

學術論文

跨境傳染性疾病與國家醫療制度之 關聯性研究：以COVID-19為例

A Study of the Correlation between Transboundary Infectious Diseases and National Healthcare System: Taking COVID-19 for Example

譚偉恩 *Wei-En Tan*

國立中興大學國際政治研究所副教授

Associate Professor of Graduate Institute of International Politics

National Chung Hsing University

張永豪 *Yong-Hao, Zhang*

國立中興大學國際政治研究所碩士生

Master Program in Graduate Institute of International Politics

National Chung Hsing University

摘要 / Abstract

2020年新型冠狀病毒肺炎橫行全球形成大流行，導致許多國家成為疫情下的受難者。然而，令人頗感意外的是，以往被評價為公衛治理能力優異的已開發工業先進國家（或所謂的北方國家），在這波疫情襲擊下有不少國內疫情十分嚴重，不僅確診總人數極高，甚至在執行封城措施或施打疫苗後，仍陸續出現第二、第三波之疫情。學界目前雖已有若干文獻對此現象做出分析，指出：（1）民主政體欠缺效率；（2）全球化使得邊境防

疫困難；（3）個體自由主義意識過強等因素，係導致防疫效果不佳的原因，但這些解釋較少從公衛治理的本身切入。有鑑於此，本研究從國家醫療制度的面向切入，比較歐美及東亞已開發工業先進國家間的差異，發現嚴謹的「分級醫療」制度是導致歐美已開發工業先進國家境內疫情擴散的關鍵原因。相較之下，在東亞地區的已開發工業先進國家因為「分級醫療」的嚴謹程度明顯較低，加上政府施行單一給付醫療費用的財政模式，使其在防疫上呈現較優之結果。

In 2020, novel coronavirus (2019-nCoV or COVID-19) was rampant around the world, causing the first global pandemic and leading many countries to become victims. However, it is quite surprising that developed and industrialized countries (the so-called *Northern* countries) which have been identified as enjoying the good public health governance, severely suffered from epidemics—not only the total number of domestic confirmed cases is extremely high, but also the second and third waves of epidemics continue to occur even after the lockdown policies and/or nationwide COVID-19 vaccination campaigns.

A number of studies in the field of political science have analyzed this phenomenon, suggesting that: (1) democracy is to some extent inefficient; (2) globalization makes the task of border control more difficult; and (3) people in democracies usually have a strong individualistic orientation and awareness. However, the existing literature rarely focuses on public health *per se*. To address this problem, we begin by analyzing national healthcare system (NHS), then comparing the differences between advanced industrial countries in Europe, America and East Asia. We find that the more rigorous a system of ‘graded medical treatment’ is in one country, the more severe spread of epidemics could be in that country. On the contrary, some advanced industrial countries in East Asia have not adopted a rigorous system of ‘graded medical treatment’, whereas their governments have implemented a single-payer

mechanism by which healthcare is paid for by a single public authority, not a private authority, nor a mix of both. Precisely because of the differences mentioned above, some advanced industrial countries in East Asia show a better performance in epidemic response to COVID-19.

關鍵詞：新型冠狀病毒肺炎、醫療市場私有化、分級醫療制度、傳染型疾病、已開發工業先進國家

Keywords: COVID-19, Privatization of the Medical Market, System of Graded Medical Treatment, Infectious Diseases, Developed and Industrialized countries

壹、前言

在新型冠狀病毒肺炎（novel coronavirus 2019 or COVID-19）全球大流行的衝擊下，許多歐美已開發工業先進國家（以下簡稱北方國家）紛紛成為飽受疫情重創的災區，這些過去被評比或認知為「醫療保健照護制度」（healthcare system）先進的北方國家為什麼無法成功地將疫情阻絕於境外？¹ 或是為何無法在本國領域內有效防控疫情之蔓延？是 COVID-19 本身的病理特殊性超出人類社會現階段的醫療因應能力，導致所有國家（包括北方國家）皆難以豁免？² 抑或是這些經濟發展與工業化程度領先的北方國家在醫療保健照護制度上有所缺陷？³

¹ 中文的「醫療」在英文文獻中較普遍的對應詞是 health care，其中 health 係指健康，care 則有照護或診療之意。當兩個字組合在一起使用時，health care 多半於文獻中意指「醫療保健暨照護」，例如 health care system 在中文上可以理解為是醫療保健照護制度。由於「醫療」的涵蓋範圍很廣，在指涉專業性的醫療事務與工作時，英文文獻會用 medical care（診療）、medical insurance（醫療保險）、medical services（醫藥服務）等詞。參考：Nancy De Lew, George Greenberg, and Kraig Kinchen, "A Layman's Guide to the U.S. Health Care System," *Health Care Financing Review*, Vol. 14, No. 1(1992), pp. 151-169.

² 2020 年 11 月 4 日，全球最後一個未出現 COVID-19 確診病例的國家——太平洋上的島嶼小國萬那杜——也發現了第一起病例。患者是自美國返家的 23 歲男性患者，在入境後檢疫期間被確診。詳見：Amy Gunia, "COVID-19 Is Reaching the Last Coronavirus-Free Nations on Earth," *TIME*, <https://time.com/5910456/pacific-islands-covid-19-vanuatu/>.

³ Gerardo Chowell, Fatima Abdirizak, Sunmi Lee, Jonggul Lee, Eunok Jung, Hiroshi Nishiura, and Cécile Viboud, "Transmission Characteristics of MERS and SARS in The Healthcare Setting: A Comparative Study," *BMC Medicine*, Vol. 13, No. 210(2015), pp. 210-212; Suerie Moon, Devi Sridhar, Uhammad Pate, Ashish Jha, Helsea Clinton, Sophie Delaunay, Valnora Edwin, Mosoka Fallah, David Fidler, Laurie Garrett, Eric Goosby, Lawrence Gostin, David Heymann, Kelley Lee, Gabriel Leung, J. Stephen Morrison, Jorge Saavedra, Marcel Tanner, Jennifer Leigh, Benjamin Hawkins, Liana Woskie, and Peter Piot, "Will Ebola Change the Game? Ten Essential Reforms before the Next Pandemic. The Report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola," *Lancet*, Vol. 386(2015), pp. 2204-2221; Jennifer Nuzzo, Diane Meyer, Michael Snyder, Sanjana Ravi, Ana Lapascu, Jon Souleles, Carolina Andrada, and David Bishai, "What Makes Health Systems Resilient against Infectious Disease Outbreaks and Natural Hazards? Results from A Scoping Review," *BMC Public Health*, Vol. 19(2019), pp. 1310-1319.

