

第一章、緒論

“ 如果我們從歷史的經歷中去學習，我們既不能假定政治運動的實踐單獨由客觀的條件所決定，也不能說這些運動能夠依自由意志進行，而獨立於其所有轉化的客觀條件之外。這些條件構成了每一時期的選擇的結構；結構中的行動者構思其目標、察看可能的選擇、評價及選擇行動的路程，並且，追求它們去創造新的條件。 ”

(Przeworski 1985:3)

第一節、研究緣起

1997 年的秋末冬初，在全民健康保險開辦屆滿兩年之際，一場以全民健保組織架構（即所謂的健保體制）為核心的社會政策戰役（Policy battle），悄悄的引爆……。

這場政策戰役是 1994 年立法院審議全民健保法時，關於「健保組織架構」爭議的延伸¹。除行政院先後提出的不同內涵的修法版本之外，立法院各黨派立法委員亦紛紛提出各種版本；其內涵上大致可分為：1.「公辦公營、現制改革」（行政院連戰內閣 A 版、立法委員簡錫階版）；2.公辦民營「單一保險人」版（行政院連戰內閣 B 版、立法委員沈富雄 A 版）；以及 3.公辦民營「多元保險人」版（行政院蕭萬長內閣版、立法委員沈富雄 B 版、李應元及郝龍斌版等）等主要範疇。在這些版本中，以行政院版本的決策過程最引人矚目；何以行政院在短短的半年內，先後提出現制改革、公辦民營「單一保險人」及「多元保險人」等不同內涵的修正版本？其政策決策的考量為何？以及何以在國會絕對多數的優勢之下，當時的執政黨（國民黨）無法順利的推動修法工作將健保改制基金會？成為國內社會政策相關研究的一個值得觀察的題材。

在社會面上，有鑑於健保體制改革不僅直接影響不同群體在整體醫療資源中的利益分配，更和國民健康權的維護息息相關。因此，其高度的政治爭議立即引起了相關學術界（包括社會福利及公衛界）、醫界（主要是基層醫療代表）以及勞工等民間團體的高度關切。為表達反對健保改制民營化的立場，民間團體串聯

¹根據全民健保法第 85 條規定：「主管機關應於本保險實施二年內，提出執行評估及全民健保改制方案；改制方案應包括各項財源、被保險人負擔方式及保險人組織等建議」；同時，在第 89 條中更明文規定：「本法實施滿二年後，行政院應於半年內修正本法，逾期本法失效」。一般認為，兩年的落日條款，主要是當時立法院在審議全民健保法時，各方在健保體制的爭議上僵持不下的政治妥協性產物。因此，行政院必須依法行政的在全民健保實施屆滿兩年時後，於半年內提出修正案，否則全民健保將因此失去法源依據。

成立「搶救全民健保聯盟」²，以「反對民營化、主張現制改革」的鮮明旗幟，除推出「財團健保、人民不保」的政策說帖向行政院施壓，更發起連署進行國會遊說，以及在全國各地舉辦說明會等積極作法，對於後來行政院擱置全民健保民營化方案產生一定的影響。

這場政策戰役，不僅是台灣健保制度發展過程中的關鍵歷史轉折，同時也是制度過程多變性和複雜性的其中一個具體實例。當時，研究者任職於台灣勞工陣線，作為擔負某種社會角色認同的行動者，不僅在這場戰役中學習到在特定政策過程的角色扮演之外；同時，對於「政策過程」的複雜轉折，有更深入的體認。因此，本論文所關懷的核心問題：「政策（制度）的形成，以及其變遷的決策過程所座落的場域」，就在這場錯綜複雜的政策戰役過程中孕育而生……。研究者所關心的不只是「結構因素」對於在政策過程中影響；同時，更將嘗試透過「制度過程」的脈絡化（Contextualizing），進一步探尋其中錯綜複雜的歷史轉折。

全民健保作為一種特殊的醫療福利制度形式，不但影響不同群體在醫療體系中的利益分配，同時，也牽涉「國家」與「市場」在福利體系中該扮演何種角色等爭議性的問題（林國明 1998a;Lupton1998:2）。其中，國家機關在政策過程中的自主性與能力（capacity）所展現的偏好選擇，以及不同利益群體在體系中的互動關係等，一直都是社會政策研究各理論典範極力解釋的爭議焦點。但回應前述政策過程的峰迴路轉，研究者得到這樣的啟發，即：「我們似乎無法以一個非政治性（apolitical）的分析架構，來理解一國醫療福利制度的發展與運作」。因此，在這個前提之下，我們如何以建構一個強而有力的解釋架構，一方面避免掉入過去通則性理論模式過度「化約論」或「決定論」的邏輯陷阱；另一方面，滿足對政策過程中各種歷史、政治及社會等因素之間的因果性理解，就成為研究者在思索論文分析架構時的主要考量。

回顧本論文最原始的動機，全球化與區域化發展趨勢是否對於台灣和東南亞各國福利形構（configuration）產生影響，可謂為本研究問題意識及採取跨國性比較政策研究架構之濫觴。研究者最初關注的議題，在於全球化和區域化的發展趨勢，是否會出現福利新聚合論者所預言的「福利趨同化」現象。研究者所參照的例子包括一九九三年在世界貿易組織部長級會議所提出的「藍色條款」，以及在歐盟架構下的「社會憲章」（1961,1989）及「社會篇章」等社會性條款，是否在全球或區域整合的過程中發揮作用，進而促進各國社會福利的發展，以彌平彼此之間的不公平競爭³。就此，台灣在突破外交困境和因應國際生產體系分工的

²「搶救全民健保聯盟」於1997年3月正式成立。成員除了國內公衛和社會福利界知名學者外，還有中華民國基層醫療協會、台灣勞工陣線、女權會、老人福利聯盟、智障者家長總會、殘障聯盟、彭婉如基金會、台灣石油工會等民間團體。連署支持團體超過兩百個工會和社會團體。聯盟除在全國各地舉辦座談外，更製作文宣「財團健保、人民不保」答客問等出版品。

³研究者最初所提出的基本命題是：「全球化和區域化是否將導致各國社會政策的趨同」？研究者主要是以歐盟的「歐洲社會憲章」（1961,1989），以及「社會憲章」（1989年），以及1992年簽訂的「社會篇章」為例，各國試圖以「社會傾銷」（social dumping）的規範，一方面解決各國間

需求，積極參與國際事務以滿足政治、外交和經濟上的需求之餘，是否同時對社會福利的發展產生影響？是研究者最初關懷的主要問題之一。

其次是呼應「福利本土化」研究的需求。從過去針對許多社會政策研究理論典範的辯證與反省，我們似乎已可以斷言：「過去普遍被運用於解釋福利發展理論範型，嚴格來說僅能算是依循某種特殊文明習慣，或特定歷史脈絡建構下的產物」。雖然，這些理論對某些歷史案例頗具解釋力，但卻無法放諸四海皆準的解釋各國福利差異性的發展。因此，社會福利／政策研究，是否有建構「本土性」理論的必要性？無異提供了研究者對東南亞區域福利研究更豐富的想像空間。

於是，當迴盪於研究者腦海中的一連串疑問與學術研究概念化的需求不期而遇，更多有趣的命題就不斷的湧出；但為了讓粗糙的原始關懷，轉化成具體可被研究的經驗提材，研究者逐將注意力投注在個人興趣和研究操作的現實差距上；研究者以台灣、馬來西亞和新加坡三個東南亞區域內國家的「醫療福利財務」，作為跨國性政策比較研究的群組；希望盡可能的透過對各國政策過程的脈絡化分析，一方面瞭解其制度發展軌跡，另一方面更刻劃其政策決策過程中錯綜複雜的因果連結。至於何以選擇台灣、新加坡及馬來西亞三個國家的健康照護制度，本章第三節將有詳盡說明。

總括而言，本研究所關注的核心問題，在於「各國政策決策或變遷所座落的場域」。研究者希望藉由對三個國家健康照護政策演變過程的脈絡化陳述，瞭解其政策特質及其發展和變遷的歷史過程，以刻劃三國健康照護政策所鑲嵌的制度環境；除此之外，本論文更將嘗試探索三國制度發展的「政治戰役」中，不同行動者的角色扮演和作用力。

因福利落差所造成的不公平競爭（unfair competition）；另一方面，亦可避免既有社會福利體制的崩解，以試圖建立一個「社會性」的歐洲（Hush 1997; 古允文 1997）。此外，建構區域性分配正義的可能性，亦是研究者所欲探討的主要命題之一。

第二節：研究問題焦點及研究目的

一、研究問題焦點

回應研究緣起的需求，本研究所欲解答的問題，主要圍繞在對影響各國制度型塑的政治、社會結構因素，以及特殊歷史遺緒（history legacies）的分析。例如「是什麼樣的歷史結構因素，造就了台、馬、新三個國家選擇不一樣的醫療福利制度？」；「何以在 1950 年代先後獨立建國的馬來西亞和新加坡，在政策上亦共享著相當多的歷史經驗，前者的醫療福利制度至今仍維持一定程度的「全民健康服務」色彩，而後者則已徹底改弦易轍？」；「又何以同樣於 50 年代就以公積金為社會安全基礎的馬來西亞，並沒有發展出類似新國醫療儲蓄帳戶的特殊制度體系？」；「為何台灣會選擇開辦全民健康保險，而非憲法條文中與全民健保並存的公醫制」；以及「是什麼樣的因素造成台灣和馬來西亞在推動醫療福利民營化時遭逢挫敗？」等幾個基本命題⁴。

我們將制度決策視為在特定歷史時空背景下各種因素互動下的產物。從過去的許多國家醫療福利制度發展改革例證中，任何制度形式的選擇，都普遍引發高度的政治爭端（MMA 1999;Reich 1995）。因此，貫穿本論文分析的內容，將包括政策（制度）所鑲嵌（embraced）的制度環境等結構因素對於制度發展軌跡的影響與限制。其中，作為一個高度政治、價值爭議性的制度，各國醫療福利制度如何形塑制度體系內各個行動者的行為策略，進而影響制度發展路徑（path）的政治過程，亦是為本論文分析的重點。因此，研究者將透過對三國政策歷史的脈絡化，分為以下幾個層面來加以探討：

首先，誠如 Collins 所強調的，制度的發展並非來自於真空（Vacuum），即使只是「殘破廢墟」（broken remains），也會對制度的發展造成影響；而政策決策更是在一個「亂糟糟」（messiness）的複雜的脈絡下進行（Collins 1999:72）。因此，研究者將嘗試以一個比較整體性的觀點，觀察歷史結構因素對於制度發展的影響；其中，特殊的「政策遺產」（policy legacies）如何結構化制度的發展軌跡，將是本論文分析的焦點，一方面避免過度簡化制度發展進程的歷史背影因素而掉入 Sokolovsky（1998）所揭示的「創生制度」邏輯陷阱，另一方面，則釐清影響制度發展各種因素間的因果聯結。

延續前述問題，我們進一步將觀察的視角轉移到制度決策中的權力關係，即

⁴ 誠如 Colin Gordon(1997)在他的文章【Why no national health insurance in the U.S.? The limits of Social Provision in War and Peace, 1941-1948】中，開宗明意所提出的命題。何以美國可以在眾多先進資本主義國家中獨樹一幟，迄今仍沒有建立全民健保體系（Colin 1997:277）。而 Immergut(1992)在他的文章中，所欲處理的是何以法國、瑞典及瑞士，會分別選擇了全民健保、國民健康服務，以及沒有建立任何的公共醫療福利體系政策選擇。

政治制度結構下的「遊戲規則」(The rule of game)如何決定了制度選擇的路徑(trajjectory)。我們從美國健康政治學者 Immergut (1992)針對瑞典、瑞士和法國健保體制的比較研究中得到些許的啟發；各國政治制度的設計和操作，是造成其健康福利體系呈現顯著差異性的關鍵因素，最終影響該國健保制度的「社會化」程度。例如，瑞典走向歐洲社會化程度最高的國民健康服務，主要是因為其行政部份相對於立法部份掌握了絕對優勢，而無懼於來自立法部門或選舉場域的挑戰；而法國不穩定議會多數，使得決策權轉向議會舞臺，進而導致其走向全民健保體制；至於瑞士以私人健康保險為主，原因在於人民對於法案具有「公投權」(referendum)，使得決策權轉向選舉場域⁵(Immergut 1992)。從這個角度來看，健康政策的決策過程很難脫離政治制度結構的束縛與影響，而 Immergut (1992)所使用「否決點」(Veto Point)的概念，所強調的就是決策所座落的場域，影響不同行動者能夠反對或支持特定政策的機會與限制(林國明 2000:6)，其中，「否決點」的位置是由一些正式規則來加以劃定，而這些正式規則，包括憲政規則下的行政、立法、司法體制，甚至選舉制度等正式規則，成為瞭解各國制度發展不能忽略的重要面向。

因此，本論文將把三國健康照護政策決策，放在一個「政治制度的場域」來觀察，試圖從三個國家的政體設計，探索其政治制度結構和設計，如何對其制度決策產生影響？其中，政治制度結構如何「規則化」了制度決策的場域，進而限制了主要政策行動者的能動性，是我們所欲觀察的重點。

為求精確，本研究將三個國家健康照護改革中「私營化」議程的提出⁶(privatization, 或稱民營化)，視為其一個重要的轉折點和具體觀察的實例。其中包括馬來西亞於 1980's 初期所提出的政府醫院私營化、企業化等方案；新加坡於 1983 年「政策藍皮書」中的政府醫院組織重整(restructuring)和醫療儲蓄帳戶(Medisave)；以及台灣的「全民健保民營化」等。我們將政策改革的過程，擺放在前述政治制度結構來加以理解，以進一步探索制度決策場域中複雜的動動態政治關係。

綜合言之，本論文所卻尋求解答的問題主要包括以下兩大部份：

⁵ 請參見 Immergut(1992):【The rules of the game: The logic of health policy-making in France, Switzerland, and Sweden】。藉由對其他不同國家政治制度的分析，最能解釋這些不同的結果。這些制度建立出不同的遊戲規則，使得政治人物或利益團體尋求方法去制定或反對政策。制度設計的規則，提供程序上的機會或障礙，將政治力量轉變成具體的政策，源自於選舉結果與政黨體系的規則，改變了這些制度運作的方式。(Immergut 1992)

⁶ Privatization 在中文的翻譯上較為分歧，如私營化、私有化或民營化等，使得在內涵上更顯得曖昧多義。為了突顯在政策逐漸「私化」的事實，筆者較傾向於使用「私營化」一詞。在健康照護制度私營化的議題上，一般上包括政府在財政和服務提供角色和責任上的轉移。例如「私營化」、「去管制化」(deregulation)、「組織重整」(restructuring)、去國家化(denationalization)及去中央化(decentralization)等改革訴求，就成了各國公共事業和社會福利改革的重要議程。當時的時代背景，許多學者都認為和蘇聯及東歐中央計劃經濟的崩裂，使得自由市場的信念廣泛和未受批判的成為重組社會經濟的最佳機制(Hsiao 1995)。因此，各國紛紛提出打破公部門壟斷的政策改革方案，並主張政府角色的撤退，強調市場力量的均衡。

首先，本文冀求借用歷史制度論的觀點，透過對台灣、馬來西亞及新加坡等國家健康照護政策過程的脈絡化陳述，以瞭解其政策發展過程和轉折的歷史性，刻劃三國健康照護政策所鑲嵌的制度環境，進而探討其對制度發展軌跡的影響與限制。

其次是探索不同行動者在這個政策政治場域中的互動關係，即政治制度結構如何決定了制度的選擇的路徑（trajectory）。就此，本文擬從各國政治體制運作角度切入，釐清制度決策過程中曲折複雜的政治場域。

二、研究目的和重要性

選擇台灣、馬來西亞及新加坡三個國家的醫療福利財務，作為東南亞區域福利比較研究的群組，除了滿足研究興趣與需求之外，研究者更希望能籍由這淺薄和不成熟的學習成果，開啟國內學界對於東南亞社會政策發展的瞭解，促進未來彼此間的相互交流和政策參考。

歸結以上研究緣起和研究問題焦點之陳述，本研究的主要目的如下。

近幾年來，回應政治、外交、經濟及文化交流的需求，國內學術界對東南亞區域的研究日見顯著；各學術單位紛紛成立以「東南亞」為研究主題的機構（其中包括私立淡江大學、國立暨南大學、中山大學東南亞研究中心、中研院東南亞區域研究計劃等等），已豐碩了國內東南亞區域研究的成果（蕭新煌、張曉威 1997）。然而，有鑑於過去研究多以政治、經濟及歷史文化領域為主，社會政策領域則屈指可數；因此，本論文以「醫療福利制度」為研究主題，開啟國內東南亞區域研究的新領域，促進國內東南亞區域社會福利制度的瞭解。

其次，環諸世界各國目前沒有任何一國之醫療福利制度稱得上完美。因此，本研究採取比較政策研究，並非評斷各國制度之優劣性，而是透過對制度形構過程的脈絡化分析，進一步瞭解影響制度發展的歷史、政治及社會等因素，在學術意義上，比較分析「組內」的變異性，刻劃各國制度發展的特色；在政策的意義上，則作為各國「政策學習」（policy learning）和參考的基礎⁷。

最後，回應研究動機中對福利發展理論和方法論上的反省；檢討以西方為中心的各種社會福利理論範型，運用於解釋第三世界國家福利發展的空間與限制；以及在研究方法上，忙於找尋各種決定因素因果分析（如經濟因素、政治因素、意識形態因素等）的陷阱。筆者期待在理論和方法論上有所對話，作為福利本土化研究的基礎。

⁷ 就此，過去這三個國家在制度形成過程中，不乏有相互學習的經驗。例如，台灣的全民健保政策過程中，除了以歐美國家的經驗為師外，亦有學者和立法提出效法新加坡「醫療儲蓄帳戶」的訴求。而馬來西亞醫師公會（Malaysia Medical Association）於1999年提出的【Health for All – Reforming Health Care In Malaysia】，提出全民健保方案，其中，台灣的經驗亦是參考的依據（MMA 1999）。

第三節：選擇比較台灣、馬來西亞和新加坡的重要意義

以上，我們已勾劃出本研究所關懷的旨趣和分析途徑，而它們原則上都可以作為許多政策研究的依準。但礙於時空的因素使然，我們不可能深入分析所有社會政策的實例，也不想從所有可能實例中「任意」取樣分析。實際上，比較歷史研究用於一組具有某些「共同特質」的少數實例最為有效，因此，研究者對於這種實例選擇理由需要做簡單的交待。

何以選擇台灣、馬來西亞及新加坡這三個國家？又何以選擇了健康照護財務作為具體觀察的研究題材，研究者考量的關鍵如下：

首先，生長於馬來西亞，在台灣接受社會工作及福利相關學科訓練，畢業後又投入社會政策倡導的工作（曾參與草擬民間版失業保險法、大量解雇保護法、國民年金法，以及參與全民健康保險法、工會法及勞基法等修法工作），並且在研究所階段接觸衛生政策相關領域，研究者對於台灣及東南亞國家衛生福利政策等相關議題的濃厚興趣，應算得上是頗為正當的事吧！

其次，雖然它們在醫療福利制度形式上並不盡相同，但制度改革的議程，卻都在 80 年代以後逐漸浮現。在經驗上，馬來西亞和新加坡在 80 年代以前，無論是從財務結構面或服務供給面，政府持續扮演著相當顯著的角色，而普遍帶有傳統國民健康服務的特色⁸。但在 80 年代初期，兩國都提出了將健康照護財務責任移轉至消費者的改革訴求，例如「私營化」、「企業化」、「政府醫院組織重整方案」等。至於台灣，則遲至 1995 年才完成立法，實施一個「國家主義」(Statist) 色彩濃厚的全民健保體系（林國明 1998b）。就此，在比較的意義上，本研究著重於探討「國家」作為一個積極的行動者，在健康照護制度發展中的角色地位，這樣的具體實例，更能理解和突顯制度形塑過程中「制度環境」的特殊性。

然而，我們可以斷定：「沒有一個國家的政策發展和另一個國家完全相似」。因此，在這裏需要解釋的不只是為什麼選擇台灣、馬來西亞和新加坡這三個國家，而是為什麼把它們視為基本上相似，並歸為一組的政策變遷實例。就此，上述的理由就稍嫌薄弱，需要更有力的理由來說明之。

首先，就台灣、馬來西亞及新加坡醫療福利體制的制度形式而言，馬來西亞和新加坡在獨立建國之前就已建立以公立醫院為主的醫療福利體系，歷經了幾十年的變遷與改革，馬來亞西迄今仍然維持一個比較接近「國民健康服務」(National Health Service, NHS) 的模式，提供國民幾近免費或收費低廉的醫療服務；而新加坡則卻 1984 年實施「醫療儲蓄帳戶」以後，逐漸走向強調個人責任

⁸ 其中以馬來西亞較為明顯。依據 1951 年醫藥法令，國民在公立醫院看門診僅需付一元馬幣（台幣約十元）的掛號費。這裏我們引用 Roemer (1991:129) 在一項健康系統的比較分析中的評論：「馬來西亞被界定為福利取向的系統，主要是因為政府仍負起國民醫療照護主要的「財務責任」，以協助相當大比例的國民負擔其醫療照護成本，其中，在健康照護政策中，其扮演著醫院和鄉村地區健康服務提供的積極角色。」

和家庭功能的制度體系；至於台灣，則遲至 90 年代以後方才整合成一個中央集權式的社會保險體制。以上三國醫療福利體制的不同財務模式，分別代表著從個人到集體光譜上不同的位置，因而成為本論文比較分析最重要的基礎。

其次，在制度變革的經驗層次上。如前所述，馬來西亞和新加坡的醫療福利制度於 80 年代以後，才開始提出制度的改革方案；其主要內容是政府從過去在社會福利中的積極角色中逐漸撤退，無論是財務結構面或服務供給面，都逐漸採取私化的制度改革方向。而台灣則在全民健保體制形成的過程中，「民營化」（即公辦民營體制）的理念訴求始終存在。因此，將「私營化」政策和理念的提出，以及其執行的結果，擺放在各國制度發展的脈絡來加以理解，何以三個基本特質不同的制度體系，在歷經不同民營化政策改革理念的出現，為什麼會有不同的政策結果，欲是本論文所欲觀察的焦點之一。

最後，在政治、經濟結構的層次上，三國似乎亦共享了許多相同的經驗。其中，國家在經濟發展和資本累積的過程所扮演的角色，可以作為本研究比較觀察的具體方向。就此，我們借用了日本櫻花綜合研究所提出的「開發獨裁」概念來進一步說明，更能突顯其間的共同點⁹。簡而言之，是一種由政府所掌控的一種「先有經濟發展、才有民主」的發展邏輯；強調「經濟發展」和政治上「威權統治」的因果關係，進而強化了政治資源分配以產業發展優先的合法性。在這個階段的基本特色，是政府儘可能採取一種「去政治化」的統治策略，例如普遍具有打壓市民社會、嚴格監控工會組織、高度限制言論自由、強人政治等基本特質，而這些例子我們都可以在這三個國家過去的經驗中發現。

⁹ 一般說來，亞洲各國憑恃著「開發獨裁」邁進高度成長的結果，即為了資本累積之需求，國家在政治上採取高壓的手段來抑制市民社會的發展，其中反應在亞洲許多國家中的強人政治最為明顯。其特質主要是優先建設能促進「成長」的產業基礎、延緩建設為了「分配」的生活基礎之趨最為明顯。（櫻花綜合研究所 1996-黃綵璋譯）

第四節、論文章節安排

第一章導論：第一節說明本研究的研究緣起；第二節是闡述研究問題焦點和研究目的；第三節則點以台、新、馬研究對象的重要意義，以闡明本論的重要重要性。

第二章是探討國家化醫療福利制度的實踐與存續。我們從財務結構面切入，透過各種「醫療福利財務」價值意涵的探討，作為日後分析政策決擇中國家角色的依準。

第三章則為本論文研究的理論基礎。主要分析兩個部份，第一部份是透過對社會政策相關理論典範移轉的討論，凸顯早期理論的不足與圍限；第二部份則論證歷史制度論理論概念之發展，以勾勒出「歷史制度論」作為本論文分析途徑的基本圖象。

第四章為研究方法：第一節為研究設計的特色。說明本研究採用的比較歷史研究和質性研究的特色；第二節則明確的標示貫穿本研究分析的架構，以及最後第三節說明資料蒐集與分析方法。

第五章主要重點在於對三國健康照護制度發展的脈絡化陳述，研究者將儘可能將制度發展的每一個轉折點標示出來，除了介紹該國制度型態和過程，以作為本論文分析的重要基礎。

第六章分析制度遺產 (institutional legacy) 對於制度變遷的影響，是本章分析的重點。在第一節中，我們透過前面章節中對制度發展的脈絡化分析，釐清其「制度遺產」對於制度發展的影響。在第二節，本論文具體採用「路徑相依」的概念，探討過去的制度遺緒，是如何結構化了制度發展的軌跡。最後，我們將在第三節中討論本章分析的限制。

第七章，「遊戲規則」 - 政治制度結構下的制度變遷。在第一節中，我們將對三個國家的政治制度結構作詳盡的介紹，進而在第二節中政策行動者和其他的「中介制度」於其中的作用力。然而，第三節我們將重點擺在對政策過程中複雜政治過程的探討，以及第四節本章小結與限制。

第八章結論和建議。第一節是就研究發現再一次的綜合討論；其中包括政策遺緒與歷史制度發展和政治結構下的制度改革兩大部份；第二節則嘗試對未來研究的提出建議。

第二章 國家化健康照護體系的實踐與存續

Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well being of himself and his family, including food, clothing, housing and medical care....

(Universal Declaration of Human Right, Article 25)

健康照護對於提升人類整體健康的貢獻，雖不及生活型態、環境及遺傳等因素來得顯著，但由於其對個人健康的維護有立竿見影之效果。因此，就如前述聯合國國際人權宣言所清楚昭示的，歐美先進國家早在二次大戰之前，就已將國民健康照護權的維護視為社會責任，進而建立社會福利、社會保險等不同制度形式的普及性健康照護體系。以 OECD 國家為例，各國醫療保險都有百餘年或近百年的歷史，並曾經經歷兩次毀滅性的世界大戰，迄今仍屹立不搖，其詳細實施年限依年代順序如下：德國（1883）、意大利（1886）、奧地利（1888）、瑞典（1891）、丹麥（1892）、比利時（1894）及法國（1898）、挪威（1909）、英國、愛爾蘭、瑞士（1911）、荷蘭（1929）、紐西蘭（1938）、澳洲（1945）、芬蘭（1963），以及加拿大（1971）等。至於台灣，則遲至 1995 年方整合原先散落於勞保、公保等保險體系的健康保險，建立全民健康保險制度，藉以保障國民的就醫權。

特定醫療福利制度形式的選擇，不但影響不同群體間的利益分配，同時也涉及「國家」與「市場」應在健康照護體系扮演何種角色這種基本的、原則性的爭議（林國明 1998a）。本論文從財務的角度切入分析「國家化」醫療福利體系的實踐與存續，主要是因為在各項健康照護制度要素當中¹⁰，財務方式不但具高度價值驅向（value driven），同時也是高度政治敏感性（politically sensitive）的議題，不僅決定了該國醫療福利的本質，同時亦代表「國家」對其國民提供何種健康照護體系的道德承諾（Lupton 1998:2-3）。然而，醫療福利財務在政治上敏感性，主要是牽涉於醫療資源的公平分配（equitable distribution）、醫療供給者臨床自主性（clinical autonomy）和經濟自由（economic freedom），以及政府預算和成本控制（budgetary and cost control）等醫療福利的衝突性政策目標之中（MMA 1999:80-83）¹¹。因此，環諸各國醫療福利政策變革的議程，財務無不成為政治爭議的焦點。（Reich 1995）

本章的主要內容是透過對不同醫療福利財務特質的分析討論，並試圖勾劃出國家於不同制度方式中的角色，以作為本論文探討國家化醫療福利體系實踐與存

¹⁰除了財務負擔方式之外，其他健康照護制度要素尚包括受益資格、行政組織結構、給付結構及費用支付的設計等（林國明 1998）。

¹¹基本上，這個衝突性的政策目標之中，消費者所關注的是公平性的問題；而醫療服務提供者則比較關注其醫療臨床的自主性和其決定價格的權力；至於政府，則比較關注醫療成本或預算的控制。因此，通常最終的結果通常是三方不可避免妥協下的產物。（MMA 1999:80）

續的依據。而私營化（或民營化）政策作為各國醫療福利政策中一個相當重要的改革議程，是本論文所欲藉以比較分析各國政策決策過程的參考。尤其，反應在各國醫療福利政策過程中，不同私營化策略的政策過程及結果，將成為本論文瞭解各國特殊制度結構和環境的主要依據。

第一節、國家在各種健康照護財源籌措方式中的角色與能力

一般認為，醫療福利財源主要包括以一般稅、保險費（含薪資稅及私人保險）自費（含部份及差額負擔），以及少數國家所採用的醫療儲蓄帳戶等方式（李玉春 1997; Balasubramaniam 1997; MMA 1999）。然而，為方便本論文對於醫療福利中國家角色轉化的討論，研究者進一步將這些財務措籌方式加以整合分類，並略分為以稅基礎（Tax-based）；以保費為基礎（Premium-based）；儲蓄帳戶（Medical savings accounts），以及自費模式（direct payment or out-of-pocket）等四種主要的財務方式，以刻劃國家於其中的角色扮演。基本特質和內容如下。

一、以稅為基礎的財務方式（Tax-based financing）

即政府以一般稅（general tax revenues）作為健康照護的主要財務來源，無指定用途（包括所得稅、營利事業所得稅、貨物銷售稅等），並依各國憲政體制和稅制通常可劃分為國稅和地方稅。然而，作為一種移轉性支付（transfer payment）的所得重分配方式，其實踐策略為中央（地方）政府將健康照護經費與其他政府支出一起編列預算執行，主要包括兩種模式，一則為政府普遍建立公共醫療體系，直接提供醫療服務給民眾。例如英國、義大利及部份大英國協國家的「國民健康服務」（National Health Service-NHS，即俗稱的「公醫制」）；或是辦理民眾實際上不須另繳保費的全民健保體制，提供民眾必要之醫療服務，例如加拿大（MMA 1999:83-84）¹²。

以稅收為基礎的國家，其基本特質為「財務面」和「服務供給面」的高度社會化，政府在健康照護政策中扮演著主導的角色。政府不僅建立公共的醫療照護體系，醫療人員多受雇於國家，並採取薪資制，直接提供普及性、可近性的醫療服務給民眾外；同時，政府亦可能是健康照護的主要購買者，透過單一支付制度（single payer system）的方式，直接支付醫療費用給服務提供者。因此，是一個整合財務、支付（payment）和服務輸送的制度形式。一般認為，這種社會福利模式主要以 1942 年英國弗佛里奇報告為依歸，因此亦稱為「貝佛里奇模式」（The

¹² 根據 OECD（1990 年）的資料顯示，以一般稅支付其健康照護支出之國家，其政府支出占醫療保健支出比例普遍偏高，其中英國（71.8%）及北歐三國（85% 左右），而加拿大則為（70.1%）。詳見 ibid, Pp 82-100。

Beveridge model)¹³。

此外，有些國家亦透過政府指定用途稅（dedicated tax revenues）之徵收，作為健康照護「補充性」財源之一。例如，台灣在2000年3月28日立法院三讀通過的「菸酒稅法」中，明文規定對每包香菸課徵5元的「香菸健康福利捐」，以及公益彩券收入中一定比例必須充當全民健保之安全準備等；而法國、英國亦透過指定用途稅抑注其健康照護財務；其中，其約佔英國國民健康服務支出的12%支出。

二、以保險費為基礎的財務方式（premium-based financing）

「保險」作為介入醫療服務的一種方式，主要是透過「風險管理」和「風險分擔」的方式，保障人類健康「損失」的不確定性。就法律面而言，保險乃是保險人與被保險人一種契約行為，即規範被保險人繳交的保險費給保險人，而由保險在被保險人將來可能遭受損失時給予補償的一種契約行為。但從社會的觀點觀之，保險則具有兩種重要的意義，即結合許多相同的「危險單位」，使得未來可能發生的損失可以預測；另外，這一可以預測的損失，則由參加結合的各個危險單位比例分擔。簡而言之，保險具有兩項基本的作用，一是風險的減少，二是損失的分擔（湯俊湘 1994:17-21）。

鑑於政策意識型態等因素的影響，各國在健康保險機制的選擇，大致上可依政府介入的程度、保費結構及重分配效果等，可再分為「全民健康保險」和「商業健康保險」兩大類型。

就社會保險體系而言，隨著俾斯麥模式（The Bismarckian model）¹⁴的強制性社會保險方案（compulsory social insurance）於1880年代在德國開始實施，到了1930年，幾乎所有歐洲國家都效法德國，開始實施強制性社會保險方案（MMA 1999）。然而，縱使是受到相同政策原則的啟發，但各國仍發展出不同形式的社會保險方案。其中，依保險人體制可分為「單一保險人」和「多元保險人」兩種強制性健康保險方式。

簡言之，全民健保模式是由國家透過立法強制性的保險方案，無論其是由政府直接經營或是由民間非營利組織經營¹⁵，被保險人涵蓋率較廣，並且符合保險大數法則的原則，兼具風險分擔（risk sharing）和所得重分配（income

¹³ 主要是以弗佛里奇爵士（Sir William Beveridge）於1942年發表的報告書「社會保險與相關的服務」內容為依準（林萬億 1994:109-110）。在健康照護體系上，這個模式是以稅收為財務方式，服務輸送體系主要由國家所控制，提供所有國民免費的服務；其透過國家預算的運作，而醫師的報酬主要是採薪資制或論人計酬制（Capitation fee）（MMA 1999; Balasubramaniam 1997）。

¹⁴ 俾斯麥模式主要是以強制性社會（健康）保險為主，其財務主要是來自薪資稅，以及雇主和其僱員的強制性繳費。其基金通常獨立於政府的預算體系，由法定的政府組織或非政府組織所管理，並與醫院、開業醫師和其他醫療服務提供者簽訂契約，以提供健康服務（MMA 1999）。

¹⁵ 其管理與監督除了政府相關單位之外，還包括部份社會組織的代表，例如雇主團體、工會及

redistribution) 的效果，以及避免產生保險市場逆選擇 (adverse selection) 和道德危害 (moral hazard) 現象。

此模式的財務來源主要以保險 (即薪資稅-payroll tax) 為主。即政府強制全民加入健康 (醫療) 保險，並以受僱者為基礎，直接由薪薪扣除的保險費。因此，若薪資稅之扣除和收入有關 (如採薪水之固定比例)，即採量能負擔原則，可顧及社會之公平性 (李玉春 1997)。對於非受僱者而言，保費徵收方式可能採定額收取，例如，台灣之地區團體亦採定額收取保險費等。

因此，在強制性全民健康保險的架構下，政府往往扮演一個醫療服務購買者以及強而有力的第三付費者的角色，以確保國民醫療服務的可近性 (accessibility)，消除各項國民醫療服務的經濟障礙和歧視，並有效的控制醫療費用的高漲等 (柯木興 1998)。而保險費 (Premium) 為主要財源的目的之一，是將保險財務獨立於國家預算之外，避免對國家財務造成不利的影響 (羅紀瓊 1996)。

至於私人 (商業) 健康保險體系，則主要是一種自願性、補充性的保險方案 (MMA 1999)¹⁶。相對於社會保險的普及性和公平性，私人健康保險主要提供「選擇性」的產品，透過市場競爭 (market competition) 的方式提供醫療財務保障。以美國為例，除了傳統的藍十字盾之外，目前更發展許多管理式照護組織 (Managed Care Organization-MCO)¹⁷，垂直整合財務籌措和服務提供的功能，同時扮演保險人及醫療服務提供者的雙重身份。

相對於社會保險，政府在私人保險體系中是主要扮演監督的角色，以確保保險人和被保險之間契約關係的合理和公平。因此，較易產生保險市場「逆選擇」及「風險選擇」等市場失靈 (market failure) 的現象 (MMA 1999)。

三、以個人儲蓄為基礎的財務模式 (Medical Savings Accounts)

「醫療儲蓄帳戶」，顧名思義是一種針對醫療費用支出的儲蓄方案。即由雇主與受僱者每月按受僱者薪資所得提撥一定比例每月提撥一定比例的薪資所得存到一個人專屬帳戶，以作為支應個人 (或其特定眷屬) 所需的醫療費用支出。目前採行此制的國家包括新加坡、中國 (強制性) 和美國 (自願性)。其理論預設和方案特質如下：

消費者組織等等。在德國，則由所謂健康保險基金會管理。

¹⁶ 美國是目前 OECD 民主資本主義國家中，唯一仍未建立全民性健康服務 (或保險) 的國家。其健康保險是以私人保險體系為主；政府所提供的健康照護保障主要是針對老人的健康保險 (Medicare)，以及針對低收入戶的醫療救助 (Medicaid)。因此，在這種情況下，迄今仍有約百分之十四的美國民眾未擁有任何的健康保險。

¹⁷ 管理式照護組織為基礎之醫療保險異於傳統醫療保險之處，在於其應用財務誘因及制度設計，積極管理醫療服務的使用率及進行方式。目前，管理式照護組織型態趨於多元化發展，例如 HMO(Health Maintenance Organization)、POS(Point of Service)、PPO(Preferred Provider

首先，Michael (1995) 針對新加坡的個案研究中認為，有別於社會福利模式下的國民健康服務 (NHS)，以及社會保險模式的全民健康保險 (NHI) 是以「所得移轉」為基礎 (based primarily on income transfer) 的社會政策模式；醫療儲蓄帳戶是一種以「個人資產」為基礎 (based on assets) 的一種政策取向¹⁸，其所強調的是個人的「資產帳戶」和「社會政策」適當的整合在經濟政策之中 (Michael 1995)。因此，在這個前提之下，民眾會考慮自己資產的淨值 (用得越少，資產的淨值就越高) 而謹慎使用醫療資源，一方面達到抑制不當消費的效果，另一方面，則避免民眾對於社會福利的過度依賴。

其次，作為一種醫療服務財務方式，其主要是透過個人儲蓄存款，作為支應自己 (或其家人) 在面臨健康事故時醫療支出；因此，相較於全民健保風險分擔社會化的精神，醫療儲蓄帳戶基本上是一種強調健康照護上的「個人責任」(self-responsibility) 和「自力更生」(self-reliance) (MOH of Singapore 1984; Low 1998; 盧瑞芬 2000)，以及「家庭互助」的精神；其以個人 (或含家戶) 作為風險分擔基本單位，是一種將健康責任「私化」(privacy) 的政策作為。

第三，倡導醫療儲蓄帳戶者普遍認為，由於民眾實際支出的費用是自己的儲蓄，因此可以藉此提高其成本意識，降低民眾醫療利用時的「道德危機」(moral hazard)，進而達到減少不必要醫療資源利用。因此，是一種從「需求面」介入抑制醫療浪費的手段。

最後，醫療儲蓄帳戶雖然多為「強制性」的儲蓄方案，但由於其受到新古典經濟理論的啟發，對自由市場有著基本上的信任；因此強調民眾就醫時的自主性，消費者選擇健康服務時，會考慮自己的偏好和願意承擔的價格 (Hsiao 1994, 1995)。而 Low (1998) 從新加坡的政策經驗中，則認為其不是一個自由放任 (laissez faire)，而帶有強烈「功能性家長式主義」的政策型態；政府實際上扮演著主要監控者的角色。而其目的在於避免過度的依賴國家，政府僅在市場失靈的時候才會介入提供服務 (Choon & Low 1997)。

綜合以上的幾點特性，我們可以簡略的為「醫療儲蓄帳戶」繪製一個簡單的制度輪廓。即，「醫療儲蓄帳戶是一種醫療服務財務籌募的方式，其可採取“政府強制”或“政府以稅務優惠的自願性”個人儲蓄方案，作為支應其個人或其指定眷屬的醫療費用支出；目的在於降低民眾醫療行為中的道德危機，進而達到抑制醫療資源浪費的政策目標，是一種純粹從需求面抑制成本的政策工具」。

然而，一般認為，以醫療儲蓄帳戶的優點主要有 (1) 強調個人責任理念，可以紓解政府財政壓力；(2) 可避免產生世代轉移 (intergenerational transfer) 的負擔；(3) 兼顧民眾的個人偏好和就醫自由；(4) 降低道德危機，抑制醫療成本等 (盧瑞芬 2000:362)。但相對的，其缺點包括 (1) 缺乏風險分擔 (risk sharing)

Organization) 及 IPA (Independent Practice Association) 等等 (盧瑞芬 2000:386)。

¹⁸ 雖然個人對於「醫療儲蓄帳戶」的動支，受到政府法律上的限制，但由於其屬於個人資產的

的社會責任意義；(2) 醫療給付之涵蓋受限制，如在新加坡主要針對住院醫療服務為主，可能會影響民眾選擇偏好而造成浪費；(3) 由於其以個人或其家庭為單位，因此將會產生貧富差距擴大和醫療階層化的現象；(4) 加深了家庭中非經濟人口對於經濟人口的依賴等（盧瑞芬 2000;孫友聯 2001）

此外，醫療儲蓄帳戶為個人（工作人口）在有儲蓄能力時的經濟累積（save-as-you-earn），作為支應醫療費用之基礎。然而，這種以個人儲蓄能力為基礎的政策型態，容易受到經濟波動以及失業等風險的影響，導致個人儲蓄能力下降，進而影響對醫療服務的支付能力。例如，新加坡和馬來西亞兩國在遭受1997年亞洲金融風暴時，就曾經調整其「公積金」之提撥率，以降低雇主之成本（孫友聯 2000;2001）。

四、自費模式（含部份負擔、差額負擔）（out-of-pocket）

「自費模式」則是民眾就醫時，直接付費給醫療服務提供者。主要是以傳統「論量計酬」（Fee-for-service）的方式，而價格交由市場機制來決定。為控制醫療成本，有些國家要求病人必須分擔部份之費用，此方式可以採「定額」（如芬蘭、冰島、瑞典、德國）或「定率」（如澳洲、奧地利、日本、盧森堡、挪威），或不同「核退率」（法國）或要求差額負擔（澳洲、紐西蘭、美國）的方式，補充強制保險（政府）支付之不足。此外，也有採自負額制（deductible）的方式（如美國），病人必須自付所有醫療費用累積到一定金額後，保險人才開始支付費用。

就此，這種類似傳統模式的醫療服務體系，提供者和民眾的關係由市場力量所決定，強調民眾（消費者）醫療過程中的主動性角色，以及自主性和自由選擇的權利（Lupton 1998:9-11）；因此，國家往往僅扮演「規範者」的角色，除非發生嚴重的市場失靈，否則國家將不會主動干預健康照護市場。

然而，根據 MMA（1999）引用 OECD 國家 1990 年的統計資料顯示，以私人保險為主的美國，其民眾自掏腰包的比例約佔其醫療總支出的百分之卅五，而福利色彩較濃厚的挪威、瑞典及英國則約僅佔百分之十。

以下，研究者嘗試以圖示釐清國家、醫療服務提供者和一般民眾之間的關係。如下（圖 2-1-1 至 2-1-4）：

一部份，個人除了有自由處分的權利外，大部份的設計都可以遺贈（Phua 1997）

圖 2-1-1:以稅為基礎的財務方式：貝佛里奇模式、國民健康服務、公醫制

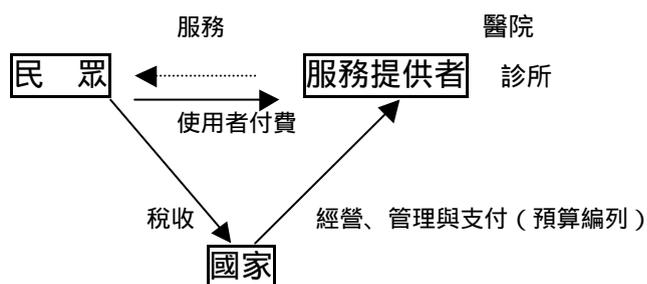
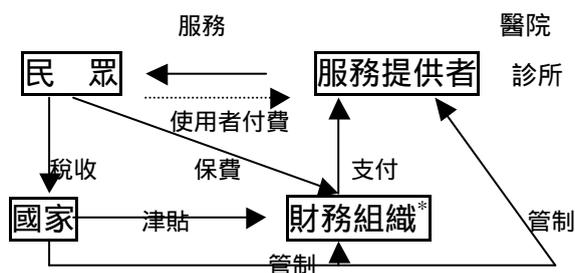
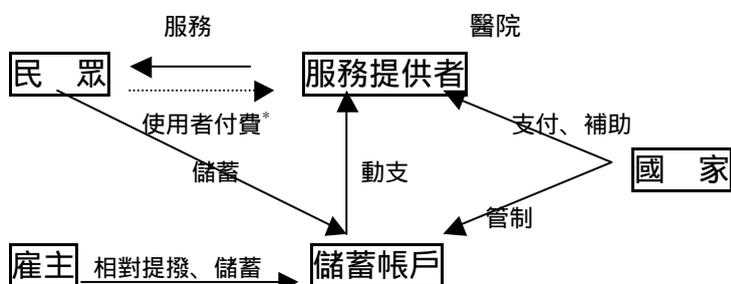


圖 2-1-2：以保險費為基礎的財務方式：俾斯麥模式、全民健康保險



*有些國家採單一組織型態（例如加拿大、台灣），而有些國家則以多元組織型態（德國、法國及美國等）(參考 MMA 1999)。

圖 2-1-3：以個人儲蓄為基礎的財務模式：醫療儲蓄帳戶（MSAs）



*由於強化醫療儲蓄帳戶作為一種從「需求面」著手的成本控制方案，各國多搭配所採取自負額（deductible）部份負擔（co-payment）等使用者付費的配套。例如，新加坡採取病床分級的部份負擔方式；而美國則分為高自付額及低自付額兩種方式。

圖 2-1-4：自費模式：傳統論量計酬



五、國家於醫療福利財務中的角色扮演

就以上不同財務方式之制度特質，我們以「強制性」(compulsory) 和「自願性」(voluntary) 兩種模式來加以涵蓋。前者主要是一般稅和薪資稅為主的財務方式，即國家透過立法的方式，提供強制性 (compulsory) 普遍性的健康照護體系；例如「國民健康服務」和「全民健康保險」等制度形式；而後者則包括是指採私人保險和民眾自費模式的財務方式，提供選擇性的健康照護服務體系 (MMA 1999; Balasubramaniam 1997)。至於「醫療儲蓄帳戶」，目前包括採「強制儲蓄」的新加坡和中國大陸 (係針對部份地區職工試辦)，以及在商業保險的架構下，搭配「高自付額」的方式施行的美國等 (Thrope 1995)。

然而，我們從 OECD 國家的政策經驗中得到這樣的結論：「沒有一個國家採用單一財務方式，作為其醫療福利財源；更沒有一個國家可以允許一個毫無管制的自由市場，存在於其健康照護政策之中」(MMA 1999)¹⁹，縱使是在唯一尚未建立全民性醫療福利體系的美國而言，公共支出仍佔整體國民醫療支出的四成左右；相對的，以社會福利稱著的北歐福利國家 (包括丹麥、瑞典等)，則普遍高達八成左右。因此，研究者不擬討論各國醫療福利制度的利弊得失，更無意去碰觸「國家 vs 市場」這個在二元對立的理論性問題²⁰，只是藉由醫療福利財務這個充滿政治敏感性的議題，瞭解國家於特殊醫療福利制度上的角色扮演，以及其政策決策背後的邏輯。

因此，為具體顯現各種醫療福利財務方式的政策特質與內涵，並凸顯國家於其中的角色，研究者嘗試綜合林國明 (1997; 1998a) 所歸類之健康照護要素，以及哈佛大學蕭慶倫教授 (1995) 和 MMA (1999) 對各種之評析，進一步歸納上述各項財務方式之差異，以作為本論文分析之參考 (詳見表 1-1-1：醫療福利財務方式及主要制度形式比較評析一覽表)。

¹⁹ 詳見 MMA, 【Health For All-Reforming Health Care In Malaysia】P.82, P.100。以及李玉春, 2000 【全民健保修法之相關議題研究 - 以健保多元保險體制改革 醫療儲蓄帳戶及分級醫療轉診制度為分析重點】, P.20。

²⁰ 事實上，國家 vs 市場這個福利經濟學二元法的迷思，一直都是台灣官方和學術界的主流認知，同時，亦主導了許多相關的政策與學術研究。在這個前提之下，社會福利往往成為造成政府財務負擔，影響經濟發展的罪魁禍首。但在 OECD 國家的政策經驗中，許多國家的社會保險已有百餘年的歷史，在預算制度上，早已獨立於一般的政府預算，因此，不僅對政府的財政收入有所貢獻，同時，以社會保險為基礎的社會福利體系，更與所謂的政府赤字沒有直接的關連。(黃世鑫 2002)

表 1-1-1：醫療福利財務方式及主要制度形式比較評析一覽表：

財務方式 制度特質	以稅為基礎	以保費為基礎	醫療儲蓄帳戶	自費模式
制度形式	全民健康服務 (NHS)	全民健康保險 (NHI)	醫療儲蓄帳戶 (MSA)	傳統論量計酬 (FFS)
受益資格及涵蓋率	以國民為基礎的普及性涵蓋率。	以職業類別、地區或全民為主的普及性涵蓋率。	以經濟人口為主的涵蓋率，眷屬多依附於經濟人口的帳戶。	私人市場狀態；以個別繳費能力為考量的選擇性方案。
主要財源	一般稅。	保費（薪資稅）。	薪資稅，由雇主和受雇者提撥一定比例	使用者付費。
福利結構	平等主義最為濃厚，通常所有國民享有同等的醫療福利。	相對的平等主義。政府確保民眾獲得公正的醫療福利。	個人平等主義，個人依支付能力選擇。	個人主義。依個人選擇有極大的差異。
支付標準	由政府代表人和醫療服務業代表的集體協商。	由聯邦層級的保險人代表和醫療服務代表的集體協約訂定。	政府至多僅規範給付幅度，付費者和提供者依個別的契約支付。	沒有集體的協商；付費者和提供者訂定個別的契約。
行政	在公共管理下的全國整合系統。	中央化或地方化的保險體系；但透過公共的社會性管理運作。	中央政府為主	在私人的管理之下高度去中央化。
國家的角色	國家不僅只是規劃者，更是系統中主要的權力操控者和服務提供者。*	國家是規則的制定者和仲裁者。或者是服務的購買者。	主要為規範者和仲裁者	相對的消極，至多僅提供法定的弱勢團體保險，以及提供商業保險管理的基礎架構。
就醫的公平性	高	高	中	容易產生就醫障礙而公平性最低
財務的公平性	累進	累進	適度累進	沒有

