

東海大學社會學系碩士論文

醫療工業、國家與健康

指導教授：趙剛博士

研究生：鍾有良

2005年6月

謝詞

這學期，我帶的一班國三生也畢業了，很高興自己能在那群青少年一起畢業。五年前我留職停薪先修完學分，復職後開始寫作論文，許多私事牽絆，但總要自己想辦法克服，不過還是有許多困難無法只靠自己就可解決。在多位師友和家人的協助下，我才能順利完成論文。

第一個要感謝的是趙剛老師，他是我進入社會學領域的啟蒙老師。在這幾年他得忍受我的鬆散寫作，但他仍耐心地詳細批改，要求我用嚴謹的態度做研究。他在各種場合對我的勉勵，我謹記在心以便時時激勵自己。我也深深感謝兩位口試委員：蔡篤堅老師和許甘霖老師。蔡老師在醫療史上的豐富學識與建議，以及許老師在理論層次上厚實的批評與建議，都加深了我對醫療社會學的敏感度。

留職停薪期間，朋友介紹我在報社的醫療版擔任文字編輯工作。那一年多期間，主編李翠瑩對醫療新聞議題的掌握與思考也刺激我的腦力激盪，也謝謝她為我承擔了一些工作，讓我提早下班到學校上課。編輯工作上有機會認識林瑤棋醫師，感謝他提供許多個人行醫的觀察經驗，擴大了我對醫療工業的見聞。在寫作論文的最後階段，吳挺鋒、陳文育、鍾瀚樞、戴瑜慧、楊昀儒分別在各方面給我許多寶貴建議，並提供許多資料搜尋上的協助，還激勵我加把勁完成論文，真的謝謝你們。也特別謝謝我的好友同時也是位優秀電腦工程師的何文程先生，他提供了電腦維護上的專業諮詢。

還要謝謝我的家人在許多時候給我打氣。母親體諒且允許我在很多家族聚會的場合缺席，這讓我無後顧之憂的有更多時間尋找資料與寫作。鍾欣鈴當我的分身到圖書館借還書；鍾幸鈴幫我載媽媽到處散散心，分擔了我作為長子的責任。老婆劉慧月幫我校對論文，並為我打理了家務，非常辛苦。女兒鍾寧雖然才七歲，但也懂得不吵爸爸。對於家人如此的體諒，我不知該如何才能表達我的感謝，但你們會深知我是愛你們的。

論文摘要

本論文將台灣醫療擺在福特主義到後福特主義轉向的架構上，分析國家在戰後以來對於醫療部門的政策變遷及其所造成的社會效果。這樣的研究取向將醫療視為鬥爭地帶進行批判性的政治經濟分析，以介入當前醫療政治論述的爭議並與之對話。本論文希望解答的問題是：80 年代的醫療政策轉變的結構意涵為何？假如說後福特主義是新自由主義對福利國家的摧毀，其目的是弱化工人運動以利資本的彈性積累，那麼這個新自由主義計畫有何具體內容，它如何對醫療工業及人民健康權進行整編？國家機器在新自由主義全球化下又如何回應？

透過歷史的回顧，戰後到 1965 年，台灣在美國的軍援和經濟援助下擴展公共衛生網與公立醫療體系。國家得以作為衛生醫療市場的主要供給者，在推展衛生工作計畫下仍有極高效率，並且大幅提高了健康水平。1971 年至 1984 年國家機器相對放任私部門醫療市場的擴增，在醫療資源缺乏區域也缺乏有效的解決方案。從醫療供給面來說，政府部門比重開始降低，私人財團介入醫院的比重（服務量）則大幅增加。由於服務於戰爭與經濟發展的威權主義國家機器對社會民主運動的壓制，因而未能出現如西方凱恩斯福利國家的普及性醫療保障政策。

到了 1980 年代左右，美國霸權迫使台灣威權主義國家機器的自主性受到弱化。新自由主義「全球化」運動透過貿易談判壓力也使國家經濟政策轉向自由化與市場化，國家機器也開始將醫療工業導向市場化與私有化。但是在「全球化」脈絡下的市場化運動中，社會的不安也表現在國家機器的左手（經濟官僚）與右手（衛生部門）之間的對立與矛盾。

1990 年代的全民健保政策與其後的改革持續體現了國家機器左右手的矛盾。但整體來說，健保政策下醫療工業產值大幅增長，國家機器逐漸向醫療工業偏移，扮演積極促進醫療市場化的角色。然而，政府在全民健保中的福利性質卻明顯的萎縮，將健康權保障轉為加重個人承擔。因此，家庭部門實際所負擔醫療保健費並未如健保政策前的減輕而是加重，健保費負擔更具高度逆所得重分配。在這種情況下，造成的社會負面效應包括：健康權的社會排除、部份健康指狀況惡化、以及健康階級區隔。這些後福特主義文化特徵揭示了國家機器的新自由主義的轉型。

關鍵詞：新自由主義、福特主義、後福特主義、福利國家、國家機器、醫療工業、私有化、市場化、資本主義全球化、全民健康保險

論文目錄

第一章 緒論	1
第一節、前言.....	1
第二節、從福特主義到後福特主義積累制.....	4
2.1 新自由主義全球化論述之興起.....	5
2.2 新自由主義損壞社會國.....	7
2.3 資本積累與醫療改革的市場化路徑.....	10
第三節、台灣醫療的後福特主義路徑：管理變革與私有化.....	14
3.1 1980 年代政府對醫療部門之市場化與私有化改造.....	14
3.2 健保政策中的國家角色.....	16
第四節、章節安排、研究範圍與研究方法（及限制）.....	18
第二章、威權主義的醫療保健政策（戰後 1949 年到 1980 年代初）	21
第一節、導言.....	21
第二節、第二節 1971 年以前衛生醫療事業之建設.....	23
2.1 國家介入衛生醫療市場：公共衛生網與公立醫院的建置.....	23
表一：台灣總人口數、累計領證醫師人數、執業醫師人數、每十萬人口 執業醫師人數，1950 - 1980.....	24
表二：戰後台灣醫療院所設置狀況（1949 年）.....	25
表三：1945~1962 歷年來地方基層衛生所增設情形.....	26
2.2 美援對台灣公共衛生與醫療工業的影響.....	29
表四：美援對衛生計畫補助款項.....	31
2.3 國家機器的社會職能.....	32
表五：台灣地區、日本、美國嬰兒死亡率比較表（1952~1971 年）...35	
表六：台灣地區 日本 美國孕產婦死亡率比較表(1952 至 1971 年)...36	
第三節：1971 年到 1980 年代初的醫療政策（醫療保障與醫療工業）.....	36
3.1 醫療工業的變化.....	36
表七：台灣醫院家數與醫院病床數之成長趨勢，1950 1995.....	38
表八：1969~1988 年各類醫療機構勞保醫療給付住院部份費用（按權 分）.....	40
3.2 工業化過程中的農村衛生醫療問題.....	41
3.3 國家機器之角色（1971 年到 1980 年代初期）：醫療社會保險覆蓋面 擴大 / 政府部門醫療供給版圖縮小.....	43
第四節結論.....	45
第三章、國家機器轉型與醫療工業市場化（1980 年代以後）	47

第一節、導言.....	47
第二節國家機器轉型與醫療工業市場化.....	48
2.1 美國霸權與台灣國家機器之因應.....	48
2.2 國家調節醫療價格受挫：開放西藥進口自由化.....	51
2.3 市場化導向的醫療政策：醫療網計畫與醫療工業的擴張.....	56
表一：醫療網計畫全程與分期目標.....	58
表二：醫療網第二期修正計畫與原計畫經費差異表.....	59
表三：1986年至2003年醫院數、病床數、診所數 - 按公私立分.....	61
表四：台灣醫院結構之變動 - 按權屬別分.....	62
表五：審計部查核全程醫療網計畫目標之達成情形.....	63
第三節醫療工業市場體制中的後福特主義積累制與私有化.....	65
3.1 醫療的工業化：後福特主義積累制.....	65
3.2 醫療工業之私有化：公立醫院私有化與去任務化.....	68
表六：公立醫療機構已委外或私有化之情形.....	69
表七：醫療保健支出中之政府部門支出金額.....	72
3.3 對醫療價格是管制還是放任？ - 國家在醫療工業與勞保之間的角 色.....	73
第四節結論.....	78
第四章、全民健保政策的新自由主義醫療改革（1990年以後）.....	81
第一節、導言.....	81
第二節、全民健保政策之結構意涵與論述分析.....	84
2.1 全民健保政策是為了健康還是經發展？.....	84
表一：各工運團體對全民健保的先後主張.....	87
表二：各類被保險人保費負擔比.....	89
2.2 新自由主義國家機器的浮現.....	90
圖一：1999年國民醫療保健支出之結構.....	91
表三：1980年 2003年國民醫療保健支出（NHE）.....	92
表四：各級政府公共衛生醫療支出占決算支出淨額之比重.....	93
表五：國家、企業、家庭在國民醫療保健支出資金來源上的比重變化..	94
表六：狹義的政府醫療保健支出佔GDP比.....	94
圖五：OECD國家衛生總費用的政府支出部份，2000年.....	95
表五：全民健保應收保險費 - 按保險對象、投保單位、政府補助區分..	96
2.3 新自由主義的迷思：健保的私有化論述.....	98
圖三：2003年台灣社會保險及社會福利支出佔政府總支出比率的跨國 比較.....	102
第三節、健保赤字恐慌下的政府調節與醫療工業市場失靈.....	103
3.1 醫療工業成為後福特主義資本積累的重要產業.....	103

表六：醫藥相關產業生產值與員工數概況.....	104
圖四：歷年醫院病床數 - 按權屬別分.....	105
表七：歷年各層級醫療院所數目.....	106
3.2 解決健保赤字：設定總額封頂線.....	106
3.3 藥品工業、全民健保藥價政策與健康.....	108
表八：常用健保用藥藥價差一覽表.....	112
第四節、健保政策的社會效應：健康權的社會排除以及健康的階級與城鄉區隔.....	114
4.1 高所得者低報投保金額，受薪階級承擔保費之八成.....	114
表九：台灣地區雇主和自營作業者人數.....	115
表十：歷年最高一級投保者人數及佔總被保險人之比例.....	115
表十一：戶數五等分與人數十等分所得分配比與差距.....	116
4.2 健保財源的累退性.....	116
表十二：健康保險財務公平性之跨國比較.....	117
4.3 健保政策下的社會排除與健康狀況.....	118
表十三：1992 年至 2002 年平均餘命跨國比較.....	121
第五節、結論.....	121
第五章 結論與政策建議.....	124
第一節 結論.....	124
第二節、反思以及未來可能進行的研究.....	128
2.1 對台灣社會福利界的質問.....	128
2.2 反對新自由主義者的醫改方案.....	130
2.3 反全球化運動與保衛社會國.....	132
第三節、政策建議.....	133
參考書目.....	137

第一章 緒論

第一節 前言

1973 年及 1979 年的兩次石油危機以來，資本主義工業國家的經濟增長減緩。為了解決資本主義危機，這些工業國家興起了貿易保護主義，企圖藉由貿易談判對他國拓展資本及商品市場。1980 年代，由英國首相柴契爾與美國總統雷根主導建立了「華盛頓共識」，其目的就是在全球透過自由市場與私有化方案實行貿易擴張。更重要的是，這個名為「全球化」(Globalization) 的新自由主義計畫不僅將西方過去三十年來建立的傳統福利國家的公共服務職能弱化，同時也主張對社會服務的公共支出大幅削減，致力於將國有企業與福利服務私有化。

在受到縮減的社會服務項目之中，最引起注意的是在醫療及衛生事業方面。柴契爾自 80 年代開始對政府醫療支出進行削減，並且在國民健康服務 (NHS) 大幅引進了市場機制。雖然醫療服務的購買仍由政府以稅收支應，但醫療服務的生產與供給已不再完全由政府提供，轉由私部門提供。醫療供給面的私有化與市場化進而擴大了醫療工業的市場，並使醫療工業產值迅速成長。1994 年以前，新自由主義計畫透過關稅貿易總協定 (GATT) 形成各國貿易磋商的準則，主導各國開放國內市場。1994 年以後，世界貿易組織 (WTO) 成立並訂出規範，要求各國遵守醫療照護產業的市場開放給資本的承諾。此後，各跨國醫療工業 (藥品、設備、生物科技等) 在全球範圍進行擴張市場的爭奪戰。

隨著醫療市場開放，醫療工業商品與服務的價格持續上漲，80 年代以來西方工業國皆對整體醫療保健費用進行管控。對醫療費用控管的實際內容則因各國背景的不同而存在差異，例如美國設計了疾病診斷相關組群 (DRGs) 以建立同一費率，以便對醫療服務進行控制。新加坡則建立消費者個人醫療儲蓄帳戶，將節制醫療費用的責任賦予個人。另外，各國普遍設計了個人部份負擔醫療費用的機制，且紛紛建立了政府醫療支出的財政限定。這些措施反映了醫療市場化下國家在公共醫療服務的集體責任轉向個人的趨勢，似乎也正意謂著公共醫療服務的削減。新自由主義計畫中對醫療服務導向市場化的過程涉及了醫療工業、國家與公民健康權三者之間的複雜關係，因此醫療議題不僅是國家範圍的醫療政策或制度面問題而已，而是與資本主義全球化過程有密切關聯。本論文將把 80 年代以後台灣的醫療重大議題擺在新自由主義全球化的脈絡下討論。

1980 年代中期，台灣對美國的巨額貿易順差使美國頻頻透過貿易談判對我國施壓。類似的談判包括美國要求我國儘速修改專利法以回溯並延長跨國藥廠的藥品專利，以及政府的重大採購案儘量對美採購。1985 年國民黨政府提出為期

十五年的醫療網計畫介入調整醫療供給面，該計畫內容雖包括公立醫院的擴增與以群體醫療中心為主的基層衛生所再造，但在醫療資源缺乏區則也積極引進私部門投資醫療機構的方案。到了 80 年代晚期，私部門醫療體系的服務量也已超過公立醫療院所的服務量，部份營運績效不佳的公立醫院轉為民營化也成為政府改造運動中的推動項目。與醫療供給面私有化程度升高同時出現的，是社會醫療保障範圍的擴張（公、勞保覆蓋面漸擴大）以及醫療保健支出的劇增。

80 年代晚期政治反對運動要求增加社會福利公共投資的聲浪也在擴大，最引起注意的就是將醫療保險覆蓋面普及全民，此後，全民健保也開始進入政府的經濟建設政策規劃。由於勞保、公保在 80 年代的虧損經驗以及 90 年代的經濟成長趨緩，在不擴大政府支出的考量下，國府在規劃全民健保時曾希望以民營化的方式預定於 2000 年實施。也就是說，90 年代國府既然處在經濟自由化的脈絡下，全民健保政策為何一再提前至 1995 年且仍以公辦公營的方案實施了呢？這是為了回應當時的社會需求？全民健保政策實踐是否意謂著國家的公共醫療服務的擴大（或是縮減）？

全民健保政策的實施牽動了台灣整體醫療供給面及需求面。從需求面來看，健保實施後的醫療保險覆蓋面從不到 50% 擴大為 96% 以上的台灣人口，這顯然是過去公辦社會醫療保險的整合與擴大。但是在醫療保障覆蓋面擴大的同時，卻也是醫療供給面的膨脹以及論量計酬的全民健保醫療支出面的擴大，保費收入成長率不敷健保醫療支出導致了當前的健保財務赤字，其後的種種健保改革方案皆指向這個赤字問題。在這個階段，種種改革方案的後果也同時對供給面與需求面皆有所影響，對待全民健保赤字問題而提出政策建議的各種論述其實也反應出不同政治光譜與立場。有關健保構作與改革的論述轉折該如何來看待？健保政策實施至今，國家機器透過衛生署與健保局對醫療工業與消費者進行了多次的規約，包括對醫療工業提出的總額預算制與藥價調整、以及對消費者提出的就診次數、藥品、不同就醫層級的多種醫療費部份負擔機制，我們又該如何來看待這些調節措施？在必須面對醫療工業的利益需求與社會大眾的健康需求的同時，政府的政策向何方偏移？其後果為何？全民健保政策也影響吾人的健康權、就醫需求習慣。健康權作為一種公民權，在健保實施後表面上是普及了，但其內容是否也使醫療資源可近性同樣得到均衡與普及呢？在健保政策改革及國家調節下，人們的健康需求是否也產生了變化？人民的健康水平是否因此提高了？

另一個值得討論的問題是，在資本主義全球化下，商品與人員貿易交流提供了疾病全球性快速蔓延，因而衍生了嚴重的公共衛生問題威脅健康。國家過去建立的公共衛生網的監管以謀求人民的健康，但是醫療工業商品的全球自由貿易使國家弱化了對藥品、受污染藥物、有害物質等的管制能力¹。近年來台灣與全球

¹ 例如藥品價格，同一廠牌的一種藥品在不同國家的價格不同。進口藥品的價格又因起岸價與到

疫病傳染有所關連的重大公共衛生危機包括 2003 年 5 月的抗 SARS 經驗、同年 12 月美國狂牛症、2004 年 1 月亞洲爆發的禽流感等，皆凸顯了全球化下國家公共衛生網對傳染病防疫的調度之重要性。對於全民健保所調節的醫療體系來說，國家在公共衛生政策中的角色是否也產生轉變？

針對健保政策至今雖已累積許多研究，其中居大部份以新制度論觀點作為分析架構的研究將健保政策的構作與實踐被關連到國家社會政策的歷史制度遺緒（孫友聯，2002）。誠然，全民健保的社會保險模式確有以往公勞保等公辦社會保險的特點，但這樣的架構主要聚焦於內部制度成因的考察，易忽略了八〇年代以來的全球化下貿易與醫療市場化的外部因素。台灣在 80 年代左右為因應國際政治經濟變遷所採取的政策方針出現轉折，以制度論取向的架構在分析台灣的醫療保健政策時就顯得不足，並易落入保險制度選擇或技術層次，而無法確實掌握全球醫療市場化對健保制度的影響。另外有些研究表明醫療專業與技術官僚主導了醫療政策的討論與實踐（林國明，1997；許航瑞，2001），但醫療專業來自醫界、藥界、管理學、保險學界等各方對健保介入的論述或看法也常常互相衝突矛盾，這些論述夾雜在健保出現前後的各種福利論述之中，這其實也反映了醫療及健康是一個爭議地帶。對醫療議題的討論，不能只停留在由醫療專業技術與政府官僚的技術與制度面層次的操作而已，還須發展出更為宏觀與批判性的觀點。

雖然醫療在各種醫藥專業中有其衝突面，但是這些爭議的光譜中有一大部份可以擺在 80 年代末期福利學界所開始流行的福利多元主義（welfare pluralism）論述語境中來看待。福利多元主義主張將政府自戰後以來肩負社會福利服務的責任打散，積極倡導福利不應由國家包攬，而應分散由民間參與，使福利服務藉此走向多元化。其所提到的民間部門泛指家庭、商業部門以及志願機構，這樣的多元也經常被視為混合福利經濟（mixed economic of welfare）。台灣的健保政策也在構作初期出現類似論述，甚至將此論述裝飾以具「進步」與「發展」性質的修辭。本論文要指出的是這個福利多元主義論述是伴隨著全球化論述而興起，兩者在全民健保的實踐中表現為以市場導向的醫療資源供給，更重要的是將國家從社會職能中的撤退加以合理化。在福利多元主義被肯定為主流價值的脈絡下，關於健保赤字的改革與討論於是被範限在福利多元方案中的制度選擇，政府的干預調節角色被有意削弱或忽略，醫療照護模型則被刻意描繪成個別消費者與醫療供給者兩方面的市場體制，在這種模型裡政治經濟的複雜向度被排空。但從近年來政府推行的醫療工業的產業化發展更不遺餘力的情況來看，資本發展與醫療私有化兩者有更明顯的結合，更與健保改革的福利多元主義論述實踐產生了親近性。實際上，國家在促進資本市場的角色似乎並未減弱。本論文將藉由與福利多元主義的相關論述對話，並辨認其在全球化論述中的位置與意涵，並對健保政策、資本發展與民粹三者的關係進行分析。

岸價格也有差異，代理商的報價又可能與前兩種價格不同。這些都使藥品價格的調查增加困難。

來自英美的福利多元主義論述的生成與全球化論述共生，其根植的土壤是資本主義的全球化發展，我將把前述 80 年代中期以後台灣的醫療變遷擺在資本主義發展的脈絡來討論，分析的焦點是 80 年代以後國家對醫療地帶的介入（醫療網計畫與健保政策）對醫療工業及社會健康三者所交織出的複雜關係。關於資本主義發展的理論，哈維（Harvey，1989）有關福特主義到後福特主義彈性積累制轉向的討論將作為本論文的分析架構。擺在這個脈絡架構下來分析台灣的醫療地帶會有助於避開制度論學者所看到單純是內部組織或制度的問題，如此才能掌握「全球化」下的醫療政治經濟實然面，並挑起醫療政治論述爭議。

對哈維來說，資本主義全球化是一個福特主義到後福特主義彈性積累制的轉向，台灣的醫療工業的生產與消費的特徵也部份符合這個轉變。70 年代晚期資本主義生產積累制的後福特主義轉向形成了 80 年代興起的全球化論述，台灣 80 年代中晚期左右也受到此浪潮影響。在全球化語境脈絡下，公立醫療院所出現了私有化的構作，對社會醫療保障的勞、公保虧損也成了譴責政府支出過大的藉口，這也影響了後來健保政策的構作。哈維認為這個全球化論述是代表古典經濟學中的新自由主義的溫床，其透過英美為首的新自由主義計畫在全球的尺度進行資本主義的再次擴張。在福特主義與後福特主義兩種對立的政治立場中，我們要問的是，假如這個新自由主義計畫正積極對社會福利服務進行削減，則台灣是否曾經／現存一個新自由主義計畫？那麼在台灣的醫療地帶上是如何進行的呢？其所造成的社會後果為何？

第二節、從福特主義到後福特主義積累制

資本主義的運作向來都有不同程度的繁榮／蕭條循環現象，30 年代西方資本主義國家面臨的大蕭條自由市場經濟在戰後幾乎是奄奄一息了，當時幾乎沒有人相信市場經濟可以挽回資本主義發展的頹勢。在 50 年代左右，凱恩斯主義的宏觀經濟學成為主流學說。凱恩斯主張由國家介入資本生產與消費的調節以使工人充份就業，才能有利於經濟回復榮景。雖然各國採用凱恩斯主義調控的直接結果確實緩和了經濟危機，使社會免於紊亂，但其實凱恩斯並非根本地解決了資本主義的內在矛盾。凱恩斯認為在不景氣的時期，國家更應該擴大公共及社會服務支出，並對資本進行干預，這樣資本才可能進行穩健積累回復成長。凱恩斯在本質上是擁護資本主義的，他所提出的方案其實是建立在再次維護修補資本主義的路徑上的。凱恩斯認為資本主義得節制私人資本才能有所增長，對資本的管制需要由國家來主導。在凱恩斯主義計畫下所建立的各種社會服務方案，其實是為緩和工人運動以利資本主義經濟再度積累增長的配套，也因而造就了戰後福特主義的文化特徵。

福特主義一詞是葛蘭西用來指涉戰後資本主義發展的特徵，即西方資本主義國家接受了凱恩斯主義宏觀經濟學之建議，以政府介入調控來達成生產與消費之間取得平衡。福特主義不僅是指泰勒制的機械化與管理生產方式，而是一種建立在大量生產制下的全面性的文化計畫，國家以社會承諾與強迫恩威並施，為工人改善了薪資、福利以及提供穩定就業，緩和了激進派的工人運動。從戰後到 1970 年代初是福特主義的高峰期，工人階級獲得了社會保障與充份就業，國家也提供了教育、住房、醫療等許多社會服務，大量生產制的大公司、大工會，雖然工會人數達到前所未見之高，勞資關係卻是相對和諧。在整體社會有如 C Wright. Mills 所說的快樂機器人的文化現象中，資本主義積累因而有了一個繁榮的黃金時期（Antonio & Bonanno，2000:34-7）。

1973 年石油危機及其後的經濟萎縮終結了凱恩斯和諧的黃金年代。與 30 年代的主要源於生產要素完全過剩的資本主義危機情況不盡相同，1973 年西方國家出現的經濟狀況是生產要素的不完全過剩所產生的通貨膨脹（停滯性通貨膨脹，簡稱滯脹），此時凱恩斯主義的需求管理政策反而會使通貨膨脹更加嚴重，（李其慶，2004:23）。1979 年第二次石油危機到 80 年代初期，美國這個超強經濟體更與幾個資本主義工業國家展開國際合作，透過國際貨幣基金（IMF）干預金融市場（Harvey，1989）。這個以華盛頓共識為基礎的新自由主義計畫，迫使世界各國紛紛放棄金本位而改採浮動匯率的貨幣制度之後，金融資本的管制解除，資本在全球加速跨國的流動。金融市場的自由化進而使得各國政府對金融資本進出的管制力鬆動，形成 Susan Strange(1985)所稱的賭場資本主義(casino capitalism)的投機現象。產業資本同樣也在全球尺度上加速流動，尋求廉價勞動力並致力於勞動力的彈性化（例如外包制、臨時工、派遣工等），各國在紛紛降低工資水平來因應。全球勞動力的市場化引發了低工資競爭，生產的彈性化也瓦解了傳統的正式僱傭關係，這個後福特主義的轉向使各國皆參與了這個賽局而成了「競爭式國家」。

80 年代以後的資本主義發展可以用後福特主義或哈維稱之為彈性積累制（regime of flexible accumulation）來說明，後福特主義彈性積累制的特徵是在生產部門、商業、科技、組織的創新，透過科技的進一步發展及運用所造成的時空壓縮（time-space compression）及空間修補（spatial fix），為資本主義的再積累創造出擴張市場的現實條件（Harvey，1989）。由於資本主義復甦的基礎在於將消費的周轉時間縮短，因而驅動了探索小規模市場的及產品創新的可能性，就是在這樣的條件下，刺激出消費主義興起而使得服務業有了大幅的成長（Harvey，1989:156）。

2.1 新自由主義全球化論述之興起

80 年代後福特主義彈性積累制的遂行乃是與新自由主義者所編創的全球化論述同時進行。當前全球化已成朗朗上口的論述語境，但是對全球化論述的看法在近幾年仍眾說紛云且存在爭議。許多右派學者歌頌全球化乃是不可逆的趨勢，一些左派學者則儘管批判全球化卻也認為翻轉不易。哈維指出全球化一詞是從 1960 年代末的廣告術語開始的，到了 1970 年代晚期形成了一種經濟的論述語境，如今則在世界各地被倡論成了一股不可抵擋的宿命趨勢。布迪厄則指出全球化「其實是一個迷思，一種強勢論述，一道理念，一波具有啓動社會且能鼓動信仰的想法（Bourdieu，1998:34）」布迪厄更明確指認出這個被美其名爲「新自由主義」的計畫實質上所執行的是讓人們接受一種野蠻資本主義的復辟運動。這個計畫是由美國主導並將此意識型態推展到全球的一個政治計畫，其目的在建立全球單一資本市場。這場由柴契爾和雷根所發動的保守革命，所標舉的是反動保守的論述卻包裝成進步的面貌，一方面自命進步的將自由市場規律奉爲無上的準則，另一方面則斥責進步的社會運動。

然而在面對 80 年代以來經濟成長趨緩的危機上，新自由主義者把罪責歸咎於凱恩斯宏觀調控下政府福利服務支出的「過度」擴張，並同時主張自由市場機制是唯一藥方。自由市場被建立在全球單一資本市場之目標上，且在這個單一市場中民族國家疆界已然消失，國家的管制力也不再起重要作用。透過國家消亡（諸如國家疆界消失、無國界經濟等詞彙）的迷思，使由於各國競相投入這個競爭的賽局，資本家以解雇工人的速度與數量來爭排名，使勞動者在彈性生產及外包制下缺乏正式僱傭關係，也因而無法享有制式勞動保障，整體的社會保障向下沉淪轉而與低標看齊。從經驗上來看，在國家解除資本管制的同時也進行對勞動保障標準的降低以吸引資本投資。

Coates 認爲全球化應被問題化，且仍應將全球化擺在國家尺度來談。「全球化」這個概念將人們引導到對經濟認知爲無國界經濟，但可取得的資料卻是以國家的時間序列的形式出現。另一個理由是，事實上「大量的經濟生活仍然是在國家範圍內存在和組織起來的。」在遭遇危機時，「國家和勞動者也仍是主要的依靠力量，只有資本是例外的。」因此 Coates 明確地指出，全球化應被視爲一個問題來提出，而不是事實或最終的答案（Coates，2000）。在資本與勞動關係上國家反而應扮演更重要的角色。

質言之，全球化下民族國家式微的說法從來不是一個事實，而是新自由主義計畫的一個配套。因爲這個計畫試圖掃除阻礙市場化的路障—民族國家過去對資本的管制／界限，以利形成全球單一市場。趙剛（2001:72）就指出新自由主義有關國家式微的事實性陳述與國家極小化論述都有濃厚的意識型態成份，它掩飾了資本主義的發展其實是與民族國家強權的建立與擴張並進的。同樣的，80 年代以來的全球化方向也是由美國爲主導的工業強國所設定。事實上在全球化語境

下，**國家機器中不同部門針對不同的對象可能採取了不同的反應及施為**，例如國家對資本作出大的讓步或無力管制，但卻對勞動力作出重重的限制干預。類似的論點從調節理論中也可看到，許多調節理論學者就認為國家的職能並未消解或解除規約（deregulation），而是出現了再規約（reregulation），這指的也是對勞動力市場的介入。從這個角度來說，國家非但沒有軟弱無力，而是有選擇性的式微，那麼民族國家式微或全球化是一種無國界狀態的說法將誤導我們對全球化的理解。換言之，國家的消亡只在於對資本的管制面向可以成立，對於資本與勞動的關係則仍然仰賴國家的政策。

新自由主義全球化下的民族國家存在著一個重要悖論，即一方面這個國家的角色與功能越來越重要，同時**國家的市場化卻也使國家的各種社會性質的活動都成為自我解消的手段**（趙剛，2001:78）。與勞動有關的社會保障部門的市場化同時也等於是國家社會職能的撤退，這就摧毀了福利國家的公共集體責任的哲學基礎。民族國家的現代性有一個重要部份是建立在社會公民權的普及上，而國家社會職能的解消也再次危及了社會公民權的保障。哈伯瑪斯認為全球化正在許多方面使國家的社會政策干預能力出現弱化，國家每往市場化解禁一步，政治也就隨之失職（Habermas，1999:126）。

新自由主義全球化至少對歐洲民族國家造成侵蝕的情況可從三個面向來看，第一個是就廣泛的意義上講的國家自主力量的損失，例如對傳染疾病的管控防不勝防。第二是跨國性組織的協議訂定得越多，也就顯示越多的國家內部民主決策的撤退。第三個是民族國家對社會政策干預的能量也在減弱，因為一旦政府要保障某種程度的社會安全標準，資本就隨時威脅出走。不管是哪一個面向都涉及了國家的政策，且也都漸使國家疆界日漸模糊，**今日的情況已從各國經濟鑲嵌在國家疆界內，轉變成國家鑲嵌在市場之內**（Habermas，1999:118-20）。關於第三種情況國家對社會政策的干預也逐漸受到第二種情況跨國協議—諸如 WTO、雙邊貿易協定（FTA）等的制約而弱化，最終則將福利國家傳統轉為鑲嵌在市場路徑上，這即是當今新自由主義者正在進行的：解消社會國，將社會福利服務地帶轉為具有經濟效益的資本市場。

2.2 新自由主義損壞社會國

國家式微說成為當今新自由主義全球化論述中攻擊福利國家的最有利武器，這表現為兩個階段。第一，國家財政支出成為被檢討的焦點，社會福利支出則被新自由主義者視為政府的沉重包袱。福利學界也看到了這個關鍵矛盾並有清楚的描述：新的彈性積累體制下的全球資本主義競爭正無情地懲罰「揮霍的」政府，並開始以緊縮或削減福利支出以免擠壓到對資本的補助，這就導致了福利國家的危機。正如霍布斯邦（Hobsbawm，1994）所說的，這個使世界得以維持三

十年的經濟復甦且在 1980 年代再次蕭條時未曾發生社會紊亂，所應歸功於凱恩斯主義下建立的社會福利體制，目前正逐漸瓦解。第二個階段則是要求國家將福利體制出讓以服從於自由市場原則，實際的作法是將福利及社會安全部門的私有化，而非瑞典式的中央集權主義式福利（Esping-Anderson，1997:2-3）。

那麼為何福利國家會成為新自由主義攻擊的標的？黃金時期的凱恩斯福利國家其實是以資本主義發展為優先的，這種壓制工人階級及缺乏社會運動的國家形式其實僅可稱得上是裸母國（nanny state）。趙剛（2001:13）就指出「這樣的『裸母國』以安全為誘因，交換人民的主體性，從而在缺少社會干預與監督下日漸反應遲鈍與官僚化，進而在這個土壤上辯證地引領出新自由主義的出現。」在這樣的意義上，只停留在捍衛大家長式的福利國家是不夠的，而必須要召喚新的社會運動才能確保社會公民權的穩固與普及。因而，我們在討論任何福利體制的改革時，不能只有考量專業主義的說法或市場的力量，還須討論國家與社會之間的關係。反過來說，社會運動介入福利改革的主體性若被壓制與消音，則社會福利價值將受到威脅。

雖然保衛福利國家成了當前相關社會政策學者以及進步社會運動的政治重點，但福利學界普遍反映出其論述限制。福利學者雖然也看到國家角色的重要性，但卻接受了「全球化是不可避免的潮流」的問題意識。這等於是在出發點上就接受新自由主義全球化的宿命論，將全球化當成一個既定的「事實」。因此福利學者在理論及實踐上經常缺乏了政治的敏感度而侷限於國家經濟發展主義的問題意識，把社會福利政策的討論或關懷僅止於因應全球化發展所作的社會資源配置調整，最終似乎只能成為類似新古典經濟學變身的公共選擇理論的觀點。當前許多福利國家的福利改革過程中受到「全球化」發展主義導引，紛紛採取市場經濟的轉型，或者接受右派的改革提議（例如 Kornai & Eggleston，2003）。在經驗研究上已表明，眾多福利國家皆表現了往「福利多元主義」的趨同聚合傾向（Gould，1993）。**但核心問題是，吾人該如何看待福利多元主義論述？**

福利多元主義亦稱為混合福利經濟，其目標朝向縮小政府規模，將政府的責任移向社區、家庭甚至個人。這類研究取徑往往順全球化之勢而為，對福利國家改革的政策主張似乎又與新自由主義全球化論述殊途同歸。由於僅著眼於國家如何在全球化競爭下進行有利於自己的選擇，即使在政策建議時或能提出有別於全球化的期待，但實則是某種程度的國家內部的制度改革對外在環境的調解。福利學者企圖調合全球化與社會安全之間的矛盾根源²，因而僅是國家宏觀管理的一

² 2002 年台灣社會學會暨文化研究學會年會「重返東亞：全球、區域、國家、公民」研討會上，呂建德發表的論文〈全球化與福利改革的政治經濟學：一個初步的分析〉一再顯示兩難的矛盾處境。例如該文透過荷蘭與丹麥的福利改革經驗的啟示是：「勞動市場的彈性化確實是保持在瞬息萬變的全球市場中維持競爭力的配套措施，但是勞動市場彈性化必須要以基本的社會安全為基礎。」這似乎說明依靠社會安全的基礎，才能放手參與全球競爭。

種修正。與凱恩斯式的出發點非常類似，假如缺乏社會民主力量的介入，則福利國家理論的政策建議似乎是對黃金時期的一種鄉愁罷了。更重要的是，福利多元主義與新自由主義主張的福利彈性化或私有化形成了高度的親近性，兩者皆在效果上削弱了國家在社會政策中的福利角色與職能，且可能殊途同歸地走向市場化路徑。如果是這樣的話，福利國家論述還算是在保衛福利國家嗎？該如何來看待這種以「多元化」為名的福利改革？在後福特主義彈性積累制的文化特徵中的位置為何？在第三節還會對這個問題做更細緻的討論。

在新自由主義市場暴政下，社會二極化成為明顯的現象。與新自由主義者宣稱的市場的無形之手將帶來繁榮的迷思對照，更凸顯這些不平等及社會排除的嚴重性。80年代以來至今，世界的不平等、地理發展的不均、以及許多國家內部的社會不平等都在嚴重加劇。目前，發達國家的年人均收入是 25,510 美元，而在第三世界最貧困國家只有約 300 美元。在南北半球的貧富差距擴大的同時，即使是美國國內目前的貧富差距也是歷史上最嚴重的（宿景祥，2004）。

在社會貧富兩國下，新自由主義者將所有事務都以個人主義的經濟觀點來看，要求個人對自己的不幸負責。國家對此更退化為刑罰國（penal state），國家對於不幸的管理朝向了一種軟社會學，一種慈善作為的自我欺騙。因此布迪厄認為社會應將民族國家視為鬥爭的戰場，為了避免國家退化成刑罰國，社會運動要介入並積極保衛傳統民族國家所建立的社會國（social state）。這個呼籲同哈維一樣，都是在召喚人們重新回到民族國家的尺度，以抵抗新自由主義全球化。

部份左翼學者認為國家機器乃統治者壓迫人民的工具，但布迪厄卻不這麼認為。布迪厄指出這是因為國家以兩種形式存在，既是以政府的各種制度規約、行政部門及社會機構等等客觀實體的存在，也存在人們的心智當中（Bourdieu，1998:33）。國家機器同樣也以模糊曖昧的實體存在。這些機構從客觀上來說，國家機器是壓抑人民的工具，但她又可以是公共利益的捍衛者。這樣的觀點強調的是國家機器具有某種自主的特性，因為國家不見得完全站在統治精英的立場。布迪厄也觀察到新自由主義全球化下的社會不安與焦慮，經常表現在國家的左手和右手之間的對立及矛盾。左手代表的是社會工作者，右手則指國家機器裡的科技官僚。國家的右手被金融問題纏身，卻對左手的社會問題瞭解有限，最後則走向限制或削減社會預算的結果（Bourdieu，1998:7）。新自由主義全球化把國家社會部門推向市場後，已逐漸使以往福利國家建立的教育、健康等社會公民權普及的成果產生了倒退。面對國家被解消的民主化危機，布迪厄主張進步的社會運動要跟國家的左手聯合起來，抵制這個國家市場化的運動以保衛社會國。

舉例來說，布迪厄指出在所有國家中，勞工部門與衛生部門等社會部門就是歷史上社會鬥爭成果在現實中的留存。儘管在許多傳統馬克思主義眼中，這些機

構或部門是壓制人民的工具。社會保障部門在捍衛自己的立場雖也為自己的利益，但同時也是在捍衛他們對國家的信仰，這個信仰也就是國家在人們心智中的存在形式。來自社會的進步力量可以是國家傳統的重要組成，這反映在抵抗國家社會保障部門市場化的作用上。福利學者觀察到不同模式的福利國家改革雖朝向市場化之趨同，但他們同時也發現不同模式的福利國家的回應策略有差異。目前對於福利國家的福利內容及支出是否因全球化壓力而皆受到削減的看法並不一致，部份學者雖然也認為全球化確實是促使歐美各國在 90 年代進行福利削減的重要動力，但此壓力不必然導致成功的削減。通常工會組合主義式的福利國家較能否決削減，而中央決策式的福利國家的削減計畫則較易達成（呂建德，2001:303）。我們可以看到國家的社會民主傳統越是強大者，其對新自由主義自由市場政策的抵抗就越能發揮一定效果，社會保障改革的市場化程度就較低。

如果說新自由主義正力圖取消 1950 年代以來各國建立的社會國，並正在對社會支出動大手術，那麼在醫療地帶上究竟是如何進行的呢？以下我將回到國家的尺度，描述醫療地帶正在出現的何種變遷。

2.3 資本積累與醫療改革的市場化路徑

戰後歐美資本主義國家依循著兩條不同的路徑建立了醫療照護體系，一個是貝弗里奇（Beveridge）的公醫制，另一則是俾斯麥（Bismarck）的社會保險體系。1881 年德國的俾斯麥保險模式標誌了世界上第一個社會保障制度的建立，但這個制度的建立其實是為了解和 1873 年資本主義經濟危機的階級矛盾。俾斯麥把實行社會保險當成消除工人階級革命的投資，他宣稱，「社會弊端的醫治，一定不能僅靠對社會民主黨進行過火行為的鎮壓，而且同時要積極促進工人階級的福利。」在這個脈絡下，《疾病保險法》在 1883 年頒布，向手工工人和非手工工人提供患病時的醫療保障，勞動者只要投保並按規定繳交保險費便能得到免費的醫療照顧（鄒根寶，2001:114）。緊隨德國之後，盧森堡、法國、比利時等則紛紛仿效建立社會保險式的醫療保障體系。俾斯麥式的醫療保障體系的特徵是透過另外徵收薪資稅或保險費來支應醫療保障支出，國家以第三人或輔助者的角色來辦理醫療保險。

另一個醫療保障體系的典範是按英國的公醫制。1911 年《國民保險法》（National Insurance Act）建立了初步的健康保險，此時英國的醫療保險尚附屬疾病保險，保障對象僅限於所有受雇者及部份低收入者之免費醫療。1942 年經濟學家貝弗里奇提出了《社會保險及有關福利問題報告書》，即“貝弗里奇報告”，將社會保障視為一種以國家為主體的公共福利計畫（鄒根寶，2001:115-6）。戰後，英國首相艾德里採納貝弗里奇之主張，在 1946 年頒布《國民健康服務法案》。依據該法案，全國醫院實行國有化，所有國民及境內居民都享有免費的健

康服務。1948年英國宣佈已建立起福利國家，最受人注目的是《國民保健服務》（National Health Service，簡稱NHS），剛開始實施的NHS，其財源是以保健稅（佔15%）與一般稅（佔85%）的方式來支應（鄭文輝、蔡爵囊，1992:94）。與俾斯麥醫療保障模式不同的地方在於貝弗里奇模式是首度由國家透過財政手段（即稅收）來支應醫療資源供給的普及化，這標誌了國家在醫療資源分配上從被動的角色轉變到主動且全面的供給者角色，然而兩者類似之處則在於並未根本解決資本主義社會中勞動與資本關係的矛盾。

貝弗里奇（William Beveridge）深受凱恩斯彌補資本主義矛盾而非解決矛盾的宏觀調節論點的影響，在他的報告中的三個預設是社會保險、充份就業以及全國性醫療服務。由於他所提出的報告之目標是在修正既存的錯誤，而非試圖建立新制度，其所作出的政策建議也因而經常充滿矛盾³（Barker，1999）。即便如此，卻也不能抹煞貝式公醫制的成就，但貝弗里奇本人必然未能預料1970年代晚期的公醫制正在朝俾斯麥模式轉向，從國家為公共福利之主體角色淡化為次要的輔助角色。當前歐盟國家也普遍地轉向市場化的醫療改革，例如英國政府，首相柴契爾對醫療供方進行醫療改革，此並由布萊爾的第三條路政策接續，主要對醫療進行供方與買方兩者分離。在1980年時通過了法案以允許在公共醫療服務中有私營執業的成份，並減少公共病床的數量，鼓勵私營醫院和護理院的成立。這個目的就在逐漸削減政府機構的職能，並引進商業行為和市場競爭運作，以利潤動機提高醫療服務的成本效益。這即是Pollock對NHS私有化變遷的研究專書中所說的，許多商業管理顧問公司介入並主導了醫院的經營，使NHS與商業部門之間開了一個旋轉門（The Revolving door between The NHS and Business）（Pollock，2004）。這些成本將轉嫁給個人來承擔，例如，在英國醫院的停車費比飛機票價還昂貴。這些都反映了整體醫療成本的增長。

另外，由於公共醫療保險的財政限制，又助長私部門保險機構對個人自助需求面的誘發。為節省政府部門的財政支出中的醫療保健支出，歐盟國家普遍地以開源及節流來因應。所謂開源就是從國家、雇主、與雇員三者的醫療保費財源中，而為縮減公部門費用支出，增加雇員的保費比重則成首選。而節流則是嚴格管制醫療保健支出的增長以及醫療保障範圍的縮減，也由於公部門醫療保健支出受到抑制，被保險人也對藥費帳單負擔更大的比例。不管是公醫制或俾斯麥社會保險式醫療保障的歐盟國家，皆已普遍出現上述的改革措施（鄒根寶，2001）。

中國大陸的醫療改革則展現與前兩種模式不同的經驗，在80年代進行的市

³ 例如他曾反對德國強制社會保險會使個人受到齊一的管制，另一方面在一趟德國行之後又成社會保險的終身提倡者（Barker，1999:159-60）。貝弗里奇在社會保障制度之財源問題上雖試圖擬在動用國庫上思考，卻也曾堅持對任何人的疾病給付都應該要有最低數目的繳費記錄才可享受（Barker，1999:167）。

場化醫療改革至今，農村衛生醫療體系的瓦解似乎至今仍然未解。70 年代末期，醫療保障幾乎覆蓋了所有城市人口和 85% 的農村人口，當時所建立的農村醫療合作制度是世界衛生組織認為的發揮了積極作用。到了 1980 年時全國農村有 90% 的行政村實行了合作醫療，但根據 1985 年的調查，全國實行合作醫療的行政村卻猛降至 5%，農村醫療保障幾乎從有變無（陳佳貴，2001:279）。

改革開放前，中國經濟成長雖低落，人民物質生活水平不高，但在衛生醫療領域卻曾被世界衛生組織視為一個成功典範。如今，經濟增長了，但社會健康指標卻落後 GDP 比中國大陸低的許多國家。王紹光（2003）在對這樣的健康水平惡化及 2003 年的 SARS 疫情的反思時提出中肯的看法，他認為中國自 80 年代起的改革開放存在兩種迷信，一個是對經濟增長的迷信，另一個是對自由市場的迷信。前者在於追求發展的誤入歧途，就發展的意義來說應該是指經濟社會的全面進步，而不是單指經濟增長。由於中國改革路徑是以為經濟增長若能持續，其它問題便可迎刃而解。但這個經濟增長卻造成哈維所說的不均的地理發展，且其增長的成果未能為全社會各階層所共享時，衛生醫療的狀況就不能得到進一步改善。後者則是在指出中國自 90 年代起市場經濟被確立而成為改革開放的目標，醫療衛生體系也因被導向市場才會引發衛生醫療供給與需求的失衡，也造成社會健康的危機。

歐盟國家的開源與節流的醫療政策，以及王紹光指出的中國經濟雖增長但衛生醫療支出占國家財政的比重卻在縮減，這些變遷都說明了醫療資源的普及分配已受到限制。新自由主義者認為，一個國家干預的醫療市場將導致無效率且浪費的醫療保健支出的無限制增長，而最終這個猛漲的醫療保健支出將危及國家財政，因而解決之道在私有化。從而，在公部門醫療保健經費受到節流的情況下，衛生醫療機構及其行政部門的職能也逐漸被市場化或私有化。各國醫療改革經驗向私有化趨同路徑上，也共同反映在醫療費用增長的問題上。

從醫療保健支出來看，醫療服務部門以及醫療工業的市場化並沒有真正節約了整體醫療保健支出，而是增加了支出。例如英國的國民健康服務體系在 1980 年將醫療服務的買方與供方進行分離，並在供給的領域引進了市場機制，但在改革初期的三年，醫療支出的增長率比改革前更快，並且也導致了官僚的擴大（Glennerster，2003:205-7）。Pollock 也指出在市場化之下 NHS 醫院越來越像大賣場，更像一種速食工業，在每一個新的市場方案裡就招來了新的成本價格（Pollock，2004:18）。換言之，每一個醫療市場化方案其實就形成了後福特主義積累制下的一個新的資本市場，這個工業資本產值的增長正是形成醫療照護的真正成本價格增長的根源。

對哈維來說，後福特主義積累制也正是後現代消費文化的物質條件，後現代

主義的文化多元主義論述也成為商品化的時髦語彙。醫療工業產品也在這種語境下以消費語言來開拓更大的市場，形成後福特主義文化特徵之一。後福特主義醫療工業資本與其他工業一樣也開始透過科技來縮短時空的限制，醫療服務在過去是受限於地域性的，但如今也在全球範圍尋求新的市場，企業更試圖進行跨國投資醫院⁴。醫療工業資本在所有的服務業當中，與衛生醫療相關的產業產值的大幅增長受到注目。以往將健康照護視為一種經驗財、非貿易財，消費與生產的地點不能分開的觀點，已然不再，甚且被經濟科技官僚積極導向產業化⁵。除了資本投資流向跨國市場，醫療服務也逐漸出現跨國性質。例如醫院心臟外科手術透過網際網路傳送、當前政府衛生部門推動的遠距醫療等等。正如 Rifkin 所說的透過網絡使服務無限延伸，市場擴大了的付費體驗時代已然來臨，這等於為資本主義打開了新的疆界（Rifkin，2001:5-20）。

醫療場域成為資本主義彈性積累的一個重要服務部門，這並不只有在醫療院所等醫療供給面與醫藥（相關科技）工業的生產部門而已，還包括健康照護、醫療保障等的福利服務。醫界的重要刊物 Lancet 已關注到，WTO 在新千年正推動著另一階段私有化任務，而跨國企業資本（如藥廠、醫療工業等）正逐漸奪取政府對醫療與教育等公部門的支出（引自范國棟，2000）。跨國醫療工業（如藥品工業與生物科技工業）尋求國外市場的拓展，正虎視更大的商機。公元 2000 年 WTO 要求各會員國開放其內部的醫療市場，則為這些資本彈性積累體提供了擴張的明確目標。表面上透過 GATT 以及 WTO，各國可以針對商品的流通的「自由貿易」進行談判，但事實上這些談判議題走向卻經常是經濟強國在主導⁶。Pollock 指出，當前世界上醫療照護體系正從過去普世的人權走向商品化，而這個商品化正是由 WTO、國際貨幣基金（IMF）、世界銀行（WB）、甚至世界衛生組織（WHO）所設定的標準方案（Pollock，2004）。

整體來看，後福特主義資本經濟增長並不同於社會健康的增長。布迪厄認為新自由主義的目標是消滅福利國家，即砍斷國家的左手，這已使得衛生事業及社會健康水平產生嚴重倒退之後果。一方面新自由主義計畫中的自由放任自由市場化目標使得社會極化貧富差距擴大，貧困的結構性問題與疾病的關係產生了健康危機，即病人人數、疾病的數量、及危險因子增加了：諸如 AIDS、結核病、傳染病、酗酒、吸毒、犯罪、工傷事故等。而另一方面，同樣也是源自新自由主義削減福利的論述，使醫療資源即治療這些疾病的可能性受到限制（Bourdieu，2000）。布迪厄舉俄羅斯為例，過去十年內人的預期壽命下降了十歲。這是因為

⁴ 有些研究也在為醫院跨國投資進行市場管理評估，例如李文浩，2003，醫療事業進入新市場領域之評估研究：以在中國大陸籌設大型醫院為例，長庚大學醫務管理學研究所碩士論文。

⁵ 例如胡勝正在一篇有關公共衛生文章中所言，醫療也須積極開拓國際市場（胡勝正，2000:3）。

⁶ 早在 1980 年代以來更持續要求開發中國家與第三世界國家開放其內部市場，在與市場自由化有關的談判通常則圍繞在產品進口關稅的調降、知識產權、以及價格的干涉等議題上，最終則是社會服務產業的私有化。

俄羅斯採用新自由主義者建議的休克療法，大多數人實際收入下降，公共與私營衛生醫療機構撥款減少，死亡率也大幅攀升（Kotz & Weir，1997:245）。哈維也有類似的觀察，擁有世界上頂級的醫院與設備的巴爾的摩，人均壽命卻極低，大型醫院與附近眾多當舖林立並置的地理空間景象極為怪異（Harvey，2000）。新自由主義的醫療市場化導致的醫療商品化，以及所造成貧窮與疾病之間關係的轉變，皆使其社會成本難以估計，而這個社會成本卻是新自由主義者避而不談的。

對各國的醫療改革經驗的質問，同樣也可用在我們看待台灣醫療地帶的轉變。下一節我將台灣醫療工業與全民健保擺在戰後福特主義到後福特主義轉變的資本主義發展脈絡下，描述台灣醫療地帶如何架構在這個歷史座標上的轉變，並進行更具體的提問。

第三節 台灣醫療的後福特主義路徑：管理變革與私有化

3.1 1980 年代政府對醫療部門之市場化與私有化改造

相較於戰後歐洲福特主義的福利國家體制發展過程，台灣的醫療建制與其福利保障制度的發展較晚。戰後初期台灣的醫療建制則是被納入在國際冷戰局勢中開展的，美援支持形成台灣戰後初期的資本發展的條件。雖然基礎醫療保健設施是附屬經濟發展之配套，也仍取得了大幅的進展而使健康水平有了顯著的提升。1970 年代以前，威權主義的國府對公部門的衛生醫療供給進行了部署，至今為人樂道的綿密衛生網與每縣市至少一所公立醫院的成就是在這段時期取得的，每每在宣揚台灣的衛生醫療成就時總是以此為公共衛生領域的台灣奇蹟。除了衛生所網之外，1970 年代中期以前，公立醫療院所的服務量超過私立醫療院所，是醫療資源的主力（裴晉國，1995）。

在 1970 年代末期，私立財團法人醫院逐漸興起，以績效獎金、企業管理與行銷的方式經營醫院，帶動醫療工業生產管理逐漸出現變革。從 1976 年的台塑企業集團設立的長庚醫院為起始，到 1992 年為止，先後有五家大型企業設立醫院⁷。這些企業設立的醫院將企業業績的觀念帶入醫療界，使得各醫院紛以醫師看診人數多寡或處方簽的多寡計算醫師的獎金。在這個時期，公部門尾隨私部門醫療體系也轉向了以績效為標的的經營方向。1985 年行政院衛生署在巡視瞭解省立醫院經營困境後，設立了提高醫師待遇、增設服務獎勵金的辦法。這項規定以醫院經營之盈餘的 80% 作為醫院員工之服務獎勵金，並追溯自 1984 年開始實施，此法無異宣告了公立醫院以營利為轉型之開端。由於勞保的擴大保險對象，使勞保醫療給付擴大流向醫院，其中更使與勞保局簽約之財團醫院迅速擴張。70 年代末到整個 80 年代，私立醫院蓬勃發展而公立醫院則逐漸衰退，過去公立醫

⁷ 這五家分別是霖園企業、遠東企業、中國信託、奇美實業與新光人壽所設立的醫院。

院的在醫療供給面的角色也頓時失勢（柯子臨，2002）。

1980 年代中期出現了對醫療供給進行調節的醫療網計畫，然而其目標並非在擴大國有化的醫療建制，而是以均衡醫療資源為目標。但醫療網計畫到了 80 年代晚期仍然是私部門醫療院所的擴張。也就在此期，衛生政策也逐漸有明顯的市場方案的轉折，政府將市場機制引進公共衛生部門及公立醫療院所，以衛生政策「鬆綁」（deregulation）之名，公共衛生所的轉型另闢盈收與公立醫療院所的朝向自給自足的經營，都是以彈性化競爭作為準則，力圖減少由政府補助公立醫療院所的財政「缺口」。過去公部門醫療體系的公務補助或獎勵金已在逐漸縮減，無法創造盈餘的醫院則被考慮予以裁／整併⁸，以縮減政府對公立醫院的公務預算。一方面醫療公部門經費（公務支出）逐漸縮減，另一方面則在公立醫療機構導向私有化。

