

臺灣全民健康保險的醫療支出 重分配效果，1995～2000

蔡貞慧^{1,*} 周穎政²

JEN-HUOY TSAY^{1,*}, YIING-JENQ CHOU²

¹ 中央研究院中山人文社會科學研究所，11529臺北市南港區研究院路二段128號
Sun Yat-Sen Institute for Social Sciences and Philosophy, Academia Sinica.
No. 128, Academia Rd., Sec. 2, Nankang, Taipei, Taiwan 11529, R.O.C.

² 國立陽明大學社會醫學科
Department of Social Medicine, National Yang-Ming University.

*通訊作者Correspondence author. E-mail: jhtsay@gate.sinica.edu.tw

目標：全民健保的實施乃為減少個人就醫的財務障礙，然而，過去幾個橫斷面研究均指出，其保費負擔呈不利窮人的累退分配。由於全民健保自實施以來已歷經多次與保費、部分負擔相關之政策調整，家戶醫療支出重分配效果有必要以時間趨勢的層面作政策評估。**方法：**本研究運用1995至2000年主計處家庭收支調查資料，分析不同所得水平間家戶保費負擔及自付醫療費用占可支配所得的比例，並以卡克尼指標測量其分配累進程度。**結果：**(1) 與過去研究一致，1995至2000年的家戶保費支出均呈累退分配，惟，其累退性逐年趨緩。(2) 1995至2000年的家戶自付醫療費用均比保費負擔呈更明顯的累退分配，惟，其累退性也逐年趨緩。**結論：**我國的保費分配及自付醫療費用分配的累退程度，與許多OECD國家相仿。不過，保費分配累退性仍有改善空間。此外，全民健保有助於減緩家戶自付醫療費用分配累退性，然而，捨棄對保費結構的調整，而以增加部份負擔揮注健保收入的做法，將不利於家戶醫療支出的分配公平性。(台灣衛誌 2002；21(5)：373-379)

關鍵詞：全民健保、保費、自付醫療費用、所得分配、累進性。

Redistributional effects of health care expenditures under the national health insurance program in Taiwan, 1995-2000

Objectives: One major objective of Taiwan's National Health Insurance Program (NHI) is to remove financial barriers to health care access. Several cross-sectional studies indicate that the distribution of the NHI premium burdens makes low-income people worse off. As the NHI premium structure and co-payment schemes have undergone many changes since its implementation in March 1995, it is essential to examine the distribution of household health care expenditures under the NHI program longitudinally. **Methods:** By using 1995-2000 Family Income and Expenditure Survey in the Taiwan Area, this study examines the distribution of household premium burdens as well as out-of-pocket expenditure across income levels. The progressivity of distribution is measured by the Kakwani index. **Results:** The distributions of premium burdens were all regressive between 1995 and 2000, whereas the regressivity was decreased annually during this period. The distribution of out-of-pockets was more regressive than that of premium, whereas the regressivity also decreased annually. **Conclusion:** The distributional regressivity of premium burdens and out-of-pockets are similar to many OECD countries. However, the equity of premium distribution could be improved by restructuring the payroll taxing scheme. Although the NHI program improves the distributional equity of household out-of-pocket expenditures on health care, expanding co-payment schemes instead of restructuring the payroll taxing design to increase NHI revenue would harm the distributional equity of household health care expenditures across income levels. (Taiwan J Public Health. 2002;21(5):373-379)

Key words: National Health Insurance, Premium, Out-of-Pocket, Income Distribution, Progressivity.



