

我國社會保險醫療業務現狀與發展的檢討

張家洋

一、各國社會保險制度醫療給付的要點與趨勢

各國綜合社會保險制度中，針對被保險人之傷病生育事故所提供之給付項目，乃屬廣義之疾病保險 (Sickness Insurance) 亦稱醫藥保險或健康保險 (Medical Insurance or Health Insurance)。此種保險項目發展甚早，德國於一八八三年俾斯麥當政時期即已實施，目前為各國社會保險制度中普遍採行的部分 (註一)。一般言之，此種保險兼具保障收入與健康安全之雙重作用，惟如在疾病保險之項目下，僅提供醫療給付，則其收入安全的作用即不顯著，或可謂在此方面僅能發揮間接的功效。

現代一般國家之疾病保險，內容已較往昔大為擴充，實際上多已結合疾病、生育、及普通傷害三項，構成綜合性之健康保險制度，而在給付方面可以包括現金與醫療給付兩大部分 (Cash Benefits and Medical-care Service)。有關現金給付方面，大致即於被保險人 (或其眷屬) 發生傷病生育等事故，而不能從事工作時，為彌補其收入中斷之損失或因增加特殊需要的負擔，乃在法定期間內分別予以適當之傷病或生育津貼、或其他種類之津貼補助是。至於醫療給付業務，則應視為健康保險內容的主體，此種業務與被保險人日常生活有密切的關係，對被保險人乃至其眷屬提供直接的健康安全保障；同時，開辦起來在管理經營技術方面有相當的困難，在業務方面往往需要大規模的醫療設施與專業人員的支援。而且，各國所實施的有關制度，其經費支出均非常龐大，若制度設計不善，即可能造成財務虧損。所以，無論從被保險人及保險機關方面觀之，醫療給付業務在社會保險制度中的重要性均不容忽視。

在一般社會保險制度中，提供現金給付的保險項目較多，而提供醫療給付之項目較少，此即由於受醫療給付本質上的限制所致。就理論方面而言，社會保險制度中，凡屬疾病、生育、及傷害三種保險項目，在原則上均應有醫療給付的提供，俾使被保險人於遭遇此等保險事故時，均可享受醫療服務的權益。惟就實際情形而言，各國制度對兩種給付的提供頗不一致，有在生育、疾病、傷害三種保險項目中僅提供現金給付者，此種情形常見於落後地區國家，由於受客觀環境限制，無法直接提供醫療

服務。然而，先進國家中亦有僅提供現金給付以代替醫療給付，其情形自與落後地區者不可同日而語；例如法國的社會保險制度，其疾病及生育保險均為現金給付，疾病保險項目中雖亦列有醫療給付，但並非提供醫療服務，而是給予部分醫藥費用的補償（Cash Refunds of Medical Expenses亦稱Reimbursement），至於傷害保險（Work Injury）亦僅有現金給付（註二）。法國採行此種方式之原因，可能是認為完全提供現金給付在業務管理方面較為簡便。其他國家亦有同時提供醫療服務與現金給付者，例如丹麥之社會保險制度，其生育、疾病、及傷害三項保險，除有現金給付之外，尚可使被保險人直接享受醫療給付的權益，惟在醫療給付方面採行醫藥費部分負擔制（Cost Sharing）（註三）。上述丹麥之制度亦即多數先進國家所實施之制度，同時提供兩種給付，其效果自屬較佳，尤以醫療給付的提供，可使被保險人享受全部或部分免費之直接醫療服務，最能符合被保險人及政府政策方面之需要，有助於促進醫藥社會化或公醫制度目標的實現。是故，一國之健康保險，在客觀條件許可下，即應就能力所及設法提供直接醫療給付；至於現金給付，對健康保險而言，在一般情形似居於輔助性之地位，因而原則上自應於提供醫療給付之後再行考慮。

各國健康保險制度醫療給付的內容極為龐雜，無法一一作詳盡說明，歸納起來可將醫療給付方面各種主要事項分述如下：

(一)醫療機構：提供醫療給付，須有醫療機構。各國健康保險為具備提供醫療給付的醫療機構，採取不同的方式，有直接由保險機關所設置者、有由保險機關所特別約定承辦保險醫療業務者，亦有開放任各種合法之醫療機構接受被保險人診療者。如加拿大各省所推行之健康保險計劃，在醫療機構方面，大致即兼採各種方式，而英國則接近於開放之方式（註四）。由此可知，雖然同屬政府舉辦的健康保險計劃，但是可採取不同之方式，利用各種醫療機構提供醫療給付。

(二)醫療給付範圍：大致係就生育、疾病、傷害三種保險事故提供所需要的醫療給付，通常包括門診及住院兩部分在內，惟亦有單獨開辦門診或住院醫療服務者，如美國老年健康保險即僅有住院醫療給付（註五）。至於三種健康保險項目醫療給付之一般內容，約可分述如下：

1. 生育醫療給付：一般包括產前檢查、分娩住院、嬰兒護理、產後復原醫療服務、及產婦牙科治療等項，分娩住院期間通常均設有限制（註六）。

2. 疾病及傷害醫療給付：疾病與傷害之醫療給付多不作嚴格劃分，其內容包括一般內外等科、牙科、物理治療、病理檢驗

等項之門診及住院治療與處方在內。此外，對精神病科、傳染病科、健康檢查、疾病預防等項之醫療服務，則不一定提供。住院期間亦往往設有限制（註七）。

3. 藥劑及醫療器材之提供：目前一般國家之健康保險，對藥劑及醫療器材之提供多設有限制。至於限制的辦法主要為對於給付藥品的種類及每就診人次處方的藥量加以限制（Restriction on the Types of Drugs or Limitations on the Amounts of Drugs），或對貴重藥品的給付加以限制，以防病人有過份不必要的需求，或醫師有過份不必要的處分，而致增加保險財務上的浪費。採取此種限制措施的國家多規定給付藥品的範圍，例如紐西蘭及葡萄牙規定僅給付「列舉藥品」（Listed Medicine）、丹麥與冰島均規定僅給付「重要藥品」（Vital Medicine）、宏都拉斯及愛爾蘭均規定僅給付「必需藥品」（Necessary Medicine）是。至於其他醫療器材的供應，如義齒、義肢、眼鏡、及助聽器等，亦均受到限制，或須由被保險人負擔費用（註八）。

4. 被保險人費用負擔：健康保險若採納費制，已向被保險人收繳保費，則在法定範圍內的醫療給付自應以免費提供為原則。惟各國制度在設計方面，為減輕保險財務負擔或增加收入，或為加強對醫療給付的管理控制，以防止權利濫用及浪費，多在保費之外，使被保險人對醫療給付再參與負擔部分費用，此種方式主要即為「醫藥費部分負擔制」。至於法定範圍以外的醫療給付，自應由被保險人負擔費用（註九）。