公立醫院是台灣自戰後以來由政府逐漸在各縣市普遍建立的，其肩負著便利偏遠地區民眾及低收入戶就醫權利、制衡醫療費用上漲、支援基層醫療與公共衛生之責任，並且是以服務而非以營利為目的。但這些公部門生產的醫療服務卻在 90 年代中晚期逐漸被討論予以私有化。這段時間在公共衛生、醫務、以及企業管理領域的研究中出現了為數頗多的論文，這類論文描述公立醫院的轉型過程，且將資本主義全球化的脈絡視為當然，以至於得出公醫私有化的技術建言。在接受了政府再造運動的醫療勞務生產的委外化（contracting out）及私有化的意識型態規範立場在進行論證。這類技術報告幾乎不約而同地與官方的民營化政策互相唱和（例如李正芳、張玉山、李淳、賴春生，2000），主要的焦點也都在將公部門醫院與私立醫療的生產營運與經濟上的績效上進行對照後，便指出了公部門醫療體系過於僵化，不利於與大型私立醫院競爭。依據企業經營模式的高績效或利潤導向作為意識型態判準，公部門醫療體系的醫務生產則因受到政府部門採購、營繕等手續或法規規約被視為束縛與缺乏彈性。公立醫院彷彿成了政府急於處理的燙手山芋，到 2002 年 4 月為止，全台已有八家公立醫院已委託民營化⁹。

國家衛生事業的另一個重要部門是基層醫療衛生網—衛生所，衛生所再造是行政院衛生署在 1999 年的「國民保健三年計畫」中的計畫項目之一。衛生所再造的目標中以衛生所新開辦自主經營之業務為主，其目的是衛生所未來得自負所提報的衛生服務之成本盈虧，政府逐漸縮減對衛生所的補助。這項措施轉變了衛

⁸ 例如台北市立醫院體系成立 20 年來最大變革的市醫整併案，2004/7/7 在議會審查過關，2005 年元旦正式上路。台北市原有的六家綜合醫院包括中興、仁愛、和平、婦幼、陽明、忠孝以及中醫醫院市立療養院、慢性病防治院、性病防治所等專科醫院將整合為一家聯合醫院，屆時擁有三千八百八十三張病床將成為全台規模最大的醫院，高出台北榮總的二千九百一十六床、台大的二千五百零七床林口長庚的三千二百床。參考中國時報 2004/07/08，市醫整併成聯醫 全台第一大。

⁹ 郵政總局郵政醫院、北市立萬芳醫院、台中市立復建醫院、台中市立老人醫院、台南市立醫院、高雄市立小港醫院、高雄縣立鳳山醫院、以及高雄縣立岡山醫院。

生所未來的經營目標而朝向選擇高成本效益的醫療服務，將免費提供的衛生保健服務轉向「使用者付費」的機制（張瑛珺，2001:77）。類似的研究對於公部門醫療衛生體系的負擔的社會福利與公共衛生及醫療照護責任是否受到私有化影響，則輕描淡寫地以公、私部門的多元合作仍可保有其公共衛生醫療責任（例如張瑛珺，2001；許素貞，2002）。雖然或多或少提出了對於私有化或市場機制進入國家衛生醫療體系後所可能產生的負面影響，但許多研究卻又大致擺在肯定的立場，甚至還作出應加速私有化的政策建議。

90 年代末期，衛生署長詹啓賢提出新的衛生醫療政策，倡導「醫療法規鬆綁化」、「公立醫院轉型化」、「衛生服務多元化」、「生藥科技產業化」、「衛生服務多元化」等政策目標，主要鼓勵民間參與和「尊重市場機制」（詹啓賢，1999）。此時期衛生署所援引的其實是世界衛生組織在 1999 年提出的新普遍主義（new universalism），逐漸成為台灣衛生醫療體系的改造方向（詹啓賢，1999:2）。WHO 的新普遍主義論述中一個重要的主張是，政府負責籌措健康服務的財源，而由私部門負責提供醫療保健的服務（financed publicly, provided privately），以便讓市場機能在醫療供給中充分發揮其功能。國家衛生醫療部門也正是在這個醫療供給市場化脈絡下積極被規劃轉型，從整個公立醫院私有化轉型來看，國家正在縮小戰後以來的政府辦理公共醫療服務的角色。醫療服務生產從公部門角色被視為僵化，到轉變為委外民營或擴大「民間」參與則被視為彈性，醫療工業生產管理的變革轉向更精密的成本效益的追求利潤考量。我們若把這個轉變擺在較大的歷史脈絡來看，這其實是反應了戰後以來的福特主義文化特徵已逐漸被拋棄，而轉向後福特主義彈性積累制。而在 90 年代的全民健保政策調控下，更加速了政府衛生醫療部門的私有化與市場化。

3.2 健保政策中的國家角色

若要問全民健保政策是否代表國家角色在醫療地帶上的擴大？這個問題應該區分成兩個方面來看，一個是對醫療工業而言，另一則是對人民、社會健康及醫療保障而言。從健保政策以俾斯麥社會保險模式來實施的情況來看，國家在社會福利保障面向上似乎只能說是自戰後以來有限度的擴大。90 年代初全民健保政策裡的國家對醫療資源的供給分配意涵在的構作時期就已出現貝弗里奇模式與俾斯麥模式之爭（徐立德，1995）。雖然早在 1947 年公醫制就明訂於憲法，但這個福特主義觀點的大政府理念卻自戰後以來就從不被有效地擴大，主因在於戰後國府的主力擺在戰爭與經濟發展，以至於形成了零碎化及殘補式的社會保險體系。台灣的福利體制從戰後以來就沒有被積極的擴大，在健保實施前，西方的福利國家模式在台灣仍然是停留在發展中的初期階段（傅立葉，1995:125）。西方福特主義全面的社會福利制度並沒有在台灣出現。

90 年代由民進黨提出的「福利國」似乎並未接軌於國家角色擴大之論述，與此相反，民進黨的反國民黨威權運動最終並未積極擴大國家的社會職能，而是與後福特主義路徑並行不悖。事後來看，1991 年民進黨雖在其福利國政策白皮書中主張福利服務的擴大，但各項福利服務到底是由國家或市場來提供則有模糊的看法，在釋放民間力量的這部份並沒有說明清楚，這也使得民間力量（或第三部門）與私人財團辦理有了親近性。

到了 90 年代中期開始，台灣的福利學者與政府積極倡導社區及第三部門在醫療供給面的角色（例如張英陣，1995；郭登聰，1996）。所謂的第三部門是在 1970 年代一些美國學者所提出的，用以泛指那些非營利性的非政府組織。重談第三部門參與福利供給的生產，是因為右派學者視第三部門的福利供給可避免企業追求最大利潤與科層組織的缺失，又可兼具市場的彈性和效率與政府公部門福利供給的特性（張英陣，1995）。這個彈性與效率的觀點恰恰與後福特主義生產的社會文化高度親近性，與新自由主義的縮小政府規模的意識型態相同。倡議提高第三部門福利供給的主張形成了後來的福利多元主義，這從近年來 NGO 的蓬勃發展也可見一般。舉例來說，社區照護就被劃歸給第三部門作為醫療工業市場，國家則不再承擔長期照護的供給者角色。

在福利多元論述的加持下，健保政策也被推上多元化與私有化的前線。1997 年全民健保保險人是否交由私有化／多元化的論戰，正反映國家機器市場化政策的延伸。雖然健保民營化最後仍被擱置，但這已顯示私有化浪潮不僅止於醫療供給，甚至更逐漸波及了醫療保障等社會福利體系。這個後福特主義的歷史路徑其實是新自由主義計畫弱化政府部門福利服務體系的一環，將醫療服務轉由健康保險來購買，醫療保健資金的籌集則向個人付費機制傾斜。雖然醫療福利服務被弱化，但醫療保健支出卻反而高漲，最終則造就了資本主義服務業部門中的醫療工業資本增長。

對醫療工業而言，全民健保政策支付制度使公私立醫院醫療服務價格固定，醫療院所競爭的情況更形激烈，公立醫院的醫療價格也不再具有優勢。健保政策承襲戰後社會保險而使疾病保險覆蓋面的擴大，健保政策對醫療院所的費用給付也促使醫療供給市場的擴大。這個由論量計酬的支付制度在醫院衝業績的利潤導向下，餵養了醫院大型化、集中化與商業化，同時使俾斯麥模式的全民健保在 1998 年開始入不敷出地產生了赤字危機。與許多資本主義工業國相同，全民健保政策在抑制醫療費用支出的猛漲問題上也採取了節流策略。這個採取一刀切的節流措施，將醫療費用支出訂了固定預算，以符合國家欲逐漸縮小政府規模及支出縮減之要求。顯而易見的，總額預算制也使得醫療院所對部份的疾病之醫療服務產生緊縮¹⁰，從而逐漸損及普及性的醫療保障。在這個過程中，國家對健保支

¹⁰ 例如近來在衛生署的卓越計畫—醫院自主管理實施後，病患被排除在門診之外。而當未來在

出的緊縮將使更多醫療保健支出轉嫁到個人消費者身上。

隨著台灣醫療工業的產值在 90 年代以來有極為顯著的增長，與其並行的是整體國民醫療保健支出（National Health Expenditure，以下簡稱 NHE）也在大幅增長。整體醫療保健支出的增長使政府部門負擔 NHE 中的份額也相應增長。矛盾的是，一方面政府部門將公立醫療院所私有化，並透過健保政策在政府醫療保健支出上封頂，另一方面又將醫療工業發展擺在經濟政策方針之首，以積極擴大醫療保健支出之增長。該如何來看待這個矛盾？在後福特主義的生產與消費和全球化貿易的條件下，當前台灣在經濟發展上已將焦點移到知識密集產業與服務業的產值上，其中衛生醫療透過科技的運用能夠發揮的經濟增長效益也日益被重視。更具體地指認，這個由知識密集的醫療工業所帶動的經濟增長的價值，是由國家的右手所帶動的。如果說醫療越來越向自由化以及市場導向傾斜，那麼醫療產值（資本）增長才是國家右手所在意的，而以社會健康增長為目標的衛生醫療政策便不再成為國家政策重點。質言之，這場新自由主義運動所展現的是以高度意識型態的「多元化」作為修辭，真正的目標是將國家左手市場化以利資本積累。上述這些討論的核心問題環繞在政府或民族國家所扮演角色上——亦即國家的社會醫療供給職能的問題。

第四節、章節安排、研究範圍與研究方法（及限制）

由於台灣醫療部門的市場化與私有化運動正是處在新自由主義全球化的資本主義擴張運動中，因此是在地的同時也是「全球化」(glocal)的問題。基於這樣的考量，本論文將台灣醫療擺在上述的福特主義到後福特主義轉向的架構上，分析國家在戰後以來對於醫療供給與需求面上的介入調節與政策上的變遷，及其所造成的社會效果偏移。本論文的核心是探討戰後以來醫療工業、消費者，與國家的三角關係。並希望解答以下的問題：80 年代的醫療政策轉變的結構意涵為何？假如說後福特主義是新自由主義對福利國家的摧毀，其目的是弱化工人運動，使勞動力彈性化以利新一波的資本積累，那麼這個新自由主義計畫有何具體內容，它如何對醫療工業及社會健康進行整編？在福特主義轉向後福特主義的脈絡下，我們該如何看待全民健保的出現及其赤字危機？或者也可反過來問，政府如何「公共地」籌措醫療保健的財源？健保政策與改革將醫療推向商品化還是去商品化？這個過程是透過什麼機制進行的？醫療保健支出增長的情況下政府如何進行調節與偏移？全民健保政策對醫療工業的增長（醫療保健支出增長）的調節作為顯示了何種社會學意涵？是否促進了社會健康水平的有效提高？

總額制度下，許多因花費昂貴可能受排擠的特殊疾病，如愛滋、癌症等，恐怕也會要求比照罕見病專用額度，給予專款專用的保障，但總額額度有限，給予特殊疾病保障愈多，其他疾病的資源相對將緊縮。民生報 2004/7/24 罕病專款專用 近期實施。

在討論醫療變遷時不可避免須對歷史分期，過去在討論醫療發展史上多半接受以衛生醫療建制政策變遷作為歷史分期的基準¹¹；即戰後是黨國威權體制對醫療部門的介入，在 1970 年以後國家機器中的衛生署角色逐漸重要，對醫療工業的調節措施增加；到了 1980 年代中期以後國家在促使醫療工業更為擴張，健康權的保障也開始擴張；1995 年健保實施則被學者視為是大政府最後一次的擴張。這樣的歷史分期已呈現了國家機器在整體經濟發展與統合主義下的轉型，我大致沿襲這個分期。本論文的三個分期點是：第一期是戰後至 1970 年代，第二個時期是 1980 年代是國家機器從威權主義向新自由主義過渡的關鍵期，第三期則是 1990 年全民健保構作至今。不過研究結果卻呈現不同於學界對部份時期國家機器性質之看法，特別是在 1980 年代後國家機器在醫療部門調節性質的轉變。

本論文一共五章，在第二章中討論時期是戰後至 1980 年代中期。我將先回顧戰後到 1970 年代中期國家對公共衛生及醫療保健所做的建制。此期國府接收了日本政府的公共衛生建制，這是以殖民統治迅速收效為目標。在這個基礎上，卻並非意味著國府有能力使此統治力量延續，而是必須依賴美援才得以推展威權主義治理。種種的證據也顯示，國家機器並沒有多餘的心力關注公部門醫療建設，但美援架構下公共衛生網的普及推展仍造就了公共衛生水平的大幅提升。1970 年代中晚期的財團經營醫院是私部門擴大的濫觴，到了 1980 年代中晚期隨著勞工保險覆蓋面的擴大，私立醫療院所有了大幅擴張。

第三章所處理的階段是整個 80 年代到 90 年代的過渡。由於美國藉口貿易逆差，要求台灣以修改藥品專利法、擴大對美採購醫療器材以平衡美國對台貿易赤字，在以美國為主導的 GATT 談判架構下，對台灣的貿易制裁成為美國新自由主義實踐。此更影響 80 年代中晚期的重大醫療保健政策—主要是醫療網計畫。官方宣稱醫療網計畫在為健保鋪路，並使城鄉醫療資源均衡。然而這個為期十五年的計畫對醫療工業與醫療資源的均衡究竟有何影響則缺乏史家評估，在 2004 年 7 月監察院的調查報告指出了醫療網計畫的重大缺失，此評價誠然有其道理，但其忽略了衛生署似乎從未成為一個強勢部門，而是迫於配合整個國家在 1980 年代以來的自由化與市場化的經濟政策方針，已無力規約整個醫療體系的發展。整體而言，此時期國家醫療政策逐漸走向促進醫療體系私有化程度的提高，造就了醫院大型化、集中化與政府衛生醫療部門的私有化。而在新自由主義全球化下，醫療保健工業自 90 年代起也開始有明顯的增長。

第四章分析 90 年代起的健保政策構作、實施及其後的各種改革方案的意涵與效應，同時也對此期興起的新自由主義的衛生醫療政治論述提出批判。這個時期裡，新自由主義的國家機器發展論述逐漸滲透到國家的左手衛生部門，使得衛生署在整體醫療政策方針仍為經濟發展之配套。在全球化的國家式微說迷思與福

¹¹ 江東亮、裴晉國、陳永興等皆沿用這個歷史分期。

利多元化修辭論述語境下，健保政策是否意味國家角色的擴大，若是，其國家角色的擴大是往哪個方向擴大？造成該偏移的成因也與 WTO 架構下的新自由主義計畫的推展有關，例如健保的藥價調整與總額預算制之下，不僅反映台灣在地的醫療工業與消費者之間的鬥爭，更反映了美國及跨國藥廠對台灣的施壓。當前台美的雙邊貿易談判（FTA）下，台灣政府允諾延長跨國藥廠新藥的資料專屬權，正是受到跨國藥廠要求提高健保藥價的施壓使然。健保政策囊括大部份醫療資源分配，健保政策至今經常反映醫療資源分配矛盾與階級鬥爭，並且在國家機器的不同部門間同樣存在調節的矛盾，而這個擺蕩的力度正在朝向新自由主義階級性質偏移。第四章還將評估全民健保實施十年來在人民平均壽命，以及一些健康指標（例如健康的地區差異、城鄉差距、以及階級區隔）與醫療資源分配指標，藉此來看健保政策是促進或阻礙了健康狀況的提高。

第五章為結論，以之前各章的經驗研究為基礎，討論國家的社會職能在不同歷史階段的轉變與影響。在總結後提出政策建議：當前健保政策中國家角色的偏移使醫療資源鑲嵌於市場，若要對新自由主義的醫療市場化方案加以反抗，仍須反思反全球化運動與醫療鬥爭的政治議題。

本研究以文獻與檔案的方式作為研究資料來源，少部份進行深度訪談以取得對資料的理解，另外筆者進行的部份田野訪談資料將作為其中一個章節（全民健保的社會效應）的分析材料。論文所收集和運用的資料主要來自下列幾項：一、官方檔案，包括行政院衛生署、經濟建設委員會、內政部主計處、立法院公報、監察院公報以及政府機關統計資料，這是論文主要的一手資料。二、相關研究論述及二手資料，亦包括學術期刊以及政府的政策規劃報告及委外的研究報告等，有關健康水平的指標與研究也需仰賴相關碩博士論文，少部份是由醫界或醫師執筆的論述或醫療書寫。三、平面媒體：報紙及雜誌。

論文的限制有二。第一，由於台灣醫療史研究尚有待開展，在翻查戰後的醫療史料時恐流於以某些公立醫院為主軸的資料堆砌，此時期的國家醫療政策也待未來的時間進行更仔細的檢驗。1970 年代以前的衛生統計亦有重大的缺漏，這使得當時醫療體系的發展也少了更多資料。對此，我的作法只能偏重分析醫療政策的結構意義，而無法具體詳述史實。第二是醫療領域牽涉層面寬廣，諸如衛生所、公私立醫療院所、製藥工業、醫療科技、公共衛生學等，僅就醫療照護產業領域而言，筆者也只能主要以醫療機構、製藥工業、生物科技產業等具指標意義者加以分析，無法全面顧及。即便如此，筆者仍希望透過此長期歷史變遷研究，引出醫療地帶的一個宏觀社會學想像的討論路徑。

第二章

威權主義的醫療保健政策（戰後 1949 年到 1980 年代初）

第一節 導言

源自資本主義自 30 年代以來的大蕭條，許多歐美國家採用凱恩斯主義的宏觀調控且紛紛轉向社會民主的作法，社會安全制度逐漸萌芽從而形成社會國。西方福利國家之建立有兩項重要因素，其一是歐美各國出現了一股由下而上的工人階級運動，要求國家馴服自由市場體制。第二個因素是資本主義在二十世紀初有了重大的生產制變革，即福特主義的去技術化的大量生產制，這需要有一個能確保這個積累制運行的社會福利政策安排。在這個需求下，凱恩斯主義的宏觀經濟調控與福利國家成為福特主義生產制之配套而得以結合。

福特主義大量生產在自由市場的資本主義裡是難以運作的，這是因為在二戰之後，福特主義生產制缺乏一個穩定的勞動關係（生產危機）以及穩定的商品消費流通關係（消費危機）。在凱恩斯調節下所建立的福利服務就是以政府干預市場的方式對資本主義危機提供的修補。從 1950 年代開始，社會保障制度在歐美工業國就逐漸開展。這些社會保障所顯示的社會民主成果中，更以醫療保健事業最為顯著。西方福利國家的醫療保障制度有社會保險形式或貝弗里奇公醫制，兩種模式雖分別顯示了政府對醫療市場不同程度的介入，但所界定的都是國家與醫療市場之間的關係。

從台灣的醫療史與公共衛生史來看，戰後到 1970 年代末政府建立了綿密的公共衛生網所，並促進了高度公共衛生水平。不可否認的，戰後之所以能達到此等公衛成就是靠國家力量來達成的，那麼這個以國家供給為主的衛生保健事業是在何種歷史動力下推展的呢？

台灣建立西方醫學的衛生保健事業可溯源自日本殖民統治。日本醫療史學者曾指出，研究台灣醫療變遷必不能抽離帝國主義的脈絡（李尚仁，2004）。許多研究日殖時期台灣醫療史的學者看到日本帝國主義對台灣衛生事業之影響，皆提到日本帝國主義在殖民統治的政策考量下建制了台灣衛生事業（例如劉士永、范燕秋、陳淑芬）。日殖時期日本改善環境衛生（諸如建置自來水、住宅改良、以及興建下水溝）及引進西醫體系，將衛生工作與警察業務並行推展。而戰後國府所建立的公部門衛生事業則相當程度延續了日本衛生改造的基礎¹²。

¹² 基於日本帝國整體戰爭動員，將台灣作為帝國擴張政策中南進基地的培植人力資源之需求而進行公共衛生改造（范燕秋，2001）。因此，日本帝國主義在台灣擴張烙印了醫療保健的許多

雖然國府接收了日本的衛生基礎建設，但在建立醫療供給與醫療保障上則與西方福利國家的歷史經驗有所不同。戰後的台灣的醫療論述雖有得自二戰期間世界工業國的福利體系發展的啟發，但對於醫療資源分配到底要以國家稅收支打造衛生醫療體系以統籌分配醫療資源，還是以人民另外付費籌集資金的方式來購買醫療服務的社會保險模式，國家機器的社會部門（社會部）與衛生部門（衛生署）之間則曾有過論戰。1943年衛生署對公醫制的定義是：「全國所有一切醫事事業均由政府設置管理及分配，使全國人民均有免費享受維護並增進健康權利的國民保健制度。」衛生署認為社會保險制乃資本主義的治標解套方案，實質上並未能根本達成衛生醫療資源分配的普及化。這樣的觀點將維護與增進國民健康視為國家之責任，並反對當時社會部所提之以社會保險模式的健康保險方案。相對於衛生部的公醫制主張，社會部則主張由人民分擔龐大的衛生事業建制經費的社會保險制度（楊舒婷，2003:67-71），國家機器中不同部門的矛盾立場所造成的結果是使憲法中並列社會保險制與公醫制兩種模式¹³。

如果說西方福利國家在醫療供給與需求保障這兩大塊都由政府積極介入，那麼與之相較，台灣在戰後到1970年代的國家機器在醫療市場中扮演的角色主要是公共衛生供給面的提供，而缺乏保障醫療消費這一塊。在反共復國的高度威權主義架構下，國府的軍事整建並未因二戰結束就稍歇。在這樣的軍事為主要考量下，自戰後到1960年代的衛生工作主要是戰後重整。雖然台灣在日本殖民統治下使許多急性傳染病獲得了控制，但1946、1947年霍亂、天花、鼠疫等傳染病又再度流行。1950年代起國府接受美援與國際協助之下大幅擴增基礎衛生所網以及公立醫院，並展開撲滅急性傳染病的衛生工作。1970年代以前所建立的以公立醫療院在醫療保健事業中成為主要的醫療供給者。

威權主義統治性質的國家機器造就了公衛奇蹟，但是在公共衛生之外的醫療消費上，則因皆由民眾自費故極缺乏保障。戰後國府的社會政策雖全面走向社會保險的制度，但一直到80年代所實施的社會保險仍然是零碎與殘補式的保障，其中，醫療保險也分散在公保、勞保、福保的制度裡¹⁴。由於戰後國府與美國聯手對左翼及社會力量進行清理，並在戰爭動員中以戒嚴的白色恐怖來鎮壓階級運動作為社會控制手段，因此，國家機器的角色類似俾斯麥式的右翼威權主義的性質，這也使醫療資源分配與保障缺乏如西方社會民主的再分配政治。

現代性特徵，例如西醫體制在制度化的過程中也獲得了信任，西醫的科學支持下成為國家現代化的藥方，張苙雲（1998）指出，日本在現代化過程中引進西方醫療進入使台灣逐漸習慣了西醫就醫習慣。

¹³ 憲法第一五五條：國家為謀社會福利，應實施社會保險制度。人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災患者，國家應予以適當之扶助與救濟。憲法第一五七條：國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。

¹⁴ 1950年開辦勞保，1959年開辦公保，兩者皆提供醫療給付。對於無公勞保身份之民眾，省市立醫院與衛生所與私立醫療院所一樣向病人收取醫療費用。

到了 1970 年代初，隨著台灣資本主義發展，公共衛生雖取得一定成就，但也開始產生頗為嚴重的衛生醫療資源分配不均問題而反映在城鄉差距上，而疾病的型態也開始不同於戰後初期的以防疫為主的公共衛生問題（例如十大死因的改變）。這皆促使國家機器在 1970 年代對衛生部門與醫療保障進行了再次調節（例如勞保擴大投保對象、加強農村醫療等）。1971 年衛生署的成立提高了衛生保健工作在國家機器裡的層級，並於 1975 年以醫療法與新醫師法加強了對醫療工業體系的規範。1970 年代晚期到 1980 年代初以擴大社會福利法案來穩固政權，其中包括修正勞工保險條例與公務人員保險法，使醫療保障的覆蓋面在 80 年代初開始大幅提高。但也就在醫療保障逐漸提高的同時，國家在醫療工業市場上的供給面調節出現了變遷，私立財團醫院在 1970 年代開始大幅增加，開始逐漸扭轉了以國家在醫療市場為主要供給者的角色。

本章要討論的是，從台灣國家機器在醫療福利服務的發展路徑來看，其出現並非是架構在戰後資本主義的福特主義積累制而並行發展的，而比較是國家威權主義所打造特定對象恩給式的文化特徵。而在威權主義的治理下，顯示了國家對衛生醫療體系的干預所形構的以公部門為主要的醫療供給者。在歷史分期上，第二節是以戰後到 1970 年代初為期，第三節處理的是從 1971 年衛生署成立到 1980 年代中期。我將藉由醫療資源的成長與分配兩個面向，分析國家在這兩個時期如何在醫療資源分配上進行調節，以及其調節的階級政治意涵。

第二節 1971 年以前衛生醫療事業之建設

2.1 國家介入衛生醫療市場：公共衛生網與公立醫院的建置

延伸自大陸時期的國家在衛生事業的職能，國府接收台灣初期也曾有過推行公醫制度的宣稱，接收初期的行政長官公署民政處衛生局有如下宣稱之計畫：

本省當局力謀順利推行公醫制度，除分設省立醫院，療養院，保健館，以最低廉之費用，或免費普通醫療外，並將原有地方公醫制度繼續保留，加以指導及改善，至於各縣立原有之衛生課（股）也分別設置衛生院，區署設衛生分院，鄉鎮設衛生所，保設衛生員，
，但為要達成本省每三千人民得有一個公醫二個護士，和一個助產士之預期目標，並且要達到醫藥平衡發展，以利便推行醫療業務，所以計劃積極增設醫療機構¹⁵。

這裡提到的公醫制與所有醫療事業有關，包括公立醫療機構的設立以及由國家培育相關的醫事人力。在醫事人力方面，國府的介入很有限。戰後到 1971 年

¹⁵ 台灣省行政長官公署民政處衛生局編，1946，《台灣一年來之衛生》。

衛生署成立以前，國家只在醫師資格的管理，對醫師人力供給、地理分布等皆未積極介入。1947 年國家曾以行政命令放寬醫師資格，由內政部公佈實施了「醫師人員甄訓辦法」，規定「凡在大陸淪陷地區執業有年未具法定資格之醫事人員，應以本法參加甄訓。」在這個政策下一共有 1,194 人取得醫師資格（江東亮，2003:48-51）。台灣省醫師公會從 1950 年起就持續向政府陳情修正醫師法，但直到 1967 年立法院才通過醫師法修正案（或稱新醫師法）。新醫師法中嚴格取締密醫，且規定執業醫師須加入地方醫師公會，新醫師法更遲至 1975 年才正式實施，這是爲了安排了退除役軍醫進入民間執業（江東亮，2003:51）。而醫師專業團體陳情的政治參與在威權主義之下未被重視，因此難以影響政府決策。

國府遷台初期僅有國立台灣大學醫學院和國防醫學院兩所培育醫事人力，在 1954 年到 1960 年代初，則有四所私立醫學院陸續開辦，這四所分別是私立高雄醫學院、私立中國醫藥學院、私立台北醫學院和私立中山醫學院（江東亮，2003:51）。但從表一來看，在 1970 年以前由於總人口數快速增加，每十萬人口醫師數甚至還微幅降低，從 1950 年的 45.1 到 1970 年的 40.9。這也說明了國家在醫師資格的管理上也趨向鬆散，在培育醫事人員的投入也以民間爲主。

再根據陳永興（1997:131）的計算，戰後對衛生醫療機構的接收與整頓，初期以當時人口計算，每萬人口約有 4.35 所醫療機構。但這個數字與 1971 年的 4.79 相近，顯示這二十多年間雖然在美援補助下重建與改善醫療設施，卻仍不足應付快速成長的人口。在醫師人力方面則自 1954 年到 1971 年間，每萬人口醫師數從 6.42 降到 5.28 人，顯示負成長的現象（陳永興，1997:138）。

表一：台灣總人口數、累計領證醫師人數、執業醫師人數、每十萬人口執業醫師人數，1950－1980

年別	總人口數 (千人)	領證醫師人數	執業醫師人數	十萬人口 執業醫師人數
1950	7,544	1,110	3,409	45.1
1960	10,792	6,948	4,811	44.6
1970	14,505	10,712	5,937	40.9
1980	17,642	20,044	11,743	66.6

資料來源：江東亮，2003，醫療保健政策－台灣經驗（第二版），台北：巨流，頁五三。

在醫院方面，由於戰事期間這些公立醫療機構大多年久失修或遭破壞，因此國府在接收後，乃先行恢復醫療營運，在獲得美援後加以修建或重建。表二顯示 1949 年時台灣醫療院所設置情形，1949 年行政長官公署接收日殖時期的公立醫院並整頓改制。此時統計公立醫院共 115 所，私立醫療院所共 2980 所。戰後初

期，除台北醫院改稱國立台灣大學醫學院第一附屬醫院外，餘皆經接管的公立醫療機構計有省立醫院、縣市立醫院、傳染病院、療養院、保健館，以及公營事業機構附設醫院若干¹⁶。

表二：戰後台灣醫療院所設置狀況（1949年）

醫療院所名稱	院所數
國立台灣大學附設醫院	1所
省立醫療院所	19所（含綜合醫院及其分院14所，樂生、松山、錫口療養院各1所，戒煙所與保健館各1所）
縣市立醫療機構	27所（含傳染病院7所、結核病院3家）
公營事業單位附設醫院診所	67所（含鐵路醫院4所，郵政醫院1所，其他62所）
軍事機構附屬醫院	1所（三軍總醫院）
私立醫療院所	2980所（含台南新樓、馬偕與彰基）
合計醫療院所數	3095所

資料來源：台灣省通誌（引自陳永興，1997:132）

政府在醫療機構上的角色雖限於在每一縣市至少有一公立醫院，不過，公立醫院雖然數目少於私立醫院，但其規模都頗大，因此在醫療照護上成為主要的供給者。另外公立醫院體系中還包括軍醫系統，1959年成立的台北榮民總醫院，1968年成立的三軍總醫院以及各軍種所成立的軍醫院。1955年至1959年之間，美援提供一項安置退役軍人的計畫，總金額達四千兩百萬美元，其中34.5%即用於就醫計畫。退輔會接受此一經費逐步建立了榮民醫療體系。這些成立的醫療機構包括：嘉義及埔里肺病醫院、相關的療養院（裴晉國，1995:43），但這些醫療機構皆未出現在當時省政府衛生統計資料中。而在衛生署成立的1971年以前國家機器也未針對私立醫療機構進行統計，對私部門醫療產業的管理在1970年代以前都是較為缺乏的¹⁷，也因此許多學者（例如江東亮、裴晉國、）將1971年以前國家在醫事人力與醫療產業政策上的角色視為具有自由放任的性質。

在衛生醫療機構的設立方面，國府接收了日殖時期的衛生醫療體系，但這些醫療體系在戰後所遭受的破壞急需修重建。首先國府將衛生行政更新，將日殖時

¹⁶ 公營事業機構附設醫院有先增後減趨勢。交通部、省營、國營事業機構也附設多所醫院，如郵政醫院、鐵路醫院、台糖新營醫院等。估計家數在5家左右。

¹⁷ 在台灣總督府的統計中，醫院與診所並未細緻區別。戰後初期國府修正「醫院診所管理規則」，雖對不符為「醫院」者，雖令其改名為診所，卻遭省醫師公會陳情而作罷。也因此缺乏1970年代以前的私立醫院與基層醫療機構的精確統計。

期的警察業務與衛生行政兩者區分開來，使衛生行政業務獨立。地方縣市部份則在 1950 年配合行政區域調整，地方（縣市）衛生院增為 22 所，這些衛生院更在 1961 年擴編為衛生局。1950 年省衛生處長顏春暉任內推動「保健制度」，廣泛設置基層衛生機構，將公共衛生工作深入鄉鎮農村（莊永明，1998:386）。1951 年省府公佈「台灣省各縣市衛生機關組織章程」，規定各鄉鎮必須成立衛生所，負責地方的診療、傳染病管理、婦嬰衛生、衛生教育、環境衛生、學校衛生、生命統計、配合衛生計畫等事務。從 1945 年到 1960 年，國府以極大的幅度增設，從 15 所擴增到 361 所，山地村的衛生室也達一百多間（見表三）。至此，全台灣每一鄉鎮區（市）皆有衛生所之設置¹⁸。

表三：1945~1962 歷年來地方基層衛生所增設情形

年	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958
衛生所所數	15	30	72	101	203	270	343	350	355	355	356	356	358	359
山地村衛生室	-	-	-	120	120	120	140	140	140	140	140	168	168	168
平地村衛生室	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
大陳義胞衛生室	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	17

資料來源：省政府衛生處統計、裴晉國（1995:55-6）。

表三：1945~1962 歷年來地方基層衛生所增設情形（續）

年	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973
衛生所所數	360	361	361	361	361	361	361	362	362	346	346	346	346	346	346
山地村衛生室	168	168	168	168	168	168	168	168	168	176	177	177	177	177	177
平地村衛生室	7	8	8	10	10	10	10	19	22	23	22	22	22	24	24
大陳義胞衛生室	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17

資料來源：省政府衛生處統計、行政院衛生署衛生統計。引自裴晉國。

台灣公共衛生的推展一直是與國家力量密切相關（陳淑芬，2000；張淑卿，1997）。二戰時使公共衛生停擺，疾病防治就成了戰後國家最急迫的公共衛生任

¹⁸ 1962 年為配合地方自治之實施，各衛生所改隸於各鄉鎮市公所。

務，而衛生所網的任務即是推展預防保健和防治傳染病等工作。一些嚴重的傳染病如天花、霍亂、鼠疫等在十五年內逐一被撲滅，而施打疫苗也使麻疹、小兒麻痺、破傷風、白喉、百日咳等傳染病受到控制（江東亮，2003:8）。1950年以後衛生工作的重點則擺在防癆抗瘧，瘧疾的撲滅說明了台灣公共衛生的成效。在1950年左右瘧疾仍是台灣十大死因之一，患者每年仍高達120萬名。1948年政府成立瘧疾研究所，並在衛生部門與國際機構的援助下，在1965年被世界衛生組織宣布為「瘧疾根除區」。結核病防治則是台灣防疫史上，政府投注最多資源的疾病（江東亮，2003:9）。

戰後的二十年左右，普設基層公衛醫療機構確是建立了，這反應在量的增加。然而這個動機並非在積極的創造人民的健康，主要目的僅在以消極的防治疾病為主（郭文華，2001）。家庭計畫其實也是為了國家發展（強國強種）的經濟效益目標¹⁹。郭文華也指出美援台灣公共衛生工作也是以經濟發展、國家富強為考量，而非以人民的長遠健康為考慮。

在衛生所數量的大幅成長下，實際上防疫的正式人力其實仍明顯不足。衛生所的編制可以有主任、醫師、助產士、護士、保健員及其它工作人員等，但多數情況下最初僅有醫師一人而已。衛生所的主任多由開業醫師兼任，其他人員則由曾受過農復會保健站訓練的人，或部份則是日治時期受過衛生訓練的當地人士來擔綱。由於衛生所人力短缺，而是僅能應付民眾日常所需及執行最基礎的公共衛生計畫。工作人員的薪資由當地衛生局給付，而醫師似是由看病收入中收取酬勞。這樣來看，一些衛生所更像是公辦民營的診所，以應付當地醫療需求且財務也可自給自足（郭文華，2001）。戰後日本人離台與國府將衛生行政從警政裡獨立出來，使所需的衛生人力更明顯地不足，許多防疫計畫的人力其實也落在師大衛教系身上（郭文華，1996:68）。

事實上，但除了衛生所網內的正式人員之外，一些公共衛生任務還需要大量的輔助人員，正是透過第一線人員才使防疫工作得以深入社區與鄉村。1949年時美國醫藥援華會副會長劉瑞恆即主持該會在台各項工作，他當時就認為，撲滅急性傳染病及建立公共衛生網固然是當務之急，但還應發展學校衛生及衛生教育工作（劉似錦編，1989:139-143）。例如在推動公共衛生方面，還有賴教育體制上推動的訓練工作（例如調訓全省在職小學教師與派員赴美進修），這些都說明在防疫人力不足下須仰賴國家由上而下的動員。再以防治結核病的歷史經驗為例，國家機器的三級衛生醫療體系由上而下的防癆工作中，透過第一線人員（防癆連絡員和防癆保健員等輔助人員）使衛生保健工作深入鄉村。

¹⁹ 例如世界銀行在視察台灣對世銀貸款的運行情形時，其核貸的條件之一也包括推行家庭計畫等公共衛生工作的成效。貸款的經濟成效是世界銀行所關心的。參閱《台灣衛生》月刊第六十一期，1970年7月出版，台灣省政府衛生處編印，頁四。

根據張淑卿（2004:104-9）的研究，1958 年到 1962 年間曾招考防癆連絡員，屬於示範性質。1966 年以前的防癆工作還在一般公共衛生機構內，1966 年額開始政府在「台灣省加強防癆四年計劃」裡在鄉鎮衛生所增置公共衛生護士或防癆保健員一名，省轄市衛生所可增置一至二名，薪資由省府社會福利基金負擔，山地離島衛生所則不增置。到了 1968 年則增置 313 名，原則上每鄉鎮衛生所派駐一名，1974 年縮編為 235 名，分配於 216 個衛生所，當時有 97 個衛生所無防癆保健員。1975 年又恢復為一鄉鎮一名，薪資也由省府公務預算支出。這些政府招考的防癆保健員成爲防癆工作中直接與民眾接觸的人員，也呈現出防癆體系所形成的三級公衛網（省防癆局→縣市級防治所→駐鄉鎮衛生所之防癆員），其如金字塔般由上而下地深入病患與社區（張淑卿，2004:302）。

除了基層衛生所之外，在城鎮與鄉村的衛生醫療機構中，尚有曇花一現的公醫制實踐，那就是台北保健館²⁰。台北保健館主要辦理台北縣市之國民保健，1946 年開始設置示範區推行保健業務，選定台北市城中區和龍山區的一部份爲示範區，辦理公共衛生設計、實驗與公衛人員之訓練。1948 年籌備在台北縣中和鄉設立示範保健站，目的在作爲全省公共衛生人員推行鄉村衛生的實驗示範。1949 年協助中和鄉民組織保健協會，其工作包括集體下鄉巡迴診療、宣導婦幼衛生等，其門診部並設有內外各科，凡屬保健協會會員受診免費，藥費照保健館半價優待。至於定期巡迴診療工作則是到各村爲患者免費施醫給藥、施行預防接種以及宣導衛生教育等等（鄔孟慧，2004:50）。

不管是保健館或是防癆保健員，都說明了對大量輔助人員的需求之迫切，這種方式在戰後開發中國家推展的公共衛生事業中相當常見。例如戰後中國大陸在解放初期，人民平均壽命爲 35 歲，農村各地更是普遍缺醫少藥，城鄉醫療資源差距極高²¹。從 1950 年代開始中國共產黨在農村建立了縣、鄉、村的三級衛生醫療網。此外，在東北地區爲解決廣大農村無醫無藥問題，積極辦起了用合作制和群眾集資辦法舉辦衛生機構，開啓合作醫療之先河（陳佳貴編，2001:278）。合作醫療、保健站、以及數量巨大的赤腳醫生，成爲解決中國大陸農村缺醫少藥的重要機制。中國大陸在 1950 年代中期開始組織城市巡迴醫療隊下鄉和培訓日後的赤腳醫生²²，到了文化大革命期間合作醫療制度和赤腳醫生開始普遍推廣到各

²⁰ 日本在 1941 年設立的保健館，以推動衛生保健工作。1945 年行政長官公署接收後改爲台灣省立台北保健館，1958 年撤銷而併入台灣省兒童醫院。

²¹ 1949 年中國大陸衛生專業技術人員只有 50 萬人左右，在人口密度中僅爲 0.92‰；醫院則有 2000 所，病床 80000 張（每千人 0.15 張）。這些醫療設施主要集中在城鎮，而占總人口 85% 以上的農村，僅有病床 20133 張。參考陳佳貴編，2001，《中國社會保障發展報告（1997~2001）》，北京：社會科學文獻出版社，頁二六九。

²² 赤腳醫生是從青年農民中選拔出來，在鄉或縣的衛生醫療機構培訓一至三個月，回到農村須一邊勞動一邊爲農民防病治病。在 1960 年代中期，赤腳醫生能掌握幾十種常見病的治療、幾十種藥物的運用、針灸、以及中草藥知識，送藥到田裡而使得解決了農村缺醫少藥的問題，在農村

地農村。再加上三級衛生醫療網，使農民「小病不出村，大病不出鄉」，從而解決了農村缺醫少藥的問題（韓嘉玲，2004；方小平，2003）。

戰後台灣從縣市公立醫院與鄉鎮市區衛生所的建置，再加上許多在公衛、防疫、保健上下鄉服務的第一線人員或輔助人員，形成了從國家到地方基層由上而下的一元化的介入衛生醫療地帶。但是戰後國府在資源極匱乏之時，這些衛生工作的背後還是仰賴了國際援助的條件才成爲可能，其中最重要的就是美援。在公共衛生所網與醫療機構的資源投入方面，美援的部份佔了極大份量。整體觀之，美援對軍事、經濟、衛生、教育各方面的挹注，對台灣資本主義的發展產生極大的影響。

2.2 美援對台灣公共衛生與醫療工業的影響

1949 年底國民黨在國共內戰中失利而撤退來台，但由於韓戰爆發，美國在國際地緣政治考量下恢復對臺的援助。因此，戰後長達十五年的美援的主要目的是把台灣當成太平洋軍事戰略的反共前哨基地。美援初期多半是以非計畫型援助，其運用並未針對特定的經建計畫，這也使台灣社會很快的從戰後復原。美援後期通常針對特定經建計畫予以協助，其作用則是奠定了台灣未來經濟發展的基礎。即使在 1965 年美援中止後，仍持續影響台灣的經濟發展。美援從軍事安全爲主要援助目的轉變爲重視受援國的經濟開發與成長，乃因美國認爲經濟發展與國防軍事力量有相輔相成之效果（吳聰敏，1988:152-3）。

美援的內容極爲複雜，大致可分爲軍援與經援，但兩者的關係又經常相互爲用（文馨瑩，1990:105）。經援也常爲軍事目標服務，例如列入經援項目中的直接軍事協助，而在軍援方面則也常會產生經濟效益。但從台灣歷年接受美援的金額來看，軍援所占比例始終高過經援。若從美援的實際用途來看，美國援台以軍援爲主，占抵台經援總額半數的防衛支助的主要目標是爲了減輕國府軍事負擔（文馨瑩，1990:93）。

美援對衛生醫療工作的援助在軍援與經援中皆有之。戰後國府一面需保持一定程度的軍事力量，同時也要處理大量退除役官兵之安置問題。一方面蔣介石的軍隊來台數年須退除大量老弱疾障者（近兩萬人），另一方面則須補充健壯兵員。1953 年國府的第一期四年經濟建設計畫時即思考從美援實施安置退除役兵員之可行性。國府接收台灣後，對軍方而言醫療計畫爲當時最急於實施之計畫。1954 年約請美方來台研究如何進行醫療計畫，並向國府提出建議。美援退除役官兵方案在四年內共使用四千二百萬美元，其中約有三分之一用於醫療計畫（趙既昌，1985:228），榮民醫院體系即爲當時退除役官兵醫療而興建。基於軍隊與退除役

中的衛生工作角色越來越重要。

官兵醫療計畫所建制的榮民醫療體系立意雖侷限在照顧軍人，也帶來了實際上的衛生醫療方面的改善。從這個例子來看，美援的作用是以軍事為主，但卻在衛生醫療方面也產生附帶效益，這同時也說明了醫療資源擴張與軍事動員有密切相關。

蔣介石自然是最支持國防支出極大化的，既然美國在擴大對台軍援之下為何會出現 1955 年退除役官兵安置的龐大裁軍計畫？美國與蔣介石雙方雖然都樂於在台維持龐大軍事開支，但美國傾向認為軍事支出應保持在不至擾亂經濟與財政的水平上，以免危及支持軍事所必須的經濟基礎。美方認為，大陸與台灣的政權維持一種微妙的非戰平衡才符合當時美國利益，因此才要求蔣介石適當地裁減軍隊，以交換美國更多援助使軍隊現代化（文馨瑩，1990:168）。不管如何，這項裁軍計畫其實也等於宣告國府在美國戰略中被迫走向冷戰而非熱戰的局勢。

從整體來看，美援之中衛生計畫在所有美援當中所佔比率甚低。在計畫型方案援助共 723 萬餘元，佔 2.8%，同期間新台幣援款之中，衛生計畫為六億六千九百餘萬元，佔 4.7%（趙既昌，1985:221）。按這些援款比例所佔份額來看，都說明了國府的政策重點是軍事與經濟而非衛生工作。雖然衛生工作所分配到的資源有限，但是美國在援助台灣的衛生計畫上則集中補助政府部門（文馨瑩，1990:270）。也因此，政府部門才有能力對衛生醫療市場的介入，從而使當時台灣在經濟水平不高的情況下解決了戰後的重建因為各項物資、藥品等都嚴重缺乏的問題。

根據衛生署（1995）的資料，美援對衛生計畫之協助從 1950 年至 1962 年間補助款項就高達 191 萬美元和新台幣三億餘元（表四）。另外農復會主管鄉村衛生改善設施計畫者，從 1953 年至 1962 年間，也有總計達台幣三千五百八十餘萬元不在表四之內（趙既昌，1985:219）。到了美援停止後，1965 年更設立了中美經濟社會發展基金（簡稱中美基金），對衛生方面的計畫仍續有協助，建設計畫主要運用在榮民的安置及療養方面。

表四：美援對衛生計畫補助款項

年度	美 元	新 台 幣 元
1950		5,450
1951	20,000	346,000
1952	50,000	410,000
1953	70,000	2,170,135
1954	25,000	9,350,065
1955	30,000	5,980,700
1956	35,000	3,314,290
1957	45,000	95,792,756
1958	385,250	57,583,574
1959	276,830	29,535,584
1960	425,660	20,195,560
1961	200,800	32,360,353
1962	341,509	49,778,879
總計	1,915,049	306,823,346

資料來源：台灣省政府衛生處，引自衛生署編印之《台灣地區公共衛生發展史》。

美援機構中以美援會與中國農村復興委員會(中美合作之機構,簡稱農復會)對台灣衛生醫療事業有最顯著的影響。美援會是主要的運用美援機構,美援衛生計畫的撥款主要用於下列幾項用途:傳染病防治(瘧疾、結核病及熱帶疾病)、擴充醫療設施、改善衛生環境、以及工業衛生安全方面(衛生署,1995:980)。在擴充醫療設施該項,即包括新建省立醫院及台灣省衛生試驗所十二個單位,改建及擴建省立醫療機構及台北市立醫院十四個單位,充實全省各大醫院之醫療設備及辦理公共衛生示範教學等。

農復會為中美兩國政府聯合設置之機構,委員五人中,我國三人美方二人,在委員會下設有九組來推行各項援助計畫。1949年農復會首先採取撥贈藥品器材與提供技術支援的方式協助地方政府設置衛生所。自1952年起協助省衛生處及地方政府興建標準化之衛生所辦公房屋,誘導地方政府普設衛生所,奠定全省衛生工作基層網之建立,將醫療保健服務貫徹到偏遠農村地區(衛生署,1995:967-8)。

頗值一提的是農復會還曾干預藥品市場來穩定藥價。1951年韓戰爆發,因美國禁運戰略物資至香港,政府曾緊急命令禁止外幣與黃金交易,由於影響到藥品進口限制並造成西藥之囤積與投機,西藥來源稀少而造成藥品市場價格上漲,需求者只能在黑市以高價方可購得(衛生署,1995:722)。美援藥品透過農復會鄉村衛生組負責配售,目標在降低西藥價格及穩定藥品市場。當時市場藥價由包

括西藥進口商及西藥商所組成之委員會議訂定，而美援藥材價格則依照此項議價百分之七十作為售價。因美援藥品及時到達，並將配售藥價按月調低，其效果殊為顯著，囤積居奇情形即行消滅，三個月內便無黑市，甚至西藥房竟以較農復會規定價格更低之價格出售。最後農復會不得不規定最低價格以保護商家，並建議醫院及診所按照此項最低價格直接向西藥商採購。美援中對藥品配售具有之功能有如安全栓，即在市場超出規定低價時拋售，如降至規定低價時即行停售，因此市場藥材供應充足，價格得以低廉而穩定。兩年後這項措施交由內政部負責（衛生署，1995:722）。

美援的衛生計畫方面，則皆屬贈與性質的直接補助，政府不必繳存援款等值之相對基金，也不必以台幣歸邊。雖然如此，但這些衛生計畫援款的運用必須受美方嚴格之稽核。經由台美雙方美援機構之查帳且實地考核運用之成效，經提出報告獲美方滿意才能結案（趙既昌，1985:222）。郭文華（2001）指出美援式公共衛生是以大計畫與公衛示範兩種模式交互運用，其表現出三個特點：獨立而綿密的基層衛生網、經建優先的計畫導向與執行，以及高效率的人力調度。由於國家府對衛生事業的相對漠視造成衛生官僚組織鬆散，然而美援的衛生計畫與活動則有效動員了這個衛生科層組織。但當美援中止後，衛生所網也因改隸鄉鎮區公所下使功能有所荒廢，這也間接說明美援公衛具有著重穩定經濟發展之性質。

舉例來說，戰後最大規模的衛生計畫—家庭計畫是由掌控財經官僚將人口成長與經濟發展連在一起，顯示出後期美援許多衛生政策的考量都是環繞著經濟發展，以具生產性的經濟效益為目標（郭文華，1997）。這些衛生工作的「大計畫」在經濟效益考量下，對身體衛生保健的認識也採用與勞動價值的健康風險觀念，為了確保以勞動生產的健康基礎，因而須透過整個公共衛生體系的功能來達成（黃文弘，2001）。郭文華（2001）也援引衛生處在1964年擬以1966~1975十年健康計畫向美援機構申請經費之說帖，來說明戰後美國計量公衛理念其實著重的是評估經濟效益。衛生處該說帖直陳計畫成果將會「使健康不只是一種『消費』；它將會對國家加速經濟發展有直接而重要的影響。」（引自郭文華，2001）。

綜觀美援下的台灣公衛與醫療之後果，也顯示了某種矛盾性質。由於美援集中在對政府部門的援助，這就促進了台灣的政府部門成為衛生醫療主要的供給者角色。而透過公共衛生供給與價格或物資的主導分配，使國家機器有能力對衛生醫療市場的積極干預。但須要注意的是，在同一時期國家機器對私部門醫療工業則是消極放任，這就給了私部門醫療工業市場在1970年代預留了發展空間。

2.3 國家機器的社會職能

台灣的國家機器在美援經驗下，從1950年代是作為反共前哨站，到1960

年代軍事防衛壓力降低與自力負擔軍費的目標達成後，台灣就逐漸轉向資本主義經濟發展模式（文馨瑩，1990:268）。50年代末期台灣的內部市場趨飽和，台灣經濟也隨之停滯。爲了從發展困境中突危，國府在美國的堅持下開始其資本主義發展。美援後期還藉援助金額之增減來威脅利誘國府，由進口替代改採出口擴張政策，因而促成台灣對美出口依賴（引自文馨瑩，1990:213）。1959年國府的十九點改進財經措施，被視爲是美方以援款手段以迫使國府接受的政策建議，其內容包括改善投資環境、放寬貿易管制、鼓勵出口、限制擴張國防經費等（吳聰敏，1988:156）。其中限制擴張國防經費雖未能達成，但其他各點也都陸續施行。到了1960年頒佈的「獎勵投資條例」也可說是美援試圖創造一個有利私人資本發展的環境。

但就西方工業國家在1950年代以後福特主義的特徵來看，福利國家作爲大生產配套促使了健康權的普及化。但是台灣在1960年代逐漸走向出口導向工業化（福特主義發展過程中），對台灣人民的健康權保障卻未相應的擴大。戰後國府推行的醫療保障也只及於軍人、公務人員與勞工等特定的族群，勞工保險及公務人員保險是台灣最主要的社會保險。勞保在1950年實施，在1956年台灣地區勞保開辦疾病住院給付。但這項醫療保險是由台灣人壽保險公司包攬。勞工保險脫離商業保險是在1958年中央政府制定「勞工保險條例」後，1960年由省政府設立「台灣省勞工保險局」，才代表由內政部和省政府社會處介入。公保在1959年開辦醫療給付，其主管機關爲銓敘部，承保機關爲中央信託局。國家機器介入後，勞保與公保兩者雖都提供醫療給付，但根據主計處統計，至1973年底，公保與勞保覆蓋面只佔全國總人口的10.8%（引自裴晉國，1995:65）。在1970年以前，台灣經濟的增長並沒有反映在醫療社會保障的擴大，國家只提供殘補式的救助與覆蓋面頗小的公勞保之外，醫療照護開銷就只能落在家庭部門上。

醫療保障的階級分配政治（勞保與公保）表明了國家機器的藉其作爲社會控制手段。由於戰後國府與美國聯手對左翼及社會力量進行清理，並在戰爭動員中以戒嚴的白色恐怖來鎮壓階級運動作爲社會控制手段。因此，國家機器的角色類似俾斯麥式的右翼威權主義的性質，而國家與社會的二分也使醫療資源分配與保障缺乏如西方國家的社會民主的再分配政治。在戰後初期的1950年代以軍事目標爲主的發展階段，國家僅供給了基本的衛生醫療保健服務，但是在公共衛生之外的一般醫療消費上，則皆由民眾自費，並且缺乏保障。不過，在衛生醫療體系中以政府部門的介入則形同對醫療自由市場的干預，而在醫療價格上相當於有抑制市場價格的作用。台灣的公立醫療院所的收費標準往往較低，並對低收入戶及一些特定對象有所優待。再者，榮民、榮眷與軍人軍眷分別可從榮民醫療體系和軍醫體系得到免費或優待的醫療服務。而一些國營事業機構的員工及眷屬也可從自設的醫療院所得免費或優待之醫療服務（江東亮，2003:94）。不過許多中下階級者在1970年代以前的就醫習慣仍是以吃成藥爲主，這從當時有一種「放藥