前言

全民健保的基本目的之一，便是在減少個人就醫上的財務障礙[1]，因此，在財源籌措上以量能付費為原則，而在就醫上以需求為導向，這意味全民健保有所得重分配的功能。然而，過去國內外研究均指出，以社會保險形式徵收保費(或稱薪資稅，payroll tax)為主要財源的健康照護制度，其財源籌措的分配結果往往對低所得者較不利[2-5]。

我國全民健保自1995年3月實施以來，已歷經多次與保費、部份負擔相關的政策局部調整，例如，提高平均投保薪資、平均保費，調整投保薪資上、下限，調降平均眷口數，以及增加部份負擔項目，提高住院部份負擔上限，乃至增加健保給付項目等等，這都意味全民健保下的家戶醫療支出重分配效果有必要以時間趨勢的層面作政策評估。由於目前並無充足資料可以逐一分析如上每一個不同的政策變遷影響效果，本研究將初步檢驗全民健保實施六年來，家戶醫療支出之重分配效果的整體時間趨勢。

國際相關研究以Wagstaff & van Doorslaer等人為最著，他們對十餘個OECD國家的健康照護體系的財務分配公平性作跨國比較，並得到結論：舉凡一個國家的健康照護制度以一般稅收為主要財源者，其公平性最好，例如英國；以薪資稅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；反之，以私人保險或自費方式為主要財源者，會使所得分配有最惡劣的效果，例如美國[2-4]。

至於國內實證研究的資料來源主要有二：一是主計處家庭收支調查資料；二是健保局的給付資料、承保資料及財政部財稅資料間所連結、抽樣而得的資料。此二種資料彼此具差異性：前者以問卷調查而得，往往有低估的情形；後者正確性較高，卻因財稅資料並不涵蓋全部人口，導致抽樣過程會有瑕疵。此外，健保局資料以「被保人及其眷屬」所構成的分析單位與稅籍中「家戶」概念迥

然不同，也與主計處資料的「家戶」概念有別，因此，在資料處理與分析上分別有其限制。不過，目前只有主計處資料可以用來從事時間趨勢分析。

鄭文輝等人就健保及財稅資料做抽樣，據以分析健保財務負擔之分配情形，結果指出，全民健保的保費負擔呈累退，尤其對所得較低或家戶人數較多家戶造成較重負擔[5-7]。羅紀琮也以1996年健保及財稅資料為基礎，探討全民健康保險對家庭所得分配的影響，結果發現，保費負擔對所得分配有負面影響[8]。

葉秀珍以1997主計處資料計算個人保費負擔之卡克萬尼指數(Kakwani index)為負值，顯示其為累退分配[9]。至於Hsiao & Lu採用1994、1997主計處資料亦指出，1994年各種社會保險的保費支出、自付醫療費用，以及1997年健保保費、自付醫療費用均呈累退分配[10]。

以上文獻儘管在資料處理及測量方法上互有差異，其共同點為：(1)均屬橫斷面研究，以及(2)均指出保費負擔呈累退分配。然而，就政策評估的觀點，分析全民健保實施後的家戶醫療支出公平性的時間趨勢實有其必要，這不僅對政策良窳有較周延的檢驗，也對政策修正方向有較多的建議。

材料與方法

本研究運用1995至2000年主計處家庭收支調查資料，分析全民健保實施以來的家戶醫療支出之所得重分配效果。該調查雖屬橫斷面資料，其抽樣方法與調查內容在各年度之間有一致性，可以假設資料誤差在各年度也有一致性，因此，可以用來作歷時性的趨勢分析。

該調查有個人保費支出，以及家戶所得、家戶自付醫療費用等資料。此外，由該資料可以得知個人接受政府補助多少保費，卻無法得知個人或家戶因為政府補助保費而須負擔多少稅負。由於一般稅收的歸宿分析涉及不同觀點下不同假設，目前研究並無定論，因此本研究對此不作深入探討，將排除

投稿日期：91年7月16日

接受日期：92年1月6日

全民健保中政府保費補助部份的歸宿分析(其規模約為雇主加個人保費支出的二分之一弱)，主要重點是對個人及雇主所付保費的歸宿分析，以及家戶自付醫療費用與所得分配的關係。

