

# 加拿大醫療保健制度概述

陳琇惠

## ——兼及美加兩國差異原因研析

### 前言

楓葉紅加拿大是世界上面積最大的國家，人口不足二千萬人，民風溫柔敦厚，文化兼容並蓄，政治採中道主義，社會安定祥和，其所建構的全民健康保險制度堪稱是世界上較完善的醫療保健制度之一。一九九二年聯合國之「人類發展報告」(Human development report)，名列加拿大為世界上最宜居住的國家，其中加國之健康照護、教育及社會福利制度優於其他各國是重要原因之一。加國民衆以全民性 (universal) 及可近性 (Accessible) 的健康照護制度自豪。就世界已實施全民照護制度的國家而言，加國醫療保健制度迥異各國，有其特殊或、個別性，是探究全民健保制度議題，值得深入研究的對象。近鄰美國，其政治、經濟、文化、語言、軍事、風俗、民情階類似於加國，但兩國卻發展成大大不相同的醫療保健制度，原因何在？為何會如此？也是一項既有趣又有意義的議題。

### 一、地理概況

各國醫療保健制度，各有其形成背景因素，或歷史發展，或文化傳統或參採鄰國經驗不一而足，而要瞭解加國全民健康照護制度，宜從加國地理環境入手。加國人口二千七百餘萬人，全國東西橫跨六千餘公里，面積超過九百多萬平方公里，計有印地安、愛斯基摩土著、英法語系及世界各地移民，一八六七年建國，屬聯邦制國家，包括十個省及兩個行政區，由東到西分別爲紐芬蘭 (Newfoundland)、新斯科夏 (Nova Scotia)、愛德華王子島 (Prince Edward Island)、新布倫茲維克 (New Brunswick)、爲濱大西洋四省；以捕鯨、觀光、手工藝爲主；魁北克 (Quebec)、安大略 (Ontario)，最重要的兩個省份；第一大城多倫多，首都渥太華；隔Niagara Falls與美國紐約州的水牛城相望，緬尼托尼 (Manitoba)，薩斯堪其萬 (Saskatchewan)、艾伯特 (Alberta) 爲中部草原三省，以農爲業；英屬哥倫比亞 (British Columbia) 爲西部最豐沃的省份等十個省及西北 (Northwest)、

育康 (Yukon) 二個行政區。

橫跨太平洋與大西洋，絕大部分面積終年積雪，渺無人煙，雖蘊藏豐富資源，但受限於地理環境，無法作最有效開發，加以人口稀少，自然環境惡劣，以致不安定的環境造成民衆對政府高度的依賴，自然而然要求政府擔負較大責任。大環境的貧瘠、不確定性及各省資源差異，對政府介入醫療保健及社會福利制度提供最佳的註解。

## 一、發展過程

(一) 一八六七年 加國獨立建國，(British North America Act) 明文規定加拿大聯邦政府擔負成立及維持海事醫院的責任。

(二) 一九一九年 執政的自由黨提出一項具有國民健康照護的社會安全計畫，惟適逢第一次世界大戰結束，百廢待舉，暫予擱置。

(三) 一九二八年 國會再度提出並通過一項失業、疾病及傷殘保險的專案計畫，但也因接踵而至的經濟大恐慌及加國西部旱災而遭到擱置。

(四) 一九三〇年 經濟大恐慌，民衆無錢就醫。

(五) 一九三五年 全國醫師團體向政府建議十九項實施全民健保的原則。

(六) 一九四三年 「全民健保的議題」正式列入國會聽證討論。

(七) 一九四五年 戰後重建會議 (Dominion Provincial Conference on Post-War Reconstruction) 未搭上「大建設」的

列車。

(八) 一九四七年 薩省醫院保險開始實施，英屬哥倫比亞省、艾伯特省及紐芬蘭省陸續跟進。

(九) 一九五五年 安大略省的醫院保險開辦，希望聯邦政府能承擔一定比例經費。

(十) 一九五八年 「醫院保險及診斷服務法」完成立法，以醫院保險爲主的全民健保開始實施，此時，除可近性功能外，其餘普遍性 (Universality)、公共行政性 (Public Administration)、便利性 (Portability)、全面性 (Comprehensive) 原則，幾乎都已達成。

