

從醫療融資觀點

論台灣全民健保體系

列嘉祺

摘要

『醫療融資』的思維邏輯反映出社會事實，那就是財政收支在逐步邁入高齡化社會已經無法滿足大眾個別的醫療風險需求，特別是與醫療聯結的長期照護。香港這個高度資本主義導向的社會，公私營醫療服務並存的公共醫療系統在公共收支無法求取平衡，港府揚棄過去不介入的立場，尋求一般稅收的替代財源，朝向多元保險承攬的準社會保障財務責任機制。唯一確定的方向，在經濟榮景可期的時代，必須就要擬定長遠的方案。不論是『社會保險』還是『醫療融資』方案，穩健的財務機制永遠是決定制度成敗關鍵因素。從『宏觀調控』的層面觀察，景氣循環震盪與人口老化速度我們無法控制，但是我們可以在經濟形勢有利與人口老化程度尚未明顯時及早因應，減低因此而帶來的後遺症。

關鍵字：醫療儲蓄(Medical Savings)、醫療融資(Medical Loans)、社會契約(social contract)、套利(cream-skimming)

Abstract

To any other Social-Support system, Medical Care is the resource re-distribution from generation to generation. Medical Loans Program reflects the social fact, that the budget can not satisfy of demand in the aging society, especially in long-term care system. Public and private medical care in Hong Kong is the argumentative social issue, public medical care

needs substitute financing, toward the quasi-social support financial mechanism with mutli-insurance carrier. Well-developed financial mechanism is the major factor between Social insurance and Medical Loans Program.

To analysis in macro level, economy cycles and aging society are social facts we can not avoid. However, we must face them in advance.

壹、研究背景

台灣自從 1995 年 3 月起實施全民健康保險，歷經健保財務與支付制度的改革，招致諸多批評。例如藥價黑洞、中央健保局的人事行政支出與財務收支方面的變動等。但不可否認的是，健保對於全體被保險人醫療風險分擔的設計，確實發揮某種程度的社會保障。健保局資料顯示，2005 年底全民健保滿意度約為七成（健保局企劃處，2008）。不過，根據中央健保局附屬單位 2005 年審定決算報告指出，健保收支與安全準備比例，累積安全準備提存一路下降，收支相抵後，1998 年已經出現財務缺口，2005 年收支缺口達 63 億元（中央健保局，2008）。健保監理委員會通過保費費率由現行 4.55%，調整至 5.18% 的方案。健保費率已維持六年，目前每日平均虧損新台幣七千多萬元，累積負債達一百二十億元，維持現行費率，2008 年底健保將虧損高達新台幣二百多億元（衛生署、蘋果日報，2008）

因應健保財務制度面臨虧損之際，中央健保局推出相關改革方案。包括門診藥費自付、調整門診部分負擔與實施有限制的自付額制度等。觀察素有『東方之珠』

的香港，其市場經濟與醫療照護體系的發展，其實正可以作為台灣發展的借鏡。以下我們便從幾項層面來探討。

貳、醫療制度需有穩定財源～醫療儲蓄觀點分析

面對以美國為核心的金融海嘯，英美等各國政府先後提出降息、對於國內核心產業（例如美國三大汽車製造廠）與跨國金融機構（例如花旗、AIG 等集團）提供巨額紓困(Bailout)等非常措施。近十年來，中國快速崛起，取代德國成為世界第三大經濟體。然而人民銀行為為控制經濟成長維持 8% 的榮景，採取一連串金融政策，例如降息、調整宏觀調控政策與推動持續性振興經濟計劃以提振內需市場，目的都是希望在這次以金融海嘯為起點的全球性經濟衰退能夠安然度過。

其次，隨著生育『少子女化』與高齡人口比例快速增加，形成醫療生態的丕變，公私營醫療服務成本因為生技醫學發展而不斷攀升，公共醫療服務體系尚待健全之際，香港的醫療照護市場也同樣出現財務缺口的危機。

『公私夥伴醫療制度』～

Public-Private Interface System

香港～沒落的漁村蛻變成亞洲金融與航運樞紐，歷經英國將近一世紀的統治，同時兼具傳統中華文化與西方金融科技與醫療等多元文化薈萃的特質。當地的醫療系統，中西醫並存，公私營夥伴關係醫療系統（Public-Private Interface，以下簡稱PPI）。醫療服務依照服務型態分為以下數種：基層醫療服務、中層醫療服務以及進階醫療服務。其中包含急症與延續（康復及長期住院）服務。

基層服務是醫病關係的起點，包括家醫、衛教護士與藥師等。大多數的醫療行為皆可獲得處遇(medical-treatment)，基層醫療扮演的是醫療守門人(gatekeeper)的角色。

