



莫藜藜

前言

民國 101 年 1 月開始，行政院組織改造中的衛生福利部即將正式運作，其願景是實踐全人照顧，並以人爲中心之衛生福利服務。全民健康保險（以下簡稱「全民健保」）是衛生福利部主要業務之一，規劃在「社會保險司」和「中央健康保險署」。但是一直以來，除了由全民健保提供一般民眾之醫療給付外，還由各級政府社政單位提供貧窮、障礙及老者之醫療福利補助。筆者認爲，後者之業務應已含括於衛生福利部的「福利服務司」、「社會照顧及發展司」、「保護服務司」中。本文將探討我國全民健保的實施與社會福利服務之交集部分，主要內容爲：我國全民健保之特色、全民健保實踐了廣義的社會福利服務，也實踐了狹義的社會福利服務；最後，提出對即將運作的衛生福利部之期待。

壹、我國全民健康保險之特色

我國政府爲照護國民之健康福祉，於民國 83 年通過「全民健康保險法」，此項號稱立國以來最重要的社會安全制度終於在民國 84 年 3 月 1 日實施。從此，社會各階層皆感受到個人的健康權益與全民健保密切相關的程度。在沒有全民健保的社會中，傷病所造成的經濟壓力，常會導致家庭的負擔和社會的問題；而民眾所受到的醫療照顧，也隨著其經濟能力的不同，而有不同的待遇和等級。舊有的社會保險雖已有多數國民受惠，但未加保的仍不在少數，其中大多數爲老、弱、殘、貧，這些人口更需要加入社會安全體系中（莫藜藜，2000）。我國的全民健保屬於一種強制性的社會健康保險(Social Health Insurance)，本單元先談社會健康保險之趨勢，再瞭解全民健保從第一代至第二代的特色。

一、社會健康保險之趨勢

近年來，隨著人口老化、物價上漲、醫療科技進步等因素、醫療費用的快速成

長，世界各國紛紛提出社會健康保險的制度，以提供對國民之社會保障，特別是弱勢困苦之民眾。所謂社會健康保險，Normand 和 Busse (2002)認為其具備以下四個要素：1.對多數國民或全體國民具強制性的保險；2.有多元的財源預算，有可選擇或不可選擇的服務項目；3.由政府負責主辦，且是為個別國民，而非雇主而設；4.勞雇雙方都需負擔保險費，共同承擔財務風險（引自 Gupta & Trivedi, 2005）。對照之下，我國之全民健保已符合以上四個要素。

社會健康保險實施是以社會集體之力量，建構自助互助之體系，協助被保險人對抗疾病、傷害等風險事故，使被保障對象避免就醫之財務障礙，適時得到適當的醫療保健服務，以維護被保障對象健康，避免有因病而窮的現象（林志鴻、陳俊全，2005）。Jack(2002)在探討四個拉丁美洲國家（哥倫比亞、阿根廷、巴西和智利）的政府介入醫療保險市場的需要時，提出的理由是醫療保險市場已無效率可言，以及公平性的問題。因此，建議政府應介入醫療保險市場，其策略為：對醫師提供誘因、供需平衡與縱向整合、競爭與合作。

英國、紐西蘭、丹麥、義大利等國都是實施全民健康服務的國家，這種制度的財源來自稅收，國民原則上可以享受免費的醫療服務，但是特殊醫療、藥品、器材及私立診所等，仍須病人自行負擔費用。英國的醫療給付是由政府直接支付醫療機構。日本、法國等是以社會保險方式提供醫療給付，而將保健、復健與福利分屬不

同體系，且採取部分負擔制，以維護醫療保險財務的穩定（蔡宏昭，1989）。

二、兼採全民健康服務和社會保險的特色

我國的全民健保體制屬於社會保險體制之一種類型，是同時採全民健康服務和社會保險的部分負擔方式。因為社會保險是一種政策性的強制保險制度，所以將全民都納入社會保險體系的全民健保，不僅能照顧全體國民，而且是控制費用快速成長，又能兼顧醫療品質的良策。其主要目的在於提供國民的基本經濟安全與醫療照顧，基於連帶責任的理念，透過大數法則的應用與費用共攤的方式來達成預期的保障目標。

民國 84 年開辦之初的健保政策目標在確保醫療服務的可近性，使全民有保、醫療無礙。十五年來，全民健康保險已經成為我國重要的社會安全制度，並且與民眾的生活密不可分。李易駿、許雅惠(1995)曾指出，全民健保之預期效果有四：(1)全民健保的最主要目的是安全性；(2)解決醫療缺乏的問題；(3)減輕財務負擔問題；(4)提高服務品質。從社會工作的觀點，上述(1)、(2)、(4)項都與社會工作服務以「案主權益為優先」之價值信念最相關，因為讓全國國民得到醫療上最基本保障，不會因沒有錢看病，而延誤看病就醫的時效，不會因為看病就醫需要花費大量的費用，而造成個人或家庭的困難，甚至影響到其他人，是以案主（患者）之權益為優先。同時醫院和醫師都會提高服務品質，以吸引

