

# 歐洲各國醫療制度鳥瞰

## —比利時、英國、斯堪

### 比利時



迄二次大戰結束前，比國的醫療制度還頗具自治性，不受中央政府之指導與控制。此種自治性隨 1945 年“強制性殘、病保險法案”的頒佈而大大的減弱，其中一條款記明“病人可自由選擇任何一家衛生部認可的醫院”；政府有權策訂醫療衛生設施的標準以確切保障全民健康保險法案下的受患者，加上有權給予補助金以改善醫院的設施。如此漸走上中央制度化的趨勢，才有 1964 年“醫療設施法案”（Act on Hospital Establishments）的成立，其主要規定如下：

“在國家之干預撥予補助金下，醫院內的一切改革，諸如新建病房、新添儀器，都須以全國性法案之架構為依歸，而此法案須以醫院理事會之決議交由內閣作成決定，再由國王制定之”。

地方性醫院雖仍保有相當自治性，亦即他們有各式理事會負責醫院的內部營運，但，正如前述的，衛生部對各醫院的醫療行為仍具有相當大的影響力。

話雖如此，比國衛生部對各醫院的駕馭仍少於歐洲其他國家，比如，各醫院對能走動的病人的護理（ambulatory）及年老者的家庭護理等額外的醫療服務，可不被禁止，但也不被鼓勵。如果一醫院欲提供上述的服務，則政府對其因此而花的設施費不予補助金，甚至對因此而花的營運費用包括一般日常開支也不得申請補償。其他的一些不被政府認可的醫療行為亦比照辦理。

自 1965 年來，比國每人都分別受保於各保險基金會之下，全國共有 6 家取得政府承認的健康保險基金會，此基金乃取自雇工和雇主的薪金與利潤，其作用在於供付全部住院費用及醫療費，甚或包括可走動病人的護理費用，

## 地納維亞半島、瑞士及南斯拉夫——

詹順雄、施養性 合譯

但自始至終給付醫生的費用不得超過政府規定的基準。同樣的，藥費的給付，不論在院內或院外，亦不得超過一定的基準。

如同美國，比國醫生不受雇於醫院，其診療費亦收自各健康保險基金會所開付的支票。醫院內的醫師一般亦對外開放，但只限於專科醫師，雖然醫院不從醫師的診療費中收取任何費用，但專科醫師須從診療費中付出幾%以供醫院開銷之用（如外科醫須 10%，X光須 50%）。

醫院建設由地方當局負起審查輔導之責，審查此社區是否須要再建此醫院，輔導是提供補助金；公立醫院補助 60%，私人醫院補助 50%。爲了要得到此補助金，每一醫院都須明白標出每床的建設成本，且不得超過一固定限量（目前是每床一百萬法郎，相當 2 萬美金），此由衛生部的醫院建設策劃局監督執行。

理論上，醫院的營運成本包括在醫院每天的收費率內，每家醫院向病人收取的費用由衛生部決定，但基本收費率由政府統一規定，不顧及各個醫院的單一成本（譯註：由各醫院向政府報備他們各自的成本計算，再由政府參考當時的物價統一訂定一基本收費率，超過此收費率的醫院除自動降低成本外別無他途）。此收費標準並非一成不變，而由政府當局訂住物價波動指數隨時作機動性調整，但是，幾乎所有醫院的營運成本皆超過物價波動指數的最低標準，因此，基於醫院的實際成本計算，有一些特別收費率已與政府協調妥當。

如此看來，理論上應不會有營運赤字出現，但不幸地却是常常出現而不得不向銀行貸款補足，其利息亦被允許併入下次的營運成本計算。此赤字的出現，得歸因於政府

當局不常作醫院的營運調查，比如，1968 年醫院的實際營運成本是每個病人每天花費 600 法郎，而政府却還停留在 1966 年的 441 法郎的補助額。爲彌補此營運虧額，醫院有個辦法就是提供一些私人或半私人性的病床給那些付得起的潤綽病患，但對他們的收費也有法律明文規定，即半私人性病床比照上述收費率增加 50%，私人性病床則增加一倍。雖然運用了上述方法，但在 1969 會計年度仍須 180,000,000 法郎（相當美金 3,600,000）的貸款來補足醫院營運上的虧損。

