場上必須有多個「行動者」，亦即，不管是醫療服務的提供或醫療保險的業務均將分權化。因此，管理規模縮小，一個體

系之中利益衝突的問題可以獲得紓解，而且各個方案亦可自行因地制宜，增加制度的彈性。

3. 在由民間業者，特別是由醫療提供者主導下的制度，若干管理上的問題均可由市場法則的引導而消除。例如在 HMO 制度下，「道德危機」或分級轉診的問題係由業者自行以「守門員」的制度解決，既毋須使用引起諸多反感的部份負擔，更無所謂差別性之部份負擔，也不需六格一換的健保卡。

4. 在公營事業備受質疑，民間社會力量高漲之際，國內公立醫療機構一方面面臨政治合法性的危機，且在法令束縛之下競爭不利而面對生存危機。外國公醫制度的改革策略可作為我國公立醫療機構轉型的參考。

當然，在競爭模式之下，相對於現行制度也有其可能的負面效應。其中最可能為人質疑的是由市場力量決定之下醫療分層化因而引起公平性的問題。現行制度由於任何人都有相同的給付，公平性較少成為問題。在全民健保開辦前由於臺灣社會中尚有約略一半人口沒有健康保險，因此先求人人有保險固然無可厚非，然而在人人皆有基本保障之前題下，下一階段容許藉市場力量以提高供給與消費的效率，應為健保合理的演進程序。

其次是關於醫療品質是否會因競爭而受影響以及在競爭壓力之下，業者是否會有所謂 *cream-skimming*，即「挑選低風險(好)顧客」的行為，以致使風險集中的質疑。關於這兩項問題，可使用的資料以關於 HMOs 的研究較多。根據 Rand 一項規模極大，耗資極巨的研究 (Newhouse, 1993)，發現在競爭模式之下的 HMOs 確可在並不影響醫療品質的情況下，以注重先期治療的經營策略節約總體醫療費用，且並未發現 *skimming* 的證據。因此，醫療品質是否可以確保，業者的經營策略正確與否可能才是具有關鍵性的因素。

二、臺灣實施市場競爭模式所需條件之檢討

要檢討市場策略對臺灣的相干性，必須先瞭解有那些因素方可以產生前述的特徵。充足而均勻分佈的醫療資源是遂行市場策略的第一必要條件。所謂對消費者主權的尊重、競爭機能的發生，均必須以該社會的大部分地區均有充足的醫療資源為前提。醫療資源充足，才可能提供多重選擇，而消費者的選擇就啟動了競爭的機制。其次是醫界及保險業者的企業精神與開拓市場的企圖心。在競爭的環境中，醫界及保險業者必須藉彈性的服務套裝，針對特定人口群行銷其「產品」，惟有旺盛的企圖心才能造就一個活潑的醫療市場。在這複式產品、複式保險人的健保制度之下，極易產生醫療品質不齊，以及過份重視個體層次的效率問題，以致犧牲了社會公平的問題。為了醫療品質、避免因競爭所衍生的社會公平性問題，需要有幹練的醫療行政人員監督。下面即從這些因素的檢討來分析在臺灣實施市場模式可能之困難。

1. 醫療資源的分佈

市場模式既將競爭機制的重點置於供給面，則自然較適合於醫療資源豐沛之地區，而較難以適用於醫療資源缺乏的地區。臺灣整體醫療資源雖然並不匱乏，然而卻有分佈上的不均(藍忠孚，1994: 92-108)。從競爭模式的觀點來看，醫療資源在區域間分配的不均，及在地區內城鄉之間的差距，均足以造成競爭的不足。區域間的分配不均，在民國80年，以每平方公里之一般病床而論，臺灣省僅1.4床，臺北市為58.9床，為臺灣省的42倍之多；就每萬人口病床數而言，臺灣省有31床，臺北市59床，高雄市56床，其間亦頗有差距(行政院衛生署，1992)，而根據藍忠孚教授的前項調查研究，普通疾病在本市或本鄉鎮就醫的比率，隨都市化的程度之下降而下降，亦反映在城鄉醫療資源的差距：在都會區87%的一般疾病在當地就醫，在都會區之外的市鎮為77%，鄉則為60%，至於山地鄉則低至46% (p.295)。張荳雲與謝幸燕(1994a)以「當地居民在當地就醫」及「當地醫療服務施予當地居民」的比例交叉分析一個地區相對鄰近或

