



- 一、前言
- 二、健康保險的意義與理想
- 三、實行健康保險的理由
- 四、各國醫療保險制度施行狀況
 - (一)英國 (二)香港
 - (三)美國 (四)加拿大
 - (五)斯堪地納維亞半島
- 五、台灣目前的衛生能力分析
 - 1. 行政管理
 - 2. 醫學教育與研究
 - 3. 醫療服務
 - 4. 公共衛生管理
- 六、全民健康保險與明日醫療設計探討。
- 七、結語

健康保險 與明日醫療設計

許宏遠 執筆
王耀東 指導

一、前言

健康保險是一個憲法所規定醫療制度的目標，可是鑑於當今醫療制度的未臻理想，和人民迫切的需要；我們願就目前環境的客觀因素，從檢討社會安全制度，推行健康保險的宗旨和理想，提出較具體的意見；以適應社會結構驟變的今日，進而使全民的健康得到保障，邁向安和樂利的大同世界。

二、健康保險的意義與理想

近代國家為謀保障其國民最低生活安全，採取一種社會安全措施，旨在發揚人類互助合作的精神，使人人有健康幸福，而且有較高生活水準，以謀財富之均足與社會之安全。遠在十八世紀末，德國首倡社會保險，以改善產業革命後勞工生活與福利，尤其對健康保險，採強制措施；一八八八年，奧國亦採同樣方法，直到一九四八年七月五日英國實施了全民保健服務制度，同時運用行政力量，制訂工人賠償法，改善勞工生活，增進社會福利，時至今日，團體主義思想已逐漸取代了個人主義思想。社會連帶責任觀念，成為當代思想的主流，舉凡社會保險，公共救助及福利事業，各國就國家財力之所許，莫不竭一切力量以赴之。

健康保險於英國叫「國家保健服務(National Health Service)」，根據英國1946年頒佈的「國家

保健服務法案」，它的宗旨在「促進在英格蘭及威爾斯建立廣泛的保健服務，藉以改善英格蘭及威爾斯地區人民身體及精神的健全，同時亦實施預防、診斷、治療疾病的服務」。

以現代預防醫學的眼光來看，它的宗旨應有三個：第一是促進和維持人民的健康，第二是疾病的預防，第三是促成殘而不廢的復健醫治；進而防止為了醫療而引起的貧窮，使國民健康得到保障，增進國民工作能力。所以現代對健康的觀念應包含：身體、心理、和社會生存能力的維持；即是健康保險的最終目的在使國民健康得到保障，國家和個人經濟得到保證，以國家繁榮為目的的一種健康投資。

實施健康保險除了維持健康的目的外尚有社會保險，縮短貧富差距，和社會連帶責任的意義在，也是一種人類互助合作精神的表現。

實施健康保險的目的，並無意完全破壞往日所施行的舊制度，它是在集中原來制度中的優點，使人人都能享受到保健的服務，沒有人因為負擔不起醫藥費而不能就醫，或是因為醫療而引起的借貸、貧窮。在實際意義上來講，它並不是平均醫療費用的一種救助行為；而是對每一個需要醫治的人民，隨時供給任何種類及最高可能性質的健康服務。

三、實行健康保險的理由

(一)中華民國憲法第一百五十七條：「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。」，民

國三十六年製訂憲法時，早已衛生保健和醫療服務是政府的

(二)從醫療服務的觀點來說，實行保險是針對現代的小家庭制度教鄰里關係日趨淡薄，農業社安全體制逐漸消失的一種保障人們免於受意外危險的威脅與，對於處於艱窘環境中的病人年人和不幸的傷殘能提供醫藥。

(三)資本主義和工業化的結果最不能解決的問題，就是貧富的差距愈大，大部分的人雖然脫離了匱乏，但是道德觀念和社會秩序面臨著凌厲的挑戰；實施健康的另一項積極意義就是平均社會富，縮短貧富差距。尤其在滯進化，生存競爭激烈的社會裏，焉者當然得到最好的享受與保險而實際遭受疾病困擾的人常是下層的民衆；根據台灣省政府分析，本省由於經濟繁榮，醫達，民衆患病率並不太高，僅百分之三點五，惟因貧病相關，百分之三點五的病患中，貧而，却高達百分之五十。雖然政府來努力於消除貧窮，實行社會和救濟政策，但若不從根做起，濟只是暫時權宜的方法，不能病因於永久。

(四)實行健康保險是對全民的一種「程序性照顧」，它的優點在於使民衆能有健康、強壯的身體，進而工作能力，去為社會服務；消除貧病應是實行健康保險的目的。

以英國為例，在所有開發中國家，其在衛生醫療設施所投下的國民生產毛額（Gross National Product, GNP）的百分率，1969年佔GNP的4.6%，英國還算是最低最穩定的。可是她却擁有很高的平均床數——每千人9.8床。我國以1976年為例，衛生經費高達二十二億九百多萬元；台灣省各縣市衛生經費預算，佔地方歲出總預算，從1973到1977年，總在4.0%之譜（見附表一）。目前我國現有床數截至1976年統計是32452床，每千人口病床數為1.9床；相形之下我國在目前的醫療制度有許多缺失。實行健康保險的效果於英國得到令人相當滿意的證明，花費最少的經費於衛生醫療設施上，却有相當質和量上統一水準的醫療照顧。