全國急性病床約 60% 在私人醫院，其中大部分屬教會系統的醫院，另 40% 則在各社區醫院裏——因接受部分公家補助故屬半私人性。政府雖沒擁有急性病床，但對上述的私人醫院却擁有絕對控制之權，包括檢覈制度、經費補助及最近剛成立的法律上的約束力量。對法律上的檢覈制度而言，比國雖比其他歐洲國家發展得更爲完善，但也直到 1964 年，才有一套初步的辦法來影響醫院內醫療行爲的可行性與完美性。

二次大戰後，比國雖在醫院設施上有大幅度的進展，但以全國每千人計才只有 4.5 床，比起瑞典的每千人 15 床，實是小巫見大巫，但此並不意味著斯堪地納維亞半島的國家在醫院設施上作過更大的投資。在比國最近 10 年的建設計劃（1965～1975）裏，預計到 1975 將有每千人 6.2 床的水準。

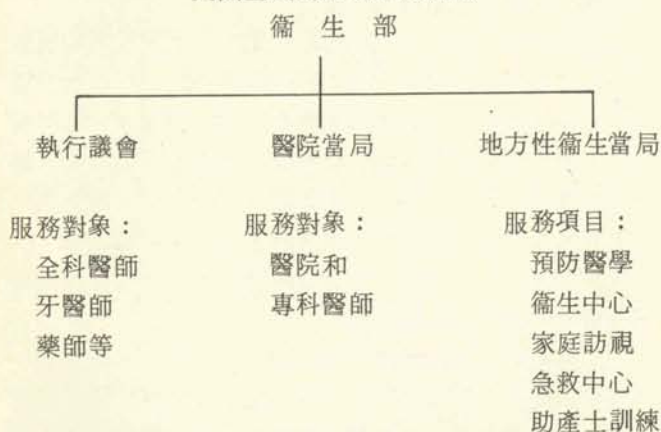
由統計資料顯示，比國的衛生醫療水準雖比南斯拉夫以外的歐洲國家來得差，但由其過去 10 年的表現看來，其進展幅度之快亦是值得吾人注意的！



追本溯源，標準的英國醫院都屬於私人綜合醫院，此情勢一直維持到 1948 年，由於種種因素，諸如為了有效控制戰後重整在醫療衛生設施方面所花的經費及戰時「緊急醫療衛生服務局」(Emergency Medical Services) 的傑出表現等，才導致「全民醫療制度方案」的成立。

全民醫療制度 (National Health Service, NHS) 是一“三重結構”的組織，每一分支各自負責獨立的，互相制衡的醫療衛生事務 (如下表所示)。

英國全民醫療制度的組織



醫院是 NHS 架構上、功能上重要的一環。全英格蘭和威爾斯地區可分為 14 個“醫院地區”(Hospital regions)，每一地區各併入一大學醫學中心，且有一由專業外人士組成的不給付的“地區性醫院董事會”(Regional Hospital Boards) 在醫療設施系統建設上為促進整個社區的利益而努力，其任務包括：地區建設的規劃，醫院設備建造計劃的監督，在其控制之下對醫院管理委員會提供一般的管理設施和對醫療服務行為作廣泛性的監視。

醫院每天的營運全交由“醫院管理委員會”(Hospital Management Committees) 負責，此會乃由上述的醫院董事會指派，並對後者負責。如同醫院董事會，在醫

院管理委員會內服務一概不給薪金，但有幸被選上在該會內任職無不被認為是一無上的榮譽，因此個個都很樂意擔當此一任務。每一醫院管理委員會負責將近 1,000 床，所以常常負起幾家不同醫院的管理之責。在管理上，須比照醫院董事會將各事務調整化、中央化。總之，在各階段 (即管理委員會，醫院董事會和衛生部) 之控制原則在於決定營運預算及如何把醫療服務作最適當的分配。