其它地區醫療服務之豐瘠，由此亦可推估競爭機能在不同地區開展的難易的差別。Enthoven (1993) 雖建議在人口稀疏、醫療資源不足之處可採用「績效評比指定制」(competition for the field) 來解決 (即將鄉村地區開放予在都市地區競爭優勝的提供者)，但若能產生足夠競爭的地區過少，自不利於競爭機能的開展。因此，醫療資源的均衡化及適足化，自然是競爭模式成功的先決條件。

2. 醫療院所及醫師的企業精神

在競爭模式之下，原已存在的醫療機構公司化、醫療管理企業化及醫療服務商品化等均可能加速進行，而開業醫師的執業不但將要集體化，而且可能「保險人化」——亦即兼帶承擔風險的功能。在這樣的環境之下，企業精神不僅是維持醫療院所存在的必要條件，也是擷節醫療費用的使用而仍不降低醫療品質的憑藉。首先，從醫療機構的內部管理而言，將一般企業管理的原理帶進醫院可有效提升醫院的效率。莊素玉 (1994) 對臺大與長庚兩大醫院的報導，刻劃出一個具有企業化管理概念的醫院，如何取得經濟效益，並且同時革除紅包、關說等傳統惡習，使病人在平等條件下就醫。能與企業經營理念配合的醫師，則在忍受較大的工作壓力之下，亦可獲得高薪，分享企業化的成果。當然，過度強調企管原理，有可能使醫院的非經濟功能 (如對醫學生的訓練、對弱勢團體的免除負擔等) 受損，但若能善用企管原理，醫院在效率提升之餘，卻可能反而較有能力遂行這些社會功能。其次，在市場競爭模式之下，類似 HMO 的服務方式，即必須由醫療機構自行承擔風險，而承擔風險正是企業精神之根本。在承擔風險之下，自然必須儘可能創造更大的利基，此時，醫界即必須尊重大眾的消費者主權，以多樣化之方案吸引不同之消費人口群。這也必須有企業家的精神。否則，競爭的結果，即可能發生前述「挑選低風險 (好) 顧客」的弊病，或降低品質以求利潤。

3. 保險公司的企圖心

臺灣的人身保險雖可包括人壽保險、健康保險、傷害保險及年金保險等四

種(保險法第十三條),但事實上以人壽保險為主,其它均不占有重要份量(臺北市人壽保險商業同業公會,1994)。健康保險除防癌單項險之外,通常僅在有利於推銷壽險時,作為壽險之附約,因此其營業額通常僅佔壽險公司總營業額極低的比例(陳雲中,1992)。這一部份係由於社會保險的擠壓,一部份可能因國人尚未養成購買健康保險的普遍習慣(傅立葉,1995)。近年來保險公司家數增多,且外商亦得摻入臺灣市場,競爭趨於激烈,但上述情況並無基本之改變(陳淑婉等,1987;廖泗滄,1992)。保險公司似乎傾向於安於現狀,承保社會保險以外之業務,現在全民健保業已開辦,私人健康保險的市場空間益形縮小,但因保險公司既不將健康保險作為重要承保內容,故在全民健保的決策過程中並未積極影響決策。