(四)在於改進目前公保勞保系統上的缺失，擴大保險範圍照顧更多的民衆。我國自卅九年創辦勞工保險，四十二年開始漁民保險，四十七年實施軍公教保險，六十四年實施學生平安保險，加上民間團體種種保險，所照顧的人數可說不少，但是如此所構成的保險網，却忽略了最需要照顧的農民。主要的原因是農民無固定收入，所佔人口數比率又大，生病率又高（佔總人口的40%），以往國家助力不敷，自是無法被及農民，方今農業人口結構逐漸老化和女性化的紅燈，在在提醒政府應該努力照顧農民的生活和健康保險王教授曾指出用國內消費蔗糖加健康服務稅，用於人民的健康保險，用糖可多可少，可說是一石

三鳥之策也。

再就擴大及低收入民衆來講，實行全民保險的投資並不會比應急的醫療補助或救濟來得負擔沉重，按省府統計本省低收入民衆，估計有九十三萬餘人。所謂低收入者，是指一個家庭中的收入，以平均人口計，凡每人每月平均收入在七百元以下者而言，在不到6%人口數裏，較需要受社會照顧的民衆，政府雖有貧民免費施醫的政策，但不無拘隸不少之嫌。

因根除目前醫療制度的弊病，有效的運用醫療人員，提高醫學水準。

台灣醫療制度的雜亂乃是人爲因素居多；有如醫藥行政的漫渙；醫德的墮落，醫生隨便開刀，和收取昂貴費用；公立醫院的人事糾紛，醫師在外掛牌，服務欠週和管理疏忽；貴族醫院的爭權奪利，假藉財團公益法人行私斂財；藥商重重剝削，誇大宣傳，隨便售管制藥品；公立醫院醫生、病床太少；密醫無法消泯，偏僻地區缺乏醫師種種弊端，在說明了我們缺乏一完整而有效的衛生行政制度，無法適用目前的需要，使醫療工作容易陷入商業化競爭奪利的手段。

實行健康保險上述許多不同的弊端，當可消弭無形，走上健康保險之後醫療行為已不再是一行有利可通的職業，代之而起的是服務性的社會公益行爲，許多因權和利引起的糾紛爭奪，自然無從發生。

而我們所造就的醫療人員，當可求得較有效的規劃運用，分散醫療機構和人員，解決無醫村和醫生叢集都市的弊病於一舉。

實行健康保險之後勢必要建立「全民

健康管理」，即民衆始自懷孕出生，嬰幼兒、學齡前兒童，在學青少年，以迄中老年整個人生階段，分別提供各種不同方式的衛生保健服務，與醫藥照顧予以建卡管理。有利政府衛生主管當局和學術研究單位作爲決策參考，充分瞭解全體國民健康狀況，發掘區域病或潛在的環境因子；同時醫生們也不必擔心病患是否付得起診療醫藥費，臨床研究的機會變得更大，長期追蹤觀察也變得可能。民衆也能接受較熟悉醫生的照顧，其他如病人可拿個人病史資料旅行或他處就醫、轉診等的方便。

(五)台灣地區實行健康保險的另一優越環境，是本省地屬「海島國家」。人口集中而交通便利，適合建立各種層次的醫院網，以英國地域之廣尚且實行成功稱譽世界，台灣實行當比英國當初起辦之時，有著許多便利之處。實行公醫全民保險是時代潮流演進必然的趨勢，況且台灣實行軍公教、勞保多年，經驗上應有許多形勢上的需求，顯示目前此一制度需要擴充改善的地方。

近年來政府和提高人民生活水準是不餘其力，可是對改善人民生活素質却忽略了，政府致力經濟的發展，工廠的林立，結果換來了污濁的空氣，不潔飲水，吵鬧緊張的生活，狹隘的空間，生存在這時代的老人更寂寞了，精神分裂症也在直線的上升，這是對現代社會發展的一項抗議。而我們竭力贊成的全民健康保險的原因，乃在於使中老年人、婦幼、廢疾殘障者受到較多的照顧，這是人類愛心延伸的一種象徵。



四、各國醫療保險制度 施行狀況

公醫制度並非是無法實現的空中樓閣，歐洲各國泰半行已久，當然其中困難仍多，但是我們無法否認它是目前最合乎全民需要的一種醫療制度，希望藉由他國施行結果，擇其優點，避免其缺點，可為明日我國實行全民健康保險的借鏡。本文摘要敘述英國、香港、美國、加拿大、斯堪地納維亞半島各國實行概況，以供參考。

(一)英國

早在1911年英國即建立一全國民健康保險方案，1946年通過「國家保健服務法案」(National Health Service, NHS)，終於1948年7月5日開始實行，費時六年多才完成的法案，真正付諸實現，可說是有史以來最具野心的醫療保健方案。

英國全民醫療制度，見表二，起初由國會負責全民醫療制管理督導之全責，一直到最近才全權由衛生部執行；從1968年11月始衛生部與社會安全部合併，因此目前無所謂衛生部長的的存在，衛生部的主持人由首相任命，有關醫療設施方面的建議，由中央保健服務委員會提供；該會是由與醫療衛生設施有關的專業團體的成員所組成。

