airiti Library

本文章已註冊DOI數位物件識別碼

與弱勢者的團結—尋找全民健保中的正義基礎

Solidarity with the Disadvantaged: Seeking Foundations of Justice in the National Health Insurance

doi:10.29816/TARQSS.200309.0002

台灣社會研究季刊, (51), 2003

Taiwan: A Radical Quarterly in Social Studies, (51), 2003

作者/Author： 呂建德(Jen-Der Lue)

頁數/Page： 51-94

出版日期/Publication Date：2003/09

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

http://dx.doi.org/10.29816/TARQSS.200309.0002

DOI Enhanced

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，
是這篇文章在網路上的唯一識別碼，
用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 http://doi.airiti.com

For more information,

Please see: http://doi.airiti.com

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE

最完整的學術整合查詢平台—華藝線上圖書館 ● http://www.airitilibrary.com ● Find more academic articles on Airiti Library

台灣社會研究季刊
第五十一期 2003年9月
Taiwan: A Radical Quarterly in Social Studies
No. 51, September 2003.

與弱勢者的團結——尋找全民健保中的正義基礎[1]

呂建德

Solidarity with the Disadvantaged: Seeking Foundations of Justice in the National Health Insurance

by
Jen-Der Lue

關鍵字：全民健保、正義、健保改革、台灣。
Keywords: National Health Insurance, Justice, Health Care Reform, Taiwan.

1. 本文在撰寫的過程中受益於與鄭文輝、陳孝平及葉秀珍教授的多次討論以及兩位匿名審查者對於文章結構以及若干概念的澄清，作者在此特別表示感謝。當然，一切文責由作者自負。本論文是國科會的部分研究計畫，作者一併感謝國科會的支持，計畫編號NSC89-2414-H-194-029。
收稿日期：2003 年 3 月 5 日；通過日期：2003 年 8 月 1 日.
Received: March 5, 2003; in revised form: August 1, 2003.
聯絡地址：嘉義縣民雄鄉三興村 160 號國立中正大學社會福利學系
email：jlue@sw.ccu.edu.tw

摘　要

本文探討全民健康保險的正義基礎。本文主張，全民健保現有的集中化制度設計可以達到維持社會基本公平正義的要求，儘管它仍存在著若干可以改善的空間。本文首先分析評估健康保險的三種正義標準，分別是私人配置式正義、社會正義以及程序性正義。其次，作者分析全民健保開辦迄今所達成的正義表現在那些方面，同時限制何在。第三，作者透過對於三種健康照護體系的比較，解釋了全民健保透過了那些機制能確保與弱勢者團結的社會效果。最後，作者分析全民健保仍存在著那些可以進一步改革的空間，並且指出目前那些改革建議可能是不利於全民健保維持基本社會正義的目標。本文的基本立場是健康是屬於社會正義而非私人配置式正義的範疇，因爲在缺乏社會正義的保障下，任何追求個別人生目標的希望都將落空，因而健康權的保障是屬於公民的基本權利之一。在此一關於社會正義的規範基礎上，作者批評了私人配置式正義的問題，分析了自一九九五年以來開辦的全民健保在維持社會正義方面所取得的成就，同時也分析了其限制與不足所在。我進一步探討了全民健保做爲一種「社會」保險，應該透過公共化的方式加以治理，以確保一個與弱勢者團結的機制，並且節制醫療專業的權力。然而，由於目前被保險人的自我組織力量仍然有限，因而必需透過若干制度性的措施維持程序性正義。

Abstract

This article aims to search the foundation of justice on which the National Health Insurance (NHI) is based. This article argues that the NHI can fulfill the minimum requirement of social justice in the delivery of health care through its centralization structure. The author firstly discusses three criteria for evaluating justice in the health insurance system: private allocative, social and procedural justice. Secondly, the performance and restriction of NHI in maintaining the equal health status has been discussed. Thirdly, the author discusses why the NHI could be a viable vehicle for effecting 'solidarity with the disadvantaged' through a comparative perspective. Lastly, some reform options for containing the rising cost have been discussed. Distinguishing between demand-side and supply-side reforms, the author argues that procedural justice matters for the maintenance of distributive and social justice in the NHI.

C.E.P.S.

一、導言

全民健康保險（以下簡稱全民健保）自從一九九五年開辦以來，迄今已將近九年。這一個被廣泛認爲是台灣在九〇年代最重要的社會立法，在幾個方面確實是具有開創性的意義。首先是它打破了過去公農勞保時代以職業別做爲區分的標準，以全民普及制代替了過去的分立制。使得國民進入醫療照護體系的機會公平性，起碼不致基於不同的職業別與保險體系而產生不同的待遇。其次，在一個歷史的偶然機會結構以及缺少來自醫師專業團體有組織的對抗下，台灣的全民健保是在一個國家強力介入的情況下建立起來的（林國明, 2003）。眾所周知，在組織體制上它所採取的是引起許多爭論的公辦公營制度，也就是由衛生署轄下做爲國家官署的中央健康保險局，以單一保險人的方式代表被保險人。這一個買方壟斷的結構，儘管由於健保局的法律地位模糊而產生了若干爭議，特別是來自醫療團體的質疑。不過，它却產生了一個意外的效果，那就是國家對於醫療專業的干預能力與健保改革方向的操作空間強化。下面的分析將顯示，這兩個特性將較有利於健保體制中某種正義的維持。

不過，即使在這樣的有利結構下，全民健保仍然內部存在著若干缺陷，而必須提到政策議程上加以改革。這些問題包括了：由於被保險人的政策參與不足導致了財務責任過度集中於政府；由於醫療資源分佈的不平均導致了醫療地位的區隔；由於給付資格仍然限定以繳交保費爲前題，或是對於免繳保費的審核門檻過嚴，導致了就業地位不穩定弱勢勞工的健康權可能因無力繳交保費而被剝奪。這些問題都將在以下的討論中呈現。不過，在本文中，作者的基本論點是：對於全民健保改革方案的思考，不應該犯了將孩子與洗澡水一併倒掉的謬誤。本文主張，全民健保現有的制度設計可以達到維持社會基本公平正義的要求，儘管它仍存在著若干可以改善的空間。本文首先從三個面向分析評價健康照護體系正義的判準，進而分析全民健保目前所實

現的社會正義。其次，我將以健康照護體系中三種類型的比較，解釋全民健保透過了那些機制具有產生與弱勢者產生社會團結的效果。第三，我分析全民健保仍存在著那些可以進一步改革的空間，並且指出目前那些改革建議可能是不利於全民健保維持基本社會正義的目標。

二、評價健康照護體系正義的三種標準

健康政策，就其根本的目的在於減少公民健康地位的不平等。這裡所謂的不平等可以從三個不同的面向切入來分析。第一是所謂的私人配置正義，第二種是社會正義，最後則是程序性的正義。

在人一生的生命周期中，疾病的罹患乃是不可避免的風險。爲了對抗這類風險所帶來的諸多不可預期後果，人們會發展出若干種對抗的機制。第一種方式是以私人保險。在私人保險中，保費所反應的是個人對於健康照護資源實際上與預期中的使用情形，保費與給付之間因而是呈現正相關的關係，這種公平乃是個人的公平性。就此而言，私人保險至多只是現在的個人與未來的個人之間在生命歷程上的風險分擔。私人保險公司爲了極大化其獲利上的利益，採取的是「柿子撿軟的吃」策略，排除繳費能力低且罹病率偏高的保險群體，而爭取繳費能力高且罹病率偏低的保險群體加入。其結果是個人的公平，但却是社會的不公平。

私人保險所體現的乃是一種基於個人風險程度與付費能力多寡的公平，我們可以稱之爲私人配置式的正義。私人配置式正義所關心的基本問題是理性的個人要如何才能極大化醫療使用上的效用，著重的是選擇的自由，在所謂消費者主權與市場競爭機制的行使之下，透過個人的理性判斷而最終能達致醫療資源最有效率的配置。這種類型的正義觀強調個人在對抗疾病風險的責任以及個人的付費能力，一個人爲什麼應該得到何種以及多大程度醫療照護的資源，是因爲他個人的付費能力。這個正義標準的提出是必要的，因爲在台灣最近一些有關健保改革的主張，其背後的基本觀點其實是建立在這樣的判準上。

很顯然地，私人配置式正義所強調的是個人自我負責，多元化以及自由選擇的質素，儘可能地自行負擔疾病產生的風險。儘管會透過私人保險的方式分擔風險，但由於保費的計算是以個人的罹病風險以及付費能力爲基礎，強調給付與繳費之間的對價性，因而表面上是集體的風險分擔，事實上它僅具有事後風險分擔的作用，並且是相當個人化的（Stone, 1993:290-4），並不具有不同所得者之間風險重分配的功能。最重要的是，繳費能力多寡其實也反映了一個人在勞動市場上的相對位置，具有濃厚的功績主義。以繳費能力做爲是否進入醫療體系的標準將會產生排除其他具有醫療需求者的問題。爲了解決這個困難，產生了第二個正義的標準，也就是所謂的社會正義。

社會正義關心的基本問題是進入醫療體系的進入機會是否能根據個人的需要而公平地分配於公民之間，特別是指在醫療照護上同等的對待。這裏所謂同等待遇可以區分爲輸入面與輸出面的平等對待。輸入面的平等對待是指每個公民在進入醫療照護體系時，不至於受到來自種族、性別、年齡、收入或地域上等社會歧異的差別而產生了不同的待遇。所謂輸出面的平等對待則是指在結果上述各個社會團體間在若干健康指標上不致於出現太大的差距，例如嬰兒粗死亡率或某些重大疾病的罹病率等。在這方面，Daniels（2001）接續了 Ralws（1971）關於正義理論的討論，認爲健康之所以是可欲的，在於健康是做爲一種一般廣泛的機會，使得人們可以自由地追求個別的生命理想與人生計畫。在關於正義原則的討論中，一個社會應該優先考慮保護平等的基本自由權，因爲所有關於人生計畫追求的自由，只有在這個健康平等權已經確保的情況下才能獲得實現的可能。

上述原則是一般在公共健康保險中所討論的水平面公平性原則。所謂的水平面公平性是在支出面，意指在醫療給付方面，有相同醫療需求者應有同樣的機會取得必要的醫療資源與照護，不受所得、性別、族群、居住區域以及年齡等因素的影響（Donaldson and Gerhard, 1993）。然而，醫療服務的提供必需面臨財務來源的問題。財務的來源

是基於所謂的垂直面公平，指財務負擔應該符合量能負擔的原則，繳費能力較高者應該負擔較高的保費以幫助繳費能力偏低者。這個原則蘊含了不同風險者之間的重分配，也因而不同於私人保險中強調依個人風險計算保費的原則，因爲後者是根據性別、加入前的健康狀況以及加入時的年齡等諸多個人因素來分別訂定不同的保費水準。社會保險則是整個社會（以民族國家爲界線）範圍內的風險分擔，這包括了年輕人對於老年人，健康者對於生病者，少眷之家對於多眷之家，所得能力高對於所得能力低者，甚至是男性對於女性的風險分擔（Hinrichs, 1995; Stone, 1993:290-292）。綜言之，是強體保險者對於弱體保險者的風險平衡。透過這個由國家介入所產生的風險平衡機制，社會弱勢者的健康地位不至於與其他社會階層產生太大的差距，並且得以確保一個社會最低可能的生活標準，而這個標準乃是國家對於公民的基本義務[2]。社會保險所體現的是全社會的平均總風險，而私人保險則是個人個別風險；社會保險強調的是社會適足性公平，私人保險則是個人風險精算後的公平。

