

第五章 美國目前針對失能給付之相關討論

美國社會安全制度下的失能給付在決定給付之發放與否的基準有著相當多的限制，諸如失能之定義、失能之判定等，此亦為 1935 年不敢貿然將失能保險給付制度納入社會安全制度之因。而在定義與判定方面，又衍伸出定義之妥當性以及醫療證明可信度的問題。

此外，若申請人不滿意當地社會安全機構所給予的決定，在收到決定後仍有上訴的權利，並可依照該申訴程序扭轉初步的決定。但問題亦可能出在於，失能判定服務機構與行政法判決所援用的原則是否相同。若所採取的原則不同，將使失能判定服務機構認為不符資格的申請人被後來的行政法判決制度救回。

再者，失能保險給付主要是給予符合條件的失能者現金給付。但現金給付的主要用意，則是希望獲得給付者及其配偶或依附者在該期間能夠避免因失能所引起的經濟不安全問題，並透過其他相關制度幫助其盡早回到工作崗位。因此，職業重建制度為其關鍵。職業重建制度的設計問題，關係著 1984 年簡化請領程序後雖請領人數急速上升，但透過該制度回到工作崗位的比例則相當低。而原來欲以職業重建制度來減少失能保險給付名單中人數的目標，也因為制度設計不當使目的無法達成，更讓失能保險給付的負擔更重。

綜上所述，美國近年在該制度上的相關問題大致上有：第一，失能判定原則；第二，等待期間；第三，失能定義；第四，最近工作要求（Recency-of-Work Requirement）；第五，醫療證明；第六，獲給付人數之變動。

壹、失能判定之原則

美國目前面臨的問題之一，乃在於失能判定機構與行政法判決機構所採行之判定原則不同。如此一來，在初步判決時被回絕的案件進行上訴時，由於在制度上行政法判決之決議有優於失能判定機構之關係，使其判定原則不同之特性更為凸顯。以致於因為上訴而做出與初步判定相反之判決的比例，一直以來皆相當高。正因如此，該兩部門所採用之判定準則似乎有必要做一檢討。

自從雷根時代開始緊縮失能保險給付之發放，以及加強執行持續失能審查程序，使許多獲領失能保險給付者之給付被終止。但在 1984 年的改革內容中，除了減緩持續失能審查的執行外，亦將審核的辦法放寬。此舉使得自 1984 年以來，不只申請給付的人數呈現上升的情況外，獲得給付者的比例亦提高。如表 5-1 所示，失能保險給付之申請人數自 1960 年開始到 1970 年代中期為止，呈現上升的趨勢。而從 1970 年代中期一直到 1984 年為止，申請人數呈現一個清楚的下降趨勢。在同一時期，獲得給付者之比例亦呈現下降的趨勢，特別是雷根時期強力執行持續失能審查的四年間。自 1984 年以後到 2001 年為止，由於在政策上做了一個解禁的動作，且對於失能之判定較為寬鬆，故申請人數成長將近 41%，而獲得給付之比例則維持在 50% 左右。

表 5-1：1960~2001 年申請失能保險給付與獲得給付者之人數與百分比¹

年份	申請人數 (千人)	獲得給付人數 (千人)	獲給付者百分比 (%)
1960	418.6	207.8	49.6
1965	529.3	253.5	47.9
1970	869.8	350.4	40.3
1975	1285.3	592.0	46.1
1980	1262.3	396.6	31.4
1981	1161.2	351.8	30.3
1982	1019.8	297.1	29.1
1983	1019.3	311.5	30.6
1984	1036.7	362.0	34.9
1985	1066.2	377.4	35.4
1990	1067.7	468.0	43.8
1995	1338.1	645.8	48.3
1996	1279.2	624.3	48.8
1997	1180.2	587.4	49.8
1998	1169.3	608.1	52.0
1999	1200.1	620.5	51.7
2000	1330.6	621.7	46.7
2001	1499.1	691.3	46.7

然而Rejda發現，長期來看，除了拒絕給付的比例較高外，被初步決定拒絕者有相當高的比例要求進行行政法判決（Administrative Law Judge）的程序²。我們從表 5-2 的數據可以得知，在初步判定與再判定過程皆被拒絕者，轉而求助行政法判決者之比例，每年都會過半。而且，透過行政法判決程序而被救回者，平均約 60%左右。

¹ 節錄自：SSA, 2002a, *Social Security Bulletin—Annual Statistical Supplement—2002*, Washington D.C., U.S.: Social Security Administration, p. 263, Table 6.C7—Number of applications, awards, ratio of awards to applications, and awards per 1,000 insured workers, selected years, 1960—2001

² George E. Rejda, 1998, p. 221

表 5-2：1980~1999 年之間行政法判決程序之決議比率³

年份	初步決議被拒絕者總數	經行政法判決程序而被 救回之人數	被救回者之比例 (%)
1980	95,529	56,733	59.4
1985	168,085	92,118	54.8
1990	192,268	127,707	66.4
1991	209,419	144,945	69.2
1992	234,733	166,661	71.0
1993	239,277	171,508	71.7
1994	262,059	189,373	72.3
1995	330,207	220,558	66.8
1996	360,315	237,131	65.8
1997	341,934	199,040	58.2
1998	334,168	190,182	56.9
1999	303,719	181,938	59.9

美國國會於 1997 年曾對此問題進行討論。委員們認為，問題的關鍵應在於，在行政法判決程序中的執法人員所依據的標準為申請人使用能力之標準與程序（applicant's functional ability using standards and procedures），與失能判定服務機構在進行判定時所賴以為憑據的醫療證據之標準不同。換言之，行政法判決的執行者較偏重於該申請人的症狀，比方疼痛與損傷的程度。而失能判定服務機構在進行初步判決與再審查的過程中，所依靠的則是醫療報告，亦即在實驗室中所做的測試結果⁴。

就目前判斷準則相衝突的情況之下，應當選取其一來作為判斷的一貫準則。正如 Baldwin 與 Johnson 在其報告中所提到的，判定能否工作的準則，應該著重於該失能項目對該失能勞工所造成的功能障礙是否無法執行適合於該申請人的工

³ 節錄自：Committee on Ways and Means U.S. House of Representatives, 2000, *2000 Green Book—Background Material and Data on Programs within The Jurisdiction of The Committee on Ways and Means*, 106th Congress 2d Session, Oct. 6 2000, Washington D.C., U.S.: U.S. Government Printing Office, p. 83

⁴ U.S., 1997, *Reports and Testimony: August 1997*, GAO/OPA-97-11, August 1997, Washington D.C., U.S.: U.S. General Accounting Office, p. 1 & p. 12

