

2002 年調整保費及部分負擔 對全民健康保險財務公平性之影響

蔡貞慧

東吳大學助理教授

張鴻仁

國立陽明大學副教授

王本仁

中央健康保險局二等專員

健保局於 2002 年提高保費及部分負擔，引致對其公平性的質疑。本研究利用固定世代樣本比較政策實施前後差異，分析政策調整對不同所得階層個人的影響。結果發現：就金額與增加幅度，高所得者增加的保費與部分負擔均大於低所得者。就保費或部分負擔相對於每人平均所得的比例，低所得者的負荷大於高所得者，但是，政策調整後的保費負擔分配累退性明顯比政策調整前的保費負擔累退分配減緩，部分負擔的分配累退性也未在政策調整後惡化。至於部分負擔的分配沒有惡化的原因是調整幅度小？還是被保險人改變醫療利用型態的結果？值得未來進一步分析。

關鍵詞：全民健康保險、保費、部分負擔、政府補助、醫療給付

壹、前言

自 1995 年 3 月開辦全民健康保險以來，中央健康保險局（以下簡稱健保局）於 2002 年 9 月首度調整保費費率，同時，也大幅調整看病時的部分負擔金額，引致公共衛生學界和相關團體的批評以及朝野密集的辯論（中央健保局，2002.10.31；民生報，2002.07.27；聯合報，2002.07.27；2002.11.06）。事實上，此次健保局調整保費金額或部分負擔並非第一次，但是，2002 年的新制最主要引起爭議的便是此次同時調整健保保費與提高部分負擔（一般以「健

保雙漲」稱之)對民眾造成的經濟壓力以及公平性。

2002 年 9 月的健保雙漲施行至今,公眾對其公平性的爭議仍舊方興未艾(中時晚報,2004.03.03a; 2004.03.03b)。由於超過一年的政策施行期間提供足夠的實證資料觀察政策前後的變化,因此,本研究在做法上乃利用固定世代樣本比較政策實施前後之差異,由國家衛生研究院(以下簡稱國衛院)所釋出的全民健保研究資料庫中第一及第二組的承保歸人抽樣檔與門住診藥局費用明細檔,串聯 2000 年財稅資料,對於 2002 年調整保費及實施新制部分負擔對不同所得階層個人的影響從事實證分析。「健保雙漲」是即時性的公共政策議題,本研究結果提供政策調整後的公平性評估,將有助於檢驗政策延續適當性或未來全民健保財務機轉調整考量的參考。

政策演變

自 1995 年 3 月開辦全民健康保險以來,保費的繳納金額計算方法以及部分負擔收取標準已歷經多次調整。在保費方面,除屢次降低與雇主有關的平均眷口數以及和受雇者有關的眷口數上限之外,對於最低投保金額、最高投保金額以及平均投保金額等項目也逐年公告調高。前者的調降使雇主與受雇者的保費降低,後者的調升則大體上是在反映薪資所得的小幅調整,因此,較易獲得社會大眾的支持或接受。

於 2002 年,保費的收取有幾個重要的調整,首先,於該年 8 月,公務員的投保金額由原來的本俸(相當於六成薪)調高為平均經常性薪資的八成,並將自繳比例由 40%調為 30%,如此做法,消弭了一向引人詬病的公保、勞保對象差別待遇;其次,將投保金額分級表的級距拉大,最高投保金額由原來的 60,800 元調高至 87,600 元,這兩者影響所及的人口屬於公務員和高薪族群,應該較沒有爭議,但是,同年 9 月健保局也對保費費率做了首度調整,由原來的 4.25%提高為 4.55%,使保費調整成為全民議題,因而引起社會各界的批評。

另一方面,自全民健保規劃時期,部分負擔便被視為抑制醫療浪費的機制(經建會,1990),因此,隨著全民健保開辦以來醫療支出逐年增加的趨勢,部分負擔也歷經多次的變革。首先,為了排除部分負擔可能對特定對象引起

的財務負擔，全民健康保險法明訂出免部分負擔的對象，並且，在過去幾年有擴大適用範圍的趨勢。其次，對於濫用疑慮較低（亦即價格彈性較低）的住院部分負擔訂有單次上限及每年金額上限，並且逐年小幅調升。

至於門診部分負擔方面則有多次的政策調整，首先，1997年5月提高醫學中心一般門診掛號費，之後，1999年8月開始實施所謂部分負擔新制，除原來的部分負擔規定，另外增加門診藥品費用、門診復健費用、門診高利用者之負擔費用。2001年7月則針對部分負擔新制再作兩方面的修訂，第一，將門診藥品部分負擔上限由100元提高到200元，第二，調降65歲以上老人的門診高診次部分負擔金額。

2002年9月的部分負擔新措施再度調高醫學中心、區域醫院的西醫門診、急診基本部分負擔金額，並增加收取醫學中心及區域醫院門診檢驗費的20%，最高達300元上限的部分負擔，成為健保雙漲最被爭議的部分。然而，實施一年之後，健保局於2003年12月1日公告取消檢驗費的部分負擔以及之前實施的高診次加重部分負擔措施，惟部分負擔措施的合理性與公平性仍備受質疑，並招致更多健保雙漲政策制定不當的批評（王貞云，2003）。

文獻回顧

全民健保醫療支出的逐年增加是必然的趨勢，健保財源的擴大或調整也是遲早需要派上用場的因應作法。關於保費調整的時機，李丞華等（2000）曾提出政策分析，針對幾個建議方案分別模擬對健保財務的挹注效果以及可行性分析，該研究並建議2002年7月為最適調高健保費率的時機。

儘管健保財務制度的調整不可避免，健保財源的擴張如果沒有衡量其公平面的影響，將扭曲建立全民健保制度的原本美意，因此，全民健保所衍生的公平性問題一直是社會大眾所關心的焦點。以下文獻回顧將分為兩部分：(1)保費負擔的公平性意涵，(2)部分負擔的公平性意涵。

(1)保費負擔的公平性意涵

社會保險為健康照護財源籌措的主要方式之一，由於其社會強制性與公共性質，其對社會不同特性人口之間形成的資源重分配效果成為國際間日益

重要的政策議題與研究主題。在國外，Wagstaff 等（1992; 1999）曾對 12 個 OECD 國家的健康照護體系的財務分配公平性作跨國比較，並指出以薪資稅（payroll tax）或社會保險保費為主要財源者，其所得分配效果往往是累退的，例如荷蘭。荷蘭的社會保險保費以薪資為基礎，採固定比例收取，並規定有投保薪資上限。然而法國的社會保險雖以薪資為保費徵收基礎，同時也根據職業特性而有不同保費收取規定，但是，對於占全體被保險人 75% 的受雇者保費投保薪資卻沒有上限的規定，因此呈累進分配。至於芬蘭以應稅所得（taxable income）為保費基礎，也呈累進分配。因此，社會保險保費分配的公平性可以透過徵收基礎的設計而有改善的空間。

在國內方面，許多文獻指出我國全民健保的保費負擔方式對窮人較不利；低所得者所負擔的保費占其所得的比例明顯高於高所得者所負擔的保費占其所得的比例（湯澡薰等，2001；葉秀珍，1999；蔡貞慧、周穎政，2002；鄭文輝、蘇建榮，1998；鄭文輝等，1999；羅紀琮，1998）。蔡貞慧、周穎政（2002）的研究進一步指出我國的保費分配累退程度於 1995 至 2000 年之間有逐年減緩的趨勢。Tsay（2003）則指出影響保費分配公平性時間趨勢的因素，除了是制度本身的變遷之外，也可能會受到家戶組成、人口結構等影響所得分配因素的連帶影響。

蘇建榮（2000）在分析投保金額與保費負擔公平性的研究指出，全民健保投保金額分級表使投保金額最低下限與最高上限兩者相差倍數太小，在保險費率為一固定比率的情況下，使平均有效費率隨所得增加而下降，因而形成累退現象，有違垂直公平原則。在投保金額認定方面，勞工以實際薪資來計算，具公保資格之被保險人卻以其本俸而非全薪為投保金額所產生的公平性問題一直受到爭議。羅紀琮等（1998）之研究顯示，公務人員之投保金額（本俸）僅占其薪資所得之 51% 左右。然而，鄭文輝等（1996）的研究指出，民營受雇者有明顯的高薪低報現象，低報的幅度約在三成左右。陳聽安等（1998）也指出，將勞工平均投保薪資與主計處調查之勞工平均月薪資相較，勞工的平均投保薪資僅為勞工全部薪資之 60% 左右。在檢驗全民健保各類被保險人投保金額問題上，徐衣琪（1996）則進一步指出：儘管公、勞保的投保薪資認定不同，但實際上，由於公教人員的薪資皆按實際申報，而部分勞

工薪資卻有低報之事實，致使公務人員平均負擔之保費反而較勞工為高。

我國全民健保保費的計算包括以下幾個要件：被保險人投保薪資金額的認定，固定保費費率的設定，個人與雇主、政府間的分攤比例，以及被保險人的眷口數或對雇主而言的平均眷口數的認定。其中被保險人投保薪資因職業特性而有不同的規定：公私部門受雇者普遍適用有上、下限的投保金額表，地區人口適用平均投保薪資，農民則適用固定投保薪資，雇主、自營作業者，則在一定範圍內自行舉證申報。由於 2002 年的保費調整措施不僅首度調整固定保費費率，也調整投保金額上、下限的差距倍數與公務人員投保薪資的認定和分攤比例，因此，其政策調整的整體效果是否達成重直分配的公平（指不同所得能力者，負擔不同金額保費），值得透過個體資料從事實證觀察。