包」的行業之普遍可以得知（林瑤棋，2004:48）。

低覆蓋面的醫療保障與高度仰賴美援所建立的基礎公衛醫療事業，也對應了國府衛生部門位階不高。從衛生行政組織來看，國府遷台後將衛生部裁撤，僅在內政部設衛生司。由於衛生司的編制小且發揮之功能極有限，大部份衛生工作之推動主要都由省衛生處執行，可見當時在國家機器中衛生部門的地位低微。在這樣的情況下，國家預算對衛生的投入也就不高。1971 年政府雖設衛生署直屬行政院，卻仍是以配合經濟建設與反攻復國口號為目標的考量（江東亮，2003:58）。但從衛生預算來看，1960 年代以前的國防支出比例皆高達七成，反共復國為目標的財政特徵是龐大的軍事預算，1964 年至 1970 年省衛生處的經費只約佔省府總預算的 3.5%（郭文華，2001），其中還有一半得維持人事；至於縣市鄉鎮的比例平均也不到 3%，這樣的台灣整體衛生部門預算之微，自難以包辦普及的公醫建制與醫療保障。

在 1970 年以前的醫療工業政策，學界皆視為自由放任階段，這主要指的是國家並未積極對私立醫院調節，甚至對醫師人力之短缺問題與私人醫療院所也都是消極作為（例如江東亮，2003；裴晉國，2001）²³。即使是公立醫院的權屬別，也分別形成歸教育部、國防部以及分屬地方政府與中央政府的紛雜而難以統一調節的情況。但這種將 1949 年到 1970 年之間國家在醫事人力與私立醫療機構視為自由放任的論點，似乎淡化了國府在美援之下大幅擴增公部門衛生醫療機構的意義。從整體醫療市場來看，國家擴增的公部門醫療機構實形同對醫療市場的干預，而非完全放任市場自由化。在這樣的條件下，雖然醫療保險覆蓋面極低且在經濟發展初期的情況下，透過美援下公共衛生網以及政府部門為主要醫療機構供給者對衛生醫療市場進行干預，仍得以使人民的平均健康水平大幅提高。

1950 年的主要死因前三名都數傳染性疾病，到了 1970 年十大死因前三名死亡率從十萬分之 950 人降到 458 人。1946 年台灣地區法定傳染病的患者達 6192 人，其中死亡 2702 人，死亡率高達 43.63%。1947 年法定傳染病患仍有近 6000 人之多，死亡 1830 人，死亡率 30.51%。此後一直到 1960 年，每年已降至一、二千人感染法定傳染病。1965 年世界衛生組織宣佈台灣地區為瘧疾根除地區，標誌了台灣公共衛生的成效斐然。

國際上通常以三種指標來看一國之健康水平，即平均餘命、孕產婦死亡率、以及嬰幼兒死亡率²⁴。根據統計，台灣地區歷年居民平均餘命從 1950 年到 1970

²³ 1948 年國府雖修正「醫院診所管理規則」，但在省醫師公會陳情下，並未產生任何作用。

²⁴ 戰後急性傳染病流行的年代的嬰幼兒死亡率極高，婦幼衛生工作也受到重視。1952 年台灣省婦幼衛生委員會成立，1959 年則改制為省婦幼衛生研究所。初期婦幼衛生計畫的內容是獎勵助產士下鄉及對孕產負與兒童的健康管理為主。這些工作都因為能落實到鄉村地區而提高了安全接生率，因此也大幅降低了嬰幼兒與孕產婦死亡率（江東亮，2003:9）。

有大幅提高，0 歲男性從 53.05 歲增加為 66.66 歲；0 歲女性則從 55.69 歲提高到 71.56 歲。在嬰兒死亡率及孕產婦死亡率都有明顯的降低，甚至超越美國及日本。嬰兒死亡率從 1952 年的千分之 44.71，日本是千分之 49.4，美國是 28.4；到了 1971 年時已降為千分之 15.51，日本是 12.4，美國為 19.2。孕產婦死亡率則從 1952 年的每十萬分之 196.5、日本為 170.4，到了 1971 年時已降到十萬分之 39.6，日本當時為 45.0²⁵（表五、六）。

表五：台灣地區、日本、美國嬰兒死亡率比較表（1952~1971 年）

年別	台灣區（‰）	日本（‰）	美國（‰）
1952	44.71	49.4	28.4
1953	43.68	48.9	27.8
1954	39.90	44.6	26.6
1955	44.79	39.8	26.4
1956	41.55	40.6	26.0
1957	45.85	40.0	26.4
1958	41.00	34.5	27.1
1959	39.11	33.7	26.4
1960	35.00	30.7	26.0
1961	33.97	28.6	25.3
1962	31.41	26.4	25.3
1963	28.51	23.2	25.2
1964	25.94	20.4	24.8
1965	24.11	18.5	24.7
1966	26.69	19.3	23.7
1967	22.57	14.9	22.4
1968	20.71	15.3	21.8
1969	19.14	14.2	20.8
1970	16.85	13.1	19.8
1971	15.51	12.4	19.2

資料來源：台灣地區公共衛生發展史，1995，行政院衛生署編印，頁 496。

²⁵ 台灣地區公共衛生發展史，1995，行政院衛生署編印，頁 495-6。

表六：台灣地區、日本、美國孕產婦死亡率比較表（1952 至 1971 年）

年別	台灣區（十萬分之）	日本（十萬分之）	美國（十萬分之）
1952	196.5	170.4	—
1953	177.8	180.5	—
1954	165.2	184.3	—
1955	148.6	178.8	47.0
1956	136.7	170.4	—
1957	125.8	170.8	—
1958	122.9	154.8	—
1959	110.3	146.4	37.4
1960	105.6	130.5	37.1
1961	88.5	120.4	36.9
1962	95.1	112.0	35.2
1963	81.7	102.5	35.8
1964	79.3	99.0	33.1
1965	74.5	87.6	31.6
1966	71.5	93.0	29.1
1967	62.2	70.5	27.7
1968	54.0	68.0	—
1969	48.8	58.0	—
1970	40.3	52.1	22.4
1971	39.6	45.0	—

資料來源：台灣地區公共衛生發展史，1995，行政院衛生署編印，頁 495。

在社會發展過程中，國家經常是許多商品和服務市場的制定者與調節者。韓嘉玲在有關貴州省雷山縣的案例研究上指出，貧困地區婦女健康發展是在通過國家積極干預下才得以實現。在經濟發展水平不高的 1950 到 1960 年代，人民的健康一樣能得到良好的保障（韓嘉玲，2004）。從上述健康水平得到提高的資料來看，韓的論點同樣可用來說明戰後到 1971 年台灣的狀況。不過，根據 1969 年統計的台灣原住民平均壽命，男性是 55.84 歲，女性為 60.69 歲，比起當時台灣地區居民的平均壽命：男性 65.12 歲，女性 70.77 歲，原住民少了十歲的生命（莊永明，1998:520）。這些數字都反映了在人民平均健康水平提高中仍隱藏了階級、族群、與城鄉之間的不平等。

第三節：1971 年到 1980 年代初的醫療政策（醫療保障與醫療工業）

3.1 醫療工業的變化

1971年起衛生署起草醫療法，並於1976年實施，這說明了衛生署開始積極調控醫療機構。1970年代以後，政府提出每一縣市設置一所省立醫院及每千人口四張病床的施政目標。這種以省立醫院為核心的醫療網概念，其中也包含了轉診制度的精神，即由基層醫療網配合轉診來達成的醫療保健體系。這個醫療網體系直到1978年行政院指示實施「加強農村醫療保健計畫」後才成為衛生署的重點工作（江東亮，2003:75）。

早自1970年代以來衛生署就有初步構作醫療網的概念，其對醫療資源的設置主要在於公立醫院及病床的增擴建，對私立醫療院所則因放任多於規劃而快速擴張。根據衛生署與衛生處的構想是將台灣省劃分為六個區域，各區域內之醫療體系更被以轉診制度精神來規劃，即基層醫療院所、地區醫院、以及區域醫療中心醫院三級，其中每一區域指定一家省立醫院作為醫學中心。這種醫療網計畫出現在中央及地方政府的衛生工作中。例如1976年台北市衛生局已提出了「建立醫療服務網十年計畫」，主要目標也是增、擴建市立醫院。到了1980年代榮民醫院也有所擴增建，1980年高雄楠梓榮民醫院成立，1981年屏東榮民醫院啓用，1982年台中榮總分院開始執行醫療作業，同年度內成立竹東、埔里、永康、嘉義、鳳林、灣橋及玉里等地榮民醫院，共11所。這個計畫使公立醫院員額擴編，且增購現代化醫療設備，整體而言讓公部門醫療供給面在數量與規模上都有所擴大²⁶。

從1971年到1981年的十一年之間，醫療機構總數從7107所增加至11161所，增加幅度為57.0%，可見這段期間醫療機構成長相當迅速（藍忠孚等，1986:67）。其中，公立醫療機構成長30.4%，私立醫療機構成長率則將近前者的二倍（60.3%）。表七則顯示了1950到1995年的公私立醫院及病床數的概略趨勢。私立醫院一般可分為宗教醫院、財團法人醫院以及一般私人醫院。宗教醫院在日治時代僅三家，但戰後則迅速增加，一般私人醫院家數也不斷增加，但規模都很小。而戰後財團法人醫院才開始出現，且家數也是寥寥無幾。若就病床數來看，一直到1980年代以前醫療工業的建制上仍是以公立醫院為主（江東亮，1999:76）。

²⁶ 政府編列八億元購買現代化醫療設備，公立醫院配置員額從2510擴增為4100人。

表七：台灣醫院家數與醫院病床數之成長趨勢，1950—1995

年別	醫院家數			醫院病床數		
	合計	公立	私立	合計	公立	私立
1950	60	44	16	3,670	3,320	350
1961	174	51	123	7,847	5,594	2,253
1971 ¹	272	56	216	21,793	8,001	13,792
1971 ²	283	67	216	35,177	21,385	13,792
1982	613	77	536	59,348	31,652	27,696
1986	835	85	750	70,662	29,792	40,870
1990	827	91	732	83,733	25,768	47,965
1995	787	95	692	101,430	39,922	61,580

1. 不包括台北榮民總醫院以外其他軍榮方醫院。

2. 不包括未設民眾診療服務處之軍方醫院及軍用病床。

資料來源：引自江東亮，1999，《醫療保健政策：台灣經驗》，台北：巨流出版社，頁 77。

就醫療院所的數量及規模來看，自 1970 年代起到 1980 年代末期的發展特徵是醫療機構日趨大型化以及醫療照顧的科層化²⁷。若根據張荳雲和謝幸燕（1994）的研究，從公立醫院的擴張幅度來看，病床數要高於醫院數，私立醫院則在家數和病床數都有大幅增加。醫學中心成為醫療市場分配與控制的中心，這個醫療照護工業市場的結構也因此朝向大型組織化、寡佔化與集中首要化的方向形塑，例如台大醫院也因擴建而逐漸與其他醫療院所形成了建教合作和非正式網絡（陳端容，1989）。為什麼醫療機構在此時期出現大型化？最主要原因是受到來自社會保險中醫療支出的挹注所導致。

在社會保險中的醫療保障部份以勞保為主，隨著台灣經濟在 1970 年代快速成長，其以工人職災為代價的勞工安全保障問題逐漸受到重視。國家機器為了確保源源不絕的健康勞動力，1979 年 2 月修正勞保條例將適用承保範圍擴大到僱用五人以上的事業單位，從 1974 年到 1984 年間社會保險納保者增加了 2.2 倍（裴晉國，1995）。勞保覆蓋面的擴大也反映了社會醫療需求面的擴大。勞保舊制的給付內容是包括生育、傷病、醫療、殘廢、老年和死亡等綜合性保險，但其中仍以醫療給付為主，支出金額約佔勞保總支出的 60%。

勞保醫療給付制度是以論量計酬的方式為之，並且以和醫療院所個別洽定的方式，作為給付費用標準。這種論量計酬的方式早自 1958 年勞保開始提供住院給付時就實施，當時醫療費用的支付以省立醫院的收費標準為依據，而榮總及

²⁷ 張荳雲、謝幸燕，1994，醫療資源的成長與分布：制度面成因的思考，人口學刊第十六期。

台大則是另外與勞保局分別恰定醫療費用標準。由於 1970 年代台灣經濟逐漸快速成長，大量勞工從農村到都市，勞保局為因應勞保納保者增加所相應的醫療需求的擴大，一方面擴大特約醫療院所，另一方面此時期的大型私立及財團醫療院所迅速增加，並形成在洽談醫療費用時的利益團體。此期間衛生署實施醫療院所評鑑制度，凡所有評鑑合格的教學醫院，都可和勞保局個別洽談醫療費用的支付數額²⁸。1980 年勞保局修訂醫療費用支付標準時，也同意私立教學醫院比照國立與省市立醫院採個別洽定，此後，一些較具規模之私立醫院即紛紛申請參加教學評鑑（許航瑞，2001:79）。

公私立醫療院所預期勞保覆蓋面將越來越大，紛紛加入勞保的特約，而勞保醫療給付也等於間接促進了醫院規模的大型化。從表八的數字，我們看到財團醫院佔勞保給付的比例開始暴增，在 1978 年到 1983 年的五年間，給付金額從八千九百多萬提高為十六億九千萬，其佔勞保給付比例由 9% 上升到 36.4%，成為各種醫療機構之首位。財團醫院的在勞保給付比重的大幅成長是出現在 1980 年，這可能是因為前述勞工保險法在 1979 年修正擴大了承保範圍。因此財團醫院佔勞保住院給付的比重就從 1979 年的 10.5% 迅速增加到 1980 年的 22.3%。公立醫療機構的比重有所降低，其中僅榮民醫療機構有較明顯成長。

²⁸ 當時接受醫學院實習生之醫院，在師資、設備、規模及水準上參差不齊，教育部在 1978 年擬妥教學醫院最低設置標準，並會同衛生署舉辦第一次教學評鑑。此後教育部與衛生署每兩年共同舉辦一次教學醫院評鑑，直到 1984 年核定之教學醫院增至 56 家。

表八：1969~1988 年各類醫療機構勞保醫療給付住院部份費用（按權屬分）

	公		私		國立		省立		榮民		財團		私立	
	家數	百分比	家數	百分比	家數	百分比	家數	百分比	家數	百分比	家數	百分比	家數	百分比
1969	42	33.5	93	66.5	—	—	18	10.2	4	2.5	15	8.3	73	54.2
1970	46	29.4	94	70.6	2	13.2	18	9.6	5	1.8	15	8.6	74	59.6
1971	52	33.9	103	66.1	2	16.4	19	10.8	5	2.0	16	7.1	82	56.6
1972	53	34.7	123	65.3	2	17.1	20	11.4	5	1.6	18	7.3	101	55.1
1973	54	34.3	152	65.7	2	15.4	20	12.9	5	1.3	22	6.9	126	56.0
1974	63	35.2	232	64.7	2	16.8	20	12.1	7	1.4	23	10.8	205	51.0
1975	64	30.4	226	69.6	2	12.9	22	9.9	7	1.3	21	12.1	201	54.5
1976	63	35.0	212	65.0	2	17.1	22	9.1	7	1.2	21	10.1	187	50.9
1977	66	46.8	234	53.2	2	21.0	24	17.1	8	1.1	27	9.4	204	40.2
1978	71	42.4	318	57.6	2	19.5	24	15.4	10	1.2	29	9.1	286	46.2
1979	73	39.5	306	60.5	2	18.4	25	13.9	10	1.2	38	10.5	267	47.2
1980	79	36.4	319	63.6	3	15.5	26	13.2	10	1.2	38	22.3	281	39.3
1981	79	34.3	306	65.7	3	15.4	26	10.9	10	1.0	38	27.8	268	36.8
1982	81	36.4	321	63.6	1	6.3	31	13.2	12	7.8	35	32.6	283	30.5
1983	84	31.5	343	68.5	1	6.0	34	10.6	13	8.1	37	36.4	303	31.5
1984	84	30.1	352	69.9	1	5.2	34	9.2	13	10.0	40	36.7	308	32.8
1985	85	31.7	371	68.3	1	4.0	35	13.3	13	8.2	42	33.2	324	34.7
1986	85	30.1	442	69.9	1	4.0	37	10.9	13	8.1	44	37.5	393	32.1
1987	85	26.5	452	73.5	2	4.6	37	8.6	13	7.6	46	39.4	400	33.8
1988	89	30.5	436	69.5	3	6.6	39	10.4	13	6.4	50	37.2	407	30.8

資料來源：引自張荳雲、謝幸燕，1994，醫療資源的成長與分佈：制度面成因的思考，人口學刊第十六期。

勞保醫療給付大量流向財團醫院正說明了醫院財團化現象漸浮現。醫療法規範之下，國家似乎無意在醫療資源缺乏地區擴大建設公部門醫療院所，而是訂定獎勵辦法由民間在醫療資源不足區興建醫院。在鼓勵私部門介入醫療工業的政策方針下，企業界投資醫院產業也始於 1970 年代，1976 年底台塑集團成立台北長庚醫院是為財團介入醫療的濫觴。此前只有台大醫院與榮民總醫院的規模是病床超過 300 床，但長庚醫院在規劃之初就以 1000 床為目標。其後，1977 年 2 月國泰醫院也開始啓用，林口長庚醫院也於 1979 年啓用。在全民健保開辦後，長庚醫院已形成亞洲最大的醫療體系，總病床數已達 4000 床。遠東集團的亞東醫院也在 1981 年啓用。到了 1980 年代中期以後，更有新光、奇美及潤泰集團加入。

這些由集團企業逐漸擴大其介入醫療工業經營之現象，也反映了 1970 年代集團企業在台灣資本主義發展的興起。這些集團企業是家族經營的小型財閥，它

是經過 1950 年至 1960 年代經濟增長和資本積累而大型化了的企業，其大部份是不同業種在橫向經營多種業種的聯合企業（劉進慶，1995:136）。例如林口長庚醫院是由王永慶創辦的台灣塑膠的橫向企業，國泰醫院是蔡萬春（經營塑膠、建設、金融、保險、信託、流通），亞東醫院的則是徐有庠的遠東集團（經營纖維、水泥、流通），新光集團醫院（經營纖維、保險、流通）等（劉進慶，1995:137）。

在私立醫院擴張下，私立醫院所引進的醫務管理方式變革也促使整體醫療工業的市場化力量的增強。1970 年代的醫院內部管理方式也有所變革，最引起爭議的是 1972 年馬偕醫院首先將固定醫師費改以論績效計酬的制度，以促使醫師生產力及醫院產值的提高（李淑娟，2002:151-4）。論績效計酬或計獎金的醫師費制度雖然在往後為各大公私立醫院所採行，但其決非最重要的影響因素，更關鍵因素乃在於其所代表的醫務管理機制是以績效與成本效益之考量。醫務會計管理技術的普遍運用也等於是宣告醫療逐漸走向市場化法則，到了 80 年代各私立醫院乃至於公立醫院也紛紛仿效。會計效益的企業管理機制使醫院導向大型化與利潤取向，即使對公立醫院亦然，例如直接影響政府在 1980 年代初期整、擴建台大醫院與榮民總醫院的決定（江東亮，2003:77）。更重要的是，1980 年開始私立財團醫院的績效化的管理制度也成為國家機器的仿效對象。其表現在公立醫院者即 1980 年代「省市立醫院業務改進計畫」²⁹，在衛生所業務與功能也因開辦群醫中心也朝向醫療服務的績效導向。公部門衛生醫療事業於是啟動了商業化與營利取向，也與私部門企業之間也逐漸形成一道旋轉活門。這部份留待第三章分析。

3.2 工業化過程中的農村衛生醫療問題

戰後長達二十年之久的以農養工政策，由於吸收來自農村的廉價勞動力，在促進了工業化的同時也導致了 1960 年代後半期的農業衰退（石田浩，1995:33）。在這樣的背景下，國府從 1960 年代末到 1970 年代提出了多項農業政策。例如 1969 年的「農業政策綱要」十四項、1970 年的「加快農村建設的重要措施」九項、1973 年的「農業發展條例」等等。

質言之，農村問題的浮現正反映台灣資本主義 1970 年代的發展面臨瓶頸。在戰後初期的以農養工發展階段，國府逐步培植了中、下游工業。台灣逐漸成為世界工廠，在世界資本主義分工中扮演重要角色，但這卻是以榨取農民階級來達成的。1960 年代到 1970 年代的兩階段的工業化則確立了台灣資本主義發展，工業產值超過農業產值的產業結構變遷，農家所得的相對偏低也造成新的社會階級

²⁹ 衛生署在 1980 年成立「公立醫院業務改革設計小組」，著手公立醫院之改造。接著在 1982 年成立「公立醫院業務督導考核小組」。1983 年衛生署根據改革設計小組建議而實施「省市立醫院業務改進計畫」，其中就包括提列醫院淨盈餘 80% 為獎勵金（江東亮，2003:76）。

矛盾。加上此期又逢石油危機以及中美斷交，工業部門增長稍有減退。在這個脈絡下便不難理解國府因此重新重視農村，意在拉抬農村經濟效益以平衡總體經濟發展。國家機器在內憂外患的經濟考量下，衛生署提的「加強農村醫療保健計畫」其實是行政院「提高農民所得加強農村建設方案」中的一環。此外，國府在資本主義發展過程中偏重都市醫療資源的發展，相對地也是造成農村醫療資源匱乏的原因。

雖然 1970 年代整體醫事人力逐漸增加，但鄉村的衛生所醫師卻出現不足³⁰，全台經常有將近四分之一的醫師不願留任（江東亮，1999:18）。當時衛生處也提及，台灣省當時在三百六十多個鄉鎮中，有五十三鄉鎮衛生所沒有醫師；另有一百八十三鄉鎮的藥房請不到藥劑師³¹。城鄉醫療資源差距的結構性原因之一可能是，1960 年代曾有十年的時間把衛生所降為改隸鄉鎮區公所，縮減了衛生所的經費的待遇偏低而使醫師不願留任。城鄉醫療資源不均的問題即使到了 1971 年國家機器設立衛生署以前仍缺乏積極有效的制度性解決方案，而是到 70 年代晚期才出現以在鄉村地區設置「群體醫療中心」來解決，以特約醫院支援醫師的方式來解決醫事人員不願下鄉的現象。

1978 年行政院指示實施「加強農村醫療保健計畫」後才成為衛生署的重點工作（江東亮，2003:75）。1979 年加強農村醫療保健計畫可算是當時衛生署施行的大型計畫，預算支出高達 11.8 億元³²，相當於當時全國衛生經費支出的六分之一。但計畫內容偏重於公立醫院員額與硬體擴充，對鄉村醫師人力均佈影響效果有限（江東亮，2003:15）。雖然從 1971 年起的十多年間公立醫院的規模擴張了，卻未能有效解決農村基層醫療資源不足的城鄉差異問題，因而在該計畫中基層衛生所的功能再度受國家機器重視。為了解決鄉村衛生所人力不足，衛生署在 1972 年至 1976 年為止，先透過遴用退除役軍醫轉任衛生所服務的方式，稍舒緩了衛生所醫師人力不足的情況。到了 1983 年開始則以衛生所轉型為群體醫療執業中心來彌補匱乏的農村醫療資源。

1979 年衛生署的「加強農村醫療保健計畫」在農村等偏遠地區的醫療資源建置，先是透過撥款補助地方重、修建衛生所。到了 1983 年採取「群體醫療執業中心」的措施，逐步建立台灣地區（鄉鎮區）的群醫中心。所謂的群醫中心將衛生所開放成醫療執業場所，其門診收費比照省立醫院收費標準，根據一項數字顯示這個措施使衛生所的求診病患比過去增加五、六倍³³。群醫中心在 1983 年

³⁰ 曾任龍井鄉衛生所主任的林醫師就回憶：60 年代晚期台灣各地衛生所都缺主任兼醫師。他在任職私人醫院的同時也兼衛生所主任。參考林瑤棋，2003，我走過了四個時代，台中：恆藝社文化出版。頁 285-286。

³¹ 台灣衛生月刊七十三期，台灣省政府衛生處編印，1970 年 7 月出版。

³² 1978-11-03/聯合報/02 版/第二版。

³³ 《台灣省公共衛生四十年》，1987，省政府衛生處編印。頁五四至五六。

試辦 12 所後逐年擴充，到 1993 年的全省已設立 170 所。

「群體醫療執業中心」的政策目標雖說在解決農村及偏遠的醫療資源缺乏地區而設，但後來在評估效果時其功能有限。官方對醫療資源缺乏區的定義事實上不能貼切地解決現實上的影響醫療可近性的阻礙，而僅是以量化式而未考量地理位置的問題。官方以鄉鎮行政區域人口醫師比超過三千認定為醫療資源缺乏區，事實上許多鄉鎮區交通便捷，並無嚴重的醫療可近性問題，真正的醫療資源缺乏區主要應散佈在原住民鄉村（林瑤棋，200）。不僅如此，各地方及鄉鎮衛生所、室的服務型態也有所轉變。有些學者認為群醫中心是醫療優先的發端，反而將衛生所從負責公衛的機構轉為以醫療服務來賺取利潤的機構³⁴。派往群醫中心的醫師，是透過各教學醫院的支援以及公費醫師為主，其報酬主要是由群醫中心自給自足的原則，而未增加政府人事費用負擔³⁵，亦即公共衛生的支出並未因開辦群醫中心而擴大。顯示國家在群體醫療中心的規劃主要僅是公部門提供場所，而未供給醫師之薪資，因此仍屬公辦民營的門診性質。

透過群醫中心與醫療法調整醫療資源均布的改革實踐，國府仍未能有效解決農村醫療問題，這也反映在城鄉的健康水平差距上。根據蔡宏進在 1980 年對台灣醫療城鄉差異的原因和特質之研究，發現 1978 年時鄉村的粗死亡率和年齡標準化死亡率皆高於都市地區（引自張荳雲，2003:46）。其原因為何，將在下一節分析國家角色與調節措施的結構意涵中一併討論。

3.3 國家機器之角色（1971 年到 1980 年代初期）：醫療社會保險覆蓋面擴大／政府部門醫療供給版圖縮小

戰後的美國支持提供國府在政治經濟穩定的基礎，但在 1970 年前後，美國則開始改變其地緣政略，試圖與中共建立關係以制衡蘇聯。美國開始改變對中共的戰略起於尼克森政府，在 1972 年尼克森訪問中國簽訂上海公報，承認一個中國政策，並與台灣斷交。同一時期，台灣在 1971 年退出聯合國。這些外部因素迫使國府在國際上失去正當的代表性，因此轉向對內修補國家和社會之關係，以尋求社會的支持來維持統治的正當性。1970 年代開啓了國府一連串「台灣化」與「本土化」的措施，但它的局部開放是面向社會的菁英與本地資本家，而不是廣大的民眾（王振寰，1993:41）。因此，這段時期國家機器的統治仍然具有相對的高度自主性。

³⁴ 參考陳美霞，2003/5/11，公衛體系廢功 如何防煞，中國時報。

³⁵ 「派往群醫中心服務的醫師，平均每人每月可分配到五萬元以上的盈餘，大幅提高基層醫師之報酬，增加醫師下鄉留鄉服務的意願。」參見《台灣省公共衛生四十年》，1987，省政府衛生處編印。頁五六。

台灣國家機器的自主性實足以帶動經濟成長，卻壓抑了社會政策的發展，使台灣未能走向凱恩斯式的福利國家，反而走向比美國落後的社會保障，這樣的福利發展經驗該如何來解釋呢？林萬億（1995:290）認為凱恩斯福利國家的發展目標與國民黨的發展目標不同，國府的「國防第一、經濟優先」成為台灣國家機器堅持的目標，而社會政策只能在有利於國家穩定與經濟繁榮的部份才可能被辦理或默許。

而這個目標得以遂行則是因為國民黨的威權主義統治，國府的高壓式社會控制使國家社會政策是由國民黨主導，缺乏社會或其他利益團體的聲音，即使在70年代亦仍維持這樣的架構。台灣的社會福利支出中長期以來有三分之二投入軍公教人員，這也是因為國家以繼續掌控國家的利益代表為優先考量。再者，經濟官僚的意識型態亦影響了國家對福利服務的政策。在美援期間培養出的經濟官僚皆以支持自由經濟思想為多，其經濟發展優先的意識型態根深柢固。在社會政策的改革上，經濟官僚不僅不主張社會福利擴張，更奉行福利擴張將危及經濟成長的迷思。例如1981年李國鼎發表反對台灣擴張社會福利的言論，以及1982年5月當時的經濟部長趙耀東主張的「經濟發展仍然第一，社會福利時候未到」（林萬億，1995:292）。

由於上述結構因素，1970年代到80年代初國府展現的醫療衛生保障政策異於西方凱恩斯福利國家的普及式保障，而顯示出高度的威權主義控制性質，這反映在社會保險主要是作為社會控制的手段（傅立葉，1993）。不過，中美斷交後國家機器仍在社會政策上有極其有限的微幅擴大，這應被理解為國家機器自主地修補或緩和社會階級矛盾。1970年代晚期國府在短時間內修法通過勞工保險法案，將勞保投保範圍限十人以上的公司員工，修改成五人以上的公司員工，才稍見1980年代以後社會保險人口的大幅成長。但到1980年代為止，仍只有16%的人口參加勞保或公保。因為即使是戰後勞保與公保的疾病保險的覆蓋率都極小，並遲遲未能普及全民。

至於在醫療服務的供給面上，許多學者將1971年至1984年之間國家角色視為積極干預的建置期，意指國家對醫療工業干預程度增強（例如江東亮，2003；裴晉國，1995:），但這也有待商榷。因為根據3.1小節的資料分析，這段期間最明顯的是私立醫療院所的快速增長，如果將政府部門供給醫療服務視為具有抑制醫療商品化作用的角度來看，國家已開始鼓勵私人資本進入醫療市場，而公立醫療院所雖有擴增其幅度卻漸不及私立醫療院所。公立醫院比重降低意謂政府部門在供給面轉趨弱，但醫療消費的保障面卻無相應提高。這段期間國家的干預或調節並非壓制性質，而是開始作為有利私立醫療院所的市場促進者。正是在國家以藉由公部門醫療機構干預醫療市場的情形出現了弱化的徵候（逐漸交由市場導向），才造成了城鄉醫療資源的不均發展。從另一個角度來看，政府對醫療去商

品化以保障人民健康權的干預角色並沒有明顯增強。

不論是衛生醫療事業未能更進一步的公共化（公醫制），或者醫療保險覆蓋面之低，這些低度發展的醫療福利服務明顯背離了國民黨民生主義路線。不過，國民黨並未去處理這樣的矛盾，反而使公醫制流於政治上的口號。但是到了 1983 年開始，這個矛盾的壓力增加，壓力來源是逐漸浮現的政治反對運動與階級運動，但 1980 年代初期經濟官僚反對福利服務擴張的立場似仍未有鬆動。行政院經濟建設委員會直到 1984 年才開始將社會福利制度納入經濟發展的考量下，形成 1986 年提出的「我國社會福利制度整體規劃之研究」報告。這份報告等於宣告台灣經濟建設長期展望之一個環節。但必須指出，這份報告更應被視為是在 1980 年代初國家機器在政治反對勢力攻擊下的被動回應，該報告中有一段話開宗明義點出了國家機器對福利支出的看法：

經濟景氣旺盛，國民所得與稅收均增加，理論上言，社會救助等需要理應減少；經濟不景氣時，社會福利支出需要理應增加，故不宜按稅收多，福利支出多，稅收少，福利支出少，難於達成救助之目的。應將稅收多之年，福利支出少的節餘，留存以因應稅收少福利支出多之年。若能維持一段時間，稅收與福利支出增加率相同，則可避免增加政府負擔，又可產生調節經濟的作用（經建會，1986:35）。

經建會將政府的社會福利支出視為經濟社會中的內在安定因素之一。也就是在國家機器若能確保某種程度的穩定，福利是不需要擴張的。這樣的福利觀點其實是將政府在社會福利供給面上搭配在長期經濟發展的架構上。健康權在這種福利觀下建構，同樣也是為配合發展主義需要，在這樣的考量下，醫療保障的普及化得遲至 1990 年左右才進入國家的政策議程，其後國家機器構作的全民健康保險政策的階級性質將在第四章討論。

第四節結論

本章初步回顧與分析了戰後三十多年的醫療保健資源的建制與轉變，特別著重在國家對醫療供給面的調控。日本帝國主義建立的殖民衛生醫療網對戰後台灣有高度的延續性（劉士永，2004）。戰後初期國民政府即接收日本在台灣建立的公衛體系，充分運用延續日本的這個公共衛生工作及醫療資源。在 1970 年代以前國家機器主要是以威權主義貫徹了富國強兵的軍事防衛目標，成為美蘇冷戰時期依附美國的反共前哨站。

在 1951 年到 1965 年之間美國的軍援和經濟援助下擴展公共衛生網與公立醫療體系。雖然戰後經濟發展水平不高，衛生部門層級經費極有限，但因美援的衛

生醫療體系高度集中在政府部門，國家則以干預的角色對衛生保健市場的調節。1950 年以後衛生工作的重點則擺在防癆抗瘧，透過綿密的公共衛生網由上而下的深入到社區，以及打下各縣市至少一所公立醫院的基礎。在戰後的發展過程中，國家主要作為醫療服務市場的供給者與調節者，促使推展衛生工作計畫下仍有極高效率，並且大幅提高了健康水平。美援後期乃至於中止後，美方也刻意將台灣導向資本主義，國府開始逐步發展私人資本市場。

整體來看，台灣從 1960 年代至 80 年代初期所表現的資本主義發展特徵，並不全然與福特主義積累制雷同。西方社會國的醫療保障發展與資本主義在 1950 年代以後實行的福特主義積累制並行，在這個黃金時期資本主義經濟發展與社會福利供給保持了某種程度的穩定平衡。這個階段台灣福利發展的獨特性在於，國府是透過戒嚴以鞏固威權主義國家機器，既壓抑社會需求也鎮壓民主運動，而不是採取社會安全保障使資本與勞動之間有了交換妥協。因此我們看到直至 1980 年代初，普及式醫療保障仍遙不可及，社會保險也是以殘補式或救助式為主。

從反共復國的軍事色彩逐漸淡化後，國府威權主義的工業化政策才逐漸偏向福特主義式的資本積累，從而造成社會醫療保障需求（勞保覆蓋率）到 1980 年初極有限的微幅擴大。1971 年衛生署的成立使衛生工作層級提高，此期衛生署的醫療政策也代表國家機器對醫療資源調節的積極性提高。工業化過程所導致的疾病類型與以往的傳染病為主的類型不同，醫療資源逐漸往都市集中，衛生醫療政策也出現重都市輕農村的問題，農村醫療資源極度匱乏。1978 年衛生署提出了改善農村醫療資源的重點計畫，主要是以衛生所轉型為群體醫療執業中心作為解決方案。即使如此，社會階級運動仍未解禁，這個醫療保障的擴大離全面普及仍有一大段距離。隨著勞保覆蓋率及社會保險的擴大，也因而在 1970 年代中晚期挹注了以私人財團醫院為主的醫療工業之興起，整體而言使得醫療院所在 1980 年代產生大型化、組織化與集中化的現象。

特別是財團醫院介入醫院體系，以及私立醫療院所的高度成長與規模的擴大。綜觀 1971 年至 1984 年的衛生署的醫療網概念及其他政策的成效，與前期（1949~1970 年）相較，顯示國家機器相對放任私部門醫療市場的擴增，在醫療資源缺乏區域也無有效的解決方案。從醫療供給面來說，整體醫療資源雖大幅增加，但其分配不均化並未根本解決。政府部門比重減弱，私人財團介入醫院的比重（服務量）則大幅增加。明顯可見的是，衛生署雖增加了干預的措施，但這個調節卻偏向鼓勵私部門醫療院所的擴展。再加上醫療保險涵蓋面至 1980 年代初仍僅佔全台人口的 16%~20%的低度發展。整體而言，國家在醫療地帶並未積極在醫療去商品化上有更大的效果，醫療工業私有化與市場化的條件已在逐漸成形。

第三章國家機器轉型與醫療工業市場化（1980 年代以後）

第一節 導言

1970 年代晚期起，台灣資本主義發展開始面臨了來自國際保護主義的貿易壓力。所謂的國際保護主義指的是，台灣在全球生產的分工中因出口導向所形成貿易順差，成為當時因經濟成長趨緩的歐美工業國要求平衡雙邊貿易逆差的談判內容。由於台灣對美國市場的高度依賴，使美國成為台灣的最主要施壓者。美國的貿易談判施壓逐漸增強，藉此要求台灣增加以美國為貿易採購對象以平衡貿易逆差，這其實是要求台灣進一步開放內部市場。對整個 80 年代而言，資本主義全球化的壓力也使過去威權主義式的調控出現了瓶頸，迫使國家機器的工業發展策略被迫解除管制，朝向經濟上的自由化與市場化路徑，呼應美國主導的新自由主義轉向。在以新自由主義市場化論述主導下，國家的經濟技術官僚逐漸建議國家角色的縮小，擴大「民間」參與。

本章將先描述 1980 年代國家機器轉型的變遷圖像，並以國家的醫療政策作為分析對象。在經濟自由化政策與 80 年代晚期的民主化運動推波助瀾下，兩者分別對應到國家在醫療工業與醫療保障兩方面所採取的政策。帶有強烈資產階級運動屬性的政治反對運動以及社會民主運動衝撞威權主義的國府，形成要求擴大社會權利的內部壓力，這也迫使國家在社會福利政策上必須有所回應。1985 年衛生署的「醫療網計畫」與 1986 年經建會提出的「我國社會福利制度整體規劃之研究」報告，形同國家威權主義在國內外雙重壓力（政治自由化與經濟自由化）下的回應說帖，其目的在使國家從上而下尋求統治正當化的社會基礎。但在這樣的歷史脈絡下浮現的市場化與私有化（以「社會或民間參與」為名，實為促進與擴展「私人資本」）論述，則成為威權主義的黨國機器面臨危機時尋求轉型的主流論述。

在醫療工業政策方面，80 年代醫療工業有了明顯的市場化轉折。首先，衛生醫療相關的法令也是在 1980 年代初進行了大量修法與立法，特別是在 1982 至 1987 年最為活躍（張荳雲，2000:314）。1986 年的醫療法對整個醫療工業市場的轉向私有化、企業化提供了法源基礎。而經建官僚所倡議的市場機制被引進到醫療供給體系，透過醫療網計畫打造了一個高度市場化與私有化的醫療照護體系。醫療工業市場化表現在幾個方面，包括醫療工業的後福特主義生產管理變革（企業化的績效導向）、公立醫院私有化、以及公共衛生網的醫療化轉型。對這樣的醫療工業變遷的說明，我使用的資料是以實施醫療網計畫後公私立醫療院所與病床數呈現的消長情況，以及監察院在 2004 年所公佈的醫療網計畫調查報告。在上一章我們已看到國府在 1970 年代以前建立了由公部門主導的醫療工

業，但是在 1970 年代起到 1980 年代左右，公部門醫療工業雖有擴增，卻開始遠比不上私部門醫療工業的擴張幅度。這個私部門醫療工業的擴張，在 1985 年衛生署提出為期十五年的醫療網計畫下有所延續。可能的解釋是醫療網計畫並非偶然，而是對平衡美國對台灣的貿易逆差下，以進一步擴大美國輸往台灣醫療工業產品的市場。此外，醫療工業市場化的結果則造就了醫療資源的不均與醫療體系的扭曲。

在醫療保障政策方面，由於新自由主義的市場化論述也漸滲透進國家衛生醫療部門，形成國家社會政策的指導方針，進而使勞工保險政策也轉向市場機制調節。矛盾的是，隨著社會與政治反對運動要求普及醫療保障，國家又須對人民健康權的保障予以介入與回應。新自由主義的市場力量（要求國家去管制化）與國家對政治反對運動承諾的管制力量在這個關鍵的時空點上有了碰撞。

本章將以二個例子說明國家機器的左手（經濟官僚）和右手（衛生醫療部門）在遭遇到新自由主義倡議的市場力量的威脅時，出現的對立與矛盾立場：一、開放西藥自由進口與國家在藥價管制的衝突。這個例子反映出，國家遭受到來自美國跨國醫療工業資本利益的外部壓力，弱化了衛生署的干預角色。二、勞保醫療支付制度甲乙丙表（所代表的國家在醫療價格的管制）與醫療工業所要求的醫療的市場定價的衝突。由於 80 年代晚期醫療工業私有化程度升高的情況下，醫療權力成爲一個國家不得不面對與之協商的壓力團體。促使國家對醫療價格與市場的調節則須面對這個逐漸形成的醫療工業利益團體的市場力量。

本文的目的在論證，國家機器的角色與作用對醫療工業而言並非弱化走下坡，而是在醫療政策上開始扮演積極促進市場化之角色。而這個建立市場導向的醫療工業的過程中，國家的角色並非完全放任，而是對醫療工業資本的調節工作上更爲重要了。這個國家主權干預的作用並非限制、而是擴張了私部門醫療工業，這也反映了國家的醫療工業市場化政策是爲了資本主義的後福特主義積累制的發展。

第二節 國家機器轉型與醫療工業市場化

2.1 美國霸權與台灣國家機器之因應

1970 年的二次石油危機之後，全球資本主義發展面臨經濟增長趨緩的滯脹危機。世界經濟成長急速減緩下，一些發達工業國開始轉向本國的貿易管制與保護制度，並同美國合作，和其他國家互訂雙邊互惠貿易條約。最明顯可見的是，美國雷根政府上台後，採取新自由主義的意識型態爲其對外的政治策略，推動金融自由化、貿易自由化、私有化、市場化等政策。

台灣資本主義的發展也受到這波全球資本主義擴張的影響。1984 年時，中美貿易諮商與中美智慧財產權兩項會議，美國開始指責台灣未能履行自由貿易協議，使中美貿易逆差逐漸擴大。當時立法委員對國貿局與經建會的質詢內容，都反映了國家機器對這個棘手問題的退讓與無奈。1985 年經濟部國貿局局長蕭萬長在立法院報告國際經貿局勢時便認為，歐美貿易保護主義的興起將使台灣作為出口導向的發展中國家受到嚴重影響³⁶。

台灣資本主義發展在 80 年代同樣在全球資本主義增長趨緩下之所以受波及，是因為從 70 年代以來實行的工業化出口導向發展下的經濟成長，使出口產值快速增加，並逐漸在將出口市場集中在美國。由於台灣對美國的貿易出超成長率逐漸成長，更累積了巨額外匯存底。依據美國官方雜誌報導，在 1983 年時差距為六十九億美元，1984 年台灣與美國的貿易差距則達到九十六億美元³⁷。戰後以來台灣資本主義的命脈是以出口導向政策與國營企業的国家資本主導，在威權主義治理下相對使國家機器具有較高的自主性。但在美國持續不斷的以貿易談判持續對台灣施壓下，相當程度的動搖了國家機器的自主性。

美國將美台貿易不平等的原因歸咎於台灣的兩個作為，一為關稅方面，另一是非關稅部份。前者是台灣政府設定了種種不利美國對台出口產品的貿易保護措施，例如對自美輸入的產品課的關稅過高，而同時台灣又享有美國給予的優惠關稅制度。後者則是台灣對美國的產品進行仿冒，美國國際貿易委員會 1983 年的研究報告指稱，國際貿易中的仿冒品有六成以上來自台灣³⁸。根據美國所提的建議，對於前者的解決方案是要求台灣積極排除貿易障礙，刪除海關價值附加稅、解除藥品與農產品等多種項目的禁止進口或配合限制³⁹。更進一步則是要求台灣的主要公共建設採購優先以美國廠商為對象。美國所提出的掃除對台貿易障礙的幾項條件，國府幾乎只能照單全收，以包括關稅減讓、修改專利法以擴大適用範圍、擴大對美採購，以及開放服務業市場等來因應⁴⁰。

即使台灣經濟官僚對美國片面指稱的不平衡貿易額不完全認同，並認為美國貿易赤字主要並非台灣造成⁴¹，卻也難以對美國的索求予以有力反擊。另外在服

³⁶立法院公報第七十四卷第七十二期委員會紀錄，頁五十。

³⁷ 聯合報，1984/8/22。

³⁸ 聯合報，1984/4/3。這篇報導是訪問美國在台協會台北辦事處經濟組長艾里士的記錄。

³⁹ Ibid。

⁴⁰ 到了 1986 年，雷根透過美國在台協會對美國貿易代表發表了一份備忘錄，內容提及對台灣未能履行與美國訂定的貿易協議中的關稅減讓，美國決定對台灣進行相當的報復⁴⁰。同年，美國貿易談判代表提出的談判議題中，要求將強化智慧產權的保護、開放美國投資以及服務業進入市場，參閱《中美貿易》，1986，立法院圖書館編印，頁三七〇至三七一。1986 年專利法修法便是對美國貿易談判要求的回應。

⁴¹ 對美貿易出超的国家還包括日本、與許多歐洲國家。

務業的限制也被視為重要阻礙，正如蕭萬長（1984:163）所說，在工業貿易上的紀錄是可以追查的，但服務業的貿易產值記錄卻不夠明確，而美國正是以服務業這個「強項」來拓展台灣市場。

事實上，早自 70 年代晚期台灣就以一些策略向美示意改善貿易出超的問題，例如增加採購美國產品⁴²。即使如此，國家機器仍感受到這個外部壓力逐漸增強。這一波美國要台灣開放市場的貿易保護主義之強硬與對台灣之衝擊之大，是歷來未見。國家機器為了平衡美台貿易以疏解美國的壓力，也開始對經濟發展政策進行了大幅調整⁴³。1984 年 6 月，行政院長俞國華提出「自由化，國際化，制度化」的經濟發展方針，宣示政府將尊重市場機能，不作不必要的干預，力求減少與國際經濟與貿易交流的障礙。同年 9 月行政院長余國華宣布推動「十四項重要建設」，開始積極鼓勵民間資本投資⁴⁴，同時在國家建設計畫中的國營企業又可對美國擴大採購。從這個面向來看，國家建設計畫成為緩和對美貿易出超與拓展內需市場（以消化美國產品的輸入）的解套。

1985 年 5 月行政院成立「經濟革新委員會」，檢討並策劃經濟革新原則與方向⁴⁵。其中，「自由化」措施包括積極致力於對外貿易、金融、產業經營的自由化。具體作法分別為解除進口管制、大幅降低關稅稅率、取消銀行利率的管制、大幅放寬外匯管制、開放民間設立銀行，以及推動公營事業民營化等。戰後以來以國家介入工業部門的資本投資所形成的「發達國家資本，節制私人資本」的策略丕變，以黨國機器干預私部門投資與經濟活動的方式，在 80 年代則被視為有礙「自由化」的發展。在新自由主義全球化的壓力下，國家機器開始做法英美的公營事業民營化作法，經革會首度提出了國營事業不必要存在的建議。此後國家陸續推出的各種建設計畫（十四項重要建設計畫、六年國建計畫）已開始大幅鼓勵私部門資本工業發展，同時國營事業則被推向私有化。80 年代晚期到 90 年代初，公營事業私有化更成為執政黨、在野黨與資本案一致支持的經濟政策⁴⁶。

這個私有化與市場化的發展方針，顯示國家機器對資本的管制能力表面上是去管制或轉向弱化，實則是一種再調節：其為私人資本工業發展創造了有利環境，鼓勵私人資本投資。有別於威權主義時期的以國家干預市場的黨國資本主義

⁴² 1984 年 12 月 3 日由資本案與國家官僚組團至美參加的第八屆中美工商界聯合會議，這是每年例行性的對美採購團，其下更按產業類別細分小組，環境與醫藥也為其一。

⁴³ 立法院公報第七十四卷第七十二期委員會紀錄。頁五五。

⁴⁴ 行政院經濟建設委員會編印，1985，《十四項重要建設計畫》。

⁴⁵ 通過 56 項建議方案，其中 54 案行政院核定送各有關機關辦理。

⁴⁶ 民進黨對私有化政策的支持的理由，主要仍是作為反對國民黨黨國機器的策略，卻也忽略了私有化政策執行的階級差異，這也反映民進黨的資產階級政黨屬性。那麼為何執政黨在私有化政策的實施下，願意放棄黨國機器經營的公營事業呢？根據張晉芬（1999）的研究，台灣公營事業私有化後的結果，使少數資本案或財團以及國民黨黨營事業成為最大贏家，私有化的過程常迴避了國會與在野黨的監督。

性質，80 年代開始國府逐漸往新自由主義國家機器過渡，走向市場化運動。但在這個過程中，也遭遇社會運動要求國家干預市場的壓力。更宏觀的來看，國家機器的轉型是在美國貿易保護主義的霸權壓迫下的台灣資本主義發展策略的調整，而美國貿易保護主義所代表的是新自由主義意識型態的政治化後果。美國霸權在 80 年代以帝國主義的姿態興起，意謂著戰後以來的黃金時期的凱恩斯調控已達窮途末路，資本主義的發展轉向開拓新的空間尺度為其市場，以利資本積累的繼續。在資本主義進入了以新自由主義全球化的資本市場擴張新階段裡，台灣也被整合到新的資本主義全球化的市場體系中。在這個加入資本主義全球化的過程中，一方面國家機場以開放或去管制的方式（諸如降低關稅或對外資或產品進口的管制鬆綁）開放內部市場給國外等產品；另一方面則是為了台灣資本主義再積累的需要，在本國的經濟發展政策（例如 1991 年的促進產業升級條例）上必須進行調整⁴⁷。後一種情況我在第三節描述。下一小節將先以開放西藥進口對政府在藥價管制的影響為例，討論國家機器在醫療工業政策的調節措施的性質。

2.2 國家調節醫療價格受挫：開放西藥進口自由化

國家通常會對一些特定商品例如的定價進行干預，以確保消費市場的社會利益，藥品價格就是一個典型的例子。藥品與一般商品不一樣，由於藥品屬於人民健康資源之一，能夠以廉價獲得藥物治療就成為攸關健康的條件。若藥品的商品價格高漲而使民間的消費負擔增加，國家可藉由對藥品市場進行一定的管制措施，來抑制醫藥之價格。

台灣早期的藥品市場純粹仰賴進口，之後本土藥廠開發藥品市場逐漸擴大後，價格也產生變化。由於政府在早期並沒有任何藥價政策，僅以「藥品藥商管理辦法」規範進口藥品的藥號與牌照以監管藥品品項與輸入。一張藥號執照僅允許一家進口或代理商持有輸入許可證以進口該藥品。「一藥一證」政策是基於國家藥政管理之措施，這一規定不僅適用於進口藥品，也適用於國內自製的藥品。此政策考量的是當藥品出現問題時，「一藥一證」容易追蹤找到該藥品的負責人。反之，若同一廠牌的藥品有多張許可證時，在藥品發生問題時就可能產生互相推卸責任的情況而難以追查。

除了藥品藥商管理辦法的規範，1977 年開始衛生署也曾進行了初步的藥價調查與藥政管理，來達成市場藥價的管制。衛生署曾出版「台灣區原料藥品輸入調查統計」一書，後又在 1977 年出版了「進口藥品總覽」一書，請學者鄭炳全編著。但事後卻因經費無著而由張博夫投資出版，導致藥商的指責，後衛生署趕

⁴⁷ 國家建設六年計畫中，政府加速傳統勞力密集產業升級，以維持國際競爭力外。並選擇通訊、資訊、消費性電子、半導體、精密器械與自動化、航太、高級材料、特用化學及製藥、醫療保健及污染防治等十項新興高科技產業，作為未來工業發展的重點。

緊收購該書並贈售⁴⁸。也因為當時衛生署尚無限制藥價之規定，《進口藥品總覽》中標出的藥價形同一個初步藥價調查或參考藥價。但這個藥品參考價格的公開就受到藥品工業力量的反彈。鄭炳全的說明相當程度反映了這類調查工作的困難。

值得一提的是，除了衛生署在藥價調查與管制上的一些探索，勞保局在勞工保險醫療給付制度中也有粗糙的規範。1979 年勞保局編定的「台閩地區勞工保險藥品價格表」（其中包括 1672 種藥品成份品目）成為當時保險給付藥品價格之依據，一直被延用了十年。但是此依據的要求其實非常鬆散，勞保局對醫療院所的審查標準寬鬆，在國際藥品市場種類更形繁雜的情況下，被認為藥品品目之審查都採黑箱作業（黃文鴻，1990）。勞保局審查醫療院所申請的藥品報價時，會先與原廠藥及學名藥價格作比較，只要在可容許範圍內就接受。另外在申報時若在規定範圍則免審。這樣的審查最後流於徒具形式，常引起醫院的反彈，藥廠也不願意提供真實價格，勞保局等於是無實質上的管制力。再者，勞保時期藥費與診療費未分別列帳，也使藥品價格無法透明化。每年勞保局也會增加「台閩地區勞工保險藥品價格表」中的給付品目，但未重新整理價格表。簡言之，「台閩地區勞工保險藥品價格表」的效果僅及於將藥價粗略編成藥價給付參考，不能算是對藥價積極性的干預。

衛生署的「一藥一證」管制到了 70 年代末，卻在經貿單位的建議下改為「一藥多證」，開放西藥自由進口。1977 年經濟部物價督導會報開會討論部份進口西藥售價偏高問題，經貿官員認為「一藥一證」易造成獨家進口而壟斷市場，使藥品售價偏高⁴⁹。1978 年經濟部物價督導會報與衛生署共同決定實施新辦法：只要是具有貿易商及藥商資格的進口商，均可自由申請進口藥品。經貿單位將原有的代理商管理辦法廢止，以使任何進口商可由國外供應商直接報價，透過自由競爭進口以防止壟斷價格。經貿人員主張衛生署核發藥證可以藥品本身為準，而非核發進口代理商以許可證，經貿部門認為這樣才能使不同廠家競爭而趨向合理藥價。此外，原先對國內產製量多之藥品不准登記進口的規定，以及有二十件以上藥品輸入許可證的進口商停止再予核准登記的規定，也都在 1978 年一併取消⁵⁰。

經濟部門建議以自由市場競爭來平抑藥價初期，衛生署官員原本對此作法似乎是持反對的態度。當時的衛生署藥政處長林明道認為，藥品價格遭壟斷而偏高可能發生在新藥或效果特殊的極少數藥品，一般常用藥品不見得普遍發生這種情況⁵¹。因為常用藥品有不同廠別的類似藥品，而且也可能分別來自不同國家所生產，甚至國內也有類似的藥品，這意謂著國內藥品早已形成某種程度的市場競

⁴⁸ 聯合報 1979/7/10 第三版。

⁴⁹ 聯合報 1977/12/28 第三版。

⁵⁰ 聯合報 1979/2/2 第三版。

⁵¹ Ibid。

爭。但開放進口政策實施半年後，對於藥價仍然上漲的現象，林明道卻又認為若無開放進口政策則藥價恐會上漲更多。1979 年監察院曾提出對藥價調查的改善建議（監察院公報），其中把藥價偏高的原因指向：藥品關稅過高、技術性管制過嚴等問題。雖然監察院似乎與經濟部官僚同樣肯定全面開放進口政策可能帶來的抑制藥價上漲的功能，但卻也建議衛生署應訂定法規管制藥價。對於這些不同政府部門對藥價調節看法的出入，顯示國家機器對藥價政策仍處在模糊的階段。