作。但若該功能障礙對其工作不造成影響時，則不視為失能⁵。

依照美國的現行制度，該制度最終之目的乃在於將獲給付者送回工作崗位，使其能夠繼續從事生產性工作並繳納稅金。是故重點在於當事人能否工作，而非該症狀是否過於嚴重。在這樣的前提之下，確實應該依照每個人不同的狀況，來評斷該症狀是否真正對其工作能力造成阻礙。若該症狀所造成的功能障礙為其工作所必須，才視之為失能，並給予其失能給付。

貳、等待期間

依據Lubitz與Pine的研究顯示，獲得失能保險給付者在前兩年的死亡率較高，一些情況較為嚴重者會在前兩年病情加重而死去⁶。這意謂著，有相當比例的給付請領者花將近一年多的時間等待判決，而判定獲得給付後仍須滿足等待期之要求。那些真正需要給付的人有相當部分可能在這一年多的時間內死亡，而錯過使其有效獲得醫療的期間⁷。

承前所述，依照美國目前的情況，若請領人認為其功能障礙確實造成工作的不便，但卻被失能判定服務機構認定為不符合獲得失能保險給付的標準時，必須申請失能判定服務機構的再審查程序。但由於該審查程序僅由失能判定服務機構中不同的審查團隊依據其醫療報告做再次的判斷，故其結果有可能是再次被拒絕。當申請人再次被拒絕時，可再次於 60 天內再申請進行行政法判決程序。在行政法判決程序後，才較著重於該功能障礙是否對當事人造成執行勤務上之不行，而判斷能否獲得給付。

如此一來，前後須耗費 5 個月的時間。若行政法判決最後判定當事人應該獲得失能保險給付時，則又必須經過 5 個月的等待期後才能開始領取給付，前後耗

⁵ Marjorie L. Baldwin & William G. Johnson, 2001, *Dispelling the Myths about Work Disability*, Washington D. C., U.S.: National Academy of Social Insurance, pp. 3-4

⁶ 詳細之內容請參照James Lubitz & Penelope Pine, 1986, 'Health Care Use by Medicare's Disabled Enrollees', *Health Care Financing Review*, Vol. 7, Iss. 4, Summer 1986, Washington D.C., U.S.: Health Care Financing Administration of Department of Health, Education and Welfare, pp. 19-32

⁷ 據此，在開始獲得給付到獲得Medicare醫療照護之間，仍須有兩年的等待期。即使在一開始申請就獲得失能保險給付，仍有可能在這兩年的等待期之間死亡。

時將近一年。若行政法判決仍拒絕其給付，則當事人則需進行民事訴訟。

根據表 5-1 與表 5-2 的比例計算，每年有將近三分之一到二分之一的獲給付者是經過行政法判決救回。也就是說，有三分之一到二分之一的獲給付者必須要花將近一年的時間證明自己有獲得給付的資格，而且長期以來這一段時間因為該失能項目而致死的比率相當高。

因此，社會安全諮詢會議於 1979 年以來曾多次提議縮短失能保險給付之等待期。其主要理由除了在失能前期死亡率較高以外，尚有其他三點。第一，由於勞工因失能而無法繼續工作，使家庭生計馬上陷入困難。第二，勞工除了沒有收入外，尚須以其積蓄來負擔醫療費用，該費用在此期間為最大的開銷項目。第三，等待期間縮短，可以使職業重建的動作加快，期間亦較短⁸。

第一與第二點原因，主要是著眼於經濟不安全的問題，而第三點則是從整體社會再生產的角度切入。就第一與第二點而言，若因職業災害導致失能，尚能領取工人補償金，或是雇主向私人保險公司投保的相關保險給付，以度過難關。若該失能項目亦符合社會安全法案之給付要件，則經過五個月的等待期後能繼續領取該給付。

因此，在申請失能給付或進行申訴的期間，以及正處於等待期間時，重點則在於有無其他所得以及其他醫療服務的來源。由於目前私部門投保私人保險公司之費用上升，使得雇主多減少保額或取消保險。此外，勞工亦因為若干原因，而失去公共保險的保護。由於 80 年代末與 90 年代初期有這樣的趨勢產生，使得 1988 年到 1992 年之間沒有公共或私人保險的勞工數上升至 500 萬人左右，而這些勞工則轉而爭取失能給付⁹。

⁸ 詳細的討論內容請參照：Committee on Ways and Means U.S. House of Representatives, 1980, *Report of the 1979 Advisory Council on Social Security*, Washington D.C., U.S.: Government Printing Office, Chapter 6。此外，根據 Krause 與 Anson 在 1996 年所做的研究顯示，非貧戶之失能勞工或身負毀滅性損傷之勞工，事實上與貧窮者無多大差別。因為額外的醫療帳單、失去所得與相關之給付，以及無法從事工作等，而面臨了前所未有的經濟不安全與財務負擔 (J. Stuart Krause & Carol A. Anson, 1996, 'Self-perceived reasons for unemployment cited by persons with spinal cord injury: Relationship to Gender, Race, Age, and Level of Injury', *Rehabilitation Counseling Bulletin*, Vol. 39, Iss. 3, March 1996, Washington D.C., U.S.: American Rehabilitation Counseling Administration, pp. 217~227)。

⁹ Virginia P. Reno, 1994, 'Rethinking Disability Policy: The Role of Income, Health Care,

至於第三點，則是希望獲得給付者能夠盡快回到職場工作，並以繳稅的方式來回饋職業重建制度。但有研究顯示，長期以來，當失能者發生失能事實而需停止工作並進行治療，每過一個月，該當事人回到職場上的可能性逐月下降¹⁰。若依照目前等待期間的限制，必須滿六個足月後才開始發放給付，則過了這半年後，將只有 50% 的失能者能夠回到符合主要有給工作水準的工作上¹¹。

查等待期間的主要用意，乃在於分辨何者才是真正需要該給付，進而降低成本減少依賴。但在此前提下，反使真正需要的人落於經濟不安全的險境。此外真正需要這筆給付，且渴望回去職場工作者，亦可能因為申請期間、申訴期間與等待期間的關係，使其重回職場的可能性降低¹²。

截至目前為止，國會仍未通過社會安全諮詢會議自 1979 年以來所提出的縮短等待期間至三個月的建議。國會所持的理由有三點：第一，將等待期間縮短至三個月，所需花費的成本尚難以估算。第二，仍有相當多的人可以從雇主所投保的保險公司獲得短期的失能給付。第三，難以估計其失能期間有多長¹³。