在地方階層上，有地方衛生機構(州及自治市委員會)，執行委員會，地區醫院局醫院管理委員會和教學醫院督導局。服務機構由三個主要部門組成，(一)普通開業醫師服務(二)醫院及專科醫師服務(三)地方保健服務(包括家庭及診所的預防及治療服務，有如婦幼福利、牙健、護理服務、慢性病、殘廢者自家協助，各種公衛調查及免疫注射、救護車，地方保健中心，眼科醫療，輸血服務處和藥品設備等之申請與供應。

經費來源

僅有極少一部份來自病人的收費，每一藥房象徵性地收了三毛錢、眼鏡、假牙，助聽器也以低於成本的標準來收費，佔全民醫療制度下總收入7%，從每週薪扣下一塊錢，佔15%，66%來自政府稅收，剩下的12%來自地方當局的補助。

全民健康保險制度下，全科醫療作業(general practice)成為醫療制度的主幹；事實上開業醫師的服務是由「家庭醫師服務」，「牙醫師服務」，「眼科服務」及「藥物服務」等組成，針對患者的需要，提供個別的醫藥照料。

經由家庭醫師服務，家庭醫師可隨時對任何人，提供職業性的照顧；患者可依自己的願望，選擇已編入「保健服務」及同時應診的醫師，他們只須辦任最低限度的手續，亦可請求變更醫師，醫師亦有同樣的自由，隨自己的意思接受或拒絕患者的選擇，

雖醫師在必要的狀況下，當然有急救治療的一般責任，但不能違反個人的意志去照料任何人，能因為他已參入「保健服務」，止他收費診治來加入「保健服務」患者。

任何醫師想參加公共醫務，先獲得「衛生人員執業委員會」許，以免在同一地區的醫師過多一醫師規定只能有最高3500人均2500人；酬勞攤付是按登記人數多少，特別的出診服務，當額外的獎勵和補助金，例如到野務，對居民之急診救助。

至於牙科服務在治療上，9以下患者和孕婦，或乳嬰未滿十二月的母親免收費用；一般齶復裝假牙，鑲補、手術等，通知「估價局」，患者請求使用高貴材料，須額外付給費用。

平常的附屬眼科服務是指作視力和供給鏡片而已，由醫師調者所需視力後，再由眼鏡商人，發較低價格收取費用，兒童所需鏡不收費用。

藥物服務也是在病人獲得醫方後，可以由服務的藥劑師取得，只須付象徵性的微少費用。

全科醫療作業的優點已在上述，但仍有許多缺點有待改進：

- 1、以服務病人登記數來付給薪金，容易生不公平，不為醫師所喜歡，良醫與劣醫無別；1966年後稍加修改



按工作量和所負責任大小成正比來給付。但醫生們最大的抱怨處是長久忙於應付病人，沒有在大醫院診治使他們醫術有淪為二流之虞，一般講來醫師薪金雖然較平常人高，但醫生仍有外流的情形在。

2、醫生整年竟月，一天24小時窮於應付各種各樣的病人，有些病人雞毛蒜頭之事也會去找醫生解決，況且全科醫生對於各種疾病也難於應付，結果演變成隸屬於某地區的醫生，輪流或聯合為病患照顧。

3、醫療費用有逐年升高的情勢，包括藥費、實驗診斷費、人事經費，政府對年老的病患要付更多的責任，以致財務上的負擔年年加重，大約醫療費用佔大英帝國年總收入5%。

4、病床使用率降低，有些病人長期佔用床位，以致一些如赫尼亞，靜脈曲張等較不嚴重的疾病，須等待多時才有床位，當然有些因素是起於部分醫師為了增加私人病患，而故意拉長等待住院者的名單。

5、實行醫療社會化政府和醫生應充分合作，體認全民健康保險的意義，方不致走入英國政府和醫生「交惡」，「漠然」的對立當中；1948年實行全民醫療保險的前夕，英國醫生始終拒絕與政府磋商，若不是有心人士和政

府實行的魄力，英國今日的全民醫療保險制度尙是胎死腹中。

6、免費的醫療服務容易被錯誤的應用，有些不負責任的病人，可能會為一點小疼痛喜歡找醫生替他診治，貪小便宜的心理，對醫生對醫療制度本身都是一種負擔。

(二)香港

香港的醫療和衛生施行，大致跟英國一致，由「香港醫務衛生署」(The Medical and Health Department of Hong Kong)負責執行。以下機構分醫務署和衛生，其組成的成員如表三所示。

香港的醫療制度，大致上可分二方面：醫療管理和醫學教育、公共衛生管理。

醫療方面，有醫院管理、專科門診、普通門診、牙科和醫療收費等工作。醫院可分為1政府醫院2政府補助的慈善機構醫院3政府補助的教會醫院4私人醫院5政府門診。截至1972年底共有16733張病牀，平均每一千人有41床；私人性質佔12%其餘率皆屬公家機構。在各區選設立各科的普通門診和專科門診中心。偏僻地區則設有流動診療所、藥房和定期性的飛機診所，廉價醫療中心。

