

加拿大健康保險財務收支分析

呂文峰

一、前言

我國自一九九五年三月起實施單一全民健康保險制度。其重要成果包括：順利整合原有公務人員、勞工、農民等保險的醫療給付業務，擴大保險給付範圍，完成全民納保的目標，加強醫療服務和穩健保險財務基礎等事項（註1）。這要歸功於行政院經濟建設委員會和衛生署審慎規畫多年，中央健康保險局週詳籌備及辦理和相關各界全力配合的結果。

全民健保的實施是我國邁向社會安全保障的重要里程碑。惟這項「福民、利民、便民」的措施能否在「不浪費、不虧損」的原則下永續經營，則有賴於健全財政制度的維持。有鑑於此，本文分析過去二十多年來加拿大全民健康保險財政收支的演變，提供加拿大經驗給國內學者專家及決策單位參考。

二、加拿大健康保險制度之發展

加拿大聯邦政府於一九九四年設置國家衛生福利部統籌全國之衛生及社會福利事宜。事隔十三年，始於一九五七年才具體地參與健保行政管理措施。當年通過了「醫院保險及疾病診治服務計畫」（Hospital Insurance and Diagnostic Services Program）。此法之主旨為鼓勵各省政府成立全民住院保險制度。該計畫指出，假使省政府依法強制該省境內所有居民加入住院保險，則聯邦政府願意分擔住院及住院診療費用之半數。一九五七到一九六一年間全國各省陸續實施全民住院保險。

國會又於一九六八年通過「醫療照護法案」（Medical Care Act）。依此法案，倘使省政府遵照聯邦及省政府共同制定的醫療照護服務原則辦理門診保險，則聯邦政府要分擔此項服務費用之半數。於一九六八—一九七二年間，全國各省皆依聯邦政府所要求之標準，更進一步實施全民醫療照護保險制度。

根據上述之住院及門診保險法案，省政府首先支付住院及門診費用，然後將支出帳目清冊送給聯邦政府審查。如無疑問，聯邦政府則撥付所有費用的半數給省政府。依這種支付制度，聯邦政府對健保費用預算毫無控制。並且富有的省份能提供較多的健康照護服務而得到較多的聯邦財政補助；貧窮的省份適得其反。這事實與聯邦政府的平衡發展各地區經濟政策背道而馳。省政府為得到較多的聯邦政府財政補助，而無法推行最適於該省的醫療服務政策。例如省政府易於趨向增加醫院病床而不增加老人院的設備。因為當時聯邦政府不分擔後者的費用。為解決上述問題，國會於一九七七年通過了「聯邦／省政府財務處理及現有施政計畫財務法案」(Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Program Financial Act; 簡稱 EPF Act)。這法案的最大特點是聯邦政府以整額撥款(Block Funding)代替以前的成本分擔(Cost-sharing)方法。

一九八四年加拿大政府綜合了一九五七年的醫院保險法，一九六八年的醫療照護法及一九七七年的 EPF 法通過了「加拿大健康法案」(Canada Health Act)。此法的名稱雖不強調「健康保險」，但實為每一省進行全民健康保險制度各項措施的基準。全國各省實施住院保險和門診保險的年度不一。目前，有些省份維持原有的住院和門診保險局，分別辦理兩項不同的保險業務。有些省份則由單一保險局辦理住院和門診的綜合性保險業務。無論保險局的結構如何，各省的健保措施必須遵守全民性(Universality)、全國性(Comprehensiveness)、可及性(Accessibility)、方便性(Portability)、

及公共性(Public administration)等五大原則。同時，醫療服務提供者不能對病人要求由省衛生廳和醫師公會共同決定的醫療收費標準外之額外費用(Extra Billing)或者使用費(User Fees)。否則，聯邦政府可由撥付給省政府之補助金中扣減同等金額(註2)。今特將五大原則簡述如下：

