

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

謝 美 娥*

提 要

美國提供給低收入人口為主的醫療補助方案經費年年增長，費用的約制遂成為極重要的議題。如何約制醫療服務的費用而又能提供必要的醫療服務予醫療補助的受助者是美國當今社會福利界所關注的。本文探討使用不同的醫療輸送體系來提供弱勢團體醫療服務的可行性。從美國現行醫療政策法規之觀點討論其如何推行健康維護組織，全文乃為政策分析的探討方式與架構。

現正值我國邁向全民健康保險的醫療新紀元，弱勢團體的健康照護尤為不可忽視的一環。再者，健康維護組織的觀念是不是可以引用？文中有討論，希望能提供醫療政策決定者有關的建議。

一、前 言

理想的健康狀態，是指身體能夠維持適當的功能，並且沒有疾病的發生。它是一個人獲得良好生活品質的關鍵，直接或間接地影響到這個人獲致身體上舒適、福祉和社會地位的能力。因此，健康照護（health care）是一個人生活中最關注的問題之一。假使一個人有了需要醫治的疾病，但是卻無法取得其所需要的醫療資源，那麼，他（她）所承受的不僅僅是生理上的不舒適，更承受著阻擾他（她）去求取更佳生活機會的狀況。健康照護雖然極為重

* 作者為本校社會學系副教授

要，卻由於種種因素的影響，常常不是輕易可以取得的。英國貝佛里奇（Sir William Beveridge）在1942年向國會所提的著名之報告書，列舉了阻礙社會復興的五害——貧（wants）、愚（ignorance）、懶（idleness）、髒（squalor）、病（disease）。主張英國應擬定社會安全制度予以克服，其中明列疾病會阻礙社會的進步，更是突顯了健康政策的重要性（詹火生，民 77；蔡宏昭，民 79）。

在美國，健康照護系統遭遇到許多問題。這些問題在不同的國家，實施不同的健康政策，會有些微的差異。以美國來說，唐娜（Dana, 1977）指出的問題有：醫療給付財務支付制度的問題；醫療費用上漲的問題；對於初級、預防醫療之提供缺乏的問題，長期醫療照護缺乏；大部分人而言，醫療可近性（accessibility）有不公平的現象；無法提供全人的（holistic）、廣泛的（comprehensive）照護；以及非人性化的健康照護等問題。

在這許多仍在爭議中的問題裡面，可近性的議題比較獲得大眾的關注，另外，值得一提的是高漲的費用。1965年，也就是美國聯邦政府頒佈實施老人醫療保險方案（Medicare）和低收入戶醫療補助方案（Medicaid）之前一年，其全國健康照護總支出為 419 億美元，到了1987年，其每年支出已經高達 5000 億美元，成長了幾近 12 倍（Levit & Freeland, 1988）。導致健康照護費用高漲的原因，有許多見人見智的看法，比較常見的有：一般性的通貨膨脹、人口數量上的成長、健康照護的費用支付改由第三方（third party）來付費、論量計酬的支付方式（Fee-for-service）、醫療高科技的精進與使用使診療費用更高昂、人口中年齡和性別組合的改變、健康憂慮族的增加（worried well）（Schendler, 1983）、私人商業性健康保險之增多、民眾傾向多使用住院服務而少使用門診服務等等（Schlesinger, 1985）。健康照護費用的高低，直接影響到醫療的可近性，個人必須有足夠的收入和健康保險才足以支付醫療服務的花費。

除了經濟上的因素會限制一個人是否能夠得到醫療服務（access）之外，組織的因素，也同樣會影響到健康照護的可近性。舉例子說，醫療設施的地點，交通運輸的方便性與費用，候診時間過長，某些地區性醫師的缺乏等。可近性的問題在低收入人口中特別嚴重，他們在社會經濟地位上的妨礙，影響了其對診療方式的選擇以及照護的持續性（continuity of care）。

前面所提到的老人醫療保險（Medicare）和低收入人民的醫療補助（Medicaid）方案即為美國聯邦政府所資助的方案，用以提供健康照護給平常不能得到健康服務的人群，受這些方案補助的人最關心的是醫療設施的可近性以及醫療品質的提昇；而政府，作為這些方案的資助者，最關心的，除了服務品質和可近性之外，則是醫療費用的問題了。以醫療補助為例，由於受助者不必自己負擔醫療費用（有少數州象徵性的收極低的藥費），所以極有可能會濫用醫療資源；而醫師或醫療診所（即醫療服務的提供者）則因為診療報酬支付方式為「論量計酬制」，根本不必耽心費用約制（cost-containment）的問題；相反地，他們有更多的誘因，願意提供更多的醫療服務——換言之，可能願意提供不必要的服務。因為，在論量計酬制裡面，只要有診斷治療等服務，就能收取費用。如此一來，多服務表示多收費，自然樂此而不疲。

美國的低收入戶醫療補助方案問題很多，其中之一是醫療總支出增加的問題。而導致總支出高漲因素不少，醫療服務提供者的診療報酬制度是影響總支出高低的因素之一。

在世界幾個主要國家醫療保險診療報酬的支付方式中，不外論量計酬制（美國為主）、論人頭計酬制（像英國的國民健康服務制度，以及由商業健康保險為主的健康維護組織 Health Maintenance Organizations = HMOs）、總額分配制（西德為主）和論件計酬制等（廖玉珠譯，民76年）。每一種制度都有其優缺點。以目前被批評為導致費用上漲最甚的論量計酬制言，其實施久遠，為大眾喜愛，自然有其優點，例如：病人可以主動地和其地區性醫師建立較深的了解關係，病人的預約等候期較短、醫師的分佈較廣泛，通常與病人居住地較接近、醫師樂於做追蹤式的診療等（Luft, 1982）。

