

臺灣地區醫療財源籌措的問題與對策

江東亮

目前，臺灣地區尚有 55% 的人口沒有健康保險。為了進一步保障人人有公平就醫的機會，政府已經決定在 1994 年完成實施全民健康保險。但是，在低保險費率政策與醫療費用節節上升之下，所有現行健康保險都已面臨嚴重財務短絀的危機。低保險費率政策主要源於過度強調社會保險的福利層面、與政治利益及降低生產成本的考量；而醫療費用的節節上升則與物價上漲、醫療需求的增加、醫學進步、事後論量計酬制度，以及醫療資源的配置不當等息息相關。為了健全全民健康保險制度，本文建議未來健康保險不但應單獨設置會計制度，按精算結果釐訂保險費率，而且應實施部分負擔，管制高科技醫療給付，採取總額預算制度，以及配合醫療行政改善醫療資源總體配置效率。本文最後呼籲應建立社會連帶責任的共識，期能在醫療資源有限的時代，化衝突為建設力量。

Key Words : Health Insurance, Health Policy

(中華衛誌 1992 ; 11 (') : 20-31)

醫療照護是一種基本人權，隨著社會的進步，經濟的發展與生活水準的提高，越受重視。中華民國政府為了進一步保障人人有公平就醫的機會，決定在 1994 年之前完成實施全民健康保險。目前行政院經濟建設委員會已經完成全民健康保險的第一期規劃報告〔1〕，並且將第二期的規劃工作交付行政院衛生署辦理。

本質上，全民健康保險是一種醫療財源籌措制度，因此，我們可以預測其實施將對目前醫療財源籌措制度產生重大的衝擊。另一方面，因為未來的發展往往取決於現在，全民健康保險制度的建立相信亦將深受目前

醫療財源籌措制度的影響。

鑑往知來，可以避免重蹈覆轍，本文旨在探討臺灣地區醫療財源籌措的問題與對策。全文共分成三個部分，第一部分說明臺灣地區醫療費用的主要來源，第二部分分析臺灣地區醫療財源籌措制度的缺失，第三部分討論對全民健康保險的啟示。

醫療費用的來源

健康保險與自費醫療是臺灣一般民衆醫療費用的兩個主要來源，臺灣地區的健康保險基本上是社會保險的醫療給付部分；目前分三體系，即勞工保險（簡稱勞保）、公務人員保險及其相關制度（簡稱公保）、農民健康保險（簡稱農保），被保險人數佔總人口的 45%。民間健康保險的市場很小，被保險人數約佔總人口的 7%〔2〕。此外，對部分特殊人口（包括軍人軍眷、榮民榮眷、

國立臺灣大學醫學院公共衛生研究所

聯絡地址：臺北市仁愛路一段一號

* 本文前版曾發表於行政院衛生署與行政院經濟建設委員會合辦之「全民健康保險國際研討會」，臺北，1989 年 12 月 18-19 日。

和低收入戶)而言,政府提供之免費醫療服務或醫療補助相當重要。以下扼要介紹這些醫療費用的來源:

勞工保險 [3] [4]

勞工保險是我國成立最早也是最大的社會保險。1950 年,「臺灣省勞工保險辦法」通過後即開始辦理,但是直到 1956 年「勞工保險條例」公布後,才成為法定的社會保險。目前勞工保險由勞工委員會(簡稱勞委會)主管,臺閩地區勞工保險局(簡稱勞保局)承辦。

勞工保險的適用對象,初期僅限於少數事業單位的員工;現在已經放寬為年滿 15 歲以上,60 歲以下的勞工,但仍未包括勞工眷屬。另一方面,勞工保險條例規定:凡受雇於雇用勞工五人以上之各業員工,及參加職業工會之會員,均為強制投保對象,而雇用勞工四人以下之各業員工則可以選擇自由投保。截至 1989 年 12 月底,勞工保險共有 655 萬名被保險人,約佔臺灣總人口的 33%。

保險費是勞工保險的最主要收入。目前勞保的綜合保險費率為被保險人投保薪資的 7%(健康保險部分約為 4.5%);平均每名被保險人每月保險費大約新台幣 700 元。對於有一定雇主的勞工,勞資雙方各分擔 20%和 80%的保險費;對於無一定雇主的勞工或自營作業者,則由本人負擔 60%的保險費,其餘 40%由政府補助。目前大約 25%的勞保被保險人為無一定雇主勞工或自營作業者。

勞工保險是一種綜合性保險,給付內容包括生育、傷病、醫療、殘廢、老年和死亡;目前以醫療給付最重要,其支出金額佔勞保總支出的 60%。勞保條例規定,被保險人於發生疾病及傷害事故時,可以自由前往任何勞保特約醫療院所門診看病或住院,並且除掛號費外,其他醫療費用(包括藥費)悉數由勞保局以論量計酬方式,直接核付特

約醫療院所。1989 年,勞工保險總共計支付 326 億元的醫療費用。

公務人員保險體系 [5] [6]