5. 醫療費用之支付：在各種保險醫療機構中，有公立機構與私人機構，公立機構之醫師為公務人員，其薪給由政府負擔；至於私人醫療機構醫師參加社會保險醫療服務者，即有收取診療費方式之問題。一般對診療費之支付，主要採取兩種方式，其一為按診療服務之內容收費制（Fee-for-Service System），此種方式亦即類似一般私人醫師執業之收費方式，大致先由保險機關與醫師團體協議醫療費用之標準，醫師辦理保險醫療業務時，即按表收費；同時，在此種方式下，被保險人享有選擇醫師就醫之權利，而不必先登記向固定之醫師就醫。其二為按人收費制（Capitation fee System），在此種方式之下，由被保險人先行選定醫師，並向此一醫師登記為其照顧對象，患病時只能向該醫師就醫，而醫師則按其所接受之登記被保險人數，向保險機構收取每人每年之固定平均診療費。後一方式內容簡便，且可使醫師注重被保險人之保健預防，及二者之間較能維持良好關係。但其缺點即為被保險人平時無選擇醫師之權（定期變更登記），且不負責之醫師往往傾向於將病人移轉至專科醫師或

醫院治療，以減輕其自身之業務負荷。在上述兩種方式中，各國似以採前一種者較多，因此種方式較能切合實際。惟在此種方式之下，不僅對診療費定有標準，且有將診療費與藥費加以劃分，俾可減少浮濫，同時保險機關在對醫師支付醫療費用前，均先就其所申報之費用加以審核（或由醫師公會負責審核），然後始准予撥給（註十）。

6. 住院機會：各國健康保險多已提供住院治療服務，惟開辦住院治療業務，必須在設備方面有充分的準備，才能推行完善，獲致預期的效果。否則，若國內客觀條件不足，則住院業務即難臻於理想，僧多粥少，被保險人自不易獲得住院機會，無法在正常情形下享受住院權益。此外，醫療給付的開辦，對被保險人的就醫心理不無影響。往往有人為利用此種權益，即使並非十分必要，亦不免競相爭取就醫機會，因而發生住院擁擠與申請登記後長期等候的現象。此種情形一些先進國家即曾經歷，開發中國家醫藥設備條件較差者自然更為普遍。所以，一般國家為防止濫用住院權利造成浪費及使住院機會合理分配起見，對被保險人申請住院均設有限制，即要求申請住院須先在醫療機構門診，經醫師證明病情有住院需要，再經院方審查核定始可（註十一）。

上述各項已將各國健康保險制度所包含之重要事項概略述及，若就近數十年來各國有關制度發展的情形作進一步觀察，尚可發現其所具有之再同趨勢。茲分為下列數點說明之：

(一) 各國健康保險制度中，無論生育、疾病、或傷害保險項目，多包括現金與醫療給付兩種，此即表示非僅使發生此等事故之被保險人獲得適當的醫療，並且尚顧慮到其傷病或生育時的收入損失及可能引起的特殊需要，因此乃有現金給付或特殊補助的規定，以增加其經濟安全保障與生活福利。惟大體言之，健康保險仍係以醫療給付為主體。

(二) 各國制度無論現金給付與醫療給付均非單獨為被保險人個人所設計，而是以家庭為單位，同時考慮到眷屬對現金及醫療給付的需要，使眷屬亦得享受此等給付的利益。

(三) 各國制度對疾病及生育之現金給付多設有等待期間及受領給付最長期限的規定，惟醫療給付多不設此等期限的規定。至於醫療給付範圍，則多設有法定限制，逾此範圍的項目即不予免費提供。而不予免費的項目，均非十分必要的項目。

(四) 各國制度在醫療給付方面，不僅提供門診及住院之醫療服務，而且可能有家庭訪問的醫護服務，或使醫療給付延伸及於復原期間，或提供療養設施，有助於擴大醫療給付範圍，適應被保險人的需要。

(五)各國在健康保險方面採醫藥費部分負擔制者不少，其使被保險人分擔費用的項目甚多，不過對嚴重疾病、慢性疾病、及生育等項則往往予以全部免費。至於分擔費用的項目大致包括初診掛號、各科醫療、檢驗、住院、藥劑等項，其數額與比率不一，惟一般均在半數以下，尤以三分之一以下者最多。此即因為採取醫藥費部分負擔制，其主要目的並非在增加保險財務收入，而是在於限制濫用。所以，使被保險人分擔費用的程度，只須達到「遲滯」(Deterent)或「猶豫」(Hesitation)的作為已足，而不應增加低收入被保險人患病時利用醫療給付的困難。此即部分負擔制的運用宜有其適當的限度，應針對實際情形釐定其標準。

(六)各國制度對於醫療給付的辦理，有直接提供醫療服務者，有採核退被保險人自付醫藥費用者。此兩種方式各有利弊，就前者而言，直接提供醫療服務，被保險人可能完全享受免費醫療，或僅分擔少額醫藥費，使其經濟生活不因傷病生育事故的發生而受到影響；且若保險機關有自辦之醫院，則可收管理便利之效，對醫藥費用及被保險人濫用權利的情形可加以嚴密控制，亦可免除申請退費的繁瑣手續。至於其缺點即若被保險人眾多分佈地區甚廣，而保險機關所擁有之直屬醫院有限，或根本沒有直屬醫院，而必須靠約定各種醫療機構辦理醫療業務，則在管理控制方面即難以收到理想效果。就後者而言，其優點在於不必直接辦理醫療業務，亦少管理監督醫療機構的麻煩，且較有利於維持醫師與病人間的正常關係，而避免醫事人員的官僚化；但是，須審核大量醫藥費單據，而且對於醫療業務及被保險人濫用權利的行為不易作有效的控制。其次，若一般被保險人的經濟能力較弱，暫時負擔相當數額的醫藥費亦有困難，則此種制度即不宜採行。就上述兩種制度比較的結果，似乎仍以直接提供醫療服務的方式為佳。不過，就實際情形而言，若一國健康保險業務的規模甚大，被保險人數眾多，分散地區又廣，則保險機關即難以遍設醫療機構應付業務的需要，必須約定各種公私立醫療機構分擔醫療業務，而在管理監督方面即無法周全，遂容易發生流弊。所以在此種情形之下，加強對約定醫療機構的監督控制至為必要，而且也構成各國健康保險方面不易解決的共同重要問題。

以上六點各國健康保險方面的共同趨勢，亦可謂一般外國制度所具的優點與問題，代表彼等長期實施健康保險業務經驗的累積。各種優點對於我國未來社會保險制度的發展均具有高度參考價值，自宜針對我國國情加以取法採摘；至於彼等迄未有效解決的問題，更值得吾人重視。

