

國立臺灣大學社會科學院政治學系
政府與公共事務碩士在職專班
碩士論文研究計畫書

指導教授：林子倫 博士

二代健保合法化過程之研究
(口試本)

研究生：李麗莉

學號：P99322031

中華民國101年7月27日

目次

第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機	1
第二節 研究目的	4
第三節 研究問題	5
第二章 文獻評析	6
第一節 政策制定過程	6
第二節 政策合法化及參與者.....	9
第三節 二代健保制度之相關研究	15
第四節 小結.....	24
第三章 研究設計	26
第一節 研究方法	26
第二節 研究範圍與限制.....	30
第三節 章節安排	32
參考文獻.....	33

表圖目次

表 3-1 訪談表.....	29
圖 2-1 二代健保之規劃架構圖	16
圖 2-2 保險人、醫事服務機構、被保險人三方關係	18

第一章 緒論

第一節 研究動機

壹、研究緣起

全民健康保險（以下稱健保）制度，為我國國家社會安全體系不可或缺的一環。自1995年3月1日施行至今已邁入第18年。健保的實施是依據憲法第一百五十五條規定：「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度」及憲法增修條文第十條第四項規定：「國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展。」期能藉由健保的實施以改善國民健康、免於因病而貧或因貧忌醫之困境。在規劃與推動初期，因國內整體公共政策是由政府主導，且相關民間團體運作皆由政府所掌控，健保的決策模式是由技術官僚與學者專家主導規劃。此階段的政策規劃是以衛生醫療與財經專業為主。¹

自健保施行以來，已大幅降低民眾就醫的經濟障礙，醫療體系的投資與蓬勃發展，大幅提升了醫療服務的可近性；雖已達成全民有保、提供廣泛的醫療照護、避免因病而貧等階段性目標；但現行制度中已存在財務收支失衡、社會參與不足、欠缺醫療提升機制等重要待檢討與改善之政策議題、加上健保開辦時係沿續公、勞、農保等健康保險制度、存在給付範疇長期欠缺檢討以及被保險人依職業別分類而導致保險費基僵化，保費繳納不公、醫療院所經營困境增加，健保醫療服務品質堪憂等現象。²當年「不浪費」與「不虧損」二大原則，隨著政黨多元化與政治民主化、立法院黨團約制成效漸減、行政部門統合度下降、加上公民意識抬頭、相關團體更趨多元，且積極遊說要求參與健保決策，又因國內政治藍綠對壘日趨嚴重以及國際經濟不景氣等因素，都使得健保投保金額難以調整，健保面臨收支

¹ 行政院衛生署二代健保專區第一階段各工作分組規劃報告，
<http://www.doh.gov.tw/ufire/doc/030429-13.doc>。2012/5/2 查詢。

² 行政院衛生署二代健保專區總結報告提要，
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2.aspx?now_fod_list_no=7602&class_no=111&level_no=1
2012/5/2 查詢。

短絀的財務困境。為改善現行健保制度缺失，政府於2001年以「二代健保」為名開始規劃。為什麼稱之為「二代健保」(second generation，亦即「2G」)呢？這表示一代已經過去，第二代正要開始，一代代延續下去，頗有綿延不絕的精神，同時代表能夠以全面性、宏觀性、前瞻性的思維，考量我國國情、社會變遷及政治經濟等因素，透過跨部會合作、凝聚社會共識，進行健保基礎改造。³

健保規劃政策之形成，是經過多方專家研議，從問題認定、議題設定、政策規劃等階段，選擇方案並建立該方案的政治支持，促使該方案成為法律條文，亦即將選定的政策方案予以條文化、合法化，才有法源以為政策執行的依據。因此，必須修正全民健康保險法（以下稱二代健保法）。此次的研提修正議案，是健保開辦以來修正幅度最大的一次。

健保制度的落實，係維護全民醫療保健之重要基石，更是國家社會安全體系不可或缺的一環。2002年提出二代健保法具體的制度規劃與相關行動方案(Action Plan)。⁴ 2003年底曾提出以健保保費改革為二代健保主軸，經多方討論決定以達成「提升醫療品質」、「擴大社會參與」、「平衡財務收支」三項政策目標，⁵提出四大層面之政策建議，包括：強化資訊提供以提升醫療品質、平衡財務且提高服務購買效率、擴大社會多元化參與健保政策以及建構權責相符之健保組織體制。⁶主管機關行政院衛生署以「公平」、「品質」、「效率」為核心價值，研提修正草案。

二代健保規劃中，作為健保執行單位的中央健康保險局（以下稱健保局）有轉型為行政法人性質全民健保基金會之規劃，但是健保局於2010年1月1日改制

³ 行政院衛生署，2007，《關鍵時刻：邁向全民健保改革新紀元》，臺北：行政院衛生署。

⁴ 二代健保法具體的制度規劃與相關行動方案：1.以家戶所得為費基的新制保費方案，並廢除其職業別投保。2.雇主的保費負擔，朝向公式化及簡易化的設計，並有明確及固定的責任。3.民眾透過給付範圍決策的參與，共同決定保費及部分負擔的費用。4.民眾以自然人參與健保的新方式（如公民會議 Citizen Conference 與審議式民調 Deliberative Polling），加強民眾的參與能力並補代議制度之不足。5.加強法人的參與能力與方式，並強化保險單位對現行醫療資源利用的效率與公平。

資料來源：行政院衛生署二代健保專區第二階段各工作分組規劃報告。

http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/030429_14.doc。2012/5/2 查詢。

⁵ 行政院衛生署二代健保專區第三階段各工作分組規劃報告，

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2.aspx?now_fod_list_no=7602&class_no=1。2012/5/2 查詢。

⁶ 行政院二代健保規劃小組，2004，《行政院二代健保規劃小組總結報告：邁向權責相符的全民健康保險制度》，頁23。

爲行政機關；健保法之修正案亦於 2011 年 1 月 26 日修正公布，所謂「二代健保」改革亦告一段落。然而，健保制度是經過許多學者專家、各種利益團體及行政機關十年的研議改革方案，卻於充滿政治性的立法場域中折衝妥協，通過的條文有多少是保留了原先改革規劃的精神？如此的修正是否符合人民的期待？究竟是誰的意見被採納？又滿足了誰的需求？這些問題在政治性濃厚的二代健保法合法化過程中頗耐人尋味，而想一窺堂奧，爰有深入探討之動機。

貳、二代健保政策具有政治性之意義

二代健保法於 2005 年 9 月研議完成，陳報行政院審查後於 2006 年 5 月 3 日首次送請立法院審議，當時的民進黨政府與第六屆立委因朝小野大，府會間「分立政府」形式，在野之國民黨阻撓法案討論，停滯於衛環委員會逾一年半。因立法院屆期不續審，2008 年 2 月 15 日重送審議；因逢政黨輪替，國民黨政府撤回 2008 年版本，並於 2010 年 3 月，在原有法案架構下研提修正案。雖然朝野對峙依舊，但國民黨以國會優勢積極動員，終讓法案完成三讀程序。

健保制度所牽涉的層面相當廣泛，不論是全民之健康安全、醫療品質、醫療費用支付、保險財務、投保單位、保險費用之收取、安全準備、行政經費、罰則等多重面向，牽涉金額也非常龐大，涉及了各種利益團體，加上政治力的干擾，使得健保法的修法過程更爲錯綜複雜。二代健保之規劃是一種宏觀、也是一種治本的規劃工程且與民生息息相關，但是議題的討論卻是由少數的立委及二大政黨所掌控，對於敏感性或爭議性較高之條文，則以保留方式逕付協商。然因我國的黨團協商機制尚無法可依循，以少數個人意志即可否決所有先前行政部門各種專家研商結論，甚至剝奪立委多數決討論空間。

通常合法化是藉由行政與立法部門、政黨、利益團體間的政治活動來進行，二代健保法的修正雖是由行政部門發動，健保議題亦常爲政黨間之論戰以及相關利害關係人等所關心；但仍是受到選舉、政府、政黨、輿論或公民等利害關係人等複雜環境因素的影響。雖然從第四屆起開放黨團提案，但是在立法院的提案中，立法委員個人提案仍佔絕大部分的比例。此可由二代健保法於 2010 年 3 月行政院

送請立法院審議之全案修正版本外，於立法院審議過程中，只有黃淑英立委所提的全案修正版，其餘委員針對少數條文或個別條文之修正動議竟高達 156 案，這還不包括委員於會議進行中的臨時提案，未及記錄者。

二代健保法於立法院審議過程中，利益團體以各種方式將議題擠入議程，而議案能夠被採納，在政黨競爭激烈、藍綠嚴重對峙的政治情況下，立委若欲通過法案，仍須藉由政黨的力量，以追求集體的選舉利益。本論文擬藉由政策合法化過程的相關論述，以探求歷經十年規劃研議的二代健保政策，於充滿政治性的立法院合法化過程中，有那些已完成規劃之議案卻於行政與立法部門以及利益團體的協商中被捨棄不用？政黨在過程中扮演何種角色？而其倉促完成立法，解決了多少現行健保制度的缺失？本論文試圖以公共政策的觀點解釋這些現象，以瞭解其間之爭議所在。

第二節 研究目的

本論文之主要目的，首先透過公共政策合法化過程之相關論述，瞭解國家之政策決策過程因素。二代健保之規劃從某層面來看，是一種治本的規劃工程，但是於立法院合法化過程中是什麼原因將完整配套規劃的政策打散？呈現出來的爭議問題，其背後原因是什麼？通過的二代健保法解決了多少現行制度的缺失？究竟是誰的意見被採納？又滿足了誰的需求？而這些被採納或捨棄的議題，利害關係人間的互動與角力背後的原因，皆有加以釐清之必要。如此有助於主管機關對於各種影響合法化之因素於後續的修法或執行過程中，藉以預作考量並增加政策之可行性。

其次，藉由研究瞭解歷經十年規劃研議的二代健保政策，政策利害關係人以動員立委提案或經由民間發聲，將偏好議題排進決策議程，在政黨政治的民主時代，政策利害關係人與政黨間如何互動？政黨在立法院合法化之過程中，如何扮演推手的角色？本論文以質性研究之文獻分析法，輔以相關政策利害關係人之深度訪談，目的是瞭解行政與立法互動以及相關利害關係人間複雜的三角關係，政

黨是如何居中合縱或連橫而達其政治目的。此部分將有助於行政部門運用與立法委員或政黨之互動，以達成政策推行之目的。

再者，透過釐清二代健保法立法過程中之爭議，並分析相關之政策利害關係人所關注之議題，有助於瞭解人民對於健保制度之期待。

最後，本論文透過公共政策的觀點，瞭解二代健保法合法化過程中之爭議及衝突，對於日後再修正之政策議題及運作過程，可以提供更多元之審視角度；又對於未及納入二代健保法之重要議題，提供相關單位於後續研擬健保法再修正案時考量之重點。

