

國立臺灣大學政治學系  
政府與公共事務碩士在職專班

論文計畫書

我國全民健康保險  
保費變革之研究

指導教授：彭錦鵬博士

研究生：王復興  
學號：P96322014  
中華民國 104 年 5 月

**政府與公共事務碩士在職專班**  
**我國全民健康保險保費變革之研究論文計畫書**

**目 錄**

第一章、緒論	
第一節、問題背景.....	3
第二節、研究動機與目的.....	4
第三節、研究範圍.....	5
第四節、研究流程及架構.....	6
第五節、研究方法.....	9
第二章、文獻探討	
第一節、健康照護制度.....	18
第二節、世界主要國家健康照護制度之分類.....	21
第三節、我國健康照護制度.....	22
第四節、我國與其他國家制度比較.....	27
第五節、我國全民健保變革方案之探訪.....	33
第三章、預期成果與限制	
第一節、預期成果.....	38
第二節、研究限制.....	39
第四章、論文章節安排.....	40

## 【附錄】

### 【圖目錄】

圖 1	研究流程.....	8
圖 2	研究架構.....	9

### 【表目錄】

表 1	擬專訪對象及理由.....	12
-----	---------------	----

# 第一章、緒論

人類生存，首先是要有康健的身體和心理，生命的存在才能發揮功用，是以世界衛生組織將健康照護列為人權項目，各國政府亦都重視，我國更明列憲法中保障，我政府是以推行全民健康保險，至今屆滿 20 年，本研究希望對此制度施行過程中，有無重大之方向，政策，需要檢視回顧，必有助於此制度更臻完善。

## 第一節、問題背景

健康照護制度是世界各國公共政策重要項目，大多數的國家都提供不同類型之保健照護，我國原本無全體國民健康保險制度，國民之健康照護系以社會保險中之公教人員保險、農民保險、勞工保險三大保險，暨其他共十三種社會保險<sup>1</sup>，做為醫療照護支出，約占全國人民 60%，另全國有 40% 人民並無醫療保障，且大多為老弱或無工作之經濟弱勢者。

民國 85 年我國將實施第一次總統直接民選之政治制度，政府為落實憲法中照顧人民健康之目的，決定於 84 年元月成立健保局成立，並於同年 3 月 1 日我國全民健康保險正式開辦，迄今邁入 20 年，期間，在國內，受到民眾 80% 之滿意度，在國外，屢屢獲得國際學者與媒體的肯定與讚揚。

然而，資源有限醫療無窮，由於健保保費收入年成長率低於醫療支出年成長率，健保開辦不到三年，健保財務首度於民國八十七年出現赤字，隔年赤字達到 210 億，爾後每年都是動輒產生數百億之短絀<sup>2</sup>，甚至可能無法繼續執行，這幾年衛福部不斷開源節流的結果，在面對整體大環境的不景氣，以及受到人口老化與重大傷病人數增加的影響，依舊無法實質改善健保的財務困境。自此，各界急呼我國的健保需要進行大刀闊斧的變革，以追求永續經營。

---

<sup>1</sup> 陸海空軍人保險條例，社會救助法、老人福利法、殘障福利法私立學校教職員保險條例，公務人員眷屬保險條例、退休公務人員及配偶疾病保險辦法，勞動基準法，農民健康保險，地方民意代表、村里鄰長與低收入戶疾病保險，殘障者健康保險等。

<sup>2</sup> 為平衡健保保險財務，健保局依健保法第 63 條第 1 項、第 64 條及第 65 條規定，提列安全準備；年度保險收支發生短絀時，依同法第 63 條第 2 項規定，收回安全準備填補收支短絀。

## 第二節、研究動機與目的

### 一、研究動機

本研究動機之一，系我國「全民健康保險」不僅是民眾滿意度最高的社會保險制度，更是世界各國最稱羨的健康保障制度典範。然而由於人類壽命的延長、人口快速老化，以及醫療技術的提昇等，導致現行健保制度入不敷出。對於目前健保財務所遭遇到的困境，政府如僅一味的提高保險費率，在現行稅制不盡公平的前提下，恐將嚴重增加薪資所得者的負擔。因此，為確保健保制度的可長可久，擴大費基、健全保險財務制度都勢在必行。

本研究動機之二，乃在如何兼顧量能繳費與減輕薪資所得者的負擔，則有賴於行政及立法部門展現高度的智慧。在二代健保改革案期間，所遭遇到的若干挑戰及其爭議，不啻說明了改革工程並非一蹴可幾。未來台灣的健康保障制度究竟要走向依賴稅收式的社會救助、社會服務模式<sup>3</sup>，還是要更加靠近往強調所得重分配效果的社會保險模式<sup>4</sup>，又或者是折衷上述兩種模式的混和型健康保障制度，除了需要尋求更高的社會共識外，更應該以大部分民眾的需求及能力為核心才是。

### 二、研究目的

社會科學研究有三個最基本及有用的目的：1.探索（Exploration）：是為了解一個主題，並提供對於該主題初步的認識，尤適用於持續性現象之研究；2.描述（Description）：主要目的是描述情況及事件，研究者觀察它們然後描述它們，強調透過質化或量化研究對現象作具有系統性及邏輯性之描述；3.解釋（Explanation）：主要是解釋事物，尤其是解釋某一現象對某一事務之影響。本研究使用綜合三者之研究，所考量理由系本研究探討民國 84 年實施迄今有關我國全民健保財務改革方案，此乃為一種持續性變遷過程，本研究期望藉由對於我國現行全民健保體制及未來改革之相關文獻的蒐集、整理及分析，能讓研究主題輪廓更清晰，且系統化表達我國全民健保財務發展之脈絡與內容。

---

<sup>3</sup> 一般稅收為主要財源，醫療費用由國庫負擔

<sup>4</sup> 「社會保險」的理念，包括：自給自足、財務自主、繳納互助、給付限度、最低保障、世代連結、社會觀感、風險分擔、族群和諧、永續發展等。

我國健保財務開辦未久即發生雖持短絀，並危及永續經營，政府考量惡化之財務問題會拖垮健保，而民眾也時時受到調漲保費之威脅，尤其國際間經濟不景氣，以及石油與各種原物料持續飆漲、暖化效應引發糧荒、物價不斷攀升結果，造成通貨膨脹，在前研一所謂的 M 型社會下，一般民眾消費能力相對低落，然而幸有全民健保可以降低國人就醫經濟障礙，避免因病而貧，加以社會各方亦有「健保不能倒」之共識，大家應同心協力研究如何改善持續惡化之健保財務；首任健保局長葉金川於所著之「全民健保傳奇」（葉金川，2002：91），針對健保體檢小組所提之健保體檢報告，指出健保首先而要改善健保財務之重要性方能使其永續經營。

