

# 全民健保面面觀

徐立德 \*

壹、前言

貳、政府爲什麼要推動全民健保

參、全民健保的規劃目標與基本策

略

肆、全民健保的立法過程

伍、觀念與爭議

陸、結語

## 壹、前 言

行政院在民國八十四年三月一日正式開辦全民健保，這是一項長達七年規劃討論，歷經四任行政院院長所作的重大政策性決定，值得作一番回顧。

全民健保的推動，行政院早在民國七十五年就有所決定。由於我國經濟持續快速的發展，平均國民所得提高，政府與全體國民共同體認到保障國民身心健康的重要，俞前院長國華先生乃於七十五年二月在立法院宣示以民國八十九年爲目標年，實施全民健康保險，並責成經建會成立專案小組開始規劃。民國七十八年二月，俞前院長在民意代表暨輿情熱烈期盼下，於立法院第八十三會期的施政報告中，將實施全民健保的目標年，提前至民國八十四年。郝前院長柏村先生於民國七十九年六月聽取全民健保的規劃簡報後，裁示在「不浪費、不虧損」的原則下，再提前至民國八十三年實施，此項決定並在執政黨多次的討論下，得到共識。因此，連院長於民國八十二年二月就任行政院院長職務之後，貫徹全民健保在八十三年如期實施之政策，便成爲施政上一個很重要的目標。

八十二年三月二十四日，連院長聽取衛生署全民健保的規劃作業報告後，

\* 作者爲現任行政院副院長、行政院消費者保護委員會主任委員。

曾經有幾項明確的決定，可以說是開啓了全民健保的行動階段。這幾項決定，因為代表了連院長推動全民健保的基本作法，特別加以摘錄如次：

- (一)政府已一再宣示將於民國八十三年實施全民健康保險，因此應按預定時程策劃，不宜改變。
- (二)「全民健康保險法草案」與「中央健康保險局組織條例草案」請郭政務委員婉容女士負責審查。至於「勞工保險條例修正草案」與「農民健康保險條例修正草案」仍請相關部門協調請立法院儘速審議，以利勞工、農民眷屬於八十三年以前納入保險。
- (三)現行社會保險之現金給付與醫療給付並未分帳，財務責任難以認定。為求全民健保財務健全，應將現金給付與醫療給付之費率分別計算，而現行社會保險之虧損及養老給付準備金不足問題，則應另案處理，不應加於全民健康保險財務中。開辦全民健康保險各級政府應負擔之經費，請財政部及本院主計處妥為安排。
- (四)有關保險費分擔比例問題，應參考與我國國情相近國家之作法以及成功案例來決定，並尊重專家意見。
- (五)為實施全民健康保險，須將公、勞、農保等分階段統合；可先統一費率，以漸近方式逐步加強推動。
- (六)由於「中央健康保險局」之成立及「全民健康保險法」之實施，涉及許多部會，同意成立跨部會小組以推動全民健康保險，請副院長及郭政務委員婉容共同召集。

由這些決定可以看出，連院長決心推動全民健保於八十三年實施，以貫徹政府既定的政策，但是在策略上，他原來認為應先健全現行公勞農保，再順利過渡到全民健保。然而後來因為種種之原因，以致循序漸進的方式無法達成。可是政府在權衡全民整體利益的原則下，仍毅然的將全民健保推向航程。

## 貳、政府爲什麼要推動全民健保

健康保險是社會安全制度中的一環，最早開始於一八八三年的德國。當然，其推動的原因，是由於工業革命帶來社會經濟結構的改變，產生龐大的勞工階層。他們因工資低微，又不時面對疾病、職業傷害、及失業的威脅。許多

知識分子本於人類的良知，便積極推動社會安全制度，而健康保險厥為其中重要的一環。繼德國之後，許多歐洲國家相繼跟進，如奧地利、瑞典、丹麥、比利時、義大利、挪威、英國等等。及至二次大戰之後，各種健康照護制度更如雨後春筍般在世界各地萌芽，蔚為新的潮流。國民的健康照護，已被視為人民的權利與國家的責任。我國八十三年通過的憲法增修條文第九條第三項即規定，「國家應推行全民健康保險。」推動全民健保，消極的意義是要免除人民因疾病所形成的財務威脅；積極的意義，則是要使社會成員能平等地享用基本的醫療服務。因此，到今天為止，實施健康保險的國家，雖然都遭遇到若干的困難，但是在各國社會福利制度的建立上，都把全民健保列為重要的工作。根據美國的統計資料，至一九九三年止，全世界已有一〇二個國家提供各種型式的醫療照護制度，我國當然也不能例外。

我國的社會保險制度可以說是逐步發展而成的。在民國三十年的時候，政府為了照顧勞工，開辦了勞保，隨之在民國四十七年開辦公務人員保險，並且逐漸的擴大保險對象以及給付範圍。民國七十四年，政府又著手試辦農民健康保險，並且於七十八年全面實施。政府為了照顧低收入戶，又於民國七十九年開辦低收入戶健康保險。所以在全民健保實施之前，我國已有十三種與健康保險有關的制度，在民國八十一年底時，全國已有百分之五四點一的人，享有健康保險。可是這些健康保險的制度，基本上都存在以下幾個問題：