(2)部分負擔的公平性意涵

對被保險人而言，健保給付項目（covered services）的部分負擔（cost sharing），不論是自負額（deductibles）或定率部分負擔（coinsurance）、定額部分負擔（co-payment），其與健保不給付項目（uncovered services）均屬於廣義的自付（out of pocket）醫療費用支出，其共同特色在於它們都是屬於獨立於全民健保保費、賦稅之外，其發生是伴隨就醫行為而產生，直接加諸病人所得的一項支出；其差別則在後者是對醫療服務的全額事後付費，前者則透過保險機制預付與風險不盡對稱的保費，並在使用醫療服務的當時做部分服務價格的直接支付。因此，對保險機構而言，部分負擔一方面是全民健保財源的挹注方式之一；另一方面也是抑制醫療利用，進而可以減緩全民健保醫療給付開支的機制。然而，對被保險人而言，部分負擔不是支出的增加就是醫療利用的減少；所得較低或是醫療需求較高的人口往往受到的影響較大，因此，勢必會對健康照護支出的公平性造成惡化的結果。

紀駿輝（1999）從學理指出，部分負擔制因其以個人財富多寡來決定醫療服務之分配，因而違背了公正性。周麗芳、陳曾基（1999）則指出，不論從需求的價格彈性與所得彈性考量或者從部分負擔的歸宿分析考量，部分負擔將對經濟能力較差者有較大影響，並極可能加重個人健保支出的累退效

果。蔡貞慧、周穎政（2002）亦建議，捨棄對保費結構的調整，而以增加部分負擔挹注健保收入的做法，將不利於家戶醫療支出分配的公平性。

國內外實證研究均一致指出，自付醫療費用是各種健康照護財源之中，會使所得分配有最不符合公平的效果（Castano et al., 2002; Holahan & Zedlewski, 1992; Wagstaff et al., 1992; 1999；湯澡薰等，2001；蔡貞慧、周穎政，2002；鄭文輝等，1999）。然而，關於部分負擔對不同所得階層人口之影響差異的實證研究卻有不盡一致的結論。例如，Cherkin 等（1992）分析美國某一健康維護組織（health maintenance organization）的部分負擔措施對參加者門診利用率的影響是否有所差異，研究結果發現不論所得高低，受部分負擔影響的效應相似。反之，Kupor 等（1995）分析 1984 與 1989 年日本全民健康保險被保險人的醫療利用是否受所得與部分負擔的影響，研究結果顯示部分負擔對最低所得組的影響最大。Stuart 和 Zacker（1999）根據 1992 年美國 38 個州的調查資料分析藥品部分負擔之有無對 Medicaid 受益者處方藥使用的影響，研究結果發現年老或失能者會因部分負擔而明顯有較低的處方藥利用率。

RAND 的實驗結果則指出，部分負擔將導致個人的整體醫療支出減少，其降低的比例在不同所得組之間並無重大差異，不過，如果將門診、住院分開來看，門診部分負擔對窮人的效應較大，住院部分負擔則對富人的效應較大（Newhouse, 1993）。Ringel 和 Sturm（2001）採用美國 1998 HealthCare for Communities 家戶調查資料分析心理健康的自付醫療費用對不同社會經濟人口的財務負擔影響，研究結果發現老人、較高教育程度者或具有私人保險者的自付費用較高，不過，研究者也指出，心理健康自付醫療費用高可能是反映這些人口群的付費能力。Trude（2003）也探討美國自 1990 年代以來雇主逐漸普遍透過提高部分負擔來減少健康保險保費支出的做法將對病人自付醫療費用開支造成如何影響，研究結果發現所提高的部分負擔會特別對患有重大傷病或低所得的受雇者產生較大的財務負擔，連帶地，也將使透過部分負擔來減緩保費上漲的空間受到侷限。

反觀國內，有幾個關於部分負擔制度的實證研究，例如：周添城等（1999）以問卷調查方式，利用 816 個公、勞、農保樣本分析 1995 年 3 月全民健保初

期所實施的部分負擔制度成效，研究結果指出，就診次數及住院天數並未隨著全民健保實施部分負擔而有顯著減少。該研究的作者認為這可能是部分負擔的額度過低，也可能是由於給藥天數少，或是檢驗次數增加導致複診次數增加。Cheng 和 Chiang (1997) 則以世代調查資料分析我國全民健保實施前後的醫療利用差異，研究結果指出全民健保使過去沒有社會醫療保險的人大幅增加醫療利用次數，至於原本有社會保險的人也有小幅但是達統計顯著水準的門診利用次數增加，因此，研究者指出全民健保初期所實施的部分負擔對於抑制醫療利用似無顯著效果。

陳聽安等 (1998) 利用 1995 年綜合所得稅申報資料和 1996 年全民健保局承保資料的合併檔，分析早期部分負擔制度對不同所得階層家戶的影響，研究結果指出：(1)部分負擔對醫療需求量的抑制具有一定程度的功能。(2)從家戶所得分配觀察發現，低所得之有效負擔比率較中所得為高，中所得之有效負擔比率又較高所得為高，顯示出相當嚴重的累退性，不符合量能負擔的原則。

李丞華、周穎政 (2002) 則分析 1999 年 8 月實施部分負擔新制對個人醫療利用的影響，研究發現：(1)部分負擔新制對西醫門診利用率及中醫門診利用率均有微幅抑制作用；對復健門診利用率及高診次患者則有明顯且大幅的抑制作用，但對於藥品利用及費用則無明顯的抑制作用。(2)部分負擔新制對門診利用率的抑制作用，在男女兩性間及不同投保金額群體間，未存在明顯差異。

最後，鄭文輝等 (2002) 曾就全民健保幾個可能財務調整方案，包括擴大費基、修正部分負擔和檢討給付範圍等，模擬評估對保險對象家庭財務負擔分配的可能影響。該研究界定「擴大費基」包括公投保對象以八成薪投保，並降低自繳比率至 30%，調高投保金額上限為下限的五倍，以及調高第二至第六類被保險人投保金額。界定「修正部分負擔」包括調漲各級醫療院所基本部分負擔金額等可能性。界定「調整給付範圍」則廣泛包括刪除住院或門診部分給付項目的多種可能性分析。設定「調整費率」包括 4.61%、4.54% 與 4.31% 三種可能性。模擬分析結果指出：(1)擴大費基方案可以改善財務負擔的累退分配現象，但是幅度有限。(2)同時擴大費基與調整費率對財務負擔

公平性改善程度會優於同時擴大費率、調整部分負擔與調整費率。由於該研究所假設的政策調整措施較 2002 年的調整範圍為廣，因此，仍有必要針對 2002 年 9 月開始實施的現行保費調整與部分負擔新制，以實證資料觀察其公平性效果。

貳、資料與方法

本研究利用國衛院所釋出的全民健保研究資料庫中第一及第二組的承保抽樣歸人檔與門住診藥局費用明細檔，串聯所得稅申報資料，對於調整保費及實施新制部分負擔對不同所得階層個人的影響做分析。有別於過去相關研究著眼於健保財務的整體公平性（例如，Tsay，2003；鄭文輝等，1998；羅紀琮，1998），本研究主要在觀察“政策變遷”對“健保整體公平性”造成的影響，並且，在觀察時間點上選擇政策前與政策後的比較，同時排除影響健保整體公平性之政策前、後並未變化的其他因素。

為比較政策實施前後之公平性差異，本研究採用固定世代樣本觀察個人繳交保費與部分負擔之金額變化。由於擴大費基措施於 2002 年 8 月實施，費率調整及部分負擔新制在 2002 年 9 月實施，因此，設定 2001 年 10～12 月為「政策調整前」的觀察時點，2002 年 10～12 月為「政策調整後」的觀察時點，並以 10、11、12 三個月資料推估全年，以簡化被保險人於觀察期間可能產生保險類別變動情形所致之資料處理複雜性。同時，由於本研究期間最近可取得的財稅資料為 2000 年，便以 2000 年所得稅申報資料作為決定個人所得層級的依據。

承保抽樣歸人檔以健保承保資料檔為抽樣母群體，依簡單隨機抽樣抽出樣本（人），並依此擷取各該樣本（人）之各年所有資料（包括門診、住院及特約藥局），每組共抽出五萬人。抽出樣本之年齡、性別及費用三項變項分布與母體間並無明顯差異（國衛院，2003）。本研究所採用的第一及第二組原始樣本共 100,209 人，將非本國籍人士、無戶籍資料者，及 2002 年 12 月 31 日之前死亡者排除，並選擇 2000 年時至少在保一個月且 2001 年 10 月至 2002 年 12 月全程皆在保者，共 77,764 人當作研究所觀察的樣本。健保資料包括投

保身分、保險類目、投保金額、保費、健保給付金額、部分負擔金額、門診、住院、特約藥局之使用等變項。

至於所得資料以財稅資料中心的所得稅核定資料為基礎。由於分析單位為個人，所得變項以每人平均所得定義之，其計算方式乃根據被抽樣個人所代表的綜合所得稅申報家戶之全戶所得除以家戶人口。同時，為考量家戶組成的家戶大小、成員年齡等因素，家戶人口的計算又經過等成人數的換算而得。關於家戶人口之等成人數的計算，本研究主要採用 Aronson 等（1994）所發展的公式，等成人數 = $(\text{成年人口數} + \phi \times \text{未成年人口數})^\theta$ ，其中 ϕ 和 θ 均設定為 0.5，並且以 21 歲以上（含 21 歲）者為成人（Wagstaff et al., 1999）。本研究也另外運用一個等成人數簡化計算公式對研究結果做敏感度分析，其計算方法乃將家戶中第一位成人視為 1，其餘成人視為 0.7，並視所有未成年人為 0.5，亦即，等成人數 = $1 + 0.75 \times (\text{成年人口數} - 1) + 0.5 \times \text{未成年人口數}$ （王正，1994; Atkinson et al., 1995; Buhmann et al., 1988）。

