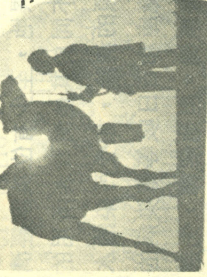


我國健康保險的發展



藍忠孚

一、前言

醫療事業是整個衛生事業的一部份，其目的在維護國民健康，延長國民壽命，故也是社會福利事業中最重要的一環。根據我國憲法第一五五條規定：「國家為謀求社會福利，應實施社會保險制度。……」第一五七條規定：「國家為增進民族之健康，應普遍推行保健事業及公醫制度。」⁽¹⁾由此可以看出，社會保險制度是社會安全制度的核心，健康保險又是社會保險制度的主要部份，而公醫制度是衛生保健事業的終極目標。

健康保險在我國是採漸進的方式，先舉辦公保及勞保。依政府政策方針及財政考慮，再逐漸擴大範圍，以奠立全民保險的基礎。美國戴維斯教授 (Karen Davis) 列舉國民健康保險的主要目標及次要目標各有三項⁽²⁾，其主要目標為：

- 1 確保國民醫療服務的可近性 (Accessibility)。
 - 2 消除國民獲得醫療服務的經費障礙。
 - 3 限制醫療費用的高漲。
- 其次為目標為：
- 1 國民應享有公正 (equity) 的保險給付。
 - 2 各項行政的安排，應力求使醫療供應者與需求者皆能滿意。

3 醫療品質的控制。

健康保險既是為了提供民衆公正 (equity)、均等 (equality)，且品質良好的醫療服務，則與醫療保健服務實為一體的二面，而有密不可分的关系。健康保險欲順利推展，確須與醫療體制做最好的配合，而醫療制度的健全發展，則有賴各項醫療資源的充分發揮其功能。本文即在探討我國健康保險的發展趨勢，及其與醫療體制及醫療資源的配合問題。

二、健康保險的發展趨勢

(一)我國健康保險的現況：
健康保險為社會保險的一部門，由國家經營管理，國庫負擔部分經費，強制投保，勞資雙方分擔保費，形成共同資產，期以最少費用，發揮最大保護與互助作用，將不幸而集中於少數人的傷病危險，及由此而生的經濟損失，透過健康保險的組織機能，分散於社會大眾，使之能維持或恢復安祥、健康與福祉的狀態⁽³⁾。

我國現行社會保險包括勞工保險、公務人員保險、軍人保險及私立學校教職員保險等四種。除軍人保險未辦健康保險外，其餘保險的被保險人總數達三百五十萬人，占全人口的 20%，其中以勞工保險及公務人員保險為主幹，兩者被保險人數約達三百萬人，占全部社會保險的 85% 以上，成為未來擴大全民保險的

礎石。茲將公、勞保的制度現況說明如下：

1 勞保：

勞保的主管機關在中央為內政部，在地方為省（市）政府，其業務執行機構為「台灣地區勞工保險局」（以下簡稱勞工保險局），監理機構為「台灣地區勞工保險監理委員會」，其主要功能為集合勞資雙方、政府及專家的意見，共同監督勞保業務，下設「爭議審議委員會」，專責處理勞保爭議事項。

勞保的強制承保對象，為年滿十四歲以上六十歲以下，受僱於僱用五人以上的公民營產業及交通、公用事業單位的工人、公司行號員工，以及職業工人、專業漁撈勞動者、政府機關學校的技工、司機及友友等。一九八〇年底投保人數達 2,538,125 人，占全人口 14.39%（見表一）

其保險費率為被保險人月投保薪資的百分之八，其中普通事故費率為百分之七，職業災害平均費率為百分之一（實際費率自百分之〇·三至百分之三）。保險費由雇主負擔百分之八十，被保險人負擔百分之二十；無一定主者，由政府補助百分之四十，被保險人自付百分之六十。保險給付分現金給付及醫療給付二種，其中生育探現金給付，傷病保費及醫療給付二種，醫療給付現金及醫療給付二種，醫療給付於民國四十五年先辦住院診療，至民國五十九年加辦門診醫療。

2 公保：

公保以銓敘部為主管機關，業務則由中央信託局「公務人員保險處」辦理，並以政府法定機關為要保機關，凡其編制內的有給人員、有給公職人員及聘雇人員，一律參加保險。一九八〇年

底投保人數 424,403 人，佔全人口 2.4%（見表一）。現行保險費率為被保險人當月俸給百分之九，保險費由政府補助百分之六十五，被保險人自付百分之三

十五。保險給付分現金給付及醫療給付二種，其中對殘廢、養老、死亡及眷屬喪葬採現金給付，對生育、傷害及疾病採免費醫療給付。

度現況

央為內
政府，
地區勞
工保險
地區勞
主要功
及專家
務，下
專專責
處

，為年
，受僱
產業及
人、公
人、專
學校的
一九八〇

25 人

表一)

