

美國健康照護制度 的問題與發展趨勢

◎彭淑華

美國凱斯西儲大學社會福利博士候選人

壹、前言

在所有已開發工業國家中，美國是極少數未實施全民健康保險 (national health insurance) 或全面性健康照護制度 (universal health care) 的國家之一。一八八三年，德國首相俾斯麥 (Bismarck) 爲其工廠員工建立強制性的疾病保險體系，此舉不僅帶動了德國一八八〇年代一系列社會保險立法，且爲世界各國推動健康保險制度的濫觴 (Kuhle, 1982:126)。緊隨著德國而制定疾病保險立法的國家早期有奧地利 (一八八八年)、匈牙利 (一八九一年)、瑞典 (一八九一年)、丹麥 (一八九二年)、和比利時 (一八九四年)。一八〇九年至一九一二年間，採行疾病保險法的國家計包括義大利、挪威、英國、羅馬尼亞、瑞士、及蘇聯等國。一九二〇年代則有波蘭 (一九二〇年)、日本 (一九二二年)、法國 (一九二八年)、以及西班牙 (一九二九年) (Gordon, 1988:200; Pes-cosolido, et al., 1985:277)。總之，第二次世界大戰前各國健康福利體系係以德國健康保險立法精神爲其立法基礎。

第二次世界大戰後，健康照護制度可逐漸歸納成三種主要的型態：(1)傳統疾病保險 (traditional sickness insurance) ——以奧地利、比利時、荷蘭等國爲代表；(2)全民健康保險 (national health insurance) ——以加拿大、芬蘭、挪威、瑞典等國爲代表；(3)國民健康服務 (national health service) ——以英國、捷克、斯拉夫、丹麥等國爲代表。美國健康照護制度無法歸類於上述任何

一種型態內，是故亦有學者將其稱為「混合型」的醫療體系（mixed system）（Gordon, 1988）。

相對於歐洲或其他各工業國較完善的健康福利計畫，美國的健康照護制度以私人保險為主，而大部份的私人保險是透過個人所服務的公司，亦即以雇主所提供的健康保險為主。雖然政府提供「醫療救助」（Medicaid）計畫照顧合於救助資格的低收入者，以及針對六十五歲以上老人辦理的「醫療照顧」（Medicare）計畫，據估計美國大約有百分之八十六的人口具有某種型態的健康保險，其中即有百分之八十八是採用私人健康保險（American College of Physicians, 1990），在缺乏一致的標準下，保險費用及保險類目莫衷一是，對於投保者健康福祉的保障程度亦有極大的差異。至於其他弱勢團體，如所得雖低但未達到「醫療救助」計畫補助標準者、失業者、自謀生計者、兼職人員、或雇主未提供健康保險者則往往因未能負擔昂貴的保險費用而與健康保險體系絕緣。醫療保險的多元化及私有化雖使民衆有更多選擇的機會，然而醫療費用的居高不下、醫療保險的不適當性、醫療資源缺乏可及性（accessibility）、加上龐雜的科層體制等諸多問題惡性循環之下，希冀健康照護制度全盤性改革幾已成爲美國全民的共識。本文一方面探討現行美國健康照護制度所形成的問題，另一方面則對美國近年來在健康照護制度的發展加以論述，俾能掌握其健康照護制度的現況。

貳、美國健康照護制度的問題

如前所述，美國健康照護制度基本上以私人保險爲主體，因此其醫療服務實難提供民衆整體性的（holistic）、廣泛性的（comprehensive）、全面性的（universal）、或具人性化的（humanistic）健康照護。目前美國健康照護制度存在的主要問題可歸納如下：

一、醫療費用持續增加

美國健康照護成本在過去二、三十年間成長極爲迅速。整體健康照護經費在一九六〇年大約是二百七十億美元，但到了一九八六年已經增加到四千五百八十億美元。換句話說，健康照護經費佔整體國民生產毛額的比例自一九六〇年的五・二％到一九八六年增加至一〇・九％。自一九七五年至一九七九年，健康照護經費以平均每年增加百分之十三的比例成長。到了一九八〇年代，增加比例則增至百分之十五。整體健康照護經費佔國民生產毛額的比例可說成長十分驚人（詳見表一）。而健康照護經費中，醫院及醫師的費用即佔了一半以上（Karger & Stoesz, 1990:192）。