然而，值得注意的是，由於所得稅申報人口並不包含全體人口，本研究有 29.76% 的樣本並無所得稅申報資料。由於目前並無現成公認的所得設算原則，因此，本研究處理方法為：將有所得稅申報資料者依平均每等成人所得高低分成五個分位組，並將無所得稅申報資料者獨立成為一個類別。最後，樣本所得分布經過與 2000 年財稅母體資料做比對的結果，所得稅申報資料之有無的人數比例相當，並經卡方檢定顯示樣本所得分布與母體分布無統計顯著差異。

關於無所得稅申報資料者（以下簡稱無所得資料者）的特性，無所得資料者樣本數共 23,142 人，與有所得資料者在性別分布上並無明顯差異，然而，在年齡分布上，前者明顯有較高比重的年輕人口，尤其是 20~29 歲的人口群，因此，無所得資料者的 40~69 歲人口比重相對較少。在職業特性上，以屬於健保對象第二類的職業工人，第三類的農、漁、水利會會員，民間受雇者，以及地區人口占多數，分別相當於無所得資料者的 23.18%，22.84%，21.50%，和 21.15%，另包含少部分榮民、自營作業者和免稅的軍教人員。至於投保金額的分布，低於 19,200 元者高達 37.03%，高於 50,600 元者僅占 0.07%。同時，適用定額保費投保的第三至第六類保險對象則高達 47.31%，

其中尤以第三類保險對象為最大宗，其投保金額一律適用 19,200 元。

至於有所得資料者，樣本平均年齡大體隨所得層級提高而上揚。在職業特性上，2001 年與 2002 年的分布大致相同，公教人員傾向屬於較高所得分位組。至於民間受雇者、自營作業者、職業工人等保險對象的投保金額與所得層級之間有較清楚的正向關係，亦即，低所得層級者的投保金額往往較低，高所得層級者的投保金額往往較高。最後，約 24% 的有所得資料者屬於農、漁、水利會會員、低收入戶，以及地區人口等採用定額保費投保身分者，同時也較傾向屬於低所得層級。

此外，2002 年保費與部分負擔的調漲，其影響所及不僅是個人保費負擔的提高以及醫療支出的可能增加，同時，也將連帶提高政府對被保險人保費的補貼，這部分意謂全體人口賦稅負擔用之於全民健保上的比例也會提高，不過，本研究將省略賦稅責任的歸宿分析，僅針對個人保費負擔與醫療支出兩部分做分配效果的觀察。在做法上，部分負擔、醫療支出金額將以政策前後各三個月觀察期間資料中的實際金額推算全年支出。關於保費負擔的歸宿問題，本研究則依據學理原則，假設受雇者與雇主所付的保費均屬受雇者所承擔。

最後，本研究分析保費與部分負擔調漲政策前與政策後對不同所得階層的影響，主要透過比較不同所得分位組的保費或部分負擔支出占各組所得比例之差異比較做為主要分析方法。當支出占所得的比例隨所得階層提高而升高，稱之為累進（progressive）分配；當支出占所得的比例隨所得階層提高而降低，稱之為累退（regressive）分配；當支出占所得的比例在各所得階層間呈一致，稱之為比例（proportional）分配。至於無所得資料者在分配上的相對位置則透過與有所得稅申報資料者的比較而突顯。

同時，本研究也採用已被國內外相關研究普遍使用的 Kakwani index (1977; Castano et al., 2002; Wagstaff et al., 1992; 1999; 湯澡薰等, 2001; 葉秀珍, 1999; 蔡貞慧、周穎政, 2002) 做為輔助的工具。採用不均度指標有助於將研究結果標準化，俾便從事比較，包括政策前後的比較、保費與部分負擔的比較。然而，值得注意的是，由於本研究的不均度指標計算僅針對有所得資料的 70.24% 樣本人口，因此，其指標係數並不反映全體樣本

的公平性分析，而僅代表有所得資料者的政策調整公平性影響分析。所以，指標法僅做為比例法的輔助觀察工具，並且，本研究採用個人為分析單位，與過去採用 Kakwani index 測量健康照護支出公平性研究的國內外文獻中往往以家戶為分析單位的做法有所不同，因此，指標係數值勢必會受分析單位本身的變異程度而影響，亦不適合將本結果與其他文獻做結果比較或做國際比較。

本研究以個人為分析單位，一方面雖然避免了過去相關研究在使用所得稅核定資料與健保資料連結時歸戶困難的問題，另一方面則無法觀察家戶人口組成在所得分配中的特性。所以，本研究資料並不適合用於觀察全民健保財務公平性的時間趨勢，也不適合分析有關健保保費以家戶為徵收基礎的可行性議題。不過，由於我國全民健保的現行保費收取方式基本上是以人頭為單位，不以家戶為單位，因此，本研究以個人為單位，觀察保費及部分負擔分配的公平性，並不會影響對「健保雙漲」政策前與政策後的效果觀察。

參、研究結果

1. 政策調整對保費負擔的影響

表 1 呈現各所得分位組的平均每等成人所得，以及各所得分位組和無所得資料者在政策調整前、後分別每人平均支出的全民健保保費與部分負擔金額。首先單就自付保費的分配觀察，全體樣本在政策調整前的平均自付保費為 4,961 元，大體上，自付保費金額隨所得層級提高而增加，而無所得資料者的平均自付保費金額低於全體樣本平均值，但略高於第三所得分位組的平均金額。就有所得資料者進一步觀察，最低所得分位組的全部自付保費金額相當於整體有所得資料者全部自付保費的 17.38%，比重最小；反之，最高所得分位組的自付保費總金額占整體有所得資料者自付保費總金額的 24.43%，比重最高。然而，相較於所得的分配，最低所得分位組所擁有的所得僅占全體有所得資料者所得的 6.92%，而最高所得分位組的所得約當全體有所得資料者所得的 44.06%。再者，就自付保費占所得的比例而言，其呈現累退的分配，

表 1 政策調整前後各所得階層的全民健保財務負擔

表 1 政策調整前後各所得階層的全民健保財務負擔														單位：元／人、年	
所得分位	樣本數	調整後 每人平均 申報所得	政策調整前					政策調整後							
			保費 自付部分	保費負擔	部分負擔	健保醫 療給付	保費＋部 分負擔	保費 自付部分	保費負擔	部分負擔	健保醫 療給付	保費＋部 分負擔			
最低分位	10,924	174,691	4,338	6,964	1,848	16,455	8,812	4,652	7,741	1,937	17,984	9,678			
第二分位	10,925	295,599	4,537	8,532	1,963	16,282	10,495	4,923	9,508	2,030	16,690	11,538			
第三分位	10,924	396,840	4,790	9,918	1,936	17,027	11,854	5,313	11,462	2,017	17,789	13,479			
第四分位	10,925	544,300	5,192	11,693	1,972	16,367	13,665	5,874	13,928	2,137	17,798	16,065			
最高分位	10,924	1,111,891	6,095	14,658	2,114	17,463	16,772	7,287	18,621	2,271	19,625	20,892			
<i>Gini/Concentration index</i>		<i>0.3668</i>	<i>0.0699</i>	<i>0.1500</i>	<i>0.0347</i>	—	<i>0.1353</i>	<i>0.0933</i>	<i>0.1793</i>	<i>0.0405</i>	—	<i>0.1634</i>			
<i>Kakwani index</i>		—	<i>-0.2970</i>	<i>-0.2168</i>	<i>-0.3321</i>	—	<i>-0.2316</i>	<i>-0.2735</i>	<i>-0.1875</i>	<i>-0.3263</i>	—	<i>-0.2035</i>			
無所得資料者	23,142	—	4,891	6,484	1,835	16,643	8,319	5,175	7,222	1,963	17,917	9,185			
全部樣本	77,764	—	4,961	9,201	1,931	16,700	11,132	5,480	10,755	2,047	17,967	12,802			

說明：

1. 等成人數 = (成年人口數 + 0.5 × 未成年人口數)^{1/2}

2. Kakwani index = Concentration index - 所得的 Gini coefficient

亦即，最低所得分位組的自付保費占所得比例最高，為 2.48%；最高所得分位組的自付保費占所得比例最低，僅 0.55%。

2002 年政策調整後，各類組的自付保費金額均增加，增加的幅度則隨所得層級提高而上升，例如，最低所得分位組的金額由 4,338 元增加到 4,652 元，相當增加 7.24%，最高所得分位組的金額則由 6,095 元增加到 7,287 元，相當增加 19.56%。全體樣本平均而言，政策調整後自付保費增加 10.46%，無所得資料者的增加幅度最小，僅 5.81%。就有所得資料者進一步觀察，最低至第三所得分位組的自付保費總金額分別占整體有所得資料者自付保費總金額的比重均較政策調整前為低，第四及最高所得分位組的自付保費金額比重則有增加。因此，雖然政策調整後的自付保費分配仍呈現累退，其累退性有些微減緩的趨勢；自付保費的 Kakwani index 由政策調整前的 -0.2970 趨緩為政策調整後的 -0.2735。