國會認為，將等待期間縮短兩個月，意謂著必須對每個新獲得給付者加發兩

Rehabilitation, and Related Services in Fostering Independence', *Social Security Bulletin*, Vol. 57, No. 2, Summer 1994, Washington D.C., U.S.: Social Security Administration, p. 62。除此之外，美國沒有一個普遍性的健康保險制度亦為助長此一趨勢的主因。因為爭取到失能保險給付後，領取滿兩年便可以獲得Medicare的照顧。

¹⁰ Irmo Marini & Charles R. Reid, 2001, 'A Survey of Rehabilitation Professionals as Alternative Provider Contractors with Social Security: Problems and Solutions', *Journal of Rehabilitation*, Vol. 67, No. 2, April/May/June 2001, Alexandria, VA, U.S.: National Rehabilitation Counseling Association, p. 37

¹¹ 根據Terry L. Blackwell、Stephen J. Leierer、Stephanie Haupt與Angeliki Kampitsis進一步的研究發現，六個月之期間為能否重回工作之關鍵。據其統計結果指出，在六個月內便接受重建者，其重回工作的人數比沒有回去工作的人多出一倍。而在六個月以後接受重建者，則較多人無法重回工作（Terry L. Blackwell, Stephen J. Leierer, Stephanie Haupt & Angeliki Kampitsis, 2003, 'Predictors of Vocational Rehabilitation Return-to-Work Outcomes in Workers' Compensation', *Rehabilitation Counseling Bulletin*, Vol. 46, Iss. 2, Winter 2003, Washington D.C., U.S.: American Rehabilitation Counseling Association, p. 111）。有關McGill的研究請參閱：M. C. McGill, 1968, 'Industrial back problems: A control program', *Journal of Occupational Medicine*, Vol. 10, Iss. 4, pp. 174~178。根據其他相關研究顯示，若失能勞工持續一年以上未重回工作，僅剩 25% 的人能夠重回SGA工作。而超過兩年以上時，則不到 10% 能夠重回SGA工作（Gopal C. Pati, 1985, 'Economics of Rehabilitation in the Workplace', *Journal of Rehabilitation*, Vol. 51, Iss. 4, pp. 22~30）。

¹² 依據 1997 年McShulskis對波特蘭的調查發現，儘管領有失能保險給付，仍有 93% 的人想要重回職場，比例極高（Elaine McShulskis, 1997, 'Disability Won't Stop Workers', *HRMagazine*, December, 1997, Vol. 42, Iss. 12, Alexandria, VA, U.S.: Society for Human Resource Management, p. 24）。

¹³ George E. Rejda, 1998, p. 223

個月的給付。此外，對於目前獲領失能保險給付者的失能期間多難以估計。再者，雖然有資料顯示，自雇主投保所獲得的短期失能給付之人數下降，但國會認為可獲得該給付的人仍有 66% 左右。因此，國會認為等待期間並沒有縮短的必要。

總而言之，對於每個獲得失能給付者的福利需求都應同等視之。在此前提之下，除了等待期間應該盡量縮短外，失能定義與判定的機制則需相對嚴謹。

參、失能之定義

根據社會安全法§223 中之定義可知，目前的失能定義乃在於，若因為所規定的身體或心理疾病預期將持續 12 個月以上或導致死亡，且因之而無法從事主要有給工作水準之工作。此外，尚可由教育程度、年齡與之前的工作經驗佐以判斷。但此定義自 1967 年修正以來，就未曾改變過。而有修正的部分，則僅就目前醫療技術進步而變更紅皮書中所記載的檢驗方式，或是每年依照生活水準調整機制調整主要有給活動或嘗試工作期間之所得水準等。因此，目前對此部分之討論，多認為這個定義無法適應目前的社會環境，理由有三點。

(一) 主要有給活動的規定帶來衝突訊息

Rejda認為，主要有給工作的規定帶給獲給付者衝突的訊息¹⁴。獲給付者在經過漫長的申訴程序後尚須經過五個月的等待期，在滿足等待期間的條件後才能開始發放給付。但在獲得給付的期間內，必須接受職業重建的安排。此外，當局又告訴獲給付者，若所得水準高於主要有給活動時，將終止其給付。

儘管在 1999 年的工作誘因法案嘗試以延長Medicare涵蓋期間來解決獲給付者害怕失去Medicare的問題，對於所得水準低於主要有給活動時將兩頭落空的問題，而給予獲給付者一些優惠，例如一旦所得水準低於主要有給活動，則可馬上回復給付。但以此兩政策來彌補訊息上的衝突，並未解決根本

¹⁴ George E. Rejda, 1998, p. 222

的問題。Warner在其2001年的研究報告指出，提高主要有給活動的上限將提高獲給付者的受雇穩定性，其他相關的工作反誘因效果亦將隨之下降¹⁵。

此研究之結果清楚顯示出，即便已在1999年實施工作誘因法案，仍未能真正解決這個訊息衝突的問題。因此，Warner認為應將目前的主要有給活動之所得水準額度調高，而非採取其他的相關配套措施來提高工作誘因。若能提高主要有給活動之所得水準，將使獲給付者在獲得給付之期間能真正以其所能回到工作崗位上，並賺取較高的所得。且由於提高主要有給活動之所得水準，在該期間同樣能夠獲得足夠的醫療給付。如此一來，不只能夠提昇受雇的穩定性與減少工作的反誘因，亦能夠減少貧窮人數、提昇產出。

（二）對高齡勞工不利

目前的主要定義仍圍繞著心理與身體的嚴重損傷和主要有給活動的關係。儘管將教育程度、年齡與工作經驗也列入考慮，但給予每個人的感受並不相同。基本上，就高齡勞工而言，本身受雇的機會已較低，再加上失能的事實，使其處境更形不利。如此一來，儘管失能判定服務機構認為其損傷並不如藍皮書中的列表來得嚴重，但想要在勞動市場中覓得一職，事實上是相當困難的¹⁶。

此外，就當事人的損傷對各個年齡層的勞動者所造成之痛苦或是影響亦不盡相同，這一點即是失能保險先天上的缺陷，而這一點才是這一些失能勞

¹⁵ Richard Warner, 2001, 'Worker disincentives in U.S. disability pension programs', *Journal of Mental Health*, Vol. 10, Iss. 4, Abingdon, U.K.: Carfax Publish Co., p. 407