西藥自由進口政策原是要抑制或降低當時的藥價上漲，但事後來看，由於藥價調查不易，不僅未使藥價如經建會預期般能在「自由競爭」的市場下有所降低，甚至又使衛生當局對西藥的規範（例如在追蹤藥品責任上的管制弱化）產生紊亂。對藥價來說，衛生署藥政處長林明道就曾明白道出藥價調查所遭遇到的困難，一藥一證並非表示只能由代理商單獨輸入該藥，其他藥商徵得代理商同意也可輸入這種藥品。一般認為代理商報價一定會較製造藥廠的報價為高，但事實卻是相反。這種現象起初使官員頗為不解，經研判才知因西藥進口須課關稅（最高約為 46%），代理商的報價低將可使關稅負擔減少，這種低報進口藥價使衛生署調查藥價時受到影響⁵²。因此，在一藥一證的情況下本就形成一定程度的藥價市場競爭機制，如果在該情況下就未能有效限制藥價，那麼一藥多證的市場機制也同樣難以抑制藥價。真正的關鍵應該是衛生署能否提出藥價管理政策。

開放西藥自由進口政策也等於違背了對本國製藥工業的積極扶植。台灣的治療性藥品之消耗以公立醫療院所、教學醫院及大型私立醫院所佔比例最多，但這部份在過去一直是價格較高的進口藥的市場。1987 年台灣的藥品市場中進口藥、外資藥廠藥品、國產藥品之比例分別為 58.8%、13.7%、27.42%，顯示國產藥品（或可說國產的學名藥）佔有率偏低。藥品市場在台灣省三十多所醫院藥品聯合招標時，也常凸顯學名藥（仿配方藥）與原廠藥、本土藥廠藥品與進口（或外資藥廠）藥品之間的利益衝突。為了拓展各自的藥品市場，外資藥廠與進口藥商總是把藥效作為抨擊國產藥品的藉口，這種情況在藥品 GMP 制實施後仍然如此⁵³。在 1982 年政府實施的「優良藥品製造標準」（GMP），目的在提升製藥工業的水準，使本國製藥產業得以在開放西藥自由進口措施下與進口藥競爭。藥品 GMP 可以說是市場化體制下對國內製藥的保障機制，其實也是以全球共同市場為準而建立的共通品管認證。

另一種扶植本國製藥工業的措施是，國家機器要求公立醫院擴大採購國產 GMP 品質的俗名藥。這種作法也可迫使原廠進口藥品的減價，而達成藥品價格抑制的目標。1988 年勞保局改變省聯標的辦法，以捨棄以往的指定品牌方式，改以藥品的學名競標，並以審計法中的低價得標為原則，調節藥價的意圖至為明

⁵² Ibid。

⁵³ 參考經濟日報 1988/9/7 第十六版。

顯⁵⁴。省聯標藥品的品質基礎是以台灣的 GMP 藥品作為與原廠或進口藥品的競爭同級品，確保醫院新進藥品中，國產 GMP 藥品不得低於 50%⁵⁵。台灣區製藥公會則以藥品 GMP，在 1988 年更進行生體可用率及生體相等性實驗，以作為市場競爭的後盾，試圖擴大藥品市場通路。在進口藥與國產製藥的搶奪市場的過程中，生體可用率及生體相等性試驗似乎也成為國產藥品的另一阻礙，而外商則批評其為國產藥品提供便門⁵⁶。在這種情況下，跨國藥廠常會藉口不公平競爭來攻擊該作法。

衛生署原本我國對於新藥申請進口的管制相當嚴格，開放進口政策讓藥品經獲准登記取得登記字號，全國任何貿易商均可進口。實際上，衛生署在自由貿易政策下的去管制措施更導致了日後藥政管理更為困難的後遺症，諸如：貿易商委託國外地下藥廠承製在台灣暢銷的藥品、國內貿易商透過層層盤商也未能降低售價、國外藥廠廠商趁機抬價、貿易商與原代理商爭奪藥品市場、貿易商進口藥品過多可能產生過期存貨仍行銷於市的現象等等⁵⁷。

隨著衛生署對進口藥品的價格資料逐漸掌握，那些藥進口量或價格突破增高了，藥政處都可很快發現。西藥進口代理商也認為國內藥價較其他國家偏高了些，不過據他們分析的原因是：我國進口一般藥品的關稅稅率為百分之三十，加上港工捐百分之四，並設完稅價格為 CIF（成本含運保費交貨條件）的百分之一百一十五，各項稅捐（包括勞軍捐）約佔 FOB（離岸價格）價格的百分之四十。（這是衛生署委託政大公企研究中心專案研究中所提出的結論之一。）

1978 年在經濟部堅持以自由貿易原則使衛生署屈就於對藥品工業的去管制，在 1982 年起就出現對自由進口政策的批評。當時台北市國民消費協會提出的一份調查報告顯示，在受調查的一百零二種西藥中，漲價的有七十四種，佔百分之七十，價格相同的有十四種，佔百分之十五，跌價的僅有六種，佔百分之六，另有八項不詳。就幅度而言，平均上漲百分之十點五，上漲幅度最高者達百分之四十八，下跌幅度最大者達百分之九點二⁵⁸。除了藥價未能有效抑制，在偽劣藥的問題上也難以追蹤。西藥自由進口政策嚴格說來並不能稱之為藥價調整的政策，而應說是自由市場為導向的進一步擴大。1978 年的西藥自由進口政策與其說是政府對物價監控下的一個環節，不如視為經濟部國貿局服膺自由貿易原則的

⁵⁴ 經濟日報 1988/8/24 第十六版。

⁵⁵ 經濟日報 1988/8/19 第十六版。

⁵⁶ 經濟日報 1988/7/20 第十五版。美僑商會所屬國際研究性製藥同業協會批評，台資藥廠的仿製藥品雖符合 GMP 規定，但是否能達到與原廠藥相同的療效，仍然是一大疑問。

⁵⁷ 參考聯合報 1982-12-17 /07 版/西藥開放進口弊多利少 未見售價平抑·反見劣藥充斥 宜改採開自由進口登記制度。

⁵⁸ 參考聯合報 1982/12/17 /第 7 版/西藥開放進口弊多利少 未見售價平抑·反見劣藥充斥 宜改採開自由進口登記制度。

實驗對象。對衛生署來說，開放藥品自由進口制度造成管制上的難度增加了，這主要是因為自由市場使原本就在一個缺乏藥價制度的國家機器在藥品價格的干預上，遭遇更多來自（本國與跨國）製藥工業的壓力。

藥品品質與價格牽動了衛生署為民眾健康權的把關。1984 年衛生署在在面對輿論壓力下，試圖對自由進口政策檢討以提出再管制。1987 年時藥政處長黃文鴻就認為，恢復憑證進口制度，是從 1984 年至 1987 年間與經濟部無數次的協調。衛生署的立場並不是反對自由貿易，而是品質是藥政管理的最高目標；藥品是特殊商品，進口不可浮濫，否則易生危險，限制條件、憑證進口，即為確保品質⁵⁹。

另一個挑戰或削弱政府藥價管制能力的力量也在 80 年代中期遭遇——即跨國藥廠的透過貿易談判要求對藥品專利權的保護。西藥(medicine)就專利權之有無，可以區分為原廠藥和俗名藥（generic drugs），原廠藥由於其研發經費較高，所以藥價昂貴，並且有一定期間的專利保護，目的是確保藥廠的利益回收。然而也因為如此，使得市場為專利藥廠壟斷並獨享暴利。當藥物專利期過後，雖然各藥廠皆可公開取得藥物製作之技術資料予以複製，只要所複製的藥物之生產過程及療效通過政府衛生部門的規定試驗，便可上市販售⁶⁰。雖然在療效品質上俗名藥和原廠學名藥相差不大，但在價格上則差異懸殊。許多國家都鼓勵以學名藥替代過專利期的原廠藥來降低醫療保障中的藥費支出比重。不過，跨國藥廠在專利到期後，又透過各種手段要求政府延長其專利期，這通常使政府的健康保障中的藥品費用居高不下。這兩種藥價之拉鋸戰，也正是當前各國政府制定健康保險藥品核價基準時的問題，因為國家須面對跨國藥廠與工業強國的擴張專利權的貿易施壓。

1984 年起美國透過貿易智慧財產權談判不斷的要求台灣修改專利法建立藥品專利保護制度，其中一項重要的是將過去不予藥品及化學原料專利保護的作法進行修正。1984 年行政院長俞國華更在 8 月提到同年 4 月的中美保護智慧財產權會談及之後的中美貿易談判時，美國都一再要求台灣政府儘速修訂「專利法」及制定「公平交易法」，這些法案的修制定也因此被列入當年度的立法計畫⁶¹。而 1986 年通過了專利法的修法中將藥品納入保護，便是國家機器對美國壓力的明確回應。在羅賓森（Robinson，2002）《一顆價值十億的藥丸》書中指出，專利權在全球之擴張主要是透過全球貿易及 GATT 來進行。對台灣的藥品專利權的擴張來說，美國可能是最主要的壓力來源與促進者。由於專利藥品不會受到仿冒或複製，最終使跨國大藥廠能在多種專利之下壟斷價格。諷刺的是，在沙賓沙克

⁵⁹ 1987-02-14/聯合報/03 版。

⁶⁰ 雖然專利期已過但此時原廠藥仍然持續以高額の藥價在販售該藥物，此時原廠的藥稱為學名藥，一般藥廠複製之同成份俗名藥若通過了生體相等性試驗，其藥效及安全性即可視為受到國家認證，且其藥效或品質可以說與原廠藥不相上下。

⁶¹ 聯合報，1984/8/31。

疫苗出現的那個年代，藥品專利還不普遍甚至被視為玩笑，如今藥品專利卻成了跨國藥廠的必爭之地與獲利的保障命脈。在專利權大傘的保護下，專利藥價格也就成為衛生署藥價管制政策難以干預的地帶。

跨國企業的專利權爭奪戰不只表現在以貿易制裁的脅迫手段使後進國就範，在專利法上取得戰果後，還進一步強奪專利的回溯保護。1992 年美國繼續為藥品專利權回溯保護與台灣談判⁶²。在專利法修法後雖賦予醫藥及化學產品專利保護，但在專利法修訂之前獲有外國專利的藥品並已上市者，仍不符合我申請專利規定，形成在國外有專利，在我國卻不受保護的情形。專利回溯保護問題是指，美方這次談判就是要讓專利法以前未能取得專利的產品也取得台灣專利保障。專利回溯也可能對本國製藥工業造成衝擊，因此各國在談判時通常會以要求原專利藥廠在本國投資的技術移轉來作為交換條件。

綜合 80 年代左右衛生署對藥品及其價格管制的措施，反映出衛生署在藥價調控與藥品工業（本國藥廠與外資及進口藥品工業）、以及國民在藥價負擔之間的調節角色。1970 年代晚期的自由進口政策顯示衛生署同意經濟部採取的自由貿易方針，但也造成了許多去管制化後的負面後果（藥價仍高漲與偽藥管理困難）。雖然 1980 年代中期衛生署理應在業務角色越來越重要，但其藥品管制措施卻在自由貿易壓力下有所退讓。這主要是美國以貿易談判在台灣擴展其跨國藥廠利益的藥品專利保護，使衛生署在專利權的部份難以著力。由於跨國藥場藉貿易談判的施壓，藥品工業市場力量的矛盾衝突日益凸出，外資有工業國家保護利益對台灣政府的施壓，國資藥廠則期望政府保護本土產業利益。除了品質之爭，對衛生署而言還需考慮到藥品的價格可能造成醫療保健支出的上漲。經濟部門與衛生署對市場化、反市場化等壓力的回應，也呈現了如布迪厄所說的國家左右手的對立與矛盾。

2.3 市場化導向的醫療政策：醫療網計畫與醫療工業的擴張

1970 年代晚期衛生署與台北市曾構想建立以公立醫院為主的醫療網體系，公立醫院數有大幅增加。在醫療網計畫欲建立基層醫療、地區醫院以及區域醫院三級醫療體系，由政府來結構化此體系。但是 70 年代晚期的長庚醫院卻也帶動了私立醫院數的大幅增加，並促使國家擴建台大與榮總（江東亮，2003:77）。1985 年衛生署提出的為期十五年醫療網計畫，是配合國家經濟建設的重要政策之一。醫療網計畫的目標是要透過增設鄉村地區醫療院所，使醫療區域發展均衡，因此衛生署參考經建會「台灣地區綜合開發計畫」所規劃的地方生活圈，規劃區域的醫療設施與人力，建立區域醫療體系。與 70 年代主要是農村醫療資源與公立醫院為主的醫療網概念不同的是，1986 年的醫療網計畫雖仍試圖在公部門醫療工

⁶² 1992-12-07/民生報/23 版/醫藥新聞。中美藥品專利回溯保護今談判 製藥業抗議。

業繼續投資，但也開始大幅引入了鼓勵私部門投資醫療工業的方案⁶³，達成醫療資源均衡與分級醫療的功能。

衛生署提出的醫療保健計畫－醫療網計畫為台灣十四項重要建設計畫之一⁶⁴，值得注意的是，此期正值美國對台灣在平衡貿易逆差的談判壓力下，行政院多次表示十四項重要建設中應儘可能對美採購。據 1984 年的報導，台灣對美最可能增加的採購中，製藥和醫療設備乃其中的二大項⁶⁵。我國在逐漸採取市場開放措施後，當年美國輸往我國消費品中，醫療器材、電腦等工業產品便持續成長⁶⁶。1985 年時美國派員到台灣與經貿官僚密集地舉辦貿易座談，強烈要求台灣開放內部市場⁶⁷。另外，來自在台的美國跨國企業也是國家的另一壓力來源，1986 年起，經濟部決定每三個月就與美僑商會舉行一次協商會議，主動提供美國跨國企業一個減少貿易障礙的建議便道⁶⁸。醫療網計畫中的醫療設備的公部門投資，也是在以對美採購醫療器材來作為對美國貿易壓力的回應⁶⁹，其效果則是為美國擴大了醫療工業產品市場。對美國而言，醫療設備市場是一塊大餅。例如 1988 年台大醫院和榮民總醫院新建大樓落成就將增加四千二百萬美元的採購⁷⁰。架構在綜合開發計畫之下的醫療網計畫，其實是因出口導向政策形成貿易出超與美國壓力下，將擴張醫療內需市場作為提振整體經濟發展的因應。從台灣醫療保健體系發展過程來看，醫療體系擴張與美國要求台灣開放醫藥市場是並行發展的。

醫療網計畫分為三期共十五年，欲達成三項目標：分級轉診醫療、建立區域醫療網、以及均衡醫療資源。第一期計畫將台灣劃為十八個醫療區域，並積極擴增醫療院所（衛生署，1986:8）。第二期主要的內容雖仍有持續多種公立醫院的增擴建方案，但與前期不同的是，主要目標被化為四種指標，以縮短區域醫療資源的差距。按第二期計畫與全程計畫目標如表二（衛生署，1990:17-9）。

⁶³ 80 年代中晚期的國家建設政策中都有此特點，即鼓勵民間投資。例如國家建設六年計畫，如大型購物中心、學校、醫院、體育、休閒設施等，均具自償性，原則將儘量開放民間參與建設。

⁶⁴ 即第十三項建設：「醫療保健計畫－籌建醫療網，改善基層醫療設施」。

⁶⁵ 聯合報 1984/2/24。台灣最可能增加採購的是工業生產管制設備、實驗室及科學儀器、食品加工、電信、製藥和醫療設備等。

⁶⁶ 聯合報 1984/8/22。

⁶⁷ 聯合報二版 1985/8/22。

⁶⁸ 聯合報 1986/4/10 第二版。

⁶⁹ 在平衡美國對台灣的貿易逆差問題上，醫療器材也是其中擴大對美採購的項目之一。

⁷⁰ 經濟日報 1988/10/20 第十版。

表一：醫療網計畫全程與分期目標

時期	每一醫師服務人口數	每萬人口急性病床數	每萬人口慢性病床數	區域差距
計畫前 (1984年)	1,470 (6.8)	23.9	8	3.2
1988年底	1,099 (9.1)	28.5	9	2.5
第一期目標 (1990年)	1,000 (10)	31.6	10	2.5
第二期目標 (1995年)	860 (11.6)	35	12	2.25
全程目標 (2000年)	750 (13.3)	40	15	2.0

註：括弧內代表每萬人口之醫師數

資料來源：行政院衛生署，1990，《醫療保健計畫－建立全國醫療網第二期計畫》，頁十九。

在擴增基層醫療保健服務上，1983年起將各地衛生所試辦轉型為「群體醫療執業中心」，在醫療網計畫中更持續進行。每一所群體醫療執業中心下設置兩個「基層保健服務中心」（簡稱基保中心），基保中心是由當時五百多所衛生室轉型為原則，但若於無衛生室或不適當地點則增設之。群醫中心與基保中心都是以鄉村地區優先開辦，目的在縮短醫療資源的城鄉差距。到了1990年第一期醫療網計畫結束時，全台設置了117所群醫中心，以及232個基保中心，其中176室為衛生室改設，另56所為新設之基保中心。群醫中心與基保中心因為利用現有公共衛生網的轉型，因此也意謂著原來的公部門的公共衛生體系開始轉型醫療功能。有學者認為這相對地使公共衛生網的功能式微。

關於設立群醫中心等基層醫療單位的政策，主要是針對對於偏遠地區與醫療資源缺乏區為主。但群醫中心的設立是否皆在醫療資源缺乏區也頗有爭議，醫療網計畫中以鄉鎮行政區中的醫師人口比例來劃定醫療資源匱乏區。根據一項調查，有三分之一的群醫中心設在非醫療資源缺乏區（引自林國明，1997）。然而許多鄉鎮實際上因交通便捷，仍可在短時間至外地醫療院所就醫⁷¹。

至於在醫院的新、擴建方面，醫療網計畫依據的是醫療法規定，在醫療資源缺乏區域，獎勵民間設立醫療機構⁷²，必要時得設立公私立醫療機構。雖然在公

⁷¹ 例如大雅鄉。參閱林瑤棋，2003，《透視醫療卡夫卡》，台北：大康出版社，頁三五。

⁷² 第一期醫療網計畫中在醫療資源缺乏區興建地區醫院的計畫，主要是由國家輔導民間團體或農、漁會等公益團體承辦，必要時由政府提供低利貸款，若無民間團體投資則由政府興建之。

立醫院方面有所擴增建⁷³，但在設立醫院的政策上已轉由民間來投資。衛生署更編列一百億「醫療發展基金」(表二)，獎勵民間於醫療資源缺乏區的投資。醫院的設立也受到審查以避免在醫療資源在充足區的重複與過度投資，醫療網計畫也限制，醫院設立或擴充後的規模若超過 100 床，須由醫事審議委員會審查。雖然 1985 年起國家機器透過醫療法及醫療網計畫試圖以審查制度來節制醫院硬體設施的擴充，以及調節醫療資源分配，但顯見的是任何中大型私立醫院及財團醫院要擴充硬體設施者，多可克服此項審查制度而達到其擴張目的(李丞華，1998)。

從經費運用來看，第一期醫療網計畫經費預算全期約 1453 萬元，至第二期全期預算約 592 億元。從表五來看，原計畫中獎勵發展民間醫療單位一項編列 10 億元，到修正計畫時則高達 100 億元。根據衛生署第三期醫療網計畫中所述，這筆獎勵私部門的醫療發展基金截至 1995 年年底，一共核定 136 家醫院，預計可增加 6947 張一般病床、3025 張精神病床及 3137 張慢性病床(引自江東亮，2003:78-9)。輔導公立醫院單位則從 186 億增至 226 億元，而第十一項的加強衛生所室功能規劃、加強預防保健等服務項目則從原先 54 億元到修正計畫時則全數刪除。

表二：醫療網第二期修正計畫與原計畫經費差異表

單位：千元

分支計畫項目	修正計畫	原計畫	增減金額
一、建立區域醫療體系	451,946	289,780	162,166
二、獎勵發展民間醫療單位	10,000,000	1,000,000	9,000,000
三、輔導公立醫療單位	22,585,990	18,604,963	3,980,027
四、加強緊急醫療救護	1,193,767	594,993	598,774
五、加強精神疾病防治	16,102,019	4,740,953	11,271,066
六、加強復建醫療服務	6,782,826	5,730,658	1,052,066
七、加強山地離島醫療保健服務	994,002	891,500	102,502
八、加強專科醫師人力培育	637,750	389,500	248,250
九、醫事人員繼續教育、培訓	423,244	782,930	-359,686
十、建立醫療品質管制制度	150,484	75,714	74,770
十一、其他(如加強衛生所室功能、加強預防保健服務)	0	5,425,424	-5,425,424
合計	59,232,028	38,526,415	20,705,613

資料來源：林王美園，1993，實施醫療網計畫－為推行全民健保鋪路，護理雜誌第四十卷第二期。

醫療網計畫在逐步增擴建醫療體系的同時，也試圖在醫學中心與區域醫院、

⁷³ 例如整建退輔會所屬 8 所新建 1 所榮民醫院為地區醫院，並改善 18 家省立一院及充實 37 家省市縣立醫院之醫療設備。

地區醫院、以及基層醫療單位等不同層級之間建立雙向轉診制。其中基層醫療單位在原本的計畫中應佔最重要的角色，在理想的轉診制度中，基層醫療單位理應處理 80%左右的服務量，地區醫院則處理 15%的服務量，醫學中心和區域醫院則僅提供 5%的醫療服務量，但後來在許多醫療資源及服務量的評估研究中，卻顯示這個三角形結構成了以大型醫院佔大部份門診服務量的倒三角結構。醫療網的雙向轉診目標也並未落實，頂多只落實在醫療院所的支援及互動網絡上。根據一項研究，從 1980 年代到 1990 年的十年間，台灣醫院間關係明顯增加，但這個互動關係在區域分布及評鑑等級的分布上，有相當不平衡的現象，而這樣的分布與醫療資源分布不均的趨勢是一致的（張苙雲、朱永昌，1994）。即使日後在全民健保制度下實施醫院的合理門診量管制，雙向轉診制度仍難以落實。

從醫療網計畫期間醫療工業的實際發展狀況來看，表三顯示了 1986 年至 2003 年公私立醫院數、病床數、診所數。若將 80 年代後的公立醫院病床數佔總床數之比重與 1960 至 1970 年代相較，確有增長。但若將公立醫療院所與私部門醫院的成長率相較，前者顯然不及私部門的成長速度，且公立醫院及其病床數的比重也在縮小。這說明了政府在醫療供給面支出上的停滯，同時私部門醫院卻大幅的發展。以表三的醫院病床數來看，公立醫院從 1986 年至 2003 年成長率約 25%，私立醫院則成長了近 50%。而公立醫院的家數則在 1994 年的 97 家最高，到了 2003 年時又降回到 1988 年的 91 家。就整體結構變化來看，盧瑞芬、謝啓瑞（2003）的研究也指出，在 1980 年公立醫院家數雖僅佔醫院市場的 10%，但病床卻佔有近半的比例（45.56%）；但至 2000 年時，公立醫院病床數之市場佔有率已降至 35%。相對於公立醫院的下降趨勢，財團法人與其他法人附設醫院之市場佔有率與平均規模皆大幅增加（見表四）。至於私立醫院家數則減少 204 家，顯示台灣的醫院正進行了市場淘汰與競爭。這些變化皆說明了台灣的醫院產業朝向高度的私有化發展。

表三：1986年至2003年醫院數、病床數、診所數—按公私立分

年別	醫院數			醫院病床數			診所數		
	合計	公立	私立	公立 佔率	公立	私立	合計	公立	私立
1986		85	689	42%	29792	40870		---	---
1987		87	746		31506	46521		---	---
1988		91	746		32641	47761		---	---
1989		93	694		34489	47262		477	6433
1990		94	647	43%	35768	47965		476	6747
1991		93	636		37536	49096		480	7058
1992		93	632		38304	51677		479	7469
1993		93	616		37140	53508		485	7719
1994		97	622		37356	55426		481	8030
1995		94	594		39639	60544		495	8188
1996		94	590		39879	63039		495	8514
1997		95	572		40959	66069		504	8843
1998		95	552		42558	68299		495	8978
1999		96	538		39406	69017		479	8899
2000		94	523		40095	73471		481	8921
2001		92	501		39643	74518		490	8935
2002		91	483	35%	41877	77571		475	8812
2003		91	467	35%	42750	78549		479	9086

資料來源：衛生統計資訊網，網址 <http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>

表四：台灣醫院結構之變動－按權屬別分

項目		權屬別			所有醫院 總計
		公立醫院	法人醫院	私立醫院	
醫院家數 (家)	1980年	85 (10.18%)	53 (6.35)	697 (80.47)	835
	2000年	96 (14.35)	80 (11.96)	493 (73.69)	669
	成長率(%)	12.94	50.94	-29.27	-19.88
病床數 (床)	1980年	31155 (45.56)	12827 (18.76)	24400 (35.68)	68382
	2000年	40129 (35.15)	38073 (33.35)	35977 (31.51)	114179
	成長率(%)	28.80	196.82	47.45	66.97
醫院平均 規模(床)	1980年	366	242	35	82
	2000年	418	476	73	171
	成長率(%)	14.2	96.69	108.57	108.54
2000年健 保申報金 額(億元)	門診	294.61 (28.38)	462.24 (44.52)	281.31 (27.10)	1038.16
	住院	323.58 (33.62)	452.28 (46.99)	186.64 (19.39)	962.50
	合計	618.19 (30.90)	914.52 (45.71)	467.95 (23.39)	2000.66

資料來源：引自盧瑞芬、謝啓瑞，2003，〈臺灣醫院產業的市場結構與發展趨勢分析〉，《經濟論文叢刊》，三十一輯第一期。

說明：1.公立醫院包括署立（原省立）及市立醫院、縣市立醫院、公立醫學院校附設醫院、軍方醫院（民眾診療）、榮民醫院、機關（構）附設醫院、公立中醫醫院。2.法人（附設）醫院包括財團法人醫院、宗教財團法人附設醫院、醫學院校附設醫院、其他法人附設醫院。3.私立醫院包括一般私立醫院及私立中醫醫院。4.括弧內數字為各類醫院的市場佔有率（%）。5.成長率係指2000年資料與1980年相比的變動比率。6.病床係指一般病床。

至今評估醫療網計畫的學術論文仍不多。監察院在2004年曾對此進行調查與評估。監察院在調查後發現全程醫療網計畫並未達成衛生部門預期的均衡醫療資源目標，因而對衛生署提出糾正。表五顯示在醫療網計畫中的各項目標中，僅有護理之家之目標達成。醫師數、病床數皆未能如計畫完成，其中急性病床甚至在減少。

表五：審計部查核全程醫療網計畫目標之達成情形

期別	計畫項目	目標數	達成數	差異數
第一期	自 1985 年到 1990 年： 擴充精神醫療設施，增加精神科病床。	3000 床	1211 床	-1789
第二期	自 1991 年至 1996 年： 每一萬人口醫師數。 急性病床：每萬人口病床數。 一般病床：每萬人口病床數。 精神病床：每萬人口床數。 慢性病床：每萬人口床數。 基層開業醫師占執業醫師總數之比率。	11.6 人 37 床 32 床 9 床 3.5 床 40%	11.52 人 33.67 床 30.61 床 6.18 床 2.18 床 41%	-0.08 -3.33 -1.39 -2.82 -1.32 1%
第三期	自 1997 年到 2000 年： 醫師：每一萬人口醫師數。 急性病床：每萬人口病床數。 精神病床：每萬人口床數。 護理之家：每萬人口床數。 每萬老人人口床數。 基層開業醫師占執業醫師總數之比率。	13.3 人 40 床 10 床 3.0 床 35.2 床 40%	13.28 人 33.28 床 6.63 床 3.49 床 40.49 床 37.13%	-0.02 -6.78 -3.37 0.49 5.29 -2.87%

資料來源：監察院調查報告，2004。頁四。

在全程三期醫療網計畫中，佔整體資源配置最大者乃增設或改善公立醫療院所房舍（監察院，2004a:6）。而衛生署及所屬中部辦公室也編列預算補助各署立醫院 25 億元採購百萬元以上的貴重儀器設備（監察院，2004a:7-8）。以第一期計畫來說，其中的公部門投資雖多，但仍偏重醫療資源較豐富之都會區。1985 年省市府用於醫療資源充足區的經費是不足區的 7 倍，至 1988 年時則擴大為 9.4 倍（經建會健保規劃小組，1990:11）。根據監察院調查報告顯示，醫療網計畫在整合公私立醫院以避免醫療資源浪費的調控形同空談（監察院，2004a:10）。由於過度偏重了都會區的公部門醫療院所之設立，使區域間的醫療資源差距的縮減頗為有限。而由於審查制之管制失效，而造成私立醫院也大幅投資在都會區（經建會，1990:11）。雖然審查制度及醫療網計畫確實部份程度縮短了區域醫療資源的差距，但也因為醫療網計畫在劃分十七個醫療區時並不是真正以醫療資源缺乏區為考量，而是以「區域生活圈」為考量（林王美園，1993），使醫療區域規劃徒具形式且反而模糊了醫療的地理區隔，也使有心擴建者最終仍能克服冗長的行政程序以達成其意圖。

此外，「民間優先」的醫療工業投資方案，不僅限制了公立醫院的興建與衝擊了公立醫院的角色，並促成公立醫院轉向私部門醫療工業的企業化經營轉型。及至 90 年代晚期，因精省後原省立醫院直隸衛生署，衛生署中部辦公室對署立

醫院進行管理變革，包括：策略聯盟、提高經營績效、品質，以及逐年降低公務預算補助，最終的政策目標則是私有化⁷⁴（下一節將分析）。

醫療網計畫是代表國家的大政府角色對醫療工業的過度管制？還是去管制？很多人把醫療網計畫視為國家仍存在的大有為政府，對醫療工業市場的強力干預（例如林國明，1997；詹啓賢，1998、1999、2000）。但是從上述的資料與分析來看，國家也逐漸失去以公立醫院為主導的醫療供給者角色，公部門醫院的萎縮與私立醫院的大幅增加皆說明了醫療網計畫的效果比較傾向政府在供給面的去任務化。若以哈伯瑪斯的話來說就是國家的醫療部門開始鑲嵌在市場上了，因此「醫療網計畫是代表國家的大政府角色」的說法是一種誤導。雖然表面上是由國家以該計畫與醫療法對醫療工業的調節，但這項調節偏向於市場導向的資源集中化，而非公共化的更均衡的分配。因此醫療網計畫凸顯了一個矛盾，即一方面國家機器似乎仍積極干預醫療資源分配，但另一方面卻又是將醫療導向鬆綁的自由市場化方向，這就使醫療工業往市場誘因的方向擴張：大型公私立醫療機構規模更為擴張，醫療資源的城鄉差距仍有頗大差距。醫療網計畫下公立醫院的萎縮與增加私立醫療工業投資，其實體現了國家機器在經濟統理意識型態轉變下，政府在醫療供給與管制職能的縮減，或者應該說是國家機器之介入是創造醫療產業私有化發展的環境，對私立醫院提供了多種誘因⁷⁵。因此，不能將醫療網計畫視為「大政府」角色。

為何醫療法與醫療網計畫對均佈醫療資源的審查管制失靈？可能的解釋有二：第一，在發展私部門醫療工業的政策下，無異是提供了醫療企業化的環境。企業化的導向是市場利潤，這就與國家在醫療資源公共分配的國家主導作法上相衝突。第二個因素是，在國家機器轉型過程中，私部門企業化的醫療工業的持續擴張與大型化使醫療工業政治權力的興起。對一項工業的發展而言，政治資源的獲取比經濟資源更為重要（張晉芬，1999）。而 80 年代晚期的私立醫療工業的政治化與組織化，也形成了醫療專業權力與國家機器的權力協商（林國明，1997）。醫療工業政治權力的提高所形成的市場力量，相當程度上使國家威權主義的控制力逐漸減弱。到了 90 年代，醫療工業政治權力在與國家機器對於醫療的議價上，雖然也反映出醫療工業權力內部的利益衝突，但不可否認的是，私部門醫療工業主導的市場力量在增加。

醫療網計畫創造了鼓勵醫療消費的擴大內需條件，使醫療內部市場的擴張從

⁷⁴ 在 1980 年代中晚期至 1990 年代，已有多所公立醫院陸續轉為民營或私有化。

⁷⁵ 政府對不同權屬別醫院之課稅方式不完全相同，由醫師獨資或合夥設立的一般私立醫院，在特性上屬營利性，故無租稅之優惠。法人醫院則具非營利廠商之性質，在稅法上享有多種租稅優惠。具體內容包括：免納所得稅、宗教法人醫院及醫學院附設醫院免納房屋稅、以及醫療用地免納地價稅。而盈餘部份之課稅則又在成本認定上，賦予法人強烈的興建分院或擴建之經濟誘因（盧瑞芬、謝啓瑞，2002:129-130）。

中得以形成。這也修正了 1970 年代以前國家以出口導向的經濟發展政策，而向醫療工業等服務業等內需導向的發展策略推進。由於擴大醫療內需而將醫療市場化的過程與公共衛生的本質並不相容，公共衛生基本上是社會對健康危害的集體反應，因此公共衛生體系講求的是社會民眾集體與衛生醫療結構的層次，因此健康資源是公共財的分配；然而醫療商品化及市場化講求的卻是個人層次的需求，健康是個人的消費及責任（呂宗學，1998）。公共衛生網轉型為群醫中心以醫療服務供給市場需求，也是反映了醫療結構的去公共化。在以市場資本主義模式的醫療供給面擴展下，一個醫療需求市場也被加以誘發。這個市場導向先促使了醫療供給的內部競爭，醫療工業轉向後福特主義的彈性化管理，以成本績效意識為標竿，即使是公立醫院的政策也逐步走向以市場導向的企業化經營。隨著 80 年代勞保公保等醫療保障覆蓋面之擴大，醫療需求面中社會保險醫療市場逐漸大於自費醫療市場，許多醫院也轉向仰賴社會保險的醫療給付靠攏，加入勞保特約⁷⁶。從這個角度來看，醫療網計畫效果未能達到預期解決平衡區域醫療資源分配的問題，卻實現了擴張內需市場（主要是消費導向）的醫療網，此計畫有如鼓勵蓋了更多的醫療店面，準備承接全民健保開辦後的一半以上的醫療保健支出的分配。到了健保實施前一年（1994 年），社會保險市場覆蓋面的擴大至 59% 的人口，勞保特約醫院增加，醫院仰賴社會醫療保險的情況也更加擴大。

醫療內部需求市場的發展，表現為新自由主義全球化下的私有化。由於醫療工業的無償服務性質轉向以工業化（或產業化）的自償性質，即以營利與績效為目標的企業化。後福特主義積累制的科技創新、彈性化、以及行銷管理等企業管理機制被引進了醫療工業，使醫療工業產業化（industrialization）。在醫療行銷市場導向之意識型態下，醫療作為被誘發創造的需求，也形成 1990 年代以後醫療地帶的後福特主義文化特徵：**醫療消費的商品化與貧富兩極化**。也由於公部門醫療工業在過去的無償服務須仰賴政府的公務預算補助，80 年晚期衛生署在公立醫院的政策也朝向自給自足的方向，到了 90 年代則是將國家衛生醫療任務的去供給化，醫療服務供給外判給私營企業接手。

第三節醫療工業市場體制中的後福特主義積累制與私有化

3.1 醫療的工業化：後福特主義積累制

醫療網計畫以地理區域醫療資源多寡作為政府管制醫療擴張的限制條件，但仍提高了醫療市場私有化程度。當勞保覆蓋面擴大以及醫療給付制度的抑制下，

⁷⁶ 例如林口長庚醫院在當時有一千五百床的規模，只靠吸引自費病人不夠，因此在 1977 年便要求以醫院自行訂定之收費標準，與勞保局個別洽定醫療給付。而從長庚通過與勞保局的洽定後，其他財團醫院如馬偕、彰基與國泰醫院等，也紛紛加入勞保特約。參考，李淑娟採訪整理，2002，《望醫心切—張錦文與台灣醫院的成長》，台北：允晨文化，頁二〇一至二〇二。

醫療工業內部市場競爭以追求效率與利潤盈餘。自 1970 年代晚期，私立醫院管理變革帶動了將醫院往企業化與市場化導向的趨勢⁷⁷。由於在醫院管理機制的繁複，這一節我準備討論在管理制度中最明顯的兩個例子：將固定醫師費制度改為以績效計酬制，以及將病床周轉率提高來增加「經濟效率」。

服務醫師薪資制從固定薪資改為論績效計酬，標誌了醫療服務的生產轉向績效主義，張錦文是引入這種績效管理制度的轉轍手。張在 1970 年代自其在馬偕醫院進行的管理制度改革，其後更參與許多大型私立醫院興建與管理制的規劃⁷⁸。1970 年代的公私立醫院之醫師薪資皆按年資計算，指定醫師費（PPF）是額外收取的費用，病人可指定醫師。1972 年張錦文在馬偕醫院把 PPF 改為醫師費（PF），在醫院看病比照自行開業，看的病人多，收入亦隨之增加。1976 年長庚醫院一開幕即實施 PF 制，差別在馬偕保留了固定月薪，再附加 PF，而長庚無底薪。這就使形成了固定薪加變動薪的薪資結構，變動薪部份（論績效計酬）可以說是泰勒論件計酬之變體，由於具有經濟誘因，形成醫院的福特主義工業化的特徵，目的在促使醫師的「生產力」與醫院「產值」有所提高。國內醫務管理研究所的相關論文便多以此企業的泰勒制薪資制來應用在醫院醫師獎勵金制度，以便在醫院體系建立泰勒化的薪資制度（較早的論文例如黃明仁，1988；李瓊珍，1989）。大部分私立醫院或多或少採取 PF 制，制訂主治醫師薪資標準，使公立醫院受到極大競爭壓力。1985 年衛生署在視察公立醫院後，擬定了將公立醫院醫師的薪資比照私立醫院論績效計酬之醫師費制度。公私立醫院醫師在之結構上漸趨一致（江靜楓，2001）。與醫院薪資制度配套者還包括在企業中經常被運用的「預算制度」，80 年代也開始出現將企業預算制度引進到醫院的研究（例如沈茂庭，1986）。這也表明了醫院逐漸向產業的成本意識學習。

另外，張錦文引進「平均住院日數」管理辦法⁷⁹，以提高「病房周轉率」。張錦文的看法是：「開醫院，不比開旅館。旅館希望客人住越久越好，相反地醫院不希望病人住太久，急性病人住院在前半段所發生的醫療費用較高，醫院收益也較大，但到了後段，病人多半只需觀察與休養，只要自我照顧的衛生教育做好，可讓病人儘早回家，空出病床供其他急性病人使用。因而張在管理制度上建議醫

⁷⁷ 早自 1960 年代，中美醫學基金會贊助公立醫院院長赴美進修醫療管理。1968 年起中華民國醫院協會成立後，舉辦醫療管理的研討會，使公私立醫院相互觀摩。1970 年代中晚期之後，台灣多所大學院校逐漸設立了醫療管理科系。這些自美國引進的管理通常是偏向經濟效益層次，更在台灣的醫療院所產生了極大的影響。到了 80 年代晚期有更多醫院協（學）會成立，更使企業化的醫療管理技術逐漸在醫院深化。參考張錦文，2000，〈台灣醫務管理的回顧與展望〉，《醫管》第一期，頁三至五。

⁷⁸ 1973 年，張錦文實質參與長庚醫院籌畫事宜。張錦文與醫界的關係，並參與國家官僚的相關醫療政策規劃。當然不能將醫療管理變革的成因都指向單獨一個人的作用，這將忽視新自由主義全球化的市場化與私有化的傳播與結構因素。

⁷⁹ 所謂平均住院日數是將過去幾年內某一疾病在醫院住院日數加總統計，並且參考其他醫院同一疾病統計所獲得的平均值。例如假設盲腸手術之平均住院日數為七天，當病人住到第八天時，電腦會自動列出警告，主治醫師再依此檢討，評估病人何以不能如期出院。

師盡量讓病人在門診完成必要的檢查和治療，萬不得已才收治病入住院（李淑娟，2002:360-1）。」在一些醫療管理的研究中，便將病床利用審查視為醫療資源利用管理上追求成本效果的作法之一（例如張少寧，1986）。

醫療工業追求績效或效率的各種指標中，目的總是指向利潤收益為主而建立市場導向的供給服務，以提高市場佔有率。市場行銷導向（market-orientation）或市場驅動（market-driven）與創新多半見於工業部門，如今已成為醫療工業逐漸吸納的概念，在全民健保實施後，醫界更是積極發展這種消費者導向的醫療市場（例如蔡雅芳、吳世望、白佳原，2002）。舉例來說，在消費者需求面上建立了更多需求（或可稱為激發需求），使民眾到醫院不止是看病，還可以在醫院附設之瘦身美容中心消費。創新則整合了新產品與科技變革，提供自費醫療項目以區域市場同時建構新消費市場（往往也是高消費的市場）。至於簡化就醫流程以縮短時間，這部份也經常是透過服務流程與軟體。市場導向與科技創新、預算制度、醫師費績效獎金、病床周轉率，都是在使醫療工業尋求進一步的時空壓縮與空間修補。

市場派人士認為醫療工業的市場化是提高效率的藥方。市場的「效率」一詞通常被狹隘地化約為企業體的收益與成本，此指涉因而具有濃厚意識型態。當醫療行為須從醫師勞動泰勒式論件計酬從而提高醫院收益時，由其所造成的無效率反倒不在市場派的效率考量中。根據白居易（2003）研究指出，醫師薪資的高度經濟誘因性所造成現象如：醫師超時工作、過度醫藥化及侵入性治療、誘發大型化資本服務投入、片段性看診與醫療糾紛，不僅浪費醫療資源且不符合成本效益。醫師費抽成制度造成醫院資本投資及醫師薪資費用財務混淆，而醫院以增加服務擴大市場佔有為競爭策略時，醫師專業自主嚴重受限以致病人權益受損。另外，市場效率一詞總是排除了其他諸如平等的指標。病床周轉率影響了醫院病床資源的分配與利用，醫療人球效應所反映的不平等問題，也一向不是市場派人士所討論的「效率」內容⁸⁰。正如林德布魯姆（Lindblom，2002:142）所說，沒有人能宣稱市場體制具有可接受的效率而無需正視不平等現象。

80 年代中晚期，私部門醫療工業的市場「效率」意識型態漸滲透到公立醫院，除了使國家衛生部門對公立醫院朝企業績效之經營方式轉型。不過，若醫療工業的後福特主義生產的效率漏洞百出，那麼為何到了 80 年代晚期國家衛生部門還積極將公立醫院以企業化乃至於私有化為最終目標呢？下一節要指出的是，國家機器在 1980 年代晚期開始將公立醫院推向私有化的作法，是在新自由主義全球化之解消福利服務供給的小政府論述下進行的改革。由於縮減政府在醫

⁸⁰ 2005 年 2 月邱小妹妹的反映了病床資源分配的不平等。同時也曝露出醫師的輪班超時工作的現狀。醫師勞動時數的彈性化與壓縮也是對效率或績效產出的諷刺，因為追求績效是透過壓榨醫師勞動來達成，而企業化追求的效率指標卻忽略了對醫師勞動的權益保障。

療供給面後形成的醫療買供方分離（國家的醫療部門的市場化與私有化），醫療服務則轉向由消費者以保險付費購買醫療的商品化。

3.2 醫療工業之私有化：公立醫院私有化與去任務化

公立醫院是戰後由政府在各縣市逐漸建立的醫療體系，在社會醫療保險覆蓋面極小的時期，公立醫院扮演主要的醫療供給角色。但是隨著社會保險的擴張與醫療市場私有化程度之提高，公立醫院的主導角色亦在降低。根據資料顯示，1950年時勞保人口僅佔總人口的 2.1%，公立醫院病床的市場佔有率高達 90%。隨著勞保覆蓋面擴張，公立醫院病床市佔率則朝反方向變化，1961 年降為 71%，1971 年降為 61%，1980 年降為 46%，1990 年代以後則約維持在 35% 左右（江東亮，2003:80-1；前節表三）。這說明了台灣醫療體制漸從政府籌資政府供給（供買合一）模式轉向政府籌資私人提供的模式（盧瑞芬、謝啓瑞，2003）。從這個角度來看，可以說國家機器的社會服務職能與性質已開始走向異於 80 年代前的一個新階段。

國家籌資向私部門醫療工業購買醫療服務的模式，有如英國 80 年代開始的醫療改革（供方與買方分離）模式。1979 年英國柴契爾政府開始營造有利私人醫療工業發展的環境，到了 1980 年代晚期，不管是私人保險機構或私人營利性連鎖醫院都有大幅成長；1990 年代的工黨接續推動市場化（林芸芸，1999:3）⁸¹。台灣承襲此種英國柴契爾的醫療市場化模式，除了鼓勵私部門醫療工業的擴增，還伴隨著將公立醫院逐步私有化的政策目標。

1985 年的經濟革新委員會所做成公營事業民營化的建議，雖然只及於公司與非公司的事業部門。但這個經濟政策方針也滲透到社會福利部門與公立醫院。台北榮民總醫院院長羅光瑞曾述及公立醫院在績效導向上的措施，從 1986 年台北榮民總醫院推動成本會計工作，將各單位均為成本中心，並實施機績管理，建立績效獎金制，1993 年也開始聘用醫務管理專業顧問（羅光瑞，1993:338-9）。1992 年省衛生處長林克炤提出「省立醫療院所管理企業化，以提升服務效率與效果」為未來工作重點之一（許國敏，1993:318-9）。省衛生處也開始辦理醫院管理研習，將企業化概念的成本會計、經營績管理等觀念引進省立醫院之管理（許國敏，1993:319）。這些都足以說明公立醫院作為國家醫療部門的企業化轉型。

⁸¹ 林芸芸這篇文章勾勒了英國醫療市場化的改革內容，林將英國保守黨與工黨在醫療改革作為上分別歸類為管理式競爭及管理式合作，但文章立場似是肯定後者。雖然林芸芸似將差別擺在工黨的管理式競爭是再管制（*reregulation*）而非完全鬆綁（*deregulation*），但不管是哪一種，都是國家機器對醫療工業私有化提供了有利的環境。從這個角度來說，我認為工黨的「管理式合作」是嚴重忽略醫療地帶中資本與階級面向，且仍是延續柴契爾的市場化與私有化方案。由於我與該文觀點不同，在此引用的只是該文對英國醫療市場化改革的描述。

經建會在 1990 年也建議透過三種模式提振公立醫院的績效：第一，組成公法人經營之（或稱行政法人化），即英國在 80 年代晚期進行的改革模式。第二，大幅改革公立醫院之人事、會計制度，使其有較大之彈性（相近於中鋼模式）。第三，直接交由民間競標，並由醫院自負盈虧（行政院經濟建設委員會全民健康保險規劃小組，1990:17）。1997 年上任的衛生署長詹啓賢闡述其衛生政策的基本理念有五個核心：法規鬆綁（deregulation）、衛生服務多元化（diversification）、衛生行政去中心化（decentralization）、公立醫院私有化（privatization）、醫藥生物科技產業化（industrialization）（詹啓賢，1998）。衛生署的這個衛生醫療再造的政策方向明訂了公立醫院私有化，可以說是體現了新自由主義的市場至上觀。到了 1999 年 7 月，精省的過程加速了公部門醫療供給的第二階段的調整，原省立醫院則改隸衛生署。精省後成立的衛生署中部辦公室有如醫院管理部，其任務便在配合政府部門行政革新方案，推動署立醫院組織再造，引進企業化經營方式⁸²（楊漢淥，2000:57）。

從 1987 年至今，已有九家公立醫院已轉由委外經營，由政府提供硬體收取使用費。表六顯示目前國內公立醫療機構已委外或私有化之情形，其中萬芳醫院經常被拿來當作「成功」的委外方案。

表六：公立醫療機構已委外或私有化之情形

醫院名	私有化或委外辦理情形
1.台南市立醫院	於 1987 委託彰化秀傳醫院接辦經營。
2.中山醫學大學附設復健醫院	由台中市政府規劃興建，於 1989 年採公有民營方式，委託私立中山醫學院附設孫中山先生紀念醫院營運。
3.台北郵政醫院	隸屬交通部郵政總局的郵政醫院，在 1994 年委託財團法人桃新醫院經營，其財產建物、土地方面屬郵政總局所有，第一年權利金每年新台幣捌百萬元整，保證金新台幣參仟萬元整，第二年起逐年按行政院主計處公佈之消費指數調整。
4.台北市立萬芳醫院	台北市政府於 1996 年提供萬芳醫院土地、建築物及水電等既有基本設施。由台北市政府列冊管理，使北醫享有經營及管理之權力，而無負擔經營及管理所生之責任。
5.台北縣省立雙和醫院	行政院衛生署規劃將於中和市設置雙和醫院，該院的建地已於 1996 年十一月取得，預計將已興建規模一千二百病床為目標。目前衛生署已成立「行政院衛生署雙和醫

⁸² 公立醫院私有化的做法上有三個優先次序：規劃中及興建中之公立醫院因無人員安置問題，故可優先委外私營；營運中之醫院則加強輔導以求效率之增加；績效差者可考慮委託或多元化經營（例如轉型為長期照護中心）。

	院推動小組」進行規劃作業，如若「促進民間參與公共設施法」能順利在立法院通過，預計該院將採 BOT 的方式，而衛生署中部辦公室也將具體提出關於台北縣中和的省立雙和醫院 BOT（興建-營運-移轉）方式的相關方案及公告作業。
6.新營醫院北門分院	於 1999 年一月十五日成立，由於所在地區較為偏遠，醫師招攬不易，現有員工只有三十二名，因此成立至今約一年仍遲遲未能順利開辦。目前將全面朝委託經營的方式發展，委由台南地區的財團法人醫院來經營。
7.屏東醫院	實施半開放制度 1999 年七月間屏東一家私人醫院出現財務危機，該家醫院員工自組救濟醫療團隊並與屏東醫院洽商。形成公民合營的合作計劃已於 1999 年八月一日完成訂約，採部分開放醫療業務模式，酬勞按服務量提撥方式給付。
8.嘉義醫院	新醫療大樓於 2000 年初完工，行政院衛生署特別組成「嘉義醫院新醫療大樓營運規劃小組」，研商將該院朝向「公民合營」的經營管理模式辦理。
9.縣立岡山醫院與縣立鳳山醫院	第一家縣立醫院公辦民營，委託彰化秀傳紀念醫院經營，2000 年高雄縣政府與彰化秀傳紀念醫院簽約，全國第一家縣立醫院公辦民營就此成立。成為臺灣醫療史上第一個正在營運，已有員工，且為兩家縣立醫院同時委託民營的 BOT 案。（另一家為縣立鳳山醫院—高雄長庚紀念醫院經營）。
10.台東醫院關山分院	台東縣關山鎮地區偏僻，醫療資源嚴重缺乏。原先慈濟醫院預計將再該地興建一所五十床分院，而衛生署台東醫院也將興建一所一百床分院。基於整合醫療資源、提昇醫療水準，衛生署擬將台東醫院關山分院建地以價售或 BOT 轉由財團法人慈濟醫院作整體規劃，即是將合併建造規模一百五十床之醫院，以提供更周全的醫療服務。屆時政府將可省下建院之建築費約二億元、設備費七萬元以及日後營運之維護與人事費約每年六千萬元。不但可降低公預於算的支出，減少政府財政壓力，還可使醫療資源發揮最大功能，充份照顧偏遠地區民眾。

資料來源：整理自白佳原、王銘雄、張鈞萍，2003，以及楊漢淥，2000。

在高度市場化的競爭環境裡，由於公立醫院被以企業績效指標來評價的結果是，公立醫院被描述為面臨了許多「問題」。然而自不能將所有公立醫院一概而

論，因為市場派學者評價為負面的公立醫院通常是「績效」差者⁸³。績效不佳導致的虧損由於尚仰賴國家公務預算補助，市場派學者便認為公務預算之膨脹將會危及政府財政。根據經建會委託研究的一份醫療體系評估報告中指出，省市立醫院經常門決算從 1985 年的 16.9 億元上升至 1988 年的 28.4 億元（經建會全民健康保險規劃小組，1990:12）。更重要的是，對經濟官僚與市場派人士來說，公立醫院「績效差」的問題被理所當然的當成私有化的藉口；相對的，部份委外經營的醫院則常被市場派人士視為績效在民營化後提升的成功案例。對於這種新自由主義績效主義的駁斥，已在上一節討論「效率」問題時說明，更重要的是在此指出：這些私有化論述的目的在於縮減政府在醫療地帶的職能與責任。

2000 年民進黨執政後以「新中間路線」包裝，實則加速推動國民黨時期既定的自由化與私有化政策。這表現在以 2001 年民進黨籌辦的「全國經濟發展諮詢會議」（簡稱經發會）中的決議作為國家機器與資本家妥協的經發會共識⁸⁴。在落實經發會共識上，國家機器更扮演了積極促進私有化的角色（苦勞工作站，2002:11）。正如經發會共識中，以政府再造之名積極推動各項私有化議程及落實經發會共識，透過私有化對私人資本補貼。民進黨執政後國家機器重用經濟官僚的情況來看⁸⁵，在衛生醫療部門的改造工作也接續私有化轉型，此也顯示民進黨的資產階級屬性。2002 年行政院組織改造推動委員會執行長葉俊榮將公立醫院標定在四種選擇方案：去任務化、地方化、法人化及委外辦理（葉俊榮，2002）。行政院組織改造推動委員會下設行政院公立醫院多元化經營專案小組，則由胡勝正當召集人，規劃多種形式的私有化方案：改制法人、公民合營、委託民營、以及開放經營⁸⁶。衛生署則在 2002 年成立成立衛生署醫院營運諮議小組，精簡署立醫院人力；達成公務預算逐年刪減 5-10%，自給自足之目標。這些衛生與經濟官僚聯手將所屬公立醫院導向自給自足，透過引進私部門來承攬醫療保健任務，其目的是藉私有化的移轉以降低國家財政對公立醫院的補貼。

從 1990 年代到 2003 年，我們從整體醫療保健支出中的政府部門醫療機構支出之金額與佔率，可以看出私有化使政府在醫療供給面挹注之萎縮。表七顯示，1981 年時為 229 億元，到了 2003 年時只有 29.9 億元。這說明了國家機器正在削減公立醫療機構的經費，在醫療供給上已不再是政府衛生部門的重點，而逐漸在

⁸³ 目前公立醫院所屬體系分散為五類：行政院衛生署所屬醫院、退輔會之榮民醫院體系、國防部所屬軍方醫院、教育部所屬公立醫學院校附設醫院、以及地方政府所設醫院。而台大與榮總等規模較大之醫院通常也因服務量較大，在市場派的企業觀點中便無「績效」差的問題。

⁸⁴ 從經發會決議的內容來看，顯示民進黨政府以私有化政策架空公產以補貼財團。有關政府補助企業的條文可參考投資組共 18 條，產業組共 35 條。

⁸⁵ 從經發會共識內容來看，以產業組為例，其多半是以獎勵財團資本與公部門私有化為主。

⁸⁶ 公立醫院法人化後其預算仍可得到政府補助，但財務預算受審計監督而不須受立法院監督，這種財務的鬆綁是經建立特別法或修改醫療法規來取得。市場派官僚在檯面上主張的公立醫院自給自足，藉由公立醫院法人化實際卻又補助了醫院的企業化。2002 年行政院組織改造推動委員會通過了行政法人建置原則，2003 年則擬定「行政法人法草案」，也是為落實經發會共識。

去任務化。

表七：醫療保健支出中之政府部門支出金額

單位：百萬元

年別	政府部門醫療保健支出中醫療機構經費			
	合計	衛生行政單位	醫療機構	其他政府部門
1991	39108	9645	25295	4168
1992	43912	12317	26408	5187
1993	48118	12363	29049	6706
1994	49770	11569	30338	7863
1995	48068	11840	28974	7254
1996	45622	12489	27019	6115
1997	42765	12670	24147	5949
1998	42174	15827	19082	7265
1999	43336	20041	15916	7379
2000	44057	21048	16556	6416
2001	49019	26112	13737	9170
2002	44209	27214	8866	8128
2003	43584	28817	7406	7362

