發佈：2009-12-02, 週三 18:39
點擊數：16689

壹、健保財務收支惡化情形

我國全民健康保險於1995年3月1日開辦，然自1999年起迄今，其每年度之保險收支皆有赤字出現，其間雖於2002年9月將保險費率由原先之4.25% 調高至4.55%，以減緩其財務惡化趨勢，但逆差情況未見改善，致使每年皆需以開辦前3年所累積之結餘去填補其後各年度的收支短絀，然此項結餘亦於2007年初用罄，至本（2009）年9月底止，保險收支累積短絀已達492億餘元，目前每日7千萬的短絀亦逐日擴大中，此種赤字趨勢是否將使現今每2小時即須支付1億元醫療費用的健保制度破產倒閉嗎？健保財務收支逆差的緣由何在？是否能有根本解決問題而不須定期調整費率的財務方案？目前可行的措施又為何？

貳、健保財務收支逆差緣由及紓解方式

由於人口老化、醫療科技進步及醫療物價指數攀升等緣由，我國醫療費用的上升情況與其他國家相類似，其成長率有高於國民所得成長率的現象；然為肆應醫療費用所須健保費的設計乃是以「經常性」薪資為費基，由於薪資占國民所得的份額逐年遞減（資本所得份額雖有上升，但未列入保費計算基礎），致使健保費收入的成長率，低於國民所得的成長率，更遠低於醫療費用的成長率。表一中之資料即顯示此情況，在此表中可觀察出自健保開辦後，每人月平均經常性薪資成長率為2.03%，每人GDP成長率為3.63%，而每人健保醫療給付成長率則為4.96%；另以2005年至2008年資料來觀察，保費收入成長率為3.36%，醫療支出成長率為4.24%，凡此皆顯示目前財務困窘之緣由乃是健保收支體制有所缺失使然，致使此保險之財務產生入不敷出現象，其差距更是日益擴大。

表一：歷年每人醫療費用、GDP及經常性薪資成長率

年 別	每人醫療給付 申請金額成長率	每人GDP成長率	工業及服務業每人 月平均經常性薪資 成長率
1996	-	8.65	4.77
1997	4.26	7.43	4.11
1998	9.38	6.31	3.28
1999	6.84	3.52	3.39
2000	0.27	3.24	2.70
2001	3.58	-2.37	1.59
2002	8.03	3.82	0.83
2003	3.07	1.75	0.31
2004	14.78	4.81	1.11
2005	2.46	3.16	0.99
2006	(0.06)	3.64	1.24
2007	2.50	5.61	1.77
2008(P)	4.43	-2.47	0.28
平 均	4.96	3.63	2.03