病人選擇到他們的醫院或診所。

民國 99 年，當時的健保局鄭守夏局長對「全民健保現況與未來改革方向」的報告中提到，全民健保的主要成就有六：(1)全民納保；(2)公平就醫；(3)醫療費用低；(4)合理的品質；(5)民眾滿意度高；(6)國際評價佳。但是健保實施以來，相關的問題及困境仍如影隨形，例如：健保財務負擔不公，缺乏財務平衡機制，導致難於調整費率，造成財務嚴重逆差，使得自費項目增加，逐漸形成只有富者得享良好的醫療照護。不過，自民國 89 年起，衛生署就成立「全民健保體檢小組」，之後行政院成立「二代健保規劃小組」，於民國 99 年提出全民健保的困境，茲簡要整理如下：

(一)財務失衡且費基公平性受限

健保的收入與支出，長期以來都存在著二個百分點的落差，雖然抑制醫療浪費措施及多元微調方案等開源節流的努力，都已經逐步落實，保險費率也在民國 99 年 4 月 1 日調整，稍稍舒緩了健保財務缺口持續擴大之危機，但健保費基應該由經常性薪資改為總所得，以擴大計費基礎，強化公平性。

(二)保費負擔差異性大

在第一階段制度下，保險對象原規定共細分為六類十四種，各類目保險費負擔之比率並不相同，造成保費負擔不公平的現象，多眷口之家庭，其負擔亦較重，這些都違反了社會保險所強調的「量能負擔」原則。

(三)健保收支缺乏連動

在第一階段制度下，由於收入面與支出面連動的機制不足，也是造成健保財務無法平衡的原因之一。

(四)醫療資訊不夠公開

由於醫療資訊的不對等，民眾對於所接受的醫療服務，無法判斷其品質的好壞，而且民眾高度仰賴親友的諮詢，因此醫療品質資訊缺乏或不易解讀的情形也就日益嚴重。

(五)保險支付需重品質

在第一階段制度下，健保支付給醫療院所的費用大多採取論量計酬，結合醫療品質的考量比較少。醫療院所在成本壓力與經營困境的雙重顧慮下，常常會有過度使用的情形，因此健保對支付方式需要予以再加強，以鼓勵提升品質的機制。

因此，為了追求更為公平、更有效率，以及更重品質的健保制度，歷經多年的討論，依據眾多學者專家的研議，終於民國 99 年 4 月 8 日提出全民健康保險法修正，而在民國 100 年 1 月 6 日修正通過，即所謂二代健保立法。改革的重點包括：擴大各界參與，共同承擔健保權責；建立收支連動、公平負擔之財務體制；推動以品質為導向、論質計酬之支付制度；以及強化品質與財務的資訊公開透明等。

總之，全民健保是具有「自助、互助」精神及危險共同分擔之社會保險制度，並由全體被保險人依「量能負擔原則」繳交

保險費，講求社會的公平。同樣所得者負擔相同的保費，所得較高者負擔較多的保費，並不會針對個人的風險高低而增減保費，但在患病就醫時，都是得到相同的醫療照護。

貳、全民健保實踐了廣義的社會福利服務

廣義的社會福利是指提高全體國民生活水準的各種政策和社會服務，協助國民滿足其社會、經濟、教育和健康的需求。蔡宏昭(2004)指出，社會福利的本質是以國民生活的保障為基礎，基本上可以涵蓋健康、經濟和精神三個層面。在健康保障方面，世界各國大都涵蓋健康保險、醫療補助及各種衛生保健措施。因此筆者認為，我國全民健保實踐了此廣義的社會福利服務，以下分述之：

一、在社會關懷及民眾福祉的層面

醫療政策的施行或改變，影響民眾就醫行為與衛生保健之權益。既是強制性的全民健康保險，一般民眾參加健康保險後，就個人健康而言，會開始注意其可獲得的醫療服務權益，及有關的健康保健資訊；就其家庭而言，對父母子女以及夫妻關係應有正面的意義，可保障家人的身體健康，並減輕家庭經濟負擔（莫藜藜，2000）。

醫療政策的施行或改變，也直接影響醫療機構的醫事行為。全民健保在兼顧保險財務平衡的原則下，與醫療供給體系共

同的發展，才能提供國民適當的、綜合性的醫療保健服務。衛生署(1997)報告顯示，自開辦全民健保後，一般民眾對健保滿意度維持在 60%左右，其所關懷層面是：醫療技術、醫病溝通、就醫可近性、連續性治療及整體滿意度等五方面。這樣的調查是以對「人」的關懷為主要考量，需以年度計畫方式持續進行，其可做為健保制度之改善，以及醫療機構擬定行銷、管理或醫療服務品質改善策略之參考。