既有文獻，特別是從流行病學與公共衛生領域來看，認為經濟發展水準較高之北方國家在面臨傳染型疫病境內擴散時，比起經濟水準尚處於發展中階段的南方國家，擁有較佳的疫情治理能力，能夠掌握感染者或疑似感染者之行蹤與病史，進而對之進行隔離和施予適當治療，同時避免疫情在境內擴散。⁴ 本文在個案研究的實證基礎上發現，此一觀點與 2020 年全球大流行的 COVID-19 疫情之實際情況有所出入；詳言之，北方國家未必均展現出良好的疫情治理能力。相反地，不少北方國家（例如：美國、英國、法國、西班牙、義大利等）境內都出現社區感染，同時疫情也呈現一定程度的失控。對於這種情況，本文提出一個有別於上述傳統文獻觀點之解釋，強調一國對於傳染型疫病的治理能力與該國民眾的「就醫選擇自由度」有關，而非必然受到一國經濟發展水平之影響。所謂的「就醫選擇自由度」是依據該國在醫療保健照護制度上有無落實嚴格之「分級醫療」機制；⁵如果「分級醫療」不明確或是沒有被嚴格地執行，該國人民在就醫選擇的自由度就會比較高。此外，本文在研究過程中也注意到，一國的醫療給付機制與公衛政策發展的歷史脈絡會左右該國「分級醫療」的實際運作

⁴ 舉例來說，美國約翰霍普金斯大學衛生安全中心和英國經濟學人智庫（The Economist Intelligence Unit）等單位於 2019 年共同發布一份「全球健康安全指數」（Global Health Security Index）報告，是文獻上首次以所有 WHO 會員國為觀察樣本，對各國應付公共衛生風險的綜合能力進行調查。這份報告提供了一個詳盡的評估架構，透過 140 個問題所建立之指標對國家公衛治理能力加以考評，最後從 195 個國家的資料中發現，北方國家在治理大規模流行傳染病的能力明顯優於南方國家。詳見：
<https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>.

⁵ 「分級醫療」於本文指涉一種制度，包括初診、轉診、二次就診、守門人機制等一國醫療保健照護制度的規範。專門性的討論文獻可見：Christopher Forrest, “Primary Care Gatekeeping and Referrals: Effective Filter or Failed Experiments?,” *British Medical Journal*, Vol. 326, No. 7391(2003), pp. 692-697; Barbara Starfield, “Is Primary Care Essential?,” *Lancet*, Vol. 344, No. 8930(1994), pp. 1129-1133; 張苙雲，〈「逛醫師」的邏輯：求醫歷程的分析〉，《台灣社會研究季刊》，第 21 期（1998），頁 59-87；李卓倫、林妍如、林霖、張世杰，〈如何配合總額預算分配落實分級醫療之研究〉，行政院衛生署委託研究計畫（2004）。

狀況，⁶ 應視為具有關鍵性的兩項干擾變數。

鑑於現今大多數的北方國家在其領域內實施嚴格的「分級醫療」政策，導致其國民的就醫選擇自由度受到限縮，進而弱化這些國家對於境內傳染型疾病感染者的行蹤掌握和病史監控。此種能力弱化的情況解釋了歐美國家何以會深陷此次 COVID-19 疫情；同時，也說明位居東亞的北方國家（例如：台灣、日本、韓國）為何擁有相對較佳之疫情治理能力。扣除上述前言之相關說明，本文內容安排如下：第貳部分簡要介紹 COVID-19 的病理特徵，凸顯其有別於過去同樣導致大流行的跨境傳染型疾病；第參部分從醫療保健照護制度的角度討論疫病與制度兩者間的關聯；第肆部分將疫情的討論進一步限縮在 COVID-19，分析此種特殊的傳染型疾病與「分級醫療」和相關措施的微妙互動。文末第伍部分的結論指出，歐美的多數北方國家有必要修正或調整既存之醫療保健照護制度，使其民眾的就醫自由度不要被過度限制，方能讓國家擁有較佳的能力因應像 COVID-19 此種類型之跨境傳染型疾病。

貳、COVID-19：具特殊性之傳染型疾病

此次疫情的病原體被國際病毒學分類學會定名為「新型重急性呼吸道症候群冠狀病毒（Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, SARS-CoV-2）」，是第七種能使人類受到感染之冠狀病毒。⁷ 冠狀病毒會引起人類和脊椎動物生病，因此屬於人畜共通類型的致病源。人類一旦感染冠狀病毒就會出現呼吸道方面的症狀，例如：鼻塞、流鼻水、咳嗽、發燒等，但嚴重的感染者會出現肺部發炎或呼吸衰竭之現象。流行病學的文獻指出，SARS-CoV-2 的傳播

⁶ 陳美霞，〈台灣公共衛生體系市場化與醫療化的歷史發展分析〉，《台灣社會研究季刊》，第 81 期（2011），頁 3-78。

⁷ 〈疾病介紹〉，《衛生福利部疾病管制署》，2020 年 4 月 27 日，
<https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/vleOMKqwuEblMgqaTeXG8A>。

方式可藉由感染者的飛沫或分泌物傳染，是較不容易防範但又極易散播的病毒類型，如果在密閉且人數較多的空間內，特別容易快速蔓延。⁸

COVID-19 便是以 SARS-CoV-2 為主體病毒的傳染型疾病，於人體的潛伏期約為 1 至 14 天（多數為 5 至 6 天），帶原者可能在症狀未明顯呈現之時即具有傳播病毒的能力，這使得客觀無症狀的人或輕症者也同樣成為傳染 COVID-19 的風險來源，對醫療單位的防疫工作來說是一種挑戰，因為無症狀或輕症者有較高的機會被誤判為健康人士，從而使其未受到隔離或應有的防疫處遇。⁹ 事實上，任何一種新興且病理特徵有別於過往的傳染型疾病在疫情流行之初，都有許多資訊混沌未明且尚待釐清，需要透過大量的病理調查與病例資料來作為分析的基礎，疫情監控與追縱患者的能力優劣對於國家防疫表現的成敗就顯得格外重要。¹⁰

目前醫學界對於 SARS-CoV-2 的發源處還沒有形成高度一致之共識，但主流的研究成果中有相當確切的證據指出，蝙蝠或穿山甲是此種病毒散播到人類社會的媒介，但是否尚有其它中間媒介則難以判定。根據中國科學院上海巴斯德研究所的研究團隊所公佈的研究發現，SARS-CoV-2 的來源極可能是寄生在果蝠身上的 HKU9-1 冠狀病毒，不過這份資料中也提及

⁸ Kimberly Prather, Chia Wang, and Robert Schooley, "Reducing Transmission of SARS-CoV-2," *Science*, Vol. 368, No. 6498(2020), pp. 1422-1424.