醫療費用的快速成長同時也帶給政府部門相當大的財政壓力。雖然個人直接支付健康照護經費的比例逐年降低，但是政府支付的比例却始終居高不下，尤其是一九六五年通過的「醫療救助」計畫實施後。自一九二九年至一九八六年，政府支付健康照護費用佔總費用的比例從九％到三九・六％，聯邦政府的經費支出更高佔政府部門的四分之三。以一九八六年爲例，每百元的健康照護經費中，政府的支出即佔了約四十元（詳見表二），顯見政府於整體健康照護經費的支出的確龐大。

表一 美國國民生產毛額與全國健康照護經費 (1929-1986年)

| 年代 | 國民生產毛額 (單位：十億元) | 全 國 健 康 照 護 經 費 | | |
|------|--------------------|-----------------|-------------------|-------------|
| | | 經 費 (單位：十億元) | 佔國民生產毛額的 百 分 比 | 每 人 平 均 支 出 |
| 1929 | \$ 103.9 | \$ 3.6 | 3.5% | \$ 29 |
| 1940 | 100.4 | 4.0 | 4.0 | 29 |
| 1950 | 288.3 | 12.7 | 4.4 | 80 |
| 1960 | 515.3 | 26.9 | 5.2 | 142 |
| 1965 | 705.1 | 41.9 | 5.9 | 205 |
| 1970 | 1,015.5 | 75.0 | 7.4 | 349 |
| 1975 | 1,598.4 | 132.7 | 8.3 | 590 |
| 1980 | 2,731.9 | 248.1 | 9.1 | 1,054 |
| 1982 | 3,166.0 | 323.6 | 10.2 | 1,348 |
| 1984 | 3,765.0 | 391.1 | 10.4 | 1,598 |
| 1986 | 4,206.1 | 458.2 | 10.9 | 1,837 |

資料來源：Karger & Stoesz, 1990:193.

表二 個人健康照護費用的支付情形 (1929-1986年)

| 年代 | 直接支付 | 私人健康保險 | 慈善機構或 企業組織 | 政 府 單 位 | | |
|------|-------|--------|---------------|---------|---------|---------------|
| | | | | 整 體 | 聯 邦 政 府 | 州政府或地方 政 府 |
| 1929 | 88.4% | 不適用 | 2.6% | 9.0% | 2.7% | 6.3% |
| 1940 | 81.3 | 不適用 | 2.6 | 16.1 | 4.1 | 12.0 |
| 1950 | 65.5 | 9.1% | 2.9 | 22.4 | 10.4 | 12.0 |
| 1960 | 54.9 | 21.1 | 2.3 | 21.8 | 9.3 | 12.5 |
| 1965 | 51.6 | 24.2 | 2.2 | 22.0 | 10.1 | 11.9 |
| 1970 | 40.5 | 23.4 | 1.7 | 34.3 | 22.2 | 12.1 |
| 1975 | 32.5 | 26.7 | 1.3 | 39.5 | 26.8 | 12.7 |
| 1980 | 28.7 | 30.7 | 1.2 | 39.4 | 28.4 | 10.9 |
| 1982 | 27.8 | 31.4 | 1.2 | 39.6 | 29.3 | 10.3 |
| 1984 | 28.8 | 30.7 | 1.2 | 39.3 | 29.5 | 9.8 |
| 1986 | 28.7 | 30.4 | 1.2 | 39.6 | 30.2 | 9.4 |

資料來源：Karger & Stoesz, 1990: 193.

表三 各國健康照護經費百分比與每人平均
健康照護經費(1987)

| | 估國內生產毛額的百分比 | 每人平均費用 |
|-----|-------------|----------|
| 美國 | 11.2% | \$ 2,051 |
| 加拿大 | 8.6 | 1,483 |
| 法國 | 8.6 | 1,105 |
| 西德 | 8.2 | 1,093 |
| 日本 | 6.8 | 915 |
| 英國 | 6.1 | 758 |

資料來源：節錄自 Schieber & Poullier, 1989:170-172.