(一)全民性：各省健康保險計畫必須對全省居民提供一致的全部醫療服務，不因性別、年齡、個人所得、宗教信仰及種族而有所區別。

(二)全面性：各省健康保險計畫必須提供該省依法建立的所有各醫院及診所所能提供的全方位醫療服務。

(三)可及性：各省健康保險計畫不得藉故以超額費用或其他辦法直接或間接地妨礙居民得到合理的醫療服務。

(四)方便性：各省健康保險計畫必須規定新移民等候時限不得超過三個月。居民因特殊情況需往外省或國外就醫時，除急診情形外，須事先徵得該省健保行政管理機構的同意。醫療給付金額按規定公平處理。

(五)公共性：各省健康保險計畫必須規定健保業務由政府或由政府委託的非營利機構辦理。其業務運作及帳目該受公共稽核人員的審核及檢查。

在一九七五—一九七六年度，聯邦政府支付之住院及醫療保險費用補助金是三十三億元或者每人平均一四四元。以此數額為每人應得補助金之基數。於一九七七—一九七八年另加二〇元做為每人

應得格外醫療服務補助金（如使用救護車費用）。一九七七年一七八年度以後，每年每人應得補助金隨著國內生產毛額（GDP）成長率之三年移動平均數而做同比率之增加。

每一省所得到的補助金等於每人應得補助金乘上該省人口。依此原則，無論居住在任何地區的每一公民都可分配到同類的聯邦政府補助金。這種補助方法較成本分擔法合理，因為聯邦政府能夠預算其支出並且可避免富者更富，窮者更窮的不合理情形。

聯邦政府補助金依照所得稅轉移（tax transfer）及現金支付（cash payment）的兩種方式撥付給省政府。所謂「所得稅轉移」係指於一九七七年起，聯邦政府同意將聯邦個人所得稅的一三·五%及公司稅的一%之徵收稅金權利轉讓給省政府。因為加拿大所得稅的繳收方法採用一元化制度（意即，聯邦及省所得稅率由各政府自定，但二層政府的稅基一致，由聯邦政府徵收聯邦稅以及代徵收省稅），稅金易於兩層政府之間「轉移」。對納稅人而言，他們所繳納之聯邦稅及省稅總額保持不變，但他們的所得稅申報表則顯得少繳聯邦稅而多納省稅。所得稅轉移稅率自一九七七年起保持不變，但是受到經濟成長，人口增加及通貨膨脹等因素之影響，所得稅轉移金額逐年增加。

省政府應得健保補助總額扣除聯邦政府所得稅轉移金額後，其餘額由聯邦政府以現金方式支付給省政府。近幾年來，由於聯邦政府的財政縮減政策，省政府所得到的現金補助額隨著補助總額的減少而逐年減少。聯邦政府可望於二〇〇五年完全停止撥付現金支付