第三節 研究問題

本論文主要針對二代健保合法化過程中，相關政策利害關係人之偏好及其互動對決策之影響為焦點。舉凡政黨、政治結構、利益團體等相關利害關係人之偏好，於形成政策議題進入議程後，受到了組織內、外，如政黨、行政與立法機關、利益團體等各種政策利害關係人複雜的環境因素影響；本論文藉由具政治性意義之二代健保法合法化過程，分析利益團體、行政官員與立法委員間的互動對於健保政策之影響，以及政黨在這過程中所扮演的角色，如何對二代健保法的推動發揮影響力？

其次，對於影響二代健保法合法化過程主要的因素及爭議性議題，如何折衝與協調？而政策轉折其背後的因素為何？皆應加以釐清；並對於已完成規劃之政策，在協商過程被捨棄不用，其原因亦有詳加探討之必要。希望本研究能提供攸關全民福祉之健保法於日後修正時，能更周延的考量；對於各種影響合法化之因素能預作妥善處理以增加政策之可行性，才能達成我國健保制度更加健全發展並且永續經營的目標。

第二章文獻評析

本章將進行文獻回顧，第一節討論政策制定過程之意義；第二節詳述政策合法化及參與者，包括政策合法化之意義及過程中的參與者，並論及立法場域中政黨對合法化過程之影響；第三節針對二代健保制度之相關研究，依循二代健保規劃之三大目標為架構，分別加以研析，以勾勒出二代健保規劃的架構；第四節小結，經由前三節之文獻探析，瞭解合法化過程為政策制定過程中最重要的階段，並梳整過程中之參與者互動對法案及政策議題之影響，以及透過二代健保規劃目標之相關研究，可以看到宏觀（macro）的二代健保規劃。

第一節 政策制定過程

丘昌泰（2010：54）認為，公共政策過程包含兩個層次，即實質面之政策內容（policy content）與程序面之政策過程（policy process），兩者相輔相成，缺一不可。而且公共政策過程具有公共、動態、互動、彈性及流動的特性，Dunn（馬群傑譯，2011：46）主張其過程係一系列相互獨立的階段（phases）以時間為基礎排列，彼此間相互影響的過程，這些政治活動通常被稱為政策制定過程

（policy-making process），或簡稱為政策過程（policy process）。而林水波、張世賢（2006：47-49）認為，政策過程可以說是政府機關反應人民的政治需求與提供支持，而將之轉化為政策產出的過程。本節擬由瞭解政策運作內涵的層面，對於政策制定過程究應採「階段途徑」（或稱階段論）或者「反階段途徑」（或稱反階段論），以說明其區別：

一、階段途徑：

依據丘昌泰（2010：54-67）對於階段論的解釋，是將公共政策制定過程分為若干明顯步驟的階段，從問題出現、界定、議程設定、政策規劃、方案合法化到政策的執行與評估等，之後再繼續這個順序的循環過程。換句話說，從政策運作的觀點而言，對於研究某個公共議題而將政府機關政策制定過程之全程處理過程，分為若干階段，以便對每個階段的相關內涵及功能活動予以深入探討，並強

調各個階段之「順序性及回饋性」(吳定, 2008)。因此, 丘昌泰教授認為政策過程由階段途徑的觀點而言, 是理性的科學過程; 從策略管理的角度觀之, 政策制定過程中的每個階段都能夠加以管理 (Buchholz, 1992; 引自丘昌泰 2010: 56)。綜合言之, 政策制定過程是一個找尋理性分析最佳政策方案的循環過程。然而政策運作究應分成多少個階段, 學者有不同主張:

- (一) Dunn (馬群傑譯, 2011: 46) 認為政策制定過程分為: 議程設定 (agenda setting)、政策規劃 (policy formulation)、政策採行 (policy adoption)、政策執行 (policy implementation)、政策評估 (policy appraisal)、政策調適 (policy adaptation)、政策接續 (policy succession)、政策終止 (policy termination) 八個階段進行研究, 其過程是由複雜的循環所組成。
- (二) Dye (2002: 32-33) 將政策運作過程分為: 問題設定 (identification)、議程設定 (agenda setting)、政策規劃 (policy formulation)、政策合法化 (policy legitimation)、政策執行 (policy implementation) 及政策評估 (policy evaluation) 六個階段。
- (三) Anderson (2000: 31; 引自吳定, 2008: 6) 將政策運作過程分為: 政策議程 (policy agenda)、政策規劃 (policy formulation)、政策採行 (policy adoption)、政策執行 (policy implementation) 及政策評估 (policy evaluation) 五個階段。
- (四) Buchholz (1992; 引自丘昌泰, 2010: 56) 從公共政策問題管理的角度, 探討政策過程的三個階段皆須施行不同的策略管理: 民意形成、政策規劃及政策執行。
- (五) 林水波、張世賢 (2006: 46-55)、吳定 (2008: 4-6) 將公共政策過程分成五個階段: 政策問題認定、政策規劃、政策合法化、政策執行、政策評估。雖有學者主張政策制定過程指由議程設定、政策規劃、政策合法化到政策採納為止, 是為狹義的政策制定過程。但政策執行及政策評估仍然具體地在產生政策, 因此認為應採廣義的範圍 (林水波、張世賢, 2006; 張世賢, 2009; 吳定, 2008)。亦有學者以「政策過程」取代廣義的政策制定過程 (吳定, 2003: 194), 以避免廣義、狹義之爭。

二、反階段途徑:

反階段論者認為現實的政治環境非常複雜、政策過程的角度非常廣泛、公共政策的問題又不易界定、因此無法具體劃分為明確的階段，而且政治因素在政策過程中扮演著關鍵性的角色，因此階段論的思考模式不符合現實的政治現象。因此，可以說「政策過程即是政治的人文過程」（丘昌泰：2010：56），換言之，政策過程是因人類的政治權利活動所產出，很難明確以科學的方法加以界定。至於哪些是人文過程中的政治因素，依據丘教授的分析，發展出幾種主要的模式：

- (一) 漸進主義（incrementalism）模式：決策過程中之參與者彼此間之妥協與交易的過程。
- (二) 多元主義途徑：利益團體彼此鬥爭的結果。
- (三) 菁英主義途徑：公共政策反映菁英的偏好與價值，是政治利益交換的結果。
- (四) 統合主義途徑：國家與大型利益團體及社會的互動關係。
- (五) 垃圾桶模式（garbage can model）：決策過程無次序性、偏好與解決方案間亦無一致性的邏輯推演關係，是一種不按牌理出牌的有組織之無政府狀態。

三、整合途徑：

對於「階段途徑」或「反階段途徑」，在運用上皆有其優點及侷限，端視應用於何種議題及研究目的而定，兩者具有互補的性質。因此吳定（2008：9）建議採取整合的途徑，必須因不同議題、不同時間、不同目的而採取不同的研究途徑。原則上可以下列情況為考量：

- (一) 初研公共政策者或一般社會大眾，宜採「階段途徑」；已學習並研究多年者可採「反階段途徑」。
- (二) 如欲瞭解政策議題全程之處理狀況，可採「階段途徑」；如欲仔細探討過程中某一特殊狀況，可採「反階段途徑」。
- (三) 政策議題已處理完畢，愈瞭解其全貌及來龍去脈，以供後續處理參考時，可採「階段途徑」；如政策議題尚在處理中，而欲探知其真實面貌以為預測時，則可採「反階段途徑」。
- (四) 欲對某一政策議題的處理過程進行既廣泛且深入的研究，應同時兼採兩者，並以「階段途徑」為主，以「反階段途徑」為輔。
- (五) 欲對公共政策相關理論、知識、議題、方法等，具有較廣博性的瞭解，宜採「階段途徑」；而如欲探討特殊理論、模式或方法，在某政策領域

的應用狀況，則可著重「反階段途徑」。

第二節 政策合法化及參與者

政策合法化主要於立法場域中進行，參與者類型相當多元，除立法機關外，行政部門的參與也相當重要，因合法化係立法委員與行政官員的互動結果（劉佩吟等，2011：2）。本節將由政策合法化之定義、參與者，及立法院合法化過程中，探討於少數政府及一致政府的政治情況，立法委員及政黨的運作，對於政策合法化的過程及結果有何影響。關於政策合法化之專書或論著較少；而國內碩、博士論文亦少有關於少數政府及一致政府對於法案合法化過程影響之探討，可能是我國只有於2000年總統大選後才出現少數政府之政治情況，因此相關研究較少。

壹、政策合法化之意義

民主社會中的政策分析工作，若從實用價值的角度觀之，最終目的在於完成立法並執行（陳敦源，2001：89）。也就是說，政策規劃完成後，業務主管機關最重要之目的，是取得政策的合法地位及後續執行的權威，並以政策所預期之效益來改善現行制度的不足。因為政策合法化（legitimation）為政策執行的基礎，行政機關於政策規劃並提出政策方案後，送交到立法機關以獲得其同意與支持，並賦予該政策法律上的力量（legal force），使其執行具有正當性。而政策合法化牽涉到上一層次合法性（legitimacy）的問題，其實合法性，就是統治的正當性（吳定，2005：275）。對政治系統而言，合法性的確認是非常重要的。如果大多數的公民都相信政治當局具有統治的正當性，法律便易於有效執行，所耗費的資源得以降低，因為政策合法化是以執行單位的合法性為基礎。而所謂政策合法化，吳定教授認為係指該具有合法地位的機關或個人對於政策方案，經由法定程序而取得合法的地位。因此合法化過程，可以說是政府有關機關為反映人民的政治需求，規劃解決方案或計畫之後，提經有權核准的機關、團體或個人，予以審議核准，經由法定程序與核准的機制，將其轉變為公共政策的動態過程，目的是為取得執行的合

法地位，得以將此政策付諸執行。林水波等(2006：174-183)對於政策合法化作了詮釋，認為政策第一層次的合法化，是為取得統治的正當性；第二層次的合法化，則為政策取得法定地位的過程。

關於政策合法化，依公共政策制定者的觀點而言，Dye（羅清俊等譯，1999：460-461）認為是將總統、國會、聯邦機關、國會委員會、白宮幕僚及利益團體等這些最接近的決策者（proximate policymaker）視為一個較複雜的過程中，唯一且最後一個開放、公開的政策制定過程階段，而這個階段能吸引大眾媒體及許多政治學者的注意。許多政治學者主張公共政策之制定，是利益團體與政府官員之間的競爭、討價還價、說服以及妥協的過程；而這些具有公共性、動態性、互動性的決策過程，持續地貫穿到最後立法階段。因立法機關具有高度的開放性以及公共性，以現代民主國家美國而言，其國會各類委員會於審查法案前，常會舉行聽證會，與法案相關之利害關係人均會出席聽證會，委員從各方利益團體的意見中，獲得立法的重要依據（關中，1992：161；引自白佳慧；1995：51）。觀諸國內立法委員亦常針對政策議題召開公聽會，廣泛聽取各種利益團體的意見，以使法案更為周延，謀求選民最大利益。然而於正式的立法過程所關心的是執行的細節，例如是誰獲得政治利益、哪個機關對政策取得了控制權，或是確切的支出是多少等等。Dye 認為其實這些並非不重要，因為它們被提出來與作決定，是在已確定的政策目標與方向情況下所作成；最接近的決策者所作之決定，關注的重點是公共政策的手段，而不是目的。