英國的醫院都由國會從財政部中撥款經營之，只少部分 (佔 10%) 來自保險會的捐予。其中可分“基本基金”(Capital funds) 和營運基金 (Operating funds) 二種，雖有上述的共同來源，却基於不同的分配原則。營運基金之分配在於由各醫院提出預算總額，再由上述各管理階層審核，每一地區內的總營運基金與該區內的醫療服務所花的費用 (譯註：指完成醫療服務所需的人事費、管理費等一般日常開支) 成正比。另一方面，基本基金之分配乃基於該區內醫院是否須要新的設備或再蓋新醫院 (譯註：在審核後認定須新的醫療設備或再蓋新的醫院等不動產所須的費用就是基本基金)。因此，擁有過多病床的地區就相對地接受較大筆的營運基金，反之，基本基金就流入醫療設施較貧乏的地區。話雖如此，營運基金在申請上限制較少，相對地較易增加其金額；而同一地區的基本基金之核准則有較嚴格的限制，此解釋了為什麼英國醫院平均年齡都在 71 歲以上。

在全民醫療制下，全國 2,835 家醫院及 585 家診所的所有權連同設備立刻置於衛生部管轄之下，剩下的 270 家大都屬教會系統的醫院，更少一部分但頂重要的，就是那些教學醫院。從此而後，剩下的還屬私人的少數醫院就與政府訂合同以天計算診治全民醫療制下的病人。另有一些官方的醫院仍繼續供應私人性病床給那些付得起的病患，這些高級病患大都由醫院內的顧問醫師負責診治。

儘管平均病床數目很高——每千人 9.8 床，但在所有開發國家中，為了國家的醫療衛生設施所投下的國民生產毛額 (Gross National Product, GNP) 的百分率，英國還是算最低最穩定的，如 1969 年佔 GNP 的 4.6%。也儘管有這麼高的平均病床數，却因有各式病人長期佔住醫院，相對地導致全英國住院率的降低，進而發生為了住院治療須等上幾年的事情。

似乎英國全民醫療制度的缺點已廣為人知，尤其是美國，但它的一些成就却往往被人們所忽略；這些成就包括：在醫療保健方面，不論是質或量上，全國人民都能享受到「更統一」、「更接近」的水準；永遠解除因病所加諸於人們的財務負擔；以及能保持相當令人滿意的醫療衛生統計資料，却只花費最少的經費在醫療設施上。(譯註：英國為全世界實行全民醫療制最徹底的國家之一，於後另有專文詳述。)

## 斯堪地納維亞半島



斯堪地納維亞半島（以下簡稱本半島）國家的社會結構乃成形於共同的文化背景和相似的環境禁忌的基礎上。因此，各國的醫療衛生制度雖相似却不盡相同。

本半島各國可說是最先體認到「健康是人民的權力之一」的國家，醫院財政很早就被認為是公眾的責任，醫療衛生制度採「地方分權制」。在芬蘭，獨立的自治村（Commune）和自治市（municipality）是負起上述責任的最小行政單位（1971年以前的丹麥亦同）；在丹麥和瑞典，「郡」（County）是次一大的行政單位。上述的行政單位都有相當的自主權，甚至包括徵稅，但亦受各種法律管制，如須直接供應充分的病床和如何與鄰區作好聯繫工作。此種立法程序之特性在於建立每單位人口內以最經濟的醫療設施（包括人力和病床）供應最充分的醫療服務。為要確保充分供應各種醫療設施的預算經費，各自治村都具備擁有或捐贈該區內各型醫院的病房費的能力，上述的各型醫院包括小、中型醫院（Cottage or intermediate hospital）和中央醫院（central hospitals）。

在國家層面上，醫療服務是部級機關的責任之一，後者再授監督之權予國家性理事會（national boards），由它們直接或間接負責所有醫事執照的發行，全民醫療計劃的進行，醫院經營方針的建立和提示衛生部立各種必要的法律條文等。

政府方面對病人醫院之管制權力僅限於審核其預算案（即衡量須給予多少補助金）和對新的醫療部門成立的批准。後者之目的在於防止醫療設施的不適時情、過於泛濫，成功地作到醫療設施的高度區域化（regionalization），即在同一區域內無互相競爭而致重複設備之虞。可貴的是，上述的管制並沒受到阻礙，地方性醫院都很誠意地與國家衛生當局合作。醫院「區域化」在瑞典已有長足的進步，但以丹麥和芬蘭有更實質的表現，即在於對醫院行政區作詳細的規劃，俾能發揮最大的功效。

