

序

「本學理開拓研究領域，以經驗致力服務改進」是本中心懸以追求的目標，是以多年以來，本此信念宣導社會福利理念，探討研究方法，介紹措施項目，無不皆環繞著「吸收潮流與反映國情互為表裏，研究訓練與社政措施交互為用，訓練成果與服務績效凝成一體」為工作方向，並經常配合社區發展的實際需要舉行各類專題座談、研討會，用求研究成果落實於實際，期使我國社區的發展能與時俱進，日新又新。

飢有食、寒有衣、病有藥、死有以葬，是傳統福利的項目，它需以社區為基點，而人人擁有生存權、工作權、受益權則係當前福利的目標，必須擴及到整個社會。傳統與現代的分野，進步與落後的辨別，則繫乎人的尊嚴、個別差異、與助人自助內蘊的多寡、深淺如何而定。見之實際措施，厥為有無以就業安全的自助來讓人們擁有尊嚴；社會保險的互助來因應個別需求，社會救濟的他助來激勵奮起自立，三者雖有其互補與一貫性，但如何使之病痛時不致診治無力，秉持健康體魄以應就業之需，則賴保險為後盾，況保險有健康時為病痛作綢繆，就業時為失業先準備，青壯時為耄耋預安排，兼解除危機與預作防患的雙重功能，是以工業先進國家，為濟家族功能之衰退，莫不採強制參與之方式，納全民於此一互助共濟制之中。

鑒於保險有別於救濟，具有納費享用，權利義務之特性，且又強制參與，是與人人有關，既是一個個有關，則應人人了解，知其然，也知其所以然，才能人同此心，推展容易，申而言之，須探究何以必須要保險的哲理，有了之後再研析保險與被保二者之間該有的共識，亦即倫理，更應體察世界各國如何興利防弊的學理，庶幾能挽人爲流弊、制度僵化之狂瀾，循聲氣相投、行動一致共捍衛制度於不墜。

社區是價值觀與交往法則相近的一群人聚居之所，大家看法一致，則凝成共識，而看法可從介紹而吸收，了解而篤信，保險雖有人壽、產物、勞工、農民、公務員等之分，但屬之於社會保險者，仍有其共同點，本書係以探討涵義、分析問題、闡明因應、描繪遠境爲重點，總期社區民眾披覽之餘，在明瞭疏失所在、虧損成因之餘，油然而生篤信此一制度不可少，必須爲他存續而貢獻的責任與信心。

作者陳琇惠碩士，任職社會司科長有年，擔負農民健康保險規劃工作，擷取新知用心專，研擬法案用力勤，公餘又授課大專院校社工科系，經驗學理交互爲用，全書綱舉目張，行文遣詞尤能深入淺出，個人深覺對推廣保險理念，可收水到渠成之功，有幸先睹，特以數語代爲宣介，亦寓嘉佩之意。

中華民國社區發展

研究訓練中心

執行長

蔡漢賢

謹誌

八十年十月

認識社會保險真象

——人有遠慮 自無近憂

目 錄

壹、前言	一
貳、社會保險的基本概念	三
一、社會保險的涵義	三
二、社會保險的特質	四
參、爲什麼我國社會保險制度是多類併存	八
一、「政策保險」多 「保險政策」少	九
二、因對象而主管眾多 按職業業乃政出多門	九
三、學理未受重視 倫理更待充實	十一
四、分久必合 全民健保指日可待	十三
肆、現行社會保險制度面臨的共同問題	十六

- 一、低保險費率形成入不敷出..... 十六
- 二、低投保金額影響給付標準..... 十七
- 三、高保費補助造成國庫負擔..... 十八
- 四、資格認定寬鬆隱藏逆選擇..... 十八
- 五、醫療資源濫用形同浪費..... 十九
- 六、醫療費用高漲轉嫁投保人..... 十九
- 七、財務亟待改善否則必陷困境..... 二十
- 八、輕忽保險倫理貽患千百年..... 二十

伍、振衰起弊不可少要項..... 二一

- 一、體制結構簡明化..... 二二
- 二、運作內涵倫理化..... 二三

陸、有遠慮，才無近憂的前瞻作法..... 二六

- 一、採「包醫制」設疾病診斷關聯群 (DRGs)..... 二七
- 二、防疏失設專業審查專業之同儕審查組織 (PRO)..... 二七
- 三、善用醫療設施採分級醫療與轉診制度..... 二八
- 四、普及醫療資源加速醫療網之籌建計畫..... 三十

五、防止浪費醫療費用實施部分負擔制	三二
六、著重預防保健設健康維護組織（HMO）	三三
七、藉專業改進服務建立社會保險專業代理人制度	三四
八、提昇行政效率增設社會保險資訊系統	三四
九、減少藥品濫用厲行醫藥分業制度	三五
柒、結語——有備無患，無懼病痛，為提昇生活品質而努力	三六

認識社會保險真象

—— 人有遠慮 自無近憂

壹、前言

佛經上說：人有生、老、病、死「四苦」，英國貝佛里奇以爲貧困、疾病、污穢、無知、怠惰爲「五魔」，尙書視兇、疾、憂、貧、惡、弱爲「六極」。社會保險即是一種直接、間接祛除「四苦」、「五魔」、「六極」的互助共濟制度，其基本精神在於納費互助、危險分擔，以群體共同力量來協助少數不幸的個體。

現行我國社會保險制度，自民國三十八年開辦勞工保險以來，已有四十餘年的歷史，截至目

◎ 現行社會保險中較具規模者爲勞工保險、公務人員保險及農民健康保險。



陳琇惠

前爲止，參加公勞農保的民眾計有九百萬餘人，約佔台灣地區總人口之百分之四十九強。保險制度計有十四種（詳如表一），其中較具規模者爲勞工保險、公務人員保險及農民健康保險等三種，其所發揮之保險功能，對於維護民眾之健康，增進民眾福祉，促進社會安定，獲致正面的肯定和效益。

鑑於民眾對保險的需求甚殷，政府預定於民國八十三年實施全民健康保險（詳如表二），以社會保險方式使得全體國民能獲得適切之醫療保健服務，也爲我國邁向「福利國家」之林跨出一大步，但是，無可諱言地，既有的保險制度，存有若干缺失，長期低費率導致收支無法平衡；醫療資源濫用引致醫療支出節節上漲；民眾保險倫理的觀念尙未建立，權利義務均等原則無法遵行等問題，均亟待檢討改進。

全民健康保險無疑是實施社會安全制度主要項目之一，也是一個現代國家爲提升人民福祉應全力追求實現的施政目標。政府把它列入六年國建計畫，提前實現，自是全民的福音。但目前保險制度所呈現之問題，如驟然擴大至全民，其後遺症令人擔憂，因此，如何使全民健保在實施時步上正常軌道，使真正有病者獲得良好的醫療照顧，使這一重要福利措施順利運作，永久維持，使國家資源不致濫用和浪費，有必要爲文宣介，讓廣大民眾認識社會保險的真象，瞭解社會保險的內涵，體察社會保險的精神，進而支持與維護社會保險制度，則未來全民健保之穩健發展，方可收立竿見影之效。

貳、社會保險的基本概念

一、社會保險的涵義

社會保險為社會安全制度重心，旨在對國民個人及其家屬提供基本的經濟安全，此制度創始於一八八三年德國，嗣後各國競相採行，迄今已有百餘年歷史，截至一九八九年底統計，全世界已有一百四十五個國家實施各種社會保險制度。（註一）社會保險制度在不同國家雖然型態並不完全一致，但國際間仍有其一定的學理意旨，而其給付內涵所依據的是國際勞工組織一九五二年通過之第一〇二號「社會安全標準最低公約」等引申而來，申明社會保險必須有其給付標準與涵詠特質，其項目有醫療給付等九項，其實施雖有優劣難易之分，輕重緩急之別，但仍有其基本要素如下：

- （一）醫療給付——須有預防性或治療性、醫師照護、重要藥劑、住所訪問的提供等，如有部分負擔，應顧及其支付能力。
- （二）疾病給付——因疾病不能工作，且累及收入中斷者應給予給付，惟給付期得限制為二十六週。
- （三）失業給付——係指有意願、能工作而不能獲得就業，以致收入中斷者，但季節工人給付期限。

及等待期得視就業情況調整。

(四) 老年給付——規定年齡以六十五歲為原則，凡完成納費，或就業三十年或居住二十年之合格期均應享有。

(五) 傷害給付——因就業而患病，或獨負家庭生計者死亡，致寡婦及兒童失其支持者屬之。

(六) 家庭給付——為撫育兒童之所需，含食物、衣服、住宅、家事協助等服務之所需。

(七) 生育給付——包括妊娠、分娩、提供醫師、助產士及必需之住院及健康服務。

(八) 殘廢給付——用盡疾病給付後，不能從事有酬活動至一定限度者。

(九) 遺屬給付——獨負家庭生計者死亡，致寡婦兒童失去支持者屬之。

這些給付，除必須是以納費為先決條件外，還需一定等待期，以防止人為的流弊，此外由於保險係社會安全政策的一環，具有危險分擔，財富再分配，甚且還涉及生產力的維護等，是以必須有強制參加等限制始得稱之為「社會保險」。(註二)

