

蘇聯公共醫療之政策與管理

吳怡真譯

——Michael Rrxan——

在極度政治危機的緊要關頭中，今日蘇聯官方對自己的讚美，才稍微還能支撐住其外表「安定的國家」的樣子。中央政府內權威之抗爭不斷發生，所有的聯邦國或大多數的蘇俄國民都確認他們已經從蘇聯政府共產主義統治中獨立了。與此政治情勢有密切關聯的是經濟大混亂，包括普遍的罷工、罷業及出口下降，由於在食物的供應方面不斷的惡化，而造成社會明顯的緊張狀態，但製造業也給蘇聯增加了一些希望，這個特殊的情況，正進入最後階段。

無論蘇聯這個「赤色帝國」是否瓦解，中央政府仍認定保健的法令是一單獨的系統，其基本特色是全國都是相等的，意思是說蘇俄仍供應公費之公共醫療給這片約二二、四〇三、〇〇〇平方公里土地上之衆多人口（根據一九九一年一月一日統計約有二九〇、一〇〇、〇〇〇人）。這個總數大約有一半是居住在蘇聯最大的聯邦國中。

衛生保健可視爲是每個蘇聯人民之社會權利，這項社會權利之合法基礎已列入法律當中，而在一九七七年公佈，這份文件的第四十二條記載下列字句：

「蘇聯公民擁有在健康上被保護的權利，此權利是免費由政府

衛生保健組織供應，使人民有取得醫療照顧的資格，在安全技術和衛生條件上發展並改進，抽展醫療設施的網路，實施較普遍的預防方法來加強人民的健康……」

極權主義之背景

於法律第四十二條中，基於人性的要件，大致包括了一件事實的提醒，即蘇聯的公共醫療已履行了它的社會控制和規律之功能，而且逐漸超過所預期的目標。簡而言之，幾十年來，蘇聯醫療人員工作之環境，是一個「平民團體力量被根絕」且其爭取優先權之可能性也被在上位者剝奪。尤其是，一九三〇年被原子彈轟炸的國家，曾有醫生及麻醉師、其他社會服務者一同前往援助所有曾被該國形容爲（工業）工人勢力的人，而與國家政黨機構之領導者作對。

雖然在史達林專制統治下變了質，但是這是其次的重要因素，當時很多衛生保健之政策至今仍突飛猛進，它可以很容易的由醫院廣泛的制定、工廠中病人門診的單位、萃取藥之植物及工作場所等來證明。由於蘇聯擁有世界上唯一最廣泛的工業公共醫療設施，但此項成就任何一項評估都應注意將醫生的配置考慮進去，以狹隘的

規定基礎以及工人團體中短期疾病之範圍。作為管理機關人員實施警察制度和維持治安時之責任。

蘇聯當局繼續從事於一項重大且有益的政策，就是朝着公共衛生保健而發展，明顯地，並不是在表明他們在認同這衛生政策可提高現有勞工團體之生產力和下一代潛在產力（及規模）之貢獻上與其他政府不同。事實上其不同乃在於已經排除了對立的來源，使蘇聯公共醫療的法令已有自由能力和擁有最優先權之基礎來成立公共醫療。

資金的水準（層次） Level Funding

同樣的，權威當局已在公共醫療上給予免費，作為「計畫經濟」（行政上之支配控制）中唯一較不重要之部門。這項報告可以藉着參考過去三十年來國家預算總金額中，在公共醫療和研究自然科學培養的配額上證實。「統計年報」並沒有計算出總數，但它能夠從其他大部分的「衛生報告」來源得知。當確實的數字平穩上升時，一種全然不同的現象浮現，正當他們使蘇聯國家財產和生產製造原料達到均衡時。（這是在GNP標準以下的，自從排除了被稱作「非生產性」部門之評價後，譬如：防禦措施、教育、公共醫療：等等）正確來說，預測顯示在一九六〇年國家預算在保健及體育方面經費之比例只有三·三％，它維持大略的水平，於一九八五年稍降到百分之三·〇四，在戈巴契夫掌握政權那一年得到之最新資料，我估計在一九八九年數值可上升到百分之三·七五。一般人公認，這個比例增加的多少是因為計算了公共支出的關係。