在政府醫院和政府補助醫院看一次門診，只須港幣一元，包括所有的費用，即如看特別門診也是只須港幣

一元。私人醫院雖較為昂貴，但較之於其他地區，還算是十分便宜的了。對患有肺病、痲瘋病、性病和有關社會衛生的疾病，政府一律給予免費的治療，偏僻地區病人，也同樣地給予免費治療。

由於香港醫務收費都很廉宜，所以香港的勞工保險制度，主要是針對投保人對其付出受損的賠償。

香港醫療施行的特一特色是「學童保健制度」。由學校醫務署推行，它完全是一個獨立的機構，專門負責推行學童保健制度的宣傳，並連絡掛牌行醫的私家診所參加此項保健制度。其施行方法和我國目前推行的「學生平安保險」有點類似，只是我國施行的程度，尙是離香港有一段距離。

另外香港對於衛生管理，如傳染性疾病的預防，港口和海港衛生、學校衛生、精神疾病的恢復、吸毒與戒毒中心的設立，也都頗有成就。

香港醫療目前最大的難題是人口密度的上升，使病床不敷使用，如何增加醫療設備及醫院和病床數目是最重要的課題，值得欽佩的是香港政府對於醫療人員的管理，始終抱著寧缺毋濫的原則，因為它始終是把全體居民的健康，當成首要的考慮。

(三)美國

美國的健康保險，是由藍十字會等不以營利為目的的民間機構辦理。美國目前的醫藥保健組織大約可分為



醫藥教育與研究系統，醫藥衛生行政決策機構，醫藥保健媒介單位，醫藥職業團體公會，社會慈善組織等等。

以醫院而言，大致可分為1. 屬聯邦政府行政系統的2. 州政府行政權力可及的州立大學醫院及州立醫院3. 郡、市管轄的市立醫院4. 私人、社區和教會經營醫院。其中種類1. 2. 3. 的醫院人事，經費完全在其政府的管轄下，種類4. 的醫院的人事經費不受政府管理，但醫院建築安全，防火避難設施則例外，受地方政府監督管理。

美國醫藥費用昂貴，一般民衆如無醫藥保險，實在無法應付，醫生爲了防止醫療糾紛買保險的風氣也很盛；各種保險項目繁雜，每家大小醫院都要有專人來處理應付；但美國社會捐獻給醫院基金的風尚，對於全民健康制度的推行，將是一種鼓勵。

美國政府對醫藥的管理也頗爲上軌道；例如設立 F. D. A. (Food and Drug Administration) 對新藥的批准，已使用藥品的督察，可說管制最進步的國家。或許以後會實行資格再審，換發執照以加強醫藥人員，藥品水準等的管理。另外醫療對病人醫療水準的定期考核，也是將來導向全民健康保險的重要管理措施。醫療服務品質可望提高，達於水準

四加拿大

加拿大是一個全民醫療保險辦得水準很高的國家，一九七二年以前，國民每月需繳納少許的醫療保證金

，但自新法律實施後，凡是加拿大的國民與移民，皆能享受高水準的免費醫療。

政府對生育，從出生到上學，都有系列和詳細的照顧，每個月尚補助二十元，直到成年爲止；入學後倘發現課業不如同班同學，必先作視聽力檢查，心理分析，找出毛病，然後給予治療。

一般人到公立醫療看病，醫藥、檢查、手術費全免費，如果地方醫療設備不全，飛機輸送費由政府負擔。大部分病人是到家庭醫生去看病，只收藥費，診斷和檢驗費由政府負擔。住院時，四人一房一切免費，二人一間或一人間的須要付一點費用，但醫護和伙食則一律平等。

因生病而不能工作的，政府尚補助生病前月薪三分之二。針對特殊需要的病人，政府設立各種特殊的醫療機構，如牙科公共健康中心，癌症服務中心、心理健康中心、殘障復健部，慢性和失能疾病，酒精中毒症，關節症、腦麻痺、糖尿病、失聰失明，血管硬化、小兒麻痺等的防治中心。

(五)斯堪地納維亞半島

斯堪地納維亞半島指位於北歐的丹麥、瑞典、芬蘭三個國家，各國文化背景雖雷同，但各國的醫療制度却不盡相同。本半島各國可說是最先體認到「健康是人民的權力之一」的國家，醫院財政很早就被認爲是公衆的

責任，醫療衛生制度採「地方分」。

它是以地方的自治村，自治爲行政單位，各單位有充分的自治，包括徵稅，但亦受各種限制，爲各地區計劃病床的供應，與聯繫工作等，這種立法程序的特於建立每單位人口作最經濟的醫務；各自治區都具有提供各型醫藥房費的能力，這些醫院包括小型型和中央醫院。

政府對於醫院的管制權力，衡量須給予多少補助金的審核和對新醫療部門成立的批准而已院的「區域化」在瑞典已有長足步，但以丹麥和芬蘭的表現更爲。傳統上本島三個國家分別有三開的醫院系統，現在三系統的醫進行統一和合併。

本島醫院通常無門診設備，工作大都由私家開業全科醫師與醫師作第一步處理，然後把所有轉送公立醫院，至於家庭訪視和者的照顧不在醫院工作範圍內。

丹麥和瑞典是實行強迫性保險的兩個國家，但大部分的醫療還是由所有人負責和中央政府補助。至於收費僅是象徵性的，每天住院只收6馬克（美金1.25），丹麥和瑞典則全部免費。