¹⁶ 根據Burkhauser & Daly經過連續五年的觀察發現，51~61歲之勞工只要一離開工作，只有不到三分之一的人能夠順利回去工作(詳見:Richard V. Burkhauser & Mary C. Daly, 1996, 'Employment and Economic Well-Being Following the Onset of a Disability', in *Disability, Work and Cash Benefits*, edited by Jerry L. Mashaw, Virginia Reno, Richard V. Burkhauser and Monroe Berkowitz, Kalamazoo, Mich., U.S.: W. E. Upjohn Institute for Employment Research, pp. 59~101)。此外，Mashaw認為這是各州相關機構執行「科層理性」(bureaucratic rationality)之後的結果。若當事人的失能嚴重程度不如表列所示，則將依據年齡、教育程度以及工作經驗三者來判斷。這意謂著，其定義允許針對人力資本與功能，來進行工作潛能之判定。這對於年長者相對有利，因為在一開始便承認工作能力與受雇機會將隨著年紀而下降，特別是身負損傷的高齡勞工(Jerry L. Mashaw, 1983, *Bureaucratic Justice: Managing Social Security Disability Claims*, New Haven, Conn., U.S.: Yale University Press, pp. 25~26)。

工能否從事工作的關鍵所在¹⁷。但目前判斷失能保險給付發放與否的準則，則是以一般人（average-person）的標準為之。換言之，就高齡者而言，雖然某些人認為該損傷之疼痛或對工作能力之阻礙不大，可以繼續工作；但對於其他的高齡勞工而言不必然如此。因此，若遇到非典型的個案時，誤判的機率將升高，易導致誤發或誤拒之結果¹⁸。

由於無法區分該損傷給予個人的感受以及阻礙情形，是故仍以醫療報告來判斷。當認為該高齡勞工所患有的損傷仍能夠從事主要有給活動之所得水準的工作，而實際上在勞動市場獲得雇用的機會實低時，該部分勞工多無法獲得給付。

（三）全國經濟（national economy）之定義難以使用

根據社會安全法§223（d）（2）（A）中所提到的，除了依照主要的定義來判斷外，尚以全國經濟中存在多數的職務來考慮該請領者能否從事。此外，若發現該請領者能夠身任此類職務時，則不管該工作之地點是不是該請領者通勤可及的地點，亦不管該職務是不是等著該請領者，甚或不管該請領者是否能夠被錄取。

就此一定義而言，對不符合列表中失能項目的請領者來說是相當不利的。基本上，失能者的行動能力比較一般人而言是較弱的。經由失能判定服務機構判斷小組中的職務評估人員檢視當事人過去的工作經驗後，認定在全國經濟下多數的工作皆為其所能身任後，則結束對當事人的責任。因此，不管當事人能否在其通勤可及的範圍找到其所謂的全國經濟下佔多數的工作職務，易使當事人因為該工作為其通勤範圍之外而放棄。除了無法獲得給付外，尚得支付醫療費用。

¹⁷ Derthick指出，在討論是否將失能保險給付納入社會安全體系時，便已提出相關的質疑。雖然知道在這樣的情況之下，將增加判斷上的困難，但仍然於1956年將失能部分納入社會安全體系之中（Martha Derthick, 1979, *Policymaking for Social Security*, Washington D.C., U.S.: The Brookings Institution, p. 279；Charles W. Meyer & Nancy Wolff, 1993, pp. 81~82）。

¹⁸ Carolyn L. Weaver, 1986, 'Social Security Disability Policy in the 1980s and Beyond', in *Disability and the Labor Market: Economic Problems, Policies, and Programs*, edited by Monroe Berkowitz & Anne Hill, Ithaca, N.Y., U.S.: International Labour Review Press, pp. 50~51。此外，Weaver認為，要解決這兩種誤差的辦法有二。第一，提昇診斷技術；第二，改進診斷程序。

因此，若欲以全國經濟下佔多數的職務來判定是否應該給予給付時，應當加以考慮是否距離其居住處所一定的範圍內。畢竟若超過當事人居住處所太遠的地方，因為其損傷可能獲得的薪水不高外，尚須負擔額外的通勤、租屋等費用，對於失能勞工的負擔相當大。

但若社會安全局亦需考慮當事人之情況，則所需負擔的成本相對提高。因為必須確定該職務是否在其居住範圍內，以及是否能夠獲得該工作。欲解決此問題，則可與就業服務機構加以配合，替失能判定服務機構認為能夠工作之失能給付請領者尋找受雇機會。

肆、最近工作要求（Recency-of-Work Requirement）

目前社會安全制度中有關於最近工作要求的規定，僅剩 20/40 的要求。亦即，在失能事實發生以前的 40 季內必須獲得 20 季以上的積分，方能獲得失能被保險資格，並可獲得失能給付。但由於較年輕的工作者並無法達到 20/40 的要求，才有特別被保險資格的規定，只要獲得自 21 歲以後一半以上的積分即可¹⁹。比方一位年輕勞工於 25 歲時發生失能事實，則只要在其 21 到 25 歲之間工作一半以上的時間，亦即獲得 10 個積分，即能獲得失能被保險資格。但 Rejda 認為，儘管有此特別的優惠規定，但下列幾類勞工仍將獲得不公平的對待²⁰：

1. 女性勞工：

特別是針對曾正常工作一段時間，後來因為生育與照顧子女而中斷工作數年。在其再度進入職場工作時，卻發生失能事實。在此情況之下，必然無法滿足最近工作要求，而無法獲得失能保險給付。

2. 間歇性勞工

¹⁹ SSA, 2001b, *Social Security Handbook*, Washington, D.C., U.S.: Social Security Administration, p. 43, §208.2

²⁰ George E. Rejda, 1998, pp. 223~224

間歇性勞工係指從事季節性工作者，亦即只有在有需要時才從事工作。若在其工作期間發生失能事實時，亦難以達到此規定，而無法獲得失能保險給付。

3. 因損傷而使工作能力逐漸減損之勞工

此類勞工可能於之前之損傷時，因為某些原因而無法獲領失能保險給付，故而繼續帶傷工作。但因其損傷情況持續惡化，致使無法繼續從事正常的工作，而必須自行終止工作。在此情況下，若本來即因為無法滿足最近工作要求而無法獲得失能給付，在因為傷勢加重而無法繼續工作時，勢必更無法滿足此需求。如此一來，儘管其損傷程度已經達到失能定義以及表列的要求，仍無法獲領給付。

4. 剛踏入社會的年輕勞工

由於最近工作要求針對31歲以下勞工之計算方式是以21歲到失能發生當時之期間為主，因此，對於21歲以後才進入職場者相形不利。比方大學生畢業進入職場時，一般年齡為22或23歲。若自23歲開始工作，而在25歲時發生失能事實時，並不一定能順利拿到10個積分。再者，若一進入職場便發生失能事實時，亦沒有相關的保障方式。因此，儘管有特別被保險資格之規定，但對於剛進入職場即發生非因職災所致之失能時，不但無法自雇主或勞工補償金獲得短期的失能給付外，社會安全制度亦無法給予有效的保護。