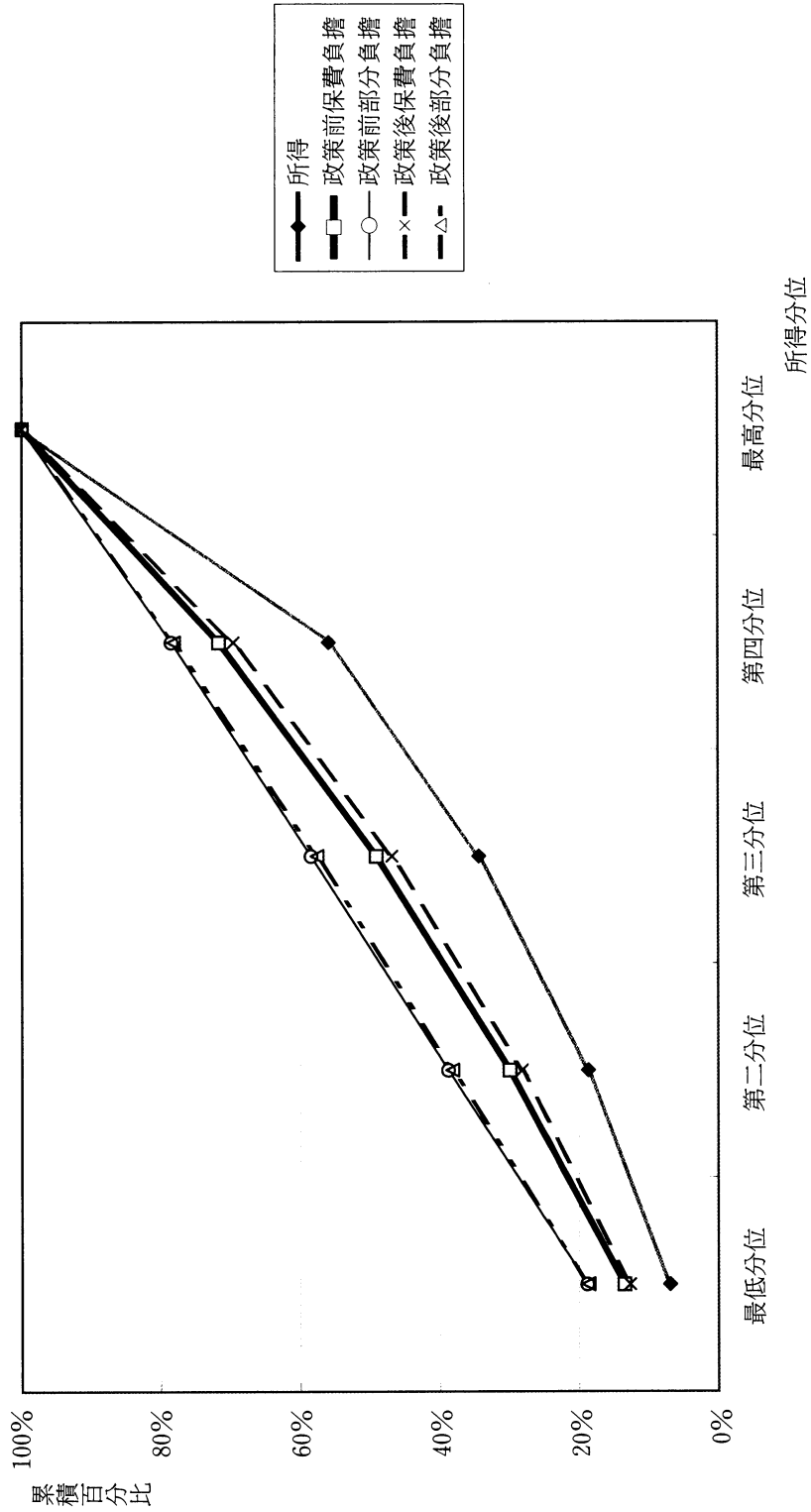
如果將雇主支付的保費部分一併考慮，並假設終將由受雇者承擔，那麼個人保費負擔將大幅增加。在政策調整前，全體樣本的保費負擔平均金額為 9,201 元。無所得資料者的保費負擔金額 6,484 元，遠低於全體樣本平均值，甚至也低於最低所得分位組的平均保費負擔，這應該是因為他們較傾向屬於非受雇者之故。對有所得資料者而言，所得層級愈高，平均保費負擔也愈高；同時，最低所得分位組的全部保費負擔金額相當於整體有所得資料者全部保費負擔的 13.45%，最高所得分位組的保費負擔則占整體有所得資料者保費負擔的 28.32%。然而，相較於他們擁有的所得百分比分別為 6.92% 和 44.06%，前者保費負擔太高，後者保費負擔太低。因此，就保費負擔占所得的比例觀之，其比值隨所得層級提高而縮小，呈現累退分配，例如，最低所得分位組的比值最高，為 3.99%；反之，最高所得分位組的比值最低，僅 1.32%。

政策調整後，各類組的保費負擔普遍增加，全體樣本的平均增加率 16.89%，由 9,201 元增加為 10,755 元，並且增加幅度隨所得層級提高而擴大；例如，最低所得分位組的保費負擔由 6,964 元增加為 7,741 元，相當增加 11.16%，最高所得分位組的保費負擔由 14,658 元增加為 18,621 元，增加率 27.04%。至於無所得資料者保費負擔增加的幅度僅些微高於最低所得分位

組，由 6,484 元增加為 7,222 元，增加率為 11.38%。就有所得資料者進一步觀察，最低至第三所得分位組的保費負擔分別占全體有所得資料者保費負擔的百分比都比政策調整前縮小，另一方面，最高所得分位組的保費負擔占全體有所得資料者保費負擔的百分比則由政策調整前的 28.32% 增加為政策調整後的 30.40%。然而，相對於所得的分配，政策調整後的保費負擔仍呈現累退的分布；最低所得分位組之保費負擔占所得的比例最高，由政策調整前的 3.99% 增加為 4.43%，反之，最高所得分位組之保費負擔佔所得的比例最低，由政策調整前的 1.32% 增加為 1.67%。不過，就不均度指標的測量結果，政策調整後的保費分配累退性趨緩，Kakwani index 由政策調整前的 -0.2168 升為政策調整後的 -0.1875。如圖 1 所示，就有所得資料者分析，各所得分位組的保費負擔累積百分比曲線位於所得累積百分比上方，表示低所得者保費負擔相對於擁有的所得較為沉重，呈累退分配。不過，政策調整後的保費負擔累積百分比曲線位於代表政策調整前曲線的下方，表示累退性減緩。

最後，值得注意的是，上述兩個觀察時間點前後保費負擔的增加，一方面可能大部分反映政策調整的結果，另一方面也不排除自然因素的增加，例如，雇主對受雇者加薪，因而增加保費金額。為確認政策調整對保費負擔增加的效應，本研究另外增加觀察時間點，觀察樣本分別在 2001 年 4 至 6 月，2001 年 10 至 12 月，以及 2002 年 4 至 6 月，2002 年 10 至 12 月等四個時間點實際負擔保費金額的變化趨勢。如圖 2 所示，就各所得分位組的保費負擔金額高低分布而言，四個時間點均呈現保費金額隨所得層級提高而增加，無所得資料者的保費負擔金額最低，至於全體樣本的平均保費負擔金額則介於第二及第三所得分位組的金額之間。分別言之，政策調整前的三個觀察時間點的保費負擔金額在各所得分位組之間均無明顯變化，平均增加率為 0.57%。反之，2002 年 10 至 12 月代表政策調整後的觀察時間點，各所得分位組的保費負擔金額確實明顯增加，並以高所得者增加的幅度較大。同時，2002 年 10 至 12 月時間點的高、低所得者保費負擔差距較政策調整前三個觀察時間點所呈現的高、低所得者之保費負擔金額差距為大。總之，一方面，2002 年 4 至 6 月與 2001 年 4 至 6 月之間無明顯差異，顯示 2002 年 10 至 12 月與 2001 年 10 至 12 月之間的明顯增加並非屬時間自然成長，另一方面，2001 年 10 至 12 月