(十一) 一九六二年 薩省健康保險制度將醫師服務納入。

(十二) 一九六六年 頒布醫療照顧法 (Medical care Act)。

(十三) 一九七一年 完成醫療保險法 (Medical Insurance Act)。

(十四) 一九七七年 頒布擴大健康照護服務 (Extended Health Care System) 及 (The Established Program Financing Act)，聯邦政府對健康保險之補助，從無限責任到有有限責任。

(十五) 一九八四年 「醫療保險暨診斷服務法」及「醫師服務法」合併成爲「加拿大健康法」(Canada Health Act)，加國健康照護制度於焉建立。

從上述發展過程，我們得知加國健保制度的形成，是由各省原有的健康保險計畫爲基礎，而逐漸形成統一全國通用的健保制度，其實施範圍由各省逐步擴及聯邦地區，營運主體由省政府主導，逐漸演變爲聯邦政府承擔一定責任，其給付項目由原有醫院

保險擴及醫師服務，甚至有些省份更擴大範圍至長期照護及藥物服務。整個制度建構之精神，在於從「自助」趨向於「互助」進而「融為一體」，充分顯示，在不安定的自然環境中，造就加國民眾彼此共生共存的特性。

### 三、五大原則

美國健康保險學者戴維斯教授 (Karen Davis) 在其著國民健康保險 (National Health Insurance) 一書中指出：強制性國民健康保險的目標有其主要目標及次要目標各三項，其主要目標為：(一) 確保國民醫療服務的可近性，(二) 消除國民獲得醫療服務的經費障礙，(三) 限制醫療費用的高漲。加國之醫療保健制度，依照加國健康法規定，加國健康政策最主要的目標是在保障、增進及恢復全體國民身心健康，並在不增加民眾經濟負擔的原則下，提供合理的健康服務。該法亦明定，加拿大健保由各省視狀況自行制定各省所訂的健康保險計畫，需符合以下五大原則始能獲得聯邦政府之補助。如有違反以上任一原則，或醫師收取額外費用 (extra charge) 或醫院收取使用費用 (user fee) 則聯邦衛生福利部將具有減少或刪除現金補助之權利。換言之，加國政府為使全體國民均享醫療照顧的基本權利，並提供較公平的照顧，除兼顧各省的特殊性與個別性外，並透過聯邦政府經費補助，齊一確保對國民的基本的照顧。

(一) 公共性 (Public Administration)：各省的健康保險計畫

必須由非營利組織主持，並接受公共稽核體制對業務及帳目的稽核。

(二) 全面性 (Comprehensiveness)：各省健康保險計畫所提供之醫療服務，必須包括所有的醫院、醫師及牙醫等醫事機構。

(三) 全民性 (Universality)：各省健康保險計畫必須對全省居民提供一致、普遍的醫療服務。

(四) 可轉移性 (Portability)：各省居民健康保險計畫必須是「可轉移」的，甲省居民遷移至乙省或至乙省旅遊，在乙省發生事故，接受醫療者，由乙省健康保險計畫先予支付，乙省再持單樣向甲省請求償還，對新遷入居民參加健康保險計畫、其候保期限不得超過三個月。

(五) 可近性 (Accessibility)：各省健康保險計畫，必須對全體居民提供一致的服務，並不得藉故以超額費用或其他辦法直接或間接地妨礙居民取得合理的醫療服務。

依據上開原則，目前加國各省均發展出大同小異之健康保險計畫，其中最主要者有二，即醫院服務保險 (Hospital Care Insurance) 與醫師服務保險 (Medical Service Plan)。前者主要提供住院治療給付，財源主要來自稅收，被保險人毋須繳保費；後者則以醫師提供之醫療服務為主，所需財源除稅收外，尚來自於被保險人繳交之保險費。

### 四、醫療體系

加國全民健康保險實施良久，其醫療體系相當健全。醫療資源雖然各省不盡相同，但其分佈還算合理，因此全國各地均能滿足其民衆對醫療保健服務的需求。更重要的是，其所提供醫療品質皆爲多數國民所接受。