公務人員保險一詞原指開辦於 1958 年,以在職公務人員為適用對象的保險制度,但是近年來在分析健康保險時常用於涵蓋七類其他相關保險制度,即:退休人員保險,私立教職員保險,公務人員眷屬疾病保險,退休公務人員疾病保險,退休公務人員配偶疾病保險,私立學校退休教職員疾病保險,和私立學校退休教職員配偶疾病保險。在職公務人員之保險制度與這七類其他保險制度皆由考試院銓敘部主管,中央信託局公務人員保險處(簡稱公保處)承辦。為了區別起見,下面我們以公務人員保險體系做為上述八種制度的統稱。

公務人員保險體系的適用對象包括在職與退休的公務人員、私立學校教職員及其配偶,和在職公務人員的父母,但不包括孩子。截至 1989 年 12 月,公務人員保險體系共有 104 萬名被保險人,其中 49%為在職公務人員。

公務人員保險體系的收入亦以保險費為主,不過保險費率及被保險人的分擔比率,則依保險計畫的不同而有明顯差異。例如目前公務人員保險的綜合保險費率為 9%,保險費由公務人員與政府各負擔 35%和 65%;而私立學校教職員的綜合保險費率雖亦為 9%,其保險費卻由教職員、學校和政府各負擔 35%,32.5%和 32.5%。

關於給付結構,在職公務人員與私立學校教職員兩類保險制度皆提供與勞保相似的綜合給付,其餘的保險制度則祇提供傷病醫療給付。就醫療給付而言,除退休被保險人及眷屬必須負擔 10%的門診藥費外,公保體系被保險人祇須自付掛號費,其餘醫療費用則由公保處以論量計酬方式支付特約醫療機構。此外,與勞保比較,公保體系醫療給付的最大特色是自設聯合門診中心。在設有

聯合門診中心的地區，被保險人需要門診服務時必須到聯合門診中心。目前全臺灣設有六個聯合門診中心，共約提供 40% 被保險人所需之門診服務。1989 年，公保體系共支付 77 億元的醫療費用。

農民健康保險〔4〕〔7〕

臺灣地區試辦農民健康保險始於 1986 年，三年後「農民健康保險條例」通過，才正式成為法定社會保險。目前，農民健康保險的主管機關為行政院內政部，但業務則委託勞保局承辦。

根據農民健康保險條例規定，所有農會會員都必須參加農民健康保險，但年滿 15 歲以上每週從事農業工作 15 小時以上者則得為被保險人。截至 1989 年 12 月，農民健康保險共有 134 萬被保險人。

保險費收入是農民健康保險的主要收入，但是低保險費率及分擔比率卻是農民健康保險的特色。目前，農保的保險費率為勞保最低投保薪資的 6.8%，並且在政治力量的介入下，農保被保險人只需負擔 30% 的保險費，其餘 70% 則由政府補助。

農保的給付以醫療給付為主，其給付的內容與方式則比照勞保。1989 年，農民健康保險共支付 45 億元的醫療費用。

自費醫療

有兩個事實說明目前消費者自行付費的方式，在醫療財源籌措上仍然扮演極重要的角色。第一，上述各類健康保險的被保險人口合計祇佔臺灣地區總人口的 45%。由於現行健康保險大多以就業人口為保障對象，所以像小孩、老人、以及多數家庭主婦等沒有工作的人口，就很難參加健康保險。尤其，臺灣的經濟以中小型企業為骨幹，而勞保又不強制受雇於雇用四名以下勞工之各業員工投保，所以勞動人口中也有許多人未參加健康保險。

第二，目前健康保險的給付以西醫門診

與住院服務為主，中醫的醫療服務及居家照護等給付仍在試辦階段，藥局服務則不在給付範圍。因此，即使有健康保險的人在利用中醫服務或居家照護的時候，以及到藥局買藥，皆需自掏腰包付費。

無論有無保險，病人自掏腰包時，通常以論量計酬方式支付醫療費用。至於每年多少醫療費用屬於自費醫療部分，目前尚缺乏估計。

其他財務來源

政府提供免費或優待的醫療照護也可視為一種醫療財務來源。現在臺灣地區有 52 所公立醫院和 361 所衛生所〔8〕。雖然這些公立醫療院所與一般私立醫療院所一樣，都以論量計酬的方法向病人收取費用，但是收費標準往往較低，並且對於低收入戶及一些特定對象常有優待。

其次，80 萬榮民、榮譽與 120 萬軍人、軍眷分別可以從榮民醫療體系（13 所榮民醫院和 7 所診所〔8〕）和軍醫體系（34 所軍醫院和 200 所左右的診所〔9〕）得到免費或優待的醫療服務，而一些政府事業機構的員工及眷屬，也可以從自設的醫療院所得到免費或優待的醫療服務。

除了直接提供醫療服務外，政府並且透過公共救助的途徑補助低收入戶全部或部分的醫療費用。目前臺灣約有 12 萬名官方登記的低收入人口，政府每年補助的醫療費用接近 10 億元〔10〕。

至於民間的慈善醫療，雖然已經式微，但是些宗教醫療院所的免費或優待服務對於窮人和偏遠地區的民衆仍然相當重要。

醫療財源籌措的問題

目前，臺灣地區有許多醫療財源籌措的問題亟待解決，主要包括：(1)尚有 55% 的人口沒有健康保險，(2)現有社會保險制度已發生財務危機，以及(3)醫療費用的高漲，析