民間保險公司對健康保險態度如此,對健康保險缺乏概念,且未儲備相關人才,即使全民健保開放民營,私人保險公司能否承接以全民為對象的健康保險,誠可懷疑。事實上,在市場競爭模式之下,民間保險公司可扮演極重要的角色:作為聯繫醫療服務提供者與大眾之間的橋樑,是為健保體系中不可缺少的一環。以在1980年代興起於美國的PPOs為例,即是保險公司參與健保的著例:一方面以較低的保費向大眾推銷保單,一方面以保證客源向院所要求折扣,是為其典型之市場策略。

在現行健保制度之下,可供民間保險公司承保的健康保險範圍有限,自不易提供業者誘因規劃這方面的業務,但如果能選擇適當範圍辦理主要由私部門,包括醫院及保險公司,承擔全民健保的實驗,則可提供私人保險公司實習的機會,以操作複雜之健康保險方案。

4. 行政管理機關的問題

由於市場競爭模式並非自由放任的市場,而係規範性的市場,因此如何一方面防範市場的失靈,一方面又可駕馭市場的力量,就構成有關行政機關的挑

戰。以克林頓法案為例，在聯邦層次，設有「國家健康理事會」，在地方則可由各州政府視情況設置等於公部門或私部門的地區保健聯盟，大企業則可自設企業聯盟。全國性的理事會職司基本方案之釐訂及總額預算之控制。保健聯盟則要肩負繁瑣、複雜的事務，例如：查核該地區的健保方案是否合於基本給付的規格；確定該地區的居民均已加入一項保險；定期監督保單契約之續訂，勿使保險中斷；以社區定費的方式收取保費，經風險調整後支付予醫療院所；監督醫療品質並公佈之；為防止壟斷並提供大眾選擇，應在同一地區導進多樣化之服務（見美國健康保障法相關條文）。

以臺灣的現況而言，由於已有社會保險的經驗，訂定基本方案應該不難，現行的全民健保方案即可供參酌，但風險的計算與品質的監督等則可能是不小的挑戰，現有地方衛生單位固然無此職能（見臺灣省各縣市衛生局組織規程），而因人才培養非短期可幾，另外成立專責機構也難免有人力素質不足的問題，此緣風險之計算需長期之衛生相關研究，藉由大量之資訊庫，才能正確解析相關的風險因子；品質則是一個牽涉複雜，不易有客觀定論之事。

另外，若財團向資源稀少的地區發展，建設大型醫院，此時如何在防止壟斷與醫療確保醫療資源適足化之間取得平衡，即將考驗各級健保及衛生單位之智慧。

捌、結論與建議

臺灣健保制度建立的困難，根源之一即在「政府業已喪失主導社會保險的合法性時，民間社會卻仍無力承擔全民健保的責任」，而現行體制由於係以政府為營運主體的大一統制度，因此一方面政府成為各方競租的對象，健保日益福利化；另一方面則因保險規模太大，各方利害盤根錯節，在行政管理及利益

協調上均超過政府的能力。市場模式可強化民間社會的能力，並使健保因分權化而具有彈性，或可作為未來全民健保改革中一個可供選擇的替代方案。

自1980年代以來，在經濟保守主義風潮復辟，及醫療體制本身的困境之下，以某種規範式的市場競爭作為醫療保健制度改革的原理一時之間受到健康經濟學者及保健決策者的注意，前文所述的若干國家先後根據其原來的制度，採用合適其起始條件的市場競爭策略，進行(或試圖)改革其醫療(保健)制度：英國採用了「購買與提供者分離」及「錢隨人走」的原則，在其原本以中央集權、命令與控制為運作原理的公醫制度中，人為創造了內部市場，希望藉此以提升NHS的效率；北歐的瑞典及芬蘭則賦予消費者主權，將醫療院所的預算與其「市場占有率」掛勾，迫使醫療院所以較佳的服務、較大的彈性來爭取大眾的支持；荷蘭則以消滅疾病基金作為半官方團體的角色，使之與商業保險公司在公平的基礎上競爭，直接提升保險業務的效率，並間接促成醫療服務提供者之間的競爭；美國則在原來業已多元化的健保體制中，原則上採用 Jackson Hole Group 的管理式競爭版本，希望仍在雇主責任制之上達成人人皆有健保的目的。