全民健保重視民眾福祉，因此民眾對全民健保的滿意程度是重要的部分，由張明正(1997)調查發現，52%民眾同意健保實施能提供比以前更好的醫療服務，而健保前「無醫療保險者」的同意比率高於「有醫療保險者」；收入較低者亦高於收入較高者。對 65 歲以上的民眾而言，覺得比以前有更多保障及多一些保障的比率明顯高於其它年齡層；於健保前「無醫療保險者」的比率亦高於「有醫療保險者」。由此可知，對於所謂的弱勢團體--低收入、高年齡層、健保前無醫療保險者而言，健保的實施確實帶給他們更多的醫療保障。鍾國彪(1998, 2000)的研究亦有相似發現，即民眾對健保實施後感到最滿意的是醫療費用負擔減輕，老年人及小孩納入保險；但是也有感到不滿意的部分，如：掛號費太高且收取標準不一、保費增加、保費計算方式不合理等。吳宛蕙、楊長興(2007)發現，全民健保的實施對於民眾的健康有正向的改善，城鄉間女性健康差距較男性小；但是建議未來應持續推動最低都市化位階地區民眾的婦女保健、產前照護、環境改善

及教育提升。而衛生署(2010)的報告中提到民國 90~97 年間，民眾對健保的滿意程度都在 60%~80%之間，而民國 98 年滿意度已達 82.9%。儘管醫界對健保的抱怨不斷，但民眾對健保的滿意度總是政府施政項目最高的一項。

二代健保已將保費之計費基礎，由個人經常性薪資所得擴大為家戶之總所得，包括非經常性薪資、利息、股利、租賃所得、營利所得、執行業務所得、財產交易所得等全部納入費基；然後依家戶所得之高低負擔保費，如此對單純受薪階級是比較公平的，即使是相對高薪之中產階級，在多眷口之狀況下，保費負擔不會增加，反而有下降的可能。只要是所得相同的家戶，不論其眷口數有多少，都將繳納相同的保險費。另外，二代健保所謂的單身者，是指沒有申報扶養眷屬而自己單獨報稅之個人，並非婚姻狀態之單身者。因此，二代健保的改革乃在於更為落實其對普羅大眾的社會關懷。

二、由全民健保給付之項目來瞭解

因為全民健保希望提供充分之醫療服務，除提供保險對象於發生疾病、生育及傷害事故之醫療給付之外，並在保險財務可承擔的範圍內，檢討重大傷病範圍，陸續增加預防保健服務、居家照護服務、精神病患社區復健等給付項目，總計這些年來的健保給付之項目包括如下：(1)門診給付；(2)住院給付；(3)中醫醫院、診所；(4)分娩；(5)復健服務；(6)預防保健服務；(7)居家照護服務；(8)精神病患社區復健。

以生育補助及預防保健為例，妊娠婦女的產檢次數是促進新生兒健康的重要投入因素，在政府實施全民健保前，唯有公保制度提供被保險人及其眷屬免費的產前檢查，其餘非隸屬公保制度的婦女，都必須自行負擔產前檢查費用。直到全民健保開辦，所有婦女都可享有生育補助福利。劉乃維(2004)的研究發現，全民健保的實施對提昇婦女產檢使用次數有幫助，而且婦女使用產前檢查與新生兒健康有顯著正相關。

全民健保實施的十五年中，對支付制度的改革從未間斷，除了原有論量計酬支付制度外，也實施總額預算、論病例計酬、論人計酬及論質計酬等支付制度。因此在醫療費用支出的管控與醫療服務提供效率的提升方面，都獲得了相當的成果。根據健保局(2010)的報告，實施總額支付制度使每年健保醫療支出成長控制在一合理範圍內；支付標準導入相對值的客觀方式作調整，促進了科別平衡。另外，也積極推動論病例計酬及住院「診斷相關群(Diagnosis Related Group, D.R.G.)」制度、試辦醫療給付改善方案與家庭醫師制度等疾病管理與整合性照護計畫，及持續改革藥價基準等措施，以民國 98 年為例，藥價調降 150 億以上。

由此可知，我國的全民健保採取所有國民不分貧富都能享有相同的醫療保障，且都能選擇相同的健保特約醫療院所就醫，這是實踐了全民平等的價值理念。而全民健保藉由行政的手段進行支付制度的改革，達到減少醫療浪費與提升醫療品質

的目的，並加強個別醫療院所的責任，以改變醫療行為、有效運用健保資源，及增進民眾健康。因此，在二代健保的醫療面改革，就將重點集中在品質的促進，強調保險人及保險醫事服務機構應該定期公開和健保有關的醫療品質資訊，以增加民眾的選擇能力並進而促進民眾之健康。

參、全民健保實踐了狹義的社會福利服務

社會福利並不是要以一種制度去保障全體國民，而是要針對不同的國民提供不同的保障。所謂狹義的社會福利，是指對生活能力較弱的兒童、老人、身心障礙者、經濟困難者等的社會照顧和社會服務措施。