政策於立法院合法化過程，Jones（1977；引自丘昌泰，2011：160）進一步指出，國會必須遵守多數統治（majority rule）的原則；因此合法化的過程，可以說是建立國會多數的過程。二代健保法涉及的層面甚廣，牽涉許多不同的利益團體，因此合法化過程即是利益團體、立法委員與行政官員間的互動、衝突及妥協的過程。全民健康保險政策經過立法機關合法化的過程，將政策予以條文化並完成法定程序，取得法源依據，使政策付諸執行，才能落實政策目標。

貳、政策合法化過程中之參與者

政策制定過程中充斥著政治氣息，尤其是在政策合法化過程。而動態的政策合法化過程中涉及那些參與者？吳定（2003：123）認為於此階段的參與者，指的是「政治行為者」(political actors)在政策運作的過程，尤其是在政策制定過程中，於不同的場域，實際參與運作過程並提供意見，而且對政策能夠產生重大影響的個人或團體。

政策合法化過程中有許多的參與者，大多數國家的政策合法化參與者包括：民意代表、行政官員、司法機關、政黨、利益團體、學者專家、大眾傳播媒體以及利害關係人(吳定，2003：127-129)。有學者主張政策參與者有一部分是與政策制定者有直接且主動積極的關係，稱為官方的政策制定者，在政策制定過程中擁有法定的權威並主導政策的制定；另外一些參與者雖不具有法定權力，但是對於政策制定仍具有重要的影響力，屬於非官方的政策參與者 (Anderson, 1975；引自沈世國，2002：27-29)。在眾多的參與者中，丘昌泰（2010：161）明確指出，政策合法化最重要的參與者是行政官員與利益團體，並以「美國政治理論中，一再強調由國會特定委員會、特定行政部門及特定利益團體所構成的利益共同體，稱為鐵三角理論 (theory of iron triangle)」，這三種參與者彼此間形成一個相互依賴又相互制衡的關係。雖然臺灣的政策合法化過程類似美國的民主過程，參與者皆相當多元；但是利益團體的力量卻不如美國來的大，因此不容易形成如美國鐵三角的共同體。

任何一項公共政策之制定，都是以最大多數人的最大利益為目標，有些人因此項政策之制定而獲得利益，有些人則成了政策的犧牲者；因此公共政策的制定必然會有一部分的人涉及利害關係 (stakes)。各類政策合法化之參與者彼此間的互動，往往可以影響政策合法化運作的過程及其結果；丘昌泰（2010：42）認為，依據利益團體理論，不論何種利害關係，都會出現一個團體，而這個團體能夠明確地說明該利害關係，稱為政策利害關係人 (policy stakeholders)，而其大多是以

團體的形式所組成，以凝聚團體的力量為手段，發揮政策影響力為目標。

丘昌泰（2010：42-43）分析，就政策制定者的立場而言，必須公平地考量所有政策利害關係人的立場與意見，才能制定符合公平與正義之政策，對於政策的推行則如風行草偃，其勢必然。我國全民健康保險屬強制性的社會保險制度，全體國民均有參加健保的權利與義務，因此全體國民可謂都是健保制度的利害關係人。而這全體的國民，依林昭吟等（2004：11）由公共政策的角度觀之，民眾（public）可以區分為二種，一種是一般民眾（general public）係指對於大部分的公共事務較不關心也較不瞭解的一般人；而另一種為關注民眾，則對於公共議題較為關心及瞭解。余致力（2001：65）指出，國外許多的實證研究發現，一般民眾與關注民眾對於公共議題的認知以及對於公共政策的評價及意見並不相同。

由於合法化過程的參與者不易界定，因此每種政策合法化的參與者都不是相同的組合，需視其公共政策的內涵及性質而決定（Jones，1984）。於當代多數民主體制中的代議制度，是由選民選舉國會議員以掌管立法與行政，而議員則藉由通過法律，使其可以在公共政策的制定過程中，扮演一個決定性的角色；另藉由對預算的監控使其可以在行政權中佔有一定的地位（陳恆鈞等譯，2002：209）。我國亦是相同制度，由人民選出立法委員以代表人民制定法律並監督行政機關；朱志宏（1991：223）則明確地指出，立法人員是政策合法化過程中主要的參與者。誠如 Jewell（1970：463）所言，於立法場域中立法人員是各種政治需求集結的焦點，他們的責任就在於調和這些需求。換言之，立法機關是一個政治賽局的場域，立法委員不但是立法機關的核心，同時也是政策合法化過程中的焦點。雖然行政部門日趨專業化，也掌握了法案的提案權，對於法案的制定具有極大的影響力，但是將法案「合法化」的權力仍在立法機關。

二代健保法關係著全體國民的健康權益，可以說全體國民都是利害關係人。但是在政治社會環境多元化的今日，合法化過程中的參與者，除立法機關與行政機關的互動外，就是這些關注民眾對於健保政策具有影響力的個人或團體；而這

些少數的權力菁英階層擁有一般民眾無法擁有的優越資源，並且依其價值與偏好來決定健保政策方向以及資源分配。因此，政治色彩濃厚的全民健康保險政策，在合法化過程中爲了兼顧各自團體的利益、黨派的立場以及來自選民的壓力，制定過程可以說是黨派相互調整與妥協交易的過程。因此，健保政策在這種情況下變動幅度自然不會太大，僅能採取與現行政策稍有不同的溫和變動策略。這也說明了眾所期待的二代健保規劃，經過合法化階段後，爲何只在現行制度下作了溫和的修正？符合了公共政策反階段途徑中的漸進主義模式及菁英主義模式的概念。而這些參與者除了行政與立法機關外，尚包括醫師公會、藥師公會、全國工業總會、各層級醫院協會、各類醫事團體與職業工會及社會福利團體等多元利益團體的決策者。

參、政黨對合法化過程之影響

立法機關是一個政治賽局的場域，政策合法化過程主要即於該場域中進行。行政部門提出政策方案，送交立法機關並獲得其同意與支持，以賦予該政策法律力量，授予行政機關政策執行權或使政策執行具有正當性（to authorize or justify）。臺灣過去在威權時代，國民黨一黨獨大，行政院長擁有多數立法委員的支持，政策方案的合法化可說是無往不利；但是在進入政黨政治的民主轉型時代之後，行政部門必須依賴政黨協商，才能順利推動法案，尤其立法院藍綠對峙情況嚴重，「黨團」很明顯是推動法案最關鍵的角色。本節將以一致政府及分立政府的政治情況，分述政黨在合法化過程所扮演的角色及其影響力。

一、一致政府時期

臺灣在1980年代中期以前，中國國民黨掌控著立法院70%以上選票及立法院80%以上議席（盛杏媛，2008：2），是行政機關與立法機關皆由國民黨掌控的一致政府。這時期執政的國民黨政府決定的政策與立法，在立法院幾乎是毫無異議的通過，無論國民黨政府施政的良窳，也總能在選舉中贏得勝利，並無實質意義的

政黨競爭。

一致政府時期，由於行政權與立法權都掌握在同一個政黨手中，責任歸屬較為明確，同黨之從政黨員是命運共同體，對於法案成敗與否必須共同承擔，因此，同黨立法委員有較高的動機去遵循政黨的立法領導。行政機關在重大法案上居於主導地位，一方面提案通過比率較立法機關高，而且通過提案所需時間也較立法機關短（盛杏媛，2003：78），立法委員在立法過程中僅扮演消極的角色，因此有人謔稱立法院為「行政院的立法局」（盛杏媛，2008：9）。

1980年代中期以前，立法委員在政策合法化的過程中，扮演消極而且被動地執行合法化行政院政策的橡皮圖章角色（盛杏媛，2005）。當1980年代中期以後，有力的反對黨－民進黨出現，政黨競爭愈加激烈化，國民黨在選舉中的優勢地位受到挑戰。面臨選舉壓力的國民黨籍立法委員開始回應選民的要求，為突顯與同黨其他立委之差別，開始提出與政黨領導不同的法案。相反的，當時在野的民進黨雖為小黨，縱使黨內派系林立，卻忠於政黨的領導，在立法院總能團結一致（盛杏媛，1999）。根據盛杏媛（2008）研究發現：「1990年到2000年政黨輪替前，國民黨的動員效果最差，而民進黨的動員效果最佳。」

二、分立政府時期

2000年總統大選，臺灣出現第一次政黨輪替。國民黨雖失去行政權，卻仍然是立法院最大黨；民進黨政府雖然掌握行政權，但僅囊括三成多的立法院議席，未能掌握立法權，而形成分立政府的政治情況。雖然政黨為了選舉勝利，基本上會相互競爭或對抗，但彼此合作也是不可避免（黃秀端，2005：398）。而我國因選舉制度因素，出現兩個政治立場分明的大黨，合作結盟的機會較少發生。政黨輪替之後，政黨內部的凝聚力反而提升，但因藍綠政黨對壘依舊分明，極少跨陣營結盟，以致於民進黨面臨少數政府的困境（盛杏媛，2008；黃秀端，2004）。隨著政黨競爭激烈化，盛杏媛（2005）研究第一屆到第五屆的立法委員提案，由

第一屆任期內提案不到 0.1件，到第五屆立委平均 7.29件，變化可謂相當劇烈。雖然從第四屆起已開放黨團提案，但是在立法院的提案中，立法委員個人提案仍佔絕大部分的比率。

立法委員及政黨容易以選舉為最重要之政治目的考量（Mayhew，1974；引自盛杏媛，2008；黃秀端，2005：397）。因為同黨立委是政治生命的共同體，而政黨可以操控立委的政治生命，因此政黨能夠領導同黨立委立法；而立委之所以願意服從政黨領導，究其緣由乃因政黨的策略運用，可以滿足立委的政治目的。對國民黨而言，2000年至2008年未能取得行政權，而立委席次亦未能過半，為了成就立法院的立法與決策，只要有立委跑票，就有可能造成同黨立委集體的困境，反而促使國民黨必須更團結、努力。對民進黨而言，因同黨立委人數有限又期望能夠在立法院有所表現，非常強調黨員對於政黨的忠誠與責任（盛杏媛，2008：14-16）。因此，在政黨競爭激烈，藍綠嚴重對峙的政治情況下，立委若欲通過法案，必須仰賴政黨的力量才能順利推動法案通過，以追求集體的選舉利益。