資料來源：作者自行整理（參考 Lim 1997:10;Hsiao 1995;MMA 1999）

* 近年多已進行改革，將購買者與提供者角色分離。

第二節 私營化政策下的醫療福利改革

私營化作為各國醫療福利政策改革的重要議程，是本論文欲藉以觀察的國家角色在醫療福利中角色轉變的一項重要指標。1970年代的第二次石油危機，不但牽動了全球經濟的大恐慌，同時也對社會福利制度發展帶來挫敗。在一片福利國家危機論述的批判與討伐聲中，一股反對政府功能與活動擴張的政策意識型態隨之擴散，而「福利多元主義」、「私有化」、「鬆綁國家干預」等反凱恩斯主義的政策轉向中，形成了當時盛行一時的全球性私營化風潮（Privatization bloom）。誠如美國第四十任總統雷根（共和黨,1981-1988）在其就職演說時所揭示的：「政府不是解決我們問題的方式，政府本身是個問題」（government is not the solution to our problems; government is the problem），要求國家從經濟管制、社會福利等領域中撤退，打破公部門「壟斷」和「無效率」，以及強調「自由選擇」和「消費者自主性」的政策口號蔓延開來，而「私營化」也就成為各國拆解國家化社會福利體系的主流理念（Hsiao 1994;Carol etc 1998:8-11）。

反應在醫療福利的改革議程上，去管制化（deregulation）、組織重整（restructuring）、契約外包（contracting out）、私營化（privatization）及企業化（corporatization）等政策理念，普遍成為各國福利政策改革的政治議程。因此，以下研究將從全民保健私營化的理論基礎出發，作為後面章節分析的基礎。

首先，Hsiao（1994）認為「市場化」（Marketization）的概念運用在醫療福利財務和服務輸送體系改革議程上，主要是藉由市場的力量，達到提昇資源配置效率。基本上，這個政策理念是建立在新古典經濟學派完全市場的理論預設之上，而資源分配上的最大效率，以及個人選擇上的自由，成為政策改革的無限上綱，因為，支持這個理念的人相信，每個人會依自己的偏好，理性選擇最佳的方案；因此，醫療福利總體效率，以及資源分配的公平性和可進性問題，則是市場運作下的結果，成為支持醫療福利私營化的經濟邏輯。

然而，林國明（1998b）亦認為，私營化政策的立論觀點與動力，除以上經濟效率的需求之外，還包括社會的和政治的邏輯等兩個層面。其中，在民營化的社會邏輯方面，其基本信念是一個好的社會的組織構成與運作，應該是建立在社會成員或團體的自願性結合和合作（林國明 1998b:3）而這個政策邏輯的特色，則是強調民間力量自主的功能，而排拒了國家官僚體系的擴張。其中，反應在台灣全民健保形成的例子上，支持這個邏輯者往往倡議仿效德國或日本的模式，由工會、社區或企業等保險組合來經營全民健保，而非國家化的健保體制。

至於私營化政策的政治邏輯。從許多研究中發現，各國私營化政策已不單純只是資源分配效率的經濟邏輯考量，同時更與各國政治制度和政治體制變遷息息相關（Hsiao 1994;Jomo 1995）。例如，英國前保守黨首相柴切爾夫人於1979在取得執政權後，試圖透過私營化政策瓦解工會體系，以削弱其對工黨的政治支持等。在在顯示，各國私營化政策改革，往往鑲嵌在特殊的政治結構之下，本身具

有某種強烈的政治動機（張晉芬 1998）。顯然，作為一個醫療福利的政策改革理念，私營化不僅具有清楚和明確的政治目標，同時，更是一個頗具政治爭議性的議題。

第三章 社會政策研究理論典範移轉與歷史制度論

普遍性理論模式的解釋途徑，雖豐富化了社會政策研究對某些歷史案例的想像，但同時也引發若干理論和方法論的爭論。許多批評者以為，依循特殊文明習慣和歷史經驗所建構出來的理論模型，空泛移植不但會忽略各國政策脈絡中複雜、關鍵的歷史意義（historical meaning），同時，更可能因此對歷史轉折產生許多錯誤的理解（Collins 1999）。

於是，相關研究轉向強調政策過程的脈絡，而理論典範的轉移（paradigm shift）更試圖以一個更寬廣的分析理論視角，強化其理論假設對特殊歷史案例的解釋力。例如，Howard Leichter 就曾於 1979 年以比較政策研究的觀點，具體確認了瞭解政策發展必須考量的四種政策因素，其中包括情勢因素（situational factors）結構因素（structural factors）文化因素（cultural factors），以及環境因素（environmental factors），希望能夠更精確的釐清政策過程中複雜的關係（詹火生 1995;collins 1999:72）²¹。而為更精確的制度發展的軌跡，Sokolovsky(1998) 強調制度的脈絡化分析（Contextualizing analysis）；Collins（1999:72-78）則修正自 Leichter 的見解，具體界定了瞭解六個政策發展研究的脈絡範疇（Context Categories）²²，強調制度並非來自於真空（vacuum），而是緊密鑲嵌在「制度結構」下所建構出來的產物。

本論文所關懷的旨趣在於綜合 Collins（1999）和 Sokolovsky（1998）所強調的：「在“亂糟糟”（messiness）的政策過程中，提供“一張清晰的地圖”，以看清楚政策決定過程那些彎彎曲曲的路徑」。我們已不將焦點擺放在「結構 - 行動」這個二元對立的解釋脈絡，而是關注「制度結構」中不同行動者的角色扮演，以及結構對於制度運行的鑲嵌性影響與限制。因此，藉由對制度的脈絡化陳述，鋪陳本論文的分析路徑，以探討政治場域中複雜的歷史轉折。

透過對「國家自主性」的理論性辯證，以及「歷史制度論」作為貫穿本論文分析的途徑，本章將會有深入的說明。為求精確，我們將透過對歷史制度論相關經驗文獻的整理，進一步釐清本文的分析理路。

²¹ Leichter 所提出的四個因素，其具體內容於下：（詳見詹火生 1995;collins 1999）

1. 情勢因素：指的是比較特別和不會重復發生之偶發事件，例如戰爭或政治的不穩定。
2. 結構因素：主要是指非短暫的因素，例如政治經濟結構、科技變遷、都市化的程度、勞動力市場和人口結構等因素。
3. 文化因素：主要是指價值觀和政治意識形態，以及教育體系、宗教信仰等因素。以及；
4. 環境因素：尤指來自一個政治系統之外的社會因素。例如跨國公司及國際性契約行為。

²²Collins 所提出的六個主要範疇，主要包括 1.人口和病理學的變遷；2.社會和經濟變遷過程；3.國家的經濟和財政政策（financial policy）；4.政府和政治體制（political regime）5.意識型態及公共部門運作，以及各種外在的脈絡因素等。詳見 Collins,【Health sector reform and the interpretation of policy context】，Health policy 47(1999)Pp69-83。

第一節 國家理論典範移轉與社會政策過程

早期的社會政策研究受到社會學及福利國家發展理論的影響，普遍偏重於對社會（福利）政策形成原因，條件、功能及其發展模式的解釋；無論是普遍性理論的建構，或是針對特殊歷史案例的個案研究，理論觀點的推陳出新，不僅提供了政策研究許多相當具服說力的解釋立論，同時，也豐富化了社會科學界對資本主義國家福利制度化的想像²³。

然而，60年代以來，對於資本主義社會利益表達系統的解釋，政策研究理論典範普遍遊移在主張「把社會找回來」(bringing society back in)的「社會中心」研究途徑，以及強調「把國家找回來」(bringing the State back in)的「國家中心」研究途徑之間²⁴ (Pontusson 1995; Friedland & Alford 1991)。「國家」在政策過程中的「自主性」的程度，以及「國家」和「社會階級」結構間的關係，一直都是理論爭議的重點所在。因此，本節透過對「國家自主性」簡略的理論性回顧，舖陳「歷史制度論」作為本論文解釋途徑的原由。

一、社會中心論研究途徑

二次大戰以後，以傳統政府制度解釋社會政策制訂過程的研究途徑逐漸消退，取而代之的，主要是以多元論與馬克思主義兩大典範為主的「社會中心」研究途徑，支配了當時社會科學界對於國家與利益團體關係的討論 (Williamson 1989:54)；對於國家政策本質的分析，二者在理論傳統雖有諸多歧異，但在解釋架構上，卻普遍把國家視為「依變項」，強調國家的「功能性」，並認為國家機關不具有自主性；或僅具有有限、微弱或相對的自主性；只是被動地回應社會結構變遷的一個「場域」，並不具特殊的「制度地位」(Skocpol 1992:38-40; Smith 1993; 王振寰 1996)；在這個場域之中，利益團體是相互競逐的關係，進而決定了政策內容及結果，國家機關僅被視為不同利益團體的競技場和社會需求的攪拌器。對於社會中心論研究途徑的理論預設，Williamson(1989:55)有著簡潔有力的描述：

“國家機關在政策產出的過程中，只是社會體系中的一環，僅扮演社會團體

²³ 為了更精緻地詮釋近代資本主義社會共同現象的根源、擴張及影響，各種解釋福利國家發展理論性模式紛紛被提出。以國內學者的分類為例，詹火生(1988)將社會福利理論區分為功能理論觀點、衝突論觀點、現象學及交換理論觀點；而林萬億等人工業主義邏輯、擴散論、文化決定論、資源動員論、新馬克思主義的資本主義國家論、國家中心論等。亦或者以聚合論、分歧論、多元論、組合論等分類之(參見林萬億 1998; 李明聰 1996; 張世雄 1996; 黃源協 1998)。

²⁴ 早期的理論取向多屬單一因素的分析，學者以聚合論(convergence)和分歧論(divergence)來解釋政策在結果上的變異(Immergut 1992; 黃源協 1996)。而晚進的許多研究中，似乎否定了早期聚合論者對福利國家單一模型的理論假設，例如 Esping-Anderson 以社會民主、由自主主義和保守主義三種模型等各種類型學(typology)的解釋，顯示福利國家發展不但會出現聚合的現象，同時也會產生差異(Esping-Anderson 1990)。而本論文主要則著重於政策過程的變異性。

的代言人的角色。因此，社會對於政治體制的影響是他們關注的焦點；而國家機關本身並無特定的政策偏好與立場，幾乎完全是被動地反應主要利益或階級團體的需求與僱好”。

首先，多元主義被視為最典型的社會中心論者，不僅是在於其不以為國家具有自主性的理論特質；更在於其在方法論上著重於探究民間社會對於公共政策的影響（Krasner 1984）。就此，研究者並不重視在政策過程中國家與社會孰重孰輕的問題，而是聚焦於那些社會力量比較能夠影響政策結果；在政策過程中，國家機關通常被視為一種裁判角色，以確保公平競爭的規則和過程。多元主義者認為，國家（政府）雖是重要的權力領域，但是其權力是受社會所決定；而在現代社會中，權力卻是分散和多元的，不像在傳統社會權力集中和累積在少數人手中（王振寰 1996;黃源協 1996）。

而受到實證主義邏輯思維的影響，多元論者的政策分析採取接納普遍性假設（或通則）的態度，強調經驗可以透過觀察和量化形式來加以驗證（Williamson 1989）。同時，亦受到 60 年代行為主義革命的啟發，多元主義者主張應關注人的客觀行為模式，並將個人的行為與特質視為主要的解釋變項，而政治行動則被視為個別行動的集合（Immergut 1998）。因此，雖然社會團體為個人利益的代言人，但多元主義者以「原子化」的理論觀點來解釋社會過程的政治關係，所關注的是行動者所“表現出來”（expressed）偏好的理性交換過程；而團體之間的各種關係，可透過個人偏好、價值的溝通所形成的共識建立來加以理解（Alford & Friedland 1995:35;Immergut 1998）。就此，壓力團體間的互動，往往成為他們詮釋政策發展主要的關注點。例如，Harrison(1990)認為，在英國的健康政策競技場上，具有競爭團體社區的特性，這些團體包括醫師公會、社區健康局協會、民間健康保險協會、國會議員，以及行政部門的高級官員和醫療專業代表機構等（轉引自黃源協 1996）。

其次，馬克思主義對於國家政策的理論性解釋，從社會經濟結構面向出發，普遍在偏向「經濟決定」的邏輯下進行政策分析；其中，在 60 年代末期，「工具論」和「結構論」的馬克思主義者就已展開激烈的辯論，其中，雙方爭論的焦點在於國家角色與社會階級結構之間的複雜關係（李健鴻 1998:5）。

簡而言之，代表工具馬克主義者的 Miliband 認為國家的內涵，在於資本階級透過「殖民」(colonized) 的方式，控制掌控政策決策的國家菁英，使得國家精英和資產階級聯結成一種制度性與內聚性的網絡，進而產生有利於資產階級的政策決策。在這種「國家工具化」觀點之下，研究者強調國家存在於國家體系的制度化機器本身，進而分析資產階級於國家體系中的有效運作，以及其如何控制國家機器的社會政策產出（Barrow 1993:25），他們所強調的是：「社會優勢菁英不僅操控了國家的政治議程，同時也操縱了政治結果。」

相對於前者僅將國家視為優勢階級的一種工具，結構馬克思主義者 Poulantzas 則認為，這種將決策體系化約為國家機關的角色是以「強制力」維持

現有的經濟生產方式，是為一種方法論上的謬誤。而根據 Alford & Friedland 的詮釋，結構論者雖支持國家為資產階級的統治工具與利益的維護者，但國家機關相對於資產階級而言，有其自主性與特殊的結構地位（引述自李健鴻 1998），而國家機關能將資本主義社會中的各種矛盾加以集中統合，使社會持續運作，過程中，展現一種特殊的「相對自主性」(relative autonomy)，以在政治階級衝突中維持秩序的職能。因此，國家的功能是受到資本主義生產關係下社會結構的制約，而國家在政策過程的角色是經由階級鬥爭的過程所決定，是諸力量之間平衡狀態的凝聚。

然而，以上結構主義和工具主義理論對於資本主義社會內在矛盾的討論雖有歧異，但對於國家能夠統合矛盾，進而維繫體系的運行，兩者其實存在著許多相近的論點。然而，理論的革新並未間斷，70 年代以後，以 Block、Offe、Habermas 等為代表的新馬克思主義的「系統分析」取向 (systems-analytic)，則出現明顯不同的論點；簡言之，新馬克思主義的理論觀點轉向強調資本主義社會的危機和國家合法性的問題；以及國家在處理危機時，未能有效維持資本積累或社會秩序的決策困境，顯示國家能力的「有限性」，而非相對自主性或工具性（李健鴻 1998:6-7）。

綜合言之，以上這些被歸類為「社會中心」的研究途徑，雖然對於「國家」在政策過程中的角色扮演，並沒有一個共同的交集；但在方法論上，卻都將國家機關視為是「附屬於」民間社會的結構之下的產物 (Skocpol 1985:4)，「國家」只是社會力的函數，而非獨立和具影響力的行動者，因此，研究焦點幾乎完全不論及國家機關（或類似概念）的角色，或僅將國家視為只是反映社會團體或某一階級的利益而已。惟社會中心論研究途徑的政策分析，在概念上和實證分析上日漸面臨相當大的侷限。其中，多元主義以多元社會出發的理論預設，無法滿足比較政策研究的需求；而持工具論和結構論的馬克思主義者，亦無法對二次大戰後凱因斯主義風潮下日益強化的國家角色，提出更具說服力的解釋，或僅能以過於抽象的生產模式來簡化對社會行為的理論解釋，不僅突顯了上述理論在方法論上圍限與困境，同時亦開啟了理論典範移轉的契機。

二、國家中心論的研究途徑

政策研究途徑普遍「無國家性」(statelessness) 的傳統，一直到 70 年代末期「國家中心論」的出現，才產生微妙的變化；主要是美國社會學界以 Skocpol 為主的歷史社會學者，藉由對前述社會中心論的反省，重新興起了重視國家機關的性質與角色的研究 (Skocpol 1985:4-7)²⁵。基本上，國家中心論者認為，對於政

²⁵ 根據 Pontusson 認為，當時政策研究中「把國家找回來」(bringing the state back in) 的理論需求，主要因為研究者從許多公共政策執行失敗的經驗中發現，國家機關所代表的行政單位或官僚體制，不僅往往扮演著關鍵和積極的角色，甚至在「社會」表達需求和偏好之前，就已採取行動

策過程的解釋，有必要重新「把國家找回來」(bringing the state back in)；強調「國家機器」不僅具有自主性行動者，更是影響政策制訂的一個核心變項；因此，在方法論上應將國家視為實體組織，和社會中心論所強調的支配階級 (dominant class) 有明顯的區隔。(Skocpol 1985;高永光 1995:131-132)

然而，「把國家找回來」的典範轉移工程²⁶，意味著社會科學界重新思考對國家角色和經濟、社會關係的解釋方式 (Skocpol 1985:7-8)。不同於多元論、新馬克思主義和結構功能論等社會中心論者，將國家的政策視為被動地反應社會團體與階級的政治要求，或是環境系統壓力下無關重要的「黑箱子」²⁷；反之，他們在方法論上將國家視為具體的組織，是一個具有實現政策目標，以及「自主性」和「能力」的行動者，並分析其在政策過程和政治運作中的影響與貢獻 (Skocpol 1979:25)。然而，根據李健鴻引用自 C.Barrow (1993) 的詮釋分析，勾勒出國家中心論作為一個解釋途徑的基本特質：(李健鴻 1998:8-9)

“代表「組織實存主義」(Organization realism) 的國家中心論，其基本理論觀點不但視國家為控制領域與人民的組織，更視國家管理階級為「自利者」(self-interested) 的集合體，其主要利益在於不斷提高自身的制度性權力、聲望與財富，因此組織實存論者視國家為自主性的組織化行動者，具有主動的決策能力，不像系統分析論強調國家能力的侷限性與決策困境，組織實存主義者眼中的「國家」，乃是能夠與社會各階級發生關聯的真實歷史主體 (real historical subjects) (Barrow 1993:125) ”。

就此，學者在許多研究經驗中發現，國家機關所代表的行政機關或官僚制度，往往比民間社會的利益團體來得更為積極與主動，甚至在選民或利益團體表達需求或政治偏好之前，國家機關的領導人早就採取行動與決策 (Pontusson 1998)。換言之，國家機關在公共政策上的推動展現了自身的主張、利益與偏好，而並非只是遷就和滿足民間社會的利益團體勢與主張。根據 Pontusson 的見解，當時政策研究中「把國家找回來」(bringing the state back in) 的理論需求，主要因為研究者從許多公共政策執行失敗的經驗中發現，國家機關所代表的行政單位或官僚體制，不僅往往扮演著關鍵和積極的角色，甚至在社會表達需求和偏好之前，就已採取行動或決策；因此，應重新將「國家」視為影響政策制訂的一個核心變項和自主行動者。換言之，國家機關會追求自己的利益與目標，而非只是社

或決策；因此，應重新將「國家」視為影響政策制訂的一個核心變項和自主行動者。換言之，國家機關會追求自己的利益與目標，而非只是社會力的函數，或遷就社會利益團體的需求攪拌器。(Pontusson 1998)

²⁶ 學者高永光 (1995) 認為，國家中心論之主要代表典範為新國家主義 (neo-statism)，其中理論觀點表達較具有完整性、重要性、代表性的學者，例如 Peter J. Nettle、Theda Skocpol、Eric A. Nordlinger、Alfred Stepan、Martin J. Smith 等。(高永光 1995)

²⁷ 國家中心論者普遍認為，多元主義等社會中心論者較少關注制度和組織面向的自主性及其對社會的影響。他們的理論被稱之為「黑盒子」理論，主要是因為他們認為只要社會團體注入不同的因素，政治體系自然就產生政策結果出來；至於這些注入的因素在國家機器內部如何運行，如何與既有組織制度、官員的利益等相連結或衝突等問題，就缺乏正面的對待 (王振寰 1996)。

會力的函數，或遷就社會利益團體的需求攪拌器（Pontusson 1998）。

此一論點在解釋擁有強大國家機關之發展中國家其公共政策的演進時，具有很強的解釋力，尤其是本研究的三個研究對象。過去一黨獨大支配的威權國家（dominated one-party authoritarian state），優勢政黨本身佔據統治結構的重要部份，在充分結合政府、公權力成為一統治整體的情況下權力集中於少數政治菁英，國家機關主導政策走向的局勢更加明顯。因而強調社會團體運作的系統或社會階級鬥爭的馬克思主義論述在台灣皆有著難以適用的窘境，學者間進行政策研究時也普遍採納國家中心論述的觀點（傅立葉 1993）。

綜合言之，國家中心論的研究途徑強調國家機關能自外於社會經濟和政治文化因素，並具有本身的立場、企圖心和資源，進而決定政策的選擇；行政機關可以動員百姓支持其所喜好的政策方案，而且政府經常是既存政策改革的強勢倡導者與發動者。但在經驗研究上，國家中心論並非全然否定偏重於階級和利益團體的解釋途徑，而是強調國家機關是解釋社會發展的核心變數（林萬億 1994:87）。

從以上對於兩個政策研究理論典範移轉的簡短描述，我們雖無法完整和清楚的刻劃出其理論和方法論上的全貌，但已可以藉此瞭解持這些觀點者在解釋政策形成時的理論困境。簡而言之，在前述兩個主要的政策過程的解釋取向架構下，雖然不同研究者基於不同理論視角之選擇，而採用了不同形式之解釋途徑，但在研究方法上，他們多採取實證主義式的變項分析方法來建構各種的因果解釋模型；研究者往往忙於找尋各種「決定因素」的解釋力，但忽視「決定因素」本身在不同文化和制度環境中會有不同的作用和限制。

其次，誠如 Ramesh Mishra 所強調的：「社會福利作為一個社會制度，不能割離其社會結構的脈絡之外，否則將難以掌握其在不同社會文化情境下的特殊意義與地位」（James 1998）。因此，晚進的社會政策研究，逐漸的跳脫「結構 - 行動」這個二元對立的邏輯思考，以免重蹈前述過度化約因果關係的覆轍。就此，理論典範的轉向近乎放棄了個體主義的解釋取向（林國明 1998a; Collins 1999; Immergut 1998），並試圖以宏觀社會學（macro-sociological）及權力導向（power-oriented）的角色，觀察不同國家、不同歷史階段中政治、國家與社會之間的關係，以勾勒出更清晰的圖象。

再次，雖然 1970 年代末期為之盛行的國家中心論學術運動，對於資本主義國家的利益表達體系的辯證，以及對多元化理論和現代化理論的反思有諸多貢獻（Immergut 1998:17），但在解釋社會政策發展時，卻經常出現國家組織在因果上解釋了政策選擇的變異的結論，進而失去理論的想像力和領導權（林國明 1998a）。因此，許多批評者以為，應該以更寬廣的視野來觀察政策的發展，其中包括連結國家與社會的各種制度結構，例如，憲政體制、政黨政治，甚至於選舉規則等對於政治制定過程的影響（林國明 1998a）。

無論如何，許多研究者對前述政策研究理論典範的反省，並非抹殺前人在這

個學科上的努力成果，而是在前人既有的基礎上，提供後進研究者更多的啟發與想像。以下，研究者進一步論述歷史制度論作為本論文解釋途徑的理論特質，並藉此勾勒出本研究觀察制度變遷可供參考的研究架構。

第二節 歷史制度論與社會政策分析

「新」制度論者，基本上是 50 及 60 年代社會科學界普遍於對行為主義或政治行為運動的反省與批判，進而興起的分析概念之一²⁸ (Immergut 1998)。作為一種研究方法，新制度論嘗試藉由此典範轉移的機會，把過去在政策或制度分析中普遍被忽略的「政治」和「國家」重新找回來；因此，80 年代以後，逐漸涵蓋於經濟學、政治學、社會學及組織理論等社會科學領域，學者們紛紛以「制度」為中心來分析社會政策發展與政治經濟行為。其盛況就如同 B. Guy Peters 對新制度論所下的註解可見一番 (Peter 1998:565)：

“ 在過去這好幾十年來，制度理論成為瞭解政策選擇和公共政策，以及廣義上的政治和社會行為的一個強而有力的架構 (powerful framework)。而「制度」在這個理論範疇中，所強調的不只是政治團體的出現，同時，也是一種規範、價值、規則和執行的集合體，進而形塑和限制了行動者的政治行為。 ”

然而，在時下社會科學領域中關於「新制度論」的討論之中，仍然包含許多不同取向的理論潮流和研究途徑²⁹。但礙於篇幅的限制，本節旨在論述歷史制度論。研究者希望透過對歷史制度論的闡述，一方面釐清此學派研究的分析理路及其與過去傳統政策研究途徑的差異；另一方面，則是透過歷史制度論相關經驗文獻的整理，進一步的確立本論文的研究方向。

一、歷史制度論的理論要點與特色

回應前述理論典範移轉的辯證與反省，歷史制度論，某種程度上起源於歷史社會學者對於「行為主義」和「實證主義」過度追求普遍性解釋模型的反動，以及「結構功能主義」過於簡化、靜態的社會系統分析的不滿 (Immergut 1998; Rothstein 1998)。因此，歷史制度論者強調特殊制度傳承、安排，並以歷史連續性的觀點，重新論述政治和社會科學等公共政策議題。誠如揭櫫新制度的學者 March & Olsen (1984; 1989; 1995) 所描繪的：「解釋主要規範和規則在形塑政治行為的權力關係」。歷史制度論強調的正是正式和非正式規則的制度所形成的限制性 (constraining) 和能動性 (enabling) 作用，以及制度如何「結構化」和「媒介」

²⁸ 行為主義的出現主要是為了修正二戰前社會科學對「舊制度論」所強調的主權、合法性與正式制度的研究途徑，他們以個人的行為與特質為主要的解釋變數，政治行動產出被視為個行動的集合。(謝俊義 1998; Immergut 1998) 然而，制度論者對於行為主義者的抗拒之一，就是這種用「原子化」觀點來解釋社會過程的理論想像，他們所關注的是行動者所“表現出來”(expressed) 的偏好和“真實”(real) 的偏好之間確切的差異 (Immergut 1998)。

²⁹ 學者對於新制度論的分類不盡一致，但大致可將之區分理性選擇的制度論、組織社會學或社會建構論的制度論；以及歷史制度論 (林國明 2000; 歐崇亞 1997; Immergut, 1998)。這三種版本的制度論的主要差異，在於它們對行動者、利益、制度如何影響行動選擇，以及制度變遷的機制，有不同的分析假定和概念界定 (林國明 2000)。

團體間的利益衝突，進而影響政治的後果和政策的選擇（林國明 2000）。

簡言之，歷史制度論除突破了傳統制度分析在動態分析（dynamic analysis）上的侷限，著重於呈現制度的動態演變及概念化（ideational）變數間的互動是如何影響政策形成與政策變遷（Thelen & Steinmo 1992:2-3）。但值得一提的是，歷史制度的分析並不否定前述學者，如新馬克思主義、多元論與行為主義者所做的努力，相反的歷史制度論者吸納了這些學者的論點並以自己的語言進行詮釋，認為：「制度決定了（這些學者所言的政治）衝突，並因此而影響了政策結果」。然而，「制度」對歷史制度論者來說從不是政策結果的單一決定因素，而是將重點放在政策產出之前置因素 - 即制度與行動者間辯證關係的解釋上。

同樣的，歷史制度論亦繼承了八〇年代「國家中心論」（state-centered approach）的傳統，但試圖克服和修正國家中心論在理論上所面對的理論困境（即其普遍被批評之官僚或結構決定論傾向）（林國明 2000）。此外，林國明在他的文章中進一步指出：（林國明 2000:1-2）

“如同國家中心論，歷史制度論亦認為競爭稀少性資源的群體衝突是政治的核心；從事衝突的行動者，他們（經常是不對稱）的權力關係與互動模式，是受制於鑲嵌在政治組織結構的正式與非式的程序、例行、規範與習俗。對於政治行動所座落的場域採取一種比較寬廣的視野，包含連結國家與社會的各種制度結構。因此，是以「政體」（polity）或「政治制度」取代了「國家」，作為分析的焦點。”³⁰

歷史制度學派試圖藉由觀察「國家中心論」與「社會中心論」在制度設計與結構關係討論上的相同處，以中程理論（midrange theory）的方式建構起兩者間的分析橋樑。在這樣的理論架構下，不僅能夠汲取馬克思學派、功能論者與系統論述等宏觀結構分析優點，卻又能避免結構決定論的缺失。

我們從歷史制度論的主要代表人之一 Ellen M. Immergut（1998）的文章中得到更多的啟發。首先，有別於行為主義者將人們所表現出來的政治行為視為其真正偏好的理論假設，Immergut 認為歷史制度論所關注的是人們所表現出來（expressed）和真實（real）偏好之間確切的差異。同時，她認為歷史制度論的理論意圖，即有著「視不規則為規則，進而突顯通盤適用模型的侷限性」。研究者藉著對行為者不同文化、時點下形成之不同利益偏好的追索來瞭解制度因素對利益形成有著什麼樣的影響。因此，我們倘若武斷的以一套模式來界定「黑盒子」中不同利益者的偏好選擇，即無法洞察行為者所「表現出」（expressed）和「潛在性」（potential）偏好之間的矛盾，更不能看出利益代表與政治制度之間的偏

³⁰ 其他相關的討論包括 Thelen & Steinmo（1992）認為，歷史制度論並非不重視以國家為中心的取向，而是強調制度的概念乃是「中間層級制度（intermediate-level institutions）的鉅視層面分析（Thelen & Steinmo 1992:11; Pontusson 1998）以及 Friedland & Alford（1991）把「社會帶回來」（bringing society back in）的反省與對話。有關討論請詳見林國明（2000: 1-2），以及 Pontusson（1998）文章裏：「從國家中心到政體中心的制度主義」一節。

差。(Immergut 1998:19-26) 以下，透過兩者之間的對比，讓我們更清楚之中的關鍵差異。(見詳 2-2-1)

表 2-2-1 行為主義與制度主義的對比

	偏好 (Xi)	總和($\sum Xi$)	規範性標準
行為主義	主觀認為透過行為 (如投票行為)	有效率的總和 均衡 (如利益團體市場)	功利主義 $\sum Xi =$ 公共利益
制度主義	真實行為 表現行為 (Xi 的問題)	非效率性總和和均衡問題 結果或決策 $\sum xi$ (後者的問題)	拒絕功利主義的標準 $\sum Xi$ 公共利益存有偏差

資料來源: Immergut, Ellen M, 1998. "The Theoretical Core Of The New Institutionalism". *Politics & Society*, Mar98, Vol.26 Issue 1

Immergut 進一步認為，這樣的發展原因有三 (Immergut 1998:18-19)。

首先，歷史制度論認為人類具有選擇性理性 (alternative rationality)，並以還原主義式 (reductionist) 的邏輯思考，將人們視為規範 (norm) 的概念進一步擺放在其歷史發展中來加以理解。同時，持此觀點的學者認為，韋伯學派所持的工具理性 (instrumental rationality) 的分析概念，嚴格而言只是商業簿記、羅馬法或新教論理個人主義下的歷史產物，其概念本身尚待進一步分析，怎能作為分析社會現象的概念？因此，在理論建構上歷史制度論逐以開放 (opening) 的方式起始，而非追求通則適用的理論模型。

其次，歷史制度論認為事情具有一定的因果關係 (causality)，因此著重從歷史脈絡來看待不同事件的因果關係。也就是說，這種將歷史視為「不可規則性」(irregularities of history)，傾向藉由歷史比較的方式，釐清事件中看似複雜、沒有關連的個別因素之間關連性。

最後，因為歷史的偶發性 (contingencies of history)，這些學者在解釋事件成因與發展上機遇 (contingency) 的成分相當重，以機運解釋個別因素突發性的前後關連使得事件發展不能以一特定邏輯加以解釋，而這也使得研究者更能從過往的蛛絲馬跡中尋找出未來政策解釋的解決方案。

因此，歷史制度論者所著重的研究方向包括制度遺產 (institutional legacy)、制度變遷 (institutional change)、歷史的偶發性 (historical contingency) 與思想創新 (ideal innovation) 等 (Immergut 1998; Katznelson 1998)³¹。並在理論和方法論

³¹ 其中重要著作包括，Sven Steinmo、Kathleen Thelen 等學者 (1990) 在其所編著的【Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis】，以及 R. Kent Weaver 等人所編著的【Do Institutions Matter? Government capabilities in the United States and Aboard】(Pontusson 1995)。此外，Immergut(1998) 所發表的【The Theoretical Core Of The New Institutionalism】的文章，對於

上，重視過程的歷史制度論採取一種「歷史的不確定」(historical indeterminacy)的立場(林國明 2000)，強調一個「制度的動態性分析」(Thelen & Steinmo 1992)和「因果關係的脈絡化」³²，趨向於去看複雜形構過程中各個因素的因果聯結。因此，這使得歷史制度論更像是在「說故事」(storytelling)(Immergut 1998; Collins 1999)，而普遍帶有分析敘事(analysis narratives)的風格³³。

以上，我們已對歷史制度論的研究取向作初步的勾劃。以下，我們將針對與本文有關的幾個命題和相關概念作簡潔的討論，例如歷史制度論者如何去定義制度？制度如何作用？以及如何運用以分析制度變遷等？以便再次的釐清本論文的研究架構³⁴。

首先，歷史制度論者所要陳述的是一種「制度輪廓」(Institutional configuration)如何形成政治互動，以及制度內關係性特質(relational characters)的概念。然而，不同學者對於「制度」的界定不盡相同。但整體而言，歷史制度論者綜合了理性選擇和社會建構論的看法，認為制度包括正式組織與非正式組織及程序(Hall 1993)；此涉及「政體」(polity)或政治經濟組織所建構的正式或非正式程序、例行常規、規範與慣例；範圍可以從憲政秩序的規範法則或行政單位的標準作業規範到管理政治、經貿組織的行為慣例(Hall 1993; Thelen & Steinmo 1992)而歷史制度論的分析著重正是在這個制度結構中行動者的行為能力與限制。

歷史制度論者所關注的是「政治戰役」(Political battles)中的權力關係，如何對政策決策產生影響。誠如 Thelen & Steinmo (1992)所宣稱的，制度主義有趣在於“整體的國家和社會制度形塑了政治行動者如何定義他們的利益和結構以及和其他團體的關係”。而在 Pontusson (1998)引用的資料和相關研究中，「政治制度」一直扮演著相當特殊的角色(Pontusson 1998)³⁵。這說明了，「政治制度」作為一個解釋制度在一個鑲嵌和結構化的政治情境中的關係，即權力關係對於政策決定過程的影響和重要性(Steinmo 1993)。

其中，制度結構並非長久不變。受到行為者調整策略的挑戰和更大制度結構的牽動(例如國際局勢)，制度會不斷的調整其結構限制。因此，當任何變項涉入決策的體系，會盡其所能的想要影響政策的產出，但其成的機會卻繫於制度「否

歷史制度論之方法論進行更深入的討論。詳見 Immergut (1998)。

³² 前者 Thelen and Steinmo(1992)提出“制度的動態性”是歷史制度主義相關研究的首要議程。參見 Pontusson; Peter(1998)。而後者則為 Sokolovsky(1998)所強調的制度的脈絡化。

³³ 參見林國明(2000:2-3)，以及 Immergut(1998:20-26)。

³⁴ Pontusson(1998)引用 Weaver & Rockman(1993:5)於著作【Do Institutions Matter? Government Capabilities in the United States and Abroad】一書中，針對歷史制度論在解釋制度變遷時所提出的命題(Which institutions matter, and how do they matter?)(Pontusson 1998)。

³⁵ 其中 Rothstein(1992)在研究先進資本主義國家中工會化程度的差異時，認為「在相當大的程度上，國家的政治制度可以作為解釋的歷史變項」；以及 Immergut(1992)在討論健康政策的跨國變項時，「分析各國的政治制度」為最好是以解釋。此外，雖然 Hall 在討論英國何以從凱因斯主義轉變成貨幣主義的文章中討論的是經濟制度，但 Hall(1992)的結論強調政策變遷的過程是結構在(structured by)「制度的框架是英國政體和政策過程的特質」等等(Pontusson 1998)。

決點」(veto point) 或「接近點」(access point) 的多寡，即決策過程中，制度本身能讓各變項介入的機會與空間。

其次，制度的變遷必須基於一個規範性規則，即其是對環境變遷作出回應，亦或是在沈著的狀況下變遷；對於什麼是制度變遷“合理的邏輯”，是新制度論在解釋制度變遷的挑戰 (Peters 1998)。因此，除了對前述所關注政治制度結構化下政策戰役外，和本論文特別相關的是「政策遺產」和「政策回饋」等概念，主要是討論原先建構的制度環境，為後續的制度變遷提供怎麼樣的結構性機會和限制。³⁶

誠如 Collins 強調不能忽視「殘破廢墟」的作用力，對於歷史制度論者而言，「歷史」不僅僅是一種研究方法，更是一個充滿理論層面的想像 (Collins 1999)。掌握制度現象的發展受制於特定歷史遺緒 (historical legacies) 及關鍵轉捩點 (critical junctures) 兩項特質，從而發展出制度變遷的「路徑依循」模式。

所謂「路徑依循」概念³⁷，是指事件在歷史過程中的發生順序 (order) 將影響其未來如何發展；在某一特定時間點上形成的歷史變遷軌跡將制約接續事件的發展方向，並提供政治行動者進行策略選擇的限制條件與機會 (Collins 1998)。然而，反應在對政策發展軌跡的影響，政策的運行不僅形塑了行動者的慣習；行動者在投入的時間、資源適應政策的同時，將會產生某種程度上的僵固性，並造成所謂的「鎖入效果」(lock-in effects)；換言之，制度並非在真空的情境下進行，而是建立在既有的結構 (或者是 Collin 所強調的殘破廢墟) 之上。此外，過去政策經驗所提供的「學習效果」(learning effects)，如何塑造決策菁英的認知架構，進而創造了政策的路徑，亦是本論文藉以瞭解各國政策發展的主要概念之一。

二、小結

就制度發展和變遷發生的原因而言，歷史制度論不只是關心行動者的理性選擇應該是什麼，同時也應關心行動者實際的選擇到底是什麼 (Immergut 1998)。因此，對於變遷理論的研究與解釋變遷，不能僅只觀察在歷史上某種特定的變遷現象，就認為行動者是為達成某一目的採取的必要手段所導致。歷史是具有連貫性，不可斷章取義的截取幾個歷史上的「點」做因果分析，而誤認為觀察的結果就是能有效的解釋變遷的現象 (Thelen & Steinmo 1992:2-3; Pierson

³⁶ 基本上，對於「政策回饋」的概念，歷史制度論者借用新經濟學「路徑相依」的觀念：制度結構是特定歷史時基下的產物；既有的制度特性、影響後來發展的歷史軌跡。以及透過不同的路徑，如慣習、鎖入效果、政策學習等，影響制度的發展與變遷。(林國明 1998:2000)

³⁷ 在這個概念之下，制度具有一定的僵固性和穩定性，一旦被創造之後，經常會有自我持續的作用，只有在重大危機的歷史階段，才會發生戲劇性的體系變遷 (林國明 1998)。David Wilsford(1994)在他的文章[Path Dependency, of Why History Makes It Difficult but not Impossible to Reform Health Care System in a Big Way]中則具體的以「打字機鍵盤」的技術鎖入為例，認為在路徑依存模式當中，行動者是包圍在 (hemmed in) 既有的制度和結構下，作為他們完成政策路徑的管道。因此，在一些系統之中，巨大 (非漸近的) 改變是不大可能的。

1996:126-127;2000),認為要解釋制度的改變非僅止於「靜止快照式」(snap-shot)的描述,更重要的是必須要將焦點放置在歷史脈絡中去理解。因此,歷史制度主義除了考慮制度變遷的內在邏輯向度,它也注意到外在歷史向度的影響。針對這一點,Immergut認為因果不確定(quirks of fate)形成了各種意外的組合,這常使得理性自利的行動者之行為轉向到另一條未知的路徑上(Immergut 1998:14-15)。倘若缺乏歷史性的解釋,勢必會造成斷章取義的偏執觀念。

總的看來,歷史制度主義在理論建構上,是以傳統的政治科學為基礎,但卻比先前的理論更強調制度的概念。同時,亦拮取了理性選擇與組織理論學派當中的若干觀點(例如:路徑相依、認知、理念、文化的影響)作為其理論的基底。但歷史制度主義的優點,在於它並不是僅由個體的行動與集體的限制中,論述制度變遷的相關議題,它企圖由各種危機、意外事件與不可意料的非制度性因素,擴大了我們對於制度變遷的想像;因此,歷史制度主義強調透過時間序列的解釋與分析,來發現制度創建、變遷與競爭等議題的原因。

綜合言之,歷史制度論歷史制度論所欲說明的是既存制度情境,如何對政治鬥爭發生影響;詳言之,即整套的政府、社會制度,如何讓政治人物界定其利益,及建構他們與其它群體間的權力關係;就此而言,所謂的制度也許包括選舉的規則、政黨體系的結構、政府各部門間的關係和工會組織等。其中,制度並非僅對外在的力量、行為或動機產生回應而已,而是某些理想的解決方法和政府本身能力之間的中介變項。

因此,本論文的分析途徑,將依循 Sokolovsky(1998)所主張的「把制度脈絡化」(contextualizing institutions),注意發生在特定決策場域的政治決定所處的社會政治環境的脈絡性因素(林國明 2000)。因此,作者將儘可能透過對台灣、馬來西亞及新加坡三國健康照護政策過程的脈絡化陳述,以瞭解其政策發展過程和轉折的歷史性,刻劃三國健康照護政策所鑲嵌的制度環境;更將嘗試探索不同行動者在這個政策場域中的作用力。

第四章：研究方法

本研究理論架構的特色，是以「歷史制度論」(historical institutionalism)的理論概念，作為貫穿分析整篇論文的中心軸線。作者除了在鉅視面透過對制度發展進程的「脈絡化」分析，嘗試刻劃出三國醫療福利制度的「制度輪廓」(institution configuration)，並比較各國制度環境(結構)間的差異性。在微視層面上，則藉由對政策過程中的特定歷史場域的瞭解，分析政策行動者之間相互作用的權力關係結構。前者所關注的是「制度結構」、「政策遺緒」(policy legacy)對於制度發展軌跡的影響和限制；至於後者，則是藉由對政策過程中特定「政策戰役」(policy battle)的分析，釐清制度決策過程中錯綜複雜、曲曲折折的歷史轉折。

在分析架構上，我們接受了 Thelen & Steinmo (1993) 的觀點，將制度擺放在歷史制度分析的中心位置，並認為制度不僅形塑和限制了行動者的政治策略；同時，其本身也是行動者政治策略、政治衝突和抉擇的結果，不管是在有意識或無意識的狀況之下 (Thelen and Steinmo 1993:10)。以下，本章將進一步說明本研究採用的研究途徑、分析架構和研究範圍；以及蒐集資料的主要方法與過程等。最後，作者將簡單的說明本研究在理論上和執行操作上的限制，以供日後相關研究者的參考。

第一節：研究途徑與分析架構

如前一章所述，歷史制度論解釋途徑興起，不僅是對過去以西方社會為中心的理論思維的反省，同時，理論典範的移轉，也提供了福利「本土化」研究一些可能出路和想像空間。尤其，歷史制度論在方法論上將制度視為具偏差性 (bias)，並強調政經制度對行為者思維與行為的影響；而在論及中介團體制定系絡的特徵與歷史演進，更突破了傳統制度分析在動態分析上的侷限，著重於呈現制度的動態演變，以及概念化 (ideational) 各個變項間是如何影響政策形成與政策變遷 (Thelen & Steinmo 1992:2-3)。因此，歷史制度論解釋途徑的發展，可謂為政策過程上另一次研究途徑的革命。

「歷史制度論」作為解釋政策過程的理論觀點，在本論文第三章已有詳盡的說明，作者在此不再贅述。然而，無論是如 Sokolovsky(1998)所言：「提供一張清晰的地圖讓我們看清楚政策決定過程那些彎彎曲曲的路徑」；亦或者 Collins (1999) 所強調的「亂糟糟」(messiness) 的政策決策過程，以下作者僅針對本論文所冀求運用的幾個歷史制度論的基本概念，其中包括強調過去的政策對後來政策發展產生影響的「路徑相依」(Path dependency)，以及複雜的政策戰役中的「否決點」(Veto Point) 等分析架構作更詳盡的說明，並把這些歷史制度論具體的概念放在脈絡化的政策過程中來觀察，以彰顯各國制度環境對於該國制度發展

過程的形塑能力。

一、路徑相依 (Path dependency)

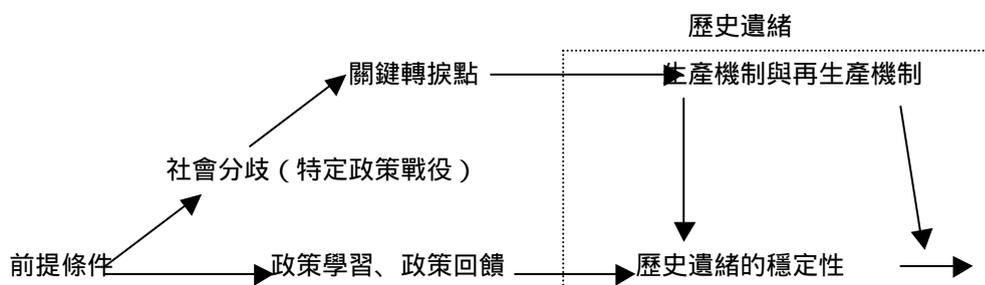
“ 人建構自己的歷史，但是他們並不能隨心所欲的進行。而是受限於當下面對的、已經存在的，以及過去傳承下來的種種條件。³⁸ ”

Karl Marx, 【路易·波拿巴霧月十八】

誠如上述所引用之馬克思的名言，似乎是對社會科學中「結構 - 行動」這個頗具理論性困擾的矛盾對立，作出簡潔有力的辯證式的說明；同時，也是研究者長期構思本論文分析架構的主要依據之一。

首先，我們接受了歷史制度論者的分析理路，明確的認為制度的建立或改革，不是在真空 (Vacuum) 的情境下進行，而是必須建立在以往既有的，甚至是「殘餘廢墟」的社會基礎之上。就此，本論文將以「路徑相依」(path dependency) 這個概念為著力點，以勾劃出既有的制度遺緒，如何對制度的發展軌跡 (trajectory) 造成影響。因此，作者借用並修正 Collier (1991) 對於「路徑相依」所提出的基本的架構，並做部份的補充和修正，突顯制度發展軌跡中「政策學習」與「政策回饋」³⁹的作用性，以期更完整的呈現其在解釋制度發展軌跡的重要性。

圖 4-1-1：路徑相依於本研究的概念圖



Source: Ruth B. Collier, and David Collier, *Shaping The Political Arena* (Princeton NJ: Princeton University Press, 1991:30)

就此而言，研究者將嘗試從各國醫療福利政策發展的歷史遺緒來加以觀察。例如，台灣早期勞保、公保等社會保險體系累積下來豐厚的政策經驗，是否對遲至一九九五年方建立的全民健保產生影響。而馬來西亞和新加坡早期的被殖民經驗，特定的制度運作，是否對官僚，甚至民眾的行為產生僵固性，進而影響制度的發展軌跡等；以及制度運作的經驗是否架構了行動者的認知，並限縮了行動者

³⁸ 詳見楊開雲 (1995.7), 「東歐後共產社會政治轉型中的變與常」, 東海學報, 第 36 卷, 第 5 期, Pp.:

³⁹ 就此，我們區辨了「學習」，並不只是一種「模仿」或「移植」，而是創造生的重新組合和實踐行動。而「政策回饋」則包括影響制度的權力資源分配、行動者的行為慣習所誘使的鎖入效果、決策者認知層次的學習效果等等 (林國明 2000)。

所能選擇的策略和行動，都是本論文所欲觀察的重點之一。

二、否決點 (Veto Point)

其次，誠如 Thelen and Steinmo(1993:10)所言：

「制度，處於歷史制度分析的中心位置，能以重要的方式形塑和限制政治的策略，但它同樣是精細的政治策略、政治的衝突和抉擇的結果，不管是在有意識或無意識的情況下。」

事實上，環諸各國健康照護制度建立和變遷的過程，往往都會引起高度的政治爭端（林國明 1998a），同時，是一個政治可行性(Political feasibility)的選擇過程⁴⁰（Reich 1995）。因此，在我們瞭解制度的出現和變遷之前，必須先瞭解支撐制度的歷史結構和文化價值⁴¹！

在歷史制度論的研究途徑中，分析焦點主要在強調政治制度如何結構化和媒介團體的利益衝突，而影響政治的後果和政策的選擇（林國明 2000）。因此，欲了解這個「錯綜複雜」的制度決策過程，在本論文在分析途徑上，研究者擬借用強調政治制度的 Ellen Immergut(1992；1998)所使用的「否決點」(Veto Point)概念，作為分析政策決策場域中正式制度對政策形成的影響與作用。

簡而言之，否決點這個概念，是以衡量制度決策場域中，影響不同行動者能夠反對或支持特定政策的機會與限制（林國明 2000）就此，制度本身是自主的，在政策過程中，他扮演一種「積極」而非「零和」的角色；制度可透過規則的運作，以規範有意促使或阻止政策的行動者的行為，進而影響政策的決策。（Hwung 1996;1998）

就此，本研究將著重於各國的「政治制度結構」，對於其健康照護政策安排的影響的分析；強調將特定政策決策的政治戰役，擺放在「政治制度結構」的動態過程中加以理解，以突顯「制度環境」中的權力關係互動，如何定義各個行動者的利益和偏好。例如 Immergut 的分析中，強調憲政規則劃定了政策「否決點」的位置，對於最終制度安排的影響。因此，本論文將各國醫療福利改革議程中的私營化政策視為一個具高度政治爭議的歷史轉折，並擺放在各國政策的歷史脈絡中來加以分析，觀察各國政治制度結構對於政策決策影響和限制。

⁴⁰ Reich(1995)認為「政治因素」的重要性在於它決定了制度改革的內容和過程。此外，為了系統性的分析制度改革，他進一步提出了影響改革的三個政治模式：1.政治意願(Political will);2.政治派系(Political factions)，以及 3.政治生存 (Political survival)；以政治地圖 (Political Mapping) 的方式，論證政策改革是一個政治和社會價值的選擇。詳見 Reich (1995)的文章【The Politics of Health Sector Reform in Developing Countries: Three Cases of Pharmaceutical Policy】。

⁴¹ 詳見 Skocpol, Theda, 1995."Why I am an Historical institutionalist". Polity. Vol:28, No.1,Pp103-106。

第二節：資料蒐集方法和研究分析

歷史制度論者認為組織與環境的互動，受到歷史、政治、經濟等長期結構因素的影響，故由貫時性（longitudinal study）的研究比橫斷面的探討，較能展現組內的變異現象。在研究方法上，歷史制度論多以歸納法（Induction）和質性研究（qualitative analysis）來發展其假設，以瞭解各國間政策的時間延續性和政策變化。因此，本論文主要採取文獻分析法，針對三國健康照護制度大量的相關文獻資料進行交叉分析，藉由對三國健康照護制度的發展進行「脈絡化」陳述，勾勒出支撐制度生存的環境結構。

作者蒐集資料的方式相當的多元，而所得的資料範疇也非常的廣泛。其中包括早期殖民時代的官方文獻中關於健康照護制度的記載；政府相關部會年度報告、政策宣示、白皮書、和法案資料等；相關學術研究資料，包括政策相關書籍、論文等；民間團體出版品，以及政策發展研究不可或缺的剪報資料等。