不過，在最近有關健康照護體系正義觀的討論中發現，社會正義所強調的需求原則可能只是表現了專家或官僚眼中的需求，而非病患或被保險人的眞實需求，因而出現了對於程序正義的要求。所謂的程序正義是指透過某些公平的參與管道的提供，使得所有相關政策受影響者（包括個人與團體），都有機會表達其意見並參加決策的做成。這個概念主要是基於哈伯瑪斯（Habermas, 1992）所謂「審愼思辯式民主」（deliberative democracy）的理念，認爲透過一個適當公共場域的提供，使得所有政策相關的利害關係人都能透過理性論辯的方式達成相互間的理解。最重要的是，在醫療體系中，透過這種外部監督的程序設計可以使得醫療專業受到一定程度的控制，節制醫療專業權力

2. 當然，國家介入的方式可能與國家的傳統、國家機關與醫療專業的關係、關於國家責任的價值觀等因素有關，而產生了各國在醫療照護體系不同的介入面向。

被濫用的可能。

三、全民健保與正義健康環境的追求：成就與限制

如果從上面三個角度來分析的話，那麼全民健保到目前爲止對於正義的貢獻主要是表現在以下幾個方面。首先，是就醫財務障礙一定程度的排除。在全民健保開辦前，仍然有將近 45%的國民被排除於一般公共健康保險體系之外，而必須以自費的方式就醫。儘管其間經歷了農保與擴充公勞保的涵蓋對象，將其眷屬逐步包括進來，但仍有許多醫療弱勢民眾被排除在外。即使是原先的公、勞、農保也因爲費率計算、給付條件的不同而產生了一國多制的現象。這個雙重的不平等隨著全民健保的開辦而獲得部分的解決，因爲納保人在醫療使用上不至於因爲加入不同的保險體系而產生不平等的問題[3]，得以享有起碼且平等的醫療保障。就此意義而言，我們可以說台灣的全民健保制度屬於「普遍主義」的模式，在底下我們將進一步分析，何以這個模式可以有效創造一個連結弱勢者以及中產階級利益的社會連帶關係，並且抗拒來自健保民營化的政治壓力。

由於享有全民健保醫療給付的需求與繳交保費多少無關，因而衡量健保公平性的第一個標準就是健保的財務負擔上是否符合「各盡所能」，也就是一般財政學上所說的「量能負擔」原則。在這方面，國內一般的研究結論是具有稍高的累退性，也就是說被保險人的所得能力越高，平均保險費的費率却降低。鄭文輝與蘇建榮（Cheng and Su, 1999）結合全民健保給付與承保資料檔以及財政部的個人所得稅申報

3. 這個問題在採取複數保險人體系的國家都可能出現。在同樣是採取社會保險的老牌國家如德國與日本，由於加入以不同職業別身份爲區分的疾病保險基金會，可能產生不同保險體系間的醫療階層化問題。最典型是德國的藍領與白領階級勞工差別，或日本的組合保險與國民保險間的區別，詳細的討論見第四節。至於在缺少普遍性公共疾病保險的美國，醫療不平等更爲惡化。差別存在於私人保險、管理式照護組織（如 HMO 與 PPO）、Medicare 與 Medicaid 方案以及沒有任何保險的民衆間，參考 Rosenbaum et al. (1995)。

資料，分析了不同所得階層家庭的健保財務負擔，結果發現，與 Wagstaff (1992) 等針對 OECD 國家所做的研究發現一致，全民健保的財務負擔分配，呈現了累退的特性。這裡的財務負擔包含了繳交的保費與部分負擔。表一的分析顯示，我們若將家庭所得高低按十等分 (percentile) 排列，在所得最低的一組樣本中，平均每戶家庭所得約爲 22 萬元左右，而平均每戶家庭的醫療財務負擔則爲 17,635 元，佔家庭平均所得的 7.91%。儘管家庭的醫療財務負擔的絕對金額隨所得的增加而增加，例如所得最高一組的家庭平均財務負擔爲每年 24,135 元，但其增加的幅度小於所得增加的幅度，致使醫療財務負擔佔所得的比例呈現累退的情形。例如：最高所得一組的家庭中，其平均醫療

表一　不同所得階層家庭的全民健保財務負擔

所得十分位數	平均每戶家庭的所得	平均每戶家庭的健保保費與部分負擔金額(元)	保費與部分負擔金額佔所得的比例(%)
1	223,006	17,635	7.91
2	419,603	20,434	4.87
3	518,519	21,479	4.14
4	593,578	21,243	3.58
5	682,960	21,633	3.17
6	787,713	22,008	2.79
7	915,803	22,651	2.47
8	1,050,313	22,393	2.13
9	1,266.892	22,358	1.76
10	2,214,188	24,135	1.09
全體家庭	867,257	21,597	2.49

資料來源：Cheng and Su (1999), Table 3

C.E.P.S.

財務負擔佔平均家庭所得的比例僅有 1.09%。而即使就其繳交的保費與部分負擔，就絕對金額而言，也與前面五個等級的家庭負擔相差不大。

鄭文輝等 (1999) 關於全民健保醫療資源使用的研究進一步顯示，就 1996 年家戶設算保費與部分負擔合計的財務負擔在十等分位家戶間的分配情形來分析，家戶財務負擔佔其所得的比率由最低十等分位家戶的 12.71%遞減至最高十等分位家戶的 3.64%，累退程度相當高，尤其最低 20%家戶的負擔金額佔其所得的比重達 10%及以上。再就分配百分比來看，所得最高五等分位組家戶的分配比爲最低五分位組的 7.68 倍，最高 20%家戶的健保財務負擔絕對值却僅是最低 20%家戶的 2.12 倍。另一項指標，財務負擔吉尼係數爲 0.1418，也顯示不同所得家戶間財務負擔的差異程度很小。葉秀珍 (2001) 的研究也證實了，在未經調整家戶戶量與家戶規模經濟特性時，健保保費對於家戶的負擔呈現了累退模式。另外，如果以目前一般國際衡量保費負擔累進或累退性常用的 Kakwani 指數來說，則台灣目前的指數爲－0.090，其結果對於低所得家戶而言是相當不利的[4]。如果加上該家戶的眷口數眾多，則在目前針對被保險人論口計費的保費計算方式下，垂直不公平性又將更形擴大。

其次，讓我們看看全民健保在所得重分配上的效果。如果就財務淨收支的分配情形合併觀察，由表二最右一欄可以看出，最低十等分位家戶使用的醫療費用，約有 40%是來自移轉所得，第二個十等分位家戶也約得到 20%所得移轉。反之，最高所得家戶負擔的財務收入約有 40%移轉給他人使用，次高所得十等分位家戶也有 20%移轉至他人。如果是以被保險人投保類目來區分的話，健保資源是由雇主及自

4. 指數通常被用來衡量一國醫療使用的公平性，如果不公平指數爲正值，則代表醫療使用對於高所得者較爲有利；反之，如果是負值，則代表醫療使用對於低所得者較爲有利。台灣與其他國家在此一指數上的國際比較，請參考葉秀珍等在這方面的先驅性研究 (Yeh et al, 2003)。

表二 1996 年全民健保所得十等分位家戶財務收支分配

(單位：%)

約當每人所得十等分位組	家戶健保醫療總費用		家戶健保財務負擔		財務淨收支
	佔所得比率	分配百分比	佔所得比率	分配百分比	分配百分比
1	20.29	9.66	12.71	5.35	4.31
2	10.55	9.46	9.48	7.51	1.95
3	8.72	9.66	8.73	8.54	1.11
4	7.59	9.63	8.04	9.01	0.62
5	7.44	10.85	7.44	9.59	1.27
6	6.40	10.77	6.92	10.29	0.48
7	5.40	10.57	6.35	10.98	-0.42
8	4.69	10.53	5.76	11.43	-0.9
9	3.59	9.71	5.06	12.09	-2.38
10	1.94	9.17	3.64	15.21	-6.04
總計／平均	5.40	100	6.11	100	0
五分位比值	-	0.99	-	2.12	-
吉尼係數	-	0.0317	-	0.1418	-

資料來源：鄭文輝、葉秀珍、蘇建榮、鄭清霞 (1999)

說明：(1)根據 25000 戶保險對象家戶樣本，共 92689 人之資料計算。

(2)家戶所得十等分位排序考慮家戶的規模經濟效果，以約當每人所得＝家戶所得÷（戶內人數$^{0.72}$）作爲調整。

(3)醫療總費用含醫療機構申請診療費用與被保險人就醫時的部分負擔，財務負擔含保費與部分負擔，財務淨收療總費用分配百分比減財務負擔分配百分比。

(4)設算保費負擔歸宿時，假設雇主分擔之保費完全轉嫁由受雇者負擔，而政府補助保費則依家戶總所得共同分擔。

C.E.P.S.

營作業者、有一定雇主的受雇者及公民營受雇者流向農漁民、地區人口、職業工會工人、軍人眷屬以及公教人員（鄭文輝等，1998:4-1 及表 4.1.1）。換言之，就整體而言，全民健保財務淨收支略具重分配效果。

以上是從財務面分析全民健保在所得重分配層次上的效果。另外，我們還必須討論不同社會類屬的群體，在全民健保所提供的醫療使用上是否存在著不公平的問題。關於這方面，國內的相關經驗研究並不太多，因而我們能據以推論的也因而有限。葉秀珍（2001）使用來自財政部財稅資料中心的綜合所得稅檔以及健保局所提供的保險對象承保檔與醫療使用檔，分析不同被保險人的社會特質與醫療使用的關聯。結果發現，第五類低收入戶民眾在總醫療使用，中西醫門診，以及住院醫療等項目的醫療使用都明顯高於其他五類的被保險人，而這其中尤其是以住院醫療的使用更爲明顯。而在藥費支出項目上則是以第二類的職業工會工人，以及第三類的農漁民支出偏高。葉秀珍的研究說明了低所得者在使用醫療資源上較其他群體偏高的現象。

綜合上面的經驗研究，我們可以初步歸納出，全民健保在所得重分配上略具成效。但是，在保費負擔以及醫療費用支出上仍然具有偏高的累退性。造成全民健保在保費負擔上呈現累退效果的原因，歸結起來主要在於制度設計上的問題。這些原因包括了：

1.投保金額與投保金額分級表上下限與級距的設計：

全民健保的保險費是依據被保險人的投保金額與一個固定的保費費率來加以計算。投保金額是由健保局訂定分級表，現行的分級表總共分爲八個級組，三十八個投保等級，下限爲最低工資（15,840），上限則爲 87,600，超過此一上限者以最高上限爲投保金額。我們可以發現，上下限僅約接近五倍[5]。更且，同一級距內也會發生不公平的計算