就這一點出現了一個問題：低水準的經費可以提供什麼樣的醫療保健品質？當然有些單位維持了它優良品質，且有證明可以證實

它的可能性，醫院、綜合診所及療養院等的高水準品質是可以預期的，直至最近，這些仍是專門給政府及黨的精英份子的。一般平民，最常在這些單位中接受治療而這些單位於研究現代醫藥科學方面的潛力與技術上却不被了解，其問題可歸因於不夠熟練，以及不夠好的醫療設備和醫院的供應，不管如何現今它是處在長期醫藥短缺現象中，另外一個原因證明以上現象是由於蘇聯的醫生們被從其他高收入國家的同行中隔離，那是病人的管理上落後之因素。在所有被拿出來舉證的原因中，能夠證實先前評估的是出自一本書（Inside Russian Medicine），這書本由一位美國醫生在一九七〇年代所作的研究，透露了第一手觀察資料。蘇聯人民共和國內部直至今日，官方之意識型態，以及謹慎的考慮使得為公共醫療基金之募款能取得較高、較優先之評價變的可能。當這個原則和 Glasnost 的實施已經達到倡導之可能時，那個情況在「新時代」（New Time 套句蘇聯的名言）中得以改變。一九八七年聯邦衛生部長 Dr. Yevgeni Chazov 利用他地位上之職權，在其權力結構中宣導其衛生部門需要大量「手臂注射」之器材。在參考了以前不足的預算後，他將他的需要提供給記者，依據他報告書中初步估算，在公元二〇〇〇年以前，國家財政提供公共醫療之配額上應達到佔國家收入的百分之八。

量與質的對立

在 Mr. Chazov 的記錄中也有值得注意的地方，在他所作的一篇論文中，其中（大部分）主要可歸因於大規模研究發展模式，及它在量的指標上過度強調而引起聯想（這是許多部門之共同特徵，它是在蘇聯經濟體系中心共同計畫所引起的），這資料顯示在表格一。

表格一 公共醫療發展的基本指標 (1950~1989年) (百分比)

年 底	1950年	1960年	1970年	1980年	1985年	1989年
• 醫生	236.9	385.4	577.3	997	1,170	1,278(a)
• 牙醫						
高級牙醫(b)	10.4	16.2	39.6			
低級牙醫(c)	17.7	0.12	51.5			
• 藥劑師						
高級藥劑師(b)	12.2	36.5	47.7	75.2	91.0	113.9
低級藥劑師藥(c)	44.9	74.3	120.1	164.7	180.3	193.7
• 中級醫療人員(d)	719	1,388	2,123	2,814	3,159	3,386
• 醫院	18.3	26.7	26.2	23.1	23.3	23.7
• 醫院病床	1,011	1,739	2,663	3,324	3,608	3,822
• 門診醫療單位	36.2	39.3	37.4	36.1	39.1	42.8
• 每次輪班之門診醫療人員	—	—	—	4,333	4,874	5,442

備註：(a)包括四二、〇〇〇較初級的牙醫。

(b)具有高等教育資格。

(c)具有次級特別教育。

(d)這個部門大部分由 feldsher / felcsher—助產士、助產士、環境衛生局、護士、醫學實驗室、技術人員、放射線治療人員及牙科技術人員組成。

資料來源：Narodnoe Khozyaistvo SSSR for Various Year

表格一顯示，居領導地位之「製造生產」指標在一九五〇至一九八九年間迅速增加。因此醫生(包括牙醫)的人數增加了四倍以上，中級醫療人員亦增長四倍，而且醫院床位的供應也接近四倍。另外的特色是：能從這個表格中精確的看出醫生(包括牙醫)之人數，成爲在公共醫療勞工總數中佔有極大比例的一羣人。雖然

統計手冊並沒有給予一全面的數據，而單以計算醫生與中級醫療人員比例之圖形說明，中級醫療人員指許多護士助產士和 feldshers，而像是代理醫生到偏遠的鄉村地區。一九五〇年這個比例是一比二·七，而在一九八九年幾乎沒有改變，比例是一比二·六。大部分時候，在一套政策下根本的解釋是以前革命後期在史達林統治下工業化抗爭開始時，變得格外地蓬勃。冒着過度簡單化的風險下，我認爲在醫療保健方面，人力規劃至少需具備以下相關要素：