第三節 二代健保制度之相關研究

關於健保制度的相關研究，有如雨後春筍般從許多面向加以探討，但是歸納出來不外乎是以醫療品質、新科技藥品醫材、財務結構、社會安全、保險制度、支付制度、保險費負擔或藥價差等議題。於二代健保規劃之初，除以平衡財務、提升品質為規劃主軸外，並融入更多元的社會參與；並提出四大層面建議：強化資訊提供以提升醫療品質、平衡財務且提高服務購買效率、擴大社會多元參與健保政策、建構權責相符之健保組織體制，其規劃架構如圖2-1。由於健保局已改制為行政機關，關於健保組織體制部分則不單獨論述。因此，本節文獻回顧仍依循二代健保規劃之三大目標：「提升醫療品質」、「平衡財務收支」及「擴大社會參與」為架構，分述如下：

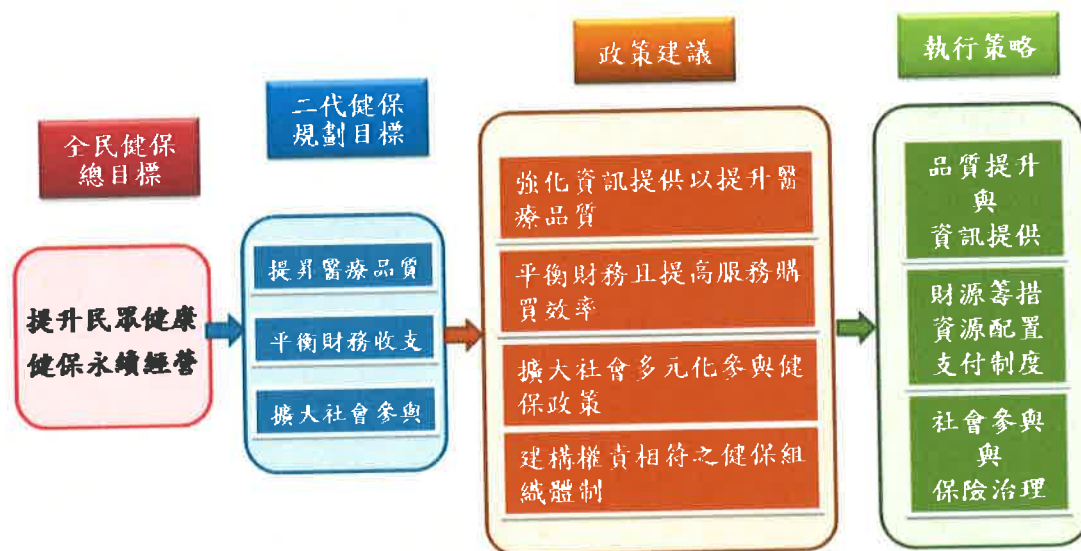


圖 2-1 二代健保之規劃架構圖

資料來源：作者改繪自行政院二代健保規劃小組，2004，《行政院二代健保規劃小組總結報告：邁向權責相符的全民健康保險制度》，頁45。

壹、提升醫療品質

我國健保施行至今，最大的成就即在於解決全民就醫的可近性，但是施行多年後卻逐漸呈現保險人(即行政院衛生署中央健康保險局)集財務管理與醫療品質⁷監控於一身，不但易使醫事服務提供者將改善醫療品質視為保險人平衡財務的工具，而缺乏配合改善的意願，而且現行支付制度缺乏提升醫療品質的誘因，使得於現行健保制度下，整體的醫療品質難以提升。

健保開辦之初，重心偏在「全民納保」及「費用控制」上，健保法中並無直接規定課以保險人必須提供「品質確保」之責任。從世界各主要工業先進國家醫療保險制度之發展來看，一般皆經歷了開支擴張、成本節制及品質保證三個階段。觀之我國健保制度，於設立之初，應屬於開支擴張期；當健保面臨入不敷出之後就進入了成本節制階段，此時專業審查的重點是以節制浪費為主要目標；當全面施行總額預算制度後，健保的核心主軸應是「品質保證」(楊秀儀等，2003：726)。隨著民主政治的發展，人民對於健保制度的期待，已非醫療的可近性得以滿足，逐漸要求醫療服務品質的提升。

⁷醫療品質之定義，目前被醫療界廣為引用的是 IOM(Institute of Medicine)對品質的定義：「提高個人或群體期望的醫療照護結果(Desirable health outcomes)可能的程度，且與現有專業知識一致」(鍾國彪，2004：18)。

醫療品質的提升與資訊提供是無法分割的，健保局為唯一的醫療服務採購者，除應擇優特約品質符合的醫事服務機構外，並應進行醫療品質資訊之監控；因此，強化資訊提供更可達到提升醫療品質之目的。依據二代健保法第六十三條⁸規定，健保醫療服務審查的目的，一是費用控制，另一為品質保障。鄭守夏（2010：44）進一步主張，透過一定規模以上之保險醫事服務機構的財務資訊揭露，醫療品質的表現可以更公開，讓全民共同監督；另外那些項目納入醫療給付，甚至藥品的價位，也能更加透明化，才能促進良性競爭。若以醫療服務專業審查規定而言，龐一鳴等（2003：748-749）認為，其機制不但可以審查醫事人員執行專業審查的業務以及品質監督等內部監控的作為；而外部監督則可歸因於「爭議審議制度」，亦即對於健保局的醫療服務專業審查結果如有不服，可以申請審議，而審議結果具有促使健保局專業審查「內省」的功能。

健保制度在我國為強制性的社會保險制度。依據健保法第十一條之一規定，符合第十條規定的保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。第十條規定設有戶籍之國民均應納保；第十一條則規定除受刑人（二代健保法已改為應納保之保險對象）及失蹤滿六個月之人口等應予退保。因此，健保既已對全民課以投保之責任，相對的保險人應負有提供具有品質保證之醫療照護；況且健保局為全國唯一且具經濟規模之醫療服務採購者，應有選擇一定品質的醫療院所之權力與義務。依據健保制度的設計，對於醫療費用支出面的管理，是經由與醫療機構特約之制度，即民眾、醫事服務機構與健保局三方之間的關係（圖2-2），也就是說，民眾交保險費給健保局，健保局透過特約方式將醫療服務委予醫事服務機構，醫事服務機構於提供服務後，依相關規定向健保局申請支付，健保局依據審核機制核付醫療服務之費用。健保局對醫事服務機構採特約之方式辦理，在特約下的課責邏輯（logic of accountability）本質上是明列雙方的期待、責任與義務。而所謂課責，就是敘明契約中之委託項目、據實進行財務稽核，並依契約監督執行績效即足以確保課責（劉淑瓊，2004：112）。管理大師彼得杜拉克曾說過「沒有測量，沒有管理」，任何的管理均須有相關之測量資訊以作為管理的基礎。⁹劉淑瓊（2004：116）認為醫療品質的課責，重點在於以具體的行動，掌握課責與動

⁸ 健保法第六十三條第一項：「保險人對於保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或相關經驗之醫藥專家進行審查，並據以核付費用；……」

⁹ 行政院二代健保規劃小組，2004，《行政院二代健保規劃小組總結報告：邁向權責相符的全民健康保險制度》，頁 56-60。

態性的特質，對角色與責任利用協商以達成共識，充分反映病患的需求與具有價值可相互比較的指標，並提出精確誠實且具即時性的資訊，以展現服務績效與品質，進一步向社會大眾提出清楚有意義的報告；另一方面則依據這些績效與品質的資訊進行改善。健保於2004年起全面施行IC卡為就醫憑證，使我國健保資訊的取得更加即時，因此可由費用控制層面的資訊監控，轉換為品質方面的確保。

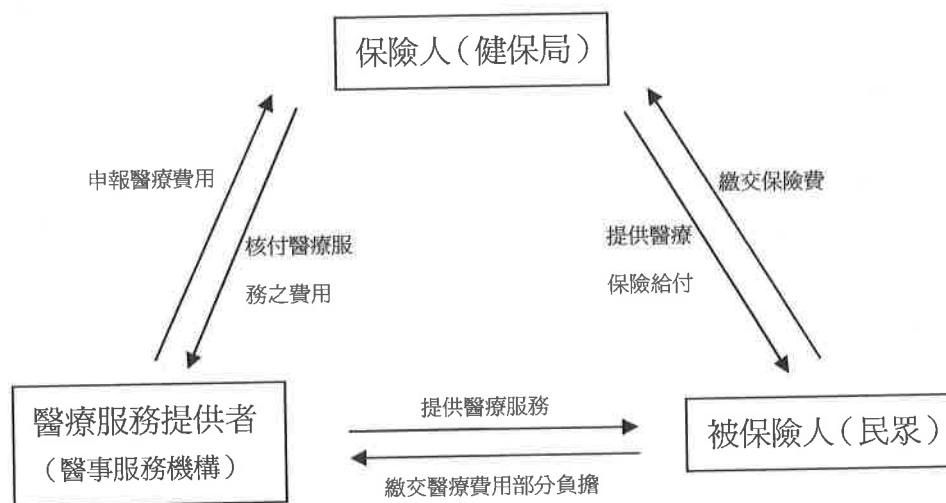


圖 2-2 保險人、醫事服務機構、被保險人三方關係

資料來源：作者自行整理

事實上，恐怕沒有一個制度，可以完美地解決健保所有的問題。臺灣的醫療體系相當多元而且競爭激烈，醫療品質很難單以公立醫療體系的觀點視之，亦不應因居住的地理位置、就醫地點的不同而在某個標準上存有差異。如果國家醫療品質政策及其體系，能排出一組優先工作去發展，並引導地方醫療體系跟進，然後在大家都能取得共識下，設計一套測量及報告系統在經濟上較符合成本效益。因此，賴美淑等（2004：386-387）認為，如何將片段、多元、多層組織等不同醫療品質的作法，綜整規劃而成為具有系統的整體架構，就應先有國家品質政策及體系。

貳、平衡財務收支

現行健保制度是整合原有公、勞、農保之醫療部分的保險，並將原先未有任何醫療保險之國民納入單一醫療保險制度。全面整合後之全民健保，在醫療給付方面，全體國民皆享有同一標準之給付；但是在保險費繳納方面卻是將原有公、

勞、農等保險之收費制度「堆積」在一起，對於不同類目之保險對象其保險費之計費基準與勞方、資方、政府負擔比例以及徵收方式與程序等，則仍沿襲原先各項社會保險制度，例如：以廣範圍的給付、以薪資為基礎的財源籌措方式以及論量計酬為基礎之支付制度為主軸。因為這種情形，使得勞、資、政府行政成本龐大，雇主與政府保險費分擔金額依給付範圍擴大而增加，造成企業不確定性增高，不利政府財政規劃與企業經營；加上我國人口老化速度較快，所需醫療照護成本提高，這許多存在之現象造成健保財務收支短絀，例如：保險對象分類複雜、保險人與投保單位行政手續繁複、保險對象保費負擔金額僵化固定、保費收入未能與國民所得同步提升、保險對象之保費負擔金額未隨著家戶經濟能力情況而彈性調整、有些保險對象存有「免費午餐」心態以及政府與雇主保險費分擔能力有限等情形。¹⁰