一、文獻分析法：

文獻分析，特別是針對歷史檔案資料的分析，係為探討政策形構過程所不可或缺的步驟。其中，歷史檔案資料的特質在於資料的連貫性，對於政策發展的輪廓，有更精準的掌握。

然而，站在前人肩膀上，除了可以審視前人的腳步、吸收前人的智慧、分享前人的辛勞與努力之外，更可以避免前人所犯的錯誤。因此，研究者藉由對各種文獻的整理和分析，建構研究者對各國制度內涵的基本認知；另一方面，亦可瞭解各國制度環境的形成與變遷，以刻劃研究對象的結構鑲嵌性。因此，本文所蒐集的文獻包括下列數項：

1.官方文獻資料：

首先，作者以官方檔案資料作為分析健康照護制度發展之重要基石。從歷年官方的檔案資料中，我們除了可以清晰的繪畫出該國制度的基本樣貌，更可以依循比較系統性、一致性的官方論述，進一步瞭解政府在政策選擇過程中的目標和考量，進而審視政府對於該政策的行動角色和實踐策略。

就此，資料內容主要是以三國重要的政府相關部會的年度報告(annual report)、政策藍皮或白皮書(Blue or White paper of Policy)、政策檢討報告(Policy Review)，以及各種與本論文相關的官方檔案資料，例如政策規劃過程、社會立法程序的公報、法規、政策相關部會之政策宣導品等等。

2.相關民間團體資料

官方檔案資料的一致性、系統性，雖然足於勾劃出該國制度的全貌；但若

作為分析「政策決策」過程的動態關係，就顯得單薄與不足。因此，來自民間團體（包括政黨、工會、專業團體和社會福利團體等）的出版品，除了可以豐富官方檔案資料動態性之不足外，更可以作為相對於官方政策論述的一個分析藍本，對於瞭解制度發展過程中的轉折點，有相當的助益。其中，資料內容包括：

- a. 政黨相關出版品：包括政黨黨綱、白皮書等政策宣示文件、政黨之競選政見等。我們除了可以瞭解不同政治行動者的態度和主張，更有助於釐清政黨政治競爭對於制度發展的影響。
- b. 民間團體出版品：包括醫療專業團體、工會、工運和社會福利團體，對於政策宣示的相關小冊子、文宣，以及連書書等出版品。
- c. 其它可運用的資料來源：兩國有關健康照護制度之剪報資料、學術單位和學術研討會之出版品，以及各種期刊資料等。

3 . 二手資料分析：

運用統計資料以補充書面資料方面之不足，以加強本研究之解釋力。資料涵蓋：三國醫療保健支出佔國民生產毛額（GNP）之比例、或政府年度總預算的比例，有關其健康照護政策的項目與範圍。歷年政府稅收及支出的資料，以及各項人口及經濟發展指標數據。

第三節：研究限制

本研究的主要特色和定位是區域性社會政策 (regionally social policy) 的跨國性歷史比較研究 (Cross-National historical comparative study), 因此, 在研究過程中, 無可避免的必須面對一些跨國性比較研究先天上的限制; 其中包括跨國性比較研究對象選取的標準、研究架構和方法的操作、資料蒐集的方式, 以及資料真實性的考據等研究嚴謹度 (rigor) 相關問題, 在在的都影響了本研究的操作。就此, 研究者實有必要針對本研究的所面臨的限制作出說明, 一方面真實的凸顯本研究有待日後補強的缺憾; 另一方面, 則真實的呈現研究者所遭遇的問題, 以提供日後相關研究的參考。

首先, 國內對於東南亞地區的區域研究, 在各大專院所紛成立「東南亞研究所」及「中央研究院東南亞研究計劃」的推促之下, 近幾年來已累積了相當豐碩的研究成果, 惟美中不足之處在於這些研究多集焦於政治、經濟和文化領域, 社會福利相關議題卻是屈指可數。因此, 本論文針對東南亞區域社會福利制度跨國性比較研究, 在國內並沒有太多經驗文獻可供研究者參考與學習; 嚴格來說, 本研究僅能算是一種「初探式的」研究, 研究成果有待日後更進一步的加以補強。

其次, 歷史制度論的理論概念作為貫穿本論文分析架構的主要途徑, 雖然國內已不乏精彩及可讀性極高的研究成果⁴², 惟至今卻仍少有見相關學術作品運用於國際比較研究架構, 而對初學的研究者而言, 無疑是一大挑戰; 再者, 歷史制度論這個新穎的解釋途徑追求「脈絡化」分析的研究特色, 更加深了研究架構上比較分析的困難度, 因此, 無論是研究上的操作, 亦或者對歷史制度論理論和方法論上的掌握, 都有待日後更進一步的推敲補強。

第三是資料取得的困難與限制。資料的取得, 一直都是跨國性比較研究的一大難題之一, 主要是因為跨國性研究往往受限於時間、空間上的因素, 同時, 在蒐集資料的過程中, 更受到各國在政治、文化, 以及學術環境差異性的影響, 因此, 資料取得不易, 以及各國對於學術研究的開放程度, 使得研究者無法在研究方法上取得一致的比較基礎, 儼然是為本研究的最大障礙。例如, 本研究最初的研究設計原擬採「深度訪談」的方式, 以收集各國制度過程中主要行動者 (key actors) 的回溯性認知 (recallable perception), 作為對照官方文獻的主要參照。但受到政府和學術環境開放度的干擾, 研究者在新加坡及馬來西亞兩國一直無法取得正式訪談的機會, 主要原因包括被當地官員, 甚至於學者拒絕訪談, 並動輒以「官方機密」為理由拒絕提供資料或針對資料的疑義作出說明等。

這樣的情況不僅造成各國資料上的嚴重落差, 更使得研究者無法在比較分析上取得一致的基礎。因此, 研究者最終不得不放棄「深度訪談」這個重要的資料

⁴² 其中, 林國明 (1997) 的博士論文:「從威權主義到國家主義 - 台灣全民健康保險的政治分析」, 更已相當完整的刻劃台灣健康保險體制的發展過程, 並提供本研究許多參考和啟發。

蒐集方式，而僅針對所蒐集到的有限文獻資料進行分析。

最後，歷史文獻資料作為最大的疑慮是資料準確性的問題。不管官方或非官方的，初級或次級的，均有可能造假、誇大、偏誤等不實情事發生。因此，研究者僅能以不同來源資料作為考證史料的依據，難免有所遺漏而可能造成歷史真像的失真。

第五章 台灣、馬來西亞及新加坡醫療福利的發展

如前述，本論文所關懷的旨趣在於綜合 Collins(1999)和 Sokolovsky(1998)所強調的：「在“亂糟糟”(messiness)的政策過程中，提供“一張清晰的地圖”，以看清楚政策決定過程那些彎彎曲曲的路徑」。因此，透過對台灣、馬來西亞及新加坡等國家醫療福利政策過程的脈絡化(Contextualizing)陳述，一方面瞭解政策發展過程的歷史轉折，刻劃三國醫療福利政策所「鑲嵌」的制度環境對制度發展軌跡的影響與限制；另一方面，則嘗試在“亂糟糟”和“曲曲折折”的政策過程中，標示出影響政策發展的關鍵歷史轉折，以及政策決策所座落的政治場域。

本章主要分為四節。第一節至第三節分別介紹馬來西亞、新加坡及台灣的制度脈絡；至於第四節，則著重在比較分析三國醫療福利制度的制度差異，並藉以瞭解各國「國家化醫療福利體系」實踐與存續。為求完整，研究者將盡可能回溯制度的發展歷史，在馬來西亞和新加坡部份，甚至回推至受英國殖民初期，以求對制度的輪廓有更清晰的瞭解。

第一節、馬來西亞醫療福利體系的歷史與現況

一、殖民時代的馬來西亞醫療福利的發展

馬來半島(Malaya)幅員相當遼闊，因此英國殖民政府並沒有建立起中央集權的統治基礎，而是採取分而治之的統治策略，資源分配依各州所能獲取的經濟利益而異。其中，新加坡、馬六甲和檳榔嶼(檳城)是殖民地政府最重視，同時也是資源投入也最多的地方。

殖民時期馬來亞醫療福利體系的創始與發展，主要目的在於服務殖民政府公務人員的需求，後來才逐漸的延伸到具福利指標的一般大眾。當時健康照護資源的配置，依據各州的經濟資源(殖民者的經濟利益)而定，因此造成醫療福利設施多集中在西海岸的都會地區，且明顯的以治療取向服務為主。基本上，當時醫療福利的基本特色，充份反映了殖民時期經濟掠奪的統治邏輯(Manderson 1998:vi)。首先，醫療服務的主要對象為殖民統治階層，其中包括殖民地官員、軍隊，以及貿易商；其次是服務於殖民政府的工人，以維護符合殖民經濟利益的生產和再生產體系；第三是威脅社會秩序的傳染性疾病。因此，當時醫療服務主要集中於都會和碼頭地區，其特色是嚴格的隔離法令(例如驅逐或流放患有傳染性疾病者)、預防接種及房屋管理等，以防傳染性疾病的爆發。

根據 Asher(1994)研究中顯示，英國殖民政府為了維護其經濟統治利益，

投入了相當多的資源對抗熱帶風土性疾病，其中包括天花、腳氣病、瘧疾等。因此，早在十八世紀中期，馬來半島部份地區已建立起公共衛生的基本架構。此外，為了控制人口結構和預防傳染性疾病的發生，當時更已施行類似疾病防治法、瘟疫法，以及助產士等制度，並在碼頭嚴格篩檢移入人口等（Asher 1994;Phua 1990）。

在二次大戰以前，這樣的情況並沒有太大的改變。當時，幾乎所有的主要醫院都是由政府開辦經營，而只有少數的私立醫院，其中包括教會醫院、華人所開設的婦產科醫院，以及私人企業設立於坵林地區（主要是橡膠園）和礦區的醫院和診所。⁴³而這些醫療設施大部份集中具經濟利益的都會地區，而超過百分之七十的人口居住在鄉村地區，卻只有不定期的流動診所（mobile clinic），並僅提供一些低技術、低品質的醫療服務。

這樣的情況於戰後才逐漸改善。但許多學者認為，當時殖民政府開始大量的投入鄉村地區服務提供的福利擴散計劃，主要原因有二：其一為當時面臨統治合法性危機的英國殖民政府，為消弭日益壯大的獨立建國運動，以及平衡因城鄉差距所引發的政治衝突，所採取的一種拉攏民心的手段；其二則是為了制衡和鎮壓當時日益失控的馬來亞共產黨武裝鬥爭⁴⁴（Heller 1975;Barraclough 1998;Manderson 1998:103）。

英國人在二次大戰對日戰爭的挫敗，使得英國殖民政府對於新、馬等殖民地的統治能力逐漸式微⁴⁵。1946年10月10日，英國工黨政府在國會宣佈將在馬來半島推行推行「馬來亞聯盟」（Malaya union）的計劃⁴⁶，並制定一部憲法；這項計劃雖然在馬來人社會的反彈下作罷，但已對馬國日後的政治生態造成深遠的影響。在那個時期，馬來亞各族紛紛成立政黨，其中包括「馬來亞馬來國民黨」（1945.10）、「馬來亞民主同盟」（1945.12）、「全國巫人統一機構」（UMNO,1946.5）、「馬來亞印度國大黨」（MIC,1946.8）、「回教徒黨」（PAS,1948.8），以及「馬來亞華人公會」（MCA,1949.2）等等，奠定了馬國政黨

⁴³ 詳見 Chee Heng Leng, *Health and Health Care in Malaysia-Present trends and Implication for the future*, 1990:59-61)

⁴⁴ 「馬來亞共產黨」成立於1927年，是由馬來亞各州及新加坡的華人工人所組成。在日本佔領期間，曾組織武裝游擊隊對抗日本的侵略，因此，英殖民政府重返馬來亞後，曾以「抗日有功」而將之合法化（顧長永 1996:77）。在英國尚在統治期間，即1948年開始，馬來亞就宣佈進入緊急狀態，以武裝鎮壓馬來亞共產黨的武裝鬥爭和激進左派政黨之活動（包括馬來人為主的馬來國民黨及人民黨），六0年代緊急狀態才告解除。這十二年的鎮壓使得左派徹底的挫敗，而讓具資產階級的英國人、皇族、馬來官僚及華裔資本家取得掌控國家的權力（祝家華 1994:）。

⁴⁵ 當時英軍防衛馬來半島失敗的恥辱（僅僅10週即失陷於日軍），使其長久以來予當地居民的白人優越觀感一掃而空，也為各族群於戰後興起的反殖民鬥爭提供了更大的自信（王國璋 1997:28）。

⁴⁶ 事實上，英國殖民部早在1943年二次大戰期間，即已開始根據大英帝國在東南亞的長遠政治和經濟利益需要，檢討馬來亞在戰後的地位問題，其中包括戰後的重建工作、憲制改革以及自治等事項。推介馬來亞聯邦概念的動機，除欲把原馬來聯邦與馬來屬邦中九個間接統治的邦與檳城及馬六甲一道納入其直接統治的體系外，亦企圖藉此重組舊有的行政結構，建構一個強大而有效率的中央政府，以利其協調取得重要的經濟資源（王國璋 1997:30）。

治發展的基礎。在這期間，為抗議英國政府允准「馬來亞聯合邦」(Federation of Malaya)⁴⁷ (1948 年 2 月 1 日) 的成立，馬來亞共產黨於 1948 年 6 月全面採取武裝鬥爭，而英國政府隨即宣佈全國戒嚴。在馬來亞聯合邦的架構下，仍由英國統治，由英國任命欽差大臣 (High Commissioner) 為實際的行政首長，並由欽差大臣組織「行政會議」及「立法議會」；其中，馬來人略佔多數。1950 年，英國殖民政府開放地方自治和舉行地方議員選舉；第二年准許聯合邦政府自治並實施內閣制。但馬來亞聯合邦仍不是一個獨立的國家，因此，馬來亞半島各黨在馬來領袖東姑阿都拉曼領導下，繼續與英國殖民政府談判獨立事宜。

在醫療福利服務方面，在馬國獨立建國期間幾乎所有的主要醫院都是由政府營運，並由一般稅支應，而民眾部份負擔僅佔衛生部營運成本的 5%。在醫療專業團體活動上，由於長期以來受到白人的歧視，因此，新加坡愛德華七世醫學院校友會向英殖民政府抗爭，爭取和英國官員在健康服務上有相同的待遇。然而，50 年代所通過的兩個極為重要的法案，即 1951 年的職工公積金法 (Employee Provident Fund Act, 1951) 和醫藥費用法 (The Fees Act 1951)⁴⁸，前者是馬國社會安全制度的基本架構；而後者則規定政府醫院的收費標準。根據該法案，國民在政府醫院的門診費用為馬幣一元，而專科諮詢費則為五元；病房的費用介於馬幣三元的三等房到八十元的單人房不等，而這項規定至今仍屹立不搖，並未修改過。

此時，馬來西亞獨立運動正如火如荼的展開。為了整合國內各族的意見，1954 年 10 月，由巫統、馬華公會和印度國大黨等政黨成立聯盟，並在次年 (1955 年) 的首屆全國大選中，獲得全面性的勝利。馬來西亞在 1957 年 8 月 31 日正式宣布獨立，結束了英國長達一個多世紀的殖民統治。在政體上，馬來西亞為君主立憲制的聯邦國家，並承襲了英國的責任內閣制，三權分立。最高元首由九個州世襲之蘇丹投票選出並輪流擔任，任期五年。內閣由首相府及閣員組成，設首相、副首相及各部部長。首相及副首相分別為國會最大黨之黨魁和副黨魁擔任，各部部長則由首相任命之。國會制度採參、眾兩院制，依憲法規定，參議院最多可有議員 70 席，由各州最多選出兩席，計 26 席，其餘者由首相提名，最高元首委任，任期為三年並以兩任為限，不受國會解散影響。眾議院有 192 席，由人民普選產生，任期五年，享有立法及控制國家預算權，而最高元首依內閣之建議得解散國會。

然而，值得一提的，在當時的建國發展報告中特別標示出醫療福利的努力方向：「馬來西亞政府承諾擴大國家健康照護體系，尤其是過去一直被忽略的鄉村

⁴⁷ 由於 1946 年的「馬來亞聯盟」擬取消馬來蘇丹的統治，削弱馬來人的統治地位為馬來社會所抗拒；因此，在馬來人的壓力之下，重新修定憲法，並於 1948 年改為「馬來亞聯合邦」計劃。但這項計劃相對剝奪了其他族群的政治地位而遭到華社的普遍抗議，其中，以華人為主的馬來亞共產黨決定採取武裝鬥爭，持續進行馬國的獨立運動。

⁴⁸ 在研究者所蒐集的資料中，無論是官方或學術文獻，對於何以在殖民時期 (1951 年) 就已通過這項充滿「國民健康服務」色彩的醫療福利法案，並未提出合理的解釋。惟 Barraclough 認為，這可能和當時英國國內工黨政府對殖民地的同情有直接的關係 (Barraclough 1998:55)。而這項延用至今低收費政策，在 1980 年以後才被提出檢討，但始終未作修改 (國際日報, 1996.4.18)。

地區」並提出三個具體方針，即一、擴建政府醫院、社區診所（policlinic）；二、提供全面性的預防接種；以及三、提供鄉村地區國民完整的醫療服務（MMA 1990; MOH- history of health 1996）。而馬大經濟學者 Asher 認為，這是當時以「巫統」為中心的聯盟政府，普遍受到鄉村馬來選民的壓力之下的政治產物⁴⁹。

二、獨立建國後的馬來西亞醫療福利政策

60 年代以後，無論是經濟或社會層面的發展，都被整合在「大馬計劃」之中⁵⁰，醫療福利政策亦不例外。在第一個大馬計劃（1966-1970）當中，健康和醫療方面的主要目標在於提昇鄉村地區的建設，以平衡城鄉的差距。工作目標還包括提昇環境公共衛生和營養標準、提供較多和良好的專科服務，以及開始執行家庭計劃等。其中，鄉村健康服務（RHS）的擴充主要是透過健康中心、次中心（Sub-centres）以及產婦診所的建立，提供偏遠地區民眾完善的醫療服務（MMA 1980）。

在這期間，馬來西亞於 1969 年 5 月 13 日發生了獨立以來最嚴重的種族衝突事件，史稱「五一三事件」，對馬國的政治、經濟發展產生了極為關鍵性的影響。雖然學者對於「513 事件」的起因看法十分分歧，但從事件以後政府所推行的「新經濟政策」⁵¹，積極消弭所謂的貧窮問題（主要是指種族間的貧富差距），不僅凸顯了當時族群間經濟資源分配不均問題的嚴重性，同時，更刻劃出馬來西亞種族政治的本質與發展。

在第二（1970-1975）第三等大馬計劃（1975-1980）當中，醫療福利政策都以「計劃導向」的方式推展。然而，延續第一大馬計劃對城鄉醫療福利資源分配問題的重視，這段期間的醫療福利政策設計，主要是以硬體的基礎醫療設施建設，例如廣設醫療院所等，以及培訓基層醫療服務人力等。惟在第三大馬計劃的結束時，馬國健康照護所面對的兩個主要問題仍然存在，其一是醫療和健康基礎設施不公平分配，以及鄉村地區醫療設備普遍不足的情況（MMA, 1980; Chen 1990）。

1981 年馬哈迪醫師出任馬來西亞第四任首相，使得馬來西亞正式進入所謂的馬哈迪政權時代。此時，政府推動出口導向工業化，提倡向日本、南韓和台灣

⁴⁹ Asher 主要是族群政治的觀點來解讀馬來西亞獨立後社會政策的發展，其研究的基本假設是族群政治與社會政策的發展有密切的關係。其中，對於當時醫療資源多集中在都會區，而華人主要聚集在都會區所引發的衝突和族群間的相對剝奪感和公平性作出簡短但卻有力的描述。（Asher 1994）

⁵⁰ 是一種高度「國家主義」的計劃性經濟長期發展策略。這種計劃通常覆蓋 5 年或更長的時期，並力圖通過適當的投資和人力安排規劃來協調該經濟體系各個部門的增長，以消除經濟發展的瓶頸。集中計劃經濟（Centrally Planned Economics）的國家計劃由政府機構來制定，而混合經濟的國家計劃則為政府、工業和工會合作制定（經濟學辭典, 1999:375）。馬來西亞第一個大馬計劃於 1966 年開始，以五年為一個單位，迄今已進行至第七個大馬計劃（1996-2000）。

⁵¹ 新經濟政策揭櫫的主要目標有二：消除貧窮及重組社會；最終目的在達致真正的國民團結。因此，政府「國民團結」的大前提之下，推行所謂的「固打制」（a quota system），以彌平族群間的隱藏性衝突。（王國璋 1997）

學習的「東望政策」(Look East);更在 1983 年引進師法日本官民一體工業立國化的「馬來西亞股份公司構想」等,希望藉此改革國家組織和國民意識的積極政策。然而,受到當時國際私營化浪潮的影響,政府開始對醫療福利服務的財務進行檢討,在全球經濟不景氣和自由市場政策的情況下,遂強調私立部門在健康照護中的發展與角色,並減少政府在經濟和社會領域的介入(Chan 1996;Phua 1992)。因此,推行各私營化政策,其中包括碼頭、郵政、高速公路建設等。在衛生部份,包括污水處理和醫療支援活動等。

1983 年在一份政府委託的健康服務財務研究中,一項極為重要的政策建議是成立“國家健康安全基金”(National Health Security Fund)⁵²,以作為健康照護服務的另一種財務手段。然而,此基金本質上是一個「全民健康保險方案」,因此,所有的國民都可以享有最低限度的健康照護服務(Chan 1996)。此方案提出後普遍得到勞工團體和專業團體的支持,但在商業保險公司的阻撓之下作罷。

然而,80 年代為可謂為私立醫院發展的全盛時期(Aljunid 1997)。在政府政策性的鼓勵之下,提供了私立醫療院和商業健康保險良好的發展機會,從 1986 年開始,衛生部訂定了逐年降低政府醫療支出的計劃,並鼓勵民眾動支公積金中的存款,購買私人健康保險計劃,並可獲得免稅優惠。當時,美商國際保險公司(American International Assurance-AIA,在台灣稱南山人壽)在馬開辦第一個「醫療管理組織」(Managed Care Organization)(MMA,1988,Chan,1996),開啟了馬國「管理式照護組織」的發展。此後,各保險公司紛紛的開辦這種預付式的健康方案。其中包括國營的馬來西亞國家保險公司,以及健康照護國際(蘇格蘭)有限公司等,積極的搶佔馬國的健康照護市場。

醫療福利政策私營化的另一個例子,是於 1992 年 9 月正式企業化的「國家心臟中心」,組織型態轉變成「國家心臟中心有限公司」。企業化後的國家心臟中心,雖然可以較為自主的自行訂定收費標準,允許向病人收取一定額度的費用,基本上,仍接受來自政府的補助(MOH 1993)。此後,包括醫院私營化政策和企業化方案紛紛出爐。在政府私營化總體計劃(Privatization Master Plan 1993)之下,具體規劃政府醫院「企業化」的各項方案⁵³。然而,政府的這項計劃,引起了學術界、勞工團體和醫師公會等的反彈,並發動聯署反制。最終,在選舉的考量之下,馬國衛生部於 1999 年 8 月正式對外宣佈放棄「政府醫院企業化」的改

⁵² 基本上,「國家健康安全基金」是一個無預算執行單位。其管理委員會由財政部、衛生部、以及經發計劃單位。初始資金從財政部支應,最後將完全自負(Chan,1996)。迄今,所謂的「國家健康安全基金」仍未落實(Chan 1999)。

⁵³ 「企業化」(Corporatization)計劃,主要是將政府醫院交由民間單位信託管理。然而,除了早期國家心臟中心,政府於 1996 年,將五項醫院輔助服務(包括洗食、醫院器材、設施維修、清潔服務及廢棄物處理等),採外包的方式實施「企業化」,結果運作成本增加 4 至 5 倍。嚴格來說,所謂的「企業化」,只是政府「私營化政策」下的變形(Chan,1996)。

然而,政府這項計劃引起了學術界、醫師,以及勞工團體的不滿,成立國民健康組織(Citizen Health Initial)反制,並發動聯署活動。其中包括馬來西亞醫師公會(MMA)、馬來西亞護士工會(MNU),以及馬來西亞園丘醫院助理協會(EHAAM)及馬來西亞職工總會(MTUC)等。

革方案。⁵⁴此外，醫師公會也草擬了「Health For All- Reforming Health Care In Malaysia」政策建議書，並提呈首相府，建議政府開辦全民健保，獲得勞工和消費者團體的支持。迄今，政府醫院仍然維持 1951 年醫藥費用案的規定收費。

此外，政府於 1998 年通過私人保健設施及服務法令，其概括範圍包括保健設施水準素質及管制發展、保障病人權利、管制收費及收集有關資料等，旨在促進以病人為中心的保健制度（南洋商報 1998.7.9）。根據衛生部的說法，該法主要是在於管制保健管理機構及醫院，不能迫使醫生做違反其專業準則和倫理的事。但許多學者認為，此法案的通過，主要是為了管制日益失控的 HMO 或 MCO 市場所引發的爭議和倫理問題⁵⁵（MMA 1999;Chan 2000）。

三、馬來西亞醫療福利體制與財務特質

自 1957 獨立建國以來，馬來西亞一直都維持雙元(dual system)的醫療福利服務體系，即以政府醫院為主的低收費醫療服務體系，以及以商業機構為主的高收費私立醫療服務部門（Chee 1990）。

基本上，馬來西亞的健康和醫療服務是採取金字塔型的轉診模式(pyramid of referral institutions)，而這個金字塔是由政府 / 私立綜合醫院、地區醫院（district hospital）社區診所（policlinic）主要的健康中心、助產士和流動及一般私人診所所組成。最底部是基層醫療網絡，包括公私立門診診所、婦幼診所；以及在鄉村健康系統（健康中心、次中心和助產診所等），提供門診、婦幼健康服務。而中層部份，則由分佈在全國各地的地區醫院，提供住診及復健等服務。而最後一層，是各州的綜合醫院和專科醫學中心（譬如國家心臟中心），主要是提供專科醫療服務（Heller 1975;Chan 1996）。

以下，我們從行政結構、服務輸送體系，以及財務結構等面向，分別介紹馬來西亞醫療福利體系的沿革與特質。

1. 衛生行政結構

在第二次大戰以前，英國將馬來半島分成十一個州，以「直接統治」、「間接統治」以及「介於二者之間」等三種分而治之的殖民統治模式。分別為早在一八二六年就已形成的海峽殖民地（The Straits Settlement），包括新加坡、馬六甲及檳榔嶼三個地方；馬來屬邦（柔佛、吉打、丁加奴、吉蘭丹及玻璃市等五州），以及馬來聯邦（霹靂、彭亨、雪蘭莪及森美蘭四州）。這不僅奠定了馬來西亞採行聯邦制國家的基礎，並在憲政體制上分為聯邦政府和州政府兩個層次。

馬來西亞的衛生行政體系隨著每一次的憲法的修改，而移遊在聯邦政府（Federal government）和州政府（State government）之間。1948 年的「馬來亞聯

⁵⁴ 詳見新洲日報 1999 年 8 月 29 日報導。

⁵⁵ 根據統計，目前馬國內大大小小的 MCO 組織約有 23 家，多為國內醫院產業集團所經營（MMA Berita 1999.12）。

邦協議」中，馬來亞自治政府對於衛生行政體系的管理採取高度的去中央化（decentralized），除了少數大型醫院或醫療研究單位之外，大部份健康服務的行政權都掌握在州政府手中。一直到 1957 年在「馬來西亞獨立宣言」中，為了平衡各州資源的分配，衛生（健康）行政才被劃分為聯邦政府的責任，並由中央政府統籌分配所有的公共醫療資源。1963 年，除了沙巴州之外，所有馬來西亞半島地區和砂勞越州的衛生行政，都已歸聯邦政府管理。一直到 1971 年，聯邦政府才負起整個馬來西亞的衛生行政工作（SEAMIC 1978）。

然而，為了發揮聯邦制的精神，基本上衛生部是中央政府負責健康照護服務的主要單位，主要任務是制定統一的衛生政策和方案，以及各種專業程序和技術標準的訂定，並透過各級的醫療服務體系，提供民眾各種醫療照護服務。至於州的層級，州政府醫療和衛生行政單位，除了配合中央政府的政策與目標外，州政府可以依地方上的需求，制定符合其需求的衛生政策。

除了衛生部之外，聯邦政府其他部會亦提供健康照護之相關服務。教育部主要在於培訓醫療服務人員和學校衛生方案之推動，其中包括預防接種、口腔保險和營養方案之推動等。環境科技部主要負責公共環境衛生，包括污水處理、毒物和危險物品控制等。人力資源部主要是監督和執行勞工的工作衛生和安全，例如園丘和礦區醫院等。此外，人力資源部亦通過職工社會安全基金（SOCSO），提供職業災害醫療和復健補助。至於社會福利部則主要提供復健，以及老人、毒品濫用者、精神病患，以及殘障人士的機構照護。

2.財務結構與支付體系

在醫療經濟學者 Roemer 的一項全球性醫療福利體系的比較研究中，馬來西亞被界定為福利取向的系統。其中，最主要的原因是政府在醫療福利財務中仍負起主要的財務責任，以保障相當大比例的國民負擔其醫療照護成本（Barraclough 1998）。獨立以來，馬來西亞在公共醫療福利體系仍繼續採行普及式福利模式，不僅由政府直接編列預算經營，所有的醫療服務人員都受聘於政府，因此，可謂一種典型的「國民健康服務」模式。醫療福利主要財源如下：

首先，一般稅收作為政府醫院體系的主要財源，主要由聯邦政府衛生部直接編列預算，以一次支付預算的方式（lump-sum budget）支應公共醫療福利體系的開支，其中包括營運預算（operating budget）和發展預算（Development budget）兩大部份。營運預算主要是支應包括管理、公共衛生、醫療照護、支援服務等各項支出，以及新政策的推展。至於發展預算則主要花費在訓練、公共衛生、健康設備採購，以及醫院的提昇和建立。以下，我們以從表 5-1-1 勾勒出醫療福利資源的分配及發展趨勢。

然而，公共醫療院所的收費標準，在「1951 醫藥費用法」的保障之下，其經費幾乎全數來自政府的預算補助。其中，根據衛生部的官方統計資料，來自病患的收費僅約佔政府醫院營運支出的百分之三；相對於私立醫療院所，其經費則

幾乎全部來自昂貴的醫療費用。

其次，職工社會安全基金（SOCSO）是一種強調僱主責任的社會保險制度。凡月薪一千元（隨國民所得水準而調整）以下的受僱者強制投保，保費則由僱主全額負擔。當發生職業災害時，這項基金將提供受僱者殘障給付、醫療給付、照護津貼及復健津貼等。

第三則是私人保險公司。在健康馬來西亞（Sihat Malaysia）⁵⁶計劃下，政府大力的推動國民預付健康保險，基本上是一種與美國 HMO 相仿的商業保險計劃。被保險人可以在特約的醫院接受醫療服務，並直接由保險公司支付醫療費用，近幾年來頗為流行。

表 5-1-1：馬來西亞衛生部（1965-1996）營運和發展預算分配表

年份	營運預算 (RM Mill)	發展預算 (RM Mill)	總數 (RM Mill)	%國家預算	%GNP
1965	118	22.30	140	5.94	1.92
1970	157	26.00	183	5.64	1.51
1980	759	136.27	895	5.27	3.53
1985	1094	161.21	1255	4.30	2.14
1990	1335	505.00	1840	5.5	1.68
1991	1480	686.45	2166	5.7	1.80
1992	1663	689.40	2352	5.4	1.70
1993	1933	549.47	2482	5.62	1.56
1994	2053	337.08	2390	5.07	1.36
1995	2365	427.96	2792	5.73	1.34
1996	2880	544.64	3424	6.17	1.46
1997	3220	566.97	3787	6.31	--
1998	3495	743.19	4238	6.61	--
1999	3495	743.19	4238	6.61	

資料來源：馬來西亞衛生部

⁵⁶ Sihat (馬來文)，即健康的意思。Sihat Malaysia 是一種政府鼓勵私人保險公司開辦的醫療保險方案。

第二節、新加坡醫療福利體系的歷史與現況

一、殖民時期的新加坡醫療福利體系發展

新加坡在 1959 年自英國殖民地政府取得自治，並於 1963 年成為馬來西亞的一州，但最終於 1965 年脫離馬來西亞，成為一個獨立自主的國家⁵⁷。然而，新加坡與馬來西亞共享了許多歷史經驗，曾經是英國的殖民地，在第二次大戰期間受到日本軍國主義長達三年八個月的統治。因此，其醫療福利體制的發展，可追溯至英國殖民時代的健康相關政策，以及日本軍國主義時代，以瞭解新加坡早期的醫療福利體制的特殊歷史結構。

新加坡的醫療福利制度的發展應溯至英國殖民初期。英國人萊佛士於 1819 年發現新加坡後，很快的就發現新加坡在地理位置上的優勢性，逐將新加坡發展成為英國東印度公司在東南亞地區的重要商業樞紐，投入包括碼頭、基地和醫療設施等重要基本設施⁵⁸。然而，除了其他歐洲列強（荷蘭、葡萄牙及西班牙等）在軍事上的威脅外，熱帶地區的風土性疾病的肆虐亦是殖民官員所必須解決的問題之一。於是，第一間綜合性醫院就在 1819 年設置在軍營中，服務的對象主要是英國殖民地官員、商人和軍隊（其中，英軍及來自印度的僱傭兵被區隔在不同的建築物中接受醫療服務），可視為西方醫學在新加坡發展的濫觴（Tan 1991）。此後，第二間以收容貧民的醫院於 1830 年建立，而 1844 年華人富商（陳篤生）更成立第一家慈善醫院。

在 1819-1941 年二次大戰爆發之前，英殖民政府的衛生政策主要仍是以防治傳染性疾病為主，包括天花、霍亂、瘧疾、結核病和腳氣病的預防與治療等。在 1840 年間，由於商業發展日益頻繁，新加坡也開始湧入大量的移民（主要來自中國沿海、印度等地），估計每年大概增加一萬人左右。此時，殖民地政府為了有效的控制人口的流動可能帶來的新疾病，採取強硬的碼頭疫情管制措施，並通過一些醫療服務相關法案，例如 1870 年傳染性疾病法；1878 年的出生及死亡登記法；1894 年疾病防治法、瘟疫法，以及 1911 年的助產士法等等。對於新加坡的衛生狀況的改善，有著積極的作用⁵⁹。

⁵⁷ 新加坡報政黨「人民行動黨」創立時的六大目標中的首要目標為「建立一個包括馬來西亞聯邦各州及新加坡的國家」，其理念是建立一個以馬來西亞族為中心的多種族、多語言及多宗教的國家，即其李光耀所倡議的「馬來西亞人的馬來西亞」。然而新加坡於 1965 年 8 月 9 日脫離馬來西亞原因相當複雜，其中，根據 R.S. Milne 教授的分析，主要是和馬國領導階層在憲法、政黨、種族及人事上的衝突使然（見顧長永 1995）。

⁵⁸ 由於地理上的優越條件（扼馬六甲海峽的咽喉地帶），英國東印度公司逐於 1826 年將新加坡，與位於馬來亞半島的馬六甲，以及檳榔嶼合併組成「海峽殖民地」（The Straits Settlement），並歸印度總督管理。最終，於 1867 年才歸英國殖民地部直轄（顧長永,1695:119）。

⁵⁹ 相關健康狀況指標之報告和統計資料，詳見 Nalla Tan,1991-A history of Singapore,Chapter 15。

此外，1905 年成立了第一間醫學院「海峽殖民地和馬來亞聯邦政府醫療學校」(1913 年改名為愛德華七世醫學院的前身)，培養在地的醫療專業人才。而 1914 年起，殖民地政府開始免費的學童一般醫療檢查工作，以及各項婦幼健康方案等。當時的醫療福利財源主要是來自於地方上的公共稅收，一直到二次大戰之前，都沒有太大的改變。在歷史上，1919 年到 1941 年間，全世界許多地區都無可倖免陷入一片戰事之中，但在西方醫學史上，卻有著突破性的發展。當時，新加坡現有醫院的有限設備和資源，已經無法滿足大量湧入的移民的需求⁶⁰。在這樣的情況之下，第一間以治療傳染性疾病為主醫院於 1913 年成立，但醫療人力的不足的問題，並沒有獲得妥善的解決。因此，現有的醫院如陳篤生醫院，就成為了培養本地醫師人力的教學醫院。此外，1929 開始創立牙科醫學院；而 1935 年則發出第一張藥師文憑 (Tan 1996)。

此時，殖民地政府的醫療福利服務，主要還是針對母性和兒童（婦幼）健康的保護，以降低當時高居不下的嬰兒死亡率。因此，殖民政府開始設置政府衛生部門，以及市鎮層級設立一些小診所。面對著母性和婦產科服務需求的成長，第一個專業的助產士於 1922 年誕生，而前兩間市鎮母性和兒童診所 (Maternal and Children Health Clinics) 分別於 1923 年和 1927 年設置，但都屬於流動和路旁 (roadside) 的服務，一直到 1929 年才設立了第一間永久性的診所。其服務內容主要是提供居民預防性服務，以及提供極為少數的治療性服務。

當時殖民政府對於母性和兒童健康照護的投入，在 1940 年間達成了相當的成效，尤其是在嬰兒死亡率上。(詳見表 5-2-1)

表 5-2-1：不同年代嬰兒死亡率一覽表

年代	每 1000 人嬰兒死亡率
1901	348.8
1911	-
1921	232.2
1931	191.3
1940	142.6

資料來源:Nalla Tan,1996, Southeast Asian Studies Program, A History of Singapore.

在疾病類型方面，雖然某些傳染性疾病在殖民政府嚴厲措施下，獲得有效的控制，但在二次大戰期間，肺結核、瘧疾、肺炎、痢疾、傷寒症、腳氣病，以及貧血病，仍然是新加坡最常見的疾病和死亡原因。然而，由於當時在醫學上對傳染性疾病有重大的發現（例如瘧疾病媒），因此，「對抗瘧疾，消滅病媒」就成為了政府衛生單位的主要工作和責任。此外，相較於前一階段的疾病類型，除了部份風土性疾病之外，還包括因貧窮所導致的營養不良和健康等問題。(Tan 1996)。

⁶⁰ 當時，新加坡的健康狀況極為不佳，超過 40% 的嬰兒在一歲前猝死，而嬰兒死亡率 (IMR) 於 1901 年為 348.5，1921 年則為 232.2 (詳見 Nalla Tan,1996)。

1942 年第二次大戰新馬淪陷，日軍統治新加坡為期三年又八個月之久。在這段期間，有關健康照護相關議題的資訊和記錄相當缺乏。但根據英國殖民政府的報告書中卻在這麼一段描述，我們可以窺知當時的情況：「在日本人統治期間，新加坡在戰前所建立的醫療和健康照護服務，遭受到嚴重的倒退。預防性的服務完全被忽視，而治療性的服務則大部份只提供給日本官方職員，鄉村地區幾乎完全沒有適當的服務」(Colony of Singapore Annual Report, 1954、1956)。

戰後，大部份居民普遍處於極度的營養不良的狀態之下，而各種傳染性疾病亦死灰復燃，嚴重影響居民的健康。英軍在恢復殖民統治後，除了投入各項重建工作外，此時健康照護政策的主要特色是制定所謂的「醫療計劃」。初始的設計為期五年，後來則修正為十年。內容主要包括維護都市的整潔、地下污水處理、以及向傳染性疾病宣戰等，並獲得相當可觀的成效。(Annual Report 1954;1956;Tan 1996)(詳見表二)。

表 5-2-2：新加坡(1931-58) Infant Mortality Rate, Crude Death Rate, and Maternal Mortality Rate-selected-year

年代	嬰兒死亡率 IMR	CDR	出生死亡率 MMR
1931	191.3	24.2	4.5
1940	142.6	20.9	4.3
1946	898.7	N.A.	3.3
1950	82.2	12.0	1.8
1955	49.5	8.1	0.9
1958	43.7	7.0	0.7

資料來源:Nalla Tan (1996), Southeast Asian studies Program - A History of Singapore.

二、戰後至獨立前後的醫療福利發展

英國於戰後重返東南亞普遍遭到人民的反彈，新馬兩地的人民要求獨立的聲浪不斷，而當時的知識份子紛紛籌組政黨，並倡議獨立建國。其中，在新加坡，以李光耀、杜進才所創立「人民行動黨」(1954.11.21)為主，開始積極的爭取新馬兩國的獨立(王國璋 1997:109-202)。因此，英國在 1946 年 4 月 1 日允許新加坡成立一個單獨的殖民地政府，並於 1948 年 4 月 1 日設立「立法會議」，負責批准新加坡行政部門的法令，開啟了新加坡人民參與政治的機會。

在這時期，政府醫療服務投入的主要財務來源是公共稅收(Public revenue)支應，而市鎮地區者則從統一費率基金中支應(Consolidated Rate Fund)。以 1954 年度的公共醫療財務中，總醫療支出為新加坡幣 27,228,654 元，但在財務來源部份，扣除來自病患的收費 1,176,520 元(佔 4.32%)，其餘者皆由以上二者支應。其中，從公共稅收支應者佔 21,751,734 (佔 79.89%)；而從統一費率基金者則為 4,300,400 (佔 15.80%)。而總醫療支出，佔當年政府總支出的 10.92%。

然而，1955年6月29日中央公積金法（Central Provident Fund Act, 1955）⁶¹ 過通，對於新加坡日後社會安全體制的發展，具有相當關鍵性的影響。然而，公積金制度於1950年由當時自治政府的兩名立法議員倡議，並於次年將法案呈交立法議題討論。根據海峽時報當時的報導，其主要背景在於：「當時，政府亦設立一個退休福利委員會，以提出保障受薪人士退休福利制度的可行性報告。然而，1952年2月27日，退休福利委員會則建議對雇員實行一種強制養老金制度，在這個制度下每一名雇員每星期繳交6角，退休後可在有生之年獲得每月30元的養老金。因此，殖民地政府特選委員會在養老金和公積金兩個方案僵持不下的情況下，將這個燙手山芋丟回立法議會處理。當時，主要的考量在於行政執行上的可行性。然而，何以當時捨去眾委員會一致主張的社會保險方案，而由公積金模式卻脫穎而出？根據Toh & Linda (1994)的見解，其中最大的政治理由是：「當時，英國政府感覺殖民統治猶如“強弩之末”，已來日無多，遂不願負擔責任。」（The CPF story 1995; Toh & Linda 1997:14-21）

此時，醫療服務雖非免費，但從1954年殖民地政府的報告書中，大部份的醫療服務都是由政府所提供。值得一提的是，早在1950's，英國醫師協會馬來西亞分會就曾向殖民政府提出一分備忘錄：“新加坡醫療執業備忘錄”（Memorandum on the Future of Medical Practice in Singapore）中，建議和支持新加坡實施全民健康服務，但並不被殖民政府所接納（Phua 1992; 1997; 孫友聯 2000）。

1958年5月27日，英國正式允許新加坡成為大英國協內政自主的自治城邦，即國際與外交由英國負責，內政由新加坡完全自治。而以李光耀為首的人民行動黨（PAP）在1959年5月30日的新加坡自治邦普選中，獲得四十三議席的壓倒性勝利（總共五十一席），由黨秘書長李光耀正式組織內閣，新加坡正式進入了PAP主政的時代（顧長永 1995:120），同時，亦開啟了新加坡社會及醫療福利的新階段。其中，自治政府整合了當時的衛生行政體系，並成立了單一行政的衛生部，除整合當時的稀薄的醫療福利資源外，更避免了資源的錯置與浪費，對於新加坡醫療福利的發展有著相當的大影響（Phua 1992; Tan 1996）。

此時，經過多回合的談判，馬來西亞（包括新加坡）終於在1963年8月31日宣布獨立運動；而在1965年8月10日，新加坡正式脫離馬來西亞，成立新加坡共和國。在政體而言，新加坡是大英國協成員國。新加坡主要是仿英國的責任內閣制，但全國最高首長為總統⁶²。在政治制度上，內閣為最高行政機構，由總理及各部首長組成；總理係總統任命國會多數黨領袖擔任，負責實際行政責任。

⁶¹ 詳細資料，請參見「The CPF Story 1995」。然而，在英國的殖民地當中，採用公積金的國家尚包括包括馬來西亞（1951）、印度（1952）、錫蘭（1958）、尼日利亞（1961）、坦尚尼亞（1964）、加納、肯亞和尚比亞（1965）、以及烏干達等（Low 1997）。

⁶² 就憲政體制上，總統原係為一「虛位元首」，由國會推選，不具政治實權亦不須負行政責任。惟一九九一年元月國會通過修憲，將總統改為民選，並賦予財政預算、公基金使用及重要政府人事任命等事項之同意權，發佈命令無須總理副署，以分散總理之權力，係為雙首長制精神。第一

部長等政務官員由總理中遴定後，向總統推薦委派。在國會制度上採一院制，現有議員八十三人，係由九個單選區（每區選出一人）及十五個集選區（每區選出一組四至六人）選舉，原則上每五年改選一次。此外，國會於 1990 年 3 月通過一法案，增設六席「官委議員」，由特別遴選委員會甄選⁶³。在這期間，第二階段的十年醫療計劃主要是透過母性及兒童健康診所、戶外診療所和牙醫診所網絡的強化，以及醫療人力的培訓，提昇國民的健康。此外，更通過包括毀滅性昆蟲疾病法（The Destruction of Disease-Bearing Insects Act）；環境公共衛生法；藥品（銷售）修正法等與健康照護相關的法（Singapore year book 1968）。

60 年代政府在政策議程上是以經濟成長和房屋政策為優先，而健康照護政策的特色，主要是醫療院所的發展與建設。此時，許多醫院和專科醫療機構紛紛成立，醫院和診所現代化建築物的重建工作，以及培訓更多醫師和醫療專業人員的計劃等。此時，專科醫學的發展成為政府醫療資源投注的重點，其中包括放射線療法、心臟及胸部手術、心臟病學、神經及神經外科、腎臟醫學以及兒童精神病學等；而新加坡在此期間完成第一顆腎臟移植和心臟繞道手術。同時，在醫療人員短缺，公立醫學醫師流失的情況下，迫使政府以提高薪資作為緩和公立醫學人力短缺的困境（Goh 1980, Choon&Low 1996:5）由於二次大戰後的嬰兒潮（baby bloom），再加上來自長堤彼岸（the other side）的移民⁶⁴，造成新加坡 60 年代的高失業率，因此，60 年代的一項重要措施是宣傳和嚴格執行政府的人口家庭計劃，以緩和新加坡人口的成長。但此計劃於 1986 年宣告停止，主要原因是政策執行的太過成功，以致新國在 80's 遭致人口急速老化和勞動力缺乏的嚴重問題（Low 1998）。

在財務結構面上，60 年代的醫療支出主要仍以稅收（Public Revenue）為主，以 1965 年為例，當年的實際總支出為 68,578,437 新幣，收入部份為（含租金、執照收入、以及各項醫療收費等）7,255,248 元，因此，由稅收支出者為 61,323,189 元，佔當年支出的 89.42%。至於 1968 年，公共稅收支出者為 65,860,021 元，佔當年所有醫療支出的 87.40%（Singapore year book 1965;1968）。

三、80 年代醫療福利改革與醫療儲蓄帳戶

一直到了 1980 年以後，醫療福利改革才逐漸成為政府的政治議程。由於 1960-1980 年間，政府所關注的是經濟和房屋政策上的改革，在既有的公積金制度下所推動的五年房屋發展，造就了新加坡「住者有其屋」的美景。然而，房屋政策的成功，更開啟了醫療福利改革的契機（Toh&Low 1995）。

任民選總統王鼎昌為當時副總理兼新加坡職工總會秘書長暨人民行動黨主席。

⁶³ 除了執政的人民行動黨，目前新加坡另有五個反對黨為工人黨、民主黨、國民團結黨、新加坡人民黨，以及民主進步黨。

⁶⁴ 有趣的是，這樣的用語充份突顯了當時兩國領袖之間的心結與愛恨情仇；那個時候，新加坡領袖普遍將馬來西亞聯邦簡稱為「彼岸」，更突顯了當時兩國之間密切而又緊張的複雜關係。（Tan 1991）

80年代是新加坡醫療福利體制改革一個重要的里程碑。其中，以1983年提出『國家健康計劃藍皮書』(MOH 1983)不僅確立了政府對醫療福利政策的基本原則，更對日後新加坡醫療福利體制產生深遠的影響(Phua 1992;Toh & Low 1995;Low 1998)，當時的衛生部長吳作棟先生⁶⁵更直接宣示：「新加坡將不會施行類似西方福利國家“從搖籃到墳墓”的醫療福利體制」(Phua,1998)。然而，吳作棟於1981年接任衛生部長時提出在公積金架構下實施醫療儲蓄帳戶的改革理念，但由於仍只是政策宣示，而未有具體的政策執行方案，因此，在國會進行辯論時遭到擱置。但雖然如此，已使得醫療儲蓄帳戶的改革理念成為新加坡輿論的焦點。第二次提出是在1983年衛生部發表「全國健康政策藍皮書」，清楚的勾勒出未來的施政藍圖，使得醫療儲蓄帳戶再次成為討論的重點。結果，國會以壓倒性的票數，通過這項議案，而醫療儲蓄帳戶於次年(1984年)正式實施，開啟了該國醫療福利體制改革之路(Low 1998)。

因此，藍皮書中提出兩個具體建議，首先是在原有公積金的架構之下，實施『醫療儲蓄帳戶』⁶⁶，以及政府公立醫院組織再造(restructuring)的方案(MOH 1983;Phua 1992;Low 1995)。前者是對醫療福利財務改革，將原先社會化程度頗高的醫療福利財務逐漸私有化，強調個人和家庭的健康責任，以避免過度的依賴國家福利。而後者則透過政府醫院的組織再造和企業化的方案，賦予醫院更彈性、更自主的管理，透過競爭和市場力量增進服務的效率，政府僅在市場失靈的時候才會介入提供服務。但事實上，組織重整後的醫院仍為政府所有，而其與私立醫院最大的差異，在於接受政府每年的津貼和補助(Low 1998)。

在意識型態上，1983年所提出的「國民健康政策藍皮書」的基本方向，尤其是在醫療儲蓄帳戶的架構下，政府的責任僅在於提供一個低所得者承擔得起的基礎健康照護，以及提供津貼給缺乏家庭支持的人(Low 1998)。國家健康計劃的主要政策目標之下：(MOH,1983,Medisave affordable health care 1999)

- 1.透過良好的健康促進養育健康的國民。
- 2.提昇個人對健康的責任以及避免過度依賴福利國家或醫療保險。
- 3.提供所有新加坡國民一個良好和負擔得起的醫療服務。
- 4.依賴競爭機制和市場的力量，增強健康照護的服務和效率，以及；
- 5.透過健康照護部門的直接介入，必要時，在市場失靈的狀況下降低健康照護的成本。

⁶⁵ 吳作棟先生為新加坡現任總理(1990年迄今)和其他新加坡的政治菁英一樣，吳作棟先生亦是來自新加坡萊佛士學院；並新加坡大學就讀經濟系後，赴美國威廉斯學院攻讀經濟學碩士學位。這樣的背景，似乎成為他提出向市場靠攏的「醫療儲蓄帳戶」不無關係(孫友聯 2001)；而新加坡新一代政治領導人留學美國的學習背景，和前一代留英政治領袖的作風有些差異。

