

從社會問題與社會政策分析觀點比較 中美醫療補助方案

謝美娥*

壹、前言	一、社會問題之分析
貳、社會政策分析之相關文獻	(一)在台灣方面
一、政策分析的涵意	(二)在美國方面
二、社會政策分析的架構	二、社會政策之分析
叁、本文中政策分析之架構	(一)在台灣方面
肆、中美醫療補助政策之比較	(二)在美國方面
分析	伍、結論與建議

壹、前　　言

以今日醫療科技的發展，連帶醫療使用的價格也節節高升，一般民衆在完全無醫療保險的情形下，已很難得到充分 (adequate) 而又有品質 (quality) 的醫療服務，政府有鑑於此，政策上決定八十三年開辦全民醫療保險，七九年七月業已開辦低收入戶健康保險，旨在保障較低收入人民之健康。然而截至目前，有關此一群體的醫療使用行為或相關之醫療政策分析均未見。本研究即將從社會問題與政策分析的角度剖析醫療補助政策（雖已更名為低收入戶健康保險，但實質精神並未改變，且因比較之方便，故使用一致名稱）。一方面可釐出政策的來龍去脈，另一方面可以分析此一政策（在此為低收入戶醫療保險）與其它福利政策的

* 作者為國立政治大學社會學系副教授

關連性。文中並以美國作為對照比較，期望借他山之石以攻玉。

貳、社會政策分析之相關文獻

首先對政策及政策分析的內涵作一簡要說明，再列舉各個學者的政策分析架構（包括：公共政策、社會政策），並依此建構出本研究之政策分析架構。

一、政策分析的涵意：

一個社會政策或方案，不是在頒佈之後就能確保實施上的順利，或接受服務的人一定接受到該政策或方案的良意。換言之，服務的品質不必然存在。在人群服務方案與日劇增的時候，確保政策或方案的執行與評估，也隨之日漸重要。美國在一九六〇年代推出許多大型的社會福利方案，針對弱勢團體提供福利與服務，加上國家立法部門的支持，使得處理貧窮、心理衛生、失業、青少年犯罪、教育、甚至是都市生活品質的方案順利推行。但是這些大型計劃卻不斷地受到批評，主要爭論之點在於龐大的經費是否真正對弱勢團體提供有效的協助。因此評估和分析這些社會福利服務方案的結果與輸送之品貨逐漸被重視。政策通常是指“書面文件內所蘊涵的意念，經由立法當局通過，可作為行動的指引，是政策過程的結果”(Tropman, 1984)。政策與方案(program)的差異性在於它是藉由有強制性約束力的手段來達到既定的目的；而方案雖然也是達到既定目的手段，但是其參與卻是自願性的(Mayer, 1985)。也因此，有人把政策範圍界定為政府所管轄的，而方案卻不一定是由政府來範定其活動。然而由於使用者的混用，這兩者在語意上的差異逐漸被忽視。

探討政策分析時，個人的政策並不在討論範圍內。原因是個人雖然以擬定自己的目標、計劃、實施步驟，並評估達到的程度，但是這一切純粹是其個人的活動，而不是一般大眾所關注的。通常政策分析時，討論的政策具有下列幾項特點：1.是行動取向的(action-oriented)；2.是問題取向的(problem-oriented)；3.是集體取向的(Collective oriented)(Titmuss, 1974)。而“社會”政策除了具備上述三個特點之外，更須包括：(Titmuss, 1974； Gil, 1976； Tropman, 1984)

- 1.目標是慈善性的(beneficent)：提供福利給一般市民。
- 2.可能是經濟性的或是非經濟性的目的：例如規定最低工資。
- 3.重視社會關係的：利用社會關係來提供福利或改變社會裡個人與團體的社會

關係。

4. 特別關心弱勢團體 (the disadvantaged) 的，因此也是重視資源的重新分配。

二、社會政策分析的架構：

在公共政策領域中有不少學者提出政策分析的架構，Anderson 和 Jones 的看法較受到普遍的重視，Anderson(1975)認為政策的過程應該包括：

1. 問題的形成與議程的設定
2. 政策的形成
3. 政策的接受
4. 政策的執行與
5. 政策的評估

Anderson 以很簡單卻很清楚的方式提出政策的分析架構，以分類方法與 Polbysy(1969) 從立法觀點描述的政策過程一致。在對問題形成的階段，其看法則和 Chamber(1986), Gil(1973) 有異曲同工之處。

另一位美國公共政策的學者，Jones(1984,1989) 也提出類似看法，認為美國的公共政策的流程為：

1. 確認問題的存在與政府行動的必要性
2. 政策發展與形式：透過漸進的模式，找出先例。
3. 政策的執行：初時傾向於零散式的實驗、但執行人員逐漸從中學習經驗而修正。
4. 政策評估：藉政策的評估為其政策辯護。

國內的學者林水波、張世賢(1984)進一步解說整個公共政策（包括社會政策）的過程為：問題的認定、政策規劃、政策合法化、政策執行與政策評估。由此可見，從過程來看，其呈現一致的、邏輯性的看性。

而在社會政策領域中，雖也呈現大同小異的情形，但在不同的學者中，卻對不同的階段或面向予以不同的強調。有的著重整體特徵的描述 (Bell,1987)；有的重視過程的形式 (Prigmore & Atherton,1986)；有的強調分析時應考量價值的澄清 (Gil,1973)；有的著重外在環境的探討 (Leichter,1979)；有的則以為政治氣候與利益團體亦不可忽視 (Prigmore & Atherton,1986)；有的自行政活動或執行研究的觀點探討之 (Chelimsky,1978)；以下就不同學者的模式予以簡單

的說明。

Huttman(1981)自政策的發展過程及階段，而建構出一套分析社會政策的架構。

1.評估未被滿足的需求

(1)何種特定的需求或社會問題是這個政策所關注的。

(2)標的人口的特徵及範圍。

(3)這個政策造成影響為何？能彌補多少傳統社會福利機構所無法發揮的功能？

2.確認政策的目標及結果是否達成

(1)政策的目標或結果達成的程度，包含的項目有：

①社會更趨向平等，即所得及資源的再分配。

②機會更平等，尤其是對弱勢團體而言。

③改變弱勢團體的權力地位。

(2)政策將促使社會性功能發揮的程度有多少。

(3)政策的實施能“改善社會關係、及降低個人或群體間的衝突”的程度有多少。

(4)政策的間接效果為何？是否能解決其他的社會問題。

3.政策的執行策略，包括：

(1)標的人口的資格設定，如：是否須經過資產調查。

(2)給付的型態為何？是現金形式、物質給付或服務的提供。

(3)服務提供的組織型態為何？是否具有服務的可近性及整合性。

(4)政策的規則與規條為何，以使工作員得以將服務提供予需要者。

4.政策的科學性基礎

(1)政策的設定是否有研究資料作為依據？

(2)政策的實施是否遵循社會工作的原則？

5.政策中所包含的價值

政策中所包括的社會價值有哪些？

6.支持此政策的權力基礎

(1)有哪些利益團體或權力基礎會支持或反對此項政策，而他們的強度及規模為何。

(2)在政策決定過程中是傾向於精英主義或多元主義的型態。

(3)廣泛而言，政策是否能被接受。

7. 資源的運用情形

(1)政策相關的資源所在為何。

(2)政策的實施是否會改變原有的資源配置，如國防和社會福利支出的變動。

(3)就經濟層面而言，政策的實施是否可行。

8. 成本及效益分析

進行方案的成本效益分析，和其他方案較之，是否能減少社會問題的發生、幫助更多的人或給予更高層次的協助。

Jansson(1984)亦提出政策過程的架構，及在每個階段所面臨的課題。

1. 初始階段 (preliminary survey)：調查並瞭解現行政策之概況，進一步確認政策的主題，並決定政策是否要改變，及何時開始改變。

2. 詳細調查階段 (scanning phase)：旨在詳細調查外在世界的情況，並瞭解那些未被滿足的需求。因此在這個階段中，確認特定的社會問題、評估其重要性及分析其範圍與形成原因是最重要的工作。

