

對經建會 「全民健康保險制度規劃」 的評估

覃怡輝*

「全民健康保險」是我國目前在醫療政策上，正在推行的一項重大改革，其真窳得失，將直接關係著全體國民的福祉，深為大家所關切。基本上，政府可透過救助、保險和津貼等三種基本方式，而介入醫療服務的提供。這三種方式各有所長，亦各有所短，因此不可能只採行其中的某種方式，就能完滿解決全部的問題。規劃報告雖宣稱只採行「保險制」的政策，但在實際上，其中還是要加入了救助和津貼的成分，以解決低收入戶和榮民的問題。接著，即使在已決定採行保險政策的前提下，為實現國家醫療政策的目標，經建會針對保險對象、保險給付、部分負擔、保險財務、支付制度、保險體制、醫療機構的特約和體系等項目，都提出了原則性的規劃，筆者都一一提出其可能遭遇的問題，並儘量提出因應的對策，以防範問題於未然。

- 一、前言
- 二、文獻探討
- 三、健康政策的宏觀分析
- 四、健康政策的微觀分析：社會保險
- 五、結論

一、前言

自民國六十年初以來，「全民保險」和「全民健康保險」這兩個名詞，在社會中逐漸開始流行。以後，歷屆許多中央民意代表候選人，紛以「全民保險」或「全民健康保險」為政見，使得這兩個名詞蔚為風氣，形成輿論力量。例如，依中央選舉委員會的統計，在民國七十八

* 中央研究院中山人文社會科學研究所副研究員

年增額立委選舉中，「加強社會福利政策，辦理全民醫療保險」即為候選人十大政見之首，且截至七十九年四月十三日為止，共有六十六位立委針對「全民健保」的問題，提出為數高達一百一十二次的質詢（詹火生，1990:62-64）。政府為回應這種醞釀多時的社會需求，而由行政院於民國七十五年二月宣布，將於民國八十九年實施「全民健康保險」。此項計畫由行政院經濟建設委員會於民國七十七年三月開始，正式成立「全民健康保險研究計畫專案小組」去研究、規畫，並於民國七十八年二月由行政院宣布，將「全民健康保險」的實施日期，自民國八十九年提前到民國八十四年。到民國七十九年六月，經濟建設委員會完成「全民健康保險」的規畫工作，並於同月十四日向行政院郝院長簡報，郝院長同意核定，將「全民健康保險」的實施日期再提前到民國八十三年。

經濟建設委員會在進行「全民健康保險」規畫工作的期間，曾經委託有關機構和學者從事將近二十餘項的基礎研究報告，以作為其規畫工作的參考和依據。由於這些委託的研究工作，都是在短短的兩年內，和經建會本身的規畫工作同步進行，其中至少有九篇研究報告，幾乎是和經建會的規畫報告為同時完成，加以許多報告都長達一兩百頁，因此經建會的「全民健康保險制度規劃報告」，可能並不能夠有充分的時間去消化、參考那些研究報告，然後再確實地，以它們為依據而將該「規劃報告」撰寫出來。所以，本研究的進行，主要是採用文獻研究法，首先從宏觀的層面，根據福利先進國家辦理國民健康服務的理論和經驗，而去討論國家對「健康」問題，可採行那些因應的政策；然後再轉入微觀的層面，在政府已經決定採行「保險」政策的前提下，而去細心閱讀經建會所撰成「全民健康保險制度規劃報告」的各項內容，以及由經建會所資助、委託、完成的各項基礎研究報告，並參考在經建

會和衛生署所合辦「全民健康保險國際研討會」上所發表的各篇論文，然後再逐項地觀察我國所存在的客觀環境條件，最後再去評估經建會所規畫「全民健康保險制度」的完備性、合理性和可行性。如遇有不足或不妥之處，則提出補充和修正的建議。本研究的完成，將對衛生署所從事的第二期「全民健康保險」規畫工作——將經建會所規畫的抽象政策轉化為具體的制度——提供很大的參考價值和幫助，以使衛生署所規畫的制度，不但能充分掌握、不偏離經建會原始政策的精神，而且能預先防範制度的可能缺陷和副作用，並確保制度的效率和公平，以達到政府當初規畫「全民健康保險」所預期的目標。

二、文獻探討

推行「全民健康保險」，是我國目前在醫療政策和制度上的一項重大改革。在理想上，舉凡有關醫療政策和醫療制度方面的文獻，都應列為參考文獻的範圍，但是這樣的一種研究策略，其理想雖高，但在人力和時間上都太不經濟，因此礙難採行。由於行政院在民國七十五年宣布將要推行「全民健康保險」的政策之後，兩年後即隨之成立「全民健康保險研究計畫專案小組」，由此小組去從事「全民健康保險」的全部規畫事宜。為使規畫工作做得完滿順利、符合實際，其規畫必須以最新的資料為依據。「專案小組」經由下列三種途徑而蒐集其所需最新的資料：一是由專案小組的成員，分批到日本、韓國、英國、瑞典、西德、瑞士等國，考察他們在健康保險實施上的現況，擷取第一手的經驗資料；二是由經建會和衛生署聯合舉辦「全民健康保險國際研討會」，邀請國內外專家學者共二百餘人參加，發表論文十餘篇，來自英國、美國、加拿大、西德、日本等國的學者，他們的論文都是介紹他們本國的醫療制度，並提出可供其他國家（主要是為我國）學習和借

鏡的經驗；三是由經建會委託有關學術團體和學者從事二十餘項的基礎研究，因為這些研究都是為「全民健康保險」的規畫而作，因此都應是本論文主要的參考文獻。

醫療體系和其他任何社會體系一樣，它也可以用派深思(T. Parsons)的概念而從三個不同的層次去觀察：(一)制度體系的層次、(二)行政管理的層次和(三)技術執行的層次(Hetherington, et al, 1975:8)。歸納而言，「全民健康保險國際研討會」的國外學者，因是來自五六個不同醫療體系的國家，因此他們介紹其本國醫療制度現狀、利弊和得失的論文，可分別屬於第一和第二個層次；而經建會所委託學術團體或學者所從事的二十餘項基礎研究，因為是在已確定採行「保險」政策之後、是為幫助規畫「保險」而作，所以這些研究報告是分別屬於第二和第三個層次。大體而言，經建會所規畫的「全民健康保險制度」，只是對此制度的基本原則和組織體系等大項目作所規畫，因此都是屬於第一和第二個層次的問題，至於第三個層次屬於具體操作的技術性問題，因是留給衛生署於第二階段時再去規畫，因此這第三層次的文獻，規畫報告甚少用到。本論文的目的是，因為只是對經建會所規畫「健康保險」的制度體系和行政管理兩個層次作所評估，因此所參考到的文獻也和經建會一樣，是以第一和第二類文獻為主。至於未參考到的少數屬於技術執行層次的文獻，因仍將為衛生署所必須參考，同時為方便未來學者的研究，故仍將之一併列入參考文獻中。

三、健康政策的宏觀分析

「健康」(health)是一項非常重要的社會價值或理想，因此是社會政策中非常重要的一項內容。但是，健康也是一個非常複雜的觀念，因為它的反面就是生病(illness)，就是不健康、衰弱，就是受了傷害和

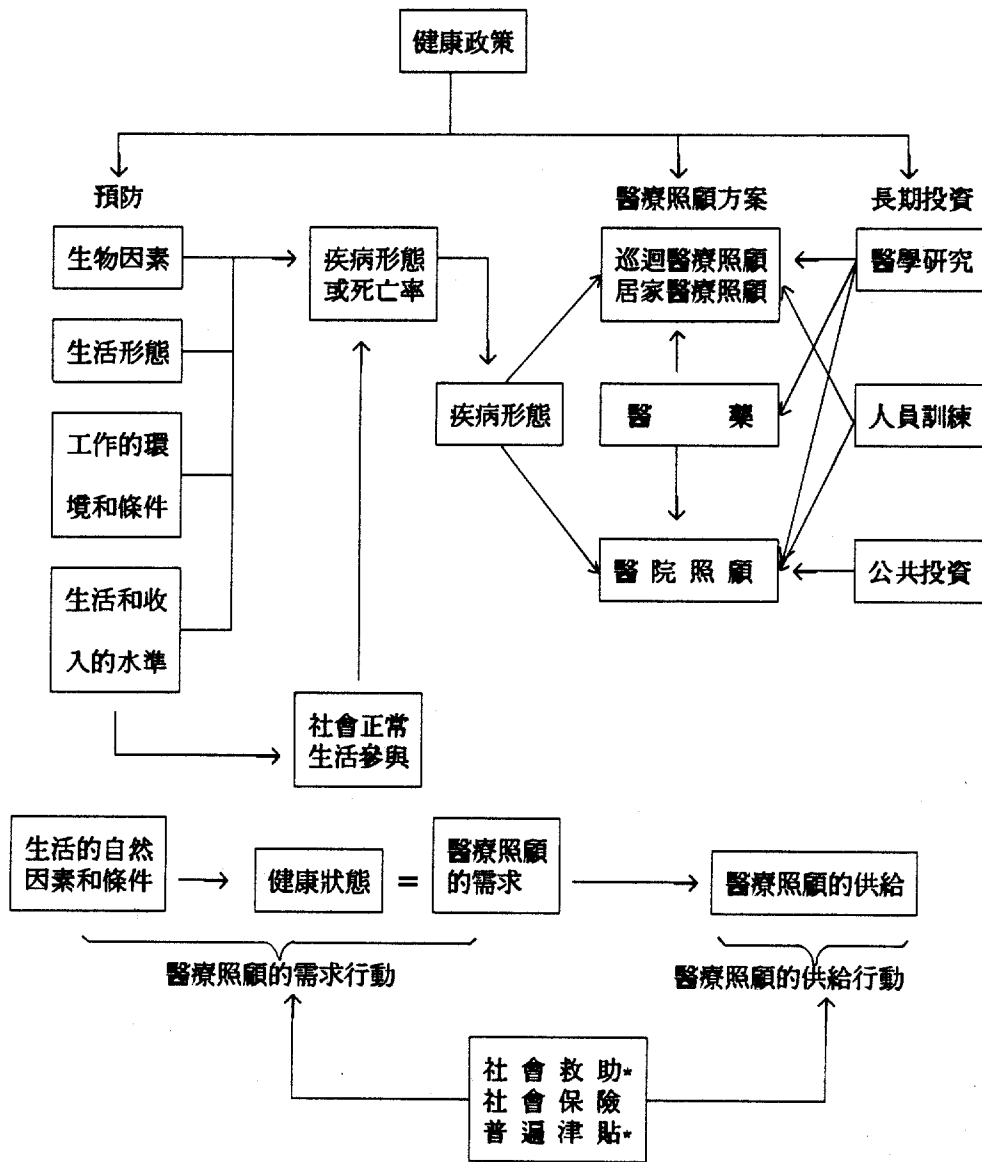
生了疾病。在健康和 unhealthy 之間，存有著一個很大的中間地帶，因人而異，十分難以界定(Kaim-Caudle, 1973:104; Eyles and Donovan, 1990: 29-37, 115; 吳凱勳, 1991:110-114)，因此，健康政策不但會隨著「健康」定義的不同，而且會隨著「疾病」型態的不同，而有很大的變化。例如，在定義方面，健康至少有「醫療模式」(medical model)和「社會模式」(social model)兩種不同的定義(Graham, 1985:6-9)。基本上，醫療模式的定義是從反面去定義健康，認為「不生病」、「沒有失能」，就是健康，不健康就是身體的功能失調(malfunctions)，它是一種客觀存在的生物現象，它可以用X光、血糖、血壓、心電圖、化學檢驗等客觀方法，而將之度量出來。而在社會模式的定義方面，則認為健康是社會對人體「正常狀態」或「常態」(normal state)，所作的一種社會的、政治的、主觀的價值判斷，這個「常態」會隨著時空的不同而變化，它本身並不是一個客觀存在的科學事實，因此，同一現象在彼時空中不是病，而在此時空中則可能是病，反之亦然。

其次，在疾病的型態方面，學者的研究已經指出(蕭慶倫、楊志良和盧瑞芬, 1989:3-4)，在過去的三十五年中，我國經歷了流行病學上的轉型期，由早期傳染病猖獗到目前慢性病盛行。這似乎是一個世界性的趨勢，即使是先進的英美等國亦莫不是如此(Eyles and Donovan, 1990:9; Rushing, 1986:205)。除了意外災害之外，癌症、腦血管疾病和心臟疾病已成為我國目前十大死因的前三名，罹患了這些慢性病之後，長期且昂貴的醫療照顧至多可控制病情而延長壽命，卻難以恢復健康。所以，對於慢性病，預防比治療更加重要。許多慢性病的基本防治方法，如衛生教育、禁煙運動、適當的飲食習慣和運動、不受污染的生活環境、定期的健康檢查、……等，都是政府在釐定健康或衛生政策時，所必須要慎重考慮的項目。所以，根據國際社會安全協會(ISSA, 1975:7)的

一項文獻，健康政策的主要內涵可分為三大項，即預防(prevention)、醫療照顧方案(medicalcare scheme)和長期投資(long-term investments)。各大項的內容及其間的關係如圖一所示。

由於疾病型態的改變、醫師供給的增加和現代醫療科技的進步，造成了醫療需求和醫療費用的持續增加(Rushing, 1986:201-5)。這些昂貴的而且是長期性的醫療費用，往往已非許多現代社會個別的家庭或個人所能負擔，所以「醫療費用」的問題也像家庭或個人的「所得」問題一樣，需要再輔以社會性和集體性的方法，才能謀得完全的解決。所謂社會性和集體性的方法，主要是指政府或公共部門(public sector)的介入。根據政府介入程度的不同，於是在「純私人部門」和「純公共部門」之間，構成一個連續的政策光譜表(continuum or spectrum)。在私人部門的這一端，它所強調的價值是：個人自由、私有財產、自力更生、自由競爭、創新和發展，希望人人都能充分發揮潛能，使社會能不斷的進步；而在公共部門的那一端，則是特別強調人與人之間的互助、合作、平等和集體成就等價值，以期能建立一個全面平等、和諧、友愛、親密的新社會。根據學者的整理歸納(Loney, et al, 1983:23)，除提特瑪斯(Titmuss, 1974:30-31)將這政策光譜表區分為剩餘模式(Residual Model)、工具模式(Instrumental Model)和制度模式(Institutional Model)外，平克(Pinker)將這政策光譜表區分為三等分，即古典經濟理論、新重商主義和馬克思主義，喬治和維爾丁(Gorge and Wilding)將之區分為四等分，即反集體主義、緩進的集體主義、費邊社會主義和馬克思主義，盧姆(Room)將之區分為四等分，即市場自由主義者、政治自由主義者、社會民主主義者和新馬克思主義者，而賁尼斯和梯爾森(Furniss and Tilson)則將之區分為五等分，即保守主義、積極國家、社會安全國家、社會福利國家和激進主義。以後，