⁶⁶ 強制性的儲蓄方案，其涵蓋所有的工作人口，在中央公積金的架構下，將部份儲蓄提撥到醫療保健專戶，其費率約為僱員薪資的6%(35歲以上的僱員為7%，45歲以上者則為8%)。主要是用於住院費用和一些日間治療。1992年，才擴大到自營作業者。基本上，其基本預設是借此提昇民眾的成本意識，減少不必要的醫療利用，進而降低醫療成本的上漲(Low 1998)。

1990年，衛生部又推出所謂的「健保雙全計劃」(Medishield)⁶⁷，是一個全國性重大傷病保險計劃(Catastrophic)。其功能是補足醫療儲蓄帳戶之不足，以支付重大傷病和慢性疾病等醫療費用支出，例如意外傷害、癌症、腎臟病及慢性病患，因此保費相當低廉。健保雙全的保費由個人的醫療儲蓄帳戶中直接支付，除非公積金會員選擇不加入(opt-out)，否則所有公積金會員都被自動納入這項保險計劃之內。

1991年成立國家健康政策審查委員會，並提出所謂的醫療福利服務輸送的長程目標。其中，對於醫療專業化的發展和規劃、醫療福利財務檢討、以及強化政府在健康照護提供的成本控制，扮演著極重要的角色。此外，該委員會亦於1993年提出一份名為「承擔得起的健康照護」的政策白皮書，對健康照護政策提出具體的建議，其中最重要者在於對政府在健康照護服務所扮演的角色，以及醫療成本控制作更詳盡的說明。

最後，儘管有醫療儲蓄帳戶和健保雙全方案，但仍有一部份人低收入者、獨居老人，或沒有公積金帳戶者，被排除在以上兩者之外。因此，新國政府1992年實施保健基金方案(Medifund)。由政府撥款建立特別帳戶，以協助符合條件的病人支付全部或部份的醫療費用。在保健基金之下，各醫院成立醫療救濟顧問理事會，以負責審核申請人的資格。保健基金的開辦，意謂著新加坡的健康照護正式進入所謂的3M時代，即Medisave、Meshield和Medifund。

四、新加坡醫療福利體制與財務特質

1. 衛生行政結構

在早期英國殖民時代，新加坡(或當時稱之淡馬錫)的衛生行政體系是在英國軍隊的架構之下，主要的服務對象是殖民政府官員、英國和來自印度的僱用軍隊。然而，在第二次大戰之前，衛生行政體系一直維持在所謂中央政府衛生部和地方市政衛生部兩個架構，前者主要是負責政府規劃、提供鄉村健康照護服務、學校健康服務及傳染性疾病的控制等，而後者僅負責市鎮地區除了學校健康照護外的其他健康服務。直到1959年，才在人民行動黨政府的整合下，將主要的衛生行政規屬衛生部(Tan 1996)。

如今，新加坡健康照護服務，主要是透過三個不同的行政部會，作為服務提供的行政體系，其中衛生部、環境部和人力資源部(勞工部)，其分工和職責如下：

衛生部(MOH)主要是負責提供預防性、治療性及復健醫療服務。此外，衛生部負責制定國家健康計劃，協調公私立部門的醫療服務發展方案，以監督和維護國民的健康水準。

⁶⁷ 此為新加坡衛生部之用語。目前又細分為A、B兩種計劃，主要是在自付額上的差異。

環境部 (Ministry of the Environment-ENV) 主要是負責環境衛生的服務，例如下水道處理、排水溝及廢棄物處理系統，空氣和自來水污染的控制，以及有毒化學物與和毒物的管理。此外，還包括傳染性疾病、傳染疾病病媒和蚊蟲的監控，以及食物安全工作等。至於人力資源部 (Ministry of Manpower-MOM) 主要是負責工業和職業衛生工作。

2.財務及支付體系

長久以來，醫療成本的上昇等財務問題，一直都是新加坡政府關切的重點。然而，為了維護一般民眾付得起 (affordable) 的醫療服務，避免國民被排拒在醫療服務之外 (1983 年國家健康計劃所強調的)，新加坡政府採取了兩條分不同的途徑，其一是強調個人對健康維護的責任，其二為提供選擇性的政府津貼 (MOH 1999)。採取定額部份負擔 (Co-payment) 的方式，病患必須自行支付部份的醫療費用，而自行支付的金額將隨個人的「需求」而調整，以避免完全免費醫療福利「道德危機」的陷阱。

目前新加坡的國民健康照護支出，將近十年來一直維持在佔 GDP 比例的 3% 左右，而 1998 年則為佔 GDP 的 3.1%。其中，政府對健康照護的津貼大概佔 GDP 的 0.7%。然而，新加坡健康照護財務的基本哲學是立基於個人對於自身健康的責任，配合政府的津貼，維護民眾消費得起的健康照護服務。因此，政府推行了所謂的 3Ms 方案，作為新加坡健康照護財務的主要結構。歸結新加坡目前整個健康照護體制的財務結構如下：

首先是一般稅，主要是作為提供基層醫療服務的財務提供，例如政府社區診所服務、對醫院病房補助，以及防疫和學校健康 (衛生) 計劃等。

其次是醫療儲蓄帳戶 (Medisave, 1984)，是一個強制性的儲蓄方案，其涵蓋所有的工作人口，在中央公積金的架構下，將部份儲蓄提撥到醫療保健專戶，其費率約為僱員薪資的 6% (35 歲以上的僱員為 7%，45 歲以上者則為 8%，由勞雇雙方各負擔百分之五十)。主要是用於住院費用和一些日間治療。延續著中央公積金這種 save-as-you-go 的基本精神，新國政府試圖透過這種 pay-as-you-save 的方式，提昇民眾的成本意識，減少不必要的醫療利用，進而降低或緩和醫療成本的上漲。因為，所付出的錢實際上是自己的存款 (Low 1998)。

直到 1992 年，自營作業者才被納入其涵蓋範圍之中。依據法律，擁有所得稅籍編號的自雇人士，如果收入每年超過 2400 元必須自行提撥繳交儲蓄。而繳交率是他們常年淨營業收入 (總營業額扣去營業開支) 的 5%。而個人可以使用他們的醫療儲蓄帳戶支付他們和其直接親屬的住院醫療支出。由於其為一種強制性的儲蓄計劃，所以自雇員者只有在繳清所應提撥的儲蓄款項之後，才能更新他們的營業與職業執照。

表 5-2-3：新加坡不同年齡層醫療儲蓄帳戶的提撥率

受雇者年齡	提撥率	月提撥最高金額
35 歲以下	6%	\$360
35 至 44 歲	7%	\$420
45 歲和以上	8%	\$480

資料來源：MOH of Singapore,1999

雇主和僱員都負擔同樣比例的儲蓄金，皆享有稅務上的優惠，而帳戶中的款項則享有利息的收入。然而，為了讓會員更彈性的運用其公積金中的儲金，醫療儲蓄帳戶提撥金額的總額有一定的上限⁶⁸。(見表 5-2-3)

1997 年財政年度，大概有 96% 的醫院住院病人利用他們的醫療儲蓄支付他們的醫院帳單。1997 年一共有 263 萬個醫療儲蓄帳戶，比 96 年增加了 44,150 個帳戶，成長率約為 2%，醫療儲蓄帳戶的結餘為 \$17.0(billion)。然而，97 年被支領總額為 \$350(million)，而在 96 年則為 \$327(million)。

再次是健保雙全計劃 (Medishield,1990)。健保雙全計劃是一項承保公司和受保人共同負擔醫療費的重大傷病保險計劃 (Catastrophic insurance)。作為一種全國性的保險計劃，其功能是補足醫療儲蓄帳戶之不足，以支付重大傷病，醫療費用較鉅的支出，例如各種慢性疾病、癌症、腎臟病及慢性病患，因此保費相當低廉。健保雙全的保費由個人的醫療儲蓄帳戶中直接支付，除非公積金會員選擇不加入 (opt-out)，否則所有公積金會都被自動納入這項保險計劃之內。(詳見表 5-2-4)

此外，為了豐富醫療健保保險的內容，政府持續推動“增值健保雙全”計劃，是一種附加保險，又細分為 A、B 兩種計劃。在操作上，會員接受治療而申請“健保雙全”或是“增值健保雙全”的補償，數額都有一定的限制。計劃讓會員每年申請 (理賠) 高達 2 萬元的醫療補償，終生最多不能超過 8 萬元。在“增值健保雙全”A 計劃下，會員一年可索償高達 7 萬元，終生最多不能超過 20 萬元。“增值健保雙全”B 計劃，一年可索償高達 5 萬元，終生最多不能超過 15 萬元 (新幣)。

⁶⁸ 醫療儲蓄帳戶提撥金額是總額有一定的上限。目前的上限金額為 S\$21,000。設定上限的目的在於防止醫療儲蓄帳戶的不當使用，至於超過上限部份的金額，直接自動移轉到中央公積金的普通帳戶 (ordinary account) 【Note：所有的受雇者必須提撥其薪資的 20% 到其公積金的帳戶之中，而雇主也須相對提撥。而在總共 40% 的提撥金分配之下：約 28%-30% 儲蓄在其普通帳戶之中，以便公積金會員可以靈活利用，這個帳戶的儲金購買房屋及認可 (教育、買股票) 的投資；6%-8% 提撥到其醫療儲蓄帳戶；以及百分之 4 提撥到其特別的帳戶之中】。

表 5-2-4：各年齡層健保雙全與健保雙全附加保險年保費

年齡	Medishield	Medishield Plus	
		Plan A(Class A)	Plan B(Class B)
30 歲以上	\$12	\$60	\$36
31 至 40 歲	\$18	\$90	\$54
41 至 50 歲	\$36	\$180	\$108
51 至 60 歲	\$60	\$300	\$180
61 至 65 歲	\$96	\$480	\$288
66 至 70 歲	\$132	\$660	\$396

資料來源：MOH of Singapore 1999

參加健保雙全計劃的會員以 97 年為例，總共有 1.9 (million)，其中 17% 是受扶養人口。然而，在 97 年的財政年度中，健保雙全計劃和附加保險總共支付 \$40.8 (million)，申賠件數為 59,320 件。

又次是保健基金 (Medifund, 1992) 保健基金是政府設立的一項信托基金，目的是協助貧窮的國民繳付醫療費用。其財務來自於政府的預算，政府在第一年提撥 2 億元作為保健基金。其後視經濟發展的穩定性，每年撥款一億元，直到保健基金有足夠的款項支應貧窮國人的需求。

保健基金的受益資格和資助的款項，是由設置在各醫院和醫療中心的「保健基金委員會」負責審查，同時，根據推荐原則決定所要資助的款額。委員會的成員是為積極參與社區工作與社會服務，對國內低收入家庭的需求和難題最為熟悉，所以最能協助需要基金資助的人。(衛生部保健基金指南 1998)

保健基金的申請案件以 97 年的財務年度為例為 58,000 件，核准率為 97%，總共支付 \$13.1 (million)。而 98 年則為 69,300 個案，最終批准 68,700 件；總花費金額為 14.6 (million) 新幣。其中，77.8% 是對 B2 和 C 級住院病人之補助；而 22.2% 是對花費在門診病人的補助上 (MOH 1999)

復次是病患的部份負擔 (Co-payment Scheme) 病人自行付擔的醫療費用，其中包括到私人診所的門診費用，以及個人因為自己的需求而自付的部份，例如享受 A 級病房的差額負擔。

最後是僱主所提供的團體保險。為了穩定勞動市場，以及期待僱主負起更多的責任，政府鼓勵僱主提供醫療相關的私人保險，一方面作為員工福利的一部份。同時，也增加員工對於公司的認同和歸屬感。

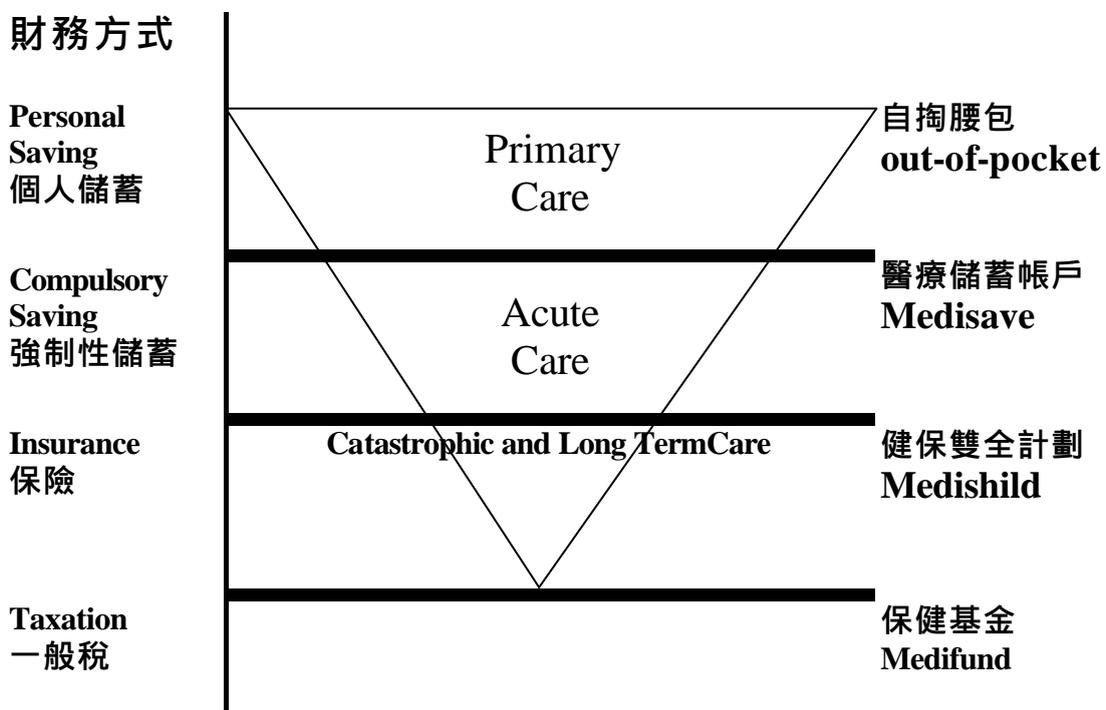
依照學者潘家鴻 (Phua 1992; 1997) 的解釋，新加坡政府為了有效的控制醫療成本的上漲，以及緩和政府在健康照護成本上的負擔，因此，採行了多層次的財務系統 (Multi-layer financing system)。(Phua 1997) 見「醫療福利財務體系的架構如下」：(圖 5-2-1)

其中，在基礎照護部份主要由個人的儲蓄支應，並佔醫療支出的大部份；急

性照護部份則由醫療儲蓄帳戶支付；至於長期照護（慢性、重大傷病）則透過健保雙全保險計劃支應，而政府以一般稅支應部份，則僅作為提供基層醫療服務的財務提供，例如政府社區診所服務、對醫院病房補助，以及免疫和學生健康照護提供，以及政府保健基金（Medifund）的支出。

我們以 1997 年財政年度為例，國民健康支出（NHE）為\$4,037(M)，而政府健康支出（GHE）則為\$1,240 (M)，從醫療儲蓄帳戶支出為\$350(M)；從健保雙全方案和附加方案支出為\$13.1(M)，而保健基金則為\$1.9(M)，因此，我們可以算出，在 1997 年人民自付(out of pocket)的醫療費用為\$2,472(M)，佔國民健康支出的 67.92%。

圖 5-2-1：新加坡健康照護財務體系



Source 作者自行繪製，修正自 Phua Kai Hong,1996,"Comparative Health Care Financing in Singapore." P.142

第三節、台灣醫療福利體系的歷史與現況

台灣醫療體系的發展，可溯及早期清朝時期教會醫療體系在台灣的發展，日據時代的殖民統治時期的建設，甚至於中華民國政府早期在大陸時期的施政作為等的影響（Ku 1997;Kwon 1998:44;張荳雲 1998;陳永興 1998;劉見祥 1988）。其中，教會醫療體系隨著傳教士來台灣宣教而移入，更可視為現代醫學在台灣發展之濫觴（1865-1894年）⁶⁹；而日據時期，在「同化主義」和所謂的「內地延長主義」的殖民統治邏輯下，據台後不久就以國家力量直接介入醫療體系的發展，不但設置公立醫院服務特權階級，更逐漸收編教會醫療體系，全面性的建立台灣現代化醫療的制度規範和設施，因此，在日本殖民 50 年間的一連串建設，不僅滿足了日本殖民統治的需求⁷⁰；同時，也奠定了西方醫學在台灣發展的基石（張荳雲 1998;陳永興 1998）

本論文不在於深探台灣的醫療發展史，更無意複訴前人在這方面的研究成果。然而，全民健保的實施，奠定了台灣醫療福利社會保險體制，因此研究者將把論述重點限縮於社會保險體制的發展，其中包括勞工保險、公務人員保險及農保等其他保險體系，籍以釐清台灣全民健保體制曲曲折折的政治過程。

一、台灣醫療保險體制的發展

台灣的醫療福利體系早期的發展，主要是以職業類別為基礎的社會保險體系。依順序，從早期的勞工保險（1950.1）公務人員保險（1958.9）為兩大體系；然而，儘管當時以上兩種保險涵蓋率僅為總人口的百分之四，但似乎卻已奠定了台灣醫療福利社會保險體制發展的軌跡。

嚴格來說，台灣社會保險制度的出現，是延續國民黨政府在大陸時期的規劃。根據劉見祥（1988）、傅立葉（1993）及吳凱勳（1993）等學者的研究，早在 1917 年，國民政府就已有開辦社會保險的主張，但大多僅流於文字上的宣示，並沒有任何實質的施政；一直到 1943 年，國民黨才在四川開辦第一個社會保險，即台井鹽廠鹽工保險社；次年，再於綿陽等縣設立鹽工保險社，被保險人增至五萬人之多。1945 年抗戰結束後，政府進一步修正「川北區各鹽廠鹽工保險暫行辦法」，統一各保險社的給付項目與收費標準；此外，行政院核定了「戰後社會

⁶⁹ 馬雅各醫師（Douglas Carstairs, 1836-1921）是台灣首位西方醫療傳道者，從高雄旗後登陸後（1865 年），開展南台灣現代醫療與傳教事工，今台灣神學院與台南新樓醫院仍屹立，成為長老教會奉獻台灣社會的重鎮。之後，馬偕博士（Rev George Leslie Mackay D.D., 1844-1901）以北台灣淡水為中心，開展北台灣的醫事及傳道工作；至於中部，則由蘭大衛醫師（Dr. David Landsborough, 1870-1957），以彰化為中心從事佈道和醫事工作。（陳永興 1998:55-64）

⁷⁰ 當時，台灣特殊的氣候和惡劣的衛生環境，對日軍構成相當大的威脅，其中，最明顯的統計數字是當時因病死亡的日本軍人比戰死者多了四十倍；再加上日本有意將台灣建設為南進政策的基地，遂對台灣投入許多建設，其中包括醫療設施。

安全初步設施綱領實施辦法」，宣示了戰後社會安全制度的工作重點，其中包括舉辦社會保險等。（劉見祥 1988;傅立葉 1993:51-56;吳凱勳 1993）

然而，戰事是影響中國社會保險發展的關鍵因素之一。雖然國民黨於 1947 年初就已成立中央社會保險局籌備處，並聘請國內外社會保險專家擔任委員，從事社會保險相關法令的草擬工作；同年，在中華民國憲法中第 155 條亦有實施社會保險制度的規定，但整個社會保險的立法工作，最終因國共內戰而停頓。1949 年國民黨政府遷台以後，仍延續大陸時期的政策規劃籌辦社會保險。於 1950 年 1 月台灣省政府公佈「台灣省勞工保險辦法及施行細則」，並於 3 月 1 日開始辦理勞工保險；然而，這項社會保險計劃的適用對象採取逐漸擴大適用的方式，從公營廠礦和交通事業為優先適用，1951 年 6 月，才逐漸擴及民間廠礦事業等。同年，省政府又公佈「台灣省職業工人保險辦法」，將無一定雇主之職業工人納入適用範圍；以及 1953 年的「漁民保險辦法」等，形成了台灣早期零碎、分立的社會保險體系（傅立葉 1993）。

台灣第一個由中央政府制定的社會保險體制為 1953 年 11 月 19 日公佈的「陸海空軍軍人保險條例」，其保險對象僅適用於軍人。其後，1958 年 1 月 29 日，政府公佈實施了公務人員保險法（公保體系），並在同年 7 月 21 日又公佈「勞工保險條例」（勞保體系），形成了台灣社會保險的基本架構⁷¹。然而，公保體系的適用對象較為明確，至於勞保體系，則歷經了數次的修正，其被保險人才逐漸擴大，成為眾保險體系中保險對象最廣的社會保險體系。

一直到 1980 年的二十年間，雖然勞保和公保等社會保險體系持穩定的成長，但由於其保險對象和保障範圍相當有限，因此，僅具象徵性的作用。一直到 1980 年代，台灣的社會保險體系才逐漸的擴張，逐形成公保及勞農保兩大保險體系。新增的保險方案的保障內容大多僅限於健康保險，其中包括私立學校教職員保險（1980）公務人員眷屬疾病保險（1982）退休公務人員疾病保險、退休公務人員眷屬疾病保險、私立興校退休教職員疾病保險、私立興校退休教職員配偶疾病保險、以及農民健康保險試辦（1985）；而農民健康保險於 1989 年 7 月 1 日全面開辦。此外，還有各地方民意代表、村里長及鄰長健康保險（1989）以及私立興校教職員配偶疾病保險、低收入戶健康保險暫行辦法、殘障者健康保險辦法（1990）等。在 1995 年 3 月 1 日全民健保開辦以前，以職業類別為基礎勞農保和公保兩大保險體系，其保險涵蓋率已達總人口的 58%（詳見表 5-3-1）

90 年代以後，雖然大部份受雇者已納入健康保險的範圍，但仍有將近二分之一民眾被排除在保險體系之外（主要包括老人、小孩及未就業者等弱勢者）。他們多以自費的方式支應醫療費用，而龐大的醫療費用，往往對其家庭產生極大的經濟負擔。因此，全民健保的開辦，除了整合先前以職業類別為主的社會保險

⁷¹ 何以國民黨政府當時將「公保」和「勞保」體系分立，傅立葉教授（1993）的認為，一方面是為了反共的目的；另一方面是將公保視為一種人事行政管理制，以加強對公務人員的控制。（傅立葉 1993）

體系之外，某種程度上，亦是為了解決這個相關民生權益的棘手政治議題。

表 5-3-1：台灣社會（健康）保險投保人數占總人口百分比

年 底 別	總人口數	各種保險投保人數占總人口百分比				
		合 計	公 保	勞 保	農 保	其 他
1950	7,554,339	1.70	-	1.70	-	-
1960	10,792,202	6.32	1.89	4.43	-	-
1970	14,675,964	8.21	2.04	6.17	-	-
1975	16,149,702	11.83	2.27	9.56	-	-
1980	17,805,067	16.71	2.45	14.26	-	-
1985	19,258,053	25.47	3.92	21.03	0.52	-
1990	20,352,966	47.32	5.30	33.67	7.72	0.63
1995.2	21,196,205	57.08	8.48	39.70	8.21	0.69
1995		92.34	全 民 健 康 保 險			
2001		96.16				

資料來源：楊志良編，健康保險(增訂版),巨流圖書公司,1996/1,製表:孫友聯

說明：1.本表不包括軍人保險被保險人在內。

2.1995年為截至2月底統計數字。

3.公保包括私校教職員、退休公教人員及其眷屬等相關保險。

然而，從許多研究台灣社會保險的文獻中，台灣社會保險體制的出現，起源自牽台以後國民黨企圖鞏固其統治權力的政治考量（林國明 1998a）。而傅立葉（1993）更以「去商品化」和「社會控制」兩個概念，清楚的刻劃了各保險體系的發展背景和動機，並充份顯示出其社會控制的目的。關於這一點，本論文第六章將會有更深入的探討，在此不再深探。

二、全民健保的規劃、立法與改革

台灣健康照護體制的發展，經過了六0及七0年代整體健康狀態的改善，死亡率的下降、非傳染性疾病取代傳染性疾病成為主要死因，工業取代了農業，由入超轉為出超，由貧窮轉為小康，因此國民的醫療需求不斷的迅速提高。而為了因應社會、經濟環境的需求，在醫療政策上先後提出了數項擴大供給的政策，例如增加醫師人數、群醫計畫及醫療網等。遲至1986年，行政院經建會提出「我國社會福利制度整體規劃之研究」報告，方建議分階段於公元二千年之前實施全民健康保險（孫友聯 2000）。

雖然在1947年憲法第155條及157條已形成了全民健保或公醫制的基礎⁷²，但「全民健保」政策的出現，是在1979年12月國民黨十一屆四中全會通「復興

⁷² 中華民國憲法第一百五十五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。第一百五十七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。許多學者認為，係為台灣實施全民健保的主要依據之一。

基地重要建設方針」中，宣示「...逐步實施全民健康保險」(吳凱勳 1998:168)但在當時的時空環境下，國家的施政重心在於如何維持經濟發展及政權穩定，而社會政策議程普遍被邊緣化，因此，並沒有任何後續規劃或宣示(劉宜君 2000:226)。而全民健保被納入正式議程，是在 1986 年 2 月 28 日。當時，行政院長俞國華(1984.06.01-1989.06.01)在立法院第 77 會期中的施政報告，提及：「將逐步導向全民健保制度的長程目標。修訂勞保條例，擴大勞保範圍；試辦農民健康保險；開辦公教眷屬保險，及退休公務人員及其配偶保險.....」(立院公報 1986:17 期:10)。其次，在接受立法委員的質詢時，更定出明確的時間表：「...預期逐步推動至民國 89 年時達到全民健康保險。...」(立院公報 1986:18 期:13)，此後，而同年的 5 月 29 日，在行政院第 1985 次院會正式通過經建會所提出的提出「我國社會福利制度整體規劃之研究」報告，將全民健保的實施日程定於 2000 年，使得全民健保正式進入政府政策議程階段。

然而，在這期間，除了內政部擬定了「全民健保作業計劃」，計劃將「勞工保險條例」改為「社會保險法」，並分階段將擴大適用，政府對於全民健保並沒有任何具體的規劃行動。因此，1987 年 10 月 27 日，在政務委員李國鼎建議下，行政院指示經建會成立全民健康保險研究計畫專案小組，開始規劃的全民健保制度。

此後，經建會於 11 月開始從總資源分配的觀點，規劃全民健保制度(經建會 1990:187)，而當時的主要考量在於原有保險體系銜接上的問題，一方面考慮到民眾的適應問題，另一方面則是避免重蹈原保險體系財務虧損的制度缺失。而此一階段，經建會相繼成立了數個相關工作小組負責規劃事宜。(張博雅 1997:15-22)其中包括 1988 年 3 月聘請楊志良、吳凱勳及江東亮三位教授為該會顧問；並在經建會都市及住宅發展處之下另聘十二位副研究員，與經建會部份同仁於 7 月 1 日起成立「全民健康保險研究計畫專案工作小組」，展開積極的規劃工作。同時，為加強專案小組的功能，特增聘美國哈佛大學蕭慶倫教授為總顧問及精算師林吉吉博士為顧問，負責全民健保的系統歸劃及財務估算(經建會 1990:187)。

其次，經建會於 1989 年另聘相關部會首長、省市政府私書長及專家學者，組成「全民健康保險研究計劃指導小組」，召集人為當時經建會副主委蕭萬長，負責有關決策層面的協調、策劃及推動全民健保規劃事宜。第三，經建會於同年 7 月再邀集醫、藥界、消費者代表，以及專家學者，成立「全民健康保險醫療用支付制度諮詢小組」，以檢討原保險體系在支付體系上的缺失。此外，經建會更委託學術機構辦理廿餘項的研究計劃，包括支付制度、醫療服務供給面的意願調查等，以使規劃工作更加完備(經建會 1990:194)。

事實上，在當時的政治氣氛中，全民健保的開辦時程一直受到各界的矚目，尤其在 1986 年立院增額立委選舉時，各候選人普遍將全民健保提早開辦列為重點政見，而當時立法委員黃明和、洪文棟、潘至誠等人更在 1988 年成立「全民

健康保險促進小組」，要求政府儘早實施全民健保（台灣日報 1998.9.14:3 版）。於是，在 1989 年 1 月，在經建會規劃小組提交的「全民健保實施進度表」中，進一步提及考慮到社會大眾的期望，建議可將會民健保提前至 1995 年實施。（江東亮 1991:12;劉宜君 2000:244）因此，在眾多因素的考量之下，行政院長俞國華於 1989 年 2 月 28 日在立法院第 83 會期第二次院會施政報告中，進一步作了宣示：「...實施全民健康保險，是政府擴大社會福利，縮短貧富差距的重要社會政策。原計劃於民國 89 年為目標年，現在國華要鄭重宣布，為達成各界殷切的期望，決定提早五年，於民國 84 年底實現。」（立院公報 1989:17 期:40）大大的縮短了全民健保的規劃日程。

然而，在李煥任行政院長時期，經建會全民健保規劃已經如火如荼的展開，而「何時開辦」，已成為全民健保規劃過程中的爭議焦點⁷³（詹火生 1990）。在民意代表要求提前於 1992 年實施全民健保的壓力下，李煥院長在巡視經建會之後，要求經建會研議提前於 1995 年實施的可能性。

1990 年 6 月，李登輝順利當選中華民國第八任總統。面對政局不安、社會治安惡化等情況下，李登輝任命郝柏村接任行政院長（1990.06.01-1993.02.27），但隨即面對國內各界「軍人干政」的強烈批評（陳明通 1995）。然而，郝柏村院長當時在聽取經建會全民健保小組對兩年規劃工作簡報之後，裁示：「全民健保並非社會福利，應在不浪費、不虧損的原則下，將全民健保提前在 1994 年全面實施」（經建會 1990:9-10）因此，又將全民健保的規劃時程縮短一年。經過了三任行政院長，經建會於 1990 年 6 月 20 日提出了全民健保第一期規劃報告；而行政院於 6 月 30 日准予備查，並指示於 7 月 1 日起由行政院衛生署接辦第二期規劃工作（經建會 1990:187-189）。

由經建會所提出的全民健保第一期規劃案，可謂完成全民健保制度的基本架構，其主要內容包括：（經建會 1990:1-3;劉宜君 2000:247-248）⁷⁴

- 一、檢討與分析當時社會保險實際情況與缺失，並提出對全民健保制度在財源、支付制度、保險給付及醫療體系配合措施籌方面的建議。
- 二、提出全民健保三大基本目標。
- 三、提出全民健保九大實施策略。以及
- 四、訂定全民健保預定的實施進度，將全民健保保險對象區分為職業團體保險及地區團體保險兩類。

⁷³ 事實上，在當年（1989 年）年底的增額立委選舉，很多候選人為爭取選票，紹將全民健保議題作為主要政見，依中央選舉委員會的統計，「加強社會福利政策，辦理全民醫療保險」為候選人十大政見之首。根據立法院的統計資料，自 1984 年至 1990 年 4 月 30 日止，共有六十六位立法委員針對「全民健保」的問題，提出高達 112 次的質詢（詹火生 1990:62-64;劉宜君 2000）

⁷⁴ 詳細內容參見行政院經濟建議委員會全民健康保險研究計劃專案小組（1990）-全民健康保險制度規劃報告；以及（1990）全民健康保險制度規劃技術報告。

1990年起全民健保進入第二期規劃和立法程序階段。1992年，台灣完成了立委的全面改選，可謂為政治民主化進程的重要里程碑。隨後，由連戰（1993.02.27-1997.09.01）接任行政院長，而負責全民健保第一期和第二期規劃的經建會及衛生署首長也有異動。當時，新任張博雅衛生署長對全民健保第二期的規劃表達了高度的關心，因此，在與經建會主委郭婉容協調後，全民健保的政策規劃由衛生署接手辦理（張博雅 1997）。全民健保第二期的規劃工作，主要是對於全民健保藍圖提出更為細部的設計，並將第一期規劃案的各項建議，具體研議出可行的行政院版「全民健康保險法」。因此，衛生署在接辦規劃工作後，隨即在1990年8月29、30兩天召開「全民健康保險規劃研討會」，並邀集各相關部會、公衛、經濟及保險專學者，以及醫藥界代表，對第一期規劃報告提出討論與建議（衛生署 1990:7-8）。此時，參與第一期規劃的顧問紛紛提出請辭，包括蕭慶倫教授辭去總顧問一職，理由是他們認為國家機關決策高層不尊重專業，凡事都以政治、選舉為考量（劉宜君 2000）。

1991年，衛生署成立「行政院衛生署全民健康保險規劃小組」，分為財務制度組、支付制度組、體制法念組、醫療體系組及教育宣導組等五組。其中，除了體制組之外，其他組別的召集人均由學者專家擔任。然而，總計第二期規劃共開了142次的規劃小組會議，大部份都是針對具體或實質的執行問題為主，以作為未來政策合法化程序和執行之準備。此外，衛生署亦聘請各相關部會、省（市）政府副首長及學者專家，組成「行政院衛生署全民健康保險指導委員」⁷⁵，針對當時已研議完成的「行政院版全民健保法草案」進行相當深入的討論，總計規劃期間共召開了14次的指導委員會會議（張博雅 1997:28）通過由行政院衛生署所規劃的「全民健康保險法草案」，終於在1992年12月28日逕送行政院討論，由政務委員郭婉容負責審議，經過數次會議的討論，保留部份爭議條文後通過。而全民健保第二期規劃也算完成。

然而，全民健康保險法自規劃以來，前後經歷了四任的行政院長（俞國華、李煥、郝柏村及連戰）八年的規劃時程，第一期的規劃由經建會負責，工作歷時大約兩年，主要工作是制度藍圖的設計。專案小組於1990年6月完成「全民健康保險制度規劃報告」，並由衛生署負責第二期的規劃工作。而第二期的工作則在制度藍圖之下細部地設計運作的架構。由於全民健保不僅牽動著不同群體在醫療體系中的利益分配，同時也更涉及國家在醫療市場中角色扮演這個敏感議題，因此，自規劃以來爭議頗多；再加上政策過程由國家機關完全主導，排除了社會或公共的參與，因此在立法院審議時，普遍受到各方的反彈，而全民健保法更是在一片混亂的局面下通過，成為台灣第一個全民性的社會保險方案。

回顧全民健保法的立法過程，可分為行政院版本和立法院各委員版本兩大部份：

⁷⁵ 基本上，指導委員會的角色類似於經建會時代的指導小組，工作小組會定向委員會報告研究進度或規劃結果，並提出待決事項由委員會議決（劉宜君 2000:256）。

首先，由衛生署擬定的行政院版全民健康保險草案，在送行政院院會討論後，於 1993 年 10 月 7 日修正通過草案，並於 27 日函請立法院審議。

其次，在立法委員版部份，最早提出的係由成員多數是醫師的立院次團「厚生會」，包括楊敏盛、洪文棟等人於 1993 年 1 月 8 日所提出的「厚生會版」；第二，是為民進黨立委沈富雄等 70 人於 1993 年 3 月 19 日所提出的「沈富雄版」；第三，是為國民黨立委吳東昇等 29 人於 1993 年 12 月 3 日提出的「吳東昇版」；第四，是為無黨籍立委林正杰等 18 人於 1993 年 12 月 24 日提出的「林正杰版」，以及第五，為民進黨籍立委陳哲男等 41 人於 1993 年 12 月 27 日所提出的「陳哲男版」等等。雖然各黨立委都會提出版，但都和行政院版一樣採社會保險制度設計；歸納以上眾版本提案立委的特質，包括由醫師團體立委組成的厚生會、本身就是醫師的立法委員、投資醫院並經營保險的財團代表，以及代表中醫發言的無黨籍立委等，我們不難看出在全民健保政策制定過程中，最具影響力的社會團體當屬醫療利益團體。（傅立葉 1995:62）⁷⁶

然而，全民健保法在立法院審議的過程相當複雜，各黨總共召開了五次的聯席會議，其中並經過七次黨政協商與七次朝野協商，其間更有各利益團體、勞工團體的抗爭等，礙於篇幅不再詳述；因此，本論文在此僅針對審議過程中部份較具爭議的健保體制和財務結構部份作進一步的闡述，以刻劃當時立法過程中複雜的政治過程。

首先，在全民健保體制的爭議方面，到底承保機關（保險人）體制要採「公辦公營」或「公辦民營」，一直都是全民健保法立法和修法過程中的爭議焦點。在立法階段，依據行政院版的全民健康保險法草案，對於保險人的規劃為「公辦公營」。但在立院審議時，民進黨立法委員沈富雄第提出了「財團法人全民健康保險基金會組織條例」，建議將全民健保保險人採公務民營的民營化模式⁷⁷。然而，這項主張提出來後，普遍引起媒體廣泛的討論，同時在行政部門亦也釋出善意，並考慮改變政策方向⁷⁸。甚至，李登輝總統在 1994 年 5 月 2 日召見國民黨黨政高層首長討論全民健保之後，指示行政院研議健保公辦民營的可行性。就此，行政院副院長徐立德開始積極主張以「全民健康保險基金會」體制辦理全民健保，並指示衛生署相關修正條文和「全民健保基金設置條例草案」。但這種幾

⁷⁶ 基本上，全民健保法是由立法院內政及邊政、財政兩個委員會負責審查。而大部份由立法委員所提出的版本，係參考行政院版的內容作部份修正，並溶入其所代表的利益團體的意見，例如，陳哲男版即由南部基層醫療醫師協會所研議，強調實施同病同酬之給付、允許差額負擔以及逕赴大醫院就醫者加重部份負擔比率等（民生報 1994.6.1:21 版）

⁷⁷ 傅立葉（1995）認為，當時普遍以建立福利國家的民進黨立法委員提出這項民營化的訴求，一方面顯示民進黨對於福利國家理念的模糊不清與階級立場的矛盾，另一方面，也反應了在國民黨長期執政下，在野黨政府官僚的不信任。（傅立葉 1995:63）而後者同樣的也反應在民進黨在部份民營化政策的主張上（台灣勞工陣線 1999）

⁷⁸ 以「公辦民營」的方式開辦全民健保，在健保規劃過程中一直都是爭議的議題。事實上，在第一期規劃期間，包括當時的總顧問美國哈佛大學蕭慶倫教授及國內部份學者，即建議以公辦民營方式辦理，但是到了行政官僚的內部規劃時卻未被採納。

乎急轉彎似的改變，非但未獲得黨籍立委的支持，甚至引起相當大的反彈與批判，而批評者認為，這將對國民黨的選票構成一定的威脅。

在黨內、社會輿論，以及開辦時間政治承諾的壓力之下，經過多次的黨政協商，最終議決維持公辦公營的保險人體制；因此，在朝野協商之後，達成以原行政院規劃版本中的「公辦公營」體制為基本架構，但訂定「落日條款」，公辦公營體制於健保實施兩年後再行檢討。因此，現行健保法第 85 條及 89 條之相關規定，可視為當時政治妥協下的產物；同時，也種下了 1997 年全民健保民營化政策戰役的伏筆。（林萬億 1995）

其次，在保險財務結構的爭議方面，「行政院版」所提出的保險費率為 4.5% 至 6%，而勞雇之間的分擔比則為雇主 60% 和受雇者 40%。然而，雖然國民黨對外聲稱這樣的規劃是經過勞方與資方團體協議下產生，但普遍遭受基層勞工的反彈，強烈要求維持勞保時代的 20%，更有團體要求直接以政府稅收支應；而企業團體則希望調整至各負擔 50%。此外，在立法委員所提出的版本部份，大部份為「行政院版」大同小異，惟「沈富雄版」和「吳東昇版」均主張被保險人無須繳交保險，頗受雇主和部份勞工的支持⁷⁹。最終，在勞工團體的強大壓力之下，政府作出讓步，其中，雇主負擔部份維持 60%，而有一定雇主的受雇者則為原先規劃中的 40% 降至 30%，其餘的 10% 則為政府吸收，直接以稅收支應。

最終，全民健康保險法於 1994 年 4 月 19 日於立法院三讀通過，惟其中朝野立法具共識的「強制納保」的關鍵性條文，卻意外的遭致否決。當時，由於全民健保法的審議過程相當緩慢，而國民黨乾脆以「包裹表決」的方式，先行通過健保法草案中較不具爭議的條文，再針對具爭議性的條文逐條審查；然而，在混亂、煩躁的立法過程中，由於國民黨黨鞭廖福本竟錯估情勢，忽視黨內的不同意見，因而意外的在國民黨 9 位立法投反對票，一人棄權的情況下，否決全民健保法草案中第 12 條「強制納保」條文，引起了高層的緊張和輿論的討伐。此時，國民黨深覺事態嚴重，會議主席劉松藩於當日緊急宣佈條息，延長會議至 7 月 18 日再繼續審審（詹金月 1995:86-88）。而同年的 8 月 9 日由總統公布「全民健康保險法」後，於次年的 3 月 1 日正式開始實施，台灣全民健保制度的建立才算完成。至於「強制納保」條款，則遲至 9 月 16 日，由立委廖福本等 27 人提案條正，在國民黨和在野黨的高度共識下修正通過（林本炫 1994:11）。

由於全民健保為台灣第一個涵蓋全民的社會政策，因此即使全民健保實施後，改革的聲浪卻仍然紛至沓來，並主要仍圍繞在「健保財務危機」及「保險人體制」這兩個最具爭議性的議題。以 1997 年的健保民營化改革為例，由於 1994 年立法時訂定兩年的「落日條款」，使得公營保險人體制的爭議再度浮上台面而

⁷⁹ 其中，兩者的差異在於「沈富雄版」主張保險完全由政府和雇主分擔，並且在「保大不保小」的原則下，被保險人一般門診完全自費，並自付住院費用的 10%，超過部份則無需再繳費；至於「吳東昇版」，則強調由煙酒社會健康保險捐、政付預算、高收入之被保險人保費自付，以及雇者主等共同負擔，並主張一年醫療費用超過一萬八千元後，由全民健保支付。

成為爭議的焦點。連戰內閣時代，在行政院副院長徐立德的主導下撤回原來行政院「現制改革」的修法版本，改採「全民健保公辦民營」的方案，計劃將中央健保局改制為「全民健保基金會」，惟仍維持「單一保險人」的組織型態；但三個月後，由蕭萬長（1997.09.01-2000.05.20）接掌行政院，並在新任衛生署長詹啟賢的積極推動下，行政院又出現全新的政策方向，決定提前推動「全民健保公辦民營多元保險人」方案，計劃開放多個民間保險機構參與經營健保體制。在多元保險人改制方案下，未來由保險人與保險醫事服務機構特約，提供被保險人醫療服務。然而，除中央健康保險局之醫務管理處改制為財團法人外，其餘保險人亦以非營利性法人為限。⁸⁰民間保險人的設立須符合一定經濟規模，並有相當自籌基金，其所特約之保險醫事服務機構須為全國性且涵蓋各層級；此外，依法應設置監事或監察人，並保障付費者及特約醫事服務機構代表之名額（李玉春 1999:13）。

在立法院方面，則有民進黨立法委員（沈富雄、李應元）新黨郝龍斌等先後提出「公辦民營單一保險人」及「多元保險人」的健保民營化版本。而民進黨簡錫珪則主張維持公辦公營、現制改革。同時，在財務結構方面的改革，「醫療儲蓄帳戶」又再度的成為改革訴求，分別有民進黨沈富雄版、新黨郝龍斌版，以及國民黨的張蔡美版，他們都主張在健保中設「個人專戶」（personal account），作為支應個人門診的醫療費用支出。

然而，行政部門和立法部門所提出的全民健保公辦民營改革方案，立即引起各界普遍的關注與批判。反對者認為：「全民健保實施僅屆滿兩年，民眾也逐漸習慣現行健保之運作，實無須作大幅度的變更；且從許多國外的經驗中發現，醫療保險的市場化不但無法有效的控制成本，更會產生「逆選擇」等不利民眾的情況，進而主張應就現制進行改革」。因此，民間團體包括勞工、社福團體、醫師（主要是基層醫療醫師），結合持反對意見的學者專家，串連成立「搶救全民健保聯盟」，要求維持「公辦公營」的現制改革，同時向行政院和立法院進行施壓和遊說（李玉春 1999:14）。

最終，國民黨政府暫時擱置這項全民健保體制的改革，並維持「公辦公營、現制改革」的改革方案。事實上，國民黨掌時在國會仍佔絕對多數，而在野民進黨黨內意見又極度分歧的情況下，國民黨理應可以強勢通過這項改革方案。因此，何以在絕對優勢的情況下，民間團體最終成功的阻擋了全民健保體制民營化的改革，本論文將在第七章有更深入的討論。

然而，1998年7月1日，全民健保支付體系的另一項重大突破，就是正式

⁸⁰ 所謂「非營利機構」和「營利機構」的差別，在於前者有免稅優惠，但不能把盈餘分配給股東。但石能分配盈餘，並不表示財團所控制的保險機構就會把利潤回饋給被保險和醫療消費者，他們可以借由擴充規模設備、提高經理人員的新水等資源移轉的手段，保留盈餘。（搶救全民健保聯盟-財團健保、人民不保答客問）

實施牙醫門診總額預算支付制度 (global budget)⁸¹。基本上，總額支付制度為全民健康保險法明訂應實施之制度，其目的在透過前瞻性的協定與分配預算，以合理控制費用、有效利用醫療資源、促進醫療體系的整合與資源之合理分布，藉以提昇醫療品質與民眾健康。然而，作為一種前瞻性的支付制度，總額預算制是預先對某類醫療服務或醫院支出，以協商的方式訂定年度預算，以涵蓋該服務一年內所提供的醫療服務費用，籍以將醫療費用控制在預算範圍之內 (李玉春 1993)。這種透過合理協定、分配並控制醫療費用的健保支付制度，不僅是一種從「供給面」著手的醫療成本控制手段，更有助於平衡利益團體之衝突和提升專業自主性 (李玉春 1998,2000) 因此，對於台灣全民健保支付體系的改革有相當積極性的影響。

雖然在全民健保法中早已明文規定實施總額預算制，但全民健保總額預算制的推動，卻是以「漸進式」的方式，由牙醫於 1998 年 7 月 1 日開始試辦，2000 年 7 月 1 日擴大至中醫部份；至於西醫基層診所和醫院總額，則分別在 2001 年 7 月 1 日和 2002 年 7 月 1 日正式開始實施，對全民健保的後續發展具深遠的影響。

其中，值得觀察的是，何以總額預算於 1994 年立法時早有規定，但卻延遲至 2002 年 7 月 1 日才完全涵蓋所有醫療體系，是台灣特殊醫療生態和文化下的產物。以困難度最高，同時也最為複雜的西醫總額支付制度，其策略是將西醫總額區分「西醫基層總額支付制度」及「醫院總額支付制度」分別規劃，以使基層與醫院皆能健全發展，進而建立基層診所與醫院分工合作的機制。醫院與診所目前在某些服務提供方面雖略有重疊，但就理想的醫療體系而言，兩者無論角色分工、主要收入來源 (診所以診察費及簡表藥品為主，醫院收入來源較多元)、資源重分配之方向 (診所著重不必要的複診和簡表藥品利潤之減少，專科別收入之平衡；醫院著重在門住診及專科別之平衡，藥價差之縮減、藥品及檢驗之合理使用)、費用控制之策略以及經營的目標皆大不相同，因此在西醫總額支付制度推動初期，針對基層診所與醫院分別規劃，可促使兩者各自努力於其本身角色的調整、資源之重新配置、與費用之控制，所得之成果亦由雙方之成員各自分享。

診所與醫院預算獨立後，在年度預算系預先協定的前提下「建立分級醫療及轉診制度」不再是診所一廂情願的目標，醫院亦有誘因願意逐步減少部分門診，雙方才可能在互信的基礎共同發展雙贏或三贏的合作方案。

⁸¹ 事實上，在健保法第 47 至 50 條早已明文規定必須實施總額預算制，但由於支付體系的改革牽涉的範圍甚廣，其中包括政府的醫療費用控制、醫療產業生態和內部的利益糾葛和資源排擠效應、醫療自主性，以及對舊制度規定的慣性和調整的問題，而普遍具有高度的政治敏感性。健保法第 54 條規定得「分階段實施」，其施行日期，由主管機關定之；未施行前，醫療費用支付標準之每點支付金額，由主管機關定之。因此，經過了與醫療提供者多次和漫長的溝通協調，在 1998 年先從較為單純的牙醫部份先行試辦；然後是中醫部份在 2000 年開始；至於生態最為複雜，困難度最高的西醫部份 (含醫院及基層診所)，基層診所先行於 2001 年 7 月開始；醫院總額則遲至 2002 年 7 月始開辦。

由於基層與醫院的預算將以分區？基礎分配預算，在西醫院總額支付制度實施初期，基層診所與醫院（第一期暫不分區）可視同總額預算下之小總額預算，故俟時機成熟，基層與醫院最終仍可在區域的層次形成整合性醫療服務體系，屆時診所與醫院整合成西醫總額支付制度共同運作將可水到渠成。

即將邁入第七年的全民健保運作已日趨成熟，而在納保率超過 96%、醫療院所的特約率亦超過 93%，而社會安全支出佔總體醫療費用的百分之七十左右的情況下，民眾的滿意度亦一直維持在七成以上。然而，台灣這種高度國家化健保體制，不僅提高了民眾就醫可近性，減輕了民眾就醫的成本負擔；更可作為整體醫療成本調控的策略。

三、台灣醫療福利體系的特質與現況

1. 衛生行政結構

光復以後，國民黨政府即將總督府警察局的衛生課改組為衛生局，並隸屬行政長官公署民政處，為台灣省最高衛生行政主管機關。然而，1949 年政府撤退來台，國民政府在大陸時期的衛生部縮減為衛生司，隸屬於內政部，一直到 1971 年 3 月 17 日行政院衛生署成立之前，是為台灣最高之衛生主管機關。

隨著每一次政府改造方案的提出（行政院組織法），衛生福利主管機關一直擺盪在「衛生福利部」、「衛生部」，以及「厚生部」之間，但至今仍然維持行政院衛生署的行政層級。

負責承保全民健保的中央健康保險局（保險人）於 1995 年 1 月 1 日正式掛牌成立，而全民健保於同年 3 月 1 日正式實施。因此，為辦理各項健保業務，全民健康保險監理委員會於 1995 年 4 月 28 日正式成立，負責監理全民健保相關業務；而隸屬行政院衛生署，同為全民健康保險業務相關機關還有全民健保醫療費用協定委員會（1995 年 11 月 8 日），以及全民健保爭議審議委員會。

2. 財務結構

在 1995 年實施全民健保之前，台灣醫療費用的主要來源為勞工保險、農民健康保險，以及公務人員保險等兩大社會保險體系之醫療給付及自費醫療。當時，台灣社會保險體系主要以就業人口為主，因此截至 1995 年 2 月全民健保開辦以前，涵蓋率僅達 57.8%，而有將近四成的國民，大部份是小孩、老人，以及家庭主婦等無工作者，以及部份受僱於四人以下的中小企業受雇者，被排除在社會保險體系之外，進而產生嚴重就醫公平性和可近性的問題。

全民健保開辦以後，整合了原先散落於各保險體系的醫療給付，成為台灣醫療福利的主要來源；而全民健保的被保險人幾乎涵蓋所有國民，因此大大的改善舊保險體系所產生的就醫公平性問題。然而，中央健保局作為一個強而有力的保險人，以論量計酬的方式，將醫療費用支付給提供服務的醫療服務機構（包括醫