述如下：

未實施全民健康保險

Andersen 等〔11〕曾經將影響醫療服務利用情形的個人因素分成潛在因素（如年齡與性別）、能力因素（如收入與健康保險），及需要因素（如自覺健康狀況和慢性病病徵數）等三類。研究結果指出：在臺灣地區，雖然需要因素對醫療照護的可近性影響最大，但是能力因素的影響仍然明顯存在，特別是健康保險〔12-16〕。

關於健康保險對醫療服務利用的影響，Baker 等的研究〔12〕可以說是最早的報告。1962 年，Baker 等在臺灣地區進行全島性抽樣調查發現：沒有健康保險的人每年平均就醫五次左右，但是當時的公務人員保險被保險人卻每年平均就醫九次。

今天，有健康保險的人和沒有健康保險的人之間利用醫療服務的差異並沒有縮小。根據 1988 年的國民健康調查〔16〕，有健康保險的人平均一年住院 0.12 次，看西醫門診 10.0 次，而沒有健康保險的人則平均一年住院 0.09 次，看西醫門診 6.2 次。

未來隨著醫療費用的快速上漲，健康保險的重要性更將與日俱增。但是很遺憾，臺灣地區現在仍然有 55% 的人沒有參加任何健康保險。因此，為了保障人人有公平就醫的機會，應早日完成實施全民健康保險。

社會保險的財務危機

在入不敷出之下，目前社會保險已經面臨嚴重的財務危機。一方面因為醫療給付是社會保險綜合給付的一部分，在缺乏獨立會計制度之下，健康保險的財務問題自然與社會保險的財務問題息息相關，另一方面則是因為全民健康保險將建立在現有社會保險的醫療給付上，無法避免受到目前社會保險的影響，所以必須特別認真檢討社會保險的財務危機。

先從勞保的財務危機說起。勞保的收入

以保險費為主，目前每年應收保險費接近 500 億元，佔總收入的 95% 以上，但是因為每年應付給付超過 450 億元，所以結存無幾，甚至一度發生短絀現象〔4〕。

勞保的財務危機不僅在於目前是否能每年維持收支平衡，重要的是，勞保已經無法支付未來老年給付的債務。過去，勞保並沒有特別為老年給付建立責任準備提存制度，僅將每年收支結餘存起來，稱為勞工保險基金（簡稱勞保基金）。勞保基金，可以說是老年給付的責任準備提存，但是其他給付（例如：醫療給付）不足時，勞保亦挪用勞保基金予以支付。

近年來，由於收支相抵，結餘有限，勞保基金的成長速度已經明顯緩慢下來，年成長率則低於 10%。但另一方面由於符合退休資格的被保險人卻不斷增加，勞保老年給付支出隨之飛漲，年成長率超過 20%。

事實上，現在有許多符合退休資格的勞保被保險人沒有辦理退休。這些被保險人所以不辦理退休的一個簡單但卻非常重要的理由是：一旦退休就失去健康保險的保障。根據勞保局的統計，1989 年年底，符合退休資格但未辦理退休的被保險人共有 37 萬名，如果這些人同時辦理退休，勞保必須支付 670 多億元的老年給付，比 1989 年時的勞保基金多出 290 億元；換句話說，這些被保險人同時退休，勞保立即虧空 290 億元。

因此，可以肯定：勞保已經面臨嚴重的財務危機。林喆〔18〕與謝長宏〔19〕等的研究甚至指出，勞保如果繼續維持目前的財務處理方式，1994 年之前就會發生破產。

公保的財務狀況更糟糕。在職公務人員保險在開辦後第二年即已出現赤字，目前累積的虧損已高達 132 億元〔7〕。進入 1980 年代以後，公保每年更以 25% 的速率增加虧損，現在一年約短絀 27 億元，為總收入的 30% 左右。由於年年入不敷出，公保根本沒有能力為養老給付提存責任準備，完全

靠財政部撥補。

至於農民健康保險，開始試辦，就注定要發生財務虧損。1989 年 7 月擴大適用對象後，農保的財務虧損並未見減輕。截至 1989 年年底，即開辦四年以來，總共短絀 14 億元〔4〕。

就財務自給自足的原則而言，社會保險應提高保險費率或調整給付結構以彌補財務虧損。但是在我國，發生財務危機的社會保險雖一再擴大給付範圍（特別是醫療給付），卻未見調高保險費率。根據 1985 年的精算結果，勞保應以 13.42% 的保險費率向被保險人收取保險費〔2〕，但事實是：勞保自 1970 年起即維持 7% 的保險費率；1989 年公保的實際保險費率應為 13.42%〔5〕，但事實是：公保自 1980 年以來即以 9% 的保險費率向在職公務人員收取保險費；以及 1988 年，農保的實際保險費率應為 7.9%〔6〕，但事實是：農保以 6.8% 的保險費率向被保險人收取保險費。為何長久以來，我國的社會保險一直維持低保險費率政策呢？

第一，過分重視社會保險的福利層面，而忽略了保險的技術層面〔22〕。考試院堅持公保是公務人員的福利，不願調整保險費率。（考試院經常引述先總統蔣公的訓示：「公務員保險之舉辦，…確有裨於公務人員之生活與工作，雖然稍有虧損，亦無足慮。」〔5〕）勞工委員會站在勞工福利的立場，即使有行政上的權力，亦不願意提高勞保的保險費率。農保條例則進一步要求政府補助農民 70% 的保險費。但最嚴重的是，目前依法政府必須彌補所有社會保險的財務短絀。