圖一：健康政策內容分析



*為筆者所增加增入。
資料來源：ISSA，1975：7

派克女士(Parker, 1984:30-47)也將這表區分為四等分,即自助原則、貝佛利治式的保險原則、基本所得式的整合原則和社會主義式的平等原則;詹火生(1990:18-19)認為政府對健康服務的參與,可扮演的角色有三種,即供給者、規範者和契約者;最後,利沙德(Leathard, 1991:195-7)更對醫療服務的政策,提出五個不同的模式,第一個模式是完全由私人部門去提供,最後的一個模式是完全由政府或公共部門去提供,中間的三個模式是:一個是以私人部門擔任主要的供給角色,國家只是擔任輔助性的安全網角色;一個是以政府或公共部門為主要的供給角色,而私人部門只是擔任輔助性的角色;另一個模式也是以政府擔任主要的供給角色,民間擔任輔助角色,但這時政府所提供者將不是實物給付,而是現金給付。

綜觀以上各種政策型態的分類,有些是過於抽象,不易轉化為具體的制度,而有些則雖然十分具體,但又失之於不夠週全,因此都不適於照方取用。由於醫療費用的問題和所得問題一樣,它的社會性和集體性的公共部門方法,也是同樣的三種,第一種是:社會救助(social assistance),它的給付只提供給能通過資產調查(means test)或所得調查(income test)的申請人;第二種是社會保險(social insurance)、公共保險(public insurance)或國民保險(national insurance),它只提供給能滿足繳費條件的被保險人;第三種是普遍津貼(universal allowance)、社會津貼(social allowance),或是稱之為全民補助(demogrant),它是無條件提供給所有的國民,至少是無條件提供給所有符合某些非經濟條件(如年齡、居住期限)的國民(覃怡輝,1991a)。然而,「所得」問題和「醫療費用」問題,在性質上畢竟有所不同;首先,所得有基本和次級之別,基本所得可以相當客觀地決定,而次級所得則可能因人而異,且可能是多多益善,但這已非社會安全的責任;而在醫療費用方面,它

的數額是隨病情的輕重而異，但病情的輕重非個人所能預知，尤其是一旦生了那些無法痊癒的慢性病，使得醫療費用的多寡問題，完全非個人所能事先預測，所以，比較起來，醫療費用的壓力和不確定性，往往比所得方面為大。也因為這緣故，所以貝佛利治(Sir William Beveridge)為英國規畫社會福利制度時，是以津貼制來提供醫療服務、就業服務和兒童的所得安全問題，而社會保險則是用來解決一般人的所得安全問題，至於有特別需要的高所得者和低所得者，則另以商業保險和社會救助去解決(覃怡輝, 1991b)。

其次，公共部門醫療服務在給付的方式上，會具有比較大的選擇彈性，它可以「實物給付」(benefits in kind)的型態去提供，也可以「現金給付」(benefits in cash)的型態去提供。當醫療服務是以實物給付的方式提供國民時，政府可以直接扮演「提供者」的角色，自己設立醫院、診所來提供醫療服務；政府也可以扮演一種「中介者」的角色，安排公私部門的醫療機構來間接地提供醫療服務，當然，其醫療費用是由政府直接來負擔。當醫療服務是以現金給付的方式提供國民時，政府提供醫療費用的方式，可能是以事後償還的方式，將費用直接支付醫療服務的提供者，即醫院或診所，也可能是以同樣的方式，將費用直接支付醫療服務的使用者。因此，政府提供醫療服務的方式，可以週全地、詳細地區分為十二種(見表一)。對這十二種醫療服務的給供方式，在理論上，政府可以採行其中任何一種方式，或是採行其中兩種或兩種以上的混合方式，毫無問題；例如，英國主要是採用C型，日本和德國採用E型，法國採用K型，但是也都採用其他類型為輔助；只是在實際上，政策的制定必須考慮其效率性、公平性和可行性的問題，所以也並非可以隨心所欲。

首先，當我們單從公共給供三種基本形式的性質來看時，它們都各

表一：醫療服務的公共給供方式

給供方式	實物給付		現金給付	
	提供者 角色	中介者 角色	支 付 提供者	支 付 使用者
社會救助	A	D	G	J
社會保險	B	E	H	K
普遍津貼	C	F	I	L

有其優點和缺點。一般說來，以社會救助來提供醫療服務時，因為只對少數的低收入者提供服務，所以它的特點是：它在提供服務給特定的對象時，其範圍的大小，可以非常具有彈性地決定，以充分滿足申請者的需要，在財務上也可以做到十分經濟；但它的缺點是：它具有「貧窮陷阱」(poverty trap)和「貶辱」(stigma)的反作用。社會保險的特點是：它的權利和義務平等，沒有社會救助的反誘因作用；但它的缺點是：在保障範圍上，無論是對人或危險事故，它都預存著「排他」(exclusion)的藩籬，非法律所規定者，都要被排除在外；其次，在給付水準上，如果給付水準是依平均需要而統一決定，則給付就可能太多或太少，不一定能滿足實際上的需要，而給付水準如果依據實際的需要而決定，則醫療費用就可能非常龐大，超過了制度的負擔能力。普遍津貼的優點是：它能避免社會救助的反誘因和社會保險的排他性；但它的缺點是：它在財務上負擔會比社會保險更為昂貴，往往非目前自由市場的經濟體制所能負擔，如果要量力而為，則給付的水準就可能會變得太低，不能滿足國民實際上的需要。

其次，在實物給付和現金給付的選擇方面，因為醫療服務的現金給

付幾乎都是採事後償還的方式，所以其彈性和扭曲，比較不會像在所得安全上那麼明顯和嚴重(覃怡輝, 1984:175-6)。一般而言，政府之所以要介入人民的醫療服務，主要是因為人口和經濟結構的變遷，社會中的許多人，雖然在生活上的溫飽沒有問題，但其經濟力量卻無法去解決鉅額醫療費用的問題，是醫療需求上的貧窮者，所以，對政府而言，最簡便自然、且省力易行的一種辦法，就是透過現金給付的方式(即J, K或L)，直接以現金支付醫療服務的使用者，以解決其醫療費用不足的問題，因為這種方式完全不必干擾當前醫療市場的秩序，不會引起醫療服務的提供者和使用者雙方面的抗拒和阻力。這種解決方法唯一的缺點，就是要求那些原已在醫療費用上發生問題的低收入者，先墊付必需的醫療費用，然後再依法定程序向政府申請償還；如果醫療費用龐大，對低收入者而言，即會成為他們就醫的重大障礙。為解決低收入者事先墊付鉅額醫療費用的問題，其最直接的解決辦法，就是將請求償還醫療費用的工作，由醫療服務的使用者轉移到其提供者，即政府直接將醫療費用支付醫療服務的提供者(即G,H或I)，而不是醫療服務的使用者。這樣的一個技術變更，也是十分簡單易行，只是對制度而言，病人因繳付醫療費用所具有「監督」或「控制」醫師的功能，卻因此喪失了，於是醫師用以向政府申請償還醫療費用的表格，就成為可以隨意填寫金額的空白支票(blank check)，於是醫師濫報費用便會成為新辦法中嚴重的弊端。

進一步言，即使是在第一類現金給付的情況下，醫師還是可以透過和病人的合作，而達到浮報醫療費用的目的；或是透過聯合壟斷以提高價格，而達到謀取超額利潤的目的。所以，這兩類現金給付的醫療提供方式，雖然都具有簡單易行的最大優點，但也都有著無法有效節制費用的重大缺失。為了達到控制或節制醫療費用的目的，政府與醫療市場

之間的關係或角色，必須由採不干預政策的旁觀者角色，進而改變為採行干預政策的中介者或規範者的角色（即D, E或F），此時，政府不但要規定醫療服務提供者所提供服務的範圍，而且進而要規定各項服務的項目價格及全部服務的總價格，以使醫療服務提供者所申報的費用不致漫無標準、漫無邊際，以達到防止濫用和節制費用的目的；同時為防止醫療服務使用者的濫用，更有各種部分負擔的設計。然而，和任何經濟資源一樣，由於醫療資源的有限性和缺乏性，很難滿足近乎無限性的醫療服務需求，醫療資源即使是作了十分理性的安排和分配，也未必能做得令各方都滿意，更無論是不甚理性的安排，所以最後的一個政策選擇，就是由政府提供醫療費用補助的同一個部門，進一步同時也擔當起醫療服務提供者的角色（即A, B或C）；其中的C類型，就是我們所熟悉的公醫制。但是，如果費用的提供者和服務的提供者不是同一個政府部門，則只能算是quasi-A, quasi-B或quasi-C,其功能相當於D, E或F,而不能算是A, B或C。

從純理論的角度去看，政府介入健康服務的可能方式，就只有上述的十二種類型，而根據經建會的「全民健康保險制度規劃報告」，政府是採行社會保險中的E型，來提供健康服務。於是我們便必須去討論，政府為什麼要採行這種類型，而不採行其他的類型。「規劃報告」第一章第一節開宗明義就說：健康保險的最高、最原始根據，是我國憲法的第一五五條和第一五七條。為了說明憲法第一五五條和第一五七條，是不是我國實施健康保險的有效最高法律根據，我們必須把憲法第十三章第四節「社會安全」的全部六條條文作一個整體的分析。首先，基於抗戰時期中美的密切友誼，筆者認為，我國憲法第十三章的「社會安全」一節，其主要意義，乃是承襲美國的「社會安全法案」而來，所以這「社會安全」的意義，主要是指經濟安全或所得安全，它包括了各

種「所得維持」(income maintenance)的方法,如前述的社會救助、社會保險和普遍津貼等都是。英美的學術界,大致是延續著這個傳統,只是在美國的行政系統,常把他們的社會保險制度(即OASDHI)稱之為「社會安全」,其保險費就稱之「社會安全稅」,有時候,他們的學術界亦跟著如此使用,所以閱讀美國的有關文獻時,必須注意二者之間的差別。

如果將「社會安全」定義為經濟安全或所得安全,那麼憲法「社會安全」六條條文的關係便能十分明白地呈現出來。首先,由於「就業」是人們所得最主要的所得來源,所以「社會安全」的第一條(即憲法第一五二條)就規定:「人民具有工作能力者,國家應予以適當之工作機會。」這種工作,在社會政策的領域中,稱之為「就業服務」,其中可細分為職業訓練、職業交換和職業介紹等項目。當人們有了工作之後,國家進一步的工作是幫助人們維持和改善其工作,以使其所得能維持不斷,保障其生活,所以「社會安全」的第二條和第三條(即憲法的第一五三條和第一五四條)就規定:「國家為改良勞工及農民之生活,增進其生產技能,應制定保護勞工及農民之法律,實施保護勞工及農民之政策。婦女兒童從事勞動者,應按其年齡及身體狀態,予以特別保護。」和「勞資雙方應本協調合作原則,發展生產事業。勞資糾紛之調解與仲裁,以法律定之。」這些職業災害、工業安全和勞資關係的工作,在社會政策中也都是重要的課題。在這些政府的保護政策之下,在正常情況下,大部分人大概都能找到其工作和安於其工作,其所得也不會發生問題;但是少數的個人或家庭,或早或晚,總會發生一些生、老、病、死的危險事故,而使得收入中斷或是支出增加,使得個人或家庭的經濟生活發生了危機,無法自行解決。面對這種問題,所以「社會安全」的第四條(即憲法的第一五五條)規定:「國家為謀社會福利

，應實施社會保險制度。人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災患者，國家應予以適當之扶助與救濟。」其中，社會保險的功能是要在危險事故發生之前，先作未來防範和準備的工作，使事故發生時，能安然度過難關；而社會救助則是設法解決問題於事後，即是對那些未能參加社會保險的人，或是雖參加了社會保險，但其保險給付不足以解決問題的人，予以金錢上的救助，以幫助他們度過難關。最後，因為健康是一切事業之母，沒有健康的身體，不但不能工作，而且也沒有任何幸福可言。其中，母親和兒童直接關係著下一代的健康，所以「社會安全」第五條（即憲法的第一五六條）規定：「國家為奠定民族生存發展之基礎，應保護母性，並實施婦女兒童福利政策。」而為了維護全體人民的健康，「社會安全」的最後一條（即憲法的第一五七條）明白的規定：「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。」所以，追根究底，憲法所規定的國家健康政策（廣義）或醫療政策（狹義）應該是C型態的「公醫制」，退而求其次，根據憲法的精神，至少也應該是F、I或L型態的津貼制，而絕不是任何型態的保險制。

根據「全民健康保險制度規劃報告」，我國醫療政策的基本目標是：

1. 提供全體國民適當的醫療保健服務，增進其身心健康。
2. 控制醫療費用於合理範圍內。
3. 有效利用醫療保健資源。(CEPD, 1990a:1,12)

關於這三個基本目標的含義，可用各種不同的文詞表達出來，例如，第一個目標的原意是指：提供服務的對象應是全體國民，但這是從提供者的角度而言，如果改從接受服務的國民的角度看，則是指國民對社會中所擁有的健康服務資源，應有平等的使用機會，亦即平等的可接近性(equal access or equal accessibility)，其中隱含了平等(equality)