補助。在這種情形下，聯邦政府有無權力要求省政府執行聯邦政府所訂定的健康照護原則？現行健保制度將會有那些變化？這是大家所關心的議題。

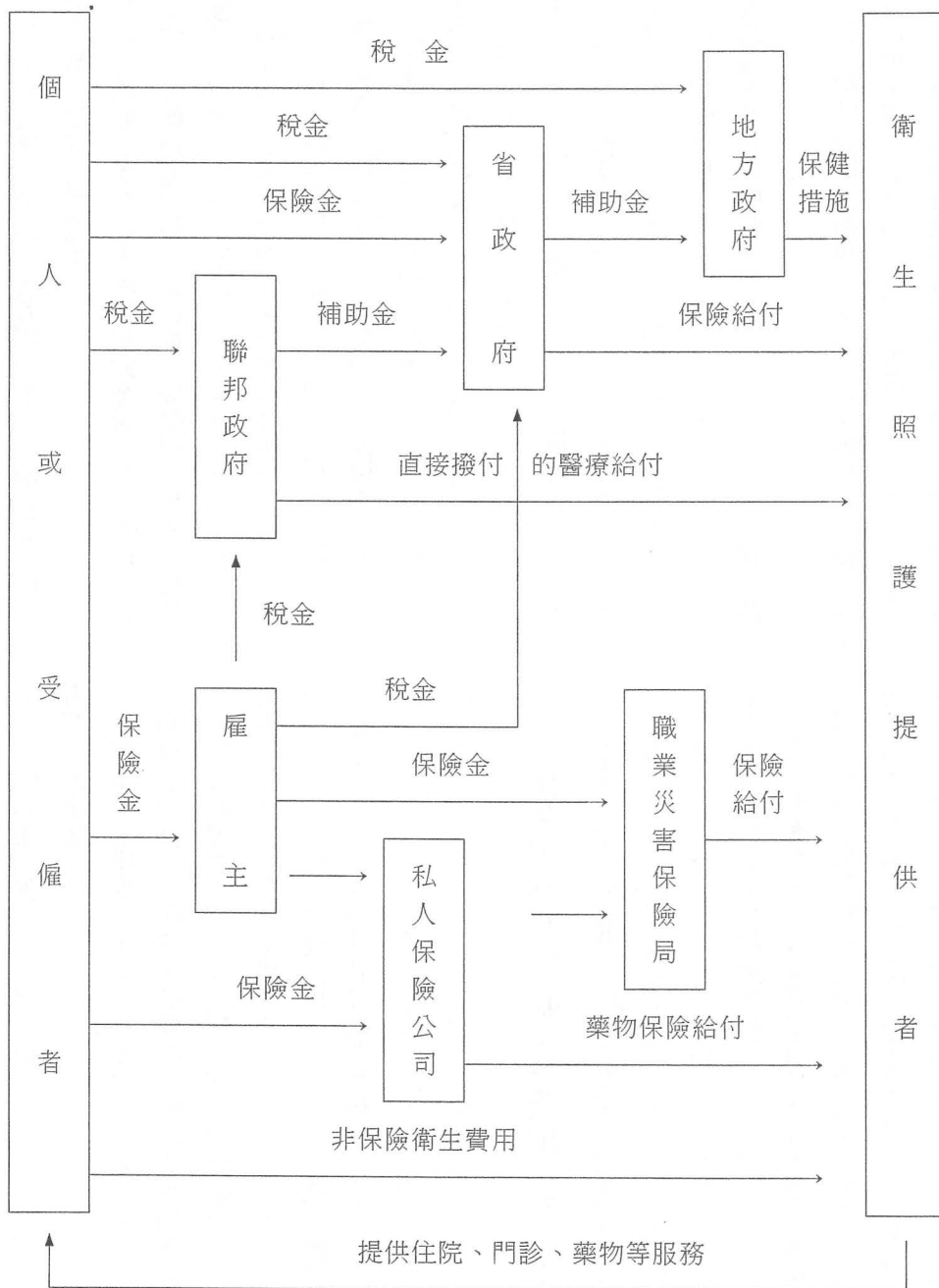
加拿大健康保險，五大原則之一是各省健康保險必須提供全面性的醫療服務。按理應包括醫院、門診和藥物保險。但直到目前為止，門診和藥物服務分開處理。病人的住院及門診給付都由公共保險支付。政府也免費提供藥物給六十五歲以上老人及領取社會救濟金的窮人。由於公共健康保險尚未包括藥物保險業務，六十四歲以下者可直接或者透過雇主的職業團體加入私人機構辦理的自願性藥物保險。為求得完整性的分析，以下兩節的研究範圍超越公共健保而涵蓋有關醫院、門診及藥物等衛生照護的全部收支。

三、加拿大衛生照護費用資金來源之分析

加拿大衛生照護費用的收支關係非常複雜。如圖一所示，個人或受僱者是衛生照護受益者，也是衛生照護費用的最後支付者。衛生照護提供者是醫療服務的供應者，也是衛生照護支出的受益者。兩者之間說明了衛生照護的財政收支架構。

衛生照護費用包括醫療服務提供者費用，例如醫院、居家照顧機構（residential care facilities）、醫師、衛生專業人員（如牙醫師、物理治療師、視力檢定師、腳病治療師、整骨療法師、私人護士等）、藥物、個人健康用具（如輪椅、助聽器）及醫院建築等費用和薪水。