五、台灣目前的衛生能力分

在談論全民保險和明日醫療



設計之時，一定要從台灣目前本身的衛生能力；包括財力、人力資源、現有設備、制度和觀念上有一番全盤性的瞭解，才能針對實際的需要，作完善的醫療隔劃和設計。

台灣地區的醫療衛生系統可分四方面來談：

1 行政管理：台灣地區現行各級衛生機構行政系統，見表四；行政院衛生署、台灣省政府、台北市政府、福建省政府，共同隸屬行政院轄管，其下各設衛生處、衛生局和衛生院所，分別管轄各縣市衛生機構，負責業務和政令的推行；其中行政院衛生署對各衛生局、衛生處和衛生院有業務上的關係，負責推行衛生計劃、制定衛生政策、及各層次有關衛生事務的管理和協調。

台灣省衛生處，負責掌握省內一切衛生業務，包括治療與預防以及在職醫事人員的訓練，同樣的，省衛生處也對市、鎮衛生局行督導之責。

至於台北市政府衛生局，同樣也負責管理市內一切醫療衛生業務，精管直屬醫院各區衛生所和公共衛生中心業務的推行。

每一縣市都設有衛生局（共計二十個），附屬於當地的政府，並且受到省衛生處的節制，司掌縣市內一切衛生業務，如預防或控制傳染病、醫療服務、食物和藥品管制、檢驗服務以及其他有關事項。

在地方鄉、鎮設有衛生所，由縣市衛生局節制；偏遠山區則設有衛生

室。

2 醫學教育與研究：醫學教育機構是培植醫療衛生人力的來源，而醫學研究更是醫療水準提高不可或缺的努力。目前台灣共有七所醫學院校，計有①國立台灣大學醫學院，含大學部、研究所、博士班，每年可畢業八十至九十人②國立國防醫學院，分大學部和碩士班，隸屬國防部③國立陽明醫學院，屬公費學校④私立高雄醫學院，每年畢業一百人，另專為山胞地區設四年特殊課程，每年畢業六十人⑤私立台北醫學院，每年畢業一百二十人⑥私立中國醫藥學院，設有醫學系和中醫系。⑦私立中山醫學院；由原中山醫專改制而成。

牙醫學系計有國立台灣大學、國立國防醫學系、國立陽明醫學院、台北醫學院、高雄醫學院、中山醫學院，每年畢業業約 400 多名。

護士學校則有下列數種課程：(1) 國立台灣大學、國防醫學院、台北醫學院、高雄醫學院和中國醫藥學院的四年護理課程(2) 省立護專和三所私立醫專的三年課程(3) 省立護專和其他七所私立學校的五年護理助產課程(4) 省立職業護士學校和其他六所私立學校的四年職業護士和助產課程(5) 國防醫學院及五所私立護士學校的三年職業護士課程。

3 醫療服務系統：台灣的醫療可大致分為公立醫院、財團法人暨設醫院、教學醫院、私人診所、教會醫院等類別，另外鄉鎮衛生局和衛生所，

也負責一大部分的診療作用。其中公立醫院除了本身診療收入以外，尚接受政府的補助。民衆就醫、軍公教人員保險勞工保險和各種保險業務，扮演著一個重要的角色，在整個醫療系統裏它具有舉足輕重的制衡作用，可是實行十幾年來，也暴露了不少的缺點。

目前勞工保險項目包括生育、傷害、殘廢、疾病、老年、死亡六項，但其中以疾病保險一項對勞工之貢獻最大，約佔所有給付件數的 90%，這是疾病給付實施前所未曾想到的；而多年來勞保備受批評的原因諸如保險費率採綜合制，有欠公允；職權紛雜行政效率不高；勞保局始終抱著「不可賠錢」的政策，使醫療費用未得合理調整；勞保指定醫院因之違法作假帳、收集勞保單，小病以大病醫，抓住勞工患者，充分利用床位空檔等不法苟當。積於上述理由，行政院於 67 年 4 月 27 日通過「勞工保險條例修正草案」，將現行勞工保險範圍擴大，勞保給付標準提高，保險費率由綜合費率變更為勞災分離制，加重災害事故率高之事業雇主的責任，和加重各種罰則等事項。

預料實施後，可使勞工保險投保人數由目前的一百八十八萬餘人增加到二百五十萬人以上；值得注意的是此次修正改為強制投保，僱用人數由十人降至五人以上為投保對象，實施職業災害保險差別費率，增加特約醫院所，降低老年給付年齡至五十五歲

，提高保險給付標準等，較之於過去情形，顯然有很大的進步；只是對於雇主規避投保、投保工資以多報少或詐取給付的弊端，並不是徒然加重罰則所可預防，其次應加重勞保醫療費用支付額，免貽人「社會福利機構成爲盈利事業」之譏。