3. 分析階段 (analysis phase)：分析並選擇何種政策可以滿足需求，因此需要評估不同計劃之資格限定、服務的干預性、服務輸送體系、決策的形成及評估機能等，以選選最合適的方案。

4. 執行階段 (implementation phase)：執行方案或政策，並檢視服務輸送體系功能的發揮，以達政策的目標。

5. 評估階段 (assessment Phase)：評估方案的效益性 (effectiveness)，並進一步決定方案是否要終止、修定或擴大執行。

6. 合法性階段 (legitimation phase)：透過上述階段取得政策的認可性與合法性。

在此過程中，外在的環境因素如：政治及經濟因素、文化及其他傳統因素、價值及意識型態、社會因素及當時的資訊及研究，皆會產生其影響力。

Leichter(1979)提出政策分析之外在因素探討，包括：

1. 情境因素 (situational factors)

(1)暴力事件：包括國際間、國內的戰爭，暴力主義或暗殺事件等。

(2)經濟循環：包括經濟的不景氣、衰退、通貨膨脹。

(3)天然災害：如流行疾病、旱、水災、地震。

(4)政治事件與情境：包括政治地位的改變、政權的改變、政府的改變、政治的改革、政治貪污和醜聞、政治領導人物的改變。

(5)技術的改變。

(6)政策的議題。

2.結構因素 (structural factors)

(1)政治結構：包括政權的形式、政治組織的類型、政府類型、社會團體的力量、政治過程、政策限制因素等。

(2)經濟結構：包括對經濟體系、經濟基礎、國民所得與財務、經濟組織的複雜性之分析。

(3)社會、人口及區位結構：包括人口組織與人口結構、都市化程度、自然資源、地理區位等之分析。

3.文化因素 (cultural factor)

(1)政治文化：包括政治傳統、政治規範與價值、正式的政治意識型態之分析。

(2)一般文化：傳統社會價值及宗教。

4.環境因素 (environmental factors)

(1)國際政治的環境

(2)政策的擴散

(3)國際公約與壓力

(4)國際私人組織或跨國公司

Gil(1973) 在稍早時就提出分析社會政策的架構，包括五個層面：

1.瞭解政策所欲處理的問題是什麼？其中又包括社會政策的特性、範圍、貢獻之分析，以及問題的背景、歷史和當時的社會情境，並檢視其所根據的相關理論與因果理論架構。

2.分析政策在處理實質問題的項目：政策目標的釐定；相關價值的考量，以認清政策顯性和隱性的目標；對政策的理論加以驗証；政策的實施對目標團體在生態、生物、社會、心理、經濟、政治和文化層面的影響。

3.考慮政策實質上的結果：首先須考慮此政策在資源、財貨及服務分配上質與量的可能改變：政策對地位取得過程的影響；個人與群體在權利分配上的情形以及政策對生活品質影響的程度。

4.考慮社會政策中執行的因素：包括政策的歷史與發展時的重要政治影響力，社會環境與人為因素對政策之影響等。

5.替代性政策的比較與評估：找出是否有替代性的政策，分析不同政策對資源發展、地位配置與權利分配的影響。

Hill & Bramley(1986)則將社會政策的分析區分為過程 (process) 面及內容 (content) 面。通常系統 (體系) 模型指的是過程面的分析，而談及社會福利政策是什麼時，即是內容面的分析。（在「Analysing Social Policy」一書中，他們即試圖自此二層面來進行分析，在過程面包括：政策決策過程、執行、在輸送過程中的官僚性與專業性、公民參與性及權責性評估等面向；在內容面則包括：平等、需求與需要、財政危機、政府及市場的角色和功能、家庭及社區與社會照顧間的關係、效益性的分析等。另外，Hill & Bramley 還將社會政策的分析方式區分為：解釋性 (explanation) 及處方式 (prescription)，前者旨在分析政策的因果關聯性，後者則以解決問題為主）。

Titmuss, Richard(1967) 在 "Welfare State & welfare society" 一文中以為分析任何服務體系（不論其是實物補助方案或現金轉移方案）均須包括：

1. 確認“權利資格” (entitlement) 的性質：是由法律上規定、契約約定或依貢獻程度而定？自由心證決定的或由專家裁決的。

2. “誰”被賦予權利？根據什麼條件？是個人特質、家庭特質、團體特質、地域特質或社會生理特質？換言之，此根據是有特殊條件的依據或可隨行變動的？

3. 在決定接近 (access)、使用 (utilization)、配置 (allocation) 和給付 (payment) 時，使用什麼財政上和行政上的方法？

Gilbert & Specht(1974/1986) 在稍後提出類似看法，認為分析社會政策時包含四個面向：即要提供何種給付或服務、誰要接受給付與服務，如何將這些服務或給付輸送給需要者、財務上的安排為何。在分析這四個面向的同時，還須注意：①每個面向選擇的範圍，②支持這些選擇的社會價值，③與這些選擇相關的理論或假設

Chambers(1986) 在其著作 "Social Policy and Social programs" 中特別提出適合政策實務者參考的社會政策和方案的分析模式，他認為應該對其潛在要處理的社會問題詳細探討。在問題分析方面，必須包括：1. 問題是如何界定的。2. 問題的前因與後果。3. 意識型態與價值：此問題何以會被界定為問題？4. 那些人

因為此問題的存在而受苦，又有那些人因為此問題的存在而得到好處。

而在政策分析方面，Chambers 則提出：1.政策的目標與目的，2.利益或服務的形式，3.受益資格的決定，4.行政與服務輸送體系，5.經費來源，以及6.上述因素之間的互動關係等。

Winifred Bell(1987)在兼顧評估方案的整體表現 (performance) 與方案特徵 (program characteristics) 的描述而提出社會政策分析的模式如下：①標的團體的涵蓋範圍；②公平性 (equity)；③充分性 (adequacy)；④可預測性 (predictability)；⑤適應性 (adaptability)；⑥社會凝聚力的鼓勵 (encouragement of social cohesion)；⑦效率性 (efficiency)：又包括正確性、適當性與簡明性；⑧權責性評估 (accountability)。其對方案特徵的描述，則建議包括：方案由誰贊助的；行政安排與自由裁量權的程度；方案目標；財政上的安排；給付結構；資格原則；對工作動機的影響；公眾參與的程度；報告研究與回饋情形等。

從另一角度看，前者是指政策或方案在執行後評估的指標；後者則是政策或方案總體的特性徵描述。

Jansson(1990)在其最近的著作中，提到政策實務者必須具備分析的、政治的、互動的和價值澄清的技術，整個技術的整合就是完整的政策分析應涵蓋的。而其有關政策本身的分析可以從所提的擬定政策選擇的步驟窺知一、二。

1.使命或想到達到的目的。

2.服務的組織或方案的輸送：首先要決定負責政策的行政機構，那些機構可以得到經費。

3.資源的循環：決定經費來源（薪資稅、消費者付費，特別稅、私人慈善等）、決定經費的期限（有定期限或無結束日期）、給經費的管道（不同級政府的貢獻）等。

4.服務或給付的內容與形式。

5.對稀有資源的分配：即決定受益的資格。

6.考慮社區與地方的因素：民衆對此政策的了解度與接受度。

7.政策的監督。

Prigmore 和 Atherton(1986)則比較重視政策的政治與社會層面，一方面強調政策的政治利益考量，另一方面又強調民衆接受度，其重視文化價值，特別是公平、平等等觀念更是其他分析模式所缺乏的，其提出的架構為：

