

第一章 緒論

本章將首先論述本研究之研究動機與研究目的，及作者所採用之研究方法與遭遇限制之處，並援用新制度論的某些觀點作為本研究之理論基礎，最後以圖示方式描繪出本研究之流程。

第一節 研究動機與研究目的

壹、 研究動機

經濟安全和醫療安全是現代人類生存的最大問題之一；良好的健康是人類追求的重要目標之一，也是基本人權。對於這些安全問題，在保障國民健康權與維護醫療機會均等的基本理念下，多數國家藉由社會福利制度來解決，希望透過社會集體的力量，謀求解決問題之道。尤其主張透過政府的力量，以全民為對象，實施各種醫療保障制度，同時為考量政府的財政狀況，並有效分配醫療資源，目前以社會保險方式運作的全民健康保險廣為世界各國所採行。

聯合國宣言中說：「人類有免於疾病的自由」；世界衛生組織（WHO）也於1978年號召世界各國於西元2000年達成「Health for All」的目標，我國於民國84年3月開辦的全民健康保險制度（以下簡稱全民健保）使台灣向此目標邁進的一大步，也是我國有史以來最重要的民生法案。全民健保的實施代表我國社會福利制度的一大轉進：象徵既往殘補式社會福利有可能轉變成制度式的社會福利制度；對社會大眾來說，透過健康保險機制來保障每個國民免於疾病傷害之威脅。全民健保的另一項重要意義，在於確保每位參加健保的國民在就診時，將不因個人經濟地位和社會身份而有不同的醫療水準；它是在醫療給付上屬於全民性的福利制度，其制度的具體實踐，反映的是社會集體共識的達成，也是社會大眾生命共同體的表現。

但在國際環境情勢、社會經濟發展效應、以及政治轉型等因素影響下，致使

九十年代之後，身處資訊時代下的台灣，社會福利政策成爲核心的關注焦點：環繞在社會福利政策議題的朝野攻防、學術論戰均突顯出社會福利政策的重要性正在不斷加溫，社會福利的討論也在選戰、國家財政負擔、社會正義的論辯中成爲重要的政策議題。現今全民健康保險面臨到的一些難題如：住院成長率等並未因部分負擔加重等制度的實施而改變；論量計酬的支付制度無法抑制醫療資源的浪費（造成每年醫療費用增加約二百億台幣以上的支出，且醫療支出的成長率高於保費收入成長率）；藥品支出將突破八百億元，佔全民健保年總支出的三分之一¹。種種現象均反映出現行全民健保制度，對於促進醫療資源的有效利用顯然成效不彰。一年營運金額高達三千多億新台幣的全民健保制度，不但事關一年三千多億台幣的收、支及其相關產業的前景榮枯；全民健保制度的運作，也對以全體台灣人民爲基礎的被保險人健康醫療權益造成影響。

與許多先進國家的處境相同，台灣也面臨了健康支出費用不斷上漲所帶來的壓力。全民健康保險自實施後，由於醫療給付支出的成長率每每以兩位數的急速成長，在保費收入相對受限增加的情況下，醫療費用支出成長率就遠高於保險費用之成長率，自民國 87 年起，財務收支已經開始出現赤字。從全民健保財務收支的成長率趨勢加以分析，民國 85-88 年實際保費收入成長率平均只約 3.1%，但實際醫療費用成長率平均則高達 10.7%，兩者相差 7.6%，顯示全民健保的長期收支將無法維持平衡。於是，台灣與所有先進民主國家一樣，健康照護體系面臨了財務上的問題以及結構改革的壓力（呂建德，民 92：71-72）。

¹ 參見中國時報民國 88 年 12 月 10 日第 9 版。

表 1-1 全民健保財務收支成長率：1996-2000

(單位：%)

年別 (民國)	85	86	87	88	85-88 平均	89 預估
實收保費收入成長率 (%)	2.9	0.1	7.0	2.2	3.1	6.9
調整後實收保費成長率 (%)	13.4	3.4	8.8	2.5	7.0	6.9
實付醫療支出成長率 (%)	17.0	6.6	10.2	9.1	10.7	0.6
收支成長率差距 (%)	-14.1	-6.4	-3.2	-6.9	-7.6	6.3
調整後收支成長率差距 (%)	-3.6	-3.2	-1.4	-6.6	-3.7	6.3

說明：

1. 85 年以後之成長率為 1996 年下半年相較 84 年同期之成長率；又 88 年上半年之成長率為 12.9%，下半年 5.6%，全年平均 9.1%。
2. 調整後實收保費收入成長率為將實收保費收入一平均眷口數 0.78 人調整計算。

資料來源：轉引自鄭文輝 (民 89)。

各種情況均顯示出全民健保制度存在著改革的急迫性及正當性，但任何健保制度改革成功的關鍵主要並不是需求面的問題，更重要的是供給面的問題 (田弘茂，民 90：10)。面對醫療成本的擴張和可用資源的緊縮，控制醫療支出成長趨勢的成本控制策略，因此變成為醫療體系的改革重點 (Wessen，1999)。雖然人口結構的老化、保險範圍的增加和所得的提高，是醫療成本上升的推力，但研究指出，以 OECD 國家為例，醫療支出的成長，有一半來自供給面的因素，包括體系的管制架構和誘因體系所造成的供給行為 (OECD，1997)。在供給面的政策包括了總額支付制度、支付制度、藥價差問題等成為成本控制的政策焦點。