本研究期透過探討健保保費之改革，進而改善健保財務，以健全健保核心制度，最終目的求健保之永續經營。在本研究中，擬藉由比較我國與其他國家之健保制度及體制，找出我國現行健保體制之優缺點及待改革之問題，並參酌各方學者意見及進行深度訪談，冀望著達成下列具體研究目的：

- 1.研究以公醫制度，推行於我國健保之可行性，及可能遭遇之困難與挑戰，暨須具備之政經環境，並試著研擬可行之方案。
- 2.依社會保險之理論規範，執行我國全民健保制度及可能遭遇之困難與挑戰，暨須具備之政經環境。
- 3.採用混合制之社會保險及社會福利併用方式，及可能遭遇之困難及挑戰。
- 4.探討仍然維持現狀，藉由其他改革保費方式，如政府每年總稅收之百分比，減少如國防預算所佔百分比或營利事業所得稅之百分之 1 調移健保，或調高保險費率，以改善健保財務。

### 第三節、研究範圍

本研究將彙整有關健康保險相關概念、理論研究、實證研究等文獻，及綜合個人觀察結論，再藉由與部分實施健保制度之國家德、法、荷、日、作比較，試圖比較研析我國與德、法、荷、日等健保制度較接近國家，健保體制之異同與可借鏡之處，進而分別就可能適合我國採用之各項健保改革方案研究分析，亦即除考量我國現實政經環境之變遷，彙整比較最近 3 年以來政府曾推動之一代健保二代健保以及對多年前政府曾研議之民營化、多元保險人等改革議題，彙整綜合研

析其優缺點及各方看法，最後再納入維持現制但改革部分措施之方案，並提出解決方法及配套措施，期望能綜評且找出較適合我國全民健保之體制，並提出本研究對各項健保組織變革之建議意見，俾使政府能以最小之投入成本，在兼顧我國醫療服務品質之目標下，使極有限之醫療資源能發揮最大效用。

## 第四節、研究流程及架構

本研究進行之過程，依序為 1.問題意識發掘及研究目的設定；2.研究範圍界定；3.相關文獻探討與資料蒐集；4.提出研究規劃設計；5.進行各項可行之健保保費資料研析；6.設計題目進行深度訪談；7.資料分類、歸納、彙整與分析；8.依研究發現提出建議與解決對策。

綜言之即透過瞭解健保問題背景，設定研究目的與範圍後，先蒐集國內外之文獻資料，藉由比較我國與其他國家之健保制度及體制，以探討我國現制健保體制之優缺點及待改革問題，再參酌各方學者意見及進行深度訪談，分就改革為公醫制、社會保險制、社會福利制、混合制、現狀改革現制等 5 項改革方案，探討其優缺點及利基與問題之所在，並研析其實施之可行性，及提出建議與配套措施（尋求可行策略或解決方案）。最後，彙整研究發現，分就 1.改善健保財務；2. 提昇醫療服務品質 3.政經環境；4.民眾參與程度；5..體制結構性變革等項條件之達成程度綜合評析，期能找出理想之健保體制。研究流程如圖 1，研究架構如圖 2：

