

# 從社會團結原則談健保的納保規範

白裕彬

## 前言

長久以來，我國全民健保所提供的價廉物美的醫療服務，一直被若干論者視為台灣發展醫療旅遊的競爭力所在，許多北美僑民也往往樂於回台進行醫療消費。疫情期間，諸多旅居國外多年的年長僑民也為了避疫而返國。由於只需補繳少許保費，而且等待期甚短，於是引出不符公義的議論。本文擬就對社會團結原則的探討，尋求合理的處理方案。

## 社會團結與生命共同體

英國的NHS (National Health Services 國民健康服務，俗稱公醫制) 是英國政府為了答謝全體國民在二戰期間，為了抵抗外侮所作出的捐輸與犧牲，而在二戰結束前夕對全體國民所承諾的一種公民權利。之後被 Thomas H. Marschall 視為繼民權、政治權之後的第三種公民權利，是為社會公民權 [1]。透過社會權的賦予，公民因而能感受到個體與國家之間的聯結，從而認可國家作為一個虛擬的共同體、而自己則是這個虛擬共同體的一份子。個體可以毫無愧疚地行使社會權以獲得保障生存所需，從而自身也會願意為了這個虛擬共同體的持續良好運作而善盡公民義務、行止端正並隨時準備貢獻所能。而這也就是後來 Benedict Anderson 所闡

述之「想像的共同體」的要義：透過共同的歷史記憶傳承、廣泛無偏差的利益紐帶等機制，讓民眾從循私苟且的氏族社會心態，一轉而為現代國家之下與陌生、無血緣關係的其他國民產生休戚與共感覺的公民社會心態 [2]。

台灣的全民健保在1995年制度開創之初，不時以「社會保險」自詡，其隱含的上位價值是濟弱扶傾、社會團結，具體的措施則體現在幾個方面：其一、納保人雖依職業類別而在納保時被有所分門別類，但是在就醫獲取醫療服務時，並不因此而會被醫療服務提供者有所區別對待、造成社會烙印；其二、透過所謂「平均眷口數」的設計，納保人不會因為附保家屬的人數多寡，而在勞動市場上受到資方的歧視性對待；其三、低自負額的設計，使得傳統上的社會弱勢者相對於過去而言，能夠輕易跨越就醫障礙而受到所需要的照顧。

台灣的全民健保開始運作之後，從此全體國民不再因職業、身分、性別、年齡而在就醫時受到差別待遇。在 Thomas H. Marschall 所提及的種種社會權類型中，由於台灣全民健保成為首度賦予台灣全體國民被一視同仁對待、並極大限度撤除就醫障礙的一種福祉，並且在日後的各項國際評比中也甚受推崇，為廣大國人所引以為傲。依全民健保而來的就醫身份，從此成為台灣國民的自我認同／歸屬感首位，也就是形塑台灣國民「想像的共同體」的重要元素。

如今歷經二十餘年，雖然某些措施從「濟弱扶傾」這個大目標而言或許有所鬆動，例如自付額的比重逐漸提高等等，但是全民健保所達成的社會團結效果仍然無疑是巨大的。所以，正如同英國的NHS對於英國國民的意義一樣，台灣全民健保雖然採取

長庚大學醫務管理學系

通訊作者：白裕彬

地址：桃園市龜山區文化一路259號

E-mail：rubin@mail.cgu.edu.tw

投稿日期：2021年2月16日

接受日期：2022年5月6日

DOI:10.6288/TJPH.202206\_41(3).111012



社會保險的形式框架，然而對於台灣人民而言，作為生命共同體的護國神山般存在，絕對無庸置疑。而目前疫情中所謂「防疫共同體」的提法[3]，也再度印證，全民健保的低就醫障礙對於早期發現可疑患者以進行有效防疫，所起的關鍵性作用。

### 台灣全民健保的「社會保險」外殼究竟有多少「社會（團結）」內涵？

然而，全民健保所揭櫫的「社會保險」原則，在實踐上究竟又是有多「社會（團結）」呢？

例如，被保險人在「社會保險」的名稱下繳費如儀，卻對他們行使「社會自治」權力的代表如何產生、意願如何表達（例如應該涵蓋哪些服務項目、剔除哪些無實效的服務項目）等方面，沒有太多置喙的餘地。被保險人在決策過程上理應擁有的決策權，遭到刻意排除的情況下，即使在健保最高權力機構的「健保會」點綴幾席官方由擇定的社會團體代表，或者以審議民主之名舉辦「議而不能決、決而不能行」的公民會議，都無法解決在決策形成過程中，代表們欠缺被保險人授權的「缺乏正當性」的困境。（在台灣健保會的成員中，工總、商總、總工會、農會、漁會乃至於消基會等等由政府指定的限額社會團體，以作為全體被保險人的代表，這正是威權統合主義(authoritarian corporatism, 或謂國家統合主義state corporatism)的一大特徵，以二戰前的德國為代表，在納粹時期達到頂峰，與後來的民主統合主義(democratic corporatism)有別。)