假如我們比較各主要工業國家健康照護經費佔國內生產毛額的百分比以及各國國民平均每人健康照護經費支出額(詳見表三)，我們可發現美國健康照護經費佔國內生產毛額的百分之十一·二，國民平均健康照護經費為美金二千零五十一元，兩種數據均為各主要工業國家中最高的。因此，如何有效抑制健康照護經費的持續上升是美國近年來的努力課題之一。

二、健康保險的不適當性

廣義而言，美國健康保險可包括私人健康保險、公共健康福利方案、大企業為員工提供的保險計畫、以及其他健康計畫。依照美國醫師學院 (American College of Physicians) 的資料顯示 (一九九〇)，美國有二億五百萬民衆 (約佔八六%) 具有某種型態的健康保險。大約一億八千一百萬人民有私人的健康保險 (如：商業性的保險公司或非營利性組織 Blue Cross, Blue Shield 等)，其中大約一億三千六百萬是透過雇主所取得的健康計畫。另外，「醫療照顧」計畫涵蓋了三千萬名六十五歲以上老人及三百萬名殘障者，「醫療救助」計畫則包括了二千四百萬人口。其餘的保險人口則包括一些公共健康福利方案如榮民局、公共健康服務部、或國防部等單位針對特殊羣體所提供的健康照護計畫。

雖然許多人可能有重覆的醫療保險，但仍有許多美國人民並未有任何形式的健康保險計畫。初步估計，大約有三千一百萬至三千七百萬的美國人民，或約十二·九至十七·六%的非老人人口沒有健康保險 (其中五十五%為低所得者、三十二%為小孩、十三%為失業者) (American College of Physicians, 1990; Brown, 1990)。由於美國經濟持續不景氣伴隨而來的高失業率，美國未享有健康保險者比例的增加將是可預期的。

美國健康保險的不適當性除了在其私有保險體制主導下所產生的未投保人口外，更重要的問題在於已投保但投保內涵不足以保障其健康福祉的低度保險者 (underinsured)。無論投保者屬於何種

健康保險計畫，投保者就醫時均需負擔相當比例的自付款 (out-of-pocket charges)，保險費用、保險種類及自付款額更是參差不齊。一九七七年的研究即發現大約百分之二十七的人口，或超過五千萬的美國民眾雖有保險但在主要醫院或醫療費的保障上不足以應付急難性需求。

假如我們再比較各主要工業國家公共體系對於國民的健康保障 (如表四)，美國對其國民在醫院照護成本的保障上為各工業國家中最低的——換句話說，美國在補助其國民醫院照護所佔的人口比例為各工業國家中最少的 (僅佔百分之四十)。

由表一、表二、及表三，我們知道美國投注了相當多的經費在健康照護上，而在一些主要工業國家中，美國健康照護經費佔國內

表四 各國公共體制對其國民醫院
照護成本保障的人口比例

| | | | |
|-----|------|-----|------|
| 澳洲 | 100% | 日本 | 100% |
| 奧地利 | 99 | 盧森堡 | 100 |
| 比利時 | 98 | 荷蘭 | 100 |
| 加拿大 | 100 | 紐西蘭 | 88 |
| 丹麥 | 100 | 挪威 | 100 |
| 芬蘭 | 100 | 葡萄牙 | 100 |
| 法國 | 100 | 西班牙 | 87 |
| 德國 | 95 | 瑞典 | 100 |
| 希臘 | 98 | 瑞士 | 97 |
| 冰島 | 100 | 英國 | 100 |
| 愛爾蘭 | 100 | 美國 | 40 |
| 義大利 | 100 | | |

資料來源：OECD, 1985:68

生產毛額比例與國民平均健康照護經費均為各工業國中最高，然而美國對於其國民的保障但却是各主要工業國中最低的。對於許多的上層階級而言，經常能得到較好的醫療保險的保障，現有的醫療照護體系尚能符合其所需。然而，對於社會的其他階層而言，美國醫療照護體系的適當性是值得懷疑的。

三、醫療資源無法達到可及性 (accessibility)

缺乏保險或沒有適當的醫療保險保障意謂著病人及其家屬必須仰賴個人的財力基礎、透過慈善救濟方式、拖欠帳款而形成醫院呆帳、或甚至放棄治療 (forgo care)。因此，對於缺乏適當醫療保險保障的中下階層而言，拖延治療時機而導致病情加劇的案例屢見不鮮，醫療資源的不可及實是一嚴重問題。根據 Robert Wood Johnson Foundation 於一九八六年所做的一項調查顯示，大約有三千八百萬美國民眾在取得所需要的健康照護上十分困難，而約有四千五百萬罹患慢性或嚴重疾病者在過去十二個月中沒有看過任何一個醫師。對於許多美國民眾而言，及時的診斷與治療十分缺乏。