二、社會保險的特質

(一) 強制保險

社會保險最大特色，在於強制國民參加保險，唯有如此，才能使得大多數國民獲得基本上的保障。雖然強制原則將會減少個人經濟自由與可用所得，但對整個社會將產生積極性的利益，並擴大社會福利及個人經濟安全。因投保人數愈多，基於大數法則，費用負擔較低，多數國民較

具負擔能力，而使制度更易推展，同時，也可避免「逆選擇」現象發生而強化社會連帶責任，達成伸張社會正義的目的。如果不採強制性而自由投保時，則將有許多健康的國民不參加健康保險，年輕國民不參加老年保險，參加健康保險者都是體弱多病需醫療者，老年保險則待年老無收入才申請參加，如此，則犯了社會保險「逆選擇」的大忌，將無法發揮互助共濟的扶助效果。

(二) 最低收入保障

意指社會保險給付標準以提供最低收入保障為規劃制定的基本要求，而所謂最低收入保障係指此項給付足以維持個人的基本生活而言。

(三) 自給自足

自給自足係指社會保險的財源完全由保險費來支應，政府一般稅收並不做保險給付或補貼虧損之用。其制度的經營完全採取自給自足原則來運作，用以提高行政效率，此種原則可鼓勵被保險人養成更負責的態度，使其了解給付係來自於所繳納的保險費，並關心整個社會保險制度的健全發展。(註三)

(四) 納費互助

社會保險本質上是納費制社會安全措施，被保險人必須依規定繳納保費，才可享受保險給付，並以全體被保險人所繳納的保費來支付少數發生傷病的被保險人，為典型的互助制度。

(五) 危險分擔

不同繳費同樣的醫療享受，與不同的現金給付，固已涵詠財富再分配之互助性，亦鼓勵參與者各盡心力，在多繳納多給付中有公平性。（註四）

（六）世代互助

社會保險具有一種其他任何福利互助制度所無的特質，即所謂「世代互助」。一般福利互助措施只能講求當代之間的共濟互助，而唯獨社會保險可以透過財務營運計畫及保險費率的釐定，將上代受益的若干費用，移轉當代負擔，而當代受益的若干費用，又移轉下代負擔，如此代代移轉負擔，遞續不息的獨特互助功能。（註五）

（七）有備無患

保險是防之於未有，健康時為疾病作準備，就業時為失業預作安排，青壯時為老邁先作綢繆，整個過程是在居安思危下預作準備。（註六）

◎ 社會保險，人人為我，我為人人之互助觀念
高於福利觀念，義務觀念高於權利觀念。



(八) 防貧功能

社會保險係以互助共濟方式，以保障民眾基本經濟與生活安全，係一種最爲有效的福利互助制度，其基本精神在於防貧，防止民眾淪入貧窮。

社會保險倘脫離保險的本質，則非但形成概念模糊、特性喪失，且將與一般社會福利、公共扶助等相混淆，界限不易分明。社會保險固屬互助制度的一種，但被保險人與保險人之間具有保險關係，故須遵循保險應有的原理原則行事，保險人在處理保險財務時，尤須把握保險收支平衡原則，而被保險人在享受保險權益之時，務須避免非偶然的危險與不道德的因素，以尊重保險業務的正常營運技術，否則保險權益必將遭受損害。基於此，對社會保險應釐清觀念，認清互助爲其精神，保險爲其手段，既非純粹的福利措施，也非普遍的救助制度，人人爲我，我爲人人，互助的觀念，應高於福利的觀念，義務的觀念應高於權利的觀念。（註七）

註釋：

註一：Social Security Program Throughout the World. Dept. HEW. 1989.

註二：蔡漢賢 社會保險倫理初探 研考月刊 八十年四月 頁十四。

註三：柯木興 社會保險 中國社會保險學會 八十年四月 頁七十。

註四：蔡漢賢 社會保險倫理初探 研考月刊 八十年四月 頁十五。

註五：吳凱勳 社會安全與社會保險 社會安全季刊 七十二年六月 頁二十八。

註六：同註四 頁十六。

註七：同註五 頁二十九。

叁、爲什麼我國社會保險制度是多類併存

我國社會保險倡議甚早，民國十九年國民政府實業部即根據訓政時期約法所列「施行勞工保險制度」的規定，草擬勞工保險法草案，送請立法院審議，嗣因抗戰軍興，致未完成立法程序，民國二十九年社會部成立，明定社會保險爲其職掌之一，並曾草擬各種保險法案，但除川北鹽工保險外，均因故未能實行，抗戰勝利後，民國三十五年經國民大會通過中華民國憲法，明定國家爲謀社會福利，應實施社會保險制度，於是，社會保險成爲國家基本國策之一，根據此項國策，社會部曾於民國三十六年二月呈准設立「中央社會保險局」籌備處，並草擬「社會保險法原則」（註八），惜因當時幣制不安定，政府財政拮据，人民謀生不易，無力繳納保費，致各項社會保險措施均未付諸實施。（註九）

直到中央政府播遷來台後，鑒於社會保險制度之倡行，對保障人民生活，維護人民健康，促進社會安定，具有顯著功效，才陸續開辦各類社會保險，而現行社會保險制度呈現多類併存的局面，其主要原因在於：

一、「政策保險」多「保險政策」少

健全社會保險制度必有完善保險政策以爲指引，而我國社會保險制度呈現如此分歧現象主要原因即在「保險政策」少，而「政策保險」多，我國社會保險政策係以民生主義現階段社會政策綱領內社會保險之實施方針作爲導引，其重要內容包括訂頒社會保險法及有關法規，建立社會保險之完整體制；應於現行勞保、公保、軍保以外，視社會需要，逐步擴大，分期分類實施等，但在制度策劃之初，屢因民意及社會輿論的要求而降低保費負擔、增多給付項目或提高給付水準，甚常會因某種壓力而開辦某種保險，致所有保險皆因人、因時、因地、因勢而作不同規定，幾乎都爲「政策性保險」，而不同保險制度之間，由於給付標準不一致，造成民眾選擇保費負擔較輕且福利較佳的保險制度，使得社會保險自助互助精神，受損至深，現有制度更趨於紊亂。

二、因對象而主管眾多 按職業乃政出多門

我國社會保險制度均係按對象而作不同規劃，勞工有勞工保險、公務人員有公務人員保險、農民有農民健康保險、私校教職員有私校教保、低收入戶有低收入戶健康保險，而其主管機關，亦因其對象之不同分別隸屬不同機關，勞工保險主管機關爲行政院勞工委員會，公務人員保險、私校教職員保險之主管機關爲銓敘部，農民健康保險、低收入戶健康保險之主管機關爲內政部，整個保險制度之主管機關因對象之不同而橫跨二院（行政院、考試院），三部會（內政部、銓敘

部、行政院勞工委員會），業務承辦單位則分屬中央及地方政府二個公營事業機構（財政部中央信託局及台灣省政府之台閩地區勞工保險局）承保，而由於主管機關眾多，致每一種保險體制、法令依據、制度類型、給付內容、保費負擔等均不盡相同。

就法律依據而言，我國現有社會保險制多達十四種，言之為全世界實施社會保險制度最多最分歧國家當不為過，在十四種制度中，制訂法律採強制投保方式，計有勞工保險、公務人員保險、私立學校教職員保險、公務人員眷屬疾病保險及農民健康保險等五種，加保人數較多，幾乎佔總加保人口之百分之九十強，其餘九種保險係以行政命令辦理，採行自由投保方式，被保險人數較少或年齡偏高或經濟能力較差，致危險難以分散，互助效果較差。

就制度類型而言，可歸納為綜合保險及健康保險兩種不同型態，屬於綜合保險型態計有三種，包括勞工保險、公務人員保險及私立學校教職員保險等三種，其給付項目計有醫療給付、老年給付、傷病給付、生育給付、失業給付；屬於健康保險型態者計有十一種，包括農民健康保險、低收入戶健康保險、殘障健康保險、地方公職人員及村里鄰長健康保險及公保退休人員（眷屬疾病保險）等，其給付項目僅限於醫療給付等有關給付。