伍、醫療證明

目前社會安全局所採行的判斷方式，主要是依照品質確認制度（Quality Assurance Program；QA）來執行。該制度是依據請領者於申請當時所檢附之醫療證據來判斷，由各州立失能判定機構所聘僱的品質確認分析師（QA Analysts）進行判斷，進而做成判定。於各州立機構做成判定後，將該案件送到社會安全局，由總部針對這些案件進行三階段的審查。其審查方式基本上是延續各州立機構判

定的模式，並以三階段的程序各分別監督之前一個階段的判斷，以期達到降低誤判的機率²¹。

但Stone對醫療證據之品質提出質疑，認為失能判斷上的錯誤多來自於標準的過度寬鬆或嚴厲。她進一步解釋，診所的醫療證據不可靠之因可能來自於檢驗出錯，或對X光片與心電圖的解釋不同所致。在這樣的情況下，遂出現了主要的不一致性(substantial inconsistencies)。此主要的不一致性造成所獲得的資訊不充分或不精確，將使失能的判定出現問題。因此，Stone認為不應該盡信請領者所提供的醫療證據，而應該發展一套制度加以矯正²²。

此外，Bloch認為現行制度賦予醫師在失能判定上過多的責任與權力。在1987年3月20日的失能諮詢會議裡，其中一位顧問Vickers醫生提出失能判定與診療之性質以及過程大不相同之看法，尤其是在行政、立法與技術上皆有顯著之差異。失能判定在上述三方面之問題更加複雜，應該以其他經驗加以綜合斷定。單以醫師之專業知識判斷，容易出現盲點，並使判定有所偏頗、誤差²³。由於失能判定所做出之結果具有醫療與法律之特性，故除了上述的主要的不一致性外，以醫師單方面的專業知識來做成決議，似乎太過簡陋。再者，失能之判定所考量的亦不僅止於醫療方面，大多數國家之判定方式多是以醫療狀態與工作之不能綜合考量。

Mashaw、Bloch與Nagi皆對於判斷程序之改革有所建議，且一致認為應該在做成原始判定之前就設法解決這個問題。這意謂著，必須針對判定的過程加以改革。而改革的重點應在於，不該過度依賴醫療證據，而是在各州立機構中設立評估團隊，直接就各個案件進行審查並做成判定。Mashaw所提出者為評估團隊

²¹ Charles W. Meyer & Nancy Wolff, 1993, p. 97

²² 詳見Deborah Stone, 1984, *The Disabled State*, London, U.K.: MacMillian Publishers Ltd., pp. 127~133

²³ Statement of Albert F. Vickers, Chief State Agency Medical Consultant, Texas Disability Determination Service, to Disability Advisory Council (March 20, 1987); 轉引自: Frank S. Bloch, 1992, *Disability Determination: The Administrative Process and the Role of Medical Personnel*, Westport, U.S.: Greenwood Publishing Group, p. xvi~xvii。此外，Dilley甚至在其書中指出，無論所蒐集到的醫療證據盡其詳細、訪問再多旁人之證詞，甚至所採之判定準則及其嚴謹，仍然無法做出精確的判決(Dilley, 1987, 'Social Security Disability: Political Philosophy and History', in *Psychiatric Disability: Clinical, Legal, and Administrative Dimensions*, edited by A. Meyerson & T. Fine, pp. 373 & 407; 轉引自: Frank S. Bloch, 1992, p. xvii)。

(evaluation teams)，認為應該由各州立機構聘僱醫生。在進行判定時，由三個醫生組成評估團隊，以此團隊來取代醫療證據²⁴。而Bloch則認為，應該由醫師或心理醫師與失能檢查員兩人組成兩位成員之失能評估團隊(two-member disability evaluation teams)，共同負起失能判定之責任。並由資深醫師解決所採之判定原則與小組所做成的判決不一致之問題²⁵。

Mashaw與Bloch的想法，主要來自於Nagi的多原則評估團隊(multidisciplinary evaluation teams)。多原則評估團隊與評估團隊以及兩位成員之失能評估團隊主要的不同之處，乃在於該團隊不只由醫師組成。Nagi認為，團隊的成員除了醫師以外，尚應包括社工師、心理學家、職業治療師與職業諮詢師等，並由其做成綜合性的判斷來取代醫療證據。如此一來，才能在考慮其在身體、心理、精神、社會經濟以及職務條件等方面的專業知識後，做出較為中肯且準確的判斷²⁶。

因此，由Stone、Mashaw、Bloch以及Nagi的看法得知，在做成原始決定之前就應嘗試解決主要的不一致性。以目前的作法，主要的不一致性仍然是存在的，其解決方式則是以後續的重複審查來減少犯錯的機會，多少有些捨本逐末的意味。依照美國失能保險給付的精神觀之，主要的目的應是在促進失能勞工重回勞動市場。所以，只有失去工作能力之人才應給予給付。正因如此，更應該以多種專家所組成的評估團隊來判斷何者才是亟需該給付的人，讓給付之使用效率達到最大。

陸、獲領給付人數之變動

由於1984年的修正案決定暫緩持續失能審查之實行，並放寬失能認定之標

²⁴ Jerry L. Mashaw, 1983, pp. 204~205

²⁵ Frank S. Bloch, 1992, pp. 186~188

²⁶ 據此，Nagi提出失能判定之四大準則：第一，收集有關於被保險人之失能象徵、症狀及環境等之變數；第二，針對其症狀、損傷及重回工作之環境障礙進行評估；第三，診斷當事人在工作上的限制；第四，普遍性的進行失能評估。後面三步驟之進行，需奠基於第一步驟之資料蒐集的完整性。(Saad Z. Nagi, 1969, *Disability and Rehabilitation: Legal, Clinical, and Self-concepts and Measurements*, U.S.: Ohio State University Press, pp. 92~97)。ILO亦有相關之建議，並將此類組織稱為「特別的失能委員會」(special invalidity committees)。ILO認為，成員應該包括醫生、重建專家、勞動市場及職業訓練專家、社工人員與法律專家各一，共五名成員。目前已有國家採此判定機制(ILO, 1984, *Introduction to Social Security*, Geneva: International Labour Office, p. 77)。