健保財務涉及收入面及支出面，收入面財源來自保險費（含政府保費補助）及部分負擔；支出面主要受給付面之醫療資源配置與醫療服務提供面之支付制度（含其他費用控制策略）而影響。楊志良（1999：86）認為，健保的財務危機，主要是醫療費用快速成長。而財務與支付制度之良窳，影響國民能否在有能力負擔的範圍內，享有更好的醫療給付。依據二代健保規劃原則，民眾負擔保險費必須依其經濟能力，使其有能力分擔適當之保險費，可以公平就醫，以達成社會正義之目標。因此給付、財務與支付三者可謂鼎足而立；更因健保資源有限，如何建立一個兼具安全、公平、效率的資源配置機制，使國民之健康獲得最妥適的照護，這是健保的任務也是政府的責任。

為能達成健保財務平衡，二代健保規劃以達成財務收支連動、財務資訊透明、保費公平性提升為目標。分述如下：

一、財務收支連動

擴大民眾參與，由民眾決定醫療給付範圍，在權利義務對等前提下，分擔其應負擔之保險費。依現有制度，全民健康保險監理委員會（簡稱監理會）及全民健康保險費用協定委員會（簡稱費協會），是健保制度運作上非常重要的二個委員會。監理會著重收入監督，費協會則側重醫療費用之協定與分配。由於現行制

¹⁰行政院二代健保規劃小組，2004，《行政院二代健保規劃小組總結報告：邁向權責相符的全民健康保險制度》，頁 102-104。

度下是分立之兩個委員會，在收入與支出之討論未能同步，使得財務之收支無法連動，財務責任制度未能落實。¹¹二代健保法第五條¹²規定即所謂的「收支連動」，就是將健保監理會與費協會兩會合一為「全民健保會」，立法意旨即是期望健保的收入與支出決策能更緊密相連。而李志宏等（2011b：37）則認為，兩會合一的形式意義恐大於實質意義，況且健保會的決議性質上屬於諮詢性質，而非決策性質、位階較低，如須作調整費率之決定時，仍然會受到政治因素的影響。兩會合一的新制度，外界雖有不同聲音，認為除了有「球員兼裁判」之疑慮外，如果健保會委員代表性不足時，恐怕健保會之運作就已是困難重重。但是，兩會合一對於財務的收入與支出能夠同步考量，決策過程能夠公開透明，相信對於健保的財務平衡，仍應是重要的變革。

二、財務資訊透明

二代健保對於保險費負擔之規劃，在於政府與資方能夠依循一定之公式，明確瞭解其固定的責任，與應分擔之保險費；而民眾亦能在保險人政策公開、資訊充足之情況下，平等參與健保事務以及在醫療院所財務資訊透明化之前提下，分擔其應負擔之保險費。關於財務資訊透明，鄭守夏（2010）認為，重要的是規定一定規模以上的保險醫事服務機構，應提供與健保相關的財務報告，不能一邊喊窮、一邊收自費。依據行政院二代健保規劃小組總結報告中之建議，政府應透過立法程序，取得要求醫院必須公開財務報表的法源依據，並由主管機關研議適當揭露財務報表之方式。唯有透過資訊的揭露，讓醫療院所與健保相關的財務公開，使得醫療品質的表現更公開透明才能促進良性競爭，民眾就醫也才能有更多的選擇。

¹¹資料來源：行政院衛生署網站「兩會合一效率高 收支連動沒煩惱」，

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx，2012/5/8 查詢。

¹² 全民健康保險法第五條：本保險下列事項由全民健康保險會（以下稱健保會）辦理：第一項「一、保險費率之審議。二、保險給付範圍之審議。三、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。四、保險政策、法規之研究及諮詢。五、其他有關保險業務之監理事項。」第二項「健保會為前項之審議或協議訂定，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請保險人同時提出資源配置及財務平衡方案，併案審議或協議訂定。」第三項「健保會於審議、協議本保險有關事項，應於會議七日前公開議程，並於會議後十日內公開會議實錄；於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。」第四項「健保會由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成之；其中保險付費者代表之名額，不得少於二分之一；且被保險人代表不得少於全部名額之三分之一。」第五項「前項代表之名額、產生方式、議事規範、代表利益之自我揭露及資訊公開等有關事項之辦法，由主管機關定之。」第六項「健保會審議、協議訂定事項，應由主管機關核定或轉報行政院核定；其由行政院核定事項，並應送立法院備查。」

三、保費公平性提升

目前健保之財源，主要是以保險費的收入為主。現行各類被保險人保險費計費之保險費率皆相同，每口眷屬之保險費與依附之被保險人相同，因此影響實際保險費負擔之高低因素，主要為投保金額、負擔比率及眷口數。而目前投保金額與實際薪資並不完全一致；被保險人保費之計收又論口計費，各類被保險人依職業別分類，保費負擔比率分別為百分之三十、四十、六十不等。況且因各類被保險人投保金額計算基礎與認定標準不同，因此造成相同薪資者因職業不同、眷口數不同，可能產生投保金額高，實際薪資反而較低；無工作收入者之保險費卻高於投保於職業團體之有收入者的情況。這些不合理之現象，與量能負擔之社會公平原則相悖。

二代健保財務規劃之原則，強調收支平衡的基本精神，由被保險人代表共同決定健保的給付範圍及醫療費用總額。在保險經費的分擔上，明定政府與雇主應分擔之保險費與其所享有之醫療服務具有相互連結的關係。保險對象依其經濟能力繳納保險費，不會因職業別或所得別不同，而繳納不同之保險費。因此在保險費籌措改革規劃，是配合健保組織體制改革進度分階段實施：階段一，在給付範圍不變之情況下，民眾應負擔保險費之費基由薪資所得擴大為總所得，僱用單位應負擔保險費之費基為該單位之總薪資費用，民眾與僱用單位的費率則視給付範圍及成長情況，依精算結果定之。階段二，則配合健保組織體制之改革，雇主與政府依一定公式計算應分擔之醫療費用，由付費者代表決定健保之給付範圍及民眾應分擔的金額，並精算費率。¹³

二代健保解決財務困境的重要規劃，是以「家戶總所得」為基礎計收保費，這種「似稅非稅」之繳交方式，於二代健保法通過時轉變為個人總所得加上補充保費之計費方式。但這種決策是否達成二代健保規劃之三大核心價值之一的「公平」？李志宏等（2011a：40）認為，通過之二代健保法並未設定每人每年計算補充保險費之上限，造成股利多之股東、執行業務收入高者，所繳的補充保險費，可能遠超過自己於市場購買之商業保險的保險費，但分配到之健保資源則未隨之更動，並不符合比例原則。我國的健保為強制性的社會保險制度，前衛生署署長

¹³行政院衛生署，2004，《全民健保財源籌措改革規劃》，頁136。

楊志良說：「臺灣不是社會主義國家，但是二代健保費『連皮帶骨就像是一個稅』高所得的人多繳稅，也要多繳健保費。」¹⁴雖然有能力者應多負擔保費，但仍應有合理上限，否則恐有將社會救助「隱藏」於社會保險中之疑慮。

至於，健保財務應如何有效解決？對於支付制度的改革健保局從未停歇，自2001年推動論質計酬（Pay for Performance, P4P）方案，2010年初逐年導入診斷關聯群（Diagnosis related groups, DRGs）¹⁵接著又推出論人計酬（capitation）¹⁶試辦計畫。臺灣十年來，健保醫療費用的成長幅度遠大於國民所得的成長，健保財務面臨極為嚴苛的困境。鄭守夏（2011：3）指出，論人計酬是一個極具理想性的支付制度，也就是學者所謂的，為民眾買健康而非買醫療，這是健康保險設計的最高理想。但因此制度的實施將大幅地改變醫療提供者在服務量與診療密度上的經營策略，加上醫療具高度專業性，且存在著明顯的不確定性與資訊不對等，因此政府在推行時必須小心謹慎，以民眾權益為最優先考量。另外，對於健保財務之改革建議，有學者提出「保健儲蓄帳戶」（medical saving accounts, MSA）¹⁷之建議，每人在年輕時，能在必要時融通醫療資金需求；老年時，能夠累積足夠基金來支付本身所需之醫療支出。如此不但可以讓使用者知道該次的醫療利用，耗費了多少資源，也可以交叉檢查服務提供者費用申報的確實性，更可減少醫療浪費（劉遵義，1998：43；羅紀琮，1998：57）。

參、擴大社會參與

¹⁴資料來源：中央社，二代健保報到專題報導（一）「二代健保像繳稅 稅基牽動保費公平」，2010/4/10。

¹⁵論病例計酬DRG支付制度試辦計畫，以住院服務為主，每次病人住院都以一個主要診斷支付一個預先訂定的價格，讓醫療提供者負擔服務責任，醫院為了在一定支付金額下求取合理利潤，自然不會無限度地提供服務項目，因此會抑制診療密度，但不會縮減服務量的提供。從國際文獻看來，DRG制度實施會帶來住院日數縮短、醫療費用降低，但也有讓病人提早出院的現象（鄭守夏，2011）。

¹⁶論人計酬，其核心概念是把一群民眾健康託負一個醫療聯盟，每年健保局依風險校正後之預期費用給這個聯盟，該聯盟在這個總費用額度下，支付這群人的醫療需求與服務。換句話說，醫療服務的財務風險主要是由醫療提供者承擔，因此醫療團隊必須減少服務量，並降低醫療密度，才能確保醫療服務費用不會超過已經固定的收入，醫療團隊也要把重點放到如何保持或促進民眾的健康，民眾醫療利用減少，醫療團隊所剩餘之收入就越多，也就是所謂的，為民眾買健康而非買醫療，這是健康保險設計的最高理想（鄭守夏，同上）。

¹⁷保健儲蓄帳戶，源於新加坡，主要是每個新加坡公民都有一個個人帳戶，只要有就業，雇主和他的僱員必須提撥一定金額存入這個帳戶。這帳戶中的存款餘額是屬於個人的，政府將每個人帳戶中金額組成一筆基金，並管理整個基金。生病時，可從該帳戶中提款來支付醫療費。帳戶中如有餘額不會移作他用，人民可以累積存款及存款利息與其他收入。如帳戶尚有餘額，而所有人死亡，則由繼承人繼承（劉遵義，1998：42-43）。