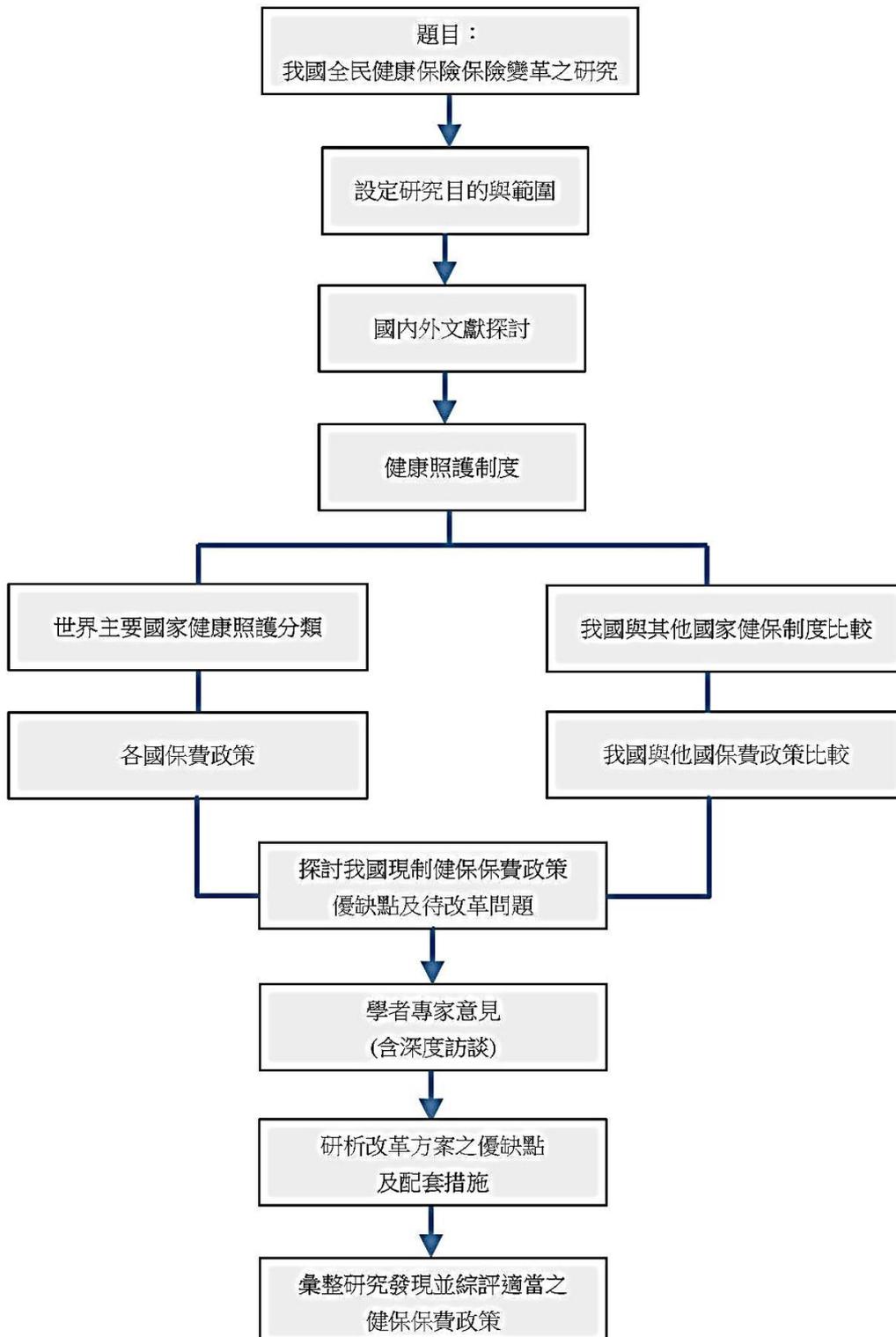


圖 1 研究流程

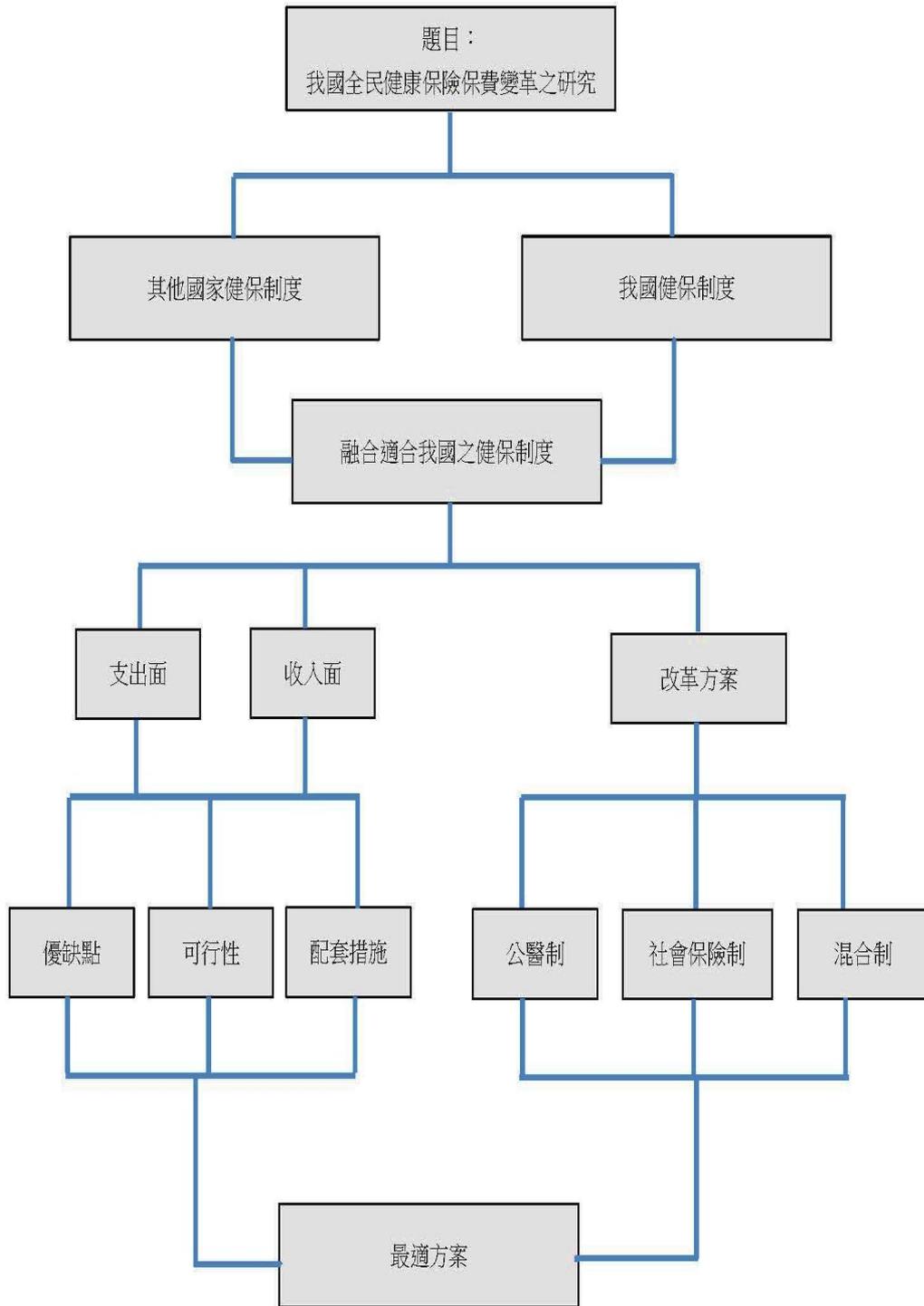


圖2 研究架構

## 第五節、研究方法

研究方法是指蒐集與分析資料之程序方法。本研究在理論及健保制度與組織體制之發展與改革部分，擬蒐集相關靜態資料，採用文獻分析法及比較研究法，比較分析其間之共通性或差異性，並還原歷史圖像，剖析之前學者專家已達成之研究成就與效果，期能再努力突破研究；而政治可行性之評估部分，則擬兼用文獻分析法及深度訪談法，探討在現行政治經濟社會環境下，社會大眾對各該改革方案之實施，接受度如何，立委支持度又如何，期能藉此尋求最適當之實施時機，以作為本研究健保保費改革之參考。以下分別介紹本研究採用之文獻分析法、比較研究法及深度訪談法等。

### 一、文獻分析法

文獻分析法（Literature Analysis／Documentary analysis）又稱為內容分析法（Content Analysis）或資訊分析法（Informational Analysis），屬反應類研究法之一，文獻資料來源可能為各類書籍、政府部門出具或委託研究報告、學者專家研究報告、碩博士論文、期刊、各類組織之文件紀錄或統計資料、報章雜誌新聞等。

文獻分析目的在於建構文獻評論，亦即針對本研究主題，依前揭方式蒐集各方學者專家對我國及其他國家健保體制之探討論述或研究文獻，盡所能探究目前學者專家之研究與實證成果，且依其他與我國同屬社會保險制度國家推行之健保制度及體制情形，檢視我國相關政策與措施之執行得失，並加強研究我國行政主管機關規劃健保保費政策未來改革之政策與方向，期能整合已存在有關我國全民健保制度與體制研究領域中，已經被思考過或研究過之資訊，另亦藉由比較他國政府成功改造之案例尋求其他尚可研採之改革方案，試圖補充當今研究之不足，並彙整比較分析其優缺點，一者希驗證本研究之意義與結果，另者期凸顯本研究創見之可能性。

### 二、比較研究法

比較研究法係將所蒐集之個案或文書資料，加以整理、分類、比對，找出各項資料之相關性與歧異性，藉以歸納其因果關係，其基本原理即在「相同」及「差

異」，而「相同」之目的在「他山之石可以攻錯」，以類似情況作當前研究對象之比附援引，以作同因同果之解釋或預測；「差異」之目的則常可證明不同因或不同果，使之不能將當前研究之對象與其他對照現象混為一談，或引據為因果解釋或預測之借鏡（王玉民，1999：247）。我國與他國健保制度及體制不盡相同，尤其先進國家，例如德、法、荷、日等國，對健保保費政策，是多採多元保險人體制；另如美國，是採商業保險制度<sup>5</sup>；本研究擬藉由比較分析所蒐集之健保制度與保費規範資料，研析其異同，期能找出得為我國借鏡之制度與作法，供改革參考。另本研究亦擬蒐集目前較具芻議之改革方案資料及其他可行之改革方案，除彙集各方專家學者研究結果外，並進一步嘗試與現制（公辦公營）進行比對、整理，試圖同中求異、異中求同，及歸納其與政經環境之關係，期能評估分析各該改革方案之可行性。