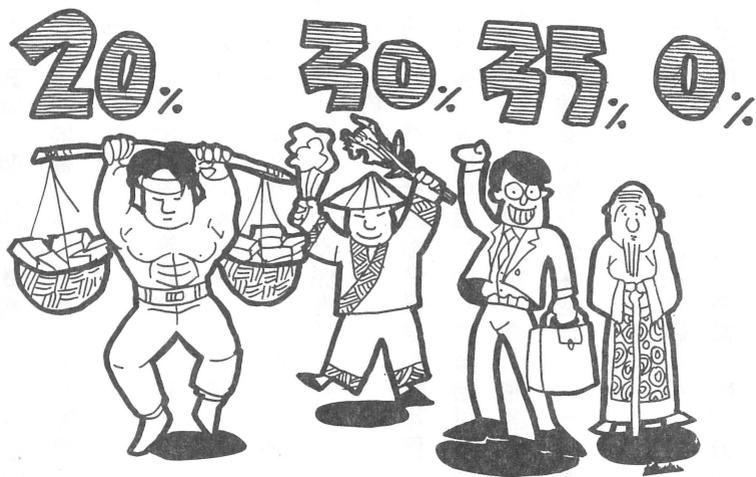
就給付內容而言，在生育給付方面，公保體系提供產前（後）檢查，住院分娩及新生兒食宿護理等醫療服務。勞農保體系（包括低收入戶及殘障健康保險）採現金給付。在醫療給付方面，公保體系，採自設門診中心及特約公私立醫療機構二者兼採，勞農保體系，採全面特約方式提供

醫療服務，兩者體系由於提供醫療服務方式不同，故醫療費用支付標準之制定與調整、審查費用方式、核付費用之速度、就醫辦法及用藥規定等等難求一致，對於特約醫療機構及投保單位。都造成極大困擾，影響被保險人權益，而加重保險成本。

就保費負擔而言，被保險人負擔保險費比例，參差不一，依身分不同計有免負擔、負擔一〇%、一五%、二〇%、三〇%、三五%、五〇%、六〇%、八〇%、一〇〇%等十種，此十種不同負擔比例，並無一致規則可循，農民負擔三〇%，漁民卻負擔六〇%，有雇主勞工負擔二〇%，無雇主勞工負擔六〇%；公務人員負擔三五%，退休人員自付一〇〇%等。

三、學理未受重視 倫理更待充實

社會保險的學理是強制參加，危險分擔，如



◎被保險人保險費負擔比例不盡相同。

果健康的人不參加，生病的人才加保，就失去了危險分擔的真義，現行九種以行政命令辦理之保險就違背了危險分擔的學理，另一重要學理就是財務自給自足，如果財務發生赤字，不循求調整保險費率方式來改善財務，而要求政府長期撥補，則不僅會發生政府預算不及編列而無法即時撥補，以致營運發生困難，影響制度運作之窘況，而且就制度長遠發展而言，亦會因其財務不穩定而阻礙擴大實施之可能，證之農保即為最顯著的例子，而被保險人繳納了保費之後，不肯「犧牲權利，不論有病無病，大病小病，都爭著去就診拿藥」，使醫療機構門庭若市，人滿為患，這種醫療浪費濫用的怪現象就是輕視保險倫理，甚且「一人投保，全家享用」的情形，也屢見不鮮，因此，社會保險倫理觀念亟待建立，讓所有的被保險人瞭解社會保險是納費互助措施，必須盡義

◎ 醫療院所門庭若市，人滿為患，醫療浪費的現象，就是輕視保險倫理。



務才能享受權利，不可有「將本求利」、「取多於予」的觀念，尤其是大家應有「天下沒有白吃午餐」的共同體認，保險給付來源，來自保險費，當保險給付支出大於保費之收入時，只有提高保費收入，才是唯一解決之道。

四、分久必合 全民健保指日可待

俗語有「分久必合」之說，我國社會保險制度長期以來處於分立局面，其因分立所產生的弊端，不僅因制度內容不一，給付標準互異，造成不同制度之間被保險人就醫權益有差別待遇，影響國民接受服務的公平性與效率性，進而因政出多門，致各種法規的修訂、保險事業的策劃推動與各種制度的改進發展，在在難以配合或同步實施，連帶影響整體保險制度之建立。

為建立我國社會保險完整體制，使全體國民皆能公平受益、合理負擔、享有均等之權益，現行保險制度的整合，為必然之趨勢，而為早日達成民國八十三年全民健康保險之目標，現行醫療給付內容、給付方式、給付條件、醫療機構的管理、診療費用支付方式、醫療費用的審查等，必先規劃統一，俾期全體國民享有同等的醫療服務，而全民健保提供全體國民適當之醫療服務，增進國民健康之目標，亦得以達成。

註八：社會保險法原則 民國三十六年十月卅日國民政府國務會議通過

(一) 保險宗旨：社會保險以維護國民生活，增進社會福利，確保社會安全為宗旨。

(二) 保險種類：社會保險包括左列四種：

1 傷害保險 關於業務上之疾病、負傷、殘廢及死亡之保險屬之。

2 健康保險 關於一般疾病、負傷、殘廢、死亡及生育之保險屬之。

3 老年及遺族保險 關於老年及遺族之保險屬之。

4 失業保險 關於失業之保險屬之。

(三) 被保險人範圍：

1 傷害保險 以工礦交通運輸建築等業及易生職業傷害之其他事業之職工為主。

2 健康保險 以有正當職業而每年收入在一定金額以下之國民為主。

3 老年遺族及失業保險 準用關於健康保險之規定。

(四) 入保方式及其限制：以強制加入保險為原則，但有特殊情形得就各種保險之性質分別規定任意加入保險之條件。

(五) 保險費率之規定及其負擔：被保險人之保險費率，應根據其工資或報酬釐定之。除傷害保險之保險費由事業主負擔外，其他各種保險之保險費，由事業主及被保險人以適當比例分擔并分別規定之。其無事業主之強制被保險人及任意被保險人之保險費，由本人負擔，并得由國家斟酌實際情形補助之。

(六) 保險給付：保險給付包括左列各種：

1 傷害保險 為傷病給付、殘廢給付、死亡給付及家屬補助。

2 健康保險 爲傷病給付、殘廢給付、死亡給付、生育給付及家屬補助。

3 老年及遺族保險 爲養老給付及遺族給付。

4 失業保險 爲失業給付。

前項第一、二兩款所稱之給付，除必須以現金支付外，應盡量爲醫藥之給與。

(七) 受領保險給付之限制：對於保險給付之受領權及受領次序應就各種保險之性質分別予以適當之限制。

(八) 預防設施：社會保險機關，應就各種保險性質於可能範圍內爲預防之設施，以減少保險事故之發生或阻止其擴大。

(九) 保險機構：社會部設中央社會保險局，在各省市地方設社會保險分局，辦理社會保險，必要時并得委託其他公營事業機關代辦此項業務。

(十) 保險基金：舉辦社會保險基金，以國庫撥付之專款及保險費之收入撥充之。

(十一) 訴願及訴訟：關於社會保險爭議之處理，應有適當之規定。

(十二) 保險法規：根據本原則，按照社會保險之種類，分別制定單行法。

(十三) 關於實施程序之規定：社會保險之種類及被保險人之範圍，得依國民經濟情形與

國家財政狀況分期分區分業推行之

註九：行政院經建會 全民健康保險規劃技術報告 七十九年十二月 頁二八八。

肆、現行社會保險制度面臨的共同問題

一、低保險費率形成入不敷出

保險費率長期偏低，使收支失衡，影響保險財務之健全運作，勞保法定費率六%—八%，實收七%，精算費率一四·四%；農保法定費率六%—八%，實收六·八%，精算費率一〇·一九%；公保（不含退休人員及眷屬）法定費率七%—九%，實收九%，精算費率一二·九二%。勞保費率廿年未調整，公保費率十年未調整，農保費率四年未調整，勞保基金有五〇二億元（七十九年十二月），應付老年給付支出八六一億元，不足三五八億元，公保自六十二年度即呈虧損狀態，每年由政府審核撥補，歷年累計虧損已達二〇六億餘元，農保自試辦以來，即呈虧損，自七

◎公、農保等歷年虧損累計已達數百億元。



十四年至八十年六月月底止計累計虧損金額已達一二四億餘元。究其公勞農保財務，幾乎無法平衡且呈現相當大的赤字，主要原因應為長期低保險費率所致，欲解除財務困窘，唯有對保險財務重估總清查，並依保險原理適度調整保險費率挹注，而為免其中一種保險先提出，而被昧於學理有心討好民眾人士以其他兩種保險，未調整為由予以擱置，故三種保險費率宜同步提出，較易取得共識，獲得支持。

二、低投保金額（薪資、俸給）影響給付標準

投保金額不僅作為保險費徵收之基礎，同時更是核付現金給付之依據，是以投保金額是否合理？就短期而言，對保險之收支有直接影響，就長期而言，更攸關財務之健全與被保險人權益。公保以本俸為保險俸給，僅為實際所得的六成，勞保雖規定以月支薪資總額為投保薪資，但因執行不力，致投保薪資平均約為實際所得的五成至六成；農民之投保金額為勞保前一年度實際投保薪資之加權平均金額而定，投保金額採均一制，不分大農、小農、貧農、富農，致無法確實反映農民所得，使得一方面保險收入偏低，影響保險財務，一方面被保險人發生事故，所得的現金給付亦不敷生活所需，解決之道，公保保險俸給除本俸之外，宜包括各種加給、津給、補助，勞保則應不斷檢討修正，投保薪資分級表，加強查核以多報少現象，農保宜以農民實際所得研訂不同等級的投保金額並根據自耕農、佃農、僱農等作不同分類，使得投保金額接近實際所得，較符公平性。