本文主要想探索美國醫療補助方案中碰到的較顯著的問題，並尋求其醫療服務輸送體系（delivery system）的可能替代方案（alternatives），選擇以論人頭計酬制為主要精神的健康維護組織（HMOs）作為可能的替代方案，乃是因為健康維護組織係由私人商業健康保險經營為多，利用組織的有效率經營和競爭來抑制費用的上昇，在社會福利服務私有化（privatization）的聲浪中，不失為一種可能可以善加利用的觀念。本文中有幾個問題會有進一步的討論：從美國政府、醫療服務提供者以及醫服務的接受者觀點看，醫療補助的輸送體系有那些問題？這些問題可能被解決嗎？健康維護組織是不是可以成為醫療補助的輸送

體系？會有那些困難？可能解決嗎？本文是從鉅視面的醫療政策去分析其可行性和美國政府若要推展這種制度，在政策面上是否應該有些修正或誘因之提供？而我國在推展全民健康保險之時，對於健康維護組織應抱持何種態度，可不可能做修正後而引進，也是值得探討的。

二、何謂醫療補助方案？

美國醫療補助是其社會安全法（Social Security Act）的第十九篇，由聯邦政府和州政府合力資助的方案，提供醫療服務予低收入的老人、眼瞎者、殘障者、家有依賴兒童之補助方案之接受成員，以及某些孕婦和兒童（U.S. House, 1989）。換言之，醫療補助是提供良好品質的醫療服務給貧困人士，使他們有機會接受健康照護（access to health care）。基本上，這個方案有兩個目的（Davidson, 1982）：

1. 使合乎資格的低收入人口能得到所需要的醫療服務，不因為經濟上的阻礙而使其就醫的權利受損。

2. 鼓勵低收入人民多利用美國醫療主流（medical mainstream）的服務，讓他們有機會融入美國的主流文化中。

接下來，本文擬從醫療補助的受益資格、財政分擔和醫療服務的範圍等諸方面簡單地介紹此方案。

（一）受益資格：一般說來，醫療補助和聯邦政府兩個現金補助的方案聯結一起。一為「家有依賴兒童補助方案」（Aid to Families with Dependent Children=AFDC）；一為「補充性安全收入」（Supplemental Security Income=SSI）。雖然醫療補助和家有依賴兒童補助方案及補充性安全收入方案有關，但醫療補助仍有規定資格限制，在最近立法內，已逐漸擴大其受益對象；例如，州政府必須把符合收入規定的懷孕中婦女全納入醫療補助的對象，不論其是否接受前述的現金補助方案，這是對孕婦的醫療照護，以確保婦女及嬰幼兒的健康。同時，聯邦政府也規定各州要分階段（怕各州財力一時負擔不起）要合乎州規定收入標準以下的家庭，其七歲以下孩童納入補助範圍，即使這些孩童不是失依兒童（U.S. House, 1989）。另外，有一些新規定自1990年4月1日生效的，如：當家庭因收入增加而不再符合收入補助時，州政府仍應給予延長12個月的醫療補助，前面的六個月，這些家庭

的醫療補助項目必須與其符合現金補助時所得到的服務項目完全一樣；而接下來的六個月，州政府必須提供下列的選擇方案：1. 限於緊急需要的，2. 對收入高於貧窮線者，令其每個月繳交「保險費」，但不得超過總收入的百分之三，3. 提供醫療補助方案中的基本項目服務，4. 用醫療補助的錢協助其支付與就業有關的健康保險之保險費、自付額和費用部分分擔（U. S. House, 1989；Harris, 1989）。

上述的接受對象稱為「類別需求者」（categorically needy），有些州更自行規定「醫療需求者」（Medically needy），後者是指接受醫療補助的對象，雖然不屬於低收入的老人、盲人、殘障、失依兒童或孕婦之任一類別，其收入或資產也比州政府的最低收入之規定還高，但是由於有重大的醫療費用，州政府也可以決定給予補助，惟一的限制是爲了得到聯邦政府的補助款，該家庭收入不得超過同家庭大的 AFDC 家庭最多給付款的一又三分之一倍（HCFA, 1982）。

（二）財政分攤：醫療補助方案係由聯邦和州政府共同分擔費用，州方面必須接受聯邦政府的規定方可得到配合款。依配合款的計算公式，每年有不同，基本上與各州人民之平均收入成反比，補助比例約佔總費用的百分之五十至百分之八十三（蔡宏昭，民 79 年）。行政手續之費用則對半分，由州政府全權負責執行之工作，聯邦政府的衛生暨人群服務部（the Department of Health and Human Services=DHHS）下的健康照護財政處（Health Care Financing Administration=HCFA）負責監督。

（三）服務範圍：聯邦政府規定各州必須提供下列的服務給「類別需求者」：住院服務與門診服務（包括預防、診斷、治療和復健服務）；醫療檢驗及 X 光服務；對滿 21 歲者的技術性養護設施之服務（Skilled Nursing Care）；居家照護；對未滿 21 歲者之早期定期篩選，診斷和治療（EPSDT）服務；家庭計劃服務及用品；醫師診療費以及接生護士之服務（HCFA, 1982；U.S. House, 1989）。各州可以自己設定服務類別的數量與限制，例如：住院期限、醫師診療次數等。因此，各州在醫療補助方案所涵蓋服務的類型與數量均有差異。