二、我國現行社會保險制度醫療給付主要內容與問題的檢討

我國現行三種社會保險制度中，軍保僅有現金給付，且無健康保險項目；而公保與勞保則均舉辦有關健康保險之項目，並均直接提供免費醫療給付。公保勞保俱已開辦二十年左右，在醫療給付業務方面，亦已奠定大規模的穩固基礎。兩者之制度內容大體尚稱完備，業務實績與經驗頗為可觀，故此兩種本國制度醫療給付之現狀及在發展過程中所遭遇的各種問題，對於今後國內社會保險醫療給付業務的改進發展，以及新型制度的規劃設計，自應認為具有最直接最切合實際的參考價值。茲先就兩種制度醫療給付的主要內容簡述如下：

(一)生育醫療給付：公保之生育免費醫療給付項目包括被保險人本人及配偶發生生育事故時，提供產前檢查、分娩住院、及新生嬰兒之護理在內。住院期間以七日為原則，必要時得予酌量延長五日。惟如因生育引起有關之疾病時，其為被保險人本人即改為傷病醫療給付，其為配偶則須自行負擔醫藥費用。至於勞保方面，其生育保險以現金給付為原則，其疾病保險項目中，亦不包括接生助產。被保險人本人因妊娠或流產所致之疾病需要醫療時，屬疾病醫療給付之範圍，包括門診及住院醫療給付在內。此外，公保方面對偏遠地區被保險人或配偶，因生育事故而無法至醫療機構享受醫療給付者，允許事後申請核退醫藥費（註十二）。

(二)傷病醫療給付：就公保方面而言，包括下列各項之醫療給付在內：

1. 屬於內科系統之普通內科、胸腔內科、腸胃科、精神病科各病症之診察及治療。
2. 屬於外科系統之一般外科、眼科、耳鼻喉科、婦產科、泌尿科、骨科、皮膚科之診察及治療。
3. 屬於牙科之口腔疾病診察及治療，病齒拔除、齲齒治療、及磁粉銀粉填補。
4. 屬於放射及一般物理治療、X光檢查治療、超短波電療。
5. 屬於臨床檢驗之病理化驗、細菌檢查、生化檢查、及病理檢查。
6. 屬於其他必要之疾病檢查及治療。

公保醫療給付之範圍，以上述六項為主體。勞保之醫療給付範圍雖未按各科作列舉式的規定，但大體上與公保相似，惟精

神病科與鑷鉗治療則爲勞保所無。此外，公保在醫療給付方面，尚提供其他特殊項目，如健康檢查、疾病預防、傳染病治療、及各種疾病治療如癲瘋病、肺病等是，勞保亦無此等項目（註十三）。

(三)藥劑及治療器材之供應：公保在藥劑供應方面，採「常備藥品」制度，且對免費供應藥劑之範圍，以及每人處方藥量、與慢性病或偏遠地區病患之給藥量均有明確之規定，以防浮濫與浪費。勞保在此方面之規定與公保大致相同。此外，公保並規定義肢、義齒、義眼、配鏡、鑲牙等項目不予免費。勞保方面亦有類似的規定（註十四）。

(四)自行負擔費用項目：凡屬前述免費醫療給付範圍以外之項目，均應由被保險人自行負擔其費用。不過，爲使此等項目範圍明確，避免爭議起見，公保方面特地作列舉之規定，其包括之項目有投保前已成殘廢或機能障礙之功能恢復、非因疾病而施行預防性之手術、規定之掛號費、住院伙食費三十日以內之半數及超過三十日之全數、陪客費、指定醫師費、特別護士費、診斷書費等。勞保對此等項目，大致亦有明文規定（註十五）。

(五)住院之規定：住院治療將使保險機關負擔較高之費用，且國內限於醫院病床設備及醫師人數，住院較爲困難。所以，無論公保與勞保，對於住院治療均設有限制，最主要之條件即被保險人須經保險醫療機構門診後，認爲有住院之必要者，始能獲得住院之機會，且須住入指定之醫院。此外，勞保對住院治療更有嚴格之限制，即住院治療除須符合前述之基本原則應於醫療上認爲必要，不得以單純之恢復疲勞或往返不便而准予住院外，對於住院日數並應參照「各項常見傷病之住院診療參考表」辦理。公保方面雖無此種詳細規定，但在精神上應認爲與勞保相同，對於被保險人要求住院固應於事先加以限制，即住入之後，病情好轉無繼續住診之必要時，亦應令其適時出院，以避免對醫療設施及保險經費作不必要的浪費。至於住院期間醫療給付的提供，凡在公保勞保免費醫療給付範圍內之項目均予供應；惟兩者病房等級不同，公保爲二等，勞保爲三等。至於伙食費方面，勞保較爲優厚，三十日內全部免費，超過三十日始由被保險人負擔半數。此外，勞保更規定對於因職業傷害或職業病住院者，予以特殊之待遇（註十六）。

(六)對於醫療機構之約定：公保勞保爲普遍辦理醫療給付業務，均採約定醫療機構制度，除以法令規定全部公立醫療機構均應接受約定爲保險醫療機構外，並得酌量選擇約定私人醫療機構辦理醫療業務。對於醫療機構的約定亦均定有客觀標準，除按各地區被保險人數決定約定之數目外，並就醫師及設備方面規定選擇的條件。醫療機構經約定後，即依據合約提供醫療服務，

並受保險機關的監督輔導，俾使其醫療服務水準提高及消除流弊。至於醫療費用的支付，亦經定有標準，大致採行按個案費用據實報銷之方式（即Fee-for-service System），由醫療機構定期報請保險機關審核撥付（註十七）。此種約定醫療機構的方式，行之有年，大致尚稱順利，不過亦有頗多問題存在，有待妥善解決。以上所述約定醫療機構的辦法，其採行之目的，原在以約定醫療機構補充保險機關自辦醫療機構的不足，惟事實上由於自辦醫療機構有其困難，除公保近年來自設三處聯合門診中心外，兩種保險制度均未能籌設保險醫院，且即使設置亦無法遍及各地區。所以，就現階段的情況而論，醫療業務的推行，仍須依賴約定醫療機構為主體。