準，使得 1984 年以來的請領者與獲給付者人數大幅攀升。由表 5-1 可知，自 1960 年代開放部分失能保險給付相關規定到 1975 年止，人數成長三倍之多。自 1975 年到 1984 年之間，則進入緊縮期，申請人數有微幅下滑的趨勢。而獲得給付者人數發展的趨勢，大致上亦呈現同樣的走勢。自 1984 年以後之獲給付人數呈現大幅成長的趨勢，成長幅度高達 90%。Heintz 進一步發現，在這五、六百萬獲得給付的勞工之中，是以低技術勞工居多，且多不願繼續找工作，故而不被計算在失業人口中，成為隱藏性失業人口²⁷。

就獲給付者年齡層降低的部分，從表 5-3 的數據顯示，男性與女性獲給付者之平均年齡皆呈現下降的趨勢。大致上而言，自 1984 年以來，獲得給付者的平均年齡開始低於 50 歲。這個年輕化的趨勢，將導致獲得給付者領取失能保險給付的期間拉長，並使其成本增加。

表 5-3：男性與女性獲給付者之平均年齡²⁸

	男性	女性
--	----	----

²⁷ Nadine Heintz, 2003, 'Disability's Deep Costs', *Inc.*, Vol. 25, Iss. 6, June 2003, N.Y., U.S.: Gruner & Jahr USA Publishing, p. 30

²⁸ 節錄自：SSA, 2002a, p. 261, Table 6.C2—Number, average age, and percentage distribution, by age and sex, selected years, 1957~2001

年份	總人數	平均年齡	總人數	平均年齡
1960	168,466	54.5	39,339	52.5
1970	258,072	52.1	92,312	52.8
1980	275,185	51.2	121,374	51.1
1981	244,984	50.8	106,863	50.8
1982	207,453	50.9	89,678	50.5
1983	217,422	50.2	94,127	49.8
1984	247,833	50.0	114,165	49.7
1985	274,400	50.1	134,500	49.7
1986	273,700	48.7	135,700	48.8
1987	265,900	49.0	143,700	49.5
1988	265,700	49.2	147,000	49.3
1989	268,600	49.0	146,900	49.1
1990	293,300	48.1	168,500	48.4
1991	322,700	47.9	190,400	48.4
1992	395,600	47.8	241,300	47.7
1993	391,800	47.7	237,900	48.1
1994	379,300	48.4	234,000	48.2
1995	368,400	48.9	263,200	48.5
1996	147,100	48.7	256,900	49.1
1997	311,100	49.3	250,200	48.4
1998	331,400	49.2	271,900	48.9
1999	338,900	49.6	266,900	48.7
2000	329,800	49.6	282,400	49.2
2001	364,500	49.4	304,800	48.4

Muller 與 Wheeler 於 1996 年所做的研究則從職業重建制度部分切入。他們認為，獲得失能保險給付人數大幅成長之原因，可以由兩方面來探討，即進入者較多以及較少人自此制度離開。造成進入人數較多的原因，大致上又可以分為三者。其原因則為方才所提到的，請領者與被判定獲得給付者同時增加。

而離開該制度者減少的部分，大致上可分成四點。第一，獲得給付者有年輕化的趨勢，使得達到 65 歲而自動自該名單中移出的人數減少。第二，由於醫療技術進步等等因素，使得死亡率下降。第三，因為暫緩實行持續失能審查制度，使得因為該損傷復原而離開該名單的人數減少。第四，由於職業重建相關制度設計之問題，使得回到工作的人數減少。而對於解決獲領人數成長的問題，則建議以加強職業重建制度來解決²⁹。

就此問題，目前較為討論的重點則是在於職業重建制度設計上的失當，以及因心理疾病而領取失能保險給付者之人數增加。以下將分別探討此兩問題。

(一) 職業重建制度設計失當

一般認為，職業重建制度設計上的問題導致重回工作者人數下降的原因有三：

1. 選擇順序 (order of selection)

1973 年國會對重建法案 (Rehabilitation Act of 1973) 進行修正，並加入選擇順序之規定於重建法案§101 (a) (5) (A) 之中，認為職業重建制度應優先考量嚴重失能者。此改變，主要是想扭轉以往職業重建機構多以成本效益考量之習慣。在 1973 年以前，多選擇重回職場可能性較高的對象進行重建，而對嚴重失能者產生歧視，獲得重建的機會不平等。

有研究發現，1973 年修正重建法案後，反而促使另一種歧視的情況發生，且為必然之結果。國會所加入的「選擇順序」原則，迫使各州立職業重建機構增加對嚴重失能者的重建服務。如此一來，原本每年提撥失能保險基金固定百分比之基金做為職業重建之經費的作法，使經費

²⁹ L. Scott Muller & Peter M. Wheeler, 1996, 'Disability Program Growth and Implications for Vocational Rehabilitation: Results from Social Security's Survey of Field Office Managers', *Journal of Vocational Rehabilitation*, Vol. 7, Iss. 1-2, August 1996, Amsterdam, Netherlands: IOS Press, pp. 41~42 & p. 60

產生不足的現象。因為給予嚴重失能者重建服務，所需要的成本較不嚴重的失能者來得高，這也意謂著能夠獲得服務的人數變少³⁰。深究其結果，必然使得每年藉由職業重建制度離開失能保險給付名單的人數下降。

2. 1992 年修正案改採以社區為單位的重建提供機構 (community-based rehabilitation providers)

以社區為單位的重建機構之構想，主要是來自於患嚴重精神疾病而領取失能保險給付者之人數大幅上升所致。再者，由於當時實行選擇順序制度已有一段時間，使得州立職業重建機構重建服務的成本上升而人數下降。因此，政府認為應該以社區為單位的方式負責患有嚴重精神患者之職業重檢問題，而經費方面則由各地方政府負責³¹。

在落實該制度後，由於各重建機構是以社區為單位，是故能夠提供該地區獲得失能保險給付之勞工更詳盡的資料外，亦能夠提供雇主有關於正在進行職業重建之失能勞工相關之資訊。因此，1992 年以後大致上的趨勢則變成，由案件管理者為其所負責的獲給付者蒐集有關就業的資料，並在重建過程中授與獲給付者一些與就業有關之技巧³²。

然而，根據Wehman、Barcus與Wilson在 2002 年所做的研究顯示，儘管採行以社區為單位的方式進行失能勞工的職業重建，成功回去工作的人數仍然偏低。他們認為主要的原因有三點³³：

³⁰ Howard Andrews, Joan Barker, John Pittman, Larry Mars, Elmer Struening & Nicholas LaRocca, 1992, 'National Trends in Vocational Rehabilitation: A Comparison of Individuals with Physical Disabilities and Individuals with Psychiatric Disabilities', *Journal of Rehabilitation*, Vol. 58, Iss. 1, January 1992, Reston, VA, U.S.: National Rehabilitation Association, p. 7