### 三、深度訪談法

未來無論如何變革，對保費結構之調整，確實需要透過制度之變革方能成事。而制度變革中往往存在政治上之權力運作特質，故有必要先瞭解何者是重要關鍵人物或利害關係人，及各該人物之政策立場與選擇策略、相互依賴之資源與政治互動關係，暨其對現今政治環境之影響程度，再進一步從制度發展與行動者之角度，瞭解探討各改革方案之修正方向是否窒礙難行，其將有助於本研究對各方案可行性之評析。

依 Brinkerhoff and Crosby（2002：142）對於利害關係人之指涉，提出 3 個標準來篩選利害關係人間之相對重要性，條件為：1.當一個組織對該項政策在民眾支持上能產生建設或破壞之影響時（社會團體）；2.當一個組織出現，能對政策合法化或執行單位之正當性產生正面影響時（政府團體、社會團體）；3.當一個組織能影響政策之內涵與方向時（專業團體）。亦即具有以上 3 項條件之一者，乃為利害關係人，其意見必須被考量。依陳敦源（2004）對於利害關係人之指認理論與範圍界定，則更明確地認為在政策過程之「否決點」<sup>20</sup>中，具有能力影響法案修正通過之相關人或團體，謂之利害關係人；至於在政策上屬沈默輸家者（silent loser）

---

<sup>5</sup> 全球已開發國家中，美國是唯一沒有全民健保的國家，而是人民自行向私營保險公司投保。同時美國也是全球醫療開支最龐大的國家，一年高達美金二兆四千億元

等，因無政策影響力，而不屬利害關係人。

近年來國內環境選舉及政治力介入太多，使得我國健保開辦 20 年以來，保險收支嚴重失衡，財務惡化情況每下愈況。雖然多年來改革健保保費政策之呼聲從未間斷，卻也從未成功推動過。瞭解及蒐集現今與健保體制或業務有密切關係之行政決策機關官員、執行機關官員、立法委員、學者專家或其他相關團體組織等重要關鍵人物或利害關係人，對開辦以來紛爭不斷之健保保費政策問題，有何看法或寶貴意見，並探求其對未來健保保費政策改革之看法與支持程度，期能彙集最新資訊，因而本研究試圖規劃設計訪談題目與問卷內容，期透過深度訪談，訪問衛福部或健保小組或二代健保規劃小組等成員、健保署管理階層或監理會或爭審會等成員、立法院中專業之立法委員、專研與健保保費政策或制度等議題相關之學者專家、醫院管理階層或醫改會等社會團體成員等重要關鍵人物。嗣後再彙集各方靜態、動態意見，並比較其異同，期能有助於實證結果的展現。有關本研究擬專訪之對象及理由分列如表 1。

擬訪談對象	利害關係人專長	受訪原因	備考
林芳郁院長	振興醫院院長	曾任臺大醫院院長、衛生署署長、台北榮總院長	
朱澤民教授	專家學者	教授，曾任健保局總經理、二代健保規劃成員	
賴士葆委員	立法委員	財政立法委員、熟悉健保業務、財經博士	
潘懷宗教授	專家學者	台北市議員、陽明醫學院教授、藥學專長	
施能傑教授	專家學者	政大教授、曾任研考會主委、健保組織改革成員	
陳敦源教授	專家學者	政大教授、健保專業研究	
謝瀛華教授	醫院管理階層	現任萬芳醫院副院長執行長	
滕西華發言人	社會團體代表、專家學者	民間醫改秘書長	

註：以上專訪對象列為計畫，實際專訪者將視現況邀訪而定。

表 1 擬專訪對象及理由

經研擬「健保保費政策變革訪談計畫大綱稿」如附錄 1。除擬請上開重要關鍵人物（利害關係人）就本研究彙集之 5 種改革方案逐項評分外，並就健保保費政策之現況與改革方案等議題，進行訪談。茲就相關訪談內容及評分項目、標準與內容，臚列如次：

1. 我國健保公辦公營已逾 20 年，歷經多次改革震盪，卻因政策環境不允許，難有結構性改變，但是目前健保財務危機四伏，除安全準備金於民國 96 年 3 月第一次用罄，且因政治力介入，未能依精算小組通過的精算結果調高保費費率，及醫療支出持續成長，入不敷出情況嚴重，致財務惡化到極點。請問您對現行健保保費政策實施結果，滿意嗎？請說明原因。
2. 您認為全民健保實施已逾 20 年，其保費政策是否有改革的必要？本研究蒐集過去文獻及參考，改為公醫制；社會保險制；社會福利制；維持現狀；混合改革。您認為需要否，看法如何？
3. 衛生署規劃及推動二代健保多年，其中對健保保費政策，增加公民參與程度，請問您支持嗎？原因為何？若支持，該制參予之人選應如何選定？您對該制度下，委員是否足以具有代表性問題，看法如何？
4. 若要考慮保費政策結構性變革不易問題，請問您認為短期內採維持現制局部改革（如：調高保險費率，以改善健保財務；或多元混合改革。是否較可行？您支持嗎？理由為何？
5. 過去政府曾有公辦民營之修法歷程，請問若現在再重新研討改革方案，您支持嗎？理由為何？

6.綜合前述，各該改革方案是否有助於改善健保財務？及能否達到權責相符之目的？您的看法為何？請就下列表格項目，逐項評分，其中其中 5.很有幫助 5 分；4.略有幫助 4 分；3.普通 3 分；2.可能較無幫助 2 分；1.完全沒有幫助 1 分。

方案 評 分 項目	公醫制					社會保險制					社會福利制					維持現制					混合制				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1.改善健保財務																									
2.權責平衡與明確化																									
3.民眾參與程度																									
4.提昇醫療品質																									
5.政經環境是否適合變革																									

## 第二章、文獻探討

世界各國中對國民之健康照護制度，已開發之國家如歐洲社會福利之國家，尤其重視，開發中之國家如亞洲國家亦起步跟隨，惟各國實施健保制度之內容不盡相同，且先進國家也未必全然實施全民健保制度，如美國並未實施全民健保制度，故歐巴馬總統極力推行美國之健保制度，且各國多以多元保險人制度居多，我國開始即採單一保險人制度。