月投保

通事故

害平均

率自百

。保險

，被保

一定雇

四十，

保險

付二種

傷病採

療給付

，診療

給付⁽³⁾

醫療

表一 公勞保被保險人數及占人口之百分比

保 險 別	1970 年底		1975 年底		1980 年底	
	被保險人數	佔全人口%	被保險人數	佔全人口%	被保險人數	佔全人口%
勞 保	905,610	6.24	1,544,557	9.65	2,538,125	14.39
公 保	298,667	2.06	367,053	2.29	424,403	2.40

(一)現存問題：

1 勞保基金未妥善利用：

社會保險基金係屬保險財務管理的重要一環，其基金運用得當與否，關係整個保險財務結構的健全，與被保險人的權益，並影響國家經濟發展與財務金融的調節至大，故在運用時應考慮其安全性、收益性、流動性及福利性等四項原則⁽³⁾，但在實際運用中，亦不得不兼顧其本身的特殊需要性。

依勞保條例規定，勞保基金有下列四項用途：

(1)對於公債、庫券及公司債之投資。

(2)存放於國家銀行或省(市)政府指定之公營銀行。

(3)自設勞保醫院之投資及特約公立醫院勞保病房整修之貸款。

(4)政府核准有利於本基金收入之投資等。

惟目前勞保基金至 1981 年 12 月底止累積約 192 億元，其中大部份(161 億餘元)存於銀行生息⁽⁵⁾，而未妥善運用，實在可惜。因此，基金應如何有效運

用於勞工福利上，實為當前的一大問題。

2 健康保險事權未統一：

我國健康保險主要有公保及勞保二種，前者以考試院銓敘部為主管機關，業務由中央信託局辦理；後者的主管機關為行政院內政部，業務委託台灣地區勞工保險局辦理。如此一項事業多頭馬車的情形，不但浪費人力財力，且為將來實施全民健康保險鋪路起見，有人主張將現有各種保險統合為社會保險，以國家為經營主體，以求事權統一，節省不必要的浪費，並提高經營效率。

3 保險機關與衛生機關的連繫不夠：

醫藥、護理及其他醫事人員的管理，屬各級衛生行政機關，故保險有關醫療業務部份，應與衛生行政機關取得連繫，切實合作協調，否則權利與責任分政，各自為政，形成本位主義，不但影響工作的進行(包括資源利用與分配)，且對整個醫療體制而言，亦難免會阻碍其進步。

4 醫療費用的上漲：

醫療費用的不斷上漲，正是

目前世界實施健康保險的各國所共同面臨的大課題，因此，對於醫療費用上漲原因的研究，可以說受到相當的重視。檢討我國醫療費用上漲原因，大致可歸納為人口老化、生活教育水準的提高、醫療技術的進步、物價上漲及被保險人的行為因素等。由於我國醫療保險採實質給付方式，在片面規範診療或限制用藥下，呈現的是醫療網的紛亂，因此，保險機關與醫院間不是存在著一些過剩治療的問題，就是保險財務不能負擔。雖然實質給付對被保險人而言，是十分方便的措施，但也正因為如此，被保險人常濫用保險，且也誘發了醫師方面濫診濫療的現象，益增保險的財務負擔。對於此種情形，各國無不採取各種防止濫用及控制醫療費用的方法，歸納起來不外乎是對醫療需求面的控制及醫療供給面的控制二者，前者包括制訂合理的藥價基準及診療報酬，實施部份負擔制度，或試圖改變被保險人對醫療需求之態度及行為等，而後者則是經由醫療保健費用支出的分配，有效的利用資源，以

及開發新的資源，並適當的調節醫療供應量，使不致浪費，並進一步做到最高效率的利用，以滿足國民需要，這些都可供我國借鏡。

三、未來發展趨勢

以上所述，健康保險是社會保險的主要部份，而公醫制度為我國衛生保健事業的終極目標。依照我國目前健康保險事業發展看，應先使健康保險邁向「醫療社會化」的境界，然後再以此作為實施「全民健康保險」的基礎，以至於實踐「公醫制度」的理想。

健康保險所欲發揮的功能，即無論男女老少、貧富貴賤，均能享受均等的醫療服務；意即運用保險的組織及技術，以分散眾人的傷病危險，分擔合理的醫療費用，以達到最有效率的醫療資源的運用。而醫療社會化據日本社會保險學者曾田長宗氏的看法，亦是強調醫療機會的均等，並且要達成五個目標⁽³⁾：