5.自 2002 年八月一日起實施。在此之前的薪資分級上限爲 60,800，最高與最低相差倍數爲四倍。

方式。量能付費的精神因而打了折扣。

2.保費的費基有限：

社會保險保費其實等於是另一種型式的稅，不過它的課徵基礎較一般稅爲窄，因爲它主要是以薪資爲主，至於其他所得如土地與股票交易所得、利息等其他非薪資性所得都沒有納入。在過去，公務人員的投保金額是以只佔全薪約 51%的本俸投保，而引起了其他以全薪投保的公民營事業受雇者極大的反彈。在台灣，更由於稅制的不健全而導致全民健保這個重要社會基礎建設的財務實質上由廣大的受薪階級負擔。

3.投保薪資高薪低報：

由於健保的給付與投保薪資間不存在相關性，被保險人，特別是雇主往往沿襲勞保舊慣習，以高薪低報。加上現行投保金額及保險費，依法分別有薪資所得、營利所得、業務執行所得、本俸、自行申報、平均定額及限定金額多種。在「多元化」的投保方式下，部分高收入者「依法」即得以低薪投保或繳交低額保費，部分較低收入者（非低收入戶）却被迫以一定金額投保，部分勞工更必須以實際薪資投保。

4.被保險人眷口數的設計：

現行針對保險對象是採取論口計費，原先健保開辦之初超過五口以五口計算，目前雖然已經降爲三口，然而，對於多眷之家的保費負擔仍然偏重。事實上，就相同所得水準的被保險人來說，眷口數越多，經濟能力偏低，保費負擔較爲沈重。鄭文輝等的研究發現，若以家戶型態來區分的話，則單薪及家戶中有老人者負擔相當沈重：包括三代單薪、核心單薪、三代雙薪、老年夫婦以及單薪家戶[6]。

全民健保在社會正義維持上的另一個弱點是對於失業勞工，特別是長期失業勞工的保障不足。由於全民健保的給付資格仍然是以繳交

6.葉秀珍（2002: 124）則是發現，二口之家除牙醫醫療門診外，在其他項目的醫療使用上均比其他類型家户偏多。如果二口之家中老年組的比例偏高，則這個群體是一個需要特別關注的對象。

保費爲其前提，對於就業型態屬於「不穩定」就業者，極可能因爲其工作上的不穩定而導致保險身份的剝奪。這類勞工隨著勞動市場彈性化、技術革新迅速以及經濟全球化等因素的衝擊，在就業市場上將日趨弱勢。由於轉換全職職業的困難，其最後結果常只能接受工作條件較不穩定的「非典型」就業型態。這類勞工所面臨的不僅僅是所得的中斷，同時，由於實質購買力的降低而使得他們必須被迫減少對於必要健康服務的利用，又更進一步不利其健康狀況。健保對於第五類的低收入戶雖然有政府全額的保費補助，然而由於台灣對於貧窮線極其嚴苛的標準，以致於能符合此一補助標準的公民僅及總人口的0.67%。對於上述廣大的因爲經濟結構調整所導致的「新貧階級」，目前保守的作法已經無法有效肆應實際的需要了。

莊榮霖等（2002）的研究是有關於因失業而中斷健保勞工特質的分析。他們的研究顯示，在因失業而中斷投保者中，具有以下特性：從事行業以製造業爲主，性別以女性居多，工作所在區域以北部爲主。這類勞工由於技術水準偏低而普遍再就業率偏低，待業期間也普遍較長。

失業勞工在因失業而中斷投保一段時間後，有可能以眷屬身份加保，若無眷屬可依附或無工、農、漁會會員資格，則轉入第六類以地區人口身份加保。但是，由於第六類人口在沒有雇主爲其繳交一部份保費的情況下，需每月自行繳交 604 元的健保費。若家中眷口數多的話，以三口之家爲例，即需自繳 2,416 元，對於一個已經陷入失業窘境的家庭而言，無異是雪上加霜。勞委會對於領取失業給付並轉入第六類加保的失業勞工，目前的作法是補助其健保費的一半，即 302 元，但補助期間僅限於六個月。至於原住民或單親家庭等符合就業服務法第二十四條規定者則延長爲十二個月。但是，由於長期失業者在人數以及失業週數都持續升高的情形下，目前的補助措施仍然有所不足。

最後，如果以程序正義的標準來衡量，目前全民健保政策形成與影響的參與管道仍是相當受限。現行全民健保的政策形成方式可以說

是科技菁英主義與利益多元主義的結合，而後者的產生基本上是根源於前者。由於技術官僚在政策形成初期即已提出他們主要的政策偏好，以致於其他相關的利益團體必須透過立法部門的遊說來護衛自身的利益。由於諸多制度上的因素，例如：選舉制度上的「單記不可轉讓多數代表制」及政黨紀律不彰，導致了立法院中立法委員的問政傾向以關切少數或部分利益團體的特殊利益爲重點。在現行制度之下，立法委員與利益團體的作法就其個別與短期的考量而言是理性的，因爲那將使他們個別的利益極大化，但其代價則是阻却了對於整體與長期並有利的合理性政策的實施。這是 Olson (1982) 筆下所描述的西方戰後利益團體政治，但同樣的圖像似乎也出現在台灣目前的全民健保諸多政策的制訂過程，諸如：保費費率的調整、部分負擔及轉診制度的施行、教學醫院教學費用、醫藥分業等。學者曾以所謂「逃避譴責的政治」來描寫目前健保政策在改革過程中動輒得咎的窘境 (傅立葉，2001:238-239)。

四、全民健保的正義基礎：如何與弱勢者團結？

全民健康保險的基本意義，如同其他公共疾病保險方案一樣，在於透過國家強制加入的方式，建立一個和衷共濟與社會風險分擔的共同體。這個共同體具有一套自主的財政機轉，根本目的則是在於平衡一個社會中強體保險者與弱體保險者之間的風險。所謂的強體保險包括經濟能力較強者、身體健康者、年輕人；而所謂的弱體保險則是包括經濟能力較弱者、罹患疾病者與年老或年幼者。前者一般是屬於具有工作能力者，由於罹病率偏低且繳費能力較高，通常是商業私人保險競爭的對象。至於後者則反而因爲罹病率偏高且繳費能力較低，若缺乏公共手段干預的話，無法取得適當醫療照顧。現在的問題在於，要如何處理這兩種風險類別群體之間的關係，在以下的討論我們可以分別以美國、德國以及英國三個國家的經驗來加以分析。

在強調自由選擇以及自我負責精神的美國，弱體保險者被獨立視

爲一個群體個別處理，例如針對低於貧窮線以下，符合社會救助資格的中低收入戶、老人以及身心障礙者等所謂「需要者」(needy) 設立 Madicaid 與 Madicare 的醫療方案。所謂社會救助資格的認定，則是必須要透過資產調查的方式來進行。至於其他公民則必須以自掏腰包的方式，自行在醫療市場上購買所需要的醫療服務。這種購買一般是以商業保險的方式進行，通常是由雇主出面爲受雇者集體向私人保險公司訂約購買醫療保險。這個模式存在兩個根本問題，一是許多介於有一定雇傭關係的勞工與社會救助標準之間的其他勞動市場弱勢者，被排除在制度化的保障範圍之外。據估計，美國有大約三千萬人（約爲總人口的 15%）是屬於這類人口，無法獲得適當的醫療照顧，在其中有許多是屬於低技術與無一定雇主勞工，家庭主婦以及兒童。另外，接受這類「特殊」照護者，一方面由於是以特別方式提供，福利領受者容易有社會烙印的不良效果，並且在國家財政情況不佳時，他們容易被視爲是消耗主要資源的群體，因而成爲社會輿論指責的對象，面臨福利被刪減的危機。儘管就實際的數據來說，他們所耗用的資源並非是最主要的福利支出原因。

另外兩種解決弱體保險者醫療照護需求的方式，則是將弱體保險者與強體保險者結合在一起，這兩種方式分別是德國與英國的模式。這兩種模式都是將弱體保險者整合到一個更大的架構下，但是，由於根據不同的財務、行政管理方式以及國家介入的程度不同而呈現了不同的效果。前者的財源主要是以勞工與雇主共同渠出的保費爲主，行政管理上以具備公法人資格的複數保險基金會做爲法定疾病保險的管理組織，對外代表被保險人與醫療服務提供者（一般是醫師與醫院團體）協商支付醫療診察費用與計酬方式。醫療服務提供大部分是由私部門提供，其中包括了非營利組織的醫院以及具有營利動機的醫師，公部門佔醫療供給中相當少的部分 (Alber and Bernardi-Schenkluhn, 1992)。

至於英國模式在財源上則是以一般稅收爲主，行政管理是由具備

國家官署的中央或地方衛生主管機關進行。這些機構必須對於該轄區內公民的醫療需求有所回應，它們進行固定的醫療需求調查，並且以政府每年編列的預算投資於醫療設施（興建與設備成本）與運作（如人事成本）所需的成本。因而，在英國模式中，醫療照護主要是由公部門提供，即使是在門診部門存在私人執業的醫師，由於必須依賴龐大公部門方能生存，因而幾乎可以視同於準公務人員。雖然，他們對於工作內容具有較爲自主的決定權力。

這兩種模式都是透過將弱體保險者與強體保險者利益有效結合的的例子。但是，它們的重分配效果仍然有所差異，原因是在於財務的原則不同。德國模式的主要財源是社會保險保費，但是，社會保險保費其實是另一種形式的薪資稅，徵收的主要來源是一般雇傭勞動者的薪資以及雇主繳交的部分。其稅基較窄，再加上一定所得以上得以自行尋求私人保險的規定，因而，重分配的效果也偏低。反之，英國的財源是一般稅，除了所得稅之外，還包括了消費稅、營利事業所得稅等，稅基較廣，重分配的效果也因而較高。另外，由於醫療供給大部分是由國家提供，因而國家對於醫療專業的控制能力較強，對於由供給面導引的醫療需求較能以各種政策措施加以管制，醫療費用上漲的抑制能力也因而較高。反之，德國模式由於必須依賴於私部門的醫療供給，除了某些特定情況外，醫療費用的上漲幅度較高（Alber, 1989）。

但是，另一方面，兩種財務方式也產生了不同的政治效果。在德國模式中，根據旁支財政原則（Para-Fisicalitaet Prinzip），由於財務是另一個獨立於國家一般稅收的系統，其運作原理是自給自足且強調收支平衡，一旦面臨支出短絀，則立即以調整保費費率做爲因應方式。由於給付的項目多寡將會影響保費的調整，這樣的連動關係使得被保險人在要求給付範圍的擴充時必須謹慎考慮，從而使得健康保險的財務能奠定在一個永續發展的基礎上（Lamping, 1994）。更重要的是，保費費率是由各保險基金會在國家規定的一定範圍內自行調整。

因而，能避免來自國會基於選票考慮要求對於給付範圍的擴張，但却減少保費的繳交。用公共選擇理論的話來說，這樣的財務自主原則能夠較能避免健保成爲各個利益團體「競租」的對象。反之，在德國模式中，由於財源是由政府一般預算中支出，可能面臨了與其他政事別之間相互的競爭，產生財政排擠的問題。同時，由於這兩種不同的財務原則，也因而衍生了不同的課責方式。在英國，對於健康照護管制的責任是透過行政系統與國會監督的方式進行；而在德國，國家的責任則僅限於促進與引導相關社會團體間的合作與善盡社會責任，其方法是程序法等周邊條件與制度的建立。因而，在德國對於法定疾病保險的監督，是由個別代表需求方的疾病保險基金會與代表供給方的保險醫師協會，以透過內部民主選舉的理監事監督保險業務的進行。

