

本文章已註冊DOI數位物件識別碼

► 由全民健保危機談社會福利

doi:10.30071/EOB.200501.0012

經濟前瞻, (97), 2005

Economic Outlook Bimonthly, (97), 2005

作者/Author：吳惠林

頁數/Page：46-51

出版日期/Publication Date：2005/01

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

<http://dx.doi.org/10.30071/EOB.200501.0012>



DOI Enhanced

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，是這篇文章在網路上的唯一識別碼，用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE





由全民健保危機談社會福利

● 吳惠林 本院第三研究所研究員
國立台灣大學經濟學博士

2004年台灣的十月，不但不像以往的光輝，而且還紛擾不已，除了政治上持續對抗外，從月初開始，已經實施近十年，據聞民意調查滿意度一直超過七成的「全民健保」，爆發出嚴重的抗爭。那是五百家地區醫院萬人代表上街，抗議健保給付不公，而健保財務危機也再度浮上檯面。雖然在衛生署副署長辭職和健保局善意回應下，抗爭暫時停止，但有識者都很清楚問題根本未解決。

全民健保危機再現

由於意識到問題的嚴重性，有關專家們不斷的在媒體上提建言，大篇小篇的言論盈庭。其中，2004年11月1日黃達夫先生在《自由時報》專欄發表的〈天下沒有白吃的午餐，只有黑心的便當〉一文，可說抓到了痛處，我們可藉用該文的觀點進行分析。黃文一開頭就指出全民健保從一開始就守不住原則，讓醫學中心聯合破壞轉診制度。其後每碰到執行上的困難就妥協，近十年共有五位衛生署長，四位健保局總經理，在政策不斷的轉彎，而上有政策，下有對策的演變下，結果是醫療形態跟著越變越扭曲，醫學教育敗壞、醫學倫理淪喪、醫

療品質則向下沈淪。

黃文指出，除非政府、醫界、民衆三方都能自省，否則健保的改善就沒希望。黃達夫認為，儘管民衆會有貪便宜行為，但若制度設計得當，還是可讓多數人貪不到便宜。不幸的是，我們的制度設計有瑕疵，執法也不夠力，黃文指出，在民衆方面的最大問題是誤認保險為福利、醫療知識不足、醫療觀念錯誤，以及缺乏品質意識，而政府和醫界則應對此負大部份責任。

以門診為例，健保制度訂定門診費200元，等於認定醫師看診只要花一、二分鐘，加上論量計酬，正是鼓勵「薄利多銷」，也認可醫師無限量看診。黃文指出，這種設計的精神，不但抹殺醫者的尊嚴，完全否定醫療最根本的價值（問病史與身體檢查），而且違背「錢用在刀口上」的財務管理原則，於是引爆健保的濫用與浪費，也誤導民衆以為一、二分鐘打發一個病人是正規醫療行為，也認為掛號愈多醫師的醫術越高明。不幸的是，大部份醫師也屈服於該設計，昧著良知努力衝其量、輕其質。既然看診一、二分鐘成為常態，多年來制度允許病人隨時、隨地、隨便掛號，醫師也樂於配合，於是誘導國人養成愛逛醫院、



愛拿藥、愛做檢查的就醫習性。當此現象被詬病後，健保政策轉為「總額預算制」限制門診量，在此鋸箭法頭痛醫頭、腳痛醫腳的政策下，醫師的荷包縮水，病人的掛號受限，重症病人變人球，民怨四起，健保局成為衆矢之的。

在制度出現漏洞下，健保支出每年以6%速度增加，但保費收入卻只增加4%，入不敷出早已浮現，加上醫療資源浪費、醫療支出浮報，更助長健保財務的惡化。衛生署長說台灣平均每一個人每年有十四點五次門診，居全球實施健保國家之首，署長又說健保準備金在2003年還有新台幣82億元，到2004年底只剩3億元，期盼2005年以二代健保來改善浪費情形。

天下沒有白吃的午餐

署長信誓旦旦表示，健保不會破產，會永續經營，依據的似乎就是期待「二代健保」的改善，而目前有30多個方案評估中，包括小病自費等，而健保費率的提升恐怕也應是辦法之一。無論如何，「天下沒有白吃的午餐」、「羊毛出在羊身上」，當前的改善之道正是朝此「使用者付費」方向走，這與當初全民健