除了經濟上的因素會限制一個人是否得到所需的醫療服務外，組織的因素如醫療設施的地點、交通運輸的方便性與費用、候診時間、及醫療資源的分配等均會影響到健康照護的可及性。而此種問題在低收入人口中特別嚴重，不僅影響了其對診療方式的選擇，同時亦影響到其在照護上的持續性 (continuity of care) (謝美娥，民國八十年)。

病患付不出足夠的醫療費用對醫院亦是一大困擾，而此種影響

最直接的便是醫院呆帳的問題。根據統計，一九八〇年至一九八八年間，醫院呆帳數額從佔醫院應收費用的五·一%增至六·三%（約七十五億美元）。假如未保險人口持續增加的話，呆帳數額所佔比例預期將會同等地成長。然而呆帳的負擔並不是平等的分佈於各醫院，公立醫院的呆帳比例即佔其應收費用的四分之一以上，影響不可謂不大。

財政上的限制及日趨競爭的健康照護環境迫使許多營利性（for-profit）及非營利性（not-for-profit）的醫院採取縮減呆帳數額的權宜性措施，這其中包括拒收有可能形成醫院呆帳的病人，或將比類病人轉介到公立醫院。每年大約有一百萬美國民眾因缺乏保險或無能力負擔醫院照護的經費而被摒棄於醫院大門外，至於緊急求診但未投保的病患則儘量安排轉介到公立醫院，此舉雖減輕私立醫院的呆帳問題，公立醫院本身却面臨了相當嚴重的財務危機。一九八一年至一九八四年間，大約五十所公立醫院即因營運困難而轉賣給私人的、營利性的醫療單位。假使此種趨勢持續增加，未保險病人就醫將會愈形困難，因為私立醫院將會拒收此類病人，而更多的公立醫院則因承擔太多的呆帳形成營運危機，必須關閉、轉換經營主體、或削減原有的服務項目（American College of Physicians, 1990）。對於中下階層而言，享有所需醫療資源的目標將是愈形困難。

四、龐雜的醫療科層體系

美國現行健康照護付費體系包含為數眾多的公私立保險公司及

各種組織，各項保險給付及給付範圍、部分分擔比例及申請表格既複雜且極易混淆。病人及其家屬常常會因為不瞭解醫療給付範圍或因繁瑣的填報申請手續而放棄了醫療的機會。醫師對於文書作業的繁複亦同樣不勝其擾。處理行政業務所需的時間與精力更進一步限制了醫師照顧病人的能力。醫院、安養院、醫師、或雇主必須維持相當數量的行政人員以處理行政業務。一九七〇年到一九八二年間，行政人員的數量增加率高達百分之一百七十一，然而醫師與其他健康照護專業人員的增加率僅達百分之四十八與百分之五十七（Himmelstein & Woolhandler, 1986）。儘管一些行政業務是必須的，然而科層體系的龐雜亦是極待評估與修正的。

根據美國醫學協會（American Medical Association, AMA）的一項調查研究指出，醫師辦公室內的職員每月平均需花費四六·七小時處理「醫療照顧」計畫的申請表格，三二·六小時處理「藍盾協會」（Blue Shield）的申請單，其餘的時間則花費在處理其他商業保險公司的相關行政業務上。就醫師本身而言，行政工作仍是無可避免的。平均每位醫師每月需投注四·六小時在「醫療照顧」計畫之行政作業，而「藍盾協會」的工作平均每月需二·四小時。在受訪的三千位醫師中，百分之十四的醫師必須委託私人會計服務公司處理填報手續，或協助申報作業以符合保險單位的需求與規格，然而醫師却需為此服務付出額外的成本，據估計「醫療照顧」計畫申請表的費用為每份美金八·五元，「藍盾協會」則為美金七·八元（American College of Physicians, 1990）。如果再遇上保

表五 美國及加拿大健康照護行政費用之比較分析 (1987年)

| 項 目 | 平均每位國民支出費用(1) | |
|---------------|---------------|-------|
| | 美 國 | 加 拿 大 |
| 保險公司行政費 | 106 | 17 |
| 醫院行政費 | 162 | 50 |
| 安養院行政費 | 26 | 9 |
| 醫師辦公室行政費(2) | | |
| 以費用為基礎推估 | 203 | 80 |
| 以職員為基礎推估 | 106 | 41 |
| 整體健康照護行政支出(3) | | |
| 高推估 | 497 | 156 |
| 低推估 | 400 | 117 |