- (1) 迅速展開訓練醫生的熟練度。
 - (2) 相對地降低參加訓練所須之必要條件及標準。
 - (3) 顯著減少醫生和醫護技術人員在薪水及雇用條件上的差別待遇。
 - (4) 招募新的醫療技術人員，在簡單的分月給付方式上與醫生相同。
 - (5) 減少並消除男性醫生的傳統優越感。
- 談到近來的趨勢，近三十年發生之轉捩點以及一九五〇年由女性擔任平民醫生就佔了百分之七七。一九八九年這項數字(包括牙醫)下降到百分之六六。由於在戰爭這種環境，很明顯地就受影響了。這種職業團體中的女權運動者，很難從經濟事實中被分離出來，通常支付給女性的薪水亦低於男性。

有項訴訟之中止是關於領導指標中場地的不同，當全面的控制與發展醫療保健之責任繫於中央政府身上時，這十五個聯邦必須計畫醫生的提供，且須按其個別的國民經濟狀況來計畫。從表格二可看出於一九八九年度就醫院病床數及醫療人員、中級醫療人員等供應量上有很大的不同——以每一萬人口評估測量。除了所達到的這個比例外，表格二亦顯示一九九〇年所作的計畫早已在一九七九年

由蘇聯衛生部長完成，且也撥款到低階層的代辦處中。

將這項計畫與所達到的數據一比較就清楚了，這些聯邦國距離達到一致之程度還差得很遠，或可以說要達到蘇聯衛生部長所預期的「公平的領土分配」還差得遠。

可估計的是，與計畫中最低的範圍一四·四來比較，確實的醫院病床供應範圍是五六·九；就醫生而言，確實的範圍是三十，而計畫中是一〇·九；而中級人員的數據是四六·一及二九·八。亦可用更精密的方法找出其不同，並用一連串解釋引證，它們都考慮到一般的原因和相關的情形，特別是對個別的共和國（例如：在喬治亞共和國，由於高等教育體係，很明顯的不只是醫生生產過剩。）不過，它依然是事實，因為一九八九年這三項公共醫療發展的主要指標，在供應上，最好及最糟的國家間有很大差異，其差異程度大過於中央政府所預測。

放眼目前，從過去至今很重要的一點，可從表格一看出，就整個聯邦來看，醫療人員及病床數量於一九八五至一九八九年間不斷地快速上升；就病床位來說它的增加是因為「器材需求之設置」（一九八六至一九九〇年蘇聯第十二屆五年計畫中的一項），這計畫文件中亦要求醫院門診單位每次輪班負責之醫生數量能逐漸成長。但不含醫院工作人員目標數量的數據。無論如何，都需要提高醫療人員的工作責任感。

有些挑戰性的指標提出，可從明顯事件中得知，主治醫生之管理及訓練機構，開始計算醫生中無法勝任者及醫生同業團體中貪污腐敗的實際人數（關於專業這方面的條件，在此並不適用，因為許多說英語的協會，非常不適用於蘇聯）。要達到確實的改善有二個必要的先決條件，似乎是要提高醫療人員的薪水，並年年大幅度增加取得資格的新醫生來斷絕傳統上的偏見，因這些條件明顯的在醫學

具有關鑑性之公共醫療指標，計畫達到的比例和確實之比例

(By Union Republic 1989~90以每一萬人口為單位)

	醫院病床數		醫生人數		中級醫療人員	
	計畫的	實際的	計畫的	實際的	計畫的	實際的
蘇俄聯邦政府	138.6	138.7	42.2	47.3	144.0	122.5
烏克蘭共和國	135.7	134.7	40.0	43.9	131.5	115.8
Belorussia	136.8	135.4	38.6	40.6	129.5	114.4
Uzbekistan	134.0	123.1	35.1	35.8	124.1	108.8
Kazakhstan	137.2	135.6	37.3	40.9	133.9	121.6
Georgia	129.0	110.0	38.8	58.5	121.9	124.7
Azerbaijan	128.2	99.9	35.6	39.0	116.5	99.0
Lithuania	141.1	125.8	40.9	45.7	136.2	125.3
Moldavia	135.0	126.9	35.5	40.1	128.2	118.0
Latvia	142.6	147.1	43.7	50.0	142.0	119.0
Kirgizia	131.2	119.3	34.8	36.6	122.9	102.5
Tadzhikistan	135.7	105.0	32.8	28.5	114.2	79.2
Armenia	128.7	90.2	38.5	42.7	117.9	102.1
Turkmenia	133.7	110.6	34.5	35.5	125.0	99.6
Estonia	141.0	121.7	42.5	48.3	140.8	116.2
USSR	136.8	132.9	39.8	44.4	136.0	117.7