加拿大於 1972 年就開始實施全民健保，在運用加國 1985 年的社會調查資料發現，醫療服務的需求和使用醫療服務有關，但與個人之收入無關(Birch、Eyles & Newbold, 1993)，似乎顯示該國在長期的全民健保實施後，醫療給付已不是最重要的影響因素。然而，Dunlop、Coyte & McIsaac (2000)分析加拿大全國健康調查資料發現，低社經地位者（低教育和/或低收入）之就診次數偏低，此與該國多項研究發現一致（例如 Stabile, 2001; Deri, 2005）；但仍有發現（例如 Sarma & Simpson, 2006）認為醫療服務使用與收入之間的關係不大。Curtis & MacMinn (2008)對加拿大橫跨 25 年(1978~2003)的公共醫療保險(Public Health Insurance)資料發現，教育程度、失

業，以及移民等因素是影響其國民醫療服務使用的重要變項；與已婚者相較，失婚者傾向於較少使用醫療服務；老年人則較中年人較多使用醫療服務；而自 1991 年之後的統計發現，低層收入者較中層收入者有較高的醫療服務使用率。

由國外的健保與社會福利的研究發現，醫療保健服務對弱勢族群的需要性，以下分兩方面探討我國全民健保如何也實踐了狹義的社會福利服務。

一、補助弱勢族群保費，或免除部分負擔，以減少就醫阻礙

我國全民健保最大特點在於一般被保險人必須按時繳納其應負擔之保險費，才能享有健保權益；再者，為避免醫療資源有濫用的可能，故有部分負擔之設計，這是維持健保永續運作及節約醫療資源的必要之惡(necessary evil)。但是對於貧困之弱勢族群而言，往往仍會造成就醫之障礙，甚至長期成為全民健保體系外的族群，他們一旦罹患重大疾病，就得付出慘痛代價，求助無門或家庭破碎。此種現象又往往隨著經濟不景氣，因長期待業而導致家庭困難日益嚴重(林志鴻、陳俊全，2005)。

無力繳納保費之經濟弱勢者，可能在進入健保體系享用醫療資源時受阻；而居住地處於醫療資源貧乏不足區域之民眾，則有被剝奪感；其中，又以所得能力不足，又居偏遠地區之罹病者最為弱勢。因此，全民健保對四類人口之自付保費完全由政府負擔，分別為：(1)義務役軍人、軍校軍費生、替代役男、遺眷（遺屬）；(2)榮民、

榮譽；(3)低收入戶；(4)受刑、受保安處分或管訓處分者。以上四類群體之健保費分別由中央役政主管機關、中央矯正主管機關、國防部、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、中央社政主管等機關全額補助。由此可看到，衛生醫療與社福行政業務連結的部分。

在全民健保開始實施即強調的「公平」與「效率」的目標中，主要是採「針對特定身分」與「針對特定醫療項目」為免除部分負擔的雙軌制。在特定身分方面，免除部分負擔者包括：低收入戶成員（健保法第 49 條）、醫療資源缺乏地區參加全民健保之民眾（健保法第 43 條第二項），以及三歲以下參加全民健保之兒童（兒童及少年醫療補助辦法第 2、3 條）。此外，現行全民健保對弱勢群體的相關措施，還包括：「全民健康保險經濟困難及經濟特殊困難者認定辦法」（99 年版）、「全民健康保險紓困基金貸款辦法」（99 年版）、「全民健康保險紓困基金收支保管及運用辦法」（98 年版）、「全民健康保險紓困基金逾期欠款債權催收及轉銷呆帳作業要點」（99 年版）、「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法」（99 年版）、「無力繳納健保費者醫療保障措施執行要點」（92 年版）、「全民健康保險醫療費用欠費分期攤還作業須知」（98 年版）、「失業勞工全民健康保險保險費補助辦法」（91 年版）、「老人參加全民健康保險無力負擔費用補助辦法」（89 年版）、「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」（100 年版）等辦法，來協助弱勢族群保障其就醫權利。

民國 99 年，健保局鄭守夏局長對「全民健保現況與未來改革方向」的報告中提到，健保局的主要成就之一是為弱勢族群撐起保護傘，包括：(1)醫療保障，即生病均可就醫；(2)對積欠保費的協助，以分期攤繳、紓困貸款、轉介公益團體補助保險費，或專案協助等方式；(3)對中低收入戶、身心障礙者、失業勞工、原住民、中低收入老人及兒少，以及低收入邊緣戶等族群提供保費補助。

以民國 85 年起，陸續開辦的「山地離島地區醫療給付效益提升計畫(Integrated Delivery System, IDS)」為例，透過放寬多項醫療給付及特約管理規定，鼓勵各醫療院所到這些山地離島地區提供醫療服務。健保局戴桂英局長指出（聯合報，2011），健保受國際肯定，在它提供全民均一性的醫療，IDS 計畫就是把大醫院的專科醫師送到偏遠地區，目前全臺有 27 家醫院進駐到 48 個山地離島地區，合計每年健保花 37 億元提升偏遠民眾的整體健康，居民滿意度很高。