## 一、仍有九百多萬將近半數的人口沒有健康保險的保障

根據統計，我國未保險人口中，以十四歲以下的孩童以及六十歲以上的老人佔大多數，這些人也是最需要健康保險的人口（見表一）。這些人有的貧病無依，也有人因病而傾家蕩產。這在一個講求社會正義與公平的社會中，是一個相當迫切而且必須儘速解決的問題，政府也是基於這樣的立場，要積極推動全民健保。

## 二、虧損的情形相當嚴重

我國社會保險多採單一費率，其財源主要來自保險費。政府在開辦保險初期，為求減輕被保險人負擔，費率訂定一向偏低，又未依精算原則收費，例如民國七十四年的勞保精算費率應是百分之十三點四三，但實收費率二十年皆維持在百分之七；八十一年農保之經驗費率為百分之十三點四一，實收費率僅為

百分之六點八；八十一年公保之經驗費率為百分之十一點八七，但實收費率僅為百分之九。再加上給付內容及服務項目日益增加，導致保險財務產生鉅額虧損。

根據統計資料，公保的累計虧損至八十三年底止，已達四百零六億元；農保的虧損更是驚人，從七十五年度至八十四年度，虧損累計達六百八十六億元，其中政府已撥補六百四十七億元。至於勞保，雖然帳面上沒有虧損，但應提老年給付準備金至八十三年止應付二千零七十二億元，但現有勞保基金僅存一千一百四十七億元，扣除職業災害之給付約一百餘億元，相差將近一千億元。

這些虧損雖然由政府來彌補，但無異要由全體納稅人來共同承擔，因為「政府的支出就是人民的負擔」，羊毛終究要出在羊身上。對那些未納入保險的民衆而言，同時要來共同負擔這項不合理的支出，更是極不公平。

### 三、醫療浪費與濫用時有所聞

醫療資源的浪費有幾種形式。一種是小病看大醫院，使大醫院不能發揮其應有的功能；一種是超次診療，亦即原本可以一次治療的病，卻用一次以上的門診治療；一種是小病當大病醫，例如原可門診治療，卻以住院方式處理，或者原本只需給二種藥，但卻給四種藥；更嚴重的則是醫病勾結，例如以勞保單來換取日用品等等。這些形式的浪費或多或少都存在於現行的公勞農保之中。醫療資源的浪費必然會大幅增加醫療服務的支出，而且將成本轉嫁到其他被保險人身上，並不符合公平的原則。因此，全民健保的政策目標之一，就是追求醫療資源的有效運用。

基於以上的事實，我們可以瞭解，政府推動全民健保是要針對兩個問題來加以考慮。第一，是要把醫療的照顧，推展到其地未納入任何保險制度的民衆，尤其是那些最需要照顧的老幼婦孺，以符合公平與正義的原則。第二，是要設法消除既往醫療保險上的一些缺失，使新的制度能在較健全的基礎上運行。所以，連院長屢次在施政報告中，都強調一個基本的觀念，那就是要照顧那些需要照顧者。同時，他也強調政府的施政要有重點，當一個社會步入到今天這樣一個階段，全國人民應該有一個共識，那就是經由政府、雇主、與全國人民共同的負擔，來建立一個自助而人助的醫療保險制度，使人民在保健與醫療上無虞匱乏，邁向一個祥和的社會。

## 參、全民健保的規劃目標與基本策略

政府推動全民健保是經過長期慎重的規劃。早在民國七十七年七月，經建會就成立了「全民健康保險研究計畫專案小組」，延聘國內外學者專家，對全民健保作通盤的規劃研究。同時，爲了聽取國內外各界的意見與經驗，經建會在七十八年七月舉辦公聽會，並於同年十二月與衛生署合辦「全民健康保險國際研討會」，邀請瑞典、英國、德國、義大利、日本等國專家學者，發表他們國家實施健康保險的經驗，提供我們參考。七十九年六月，在歷經二年的研究後，專案小組提出了規劃報告，爲我國全民健保描繪出清楚的藍圖；衛生署也在此一基礎上接手繼續第二期細部規劃以及法案草擬的工作。

根據學者專家的規劃，以及對我國既有各種社會保險制度的檢討，我國推動全民健保有下列五大目標：

- (一)提供全體國民同等之醫療服務；
  - (二)整合現行各種保險制度，以統一事權，降低行政成本；
  - (三)有效利用醫療資源，減少浪費；
  - (四)建立健全之財務制度，以免重蹈公勞農保虧損之覆轍；
  - (五)提升醫療品質，促使醫療資源合理分布，以增進國民健康；
- 爲達成這五大目標，在推動策略以及制度設計上，有左列各項的重點：

### 一、整合公勞農保等十三種保險之醫療給付，發展爲照顧全民之單一健康保險制度

- (一)我國原有之公勞農保等保險因法源不同、管理機關不同、權利義務關係不同，形成一國多制的局面，導致行政成本提高、行政效率難以提升，同時也違背公平的原則。政府推動全民健保，就是希望能使每位國民可在同一制度下，按能力公平分擔保險費，及獲得必要之醫療服務，達到危險分散的效果，充分發揮自助而互助之功能，並降低行政成本，提高行政效率。因此，全民健保就是把既往的各種制度，經由立法程序，統合爲單一制度，亦即制定「全民健康保險法」，並成立「中央健康保險局」主其事。
- (二)現有公保、勞保現金給付部分，應由其主管機關另行精算費率，收支單獨列帳，分別規劃辦理。