至於自付醫療費用的內容包括門住診自付額、檢驗費、及安養照護費用等(即該調查第812欄)。Wagstaff等人界定自付醫療費用為健保部分負擔(copayment)，或沒有健保者之自費看病費用[2-4]。石曜堂等人更清楚地將自付醫療費用界定為中、西、牙醫門診、急診、住院之自付金額，及西藥房、中藥房自購藥品費用[11]。由於該調查的藥品支出(即第813欄)涵蓋健康食品、補藥、避孕藥等非直接醫療用途的保健用品，因此未將此項納入。

本研究之進行採取以下步驟：

1. 界定家戶可支配所得為排除健康照護相關收入與支出後的稅後、移轉後所得，並據此將樣本家戶區分為十等分位組。
2. 計算每一所得分位組之平均保費支出與自付醫療費用，並假設個人及雇主分擔的保費均完全轉嫁由個人負擔[3]。
3. 計算卡克萬尼指數。由於卡克萬尼指標(Kakwani index, K)的計算是在可支配所得的分配(以基尼係數Gini coefficient, G表示)基礎上，計算醫療支出的集中情形(以集中指數concentration index, C表示)，亦即， $K=C-G$ ，因此，控制了各年度間可支配所得分配的差異，有利於作跨國、跨年，或制度間的比較[3]。

基尼係數和集中指數的值均介於0與1之間。所得基尼係數愈大，表示所得愈集中於高所得者，對低所得者愈不利，故稱累退；相對地，醫療支出集中指數愈大，表示醫療支出愈集中於高所得者，對低所得者愈有利，故稱累進。至於卡克萬尼指數的值介於1與-2之間， $K=0$ 表示醫療支出分配與所得分配等比例， $K>0$ 且指數愈大，表示醫療支出比所得更向高所得者集中，是累進分配， $K<0$ 且指數愈小，表示醫療支出比所得愈向低所得者集中，是累退分配。

結 果

一、保費支出的重分配效果

表一呈現1995～2000年各所得分位之平均每戶每人可支配所得、保費支出及自付醫療費用金額。首先，就保費支出的分配，低所得者所負擔的保費較低而高所得者所負擔的保費較高，然而，就保費占家戶可支配所得比例來看，最低所得與最高所得者所負擔的保費占可支配所得的比例最低，中間所得分位組反而負擔最重，因此，形成一個倒U字形的分佈情形，這表示，保費支出在低所得至中所得間呈累進分配，而在中所得與高所得間呈累退分配，此結果與過去研究結論一致，由於社會保險保險費的收取，以薪資為基礎而不以總所得為基礎；同時又有上限(ceiling)規定，以致會形成累退的所得分配效果。儘管1995～2000年的保費均一致地呈倒U字形的累退分配，其累退性卻逐年趨緩，卡克萬尼指數從1995年的-0.052累進到2000年的-0.029。

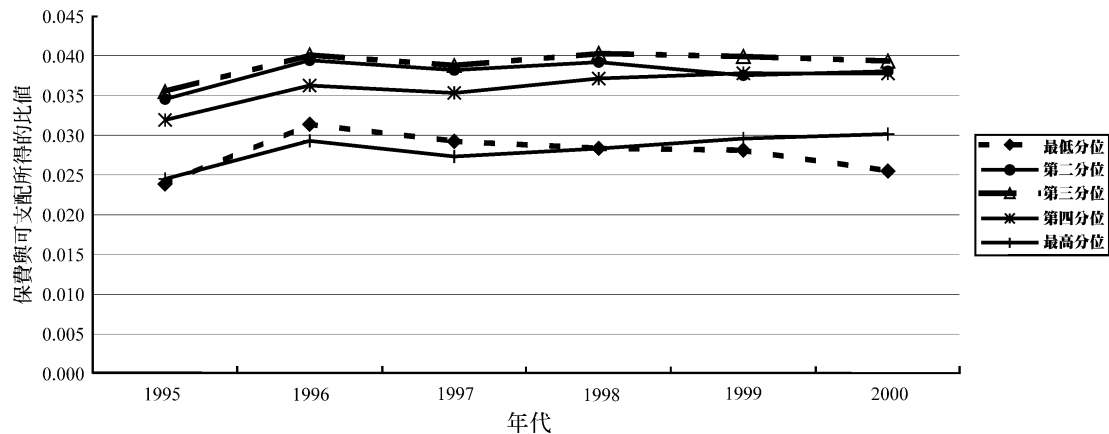
整體而言，保費占可支配所得的比例有逐年微幅提高的趨勢，但是各所得分位組的負擔比例在各年之間的變遷情形則不盡相同，雖然最低分位組的負擔比例在1995～2000年間僅約略有逐年下降的趨勢，第二、三分位組則明顯逐年降低，至於第四、五、六、七分位組的負擔則在六年間一直維持相對較高的比例，沒有明顯地提高或下降，反之，第八、九以及最高分位組的負擔比例，雖然不及中所得者的負擔重，卻有逐年提高的趨勢(圖一)。