在醫療關係中，醫事服務者的專業能力，使得醫師在醫病關係中扮演了關鍵性的角色，成為影響醫療供給的重要因素。由於醫病間訊息的不對稱、以及病患在罹病時喪失議價的能力，如此結構上的不對等使得醫療市場無法成為一般的完全競爭市場，導致病患常處於弱勢的一方，醫病交涉地位不對等，造成病人必須付出高額的醫療費用。而醫師在欠缺有效的監控方式下，以論量計酬的支付方式追求自己的最大利潤，但這樣的支付方式卻有可能造成過量生產或過度供給醫療服務。另外，醫師在專業上的自主性也有助於進行「虛報」及「浮報」等舞弊行為 (呂建德，民 92：79)。自十九世紀以來，由於醫療逐漸以「專業化」的形象展現，醫師團體取得了對於何謂疾病的定義權與診治方式的壟斷權 (Stone,

1983：2-17)。林國明（民 86）對台灣公共保險體系的研究也顯示，即使在國家對於醫療價格控制具有很高的操作權力時，醫療專業仍能夠透過在臨床上自主性增加自己的收入。

如何確保健康此一殊價財（merit goods）與準公共財在一群具有專業知識，卻又時時拒絕政治官僚等外力介入的醫師提供，始終是困擾各個國家政策菁英的一大難題。也就是說，如何使這群對其工作內容與技術具有充分自主權的醫療專業，課以適當的公共責任，使其在追求個人利益之餘，不致妨礙公共利益，國家機關基於確保公共利益的出發點，面對此一情況積極尋求解決問題方法，不論是設計更好的制度、或採行更嚴格的監督管制措施等，都應是責無旁貸。

貳、 研究目的

全民健保財務吃緊的原因，主要來自於醫療費用支出上漲速率高於健保保費收入的成長率。通常健保財務支出主要用於支付醫療費用為主，而醫療服務支付價格、利用量以及使用的醫療組合均影響醫療費用支出的額度。全民健保的支付項目包括：中醫、西醫與牙醫之門診與住院之基本診療、特定診療、預防保健項目（賴美淑，民 88：45-51）。由圖 1-1 及 1-2 中可得知，全民健康保險於開辦之初，每月保險費收入金額均大於醫療支出金額，因而安全準備結餘亦隨之逐年增加，所以健保財務收支狀況在前三年尚能維持平衡，但自民國 87 年 3 月開始，每月的醫療支出已經高於保險費收入金額。