## 二、全體國民皆依強制性、階段性等原則參加健康保險

強制性原則是社會保險的特色之一，其主要目的是防止所謂的「逆選擇」問題，也就是健康的年輕人不加保，加保的都是老弱婦孺、失去了自助人助的精神。因此，全民健保的規劃必須採取強制性的原則。若干人不贊成這項原則，實在是因爲不瞭解社會保險這種自助而人助的精髓，更何況生老病死乃人生必經之路，有了健保無異多了一分生活上安全的保障。

由於全民健保實施前，尚有將近半數國民未納入健康保險，政府原來考慮若一次同時納入，必對政府、雇主之財務負擔，醫療體系及保險行政作業造成甚大衝擊。因此，規劃上採取階段性原則，希望先將公勞農保眷屬納入，再逐步擴及其他國民。但是立法與行政部門對這項原則有相當不同的看法，而且輿論與民意對於那些患有重病而尚未納入保險的民衆，又相當的關切。因此，分階段實施的原則無法達成。

## 三、爲達到不浪費原則，專案小組認爲應從需求面及供給面兩方面著手

在需求的節制上，全民健保採用了所謂的部分負擔制度，也就是病人就診時，須自付部分醫療費用，藉以提高民衆醫療成本之意識。在供給面的控制方面，專案小組建議採取總額預算制度，也就是由被保險人、醫療服務提供者、及專家學者共同協議醫療費用的年度支出總額，在總額範圍內依照支付標準表決定服務報酬。換言之，上述的作法是要使醫療提供者共同承擔財務風險責任，以合理控制醫療費用於預先設定之範圍內。

## 四、爲健全財務，全民健保的規劃是以立法的方式建立獨立自主的財務責任制度，以避免因實施全民健保而拖垮政府的財政，這也是學者專家最關心的問題。

在制度設計上，我們是朝下列方向規劃：

- (一)立法明訂要以精算方法推估保險費率，以及費率修訂的條件、程序及財務監督方法。目前的「全民健康保險法」第十九條及第二十條對此有十分清楚的規定，例如保險費率以百分之六爲上限，開辦第一年以百分之四點二五計算，並且至少每兩年精算一次費率。精算的目的是要以客觀的方法，根據人

口年齡結構、傷病發生率、投保金額、以及醫療成本等重要因素，計算出一個費率的範圍作為參考，這是健全保險財務最重要的一個基礎，也是談保險制度時，任何人都必須接受的事實。

- (二) 保險財務系統獨立，受超然地位機構之監督。在「全民健康保險法」第四條即規定設置「全民健康保險監理委員會」，由有關機關、被保險人、雇主、以及醫事服務機構等代表及專家組成，負責保險預算、結算、決算之審議，保險財務、帳務之稽核等事項。
- (三) 政府財務責任限於法定比率之保險費及行政事務費補助，不負盈虧責任。目前政府的負擔約占全民健保總支出的三分之一強。有了這種規定，將來政府將在這個基礎上與雇主暨被保險人共同負擔全民健保的費用。換言之，支出若增加，將調整保險費率，大家按比例來分擔支出，這樣可以避免其他國家因健保無限制虧損而拖垮財政的後果。

## 五、合理規劃保險給付，以防止醫療資源的浪費

例如對無關疾病治療，或價格彈性大，易導致浮濫利用等項目則不予給付。同時也針對長期住在急性醫院之病人，以增加部分負擔比例之方式，促其轉到慢性醫院繼續接受治療。這些都可能在全民健保實施初期造成民衆的不便，但確是維護制度能合理運行的條件。

## 六、確保被保險人獲得適當之醫療服務

全民健保不只是量與範圍的擴大，也必須是質的提升，必須使人民接受醫療服務時，能夠達到滿意的程度。為提升醫療品質，在醫療結構上，還要繼續推動醫療網計畫，以均衡醫療資源分布，並加強山地離島地區醫療保健服務。此外，適當門診量的規劃以及預防保健措施的推動，都是要保證醫療的品質。總而言之，全民健保的實施必須要質量並進，才能使民衆真正的得到醫療保障。

這些規劃都是學者專家的心血結晶，處處從全民的整體利益著眼，一方面希望所有的國民都能得到必要的醫療照顧，一方面也希望醫療資源的分配與運用能符合效率與合理的原則。

## 肆、全民健保的立法過程

八十一年十二月，衛生署完成了「全民健康保險法草案」及「中央健康保險局組織條例草案」，報請行政院核定。這兩項法案分別歷經高前政務委員銘輝先生及郭政務委員婉容女士多次的審查，八十二年十月七日行政院院會經討論後，通過全民健康保險法草案，函送立法院審議。至此、規劃的工作已大致完成，接下來便是立法的協調工作。

這是一項相當複雜的工作，在推動立法的過程中，的確也面臨若干爭論，反映出一些見仁見智的看法：

——分階段實施抑或一次全部納入實施：

執政黨的確有許多的立法委員顧慮到時間的緊迫，不主張立即全面實施，但是也無法說服多數委員修正現有辦法採分階段實施方式來推動。包括民進黨在內，如期地全面實施全民健保已成為普遍的呼聲，更何況涉及到將近九百餘萬未能納入健保民衆的福祉，使得其他角度的考慮顯得軟弱無力。