其次是政治層面的考量。以農保為例，由於面臨政治壓力，政府為了贏得農民的支持，迅速結束農保的試辦，將適用對象擴及全體農民。在這種政治考量下，農保如何能按精算結果收取保險費？我國的立法程序進一步助長政治層面考量的複雜性。目前當立法院通過或修訂法案時，並不需要也不能同時通過增稅或撥款以供法案的執行；而是事

後由行政院另行籌措經費。因此，通過增加保險給付而未提高保險費率的現象自然可見。（事實上，一些通過的社會福利法案，如老人福利法和兒童福利法，即經常面臨執行時預算短缺的困難。）

第三個理由與生產成本有關。由於資方必須替勞方繳納 80% 的保險費，為了避免增加生產成本，資方不但低報投保薪資，而且反對提高費率。（目前勞保的投保薪資大約祇有實際薪資的 50%。）自從 1984 年立法院通過勞動基準法之後，因為必須提撥勞工退休準備金，資方更不願意單獨討論提高勞保保險費率。

第四個理由是觀念的偏誤。因為被保險人長期習慣低保險費率政策，將社會保險視為福利，所以也不贊成提高保險費率或分擔的比率。此外，資方則認為勞保基金為勞保的「盈餘」，反對在「盈餘」用完之前提高保險費率。

還有其他解釋低保險費率政策的理由，例如：保險行政機構的僵化等等，但無論如何，社會保險不可能在一方面增加保險給付內容，而另一方面又避免調高保險費率之下，解決財務危機，因為天底下沒有白吃的午餐。

醫療費用的高漲

保險財務危機與醫療費用的高漲息息相關，以下說明醫療費用上漲的情形與原因。

從 1980 年到 1988 年，臺灣地區每人每年平均醫療費用由 1991 元增加為 4301 元，年成長率為 10.1%（表 1）。社會保險被保險人的醫療費用上漲速度更快。同一時期，勞保被保險人每年每人平均醫療費用由 2205 元增加為 5071 元，年成長率為 11.0%；公保被保險人每年每人平均醫療費用則由 2149 元增加為 5491 元，年成長率為 12.4%。

通貨膨脹是引起醫療費用上漲的原因之一。臺灣地區消費者物價指數由 1980 年的

表 1：平均每人醫療費用，按保險別：臺灣地區，1970-1988

年	所有人口	保險別		消費者 物價指數
		公保	勞保	
		(單位：元)		(1986=100)
1970	369	771	189	30.4
1975	905	1,161	818	54.1
1980	1,991	2,149	2,205	82.0
1985	3,412	4,730	4,923	99.3
1988	4,301	5,491	5,071	101.8
		平均年增加率(%)		
1970-1980	18.4	10.8	27.8	10.3
1980-1988	10.1	12.4	11.0	2.7

* 除勞保在 1975 年前為實付數外，其他公勞保各年平均每人醫療費用皆為應付數。

資料來源：行政院主計處：中華民國國民所得，1989；中央信託局公務人員保險處：中華民國七十八年公務人員保險統計，臺北，中央信託局，1989；臺閩地區勞工保險局：臺閩地區勞工保險統計，1989。

82.0 增加為 1988 年的 101.8 [24]，平均每年成長 2.7%。因此，通貨膨脹大約可以解釋 20% 的醫療費用上漲。

醫療需求的增加助長醫療費用的上漲。首先，國人健康狀況雖然已經明顯改善，但是醫療需求卻未大幅減少，因為隨著死亡率的大幅下降，高血壓、心臟病、糖尿病、中風、惡性腫瘤、意外事故等非傳染性疾病，已經取代昔日急性傳染性疾病成為主要的健康問題，而非傳染性疾病往往需要長期而複雜的醫療照護，另一方面則是因為非傳染性疾病（意外事故除外）大多發生在中老年人身上，而臺灣地區的人口正加速老化。1988 年，臺灣地區 65 歲以上老人人口佔 5.5% [25]。

其次，社會經濟的快速發展亦影響醫療需求的增加。從 1980 年到 1988 年，臺灣地區每人每年平均所得由 7.7 萬元增加為 16.6 萬元 [17]，不識字率則 10.3% 下降為 7.4% [24]。教育與生活水準的提高影響國民對醫療服務的期望，所得的增加則提

高利用醫療服務的能力。

健康保險人口的成長是增加醫療需求的第三個重要原因。1980 年時，臺灣地區參加健康保險的人口祇佔 16%，但是目前卻已經接近 45%。因為除了掛號費（少於 5% 的被保險人尚須自付 10% 的門診藥費）外，被保險人不需任何部分負擔即可享受綜合性醫療照護，所以健康保險嚴重誘發醫療需求，如前所述。

值得進一步指出的是，民衆複向求醫行為的影響。臺灣地區民衆同時找二名以上醫師看病，或同時利用中醫與西醫的情形，皆司空見慣。有關研究指出：大約祇有 1/3 的民衆有固定就醫場所 [15] [16]。更糟的是，無論門診或住院，大家傾向上大醫院。由於健康保險（特別是勞工保險）很少限制就醫自由，複向求醫行為自然加深被保險人的道德危害。