三、醫療補助方案的缺失

醫療補助方案有三方面的參與者：政府方面、醫療服務提供者和接受醫療服務者。下面即從這三方面所碰到的問題來說明這個方案的缺失。由於每方面所面臨的問題均極為複雜且有關聯，因此有些問題會在其他團體中也出現。

(一)政府方面：政府面臨到的問題以不斷高漲的醫療補助經費為首要。在許多州的總經費裡，以本案的花費成長最為快速，其成長的速率甚至比州的歲入增加率還快。聯邦政府也經驗到同樣的問題與困境，導致全國預算的赤字。聯邦政府和州政府合計的醫療補助經費從1972年的63億美元，上漲到1982年的299億美元。以百分之十六點九（16.9%）的年成長複比率（Annual Compound Rate of Growth=ACRG）逐年成長，相較之下，聯邦歲入僅以百分之十一點七（11.7%）的ACRG增加。所以，醫療補助的經費成長約比政府支付該方案的能力高出百分之四十（40%）（HCFA, 1984）。

在1970年代，經費快速的增加可以歸諸於所涵蓋對象的擴增。然而，1980年代以後各州政府自訂的緊縮政策，使得符合資格的人少了近百萬（U.S. House, 1985）。導致醫療補助方案費用劇增的因素很多，例如：病人使用服務的種類與次數均增多；老人人口的增加；養護機構服務的價格上揚；醫療單位價格高漲（price per unit）等（Nassirpour & Flood, 1985）。經費的增加，使美國政府開始做成本效果等分析，並想尋求可行的替代方案。

(二)醫療服務提供者：警察院所和醫師們最大的抱怨是州政府的給付過低。有13州採用老人醫療保險（Medicare）的給付水準，即該地區某一特殊服務一般的、習慣的、合理的收費（Usual, customary, and reasonable charges）標準的百分之七十五（75%）（Davidson, 1982）。有更多州給付比例更低。不僅是給付比例低，而且，一旦設定之後就很難再增加。醫療服務提供者並抱怨費用的償付過慢，償付的費用無法預測，以及為了領取償付的費用，須填寫極為繁複的表格（Garner, Liao, and Sharpe, 1979）。有一個伊利諾州的研究顯示：1974年5月份由州政府公共救助部門所支付的賬單中，有百分之二十六（26%）已超過四個月，其中有百分之五（5%）甚至已超過一年的期限（Davidson, 1982）。

行政上繁複的手續（只爲了申請費用之償付），使很多參加醫療補助方案的醫療院所和醫師不勝困擾，當負擔增加之後，就興起退出方案的想法。這又引起另外一個問題而連鎖性的使方案的經費增加：即醫療補助的病人由於無法進入提供初級醫療照護（primary care）的院所，只得跑到大型醫院（如醫學中心）的急診室就醫，一方面缺乏效率，二方面又比較昂貴。

（三）醫療補助接受者：接受醫療補助的人是不必自行負擔醫療的費用。換言之，醫療服務是免費的。因此，很多人可能會過度使用服務，根本無誘因使他們願意合作以抑制費用的上漲。

除了有可能濫用服務導致醫療補助經費之增加以外，醫療資源分佈不均，也常使受助對象困擾。很多醫療院所和私人開業醫師的診療室，都喜歡設立在較富裕的地區。這些高級地區當然是低收入人口住不起的。病人必須通車前往就醫。但是，這些人不是老弱就是重病，既沒有交通工具也沒有能力開車，偏遠地區，大眾交通工具又少。此外，就是不辭辛苦地到了目的地，也常爲醫師所拒絕。使得醫療補助的病人被迫到專門看這一類病人的診所去，被稱作「醫療補助製造工廠」（Medicaid Mills），提供的照護與一般水準相去甚遠。斷斷續續的照護（Fragmented care）也是其問題。病人多數前往大醫院急診中心，每次看不同的醫師，等候的時間又長，轉介時又缺乏協調，致使醫療服務的品質差而且沒有持續性。

以上是從三個參與醫療補助方案的當事團體去分析其面臨到的問題，問題的存在有其歷史背景，自然無法一下子釐清。然而從分析的脈絡中，可以看出其問題的產生都或多或少與費用的償付方式有關係。在醫療補助的改革方案中，有一個是針對其輸送服務體系（delivery system）和費用之抑制同時予以改進的——亦即使用健康維護組織（HMOs）來提供醫療的服務，並作爲服務費用償付的方式（論人頭計酬制）。

下列先就健康維護組織的源起簡介。

四、健康維護組織（HMOs）的發展

健康維護組織的概念，起源於1929年。美國洛杉磯的「羅斯魯斯診所」（Ross-Loos Clinic）和奧克拉荷馬州艾爾克市「合作」（Cooperative）兩個計劃先建立。這兩個計劃

的建立，旨在希望以合理較低的價格提供高品質的醫療服務予某特定的人群。當時正值經濟上的蕭條期，傳統的「論量計酬制（Fee-for-Service）」之醫療費用償付方式變得不太可靠（Falkson, 1980）。也就是說，病人看了病，不一定付得起醫藥費用，而醫療服務提供者提供服務之後，也不一定能得到支付。當時的健康照護體系也面臨轉型，許多獨立的私人開業醫師（independent solo practitioners）開始合作而集體開業（Group practice），需要穩定可靠且大量的收入以利運作。預付費用的方式（prospective payment）被發現可以減少收入的不穩定性，於是許多醫療服務提供者紛紛採用。