Phoca PDF

發佈：2009-12-02, 週三 18:39
點擊數：16689

資料來源：1. 中央健康保險局：全民健康保險統計、全民健康保險重要統計資料(2009年2月)。

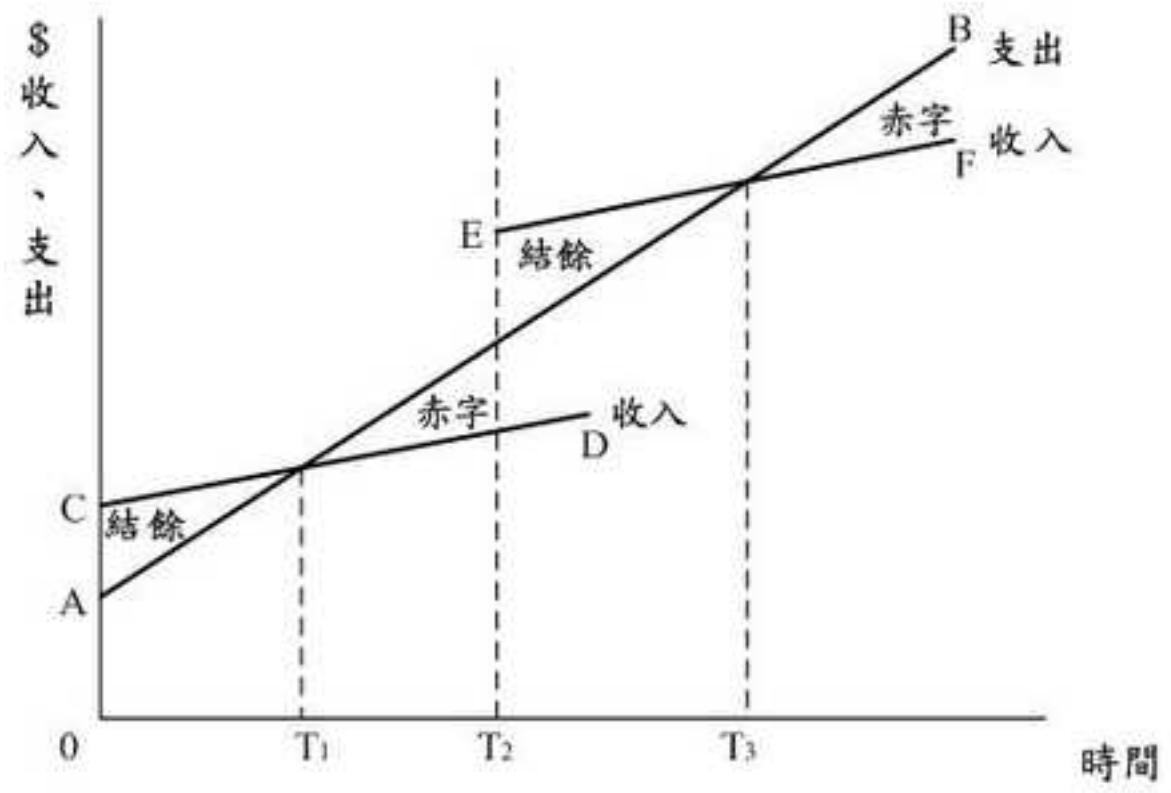
2. 行政院主計處：（1）國民所得統計常用資料(2009年2月18日)。

（2）2008年12月薪資與生產力統計月報。

說明：每人醫療給付申請金額係以醫療給付總申請費用(點數)除以年平均保險對象人數。

此種體制上緣由所造成之財務失衡可以圖一來解釋：由於為肆應人口老化、投保人口增加、醫療服務成本上升、醫療科技進步及醫療品質等所需醫療費用總額之成長率不能過於壓抑，否則國人醫療品質不能隨著所得之成長而上升，國人健康也未能隨著所得之成長而提升（當然，醫療費用的成長亦不能高出所得成長率太高，否則經濟成長的果實將被醫療費用所吞噬！）是以醫療費用成長趨勢將如AB線所示，在總額制度下，此成長率（斜率）將被總額成長所匡限，而不致於過高，但亦不致於過低而影響醫療品質！另由於以經常性薪資為計費基礎的保費收入線（CD線），如上所述，其成長率較低。此圖亦可發現
。OT_1階段所累積之盈餘，至T_1
時間點時達到最高，但在保費收入成長率（CD線斜率）不及醫療支出成長率（AB線斜率）情況下，其逐年擴大之赤字終將在T_2時把OT_1
階段之累積盈餘消耗殆盡，若此時政策上未有任何因應措施，累積虧損終將於T_2 後產生，
並逐年擴大。

圖一：健保收入、支出成長趨勢



Phoca PDF

發佈：2009-12-02, 週三 18:39
點擊數：16689

為解決T_2時間點後之財務困窘，並避免赤字逐年擴大，政府可採行之措施如下：

(一) 調升費率：使CD收入線上移至EF線，並再次產生保險結餘，至T_3時盈餘達到最大，此後赤字之出現及擴大，終將累積盈餘消耗殆盡，又須再次調升費率。

(二) 縮小給付範圍（或採行保大不保小）措施：使AB支出線往下移，減少赤字（甚或產生盈餘）。但若僅對「大病」或急重症予以給付時，由於這些症狀日益增加，AB支出線的成長率（斜率）將會攀升，並使往後調整費率的頻率及調升幅度增高。