保的旨意恐怕已有乖離，看病成本提高，貧苦者生不起病，惟剩下一張健保卡可到處掛號看病的方便性而已，此與公車只剩一卡坐到底的優點可謂異曲同工。

正如黃達夫在文章裏所言，民衆正確的醫療知識和觀念的形成才是關鍵點，這原本有賴政府與醫界雙方的教育與宣導，但健保制度的設計卻是一方面鼓勵病人看病求方便，一方面認可醫師一、二分鐘的門診形態，使醫師們連最基本的問診及身體檢查的時間都沒有，在此種模式下怎能進行衛教？而病人醫療知識無法提升就缺乏自我照顧能力，進而不能辨別症狀輕重，於是動不動就要掛號看診，若真正有病，由於醫生難在極短的就診時間內做出正確判斷，誤診機率就陸續增加，病人在一個醫師看不好，就找第二、第三…醫師重複看、重複領藥、重複做檢查，醫療資源浪費從而出現，這種惡性循環的模式下難怪會產生驚人的門診量、用藥量和檢驗量。為消除此弊端而實施的總額預算制，又造成地區醫院無法生存而上街頭抗爭，如今再度面臨改弦更張時刻，這也就是所謂的二代健保的出現背景，為免於重蹈以往覆轍應如何改善呢？



迄今討論健保還只著重在財務危機面向，其實醫療品質更是根本課題。畢竟民衆需要的是健康而非衆多的醫療。準此，黃達夫認為政府、醫界需向民衆開誠布公，明白承認在當前拙劣的健保制度下，醫界提供給國人的是「偷工減料」的拙劣醫療，更要昭告民衆，醫生不是神，沒有本事在幾分鐘內做出正確的診斷，而且，方便看病不等於品質，享受很多不必或不當的藥物、檢驗和治療，非但無益，還可能得不償失。政府和醫界應深切反省、檢討制度面和醫療面的謬誤，不能再粉飾太平、不要再不斷標榜台灣是醫療烏托邦，民衆滿意度達7、8成，醫療品質名列前茅。是該敢勇敢面對現實，將財務困境全盤托出，並表示以目前健保給付多數項目不敷成本下，醫院若循規蹈矩投入必要醫護人力，用心於品質的維護，醫院經營能達收支平衡已不易，遑論獲利！但國內醫院卻不斷增多、擴大、病床數在不到十年急增二、三萬床，如果還有利潤可得，只能求諸劣等醫療，以品質低劣來替代。

總之，巧婦難為無米之炊，天下沒有白吃的午餐，羊毛出在羊身上，除非讓人心提升，讓國人普遍尋回（拾起）倫

理道德，否則健保現制非大刀闊斧改革不可，因而應讓成本真實的反映，而且「使用者費付費」理念更應付諸實施，亦即自付醫療項目將愈來愈多，而健保費率也不斷調升。

值得進一步討論的是，顧名思義，「健保」應是保險概念，當然需要付費。但國人普遍的概念卻將全民健保看作「社會福利」的一環，畢竟它是政府「強制性」主導、經營的事務。按理，保險應由當事人自願為之，屬於「自然長成的」概念，而我們的健保卻是由上而下強制性的「做成的」，當然落入吃大鍋飯的不幸泥淖裏。由於是做成的，是由中央政府一手規畫，老實說，不論紙上作業多麼漂亮、考慮多麼周到，終究難逃「上有政策、下有政策」命運。不論如何補漏，漏洞都會愈來愈多，而順了姑意逆了嫂意也會是常態，除非國人都能具有一顆「無私心」、「利他心」，能夠犧牲自己去幫助別人、互助關懷，進而減弱貪心、自私之念，否則最好將醫療產業還給市場去運作，政府用補貼或救助方式對無力支付醫療費用者以個案方式予以真正救助。

由全民健保走入社會福利之路，衍生出難解的棘手課題，我們也藉機檢討



社會福利應如何運作為佳。最好的方式，或許還是將社會福利回歸到個人和家庭，而政府退居於「輔助」、補充性角色。

如今我們已都深深感受到，家庭對個人的功能早已式微，而且其與個人的選擇行為又形成一種循環，很難分清其因果關係，而撇清此種因果關係也似乎並不重要。重要的是，家庭對個人的功能可有何等替代方式，而這些替代方式是自發的，還是需要某人或某個機構來規畫？

家庭與社會福利的關係

以調劑一個人的身心來說，已有諸多替代物品，而這些物品是由需求帶動的，或者說是市場的產物，聲色犬馬及各色各樣的遊樂場所固不待言，生命線、宗教、信仰以及各種聚會也帶給個人精神上的寄託。這些活動有些是商業性的，有些是純粹服務奉獻式的，不管是何種動機，都是社會上形形色色的個人以其自身的判斷，很自然地規畫出來的，或可簡單地說，是緣自於各個人的「選擇」。社會上甚為普遍的托兒所、坐月子中心、幼稚園、育幼院、養老院等

等的出現，也是同樣道理。

當然，由於環境的變化，以及每個人的行為是變動不居的，根本不可能恰好滿足所有個人的需求，或者有些個人由於自身的判斷力較差，或者生來在先天不足及後天失調下，沒有能力來滿足自己所求，甚至於連起碼的「最低生活條件」也滿足不了，於是要求別人幫助，或者能力高者、有餘力者會伸出援手。可是，無論如何，總是無法做到十全十美的境地，這個時候有人就提出一種「互助」方式，此即由政府出面對這些無依無助者做妥善照顧，這也就是社會福利的起源。由此角度來看，社會福利的出現並不與家庭功能式微有完全的替代關係，因為即使家庭功能不式微，社會上仍會有一些孤苦無依者，甚至於家庭中所有的成員都需要別人扶持。因此，要說家庭與社會福利到底是什麼關係，或許可以說，社會福利應是用來彌補家庭功能之不足。