院和診所);直到 1998 年 7 月 1 日,由牙醫部份開始試辦全民健保法早已規定的總額預算制(global budget)的精神,開啟了全民健保支付制度的改革。

目前,全民健保的醫療費用,約佔台灣整體醫療費用支出的七成左右,至於其他三成,則是負擔付擔、自費醫療項目,以及部份非健保給付項目之醫療支出。

第四節 本章小結及三國醫療福利體系比較

以上，研究者雖僅簡略的闡述台灣、馬來西亞及新加坡等三國的醫療福利體系的發展脈絡，但大致已描繪出這三個東南亞國家的醫療福利體系的基本圖象。迄今，除了台灣之外，馬來西亞和新加坡仍未建立一個涵蓋全體國民醫療福利體系性；值得觀察的是，三國醫療福利體系的改革議程，卻都在 80 年以後才漸浮現。

就台灣的經驗而言。早期社會保險體系的發展，明顯隱含著統治者「社會控制」的政治目的，進而造成社會保險體系零碎化發展；而以職業類別作為區隔的社會保險，更產生了資源分配不均和國民就醫公平性等嚴重問題。然而，隨著政治、經濟環境的變遷，歷經了四十幾年的漸近式改革，才在 1995 年整合完成一個高度中央集中化的全民健保體系；同時，也是台灣社會福利發展史上第一個也是唯一一個涵蓋全國國民的社會政策。

而馬來西亞雖然承襲早期英殖民國民健康服務的特色，更早在 1951 年獨立建國前就已通過社會化程度極高的「醫藥費用法案」(The Fees Act)，進而被界定為福利取向的系統；其中，最主要的原因是政府在醫療福利財務中仍負起主要的財務責任，以保障相當大比例的國民負擔其醫療照護成本。但在 80 年代以後，政府在「私營化總體計劃」宣示將從醫療福利提供撤退，並政策性的鼓勵私人醫療保險公司的發展，馬來西亞的醫療福利體系進而逐漸走向一個高度分散的私有化體制。但值得一提的是，延用至今的「醫藥費用法案」雖數度遭致主政者的批評並被提出檢討和修正，但迄今仍屹立不搖，突顯了特殊制度結構對於制度改革的影響與限制。

至於新加坡，政府在醫療福利中的角色，亦在 1980 年以後逐漸的撤退。在 1983 年所提出的「國家健康計劃藍皮書」，在強調「自力更生」、「家庭互助」以及「消費者理性」的政策意識型態之下，加重了一般民眾在醫療支出上的負擔。其中，具體的改革方案是在原中央公積金的架構之下，於 1984 年開辦所謂的「醫療儲蓄帳戶」，以及政府公立醫院的組織重整計劃。1988 年，有鑑於醫療儲蓄帳戶僅可動支作為支付住院醫療費用之部份負擔，新加坡政府又在醫療儲蓄帳戶之下，開辦保健雙全重大傷病保險計劃，但涵蓋率僅限制於經濟或就業人口，進而造成非就業人口對家庭就業人口的依賴。

綜合以上各國醫療福利的脈絡陳述與特質，我們可以發現台灣與馬來西亞及新加坡醫療福利體系的發展，幾乎選擇了完全相反的路徑。一則從分立到高度集中，最終建立一個「國家化」的全民健保體系；另一則從高度集中到分立，國家逐漸的從醫療福利提供中撤退。就此，研究者嘗試歸結各國特殊制度結構對於其醫療福利的影響與限制，並提出可供本論文進一步觀察的基本命題。

首先，特殊的歷史遺緒所產生的學習效果，是否提供了政策決策者在基本的

認知架構，進而影響制度變遷可能選擇的方向與策略？以台灣為例，早期的社會保險豐富的政策經驗，無論是正面或負面，似乎已決定了 90 年代以後醫療保險改革的方向；而在馬來西亞早期殖民時期的制度特色和執行經驗，對於 80 年代政府私營化政策改革的失敗有何關係；以及新加坡 60 年代引以為傲，在公積金架構下房屋政策的成功經驗，對於 1984 年推動「醫療儲蓄帳戶」的影響，就成為本論文下一章所欲觀察的重點。

其次是政治制度與政治環境的變遷，是否提供了制度行動者不同的機會與限制？尤其，在各國政治民主化的過程中，不同行動者有不同接近政策決策的機會；同時，也限制了其他行動者否決政策創新的可能。因此，把具政治敏感性高的改革理念，擺放在各國制度的脈絡中來加以理瞭，是研究者在第七章所欲借以觀察「政策決策場域」的重要觀點之一。

以下，研究者將參考本論文第二章對於不同制度的比較評析，進一步的比較分析各國醫療福利體系的特色。如下：(表 5-4-1)

表 5-4-1：台灣、馬來西亞及新加坡醫療福利體系比較表：

國家	台灣	馬來西亞	新加坡
制度特質			
憲法層次的依據	憲法第 155 及 157 條；增修條文第 11 條。	憲法層次沒有規定	憲法層次沒有規定
醫療福利體制	全民健康保險	國民健康服務	醫療儲蓄帳戶
主要行政機關	衛生署，高度中央集權化的健保局	衛生部 各州衛生行政機關	衛生部
受益資格及涵蓋率	涵蓋全體國民，目前健保涵蓋率已達 98%。	涵蓋全體國民，國民憑身份證就醫。	僅涵蓋經濟或就業人口。
主要財務來源	1.全民健保費。 2.部份負擔。 3.自費。	1.一般稅 2.公積金提領 3.職工社會安全基金支付 4.私人保險 5.部份負擔 6.自費	1.一般稅 2.醫療儲蓄帳戶 3.健保雙全計劃 4.保健基金支付 5.部份負擔方案 6.自費
支付制度	由保險人和醫療服務業代表集體協商。實施總額支付制度。	由政府編列預算直接支付，以一次撥付（lump-Sum）的方式，直接支付。公立醫院醫師等人員直接受雇於政府。	決定於法律嚴格監控下的價格。
福利結構	相對的平等主義。政府確保民眾獲得公正的醫療福利。	平等主義最為濃厚，所有國民享有同等的醫療福利。	個人平等主義，個人依支付能力選擇。
國家的角色	國家是規則的制定者和仲裁者。或者是服務的購買者。	國家不僅只是規劃者，更是系統中主要的權力操控者和服務提供者。	主要為規範者和仲裁者
就醫的公平性	高	高	中
財務的公平性	累進	累進	適度累進

資料來源：作者自行整理（參考 Lim 1997:10;Hsiao 1995;MMA 1999）

第六章 路徑相依 - 歷史遺緒下的制度軌跡

欲瞭解台灣、馬來西亞及新加坡等三國醫療福利制度的形成與發展，歷史制度論「路徑相依」(Path dependencies) 的理論概念，不僅提供了研究者一個清晰的解釋架構，更豐富的研究者對各國制度發展的理論想像；因此，本章試圖透過對台、馬、新三國醫療福利體制的回溯性分析，釐清各國制度發展背後的歷史和政治邏輯。

就如文獻探討中 Collins (1999:72) 所強調的：「制度並非來自於真空，而是建立在既有的制度結構之上；即使只是殘破廢墟，也會對制度的發展產生關鍵的影響」。因此，各國特殊歷史脈絡下的制度遺產 (institutional legacy) 對於該國醫療福利體系發展軌跡的影響或限制，就成為貫穿本章分析的主軸；例如我們已在第一章所清楚描繪的幾個基本命題：「何以在 1960 年代先後獨立建國的馬來西亞和新加坡，無論是在政治體制、司法或社會福利政策上，都共享了相當多的歷史經驗，但前者的醫療福利制度至今仍維持一定程度的「全民健康服務」的色彩（至少在公立醫療體系），而後者則已改弦易轍，走向更加強調個人責任的政策取向？」；「又何以同樣於 1950 年代就已開辦公積金的馬來西亞，並沒有於 80 年代發展出類似新加坡以強制性的醫療儲蓄帳戶為主的制度體系？」；以及，「為何台灣會選擇在 90 年代以後開辦高度中央集權化的全民健康保險，卻非憲法條文中與全民健保並存的公醫制？」等。

就此，研究者冀求借用歷史制度論中「路徑相依」這個充滿啟發性的解釋概念，刻劃台灣、馬來西亞及新加坡等三國醫療福利制度發展所鑲嵌 (embraced) 的制度結構，試圖瞭解其制度遺緒對該國醫療福利制度發展軌跡的影響與限制。本章的內容主要可分為四大部份。首先，透過對「路徑相依」等相關概念的說明，一方面更清楚的界定本論文的分析架構，另一方面，則試圖框架本章所欲分析討論的範圍；第二節，研究者將具體採用「制度遺緒」、「政策回饋」及「鎖定效果」等路徑相依的概念，探討過去的政策經驗對後來制度發展軌跡的影響。至於最後一節中，則是討論本章分析架構的限制。研究者所強調的，正是將上述幾個與「路徑相依」相關的概念，擺放在各國制度發展的脈絡中來加以瞭解，一方面瞭解各國制度發展背後的歷史和政治邏輯，另一方面，則釐清各國特殊的制度遺緒，對該國制度發展軌跡的影響。

第一節 「路徑相依」的理論概念與研究範圍

基本上，「路徑相依」的理論基礎，主要是諾貝爾經濟學獎得主 Douglas C. North (1990) 根據技術變遷過程中的「軌跡依賴」現象所引申和發展出來的概念 (王躍生 1997:79)；然而，憑藉著對技術「慣性」形成的理論性解釋，我們得到了這樣的啟發，即「路徑相依」概念將有助於解釋在現實中，何以許多國家或地區會一直實行某種既有的制度，而排斥了其他方案或可能更好的制度安排。就此，林國明 (1998a) 對路徑相依概念的註解，我們更能夠掌握其中的理論性意涵：(林國明 1998a:6)

「制度結構是特定的歷史時期下的產物；既有的制度特性，影響後來發展的歷史。制度具有僵固性，一旦被創造之後，經常會有自我持續的作用，只有在重大危機的歷史階段，才會發生戲劇性的體系變遷。」

然而，反應在本論文的分析架構上，研究者將分析的焦點圍繞在「路徑相依」這個富有啟發性的概念，以釐清各國特定歷史時空下既有制度遺緒，是透過什麼樣的途徑影響和限制了該國制度的發展軌跡。關於「路徑相依」概念，本論第三章及第四章已作了清楚的介紹，在此不再贅述。但為更精確的界定本論文的研究範圍，研究者以為，我們可以從兩個主要層面來加以瞭解，如下：

首先，誠如 Helco (1974) 的觀點：「理念的創新，經常不是為了追求被認為最理想的政策目標，而是如何面對和解決既有的政策遺緒所形成的問題。(引述自林國明 1998a) 因此，特定的政策遺緒對後來政策發展的「回饋」，就成為本論文首要觀察的焦點。對決策者而言，過去的政策運作行累積的成功或失敗的經驗，都會產生所謂的「學習效果」(learning effect)，提供了決策者對於政策改革基本的認知架構，進而影響他們對問題及可行性方案的評估與判斷。

其次是強調制度本生「自我強化」的效果。North (1990) 認為：「人們過去做出的選擇決定了他們現在可能的選擇」。也就是說，制度的運作可能會形成「鎖定效果」(lock-in effects) 誘導行動者形成某種行為「慣性」，進而強化其走向一個難以逆轉的路徑；而試圖改變這個行為慣性的政策變遷將會面對頑固的抗拒 (林國明 1998a; 王躍生 1997; Pontusson 1998)。然而，「銷定效果」可能產生良性循環和惡性循環兩種情況。路徑相依機制甚至可能使制度被鎖定在某種無效率的狀態，進而形成惡性循環的效果；一旦進入鎖定狀態，要想擺脫這種狀態，往往要依靠外部力量或外生變數的作用⁸² (Wilsford 1994)。

因此，從以上觀點出發，研究者嘗試框架本章所欲討論的範圍，包括台灣 1950 年代以後分立、零碎的社會保險政策經驗，是否對 90 年代以後出現的全民

⁸² 我們從技術的發展得到了些許的啟發。制度的發展，可能會產生所謂的「良性循環」和「惡性循環」兩種情況。首先發展出來的技術或制度，會憑藉著「先入為主」的優勢地位，形成自我

健保體系構成影響？而新加坡政府所引以為傲，從 1970 年代開始並架構於中央公積金之下「住屋發展計劃」，是否提供了該國 1984 年毫無阻力的推動「醫療儲蓄帳戶」一個良好的基礎⁸³；以及馬來西亞殖民時期特殊的制度遺緒，如何對該國醫療福利制度發展的影響等。

制度的形成，不僅形塑了行動者的利益和權力，更因此而限縮了其他制度理念出現的機會，因此，以下研究者就嘗試以「路徑相依」這個重要的歷史制度論的理論邏輯，分析馬來西亞、新加坡及台灣醫療福利體系的歷史軌跡。

增強的效果，進而產生良性或者是惡性循環的效果。

⁸³ 「建屋發展計劃」新加坡 1970 年代一項重要的社會政策之一。為了落實「住者有其屋」的政策，新國政府成立了「建屋發展局」，透過整體的國土規劃大量的建設組屋（housing estate，即國宅），並鼓勵國民向中央公積局申請低息房屋貸款，以達到國民住者有其屋的政策目標。（The story of CPF 1999）；然而，學者認為這項政策成功的關鍵因素主要是新加坡政府幾乎握有新國百分之九十以上的土地，因此可以完全的掌控國土規劃；其次，從 1955 年就已實行的「中央公積金」，不僅提供了新國政府豐厚的社會基金，更在國家「家長式」嚴格控管之下，成功的將他整合在整體經濟政策之中，進而達成資源有效分配的效益（Low 1998; Asher 1995）。

第二節 殖民歷史遺緒下的馬來西亞醫療福利改革

一、殖民歷史遺緒與醫療福利體制形成的歷史邏輯

馬來西亞的醫療福利制度改革，雖然在 80 年代中期才正式的列入政府的政治議程。然而，受到當時為之盛行的「私營化風潮」的影響（Chan 1996;Phua 1998），各種「市場化」(Marketization)、「企業化」(corporatization)的政策改革理念更紛至沓來，成為馬國政府改造、經濟和社會福利政策改革的主流價值。但根據 Roemer (1991) 針對東南亞各家的醫療福利跨國研究中認為，90 年代以後，馬國的醫療福利體系基本上仍維持一個「福利導向的醫療照護體制」(welfare approach health care system)。其中，我們更從 Roemer 對於馬國醫療福利所作的評論，可以探知馬國醫療照護體制的基本輪廓：(Roemer 1991:129)

「馬來西亞的醫療體系普遍被界定為福利導向的系統，主要是因為該國政府仍負起國民醫療照護的主要財務責任，並協助相當大比例的國民負擔其醫療照護成本。其中，延用至今的 1951 年醫藥費用法令，該國公立醫療體系提供幾乎完全免費的醫療服務，具有濃厚的公醫制的色彩。」

二次大戰以後，隨著英國殖民統治勢力的日薄西山，馬來亞半島各族紛紛成立政黨，積極投入馬來亞西的獨立建國運動⁸⁴。因此，回應日益高漲的自主聲浪，英國殖民政府於 1948 年推動「馬來亞聯合邦」自治政府，並在自治政府的架構下設立「行政會議」和「立法議會」，大大的提昇了本土菁英參與政策決策的機會⁸⁵；其中，立法議會於 1951 年分別通過「職工公積金法」(EPF Act,1951)和「醫藥費用法」(The Fees Act,1951)等兩個極為關鍵的法案。前者是一種強制儲蓄的退休金制度，為馬國社會安全制度的基礎；而後者則明文規定政府在國民醫療福利中扮演提供者角色和公立醫療院所的收費標準，不僅創造了馬國「公醫制」色彩濃厚的醫療福利體制，更成為影響馬國日後醫療福利制度發展最關鍵的一項正式規則 (Chan 1999;Barraclough 1999;Asher 1994;Phua 1991;1998)，其內容主要包括三個部份，總共廿六條。具體說明如下：

首先，第一部份是規範政府在醫療福利財務中的角色，具體明文規定政府對於國民健康的責任，以及對公共醫院的津貼和補助；在這個規定之下，政府以零基預算法 (Zero base budgeting) 的方式直接編列預算一次撥款 (lump-sum) 支應公立醫院的支出。根據馬國衛生部的資料，歷年來政府預算約佔所有公立醫院支出的 95%，而民眾的部份負擔，則維護在 5% 左右 (Heller 1975:13;MOH

⁸⁴有關當時馬來亞各政黨成立的時程，其參照本論文第五章之相關敘述。一般認為，這為馬來西亞獨立得的「族群政黨政治」奠下了深厚的基盤。

⁸⁵請參見 Lenore Manderson,1991【Health services and the Legitimation of the Colonial State: BRITISH MALAYA 1786-1941】Abdullah Malim,1997【Financing social welfare services in Malaysia: Some Options】。Public in Caring Society: Emerging issues and future directions.

1996;1997;MMA 1980)。

第二部份，則是明文規定國民在政府醫院就診時僅需繳交掛號費及診療費為 1 元馬幣，而專科諮詢費則為 5 元馬幣，病房費用則依等級介於 30 元馬幣的頭等病房和只有 3 元的第三等病房。這項規定雖然在 1970-1990 年代都曾被提出檢討，但相關收費並未隨著通貨膨脹而調整，其中，僅在 1982 年通過部份條文修正，主要是修正病房等級之差額負擔 (extra billing) 收費標準，將頭等房 (冷氣房) 大幅提高至 80 元馬幣，至於門診的低收費標準，卻始終維持不變。

第三，則是授權由「馬來亞醫師公會」(Malaysia Medical Association, MMA) 訂定「私立診所收費準則」，以規範私立基層醫療診所收費標準。但 MMA 在其 1999 年「政策藍皮書」中所提出的檢討，由於馬來西亞自獨立以來，對於私立醫療體系的發展，始終採取自由放任 (laissez-fair) 的態度，因此，「私立診所收費準則」嚴格來說只能算是一種「道德準則」(an ethical code)，私立醫療體系主要是以「論量計酬」的市場價格所決定 (MMA 1999:17)。

然而，作為英國殖民統治以來馬來亞半島第一個「中央集權化」醫療福利制度，醫藥費用法的通過與實施，可視為馬國醫療福利體制發展的關鍵歷史轉折。這項充滿「國民健康服務」色彩的醫療福利政策，何以出現在獨立建國聲浪澎湃洶湧的殖民統治後期，研究者並沒有在任何官方的文獻中找到合理的解答，惟在英國殖民政府「1951 年馬來亞聯邦年度公報」當中，針對當時的醫療福利政策有著簡短的描述：(Colonial of Malaya Union 1951:16)

「政府有責任提供每一個住民合理的 (reasonable) 最低標準健康服務，以維護居民和勞動力的基本健康需求；因此，在大英帝國的榮譽和福祉之下，所有馬來亞及新加坡的住民，享有最低公共政府醫療服務的權利。」

然而，在沒有其他官方文獻資料或歷史檔案佐證的情況下，我們難以從上述簡短的描述洞悉「1951 年醫藥費用法」出現的歷史邏輯，更無法推敲其背後錯綜複雜的政治動機。因此，為了更進一步的瞭解殖民地政府推動該法案的歷史邏輯，研究者將嘗試從 Manderson (1999;1998)、Barraclough (1999;1997)、Phua (1991;1998)、Chee (1990)，以及 Heller (1975) 等學者對馬來西亞醫療福利發展的研究成果中，拼湊該法案通過當時的歷史圖像，一方面藉由對歷史脈絡的追溯，勾劃當時的歷史背景；另一方面，則試圖歸納影響該政策形成的可能因素。

首先，二次大戰以後，面對殖民統治的合法性危機，英國政府開始根據大英帝國在東南亞的長遠政治和經濟利益，檢討馬來亞在戰後的地位問題，其中包括戰後的重建工作、憲制改革以及自治等事項。但事實上，殖民政府推動「馬來亞聯合邦」概念的動機，除回應當時獨立建國的聲浪外，殖民政府更企圖藉此重組舊有的行政結構，建構一個強大而有效率的中央政府，以維護其繼續掠奪殖民地經濟資源最後機會 (Manderson 所強調的)。因此，隨者「馬來亞聯合邦」於 1948

年的成立，不僅成為馬來亞半島有史以來第一個中央集權的政府機關⁸⁶，更創造了馬來亞半島政治、經濟及社會制度整合的契機；而為了統一當時零星（piecemeal）標準不一的福利提供，「行政會議」著手規劃整合各項社會政策，其中包括教育、住宅、各項社會福利及公共設施等等。因此，原本依各州經濟資源而分配不均的醫療福利，亦在這個前提下整合成一個單一標準化和中央集權化的服務系統（Manderson 1982;1998;1999;Chee 1990）。

其次是受到本土政治菁英參政的影響（Chee 1990;Phua 1998）。戰後的政治局勢詭譎多變，各族菁英更紛紛成立政黨，並積極的投入馬來亞半島獨立建國運動。1948年2月1日「馬來亞聯合邦」的成立，更大大的增加了本土菁英參與政治的機會；在政治妥協之下，殖民政府遂釋放國防、外交以外政治權力，而本土菁英對於內政、宗教等政務決策逐獲絕對的自主性，並充份掌握相關政策決策權力（王國璋 1997:47）。在社會福利方面，破除昔日白人統治者（英國人）的優勢地位，平衡本土居民與白人之間享受的各項社會福利機會，彌平各族間因醫療福利資源分配不均所造成的政治，甚至於族群衝突，都是當時這群本土本菁首要解決的棘手問題（Manderson 1982;Chee 1990）。

第三，Barraclough 則認為，主要是受到當時英國國內政治生態和醫療福利改革等因素影響。英國的工黨在戰後便上台執政，面對著國內嚴重的失業問題，工黨政府隨即推動各項社會福利政策的改革，其中尤以 1948 年建立的「全民健康服務」（NHS，公醫制）最為著稱；而這樣的政策改革，不僅刺激了當時留學英國的本土政治菁英的政策思維，更成為當時百廢待舉的海外殖民地的主要參考依據。因此，他認為馬國 1951 年醫藥費用法通過後所創造「國家化」醫療福利體系，主要是受到戰後英國工黨政府對海外殖民地抱持同情的態度，以及 1942 年「貝佛里奇報告書」的發表英國的社會福利改革，甚至於當時歐美國家普遍盛行的「福利國家」思潮的影響，而非來自本土菁英的壓力⁸⁷（Barraclough 1997;1999）。

最後，則是來自國內共產黨、勞工黨等左派勢力的競爭，並作為防堵馬來亞共產黨滲透的一種手段。馬來亞共產黨於 1948 年 3 月對聯合邦政府展開全面武裝杯葛，除暗殺英國官員和華人富商，更積極的滲透工會和華人市集鼓動罷工與罷市，最終迫使英國對共產黨採取全面圍剿。因此，為防堵共產黨勢力的繼續擴張，聯合邦政府一方面透過所謂的「新村計劃」，阻斷馬共的資訊、糧食和藥物

⁸⁶ 英國殖民政府對於馬來亞半島的統治，採取直接統治和間接統治等分而治之的統治策略。其中包括施行間接統治的「馬來聯邦」及「馬來屬邦」，以及直接統治的「海峽殖民地」等三個統治區域。戰後，迫於統治能力和政治情勢的改變，英國政府有意整合馬來半島並實施直接統治，以延續其在馬來亞半島的殖民統治（王國璋 1997）。

⁸⁷ 在 Barraclough 的文章中，他特別花了相當大的篇幅介紹 1942 年發表「貝佛里奇報告書」，並認為這份報告書對許多大英國協國家的社會福利制度發展影響深遠（Barraclough 1998:55-61）。惟這樣的論點受到許多反殖民主義學者的反駁，而他們舉出馬來西亞和新加坡在同一時期否決了「年金政策」，採用強調去福利化的「公積金制」作為反證，認為主要的原因是當時本土菁英和馬國左派勢力推促下的歷史產物（Chee 1990;Chan 1999）。

來源；另一方面，則開始擴張鄉村地區的各项建設與福利提供，平衡城鄉差距以爭取鄉村居民的支持。此外，勞工黨在部份華人聚集的州相當活躍，其黨章更直接抄自英國工黨，有著濃厚的英國費邊社會主義（Fabian Socialism）色彩。雖然，當時勞工黨並沒有參與聯邦政府的運作，但其訴求普遍獲得華裔青年的青睞，對當時的自治邦行政議會構成相當大的威脅（Barraclough 1999）。

憑藉著以上學者從不同面向所勾劃出來的歷史圖象，我們雖無法確切的掌握「1951 醫藥費用法」出現的原由，但卻不難對當時錯綜複雜政治環境有更深入的體認。然而，就如同他們所強調的歷史情境，從戰後到獨立建國期間，無論是在政治、經濟或社會層面的發展，馬來亞半島普遍受到兩股相互矛盾的政治邏輯所牽引，其一是殖民者為苟延其政治地位和經濟利益下的政治考量；另一則是本土菁英致力於從事殖民解放及建構一個現代化國家的制度學習。前者反應在貨幣、經濟、會計及商業等法規的設置，目的在於維護殖民地政府、商人及本地富商的既得利益，以符合殖民統治者的需求（Manderson 1982;1998;Chee 1990;Jayum 1995）；至於後者，則反應在對殖民時期特殊歷史遺緒的承繼，甚至於從「殖民母國」制度的直接移植，主要包括政體結構（行政、立法及司法體制）教育和社會福利等制度的建立（Barraclough 1997;Chee 1990）。

值得一提的是，戰後在各政黨的壓力之下，英國殖民政府逐漸的釋放外交、國防以外的政治權力，而本土政治菁英在內政相關政策的制定過程，則掌握較多的自主權⁸⁸（Barraclough 1999）。因此，欲瞭解這項高度福利取向的政策出現的歷史邏輯，本土菁英的政策偏好和角色，就顯得格外的重要。然而，Barraclough（1997）Chee（1990）等學者認為，從這群本土菁英的學習背景，我們更不難理解其中的原委。其中，在這群本土菁英當中，大部份是以留學英國的貴族和富商子弟，以及在馬來亞半島或新加坡受傳統英校教育的知識份子為主，而這樣的學習背景，反應在當時各項制度的建立上，包括政體結構、司法體系，以及教育等社會政策的制度，對於特殊殖民歷史遺緒的承繼，甚至於當時殖民母國國內的政治、社會政策改革，往往成為本土政治菁英「學習」和「參考」的重要依據。

89

因此，殖民統治特殊歷史遺緒的傳承，以及主要行動者特殊學習背景下的「制度學習」，不僅形塑了他們在各項政策決策時的認知架構，同時，亦是影響馬國「國家化」醫療福利體系發展的關鍵因素之一。

⁸⁸ Barraclough（1998）具體以當時的教育政策發展為例。當時，面對本土菁英想籍由教育政策建構國族主體性的企圖，英國人在已無力介入的情況下採取放任的態度，其中，具體的改革方向是將當時的英校（純粹以英語教學的學校），逐漸改為以國語（馬來語）教學的體系；而英國人僅在保障英人子女教育權部份要求保留教會體系之英校外，並沒有太多的干預。

⁸⁹ 此時，馬、新兩地社會有一批留學英國的知識份子，戰後積極投入組織政黨和殖民解放的運動。這些本土政治菁英包括馬來亞的東姑阿都拉曼、敦拉薩、拿督翁、李孝式，以及新加坡的李光耀、杜進才、吳慶瑞等人。其中，值得觀察的是，受到當時國際間殖民解放思潮的影響，除少數富商（特別是指馬華公會成員）之外，這群本土菁英普遍偏向社會主義的信仰，因此，解決當時頗為嚴重的貧富、城鄉差距較具敏感性，成為他們參政的主要目的之一（Manderson 1998）。

二、不可逆轉的軌跡 - 國家化醫療福利體制的發展與存續

「1951 醫藥費用法」作為馬來西亞醫療福利體制的一項重要正式規則，不僅形塑了馬國「國家化」、「福利化」的醫療體系，更形成了日後馬國醫療福利發展一條不可逆轉的路徑。其中，這項規範政府醫療院所低收費標準的法案於 80 年代以後曾多次被提出檢討，除曾在 1982 調整病房分級差額負擔之收費標準之外，透過政府預算（一般稅）支付醫療費用的低收費醫療福利提供，迄今仍然維持不變。根據馬來西亞的官方統計資料，政府預算佔公立醫院營運成本的比例，從獨立以來，一直穩定維持在百分之九十五左右，並提供八成以上的住院服務（MOH 2001:VI）；因此，從 50 至 90 年代的近五十年來，何以在一片檢討聲浪中，馬國始終維持一個「福利導向」的國家化醫療福利體系（Roemer 所強調的），成為本文關注的主要議題。以下，我們將更進一步針對「1951 年的費用法」於 1980 年以後的發展，進一步釐清馬來西亞醫療福利體系發展的歷史軌跡。

馬來西亞於 1957 年 8 月 31 日宣布獨立。面對著百廢待舉的國家建設，在 1955 年已獲政權的「聯盟政府」，遂展開一連串的基礎建設，其中包括以產業為基礎和以社會生活為基礎兩大部份。在以產業為基礎部份，主要是以各項有助於產業經濟發展的基礎建設之主，包括公路、鐵路、機場及港口及電力等社會資本投資；至於後者，則包括教育、住宅及醫院建設等。根據第二大馬計劃的期末報告中顯示，當時政府於前者和後者所投入的資源比例約為七比三，充份顯示獨立後國家以「經濟發展」為優先的政策意識型態（Jomo 1995:101）。「聯盟」政府為落實對選民的政治承諾⁹⁰，自 1957 年至 1985 年這三十年間，為馬來西亞公立醫療體系的「充擴期」（引用自 Chee 1990:18）；政府在「大馬計劃」的架構下，投注了相當多的資源在於公立醫療院所的擴充和設立，以提供民眾廉價和可進性高的醫療服務體系⁹¹（MMA 1990:12;Heller 1975）。

根據 Heller（1975）一份針對馬國醫療成本的個案研究中顯示，有別於其他前英國殖民地，馬國早在獨立前就已建立一個「高度中央化」的醫療福利行政體系，並建立一套以中央為核心的「直接」財務責任，是形塑該國「國民健康服務」體系的主要原因。在「1951 醫藥費用法」的規範下，政府扮演著醫療福利提供的主要角色，不僅改善了當時各州的醫療資源分配不均的現象，同時，亦解決了貧富差距所造成的社會公平性問題。其中，在 Heller 的研究更進一步發現，低所

⁹⁰ 事實上，馬來西亞早在 1955 年就已在「馬來亞聯合邦」的架構下舉行第一次全國大選，當時，以巫統、馬華及印度國大黨為主的「聯盟」大獲全勝，奠定了馬國族群政黨政治的基礎。當時，為爭取鄉村馬來選民的支持，「聯盟」具體承諾將改善鄉村地區的醫療服務提供，以及擴充公立醫院體系等（Chee 1990），因此，在 1959 年獨立後第一次大選以後，聯盟政府逐在第一及第二大馬計劃當中，投注的相當多的資源於基礎醫院建設和鄉村醫療體系（RHS）的建立，以平衡城鄉差距及爭取選民的認同（Chee 1990;MMA 1990）。

⁹¹ 當時，大部份的現代化大型醫院都集中在人口較多的西海岸，因此，在大馬計劃之下，政府以每一州至少設立一所公立綜合區域醫院（general hospital）為目標，在東海岸各州紛設立現代化的醫院設施（MOH 1970）。

得者對於公立醫療體系的服務提供的滿意度最高，特別是對公立醫療體系使用率較高的馬來族群。因此，在 1985 年以前，馬國基本上仍維持一個高度「國家化」的醫療福利體系，公立的醫療體系在政府資源的投注下穩定成長，並幾乎在醫療服務提供中扮演「完全」的責任和角色（Heller 1975:16-18）。

在這個時期，「國家」不僅在各個領域扮演著主要協調者的角色，同時，更幾乎在沒有任何的制衡之下壟斷了所有的政策決策⁹²（Asher 1997:28）。因此，許多研究者在解釋此階段的政策發展，普遍採納了「國家中心論」的解釋途徑，強調「國家自主性」對於政策形成與發展的影響，認為馬來西亞國家化醫療福利體系的存續，亦是同一個邏輯下的產物（Meerman 1979; Asher 1994; Abdullah 1998），尤其，在 1969 年「513 事件」以後所推行的「新經濟政策」（New Economic Policy, NEP），提供了國家角色更進一步強化的機會，為消弭族群間貧富差距所造成的衝突，國家開始制度化的介入族群間的資源分配，其中包括推行「固打制」（a quota system），保障馬來族群在企業投資、職場（公務／公立機關），以及教育上的利益。在「固打制」之下，被認為在經濟上弱勢的馬來族群，在國家強而有力的制度化保障之下，充份的掌握各項國家資源。

然而，「醫藥費用法」在 1982 年第一次被提出檢討。衛生部希望能夠大幅提高公立醫院的門診收費，以降低政府在醫療費用支出上日益沈重的負擔。最引人關注的是，在門診部份，政府計劃從原來的一元馬幣，大幅提高至十元；而在病房差額負擔部份，則依病房等級各調整 50% 不等（MOH 1983）。然而，這樣的改革訴求，立即遭受當時主要反對黨的杯葛和醫療專業團體的反對；其中尤其以「泛馬回教黨」的行動最為激烈；為爭取馬來選民的支持，他們在馬來社群聚集的鄉村地區大肆宣傳反對調高醫藥費用。他們認為，大幅提高公立醫院的收費標準，將對貧窮者的就醫權利構成威脅，尤其是馬來社群（MMA 1990）。最終，在專業團體和反對黨成功動員馬來社群的反彈聲浪中，國會僅通過修正病房等級的差額收費標準，至於高度敏感性的門診低收費部份，則維持不變。

這次改革的失敗並未澆熄政府繼續推動從各項福利提供「撤退」（retreat）的企圖。1983 年以後，受到全球經濟大蕭條的衝擊，馬國主要的經濟作物價格暴跌而造成財政上的沈重負擔，再加上英國的柴切爾主義席捲大英國協國家，馬國政府開始展開一波又一波的國營事業私營化計劃，其中包括電力、電訊、郵政、碼頭、污水處理及公路等。1988 年，在首相馬哈迪醫生的主導之下，衛生部第二次針對「醫藥費用法」提出檢討和修正方案，這次的修正內容主要包括：1. 維持低收費標準，但提高民眾的部份負擔；2. 將醫療費用分為臨床項目和非臨床項目（包括膳食、清潔費及一般複健用品等），非臨床項目完全由病人自行負擔；以及 3. 逐步將公立醫院私營化或企業化，引進市場機制以提昇效率等。然而，這次的改革同樣的遭到反對黨和醫事專業團體的反對，但汲取上一次的失敗經驗，

⁹² 此一時期經濟發展的特色，是國營事業大量的出現。透過國家資本的大量投注，一方面可以「比較有效率」的分配資源；另一方面，則是解決當時頗為嚴重的失業問題（Jomo 1995:119）。

這次「國陣」(即執政聯盟)原計劃以速戰速決的方式,藉由國會中絕對多數的優勢通過實施,但卻意外的受到國陣最大黨「巫統」分裂的影響⁹³。當時,巫統為鞏固其岌岌可危的政治地位,不得不暫時擱置這項改革計劃。最終,國會僅過公立醫院的私營化計劃,政府主動撤回「醫藥費用法」的修正草案,而使得這次的改革又胎死腹中(MMA berita 1990;Chee 1990;Chan 1996)。

「醫藥費用法」第三次的改革則是在 1993 年提出,主要是來自私立醫院協會的壓力(Chan 1996;Barraclough 1999)。在 1993 年 3 月 16 日,首相馬哈迪醫生在出席私立醫院協會年度研討會時,對於公立醫院的改革作出了重大宣示,其中,明確的對「醫藥費用法」提出批判和政策改革方案,其政策宣示如下:(引述自 Barraclough 1999)

「政府並不打算繼續實施殖民時期所發展出來的政策,提供所有國民免費或低價的醫療和治療服務。尤其,西方福利國家的失敗經驗,足以讓我學習到過度依賴國家的慘痛代價。因此,我們將以補充式的福利方案,替代現在幾乎完全免費的規定。但政府將繼續保障那些無力支付者的權利。……相對的,我們所追求的是建立一個完全的愛心社會和文化,人民的福利,將不以國家為中心,而是圍繞在個人或堅強的家庭系統為中心。」

在這個政策宣示之下,衛生部著手規劃直接廢止(to abolish)醫藥費用法的可能性,以便適度的回歸自由市場競爭機制(Mid-Term Review of the Sixth Malaysia Plan 1994:84)。但這種「激烈的」政策改革理念,立即引起了社會輿論的討伐,各界紛紛表達了反對意見。然而,這次的改革不僅引起了包括醫界(包括馬來西亞醫師公會、基層醫療協會、護士公會,以及醫療助理員工會)工會組織,以及社運、人權團體(馬來亞西人民之聲、國民醒覺運動,以及消費者協會)的抗議;值得觀察的是,這次的改革更史無前例的引起了受雇於公立醫療體系的醫師和其他職工等群起的反彈。最後,由醫師公會所主導的「協調委員會」(a coordination committee)更正式的向首相府提呈「備忘錄」(a memorandum),要求首相重新考慮這項政策改革方案。其中,在這份「備忘錄」當中,各團體要求政府落實早在 1983 年已規劃完成的「國家健康安全基金」社會保險計劃,一方面保障國民的基本就醫權,另一方面則將有助於改善政府醫院窘困的財務危機⁹⁴(MMA 1993)。

此外,這次的改革亦引起國陣內部成員的反彈,其中以巫統青年團(巫青)最為明顯。Chan(1996;1998)認為,巫青對於這項改革方案的反彈,主要是受到馬來選民的壓力。根據衛生部的統計資料顯示,由於公立醫院的低費非常低廉,且大部份的醫師皆為馬來醫師,因此,相較於經濟狀況較佳的華人而言,大

⁹³ 相關討論請詳見祝家華(1994):「解構政治神話 - 大馬兩線政治的評析(1985-1992)」,以及王國璋(1997):「馬來西亞族群政黨政治之研究(1955-1995)」。

⁹⁴ 有趣的是,醫師公會認為,惟有落實這項全民健保計劃,才有可能降低公立醫院醫師的流失率,並提昇醫療品質,而這項主張獨得公立醫療體系的受雇者的廣泛支持(MMA 1993)。

部份的馬來人會選擇公立醫院就醫。「醫藥費用法」的廢止，無疑對馬來人的就醫權構成了嚴重的威脅，因而引發了執政黨內部的矛盾與衝突。最終，這次的改革在 1994 年初在內閣會議中被擱置（The Star;星洲日報 1994.2.4）。

此後，這項法案亦在 1996 年的「第七個大馬計劃」中再度被提出討論，但卻只是政策宣示而沒有任何具體的規劃內容。惟繼醫療支援服務和國家心臟中心私營化之後，政府開始著手執行公立醫院「企業化」方案，計劃將政府醫院委託民間企業經營管理，但同樣的亦引起各界的反彈。關於這部份，本論文第七章將會更詳盡的分析，在此不贅述。

然而，誠如 Asher (1995) 及 Jomo (1995) 所強調的「國家中心論」分析理路，從早期的「聯盟」到現在的「國陣」政府，馬來西亞執政聯盟始終在國會維持超過三分之二席次的絕對多數優勢地位，進而形成了堅固的「行政國家」體系；因此，無論是在政治、經濟，甚至於司法制度的改革，「國家」都充份的展現其無堅不摧「自主性」⁹⁵；其中，我們在 Jomo 對馬來西亞國營事業私營化過程的分析中得到應證。80 年代以後，在國際私營化思潮和國內政治的考量之下，無視國內在野勢力和工會的反抗，馬國政府幾乎在毫無阻力的將國營事業完成私營化 (Jomo 1995)⁹⁶。

因此，何以馬來西亞在「國家」具高度自主性的情況下，「1951 醫藥費用法」歷經了數十年無數次的挑戰，卻始終存續並維持一個國民健康服務的醫療福利體制，成為本章所欲尋求解答的核心問題。為更完整的瞭解其中曲折的歷史邏輯，研究者將歷史制度論「路徑相依」的相關概念，擺放在這個歷史脈絡來加以解釋，研究者得到了以下數點結論。如下：

首先，就「1951 醫藥費用法」於殖民時期就已形成而言。二次大戰後風起雲湧的殖民解放運動，可視為馬來西亞醫療福利制度發展的一個關鍵歷史轉折 (historical conjuncture)。面對著解放與傳承這兩股相互矛盾的牽引力，本土政治菁英一方面致力於建構其「政治自主性」，以徹底從殖民統治中解放；另一方面，在卻又無法擺脫殖民時期特殊歷史遺緒的牽引，甚至於直接移植殖民母國的制度形式 (改革)，以便有效率的將馬來西亞建構成為一個現代化國家。因此，就在「承繼」與「解放」之間 (直接引用 Manderson 之用詞)，殖民時期的歷史遺緒 (包括殖民母國的制度改革)，以及本土政治菁英特殊的學習背景及參與殖民解放運動的價值信念，不僅提供他們政策決策時的基本認知架構，同時，亦對當時各項制度的草創產生影響。其中，包括「1951 年醫藥費用法」的通過及國家化醫療體制的建立有直接的影響。

⁹⁵這也是採行內閣制國家的主要特色之一。由國會多數黨組閣並負起完全的政治責任，而馬來西亞執政聯盟在國會中掌握三分之二以上席次的優勢地位，因此，自然強化行政體系的優勢地位，「大行政、小國會」的情況相當明顯 (祝家華 1994)。

⁹⁶關於馬國各項私營化政策過程的討論，以及該項政策背後的政治經濟結構，詳見 Jomo (1995)：【Privatizing Malaysia- Rents, Rhetoric, Realities】一書中精闢的討論。

其次，在「1951 醫藥費用法」的規範下所建立的國家化醫療福利體制，歷經了將近三十年（1951-1985）的穩定期，不僅形塑了制度受益者（特別是指使用率最高的馬來族群）的行為慣習和行動力，同時，更將制度「銷定」（lock-in）在一條「不可逆轉」的發展路徑上，影響和限制了制度的發展。其中，最明顯的是，雖然「1951 醫藥費用法」於 80 年代以後數次被提出檢討和改革，但卻始終在一片要求國家撤退的聲浪中得以存續，充份顯現這個制度的政治敏感性，以及政府在主要制度受益者壓力下的政策妥協。研究者以為，制度的運行不僅會產生自我增強的效果，同時，更形塑了行動動在制度結構中角色扮演，進而產生了所謂的「鎖定效果」（lock-in effect），對解釋馬來西亞國家化醫療福利體制存續頗具理論說服力；同時，亦說明了在制度的「自主性」在制度過程中的作用力，其不僅形塑了特殊的利益結構，同時，更限制了制度改革所能採取的策略（Collins 1999）。

第三，研究者接受了 Chan（1995）的基本論點，認為馬來亞西自獨立前就已建立的族群政黨政治體制，對於馬國各項制度（包括社會福利制度）的發展具關鍵的影響力。反應在醫療福利體制的發展上，對於族群間公平性問題的關注，不僅是國家對於佔大多數選民的政治承諾，更往往成為國家政策決策的主要政治考量。例如，與巫統競爭馬來族群選票的「回教黨」（PAS），是一個以宗教教義為主體的政黨，在醫療福利本質的爭議上並無明顯的意識型態基礎，但在歷次醫療福利的政策戰役中，卻主張維持現制以維護選民的利益。這樣的政策主張，不僅對於執政聯盟（國陣）中具支配地位的「巫統」構成相當大的威脅，更突顯「族群」這個敏感的政治因素，對馬來西亞各項政策（包括醫療福利）發展的支配性地位。針對這一點，本論文第七章將會有更深入的分析。

最後，是來自醫界、工會和社運團體等社會力的反對。尤其，馬來亞西醫師公會、基層醫療協會等醫療專業團體，對於政府醫院私營化政策始終抱持反對的立場，並動員其所屬會員，於全國各地配合工會和社運團體的反制活動，並獲得社會相當大的回響而形成一股相當的反制力量，阻卻了政府醫院私營化的政策。

總而言之，馬來西亞何以在沒有普及性年金，沒有失業保險等社會福利制度的情況下，始終仍維持社會福利色彩濃厚的醫療福利政策。以上，歷史制度論「路徑相依」的理論概念，已提供了研究者相當清晰的分析理路，至於 80 年代以後公立醫院的私營化政策成敗的政治過程，本論文將在第七章作更詳盡的分析。

第三節 公積金制度脈絡下的政策學習：新加坡醫療儲蓄帳戶的形成與發展

“歐洲各國、澳洲、紐西蘭和加拿大等已發展國家傲慢的宣稱自己是福利國家。但現在他們卻開始修補他們的福利系統，以便消除社會福利對他們國家的破壞性影響：脆弱的社會聯結、低迷的工作誘因，以及貧乏的國家財政等....，而他們的問題更確定了我們選擇了對的途徑。”

(新加坡共和國總統王鼎昌先生，The Straits Time, 15 January 1994:6)

無論是在地理區位上，亦或者是在被殖民和獨立建國的過程中，新加坡和馬來亞西兩國在政治、經濟和社會，甚至於文化層面（殖民社會型態），都分享了許多共同的歷史經驗；更早在十八世紀開始，兩地就以建立起相互依存的政治經濟關係，因而普遍被喻為東南亞的政治「連體嬰」；其中，新加坡曾於1963年9月16日成為馬來西亞聯邦的一員，但很快的因為複雜的族群政治、經濟利益衝突等歷史糾葛復於1965年8月9日「被迫」脫離馬來西亞聯邦，正式的成立新加坡共和國。

然而，我們在第五章已大致刻劃出新加坡醫療福利發展的歷史圖象。其中，受到了英國殖民歷史遺緒的影響，在獨立建國之前，新加坡就已發展出和馬來亞相似的公共醫療福利體制。惟新加坡優越的地理位置，成為英國在東南亞地區最重要的商業樞紐，再加上國土面積不大在管理上較為容易，英國殖民政府早在十八世紀就已在新的加坡建立完整的防疫和公立醫療設施；因此，相較於馬來半島地區，新國政府在各項福利服務提供的角色扮演更為顯著（Phua 1989; 1991）。

獨立以後的新加坡，包括政治體制（行政、立法及司法體制）、教育及醫療福利等制度，大致仍延續英殖民政府所留下的制度型態，避免革命式的政策改革可能引發社會動盪。但在建國初期，面對著區域政治孤立和資源匱乏的窘境，由李光耀所領導的人民行動黨政府（PAP government）開始轉向採取「溫和專制主義」（paternalistic）的統理策略，一方面穩定其政權的合法性，並統合了所有社會資源分配，以營造有利於資本累積的環境（Huff 1995），另一方面，則對社會則採取嚴密的社會控制和鎮壓手段，以抑制工會及黨內左派勢力的發展。在這個前提之下，人民行動黨政府試圖透過創造了「先有經濟發展，再談自由民主」的政治神話，成為合理化其「開發獨裁」的威權統治的強而有力政治理由。而這種經濟發展優先「意識型態功效」（ideological efficacy）的建構⁹⁷，在過去卅年來，

⁹⁷所謂意識型態功效，指的是統治者以「生存主義」和「實用主義」等兩個意識型態，作為國家統理（governing）的策略；前者在於激發國民的生存危機意識和國家認同，至於後者，則是作為政策合理化的基礎。在這個前提之下，為了國家的生存和經濟發展，政府有權力採取任何必要的手段，其中包括威權主義和高壓統治，以營造有利於國家發展的環境。（Toh & Low 1997）。某

不僅造成人民行動黨政府一黨獨大的政治局面，同時更成為了新加坡人民「順從的社會紀律」(直接採用 Low 的用語)重要的黏著劑。其中，Toh & Low (1997) 在分析新加坡住宅、醫療和教育等社會政策改革時所作的結論，我們就不難窺知這個「意識型態功效」所發揮的作用力：(Toh & Low 1997:23;Chua 1995)

「長期以來，在這種“意識型態功效”的引導之下，新加坡人民的順從和社會紀律，不僅“無條件”的支持各項可能不利於他們權益的政策改革，同時，亦對政府產生一種生存上的依賴；這種家長式的統理關係，成為 PAP 政府各項政策推動或改革時無往不力的最佳助力。」

一直到 1983 年「國家健康計劃藍皮書」(Blue Print of National Health Plan, 以下簡稱藍皮書)的提出，新加坡醫療福利體制才產生結構性的改變；其中具體的改革方向包括在原中央公積金的架構下，開辦「醫療儲蓄帳戶」(Medical Saving Account)，以及推動政府公立醫院的「組織再造方案」等兩項政策改革 (MOH 1983)。然而，這兩項政策改革的焦點主要在於「國家」開始在原社會化程度頗高的健康照護財務中撤退，並轉而強調個人和家庭對健康的責任，避免國民對國家過度的依賴；而國家的角色僅在醫療市場失靈出現時才介入服務提供，以降低國家的財政負擔。「藍皮書」這種強調「個人和家庭責任」的政策哲學 (Policy Philosophy)，儼然已奠定了日後新加坡醫療福利政策發的基調。因此，本節將分析重點擺放瞭解在「醫療儲蓄帳戶」理念形成的過程，並籍以釐清影響新加坡醫療福利發展的歷史邏輯。

一、「醫療儲蓄帳戶」的形成的歷史脈絡

醫療儲蓄帳戶的政策理念最早出現在 1976 年 (Low 1997;Thomas 1996;Woo 1995)。當時，有鑑於在公積金架構下國民「居者有其屋」政策成效日益彰顯，衛生部曾計劃仿倣在中央公積金架構下的「房屋所有權計劃」(Home Ownership Scheme, HOS)，在中央公積金的架構下另設「專戶」，作為支應會員及其家屬的醫療費部份負擔之用。但由於當時國民住宅的普及率僅達 68%，為避免分散公積金的資源，因此這項改革計劃並未在國會討論就遭到人行黨內部的否決而胎死腹中 (Woo 1995:16-21;Tremewan 1996;Low 1997)。

因此，從獨立建國後到 1980 年以前，新加坡的醫療福利體制基本上一直維持殖民時期的特色；除少數教會和慈善醫院等私立醫療體系之外，大部份的醫療院所皆為政府所有，並提供國民直接和負擔得起 (affordable) 的國民醫療服務

種程度上，這和「開發獨裁」概念非常相似，而這樣的統理型態，普遍出現在東南亞各國的國家發展例子當中 (孫友聯 2000)。研究者以為，這種意識型態功效事實上蘊涵著威權國家嚴密的社會控制意圖。由李光耀所領導的人民行動黨政府在 1959 年組織自治政府之後，不久便通過「內部安全法」(Internal Security Act, ISA)，這項法律賦予「國內安全局」極大的司法審判權，即在法庭未定罪之前逮捕及拘禁人犯，最長可達二年之久。這項法令儼然成為人民行動黨政府整肅異己的利器，其中曾經在 1960-1980 年間，逮捕和瓦解左派勢力。一般認為，人行黨政府對國內秩序的控制採取二種方式，一種是直接對人的控制，另一則為對媒體輿論的控制。