健康維護組織雖然成立於 1920 年代，但一直沒有立法管轄，直到 1973 年的健康維護組織法（Health Maintenance Organizations Act of 1973）（P.L. 93-222）通過實施才確定其法律地位，該法的主要目的是鼓勵這二類組織的建立與發展（Coulton, 1982）。

健康維護組織到底是什麼樣的組織呢？它是用預付費用的方式提供綜合性健康保健服務，使醫療服務提供者對過多的服務利用財務上的風險以控制組織成員對醫療服務的使用，進而降低醫療的費用，傳統的 Fee-for-Service 的醫療費用之償付方式是論量計酬的方式（藍忠孚，民 79 年）；而健康維護組織則是依人頭，由參加的成員攤算其應付的年資，以取得事先協議好的醫療保障。

健康維護組織（HMOs）有下列幾個特性：（藍忠孚，民 79 年）。

1. 由醫療服務提供者或資本家組成投資團體，規劃健康維護組織的計劃。
2. 這個計劃由州的保險部審核後，發給執照，然後與醫院簽訂契約。
3. 鼓勵或說服健康維護組織所在地的雇主們，讓工作員工選擇加入組織，接受健康照護。保險費用則依家庭組成（單身、已婚有無子女）而定。
4. 參加健康維護組織的成員，得選擇一個醫師作為其家庭醫師。
5. 在成員型的健康維護組織中，醫師是領取固定薪水的，提供服務但不向病人收費，醫院則收取經過協商後一定比例的費用，通常是少於固定收費的百分之十五（15%）至百分之二十（20%）。
6. 所有參加健康維護組織的人均得到常規性和緊急性的健康照護，不必再付費或僅付少許費用。

7. 假如健康維護組織吸收足夠數量的成員，而且其使用的醫療服務平均不太多，則這個組織就能夠財務平衡，甚至會有盈餘；然而，假如其吸收成員太少，或病情多很嚴重，以致使用很多醫療服務，則可能會虧損成本。其財務上的風險是由醫療服務提供者，投資家和該組織共同分擔的。

由此可以瞭解健康維護組織的本質，乃是透過限制醫療服務的使用，以抑制不斷上漲的醫療費用。醫療補助方案（Medicaid）經費不斷地上漲，使得美國有些學者和政府決策單位紛紛想盡辦法來節制費用，健康維護組織就是其中的一個方式。

五、健康維護組織的理論

健康維護組織被用來作為節制醫療費用上漲的機制，所依據的理由不外：

1. 健康維護組織採取論人頭計酬的預先付費方式，醫療服務的提供者對於營運負有風險，所以他們有極強的誘因，會避免讓病人使用過多的醫療服務，特別是價格昂貴的住院和不必要的外科手術。
2. 健康維護組織使用較多的門診服務和預防性服務，讓病人達到預防先於治療，和達到早期治療的先機（Coulton, 1982）。
3. 健康維護組織能提供持續性照護，有良好的轉介和協調系統。
4. 健康維護組織會運用各種衛生教育和預防醫學教導其病人為自己健康負責，過健康的生活方式。

這些原則是有實證研究的支持（Donabedian, 1969；Roemer & Shonick, 1973）。然而對低收入人民是否具備同樣的效果，就值得進一步探討。美國健康維護組織和醫療補助方案結合，早在1970年波士頓和華盛頓地區均試辦過，1973年底，紐約市所舉辦的類似計劃（Medicaid-HMO）也已達七年的歷史。這些計劃都是企圖在不降低醫療品質的情況下控制醫療補助的費用。但是，仍有許多州政府還在猶豫而不敢推行類似的計劃，加州Medi-Cal的失敗經驗，負債壘壘，阻卻了類似計劃的推行（Fuller, Patera & Koziol, 1977）。

六、採用健康維護組織輸送醫療服務對低收入人民的影響

有關健康維護組織的研究，多與職業團體有關。這是因為這類組織均以吸收就業人口為主，參加健康維護組織是雇主提供給其員工的職業福利（Occupational welfare）之一，而提供醫療服務給其貧民的健康維護組織，是不是仍具備一些正面的效果？在為數不多的相關研究中，綜合其研究結果如下：

(一)經費：報導最多的莫過於經費的節省了。華盛頓州曾比較以健康維護組織和論量計酬兩種方式提供醫療給「家有依賴兒童補助方案」（AFDC 的對象，結果發現前者費用節省了百分之二十九點八（29.8%）（Coulton, 1982）。針對哥倫比亞行政特區所做的類似比較，以 1972 年到 1974 年三年比較發現：醫療補助病人（使用傳統制度的）平均每年的費用分別為 373 美元，435 美元和 465 美元；而享有同樣服務內容的預付集體實施（prepaid group practice）的醫療補助成員，平均每人每年的費用為 282 美元，232 美元，和 286 美元。顯示出費用節省了百分之二十四點四（24.4%），百分之四十七（47%）和百分之三十八點五（38.5%）。三年期限平均節省了百分之三十七點二（37.2%）（Fuller et al., 1977）。

冠伯恩（Coburn, 1973）的研究也顯示：雖然一般人相信低收入人民會使用較多的醫療服務，但是透過健康維護組織提供醫療服務並不會使費用提高。從這些實證研究，我們似乎可以大膽的下一個結論：即以健康維護組織來輸送醫療服務的方式，會減少聯邦和各州政府醫療費用的支出。