三、高保費補助造成國庫負擔

依保險原理原則，政府補助保費不超過百分之五十，如超過百分之五十，則已背離保險原則，不宜視為社會保險，現行十四種社會保險制度計有五種保險，政府補助比例超過百分之五十，分別是公保、私校教保、農保、低收入健保及殘障保險等，其餘九種保險均接近百分之五十，致政府所承擔的經費相當沉重，而民眾也因為如此，而誤將保險與福利視為一體，長此以往，不僅政府無法承擔，也會重蹈歐美先進國家福利拖累財政覆轍，而當務之急就是設定政府保費補助最高上限並逐漸拉平齊一各種補助標準。

四、資格認定寬鬆隱藏逆選擇

現行社會保險之投保對象，除公保、公保眷屬、私校教保及部分有雇主之勞工、漁民等因身

◎資格審查工作，較為寬鬆，致假農民、假勞工屢有所聞。



分較明確，故資格認定上較無發生問題，其餘無一定雇主之勞工及農民等因其加保資格係由職業工會及基層農會加以審查，審查工作較為寬鬆，致假農民、假勞工加保者屢有所聞，造成政府保費沈重負擔，甚且此一部分的人常會有因生病需醫療後才加保者，犯上保險逆選擇之大忌，影響財務之運作，固然，全民健保實施後此一問題會自動消除，但審查從嚴，以防止巧取給付，應是現階段相當重要的一項工作。

五、醫療資源濫用形同浪費

由於我國現行制度是採行完全免費及自由診療制度。致醫療浪費，不止農保，行之多年的公保、勞保，亦復如此，問題嚴重，一人投保，全家看病者有之；領到大批藥品，任其堆積變壞，甚至轉手賣給藥商者間亦有之；病人指揮醫師處方取藥者有之，不經診治，隨便服藥或自作主張，給人服藥者亦有之。種種弊端，不一而足。這種醫療資源誤用、濫用、亂用、浪費的現象，形成了保險制度下的怪現象。可行的抑制對策，是一面建立醫療網，實施分級診療；一面採行被保險人部分負擔制之措施。（註十）

六、醫療費用高漲轉嫁投保人

現行各保險之診療費用支付標準皆採論量計酬制，即按服務量多寡來計酬，量愈多者，費用愈高，該項制度容易鼓勵醫院為牟利而提高項目服務量，是加速醫療費用上漲的動力。服務項目過於繁雜，很難設定公平的費率。又逐項申報及審核的工作繁重，曠日費時，行政成本過高。由

於醫院詳細財務資料不易對外公布，故外界對每項目支付率合理性無從判斷，支付若偏高，默不作聲，支付若偏低，極力爭取，如此，惡性循環導致醫療費用如脫韁野馬般與日俱增（註十一），目前各保險給付支出中以醫療給付佔比例最大，以農保為例，七十九年度總保險給付支出為一百四十三億九千二百萬元，醫療給付支出為一百一十億零三千萬元，佔總給付額的百分之七十六點六五。

七、財務亟待改善否則必陷困境

公勞農保制度面臨最大問題，財務不健全，赤字年年，農保尤其嚴重，全面實施才二年，虧損金額即達一百億餘元，又因虧損撥補未完成，致二度發生積欠醫療機構鉅額費用而醞釀罷診的風波，調整費率改善財務，固然是迫在眉睫，但重估保險財務結構，設置安全準備基金，應不失

◎社會保險資源要珍惜，不可「一人投保，全家吃藥」。



爲可行之途徑。

八、輕忽保險倫理貽患千百年

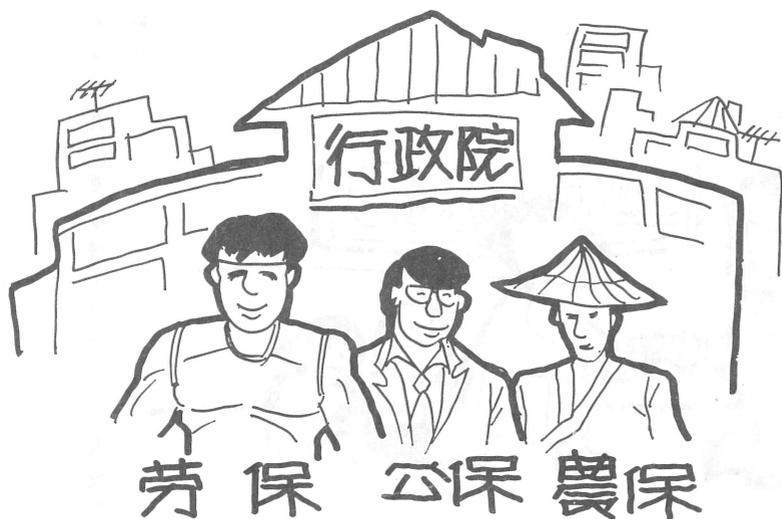
行政院在今年八十年初舉行「行政院主管人員座談會」等指出：「保險的意義是社會互助，而非政府補貼，目前情況正好相反，農保即有「一人投保，全家吃藥」的現象，政府若不斷補貼，等於鼓勵投機取巧，敗壞社會風氣」（註十二）。縱是整個制度有了解決的方法，但被保險人繼續輕忽保險倫理，亂來濫來，癥結未解，問題仍會是「春風吹又生」。

註十：中國時報 社論 八十年二月廿一日

註十一：同註九，頁一八三。

註十二：同註十。

◎保險體制結構簡明化，主管機關一元化。



伍、振衰起弊不可少要項

一、體制結構簡明化

體制結構健全與否，關係制度推展之績效。現制保險種類繁多，主管分歧，運作各自為政，疊床架屋，欠缺協調連繫等缺失，均是阻礙保險措施制度化的重要因素。因此，要建構健全完整之社會保險制度，保險體制結構的單一化與簡明化，為必備之要件。

就組織體制而言，國內對公、勞保組織體制的檢討，皆發現現有體制存有設計不當、權責混淆、事權分散等缺失（註十三），而且就組織功能而言，適用層面愈廣，且集中統籌資源的單一體制，其行政成本較低，控制程度相對提高，較易達到公平及效率性。

從分歧的現制，改革為統合的未來，其阻力必有，但為了整體制度長遠考量，我們相信，集中統合是唯一必然之路，現行制度多元存在，承保機構分隸，已呈現出諸多弊端，唯有集中事權，制度內涵劃一，單一承保，則行政成本低，易建立整體保險資訊系統，節省人力、物力，更能發揮單一體制，單一管理的正面效益。

為配合民國八十三年全民健康保險之實施，行政院已有「中央社會保險局」籌設之議，現行保險制度，亦正規劃朝統合之路而努力，總期透過單一體制的建立，使民眾負擔、給付受益，政府補助及資源利用等更趨於公平、合理，且利於行政管理，提昇行政效益，使全民受惠，而完整健全之保險體制逐步完成。

二、運作內涵倫理化

社會保險並不孤立，其與就業安全、公共救助互成關連。就業是在自助中擁有尊嚴；保險是在互助中無懼匱乏；扶助是在必要時能獲保障，讓人們的生存權、工作權、受益權得以享有，但由於保險有其要項與特性，有其權利義務面，保險人與被保險人，固須以法律來界定權利義務，但更需雙方有共識交往法則，這法則能為保險人與被保險人互信便成為倫理。倫理要經得起考驗，在內涵上要包括：重學理、講道理，有情理；在運作上則必須擁有誠信性、正義性和予取性，這種體用互輔，可以鞏固制度，維護整體利益，茲分二層次來敘述，特先就內涵方面申論之（註十四）。

（一）重學理

保險的學理是強制參加與危險分擔。倘有人擺明要將「社會救助」混攪在「社會保險」中，不只斷傷了保險的公平性，也混淆了社會保險助人自助的特質。日本保險學者就曾言：涉及負擔額的調整，必然的會有引發具有支付責任者的反對，甚或不停的要求增加給付金額，這種草率的眼光和不負責的要求如果成功，會助長不公正的可能。因此真正關心民眾的是從根本上，讓所有民眾都有交保費的能力，甚至是繳較高的保費，以期在日後有更好的年金給付，過更好的生活。

（二）講道理

道理指的該是正道，道是簡單中有真理，就保險而言，保費源自精算，不求營利，行政院有

「不浪費，不虧損」的原則指示，以求維制度於不墜，如果補貼太高、虧損太多，以挖東牆補西牆的做法，決非持久治本之道，尤其是未來全民健保需以現行的社會保險為基礎，假使農保仍然維持現行模式，未來要統合公勞農保，顯然不太可能，更嚴重的是，隨著公勞農保被保險人數日增，政府補貼日益擴大，最後必將重蹈部分國家因辦理全民保險而影響國家財政的覆轍。甚且未來嚴重性如何姑且不談，目前面臨的困境，卻是顯而易見，農保自七十八年七月實施迄今，還不到二年，私立醫療院所協會為農保費虧欠所發起的拒看農保病患抗爭行動已達三次之多，今年（八十年）六月該協會甚至草擬「敬告全國農民同胞書」，宣稱在七月十五日前積欠費用若未償付，即開始拒收農保單，請農民自費看病各醫療院所開立收據，並請農民自行向保險單位申請給付