中層服務指的是較專門與複雜的醫療護理，通常是由醫院提供。大多是由基層醫生轉介。進階醫療服務是為需要高度複雜與專門護理的少數患者提供。此外，延續服務（即復健與長期照護）是專為身障人士、老人與長期患者提供醫療復健服務，可藉由社區或機構環境提供。

在PPI的公醫制度下，負責管理公立醫院的醫院管理局提供約90%的中層與進階醫療服務以及約3%的基層醫療服務，衛生署提供約15%的基層醫療，而在基層醫療服務中，私家醫生與醫療院所扮演極為重要的角色（約佔70%）；另外在復健與長期醫療護理服務幾乎由醫院管理局負責提供（香港醫院管理局，2009）。站在醫療服務分工的角度，私家醫生與醫院扮演著主要基層醫療守門人，而在須專業與較複雜

的進階醫療則是醫院管理局提供，急症醫療則可以分別在基層、中層與進階獲得處遇。慢性復健與長照醫療則是由醫管局提供。

歸納而言，香港具備華人社會特有的傳統社區文化，私家醫生提供基層醫療服務，國家（醫管局與衛生署）提供後續專門與複雜的醫療服務、復健與長期照護服務。由此可以看出當地在公醫制度下，私家醫生/醫院與公部門（醫管局與衛生署）在醫療分工合作的程度。

在每年六百八十億餘港元醫療支出中，55%來自於稅收，因為缺乏全面性的基礎健康保險，市民須負擔基層醫療費用，其他則為商業醫療保險支付（周一嶽，2008）。此外基於服務限制與等待時間過長等缺點，除非重症與需要緊急醫療，中產市民甚少利用公營醫療服務。他們寧願自行付出較高費用尋求私家醫療服務與另外購買私人醫療保險。中產家戶負擔薪俸稅、強積金等不同形式的賦稅，加上醫療儲蓄的費用不但高昂，而且提供的保障也不如商業健康保險的多元性。因此有人認為中產階層可以自行購買私人醫療保險。另一方面從醫療組織再造的觀察，醫院管理局（簡稱醫管局）每年整體支出，人事支出佔了約76%，用在大眾還不到兩成（太陽報，2007）預算赤字擴大。近來也針對中高階管理階層進行所謂『肥貓』的組織瘦身運動。藉由削減管理階層紅利支出與各項優退誘因，使得組織流動與年輕化。另外從基金管理的經營績效，如同台灣的勞工退休基金，投資報酬率偏低與服務費

用高昂。經由稅制改革公眾諮詢，財政當局於 2007 年 6 月公佈『稅制改革公眾諮詢報告』，提出基於人口老化現象，降低以稅收形式支付社會保障制度的比例，政府部門應該及早就『醫療融資計畫』諮詢大眾，減低公共支出的負擔（星島日報，2007）。

其次從組織面而言，香港行政部門與創新等競爭力落後於京滬等中國內地城市。原因在於行政程序冗長與跨部門間缺乏多向聯繫。這是公共部門最為人詬病的環節。最後從醫病關係與文化分析。香港是個資本主義社會，政府與民間機構的職場文化都是如此。根據名為『2008 年中國城市競爭力藍皮書：中國城市競爭力報告』，由中國社會科學院領軍，集合兩岸四地學者，針對 52 個最具競爭力的城市進行

分析，指出香港在諸多城市綜合評比中居首位，上海、北京分居三、四名，台北與高雄則分居第五與第七名。分別是以人才、生活環境、商務環境、社會環境、產業、公共部門、創新、企業等競爭力八項領先指標評比。其中人才、生活環境、商務環境、社會環境居競爭優勢，但在產業、公共部門、創新、企業等指標落後於上海等都會（成報，2008）。社區文化與醫病關係而言，在地的社區醫療衛生機構與私家醫生診所林立，公共醫療體系下，醫療服務藉由社區紮根。未來人口老化與醫療科技日益精進，缺乏醫療成本誘因（稅收支付），租稅成長永遠趕不及人口老化速度，財務缺口與排擠隱憂浮現，促使港府重新檢討醫療制度。

表 1 全民健保與醫療融資分析

分析項目	全民健康保險	醫療融資計畫
決策機構	中央健保局	醫院管理局
政策目的	1.整合現有的醫療保險 2.將全民納入保險體系 3.將醫療風險由全體被保險人分攤	1.解決醫管局的預算赤字 2.及早因應人口老化現象 3.讓市民有醫療成本意識
醫療風險分攤對象	全體被保險人	當事人與其直系親屬
醫療生態特性	社會保險	公私營並存之公共醫療
強制性	是	是
性質	社會保險（非個別財產）	強醫金（屬個別財產）
依據	全民健保法與其實行細則	政府智庫（醫療管理局） （註 1）
負面評價	1.管理效率不彰 2.藥價黑洞 3.政治力介入專業受質疑	1.人事成本比重過高 2.雙重課稅 3.納稅人承擔預算赤字