公保財政負擔，一部份由政府負擔，而醫療工作多由公家醫院承擔，管理方面由中信局擔任，目前尚稱完善。

②目前台灣地區的衛生及醫療機構（見表五），從實施全民保險的準備工作來講，尚是離理想甚遠；以香港每千人4.1床標準計算，需再增加一倍的病床數才敷使用，約三萬四千五百床左右，目前台灣現有病床數是32452床；再就以每1500人須有一位醫師計算，台灣目前的醫師是足夠的了（見表六），計有11361人；而護理人員則是普遍的缺乏，以每萬人口15位護產人員計，則須增加一倍，即需要再增加13152人，依65年度統計台灣現行護理人員只有11341位。再就藥劑師、藥劑生的人數達10354位的數量來講是綽綽有餘；但相形之下牙醫師和鑲牙生的服務人數來講，則是少得可憐，總共才1532位，每萬人口數平均只有0.938位。

以公共衛生的立場來看，台灣的醫療水準尚是在未開發國家之行列，而實際現行醫療情形，則是不無混亂，台大公共衛生研究所曾統計發現：患者在實際求醫診治時，對象是西藥房的自購成藥服用者佔20%，找中醫或密醫治療者佔40%，真正找西醫診治的才佔40%，況且國人迷信氣氛仍濃，巫醫，乩童也扮演了相當的角色

。

再則，我們發現台灣目前的醫院和病床數目，私人醫院診所佔90%以上，病床數目屬於私人醫院診所亦佔97%（見表七），大部分醫生都在私人診所醫院開業，而且明顯的有叢集都市的現象。將來要實行公醫制度，勢必要借助私人診所醫院的整體合作，疏散醫院的分布，和有一套詳盡完善的管理計劃。

在健康投資上，我國顯然較之於英美國家，真是有天壤之別，美國雖不是實行全民保險的國家，1976年於醫療界的花費，竟佔美國國民總產毛額的8.6%，所以醫療界算是美國最大的企業之一，英國實行全民保險1969佔GNP 4.6%，所以有些政治家警告醫療界，在非保險公醫制度如美國，高速上漲的醫療費用，會促使政府全面接管醫療事務。我國每年在醫療費用上的投資，總在國民總生產毛額百分之二、三左右，當然加上國民於醫療上的花費，亦有一筆不小的數目，種種跡象可從醫療費用佔家庭支出平均率獲得證明，以1973年爲例，保健及醫療費用每人每年佔家庭性支出的4%，可以說佔一個很高的比例，此現象在農村尤其明顯。

4. 公共衛生管理：自民國三十四年以後，由於積極有效的防治疾病、天花、霍亂及鼠疫等三種主要傳染病，已相繼絕跡，其他如狂犬病自民國四十八年起未再發生，而瘧疾亦於民國五十四年亦予以根除，目前正致力於減少白喉、砂眼、性病、血絲虫病、結核病等防治中。

除了對傳染病的防治在台灣有顯著的效果外，對於全省之衛生網的建

立，偏遠地區人民健康的照顧也遍推行中；較值得注意的是文藝結果所導致的公害問題，空氣污染、水源污染、廢物和噪音問題，已的影響了人類的生活空間；生活是提高了，生活的素質却是相形落，無怪乎腦血管病變、癌症、病等慢性病，隨著工業化的進步踞十大死亡原因。

我國深受鴉片之害，對於吸毒問題，已有很好的防患措施，是吸毒情形仍時有所聞，其危害、社會經濟和秩序甚大，因此禁治、亂用藥物等，仍須加強努力。

人類最大的慢性病就是老化，這是每個人必經的過程；基於的愛心和敬老尊賢的美德，對於貧病的老年人，應予以妥善的照料。台北市於王耀東衛生局長任內，倡老人保健，訂定老人健康管理服務計劃，分別於台北市各區創立中老年人健康門診，及成人示範中心，爲中老年人提倡醫療，包括：一健康門診諮詢，灌輸教育。二免費健康檢查，量血壓、尿糖、尿蛋白、心臟檢查。三個別護理。凡經檢查發現有循環系病的貧苦老人，或六十歲以上行便老人，均責成衛生所地段公共護士收案管理，定期作家庭訪問予適當護理、保健指導，或免費所需藥品，使老年慢性病患不致醫院病床，而得享受在醫院同等的料。施行以來，已收到立竿見影果。廣受民衆的讚揚。另外貧民局局長任內實施，爲其他縣市所未

因此台灣省政府於77年起，於四個省轄市和台北縣、南投縣等六縣市試辦老人保健指導和醫療服務，按本省六十五歲以上老人，超過五十萬人，佔總人口百分之3.5，試辦期間暫以七十歲以上老人，未予收容安置者為檢查對象，按八五折收費，老人醫療計劃中，若發現老人罹患重病須要就醫者，如為貧民，則免費就醫，低收入者由縣市政府補助三分之二，檢查所需費用不分貧富一律由當地縣市政府負擔。

社會上常被遺忘的一羣，包括癩病、精神病患和游民，都是需要照顧的可憐人，基於社會福利的精神，應多予以實質上的幫助，目前幾個收容院和療養院，病患所接受的服務，可說微乎其微，大部分仰賴幾個慈善機關和教會團體，在默默地奉獻犧牲，以今日醫療照顧水準來講，社會應可提供更多的服務。