二、自付醫療費用的重分配效果

整體而言，自付醫療費用占家戶可支配所得的比例平均在1.38～1.46% (1995～2000年)之間，不過，以最低所得者負擔最重，在2.83～3.06%之間，中所得者次之，最高所得者負擔最輕，在0.91～1.09%之間，呈明顯的累退分配。不過，以醫療支出集中指數看，自付醫療費用有逐年愈向高所得者集中的趨勢(由1995年0.129累進至2000年0.172)；在排

表一 各所得分位之每户每人可支配所得、保費支出及自付醫療費用，1995~2000 單位：元

年代	1995			1996			1997			1998			1999			2000		
所得分位	可支配 所得	保費	自付醫 療費用	可支配 所得	保費	自付醫 療費用	可支配 所得	保費	自付醫 療費用	可支配 所得	保費	自付醫 療費用	可支配 所得	保費	自付醫 療費用	可支配 所得	保費	自付醫 療費用
最低分位	112,945	2,140	3,942	106,119	2,851	4,249	116,957	2,845	4,111	116,733	2,864	4,273	121,214	3,183	4,464	118,960	2,746	4,301
第二分位	131,642	3,498	3,240	127,582	4,314	3,362	140,310	4,484	3,776	139,837	4,256	3,754	156,364	4,555	3,855	155,605	4,168	4,293
第三分位	129,757	4,568	2,384	134,978	5,247	2,839	143,513	5,484	2,834	150,549	5,591	2,928	163,579	5,797	3,303	159,079	5,872	3,325
第四分位	146,765	4,983	2,619	150,255	5,980	2,592	157,309	5,996	2,883	160,868	6,564	2,795	171,431	6,724	3,117	174,075	6,775	2,988
第五分位	154,611	5,644	2,472	161,411	6,446	2,509	169,670	6,569	2,721	175,928	7,091	3,049	186,537	7,310	2,867	188,497	7,394	3,033
第六分位	176,903	6,114	2,762	182,761	7,348	2,759	192,554	7,459	2,968	190,852	7,666	2,827	199,889	8,094	3,139	208,278	8,202	3,021
第七分位	200,028	6,499	2,805	204,609	7,711	2,861	216,318	8,055	2,747	219,259	8,392	2,968	229,487	8,959	3,162	229,160	8,918	3,305
第八分位	225,975	7,100	2,900	237,966	8,331	2,959	242,508	8,158	3,111	249,925	9,033	3,188	260,759	9,560	3,265	266,388	9,782	3,532
第九分位	272,529	7,874	2,807	271,818	9,271	3,157	292,985	9,280	3,399	298,941	9,772	3,485	304,320	10,542	3,661	312,045	10,840	3,859
最高分位	394,677	8,525	3,310	404,733	10,587	3,735	426,468	10,444	3,903	443,493	11,316	3,902	467,414	12,339	4,311	469,472	12,750	4,689
平均	208,194	6,117	2,866	212,889	7,287	3,042	226,074	7,384	3,194	231,875	7,838	3,262	244,619	8,357	3,463	247,128	8,451	3,599
index																		
Gini/Conc.	0.323	0.271	0.129	0.328	0.276	0.137	0.332	0.275	0.144	0.338	0.286	0.149	0.338	0.300	0.162	0.340	0.311	0.172
Kakwani	-0.052	-0.194	-0.194	-0.052	-0.052	-0.190	-0.056	-0.056	-0.187	-0.051	-0.189	-0.189	-0.038	-0.038	-0.177	-0.029	-0.029	-0.168