(MOH 1970)。尤其，在 1960-70 年代期間，為維護國家經濟發展所需的健康勞動力，人民行動黨政府不僅廣泛的設立公立醫院，更開始收編私立醫療院所，以便更有效率的分配有限的醫療資源，而這段時間亦被喻為新加坡公立醫院體系發展的「黃金時期」(The golden period)⁹⁸ (Woo 1995;Mohan 1999)。其中值得一提的是，這段期間政府衛生政策的另一項重點是執行嚴格的人口政策 (Phua 1991)。受到戰後嬰兒潮 (baby bloom)，以及彼岸 (馬來亞) 不斷湧入的移民人口影響，60 年代中期，新加坡開始面臨人口擁擠和失業問題。因此，為控制人口的成長，新加坡政府一方面採取緊縮的移民政策，有條件的開放來自彼岸的移民 (主要是高級知識份子和專業、技術人員為主)；另一方面，則執行嚴格的「家庭計劃」，以緩和人口的成長。這項由國家強力主導的「優生」人口計劃⁹⁹不僅遭致國內左派勢力激烈的批判，同時，亦凸顯了當時由李光耀所領導的人民行動黨政府「溫和專制主義」(paternalistic) 的威權本質 (Low 1991;1997:11)。

80 年代以後，新加坡已成為東南亞地區重要的商業和貿易中心，不僅國民平均所得位居東南亞各國之首，同時，各項社會資本的投注亦已獲得相當豐碩的成果。其中，最為人民行動黨政府津津樂道的是國民住宅普及率已達 80% 左右，而這也是人民行動黨於 1960-70 穩定政權的重要因素之一 (Tremewan 1994:53;1996;顧長永 1995:152-156)。此時，隨著經濟的快速發展，國民的健康意識逐漸提昇，再加上因 60 年代人口計劃過於成功所導致的人口老化問題，使得醫療成本上漲的問題成為政府不得不關注的議題 (Singapore Yearbook 1981)。當時，甫接任衛生部第一副部長的吳作棟先生 (新加坡現任總理) 在國會的受命下成立「特別委員會」，負責規劃因應對策和醫療福利的改革方案。值得觀察的是，該委會第一次在國會進行工作報告時，就已宣示了未來醫療福利改革的具體方向，其中包括在 1976 年被否決的「醫療儲蓄帳戶」政策改革理念：(The Straits Times, 1981.5.14;Phua,1998)

「……我們將檢討目前醫療福利政策的適當性，但肯定的是，新加坡將不會施行類似西方福利國家“從搖籃到墳墓”的健康照護體制。我們有符合社會需求的中央公積金制度，而從過去珍貴的經驗中，公積金制度不僅帶給我們穩定、富足的社會，同時，更讓我們往“居者有其屋”的理想境界邁進。而這樣的努力，未來將在我們的各項社會福利體系中進一步實現……」。

在這個前提之下，政策委員會於 1983 年正式發表對新加坡醫療體制發展影

⁹⁸ 在同樣的政策邏輯之下，此階段亦是新加坡各國營事業發展的「黃金時期」。由於當時新加坡各項資源相當有限，因此，人行黨為更有效率的分配有限資源，並創造新業機會以避免引發社會衝突，政府遂投入大量的資源發展國家資本，一方面達到資源「有效」分配的政治目的；另一方面，則藉以帶動整體經濟資本的發展，以提昇國民生活水平 (Mohan 1999)。

⁹⁹ 基本上，人民行動黨政府對於不同教育程度的家庭計劃有著不同的標準，一方面呼籲節育與控制人口增長 (一個不少、兩個剛好)；另一方面卻又鼓勵高級知識份子多生育，甚至於建議盡可能選擇同等學歷的配偶等。然而，這樣的政策主張引起了人民行動黨內部左派 (左傾工會派系) 的反彈，更是該黨於 1963 年分裂的主要因素之一 (Low 1997)。

響深遠的『國家健康計劃藍皮書』(MOH 1983)。這項計劃書不僅確立了政府對醫療福利政策的基本哲學，更具體標示政策改革方案的目標及內涵，並框架了新加坡 80 年代以後醫療福利改革的具體方向，如下：(MOH 1983;affordable health care 1999)

- 1.透過良好的教育提昇國民正確的健康意識。
- 2.強化個人對自己健康的責任，並避免過度依賴社會福利或醫療保險而造成國家財政負擔。
- 3.提供所有國民一個良好和負擔得起 (affordable) 的醫療服務系統。
- 4.依賴競爭機制和市場的力量，增強健康照護的服務和效率，以及；
- 5.必要時透過公立醫療部門的直接介入，在市場失靈的情況下降低健康照護的成本。

因此，許多學者把 1983 年「藍皮書」的提出視為新加坡醫療福利體制改革的關鍵歷史轉折 (Phua 1991;1997;Lim 1998;Low 1991;1997;Tan 1991)。其中，面對日益高漲的醫療成本問題，政府將重點擺放在「財務結構」的改革，並在既有中央公積金的基礎之上，建立一個以「個人」和「家庭」為主體的醫療財務責任體系 (Phua 1991)。

然而，Low (1997;1998) 認為，國家健康計劃 (NHP) 下的政策改革，基本上並非採取自由放任 (laissez fair) 的態度，其中還蘊涵著人民行動黨「功能性家長式主義」(functional paternalism) 的政治表現。當時，政府認為全面性的所得重分配或風險分擔的政策方案，將會削弱納稅人和福利受益者的工作誘因，並造成財政負擔；因而否定了西方福利國家的制度形式，新加坡採行了一個以「家庭」為支柱，並和亞洲文化和傳統邏輯相一的健康政策 (Low 1997;1998)。這種以「家庭」為中心的制度形式，強調「自力更生」和「孝道」的政策意識型態，部份學者認為是受到儒家思想 (Confucian tenet) 的影響所致 (Rodan 1993:85 引述自 Low 1997:12)。

這項重要的政策改革並沒有遭到太大的阻礙於 1983 年在國會通過後實施，並於次年 (1984 年) 正式實施。由於其乃中央公積金下的特別專戶，因此，僅函蓋受薪者 (雇員) 和自營作業者，費率為受薪者薪資的 6%，由勞資雙方各負擔 50%，自動的存入中央公積金的醫療保健專戶當中 (惟 35 歲以上的費率為 7%；45 歲以上者則為 8%)。至於自營作業者，費率則為年淨營業收入 (總營業額扣除營業開支) 的 5%。然而，雖然醫療儲蓄帳戶本質上和中央公積金相似為個人資產的一部份，但其動支 (withdraw) 卻受到受到嚴格的規範，在開辦初期，僅開放支應個人或眷屬的「住院」醫療費用。就此，衛生部透過嚴格的「病房分級」制度，視病患個人的偏好選擇承擔不一樣的部份負擔之比例。

從以上所陳述的歷史脈絡，我們不難歸納出影響「醫療儲蓄帳戶」出現和成功改革的歷史因素，其一是架構新加坡社會安全體系 (包括老年經濟安全、國民住宅、教育及醫療等) 的「中央公積金」制度；第二則是成效卓越的「國民住宅

計劃」；其中，前者作為支撐「醫療儲蓄帳戶」的政策基礎，自 1955 年開始實施以來所累積的豐富行政經驗和資源，成為「醫療儲蓄帳戶」得以成功實施的最關鍵因素之一；至於後者落實「居者有其屋」的成功經驗，不僅成為新加坡醫療福利等社會政策改革「仿倣」和「學習」的參考依據，同時，亦提供了人民行動黨政府一個根深地固的認知架構，成為「醫療儲蓄帳戶」於 80 年代以後敗部復活的重要因素。因此，研究者將進一步分析中央公積金和國民住宅計劃對新加坡醫療福利體制改革的影響，以釐清「醫療儲蓄帳戶」改革理念出現的歷史脈絡。

首先，「中央公積金」作為新加坡獨立以來最重要的社會政策(Phua 1991;Low 1991;Woo 1995)，不僅在於其保障了國民老年的經濟安全(退休金制度)，同時，其日積月累的豐富基金資源，更築構成新加坡社會經濟發展的平台，對新加坡各項社會政策的發展有著極為關鍵的影響。其中 Michael(1995)和 Phua(1989;1991)分別針對新加坡社會安全體系和醫療儲蓄帳戶的個案研究中認為，中央公積金對於新國社會政策的影響主要包括兩個層面，其一是其所累積的豐厚基金，成為新加坡政府支援各項社會政策和基礎建設的主要財源，其中包括 1960 年代開始的「國民住宅計劃」、1970 年的「教育計劃」，以及本論文所關注的「醫療儲蓄計劃」等；其二，則是奠定了新加坡以「個人」和「家庭」為基調的社會安全體系¹⁰⁰ (Michael 1995;Phua 1989;1991)。

然而，理論上這種影響社會大部份群體權益的「革命性」改革方案，將難以獲得社會大眾的支持，因為意謂著政府將從原本高津貼的醫療福利中撤退，以及增加民眾在醫療費用上的負擔；但事實上，新加坡社會卻似乎「毫無條件」的接受這次結構性的制度變革。Woo (1996) 在針對新加坡醫療儲蓄帳戶立法過程的研究中認為，除人民行動黨在「一黨獨大」的政治環境之下，掌控了所有的政策決策之外¹⁰¹；最關鍵的因素，在於醫療儲蓄帳戶乃建構在中央公積金成功和堅實的政策經驗之上，而大大的提昇了改革的可接受度 (Woo 1996:40-41)。其中，Woo 更強調文化結構因素的作用力，認為中央公積金的順利推展反應了當時新加坡以華人為主的移民社會「儲蓄」的傳統美德；而醫療儲蓄帳戶強調自立更生 (self-reliant) 和孝道 (filial piety) 的精神，以及建構一個「以家庭為中心」的社會支柱的福利體系，更符合亞洲文化與傳統的基本模式 (Woo 1996)。由此可見，無論是 1976 年或 1984 年「醫療儲蓄帳戶」改革理念的出現，並非來自真空，而是緊密鑲嵌在中央公積金這個以「個人資產」和「家庭互助」為基礎的制度結

¹⁰⁰ 針對中央公積金是否可以被定義為「社會安全體制」，學者有著不同的觀點，其中反對者認為，在制度特質上中央公積金是一種政府高度介入的「強制儲蓄方案」，嚴格來說只能算是個人一生的所得重分配和風險分擔機制，並不具有任何社會連帶關係，因此，在條件上不算被定義為「社會安全體系」(Chow 1986;Chan 1996)。

¹⁰¹ 新加坡從 1965 年開始就一直維持 PAP 一黨獨大的優勢地位，以及弱勢和無效的反對黨制衡；而 Woo 認為，這樣的政治結構使得「醫療儲蓄帳戶」和「醫院私營化」政策在沒有太多的政治異議下形成和執行。例如，當時國會中只有一個反對者，即勞工黨議員 J. B. Jeyaretnam 認為：「政府試圖以哄騙的手段，要人民接受較高的醫療成本，只是錢非直接從口袋中付出罷了」，而要求撤回議案。但他的觀點在國會表決中 56 對 1 票下遭挫敗 (Woo 1996:42)。

構之上，成為該國醫療福利等各項社會政策改革依循的軌跡。

其次，新加坡政府有效率的把各項社會政策整合在中央公積金的架構之下，在嚴密的控管之下，公積金會員將可以動支（withdraw）帳戶中的存款，作為個人投資、資本累積或支應必要費用之用。例如國民住宅計劃、醫療儲蓄帳戶、教育計劃，以及投資指定股票（新加坡巴士服務、新加坡電訊等中央公積金局核准投資之股票）¹⁰²（CPF 1996）然而，研究者以為，從 1968 年開始的國民住宅計劃，其逐漸達成居者有其屋的成功經驗，不僅是人民行動黨政府穩定政局的主要政績；同時，亦成為政府機關規劃其他政策改革時主要的參考依據，進而影響後來政策的發展，其中包括 1984 年開始實施的醫療儲蓄帳戶。

表 6-2-1：新加坡「建屋發展局」¹⁰³的政策成就（1960-1990）

計劃和階段時間	興建的房屋間數	居住國民住宅的比例
第一期建屋計劃（1960-1965）	53,430	23%(1965)
第二期建屋計劃（1966-1970）	66,329	35%(1970)
第三期建屋計劃（1971-1975）	113,819	50%(1975)
第四期建屋計劃（1976-1980）	137,670	68%(1980)
第五期建屋計劃（1981-1985）	100,000	78%(1985)
第六期建屋計劃（1986-1990）	85,000	86%(1990)

資料來源：「建屋發展局」年度報告（1990）

人民行動黨於 1959 年獲得政權以後，為改善當時新加坡惡劣的居住環境，於 1960 年 2 月 1 日正式成立「建屋發展局」，希望能夠過對整體國土的規劃，以及政府的直接介入，提供國民廉價和管理得當的國民住宅，以改善國民居住環境的衛生狀態。於是，藉由政府掌握百分之九十五以上國土的優勢地位，建屋發展局大興土木的興建組屋（集中式國宅），在第一期計劃結束時（1965 年），居住國民住宅的比例已達 23%，為當時人民行動黨政府最重視的社會政策之一（Singapore year book 1965:47-49）。

為讓更多的國宅承租戶能夠擁有自己的房子，建屋發展局於 1964 年倡議「房

¹⁰² Low(1998)認為，這種政府嚴格限制「個人資產」處分的政策型態，充分反應了人民行動黨政府「家長式父權主義」的統理特質（或者是Pye(1988)所標示的亞洲式父權主義）。然而，這種國家幾乎完全介入整體社會經濟的發展的策略，似乎是新加坡 60 年代以後高度發展的主要原因；但 90 年代以後，許多學者研究發現，這種國家高度介入規範個人資本處分的策略，嚴重造成國民對於「全知政府」（Government-Knows-best）的過度依賴，而影響新加坡的經濟活力和競爭力（Low 1998:148-149）。

¹⁰³ 人民行動黨政府於 1960 年 2 月 1 日設立「建屋發展局」（Housing and Development Board, HDB），這是依據 1959 年所頒佈的「建屋發展法令」而設立，是人民行動黨政府創立的第一個

屋所有權計劃」(Home Ownership Scheme, HOS), 以提高國民居住國民主宅的比例。這項計劃在 1968 年修改中央公積金法後正式實施；其中具體的內容是放寬政府和公積金帳戶所有人對於公積金儲蓄存款的使用, 在新的規定之下, 政府因獲得中央公積金財務下的支援(貸款)獲得了豐沛的資金建設更多的國宅；另一方面, 中央公積金會員亦可以動支其帳戶的存款支應購買國宅之費用, 進而大大的提昇了國民購買國宅的比例(詳見表 6-2-1)。這種政府完全控制市場的資源分配機制, 不但有效率的達到預先設定的目標, 更成為政府創造就業及解決國民住宅需求的政策工具, 對於社會的穩定有一定的影響力。

然而, 這項政策成功的經驗, 儼然已成為 80 年代醫療福利改革主要參考的依據。對於決策菁英來說, 過去的政策提供「學習效果」(learning effects), 塑造了決策者的認知架構, 影響他們對問題的界定和可行政策變動方案的評估；就如同新加坡前李光耀於 1972 年在國會針對社會福利改革的辯論時強調的：(引用 Memoirs of Lee Kuan Yew 的記錄)

「沒有任何天然資源和國土太小是我們最大的困境, 而我們無法在同一個時間解決所有的問題, 必須定出優先順序, 因為擁有自己的住宅在我們的社會價值中有著崇高的地位...., 我們已經在這一方面得到全世界的羨慕與肯定, 而這個貢獻也將成為我們日後解決其他問題的依準」

研究者認為, 對於人民行動黨而言, 架構於中央公積金之下的「房屋所有權計劃」的成功經驗, 不僅成為人民行動黨領袖在思索整體國家發展和有限資源分配時的主要參考依據, 同時, 其所產生的制度僵固性, 更否決了其他政策創新的可能性 (Phua 1989;1998;Low 1998); 而 1976 年及 1984 年形成的「醫療儲蓄帳戶」改革理念, 都是強調架構於中央公積金的資源整合。因此, 我們似乎可以斷定的是：「無論是 1955 年中央公積金制度, 亦或者是 1968 年所延伸出來房屋所有權計劃, 不僅成為新加坡整體社會政策發展的路徑, 對於包括醫療儲蓄帳戶的形成, 有著根本和直接的影響」。

二、醫療儲蓄帳戶後的制度延伸

1984 年國民健康計劃藍皮書的偉大貢獻, 奠定了新加坡健康照護財務立基於「個人責任」和「家庭功能」的政策基本哲學；政府不再扮演「無限提供支援的長者」的角色, 而僅提供那些經有關單位認定需要幫助的國民 (吳作棟總理 1984 年國慶演說內容, 引用自 Phua 1998:66)。因此, 在人民行動黨政府致力於從過去近卅年來「長者」角色中撤退的同時, 醫療福利的改革, 從過去強調「國家和社責任」的政策型態, 逐漸走向一個強調「市場機制」和「個人主義」的政策特質, 但事實上, 由於醫療儲蓄帳戶乃架構在政府嚴格控管的中央公積金之下, 因此, 「長者」的角色始終並未消失, 只是從一個「積極提供的長者」向「積

部門, 其功能主要是為低收入者建設國宅, 以達到「住者有其屋」的理想 (Tremewan 1996)。

極管理者的長者」的角色轉化，進而形構新加坡「中央集權式但卻高度個人主義」（centralization but highly individualism）的特殊醫療福利特質（Lim 1998）。

然而，醫療儲蓄帳戶無可避免的承繼了中央公積金所面臨的問題，即其僅涵蓋就業人口和自營作業者，進而造成家庭的沈重負擔和權力失衡¹⁰⁴；再加上醫療儲蓄帳戶只能作為支應住院之部份醫療費用，無法滿足民眾在面臨緊急事故的醫療需求。有鑑於此，衛生部於醫療儲蓄帳戶開辦後次年，著手規劃「大病保險」的可行性；其中，由中央公積金委員（CPF Board）所主導的政策委員會於1986年提出了兩項具體建議，其一是在醫療儲蓄帳戶之外附加私營健保險方案，並透過政府政策性的財政獎勵，鼓勵私人保險公司開辦慢性和重大疾病的保險方案；其二，則是在醫療儲蓄帳戶下附加強制性的醫療保險計劃。兩者的差異性在於保險體制的不同；至於共同點則是保費皆從醫療儲蓄帳戶中支付，以增加民眾投保的誘因（MOH 1993）。

此外，1988年政府委託新加坡國立大學衛生服務研究組（Seminar on Economic Issues in Health Care）針對前述「大病保險」規劃性研究，而在研究報告書當中，該小組強烈建議政府在醫療儲蓄帳戶的架構下，實施強制性健康保險方案；一方面涵蓋面較廣，可以降低保費；另一方面則可以避免保險市場的逆選擇和道德風險等問題。然而，在尊重民眾偏好的前提之下，民眾可以在中央公積金局的允許之下，選擇其他私營保險計劃，以確保得到同等的保障。

於是，衛生部開始1990年7月1日實施低保費的國家大病保險方案，即 the Medisheild Scheme¹⁰⁵。然而，作為醫療儲蓄帳戶制度的延伸補充方案，健保雙全計劃是一項承保公司和被保人共同負擔醫療費用的重大傷病（Catastrophic）保險計劃。作為一種全國性的保險計劃，其功能是補足醫療儲蓄帳戶是不足，以支付重大傷病，醫療費用較鉅的支出，例如各種慢性疾病、癌症、腎臟病及慢性病患，因此保費相當低廉。健保雙全的保費由個人的醫療儲蓄帳戶中直接支付，除非公積金會員選擇不加入（opt-out），否則所有公積金會都被自動納入這項保險計劃之內。至於健保雙全計劃的內容和標準，本論文第四章已有詳細的說明，在此不再贅述。

至於保健基金（Medifund, 1992），則是政府設立的一項信托基金，目的是協助貧窮的國民繳付醫療費用，以補醫療儲蓄帳戶和健保雙全計劃之不足。其財務來自於政府的預算，而保健基金的受益資格和資助的款項，是由設置在各醫院和醫療中心的「保健基金委員會」負責審查，同時，根據推荐原則決定所要資助的款額。

¹⁰⁴ 關於醫療儲蓄帳戶的這個缺失，受到女性主義者嚴厲的批評。女性主義者認為，中央公積金（或醫療儲蓄帳戶）這種過度強調「家庭功能」和「家庭中就業人口地位」的制度型態，將會造成家庭中非就業人口（包括家庭主婦、老人及小孩）對就業人口的依賴，進而影響之間權力關係，因為，大部份未就業的家庭主婦在沒有公積金的情況下，別無選擇的依附在其丈夫的帳戶之下而影響他們在家庭中的地位。（Low 1998）

¹⁰⁵ 新加坡的官方用詞是「健保雙全計劃」。

一直到 1992 年保健基金的推出為止，新加坡的健康照護財務的改革才正式告一斷落，並進入所謂的 3Ms 時代，即 Medisave、Medishield、以及 Medifund。然而，研究者認為，雖然依據以 1997 年統計資料，3Ms 加起來的總支出，醫療儲蓄帳戶\$350（百萬）；健保雙全方案和附加方案為\$13.1（百萬），以及保健基金則為\$1.9（百萬），總額僅佔當年全體國民健康支出（NHE）\$4,037（百萬）的 9% 左右，但對新加坡醫療福利財務的改革卻有著結構上的意義。

值得觀察的是，醫療儲蓄帳戶雖然減輕了政府在醫療福利財務上的負擔，但由於其僅能動支作為住院及特殊門診之醫療費用，使得民眾在遭遇重大事故時沈重的醫療負擔；因此，1990 年健保雙全計劃，可謂為彌補醫療儲蓄帳戶之政策缺失，基本上，是醫療儲蓄帳戶的一種延伸；而保健基金雖然並非架構於醫療儲蓄帳戶之下，但其作為支應貧窮人口或醫療儲蓄帳戶存款不足病患之醫療費用，亦是在同一個邏輯需求下的產物。由此可見，1984 年後新加坡的醫療福利改革，主要是建立在醫療儲蓄帳戶的基礎之上，以補充醫療儲蓄帳戶在政策上的缺失。

第四節 從「零碎」到「集中」 - 台灣全民健康保險形成的 歷史邏輯

1950 年台灣省勞工保險的開辦，開啟了台灣社會保險發展之濫觴。然而，作為一個綜合性的社會保險體制，勞保的給付項目包括傷害、殘廢、生育、死亡、老年及疾病等六種保險事故；但事實上，疾病事故給付並非一開辦將已實施，而是到 1956 年 7 月才開始辦理住院給付，至於門診給付部份則遲至 1970 年 1 月才開始辦理。隨後，1958 立法院通過「勞工保險條例」及開辦公務人員保險，以及 80 年代以後各類保險的開辦，在 1995 年全民健康保險實施以前，台灣的健康保險體制始終散落於「勞、農保」及「公保」兩大保險體系之中¹⁰⁶；各項保險體制不但在財務負擔比例（含國家機關的保費補助比例）、費率、給付項目、支府標準、甚至於福利結構都不盡相同，總涵蓋率更僅達全體國民的 57.08%（含軍保的公醫體制則為 59%¹⁰⁷），將進半數的國民（大部份是老人、小孩及非就業人口）始終被排除在保險的保險範圍之外，進而形成嚴重的就醫公平性的問題。

但研究者以為，無論舊保險體系（含勞、農保體系及公保體系）的政策成敗經驗為何，某種程度上已奠定了台灣醫療福利體制「社會保險化」的深厚基盤。因此，本節從舊保險體制的政策經驗出發，探究全民健保體制的形成的政治和歷史邏輯。

一、舊健保體制發展與制度遺緒

從國內許多學者的研究文獻中我們似乎得到了這樣的結論：台灣早期社會（醫療）保險體系的出現，主要源自於國民黨企圖鞏固其統治合法性的政治考量，而非基於內部任何階級或社會團體的壓力或需求（傅立葉 1993;Kwon 1998; 林國明 1998a），刻劃了台灣舊保險體系形成當時的特殊歷史背景。然而，作為一個外來政權，為鞏固其脆弱的統治合法性，國民黨一方面透過鎮壓的手段，實施戒嚴等措施以剷除台灣島內的政治反對力量；另一方面，則是試圖透過威權侍從主義（authoritarian clientelism）社群網絡的建立，主動提供各種物質非物質的利益，以爭取本地重要社會群體的政治支持（林萬億 1991;林佳龍 1989），其中更包括社會保險這種集體性的制度類型提供（林國明 1998a）。於是，1950 年代先後開辦了勞工保險（1950）和公務人員保險（1958），開啟了舊保險體系的發展。然而，這種以「職業類別」為區隔，將民眾切割在各種社會保險體制的政策

¹⁰⁶ 其他健康保險體制及其開辦時程，請參見本論文第五章第 頁。

¹⁰⁷ 軍人保險雖未包括健保給付，但榮民、榮譽、軍人和軍眷，可以從榮民和軍人醫療體系獨得完全免費的醫療照護。

特質，以及當時台灣的經濟型態仍以農業為主的歷史背景，更顯示出台灣的社會保險從一開始就帶有著「俾斯麥模式」的色彩，社會控制的意圖相當濃厚¹⁰⁸（傅立葉 1993;林國明 1998a;Kwon 1998）。

然而，礙於篇幅的限制，本論文無法在這裏針對前述特定歷史脈絡下複雜的政策政治過程做太多的敘述；但類似的討論，國內學者傅立葉（1993）的文章「台灣社會保險的社會控制本質」；林國明（1997）的博士論文「From Authoritarianism to Statism: The Politics of National Health Insurance in Taiwan」；以及 Kwon（1998）「民主和社會福利政治：東亞社會福利的比較分析」¹⁰⁹等研究成果中，已有完整和精闢的分析，在此不再重覆敘述。因此，本章分析的重點將聚焦於自 1950 年代就已開始實施的各項醫療保險體制的政策經驗，對於後期政策（全民健保）的政策回饋（feedback）和影響；其中包括舊保險體系的組織結構特質，以及嚴重的財務危機等，以釐清「殘破廢墟」的歷史遺緒，如何對全民健保的形成產生影響。

首先是舊保險體系的組織結構特質。勞工保險（勞保）作為國民黨政府遷台以後第一個，同時也是全民健保開辦以前規模最大的社會保險體制，無論其背後蘊涵著何種特殊的政治目的，其形成與發展經驗，儼然已成為台灣過去五十年來台灣社會保險體系發展的重要基礎。（Kwon 1998）其中，勞工保險開辦初期，保險保障人口相當有限，涵蓋率更僅只有 1.70%，不僅突顯了政策特質的「殘補性」（residual），同時，以逐步擴大將受雇者納入保險保障範圍，更呼聲了前述社會控制的政策本質。其次，公務人員保險於 1958 年開辦，將公務人員納入保險範圍。截至 1960 年為止，勞保和公保的總涵蓋率僅達全體國民的 6.32%；並分屬不同行政體系當中，形成舊保險體系零碎化的制度特質。從林國明（1998a）針對舊保險體系制度等質的簡短描述，我們似乎已可以瞭解這兩個社會保險體制形成的時代意涵和其制度特質：（林國明 1998a:8）

「這樣的歷史起源，深深的塑造了台灣社會保險體系的制度特質，以及制度安排中的國家社會關係。孤立的個人，被直接納進國家經營管理的社會保險體系，而無社會團體力量的中介。納保資格、財務負擔方式、行政管理和給付水準等條件，由威權菁英和國家官僚一手決定，而缺乏與社會團體的協商過程。當威權菁英的政治計算隨環境不同而發生改變時，這些條件也隨之改變。」

在最初的三十年間（1950-1980），勞保和公保體系的適用範圍雖呈穩定的擴張，但一直到 1980 年為止，保險對象仍然相當有限，總涵蓋率也只有 16.71%（其中勞保為 14.26%，而含公保則為 2.45%），顯示當時社會保險體系只具象徵性的

¹⁰⁸ 由於當時台灣仍以農業生產為主，因此，國民黨統治菁英選擇由勞工保險先行開辦，以及當時國家機關對於工會的扶植和控制相對照，便可看出國家機關對於勞保的辦理，確實具有強烈的社會控制目的（傅立葉 1993:59）。

¹⁰⁹ Kwon（1998）「Democracy and the politics of social welfare: a comparative analysis of welfare in East Asia」一文發表於由 Roger Goodman（1998）所主編的「The East Asian Welfare Model – Welfare Orientalism and the state」。

意義。然而，1970 年代以後，面對國際外交孤立的衝擊¹¹⁰，以及國內政治民主需求的壓力，國民黨政權逐有限的開放中央民意代表的選舉；而這股要求民主開放的力量，遂成為 1980 年代以後台灣政治民主化進程的關鍵影響力，同時，也改變了國家機關中威權菁英與不同社會群體的關係（Kwon 1998）。選舉的競爭機制逐漸成為國民黨宣稱統治正當性和「探詢民意」的制度性管道，而長期支配國家統治權力的國民黨政權，亦在這樣的情況下，主動的透過社會政策的改革，企圖爭取選票的支持（林國明 1998b:8-9）。因此，在勞工保險部份，政府除透過修法的方式，逐步的擴大保險保障範圍之外，更 1980 年代以後，陸陸續續的開辦數個保險方案。（見表 6-4-1）而保險範圍的擴大，使得社會保險的保障不再只具象徵性意義，並開始向實質社會福利提供轉化，成為提供國民各項風險事故保障的主要福利制度。

表 6-4-1：各項醫療保險體系開辦及擴張時程一覽表（1950-1990）

保險類型	開辦或修正時間
1950 年	開辦勞工保險體系
1958 年	1.開辦公務人員保險體系。 2.勞工保險增加住院給付項目。
1963 年 7 月勞 保修法	1.增加失業給付項目。 2.擴大範圍，規定政府機關、公立學校之技工、司機，受僱於僱用十人以上公司行號員工強制納保。 3.增列疾病給付門診診療。
1973 年 4 月勞 保修法	1.明列私立學校、新聞、文化、公益、合作事業人民團體等員工為自願加保員工。
1979 年 2 月勞 保修法	1.將強制投保單位最低僱用員工人數限制由「十人以上」降為「五人以上」。 2.增加肺結核、鐳錠治療為醫療合付項目。 3.改進老年給付規定，女性被保險人年滿五十五歲退職者可領取全額老年給付。
1980 年 10 月	開辦私立學校教職員保險
1982 年 7 月	開辦公務人員眷屬疾病保險
1985 年 7 月	開辦退休公務人員疾病保險、退休公務人員配偶疾病保險、私立學校退休教職員疾病保險，以及開辦私立學校退休教職員配偶疾病保險
1985 年 10 月	開辦農民健康保險（試辦）
1989 年	開辦農民健康保險（全面開辦）
1990 年 1 月	開辦私立學校教職員眷屬疾病保險

資料來源：研究者自行整理製表

¹¹⁰ 自 1970 年開始，由於當時國民黨政府仍以僵化的手段處理外交事務，因而遭逢了重大的外交危機，中華民國政府退出聯合國、中日斷交，以及美國與中華人民共和國建交等。然而，這紛沓來的外交危機，不僅衝擊國民黨政權的統治合法性，更對國內各項事務產生了微妙的影響，其中包括國家與社會之間的關係。

從以上一覽表中我們可以清楚的看出，延續早期逐步擴大的政策發展策略，舊保險體系的發展，始終維持在零碎、分散的狀態之中；其中，各個保險體系不但歸屬於不同的保險體系之中，在財務分擔比例和福利結構上亦不盡相同；在行政體系方面，公保體系的主管機關為銓敘部，並由中央信託局公務人員保險處承保業務；至於勞、農保的主管機關則分別為勞委會及內政部為主管機關，並由台灣地區勞保局承保業務，三個主要的社會保險體系分立於不同的行政機關，形成台灣特殊「集中又零碎」的社會保險行政體系¹¹¹（林國明 1998a）。而這樣的結果，不僅造成行政資源的浪費，更是舊保險體系面臨嚴重財務虧損的主要原因之一。

其中，值得注意的是，農民健康保險制度於 1985 年開始試辦，並於 1989 年全面開辦。相較於勞保和公保體系，台灣農民延遲約三十年才獲得醫療保險的保障，更突顯了統治菁英選擇性忽略農民階級權益的政策偏好。惟這樣的情況在 1980 年代以後亦隨著政治生態的變遷而產生微妙的轉變。其中，農保試辦期間是歷經了 1988 年的「520 事件」¹¹²，統治菁英在強烈的政治壓力之下才正面回應農民運動的訴求。其中，當時的高雄縣長余陳月瑛宣布高雄縣將不計困難，於 1988 年全面實施農保，迫使其他縣市長紛紛跟進，申請全面開放農保。於是，余陳月瑛宣佈不到一週內，農保就在沒有保費精算、財務評估、保險基金的準備之下，由當時台灣省主席邱創煥於 1988 年 10 月 25 日宣布全面試辦，將全國所有農民納入農保範圍。因此，農保的全面實施，除被視為台灣「由下而上」的社會政策之外，更是 1980 年代以後國家與社會關係轉變後的政治產物，統治菁英在政治多元化的情況下，開始對民間團體發起的社會運動和抗爭，採取正面回應的策略，對於日後各項社會福利政策的發展深具影響力（傅立葉 1993; 劉宜君 2000:204-210）。

其次是舊保險體制的制度偏差所衍生出來的結構性財務危機。如前所述，舊保險體系的形成與發展，蘊涵著的特殊歷史邏輯和政治目的；作為統治菁英爭取政治支持的一項「德政」，制度的設計往往反應出討好支持者偏好的低保費政策，而非根據精算的原則；因此，在 1980 年代後期，舊保險體系在維持低保費政策、納保對象不斷擴張、醫療給付水準提高、醫療需求增加，以及醫療專業臨床權力資源濫用的不利情況之下，無可避免的面臨嚴重的財務危機¹¹³。然而，雖然政府嚐試透過各種方式緩和各項保險財務虧損的情況，其中包括引進部份負擔、

¹¹¹ 「集中」指的是國家與社會關係，「零碎」指的是決策權力在國家組織內部的分配（林國明 1998）。然而，研究者以為，這種「集中又零碎」的社會保險體系，主要是配合國民黨政權在特定時空背景下統治上的需要；同時，更藉於「侍從網絡」的形成，達到其社會控制的目的。

¹¹² 「520 事件」是以小農為主的農民運動，起先只是單純的農民抗議和請願活動，但最後卻意外的演變成入夜後大規模的城市暴動。520 事件之後，引發了農委員主委的下台，而政府於 1988 年年底召開「全國農業會議」，並邀請農權組織的代表出席，開啟了與農權組織對話的契機（蕭新煌 1989:21）。其中，520 事件的一項重要訴求，就是農保的全面實施。

¹¹³ 關於統治菁英對於保險財務危機的回應，請參見林國明（1998）：「制度選擇的政治與歷史邏輯」的相關討論。

轉診制度和提高保費等措施，但礙於台灣特殊的醫療文化、生態，以及幾乎每年都有選舉等政治因素的干擾而始終沒有成功，進而因舊保險體的制度偏差所造成的財務危機持續的惡化，成為全民健保開辦之前舊保險體系存續的主要考驗。

第三，則是保險保障範圍不足所產生的國民就醫公平性問題。雖然舊保險體系採逐年擴大適用範圍的方式，將大部份受僱者納入保險保障，但截至 1995 年全民健保開辦以前，舊保險體系的總涵蓋率僅佔全體國民的 57.08%，換言之，仍有將近一半的國民，被排除在保險保障之外，遂形成國民就醫公平性的問題。而這些人大部份是老人、小孩及未就業者，一旦罹患疾病，將造成家庭沈重的經濟負擔，不但成為社會問題，長久下來不僅形成嚴重的社會問題，更成為國家機關不得不處理的政治問題。

就如 Collins (1999: 73) 所強調的：「在很多時候，制度本身創造了改革和進步的契機，並依循這個基礎（或限制了）發展出他們認為有效的策略」。綜合以上對舊保險體系諸項問題的分析，研究者以為，全民健保的出現，主要是建立統治菁英欲求解決舊保險體系問題的政策動機之上；然而，歷經了四十幾年的政策經驗與問題，亦成為政策決策者依循參考的主要線索，最終限制了他們所能選擇的制度創新，將是下一節所要分析的重點。

二、歷史制度的承繼與全民健保的發展

無庸置疑的，排除了憲法中與全民健保併行的公醫體制，全民健保政策是以公、勞、農保等舊保險體系之疾病（醫療）保險為基礎，加以整合與擴大至全體國民為納保範圍，進而發展成為台灣有史以來第一個涵蓋全體國民的社會政策。因此，在這個特殊的歷史邏輯之下，全民健保的政策內容，無可避免的承繼了舊保險體制的制度特質和結構問題，其中包括組織結構、受益資格、福利結構及支付體系等¹¹⁴。以下，我們從組織架構（即健保體制）、受益資格、財務方式及監督機制的建立切角切入，刻劃舊保險體制對全民健保政策內容的影響與作用力。

首先，就組織架構（健保體制）而言，如前所述，在全民健保開辦以前，健康保險始終散落於各項大大小小的綜合性社會保險體系之中（主要為勞、農保和公保兩大體系），而這些社會保險的形成，又是特殊歷史條件下的政治產物，因此，不僅造就了「集中又零碎」的保險行政體系，更因制度性偏好而產生許多結構性問題，其中以財務危機和保險保障範圍不足最為人所詬病。但在保險體制上，這些分立的社會保險體系始終維持「公辦公營」的體系，累積數十年的行政和政策經驗，不僅提供全民健保體制學習和參考的依據，甚至官僚體系和社會及

¹¹⁴ 因此，在全民健保立法初期，部份反對全民健保倉促開辦的人士曾以「拼裝車」為比喻批評全民健保政策的形成，必然會造成半路拋錨而中途而廢。（但全民健保迄今已邁入第八個年頭，民眾對於健保的滿意度從開辦初期的三成，現在穩定維持在七成至八成左右，由此可見，由於全民健保解決了舊保險體系涵蓋率不足所產生的國民就醫公平性問題，因而成為台灣政策滿意度最高的社會政策（台灣勞工陣線 2000）。

專業體系之間關係模式的直接移植，以及全民健保行政操作的技術性模式，在在的顯示其對舊保險經驗的承繼與仿效，反應了全民健保的形成乃建立在舊保險的基礎之上¹¹⁵。

我們在這裏嘗試針對何以捨棄憲法中與全民健保併行的「公醫」體制提出說明。研究者以為，雖然早在 1947 年就已將「公醫制」的制度理念明定於憲法當中，但這種傾向社會福利的醫療福利體制，卻始終未浮現於醫療福利改制的政治議程。其中，吳凱勳教授（1992）認為：「1947 年憲法在被制度時，正逢英國推出公醫制度（即國民健康服務法），而受到世界各媒體廣泛的報導和讚揚所致」（自由時報 1992.10.27）。然而，全民健保的規劃，所關注的焦點在於如何合理化政府政策的改革，因此，一向對社會福利持負面態度的國民黨，仍以儘量減少對社會福利的干預作為其政策的主要意識型態（Huang 1994）。雖然在過程中受到比較傾向福利體制的民進黨的挑戰，但民進黨亦以實施全民健康保險作為其主要的競選政見之一（民進黨 1993），使得「公醫制」始終未成為政策改革的政治議程。

另一項關鍵的原因，是台灣雙元的醫療服務體系，是否限縮了落實憲法公醫體制的可能性。有別於大部份施行公醫制國家以「公立醫院」為主的醫療服務體系，台灣並未建立一個以「公立醫院」為主導的醫療服務體系，而這項的背景，似乎不利於「公醫制」的建立和操作，相對的，全民健保除有舊保險體系的深厚基礎之外，更不受這項結構性因素的干擾。

其次是受益資格（保險對象）及財務分擔比例。延續舊保險體系的基本架構，全民健保的被保險人主要分為六大類¹¹⁶；然而，承繼舊保險體系的政策規定，全民健保六類被保險人在保費負擔比例都不盡相同，不僅造成行政成本的浪費，更因被保險人財務分擔比例而違反全民健保原有的精神，進而產生公平性的問題。其中，最明顯的例子是第二類無一定雇主參加職業工會者，然而，無視台灣工會結構的特殊歷史意義，全民健保完全移植舊勞保體系的分類方式，其中，許多事實仍屬第一類的受雇者，被歸類為第二類所謂「無一定雇主」之受雇者，以致全體國民必須以稅收為其負擔百分之三十的保費而造成實質上的福利損失。全民健保各類被保險人的保費負擔比例，詳見表 6-4-2。

¹¹⁵何以台灣會選擇開辦全民健康保險，而非憲法條文中與全民健保並存的公醫制？某種程度上，台灣早期的各項社會保險的經驗，奠定了台灣社會福利發展社會保險化的基礎，更提供了上述問題一個頗具說服力的解答。而這樣的現象，亦出現在日後國民年金規劃的討論上。

¹¹⁶ 詳見全民健保法第八條暨其施行細則。

表 6-4-2：全民健保之各類被保險人保費負擔比例一覽表 單位：%

類別		政府	投保單位	被保險人
第一類	公民營事業、機構等有一定雇主的受雇者	10	60	30
	公務或公職人員	0	60	40
	私立學校教職員	30	30	40
	雇主、自營業者、專門職業及技術人員自行執業者	0	0	100
第二類	無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。	40	0	60
第三類	農民、漁民、水利會會員	70	0	30
第四類	軍人眷屬	0	60	40
第五類	低收入戶戶長	100	0	0
第六類	榮民	100	0	0
	榮譽	70	0	30
	地區人口	40	0	60

資料來源：全民健保法暨其施行細則，研究者自行整理

第三，全民健保的形成，是建立在舊保險體系的政策改革的需求之上。從第五章的描述中，我們不難看到舊保險體系的諸多問題和失敗的經驗，但無論是正面，亦或者是負面的政策經驗（遺緒），儼然成為新制度的重要參考依據；例如，舊保險體制的嚴重虧損，主要原因除了國人健康需求的逐漸擴大，以及日益上漲的醫療成本壓力之外；舊保險體制風險分擔基礎的破壞（即一人投保，多人享有的現象），更形成了其在財務上的黑洞。因此，將醫療給付從過去綜合保險的架構上抽離，某種程度上不僅克服了沉重的醫療負擔對於各保險財務的負面影響，更可以一勞永逸的將過去未納保的民眾併入風險分擔的機制，亦解決了半數民眾未受保險的政權合法性危機。然而，舊保險體系「零碎」的保險體制所衍生出來資源配置效率問題，成為全民健保規劃者的主要考量之一。因此，藉由這次制度整合的機會，捨棄過去「零碎化」的保險體制，建立一個「單一支付體制」（single payment），成為台灣在 90 年代建立一個中央集權化健保體制的主要原因之一。

除此之外，舊保險體系的政策鎖定（lock-in）效果，亦反應在全民健保的許多政策特質之上；例如，全民健保「監理委員會」和「爭議審查委員會」等組織的組成，似乎完全延用各項舊保險體系的架構，而忽視了整體社會組織結構的改革，某種程度上，在於過去行政經驗上的方便性所導致的政策鎖定效果。

以上，礙於篇幅的關係研究者雖無法一一的闡述舊保險體系對於全民健保政策的影響與規制，但「路徑相依」的理論概念，似乎提供了研究者瞭解台灣全民健保的形成與發展豐富的理論想像；而詳細的歷史圖象，有待日後更深入的研究。

第五節、本章結論與限制

本章以歷史制度論「路徑相依」的理論概念作為解釋途徑，刻劃各國前期的制度經驗對後期制度發展軌跡的影響和限制，對於各國醫療福利體制的「非革命性」和「漸進式」改革，以及各國何以「穩定的」依循某個制度發展軌跡有著頗具說服力的解釋。研究者認為，制度運作所產生的慣性，以及政策經驗（無論成敗）所產生的學習效應，不僅成為各國決策菁英的參考依據，更限制和影響了行政官僚制度創新的可能性，進而影響該國制度發展所能選擇的策略與路徑。其中，與「路徑相依」相關的「制度慣性」和「學習效應」及「鎖定效應」等理論觀點，貫穿本章的分析內容，以釐清特殊歷史遺緒下的制度發展軌跡。

首先，在馬來西亞的發展經驗當中，雖然在憲法層次上並沒有針對醫療福利體制有任何的規範，但在英國殖民統治時期（1951年）所通過的「醫藥費用法」，成為規範馬國醫療福利發展最重要的正式規則。其不僅規範了國家在醫療市場中扮演積極性的角色，同時，更形塑了該國高度國家化的公共醫療福利體系。其中，這項「低收費、高補助」的重要法案，引導馬國醫療福利體制走向類似英國公醫制的制度型態，成為馬國獨立後少數存續的社福利制度之一。僅得一提的是，在「1951 醫藥費用法」的規範之下，公立醫療體系始終穩定的提供國民百分之八十的住院服務和百分之二十的門診服務；而公立醫院體系極低廉的收費標準（門診僅需付一元馬幣）的福利服務，普遍受到勞工階層（大部份是馬來族群）歡迎的福利政策，進而形塑了政策受益者的行為慣性和利益結構；因此，雖然從 70 年代開始屢遭批判和檢討，但這項政策卻始終屹立不搖；在特殊的族群政治背景之下，制度自我增強的效果將其發展「鎖定」在某個不可逆轉的路徑上，進而阻卻了政府欲從這個高度國家化的醫療福利體系撤退的政治意圖，最終使得這個政策可以獨善於其他社會福利而存續下來。

其次則是新加坡「中央公積金」和「國民住宅計劃」的成功經驗，對於 1984 年醫療福利改革的影響。新加坡中央公積金制度於 1955 年就已建立，是一種強制儲蓄的老年退休方案，成為新加坡日後社會安全的主要支柱。其中，公積金不僅是政府一項廉價的資金來源，作為國家建設和發展之外，新加坡政府更將各項社會福利方案整合在公積金的架構之下，其中，以「國民住宅計劃」的政策經驗就為顯著，從 1960 年開始實施已來，已成功的創造國民住宅百分之九十左右房屋所有權的亮眼佳績，不僅是人民行動黨穩定其政權的主要利器，同時，也成為後來其他社會政策參照的主要參照依據。然而，反應在醫療福利的改革經驗上，中央公積金無論是在政策意識型態、組織架構，以及政策經驗上，都成為 1984 年「醫療儲蓄帳戶」形成的重要基礎；而「國民住宅計劃」的成功經驗，不僅是新國國民滿意度最高的社會政策，同時，更提供了統治菁英政策決策時一個根深柢固的認知架構，成為醫療儲蓄帳戶成功改革的堅實根基。

至於台灣 90 年代以後出現全民健康保險的特殊案例，我們將分析的焦點擺

放在早期各種「集中又零碎」的社會保險經驗對全民健保政策的影響。其中，從 1950 年以後陸續開辦的各種社會保險（舊保險體系），無論其政策經驗為何，除累積了豐富的行政經驗之外，其所形塑的特殊歷史遺緒對全民健保政策發展的影響，不僅影響了統治菁英的認知架構和政策能力，限制了制度創新的可能；而制度本身亦形成某種僵固性，使得全民健保只能選擇整合舊保險體系後擴大範圍的發展路徑，而無形中承繼了部份舊保險體系的問題。然而，研究者認為，統治菁英從解決舊保險體系所產生的諸多問題出發，確立了全民健保無可避免的「依存」在舊保險體系的基礎之上；除了制度本身所產生的慣性和鎖定效應之外，長期以來的國家社會關係，以及 1980 年代以後的政治民主進程，亦對全民健保的發展產生關鍵的影響，而針對這一部份，本論文將在第七章有更多的說明。

總括的說，無論是「豐功偉業」亦或者是「殘破廢墟」，從以上各國制度發展的描述中，歷史制度論「路徑相依」的理論概念，不僅提供了研究者對刻劃各國歷史制度發展豐富且頗具說服力的解釋，其中，更說明了制度本身並非自外於其變遷和改革之外，制度的生命力，往往成為影響其改革和發展極為關鍵的因素之一。

第七章 「遊戲規則」-政治制度下的制度變遷

誠如 Thelen & Steinmo (1992) 所宣稱的，制度主義有趣在於：「整體的國家和社會制度形塑了政治行動者如何定義他們的利益和結構以及和其他團體的關係」；因此，歷史制度論亦重視政策決策過程中複雜的政治結構和權力關係，並強調政治制度的正式規則對於制度變遷的影響和重要性；其中，在 Pontusson (1998) 引述的歷史制度論經驗文獻當中，「政治制度」成為歷史制度論者瞭解各國制度發展的一個極為關鍵的因素之一¹¹⁷ (Pontusson 1998)。

因此，本章將以 Immergut (1992;1998) 所強調的「否決點」(Veto point) 的概念¹¹⁸，並透過對三國醫療福利改革中「私營化」(Privatization) 這個高度政治敏感性的政策戰役 (Policy battles) 的分析，釐清制度持續建構與重構制度的政治戰役中的制度發展。

第一節、馬來西亞政府醫院私營化政策的經驗

我們從第五章和第六章的分析中得到了這樣的歷史線索。即 1951 年 (獨立建國前) 通過的「醫藥費用法」不僅是第一個規範馬來西亞醫療福利體制的正式規則，同時，其政策執行更造就了馬國公立醫療體系發展的黃金時期，形塑了馬國以公立醫療院所在馬來西亞醫療福利體系中的地位。其中值得觀察的是，這項重要的醫療福利法案雖然在 70、80 年代屢遭檢討和挑戰，但除曾在 1982 年小幅修正之外，其基本架構始終屹立不搖；而排拒改革的聲浪，主要是來自於這項政策的廣大「受益者」；其中又以在經濟上較為弱勢的馬來族群為主。因此，以巫統為主的國陣政府在強烈的政治因素考量之下，不得不多次擱置這項政策改革。

1987 年以後，這個以公立醫院為主醫療福利體系又再次遭逢另一次的嚴格的考驗。受到國營事業和部份基本設施私營化成功經驗的激勵，馬國政府又將私營化政策的觸角繼續向社會和醫療福利延伸，使得公立醫院私營化的改革方案，再次被列入政治議程之中¹¹⁹。其中，這次改革方案的具體內容，是將公立醫院的各項服務切割，並採取「外包」(Contracting out) 的方式，將公立醫院的業務和

¹¹⁷ 請參見本論文第三章第二節：「歷史制度論與社會政策分析」之討論。

¹¹⁸ Immergut (1992) 針對法國、瑞典和瑞士健康保險發展的研究中，強調國家憲政制度、政治治度在解釋制度決策過程中的重要性，「即否決權所座談的場域」(Immergut 1992)。

¹¹⁹ 1980 年以後，馬來西亞各項私營化政策如火如荼的展開，正式進入所謂的私營化時代 (Privatization Era) (Jomo 1995:IV)。然而，在政府大力的推動之下，包括國營事業 (馬電訊、電力、火車等) 和基本建設 (碼頭、公路、都市下水道和污水處理) 相繼的完成私營化，其中，在政府的大力宣傳之下，私營化幾乎可「有效率」、「國家進步」劃上了等號，開創了馬國統治菁