台灣目前另一個潛在的危機是「人口壓力」，經濟的成長率很快地會被高度上升的人口出生率抵消，根據省府統計，台灣地區的人口密度已高達每平方公里468人，僅次於孟加拉，勸導實施家庭計劃已難以阻遏，宜改採積極甚至強制方式進行，其所要努力的包括完成「優生保健法」之立法程序，勸導並補助結紮，加強家庭計劃教育，尤其偏遠鄉下地區的宣傳工作；建立社會安全制度，減少對子女的依賴程度；財產繼承上做到男女平分，減少重男輕女觀念，研修法律有關條文，消除鼓勵生育者，以減少推行人口政策之阻力，並設定限制生育之條文，以促進出生率之降低。

六、全民健康保險與明日醫療設計探討。

以我國現有醫療狀況，要談全民保險，離歐美水準是有一大段距離，無論在財源上、制度上、人力上、醫療設備、國民教育水準和觀念上，仍需極大的努力，方有能力夠條件談醫療保險；可是實施全民健康保險並非是一個遙不可及的目標，英國當年要實行健康保險所受的阻力，當不亞於今日，首先反對的呼聲是來自醫師公會團體，國家財力負擔更為多數官員所憂慮，民衆懷疑的眼光，使準備了六年的健康保險計劃，陷於困頓，可是今日英國的福利政策，全民健康保險制度却是實行得最成功的國家，人民都能享受到高水準的醫療照顧，乃是有目共睹的事實。

一個耐人尋味的問題是英國於醫療衛生上的投資，佔GNP百分率的4.6%（1969年）不是世界上花費在醫療衛生設施最多的國家，而美國於1976年高達GNP百分率8.6%，却未能實施全民保險，足見制度上的缺失，是實行全民健康保險的障礙。

人民抱怨的原因，在於驚張的醫療費用，使每人花費每年約六百五十美元於醫療費用，佔典型美國家庭收入11%；而政府的補助計劃常鼓勵醫療界作不需要的醫療空間建設，因之轉嫁到病人身上，重複的醫療設施，造成人員和財力的嚴重浪費，據估計美國全境內每天約有二十萬張病床是空的，我國目前當然沒有這種情形，只是他山之石可以攻錯，明日我國作全民保險時，醫療空間的佈置應作有計劃的分配。

成事在人，除了醫療設施外，衛生人力資源也是一個很重要的因素；實行全民健康保險的準備工作，應該有計劃地培養衛生醫療人員，在醫生的供應上，目前暫不構成問題，可是輔助醫療人員，包括護士、護理人員、檢驗生、公共衛生專業人員，仍然非常的缺乏（見表八），只是我們也不贊成胡亂製造衛生人員充數，因為那和實行全民健康保險的始意不符，徒增日後的不「保險」而已。

我國施行全民醫療保險，究竟該採何種制度，始終很少人談及，把英國醫療制度作「整體性的輸入」並不是很聰明的做法；英國的文化背景，醫療基礎和國民平均教育水準不同於我國，只能說英國的全民健康保險是我國追求的目標。在實行方法上應因應於我國現有醫療基礎，採用英國、歐美、加拿大各國實行狀況，融滙成適合我國的醫療制度。

我們不敢絕對聲言我國應採何種制，只是我們願意提供下列意見，作為我國實行全民健康保險前的建議。

一、依我國目前的財力負擔所及，應從部份保險做起，做重點式的保險照顧，例如老人健康保險服務、學童健康保險，貧民免費就醫、殘障照顧、低收入民衆醫療補助等。

二、擴大現行保險網，照顧更多民衆，例如繼行勞工擴大保險後，應實施農民健康保險，塩民健康保險，全面漁家保險、勞工眷屬醫療照料等，使擴充至一個程度，即可蛻變成醫療保險的基架。

三、大量擴充公立醫院和教學醫院的容納數量，使之成為領導地區醫院的醫療中心，關於這點我們須努力

的尚多，在於目前公立醫院和教學醫院數量太少，今日醫療的主幹，反而是地方執業醫師和私人診所醫院，將來借助於私人醫療機構人員的地方尚多；在於今後的醫療保險制度宜以公立醫院為主幹，所以似乎從擴充各地衛生所設備和人員，使之成為地區醫療主體較為易行。（見表九）

四、健全全民健康管理資料卡，分別由政府、人民各執一份，如此將有助於衛生主管單位瞭解全民健康狀態，作為公共衛生行政的參考，民衆也可擁有自己的健康和病歷資料，便利就醫的方便。

五、加強民衆的公共衛生知識，充分瞭解全民保險的意義，方能求得全民的合作，使社會互助的利益能及於每一個需要幫助的人。

六、今後的醫療服務，宜改為象徵性的少數收費，而不是全然免費的服務，因為自私的心理可能會是全體醫療保險的困擾，一些不負責的病患，可能會喜歡醫生替他看些無關緊要的痛癢，却巧妙地避免剪草工人去整理庭園，因為那是要收費的服務。

七、假如實行家庭醫師服務制，不應以登記服務人數多寡為給付薪金標準，宜參照實際照顧病患數，和負擔責任輕重，作適當的獎勵方法。

八、實施執業服務醫師，輪調回醫院受訓和再教育，以免長久忙於應付病人，醫療水準跟不上時代進步。

九、加強醫院病床利用率，防止不必要住院病人的佔用，一方便也可作為醫師，醫療水準評核的參考。

十、實施醫院系統的企業管理，集體購買、醫技合作等方法，此種方法在美國德克薩斯州的醫院群曾有很好的效果，節省了大約二千萬美元。再則醫院與人口比例也應訂定一定標準，防醫院太過擴充或分散不均。