- 1 醫療資源普遍化。
 - 2 醫療組織功能層次化。
 - 3 醫療費用合理化。
 - 4 服務經營企業化。
 - 5 醫療管理科學化。
- 其中以第三項醫療費用合理化最為重要，為此許多國家莫不開辦全民健康保險或建立國民保健服務制度，為之因應。惟免費醫療因有無可避免的弊病，故如採用醫療費用受益者部份負擔制度，則更能臻於社會化醫療的目的。其次透過保險的發展，也能誘導各種醫療資源的普及，與醫療系統的初步建立。因此，我們除一方面要開發新的資源外，為能充分利用現有可用的醫療資源，使其發揮最高的效率，須於醫

療組織系統上，劃分階層、區域，使各區域階層的醫療機構及各級醫事人員，均能彼此協調，溝通合作，而發揮其應有的功能，以避免不必要的重複及浪費。在此進行過程中，仍不能忽視醫院管理的重要性，使之經營企業化（即服務大眾化、態度平民化），並配合科學管理，電腦的使用，以降低經營成本，避免浪費，以提高效率，加速醫療社會化的達成。

根據 1980 年的統計資料，我國健康保險方面的醫療資源如下（詳表三、四）⁽⁵⁾：

(一)醫師：

勞保特約醫療院所中共有 5,084 位醫師，占全台灣地區的 33.3%，每千個被保險人有醫師 2 位；公保則有醫師 3,942 位，占全台灣地區的 25.9%，每千個被保險人有醫師 9.3 位（台灣地區共 15,247 位醫師，每千人口只有醫師 0.86 位，尚未達到每千人口有一位醫師的標準）。

各地區分佈中，勞保特約醫師以台北地區最多，占 44.4%（共 2,219 位），每千個被保險人有 1.8 位醫師；至於公保亦以台北地區最多，佔 47.1%，每千個被保險人有醫師 10.2 位。

(二)病床：

勞保指定醫院有 23,394 床，占全台灣地區病床的 59.2%；公保每千個被保險人有 9.2 床；公保只有 6,027 床，占全台灣地區 15.3%，但因被保險人數較少，故每千人有 14.5 床；而台灣地區共有 39,354 床，每千人口只有 2.2 床。地區分佈中，仍以台北區為最多，勞保占 40.0%，每千個被保險人有 18.9 床；

而公保占 39.5%，每千個被保險人有 13.0 床。

(三)醫院：

勞保醫療所共 2,082 所，其中台北地區有 722 所，占 34.6%；公保醫療院所共有 495 所，其中台北及台中地區各有 82 所，各佔 16.52% 及 16.57%；而全台灣地區共有醫療院所 11,290 所，其中於台北地區有 4,082 所，占全部之 36.16%。

由以下數字資料，可以發現我國未來健康保險發展的重要取向為：

(一)解決醫療資源分佈不均的現象：

目前我國醫療資源存在著分佈不均的現象極為明顯，尤其台北地區各項醫療資源的集中，造成各地病人一味往台北大醫院湧去，而形成看病大排長龍，醫師診療草率，住院找不到病床等弊病，不但破壞了現有的醫療體制，也造成許多資源重複與浪費。醫療資源的不足，因然是實行全民保險的一大障礙，但資源分佈不均以及由此所造成的浪費，對保險的營運影響更大。因此各項醫療資源的利用，應力求互補性，意即既有資源應妥善配合利用，以助長保險，並開發新的資源，以支援保險的發展。

(二)建立完整的區域性醫療保健服務網：

為解決醫療體制的混亂，以及有效利用現有資源，就國家整體規劃而言，建立區域性醫療保健網確有必要，且勢在必行。借著醫療網的建立，重新調整各級公私立醫療機構的功能，祛除各自為政的本位主義，再配合對民眾的教育，改變其對醫療的態度與行為，並了解不同層次醫療服