- 1.這個政策與當時政治氣候相容嗎？
- 2.這個政策與重要的文化價值，特別是平等，公平和正義相容嗎？
- 3.這個政策與社會工作專業價值相容嗎？
- 4.這個政策是否為正式組織中的決策人士所接受？
- 5.這個政策是否滿足相關的利益團體？
- 6.這個政策是否以檢測過的知識為基礎？
- 7.這個政策可行嗎？是否可以在真實世界中實施？所謂政策可行性指的是該政策是否合乎政治上的可行性、成本、和理性。
- 8.這個政策是否能合理的達到預期的效果？
- 9.這個政策是否有效率？考慮有效率與否，有二個標準，一是社會負擔得起嗎？二是社會是否因此而收到最大效益。換言之，這是以最低價格求取最大利益的考量。

總而言之，社會福利政策必須在政治、經濟和社會的可行性之下，擴大其效率與效果，才有機會為大眾支持、接受、並施行。因此分析時，自然必須與上述指出的指標一致。

歸納上述各學者所提出的社會政策分析，不難看出其間具有的共同特性。原則上完整的政策分析應該先對其產生的問題背景、成因意識型態予以初步探討。然後再對於整個政策做整體特徵之描述其可以包括：

- 1.政策的目標與目的 (Chamber, 1986; Huttman, 1981)
- 2.給付的形式 (Chamber, 1986; Gilbert & Specht, 1986)
- 3.受益資格的確認 (Bell, 1987; Chamber, 1986; Gilbert & Specht, 1986; Jansson, 1984)
- 4.行政組織的安排 (Chamber, 1986; Gilbert & Specht, 1986;)
- 5.財政經費的來源 (Chamber, 1986; Gilbert & Specht, 1986;)

在本研究，即依據社會問題的分析與社會政策的分析，對台灣的社會救助法中的醫療補助部份與美國的醫療補助方案 (Medicaid) 做個案比較的分析，期望對兩方案問題的前因後果以及方案本身的結構與過程有進一步的瞭解。

參、本文中政策分析之架構

本文擬對台灣目前實施的醫療補助措施——「低收入戶健康保險」及「中低收入醫療補助」，及美國社會安全法第十九篇的醫療補助 (Medicaid) 措施進行比較。此處所採用的分析架構及參照 Chambers(1986) 所提出之政委分析模式來進行分析及比較。

Chambers 自社會問題及社會政策兩個層面來建構政策分析的模式。

1. 社會問題層面，包括：

- (1) 社會問題的界定，即政府、學者、一般人如何定義社會問題。
- (2) 界定引起社會問題的因果鏈 (causal chains)，及可能引起的後果分析。
- (3) 界定有關此一社會問題的意識型態與價值，即現存社會中一些應然的信念。
- (4) 分析現存社會問題中之受害者與受益者。

2. 社會政策層面，包括：

- (1) 社會政策的歷史發展過程，及歷史背景的分析。
- (2) 政策的目標分析——分析社會政策的顯性及隱性目標，並衡量目標是否具明確性、可測量性、可操作性。
- (3) 納付及服務的形式分析——分析服務提供的方式是財物 (goods)、現金、服務、購買券 (vouchers) 或其他方式，並評估這些方式的成本效益、造成烙印效果的可能性、是否以受服務者為主等。
- (4) 受益資格分析——在此社會政策中最大的受益者為何？有哪些行政規條的訂定？是否要透過資產調查？是否可以透過私人契約的方式給付？是否具有工作的誘因？或會造成受益者的依賴性。
- (5) 行政及服務輸送體系——即服務要透過何種管道才得以傳送予受益者。包括：行政程序、集中化或分權化、相關機構、種族傾向機構的建立、受益者及公民參與的權利等。評估的向度有：整合性與連續性、可接收性、權責性評估、種族的考量。
- (6) 財務規劃——分析財務的來源及規劃、分配等，並進一步評估財源是否具連續性，而不會造成給付的中斷；財務的來源及規劃是否可以應對通貨膨脹及經濟衰退的現象；是否具所得移轉的功效等。
- (7) 和其他社會政策或方案間的關連性——是否具重複性或衝突性。

本文即從以上層面比較分析台灣和美國的醫療補助方案。

肆、中、美醫療補助政策之比較分析

一、社會問題之分析

(一)在台灣方面：

1. 貧窮問題的認定：

詹人生曾引用馬丁的論點來分析貧窮的概念(1982)：

(1)視貧窮為「生計的」(subsistence)貧窮：即以維持健康和工能力所需的最低生活標準為準則，也是以維持生命和身體的功能為依據（即將貧窮視為是「絕對性」的）。

(2)視貧窮為「社會不平等」的現象：即把貧民當作是居劣勢的弱小團體看待，亦視社會為一整體，而貧窮只是其中所存在的現象，只是與社會中其他階段者隱含著一種相對的位置看待（此乃「相對性的貧窮」）。

(3)視貧窮為社會的外在(externality)形式：即認為貧窮是富有或健全社會的不良現象，因此而以「貧窮線」為界線，主張努力解決貧窮問題，其宗旨與其說是注重貧民的要求，不如說是為了減除貧窮對社會及其成員的影響（即貧窮是一種社會現象和社會問題）。

若就「台灣省社會救濟調查辦法」來看，政府所訂的「貧窮線」（此乃絕對貧窮的象徵）是以家庭收入和工作能力兩項標準來認定。以81年度的貧窮線來看，家中每人每月平均收入低於3800元（台北市為4,465元）者，即為「低收入」戶；而無工作能力指的是：①未滿十六歲者。②未滿十八歲之在學學生。③未滿十八歲無工作收入，而直系尊親僅有寡母或祖父母者④應征召在營服役者。⑤因案服刑或勞役尚餘半年以上執行未滿者。⑥身體殘廢及精神病患而無收入者。⑦男性六十歲以上，女性五十五歲以上無工作收入者。⑧失蹤半年以上經戶籍登記有案或警察機關證明者。⑨現患重病三個月以上，不能工作而無固定工作收入者。⑩配偶死亡，獨自在家扶養十二歲以下子女，而無固定工作收入者。⑪父母雙亡，由祖父或祖母獨自扶養十五歲以下之孫子女，無固定工作收入者。⑫婦女懷胎六個月以上並須扶養三歲以下親生子女而無固定工作收入者（台灣省社會救濟調查辦法；廖榮利、鄭為元，1982）（註一）

註一：八十三年度台北市最低生活費用為5,730；台灣省為4,650元。

2.引起貧窮問題的原因、後果：

(1)在原因方面：一般學者往往會泛舉個人（健康、性格、年齡、才能）、社會（人口、就業機會、所得分配）與自然（災害、資源）等因素。在此以失業、身體狀況及其他因素進行探討。

①失業與貧窮有很大的關係，在台灣有 2/3 以上的貧民是不具工作能力的（不具工作能力的原因可能是：年幼、年老、在學、身心殘缺、重病），而具工作能力者可能因家務拖累、缺乏教育訓練、缺乏工作機會或不願就業，而無工作。而有工作者，大部份只是雜工、臨時工。如此無足夠而固定的收入，極易導致生活的匱乏（廖、鄭 1982。陳士伯、趙海華，1990）

②身體健康狀況也是引起貧窮的一大因素，誠如廖榮利、鄭為元（1982:40）所言：「貧民的健康與疾病和經濟與社會生活的錯綜複雜的難題，是任何一個與貧民有接觸的專業人員所煞費苦心和傷透腦筋，卻理不出的頭緒」，可見貧民的重病與身心殘缺是使其一直陷入貧窮之中的重要原因。