傳統上，本半島國家有3個分開的醫院系統，各司一

般疾病，結核病和心智疾病，由國家直接負責後者。現在，在地方當局的贊助之下，上述三系統的醫院正進行統一、合併。除了意外傷害部門以外，本半島醫院通常無門診設備，既不是衛生中心也不是公家施藥所。急救工作大都由私自開業的全科醫師與專科醫師作第一步處理，後者也把須要X光檢查和特別實驗診斷的病人送到公家醫院，另外的家庭訪視（home care）和年老者的照顧都不在醫院工作範圍內。

整個本半島內的醫院設備通常維持於一高度的水準，且對醫院構造的質而言，不論是從功能或美學的觀點來看，皆堪稱世界一流的。

醫療人員的組成大抵上與英國相似，即受薪的專科醫師以全部時間服職於醫院和私自開業的全科醫師負責全部的急救工作和送病人到醫院去。至於收費僅是象徵性的，如芬蘭每天只收6馬克（相當美金1.25元），丹麥和瑞典全部免費。所有的病例，以相同的處理，醫院內的收費都比外面的便宜，雖然丹麥和瑞典都有強迫性的健康保險（包括住院），但是來自保險基金的全部醫療收費只佔醫院營運成本的10%，甚或更少，因此，整個半島內的醫院都虧本，必須由所有人負全責或由中央政府撥款補助之。

醫院主要基金來源各國不同；如在丹麥和瑞典，郡和自治區議會希望儘量由稅收來支持；在芬蘭，公家補助金佔所有主要費用的65%由自治區當局籌措。丹麥和瑞典另有條文規定：公家補助金僅給較窮的自治村和用於訓練醫護暨從屬人員所須的額外設備。另外，醫院的營運成本，如前所述，主要還是由醫院所有人負責，但在丹麥和芬蘭還可接受部份公家補助（如丹麥65%，芬蘭50%）。

半島內醫院的所有者是自治區當局，而在丹麥和瑞典是郡或郡與自治區的聯合體負責。假如使病床能得到充分的利用，郡或自治區並非一定要履行義務去經營醫院內的每個床位，因此，有些私人醫院與郡或自治區簽約，提供病床給他的須要特別護理的病人。除了大的教學中心外，目前，由國家擁有醫院的情勢正逐漸下降中，尤以國營的精神醫院與地方當局擁有的普通綜合醫院的整合行動更加速這情勢的進行。

醫院的檢覈工作全由一衛生部指派的理事會執行，其檢覈或審核執照的工作僅限於各種醫療崗位的衛生人員，但從對醫療人員、醫院和藥品的監督角色而言，該理事會有權指示醫院執行各種特殊的建議。

半島內各國可說是世界上病房使用率最高的國家（如以平均病床數而言，平均每千人擁有從丹麥的10床到瑞典的15床）。以瑞典而言，國家在醫院的設施上所花的經費僅次於美國佔第二位；另一方面，從特殊年齡死亡率（age-specific mortality）和預期壽命（life expectancy）的統計數字反應出該半島的醫療衛生水準亦是吾人所企盼的——世界第一位。