(二)可近性：醫療補助方案最初通過的目的是要促進低收入人民的醫療可近性。然而由於過低的償付率、費用償付的不可預測性、繁瑣的行政手續、以及償付期間過長等，使許多好的醫師或醫療院所都不願意看醫療補助方案的病人。假如，醫療補助的接受者加入健康維護組織，政府是以計人頭給付（capitation）的方式預先付費，就可以減輕這些問題了。醫療提供者較不會拒絕看這一類病人，醫療可近性的目標自然可以達到。傅勒等（Fuller, Pa-

tera, & Koziol; 1977) 的研究就發現，醫療補助的病人和健康維護組織簽約者，有較好的醫療可近性。他們等候較少的天數就可以就診，到了醫師診所後，候診時間也較短。一般來說，百分之六十七（67%）的病人自稱比較容易見到醫師，只有百分之七（7%）的病人認為比以前使用「論量計酬制」（FFS）的方式更困難看到醫師。

（三）門診和預防性照護：健康維護組織鼓勵其簽約的成員多使用門診醫療和預防保健，以期早期發現疾病並及早治療以節約費用。早期治療可以避免住院和外科手術等較昂貴的醫療服務。這種預防性地使用門診在簽約的低收入人口中也很普遍。高斯（Gaus）等人研究發現醫療補助接受者和健康維護組織簽約者，其子女使用門診的頻率增高，高斯（Gaus）等人認為這就是多使用預防診療的象徵（Coulton, 1982）。達頓（Dutton, 1979）比較五種醫療服務輸送方式裡低收入人民使用門診醫療的情形。結果發現預付式集體實施（prepaid group practice）有最高的門診醫療使用率，其兒童健康檢查率高達百分之八十八（88%），其他方式的比例分別為：私人開業「論量計酬制」（FFS solo practice）的百分之五十六（56%）；集體開業「論量計酬制」（FFS group practice）的百分之六十九（69%）；公立診所的百分之五十（50%）和大型醫院門診室和急診室的百分之二十八（28%）。而過去六個月的成人醫師造訪率，在私人開業「論量計酬制」的醫療服務輸送方式裡，也高達百分之四十九（49%），在其他醫療服務輸送方式的造訪率則分別為百分之三十四（34%）、百分之三十八（38%）、百分之十七（17%）和百分之二十五（25%）。由此可見醫療補助結合健康維護組織（Medicaid-HMOs）的平均門診就診率有較高的趨勢，這個現象說明了醫療服務提供者企圖透過預防醫學的使用而降低住院率和不必要的外科手術。

（四）健康照護的品質：許多學者以為健康維護組織可以提供較高的醫療品質。理論上說，這種組織講究有效的管理系統，病人可以從過去得到的斷斷續續的醫療轉為整合的、有持續性的醫療。而且因為有同儕審核（peer review）、諮詢的機會，也可增強醫療的品質（Hester & Sussman, 1974）。強調節制費用而使這類組織鼓勵它的成員多使用門診檢查和預防診療也是提高服務品質的方法。不過，有關這種組織對低收入人民醫療品質影響的實證研究很少，不能夠具體舉證說明，只能側面推論，所以驟下結論還是很冒險的。

(五)消費者的滿意度：病人對於健康維護組織服務的滿意度，在研究結果中很不一致。高斯（Gaus, 1976）比較醫療補助受助者時，發現採用傳統的「論量計酬制」（FFS）和「健康維護組織」（HMOs）的病人滿意度並無顯著的差異，有十分之九均表示非常滿意或滿意。他推論這個結果可能是由於低收入患者習慣於久候或根本無健康照護所致。傅勒等人（Fuller, Patera & Koziol; 1977）也發現醫療補助受助者在參與健康維護組織後，對其服務表示很滿意，他們同時覺得護士工作效率高而有禮貌，但是卻覺得醫師似乎對其健康問題不太感興趣，也沒有用簡單的用辭解釋病情。然而，這個研究並沒有對照組，所以無法肯定地下結論說參加健康維護組織的醫療補助受助者其病人滿意度比較高。同研究中，使用了「退約率」（dropout-rate）和「計劃外醫療服務使用率」（out-of-plan utilization）作為滿意度指標，前者只有百分之二點五（2.5%），後者也很低，可能可以說明醫療補助的病人對健康維護組織這一類組織的接受度。不過，我們仍應採取保留的態度。例如，使用計劃外醫療服務的比例很低，並不一定可以作為其對醫療滿意度的解釋。使用計劃以外的醫療服務，病人必須自己付費，對於經濟有困難的低收入人民來說是否有能力去付這一筆額外的費用？答案常是否定的。

七、美國當前對醫療補助結合健康維護組織的法律規定

(一)相關的政策

現行法律中有關醫療補助結合健康維護組織的規定，主要在兩個法案中。一為社會安全法第十九篇（USC 美國法規第四十二篇第七章第 1396 節，1985）；另一為公共衛生服務法（USC 美國法規第四十二篇第六A章第 300e 節，1985）。

醫療補助法規裡相關的規定綜合如下：

1. 醫療補助方案得允許各州主管社會福利的部門與符合聯邦標準的健康維護組織簽合同。
2. 健康維護組織提供給醫療補助受助者之服務必須與非醫療補助之成員，在服務的時間

上、數量上、期限和範圍一致。

3. 社會福利主管機關得與各種類的健康維護組織和預付式醫療計劃簽約。例如：非風險性契約、風險性廣泛式契約和其他風險性契約。其中以風險性廣泛式契約能提供醫療補助受助者最多利益，應更鼓勵之。
4. 關於論人頭付費的規定：契約中必須確立實際計算的基礎，其費用不得高於有相同服務涵蓋範圍的「論量計酬制」所收取的費用。
5. 聯邦法規第 434.26 條規定：健康維護組織吸收醫療補助方案之受助者為成員時，其比例不得超過參加該組織總人數的百分之七十五（75%）。但是如果該組織是公立的，而且是風險性廣泛式的契約，則人數不在此限。
6. 健康維護組織雖然可以有費用分擔的規定（聯邦法規第 447.50 條與第 447.52 條中），但是，參加者如果是「類別需求者」，則免除任何費用之分擔。