註：(1)所有費用均以美元為單位。

(2)以費用為基礎推估 (expense-based estimate) 包括醫師專業費用加上醫師辦公室內職員的費用，此方法有可能高估實際所需的行政費用；以職員為基礎推估 (personnel-based estimate) 則包括受雇職員的費用與委託私人合計服務辦理所需的行政費用，此方法因未包括醫師個人處理行政業務的部分，故有可能低估實際所需的行政費。

(3)高推估 (high-estimate) 係以醫師辦公室行政費中以費用為基礎之推估方法計算而得；低推估 (low-estimate) 則以職員為基礎之推估方法計算而得。

資料來源：Woolhadler & Himmelstein, 1991:1255。

險公司拒付款、需再做進一步醫療判斷、或醫療單上疑義的澄清等問題，行政作業所需的時間與成本更是難以計算。

如果拿美國與施行全民健康保險的加拿大的行政成本來做比較 (參見表五) 即可發現，美國健康照護行政的支出約在九百六十億至一千二百億美元之間 (平均每位國民為四百美元至四百九十七美

元)，約佔當年健康照護總支出經費百分之十九·三至二十四·一。加拿大健康照護行政費用支出約在三十億至四十億美元間 (平均每位國民為一百一十七美元至一百五十六美元)，約佔當年健康照護總支出經費百分之八·四至十一·一。如果再進一步比較美國與加拿大健康照護行政成本的長期發展趨勢發現：美國的行政成本佔健康照護費用在一九八三年為百分之二一·九，但到一九八七年則上升至百分之二三·九。然而加拿大則反從一九八三年的百分之十三·七下降至百分之十一。從一九八三年到一九八七年，每位國民的行政成本費用在美國上升了一百一十八美元，然而加拿大却下降了六美元，如果美國行政效率與體制能如加拿大一般，則據估計一九八七年即可省下六百九十億至八百三十億美元的行政費用 (Woolhandler & Himmelstein, 1991)，無怪乎行政體制的改革與管理一直成爲朝野重視的另一課題。

叁、美國健康照護制度近年來發展趨勢

一九八〇年代中期以降，由聯邦政府提供全民性的醫療照護方案不斷成爲政爭的議題，且獲致廣泛性的支持，特別是在沒有保險 (uninsured) 及雖投保但投保內涵不足以保障其健康福祉的低度保險者 (underinsured)。事實上，早在一九一二年美國總統大選時，老羅斯福總統 (Theodore Roosevelt) 即曾倡導全民醫療照護方案。一九一三年美國勞工立法協會 (American Association for Labor Legislation, AALL) 曾將其注意焦點放在健康保險 (

Sakala, 1990; Taylor, 1990)。一九二〇年到一九五〇年間，對於健康服務體系有兩派不同團體互相抗衡，一派可稱為改革派，其重心放在對於社會弱勢團體如貧民、勞工、及農人的福祉上，因此此派贊同全民性的健康保險體系。另一團體則是既得利益者，他們是由一些優勢團體如雇主、保險界、及醫療界為主體，他們反對實施全民健康保險，所反映出的現實為確保他們自身的優勢地位，尤其是在經濟利益的層面上 (Schorr, 1986: 152)，而優勢團體的力量往往超越了改革派的呼聲。一九三〇年代，羅斯福總統 (Franklin Roosevelt) 於其新政 (New Deal) 主張中曾將全民健康保險制度納入，然而由於美國醫學協會的強力反對，加上唯恐實施全民健康保險會阻礙社會安全法案 (Social Security Act) 的執行，因此全民健康保險的理想遂被擱置一旁。第二次世界大戰後，杜魯門總統 (Harry Truman) 亦極力擁護全民健康保險，再一次，美國醫學協會運用他們的政治遊說技術，並將全民健康保險比擬成社會醫學 (Socialized medicine) 及共產主義思想 (Communism)。因此，自一九三五年至一九六五年間，每年均有全民健康保險法案在國會提出，然而年年無寂而終 (Karger & Stoesz, 1990)。全民醫療服務方案雖屢屢成爲政治上的議題，然而因政治力量的介入却始終無法付諸實施。

一九八〇年代初期實施的診斷關係羣 (Diagnostic Related Group System, DRGs) 制度對於美國醫療體系產生鉅大的衝擊。雷根政府 (Reagan Administration) 時代社會福利預算的大幅刪