資料來源：作者自行整理

表一是針對決策機構、政策目的、風險分擔對象、性質等層面分析台港兩地醫療思維的差異。香港的醫療體制是私人醫療為主要提供者，公立醫療機構負責提供後續專門與複雜的醫療服務、復健與長期照護服務。醫療支出方面，龐大的醫療成本下，「醫療融資」其實是所謂的「醫療強積金」，具有社會契約(social-contract)的性質，藉由「醫療強積金」的收益運用，替醫管局籌措現行預算外可用的替代財源。

在醫療照護體系下，政府、市場機制相互牽制形成橫切面；財源方面，保險與稅收支應影響形成縱軸，各自形成不同的光譜趨向。香港公私營醫療服務型態與稅式支出與使用者付費成為醫療開支的財源。但在醫療融資六大方案提出，制訂風險分擔、推動輔助個人提供未來足以因應退休後老年生活的強醫金，逐漸朝向具有保險精神的社會保障。在光譜的另一端，美國則是以私人醫療保險為主的醫療體制，尊重市場機制。台灣在全民健保尚未實施前是屬於品質良莠不齊的醫療市場；全民健保將醫療市場納入了社會保險的精神。台灣與香港雖然是屬於不同的醫療制度，但不約而同都看到了未來醫療成本提升與人口老化等趨勢，如何尋求穩健的財源成為醫療革新的基準。

參、從『宏觀調控』層面論全民健保財務體系建構

香港其醫療體系延續英國公醫制度的性質。台灣與香港的醫療照護制度演變邏輯與文化背景不盡相同。在醫療服務提供者的角色，台灣公私部門醫療服務的階層分化並不明顯，與香港以私家醫生/醫院為主的基層醫療不同。醫院與照護機構(hospital and institutions)、社區照護(community medical services)私家醫師提供第一線門診與篩選的服務，後續專門或複雜的醫療處遇以及需長期護理或復健服務則是由醫院管理局等公部門負責提供。

為及早因應高齡化社會來臨帶來大量長期照護需求與醫療成本持續上升，財政當局提出了所謂的『醫療融資』計畫來諮詢市民，企圖以強制儲蓄的模式讓醫療成本逐漸內化成為個人風險，藉以減輕公共財政壓力。『醫療融資』計畫基本上是因為醫療使用缺乏效率下，政府將一般稅收支應醫療照護費用轉嫁大眾分擔醫療風險。但同時也指出，其實醫療經濟也如同市場經濟，可能具有某種程度的景氣循環。影響醫療景氣的因素包括人口年齡組成、所得、物價指數。從『宏觀調控』的層面，對健康促進財務體系而言，普遍全球醫療利用費用上漲的趨勢，醫療收支維持動態

均衡(moving equilibrium)。『醫療融資』(Medical Loans)的概念反映出用一般稅收支出醫療費用出現困境，除了因為醫療管理與投資無效率外，稅收是無法完全滿足市民醫療使用的趨勢。迫使當局必須向大眾籌措其他可供支配的資源。甚至跨世代尋求勞動人口預先儲蓄自己未來可能支出的醫療費用以及自己的親屬。足以顯示醫療使用也有其景氣循環，傳統租稅制度有其利用限制，必須具有前瞻性的眼光規劃與評估醫療收支均衡。公共醫療朝向社會風險內化的財務平衡機制的思考邏輯修正。

『醫療融資』～公平正義 V.S.成本意識

在公私營醫療服務並行的香港，部分醫療費用是經由商業醫療保險支付。

然而私人醫療保險比較著眼於承攬者的承受能力而非被保險人真正的醫療需求，醫療高風險社群往往居於社會保障的邊緣地位。如何制定醫療風險分擔、成本控管，持續提供專業服務功能而非風險剔除的醫療保障計畫是未來的趨勢。

最後，從長期照護需求的角度切入，香港復康會社區復康網絡高級經理梁錦滔表示，年齡介於 30-50 歲較年輕的照護家屬是家中的經濟支柱，需要心理與社交層面的社會支持，醫療革新方案並未減輕長期照護家戶的負擔，反而使得照護者「未享其利，先蒙其害」(太陽報，2008)。建議港府的醫療改革方案應盡快制定長期病患者社區及家庭社會支持方案。