和公平(equity)之義;而如果還要進一步談實現這些目標的具體條件,則必須在供給面上,醫療資源在地理上的分配十分平均,在需求面上,必須讓使用者能克服其財務上的障礙,如此才能增進國民對醫療服務的可接近性。第二個基本目標是指醫療費用的節制,不管是供給面或需求面去著手,詞意都十分確定,比較不會發生歧義。第三個基本目標是指服務「效率」的維持或提高,這「效率」不但意指醫療服務在質和量上的提高,同時也意指提供此醫療服務成本的降低;如果要進一步從因果的角度去看如何才能提高效率,則就會談到醫療服務提供者和消費者的自由權(freedom)或選擇權(choice),以及避免服務的獨買(monopsony)和獨賣(monopoly),必如此,才能使制度具有競爭性(competition),制度有了競爭之後,它才真正會具有效率。這三個基本目標經過這番解釋之後,我們便可明白的看出,這三個基本目標的選定,的確曾充分參考了「全民健康保險國際研討會」中美(Reinhardt, 1989:73-4)、日(Ikegami, 1989:21-22)、德(Schulenburg, 1989:2,22-5)、英(Abel-Smith, 1989:2; Culyer, 1989:2-7)、加(Evans, 1989:6-12)等各國學者的論文。此外,因為「目標」是未來評估醫療政策成敗主要依據,因此這三個廣義的基本目標也可以單獨地或綜合地發展出一套評估制度成效的指標(indicators)或判準(criteria)。例如,斯密和康德黎(Smith and Cantley, 1985:ch 4)為評估健康照顧的成效(success),而以第一和第三個目標去建立了六個不同的判準(criteria),它們是:病人流量(patient flow),臨床治療(clinical cure),成套的服務(integrated service),服務的外部性(impact on related services),對家屬的支持(support for relatives),和服務的品質(quality of service)等。

顯然的,要實現這些政策目標,並不一定非要採用津貼制中的公醫制,然而也並不一定非要採用保險制,一切都要取決於實際的客觀條件

和制度的搭配。在有關制度選擇這個重大問題上，「規劃報告」書上並沒有任何說明文字來說明：政府為什麼要採行保險制的醫療政策，而不考慮津貼制或救助制的醫療政策？行政院經建會所主辦的「全民健康保險國際研討會」和委託學者所從事二十多項基礎研究報告，基本上，也都是在已決定採行保險制的政策之後，為替此項政策尋找理論和事實的支持，而從事的事後補鍋工作，和整個大政策的辯護沒有什麼直接的關係。「規劃報告」書中所能找出的唯一項政策理由，便是第六章中有關財源籌措的方式(CEPD, 1990a:51)。進一步的政策辯護，必須依靠其他的文獻資料。

報告書認為，由於健康保險所需經費龐大，若以一般稅收為主要財源，除非此一項經費能獨立於總預算之外，否則，稅金的分配易受到政策運作或壓力團體的影響；輕則使健康保險經費不易獲得保障，重則危害國家整體利益。報告書並認為，目前的稅收絕不可能負擔如此龐大的經費，勢必要加稅才能籌足資金。但我國此時稅務不甚健全，高薪的自由業，和某些收入頗豐的自營作業者，逃漏稅的情況十分嚴重，大部分的稅金都是由薪水階級負擔，違反量能課稅的公平原則。而以保險費支持醫療費用，使權利和義務建立明確的關係，不但符合受益者付費的公平原則，而且能表彰社會保險的互助精神。因為津貼制和保險制之間的主要差別，就在於津貼制的財源為所得稅，而保險制的財源則為保險費(或薪資稅；因一般國家多以薪資稅的方式來徵收保險費)，當政策上決定採行保險制之後，所以在理論上講，就一定要以保險費為主要的財源，不管這保險費是以什麼方式來徵收；否則，如以一般稅收為財源，這名目上的保險制就將成為實質上的津貼制。所以，有關這種醫療費用財源的爭辯，其實也正是津貼制和保險制的爭辯。進一步言，因為救助制的醫療服務也是以一般稅收為財源基礎，所以，這種不同財源的

爭辯，還可以擴大為津貼制、救助制和保險制之間的爭辯。

歸納而言，經建會決定捨棄津貼制或救助制而採行保險制的主要理由，就是「量能課稅」和「受益者付費」這兩項基本原則。然而，這樣的辯護帶來了下列的一些問題：第一，在理論上說，「量能課稅」和「受益者付費」這兩項原則是彼此互相衝突的；因為在量能課稅的原則之下，就是能力高者付高稅，能力低者付低稅，而無能力者就不必付稅，但是在受益者付費的原則下，那些無能力者就不能受益，因為他們未曾付費。第二，單就量能課稅的原則而言，在理論上，應該是所得稅的效果比薪資稅更大，但經建會認為當前稅務能力不佳，高所得者逃漏稅嚴重，所得稅量能課稅的效果不佳，所以主張採用薪資稅，以實現受益者付費的原則；但是，嚴格的受益者付費原則，不但與量能課稅的原則相衝突，而且也與資源重分配的原則相衝突；所以，我們不能為了行政能力的考慮而犧牲了制度的根本原則。第三，在策略上，由於健康保險是與其他的社會保險分開辦理，於是被保險人便需要繳納至少兩種不同的薪資稅，在稅務行政上會變得比較複雜，增加了行政成本，而且，因為薪資稅都是固定稅率，甚至還設有保險薪資的上限，因此會具有十分顯著的累退性，最後也會與量能課稅的原則相衝突。

就我國的醫療情況而言，由於憲法中所要求的理想是實行公醫制，而現行的政策則是採行了保險制，因此，政策辯護的重點，就在於如何在公醫制和保險制二者之間，作所選擇。根據卡爾約(Culyer, 1989:2, 4-5, 30-31)在「全民健康保險國際研討會」所發表的論文，他認為英國公醫制(NHS)實現了人人平等就醫的公平(equity)目標，克服了人民就醫時的經濟障礙，其醫療制度的中央計劃，不但使醫療資源在區域上能作公平的分配，且使醫療費用能受到有效的控制，其他的優點還包括：維持現代化的醫療專業訓練系統、整合主要的醫療機構、達到經濟

規模降低行政成本、服務符合成本效益、清白的醫療關係、保存了病人和醫生雙方面的自由、獨買權增強了政府與工會談判的能力等等。然而，相關的文獻也指出英國公醫制的許多流失，例如英國經濟學社(IEA)的文獻(Havighurst,1989:viii, 3, 16)即指出，英國公醫制的重大缺失有：預算控制導致醫療投資的不足，醫療供給不能在質與量上滿足消費者的需要，候診名單和時間都太長，新服務和新技術的引進很慢，免費醫療導致了道德危險(moral hazard)、濫用醫療資源，獨買使得競爭消失、效率降低。利沙德(Leathard, 1991:186, 189)也把英國公醫制在給付面的缺點歸納為下列幾項：以排隊的方式來分配醫療服務，病人從家庭醫師處所接受的服務品質並不相等，不能彈性反應消費者的需要，消費者缺乏選擇的自由，缺乏強有力的組織聲音，病人缺乏隱私權和舒適性的設施，醫療品質未受到有系統的關注等；而在財務面的缺點則可歸納為下列三項：投資不足，有關其成果的知識十分稀少，有關評估英國公醫制效率(efficiency)和效果(effectiveness)的資訊系統(information system)和臨床成本程序(clinical costing procedure)完全缺乏。最後，司摩爾(Small,1989:62,173)指出，預算在地域上的嚴格分配，使得病人在區域間的流通和轉診產生了障礙；預算在醫事人員間的不平均分配，導致了醫院護理人員的嚴重不足；預算的不足，使得醫療體系缺乏彈性去滿足新的醫療需求，例如因人口老化而產生的新醫療需求。

以上的實證分析，表達了如同表一概念分析同樣的結果，即公醫制雖有利於經費的控制和保護對象的擴大，有利於第一和第二個基本目標的實現，但因為它採行了中央計劃的支付制度(payment system)，使制度缺乏了競爭的誘因，以致無法有效的兼顧第三個「追求效率」的基本目標。因此，在既定醫療政策目標的前提之下，顯然的，公醫制因為不能全面兼顧這三個基本目標，所以它並不是一個十分理想的制度

。在另一個極端，如果採行了美國式的醫療政策和制度，以商業保險為主、社會保險為輔，則雖然有效的實現了效率的目標，但其他兩個基本目標又為之而偏廢，形成了嚴重的問題(Paton, 1990:4)。為了能同時兼顧醫療政策的三個基本目標，可能是政府決定採用性質比較中庸的社會保險政策的原因。

但是，誠如前面所述，社會保險本身也會面臨到各種不同的問題。第一個是面臨著低收入者被排斥、不能充分滿足第一個目標的問題。因為社會保險是立基於私人商業保險互助、大數法則和危險分攤的原理，然後再加上「強制性」的原則而建立，同時為了使這「強制性」的原則能合理而可行，所以政府在規定強制必須參加的被保險人範圍時，不得不規定只包括有固定收入的就業人口，甚至規定只包括方便徵收保費的就業人口，而把許多最需要醫療照顧的低收入者和無收入者，都排除在外。雖然在技術上，我們可以採用變通政策，由政府對那些低收入者和無收入者，補貼其保費，使他們也能參加保險，但問題是：政府還是要先進行資產調查，然後政府才能決定該補貼誰，所以最後還是要用到社會救助的方法，否則政府就無法決定該補貼誰；所不同的是，救助的內容變成了保險費，而不再是醫療費用本身。就純學理而言，因為社會保險一定要以「有能力繳保費」為前提條件，無法包括那無法繳保費的人，因此，有學者認為，以保險制所提供的健康服務，可以稱之為「社會健康保險」或是「國民健康保險」，而不宜稱之為「全民健康保險」(岑士麟, 1977: 279-82)，可算是持平之論。

第二個問題是關於觀念認知的問題。健康保險制度要想能成功的推行，除了在制度的設計上要週全合理之外，還必須所有涉及的參與者，無論是醫療服的提供者和接受者，在行為上都要能遵守制度的規則，然後才可能得到成功。當然，探討制度的設計是否合理乃是本文的主

要重點，但是在經建會幾個有關健康保險認知的調查中卻發現到：許多國民，甚至屬於高等知識份子的醫師，他們對健康保險的知識都還是非常的缺乏和不正確，例如，他們分不清健康保險和救助、公醫之間的差別，他們認為健康保險可以自由參加，他們認弱勢人口團體應該單獨且優先成立保險，絕大多數的人只知道政府要實施全民健康保險，但對其內容則不知道，目前甚至還有許多被保險人存著「撈本」的心態，雖沒病也要去「逛」醫院拿藥（呂槃等，1990:17-8；曾條昌等，1990:114,116；李叔佩等，1990:31；謝高橋等，1990:117,121；CEPD, 1990a:147）。這些偏差觀念若不及時給予糾正，則他們偏差的行為就很難予以導正。任何制度總有其缺點和功能的極限，當有太多的人不遵守制度的規則時，這個制度就很難正常的運作，它的功能就會大打折扣。

此外，當政策上採行了保險制之後，對原來接受公醫制服務的軍人、軍眷和榮民而言，要他們放棄免費的公醫而參加需要繳費的社會保險，可能就會引起反彈和抗議的問題；爲了化解這問題，於是規定軍人和榮民，不論其經濟情況如何，一律都可以享受百分之百的保險費補助，亦即政府在本質上仍然維持他們的津貼制，只是給付的型式由C型轉換爲F型；而他們的眷屬則和其他種類的眷屬一樣，只能享有百分之五十的保險費補助（CEPD, 1990a:54）。對軍人和榮民而言，這樣的健康保險，雖然名稱上是保險制，但在本質上還是公醫制或津貼制，因爲他們自己並不需要繳納任何的保險費，而是政府以一般稅收替他們支付。

根據前面的分析，可知經建會所規畫的「全民健康保險」，其實並不是單純學理上的「健康保險」，而是其中隱藏著「救助」和「津貼」要素的變體保險；當政府所分攤保險費的比例超過了百分之五十之後（例如公保和農保），則制度中「津貼」的性質便已超過了「保險」

的性質；至於保險費百分之百由政府負擔的低收入戶、殘障者、軍人和榮民，其「保險」的性質實際上已降到為零。尤其是，如果制度運作的赤字還要由政府來負擔，則其「保險」的性質還要進一步的削減。所以，按道理說，把經建會所規畫的健康服務制度稱之為「保險」，並不十分允當；有些學者將明明不是保險的制度，而強稱之為「保險」（謝高橋等，1990:8, 41, 148；詹火生等，1990:18；康國瑞，1979:701），筆者認為那是犯了「泛保險化」之弊。所以，經建會所規劃的這個醫療保健制度，它雖然是以「保險」為主體，但它在實際上也包括了救助和津貼的成分和要素，因此似宜概括地將之稱為「國民健康服務制度」，如此方能更加貼切，更加名符其實。

四、健康政策的微觀分析：社會保險

由於經建會規畫健康服務制度時，在政策上是選定了「保險」的方向，所以本節討論健康政策時，主要是討論「社會健康保險」這方面的問題。為了實現國家醫療政策的三個基本目標，「規劃報告」中所制訂的實施策略是（CEPD, 1990a:12-13）：

1. 全體國民除軍人外一律納入，以社會保險方式強制投保，使全體國民獲得基本保障。
2. 國民健康保險與其他社會保險分開，單獨辦理，以增進行政效率。
3. 保險費以被保險人為單位收繳，公平分擔傷病風險。
4. 在「不浪費」與「不虧損」二大原則下，醫療給付應採部分負擔，即病人就診時，自己付出部分醫療費用，以提高被保險人正確成本意識。
5. 國民健康保險應立法建立獨立且自給自足的財務責任制度，

財務收支不平衡時，應即調高保險費，以健全保險財務基礎。

6. 醫療費用宜採總額預算及單一支付制度，以控制醫療費用於合理範圍之內，並提高醫療服務品質與效率。
7. 推動分級醫療及轉診制度，充實偏遠地區醫療設施，妥善分配醫療資源於預防保健、治療及復建服務等。
8. 加強教育宣導，建立國民正確的健康保險知識。

爲了討論的方便，筆者將依照「規劃報告」的各章順序，分別進行討論。但將省略各章中（特別是最後的三章）有關技術層面的一些問題。

1. 健康保險的對象

由於健康保險制度規劃的目標，是要在民國八十三年以前，基於階段性、優先性、強制性、團體性和限制性的原則(CEPD, 1990a:15-6)，而將全體國民都納入保險範圍之內，所以其目標對象非常明確，不會有什麼疑義。只是在理論上，因爲參加保險，必須要以能繳納保險費爲先決條件，而在任何社會中，總會有一些弱勢的國民，他們可能在基本的衣食問題上沒有什麼問題，但在經濟上卻沒有餘力去繳納保險費，更無論那些在基本衣食問題上都有問題的人，所以，要以保險的方式將全民納入保護的範圍，無論是採用什麼「原則」將之納入，在事實上都是一件不可能的事。對於這問題，經建會所採行的解決辦法，就是借用社會救助的辦法，由政府全額或高額補助其保險費(CEPD, 1990a:16)。事實上，經建會也採用普遍津貼的原則，將軍人和榮民納入體系(CEPD, 1990a:54)。