健保制度之運作，最主要的行動者是一般的社會大眾，但是對於健保制度一向只有接受，而鮮少有參與表達意見的機會。雖然健保監理會及費協會採固定成員參與協商之機制，已然是最重要的體制內參與管道，但是代表性問題仍迭有爭議。因此，二代健保規劃最大的特點是制度化地容納公民社會組織進入決策機制。相對於投票、遊行等較廣義的公民參與，二代健保對於公民參與的界定，以受到決策影響的公民或其代表，於法定的決策管道之外，以平等的地位，透過公開及自由討論的過程來形成意見，並影響政府的政策。¹⁸

從人民主權這個統理原則來說，人民選舉立法委員使其代表人民，制定與修正健保運作架構及權利義務事項之法律；而國家機關衛生署及健保局，承擔主管、辦理和經營健保之責任。對於公共事務，人民雖可組成各種團體，透過社會運動及公共論述來製造或型塑民意，以影響立法者及政府決策，並不限於選舉管道。但是我國衛生機關之決策，很少容納公民實質上參與政策形成的討論，因為健保制度過於複雜，專業性較高，使得政策決定及過程大多由行政官員、民意代表及專家學者所決定。雖然針對某些議題有一些社會團體能夠表達意見，不過整體來說，未必能夠反應所代表人民之意見及偏好。陳東升（2004：3-6）認為，公共政策的決策所涉及之基本價值判斷以及規範的衝突，往往不是專業客觀的科學知識可以判斷。有鑑於此，為提升健保決策之民主正當性，針對既有的健保制度內的參與機制，二代健保規劃增加審議式民主（*Deliberative democracy*）的公民積極參與管道，以審慎思辯民調、公民會議及法人/公民論壇三種公民參與模式操作為例，俾與健保既有制度內參與機制相連結。

公民會議，¹⁹在代議民主以及菁英、專業支配的治理模式之外，提供一個讓民眾能夠表達意見的公共討論空間。公民會議的召開具有溝通訊息、教育民眾以

¹⁸行政院衛生署二代健保專區第三階段各工作分組規劃報告，

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2.aspx?now_fod_list_no=7602&class_no=1。2011/5/10。

¹⁹ 公民會議（*citizen conference*，或稱共識會議 *consensus conference*）起源 1980 年代中期於丹麥的公民參與模式。最早用於科技政策領域，不具專門知識的公眾，被認為無法瞭解科學技術的複雜性，而被排除於政策參與的政治過程。因「專家統治」模式，威脅民主的原則，在科技民主化的聲浪下，西方國家紛紛引進這種公民參與模式，蘊含民主理念（引自林國明，2004：16-17）。

及公共對話的效果；雖然並不具有法定之拘束力，也無法取代立法與行政機關的決策權力，但是這種公共討論所發揮之效果，能使決策者察覺到人民對於重大的公共政策議題經過「慎思明辨」之後的想法與其所採取的立場（林國明，2004，18-33）。

現行健保制度是由行政機關研提規劃案，經由人民直接選舉出的立法委員審查並予以支持，在政策制定及運作過程中雖納入相關團體的意見，但是人民與立法者之間存在資訊不對稱的問題，且專業團體或相關利益團體代表亦常為少數菁英所操控，其所代表的經常是菁英的偏好或利益，大多數民眾的偏好及意見仍無法顯現。二代健保規劃時針對民眾支付健保保險費之意願，依審議式民調精神，透過大規模之民眾參與，展現出資訊充足、理性思考後之民意進行調查。而公民論壇的舉辦是審議式民調在臺灣首次的實驗，依據黃東益（2004，77-83）所作的效果分析，於審議過程明顯地提升參與者對於議題認知的能力以及政治效能感，參與論壇對於民眾在議題的態度上有亦明顯改變。而審議式民調對於目前臺灣被濫用之傳統民調，提供了一個不同之選項；但所費不貲且曠日費時，因此在正式進行民調前，仍應先對社會各界進行溝通，以獲得民眾信任與支持，並可消除行政及立法部門以及專家之疑慮。這是未來健保或其他政策議題於使用審議式民調時應先克服之問題。

另外，二代健保規劃提出了強化法人團體參與健保政策建議之機制。吳嘉苓（2004：119-124）提出對於結果之評估，認為舉辦法人論壇會議對法人團體之代表而言，有很好之提升政策參與能力；同時也發現以公民個人身分及以法人團體為基礎之政策參與模式，二者產生之效果雖有不同，但具有互補之效果，因此建議可考慮這二種模式交互應用。

第四節 小結

自健保施行以來，大幅降低民眾就醫的經濟障礙，提升了醫療服務的可近性；但因醫療服務供需大幅成長、人口老化問題嚴重、國內外之經濟政治情勢變遷及

人民意識抬頭，現行制度中已存在財務收支失衡、社會參與不足、欠缺醫療提升機制、保費繳納不公等重要待檢討與改善之政策議題。

二代健保歷經十年規劃研議，在全民期盼改革的風潮下完成合法化程序。其中歷經了朝小野大，於立法場域中政黨對壘涇渭分明，法案無法順利推動；再經政黨輪替，於執政黨強力的動員下，順利通過。其中究竟政治力是如何運作？政策利害關係人如何互動以影響法案？議題如何形成？又如何被採用？是誰的意見被採納？議題如何轉折與妥協？凡此種種滋生疑竇，實值得深入探討。

本章經由政策制定過程的運作途徑，瞭解二代健保議題複雜、專業性高、政治性強、牽涉之利害關係人多元。健保的決策模式是由上而下，由政府官員、學者專家及利益團體之主導者協商產生，有如反階段途徑中之菁英決策模式。另外，立法場域中多元的參與者進出決策之過程，因介入時點及程度不同，導致組織的無秩序，而決策的運作，常是在許多不同而且相互衝突的偏好中進行，甚至出現政策轉折的狀況，垃圾筒決策模式正好說明其政策乃隨機碰撞的結果。又因二代健保內容複雜、專業，影響的層面廣泛，涉及的利害關係人多元，然而法案的通過又往往是黨派相互調整協商的結果，這種狀況足以反應漸進主義模式爲了兼顧彼此的政治利益、黨派立場與選民的壓力，因此協商及互動形成一個讓與得的討價還價過程，所採取的是變動幅度不大的溫和策略。

本章最後以二代健保規劃達成提升醫療品質、平衡財務收支及擴大社會參與三大目標爲架構，透過二代健保相關之研究探討，以綜觀二代健保規劃之精神。由此同時亦可檢視已公布的二代健保法，保留了多少規劃之理想，以及還有更多待努力改進的空間。

第三章 研究設計

本章將說明本論文之研究設計，第一節界定本論文屬於質性研究，所採取之研究方法包括文獻分析法及半結構性的深度訪談法，並擬定訪談表及訪談大綱；第二節關於本論文擬研究之範圍，限縮於2006年至2010年二代健保法三次送請立法院審議之時段，並解釋本論文可能面對的限制；第三節則針對本論文所鋪陳的結構與章節安排。分述如下：

第一節 研究方法

本論文屬於社會科學研究，在研究方法的選擇上，由於二代健保法不僅涉及行政與立法部門的議案與策略運用，更牽涉外界各種利益團體的倡議與彼此的互動，透過質性研究（qualitative research）途徑，較能深入探知各政策利害關係人於政策制定過程中，彼此間的互動及變化。

又二代健保法修正案已經完成，屬於針對個案採取事後回溯方式，蒐集有關於此事件之各項資料，採用文獻分析法加以分析。而二代健保法的合法化過程為一持續性、動態之過程，本論文亦將政策利害關係人加入分析架構，以深度訪談（in-depth interview）²⁰法並藉由利害關係人間不同之論述主張，分析其政策之偏好及議題轉折的爭議所在。希望藉由文獻分析並輔以深度訪談據以串聯過程之資訊，並建構問題之全貌，俾憑作為未來規劃健保政策之建議，並提供政策制定者決策之參考。茲分述如下：

壹、文獻分析法

因二代健保法修正案已經完成，屬於針對個案採取事後回溯方式，蒐集有關於此事件之各項資料加以分析。因此，本論文主要針對政策合法化過程之相關論

²⁰深度訪談(in-depth interview)，指的是透過訪談以取得一些重要資訊，而這些重要資訊並非單純以面對面方式的一般性單純之訪談就能得到期望的結果（文崇一、楊國樞，2000）。深度訪談有別於單純訪談，其目的在於探究受訪者真正的想法，以取得更真實的資訊。換言之，深度訪談是訪談者與受訪者雙方面對面的口語交談，是一種藉由雙向溝通，達到彼此意見交換，從受訪者於訪談過程中與訪談內容的口述及肢體語言之表現，分析受訪者的動機、態度、想法以瞭解問題真正原因及蒐集相關資訊的方法。

述，蒐集國內外學者對於相關議題的研究與建議，並參考各項與政策制定過程或二代健保議題相關之書籍、學術期刊、碩博士論文、個案研究報告、報章刊物與網路新聞報導等文獻，以及於政策合法化階段立法院公報、公聽會會議紀錄及報章雜誌報導等資料加以整理。並藉由相關資料之閱讀、探討及分析，釐清二代健保政策爭議議題產生之原因，以瞭解各相關利害關係人關注之焦點以及其如何互動與影響二代健保政策；並梳整二代健保規劃於合法化過程中相關議題轉折之全貌。

貳、深度訪談法

訪談是受訪者與訪談者彼此對話的互動溝通過程，不僅可挖掘已經存在的客觀事實，也可以於不斷之互動過程中創造新的意義與理解，因而可以進一步探索未知的領域（畢恆達，2010：104-106）。質性訪談在社會科學研究中，是最廣泛運用來蒐集資料的方法之一，主要著重於受訪者個人的感受及經驗的陳述，並經由與受訪者面對面的對話溝通，訪談人得以探詢、瞭解及解釋受訪者對該事實之認知（林金定等，2005：122-125）。二代健保法合法化過程為一持續性、動態之過程，有許多隨機的協商過程未必能清楚完整的記錄於靜態之資料中。因此，本論文亦將政策利害關係人加入分析架構。透過質性訪談相關政策利害關係人，著重參與合法化過程的個人或團體，以深度訪談方式檢視過程中所倡議之政策，如何排入議程及其對爭議問題的主張，又如何於合法化過程中影響決策；並探求決策過程轉折之影響因素及爭議所在。同時藉由不同利害關係人以不同角度、觀點及論述主張，分析其對於政策之偏好及對二代健保的期待與影響。並將受訪者視為資訊提供來源，以彌補文獻資料的缺漏。

本論文採行半結構性訪談(semi-structured interview)²¹方式進行個別的面對面

²¹ 訪談結構分為（一）結構性訪談，又稱標準化訪談或調查式訪談，在社會科學研究中，常被用來作為調查或民意測驗，這種方式有一致性的問題及依序訪問，可避免受訪之間不同級誤差而增加此研究的可比較性，對於研究者而言，較易整理資料但較缺乏彈性；原則上由研究者控制訪問流程與資料記載，失去雙方對談機會而淪為單向溝通。（二）非結構性訪談，不同於結構性訪談問題設計及強調問題順序，著重於研究者與受訪者間互動以收集資料，如同平日對談般過程控制較小，但須掌握受訪者反應。（三）半結構性訪談，主要是研究者利用較寬廣的研究問題作為訪談面