截至一九九〇年底，加國計有五萬九千四百餘位醫師，平均每四百五十二人就有一位醫師，在這總數當中，一般科醫師佔五十九%，其餘四十一%是專科醫生。（加拿大華人科技學會，一九九二）一般說來，每省醫師佔全國醫師總數的比例與每省人口佔全國總人口的比例相近。

加國健保制度實施醫藥分業，執業醫師只能開處方，不能兼賣藥品，藥品必須由藥劑師親自配藥的藥局出售。

## 五、給付項目

就醫療保健範圍論，加國十省及二個行政區的醫療服務項目均有大同小異之處，經歸納整理保險給付項目計有：

- (一) 醫療服務：診所、醫院門診及出診服務。醫療診斷項目則包括疾病及傷害的診斷治療；婦女產前及產後的服務，及各種生物樣品實驗檢查，如驗血、驗排泄物、病理化驗及病理檢查等。
- (二) 醫院服務：住院治療、門診及急診治療；住院治療則包括一般病房住宿、護理服務、藥品、使用開刀房、接生房、同位素治療器材、麻醉及開刀各項設備及器材一般物理治療等。

## 六、支付制度

### (一) 醫師支付方式

#### 1. 醫師支付方式

加國酬付醫師的方式有二種，一是論量計酬 (Fee-For-Service) 另一是支付薪資 (Salary)。自行開業的醫師，不管是一般科或專科，在其診所或醫院所從事的專業醫療服務，省醫療衛生機關通常以論量計酬制來支付，醫院的見習醫師、醫學院專任教學的醫師，具專科醫師資格的住院醫師皆是支薪制。

#### 2. 支付表的編製

### (二) 總額預算方法

支付給醫師的費用標準是根據省政府衛生廳所編印的醫師服務支付表 (Schedule of benefits for Physician Services) 來決定，支付全額依疾病分類的不同而支給不同的費用。有手術必要時，其費用標準也因病情不同而有差異。

醫師服務支付表的編製一般是由省醫師公會代表其會員與省政府衛生廳談判。醫師公會的談判代表團包括律師、醫師及官方代表。談判時間一般爲六個月，支付表項目總共有四千多種，但實際上在談判時，省醫師公會與衛生廳皆以醫師科別的醫療服務爲基準，而不是逐項談判。（曾條昌，一九九四）

### (二) 醫院支付制度

#### 1. 總額預算制

醫院支付制度 (Hospital Reimbursement System) 係指政府

如何付費給醫院，付費範圍包含薪資、病房、膳食、護理、藥品以及其他所需之材料等。採用總額預算方法 (Global budget)。政府依照醫院之類別、床數、病床使用率、醫護人員薪資及福利、醫療及手術器材、藥物等指標，設定年度支付總額。不過購買昂貴儀器、醫院建築之擴建等則不包括在內。

醫院在收到核准總預算後，其整年之財務運作均必須限制於該預算內，醫院營運如果獲利可以百分之百保留利潤。但營運有赤字時，醫院必須自己負責，在這種政策之下，許多醫院都以減少僱員，減少服務項目來維持醫院總開支在總預算之內。另外，醫院爲了彌補總預算之不足，也都用其他方法來增加收入，例如在醫院開設花店、藥局、禮品店、咖啡店等。

在總額預算制度之下，政府也限制醫院利用該預算去購買高科技儀器，如果購買高科技儀器有必要時，一般是由政府統籌數家醫院共同購買，然後由這幾家醫院共同使用，共同分擔營運費用。

## 2. 總額預算分配原則

### (1) 傳統方式

① 以前一年分配預算爲準

② 增加預算主要考量

(a) 人口因素

(b) 通貨膨脹

(c) 協議增加之薪資及福利

(d) 新增病床之開辦費用

(e) 優先計畫 (如癌症、洗腎、AIDS藥等)

### (2) 按工作量 (Work Load)

傳統衡量醫院之工作量，如病人數或總住院人數，並不能真正說明病人照護及其所提供服務的組合，因此，難以做爲分配預算之依據。加國醫院病歷研究所 (Hospital Medical Record Institute) 簡稱HMRI，乃於一九八七年發展出RIWs (Resources Intensity Weights) 做爲衡量醫院營運績效之工具。