這些改革策略的擁護者認為市場競爭應可提升醫療資源使用的效率，反對者則認為競爭將使醫療服務日益商品化，在資本主義邏輯介入，企管邏輯控制之下，弱勢團體將進一步受到傷害。醫師們被迫在「利潤」與「醫德」之間抉擇，亦將根本改變醫療專業的性質，影響必然深遠。

在檢視這些市場競爭的努力之後，再來思考臺灣全民健保制度時，本文的試探性的結論是：從現行全民健保在臺灣目前社會的處境來看，有重要的原因必須將至少一部份舉辦全民健保的責任由政府轉到民間。市場競爭模式雖非惟一卻是應該考慮的一個可能的替代方案；然而，從實施市場競爭模式的環境來看，卻有許多條件尚未具足：醫療資源尚待充實、醫界的企業精神猶待磨練、

民間保險公司過於被動保守、醫療服務研究及健康保險專業人才有待培養。

未來臺灣健康保險是否走向市場競爭模式，須視現行制度運作是否良好、社會大眾是否能將健康視為個人及社區的共同責任而拒絕來自政府父權式的照顧、以及上述的限制條件能獲得多少改善而定。

本文建議選擇一醫療資源尚稱豐富的地區先行試辦，開放健保市場，將現行全民健保僅作為可供大眾選擇的方案之一，藉由市場力量，促進健保業務、醫療服務的競爭，甚或引導醫療服務施予制度的改變，例如形成將財務、風險承擔及醫療提供合為一體的 HMOs 等。如此可培養健保專業人才，提升醫界的企業精神、刺激保險業者的企圖心，並使大眾具備成本意識，作有效率的選擇。

註 釋

- 1 「福利」一詞在文獻上應有廣狹兩義：廣義的「福利」可指廣泛的社會保障方案，狹義則暗指非以保險原則舉辦，而係「人人有份」或救助原則提供的方案。歐洲的文獻傾向前者，美國文獻則傾向後者。在此福利化係指由政治力的影響，使全民健保有喪失其「保險」（即考慮給付與保費之間某種程度之關聯性）的性質，因此較接近狹義的「福利」。
- 2 健康保險與健康照護雖然在傳統上是兩個分立的部門，惟在所謂「另類醫療服務制度」（Alternative Delivery Systems）中，不乏將此兩部門合一的制度。因此在本文中並不刻意在行文中時時加以分別。
- 3 如本文以下所將闡明，在此所謂市場，係指在某種規範之下的市場，而非自由市場。
- 4 在完全自由的市場與完全計劃的制度之間，可以有一連串的中間型態。例如若不改變計劃經濟的基本架構，但引入人為的市場機制，則可稱為「計劃型市場」（planned market），下文中英國與北歐國家將競爭的概念以不同形式引進公醫制度

當中，可歸入此類。反之，如不改變自由市場的基本架構，但以法令規章來制約自由市場之弊端，則可稱為「管制式的市場」(regulated market)，美國自政府在1960年代之後積極介入醫療市場，可歸入此類。如不以法律直接指揮市場運作(例如管制價格，限制交易等)，而藉市場環境的調整，以市場本身的力量來矯正市場的失靈，則可歸入管理式市場(managed market)，例如 Enthoven 所提出，而由克林頓所採納之版本。文中「規範性市場」或可譯為 normative market，意指並非自由放任的市場，而其指涉之實質內涵，則因應不同之起始條件及相伴之不同之策略而有所不同。可參考 Saltman and von Otter, 1992: 12-21。

