

全民健保的爭議與新聞報導

時間：八十三年五月十四日上午十時至十二時

地點：台大新聞研究所 500B 研討室

主持人：張錦華（台大新聞研究所所長）

引言人：楊志良（台大公共衛生研究所教授）

詹火生（台大社會研究所教授）

吳忠吉（台大經濟研究所教授）

紀錄：彭連漪（台大新聞研究所研究生）

整理：洪川詠（本刊編輯助理）

全民健保的定位問題，五月十四日引起熱烈的討論。學者們雖然肯定「公辦民營」的走向，但是也擔心規畫不當的結果，可能會造成社會不公或資源浪費。

學者們是在「全民健保的爭議與新聞報導」新聞論壇會議中，提出上述的看法。與會的有台大公共衛生研究所楊志良教授、台大社會系系主任詹火生教授及台大經濟系吳忠吉教授，主持人是台大新聞研究所所長張錦華副教授。

壹、全民健保爭議本質的探討及承保機關屬性

負責規畫全民健保政策的楊志良教授指出，全民健保可以考慮採取「公辦民營」，以兼顧民衆與政府的權益。

一、全民健保各版本之爭議，為對健保本質的認知不同

他分析說，全民健保的規畫已經出現了各種不同的版本，其中的爭議，是因為對健康保險本質的認知不同。他指出，考慮全民健保規畫的走向，有幾個問題必須探討：

1. 全民健保是追求效率極大化或效用極大化？

健康是個人的責任或社會的責任？前者是追求效率極大化，醫療保險應以自由市場為主，政府少介入；後者則是追求效用極大化，則必須依國民之健康需要分配醫療照顧，政府就必須高度介入。

2. 全民健保是保「險」，還是保「健」？

所謂「保險」，必然只保大病，而不在提供基層醫療。楊志良說，根據美國的經驗，有四成左右的醫療費用是用在病人瀕臨死亡的那段期間，效果不好；基層健康照護對全體社會的成本效益最高，但因為需要者衆，容易浮濫。這就要思考：獲得醫療照顧是基本人權，還是特權？

3. 是防「弊」或興「利」？

高自付額可使保險人大幅減少給付案件之處理，政府便可不必籌措高額財源，如此可減少弊端，但必然會阻卻很多必要的、可以治癒的簡單疾病；反過來說，大小病及預防措施均給付，則雖屬興利，但要考慮如何防止目前已發生在公、勞、農保的濫用現象。

4. 是防範市場失能或政府失能？

防範市場失能必須政府介入，但過去立委通常充當「濫好人」，政府精算出的農保被保人自行負擔費率是8.6%，立法委員們卻把它改成6.8%。楊志良預言，未來立法院一定會對自付額上限大打折扣，而造成保險財務虧空。

5. 要控制「需求面」或「供給面」？

楊志良說，控制需求面要實施部份負擔，但應考慮如何有效防止濫用，卻不阻卻必要之醫療；由於病患需要何種醫療是由醫療提供者決定，費用控制之重點應為供給面，但是醫療為高度專業，此時重點就在於如何使審查者具有嚴格把關之動機？

二、公辦民營的具體做法

綜合上述，楊志良指出，全民健保的規畫應該是：由雇主、被保險人、政府成立董事會，負責營運與保險財務平衡，所需保險費總額與支付標準及審查，由被保險人與保險醫事團體協商。而政府只負責撥付一定比率預算，擔任「備援」的工作，其餘由雇主支付。主管機

關首長向立法院負責，保險人之董事會須財務平衡，向主管機關負責。

總而言之，楊志良認為，如此「公辦民營」式的全民健保，不但可以有效防止醫療資源濫用，但不阻卻必要的醫療服務，且可提升部份負擔實施之效率，精簡手續，降低行政成本。

貳、從社會福利看全民健康保險

台大社會研究所教授詹火生則從社會福利的角度分析全民健保的得失，他認為全民健保應該要符合「安全」與「平等」兩個目標，「公辦民營」有可能達到這兩種目標，但是必須審慎規畫。

一、社會福利的原則與目標

詹火生指出，健康保險有兩個目標，一是安全，二是平等。「安全」目標在於保障個人效益，「平等」目標則是希望醫療資源分配更加平均，有錢人多付一點，窮人少付一點。像歐洲國家就利用健康保險給付減少所得間的差異。

二、規劃中我國全民健康保險制度的特點

詹火生指出，全民健保早期的規畫相當程度地兼顧了「平等」與「安全」兩大原則，但若改為「公辦民營」，難免會向一般醫療市場經濟原則屈服，最後就只能先顧及安全，而無法兼顧平等目標。

他舉例說，目前在勞工保險制度下，牙醫替人洗牙，勞保單卻經常開成「拔牙」，以申請勞保給付。衛生署就曾發現一個可笑的案例：有一個人總共「拔」了三十二顆牙齒，變成了「無齒之徒」。

因此，詹火生表示，全民健保的給付範圍如果包括小病，一定造成資源浪費，因為醫生和被保險人都是「慷他人之慨」。他擔心以我國目前實施全民健保的情況，不但「平等」談不上，就連「安全」的目標都可能達不到，徒然浪費醫療資源。