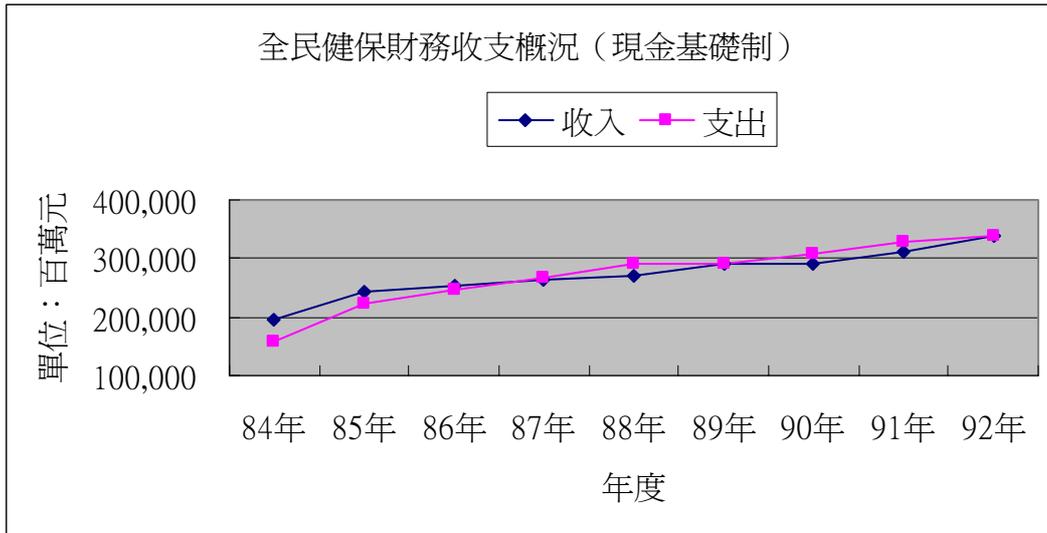


圖 1-1 全民健保財務收支概況（現金基礎制）

資料來源：中央健康保險局 (http://www.nhi.gov.tw/01intro/intro_file/1-2.xls)，作者自製。

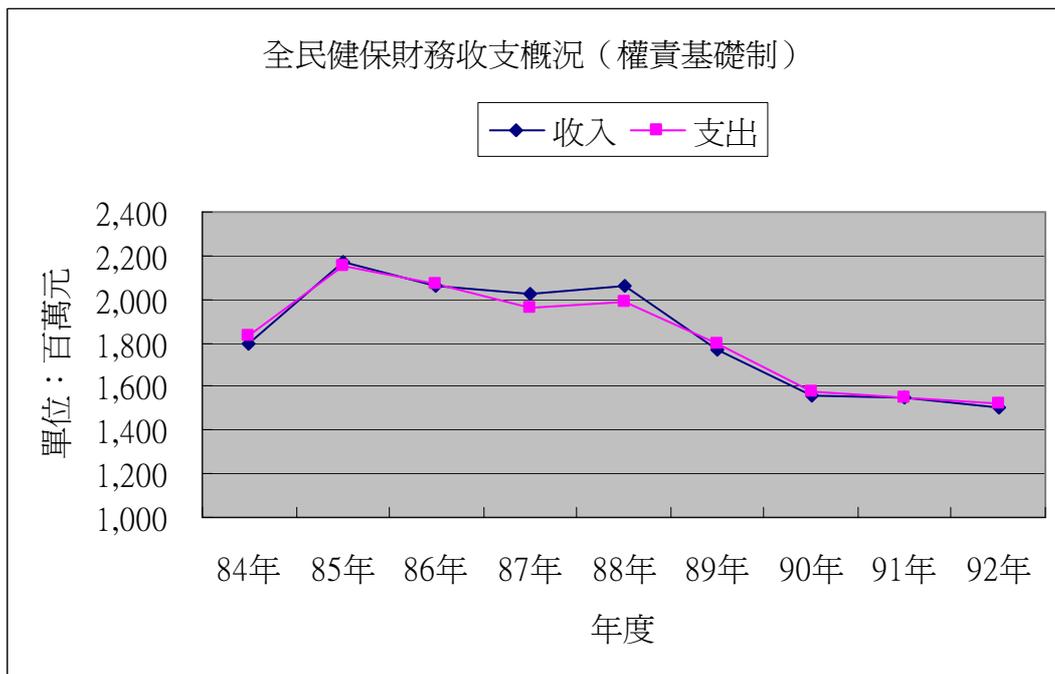


圖 1-2 全民健保財務收支概況（權責基礎制）

資料來源：中央健康保險局 (http://www.nhi.gov.tw/01intro/intro_file/1-2.xls)，作者自製。

如果以醫療資源分配的角度來看，統計指出全民健保在醫療費用支出上門診費用約佔總費用的三分之二（李明亮，民 89），我國民眾每年的平均看診數（不

分門診、住診)不但年年升高,亦高居世界第一²(參見表 1-2)。自表 1-3 可看出,屬於重症照護的住院費用僅佔總費用的三分之一,與門診所佔的比例相較之下,醫療資源分配顯然不合理。

表 1-2 台灣民眾每年平均看診次數

年度	86 年	87 年	88 年	89 年	90 年
平均每人 就診次數	14.4 次	15.1 次	15.4 次	14.8 次	14.4 次

資料來源：行政院衛生署（民 91 年）。

表 1-3 醫療支出成長率與門診、住診佔總醫療支出比率

年度	總申請費 (百萬點)	總成長 率 (%)	門診佔總申請費 用之比率 (%)	住診佔總申請 費用之比率 (%)
84 年	163,960		65.21	34.79
85 年	224,798	-	66.63	33.37
86 年	241,484	7.42	67.72	32.28
87 年	268,670	11.26	68.13	31.87
88 年	291,396	8.45	67.91	32.09
89 年	296,840	1.88	66.96	33.04
90 年	311,547	4.95	66.42	33.58
91 年	339,704	9.04	66.04	33.96
92 年	353,531	4.07	66.45	33.55

說明：民國 92 年資料係屬初步統計數。

資料來源：中央健康保險局(http://www.nhi.gov.tw/01intro/intro_file/1-4.xls)。

再者,從歷年來的紀錄亦可查知,醫學中心與區域醫院等大型醫院持續以增加看診次數來擴充門診量,使大型醫院門診醫療費用成長率高達 44.40% (參見表 1-4),在全國門診醫療費用所佔的比重亦不斷增加中(李明亮,民 89:32-38)。

² 參見聯合報,民國 89 年 9 月 30 日,第 7 版。

表 1-4 醫事服務機構門診費用申請狀況—按特約類別區分

單位：百萬點

年度	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所
85 年	23,158	22,594	27,302	76,610
86 年	27,111	23,185	29,423	83,326
87 年	29,634	27,969	32,568	91,759
88 年	34,438	31,628	34,137	95,632
89 年	37,803	32,932	30,405	94,377
90 年	41,759	36,399	29,719	96,326
91 年	46,709	40,493	30,765	101,109
92 年	46,065	43,124	31,714	106,277

說明：民國 92 資料係屬初步估計值。

資料來源：中央健康保險局 (http://www.nhi.gov.tw/01intro/intro_file/1-4.xls)。

不單如此，在全民健保藥價給付支出上的比例亦十分可觀，統計指出，以民國八十九年為例，國人的藥品支出達八百二十八億、平均每人每次門診索取近六天分的藥品³。健保藥品支出佔總醫療費用的近四分之一⁴；大小型醫院重複申報費用、詐領保險給付金額等違法醫療給付的事件也層出不窮⁵。

現行全民健保制度造成了醫療支出快速上漲及實際運作上的資源扭曲，要解決這樣的現象，除了必須要瞭解造成醫療支出上漲的原因外，更應該進一步探討型塑此現象背後更深層的因素，除了民眾不當使用醫療資源外，醫療專業浮濫申報費用、舞弊造假、濫用醫療資源、提供不適當的診療等行為，不但造成保險體系的財務危機，也腐蝕了醫療專業的道德基礎；而全民健保是否能永續經營，有賴於健保財務是否能保持穩定與健全。Evans (1998) 認為醫療制度，特別是對供給者的支付制度及規範，是影響醫療支出的最主要原因；Reinhardt (1987) 也主張醫師對醫療需求的誘發與操控能力，是影響醫療支出的一項重要因素。換句話說，醫療費用支付制度創造了誘因結構，塑造醫療提供者行為，影響醫療成本與品質，對醫療保險體系運作的重要性不言可喻。