有關健保體制問題，計有李丞華、羅紀琮、王炳龍、林芸芸、許碩芬、盧瑞芬等醫學管理學者；陳敦源、李玉君等公共行政學或政治學學者；辛炳隆、薛立敏、梁正德等財經學者；陳孝平、李玉君等社福學者；陳新民、蔡茂寅等法律學者加以探討。其中有關各國健保制度之探討者，如：羅紀琮提出日、德、法、荷等國實施健康保險制度之經驗，及給予我國之啓示（羅紀琮，2006），又盧瑞芬就德、日、加、英、法、美、瑞典等 7 國提出其醫療體制之分析（盧瑞芬，1996），暨行政院二代健保規劃小組<sup>6</sup>亦提出英、美健康服務制度及德、日健康保險制度（行政院衛生署，2004c）等；有關健保民營化體制之探討者，如：林芸芸曾探討德國多元保險人對全民健保民營化之鑑戒（林芸芸，2001）、李玉君提出社會福利民營化之法律觀點（李玉君，2003）、中華經濟研究院薛立敏曾研究社會保險民營化問題（中華經濟研究院，1998）等；有關多元保險人體制之探討者，如：許碩芬曾探討健保多元保險人之監理問題（許碩芬，2001）、王炳龍則研究多元保險人之經營策略（王炳龍，2001）等；有關健保行政法人化體制之探討者，最具代表的是，行政院二代健保規劃小組提出之健保組織爭議、健保局改制為行政法人化之構想，其中包括探討設立行政法人全民 15 「行政院二代健保規劃小組」於民國 90 年 7 月 1 日成立，係繼民國 89 年衛生署委託國家衛生研究院進行「全民健康保險體檢小組」計畫（於民國 90 年 2 月 28 日提出全民健保體檢小組報告），再一次辦理大規模全民健保改革工程，更集中人力物力將現行全民健保制度進行結構化之檢視與改善。組成人員計有：召集人胡勝正、執行長賴美淑，及國內衛生醫療、法律、財經、社會、公共行政、統計等領域之專家學者，透過大量文獻回顧、密集式開會與會中腦力激盪，進行多元化知識與資訊交換，從現行全民健

<sup>6</sup> 「行政院二代健保規劃小組」於民國 90 年 7 月 1 日成立，已於民國 102 年完成規劃。

康保險法，釐清短期能規劃與改善之議題起步，針對全民健保政策內涵，進行廣度與深度之討論。

其他尚有李丞華提出之「未來 5 年全民健保重要議題之政策分析」(李丞華，2003)、陳敦源提出之「新制度論觀點下全民健保政策制度固著化的問題：政策偏好、時序不一致與制度變遷」(陳敦源，2007)、盧瑞芬提出之「全民健康保險經營體制之評估與研究」(盧瑞芬，1996)、田弘茂提出之「全民健保改革方案的政策評估」(田弘茂，2001)，及辛炳隆提出之「全民健康保險組織體制與運作模式之探討」(辛炳隆、薛立敏、黃耀輝、洪嘉蘭、李秀卿，2001)、全民健康保險保險人設立資格及監督管理之探討(單驥，1999)等有關健保組織體制之回顧與探討者。

由以上諸多文獻顯示，由於我國全民健保實施當年，行政與立法等單位對健保體制尚未有共識，由國民黨主導先以公辦公營之單一保險人體制為之，要求試辦 2 年後再檢討改革，故自我國全民健保實施以來，各方學者專家均不斷關注健保之體制設計及運作現況檢討，並提出多項改革方案。惟綜觀目前各項健保體制改革方案最大問題在政治力介入及財務收支不平衡，冀望研究是否可於健保之體制改革方案中，俾在學術上提供些微貢獻。

依陳敦源透過 Mahoney (2001) 的分析架構，觀察我國全民健保制度改革之歷史脈絡，發現雖然健保現制公辦公營，在制度運作之過程中雖遭遇多次改制方案之震盪，然卻因政策環境不允許，而難有結構性之改變，形成制度性之固著化，亦即呼應歷史制度論者 Bonoli 及 Perison 等人對於社會福利制度之研究結果，認為民主國家之福利制度均會在長久實施以來，形成制度之自我強化作用，即使制度施行没有效率，也難以朝有效率之制度設計變革(陳敦源，2005：摘要)；綜觀各國健康照護制度各有優缺點，從羅紀琮彙編之「健康保險制度－德、法、荷、日的經驗與啓示」乙書，提及德、法、荷、日等國之健康保險制度，德國可謂是社會保險制度鼻祖、法國是公私混合保險制度之典範、荷蘭則是多層次保險給付國家之代表，日本是我國社會保險制度主要師法對象、各該國家均採行多元保險人體制，皆係由受僱者及其眷屬之保險制度開始，再逐漸擴展至其他人口，由於保險對象涵蓋範圍擴大，往往增加新成立之保險人來經營管理，故當保險擴及全民時，保險人數量往往破百甚至上千，其固然有地域上之方便性，然卻也面臨風

險集中問題，政府對財務困難之保險人，須在符合公平、有效之原則下，給予特別補貼，因而，近年來各該政府紛紛在各個保險體制外，另設財務平衡機制，並且允許及鼓勵保險人合併（羅紀琮，2006：349-350）。但由於單一保險人有缺乏市場競爭力及效率不高之缺憾，而多元保險人正因有競爭機制，可解決當前全民健保體系之不良運作、醫療浪費性支出之迅速成長、醫事服務機構掠奪爭食健保大餅之不合理現象等（單驥，1999：摘要），且依德國進行多元保險人改革，大幅縮減疾病基金會家數之同時，卻仍強調應以自治管理原則為優先，並排除走向單一保險人體制（羅紀琮，2006：88）來看，似難以斷定單一或多元保險人孰好孰壞，亦即尚無法定論我國單一保險人一定是最好。況且到目前為止，尚無學者或研究對單一或多元保險人給予令人信服之結論。

當年行政院衛生署之政策，對健保體制仍有 4 類不同主張：1.張博雅時期推動全民健保基金會（公辦民營）；2.詹啓賢時期推動多元保險人；3.李明亮時期係由學有專精的研究者各專注於一個國家的分工方式，探討德國、法國、荷蘭等國之健康保險財務制度，其中李光廷負責撰擬日本健康保險制度、林志鴻負責撰擬德國健康保險制度、尤素娟負責撰擬法國健康保險制度、林美色及林士淳負責撰擬荷蘭健康保險制度，而緒論與總論由羅紀琮（中央研究院經濟研究所研究員）綜合整理。

自 1997 年至 2005 年間，我國全民健保制度正邁向逆向之發展過程，共引發 6 次修改組織體制事件，第 1 次是推動張博雅時期的全民健保基金會；第 2、3、4 次是推動詹啓賢時代的多元保險人；第 5 次則是維持現狀；第 6 次則是推動二代健保，並研議改制成行政法人（陳敦源，2005：49）。

4.陳建仁及侯勝茂時期推動二代健保，並研議改制成行政法人（陳敦源，2005：49）。若依羅紀琮看法，認為健保體制是否有最適保險人數量的問題，其實並無法藉由比較各國制度而得到答案，因為保險人數量的多寡，非但取決於制度之內涵（如：是否有統一給付項目、統一支付標準、統一保險費徵收基準等），亦取決於經營人數多寡及地區幅員大小（羅紀琮，2006：349-350）。又民國 89 年，雖因行政院衛生署研修健保法草案，建議未來改制成「單一基金會之多元保險人」，而委託王炳龍辦理「多元保險人經營策略之研究」，亦無法推論多元保險人是最好之健保制度。