由上述六點說明，大致已可瞭解公保勞保兩種制度醫療給付的概況。就兩者的給付範圍與內容而言，尚可謂相當完備，尤以公保醫療給付水準較高，範圍較廣，對於被保險人似較有利。而勞保方面，不僅提供門診較晚，醫療給付項目較少，且其生育保險項目仍以現金給付為主體，醫療給付的範圍不够完整，凡屬此等事項均為勞保在醫療給付方面不及公保之處，亦即顯出公保制度所具之優點。兩種制度在醫療給付方面雖已具備相當的規模，也已產生可觀的績效，但在業務方面仍有一些重大問題存在，足以影響其制度的健全發展。所以，為促使現行制度醫療業務的繼續改進，對於此等問題自應詳加剖析，瞭解其成因癥結，俾便尋求有效解決的途徑；同時此等問題既為實際業務經驗，則對於未來新型健康保險制度的規劃設計，自當引為前車之鑑，以免重蹈覆轍，而有助於加速國內社會保險制度現代化目標的實現。茲將各項重要問題分述如下：

(一)以醫療給付的內容而論，公保勞保現行制度與外國制度比較，均尚有不及之處。此種缺點足以影響我國制度醫療給付的水準。所以，今後無論繼續維持分業社會保險制度，或推行全面制度，均應在財力許可的條件下，不斷擴充給付範圍，增進其內容，俾使醫療給付業務發揮較大的功效。

(二)社會保險醫療給付的舉辦，耗費甚鉅。保險機關為節約經費開支，控制醫療業務，往往採取限制醫療機構使用貴重藥品及限定每人醫藥費之措施。我國公保與勞保似均有此種情形發生，惟兩者之保險機關均曾加以否認。此等措施的採行，無論是否以法令作明文規定，對醫療機構的作業與被保險人的權益，均將產生不良的影響。為加強醫療給付的療效起見，此等有形或無形的限制，最好能够取消，使醫療機構得以對症下藥，俾可增加被保險人對醫療給付效果的信心。

(三)我國公保與勞保，為減輕被保險人的負擔，在醫療給付方面，均未採行醫藥費部分負擔制。惟此種措施乃為社會保險醫

療給付管理上極具重要性的制度，最能適合社會保險醫療給付業務的特性。所以，目前已為許多國家所採行，成為控制被保險人濫用醫療權利的有效工具（註十八），今後我國在社會保險制度方面亟應試行此項措施。

四由於保險機關自設保險醫院之困難不易克服，所以公保勞保醫療給付的提供，主要仍有賴於約定之公私立醫療機構辦理。保險機關對此等醫療機構僅憑合約關係無法作有效控制，且保險機關之專業人員有限，對醫療機構的監督輔導亦難周全，以致醫療給付業務流弊滋生，種類繁多，不僅影響醫療水準，亦且損害保險財務。此一方面之問題若無法作有效改善，則對我國健康保險業務的發展，自將形成嚴重阻碍。

五各國均有醫師及醫療機構集中都市地區的現象，我國亦不例外（註十九）。國內醫師人數與醫療機構數目原已不足，兼有集中都市地區的現象存在，則偏遠地區之被保險人自無充分享受醫療服務的機會，而此等地區遂易成為醫療給付業務的死角。保險機關及衛生行政機關對於此項問題雖早已予以重視，惟所採改善措施收效不大。可知此項問題之關鍵所在，主要仍為醫療業務的擴充所受社會客觀環境的限制。不過，在衛生行政方面，若能採取更為積極的措施，則對於偏遠地區醫療問題的解決。自易獲致顯著的成效。

六我國現行社會保險制度，未能嚴格採行診費與藥費分離制度，對於藥劑衛材的採購供應亦無統籌辦法，致使部分醫療機構可自藥品中牟利，增加保險機關對醫療給付費用的負擔，且不易保證藥劑的品質與療效。有關機關雖曾注意到此等問題，惟似無具體有效措施採行，故尚有待謀求妥善解決之途徑。

七國內人口逐年不斷增加，而醫師醫療機構與人口的比例較一般已開發國家尚有頗大的差距（註二十）。前述偏遠地區醫療服務不足的現象，固為對此種客觀條件最顯著的反映；即就其他人口集中地區而言，醫療機構門診擁擠及住院困難的情形亦屬司空見慣。此項問題的存在，不僅妨害醫療給付的效果，且增加擴大保險業務的困難。惟解決之道似無急功近效之途徑，政府亟應以長期發展的觀點，統籌規劃擴充國內醫療業務能量的對策。

上述七項我國現行社會保險制度在醫療給付業務方面的共同問題，亦可謂即是現行制度的缺點，惟此等缺點的形或，並非由於單純的制度設計上的瑕疵，而同時涉及當前社會客觀環境在醫藥衛生方面的能力與條件。由此可知社會保險之醫療給付業務較現金給付方面與社會客觀環境有更為密切的關聯，而各種醫療給付業務問題的解決，不僅在制度上應不斷採行改進的措施

，且須逐漸推動社會經濟的全面發展，設法突破客觀環境的限制，乃能獲致顯著的具體成就。

三、我國社會保險制度醫療給付業務今後改進發展的途徑

本文前兩部分，已分別就各國健康保險之主要內容與共同趨勢，以及我國現行制度之內容與業務問題概略敘及。可知無論以外國制度為借鏡，或為促進我國社會保險制度的實施成效與未來的健全發展，均有就現行制度內容與業務實況繼續研究改進的必要。若政府在近年內準備推行全面社會保險制度，則在健康保險方面更應再行檢討規劃，以求奠定新型制度的穩固基礎。不過，由於社會保險制度之醫療給付與現金給付的性質不同，即使未來國內社會保險的體系發生重大變更，其對醫療給付的影響較少，亦即在醫療給付方面，似無全面改制的必要，故所採改進與擴充措施自仍可沿用現行制度的基礎，然後針對現制的缺失，加以補充匡正，俾能符合未來發展的需要。在我國現行制度中，根據前一部分所述內容，不難瞭解在醫療給付方面以公保制度較優，所以今後對國內社會保險醫療給付業務的改進與發展，即應在公保現制的基礎上進行規劃設計。茲將各項意見分述如下：

(一)關於醫療給付範圍方面：未來國內社會保險制度，無論維持分業系統或建立全面體系，其醫療給付的範圍均應採行公保現制醫療給付的項目與內容，對於疾病、傷害、及生育事故俱行提供直接醫療給付。於被保險人發生此等事故時，均可享受醫療機構所提供之門診與住院醫療服務。惟公保勞保現制下之醫療給付稱為「免費醫療」，將來如一致實施醫療費部分負擔制，則醫療給付自不宜再稱為「免費醫療」，以符事實。此外，凡屬勞保制度在醫療給付方面具有特色或較為合理詳盡的規定亦應一併予以吸收採擷；尤以有關職業傷害與職業病醫療的措施，在將來就業勞工人口不斷增多的情形下，更為值得重視。