這兩種方式儘管在財務、行政管理、國家介入以及公私部門的分工情形互有差異，但是，將弱體保險與強體保險兩者的利益共同結合起來的策略却是一致的。這種方式能夠避免弱體保險者的社會恥感，更重要的是，這種利益結合的方式產生了避免弱體保險者即使是在面臨國家財政不良的情況而必須進行福利削減時，其利益被犧牲的結果。這種將弱體保險與強體保險者利益結合的策略能夠奏效的前提，在於中產階級能從中獲利，因而願意支持這樣的結盟關係與認同這個與弱體保險者團結的社會契約。中產階級之所以願意與弱體保險者之間形成這樣的社會連帶關係，其出發點並不是基於利他而是自利的動機，雖然這樣的動機產生了利他的結果。但是，自利的中產階級爲什麼願意支持這樣一個廣泛的風險分擔計畫，與弱體保險者之間產生社會連帶的團結關係呢？

對於這個問題的回答，首先，我們必須探討疾病的不確定性。儘管中產階級所擁有的財富可以維持其適當生存所需，但是，一旦面臨了某些重大傷病（急症或慢性病）的發生，龐大的醫療費用將超出一般中產階級家庭能夠負荷的範圍。同時，這些重大傷病發生的可能性是超越性別、階級、種族或年齡，儘管醫療社會學的研究指出，特定

疾病可能好發於某些社會階層或年齡。換言之，人們對於疾病的發生是極不確定的，但可以確定的是其結果將對於一般中產階級家庭產生極爲嚴重的經濟後果。罹患疾病的不確定陰影類似於 Rawls 所說的「無知之幕」，在這樣的情況下，理性的人們最好的策略乃是「最高程度的最低額」規則（The Maximin Rule）（Rawls, 1971:154-168）。第二，即使我們知道大部分的疾病好發於一定年齡以上，但由於理性計算的結果，中產階級仍然願意加入這樣的一個共同體中（Butler, 1999:98-104）。

但即使是在前面兩個條件下，我們仍然無法推論中產階級願意加入與弱勢者之間的社會連帶關係。因爲，中產階級仍然可以透過加入商業保險的方式來解決上面兩個問題。商業保險強調的是個人公平性，也就是保費貢獻多寡與給付之間的正面相關性，而這是最符合中產階級的理性計算的。但是，由於醫療專業的出現，而使得中產階級必須考慮：加入商業保險是否符合他的最大利益？答案可能是否定的，原因是在面對高度複雜的醫療體系與由此衍生而來的醫病雙方訊息不對稱，在微觀的層次上，權力是向醫療服務提供者一方傾斜的。爲了平衡這樣的不均衡權力關係，醫療消費者除了以自助團體方式尋求自保之外，另一種方式則是要求國家某種程度的介入，以管制醫療專業可能的濫用權力。正是這樣的考慮，使得自利的中產階級願意加入與他人，特別是弱體保險的風險分擔中，並且因而產生了風險分擔，甚至是重分配的外部效果（Korpi and Palmer, 2003:431-1）。雖然就微觀層次而言，個別理性的行動者是自利的動機，但是，在總體的層次上却產生了雨露均霑（trickle-down effect）的結果，自利與利他在此獲得了一個結合，弱體保險者的利益得以巧妙地「夾帶」進中產階級的特殊利益之中（Boldwin, 1990）。

在採取社會保險的國家，如德國、荷蘭與日本，由於傳統上是以不同的職業別做爲區分不同被保險人口群的標準，因而也隱含了疾病風險階層化的問題。例如德國的藍領階級（投保於企業及礦工疾病保

險基金會）與白領階級（投保於補充疾病保險基金會）間的差距。至於地域間的差距可以以投保於東德（如投保於布蘭登堡邦）與南德（如巴伐利亞邦）地區疾病保險基金會爲例（Giaimo and Manow, 1999）。爲了平衡這種失衡情形，德國聯邦政府在一九九二年的「健康結構調整法」（GSG）中引進了風險結構調整機制，已透過被保險人在不同類型基金會之間的自由選擇以及財務移轉試圖縮小這些差距，規定自 1996 年起透過所有被保險人自由選擇疾病基金會權利的引入而加以排除：

—所有法定疾病保險的成員都享有選擇所有補充疾病基金會的權利；

—補充、企業及手工業疾病基金會的成員得自由選擇居住或工作所在地的地區一般疾病基金會。

在採取社會保險模式的日本也面臨了同樣的問題，也就是繳費能力較高的組合保險以及繳費能力較低的國民健康保險之間的差別，洵至國家必須每年以大量的預算補貼後者在營運上的赤字。

五、全民健康保險的所得重分配效果

全民健保的開辦意謂了台灣社會保險體制的重大改變：一個在給付條件上一律平等制度的建立。全民健保前非工資勞動者（如老人、兒童、家庭婦女、身心障礙者等社會弱勢者）被排除在社會保險網之外，與原先採依職業別分立制所形成的政出多門這兩個問題自全民健保開辦後獲得了某個程度的解決。一方面，原先 44%未納保的人口得以被囊括於全民健保的保護傘下；另一方面，原先採分立制的保險體制由集中制所取代：將原先在公、農、勞保中屬於健康保險類別的部分抽出，由衛生署所成立的中央健康保險局負責承辦。在整合了原有公、農、勞保醫療部份保險，以及將原先排除於公共保險體系之外的國民一併整合的單一保險制度。國家在全國的範圍內，以立法的方式強制全體國民加入一個和衷共濟，風險分擔的社群。財源雖然是以形

式上獨立於稅之外的保費形式徵收(事實上是另一種形式的薪資稅)，然而就組織的方式而言，則是一個由政府所設立的機構做爲經營的主體，負責加退保、保費收取、與醫事服務提供者訂約等事務。

從財源籌措、行政組織、總體調控方式與納保人口比率等觀點來看，全民健保其實同時包括了社會保險、福利服務以及社會救助三種基本型態（鄭文輝，2000）。社會保險的特性是表現於強制全體國民以繳交保費方式集體納保，構成一個強制性的社會風險分擔團體；社會福利的特性則是表現於政府對於絕大多數的國民都提供了不同程度的保費補助(雇主以及專門職業者除外)；而社會救助的原則則是體現於政府對於低收入戶以及特定弱勢團體的全額保費補助之上。[7]

就此觀點而言，對照上面兩個同樣是採取社會保險體制的德國與日本，台灣自一九九五年所開辦的全民健保乃是一個最大可能的風險分擔團體，因爲它的風險分擔範圍是以全國爲單位，而非限定在一個特定的職業、階層或地域別。儘管全民健保的財務方式是透過勞資以及國家三方，依一定比例的社會保險保費做爲財務來源，但由於風險分擔範圍的擴大，並且跨越了不同職業保險類別之間的藩離，而使得其維持社會公平的能力增加，在台灣社會創造了一個跨越階級以及族群界線的共同體。最重要的是，全民健保是採取國民單一保險的方式，而非將某些特殊群體獨立出來另行辦理，如韓國、日本與美國的方式。這種將弱體保險與強體保險者的利益結合起來的作法不僅有助於弱勢者恥感的消除，同時也不至於因爲財務緊縮而犧牲這個群體的利益。如同 Hollingsworth (1989:217-220) 所指出的，健康照護制度集中化的設計將產生服務提供標準化與進入 (access) 平等化的結果，而這結果是受到低所得者歡迎的。另一方面，由於全民健保的給付水準與給付內容屬於偏高的水準，使得中產階級也能從這個社會保險方案中獲

7. 目前健保保費的主要來源可以區分爲三個部分，分別是：保險對象 115,356 百萬元(39.77%)，雇主負擔 93,565 百萬元 (32.26%) 以及政府補助款 81,149 百萬元 (27.97%)。

利，因而取得了一個結合中產階級與其他社會弱勢者的連帶關係。這是全民健保的重要資產，健保的改革都必須考慮是否會犯了將孩子與洗澡水一併倒掉的問題。

六、健保改革的問題：擺盪於私人配置正義與社會正義之間

與許多先進的工業民主國家一樣，台灣也面臨了來自健康支出費用不斷上漲所帶來的壓力。全民健康保險自一九九五年施行後，由於醫療給付支出每呈兩位數急速成長，在保費收入相對增加有限之情況下，醫療費用支出成長率即遠高於保險費用之成長率，自 87 年起，財務收支已開始出現赤字。尤其自一九九七年年初以來，申報費用與實收保費的差距日趨擴大，以一九九九年上半年爲例，平均每月差距四十四億，其中三月份差距高達六十五億。從表三我們可以就全民健保財務收支的成長率趨勢加以分析。1996-99 年實際保費收入成長率平均只約 3.1%，但實際醫療費用成長率平均則高達 10.7%，兩者缺口爲 7.6 個百分點，顯示健保的長期收支將無法維持平衡。與所有先進民主國家一樣，台灣的健康照護體系面臨了財務上的問題以及結構改革的壓力。

一般來說，健康費用的快速成長與下面這幾個因素密切相關。首先，是由於人口老化所帶來的問題。其次，則是由於醫療產業勞力密集的特性，使得人事成本佔了醫療支出中相當大的部分。Baumol (1967) 在關於服務產業生產力的經典研究指出，服務業由於生產與消費同時發生的特性 (uno actu principle)，而使得服務業的單位生產力提升有所困難，連帶地導致產生了成本偏高的問題。這個現象在勞力密集的醫療服務中尤其顯著，醫療費用上昇的比例常因人事費用的升高而超出一般經濟成長率或消費者物價指數。第三是由於醫療科技的快速發展，先進但昂貴的醫療高科技也推擠了醫療費用的上升。第四，由於資本運作的邏輯進入醫療體系，在市場化、商品化以及私有

表三　全民健保財務收支成長率：1996-2000

(單位：%)

年別	1996	1997	1998	1999	1996-99 平均	2000 預估
實收保費收入成長率(%)	2.9	0.1	7.0	2.2	3.1	6.9
調整後實收保費收入成長率(%)	13.4	3.4	8.8	2.5	7.0	6.9
實付醫療支出成長率(%)	17.0	6.6	10.2	9.1	10.7	0.6
收支成長率差距(%)	-14.1	-6.4	-3.2	-6.9	-7.6	6.3
調整後收支成長率差距(%)	-3.6	-3.2	-1.4	-6.6	-3.7	6.3

資料來源：鄭文輝 (2000) 表七

說明：(1) 1996 年之成長率爲 1996 年下半年相較 1995 年同期之成長率；又 1999 年上半年成長率爲 12.9%，下半年 5.6%，全年平均 9.1%。

(2)調整後實收保費收入成長率爲將實收保費收入依平均眷口數 0.78 人調整計算。

化的衝擊下，醫療成爲資本積累的領域。最後，則是醫療市場中由於訊息不對稱，而使得醫療市場上潛在具有「供給創造需求」的可能，由於開立不必要的檢驗或增加診次，最終造成醫療上的浪費。在上面五個因素當中，前三個因素由於是整體的社會變遷趨勢或醫療產業結構特性，是國家較難有效介入的部分。較能有效干預以抑制醫療費用成長的只剩下對於醫療專業的管制。全民健保自 1995 年開辦以來，醫療支出上漲幅度大過於收入面，長此以往，勢必會面臨調整保費的需要。接下來的問題是，誰應該爲醫療支出上漲負責？改革的結果是誰來買單？改革的結果造成誰是贏家，誰是輸家？