——制度設計上的爭論：

實施全民健保，除了行政院提出的法案外，立法院中也有幾個版本，比較重要的有吳東昇委員以自付總額為特色的版本、沈富雄委員「保大不保小」的版本、以及厚生會所提的版本。同時還有林壽山委員積極推動的公辦民營的作法。我們非常感謝許多委員的熱心與努力，為此，大家也曾經挑燈夜戰，舉行多次的會議與討論。但是，很坦白的說，許多很好的主張，都有難以顧全的缺點。基本上，全民健保是在既有的基礎上推動，不能不考慮實施上的困難。所以，政府應該承認，若干決定是基於現實環境的考慮。但是立法委員多數的意見是要如期全面實施；輿論的反應，也有同樣的壓力。所以在審議過程中，立法與行政部門建立了一個共識，這個制度要在實施後的第二年再予檢討，以決定改進的方向。換言之，就是讓紛歧的現存健保制度先行整合而後再全面檢討改進。因為有這種共識，全民健保的審議才能在立法院展開。

——不同利益的爭執與調和：

立法院是個合議制的機關，委員來自不同地區與行業，代表不同團體與地區的主張是很自然的現象。在審議過程中，不論是企業與勞工，醫療界與保險人，都發出不同的聲音。企業認為負擔比例太高會影響競爭力，勞工則主張仍

按原勞保的分配比例來分擔保費。醫療界與保險人之間也有潛在的矛盾，給付太低怕會降低醫療品質，給付太高又恐增加保費加重被保險人的負擔。站在行政院的立場，要同時兼顧企業的承擔能力與勞工的經濟負擔，要確保民衆的醫療服務品質，也要爭取醫療界的支持。可以說，整個推動的過程就是理想與現實調和的過程，也是各種利益彼此折衝樽俎的過程，而最後的結果，難免與原先的規劃有相當程度的距離，這是民主政治下不能不接受的現象。

爲使我國的健康保險制度能夠順利的從公勞農保過渡到全民健保，行政院曾於八十年二月及十一月分別將勞農保條例修正草案送立法院審議，希望先分階段擴大納保範圍，再全面實施全民健保。但是立法院對修正案中行政院所提的修正原則以及費率的調整，一直難以建立共識。八十三年六月，由於時間緊迫，一次全部納入實施全民健保似乎是唯一的選擇，行政院不得已重擬勞農保新修正案送立法院，並將原送之修正案撤回。八十三年七月，全民健保法在民衆期盼下，終於在立法院修正通過，但卻刪除了強制納保之規定，違背了社會保險的主要精神，行政院不能據而付諸實施。八十三年十月，立法院修正通過強制納保之規定，但中央健保局及勞農保條例修正案仍在立法院審議之中，因此，社會上出現了擔心全民健保無法如期實施的聲音。爲貫徹如期開辦全民健保的決心，行政部門全力協調斡旋，健保局組織條例終能在十二月二十三日通過，於八十四年一月一日正式成立。到了這個階段，由於勞農保條例尚未配合修正通過，現金給付與醫療給付無法劃分，全民健保也難以立即開辦。八十四年二月，執政黨委員提案修正勞保條例部分條文以配合全民健保制度，而全民健保也終能在三月一日正式開辦。

從這一段立法過程中，可以看到全民健保是相當政治化的議題，其中部分利益的關切似乎凌駕於社會整體利益之上，同時行政部門與立法部門也因為彼此著重點不同，不斷地在尋求一個折衷可行的方案，全民健保的推動也因此一波三折。

## 伍、觀念與爭議

全民健保自本年三月一日實施以來，雖然有許多民衆因爲這項制度而受惠，但正如所預期的，新的制度在施行初期，必然要有一段適應的期間。在這

一段期間，我們聽到許多的批評，政府當然會加以檢討改進。但是我們必須接受一個根本的論點，那就是全民健保是一項應該推動的制度。基本上，我們不但希望藉此能革除既有制度上的缺點與問題，也希望從而建立一個面對疾病而無虞匱乏的社會。說到這裡，個人覺得要感謝全國的雇主與企業家，他們連同政府共同負擔了三分之二以上的全部健保費用。換言之，全國的被保險人只要負擔三分之一的全部健保費用，就獲得了終生醫療保健的保障，基本上應該是一項值得大家接受的制度。當然，我們瞭解這是一項高難度的工作，要革除既往的弊端與缺點，再加上讓全國人民納保，無論政府、雇主、與被保人都增加了負擔；爲了防止醫療的浪費，有了自負額與轉診的規定，多少增加了人民的不便；再加上醫療界爭取資源，必然會有爭議。但是一個負責任的政府，若因瞻前顧後對一項影響全民利益的政策踟躕不前，也是不應該的事情。所以全民健保推動小組在屢次向連院長報告此項制度實施的困難時，他所秉持的原則，就是要以全民最大福祉來考慮，負起我們應該擔負的責任。

仔細審視目前有關全民健保的批評與爭議，很多都是觀念上的問題。全民健保一些制度上的設計，的確與民衆一般的習慣與想法不同，但是政府所面對的，不但是要調和很多不同的現實利益，同時要顧慮到制度的長久性。所以，爭論是不可避免的，政府必須要在宣導上做進一步的努力，以謀求社會的共識。立德也願意藉此短文，對全民健保中一些較具爭議性的看法，作一些觀念上的說明。