◎保險倫理之運作必須誠信、正義、予取兼有。



，究其終結，農民是受害或受益，不言可喻。

(三) 談情理

要對同胞一視同仁，沒有軒輊之分。

現有「職業農保領單人」，以撈本的不正確心態，造成「一人投保，全家人受益」之醫療浪費情形。另外特約醫院爲了賺錢，原本一次可開一星期的藥量，卻只開二天，造成農保單使用率偏高，又如注射點滴，院方間亦有違反規定多增收一張農保單（註十五）。更嚴重者，報載有鄉民代表、村長出具不實證明，涉嫌替一群「假農民」作偽證，幫助他們加入農民健康保險，而被調查單位查獲，全案移送地檢處偵辦（註十六），要把農保沈疴救起，政府、醫院及農民都必須儘快從自律中覺醒，對偏差行爲予以重視。

三、倫理運作必須誠信、正義、予取兼有

(一) 誠信性：按部就班，各種相關配合措施均完成後，才漸次的推展，例如舉辦健康保險就必須有完整之醫療體系予以配合，舉辦失業保險，就需要就業輔導及職業訓練機構能有效發揮，舉辦年金保險，就必須需要繳納金額（保費）足以負擔退休後基本生活開支，這就是保險的誠信性。

(二) 正義性：指保險人與被保險人之間要建立權利義務對等的公正性，譬如：部分負擔制不可少，轉診制度不可無，某些特殊項目不予列入給付等，在雙方不盡滿意中，雙方才能相互接受，

這就是保險的正義性。

(三) 予取性：參加保險的幸運者，是交保險而不享受醫療給付，看似吃了虧，實際上卻是幸運的健康者，一人投保，全家免費看病，在表面上是揀了便宜，但如果人人揀便宜，搞垮了制度，就是人人吃虧，這是保險予取性的真義所在。

內涵與運作，兩者互為體用，關係至為密切，學理重誠信，道理須正義，情理有予取，三者交融始能成顛覆不破的保險倫理。(註十七)

註十三：行政院研考會 七十八年

註十四：同註四，頁十六。

註十五：同註四，頁十七。

註十六：聯合報 八十年六月十八日

註十七：同註四，頁十七。

陸、有遠慮才無近憂的前瞻作法

「他山之石可以攻錯」，歐美先進國家曾依據實施經驗，發展出一些改進對策，對撙節支出、提昇效率、改進服務，獲得顯著成果，由於國情、政經背景及制度內容互異，如全盤沿襲，必

有無法適用之情形，為防止弊端，健全制度，茲介紹數項值得我國借鏡之作法，以為日後全民健保實施之參考。

一、採「包醫制」設疾病診斷關聯群 (Diagnosis Relative Groups)

社會保險尤其是全民健康保險，如欲控制醫療費用在一定合理範圍之內，支付制定與標準的訂定，乃是一個重要的關鍵，不同的支付基準，有其不同優劣點，在各國實施經驗中，尙未有十全十美的方式，現行的論量計酬方式，以傳統的支付基準來計酬，表面上看起來很公平，但實際上仍有許多缺點，如造成用藥多、住院多、手術多等，故先進國家少有採用，而按疾病類別加以分類，以反應各類的真正醫療成本（特別是住院）之疾病診斷關聯群的支付制度被認為是現階段降低病人住院天數及醫療成本的有效方法，簡單的說，診斷關係群付費制度是一種按主要診斷、手術種類、併發症或住院狀況等分類分項，逐一分項而形成的一種病例分類系統，每一系統，有統一的支付標準，亦即通稱「包醫制」（註十八），其主要作用，可消除現行制度不良的經濟誘因；給醫療服務一個合理的定義與支付方式，減少醫院浮報的可能性，並且可用客觀且正確的標準，比較各醫院的成本與效率，改善經營較無效率的醫院，減少及大幅降低龐大的保險行政費用等，惟先決條件必須是健全醫療院所之病歷管理及成本會計制度。

二、防疏失設專業審查專業之同儕審查組織 (Peer Review Organization)

美國為控制醫療費用上漲及維護被保險人就醫品質，每州都設有PRO的組織，PRO組織是由

一群醫師及醫護專業人員所組成，其公正性獲得所有醫療及保險從業人員所認可，專門協助聯邦政府審查聯邦保健的醫療給付，包括審查住院日數是否太長，手術有無必要性，併發症處理得當否？及醫療成本是否太高等，以醫療專業立場審查用藥是否過量？如果被保險人接受不當的醫療亦可向PRO組織提起申訴（註十九），換言之，PRO組織是制衡性質之團體，以醫療專業的身分來協助政府從事醫療及醫院監督工作，國內目並無類似PRO組織，將來全民健康保險實施後，有關醫療給付爭議案件，必然會增多，為客觀處理此類案件，類此組織應及早籌設，以應需要。

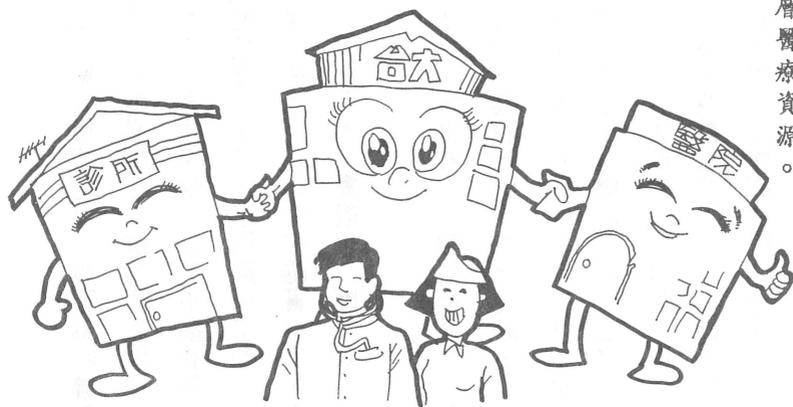
三、善用醫療設施採分級醫療與轉診制度

長久以來，一般民眾即使罹患小病，亦習慣地往大型醫院求診，因其相信大醫院有較佳的醫療設備及技術較好的醫事人員，而甘心忍受長時間的候診與短時間的問診治療。勞保局於民國七十二年委託台大公共衛生研究所對「勞工保險門診醫療費用及疾病結構」研究中發現：大型醫院收治之勞保門診病人，以消化器系統疾病最多，約佔四〇%，與一般中小型醫院所收治之勞保門診病人無太大差異，而且於最普遍、常見的呼吸器系統疾病中，有二〇%的病人以勞保甲型綜合醫院及乙型綜合醫院為其求診醫院，頗不合乎醫療經濟原則，因為大型醫院投入高成本去充實其醫療設備，應以照護重大疾病或研究發展醫療科技為主，小病應至中小型醫療院所診治為宜，如此既可抑制醫療資源的浪費，又可提高醫療資源利用之效率，進而有效控制醫療成本的上漲。此外，就醫療品質的觀點而言，應使民眾瞭解個人健康的最佳保障在於自己有固定信賴家庭醫師

，在其指導下，注意生活起居習慣及生活環境的改善，而在罹患疾病時，能得到最迅速、親切、正確的診治。至於須依賴現代化的醫療設備及各類專科醫師高層次的醫療服務，應僅限於少數重大疾病，所以小病可至小醫院診所就診，大病才到大醫院就醫，如此才能獲得最適當的醫療照護。

因此，分級醫療與轉診之意義就在於民眾患病就醫時，先至基層醫療院所診治，當醫師限於專長或設備不足，而無法確定病患之病因或提供完整治療時，方建議病患轉診之醫療單位應對病患優先處理，並將處理結果及繼續治療的建議轉知原醫療單位，俾使病患能繼續接受治療，如此，非但能顧及病患綜合性、完整性及延續性之照護，也提供了基層醫療師繼續教育的機會，而且各級醫療單位之功能亦能得以完善劃分，分級醫

◎醫療網籌建計畫，均衡醫療分布，充實基層醫療資源。



療之精神也就能夠充分發揮。(註二十)

「大病到大醫院，小病到小醫院」這就是轉診的鐵律，民國七十六年行政院衛生署即開始推展「轉診制度」，但囿於國人就醫習慣，績效不顯著，為了能有效實施分級醫療，現行勞保條例修正案已配合規定，不經轉診逕赴二級或三級醫療院所就診者，加重其部分負擔比例，希望透過加多收費的方式，使民眾逐步養成分級就診的習慣，也使我國醫療體系之運作日趨健全。