既然健康保險一定要借用救助和津貼的辦法，才能將保險範圍擴大爲全體國民，那麼經建會爲什麼不直接明白規定，讓保險、救助和津貼，各自有其應有的保障範圍，而強要以保險包括全部國民呢？關於以

醫療保險給付取代社會救助免費醫療的理由，報告書所提出的理由有二：一是保險制比救助制更能提高弱勢者就醫的方便性和尊嚴性；二是保險制比救助制更能有效監督醫療品質和減少浪費(CEPD, 1990a:16)。

關於第一點理由中的方便性，其間的差異，其實並不是由於保險和救助本身的不同所造成，而是由於不同的行政管理措施；目前低收入者就醫之所以不方便，主要是由於各地方政府為控制醫療費用的過度膨脹，而規定合格的低收入戶，只能前往少數的一些醫療機構就醫，甚至還有最高限額的規定；相對比之下，目前無論公保、勞保和農保的特約醫療機構，都比較多，所以覺得保險比救助方便；但是在行政措施上，如果主管機關對合格的低收入戶，都發給免費就醫卡，可以前往任何公立的或特約的醫療機構就醫，則救助也會比保險更方便。其次，就第一點理由中的尊嚴性而言，救助之所以有傷尊嚴，主要是由於請求救助過程中的「資產調查」或「所得調查」，而對低收入戶而言，因為他們無力繳納保險費，還是要透過「資產調查」或「所得調查」，才能獲得政府的保險費補助，所以還是有傷尊嚴，情況並沒有什麼不同。尤其是，如果保險制為抑制醫療費用的上漲或使用者的浪費，而實行部分負擔制，則許多低收入者因為無法負擔此項費用，於是還要接受第二次的「資產調查」或「所得調查」，以期能免除或由政府補助這項費用，以致必須接受第二次的尊嚴傷害。

關於第二點理由中的監督醫療品質方面，由於現醫療科技的高度專業化，無論救助行政人員或是保險行政人員，都不可能有效的去監督醫療機構及其醫療品質；雖然救助者或保險者如果也同時擔當醫療服務提供者的角色，其監督功能會為之加強，但救助和保險都可以也同時擔當這種角色，因此並不會造成其間功能的不同；其次，關於第二點理由中的減少浪費方面，因為浪費可能是由於醫療服務的供給者或是其

需求者所造成，或是由兩者所共同造成，原因不同，其解決方法也隨之不同，並非單純由需求面（即社會行政面的救助制或保險制）所能解釋或解決。在社會道德心很高尚、人民很守法的情況下，能做到：任何人有困難而向政府申請救助，政府即如數給予幫助，而不需經過任何調查的話，則救助制反而是最簡單、最經濟、最有效率和最沒有副作用的一種制度；而在目前人民道德心不高尚、不守法的情況下，因為任何一種制度都有其功能和限制，所以任何一種制度都會有被濫用，而有造成浪費的危險，保險制在這方面的功能，不一定就優於救助制。

至於榮民（軍人分別獨立辦理）之所以也採用保險制，而不沿用其原來的津貼制，其主要原因在報告書上雖未述及，但是其理由並不難看出。首先，因為榮民本來就享有津貼制的公醫服務，所以他們的保險費負擔，必須全額由國家負擔，然後，制度的轉換才不會造成負擔上的差別，不會引起抗爭；其次，在醫療服務的方便性上，榮民在原來的津貼制下，他們只能在少數的幾個榮民醫院就醫，而一旦轉換為保險制後，他們便可以也到其他的醫院或診所去就醫。當然，如果保險制實施部分負擔，他們便要自行負擔這一部分的費用；對於無法自行負擔這一部分費用的低收入榮民，便還要進一步以救助或津貼的方法去謀求解決。

此外，保險制為納入全體國民，而移植了日本的模式將保保險團體分為「職業團體」和「地區團體」（曾憲政等，1990:68；謝高橋等，1990:37），並將保險對象區分為「被保險人」和「眷屬」。另作兩項規定：第一，「凡應為職業團體保險被保險人者，不得為地區團體保險被保險人」；第二，「凡應為被保險人者，不得以眷屬名義參加保險」（CEPD，1990a:16-7）。表面看起來，這兩項規定並沒有什麼問題，但深入分析之後，它們之存有著潛在的矛盾。因為將團體和地位這個變數加以交叉分類之後，「職業團體」和「地區團體」都可以再進一步區

分爲「被保險人」和「眷屬」，於是共得四類保險成員，即(A)職業團體的被保險人，(B)地區團體的被保險人，(C)職業團體被保險人的眷屬，(D)地區團體被保險人的眷屬。(如表二)

表二：保險對象的分類

保險對象	被保險人	眷 屬
職業團體	A	C
地區團體	B	D

當保險對象經過如此分類之後，必然是A的保險費比B高，所以才需要第一項規定；其次，根據第六章規定，因為保險費是以被保險人爲單位去徵收，所以A和B要繳保險費，而C和D因爲不是被保險人，所以不要繳(CEPD, 1990a: 1, 3, 18, 52-3; 1990b:90)；因爲如此，所以再需要再有第二項規定；必須如此，才能使被保險人的保險費義務極大化，以達到健全保險財務的目的。然而，在「保險財務」一章中，有關保險費分擔比率的討論，卻又有政府應補助眷屬50%保費之議(CEPD, 1990a:4, 53)，可見眷屬亦要繳納保險費，並不是免繳保費。果真如此，則C和D的保險費就一定會分別比A和B低，否則就不需有第二項規定。如此一來，則雖然已知A一定同時大於C和B，但C和B的關係不能確定，C和D的關係也不能確定。其中，C和B的關係十分重要。如果B大於C，則不會有什麼問題；但如果B小於C，就會產生新的問題。因爲當B小於C時，一定是D也小於C，於是C欄中的眷屬爲減輕保險費負擔，便可依第一項規定，而要求以B的身分參加保險，而C中的其他人再可以B的眷屬身分成爲D，而使得保險費的負擔極小化，與制度的原始設計完全相反。第二個相關的問題是：如果僱主也要爲其員工的眷屬負擔50%的保險費，則又會產生「論口計費」的副作用，即僱

主將會歧視眷屬人數較多的求職中或已就職勞工，以致影響到他們的工作權(CEPD, 1990b:90; 詹火生, 1990:31)；此時如果勞工為求避免被歧視，而採行分戶的措施，以減少眷屬的人數，則此舉不但造成保險對象的名實不符，而且徒增戶政上的困擾。

最後，在保險身分的終止或喪失問題方面，一方面由於制度要求在保障範圍上，要包括全體國民，在另一方面，又對保險對象區分為四大類，所以，如果制度一定要涉及保險身分的終止問題，則一定要針對四種身分的保險對象，都一併提出，不能只針對A和C兩類提出，而不管B和D兩類；其次，針對四種對象都提出終止保險身分的規定之後，如果他們終止身分的理由不是死亡、喪失國籍、服刑或失蹤等，則還要深入考慮：如何使他們能繼續留在健康保險的範圍之內，以不違反制度保障全體國民健康的基本精神和原則。這些都是在制度設計時所要考慮到的問題。所以，如果制度要考慮保障全體國民的原則，則關於保險身分的問題，似乎只能談其身分類別的「轉換」，而不宜談其身分本身的「終止」。接著，因為在類間有著保險費負擔等級的不同，所以，如果談保險身分地位在類別間的轉換，則其轉換的方向可以由上而下，也可由下而上，更加具有實用上的價值。只是其轉換的方向，應與其財務能力成正例，所以，對負擔能力較低的B和D，其向下轉換的方向，應有特別的規定。

由此可知，這種將保險對象加以分類並實施差別保險費率的辦法，為新制度帶來了許多新的問題。由於問題的根源是出自對保險對象的分類，所以對問題的根本解決之道，應該是直接探討這種分類的周延性、可行性和合理性。根據「規劃報告」書第二章或「規劃技術報告」書第二章「保險對象」的描述，所謂「職業團體保險對象」（包括被保險人及其眷屬），主要是包括現行公保體系、勞保體系和農保體系的

被保險人及其眷屬,以及其未來擴大保險範圍後,所增加的被保險人及其眷屬,範圍十分明確;而所謂「地區團體保險對象」則是包括所有「不為職業團體保險對象」的國民(CEPD, 1990b:98),它所包括的對象可列舉為:低收入戶、軍眷(軍人本身維持原來的公醫服務)、榮民、榮眷、其他人口。由於「地區團體保險」的對象十分複雜,異質性非常高,許多問題都是由此而產生。

第一,在地區團體保險中,榮民是被保險人,榮眷是其眷屬,十分清楚,不會產疑義;但是低收入戶和其他人口,他們的「被保險人」和「眷屬」身分又該如何界定,「規劃報告」書中未加以規定,因為當二者的保險費率不相同時,這點十分重要,所以是一個很大的漏洞。

第二,依「規劃報告」書第六章的規定,保險費是以「薪資稅」的方式徵收,因此凡是非薪水階級的僱主、自僱者和其他靠財產所得維生者,都會被列入「地區團體保險」中;因為這樣,所以規劃保險費分擔時,規定地區團體保險中的高收入者,其眷屬必須負擔全部的保險費;而對一般國民的眷屬,則政府補助百分之五十,自負百分之五十;至於低收入戶,則不但被保險人的保險費是由政府全部補助,甚至其眷屬的保險費亦是全部由政府補助;既然在「地區團體保險」中包括了高所得者、一般中等所得者和低所得者,而他們的薪資所得比例,也往往都很低,所以如何決定他們的保險費「率」和保險費「基」,便成爲一個非常困難和困擾的問題,而「規劃報告」書卻對此問題沒有明白的交待。首先就保險費的「率」方面看,因為地區團體保險中同時包括了高所得者和低所得者,這些高所得者可能比許多職業團體中的被保險人還高,所以若A的保險費率大於B,則B中的高所得者也同樣享受了低費率的優待,這並不合理;而若A小於B,則又要B中的低收入者負擔過高的費率,也不合理;總之,無論A大於B,或是A小於B,都有其

不合理之處。其次，在保險費的「基」方面，由於現代經濟活動的多元化，大家的所得來源也隨之多元化，許多人的總所得可能十分相近，但是他們的所得在勞動所得和財產所得（或薪資所得和非薪資所得）之間的分配比例，彼此之間會有很大的不同，所以，只要是以部分的所得為保險費基，無論是以那一部分為費基，都會造成負擔的不公平，都會引來批評和抗議。因此，筆者認為唯有放棄對保險對象的各種分類，並採用單一的分級累進保險費率（第五節將詳細解釋），才能同時解決這些問題。

2. 健康保險的給付

由於醫療服務或醫療給付的內容十分寬廣，在性質上，醫療性的給付與非醫療性給付的界限也十分模糊，因此，無論醫療給付以那一種方式去提供，都會有著財務壓力的問題，不可能毫無限制的提供。當醫療給付是以保險方式去提供時，其財務壓力就變得更加顯著。以保險方式提供提供醫療服務時，就和其他任何方式一樣，它的基本原則都是維持收支平衡。當收支不平衡時，其恢復收支平衡的基本途徑不外乎：一、如果收入和支出兩端的調整彈性或調整阻力相等時，則兩端同時調整；二、如果兩端的調整彈性或阻力不相等時，則先調整彈性較大或阻力較小的一端，直到其彈性或阻力相等後，再同時調整兩端。總之，當收支一旦面臨赤字的不平衡時，就一定要調整，由政府補貼赤字也是一種調整方法，否則制度就會破產。所以，整個健康保制度的設計，必須緊緊扣住「收支平衡」這一個根本原則。

保險制的收入是保險費，而決定保險費的要素是保險費率和保險薪資，所以保險收入的調整是由保險費率和保險薪資著手，這一部分將在第五節中述及；而在保險支出這一方面，支出的內容是醫療給付，雖然醫療給付可以現金或實物的形式給付，但其支出的數額還是由服務

項目的範圍、數量和價格等方面來決定；所以，保險支出的調整，是由服務項目的範圍、數量和價格等三方面來著手。此外，醫療給付的範圍、數量和價格又是由供給面和需求面共同決定，所以支出方面的調整，可由許多個方面來討論。而本節主要是由醫醫給付的實物項目方面來討論。

有關實物醫療給付的討論，主要是討論給付項目的範圍；在範圍內的項目，就給予給付，而在範圍外的項目則不給予給付。如今問題的重點是：給付和不給付範圍的界限，應該以什麼標準去界定，然後才能使得各方都比較滿意。這些標準，在「規劃報告」書中並沒有清楚的列出來，但可以根據所列出給付和不給付的項目，可歸納出以下幾個標準：

(1) 治療效果——不分門診、住診，無論科別，都以此為首要條件。而對治療效果有差別的各種方法和藥物，又以效果較著者為佳；對於沒有治療效果或治療效果不佳者，原則上都不列入給付範圍，以鼓勵藥學科技和研究的發展。又如美容外科、一般膳食，與治療無關，故亦不列入給付範圍。但如是對受傷或天生畸形的美容外科和重病者的管灌飲食，則又列入。

(2) 價格經濟——對具有相同治療效果的各種醫療方法或藥物中，又以價格較低者可優先納入給付範圍，而價格較高者則不列入給付範圍。

(3) 預防性——如輕微疾病的治療，以及各種保健服務如健康檢查，因有助於及早發現疾病、及早治療，可增進健康，節約醫療費用，故列入給付。

(4) 不重複——凡公共衛生系統已提供的醫療服務項目，如流行病、預防接種、家庭計劃、衛生教育、人體實驗等，因政府已另有預算

和機構推展其工作，且效果卓著，雖不納入保險，亦不致有損國民的福利。

(5) 自然常態性——凡因戰爭、個人故意犯罪、酗酒、鬥毆等，非因自然狀態下所造成的傷害，其治療不列入給付範圍。

(6) 依法律規定——例如人體器官和血液的取得，依法必須無償為之；又如變性和人工生殖，其法律地位或醫學倫理未定，因此也暫不列入給付範圍。

健康保險給付範圍的界定，基於被保險人福祉的立場，不給付的項目宜越少越好，任何一項給付被排除，都應有其充分的理由，然後才可作下決定。針對「規劃報告」書中所列出的十二項不給付項目中，我們挑出幾項值得商榷的項目來討論。