## 一、公平正義原則的實踐

本來全民健康保險的根本精神就是希望社會中的每一個成員，不論老少，不論貧富，不論族群，都能平等的享用基本的醫療照護，而且不會因爲疾病的發生致使生活陷入困境。重大疾病的醫療往往需要龐大的費用，如果沒有全民健保，可能會是許多受薪階級所無法負擔的，遑論中低收入戶了。因此，透過保險制度使大家來共同分擔風險，同時，要使高所得的人付較多的保費，以照顧所得較低的人，這也是全民健保的投保薪資上限會高於勞保投保薪資上限的原因之一。自從全民健保開辦後，各大醫院皆表示，婦產科及小兒科的門診人數大幅增加，許多重大疾病患者也都能獲得醫療照顧，這不就是實施全民健保最大的意義嗎！

爲符合社會公平正義，我國的全民健保採取了三項原則。第一是強制性原

則，在全民健保法第十一條之一中即規定，凡符合該法所列條件者，須一律參加全民健保。一般商業保險的成本是與風險高低相關聯的，因此，高風險的人就須付更多的保費。強制性的全民健康保險，保費的高低並不是由風險的高低來決定。基於這個道理，社會上最需健康保險的人口並不需要付出更多的保費。這是社會保險與商業保險二者根本的差異，也是社會保險具有強制性的道理。目前有些人仍主張自由加保，實在是誤解了社會保險的本質。第二是保費分級原則，亦即保費有高有低，而且是根據所得高低來衡量，希望所得更高的人能夠照顧所得較低的人，此一設計也能達到部分所得重分配的效果。第三項原則是照顧弱勢族群，對於低收入戶及重度殘障者等無法負擔保費的人，由政府編列預算來代繳保費，使社會發揮互助的精神。

## 二、社會保險抑或福利

任何的醫療服務都有其成本，如果要提供全民醫療保健的服務，全部費用支出一年估計高達新臺幣要二千多億元，可以說是非常龐大的支出。各國爲了籌措財源，大抵採用兩種制度，一種是福利制度，由政府徵稅來支付所有的醫療支出；一種是社會保險制度，由保險費來支付醫療成本。所謂「保險」，根據最簡單的說法，就是以確定的小額支出（即保費）來預防可能的巨額損失。換言之，保險對每一個人而言，是一種對可能發生事故的保障。平時可免除無保障的惶恐，事故發生時可獲得幫助，是一種風險分擔、相互幫助的原則。因此，如果參加保險的人愈多，則負擔的保費愈低，因爲風險分散的程度較高。至於社會保險，則更是國家基於社會政策，運用強制性的保險技術，對全體或特定階層的國民，考慮他們一旦遭遇事故時，能保障其得到適當照顧的一種制度。從這個角度來看，全民健康保險是由全民來共同分擔風險，在自助互助的精神下，期以最少費用，發揮最大的保障作用。西方國家如德國、法國、荷蘭、義大利、比利時等國，都是採用社會保險制度的國家。

目前也有若干年紀輕的人因爲身體狀況較好，覺得只是在繳保費照顧年紀小的幼兒與年紀大的老人。然則試問，誰家沒有小孩？誰人不會變老？誰人能保證自己不會有意外，不會生大病？從這些問題中，大家應該都可以體會到社會保險除了具有「自助人助」、「風險分擔」的精神之外，更有世代照顧的意義存在。

在研究全民健保的過程中，另外也有人主張免繳保費，完全由政府負擔所

有的醫療支出。這種主張表面上聽起來似乎有利於勞工或中低收入戶，但實際上將使全民蒙受其害。因為政府要支付所有的醫療支出，除了增稅及舉債之外，沒有第二條路可走。換言之，不論採取何種方式，羊毛最後還是出在羊身上，必須要由人民來支付所有的醫療費用。當然，也有人認為政府可以減少其他的支出，甚至減少浪費，這是另外值得辯論的問題，多少也有政治性的意味在內，因為到底要縮減政府那一部門的支出，馬上就有爭論。我覺得我們要很冷靜的來思考此一問題，不要人云亦云。根據一九八七年美國的統計資料，從醫療給付來看，世界上有六十五國家採社會保險的方式，有十七個國家採醫療服務的方式，可見社會保險為世界之主流。從西方國家的經驗來看，採取福利制度最大的弊端是人民的稅負沈重，而且醫療支出將節節上揚。以英國與瑞典為例，英國的國民保健服務的費用是由稅收來支付，他們的總稅負在一九九〇年時高達國民所得的百分之三十二點八，結果導致浪費、醫療資源分配不均、以及醫療品質的下降的現象。英國的 Sir Rhodes Boyson 在一九八七年訪華時指出，英國的國民健康服務是由政府包辦，也無定價政策，在人口快速成長及所得提高下，資源有限而需求無限，一切在免費之原則下，人民請求數量及內容皆高於自己付費的其他類服務。結果，在英國，等待檢查須等候三個月，開刀需等候一年。因此，英國已經開始醞釀要以保險方式來取代國民保健服務。再以實施福利制度最先進的瑞典為例，由於瑞典的制度透過高稅收及移轉性支付運作，因此其賦稅之高，居全球之冠，一九九〇年時的總稅負占國民所得的百分之四十八點一；而且由於有關服務皆由政府提供，因此造成極端的浪費與效率的低落。因此，來華的瑞典專家建議，最好的社會政策是能保持健全之公共財政，並以市場經濟的原則來運作。他所指出的「如未能顧全大局，過分之善意亦可為害」，更是發人深省。