由這樣的成果可知，對經濟弱勢者之醫療服務特別需由政府的衛生及福利部門共同合作予以援助，這個部分未來仍會（仍應）繼續，包括：低收入戶之保費補助、失業者保費補助、偏遠山地離島地區特別措施等。總之，以我國全民健保之財務體制而論，協助特殊身份民眾納保之財源與財務責任，不只是在保險人（健保局）與全民健保制度，也是政府循預算程序撥款之責任，例如：「兒童及少年醫療補助辦法」（100 年版）第 12 條「本辦法所需經費，

由中央主管機關按年度編列預算支應。」

二、重大傷病免部分負擔之措施

全民健保對「公平」與「效率」的目標，在免除部分負擔的雙軌制中另一個是「針對特定醫療項目」部分。依健保法第 48 條「保險對象有下列情形之一者，免依第 43 條及前條規定自行負擔費用包括：重大傷病、分娩、山地離島地區之就醫。」

重大傷病免部分負擔的做法亦是全民健保屬於福利性質的項目，健保局(2007)表示，全民健保開辦以來，最大的受惠族群是重大傷病患者，因為健保對重大傷病的保障，讓他們沒有後顧之憂。重大傷病其範圍依病情需要終身定期追蹤檢查治療者，於診斷確定，視同已轉診，免加重部分負擔。自全民健保實施，經過數次修訂，目前重大傷病之項目已有 30 項(請參閱附錄一)。重大傷病者持「重大傷病免自行部分負擔證明卡」，可免門診及住院之部分負擔，由健保局全額付給醫院。張淑英、吳樹平、游晴閔、王嘉蕙(1996)的研究指出，重大傷病患者主要受益層面，仍以減輕經濟負擔及其帶來之心理壓力為主；而醫院社工部門在健保實施後，對醫藥費補助減少，非醫藥費(尤以看護費)補助增加。

衛生署(1997)表示，重大傷病類別所給付費用中以「需積極或長期治療之癌症」占最多數，其次是「慢性精神病」，再次為「尿毒症，必須接受長期透析治療者」。而每萬人保險對象中重大傷病病人雖僅 155.4 人，但其使用醫療服務之費用卻高達整個健保給付的 10.8%，可見健保已充分

照護到這群最需要醫療服務之病人，而對於病人整個家庭來說亦是莫大的幫助。至今，這種情況仍是如此，衛生署(2011)表示，健保重大傷病證明領證人數已達 820,505 人，約占保險人口之 3.56%，其中癌症領證數仍是最高 397,403 張(占 45.6%)，次之為慢性精神病 207,667 張(占 23.8%)。若以國人每人全年平均應收保險費(含投保單位及政府補助)14,988 元計算，一名血友病患者醫療費用，係由 182 位民眾保險費所支應，健保局表示：此種互助的精神彰顯了全民健保的核心價值。

但是，張鴻仁、謝啓瑞、蔣翠蘋、黃信忠(2004)，分析民國 85~90 年的健保申報資料，對重大傷病制度所面臨的結構性問題及其長期影響結果，有下列三項主要發現，第一、現行重大傷病的認定範圍雖包含 31 大類疾病(註：民國 100 年已修正為 30 大類)，但就醫人數與醫療費用的分布皆呈現高度集中，90%的人數與費用集中在前十大傷病類別。第二、重大傷病制度平均使每一就醫的病人，一年節省 13,391 元的部分負擔支出，而健保局因這項制度所增加的財務支出，一年約 65 億元。第三、重大傷病制度實施的目的，雖為減緩部分負擔制度所造成的財務負擔不公平現象，但實施的結果卻造成另一種形式的不公平，即：有為數相當多的「高醫療費用者」，其醫療支出水準超過重大傷病者的平均值，但因其所罹患的疾病不在重大傷病的認定範圍，而無法享受免部分負擔之優惠。

為了解決上述第二、三所面臨的困

境，該研究改以評估「醫療支出」作為免部分負擔認定的依據所可能造成的影響，結果發現如改採醫療支出作為免部分負擔認定的標準，可增進健保制度的公平性；但會面臨現制受益人的利益重分配問題，免部分負擔的支出標準若訂得愈低，改革所遭遇的阻力會愈小，但健保局所增加的財務成本會愈高。所以到目前為止，在全民健保重大傷病政策的改善方面尚無合宜對策；但此制度對重大傷病者及其家庭已是重要的福利，則無庸置疑。

伍、結論與建議：兼談對「衛生福利部」的期許

衛生署(1997)在實施全民健保之初，即揭櫫其基本目標為：提供國民適當醫療服務、有效利用醫療資源、減少國民就醫財務障礙、促進國民健康等四方面。由此看來，我國之全民健康保險頗具社會及人文關懷的特色，也以「福民、利民、便民」為考量。

全民健保不是純保險，也不是純社會福利，而是兩者之混合。全民健保是以社會健康保險之強制性方式投保，平時按時繳費，一旦生病了，當然希望得到公平合理的保障。但是現今全民健保如以社會福利服務的角度來看，則整個制度施行的成效和品質，仍有待加強的空間。