供給面對醫療費用的影響並不亞於需求面。近年來，臺灣地區非常重視醫學教育，特別是住院醫師的訓練。教育部與衛生署自

1978 年起每兩年共同舉辦一次教學醫院評鑑工作〔26〕，現在教學醫院的數目已由 1978 年的 24 所激增超過 100 所。另一方面是國內引進醫學新知與科技的速度非常快，不但一些重要醫療科技（如洗腎、超音波檢查和電腦斷層攝影掃描等）早已被普遍採用，而且緊隨先進國家，發展心臟移植與肝臟移植等尖端醫學。追求醫學的進步與醫療品質的提昇往往必須付出醫療費用節節上升的代價。

其次是事後論量計酬制度，它提供醫療院所「多服務多收入」的誘因。公保檢驗費是一個例子〔6〕。1980 年到 1987 年之間，公務人員保險被保險人的住院檢驗費佔總住院費用的比率由 8.1% 增加 10.9%；門診檢驗費佔總門診費用的比率則上漲更快，由 5.7% 增加為 12.0%，幾乎增加 1 倍。雖然檢驗費用的成長與醫學發展有關，但一般相信短期內迅速增加主要受論量計酬制度的影響。更糟的是，醫德不良的醫療提供者甚至以不法的手段藉機賺取健康保險的錢。例如：勞保被保險人每一次利用門診服務，

必須交給醫院或診所一張勞保單，醫院診所再憑勞保單向勞保局申請支付醫療費用。於是一些不肖的醫院診所為了謀利，不惜向被保險人直接收購勞保單，或允許被保險人以勞保單換取物品，及替不具被保險人身份的眷屬看病。估計至少有 10% 的勞保門診屬於這一類不適當的服務〔27〕。

為了防止被保險人的濫用以及醫療提供者提供不需要或不適當的服務，健康保險設有事後審查制度和其他管制辦法，但被保險人的門診與住院的利用量依然繼續增加（表 2）。從 1980 年到 1988 年，勞工保險被保險人平均每人每年的門診利用次數由 10.0 次增加為 10.6 次，住院率由每千人 77 次增加為 107 次；而同期間，公保被保險人平均每人每年的門診次數則由 7.9 次增為 9.3 次，但住院率由每千人 102 次減少為 96 次。（公保住院率的下降主要是因為計算基礎改變所致。）

何以勞保被保險人比公保被保險人利用較多的醫療服務是一有趣的現象。由於勞保被保險人的平均年齡（34 歲）比公保被保

表 2：平均每年每人門診次數、每千人住院次數與每人住院日數，按保險別，1970-1988

年	門診		住院		住院日	
	公保	勞保	公保*	勞保	公保*	勞保
	(單位：次/人/年)		(單位：次/千人/年)		(單位：日/人/年)	
1970	9.08	1.91	116.4	72.8	2.00	1.25
1975	8.11	8.41	109.2	75.8	1.52	1.24
1980	7.89	9.97	102.0	76.8	1.37	1.18
1985	8.74	10.35	96.0	101.9	1.34	1.42
1988	9.28	10.55	96.0	106.7	1.20	1.31
			平均年增加率(%)			
1970-1980	-1.4	18.0	-1.3	0.5	-3.7	-0.6
1980-1988	2.0	0.7	-0.8	4.2	-1.6	1.3

* 含生育給付。

資料來源：中央信託局公務人員保險處：中華民國七十八年公務人員保險統計，臺北，中央信託局，1989；臺閩地區勞工保險局：臺閩地區勞工保險統計，1989。

險人（39 歲）少 5 歲，年齡結構的不同無法解釋上述差異現象。一般相信，差異的產生可能與公保自設聯合門診中心有關，特別是住院部分，因為在設有聯合門診中心的地區，被保險人的住院必須經由聯合門診中心醫師轉介。雖然如此，仍有待進一步研究。

醫藥不分業也是影響醫療費用結構的重要因素。一般而言，臺灣地區的醫師直接賣藥給病人，而不是將處方箋交由給病人到藥局配藥。健康保險的實施並沒有改變醫藥不分業的事實：被保險人依然拿不到處方箋，而健康保險也不支付藥局藥師的調劑費。另一方面，在醫藥不分業的環境下，醫師的診療費往往被壓低或是併入藥費計算，於是為了提高收入，醫師常常多開藥給病人。楊志良等〔28〕發現：醫師為 91% 的勞保門診病人開處方箋，每一處方箋平均含 4.1 種藥，與美國的醫師為 70% 的門診病人開處方箋，每一處方箋平均含 1.9 種藥相比高出甚多。事實上，公勞保的統計資料也顯示：住院費用中藥劑費佔 25% 至 40%，門診費用中藥劑費更佔 45% 到 60%〔29〕〔6〕。

但更嚴重的問題是：健康保險的醫療費用支付制度扭曲了醫療資源的配置效率。自從 1980 年起，勞工保險改採個別洽訂方式支付公立醫院與教學醫院的醫療費用〔29〕。然而在個別洽訂醫療費用支付標準時，勞