減所產生的副作用更凸顯美國醫療照護制度的危機。近幾年來，由於經濟持續不景氣所導致勞工身份的轉移——由工會成員至非工會成員、由全職工作者至兼差工作者、以及由高所得至低所得的工資——加上節節上升的失業率，使得保險人口數及所涵括的保險福利亦產生相當程度的變革 (Renner & Navarro, 1989)。面對日益增加的醫療成本、不適當的醫療保障、醫療資源的不可及性、龐大且複雜的醫療科層體制、及強烈的民意導向，有關健康改革的計畫於最近幾年陸續被提出。一九八八年，杜凱吉斯 (M. Dukakis) 州長簽署了麻州健康安全法案 (Massachusetts Health Security Act)。儘管面對來自政治及財政上的壓力，麻州健康安全法案要求雇主負擔一定數額的員工健康保險費，並預計至一九九二年，麻州人民能享有全民性的健康照護。夏威夷州則立法提供健康保險予未工作者以補足現有立法之缺失。其他各州則亦正研擬相關的提案。在聯邦政府階層，參議員 Kennedy 及眾議員 Waxman 亦提出一全面性的醫療照護方案以擴展現有雇主保險及醫療救助方案。Pepper Commission 並主張強制一百名以上員工的雇主應提供健康保險，此舉無疑地將對現有私人保險制度產生衝擊。此委員會並提案主張轉化醫療救助成爲一新的公共保險方案 (Beauchamp & Rouse, 1990; Karger & Stoesz, 1990: 208)。其他較著名的提案如 Enthoven 及 Kronick (一九八九) 主張擴展現有的雇主保險，並強調管理競爭 (managed competition) 以減低成本支出；Himmelstein 及 Woolhandler (一九八九) 主張仿效加拿大全民

健康保險模式，由聯邦政府居於主導地位推動全民健康方案，減低私人保險的不公平性。美國社會工作協會 (National Association of Social Worker, NASW, 1990) 亦提出全民性的健康照護方案，支持由聯邦政府為主導推動單一付費系統的制度，強調消費者的權益與選擇權。Harvey (一九九〇) 則主張提供健康保險予孩童及孕婦，強調預防性的健康照護，服務項目並擴及急慢性病患、殘障幼童等。無論是針對某類特殊羣體的保險計畫或全民性的健康照護方案，所有的提案均具體指陳現行美國健康照護制度的弊端及改進的方向。

美國健康照護制度基本上是多元化的體系，雖然其經費支出所佔比例逐年增加，然而一般國民仍未能公平地享有醫療資源。贊成全民性健康照護者強調此刻正是實施全民方案的契機，且預言此將是未來政策的一大方向 (Sakala, 1990)，然而衡量各已開發國家實施全民健康保險或國民健康服務所衍生的弊端及危機，加上美國國內利益團體的優勢地位與政治遊說力量，全民性健康照護方案是否仍如以往胎死腹中或有其他變通的權宜措施仍有待觀察。但可以確定的是醫療成本的控制一直是政府努力的方向，聯邦政府預算的裁減加上醫療條款的修正，各州對於「醫療救助」計畫的資格審定標準 (eligibility) 更加嚴苛，愈來愈多的低所得者無法享有醫療救助，伴隨着長期經濟不景氣下增加的未投保人口，美國健康照護制度一直成爲政治上爭議的議題。而醫療費用的高漲亦往往使得一些中產階級在短短數月的患病過程中形成貧戶 (medically

indigent)，整體醫療照護的適當性與公平性面臨了極大的挑戰。

肆、結 論

一項針對美國、加拿大、及英國的民意調查顯示，只有百分之十的美國民衆受訪者認爲他們的健康照護體系運作非常好 (加拿大爲百分之五十六，英國爲百分之二七) (Taylor, 1990)。另一項對於十個已開發國家的調查結果亦指出美國受訪者對其健康照護制度的滿意度是所有施測國家中最低的 (Blendon, et al, 1990)。目前，美國人民支持由政府擔負起全國健康方案的角色已達到戰後以來的最高點 (佔四分之三) (Blendon & Donelan, 1990)。美國雖建構了一個高所得的社會，同時在醫療科技的推展與研究創新居於領導地位，然而却有爲數衆多的民衆無法享有初級或預防性的健康照護。現行美國醫療照護體系面臨來自各方不斷的壓力，包括政府官員、醫師、醫院、雇主、保險公司、工會、以及社會大眾，雖有各種改革方案的提出以因應各界不同的需求，然而各方案是否能有效解決美國健康照護制度的缺失是有待評估的。