說明：本圖將十等分所得兩兩合併為五分分位組。

圖一 各所得分位之保費負擔占可支配所得比例的時間趨勢

除所得分配逐年累退的情形後(基尼係數由1995年0.323累退至2000年0.340)，卡克萬尼指數由1995年-0.194累進至2000年-0.168，自付醫療費用的累退性也逐年趨緩。

大體上，自付醫療費用占可支配所得的比例在1995~2000年間僅有微幅逐年提高的趨勢。檢視各所得分位組負擔比例在各年間也大致穩定，唯一特別的是最低與最高所得組在1995~1996及1999~2000年的負擔比例有相對較明顯的上升(圖二)。

三、保費與自付醫療費用的加總分配效果

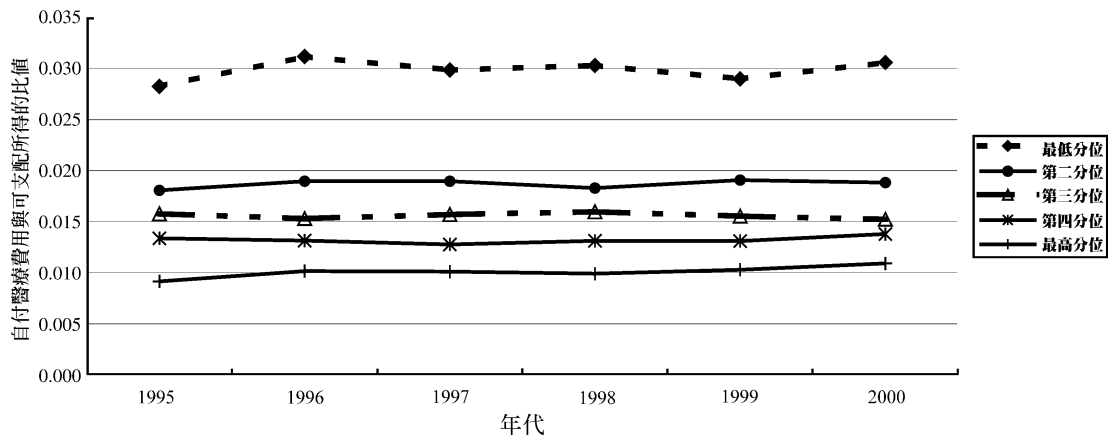
由卡克萬尼指數來看，自付醫療費用的分配比保費分配明顯地累退。二者加總後的分配效果仍非常累退。由於保費相對於自付醫療費用的比重較大，因此前者的倒U分配加上後者由左向右傾斜的累退分配結果，雖然仍是最低所得者負擔最重，中所得者次之，最高所得者負擔最輕，但是低、中所得間差距拉近。最低所得者的醫療支出占5.38~6.69%的可支配所得，第五分位組支出5.02~5.76%，而最高所得者的支出則僅占可支配所得的3.00~3.71%。最後，由醫療支出集中指數來看，其分配有逐年愈向高所得者集中的趨勢，由1995年0.226累進至2000年0.269；由卡克萬尼指數來看，該係數均呈負值，表示呈累退分配，不過，其累退性