(二)關於住院治療方面：住院之醫療給付，仍以沿用公保現制為原則，惟有關於住院期限的控制，應採用勞保之「各項常見傷病之住院診療參考表」作為客觀依據，俾可減少不必要之延長住院。住院伙食費之規定，在採行醫療費部分負擔制之前提下，無論住院期間長短，伙食費與醫藥費一併由被保險人按固定比例分擔。至於病房的等級，全部以三等為標準，因將來社會保險制度之被保險人範圍勢將日益擴大，且其中以勞工及眷屬為主體，故可採用勞保現制；若普遍採行以二等病房為準，將大量增加保險財務負擔，且一般醫院二等病房較少，難免有濫竽充數的情形。若公保被保險人認為有損既得權益時，則可由政府以雇

主身份補助費用住二等病房。至於二三兩等病房標準，自應配合國內醫藥衛生進步情形逐步提高。俟將來由政府普遍興建社會保險醫院或將公立醫院改爲保險醫院後，即可將保險病房標準劃一不分等級，以容納各種被保險人及眷屬住院。

(三)關於醫療機構的指定方面：我國社會保險現制中，有關醫療機構的規定，似以勞保方面較爲完備，故關於醫療機構指定的選擇標準，即可參照勞保制度的規定加以補充改進。不過，今後爲配合社會保險制度的擴大實施及國內醫藥衛生設施朝向公醫制度發展的趨勢，保險機關與醫療機構間的關係，應完全適用公法關係的規定。在原則上可使所有公私立醫療機構與醫事人員均負擔協助理社會保險醫療業務的義務，由保險機關或衛生行政機關按各地區的需要依據法定標準直接加以指定。而且，今後國內社會保險制度若繼續維持分業系統時，對醫療機構亦應共同指定共同利用，以簡化作業手續，加強監督措施。醫療機構經指定後，即須受保險機關的指導監督辦理醫療給付業務，如有違法不當行爲即應受保險機關（或會同衛生行政機關）之制裁。凡屬此等事項，不僅應在社會保險法規中加以規定，亦且應在醫師法及醫事法（尙未制定）中作相互配合之規定，藉以強化其執行之效力。

(四)關於保險機關的職權方面：醫藥衛生行政在本質上原屬社會福利的範圍，與社會安全制度有不可分離的關係。所以，目前世界各國中將醫藥衛生與社會福利行政結合爲一，設立統一機關（如衛生福利部）主管者不乏其例（註二十一），如此才能收到兩種業務協調配合的最佳效果。鑑於此種制度之優點，所以我國政府將來如爲適應社會保險制度發展的需要，而改組社會福利行政機關時，自應予以重視。即令將來不能設立此種統一行政機關，亦應使衛生署與社會保險機關（或各分業系統保險機關）共同設置「聯席會報」或「協調小組」，專門就社會保險醫療給付業務及對醫療機構管理監督事宜進行協調聯繫。同時，在社會保險法規中，明定授予保險機關就醫療給付業務以指示監督及直接獎懲各有關醫療機構及醫事人員之權力；衛生署對保險機關此種職權之行使，不僅應予尊重，且應積極支持。保險機關對此種職權的授予至爲需要，擁有此種權力乃能加強對醫療機構的監督管理，掌握改進醫療給付業務的關鍵，剷除各種流弊。

(五)關於醫事人員的管制方面：就目前的情形而言，國內醫師人數有不足的現象，而醫師缺乏將直接影響社會保險醫療業務的推行。因此，今後爲改進及擴大社會保險業務，即須考慮到解決醫療機構醫師缺乏的問題。關於此項問題的解決，似可採取兩方面的途徑。就治療的途徑而言，公立醫療機構應有效提高專任醫師待遇至合理標準；同時採行兼任約聘醫師制度，對兼任

醫師僅規定其每週在院應診時數（或日數），按「時」或「日」數計酬，對其在外自行開業與否不予限制，如此當能羅致相當多數的優秀人員。根據美國約翰霍普金斯大學與農復會合作在一九六三年就臺灣地區醫事執業人員所作調查，發現私人開業醫師之收入約為公立醫院醫師待遇的十倍（註二十二）。一般醫師之所以願意在公立醫院服務，其目的不外是在於取得經歷、增加聲譽、吸收新知、利用設備、及建立關係。而目前在私立醫院設立日多，政府對醫事人員未作全面管制的情形下，禁止利用公餘兼職兼課及在外執業，恐難有效實施。所以，必須先行有效提高專任醫師待遇，縮短公私業務收入差距，然後再對彼等嚴加管制；同時以兼任辦法留住部分優秀人員，使彼等在不受太多限制之下，樂意為公立醫療機構服務。至於提高待遇之經費，自應由政府負擔，即使保險機關所設門診中心之此種經費，亦應比照一般公立醫療機構由政府撥付。不過，醫事人員的缺乏，並非單純的待遇問題，尚有其他因素牽涉在內。因之，除提高待遇之外，仍應注重治本的方法，如擬定長期公費培養醫事人員計劃，按照國內醫藥衛生與社會保險業務發展的需要，平時與醫學教育機構合作，不斷擴大教育訓練，以應未來業務需求，使保險醫院及其他公立醫療機構能够吸收素質較高的醫事人員。此外，實施公醫制度為我國憲法中的一項基本國策（註二十三），其實現僅屬時間問題，有法規若能配合此種制度的推行，對一般醫事人員作適當的管制，例如前述不待醫療機構自行申請有關機關即可逕行指定公私立醫院參與辦理社會保險醫療業務，規定醫事人員須為公立醫療機構服務相當年限後始能自行開業，並限制其執業地區及出國等（註二十四），均可使醫事人員缺乏的問題逐步獲得改善解決。其次，為現有人員素質提高的問題，欲實現此項目的，可經常推行在職訓練或予以進修機會，使公私立醫療機構醫事人員水準得以不斷提高，能够藉此機會吸收新的知識與技術，以適應醫療業務進步的需要。監察院於民國四十九年所提出之公保免費醫療糾正案中，曾要求衛生行政機關修改公立醫院編制，防止人才外流，及擴充醫護教育（註二十五）。此項建議也同時具有治標與治本之雙重作用，不失為切實可行的辦法。

（六）關於充實醫療機構設備方面：國內公私立醫療機構中，規模宏大設備完善者為數不多。所以，為擴大實施社會保險及改進其醫療業務，即有普遍增加醫療設施的必要。不過與建新的醫療設施既然困難較多，則首先應考慮充實改善現有醫療機構的設備，以求提高其業務能量，適應客觀的需要。就國內現有各種公私立醫療機構而言，大致均有相當多的機構在設備方面有問題存在，有待設法解決。公立醫療機構設備陳舊與缺乏的情形，主要為經費不足所致。私立醫療機構之有同樣情形者，除可能