圖 1 加拿大衛生照護財政收支結構圖



資料來源：加拿大加京社會科學研究中心製

上述費用的主要來源為各省全民健保提供的住院及門診保險給付，職業災害保險之醫療給付，聯邦政府直接支付的醫療給付（全民健保不包括軍人醫院的醫療給付），私人或職業團體藥物保險給付，保險給付外之個人衛生費用以及地方政府提供的衛生照顧措施（如老人院附設之醫務所等）預算等。然而衛生照顧費用的真正支付者是個人、受僱者和雇主。詳細情形如圖一所示：

(一)聯邦政府向個人、受僱者和雇主徵收個人和公司所得稅、增值稅及其他稅金，並由統一稅收基金(consolidated revenue fund)撥付健康補助金給省政府或直接支付給醫療給付衛生照顧提供者。

(二)省政府收到聯邦補助金外，也向個人、受僱者和雇主徵收所得稅、消費稅、薪資稅(Payroll tax)、及健康保險費。全國十省二行政特區中，只有三省由個人／家庭、雇主和政府共同分擔健康保險費。其他省份則由雇主以繳納薪資稅方式和政府分擔健康保險費。由省政府統一稅收基金撥付健康補助金給地方政府或經由住院及門診保險局支付醫療給付衛生照顧提供者。

(三)地方政府由部分地方稅收及省健康補助金支付提供衛生照顧服務之費用。

(四)職業災害保險局由各省政府主辦，但其經費皆由雇主負擔。由保險局支付醫療給付給衛生照顧提供者。

(五)私人保險公司辦理公共住院及門診保險外的保險業務。其保險費由雇主和受僱者共同負擔或者自由營業者自行負擔。通常保險公司只支付八〇％的衛生照顧費用，另外二〇％由投保人負擔。

(六)個人還要支付住院、門診、藥物、格外健康照顧(extended health care)保險給付外的衛生照顧費用，如購買不需醫師開處方的感冒藥等。

提供衛生照顧費用的資金由一九七五年的一二三億元增至一九九四年的七二五億元（加幣一元約為人民幣六元或新台幣二〇元）。其來源可分為公共部門(public sector)和私人部門(private sector)。公共部門支付的費用佔總衛生照顧費用的比例由一九七五年的七六・四％減為一九九

表1 衛生照顧費用依資金來源之分布

年別	聯邦政府 直接支付	聯邦政府 補助金	省政府 支出	地方政府 支出	職業災害 保險局	公共部門	私人部門	總計
(億元)								
1975	4.0	33.9	53.2	1.3	1.2	93.6	28.9	122.6
1985	11.6	112.5	169.0	6.1	3.9	303.0	97.4	400.4
1994	26.1	158.6	321.8	8.4	5.8	520.6	204.0	724.6
百分比分配(%)								
1975	3.2	27.7	43.4	1.1	1.0	76.4	23.6	100.0
1985	2.9	28.1	42.2	1.5	1.0	75.7	24.3	100.0
1994	3.6	21.9	44.4	1.2	0.8	71.8	28.2	100.0

資料來源：Health Canada, "National Health Expenditures in Canada, 1975-1994", Jan. 1996.

四年的七一·八%；相反的，私人部門的比例，在同一期間內，由二三·六%升到二八·二%（見表1）。過去二十年間，各資金來源供應者所分擔的比例也有很明顯的變化。以一九七五年論，按供應金額的多少，依序為：省政府（四三·四%）、聯邦政府（三〇·九%），及私人部門（二三·六%）。一九九四年的順序為：省政府（四四·四%），私人部門（二八·二%），及聯邦政府（二五·五%）。資金來自地方政府和職業災害保險局的比例，維持在二%左右，造成這種變化的主要原因，是聯邦政府補助金的減少，並由私人部門及省政府彌補其減少額。

表2 加拿大衛生照護費用，個人可支配所得及國內生產毛額之比較（單位：加幣億元）

年別	衛生照護費用 (a)	個人支配所得 (b)	國內生產毛額 (c)	比例(%) (a/b) (a/c)	
1975	122.5	1,133.2	1,715.4	10.8	7.1
1985	400.4	3,213.4	4,779.9	12.5	8.4
1994	724.6	4,973.6	7,500.5	14.6	9.7

資料來源：Finance Canada, "Economic Reference Tables",
The Department, Ottawa, August, 1995.