³ 參見民生報，民國 90 年 10 月 3 日。

⁴ 參見聯合晚報，民國 89 年 5 月 9 日，第 7 版。

⁵ 如林口長庚醫院放射科虛報兩千多件全身型電腦斷層造影及核磁共振費用達八百多萬元；中央健保局處分的違規醫療院所達六百多家。參見聯合晚報（民國 90 年 4 月 10 日）、民生報（民國 90 年 10 月 17 日）。

因此，透過對醫療費用支付制度的瞭解，本研究目的擬對以下問題進行分析：

1. 瞭解現行全民健康保險所採取之費用支付制度內涵，並分析醫療費用支付制度與全民健保醫療費用上漲之間的關聯性。
2. 探討現行醫療費用支付制度下的哪些不當誘因，將引發醫療專業產生代理問題的現象。

第二節 研究方法與限制

本節首先闡釋本研究所採用的研究方法；而後，論述在研究過程中將會遇到的限制。

壹、 研究方法

本研究為「質化研究」，所採用的方法為「文獻分析法」、「歷史制度分析法」與「深度訪談法」，茲簡述以上三種方法如下：

一、 文獻分析法

文獻分析法是一種利用文獻資料來對社會現象進行研究的方法。本研究將採用此法為主要的研究方法，期針對我國全民健康保險體制的醫療費用支付制度之管制進行研究，文獻分析法的優點在於，可以觀察過往的學者們對該問題的看法和觀點，幫助我們加速理解問題以及從不同的角度觀察事物的不同面向；而該研究法最大的缺失則是在過往的文獻中可能夾雜著研究者主觀的偏見以及特殊的目的（王海山，民 87：235）。

在本研究中，所蒐集到相關數據與資料，其出處多為政府出版品、官方網站、學術論文、報章雜誌等的相關報導，可做為描述事件的重要資料來源，過往的學者研究則可以提供不同的觀點，有助於瞭解全民健康保險有關費用支付問題的相關面向。

二、 歷史制度分析法

在探討全民健保相關的費用支付制度問題，本研究企圖藉由過往健保各種統計結果與數據，具體點出現行全民健保的缺失。此外透過研究全民健保推行至今的歷史沿革，可以使我們瞭解全民健保背後的政治經濟環境及社會基礎，進而認識到全民健保制度的形成、修正與其成因。

三、 深度訪談法

本研究將針對中央健保局支付制度組、醫界代表、專家學者及相關社會團體等進行深度訪談。訪談的主要目的在瞭解受訪對象所認知的現狀問題及對未來走向的看法。本文受訪對象一覽見表 1-5。

表 1-5 本文受訪者一覽表

樣本性質	訪談對象	訪談日期	訪談方式	代號
專家學者	教授	2004/5/17	面訪/錄音	P1
醫界代表	醫師/協會前 理事長	2004/6/8	面訪/錄音	D1
社會團體	執行長	2004/6/8	面訪/錄音	N1
健保局	支付制度組長 /教授	2004/6/09	面訪/錄音	H1
醫界代表	醫師/聯合會 前理事長	2004/6/30	面訪/錄音	D2

資料來源：作者自行整理。

針對衛生署健保小組支付制度組的訪談重點有：

- 全民健保支付制度現況瞭解及缺失
- 支付制度引發醫療專業代理問題的錯誤誘因為何
- 總額支付制度的實施成效
- 總額支付制度推行後所遭遇之困難
- 國外支付制度的改革經驗值得我國借鏡之處

對醫界代表的訪談中，將主要問題聚焦於：

- 全民健康保險制度實施以來對醫事服務機構產生最大的影響
- 醫療費用支付與審查制度的問題
- 「醫療浪費」的成因與現況
- 對總額預算、醫院合理門診量等與醫界利益密切相關議題的看法

對社會團體的訪談中，主要訪談對象是提出長期關切全民健康保險法改革、及對醫療現狀有相當程度瞭解者，訪談重點將針對全民健保運作的整體性意見、醫療容易產生之弊端，以及對未來改革的主張等。

貳、 研究限制

爲了將研究焦點集中在「醫療費用支付制度」面向上，必須對於研究的討論範圍作若干的取捨，使本研究在研究時間和問題都需限縮在較短的時間和較小的範圍內，以致於對台灣全民健保問題牽涉到所需改革的範圍廣度，尤其是針對醫療費用的需求面向的討論，無法面面兼顧。

在研究時間的限制上，台灣的全民健康保險制度實際上是承繼了先前部份過去的公、勞保制度而來，國家技術官僚與醫師團體之間的互動，特別在醫療生態體系、醫療給付標準、被保險人口的費率分類方面，都深受過去歷史制度的影響。但本研究對過去這些歷史制度的影響性無法進行深入的討論，可能使得本研究在歷史制度對現狀影響的關照上有所不足。針對深度訪談方面，由於作者和預定受訪對象的接觸管道有限，訪談對象數量和代表性將受到限制。另外，各國醫療費

用支付制度的改革經驗，具有「他山之石」的借鏡功用，但限於時間空間上蒐集資料的限制，僅以一節的篇幅加以簡介，為本研究的附帶討論範圍，非主要的研究焦點。

在問題限制上，雖然說全民健康保險的改革面向主要關注在供給面向，但亦應兼顧綜合考量供給面與需求面及其交互影響，且需求面向的探討也不容忽視。例如部分負擔、給付範圍的縮減、保費繳納方式的改變等政策，也包含於廣義的醫療費用支付範圍。但本研究僅處理狹義的醫療費用支付制度範圍，處理範圍僅止於微觀層次。