三、從「安全」與「平等」原則看全民健保

另外，詹火生指出，政府補貼保險費用可能會發生有違社會公平

原則的情形。例如軍公教人員、職業工會等，政府負擔的比例較大，但這些人不一定是經濟弱者。此外，有的地方政府財源不足，可能會提高低收入戶的認定標準以減少補貼支出，這都會造成社會不公。

詹火生又指出，另一個社會不公現象是：醫療資源集中大城市，有些偏遠地區的人可能要走三個小時才能找到醫院。

因此，詹火生建議，政府應該擴充偏遠地區的醫療資源，對中低收入戶給予補貼。而為了避免浪費，人們也應該要有「非必要不去看病」的社會道德。

詹火生最後表示，他基本上同意楊志良教授的話，即台灣比資本主義國家更資本主義，如果放任健保在這樣的資本主義市場運作，他擔心不只是低收入戶，恐怕連大多數的人都會受害。

參、全民健保的幾個經濟問題

台大經濟研究所教授吳忠吉則是從經濟學的角度，看全民健保的供需問題。他警告說，我國健康保險有制度面的缺失，如果貿然推動會發生意外。換句話說，任由市場運作，前提是消費者必須要有充足的資源，其中包括消費者所能獲得的資訊及醫療照顧，如果沒有，那消費者根本沒有選擇的餘地。

吳忠吉分析說，目前的情況是，台北人一般而言比較有錢，所以也比較「愛惜」生命，就算是小病也會去看，但是比較窮的人可能在生了大病的時候，因為看病的費用太貴負擔不起，就只好選擇不去看病。換言之，因為每個消費者的預算分配不同，消費者就會面臨「看病或不看」的選擇，在市場運作原則下，會變成不是要不要命的問題，而是要不起，那只好不要了。

一、潛在的危機：財務問題與社會資源浪費

但是，吳忠吉表示，在全民健保實施之後，對被保險人而言，不論有無看病與次數多寡都須繳交一定的保險費，除了接受醫療服務的時間成本外，被保險人必將增加醫療需求至邊際淨效益為零的次數，而使保險機關面臨更高的價格給付，與更多次數的醫療價款負擔，而有財務潛藏危機與社會資源浪費的現象。

二、供給不變而需求擴充的結果：服務價格大幅上升或服務品質大幅下降

吳忠吉認為，假設原有勞保、公保與農保的健保措施，使社會處於雙元性的醫療服務差別價格狀態，如今，實施全民健保只是對醫療服務擴充需求，在醫療服務之人力物力等供給未有適度調整與擴充的情況下，因邊際成本遞增，一來有部分人會被排擠掉，享受不到醫療資源；二來醫療服務品質會更糟糕，看病的價格會上揚，目前醫生們平均五分鐘看一個病人，實行全民健保後，可能一分鐘就要看一個。

三、正面功能：社會所得重分配

最後，吳忠吉指出，全民健保的實施仍有社會所得重分配的正面功能。他說，以醫療服務收支的平衡而言，必有一些國民繳費多於醫療需求支出，或低於醫療需求支出並存的現象。這反映社會所得重分配的正面功能。

※問題與討論

問：全民健保可不可能考慮由民間承保，而不要透過中央保險處？

答：真正的問題在於精算和實施費率脫節，國外是由民間做雇主，財務比較好控制，前一陣子所討論的「公辦民營」方式就是一個例子。過去規畫一直朝「公辦公營」規畫，若要改為「公辦民營」，法要先通過，才有組織法，才能訓練人才，和醫界溝通，立法院在五、六月如果不能先通過「全民健保」法，那到年底就很難推動全民健保。(楊志良)

答：「公辦民營」只是一個概念，實際作法目前等於零，首先應確定模式。根據先進國家的經驗，全民健保對中等收入家庭而言是有利的，對低收入的家庭是吃虧的，因為中等收入家庭的資訊取得和時間兩種成本比較低，像公勞保大都是中上家庭在看。(詹火生)

答：公辦民營的概念太抽象了，搞不好可以考慮民辦公營。如果採取議價方式，那醫生和保險公司一定贏，被保險人吃虧。(吳忠吉)

問：如果全面開辦健保，國內的醫療資源夠不夠用？

答：這個問題，在開始規劃全民健保時就已經考慮過，並且加以解決了。過去全國三百六十多個鄉鎮中，有一百八十幾個沒有一個醫學院的學生，所以我們在七十二年開始實施「群體醫療」制度，把錢撥給地方，醫生要工作，就得到那個鄉鎮去，結果全國各地不再有「無醫鄉」。

後來的實行的「醫療發展基金」效果也不錯，在「醫療發展基金」的規劃中，每一萬人就應該有四十張病床，但以前很多地方根本達不到這個標準，像布袋地區有四十萬人，總病床數卻不到四百。政府依照「醫療發展基金」的辦法，負擔百分之八十的利息，讓地方蓋醫院，現在很多小地方都有自己的醫院。（楊志良）