本文一方面探討美國現行健康照護制度的問題及其缺失，另外一方面則對其晚近發展趨勢，尤其在其邁向全民健康服務之路多所論述。未來美國健康照護制度是採全民性或選擇性的健康服務牽涉層面甚廣，雖然非正式性的、志願性的、或商業性的功能亦能擔起健康服務的責任，然而國家對國民健康福祿的照護，尤其是對弱勢團體的保障，政府是責無旁貸的。在強調私有化 (privatization)

、分權化 (decentralization) 、及政府減少管制 (deregulation) 的前提下，雖然美國健康照護制度的變革是刻不容緩的，但是否能符合社會大眾期待的全民健康服務，恐怕仍是一個問號。

參考書目：

- Systems in Ten Nations," *Health Affairs*, 9(2): 185-192.
- Brown, L.D. (1990). "The Medically Uninsured: Problems, Policies, and Politics," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 15(2): 413-426.
- Enthoven, A. & Kronick, R. (1989). "A Consumer-Choice Health Plan for the 1990S," *The New England Journal of Medicine*, 320: 102-108.
- Gordon, M. S. (1988). "Health Benefits," in *Social Security Policies in Industrial Countries: A Comparative Analysis*. New York: Cambridge University Press.
- Harvey, B. (1990). "A Proposal to Provide Health Insurance to All Children and All Pregnant Women," *The New England Journal of Medicine*, 323(17): 1216-1220.
- Himmelstein, D. U. & Woolhandler, S. (1986). "Cost Without Benefit," *The New England Journal of Medicine*, 314(7): 441-445.
- Himmelstein, D. U. & Woolhandler, S. (1989). "A
- 謝美娥 (民八十年) , 「美國醫療補助費用約制與輸送方式的替代方案可行性探討——以健康維護組織為例,」政大專報第六十三期,頁二九三至三一一。
- American College of Physicians. (1990). "Access to Health care," *Annals of Internal Medicine*, 112(9): 641-661.
- Beauchamp, D.E. & Rouse, R.L. (1990). "Universal New York Health Care," *The New England Journal of Medicine*, 323(10): 640-644.
- Blendon, R.J. & Donelan, K. (1990). "The Public and the Emerging Debate over National Health Insurance," *The New England Journal of Medicine*: 323(3): 208-212.
- Blendon, R.J. et al. (1990). "Satisfaction with Health

- National Health Program for the United States," *The New England Journal of Medicine*, 320(2): 102-108.
- Karger, H. J. & Stoesz, D. (1990). *American Social Welfare Policy: A Structural Approach*. N. Y.: Longman.
- Kuhnle, S. (1982). "The Growth of Social Insurance Programs in Scandinavia: Outside Influences and Internal Forces," in Flora, P. & Heidenheimer, A. J. (eds.). *The Development of Welfare States in Europe and America*. New Brunswick: Transaction.
- National Association of Social Worker (1990). *NASW National Health Care Proposal*. Unpublished paper.
- OECD. (1985). *Measuring Health Care: 1960-1983*. Paris: OECD.
- Pescosolide, B. A. et al. (1985). "Medical Care in the Welfare State: A Cross-national Study of Public Evaluations," *Journal of Health and Social Behavior*, 26: 276-297.
- Renner, C. & Navarro, V. (1989). "Why Is Our Population of Uninsured and Underinsured Persons Growing?" *Annual Review of Public Health*, 10: 85-94.
- Sakala, C. (1990). "The Development of National Medical Care Programs in the United Kingdom and Canada: Applicability to Current Conditions in the United States," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 15(4): 709-753.
- Schieber, G. J. & Poulrier, J. (1989). "International Health Care Expenditure Trends: 1987," *Health Affairs*, 8(3): 169-177.
- Schorr, A. L. (1986). *Common Decency*. New Haven: Yale University.
- Taylor, M.G. (1990). *Insuring National Health Care: The Canadian Experience*. Chapel Hill: North Carolina.
- Woolhandler, S. & Himmelstein, D.U. (1991). "The Deteriorating Administration Efficiency of the U. S. Health Care System," *The New England Journal of Medicine*, 324(18): 1253-58.