另外，在全民健保的醫療支出中，在藥費的成長上，以及所謂藥價差的問題，是一項重要的政策議題，值得進行個案研究，因此作者在此僅以大範圍的藥費給付作概況敘述，而不擬對藥事政策多加討論。

第三節 理論基礎—新制度論的觀點

對醫療費用支付制度的歷史演進，及支付制度內涵的瞭解，可讓我們瞭解過去制度對現今全民健保制度的影響，並嘗試解釋造成制度限制的部分成因。因此，本研究將以歷史制度論作為一種主要的研究途徑，並參酌運用新制度論的其他研究途徑，例如理性選擇制度論及社會學制度論等，但為避免運用範圍太過廣泛，因此僅在其後章節採用部分概念如交易成本、資訊不對稱等來解釋醫療專業代理問題的產生。

有鑑於此，本節內容將針對新制度論做一簡單的介紹。

壹、新制度論的源起和意義

新制度主義 (New Institutionalism) 從 1980 年代開始對於社會科學研究產生重大的影響之後，到了 1990 年代已經成為社會科學的顯學之一。就像是之前的顯學，如現代化理論 (Modernization)、馬克斯理論 (Marxism)，以及理性選擇理論 (Rationalism)，新制度主義初期的發展，注重基本假設和理論的建構，然後才進入理論的精緻化、實例的分析，與提出政策的階段 (郭承天，民 89：171)。

直至 1970 年代末期，經濟學的理性選擇理論亦對馬克斯學派提出質疑，其認為總體現象不能脫離個體而獨自存在，指出總體和個體的特性具有某些重要差異，彼此並不能相互推論，並使用數學模型、集合理論 (Set Theory) 和博奕理論 (Game Theory) 作為推論方法。這些在方法論上的爭議，到了 1980 年代，促成了兩個學派各自修正其論點，產生了介於總體和個體之間的「中層理論」—新制度主義。

新制度主義主張人類的政治、經濟或社會行為，是受到所處制度環境的影響。最為人所知的定義，是 North 對制度的界定，「社會中的遊戲規則，更嚴謹的說，制度是人為制定的限制，用以約束人類的互動行為」(North, 1990：3-4)。

制度包含著正式與非正式的規範，正式的規範如成文的規章，非正式的規範如慣例和行為標準。另外，Crawford 和 Ostrom 所定義的制度是指「能夠塑造人類規律性行為的規章、規範和共用的策略。這些規章、規範和共用的策略，在時常出現或重複的狀況下形成以及再塑，至於如何界定制度的範圍，則要看所關切的理論問題、時間層次和研究計畫的細節」(Crawford & Ostrom, 1995: 582)。

貳、新制度論的類型與特徵

在各種討論新制度論的文獻中，最常被提及的主要有三個派別，分別是：理性選擇制度論 (rational institutionalism)、歷史制度論 (historical institutionalism)、社會制度論 (sociological institutionalism)，以下將簡單介紹三種派別之內容。

一、 理性選擇制度論

理性選擇制度論是擷取「新組織經濟學」的分析工具，強調財產權的界定、競租行為、及交易成本對制度的運作和發展之重要性 (Hall & Taylor, 1996: 943)。其假定個人是「完全理性的」，是追求利益極大化的行動者，看待制度則視制度為加諸於個人及其抉擇系絡限制，也就是當論及個人的偏好和利益時應加以考慮，但決定個人做最後的選擇因素，是理性而非制度。也就是在論及制度和個人選擇之間的關係時，可以說制度將對選擇範圍設定條件，制度它雖然無法決定選擇的結果，但透過條件限制的設定，可以增加決策的確定性和可預測性 (莊文忠，民 92: 25)。

此派的代表人物，如 Downs (1957: 28) 則認為政治人物在選舉中是效益極大化的追求者，政黨是為了勝選的目的而規劃政策，並非是為制定政策而參與選舉。另外，North (1990) 即認為制度是追求效用極大化的人所創造，在制度中尉人類未來的行動設定參數，讓人類的行為有跡可尋，增加其可預測性 (Koelble, 1994: 232)。也就是說，透過制度的設計，可以提供其他行動者的相關資訊、建立履行契約的機制、制裁脫軌的行為，以確保交易關係的穩定、引導自利的個人產生相互合作的行為、以及極小化雙方的交易成本。此派學者將制度視為，為一些少數一般性目的而服務，各種制度的外貌也許有所差異，但其所

欲達成的目的卻是相同的（Fiorina，1995：113）。即個人參與團體的活動是一種基於個人利得（gains）的契約關係，而非對組織目標的認同或承諾。

理性選擇學派的最大優點在於，其對探索行動者之間的互動模式和論證行動者在組織內的行為十分有用，只要各個行動者能充分瞭解文化和制度所設定的參數或條件，則分析者即可假定行動者是理性取向的，因為其行動將反映個人的偏好及利益（Koelble，1994：242）；其亦指出資訊對個人決策的重要性，個人所能發揮的理性計算能力，不一定取決於其社經地位高低、政治權力大小，往往取決於掌握資訊的多寡。但此學派的限制在於：過度誇大理性能力；強調偏好形塑制度無法提供可預測行為的理論；假定行動者必須是個人，未能注意團體或組織中所存在的共同行動；將制度的起源和存在僅著重效率及效益的面向，忽略情感、文化等因素。