每千個被保

源存在著分

顯，尤其台

的集中，造

北大大醫院湧

長龍，醫師

到病床等弊

的醫療體制

復與浪費。

然是實行全

但資源分佈

的浪費，對

。因此各項

力求互利性

善配合利用

發新的資源

。域性醫療保

的混亂，以

，就國家整

域性醫療保

在必行。借

新調整各級

務的功能，進而做最正確的選擇

。如此在民衆合作、機構協調配

合下，各醫療機構必能發揮其應

有的功能，整個醫療體系才名實

相符，順利推展。

(二)逐步擴大保險範圍，增加

給付項目：

在我國目前尚無力舉辦全民

保險之前，宜漸次放寬目前各項

保險的限制，譬如首先將公勞保

被保險人眷屬納入保險，使保險

的功能由個人及於家庭；其次籌

設農民健康保險，以逐步擴大保

險的範圍，以邁向全民保險之路

。對於保險提供的服務項目，即

應隨社會的需要而增加，如擴大

牙科服務項目，偏遠地區就醫運

輸工具服務，家庭訪問護理，健

康諮詢及復健治療等。現代化醫

療給付，應朝向預防、治療及復

健三者合一的綜合性醫療保健服

務謀求發展，始能真正保障國民

的健康。

(四)實施被保險人部份負擔制

環顧世界各國，除憑恃具石

油、礦產收入的少數國家如科威

特、巴林等實施免費醫療外，即

令所得再高或素有福利國家之稱

的北歐國家，為防止不當的利用

醫療服務，避免不必要的浪費下

，無不規定受益者於就診取藥時

，令其負擔少數醫療費用。我國

表三 醫師數及每千人口醫師數

區	分	1970	1975	1980
醫 師 數	勞	1,323	2,175(18.21)	5,084(33.34)
	公	2,727	3,041(25.46)	3,942(25.85)
	全 台 灣 地 區	7,295	11,942(100.00)	15,247(100.00)
每 千 人 口 數	勞	1.46	1.41	2.00
	公	9.29	8.28	9.29
	全 台 灣 地 區	0.50	0.75	0.86

表四 病床數及醫院數

區	分	1970	1975	1980
病 床 數	勞	10,815	17,589	23,394(59.2)
	公	4,068	4,282	6,027(15.3)
	全 台 灣 地 區	30,438	39,354(100.00)
醫 院 數	勞	435	1,086	2,082(18.44)
	公	487	472	495(4.38)
	全 台 灣 地 區	1,100	9,241	11,290(100.00)

公保實施免費醫療以來，由於財力不繼，一方面提高掛號費，另一方面因嚴格核付特約醫療機構的費用，而無形之中，減低給付水準，迫使患者不得自行負擔部份醫療費用，如此情形之下，與其徒具免費之名，不如為避免胡亂求診或應診所帶來的醫療浪費，並求醫療費用支出的合理化起見，宜仿照先進國家成例，實施醫療費用部份負擔制度。此外，在討論實施部份負擔方面，為恐加重低收入者的負擔，應謹慎制訂部份負擔的比率或金額。

(d)加強保險機關對特約醫療機構的管理與監督：

保險機關對於特約醫療院所應定期輔導與評鑑，對辦理優良者予以獎勵，辦理不善者責令改善，並對醫療費用加強審核及稽查工作。

(e)重視老年醫療問題：
人口老化所帶來的醫療問題，已為世界各國所重視，而慢性

病於老年人口又佔很大的比例，且此一人口群的病床占用率高，平均住院日數長，其巨額醫療費用支出也為各國政府所擔憂。如日本國民健康保險自1973年辦理老人醫療給付措施以來，醫療費用已有顯著增加的趨勢。我國健康保險對老人的照顧尚未普及，故在逐步擴大保險範圍的同時，應同時考慮到這群人口的醫療問題。在我國醫療資源有限的情況下，似應考慮多籌設長期慢性療養性醫院，以免慢性病人久占一般醫院的短期急性病床，以提高其病床異動率(Turnover rate)。如能多辦長期醫院，則可以較低成本，為此群病人提供更合宜的服務。此外，為實現綜合性醫療保健的理想(尤其對偏遠地區低收入的老老人)，其保健措施宜重視預防性的健康教育、健康諮詢、健康檢查、訪視指導及長期復健方面的訓練等，並將之納入保險給付範圍內，如此雙管

齊下，相信老年人更能獲得良好之醫療保障。

(b)強化民衆的社會意識：

我國開辦健康保險迄今已二十多年，其受西方福利國家的理念影響頗大，但由於近年來國際政治、經濟及社會變動的衝擊，福利國家的理想也逐漸受到考驗與檢討。尤其在英國與北歐國家，對於社會福利支出佔國家歲計中過大的比重，以及福利水準與國民負擔的不平衡，社會資源的過度利用等問題，莫不嚴加批判，進而強調社會資源應作合理分配，以及國民不宜任意放棄其個人責任等。因此，在我國目前健康保險制度尚未統一，醫藥分類尚未實現，以及醫療營運尚欠缺合理化之前，欲實現醫療社會化的理想，對強化民衆的社會意識，實為健康保險今後應努力的方

向。

新光人壽保險

為您敞開未來幸福、安樂的保障
請參加……新光百齡五年還本終身壽險

特色

- 活得越長·領得越多
- 保費遞減·紅利遞增
- 每五年還本·終身保障
- 一人參加·三代受益

美滿的人生  幸福的保障

新光保險公司開封通訊處
服務專線：(02) 3314747 林主任