⁹ 無論被感染者是否有症狀，他們都具有傳染力，且病毒可以從他們身上傳播給其他人。實驗室數據表明，感染者在出現症狀之前（即出現症狀之前兩天）和患病初期似乎最具傳染性。患嚴重疾病的人可能會傳染更長的時間。雖然從來未顯現出任何症狀的人可以將病毒傳播給其他人，但仍不清楚這種情況發生的頻率，因此在這方面需要進行更多的研究。參考：WHO, "Coronavirus Disease (COVID-19): How Is It Transmitted?," *Q&As on COVID-19 and Related Health Topics*, via at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>.

¹⁰ 邱清華（總校兼作者），《公共衛生學(第五版)》（台北：華杏，2016），頁 150-179。

從蝙蝠傳播到人類的過程中很可能存在未知的中間媒介。¹¹ 約莫兩個月之後，另一份研究 SARS-CoV-2 病毒的專業文獻指出，在中國南方一種叫馬來穿山甲的肺部和血液中測出 SARS-CoV-2 病毒的陽性反應及相關的亞型（subtypes）。¹² 隨後，香港籍流行病學專家袁國勇也撰文表示，SARS-CoV-2 病毒與雲南地區蝙蝠身上的冠狀病毒株相近，且 SARS-CoV-2 病毒中的 S 蛋白受體與穿山甲的冠狀病毒株相似度高達 90%，故而判定病毒源自中國且極可能與中國人濫食野生動物的習慣有關。¹³

上述這些最新的研究發現或科學見解透露出一項非常重要的資訊，即造成 COVID-19 疫情全球大流行的禍首—SARS-CoV-2 病毒—其實極可能並非起源於「文明的」人類社會，而是來自於「野生的」的動物世界。由於蝙蝠或穿山甲都不是正常一般情況下人類會飼養之動物，因此牠們身上的冠狀病毒理應不會傳播到人類身上。然而，科學的研究結果顯示了相反之情況，代表要不是野生的動物主動進入人類社會，就是人類主動侵入野生動物的生存空間。毫無疑問，後者的可能性較高，同時也在過往許多生態與環境科學的研究文獻中被提及。確切來說，人類為了取得更多可供自己消費的資源或空間，以各種方式向「野生的」環境空間進行開發、攫取、佔用，過程中直接或間接提高了自己與蝙蝠、穿山甲或是其它可能帶有 SARS-CoV-2 病毒的物種接觸之風險。簡言之，COVID-19 是一種人類與

¹¹ Xintian Xu, Ping Chen, Jingfang Wang, Jiannan Feng, Hui Zhou, Xuan Li, Wu Zhong, and Pei Hao, "Evolution of The Novel Coronavirus from The Ongoing Wuhan Outbreak and Modeling of Its Spike Protein for Risk of Human Transmission," *Science China Life Sciences*, Vol. 63, No. 3(2020), pp. 457-460.

¹² Tommy Tsan-Yuk Lam, Na Jia, Ya-Wei Zhang, Marcus Ho-Hin Shum, Jia-Fu Jiang, Hua-Chen Zhu, Yi-Gang Tong, Yong-Xia Shi, Xue-Bing Ni, Yun-Shi Liao, Wen-Juan Li, Bao-Gui Jiang, Wei Wei, Ting-Ting Yuan, Kui Zheng, Xiao-Ming Cui, Jie Li, Guang-Qian Pei, Xin Qiang, William Yiu-Man Cheung, Lian-Feng Li, Fang-Fang Sun, Si Qin, Ji-Cheng Huang, Gabriel Leung, Edward Holmes, Yan-Ling Hu, Yi Guan, and Wu-Chun Cao, "Identifying SARS-CoV-2-related Coronaviruses in Malayan Pangolins," *Nature*, Vol. 583, No. 7518(2020), pp. 282-285.

¹³ 林祖偉，〈肺炎疫情：新冠病毒到底哪來的？科學界的幾種說法〉，《BBC NEWS 中文網》，2020年4月3日，<https://www.bbc.com/zhongwen/trad/science-52133480>。

其它物種同源的傳染型疾病。¹⁴ 而一旦人類將自己置於險境，沾染上原本極不可能出現於人體身上的病毒後，如果又自由地或不受限地回到原屬的社會空間，就會以人傳人的形式將冠狀病毒散播在「文明的」人類社會，倘若不同地區的人類社會又在貿易全球化的串聯效應下頻繁進行貨品與人員的跨境移動，一場世界大流行的傳染型疾病將是避無可免之結果。¹⁵

參、制度的兩張臉

一、資源配置的公平性 vs. 就醫選擇的制約性

醫療資源與一般市場上被交易之物質資源有別，具有其特殊性；每一個國家的醫療資源雖然都必須透過對價支付的方式來取得，但醫療資源的供給無法像一般消費性產品被大量且迅速地供給，同時也難以透過進口的方式來填補國內的需求。¹⁶ 事實上，醫療市場上的供需在多數時候係處於失衡狀態，即無論在已開發國家還是發展中國家，醫療市場的供給方都是處於一種資源相對稀缺的時候居多。也就是說，無論是富國或窮國，醫療市場上的需求絕多數時間都大於它的供給，儘管兩種類型的國家在需求的内容上可能有所不同。

¹⁴ John Mackenzie and David Smith, "COVID-19: A Novel Zoonotic Disease Caused by A Coronavirus from China: What We Know and What We Don't," *Microbiology Australia*, Vol. 41, No. 1(2020), pp. 45-50.

¹⁵ Klaus Zimmermann, Gokhan Karabulut, Mehmet Bilgin, and Asli Doker, "Inter-country Distancing, Globalisation and the Coronavirus Pandemic," *The World Economy*, Vol. 43, No. 6(2020), pp. 1484-1498. (儘管這篇論文的作者群強調自己並非反全球化者，但具體的研究結果清楚顯示，全球化對於疫情擴散的速度與規模皆有顯著的提升效果。)

¹⁶ 醫療資源分為兩部分，一是專業醫療服務的提供，一是服務提供過程中需要的醫材與藥物。然而，後者本身在文獻上係以貨品貿易視之，故而醫療資源在論述上多半係指以服務為主體的看診、照護、復健，以及檢查與檢驗等專業性服務。詳見：Lucy Gilson, "Health Systems and Institutions," in Richard Smith and Kara Hanson, eds., *Health Systems in Low- and Middle-income Countries: An Economic and Policy Perspective* (Oxford: Oxford University Press, 2011), Ch. 2.