健保決策在意見形成上既然為政府部門（國家）所強力主導，所作的決策沒有足夠理由動員社會部門廣大被保險人支持以引為奧援，其政治抗壓性當然不足。有辦法能夠透過媒體直接對民眾進行道德訴求、或者能透過管道在特定議題上由高層輾轉施壓的個別小團體，卻往往最能夠有效影響健保的給付決策，而廣大民眾的利益反而容易被漠視甚至於受到侵害，而這正是Mancur Olson所

闡述的「集體行動的邏輯」[4]。在現行總額支付制度下，健保業務單位也往往樂得作順水人情：不循年度契約的特約服務項目協商程序，單方面不定期地決定擴張醫療服務的涵蓋範圍。其結果是醫療服務給付項目與申報點數過度膨脹、浮動點值持續貶低，個別醫師為求生存而致行為扭曲。

換言之，儘管有社會保險之名，台灣的社會部門在全民健保的政策形成過程中，並不具備自主性與對於決策的實質話語權。由政府部門（國家）所強力主導的健保決策，很容易受到個別小眾利益團體所影響，而與被保險人的集體公共利益背道而馳。

再者，全民健保的保費計算基礎是薪資，並設有上限。不但高薪者及其僱主可以因而減輕負擔，而且當薪資所得佔國民所得的比率越來越低、資本利得佔國民所得的比率越來越高的今日[5]，這表明全民健保的負擔將有越大比率地落在中低收入受薪者及其僱主的身上。這不僅使得「濟弱扶傾」的社會團結原則逐漸被架空，也同時不自覺地造成中小企業在健保財務負擔的不公平待遇。長期而言，這個同時傾軋中小企業勞資雙方的不公平待遇也將制度性地影響就業市場的結構，使向大型企業傾斜。

二代健保改革時，主事者曾經對此有所討論，不過總歸是雷大雨小、船過無痕。究其原因，也正由於台灣的社會部門在健保制度的規劃階段與後來政策形成的過程中均被有效排除，因此這種制度性的缺陷也就必然持續存在、並構成路徑依賴。

### 社會究竟要如何才能團結？

社會保險這種制度，在其起源地是來自於舊時代行會成員的小規模互助組織，經由不斷擴張至全行業乃至於跨行業的規模，最後由於近現代的國家形成，將這些全行業乃至於跨行業的互助組織納入成為行政部門的外圍組織，並且隨著國家的民主化與投票權的一再普及（特別是女性投票權的確立），最後將社會保險的覆蓋面擴及至全民。

由早期的威權統治向民主轉型的過程

中，在政府的立法框架下，人民團體藉由定期自主選舉產生代表、並自主生成決策與自治治理，也就是由威權統治主義轉向民主統合主義的進程。由於其早年起源於行會傳統，人民團體的自主管理不免會有若干足以彰顯職業階層驕傲或者男性中心的（被保險人家戶長制）父權遺跡。然而由於政府對於執行社會保險的人民團體採取權力下放、自主管理的原則，在定期改選的問責框架之下，社會保險的管理層就必須隨時回應底層被保險人的需求並提出合乎其正義觀感的治理辦法。

因此，舉凡納保資格是否合乎社會團結的正義判准、給付項目是否真有實效而非出自恩給討好、服務輸送是否兼顧城鄉差距等等，每一個決策都在被保險人（本人或代表）經年累月的參與討論、反覆進行實質評估檢討之下，跳脫官僚政客的選票收買邏輯，成為以納保人為主體的有機社會組織的內涵，並成為達成社會團結之生命共同體的重要基石。

### 在社會保險的框架下，納保資格如何合乎社會團結的正義判准？

德國的法定醫療保險是由被保險人自主管理，每六年進行一次「社會選舉」以選出管理層：產生納保人代表部份的所謂「社會選舉」，採通訊投票，通常由若干不同產業別（傳統工匠行會、現代產業工會、白領勞工等）或不同宗教信仰傾向（i.e.天主教、基督教、自由教會等等）的工會組織推出各自的候選人名單，投票結果以比例代表制的方式分配席次，作為納保人代表如何產生之正當性問題的解決方式。但是事實上根據社會法典第四部第46章第3條的規定，「社會選舉」不必然要進行投票，而可逕由相關團體推舉代表組成。