圖 1 保費負擔與部分負擔累積百分比



說明：本分析僅針對有所得資料者，占全體樣本的 70.24%

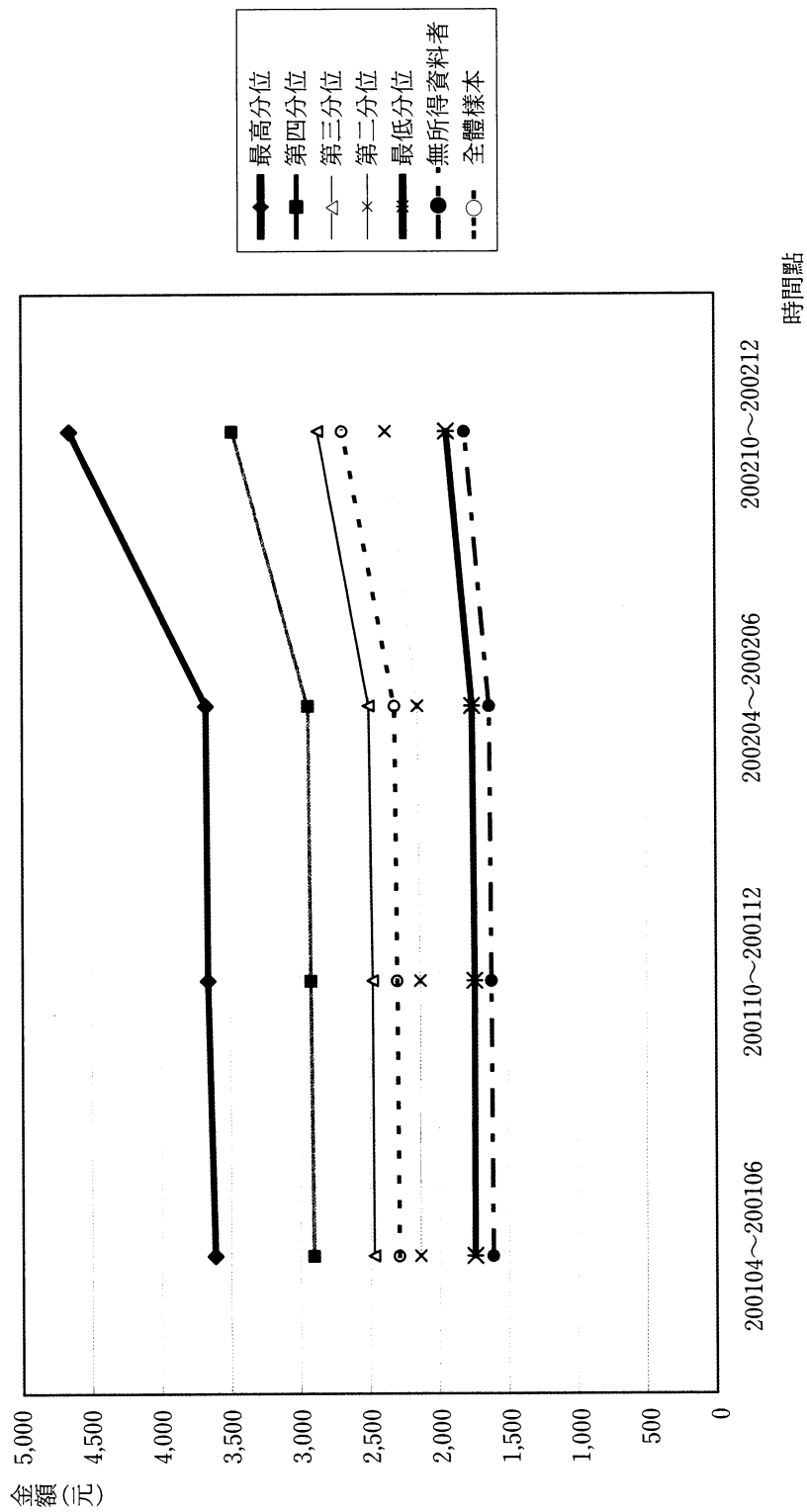
與同年 4 至 6 月之間無明顯差異，也排除 2002 年 10 至 12 月與同年 4 至 6 月之間的明顯增加有季節因素，因此，可以印證政策調整後保費負擔的增加主要是政策調整的結果。

2. 政策調整對部分負擔支出的影響

表 1 同時也呈現政策調整前、後各類組的醫療費用支出，包括健保醫療給付與部分負擔兩方面。由於部分負擔金額與享受的健保醫療給付有所關聯，因此，表 1 將健保醫療給付也列入比較，不過，值得注意的是，醫療給付並非所得的減項。首先，全體樣本在政策調整之前的平均部分負擔金額為 1,931 元，大體上，部分負擔金額隨所得層級提高而增加，無所得資料者的平均部分負擔金額不僅低於樣本平均值，也略低於最低所得組的平均金額。就有所得資料者進一步觀察，最低所得分位組所支出的部分負擔占全體有所得資料者部分負擔金額的 18.79%，其不僅遠遠高於該分位組所擁有的申報所得百分比，6.92%，同時也高於該分位組的保費負擔占全體有所得資料者保費負擔的百分比，13.45%；反之，最高所得分位組的部分負擔占全體有所得資料者全部部分負擔之 21.51%，遠低於其擁有的所得占全體有所得資料者所得的百分比，44.06%，也低於其保費負擔占全部有所得資料者保費負擔的百分比，28.32%。如圖 2 所示，各所得分位之部分負擔累積百分比曲線明顯位於保費負擔累積百分比曲線與所得累積百分比曲線的上方。再者，就部分負擔占所得的比例而言，以最低所得分位組的比值最高，為 1.06%，並以最高所得分位組的比值最低，僅 0.19%，呈現明顯的累退分配。

2002 年政策調整後，各類組的部分負擔金額均增加，全體樣本的平均增加率為 6.01%，其中以高所得者增加幅度較大，尤以第四所得分位組最高，增加率 8.37%；反之，低所得者的增加幅度較小，並且以第二所得分位組最低，增加率 3.41%。至於無所得資料者的增加率則略高於樣本平均值，由政策調整前的 1,835 元增加為政策調整後的 1,963 元，增加率為 6.98%。就有所得資料者進一步觀察，在政策調整後，第一至第三所得分位組的部分負擔分別占全體有所得資料者全部部分負擔金額的百分比均些微縮小，相對地，第四及最高所得分位組部分負擔比重略有增加。然而，就部分負擔與所得的比

圖 2 保費負擔金額的時間趨勢

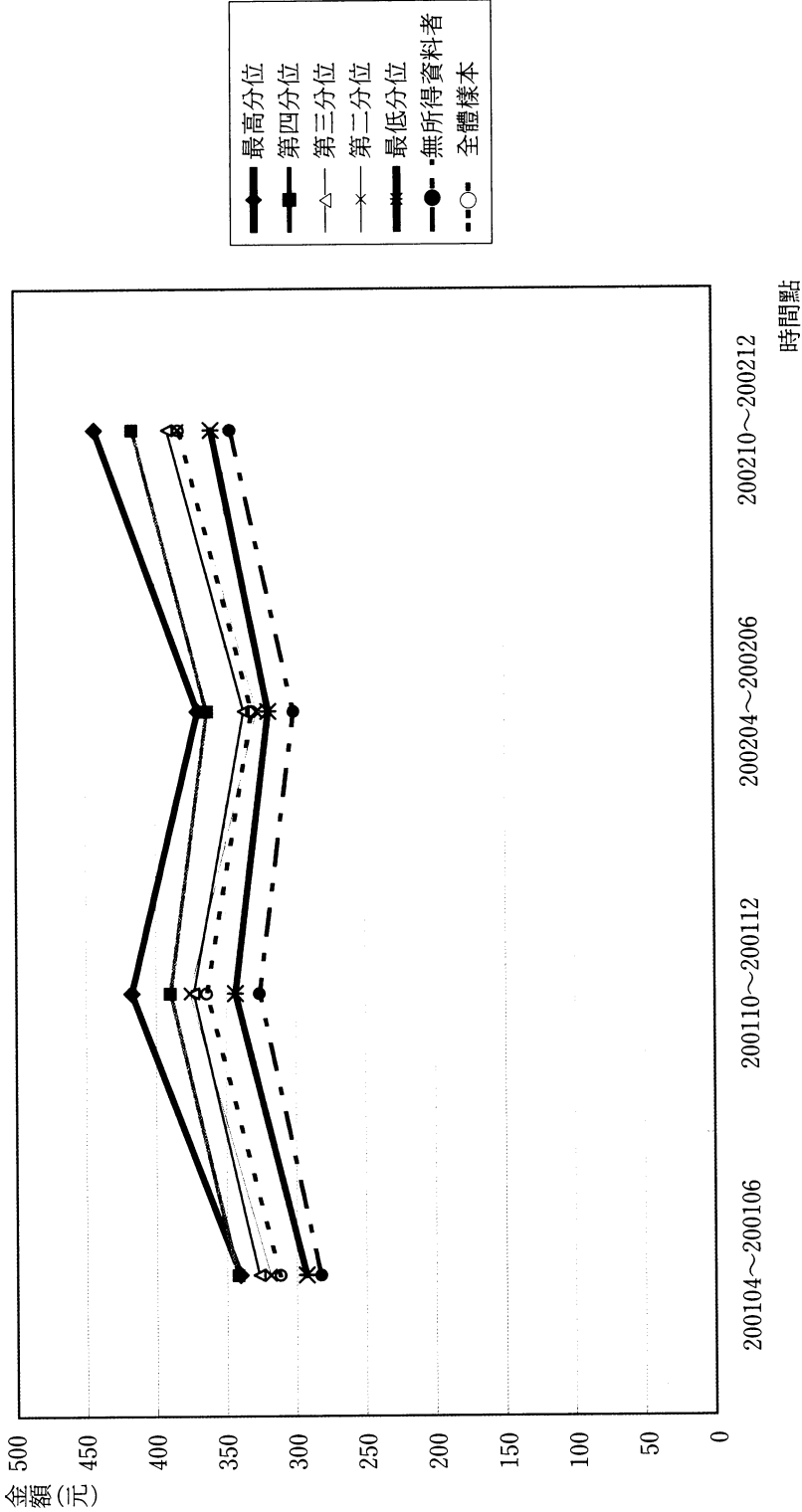


例關係，政策調整後的部分負擔仍呈現累退分配，亦即，最低所得分位組的比值最高，為 1.11%，最高所得分位組的比值最低，僅 0.20%。同時，就不均度指標的測量結果，部分負擔的 Kakwani index 由政策調整前的 -0.3321 升為政策調整後的 -0.3263，累退性減少，但是變化微乎其微。如圖 1 所示，政策調整後的部分負擔累積百分比曲線緊緊貼在政策調整前的部分負擔累積百分比曲線下方。