第一，關於義齒、義肢、輪椅、柺杖、眼鏡、助聽器等項目的給付，基於維持被保險人正常生活的立場，似應以最低標準的國產價格提供，如被保險人自願支付差額，則可使用價格較高、品質較優的產品。

第二，關於居家照顧和長期療養機構，需等待試辦確認績效後，再決定是否納入，雖未判定為不給付項目，但其地位為未定。從長期的角度看，由於人口和社會結構的變遷，將來一定會面臨這些問題(Ikegami, 1989:23; Evans, 1989:19-20)，這些項目將來一定必須納入，因此其地位不應不定，而只是其規劃工作尚未完成，暫時未能列入，應於最短期間將其列入。

第三，關於成藥和指示用藥，由於它們療效確定，藥性安全，家戶喻曉，即使在西方醫藥分業的國家，不必醫師處方，亦可自行購買，但是，這並不是將之列為不給付項目的很好理由，更好的理由應以醫師是否將之開入處方而定，因為這符合經濟和預防的標準。

總結而言，不給付範圍的界定，至少有兩重意義：第一，它是控制醫

費用的一項手段,使醫療費用在某個程度上,有所節制,不致漫無限制的膨脹;第二,在社會保險和商業保險之間,這不給付範圍的界限,正可用作其間分工的一個標準,使兩者各有其適用範圍(曾憲政等,1990: ch.8)。

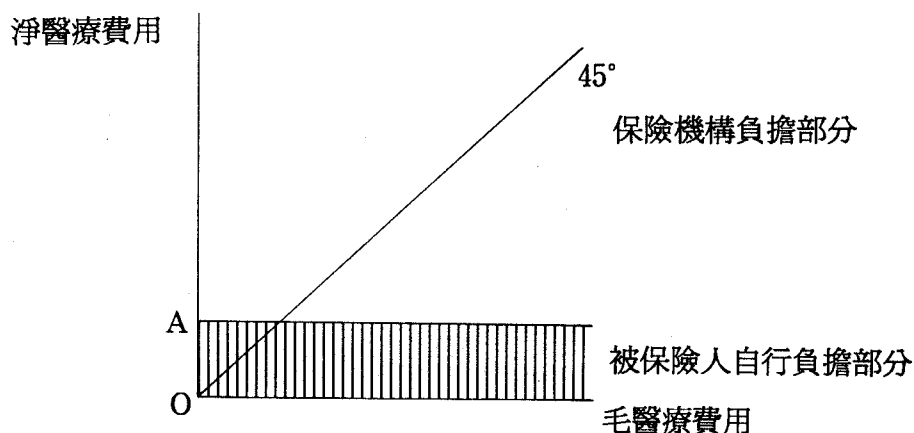
3. 健康保險費用的部分負擔

「部分負擔」是指被保險人於接受醫療服務時,所要負擔的一部分醫療費用。這項由被保險人所負擔的部分醫療費用,其計算的方式可以分為三種:第一種是與醫療費用有所關聯的計算法,它可以根據每次服務的總費用或特定項目(如掛號費和伙食費)的費用來計算;第二種是與個人所得有所關聯的計算法,一般多是以年所得為基準而計算;第三種是與費用和所得都無關的任意決定法。許多經建會的基礎研究報告(陳太義,1990:15;黃文鴻等,1990:45-6;Davis, 1975:59-67),都提到了各種不同的部分負擔的方式,但無論採用那一種基礎來計算,都可歸納為下列四種方式:

(1) 定額負擔 (flat-rate): 這種方式和醫療費用或所得都沒有關係,不論醫療費用和所得是多少,被保險人都必須負擔固定數額的費用,其餘的醫療費用,才全由保險機關負擔,例如英國雖是實行公醫制,但對於處方的藥劑費,不論費用多少,一般病人都需對每一處方負擔兩鎊半的費用(如圖二中的OA),這就是定額負擔的一種方式。這種方式的優點是:被保險人能事先預備其自負額,在心理上有安全感,不必對不可知的鉅額醫療費用心懷恐懼;此外,由於這自負額為固定,如果小病就醫,其醫療費用可能會小於其自負額,所以對抑制無病或小病就醫,最有效果。至於其缺點則是:這個自負額很難決定,如果訂得適合高所得者,則對低所得者就會太高,而成為他們就醫的障礙,如同沒有保險;而如果訂得適合低所得者,則對高所得者就顯得太低,與免費就醫無

異,完全失去節制醫療費用的作用。

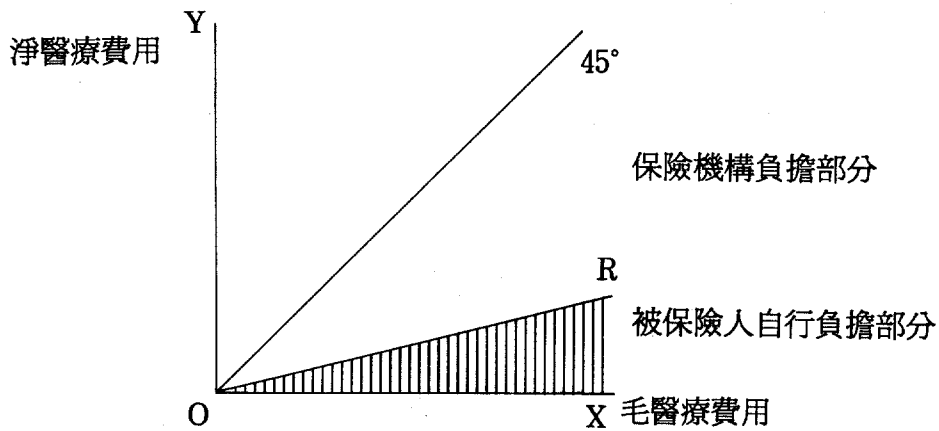
圖二:定額式的部分負擔



(2) 定率負擔 (fixed rate): 從保險單位的立場而言,就是共同保險 (co-insurance)。對被保險人而言,就是不論醫療費用多少,被保險人都必須負擔一定百分比的費用,因此它是一種與醫費用有直接關係的部分負擔。這個由被保險人負擔的百分比, (即圖三中角XOR占45度角的百分比) 由一到九十九,都有可能;如果是零,那就是沒有部分負擔;如果是一百,那就是沒有保險,或者那就是保險不給付的項目。一般而言,被保險人通常都只是負擔費用中的小部分,其目的是為提醒被保險人的成本意識,以節制其求醫行為。如果被保險人自行負擔的費用太高,則會失去保險的本意。此外,在定率負擔的情況下,被保險人所要負擔的費用,因與醫療費用的多寡成正比,因此,這種方式最能刺激消費者的成本意識,促使被保險人主動地去使用較便宜的醫療服務,而達到從需求面節醫療費用的目的;它的缺點是:因為被保險人的部分負擔是隨自負率和醫療費用的變動而彈性變化,所以,對醫療服務的使用者

而言,如果最後的自負額甚小,則會失去刺激成本意識的作用;而如果自負額太高,則又會成爲被保險人就醫的障礙;此外,即使在適當自負率的情況下,被保險人也將無法預估其醫療費用的自負額,特別是對低收入者而言,如果其預期的醫療費用很高,則其鉅額的自負額就會超出其能力負擔的範圍,而成爲他們就醫的障礙。而對保險機關而言,當醫療費用很低時,所能收到的部分負擔費用,可能就會很微小,小到不敷其徵收的成本。

圖三: 定率式的部分負擔

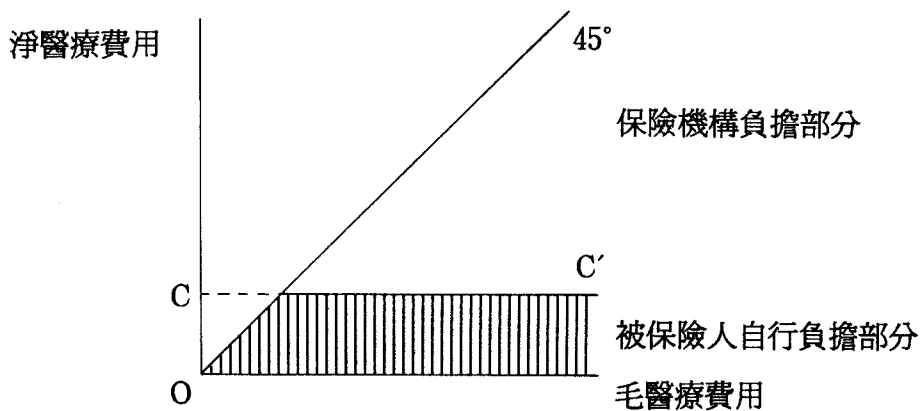


至於許多學者常提到的償還制(reimbursement),基本上,它只是定率負擔的一種變通方式。所不同的是:定率負擔是被保險人直接支付自己應當負擔的費用,而償還制則是由被保險人先支付全部的醫療費用,然後再由保險機關償還該由保險機關負擔的部分。

(3) 限額負擔(ceiling): 從保險單位的立場而言,就是投保者自負額(deductible)。對被保險人而言,就是對低於某個數額的醫療費用(如圖四中的OC),完全由被保險人負擔;對超過此數額(OC)的醫療費用,才

由保險機關負擔。根據這個原則而推論，則不予給付的等待期(waiting period)或等待日(waiting days),也算是限額負擔的一種方式(曾憲政等,1990:129)。基本上,這個方式的性質、優點和缺點,都與第一個方式幾乎完全相同,主要不相同的地方是:在這方式中,被保險人的自負額,是自負其實際的醫療費用,所以它既不鼓勵,但也不抑制小病的就醫,性質比較中立。

圖四:限額式的部分負擔



(4) 不定額負擔(flooring): 不論醫費用多少,保險機關只負擔某個最高數額以內的費用(如圖五中的OB),其餘的費用則要全由被保險人自行負擔。這種方式有兩大功能:一、它是基於量入為出的原則而運作,甚有利於保險財務的控制,能完全避免財務的危機;二、它鼓勵被保險人於小病時,提早就醫,以免延誤病情,釀成大病。然而,由於這種方式的基本功能是保小病、而不保大病,甚不利於罹患重病、或治療費昂貴疾病的被保險人,所以,這種方式的自負額,它的資源重分配功能甚小,與社會保險的基本精神不甚契合;此外,它也有著與目前勞保免

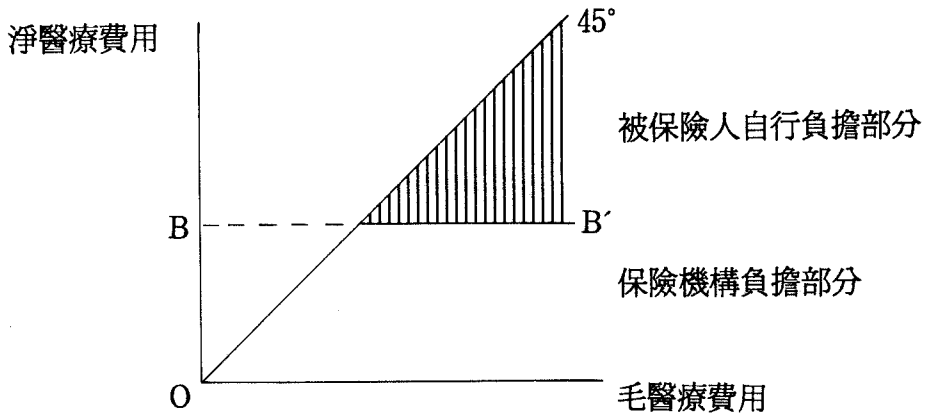
審範圍相同的缺點，因此不被歡迎、採用。

根據「規劃報告」書，原則上，被保險人的部分負擔是採行定率負擔的原則，門診自負額為每次醫療費用的20%，而住診的自負額則是費用的10%；但對住診的自負額，加入了限額負擔的要素，其上限規定為上年度平均每人國民所得的10%（如圖六）。此外，並對低收入者、生育、保健預防服務和重大慢性病的部分負擔，都予以免除；但對越級就醫或未按轉診規定就醫者，其門診自負額提高為40%，而住診則提高為15%。針對這些規定，筆者提出兩點問題來討論。

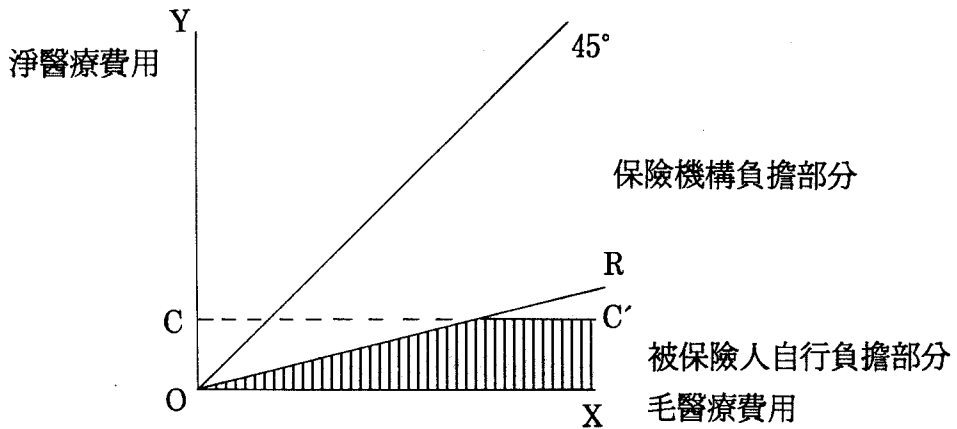
第一，為了避免自負額的負擔過重，制度規畫時，雖然規定門診的自負率為20%，住診為10%；其中住診的費用可能甚高，所以還規定以上年度平均每人國民所得的10%為上限；但是，因為醫療費用的自負額和就醫者個人的經濟能力是獨立的兩件事，有些人在所得的標準上看，他們並不是低收入戶，他們的自負額依規定不能免除，但鉅額的醫療費用自負額，卻非他們的經濟能力所能負擔。由於「所得貧窮」和「醫療貧窮」之間的分野，未能明白區分，所以目前健康保險制度對低收入戶的規劃，是以「所得貧窮」的低收入戶為對象，而忽略了在這兩種貧窮之間的低收入戶。因此，對低收入戶的界定，應改採「醫療貧窮」的標準去重新界定。