四、加拿大衛生 照護費用支 出之分析

(一)衛生照護費用 總額之概況

過去二十年，加拿大衛生照護總費用佔個人可支配收入 (personal disposable income) 的比例，由一〇·八%增高到一四·六%；衛生照護費用佔國內生產毛額 (GDP) 的比例，由七·一%增至九·七%（見表2）。其比例低於美國，而高於法國、德國、意大利、日本和英國等七大經濟國（見表3）。

表3 七大經濟國衛生照護費用佔國內生產毛額之百分比

年別	美國	加拿大	法國	德國	意大利	日本	英國
1975	8.4	7.2	7.0	8.1	6.1	5.6	5.5
1985	10.8	8.4	8.5	8.7	7.0	6.6	5.9
1993	14.1	10.1	9.8	8.6	8.5	7.3	7.1
1994	14.3	9.7					

資料來源：OECD, "OECD Health Data", Paris, France, 1995.

增大衛生照護費用的主要

原因爲：人口增加，通貨膨脹和醫療費用的實值增加。過去二十年來，加拿大人口增加了二六％。除去人口增加因素，每人每年平均費用以現行幣值計算，由五二八元增至二、四七八元。其增長率大於一般物價指數的增長率；更進一步除去通貨膨脹因素，每人每年平均費用以一九七五年幣值計算，由五二八元增爲八三七元（見表4）。

第二次世界大戰後三十年間，一九四五至一九七四年加拿大國家財務收支均能平衡或略有盈餘。自一九七五年後由於全民健保、老人所得保障、國民年金、失業保險及社會救濟等多項社會福利計畫普遍實施；加上，中東石油危機，一

表4 加拿大衛生照護費用、人口及物價指數

年別	衛生照護費用 (億元)	人口 (000)	每人平均費用 (現行幣值, 元)	物價指數 (%)	每人平均費用 (1975幣值, 元)
1975	122.5	23,209	528	100	528
1985	400.4	25,942	1,543	217	711
1994	724.6	28,248	2,477	296	837

資料來源: Statistics Canada, "Canadian Economic Observer", Cat. 11-010.

九八一—八二年之經濟大不景氣等因素造成政府入不敷出，聯邦政府每年皆有四〇至五〇〇多億元的負擔。估計到一九九四—一九九五年度，聯邦政府累積欠債總額高達五、四六七億元，三級政府總欠債額將近七、〇〇〇億元，佔一九九四年GDP的九四％（註10）。

爲削減國家預算赤字，減少衛生照護費用乃爲各級政府努力的目標。例如衛生照護費用每年平均成長率，由一九七五—八四年間的一三％，降至一九八五—九二年間的八・四％，再降至一九九五年的二・五％及一九九四年的一％。聯邦政府的具體措施是調整聯邦轉移給省政府的健康補助金成長率低於GDP成長率；甚至凍結每人應得健康補助金的增加。省政府的重要措施包括關閉偏遠地區的醫院（增設直升機接送急診病人到大都市就醫的服務，以確保醫療服務品質），在大都市設立專科醫院以減少綜合性醫院，設立醫師收入上限以防醫師「引誘」病人過度就醫，和醫師公會協商以緩和醫師服務報酬金之增加，減少老人及救濟金受領者免費供應藥物之項目，設立電腦控制制度，以防止外國人（加美國界的美國人）冒用健康卡就醫，加強醫師中服務費用之審查等。