③其他因素如：年齡長、教育與技能訓練的不足、家庭人口多、婚姻狀況不良、居住環境的擁擠、雜亂與惡劣。在家庭人口與婚姻方面，省社會處的調查報告說：「貧窮戶長中的婚姻狀況所表現為：愈貧窮、鰥寡人口愈多，而有配偶的人口愈少；愈貧窮，婚姻上有困難，如離婚、分居、同居、離棄者愈多」（廖榮利、鄭為元，1982）

(2)在後果方面，貧窮的惡性循環會導致生活品質的惡化，較差的住宅環境、學習環境、工作環境、醫療環境，亦會產生較多的社會問題及社會的不安。

3.意識型態及價值信念：

雖說現今的台灣社會中，儒家倫理、道德逐漸在沒落當中，然而傳統文化中仁慈、寬恕、容忍的中庸精神依舊有其影響力，人們及政府對窮人皆會持一分悲憫之心，期望透過救助的方式使其脫離貧窮。另一方面，“個人主義”的入侵，很多時候貧窮被視為是個人因素，亦會存有被烙印、鄙視的現象。

至於對低收入民衆的醫療補助措施，其意念在於①低收入戶有此需求。②健康狀況是引起貧窮的重要因素。③減低貧窮現象的產生。

4.受益者與受害者：

在受益者方面，最大的受益者當然是「低收入民衆」，免費醫療或醫療補助的方式可以免除其某種程度的經濟負擔，不會因疾病而負債，或無法就醫。對社會而言，可以降低貧窮問題的發生，減少社會的不安，或拉近貧富之間的差距。

受害者方面，可能會養成低收入民衆的依賴性格，覺得可以免費醫療是國家應該給予的，不願喪失此權利而跳脫貧窮。另外，會增加國家社會福利支出的負擔，以及人民的稅收亦可能提高。

(二) 在美國方面

1. 問題的界定：

(1) 絶對貧窮：設定一個人或一個家庭為維持其基本生活，必須有一定量的財貨和服務，那些沒有擁有經濟資源以獲得這些財貨和服務的人，即視為貧窮。其困難之處是：最低需求難以界定。

(2) 相對貧窮：當一個人之收入明顯低於對整個人口平均收入值時，就可視為貧窮。例如：可規定一個人收入若低於該人口平均收入的 1/5、或 1/3，或在整個收入分配上位居下面的 1/5、或 1/3 者，均可被界定為貧窮。其缺點是：①整個人口中一定會有某一比例的人會是貧窮。②相對貧窮難以陳述出該人群的生活品質狀態。

(3) 貧窮指標：1964 年由社會安全司根據農業部調查而設定，設若一個家庭(3 人或以上)花用生活費之 1/3 於食物上，農業部調查一個家庭每天所花的食物費用(在 1984 年約為 2.32)再乘以三倍即為貧窮指標，這個指標每年隨消費指數而調整(Leviton, 1985; Schiller, 1989; Zashow, 1990)。

2. 引起貧窮問題的原因、後果：

(1) 在貧窮形成的原因方面，一般有下列數種看法：

- ①個性上的缺陷：求學時不願努力好學、接受訓練，自然在勞動力市場無法勝任工作；動機不夠：不願勤奮工作等。
- ②機會受限制：一個人之所以貧窮是因為他們缺乏上學、工作等機會，他們在種族、性別上、階級上受歧視，政府未給予妥當的保護。
- ③政府擺老大哥(Big Brother)的結果：政府實行許多減租、福利方案和其他公共政策，其目的要協助家人，不料，反而破壞工作動機，創造了「依賴」(Schiller, 1989)。
- ④其他原因則和家人、社會、環境和政治有關，個人的因素可能是由於發

生重大變故或在生命循環中的一個階段，如年齡太老而無法工作；環境因素則是小孩在貧窮家庭成長以致缺乏適當價值、技術和態度，而代代生活於貧窮下；政治因素是貧窮人往往無政治代言人，為其利益和正義說話 (Johnson & Schwartz,1991)。

(2) 在貧窮的後果方面：

① 貧窮的後果是：生活品質普遍降低，飲食營養不夠，住宅環境吵鬧、隱私性低、社會、教育、經濟機會的缺乏，無法獲得醫療照顧或只能得到次級品質的醫療照顧、衛生情況差、學校教育品質差、中途離校多、自我價值低、對未來不抱持希望、犯罪率高 (Zastrow,1990；謝美娥，1984)。

② 貧窮的人由於各種生活條件的惡化和缺乏，導致健康狀況比一般人差。

3. 意識型態與價值信念：

美國人傾向於反集體主義的福利意識型態，重視自由、個人主義和平等的價值觀，強調個人選擇的自由，減少社會的壓迫和干預，由個人來提供福利會比由國家提供來得好，最好也能配合市場的運作 (George & Wilding,1985)。重視經濟成長和財富累積，付出愈多的人應該得到愈多的報償，工作倫理是最重要的，一個人應該憑己力去工作，以自給自足；在競爭的社會中，優勝劣敗是通則（社會達爾文主義的順從者）(Bell,1987) 這種價值觀其明顯表現就是：把窮人分等級而予以不同的處遇，對健康、有工作能力的窮人提供他們工作，如果拒絕則鞭笞他們並關到監獄去，對無能力工作的窮人，如老人或傷殘者，則把他們安置到救濟院或給救濟金；至於小孩，若無人養育則送到適當場所當學徒，以習得一技之長。個人主義的風行使窮人成為被責難的唯一對象。

這種完全個人主義的福利價值觀，一直延續到 1930 年代的經濟大蕭條時，才稍加改觀。個人的因素之外，社會結構的影響逐漸被列入，然而帶動美國經濟成長的個人主義和放任主義，迄今仍是一隻操縱社會福利供給的看不見的手。

「個人應該站起來，不要仰賴福利，應該用工作福利達到自給自足」，甚至於成為美國現任總統克林頓在 1992 年的競選口號。（註二）

註二：此口競選口號為美國現任總統克林頓在 1992 年 5 月 25 日時競選時所說的。C.B.S. 晚間新聞報導。

雖然對貧窮人的福利給付愈來愈謹慎，然而給貧窮人的醫療補助卻受到相當的鼓勵 (Davidson,1982;U.S. House,1989)。

- ①讓每一個需要健康服務的人都能得到它。
- ②不要讓一個人或家庭，因為醫療費用而使生活品質惡化。
- ③對於付不起醫療費用的人，應該由社會大眾來負擔。
- ④在一個人或家庭，剛脫離貧窮，但仍需要必要的醫療照顧，則應由社會大眾繼續給予醫療照顧，直到此人或家庭能有穩定的工作以支付所需之健康保險費用。

4. 受益者與受害者：

(1) 在受益者方面：

的確有一些人因此問題之存在而受到好處。

- ①美國為消除貧窮問題，除了一些現金給付方案之外，尚有一些實物補助。例如：食物券、房租補助、醫療補助、托兒服務、就業訓練、能源補貼等方案 (Levitin,1985)。食物市場、房屋市場、醫療設施、托兒市場、就業訓練機構等均因為有補助窮人的方案，雖不致於大發利市，至少也刺激了相當程度的消費。
- ②中產階級的人可以滿足「那些貧窮的人在性格和能力上都比我們差」的心理，並且可以藉以炫耀自己慈善和助人的心胸 (Schiller,1989)。
- ③國家扮演了大家長的角色 (paternalism)，它做了在道德上被認為是正確的事 (Spicker,1988)。
- ④造就許多福利工作者的工作機會：由於公共救助和醫療補助是依據資產調查而決定，是否給予給付與補助，福利工作者是資格認定的第一線工作者，由於申請人數衆多，遂增加許多工作機會。
- ⑤貧窮者是便宜勞工的來源，他們不但會去做許多中產階級的人所不願意去做的工作，更因此可以維繫中產階級的人繼續其舒適的生活 (Piven & Cloward, 1971; Dinitto, 1991)。