在上述情況下，醫療資源的分配與管理成為各國在公衛治理上難以迴避的挑戰，無論政體為何，醫療市場上的供需比起一般消費性商品的市場更加難以落實自由放任（*laissez-faire*）的理念。實務上，大多數國家的政府會選擇對本國醫療市場進行干預，使得醫療資源無法在市場上被全然自由或毫無限制地交易，藉此防止分配不均的情形出現。在這之中，「分級醫療」就是許多國家為了解決資源分配不均而採取的一種公衛制度。¹⁷ 進一步說，在不少經濟水準屬於已開發之北方國家，會分初級（第一級）、中階（第二級）和高端醫療（第三級），而初級醫療通常會設守門人制度（*gatekeeper*），守門人通常都由該國的家庭醫師擔任，負責在基層做患者疾病的視別、篩檢、分類，及基礎的必要性專業診療。其中，篩檢和分類兩種功能的執行，讓一國的醫療資源能較為有效地在全國需求人口中獲得分配與使用，同時減少醫療資源被不當利用或浪費之現象。¹⁸ 此種「分級醫療」制度立意甚佳且符合經濟學上的資源配置，但卻衍生出如下問題：

（1）民眾取得適當醫治的時間成本容易上升；（2）對於某些疾病或公衛危機（例如：傳染型疫病）的因應可能無法即時、充分，或適當；（3）民眾的就醫自由度在實際上被限縮，或深受自身經濟能力的限制。以下逐一詳述。

首先，在時間成本方面，一國民眾從患病到獲得適當醫療照護所需之時間謂之個體就醫之時間成本。此成本往往跟該國的醫療制度是否實施嚴格的「分級醫療」有關。詳言之，有些國家將醫療資源的提供視為一種社

¹⁷ 在許多已開發國家，分級醫療體系已成為必不可少的體系，作為解決資源分配不均和病患偏好流向大型醫院的問題。詳見：Yu-Hua Yan, Chih-Ming Kung, and Horng-Ming Yeh, “The Impacts of the Hierarchical Medical System on National Health Insurance on the Resident’s Health Seeking Behavior in Taiwan: A Case Study on the Policy to Reduce Hospital Visits,” *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 16, No. 17(2019), pp. 3167-3168.

¹⁸ 也就是所謂的輕症重醫的現象，可參考：楊子霆，〈如何避免小病往大醫院跑？從政府資料檢視健保政策〉，《研之有物》，2017年11月29日，<https://research.sinica.edu.tw/health-care-cost-sharing-yang-tzu-ting/>。

會福利，由政府直接負責掌控；舉例來說，英國限制其人民必須先經過政府指定之醫療守門人判定，才能獲得所需的醫療服務。¹⁹ 相較之下，有些國家則是將醫療資源視為市場上眾多專業服務的一種，不假差別對待；美國就是屬於此類，透過市場上的價格機制讓民眾依照自己的經濟負擔能力，選擇是否要經過守門人的判定，如不希望取得醫療服務前要得到守門人的核可，就必須以支付較高昂的醫療費用來獲取自己期待的醫療服務。不過，有些國家是將前述英美兩國的模式兼而採之，例如在東亞的日本、南韓、台灣等國家是將醫療資源視為社會福利，然後透過社會保險結合「寬鬆的」醫療服務分級。這種寬鬆式的「分級醫療」制度讓病患不會受到強制性的約束，因此民眾在實際就醫時可以不必然要經過守門人把關就可以獲得所期待的（但不一定是真正所需要的）醫療服務。²⁰ 至於那些經由守門人核可後才能獲得醫療服務之病患，在費用實付上雖然有所減免，但減免的程度並沒有明顯低於繞過「分級醫療」者所支出的費用。²¹ 換句話說，在日、韓、台這些國家的醫療制度中，不同級別之醫療服務費用有些時候並未形成明顯之差距，²² 是一種有別於歐美國家的第三類型，本文暫且將之稱為「東亞模式」；而此種分級醫療制度無論是在對患者的拘束力或是經濟條件的差異化上都不明顯，導致這些東亞國家的民眾在就醫時傾向繞過初級守門人的判定，以較為自由的情況取得所需的醫療服務，而這樣的就醫情況降低了人民獲得所需醫療服務之時間成本。對比之下，在英國或

¹⁹ 雖然英國的國家健康醫療服務（National Health Service, NHS）提供國人幾乎免費的醫療保健照護，但個人無法自由選擇他/她們的照護提供者。實務上，英國政府透過基層開業醫師作為「守門人」來引導病患取得所需的醫療服務。詳見：Frank Sloan and Chee-Ruey Hsieh, *Health Economics, 2nd Edition* (Cambridge, Mass.: MIT Press, 2016), pp. 572-573.

²⁰ Makoto Kaneko, et al., “Gatekeeping Function of Primary Care Physicians under Japan’s Free-access System: A Prospective Open Cohort Study involving 14 Isolated Islands,” *Family Practice*, Vol. 36, No. 4(2019), pp. 452-459.

²¹ OECD, “OECD Reviews of Public Health: Korea: A Healthier Tomorrow,” *OECD, Reviews of Public Health*(2020).

²² Frank Sloan and Chee-Ruey Hsieh, *Health Economics, 2nd Edition*, p. 580.

類似情況的歐洲已開發國家，人民取得所需醫療服務的時間成本明顯高出許多，倘若特定區域的守門人數不足，民眾就醫的時間成本就還要再加上等待的額外時間成本，導致獲得所需醫療服務的不便性變得更大。

第二，「分級醫療」的制度初衷是希望對於不同嚴重程度的疾病進行妥適區別，以期更加公平的分配有限之醫療資源。現今歐美已開發國家的分級醫療制度始於國內慢性病患者人數的增加，由於此類疾病多半沒有立即直接的致命風險，醫療處遇上不太需要住院接受診療，而是需要患者長期對自身健康加以關注和定期回診進行檢測，故而非常適合醫療分級的方式。相較之下，傳染力強的流行性疾病多半肇因於病毒、細菌、寄生蟲或感染性蛋白質顆粒（prion），難以被人類肉眼發現，預防上的困難度明顯高於慢性病。此外，傳染型疾病無論是新興的或是再顯的，會形成流行的原因不外乎：（1）人口結構與生活模式的改變；（2）國際旅遊與全球貿易的程度增加；²³（3）病毒等微生物的環境適應性改變；（4）公衛體系中醫療保健制度的預防功能虛化。這些特徵導致原本立意良善的「分級醫療」反而在實際運作過程中成為一種拙劣的機制。進一步說，北方國家所以普遍採行「分級醫療」是因為多數此類國家的公衛基礎設施與環境品質在一定水平之上，不容易成為傳染性疾病的起源國。此外，若有傳染型疾病的案例出現在這些北方國家，也多半係來自南方國家的境外移入，而非起源於北方國家境內。在這樣的背景下，北方國家在制度上便漸漸將醫療事務的重心移向慢性病的治理，但同時不自覺地弱化自身因應傳染型疾病的能力。本次 COVID-19 之所以對北美及歐洲多數國家構成重創便與此有關；毋寧，COVID-19 的病毒可以藉由飛沫與空氣進行散佈，加以又是人傳人的類型，屬於極高傳染力的疾病。對於此種有別於慢性病之疾病，一國醫療保健照護制度中的預防功能顯然不可以太弱。