十一、醫生的合作是使全民健康保險制度成功重要的一環，當然醫生應具備有高度的愛心，服務熱誠，可是我們亦不能要求別人作過分的犧牲

，合理的報酬才是使計劃成功，站得住的方法。世界各國醫生的收入較高已是潮流，調整公立醫院醫師的待遇已是刻不容緩的事，如此才能有較好的醫生。

十二、保險費率不宜太高，而且宜按國民所得徵繳不同保險費率，使有錢人多為社會服務；並且國家應設專款補助大部分經費，和統籌運用社會福利捐獻，使財務得到充分正確的使用和管理。

十三、訂定國民健康保險法，設立專權執行機構，負責目前的計劃、準備工作，及明日全民健康服務後的監督、執行，不斷地改良，才能使制度趨於完善。

十四、重視衛生環境的改善，從根本上求得一勞永逸的解決，實則我們今日強調醫療保險；除了主要針對疾病、傷害的防治外，尚須提供國民一健康的生活空間，否則一個灰煙瀰漫的都市，怎能叫人民的肺健康無疾患呢？對於防止水源污染，噪音防抑、廢污物處理等也都要以科學的方法來尋求解決方法，確保人民生活的健康安適。

七、結語

台灣從37年於台北縣中和鄉試辦第一所衛生所起，綿延至今日347間衛生所，其中漫經三十年的歷史，可說是在艱難，苦心經營；乃至今日倡議全民健康保險制度的普遍施行，尤其是困難重重，但以後全體國民實質上的需要，我們呼籲政府應從速全民健康保險的計劃與準備工作。

全民健康保險是社會保險的一部分，所以全民健康服務施行的成功，更有賴其他政策的配合，包括社會福利制度的全面擴張施行；使全民無一人因貧窮而無法就醫，無一人因就醫而導致經濟上的困難；改革現行醫療制度的缺失，因此全民健康保險計劃，並不是對於舊制度全盤的推翻，而是棄其糟粕，留其精華，擴大原有制

度的優點。

全民健康保險在使全民享受論質和量齊一的醫療照顧，日久，國民漸漸了解的它的好多人會自動出來為社會服務，強制精神便會消失。

醫藥分業問題一直是個爭點，如今不能實行的原因牽涉到和制度的尤多，在於藥品管理不完善，藥商藥局的氾濫，藥商壟斷市場的弊病，許多不一而足的問題，於全民健康保險後，更難行政管理，使我國藥政上軌道，人員各執其業，達到合作、進步途。

值得注意的問題，是實行全險後，可能導致家庭計劃和人口更不容易執行，這當然牽涉到生育水準和民衆養育兒女的觀念，應該進行宣導家庭計劃的重要性，對於婦幼衛生福利仍需加強，利用其暨有家庭計劃組織，進行婦女健康及生育指導，另外幼兒園、托兒所、幼稚園管理上的許多缺點，也應納入管理，即可改善目前所、幼稚園管理上的許多缺點。

對於目前公衛人員缺乏的問題，可從醫學教育做起，使醫學院的學生，受足充分的公共衛生訓練，當可為醫療制度上提供許多可用力資源，而且更能深入民間。

全民醫療保險的另一種意義是使整體的醫療系統能適應戰爭需要，成立各種有關醫護的自治，在英國尚有專設的「國家輸血」，平時除可供應地區的血液，尚可於戰時發揮相互救助的功能。

實行全民健康保險正是體現父全民「公醫」制度的理想，也是天下為公精神的表現，今日我們行全民健康保險的成功與否，關係全體國民知識、道德的提高，國力的充實，政府的決心和能幹生的自覺及協力。

望全體國民合衷共濟，共襄盛舉，則將是中華民國史上輝煌的一頁，唯國民是幸。

六 台灣地區醫護人員、病床數統計 (65 年)

	每萬人口數 (人)	服務人口數 (人)	每平方公里數 (人)
	6.958	143733	0.3157
	0.938	10658.6	0.0426
	4.761	2100.5	0.2161
	5.242	1907.6	0.2379
	1.703	5871.6	0.0773
	19.874	503.2	0.9018

是
76
11
16328946 人
31 平方公里計
人 / 平方公里 (65 年底)

機構

機構	私人醫院診所及其他
	8671

表七

	醫院診所數	床 數	執業人
公 立	675	9951	655
私 立	8563	21852	2478
事業機 構附設	106	649	56
總 計	9344	32452	3200

年底醫事人員核准給證累計人數、執業人員數

	醫檢師	護理師	護 士	助產士	藥劑生	鑲牙生	醫檢生
202	327	4190	14957	13216	3152	300	149
66		8560		2781	2308	166	
20		4698		2024	2271	154	

表九 台灣地區 65 年底醫療機構及執業醫師之服務分析

機構 K m ²	服務人口數 (人)	執業醫師 (包括西醫、中醫)	平均每一執業醫師		床數 (床)	平均每一 床服務人口 數 (人)
			服務面積	服務人口數		
	1748	11361	3.17	1437	32452	503
	1889	8498	4.20	1678	25280	564
	1151	2863	0.10	722	7172	288