和台灣健保制度不同的是，在德國的社會保險理念下，負責醫療保險的保險基金會是基於人民團體自治管理的原則下，進行各疾病保險基金會員內部以及各基金會彼此之間的社會團結互助。其管理機關的行政管

理委員會，一般而言納保人與雇主的席次各半，納保人代表由納保人自行經每六年為一期的定期「社會選舉」中產生，雇主代表由雇主團體各工、商協會推派代表產生。納保人代表與雇主代表通常分佔行政管理委員會主席、副主席，每隔半年或一年互換一次。另有董事會，由行政管理委員會委員選出，主要任務為執行疾病保險基金會之業務及法律與特別關於疾病保險基金會之法規命令所未限制之事項。由各疾病保險基金會派出組成地區委員會的代表，情形亦同，例如當年由納保人代表擔任行政管理委員會主席時，則由雇主代表出任地區委員會的代表。地區委員會的主席、副主席亦必須分由納保人與雇主代表分任。

這些辦法，除了記取在過去的歷史教訓，防止勞雇任何一方以出資較多之名，要求佔有理監事委員會較多席次，從而控制疾病保險基金會的資金、人員等組織力量並挪為他用之外，其最終之目的乃在於維持勞雇雙方在疾病保險的行政事務與協商事項上能夠有恆常性的共識。因此相對於台灣而言，德國的實踐更能隔絕一般選舉所構成的政治考量，而是以維護被保險人權益為優先考量[6]。

如眾所皆知，年輕人使用醫療資源的機會很少，導致的醫療耗用也很低；相對而言，絕大多數的醫療耗用都發生在高年齡層，而且越接近生命的終點，所造成的醫療支出也就越龐大[7]。從生命周期的觀點，醫療的社會保險型態是一種不折不扣的世代契約：人在青壯時期努力工作付出，保障當時年長者的醫療需求得以被滿足；等到自己晚年時，就有資格無愧地接受當時的青壯年們透過參與職場勞動的奉獻，讓自己日益龐大的醫療需求得以被滿足。

那麼，青壯年時如果沒有透過參與職場勞動對其他人提供奉獻，等到自己步入晚年、醫療需求日益龐大時，卻試圖以少許的代價補票好搭上便車，在德國的社會保險理念下，便不會被認為合乎社會團結的正義判准。因此，一個人在成年離開原生家庭、失去附保資格之後，一旦沒有持續在法定醫療

保險方案中納保的話，無論理由是出國或其他（例如在年紀較輕時為貪圖較低費率而改為加入私人醫療保險方案），均不被許可回到法定醫療保險方案納保，而必須自行加入私人醫療保險方案、以高費率納保解決自己在年長時日益高漲的醫療花費問題。

由於德國法定醫療保險以維護被保險人權益為優先考量，因此其納保資格的規範，對於沒有深思熟慮就跳離法定醫療保險方案的人而言，不被許可回到法定醫療保險方案納保的裁決，懲罰自然是十分嚴厲，其後果也當然是十分殘酷。然而，不如此，將無以喚醒不同世代之間休戚與共的社會連帶感；不如此，將造成法定醫療保險方案的負擔日益沉重，最後恐將造成勞資雙方與退休銀髮族各方均輸的局面，屆時的社會團結共識也就更加難以達成。

有別於英國NHS的公民身份模式，在奉行社會保險原則的德國，環繞著職場參與所構築的世代契約模式，就成為德國「想像的共同體」的基石。也因此，維持這個世代契約的公平正義原則於不墜，也就被德國法定醫療保險的經理層視為頭等大事。

### 對台灣的啟示

長年旅居國外的人，在台灣之所以被容許只需補繳少許保費、而且等待期甚短，全民健保的管理機構所持的理由無非是基於國民的社會公民權。然而，「納保」的理由如果是基於國民的社會公民權，那麼此一原則理應擴及全體國民一體適用，並且由政府預算支應，而非以社會保險之名，僅由受薪階層的僱傭雙方承擔。

台灣全民健保的納保資格規範，正因為徒具社會保險之名、而無社會自主管理之實，因此基本上其作為所呈現的只是攏絡選票的邏輯。為了選票收買極大化，因此可以任由在過去的精華歲月中對台灣無尺寸之功的人（例如無納稅事實的海外僑民），到了晚年卻可以被容許以極小的代價，由台灣兢兢業業的在職生產者為其負擔高齡者所面臨的日益龐大的醫療耗用。

由官方管理的全民健保，之所以可以肆無忌憚地追求選票攏絡極大化，是因為具備單一買家的優勢，握有總額預算的權柄，將服務消費量無窮膨脹的風險推給醫療服務提供者。短期內雖然可以透過擠壓醫療服務提供者的利益，盡最大可能滿足民眾的醫療服務需求，從而達到極高的民眾滿意度。然而這種辦法是否具可持續性、是否以犧牲整體醫療生態的健全發展為代價，直到醫療從業人員外流、並且激化未來的社會團結共識產生衝突，是值得全體納保人抱持關注的。