²³ 此與跨境交通的便捷化有關，縮短了實體距離的移動上時間成本，導致跨境移動人數不斷增加，同時貨品貿易量也激增。其中，食物與動植物的頻繁進出口讓某些致病物質的傳播速度變快與感染區域變大。

第三，許多 OECD 國家的「分級醫療」制度對於境內民眾就醫的自由度產生限縮，而此種限縮的影響又明顯與就醫患者個人之經濟條件密切相關，以致公衛政策與個體經濟產生交集。²⁴ 從民眾單次就醫所需支付或部分負擔（co-payment）的費用來看，大部分的歐美已開發國家對於境內人民未經初級守門人看診或建議轉診而直接依其偏好選擇就醫等級時，其獲取之醫療服務和資源在價格上會變得明顯昂貴。²⁵ 因此，患者個人除非經濟條件優渥，不然就醫的選擇自由度必然會是一種受到價格制約的結果，也就是民眾的就醫選擇自由在「分級醫療」的制度下被大幅限縮了。此種制度設計的優點在於，避免「輕症重醫」造成醫療資源不當分配與浪費，但缺點是讓民眾就醫的時間成本在無形中增加，因為重症患者無法直接與最適級別的醫護單位接觸，而是必須循由下至上的就醫路徑，透過基層醫療守門人或再上一級的中階醫護人員診斷之後，才有機會在其可負擔之經濟花費下獲得最高級別但確實係其所需要的診治和照護。在這樣的情況下，就醫時間明顯被拉長，對於患者的體力與耐受度都是一種負擔；更重要的是，此種分級醫療制度在面對傳染性強但初期症狀不明顯的疾病幾乎是一個完美的漏洞，因為冗長的就醫時間極可能延誤對於傳染性疾病的防治，導致患者無法即時獲得所需之適當醫療，並同時增加患者周邊人士被感染的風險。此外，分級醫療制度因為具有隱匿性的價格門檻效應，導致經濟條件較為弱勢的個體無法以自費方式來改變就醫選擇，使之一旦感染就必須要到相當的嚴重程度後，才有可能獲得所需之適當醫療，呈現出疾病與個體經濟間緊密的關聯性。COVID-19 恰好就是這種類型的傳染性疾病，具有較長的潛伏期，初期症狀又與感冒類似，讓許多境內施行「分級醫療」制度的 OECD 國家錯失防疫的黃金期間，陷入境內疫情失守的泥沼。

²⁴ Michael Marmot, "The Influence of Income on Health: Views of An Epidemiologist," *Health Affairs*, Vol. 21, No. 2(2002), pp. 31-46.

²⁵ OECD, "Health at a Glance: Europe 2016," pp. 39-41, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016/strengthening-primary-care-systems_health_glance_eur-2016-5-en.

二、人民就醫自由度的提升 vs. 政府掌控疫情能力的增加

有別於多數已開發的北方歐美國家，身處東亞的日本和南韓在公衛制度上雖然也存在相當程度的市場化及私有化，但一個明顯的差異在於這兩個東亞國家在「分級醫療」方面並未實施如同歐美國家那般的嚴格管制，亦即沒有硬性規定國內民眾就醫時**必須**得經過初級醫療守門人的把關。在此情況下，初級、中階、高級等不同層別的醫療服務提供者彼此之間就具有一種特殊的競爭關係。詳言之，在分級醫療制度未嚴格執行的國家，醫療人員只要提供前來就診的民眾服務，即可獲得相應之報酬。同時，民眾可以高度自由地在不同層別之間依照自己的偏好進行醫療選擇，即便較高層級的醫療單位會索價較高，但相較於那些嚴格執行「分級醫療」制度的國家，此種較高的就診費用在日韓等東亞國家明顯較低，因此不會達到顯著影響民眾就醫選擇自由度的效果。²⁶

當醫病雙方皆可以在醫療市場上自由地供給服務賺取報價或自由地選擇提供服務的對象以獲得醫療資源時，人民的就醫自由度就變得很大。不過，此種看似友善民眾的公衛體制會造成醫療資源浪費的情況，導致醫療資源無法妥適地被分配。此外，個人就醫自由度提升後，前往看診尋求醫療服務的便利性與可親近性也會隨之增加，民眾與醫療提供者的距離大幅縮短，容易養成民眾「逛」醫療院所的習慣。²⁷ 不過，有文獻指出，此種可歸因於就醫自由度提升後導致之醫療普及化，無形中強化了一國政府得以掌握民眾就醫資訊的環境，如果政府又能適度搭配其它政策（例如：

²⁶ 正因為如此，「分級醫療」制度較不嚴謹的國家往往也是較易造成醫療資源浪費或民眾過度就醫的國家。詳見：〈減少醫療資源浪費 健保署擬落實分級醫療〉，《環球生季月刊》，2016年10月20日，<https://www.gbimonthly.com/2016/10/6047/>；劉梅君，〈台灣醫改當務之急—向「過度醫療」說不！〉，《台灣醫療改革基金會》，<https://www.thrf.org.tw/page/456>；〈健保署長：推使用者付費才能遏止醫療浪費〉，《中央通訊社》，2019年12月13日，<https://www.cna.com.tw/news/firstnews/201912130047.aspx>。

²⁷ 張志華，〈用經濟手段改變就醫習慣〉，《蘋果日報》，2018年5月24日，<https://tw.appledaily.com/headline/20180524/272KCFDTXGKYJQARTW3QEGEIUI/>。

全民健保與雲端醫療），民眾往往不會對政府取得個人就醫歷史的相關資訊感到不妥（或比較不容易對政府產生不信任）。以台灣為例，政府透過全民健保制度結合以健保卡就醫看診之方式，高度有效掌握境內人民的醫療行為及病史大數據，以致在突發性疫病 COVID-19 擴散之際，以最短的時間建立起全國性的防控網。²⁸

肆、COVID-19 疫情與醫療制度之關聯

當疫情開始在一國境內擴散時，如何在最短的時間內掌握境內疑似感染者的數量及行蹤動向，是決定一國防疫表現良窳之關鍵。誠如前述，政府掌握疑似染疫者相關資訊之能力往往與該國民眾的就醫自由度有關；當一國的公衛體系提供其國民較高的就醫自由度環境時，理論上該國國民獲得醫療服務或資源時就可以相對較不受限於自身的經濟能力，同時整體國人的就醫可親近也會比較高。在此情況下，單一個體若認為自己疑似染疫或發現自己罹患 COVID-19，就會有意願前往醫療機構進行檢查或尋求診療，而不是用自我尋求解決之道的方​​式來因應，而這無異於是讓一個國家間接達到實質性的普篩。

COVID-19 由於在病理特徵上與流行性感​​冒具有若干程度的相似，而目前大部分染疫者在初期階段顯現出來的症狀又幾乎與流感高度雷同，使得個體在認為自己疑似染疫時會因為身處不同的醫療制度和擁用的經濟條件，而做出不同之決定。詳言之，在就醫自由度較高的國家，確實感冒或疑似感冒之患者都可以用較低的時間與經濟成本在分級醫療制度寬鬆或甚至不存在的環境裡獲得所欲取得之醫療服務與資源，並在取得醫療服

²⁸ Wen-Ta Chiu, Ronald Laporte, and Jonathan Wu, “Determinants of Taiwan’s Early Containment of COVID-19 Incidence,” *American Journal of Public Health*, Vol. 110, No. 7 (2020), pp. 943-944; Jennifer Summers, Hao-Yuan Cheng, Hsien-Ho Lin, and Lucy Barnard, “Potential Lessons from the Taiwan and New Zealand Health Responses to the COVID-19 Pandemic,” *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, Vol. 4(2020), pp. 1-6.