訪談。首先在訪談前針對議題擬訂訪談大綱及訪談表，並預列若干問題供訪談時以同義重述的方式採用，雖然提問問題之結構不須很嚴謹，但仍須有重點及焦點。訪談主要在於瞭解受訪者對該議題的看法，提問方式及順序可依受訪者的回答隨時提出，並就訪談的情況適時調整訪談議題，亦可以不同形式的開放性問題，引導受訪者針對該主題進行深入陳述，具有相當的彈性。

本論文將政策利害關係人加入分析架構，而參與二代健保合法化過程的政策利害關係人非常多元，依據 Dunn (1994: 85; 引自陳敦源等, 2011: 13) 的看法，政策利害關係人，指的是能夠影響政府決策或是被政府決策所影響的個人或團體。由此觀之，參與二代健保之政策利害關係人擴及於社會各個層面，包括：行政機關、立法機關、司法機關、各種利益團體、政黨、媒體等。由於研究須蒐集較完整並具代表性之資料，因此本論文訪談樣本之選取方式，參考Brinkerhoff and Crosby (2002: 142; 引自陳敦源等, 2011: 24-25) 所提出之標準，以挑選參與此過程、對於決策具有影響力，屬於相對重要性之政策利害關係人為訪談對象：如表3-1。

一、對於政策合法化或執行單位的正當性具有正面影響的政府機關或政治團體：

(一) 政策制定之行政主管機關：行政院衛生署行政官員一名。

(二) 立法機關重要的參與者：立法委員或其助理。為免偏頗，以目前兩大政黨立委或助理各一名；並輔以參與合法化過程之立法院幕僚人員一名。

二、能夠影響民眾對該政策的支持產生建設或破壞之影響，居於核心決策之代表各一名：

(一) 影響醫療政策之醫師公會、代表資方之全國工業總會及代表勞方之全國總工會。

(二) 影響弱勢團體意見之社福機構：民間監督健保聯盟。

三、影響政策內涵與方向之專業團體：長期關注二代健保政策研究的學者專家二

據，導引訪談進行，訪談指引或訪談表通常於訪談前被設計出來做為訪談架構，但用字及順序不需侷限，主要內容與研究問題須相符，問題形式或討論方式較具彈性，優點是可提供受訪者認知感受較真實的面貌呈現 (林金定等, 2005)。

名。

表 3-1 訪談表

序號	身分	受訪者代碼	備註
1	行政院衛生署	A1	政府機關
2	立法院幕僚人員	B	政府機關
3	立法委員或助理	C1	政府機關
4	立法委員或助理	C2	政府機關
5	醫師公會	D1	社會團體
6	全國工業總會	D2	社會團體
7	全國總工會	D3	社會團體
8	民間監督健保聯盟	D4	社會團體
9	專家學者	E1	專業團體
10	專家學者	E2	專業團體

資料來源：作者自行整理。

本論文訪談大綱擬訂如下：

- 一、 健保制度於我國已施行十幾年，您最滿意的是什麼？最不滿意的是什麼？二代健保法的修正案您認為最滿意的是什麼？最不滿意的是什麼？原因為何？
- 二、 您認為二代健保法修正內容是否解決了現行健保制度的缺失？不足之處為何？理由為何？您認為有那些問題應再改善？
- 三、 關於保費新制，您認為以個人總所得加上補充保費，是否可以解決健保財務問題？公平性如何？您認為補充保險費的收取範圍應如何較為恰當？修正後之二代健保保費仍是以職業別分為六類十四目，不同職業別負擔不同比率，您認為應如何修正可以更公平？

- 四、二代健保規劃以家戶總所得為費基，於立法院討論時為何改為現制上加補充保費？政策轉折的原因為何？這議題由何人或何團體提出？原因為何？
- 五、關於健保監理會及費協會兩會合一，您認為主管機關規劃的收支連動，是否可以有效平衡健保財務？理由是什麼？您認為合併後的全民健保會應具備何種功能？委員應具有哪些背景的個人或團體，較為合理？這議題於立法院審議時為何經過多次討論而無共識，問題為何？
- 六、二代健保法納入多元計酬方式，以同病、同品質同酬或論人計酬之支付方式並實施家庭醫師制度。您認為如此的設計對於民眾健康是否有幫助？對於醫療品質或醫病關係的提升是否有幫助？原因為何？
- 七、二代健保增加重要資訊公開透明、擴大民眾參與健保重要事務之討論。您認為有那些項目的資訊應公開透明？民眾參與之管道足夠嗎？那些議題應該讓民眾參與？民眾的意見應如何更有效的被聽到？您有何看法？
- 八、於立法院合法化過程中，立委所提修正動議非常多，您認為推動法案通過，立法院黨團所扮演的角色為何？對於個別立委是否具影響力？您認為政黨或立委對於二代健保法的推動及爭議條文所為之協商，目的為何？
- 九、二代健保法三次送請立法院審議之內容大同小異，而法案結果卻相去甚遠，您認為發生這種情況之原因為何？與行政、立法不同政黨是否具有關聯性？原因為何？
- 十、您認為二代健保法能夠通過立法，主要原因為何？

第二節 研究範圍與限制

壹、 研究範圍

健保法自 1995 年 3 月 1 日施行迄今，共修正十次。二代健保改革規劃始於

2001 年，2005 年 9 月二代健保法以完成規劃之版本陳報行政院審查，2006 年 5 月 3 日首次送請立法院審議，停滯於衛環委員會逾一年半。因立法院屆期不續審，2008 年 2 月 15 日重送審議。又逢政黨輪替，國民黨政府撤回 2008 年版本，並於 2010 年 3 月，在原有法案架構下研提修正案再送請審議。

健保制度所牽涉的層面相當廣泛，而二代健保規劃至完成立法歷經十年，為免失焦，本論文研究之範圍限縮於 2006 年至 2010 年三次送請立法院審議之過程，尤其著重在 2010 年第三次於立法院合法化過程為討論之重心。

其次，因二代健保法影響層面既深且廣，可謂全民皆有利害相關，而訪談對象之選取則以主要參與或對決策具有影響力，而且居於核心地位之利害關係人，例如主要參與之政府官員、立法委員、利益團體之執行長、總幹事等。另外，影響二代健保法合法化之因素非常多樣，無法全面論及，因此對於爭議問題的選擇，以影響層面較大、變革較多之議題為探討範圍，例如保險費費基、兩會合一、多元計酬等議題。

貳、 研究限制

二代健保法為政治性法案。由於政策制定過程中的政策議題相當複雜、專業性高、牽涉層面非常廣泛，且參與之政策利害關係人亦相當多元。本論文受限於寫作時間有限，因此研究之限制包括下列幾點：

首先，本論文之研究方法之一為文獻分析法，以現有可得之文獻資料作有系統的蒐集分析，但現有的資料僅能呈現已公開發表的資訊，至於政策背後的形成因素、決策過程之轉折或政治力的互動，皆非由文獻分析可窺得全貌。

其次，本論文另一個研究方法為深度訪談法，但囿於時間有限而牽涉之層面太廣，訪談之對象無法涵蓋各個層面；且涉及受訪談者個人偏好及主觀因素，容易影響研究者對於事實建構的判斷。

另外，蒐集到的資料經由閱讀、整理、歸納並經過判斷和取舍之過程，雖儘量求取引用資料的客觀性，且經一定的查證與評析而納入研究結果。但因二代健保法尚未施行，許多政策尚在研議運作中，政府內部資料公開的少，亦恐有偏頗或疏漏之處，此為另一個研究限制。

此外，在建構政策議題之發展歷程時，報章雜誌報導所陳述的內容，縱以國內三大報紙所披露的訊息，雖可反應不同族群之意見，亦可由不同角度切入觀察，具有一定的公正客觀性。但是報章資料仍有先天的限制，其學術上的重要性及可信度不及期刊論文，亦無法完全捕捉到影響政策發展脈絡所隱含之真正因素，此為第四個研究限制。

第三節 章節安排

本論文第一章緒論，說明本研究之動機、目的及問題。第二章針對政策合法化相關研究與文獻評析，第一節討論政策制定過程，包括定義及相關研究；第二節詳述政策合法化及參與者，包括政策合法化之意義與過程中之參與者並論及政黨對合法化過程之影響，第三節探討二代健保制度之相關研究。第四節小結。第三章研究設計，介紹本研究為質性研究，使用文獻分析法與深度訪談法兩種研究方法，接著於第二節說明研究範圍及限制，第三節說明本論文之章節安排。

接下來為本論文之重點，第四章回顧2006年至2010年二代健保法於立法院合法化過程及主要內容，首先分析三次送請立法院審議之二代健保法修正重點及差異，第二節說明行政與立法部門於立法院合法化過程之互動及影響，第三節分析二代健保法爭議性條文之討論，並於第四節檢討合法化過程不足之處。第五章分析二代健保法合法化過程中主要之爭議，包括健保費費基公平性之檢討、兩會合一收支連動之討論及多元計酬方式之爭議。最後以第六章作結論，提供研究發現與研究建議，作為後續研究之參考。

參考文獻

壹、中文部分

- 王光旭、陳敦源，2010，〈政務領導、國會監督與官僚自主：臺灣全民健康保險政策「否決者」之研究，1986-2004〉，《行政暨政策學報》，50：107-157。
- 王怡人，2011，〈邁向二代健保新紀元—全民健康保險法100年1月修正重點介紹〉，《醫事法學》，18 (1)：89-95。
- 王修曉譯，2011，《研究方法概論》，臺北：五南。譯自 Janet M. Ruane. *Essentials of research methods : a guide to social science research.*
- 文崇一、楊國樞，2000，〈訪問調查法〉，《社會及行為科學研究法下冊》，臺北：東華。
- 丘昌泰，2010，《公共政策基礎篇》，高雄：巨流。
- 白佳慧，1995，〈全民健康保險法合法化過程之研究〉，臺北：國立政治大學公共行政研究所碩士論文。
- 行政院二代健保規劃小組，2004，《行政院二代健保規劃小組總結報告：邁向權責相符的全民健康保險制度》，臺北：行政院衛生署。
- 朱志宏，1991，《公共政策》，臺北：三民。
- 沈世國，2002，〈勞基法修法合法化過程之研究—以工時案為例〉，臺北：國立臺北大學公共行政暨政策學研究所碩士論文。
- 吳定，2003，《政策管理》，臺北：聯經。
- 吳定，2005，《公共政策辭典》，臺北：五南。
- 吳定，2008，《公共政策》，臺北：五南。
- 吳嘉苓，2004，〈法人論壇〉，行政院衛生署（編），《公民參與：審議民主的實踐與全民健康保險政策》，臺北：行政院衛生署，頁86-124。
- 李志宏、施肇榮，2011a，〈新二代健保法：健保財務〉，《臺灣醫界》，54 (2)：37-41。
- 李志宏、施肇榮，2011b，〈新二代健保法：兩會合一、收支連動〉，《臺灣醫界》，54 (3)：147-151。
- 余致力，2001，〈民意與公共政策：一般民眾與關注民眾政策意見異同之比較研究〉，收錄於《公共政策分析的理論與實務》，余致力、郭昱瑩、陳敦源合