二、 歷史制度論

歷史制度論者將制度定義為根植於政治或經濟的組織結構中，一些正式或非正式的程序、慣例、規範、或傳統（Peters，1999：66），一旦制度建立之後，就會對行動者和行為和政策的制定產生影響，也就是所謂的「路徑依賴」（path dependency）⁶。當制度建立後，便會影響行動者的行為及政策的制定，亦即大部分的行為與政策傾向是「依循既有路徑而行」，也可以說是在某種程度上對理性選擇學派的修正。

進一步而論，將歷史制度學派的內容作大概的整理，有以下幾項重點。首先，其認為歷史上從未存在過某種具有既定偏好、單純依據其利益而行動的理性行為者，因為理性的概念本身即是一種社會和歷史的建構；個人的偏好亦非是既定的，而是由社會和文化的背景所形塑，並且人與人之間存在著極大的差異（Kloppenber，1995：126；轉引自莊文忠，民 92：27）。其次，其借用了 Simon

⁶ 目前社會科學界對路徑依賴（path dependency，或譯為「因徑依賴」、「路徑相依」等）概念的使用有寬鬆與嚴謹之別。較寬鬆的定義下路徑依賴是指早期所發生的事，會影響後來事件的發展；比較嚴謹的定義，則將路徑依賴看成如樹枝分岔的次序發展模式（branching tree model of sequential development）（Krasner，1984：240）。柯志明（民 89：372）則以「小鋼珠遊戲」做類似的譬喻：「...每一選擇不僅是放棄了一些可能的替代機會，而且前一個選擇所決定的路徑往往限定了下一個選擇的可能路徑。從事一個選擇的同時已經排除了其他的選擇，也構成了其後選擇的限制條件。」

「有限理性」的概念，也就是說個人在面臨決策時，會依據現有的知識和資訊做出「滿意的」決策，而非建構一個效用函數模型計算其成本和效益。第三，其認為個人和團體如何界定其利益是需要探討的，並且，行動者所追求的目標與策略均受到制度系絡所制約（Pontusson，1995：135），值得一提的是，政府在歷史制度論者眼中，是政體中的一個重要的行動者，它對競爭結果產生重要的影響力，而不僅是如多元主義者所強調的是各種不同利益相互競爭的「中立」介入者或仲裁者。

第四，歷史制度學派接受團體理論的看法，認為相互競爭的團體為了稀少資源而發生衝突的情況，就是政治活動的核心（Hall & Taylor，1996：937）。最後，其認為「路徑依賴」觀點本身隱含了制度演進的概念（Peters，1999：65），很難產生激進的制度變革模式。亦即制度的設計不太可能以全新的制度取代舊制，制度變遷將受限於舊有制度的侷限，所以制度變遷往往是漸進的過程。

歷史制度論的優點在於具有動態的思維，是一種縱觀面的解釋途徑，其傾向處理時間序列的政策結果，彰顯前階段的結果如何影響後階段結果的發展，或是將分離的過程和衝突連結在一起；透過政治過程或歷史個案的分析比較，找出不同制度間的通則（Peters，1999：560；Kato，1996：560）。此學派受限之處在於，因採用介於「折衷主義」的結果⁷，容易出現失焦和論點矛盾之處；再者，由於過度強調「路徑依賴」的結果，將欠缺預測大幅變遷的能力（Peters，1999：76）。

三、 社會學制度論

社會學制度學派對制度的定義比政治學者更廣泛，他們認為制度不僅是正式的規則、程序或規範，也包含了指引人類行動的「意義架構」(frames of meaning) 如符號體系 (symbol systems)、認知腳本 (cognitive scripts) 和道德樣版 (moral templates) 等 (Hall & Taylor，1996：947；轉引自莊文忠，民 92：29)。

其主張個人是生活在文化和制度的系絡中，「自利」和「效用」的概念完全

⁷ 此處的「折衷主義」(eclecticism)即是指介於「方法論的個人主義」(methodological individualism) 和「方法論的集體主義」(methodological holism) 之間的考量，也就是歷史制度論者欲藉此同時兼顧理性主義與系絡主義對個人行為影響（莊文忠，民 92：29）。

是由此一系絡所決定，屬於社會建構下的產物，理性個人的行爲也根植於制度環境之中，在不同的情勢和系絡中，會出現不同的行爲。因此，社會互動關係、權力網絡、及文化系絡等是剖析決策時所不可或缺的面向，分析制度對個人行爲的影響，必須置身於當時空系絡中來觀察，才能做出富有真實意義的解釋（Scharpf，2000：770）。詳論之，此派對於結合行動和結構的分析，採取較為全觀性的途徑，認為行動者唯有在認知到一組規則、制度、及對他人行動的預期，他才可以進行理性的計算，而在一個動態變遷的社會中，個人「鑲嵌」在政治、經濟、社會與文化的系絡中受到制約，難以爲所欲爲，也就是行動者的主體性是很難建立的。

社會制度論者主張被運用的大部分的規則和程序，是因為特殊文化的實踐，並非因為其對任務或目標的達成是最有效率的（Hall & Taylor，1996：946）。；也就是說，以組織生態論的觀點來看，將制度比喻爲組織，組織爲了謀生存和發展，必須自外在環境汲取資源和爭取支持，運用不同的策略創造獨特的「利基」（niche），也就是說，社會正當性的取得與喪失是制度興衰的關鍵。另外，由於社會制度論者所認定的制度根源，不僅是規範的（normative）和管制的（regulative），還包括認知的（cognitive），因此制度的變革不僅是結構的改變，還必須有認知上的調整及配合（莊文忠，民 92：30）。