務與資源的過程中間接讓公部門的衛生主管機關掌握自己的健康隱私與基本資訊，無形中優化了政府防疫的能力。相較之下，如果一個國家採取嚴格的分級醫療制度，感冒或疑似感冒的個人就比較不會去就醫，而是傾向自行去藥房購買成藥或居家自我簡易「治療」，因為在分級制度嚴格的國家，初級的專業醫療也都需要一定的時間成本與經濟上花費，如果最後確認只是單純感冒，對就診者來說顯得不划算，而若發現是 COVID-19，則又未必經濟條件上能夠負擔得起（除非政府提供一定程度的補助）。正因為如此，那些現實生活中確實染疫卻還只處於輕症階段的患者，或是本身帶原但還未發病之人，在分級醫療制度嚴格施行的國家較不會在第一時間主動選擇就醫。他/她們多半以自助的方式進行無效的簡易醫療，同時繼續維持日常生活與工作，導致病毒傳播的風險在其周遭的工作與社交場合不斷提升且不斷重製，形成社區感染，最終演變為全國性失控的疫情。

不過，在疫情爆發或失控以前，已開發國家的醫療制度無論是否採取「分級醫療」都可能存在幾種問題，像是人口老化所造成之醫療負擔、醫療人力分配不均、醫療市場私有化等。這些問題隨著各國採行不同的醫療給付體制，而呈現出不一樣的向度和量度，某些問題在某些國家比較嚴重，²⁹ 但在另一些個國家則相對輕微。然而，綜觀此次 COVID-19 疫情的全球肆虐，此類問題越多的國家，疫情往往也越是嚴重。這也就是說，疫情的出現與爆發或許是一種非人為性的偶然，但防疫上的失敗卻可歸因於制度瑕疵，是人為因素（決策菁英基於特定考量的「錯誤選擇」）導致之公衛悲劇。

²⁹ 以義大利為例，老年人口總數位居全球第二，全國 1/4 的人口都在 65 歲以上，因此和其它國家相比，義大利的慢性病患者人數也較多，一旦不幸感染 COVID-19，死亡率自然也較高。此外，因為國內年長者染疫率居高不下，又難以治癒，讓原本醫護人員已明顯短缺的義大利面臨醫護工作量激增的負擔。詳見：〈全球死亡數最多的意大利能否為歐美敲響警鐘〉，《BBC 中文網》，2020 年 3 月 21 日，<https://www.bbc.com/zhongwen/trad/world-51985946>。

在現今幾種不同醫療制度中，就醫自由度除了受到「分級醫療」的影響外，也或多或少受到給付財政機制的左右。³⁰ 詳言之，在北方國家中大致有四種醫療給付類型與相應之配套機制，以下簡要加以介紹：³¹（1）給付端多為公營，而醫療服務端也是公營為主，例如：英國、北歐、南歐國家的公醫制度；（2）給付端多為公營，而醫療服務端以私營為主，例如：南韓（超過 90%）、日本（80%）、台灣（70%）；（3）給付端為公私合營模式，由政府擔任監管者，將醫療作為一種社會保險，發包給民間業者承辦，而服務端多為私營，例如：德國、荷蘭、比利時；（4）給付端與服務端皆以私營為主，美國是最經典的代表。

上述四種不同的制度與就醫自由度的關聯性在相當程度上取決於一國政府如何定位自己在醫療市場中扮演的角色為何？如果認為醫療服務或相關資源的取得必須有別於製造品或一般商品，公權力介入醫療市場就會是一國偏好的選擇。反之，如果認為醫療市場與貨品市場並無本質上的差異（或是可以忽略兩者的差異），私有化就是醫療市場主要運作的邏輯。換句話說，政府可以是從頭到尾一手包辦球員、教練，甚至是裁判的角色，也可以只是從旁輔助但不主導，或甚至是扮演一個完全遵循自由市場機制的局外人。政府介入醫療市場的程度多寡將影響一國醫療服務與相關資源的分配。理論上，公權力介入市場越深，醫療作為一項公共財的屬性就越明顯，分配上也理應越公平，但實際上可能並不完全是這麼理想的狀態。

³⁰ S. Frank Sloan and Chee-Ruey Hsieh, *Health Economics, 2nd Edition*, pp. 474-475

³¹ Jacob Kazungu, Edwine Barasa, Melvin Obadha, and Jane Chuma, "What Characteristics of Provider Payment Mechanisms Influence Health Care Providers' Behaviour? A Literature Review," *Health Planning and Management*, Vol. 33, No. 4 (Oct./Dec. 2018), pp. e892-e905; Joseph Benitez, Bettie Coplan, Richard Dehn, and Roderick Hooker, "Payment Source and Provider Type in the US Healthcare System," *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, Vol. 28, No. 3(March 2015), pp. 46-53; 劉宜君，〈我國全民健康保險政策財務之實證研究〉，《中國行政評論》，第 10 卷 4 期（2001），頁 129-176；李玉春，〈全民健保支付制度—實施現況與改革方向建議〉，《政策月刊》，第 35 期（1998），頁 14-16。

舉例來說，在給付端，資金的供給可以藉由政府干預而將資金平均分配，但在醫療服務端卻往往很難依舊維持均衡，除非政府在醫療人員的品質上也注意到區域之間的平衡分配。此外，若是服務端是可以容許民營的，醫療效率就可能會出現明顯的殊異，導致有些醫療院所的品質極佳，而有些則普通。值得注意的是，服務端的醫療市場一旦私有化之後，儘管效率與品質多半會提升，但醫療服務商品化的情況也會隨之變得明顯，醫療院所為了增加營收與獲利，會開始以績效方式評價或聘用醫療專業人員，同時也會以到院就診者的財務上貢獻來決定是否提供服務或用什麼方式或態度來提供服務，也就是全然將醫療關係中的醫病關係物化和有價化。³² 事實上，這種情況在許多北方國家的醫療院所已經存在多年，而且私人醫療院所彼此間競爭激烈。為了能從給付端獲得更多的資金，服務端會用盡各種方式來刺激民眾的醫療消費（例如：健康檢查、美容、矯正、心理諮商等），導致公衛體系中的疾病預防功能漸漸虛化。³³ 而若給付端是政府公營模式，可能會利用增加稅收或調漲保費的方式來擴大財源，或轉而對服務端撥款時進行更多的程序管控與項目限制。一旦此類情形出現，將有如下兩種結果發生：第一種是降低醫療商品化的操作，緩和醫療資源分配不均的問題，進而維持國內民眾一定程度的就醫自由；第二種則是因太多的限制、監督、管制，反而降低了民眾的就醫自由度。