爲了解決目前的財務問題，國家推出了若干政策，這些政策基本上可以分別區分爲針對供給面與需求面的改革。在供給面方面的政策包括了總額預算制度，支付制度改革，藥價差問題。在需求面方面的政策包括部分負擔，給付範圍的縮減，保費繳納方式的改變。我們在這一節分別討論這些正在討論中或已經執行的改革方案對於全民健保

的公平性會產生哪些影響。

給付內容與「個人醫療儲蓄帳戶」

在目前有關健保支出中甚爲一般人所詬病的是台灣偏高的平均門診就診次數。批評者將醫療支出的不斷擴張歸因於門診費用支出不斷成長。以一九九六年至今每半年比較，住院成長率爲百分之二點八，門診成長率則達百分之五點四；門診住院費用總額比率亦提高至百分之七十比百分之三十。在目前健保的支出中，小病（如感冒）的給付約占全部支出的三成左右（約一千億）。這類支出被認爲是不必要的，但却可能由於就醫障礙的消除而引起許多過度的浪費。爲了解決這個問題，民進黨籍立法委員沈富雄的主張是減少健保的給付範圍，僅侷限於「大病」的部分。至於所謂的「小病」部分則由個人以自費方式自行負擔。他主張將健保給付範圍僅限於住院、重大傷病門診、若不治療將產生併發症甚至導致生命危險的慢性疾病門診、分娩及預防保健等項目。

緊接著這樣的觀點是所謂「個人醫療儲蓄帳戶」的提出。「個人醫療儲蓄帳戶」的制度一般是以新加坡做爲學習的對象。新加坡於 1984 年設立 Medisave 制度，帳戶內金額是受僱人員薪資的 6%到 8%，依年齡而不同，年齡越高存入的比例越高。帳戶用途是支付住院與特定高額門診醫療費用。另外還設立保險機制 Medishield 協助支應住院的醫療費用，其保險費可由帳戶內的金額支應。我們可以說 Medisave 是屬於「自助」的部分，而 Medishield 則是屬於「互助」的部分。在參考新加坡「個人醫療儲蓄帳戶」的模式下，沈富雄主張對於前述大病部分，由政府與雇主繳交保費支應所有國民重症所需的費用。至於前述給付範圍外之其他門診，則由被保險人自行負擔，並自被保險人設立之健康儲蓄專戶中直接扣除。門診費用超過健康儲蓄專戶之部分，被保險人負擔百分之四十，政府補助百分之六十；年度健康儲蓄專戶若有剩餘，可保留以後使用，移爲各該被保險人未來長期照護之

費用，或甚至在家戶內流通。他認爲建立「小病自付，大病保險協助」的雙軌制度，強調個人責任於國家社會責任之先，對於民眾道德危機降低與過分使用醫療資源的情形，將產生有效抑制的作用。醫療儲蓄帳戶與重大傷病保險共同運作兼顧風險分攤與資源的有效利用。

新加坡「個人醫療儲蓄帳戶」以及沈富雄所提出的修正模式，明顯地是由個人或家庭負擔基礎保障的部分，在這部分是屬於個人負責的部分。但這個模式可能遭遇下面幾個問題。首先是「大病」與「小病」是否可以嚴格區分？若干「大病」的徵兆難道不是由傷風感冒等「小病」引起？這樣的區分是否會使得經濟弱勢者由於健保給付範圍的縮減而拖延病情？第二，台灣平均門診就診次數的偏高是否完全是病患濫用醫療資源的結果，或是醫療服務提供者基於「論量計酬」制而將一次門診拆爲幾次門診的結果？

誠然，近來由於醫療費用上升而出現了檢討給付範圍的呼聲，這就是所謂「配給」(rationing) 或「合理化」(rationalization) 的爭議 (Taupitz and Brewe (eds), 2001)。當醫療資源有限的情況下，醫療照護是否應該集中於最緊急需要的人或團體？其判別的標準是什麼？同樣的問題也適用於公共健康照護體系的給付範圍：那些應該納入？一般的看法，是否納入是從「醫療上必須」(medically necessary) 的角度做爲標準 (陳孝平，2002:79)。但是，所謂的「醫療上必須」又應該如何具體衡量呢？這個問題仍然沒有確切的答案。

部分負擔

爲了改善過去公、農、勞保醫療浪費的情況，全民健保在實施當時就決定同時實施部分負擔制度，以減輕開辦全民健康保險之後，因爲民眾實際負擔的價格降低而造成的醫療浪費情況。醫療經濟學告訴我們，當健康保險介入醫療服務提供者與消費者之間時，由於實際支付的價格降低甚至免費，使得消費者會願意增加就醫的頻率。爲了增加民眾就醫的成本意識，全民健保利用了部分負擔制度來達到這個目

標。已實施部分負擔的統計顯示，全民健保的醫療費用的成長率從健保開辦之前的兩位數降低爲百分之五點五，顯示出部分負擔似乎有效的控制醫療費用的成長與過度使用。而在民國八十八年八月所實施的高門診次與復健部分負擔，也降低了醫療費用成長率。尤其是復健部分負擔實施後，復健科就醫門診人次減少約百分之十九，節餘費用一億一千八百萬元復健費用。

然而，部分負擔制度中，民眾自負價格的訂定是很重要的一項。民眾自負金額過高，縱然會產生抑制醫療使用的效果，但是對於低所得的民眾會造成不公平，而形成累退的現象，損害了健保追求社會正義的目標。如果定的太低，民眾又會因爲價格過低而缺乏成本意識，仍然會造成醫療費用增加的情況。一般而言，實施定率部分負擔與不經轉診而越級到醫學中心之門診費用兩項制度，都會加重高所得人口群的負擔。相對的，低所得的人口群的負擔就比較輕。而實施自負額制度對於高所得的人就比較有利，對於低所得的人顯得非常不利，可能會造成累退的現象（吳偉仲，1999）。若以年齡來看，則部分負擔高門診次數病人增加部分負擔之措施，對於老人的影響較大。老人在發生疾病的機率比較高，對於醫療使用的情況也較爲頻繁，在就診次數上當然比其他健康人口要來得高。因而實施新制度後，對於老人的就醫可能會產生較大的衝擊。因此在部分負擔要如何制定自負範圍，必須考慮到民眾的自負能力，在不同的醫療項目上也可以運用不同的部分負擔制度來解決公平性的問題。在目前的民眾就醫次數仍然很高，因此在民國八十八年健保局決定實施高門診、復健；藥品增加部分負擔的措施，以增加使用量較高民眾的成本意識。雖然經過各界的爭執，最後仍然宣佈通過新的部分負擔制度。

雖然部分負擔對於抑制醫療資源浪費有一定程度的效果，但是在需求彈性小、或是部分負擔太低以及醫療提供者的誘發需求的情況下，依然會造成醫療資源過度使用的問題。因此，除了部分負擔之外，也必須藉由其它的措施來配合，特別是下面我們將集中探討的醫療供

給面控制。如此一來，才能夠更有效的減少醫療資源的不當使用。

收入面改革：擴大費基

現行全民健康保險法被保險人依職業類別與身分，計分爲六類十四目，各類別被保險人保費負擔比例及投保金額計算基礎各有不同。目前被保險人六類十四目的區分，投保者由於工作的異動導致的加退保也使得行政程序繁瑣化。最重要的，還是不同類別間的負擔不公平，我們在前面曾經對於造成保費負擔不公平的原因加以分析。由於現今中央健保局所公佈的薪資級距僅有三十八級，上限僅到 87,600 元（即實際收入超過 87,600 元者，仍以此金額計算），對於高所得的企業家或是專業技術工作者（如律師、工程師）來說，與一般薪資階級相較之下，負擔費率與其收入並不成比例。因此透過所得稅申報方式，擴大投保薪資級距及費基，將可以更符合風險分擔及縮小貧富差距的目標。

爲了解決上述問題，同時擴大保費的費基，行政院目前推動中的「二代健保」，其中一個主要方案是研議改變保費徵收的方式，並且希望能擴大全民健保的重分配效果。基本精神是改變過去依照薪資級距爲基礎的計算方式，改以所得稅申報的方式爲計算基礎，擴大徵收的費基。新的方案可以歸納爲以下三項要點：第一，以申報綜合所得稅時的申報戶做爲被保險人的計費單位，包括綜合所得稅納稅義務人，配偶以及扶養的親屬。第二，以家戶總所得做爲被保險人自負部分的基礎。第三，依據一人、二人及三人（含以上）計費單位，分別訂定費基的上下限，上下限間距由原先的四倍擴大爲六倍。未來保費收取，原則上按家戶總所得某的比例計算（大約 2%左右）。對較低所得者訂定單人家戶每月大約繳交 250 元，二口之家 430 元，三口以上家庭繳交 580 元爲基本保費。對較高所得者訂定單人家戶每月大約繳交 1,500 元，二口之家 2,600 元，三口以上家庭繳交 3,400 元爲最高保費金額。根據估計，經過這樣的調整後，費基將由目前的 3 兆 3,749 億增加爲 5

兆 3.431 億，增加比例約爲 58%（行政院二代健保規劃小組，2003:35-49）。

中央與地方政府健保保費分攤爭議：國家內部治理機制問題[8]

全民健康保險的保險費乃就不同類別的被保險人（共六大類），由被保險人、投保單位及政府按照不同的比率分攤。依照全民健康保險法第二十七條的規定，需由各縣市政府負責補助的有第三類農漁民及水利會會員，負擔比率爲百分之十，及第五類低收入戶戶長，負擔比率爲百分之六十五[9]。全民健保自一九九五年三月開辦以來，各級政府積欠全民健保保費補助額持續擴大，並形成健保保險財務狀況惡化的原因之一，已成爲各界詬病的問題。

另一個趨勢是各級政府欠繳全民健保保費補助款的情形有逐年增加的趨勢。由開辦初期的四個縣政府到八十八年度一躍增加到十個縣政府及高雄市政府，台北市也在稍後加入欠費的行列。總計各級政府由全民健保開辦迄今爲止，未依法撥付保費補助款總計已高達兩百億左右，對整體健保財務穩定性影響甚鉅，因而成爲全民健保需加改革的重要議題之一。由於健保法僅對逾期未繳納保費的民眾定有需繳納滯納金的罰則，而對於各級政府積欠補助款的行爲却除了柔性的道德勸說之外，由於並無強制性的罰則規定，竟只有束手無策，因而導致了社會各界對於中央健保局有只許州官放火，却不許百姓點燈之譏。

在積欠全民健保補助款的各級地方政府中，固然大多數屬於較爲貧瘠的縣份，人口結構以農民佔大多數，地方自主財源能力較差，因而繳費能力偏弱。然而，當中却也不乏自有財源比率不錯，而在自主財源能力方面被評定爲屬中等程度者，如高雄市與台北市。各級縣市的財政狀況不佳是一個不爭的事實，但如果財源不足是構成各縣市政