則由1995年-0.097減緩到2000年的-0.070(圖三)。

討 論

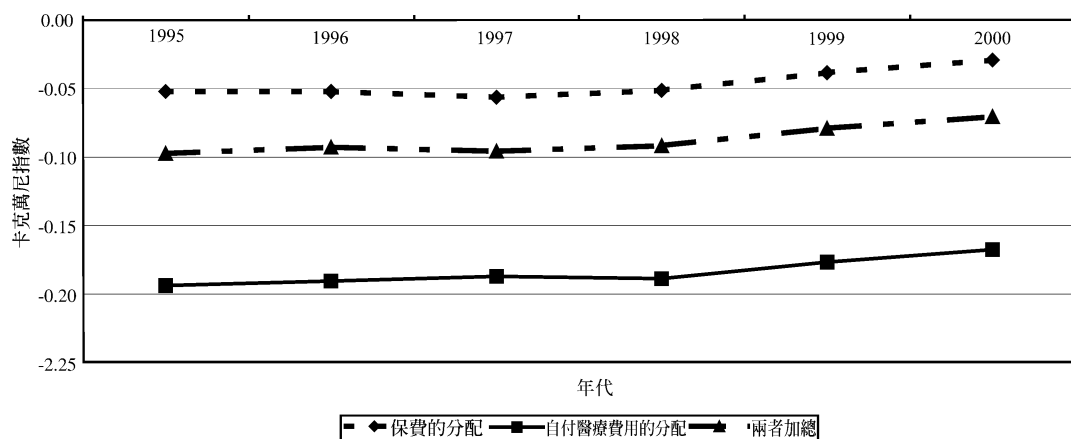
不同於過去研究的斷時性分析，本研究以時間趨勢的角度來分析全民健保實施以來家戶醫療支出的重分配效果，主要結論有二：(1) 1995~2000年全民健保保費支出均呈累退分配(低所得者與高所得者負擔輕，中所得者負擔最重之倒U形分配)，惟，累退性逐年趨緩；以及(2) 1995~2000年自付醫療費用均呈明顯累退分配(低所得者負擔最重，中所得者次之，高所得者最輕)，惟，累退性逐年趨緩。

1995~2000年保費占可支配所得的比例逐年提高，然而，其累退性又逐年減緩，這有幾個可能因素，首先，1995年保費負擔較低，主要應在於1995年的投保期間較短，不過，值得注意的是，1995與1996年負擔比例的差距並非單純反映健保實施時間，應同時也反映平均眷口數的調整。1995年3月，平均眷口數1.36人，1996年1月即降為1.1人，同年10月又降為0.95人，這或許一方面說明1996年保費負擔與1995年的差距沒有加大，也解釋了1997年保費負擔比例微幅下滑的原因。雖然平均眷口數的調整僅針對雇主保費分擔部份，由於本研究假設雇主分擔的保費完全



說明：本圖將十等分所得兩兩合併為五等分所得分位組。

圖二 各所得分位之自付醫療費用占可支配所得比例的時間趨勢



圖三 保費與自付醫療費用分配效果的時間趨勢

轉嫁由個人負擔，因此也對整體保費的重分配效果產生影響。

至於其分配效果累退性逐年減緩，或許較難歸因為投保金額的調整，較有可能是因為愈高所得者比低所得者有較高的機率被調高薪資待遇，連帶地也會提高保費支出。不過究竟是健保保費政策調整的功勞，還是所得(尤指受僱者報酬)分配本身變遷所致的運動效果，有待日後進一步分析。

大體而言，自付醫療費用呈累退分配，是反映不同所得水平對健康照護資源的消費能力。自付醫療費用的分配累退性逐年趨緩

的原因，可能是在所得分配逐年累退的對照下，各所得分位組負擔比例在各年間的大致穩定反而呈現出累退性減緩的趨勢。

至於1995~1996及1999~2000年間最低與最高所得組的自付醫療費用占所得比例較其他組別和其他時期明顯上升，這有可能是反映部分負擔措施對高醫療需求者的影響(老年人口傾向集中於低所得家戶)以及健保加重部份負擔的直接結果(過去公、勞、農保沒有部分負擔，此外，1999年8月又加重門住診部分負擔)。這對於健保局近年來捨棄對保費結構的調整，而以增加部份負擔方式掛注健保