保局並沒有發揮獨買的能力，反讓大型的公立醫院與教學醫院得到優厚的報酬。例如：勞保支付小型醫院診所每次門診費用平均約 150 元，而大型醫院則約為 1,000 元，儘管大小型醫院診所所照護的門診病人病情大多相似。因此，大型醫院相繼擴大門診與住院的服務，吸走大量的基層醫療資源。根據勞保局的統計〔30〕，1980 年時勞工保險支付 600 床以上醫院的門診與住院費用分別佔總門診費用與總住院費用的 10% 和 22%，但是到了 1988 年，所佔比率竟然分別增加為 28% 和 40%，成長速度不可謂不驚人（表 3）。由於鼓勵「大醫院看小病」，個別洽訂診療報酬制度不僅造成醫療費用的高漲，而且降低了醫療資源的整體配置效率。目前，勞保已改採新的醫療費用支付制度（俗稱甲乙丙表）。基本上，新的醫療費用支付制度以「同工同酬」為付費原則，優於過去的個別洽訂制度，但仍屬事後論量計酬制度。

總之，影響醫療費用節節上升的因素很多，包括物價上漲，疾病型態改變與人口老化，國民期望與經濟能力的提高，健康保險人口的成長，醫學知識與科技的發展，論量計酬制度，醫藥不分業，以及個別洽訂診療報酬制度等等。由於這些影響因素在可預期的未來大多不會消失，部分因素甚至會更加

表 3：勞工保險門診費用與住院費用佔百分比之分布，按院所類別

院所類別	門診		住院	
	1980	1988	1978-1979	1988
診所	37.2	28.7	0.3	--
醫院（床）				
10-49	21.2	9.3	41.7	16.4
50-199	6.2	9.2	9.8	15.2
200-599	25.0	24.9	26.1	28.7
600+	10.3	27.9	22.1	39.7

資料來源：臺閩地區勞工保險局：未發表資料。

嚴重，因此醫療費用高漲的難題勢將無法避免。

對全民健康保險的啟示

為了保障人人有公平的就醫機會，不能不解決上述三大問題。現在，政府決定在1994年完成實施全民健康保險，有關55%的人口沒有健康保險的問題自然迎刃而解。但是改革若祇限於擴大保險人口，而不同時謀求社會保險財務的健全，以及醫療費用的控制，則祇會加速現有健康保險制度的崩潰，以及頻添全民健康保險實施的困難。

首先，健康保險應有自己獨立的會計制度。因為我國社會保險採單一保險費率，並且未按保險給付性質分類建立會計制度，所以屬於社會保險醫療給付部分的現行健康保險，在財務管理上自然無法釐清與其它各類保險給付之間的關係，而且發生財務收支失衡處理上的困難，包括虧損原因的認定以及保險費率的調整。所以，健全全民健康保險財務的第一步，就是社會保險應改採分類費率，並且建立獨立的健康保險會計制度。

其次，應根據精算結果釐訂保險費率。多年來，公勞農保的立法與辦理莫不偏重社會福利層面的考量，採取低保險費率政策，而政府除補助保險費及行政事務費外，還要撥補保險財務的鉅額虧損，特別是公務人員保險，目前每年財政部撥補的金額已經高達30億元。但是，健康保險是保險，不是救濟，就保險的技術層面而言，財務虧損應以調整保險費率挹注為宜。所以，未來全民健康保險應按精算結果收取保險費，並且力求財務的自給自足。

對全民健康保險而言，切實收取保險費固然重要，但是也不能忽略節制醫療費用。以往，健康保險採行的醫療費用節制對策，以加強審核與調整診療報酬標準和藥價基準為主，然而醫療費用卻繼續不斷高升。今後，應針對醫療費用上漲的根本原因採取進一

步的節制對策，主要包括：第一，實施部分負擔。部分負擔制度可以提高被保險人的成本意識，降低健康保險帶來的道德危害。蘭德的研究〔31〕指出：沒有部分負擔的被保險人，其醫療費用至少較有部分負擔的被保險人高出50%。但另一方面，蘭德的研究〔32〕也指出：部分負擔對高效益和低效益醫療服務利用的影響相似，並且對低收入戶的影響大於非低收入戶。因此，必須小心設計部分負擔制度，以免危害公平利用醫療服務的機會與被保險人的健康。

第二，管制高科技醫療給付。在歐美，醫療科技對醫療費用上漲的影響已被明白肯定〔33〕，而醫療科技評估制度也普遍受到重視〔34-36〕。近年來，臺灣地區已成為醫療科技的實驗室，新的醫療高科技不斷被引進，為了避免被保險人得到費而不惠的服務，如何將高科技醫療項目納入健康保險的給付範圍宜作適當的規範。

第三，採取總額預算或前瞻性付費的診療報酬制度。事後論量計酬制度像是一張空白的支票，醫療提供者可以自由填寫費用金額，因此不但給予醫療提供者「多服務多收入」的誘因，而且增加控制全國總醫療費用的困難。對於醫院服務的報酬，多數歐洲國家和加拿大現在都已經改用總額預算制度〔37〕，而一向以自由市場著稱的美國，其老人醫療保險自1985年起也以診斷相關群（DRG）之前瞻性付費方式取代事後論量計酬制度〔38〕。至於醫師服務的報酬，雖然大部分歐美國家對住院醫師兼採薪水制和論量計酬制，對開業醫師則以論量計酬制為主，但有些採論量計酬的國家（如加拿大〔39〕和德國〔40〕）已開始管制全國醫師報酬的成長速度，或設置全國醫師報酬的總額預算。簡單說，醫療費用支付制度已不再是一張可任填金額的空白支票。臺灣地區應該學習歐美先進國家的經驗，改革目前論量計酬的醫療費用支付制度。