四、普及醫療資源加速醫療網之籌建計畫

保障國民免於因經濟能力的限制而無法就醫，是實施全民健康保險的主要目的，但若醫療資源仍然缺乏，或其他地理分布不均，則依然無法保障人人有公平就醫的機會，因此醫療資源的均衡分布，實為建立全民醫療公平受惠之基礎。

目前我國的醫療資源，以醫師人力之地理分布來看，雖然過去五年（民國七十三年至七十八年），鄉、鎮每萬人口醫師成長率（分別為三二%及四六·四%）已高於直轄市（一四·四%），但目前醫師人力之地理分布仍不甚均衡，比較十七個醫療區域，每萬人口醫師數最高的區域為台北區域的一一·六五名，最低的區域為雲林區的四·二九名，兩者差了二·七二倍。而牙醫師人力集中都市的情形更加嚴重，七十八年缺乏牙醫的鄉鎮超過一一〇個。

民國七十五年四月通過實施之「醫療保健計畫——籌建醫療網計畫」即為有效利用公私立醫療設施，避免醫療資源重複投資，均衡發展醫療與保健服務，縮短城鄉醫療資源差距，全面提升醫

療服務水準之重要施政依據，其中「均衡醫療資源分布」列為重要措施，其實施策略為：對於醫療資源過剩的地區，採事前審核，限制增擴建；對於醫療資源不足的地區，則設置醫療發展基金，獎勵民間投資及適度提高保險給付等，目前已經完成第一期醫療網計畫，第二期醫療網計畫正積極進行中，計畫亦將對山地離島地區環境特殊、交通不便、醫事人員羅致不易，醫療設施未臻完備，以致醫療服務品質欠佳，加強山地離島醫療保健服務，為促進醫療資源分布均衡，尚包括「加強基層醫療服務」等重要措施，至西元二千年，全國醫療網計畫完成後，可達到下列目標：

(一) 平均每一萬人口有一三·三名醫師。(二) 平均每萬人口有四十床急性病床。(三) 平均每萬人口有十五床慢性病床。(四) 區域差距：「醫師人口比例」及「急性病床人口比例」之差距，縮減至二倍。(註二十一)

五、防止浪費醫療費用實施部分負擔制

各國在實施健康保險多年後都面臨保險醫療費用持續上漲的問題，其主要原因，保險機構百分之百醫療費用之補助引起被保險人濫用醫療設施，醫師濫開藥物，從事不必要的注射、檢驗和手術、醫院無謂擴張、不重視醫院經營成本，而導致保險財務沈重負擔，而為了強化被保險人個人責任，以減少醫療資源不當的利用，大多數實施健康保險的國家都已採行部分負擔制，用以抑制醫療費用快速上漲，穩定保險財務，部分負擔的方式計有五種(註二十二)，包括：(1) 定率負擔制：即由受益人負擔一定比率的醫療費用，(2) 定額負擔制，即每次就診時，由受益

人負擔一定金額的醫療費用，不論該項實際發生之醫療費用為多少，例如，若定額負擔金額每次為三百元，受益人不論實際支用醫療費用多於或少於三百元，受益人都必須自行負擔三百元。

(3) 自付額負擔制，即在規定金額範圍內，由受益人自行負擔其醫療費用超過規定金額範圍後，由保險單位負擔，此種制度與定額制相同之處，即在強調小疾病由受益者自行負責，重病者由保險照顧，而相異之處則在未達自付額之前，受益者只需負擔實際所發生的醫療費用。(4) 上限負擔制，即被保險人所需部分負擔的總金額，給予最高限度的規定，凡超過此一規定上限額度後，其醫療費用差額則由保險單位全額負擔，被保險人無需再自行負擔醫療費用。(5) 特定項目負擔制，即是某一特定項目或若干項目的費用，由受益者按定額或定率負擔部分費用。

目前我國勞、農保體系規定，被保險人需自付掛號費與住院三十日內半數及三十日以上金額的伙食費，公務人員眷屬疾病保險規定被保險人必須自付一〇%之門診藥費，即屬部分負擔制之一部分，另現行勞農保條例中雖訂有被保險人應自行負擔一〇%門診費用及五%住院費用之條文，惟該條文附有但書規定，承保機構應先行其保險醫療業務的管理後才可實施，雖然，國際上對部分負擔制抑制醫療浪費的效果並無確切的定論，然而鑒於國人對健康保險與就醫觀念之偏頗，且國際上有普遍實施及加重部分負擔比率之趨勢，近鄰日本健康保險：被保險人自付醫療費用二〇%，眷屬保險門診自付三〇%，住院自付二〇%；南韓，住院一律自付二〇%，門診：綜合醫院自付診療費用及其他有關費用之五五%，小型醫院自付診療費用及其他有關費用的五〇%，診

所之初診自付二〇〇〇韓幣，門診費用超過一〇、〇〇〇韓幣，我國若不及早實施，將來保險對象擴大至全民之後，財務能否健全值得憂慮。

六、著重預防保健設健康維護組織 (Health Maintenance Organization)

健康維護組織是一種契約醫療保險制度，結合醫療服務與醫療財務管理體系於一個組織之下，並對自願參加且預付一筆固定費用的被保險人提供有組織、直接、廣泛性的綜合性醫療服務制度，其特性有三：(一) 預付定額費用方式：按月付費，其費率係採社區費率計算，同一社區內不分男女老幼均採相同費率。(二) 自願投保，其可自由選擇保險項目與範圍。(三) 群體醫療執業，有一群體專任的醫師一起執業，共同分享臨床經驗，其待遇係採固定月薪制。(四) 設有醫療保健中心，提供門診醫療服務。(五) 醫療給付範圍：包括定期健康檢查、門診、住院、療養、居家護理、心理衛生服務以及處方用藥等，就被保險人本人而言，接受定期健康檢查，收早期治療、早期診斷之效果，減少疾病惡化，就醫生而言，提供穩定收入，可交換臨床經驗，羅致率高，就政府立場而言，人民健康獲得保障，控制並降低醫療費用，使醫療費用合理化，因此，HMO 制度在美國蓬勃發展（註二二一）。

雖然健康維護組織具有上述的特性，但是絕對不是醫療照護制度的萬能丹，尤其健康維護組織係包醫制，其爲了控制成本，更易引發後遺症包括服務品質下降、對醫師選擇較爲狹窄，對於區域外的傷病事故，例行照護及慢性病治療受到很大限制，及危險性較大的對象易被排除等。

大多數專家學者公認，健康維護組織是抑制醫療成本最佳工具之一，但是近一年來，美國健康維護組織的數量已驟減，會員成長率下降，這項事實顯示健康維護組織的效益仍需慎加評估。
(註二十四)

七、藉專業改進服務建立社會保險專業代理人制度

隨著公勞農被保險人數逐年擴增及民國八十三年全民健康保險目標之來臨，可預期的參加社會保險的人口將愈來愈多，目前參加保險者，其加、退保及申領給付等有關事宜，均由所屬企業、團體、機構或戶籍所在之鄉鎮市區公所辦理，部分規模較大，制度較健全之企業或機構，設有專人專辦此項業務，而一些小規模的企業或團體，因財力、物力有限，均由現有人員來兼辦，如要求其僱用一位專業人員，不但辦不好，而且容易有所疏失而影響被保險人權益(註二十五)，近鄰日本有設置「社會保險勞務士」制度，專門代理承辦社會保險有關事務，行之有年，且相當成功，值得借鏡，此次勞工保險條例修正案已將專業代理人制度列入，可以說是相當前瞻作法，爲了長遠發展需要，社會保險專業代理人制度應及早規劃實施，原則上，專業代理人將類似土地代書，並非強制性，它可協助提供服務和知識的諮詢，亦可代辦有關事務。

八、提昇行政效率增設社會保險資訊系統

由於社會保險人口不斷增加，不論加、退保、申領給付、保險醫療機構的管理、醫療服務的提供、醫療費用申報與核付及醫療品質的管制等均有大量保險資料必須處理，由於資料數相當龐

大，或數百萬件，或數千萬件，或數億件，因此，爲求其正確快速，非利用電腦無以竟其功，目前公勞農保三大體系，均有保險資訊系統，惜因個別發展，致項目代碼、表格作業流程，均不一致，而無法統一運用，爲因應全民健康保險到來，有必要進一步加以整合，並配合規劃中全國戶政系統及醫療資訊網系統的建立社會保險資訊網，以正確掌握保險有關資訊，提高保險行政管理效率及節省行政管理費用。

九、減少藥品濫用厲行醫藥分業制度

醫藥分業係指醫師與藥師各運用其專業知識，在業務上分工，意即「醫師處方而不調劑，藥師調劑而不處方」，其目的有三，確保國民用藥安全，促進其健康；減少藥品濫用情形，以控制醫療費用合理支出；提高藥師專業地位。醫藥分業制度與健康保險提供醫療服務品質及其費用支出關係相當密切。蓋現行公、勞保醫療給付中，藥劑費支出比例一向偏高（佔總醫療費用之百分之四十至百分之五十），此乃醫藥不分所致。醫藥分業制度下的藥局、藥劑師，不僅與醫院、醫師分明醫藥責任，同時負擔藥物管理及間接供應任務，是以分業不彰者，非但在醫療體系上造成漏失，在健康保險上也將導致醫療費用逐年上漲，大凡實施醫藥分業的國家，其藥劑費佔醫療總費用的比率總較未分業的國家為低，醫藥分業雖為未來必然之趨勢（註二十六），惟在國內實施阻力仍大，行政院衛生署正積極協調中，預定八十年九月開始重點選擇地區先行試辦，將俟其試辦成效，作為擴大實施之依據，現行，勞農保條例修正案已將設置保險藥局規定予以納入，作為