收入，無非是個警訊。然而，由於1995年資料含有兩個月健保實施前的情形，降低1995與1996年資料可比性，而1999年的部分負擔新制費率結構複雜，亦有賴更精確的資料始足以檢驗確切的影響效果。

最後，與Wagstaff等人研究結果做比較，由於本研究並未涵蓋稅收，因此，不適合將加總結果的卡克萬尼指數直接與其他國家相比，不過，在社會保險保費分配方面，同樣以薪資為計算基礎並加有上限規定的德國是-0.0977 (1989年)，荷蘭是-0.1286 (1992年)，相形之下，台灣-0.0562 (1997年)與-0.0290 (2000年)的範圍是較不累退的，反之，法國的社會保險雖以薪資為保費徵收基礎，卻沒有上限的規定，因此呈累進分配，卡克萬尼指數為0.1112 (1989年)；至於芬蘭以應稅所得(taxable income)為保費基礎，亦呈累進分配，指數0.0937 (1990年)，值得我們參考[4]。

在自付醫療費用部份，所有國家的卡克萬尼指數均呈負值，台灣在-0.1938 (1995年)至-0.1676 (2000年)的範圍，大抵與西班牙-0.1801 (1990年)相近，比美國-0.3874 (1987年)，法國-0.3396 (1989年)，及瑞典-0.2402 (1990年)的分配更公平，卻比荷蘭-0.0377 (1992年)，德國-0.0963 (1989年)更不公平[4]。

最後，值得注意的是，在資料限制下本研究採用的自付醫療費用定義無法與Wagstaff等人的研究吻合，因此，本研究另外根據兩組不同定義分析，結果發現，以廣義自付醫療費用(包括醫療器材、門住診自付額及檢驗、安養照護費用、醫療用品支出等，即主計處調查第811-814欄的加總)定義下，卡克萬尼指數由1995年-0.1246累進至2000年-0.0857，至於以更狹義的自付醫療費用(只包括門住診自付額，即該調查第934-939欄的加總)定義下，卡克萬尼指數由1996年-0.2672累進至2000年-0.1785 (1995年無資料)，兩組結果均一致地呈累退，其累退性也在1995~2000年間逐年減緩，因此，本研究所指出的醫療支出累退性逐年減緩趨勢應有其穩定性。

參考文獻

1. 行政院衛生署：全民健康保險實施六個月評估報告。台北：行政院衛生署，1995。
2. Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in the finance of health care: some international comparisons. *J Health Economics* 1992;**11**: 361-87.
3. van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F (eds.). *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
4. Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *J Health Economics* 1999;**18**:263-90.
5. 鄭文輝、蘇建榮、周麗芳：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。台北：中央健康保險局八十五年度委託研究(DOH85-NH-010)，1996。
6. 鄭文輝、蘇建榮：我國全民健康保險財務收支歸宿之研究。台北：中央健康保險局八十六年度委託研究(DOH86-NH-004)，1998。
7. 鄭文輝、葉秀珍、蘇建榮：全民健保保險對象家庭財務負擔與醫療使用之探討。台北：中央健康保險局八十七年度委託研究(DOH87-NH-046)，1999。
8. 羅紀琮：全民健康保險對所得分配的影響。自由中國之工業1998；**88**：1-41。
9. 葉秀珍：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。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」，1999。
10. Hsiao W, Lu J. Taiwan's national health insurance: the balance between equity and efficiency, paper presented at the Kuo-Shu Liang's memorial conference, Taipei, 2000.
11. 石曜堂、葉金川、楊漢淙、羅紀琮、張明正、吳正儀：台灣地區國民自付醫療費用調查：1992年國民醫療保健支出調查之初步發現。中華衛誌 1994；**13**：473-84。