其次，以平均每人國民所得的10%為住診自負額的上限，對許多低收入戶而言，這個數額也可能會太重。這負擔上限至少牽涉到三個問題：第一，在門診自負率為20%的情況下，並非所有門診費用都一定小於住診，因此門診的自負額不設上限，似乎並不允當；第二，這個自負額的計算並未考慮到計算單位的問題，誠如在另節所要討論的支付問題，費用的計算至少可以人、疾病、就診次、住院次、住院日……等為單位，而「規劃報告」是以就診次為計算單位(CEPD, 1990a:39)，所以

圖五：不定額式的部分負擔



圖六：定率、限額式的部分負擔（經建會規劃）

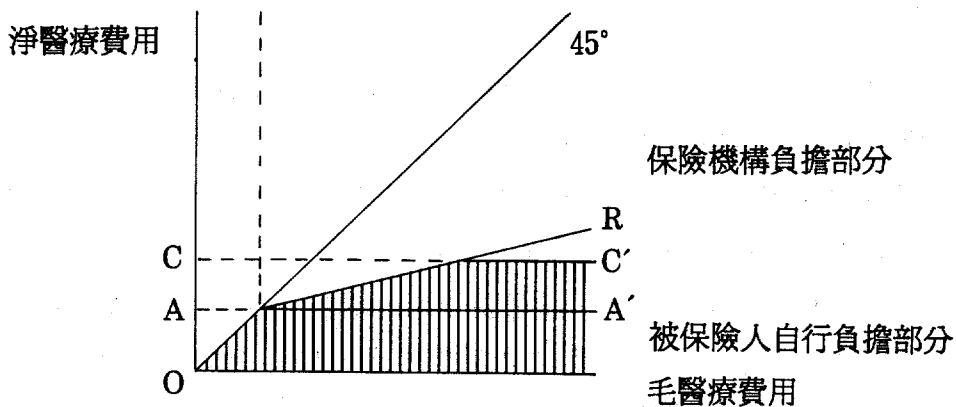


，對就診次數多者，就大為不利；他們的自負額，將會傾向於超出其經濟能力。為考慮被保險人經濟能力負擔的上限問題，似宜以「年」為計算自負額上限的單位，對於固定薪資收入者，甚至可以「月」為計算的單位；第三，對於自負額上限的計算基礎，似應以被保險人本人或其家

庭的實際所得為計算基礎，而不是以全體國民的平均所得為計算基礎，如此計算出來的自負額，才能真正契合當事人的負擔能力；否則，對所得高於平均所得者，其負擔就會太輕；而對所得低於平均所得者，其負擔就會太重。

最後，由於經建會設置部分負擔的主要目的，是為提高消費者或使用者的成本意識，使他們能自我節制消費的行為，以達到抑制醫療費用過度成長的效果，但是這以定率負擔為主要原則的設計，其負擔往往可能不是太輕就是太重，其敏感度未必十分理想，更具敏感度的綜合部負擔，應是瑞典(謝高橋等,1990:34)和美國商業保險(Davis, 1975:65)所採用的部分負擔，即使用人需負擔某個數額以下的全部費用，而在此數額以上的費用則只是定率負擔，最後再設下某個最高的負擔限額(如圖七)。

圖七：定額、定率、限額式的部分負擔



4. 健康保險的醫療機構

根據前面表一所示，以社會保險的方式來提供醫療服務，其方式至

少可分為兩大類型：實物給付和現金給付；或四小類型：B、E、H、K。基本上，這四種類都已存在於目前的保險體制中，例如，公保的六個聯合門診中心是屬於B類型；公保除門診中心地區以外的地區、勞保和農保，無論門診和住診，都是採行E和H類型的綜合體，即被保險人逕至保險機構所特約醫院或診所就醫，至於醫療費用則由保險機構直接支付醫療機構；而勞保的區域外就醫，是屬於K類型，但只限於急診。由於在特約的情況下，醫療費用大都由保險機構直接支付給醫療機構，所以，在以保險方式提供醫療給付的前提下，保險機構和醫療機構之間的可能關係就只有兩種：一是二者合而為一，即保險機構也同時自己設立醫院和診所，擔當起醫療服務提供者的角色；二是二者彼此分立，即保險機構自己不設立醫院或診所，不擔當醫療服務提供者的角色，只是擔當醫療機構和被保險人之間的中間人角色。在政策上，經建會認為：（一）後者的行政管理比較簡單、行政費用比較節省，（二）後者為大多數醫療提供者所接受，所以採行了二者分立的模式（CEPD, 1990a:43）。

針對第一項理由，如果保險機構不擔當醫療服務提供者的角色，於是它只負責固有的保險業務的管理，它的行政管理當然比較簡單，行政費用也會比較低廉，但是，它所付出的相對代價是：對醫療機構無法有效的監督，對醫療費用的上漲也無法有效的節制。因此，以這種大代價去換取這種小效益是否值得，應該作深一層的評估。由於醫療服務性質的高度專業化，保險機構如果要想能有效的監督其運作，則保險機構本身的監督單位和審核單位，也必須具有相同的專業水準，即使如此，因為保險機構只是憑醫療機構的書面紀錄去監督，無法一對一地現場監督每一位醫事人員的醫療行為，所以這種監督的效果是非常有限的。如果保險機構要想能有效地監督醫療機構的醫療行為，而決定僱

用相同水準的醫事人員，以一對一或一對少數同儕監督(peer review) (Hetherington, 1991:143)的方式去監督醫療機構，則所僱用監督人員的薪水就要比被監督者還高，否則難保二者不同流合污；這樣一來，保險機構的行政管理就不會再簡單，其行政費用也不會再低廉。果真如此，則由保險機構自己來擔當醫療服務提供者的角色，可能是一個更佳的政策。

針對第二項理由，經建會以一個簡單的調查數字(CEPD, 1990a:44, 表5-1),來證明大多數醫師都贊成特約的方式，這項理由可能不夠充分。因為一些研究已經指出(張苙雲等,1990:27; Ikegami, 1990:17)),我國在醫療資源組織化和大型化的趨勢下，有越來越多的醫師受僱於醫院，而自行開業的診所醫師則越來越少，在此情況之下，既然多數的醫師已受僱於醫院，那裡還有多數的醫師去贊成特約；此外，在理論上講，只要醫院屬於保險機構，則醫師受僱於醫院或受僱於保險機構並無差別，所以，行動上的多數贊成受僱用，應該比意見上的多數贊成受特約，更加強而有力。

最後，在全民都參加健康保險的情況下，其實特約與不特約的差別，並不重要，因為若不特約的醫療機構或人員所提供的服務與特約者相同，則不特約者根本就無法生存，不管是醫療機構或醫師，最後一定是只剩下特約者，所以這樣的調查數字，沒有意義。

5. 健康保險的財務

(1) 保險的財源

保險財務的第一要務，就是要掌握充分且適當的財源。有了充足的財源之後，才能進一步談到提供充分、適當的醫療給付。而根據保險本身的性質，它主要的財源應該是保險費。由於保險費的要素有二：即「保險費率」(contribution rate)和「保險費基」(contribution base)

。「保險費」就等於「保險費率」乘以「保險費基」，所以保險費的討論，也應以這兩項要素為基礎。

一般而言，保險費和所得稅在形式上幾乎完全相同，只是在「率」(rate)和「基」(base)大小和變化上有所不同。第一，保險費的「率」大多為單一率，它不隨所得的增加而提高，具有累退性；而所得稅的「率」則常是隨所得的增加而提高，具有累進性。第二，保險費的「基」通常只包括薪資所得，而所得稅的「基」則同時也包括財產所得，所以所得稅的「基」比保險費大。第三，保險費的「基」通常都有「上限」(ceiling)，也可能同時有「檻」(threshold)；因為有上限，所以在上限以上的所得，不必包括在保險費基之內；如果有檻，則在檻以下的所得也不必包括在保險費基之內。而所得稅則通常只有「檻」而無「上限」，所以從「基」的角度而言，所得稅的累進性比保險費大。

關於保險費率的問題，「規劃報告」書上雖未明白規定，但在「規劃技術報告」書中則明白規定：職業團體的被保險人將採行單一費率課徵保險費(CEPD, 1990b:90)。由於等額制(flat-rate)的保險費往往不敷實際需要，所以唯一可行的單一費率就是比例制的保險費。只是當此比例制的單一費率越高時，就會越不利於在費檻邊緣的繳費者。為免除這種可能的缺陷，和增進保險費負擔的公平性，因此在「費率」方面，筆者認為宜廢除單一性的費率，而改採「分段累進費率」。所謂「分段累進費率」，就是將被保險人的所得分割為許多「段」，各「段」由低而高，以累進的方式，各課以不同的費率。例如，假定某個社會保險費的「上限」為一萬元，又如果此一萬元區分為十段，則可規定第一段(1-1000元)的費率為5%，第二段(1001-2000元)的費率為10%，第三段(2001-3000元)的費率為15%，第四段(3001-4000元)的費率為20%，以後每一段增加5%，到第十段(9001-10000元)時的費率為50%。這分

「段」的數目可任意增加，每段間的費率距離也可儘量縮小。這種分段累進的費率，其實也可應用在所得稅上，只是其段數和各段的稅率可能不能完全相同，但實行起來，絕無窒礙。也正因為二者在形式上完全相同，所以宜以同樣的方式和時間，同步進行。

其次，在保險費的「基」方面，應打破目前「保險薪資」只是部分「實際薪資」的積弊，「費基」不但應包括全部的勞動所得，而且應進而還包括財產所得；至於「費基」的「檻」和「上限」方面，「檻」宜廢除，而「上限」則應依需要而可每年機動調整。當「費基」經過如此修正之後，現行制度中「保險所得」和「真實所得」的差距，將可一舉而革除。只是當「費基」和「稅基」統一化之後，保險費的徵收方法，也必須修正得與所得稅一樣，除了平時隨所得每月預先扣繳之外，每年還必須定期作一次總結算。

保險費確定了之後，還有著「分擔比率」的問題。一般而言，保險費是由僱主和受僱者共同分擔，或是由僱主、受僱者和政府三者共同分擔。歐美福利國家大多採用僱主和受僱者共同分擔，其分擔比率是各負擔一半 (Schulenburg, 1989:7; Ikegami, 1989:10; 謝高橋等, 1990:80); 而在我國，僱主和受僱者的分擔比率，勞保是 8:2，公保是 65:35，農保則是政府 70，農民 30。然而，基於以下的幾個理由，筆者認為「分擔比率」這項辦法，應該予以廢除。

第一，這保險費「分擔」的問題，只要分擔者之間有著僱傭關係，那麼它就會和租稅、保費本身一樣，都可以透過各種「轉嫁」(shifting)的方式，如前轉(forward shifting)、後轉(backward shifting)、隱轉(disguised shifting)、散轉(diffused shifting)或租稅資本化(tax capitalization)，而將租稅或保費的負擔轉嫁出去(江豐富, 1990; Herber, 1975:ch 8)。所以，在名目上和短期上，保險費的某個百分比雖是由僱主負擔，

但在實際上和長期上，可能大部分或甚至全部都已轉嫁出去。對這種「分擔」辦法，除非其轉嫁問題能有效防止，否則就沒有什麼意義，反而在需要調整保險費時，徒然多招來僱主一方的反對阻力。

第二，在目前的公保、勞保和農保體系中，有的保險的保費是由僱主和被僱者分擔，有的是由被僱者和政府分擔，有的則是由僱主、被僱者和政府共同分擔；無論對保險人或僱主而言，保險費被分割為幾個來源之後，其計算和徵收都會變得比較複雜，因此其行政管理的費用也必然比較高。

第三，在目前的保險體制以及未來的國民健康保險中，對公務人員及其眷屬而言，政府是以僱主的身分來分擔保險費；而對退休人員及其眷屬、私立學校教職員及其眷屬、無一定僱主勞工及其眷屬、農民及其眷屬、榮民及其眷屬等，則是以政府的身分去分擔保險費；對政府以僱主身分而分擔的保險費，建議政府基於第一項理由，而將該部分保險費以薪資名義併入被保險人的薪資中，而後規定全部保險費應由被保險人自行負擔，政府不再分擔任何的保險費；然後政府對所有被保險人所繳納的保險費都准予免納所得稅，如此將更能減輕被保險人的負擔。對於政府以政府身分而分擔的保險費方面，政府因被保險人行業的不同，而分別給予不同的分擔或補助，這種差別待遇，沒有什麼堅強的理由來支持。其次，在任何行業中，所得都會有一個常態的分配，有高所得者，也有低所得者，雖然政府可刻意地對較低所得行業多分擔些保費，對較高所得行業少分擔些保費，但是低所得行業中的高所得者，其所得往往高於高所得行業中的低所得者，甚至高於其他未被補助的被保險人，於是政府的補助或分擔，便成爲一種「劫貧濟富」，違反了社會「量能課稅」的正義原則。

(2) 保險財務的處理方式

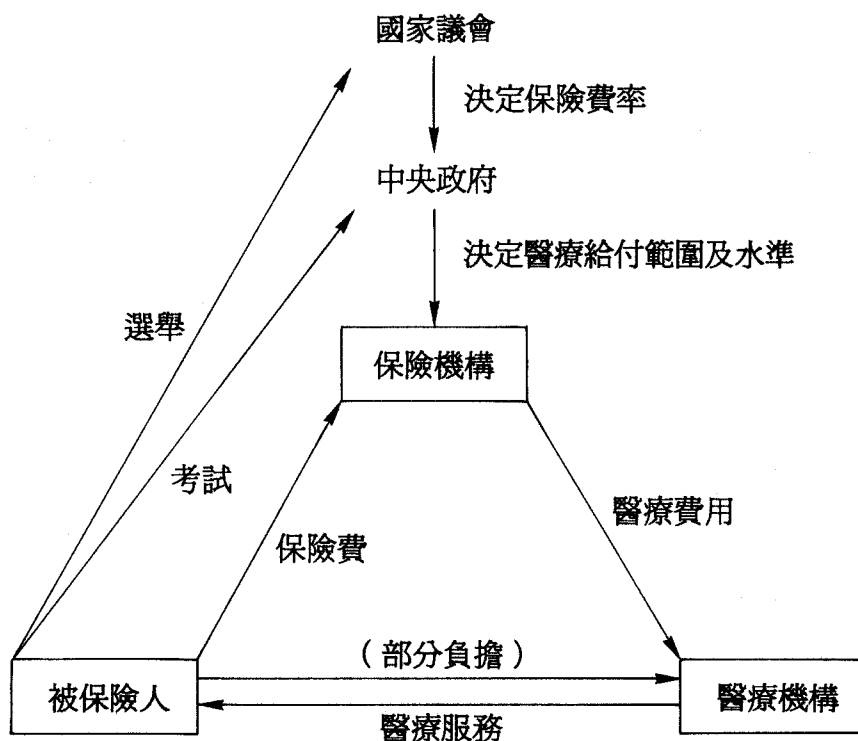
對健康保險而言，基本上，它是一種健康者和生病者之間的互助，或是其間的醫療資源重分配；對疾病此一危險事故而言，大體上，它也可視為是一種短期危險事故；所以對健康保險的財務管理，可以採用「流水制」(pay-as-you-go system)的方式，不成問題。但是，在「流水制」之下，健康保險的保險費率，每年都可以根據當年的收支狀況而調整，似乎並不需要以長達二十五年預估費用來推估、決定，因為在長達二十五年的歲月裡，不但醫療科技、醫療費用變化極大，而且社會上其他條件的變遷亦是如此，所以，這樣的推估，並無多少實質上的意義。應用於「積存制」(funded system)年金保險中的複雜精算制度，並不需要應用在「流水制」的健康保險中。