(二) 衛生照護費用依費用類別之分布

依費用類別而論，醫院及醫療機構的維持和建築費用佔總費用的比例，在一九七五年高佔五四％。過去二十年內，由於許多醫院的關閉，使這項費用減少不少。但在一九九四年仍是最大支出項目，佔四八％。醫師及醫療專業人員的薪水爲第二大支出項目。他

們的薪水都由醫師公會及其他職業團體受僱者公會和各省衛生廳協商決定。過去二十年，這項費用佔總費用的比例，維持在二十%。藥物費用所佔比例由九%增至一三%。這項費用的增加率很大。資本財費用及其他費用所佔的比例，維持在一五%到一七%之間，如表5所示。

表5 衛生照護費用依費用類別之分布

年別	醫院	其他 醫療機構	醫師	其他 醫業人員	藥物	資本財	其他 費用	總計
(億元)								
1975	55.1	11.2	18.4	9.0	10.7	5.4	12.7	122.6
1985	163.8	40.8	60.5	33.1	37.9	18.4	45.9	400.4
1994	270.0	70.9	103.2	61.9	91.8	20.7	106.1	724.6
百分比分配(%)								
1975	45.0	9.2	15.0	7.4	8.8	4.4	10.3	100.0
1985	40.9	10.2	15.1	8.3	9.5	4.6	11.5	100.0
1994	37.3	9.8	14.2	8.5	12.7	2.9	14.6	100.0

資料來源:Health Canada, "National Health Expenditures in Canada, The Dept., Jan. 1996.

(三)每人平均衛生照護費用依資金來源、性別及年齡之分布

以一九九四年為例，如表6所示，每人平均衛生照護費用為二、四七七元。依資金來源而論，一、七八〇元（約總費用的七二%）來自公共部門，六九八年（約二八%）來自私人部門。依性別而論，男性每人平均費用為二、二二八元。女性每人平均費用為二、七三二元，比前者多二二%。

依年齡組別而論，每人平均費用，無論男女，皆隨年齡的增長而增加。十四歲以下兒童的每人平均費用為一、一五六元，十五歲至四十四歲的青年人為一、六六三元，四十五歲至六十四歲的壯年人為二、四三三元，六十五歲以上老年人的平均費用實增為八、〇六八元。老人每人平均費用均為兒童、青年人及壯年人每人平均費用的四・六倍。

依資金來源及年齡兩因素而論，每一老人花費的平均公共保險給付額為七、二一七元，遠超於其他各年齡組別的每人平均費用。以私人保險給付額而論，各年齡組別的每人平均費用相差不多。由此可見，公共健康保險對老人衛生照護的重要性。

表6 加拿大 1994 年每人平均衛生照護費用之分析 (單位：元)

年齡組別	0-14	15-44	45-64	65+	總計
公共部門					
男性	631	833	1,546	6,998	1,560
女性	553	1,205	1,591	7,377	1,995
小計	593	1,017	1,569	7,217	1,780
私人部門					
男性	550	604	834	881	666
女性	576	688	892	829	727
小計	563	646	863	851	689
總費用					
男性	1,181	1,437	2,380	7,879	2,228
女性	1,129	1,893	2,483	8,206	2,722
小計	1,156	1,663	2,432	8,068	2,477

資料來源：同表1。

依性別和年齡組別而論，除男性兒童每人每年平均費用稍比女性兒童為高外，其餘各年齡組別的女性每人平均費用皆比男性每人平均費用高，尤以青年人及老人為甚。推究其因，女性青年要在生育期花費生育費用；女性老人壽命較男性老人壽命長並且醫療費用與年齡俱增。

(四) 衛生照護費用依性別與年齡之分布

加拿大男性人口佔總人口的比例，在一九八〇年及一九九四年分別為四九・八％和四九・五％。男性人口所花費的衛生照護費用佔總費用的比例，在一九八〇年及一九九四年分別為四四・六％和四四・五％。足見，過去十五年來人口性別比例甚為穩定，衛生照護費用依性別之分布也幾乎無變化。