我們目前所採取的制度是福利與保險兼具的制度，對無力負擔保費的人，政府為其負擔，而政府與雇主也負擔所有人一部分的保費。同時，我們根據社會保險的原則，希望全民健保的支出能夠自給自足，由保費的調整來達到合理運用資源的目的；另一方面也希望全民能瞭解保險的正確觀念，發揮自助人助的精神。我們為了實施全民健保，各級政府雖也增加了支出，但政府並未加重人民租稅的負擔。目前我們的租稅負擔是國民所得的百分之十七，與世界其它國家比較，我們的負擔應該是合理的（見表二）。

### 三、部分負擔或完全免費

所謂的部分負擔是指被保險人在接受醫療服務時，必須自行支付一部分的醫療費用。這一項設計有兩個最主要的目的，一是希望減少醫療資源的過度使用，一是希望降低醫療費用的支出。雖然有部分人士主張就醫時不用負擔任何的費用，但是從西方國家的經驗可以看出，完全免費的醫療最容易導致需求的增加，結果造成醫療資源的浪費與成本的提高。自付額制度的設計，即是針對這些缺失，希望藉經濟的誘因，也就是提高被保險人的成本意識，來減少醫療資源的浪費。今天的德國、法國、瑞典、以及日本等國，也都有部分負擔的設計，而且其出發點都是一樣的，希望減少醫療資源的浪費並降低醫療費用的支出。任何的醫療服務都有其成本，也許有人因為生個小病需自付一、二百元的部分醫療費用而埋怨不已，但不要忘了，如果您的疾病的醫療成本高達五十萬元，甚或一百萬元時、那您的自付額將顯得微不足道。換句話說，在不幸罹患重大疾病的時候，可以僅負擔一小部分的龐大醫療服務成本，而得到必要的醫療照護。一、二百元不會造成生活上太大的負擔，我們真正需要保障的是五十萬元，甚或一百萬元以上的高醫療成本。自付額的設計，是希望透過經濟誘因，以有效運用醫療資源，如此可避免醫療支出節節高漲，保費也不用跟著水漲船高。當然，人人都希望可以免費看病，但不能忘了，天下沒有白吃的午餐。如果免除自付額的部分負擔，則保費一定要提高才能維持財務平衡，而且因為醫療支出不斷的增加，保費更要經常調高，反而對大家都不利。正所謂徒善意不足以助人。因此，不論從財務的觀點，或從醫療資源的運用觀念，部分負擔的自付額設計就是對自己的第二重保障，也可以說是一種安全瓣的設計。根據統計，全民健保實施後，醫療資源的浪費已經減少了百分之十，效益顯著。所以說，「人人免費，人人吃虧，小額自付，大額保障。」

### 四、「大小都保」或「保大不保小」

純粹從商業保險的理論來看，健康保險應該是保大病，不保小病，因為治療大病的費用才會造成生活的沈重負擔。然而社會保險與一般商業保險性質不同，它具有強制性與公益性，所以影響的層面及範圍比較深遠，尤其是國家資源的分配，更要力求其合理性。政府在規劃全民健保時，對這個問題也是經過多方的研究與辯論。根據學者的研究，保大不保小會產生下列的弊病。首先從

資源利用的角度來看，保大不保小會使醫療資源自然向大病的醫療方面，而輕忽了基層醫療服務。但對一般廣大的民衆而言，基層醫療服務的品質與其關係最爲密切，反而更應加以重視。第二，從醫療人力的移轉來看，保大不保小會使醫學生傾向選擇做專科醫生，不願從事基層醫療的工作，結果就是基層醫療人力不足。第三個問題則是會導致醫療資源往都市集中，因爲都市對住院的需求比鄉村高。總而言之，保大不保小會造成醫療結構的嚴重扭曲，進而降低醫療品質，這又豈是政府推動全民健康保險之本意！當然，任何一項政策也必須考慮其可行性。我國過去公、勞保都是大小病統統保，如果全民健保只保大病，不保小病，可能對民衆的醫療習慣造成太大的衝擊。此外，由於國人尙未建立正確使用保險資源的觀念，如果僅保大病或只提供住院醫療給付，結果可能導致民衆爲取得免費醫療，將小病拖成大病，或將可門診治療的疾病申報住院治療。這樣的結果都不是全民健保的本意，也未必能節省社會資源。目前世界的趨勢也是從只保大病走向大小都保。因此，全民健保也依循過去大小病統統保的設計，但同時採用自付額與部分負擔的設計，以減少大小通保的缺失。不過，我也承認，這個問題仍值得大家進一步的討論。

## 五、保費增加了？抑或保費更合理了？

我國過去的公、勞保都是現金給付與醫療給付結合在一起的綜合保險。這種設計最大的缺失就是財務責任無法劃分清楚，而且因爲保費可相互挪用，使保險的財務難以控制。全民健保的實施，將醫療給付與現金給付分開，爲我國未來健全各種社會保險財務制度立下一個良好的基礎。