係由於無力購置外，缺乏專門技術人員或醫師不具備使用新型設備的知識技術亦為其原因之一。所以，欲補救設備方面的缺點，有關當局一方面固須經常加以督促，令其盡力擴充改善，但在另一方面也應予以適當的協助。具體途徑即依據醫療機構過去與今後辦理保險業務的績效，予以低利貸款作為購置醫療設備之用，並對其醫護人員施以講習訓練充實其操作使用新型設備的知識技術，尤其是偏僻地區的醫療機構應優先予以考慮。以往保險機關曾對少數醫療機構給予補助（註二十六），不過此種方式似不如普遍貸款較為有效，目前政府對一般企業機構均有貸款辦法，對於醫療機構自宜採取同樣方式輔助其發展，而且採取此種措施對於實現社會政策之目的及增進經濟發展的人力資源俱有莫大裨益，其效果非僅限於社會保險醫療業務方面而已。

(七)關於建立保險醫院方面：我國現行公保與勞保制度，鑑於各公私立醫療機構俱非保險機關所能直接管理控制，所以均將建立保險醫院列為醫療業務發展方面的基本目標之一。設置保險醫院具有各種優點，主要即便利加強管理控制、避免流弊浪費、提高醫療水準、並可專門收容被保險人及眷屬使彼等容易獲得就醫與住院機會，此等優點可自公保設立三處聯合門診中心的實際經驗中獲得證實。是故，在兩種保險業務不斷擴充的情形之下，自有建立保險醫院的必要。不過，將來若實施全面社會保險制度時，則情況即稍有不同。因在全面制度下，社會保險行政系統可能大事變動，而將各公立醫療機構納入隸屬系統之中；即使行政系統僅屬局部變動，亦因全面制度既將絕大多數國民納入保障範圍，則各公立醫療機構的業務，自將以保險醫療給付業務為主體。準此，則無論保險行政系統變動的情形如何，就將來保險醫療業務發展的趨勢觀之，所有公立醫療機構均有在無形中成為保險醫院的可能。此種發展，亦為未來推行公醫制度所欲實現的目標。若此種預測成為事實，固然無再行特別設置保險醫院的必要，但政府今後所設立的醫療機構均應視為保險醫院，且均應配合保險業務實施的要求而設立，不僅可設置綜合醫院，亦可設置專科醫院及特殊醫院；同時此等醫院自可兼具衛生行政方面的其他目的。至於現有的各種公立醫療機構，當然均應配合保險業務發展的需要，分別加以整頓改進，使其以承辦保險醫療為主體，而漸次先行納入由保險機關直接監督控制的醫療業務系統，為保障一般被保險人及眷屬的健康安全發揮其業務效率。

(八)關於醫療機構的輔導監督方面：保險醫療業務的實施，無論是否建立能够由保險機關直接控制的醫療機構系統，或繼續仰賴約定之各種醫療機構執行保險業務；為消除流弊及提高效率，均有對各種醫療機構加強輔導監督的必要。就輔導方面而言，此種業務的推行，需要有充足的經費與人員，並須與監督工作密切配合，乃能充分發揮其效果。尤其值得注意者，即應善於

運用獎勵方法，誘導醫療機構自動謀求改進，如此則事半功倍，有助於輔導計劃目標的早日實現。此外，就推行公保勞保醫療業務的經驗觀察，一般私立醫療機構的缺點較多，且各別機構間各方面的條件相去懸殊，特別以鄉鎮及偏遠地區者之醫療水準與設備可能普遍較差。私立醫療機構之所以具有較多的缺點，主要有兩方面的原因：其一、即私人執業醫師開業後，不易進修或繼續吸收新知，以致學識技術日漸落伍，尤以在醫藥知識日趨分工專業化的情勢下為甚；其二、即如前所述，各種醫療設備價格昂貴，私人醫療機構或無力購置，或缺乏操作使用之專業技術，其醫療水準自難以提高。上述兩種情形即在其他國家亦同樣存在（註二十七）。為克服此等缺失，在外國醫藥界已形成一種新的趨勢，即鼓勵「組合醫療業務」（Organized Medicine or Group Practice），亦即提倡「醫藥團隊」（或稱「保健合作」）之觀念（Health Team Concept）。在此種觀念之下醫事執業人員相互組合，設置規模較大的醫療機構，有利於擴充設備、知識技術交流合作、改善經營管理、降低醫藥服務成本、加強對病患之服務（註二十八）。許世鉅博士在我國醫院行政協會第四屆大會的演講中，曾批評國內各醫院間缺乏合作，並謂原有私人聯營醫院趨於衰退，除非各聯營人將自營醫院歇業，否則此種醫療機構不能發揮其功能。則上述在團隊觀念下以合作方式組合較大規模醫院的辦法若能普遍推行，正足以補救此種缺失。由此可知，此種趨勢的發展值得政府鼓勵重視。為配合將來社會保險業務發展的需要，似可由保險機關或由衛生行政機關設法促使鄉鎮或偏遠地區各小型私人醫院及診所採取此種組合方式，一方面既可改進其業務，增強其號召聲譽；亦便於保險業務之管制，並形成地區聯合醫療中心的地位，如此對公對私均屬有利。同時，在未來全面社會保險制度實施之前，鑑於目前公保與勞保分別在各地區約定不少各種特約醫療機構。而雙方所選擇之機構可能相同，其約定、監督、及輔導事宜均屬重複，雙方（或與衛生行政機關三方）若能採取合作步驟，對醫療機構統一其約定及督導事宜，則不僅可節約人員經費，劃一業務標準，加強業務效果，並可為全面社會保險及醫藥社會化制度的實施奠定其初步基礎。

(九)關於醫療、用藥、及費用標準方面：醫療及用藥標準的擬訂，足以促進醫療機構業務的進步及提高其給付之水準；費用標準的擬訂，可用以控制醫藥費用，防止浮濫，並避免爭議。其他國家實施由政府或民間舉辦之醫療保險者，亦多有此等標準之規定（註二十九）。此等標準均須聘請各有關方面專家商討決定，醫療及用藥標準可編訂為醫護人員手冊，供各醫療機構醫護人員作業之參考。費用標準應採「診費」與「藥費」分離制，並應於適當期間定期或不定期加以重新審議、調整、通告、使其

標準與實際價格相符，以免流於形式，不為醫療機構所接受；但在另一方面亦應使其能够發揮抑制醫藥費用惡性上漲的作用。至於限制每人每次就診醫藥費用的規定，無論為正式或非正式的限制均不宜採用，處方用藥只應限制份量不宜限制藥費，以免影響療效（註三十）。凡屬此等事項，自應配合衛生行政機關的有關作業，若能由衛生行政機關負責擬訂全國性或地區性的業務與費用標準，由社會保險制度方面採行，亦不失為善策。