第四，結合健康保險與醫療行政以增進

醫療資源的配置效率。以總額預算或前瞻性付費方式來控制醫療費用的成長乃屬於短期性的節制對策，長期性的節制對策應著重於醫療資源配置的調節〔41〕，包括推動醫療網計畫，建立轉診制度，提倡基層醫療照護，規劃醫療設施的投資及醫事人力的培養。在臺灣地區這些長期性的醫療費用抑制對策目前主要劃歸醫療行政的範疇，然而影響醫療提供者最重要的法寶，即支付診療報酬的財務力量，卻落在健康保險的手裡，因此負責醫療行政的衛生署在執行相關政策上常有力不從心的感覺。另一方面，負責健康保險的承保機構則因無策劃與執行長期性的醫療費用節制對策，以致節制醫療費用的努力反而受限於醫療供給體系的發展，甚至如前所述個別治訂診療報酬的制度反而惡化了醫療資源的配置效率。因此，未來不可不竭力促成健康保險與醫療行政的結合或合作。

最後，在開源節流之外，基於以下兩點理由我們應該重視與建立社會連帶責任的共識。第一，全民健康保險的本質是根據社會正義與公平的精神，利用保險的技術與所得重分配的原理，以達到全民共同分擔傷病帶來的財務危險的目的。因此，失去社會連帶責任的共識，全民健康保險恐將無法建立，即使建立，亦難解決利益團體之間的相爭，且易犧牲對老人、小孩、低收入戶等弱勢團體提供尊嚴性醫療照護的理想。

第二，我們正面臨有限醫療資源時代的來臨。根據非正式估計，現在臺灣地區每年醫療費用大約佔國內生產毛額的 4.2%〔42〕。這個數字雖然遠較經濟合作發展組織國家 7.3% 的平均為低〔43〕，但是，由於我國醫療費用的成長率，特別是被保險人醫療費用的成長率，超過經濟的成長率，醫療費用佔國內生產毛額比率預期很快就升到先進國家的水準，因此不能不特別重視醫療資源有限的問題。

在有限醫療資源之下，節制醫療費用的高漲是必然要走的路，而醫療費用的節制又

往往涉及多方利益衝突。事實上，臺灣地區醫療財務上的利益衝突，已經浮出水面。1988 年 8 月，為了向勞保局爭取較高的診療報酬，臺灣地區的基層醫師宣佈有史以來的第一次「罷診」。之後，其他醫事人員，包括中醫師、藥師、牙醫師、護理人員等亦紛紛走上街頭，或以其他各種公開行動爭取自己的權利和待遇。另一方面，農民健康保險條例在立法院審議過程中，有關政府補助被保險人負擔保險費的比率，則一再被調高。面對醫療提供者要提高報酬，被保險人要降低保險費負擔下，健康保險制度如何能走上健全發展的路，其財務狀況又如何能達到收支平衡的局面呢？答案是：唯有在社會連帶責任的共識之下，才能化衝突為力量，建立美好的全民健康保險。

致 謝

特別感謝吳凱勳、蕭慶倫、楊志良和羅紀琮四位教授的指正，以及李彩萍、朱文敏二位小姐在資料收集與打字上的幫忙。

參考文獻

1. 全民健康保險研究計畫專案小組：全民健康保險制度規劃報告，臺北，行政院經濟建設委員會，1989。
2. 曾憲政：全民健康保險與商業性健康保險互補經營之研究，臺北，行政院經濟建設委員會，1990。
3. 劉見祥：我國勞工保險制度之研究，臺北，中國社會保險學會，1981。
4. 臺閩地區勞工保險局：臺閩地區勞工保險統計，臺北，臺閩地區勞工保險局，1989。
5. 考試院考銓叢書指導委員會（編）：中華民國公務人員保險制度，臺北，正中書局，1983。
6. 中央信託局：中華民國七十八年公務人員保險統計，臺北，中央信託局，1989。
7. 林江風：勞工保險業務報告，臺北，臺閩地區勞工保險局，1989。
8. 行政院衛生署、臺灣省政府衛生處、臺北市政府衛生局、高雄市政府衛生局：中華民國七十六年衛生統計(1)：公務統計，臺北，行政院衛生署，1989。
9. 國防部軍醫署：未發表資料，1989。
10. 臺灣省政府社會處、臺北市政府社會局、高雄市政府社會局：未發表資料，1989。