綜上顯示，我國全民健保推行單一保險人體制，是否須轉向多元保險人體制，及現在時機是否適當，均尚無肯定答案。故本研究亦不強調單一或多元保險人何者優異，僅以學術立場均將之列入探討範疇。

至於，行政院推動往民營基金會及多元保險人方向改革之健保組織體制方案，迄今皆未竟全功。依多位學者研析結果，其中陳敦源認為，若要落實組織體制之改革，一個可行但不見得完美之方案，遠比一個完美而不可行之方案更重要，只要牽涉制度上結構性變革時，通常提案到立法院便銷聲匿跡，更不用談有無具體落實（陳敦源，2005：4-5）。惟李丞華則基於在民國 91 年至 92 年間受衛生署委託進行之研究工作，整合政治選舉週期、行政準備時間、政黨政治生態、國內政經情勢等 4 項因素綜合分析，將未來十年之政治選舉週期列入考量，並將中央級兩項選舉前 6-9 個月列為健保改革禁忌期，對健保改革影響甚大之國內政治環境分析結果，列出 3 個可作為健保改革之可行時機點，其中最後 1 個時機為 2008 年 10 月至 2010 年 2 月，因而提出 3 種幅度（小、中、巨幅）之改革方案，且認為須在相對有利之 3 項政經條件（1.行政部門執政黨與國會多數政黨為同一政黨陣營；2.國內憲政改革與兩岸關係穩定；3.經濟景氣復甦等）同時達成時，才有利於推動中、大幅度之健保改革方案，否則須進行小規模、漸進式、階段性改革；又其推估未來 5 年內欲同時達成有利之政經條件機會似乎不大，欲推動巨幅健保財務或體制改革之時機條件，恐不易完全具備（李丞華，2002：53-66）。

張博雅署長當時並不支持全民健保走向單一健保基金會之公辦民營，然其支持之現制改革方案並未獲政黨高層同意，行政院認蕭慶倫公辦民營主張，可謂是公辦民營概念之推手（陳敦源，2005：51-52）。分別為 2005 年 2 月至 9 月、2006 年 1 月至 2007 年 2 月、2008 年 10 月至 2010 年 2 月等 3 個階段（李丞華，2002：55）。

多年來國內外諸多學者不乏就各國健康照護制度或（全民）健保制度之收入、支出、財務及組織等不同面向，探討如何改革以加強運作績效之文獻；我國近年來因健保收支入不敷出情況日益嚴重，健保經營績效欠佳，又年年為選舉之故，無法順利依健保精算結果調整健保費率，財務惡化程度可謂每下愈況。為追求健保永續經營，亦由主管機關行政院衛福部與保險人健保署分別編列委託研究經費預算，多次委託學術機關或智庫，辦理諸多有關探討健保問題及提出改革方案（含

組織體制之變革)之研究計畫(陳敦源, 2005: 3-4)惟因部分研究計畫係以個別議題探討我國單一保險人之組織體制改革問題,且多數政策報告對組織設計重複性高,政策建議也頗為雷同,相關碩博士論文也少有整合性的探討,個人認為鑑於健保組織體制健全與否影響健保執行績效甚巨,實為改革健保制度極關鍵且重要之一環,以學術角度探討各項改革方案,並研析一套最適之健保體制仍有其必要性。

本研究預基於學術立場,探討各項可行之健保體制改革方案,除研析為何之前學者專家提出眾多立意良善之改革方案,在推動上仍會遭遇挫折外,茲分就健保制度等重要文獻研析如次:

## 第一節、健康照護制度

### 一、德、法、荷、日-社會保險型

50年代末期起,社會安全制度開始蓬勃發展,最初以救貧為主,後來逐漸演變成全方位、多層次之制度,但自80年代以來,各國均面臨人口老化、經濟發展遲緩、國家財政惡化等問題,因而各種社會安全制度也由擴張期進入調整或緊縮階段。健康雖無價,但因資源有限,全世界沒有一個國家能提供全體國民全部醫療保健照護(楊志良, 2000d)。如何克服醫療供給財源不足,正是各國都在思索的課題。藉由比較各國制度,參考其優缺點,建立適合國人的健保制度,應是我們未來繼續努力的方向。

德、法、荷、日等國不但是社會保險先進國家,也是經濟發展先進國家(羅紀琮, 2006: 3),惟均屬多元保險人體制,多年來均鼓勵保險人合併,從經營效率觀點看,合併仍屬必要,唯有我國係屬單一體系,重分配目標都在該體系內完成,似較多元保險人佳,然因無競爭,效率不易提升,且政治壓力大,亦屬缺點(羅紀琮, 2006: 350)。

德國可謂是社會保險制度鼻祖,自1883年6月實施健保制度迄今已125年,改變相對為少,保險費率一直維持高檔(逾14%);日本是我國社會保險制度主要師法對象,惟其因老化問題最嚴重,係最早為老人照護提供立法基礎之國家(羅紀琮, 2006: 351);法國是公私混合保險制度之典範,健保財源最多元;荷蘭則為多層次保險給付國家之代表,類似德國以薪資所得為保費主要徵收基礎,但部

分負擔較日、德、法低（羅紀琮，2006：3-4，351-352）。而我國屬社會保險之後進國家，類似德、荷，以薪資所得為主要徵收基礎。從各國經驗觀察，德國因政府不介入醫病間協商，在資訊不對稱、被保險人議價空間相對被壓縮情況下，保險費率居高不下，已逾 14%，而日、法、荷等國則因政府強力介入，使得費率較平穩，至於法國調升費率則尚須國會同意。而我國目前費率為 4.55%，開辦 20 年以來，已調整 3 次，擬藉醫病協商機制建立費率自動調整功能，多年經驗顯示似乎不易實現。然而因國際間健保制度均為財務問題所擾，瞭解先進國家之制度內涵、設計緣由、實施成效及未來改革方向與擬採行之措施，仍將有助於作為改善財務、經營績效之參考。

又因醫療資源使用之效率性與保險制度之內涵高度相關，如保險易肇致道德危機，因此給付愈寬廣，不必要之醫療服務可能愈多；醫師報酬的支付愈具規範性，醫療費用即可愈少；保險人監督能力愈好、行政效率愈高，醫療資源之耗用即可愈少（羅紀琮，2006：3-4）。