然而，人口老化的結果對衛生照護資金之分配發生很大的影響。六十五歲以上老人佔總人口的比例由一九八〇年的九・四％增到一九九四年的一一・九％（註3）。人口老化的結果，老人所花費的衛生照護費用佔總費用的比例，在一九八〇年至一九九四年之間，由三四％增為三九％，其他各年齡組別所佔的比例，則相對地減少（見表7）。

(五) 省政府衛生照護支出依費用類別及年齡之分布

前已述及，以一九九四年為例，省辦公共健康保險局之總費用超過四八〇億元，約佔全國衛生照護費用的三分之二。因此對這項

表7 衛生照護費用依年齡及性別之分布

年齡組別	0-14	15-44	45-64	65+	總計
男性					
		(億元)			
1980	12.7	31.6	24.7	31.0	100.0
1994	36.0	100.2	71.3	115.2	322.7
		百分比分配			
1980	12.7	31.6	24.7	31.0	100.0
1994	11.2	31.1	22.1	35.7	100.0
女性					
		(億元)			
1980	11.4	42.7	24.9	45.1	124.0
1994	32.9	129.4	74.7	164.9	401.9
		百分比分配			
1980	9.2	34.4	20.0	36.4	100.0
1994	8.2	32.2	18.6	41.0	100.0
男女合計					
		(億元)			
1980	24.06	74.3	49.6	76.1	224.0
1994	68.93	229.6	145.9	280.2	724.6
		百分比分配			
1980	10.7	33.2	22.1	34.0	100.0
1994	9.5	31.7	20.1	38.7	100.0

資料來源：同表4。

表8 1994年省辦全民健康保險每人平均費用之分析

年齡組別	0-14	15-44	45-64	65+	總計
元/每人					
醫院及醫療機構	165	385	792	4,872	960
醫師及醫業人員	219	298	434	777	366
藥物	10	23	62	572	93
其他	100	208	159	597	222
總計	514	914	1,447	6,818	1,641
百分比分配					
醫院及醫療機構	36.0	42.1	54.7	71.5	58.5
醫師及醫業人員	42.6	32.6	30.0	11.4	22.3
藥物	1.9	2.5	4.3	8.4	5.7
其他	19.5	22.8	11.0	8.8	13.5
總計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

資料來源：同表4。

費用之分布做進一步的分析。為消除人口因素對分析結果的影響，下列討論以每人每年平均費用為基礎，如表8所示。

1. 每人每年的醫院及其他醫療機構平均費用為九六〇元，佔省辦全民健保每人每年費用一、六四一元之五九%。這項費用隨年齡之增大而遞增的趨勢甚為明顯。兒童及老人的每人平均費用分別為一八五元及四、八七二元，其費用佔各年齡組別總費用的比例為三六%及七二%。

2. 每人每年的醫師及醫療專業人員平均費用為三六六元，佔每人平均總費用的二二%。這項費用也隨年齡之增大而遞增。兒童及老人的每人平均門診費用為二一九元及七七七元。但其費用佔各年齡組別總費用的比例，則隨年齡之增大而遞減。例如由兒童的四三%減少為老人的一一%。

3. 省辦全民健保不包括藥物給付，但住院時，住院給付包括藥物費用。同時，全民健保局也對老人提供免費藥物服務。因此，每人平均藥物費用佔各年齡組別健保總費用的比例皆隨年齡而俱增。例如，由兒童的二%增至老人的八%。

五、結論與建議

(一) 我國已於一九九五年實施全民健康保險。根據投保人數之多，給付範圍之廣以及其他業務之順利辦理，我國的這項社會保險制度堪與世界先進國家的相關制度媲美。

(二) 在一九九三年，七大經濟國家的衛生照護費用佔其國內生產毛額的比例介乎七%至一四%之間。目前，我國的這項比例遠比上述七國比例為低。惟我國必須遵守「不浪費、不虧損」的原則，這