以上是醫療補助法裡有關健康維護組織的規定。在「公共衛生服務法」裡面也有一些政策性的規定：

1. 健康維護組織不得拒絕社會安全法第十九篇醫療補助受助者的參加，但人數不得超過該組織總人數的百分之七十五（75%）。
2. 健康維護組織不得以健康不佳為理由而拒絕成員之加入。
3. 為了服務「醫療服務欠缺的人群」（medically underserved population），衛生暨人群服務部應特別考慮核准以服務這些人群為主的健康維護組織之申請及貸款。

(二)現行政策下的後果

現行法規並沒有特別誘因以鼓勵健康維護組織讓醫療補助的受助者參加，法規僅規定有優先考慮其申請設立和貸款。參加健康維護組織的醫療補助患者，常常更換契約，進出組織，徒增加行政的費用，導致健康照護的不持續以及無法事先預測費用和收入，條款中對這些情形並未加以限制。再者，健康維護組織在剛開始設立運作之時，常會碰到許多困境：

1. 新參加的人，其被延宕未滿足的醫療需求急於尋求滿足，使他們在短時間內會要求大量的醫療服務；
2. 健康維護組織對於新參加的成員必須建立基本的醫療資料，費用會增加；

3. 新參加的成員不明瞭健康維護組織的運作，增加行政困擾（Bonanno & Wetle, 1984）。

這些新設立時會特別碰到的問題，相關法規中並未訂定協助辦法。總而言之，現行法規對於醫療補助受助者之參與健康維護組織的誘因很薄弱，因此服務這個人群的健康維護組織發展一直緩慢，不如預期的快。

(三)醫療補助結合健康維護組織執行時所遭遇到的問題

有一些問題是結合醫療補助和健康維護組織常碰到的，大致上可以歸納為六方面：

1. 在醫療補助方案下參加健康維護組織，過分集中於幾個計劃（plans）。所有的健康維護組織的成員中，有醫療補助之救助者只占了百分之二點四（2.4%），而其中百分之七十（70%）是由百分之一點六（1.6%）的健康維護組織來提供服務，這些計劃又集中於三個大都會地區：紐約市、底特律市和洛杉磯（Ashcraft & Berki, 1983）。又以伊利諾州為例，州的公共救助部也曾讓醫療補助的受助者選擇參加健康維護組織，但這些組織全集中在芝加哥附近（IDPA, Annual Report, 1984）。鄉村偏遠地區很少有健康維護組織願意提供醫療服務予低收入人口。
2. 市場促銷策略之不足：大多數的組織是透過雇主提供企業福利給其工作人員和家庭。因此，一般的健康維護組織可以向工廠、公司直接促銷其計劃。但是，對於個別人士，包括醫療補助的受助者，並沒有太多機會得到相關的訊息。由業務員挨家挨戶的促銷方式，成本較貴。醫療補助的接受者不僅貧窮、未就業，更是未組織的一群人。使一般健康維護組織不太願意讓他們參加。
3. 更換率太高；也使健康維護組織拒絕醫療補助之受助者：要讓這一群受助者安於一個組織是很困難的，由於根本不必負擔醫療費用，自然無經濟上的誘因使他們願意被鎖定（lock-in）在一個計劃裡，再者醫療補助受助者常由於就業或其他因素使收入增加而不再符合受助資格。健康維護組織面臨隨時解約的困境，這種更換率高達百分之五十（Ashcraft & Berki, 1983）。而如此高的更換率，也使健康維護組織想提供健康教育和持續性的照護變得困難重重。
4. 開始設立時，使用過多服務的問題：前述提及在新成員剛加入時，會有過度使用醫療

服務的情形（Bonanno & Wetle, 1984）。這雖然只是短暫的現象，但極可能造成該組織初期的嚴重虧損。法律條款中有規定特別貸款，但這條法令業已於1986年9月30日截止（USC 42 Sec. 300e (4)(d)）

5. 按人頭付費計算的問題：美國聯邦政府並未設立醫療補助結合健康維護組織計算費用的公式，僅訂有最高不得超過同時務範圍之「論量計酬制」的費用。各州政府也無類似的規定。因此，有些州採取每個月浮動率計算，反而失去可以預先估算費用的優點。
6. 監督費用高昂：處理公共經費時，通常會特別要求「權責性評估」（accountability）要高（Hester & Sussman, 1974）即使是私人為主的健康維護組織，仍要面對一連串的稽查。不同指導單位、主管部門都要求在不同時間填不同的表格，以致行政費用的節省顯得寥寥無幾。

健康維護組織始立於節約醫療費用的動機，面對高漲的醫療補助經費，自然會衍生利用這種組織的特殊功能，以達到節制支出的想法。但是由於醫療補助者使用醫療的習性以及法規上的限制，使其能達到的效果有限。如果能確實從政策面給予鼓勵，效果也許會大一點。