6. 健康保險醫療費用的支付制度

有關「全民健康保險制度」的規劃，由於經建會決定採取保險機構和醫療服務機構分離的原則，所以被保險人、保險機構和醫療機構三者，便構成了一個互動的三角關係。「保險給付」一章討論醫療機構該提供那一些給付或服務給被保險人，以維護或增進被保險人的健康；「保險財務」一章討論被保險人該繳多少保險費給保險機構，或是保險機構該如何向被保險人徵收適當的保險費，以作為制度的財源基礎；而本章的「支付制度」，則討論保險機構該以何種方式，將醫療費用支付給醫療機構或其醫事人員，以達到一方面能維持經濟誘因，另一方面又能節制醫費用的目的。站在被保險人的立場，當然是希望保險費越低越好，給付則是越多越好，但是，這樣的要求必然會使得保險財務發生赤字；而站在保險機構的立場，則一定要維持財務收支的平衡，然後制度才能繼續維持下去。所以被保險人的要求和保險機構的要求往往是對立的。

顯然的，在民主國家中，這種對立的要求，並不能由被保險人和保

圖八：被保險人、保險機構和醫療機構三角關係



險機構直接謀得解決，而必須由被保險人（即人民）所選舉出來的民意代表，在國會中去討論決定。然而，如果民意代表有著再競選的壓力，則民意代表為了討好民意，還是會傾向於儘量壓低保險費率和提高保險給付，最後還是無法平衡收支，而出現財政赤字的危機。為解決這種財政赤字的問題，在制度上宜對國會和政府（包括保險機構）的決策權作一明確的分工。因為保險財務的收入主要是由保險費率決定，而支出則是由保險給付的範圍或水準來決定，所以，制度應只允許國會優先對「保險費率」或「保險給付水準」的一方作決定，而不能同時決定兩者；當國會決定了二者之一之後，另一個則應該保留給政府，由政府

基於追求平衡的原則而決定。否則，收支平衡的目標，永遠無法實現。

依據「全民健康保險制度規劃報告書」，當醫療機構依契約提供被保險人醫療服務後，保險機構便有義務支付醫療費用給醫療機構，而醫療機構則再可細分為醫院、醫師和醫藥等。但是這裡的問題是：保險機構應該以何種單位或何種方式去計算醫療費用。一般而言，保險機構大概可以基於下列幾種方式而支付醫療費用（張鴻仁等，1990:6-12；陳太義，1990:131-3；Abel-Smith, 1989:18-34）。

(1) 論量計酬(fee-for-service): 依醫療機構實際上所提供服務的項目和數量，而後再依據其項目的單價計算醫療費用。因為這種計價方式的存在，必須具有充分醫療自由為前提，而有自由之後就有競爭，所以這種方式最能促進醫科技的進步，於是連帶地也提升了醫療服務的品質。在醫療市場充分自由的情況下，醫療資源將依價格功能而有效率地分配，它能真實地反映醫療服務的供需、消費和成本，如果醫療服務的提供者和使用者，雙方都能以最節制的態度去使用有限的醫療資源，則這種支付方式就會是一種最節約、最經濟的辦法。然而由於醫療科技的進步，使得醫療服務的項目日益繁多和複雜，使得對各項目的訂價十分困難，難以做到令供需雙方都滿意。即使勉強把各服務項目的單價議訂出來了，如果醫療服務的提供者或使用者的一方或雙方，有意地去多用或濫用醫療服務，以獲取不當的經濟利益，則這種支付方式就是最浪費醫療資源的方式。如果保險機構想要控制醫療資源的浪費，則勢必要僱用大量的醫療專業人員去查核醫療機構的處方和用藥，而又使得行政管理十分雜複，行政費用十分昂貴。

(2) 按病案計酬(per case): 每一個病案，可用許多個不同的標準去界定，例如，可用疾病的「發作」(episode)或是生了某種「疾病」(disease)去界定一個病案，這個辦法雖有「國際疾病傷害及死因分類標準」

(ICD-9)作為參考,但是因為疾病分類的數目多達數千種,在行政上難以處理,而且即使是患了相同的疾病,但因每一個病人在年齡、體質、有無併發症、是否同時患了多種疾病、……等條件上,彼此都不盡相同,更加深了處理上的困難。此外,這個辦法也無法處理慢性病的問題,因為慢性病一旦發作,就永遠沒有結束,其價格就無法計算。在美國,為了方便計算醫療服務的價格,最後以疾病分類為基礎,發展出一套為數約五百左右的「疾病診斷關係羣」(diagnosis related groups, DRG) (Havighurst, et al, 1989:9),依診斷結果所屬「羣」的不同,而給予不同的支付。因為「羣」的數目可以設法減少,因此增加了其可行性。

(3)「論次計酬」(per visit or per admission),即不考慮被保險人患了何種疾病,也不考慮病情的輕重,如是住院,也不考慮住院日的長短,一律以門診的就診次或是住診的住院次數為計算費用的單位;雖然門診和住診的單價不同,但是門診中或住診中各次的單價則是一律相同的。每一次的門診或是每一次的住院,所支付的費用都是相同的。這種支付辦法的最大優點,就是其費用的計算非常簡單,其不利之點是:在門診方面,醫師會盡量把處方天數減少,讓病人多來門診,增加病人的負擔和不便;在住診方面,醫院為縮短住院日,將會歧視重病者、慢性病者,而多收小病者住院,扭曲了醫療資源的配置。

(4)論人計酬(per capita or capitation):這裡的「人」,可定義為「病人」或「一般人」。如定義為「病人」,則不論該病人生了什麼病,也不論他去看了幾次病,除了門診和住診的差別之外,一律都給予相同的支付。這種辦法的優點,是方便保險機構控制醫療費用,但醫療機構而言,因為生重病和慢性病的病人會消費較多的醫療資源,所以,在自由就診的情況下,他們會遭到醫療機構的排斥和歧視。雖然預先分配病人可以避免這種弊端,但是疾病的發作,無論是其種類或時間,都

是不可預測，所以無法實行；但如果就已發病的病人進行分配，則因為醫療機構和醫師的素質水準，彼此之間有著很大的差異，病人也往往不會接受分配。

其次，如果將「人」定義為「一般人」，則是將全國的人民依地區別而平均地分配給各醫療機構或其醫師，而後由這些醫療機構或醫師，負責這指定人口羣的健康維護工作。至於其醫療費用，其計算是基於政府所核准的每人單價，再乘以其所服務的人數而得，這費用將由保險機構定期如數撥付。顯然的，這種辦法的推行，必須要有分布平均的醫療網足夠的醫事人力、整齊的醫療服務品質、分級醫療、轉診制度和家庭醫師等相關條作相配合，否則醫師服務人口的分配就無法進行，因為人人都希望能登記到、或被分配到好的醫師。像我國的中醫服務(陳太義, 1990:37-38)，因為醫師人數甚少、分布甚不均、素質甚不齊，所以一定沒有條件去實行這種制度。

(5) 總額預算分配 (apportionment of total budget) 或總額預算制 (global budget): 即由國會或政府根據國內生產毛額 (GDP) 的某個百分比，例如 5% 或 10%，而先決定全國醫療費用的年總額，而後再依據各醫療機構或醫療人員的設備、使用率、服務人數、……等標準，而將此預算大餅分配給各醫療單位 (機構或人員)。對保險機構而言，這種辦法的最大優點，就是它能百分之百的控制其預算，絕對不必擔心發生赤字。它相對的缺點是：第一，萬一浮動的醫療需求超過了固定的供給，自由的醫療市場很難調整這種不平衡；第二，即使在供需平衡的情況下，這種預算分配的工作也十分複雜、繁重，很難建立一個適當的分配公式，把預算正確地分配出去；最確實的辦法，就是把年度中依公式所申請的支付，視為是暫時性的支付，必須等到年度結束之後，才根據各醫療單位所彙報的服務量比率，再來多退少補，確定最後的報酬。但是這

樣的分配方式，又將太過曠日費時，行政成本太高，無法採行。所以，分配很難做得令各醫療單位都滿意，而這種不滿，又將會大大影響醫療服務的品質。

以上四種支付制度，雖然效果各有不同，但都可以同時或分別應用在門診和住診之上。另外，還有一種專門應用於住診的支付辦法，就是「按日計酬」(per diem)，即支付不論疾病的種類，也不論病情的輕重，一律以病人的住院天數為計價的單位。這種支付辦法的優點是費用的計算非常簡單，缺點是醫院很容易以延長住院日、或小病住院的方式，達到增加收入的目的，同時也造成醫療資源的浪費。

為維持醫療費用於合理範圍之內，「規劃報告」書似乎是採用了德國式的辦法(詹火生，1990:39-40; Schulenburg, 1989:24)，建議採用特定公式，預先設定醫療費用的預算總額，然後再分配於住院、門診、中醫藥和藥品(含注射劑)等四部分。接著對住院部分，建議採用DRG制度去支付；對門診部分，因已醫藥分業，故建議對診療費採論次計酬制，對藥品則採用論量計酬制。於是，保險機構可根據某特定公式或是GDP的某個百分比，而建立一個醫療費用的預算總額，然後再進一步依據某種公式，而把此總預算，分配到住診、門診、中醫藥和藥品四大部門，醫療費用的提供者都必須被動的接受；但在這四部門內的費用分配，則是採用DRG制、論次計酬制和論量計酬制的原則來計算，所以醫療服務提供者對醫療費用的多寡，就具有相當大的主控權，和前兩階段的情形大不相同，甚至正好相反。在各部門總預算已事先設定的情況下，少數的醫療機構或醫師為求分配到更多的醫療經費，他們可設法為病人提供較多的醫療服務，以分配到較高比例的費用；但是若所有的醫師都一齊同時增加醫療服務量，則大家的經濟收入不但不會增加，反而會因成本的增加而減少了實質的收入。這時候，醫師如果還想增收

入,唯一可能的辦法,便是以各種辦法去虛報服務的計價單位,最後,將會使得整個社會的醫德爲之敗壞、崩潰。因此,在本質上,總額預算制和論次計酬制、論量計酬制、DRG制並不相容,若輕率將兩者混合實行,則可能不見二者之利,反而同時蒙受二者之弊。

當我們在第一階段的總醫療費用和第二階段的部門醫療費用,採用了總額預算制之後,那麼在第三階段的部門內預算分配,保險機構便必須同時也扮演醫療服務提供者的角色,或是另行安排一個與保險機構平行的醫療主管機構,以主管所有的醫療服務提供者,否則它便無法繼續主導預算在部門內的分配;而當保險機構擔當了醫療服務提供者(或其他替代者)的角色之後,保險機構和醫療機構二者的角色,才能合而爲一或是一致化,於是醫師便自然成爲保險機構或醫療機構的受僱者,所以醫師的報酬就必然會以「薪水制」爲基礎,另外並在最低服務標準之上,輔以論人計酬制或是論次計酬制,以維持適當的經濟誘因,必須如此,然後在預算分配時,才不會招來不必要的衝突。

7. 健康保險的體制

在體制上,健康保險因與其他社會保險分開,獨立辦理,爲能將現行各種健康保險整合爲一個適用於全民的單一制度,它就必須先有一個獨立的中央法律,以作爲推行保險的依據,這個法律便是計劃中所要制訂的「國民健康保險法」。這個「國民健康保險法」預訂於民國八十年內完成立法,然而因爲預設中的主管機關——社會福利暨衛生部——目前懸而未定,以致擬議中的主管機關內部組織亦隨之無法確定。此外,由於保險機構是以契約方式與醫療單位建立關係,其間存在著一種潛在的對立、衝突關係,因此在保險機構內,必須設立許多的委員會,以處理彼此之間的各種關係。例如,保險機構所必須設立的第一個委員會是特約醫療機構審查委員會,以專門受理各醫療單位(醫院或醫

師)的特約申請;第二個是醫療費用審查委員會,以預先審定醫療服務的項目(包括診療及藥劑)及其價格,並審查各醫療單位的醫療費用申請;第三個是醫療費用支付委員會,以專門掌管醫療費用的支付工作;最後,在保險機構之上還必須設立一個「審議委員會」和一個「財務監理委員會」,前者負責審議有關保險政策、計畫方案、實施績效、業務改進等事項,而後者則負責審查每年的保險財務狀況。加以健康保險的對象為全體國民,保險的業務量十分龐大,各相關委員會的組織亦不可能小,因此使得整個保險體制變得不但十分複雜,而且十分龐大,不利於行政效率的提高。

8. 健康保險下的醫療體系

醫療體系的主要功能在提供醫療服務,但在介入了保險,疏解了財務負擔或價格制約的因素之後,無論醫療服務的提供者或使用者,都會傾向於多提供或多利用醫療服務,使得醫療資源會有被濫用和浪費的危險,於是市場導向的醫療體系就一定無法繼續維持,而必須改採計劃導向的醫療政策。基本上,在計劃導向的醫療體系中,保險機構所能用來節制醫療資源使用的工具,大概只有分級醫療和轉診制度。所謂分級醫療,如果將醫療服務分為三級,則在理論上,它的第一級應該是投資最少、單位最多、分佈最廣的基層醫療組織,這個層次的醫療單位又可稱之為家庭醫師,它主要是以門診方式去照顧社區內的小病患者;第二級的醫療組織是投資較多的地區醫院,它是專門收容需要住院治療的各種病患;至於特別嚴重的病患,則再由具有最高度精密醫療科技的第三級醫療組織——區域醫院或醫學中心——去照顧。所以,在分級醫療制度之下,保險機構將規定:被保險人請求醫療服務時,第一步只能在第一級的醫療單位就醫,然後再依病情的輕重,由該級醫師決定是否轉往第二級或第三級的醫療單位就醫。而不是計畫中僵硬的、逐