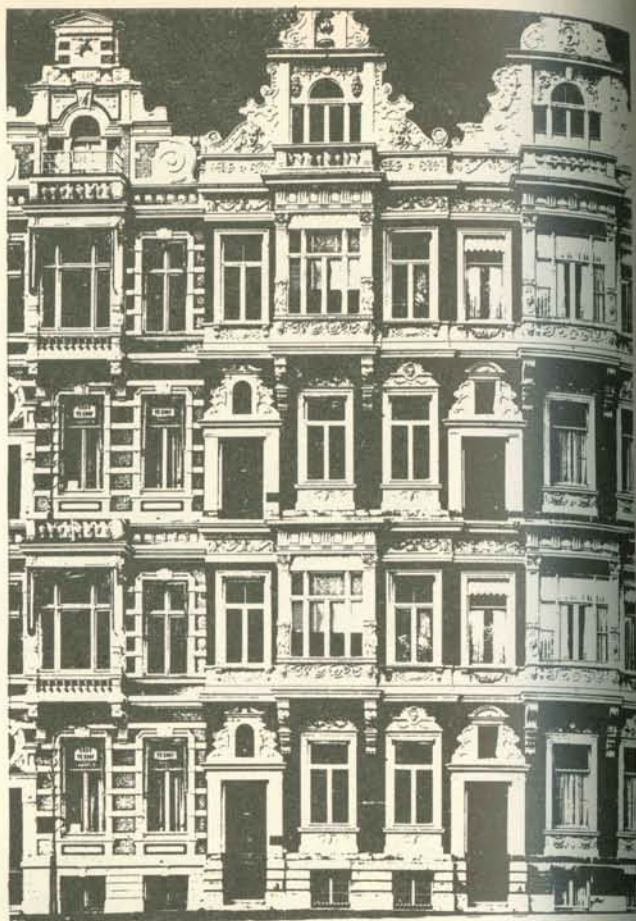
## 瑞士及南斯拉夫

瑞士聯邦政府的民主傳統及固有的自治可說是較其他國家更深植人心。由於聯邦政府幾乎完全不管醫院事務，遂充分顯現了州政府在醫療方面的自治力，而讓二十五個州握有相當的主權。其中的例外只有肺結核由聯邦政府撲滅及風濕病由聯邦政府負擔百分之十二的費用。除此外，計劃及供應醫療服務的責任完全由州政府各自擔當。

正由於州政府各負其責，執行效果也就不一而足。欲得到相當的區域型態主要的困難在於，許多州的土地人口過少，以及若干州的缺乏共同努力的機轉。（聯邦政府在承擔建造高速公路時亦遭遇同樣的問題）然而，若干大醫院及專門醫療單位亦顯示了州與州之間的合作。瑞士的五間教學醫院有相似的地位，彼此提供基本的專長，然亦協定更高等的專業則各自固守。

雖然瑞士的醫療制度十分鬆弛，但各州郡却以能各自提供適當的醫療服務而自傲。大多數的醫院設備完善，偶而在充分利用資源之後才有損壞。一般醫院並沒有廣泛的急救醫療服務，但在較小的醫院，醫生們在醫院內外均可執業。醫院對一般開業醫並不開放，其佔瑞士醫業百分之五十以下。所不同於其他國家的是，病人不須經由一般開業醫的轉介，即可直接住進醫院接受專家的治療，而由保險基金償付費用。

正如該醫療制度的特色，健康保險也是州政府的責任，各州有權決定是否須要強迫保險；以及佔收入的百分比。不論健康保險在州內是否受委託，仍然對所有瑞士公民是有效的，大多數均包含在 984 個公認的保險基金內。雖然各種保險有所不同，醫療服務却必佔其中一部分；甚至有的保險使病人能有私人或半私人的適應。



公立醫院的經常開銷由擁有該醫院的州政府當局負責。然而經費必須由公民投票授權，才能用於醫院；私立醫院則無補助；而各州的補助比例不盡相同，由蘇黎世的百分之九十至某些州的百分之十。

一般說來，保險費及病人費用佔醫院作業開銷的百分之五十。其餘則由各醫院自己設計，如省立、郡立、醫院者則由其州政府補助。沒有補助金的少數私人醫院則向病人收取實際開銷的費用。

醫院各自有高度自治的傾向，由其所有者管理。然而省立醫院因為接受州政府的補助金，則受州衛生部的控制，由於有此補助金，遂能指定醫院會議成員及檢查醫院的帳目。州衛生部亦是負責委派醫院及核發開業執照之部門。各州核發的標準不盡相同，而深深影響到醫療服務的分配問題，其他則只確定維持一個最低的水準。

瑞士之醫院利用度較斯堪地那維亞為少，（每 1,000 人口中 8.9 張病床）。更顯而易見的，1950 年至 1960 年急用一般醫院病床，從每千人 6.6 張落至 5.8 張。據估計，這樣的傾向至 1970 年，每千人將有 5.1 張病床，然而 1980 年則每千人只有 4.5 張病床。這相對性的低比例並非由於短期住院所造成。瑞士使病人有舒適病房恢復期的政策，造成一般短期醫院住院期間平均約 18.2 天。

以健康指數來說，在 17 天大的嬰兒每千人死亡率，瑞士約等於丹麥；而在瑞典、荷蘭、芬蘭之後。而且瑞士被認為是歐洲中擁有較健康國民的國家。故雖然其小而設備完善的醫院破壞了醫院有效區域化的主義，仍然能夠適應有強烈鄉村氣息的瑞士。