(三) 擴大費基：使CD收入線的斜率（成長率）提升：就長期而言，由於資本所得的成長率大於薪資所得的成長率，是以若能將薪資以外之資本所得納入費基，CD收入線的成長率（斜線）將攀升，並使保險收入、支出成長率的差距縮小，進而使往後調費率的頻率及調升幅度縮小。

參、2代、1.5代改革方案及費率調升措施之比較

為推動全民健康保險制度結構化之改革，民進黨執政時，行政院於2001年7月成立二代健保規劃小組，並於2006年5月提出全民健康保險法修正案送立法院審議；另為因應立法院屆期不續審，又於2008年2月再次將修正案送立法院審議，此即所謂之二代健保修法案，該項修法案牽涉條文共103條，除建構權責相符之健保組織體制、提升醫療品質及擴大社會多元參與外，財源籌措方案及公平性改革之重點是將健保費計算基礎，由受雇者之薪資擴大為家戶總所得。

由於二代健保修法案牽涉條文甚廣，各界共識尚待整合，然健保財務問題迫在眉睫，是以在本（2008）年又有所謂1.5代財務改革方法之擬議，其重點乃是在現行保費計算基礎不變情況下，另對個人總所得超過一定金額者計收補充保險費，近日來又有楊志良署長調升費率之主張，俾便紓解有燃眉之急的財務失衡現象。茲比較此三措施如下：

(一) 2代改革方案：保險費計費單位（保費主體）為綜合所得稅申報戶，廢除現行6類14目之保險對象的分類，民眾在轉換工作時不必再辦理轉出、轉入手續；計費基礎（保費客體）為各類所得之總額。此方案將提升保費收入的所得彈性，使健保費收入的成長率能隨著國民所得的成

Phoca PDF

長率而增加，本方案下之成長率雖會較現制有所增加，但仍有低於現行醫療費用成長率現象，其他優點如下：

1. 依所得高低負擔保險費，改善了目前因職業別不同而有不同保費分擔之不公平現象，亦不會再有收入相同但保費負擔不同的情形，使現行水平不公平及垂直不公平的計費制度有所改善。

2. 由現行僅以「經常性薪資」為計費之基準，改依所得總額計費，並降低費率，減輕只以薪資所得計費的不公平現象，以及不再有經常性薪資定義及執行上的爭議。

3. 減除保險對象利用不同類目間移轉的方式，以減輕保費負擔的投機取巧現象。

4. 依家戶所得收費，使目前眷屬較多家計負擔較重，又需分擔較多健保費之論口收費制度的缺點有所改善及紓解。

保費負擔公平性增加、民眾在轉換工作時也不必再辦理轉出、轉入手續，減少健保局及公司行號行政成本，並使保費收入所得彈性增大（健保費會隨著國民所得的上升而增加）是為此方案之優點。但由於醫療費用的成長率會大於國民所得的成長率，是以在此方案下，仍會面臨費率須定期調升的困擾，然相對於其他方案，其費率調整之頻率及幅度會相對較低（為避免費率須定期調升困擾，健保費率之設計就必須採累進費率方式，但此將引起社會保險財務理論之爭論！）再者，此方案乃是由現行按薪資之論口收費方式改為論家戶（所得稅申報戶）所得收費，分擔保費之個體單位數也減少，是以未來多眷口及以薪資所得為主要收入之家庭的保費分擔會降低，但單身貴族及以資本所得為主要收入之高所得家庭的保費分擔會增加。