一、衛生與福利需通力合作，以確保國民之福祉

無論是以廣義或狹義的社會福利來

看，以上多項措施除了行政院衛生署主管之健保局，還需有政府相關部門合作處理，如內政部社會司和行政院勞委會等主管之各項福利法規或社會保險法規，分別有對特定保險對象應自付保險費的減免，一些地方政府也有對特定保險對象另訂補助方案等，此顯示有關民眾健康福利之業務其實是適合由一個「衛生福利部」來統籌執行與管理。

多項研究（如林志鴻、陳俊全，2005；王頌華等，2007）指出，協助弱勢者納保和確保照護措施，只憑衛生署主管之健保局無法單獨完成，也非健保風險分擔團體之應然任務，必須國家其他行政部門一起配合，如社會福利、勞動和衛生部門等共同努力才可能改善和繼續進步。如今，衛生與福利部門即將合併，期待今後相關作業在橫向聯繫方面能更為順暢和有效率。

健保局(2007)表示，越是弱勢的民眾才是健保需要幫助的人，健保局的首要任務包括：爭取民眾失業期間保險費補助、爭取低收入戶申請條件及降低收入之認定標準，對於確實無力負擔保險費者，由社政單位編列預算補助、加強醫療資源的提供與社政單位補助交通費等措施，盡力協助偏遠地區民眾就醫，以提升納保意願。這項業務將移至未來的社會保險司和中央健保署，期盼其一如以往體恤和協助弱勢者，並與衛生福利部內之相關單位通力協調與合作。

二、重大傷病制度之存在與改進

在上述所有免部分負擔之相關規定

中，以重大傷病最為特殊，其不僅影響醫療費用最鉅，同時也是公平性爭議最多的部分。在重大傷病制度受益人數逐漸增加的同時，重大傷病制度運作過程所面臨的各種問題亦逐漸浮現，成為各界批評的焦點。就結構面來看，重大傷病制度最常引起爭議之處，即是重大傷病的認定問題。張志銘(1998)即認為「重大傷病」並不是一個明確的法律概念，實際執行時必須仰賴主管機關的「解釋」，而解釋的過程即無可避免地留下可權衡的空間，成為相關團體逐利或政治角力的場所。另外，張鴻仁、謝啓瑞、蔣翠蘋、黃信忠(2004)也指出，以重大傷病是否存在來衡量醫療服務需要的方法，忽略了疾病的發生具有不確定性的事實。且從事前的角度看，縱使是已具重大傷病者，仍有很大部分的醫療支出是不可預測的。這種事前的不確定性及其所衍生的個人醫療支出之不可預測性，正是健康保險制度存在的理由。而現行重大傷病立法透過疾病認定的方式，只著重在可預測醫療支出的部分，也因此忽略了無法事前預測的醫療支出。

多數國家接受的社會健康保險之公平性原則，即是醫療服務的提供應該依據醫療上的需要(need)，而不是依據個人的付費能力。因此，我國之健保制度仍應透過重大傷病者免部分負擔之規定，以確保醫療服務的提供不背離醫療服務的需要。此外，張淑英、吳樹平、游晴閔、王嘉蕙(1996)的研究也曾建議：增加重大傷病患者就醫交通上的近便性，增加健保病床及不給付之治療費用，加強中醫治療及居家照護給

付的宣導；並建議對經濟最弱勢者在就醫上仍有之醫藥費用及看護費用負擔問題，此希望將來由衛生與福利單位共謀對策。

三、健保不給付項目與醫院社會工作福利服務

健保給付之內容影響醫院服務的項目，各醫院可能會傾向只提供可以收到醫療給付的服務，而減少或取消健保不給付的項目；除非病人對那些項目有極高的需求，而願意自付者。但是需要自付，卻無力付費的弱勢族群或突然面臨危機的個人與家庭，他們的醫療保障就受到挑戰（莫藜藜，2000）。全民健保法第 51 條「下列項目不列入本保險給付範圍，包括：

- 1.依其他法令應該由政府負擔費用的醫療服務項目。
- 2.預防接種及其他由政府負擔費用的醫療服務項目。
- 3.藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術。
- 4.成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品。
- 5.指定醫師、特別護士及護理師。
- 6.血液。但因緊急傷病經醫師診斷認為必要的輸血，不在此限。
- 7.人體試驗。
- 8.日間住院。但精神病照護，不在此限。
- 9.管灌飲食以外的膳食、病房費差額。
- 10.病人交通、掛號、證明文件。
- 11.義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性的裝具。