## 二、美國-個人保險

美國並無完整之全民健保制度，其雖是全世界最富有國家，但也是「先進」國家中，唯一沒有「全民」性質之公共健康照護系統者<sup>7</sup>，與我國歧異性極大。其健康照護保險基本上乃由私部門之商業保險承擔，相當分散、分權，且大幅依賴私部門，亦即由許多零碎之社會保險與公共醫療制度（如：榮民、軍人及其 27 See Barry R. Furrow et al., HEALTH LAW : CASES, MATERIALS AND PROBLEMS 682-683 (4th ed.2001) (hereinafter HEALTH LAW) 眷屬、原住民，均適用聯邦政府提供之健康照護體系) 補充之 28。原則上，美國最龐大之公共健康照護體制係由「醫療照顧 ( Medicare ) 」及「醫療補助 ( Medicaid ) 」二大系統共同構成的，二者共佔聯邦政府預算約 19%之規模，並涵蓋四分之一美國總人口；二者均屬美國社會安全 ( Social Security ) 系統之一部分，由聯邦社會安全法 ( the Social Security Act ) 加以規範，主管機關依法為內閣層級之「健康與人力服務部」 ( the Department of Health and Human Services, 簡稱 HHS )，但實際執行則授權 HHS 所

---

<sup>7</sup> See Barry R. Furrow et al., HEALTH LAW : CASES, MATERIALS AND PROBLEMS 682-683 ( 4th ed. 2001 ) ( hereinafter HEALTH LAW )

屬之「醫療照顧與醫療補助服務中心」(the Center of Medicare and Medicaid Services, 簡稱 CMS) (行政院衛生署, 2004c: 8-10)。

美國推動全民健保制度未如我國進步與徹底, 其醫療改革, 因意識型態與政府畏首畏尾, 爭論十數年而不休。希拉蕊 1994 年雄心勃勃要改革美國醫療, 無功而返, 國會意見分成兩派, 南轅北轍依舊, 聯邦政府始終不敢大刀濶斧強制各州一體遵行, 延宕至今原地踏步, 左派人士要政府大力介入, 右派人士主張鬆綁, 讓消費者自行選擇, 藉此抑抵成本上升, 讓尋常百姓買得起保單, 惟迄今仍有 4 千餘萬人沒有健保, 約佔全民六分之一。東北一隅之麻州決定首先發難, 州議會於 2006 年 4 月通過立法, 規定強制納保, 州長羅穆尼 (Mitt Romney) 已簽署生效, 於 2007 年 3 月開始公開承保, 7 月 1 日全路上路 (The Economist Apr.8th, 2006; 麻州州政府 2006 年 5 月 1 日新聞稿)。嗣於 2007 年又有加州阿諾州長決定推動全民健保, 且尚有伊利諾、田納西、賓州等州亦稱要推動兒童全數納保, 綜合當前情勢, 州政府主導氣勢已然成形 (Health care and the states The Federalist Prescription; 經濟學人 2007 年 1 月 13 日報導)。歐巴馬總統於本次第二任競選政見強力推行改革, 但目前困難重重。

### 三、小結

依 2008 年 2 月 19 日出刊之美國內科學年鑑 (Annals of Internal Medicine), 刊登 2 篇有關臺灣全民健保之文章, 其中第一篇係由溫啓邦所發表之「評估全民健保的十年經驗」, 該研究分析臺灣全民健保在延長人口平均餘命及降低健康差異之成效; 另一篇則是由戴維斯與黃達夫共同撰擬之社評「學習台灣: 全民健保的經驗」, 該篇文章呼籲美國向已開辦全民健保之國家學習其經驗, 並以溫啓邦之文章為例, 列舉出臺灣實施全民健保後之成果及影響。由此可見, 國際間對我國實施單一保險人之全民健保制度, 頗具好評與關注。

綜合而言, 臺灣全民健保制度在資源耗用、負擔公平及處置效率等層面均已獲相當成效, 若能善用單一保險體制下完整之醫療利用資訊, 設計各種合理化醫療利用之可能方案, 詳細評估其可行性, 並協助推動; 建立完整依科學證據為基礎之方案評估及政策建議, 使健保財務日益穩健, 那我們的制度將可能成為健保制度藍本 (羅紀琮, 2006: 353)。

## 第二節、世界主要國家健康照護制度之分類

各國之歷史演進、風土民情、經濟水準、生活環境、政府財政能力及治國理念等不同，其社會安全制度的執行辦法及供給水平均存在極大之歧異性，其健康照護服務系統及體制亦都獨樹一格。國際間有關健康照護制度，若粗略依體制如：

「全民健康保險體制與政策研討會」（健保局補助，中正大學社會福利研究所主辦，1997）、「全民健保民營多元化研討會」（衛生署補助，中華經濟研究院主辦，1998）、《全民健康保險承保機關之組織架構的探討》（衛生署補助，計畫編號：DOH80-HI-03）、《研議全民健康保險保險人組織架構參考資料》（衛生署，1996）、《全民健康保險經營體制之評估與研究》（健保局補助，計畫編號：DOH85-NH-001）、《全民健康保險實施兩年評估報告》（衛生署，1997）、《多元保險人經營策略之研究》（健保局補助，計畫編號：DOH89-NH-047）、《全民健康保險組織法人化之法律問題研究》（健保局補助，計畫編號：DOH89-NH-025）、《健保多元保險人之監理》（健保局補助，計畫編號：DOH89-NH-026）、《影響健保政策之策略與途徑分析》（健保局補助，計畫編號：DOH89-NH-035）、《全民健保改革方案的政策評估》（健保局補助，計畫編號：DOH89-NH-1013）、《全民健保制度下市場機制與政府干預之探討》（衛生署補助，計畫編號：9812-3-464）、《未來五年全民健保重要議題之政策分析》（健保局補助，計畫編號：DOH91-NH-1015）、《全民健保體檢小組報告》（2001）、《行政院二代健保規劃小組總結報告》（2004）。（Organization）分類，可區分為「社會健康保險」及「國家公醫健康」（羅紀琮，2006：序），若再加如美國採行之私人保險模式，則可分為3大類，分述如次：

1. 德國、法國、加拿大、比利時、瑞士、荷蘭、盧森堡、奧地利、比利時、韓國、日本等國，是採取強制投保、勞資共同負擔財源的社會保險方式，又稱為健康保險制（NHI, The Social Insurance Model）。此制度之鼻祖為德國，荷、法、日亦多仿照，我國亦屬此類。日、韓早於我國實施全民健保，我國公、勞保時期則亦多採照日本制度，但完全公辦公營，一切由政府辦理。

- 2.英國、澳洲、丹麥、芬蘭、冰島、挪威、瑞典、紐西蘭、愛爾蘭、希臘、義大利、西班牙、葡萄牙等國，是實施全額國庫負擔之國民健康服務制（NHS,TheNational Health Service Model）。
- 3.美國則是採行私人保險模式（The Private Insurance Model），亦即以雇主或個人為單位購買私人健康保險，財務由個人或與雇主共同分擔，醫療服務機構由民間擁有。