至於一般輿論常有所謂「目前所得稅已不公平，以家戶所得為計算保費將造成更不公平？」及所謂「健保稅」將變成所得稅附加稅之批評。事實上，現行所得稅制度如真有不公平現象，則我國目前在制度上有兩種不公平，一為所得稅制之不公平，另一為健保費計算之不公平（後者之不公平程度尤較前者為大）；又本方案並非在所得稅制不公平上另行附加一制度，而是目前我國制度上有兩種不公平，本改革方案已將其中一項不公平情形加以改善！再者，本方案並非如所得稅般有所謂免稅額、扣除額之規定，僅是將現行分擔保費之標的（基礎），由薪資所得擴大至其他所得（如股利、租金、利息.....等）亦須分擔保費。是以此方案並不是所得稅的附加稅，仍然具「保險費」特性，它僅是分攤保費之基礎有所擴大而已！輿論又有所謂「我國地下經濟甚為猖獗，此些從業者之所得無法掌握，而未分擔保費」之批評。必須說明者是：現行健保收費制度對此些從業者之所得亦無法掌握，但以一固定金額收取保費，本方案亦有此最低保費之規定；再者，地下經濟從業者之所得於消費後之餘額，如有儲蓄、購買股票、不動產之理財行為，則於次年度可掌握其利息、股利或租金收入，並對之收取保險費，是以其公平性已增加。

(二) 1.5代改革方案

由於2代改革方案將現行6類14目，按職業別分類計收保費的制度，改為按家戶所得計收保費，是以修法幅度龐大，有待社會取得共識，但在健保財務日益窘困，調整費率又將加深現行收費制度的不公平性（如以薪資所得為主要收入的多眷口家庭之負擔將加重）情況下，遂有所謂1.5代改革方案之擬議。此方案乃是在現行收費制度不變下，對經常性薪資以外所得超過一定金額者（此些受影響人數可設定為總人數的5% 至10%），對該所得另收取一附加保費（但有上限之規

Phoca PDF

定）。此方案仍保留了現行收費制度，是以現行制度之不公平性將繼續存在，僅是將財務壓力全由5% 至10% 的高所得者分擔而已，此措施之公平性較二代改革方案為低，但由於含有二代改革精神（個人總所得超過一定金額者須分擔保費，是以其公平性將較費率調升方案為高）。再者，此改革方案僅能「一時紓解」健保財務壓力，在面臨未來醫療費用繼續成長情況下，不能一再對此5% 至10% 的保險對象提高其附加率，否則將有「集中拔鵝毛」之不當現象。

(三) 調升費率方案

2009年之健保短絀預計將達300億元，累計短絀預計逼近600億元；若費率未能調升，2010年健保累計短絀將逼近一千億元，至2012年則超過2,000億元，若未有因應措施，屆時我國健保將走入「債多不愁」地步。在現行健保法令下，調整費率方式僅須行政院核定而不需修法，但其缺點則是加深現行收費制度之不公平性。

上述三項方案之比較如表二所示：
表二：2代、1.5代及費率調升財務方案之比較

方案 比較項目	2代改革方案	1.5代改革方案	費率調升
費基(個人)	家戶總所得 (薪資所得及資本所得)	1. 薪資所得 2. 超過一定金額(年投保薪資另加18萬元)以上之個人總所得	個人薪資所得為主 (未含資本所得)
費率(個人)	約3.2% - 3.5%	1. 4.55% 2. 2%(個人) (雇主與政府亦須增加 15%)	4.55%→5.50%
納費義務人	綜所稅繳納義務人 (未繳稅者依下限繳納)	1. 受雇者、雇主、自營作業者、農民、家戶代表 2. 綜合所得超過年投保薪資，另加18萬元以上之個人	受雇者、雇主、自營作業者、農民、家戶代表
衝擊對象	1. 約有50%保險對象之保費會增加 2. 單身者保費增加幅度高	所得超過一定金額之個人 (約占全體保險對象的 5% - 10%)	全體保險對象
公平性	相對較高	介於兩者之間	相對較低