資料來源：衛生統計資訊網，網址 <http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>

2000 年時任衛生署疾病管制局長的涂醒哲對公立醫院存廢的觀點，同樣反映了國家在衛生醫療任務概念的轉變：「公立醫院可以民營化，公立醫院可以廢除，但是公家醫師確有存在的必要性與實際需求性。」但是公家醫師只做私部門醫療工業不院做的冷門科別或公共衛生業務（涂醒哲，2000:47）。其目的同樣是在公立醫院私有化之下，以節省政府在人事的公務支出。衛生署鬆綁公立醫院的人事任用制度，亦規劃解除對公立醫院醫師、護士缺額之管制。國家對公立醫院的鬆綁政策，解除管制，已使公立醫院與一般私立醫院幾無差別。於是形成了國家在醫療地帶的最小供給的意象，即涂醒哲所說的：「只有公家醫師，沒有公立醫院。」公家醫師僅負責公共衛生與冷門科別。在這種解消國家的意識型態下，國家在醫療地帶的社會職能的意義也就逐漸退回到公共衛生領域。

在如涂醒哲這樣的經濟官僚（即使他曾擔任衛生署長）眼裡，公立醫院在過去所具有的反市場性質是不可欲的，因為在 80 年代以後這種反市場性質會成為醫療產業化（或商品化）的絆腳石。公立醫院的去任務化與私有化助長了私有化醫療工業發展，即將原先由政府承擔的衛生醫療任務交給私人醫療工業包攬，擴大了醫療工業市場的發展規模⁸⁷，實質上也是政府對醫療工業（主要是私部門）

⁸⁷ 在發展私人醫療工業的政策轉為積極性的情況下，市場派經濟官僚便認為績效不佳之公立醫

的一項資本補貼⁸⁸。根據張晉芬（1999）考察台灣公營事業所有權轉移的研究時指出，私有化導致的社會效益是強化了資本階級利益。由於醫療工業是資本密集的產業，公立醫院私有化後等於形成國家資助私部門醫療工業的一扇旋轉門，其後果同樣是強化了醫療工業的資本利益⁸⁹。

隨著國家從醫療供給面的退場而轉向社會醫療保險的籌資，也意味著醫療保障成為國家機器的醫療的責任移轉到成為須透過購買的消費性商品，整個過程則是以國家機器的市場化為表現。在國家醫療機構再造的市場化轉型下，1995 年全民健保的保費籌集形成公民的購買醫療服務的資金，那麼國家如何籌集全民健保的資金，以及國家在整個健保保費中的角色是擴大或是縮小的問題便更為重要，這將擺在第四章分析。

3.3 對醫療價格是管制還是放任？— 國家在醫療工業與勞保之間的角色

在第二節裡我已說明了醫療網計畫雖然是國家以干預或調節的角色介入了醫療工業市場，但國家的調節角色卻是將之轉軌至一個市場化與私有化的醫療地帶。更細緻的看，醫療市場化轉折下的國家機器角色同時具有增強與弱化雙重特質。一方面是受到美國霸權等外部力量的影響（諸如跨國藥廠透過美台貿易談判、醫療工業硬體採購等），國家機器在對這個壓力的回應上傾向弱化與順應。在這個意義上表明了資本主義全球化下國家主權受到嚴重削弱。

但是另一方面我們也看到，在國家發展政策採取私有化與市場化方向後，國家機器對於促進私有化醫療市場的角色也顯得增強了。不過，在 80 年代醫療工業私有化與市場化程度擴大下，並不意味國家對醫療工業完全解除管制措施，這主要是因為社會保險中醫療保障的覆蓋面在 80 年代逐漸擴大。社會保險部門（主要是勞保局）的醫療給付制度形同對相關的醫療工業產生了高度的制約作用。從這角度來看，我們可以說，政府對醫療工業中的規約角色的增強，是與社會保險覆蓋面同步發展的（林國明，1997）。社會保險被保險人口佔總人口數從 1980 年的 20%到 1990 年的 50%，相對而言等於是自費醫療市場的萎縮以及國家透過社

院將抑制民間醫療機構發展的考量。例如葉俊榮（2002）所說：「公立醫院若不具競爭力或服務量能，將有尸位素餐情形，一方面抑制了民間醫療機構的發展，一方面無法滿足民眾的醫療需求。」

⁸⁸ 根據葉俊榮（2002）的解釋：國家機器的四化（去任務化、地方化、法人化及委外化）概念在於民間可以做的，政府不做；地方政府可以做的，中央政府不做；而法人化可能是去任務化的過渡階段；委外化就長遠來看也應進一步考慮去任務化的可能性。值得注意的是，法人化的政策目的是企業化與去政治化，但由於辦理的業務仍屬國家任務，雖民間也許可承接這些公共任務，但可能無法自給自足，因此「仍不排除國家補助的必要性及可能性。」這也說明了國家機器經濟官僚在公立醫院組織改革的目的是挹注與發展私部門醫療工業。

⁸⁹ 這也顯示新自由主義意識型態之矛盾，一方面主張削減政府部門的醫療保健支出，另一方面又主張對私部門醫療工業的補助。對醫療工業補貼的具體形式包括前節的稅賦減免，以及經發會共識中對生物科技產業與鼓勵醫藥工業的民間參與，其利益則來自健保醫療給付或自費購買。

會保險醫療給付對醫療工業的管制也在增加。

勞保初期的特約皆由公立醫院包辦，之後隨著私部門醫療市場的擴大，1970 年代初勞保特約承辦條件也漸放寬。一些私立基層診所開始加入特約，1970 年代晚期至 80 年代私立醫院的成長而有許多私立醫院陸續加入特約。勞保局透過教學醫院評鑑⁹⁰，將醫療給付價格分級，由於通過教學醫院評鑑的醫院可和勞保局洽談給付標準，當時的雙元給付制度對大型醫院與教學醫院有利，從而促使醫院規模大型化。第二章已分析過，私部門醫療工業在醫療體系中的擴大，是因為勞保覆蓋面的擴大以及雙元給付制度而發展起來的。

隨著醫療給付的擴大造成的醫療費用支出增長，以及雙元支付制度被醫界認為是不公平的支付制度，這些因素都促使勞保局調整勞保醫療支付制度。首先，在抑制醫療支出的問題上勞保局首度實施了被保險人的部份負擔制。1983 年勞保局試圖以修正勞保條例以部份負擔（勞保被保險人負擔掛號費全額及門診醫療費用百分之十）來降低醫療支出，其後以勞工全額負擔掛號費先實施⁹¹。自此以後，但是掛號費僅是由勞保局規範下限，其上限則由醫院自行訂定，掛號費等於是診查費之外的被保險人自負額。其後，隨著 1986 年醫療法將醫療機構的收費標準制度化，1988 年勞保局更修正勞保條例施行細則部分條文，取消勞保特約醫療院所掛號費收費標準，將由各醫院按現行規定自行調整⁹²。這就形同將掛號費視為勞保醫療給付之外的市場體制來定價。1989 年底省醫師公會決議於 1990 年起全面提高勞農保門診掛號費為新台幣 50 元，其後北、高兩市醫師公會也跟進。事實上在省醫師公會決議之前，早有許多勞保特約醫療院所提高掛號收費，1989 年台灣省總工會曾向勞保局反映，但當時勞保局已只能成為建議者而不能為規範者⁹³。衛生署 1990 年 11 月更以行政命令決定掛號費由醫療院所自行訂定，並明列為醫療行政費用。掛號費劃歸醫療行政費用而非醫療費用，等於是不再受醫療法的約束⁹⁴。

醫療院所與工人團體對掛號費爭議所挑起的關鍵問題是，政府和醫療工業市場對醫療價格干預的拉扯。掛號費之所以成為市場定價而非政府定價，是因為醫療院所認為勞保給的醫療給付偏低。1984 年起勞保局則著手修訂醫療支付標準。到了 80 年代晚期政治反對運動多次選舉中以全民健康保險作為政見，政府也逐漸以整合勞保、公保、農保等各類社會保險的醫療保障給付的需求也就更為迫

⁹⁰ 教學醫院評鑑之指標側重醫療人員與硬體，醫院越大，層級越高，其與勞保局洽定之醫療給付價格就越高。

⁹¹ 1985 年起一般特約勞保診所掛號費由每次五元提高為二十元。門診診查費與住院診查費則分別每次每日二十五元及四十五元，各提高一倍，分別為五十元及九十元。而掛號費由勞工自付，診查費則由勞保局支付。參閱 1985-01-01/聯合報/第三版。

⁹² 參閱 1988-09-15/民生報/23 版/醫藥新聞。

⁹³ 參閱 1989-12-20/民生報/23 版/醫藥新聞。

⁹⁴ 醫療法第 17 條規定：醫療機構收取醫療費用的標準由省(市)衛生主管機關核定。

切。而從 80 年代中期到晚期這段期間，醫療院所對勞保給付也一直有微詞，這使得甲乙丙表的公佈一再延緩。1988 年 7 月 5 日公勞保醫療院所協會至衛生署、勞委會、立法院及國民黨中央黨部請願，促請政府有關單位秉同工同酬原則，儘速合理調整勞保醫療給付。1988 年 8 月 1 日勞保局提出診療支付標準草案(即甲乙丙表)⁹⁵，此新修訂的甲乙丙表，目的在採同病同酬原則以縮小醫療技術費用的差距，並藉此革除過去個別洽訂診療費用所導致的弊端。雖然甲乙丙表提出了縮小不同層級醫院的醫療給付差距，每年醫療給付則將擴增，但仍持續受到不同層級醫院的反彈。

大致來說，乙丙表是提高過去對中小型醫療院所的給付水平，而甲表則是縮減以往個別與勞保局洽定的大型醫院的給付水準。醫療院所在勞保醫療給付制度上仍存在不同的利益。80 年代末到 90 年代初各種醫療團體協會陸續成立，形成了醫療工業市場在國家醫療地帶的力量。例如 1987 年五百多家中小型醫療院所成立了「中華民國公勞保特約醫療院所協會」、1988 年 5 月「中華民國私立醫療院所協會」籌組，並於 1990 年五月十二日由洪文棟、張錦文、莊逸洲的運作下成立。這些醫事團體針對甲乙丙表給付內容發動了多次請願活動，並與政府協商。但這兩大醫事團體的利益也隱含衝突，公勞保特約醫療院所協會所訴求的主要是提高對中小型醫院的給付，儘快實施乙丙表⁹⁶。1989 年 11 月勞委會先公佈乙丙表實施，但原本與勞保局採個別洽定支付標準之大型醫院仍持續反彈，致使甲表無法與乙丙表同時施行。私立大型醫院在「中國台灣私立醫療院所協會」積極參與勞保甲表之修訂，期間甚至曾脅迫以逕收勞保差額和長庚醫院停辦勞保等手段抵制甲表，使得甲表歷經 18 次修改才於 1990 年 5 月公佈定案⁹⁷（范國棟，2003）。

勞保甲乙丙表的構作與實施形同國家對醫療費用定價，但至 90 年代初，這個定價仍由勞保局為之。醫療工業對國家機器的協商雖缺乏制度化管道，但比起工人團體，醫界有更多代表其利益的立法委員向勞委會質詢並爭取再修訂甲乙丙表給付之提高⁹⁸。仍促使醫療工業在成本和預算制度的強化⁹⁹。醫療工業在社會保

⁹⁵ 甲乙丙表是依各級醫院的治療能力，訂定適用的診療項目及支付點數。其中，甲表適用於醫學中心及區域醫院，乙表適用於地區醫院及地區專科醫院，丙表適用於基層醫療院所。民生報/1988-08-02/23 版醫藥新聞。

⁹⁶ 1988 年 7 月 5 日公勞保特約醫療院所協會動員醫師進行抗議，既是針對勞保雙元給付制之不公，也是在反應勞保支付之「偏低」。參閱 1988/7/6/聯合報/？版。另外也可參閱 1989-08-01/民生報/23 版。

⁹⁷ 新的勞工保險診療費用支付標準表自 1990 年 7 月起實施。爭議最久的甲表經修正後，勞委會同意提高項目達 3012 項；負擔 3% 診療費用為教學成本；及提高重症、放寬慢性病的給付。預估此一支付標準，一年將增加勞保醫療支出新台幣 70 多億元。參閱 1990-05-11/民生報/23 版/醫藥新聞。

⁹⁸ 洪文棟為建成醫院院長、醫師立委潘至誠、立委桃園敏盛醫院院長楊敏盛、醫界立委黃明和等。

⁹⁹ 參閱 1990-02-24/民生報/23 版/醫藥新聞。中華民國私立醫療院所協會籌備會訂出醫院成本，並將結果呈交給衛生署和勞委會。

險範限下不僅調整管理機制，也設法向國家施壓（例如以拒辦勞保或拒診的方式），以使向勞保被保險人要求差額負擔合法化。學者楊志良建議勞委會應掌握醫療院所的成本分析，但醫療院所的成本會計長久以來一直是黑箱¹⁰⁰。

勞委會就勞保醫療價格的定價政策所遭遇的醫療工業阻力，也是因為管制醫療價格尚未成為衛生署的權責。誠如當時勞委會主委趙守博所言：「醫療服務的合理價格，本是衛生署應制定的，勞保只要照付就好。現在由於衛生署未訂標準，勞委會訂甲乙丙表成了箭靶，我也不願意。誰願意成為箭靶？」¹⁰¹ 衛生署在當時並不認為如此，而是將醫療價格視為地方衛生機關的權責。這似乎說明了國家機器在衛生署與勞委會兩個社會部門中出現了不一致的立場，其中衛生署似乎偏向重新評估對大型醫院給付的甲表內容，以保障醫院成本¹⁰²；而勞委會則傾向抑制勞保給付。整體來看，政府對在勞保醫療費用逐漸高度成長的問題上開始注意，並透過甲乙丙表進行調節，但 90 年代起的新的甲乙丙表仍未能有效抑制醫療費用的增長。這也使國家開始考量縮減國家在醫療服務供給的福利角色，並提高勞工醫療費用負擔的份額。勞委會對甲乙丙表的價格管制與衛生署將掛號費的去管制之後，經建會也同時開始設計醫療費用的部份負擔制¹⁰³，並預計在全民健保政策中實施。

從 80 年代中晚期以後國家對醫療工業與對人民醫療保障的關係來看，如何指認國家機器之性質呢？政府對醫療價格的管制（或去管制），反映了國家機器在醫療地帶扮演的角色。甲乙丙表的國家定價與掛號費與自付額的市場定價成了另一「**雙軌**」的醫療價格政策。一方面政府的管制角色與去管制的雙重角色正突顯了一個政治意涵。另一方面對於掛號費去管制（排除在醫療價格的政府管制之外）所延伸到健保政策的部份負擔，可視為國家對醫療費用朝向加重消費者的個人責任，而同時國家卻放鬆了節制醫院的責任。對於後者，由於醫療院所財務與成本分析缺乏對公眾公開透明化，也使政府與醫療院所團體的協商達成的給付內容雖具有管制意涵，實則是國家向醫療工業資本偏移。表面上醫療價格管制雖有緊縮與鬆放，但工人團體或消費者卻於其中居於劣勢。隨著 1980 年代晚期以後勞保覆蓋面的擴大，與 1980 年代以前相較，由於對醫療價格的部份自由化（掛號費）導致醫療消費者責任增加，國家在人民醫療保障上的責任正逐漸在淡出。相反的，國家對醫療供給面（醫療工業資本）的角色則轉趨重要，這表現在國家在協商中對醫療院所成本的挹注或保障。

林國明（1997）認為 1985 年到 1988 年之間國家雖邀集各大醫院與醫事團體徵詢醫界對勞保給付之意見，但這並非制度性的協商，而是在威權主義的行政制

¹⁰⁰ 參閱 1990-01-22/民生報/23 版/醫藥新聞。

¹⁰¹ 參閱 1990-01-14/聯合報/04 版/焦點新聞。

¹⁰² 1990-04-10/民生報/23 版/醫藥新聞。

¹⁰³ 參閱 1991-01-03/聯合報/06 版。

度遺緒下國家機器對醫療院所的一種強制干預。蔡篤堅（1998）則認為這段時期國家統治性質（對醫療工業的干預）雖然是複製了美國自 1970 年代起的市場導向的醫學政治論述與醫療財務管制¹⁰⁴，但卻也因國家的醫療費用控制誘使醫界「發展一套符合經濟邏輯思維的方式」。醫事團體在與國家協商過程中的利益矛盾雖造成醫師公會一再的分裂，但醫療院所並非毫無斬獲。就本節討論的國家逐步開放部份負擔或自付額，以及放任掛號費市場自由化定價的作法，便很難說是國家對醫療工業的干預是威權主義性質在增強，反倒可視為是國家對醫療工業的傾斜。

事實上，蔡篤堅對 80 年代中晚期到 90 年代健保政策開辦後的國家性質的描述頗為正確，國家向市場導向靠攏也正反映了 1970 年代中晚期到 1980 年代美國醫療論述在醫療調控的作用。若具體的指認美國的醫療政治的特徵，舉凡國家緊縮與管控以避免福利支出擴大、同時指向消費者部份負擔與自付額的措施，皆屬新自由主義意識型態之倡議。

更重要的是，林國明與蔡篤堅等學者對國家性質的論點其實都忽略了 1980 年代起醫療供給面市場中的變化：即 1970 年代晚期到整個 80 年代，醫療工業的私有化程度是在持續提高的。雖然他們都看到醫療團體的力量在解嚴後形成了一鼓政治力量，但卻沒有指認出這主要是由私人醫療工業資本的政治力量。這是因為他們皆將此期國家干預所面對的不同醫事團體之矛盾指向層級（醫學中心、教學醫院、區域醫院、地區醫院以及基層診所）的畫分，相對的忽略了國家機器面對的醫療工業有權屬別（公立與私立）的差異。事實上，國家對醫療價格的干預是針對當時已高度私有化的醫療體系，但就政治資源而言，醫事團體比勞工或消費者團體更為豐富。財團化與大型化的醫院已在政治面向上具有極大影響力，而多位醫界立委也是醫療工業利益的促進者。此情形並非如林國明所言，醫事團體與國家之間的協商缺乏制度化管道。或者應該說，政治管道比制度化管道更有效。

私有化的醫療供給體系對 80 年代以後勞保覆蓋面擴大與全民健保的開辦早有預期，亦即對政府透過社會保險對醫療價格的制定與干預早有預期。這是為什麼一個後福特主義生產有必要的理由。政府一方面須有效限定了醫療價格的不合理成長，私有化了的醫療體系就必須在利潤率上進行管理變革，這就是為什麼醫院預算管理與時間周轉率等須加速的原因。對 80 年代晚期的公立醫院體系亦然，前節分析公立醫院的私有化逐漸成為既定政策，使公立醫院也預期未來政府補助的公務預算將逐漸縮減。在這種情況下，也等於使公立醫院站在與私立醫療院同樣的立場，透過醫事團體向國家爭取更有利的醫療給付¹⁰⁵。但另一方面，80

¹⁰⁴ 1972 年美國通過了 HMO 法案，將醫療保障以市場競爭機制，政府則在預算上抑制醫療福利支出。

¹⁰⁵ 公立醫院曾在甲乙丙表中與私立醫院同一陣線，台大、榮總、三總、長庚、馬偕、高醫等醫

年代的國家機器在民主化要求下有意逐步擴大醫療保障，但卻又受美國新自由主義醫療政治論述之影響而轉向新自由主義的調控意圖縮減勞保支付並擴大勞工醫療消費者的個人責任。在這樣的情況下雖造成醫事團體的不滿，卻也因醫療工業界因握有政治資源才有機會讓國家開放部份醫療價格自由化，放任給醫療工業市場自行定價。

國家機器的技術官僚在價格去管制化上也扮演了積極促進的角色。在 90 年代以前，對於醫療價格的去管制議題，社會部門（衛生署與勞委會）尚對工人團體有所回應，或以工人團體醫療保障的立場與醫療工業協調。但到了 90 年代初期以後全民健保政策的構作階段，社會部門已先被邊緣化。不僅健保規劃已交由財經官僚主導，國家機器對普及醫療保障的政策方針也選擇了縮減福利供給角色。例如蔡篤堅與李玉春（1998）就指出，1997 年徐立德領軍的健保修法小組所決定的修法方向的會議，不包括衛生署長或醫療衛生相關人員。因而蔡認為新的財經官僚接手全民健保的論述權，並具有排除醫界科技官僚論述效果，這也使得 90 年代財經官僚的崛起使醫療保障也朝向反應私人資本利益的方向。蔡清楚的勾勒戰後美國與台灣醫療衛生思想的殖民與被殖民的關係仍在延續，這表現在 90 年代健保政策下擴大了市場機制作用。關於健保政策構作與實施更詳細的分析留待第四章。

第四節結論

在本章，筆者透過 1980 年代左右台灣遭受逐漸增強的美國貿易談判壓力，來說明台灣資本主義發展的自由化與市場化轉型。在醫療地帶，美國霸權迫使台灣威權主義國家機器的自主性弱化，這表現在對美擴大採購、降低關稅、以及修改專利法以保護醫藥專利。在市場化的經濟發展方針下，國家的衛生部門及社會部門在相關醫療政策的調節也產生轉變。醫療網計畫對鼓勵私立醫療工業投資，同時，公立醫院在有限擴充的同時也進行績效管理的企業化改造。在醫療工業推動的市場化與私有化措施標誌了此期國家機器從威權主義調控到新自由主義的轉型。

醫療工業在醫療網計畫的醫資源規劃與佈建所打造的市場化，未能有效縮減醫療資源分佈不均的問題，反而形成醫療資源集中化與醫院的大型化。雖然在社會與政治反對運動的壓力下，解嚴後對醫療保障普及的社會要求也使國家暫以擴大勞工保險覆蓋面來因應。隨著社會保險醫療保障需求的擴大，國家就必須同時對醫療供需結構進行相應的調整。對於醫院的大型化與資源集中化，原本國家試圖以勞保甲乙丙表的支付制度修補已扭曲的醫療體系生態，但卻仍在市場力量反

學中心代表，曾在長庚醫院集會探討如何爭取合理的甲表給付標準。參閱 1990-01-09/民生報/23 版/醫藥新聞，〈公立醫院 不甘落後，爭取勞保給付 日趨積極〉。

彈下多所妥協。而私部門醫療工業由於仰賴勞保醫療費用之挹注，同時也促使醫療資源集中化與大型化的問題繼續懸而未決。

此外，本章還以藥品的管制為例，藥品價格與相關的管制在市場與國家之間拉距。平行輸入（即開放藥品自由進口）政策作為抑制藥價的手段，卻是在自由貿易的架構下衛生署被迫配合的政策調整。自由貿易的藥價政策不僅使國家醫對藥品價格定價與抑價上收效，也使藥政管制遭遇困難。強勢的抑價政策也在等到健保政策，藥價基準與調整才出現。這也間接說明了國家機器自主性受到貿易自由化與全球化的威脅而弱化。

醫療工業的市場化與私有化運動也激起社會的反市場運動。政府對勞保醫療給付的調整過程中，私有化的醫療體系雖有利益衝突卻多次向政府部門以政治管道協商，並要求政府以提高被保險人的部份付擔、自付差額、與掛號費去管制化等的措施著手。而對工人團體雖意識到醫療保障在緊縮，也對掛號費漲價的向政府與醫療院所抗爭，但卻無法對醫療價格逐漸市場化提出有力的反擊論述。從結果來看，90年代健保政策的形構時，國家機器在勞保醫療支出大幅成長與醫療價格政策的經驗，開始訂定以新自由主義者主張的限定總醫療支出的策略，也意味國家福利角色被加以限定。同時，醫療費用的負擔有更多措施是透過使用者付費的部份負擔機制來調節。從結果來看，社會的反市場力量遭到挫敗，也等於說明了國家向醫療工業市場的偏移。

更重要的是，台灣的醫療工業市場化運動體現了資本主義全球化運動中的一環，市場化了的醫療工業成為後福特主義彈性化積累發展的一個重要服務工業部門。許多學者都認為，由於服務工業（Service Industry）部門可以透過信息密集與科技來擴大其資本積累，服務工業產值在資本主義全球化的過程中已普遍超越傳統工業而成為一個重要部門（Harvey, 2000；Barber, 2001）。巴柏（Barber, 2001:81）認為服務業是個模糊的範疇，更細緻的看，其包含了基礎工業部門和從工業部門衍生出的以服務為導向的次部門。巴柏將服務業再分為三個關鍵的次部門是：傳統服務部門（traditional service sector）、體系促進部門（systems facilitation sector）、以及新科技信息部門（new information sector）。醫療保健業雖屬於傳統服務業部門，但透過為企業體服務的促進部門，以及新的科技信息部門醫療工業可以說具備了服務工業的典型特徵，整合了各個服務次部門。對哈維來說，後福特主義積累制其實也在很大的部份是再強化了福特主義生產制。

提振醫療工業市場漸成為國府在工業發展政策的重點工作，這必須拉到上述資本主義發展的脈絡來看。整個80年代因國家醫療工業市場化方針，諸如醫療工業的運用高科技、工作外包制、績效管理、勞動力的彈性化，以及對公立醫院的鬆綁等措施，替代了福特主義式的「僵化」、生產投入與產出的傳統會計管理

效益指標，以資本利潤的彈性積累為考量，都說明了台灣資本主義發展也走向後福特主義彈性積累制的路徑。到了 90 年代以後，台灣的國家建設計畫與促進產業升級的政策中，醫療保健已成為一項受到經濟官僚重視的服務工業，這正是以 80 年代的醫療體系市場化為基礎。

第四章 全民健保政策的新自由主義醫療改革（1990 年以後）

「由健保局自行採購，配送予醫療院所，以徹底解決價差問題。卻可能需面對外國藥商發動要求開放自由市場之國際壓力；且藥品由健保壟斷獨買，反扼殺未蒙採購藥廠之生機。」
監察院，《總額預算對民眾權益案調查報告》

台灣的醫療資源有限，與其為達控制醫療費用的目的而處處限制醫療市場發展，進而影響民眾就醫品質，不如開放多元競爭創造有效率的市場，甚至開創新興市場以賦予台灣醫療衛生體系新生的活力，同時以公權力要求社會上每一個人負擔相對的財務責任來照顧所有民眾，並確保每一個人基本受醫權利及品質，以政治術語表示即是以右派的手法實現左派的理念，此理念與新普通主義不謀而合，亦即新中間路線¹⁰⁶。

2005 年。曾任衛生署署長，奇美醫院院長，總統府國策顧問 詹啟賢

個人責任的提倡在福利國家的論述中雖彷彿空谷足音，但這本是「天助自助」傳統價值的體現，也是防止健保財務惡化最佳的對策。

陳孝平、陳啟華

第一節 導言

西方社福界在觀察台灣與西方福利體制發展時，把台灣的福利體制發展歸類為東亞模式，以其來說明台灣福利體制發展相較於西方而言是後進的。當西方凱恩斯福利國家透過社會保障政策讓政府的社會職能擴大時，台灣威權主義國家機器在社會福利供給的角色上還未能積極擴大。但是到了 1990 年代起，最大的一項社會政策－全民健康保險政策的構作與實施，從某種程度來看似乎是讓政府有機會擺脫後進福利國家的帽子。然而全民健保政策被納入政策議程時，正值西方凱恩斯福利國家受到新自由主義全球化的影響而走向削減福利支出的時期。因此，全民健保政策的出現不應僅被視為是國家威權時期的社會政策的歷史制度遺緒，而應將全民健保政策擺在資本主義全球化發展的脈絡下來理解與分析。如果說在新自由主義全球化之下，福利國家遭受了嚴重的弱化與民族國家的式微，台灣全民健保政策在其中的構作、實施以及改革中表現的是國家福利性質的擴大還是萎縮？在新自由主義的市場化之風潮下，全民健保政策中的國家在醫療保障的民眾健康與醫療工業市場之間進行了什麼樣的干預，其反映的階級意涵為何？

歷史的看，健保從構作到實施一直反映了衝突矛盾的過程。國家機器在 1980 年代晚期逐漸卸下威權主義色彩時，遭逢國際上經濟自由化與政治自由化的雙重壓力，前者是以解消國家干預並追求市場化與私有化的資本主義全球化背景，後

¹⁰⁶ 引自詹啟賢，〈健康體系改造 何去何從？〉，2005/01/01，中國時報論壇版。

者主要是由於 1980 年代的政治反對運動與社會運動的衝撞。而健保政策之所以一再被迫提前，不只爲了回應普及公民健康權的社會需求，同時也是爲了協助醫療與服務業的市場化運動。這是因爲，隨著健保擴大了醫療保健需求，雖然在相當程度普及了健康權，但醫療工業也逐漸成爲在台灣資本主義發展中的新寵兒。從這個角度來看，健保政策其實也可以說是加速或擴大醫療工業市場化與企業化的催化劑，但就連健保體制本身也一直處在市場化與私有化的威脅當中。

第二節先重新梳理健保政策在構作過程與各種論述意涵，目的在指出新自由主義的私有化與市場化論述對健保政策的影響。可以將健保論述區分爲三種：右派的自由市場多元福利論述、左派的公醫論述、以及新中間路線。新自由主義的自由市場方案主要攻擊的是以國家出資保健經費和提供醫療服務的公醫制方案，最常見的健保論述是俾斯麥的社會保險制，值得注意的是在 1994 年工運團體曾提出以公醫制的健保法案。在健保政策到底是「福利」還是「保險」的論述拔河中，其實還有以「中間路線」之名的論述隱晦地出現於爭論當中。更重要的是指出，主張妥善調合市場力量與國家力量的第三條路其實主要仍是新自由主義的論述修辭，其作用是使私有市場的發展更爲活躍。市場派論者更經常以「福利多元化」作爲修辭，將國家的角色也加以市場化，這樣的論述在 1997 年健保民營化政策中特別明顯。台灣全民健保選擇的社會保險模式的歷史脈絡，並非純爲國家制度遺緒可以解釋，而是國家機器在資本主義全球化的經濟發展考量下，以壓制階級民主運動的政策選擇。

從健保在全國醫療保健支出中所佔的比重，以及實施近十年來的變化，皆可說明政府在醫療供給與人民醫療保健消費兩大塊上的經費都在縮減。若透過跨國比較，政府在醫療保健支出中的份額也可說是最低的，這都說明了國家在衛生保健職能上的嚴重撤退。而如今，家庭部門負擔的醫療保健支出已回升到健保開辦前的高水平。國家在福利供給上的萎縮，也確立了國家機器的新自由主義轉型。另外，歷經 1980 年代中期爲健保政策鋪路的醫療網計畫，此後公部門醫療與私部門醫療供給面差距也逐漸拉大，倒轉了自 1970 年代以來以公立醫療院所爲主的醫療供給面市場。這個情況已頗似 1980 年代的英國國民健康服務改革後，開放私人醫療院所承接國民保健服務的準「內部市場」。公部門的醫療供給逐漸「去任務化」，而以私部門爲主要供給面，國家則主要負責籌集醫療保健資金，質言之就是買方與供方分離，國家不再抑助醫療供給面，僅由政府代表買方籌集與管理健保財務。

由於健保開辦初期沿襲勞保論量計酬的醫療給付機制，已使醫療費用支出持續大幅上漲。由於健保在全國醫療保健支出中包辦了近六成的份額，健保支出的高漲也就提高了整體醫療保健支出（NHE）。對於全民健保支出高漲也很快的造成健保赤字，並迫使國家在健保支出（醫療價格政策）有所調節。國家雖多次對

醫療工業提出多種抑制或穩定價格的策略，卻也遭遇來自國內外醫療工業的反彈。其中更包括美方從 80 年代以來且持續至今的貿易壓力。由於新自由主義者所在意的是政府的健保費支出份額增加將會壓縮到其他財政支出，這種意識型態使得國家很快的學西方各國設定了總額預算制，以與經濟成長率連動的方式給健保支出設定了封頂線。

在第三節，筆者將討論健保的兩個節流機制：總額預算制與藥價調整政策。總額預算制使自 80 年代以來的市場化的醫療體系不均發展的生態更形惡化，不僅促進了醫療工業與醫院大型化，同時也使許多地區醫院與醫療資源閒置，造成整體的社會效益低下。另外醫療工業市場化發展也造就了醫療消費化與商品化。雖暫對抑制醫療價格產生一定效果，但總額制下的醫療市場化也產生一些後遺症，諸如病患成人球、醫師開藥受限等；而上層階級者則能享有高級的醫療照護。至於藥價調整則拉出國產與跨國製藥工業的全球貿易角力，其中美國藉貿易談判的壓力不僅使健保對藥品價格的調整難度升高，也促進了醫療工業市場與產值的擴大，更反映出國家機器訴諸的是醫療工業發展之優先性。

在抑制醫療價格而對醫療工業的調節上，台灣國家機器的左手在健康權的捍衛似乎更難以著力，並面臨跨國資本的阻力，而只能傾向扈從於國家機器右手對各種貿易談判結果的妥協，從而逐漸向醫療工業資本經濟發展偏移。在這樣的政策考量下，例如行政院提出的 2008 年醫療照護產業的發展綱領則相當程度地反映了國家機器偏重醫療工業的經濟發展效益，而非以人民健康為訴求。在醫療工業私有化與大型化之趨勢下，醫療保健支出增長主要流向並擴大醫療工業資本。

第四節討論健保財務收入面的調節（為消弭赤字）所造成的社會排除與健康區隔效果。全民健保的醫療給付佔 NHE 近六成，是醫療保健支出的最大籌集渠道。1998 年我國 NHE 佔 GDP 比率為 5.4%，美國則為 14% 左右，若擴大全民健保的財源收入就能使 NHE 佔 GDP 比重增加，反之則減少。健保對 NHE 之調節作用顯而易見，問題在於如何看待提高健保費以提高整體 NHE 支出這個調節所導致的效果與階級政治意涵。值得討論的是，NHE 佔 GDP 比率的增長是否必然意味健康水平的增長？健保政策的赤字危機很快地就在 1998 年出現，許多醫界人士主張效法美、日等國家提高 NHE 對 GDP 的佔率，具體作法是提高健保保費收入，來解決健保赤字，同時才可能提高醫療品質。但我將指出，提高 NHE 在 GDP 的比重的關鍵問題應該是在於如何分攤擴大後的 NHE。

另外一個考察的面向則是健保的籌資機制，從其中來瞭解醫療的階級分配特性。健保財源籌集機制所反映的是誰得益與誰受害的階級政治。一方面，保費結構顯示健保財源的逆所得重分配事實。在健保中的分類上，將富人與廣大的受薪者細分成許多類別，使投保身份模糊，不公平性也增加。至於對於保費籌集規則

的各種調整對政府、雇主與被保險人三方分攤的保費結構來說，調漲保費造成的變化或許不大，但對受薪階級的消費者來說，無異是負擔加重，而且對解決健保赤字或醫療浪費所形成的效果也相當有限。另一個重要的問題是，應嚴肅正視健保開辦至今的社會排除效果。健保的納保率從 1995 年的 95% 到了 1998 年的 96% 之後，就一直難以再提高。台灣的貧富差距從 2000 年起就一直在快速擴大，近年來醫療保健支出的價格漲幅更高於物價平均漲幅甚多¹⁰⁷，再加上保費結構比重往消費者個人偏移的情況下，社會排除將對健保的團結基礎造成影響。從一些重要指標來看，十年健保並未大幅提升健康水平，有些甚至還有惡化跡象，與此同時醫療消費也出現極化現象。這反映了台灣資本主義在後福特主義的文化特徵，國家社會職能的自我弱化，使醫療保障去社會化導致了不均發展。

第五節為結論。從 1990 年代到健保政策十年後，醫療工業（供給面）的市場化，以及醫療保障經費籌集導向個人主義，共同標誌了新自由主義的醫療工業與醫療保障政策。新自由主義者倡言的市場力量在醫療地帶的作用，達成了解消集體主義，導向個人主義的政治目的，將健康的責任指向個人。從健保政策來看，國家機器的角色對醫療工業發展更為重要，因為其朝向醫療工業資本市場偏移；反之，國家在人民健康照顧上的角色則表現出弱化與卸責。整體而言，健保政策的新自由主義式的諸多調控未能有效促進健康水平提升，也形成許多醫療浪費，這也是因為國家在醫療保障上的去管制化（以及醫療市場化）所造成的社會效益沉淪。

第二節 全民健保政策之結構意涵與論述分析

2.1 全民健保政策是爲了健康還是經展發展？

在 1980 年代多次民意代表選舉中，朝野有多位政治人物與參選者就不斷提出實施全民健康保險的政見¹⁰⁸。1980 年代晚期的社會運動也對國民黨造成不小的壓力，其中更以 1988 年 520 農民運動中訴求開辦農民保險，對人民的社會保障造成一定程度的效果。這些運動使國民黨在解嚴之後的威權主義統治基礎受到前所未有的撼動，而解嚴後的政治與社會相對開放，此期國家機器出現威權主義的轉型，這些條件迫使國家機器對社會政策須提出更積極的反應。

1986 年行政院長俞國華答詢立法院的質詢時稱將於公元 2000 年實施全民健

¹⁰⁷ 2005/1/6 聯合報頭版。

¹⁰⁸ 例如 1980 年大選期間，黨外人士的共同政見之一是「實施全民醫療及失業保險」。1986 年增額中央民代選舉中，「實施全民健保」亦在十大政見中。1988 年高雄縣長余陳月瑛自行辦理農民健康保險。1989 年三項公職人員選舉，民進黨再度重申推動全民健保政策的主張。引自劉淑惠，2002，《黨國體制下全民健康保險政策的政治分析（1994~2000）》，國立台灣大學政治學研究所博士論文，頁五五至五七。

保。這可以說是按當時經濟官僚的建議所作的宣示。早在 1983 年國民黨的經濟官僚智庫經建會就為配合經濟發展計畫下，對社會福利體系發展現況與福利支出進行了評估¹⁰⁹，1986 年的《我國社會福利制度整體規劃之研究》報告中更說明了福利制度在配合經濟發展的規劃目標。

據該研究規畫報告所設定的社會福利日要與原則，經建會雖然認為現代工業社會中須由政府負起社會照顧之責任，但卻又主張要以西方全民性福利國家所引發的缺失為戒（經建會，1986:39）。這裡提到的西方福利國家的缺失指的就是西方工業國在 80 年代經濟成長趨緩而將社會福利視為國家負擔，因而採取對福利支出削減的措施。國府的社會福利指導原則中的分散原則清楚地說明了這個方向：「服務之提供應求分散，能由個人、家庭、企業、民間團體等提供者，勿須由政府集中供應，多採互助、自給方式辦理。」（經建會，1986:39）」這意味著國家機器正面對著福利的擴張與削減的兩難。

國家機器右手（經濟技術官僚）規劃的福利體系裡，政府不再積極擴張福利支出，而分散化意即將應由國家衛生部門承擔的部份卸責轉交民間或外包。「自助助人」及「個人責任」的原則是將福利轉為讓民眾有「受益付費」認識的公共建設之一¹¹⁰。按此原則，當時主張保險費率應修改成依個別風險大小決定，以避免政府負擔保費比例過高，醫療保險應與其他社會福利分開等等¹¹¹，這些預設大抵說明了全民健保政策將以社會保險形式實施。如何將醫療保險擴大涵蓋全民，並且儘可能不增加政府部門的醫療保健支出，以及資本家擔心健保實施可能增加雇主負擔等問題，就成了國家機器的規劃健保時的主要考量。對日後健保的具體構作上，國民黨以 1990 年經建會的《全民健康保險制度規劃報告》為根據，該報告中仍沿用公、勞、農保的社會保險制的形式，以另徵薪資稅來籌措健保財源（經建會 1990:50-3）。

1992 年代民進黨提出「福利國」的競選主軸，其政策白皮書中所主張的擴大政府的公共照顧的角色與責任，建立一個類凱恩斯式的福利資本主義國家（民進黨，1993:172）。民進黨批判國民黨以往的福利資源過度集中於軍公教上，因此主張以透過調整稅收結構與福利資源再分配來達成社會福利政策（民進黨，1993:），但是對全民健康保險與稅收結構上如何配合則未有進一步具體的公共化策略。行政院長連戰在 1993 年也發布社會福利政策綱領（1994 年通過），成為 1990 年代中以後社會福利政策的主要根據。在這套政策綱領中強調自助、建構以家庭為中心、社會保險取向的，以及公私部門夥伴關係的社會福利。90 年代

¹⁰⁹ 1983 年 5 月經建會曾完成「我國現行社會福利制度與福利支出」研究報告。

¹¹⁰ 1987 年經建會主委趙耀東談到預定 2000 年開辦全民健保的目標時的說明。1990 年代起，衛生署接續規劃後立場似乎與經建會有所不同，較傾向醫療專業的考量。參考葉金川，2002，《全民健保傳奇》，台北：董事基金會。

¹¹¹ 1986/01/16 聯合報 01 版。

雖然國民黨與民進黨皆對社會福利政策加以定向，而民進黨主張國家應干預福利資源的重分配，至於這個資源的供給分配是由誰提供並無明確的說帖，實際作法也是模糊不清的。事實上民進黨對經濟政策主張與國民黨並無二致，自由化與國際化雖是國民黨國家機器的政策原則，而同屬資產階級性質的民進黨的國家政策綱領亦同，而福利政策仍是服膺於經濟發展。就論述層次觀之，兩者可以說都是以發展主義為導向（簡照欣，2002），因而兩黨對健保法的構作也就都環繞在社會保險制度的細節上。

社會保險模式全民健保的特點在於財源來自國家、資本家、與工人階級三方付費，而三者的負擔比例則成最大的爭議。雖然朝野政黨對社會保險式的全民健保政策方向既定，工人團體則率先對經建會的健保構作提出批判與抗爭¹¹²。從1993年起工委會就發起多次的動員，工委會在1994年8月更因而發動的反健（賤）保抗爭，以及對經建會表達抗議（工委會，1994）。之後，工人立法行動委員會（以下簡稱工委會）所研擬的工人版全民健康保險法送進立法院¹¹³，使連同行政院版健保法在內一共有七種版本。1994年健保法在立法院的三讀審查時，對各版本的表決攻防，也反映了各利益團體、政黨、與工人團體的階級政治光譜。

除了工委會的版本偏向公醫制之外，其餘版本皆為社會保險制。工委會的版本援引了憲法第一五七條所說的公醫制，即要求國家廣設公立醫療機構，以及產業工人無需繳交保費（見表一）。根據工委會在當時監督國會的報告及立法院公報之記錄，民進黨在表決過程並無明確的立場，且因與國民黨有「暗盤交易」的交換條件而轉向消極表決，對工人團體也無任何溝通協商。國民黨立委不與工人團體協商是可以預料的，但民進黨居然無視工人存在，這個情況令工委會感到「令人遺憾和有點難以置信。（工委會，1994:43-4）」至於無黨籍立委同樣也無立場，而新黨則在存心與李登輝以政黨惡鬥的心態下參與表決。工人運動團體雖積極干預國家機器決策，但最終通過的健保政策卻與工委會版本相去甚遠。工委會認為朝野強力動員通過的健保法其實是國民黨與民進黨秘密協商的產物。

國家機器決定採取社會保險模式的健保，在於加入全球一體化經濟的高度競爭下使然，這同時又可作為國家與資本發展的解套，對國家而言，醫療保健與福利支出不會大幅擴，因為社會保險模式的健保經費中就等於相當程度上限定了國家在福利供給的比重，且有別於公勞保時期，健保虧損時須以調高保費為因應，而非由政府全額補貼虧損部份；對資本而言，健保之實施是參與全球競爭下不可

¹¹² 這些團體包括：工人立法行動委員會、勞動黨、勞動人權協會、台灣勞工陣線、北高市總工會、全國總工會、台灣省總工會等。雖然工人團體的訴求不一，但認為局勢對工人不利，因而退而求其次皆主張健保費負擔的勞資比例應維持在 2:8。

¹¹³ 1994-07-15/聯合報/03 版/全民健保特別報導。

豁免的。公醫制目標既遠，接下來的問題則是與工人團體與國家和資本家在保費分擔上的鬥爭。

表一：各工運團體對全民健保的先後主張

	全國總工會	勞動黨	勞工陣線	工人立法行動委員會
1994年6月	1.緩辦全民健保。 2.先開辦勞工眷屬保險。	1.要求訂定合理費率。 2.勞保保費二八比，職業工人保費政府應負擔60%。 3.維持現行勞基法退休金給付辦法。 4.立即開辦勞工眷保、退休保險、失業保險。		提出全民健保工人版： 1.產業工人保費自付部份政府全額補助 2.健康權是人權，反對醫療商品化，回歸公醫制，全民免費醫療。 3.全民健保要有所得重分配原則，取消投保金額58800上限，
1994年7月	1.健保費率高，應在3%以下。 2.反勞保保費四六比，要求勞保保費二八比。 3.緩辦健保，先辦勞保眷保。	支持工委會所提出之〈工人版全民健保〉。	1.勞保保費二八比。 2.健保福利化，兒童老人免保費。 3.勞工參與費率及負擔比例決定。 4.堅持公辦公營。	依累進稅率徵收健保稅 4.嚴格控制醫療浪費，醫藥費用公開透明。 5.健保各類委員會，被保險人要有充份
1994年8月			1.全民健保應具財產重分配功能，由累進稅支付，醫療免費。 2.門診、急診、住院免自行負擔，降低不經轉診的自付比例。 3.投保金額最高一級不得超過被保險人數總數的3%。 4.醫療費用協定委員會應由勞工、學者佔二分之一。	監督權。 6.取消部份負擔、自負額、自願差額給付等拿病人開刀的制度。 7.充實基層醫療再談轉診制度。 8.擴大給付，保障老人重殘慢性病居家照護，復建重健療養等。 9.落實預防保健，保障國民每人每年二天健康檢查假。 10.病歷中文化

（資料來源：工人立法行動委員會，1994，《全民健保教戰手冊》。頁三四。）

比起工人階級透過社會運動發聲，資本家更易於影響政府官僚的決策，他們透過工商協進會、全國工業總會、全國商業總會這三大工商團體與經濟官僚接觸。資本家在健保議題上原先持暫緩開辦的立場，但對於健保開辦勢在必行的朝野共識，到後來則轉向尋求減輕企業責任。對於資本家代表原主張保費負擔的勞資比率為 5:5。國民黨黨籍立委內部也存在反對聲浪，迫使國民黨在勞雇分擔四六比可能加以微調¹¹⁴。在健保法三讀的最後階段，對行政院採行的勞工、資本家以及政府分別負擔 3:6:1 的「中間路線」方案下，代表資本家的企業團體則不再有所堅持，並表示不會發動企業主走上街頭。

在各種版本中勞工、資本家與政府三方到底如何分攤健保費的爭議，正表明了醫療乃確保勞動力再生產的一個重要環節。資本家需要勞動力的再生產，因而需要健保政策保障能持續的勞動生產力。但在全球經濟一體化的市場競爭強度增加的情況下，資本家又積極的尋求抑制勞動力成本的上升。因此，資本家對勞資分擔保費比例的不滿下，時而推給政府，時而推給勞工¹¹⁵。健保在產業工人費率上最後以 3:6:1 的分擔比定案，政府雖補貼勞工健保費的 10%，但這雖可以是回應勞工團體的訴求¹¹⁶，卻同時也是顧及資方的反彈，因此政府的此項補貼其實成了另一種挹注資方的形式，保費負擔比最大受益者仍是資本家（劉淑惠，2002:48；楊文芷，1999）。從這個角度來看，國家機器在健保政策裡並不願大幅提高其福利性質，且已顯露出國家向工業資本偏移的徵候。

健保政策沿襲過去各社會保險以職業作為投保身份的分類。全民健保的財源分擔比率在各類被保險人中並不相同（表二），且政府對不同身份的被保險人的補貼比率也各不相同。其中，除了第一類與第二類的受薪與工人階級之外，政府對第三、四、五、六類（分別為農民、軍人、榮民）的補貼比率皆較工人為高，這反映了國家機器在威權主義時期的特定對象的社會控制的延續。然而對受雇者來說，健保財源與政府的保費補貼可能造成的後果是，被保險人在就業身份與投保單位之間變換選擇，造成勞動力流動的現象（黃淑娟，1995）。更重要的是，勞保的費率在健保開辦後僅降低 0.5%（從 7%降為 6.5%），工人階級再加上健保費率，則形同雙重負擔，等於得增加了另一筆保費負擔才能享有過去就享有的醫療保障。健保開辦第一年造成勞保大規模的退保人口湧現，退保人數高達 86 萬人之多（劉慧敏，1998:97），若扣除符合退休資格者，此現象仍反映了健保開辦後工人在勞、健保雙重負擔的加重，才引發這波異常的大量退保現象。

¹¹⁴ 1994-07-14/聯合晚報/03 版/話題新聞。

¹¹⁵ 參考 1994-07-13/經濟日報/02 版/要聞。

¹¹⁶ 從勞資在保費上的 2:8 比，到勞工、資方與國家以 3:6:1 確定了負擔份額。國家為產業工人出資保費的 10%，亦可視為工委會在立法院持續監督下獲得的僅有戰果。

表二：各類被保險人保費負擔比率

保險對象類別		負擔比率(%)		
		被保險人	投保單位(僱主)	政府補助
第一類	公務、公職	40	60	0
	私立學校教職員	40	30	30
	公民營事業機構 有一定僱主之受僱者	30	60	10
	僱主、自行作業者 專門職業及技術人員自行執業者	100	0	0
第二類	職業工會會員 外僱船員	60	0	40
第三類	農、漁、農田水利會會員	30	0	70
第四類	軍人眷屬	40	0	60
第五類	低收入戶	0	0	100
第六類	榮民	0	0	100
	榮譽	30	0	70
	地區人口	60	0	40

(資料來源：中央健保局)

健保政策的保險性質體現的是國家機器在唯發展主義的政治運作結果。一般認為，國民黨為因應 1994 年底省市長選舉及 1996 年的總統直選，所以當時李登輝強力動員黨籍立委通過健保法，全民健保因而成為國民黨的政策賄選。這種政黨利益的解釋似乎普遍被學界用來解釋健保急迫通過之因素（例如劉淑惠，2002）。不可否認的，全民健保作為一項社會政策確實穩定了國民黨所尋求的統治正當性，但是這樣的解釋忽略了一個重要的外部因素——即當時國家機器對加入 GATT 的迫切性。對國民黨來說，1990 年代加入 GATT 的既定政策已如箭在弦上不得不發，這既是在為本地產業尋求一個與國際貿易市場，相對的也需以開放內部消費市場作為叩關談判的條件。觀諸 1990 年代初國民黨迫切的希望以包裹式表決通過的法案，以加快加入 GATT 的速度。行政院長連戰就認為當時最迫切的，是爭取在於 1994 年底前完成入關的程序。而入關須與締約成員國諮商且涉及層面廣，短期內須大量完成立法和修法，因此希望立法院加速通過入關的相關法案¹¹⁷。1990 年代中期全民健保法的急迫性與全球化經濟發展接軌有某種程度的關聯，正是在對接軌全球市場經濟的共識下，朝野政黨對健保法的合作才成為可能。因此，對於這點，恐怕也非制度論者（例如孫友聯，2002）單純以所謂「歷史制度遺緒」便可周全解釋。

¹¹⁷ 參閱 1994-09-07/經濟日報/01 版/要聞，〈入關法案 連戰要求優先通過〉，當時民進黨、新黨、無黨籍立委黨團皆同意我國加入 GATT 的急迫性。

1995 年時任籌備全民健保的葉金川的一段話也反映了，全民健保雖然只是一項屬於國內民眾參與的保險制度，但相關影響擴及國際層面。他曾說：

企業主照顧員工眷屬是義不容辭的事情；未來趨勢，縱然我們自己不做，國際社會也會要求我們來做。例如要加入 GATT，相關勞資關係也是考量因素。如缺乏全民健保體系，這種類似因剝削勞工的權利來增加競爭力的情況，可能遭受國際社會的指責。未來這種情況有可能演變成一種國際事務，因此基本上，雇主不應該有抱怨，況且目前國內醫療費用水準，在亞洲國家中算是相當便宜的¹¹⁸。

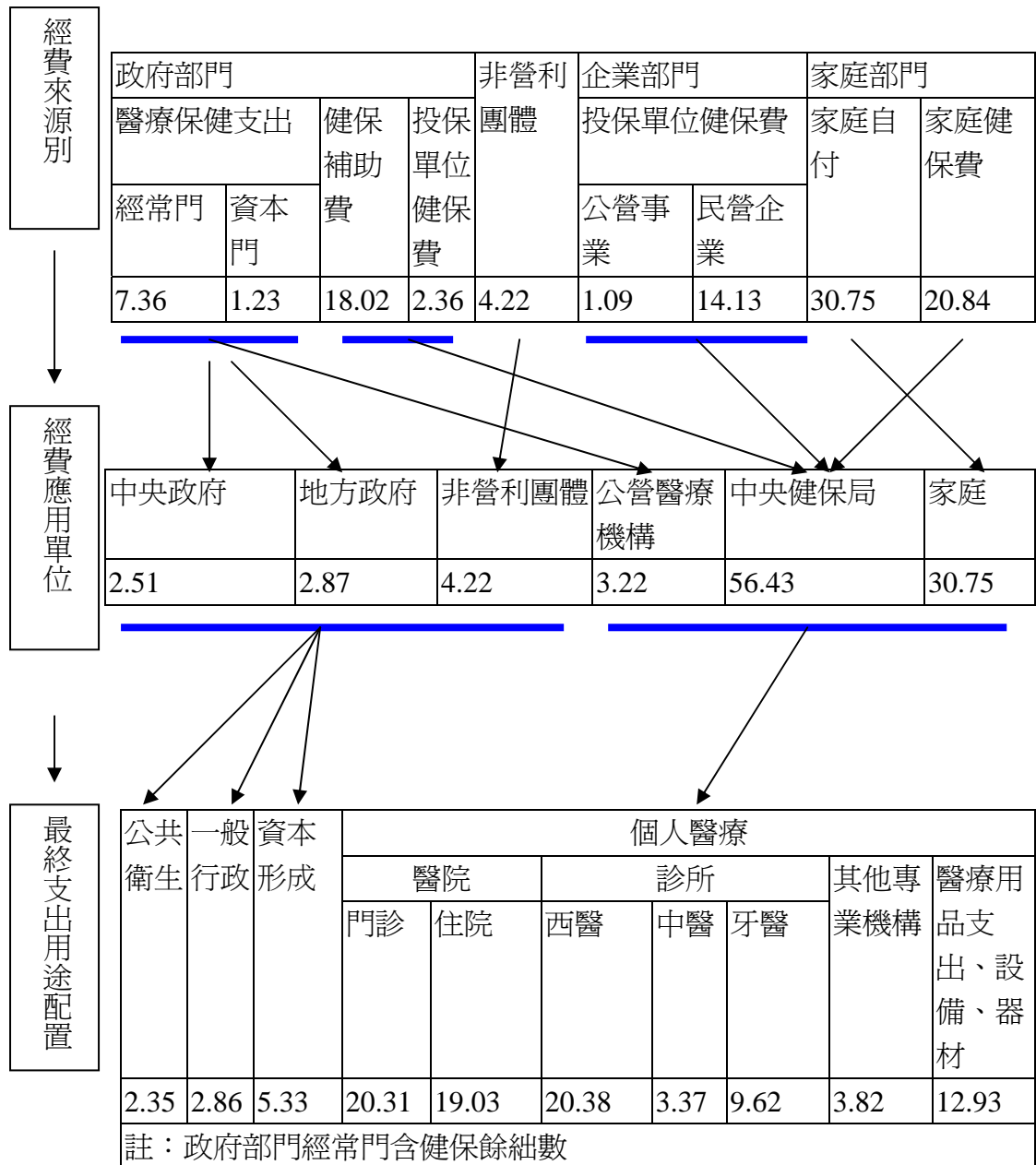
國家機器在這種經濟全球化壓力與緩和社會運動的迫切性與必要性考量下，促成了全民健保的實施。不過，全民健保雖以國家公營的方式開辦，國家的社會職能卻只能說是有限程度的擴大。即使就各類被保險人、投保單位與政府所負擔的財源來看，政府的醫療福利性質也極有限，80 年代以前的威權國家機器的恩給式性質也並無擴大，而是將醫療資源分配的責任轉由受薪階級負擔。下一節將對健保實施至今，將從 NHE 結構的變化來更細緻的看國家機器性質之轉變。

2.2 新自由主義國家機器的浮現

全民健保開辦後，對醫療供需面是起了重大作用，其中最明顯的是使台灣的 NHE 結構起了關鍵性的變化。許多學者認為，NHE 增長的原因是與社會保險被保險人口的成長與醫療給付的急遽成長有關（江東亮，2003:95-6；謝啓瑞、林建甫、游慧光，1998）。1980 年到 1994 年，社會保險醫療給付佔醫療保健支出的百分比從 12.65% 增加為 40.65%，而被險人覆蓋率則從 16.64% 增至 57.48%。也由於全民健保政策是國家對醫療保健市場的直接干預，被保險人擴大的需求面增加，以及醫療供給的誘發需求都可能造成整體醫療支出增加（謝啓瑞、林建甫、游慧光，1998）。由於全民健保支出在 NHE 中佔的比重超過一半（圖一），健保財務收支本身的變動也就與政府、企業、與家庭三個部門的比重連動，其中政府在 NHE 中的承擔份額（健保補助與公務支出）也扮演極為關鍵的角色。

¹¹⁸ 參閱 1995-01-01/經濟日報/08 版/經濟熱線，〈全民健保 安定社會 民眾無後顧之憂 企業主義不容辭 共識相互幫助 受惠者感恩〉，這篇報導是訪談葉金川的記要。

圖一：1999 年國民醫療保健支出之結構



資料來源：1999 年國民醫療保健支出統計，衛生署編印

那麼健保實施是否代表在醫療保健支出中的政府份額的擴張呢？表三說明了政府、保險以及家庭三個部門在 NHE 中的比重，健保開辦初期，NHE 有高幅的增長，保險部門的比重也從 1980 年的 12.65% 到 1996 年達到 55.36%。1994 年至 1995 年家庭部門的自付醫療保健支出更是驟降了近 10%，顯示因健保政策提高醫療保障覆蓋面之後，家庭部門醫療保健費用支出比重在初期得到了頗大的降低幅度。但與此同時，政府部門在衛生經費與公立醫療機構的支出（即表三中的政府部門）比重則因健保開辦後逐年縮減，顯示政府已在淡化其衛生醫療供給者的角色（其背景詳見第三章對公立醫院轉型之分析）。1990 年代初以前的比重約在 17% 至 20% 之間，到了 2003 年已降至 7.06%。雖然國家在醫療供給面的角色已

嚴重萎縮。從表四也也看到這個被政府每年編列預算的支出的金額不增反降，其佔各級政府總支出的比重更從 90 年代的 3% 左右降至 2003 年的 1.5%。但在官方大部份的統計資料中，總是將政府部門與保險部門的支出加總而歸納為廣義的「公部門」醫療保健支出。若按此廣義的公部門支出則佔 NHE 的 64.36%（以 2003 年為例），但很明顯的，這對政府真正在 NHE 的份額有誤導與膨脹灌水之嫌，因為保險部門（1995 年之後便是全民健保）的財源實際上是來自家庭、企業、與政府三個部門，而政府僅在保險部門中佔約三分之一的比重。

表三：1980 年～2003 年國民醫療保健支出（NHE）

年別	總醫療保健支出 (百萬元)	部門分配比重 (%)			平均每 人醫療 保健支 出(元)	醫療保 健支出 佔 GDP 比重 (%)	被保險 人口佔 總人口 比例 (%)
		政府	保險	家庭			
1980	50,704	17.89	12.65	69.46	2,874	3.40	16.64
1981	70,335	17.56	13.46	68.98	3,914	3.96	17.83
1982	80,058	18.77	14.44	66.79	4,376	4.21	19.46
1983	83,875	18.16	15.82	66.02	4,511	3.99	21.22
1984	96,157	16.47	17.99	65.54	5,095	4.10	22.95
1985	108,136	17.70	21.29	61.01	5,651	4.37	25.40
1986	122,590	18.29	23.08	58.63	6,333	4.29	28.72
1987	138,741	19.22	24.88	55.90	7,092	4.29	32.22
1988	153,875	20.96	23.99	55.06	7,776	4.37	37.53
1989	166,855	18.08	28.49	53.43	8,340	4.24	44.47
1990	180,959	16.07	34.69	49.24	8,945	4.20	47.22
1991	224,428	17.43	35.31	47.26	10,946	4.67	49.36
1992	254,590	17.25	38.66	44.09	12,297	4.77	54.09
1993	288,680	16.67	38.63	44.71	13,813	4.88	56.00
1994	318,806	15.61	40.65	43.74	15,119	4.93	57.48
1995	369,779	13.00	52.43	34.57	17,387	5.27	92.34
1996	406,073	11.24	55.36	33.41	18,939	5.29	95.95
1997	438,808	9.75	55.82	34.43	20,283	5.27	96.29
1998	476,518	8.85	57.32	33.83	21,823	5.33	96.08
1999	506,880	8.55	57.63	33.82	23,029	5.46	96.06
2000(r)	525,190	8.39	57.27	34.34	23,674	5.43	96.16
2001(r)	561,049	8.74	57.29	33.97	25,113	5.90	...
2002(r)	588,132	7.52	57.64	34.84	26,182	6.03	...
2003	617,274	7.06	57.30	35.64	27,358	6.26	...