(2) 在受害者方面：

- ①美國貧窮問題的最大受害者，在責難受害者 (Blaming the victim) 通則下，當然是窮人本身，「貧窮」使他們生活在次級品質的生活狀況之下。

②第二個受害者可以說是一般納稅大眾，他們必須繳納稅金，以維繫救助制度之運作——此制度包括醫療補助。

③第三個受害者是國家，美國因為至少有 13% 的人生活在貧窮線下 (Dinitto,1991)，使國家形象受損，「富裕中的貧窮幾乎成為美國社會問題的總稱。」

二、社會政策之分析

(一)在台灣方面：

1.政策或方案的歷史發展

就法規方面而言，自民國 32 年的「社會救濟法」，至民國 50 年左右的「貧民施醫辦法」；民國六十年後受美國「反貧窮運動」風潮影響，而推行「小康及安康」計劃；民國 69 年制定「社會救助法」，予低收入戶免費醫療；至民國 79 年施行「低收入戶健康保險」及「中低收入醫療補助措施」，以納入全民保險體系。（註三）

2.政策的目標

(1)顯性目標：

①低收入健康保險方面為照顧生活困難之低收入者及遭受緊急患難或非常災害者之生活，提供其免費醫療的服務，並協助其自立。

②中低收入醫療補助計劃：在全民健康保險實施前，加強照顧中低收入之老人、兒童、青少年，提供醫療服務與醫療費用補助，以減輕家庭的負擔，並增進其福利。

(2)隱性目標：

降低貧富差距，及促進階級地位的流動。

3.給付及服務的方式

(1)低收入醫療補助

採醫療費用「全額補助」方式。

(2)中低收入醫療補助

採「現金補助」方式。

註 三：詳細發展見“國科會”1993年之「低收入醫療補助政策之研究」第三章。

- ①補助項目：以疾病、傷害之醫療為限，除下列費用外——義肢、義眼、義齒、配鏡、鑄牙、洗牙、整容、整形、病人運輸、指定醫師、疾病預防、與非因疾病而施行之預防性手術；住院期間之膳食費、看護費。
- ②補助標準：依每人每次申請所需醫療費用之數額計，補助醫療費用百分之七十，病患自行負擔百分之三十，每人每年補助新台幣三十萬元為限。

4. 受益資格

(1)低收入戶健康保險：合於社會救助法規定之低收入戶成員。依社會救助法第四條規定：低收入標準由省（市）政府視當地最低生活所需費用，逐年訂定公告，並報主管機關備查。

- ①台灣省最低生活費用計算方式依「台灣省社會救助調查辦法」規定，參照前一年政府公布之家庭每人平均所得三分之一範圍內訂定，八十三年度之最低生活費用為 4,650 元。
- ②台北市最低生活費用計算方式依「台北市低收入戶查定辦法」規定，係參照前一年家庭收支調查平均經常性支出的 40% 訂定，八十三年度之最低生活費用為 5,730 元。
- ③高雄市最低生活費用計算方式是依「高雄市社會救助調查辦法」規定，與台灣省的辦法一樣。

(2)中低收入醫療補助

凡設籍台灣省、台北市、高雄市未滿十八歲之兒童、青少年，及年滿七十歲以上之老人，其家庭總收入平均分配全家人口，每人每月總收入在最低生活費 2.5 倍以下，未具下列情事之一而罹患嚴重傷病者：

- ①縣市政府予以免費醫療之低收入戶兒童、少年、老人。
- ②已參加社會保險可取得醫療給付者。
- ③合於役政單位、行政院退除役官兵輔導委員會及其他提供醫療補助與服務者。
- ④依自費洗腎病患、自費血友病患醫療補助要點可獲得補助者。

5. 行政服務輸送體系

(1)低收入戶健康保險

- ①主管機關：在中央為內政部，在省（市）為省（市）政府，在縣（市）

為縣（市）政府。

②保險人：中央主管機關設立之中央社會保險局為保險人，在中央社會保險局未成立之前，業務暫委託台閩地區勞工保險局辦理，並為保險人。保險業務監督及保險爭議審議事項，委託農民健康監理委員會辦理。

③投保單位：被保險人戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所。

(2)中低收入醫療補助：

其申請及補助程序如下：

①申請人於醫療行為發生後三個月內填具申請書，並檢附相關證明文件（戶籍謄本、所得稅證明書、診斷證明書、及醫療費用收據）逕向戶籍地之鄉鎮市（區）公所申請。（台北市者逕向市府社會局申請）。

②資格審定、及醫療補助費之核發：鄉鎮市（區）公所於受理申請時予以初核，於一週內彙送縣（市）政府社會科（局、課）進行複核。縣（市）政府審核後，再函覆申請人及核轉之鄉鎮市（區）公所；並核發醫療補助費。

簡而言之，低收入健康保險措施的執行，台北市及台灣省皆由鄉（鎮、市、區）公所辦理執行任務，縣（市）政府扮演審核及督察角色。而中低收入醫療補助措施的執行，台北市及由社會局辦理直接提供服務及審核的工作；而台灣省則不同，由鄉（鎮、市）公所提供直接服務，縣（市）政府社會科（局）僅是審核之角色。

本研究問卷調查以詢問承辦人員人數、核定時間及經常接觸之單位（表4-1）

(1)低收入健康保險方面

在承辦人員方面——

①台北市：由一位社工員承辦，另須兼辦其他有關社會救助業務。

②台灣省各縣市：除台北縣由二位社工員承辦外，其他各縣市皆是一位社工員負責低收入健康保險業務；另尚須兼辦社會救助相關業務，如：社會救濟會報、急難救助、災害救助……等，亦有縣市須兼辦其他福利事業，如：童兒、青少年、婦女及殘障福利。

在核定時間方面——

①台北市：最快為一天，最慢為七天。

②台灣省各縣市：最快為一天，最慢為三十天。

在經常接觸的單位方面——不外是鄉（鎮、市、區）公所、醫院、勞保局、村里辦公室或省社會處。

(2)中低收入醫療補助措施

在承辦人員方面——

①台北市：承辦人員有三位，尚須辦理社會救助之相關業務。

②台灣省各縣市：除台北縣、台中縣、高雄縣有三位承辦人員，及桃園縣、台中市有二位承辦人員之外，其餘各縣市皆由一位社工人員負責辦理中低收入醫療補助之業務。大部份的承辦人員皆同時負責其他福利（兒童、青少年、老人、殘障等）業務，甚或有亦須負責社會救助業務者。