兩種情況都有可能發生，關鍵在於醫療給付端和服務端搭配的情形還有組成，某些組成或搭配可能是自由度上升或下降的關鍵，牽涉到的可能是公營和私營之間的事場佔比或地域分佈。在近數十年間，傳染性疾病並非北方已開發國家的主要公衛威脅；相反地，人口老化以及慢性病或文明病的增長才是北方國家醫療上的沉重負擔，因此在分配資源上，如何減少財政壓力又能夠維持人民一定的健康品質，是這些國家考慮的施政重點。有些國家無論在給付端和醫療服務端都採取外包的形式，也就是藉由私有

³² 郭文華，〈白色巨塔的前世今生〉，《科學發展》，第 453 期（2010），頁 80-83。

³³ 陳美霞，前引註 6。

化、民營化來達到減少政府的財政和行政負擔，最終，這些外包的結果可能會增加醫療服務的效率和降低醫療的營運成本，並且有更多的服務多樣性，在技術層面上也得到更多創新發展之機會。

值得注意的是，雖然上述的私有化可以降低醫療的營運成本，但醫療的交易成本可能因此提高。詳言之，因為市場多元化的醫療保險付款方式會增加行政成本，降低醫療資訊整合的效率和減少醫療數據共享之機會。若一國在給付端外包給數家不同的私人保險公司，可能會有兩種情況產生，這完全取決於政府在醫療市場給付端的角色。第一種是類似德國這種歐系型態的社會保險制度，國家雖然在給付端發包給民間保險業者，但其保險的強制性和相關規範卻依然是由國家來主導，民眾在政府的引領下大多被納入在此保險制度下，並且由民間的保險公司對醫療服務端做經費的審核，而民營保險公司的優點是較有效率和有能力精確地實質審查醫療服務端的各種服務項目，如此可以避免很多的醫療資源浪費和濫用，醫療服務端無論公營或私營，在民營保險公司的監督審核之下較難有舞弊或濫用醫療資源的情況產生。在這樣的機制下，給付端和服務端彼此間產生了制衡效應，雖然民眾會有比公醫制度的國家享有更多的就醫選擇自由，但因為政府有適度的介入和主導，醫療市場的運作只是有限度的自由化，事實上仍受到一定程度的規範限制。第二種如美國的商業保險制度，在此制度之下，無論給付端還是服務端多數均為私營性質，在政府不介入的情況之下，完全任由市場供需法則去決定人民的就醫模式和醫療院所的營運策略。基於醫療服務在市場上原本就屬於稀缺型的資源，一旦政府放手給市場機制去決定，必定會產生醫療費用高昂的情形，美國目前的醫療支出費用佔其 GDP 的 17% 左右，居所有 OECD 國家之冠，³⁴ 因此美國民眾必須在給付端上獲得或購買私營保險才能稍稍因應需求發生時的龐大醫療費用。然而，當給付端的保費不斷增加時，將形成保險市場上的貧富差距現

³⁴ 詳見：OECD, “Health at a Glance 2019 - OECD Indicators,”

<https://www.oecd.org/health/health-systems/Health-at-a-Glance-2019-Chartset.pdf>.

象，即越富有的人越能獲得越全面的醫療保障，而越貧困者則越難以獲得醫療資源，最終形成了醫療自由度跟經濟收入呈現高度正相關的結果。而給付端因不斷且大量的私有化，除了形成多元且具差異化的醫療保險市場外，這些多樣性的保費支付機制會導致醫療行政成本的攀升，同時增加醫療資訊整合的難度，減少了醫療訊息的流通。³⁵

相較上述兩種模式，日本、南韓、台灣等東亞國家的醫療保險制度大體上是部分取經社會保險制度，但又滲入公醫制度的福利主義精神，³⁶ 是一種市場私有化程度較低的醫療保健照護制度。詳言之，中央政府在這種制度中直接承擔近似保險公司的角色，一方面實施廣納全民的健保制度，一方面在給付端上取得高度的主導權。當政府能控制本國醫療市場上的服務價格和制訂有保險端如何給付費用之相關法規後，醫療資源在這個國家的市場上會較為平均的分配到境內每一個國民身上，進而達成境內民眾就醫自由度被維持在一定水準以上，但其代價就是人民可能會過度就醫或不珍惜所取得之醫療資源。以台灣為例，國人過往平均一年就醫次數高達 15~16 次，常期位居全球前三名，更高出 OECD 國家平均次數約 2~2.5 倍。³⁷ 這當然不是一個「好現象」，無論從政府的醫療財政還是從全國醫療資源的浪費來看，因此國內一直有論者倡議健保制度應予改革，避免有朝一日崩毀。然而，台灣此種醫療給付有中央政府統籌承擔的單一付款人制度，

³⁵ 在當前的美國醫療體系中，由於其醫療支付和醫療服務系統分散，醫療照護的協調性出現困難，且因沒有集中可利用的數據資料庫，對醫療照護資料的全面性回顧也具有挑戰性。相反的是，單一付款人系統在收集患者使用醫療服務情況的綜合數據可能會更有效率，且能更有效地管理可用資源。參考：Larry Dignan, “Medicare for All Faces Big Data, Privacy, Technology Hurdles, Says CBO,” *ZDNet*, <https://www.zdnet.com/article/medicare-for-all-would-have-big-data-privacy-technology-challenges-says-cbo/>.

³⁶ 顏維婷，〈先搞懂全球這四種醫療服務模式，你就知道台灣全民健保是「福利」還是「保險」〉，《關鍵評論網》，2016 年 3 月，<https://www.thenewslens.com/article/38255>。

³⁷ 根據 OECD 針對就醫諮詢的統計資料來看，韓國為 16.9 次（2018 年），日本為 12.6 次（2017 年），而 OECD 國家平均只有 6.8 次（2017 年）。至於台灣，依衛生福利部中央健康保險署公布的資料來看，2019 年的就醫諮詢統計是國人一年平均約 15 次，詳見：OECD, “Doctors’ consultations,” <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm>.