8. 作者感謝一位匿名審查者對於此一問題的提醒。

9. 關於各級政府全民健保的補助項目及比例與非全民健保法中的相關補助措施，請參考國家衛生研究院論壇, 1998：表 3.6.1。

府積欠保費補助款的原因,那麼何以有些自有財源比例偏低的縣市(如澎湖縣,苗栗縣,花蓮縣及宜蘭縣）仍能繼續如期繳交應繳的補助款[10]？各級政府欠繳保費補助款的原因恐怕不是某些地方政府財力不足這麼一個單純的解釋而已。

爲了解決上述問題，衛生署計劃在最新的健保法修正版中增訂相關條文。一九九八年二月份行政院在再修正案第二十九條第三項建議，規定：「行政機關未依規定撥付應補助之保險費時，基金會得報請主管機關轉請其上級機關，自各機關之補助款中扣墊。」。論者更且建議爲進一步落實中央地方財政收支劃分法中有關扣減中央補助款的規定，可以考慮在再修正案中，將應扣減之保費程序予以列明。問題是，如果地方政府在其認知中即已認定全民健保的補助款，就其性質而言，應屬所得重分配型的政策，爲求全國一致性起見，理當由中央政府全權負責此項補助款的財源籌措，或是負起全國區域間所得重分配的責任。地方政府基於這樣的認知，可能認爲，若由中央政府決策並立法實施，但却又規定部分補助需由地方政府加以承擔，恐有推卸責任，並有違中央地方執掌權責區分的原則。因而即使通過再修正案條文，以從行政院直接扣抵補助款的方式來解決各級政府積欠補助款的問題，恐怕只有暫時治標，而未能徹底釐清中央與地方政府在社會福利功能的分工與角色扮演此一更深刻的問題，徒然埋下中央與地方政府長期互相衝突的可能因子。地方政府積欠健保補助款固然反映了長久以來地方自主財源不足這個老問題，其實，這項爭議反映了另一個更根本的問題：究竟中央與地方政府在社會福利職能分工上應該如何的劃分？在目前中央政府挾其強大的立法權（法律保留原則）與財政權（透過統籌款的運用）而在型塑社會福利體制上擁有較強的決定權時，到底地方政府是如何看待自己在整體社會福利體系中的角色？更進一步地，這個爭議反映了健保治理機制中國家內部管理的危機。

10.各縣市自有財源佔歲入比例的比較，請參考官有垣、鄭文輝,1999:92-98。

七、健保改革的問題：對於醫療專業的政治控制與程序正義的建立

在上一節我們所分析的健保改革方案主要是集中於需求面。但是，任何健保改革成功的關鍵並不是需求面的問題，而是供給面的問題。一般認爲，由於醫病間的訊息不對稱以及病患在罹病時喪失議價的能力，結構上的不對等使得醫療市場不同於一般的完全競爭市場。病人和醫師間直接交涉費用，缺乏第三者付費的機制設計，病人常處於弱勢一方。醫病交涉地位不對等，造成病人必須付出高額的醫療費用。而醫師在沒有第三者的監控下，以論量計酬的支付方式追求自己最大利潤，即使這有可能造成過量生產或過度供給醫療服務。另外，醫師在專業上的自主性也有助於進行「虛報」及「浮報」等舞弊行爲。林國明（1997）對於台灣公共保險體系的研究也顯示了，即使在國家對於醫療價格控制具有很高的操作權力時，醫療專業仍能夠透過它在臨床上的自主性增加自己的收入。

醫師團體乃是現代社會中的主要專業菁英。所謂的專業，以Freidson（1994: 10）的定義，是指對其工作技術的內容具有自主決定與控制的權力。自治變成是專業化主要的特質，並非因爲它天生就如此，而是因爲許多制度化的過程維持這一個權力。透過自十九世紀以來的專業化，醫師團體取得了對於何謂疾病的定義權與診治方式的壟斷權（Stone, 1983:2-17）。另一方面，對於國民健康的維護，在現代福利國家的安排中,又被視爲是國家的基本職能之一。如何確保健康此一殊價財（merit goods）與準公共財在一群具有專業知識，但却又時時拒絕政治官僚等外力介入的醫師提供，始終是困擾各個國家政策菁英的一大難題。因爲國家或是其他有關的團體無法判定專業醫師們在工作上的表現，因此國家和病人的選擇很少，只能授與其自治以得到品質的保證。換言之，如何使這群對其工作內容與技術具有充分自主權的醫療專業，課以適當的公共責任，使其在追求個人利益之餘，不

致妨礙了公共的利益呢？

關於健康政策研究中，對於節制醫療專業權力的有效方法有兩種方式，一種是直接由國家直接管制醫療產業，例如英國模式；另一種是由被保險人透過自我組織的方式與醫療專業談判，例如德國模式。醫師在醫療保健體制中的地位和政府干預的程度有關。在前面所提到的英國，醫療保健體制財務籌措方式以一般稅收爲主，由國家提供整體性醫療服務，政府管理能力較強，醫師團體動員政治力量的影響力受限；另外，醫師團體間的競爭將影響內部結構一致性，分散對健康照護政策結果的影響力。所以政府對醫師團體的干預強度較大，則醫師團體的抵制行動較易受到法令禁止與限制，而政治動員力量小（Hollingsworth, 1989）。至於醫療保健體制的財務籌措來源以保險費爲主國家如德國，依風險分擔的保險原理，根據契約訂定的內容提供服務，政府以次要者的角色輔助協調；醫師對團體內部整合的集體共識，可以強化醫療專業的政治權力與影響力。所以政府對醫師專業的控制力小，由第三者付費代表與醫師團體透過集體協商形成協議制度的可能性較大。這個模式也是一般所謂的組合主義制度。

基於上面有關醫療專業及其政治控制的討論，接下來我將繼續延續到健保改革中關於供給面的討論。在供給面的改革中，總額支付制度的建立是最主要的課題，因爲它將涉及到支付制度的建立，連帶地牽動了保險人組織體制改革的問題。而後者是有關於健保體系中的程序正義問題，也就是醫療照護體系中的消費者（或健康保險體系中的被保險人）要透過那些方式自我組織起來，以形成一個有效管理醫療專業的制衡團體（countervailing organization）。

基於有效管控醫療費用上漲的考慮，國家政策菁英開始在全民健保中推動總額支付制度。相關措施在 1998 年跨出第一步，由牙醫（1998 年 7 月）先行實施總額支付制度，繼而中醫（1999），西醫基層（2000）也相繼推動，原先預定於實施的醫院部門，雖然因爲問題複雜，以及教學醫院方面的疑慮與消極抵制下，仍然在 2002 年七月起以「簡單上

路」方式實施。至於藥品部門則仍然未獨立自成總額，迄今仍未全面施行。

所謂總額支付制度，簡單而言，是指透過付費者與醫療供給者，就特定範圍的醫療服務，如牙醫門診、中醫門診，或住院服務等，預先以協商方式，訂定未來一段期間（通常爲一年）內健康保險醫療服務總支出（預算總額），以酬付該服務部門在該期間內所提供的醫療服務費用，並藉以確保健康保險維持財務收支平衡的一種醫療費用支付制度。付費者代表一方面與醫界協商給付範圍及全年醫療費用總額，另方面同時決定費率與部分負擔範圍及金額。在總額預算制度下，財務風險一部份也必須由醫療服務提供者分擔。當然，其前提是醫界的自律與自主管理，因而醫界必須透過「同儕制約」的方式來達成。總額預算制被視爲是控制總體醫療費用成長的重要機制（Wasem, 1999），也將是未來台灣健保改革的核心。但是，總額預算制度實際的運作情形不是我在這裡要詳細介紹的，重要的是，這個制度的實施對於全民健保的治理結構以及全民健保的程序正義會帶來那些衝擊以及具有那些意涵。

在健康照護體系中，程序正義實現的基礎在於具有組織化能力的社會團體，社會團體參與能力的主要關鍵在於集體協商及談判的能力。這個能力的提昇在醫界團體（尤其是牙醫師公會）表現最佳，主要原因是逐步試辦總額預算制度後，個別醫師之間必須協調門診量的施行以免減少支付點數，而使得各分區個別的專科醫學會與醫師公會乃變成主要的協調機構（林志鴻、呂建德，即將出版）。

總額支付制度就階段分析而言，其實是三個層次的賽局（Ryll, 1993:320-324）。第一個層次是費用總額的設定，第二個層次是診療報酬的相對點值設定，第三個層次則是各醫師或醫院根據實際提供之各類醫療服務，乘以相對點值後，分配所應得的診療或服務報酬。第一個層次主要是決定醫療費用總額佔國民生產毛額的比例問題，這基本上是政治上設定的問題。第二個層次則是關涉到相對點值如何訂定，

這可以根據每個診斷所需耗費的各種成本（如時間、資源投入、專業訓練的機會服務成本等），由保險人與醫事團體所組成的聯席委員會共同訂定。第三個層次是醫事團體的內部分配，這些分配將包括部門間（牙醫、中醫、門診西醫、醫院，甚至包括藥品部門）與科別間（如內、外、小兒、婦產等科）。

而在第一與第二個層次所牽涉到的問題則是有賴於被保險人團體與醫師團體之間橫向的集體協商與談判機制來解決。這其中包括總額的設定，與醫療品質相關，甚至是配合醫療網計畫的支付標準與基準訂定。第三個層次則是醫療專業團體的內部自律與管理問題。但無論是那個層次的運作，其成功要件都必須以成熟的專業團體（如各種醫師協會聯合會），及利益代表團體（如被保險人代表的工會及商會）。這些團體必須具有對內有效羈縻其行動成員的控制能力，對外就形成醫師診療費中相關的支付標準與支付基準的協商及談判能力。特別是對於醫師團體而言，在總額支付制度下，由於支出上限已經受到限定，不同於傳統的論量計酬制度，個別醫師的衝量行爲，將導致總體相對標準點值中的每點支付價格下滑。換言之，個別醫師的利益極大化反而造成了集體的不利益，這是賽局理論中典型的囚犯困境。爲了避免此一不利的情況發生，各醫師協會聯合會的內部管理機制更形重要。陳順義與鄭文輝（2003）在一篇比較健保局中區與南區牙醫門診總額支付制度實施成效的研究中指出，解釋南區總額管理較爲成功的主要因素其實是管理機制的健全。他們所謂的管理機制包括了「集體參與的民主化決策機制」、「清楚說明的使用規則」、「有效的行爲監督系統」以及「漸進式的懲罰規則」。透過這些機制，南區牙醫師彼此間能夠協調行動，避免衝量的行爲。

我們可以發現，在未來全民健保的治理中，費用協定委員會（以下簡稱費協會）將逐漸扮演重要的角色。費協會是由代表被保險人的需求方與代表醫療服務提供者的供給方共同組成，針對醫療費用總額協商。我們前面的分析已經顯示，醫師團體的自我組織能力將會隨著

總額預算制的實施而獲得強化的機會。但是，另一方面，被保險人代表團體的自治能力由於人數眾多與成本——效益考量，將出現集體行動的問題（Olson, 1962）。另外，被保險人之間的利益分歧也增加了採取一致集體行動的困難。