12. 其它由保險人擬定，經健保會審議，報主管機關核定公告之診療服務及藥物。

以上這些醫療活動不屬於健保給付的範圍，即有接受服務的需求，但是健保不予給付的項目。這些規定堪稱合理，因為要接受這些醫療活動是自願的，不進行也不會立即危害個人健康。但是，張明正(1997)、衛生署(1997)的病人滿意度研究中，都顯示醫療院所要求門診、住院、急診病人額外付費的情形，所占比率為 7.0% 至 11.8% 之間。自費之主要原因是健保不給付(占 55% 左右)；其次是補健保給付差額(占 20% 左右)。在不給付項目中，自費部分之主要原因依序是檢查、藥品、打針、醫材及指定醫師費等。

然而，考量病人的就醫權益，針對健保不給付的項目，仍是值得重視的議題。如果病人極需該項健保不給付的醫療，否則會有危害身心健康之虞，例如：藥癮治療如果不立即治療，恐怕因心理、情緒因素持續上癮，傷害身體而無法自拔；或者顏面有胎記，影響個人心理健全；或者手術時需要輸血者等。因此，如果認為需要治療，但是又無力自付時，目前在醫療機構往往是照會給醫院社會工作部門尋求醫療補助，社工人員則設法協助病人申請院內或院外、政府或民間的社福資源。另外，上述第 1 項「依其他法令應該由政府負擔費用的醫療服務項目」，也往往需要醫院社工人員提供協助，例如：保護性個案之驗傷費用的申請(內政部)、身心障礙之鑑定費用的申請(內政部)、職災勞工之醫療(勞

工保險局)、榮民之醫療(退輔會)等，須由醫療機構中之社工部門或醫院之保險課負責兼辦之業務。如是身心障礙者或中低收入之老人需要上述第 11 項支各種裝具，卻無法自付，有礙其日常生活時，也會成為需照會醫院社工人員之個案。而對於低收入戶之住院伙食費，往往也是由醫院社工人員協助申請補助，免部分負擔之申請。

四、長期照護保險制度宜盡快建立

由歷年國人十大死亡原因得知，慢性疾病逐漸成為醫療問題的核心，慢性疾病的防治與照護已成為當前醫療照護之重點工作；而慢性病患中又以老年人居多，老人醫療服務需求的增加，也成為衛生和福利兩部門的重要課題。

當前臺灣社會老年人口成長急遽，家庭照顧功能式微，民眾的社會福利意識提升。當長期照護的需求增加，而長期照護資源多元卻仍供不應求之時，許多縣市的社政和衛政系統卻仍各自為政，行政單位、服務輸送單位、服務流程、服務資源和服務資訊等方面都缺乏整合，早期有衛政單位的「長期照護中心」和社政單位的「照顧管理中心」雙頭馬車現象。另外，長期照顧的法源也十分多元，目前相關法規主要散見於社政(老人福利法、身心障礙者權益保障法)、衛政(醫療法、全民健康保險法、護理人員法、精神衛生法)及退輔(國軍退除役官兵輔導條例)三大行政體系。長期照護法令規範不同，造成有意投入長照服務機構設置的民間人士也

無所適從，頗為困擾。

據知，未來衛生福利部的「社會保險司」掌理事項之一即是長期照護保險制度之規劃。就供給面而言，因長期照護具有連續性照顧和護理的概念，其服務體系主要跨越衛生和社會行政領域，是需要未來的「衛生福利部」進行相關行政體系的整合與協調，並積極統籌中央和地方相關部

會的專門業務。除了相關法規需積極研訂之外，更需在人力技術、服務設施與財務規劃等面向上積極的介入，以支持家庭或機構的照顧能力，並保障民眾獲得符合個人需求的長期照顧服務。

（本文作者莫藜藜現為東吳大學社會工作學系教授）

參考文獻

- 行政院衛生署(1997)。全民健保整體評估研究。
- 行政院衛生署(2010)。全民健保整體評估年度報告。
- 行政院衛生署健保局(2007)。全民健保與您牽手 12 年：成長與蛻變。
- 行政院衛生署健保局(2010)。全民健保現況與未來改革方向。
- 王頌華、楊長興、鍾信成、陳巧珊(2007)。全民健保實施對社經狀況不同地區的國民死亡率之研究—以時間數列分析。澄清醫護管理雜誌，3(2)：32-45。
- 李易駿、許雅惠(1995)。全民健康保險法解讀。臺北：月旦出版社
- 林志鴻、陳俊全(2005)。全民健保體制下弱勢族群照護措施之檢討與財源籌措。臺灣社會福利學刊，4(2)：1-48。
- 吳宛蕙、楊長興(2007)。全民健保對健康差距之影響—以平均餘命為測量。臺灣衛誌，26(3)：196-207。
- 莫藜藜(2000)。醫院社會工作人員對全民健保實施之主觀經驗探究。中華醫務社會工作學刊，8：97-121。
- 鍾國彪(1998)。全民健康保險整體醫療品質評估之研究。中央健康保險局委託研究計畫。
- 鍾國彪(2000)。全民健康保險整體醫療品質之研究—以建立指標之基本資料為主。中央健康保險局委託研究計畫。
- 張明正(1997)。全民健康保險滿意度調查。行政院衛生署委託研究計畫報告。
- 張鴻仁、謝啓瑞、蔣翠蘋、黃信忠(2004)。全民健保重大傷病政策評估。經社法制論叢，33：27-76。
- 張志銘(1998)。「從社會公平性與保險角度探討全民健康保險重大傷病制度」，全民健康保險重大傷病制度研討會會議資料專輯，臺北：中央健康保險局。
- 張淑英、吳樹平、游晴閔、王嘉蕙(1996)。重大傷病患者受益情形調查。中央健康保險