推動該項制度之一大助力。

註十八：全民健康保險技術報告 行政院經建會七十九年十二月

註十九：陳琇惠譯 一九八九年美國聯邦保健手冊，內政部 七十九年

註二十：張博雅 如何建立公平受惠全民健保制度 行政院研考會 八十年四月 頁十。

註二十一：同註二十，頁九。

註二十二：楊志良 建立勞工保險醫療費用部分負擔制度研討會專題報告 七十九年九月

註二十三：陳世堅 健康維護組織在台灣醫療市場可行性研究 七十六年六月

註二十四：王家銓 我國勞工保險採行健康維護組織醫療制度可行之研究 八十年六月 頁九。

註二十五：勞工保險專題座談會 我國勞工保險專業代理人制度建制之探討 八十年六月

註二十六：全民健康保險規劃技術報告 行政院經建會 七十九年十二月

柒、結語——有備無患，無懼病痛，為提昇生活品質而努力

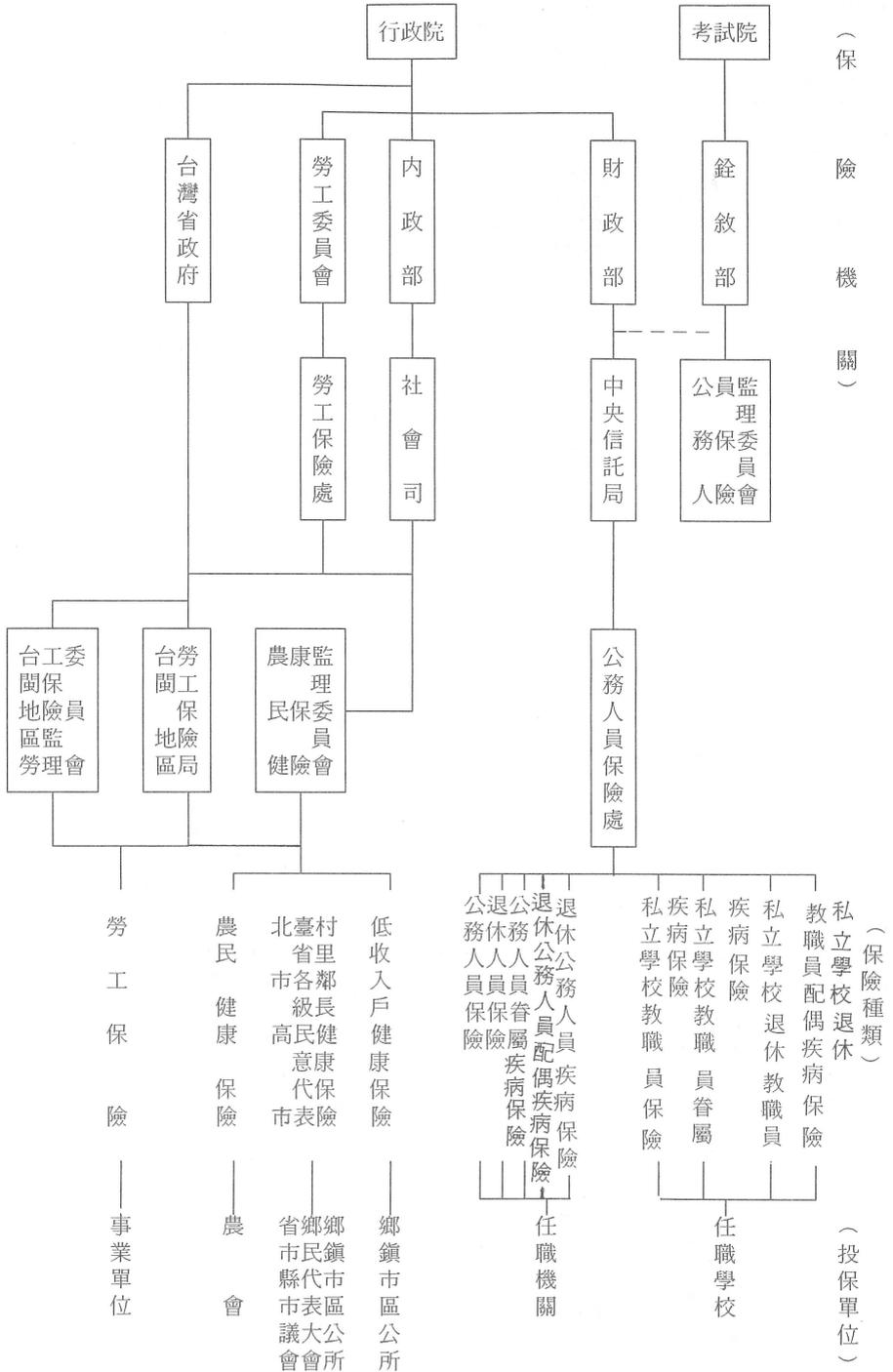
政府對全民健康保險之實施，從民國八十九年，提前至八十四年，再提前至八十三年，整整提前六年，兼之，又有失業、年金保險的列入規劃，行見我國社會保險制度即將逐步付諸實施。我們固然高興制度的快速發展，但也擔心社會大眾對保險認識的模糊，爭取少數利益而傷及整體

權益，只重一味討好而忽略了長遠的考量，則所付代價必大。

深願全體民眾，體察政府關愛之誠意，在品享健康保險，無懼病痛侵襲之餘，瞭解要享受保險的安全感，就要付保險費；要想保險制度能維持久遠，就不能讓它虧損瓦解之真諦，作健全自己也關心別人；健康家庭也壯大國家的認知與投入，從而顯現全民健康看不見的績效比看得見的大，未來的績效比現在擁有更多的優越性，一面加速了全民健康保險的到來，一面也將正德、利用、厚生的政治倫理，經由這制度來達成崇高性。（註二十七）

註二十七：蔡漢賢 農民健康保險好 民國七十八年 頁六。

我國現行社會保險組織體系表



民國 8 0 年 2 月底

私立學校 退休教職 員疾病 保險	私立學校 退休教職 員配偶疾 病保險	農民健康 保險	台省各級 民意代表 村里鄰長 健康保險	私立學校 教職員 眷屬疾病 保險	低 收 入 戶 健 康 保 險	殘 障 健 康 保 險
4 年 7 月	7 4 年 7 月	7 8 年 7 月	7 8 年 9 月	7 9 年 1 月	7 9 年 6 月	8 0 年 1 月
銓敘部函 74.12)	銓敘部函 (74.12)	農民健康 保險條例 (78.6公 布)	台灣省各 級地方民 意代表村 里鄰長健 康保險暫 行要點 (78.8)	私立學校 教職員眷 屬疾病保 險辦法 (78.11)	低收入戶 健康保險 暫行辦法 (79.6)	殘障者健 康保險辦 法(80.1)
同左	同左	中央： 內政部 省： 省政府 縣(市) 縣市政府	省： 省政府 縣(市) 縣市政府	考試院 銓敘部	中央： 內政部 省(市) 省市政府 縣(市)： 縣市政府	中央： 銓敘部 內政部 勞委會 省(市)： 省市政府 縣(市)： 縣市政府
同左	同左	台閩地區 勞工保險 局	同左	中央信託 局公務人 員保險處	台閩地區 勞工保險 局	中央信託 局、台閩地 區勞工保 險局
同左	同左	農民健康 保險監理 委員會	同左	公務人員 保險監理 委員會	農民健康 保險監理 委員會	
退休時之 服務學校	同左	所屬農民	省議會 縣市議會 鄉民代表 鄉鎮市區 公所	同私校教 職員保險	戶籍所在 地之鄉 (鎮市區) 公所	以其家屬 參加保險 單位為投 保單位
私立學校 退休教職 員	私立學校 退休教職 員之配偶	農會會員 及年滿15 歲以上從 事農業工 作之農民	省縣市議 員、鄉民 代表、村 里鄰長	私校教職 員之配偶	合於社會 救助法規 定之低收 入戶人員	領有殘障 手冊者
7 0 5	2 9 1	1,594,877	27,502	4,0 2 1	104,768	
同左	同左	生育給付 (現金) 疾病給付 (醫療) 傷害給付 (醫療) 喪葬補助 (現金) 殘廢給付 (現金)	生育給付 (現金) 疾病給付 (醫療) 傷害給付 (醫療) 喪葬補助 (現金)	疾病給付 (醫療) 傷害給付 (醫療)	生育給付 醫療給付	醫療給付