值得注意的是，上述兩個觀察時間點前後部分負擔金額的增加，既可能反映政策調整的結果，也可能反映醫療費用上漲之自然因素，例如醫療價格提高。為分析部分負擔增加的趨勢，本研究進一步比較樣本人口分別在 2001 年 4 至 6 月，2001 年 10 至 12 月，2002 年 4 至 6 月，以及 2002 年 10 至 12 月等四個時間點的實際部分負擔金額變化。如圖 3 所示，部分負擔金額的變化主要反映季節效果和時間趨勢；一方面，10 至 12 月的部分負擔金額明顯高於 4 至 6 月的金額，兩個時間點的部分負擔增加率在 2001 年為 16.66%，在 2002 年為 15.73%。另一方面，2002 年的部分負擔金額也略高於 2001 年的金額，2002 年 4 至 6 月較 2001 年 4 至 6 月增加 5.93%，2002 年 10 至 12 月較 2001 年 10 至 12 月增加 5.08%。此外，就各類組之間的差異而言，大體上四個時間點均呈現部分負擔隨所得層級提高而增加的趨勢，而無所得資料者的平均部分負擔則普遍低於有所得資料者。同時，高低所得之間部分負擔的差距也似乎存在有季節效果，例如，不論 2001 年或 2002 年，10 至 12 月之高低所得間部分負擔金額差距明顯大於 4 至 6 月的差距。總之，2002 年 10 至 12 月部分負擔金額的增加符合季節變化與時間成長的解釋，至於政策調整因素似乎並未造成部分負擔金額的明顯增加或分配上的明顯變化。

進一步觀察健保醫療給付的分布，全體樣本在政策調整前的平均健保醫療給付金額為 16,700 元，其中無所得資料者的平均值僅略低於樣本平均值，至於有所得資料者的醫療給付金額高低與所得層級並無明顯關係，其中以第三和最高所得分位組受益的給付較多，分別占有所得資料者全部給付金額的 20.37% 和 20.89%，至於最低、第二和第四所得分位組受益的給付相對較少，分別占有所得資料者全部給付金額的 19.68%，19.489% 和 19.58%，大體上相當接近每組平均分享 20% 的全部有所得資料者醫療給付之理想狀況。

圖 3 部分負擔金額的時間趨勢

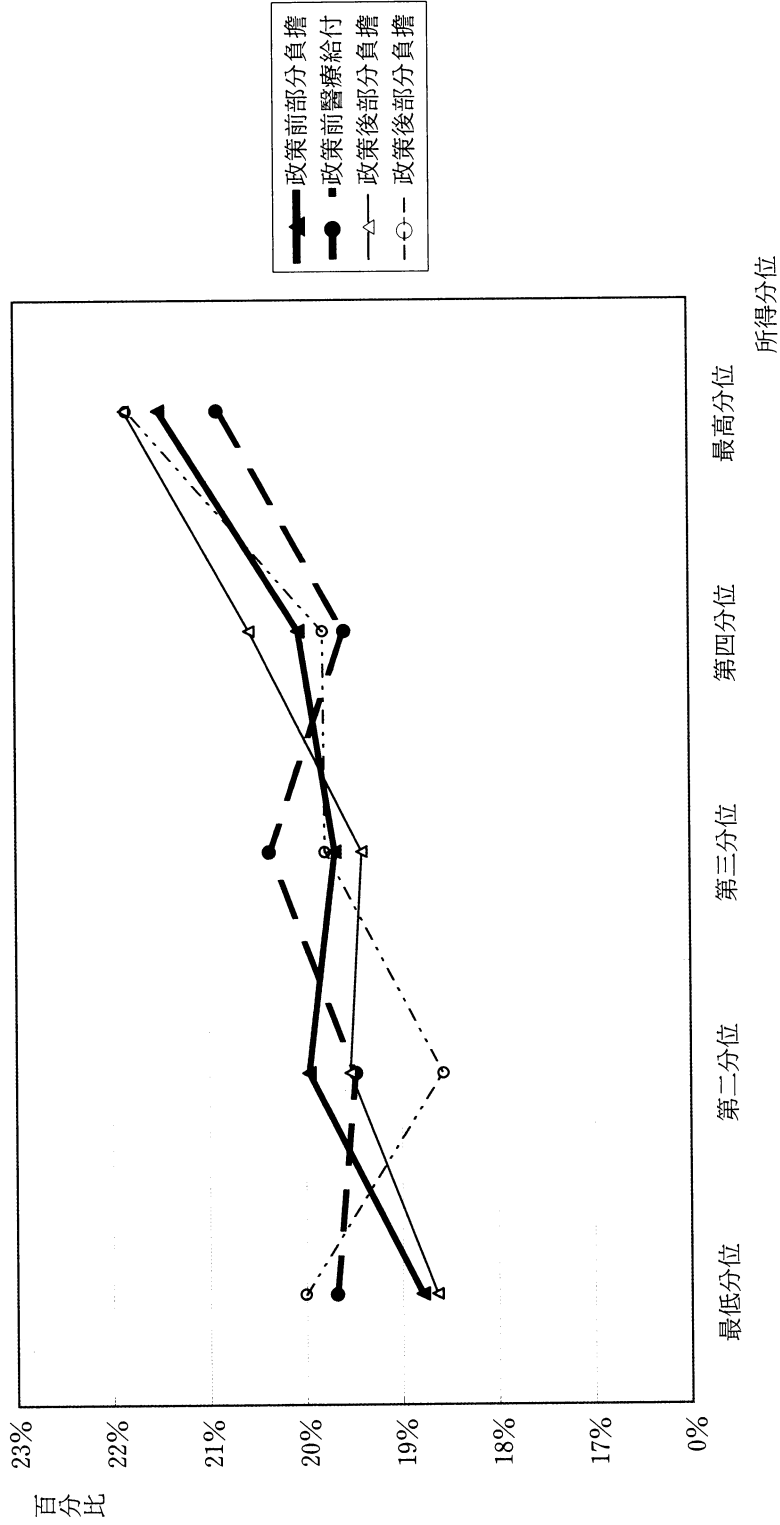


於 2002 年，各類組的健保醫療給付金額均增加，平均增加率為 7.59%，無所得資料者的增加率略高於樣本平均值，由政策調整前的 16,643 元增加為政策調整後的 17,917 元，增加率為 7.66%。至於有所得資料者中，除最低所得分位組的增加率較高，為 9.29% 之外，健保給付增加率大體隨著所得層級提高而上升，例如，第二所得分位組的增加率最低，僅 2.51%。最高所得分位組的增加率最高，為 12.38%。此外，以各所得分位組的給付金額占全體有所得資料者的全部金額比例來看，也有相同的趨勢，最高所得分位組的健保給付占全體有所得資料者給付金額的 21.83%，為各所得分位組之冠，而第二所得分位組則占 18.57%，在各所得分位組之間敬陪末座。相較於政策調整前，第二和第三所得分位組所受益的給付占整體有所得資料者給付的百分比有降低的趨勢。

最後，就部分負擔與健保醫療給付的關聯性觀察，全體樣本在 2001 年的部分負擔金額相當於全體醫療費用（亦即部分負擔與健保醫療給付的加總）的 10.36%，各所得分位組之間沒有太大差異，也與所得層級沒有明顯關係，至於無所得資料者的部分負擔占醫療費用的比例最低，為 9.93%。這個比例關係並未在政策調整後有明顯變化，對有所得資料者而言，部分負擔占醫療費用的比例介於 9.73% 與 10.84% 之間；對無所得資料者而言，該比例為 9.87%；全體樣本部分負擔平均占醫療費用 10.23%。與政策調整前的比值相較，除第二所得分位組有小幅增加外，對其他類組而言均是小幅降低，究其原因，政策調整後健保醫療給付增加的幅度普遍大於部分負擔增加的幅度——除第二所得分位組之外。另一方面，就各所得分位的醫療費用占全體有所得資料者之醫療費用的比例而言，則以最高所得分位組分配較多，占全體的 20.95%，而第二所得分位組分配最少，占全體有所得資料者的 19.53%。

綜而言之，如圖 4 所示，就有所得資料者進一步觀察，各所得分位組的部分負擔與醫療給付在政策調整前、後兩個觀察時間點上呈現各異其趣的情形。對最低所得分位組而言，政策調整前後的差別是承受的部分負擔金額占全體有所得資料者的百分比降低，相對地，其受益的醫療給付占全體有所得資料者的百分比卻提高。對第四和最高所得分位組而言，政策調整前後的部分負擔與健保給付百分比均增加，不過，對最高所得分位組而言，其受益的

圖 4 各所得分位組部分負擔(或醫療給付)占整體有所得資料者部分負擔(或醫療給付)的百分比



說明：本分析僅針對有所得資料者，占全體樣本的 70.24%。

醫療給付百分比增加幅度遠遠大於部分負擔百分比的增加；反觀第四所得分位組，其部分負擔百分比的增加大於醫療給付百分比的增加。至於第二和第三所得分位組的部分負擔百分比和健保給付百分比均在政策調整後有所降低，並且，健保給付百分比減少的幅度均大於部分負擔百分比減少的幅度，尤以第二所得分位組更為明顯。

3. 敏感性分析

為測試研究結果是否受所得定義不同之影響，本研究另外採行不同的等成人數計算公式來調整家戶人口的計算，重新界定每人平均申報所得，藉以排序所得高低，並重新劃分所得五分位組，觀察其保費負擔和部分負擔在政策調整前後的分配。

首先，在樣本分布上，由於等成人數的計算只影響有所得資料者的所得分位排序，無所得資料者與全體樣本平均值均不受影響。經過兩種所得排序方法的交叉分析，62.88%的有所得資料者仍維持在相同的所得層級，由原來所得層級向上或向下移動一個所得分位的樣本數則占有所得資料者的34.56%。其次，在樣本特性上，各所得分位的年齡、職業、投保金額分布等方面，均與第一種等成人數計算方法下的所得分組特性大體呈現相同的趨勢。