政府以往開辦任何保險初期，爲求減輕被保險人之負擔，從未依精算費率原則收費。因此，鉅額的財務虧損是可以預期的事。這些虧損最後不是由政府彌補，就是大幅調高費率來因應，而且可能造成下一代額外的負擔。換言之，我國過去的公勞農保雖曰保險，但已失去保險的本質，因爲大部分的風險是由國家來承擔或者是由未參加保險的人來承擔。因此，政府在規劃全民健保時，即決定「全民健康保險實施，其經費自零開始」，也就是說，既往已矣，已發生的虧損由政府設法彌補，以免因公勞農保過去的虧損而影響全民健保的實施，同時「立法明訂全民健康保險如有虧損，以調整費率因應」。政府也聘請了精算專家來精算全民健保的費率。換言之，以前的公勞農保被保險人是以極低的代價享受極高的保障，我個人覺得這並不是公平合理的現象。現在我們的

國民所得已經超過一萬美元，也已經被視為已開發國家，我想這是我們改正過去不合理現象的最佳時機。從今以後，立法與行政部門都應該信賴專家，依據科學的法則來計算出合理的費率，並依費率來收取保費。目前許多不合理性的政治性決定，個人認為應該是要極力避免的。

過去勞保有一項缺失，就是部分民衆鑽法律漏洞，以達到「一人繳保費，全家皆保障」的效果。這種做法是將自己的負擔轉嫁到別人身上，並不符合公平的原則。我覺得，大家都不應該將過去的不當利益來作為今天抱怨的藉口。部分勞工覺得保費增加了，這是因為眷屬被納入全民健保，家中的每一個人，都可以享受到健康保險的保障，今後不會因家中任何一人的疾病而使整個家庭陷入困境。

實施全民健保，因為把許多無工作的人都納入保險，醫療支出必然會增加，保費自然也會增加。在討論這個問題的時候，我們也必須考慮究竟誰的負擔增加得最多。但仔細檢視全民健保的財務結構，可以發現個人負擔的部分僅佔全部支出的三分之一而已，其餘三分之二皆由政府與雇主分擔。根據健保局估計，全民健保一年的費用是二千一百五十二億元，其中各級政府負擔七百三十億元，雇主負擔六百一十三億元，其餘八百一十億元由被保險人負擔。與世界各國比較，我國人民的負擔尚在合理的範圍內。

再者，老年人的醫療支出比較高，全民健保的精神是代代相助的精神，由生產力較高的年輕人負擔老年人較高的支出，等到年老時，再由下一代來幫助。如果沒有這種體認，人人斤斤計較於其支出，則只有商業保險可以符合個人的要求，但卻失去了全民健康保險「自助人助、代代相助」的精神。

保費的增加，除了前述的費率及分擔比例的調整外，投保薪資的調整也是民衆怪罪的因素。他們認為，勞保的上限是三萬六千三百元，而全民健保則高達五萬三千元，並不公平。主要的原因是這兩種保險的性質不同；健康保險是短期保險，財務必須逐年達成平衡，因此必須採用實際所得作為投保金額。而勞保在全民健保開辦以後，變成以老年給付為生的長期性保險，由於利息與時間因素的考量，可以降低投保薪資的上限，藉妥善經營來維持一定之給付水準。這也是先進國家對於健康保險和現金保險，分別採用兩套不同的投保金額分級表的原因。

## 六、公辦公營或公辦民營

全民健康保險究竟應是公辦公營或公辦民營，行政院開始時也是本開放之心態同步進行研究。有人認為民營化可以藉體制改革，增進效率，並可減少政府在財務以及人事上的介入。連院長在就職後也指示研考會就公辦民營之可行性進行研究，並且在民國八十二年十二月提出報告。根據這一份報告，公辦民營的確符合世界社會保險實施之趨勢，可以提高行政效率，突破用人及會計制度之瓶頸，並使財務透明化。但由於這是結構性的改變，行政院研考會亦建議視全民健保實施的情形作分析、評估，衡量未來三至五年整個內外環境，再作決定。此外，許多民意代表雖然認為公辦民營是一個理想與目標，但對立即採取公辦民營的方式抱持疑慮，擔心公辦民營的方式會因籌備倉促反而製造更多的問題。同時，也有些人質疑這項主張是刻意逃避民意機關監督的作法，所以，在作決定上非常困難。究其實，當時的想法是因為全民健保攸關民衆福祉，使用的人力、財力、與物力等資源，十分的龐大，在推動初期稍有不慎，可能導致無以為繼，最後仍要由政府來承擔責任的後果。如今透過「中央健康保險局」來經營，除可由立法與行政機關來監督其業務外，政府提供人力與行政費用的補助，並可援用既有社會保險經驗。故由健保局來經營，亦有其益處。再者，目前「中央健康保險局」的人員，絕大多數是來自原來公勞農保承辦醫療給付單位，並未因此而大量增設人員。若移轉民營，似乎還要在公務員身分與權益保障上多做考慮，所以公辦民營的看法就要從長計議了。