實務一般標準上具決定性的影響。Chazov 以前在辦公室的前輩 Dr. S.P. Burenkov 指出他一九八六年所作的評論「在今天這個社會，我們有多少醫生並不重要，重要的我們的工作，以及提供什麼樣的醫療品質。」

不健康的記錄 (The Record of ill-health)

大約那時，glasnost 的後果使勞工勞動力之性質上大大改善，並使穩定的公共醫療資金之需求更加清楚，因為從逐漸增加的資料（有關精神病及死亡率）證明，人口健康之情況已接近於危急的比列。現今可以做的是完全精確的多國比較，而且結果對蘇聯體系極度不奉承。

要是一「標題」指標是有效的，就是指出生之生命預期平均數，應該可以說：當 Sulphonamide 之配置和抗生素之研究廣泛且有效時，可以說在一九四〇年後期和一九五〇年初期之數據每年迅速的進步且達到目標。這個趨勢持續朝向所預期的目標方向，直至六十年代中期，令人不安和歷史性（七〇年代結束）的低數據產生，因此在一九七九～一九八〇年，在蘇聯人類生命預期是六二·二歲，而在美、法、英等國平均生命預期是七〇·七歲；日本和從前的德意志聯邦共和國 (Federal Republic of Germany) 這五個是在經濟方面的先進國家。婦女的生命預期在蘇俄是七二·五歲，而以上五國的平均歲數是七七·七歲。蘇聯方面這些數據暗示了一些地理上的變數，位在中亞的四個聯邦國都有着最糟的記錄。關於嬰兒死亡率 (Infant Mortality rate) IMR 出現一個可以比較之相關情況。在一年內所發生之嬰兒死亡，以上這個指標除可提供了解並有預測一般社經發展的等級，又可作為一個國家測試其在婦產科及兒童保健醫療方面的水準；有幾年，蘇聯官方在公佈一九七〇年初期

急速惡化的情形後，完全停止公佈這些死亡率之數據，當他們再度公佈發表時，其趨勢線又再走向良好的方向。照樣的，就如最近一九八八年蘇聯嬰兒死亡率，實下降到每一千位的存活胎中只有二四·七人。它正式被確認為約有二·四至五次高過於前面所提的那五個先進國家，在中亞洲的四個聯邦國家，生育率已維持很高，嬰兒死亡率也比平均每一千位活胎中有三七～五三人之死亡率要低得多，即使他們甚至曾被認為其不正確歸因於鄉村地區的報告不完全。

雖然增加細節可能不適當，而對於傳染病的高度罹患率及易傳染之疾病的簡要說明必將公佈出來，這些公佈出來的簡要報告更有助於與第三世界國家經常的聯合。一九九〇年顯示因為肺結核導致之死亡率，雖然比較下降了，保持了二～十次高於所比較之國家。在同一年中白喉劇增，甚至在歐洲的俄羅斯帝國出現了霍亂並伴隨了死亡。為了朝着使疾病的範圍降低到不嚴重的限度，一九八八年據報告指出有一八〇萬個嚴重的腸菌傳染病個案，其結果大部份是因為在人口集中區域之水庫和食品加工廠等之衛生保健水準低落所致。同一年中，淋巴腺（血漿）肝炎之流行也說明了大部分是歸咎於：用完即丟的注射筒不足，以及缺乏其他用完即丟的東西和因為未殺菌的儀器。

這些十分令人不安的生病率和死亡率，有向某些地區蔓延的傾向，這個傾向反映出個國家過度強調不斷的資本累積，而以預防和減低疾病侵襲及拯救生命為代價。自然的結果是病患自己察覺到而使個人為這些不利情況之結果自行負責，這不利的情況至少部分是權威當局長期的疏忽和不顧。這樣的說法似乎無疑地違背了官方之宣傳，但一項精密的政策檢驗證實了這些說法；或可說它忽略了一些原因——關於酒精中毒、抽煙和墮胎。在這可提到一實事，一九八五年在 Mikhail Gorbachev 成為 CPSU 的秘書長之後不久，他推薦了一套嚴苛的法令來對付酗酒和酒精中毒者，因此前面所