在新的所得排序下的各所得分位之保費負擔與部分負擔金額並沒有太大差異。然而，在此等成人數定義下，平均每等成人數申報所得金額較小，因而影響保費負擔與部分負擔占所得的比例。不過，其分配情形並沒有明顯改變；保費負擔仍呈累退分配，而累退性也在政策調整後有所減緩，Kakwani index 由 -0.2267 升為 -0.2018 ；部分負擔的分配仍呈現比保費負擔更累退的分布，在政策調整後則有累退性減緩情形，Kakwani index 由 -0.3337 升為 -0.3230 （如附表）。同時，政策前後的各所得水平部分負擔與健保給付之間的關聯性，也仍呈現互有消長、不一而足的情形，最低所得分位組的部分負擔金額占全體有所得資料者的百分比在政策調整後降低，健保給付占全體有所得資料者的百分比卻上升；第二及第三所得分位組的部分負擔與健保給付分別占全體有所得資料者部分負擔與健保給付的百分比均降低，尤以第三

所得分位組為明顯，反之，第四和最高所得分位組的部分負擔與健保給付分別占全體有所得資料者部分負擔與健保給付的百分比在政策調整後都增加。

肆、討論

本研究利用國衛院所釋出的全民健保研究資料庫中第一及第二組的承保歸人抽樣檔與門住診藥局費用明細檔，串聯 2000 年財稅資料，分析 2002 年調整保費及實施新制部分負擔措施對不同所得階層個人的影響。主要研究結果如下：

首先，關於保費調整措施的結果：就金額與增加幅度而言，高所得者增加的保費負擔大於低所得者所增加的保費負擔。就保費負擔相對於每人平均申報所得的比例，低所得者的負擔大於高所得者，但是，政策調整後的保費負擔分配累退性比政策調整前的保費負擔累退分配較減緩。此外，投保金額偏低，職業特性傾向屬於農漁會、工會、地區人口等的無所得資料者，其保費負擔偏低，政策調整後，保費增加的幅度也很小。

其次，關於部分負擔調整措施的結果：就金額與增加幅度而言，高所得者增加的部分負擔大於低所得者所增加的部分負擔。就部分負擔相對於每人平均申報所得的比例，低所得者的負擔大於高所得者，部分負擔的分配呈累退性。此外，相對於全體樣本平均值，無所得資料者的部分負擔金額偏低，並且與最低所得分位組相仿。然而，由 2002 年 10 至 12 月代表政策調整後的部分負擔金額增加幅度並未明顯大於因季節效果以及時間趨勢所預期產生的金額成長，因此，2002 年部分負擔新制並未明顯增加被保險人的部分負擔金額，也未惡化其分配累退性。

比較保費負擔與部分負擔，政策調整前的全體樣本保費負擔金額是部分負擔金額的 4.76 倍，政策調整後保費負擔上揚幅度較大，保費負擔相對於部分負擔的倍數擴大為 5.25 倍。並且，由於保費與薪資有關聯性，因此，所得層級愈高，保費負擔相對於部分負擔的倍數就愈高。就分配的公平性而言，部分負擔的累退性較保費負擔的分配更惡化，不過，由於保費負擔所佔比重較大，因此，保費與部分負擔合計而得的不均度指標 Kakwani index 為

-0.2316，僅略低於保費負擔本身的不均度指數，-0.2168。政策調整後，一方面保費負擔分配的累退性減緩，另一方面部分負擔的累退性也未加遽，因此，Kakwani index 升為-0.2035。

值得注意的是，2002 年提高保費費率和擴大費基的措施不僅增加個人保費自付部分和雇主繳納部分，連帶也增加政府對保費的補助。不過，有別於全體樣本平均自付部分增加 10.47%，雇主繳納部分增加 24.41%，二者合併後個人保費負擔增加率 16.89% 等方面之大幅增加，政府補助由全體樣本每人平均 3,254 元，增加到 4,299 元，增加率僅 9.47%；略高於部分負擔的增加率 6.01%。因此，政府補助占全民健保整體保費收入的比例反而由政策調整前的 26.13% 降為政策調整後的 24.88%。根據過去研究（Wagstaff et al., 1992；1999; Tsay, 2003）指出，來自一般稅收的保費補助往往與所得分配呈比例或些微累進的分配，不過，由於其相對比重的下降，預估應對政策調整後健保支出分配的公平性僅有小幅正面影響。

保險費的計算是由四部分組成，投保金額、保險費率、負擔比率及眷屬人數。過去的調整措施主要是針對眷屬人數的調降以及投保金額的微幅調整，2002 年則同時擴大投保金額級距、調高保險費率，並針對公務人員投保薪資的認定和保費分攤比率做調整，其調整效果複雜。理論上，單純調高保費費率並不會明顯改善公平性，但是，可以大幅增加健保收入，反之，擴大投保金額級距對公平性應有較大正面效果，但是，財源增加有限，二者之間的權衡得失，值得未來因應政策需要從事進一步的模擬分析。至於公務人員投保金額和分攤比率的調整，其對保費分配公平性的影響大小則取決於公務人員薪資結構以及公務人員所得在全體人口中的相對位置。本研究初步結論出整體保費調整對於全民健保財務負擔的公平性有正面效果，然而，爲了更清楚了解每一個調整機制對分配效果的貢獻程度，未來有必要進一步分解此三種機制分別對於垂直分配、水平分配以及重分配效果各自扮演的份量，如此，可以對未來再作保費調整考量時更精確的政策制定建議。

至於部分負擔支出之多寡實反映醫療利用之形式與數量。2002 年調高部分負擔的措施在調整對象上並未擴大被保險人減免部分負擔適用範圍，反之，是對各醫療院所層級有不同調整幅度，因此，本研究指出部分負擔支出

並未在政策調整後呈現更不公平的分配結果，這有可能是部分負擔調整的幅度不大，影響有限所致，也有可能是被保險人改變醫療利用行為的結果，這有賴未來進一步的釐清。本研究同時觀察各所得層級之醫療支出，結果發現除最低所得分位組所使用之醫療費用占全體樣本醫療費用的百分比在政策調整後有所增加之外，較低所得者在政策調整後有較低百分比的醫療費用；反之，較高所得者的醫療費用占全體醫療費用百分比相對增加。那麼，是否因為最低所得分位組有較高的醫療需求？是否中低所得者因為 2002 年調高醫學中心和區域醫院的部分負擔，轉而降低就診醫療院所層級，改到地方醫院或診所看病？或單純降低醫療利用次數來減少部分負擔調整對其所得的影響？由於本研究所使用的資料缺乏個人健康狀況、家戶社會經濟特性等因素，無法進一步分析部分負擔新制為什麼沒有惡化全民健保財務負擔分配的不均度，更無法觀察部分負擔新制對醫療利用影響的全貌，因此，未來有必要使用其他資料來源從事進一步分析。

最後，由於本研究所採用的資料有相當比例的樣本人口缺乏所得申報資料，無法完整呈現全國代表性樣本人口的財務負擔不均度指標測量，因此，一方面不均度測量無法與過去相關文獻相比較，另一方面，觀察政策變遷對無所得資料者的影響也僅限相對於全體樣本平均值或與有所得資料者各所得分組之間的比較。在財稅資料的運用上，無所得資料者一直有如一個黑洞，對其所知有限，本研究透過與健保資料的聯結，試圖勾勒出無所得資料者的幾個基本特性，同時，也發現沒有所得稅申報資料者實多屬社會經濟階層中的相對較弱勢者，一般人認為的軍公教免稅優惠對象反而僅占約 3% 的樣本數，未來則有必要對這些人口有更多的探討。至於健保財務負擔的研究，為了獲得全觀的了解，並對政策效果有更精確的推估，則有賴開發其他具全國代表性的所得資料運用。此外，本研究所指稱的醫療支出僅限健保資料所及的部分負擔金額與醫療給付部分，至於健保不給付部分，如掛號費、病房差額等支出，並未涵蓋其中。為完整了解健康照護支出對不同所得階層的影響，並觀察到健保給付範圍之適切性與公平性，未來相關研究有必要對這部分做推估，或開發其他調查資料以取得資訊。

參考資料

中央健康保險局

- 2002.10.31 「全民健康保險部分負擔及保險費率調整報告」，瀏覽於中央健康保險局網站
〈<http://www.nhi.gov.tw/07information/issue/data/fin&prem.doc>〉，2003/10/14。

中時晚報

- 2004.3.3a 「健保費率攻防立院吵翻天」，瀏覽於中時電子報即時新聞 〈<http://www.chinatimes.com/>〉，2004/03/03。
- 2004.3.3b 「勞工團體冒雨抗議健保局要調漲保費」，瀏覽於中時電子報即時新聞 〈<http://www.chinatimes.com/>〉，2004/03/03。