## 陸、結語

一個健全良好的全民健康保險制度，依據許多學者的看法，應該符合下列八項要求：

- (一) 普遍性原則——亦即應該將所有人民納入保險；
- (二) 全面給付——亦即從預防保健、早期診查、到治療等等都應該包括；
- (三) 公平的財務制度——簡單的說，就是要負擔公平；
- (四) 有效的成本控制——一則減少醫療的支出，一則提高醫療資源使用效率；
- (五) 消費者及醫療提供者都能接受——如此才能獲得雙方的合作，制度才能順利的運行；
- (六) 有效率的行政——亦即程序不能太複雜，成本不能太高，同時也要達到便民的要求；

(七)重整醫療服務結構——良好的全民健保要能鼓勵醫療照護，提供實驗的方式以改善現有制度的缺失，也要能加強鄉村的醫療服務等等；

(八)事前的準備——如此可將錯誤減至最低。

從這些標準來檢驗我國的全民健保制度，我們不敢自滿，但的確是我們努力的目標，事實上，政府的規劃與推動都是朝這些方向前進。當然，全民健保在我國是一項新的制度，也是一場巨大的社會變革。雖然許多國家都有或多或少類似的經驗，我們的制度也經過長期的規劃，但是究竟會執行到什麼程度，由於涉及因素非常複雜，因此很難十分準確的預測。這也是政府到目前為止，仍然一直保持開放心態的原因。在全民健保法的最後一條中也規定：「本法實施滿二年後，行政院應於半年內修正本法，逾期本法失效。」換言之，在這一階段期間，政府將不斷的蒐集各種資訊，瞭解目前的各種缺失，並評估改進的方案。

談到這裡，我不能不說出一些個人的看法。從全民健保的推動過程中，我覺得最難克服的是人性的弱點，當然，包括我本人在內。每個人似乎都有他心中的主張，但很難使他人能冷靜的思考並加以接受，更何況還有個別性利益的看法存在。所以，在一個民主政治的體制裏，尤其是一個合議的議會，要想完成一個完備的立法是相當不容易的事情。若干人以責全的心情來看全民健保，我覺得這是十分困難的。沒有適度妥協，只有把這個制度無限期地拖下去，而讓國家資源在舊制度下，不合理的運用。但是在實施後，我們又發現制度推動困難的另一層面，醫療界的配合、政府的效率、以及主其事者所能承受壓力的限度、民主政治下壓力團體的運作，都可能使理論的基礎與現實的情形脫節。所以我認為，我們不能不對全民健保的未來再作更深入的思索。探討的方向，應該是政府是否要同時扮演管理者與執行者的角色，所以公辦民營又是一個值得思考的問題。政府所要做的，是要確保民衆能接受到醫療服務的品質；確實掌握醫療保險的原則；監督並防止醫療及保險系統的缺失，同時透過社會來救助來幫忙那些需要幫助者。除此之外，我認為似乎可以考慮由全民來決定一個政府應該負擔的比例，交由民間自行組織的團體來運作全民健保，以自給自足的原則來永續經營，避免政治力的干擾。當然，這樣的作法又會產生很多的爭議與問題，但是至少我們所憂慮的——人人都想從政府的口袋裏爭取權益，最後走上許多歐美國家，全民健保支出的負擔壓垮了其他方面的發展的惡例——這對於我們這樣一個需要多方面發展的國家，實在值得大家警惕。

表一 預估民國八十一年底全國總人口與未保險人口年齡分布情形

年齡別	總人口		被保險人口		未保險人口		
	人口數	佔總人口數 %	人口數	佔被保險總人數 %	人口數	佔未保險總人數 %	佔同年齡人數 %
14歲以下	5,478,980	26.34	474,640	4.22	5,004,340	52.40	91.34
15-19歲	1,857,620	8.93	611,661	5.44	1,245,959	13.05	67.07
20-24歲	1,889,476	9.08	1,077,121	9.57	812,355	8.51	42.99
25-29歲	1,984,506	9.54	1,505,715	13.38	478,791	5.01	24.13
30-34歲	1,907,161	9.17	1,548,162	13.76	358,999	3.76	18.82
35-39歲	1,737,001	8.35	1,444,591	12.84	292,410	3.06	16.83
40-44歲	1,311,759	6.31	1,177,501	10.46	134,258	1.41	10.23
45-49歲	881,607	4.24	804,278	7.15	77,329	0.81	8.77
50-54歲	881,994	4.24	807,985	7.18	74,009	0.77	8.39
55-59歲	767,764	3.69	683,341	6.07	84,423	0.88	11.00
60-64歲	746,476	3.59	492,991	4.38	253,485	2.65	33.96
65歲以上	1,358,278	6.53	624,508	5.55	733,770	7.68	54.02
總計	20,802,622	100.00	11,252,494	100.00	9,550,128	100.00	

假設：1. 八十一年底總人口年齡層分布情形與八十年底相同。

2. 二十歲以下之私立學校教職員眷屬年齡分布情形與公務人員眷屬相同。

說明：1. 未保險人口中，包括約有四十八萬名軍人享有軍方醫療體系之免費醫療照顧。

2. 未扣除重複投保人口。

表二 主要國家稅捐負擔占GDP的百分比(1991年)

國別	不含社會安全捐	含社會安全捐
瑞典	38.4	53.2
英國	28.2	34.7
德國	25.0	41.0
法國	23.1	42.5
日本	21.4	30.5
美國	21.0	28.7
韓國	18.6	19.4
我國	17.4	
	18.1 (1994)	

資料來源：財政部統計處及OECD統計。