在核定時間方面——

①台北市：最快為一天，最慢為七天。

②台灣省各縣市：最快為一天，最慢為三十天。

在經常接觸的單位方面——包括有各鄉（鎮、市、區）公所、醫療診所、稅捐單位、勞工保險局、省社會處、戶政事務所等。

承辦員執行上的困難，及申請者最常有的抱怨（開放問題之整理）

(1)低收入戶健康保險

A.執行上的困難——

各縣市政府之社工人員在執行過程中，較常遇到的問題有下列數端。

i經費上的負擔：預算不足以支應醫療費，實施健康保險後醫療支出增加龐大，造成各縣市政府的負擔。

ii辦法制定上的不足：僅限於西醫醫院，低收入戶如欲至中醫醫院就診，則需自費。

iii醫院的配合上：需長期治療的病患，醫院不願收治，造成很大的困擾。

iv低收入戶的配合上：為避免重覆投保，查證工作費時；有時低收入戶原先已有其他保險，不願事先告知，而致重覆加保；依規定無法核列低收入戶或款別更動時，會有情緒激動，惡言相同之舉。

v作業上的困難：勞保局門診及住院申請表不敷使用；投保人數變動

，就醫人數、醫療費用難獲詳細資料。

表 4—1 低收入健康保險與中低收入醫療補助核定之天數

縣市別	低收入健康保險措施			縣市別	中低收入醫療補助措施		
	最 快	最 慢	平 均		最 快	最 慢	平 均
台北縣	7	14	10	台北縣	10	15	13
宜蘭縣	3	6	4	宜蘭縣	10	15	12
桃園縣	7	15	10	桃園縣	15	25	20
新竹縣	7	15	10	新竹縣	3	15	9
苗栗縣	.	.	.	苗栗縣	.	.	.
台中縣	1	3	2	台中縣	7	10	8.5
彰化縣	7	10	9	彰化縣	.	.	.
南投縣	3	10	7	南投縣	.	.	.
雲林縣	3	30	10	雲林縣	15	30	20
嘉義縣	1	1	1	嘉義縣	7	14	10
台南縣	.	.	.	台南縣	.	.	.
高雄縣	2	10	6	高雄縣	2	10	6
屏東縣	5	10	7	屏東縣	5	10	7
台東縣	1	1	1	台東縣	5	7	6
花蓮縣	3	10	5	花蓮縣	7	10	7
澎湖縣	5	7	6	澎湖縣	5	7	6
基隆市	1	7	4	基隆市	7	14	12
新竹市	7	50	35	新竹市	7	10	8
台中市	8	10	9	台中市	7	10	8
嘉義市	3	6	4	嘉義市	3	6	4
台南市	2	7	3	台南市	2	7	3
高雄市	1	4	2.5	高雄市	1	4	2.5
台北市	1	7	4	台北市	1	7	4

。

B.申請者的抱怨一包括：

i.辦法制定上：部分項目不列入給付範圍，低收入戶須自付；私立醫

院須繳掛號費。

ii行政上：申請過程費時，未核定前所發生之醫療未能補助。

iii醫療院所上：南部縣市，有醫療院所不足現象，致低收入戶就醫的不方便性，須支出額外的交通費用。

(2)中低收入醫療補助措施

A.執行上的困難—計有：

i經費上：中央及省之經費未預先撥款，影響作業；亦有經費短缺現象，尤其是澎湖縣。

ii審核上：所得實際情形，很難正確計算；申請者是否已接受其他社會補助，調查不易。

iii中低收入戶的配合：常有證件不齊現象，尤其是醫療費用收據，醫療院所常無法立即提供，承辦人員及申請者間無法溝通。

B.申請者的抱怨—

申請者最常有的抱怨有下列數項：

i申請手續繁瑣：應備證件（如：所得及不動產證明）取得不易，等候補助時間太久。

ii補助額度：補助額度上限為 30 萬元，對於醫費用上百萬元以上之中低收入家庭，負擔仍重。

iii補助範圍：限於財源因素，無法開放所有醫療院所的補助。

6.財政規劃

(1)低收入健康保險

①補助額度：按被保險人全年度實際支付醫療費用總額負擔。

②財政分擔：由政府編列預算全額補助，在省轄區域，中央負擔 15%，省負擔 20%，縣（市）負擔 65%；在直轄市區域，中央不補助，直轄市全額負擔。

③經費預算：由各縣市政府編列預算實支實付。每年度分二次在上、下半年，預撥給勞保局做醫療給付。

④經費的撥付：由勞保局依預估醫療費用數額，分別通知中央、省（市）、縣（市）政府撥付，每半年度撥付一次（七月及元月），並於年度結

束後辦理結算。

表4—2 79年度收入健保人數與給付

縣市別	投保人數	實付保險給付	
		件數	金額
台北縣	12,042	998	1,778,334
宜蘭	5,245	188	286,227
桃園	6,326	350	405,498
新竹	1,416	173	653,701
苗栗	2,347	493	559,163
台中	3,208	453	1,458,159
彰化	4,964	565	1,507,840
南投	5,256	243	702,840
雲林	5,828	844	1,359,059
嘉義	2,317	260	250,245
台南	2,989	222	526,213
高雄	5,188	113	449,654
屏東	7,365	308	1,887,767
台東	4,681	73	481,727
花蓮	3,280	13	145,388
澎湖	1,579	1	20,400
基隆	1,990	210	377,410
新竹	870	30	380,759
台中	1,606	99	681,702
嘉義	1,432	85	134,640
台南	1,881	24	173,355
高雄	13,314	586	1,212,639
台北	7,535	2,266	3,643,731
總計	102,591	8,597	19,076,461

資料來源：勞保局統計資料(1991)

(2)中低收入醫療補助

①補助額度：醫療費用之 70%，每人每年以 30 萬元為限。

②財政分擔：在省轄區域，中央、省、縣（市）政府共同分擔，分擔額度

視縣（市）政府經費及醫療補助費用的多寡而定。而在直轄市方面，台北市自行負擔，高雄市則有部分的中央補助。

③經費撥付：醫療補助費之核付縣市政府於七月底及十二月底前製據報中央及省撥款。省府補助款應納入預算執行，於年度結束後十五日內辦理結算，並彙送省社會處及內政部報結。

表4—3 79年度中低收入醫療補助人數與金額

縣市別	兒童青少年		老 人		殘 障		一 般 市 民		總 計	
	人數	金額	人數	金額	人數	金額	人數	金額	人數	金額
台北縣	240	22,155,701	56	5,044,356	268	2,317,924	216	12,481,919	780	41,899,900
宜蘭	18	2,304,710	2	165,274	816	24,306,513	210	13,568,125	1046	18,468,762
桃園	35	3,910,915	4	370,038	61	326,225	31	2,452,852	100	4,607,178
新竹	22	1,322,687	5	132,311	29	188,012	1	68,703	57	1,721,713
苗栗	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台中	28	3,524,364	4	305,098	74	726,609	16	401,105	122	4,957,176
彰化	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南投	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
雲林	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
嘉義	14	9,061,772	1	74,647	0	0	0	0	15	9,811,419
台南	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
高雄	37	4,272,490	4	184,040	4	331,274	77	3,631,265	122	8,419,432
屏東	18	1,405,483	1	15,243	210	259,372	9	457,290	238	2,137,388
台東	8	928,978	2	239,293	0	0	0	0	10	1,168,271
花蓮	6	840,383	8	410,284	0	0	78	1,811,100	92	3,061,767
澎湖	6	518,862	0	0	0	0	0	0	6	518,862
基隆市	12	1,093,629	8	325,044	103	240,149	333	3,379,647	456	5,038,469
新竹	8	566,776	2	41,359	55	170,318	0	65	778,463	
台中	5	825,543	0	0	0	76,529	1558	7,765,573	0	0
嘉義	5	222,088	1	88,542	4	139,762	0	10	450,392	
台南	11	780,129	6	205,473	7	261,188	3488	13,323,475	3512	14,570,265
高雄市	186	20,809,759	121	11,175,778	37	3,276,439	353	14,230,203	697	
台北市	69	6,378,005	57	2,365,500	25	1,340,426	1058	15,787,973	1209	25,871,904

*此表係根據本研究人員向各縣市承辦人員調查整理而成，81年3月—6月間調查

7.和其他社會政策間的交互影響

醫療補助或低收入戶健保的受益者基本上和社會救助的接受資格是完全一樣的

，這也是立法原意。然而，有些具有勞保或其他社會保險的低收入民衆，有重覆加保的情形，造成資源或服務的重覆與浪費。

(二)在美國方面：

1.政策或方案的歷史發展

1933年羅斯福新政，1935年修訂社會安全法案；推動「反貧窮計劃」，期望能消滅貧窮；1965年始，為因應貧窮人民醫療方面的需求，而增訂「醫療補助」(Medicaid)；之後社會安全法案不斷修訂，各州情形亦不同。