經營逐漸移轉私營或委託民間企業經營，其目的在於降低政府的日益沈重的財政負擔；以及解決公立醫院無效率和人員流失的問題。(MOH 1990) 然而，政府這項逐漸從公立醫療福利體系撤退的改革策略，獲得相當可觀的成果，例如 1992 年國家心臟中心的企業化 (corporatization)，以及逐步的將部份非臨床性的服務外包等；但在公立醫院的經營部份，在國內公立醫院受雇者、工會、醫療專業團體 (包括馬來西亞醫師公會、護士工會、基層醫療協會及醫療助理協會) 的極力反對之下，迫使政府不得不在 1999 國會改選前夕，正式宣佈放棄這項改革計劃。以下，研究者將從馬國特殊的族群政黨政治切入，分析探討最終「否決」這項政策改革的政治場域。

一、馬來西亞醫療福利體系私營化策略與發展

1987 年「第五大馬計劃期中報告」(Midterm review, 1986-1990) 的發表，揭開了馬來西亞醫療福利體系的私營化政策，是政府宣示公立醫療福利體系改革最完整，同時也是最重要的正式官方文件¹²⁰ (Chan 1996; Aljunid 1997)。其中，政府推動政府醫療體系改革 (私營化) 的具體理由，主要有：(MOH 1990:17-18)

- 一、提昇公立醫院的服務效率，以解決病患擁擠的問題；
- 二、尊重消費者的自由選擇權力，提供更多元化的服務；以及
- 三、解決公立醫院醫事服務人員流失的問題¹²¹。

然而，反應在政策操作面上，有別於其他國營事業私營化採取直接移轉或釋股的方式，醫療福利私營化政策的策略顯得較為保守，主要是以「契約外包」或「間接購買」(indirect purchasing)「企業化」(corporatization) 的方式，逐步的將公立醫療體系或設施，委託私人或民間企業經營，其中主要有四個階段。具體說明如下：

第一階段的策略，是將政府醫院非臨床性服務以「契約外包」的方式，委託民間企業代為處理，其中包括五項醫院輔助服務 (包括膳食、醫院器材、設施維修、清潔服務及廢棄物處理等)，並從馬來亞大學醫學院附設醫院進行試辦後，才逐步的推廣至全國各地的衛生部政府醫院。然而，這項計劃受到許多民間團體的反對，認為將實質上的加重民眾的負擔，但由於僅牽涉所謂的非臨床性服務，不致於影響民眾的生命安全而未遭遇激烈的反抗。根據衛生部的年度報告顯示，

英所引以為傲的「私營化神話」。

¹²⁰ 基本上，這份「期中報告」可以算是 1980 年代以後政府各項私營化政策的總檢討報告，因此，對於馬來西亞各項經濟、社會政策的發展具有一定的影響力 (Chan 1996)。

¹²¹ 尤其，在政府政策性的鼓勵之下，1980 年代以後私立醫院如雨後春筍的成立，以高報酬為誘因，造成政府公立醫院醫師的嚴重流失。其中，根據馬來西亞醫師公會的統計，私立醫院的醫師的報酬，普遍為公立醫院的三至四倍，因而使得人力的流失，成為公立醫院經營上最大的問題。但醫師公會卻認為，惟有建立「全民健保方案」，合理化醫療財務資源的分配，才是解決公立醫院因薪支太低而人力流失的正本清源之道 (MMA Berita 1995)。

這項計劃已在 1996 年於全國各地同步執行。惟在 Chan (1996) 的政策追蹤研究中發現，這種以契約外包方式將部份服務「企業化」的政策結果，其運作成本普遍增加 4 至 5 倍，進而對部份低收入家庭造成就醫上的障礙 (Chan 1996)。而這個負面的政策效應，成為日後反對醫療福利私營化團體的主要理由之一。

第二階段的策略，是以「間接購買」的方式，向私立醫院購買部份的高科技診斷輔助服務，例如 CT 和 MRI 等高科技診斷，以避免高科技醫療資源的錯置和浪費。由於這項服務的費用仍由公立醫院自行吸收，因此，同時的未受到民眾的反對。

第三階段，則是公立醫療體系的企業化方案，將政府醫院交由民間單位信託管理。主要的例子包括 1992 年 9 月，衛生部正式將「國家心臟中心」改制為「國家心臟中心有限公司」，並賦予其較為自主的經營空間，其中主要包括人事權和自行訂定收費標準，允許該中心向病人收取一定額度的差額負擔。然而，由於該中心在馬國醫療分工體系上屬於最上層的專業醫療服務體系，其病患必須需經政府醫院的轉診，因此，基本上大部份的財源自於政府的補助¹²² (MOH 1993)。

第二個被「企業化」的單位，是統籌分配全國各地政府醫院和診所藥品的政府醫療倉庫 (Government Medical Stores, GMS)。在 1994 年以前，政府醫療倉庫透過大量採購的方式 (bulk buying) 方式取得和藥商溢價的空間，以協助政府醫院維持低成本的藥品供應。然而，這樣的優勢隨著 1994 年 GMS 企業化之後盪然無存；根據 Mohamed Izham (1997) 的研究顯示，GMS 改制以後，政府醫院在失去溢價優勢的情況下，藥價成本飆漲約 200% 以上，而使得政府的財政負擔更加惡化。而這樣的政策結果，亦被醫療專業團體認為「失敗」的政策經驗，更對政府其他醫療福利私營化方案產生許多負面的影響。

最後一個階段是針對全國各地衛生部直屬公立醫院企業化計劃。在前述部份醫療福利私營化的基礎之上，政府於 1996 年正式公佈這項最龐大、牽涉範圍最廣，同時也最具爭議性的醫療福利改革方案；其中，計劃從全國最大的怡保政府綜合醫院 (Ipoh General Hospital) 開始試辦，將公立醫院交由私人企業信託管理，而新的經營者不僅享有彈性的人事權，同時，也可以根據醫院的實際成本，調整醫療人員的薪資及病患的部份負擔，預計在 1997 年 1 月 1 日正式實施 (MOH 1997)。

惟這項計劃一提出就引發各界的嘩然。其中，受雇於政府醫院，並具公務人員身份的醫療專業人員和職員，其工作權首當其衝的可能受到威脅，因此反彈的聲音也最大 (Chan 1996)。於是，他們透過馬來亞西醫師公會出面協調，並成功的爭取到基層醫療協會 (Primary Care Doctor Organization, PCDO)、護士工會、醫療助理工會 (Estates Medical Assistant Association of Malaysia)，甚至於消費者

¹²² 事實上，國家心臟中心的病患主要以公務人員為主，僅有少數是來自政府醫院轉診的心臟重症病患；長期以來，在專業醫療人力流失的情況下，該中心病患等待的問題相當嚴重而為人所詬

協會和職工總會 (Malaysia Trade Union Confederation ,MTUC) 的支持，最終成功的暫緩了這項計劃的執行 (Chan 1996)。

然而，統治菁英並未因此而放棄這項醫療福利的私營化改革計劃，而這項計劃更隨 1998 年初內閣會議的通過而再度的死灰復燃；但同樣的再次引遭到來自公立醫院受僱者和民間團體的反對和激烈抗爭。而這場維持兩年的私營化政策戰役，正是本章所欲處理的焦點所在；藉由對政策政治過程的瞭解，分析「否決」馬國醫療福利改革政治場域，以釐清最終迫使政府宣佈放棄這項政策改革的曲折原因。

二、「否決」公立醫院企業化的複雜政治過程

從許多針對馬來西亞私營化政策的研究中發現，除追求資源分配效率和去管制化的經濟動機之外，馬國的私營化政策隱含著統治菁英特定的政治目的和利益交換等政治動機 (Jomo 1995;Chan 1997;Aljunid 1997)。其中，根據 Jomo (1995) 等學者針對馬國各項私營化政策的追蹤研究中發現，「私營化」政策往往伴隨著「黨營化」的政策結果，以及勞動條件降低的政治事實，使得私營化過程往往成為統治菁英「裙帶關係」下利益追競逐的政治場域，以及執政聯盟內部政治酬庸的工具。其中，最有利的證據在於許多國營事業在私營化之後，總是不約而同的成為主導執政聯盟的「巫統」黨營事業下的子公司，進而成為各界批判的重點¹²³ (Jomo 1995:124-126)。反應在醫療福利改革方案的案例上，亦同樣遭致各界的強烈置疑¹²⁴ (Chan 1997)。

然而，我們從以上的簡短描述，大致可以理解何以政府公立醫院「企業化」方案會引發高度的政治衝突。除以上特殊的政治因素之外，更因為公立醫院企業化的改革方案牽涉國民就醫權利、受僱者權益，以及醫療體系不同群體資源分配的問題；因此，所面對的抗爭較上一次者有過之而無不及；當 1998 年衛生部第二度宣佈將公立醫院企業化的改革方案列入政治議程時，其所面對的已不再只是上一次鬆散的反對力量，而是經過組織的自發性團體的集體行動，充分顯示這個議題的政治敏感性。其中，由民間人權運動團體「國民醒覺運動」¹²⁵ (Aliran) 所發起成立的「國民健康行動組織」Citizen's Health Initiative (CHI)¹²⁶，不僅獲

病 (Aljunid 1997)。

¹²³ 詳細內容請參見 Jomo(1995)【Privatizing Malaysia--Rents, Rhetoric, Realities..】Westview press.

¹²⁴ 其中，以巫統黨營事業「玲瓏公司」大量的投資保險和醫院產業，以及由首相馬哈迪的兒子在這個敏感的時刻不約而同的成立醫管公司，不免引發了外界的遐想 (Chan 1997) 而事實上，目前馬國規範第二大的私立醫院集團-班台醫療集團 (經營 HMO 及醫院)，即有馬哈迪長子名下的醫療公司 (CHI 1999)。

¹²⁵ 「國民醒覺運動」(Aliran) 為馬來西亞 1987 年大逮捕行動後所成立的民間人權團體。當時，由於華文小學師資問題，引發華人和馬來人政黨領袖的政治衝突，因此，馬國政府以避免再發生種族衝突為由，以「內部安全法令」進行大逮捕行動，其中主要以反對黨領袖和部份社運團體代表為主。

¹²⁶ 事實上，CHI 的主要負責人為在馬來西亞檳城理科大學任教的 Mr. Chan Chee Khoon 教授。研

得馬來西亞醫師公會、護士工會、基層醫療協會、及職工總會等支持，而在這場政策戰役中扮演著關鍵的角色。以下，我們將從 CHI 的各項反制私營化的策略出發，以瞭解這個任務性組織在這次醫療福利改革中的角色。

首先，CHI 草擬「公民健康宣言」(Citizen' Health Manifesto)，並發起連署活動及「一人一信」的方式直接將連署書寄給衛生部長蔡銳明先生，以表達民眾對政府醫院私營化的疑慮和反對聲音。其中，連署書的具體訴求如下：(Letter of Concern to YB Datuk Chua Jui Meng, Minister of Health: Re:Corporatization of Government Hospitals)

- 一、政府醫院有相當大比例的病患是來自於低社會階層的家庭。因此，政府醫院企業化將會加重他們的就醫成本，而降低了他們對醫療照護可近性。
- 二、政府醫院的企業化必須以落實「醫療照護財務方案」(Health Financing Scheme)¹²⁷為配套措施。而這是一個適當健康保險方案，更重要的是，如何確定繼續提供貧窮的病患一個可近的醫療照護。
- 三、1996 年私營化的五項醫院支持服務(包括洗衣店、醫院器材、設施維修、清潔服務及廢棄物處理等)，已將其運作成本向上推約 4 至 5 倍而增加了病患的負擔！是否意謂著政府醫院企業化同樣的會增加機構和病患的成本。
- 四、我們有足夠的理由相信，企業化後的政府醫院將與國外大型健康維護組織(Managed Care Organization, MCO)接軌；而從美國的例子，已經有許多州立法規範 MCO 的運作，以避免逆選擇效應的出現。

然而，這次的連署活動意外的獲得空前的回響。根據 CHI 的非正式統計顯示，在短短一個月的時間，連署總計達二十萬人次之多；其中，主要是透過馬來西亞醫師公會的組織網絡，以及各地政府醫院的醫師向病患直接訴求下的結果。面對這次強大的壓力和反彈聲浪，衛生部長不得不放下身段的和 CHI 成員代表直接對話。¹²⁸但這次的對話，純粹只是一次非正式的會面，因此，雖未達成任何的結論，但以顯示這項訴求成為衛生部官員不得不重視的「民意」(Aliran 1998)。

在這期間，馬來西亞政壇發生了獨立以來最嚴重的政治動盪，即所謂的「安華事件」。1997 年在亞洲金融風暴的侵襲之下，東南亞各國無一幸免的遭受嚴重的打擊。然而，起因於對處理經濟危機意見的不同(Ho 1999)，以及巫統內部派系資源分配的鬥爭(Jomo 2000)，引發了馬國首相馬哈迪和副首相兼財政部長安

究者返馬蒐集資料期間，曾協助該組織製作和翻譯部份文宣，並分享研究者參與台灣反對全民健保公辦民營的運動經驗。

¹²⁷ 事實上，這項「醫療照護財務方案」(Health Financing Scheme)於 1983 年就已規劃完成，其本質上是一個「全民健康保險方案」，所有的國民都可以享有最低限度的健康照護服務(Chan, 1996)。此方案提出後普遍得到勞工團體和專業團體的支持，但迄今卻仍未實行。

¹²⁸ 其中，華人報「星洲日報」在 1998 年 12 月 16 日的頭版頭條標題為：「政府的好意遭誤解，部長不悅當面溝通」。

華之間的嫌隙與衝突；最終，馬哈迪於 1998 年 7 月將安華格職，並於 9 月 21 日，以貪瀆、洩漏國家機密及和涉及「雞奸」等十四項罪名，以迅雷不及掩耳的方式將安華逮捕，進而引發了巫統的嚴重分裂和馬國社會的動盪。而由大學生所發起的「烈火莫熄」(refomasi) 運動¹²⁹，連續兩個星期在吉隆坡街頭舉行示威抗議行動。而這項突發性的政治衝突事件，使得政府因忙於處理政治衝突，暫緩了這項醫療福利改革的推動，而提供了 CHI 更大的運作空間。

隨後，CHI 成員將陳情訴求轉向尋求反對黨國會議員的支持。在 1999 年 1 月 18 日，由主要反對黨「泛馬回教黨」和「民主行動黨」國會議員，在國會提出討論動議，要求與衛生部長辯論這項政策改變，但在國會官員的技術杯葛而遭到否決¹³⁰。但這次行動的失敗，卻意外的擴大了 CHI 的結盟，其中，擁有兩個地方政府執政權的泛馬回教黨更正式的宣佈，將無條件支持和配合 CHI 的所有行動和訴求 (Berita Harian 1999.1.21:4 版)。

然而，「安華事件」對於馬來西亞的政治生態產生了極為關鍵的影響，在於巫統的分裂而造成馬國政治結果的丕變。分裂後巫統，支持安華的群眾組成「公正黨」，並與既有的回教黨、民主行動黨及人社黨等反對黨聯合組織「替陣」(Alternative Front)¹³¹，積極的佈局投入 1999 年是國會選舉。而把握這個歷史時機，CHI 於 1999 年 7 月 21 日，向各政黨候選人發出一封公開信 (其標題為：In the coming elections, Citizen's Health Initiative strongly urges all political parties and prospective candidates to pledge to)，強烈要求各政黨候選人支持該組織的訴求。其中，具體訴求如下：

- 一、全面凍結 (freeze) 所有醫療照護企業化和私營化的作業。
- 二、增加政府醫療照護體系受雇者的薪資。
- 三、成立獨立的調查委員會，以評估其他政策的可行性和提昇醫療品質；以及
- 四、成立全國健康委員會 (National Health Council)，增加民眾代表參與決策的機會。

而這份公開信不僅獲得「替陣」成員黨候選人的全面支持，其中，長期與巫統競爭馬來選票，並擁有兩個地方政府執政權的回教黨正式宣示：「吉蘭丹和丁加奴兩個州將不惜代價不執行衛生部的指令，以維護人民的健康權益...。」¹³²，

¹²⁹ Refomasi (馬來文)，是來自 reform 這個英文單字，「烈火莫熄」則是馬來西亞學生運動自行譯用的行動辭彙，意思在於改革的烈將生生不息。

¹³⁰ 國會官員掌控了國會的議程，並以議會常規作為限制反對黨人士動員的權利。例如議會常規第十五(一)條注明：“在每個開會日，政府事務必須被列在非部長議員事務之前。”，因此，完全封殺反對黨議員動議討論的可能性 (柯嘉遜 1995)。套一句前國會議員在訪談中表示：「如果我們的動議有幸的被排入，那麼我們回家就要 sembahyang (馬來語，拜拜的意思) 囉！」(研究者非正式訪談內容)

¹³¹ 「替陣」是相對於執政聯盟「國陣」的政治標籤，其政治意圖極為明顯，即向選民訴求，在即將到來的大選中「取代」執政聯盟而成新的執政聯盟。

¹³² The Star, 29 July 1999.

對當時岌岌可危的國陣政府產生不小的威脅。同時，馬來亞西醫師公會（MMA）亦在這個時候發表「Health For All- Reforming Health Care In Malaysia」政策藍皮書，並直接提呈首相府，對馬國的醫療福利發展提出建言。其中，在藍皮書中兩項主要的政策建議為取消政府醫院私營化政策，以及開辦全國醫藥保健保險計劃¹³³。對於中央政府的政策貫徹產生了相當的制衡作用。最終，執政聯盟於 1999 年內閣總辭之前，正式對外宣示放棄醫療企業化的政策（星洲日報 1999.10.17:1 版）。成功的否決了這項具高度政治爭議性的改革。此外，在選舉的考量之下，衛生部長蔡銳明亦宣示採納馬來西亞醫師公會的建議，研究「全國醫藥保健保險」的可行性（中國報 2000.2.3）。

本節分析的重點在於探討「否決」這項醫療福利改革的政治場域。然而，歸結這次政府醫院企業化政策改革遭受失敗的主要原因，研究者認為：「在這次的政治戰役當中，雖然民間團體所組成的（CHI）在政策過程中扮演著積極的角色，但事實上，在馬來西亞「一黨獨大」的政治環境，以及執政聯盟「軟式威權主義」的政治現實之下，特殊的族群政黨政治型態，才是影響政治結果最根本的原因」。具體說明如下：

首先，自 1969 年「513 事件」以後，馬來西亞逐漸發展出所謂的「種族威權民主」的政治型態¹³⁴（祝家華 1994:105-110）而在這個特殊的政治結構之下，統治菁英透過種正式規則的規範，限制了社會群體的活動。其中，反應在馬來亞西的政治現實上，不僅在憲政層次上就已結構和制度化了種族間的衝突與緊張關係¹³⁵，長期以來統治菁英更以各種嚴竣的法令，限制了來自政治、社會的制衡性。例如「煽動法令」、「職工法令」、「內部安全法」及「出版品法令」等等（Ho 1988:72）因此，雖然 CHI 在這次政策改革的過程中，似乎扮演著壓力團體的角色，但在這個政治現實之下，其作用力仍相當有限（Chan 1997）。

其次，執政聯盟透過修憲的方式，壓縮了反對黨發展和生存的空間。馬來西亞法期的憲政體制原本設計相互制衡的政體傳統，在一次次修憲過程中亦被侵蝕，目前，實際已造成行政權作大的情形；此外，國會議員的言論自由免責權被剝奪，以及國會議事的不民主，亦大大的影響國會制衡行政的功能（祝家華 1994:92-97）。然而，在整體政治制度的相互作用下，雖然自獨立前就已發展形成政黨政治的傳統，但隨著 1970 年代以後政治制度的變遷，使得權力逐漸集中於執政聯盟中某一政黨之中，而造成巫統實質上「一黨獨大」的政治局面，進而幾乎壟斷了所有國家重大決策的主導權（Ho 1988）。

我們將醫療福利度的變遷擺放在政治制度的脈絡來看。早期，政府對於鄉村

¹³³ 詳見 MMA,1999,“Health For All- Reforming Health Care In Malaysia”. Malaysia Medical Association.

¹³⁴ 簡而言之，這是一種以族群政治為主體的政治民主機制。然而，統治菁英在「在族群和諧下有限民主」的政治考量之下，往往會發展出形式民主和威權主義的統治策略，以避免破壞族群之間的平衡（祝家華 1994）。

¹³⁵ 例如憲法中規定馬來人的特權（.153）以及馬來統制者、國語地位不得挑戰等。

地區健康照護資源的投注，某種程度上是為了選票考量，因為，馬來選民多集中在鄉村地區，而華人則相對集中在都會地區。然而，這樣的安排，本身也結構了制度本身的能動性。因此，以下，研究者嘗試歸結影響馬國醫療福利體制發展的政治邏輯，如下：

首先，是來自於其他馬來族群政黨的競爭。1969年「513事件」以後所實行的新經濟政策，奠定了馬來政黨在馬國政黨政治結構中的主導地位，其中，在執政聯盟（國陣）中，巫統的勢力持續的擴大，最終形成其一黨獨大的政治優勢地位，而爭取馬來族群選票，就成為是否能夠獲得執政權的關鍵因素。然而，在反對黨陣營方面，泛馬回教黨長期以來在鄉村地區和巫統競爭馬來族群的選票。因此，掌握政策決策權的巫統，必須顧及這個政黨競爭的因素，以鞏固其在馬來社會中的地位。尤其，在1998年「安華事件」以後，馬來社會的分裂，更加鉅了巫統、回教黨和公正黨等以馬來族群為主要支持者的競爭關係；而在政府醫院企營化的政策上，擁有兩個地方政府執政權的回教黨，就扮演著相當關鍵的制衡角色。尤其，根據官方的統計資料，許多馬來西亞人，特別是公務人員，已經習慣於享受在政府醫院和診所低成本的治療，並且不希望這樣的權利被取消（Aljunid 1997）。因此，馬國這個特殊的族群政黨政治結構和競爭關係，使得巫統必須審慎評估一意孤行的政治後果，而成為「否決」這次政府醫院私營化政策的重要場域。

其次，是來自民間團體的壓力。如前面我們所分析的，由醫院受雇者、醫療專業團體、工會組織及廣大的醫療福利受益者所組織的「國民健康行動組織」（CHI），在這場政策戰役當中扮演積極行動者的角色，對於政府的政策改革產生一定的制衡效果。其中一項主要的原因，在於CHI主要是由學者專家和醫療專業組織所主導，進而比較容易取得媒體和民眾（病患）的注意；但研究者以為，CHI的成功，某種程度上呼應了第一點所分析的政黨政治因素。因為，透過主要政策受益者的施壓，迫使握有決定權的政黨，不得不在政治的考量之下，擱置這項具高度政治爭議的政策改革。

第二節、新加坡政府醫院的私營化之路

誠如我們之前的分析所述，新加坡的醫療福利改革遲至 1980 年代以後才正式的被列入政治議程。而國民健康計劃（National Health Plan, NHP）的提出，對該國醫療福利體系的發展造成相當關鍵的影響。雖然根據 Linda Low 的見解，NHP 下的政策基本上不是一個自由放任（laissez-fair）的政策，而純粹只是一種功能性家長式主義一種表現。當時，政府認為全面性的所得重分配方案，將會減弱付稅者和受益者的工作誘因，然而，取代西方福利國家的形式，新加坡採行了個以家庭為主要社會支柱，並和亞洲文化和傳統相一致的健康政策（Low 1998）。

基本上，1983 年國民健康計劃的提出，確立了政府將健康照護的「財務責任」移轉到私部門的政策哲學，在健康政策上強調個人對自身健保的責任，以避免過度的依賴福利國家。透過競爭和市場力量增進服務的效率，政府僅在市場失靈的時候才會介入提供服務（Choon & Low 1995）。而在這個架構下的兩個重要政策改革，其一開辦醫療儲蓄帳戶，其二則是政府醫院的組織重整計劃。前者我們已在前面的章節作深入的討論，因此，本章將把重要擺放在後者的改革，以理解其中的政治過程。

一、國民健康計劃下的私營化改革

重組醫療福利服務籌資體系早期的想法，是為了避免重蹈福利國家的覆轍，例如英國國民健康服務體系通過稅收支付醫療費用所產生的財政問題；以及把日益昂貴的醫療服務逐漸轉移給個人、家庭和雇主，其中包括私營和自願性機構等（MOH 1985）。其中，透過提高收費，調高高消費的部份負擔，以及把醫療福利直接移轉給私營部門，是許多國家私營化所採取的策略。然而，重組（restructuring）的概念，在政策上並沒有清楚的界定，但確定是，這些過去扮演積極提供者角色的政府公立醫院，將在這個前之下逐漸與政府的職能脫勾¹³⁶。

新加坡政府醫院組織重組計劃最初的方式，將政府成立丹馬錫（Temasek）控股集團，並從 1985 年 6 月開始，從新成立的國立大學醫院開始試辦，透過自主的管理達到組織重組的政策目的。後來，這個重組的策略作了稍稍的調整，其國立大學醫院有限公司被整合在另一家政府所擁有的健康服務公司（the Health Corporation of Singapore, HCS）的架構下，1988 年 12 月的國家皮膚病中心、1989 年 4 月的新加坡綜合醫院、1990 年 10 月的新加坡國立眼科中心；以及 1991 年 4 月的 Tan Tock Seng 等醫院。

¹³⁶ 然而，新加坡官方並不認為政府醫院的組織重組計劃是私有化的過程（Phua 1991）。主要是因為重組後的醫院仍維持百分之百的政府所有，繼續維持衛生部的社會目標與責任。重組的醫院繼續對病人進行補貼，而且在面臨虧損時，亦同樣的為政府所補貼（MOH 1991）。

在組織重組的計劃之下，政府醫院和專科研究成為政府完全擁有的「私人公司組合」，主要是透過重組計劃的落實，賦予政府醫院更大的管理自主權，以提高效率和改善服務品質，以及提高生產力和達到成本控制的政策目標，以更靈活的回應醫療科技創新的需求。在這個前提之下，醫院完全擁有人事自主權、設定自己的報酬標準和決定所有資源的調度。然而，相較於原來的政府醫院，重組後的醫院顯得更有彈性，但仍然受到管理委員會的規範。迄今，已有七個政府醫院完全組織重組。

二、和諧、寧靜下的政治改革，新加坡政府醫院的組織重組

無論是醫療儲蓄帳戶的開辦，亦或者是政府醫院的組織重組計劃，新加坡的醫療福利改革，始終在一個寧靜的氣氛下完成（Woo 1996）。然而，這份政治的寧靜，主要是因為新加坡從 1965 年開始就一直維持 PAP 一黨獨大的優勢地位，以及弱勢和無效的反對黨制衡。使得醫療儲蓄帳戶和醫院私營化政策在沒有太多的政治異議下形成和執行。

我們在這裏無法針對這項醫療福利改革作太多的討論，因為在人民行動黨一黨獨大（One party state）的政治氛圍下，所有的改革，似乎都在這種無政治（apolitical）的歷史情境下進行。歷史制度論關心的是，怎麼樣的政治制度結構，支撐人民行動黨一黨獨大的政治局面？而使得他成為一個強而有力的行動者，就必須從制度的非正式和正式規則來加以理解。

首先，如我們在第五章已提到了，是透過一種「意識型態功效」（ideological efficacy）來達成合法性¹³⁷。然而，這種非正式的意識型態，成為人民行動黨政府維持新加坡社會和諧、順從和紀律的黏著劑，同時，伴隨者各種社會控制措施，造就了人民行動黨維持威權政府存在的合法性基礎。根據 Christopher Tremewan（1994:232）的分析，這些社會控制措施包括：（引用自古允文 1996）

1. 將勞工階級與少數民族予以零細化，令其不易結合成組織力量，以便以他們整合到資本主義社會關係之中；
2. 在政治忠誠的條件下，確保勞工階級的生計；
3. 藉由教育與公共住宅、政府補助的方案及外籍勞工等，來再生產勞動力；
4. 中產階級的社會成就與其政治順從的程度關聯在一起；
5. 透過社會福利的提供與議會制度，塑造大眾和諧的外表；
6. 藉著法律與軍事化工具，一個強大的國家機器被建立起來強迫大家的服從；以及

¹³⁷ 所謂“意識型態的功效”指的是以生存主義和實用主義這兩個支撐支柱。生存主義建立了國家的不確定性和實用主義的操作空間（從事任何生存的必要，包括過度的政府介入和威權主義）（Toh & Linda 1997）。即所謂的「開發獨裁」的概念。

7.藉由日益增加的軍事化與生命共同體意識的操弄，來確保新加坡的國族感。

其次，制度化的鉗制統合了相反的理念或訴求。新加坡是少數仍存有如「內部安全法」、「報紙及新聞出版法案」等法案的國家，並曾經於 80 年代對反對黨和異議人士進行大逮捕，以及對媒體進行嚴苛的控制。此外，政府長期以來對於工會的統合，例如職工總會（National Trade Union Confederation, NTUC）的秘書長，往往亦擔任國會議員和內閣部長等，使得新國的工會成為政府協調和政令宣導的工具。其中在健康照護的議題上，曾發生過在 126 個工會之中只有四個工會簽署要求提昇會員有享受更高病床的權利的事件。

因此，整體的政治制度結構限制了新國內反對勢力的能動性，而使得權力完全集中在掌握行政 / 國會，在內部紀律嚴密的 PAP 手中，進而窄化了新國制度創新的可能性。就此，容易被視為「國家決定」的具體事例。

歷史制度論者所關心的是：「政策否決點所座落的政治場域」。然而，從以上的經驗陳述中，政治制度結構化了新加坡政府在健康政策變遷的主導性地位，進而成為「否決」其他制度創新強而有力的結構。

第三節、台灣全民健保民營化的政策戰役

在立法初期，全民健保到底應該「公辦公營」還是「公辦民營」，一直都是政治爭議的焦點。然而，雖然最後全民健保法立法通過確立了採取國家主議的組織體制，但在政治妥協之下，在健保法中增列了第 85 條：「主管機關應於本保險實施二年內，提出執行評估及全民健保改制方案；改制方案應包括各項財源、被保險人負擔方式及保險人組織等建議」；及第 89 條：「本法實施滿二年後，行政院應於半年內修正本法，逾期本法失效」的落日條款，為全民健保 1997 年的「公辦民營」政策戰役埋下伏筆。

一般認為，1997 年這場全民健保私營化政策戰役，為全民健保法立法時組織架構爭議的延伸。其中，無論是行政或立法部份，前前後後出現了不同內容的各種版本，其內涵上大致可分為：1.「公辦公營、現制改革」(行政院連戰內閣 A 版、立法委員簡錫堦版)；2.公辦民營「單一保險人」版(行政院連戰內閣 B 版、立法委員沈富雄 A 版)；以及 3.公辦民營「多元保險人」版(行政院蕭萬長內閣版、立法委員沈富雄 B 版、李應元及郝龍斌版等)等主要範疇¹³⁸。

然而，由於組織架構的改革，不僅牽動全民健保政策本質的定位問題，更對未來整體台灣醫療資源的分配，以及民眾的就醫權等造成重大的影響。因此，當行政院於 1997 年 5 月 22 日正式宣佈推動全民健保「公辦民營」(單一保險人)改制時，立即受到來自學術界、醫界、勞工，以及社會團體的高度關切，進而展開將近一年多的政治角力。以下，研究者將這次的修法戰役為例，分析探討台灣特殊的政治結構對社會政策發展的影響，以及「否決」這項政策改革的關鍵政治場域。

一、全民健保「公辦民營」的版本與策略

在健保法兩年落日條款的壓力之下，行政院在全民健保實施屆滿兩年之後，依法必須在半年提出修法方案，以避免健保法的失效。然而，雖然這次的修法是立法時組織架構爭議的延伸，而行政院長連戰亦曾裁示全民健保將採「公辦民營」的經營方式(民眾日報 1996.1.1)，但衛生署在 1997 年 1 月所提出的最初版本當中，主要以「現制改革」的版本為主；其中，當時衛生署長張博雅所持的理由為現行制度運作順利，主張不宜作大幅變動，因而排除了原先委託「全民健康保險保險人組織架構研議小組」所規建議的民營化方案(民生報 1997.1.8:29 版)。

然而，為審議衛生署所提出的修法方案，行政院另成立了「全民健保改革實務諮詢小組」，由當時的行政院副院長徐立德主導；並委託中華經濟研究院對衛

¹³⁸ 其中，在連戰行政院長任內提出了兩個完全對立的版本最耐人尋味。首先提出的是由衛生署所主導的「A 版」，主張現制改革；但隨後卻被當時的副行政院長徐立德持翻，並提出「B 版」，建議改革公辦民營。

生署所提出的版進行評估，其中，在中經院的評估報告中，建議以短期將健保改制為「全民健保基金會」及長期「多元保險人」的改制方案（趙俊人 1998）。於是，在行政院副院長徐立德的主導之下，行政院撤銷原行政院版「現制改革」的最初修法版本，改以「公辦民營」方案取而代之，計劃將中央健保局改制為「全民健保基金會」，惟仍然維持「單一保險人」的組織形態¹³⁹。而此一方案於 1997 年 7 月函送立法院審議，再次開啟了全民健保民營化的戰端。

數個月後（1997 年 9 月 1 日）蕭萬長接掌行政院，並任命原奇美醫院院長詹啟賢出任衛生署長。蕭萬長接任行政院長之後，隨即提出「政府改造」的政治承諾；在全民健保改制的議題上，對於前衛生署所提出的「單一保險人」方案不甚滿意，並指示朝「多元保險人」的修法方向進行。於是，衛生署針對原規劃版本提出檢討，決定提前推動第二階段改革的方案，提出「單一基金會、多元保險人」的再條正方案。這項在修正案並於 1998 年 2 月 12 日於行政院會中通過，並於 26 日再次函送立法院審議。正式的引爆全民健保民營化的戰役。

然而，本章試圖透過這次健保改制民營化的爭議，瞭解何以國民黨在國會多數的優勢地位下，最終「否決」這項改革方案。因此，我們實有必要針對各個版本的政策特質作說明，以茲釐清各方爭議的焦點所在。其中，在各個版本之中，由於「現制改革」的版本主要是在現有的架構下，針對健保財務結構、支付體系等作部份的調整，故在此不再贅述；而在「公辦民營」方案中，「單一保險人」方案除了將原有中央健保局改制為「公法人型態」的全民健保基金會之外，在業務內容上多大同小異。因此，以下我們僅針對公辦民營「多元保險人」和現制進行比較，以茲瞭解其政策特質及對醫界和民眾權益的影響。

首先，在行政院「公辦民營、多元保險人」的改制方案中，在醫療服務部份仍維持由保險人與保險醫事服務機構特約的基本模式，以提供被保險人醫療服務。然而，現行中央健保康保險局改制為具法人地位但屬民間性質的「全民健康保險基金會」，辦理全民健保業務，為醫療服務的買方（林國明 1998a）。基金會將成立董事會作為決策機構；其中，董事長由行政院長任命，董事則為衛生署聘任，成員包括雇主代表、被保險人代表、學者專家及政府代表。而中央健保局之醫務管理處改制為公辦民營的保險人，至於其他的多元保險人則開放民間保險公司競爭，惟以非營利性法人為限¹⁴⁰。但民間保險人的設立須符合一定經濟規模，並有相當的自籌基金，其所特約之保險醫事服務機構須為全國性且涵蓋各層級；此外，依法應置監事或監察人，並保障付費者及特約醫事服務機構代表之名額。

保險人為財務內容亦分成醫療費用及行政費用二種，皆由基金會依費用分配

¹³⁹ 基本上，這個版本幾乎完全採納了中經院評估報告的建議，惟多元保險人開放，則待健保公辦民營方案運作成熟後，再考慮開放。

¹⁴⁰ 所謂「非營利機構」和「營利機構」的差別，在於前者有免稅優惠，但不能把盈餘分配給股東。但不能分配盈餘，並不表示財團所控制的保險機構就會把利潤回饋給被保險人和醫療消費者，他們可以借由擴充規模設備、提高經理人員的薪水等資源移轉的手段，保留了盈餘。（搶救全民健保聯盟 - 財務健保、人民不保答客問）

協定按所屬保險對象人事定期撥付。醫療費用係用以支應特約醫事服務機構請領醫療服務報酬所需，如有結餘得反映於給付內容或支付標準之提升；至於人事、設備及行政業務支出僅得於行政費用支用。至於醫療費用支付標準及藥價基之訂定，未來將由保險人與保險醫事機構團體代表共同或個別協商訂定，無法達成共識時，則由衛生署全民健保基金會設立之醫療費用協定委員會協訂之，在支付標準方案可採多元支付方式，例如以論病例、論人或預算為訂定之基準。

在醫事服務機構特約管理及醫療服務審查部份，基本上主管機關不再訂定「保險醫事務機構特約管理辦法」，改由各「保險人」自行規定；而在「醫療服務審查」方面，雖然保險人仍須訂定醫療服務審查辦法，但不再硬性規定保險人須組成醫療服務審查委員會，並且可以委託相關團體辦理審查業務。

就此，保險人開放多元化，可以打破目前中央健保局壟斷的局面，創造市場競爭機制，藉此提昇效率；此外，未來民眾可以自由選擇保險人投保，符合前述民營化之政策邏輯。其與現制的基本差異，(如表 7-3-1)

表 7-3-1：全民健保公辦民營多元保險方案與現制之比較（基本差異一覽表）

政策特質	現制	公辦民營多元保險人方案
基本理論	調控式競爭（市場失調） （Regulated Competition）	管理式競爭（市場萬能） （Managed Competition）
基本費用控制策略	藉支付制度改革，促供給者提昇效率（供給面策略）	藉民眾選擇，促保險公司競爭（需求面策略）
保險組織及目標	單一公營之健保局，負責籌資、審查及支付費用，不以營利為目的。	基金會為公法人負責籌資及依據風險分攤原則分配費用給各非營利保險人（多元保險），保險人易以效率掛帥。
財務負擔之公平性	單一財源，全民互助，財務負擔公平性最高	單一財源，但長期易引發低風險者要求各保險自行籌資，因而影響財務負擔公平性。
保費調整	報行政院核可	基金會決定，減少行政干預

資料來源：李玉春（1999）：「全民健保修法之相關議題研究 - 以健保多元保險體制改革、醫療儲蓄帳戶及分級醫療轉診制度為分析重點」

從以上公辦民營多元保險人改制方案的基本特質，我們不難界定其基本上是往美國 HMO 模式轉向。然而，雖然衛生署長詹啟賢頗為積極的推動這項改革方案，不僅於全國各地舉辦座談會，更製作「答客問」直接向病患訴求，但並未成功的說服民間團體的不同意見。下一節，我們將從民間的制衡力量出發，分析這項改革方案最終失敗的主要原因。

二、健保民營化的政治過程和結果

行政部門和立法部門紛紛提出全民健保公辦民營多元保險人改制方案，立即

引起各界普遍的關注與批評。反對者認為：「全民健保實施僅屆滿兩年，民眾也逐漸習慣現行健保之運作，實無須須大幅度的變更；且從許多國外的經驗中發現，醫療服務的市場化不但無法有效的控制成本，更會產生逆選擇等不利於民眾的情況，進而主張應就現制進行改革。」（台灣勞工陣線 2000）。於是，包括勞工、社福團體、醫師等民間團體，結合了持反對意見的學者專家，串聯成立『搶救全民健保聯盟』（以下簡稱聯盟），同時向行政及立法部門進行施壓和政策遊說¹⁴¹。然而，研究者以為，雖然類似這種「結構」的方式常為社會運動團體所運用，而「搶救全民健保聯盟」也非造成這次健保民營化改制失敗的主要原因，但由於「聯盟」的成員包括學界、醫界和社會運動界，同時兼具「學術專業」和「草根實務」的基本特質，因而在這場戰役的政治過程中扮演相當關鍵的角色。以下，研究者將簡略的描繪「聯盟」反制健保民營化改制方案的基本主張和策略，以期瞭解其中複雜的政治過程。

首先，「聯盟」主張健保體制維持「公辦公營」的現制改革方案。聯盟認為：甫實施兩年的全民健保，改革的重點應該建立在現有制度所具有的公平與效率的優點之上，強化組織決策的民主，而非將攸關全民就醫權的全民健保推向一個不可預知的未來。然而，行政院公辦民營多元保險人的改制方案，不但失卻現有體制所能達成的公平與效率原則，更會因不必受到民意機關的監督而造成決策運作的不民主。民營基金會可以自主決定保費的高低和給付範圍，並和保險公司商訂費用的分配。民意並無機會參與和影響決策，決策的政治責任也隨之不見。」（聯盟成立新聞稿 1998）聯盟主張，應提昇監理委員會的功能和位階，並改變行政主管機關獨攬決策大權，以及增加民間力量參與健保的決策，以建立一套民主的程序，杜絕健保所產生的問題（答客問 1998）。

其次，行政院這種傾向於 HMO 模式的健保改制方案，不僅會重蹈美國市場失靈的覆轍，同時，亦會造成醫療階層化的問題惡化。其中，聯盟在文宣以「健保多元化、品質階級化」的標題，突顯「民營化」可能產生的醫療階層化現象，尤其，行政院版修正案第 45 條第 1 款規定：「民間健保得開辦附加健康保險」，聯盟認為，這次使得無力再承擔附加險保費的民眾，只能得到「三輪車級」的醫療保險與服務，而有能力負擔「附加保險保費」，則享受到「賓士級」的醫療品質，相對造成醫療品質的階級化（聯盟文宣 1998）。

第三，則是對民營化後保險市場失靈的問題。尤其，行政院版本內容本身已限縮了保險人的數量，因為，可能會造成保險人聯合壟斷的現象。此外，保險體制的財團化和追求利潤的前提之下，將會造成保費的上漲和醫療資源的濫用。

¹⁴¹ 然而，「搶救全民健保聯盟」只是一種特定議題下的結盟，社運團體礙於資源的匱乏，時常會針對特定具共同意見是議題組成聯盟，共同倡導或推動政策改革。其中，為外界所質疑的是，何以在全民健保立法初期相對立的勞工和醫師團體，竟共組聯盟共同反對健保民營化改制；研究者以為，部份醫師團體加盟乃為台灣特殊醫療生態（西醫）下的產物，但卻是社會不同利益群體學習合作的一個開始。

最後則是民眾就醫可近性的問題。在現有公營的全民健保架構下，被保險人可以一卡行天下，就醫不受到保險人的影響。公辦民營之後，表面上是民眾有更多的選擇，但事實上是就醫權將大受限制。依據行政院版健保法修正案第 31 條規定，特定保險人僅與其特約醫院合作，選擇了之後，就只能在該民間健保基金會的特約院所就醫。例如，投保新光的健保的不能長庚醫院看病，否則恐怕要自己付全額醫藥費，進而形成了就醫公平性的問題。（搶救全民健保聯盟文宣-侏羅紀公園 3,1997）其中，兩者之間的利弊和差異性，詳見以表 7-3-2。

表 7-3-2：全民健保公辦民營多元保險方案與現制的制度差異

	現制	公辦民營多元保險方案
給付範圍之公平性	不分貧富皆享相同給付，公平性最高。少數項目可差額負擔，仍有不給付項目。	給付維持不變，但各保險可增加給付項目或減免部份負擔，亦可開辦附加保險，民眾選擇增加。但長期易形成階級醫療體系。
醫事機構特約	由醫事機構選擇是否特約	由保險選擇特約醫事機構
就醫選擇	一卡行天下，自由就醫	視特約機構多寡而定，長期就醫自由可能受限
支付制度	單一付費者，且近似獨買具有強勢的協商能力；任何改革供給者無法逃避	除非採集體協商，易被各個擊破，協商優勢降低，供給者易藉轉嫁成本逃避規範
預算分配及其與區域醫療體系之配合	總額預算依民眾需要分配至地區，錢跟著人走，促成區域醫療體之建立。	依風險校正公式分配保費給各保險人，無法配合區域醫療體系之發展。
審核制度	各區採單一制度，可節省成本且適度遏止作假	若未聯合審核，不但成本增加，且效果打折。

資料來源：李玉春（1999）：「全民健保修法之相關議題研究 - 以健保多元保險體制改革、醫療儲蓄帳戶及分級醫療轉診制度為分析重點」

至於在行動策略方面，首先是透過宣傳的方式，例如製作文宣、發起連署，以及新聞稿的方式，將「聯盟」所關注的問題和訴求，傳送給支持群眾或社會大眾。其中，在發起連署部份，由於「聯盟」的運作是以社運團體為主，因此，透過長久以來既有的組織網絡，提昇了連署活動的效率與效益，例如，在短短的一個星期，聯盟已獲得超過三百個組織的連署支持，而成為政黨、國會遊說最佳的利器。

其次，是舉辦座談會、公聽會和各種大大小小的政策說明會。其中，聯盟分別於北市、台中、台灣、高雄等地舉行座談會，直接與一般民眾接觸，並傳達聯盟反對健保民營化的理由。此外，1998 年 4 月 3 日，聯盟於針對立法院國會助理，舉辦一場「搶救全民健保開講」，透過與立院法案助理的面對面溝通，聯盟希望能夠增加國會助理對於全民健保改制方案的了解，進而影響立法委員的立法行為。而研究者當時擔任台灣勞工陣線的總部執行秘書，並全程參與這場戰役；

在這期間，研究者時常被邀請至各基層工會的理監事會說明健保改制的相關訊息等。

第三，則是透過國會遊說的方式。其中包括直接遊說和間直接遊說兩種方式。前者是由聯盟成員直接拜會立法委員進行溝通、遊說，希望他們支持聯盟的主張；至於後者，則是透過工會或公會，向特定的立法委員遊說，例如基層醫療協會負責具醫師背景的立法委員，而勞陣則透過工會向需要工會支持立委施壓，例如國民黨立委朱鳳芝發函詢問中華電信工會對於健保改制的看法，而電信工會則以聯盟所發表的「財團健保、人民不保」手冊等文宣為附件，回函答覆如下，成功的爭取到不少立法委員的支持：

「中華電信工會於八十六年十二月三十日電工一（86）宣字第 1041 號，主旨：檢陳本會關於「全民健康保險法」修法意見及主張之說明書乙份（如附件），請查照。說明：本會經洽台灣勞工陣線，由其提供關於全民健保修法意見之資料乙份，適與本會對全民健保修法立場相符，希有助此項法案修法之推動。」

最後，這項健保體制的重大改革方案意外被「閒置」而遭到否決，結束了這場健保民營化的戰役。然而，這個結果令人相當的意外，主要是因為國民黨當時仍然掌握國會最大黨的絕對多數優勢，再加上主要在野黨（民進黨）因黨籍立法委員分別提出不同改制方案（簡錫堦版、沈富雄版和李應元版）而始終未能整合提出黨團版本；因此，聯盟清楚的知道，倘若國民黨動用黨紀強勢表決，這項改革措施勢必將可輕易的通過。但這場政策戰役最終在行政院「主動撤回」的情況下劃下了休止符，使得健保維持現制改革的方向。

針對這個政策結果，研究者以為，雖然「聯盟」在整個改制的過程中扮演著相當積極的角色，但關鍵的因素，在於台灣特殊的政治制度結構所致。具體理由如下：

首先，台灣特殊的選舉制度下，提供了聯盟策反執政黨立法委員的機會與空間的政治產物。在於台灣選舉制度上的「單一選區複選不可讓渡制」，以及政黨紀律不彰，造成了立法委員的問政傾向以關切少數或部分選民的特殊利益為重點。其結果往往是在行政部門中經過長期與專家學者及技術官僚研擬的興革計畫，在立法部門中卻遭遇到護衛少數利益團體的立法委員的杯葛，以致於一個完整而有系統的改革計畫，最後被迫改至面貌全非，或必須完全退回重擬。但這樣的情況，提供了聯盟分化和說服執政黨國立法委員的空間與機會，如前述中華電信工會的角色，就是一個典型的例子¹⁴²。

其次，為執政黨行政及立法部門成員意見的分歧。相對於行政官僚，立法委

¹⁴² 此外，聯盟亦透過特殊群體對具特定身份之立法委員進行遊說，其中包括醫師立委和軍系立委，例如以醫師為主的立院次團「厚生會」的國民黨立法委員，並未護航行政院版本，轉而支持「現制改革」的版本；此外，勞陣亦透過中科院員工積極向部份國民黨軍系立委遊說，並獲得可觀的成果。

員直接承受民意的壓力；而在這個前提之下，「逃避譴責」的政治行為，成為立法委員處理政治敏感度較高的議題，採取比較保守的策略，甚至於拒絕背書。然而，這次的改革在僵持不下的時候，行政部門曾經透過具協調機制的中常會，要求立法部門同志無條件配合，最終引發極大的反彈（中國時報 1997.12.21:自早 1 版）。這個不確定的因素，導致國民黨立院黨團遲遲無法針對健保民營化議題形成共同意見而採開放策略，而增加了該法案立法闖關的困難度。

第三，則是「聯盟」的積極運作下的戰果。如前所述，有別於隨意結盟的鬆散組織型態；聯盟同時兼具專業和草根的特質，使得其意見不僅受到群眾的支持，更成為官僚機關不得不重視的壓力源。

第四，則是醫界的分裂。這次改革的過程形同醫院體系與基層醫療體系之間的利益爭奪戰；其中，醫院管理者希望透過民營化後的去管制化來創造利潤，而基層醫療卻無時無刻的擔心民營化後將會被大型醫院體系「整合」，因而選擇完全對立的立場。

其中，基層醫療(主要以基層醫療為主)反對這項改革方案的理由大致如下：

143

- 一、公辦民營初期改為「基金會」，接著試辦 HMO 並不能解決當初改為「公辦民營」所要解決的財務危機的目的。況且美國的經驗並不理想，不值得模仿。
- 二、台灣法人制度未建立「公信力」之前，把健保局（保險人）改為民營化、多元化，恐將變成「醫療財團化」的結果。
- 三、「醫療網」未建立「醫療資源」分佈不均，沒有實施 HMO 制度的條件；
- 四、在醫療資源分佈不均的情況下，民眾無法接受限制就醫的 HMO（包醫制）方案。
- 五、台灣的醫療生態與多元保險人或 HMOs 制度無法配合等。

總括而言，這次健康民營化改革的失敗經驗，充份顯示國會選舉制度對於台灣政策立法或修法的影響。然而，國民黨在國會絕對多數的情況下，最終不得不「否決」這項改革方案，更顯示台灣政黨價值模糊的政治現實，而在這個情況下，創造了反對意見運作的空間，進而影響政策的結果。

¹⁴³ 詳見中華民國基層醫療協會會訊創刊號，1997 年 11 月 12 日。

第四節、本章結論與限制

歸結以上對各國醫療福利「私營化」政策改革成敗的分析，我們不能難看出其特殊政治制度結構對於制度發展的影響。其中，何以台灣和馬來西亞執政黨在掌握國會（一黨獨大）絕對優勢的情況下，仍然無法順利的推動醫療福利私營化政策；而新加坡卻始終無往不利；其中，政策過程中政策「否決點」所座落的場域，是為本節所以探求的主要重點。