- 5 內部市場(internal market)一詞實為名詞的誤用。其本意是指「競爭係發生於原來之 NHS 中」。但事實上為了強化競爭，私立醫院亦可加入簽約，未來公私醫院的界限將更模糊。不過「內部市場」因已約定成俗，在此仍予沿用。
- 6 在本世紀中，四次企圖建立全民健保的努力均以失敗告終：第一次為本世紀初(1915~1920)的所謂「進步年代」(Progressive era)，由美國勞工立法協會(American Association for Labor Legislation)推動，後由於醫師團體之抵制，及第一次世界大戰爆發後，美國人民對德國的惡感牽連到社會保險上而告失敗。第二次則在大蕭條之後，在羅斯福(FDR)推動的新政(the New Deal)中本來亦包含全民健保，但因顧慮健保的加入可能危害以年金為主要內容的社會安全法的通過，故取消。第三次則是杜魯門(Harry Truman)時代的努力，由於杜氏的強悍性格，府會失和，最後歷經艾森豪兩任總統的無為而治，才在善於調和鼎鼐的詹森(LBJ)手中以 Medicare 的成立(1965)告終。上一次則是在尼克森(Richard Nixon)時代，雖然有多數之國會議員贊同根本的改革，惟因版本整合的失敗而告終(Starr, 1982: 249-289; Fein, 1989: 52-106; Marmor, 1994: 6-10)。
- 7 美國由於並不強制小企業的雇主提供保險，也可以不對部份工時的員工提供保險，故在數約四千萬沒有健康保險的人口中，約及三分之二是有就業，或有就業者的家屬(State of New Jersey, Department of Health, 1989)。
- 8 accessibility 一詞中文率多譯成「可近性」，但「可進性」應較貼切，因為：一、access 一字其意本來就不止是「靠近」，而是「進入」；二、惟有「進入」，才能利用、使用醫療資源。「近」而不「進」，徒成畫餅。
- 9 「合作社」與「聯盟」應具有類似的功能。但管理式競爭策略的先驅——Jackson Hole Group 所提的建議中，為強化競爭，「合作社」乃係眾多之小單位，但「聯盟」在克林頓的提案中將成為主要由政府管理的大單位。Enthoven 及其同

僚因此指責克林頓法案是「披著 Jackson Hole 外衣的加拿大模式」(Enthoven and Singer, 1994)。

- 10 首要化係為分配集中或分散之一種指標，差距越大表示(醫療)資源的分配越不均。見張荳雲、謝幸燕，1994b。

參考資料

行政院衛生署

- 1992 《衛生統計》。
1994 《全民健康保險法》。

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。
1995a 〈建華屋於磐石上：論全民健保應有社會基礎〉，《人文及社會科學集刊》7(2): 109-145。臺北：中央研究院中山人文社會科學研究所。
1995b 〈「效率的市場？」、「協調的組合？」或「不得已的市場？」——從臺灣變遷中社會的屬性探索全民健保的組織模式〉。臺大衛生政策研究中心：「全民健康保險回顧與展望」學術研討會。