此學派的最大優點，在於能充分解釋制度的穩定性、停滯、及慣性，也就是所謂制度的演化是一個漫長的過程。因為過於強調制度對人行動的制約性，對制度的變遷便無法提出合理的解釋（Koelble，1994：235）。再者，社會制度論者忽略了制度變遷中各方行動者的政治角力情形，因為制度的改變可能導致權力結構或資源分配的重組，所以不滿現行制度者固然亟欲推翻，既得利益者也不可能坐視制度的變革而毫無動作，如此重大的利害衝突關係已註定了制度的潛在不穩定性（莊文忠，民 92：31）。

新制度論三種主要研究途徑之異同比較參見表 1-6。

表 1-6 新制度論主要研究途徑及異同之處

派別 比較面向	理性選擇制度論	社會制度論	歷史制度論
利益	策略性因素考量使理性行動者選擇次佳的均衡，如囚犯的困境。	行動者無法瞭解自身的利益、時間，且資訊不完全，只能依賴既存法規。	行動者自我利益的表達是由集體性的組織所型塑，制度於歷史軌跡中仍有脈絡可循。
政治過程	如果缺乏規則的安排，則公共的利益無法達成。	組織內部與外部過程的互動形成的結果，此及一般所稱的「垃圾桶決策模式」。	政治過程是由憲法、政治制度、國家機關的結構及國家機關與利益團體間的關係與政策網路所共同建構的。
規範議題	Elster：若缺乏合理性的手段，則實質的目的殊難達成。 Buchanan & Tullock：透過全體一致決定的方式與換票以達成效率的極大化。	Perrow：對於官僚權力與有限理性的暗示。	Lowi：民主制度是根植於國會功能的增強，協商是必須建立在規則之上，而非特定互動下的結果。
行動者	完全理性的。	有限理性的。	具自我反思能力的。
權力	強調一致性的行動能力。	位於組織結構中的位置而定。	由國家機關、決策制定的管道、政治代表與新制所共同認知的結果來加以決定。
制度機制	透過規則所建構出的選擇權。	透過程序慣例來建立選擇以及計算的能力。	由規則、結構、規範與理念共同建構出對於利益選擇及計算能力與目標的形成。

資料來源：Ellen M. Immergut (1998：9-11)；轉引自謝俊義(民 89：6)。

參、交易成本與資訊不對稱

Coase 在「廠商的本質」(The Nature of the Firm, 1934) 與「社會成本的問題」(The Problem of Social Cost, 1960) 等文章中討論了制度的出現與交易成本之間的關係，也發展出著名的 Coase 定理 (Coase Theorem)：在沒有交易成本的情形下，不管財產權是如何被界定，資源的運用都會達到最有效率的情形，他也認為，人們藉著制定各種規則來降低交易所必須花的費用，同時交易成本的存在亦導致的制度的產生，制度的運作則有利於降低交易成本(熊秉元，民 82：336)，換言之，在沒有交易成本的世界中，新古典經濟學中有效率的競爭結果將可以成立，制度毫無存在的必要，政治與經濟市場的運作將是有效率的。但是在 Coase 定理中並沒有清楚界定何謂交易成本。

而 Coase 定理也和 Max Weber 所提出的官僚理論一樣，先提出一種理想的狀態：以零交易成本來做基礎，並比較現實與理想之間的差異，再提出規範性的建議以改變現狀，於是，後近研究交易成本理論的學者就試圖將其應用在現實世界中加以解釋。如 Stigler (1961) 認為資訊不足可以視為是一種交易成本，而「搜尋理論」就在於研究當市場中的資訊不足已經存在的限制之下，理性的經濟人將如何調整自己的行為；Akerlof (1970) 在著名的「檸檬市場」(舊車市場) 的研究中指出，由於資訊結構中的缺陷，即使買賣雙方都有從事交易的意願，都將使賣方無法將正確的資訊傳達至買方，如此將使「檸檬市場」不存在。這些現象顯示出資訊的不完整及不對稱將影響市場中的經濟活動，亦即我們可以將這種資訊上的缺憾視為是「交易成本」的來源。

但是即使資訊完整呈現時，交易成本是否還存在呢？Cooter 認為：即使買賣雙方的資訊是完整的，但雙方對於如何分配利益很可能會有截然不同的觀點，因此爭議仍然會產生，而爭議的過程可能會導致交易的失敗，同時，爭執的過程亦隱含了資源的耗費，這也是一種「交易成本」的呈現 (Robert Cooter, 1982；轉引自許航瑞，民 90：44)。也就是說，交易成本除了源自於結構的因素外，還必須考量個人主觀認知差異。

這樣的觀點在 North (1990) 的「制度、制度變遷與經濟成就」(Institutions,

Institutional Change and Economic Performance)一書中更加發揚光大。North 對古典經濟學中對個人行為假設提出了修正，強調交易成本、個人處理訊息能力的差異（特別是意識型態與個人主觀的認知）的重要性。同時，North 亦認為：訊息的成本是交易成本的關鍵。交易成本包括衡量交換事物之價值成分的成本及保護權利、監督與執行合約的成本。在衡量的成本中，必須處理資訊不對稱（Asymmetries of Information）與個人認知的問題；在執行成本中，則牽涉到在階層式組織中的代理問題（D.C. North, 1990；轉引自劉瑞華，民 84：39-40）。我們也可以說，這些衡量和執行成本，乃是社會、政治和經濟制度的來源。