首先，我們從台灣和馬來西亞的經驗出發。在兩國醫療福利私營化的政策過程中，我們發現有許多類似的經驗，其中，來自於民間的反對聲浪，似乎成為兩國政府推動該項政策的主要干擾之一。在台灣，1997年「全民健保民營化」（即健保體制改革）的政策戰役，受到學術、醫師及勞工、社會團體的極大的反彈，而這些團串連成立「搶救全民健保聯盟」，積極的參與在整個政策改革的辯論當中，對於終在行政院主動撤回「公辦民營」改革方案而劃下句點，使得台灣高度國家化的健康體制得以存續。而馬來亞西亦有類似的經驗，當政府提出欲將政府醫院「企業化」（即交有民間公司經營）的時候，就遭受來自社會各界的反對與施壓；其中，包括馬來西亞醫師公會、護士工會及勞工、人權團體織國民健康行動（CHI），並草擬「公民健康宣言」（Citizen' Health Manifesto），以一人一信的方式發起聯署和請願活動，最終，迫使馬國衛生部於1999年大選之前，正式宣佈放棄醫療企業化的政策。

有別於新加坡和諧、平靜的政策過程，雖然在兩國的醫療福利私營化改革都有來自民間團體的反抗，但由於當時該國的政治環境，仍屬一黨獨大的局面，因此，執政黨大可強勢的通過改革方案。就此，研究者以為，兩國特殊的政治制度結構，才是造成其私營化政策遭到否決的主要原因，分析如下：

首先，何以國民黨在國會席次佔絕對優勢下，無法隨心所欲的通過這項行政部門所極力推動的政策。研究者以為，台灣特殊選舉制度，造成了立法委員的問政傾向以關切少數或部分選民的特殊利益為重點。其結果往往是在行政部門中經過長期與專家學者及技術官僚研擬的興革計畫，在立法部門中卻遭遇到護衛少數利益團體的立法委員的杯葛，以致於一個完整而有系統的改革計畫，最後被迫改至面貌全非，或必須完全退回重擬。這樣的情況提供了「搶救全民健保聯盟」策反和逐一施壓、遊說立法委員的空間與機會，以致部份執政黨（國民黨）立法委員在主要選票的壓力之下，拒絕背書行政院「公辦民營」的修法版本，最終導致行政部份無法順利推動政策的主要原因。

而在馬來西亞的經驗上，則是受到該國特殊的種族政黨政治生態使然。在獨立以前，馬國就已奠定了「種族政黨政治」的基礎，尤其，1969年所發生的「513事件」，更再一次的加深其政治結構的特色。然而，為爭取馬來選票的支持，以巫統為主的國民陣線政府在推動醫療福利私營化的過程中，承受了來自以回教黨

為主「替代陣線」相當大的壓力，尤其，回教黨目前仍然掌握兩個州的地方執政權，有足夠的條件抗衡國陣中央政府的各項政策改革；其中，回教黨拒絕跟隨中央政府的腳步，最終迫使掌握政策決策的巫統，不得不在選舉的考量之下，否決這項有利可圖的政策改革。

至於新加坡的例子，自獨立以來，始終維持人民行動黨（PAP）一黨獨大的政治局面，再加以後來選舉制度的改革，扼殺了反對黨的生存空間，因此，1983年全國健康計劃藍皮書，雖然確減少政府對他們健康照護支出的補助（Woo 1996），但社會大眾卻似乎無條件的接受這種可能不利於他們的制度安排，研究者認為，這主要是新加坡從 1965 年開始就一直維持 PAP 一黨獨大的優勢地位，以及弱勢和無效的反對黨制衡的政治結構使然，使得醫療儲蓄帳戶和醫院私營化政策在沒有太多的政治異議下形成。

第八章 結論與建議

本論文的研究目的，主要在於透過對台灣、馬來西亞及新加坡等東南亞國家醫療福利體制發展的脈絡化分析，釐清其中影響各國制度發展的歷史邏輯和政治邏輯。其中，無論是 Conllins (1999) 所強調的「亂糟糟」政策決策過程，亦或者是 Sokolosky (1998) 所揭示的「在曲曲折折的歷史軌跡中標示出政策決策所座落的場域」，研究者嘗試以歷史制度論的理論概念，擺放在各國醫療福利體制的歷史發展脈絡來加以理解，主要包括兩個分析理路。其中，第一部份是以「路徑相依」(path dependency) 的相關理論概念，解釋何以各國制度始終穩定的維繫在某個發展軌跡，以及各國特殊的歷史遺緒對後來政策發展的影響等命題。然而，這個強調前期政策對後期政策的回饋，以及制度慣性可能產生「鎖定效果」的分析理路，不僅提供研究者對各國制度的「非革命性」和「漸進式」發展一個頗具說服力的理論性解釋，同時，更說明了「制度」在其發展過程中並非置身世外，而是具「自主性」的一項關鍵因素之一。其次，則是透過對各國醫療福利改革議程中「私營化」這個高度政治敏感性政策戰役的分析，瞭解各國特殊政治制度結構對於其醫療福利體制發展的影響，並釐清何以某些制度創新遭致「否決」的政治歷史邏輯。

然而，誠如在第四章第三節「研究限制」中已清楚交待的，礙於研究者個人能力的囿限，以及跨國性區域研究先天上的限制（無論是在理論或方法論上）等各種客觀因素使然，本論文嚴格來說僅能算是一份「初探式研究」。但有鑑於國內對於東南亞地區社會福利發展的研究仍屈指可數，因此，研究者期待這份微不足道的研究成果，能夠產生拋磚引玉的效果，並作為日後國內東南亞區域社會政策研究和政策交流的參考。

第一節、研究結論

從第五章的各國醫療福利發展脈絡，我們雖無法完整的描繪出各國制度發展的歷史圖像，但至少可以斷定的是：「無論是台灣、馬來西亞或新加坡，其醫療福利體制的發展，始終維持在一個非革命式發展軌跡上。」針對這樣的政策結果，在第六章和第七章的分析討論中，研究者具體以「路徑相依」的概念，討論各國特殊歷史遺緒對於該國制度發展的影響；研究者以為，這提供了各國制度的穩定和漸進式發展一個相當合理的解釋；其次，則是將特定的政策戰役，擺放在各國複雜的政治制度結構來加以理解，以突顯該國特殊制度環境對於制度的形塑力。綜合前面章節的分析討論，本論文的研究結論，如下：

一、政策遺緒與歷史制度發展

從第五章的分析當中，研究者把焦點擺放在各國醫療福利體制特殊的政策遺

緒對該國政策發展的影響。誠如 Collier (1991) 和 Collins (1999) 所勾劃出來的分析理路，「路徑相依」的理論概念，強調特殊歷史遺緒對於制度發展的影響。其中包括兩個主要層面，其一是強調特定的政策遺緒對後來政策發展的「回饋」；對政策決策者而言，過去的政策運作行累積的成功或失敗的經驗，都會產生所謂的「學習效果」(learning effect)，提供了決策者對於政策改革基本的認知架構，進而影響他們對問題及可行性方案的評估與判斷。其二，則是強調制度本身「自我強化」的效果。也就是說，制度的運作可能會形成「鎖定效果」(lock-in effects) 而誘導行動者形成某種行為「慣性」，進而強化其走向一個難以逆轉的路徑。因此，在這兩個分析架構之下，研究者將嘗試從各國的特殊歷史經驗出發，鋪陳本論文第一部份的研究結論。

首先，就台灣的經驗而言，在 1995 年 3 月全民健康保險開辦以前，台灣的健康保險體制始終散落於各項以職業類別為分類的綜合性社會保險，其中包括勞、農保和公保兩個主要範疇（即所謂的舊保險體系）。然而，由於舊保險體系的形成，主要源自於統治菁英在特殊時空背景下的政治需求，因此，無可避免產生部份制度性的偏差，其中，以零碎的社會保險行政所造成的行政資源浪費、各項保險體制在沈重的醫療支下嚴重的虧損，以及仍有將近半數的國民始終被排除在健康保險等制度危機，成為統治菁英思索制度變革時最有力的認知架構。而這些棘手的政治問題，同時亦形成了台灣 80 年代以後健保體制改革的契機；其中肯定的是，雖然從 1950 年代就已開始的零碎舊保險體制源於特殊歷史條件的需求，而其運作亦產生了諸多的問題，但某種程度上，卻已奠定了台灣健康保險體制發展的深厚基礎，成為瞭解何以在 90 年代以後方才出現高度國家主義的健保體制不可忽略的關鍵因素之一¹⁴⁴。

然而，誠如有以「在腐爛的根基上蓋大樓」和「併裝車」來形容台灣全民健保政策的處境，充份的顯示舊保險體系的殘破經驗對於全民健保發展的牽引和影響。誠如林國明 (1998a) 所強調的：「政策遺緒，在相當程度上，型構了議題的出現與辯論的條件」。全民健保政治議程的提出，某種程度上是為了解決舊保險體制所產生的問題，這些問題包括嚴重的財務虧損和保險涵蓋率嚴重偏低所引發政治危機，成為台灣健保體制改革最關鍵的政治因素之一。然而，縱使舊保險體系有許多問題，但對於政策決策菁英而言，承繼舊保險體豐富的政策經驗和行政資源，不僅可以避免政策激烈改革可能產生的負面效應，例如民眾對於舊保險系的熟悉與慣習等。同時，將醫療給付從綜合保險的架構上抽離，建立單一管道的支付制度，以可更有效的使用醫療資源和控制醫療費用的上漲；亦可以克服了舊保險體系財務的負擔和因半數民眾被排除所可能引發的政權合法性危機，就成為統治菁英最方便，同時也是就有把握的政策改革策略。在這個前提之下，舊保險體系就成為全民健保形成最有力的參考依據。

¹⁴⁴何以台灣會選擇開辦全民健康保險，而非憲法條文中與全民健保並存的公醫制？某種程度上台灣早期的各項社會保險的經驗，奠定了台灣社會福利發展社會保險化的基礎，更提供了上述問題

除此之外，這種政策鎖入（lock-in）的現象，我們可以從全民健保延續舊保險體制的特質來加以佐證。例如，由於全民健保是以公、勞、農保之疾病（醫療）保險為基礎，加以整合與擴大至以全體國民為納保範圍，因此延續舊保險體系的基本架構，全民健保將被保險人分為六大類被保險人，各類被保險人的財務負擔原擬藉全民健保契機予以統一；但終究難敵不同團體的壓力，只做某種程度上的修訂，不同保險對象財務分擔比例仍不盡相同，造成權利和義務不對等的問題；同時，在各委員會（監理、爭議委員會），更延續過去各行業的代表，進而忽視整體社會結構的改變。以及某種程度上，在於過去行政經驗上的方便性所導致的政策鎖定效果。

其次，在馬來西亞的政策發展經驗上。雖然和許多家一樣，馬國醫療福利體制在 80 年代以後無可避免的遭致「私營化」政策的挑戰，但至目前為止，「1951 醫藥費用法」始終屹立不搖，在低收費、高補助的政策型態下，馬國醫療福利體制始終帶濃厚的公醫制社會福利取向；而這個的制度遺緒，成為限制馬國醫療福利制度發展最有力的正式規則之一。

在經驗上，從英國殖民時期就開始實施的政府醫院收費標準（即 1951 年通過的醫藥收費法案），不僅形塑了馬國以公立醫療服務機構為主幹的醫療福利體制，同時，亦對馬國醫療福利財務的改革，產生了相當大的影響。例如，前述法案在過去這十幾年屢次被提出檢討，但這種由政府津貼、幾近免費的財務方式，大大降低民眾就醫的成本（尤其是中低收入者及政治勢力最大馬來族群）；並形成了其特殊的制度結構，將制度的發展「鎖定」在某個不可逆轉的路徑上，進而阻卻了政府欲藉民營化從這個高度國家化的醫療福利體系撤退的政治意圖。就此，我們可以看出制度本身所形塑的「慣習」，同樣產生了強烈的「鎖入效果」（lock-in effects）的作用力。

最後，則是新加坡「中央公積金」和「國民住宅計劃」的成功經驗，對於 1984 年醫療福利改革的影響。新加坡中央公積金制度於 1955 年就已建立，是一種強制儲蓄的老年退休方案，成為新加坡日後社會安全的主要支柱。其中，公積金不僅是政府一項廉價的資金來源，作為國家建設和發展之外，新加坡政府更將各項社會福利方案整合在公積金的架構之下，其中，以「國民住宅計劃」的政策經驗最為顯著，從 1960 年開始實施已來，已成功的創造國民百分之九十左右擁有房屋所有權的亮眼佳績，不僅是人民行動黨穩定其政權的主要利器，同時，也成為後來其他社會政策參照的主要參照依據。然而，反應在醫療福利的改革經驗上，中央公積金無論是在政策意識型態、組織架構，以及政策經驗上，都成為 1984 年「醫療儲蓄帳戶」形成的重要基礎；而「國民住宅計劃」的成功經驗，不僅是新國國民滿意度最高的社會政策，同時，更提供了統治菁英政策決策時一個根深柢固的認知架構，成為醫療儲蓄帳戶成功改革的堅實根基。

一個頗具說服力的解答。而這樣的現象，亦出現在日後國民年金規劃的討論上。

總括的說，無論是「豐功偉業」亦或者是「殘破廢墟」，從以上各國制度發展的描述中，歷史制度論「路徑相依」的理論概念，不僅提供了研究者對刻劃各國歷史制度發展豐富且頗具說服力的解釋，其中，制度日積月累的運作所產生的特殊政策遺緒，將制度穩定的鎖入某個歷史發展軌跡之中，更說明了醫療福利制度本身無法自外於政治社會的變遷和改革之外，制度的生命力，往往成為影響其改革和發展極為關鍵的因素之一。

二、政治結構下的制度改革

路徑相依理論概念的限制，在於其無法解釋政策過程中的權力關係；而這個理論性偏差，將忽略了對制度所「鑲嵌」和「結構」的政治情境中權力關係的瞭解。因此，我們在第七章將分析焦點鎖定在各國特殊的政治制度結構，對該國醫療福利體制發展的影響。其中，本論文以「私營化」這個在 80 年代以後普遍成為各國醫療福利改革議程為例，從政治制度的角色切入，分析各國醫療福利私營化政策的成敗經驗。

首先，以台灣 1997 年「全民健保民營化」(即健保體制改革)的政策戰役為例。在全民健保立法時兩年落日條款的壓力之下，全民健保「公辦民營」的政策改革議程又再次的成為政策爭議的焦點。然而，由於健保體制改革不僅牽動國家在醫療福利體系中角色定位這個政治敏感性議題，同時，更將影響不同群體在醫療市場中的利益分配，以及可能產生的市場失靈問題，因此，這個改革方案一提出，普遍受到學術、醫師及勞工、社會團體的關注，進而串連成立「搶救全民健保聯盟」，展開將近一年多的政治角力。這場持續將近兩年的政策戰役，最終在行政院主動撤回「公辦民營」改革方案而劃下句點，使得台灣高度國家化的健康體制得以存續。

然而，何以國民黨在國會席次佔絕對優勢，而在野黨意見嚴重分歧的情況之下，何以政府無法隨心所欲的通過這項行政部門所極力推動的政策呢？歸結這次健保體制改革失敗的政治邏輯，研究者以為，主要是受到台灣特殊選舉制度和黨紀不彰的影響，造成了立法委員的問政傾向以關切少數或部分選民的特殊利益為重點。其結果往往是在行政部門中，經過長期與專家學者及技術官僚研擬的興革計畫，在立法部門中卻遭遇到護衛少數利益團體的立法委員的杯葛，以致於一個完整而有系統的改革計畫，最後被迫改至面貌全非，或必須完全退回重擬。這樣的情況提供了「搶救全民健保聯盟」策反和逐一施壓、遊說立法委員的空間與機會，以致部份執政黨(國民黨)立法委員在選票的壓力之下，拒絕背書行政院「公辦民營」的修法版本，最終導致行政部份無法順利推動政策。

另一項重要的因素，為執政黨行政及立法部門成員意見的分歧。相對於行政官僚，立法委員直接承受民意的壓力；而在這個前提之下，「逃避譴責」的政治行為，常使成為立法委員處理政治敏感度較高的議題，常採取比較保守的策略。

在僵持不下的時候，行政部門曾經試圖透過長期以來扮演黨政協調機制的中常會作成決議，要求立法部門同志無條件配合，最終引發極大的反彈。（中國時報 1997.12.21:自早 1 版）這個不確定的因素，導致國民黨立院黨團遲遲無法針對健保民營化議題形成共同意見而採開放策略，更增加該法案立法闖關的困難度。

至於馬來西亞政府醫院的私營化政策，基本上也是一個失敗的經驗。雖然馬國在 80 年代初期就如火如荼的展開各項私營化政策，但醫療體系的私營化改革卻遲至 90 年代才被納入私營化總體計劃之中。然而，如前所述，由於馬國公立醫療體系主要是由政府編列預算補助，且收費極為低廉，因此，普遍受到基層勞工及一般民眾的歡迎。因此，當政府提出欲將政府醫院「企業化」（即交有民間公司經營）的時候，就遭受來自社會各界的反對與施壓；其中，包括馬來西亞醫師公會、護士工會及勞工、人權團體紛紛組織起來，並草擬「公民健康宣言」（Citizen' Health Manifesto），以一人一信的方式發起聯署和請願活動，而他們所關注的議題主要是政府醫院的企業化，將會加重一般民眾的醫療負擔。最終，迫使馬國衛生部於 1999 年大選之前，正式宣佈放棄醫療企業化的政策。

研究者以為，關鍵的因素在於馬國特殊的種族政黨政治生態使然。在獨立以前，馬國就已奠定了「種族政黨政治」的基礎，尤其，1969 年所發生的「513 事件」，更再一次的加深其政治結構的特色。然而，為爭取馬來選票的支持，以巫統為主的國民陣線政府在推動醫療福利私營化的過程中，承受了來自以回教黨為主「替代陣線」相當大的壓力，尤其，回教黨目前仍然掌握兩個州的地方執政權，有足夠的條件抗衡國陣中央政府的各項政策改革；其中，回教黨拒絕跟隨中央政府的腳步，調漲公立醫院的收費，以致衛生部不得不放棄這項改革方案，就是種族政黨之間競爭最佳的例證。

在新加坡的例子中，根據政府 1983 所發表的全國健康計劃藍皮書，確立了政府將健康照護的「財務責任」移轉到私部門的政策哲學。理論上，類似這種影響大部份團體的政策，將難獲得社會大眾的政治支持，因為這將會減少政府對他們健康照護支出的補助（Woo 1996）。但事實上，從醫療儲蓄帳戶和醫院組織重組方案中，社會大眾卻似乎無條件的接受這種制度安排，使得方案得以順利推展。Woo(1996)認為，這主要是新加坡從 1965 年開始就一直維持 PAP 一黨獨大的優勢地位，以及弱勢和無效的反對黨制衡。使得醫療儲蓄帳戶和醫院私營化政策在沒有太多的政治異議下形成。

從以上各國的政策經驗中，「國家化」醫療福利體制的存續，不僅牽涉醫療資源的分配，更普遍成為各國的政治議程之一。因此，必須將政策改革的環節，擺放在脈絡化的制度過程來加以瞭解，以便為政策發展的路徑，提供一張更為清晰的基本圖象。

第二節、研究建議及後續研究展望

綜合以上的研究結論，研究者嘗試提出以下數點研究建議，以提供未來相關研究的參考。具體建議如下：

首先，誠如我們在前面章節所強調的，本研究作為一項東南亞區域內跨國性比較研究，無可避免的必須面對跨國研究的一些先天上的限制，這些先天性的限制包括研究比較群組選取的標準、分析比較基礎的確立，以及跨國性研究在時間和空間上的限制等因素。因此，從本研究所面臨的困境出發，研究者建議未來相關研究應儘何能縮小研究範圍，或者僅針對某個特定政策戰役進行分析，以免影響研究的完整性。

其次，是研究操作面的問題。本論文原先的研究設計，主要包括「文獻分析」和「深度訪談」兩個部份；研究者希望藉由對各國制度過程主要行動者「回溯性認知」的分析，作為補充文獻分析的不足和可能產生的偏差。然而，礙於不同國家學術開放度等因素的干擾（例如官員拒絕訪談、以及官方資料取得的困難等問題），在資料取得平衡的考量之下，研究者最終捨棄原先規劃的「深度訪談」，而只採用「文獻分析法」作為主要的研究方法，因而難免有所遺漏而成為本研究最大的缺憾。然而，「文獻分析法」無可避免的必須面對資料不足及考證的問題；因此，倘若從相關文獻資料所拼湊出來的歷史圖像，能夠以深度訪談的方式加以補正，將對研究的完整性有積極的幫助。因此，未來相關研究能夠在研究設計上能夠以其他研究方法來補正文獻資料之不足，以免過度依賴經驗文獻而造成歷史真像的失真。

最後，則是國內和東南亞各國之間政策學習與交流的部份。從前面章節的陳述和分析中，我們不難發現這三個國家之間的醫療福利制度發展，都有著相互參考的經驗；例如在台灣健保改革的議程當中，「醫療儲蓄帳戶」始終是被考慮的議程之下；又馬來西亞醫師公會所發表的「政策藍皮書」，甚至於馬國衛生部的政策宣示，都有意仿倣台灣的全民健保體制，重建馬國的醫療福利財務等政策經驗，在在的說明了各國間的政策交流的重要性。然而，本研究僅針對各國醫療福利發展的過程進行比較分析，並未觸及各國制度執行的效益、財務控管等進行評估，因此，研究者建議，未來相關研究可以將這一部份列入研究範圍，以促進各國學術、政策上的交流與學習。

參考文獻

中文部份：

王振寰

1995 誰統治台灣？轉型中的國家機器與權力結構。台北：巨流圖書公司。

王國璋

1997 馬來西亞族群政黨政治之研究(1955~1995)。台北：唐山。

王躍生

1997 新制度主義，台北：揚智出版社。

古允文

1996 新加坡福利資本主義體制 - 商品化觀點的探討，東南亞季刊，第 1 卷第 2 期，1996 年 4 月。

民進黨

1993 解放經濟發展活力，台北：民進黨政策研究中心。

台灣勞工陣線

1998 新國有政策 - 台灣民營化政策總批判，台北：商周出版社。

1999 平等的承諾 - 台灣勞工的主張。台北：台灣勞工陣線。

江東亮

1991 台民健康保險的規劃，研考雙月刊，第十五卷二期，Pp19-22。

999 醫療保健政策 - 台灣經驗，台北：巨流出版社。

李玉春

1993 總額預算制度之設計，行政院衛生署八十一年委託研究計劃。

1997 健康照護制度之國際比較，公共衛生學（上冊）。

1998 全民健保支付制度實施現況檢討與改革方向建議，政策月刊，17 卷 3 期，Pp20-78。

1999 全民健保法修法之相關議題研究 - 以健保多元保險體制改革、醫療儲蓄帳戶及分級醫療轉診制度為分析重點。中華民國醫師公會全國聯合會八十八年委託研究發展計劃。

李明聰

1996 國家機器，政治轉型，與社會福利 - 以「老人年金」議題之發展（1992~1995）為例，國立清華大學社會人類學研究所碩士論文。

李健鴻

1998 邊陲統制與倫理教化 - 台灣社會救濟體制形成之研究（1683~1945），國立台灣大學社會學研究所博士論文。

林萬億

1994 福利國家 - 歷史比較分析，台北：巨流圖書公司。

- 1995 從社會面看全民健康保險，台灣法學會學報，第十七輯，Pp76-87。
1998 社會抗爭、政治權力資源與社會福利政策的發展-一九八〇年代以來的台灣經驗，發表於台灣社會福利運動的回顧與展望研討會。

林本炫

- 1994 全民健保法審議過程的觀察，國家政策雙周刊，第九十二期，Pp10-11。

林國明

- 1998a 制度選擇的政治與歷史邏輯：解釋台灣全民健保組織體制的制度形成。論文發表於1998年4月17-19日，台大社會學系及中華民國社會福利學會主辦，「台灣社會福利發展 - 過去、現在、未來」學術研討會。
1998b 制度、歷史與制度選擇 - 全民健保民營化的政治邏輯。論文發表於1998年5月22日，中央研究院社會學研究所籌備處主辦，『民營化政策在台灣 - 社會學的觀點』研討會。
2000 歷史、制度與政策：台灣醫療保險體系部份負擔與轉診方案的政策分析“。論文發表於2000年1月15-16日，台大社會學系及台灣社會學社主辦：「全球化下的社會學想像：國家、經濟與社會」學術研討會。

邱瑜瑾

- 1994 解嚴後台中市都市發展形塑的社會機制，東海大學社會學研究所。

柯木興

- 1996 社會保險。中國社會保險學會出版。

高永光

- 1995 論政治學中國家研究之新趨勢。台北：永然文化出版公司。

施榮善、施蓓莉合譯

- 1999 經濟學辭典。台北：貓頭鷹出版社。

祝家華

- 1995 解權政治神話 - 大馬兩線政治的評析 (1985-1992)。吉隆坡：華社資料研究中心。

孫友聯

- 2000 馬來西亞及新加坡健康照護制度比較研究：一個歷史制度論的觀點。論文發表於2000年5月6日至7日，淡江大學主辦，台北：2000台灣東南亞研究年會。
2001 台灣、馬來西亞及新加坡醫療福利財務比較研究：「國家化」健康照護體系的實踐與存續。論文發表於2001年5月3日至4日，暨南大學舉辦，南投：2001台灣東南亞研究年會。

國家衛生研究院論壇

- 1999 全民健康保險深度訪談彙編。國家衛生研究院：台北。

黃綵璋譯

- 1996 亞洲新世紀發展構圖。櫻花綜合研究所環太平洋研究中心編著。台北：聯經。
- 黃源協
- 1996 政府、利益團體與健康政策，社區發展季刊，第 75 期，Pp68-79。
- 1995 邁向全民健康保險 - 制度論觀點的分析。思與言第 36 卷第 2 期。Pp55-84。
- 黃世鑫
- 2002 建立以社會保險為基礎的經濟安全保險制度：財政困境中的第三條路。論文發表於 2002 年 3 月 5 日，台大舉辦。
- 陳永興
- 1998 台灣醫療發展史，台北：月旦出版公司。
- 陳明通
- 1995 派系政治與台灣政治變遷，台北：月旦出版公司。
- 傅立葉
- 1993 台灣社會保險制度的社會控制本質。台灣社會研究季刊，第 15 卷,Pp39-64。
- 1997 台灣與美國全民健保政策發展的政治經濟分析。中西社會福利政策與制度。台北：中央研究院歐美所。
- 張世雄
- 1996 社會福利的理念與社會安全制度，台北：唐山。
- 張博雅
- 1997 專業奇蹟 vs 民眾迷思 - 全民健康保險規劃紀實。台北：桂冠圖書公司。
- 張荳雲
- 1998 醫療與社會：醫療社會學的探索，台北：巨流圖書公司。
- 張晉芬
- 1998 私有化符合誰的利益？ - 檢討公營事業私有化政策的提出和執行。論文發表於中央研究院社會學研究所籌備處主辦，1998 年 5 月 22 日，台北：『民營化政策在台灣 - 社會學的觀點』研討會。
- 吳凱勳
- 1993 我國社會保險制度現分析及整合問題，台北：行政院研究發展考核委員會委託研究計劃。
- 1998 我國健康保險制度的回顧，輯於楊志良主編，健康保險，三版。台北：巨流圖書公司。Pp161-202。
- 經建會
- 1990 行政院經濟建設委員會王民健康保險研究計劃專案小組規劃報告。
- 搶救全民健保聯盟 13
- 1997 財務健保、人民不保答客問。
- 1997 侏羅紀公園 3。
- 新加坡中央公積金局 13

- 1996 中央公積金的故事 - 40 年來為新加坡所作的貢獻。新加坡：公積金局出版部。
- 楊開雲
1995 東歐後共產社會政治轉型中的變與常，東海學報，第 36 卷，第 5 期，Pp:30-55。
- 楊志良
1998 健康保險（三版），台北：巨流圖書公司。
- 詹金月
1995 我國全民健康保險政策合法化過程之研究，陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 詹火生
1990 全民健保開辦前的一些問題，青年日報，六月十八日，2 版。
1995 政府在社會政策中的角色與功能 - 中美兩國之比較。輯於中西社會福利政策與制度。台北：中央研究院歐美所。
- 趙俊人
1998 全民健康保險「公辦民營」之研究，東吳大學政治研究所碩士論文。
- 劉見祥
1988 我國勞工保險制度與實務。台北：中國社會保險學會。
- 劉瑞華譯
1994 制度、制度變遷與經濟成就，原著 Douglass C.North，台北：時報出版社。
1995 經濟史的結構與變遷，原著 Douglass C.North，台北：時報出版社。
- 劉宜君
2000 我國全民健康保險政策之執行評估 - 國家機關、政策網絡及財務管控能力之分析，國立台北大學公共行政暨政策學系博士論文。
- 盧瑞芬、謝啟瑞合著
2000 醫療經濟學。台北：學富出版社。
- 歐崇亞
1997 新制度主義與公共組織分析，私立東海大學公共行政研究所碩士論文。
- 顧長永
1997 東南亞政府與政治。台北：五南圖書。

英文部份：

Asher Mukul G.

- 1994 “ Social Security in Malaysia and Singapore: Practice, Issues and Reform Direction ” . Sinapore:Institute of Strategic and International Studies.

Abdul Manaff

- 1996 “ Health Sector Development Under The 7th Malaysia Plan ” . Paper Presented at APHM’ s 1996 National Health Care Conference- Future Needs, Future Resources, Kuala Lumpur:13-14 June.

Abul Hassan bin Sulaiman

- 1996 “ The Future of Health Services in Malaysia ” . Paper Present at Seminar of MMA, October 19-20.

Abdullah Malim

- 1997 “ Financing social welfare services in Malaysia: Some Options ” .Public in Caring Society: Emerging issues and future directions.

Abu Bakar Suleiman

- 1998 “ Impact of the East Asian Economic Crisis on Health and Health Care: Malaysia’ s Response. ” Asia-Pacific Journal of Public Health, Vol 10(1),Pp5-9.

Aliran

- 1999 “ The Continuing Crisis in Malaysian Health Care: Commission of Enquiry, or People’ s Tribunal on Health Care? ” .Press Statement for Citizens’ Health Initiative-Aliran August 15,1999. .

Barrow, Clyde W.

- 1993 “ Critical Theories of the State ” . Wisconsin : The University of Wisconsin Press.

Balasubramaniam

- 1997 “ National Health Insurance and Financing: The International Scene and Foreign Medels ” . Penang : Consumers International(CI)

Barracough, Simon

- 1997 “ The growth of corporate private hospitals in Malaysia: Policy Contradictions in Health System Pluralism ” .International Journal of Health Services, Vol 27, No 4, Pp643-659.
- 1999 “ Constraints on the retreat from a welfare-orientated approach to public health care in Malaysia ” . Health Policy 47,Pp53-67.

Chan, Chee Khoon

- 1996a “ Health Care Financing, Malaysia’ s Economic Development: Policy and Reform “ 。 Kuala Lumpur : Pelanduk/Malaysia Institute Economic Research(MIER).

- 1996b " Privatization and The Health Care Sector- Re-negotiating the Social Contract. " Paper Presented at The Second Penang Economic Seminar. September 11,1996.
- 1996c " Health Care Financing". Malaysia' s Economic Development : Policy and Reform. " Edits by Jomo K.S and Ng Suen Kiat. Kuala Lumpur:SIA.
- 1997 " Health & Development Towards The Millenium- Re-inventing Government, or the Demise of Community? " Paper presented at Conference: Privatization and Health Care Financing in Malaysia: Emerging Issues & Concerns, April 5-6,1997.
- 1998 " The Privatization of Social Reproduction. " Paper presented at Conference: Risking Malaysia: Culture, Politics & Identity, Jun-Dec 1998.
- 2000a " Health Financing in Malaysia: The Shape of Things to Come? " CHI Commentary at MalaysiaKini, March 18,2000.
- 2000b " Say NO! to Privatization of Health " .CHI Press Statement, March ,2000.

Chee, Heng Leng

- 1990 " Health and Health Care in Malaysia-Present trends and Implication for the future " . Kuala Lumpur : Institute of Pengajian Tinggi University Malaya.
- 1997 " Changing patterns of physical health in Malaysia: Implications for the health care sector. "

CAP REPORT

- 1983 " Curing the Sick or the Rich? The rising cost of medical care in Malaysia " . CAP Report Number 2 June 1983.

Cammack, Paul

- 1992 " The New Institutionalism: Predatory Rule, Institutional Persistence, and Macro-Social Change " . Economy and Society, Vol.4, 1992,Pp397-429.

Chua, Beng Huat

- 1995 " Communitarian Ideology and Democracy in Singapore " . London: Routledge.

Christopher, Tremewan

- 1996 " Welfare and Government : Public Housing Under Singapore' s Party-state " . Paper Public In "The East Asian Welfare Model- Welfare Orientalism and the sate". Chapter 3.

Cho, Kah Son, Ismail Mudh Salleh

- 1997 " Caring Society Emerging Issues and Future

Directions ” .Malaysia : Institute of Strategic and International Studies (ISIS).

Colin, Gordon

1997 “ Why no national health insurance in the U.S.? The limits of Social Provision in War and Peace, 1941-1948 ” .Journal of Policy History, Vol.9, No.3.Pp8-21.

Colin, Hay, and Danial Wincott,

1998 “ Structure, Agency and Historical Institutionalism ” . Political Studies, Vol.46, No5,Pp35-44.

Collins, Charles

1999 “ Health sector reform and the interpretation of policy context ” .Health policy Vol 47,Pp69-83.

Citizen’s Health Initiative(CHI)

1999a “ Letter of Concern to YB Datuk Chua Jui Meng, Minister of Health: Re:Corporatization of Government Hospitals ” . CHI Press Statement.

--1999b “ In the coming elections, Citizen’s Health Initiative strongly urges all political parties and prospective candidates to pledge to ” . CHI Press Statement.

--2000a “ Six Questions for the Health Minister on the National Health Financing Authority ” . Press Statement of ALIRAN.

--2000b “ Malaysian Healthcare At A Crossroads”. A Citizens’ Health Manifesto For Malaysia February 16,2000.

Emmett B. Keeler and etc

1996 “ Can Medical Savings Accounts for the Nonelderly Reduce Health Care Costs? ” . JAMA, June 5, 1996, Vol 275, No 21,Pp1666-1671.

Friedland & Alford.L.C

1991 “ Bring society Back in : symbol, practices and institutional contradiction ” .Pp:331-336,in “The new Institutional in Organization Analysis.Chicago“:University of Chicago press.

Gurmukh Sing, Dr. Eddy K.C.Lo, etc

1977 “ Health Information for Regional for Regional Health Planning in Malaysia ” . Asia Proceedings of Fourth SEAMIC Workshop on Health Information, Bangkok Jan,1977.

Hsiao, William C.

1994 “ Marketization-The Illusory Magic Pill ” .Health Economics, Vol 3:Pp351-357.

--1995 “ Abnormal economics in the health sector ” . Health Policy, Vol 32:125-139.

Huff, W.G.

1995 " The Development State, Government, and Singapore's Economic Development Since 1960 " . World Development, Vol.23, No.8, pp1421-1438.

Huang Yuan-Shie

1995 " Funding Health Care In Britain and Taiwan " . Ph.D thesis University of Newcastle Upon Tyne, Faculty of Law, Environment, and Social Sciences.

Hall, Peter A etc

1996 " Political Science and the Three New Institutionalism " . Political Studies, Vol.44: 936-957.

Immergut, Ellen M

1992 " The rules of the game: The logic of health policy-making in France, Switzerland, and Sweden " .in S. Stienmo, K. Thelen and F. Longstreth eds., Structuring Politics: Historical Institutionalism in comparative Analysis,pp.57-89,New York: Cambridge University Press. "

--1998 " The Theoretical Core Of The New Institutionalism " . Politics & Society, Mar98, Vol.26 Issue 1,p5,30p, 5 charts.

Jacob Meerman

1979 " Public expenditure in Malaysia: Who benefit and Why? " . A world Bank Research Publication. Oxford University Press.

Jomo K.S.

1995 " Privatizing Malaysia- Rents, Rhetoric, Realities " . Westview press.

James Jeffers

1998 " Influencing Private Health Sector Growth through Financing Options " . Private Health Sector Growth in Asia- issues and implications: Edited by William Newbrainder.

Jinshan Li, Jorgen Elklit

1999 " The Singapore general election 1997: campaigning strategy, results, and analysis " . Electoral Studies 18,Pp199-216.

Koelble, Thomas A

1995 " The New Institutionalism in Political Science and Sociology " . Comparative Politics, Vol.27, No.2, Jan.1995,pp231-243.

Khairuddin, Yusof

1997 " New Millenium Series: Issues and Challenges of Public Health of public Health in 21th Century " .Malaysia:NU.

Ku, Yeun-Wen

1997 " Welfare Capitalism in Taiwan: State, Economy and Social Policy " .London:MACMILLAN Press LTD.

1998 " Can we afford it? The development of National Health Insurance in

Taiwan. Paper published in Roger Goodman, The East Asian Welfare Model- Welfare Orientalism and the state.

Kwon, Huck-Ju

- 1998 " Democracy and the politics of social welfare: a comparative analysis of welfare systems in East Asia " . Paper published in The East Asian Welfare Model- Welfare Orientalism and the state, Edited by Roger Goodman.

Lin, Kuo Ming

- 1997 " From Authoritarianism to Statism: The Politics of National Health Insurance in Taiwan " . A Dissertation Presented to the Faculty of the Graduate School of Yale University in Candidacy for the Degree of Doctor of Philosophy, Department of Sociology.

Lum Weng Kee

- 1985 " The Role of Public Health Engineering In A Health Development Programme In Malaysia " . MOH bulletin Vol 4 No2 ,Pp16-18.

Linda Low

- 1996 " Social Security and Economic Well-Being of The Aged in ASEAN " . Paper for Seminar on Social Security and Economic Well-Being of Older Persons in ASEAN Countries. 17-19 October 1996, K.L.
--1998 " Health Care in the Context of Social Security in Singapore " .SOJOURN, Volume 13, Number 1 April , Pp139-165.

Linda Low and Toh Mun Heng

- 1991 " Health Care Economics, Policies and Issues in Singapore " . Singapore:Times Academic Press.
--1995 " Public Policy In Singapore: Changes in the 1980s and future Singapore " .Singapore:Times Academic Press.

Linda Low & T. C. Aw

- 1997 " Housing a Healthy, Educated and Wealthy Nation Though the CPF " . The Institute of Policy Studies: Singapore:Times Academic Press.

Low WY, SN Zulkifli, YL Wong and K Yusof

- 1997 " Dawn of a New Millennium: Issues of Challenges of Public Health in Malaysia " .

Lim, Judy ME

- 1998 " The importance of social context【The NHS' s 50th Anniversary】 " .British Medical Journal : Volume 317(7150) July 4,Pp51-52.

Lim Meng-Kin

- 1998 " Health care systems in transition II. Singapore, Part I. An overview of health care systems in Singapore " . Journal of Public Health Medicine,

Vol.20, No.1,Pp16-22.

Lupton etc

1998 “ Managing Public Involvement in Healthcare Purchasing ” .London:Oxford University Press.

MMA

1997 “ Privatization of Public Health In Malaysia: Can it Be A Reality? ” . Berita MMA Vol:27, No4, April,Pp2-5.

1999 “ Health For All- Reforming Health Care In Malaysia ” . Kuala Lumpur:Malaysia Medical Association.

M.K. Rajakumar

1980 “ The Future of the Health Services in Malaysia ” . Malaysia Medical Association(MMA),April.

Michael Sherraden. Etc

1995 “ Social Policy Based on Assets: The Impact of Singapore’s Central Provident Fund ” .Asian Journal of Political Science ,Volume 3 Number 2(December)Pp112-133.

Michael R. Reich

1995 “ The Politics of Health Sector Reform In Developing Countries: Three Cases Of Phamaceutical Policy”. In Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable.USA:Harvard University Press.

Mohamed Izham Mohamed Ibrahim et al

1997 “ Drug distribution systems in Malaysia: the privatization of the General Medical Store ” . Paper presented in the National Conference on Privatization on Health Care Financing in Malaysia. Penang:Universiti Sains Malaysia 5-6 April, 1997.

Milton Terris

1998 “ The Neoliberal Triad of Anti-Health Reforms: Government Budget Cutting, Deregulation, and Privatization ” . Journal of Public Health Policy, A Special Column in 1998,Pp26-41.

Manderson, Lenore

1982 “ Bottle Feeding and Ideology In Colonial Malaya: The Production of Change ” .International Journal of Health Services, Volume 12, Number 4,Pp21-52.

--1991 “ Health Services And The Legitimization of The Colonial State: BRITISH MALAYA 1786-1941”.

--1999 “ Public Health Developments in Colonial Malaya: Colonialism and the Politics of Prevention ” .American Journal of Public Health, Vol.89(1),

January ,Pp102-107.

Phua Kai Hong

- 1989 “ The Development of Health Services in the Colonies- A Study of British Malaya and Singapore ” . Asia-Pacific Journal of Public Health Vol 3 No4, Pp315-323.
- 1991 “ Privatization & Restructuring of Health Services in Singapore ” .The Institute of Policy Studies, Singapore:Time Academic Press.
- 1997 “ Issues and Challenges of Public Health in The 21st Century in Singapore ” .Health Services Research Unit Department of Community, Occupational & Family Medicine, Singapore:National University of Singapore.
- 1998 “ Singapore Case Study ” . Health Services Research Unit Department of Community, Occupational & Family Medicine, Singapore:National University of Singapore.
- 1999 “ Comparative Health Care Financing Systems, With Special Reference To East Asian Countries ” . Research In Healthcare Financing Management, Vol.5, No1, Pp113-133.

Pontusson, Jonas

- 1995 “ From Comparative Public Policy To Political Economy-Putting Political Institutions in Their Place and Taking Interest Seriously ” . Comparative Political Studies, Apr9, Vol.28 Issue 1, P117, 31P.

Peter, B. Guy

- 1998 “ Institutions and Time: Problems of Conceptualization and Explanation ” . Journal of Public Administration Research & Theory, Oct98, Vol.8 Issue 4, p565-573.
- 1999 “ Institutional Theory In Political Science : The New - Institutionalism ” . London: Pinter.

Pierson, Paul

- 1996 “ The Path to European Integration: A Historical Institutional Analysis ” . Comparative Political Studies, Vol. 29:123-163.
- 2000 “ Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics ” . American Political Science Review, Vol.94, No.2:251-267.

Paul T. Cohen and John T. Prucal

- 1999 “ The political economy of primary health care in southeast Asia: Problems and Prospects ” .

Roemer MI.

- 1991 “ National Health Systems of the World ” . Vol 1. New York: Oxford University Press.

Ruth B. Collier, and David Collier

1991 " Shaping The Political Arena " . Princeton NJ: Princeton University Press.

Robert Carling and Geoffrey Oestreicher

1995 " Singapore' s Central Provident Fund " . Bangkok:International Monetary Fund Southeast Asia and Pacific Department Work Report.

Robert Hass, Sulaiman Mahbob, Tham Siew Yean

1996 " Health Care Planning & Development- Conference Proceedings " . Publisher: Kuala Lumpur:Friedrich Naumann Press.

SEAMIC

1979 " The Growth and Development of the Health sector In Malaysia-Economic Aspects of Health and Human Development " .Part 1: Economic Aspects of Health, SEAMIC:Tokyo.

Steinmo, Sven K. Thelen

1992 " Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis". New York: Cambridge University University Press.

Skocpol, Theda

1979 " State and Social Revolution: A Comparative Analysis of France, Russia and China " . Cambridge and New York: Cambridge University Press.

1985 " Bringing the State Back In: Strategies of Analysis in Current Research " . In P.B Evans, D. Rueschemeyer and T. Skocpol(eds), Bringing the state back in.

1992 " Protecting Soldiers and Mother: the Political Origins of Social Policy in the United States. Cambridge, Mass: Belknap Press of Havard University Press.

1995 " Why I am an Historical instituionalist " . Polity. Vol:28, No.1,Pp103-106.

Smith, Martin J.

1993 " Pressure, Power and Policy: State Autonomy and Policy Networks in Britain and the United States " . London: Harvester Wheasheaf.

Susan C.Aldridge

1994 " Toward A Convergence Model in Health Care Internationally " . Center for Advanced Studies, Singapore:National University Singapore.

SUARAM

1995 " The Health Care Industry: Market Structure Competition and Financing " . The National Healthcare Conference Cost and Quality in Hospital Care.Kuala Lumpur:SUARAM.

Syed Mohamed Aljunid

1995 " The role of private medical practitioners and their interactions with public health services in Asian countries " . Health Policy and Planning;

10(4):333-349.

--1996 " Differences in Public and Private Health Services in a Rural District of Malaysia " . Medical Journal of Malaysia,Vol:51 No4, Pp16-24.

--1997 " Privatization Policy and Payment Mechanism in Malaysia " . Paper Presented in Twenty-eighth Summer Seminar on Population, Workshop on Health-Care Financing and Insurance System. Kuala Lumpur, January 13-14.

Sokolovsky, Joan

1998 " The Making of National Health Insurance in Britain and Canada: Institutional Analysis and Its Limits " . Journal of Historical Sociology 11(2):247-280

Singh, Mohan

1999 " Health and Health Policy in Singapore " . ASEAN Economic Bulletin, Vol.16 Issues 3, Pp330-344.

Tan, Nalla

1991 " Health and Welfare " in Ernest C.T and Edwn Lee edt, Southeast Asian studies program-A history of Singapore" –Chapter 15,Singapore:Ministry of Internal Affair.

Tan, Teek Meng & Chew Soon Beng

1995 " Affordable Health Care- Issues And Prospects " .Singapore:Times Academic Press: Singapore.

Thomas, A. Massaro

1996 " Medical Savings Accounts: The Singapore Experience " . NCPA Policy Report No.203 April 1996 ISBN #1-56808-071-9.

Williamson, P. J

1989 " Corporatism in Perspective " . London: Sage.

Wilsford, David

1994 " Path Dependency, of Why History Makes It Difficult but not Impossible to Reform Health Care System in a Big Way " .

Woo, Yuen Yee

1996 " The Implication of Health Care Policy In Singapore " . Master Thesis of Department of Political Science, National University of Singapore.

Zainab Bte Abdul Karim

1996 " Policies and Objectives Under The Seventh Malaysia Plan " Paper Presented at APHM' s 1996 National Health Care Conference- Future Needs, Future Resources, Kuala Lumpur:13-14 June..

馬來文部份：

Jayum anak Jawan

- 1994/1995 “ Politik perikatan Malaysia: Kefayaan and Cabaran di masa Hadapan.
Ilmu Masyarakat.

Kementarian Kesihatan

- 1992 “ Laporan Tahunan Kementarian Kesihatan Malaysia”.MOH
1996 “ Sihat Raryak Sihat Negara- Laporan Tahunan Kementarian Kesihatan
Malaysia”.MOH.

Pejabat Kesihatan Muar

- 1998 “ Laporan Tahunan 1998”

官方資料：(新加坡部份)

Authority Government printing office

- 1954 “ Colony of Singapore Annual Report ” . Chapter X: Health, pp106-117.
1956 “ Colony of Singapore Annual Report ” .Chapter X: Health, pp129-146.
1959 “ State of Singapore Annual Report ” .Chapter X: Health, pp279-304.
1964 “ Singapore Year Book ” . Health and welfare,Pp56-59.
1965 “ Singapore Year Book ” .Health and Welfare,Pp56-60.
1968 “ Singapore Year Book ” .Health and Welfare,Pp50-51.
1971 “ Singapore Year Book ” .Health Policy,Pp53-55.
1979 “ Singapore Year Book ” .Health Policy,Pp53-55.
1988 “ Singapore Year Book ” .Health and Community,Pp59-60.
1990 “ Singapore Year Book ” .Health and Community,Pp57-60.
1993 “ Singapore Year Book ” .Health Policy,Pp65-66.
1995 “ Singapore Year Book ” .Health Policy,P79.
1997 “ Singapore Year Book ” .Health Policy,P79.
1998 “ Singapore Year Book ” .Health and Welfae,Pp81-82.

MOH

- 1983 “ National Health Plan-A Blue Paper of Health Policy ” .Feb,1983。
1992 “ Annual Report of Ministry of Health ” . Singapore:MOH.
1992 “ To Better Healthcare-Main Report of The review committee on national
health policies. Feb 1992, Singapore:MOH.
1993 “ Affordable Health Care-A White Paper ” . Presented to Parliament by
Command of The President of the Republic of Singapore, 22nd
October,1993.
1996 “ Annual Report of Ministry of Health ” . Singapore:MOH.
1997 “ Annual Repore of Ministry of Health ” . Singapore:MOH.

1998 “ Annual Report of Ministry of Health ” . Singapore:MOH.

官方資料 (馬來西亞部份)

The Bureau of Malaya

1946 “ Annual Report of Malaya Union ” . May 1946.

Federation of Malaya

1949 “ Annual Report of States and Settlements ” . 31, December, 1949.

1950 “ Annual Report of States and Settlements ” ., 31, December, 1950.

1951 “ Annual Report of States and Settlements ” ., 31, December, 1951.

1955 “ Annual Report of States and Settlements ” ., 31, December, 1955.

1956 “ Annual Report of States and Settlements ” ., 31, December, 1956.

MOH

1958 “ Annual Report of Ministry of Health ” .Malaysia:MOH.

1959 “ Annual Report of Ministry of Health ” .Malaysia:MOH.

1960 “ Annual Report of Ministry of Health ” .Malaysia:MOH.

1996 “ Annual Report of Ministry of Health ” .Malaysia:MOH.

Prime Minister Office

1976 “ The Third Malaysia Plan(1976-1980), Health Service ” .Malaysia:PMO.

1977 “ Mid Term Review of The Third Malaysia Plan(1976-1980), Health and Population Health ” .Malaysia:PMO.

1981 “ The Fourth Malaysia Plan(1981-1985), Health Service ” .Malaysia:PMO.

1983 “ Mid Term Review of The Fourth Malaysia Plan(1981-1985), Health and Population Health ” .Malaysia:PMO.

1988 “ Mid Term Review of The Fifth Malaysia Plan(1986-1990), Health and Population Health ” .Malaysia:PMO.

1991 “ The Sixth Malaysia Plan(1991-1995), Health Service ” .Malaysia:PMO.

1994 “ Mid Term Review of The Sixth Malaysia Plan(1991-1995), Health ” .Malaysia:PMO.

1996 “ The Seventh Malaysia Plan(1996-2000), Health Service ” .Malaysia:PMO.

1998 “ Mid Term Review of The Seventh Malaysia Plan(1996-2000), Health ” .Malaysia:PMO.

台灣官方資料：

立院公報 1986:17 期

立院公報 1986:18 期

立法院第四屆第二會期衛生環境及社會福利委員會「全民健保組織架構改革方案」公聽會報告，1989年11月15日。

台灣報紙：

自由時報 1992.10.27

民生報 1994.6.1:21 版

民眾日報 1996.1.1

民生報 1997.1.8:29 版

中國時報 1997.12.21:

自立早報 1997.12.21:1 版

台灣日報 1998.9.14:3 版

馬來西亞報紙：

The Star 1994.2.4

星洲日報 1994.2.4)

Berita Harian 1999.1.21:4 版

中國報 2000.2.3

新加坡報紙：

The Straits Times, 1981.5.14

The Straits Time, 1994.1.15:6 版

網站：

1.Primary Clinic's Doctor Organization , <http://www.jaring.my/pcdom/>。

2.Ministry of Health Malaysia, <http://www.moh.gov.my/moh/>。

3.新加坡衛生部:<http://www.gov.sg/moh/>。