陳淑婉、歐陽鳳、周玉玫

- 1987 〈我國保險事業之演進——兼述日韓兩國管理外國保險公司概況〉，《保險專刊》7: 146-153。

陳雲中

- 1992 〈論全民健康保險與商業性健康保險之互補關係〉，《保險專刊》30: 6-22。

黃北豪

- 1995 〈臺灣醫療產業環境探討〉。高雄：中山大學企業管理系第四屆產業管理研討會。

張荳雲

- 1995 〈組織的轉型與結盟：兼論產業競爭氣候的型塑與激化〉。《國家科學委

員會研究彙刊：人文及社會科學》5(1): 94-112。

張苙雲、謝幸燕

1994a 〈就醫流向的長期變遷〉，《中華民國公共衛生學會雜誌》，13(1): 54-76。

1994b 〈醫療資源的成長與分佈：制度面成因的思考〉，《人口學刊》16: 79-106。

莊素玉

1994 〈封面故事：診斷醫界兩大——臺大 vs. 長庚〉，《天下雜誌》155號，4月1日。臺北。

傅立葉

1995 〈福利國家公／私部門的互動：臺灣私人保險與社會保險關係的初步探討〉，《中國社會學刊》18: 117-152。

楊漢泉

1992 〈臺灣地區醫療服務體系之檢討與展望〉，《公共衛生》19(1): 12-24。

臺北市人壽保險商業同業公會

1994 《中華民國八十二年度人壽保險業務統計年報》。臺北：臺北市人壽保險商業同業公會。

廖泗滄

1992 〈我國人壽保險事業發展的回顧與展望〉，《保險專刊》28: 106-124。

韓 揆

1994 〈實行全民健保不應以醫學中心為犧牲〉，《醫院》27(4): 1-4。

藍忠孚

1994 《區域醫療保健服務體系之研究》。臺北：行政院研究發展考核委員會。

The American Public Health Association

1994 *The Nation's Health*. January, 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.

Blumenthal D.

- 1995 Health Care Reform: Past and Future. *The New England Journal of Medicine* 332(7): 465-468.

The British Government

- 1989 *Working for Patients: Caring for the 1990s*, HMSO. London.

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.

Chen, M. S. (*forthcoming*)

- "Values in Health Care Systems: Implications for Taiwan's National Health Insurance Reform," *The Journal of National Chung Cheng University*.

Day, P. and R. Klein

- 1991 "Britain's Health Care Experiment," *Health Affairs* 10 (3):39-59.

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.

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.

Enthoven, A. C.

- 1988 *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. Amsterdam: North-Holland.

- 1993 "Why Managed Care Has Failed to Contain Health Costs," *Health Affairs* 12 (3) :27-43.

Enthoven, A. C. and S. J. Singer

- 1994 "A Single—Payer System in Jackson Hole Clothing," *Health Affairs* 13 (1): 81-95.

Fein, R.

1989 *Medical Care, Medical Costs: The Search for a Health Insurance Policy*.
Cambridge: Harvard University Press.

Field, M. G.

1989 *Success and Crisis in National Health Systems: A Comparative Approach*.
New York: Routledge.

Garpenby, P.

1995 "Health Care Reform in Sweden in 1990s: Local Pluralism Versus National
Coordination," *Journal of Politics, Policy and Law* 20 (3): 695-718.

Ginzberg E.

1994 *The Road the Reform: The Future of Health Care in America*. New York: The
Free Press.

Ham, C. and M. Brommels

1994 "Health Care Reform in the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom,"
Health Affairs 13 (5): 106-119.

Hirschman, A. O.

1970 *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and
States*. Cambridge: Harvard University Press.

Hsiao, W. C. et al.

1992 "An Overview of the Development and Refinement of the Resource-Based
Relative Value Scale: The Foundation for Reform of US Physician Payment,"
Medical Care 20 (11): NS1-12.

Immergut E. M.

1992 *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. Cambridge:
Cambridge University Press.

Jacobs, Philip

1991 *The Economics of Health and Medical Care*, 3rd Edition. Maryland: An
Aspen Publication.

Keeler, J. T. S.

1993 "Opening the Window for Reform: Mandates, Crises, and Extraordinary
Policy Making," *Comparative Political Studies* 25 (4): 433-486.

Kronick, R.

- 1991 "Health Insurance, 1979-1989: The Frayed Connection between Employment and Insurance," *Inquiry* 28: 318-332.

Lan, C. F.

- 1989 "A Critical Review of ROC's Health Care Financing and Health Care Delivery: Toward a Regionalized Delivery and Socialized Financing on Health Care," Paper Presented on the International Symposium on Health Care Systems, Taipei, December 18-20.

Luft, H. S. and E. M. Morrison

- 1991 *Alternative Delivery Systems in Health Services Research: Key to Health Policy*. ed. by Eli Ginzberg. Cambridge: Harvard University Press.

Marmor T. R.

- 1994 *Understanding Health Care Reform*. New Haven: Yale University Press.