2.政策的目標

(1)顯性目標：提供醫療服務予低收入之老人、眼瞎者、殘障者、家有依賴兒童補助方案之接受成員，以及某些孕婦和兒童，使他們有機會接受良好品質的健康照護，不會因經濟上的阻礙而使其就醫的權利受損。

(2)隱性目標：鼓勵低收入人民多利用美國醫療主流的服務，使他們有機會融入美國的主流文化中。

3.給付及服務方式

給付的方式有：現金給付及服務的提供。

(1)聯邦政府規定各州必須提供下列服務給「類別需求者」：

①住院服務與門診服務（包括：預防、診斷、治療及復健服務）。

②醫療檢驗及X光服務。

③居家照護。

④家庭計劃服務及用品。

⑤醫師診療費及接生護士之服務。

⑥對未滿21歲者之早期定期篩選，診斷及治療Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment;(EPSDT)服務。

⑦對滿21歲者的技術性養護設施(Skilled nursing facility)服務。

對於上述服務，各州可以自己設定服務類別的數量與限制，例如：住院期限、醫療診療次數等。

(2)另外，聯邦政府亦規定各州若有制定規條提供服務予「醫療需求者」須確實達成。

4.受益資格 (Harris 1989; U.S. House,1989)

受益對象分為兩大類，即：

(1)類別需求者 (Categorically needy)

- ①醫療補助措施和「家有依賴兒童補助方案」(AFDC)、「補充性安全收入方案」(SSI)是聯結在一起的，因此其補助對象包括：低收入之失依兒童及其家庭、65 歲以上老人、盲者、殘障者等。(貧窮線的設定各洲不同)。
- ②醫療補助的資格限定，在近年來有逐漸放鬆、擴大的趨勢，如：聯邦政府規定各州政府必須逐步將合乎州定收入標準以下之孕婦、7 歲以下孩童（即使他們並非 AFDC、SSI 方案的受益成員）納入醫療補助體系中。
- ③另外，對於即將脫離貧窮的受益成員，亦有新的規定(1990 年 4 月 1 日生效)：當家庭因收入增加而不再符合收入補助時，州政府仍應給予延長 12 個月的醫療補助，前六個月和之前的服務應是一樣的，後六個月中，州政府可以提供下列服務：第一，在緊急情況下，提供醫療補助。第二，對於收入高於貧窮線者，令其每個月繳交保險費，但不得超過總收入之 3%。第三，提供醫療補助方案中的基本項目服務。第四，用醫療補助基金協助其支付與就業有關之健康保險的保險費、自付額和部分分擔的費用。

(2)醫療需求者 (medically needy) 對於不屬於低收入之老人、盲者、殘障者、失依兒童或孕婦。或家庭收入比貧窮線高些，負有龐大的醫療費用者，州政府可以決定予以補助，並自訂規定。

表 4—4 1987 年美國醫療補助群體別人數與支出

	金額(百萬)	%	人數(千人)	%
65 歲以上老人	16,113.1	35.8	3,260.0	14.1
盲人	309.3	.7	85.2	.4
殘障	16,450.4	36.5	3,299.6	14.2
21 歲以下依賴兒童	5,535.5	12.3	10,225.2	44.1
AFDC成人	5,602.6	12.4	5,623.3	24.4
其它醫療補助	1,070.1	2.4	1,412.2	6.1
total	45,101.0	100.0	23,183.3	100.0

參考資料：U. S. House, 1989, p1146

5.行政服務輸送體系

醫療補助是一個以“州行政”(state-administered)為主的方案，由州政府全

權負擔執行之工作；在聯邦方面，是由「衛生暨人群服務部」(Depatrtment of Health and Human Services=DHHS)下的「健康照護財務管理處」(Health Care Financing Administriton=HCFA)負責監督管理。而在州政府方面，通常是由「福利局」(Welfare agency)、「衛生局」(health agency)、或「人力資源局」(human resources agency)負責執行的工作。最為人詬病執行的問題則為行政上的繁複手續、醫療院所不夠引發的效率、和斷續的照護問題等(謝美娥，1991)。

6.財政規劃

醫療補助方案係由聯邦和州政府共同分擔費用，州政府必須遵循聯邦政府的規定方可得到配合款。配合款的計算方式，每年有不同，基本上與各州人民之平均收入成反比，補助比例約佔總費用的 50% 至 83%。在許多州政府支出中，以本方案費用成長最快，醫療補助經費的成長比政府支付方案的能力高出約百分之四十(hcfa,1984; 謝美娥,1991)。

7.和其他社會政策間的交互影響：

(1)醫療補助 (Medicaid) 主要是美國公共救助體系中針對「家有依賴兒童補助方案」(AFDC) 和「補充性安全收入方案」(SSI) 的受助者，所提供的實物補助之一種，因此其受益人口直接與前述兩方案重覆。

(2)美國老人醫療保險方案 (Medicare) 也與醫療補助有重覆。大約有 10% 的老人醫療保險方案的參與者，也同時接受 Medicaid，對於這些老人，其保險費和共同負擔醫療費用部分 (Copayment)，完全由 Medicaid 支付(U.S. House,1989)。

(3)由於實物補助並未被計算入申請所得維持方案者的收入當中，致使一些略高於貧窮線的人在扣除稅金後，所得低於貧窮線卻無法享受實物補助，而所得略低於貧窮線的人，卻享有醫療補助、食物券等實物補助造成制度上的不公平，也造成許多窮人為了維持實物補助而想盡辦法留在福利制度的庇蔭下。

伍、結論與建議

一、結論

中美兩國的醫療補助方案，政策目標大致相同，均為照顧低收入者的健康。不

過，美國方面似乎更積極些，雖然也有財力調查 (meanstest) 的程度，但卻把使用醫療服務視為權利和必要性的服務；台灣方面則較消極，而且由於嚴苛的社會救助標準，使得符合的受助者遠低於美國的比例。中低收入醫療補助辦法雖可稍事彌補，但涵蓋範圍仍小。執行上，兩國皆有手續繁複、醫療資源分配不均、償付太慢引發的效率、和不連續的照護等問題。

經費上美國聯邦政府補助比例較高；台灣則多由地方政府主辦，負擔太重。兩國在政府角色方面皆傾向於反集體主義觀，相當放任，但台灣卻有更強的傳統慈善色彩，因此大型醫院和民間基金會亦自行辦理貧民施醫，充份發揮互助精神，也是一大特色。

較大的差異是美國近年來不斷放寬受助者資格，值得一提的，更以醫療補助基金協助新近脫離貧窮者支付與就業有關的健康保險費用（如保險費、自付額、部份分擔）。此點值得我國學習。許多低收入戶為擁有醫療補助而想盡辦法留在社會救助相關方案中，中美皆然，致使貧窮比率難以下降。

二、建議

本研究，根據比較結果，提出以下之建議：

- 1.一般民衆對低收入戶的醫療照護傾向於醫療福利的私有化和公正原則，即認為其應繳納保險費，而醫院及人民可以協助一部分而不要完全由國家補助。另外，又從民衆對真正的弱勢團體和暫時困頓者之中低收入的醫療補助的看法來看（謝美娥，1993），且以不大幅更動原政策之精神和維護公平正義之原則，本研究建議：“較低”收入者（包括中低收入者其收入為最低生活費用之 2.5 倍且無其他保險者），可以擴大加入低收入健保而成為「中低收入戶健康保險」。保險費一部分由自己繳納，一部分由政府分擔（若其無固定雇主或保險費佔收入比太高者），以納入全民健保中的地區團體保險。而對屬於現行第一級與第二級低收入戶者，則由政府採用全額醫療補助，由各級政府編列預算委由勞保局監督核退。換言之，現行低收入健保除了改由勞保局核退外，與過去沿用醫療補助辦法實為換湯不換藥的作法。更甚之，把所有收容救濟機構之院民擴大全部納入。實是救助而非保險。本研究認為真正的低收入戶（第一級、第二級）實在無法負擔醫藥費用，因此對於這個有限團體，得採醫療補助（因為毫無保險的危險共擔成份在內），而中低收入補助則擴大為保險體系，當可涵蓋目前各縣市中的各項中、低收入醫療補助對象，使整個系統更具公平性和公正性（註四）。