這個被保險人集體行動的問題可能隨著目前討論中的保險人組織體制改革而受到影響。全民健保保險人在體制究竟應採取何種制度的討論，可追溯到民國八十三年三月立法院審議行政院衛生署提出之「全民健康保險法」草案時，民進黨立委沈富雄倡議以設立基金會方式經營全民健保所引發的有關「公辦公營」或「公辦民營」的辯論。我們可以將健保體制改革分成兩個面向加以討論：一為保險人經營者，是公部門經營，或是私部門經營；二為保險人數目，是只允許一個保險人，或是同時允許存在數個保險人。由這兩面向進行分割，我們可發現四個可能的組合，如表四。

表四　全民健保保險人組織體制的可能組合

	公營	民營
一元	A	C
多元	B	D

方格中的 A 代表公營單一保險人體系，如現行之健保保險人體制。B 代表公營多元保險人體系，類似公農勞保時期分立的健保保險人體制。C 代表民營單一保險人體系，類似健保修正案所規劃的健保基金會體制。D 代表民營多元保險人體系，類似健保再修正案所隱含的健保保險人體制規劃。在已施行的健保法與目前行政院送立法院待審的兩項法案中，分別代表三個保險人體制：現行健保法是採取公辦公營、單一保險人體制，健保法再修正案是採公辦民營、單一保險人體制，健保法再修正案是公辦民營、單一保險人體制，但在法案中預留

保險人多元化的可能性。

由於全民健康保險的政策推動，其目的是爲了整合分立的保險業務、擴大納保率等。因而在目前的情況看來，走回頭路是不可能的，因而排除多元公營保險人（方案 B）體制改革討論的方向，以下僅就公營單一保險人、民營單一保險人、民營多元保險人三項方案進行討論。

公營單一保險人即目前全民健保所採行者。衛生署設立中央健保局做爲全民健保的承辦單位，下設六大分局，其性質爲類似中央信託局的國營金融的保險機構。部份人傾向維持現制，理由如下：較易配合衛生署的總體醫療調控政策；買方壟斷，有利於和醫事團體就費用問題的談判，從而有助於醫療費用的控制；社會公平性較易兼顧；行政費用得以維持較低成長。反對者則謂現制因由國家辦理，易受國會不當政治干涉(如立委諸公爲討好選民而不願調高費用)；績效管理因受限於体制束縛，於用人、會計制度上僵化，致效率、效能偏低，創新能力不足，且無法適切而快速地反映被保險人在醫療品質方面的偏好。部分人士主張改革現制,即保險人仍爲隸屬於衛生署下的中央健保局,但部分業務可以「契約外」(contracting out) 的方式委由民間辦理。另外，將權力進一步下放到目前已有的六個分局，增加其權限範圍，以謀增進行政效率。

民營單一保險人也就是目前一般所謂的「健保基金會」模式。目前行政院業已通過的〔全民健保法修正案〕師法德、日社會國的健保制度,即以具備公法人資格的健保基金會（Krankenkasse）做爲承載人。透過國家特別立法的方式賦與基金會執行健保業務中若干具準公權力的事項，如承保、保費徵收以及最重要的——保費費率的調整，該基金會則在人事、會計及預算等方面享有自主權，不受現行預算、決算、會計、審計及人事等法規的束縛，國家則僅以裁判的角色監督該基金會的事務。其目的在於透過制度上的設計，賦予基金會獨立運作的環境，一方面使其擺脫〔不當〕政治力的干預，另一方面則增加

其運作的彈性，俾能擺脫官僚體制的束縛。與德、日健保基金會不一樣的地方有兩點：一是修正案中的健保基金會只有一個，而非採多元分立制；二是管理結構上的不同。基金會的最高權力機構——理事會成員的產生，其代表性及合法性頗成問題。

至於民營多元保險人制是將健保委由多家結合保險財務以及醫療服務提供的「管理式醫療照護組織」經營。各醫療服務提供者可向健保局或健保基金會以論人計酬方式申請預算，爲登記於其下的病人提供醫療服務。醫療組合形成主體有兩種：一是以大型醫療機構；二是私人保險公司。病人就醫選擇受限於登記的管理式醫療照護組織。這種制度期望由論人計酬制包醫制度達到病人就醫診療的「整合」與多元醫療服務提供者產生的「競爭」因子，來節制醫療資源浪費的情況。他們的論據仍是自由市場的競爭原則：透過不受政府人事與會計法令束縛的管理式醫療照護組織之間的相互競爭，一方面保障了民眾的自由選擇權，另一方面，透過承保公司間的競爭可以提高保險市場的效率。

在這三種模式中，民營多元保險人制希望以「用腳投票」，也就是由消費者選擇權來形成競爭機制，達成醫療資源的最適分配。不過，問題是這個多元體制所帶來的效率究竟是誰的效率？更重要的，他們忽略了最需要醫療照護的弱勢團體（如老人、兒童、殘障者、婦女）常因其較高的罹患率及較差的繳費能力而常被拒於保險大門之外，即一般所謂的「風險套利」問題。在複雜的論人計酬制度中，如果保險人自訂各種不同單一費率的保險費，低所得高風險的被保險人可能會被排除在保險之中。

現制（公營單一保險人）雖然因爲採取集中化的方式而使得在抑制費用上漲及維持基本醫療平等的目標較可能達成，但是，主要決策權力仍然是集中於衛生署以及中央健保局上，這樣的治理結構不見得能充分反應被保險人的最大利益。更好的方式是由被保險人自行組織，以社會選舉這種內部民主的方式產生代表，對內議決保費費率的

調整以及給付項目的內容，對外則與醫療服務提供者的代表以協商方式談判費用總額。這個架構其實隨著總額預算制度的推行而日益浮現，不過，目前進行有效自我組織的只是發生在醫界部分，在被保險人的部分却是相對落後。

就歐洲公共健康保險的歷史發展經驗來看，這個代表被保險人的主要任務是落在工會身上。以德國爲例，早在俾斯麥 1883 年的疾病保險立法前，主要的醫療保險基金會事實上就是由工會自行經營的醫療互助組織。在重要的健康政策立法以及改革，工會經常透過醫療保險保險基金會做爲護衛被保險人利益的組織載體[11]。台灣的勞工組織在過去有關健保的意見，主要都是集中於實質利益面，例如「勞雇負擔比」、「負擔眷口數」、部分負擔或是反對保費調漲。但是，對於保險人組織體制這個牽涉到決策程序面的的問題則是較少著墨[12]。這可能歸因於過去威權時代國家對於工會的控制方式，一方面以國家組合主義的棍棒原則阻斷勞工由下而上的自我組織，另一方面又以各種形式的

11. 勞工自我組織能力的增強與工會運動的發展可能與社會保險自主管理結構間存在著「共同成長」的關係。Manow 以德國社會保險體制中自主管理原則的引進爲例，分析了德國在上個世紀末因爲「社會黨人法」而被迫轉移陣地至個社會保險的管理機構，以另一種方式進行工會鬥爭。早在 1883 年俾斯麥創設的帝國疾病保險法立法通過之前，即有存在於各處由勞工自行組織的互助基金會(Hilfskassen)，在 1873 年「社會主義黨人法」(Sozialistengesetz) 之後更成爲民主社會黨人轉移陣地，發展組織之所。俾斯麥並非不想將國家勢力深入當時既存的各基金會中，他的想法是將當時對帝國政權產生威脅的互助基金會統一由國家已中央集權的方式集中管理，財源則以另行開徵的香菸稅支持。此一構想受到來自當時 Christliche Konservativisten, Nationalliberalen, Zentrum 等政黨的極力反對。上述政黨的反對或是基於各邦對於普魯士意欲集權中央而打破聯邦均勢的疑慮，或是基於自由主義的理念質疑政府徵稅的合法性（民族自由黨）而極力反對。受限於當時的局勢，再加上當時內閣中主其事的 Lohmann 對於中央黨的支持，俾斯麥最後只得同意以「自主管理」做爲最後政治妥協的產物 (Tamm, 1998: 115-125)，此一制度最後卻對德國勞工運動的發展產生正面的作用，因爲它無異爲當時受鎮壓的社會民主黨人與工會幹部開啓了一個另行發展組織之所。當時的法定疾病、意外及年金保險總計提供了約十萬至十二萬個左右的管理職位 (Manow, 1997:6-16)。

12. 一個較爲例外的組織是勞陣。

勞工福利這種胡蘿蔔原則抑制勞工運動的發展，某些工會甚至只能以「勞保工會」生存，這些都導致了工會只將目光放在保費繳交等實質利益問題。誠然，這些議題對於動員是有幫助的。但是，工會運動者可能需要將目光拉到「工業民主權」的層次，因爲這是決定保費負擔多寡等問題的主要場域。程序的正義會決定社會正義的判準。

不過，目前工會法的修正以及工會運動的發展似乎是走向多元化，或走向「零散化」的可能 (黃長玲, 2003)。更重要的是，不同工會系統彼此間的相互協調與妥協機制不佳。有些工會領導人甚至表示，未來代表工會參與健保政策制訂的代表與其工會團體間彼此協商，不如交由衛生署會同勞委會協商後指定。在工會代表被保險人利益以及自治協商能力不足的情況下，一個可能的辦法是透過目前正浮現的諸多公民社會組織，讓消費者取得制度化進入醫療資源分配過程的進入管道。在這方面，林國明所建議的「審慎思辯式民意調查」以及正在實驗中的「公民共識會議」提供了一個可能[13]。有鑑於健保政策形成過程中，一般消費者對於健保相關知識不足的情況下而被排除於政策決定過程之外，提升公民健保知能乃構成重要的議題。有別於傳統民調或公民投票，上述兩種方式都是在公民被提供一個充分相關資訊以及公共論壇的環境下，透過充分辯論以及平等溝通的方式逐漸形成對於健保政策的共識。前者如美國奧瑞岡州關於醫療資源優先配置的決定，後者如丹麥實施的經驗，都顯示了透過公共討論論壇的設計，有可能將原本自利與對於專業議題陌生的民眾，轉化爲公共利益取向與具有充分訊息的公民。

八、結論：「公共化」全民健保

解嚴之後的台灣在歷經一連串民主化程洗禮之後，二次戰後所確

13. 關於「審慎思辯式民主」在全民健保中的實驗以及結果評估，可以參考行政院二代健保規劃小組(2003):203-221。

C.E.P.S.