說的向酒精類銷售商課重稅之方法，很顯然似乎這項活動重要的貢獻就是減少早產兒死亡，特別是那些因為意外、中毒或各種外傷所引起的死亡。

在沒有環境生活條件檢驗的多種族國家，國家的保健設備及健康條件似乎是一項年年被討論及爭議的問題。在蘇聯，這些問題所透露的也許更加的驚人，若無毀壞性，因為無知和自滿的原故，即使在受過良好教育者當中。這些問題之產生是因為以前官方的宣傳，以及藏匿不好的資料，並從超級權力地位而來的優越感所致。那個評論似乎是有正當理由的聲明，可以從有關的文獻資料中發現。譬如：一位很有名的眼睛外科醫生 Svyatoslav Fyodorov 揭露一個問題「怎麼回事！我們國家人民的生命預期平均數怎麼會在全世界佔第三十五名？」

並且從衛生部長的話中也能察覺到這問題不僅破壞國家的自尊，而且也大大腐蝕，牽涉到國家權力在學理上的合法性，根據整個蘇聯醫師委員會在一九八八年十月所提出的，Chazov 從一九三〇年代後就指出了「疏忽」這個問題，且列寧的信條明白的表示：保健的問題是社會發展的首要事務。Chazov 又繼續指出「有一個標語「一切為人類，一切都為人類的益處」，結果竟變成只是一句口號，而沒有實際行動的支持和擁護。根據所得到的事實，國家裏較資深醫（學生）官僚作風者，絕然地否認因對立關係而引出的爭論說只有社會主義國家能提供一令人滿意的公共醫療服務。現今蘇維埃衛生保健體系在降低疾病和死亡率上的成功，不久將可以具有代表性，但統治者似乎一直疏忽這件事而不履行其責任，尤其是在人民與政府間的社會契約方面。

在戈巴契夫當政期間，官方認可了徹底且急進之改革需求，已提升了主要政策的創新，使政策包括了不同的社會服務項目；包括教育並企圖努力嘗試去面對不斷發生的社會問題。暗示了特別是在醫療保健方面達到 Perestroika 的目的，領導階級於一九八七年八

月成立了一個草案程序，並在不久後同年十一月批准認可。這份冗長且廣泛的文件被冠上一個名稱：“Basic guidelines for developing protection of the population's health and for the restructuring of the USSR's health service in the 12th five-Year plan and for the period up to the year 2000.”就是：“公元二千年前第十二次五年計畫，蘇聯公共醫療組織之更新，及人口保護發展的基本綱要。”

保險醫學 (Insurance Medicine)

從那時以來，蘇聯經濟狀況每況愈下，這種惡化對公共醫療服務的法令必然有不利的後果。一九九〇年後期，歐洲經濟共同社區EEC，提供了醫療給蘇聯，如同過去供應糧食給蘇聯一樣。也提供了公共醫療之財政系統上一個真正改革的關鍵點，這是在一九九〇年十月公佈的法律草案中提出的。但是雖然政策上的條文不再繼續，這項草案的法令已達到的預想某些程度，並移轉到「基本綱要」文件中。例如：在一九八七年可看出國營企業以訂立契約來支付其職員

與學校的服務成本——（在所成立的規範之上）。計畫主要以成本計算為基礎來索費，也是重大的大規模嚐試，來面對「經營管理的新方式及醫療科學與實務之整合」，這種嚐試充分在列寧格勒、Kemerovo 和 Kuibyshev 三個地區開始實施。並以財源資金之結合來支付流動成本，尤其是指國家預算及服務企業提供的費用、和病患所支付的診療費。其目的是儘可能支付較高比例的薪水給醫療人員，以報答他們高水準的醫療照顧。就這事而論，Chazov 應負責推薦「內部市場」(Internal Market)使它原則上可與英國的NHS之管理相比。很有趣的是，當他說到下列的話時，Chazov 承認在發展時有反對意見的存在——「有次我聽到一明確的說法，在社會主義下人類活動的範圍，醫療照顧不應該考慮到金錢的問題。將治療過程整個串連起來，以心臟內科部門計算成本的特殊方式來