資料來源：1.1980-1989 年，來自林小嫻，「國民醫療保健支出之統計」，台灣經濟學年會論文集，1994，第 294 頁，表 L1。

2.1990 年以後來自「中華民國衛生統計（一）」，醫療保健支出統計表，行政院衛生署編印。

3.被保險人口佔總人口比例來自謝啓瑞、林建甫、游慧光，1998，「台灣醫療保健支出成長原因的探討」，人文及社會科學集刊，10(1)，頁 1-32。以及中央健康保險局，2002，全民健康保險重要統計資料，台北：中央健康保險局編印。

4.國軍於 2001 年 2 月 1 日納入全民健保體系，因考量國防因素，故保留該納保資料。

表四：各級政府公共衛生醫療支出占決算支出淨額之比重

年別	各級政府支出淨額 (會計年度) 單位：百萬元	政府部門醫療保健支出 (經常門+資本門) 單位：百萬元	各級政府支出淨額中之醫療保健 費用比重(%)
1991	1,275,613	39,108	3.62
1992	1,561,930	43,912	3.13
1993	1,756,306	48,118	* 2.23
1994	1,826,367	49,770	2.40
1995	1,910,066	48,068	2.05
1996	1,843,786	45,622	2.11
1997	1,878,764	42,765	2.06
1998	1,992,593	42,174	1.24
1999	2,050,004	43,336	1.27
2000	3,140,936	44,067	1.28
2001	2,271,299	49,019	1.20
2002	2,139,013	44,209	1.30
2003	(p)2,206,925	43,584	1.53

說明：1.(p)係初步統計數，*自民國 82 年度起不含公立醫療作業基金。

2. 政府部門醫療保健支出參考

資料來源：衛生署統計室，<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計重要指標/1.xls>

表五是依據衛生署的統計資料重新整理，分別出家庭部門、企業部門與政府部門在 NHE 所佔比重。我們可以看到真正政府出資的份額隨暫健保開辦後擴大了一倍以上，從 1994 年的 15.61% 到 1995 年的 33.29%，但隨即又慢慢降至 2003 年的 27.48%。至於資本企業部門所負擔的比重更是大幅滑落，從健保開辦前的最高比重 40.65% 迅速降至 1995 年的 24.95%，此後更降至 2003 年的 14.96%，而這個數字還包括政府作為公營企業雇主的份額，若扣除掉此，民間資本雇主在

NHE 中的貢獻度實在極小。就家庭部門來看，即使因健保開辦，其份額卻是逐漸加重，從 1995 年的 46.86% 到 2003 年已達 52%。

表五：國家、企業、家庭在國民醫療保健支出資金來源上的比重變化

年別	總計(100%)	政府部門%	企業部門% (公營+民營)	家庭部門%	非營利團體%	健保餘(-)、 絀(+)
1991	2244 億元	17.43	35.31	43.31	3.96	
1992	2546 億元	17.25	38.66	39.79	4.30	
1993	2887 億元	16.67	38.63	40.33	4.37	
1994	3188 億元	15.61	40.65	39.51	4.24	
1995	3698 億元	33.29	24.95	46.86	5.43	-10.5
1996	4061 億元	32.59	16.92	49.25	5.73	-4.5
1997	4388 億元	30.17	15.80	51.01	4.81	-1.8
1998	4765 億元	28.84	15.49	50.14	4.98	0.5
1999	5069 億元	27.66	15.16	50.37	4.20	2.6
2000	5252 億元	28.71	15.71	51.68	4.08	-0.2
2001	55610 億元	28.41	14.20	50.56	3.97	2.9
2002	5881 億元	27.09	14.15	50.91	4.05	3.8
2003	6173 億元	27.48	14.96	52.04	3.97	1.5

資料來源：衛生署衛生統計資訊網，鍾有良整理製表

政府過去最常提及 NHE 占 GDP 之比重與 OECD 諸國相較過度偏低，但卻有意忽略比較其中的政府在 NHE 中的比重與 OECD 諸國相較亦是嚴重偏低。倒是醫界還不避諱這個事實，表六資料來自醫院協會的網站，其顯示 NHE 中政府的支出部份經換算其佔 GDP 比重僅為 1.5% 左右，與他國相較實在是偏低（表六）。

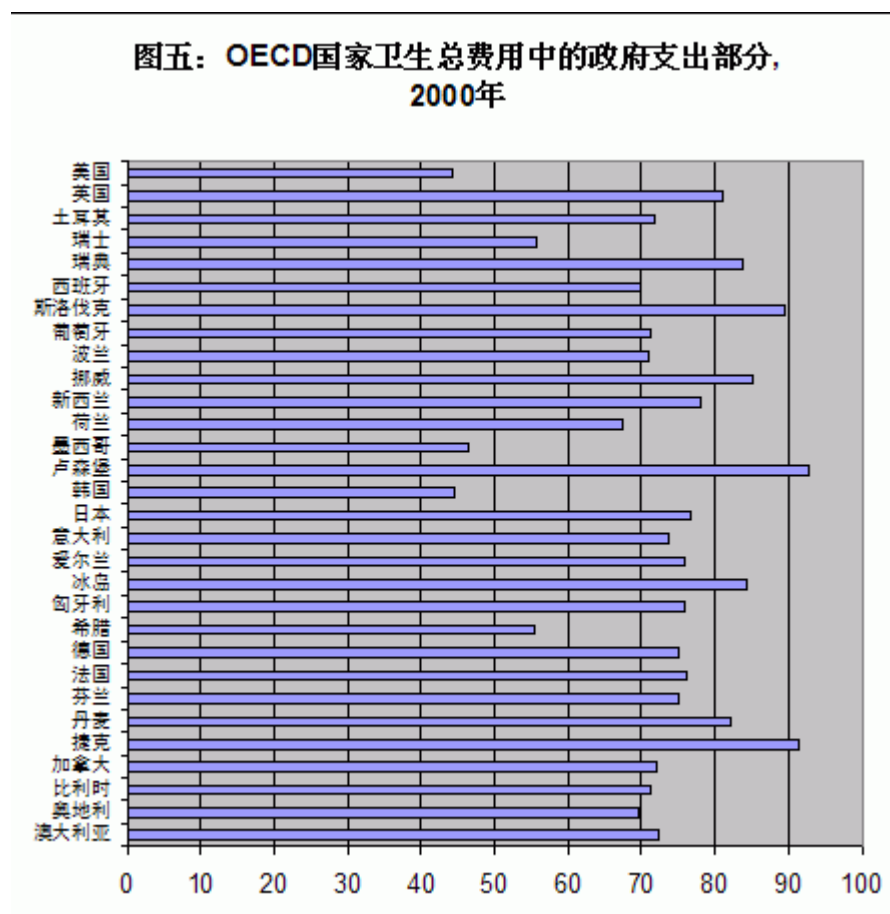
表六：狹義的政府醫療保健支出佔 GDP 比重

	台灣	日本	新加坡	南韓	大陸	法國	英國	美國
政府支出(佔 GDP)	1.5	5.9	1.1	5.6	2.0	7.1	5.9	6.5
私人支出(佔 GDP)	3.9	1.4	2.0	1.8	2.6	2.5	1.0	7.5

資料來源：醫院協會

由於上筆資料的年度不詳，筆者再引一份資料來比對。圖五引自王紹光對中國衛生改革研究中的資料，其中顯示 OECD 各國中的大部份國家在國家衛生總費用上的政府份額是超過 70%，盧森堡更超過 90%，英國則超過 80%。美國、墨西哥、與韓國雖是最低的三國卻還都超過 40%。台灣在 2000 年政府在健保開辦後在全國醫療保健支出中所佔 28.71% 的份額與 OECD 國家相較，可以說還遠

低於圖五中最低的三國。



資料來源：引自王紹光，2003b，〈中國公共衛生的危機與轉機〉，《比較》第七期。文章取自 http://www.usc.cuhk.edu.hk/wk_wzdetails.asp?id=2330

政府部門醫療經費在 NHE 中之比重從健保開辦時的擴大到萎縮的事實，從健保應收保費的結構中同樣可以看出，政府的健保補助費金額雖逐年增加，但比重卻仍逐漸降低。表六顯示 1995 年政府補助健保費在健保應收保費之比重從 30.24% 到 2003 年降至 26.6%。企業部門則平均維持在三成，而家庭部門的比重則從 33% 增加至 38.1%。

表五：全民健保應收保險費－按保險對象、投保單位、政府補助區分

年別	健保應收總保險費(100%)	保險對象 (家庭部門)	投保單位(民間與 國營企業雇主)	政府補助(百萬元, 百分比)
1995	198,376	65,507(33%)	72,885(36.7%)	59,984(30.24%)
1996	236,129	87,612(37.1%)	79,870(33.8%)	68,647(29.07%)
1997	243,997	93,838(38.5%)	80,504(33%)	69,655(28.5%)
1998	258,752	101,462(39.2%)	85,212(32.9%)	72,078(27.9%)
1999	269,654	105,222(39%)	88,736(32.9%)	75,697(28.1%)
2000	287,722	112,489(39.1%)	94,980(33.0%)	80,253(27.9%)
2001	290,070	115,355(39.8%)	93,566(32.3%)	81,149(27.98%)
2002	302,562	118,317(39.1%)	101,229(33.5%)	83,016(27.4%)
2003	330,300	125,770(38.1%)	116,695(35.3%)	87,835(26.6%)

資料來源：中央健康保險局編印之《全民健康保險統計》。

從總醫療保健支出中各類別所承擔的份額，我們也可以看出國家在醫療保健的角色。那麼健保政策是否表示政府角色擴大了呢？一個市場派學者認為，全民健保可能為過往二、三十年大有為政府的衛生政策劃下了句點，即全民健保可能是政府在醫療保健上最後一次擴張政府角色、膨脹政府規模的衛生政策（李丞華，1998）。這個觀察似乎已指出了健保政策之後國家角色的新自由主義轉型。從本節對健保政策實施後的 NHE 結構變化之分析，國家在醫療保障的職能確實出現了先擴大再削減，而政府在醫療保健職能上的萎縮主要來自於兩大塊：即政府的健保補助費比重以及對公部門醫療供給的的雙重縮減。

對國家機器而言，健保政策中的財務調節顯然是關鍵樞紐，但國家的左右手對健保調節政策的立場之差異，顯示了國家機器內部也是個政治鬥爭的場域。對於衛生署與健保局來說，健保法中的總額預算制可以說是醫療價格的管制措施，具有避免醫療浪費之功能。也由於健保的保費來自薪資稅，其所籌集的資金是相對固定的，因而也就對 NHE 的增長率產生了緩和效果，使 NHE 不再大幅增長¹¹⁹（江東亮，2003:126）。不過稍後分析將會提到這種限定其實具有新自由主義倡議的政府緊縮支出的效果，筆者在此只先就醫療價格管制功能的面向與國家經濟官僚的主張作一對照。

對國家右手財經官僚的經濟發展目標而言，國家對總體經濟發展與醫療工業也會反映在 NHE 中，因為有近九成的 NHE 使用在個人醫療而流向醫療工業。而與此同時，國家經濟官僚在 WTO 的壓力被迫調整醫療工業政策為開放市場，

¹¹⁹ NHE 增長的趨緩也可能是健保開辦後政府部門醫療保健支出（經常門與資本門）的迅速萎縮造成的。

並傾向聽從醫療工業界之建議，將 NHE 佔 GDP 比重拉高¹²⁰。NHE 佔 GDP 比重拉不拉高，有很大的一部份可由健保來調整。由於若要促成 NHE 本身以及其佔 GDP 的比重之明顯增長，只有透過兩種手段來解決：解除健保總額預算的封頂線，或者在健保總額受限下擴大醫療自費項目。對前者來說，國家機器若擴大健保大餅，健保費結構中政府補助額的也會隨之擴張。這樣的福利支出擴張損及新自由主義經濟官僚的財政紀律，因為財經官僚在新自由主義的意識型態下，正極力主張縮減政府在醫療保健支出的責任與健保政策中的角色。由於此路不通，新自由主義者才會積極第二種方案：即倡導使用者付費的部份負擔制或自費醫療，以擴大健保之外的醫療大餅。不過經濟官僚倡議的加重消費者承擔醫療保健費用份額的作法，則產生了社會排除作用而毀損全民健保的醫療資源社會化與健康權保障的本意，關於這部份留待第四節分析。

國家在醫療保健支出比重的萎縮，以及消費者個人承擔的大幅擴增，共同標誌了國家機器在健保政策後的新自由主義轉型。雖然如此，國家機器中仍隱約存在左右兩種政治的立場／力場（即經濟官僚部門與衛生保健部門）的拉扯。對國家左手（衛生與社會部門）而言，其職責理應在保障國民的醫療資源可近性與平等權。因而在緩解健保赤字的調節手段上，衛生署必須回應社會要求以總額預算制與藥價調整對醫療工業的給付予以緊縮，從供給面的浪費加以節流。衛生部門的這些對醫療市場的干預措施，目的應在為民眾穩定醫療價格，但健保對 NHE 增長的抑制作用在市場派與新自由主義者眼中，便又成了國家的「不當」干預醫療的「自由市場」。

國家右手正試圖擴大醫療保健市場，透過鬆綁政策與私有化等手段促進醫療工業產值增長效益。在這種政治立場下，全民健保政策便是促進醫療消費內需的一個手段。國家左手則是試圖節制醫療浪費以達成健康權普及化與社會效益，為達此目的則必須由國家干預市場。反對國家干預的力量不僅來自醫療工業市場與國家的財經官僚部門，在學術界也出現了許多建議以引進市場機制的健保改革方案。在下一小節，將以 1990 年代以來就存在而於 1997 年再度浮現的健保私有化議題，來討論私有化與反私有化力量的角力。從 1995 年衛生署長張博雅堅持的公營健保體制到 1997 年的衛生署長詹啓賢主導的私有化與多元化健保體制之修法，顯示衛生署代表的健保社會化與國家干預立場受到新自由主義意識型態的侵蝕已有弱化的現象。

¹²⁰ NHE 佔 GDP 的比重一直是配合國家經濟發展政策來考量的。在整體經濟發展主義的政策考量下，究竟 NHE 應佔 GDP 的比重應為多少是最適支出一直被視為總體經濟效率問題，並通常都以 OECD 國家為參照點來比較。從表二來看，1980 年醫療保健支出佔 GDP 為 3.4%，到 2003 年的 6.26%，已逐漸接近 OECD 諸國的平均值 7%。由於健保的總額預算使醫療工業在健保給付的成長受到某種程度的限定而趨緩，醫界因而在總額預算實施後就在各種場合向政府要求調高 NHE 佔 GDP 比重以達 OECD 國家平均值，例如台灣醫院協會醫院總額執委會執行長莊逸洲（2004/8/10 民生報），以及台大醫院院長李源德（參閱 2004/6/17 民生報）。

2.3 新自由主義的迷思：健保的私有化論述

1994 年行政院長曾指示經建會對於以民間基金會方式經營全民健保進行研究。國民黨之所以有此考量是因為 1990 年代以來，財經官僚對社會部門的滲透已逐漸增強。對當時的民進黨來說，由於立場上反國民黨的黨國體制，視國民黨的公營體制違反新自由主義全球化所倡議的私有化。在該意識型態下民進黨質疑國民黨以公辦公營方式經營健保體制的正當性，因而主張以私有化的體制開辦。例如立委沈富雄提案主張將健保局改為民營化，以基金會的形式經營，使費率、財務等問題可免受國家機器干預。但是吊詭的是，民進黨對健保政策私有化的立場似違背其在 90 年代主張擴大國家角色的「福利國」社會政策。國民黨在此背景下所表現出的立場與民進黨的提議無違，因為原負責規劃健保政策的財經官僚早有此意，有著「對政府公共服務民營化是全球化趨勢」的信仰，也試圖積極研究與推動民營化的可行性（許冰瑩，2000:24）。至於財團醫療工業對健保則存有國家可能干預價格審查等疑慮，對擺脫公營自是樂觀其成。

雖然 1995 年健保仍以公辦公營體制實施，但這個急轉彎是在兩個條件下而幸存。第一個條件是部份國民黨籍立委批評健保民營化政策等於是與民進黨唱和¹²¹，而斷送或削弱了國家介入的力量，這將使黨國機器政治資源在立法院無法干預健保體制下拱手讓人。而李登輝為了當時選舉獲勝的短期權宜之計亦是原因之一。另一個條件是工人立法行動委員會等社會運動團體以及衛生署仍堅持一個公有化的健保體制。再加上當時衛生署一直表明從未放棄公營健保的立場，但聲音相對於經建官僚卻相對微弱。這似乎也顯示社會進步運動與國家左手在反私有化議題上可同聲一氣的可能性。這兩個條件在時空上的相輔使公營的健保體制成為可能，但卻仍在健保法中則早已預留日後朝向私有化改革的伏筆¹²²，這也再次說明了國家機器的社會職能已逐步從自威權主義轉轉型為新自由主義之徵候。

從 1995 年到健保實施二年後的 1997 年，國民黨、民進黨以及社會福利學界皆出現了批評國家經營健保的論述，並提出多種私有化方案。健保公民營爭議在 1997 年的確再度被提出，當時是健保政策實施屆滿法定修法期限，衛生署向行政院提出兩個改制建議方案。一是維持公辦公營現制改革，二是將健保局改為公辦民營（民間經營的特殊公法人），行政院決定採取後者。值得注意的是，從健保開辦前衛生署主張的國家經營健保的立場，到 1997 年轉變為市場化立場，這主要是因為內閣改組後換了一批主導健保私有化的經濟官僚而造成的。在 1997 年 9 月內閣改組後，新任行政院長蕭萬長和衛生署長詹啓賢都認為健保民營化的市場化改革幅度不夠，因而提出另一修正案。這個方案預留了開放保險人由多元

¹²¹ 國民黨立委在健保私有化議題上表現出的猶豫也顯示此期的國民黨機器內部對國家機器在健保政策的角色是否該擴大仍有不同看法。

¹²² 健保法第八十五條規定，健保法實施兩年後須檢討保險人體制。

競爭的制度，即以當前全民健保局為保險人之一，但也開放給其他保險人。

在國家機器將健保改革導向市場化的政策轉向下，有二種機構被考慮來承接健保經營，一個是商業保險公司，另一則是醫療機構。這個階段，連鎖醫療集團與外商保險公司皆對此健保市場關注，美國藍十字和藍盾保險公司也藉美國貿易官員與台灣的諮商開始來台灣準備介入健保的經營¹²³（民生報，1997）。美國跨國資本對台灣健保體制的興趣並非突然，因為在這段時間，台灣正為加入 WTO 與美國的諮商一直在持續，美商要求將我國列入超級三〇一的檢討名單¹²⁴。這些外部因素致使政府對開放美國保險業來台更是從寬認定，而健保政策若開放多元保險人實形同為保險業開闢醫療保險市場。除了國外保險業的市場，醫療工業也在思考承接健保業務，即廣被討論的美國式的健康維護組織（Health Management Organizations，簡稱 HMOs）。更明確的指認，新自由主義私有化方案中的民間參與，從經驗上來看其內容缺乏了公共參與性質，充其量只能說是商業保險公司與醫療工業資本的參與。因此，多元化改革與近年來社福界積極提倡的第三部門的福利論述恐怕是新自由主義市場化論述的近親，成了跨國資本尋找全球市場腹地的正當化理論。

除了衛生署政策方針向經濟官僚靠攏，1997 年以來社福界也出現了大量的私有化方案之研究，以提供與官方相呼應的論述支持。例如以大型醫療機構的管理者的意見為參考，為健保改革中在公辦民營的方案中尋求以醫療工業包攬健保經營者的可能性之研究（陳孝平、鄭文輝、陳歆華、王憶秦，1999）、引介美國 HMOs 等治理體治的研究（陳孝平，1997；呂建德，2001）。又如以保險公司為焦點團體研究對象以保險公司承攬健保業務的研究（例如陳孝平、陳歆華，1997）。乃至於對健保財務的管理轉為由個人責任的醫療儲蓄帳戶（Medical Savings Accounts，簡稱 MSAs）之研究（例如周麗芳、陳曾基，2000）。

這類研究的第一個迷思是接受了資本主義全球化下國家式微說與私有化潮流的預設，而不將之問題化。台灣社福界主張私有化與多元保險體制的研究報告之特點是他們通常引用或仿倣的是西方新自由主義的醫療改革方案。這種論述將醫療改革放在國家、市場與個人（也有一說社會或第三部門，但指消費者團體）三者之間的關係來討論，正如陳孝平一直在許多文章中反覆提及¹²⁵的「應使國家、市場、個人與民間團體均能各安其位」，亦即「充份運用個人責任、市場機制與國家力量」（陳歆華，1997）。

在此種意象中，國家應在何種位置呢？福利經濟學者與新自由主義者認為國

¹²³ 民生報，1997/7/21，29 版醫療新聞。

¹²⁴ 參閱聯合報，1997/7/16/23 版產業新聞，〈美保險業登台從寬認定〉。

¹²⁵ 參考陳孝平，1998，〈全民健保的改革策略〉，《現代化研究》十四期，頁四六至五一。

家的角色應退出醫療干預（一說將干預減到最低），並且將醫療服務交給消費者個人的自由選擇。「醫療服務的提供內涵與醫療機構的組織型式，則不必直接干預，使醫界能自行發展、自行管理乃為上策。（陳孝平、陳歆華，1997:49）」那麼市場模式為何可作為主導呢？陳孝平提出二個理由或條件，第一，他認為國家機器在威權時代的統合主義式的主導性已崩解，在「無力」應付對社會各種利益團體對健保的索求，國家透過官僚制定政策的貫徹不易；再者，資本主義全球化下，國家也難以再守住固定的疆界。在這兩種條件下，雖然明知市場模式有其危及公平性的缺點，但卻是「不得不接受的最後仰仗。（陳孝平，1997）」

事實上，陳所預設的這兩個條件在經驗上都不成立，且其論斷都具有濃厚的意識型態，與新自由主義國家消亡的迷思具有高度親近性。歷史地看，台灣的威權主義國家機器並非無力應付利益團體對健保的索求，而是在對不同的階級利益的回應上有嚴重的偏移。過去威權主義制度壓制社會使公共化的民主協商機制無從建立，恰是 80 年代晚期社會運動之勃發對威權主義國家機器的重挫，使民主協商得以有機會建立。也正是在這個時期才使國家機器對社會需求作出回應，也才可能出現 1990 年代健保的構作。若缺乏如工委會在立法院的監督，恐怕國家官僚所通過的健保法會更不利於受薪階級。按照陳的歷史觀，吾人該將國家對社會的這種回應視為消極或無力的嗎？反過來說，根據本論文第三章分析，從 80 年代以來國家修法將藥品專利權延長、開放財團投資醫療工業、縮減公部門勿與民爭利等等對於資本主義全球化下的醫療工業與跨國藥廠的需索（要求國家去管制），反而出現了很快的政策回應與貫徹，這是否該被視為國家的「無力回應」？

國家難以守住固定疆界之論點更是錯誤的，從公共衛生來看，全球化下傳染病更加需仰賴國家與醫療勞動力的干預。將國家視為固有疆界消失的觀點，產生兩種政治效果：一個是遮掩了國家在實際上為醫療工業服務的掃除資本積累障礙物的調節政策，同時在另一方面則將國家社會職能與責任的萎縮視為當然，從而將健康的風險與責任推給個人承擔。對前者而言，國家的政策對醫療制度變化存在重要性，假如沒有這些（鬆綁）政策，則醫療工業便無從市場化環境，在這層意義上來說，正是國家的政策促進了資本的發展。對後者來說，國家的仍然重要，因為醫療資源的運用與分配仍幾乎是在一國之內進行，例如以公共衛生在全球化下受到的威脅來看，更是突顯國家政策管制的必要性。把這兩個面向一起來看，實際上，國家醫療政策的新自由主義轉向是一種再管制，自我解消社會職能，而積極在醫療工業政策上進行市場化之調節。也就是說，國家機器的「干預」作為一直是存在的，特別是積極為醫療工業市場自由化鋪路的工作。

部份社福界仍裝飾性地提及政府之職責應限於矯正醫療市場的失靈因素，例如對醫療機構的品質、業務的基本規範，而平時的監督以及協助民眾選購醫療服務或醫療保險等，則可委由類似消費者團體之民間機構執行（陳孝平，1997）。

這是一種「中間路線」的修辭在表明國家其實還帶有干預的必要的，但卻未分析是否國家機器仍具有能力干預一個高度私有化的醫療工業市場。至於民眾則被化為散眾個體消費者，其利益由消費者團體在建議應購買何種醫療保障「商品」下得到保障。在這種市場至上的語境下，似乎各種利益團體在剎那間全消失了，於是國家、市場與個人三者各「安」其位了，各司其職了。如果市場能撫平或調合這些利益矛盾，那麼是透過什麼機制呢？吊詭的是，對於這個關鍵問題的回答卻在該類論述中消失了。

事實上，新自由主義提倡的醫療改革中一個重要核心是，將大部份的財務責任被轉移到消費者個人，而這也就意謂著國家在保障人民健康權的社會職能轉移給在個人。這並不是說消費者團體對個人健康權完全無促進的功能，只是消費者團體無法凸出階級差異的問題。例如在 2002 年的反健保雙漲中，消費者團體似乎只能含淚同意調漲。同樣對健保雙漲之反應，工人團體則一直是反對健保雙漲。

第二個迷思是效率問題。主張增加或引進市場模式者皆攻擊公營保險人體制會有僵化的「弊端」，而私營體制則被視為在管理上可較具彈性與效率。新自由主義者皆認為以私有化的行政與財務運用的效率比國營體制為高，但這在經驗上也是不成立的¹²⁶。市場派將國家的政治干預的私有制視為效率的阻礙，因而主張應排除國家對健康保險的干預，其本身就是一種政治立場或意識型態。事實上，不管是西方福利國家或是台灣的醫療改革過程，皆顯示醫療本就是一個社會政治的鬥爭地帶，若要將之視為一種中性的站不住腳的。

再者，多元保險人制或私有化的單一保險人是否真能解決醫療費用快速高漲導致的財務不平衡呢？私有化下醫療商品化更可能導致資本財團壟斷與醫療浪費的擴大，這通常也是社福界所承認的（如陳孝平，1996:24）。若以美國現在的市場化與私有化醫療保障體系來看，自 1972 年實施 HMO 後並未減少醫療費用，反使醫療支出急遽上漲（紀駿輝，1997b）¹²⁷。所謂的私有化較有效率的說法，其實是排除了相關的社會指標，而僅以私有化的經濟效益為指標的評估。例如行政院宣稱民營化可使民眾有選擇保險人的自由，不過卻也同時會限制民眾就醫的可近性與選擇醫療院所的自由。

私有化論述的第三個迷思是政府因醫療保健支出增長而導致財政危機¹²⁸。但

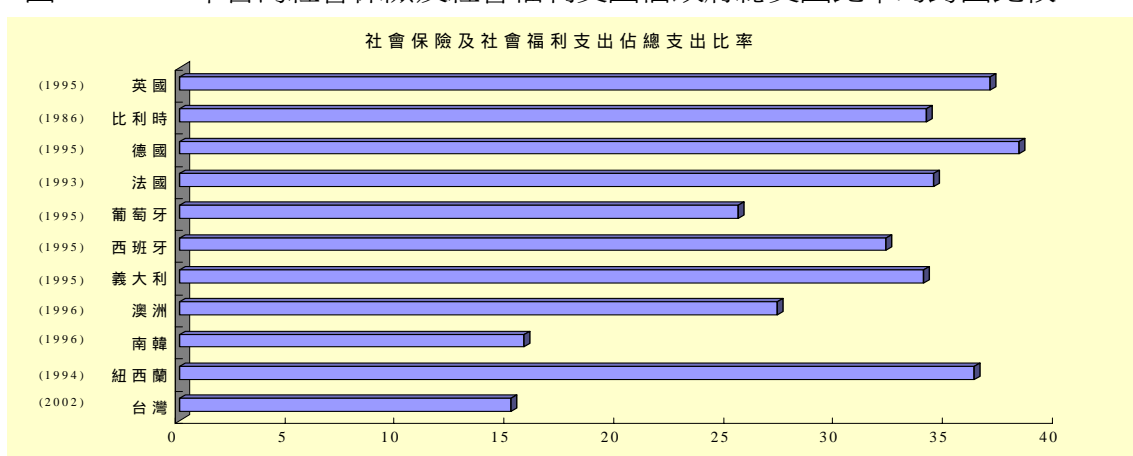
¹²⁶ 這種論述反映後福特主義政治下新自由主義所者主張對福利私有化的意識型態。第三章對公立醫療機構的分析已指出，效率指標經常是選擇性的以成本效益等績效指標，而排除了促進社會平等指標。

¹²⁷ 紀駿輝在立場上雖是反民營化，但並非全然反對自由市場在醫療服務上的角色，而是批判自由市場在健保上的功能。在 1997 年的各種公辦民營的方案中，其批判的正是多元化保險人的方案。紀駿傑自承（1997a:181）是以外福利經濟學的學術立場在反傳統的福利經濟學。

¹²⁸ 陳孝平（1998；1999）認為若捨管理式市場模式而就國家統合模式，在政府業已無力主導政

對台灣而言，並無任何證據表明健保已經或將危及國家財政。吳挺鋒(2003:121-4)的研究指出，福利支出從 80 年代以來的擴大程度頗為有限，且至今的福利支出佔政府歲出或 GNP 皆遠遠不及歐美工業國家。再者，政府財政赤字的原因與收入面的萎縮的關係更大，而非新自由主義者宣稱的福利支出拖垮財政。一項跨國比較統計資料顯示（見圖三），在社會保險及社會福利支出佔總支出比率上，社會保險及社會福利支出佔總支出比率以德國(1995 年)佔 38.29%最高，英國(1995 年)36.95%居第二，紐西蘭(1994 年)36.23%居第三；而南韓(1996 年)15.56%、葡萄牙(1995 年)25.46%屬社會保險及社會福利支出佔總支出比率較低之國家，而台灣(2002 年)15.13%在這份資料中是最低的。

圖三：2003 年台灣社會保險及社會福利支出佔政府總支出比率的跨國比較



資料來源：衛生署衛生統計資訊網，「2003 年衛生統計動向」。

網址：<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生動向/92/柒國際比較全文.doc>

就健保實施至今的財務面來看也不成立的。上一節表四說明了健保費中的政府補助份額一直不及三分之一，甚至有逐年降低的趨勢。顯然健保費中這個由政府提供的「福利」成份正在萎縮，若因此而認定健保已使拖累政府財政也是過於牽強。根據王正（1997）以健保開辦 1995 該年的資料為分析基準的研究，從負擔醫療消費支出公平性角度（同時考量所得、醫療費用、消費支出三項變數）而言，全民健保財務屬性顯然應提升「福利」性質之比重，政府補助健保費金額之比例，由 30.23%提高至 42.02%，同時民眾之負擔則由 33.02%降低至 21.23%為宜¹²⁹。也就是說，國家還有在財政上負擔更高的健保份額的空間。

綜括上述分析，健保私有化或多元化論述其實具有濃厚的新自由主義意識型態。在醫療工業市場、國家、以及個人三者之間，新自由主義者倡議的私有化與

策時，很可能因無法應付利益團體之索求而陷入財政危機。

¹²⁹ 國家衛生研究院的《全民健康保險體檢小組報告》也認為短期以調整費率因應政府財政不足的問題，但中、長期而言，應適度增加政府責任，相對地減輕民眾負擔為宜。參見《全民健康保險體檢小組報告》頁七十二。

多於化論述透過將民族國家極小化，以便將醫療工業與醫療保障市場推向極大化，同時將國家機器所承擔的醫療照護責任推向個人自由選擇。由於健保的私有化與市場化將使健保從集體主義的分配政治走向個人主義，原先建立的公共性質與凝聚公民團結性質式微，私有化方案的真正企圖在於將行政與財務責任移轉至民間（許冰瑩，2000:66）。然而民間並非全民，而是資本利益。正如蔡篤堅（2001a）所指出，這批財經官僚之掘起所影響的政策，反映出新國家機器的統治內涵是以與多元市場論述謀合的主權積極轉向財團利益靠攏。國家並非如私有化論述者所言的「無力」或消失，而是在促進資本發展上展現了高度作用。

值得注意的是，1997 年國家的健保私有化論述遭遇了社會的反私有化力量。部份醫師反對健保民營化，並在當時曾與工人團體聯合起來，可以說是一種以社區主義建構出的反私有化實踐的浮現（蔡篤堅，2001a:108），不過由社會民主運動在建構現制健保改革論述仍在演變之中，尚待進一步觀察。私有化、市場化、多元化等概念並不應也不能被直接等同於社會的公共參與。由於新自由主義所提供的市場化與私有化健保方案，經常給以開放民間參與社會建設為修辭，其真正欲實現的卻是私人財團為主的相關醫療工業市場。因此，重要的是認清以內在批判的角度來檢驗擴大民間參與宣稱背後的意識型態，以及其過程中公共化之程度（或相對的，跨國與本國財團資本力量之介入）。

第三節 健保赤字恐慌下的政府調節與醫療工業市場失靈

3.1 醫療工業成為後福特主義資本積累的重要產業

全民健保政策使醫療保障的覆蓋面一時之間擴大，帶動醫療工業市場之擴大，從而也使醫療保健支出大幅增長。但是從前節分析得知，在持續擴張的 NHE 之中，政府的公務支出與健保補助費皆在縮減，這種緊縮是受到新自由主義者的鼓舞與支持。國家在削減醫療保健的公共支出，藉以平衡或免於危及財政赤字，這個作法其實是與凱恩斯式的經濟調控相對立的。凱恩斯主義會建議增加政府的公共支出與預算赤字，以提升總體需要與經濟產出，而削減政府福利服務支出恰是凱恩斯於 1930 年代時所攻擊的政策（Gough，1995:191-2）。當前政府採行的卻是新自由主義主張的作法，緊縮政府支出且仍將大量的資源積極投入私部門，以增加經濟發展效益。對醫療工業來說，政府雖緊縮而整體 NHE 仍在持續增加，並流向以私部門為主的醫療工業。凱恩斯式的福特主義文化特徵被放棄了，醫療工業也因此成為一個重要產業，逐漸形成後福特主義積累制與消費的文化特徵。

後福特主義文化特徵在於醫療工業生產管理的變革以尋求有利的資本積累條件¹³⁰，以及其所造成的醫療消費的商品化。在健保實施後的數年間，台大醫院、

¹³⁰ 全民健保的成人健檢服務實施後，承包此服務多以公立醫院為主，但這些醫院又將這些業務

榮總醫院、台北醫學院或是一般私人診所醫師們皆成爲各大學在職企業管理碩士班的常客，醫療體系管理績效的提升表現在將醫師轉化爲經營管理技術人員（莊素玉，2005a）。醫療工業效法企業經營之典範是如《誰說大象不會跳舞》書中描述的 IBM 的後福特主義管理轉型。醫療工業經濟在企業化與績效掛帥下，也朝向多元化與消費化發展。與醫療相結合的各種健康產業被引入醫療工業中，例如預防與健康檢查、瘦身美容、保健食品、銀髮族與長期照護等都成爲新興醫療市場與商品。表六顯示 1996 年醫療保健業生產毛值較 1990 年增加 1.21 倍，而同期間國內全體產業生產毛值僅成長 58.5%。醫療保健業增幅爲同期間全體產業的 2 倍，且其成長幅度也遠超過整體產業生產值的增幅。健保雖具有相當程度限定醫療保健費用大餅的作用，不過醫界績效導向下進行企業化的改造，才是使產值增長的主因。

表六：醫藥相關產業生產值與員工數概況 單位：人、百萬元

	2001 年		2000 年		1999 年		1998 年		1997 年		1996 年		1991 年	
	員工數	生產毛值	員工數	生產毛值	員工數	生產毛值	員工數	生產毛值	員工數	生產毛值	員工數	生產毛值	員工數	生產毛值
醫療保健業	211,800	283,117	212,786	263,667	206,022	243,493	196,693	221,412	193,218	195,830	187,777	173,893	131,074	122,322
藥品化妝品批發 零售業	17,109	27,225	58,944	45,900	56,742	43,182	56,638	40,037	56,864	36,255	55,809	33,138	44,343	19,590
藥品及醫療器材 製造業	29,886	27,229	30,105	27,442	29,137	28,007	27,462	26,304	26,625	25,139	27,325	22,216	24,939	13,976
政府衛生部門	5,687	18,138	5,020	19,785	4,998	23,664	4,954	22,313	5,230	20,748	5,020	20,666	3,429	11,386
全體醫藥衛生產 業(A)	304,482	355,709	306,855	356,794	296,899	338,346	285,747	310,066	281,937	277,972	275,931	249,913	203,785	167,274
國內所有產業 (B)	9,338,687	9,506,624	9,496,020	9,663,388	9,389,998	9,289,929	9,293,954	8,938,967	9,181,230	8,328,780	9,073,020	7,911,635	8,442,429	4,810,705
醫療衛生產品淨 輸入(C)	—	77,916	—	72,778	—	72,413	—	56,162	—	53,644	—	50,644	—	24,962
(A+C)/B*100%	3.24%	4.56%	3.23%	4.45%	3.16%	4.42%	3.07%	4.10%	3.07%	3.98%	3.04%	3.80%	2.41%	4.00%

註：1.國內所有產業之員工數爲全體產業就業總人數及政府衛生行政機構人員數

2.國內所有產業生產毛值即 GDP（國內生產毛額）

3.醫療衛生相關產業資料係依據民 85 年工商業普查及國民所得推計而得

4.政府部門員工人數爲政府衛生行政機構人員數

資料來源：2001、2000、1998 年衛生統計動向，行政院衛生署編印。

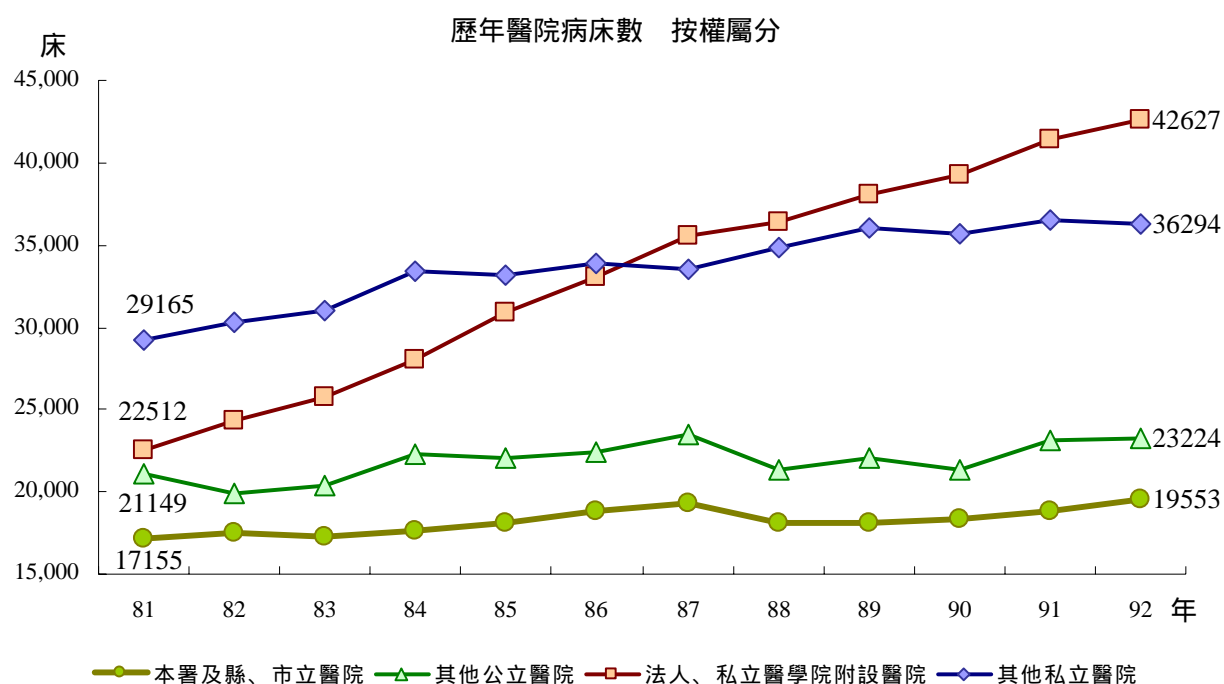
根據天下雜誌的調查，1997 年前五百大服務業中有 8 家醫院上榜，當年營收皆在十億以上。1998 年的前五大服務業中醫院則有 9 家上榜，總營收在 646

轉包給坊間的健檢公司。參閱 1996-01-08/民生報/21 版/醫藥新聞。像外包制這樣的後福特主義生產特徵，近年來也在醫療部門逐漸普遍。

億元，1999 年有 11 家上榜，到了 2000 年對全台灣營業收入最高的二千家企業中不分產業別作排名，其中醫療院所就佔了 16 家，總營收已高達 802 億元¹³¹。過去大多數醫療機構未公佈財務狀況，因此社會難以得知醫療工業的營收狀況¹³²。但健保的統計也多少可看出流向醫療院所的給付規模變化，目前每年健保醫療給付有九成流向醫療院所，其中有近三成是流向規模前十五大醫院。這都說明了企業化與大型化的醫療工業成為健保開辦後最大的受患者。

根據衛生署統計，自實施全民健保以來，醫院家數逐年減少，但醫院之病床數增加迅速。民國 92 年醫院病床數共 121,698 床，其中屬於本署及縣、市立醫院者占 16.1%；其他公立醫院占 19.1%；法人、醫學院附設之私立醫院占 35.0%；其他私立醫院占 29.8%，私立醫院病床數約為公立醫院的 1.8 倍。從近年來趨勢觀察，除法人、醫學院附設之私立醫院病床數持續大幅增加外，公立醫院及其他私立醫院病床數之增勢已明顯趨緩。顯見健保政策的支付制度促使醫院規模的大型化（圖四）。這個醫療體系變遷圖景相當程度呼應了一些學者所看到的自由化政策下造就的企業集團化與集中化的趨勢（瞿宛文、洪嘉瑜，2002）。

圖四：歷年醫院病床數－按權屬別分



在醫療院所數量與規模成長的背後，由於健保政策下放任市場激烈競爭，許

¹³¹ 參考《天下雜誌》，2000 年 5 月 25 日，頁 323；1999 年 5 月 31 日，頁 223；1998 年 6 月 5 日，頁 329；1997 年 6 月 5 日，頁 284。

¹³² 醫療改革基金會在持續要求衛生署公佈財團法人醫院財務後，衛生署網站於 2005 年 1 月公佈了 45 家財團法人醫療機構之財務。即使如此，學者仍認為此種公布可能是流於形式而缺乏公信力。

多中小型醫院則被迫退出市場。據健保局統計，全台灣各地的地區醫院家數自健保開辦初期的 568 家，在 2004 年 2 月時僅剩 437 家，而醫學中心及區域醫院家數卻持續成長¹³³。再就一份中華民國醫師公會全國聯合會統計的資料來看，醫學中心自健保開辦至今新增八家，區域醫院也從 45 家增為 72 家，而地區醫院則在快速萎縮，基層診所則持平（見表七）。此外，在健保總額預算的自由市場競爭下，許多公立醫院的占床率也普遍偏低，顯示醫療資源有浪費的情形（監察院，2004b）。醫療工業市場的擴張卻產生了醫院倒閉和利用率低或閒置的情況，這種配置的無效率是放任醫療市場化使然。

表七：歷年各層級醫療院所數目

醫療院所層級	1996-1998 年	1999-2001 年	2001-2003 年
醫學中心	14	17	22
區域醫院	45	63	72
地區醫院	494	429	367
基層診所	9,276	9,336	9,388

1.資料來源：1996-1998 年,1999-2001 年為醫院評鑑合格的醫院數,2001-2003 年為中華民國醫師公會全國聯合會 2003 年台灣地區執業醫師醫療機構統計。
2.單位:家數

3.2 解決健保赤字：設定總額封頂線

筆者在 2.2 節中曾討論，醫療保健支出佔 GDP 的「適當」比重一直是政府在經濟發展政策上的重要考量因素，而縮小政府規模在 1990 年代已成政策方針。但若與健保開辦前的醫療保健支出增長率相較，健保卻又具有調節抑制醫療保健支出的效果（江東亮，2003）。國家的左右手在面對這個醫療工業產值的增長，分別採取了兩種應對措施。國家右手將服務業的發展形成了國家的產業政策重點，國家的經濟官僚則已瞄準醫療工業市場¹³⁴，甚至積極擴大未來的市場規模，例如經建會就認為台灣的醫療保健支出佔 GDP 比重可以再提高，向 OECD 國家的平均值看齊。但衛生部門官僚在政策上需考量醫療的公平性、可近性以及醫療價格等而實施管制措施，因而對於醫療保健支出的增長透過健保政策中對醫療工業加以調節。舉例來說，總額預算制就是在健保醫療支出上設定封頂線，而設定藥價基準與藥價調整等措施也是對醫療浪費予以節流。

¹³³ 2004/01/15 雅虎網站新聞，〈健保開辦至今 地區醫院關了 131 家〉。

¹³⁴ 在衛生署一場「健康產業趨勢大展」記者會，國家生技醫療產業策進會主辦大膽預測健康產業具有兆元產業的潛力。2004/11/03 經濟日報。

國家左右手的兩種看似相悖逆的措施，其實卻同樣反映了新自由主義全球化下縮減國家福利角色的共識，亦即對醫療保健支出中的健保醫療費用採取了「有限財政」的節流措施。對健保的節流措施在健保尚未發生赤字問題時¹³⁵就全面實施。早在全民健保構作之初，國家官僚已預料未來醫療健費用必然增長，由於考量人口結構的老化與醫療科技設備的發展，因此在規劃之初就確立了比勞公保更仔細的費率精算，並對醫療工業的給付訂定上限以及以協商方式約定每年有限度的成長率。全民健保法中第一條規定：「健保實施二年後須全面實施總額預算。」有限財政的共識下，衛生署也逐步推動總額預算制（Global Budgeting）。1998年實施牙醫總額預算試辦，2000年中醫總額，2001年西醫基層診所總額預算實施，2002年實施西醫醫院總額，自此總額預算制已全面實施。

總額預算政策是設定健保醫療支出的封頂線。過去無金額上限論量計酬的機制僅著眼於控制醫療服務的價格，卻無法控制醫療服務之使用量。診斷關係群（Diagnostic-related Groups，簡稱 DRGs）¹³⁶則是控制單次住院服務之費用，但無法控制住院次數（量）。總額預算制則是在醫療服務以支出上限價格來同時限定了數量與價格的成長，由於該年的價格已封頂，當醫療服務量仍大幅增長使價格超過上限時，其點值就轉變為下降。

健保醫療費用支出的合理上漲率訂定後，當醫療服務利用量不超過預定上限時，醫療支出將少於支出上限而使健保有節餘。當實際利用量超過上限時，超出部份將打折支付，因為實際支出可能超出設定目標。總額預算並不預設價格，也不直接限制醫療服務量之上漲率，僅設定健保支出之年度預算。支付價格由總預算除以實際總服務量而得。雖然醫療費用上限受限，但其實這是由醫院協會與健保費用協定委員會所制定，其上限也限定在每年約4%左右的成長量。透過費用協定委員會的協商機制，在一定程度上範限了健保醫療支出的成長率，但卻也造成醫療工業結構的改變。當總額給付給醫院的點值降低，許多醫療機構也變相地以更強化的績效管理因應總額的封頂措施，例如：開辦自費門診、提高掛號費、加收指定醫師費、將高價進口藥改為低價的國產藥，以賺取高額的藥價差…等¹³⁷。

2004年7月衛生署更在總額預算制中設定了小總額，即醫院「卓越計畫」。這項計畫主要源自衛生署提出「後SARS重建計畫－醫療及公衛生改造方案」。此次抗SARS經驗迫使國家重新檢視及評估現有防疫及醫療安全體系，以避免重演2003年SARS疫期因大型醫院因門診率高所導致的高度感染風險。「卓越計畫」

¹³⁵ 健保的財務在2001年底的安全準備金不足一個月，已出現赤字危機。安全準備金真正出現負數是在2004年底。

¹³⁶ DRGs系統建立了標準化的程序，因而可藉此比較各醫院的成本效率。對公部門醫療體系來說，等於讓政府可藉此對經營無效率的醫院進行淘汰或私有化。

¹³⁷ 參閱自由時報/2005/4/17/自由廣場版，〈白色巨龍 敗在藥價差〉。

的作法是，以全民健保對醫院的給付辦法作為調節機制，對於防止院內感染試圖透過與醫院洽商透過支付制度的改革以扭轉門住診比率，使醫院發揮其急重症必減少門診量，同時也以此減低重複檢查以節制醫療資源的浪費。若參與此計畫之醫院達成衛生署設定的門住診比率與其他指標，將可獲得完整的總額給付。七月起，許多醫院紛紛加入了健保局這個「卓越計畫」，由醫院自主管理來落實總額預算制度，且硬將門住診比例立即扭轉為 45:55。這期間據媒體報導，此政策已衍生多種效應，例如急重症病患成人球、醫院門診限號、急診室擠爆、延後手術、換用低價藥品等等。總額預算雖形同對醫療保健費用的限制或相對削減，但對大型醫療院所而言卻仍有高度盈餘。醫療改革基金會的資料就指出，財團醫療院所的營收一向是健保的漏洞，然而至今大部份的財團醫院仍然一直抗拒將財務對大眾公開。