RIWs類似美國之DRGs，將病例予以分類 (Case mix Group) 後，就其所耗用之醫療資源與標準化之病例組群相較，使醫療供給者或管理者可用來監控醫院內部之運作。另一方面亦可作爲各醫院間資源耗用之比較，以爲評估醫院經營良窳及分配預算之指標。目前加國已有Ontario, Alberta及B.C.省，以RIWs做爲分配預算考量之依據。

## 七、長期照護

由於年齡結構改變，老年人口的增加，照護制度需求日益迫切，加國在一九九〇年訂頒繼續照護法 (Continuing Care Act, 1990) 及社區照護機構法 (Community Care Facilities Act, 1990)，以有效率、有反應的、具支持性的服務體系去幫助需要照顧的成年人，獲得最佳可能的健康狀況及良好生活品質。聯邦政府對繼續照護服務揭櫫六大政策目標，分別爲：(一) 確保健康及生活品質。(二) 公平且持續性服務。(三) 協助案主留在家裡。(四) 給與支持性照護使其維持正常生活。(五) 提供安全、效率及適宜的照護服

務。(六)合理床位及其必要設備設施，以滿足民衆需求。

依繼續照顧法規定，所謂繼續照顧 (Continuing Care) 係提供繼續性服務包括急性或慢性健康需求的支持性服務，包括在家中、在機構或在其他特殊服務機構內。分爲三種照顧層面：繼續照顧 (Continuing care)、長期照顧 (Long term care)、擴大照顧 (Chronic care/Extended care)。繼續照顧體系包括居家護理及住宅照顧，長期照顧系統通常皆爲需機構式照顧者；擴大照顧系統則指需二十四小時醫療及護理照顧者而言。

## 八、面臨問題

加國的醫療保健計畫，是承襲歐洲社會制度的傳統精神，強調社會福利是建立在平等性、普遍性的原則上，無可否認的是加國在施行此計畫時，確實有其光輝的成果，而成爲許多國家建立全民健保制度學習對象。但從另一個角度來看，任何一種制度皆有其問題，以下是加國所遭遇到重大困難問題：

### (一) 政府的財務危機

加國在建立全民健康照護制度時，曾經給一般人民一個很高的期待 (High Expectation)，這個高期待給人民以後不斷要求各種醫療服務的增加，而不考量政府的財政負擔。政府領導人爲了滿足民衆需求，在醫療費用支出方面也從不吝嗇，導致政府債台高築。

全國醫療費用增加迅速，而近年經濟持續的不景氣，使全民保險計畫對政府形成一項龐大的財政壓力，如何解決醫療債務的

危機，已是全國各省爭論的問題。

### (二) 人口老化

人口老化是已開發國家的一個普遍現象，加國也不例外。在一九九六年，年齡六十五歲以上人口佔加國總人口的百分之三十三，估計到二〇二〇年時將增加到二十%左右。

高齡人口的增加，對健康保險財務有負面的影響，因爲高齡人口看病的次數比一般人爲多，而高齡人口對於藥物的使用率爲較高，從薩斯堪其萬省的醫療資料可以看出人口老化對藥品費用的增加情況。一般而言，高齡人口看病拿處方的次數比平均數字高出一倍以上。高齡公民 (六十五歲以上) 就診拿處方的次數在一九九三年大約十七·七次，比平均數八次高出許多。

### (三) 醫院過多

加國醫院衆多，由於醫院的經營費用約佔全民健保費用的一半，使得政府無法對醫院做無條件的財政支持。這些醫院爲了應付財政上的困難，大部分以減少病床及醫療人員來對應，不過這些方法都是短期措施。從長遠看來，醫院的經營管理將會往下列三條路走：一是規模較小而且財政上無法自立者必須關門；二是有些醫院必須合併經營以求增加效率而達到經營合理化 (Rationalization) 的目的；三是有些醫院必須專於其所長，而放棄沒有專長的部門，也就是醫院經營要往專門化 (Specialization) 的方向走。(Department of Health and Welfare, 1991)

### (四) 新技術的引用

新醫療技術的發明是造成醫療費用增加的重要因素。採用更多的新技術使得病人的等待診斷時間縮短，造成更多的醫療需要，病人本身多使用醫療資源，醫師也相對獲得較多的酬付。彼此推波助瀾，形成醫療費用不斷上漲。採用新醫療技術是否對病人照護有所幫助？一般醫療提供者常常提出這個質疑？根據加國衛生福利部統計資料顯示，大約有百分之二十新技術與健康照護事實上沒有相關。(Department of Health and Welfare, 1989)