McKinlay J. B.

- 1984 Introduction. in *Issues in the Political Economy of Health Care*. ed. by J. B. McKinlay. New York: Tavistock Publications Ltd.

Mechanic D.

- 1995 "Americanization of the British NHS," *Health Affairs* 14 (2): 51-67.

Mullen P. M.

- 1990 "Which Internal Market? The NHS White Paper and Internal Markets," *Financial Accountability and Management* 6 (1): 33-50.

Naaborg, R.

- 1991 "Changing the Health Care System in the Netherlands: The End of a Period of Cost Containment?" *International Social Security Review* 44 (3): 23-37.

Newhouse J. P. and the Insurance Experiment Group

- 1993 *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge: Harvard University Press.

Organization for Economic Co-operation and Development

- 1992 *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Paris: Head of Publications Service, OECD.

Olson, M.

- 1982 *The Rise and Decline of Nations: Economic Growth, Stagflation, and Social Rigidities*. New Haven: Yale University Press.

Phelps C. E.

- 1992 *Health Economics*. New York: Harper Collins Publishers Inc.

Raffel M. W. and N. K. Raffel

- 1989 *The U.S. Health System: Origins and Functions*, 3rd Edition. New York: Delmar Publishers Inc.

Ranade W.

- 1994 *A Future for the NHS? Health Care in the 1990s*. London: Longman Group UK Limited.

Rodwin V. G. and S. Sandier

- 1993 "Health Care under French National Health Insurance," *Health Affairs* 12 (3): 111-131.

Saltman, R. B. and C. von Otter

- 1992 *Planned Markets and Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health Systems*. Philadelphia: Open University Press.

Schieber, G. J., J-P Poullier and L. M. Greenwald

- 1991 "Health Care Systems in Twenty-Four Countries," *Health Affairs* 10 (3) :22-38.

Schut, F. T.

- 1991 Health Care Reform in the Netherlands: A Promising Perspective for Australia? Health Economics and Technology Assessment Corporation Pty Limited and Institute of Health Economics and Technology Assessment.
- 1995 "Health Care Reform in the Netherlands: Balancing Corporatism, Etatism, and the Market Mechanisms," *Journal of Politics, Policy and Law* 20 (3): 615-652.

Starr, P.

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

State of New Jersey Department of Health

1989 *Access to Health Care for the Uninsured in New Jersey: Issues and Answers*.
Trenton: New Jersey Department of Health, 1989.

Streeck, W.

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

US Government

1993 *Health Security Act*.

Winckler, E. A.

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

Harnessing Market Forces: The Relevance of Market Strategies for Taiwan's National Health Insurance Reform

Michael S. Chen

Abstract

On both sides of the Atlantic Ocean, health care reforms based on market mechanisms has been a prominent trend since the 1980s. In the United States, along with a heavily regulated public health care sector, there exists a private health care sector that employs various market strategies. Based on this tradition, managed competition, first proposed by the Jackson Hole Group, then advocated by Alain C. Enthoven, became the basis for Clinton' reform. Market mechanisms were also introduced into the Nordic countries: the United Kingdom created an internal market by splitting the purchasing and buying authorities in the National Health Service; Sweden and Finland allocate budgets according to "market shares" to the public medical establishments. The Netherlands demonstrated how a health system organized on solidarity can employ market forces.

The main argument for competitive strategies is that of efficiency; yet, market strategies can be looked at as a way of responding to the changing political and economic situations in the countries. When examining the feasibility of market strategies for Taiwan, this paper finds that, a NHI model based on market mechanisms may be a way of alleviating the burden on the government, since government is incapable of defending itself from the invasion of rent-seeking advances from special interests, which have mushroomed as Taiwan democratized. The environment for a market-based model, however, is not so promising.

This article calls for a market model be experiment in an area with rather abundant medical resources. Then one can identify the relevance of market strategies for Taiwan.