Phoca PDF

	(資本所得納入費基)	(部分資本所得已納入費基)	(加深目前之不公平性，因資本所得未納入費基)
保費收入 所得彈性	相對較高 (仍須定期調整保費，但幅度及頻率較低)	介於兩者之間	相對較低 (薪資占所得比率逐年降低)
修法條文	約100條以上，立法較困難	約10條	免修法

資料來源：本研究。

肆、藥價黑洞、醫療浪費與地方政府欠費之改進能解決醫療浪費嗎？

(一) 藥價黑洞是誤用名詞（misnomer），藥價差是促使藥價下跌的誘因：

健保局每兩年公布一次藥價，譬如經市場調查後，某一種藥品的加權平均市價為每顆10元，在此兩年內任一醫療院所使用該藥品者，不論其採購價為多少，健保局皆會按每顆10元支付，此制度將促使醫療院所努力與藥商（廠）議價，若議價後甲、乙、丙醫院之購買成本分別為7元、8元與9元，在至下次藥價公布前，甲、乙、丙醫院將分別獲得採購利益3元、2元與1元，外界就稱此為「藥價黑洞」，並主張應儘速彌平此黑洞，或應依其實際購買價支付費用。然若健保局果依醫院實際採購價支付費用，醫療院所將失去議價誘因，並使藥價居高不下。現行制度能誘使醫療院所努力議價，使健保局在下次藥價調整時，藥價就會往下降，，是以藥價差會透明化，廠商之努力議價將使藥價差繼續存在，並進而使藥價下跌。藥價下跌之利益將會反映於醫院點值之上升，或做為引進新藥之財源。

(二) 醫療浪費之戡止不會減少醫療支出：

由於健保已實施總額支付制度，每年醫療費用由付費者與醫療院所代表協定成長率，在該總額下，健保局不能減少支付，違規醫療院所之查獲僅會使點值提升，不會降低總醫療費用（目前每年違規查核被追回之費用約有3億餘元，醫療審查被核減費用約130億，後者與違規無關）。

(三) 地方政府欠費之解決僅會影響健保局現金之調度，不會影響健保局累計短絀金額：

目前常被媒體（甚或民意代表與行政單位長官）討論者有：各級地方政府（尤其是台北市政府）積欠健保局的健保費補助款高達600餘億元，而健保局目前的累計短絀僅約500億餘元，是以各地方政府如能儘速清償此費用，健保財務短絀即獲解決，無須調漲保費（甚或主張在台北市政府未償付欠費前，不可調漲保費）。事實上，地方政府之欠費，在健保局已列為「應收」，在健保財務收支上已為「收入」，並以債權形式擁有。在地方政府還錢時，改以現金方式擁有，並不影響健保之累積短絀金額，但會影響健保局現金調度。（以會計處理而言，健保局對地方政府開出繳款單時，已借記「應收帳款」，貸記「收入」，此「收入」金額並已轉入「損益彙總」科目或「累計盈餘（虧損）」科目；地方政府之還款僅會使「應收帳款」轉變為「現金」，而不影

Phoca PDF

響損益類與權益類帳戶之金額。）

伍、結語

全民健保已為我國社會保險制度之一環，其運作與每日80～90萬人之就醫息息相關，健保是國民日常生活之必需品，健保將與台灣人民共存亡，是以「全民健保的恐怖不是它甚麼時候會倒，而是它不會倒！」既然它不能倒，是以我們必須正視其財務問題，不能以民粹問題視之。再者，由於收、支成長率之差距乃是體制上的緣由所致，現今討論之各種改革方案，雖能使收、支成長率差距接近，但保費調升問題也將與我們共存亡。

作者朱澤民為景文科技大學教授
（本文僅代表作者個人意見，不代表本智庫之立場）

Phoca PDF