## 九、美加兩國差異比較

如果有人問及美加兩國社會如此類似，加國擁有全國性、普及性醫療保健制度，為何美國卻沒有，答案可能是既多種又複雜。有很多人，從不同角度來探討，包括不同政治體制、中央與地方權限劃分之差異、政治性團體（政黨）立場差異、利益團體的對立、及政府介入程度等，這些原因是否造成兩國差異？有無其他因素亦影響著兩國醫療制度發展成不同趨向？抑或自始兩國就是「形同實不同」，以下試從幾方面加以研析：

### (一) 地理環境

美加兩國地理環境，均為幅員廣大、物產豐富、天然資源雄厚，但加國相對於美國，則有造物者弄人之嘆，全加境內幾乎有百分之六十的面積，終年覆蓋於冰天雪地之下，加以人口稀少，充分開發的省份似屬相當有限，絕大部分仍以農、漁、手工藝為業。

相較於美國，則充分運用之天然資源，並高度發揮，到處充

滿蓬勃生機，除中西部仍以農業為主外，其餘均已發展為高度工業化的都市，民衆自主性較加國民衆為高，需對抗大自然的威脅低，因而形成一股自治自立的風氣；而加國則因先天上有大環境的威脅，依靠一己的力量來加以對抗，幾屬不可能。因此，因地理環境的差異而形成一股不同於美國民衆自助的性格，而需互助、互相協持的性格，此為造成兩國不同醫療體制之因素之一。

### (二) 人口狀況

凡小國寡民者較易凝聚共識，獲得一致的想法與看法，也較易推行全國性、普及性制度。加國以不到三千萬人口，相較於美國二億人口，對建立各國一體適用的制度，較美國而言，來得容易且阻力較少。

### (三) 自然資源

加國計有十省份及二個行政區，美國計有五十一州，加國十省份中只有安大略省、英屬哥倫比亞省及魁北克省，係屬財政狀況較好的省份之外，其餘中部草原三省、東大西洋四省，均相當貧窮。省與省之間差異性頗大，省民流通性大，為免產生區隔與差異。因此，聯邦政府就以平衡省之間差異為努力的目標。反觀，美國各州之間，獨立性強，資源差異雖仍存在。但因其民族性具冒險犯難精神、挑戰性格強，因此，能充分運用活力而弭平其差異（如沙漠地帶經營賭城增加收益），因之其並未因自然資源的差異而形成「同舟共濟」的特性。

### (四) 民族文化

美加兩國人民雖同為世界各國移民，但兩者相較，加國人民較為溫和、包容及服從，反之，美國人民則較崇尚自由、民主、不受羈絆，美加邊境幾不設防，加國已實施三十年餘的全民健保，美國卻未實施。雖然，近幾十年來，一直有為何不採用加國模式的呼籲，但不少人士仍然認為保有一定程度的競爭機制，讓民眾自由選擇較強制民眾接受一體適用的制度為佳。

#### (五) 政治的意識型態

美加兩國祖先雖然同是來自舊大陸，背景類似，然而兩國建國獨立的過程，卻是完全不同。加國獨立是和平過程，一直與英國維持友好關係，到目前加拿大還是以英國女王作為形式上的國家元首，樂意承襲英國體制。美國則不盡如此，其建國過程是經過艱辛的戰爭，而且美國先民由於憎惡「暴虐的」英國政府，在新大陸登陸之後，就希望建立一個與英國不一樣的政治制度。因此，形成加國承襲英國貝佛里奇模式建構其全民健保制度，而美國則自始不願與其母國採行相同的政治制度及社會制度，因此，其醫療制度自然就不同於加拿大。

#### (六) 政治文化

加國政治文化與美國顯著不同，加國政治家有濃厚的社會主義色彩，美國比較資本主義化，加上加拿大各省在聯邦政府未提倡全民健保時，都已有某種形式的健康保險，尤其是薩斯堪其萬省在當時省長道格拉斯執政之下，就已提前實施全民健康保險，因此，促成聯邦政府及早且正視此問題。