局委託研究計畫報告。

蔡宏昭(2004)。社會福利經濟分析。臺北：揚智。

蔡宏昭(1989)。醫療福利政策。臺北：桂冠。

劉乃維(2004)。妊娠婦女產前檢查對新生兒健康的影響。國立中央大學產業經濟研究所碩士論文。

聯合報(2011)。醫師駐偏鄉，部落看病不再是一種奢侈。記者詹建富報導，聯合報，100年9月6日，A7版。

Birch, S., J. Eyles & K.B. Newbold (1993). Equitable Access to Health Care: methodological extensions to the analysis of physician Utilization in Canada. *Journal of Health Economics*, 2(2): 87-101.

Curtis, L. J. & W. J. MacMinn (2008). Health Care Utilization in Canada: twenty-five years of evidence. *Canada Public Policy*, VOL.XXXIV, NO.1, PP.65-86.

Deri, C. (2005). Social Networks and Health Service Utilization. *Journal of Health Economics*, 24(6): 1076-107.

Dunlop, S., P.C. Coyte & W. McIsaac (2000). Socio-economic status and the Utilization of Physicians's Services: results from the Canada National Population Health Survey. *Social Science and Medicine*, 51(1): 123-33.

Gupta, I. & M. Trivedi, (2005). Social Health Insurance Redefined: health for all through coverage for all. *Economic and Political Weekly*, September 17. pp.4132-4140.

Jack, W. (2002). Public Intervention in Health Insurance Markets: theory and four examples from Latin America. *The World Bank Research Observer*, 17(1): 67-88.

Sarma, S. & W. Simpson (2006). A Microeconometric analysis of Canadian Health care Utilization. *Journal of Health Economics*, 15(3): 219-39.

Stabile, M. (2001). Private Insurance Subsidies and Public Health Care Markets: evidence from Canada. *Canadian Journal of Economics*, 34(4): 921-42.

附錄一：全民健保之重大傷病範圍

衛生署 99 年 6 月 28 日 衛署健保字第 0992600199 號公告修正

- 1.需積極或長期治療之癌症（惡性腫瘤）。
- 2.先天性凝血因子異常。（四種）
- 3.嚴重溶血性及再生不良性貧血。（三種）
- 4.慢性腎衰竭（尿毒症），必須接受定期透析治療者（四種）。
- 5.需終身治療之全身性自體免疫症候群。（十種）
- 6.慢性精神病。（七種）
- 7.先天性新陳代謝異常疾病。（十七種）
- 8.心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常。（十五種）
- 9.燒燙傷面積達全身百分之二十以上；或顏面燒燙傷合併五官功能障礙者。（兩種）
- 10.接受心臟、腎臟、肺臟、肝臟、骨髓及胰臟移植後之追蹤治療。（十二種）
- 11.小兒麻痺、腦性麻痺所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟之併發症者（其身心障礙等級在中度以上者）。（三種）
- 12.重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數十六分以上者。
- 13.因呼吸衰竭須長期使用呼吸器者。
- 14.因腸道大量切除或失去功能，或其他慢性疾病引起嚴重之營養不良者，給予全靜脈營養已超過三十天，且病情已達穩定狀態，口攝飲食仍無法提供足量營養者。
- 15.因潛水、或減壓不當引起之嚴重型減壓病或空氣栓塞症，伴有呼吸、循環或神經系統之併發症且須長期治療者。（兩種）
- 16.重症肌無力症。
- 17.先天免疫不全症。（六種）
- 18.脊椎損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及胃腸等之併發症，者（其身心障礙等級在中度以上者）。（三種）
- 19.職業病（以勞工保險條例第三十四條第一項規定之職業病種類表所載職業病範圍為限；適用對象限已退休之未具勞工保險被保險人身份之保險對象；具勞工保險被保險人身份者，應依勞工保險職業病就醫規定辦理，亦免自行負擔部分醫療費用）。（五種）
- 20.急性腦血管疾病（限急性發作後一個月內）（四種）。
- 21.多發性硬化症。
- 22.先天性肌肉萎縮症。
- 23.外皮之先天畸形。（三種）

- 24. 漢生病。
- 25. 肝硬化症。(三種)
- 26. 早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症。(兩種)
- 27. 砷及其化合物之毒性作用(烏腳病)。
- 28. 運動神經元疾病及其殘障等級在中度以上或需使用呼吸器者。
- 29. 庫賈氏病。
- 30. 經本署公告之罕見疾病，但以列屬前二十九類者除外。