八、如何從政策面來改進

(一)美國聯邦政府可以繼續給予接受醫療補助受助者的健康維護組織貸款優惠或協助其成立，並鼓勵其設立於醫療資源較缺乏的地區。

(二)得設立人頭費計算方式：以老人醫療保險（Medicare）的健康維護組織為例，其已明文設定人頭費率為該地區調整後的每人平均成本（Adjusted Average Per Capita Cost）之百分之九十五為預估費用而收取（Bonanno & Wetle, 1984）。醫療補助方案似乎可以沿用同樣標準來計算。這種固定的、預估人頭費率的方式可以減低呈報成本的費用和行政負擔。再者，成立前幾個月可以給予較高的費率，如此一來，健康維護組織可以以提供較好的醫療保障來吸引醫療補助病人的參加，並降低其高的更換率。

(三)協助促銷計劃：由於針對個人促銷所需成本比團體促銷來得高，引起健康維護組織的怯步。各州政府可以在個人申請醫療補助方案時，告知其地區內有這樣的組織，供其選擇。

(四)美國聯邦政府已允許各州政府可以自己訂定費用分擔，除 18 歲以下的受助孩童、孕婦、家庭計劃、和急診之醫療補助受助者不得收費外，其他可以收部分費用。各州可以規定若使用傳統的「論量計酬制」得分攤部分之醫療費用，一方面可直接減少醫療補助的支出，另一方面可間接鼓勵參加健康維護組織，又可節省方案的支出（U.S. House, 1989）。

(五)簡化監督的程序：以統一表格作為監督管理的工具。海斯特和薩斯門（Hester & Sussman, 1974）更建議使用同儕審查（peer review），消費者指控部門的設立以及雙選擇（dual choice）等作為監管方式。此外，各種統計的收集，例如定期蒐集各不同人群團體的使用率等，也是有效的方式。

透過健康維護組織把醫療服務輸送給醫療補助的受助人群，在美國，仍是在發展當中。這種組織的成立需要政府方面在組織結構上給予支持，並給予管理的諮詢，換言之，訓練優秀的管理人才並不夠，更應該協助醫療組織在結構上改變，這個往往需要政策上的支持，才得以順利推行。

私人商業性健康保險，一般說來，比較會注重成本效益的分析，節制費用等。所以私營健康保險的觀念也常常為公營事業延用。社會福利服務的提供，愈來愈多重視效率和費用節約，於是有福利私有化的呼聲和趨勢（謝美娥，民 79 年）。把健康維護組織用於醫療補助方案也可以算是福利私有化的一種類型，由民間來承包政府社會福利的提供，一方面順應趨勢，重視執行效率和節省快速膨脹的福利經費，另一方面更可以促成社會福利提供的多元化，使受助者也能有選擇的權利。

美國健康維護組織在過去十年中有快速的成長，1980 年成員總計九百萬，佔全美總保險人口的百分之四（4%）。到了 1989 年，已經超過三千二百五十萬人，約佔全美保險人口數的百分之十二（12%）（藍忠孚，民 79 年），在醫療費用不斷上漲之際，採用競爭性的健康維護組織來約制費用，並提供合理的健康服務，不失為可行的辦法。

九、我國的適用性

美國的健康維護組織，不僅用在醫療補助方案，連聯邦的老人醫療保險（Medicare）也允許其保險人加入，甚至於有學者預測，由於醫療費用不斷上漲，有朝一日，聯邦的老人

保險有可能全面採用較能根本抑制醫療費用上漲的論人給付制度（Bonnano & Wetle, 1984；藍忠孚，民 79 年）

我國在民國 83 年將步入全民健康保險的時代（目前有可能延後一年），79 年 7 月業已先開辦低收入戶的健康保險。惟目前制度上的規劃，僅有醫療服務使用者部分分擔、和診斷關係群（Diagnosis Related Groups）的提議，對於健康維護組織（HMOs）一直不敢引進。有識之士已有引進此類組織的呼聲，惟仍有些人士擔心如果由國家（勞保局或中央主辦全民健保的單位）來組成健康維護組織，則失去以競爭方式提高效率的原意，而如果由醫療服務提供者或投資家用個體方式引進，又擔心會有逆選擇的問題（張丕繼，民 79 年）。

健康維護組織（HMOs）常被過分強調其費用節制的功能，而忽略了其從組織結構上把醫療服務由治療（cure）為主導的傳統，帶到以照護（care）和預防（prevention）為主的新趨勢，這類組織必須非常強調基本健康服務（primary health service）的提供，才能壓低醫療費用。而基本健康服務正是我國推展全民健康保險之首務。

我國是不是能將健康維護組織用於全民健保呢？筆者的看法是肯定的。

全民健康保險要推展，有幾點必須「先」達到：人民要有保險付費的觀念，基本健康服務要完善，良好的家庭醫師制度等。規劃中，家庭醫師要普及，使人民得選擇一位醫師照顧其基本醫療。而這個家庭醫師，事實上可以是健康維護組織的醫療服務提供者之一。換言之，家庭醫師制將是以論人頭計費方式的一種，在理念上和美國的健康維護組織有異曲同工之妙。

（作者註：健康維護組織除了集體實施型之外，尚有非集體的個人醫師的形式，Individual Practice Association—HMOs）因此可以說是不衝突。惟，全面引進仍有疑慮之虞，可以以小型的、地區性實驗其效果，比較確定其效益，如屬可行，再全面推行。再者，這種健康維護組織是整個結構的改變，基層建構（成本會計制度、作業標準程序、病歷記載、資訊系統的建立等）須完固後，才推行比較可行。