- 2.我國的社會救助標準較諸美國，更為嚴苛，本研究建議放寬我國社會救助之標準，以使更多的人得以滿足其醫療需求。
- 3.申請手續繁複以及償付（核退）太慢導致無效率的問題，宜從簡化手續和加速審核，以提高醫院服務中低收入人口的意願與品質。
- 4.兩國在醫療資源分配上皆有城鄉不均的現象，我國尤其應以激勵措施(*incentives*)鼓勵設置醫療院所於鄉村地區必要時，更應由政府籌辦衛生局或群醫中心服務偏遠地區之民衆，而偏遠地區之民衆，實際上有許多是瀕於低收入邊緣的人群。平衡城鄉的醫療資源，也是我國全民健保實施之前，急須完成之建設。
- 5.對於新近脫離低收入戶的家庭，政府應倣效美國，令其自行繳納健康保險費用，但以不超過其收入百分之三為限，至於超出之部份政府得從醫療補助預算中代繳其不足之差額，此舉一方面鼓勵低收入戶自立自足；另一方面，又可避免新近脫離貧窮的家庭或可以脫離貧窮的家庭，為了保有「醫療補助」的福利而甘願繼續當貧窮者。
- 6.在經費分攤方面，美國聯邦政府乃依各州人民平均收入水準做50～83%的補助，而我國直轄市以上的都市，中央完全不補助。省轄市則由各縣市負擔65%，相對於美國，我國地方政府在醫療福利項目上財政負擔太重，顯示我國在社會福利政策上（如本文的醫療補助），中央政府應該扮演更積極的角色。

註 四：所謂公平性與公正性，不會因為不同醫療補助而不同，如台北市殘障醫療補助，不受收入和不動產限制，更不受醫療項目之限制，造成許多收入不低的殘障者要求全額補助，而其他弱勢團體醫療補助多有某百分比或三十萬之限制。以上乃由台北市社會局第二科余股長提供資訊。

英文參考書目

1. Anderson, J. E. (1975 & 1979).
Public policy-making.(1st, 2nd ed.). N.Y.: Holt, Rinehart and Winston.
2. Bell, Winifred, (1987).
Contemporary Social Welfare.2nd edition, New York: Macmillan publishing Company.
3. Bruce S. Jansson, (1990).
Social welfare Policy: Form Theory to Practice.California: Wadsworth Publishing Co.
4. Chambers, D. E. (1986).
Social policy and social programs: A method for the practical public polityanalyst. N. Y. : Macmillan.
5. Chelimsky, E. (1978).
Differing perspectives of evaluation. In New directions for program directions, No. 2, c.c. Rentz and B. R. Rentz. San Francisco: Jossey-Bass.
6. Davidson, S. M. (1982).
"Medicaid," in Doman Lum (ed.) Social Work and Health care policy. Al lanhild: Osmun & Co. Publishers, INC.
7. DiNitto, Diana M. (1991)..
Social Welfare: Pobitics and public policy.Englenood Cliffs, N. J. : Prentice – Hall.
8. Elizabeth D. Huttman, (1981).
Introduction to Social Policy,N. Y. : McGraw-hill Book Company.
9. Gil, D. (1973).
Unravelling Social Policy: Theory, analysis, and political action towards social equality.Combridge, Mass:Schenkman.
10. Gilbert, N. & Specth, H. (1986).

- Dimensions of social welfare policy. Englewood Cliffs, N. J. : Prentice – Hall.
11. George, Vic & Wilding, Paul. (1984)
The Impact of Social Policy. London: Routledge & Kegan paul.
12. George, Vic & Wilding, Paul(1985)
Ideology and Social Welfare. London: RKP.
13. Harris, S. (1989)
A social worker's guide to the Family support Act of 1988: Summary, analysis, and opportunities for implementation. Silver Spring, MD: NASW.
14. Health Care Financing Administration. (1984)
Health care financing: Grants and contracts report. Department of Health and Human Service.
15. Hill, M. and Bramley, G. (1986)
Analysing Social Policy. Great Britian: Basil.
16. Huttman, E. D. (1981)
Introduction to social policy. New Youk: McGraw-Hill.
17. Jansson, B. S. (1984)
Theory and Pratice of Social Welfare Policy: Analysis, Processes, and Current Issues. Belmont, CA.: Wadsworth Publishing Company.
18. Jansson, B. S. (1990)
Social welfare policy: From theory to practice. Belmont, CA: Wadsworth.
19. Johnson, I. C. & Schwartz, C. L. (1991)
Social welfare: A Response to Human need (2nd Ed.). Boston, Mass: Allyn and Bacon.
20. Jones, C. O. (1984 & 1989)
An introduction to the study of public policy.(3rd, & 4th ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.
21. Leichter, J. M. (1979).
A comparative approach to policy analysis: health care policy in four

21. nations. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
22. Levitan, S. A. (1985).
Programs in Aid of the poor. 5th edition, Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press. Blackell Ltd..
23. Mayer, R. R. (1985).
Policy and program planning: A developmental perspectives. Englewood Cliffs, N. J. : Prentice-Hall.
24. Piven, F. F. & Cloward, R. A. (1971).
Regulating the poor: the Functions of Public Welfare. N. Y.: Random House.
25. Polsby, N. W. & Peabody, R. L. (ed) (1969)
New Perspectives of the House of Representatives. (2nd) Chicago: Rand McNally.
26. Prigmore, C. S. & Atherton, C. R. (1986).
Social welfare policy: Analysis and formulation. Lexington, Mass: D. C. Heath and Company.
27. Schiller, Bradley R. (1989).
The Economics of poverty & discrimination. 5th edition, Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall.
28. Spicker, P. (1988)
Principles of social welfare: An Introduction to thinking about the Welfare State, London & New York: Routledge.
29. Titmuss, R. (1967).
Welfare state and welfare society. Lectured at British National Conference on Social Welfare. In B. Abel-Smith and K. Titmuss(ed). The philosophy of welfare. London: Allen & Unwin.
30. Titmuss, R. (1974).
Social policy. London: George Allen & Unwin.
31. Tropman, J. E. (1984).
Policy management in the human services. New York: Columbia Uni-

versity Press.

32.U. S-House(1989).

Background material and Data on program within The Jursdiction of the Committee on Ways and Means. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

33.Zastrow, C. (1990)

Introduction to Social welfare: Social Problems, services, and current issues. (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.

中文參考書目：

1. 謝美娥 (1984) 對貧窮家庭之服務。社區發展季刊，25號，頁 78 – 82。
2. 謝美娥 (1991) 美國醫療補助費用約制與輸送方式的替代方案可行性探討－以健康維護組織為例。國立政治大學學報，63期，貢 93 – 312。
3. 詹火生 (1982) 社會行政概論 台北市：黎明
4. 廖榮利、鄭為元 (1982) 台灣的貧窮：社會學與社會工作面的探討。台北：社區發展研究中心。
5. 林水波、張世賢 (1984) 公共政策 台北市：五南。
6. 陳士伯、趙海華 (1990) 台北市社會福利整體規劃評估與建議，台北市政府研考會。
7. 謝美娥 (1993) 低收入戶醫療照護政策之研究。國科會。