健保局聲稱此機制所帶來的問題有如產前的陣痛，但為了呼應讓醫療專業自主管理，所以不得不藉總額預算制來遏止醫療資源繼續浪費，以及導正醫療資源的配置。但卓越計畫實施之後，醫院的競爭更劇烈了，而為達到衛生署所設定的指標，各大醫院皆排斥病患以減低門診量。但其後果是病患轉而擁向地區醫院使其門診量增加使地區醫院之給付點值更大幅滑落，因此引發地區醫院在 2004 年 10 月 12 日率先抗爭¹³⁸。到了 2005 年一月卓越計畫停辦，也等於是說明了以健保支付制度來扭轉三級醫療結構未能獲得預期目標。不僅醫療資源的結構的扭曲難以藉導正，與醫療浪費的問題也一直受輿論與非官方組織的攻擊。例如醫改會就多次提出，據其推估洗腎費用浪費掉健保上百億。**醫療浪費的問題、公立醫院設備的利用率低下問題、以及醫療人球的社會排除等等，都顯示醫療工業的市場失靈正在加深。**在這個問題上，健保局與衛生署藉總額預算制與其調控機制顯然已難以介入這個高度市場化的醫療工業體系，這也說明政府的失職。值得注意的是，醫療工業的市場力量其實有其政治力在支撐。根據醫改會的資料顯示，部份立法委員本身是醫療工業投資者出身，卻未能落實立委的利益迴避原則，是對健保財務缺口的幫兇¹³⁹。

3.3 全民健保藥價政策、藥品工業、與健康

國家在面對健保赤字危機下，所採取的另一個節流措施是對藥價給付的調整。藥物是醫療供給之中的重要的一項，全民健保財務危機中常被批評的另一項目就是藥價支付虛高的問題—即一般所稱的「藥價黑洞」。藥品的市價與實際價

¹³⁸ 參閱 2004/10/13/民生報/A15 版/醫藥新聞，〈要活下去！逾千醫護上街找生路〉。

¹³⁹ 2004/12/03 民生報〈醫改會 4 訴求 籲立委「自清」〉、〈醫改會質疑 健保鬧窮 立委是幫兇？〉。醫改會指出主審健保預算與及法案的 20 位立委中，有三分之一具有醫界色彩。例如簡肇棟是醫師出身，曾任大里菩提醫院院長、臺灣醫界聯盟中區分會秘書長，邱永仁則開設洗腎醫院，並身兼健保洗腎總額執委會委員。此外，在立法院中，創立於 1990 年二月的「厚生會」也是以醫療專業者為主的利益問政團體。

格間的價差過於懸殊是藥價虛高的主因。普遍的說法是，健保開辦之初，台灣的藥品銷售市場金額約為每年 400 億元，然而全民健保支付給醫療院所的藥費卻高達 600 億以上。由於目前主要處方簽仍曾醫療院所供應，這個將近 200 億的差價幾乎可以篤定地被認為是進入醫療院所的利潤。與其他國家相較，台灣的藥費佔醫療保健支出中的近四分之一，卻實偏高許多¹⁴⁰。歷年健保門診、住院藥費總額占門診、住院醫療給付總額之比率約二成六左右，2001 年時已高達 824 億元。中央健保局對藥價差與藥價在健保醫療支出比重偏高的問題上，曾採取多次藥價調整，這些措施包括藥價調查、訂定藥價基準及健保給付的多次調整¹⁴¹。

政府對藥價調節的措施涉及醫療工業、病患、國家三者，因而是當前各國政府制定健康保險藥品核價基準時所必須面對的問題¹⁴²，國際上也曾出現這類鬥爭¹⁴³。即使僅就台灣的醫療工業內部的利益的也是矛盾衝突的，其中對藥品工業亦然。全民健保政策實施之初，國家就準備制定藥價基準，而藥品工業在 1994 年也分別組成國產與跨國藥廠組成「五大藥聯」以因應（陳悅儀，1996）。其後，1996 年 11 月健保局修正藥價基準中的核價原則，此一原則的公佈幾乎造成土（國資藥廠）、洋（多國跨國藥廠與西藥代理商）大戰（黃文鴻、羅孔伶、陳柳文，1998:265）。在 2004 年的藥價調整行動中，外商藥廠也對台灣政府作出抗議，向監察院遞交陳情書。此外，許多日商藥廠正尋求其政府透過 WTO 雙邊諮商管道，要求台灣政府建立「公平競爭」的藥品市場¹⁴⁴。數度藥價調整措施也遭遇來自藥品工業的阻力，2005 年一月再度向國內各藥廠與藥商調查八百多項藥品交易單據，以再度對藥價進行調整，同樣也遭受藥品工業的不配合的抵制¹⁴⁵。

對國家而言，調降藥價既可節制醫療支出，並可藉機發展國內的製藥工業。而國家在藥價調節，也可能影響藥品通路市場與結構，例如台灣的醫藥分業便是

¹⁴⁰ 2003 年我國藥品消費支出占國民醫療保健支出為 25.2%；若與國際比較，和捷克之 21.9%(2001) 差距較小、低於匈牙利 30.7%(2001)；但高於日本之 15.9%(2000)、加拿大之 16.2%(2001)、德國之 14.3%(2001)、英國之 16.3%(1997)、美國之 12.4%(2001)，顯示我國藥品消費支出確有偏高現象，而且因支付制度設計使得日本近十年逐年下降，我國則相反，另外我國自付醫藥用品支出亦是逐年上升。參考衛生署，2004，《2003 年醫療保健支出統計》。

¹⁴¹ 根據健保局的說法，1996 年調整六三三項藥品價格，省六億元；1997 年調整七一〇項藥價，省六億五千萬元；1998 年進行藥價調查；1999 年再調整八九六一項藥價，省十億元；2000 年調整九八〇一項藥價，省四十六億元；2001 年調整西醫基層診所日劑藥費，從三十五元降為二十五元，省三十二億元，這些數據，健保局藉此來說明其為消弭「藥價黑洞」已有實際行動並獲實際成果。

¹⁴² 雖然在療效上，俗名藥和原廠逾專利期藥品藥效是相同的，但在價格上則差異懸殊。首先，原廠藥在不同國家其藥價有極大的差異。在一些具複製生產俗名藥能力的國家如印度、埃及、泰國等地，原廠專利藥的價錢較無生產技術的國家便宜，也就是說，俗名藥一向為原廠專利藥減價的原動力。

¹⁴³ 中國時報／國際新聞／2002.07.14／南韓換閣的風風雨雨。南韓保健福利部部長說他之下台是因為國際藥商的聯合壓力，因為他把國內藥價壓低，損及了這些巨商的利益。

¹⁴⁴ 2001.03.05／自由時報／藥業議題 外商促搬上 WTO 談判桌。

¹⁴⁵ 2005/1/15 工商時報，〈健保局：為民把關 減少不合理應用〉。

藥品市場通路的主要變動因素，其牽動的是俗名藥、原廠學名藥以及專利藥三類藥物的市場¹⁴⁶。在市場佔有率上，俗名藥的量雖佔七成，卻僅享有三成的給付，而原廠藥數量只佔三成卻享有七成的藥價給付比重。由於台灣的製藥工業向來是以生產俗名藥為主，也希望國家在製藥工業政策上以提高國產藥價來扶植，而跨國原廠藥品也透過貿易談判手段要求延長專利期並保障相對高額的健保給付價格，這些藥廠的要求同時對國家的藥價調整政策形成內外壓力。其中外部因素的影響力更逐漸增強，放在更大的歷史脈絡看，跨國藥廠／商對台灣的施壓是早自 80 年代以來一直在持續進行的，主要是以美國為首的跨國藥品工業資本，透過全球化貿易談判架構向台灣擴張其藥品市場。

為解決台美間多年貿易障礙，行政院 F T A（雙邊貿易協定）專案小組在五月間即研議解決藥品、電信、稻米及智財權等四大障礙議題，行政院長游錫堃指示相關部會應設法排除障礙，同時衛生署也承諾將把美方要求的新藥資料專屬權保護納入藥事法修正草案¹⁴⁷。這形同對美國的無條件奉送延長藥品專利，以換取與美洽簽雙邊貿易協定。即便國家機器已預估藥事法此項修正將使學名藥延緩上市，且將增加每年全民健保支出 35 億¹⁴⁸，卻仍做出此放權讓利之決策。新藥資料專屬權在 2005 年一月二十一日經立法院三讀通過，對新成分及新療效藥物給予三至五年資料專屬權。衛生署藥政處更明白說明這個政策背景實為受到歐美跨國藥廠的施壓，要求我國早日依 WTO 精神，落實與貿易有關之知識產權協議（即 TRIPs）第 39.3 規定，對於核准之新藥給予一定期間之資料專屬保護¹⁴⁹。

當前世界貿易組織在與貿易有關的知識產權協議（TRIPs），恰恰是影響健保藥品核價的重要機制。按目前 TRIPs 的規定，給予新發明產品及其生產程序二十年的專利期，而藥物也納入此專利保障條款內。在 1990 年代初以前，全球大約五十個國家不讓藥物產品申請專利，或將其專利有效期縮短，或限制專利權持有人的權利。但 TRIPs 禁止了這些作法，並要求所有發展中國家在 2005 年前為所有新藥提供專利保障（樂施會，2002:301）。根據樂施會（Oxfam）的統計，目前全球百分之九十的藥物專利權均為發達國家的跨國大藥廠所擁有，因此 TRIPs 變相給予這些跨國企業享有二十年的近乎全球專利，從以往的十七年現在則拉長為二十年的專利保護及其所帶來的高利潤，緊緊掐住藥價調控的咽喉。在 TRIPs 之下，世界貿易組織要求其會員國皆須遵守這個保障專利權之條款，以積極杜絕其他一般藥廠生產學名藥（generic drugs，或稱仿配方藥）¹⁵⁰。

¹⁴⁶ 醫藥分業中有一項重要的關鍵是：藥師有權將醫師所開處方簽之中的高價藥（可能是原廠藥或進口學名藥）改以同成份或同類之學名藥來替代。表面上是藥師與醫師為了調劑的主控權之爭，實際上更涉及各類藥品市場的爭奪，這也是全民健保政策至今無法實施醫藥分業的主要因素。

¹⁴⁷ 2004/09/22 工商時報《藥事法修正 政院向美低頭 藥商跳腳》。

¹⁴⁸ 2004/9/23 民生報。

¹⁴⁹ 藥政處，2005/1/21，〈新藥資料專屬權 經立院三讀通過〉，行政院衛生署新聞稿。

¹⁵⁰ 例如南非政府在 1997 年為降低藥價，修改本國的藥物條例法案，卻遭全球三十九家大藥廠控

在 WTO（以及 FTA）的 TRIPs 架構下，已使許多發展中國家及貧窮國家中的窮人因為無力負擔療程中的高昂藥價，而被迫放棄治療¹⁵¹。台灣的全民健保數度提高藥費之部份負擔，以及如 WTO 架構下台美 FAT 談判的藥品專利退讓，都可以說是對醫療工業之間藥價鬥爭的反應。這些因素皆可能使人民負擔的藥價增加，低收入者更是無力負擔醫療照護中的藥費。

在上述的內外因素之下，即便健保局聲稱其查核藥價黑洞頗有斬獲，但藥價差仍然存在，且同類藥品的差額頗大。這是因為台灣的藥價給付原則仍是以廠牌別而非以同療效來給予給付基準。國內的一家藥商經理指出，在美國學名藥價格可以降到原廠藥的一半以下，且價格年年下滑，因此政府會強迫醫院只要有學名藥就要優先採購。但在價高利潤高的原開發廠生產的逾期專利藥則仍在國內醫院活躍，佔有 30% 左右（約三百億左右）的健保藥價給付（引自莊素玉，2005b:80）。健保局曾考慮修法將目前以廠牌別的給付基準改為以同療效作為藥價給付基準，因為這是以鼓勵採購學名藥來降低藥價的作法。這也就是為什麼跨國藥廠要以延長藥品專利期，以及攻擊本土學名藥廠的品質療效不及原廠的原因，因為一旦原廠藥的命脈（專利）到期，其藥價也會與同療效的學名藥相近，跨國藥廠的利潤就大幅縮減。

到目前為止，藥價調整與調查至今仍是一種黑箱作業，即使立法委員要查詢亦被排除在外¹⁵²。也因為缺乏社會監督，前述的藥價差（俗稱「藥價黑洞」）問題仍然明顯存在。根據高明見辦公室在年對常用的幾項健保用藥價格調查（表八），許多藥品的健保給付價仍高出實際售價甚多。還有更多的例子，根據一位醫師的報導，抗過敏藥 ceterigine 進價才一塊半，健保申報價卻可達到十元，開一個月三十顆，成本才四十五元，健保可申報三百元，醫院賺了二五五元的藥價差，再加上從病人收取六十元的部分負擔，醫院診所總共賺了三一五元。另外，如胃潰瘍三合一療法（Amoxil、Klaracid、Omeron），Amoxil 一顆成本不到一元，可申報二塊多，Klaracid 一顆二元，可申報三十一元，Omeron 一顆成本八元，可申報四十二元。所以做完胃鏡，醫院診所開了這三種藥一個星期，成本才四百

告其違反 TRIPs 條款。根據估計，在該國藥物條例法案無法實施、拖延了三年多的國際官司下，南非有四十萬人死於與愛滋病有關的疾病，這些病人多半是因藥價太高而缺藥失救。雖然世界貿易組織會員國可以公眾健康為由，引用 TRIPs 中的「特許牌照」（compulsory licence）條款，讓本土藥廠生產較便宜的複製藥（即仿配方藥），以應付國內疾病醫療之緊急危機，但這個特殊條款對無能力生產仿配方藥之國家形同虛設，再者，對有能力生產仿配方藥之國家，引用該條款的手續繁複，執行也多所限制。即使按特許牌照生產了藥品，卻又被嚴禁出口販售到其他國家供應他國之需求，因此，雖有特許牌照條款卻仍然迫使不少國家只能購買昂貴的專利藥或原廠學名藥。¹⁵¹ 以香港為例，根據病人互助組織聯盟的掉查顯示，在病人自費醫療項目中，有四分之一的患者因無錢而被迫放棄治療。

¹⁵² 2002 年 11 月 5 日，陳文茜、高明見與謝章捷三位立委至健保局赴健保局欲查藥商申報的藥品實際價格，但卻遭逐出。參考 2002-11-06/聯合報/3 版/焦點，〈立委質疑 藥價黑洞達 300 億〉。

元左右，健保卻可申報一千二百元以上，再加上向病人收取的二百元部分負擔，醫院至少從藥價賺走一千元¹⁵³。

表八：常用健保用藥藥價差一覽表

藥品名	適用病名	醫院	健保給付價	實際售價
Koate-DV1 antihemophilic 2501U/5001U	白血病患用藥	高醫附設醫院	4475	1875
Albutein 25%	休克、白蛋白過低症	台大醫院	1519	600
Tatumcef	抗生素	彰基醫院	298.55	99.5
CefamezinInj. 1000mg	抗生素	長庚醫院	127	38
Cleocin phosphate sterile sol'n	抗生素	榮總醫院	126	70.0
Cefamezin Inj. 500mg	抗生素	新光醫院	85	28.3
Cefa Inj. 500mg	抗生素	嘉基醫院	74.5	18.6
Zolotin	降血脂	長庚醫院	44.8	22.4
Mevalotin Tab. 10mg	降血膽固醇	台中榮總	42.31	39.0
Mevalotin Tab. 10mg	降血膽固醇	中山附設醫院	42.31	39.0
Mevalotin tab. 10mg	降血膽固醇	彰基醫院	42.31	39.0
Sinzac	抗憂鬱	長庚醫院	41.5	2.4
Delipic	高膽固醇血症 、高三酸甘油 脂血症	台大醫院	37.85	31.9
Lipitor F.C. Tab. 10mg	降低血膽固醇	國泰醫院	34.3	30
Quicran F.C. tab.150mg	胃潰瘍、十二指腸潰瘍	彰基醫院	19.2	2.0
Norvasc Tab. 5mg	高血壓、心絞痛	國泰醫院	19	14
Nootropil F.C. Tab.1200mg	腦循環促進劑	竹山秀傳	19	12.66
Celebrex Cap. 100mg	關節炎	長庚醫院	16.7	12.99
Doxaben 2mg	降血壓	國泰醫院	14.8	10
Amaryl 2.0 Tab.	糖尿病	國泰醫院	10.5	9
Urosin F.C. Tab.	高血壓、狹心症	耕莘醫院	9	1.8
Lipanthyl 100mg Cap.	降低血膽固醇	健保門診中心 中山附設醫院	8.2	6.3
Synotec Tab.	止痛藥	馬偕醫院	8.2	2.1
Tenormin Tab. 50mg	高血壓、狹心症	竹山秀傳醫院	7.9	6.07
Tenormin Tab. 50mg	高血壓、狹心症	中山附設醫院	7.9	6
Tenormin Tab. 50mg	高血壓、狹心症	台大醫院	7.9	2.5
Cisa	精神科用藥	馬偕醫院	4.8	1.2

¹⁵³ 參閱自由時報/2005/4/17/自由廣場版，〈白色巨龍 敗在藥價差〉。

Encine E.M. Cap 100mg “Everest”	心肌梗塞、血栓 性栓塞症之預防	光田醫院	2.44	1.1
------------------------------------	--------------------	------	------	-----

資料來源：2002/11/5，高明見國會辦公室。

雖然當前各國皆以學名藥與國產俗名藥等非專利期間之藥物來抑制藥價支出，不過，鼓勵使用學名藥的作法是否得以抑制整體藥品費用、以及縮減醫院採購藥品的價差仍有疑問。因為有一種說法是，高額藥價差的形成是因為在總額點值縮水下，醫院診所為了賺取更多的錢，紛紛將幾乎沒有藥價差的進口藥改為藥價差數倍的國產藥¹⁵⁴。如果這個說法成立，全民健保藥價政策的訂定恐怕還得在鼓勵採購學名藥之外，對學名藥的品質管制及價格有更詳細的調查。劉士永（2004b）指出台灣的藥品市場結構從戰後以來日系藥品在台灣人心中就有高級藥的印象，到了美援時期，歐美藥品則席捲處方藥市場。即使 1970 年代實施的藥品 GMP 制度，似乎只是讓民眾更信任外資藥廠的藥品生產技術準則，並再次確認偏好進口西藥的藥品市場結構。在這樣的藥品市場結構下，多半承製過專利期之處方藥的國產藥品工業，似乎仍難以擺脫負面印象（劉士永，2004b）。

另外，曾有人提出由健保局統一採購藥品來抑制全民健保藥費支出的建議，不過這將受到反對國家干預市場的國內外藥品工業的壓力，正如本章首頁引述監察院調查報告中已敏銳地反映這樣的現實困境。

本節分析了國家機器在藥品價格政策上的各種管制措施，並指出國家的調節對藥品市場與健康的影響。國家在有限財政的健保赤字壓力下，試圖以國家力量節制藥品的浪費，這原本是值得肯定的。不過，國家藥價調整仍屬黑箱作業，導致的藥品市場結構變動也必然影響醫療院所處方內容，進而影響民眾日常用藥。這個黑箱作業的內容，涉及國家機器與新自由主義全球化下的藥品工業市場力量的鬥爭。就本節討論的經驗資料來看，政府在貿易談判上逐漸對藥品專利權予以擴大，顯示國家自主性對跨國藥廠資本力量也是出現弱化的現象。

相對於國家對跨國藥品工業的放權讓利，藥品價格逐漸也在轉向部份負擔制與自費制。健保局在 1999 年 8 月 1 日實施的健保部份負擔制中影響面最大的，當屬藥費部分負擔。由於藥費在一百元以上，就須多付二十到一百元不等的部分負擔，而醫院開藥費幾乎都超過一百元，使得醫院門診病患七、八成都得多付藥費¹⁵⁵。到了 2002 年 9 月 1 日起，健保局實施了費率與部份負擔雙漲制，其中藥品部分負擔調為須病人自付藥費的二成，健保給付八成，上限為兩百元。國家機器以部份負擔制向消費者個人課以責任來抑制健保藥費成長，卻對藥品工業資本的退讓，也再次說明了國家機器向醫療工業的傾斜。

¹⁵⁴ Ibid. 自由時報/2005/4/17/自由廣場版，〈白色巨龍 敗在藥價差〉。

¹⁵⁵ 參閱 1999-08-02/民生報/07 版/醫藥新聞。

第四節、健保政策的社會效應：健康權的社會排除以及健康的階級與城鄉區隔

4.1 高所得者低報投保金額，受薪階級承擔保費之八成

官方宣稱：我國實施全民健保，已成功免除民眾們「因病而貧」的恐懼，且據家庭部門每人健保受益與健保支出之九十一年統計資料，低所得者之健保受益最高，但保費負擔相對較低，顯示全民健保已符合照顧低所得者之宗旨。誠然，若與健保實施前相較，健保實施初期低所得者在醫療支出上卻實有減輕負擔，但是若在健保實施至今而言，對低所得者與受薪階級家庭的負擔則是又轉趨加重的。

首先，我們看到的是健保的籌資計算方式使高所得者得以逃避高保費。從投保人數來看，雇主與自營業者即屬高所得者，依主計處統計，台灣的雇主與自營業者總數應有約二百萬人，但在健保局的統計中，以第一類第四目投保者歷年來皆只有三、四十萬人左右（表九）。健保法原規定雇主與自營業者的投保金額應以營利所得作為投保金額，但在健保法施行細則中，則使高所得者的計算基礎也薪資化，資本家的營利所得規模被化為與受薪者等同的「薪資」規模¹⁵⁶。在這三十多萬的雇主與自營業者當中，卻僅有十多萬人以最高一級投保金額申報（表十）。形成這種現象的原因之一，是健保政策易使被保險人主觀認定，以對自己有利的身份來投保。而較有機會移轉投保身份者通常是社經地位高者，並使健保財務的不公平性增加（林雨靜，1999）。

¹⁵⁶ 健保法第二十二條第二款，雇主及自營業者：以其營利所得為投保金額。健保法施行細則第四十一條規定雇主按投保金額分級表最高一級申報，但其所得未達投保金額分級表最高一級者，得自行舉證申報其投保金額。這形同為資本家開了一道後門，避開最高一級投保金額之申報。

表九：台灣地區雇主和自營作業者人數

單位：人

年份	健保局統計之雇主及自營作業者 (第一類第四目)	主計處統計		
		總計	雇主	自營作業者
1994		2,013,000	471,000	1,542,000
1995	250,174 人	2,017,000	480,000	1,537,000
1996	294,178	2,023,000	485,000	1,538,000
1997	313,456	2,021,000	506,000	1,515,000
1998	337,318	2,018,000	506,000	1,512,000
1999	354,926	2,034,000	511,000	1,523,000
2000	363,350	2,036,000	513,000	1,523,000
2001	360,104	1,975,000	492,000	1,483,000
2002	363,534			
2003	369,021			

(資料來源：中央健保局、主計處)

表十：歷年最高一級投保者人數及佔總被保險人之比例

年份及最高投保金額	最高一級投保金額被保險人數	雇主及自營作業者人數	適用最高投保金額者佔被保險人比率
1995 (53,000 元)	298,043	148,071	3.23%
1996 (53,000 元)	346,913	140,088	3.03%
1997 (53,000 元)	392,322	133,221	3.36%
1998 (55,400 元)	392,679	130,170	3.32%
1999 (57,800 元)	133,714	125,586	1.11%
2000 (57,800 元)	443,771	119,313	3.59%
2001(60,800 元)	367,386	105,030	2.95%
2002(87,600 元)	127,141	9,467	1.00%
2003(87,600 元)	149,562	15,260	1.16%

(資料來源：1995~2003 年全民健康保險統計)

高所得者在健保開辦初以最高一級投保金額投保也僅是不到六萬元，全民健保在 2001 年以軍公教薪資八成投保的方式，擴大了保費費基，同時也拉高投保金額級距，從原來的 3.8 倍到現在的 5.5 倍¹⁵⁷。若與他國相較，日本健康保險的投保金額分級表之上下限差距為 10.65 倍，德國為 10 倍¹⁵⁸，我國全民健保仍明

¹⁵⁷ 2002 年的投保金額最低一級為 15,800 元，最高一級為 87,600 元，最高一級為最低一級的 5.5 倍。

¹⁵⁸ 日本健康保險之投保金額分級表上限為 980,000 圓，下限為 92,000 圓。德國之上限為 6,000 馬克，下限為 600 馬克。參考國家衛生研究院論壇健康保險委員會財務小組期中報告，頁十二。

顯偏低。再者，即使拉大了投保金額級距，卻似乎仍跟不上現實的貧富差距得擴大。根據主計處統計，2001 年所得分配最高分位組與最低分位組的差距若以五等分組來看達 6.39 倍；若以十等分組來看則更高達 61.33 倍（見表四），兩項均達歷史新高。再者，自 1990 年代以來的貧富差距的擴大下，以五等分位中收入最高一組的所得是逐漸在增加，但收入最低一組的收入則是逐漸在減少（citation？）。全民健保的保費籌集在這種情況下，不僅形同受薪階級在負擔絕大部份的健保財務，且高所得者的保費更無相應的擴大。台灣貧富差距逐漸擴大，貧者愈貧、富者愈富的趨勢儼然成形，據主計處調查報告所示（見表十一），最低所得組（最低所得收入 20%的家戶單位）九十年年度年增率下滑了 11.35%，相較最高所得組（最高所得收入 20%的家戶單位）竟成長了 2.11%，顯示所得分配的差距正朝著水平軸的兩端逐漸擴大。再者，所得收入愈低的組別其下滑的比率愈快速，顯示在同一個台灣社會裏，極端的生活型態差距已在擴大。

表十一：戶數五等分與人數十等分所得分配比與差距

年別	第五分位組為第一分位組的倍數	第十分位組為第一分位組的倍數
1989	4.94	15.98
1990	5.18	19.28
1991	4.97	18.04
1992	5.24	19.41
1993	5.42	19.35
1994	5.38	21.06
1995	5.34	23.93
1996	5.38	24.38
1997	5.41	23.72
1998	5.51	33.07
1999	5.50	42.17
2000	5.55	38.87
2001	6.39	61.33

資料來源：主計處，2001 年《國民所得統計調查報告》

4.2 健保財源的累退性

現行各類目的投保金額界定並不相同，被保險人眷屬自付保費採論口計費，致使在民眾的貧富差距中負擔健保費的累退程度過高。整體保費結構之轉變等於進行了社會重分配，但卻是逆向的，保費負單轉移到個人的責任上。一方面平均眷口數降低、薪資分級表上下限的差距未能拉大造成逆所得重分配，此外，分級表內外皆有的累退現象（徐衣琪，1996；謝秀玲，1995），也是造成逆向社會重

分配的主因。以 1996 年為例，設算保費與部份負擔合計的家戶財務負擔占其家戶所得的比率在十等分位家戶間的分配，由最低十等分位家戶的 12.71% 遞減至最高十等分位家戶的 3.64%，竟相差 3.5 倍之累退程度（國家衛生研究院，2002:23）。若根據鄭文輝與蘇建榮的分析，其差距更大，1996 年最窮的 10% 家戶的保險費支出及部份負擔費用佔其總所得的 7.9%，而最富的 10% 家戶則僅佔 1.1%（引自國家衛生研究院，2001:117）。類似的有關健保財務的累退性質的研究相當多，例如 1999 年鄭文輝等以及葉秀珍曾對全民健保財務負擔的公平性進行調查，也都發現全民健保財務的累退性質極高。若加上家戶眷口數的負擔，則對窮人更為不利，累退的程度更是擴大（葉秀珍，2002:71-2）。1996 至 1998 年的所得分配不均情形逐年擴大，抵銷財務負擔累退性改善效果，因此未來台灣應除去所得分配惡化問題（鄧穎諭，2002）。

如果以全民健保的社會保險屬性來看，財務負擔的累退模式是可預期的，因為在國際上實施社會保險制的國家的財務累退本就較實施公醫制的國家為高，表二說明了這種情況。在公醫制的國家中（愛爾蘭、義大利、葡萄牙、瑞士、英國、澳洲）中，來自社會保險籌資的財源累退度皆普遍較低。醫療保健支出中來自社會保險籌資比例高於 50% 的國家中（法國、荷蘭、西班牙、台灣），以荷蘭表現最佳，而台灣的健保財務累退高居首位。

表十二：健康保險財務公平性之跨國比較

國家	年別	照護財源來自社會保險之百分比 (%)	社會保險之 kakwani 指數
法國	1985	75.5	-0.017
愛爾蘭	1987	7.3	0.110
義大利	1987	37.7	0.028
荷蘭	1987	65.7	-0.002
葡萄牙	1980	5.2	0.277
西班牙	1980	61.7	-0.063
瑞士	1981	1.5	0.000
英國	1985	17.0	0.043
美國	1981	14.4	-0.035
澳洲 2	1989	9.1	0.090
台灣 3	1996	55.1	-0.280
台灣 4	1997	55.1	-0.204

原始資料來源：1. Doorslaer et al. (1993)，頁 47；2. Lairson, et al. (1995)，頁 478；3. 根據鄭文輝等（1999）結果計算 Kakwani 指標，係保費與部份負擔合計；4. 葉秀珍 (1999)，其中 Kakwani 指標僅包括保費。

資料來源：引自葉秀珍，2002，〈全民健保財務收支配公平性分析〉，《我國全民健康

4.3 健保政策下的社會排除與健康狀況

由於近年來貧富差距的擴大，再加上健保在高所得者或資本企業所徵得的財源極低、對低所得健保費負擔卻極重的健保財源高累退性質下，造就了一直有大量的弱勢者被排除在健保之外。根據林季平和林昭吟（2003）調查發現，民國 84 年開辦至今的全民健保，仍有高達 90 萬人始終未納保，其中 40 萬人長期待在國外，屬高社經地位者；20 多萬年輕人口因工作異動頻繁而其工作單位忘記納保；但剩下的 23 萬人是因為經濟困難，占未納保總人口 24.9%。在這當中，約有 4 萬 3000 人屬於典型的社會邊緣人，就算分期攤繳或紓困貸款，仍然繳不起保費，是亟待救助的一群人¹⁵⁹。

若就空間分佈的特質來看，全民健保的低納保率既集中在經濟地位相對強勢的都市地區（特別是台北市和台北縣），也集中在經濟地位相對弱勢的花東地區，南投縣和屏東縣，且造成此現象的因素相當複雜（林季平、林昭吟，2004:18）。可確定的是都市地區的低納保率與勞動力遷移、流動人口特質有密切關係；經濟地位相對弱勢的農村與偏遠地區，低納保率可預期和經濟情況及回流遷移有關。以族群別來看，原住民在台灣社會即屬相對弱勢，而原住民居住地的平均納保率普遍比台灣地區的納保率偏低¹⁶⁰，等於從另一個面向說明了此點。這些事實指出了全球化下後福特主義積累制的條件下，工人階級所受到衝擊除了失業的危機，其健康權的保障也受到嚴重威脅¹⁶¹。根據健保局一項調查發現，近年來原住民的納保率不升反降，迄今仍有近四萬名沒有健保，且以花蓮、台東及桃園縣的原住民居多¹⁶²。

筆者曾訪談 921 地震後由阿美族人臨時自建的花東新村社區的副頭目，整個花東新村成人與兒童有許多人皆無健保。筆者訪談的另一位是離開阿里山部落到彰化工作的鄒族原住民，他的公司承包某知名化工廠的工作，而他這種外包公司老闆還經常積欠員工工資，且未提供全民健保。筆者的這些訪談資料，都顯示原住民在被排除在健保之外，主要都是因為工作上的經濟不穩定，這也說明了後福特主義政治對社會保障的削弱。

¹⁵⁹ 參閱 2004/11/24/民生報/A2 版。

¹⁶⁰ 全國納保率已高達 96.20%，但仍有 80 萬人未納保。而山地原住民納保率僅達 84.99%，平地原住民為 80.19%。且山地離島納保率偏低為 87.92%，以蘭嶼鄉最低為 66.69%。參考林芸芸，1999，《全民健康保險全民納保之可行性研究—全民納保社區化》，中央健康保險局八十八年度委託研究計畫（DOH86-NH-008），台北：中央健康保險局。

¹⁶¹ 保費的低收繳率也可反映部份問題，例如第六類第二目的地區人口的保費收繳率有逐年降低的趨勢。

¹⁶² 參閱 2005-03-02/民生報/A15 版/醫藥新聞。

國家機器對社會排除效應也採取過補救措施，立法院 2003 年 6 月 6 日三讀通過全民健康保險法修正案，明定經濟困難未投保民眾在一年內投保，其應補繳保費得申請延緩繳納；經濟特殊困難從未投保或中斷投保或中斷投保達四年以上民眾，得免予補繳積欠保費。預估這次「健保特赦」受惠民眾約 23 萬人，總金額則在新台幣 45 億元。但嚴格說來，健保特赦的進步性頗為有限，其免除的是積欠之保費，而非由政府補助後續之保費，後續效果還待追蹤。

另一種值得注意的社會排除則是國族主義式的。在健保赤字中的醫療浪費問題上，台灣民族主義的保守性質往往想當然爾地鎖定一些無辜代罪羔羊。舉例來說，醫界曾曖昧地罪責外籍人士也享有台灣健保，或者外籍勞工濫用醫療資源¹⁶³。但事實是這樣嗎？根據張淑玲（1999）的研究，外籍勞工健保醫療利用率、利用次數及醫療費用比一般健保民眾低。以 1997 年推估外籍勞工保費為 24.4 億元，醫療支出應為 23.36 億元，而實際研究結果只為 2.8 億元，可見外籍勞工保費有大部分支應一般健保民眾的醫療支出。這類罪責外籍人士的作法最能逃避健保在階級區隔上應負擔的改革責任，也模糊了健保政策的壓迫勞動階級的性質。資本主義全球化下也加速全球工人的勞動力遷移，而這些勞動力的再生產其實也是資本主義得以運行的基礎。若將健保問題歸咎於外勞，將可能助長民族主義轉向極右派的排外主義，並損毀全民健保所保障的普遍主義的健康權。

健保調節中的部份負擔制也成了加速社會排除的幫兇。部份負擔有別於公勞保時代（社會保險虧損由國家補足），其目的在藉由對消費者課以個人責任的方式擴大收入面來緩和赤字。行政院曾在 2002 年 9 月 1 日實施健保雙漲，即調高部份負擔¹⁶⁴以及將健保費率從 4.25% 調高為 4.55%。但這項措施引起民間工人、社福、醫改等 65 個團體聯合起來發動抗爭¹⁶⁵，但是社會進步運動團體的結盟最終仍無法迫使國家衛生官僚取消這項措施。社運團體認為在國家在未對醫療工業的醫療浪費更有效的節制下，以個人主義的調整費率與部份負擔將加重社會不平等。

政府宣稱的理由是被保險人在享用醫療資源時，需自行負擔部分成本，並非完全由提供保險的第三者來支付，藉由提高被保險人之成本意識以抑制醫療資源之濫用。但研究皆指出，在部份負擔新制實施後，低所得者的醫療資源利用率下降之程度較高（洪明皇，2001），並且部份負擔也形同對低所得的負擔的加重（紀

¹⁶³ 2004/8/10 民生報報導，國家衛生研究院在 8 月 9 日舉辦的「實施總額預算制度之影響成效檢討」座談會中，醫界指出部份外勞拿健保藥帶回國販賣。

¹⁶⁴ 此一政策係針對高診次、藥費及復健（含中醫傷科）三方面利用程度過高之保險對象加收部份負擔。

¹⁶⁵ 為反對健保自負額及部分負擔兩項費率的調漲，在 2002 年 8 月 27 日估計約有三萬名來自全台灣各地的職業、產業工會，以及全國總工會等全國性工會組織共同組成「827 全民反健保調漲聯盟」，這可說是民進黨執政後形成的最大規模的工人運動。

駿輝，1997a & 1997b)。而此種擴大費基方案的實施對於改善保費負擔累退現象之效果相當有限（梁正德，2004）。這種捨棄對保費結構的調整而以增加部份負擔挹注健保收入的作法，也不利於家戶醫療支出的分配公平性（蔡貞慧、周穎政，2002）。

全民健保提供的福利限定下，雖提供了相當程度的健康權保障，也產生醫療資源的社會排除的不均分配。健保政策中採取的新自由主義市場化方案造成的這些負面社會效應，也反映在近十年來台灣的健康狀況的變化上。從許多跨國的健康水平比較來看，台灣自健保實施以來的健康水平提升極為有限。舉例來說，國家衛生研究院曾發表一項研究，以「死於結核病」及「診斷未明」為指標做評比，發現台灣的醫療品質不但落後日本、香港 20~30 年，更要花 70~102 年才能趕上美國。溫啓邦以民國 91 年為例指出，全年有 8661 人的死因「診斷未明」，亦即平均每 15 名死者就有 1 人死得不明不白；許多瀕死病人選擇出院回家、在家死亡後，才由衛生所醫師、法醫開具死亡證明；由於不明死者病因，醫師多半開具「老衰、呼吸衰竭」等「診斷未明」的籠統死因。另一個醫療品質比較指標是「**結核病死亡率**」。溫啓邦表示，30 年來國內結核病死亡率雖大幅下降，仍約有 1%，是美國的 20 倍，尤其山地鄉的結核病盛行率居高不下，結核死亡率更高達美國的 126 倍，落後美國 70 年¹⁶⁶。

再從**平均壽命**來看，台灣平均餘命從健保開辦後的增長趨緩，並落後一些鄰近國家的增幅（表十三）。以鄰近國家為例，日本的男性與女性平均餘命從 1992 年到 2002 年分別增加了 2.3 和 3.1 歲，1992 年至 2003 年南韓的男性與女性平均餘命皆則增加了 4.9 歲。反觀台灣僅分別增加 1.4 和 1.7 歲，此結果顯示健保政策下健康水平正大幅落後於他國。

¹⁶⁶ 2004/04/18 民生報，〈台灣醫療品質 落後美國百年〉。

表十三：1992 年至 2002 年平均餘命跨國比較

年別	台灣		日本		美國		德國		英國		南韓	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
	歲	歲	歲	歲	歲	歲	歲	歲	歲	歲	歲	歲
1992	71.8	77.2	76.1	82.2	72.3	79.1	72.6	79.1	73.4	78.9	66.9	75.0
1993	71.6	77.5	76.3	82.5	72.2	78.8	72.7	79.2	73.7	79.1	68	75
1994	71.8	77.8	76.6	83.0	72.4	79.0	73.0	79.5	73.9	79.2	67	75
1995	71.9	77.7	76.4	82.9	72.5	78.9	73.3	79.8	74.1	79.4	67	75
1996	71.9	77.8	77.0	83.6	73.1	79.1	73.6	79.9	74.3	79.5	68	76
1997	71.9	77.8	77.2	83.8	73.6	79.4	73.6	80.0	74.6	79.6	69	77
1998	72.2	78.0	77.2	84.0	73.8	79.5	74.0	80.3	74.8	79.8	70	77
1999	72.5	78.1	77.1	84.0	73.9	79.4	74.7	80.7	75.0	79.8	71.7	79.2
2000	72.7	78.4	77.7	84.6	74.1	79.5	75.4	80.2
2001	72.9	78.8	78.1	84.9	74.3	79.5	75.5	81.1	75.7	80.4
2002	73.2	78.9	78.4	85.3	74.6	79.8	75.6	81.6	75.8	80.5	71.8	79.9
2003	73.3	79.0										
2002-1992 增加	1.4	1.7	2.3	3.1	2.3	0.7	3.0	2.5	2.4	1.6	4.9	4.9

資料來源：衛生署衛生統計資訊網，<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計重要指標/9.xls>，2003 年為預估值。

十年的健保政策不僅未能大幅提高健康水平，即便是健康的區隔也未能消弭。前述原住民納保率不升反降、醫療資源在山地鄉的缺乏，這些問題也反映在原住民至今的平均餘命與台灣相較還是落後十歲左右（張朝琴，2004）。從嬰幼兒死亡率來看，一項研究指出山地鄉的嬰幼兒死亡率比非山地鄉來得高，這也說明了台灣雖然已成為低死亡率的社會，各鄉鎮與都會區死亡率的差異仍然存在（趙怡惠，2003）。

第五節 結論

本章以健保政策作為分析對象，論證國家在健保政策中的角色向醫療工業偏移，同時對健康照護的福利性質則嚴重的弱化。國家縮減醫療保健支出中政府比重、增加消費者自費比重，更積極以對醫療工業資本去管制化、鬆綁法令的方式以促進醫療工業市場化、私有化、多元化，從而成為後福特主義積累制下的重點產業。正如 Gould（1997:12）認為的，歐洲福利國家危機導致福利多元主義的發展趨勢，是從福特主義轉變為後福特主義資本主義的結果。

哈維指出，1980 年代以來資本主義的後福特主義積累已轉向服務業資本的積累。台灣資本主義發展也出現這樣的轉向，國家機器的右手已將這個經濟發展轉向醫療工業。全民健保的出現也意謂著醫療消費得以被刺激而擴大，若用官方用語則是所謂的「擴大內需市場」。由於全民健保政策，醫療消費被有效的刺激。若借用 Jorg Blech 在《發明疾病的人》一書中所言，醫學正在朝向企業化與商品化，醫療工業、跨國藥廠正重新界定人類的健康（Blech，2004）。藥品工業與醫療工業已成當代資本主義積累的重要部門，因而開拓市場也就建立在刺激與擴大健康的需求上。

歷史地看，從 1990 年代初到 2004 年之間，國家經濟官僚與衛生署對健保政策的考量從原先似是分殊的軸線，已轉向市場化與私有化的新自由主義共識的協同合作。詹啓賢與李明亮就皆曾引用前任 WHO 秘書長之言：醫療體系是消費也是投資¹⁶⁷。這個「投資」的意思正可說是使資本主義積累制的一個重要環節。國家機器的立場正逐漸向資本與醫療工業偏移，國家沒有清楚說出的的健保政策目標是，由於健保政策可作為提振醫療保健產業的產值的調節樞紐，因此未來的健保政策應為國家規劃的後工業社會的服務業經濟增長政策服務，而非為提升人民健康服務。

在新自由主義全球化之下，WTO 的服務業貿易總協定（General Agreement on Trade in Service，簡稱 GATS）將包括醫療保健及照顧服務等公共服務業，開放全球自由貿易與自由市場，未來公共服務產業不僅是國內市場的競爭，更將開放市場而形成全球醫療工業的競爭，這便是衛生部門與經濟官僚共同攜手的重要因素（行政院經濟建設委員會等，2004:2-3）¹⁶⁸。當前被國家機器看重的兩兆雙星產業包括生物科技產業（與藥品工業相關）與醫療照護產業，兩者皆被經建會官僚與衛生署視為將替代半導體產業的明星產業。從而，行政院（2004）提出的服務業發展綱領已然指明在醫療工業市場的自由化趨勢將加速，而政府的角色則是持續 80 年代以來的鬆綁政策，以解除民間醫療工業參與的障礙。全民健保政策與改革正是落在這個資本主義發展的結構轉型的座標上，而醫療保障與相關醫療工業的目的也就從為人們的健康服務而轉向為市場服務。

國家機器對於醫療地帶的調節，出現了兩種現象並存。第一，國家遭遇來自跨國資本的壓力，這使國家機器其對跨國資本的退讓，乃至進一步臣服於為資本服務積極解除各種投資與市場化的障礙。醫療工業市場與發展成為國家經濟發展的重點之一，市場化使醫療資源的生產與分配往商品化發展。而醫療工業開發消

¹⁶⁷ 參考詹啓賢，〈健康體系改造 何去何從？〉，2005/1/1 中國時報。另外，李明亮曾說過：國民醫療保健支出是投資而非僅是消費而已。參考衛生署網站：<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/industry/李明亮.doc>。

¹⁶⁸ 衛生署長陳建仁多次向醫界回應說健保政策改革中應開放自費醫療項目，也可說明衛生署部門向醫療工業傾斜的立場。參閱 2004-07-27/民生報/A11 版/醫藥新聞，〈醫療產業 鎖定兩計畫〉。

費者健康需求，促使自費醫療市場的出現，這也導致健康權形成階級區隔與兩極化，即自付購買五星級的醫療服務與缺乏購買能力者無法接受醫療同時並存的文化現象。

第二，在後福特主義的政治上，國家機器的社會職能（對人民提供的健康保障）轉向明顯的萎縮。新自由主義目的在個人主義，解消集體主義。在這種情況下，社會健康水平被化約為原子化的個人醫療消費者，從本章的分析我們看到許多調節措施皆顯示，公民實際所負擔醫療保健費並未如健保政策前的減輕而是加重，甚且在階級的不平等極高。健保政策作為醫療保障的擴大普及全民的一項公共服務，是在國家有限的補助之條件下形成的。其所伴隨的一項重要功能是國家對政府醫療保健支出進行有效的抑制。醫療買方的個人化，並化為個人自由選擇，解消了社會集體的健康。新自由主義標舉以滿足消費者自由選擇權的論述，而這種個人自由主義的意識型態造成布迪厄所說的一種社會達爾文主義。新自由主義的消費主義觀點忽略了醫療保健需求是有文化與階級差異的，而這個差異必須由國家透過醫療資源的公共化來加以彌補。從台灣健保的經驗來看，國家在健保補助與醫療供給預算兩種比重的萎縮，國家在健康照護的失職與醫療市場的失靈阻礙了整體社會健康平等權與健康水平的提升。

在新自由主義的諸多醫療改革口號中，追求醫療品質提升的覆蓋了普及健康的論述，追求效率也總是超過追求平等的論述。賈埃莫（Giaino, 2001）在一項比較英國、德國、與美國的醫療保健改革研究中指出，英國與德國的全民健保體系使出資者或政府決策者所推出以犧牲平等為代價的成本控制或削減策略無法實施；而美國的私有化的醫療保障體系改革則鼓勵雇主和保險人採取不利於團結一致的費用削減措施，導致社會中的弱勢就醫機會大為減少。對台灣健保政策與後續的改革而言，這個研究結果很值得作為警惕。正如呂建德（2003）所指出健保開辦以來雖維繫了某種程度的醫療正義，但卻仍有其限制與不足，一個公共化的健保治理需要被培力出來。但呂建德這個建議的進步性顯然也僅是在醫療保健需求面上公共化，筆者認為，除了這些治理機制的公共化之外，如何在醫療鬥爭地帶上培力社會進步運動與階級力量，以建構民主化與公有化論述來對抗市場暴政，將更為重要。

第五章 結論與政策建議

本論文以資本主義全球化—從福特主義到後福特主義積累制的發展路徑—作為分析架構，探討在不同的歷史階段裡國家醫療部門的社會職能之轉型，分析戰後台灣的國家、醫療政策與健康權保障三者之間的關係。這樣的研究取向，將醫療視為一個鬥爭的地帶進行批判性的政治經濟分析，以呈現醫療資源的社會公共性質，介入當前醫療論述的爭議並與之對話。

透過歷史的與結構的考察，筆者指出 1980 年代中晚期在醫療部門中，國家機器逐漸趨向以促進醫療工業私有化與市場化的角色增強了，同時由國家籌資的醫療保險則增加了消費者個人責任與負擔。在這兩個變遷過程裡，整體醫療保健支出中政府部門也出現了明顯的萎縮，顯示國家機器正朝向新自由主義轉型。而國家醫療工業的私有化與市場化的政策之目的，則是促進了台灣資本主義朝向後福特主義積累制發展。在以下的第一節，我先分述研究的結果。在第二節與第三節則分別對新自由主義全球化與福利國家進行理論反思，並提出政策建議。

第一節、結論

筆者以國家在醫療政策（分別於醫療工業政策與醫療保障政策）的變遷作為歷史分期的依據，將國家機器在醫療部門扮演的社會職能之轉變分為三段時期。從戰後到 1960 年代，台灣醫療體系是在美國的援助下逐漸建立的。由於國家機器的重心擺在反共的軍事部署，在美國對共產主義圍堵的冷戰局勢下成為美國的戰略與經濟體系之一環。在那樣的境況下，戰後衛生部門的醫療政策主要是重整公衛醫療體系，與此相對應的就是戰後防疫工作，以及為此目標而建置的公共衛生網與公立醫院體系的修建與興建。國府在美援協助下對公共衛生與醫療的投入，形成了以公立醫院為主的醫療基礎建設規模，台灣民眾的健康水平也因此有相當程度的提高。不過，美援下公衛與醫療發展也具有某種程度的矛盾，即美援集中在政府衛生醫療部門的援助，擴大政府部門的衛生醫療體系，但對私人醫療工業則傾向自由放任。

美援在現實上具有其軍事戰略的政治經濟考量，也因此美援架構下的衛生計畫在初期具有軍事援助與穩定國府統治的意涵，美援後期的衛生計畫則更為注重台灣的經濟發展效益。美援後期對的經濟考量性質也奠定台灣日後發展的經濟基礎。1960 年代中期起的國家機器採取出口導向工業化政策意味著在美援中止後的另謀出路，台灣資本主義的發展也正式走入了國際分工體系。隨著工業化開展，確保勞動力的健康成為要務，因而勞保的開辦也是第一個具有醫療保障的社會保險。然而公勞保等社會保險中所保障人民健康權覆蓋面極小，因而也顯示出

國家機器藉社會保險的社會控制性質濃厚，充份反映了威權主義統治的恩給性質。在威權主義的治理下，國府的社會政策所喻含的福利性質也是零碎與救助性質為主。

與歐美工業國家在 1950 年代以後所逐步建立的福利國家有別，台灣的社會福利保障制度發展也是後進的。西方福利國家的社會福利是以社會保障來緩和階級運動，而台灣卻是以戒嚴的威權主義手段壓制階級運動。由於階級運動被消音，健康權的保障只能成爲國家父權制的施捨。醫療保障也要等到 1970 年代晚期勞保覆蓋面增加以後才逐漸擴大，但這個威權主義國家恩給的考量是在中美斷交後向社會尋求統治正當性。但須注意的是這個階段醫療保障擴大仍然是相當有限的，這可能是因爲台灣資本主義發展起來的並非大企業福特主義生產制，而是以中小企業爲主的經濟體。因此，國家透過社會保險提供醫療保障的職能僅微幅擴張。

台灣資本主義在 60 年代以農養工的發展策略導致犧牲農業，再加上中美斷交與退出聯合國等的外部因素，1970 年代開始，國家機器對醫療資源的積極調節角色的重要性也逐漸明顯。重都市輕鄉村的不均發展使農村經濟成長大幅落後都市地區，並影響了農村居民所得。此期衛生署提出以衛生所室轉型爲群醫中心的計畫來均衡城鄉醫療資源，由於此項利政策仍是以提振農村經濟爲考量，這就反映了此期衛生醫療政策仍脫離不開作爲經濟發展的配套。雖然國家透過群體醫療執業中心與增建公立醫院來解決醫資源發展不均的問題，但從結果來看，不僅醫療資源城鄉差距難以解決，也使基層公共衛生網開始轉型爲重醫療而輕公衛。1970 年代中晚期開始，私部門的醫療體系也開始在擴張，這是得益於國家以優先發展民間投資醫療機構所致。從長庚醫院體系的建立成爲私立醫院企業化的濫觴，其後各家大型財團醫院紛紛建立據點，這逐漸形成了以醫療化爲主的醫療工業體系。不僅如此，政府部門醫療院所的服務量比重開始小幅萎縮，雖然公立醫院平均規模比私立醫院大，但從病床數來看，1980 年代初政府部門的比重降至 50% 以下。國家機器的干預角色因此耐人尋味，「大有爲政府」的真正調節作爲是，國家僅些微程度上擴增政府部門醫療機構，更重要的是已開始積極促進私部門醫療工業之擴增。

到了 1980 年左右，國府受到國際貿易保護主義壓力，更逐漸形構了國府往後的國際化與市場化的資本主義發展方針。這波市場化的藥方，也可說是在美國霸權的外部因素下經濟官僚被迫的發展方針因應。由於美國以平衡貿易逆差之藉口，透過貿易制裁的手段，要求台灣開放更多內部市場以利美國產品進口，這個外部壓力促使國家將經濟發展政策轉向自由化。國府從 1970 年代晚期到 1980 年代以後，資本主義全球化與市場一體化的壓力逐漸增強。與此同時，國家的醫療工業政策也導向市場化與私有化運動。

1985 年開始的醫療網計畫是衛生署對醫療體系的介入，但這個調節是促進了私有化的醫療工業體系，並大幅提高了私部門醫療供給面之比重。80 年代財團醫院的大幅成長，更形成了社會保險醫療給付流向的大戶，成為超越了公立醫院而成為醫療服務供給的主要角色。在市場體制形成後，醫療院所產業化過程中的後福特主義生產管理變革呼應了彈性化的資本積累需要，到了 1980 年代晚期，醫療工業的市場化初步完成。但整個市場化與私有化運動仍在繼續，這也表現在政府改造運動中的公立醫院私有化政策。醫療工業市場化與私有化運動的後果是，造成醫療消費化與商品化程度的提高，並且從資源分配來看也未能扭轉重都市輕偏遠地區與醫療投資集中化的弊病。整個 80 年代國家機器醫療部門嚴重萎縮乃至於市場化，國家已開始考量醫療保健支出中政府比重的「適切性」，這些徵候都與新自由主義意識型態相呼應。

國家在醫療部門推動的市場化運動並非順暢無阻，最主要的反市場力量是藉由醫療保險對醫療工業的價格管制，因為其具有將醫療服務去商品化的效果。吊詭的是，這個管制又是來自於新自由主義論述中解消國家在醫療保健的福利支出的角色，從而對醫療工業的醫療給付又採取緊縮政策。在高度私有化的醫療工業以衝量的計件泰勒制生產下，勞保的醫療給付也在大幅上漲，勞委會因而透過甲乙丙表管制醫療給付也被醫界視為政府干預市場價格的動作。1980 年代晚期的勞工反掛號費調漲事件也可說是反市場的序曲。兩相對照，市場與反市場的兩股力量在醫療地帶拉扯：醫療工業視國家干預市場價格為惡，工人團體則反對國家放任市場力量。但對國家機器而言，90 年代起規劃福利政策中已著手設計「使用者付費」的部份負擔原則，來加重個人消費者的責任。

但就台灣資本主義發展過程來看，國家雖促進工業化經濟發展卻未能使社會政策普遍的保障公民健康權，從而未能發展出戰後西方福利國家模式，主要是因為解嚴以前社會階級運動被威權統治消音。隨著 1987 年解嚴後的政治情勢轉變，國家自主性更遭遇了經濟自由化與政治自由化的雙重挑戰，健康權逐漸成為政治反對運動者的選舉訴求，風起雲湧的社會進步運動也迫使國府威權主義的轉型。不過，在威權主義國家逐漸退出的 90 年代，新自由主義方案進入政府部門的政策，形構了全民健保政策。1990 年經建會構作的全民健康保險規劃報告到 1995 年健保政策實施，國家的福利性質並不高，這也激起要求全民健保政策更大的公共性質的工人運動出現。但若再對照整個醫療工業到 1990 年代時已走向高度私有化，國家不僅在醫療服務供給面的角色早已淡出，即使在俾斯麥式社會保險性質的全民健保政策中政府承擔的福利角色與份額所佔也偏低，並且有逐漸撤退之徵候。從第四章實證的經驗來看，全民健保與其改革可以說顯示了國家機器加速向新自由主義轉型。