參 考 書 目

1. Ashcraft, M. L. F. & Berki, S. E. (1983) " Health Maintenance Organizations as Medicaid Providers, " *The Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 468, July, pp. 122-131.
2. Bonanno, J. B. & Wetle, T. (1984) . " HMO enrollment of Medicare Recipient : An Analysis of Incentives and Barriers, " *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 9 (9) : 41-62.
3. Coburn, S. (1973) . " Health Maintenance Organizations : Implications for Public Assistance Recipients, " *Public Welfare*, 31 : 28-32.
4. Coulton, C. J., (1982) . " Health Maintenance Organizations, " in Doman Lum (ed.) *Social Work and Health Care Policy*. Allanhild : Osmun & CO. Publishers, Inc.
5. Davidson, S. M. (1982) . " Medicaid, " in Doman Lum (ed.) *Social Work and Health Care Policy*. Allanhild : Osmun & CO. Publishers, Inc.
6. Dana, B. (1977) . " Health Care : Social Components, " in Turner, J. B. (ed.) *Encyclopedia of Social Work*, Washington, D. C.: National Association of Social Workers.
7. Donabedian, A. (1969) . " An Evaluation of Prepaid Group Practice, " *Inquiry*, 6 : 3- ? .
8. Dutton, D. B. (1979) . " Patterns of Ambulatory Health Care in Five Different Delivery Systems, " *Medical Care*, 17 (3) : 221-242.
9. Falkson, J. L. (1980) . *HMOs and the Politics of Health System Reform*. Chicago : American Hospital Association.
10. Federal Regulation, (1984) . *Title 42 Public Health Chapter 4 Health Care Financing Administration*
11. Fuller, N. A. ; Patera, M. W. & Koziol, K. (1977) . " Medicaid Utilization of Service in a Prepaid Group Practice Health Plan , " *Medical Care*, 15 (9) : 705-737
12. Garner, E. D. ; Liao, W. C. & Sharpe, T. R. (1979) . " Factors Affecting Physician Participaiton in a State Medicaid Program, " *Medical Care*, 17 : 43-58.
13. Gaus, C. R. ; Cooper, B. S. & Herschman, C. G. (1976) . " Contrasts in HMO and Fee-for-Service Performance, " *Social Security Bulletin*, 39 (5) : 3-14.
14. Harris, S. (1989) . *A Social Worker's Guide to the Family Support Act of 1988 : Summary, Analysis, and Opportunities for Implementation*. Silver Spring, MD : National Association of Social Works.
15. Health Care Financing Administration. (1982) . *Health Care Financing Program Statistics : The Medicare and Medicaid Data Book, 1981*. Department of Health and Human Services.
16. Health Care Financing Administration. (1984) *Heath Care Financing : Grants and Contracts Report*. Department of Health and Human Services.

17. Hester, J. & Sussman, E. (1974). " Medicaid Prepayment : Concept and Implementation, " *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 52 : 415 – 443.
18. Illinois Department of Public Aid. (1985). Annual Report of 1984.
19. Johnson, R. E. & Azevedo, D. J. (1979). " Comparing the Medical Utilization and Expenditures of Low Income Health Plan Enrollees with Medicaid Recipients and with Low Income Enrollees Having Medicaid Eligibility, " *Medical Care*, 17 (9) : 953 – 966.
20. Leutz, W. N. et al. (1985) Changing Health Care for an Aging Society. Mass.: D. C. Heath and Company.
21. Levit, K. & Freeland, M. (1988). " Data Watch : National Medical Care Spending. " *Health Affairs*, Winter, p 129.
22. Lebey, S. & Loomba, N. P. (1984). *Health Care Administration : A Managerial Perspective*. Philadelphia : J. B. Lippincott.
23. Luft, H. S. (1982). " Health Maintenance Organizations and the Rationing of Medical Care, " *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 60 (2) : ?
24. Nassirpour, & Flood. A. (1985). " Program Narrative Evaluation of Cost and Effectiveness of HMOs for the Medicaid Population , " unpublished Research Proposal.
25. Schendler. F. M. (1983). " National Health Expenditure Growth in the 1980' s… : An Aging Population, New Technologies, and Increasing Competition, " *Health Care Financing Review*, 4 (3) p.8
26. Schlesinger, E. G. (1985). *Health Care Social Work Practice : Concepts & Strategies*. ST. Louis : Times Mirror / Mosby.
27. U. S. Code (1985). *Title 42 the Public Health and Welfare Chapter 7 Social Security Act Subchapter XIX Grants to States for Medical Assistance Programs*.
28. U. S. Code (1985) *Title 42 the Public Health and Welfare Chapter 6A Public Health Service Act Subchapter 6 Health Maintenance Organizations*.
29. U. S. House of Representatives Committee on Ways and Means. (1985; 1989). *Background Material and Data on Programs with the Jurisdiction of the Committee on Ways and Means*. Washington, D. C.: Government Printing Office.
30. 詹火生。(民 77 年)。
「社會福利理論研究」。台北市：巨流圖書公司。
31. 廖玉珠編譯。(民 76 年)。
主要國家醫療保險診斷報酬制度。台北市：勞保局。
32. 蔡宏昭。(民 79 年)。
「社會福利政策——福利與經濟的整合」。台北市：桂冠圖書公司。
33. 謝美娥。(民 79 年)。
美國社會福利的私有化爭議。「政大學報」。第 62 期。台北市：國立政治大學。

34. 藍忠孚。(民 79 年)。
保險醫療下之費用制約，與品質保證——尋找替代方案。「七十九年度勞工保險專題座談會會議實錄」。台北市：中國社會保險學會和行政院勞工委員會。
35. 張丕繼。(民 79 年)。
會議發言。「七十九年度勞工保險專題座談會會議記錄」。台北市：中國社會保險學會和行政院勞工委員會。