如果這樣的認知正確，在家庭功能逐漸式微下，社會福利的補足功能也會愈來愈強。依此邏輯推理，這是很美好的方式，可是現實與理想總歸有差距在。而令人遺憾的是，關鍵就在於「人性」，畢竟現代人性已大抵上是「貪」的，



好逸惡勞、坐享其成、占便宜等等是我們早已耳熟能詳的話語。本文所指的社會福利，就是政府利用公權力強制人民納稅，或強制人民儲蓄，而政府就這些方式所取得的財源來舉辦國民住宅、勞保、農保、公保、全民健保、失業保險、老人年金等等社會安全措施，另外還會實施最低工資法、農產保證價格特殊援助等等。

這些辦法的原意大都極為美好，但一旦施行，卻弊端百出，最明顯的是「成本」耗費極大，因為有「免費午餐」可吃，浪費情事絕對免不了，由施行程度「相對低」的美國，都發生嚴重的財政赤字，而且呈現乘數擴大效果就可見一斑。我們要提醒注意的是，如果能對原本需要照顧的弱勢者真的提供了實在幫助，即使以財政赤字和其他人的犧牲為代價，或許還是值得的。但在社會福利的普遍性實施下，「最弱勢」的那一批人卻不見得可以享受到，可是卻使很多其他人受害了。以上文提到的醫療品質為例，就是因社會福利的實施而大幅下降。

一九七六年諾貝爾經濟學獎得主弗利曼（M. Friedman）在一九六二年就對美國強迫購買年金一事評論說，「強迫購買年金一項可能的理由是，那些只顧目前

不顧未來的人不曾自嚐苦果，但會將成本加諸他人身上。……因此，不為自己的老年做準備將成為公眾的負擔。故強迫人們購買年金是正當的，這不是對他好，而是為了其他人好。」弗利曼認為此重要性多大，須由事實決定，若因沒有強迫購買年金，使九〇%的人在六十五歲時成為大眾的負擔，那麼此說法就很重要；若只有一%的人會這樣，就不應做。理由是：為何要限制九九%的人之自由，為的只是要避免其他的一%人口對社會所加諸之負擔？而事實上，這些不負責者終究是極少數，實在不必由政府以強迫購買年金的社會福利方式，來扭曲寶貴資源的使用。

如所周知，台灣社會以往曾以養兒防老方式來照顧老年人，而風俗改變之後，社會也同時富足，子女照顧父母的責任愈來愈輕，愈來愈多的人以累積財富或取得「私人」年金權利為老年做準備。台灣的行政院主計處調查資料所顯示的：「父母靠子女扶養比例有逐年減少的趨勢……，相對地，老年生活費用來自自己或配偶的比例，則呈現上升趨勢。」正可作為印證。若回到社會福利與家庭的關係，對於傳統家庭的式微，本是個人在環境變化下自己所做的選擇，



若社會福利再施行，恐怕更會加速家庭功能的減弱，使家庭式微得更快速。

這樣子的分析，並不表示對於社會上那一群孤苦無依者就視若無睹，善心人士的義行當然值得鼓勵，就是政府也可在稅收中抽取一部分，以「救濟」方式直接濟助當事人，或者可用史蒂格勒(G. J. Stigler, 1911~1991，一九八二年諾貝爾經濟學獎得主)和弗利曼所提議的「負所得稅」辦法來給予那些真正弱勢者直接而實質的幫助，如此，後遺症和副作用才能減到最小，而且也不至於對家庭產生不良影響。更重要的是，受幫助者會心存感恩之心，不會認為救助行為是應該的，人們會盡心盡力為自己、為他人幸福打拼，而「自助、人助、互助」、甚至於天助，依序而為的溫馨社會也才能出現。

嚴防社會福利成為家庭式微幫凶

人與家庭是息息相關的，但隨著社會環境的變遷，家庭結構和對個人所扮演的角色也隨著改變，雖然產生許多因家庭功能式微使個人遭受不幸的案例，但若個人享有「個人自由」，同時又負有

「個人責任」，則個人會在各種環境下選取最佳的因應措施。如果許多個人覺悟到還是傳統家庭對於個人較有保障，則自然會選擇回復原狀，此由先進國家再度開始重視親情、家庭可窺見一、二。倘若想以社會福利的方式來彌補家庭功能的式微，恐怕反會加速家庭的式微，並延緩個人醒悟而決定走向重視家庭的時間。如果非得要求政府採取政策不可，最好的方式是檢視是否存在有加速傳統家庭解體的法令或辦法，爾後將之廢除，以及在生活教育上的加強。至於社會福利的施行，恐怕反會弄巧成拙的成為傳統家庭式微的幫凶。