11. Andersen R, McCutcheon A, Aday LA et al. Exploring dimensions of access to medical care. *Health Serv Research* 1983; 18: 49-74.
12. Baker T, Perlman M. *Health Manpower in a Developing Economy: Taiwan, A Case Study in Planning*. Baltimore, Md: The Johns Hopkins University Press, 1967.
13. 石曜堂、陳麗美：臺北市居民醫療服務能用之研究。醫學研究 1980；3：1023-32。
14. 楊志良：健康保險對醫療照護利用度之影響。臺灣醫界 1985；28(2)：9-11。
15. Chiang TL. Use of health services by the elderly in the Taipei area. *J Formosan Med Assoc* 1989; 88: 919-25.
16. 林瑞雄、江東亮：國民健康調查先驅研究（未出版），1989。
17. Council for Economic Planning and Development, ROC. *Taiwan Statistical Data Book*. Taipei: Council for Economic Planning and Development, Republic of China, 1989.
18. 林詰：我國勞工保險普通事故保險費率及財務預估精算報告，1985，見陳雲中等：強化勞工保險財務之研究，臺北，行政院勞工委員會，1988。
19. 謝長宏：勞保運作策略及其成本效益分析之初步研究，臺北，行政院研究發展考核委員會，1984。
20. 陳雲中、廖述源、劉超群：強化勞工保險財務之研究，臺北，行政院勞工委員會，1988。
21. 中華民國精算學會：農民健康保險保險費率之精算研究報告，臺北，行政院內政部，1988。
22. 陽肇昌：我國社會保險當前發展之方向。社會保險年刊 1987；12：1-14。
23. 行政院主計處：中華民國七十七年國民所得，臺北，行政院主計處，1989。
24. 行政院經濟建設委員會人力處：中華民國七十八年社會福利指標，臺北，行政院經濟建設委員會，1989。
25. 行政院經濟建設委員會：中華民國臺灣地區民國七十五年至一百年人口推估，臺北，行政院經濟建設委員會，1988。
26. 譚開元、張正二：我國教學醫院現況及評鑑。醫學研究 1985；6：115-48。
27. 楊志良：勞工保險被保險人醫療給付意見調查研究報告，臺北，臺閩地區勞工保險局，1981。
28. 楊志良、吳淑瓊：勞工保險門診醫療費用及疾病結構之研究，臺北，臺閩地區勞工保險局，1983。
29. 王家銓：各國醫療保險制度的研究，臺北，茂昌圖書出版社，1986。
30. 臺閩地區勞工保險局：未發表資料，1989。
31. Newhouse JR, Manning WG Jr, Morris C et al. Some interim result from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *N Engl J Med* 1981;301: 1501-7.
32. Lohr KN, Brook RH, Kamberg CJ, Goldberg GA et al. Use of Medical Care in the Rand Health Insurance Experiment: Diagnosis And Service-specific Analysis in a Randomized Controlled Trial. *Med Care* 1986; 24(9): Supplement.
33. Altman SH and Blendon R (eds). *Medical Technologies: Culprit behind Health Care Costs*. Proceedings the 1977 Sun Valley Forum on National Health. Washington DC: U.S. Government Printing Office, 1979.
34. Banta D. The uses of modern technologies: problems and perspectives for industrialized and developing countries. *Bull Pan Am Health Organ* 1984; 18: 139-50.
35. Institute of Medicine. *Assessing Medical Technologies*. Washington D C: National Academic Press, 1985.
36. Foote SB. Assessing medical technology assessment: past, present and future. *Milbank Q* 1987; 65: 59-80.
37. OECD. *Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries*. OECD Social Policy Studies No.4, 1987.
38. Vladeck BC. Medicare hospital payment by diagnosis-related groups. *Ann Intern Med* 1984; 100: 576-91.
39. Iglehart JK. Canada's health care system. *N Engl J Med* 1986; 315: 202-8; 778-84; 1623-8.
40. Reindhart UE. West Germany's health-care and health-insurance system: combining access with cost control. Report prepared for the United States Bipartisan Commission on Comprehensive Health Care, 1989.
41. Abel-Smith B. Cost-containment in 12 European countries. *Wld Hlth Statist Q* 1984; 37: 351-63.
42. 蕭慶倫、楊志良、盧瑞芬：從全民健康保險看我國醫療保健體系，發表於行政院衛生署與行政院經濟建設委員會合辦之「全民健康保險國際研討會」，臺北，1989年12月18-19日。
43. Schieber GJ, Pollier JP. International health care expenditure trends: 1987. *Health Aff* 1989; 8: 164-77.

HEALTH CARE FINANCING IN TAIWAN: ISSUES AND DIRECTIONS

TUNG-LIANG CHIANG

At this moment approximately 55% of the total population in Taiwan are uninsured. In order to further protect the right of citizen to health care the Government has decided to fully implement the National Health Insurance (NHI) program by 1994. However, as a result of their low premium policy and the rapid rising of health care costs all existing health insurance programs are facing serious financial deficits. The low premium policy was mainly due to an overemphasis upon the welfare dimension of social insurance, concerns for political interest and for the cost of production. The rising of health care costs was attributed to price inflation, the increase of demand for health care, the medical advancement, retrospective fee-for-

service payment system, the inefficient macro-allocation of health care resources, and so on. To assure the soundness of the NHI program, I suggest that health insurance programs should not only establish their independent accounting system and adopt actuarial premium rates, but also implement cost sharing, regulate the benefit of advanced medical technology, adopt a global budgeting system, and integrate with the public administration of medical affairs to improve the efficiency of allocating health care resources. Finally, in an era of limited resources I should call for building a consensus of social solidarity so that the interest conflict be resolved into constructive power. (*J Natl Public Health Assoc (ROC): 1992;11(1): 20-31*)

Institute of Public Health, College of Medicine, National Taiwan University, Jen-Ai Road, First Section, Taipei, Taiwan, Republic of China