立的威權主義政體逐漸瓦解。伴隨著社會經濟發展與轉型而成長的社會力（當然也包括過去傳統被黨——國家機器所壓制或強勢引導的傳統地方社區體）逐漸累積，在社會事務漸趨複雜化而超出政治系統的承載能力及黨——國家機器內部領導整合能力的弱化（特別由於強人的過逝）等因素綜合下，台灣自 1987 年起歷經了重大的變化：各種型式的社會運動湧現街頭，傳統的強國家——弱社會組織形態面臨挑戰。迄今，我們仍未摸索出來一套合理的利益協商秩序，特別是在許多攸關公共利益的社會資源的管理與分配（例如教育、住宅、交通運輸與健康）。在新自由主義論述的主導之下，這些資源的分配被認爲應該依照市場的供需法則以及個人的表現/能力。在這樣的時空背景下，公共資源的管理與治理乃成爲吾人所面臨的一項嚴峻課題，它意謂著對於民主化不同的詮釋。民主化不僅是對於過去不合理的國家暴力使用之消極否定，積極地，它更向後威權時代的公民提出一個更嚴肅的問題：公共資源的配置與使用應該透過什麼機制來治理。民主化不應該僅止於政治正義的問題，它還必須深化到社會正義的問題，這些問題包括了：是否所有資源都應該私人化並且依照自由市場的原理進行配置？是否某些資源的使用資格不是基於市場消費者身份而是國家公民？是基於適當社會生活標準的需要，而非是否具有購買能力？對於某些具有正面外部效果的公共財或殊價財是否應該以某種「公共化」的方式加以管理，而非純粹訴諸於自由市場的調節力量？關於全民健保正義基礎的討論提供了我們思考上述問題的一個好例。

伴隨著全民健保財務的惡化以及各種採取抑制健保支出的措施陸續推出，對於健保是否能永續經營的懷疑日漸升高。本文主張，全民健保現有的集中化制度設計可以達到維持社會基本公平正義的要求，儘管它仍存在著若干可以改善的空間。本文首先分析評估健康保險的三種正義標準，分別是私人配置式正義、社會正義以及程序性正義。其次，作者分析全民健保開辦迄今所達成的正義表現在那些方面，同時限制何在。第三，作者透過對於三種健康照護體系的比較，解釋了

全民健保透過了那些機制能確保與弱勢者團結的社會效果。最後，作者分析全民健保仍存在著那些可以進一步改革的空間，並且指出目前那些改革建議可能是不利於全民健保維持基本社會正義的目標。我認爲，對於現有健保體制的改革必須小心是否可能犯了將孩子與洗澡水一併丟掉的錯誤。我最後論稱，全民健保目前最重要的問題是程序正義達成的問題。全民健保目前所面臨的諸多問題主要在於缺乏一種制度化的協商體系使得被保險人得以適當的表達他們的利益，並與醫療專業就健康政策的制定達成雙方都能接受並實際上可行的決策。程序正義的前提是具有自我組織以及協商能力的社會團體，透過力量相對等團體的集體協商談判，獲致對於保費費率、給付範圍以及醫療費用總額等問題的共識。這個條件隨著目前總額預算制度的推行，在供給方，也就是醫師團體已經獲得了部分的成果。但是，在需求方（被保險人），仍然受限於利益的多元化以及數目眾多等集體行動的問題。

本文的基本立場是健康是屬於社會正義而非私人配置式正義的範疇，因爲在缺乏社會正義的保障下，任何追求個別人生目標的希望都將落空，因而健康權的保障是屬於公民的基本權利之一。在此一關於社會正義的規範基礎上，我批評了私人配置式正義的問題，分析了自一九九五年以來開辦的全民健保在維持社會正義方面所取得的成就，同時也分析了其限制所在。我進一步探討了全民健保做爲一種「社會」保險，應該透過公共化的方式加以治理，以確保一個與弱勢者團結的機制，並且節制醫療專業的權力。然而，由於目前被保險人的自我組織力量仍然有限，必須透過若干制度性的措施維持程序性正義。

參考書目

中文部分：

李玉春，1998，〈健康保險支付制度〉，收錄於楊志良編《健康保險》，第四章，頁 71-117，台北：巨流。

陳孝平，2002，《健全全民健保財務之研究研究報告》，立法院委託研

究計畫。
官有垣、鄭文輝，1999，〈省虛級化後地方政府徵關自有財源之問題與對策〉，《社會建設季刊》，第 100 期，頁 92-118。
吳偉仲，1999，《全民健康保險民眾自行負擔實施影響之研究：保險對象類別之探討》，國立中正大學社會福利研究所碩士論文。
林國明，1997，〈國家與醫療專業權力：台灣保險體制醫療費用支付制度的社會學分析〉，《台灣社會學研究》，第一期，頁 47-136。
- 2003，〈到國家主義之路：路徑依賴與全民健保組織體制的形成〉，《台灣社會學》，第五期，頁 1-71。
黃長玲，2003，〈重新管制的政治：全球化與民主化下的台灣勞工運動〉，收錄於張茂桂、鄭永年主編《兩岸社會運動分析》，頁 69-94，台北：新自然主義。
葉秀珍，2001，〈全民健保財務負擔與醫療使用之公平性分析〉，《全民健康保險體檢小組相關技術報告》。台北：國家衛生研究院。
葉秀珍，2002，〈從社會特質角度評估醫療使用公平性〉，《行政院二代健保規劃小組第二階段規劃報告》。台北：行政院二代健保規劃小組。
傅立葉，2001，〈提升民眾參與和健全監督機制〉，《全民健康保險體檢小組相關技術報告》，頁 238-241，台北：國家衛生研究院。
林志鴻、呂建德，即將出版，〈社會團體對於全民健保政策參與管道與能力之探討——以總額支付制度的運作爲例〉，政大法學評論。
鄭文輝，2000，〈台灣健康保險之現況與展望〉，發表於「台灣社會保險五十年：社會保險之改革與展望」國際研討會，09/29-30/2000，台北。
鄭文輝、葉秀珍、蘇建榮、鄭淸霞，1999，《全民健保保險保險對象家庭財務負擔與醫療使用之探討》，中央健康保險局委託研究計畫。
陳順義、鄭文輝 (2003) 〈牙醫總額支付制度分區總額預算管理：中區與南區的比較〉，《台灣社會福利學刊》，第三期，頁 29-76。

莊榮霖、紀慧媛、劉素安、陳源聰、王品文，2002，《台灣地區失業勞工參加全民健保異動情形的探討及預測模式的建立》，台南：中央健康保險局南區分局。

行政院二代健保規劃小組，2003，《行政院二代健保規劃小組第二階段規劃報告（九十一年一至十二月）》，台北：行政院。

國家衛生研究院論壇，1998，《全民健保財源籌措評析》，台北：國家衛生研究院。

英文部分：

Alber, J. 1989. "Die Steuerung des Gesundheitswesens in vergleichender Perspektive" *Journal fuer Sozialforschung* Vol. 29, No.3: 259-284.

Alber, J. and Bernardi-Schenkluhn, B. 1992. *Westeuropaeische Gesundheitssysteme im Vergleich.* Frankfurt/Main: Campus.

Baldwin, P. 1990. *The Politics of Solidarity: Class Bases of the European Welfare States 1875-1975*. Cambridge: Cambridge University Press.

Baumol, W. 1967. "The Macroeconomics of Unbalanced Growth" *American Economic Review* Vol. 57: 415-26.

Butler, Richard J. 1999. *The Economic of Social Insurance and Employee Benefits*.

Cheng, P.W.H. and Su, J.R. (1999) 'The Incidence of Expenditures and Revenues in Taiwan's National Health Insurance'. Paper presented at Taipei International Conference on Health Economics, Taipei.

Daniels, N. 2001 "Justice, Health, and Healthcare" *American Journal of Bioethics* Vol.1, No.2: 2-16.

Donaldson, C. and Gerhard, K. 1993. *Economics of Health Care*

Financing: The Visible Hand. New York: St. Martin Press.

Freddi, G. and Bjoerkman J.W. (eds.). 1989. *Controlling Medical Professionals: The Comparative Politics of Health Governance*. London: Sage.

Freidson, E. 1994. *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy, and Policy*. Cambridge: Polity Press.

Giaimo, S. 2001. "Who pays for Health Care Reform." In Paul Pierson (ed.) *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press, 334-367.

Giaimo, S. and Manow, P. .1999. "Welfare State Adaptation or Erosion? The Case of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States." Comparative Political Studies, Dec.

Habermas, J. 1992. *Faktizitaet und Geltung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Hinrichs, K. 1995. "The Impact of German Health Insurance Reforms on Redistribution and the Culture of Solidarity." *Journal of Health Politics, Policy and Law*. Vol. 20, No. 3: 653-688.

Hollingsworth, J. Rogers. 1989. "Structure and Performance of the Medical Care Delivery Systems of the United Kingdom and the United States". In Freddi, G. and Bjorkman J. W. (eds.) *Controlling Medical Professionals: The Comparative Politics of Health Governance*. London: Sage Publications, 210-229.

Korpi, W. and Palme, J. 2003. "New Politics and Class Politics in the Context of Austerity and Globalization: Welfare State

Regress in 18 Countries, 1975-95." *American Political Science Review* Vol. 97, No. 3: 425-446.

Lamping, W. 1994 "Selbstverwaltung und Parafiskalitaet: Die gesetzliche Krankenversicherung im politischen Ausgleich sozialer Risiken." In Bernard Blank (ed.) *Krankheit und Gemeinwohl: Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin*. Opladen: Leske&Budrich, 75-109.

Light, Donald W. 1994. "Comparative Models of Health Care Systems." In Conrad, P and Kern, R. (eds.) *The Sociology of health and illness: Critical Perspectives*. 4 th Ed., New York, 455-470.

Manow, P. 1997. The Political Economy of the German Social Insurance. MPIFG (Max-Plank Institute for the Study of Societies) Discussion Paper 97/2. http://www.mpi-fg-koeln.mpg.de/pu/mpifg—dp/dp97-2.pdf

Olson, M. 1962. *The Logic of Collective Action*. Cambridge MA: Harvard University Press.

———, 1982. *The Rise and Decline of Nations: Economic Growth, Stagflation, and Social Rigidities*. New Haven and London: Yale University Press.

Rawls, J. 1971. *A Theory of Justice*. Cambridge/Massachusetts: Harvard University Press.

Rosenbaum, S. P. Shin, A. Mauskopf, K. Fund, G. Stern and A. Zuvekas. 1995. "Beyond the Freedom to Choose: Medicaid, Managed Care and Family Planning." *Western Journal of Medicine* Vol. 163, Supplement: 33-38.

Ryll, A. 1993. "Bargaining in the German Ambulatory Health

Care System." In F. W. Scharpf (ed.) *Games in Hierarchies and Networks: Analytical and Empirical Approaches to the Study of Governance Institutions*. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 315-337.

Stone, D. A. 1983. *The Limits of Professional Power: National Health Care in the Federal Republic of Germany*. Chicago and London: The University of Chicago Press.

———, 1993. "The Struggle for the Soul of Health Insurance." *Journal of Health Politics, Policy and Law*. Vol.18, No. 2: 287-317.

Taupitz, Jochen and Brewe, Manuela. (eds.) 2001. *Biomedizin im Zeitalter der Globalisierung und Medizinische Versorgung in Zeiten knapper Kassen: Herausforderungen fuer Recht und Ethik*. Berlin: Springer.

Tamm, Ingo. 1998. Ärzte und gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland und England 1880-1914. Berlin: Verlag fuer Wissenschafts- und Regionalgeschichte.

Yeh, Hsiu-Jen Jennifer, Chen, Chin-Shyan and Liu Tsai-Ching. 2003. 'Equity in the Delivery of Health Care in Taiwan.' Paper prepared for presentation at the Conference of The Research Committee on Social Stratification (RC 28) of The International Sociological Association. March 1-3, 2003, Tokyo.

Wasem, Juergen. 1999. "Globalbutget und Sicherungstellungsauftrag." *Sozialer Fortschritt*. Vol. 48, No. 11: 271-275.

Willke, H. 1992. *Ironie des Staates: Grundlinien einer Theorie des Staates polyzentrischer Gesellscaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

C.E.P.S.