表 1 我國社會保險制度簡介

保險類別 項目	勞工保險	公務人員 保險	退休人員 保險	私立學校 教職員 保險	公務人員 眷屬疾病 保險	退休公務 人員疾病 保險	退休公務 人員配偶 疾病保險
實施日期	3 9 年 3 月	4 7 年 9 月	5 4 年 8 月	6 9 年 8 月	7 1 年 7 月	7 4 年 7 月	7 4 年 7 月
法令依據	勞工保險 條例(47.7 公布，57.7 ,62.4,68.2 及77.2修 正)	公務人員 保險法(4 7.1公布， 63.1修 正)	退休人員 保險辦法 (53.3發 布，64.2 修正)	私立學校 教職員保 險條例(6 9.8公布)	公務人員 眷屬疾病 保險條例 (71.1公 布)	退休公務 人員疾病 保險辦法 (74.5發 布)	退休公務 人員配偶 疾病保險 辦法(74 .5發布)
主管機關	中央： 行政院勞 工委員會 地方： 省(市) 政府	考試院 銓敘部	同左	同左	同左	同左	同左
承保機關 (保險人)	台閩地區 勞工保險 局	中央信託 局公務人 員保險處	同左	同左	同左	同左	同左
監理機關	勞工保險 監理委員 會	公務人員 保險監理 委員會	同左	同左	同左	同左	同左
要保機關 (投保單位)	雇主 所屬團體 或機構	服務機關	退休時之 服務機關	服務學校	同公務人 員保險	退休時之 服務機關	同左
適用對象	年滿 1 5 歲以上， 6 0 歲以 下之勞工	法定機關 編制內之 有給人員	公保被保 險人依法 令退休且 未領養老 給付者	私校編制 內有給專 任之教職 員	公務人員 之配偶及 父母	退休公務 人員	退休公務 人員之配 偶
被保險人數	6,836,268	539,239	2,865	31,919	390,522	66,204	48,35
給付項目	生育給付 (現金) 疾病給付 (現金) 傷害給付 (現金) 醫療給付 殘廢給付 老年給付 死亡給付 (現金給付)	生育給付 (醫療) 疾病給付 (醫療) 傷害給付 (醫療) 殘廢給付 老年給付 死亡給付 (現金給付)	同左	同左	疾病給付 (醫療) 傷害給付 (醫療)	同左	同左

私立學校 退休教職 員疾病 保險	私立學校 退休教職 員配偶疾 病保險	農民健康 保險	台省各級 民意代表 村里鄰長 健康保險	私立學校 教職員 眷屬疾病 保險	低收入 戶健康 保險	殘障健康保險
- 1 2	6 - 1 2	6 - 8	6.5 - 8.5	3 - 5 (每口)	0	
9	9	6. 8	6. 8	3	0	
5 0	5 0	3 0	5 0	5 0	0	
2 5 學校)	2 5 (學校)			2 5 (學校)		
2 5	2 5	合計：7 0 中央：4 0 省：2 0 縣市：1 0	5 0 省：4 0 縣市：1 0	2 5	中央：1 5 省：2 0 縣市：6 5	
無	無	普通疾病 住診：45 日，分娩 ：280 日 ，早產： 181日， 流產：84 日	普通疾病 住診：45 日，生育 ：十個月	無	無	無
診藥費 1 0 %	門診藥費 1 0 %	無	無	門診藥費 1 0 %	無	無
政部撥 後，調 費率	調整費率	設置勞工保 險局之省（ 市）政府撥 補	設置勞工保 險局之省（市） 政府補撥	調整費率	無	無
			七十四年十月 起為試辦期間 ，七十八年六 月立法，同年 七月一日正式 施行。	台北市及高雄 市比照台灣省 規定辦理，被 保險人數已併 計。		殘障者依序隨 同其配偶，父 母子女參加之 公務人員保險 、勞工保險或 農民健康保險 優先參加各該 保險之眷屬疾 病（健康）保 險。

續表一我國社會保險制度簡介

保險類別		勞工保險		公務人員保險	退休人員保險	私立學校教職員保險	公務人員眷屬疾病保險	退休公務人員疾病保險	退休公務人員醫療保險
項目									
保險費率%	法定	6-8		7-9	8	7-9	3-5 (每口)	6-12	6-1
	現行	7		9	8	9	5	9	9
保費負擔%	本人	產	20	35	100	35	50	50	50
		職	60						
		遺	80						
	雇主	80		65		32.5 (學校)	50		
	政府	職	40				32.5		50
遺		20							
受益合格期間		普通疾病住診：45日，分娩：280日，早產：181日，流產：84日		無	無	無	無	無	無
部分負擔		無		無	無	無	門診藥費10%	門診藥費10%	門診藥費10%
財務短絀處理方式		設置勞工保險局之省(市)政府撥補		財政部審核撥補	同左	同左	調整費率	調整費率後，財政部撥補	調整費
備註		1.綜合保險，給付項目尚有殘廢、老年、死亡等。 2.採綜合費率，健康保險實際費率約4.5%。		1.綜合保險，給付項目尚有殘廢、老年、死亡等。 2.採綜合費率，健康保險實際費率約4.1%。	於74年7月停止受理加保。	1.綜合保險，給付項目尚有殘廢、老年、死亡等。 2.採綜合費率，健康保險實際費率約3.0%。			

本中心已出版之「社區發展實務叢書」目錄

1. 托兒所的空間設計與環境佈置 (鄭淑燕)
2. 都市托兒所應如何在社區中發揮兒童福利功能 (孫梅芳)
3. 如何辦理社區青少年群育活動 (林振春)
4. 老人安養機構專業化的實際做法 (張秀卿)
5. 自費安養中心如何營運、管理 (熊亞民)
6. 社區如何推動媽媽教室 (林平洋)
7. 如何加強社區理事會組織功能 (林平洋)
8. 如何將傳統民俗童玩在社區中推廣 (周步坤)
9. 容易在社區中推廣的團康遊戲 (張學真)
10. 善用社區資源推動社區發展工作 (金天倫)
11. 組織社區合作社推動社區發展 (李玉梅)
12. 韓國鄉村社區發展之概況 (蔡美華)
13. 訂定貧窮之方式與標準的探討 (陳琇惠)
14. 如何辦理社區家政推廣教育 (高淑貴)
15. 社會福利機構如何委託民間辦理 (張雅麗)
16. 如何發展智障者的社區生活安置 (張培士)
17. 鄉村社區發展推展模式 (高淑貴)
18. 自己動手塗裝 (周明發)
19. 都市社區的守望相助 (黃清高)
20. 提昇臺灣寺廟參與社會福利服務之路 (黃維憲)

21. 推行統一勸募改革社區發展 (陸光)
22. 如何辦理社區評鑑 (傅正綱)
23. 如何發掘與運用社區(會)資源 (翁毓秀)
24. 影戲開鑼 (陳秀美)
25. 社區童子軍 (宇軒)
26. 溫情四播社工愛 (孫麗珠等)
27. 運用學校資源參與社區發展工作 (林振春)
28. 老人日托中心的類型與功能 (徐麗君)
29. 老人日托中心活動項目的設計 (徐麗君)
30. 如何籌募社區發展經費 (翁毓秀)
31. 社區工作人員的任務與職掌 (翁毓秀)
32. 如何在社區中推展福利措施 (李瑞金)
33. 老人安養與醫療社會工作 (翁毓秀)
34. 學童課後安排與服務機構營運之道 (鄭望崢)
35. 自助團體 (許劍涓編譯)
36. 建立社會工作專業制度 (蔡漢賢)
37. 推展老人在宅服務 (蘇麗瓊)
38. 老人中心的規劃與運作 (樓毓梅)
39. 痴呆症老人的理解與養護 (鄭淑華)
40. 慎終追遠—墓政功能與民俗改革 (蕭玉煌)
41. 如何辦理殘障福利工場 (林嘉湧)
42. 貢獻有方向 服務要技巧 (章金鳳編)
43. 如何發展社區內家庭日間托育設施 (郭耀東)
44. 英國社會教育的現況及發展趨勢 (楊瑩)
45. 安危相扶持 近鄰勝遠親 (蔡紹華)
46. 開創社會福利新紀元 (蔡漢賢等)
47. 析介新修訂的「社區發展工作綱要」 (蔡紹明等)
48. 自發與互助兼有傳承與創新併存 (蔡紹華)
49. 人間有情義 處處溢溫馨 (張煜輝)
50. 認識社會保險真象 (陳琇惠)



「社會福利標誌」圖意說明：

兩手交握，象徵全民同心，政府與民間協力共同致力於社會福利，四瓣心形酢漿草置於右手掌中象徵秉持愛心、信心、恆心、耐心，可產生源源不絕的動力與無窮的希望，而左邊三個圓圈則為社會工作個案、團體、社區三大工作方法，綜合而言，社會福利工作，應本信念與方法，並匯成愛心，溫馨社會。