於是，台灣到目前為止，對於長年在外不繳保費者，僅以小幅延長等待期作為應對，並不足以解決世代正義的問題。這個世代不正義的矛盾在越來越多年長者回台養老的場景下將會越發尖銳，也將使得健保財務越發捉襟見肘。有鑑於此，本文建議對於全民健保中斷保險者重新加保的政策調整為：對於短期出國而欲持續加保者，可依其在國外薪資收入（依報稅憑證）為基礎以計算保費，無收入者（可依報稅憑證或在學學籍等身份類別）比照國內第六類被保險人及眷屬計算保費；對於長期旅居國外無意持續加保者或是長期旅居國外從未納保者，如未能提供在海外的報稅憑證以資核計應補繳之保費，則可斟酌比照私人保險之費率以資重新納保。

至於與新移民相關的納保資格，可依在學學籍與就業等資格循序納保。在少子化的形勢下，台灣有必要對於外籍的優秀人才撤除不必要的納保資格壁壘，以鼓勵他（她）們能留下來為台灣貢獻所能。然而對於其年長親屬，也必須預設門檻以避免爭議。以美國的Medicare為例，只有公民才能第一時間申請，而且在65歲時獲得Medicare覆蓋的資格是具備最少5年的納稅記錄，其中申請Medicare覆蓋的審核通過率也只有兩成多。至於依親的年長親屬，即使有綠卡身份，也必需在取得五年後才能申請Medicare，而且很難通過。

以上簡短建議自有其不夠周延之處，只能算是個人的管窺之見，如本文所述，尚有待各方利益相關者進一步討論協商以臻完

備。更要緊的或許應該是，在目前全民健保的決策結構下，如何依社會保險原則的框架下有機會能夠作出並持續確保符合世代正義的決策，恐怕在制度面上還有更多值得努力予以優化的空間。如何從被保險人的集體利益出發、鼓勵積極參與社會事務並能夠集思廣益，從而同時獲得歸屬感，並使公民意識與素養得以養成，也是完善公民社會的重要基礎建設。

當然，導入德國式的「社會選舉」是否有其必要，或者要如何改善以應對在台灣的社會脈絡下貿然施行而可能衍生而出的弊病，自然尚有許多討論空間，以免逾淮為枳。然而，目前在台灣作為健保政策授權來源之健保會，其代表如何產生的正當性問題如果沒有妥善解決，所謂集體協商的過程必然繼續充斥「球員兼裁判」的指控，而最終官方也必然要承受總額預算政策下所發生層出不窮的混亂不便時的政治責任。凡此種種的結構性問題，均有待儘速釐清。

尤有甚者，台灣的人口結構老化，已然在少子化加速進行下愈加形勢嚴峻：如何透過較合理的決策機制去對於結構性失衡的世代契約進行匡正並且填補過往之缺漏，以健全社會團結、休戚與共的「生命共同體」感覺，並使得世代正義得以彰顯。全民健保之如何得以永續經營，自有其重要性與內在的嚴肅性。

## 參考文獻

1. Marshall TH. *Citizenship and Social Class*. New York, NY: Cambridge University Press, 1950.
2. Anderson B. *Imagined Communities: Reflections on the Origin and Spread of Nationalism*. London: Verso, 1983.
3. 陳嘉新：防疫共同體的生命政治。台灣社會學刊 2020；(67)：237-46。doi:10.6786/TJS.202006\_(67).0008。  
Chen JS. Biopolitics of a pandemic prevention community. *Taiwanese J Sociol* 2020;(67):237-46. doi:10.6786/TJS.202006\_(67).0008. [In Chinese: English abstract]
4. Olson M Jr. *The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1965.
5. Piketty T. *Capital in the Twenty-First Century*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2013.
6. 白裕彬：我國健康保險體系實施總額預算制度後之未來展望與策略探討。行政院衛生署九十一年度委託研究計畫。台北：行政院衛生署，2002。  
Bai YB. Perspectives and Strategies after Implementing Global Budget Reimbursement System in the Health Insurance System in Taiwan. The Commission Research Plan from Department of Health, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan), 2002. Taipei: Department of Health, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan), 2002. [In Chinese]
7. 楊靜利：被誤導了？--人口老化與醫療費用的關係。台灣老年學論壇 2009；(2)：1-5。  
Yang CL. A misconception? The relationship between population aging and medical expenses. *Taiwan Gerontological Forum* 2009;(2):1-5. [In Chinese]