級的向上轉診。必須如此,方能避免不必要的醫療資源浪費。但是在市場導向的醫療體系之下,因為醫療服務提供者有充分的診斷自由,醫療服務使用者也有充分的就醫自由,此時價格功能將導引有錢的病人尋求昂貴的醫療服務,而沒錢的病人則會尋求便宜的醫療服務,所以各級的醫療機構都有其生存的空間。但是,當市場導向的醫療體系一旦介入了醫療保險,解除了價格分配的功能之後,所有的病人都會傾向於尋求最好、最先進、最昂貴的醫療服務,而使得醫療保險的費用永遠都過度膨脹,造成醫療資源的浪費。

在醫療未正式分級的情況下,基於利潤的動機,設備簡陋的診所可能會收容超出其照顧能力的病人,或是儘量延緩病人的轉診;應屬第三級的區域醫院或醫學中心,則會接納許多病情極其輕微的病人,並給予十分昂貴的醫療服務,或是嚴重病患的病情轉輕之後,並不將之轉往較低級醫療機構;所以醫療分級化要想能成功,醫療機構的經營就必須要能革除其營利的動機,而使之成為非營利性或保險機構自有的事業,否則醫療分級就很難成功。由於政府或保險機構的財力有限,要想將全部的醫療機構一次同時非營利化,或由政府、保險機構將之收歸國有,在財力上也不可能。較可行的一個漸近方案是:所有第一級的基層(或家庭)醫師,應由保險機構以僱聘的方式選聘,其薪水可依服務人數、地區、出診等情況而彈性調整。至於被保險人和基層醫師的關係,也可作各種不同的規定:最嚴格時,規定病人只能前往某一位登記的醫師那裡看病;較不嚴格時,可前往所居住村里內的所有醫師處看病;再不嚴格時,可前往所居住縣或市內的所有醫師處看病;最後,最不嚴格時,病人可前往國內任何的基層醫師處看病。只是當醫師和病人的關係變得越不確定時,醫師的勞逸就越可能會產生不均的問題。例如,當病人可以選擇去看國內任何一位家庭醫師時,有名的醫師可能就會門庭若市,

他的病人候診名單就會很長；而無名的醫師可能就會門可羅雀。而如果限定病人只能看登記的醫師，則醫師的勞逸雖然平均了，但病人一向所享有的就醫自由，就要被迫犧牲了。

有關醫藥分業一事，因為一旦分業之後，醫師將無法靠賣藥圖利，會有抑制醫師濫開處方的功能，所以宜在基層醫療的層次嚴格執行。但在第二級和第三級的住院治療，如果也嚴格執行，則可能反而會造成不便，因此筆者認為需要再加研究。

四、結論

從宏觀的角度去觀察，由於疾病型態的改變和現代醫療科技的進步，昂貴的、長期性的醫療費用，往往已非現代社會中的個人或家庭所負擔，因此政府的介入，已成為一種必然的趨勢。一般而言，政府介入的基本方式有三種，即社會救助、社會保險和普遍津貼。如果再考慮醫療服務的給付方式，則每一種方式都可再進一步區分為四種，於是一共便可區分為十二種。每一種方式都各有其優點，也都各有其缺陷，但看政府要達成什麼目標而定。原則上，政府可採用這十二種方式中的任何一種，或是其中數種的混合形式，而來提供人民必要的醫療服務，只是政府必須要能為其決策，提出其充分的理由，以說服學術界和社會大眾。在這一點上，「規劃報告」書似乎做得不夠，還有待加強。

從微觀的角度去分析，既然政府已決定採行「保險制」的醫療政策，那麼政府對健康保險制度的規劃，就應盡量做得盡善盡美，以把缺點減少到最低的地步。首先在保險對象方面，政府為求達到將保險範圍擴大到全民的目的，制度中其實已經借用了救助和津貼的辦法，實在不必諱言；其次政府把保險對象區分為「被保險人」和「眷屬」，把被保險人區分為「職業團體被保險人」和「地區團體被保險人」，亦是

治絲而益棼，不如廢除此一分類，一律都規定為「被保險人」，並採用單一的分級累進保險費率，依所得的多寡而課徵不同的保險費，所得為零者，則不是不徵收保險費，而是徵收零數額的保險費；此外，為簡化收費行政，保費的分擔比率，亦可一併將之廢除。

在保險給付的範圍方面，「規劃報告」書中所列舉的項目大致都算允當，只是認為少數的一兩個項目似宜站在病人的立場稍加調整。例如，義齒、義肢、輪椅、拐杖等輔助器材，實為病人日常生活所必需，應以最低標準的國產價格提供；而成藥如醫師將之列入處方，亦不宜事先將之排除。

作為健康保險主要財源的保險費，基於「量能付費」的原則，其費基應比照所得稅基，儘量予以擴大。在部分負擔方面，經建會決定採行定率負擔並對住診設定最高限額，的確是一種最為允當的綜合辦法，但是其中有關低收入者免除部分負擔的規定，似宜由「醫療貧窮」改變為「所得貧窮」，而最高限額不但應也包括門診，而且更應將計算最高限額的「平均國民所得」改為「個人實際所得」，並應設定計算的期間。

實行健康保險制度之後，保險機構和醫療機構之間的關係，至少有二者合一或是二者分離的兩種選擇，選擇何者，並無不可，但「規劃報告書」選擇二者分離的理由，卻並不充分。在二者採分離政策之後，為維持醫療費用於合理範圍之內，當然可以採行總額預算制，只是在市場導向的醫療體制之下，再以DRG制支付住院費用、論次計酬制支付門診費用、論量計酬制支付藥劑費用，則醫療服務的供需，便會產嚴重的失調和衝突。尤其是，在市場導向的醫療體制之下，要想以「分級醫療」和「轉診制度」來節制醫療費用，那是一件很困難的事；要想能成功，根本之道，就是要能淡化或革除醫療機構的營利動機，使之成為非營

利性的事業。但要做到這一個地步也十分困難，因此一個可行的折衷方案是：在實施醫藥分業的前提下，將第一級的基層醫療的家庭醫師，應全部由保險機構依契約聘用。但對第二級和第三級的住院治療，嚴格的醫藥分業，反而可能造成不便，因此認為可以不必強予分業。

最後，在保險機構和醫療機構分立的情況下，為處理其間對立和衝突的關係，所以在保險機構之內和之外，就必須設立各種解決有關問題的委員會，這些委員會的複雜程度，就和解決問題所要求水準的高低成正比例，因此，機構分立所帶來保險機構簡化的利益，可能需要重新審慎的評估。

參考資料

一、主要參考資料

經濟建設委員會(CEPD)

1990a 全民健康保險制度規劃報告，台北：行政院經濟建設委員會。

1990b 全民健康保險制度規劃技術報告，台北：行政院經濟建設委員會。

二、經建會委託：由學術團體或學者所完成的基礎研究報告（未正式出版）

作者	完成日期	名稱	頁數
張鴻仁等	79.06.30	全民健康保險醫療費用支付制度之研究	88
曾條昌等	78.07.	台灣地區醫師對全民健康保險之認知與實施意願	152
張苙雲等	79.05.31	健康保險對醫療系統運作效率及績效之影響	121
黃文鴻等	79.01.31	全民健康保險藥品給付範圍及藥價基準之研究	157
呂 繁等	78.12.	台灣地區成年民衆全民健康保險教育研究計畫	51
李叔佩等	78.12.31	學校健康教育研究	154

余玉眉等	79.04.30	居家照顧納入全民健康保險給付之可行性研究	75
邱清華等	79.03.	中醫醫療狀況及需求之研究	107
曾憲政等	79.03.31	全民健康保險與商業性健康保險互補經營之研究	203
韓 揆	79.	全民健康保險對醫院經營管理之影響評估	78
蕭美玲等	78.03.31	配合全民健康保險實施醫藥分業及藥事人力供需規劃研究	84
陳月枝等	79.02.	全民健康保險實施之護理人力供需分析與規劃	83
林芸芸等	79.05.31	健康保險界入對醫師醫療行為的影響	121
謝高橋等	79.06.30	全民健康保險的社會效果	188
陳慶餘等	79.05.	基層醫療保險給付內容之研究	159
呂碧鴻等	79.05.31	家庭醫師在全民健康保險及醫療網中的角色	192
陳太義等	79.02.28	中醫藥納入全民健康保險之可行性研究	328
詹火生等	79.06.	全民健康保險與社會福利政策發展相關性研究	79
黃登興	79.06	全民健康保險的最適財源	28
江豐富	79.06	民間屋主保費轉嫁問題之研究	49
陳紫郎	79.06	以預防保險與衛生教育來輔助全民健康保險的推展	18

三、經建會與衛生署聯合主辦：「全民健康保險國際研討會」(International Symposium on Health Care Systems) 論文, 民國 78 年 12 月 18-19 日。

Abel-Smith, Brian

World Trends in Health Care Financing and Delivery.

Chen, Chieh-Fu

Chinese Medicine and Its Role in Health Care.

Chiang, Tung-Liang (江東亮)

A Critical Assessment of Health Care Financing in The Republic of China. 並附有相同中文論文：「中華民國健康照顧財務制度之現況與問題」。

Culyer, Anthony J.

What the Newly-Industrialised Countries Can Learn from the Experiences of the Health Care Systems in Developed Countries: A View from the United Kingdom.

Evans, Robert G.

The Canadian Health Care System: The Other Part of North America Is Rather Different.

Hsiao, William Chiang-Lung, Chih-Liang Yaung and Jui-Fen Rachel Lu(蕭慶倫、楊志良、盧瑞芬)

Current System of Health Care Financing and Delivery in the Republic of China and Its Challenge for Future Development. 並附有相同中文論文：「從全民健康保險看我國醫療保健體系」。

Ikegami, Naoki

The Japanese Health Care Financing and Delivery System: Its Experiences and Lessons for Other Nations.

Lan, Chung-Fu(藍忠孚)

A Critical Review of the R.O.C.'s Health Care Financing and Health Care Delivery.

Reinhardt, Uwe E.

The U.S. Health Care Financing and Delivery System: Its Experience and Lessons for Other Nations.

Schulenburg, J. Matthias Graf v. d.

The West German Health Care Financing and Delivery System: Its Experience and Lessons for Other Nations.

楊志良

「全民健康保險規劃的目標架構及綱領草案」。

四、其他相關文獻：

Davis, Karen

1975 *National Health Insurance: Benefits, Costs, and Consequences*.
Washington, D.C.: The Brookings Institution.

Eyles, John and Jenny Donovan

1990 *The Social Effects of Health Policy*. Aldershot, Hants, England:
Gower.

Graham, Hilary

1985 *Health and Welfare*. London: Macmillan.

Havighurst, Clark C., Robert B. Helms, Christopher Bladen and Mark
V. Pauly

1989 *American Health Care: What are the lessons for Britain?* Lon-
don: IEA Health Unit.

Herber, Bernard P.

1975 *Modern Public Finance: The Study of Public Sector Economics*.
3rd ed., Homewood, Ill.: Richard D. Irwin.

Hetherington, Robert W., Carl E. Hopkings and Milton I. Roemer

1975 *Health Insurance Plans: Promise and Performance*. New York:
John Wiley and Sons.

ISSA (International Social Security Association)

1975 *Health Insurance and National Health Policy*. Geneva: ISSA.

Kaim-Caudle, Peter Robert

1973 *Comparative Social Policy and Social Security: A Ten Country*

Study. London: Martin Robertson.

Leathard, Audrey

1991 *Health Care Provision: Past, present and future*. London: Chapman & Hall.

Loney, Martin, David Boswell and John Clarke (eds.)

1983 *Social Policy and Social Welfare*. Milton Keynes, England: Open University Press.

Parker, Hermione

1984 *Action on Welfare: Reform of Personal Income Taxation and Social Security*. London: The Social Affairs Unit.

Paton, Calum R.

1990 *US Health Politics*. Aldershot, Hants, England: Gower (or Avebury).

Small, Neil

1989 *Politics and Planning in the National Health Services*. Milton Keynes: Open University Press.

Smith, Gilbert and Caroline Cantley

1985 *Assessing Health Care*. Milton Keynes: Open University Press.

Titmuss, Richard M. (edited by Brian Abel-Smith and Kay Titmuss)

1974 *Social Policy*. London: George Allen & Unwin.

岑士麟

1977 **安和樂利社會制度**。台北：社會建設雜誌社。

吳凱勳

1991 **健康保險概論**。台北：中國社會保險學會。

康國瑞

1979 社會保險。台北：黎明文化事業公司。

覃怡輝(Tom Yee-Huei Chin)

1984 「三民主義之社會安全政策」，載於：三民主義的理論架構，作者自印。

1989 Old Age and Social Security in Taiwan: A Study in Policy and Planning, Doctoral Thesis of the University of Edinburgh.

1991a 「社會安全的公平和效率問題」，中央研究院中山人文社會科學研究所(專書28), 正義及其相關問題。

1991b 「私人給供與公共給供之相關理論與國外制度之探討」，內政部主辦：老年收入安全問題研討會，民國八十年三月二日。

An Assessment on the NHI Plan

Proposed by CEPD, Executive Yuan

Tom Yee-huei Chin

Abstract

The implementation of National Health Insurance (NHI) is a major reform in the health policy in the Republic of China on Taiwan. The performance of this reform will directly and greatly influence the well-being of the people. In principle, the public provision of health services may be made through the forms of social assistance, social insurance and universal allowance. There are different merits and shortcomings for different provisions, so it is impossible to apply a single provision to solve all problems of health services. Though only the policy of social insurance is adopted by the NHI Plan, actually the methods of social assistance and universal allowance are also applied to remove the financial barrier of low income families and veterans. In order to achieve the long run aims of national health policy through the provision of social insurance, CEPD pursues this plan with the aspects of insurance cover, insurance benefits, cost-sharing, insurance financing, payment system, insurance system, and the contracting and system of medical institutions. The author points out all possible problems and raises the corresponding policy to tackle these problems in advance.