#### (七) 民眾對全民健康的期望度

加國民眾普遍以全民健保制度自豪，也願配合全民健保制度之實施，繳納高稅額。加國政治家、政治團體及利益團體也不斷提出呼籲希望政府重視全民健康的健保制度，有全民支持為後盾。反觀，美國柯林頓總統全民健保計畫的失敗，及長久以來無法建立完整的健康保險制度，其背後原因固然很多，但美國民眾對全民健保的期望度與加國民眾對全民健保期望度的差異，應是造成兩種不同制度形態的主因。

#### (八) 醫療團體對全民健保的配合度

加國在推行全民健保制度之初，也曾出現醫療團體抗爭大罷工的情形，但不久之後，隨即平息，爾後全民健保制度之訂定過程中，雖然在與醫師團體協商過程中仍有不少爭議，但大體上而言，就醫療團體對全民健保之抗拒度而言，美國雖然是數十倍於加國，有不少文獻資料指出美國至今，無法建立一套保障全民的醫療保險制度，醫療團體抵制是最重要的因素。

### 結語

由於每一個國家，皆有其獨特的歷史、文化和政治傳統，因此醫療照護體系亦互有不同。醫療關係民族的健康與勞動力保持，加以各國之國民醫療費支出年有增加，其佔國內生產毛額(GDP)的比例亦逐年增加，故各國政府均相當重視與關切此議題。或實施公醫制度或施行全民健康保險制度或辦理醫療儲蓄基金制或以醫療補助方式對中低收入民眾提供醫療補助方式等，以滿足民

衆醫療需求。加國模式一直有著非常優良的表現。在OECD國家中，加國人民滿意度經常是屬一屬二的。一九九一年的全國民意調查中，表示滿意者達八十六%。而加國「以單一支付體系來控制醫療供給成本的上漲」和「醫療照護的普遍可近性和便利性」等特點，使得一些學者專家多認定加國模式為值得倣效的對象。（張世雄，一九九六）固然，近幾年來因嚴重經濟衰退，醫療費用不斷上漲，面臨不得不改革的壓力，但其「整體性健康照護模式」，似可作為我國改革全民健康保險制度的策略性參考及省思。

（本文作者現任內政部社會司專門委員）

#### 參考文獻

1. 加拿大華人文教科技學會 加拿大健康保險之支付制度研究 行政院衛生署 八十一年六月三十日
2. 曾條昌 加拿大醫院照護保險介紹——以英屬哥倫比亞省為例 中國醫院行政協會 第二十七卷第二期
3. 張世雄 社會福利的理念與社會安全制度 唐山論叢 十八 八十五年九月卅日
4. Canada. Department of National Health and Welfare. Annual Reports of the Minister Of National Health and Welfare Respecting the Operations of the Medical Care Act. Ottawa, 1969-84.
5. Canada. Department of National Health and Welfare. Questions and Answers— The Federal Medical Care Program. Ottawa, 1974.
6. Canada. Department of National Health and Welfare. Preserving Universal Medicare. Ottawa, 1984.
7. Canada. Department of National Health and Welfare. Report of

the Royal Commission on Health Services (Hall Commission) . Vols 1 & 2, Ottawa: Queen's Printer, 1964, 1965.

8. Canada. Department of National Health and Welfare. Task Force Reports on the Cost of Health Services in Canada Vols 1, 2 & 3, Ottawa, 1969.

9. Canada. Department of National Health and Welfare. Supply and Distribution of Physicians in Canada 1990, Ottawa: National Health and Welfare, 1991.

10. Canada. Department of National Health and Welfare. Health Personnel in Canada, Ottawa: National Health and Welfare Canada, 1989.

11. Canada. Department of National Health and Welfare. National Health Expenditures in Canada 1975-87, Ottawa: National Health and Welfare, September 1990.

12. Canada. Department of National Health and Welfare. Canada Health Act, Ottawa: National Health and Welfare, 1984.

13. Canada. Department of National Health and Welfare. Overview: The Canadian Health Care System, Ottawa: National Health and Welfare, 1989.

14. Canada. Department of National Health and Welfare. News Release: Government Releases Position Paper on Medicare, Ottawa: National Health and Welfare, July 25, 1983.