肆、醫療融資機制之啟示

依照過去發展經驗，長期照護與社區發展密不可分，具有當地社區的特性。長期照顧資源整合與管理機制，應以顧及區域性特質為導向，以主動積極方式，找出潛在照護需求者，並透過家屬與受照顧者自主與自決下做適性的選擇；資源整合應首重地域性，透過地方性長期照護供需資訊之協調整合與管理資訊建立，建構可行的長期照護服務方案。老年人待在熟悉的、歸屬的社區網絡接受照護，對於心理與健康的維持，特別是健康所主要代表的社會意涵。

香港公共醫療制度是由公私營醫療機構共同提供醫療服務。組織管理運作上的考量，服務被視為對受照顧者的連續性服務，應該強調整合性服務網絡之建構。在醫療資源匱乏地區，公立醫院提供的服務有其侷限性。政府便向私人醫療院所購買服務，提供給需要服務的市民。偏遠地區的市民就醫時，不會因為當地沒有公立醫療院所而必須付出較多費用看私家醫生。此時政府同時具備服務提供與購買的雙重角色。不但可以解決偏遠醫療資源配置不足的問題，私人提供具有特色與彈性的服務滿足了多元化的照護需求，扮演基層醫療守門人的角色。

台灣醫療制度改革與香港融資方案提出都指出醫療費用擴張問題遠比想像中嚴峻。將醫療費用成長控制在可以預期的動機其實在健康照護體系內部。資源的有限性，醫療利用效率(醫療科技)與費用越

高表示需要消耗更多的資源額度，對於財務安全儲備的社會責任越重要，健康照護制度的財源也更加具有自主性與相對穩定。就保險經理分析，面對有限的醫療資源，維持健康保險系統風險在預定範圍內，醫療支付與健康促進之間的相關性為何。實務層面而論，經濟衰退時期保險經理人面臨保費投資收益遞減，無法合理預期高照護費用支付就保險成本會計層面，保費收益、事故支付準備與實際支出比例的系統風險係數增加，會趨於負向的信用評等，進而損害保險財務能力運作。對於建立長期照護制度而言，當照護服務提供者申請超越預定額度需要提高其支付能力信用擔保。從「醫療融資」觀點而言，信用保證基金成為穩定健康照護系統的多元互動平台。

融資方案出爐，提供的服務方案有以下數種：(一)住院、專科門診、長期藥物；(二)住院服務、長期藥物；(三)住院服務；(四)重大傷病。普通門診並不包括在強制性保險與公共醫療系統，如需較佳服務，可購買附加保險（例如單人病房、較大醫療給付、其他醫療服務）（陳松青，2008）。

智經研究中心提出『醫療融資』的思維邏輯，回顧九七前後這幾十年來，香港政治、社會隨著港英殖民時期與中國市場經濟崛起的年代，思維模式隨著改變。公立醫院與私家醫療院所是屬於平等的夥伴(partner-relationship)關係，如今預算成長不如醫療費用擴張的速度，醫管局將醫療成本反映在消費者身上，將保險選擇權交給市民，在融資方案中提供強醫金帳戶稅式

開辦優惠，鼓勵本港市民應要為自身的老年醫療需求及早儲蓄，分攤醫療風險，保障未來就醫的權益，同時政府以向私人診所購買服務的契約模式讓消費者有較多元性的選擇。目前正處於景氣循環的落底階段，迎接未來高齡化社會的來臨，稅收等社會資源無虞，特區政府及早擬定長期的醫療融資方案，鼓勵市民逐漸接受『醫療保險』概念。這也意味著過去與現在以一般稅收支付醫療支出逐漸出現赤字瓶頸，不得不讓香港市民共同承擔醫療風險。『醫療融資』思維的提出，當然是與經濟榮景密不可分。『藏富於民』，能夠補貼大眾及早參與計畫，購買私人保險。透過稅式支出，提高意願。推動醫療改革的過程中，經濟誘因為何？台灣現行稅法規定個人年度繳交的全民健保保費可全數列舉扣除所得，而其他醫療與保險費支出在一定金額內也可列舉扣除。香港則是研議給與參與輔助融資方案供款者退稅與提供啟動基金（類似首次購屋頭期款或優惠利率）。提升醫療利用的效率，讓醫療服務供給者持續提供優質服務，是思考醫療議題不可忽視的重點。

從醫療照護市場的脈絡下，醫療融資方案在香港由公私營醫療機構共同提供醫療服務的公醫制度雖然可以紓解部份短期公共支出的壓力。與教育同屬於殊價財(merit goods)的醫療服務，從經營績效而言，強醫金無法立即普遍反映成本因素，對於公醫制度財源的健全性並非正本清源之道。醫管局研議的融資方案，目的在替公醫制度尋找新的替代財源，公眾負擔部