免除許多非必要的行政成本，³⁸ 加上台灣一直沒徹底實施歐美北方國家的醫療守門人制度，使得國民獲得極高的就醫選擇自由。類似的情況也體現在鄰近的日本與韓國，雖然這兩個國家在最高的第三層級有設立管控，但它們的初級和次級醫療之間並不如歐美北方國家那般明確，因此民眾在不是罹患重症的情況下，還是可以相當自由的選擇就醫管道，即便可能會有單次就診的自負價格差異，經濟上的負擔也不高，實際上難以阻止民眾跨級選擇就醫的自由度。

綜上所述，「分級醫療」制度的嚴格施行與否左右了一個國家人民的就醫選擇自由，在沒有疫病或公衛危機發生的時候，嚴格的「分級醫療」有效維持一國醫療資源的妥適配置，特別是克服了人民過度就醫或是醫療院所過度治療的弊端，確實是一個好的制度。但當瞬間爆發且難以有效阻絕其蔓延的傳染性疾病出現時，嚴格的「分級醫療」就必須付出代價，因為這樣的制度防礙了患者即時取得醫療的可能，無論是在接近醫療資源的管道上或是在取得醫療服務的經濟負擔上。COVID-19 疫情於 2020 年的全球大流行恰好檢證了這樣的論點，並且在「分級醫療」不若北方國家嚴謹的日本、韓國、台灣身上反映出明顯較優的防疫成效。

伍、結論

當今許多北方國家的醫療保健照護制度對其人民的就醫選擇自由度進行了限縮，儘管原始立意是為了促成醫療資源的有效配置和避免浪費，但就醫自由度的限制造成患者取得所需醫療資源的不便。持平而論，對於境內公衛水準已達相當程度的歐美國家來說，「分級醫療」確實不失為一

³⁸ 單一付款人制度 (single-payer system) 能夠達到成本控制，有一部分是因行政上的簡化，因此相較於其它制度大幅降低行政管理成本，並藉由設定費率表 (fee schedules) 賦予服務購買者有獨買的權利。詳見：Tung-liang Chiang, "Taiwan's 1995 Health Care Reform," *Health Policy*, Vol. 39, No. 3(1997), pp. 225-239; Uwe Reinhardt, "Why Single-payer Health Systems Spark Endless Debate," *British Medical Journal*, Vol. 334, No. 7599(2007), p. 881.

項好的公衛制度，而這樣的制度也一直是過去台灣倡議醫療制度改革者取經借鑑的對象。不過，2020年 COVID-19 疫情的全球大流行恰好對「分級醫療」制度的效用性構成重大挑戰，也引起學界與實務界的諸多反省。³⁹

從歷史的角度來看，歐美國家的公衛體系已將工作重心從防堵傳染型疾病走向治療慢性疾病。在這樣的背景下，如何減少政府在醫療事務上的開支，以及避免輕症重醫的現象，是設計醫療保健照護制度時的首要顧念。因此，政府會傾向在制度面對於民眾的就醫自由度進行限縮，而這也是當今許多北方國家的趨勢。然而，當病毒傳播快速與蔓延地區廣大的傳染型疾病爆發時，那些將本國人民就醫自由度加以限縮的國家，反而成為防疫能力較為脆弱的高風險者。因為「分級醫療」體現的是個體主義（individualism）的公衛治理思維，側重的是患者染病後的醫治，而非民眾罹病前的預防。然而，像 COVID-19 這樣的傳染性疾病恰好需要的是事前預防的集體主義（collectivism）治理思維。

從一種近似演化論的觀點來看，⁴⁰ 若視各國不同的「分級醫療」機制為眾多不同的生物個體，而 COVID-19 的全球大流行是自然環境中對於這些「分級醫療」機制的篩選事件，那麼當疫情漸漸獲得控制之後，往昔對於人民就醫選擇自由度加以限縮的醫療制度會不會被大規模地加以反省？同時，像台灣或日韓那樣較為寬鬆的「分級醫療」制度（或結合政府高度介入的健保制度）會不會搖身一變成為優勢的制度？對此，本文認

³⁹ Mark É. Czeisler, Kristy Marynak, Kristie Clarke, Zainab Salah, Iju Shakya, JoAnn Thierry, Nida Ali, Hannah McMillan, Joshua Wiley, Matthew Weaver, Charles Czeisler, Shantha Rajaratnam, and Mark E. Howard, "Delay or Avoidance of Medical Care Because of COVID-19-Related Concerns—United States," *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 69, No. 36(2020), pp. 1250-1257. 事實上，類似的反省在疫情爆發前已有論者提出，例如：Lindsay Blank, Susan Baxter, Helen Woods, Elizabeth Goyder, Andrew Lee, Nick Payne, and Melanie Rimmer, "Referral Interventions from Primary to Specialist Care: A Systematic Review of International Evidence," *British Journal of General Practice*, Vol. 64(2014), pp. 65-774.

⁴⁰ 參考："Evolution and Natural Selectio," <https://globalchange.umich.edu/globalchange1/current/lectures/selection/selection.html>.

為，不對民眾就醫選擇自由度進行限縮未必是一種「較好」或「較有效」的醫療制度，因為它可能導致醫療資源的浪費，以及醫療給付單位的財政吃緊，同時也可能間接讓醫療照護品質日漸低落、醫療技術長期創新不足，而這些缺失在 COVID-19 大流行以前早被視為許多國家應予改革或解決的問題。如果說，因為 COVID-19 疫情的出現讓世人注意到「分級醫療」嚴格施行所可能帶來的公衛安全風險，那麼一個比較務實且中庸的改革方向應該是，對人民就醫自由度進行適當的限制，而不是過嚴缺乏彈性或純然以個體經濟能力為依據的限制。經濟發展程度較高的歐美國家長期以來將自己本國的公衛體系不斷市場化和私有化，以致政府在公衛體系中漸漸淡出，或是將許多公衛任務委外。此種將醫療市場高度類比商品市場的公衛治理思維在 2020 年的疫情之下已然暴露其致命性的缺失，並充分解釋何以國家總體經濟水平良好，人民收入所得優沃，甚至是醫療科技先進等條件集於一身的北方國家，卻很多淪為疫情嚴重的受難國。以目前初步之研究發現觀之，若 COVID-19 無法因為疫苗的問世而在短時間獲得控制，或是冠狀病毒逐漸變成類似季節性流感的傳染型疾病時，會有越來越多國家開始對自身的醫療保健照護制度進行調整，嚴格的「分級醫療」制度將會逐漸被邊緣化，而有助於民眾即時就醫、快速取得醫療資源、讓公部門掌握個人病使的醫療制度會漸漸成為主流。然而，若此種制度性轉變真的發生，其也必然付出相應之代價，例如國家醫療財政負擔的加重、醫療資源浪費的問題普世化，以及政府公部門實質性的擴權。

責任編輯：白如君