王正

- 1994 〈社會救助、家庭人口規模與貧窮水準測定之研究〉，《經社法制論叢》13:69-87。

王貞云

- 2003 〈期待一個勇於接受檢視的衛生署：從取消健保檢驗部分負擔之決策談起〉，國立政治大學社會科學學院：政策論壇電子報第九十號。

民生報

- 2002.07.27「學者：調高部分負擔傷及貧病患者」，瀏覽於聯合新聞網重點新聞〈<http://udn.com/NEWS/>〉，2002/07/27。

行政院經濟建設委員會

- 1990 「全民健康保險制度規劃報告」，台北：行政院經建會。

李丞華、周穎政、謝啓瑞

- 1990 〈全民健保保費調整時機之政策分析〉，《自由中國之工業》90(8):1-15。

李丞華、周穎政

- 2002 「全民健保一九九九年部分負擔新制之五大效應評估」，行政院衛生署九十年度委託研究計畫 (DOH90-NH-004)。

周添城、陳欽賢、劉彩卿

- 1999 「全民健保部分負擔制度成效之評估研究」，行政院衛生署八十七年度委託研究計畫 (DOH87-NH-048)。

周麗芳、陳曾基

- 1999 〈剖析健康保險藥品費用部分負擔制度〉，《臺灣醫界》42(6):433-440。

紀駿輝

- 1999 〈部分負擔的深度探討〉，《全民健康保險》21:10-14。

徐衣琪

- 1996 「我國全民健康保險各類目被保險人投保金額問題之研究」，政治大學財政研究所碩士論文。

國家衛生研究院

- 2003 全民健康保險研究資料庫，網址 〈http://www.nhri.org.tw/nhird/date_01.htm〉，瀏覽於 2003.12。

陳聽安、徐偉初、周麗芳

- 1998 「我國全民健康保險醫療費用部分負擔經濟效果分析與制度改進之研究」，行政院衛生署八十六年度委託研究計畫 (DOH86-HS-001)。

陳聽安等

- 1998 「我國全民健康保險財源籌措改進問題」，國家衛生研究院全民健康保險論壇財務組研究報告。

葉秀珍

- 1999 「全民健保健康照護服務輸送之公平性考量：台灣的實證分析」，發表於台灣社會福利學會「家庭、社會政策及其財務策略國際學術研討會」。

蔡貞慧、周穎政

- 2002 〈臺灣全民健康保險的醫療支出重分配效果，1995-2000〉，《臺灣公共衛生雜誌》21(5):373-379。

鄭文輝、周麗芳、陳俊全、梁正德

- 2002 「全民健保財務調整方案對保險對象家庭財務負擔影響之評估」，行政院衛生署九十年度委託研究計畫研究報告 (DOH90-NH-001)。

鄭文輝、葉秀珍、蘇建榮

- 1999 「全民健保保險對象家庭財務負擔與醫療使用之探討」，中央健康保險局八十七年度委託研究 (DOH87-NH-046)。

鄭文輝、蘇建榮、周麗芳

- 1996 「我國全民健康保險投保金額計算基礎與保費分擔比率之研究」。中央健康保險局八十五年度委託研究 (DOH85-NH-010)。

鄭文輝、蘇建榮

- 1998 「我國全民健康保險財務收支歸宿之研究」，中央健康保險局八十六年度委託研究 (DOH86-NH-004)。

湯澡薰、劉錦添、郭乃文、黃國哲、楊哲銘

- 2001 「全民健保保險對象家庭財務負擔與醫療服務使用公平性探討」，行政院衛生署八十八年下半年及八十九年度委託研究計畫 (DOH89-NH-019)。

聯合報

- 2002.7.27 「台灣醫療改革會痛批調漲方案」，瀏覽於聯合新聞網重點新聞 〈<http://udn.com/NEWS/>〉，2002/07/27。

- 2002.11.06 「醫界建議取消調漲部分負擔」，瀏覽於聯合新聞網重點新聞 〈<http://udn.com/NEWS/>〉，2002/11/06。

蘇建榮

- 2000 〈投保金額與保費負擔公平性之分析〉，《全民健康保險體制改革政策研討會論文集》，台北：國立台北大學公共事務學院財政學系。

羅紀琮

- 1998 〈全民健康保險對所得分配的影響〉，《自由中國之工業》88(11):1-41。

羅紀琮、江豐富、徐茂炫

- 1998 〈公、勞保投保金額與實際所得之比較研究〉，《自由中國之工業》88(1):13-51。

Atkinson, A. B., L. Rainwater and T. M. Smeeding

- 1995 *Income Distribution in OECD Countries: Evidence from the Luxembourg Income Study*, OECD.

- Aronson, J. R., P. Johnson and P. J. Lambert
 1994 "Redistributive Effect and Unequal Tax Treatment," *Economic Journal* 104: 262-270.
- Aronson, J. R. and P. J. Lambert
 1994 "Decomposing the Gini Coefficient to Reveal the Vertical, Horizontal, and Reranking Effects of Income Taxation," *National Tax Journal* 47(2):273-294.
- Buhmann, B., L. Rainwater, G. Schmaus and T. M. Smeeding
 1988 "Equivalence Scales, Well-Being, Inequality, and Poverty: Sensitivity Estimates across Ten Countries Using the Luxembourg Income Study (LIS) Database," *Review of Income and Wealth* 34(2):115-142.
- Castano, R.A., J.J. Arbelaez, U.B. Giedion and L.J. Morales
 2002 "Equitable Financing, Out-of-pocket Payments and the Role of Health Care Reform in Colombia," *Health Policy and Planning*, Suppl. 1(17):5-11.
- Cheng, S.H. and T.L. Chiang
 1997 "The Effect of Universal Health Insurance on Health Care Utilization in Taiwan: Results from a Natural Experiment," *JAMA* 278(2):89-93.
- Cherkin, Daniel, L. Grothaus and E.H. Wagner
 1992 "Is Magnitude of Co-payment Effect Related to Income? Using Census Data for Health Services Research," *Social Science & Medicine* 34(1):33-41.
- Kakwani, N.C.
 1977 "Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison," *National Tax Journal* 61:139-142.
- Kupor, S. A., Y.-C. Liu, J. Lee and A. Yoshikawa
 1995 "The Effect of Copayments and Income on the Utilization of Medical Care by Subscribers to Japan's National Health Insurance System," *International Journal of Health Services* 25(2):295-312.
- Newhouse, J. P. and the Insurance Experiment Group
 1993 *Free for All? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment*, MA: Harvard University Press.
- Ringel, J.S. and R. Sturm
 2001 "Financial Burden and Out-of-pocket Expenditures for Mental Health across Different Socioeconomics Groups: Results from Health Care Communities," *Journal of Mental Health Policy and Economics* 4(3):141-150.
- Stuart, B. and C. Zacker
 1999 "Who Bears the Burden of Medicaid Drug Copayment Policies?" *Health Affairs* 18(2):201-212.
- Trude, S.
 2003 "Patient Cost Sharing: How Much is Too Much?" *Issue Brief (Center for Studying Health System Change)* 72:1-4.
- Tsay, J. H.
 2003 "Household Composition and Inequality in Health Care Financing in Taiwan, 1995-2000." *Taiwan Economic Review* 31(4):483-505.

Wagstaff, A. and E. van Doorslaer

1992 "Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons," *Journal of Health Economics* 11:361-387.

Wagstaff, A., E. van Doorslaer, H. van der Burg, et al.

1999 "Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons," *Journal of Health Economics* 18:263-290.

附表 政策調整前後各所得階層的全民健保財務負擔：等成人數的敏感性分析 單位：元／人、年

所得分位	樣本數	調整後		政策調整前						政策調整後			
		每人平均 申報所得	保費 自付部分	保費負擔	部分負擔	健保醫 療給付	保費＋部 分負擔	保費	自付部分	保費負擔	部分負擔	健保醫 療給付	保費＋部 分負擔
最低分位	10,924	112,667	4,333	6,988	1,785	6,988	8,773	4,642	7,743	1,834	7,743	9,577	
第二分位	10,925	183,216	4,576	8,673	1,894	8,673	10,567	5,002	9,871	1,980	9,871	11,851	
第三分位	10,924	246,680	4,817	9,920	2,008	9,920	11,928	5,350	11,518	2,086	11,518	13,604	
第四分位	10,925	343,336	5,191	11,562	2,017	11,562	13,579	5,899	13,830	2,164	13,830	15,994	
最高分位	10,924	718,121	6,036	14,621	2,134	14,621	16,755	7,155	18,297	2,330	18,297	20,627	
<i>Gini/Concentration index</i>		0.3732	0.0666	0.1465	0.0395	—	0.1329	0.0881	0.1714	0.0502	—	0.1575	
<i>Kakwani index</i>		—	-0.3066	-0.2267	-0.3337	—	-0.2404	-0.2851	-0.2018	-0.3230	—	-0.2157	
無所得資料者	23,142	—	4,891	6,484	1,835	16,643	8,319	5,175	7,222	1,963	17,917	9,185	
全部樣本	77,764	—	4,961	9,201	1,931	16,700	11,132	5,480	10,755	2,047	17,967	12,802	

說明：

1. 等成人數 = $1 + 0.75 \times (\text{成年人口數} - 1) + 0.5 \times \text{未成年人口數}$
2. $\text{Kakwani index} = \text{Concentration index} - \text{所得的 Gini coefficient}$

The Impact of Increasing Insurance Contribution and Co-payment on Equity of National Health Insurance Finance, 2002

Jen-huoy Tsay

Assistant Professor, Soochow University

Hong-jen Chang

Associate Professor, National Yang Ming University

Pen-jen Wang

Specialist, Bureau of National Health Insurance

ABSTRACT

The Bureau of National Health Insurance raised both the insurance contribution and co-payment schedules in 2002. This policy has been debated as unjust to the disadvantaged populations. By using cohort data, this study aims to investigate the changes in financial burdens among people with different levels of household incomes before and after the policy. The results indicate that the contributions and co-payments borne by the high-income population were greater in amount and at a greater rate of increase than those borne by the low-income population after the policy change. However, the low-income population had a higher ratio of contribution and co-payment expense to their per capita household income than the high-income population did. Nevertheless, the regressivity of insurance contribution decelerated after the policy change, while the regressivity of co-payments did not deteriorate. As for the reason why a higher co-payment schedule did not worsen the distribution of health care expenditures, which was speculated to be either because the new schedule is not high enough or because people contain the increasing expense by changing their patterns of medical care utilization, further investigation is suggested.

Key Words: national health insurance, contribution, co-payment, government subsidy, medical payment