份持續積累的醫療成本，讓醫療市場的財務危機延後引爆。市民所供款的強醫金實際上歸類於專款專用的指定用途稅。但融資議題的探討也突顯出在未來人口呈現快速老化的趨勢底下反映出香港公醫制度提供照護的侷限性。當香港與新加坡日前公布財政盈餘，將部分盈餘回饋給市民公眾，藏富於民，提高市場消費的動能，帶動投資。如果能以宏觀調控的層次，將醫療產業結合觀光休閒與銀髮族相關產業發展，讓醫療產業不再只是消極地消耗醫療資源，而是更為積極地促進身心靈健康。讓人口老化不再只有高醫療支出的結果。現行的醫療照護制度下，包含融資(Loans)都是屬於社會契約的思維模式。背後其實都預設一個前提是『高齡化社會與醫療支出快速增加有積極的正相關』。相關的醫療資源使用與分析研究都是呈現類似的假設。其實想要控制醫療支出，不能只有消極地增加保費、限制與削減醫療支付費用。長期而言更會帶動醫療費用暴漲。促進國民身心健康減少醫療利用率才是治本之道。鼓勵公眾有效率地醫療使用，轉而投資利用休閒產業，將有限的醫療資源提供給真正需要的受照顧者。如此一來，醫療成本上漲的危機才可能獲得根本紓解。

『醫療融資』的思維邏輯反映出社會事實，那就是公共支出在未來高齡化社會

已經無法滿足大眾的需求，特別是與醫療密切相關的長期照護。香港是個高度資本主義社會，其公醫制度的收支已經無法從一般稅收達到平衡，港府揚棄過去不介入的立場，尋求跨世代間的資源重分配。從社會保障的角度觀察，香港以一般稅收支應為主的公醫制度，強醫金的替代財源，財政支出逐步退出支付醫療費用，不但顯示醫療費用上漲對於預算支出的排擠效應，同時朝向財務責任具有社會保障性質但以多元健康保險承攬的場域。透過各項稅式支出與提撥開辦優惠，鼓勵大眾加入強醫金。透過多元保險經理人承攬不但可以導入市場競爭的優勢，市民自主加入私人醫療保險，減少政府經營無效率的缺點。從市場競爭的層面來說，國家藉由稅式補貼弱勢社群與重大傷病專案支付鼓勵私人保險應兼顧公益、品牌經營與中長期利益而非著眼於短期收益，避免因市場競爭下產生風險套利(cream-skimming)的逆選擇(adverse-choice)模式。最後，景氣循環週期與人口老化速度我們無法控制，但是我們可以在經濟形勢有利與人口老化程度尚未明顯時及早因應，減低因此而帶來的後遺症。

(本文作者列嘉祺現為香港華夏書院研究助理)

註釋

註 1：『強制性醫療儲蓄』是由政府智庫智經研究中心建議實施。

📖 參考文獻

- 行政院衛生署，2008，『全民健康保險保險收支及安全準備提列變動』，中央健康保險局附屬單位決算（94年審定決算），『2005年全民健康保險統計動向』網址：<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/全民健保統計動向/2005.htm>。
- 行政院衛生署，2008，『全民健保及各總額部門醫療服務品質滿意度』，中央健康保險局企劃處，『2005年全民健康保險統計動向』網址：<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/全民健保統計動向/2005.htm>。
- 成報，2008，『港綜合競爭力全國居首』，A03：要聞，08年3月29日，香港。
- 太陽報，2007，『醫療儲蓄掀反對怒潮』，A26：港聞9，07年6月8日，香港。
- 2008 A8 港聞3，08年3月25日，香港。
- 星島日報，2007，『施政報告不應迴避醫療融資』，史泰祖撰，A18：每日雜誌，07年10月9日，香港。
- 香港醫院管理局網頁，『香港醫療護理服務概覽』
網址：<http://www.ha.org.hk/corpinfo/ha/Chinese/helcare.htm>
- 陳松青，2008，香港食物及衛生局副秘書長，e-mail address：bestrong@fhd.gov.hk，08年3月28日，星島日報 A14，香港。
- 周一嶽，2008，『探索醫療改革－全民共同會診』香港食物及衛生局局長，成報 A05：港聞，08年3月25日，香港。
- 蘋果日報，2008，『什麼都漲～健保每人每月擬增百元；馬辦：就任再決定是否調漲』，08年4月26日 A1 頭條，台灣。