南斯拉夫醫療制度的組織是很獨特的。它受到東西兩方鄰國的影響，但由於第二次世界大戰之後的政體所致，却有一個獨立的方向。

南斯拉夫的醫療制度可用“自我經濟”及“自我管理”二辭來形容。其確實存在所暗指的自治力和東歐盛行的醫院控制型式及 1953 年以前的南斯拉夫成一強烈對比。伴隨著南斯拉夫國家政策的地方分權化，人民私有化及民主化的制度，聯邦及其和衛生部的歸屬授與權已有實質上的減少。其實有的權力已銳減至管理醫院衛生，醫務人員資格審查及指導醫院記錄。

1953 年以前，中央負責提供有效的區域性計劃，但在醫院當局地方分權之後，則失去了適當的計劃機構。遂有一個提案，要求各醫院的合作，以達成新醫療區的區域性計劃目標。這提案在 Zagreb 已經實現，各醫院同意服從由各醫院代表所組成委員會提出的計劃。雖然醫院並不禁止作移動性、預防性及住院性的服務，流動服務多由社區醫療中心負責，預防醫療則由公共衛生機構負責。但是有時候，某些醫院亦可承擔這些業務。

幾乎全南斯拉夫人民均有三種型式保險的一種。最多的是公保。南斯拉夫的私人機構成員不得超過五位。任何機構成員超過五位，則被認為集體所擁有，其成員均被看作公務員。故醫院成員亦屬此類。國家規定了保險基金所須最低標準，在最低標準以下，保險基金會得以決定所提供的利益，交給所批准的成員，其必須同意保險分配有關的水準。住院費用亦屬公保範圍；第二類健康保險是農民及小型私人農民健康險。在此類保險中，一般只保有關傳染病者，諸如肺結核、性病等等。第三類保險是所謂自由職業險。包括私人執業的醫生，理髮師及其他提供私人服務者。此類基金無最低要求，其利益純粹是參加者所同意分配而致。最典型的社會保險（公保），通常涵蓋了數個自治市，其利益、薪金扣除及醫院合約均有共同推派的集會決定。

根據“自我經濟”一辭，南斯拉夫國家政府並不負擔醫院建造或業務費用。故醫院基金唯一來源係接受醫療服務者所支給。由於住院費用完全由社會保險基金負擔，故醫院歲入估計靠每年二者合約協定；其合約可以自由協定。目前，在整個南斯拉夫至少有六種合約型式。“自我經濟”所造成的赤字是一項嚴重的問題，致使醫院須償債而被經濟機構所取代。相反地，多餘的收入部份用於未來的成長，其餘則分配到職員的薪水。

由於私人機構成員不得超過五人，故南斯拉夫沒有私人醫院。正因如此，而南斯拉夫的非國有化又極徹底，故不易判定所有權誰屬；而能接受“工作者即所有者”的論點。“自我管理”正如“自我經濟”是一種簡單、騙人的名詞，亦是瞭解其醫院控制的關鍵。各醫院本質上是有自治力的，由醫院職員代表及院外有關人士所組成會議來決定工作方向。此小組亦決定處理院務的人選及院方負責人。任何職員都有資格當選，並可代表各部門。雖然如此，仍然由那些有較高學歷者當選。

目前，委派制度在南斯拉夫並不重要，雖日受重視的醫院區域化可能重用此制度。現在所引用的只是衛生部的核定醫藥從業人員。然而，非正式的觀點而言，從其作業亦可見端倪，建議地方銀行不應貸款給醫院來作部方認為不需要的擴展業務，並抑制政府基金。

雖然南斯拉夫國民所得最低，而且遭受最大的戰時損失，但自第二次世界大戰以來，她在醫療設施應用及人力上已有驚人的進展。現在每千人口約有 5.0 張病床，並將其國家生產毛額的百分之五用於醫療服務。

雖然其醫療制度有明顯的缺憾，大多數歸因於不適當的資源，它却是最具彈性的制度。以其彈性加上改進醫療制度的熱誠（有六種保險基金補償醫院為證），可預卜其光明的前途。（譯自 John. H. Babson, "Health Care Delivery System: A Multinational Survey" P.111 ~ P.126, 1973）。