(+)關於藥品衛材供應方面：為節省經費支出及提高業務績效，今後社會保險醫療業務所需各種重要藥品，應統籌採購並嚴格檢查品質，無論來自國外或國內均應享受免稅優待。近年來國內製藥業漸趨發達，自製藥品品質提高，凡屬療效與進口藥品相當者，即應限定選購國產藥品，衛材方面亦應本同一原則辦理。若能洽請軍方以生產成本價格供應，則更能符合節約之旨。關於藥品衛材供應方面，尚可配合前述之診費藥費分離制，實施政府直接供應制度，此即由衛生行政機關或保險機關在各地區或各大醫院設置藥品供應站，負責四種業務，包括：

1. 對投保病患持有保險醫療機構處方證明者直接給付藥品。
2. 對各種保險醫療機構按其平均每月保險醫療業務量平價配售各種藥品。
3. 對各種保險醫療機構按其為投保病患每月給付藥品記錄或藥費總額，直接撥給藥品補償，以代替現金支付。
4. 根據保險機關的指示，對辦理保險醫療業務績優之各種醫療機構免費贈予定量藥品。

若此項直接供藥制度能够實施，則不僅可能對國內現行社會保險制度醫療業務藥品品質的提高與藥費的控制有所裨益，而亦將有助於未來全面社會保險制度下醫療業務的擴展。

(二)關於就醫憑證方面：各國社會保險制度在醫療給付方面，對被保險人就醫多採醫療憑證制度。除保險證外，尚須持有診病證明單始得接受醫療服務。此等醫療憑證之作用有三，即證明就醫者之身份、證明有效之保險關係、及限制濫用權利控制就診率。我國公保勞保均採醫療憑證制度，尤以公保除發給保險證外，又採醫療證明單。此種醫療憑證的採行，對就診率的控制及流弊的防止確有貢獻。不過，醫療證明單的採行，若要保單位控制不當，則可能使正當行使醫療權利之被保險人受到不必要的限制，或者即不能產生控制就診率的預期作用。而且，將來若舉辦全面社會保險制度，被保險人及眷屬大量激增，醫療證明單的管理及使用，恐將有其困難。同時，國內學者專家對於醫藥費部分負擔制的採行，均認為有實際的需要，並主張應釐定足

以發揮有效作用的分擔比率。如此，再配合掛號費的調整，自易產生降低就診率及防止權利濫用的具體效果。在此種情形下，醫療證明單似無繼續採行的價值。將來對被保險人及參加健康保險之眷屬（按眷屬係附隨被保險人投保），似均應發給保險證（眷屬可稱為醫療證）。保險證可採手冊式，內附繳納保費記錄及就診記錄，如此即可收到證明身份與有效保險關係、以及防止「串診」濫用醫療權利的作用。並能簡化手續增加就醫之便利，及避免因使用醫療證明單所引起的流弊。

(四)關於醫藥價格管制方面：一般國家之醫藥價格，一方面與物價水準相關聯，另一方面又有刺激其上漲的特殊原因（註三十二）。近年來許多國家均有醫藥價格上漲的現象，以美國而論，自一九五〇至一九六六年前後十六年間，醫藥價格上漲五七%，每年上漲三%至六%不等。國內的情形，僅以公保方面而論，自五十二年至六十一年十年間，每人住院平均費用增加一倍，每人門診平均費用增加四〇%，上漲趨勢亦甚明顯（註三十二）。以往在國內物價相當穩定的情況下，上漲幅度尚且如此，近兩三年間物價波動劇烈，醫藥價格上漲的幅度自然更大。醫藥價格的上漲，足以導致醫藥費用支出的增加，造成保險財務的困難；若採醫藥費部分負擔制，則將直接加重被保險人的負擔。所以，今後為穩定保險財務、維護被保險人權益、及促進社會保險制度的擴大實施起見，政府應就管制醫藥價格的問題，作整體性的通盤考慮。關於此一問題，政府雖然不可能對醫藥價格上漲絕對有效地加以抑止，但各有關機關大體上仍能採取各種措施使其上漲的趨勢緩和和合理。此等措施約有下列數種（註三十三）：

1. 採用一般物價管制的議價限價措施。
2. 控制國內藥品衛材的生產、進出口、及供應，公立醫療機構實施統一採購制度。
3. 釐訂醫療機構診療費及藥費標準（已見前述）。
4. 改善醫療機構業務管理，對醫事人員及醫療設備作有效運用，增進其業務效率，盡量減少浪費，以降低醫療成本。
5. 設置公營藥品、衛材及醫療設備工廠，大量生產所需物資器材，直接供應醫療機構。
6. 節制一般人民對醫藥服務的浪費，鼓勵民間設立平民化醫療機構。
7. 逐步擴充及普遍設立公立醫療機構，實施醫療社會化及公醫制度措施；有計劃適量培養醫事人員，並對彼等執業加以管制。

在上述各種措施中，前六點着重於衛生行政業務方面，係以醫療機構、醫事人員、及製藥業藥商為對象，部分措施在國內業已實施，惟效果仍待加強。第七項則為整體性社會福利措施的一部分，亦即對於醫事職業及藥業作全面的管制。此等措施若能貫徹施行，則政府對醫藥價格將可作有效的控制，而有利於大規模政策性健康保險業務的推行，使一般人民在社會保險的保障下，能够享受到費用合理的，甚至於大部分免費的醫藥保健服務；同時有助於節約保險經費支出、維持費率的穩定、及減輕各有關方面的負擔。

以上十二項有關改進及擴大實施社會保險制度醫療給付業務的意見，就內容而論，有直接屬於醫療給付業務者，亦有屬於相關事宜者。從各種事項的探討中，足以瞭解到社會保險醫療給付與衛生行政的不可分性，既然醫藥衛生業務具有社會福利的本質，則在行政系統上若能將衛生行政機關與社會福利機關合併，自屬上策，否則，二者在業務上亦應採取密切配合的措施。因健康保險的有效實施，必須以獲得衛生行政的全力支持為前提；而醫藥衛生制度的健全發展，亦為消除健康保險醫療業務各種流弊的必要條件。此外，另有值得注意者，即我國現行社會保險制度，在醫療給付方面，強調免費醫藥服務。此種措施，固然有其客觀需要與特殊政策之目的；但是，就醫療業務管理的觀點而言，則此種措施之正確性及其在未來全面社會保險制度方面之可行性頗有商榷的餘地。所以，今後為改進及擴大實施社會保險的醫療業務，似不宜繼續採行現制的免費醫療給付。將來在醫藥費部分負擔制下，如能滿足一般被保險人及眷屬的日常醫療需要，提供廉價而有效的醫藥服務，同時奠定醫療給付業務健全發展的基礎，則可謂已經達成擴大實施健康保險的基本目標。至於提高醫療給付水準、放寬給付範圍、及減輕被保險人負擔的構想，當可在此種業務的不斷改進發展中，逐步實現之。