計算，想像個別工作性質指標上其具體獎勵的效用。而且我們也不該在衛生保健機構中設立共同的財務報告。

無論如何，後來 Dr. I. N. Denisov 提議在衛生保健資金籌措和管理上作一更長遠而根本的改變，不論他是否被選任為「任務者」，一九九〇年五月於他的職務被認可之前，蘇最高之衛生委員會考慮了 Dr. I. N. Denisov 的建議計畫，他的理論基礎是視事件需要來尋求額外的收入來源。他並打算未來醫療保險費能提供百分之四五至五〇的資金，其他的百分之五〇至五五則是由國家政府預算來提供。國家政府預算中三分之二的分配額將可用在提供保險，這個保險涵蓋了非生產部門的受雇者、領年金的人和病弱者。顯然的，Dr. I. N. Denisov 看見了立即行動的需要，自從他說到，傳統體系的轉變會在一九九一年達成，那時保險醫療 (Insurance Medicine) 將可在一年之後有它的位置。

爲了盡到這個詳細而且周到的新體系應有的責任，開始移到勞資聯合委員會 (Working Party) 之手中，這個委員會包括了經濟學家、法學家，好像是醫院管理者 (主管) 一般，於一九九〇年十月，他們同意成立以法令草案的形式來安排。其正文之前言意味着，這樣的作法可被看成更寬廣的轉變，那就是轉移到一個市場型態的經濟制度。正確的說法是：

目前的法律規定，蘇聯在醫療保健體系中關於融資的一般合法原則是以調節市場關係和各種不同型式的產權爲條件。

雖然在空間的領域內，大致上簡要的排除了法律上一些複雜的計畫，他們之中有的十分驚人 (顯着)，關於這裏提示到的要求。而且那是固定安排的二段條款。因此病患們將可接受到由法律所制定，而且無限制的免費醫療和醫藥方面的服務，凡是在限制以外的任何情況，必須由個人自己支付。這個計畫中所實施的免費，並沒有明確的目標來說明這項免費服務的基礎，因此最高限度的現金金額和服務項目必須有精確的資料來說明其限度，但基於常識的指出

，法律立法時並沒有指說它在紙上要有充分的要素。也許應增加的是，使資方雇主能夠支付額外費用作爲其員工工作之代價，目的是要購買義務保險中沒有含蓋到的服務項目。在類似的安排下，任何人都可以取得由他們自己支付的額外的保險。

在此之前，個別的聯邦國家都通過了此項立法，他們在自己的領域內，所預期的應該先行考量整個聯邦的法律，因此產生了一個問題：是否要準備籌措醫療保健的資金，將會是「法律爭論」的原因。就所有聯邦當中最的那一國來說，無論如何可以說其結果是更加不可能的。當蘇俄聯邦政府最高議會於一九九〇年任命了新的衛生部長——Dr. V. I. Kalinin 時，他們知道在他們所提出的計畫中的關鍵點是「保險醫學的採行，審查醫療人員薪資系統，並提高醫療過程中醫療技術人員間的角色。」一個月之後，蘇聯最高評議調查委員會，對於二種相當相似、有關於醫療保險的計畫給予初步的考慮。顯然的他們和中央權威當局也爲了相同的理由朝向相同的方向前進。就是衛生保健的危機和政府在這方面預算額的縮減。(俄國的財政部長打算將下一年的預算定爲一七〇億盧布，而過去有二四〇億)，更重要的，他們選擇要完全以自己勾劃出的藍圖來進行。

結 論

在這要強調，在他們現有的體制之下尋找並設計更實際而具體的可行之路時，蘇聯衆議員們調查了九個已開發國家的經驗，並訪問了其中的二個國家：日本及美國。那些證明有潛力的外國典範，是這個「新時代」最實在的證據；不久前像這樣外向的觀點，曾在意識型態上顯出其中不當之處，因爲好幾十年來，國家免費的衛生保健之法規正式被當作蘇聯體系中最高的成就及表現，含蓄地，當作是感謝和效忠國家的理由 (原因)，所以關於醫療保健方面的研究由蘇聯衆議員研究訪問，至今可以更進一步的證明：史達林的「國家社會主義」的學說，現已成爲歷史書中的名詞了。