³¹ Deborah A. Blades & Debra A. Harley, 1997, 'Vocational and Medical Rehabilitation: The Impact of Health Care Policy and Funding on Service Provision', *Journal of Rehabilitation*, Vol. 63, Iss. 3, July/August/September 1997, Reston, VA, U.S.: National Rehabilitation Association, p. 38

³² 這些技巧大致上有五點。第一，授與其該公司或該業務之文化。第二，行銷與業務發展方式。第三，教授其雇主所需之策略。第四，建立與各雇主之間的網絡關係。第五，教導其使用在工作場所需用到的輔助器具。

³³ Paul Wehman, Michael Barcus & Kristi Wilson, 2002, 'A Survey of Training and Technical Assistance Needs of Community-Based Rehabilitation Providers', *Journal of Vocational*

(1) 職業重建機構缺乏急迫感

近來由於職業重建之對象皆以嚴重失能勞工為主，因此所耗費的成本與時間將延長³⁴。而停留時間延長之結果，則造成各地職業重建機構的顧問認為時間並未如以往來得緊湊，故而漸漸缺乏急迫感。因此，每年從該制度回到職場之人數必定減少。

(2) 對企業文化缺乏瞭解

職業重建機構的顧問在受理案件時，撰寫一份為當事人量身打造的重建計畫，並決定其所需增進的技能為何。正如之前所述的五項重建趨勢，失能勞工亦需瞭解該企業的文化，進而能夠在最短的時間融入工作之中。然而研究者發現，由於各機構中的顧問品質良莠不齊，且對於各企業文化無法有效的認識與掌握，致使其重建的對象無法獲得全面性的認識。如此一來，亦減少其獲得穩定雇用的機會。

(3) 受重建之當事人只對就業服務有反應

職業重建與醫療復健的任務是不同的，但美國的職業重建制度卻是奠基於醫療模式之上，卻又要求平等視之，實際上是難以達成的³⁵。就當前的目標而言，是希望能夠送較多的獲給付者回到工作上。依照此目標來設計制度，自然使失能勞工對於就業服務較有興趣。而在這樣的發展趨勢下，易使失能勞工仍在負傷的情況下就回

Rehabilitation, Vol. 17, Iss. 1, Reading, MA, U.S.: Andover Medical Publishers, p. 42

³⁴ 根據Walls、Misra與Majumder的研究發現，職業重建制度所耗費的成本除了成長三倍以外，停留在該制度之期間有延長至兩年的趨勢（Richard T. Walls, Sita Misra & Ranjit K. Majumder, 2002, 'Trends in Vocational Rehabilitation: 1978, 1988, 1998', *Journal of Rehabilitation*, Vol. 68, Iss. 3, July/August/September 2002, Reston, VA, U.S.: National Rehabilitation Association, p. 9）。

³⁵ Barbara Ehrenreich & John Ehrenreich, 1990, 'The System Behind the Chaos', in *The Crisis in Health Care: Ethical Issues*, edited by N. F. McKenzie, N.Y., U.S.: Meridian。轉引自：Deborah A. Blades & Debra A. Harley, 1997, p. 37。此外，Ehrenreich與Ehrenreich又認為，職業重建制度與醫療模式之目標又不同，其目標分別為人道精神與創造利益、研究和教育，因此難以兼得。

到職場，之後因為該損傷導致無法工作，而再度回到給付名單上的機率提高。如此一來，將使該制度花更多的錢，卻又無法使獲給付者成功回到職場。

3. 1995 年實施自由選擇提供者 (Alternative Providers ; APs) 之措施

政府於 1990 年代初期開始考慮將職業重建機構亦開放給私人設立。一來能夠減少政府在這方面的開銷；再者，引進市場力量或許可以達到降低成本的效果。Marini與Reid認為，儘管政府於 1995 年開始實施 APs 制度，允許私人設立職業重建機構，卻未給予私人職業重建機構與獲給付者相當的誘因來提供或接受該服務³⁶。

政府將只最近獲得失能保險給付之勞工的聯絡方式放在電子布告欄上，讓 APs 自由選擇欲重建之對象，並自行與該對象聯絡。然而，獲給付者不參加 APs 制度並不影響給付之給予。反之，獲給付者若選擇加入該制度，若於中途反悔並欲退出該制度，則其給付將有被取消的風險。因此，獲給付者多不加入 APs。此制度實施後，原本重建率已不高的職業重建制度，經過職業重建而重回職場的人數更創新低。根據 Shrey 與 Lacerte 在 1995 年的調查顯示，該比例只有 0.25% 左右，但與該年度社會安全局所做出的 15%~30% 相差甚多³⁷。

(二) 因罹患嚴重精神疾病而獲給付者大幅成長

國會在做成 1984 年修正案中，企圖制訂一個較為精確、持續且一致的 CDRs 制度。此外，亦將心理失調患者的審查期間往後延，希望在找出一個

³⁶ Irmo Marini & Charles R. Reid, 2001, pp. 36~37

³⁷ Donald E. Shrey & Michel Lacerte, 1995, *Principles and Practices of Disability Management in Industry*, Winter Park, Florida, U.S.: Saint Lucie Press. 轉引自：Irmo Marini & Charles R. Reid, 2001, p. 37

較為有力的判斷方式後，再針對心理失調患者是否真能重回SGA工作進行判定。國會之所以會這樣考慮，實則是因為心理疾病患者的人數在1982年以後急增。該症狀的人數在1982到1993年之間，超過一直以來居於首位的循環系統疾病，由第四名變成第一名³⁸。此外，根據最新一期Social Security Bulletin的數據顯示，因為心理方面疾病而獲得給付者，佔所有獲得給付者的三分之一。由表5-4便可清楚看到此一趨勢。

表 5-4：歷年來獲給付者失能症狀分配表（%）³⁹

³⁸ Donald T. Ferron, 1995, 'Diagnostic Trends of Disabled Social Security Beneficiaries, 1986~93', *Social Security Bulletin*, Vol. 58, Iss. 3, Fall 1995, Washington D.C., U.S.: Social Security Administration, p. 16

³⁹ 整理自：Committee on Ways and Means U.S. House of Representatives, 2000, p. 81, Table 1-43—Percent Distribution by Disabling Condition of Title II Disabled Worker Beneficiaries Granted Benefits in Selected Calendar Years, 1970~99、SSA, 2001a, *Social Security Bulletin—Annual Statistical Supplement—2001*, Washington D.C., U.S.: Social Security Administration, p. 211, Table 5.D6—Number and Percentage Distribution, by Diagnostic Group, Age, and Sex, December 2000，與