項「福民、利民、便民」的健保制度才能永續經營。

(三) 加拿大採取逐步漸進的方式，自一九五七年至一九七二年之間完成全國各省的住院及門診保險。在此期間積蓄了許多值得仿效的經驗。但自一九七〇年代中期起，每省公共衛生照護支出高佔各省政府總支出的三分之一。聯邦政府也因支付高額補助金給省政府辦理全民健保業務而造成長期舉債還債的苦果。我國必須避免重蹈覆轍。

(四) 加拿大健保強調不收使用者費用的原則。我國的制度則要求病人負擔部分使用費，但可享藥物保險給付。從這觀點而論，我國的制度似乎比加拿大的制度合理，因為我國的制度可避免或減少病人過度使用醫療服務的機會；同時，我國的制度並不比加拿大的制度加重病人的實質財政負擔。

(五) 加拿大衛生照護費用的最大項目是醫院及醫療機構的運作及維持費用。過去二十年來加拿大致力於醫院的充分利用而關閉使用率不高的醫院及減少病床。減少綜合性醫院而改建為專門性醫院以求改進醫院效率並維持服務水準。同時，鼓勵居家照護機構的設立而減少對病床的需求，這些措施值得台灣仿效。

(六) 加拿大衛生照護費用的第二大項目是支付醫師及醫療專業人員的開支。除少數醫師領取定額薪水外，都以計件報酬方式支付醫師。報酬標準經健康保險局和醫師公會協商而定。此外，某一醫師年收入達到一定金額後，降低醫師支付標準，並不得超過規定上限。如何訂定合理的醫師支付標準，是件困難但必須合理解決的重

要課題。

(七)人口老化是增加衛生照護費用的重要因素之一。加拿大老人佔總人口的比例在一九九四年爲一一·九%，台灣的相對應比例爲七·四%。我們可預測近十多年內，台灣將加速人口老化程度而提高衛生照護費用。這是我國健保規劃單位必須重視的因素。

(八)加拿大爲老人花費的衛生照護費用常有浪費的情事發生，因爲老人可免費使用藥物。同時，也發生老人照顧不週的矛盾情事，因爲許多新醫事技術沒有適當應用到老人身上。這是加拿大要力求改善的地方（見註8），台灣也不能例外。

(九)加拿大的電腦連線制度可促進醫療提供者和健康保險局之間的有效連繫。利於醫療提供者的申請醫療給付以及利於健康保險局的審核。這項經驗值得我國仿效。

(十)所謂「他山之石可以攻錯」，加拿大比台灣早辦全民健保，又人口老化現象將在台灣發生。本文提相關統計資料供我國參考，期望我國的全民健康保險制度能順利邁向康莊大道前進。

（本文作者現任加拿大聯邦政府國稅部研究發展處經理暨
加京社會科學研究中心主任）

參考文獻及註釋：

1. 行政院衛生署 全民健康保險實施六個月評估報告——問題及因應措施 台北市 一九九五年八月三十一日
2. 呂文峰等 加拿大健康保險之支付制度研究 行政院衛生署研究

報告 台北市 一九九二年十二月

3. 根據加拿大統計局資料顯示 在一九八〇年及一九九四年加拿大老人人口分別爲二、三一萬人及三四七萬人 總人口分別爲二、四五九萬人及二、九二五萬人
4. Curry Adams & Associates, Public and Private Health Care Financing, Ottawa, 1994.
5. Finance Canada, Economic Reference Tables, Ottawa, August, 1995.
6. Health Canada, Canada Health Act Annual Report, 1994-1995, Ottawa, April, 1995.
7. Minister of Finance, Budget 1996, March 6, 1996.
8. National Advisory Council on Aging, The NACA Position on Health Care Technology and Aging, No. 18, May, 1995.
9. OECD, OECD Health Data, Paris, France, 1995.
10. Statistics Canada, Public Sector Assets and Liabilities, Cat. No. 68-508, Ottawa, July, 1996.
11. Statistic Canada, Canadian Economic Observer, Cat. No. 11-010, Ottawa, January, 1996.