總之，以往二十餘年間，在現行分業社會保險體系之下，醫療給付業務一方面已有可觀的成效表現；另一方面從長期實施經驗中，也已顯示出在制度與業務上有一些亟待改進解決的問題存在，而積極採行切合實際的有效改進措施，乃是突破發展現狀瓶頸的必要手段。尤其是六十三年初公保法修正後，立法院對合併分業社會保險體系業已作成明確決議，此項決議實已揭開我國未來全面社會保險制度發展的序幕。在此種情勢之下，研究改進社會保險醫療業務的措施，自應配合政府對有關政策與其他相關業務的規劃，並依據對今後社會客觀環境與條件變遷的蠡測，而特別着重於整體性與長期發展觀點的設計，俾可適應建立永久性綜合社會安全制度的需要，開創社會保險醫療給付業務的新局面，並同時兼顧達成衛生行政方面之目的。

附 註

- 註一·International Labor Office, *Social Security*, Geneva, 1958, pp. 80-82.
- 註二·U. S. Dept. of H. E. W., *Social Security Programs Throughout the World 1967*, Washington D. C., Government Printing Office, 1967, p. 75.
- 註三·*Ibid.*, p. 63.
- 註四·M. G. Taylor, *The Administration of Health Insurance in Canada*, Toronto, Oxford Univ. Press, 1956, pp. 7-9. Almont Lindsey, *Socialised Medicine in England and Wales*, Chapel Hill, The Univ. of North Carolina Press, 1962, p. 73.
- 註五·Bowen and Others, *The American System of Social Insurance*, New York, McGraw-Hill, 1968, p. 120.
- 註六·I. L. O., *op. cit.*, pp. 51-52.
- J. F. Follmann, Jr., *Medical Care and Health Insurance*, Home-wood, Ill, Irwin, 1963, p. 290.
- International Labor Conference, *Social Security Minimum Standard Convention*, Geneva, I. L. O., 1952, Part. II, Part III.
- 註七·*Ibid.*, Part II, Part IV
- U. S. Dept. of H. E. W., *op. cit.*, pp. 1-238.
- 註八·*Ibid.*
- I. L. O., *op. cit.*, p. 74.
- 註九·Helmut Schoeck, *Financing Medical Care*, Caldwell, Idaho, The Caxton Printers, 1962, pp. 32, 78, 97, 100, 246, 283.
- 註十·*Ibid.*, pp. 26, 126, 149, 157, 162.
- I. L. O., *op. cit.*, p. 45.
- 註十一·Lindsey, *op. cit.*, pp. 280-281.
- 註十二·見公務人員保險法第十三條有關醫療給付規定，同法施行細則第五章免費醫療部分，公務人員保險醫療辦法第二章醫療項目及第三章醫療標準。
- 勞工保險條例第五章保險給付第二節生育給付部分。
- 註十三·同前註公保法令之有關規定。
- 勞保條例第五章第四節疾病給付部分，勞保醫療準則第三章指定醫療院所醫師診療部分。
- 註十四·同前註。
- 註十五·同註十三。
- 註十六·同註十三。
- 註十七·見公保特約私立醫療機構辦法。
- 勞保指定門診醫療院所及指定住診醫院辦法。
- 註十八·Schoeck, *op. cit.*, pp. 32, 97, 148, 164, 235, 246, 271, 283.

註十九·*Ibid.*, p. 85.

A. H. Rosenthal, *The Social Programs of Sweden*, Minneapolis, The Univ. of Minnesota Press, 1967, p. 41.

民國五十八年八月十二日聯合報「地方公論」——「醫師荒應亟解除」。

民國六十三年二月二十二日中央日報載衛生署決定補充衛生所醫師缺額措施。

註二十·W. H. O., *World Health Statistics Annual*, 1966, Vol.

III.

Baker and Perlman, *Health Manpower in A Developing Economy: Taiwan A Case Study in Planning*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1967, pp. 179-182.

註二一：各國將衛生與社會福利行政合併設置主管機關的實例不少。如美國聯邦的衛生教育福利部 (Department of Health, Education, and Welfare) / 英國之衛生與社會安全部 (Department of Health and Social Security) / 加拿大之國民保健與福利部 (Department of National Health and Welfare) / 日本之厚生省 / 及韓國之衛生福利部等均是。見劉脩如著，社會福利行政，臺北，正中書局，六十三年版第一二七——一二八頁。

註二二·Baker and Perlman, *op. cit.*, pp. 179-180.

我國社會保險醫療業務現狀與發展的檢討

註二三：中華民國憲法第一五七條規定「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業，及公醫制度」。

註二四：按新修訂之醫師法其內容或將有助於對開業醫師之管制。省政府亦會決定配合新醫師法之規定，限制乙種醫師執業地點，以適應社會需要。見民國五十九年二月二日聯合報。

註二五：監察院(四九)監臺院機字第八四九號函行政院「監察院對公務人員保險免費醫療糾正案」。

註二六：同前註。

註二七·Lindsey, *op. cit.*, p. 8.

註二八·Mills and Montgomery, *Labor's Risks and Social Insurance*, New York, McGraw-Hill, 1938, p. 259.

John Bryant, *Health and The Developing World*, Ithaca, Cornell Univ. Press, 1969, p. 139.

註二九·Rosenthal, *op. cit.*, p. 40.

鄒道序著，英國社會安全制度，臺北，五十三年版，第二四一頁。

註三十：中信局長孫義宣會再度否認公保有對一次處方藥費之限制。見六十二年十一月二十七日中央日報。勞保當局以前亦曾否認有此種藥費限制之規定，惟省議員及輿論界仍有提出此種批評者。見六十二年三月二十二日中國時報及同年六月六日聯合報。

註三一·Somers and Somers, *Doctors, Patients and Health Insurance*, Washington D. C., The Brookings Institution, pp. 404, 428.

Joseph W. Garbarino, *Health Plans and Collective Bargaining*, Berkeley, Univ of California Press, 1960, p. 37.

註三三：Rosemary Stevens, *American Medicine and The Public Interest*, New Haven, Yale Univ. Press, 1972, pp. 83-84.

六十二年公務人員保險統計，第一八五頁，表八八「免費醫療每一就診人次平均費用」。

註三三：R.D. Eilers, *Regulation of Blue Cross and Blue Shield Plans*, Homewood, Ill., Irwin, 1963, pp. 294-296.