年份	症狀	感染與寄生蟲	瘤 ⁴⁰	過敏、內分泌、營養與新陳代謝	心理、精神官能與人格失調	神經系統與感覺器官	循環系統	呼吸系統	消化系統	肌肉骨骼	意外、中毒與衝撞	其他或未知的
1970		3	10	4	11	6	31	7	3	15	8	2
1975		1	10	3	11	7	32	7	3	17	6	3
1979		1	14	3	11	8	28	6	2	17	6	3
1982		1	17	4	11	9	25	7	2	16	6	2
1985		1	15	5	18	8	19	5	2	13	4	11
1988		0	16	3	22	8	18	5	2	14	5	7
1989		1	18	3	22	9	17	5	2	11	4	9
1990		6	17	3	23	9	16	5	2	12	4	5
1991		6	16	4	24	8	15	5	2	13	4	5
1992		7	13	5	25	8	14	4	2	13	4	5
1993		7	15	5	26	7	15	5	2	12	3	5
1994		6	16	5	24	8	14	5	2	12	3	6
1995		6	16	5	22	8	14	5	2	12	3	6
1996		5	17	5	22	8	14	5	2	12	4	6
1997		3	17	6	21	8	14	5	2	12	4	6
1998		3	17	6	21	8	13	5	2	14	4	7
1999		2	17	6	22	9	13	5	2	15	4	6
2000		2	11	5	26	10	11	3	1	23	--	4
2001		2	10	5	33	10	10	3	1	24	--	5

Heintz認為，自 1984 年修正案通過以來，整個失能保險給付的重心轉移到死亡率較低的部分，亦即心理相關疾病與肌肉骨骼疾病。而一般的肌肉骨骼疾病，則以背痛居多。此外，由於目前的判定方式採較為開放式的解釋，不再以症狀為單一的判斷準則。因此，在一些案例中容易產生誤判，甚或被

SSA, 2002a, p. 212, Table 5.D6—Number and Percentage Distribution, by Diagnostic Group, Age, and Sex, December 2001。以上數據皆已進位。

⁴⁰ 2000 與 2001 年之數據則分別來自：SSA, 2001a, p. 261, Table 6.C3—Number and Percentage Distribution, by Diagnostic Group, Age, and Sex, 2000 以及 SSA, 2002a, p. 262, Table 6.C3—Number and Percentage Distribution, by Diagnostic Group, Age, and Sex, 2001。

濫用⁴¹。

年輕化趨勢較為明顯的部分，即在於心理疾病一項。就 2001 年的數據而言，第一與第二名為心理相關疾病與肌肉骨骼疾病。第三名則有三者並列，分別為瘤、神經系統與感覺器官，以及循環系統。根據統計數據顯示，其中除了肌肉骨骼疾病、瘤以及循環系統疾病以外，心理相關疾病與神經系統和感覺器官疾病則明顯以 35 歲以下者居多。其中又以心理相關疾病特別明顯，50 歲以下因該類疾病而獲領給付之比例，高達 70%，故而逐年將獲領者之平均年齡往下拉。

相關研究認為，會造成患有心理相關疾病而獲給付者人數增加之情形，可以溯及 1973 年的重建法案修正。之前所提到的選擇順序原則中，將「嚴重」重新定義。新的嚴重定義，則修改為：造成主要功能障礙的身體或心理失能事實⁴²。再者，1984 年修正案過後，尚未對於心理相關疾病之判斷有明顯的準則。因此，若遇到心理失調之案件，則容易被認為對工作之能力產生阻礙，而給予給付。

Marini與Stebnicki認為，因為心理相關疾病而獲得給付者，在爭取給付之期間較長，且較為艱辛。因為他們必須要一直證明自己的心理狀態的確阻礙其工作能力，無法依照其教育程度、年齡與過去的工作經驗加以判斷，並經過職業重建而回到職場。而在獲得給付後，因為過去花相當多的時間證明自己是完全失能的，自然也不可能突然有所覺悟，將其長久以來嘗試證明的「我不能工作」轉變成「我能工作」⁴³。

因此，在判定方面，患有心理相關疾病者因為準則長久以來沒有一個明確的標準，使得患有該疾病者而獲得給付之人數大量增加。再者，因為必須持續堅持自己的精神狀態是不適合工作的，故而離開給付名單而回到職場者少。如此一來，有三分之一的獲給付者因為判斷準則不明確而產生了僵固性

⁴¹ Nadine Heintz, 2003, p. 30

⁴² Howard Andrews, Joan Barker, John Pittman, Larry Mars, Elmer Struening & Nicholas LaRocca, 1992, p. 13

⁴³ I. Marini & M. Stebnicki, 1999, 'Social Security Administration's Alternative Provider Program: What Can Rehabilitation Administrators Expect?', *Journal of Rehabilitation Administration*, Vol. 23, Iss. 1, pp. 31~41, 轉引自：Marini, Irmo & Reid, Charles R., 2001, p. 40

⁴⁴，多無法回到競爭性的工作中。使得給付之成本與獲得給付者逐年升高，而離開給付回到職場者少⁴⁵。

⁴⁴ 此僵固性引自 von Maydell 所認為的社會安全制度硬化症的說法。von Maydell 認為，社會安全制度隨著時代而進步，並依照社會條件來調整期內容，亦即給付形式、給付條件、給付水準、判定方式等等。在社會安全制度日臻完善的結果，使得獲得給付者為了保護其既有利益，導致該制度之運作無法符合社會與政治上的公平與合理性。因此，越高度發展的社會安全制度雖是好的，但卻易罹患硬化症，無法再輕易的隨著社會條件改變其內容 (Bernd von Maydell, 1998, 'Social Insurance—An Instrument of Social Security in the Future?', in *Labour Law and Industrial Relations at the Turn of the Century—Liber Amicorum in Honour of Prof. Dr. Roger Blanpain*, edited by Chris Engels & Manfred Weiss, Hague, The Netherlands: Kluwer Law International, p. 135)。

⁴⁵ Andrews 等人曾針對 1977 到 1984 年間的身體或心理重殘者重回職場之比例做一調查，發現在這七年內，身體重殘者重回職場之人數成長 19.9%，而心理重殘者則下降 3.4% (Howard Andrews, Joan Barker, John Pittman, Larry Mars, Elmer Struening & Nicholas LaRocca, 1992, pp. 9~12)。然而，此後並未有相關的研究出現。