- 編，臺北：韋伯。
- 李宜卿，2010，〈公民參與的機會與挑戰—臺灣審議民主制度之研究〉，臺北：國立臺灣大學：國家發展研究所碩士論文。
- 呂建德，2003，〈弱勢者的團結—尋找全民健保中的正義基礎〉，《臺灣社會研究季刊》，51：51-94。
- 林子倫，2004，〈書評： *Deliberative Democracy and Beyond : Liberals, Critics, Contestations*〔審議式民主及其超越〕 by John S. Dryzek〔約翰·翟瑞克〕 (Oxford: Oxford University Press, 2000, Hardcover, 206 pp.)〉，《臺灣民主季刊》，1 (4)：181 -184。
- 林水波，2001，《公共政策新論》，臺北：智勝。
- 林水波，2007，《公共政策析論》，臺北：五南。
- 林水波、張世賢，2006，《公共政策》，臺北：五南。
- 林金定、嚴嘉楓、陳美花，2005，〈質性研究方法：訪談模式與實施步驟分析〉，《身心障礙研究》，3 (2)：122-136。
- 林國明，2004，〈公民會議〉，行政院衛生署（編），《公民參與：審議民主的實踐與全民健康保險政策》，臺北：行政院衛生署，頁12-54。
- 林昭吟、陳敦源、劉宜君、蕭乃沂，2004，〈二代健保保費改革方案預評估—民眾與菁英觀點之比較〉，新竹：2004年臺灣社會學會年會。
- 孫本初，1990，〈政策分析中垃圾筒式的決策模式〉，《美國月刊》，4 (10)：90-95。
- 馬群傑譯，2011，《公共政策分析》，高雄：巨流。譯自Willian N. Dunn. *Public Policy Analysis : An Introduction*. 4th ed.
- 畢恆達，2010，《教授為什麼沒告訴我》，台北：小畢空間出版社。
- 盛杏媛，1999，〈立法問政與選區服務：第三屆立法委員代表行為的探討〉，《選舉研究》，6 (2)：89-120。
- 盛杏媛，2003，〈立法機關與行政機關在立法過程中的影響力：一致政府與分立政府的比較〉，《台灣政治學刊》，7 (2)：51-105。
- 盛杏媛，2005，〈立法委員的立法提案：第五屆立法院分析〉，2005臺灣政治學會年會會議論文。
- 盛杏媛，2008，〈政黨的國會領導與凝聚力〉，《台灣民主季刊》，5 (4)：1-46。
- 陳孝平，1997，〈組合乎？市場乎？—從臺灣變遷中社會屬性探索全民健保的體

- 制》，《中華公共衛生雜誌》，16(1)：86-108。
- 陳東升，2004，〈全民健保的公民參與〉，行政院衛生署（編），《公民參與：審議民主的實踐與全民健康保險政策》，臺北：行政院衛生署，頁1-10。
- 陳恆鈞譯，2001，《公共政策：演進研究途徑》臺北：學富。譯自 James P. Lester & Joseph Stewart. JR. *Public Policy : an evolutionary approach*.
- 陳恆鈞、蔣麗君、韓家瑩、侯淑嫻、周劭彥譯，2002，《公共政策分析：概念與實踐》，臺北：韋伯。譯自 David L. Weimer & Aidan R. Vining. *Policy Analysis : Concepts and Practices*, 3rd ed.
- 陳欽賢、劉彩欽，2000，〈醫療儲蓄帳戶的解析與在我國之適用性〉，《醫療管理期刊》，1（1）：1-49。
- 陳啟華、陳孝平，1999，〈全民健保各項改革議題評析—以德菲法專家意見調查為基礎〉，《台大社會工作學刊》，1：35-75。
- 陳敦源，2001，〈政策分析之政治可行性評估：一個從『空間理論』的初探〉，收錄於《公共政策分析的理論與實務》，余致力、郭昱瑩、陳敦源合編，臺北：韋伯。
- 陳敦源、劉宜君、蕭乃沂、林昭吟，2011，〈政策利害關係人指認的理論與實務：以全民健保改革為例〉，《國家與社會》，10：1-65。
- 張世賢，2009，《公共政策分析》，臺北：五南。
- 黃東益，2004，〈審議式民主之實踐—「全民健保公民論壇」執行及結果分析〉，行政院衛生署（編），《公民參與：審議民主的實踐與全民健康保險政策》，臺北：行政院衛生署，頁56-83。
- 黃東益，2008，〈審議過後—從行政部門觀點探討公民會議的政策連結〉，《東吳政治學報》，26(4)：59-96。
- 黃秀端，2004，〈政黨輪替前後的立法院內投票結盟〉，《選舉研究》，11(1)：1-32。
- 黃秀端、陳鴻鈞，2005，〈國會中政黨席次大小對互動之影響—第三屆到第五屆的立法院記名表決探析〉，《人文及社會科學集刊》，18(3)：385-451。
- 黃煥榮，2000，〈政策合法化過程所應用的政策論證—全民健康保險法的個案分析〉，《立法院院聞》，28（4）：69-87。
- 賈文字，2010，〈形塑分裂社會的制度認同一多數決困境下我國立法程序的再造〉。臺北：國立臺灣大學法律學系碩士論文。

- 雷文玟，2004，〈強化我國健保行政決策公民參與的制度設計—二代健保先驅性全民健保公民會議的建議方案〉，《臺灣民主季刊》，1(4)：57-81。
- 萬文隆，2004，〈深度訪談在質性研究中的應用〉，《生活科技教育月刊》，37(4)：17-23。
- 詹月金，1995，〈我國全民健康保險政策合法化過程之研究〉，臺北：國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 楊玉隆，2010，〈健保醫療品質的把關者？論健保總額支付制度專業審查選用高價藥品不予給付之爭議〉，《醫事法學》，17(2)：61-71。
- 楊志良，1999，〈全民健保財務負擔的幾點迷思與困境〉，《中華衛誌》，18(2)：85-86。
- 楊志良，2009，〈穩定健保財務以確保全民就醫無礙〉，《臺灣醫學》，52(10)：8-10。
- 楊秀儀、賴美淑，2003，〈醫療專業審查和美國醫療品質之關聯性研究：美國經驗比較〉，《臺灣醫學》，7(5)：726-735。
- 鄭守夏，2010，〈穩固健保經營照顧弱勢民眾邁向二代健保改革〉，《醫療品質雜誌》，4(3)：42-46。
- 鄭守夏，2011，〈全民健保向論人支付邁進〉，《臺灣公共衛生雜誌》，30(1)：1-4。
- 鄧宗業、吳嘉苓，2004，〈法人論壇—新興民主國家的公民參與模式〉，《臺灣民主季刊》，1(4)：35-56。
- 劉宜君、陳敦源、蕭乃沂、林昭吟，2005，〈網絡分析在利害關係人概念之應用—以我國全民健保政策為例〉，《臺灣社會福利學刊》，4(1)：95-130。
- 劉嫻吟、黃東益，2011，〈政策合法化過程行政官員與立法委員論述的內容分析—審議民主的觀點〉，《公共行政學報》，38：1-47。
- 劉淑瓊，2004，〈課責觀點與醫療品質〉，行政院衛生署(編)，《全民健保與醫療品質》，臺北：行政院衛生署，頁97-117。
- 劉遵義著、黃定遠譯，1998，〈對臺灣全民健保財務制度的建議〉，《臺灣經濟預測與政策》，29(1)：35-49。
- 蔡貞慧、高豐渝，2010，〈我國健康照護財務的公平性〉，《社會政策與社會工作學刊》，14(1)：81-117。
- 蔡維音，2008，〈二代健保保費費基改革方案之檢討〉，《月旦法學》，153：22-35。

- 蕭元哲，2009，〈利害關係人對互動管理的瞭解與應用〉，《文官制度季刊-考試院八十周年慶特刊》，145-158。
- 賴美淑、鍾國彪，2004，〈國家醫療品質政策與全民健保〉，行政院衛生署（編），《全民健保與醫療品質》，臺北：行政院衛生署，頁370-394。
- 戴正新，2010，〈我國公共政策制定過程之研究:以災害防救法爲例〉，臺南：國立成功大學政治經濟學研究所碩士論文。
- 鍾國彪，2004，〈醫療品質相關理論〉，行政院衛生署（編），《全民健保與醫療品質》，臺北：行政院衛生署，頁2-56。
- 羅紀琮，1998，〈健保財務新主張—MSA〉，《臺灣經濟預測與政治》，29（1）：51-60。
- 羅清俊、陳志瑋，1999，《公共政策新論》，臺北：韋伯。譯自 Dye, Thomas R., *Understanding Public Policy 9thed.* : Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- 龐一鳴、劉見祥、賴美淑，2003，〈我國醫療服務專業審查制度改革之落實方案〉，《臺灣醫學》，7（5）：747-756。
- 蘇偉業譯，2010，《公共政策入門》，臺北：五南。譯自Kevin B. Smith & Christopher W. Larimer, *The public Policy Theory Primer*. Westview Press.

西文部分

- Anderson , James E., 2000. *Public policymaking*. New york : Houghton Mifflin company.
- Chein, Tein-Cheng & Hsiu-Li Chen, 2006. "Policy-Acceptances of Taiwan's national health insurance reforms:an investigation from suppliers'aspects" *Pan-Pacific Management Review* 9(2) : 19-41.
- Dryzek, J. S. 2000. *Deliberative Democracy and Beyond: Liberals , Critics, Contestations*. Oxford and London: Oxford University Press.
- Dye, Thomas, R., 2002. *Understanding public policy*. Upper Saddle Rever, N. J: Pearson Education, Inc.
- Jewell, Malcolm E.,1970. *Attitudinal Determinants of Legislative Behavior : The Utility of Analysis*. In Allan Knorberg and L.Musolf, eds. *Legislatures in Development Perspective*. Durham, North Carloina : Duke University Press.

Jones, Charles O.,1984. *An Introduction to the Study of Public Policy*, Belmont, Calif : Wadsworth ,Inc.

Moch, M. D. & Pondy, Louise R. 1997, *The Structure of Choice : Organized Anarchy as a Response to Ambiguity*. *Administrative Science Quarterly*. 23 : 351-362