這個階段的全民健保政策所制約的醫療政策改革符應了許多新自由主義者主張的方案，最明顯的是國家福利角色的緊縮與對醫療工業資本的偏移。這可分三點來說明。第一，全民健保政策過程中，將醫療照護責任更多的指向消費者個人承擔，這從部份負擔制、政府、雇主與被保險人保費負擔份額、以及保費重分配功能等即可看出。健保政策十年間的政策改革雖然進行了多次微調，但主要的措施卻以指向消費者方面來節制。這已使目前家庭部門在自費醫療的比重已超過全民健保實施前的水平。

第二個是限縮全民健保醫療支出。對醫療工業而言，在新自由主義共識下所主張對全民健保赤字設定了醫療支出總額預算封頂線。對於醫療工業的管制則更形困難。醫界同樣也爭食總額大餅。在總額限定下，限診與醫療人球事件也就層出不窮，最終也損害了公民的健康權。

第三個是醫療機構的工業化（或產業化），以利資本主義的後福特主義積累制。國家在限定健保總額支出時，同時也打算放任自費醫療，並對醫療工業的扶植轉趨積極。這表現在政府在醫療照顧的產業政策上，這包括公立醫院私有化、擴大私人資本投資醫療照護產業等。醫療部門的工業化或產業化又需要前述兩項作為配套條件，即不管是指向消費者使用者付費與總額限制健保支出，都使健保之外的醫療價格能夠避開政府的管制，從而交給市場機制的調節而流向醫療工業。由於醫療工業受到健保給付的額度已被限定，因而只有開放來自自費醫療的費用才可能促進醫療工業資本發展。台灣醫療服務業產值的高度增長也說明了資本主義全球化的後福特主義積累制的發展特徵，從這個意義上，我們才能理解政府為何推動醫療產業化政策會展現高度積極性。

醫療工業市場化與全民健保的新自由主義改革路徑之後果，表明了市場體制所帶來的階級性。由於國家機器在人民健康與醫療工業之間，明顯向後者傾斜。相對的使醫療保障福利服務不再成為政府的重點，反而是醫療工業發展的經濟效益才是政府在發展主義下的重點工作。在市場化的國家發展主義方針下，連國家左手衛生署也已轉為醫療工業資本與市場化的推動者。最明顯的在於 1997 年詹啓賢開始推動的健保私有化方案與儲蓄帳戶制，以及公立醫院私有化的政策方針，都說明了醫療工業與醫療保障的雙重市場化與私有化的提高，以及國家在醫療投入的縮小。國家機器的社會職能往新自由主義轉型與擴大的時候，社會階級運動與進步運動皆也集結了一定程度的反市場力量，雖然在 2002 年的社運集結未能成功阻擋健保雙漲，但在許多行動上卻也成功迫使衛生部門必須回應社會平等的需求。質言之，從 1990 年代以後新自由主義式的醫療政策與改革變遷內容來看（即便是跨國比較），台灣政府在醫療部門的責任嚴重萎縮，健康水平未能整體有效提升，並且在健康權照護上顯示了逆所得重分配的階級性。這些社會效果對一向喜歡標榜台灣「健保烏托邦」的政府而言，實在是嚴重的打擊。

第二節、反思以及未來可能進行的研究

2.1 對台灣社會福利界的質問

在醫療福利體制在福特主義到後福特主義的歷史脈絡中，對於全民健保與醫療工業私有化與市場化轉向過程之理解，台灣學界的論述則顯現了多種矛盾。例如紀駿輝（1997）的文章以公共財的觀點、社會性的角度來看健保政策，具體說明了反對社會安全體系中的醫療保障私有化的理由，以及自由市場在健保政策上所造成的負面影響。他指出，健保公營與私有化的辯論涉及了資源重分配的爭議，但其所持的反健保私有化的論述基礎卻是公共選擇理論。他顧慮到私有化最終將可能擴大健保這塊大餅（因擴大私營健保的利益），而壓縮到其他公共資源配置。雖然紀駿輝反對健保私有化，但既未反對自由市場在醫療服務供給上扮演的角色，且又肯定醫療供給面的適度自由競爭的正面效果。而本論文則指出了醫療工業（供給面）高度私有化與市場化的結果，仍然可能會危及全民健保的公共性質，轉而將健保經營權交由醫療工業承攬（例如美國的 HMO 模式）。假如是這樣的話，健保體制又等於是回到私有化。

紀駿輝的反私有化論述的矛盾處在於，其以公共選擇學派與新自由主義論述對健保支出大餅（政府醫療保健支出）加以限定的立場有高度一致性。公共選擇理論反私有化立基的理由是私有化健保將使健保醫療支出更為擴張，從而利益流向私營健保利益，最終會損毀健保的資源公共財的性質。這種視擴大健保大餅會造成壓縮公共支出的觀點卻又與新自由主義的緊縮健保支出觀點匯流一道，兩者擔心的皆是公共財性質有所擴張。公共選擇理論的論述雖然提出某種程度保衛健保的公共性，但由於沒有從國家機器的福利角色來討論，未談及政府承擔多少公共性的比重，而使其反私有化的力道弱化。此外，公共選擇理論的困境還在於，它難以指出到底這個公共資源配置在何種情況才能又不損及其他公共資源配置，又能兼顧健保的公共性質。而這個矛盾也使該論點又落入新自由主義有限財政的意識型態迷思中。

社會福利學者的福利國家理論的觀點也有類似的限制。社會福利學界在 90 年代以來也一直受到全球化下歐美工業國家醫療市場化論述之影響，並一再引介這種市場化與私有化經驗，作為台灣健保政策實施與改革的建議。例如陳孝平就認為在威權國家退出之際，市場體制力量恰可填補這個缺口，這種論點引出以「管理式市場」的健保改革方案。陳孝平在一些論文中念茲在茲的一直是全民健保如何不影響國家財政，這也等於在問題意識一開始就接受了健保醫療支出危及國家財政的新自由主義預設的命題。從本論文的分析來看，整體醫療保健支出中國家承擔的份額一直不高，就算是在全民健保政策之後也一樣，即便在跨國比較上更

是嚴重偏低。這就間接否定了醫療保健支出危及國家財政之說法。由於陳的健保改革論點將市場機制作為取代國家威權主義的替代品，在這種改革觀點中，國家也被極小化甚至是市場化，只被限定為一種「守夜人」的角色。布迪厄提醒我們應將國家視為一個公共的鬥爭地帶，對醫療部門來說亦是如此，而陳孝平的改革方案無異於倡議繼續限縮政府部門所具有的公共比重。如果國家衛生醫療部門採取市場至上之機制，則形同將公共職能放權讓利給私人資本。根據本論文之分析，戰後的五十多年來，1970年代以前政府在醫療機構成為主要供給者或可勉強說是「大政府」（況且其也僅只及於供給面），除此之外，醫療保健支出中的政府比重都嚴重偏低。那麼，這種原本就是「守夜人」的政府角色還能夠再任其繼續縮減下去嗎？究竟在何種基礎上可以支持這種「守夜者」式的政府？

陳孝平主張健保長期改革應將國家角色定位在局限在高費用醫療與重大傷病之保險功能上，將「更大的選擇權及責任感回歸到個人。」政府的職責則被限縮為先賦予民眾有自己的醫療帳戶的「存款」知識。所謂的「政府、市場、個人各司其職」，各安其位，健保制度才可大可久（陳孝平，1998:51）。因而宣揚加重個人責任之理念以免於政黨之近利而擴大福利國的概念，則成為陳孝平的健保改革的論述核心¹⁶⁹。即使整個「社會」雖知「管理式市場模式即可能成為明知有缺點，但仍不得不接受的最後仰仗。」這個論點仍不足以說服吾人接受，社會福利界卻先接受了此命題。但在許多陳孝平所發表的論文中，皆未提及市場模式如何能滿足各利益團體之索求之實證經驗。

有些學者則認為應著眼於健保制度面的改革，以使健保更公共化而非市場化（例如呂建德，2003）。這種福利國家發展觀點試圖調合全球化與福利國家的矛盾，不把資本主義全球化與福利國家兩者之間視為互斥或對立的，而是視為仍能建立某種程度上配合經濟發展的福利體制。正如呂建德（2002:6）所說：「現在的問題反而是如何在現有的國際政治經濟環境下，建立起一種既能維持國家競爭力，但是又能有效率地維持社會平等的制度安排。」這個規範性立場是將全球化視為理所當然的現實，再對福利體制進行調整以作為全球競爭之配套。福利國家理論制度的改革觸礁、或者應該說福利多元主義的彈性化作法雖傾向宏觀經濟調控的護衛，但一方面要保有福特主義積累制的安撫工人階級，另一方面又要將福利體制彈性化或部份地私有化，這就凸顯了福利國家的尷尬處境。事實上，這樣的主張也正是許多福利國家所採取的後衛立場。這使得社福學者所提出的健保改革論述也就成了不損及經濟發展的配套，同樣也落入新自由主義的資本主義全球化發展論述陷阱。不可否認的，呂建德注意到了任何改革方案都應避免將嬰兒與洗

¹⁶⁹ 陳孝平曾說：「談論個人責任如今雖如空谷足音，然一個大可久、永續穩健的健保制度，捨個人責任之強調則如同緣木求魚。事實上，本制對經濟發展影響最小，亦具有傳統文化上自助而後人助之精神，亦是為避免重蹈西方國家所謂福利國家危機覆轍所可考慮的途徑。」其問題意識仍然是經濟發展主義的。

澡水一起倒掉的作法，以保衛目前健保公共化的性質。但在考慮到全球化現實／迷思的觀點下，就等於間接同意國家以市場機制的手段來解決醫療資源分配問題¹⁷⁰，這可以說是一種市場體制主導下的強調程序正義的折衷。

對於衛生醫療政策裡出現的市場化轉折，有些學者也曾針對 80 年代的論述氛圍轉變進行了批判性的討論。蔡篤堅與李玉春（1998）的一篇從比較史觀來談台灣醫學政治之趨勢與歷史文化意義論文中關注了醫療政策在 80 年代後的市場化轉向。雖然隱晦地捕捉到 80 年代市場化論述在不同歷史階段的政策轉折，但卻比較著重在分析醫療專業者及管理行動者的影響。文章中把這個轉向歸因於留學美國的專業管理者回到台灣後對醫療政策施為的影響，亦即將分析層次著重於醫療政治論述精英的鬥爭，在規範性立場上則對醫事專業團體似乎寄予頗大的期待。這樣的對國家角色及變遷範圍看法也缺乏全球範圍的政治經濟脈絡的理解，對於這樣的論述，本論文試圖透過分析新自由主義全球化對台灣醫療部門之影響來填補這塊空白。那麼如何反市場化呢？蔡篤堅與李玉春所敏感到的市場化論述轉向造成對醫療政策的影響，雖然也環繞在健保政策對醫療供需的調節作為上，但似乎又將解除這個危機的可能性寄望在醫療專業者身上。這使得政治性的討論侷限在醫療專業團體的論述上，對於資本主義全球化及市場化的理解也侷限在描述論述精英的鬥爭而非對新自由主義市場化論述的分析。蔡與李的超越性批判則似乎在召喚出社區導向的社會力的某種地緣政治，以對抗有（美國）樣學樣的市場化論述。但是，本土醫療專業團體是否曾出現特殊的論述以批判美國新自由主義的論述，在蔡與李的文章中則沒有清楚的描述。

2.2 反對新自由主義者的醫改方案

在醫療改革上，新自由主義全球化所進行的是以市場化、私有化、以解除社會國或福利國家為核心的方案。新自由主義者認為由第三者（通常是國家）所干預的醫療市場必然是無效率的，而這個無效率也是導致個人醫療消費者無法得到滿意的醫療選擇與品質的元兇，因而積極主張取消政府的介入。新自由主義者和右翼以美國的金瑞契（Gingrich）為代表，正大力鼓吹一種徹底的醫療市場化轉變。

在當前許多國家的醫療照護模式是三方的關係——購買者、代為收取及給付醫療費用者（或稱第三者，通常為國家的機構）、以及醫療服務供方，但在金瑞契的醫療照護模型裡，第三者可以被解消。金瑞契所代表的右翼看法中，政府干

¹⁷⁰ 健保政策已統合過去多元的公營社會保險，因此呂建德在討論中只提及公營單一保險人、民營單一保險人、與民營多元保險人三項方案。而目前的公營單一保險人體制被新自由主義者認為效率低下的批評，呂建德似也未將之問題化而接受。這三種方案不管是哪一種的未來改革方案，都增加了市場協商力量而減低國家的責任。參考呂建德，2003，〈與弱勢者的團結－尋找全民健保中的正義基礎〉，《台灣社會研究季刊》五十一期。

預的解除可以由科技訊息的透明化來填補，因而他也倡導科技決定論式的未來醫療照護模型。把對政府的解消建立在「完美的」科技主義的基礎上，最終則是對社會集體的取消。

在新自由主義的科技決定論的烏托邦裡，醫療消費者可以決定要不要進行某一醫療行為、可以選擇特定的個人或家庭醫師、可以選擇更好的醫療科技的治療……，也由於少掉「不必要」的第三者的行政資源浪費，因而可以達成最有「效益」的結果。對金瑞契而言，即使是像美國的醫療維護組織的整套制度（一般仍認為有管理式市場競爭）是錯誤的，金瑞契認為不該以任何改革（Reforming）行之，而唯有進行全面的轉換（transforming）才能有所成（Gingrich, 2003:38），這從金瑞契對 1993 年柯林頓的健保方案的批評就極清楚。右翼反對柯林頓健保方案的理由正是在反對國家在醫療保障中職能與干預的擴張，在右派的醫療供需關係裡，任何類似的改革都只是會帶來大幅的醫療浪費。

另一個值得注意的是，科技在右翼的「完美」的醫療照護模型裡占據重要角色（具有烏托邦的意涵），這其實與各種科技決定論的未來主義宣言相當¹⁷¹。透過全球化的一個新的科技發展是宣稱一個信息化社會的來到，對其的透過科技傳送信息可以使得消費者所獲得的醫療服務得以提升。新自由主義者的市場化論述中，醫療供給的市場是可以被誘發來擴大消費者醫療需求的。在供給面方面，可以透過新醫療科技及資訊、管理方式、以及效率等等來為消費者提供更滿意的服務。例如加拿大對 MRI 的管制遭受新自由主義者的質疑，醫界的新自由主義者主張 MRI 應可讓消費者選擇在自行付費的情況下使用（Frank, 2002:26）。很清楚的，這樣自由選擇卻排除了沒有能力負擔此費用的消費者。新自由主義將這個社會效果完全排除於其預設的工程之外，最終金瑞契要發展的是二方的醫療照護模型，在這個模型裡只有醫療供方和個人消費者的關係。

必須留意的是，醫療服務是信息極不對稱的一個部門，信息化科技生產（知識密集）的投入以及醫療科技的發展所造成的不均衡發展或社會極化不該被忽略。新自由主義者總是把醫療科技使用是符合消費者的自由選擇，在其醫療照護模型裡就只剩下科技生產與消費的關係，最後醫療資源也被化約為醫療供方與消費者個人的關係。新自由主義者在高舉保障個人選擇權時，醫療照護資源的分配政治往往就被規避或排空。回到台灣，健保政策也逐漸朝向個人主義的改革，主張科技或門診自由選擇權的論述隨處可見，例如 2001 年醫界呼籲開放自費門診與健保差額負擔的訴求，而衛生署也已在研擬這些措施¹⁷²。由於健保政策具有對

¹⁷¹ 例如柯司特（Manuel Castells）在《網絡社會的興起》一書中所闡述的。

¹⁷² 參閱陳福民（中山醫院董事長），2001，〈人性化救健保〉，聯合報 2001/06/30 民意論壇。有關自費門診部份，參閱聯合報 2001/07/19/6 版生活，〈「非健保門診」衛生署擬試辦〉。所謂非健保門診指的是兩種方式，一種是指定醫師費用，另一種則是自費門診。有關開放健保差額負擔的部份，參閱聯合報 2004/12/23/A6 版生活，〈健保差額負擔 擬適度開放〉，病患自付差價可選擇

藥價與醫療費用的干預性質，以使全民享有同等的醫療照護。而部份醫界與衛生署試圖以開放民眾更多選擇為由，開放的自費門診與差額負擔，都如同國家放任部份醫療價格回歸市場自由訂價。江東亮就指出，健保開辦以來醫學中心和高所得民眾獲益最大，小醫院和窮人受惠有限；自費門診大門一開將使健康權保障的階級落差加劇¹⁷³。近年來，醫療院所也以醫療科技裝備競賽（例如五星級健診¹⁷⁴）來擴大醫療消費市場，且已有許多醫院實施了以高額掛號費的變相自費門診¹⁷⁵。醫療照護市場上的這種醫療消費兩級化現象逐漸形成，正凸顯出新自由主義反動的階級性。

國家的解消後的地帶由科技決定論與消費者選擇權來替補，正是因為政府在醫療照護中的社會職能被消解，才導致社會不平等。醫療資源的普及與平等一向不在新自由主義科技烏托邦的評估效率指標中，以科技主導造就醫療市場的資本積累與增長才是其重要的目的。對這個目標來說，國家的社會職能便理所當然被拋棄，不過國家機器對促進醫療工業資本積累的角色卻仍然重要且明顯。金瑞契論點中的另一預設是，把整體的醫療費用分給個人來自行運用，將提高醫療照顧的效率，並能有效節制醫療保健支出之成長。從台灣健保經驗來看，政府把選擇權與責任加諸於消費者個人之措施（自費與差額皆由消費者負擔），表面上是宣稱藉此控制健保支出，不過，實施消費者自付機制後總醫療保健支出並未因此減少，實際上這些交由個人承擔則是為縮減政府支出和為醫療院所另闢財源¹⁷⁶。

2.3 反全球化運動與保衛社會國

由於新自由主義論述的主導，健保政策與改革過程中朝向了解消國家的社會職能與市場機制的強化。這已使得醫療政策以市場經濟發展為優先，從而嚴重忽略了人民健康並使醫療資源分配政治的階級區隔擴大。例如越來越多企業打造與醫療工業結合的養生村¹⁷⁷、自費醫療的擴大等都是考量醫療工業發展在經濟效益層面，而不在追求平等價值的意義上。因此筆者認為，國家發展指標不能只考察經濟指標，而應對健康與社會人文等指標納入考慮。

新藥或醫療器材。

¹⁷³ 參閱民生報 2001/07/20/A5 版醫藥新聞，〈開設自費門診 大醫院摩拳擦掌，賴美淑江東亮：把窮人摒除“高品質”醫療外〉。

¹⁷⁴ 2005/03/24 民生報，〈豪華健診？平價健診？ 任君選〉。

¹⁷⁵ 許多醫院設立 V I P 健保門診，2005/04/06 聯合報，〈健保貴族 千元掛號 看病免等〉。

¹⁷⁶ 立法院刪除了中央健保局補助教學醫院十億元的教學門診經費，衛生署欲以調高對醫院給付或開放自費項目的方式回饋醫界。參閱聯合報 2001/04/29/A5 版醫藥新聞，〈立院刪除 3% 健保教學給付，醫界：如同斬斷教學醫院命脈 衛署：考慮開放自費門診因應〉。

¹⁷⁷ 參閱經濟日報/2005-02-23 /A5 版/每日話題，〈潛在商機〉企業搶建養生村。王永慶之估算：「6,000 戶中，如有一半是夫婦一起住，就有 9,000 人，及照顧的看護與護士、醫生，養生文化村中就有 1 萬多人，加上吸引前來的住家、商家，可以繁榮地方。」

但正如本論文所指出的，在全球化下國家機器要保衛國民健康所做的調控卻也越來越受到以美國為首的新自由主義霸權與國際官方組織的約束。例如在藥價管制政策上就必然要面臨與 WTO 架構中的 TRIPs 碰撞，以及與美國的貿易談判；另外，在醫藥方面的產權問題上，國家機器也逐漸受到 WTO 與服務業相關的貿易條款的要求而提高醫療照護工業私有化的程度。因此，要抵抗新自由主義全球化，就須跳脫福利國家理論的唯經濟發展主義框限，一個進步的醫療改革也應聯結到一個全球的尺度來鬥爭。對此，社會運動必須關注到新自由主義全球化的議題，才能在反全球化鬥爭上著力。

同時，**社會運動也不能放棄以國家為疆界的鬥爭地帶**。本論文的分析指出五十多年來，政府在醫療部門的角色未有逐漸擴張，在公民健康權的保障上「大有為政府」角色似乎是未曾存在過。對台灣的社會運動團體而言，該思考的恐怕不是在保衛社會國的問題，這是因為從戰後至今醫療保障的社會國還沒真正建立過，到 80 年代就已經在逐漸損毀。因此，當前社會運動努力的還處在建立社會國的進程上。

若用布迪厄的話來說，社會運動應與國家機器的左手聯合起來，保衛這個好不容易建立起來的全民健保政策。健保政策的構作雖然有種種缺失，但其仍保有某種程度的公共性質。但改革也不能僅針對健保制度而已，就如第三章所分析，對醫療工業的改革也必然是重要的。但就台灣的情況來看，國家左手的衛生署與中央健保局的各項政策內容也越來越偏向市場化與私有化，而反市場化的階級運動似乎極少連結到反公立醫院私有化的鬥爭。因此，未來還須對反全球化運動進行探索。

第三節、政策建議

目前健保改革方案中，以赤字問題最有迫切性。在健保支出端的節流措施上，雖然總額預算制是健保費用協定委員會所做的公共性決議，卻仍使醫療院所產生反彈。2005年4月20日以醫療院所為主的醫師團體遊行以廢除總額預算為訴求，但民間監督健保聯盟對此的回應則肯定了國家在總額預算制上對醫界的節制¹⁷⁸。對國家而言，總額預算則有其雙重意涵：總額對醫療工業有價格節制作用以保障人民健康權，同時也是政府在限縮醫療保障福利職能的新自由主義醫療改革策略。但如第三、四章分析指出，80年代中期的醫療網計畫的轉診制與醫療資源重整的政策目標破功，造就醫療機構大型化的同時也壓縮了中小醫院的健保醫療支出配置。目前健保支出的流向配置主要流向了大型醫院，且總額的點值在不同層級醫院也有所不同，其結果只能繼續惡化醫療體系資源配置的不均，使市場競爭下的醫療工業體系更走向大型化或連鎖企業體。江東亮也指出這正反映了醫療工業市場化與私有化發展下的醫療生態不均¹⁷⁹，醫療體系因總額所造成的醫療體系生態的極化也損及消費者就醫可近性¹⁸⁰。

那麼總額大餅的增加或將醫療保健支出佔GDP的比率提高是否就能挽救赤字？醫界最常提的建議是擴大總額與開放更多醫療自費項目，以滿足整體醫療保健支出佔GDP比重達到OECD國家的平均水準，才能挽救健保赤字。但自費項目增加就形同使醫療價格費用中更大的部份去管制化，這將使消費者負擔增加，並加速醫療服務的極化現象。因此，筆者認為總額的分配機制應該比要把餅做到多大還重要。另外，對赤字問題的解決不能只停留在支出端，而也同時應考慮收入面，以及政府在健保收入中與整體醫療保健支出中的份額一起討論。目前健保收入端成長率趕不上支出端（總額）成長率的條件下，家庭部門的負擔已是最重，就醫療保健支出來看，家庭部門的負擔也已高於健保政策開辦之前的水平。因此應揚棄新自由主義的方案，採取相當程度擴大國家的福利比重，並且在保費負擔上進行更符合社會正義的改革。

2005年新閣揆謝長廷提出了一些開源的多元微調方案¹⁸¹。對健保採取的多元微調方案，主要是多項針對收入端的開源策略¹⁸²。如軍公教人員投保金額調漲，

¹⁷⁸ 督保盟是由女性權益促進會、台灣女人連線、青少年兒童聯盟、醫改會、老人福利聯盟、兒福團體、康復之友、勞工陣線、智障者家長學會、殘障聯盟、乳癌病友協會等500多個團體組成的聯盟，於四二〇醫師抗爭後隔天呼籲政府要堅持總額，拒絕醫界的「勒索性減價」。參閱2005/04/21 聯合晚報。

¹⁷⁹ 參閱江東亮，2005，〈醫療體系大傾斜，有限資源撐不住〉，2005/4/21/聯合報。

¹⁸⁰ 大部份歇業的是地區醫院，而地區醫院經常在偏遠地區扮演主要的醫療服務角色，地區醫院的萎縮便可能危及地區民眾就醫的便利性。

¹⁸¹ 參閱2005/02/22 民生報，〈謝揆：健保多元微調 治標 不治本〉。

¹⁸² 另外，衛生署編列110億元公務預算支應健保中預防保健、傳染病防治與公立醫院教學成本

由全薪 82.42% 增加至 87.04%，估計每年可增加 21 億元收入；另一是將最高投保金額從八萬多元調高為十三萬一千七百元，每年可增加 14 億元。乍看這些措施已增加高所得者的保費，但實際上此措施的受害者仍是廣大的受薪階級。同是受薪者彼此因薪資高低而互相猜忌指責，相對的更使大家忽略了資本家在健保費責任上的逃避。因為健保法中規定資本家雇主應以企業營利所得作為投保金額，但健保法施行細則卻將投保金額「薪資化」了。

目前二代健保改革方案中最引起注意的也是在收入端的健保保費結構改革：以家戶所得收入計算健保費、以及儲蓄帳戶制¹⁸³。台灣的健保政策財源的問題在於嚴重的劫貧濟富，富人繳的保費極少，窮人反倒繳得多。全民健保投保金額級距之重分配特性在國際中的排名是極落後的。二代健保改革方案的以家戶所得收入計算健保費相對來說可減少保費負擔的不平等問題，但是究竟要以何種所得課徵保費也是困難點。醫改會就曾指出，高所得者的薪資不一定高，因此醫改會建議應以總所得投保¹⁸⁴。筆者則認為健保費負擔結構應與當前的財政稅制改革一併以更公共化的討論，才能有效減少健康權的階級差距惡化的現象。

目前仍有許多人因經濟困難之因素被排除在健保之外，這是因為台灣貧窮線的訂定過於嚴苛。英國的低收入者佔總人口 7%，而台灣低收入戶則佔總人口數的 0.7%，而不被政府認定具低收入者，而卻被排除於健保之外者之健康權無法受到補助保障，因此，政府應重新檢討以訂定新的貧窮線門檻，以解決現有健保的社會排除效應。

由於健保的社會保險性質，對於保費費率的精算也就被視必然，但社會保險的精算性質（或商業成份性質）越高，離普及式的公醫福利性質就越遠。目前政府提出的健保改革方案中最關鍵的、也被產、官、學界經常被提到的是：健保機構必須去政治化。許多人認為目前健保局作為國營事業易有球員兼裁判爭議，未來應改設民營單一保險人模式的健保基金會或行政法人機構，並遴選付費者代表參加董事會。健保去政治化論述的政治意涵也有濃厚的意識型態。去政治化的用意在於排除國家對健保局的管制，以使健保費調整不受到國家政治力量的干預。去政治化後的健保由於從立法院中各政黨的監督管制上鬆綁出來，就能更隨心所欲的以企業手段經營健保。規避了國會干預後，健保赤字也就得以用反映醫療自由市場價格，不受管制的以調高保費費率等市場經濟手段來解決。目前健保都以去政治化作為訴求，這又將使健保重被導回 1997 年私有化與市場化路徑。

等有關公共衛生支出。但這並非是國家慷慨解囊，在健保實施之前，這些預算原本就是國家在衛生保健支出的一部份。

¹⁸³ 儲蓄帳戶制則也是將健康照護之責任指向個人。

¹⁸⁴ 參閱 2005/02/16 聯合報，〈醫改會：應依總所得投保 有錢人薪資不見得高〉。

Navarro (1984) 提醒我們健康照護是一個政治議題。因為政治真空的健保治理在現實上不可能存在，一個被化約為只有消費者和醫療專業與科技的醫療照護與保障的體制，恰恰是刻意忽略了台灣的在地的與全球化的政治經濟脈絡。筆者認為要反對這種以去政治化為藉口而行市場機制調節的作法，因為私有化和法人化的健保基金會的最高權力機構成員的產生，其代表性和合法性頗成問題（呂建德，2003:85）。而多元化的私營保險人則造成的社會排除程度最高。因此，一元或多元的私有化方案應放棄，而要重新回到單一公營單一保險人方案的公共化與社會化的改革方向來討論。

在目前單一公營的健保體制下，醫療工業的力量越來越擴大（例如醫界要求政府開放自費醫療市場），但監督醫療工業之機制卻相對缺乏（例如健保藥價政策仍具有高度不透明、醫院財務不透明等問題）。在這種情況下陳孝平認為健保已透過總額預算成功節制醫界的「客大欺店」效果¹⁸⁵並非事實，因此將醫療費用全交給醫療工業自律必然不可行。呂建德（2003:85-7）認為被保險人與醫療專業之間對費用的協商是社會正義的關鍵。呂建德卻認為台灣工人團體過去對健保的意見集中於實質利益層面，未到「工業民主權」的層次，因而認為由工會對被保險人利益的代表性和自治協商能力不足（2003:87）。他主張增加代表被保險人的消費者團體進入費用協定委員會是可能的做法，林國明建議的「公民共識會議」也是擴大公共參與的作法之一。不過，筆者認為公營單一保險人既由國家作為健康的政治場域，只有消費者團體作為被保險人的唯一代表仍嫌不足，亦就是說，被保險人的利益也不該被化約為抽象的消費者利益。社會民主化的協商代表若只有消費者為代表，仍易忽略階級的不平等性，受害者是社會經濟位置底層者。從這個意義上來看，應增加工人團體在健保體制中的費用協定委員會等部門的席次。

在衛生醫療體系方面，醫療部門私有化與市場化政策是以追求資本主義經濟增長為考量，是後福特主義積累制的手段。從本論文研究結果來看，1990 年代以後國家逐漸轉向發展醫療工業，而在促進國民健康的責任上國家則將之推向個人。由於國家在醫療部門供給上逐漸萎縮，企業介入與醫療服務私有化已到相當高的程度，市場化導致醫療資源不均與分配的不平等。王紹光（2003）也指出，中國公共衛生工作中存在的兩種迷信－對經濟增長的迷信與對市場的迷信－導致衛生醫療領域同時出現政府失職和市場失靈。對台灣醫療體系而言，國家不能以粗糙的效率指標，以公立醫院效率低作為私有化借口。政府部門應該增加公共衛生經費投資，並且重新檢討當前的政府部門改造中的公立醫院私有化政策，以國家力量主導促進醫療資源公共化與均衡化。

¹⁸⁵ 參閱陳孝平，2002，〈客大欺店 健保成功約束醫界〉，20022002/07/27 聯合報民意論壇。

參考書目

中文部份

- 文馨瑩，1990，《經濟奇蹟的背後－臺灣美援經驗的政經分析(1951-1965)》，台北：自立晚報出版社。
- 方小平，2003，〈赤腳醫生與合作醫療制度--浙江省富陽縣個案研究〉，《二十一世紀》第七十九期，頁八七至九七。
- 王正，1997，全民健保中福利所應佔比重之研究，中央健康保險局 86 年度委託研究計畫（計畫編號：DOH86-NH-002）。
- 王紹光，2003a，〈人民的健康也是硬道理〉，《讀書》頁一六至二四。
- 2003b，〈中國公共衛生的危機與轉機〉，《比較》第七期。文章取自 http://www.usc.cuhk.edu.hk/wk_wzdetails.asp?id=2330
- 台灣省行政長官公署民政處衛生局編，1946，《台灣一年來之衛生》。
- 白佳原、王銘雄、張鈞萍，2003，〈公立醫院民營化之策略研究〉，《IT IS 產業論壇》第五卷第一期。
- 白居易，2003，《醫院薪資管理對醫師服務品質影響之探討》，台中健康暨管理學院健康管理研究所碩士論文。
- 石田浩，1995，〈農業生產結構的變化與工業化－農村對工業化所發揮的作用〉，谷浦孝雄編，《台灣的工業化：國際加工基地的形成》（雷慧英 中譯），台北：人間出版社。
- 立法院圖書館編印 1986，《中美貿易》。
- 民進黨，1993，《公平正義的福利國》，民主進步黨中央黨部出版。
- 民進黨，1993，《民主進步黨政策白皮書綱領篇》，民主進步黨中央黨部出版。
- 江東亮，1999，《醫療保健政策－台灣經驗》，台北：巨流出版社。
- 2003，《醫療保健政策－台灣經驗（第二版）》，台北：巨流出版社。
- 2005，〈醫療體系大傾斜，有限資源撐不住〉，2005/4/21，聯合報民意論壇。
- 江靜楓，2001，《公私立醫院醫師薪資制度設計與醫院醫師生產力的研究》，國立台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文。
- 吳挺鋒，2003，〈台灣財政平衡的現實與迷思：沒有平等的成長崇拜〉，《台灣社會研究季刊》第五十一期，pp.1-49。
- 2004，《財政政治的轉型：從威權主義到新自由主義》，東海大學社會學系博士論文。
- 吳聰敏，1988，〈美援與台灣的經濟發展〉，《台灣社會研究季刊》第一卷第一期，頁一四五至一五八。
- 呂宗學，1998，〈公共衛生的正義觀：市場正義 vs. 社會正義〉，《醫望》第二十七

期，頁八九至九二。

呂建德，2001，〈從福利國家到競爭式國家？：全球化與福利國家的危機〉，《台灣社會學》第二期，頁二六三至三一三。

———2003，〈與弱勢者的團結—尋找全民健保中的正義基礎〉，《台灣社會研究季刊》第五十一期，頁五一至九四。

———2001，〈全民健保體制改革芻議：治理組織的建立做為健保改革的核恩問題〉，《國策專刊》十七期，頁一三至一五。

———2003，〈與弱勢者的團結—尋找全民健保中的正義基礎〉，《台灣社會研究季刊》第五十一期，頁五一至九四。

———2002，〈全球化與福利改革的政治經濟學：一個初步的分析〉，發表於2002年12月14日至15日台灣社會學會暨文化研究學會年會「重返東亞：全球、區域、國家、公民」研討會，台中東海大學。

李文浩，2003，《醫療事業進入新市場領域之評估研究：以在中國大陸籌設大型醫院為例》，長庚大學醫務管理學研究所碩士論文。

李正芳、張玉山、李淳、賴春生，2000，〈我國公立醫院經營體制調整應有之取向〉，《公營事業評論技術報告》第六期，頁一至五二。

李其慶，2004，〈全球化背景下的新自由主義〉，《批判與再造》第三期，頁一九至三七。

李尚仁，2004，〈醫學、帝國主義與現代性：專題導言〉，《台灣社會研究季刊》第五十四期，頁一至一六。

李淑娟採訪整理，2002，《望醫心切—張錦文與台灣醫院的成長》，台北：允晨文化。

李璦珍，1989，《省立醫院醫師獎勵金制度之分析研究》，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。

沈茂庭，1986，《醫院績效衡量與預算控制》，國防醫學院醫務管理研究所碩士論文。

林王美園，1993，〈實施醫療網計畫—為推行全民健保鋪路〉，《護理雜誌》第四十卷第二期，頁一五至二八。

林季平、林昭吟，2003，《調查、推估、分析未參加全民健保者原因》，中央健康保險局委託研究計畫(完整報告)。

林季平、林昭吟，2004，〈台灣未納保人口特質及未納保原因的初步分析〉，政治大學：2004年台灣人口學會年會暨「人口、家庭與國民健康政策回顧與展望」研討會。

林芸芸，1999，〈從管理式競爭到管理式合作—英國的「內部市場」對臺灣全民健康保險公辦民營的鑑戒〉，《公共衛生》第二十六卷第一期，頁一至一一。

林雨靜，1999，《全民健康保險現行保費制度下身份移轉與公平性之研究》，陽明大學衛生福利研究所碩士論文。

林國明，1997，〈臺灣醫院產業的市場結構與發展趨勢分析〉，《台灣社會學研究》

第一期。

林萬億，1995，〈國家與社會政策－臺灣與瑞典的比較〉，收錄於徐正光、蕭新煌主編，《台灣的國家與社會》，台北：東大圖書公司。

林瑤棋，2003，《透視醫療卡夫卡》，台北：大康出版社。

柯子臨，2002，〈我對公立醫院公辦民營之看法〉，《台灣醫界》第四十五卷第三期，頁六〇至六二。

洪明皇，2001，《全民健保新制部分負擔對不同社會群體影響之探討》，政治大學財政學系碩士論文。

紀駿輝，1997a，〈健康保險之部份負擔制的理論基礎之探討〉，《公共衛生》第二十三卷第四期，頁一八一至一九六。

———1997b，〈健康維護或降低財務風險？由兩種觀點來比較公營與自由市場的健康保險制度〉，《公共衛生》第二十四卷第二期，頁七七至九六。

胡勝正，2000，〈全球化趨勢下臺灣公衛的挑戰與轉機：政治經濟與健康〉，《中華公共衛生雜誌》第十九卷第一期，頁三至四。

范國棟，2000，〈台灣民眾與醫療界應關心世界貿易組織對醫療服務業的影響〉，《台灣醫界》第四十三卷第七期，頁五七至六〇。

———2003，〈台灣社會保險私有化的關鍵年代－評當時的三個醫療政策〉，取自苦勞網：http://www.cooloud.org.tw/NewsGroup2/_Article.asp?DetailID=2888

范燕秋，2001，《日本帝國發展下殖民地台灣的人種衛生》，國立政治大學歷史學系博士論文。

苦勞工作站，2002，《審判經發會》，台北：苦勞工作站。

孫友聯，2002，《台灣、馬來西亞及新加坡醫療福利體制比較研究－一個歷史制度論的初探》，陽明大學衛生福利研究所碩士論文。

徐立德，1995，〈全民健保面面觀〉，《保險專刊》第四十一輯，頁一至一四。

徐衣琪，1996，《我國全民健康保險各類目被保險人投保金額問題之研究》，政治大學財政研究所碩士論文。

涂醒哲，2000，〈只有公家醫師，沒有公立醫院〉，《台灣醫界》第四十三卷第十一期，頁四五至四七。

國家衛生研究院，2001，《全民健康保險體檢小組報告》。

宿景祥，2004，〈貧富差距加深南北對立〉，《環球時報》2004年11月15日。

張少寧，1986，《醫院資源利用管理之研究》，國防醫學院醫務管理研究所碩士論文。

張英陣，1995，〈第三部門與社會福利政策分析〉，《社區發展季刊》第七十期，頁一四四至一五九。

張荳雲，1998，〈從不穩定的口碑到主要的求醫場所：台灣西醫的制度信任建構〉，《國家科學委員會研究彙刊：人文及社會科學》，八卷一期，頁一六一至一八三。

———2003，《醫療與社會》，台北：巨流。

張荳雲、朱永昌，1994，〈組織場域的浮現－台灣醫療產業的研究〉，《中央研究

- 院民族學研究所集刊》第七十七期，頁一五七至一九二。
- 張苙雲、謝幸燕，1994，〈醫療資源的成長與分布：制度面成因的思考〉，人口學刊第十六期。
- 張晉芬，1999，〈私有化符合誰的利益？：檢視台灣公營事業所有權移轉的社會效果〉，《台灣社會學研究》第三期，業一一五至一五二。
- 張淑玲，1999，《我國外籍勞工健保醫療利用之研究》，國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 張淑卿，1997，《戰後台灣地區傳染病防治之研究（1945-1971）》，國立中興大學歷史學系碩士論文。
- 2004，《防癆體系與監控技術：台灣結核病史研究（1945-1970s）》，國立清華大學歷史研究所博士論文。
- 張朝琴，2004，《台灣山地鄉原住民醫療照護體系之研究—健康權保障觀點的檢視》，台灣師範大學教育學院政治學研究所博士論文。
- 張瑛珩，2001，《衛生所執行「衛生所功能再造」之現況探討》，國防醫學院公共衛生學研究所碩士論文。
- 張錦文，2000，〈台灣醫務管理的回顧與展望〉，《醫管》第一期，頁三至五。
- 梁正德，2004，《全民健保財務負擔公平性衡量之探討》，中正大學社會福利系博士論文。
- 莊永明，1998，《台灣醫療史—以台大醫院為主軸》，台北：遠流。
- 莊素玉，2005a，〈白袍退色—醫院也瘋狂〉，《天下雜誌》第319期，頁九四至一一六。
- 2005b，〈全民如何搶救健保？〉，《天下雜誌》第320期，頁七三至八四。
- 許冰瑩，2000，《全民健康保險民營化之政治經濟分析》，國立暨南國際大學公共行政與政策學系碩士論文。
- 許素貞，2002，《公辦民營醫院經營模式與績效之比較研究》，義守大學管理科學研究所碩士論文。
- 許航瑞，2001，《我國全民健保醫療支出問題的政經分析：一個新制度主義的觀點》，國立成功大學政治經濟學研究所碩士論文。
- 許國敏，1993，〈公立醫院營運與管理〉，《醫院》第二十六卷第六期，頁三一八至三二〇。
- 許淑霞，2000，〈德國多元化健康保險人組織簡介〉，《全民健康保險》，第27期，2000年9月，pp.18-24。
- 郭文華，2001，〈在疾病與美援的年代—戰後台灣衛生體制的形成〉，收錄於《幼幼無恙—台中縣兒童保健歷史映像》，台中縣衛生局出版。
- 1997，〈從戰後臺灣醫療史建構到許子秋--衛生政策與人物〉，《醫望》18期。
- 1997，《一九五〇至一九七〇年代台灣家庭計畫：醫療政策與女性史面向的探討》，國立清華大學歷史研究所碩士論文。

- 1996，〈戰後台灣公共衛生行政教育與早期的師大衛教系〉，《醫望》15期，頁六七至七一。
- 郭登聰，1996，〈社會福利社區化的基礎探討〉，《福利社會》，第五十三期，頁四至九。
- 陳永興，1997，《台灣醫療發展史》，台北：月旦出版社。
- 陳君愷，1993，〈光復之疫：台灣光復初期衛生與文化問題的鉅視性觀察〉，《思與言》，第三十一卷第一期，頁一一三至一三八。
- 陳孝平，2002，〈客大欺店 健保成功約束醫界〉，2002/7/27 聯合報民意論壇。
- 1999，〈新加坡模式與美國醫療專用儲蓄帳戶對我國全民健保改革的啓示〉，《社會政策與社會工作學刊》第三卷第二期，頁五至三四。
- 1998，〈全民健保的改革策略〉，《現代化研究》十四期，頁四六至五一。
- 1997，〈「組合」乎？「市場」乎？—從台灣變遷中社會的屬性探索全民健保的體制〉，《中華衛誌》第十六卷第一期，頁八六至一〇七。
- 陳孝平、陳歆華，1997，〈我國全民健保財務體制問題之研析〉，《研考雙月刊》二十一卷第二期，頁四四至四九。
- 陳孝平、鄭文輝、陳歆華、王憶秦，1999，〈大型醫療機構作為全民健保改革之動力—以醫療管理者之焦點團體法為基礎的可行性分析〉，台灣社會福利學刊(電子期刊)第一期。
- 陳佳貴編，2001，《中國社會保障發展報告(1997~2001)》，北京：社會科學文獻出版社。
- 陳美霞，2003，〈公衛體系廢功 如何防弊〉，2003/5/11，中國時報。
- 陳悅儀，1996，《我國全民健保藥價基準制訂過程之政策分析》，陽明大學公共衛生學研究所碩士論文。
- 陳淑芬，2000，《戰後之疫—臺灣的公共衛生問題與建制(1945-1954)》，台北縣：稻鄉出版社。
- 陳歆華，1997，〈全民健保採「多元體制」之可行性研究：以對保險界、醫界及學界的調查為基礎的分析〉，中正大學社會福利學系碩士論文。
- 陸學藝編，2001，《內發的村庄》，北京：社會科學文獻出版社。
- 傅立葉，1995，〈社會福利的發展趨勢〉，《社區發展季刊》第七十期，頁一一六至一二九。
- 黃文弘，2001，《政經框架、典範碰撞與知識位移—台灣醫學典範轉折的系譜溯源》，國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 黃文鴻，1990，《全民健康保險藥品給付範圍及藥價基準的研究》。
- 黃文鴻、羅孔伶、陳柳文，1998，〈我國健保藥價與國際藥價比較分析之研究〉，《中華衛誌》第十七卷第三期，頁二六五至二七一。
- 黃明仁，1988，《醫院員工薪資與激勵制度之研究》，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。
- 黃淑娟，1995，《我國全民健康保險體系下政府保險費補貼之探討》，國立政治大

- 學財政研究所碩士論文。
- 楊文芷，1999，《全民健康保險法勞雇保費負擔制度形成過程之研究》，中國文化大學勞工研究所碩士論文。
- 楊漢淥，2000，〈公立醫院組織再造〉，《研考》雙月刊，頁五五至六二。
- 葉永文，2003，〈日據時期台灣的醫政關係〉，《台灣醫學人文學刊》，四卷一期，頁四八至六八。
- 葉秀珍，2002，〈全民健保財務收支分配公平性分析〉，《我國全民健康保險財務之診斷與展望文集》，國家衛生研究院，頁六九至七二。
- 葉俊榮，2002，〈從組織改造觀點看公立醫院未來走向〉，取自網址
<http://www.ey.gov.tw/COR/down/hospital.doc>
- 詹啓賢，1998，〈衛生政策的基本理念〉，《衛生報導》第八卷第二期，頁二至一〇。
- 1999，〈衛生醫療體系再造〉，《醫院》第三十二卷第六期，頁一至六。
- 2000，〈二十一世紀醫療政策和走向〉，《長庚內科通訊》第十七期，取自：<http://www.cgmh.org.tw/intr/intr2/c3100/pub/17life.htm#>衛生署詹啓賢署長演講
- 2005，〈健康體系改造 何去何從〉，2005/1/1，中國時報論壇版。
- 鄒根寶，2001，《社會保障制度—歐盟國家的經驗與改革》，上海：上海財經大學出版社。
- 鄔孟慧，2004，《戰後台灣的肺結核病防治（1950-1966）》，暨南國際大學歷史學系碩士論文。
- 裴晉國，1995，《臺灣地區國家機關與醫療體系之發展》，台灣大學三民主義研究所碩士論文。
- 趙怡惠，2003，《台灣地區山地鄉與非山地鄉嬰幼兒死亡率的差異研究》，台灣大學經濟學研究所碩士論文。
- 趙既昌，1985，《美援的運用》，台北：聯經出版社。
- 趙剛，2001，〈為何反全球化？如何反？〉，《台灣社會研究季刊》第四十四期，頁四九至一四六。
- 劉士永，2004a，〈製藥也得摻入文化想像的配方〉，《新新聞》第九〇二期。
- 2004b，〈醫療、疾病與台灣社會的近代性格〉，《歷史月刊》二〇一期。
- 劉似錦編，1989，《劉瑞恆博士與中國醫藥及衛生事業》，台北：台灣商務印書館。
- 劉淑惠，2002，《黨國體制下全民健康保險政策的政治分析（1994~2000）》，國立台灣大學政治學研究所博士論文。
- 劉進慶，1995，〈民間企業的發展〉，收錄於谷浦孝雄編，《台灣的工業化：國際加工基地的形成》（雷慧英 中譯），台北：人間出版社。
- 劉慧敏，1998，《全民健康保險的實施對勞工權益影響之研究》，政治大學勞工研究所碩士論文。
- 樂施會，2002，《不公平的規則—貿易、全球化與貧窮》，香港：樂施會。

蔡貞慧、周穎政，2002，〈台灣全民健康保險的醫療支出重分配效果〉，《台灣衛誌》二十一卷第五期，頁三七三至三七九。

蔡雅芳、吳世望、白佳原，2002，〈市場導向與創新概念在醫療機構之應用〉，《醫院》第三十五卷第六期，頁一至一二。

蔡篤堅，1998，〈代理孕母法規新探－由衛生署長之施政理念談起〉，《應用倫理研究通訊》第七期。

———2001a，〈反省台灣醫學政治發展的脈絡〉，收錄於蔡篤堅編《實踐醫學人文的可能》，台北：唐山出版社，頁六七至一二七。

———2001b，《當代台灣衛生福利政策論述的解構與重塑》，台北：唐山出版社。

蔡篤堅、李玉春，1998，〈科學的政治，政治的科學：由比較歷史的觀點談台灣醫學政治之趨勢與歷史文化意義〉，「科學、科學主義、與人」討論組，「宗教、靈異、科學與社會」學術研討會，中央研究院，南港，12月4-5日。

鄭文輝、蔡爵震，1992，〈全民社會醫療保險財源籌措方式之探討〉，收錄於《我國全民社會醫療保險制度之研究》，台北：業強出版社，頁六九至一一〇。

盧瑞芬、謝啓瑞，2003，〈臺灣醫院產業的市場結構與發展趨勢分析〉，《經濟論文叢刊》，三十一輯第一期，頁一〇七至一五三。

謝秀玲，1995，《我國全民健康保險體系與所得稅制配合問題》，政大財政研究所碩士論文。

謝振榮，1989，《日本殖民主義下台灣衛生政策之研究》，中國文化大學日本研究所碩士論文。

謝啓瑞、林建甫、游慧光，1998，〈台灣醫療保健支出成長原因的探討〉，《人文及社會科學集刊》第十卷第一期，頁一至三二。

韓嘉玲，2004，《中國貧困農村婦女發展進程研究－貴州省雷山縣案例剖析》，台北：問津堂書局。

瞿宛文、洪嘉瑜，2002，〈自由化與企業集團化的趨勢〉，《台灣社會研究季刊》第四十七期，頁三三至八三。

簡照欣，2002，〈國民黨與民進黨的社會福利觀〉，《中央大學社會文化學報》第十五期，頁一四九至一七〇。

藍忠孚、李玉春、馮孝芬、陳燕鳳，1986，《區域醫療保健服務體系之研究》，行政院研究發展考核委員會編印。

羅光瑞，1993，〈全民健保與公立醫院的營運管理－兼述台北榮民總醫院對全民健保的因應措施〉，《醫院》第二十六卷第六期，頁三三七至三三九。

英文部份

Antonio, Robert J. & Bonanno, Alessandro. 2000. "A New Global Capitalism? From 'Americanism and Fordism' to 'Americanization-Globalization'." *American Studies*

41(2/3):33-77.

Barber, Benjamin R. 2001. *Jihad vs. McWorld*. New York: Ballantine Books.

Barker, Paul 編，1999，(洪惠芬、簡守邦合譯)《福利國家的創建者—十六個英國社會改革先驅的故事》，台北：唐山出版社。

Bourdieu, Pierre (布迪厄)，2003，(沈紅文摘譯)〈新自由主義及其新的統治形式〉，收錄於李其慶編，《全球化與新自由主義》，桂林：廣西師範大學出版社，頁五〇至六一。

Bourdieu, Pierre. 1998. *Acts of Resistance: Against the Tyranny of the Market*. New York: the New Press.

Coates, David. 2000. *Models of Capitalism: Growth and Stagnation in the Modern Era*. London: Polity.

Esping-Anderson, Gosta，1997，《福利資本主義的三個世界》(中譯本)，台北：巨流出版社。

Frank, Arthur W. 2002. "What's Wrong with medical consumerism?". Edited by Saras Henderson & Alan Petersen. "Consuming Health". London and New York: Routledge:13-30.

Giaimo, Susan，2001，〈誰為保健改革出資？〉，《福利制度的新政治學》(中譯本)，北京：商務印書館。

Gingrich, Newt. 2003. *Saving Lives & Saving Money: Transforming Health and Healthcare*. Washington, DC: The Alexis de Tocqueville Institution.

Glennerster, Howard. 2003.《英國社會政策論文集》(中譯本)，北京：商務印書館。

Gough, Ian，1995，《福利國家的政治經濟學》(中譯本)，台北：巨流。

Gould, Arthur. 1993，《資本主義福利體系》(中譯本)，台北：巨流出版社。

Habermas, Juergen (尤瑞根·哈伯瑪斯)，1999，(徐季耘譯)〈歐洲的民族國家與全球化的壓力〉，《台灣社會研究季刊》第三十四期，頁一一三至一三二。

Harvey, David(哈維). 2000. *Space of Hope*. Berkeley: University of California Press. ————.1989. *The condition of Postmodernity*. Oxford: Blackwell.

Hobsbawm, Eric.，1994，《極端的年代》(中譯本)，台北：麥田出版社。

Kornai, Janos and Eggleston, Karen，2003，《轉軌中的福利、選擇和一致性—東歐國家衛生部門改革》(中譯本)，北京：中信出版社。

Kotz, David and Weir, Fred.，1997，《來自上層的革命—蘇聯體制的終結》(中譯本)，北京：中國人民大學出版社。

Lindblom, Charles E.，2002，《市場體制的秘密》(中譯本)，江蘇人民出版社。

Navarro, Vicente，1984，A critique of the ideological and political positions of the Willy Brandt report and the WHO Alma Ata Declaration，in *Social Science and Medicine: Vo18:467-74*.

Pollock, Allyson M. 2004. *NHS plc. The Privatisation of Our Health Care*. London& New York: Verso.

Rifkin, Jeremy. 2001. *The Age of Access*, 《付費體驗的時代》(中譯本), 台北: 遠流出版社。

Robinson, Jeffrey (傑佛瑞·羅賓森), 2002, 《一顆價值十億的藥丸》(中譯本), 台北: 時報出版社。

Strange, Susan. 1985. *Casino Capitalism*. Manchester: Manchester University Press.

報紙資料

《聯合報》

《經濟日報》

《民生報》

《自由時報》

官書與統計檔案

中華民國八十八年(1999)勞工保險統計年報, 勞工保險局編印, 2000。

中華民國台灣地區人力資源統計月報, 2002年5月, 行政院主計處編印。

立法院公報, 第七十四卷第七十二期委員會紀錄, 頁五十。

行政院經濟建設委員會編印, 1985, 《十四項重要建設計畫》。

行政院經濟建設委員會編印, 1986, 《我國社會福利制度整體規劃之研究》。

行政院衛生署編印, 1986, 《醫療保健計畫—籌建醫療網計畫(核定本)》。

行政院衛生署, 1990, 《醫療保健計畫—建立全國醫療網第二期計畫(核定本)》。

行政院經濟建設委員會全民健康保險規劃小組, 1990, 《對我國醫療體系之評估》。

行政院經濟建設委員會、行政院衛生署、內政部編著, 2004, 《醫療保健及照顧服務業發展綱領及行動方案》, 台北: 行政院經濟建設委員會。

行政院衛生署, 1995年~2003年, 《全民健康保險統計》, 行政院衛生署編印。

行政院衛生署編, 1995, 《台灣地區公共衛生發展史》, 台北: 衛生署。

監察院, 2004a/08/17, 《醫療網調查報告》, 案號: 0920800857。取自監察院網站:

http://www.cy.gov.tw/AP_Home/op_Upload/eDoc/調查報告/93/093000353_醫療網調查報告上傳.doc

監察院, 2004b/08/17, 《醫院績效案調查報告》、《醫院績效案調查報告修正版》, 案號: 0910800643。取自監察院網站:

http://www.cy.gov.tw/AP_Home/op_Upload/eDoc/調查報告/93/093000356_醫院績效案調查報告修正版.doc

監察院, 2005/1/6, 《總額預算對民眾權益案調查報告》, 案號: 0930800720, 取自監察院網站: http://www.cy.gov.tw/AP_Home/op_Upload/eDoc/調查報告/94/094000026_總額預算對民眾權益案調查報告17上傳.doc

衛生統計資訊網, 網址: <http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>