隨著專業化與分工的發展，非個人間的簡單交易形式開始出現，然而由於資訊的不完整以及資訊不對稱情形的存在，為了確保契約有效地執行，交易者不得不花費精力蒐集資訊及監督交易對象，以致於交易成本上升（D.C. North, 1990；轉引自劉瑞華，民 84：40），但實際上制度的架構中永遠存有增加與降低生產成本的因素，只要人類的互動持續存在，交易成本就幾乎不會消失，即使制度或結構的出現能消除既存的、外在的交易成本，卻無法使每個人的認知完全相同。

因此，決策中的衡量成本應包括：既有資訊結構不對稱所引發的交易成本（外部的衡量成本），以及個人主觀認知模型不同與差異所衍生出的交易成本（內在的衡量成本）。就降低所謂內在的衡量成本上，若一個社會的同質性較高，則我們可以大膽的假設該社會中的成員，其個人的主觀認知模型間的差異應不會太大，而使得政治過程中所花在協調、溝通的成本較低，進一步降低政治過程中的交易成本（熊秉元，民 81：267-283）。

在之後的章節中，作者將援用以上所提出的新制度論中的某些觀念，來解釋全民健保的醫療支付制度如何產生醫療專業代理問題。也就是在醫療支付制度中的各行為者（中央健保局、醫事服務提供者與民眾）之間，在互動中產生的交易成本使支付制度出現的缺失為何；進一步再討論由於醫療服務的專業特性造成專業代理問題的出現，其結果與醫療費用上漲具有某種程度上的相關性連結。

第四節 研究流程

本文研究流程如圖 1-3 所示：

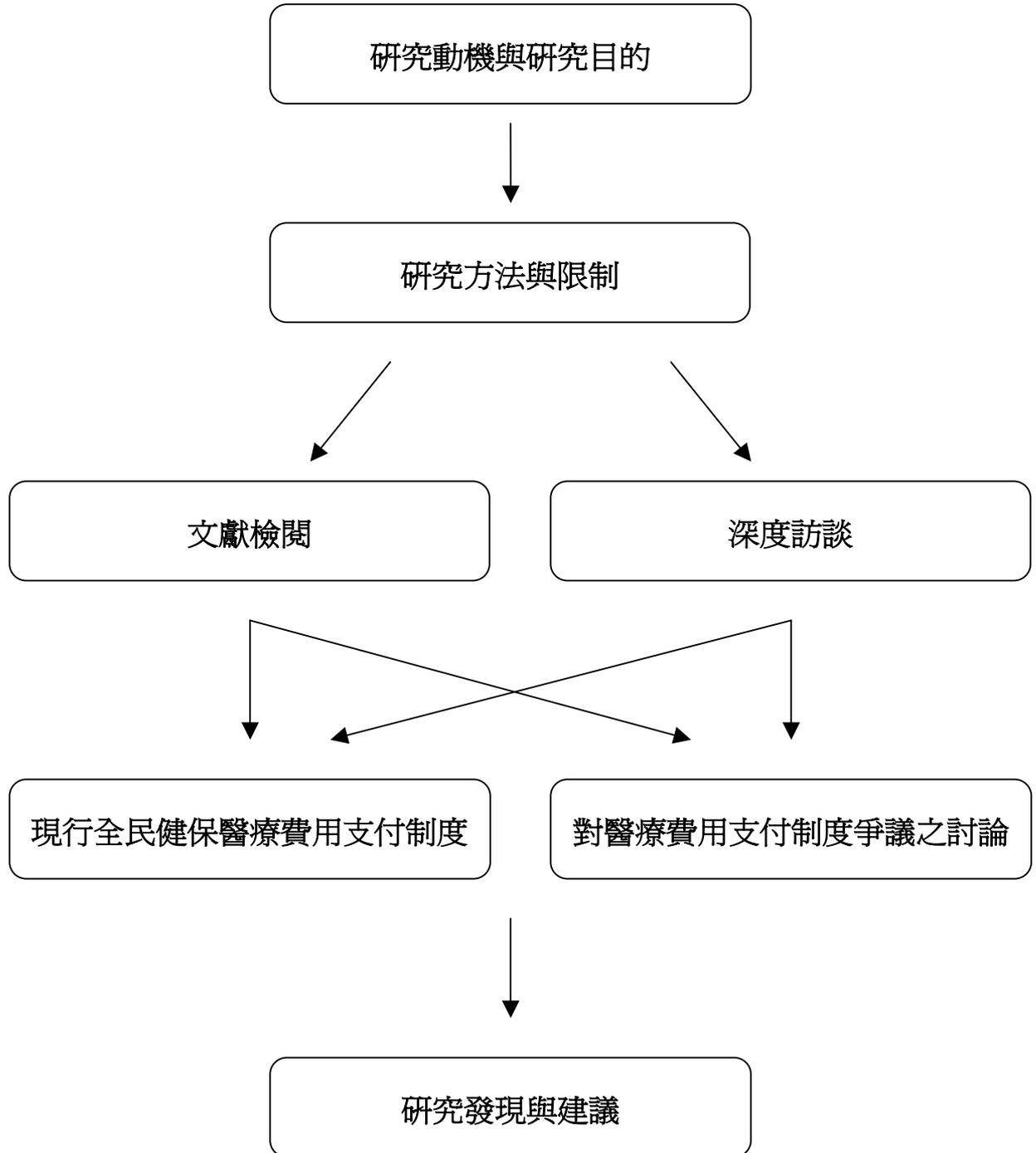


圖 1-3 研究流程圖

資料來源：作者自製。