### 第三節、我國健康照護制度

就我國全民健保發展之歷史脈絡而言，全民健保從行政院宣示開始規劃至上路，歷經俞國華、李煥、郝柏村及連戰等 4 位行政院長，從民國 75 年到民國 79 年由經建會負責第一期規劃，直到民國 81 年後才轉由衛生署接續第 2 期規劃任務。終於民國 82 年初，由衛生署將健保法草案送進立法院，民國 82 年 5 月，立法院正式排入議程，並於民國 83 年 7 月 14 日立法通過，8 月 19 日由總統公佈，而健保局組織條例亦在同年 12 月順利立法通過，於民國 84 年 1 月成立健保局，於民國 84 年 3 月正式開辦健保業務。

政治目的可謂為促成我國實施全民健保政策之主要原因(陳敦源,2005:48)，於全民健保制度規劃立法當初，除行政院版外，尚有 5 種立法院版本，大家僅表贊同全民健保政策，卻何時開辦、何種體制、何種費率等細節爭論不休，毫無共識，顯見其政治力複雜度之高，惟基於選票考量，在國民黨主席李登輝強烈要求黨籍立委務必通過健保法草案之審議下，始得開辦。該制度設計上，採由國家機關經營之「單一保險人」（健保署）體制及相關委員會之組成，其實或多或少受到威權政體時期社會保險體系之影響(全民健康保險制度規劃報告,1990:103-112)。就現實環境而言，因當時主辦機關健保局之成立，大多接收當時勞保局（原辦理勞、農保之醫療保險）與中央信託局公保處（原辦理公保之醫療保險）之既有人力與資源，其實也算是繼承過去社會保險制度之一部分。

#### 一、經過

我國全民健康保險開辦前，已有勞工保險、公務人員保險、農民健康保險以

及低收入戶保險等 13 種各類社會保險。當時各類保險的受惠者，約僅 1,200 萬人，為全民的 6 成，尚有 806 萬人仍無法獲得健康保險的保障（衛生署，2004a；周介山，2006），形成社會安全體系之一大漏洞；又隨著國內經濟蓬勃發展、公共衛生普及、生活環境與營養狀況提昇、以及醫療科技進步，國民平均壽命逐年延長，面對高齡化社會的來臨，個人、家庭已顯露無法獨自承擔醫療風險，因此成為推進全民健保制度之原因。

政府衡盱國家財力及民眾需要後，於民國 76 年 11 月指定行政院經濟建設委員會規劃健保制度，該會於民國 79 年 6 月完成「全民健康保險制度規劃報告」，同年 7 月起，由行政院衛生署接辦後續規劃工作。民國 80 年 2 月成立「全民健康保險規劃小組」，民國 83 年 8 月公布全民健康保險法，同年 12 月 23 日通過「中央健康保險局組織條例」，健保局隨即於民國 84 年 1 月 1 日成立，而所屬台北、北區、中區、南區、高屏及東區等 6 個分局，亦相繼於同月月底設立，同年 3 月 1 日即正式開辦健保業務，我國醫療服務終於邁入社會保險國家之列。

## 二、規劃理念與原則

自民國 84 年 3 月 1 日開辦健保制度時，對於推動健保之基本原則，究為公平正義原則之實踐、社會保險或福利、部分負擔或免費、大病小病都保或保大不保小、公辦公營或公辦民營等，各界並未達成共識。健保若屬社會保險，基於社會契約、社會防衛、社會連帶責任之理念，應強調大數法則、強制原則、自助互助原則、危險分散、普遍原則、收支平衡原則、財務責任制度等。我國實施之健保制度，除依上述理念規劃設計外，還特別強調「公平性」、「效率」、「費用控制」、「醫療服務之適當性」等 4 項原則，屬強制性。

## 三、組織性質與定位

我國健保制度係將涵蓋 57% 民眾之勞工保險、公務人員保險及農民保險等 3 項保險制度之醫療保險，加以整合，並擴大保險對象範圍至全體國民，而形成單一健康保險制度。以衛福部為中央主管機關，下設全民健康保險監理委員會（以下簡稱監理會，於民國 84 年開始運作）、全民健康保險爭議審議委員會（以下簡稱爭審會，於民國 84 年 5 月設立）、全民健康保險醫療費用協定委員會（以下

簡稱費協會）、全民健康保險精算小組（以下簡稱精算小組）、全民健康保險小組（以下簡稱健保小組）及中央健康保險署（以下簡稱健保署）等 6 個組織。

#### 四、承保方式

我國全民健保為強制性社會保險制度，主要收入為保險費收入，凡符合健保法第 10 條之積極資格，而未具第 11 條之消極資格者，依第 11 條之一規定：「符合第 10 條規定之保險對象，除第 11 條所定情形外，應一律參加本保險。」計分 6 類被保險人，有關強制性投保之合憲性，業於司法院大法官釋字第 472 及 473 號解釋明文肯定。

健保承保制度存在部分問題，如：

- (一) 健保費基不健全，保費負擔公平性為人詬病：自李明亮署長時期體檢小組的成立，嗣經積極規劃之「二代健保」改革，雖已研擬採行「家戶總所得」概念為計費基礎，以紓解上開保費負擔不公之情事，然而，唯恐因高所得者透過合法節稅手段或低報所得，致保費負擔未與實質所得相當，衍生更不公平情事，仍待衛生署及健保局未雨綢繆，研謀因應之道。
- (二) 輔導民眾納保作業欠周延，仍有改善空間。我國健保屬強制性保險，全民均須納保，為健全保費收繳基礎，健保局應輔導國人以正確身分納保，惟仍有部分民眾未依適法身分加保，以規避較高之保費負擔，有悖社會公平正義（吳清平等，2006：9-10）。我國健保以薪資所得為基準收取之健保費，在費率不變下，收入成長速度必然低於費用支出之成長，再加以法令規定投保薪資上限，又監理會通過及實施調降平均眷口數等，更惡化了健保財務平衡（楊志良，2000b）。若能先增進健保保費負擔之公平性，長期而言，如需調整保費費率，才具有正當性，而免於成為政治角力之籌碼（楊志良，2000a）。

#### 五、總額支付制度

為有效合理控制醫療費用上漲，並提昇醫療專業自主性，健保於民國 87 年起開始推動總額支付制度。所謂總額支付制度，係指付費者與醫事服務提供者，

就特定範圍之醫療服務，如牙醫門診、中醫門診、西醫基層或西醫醫院 26 等，預先以協商方式，訂定未來一段期間（通常為一年）內健保醫療服務總支出（預算總額），以酬付該服務部門在該期間內所提供之醫療服務費用，並以確保健保維持財務收支平衡之一種醫療費用支付制度（總額支付制度 Q&A）。其運作流程詳附錄 1。

總額支付制度存在部分問題：

- （一）總額支付制度未有效控制醫療服務量之成長，難以提昇醫療品質；
- （二）欠缺全面醫療品質監測機制，醫療品質備受質疑；
- （三）健保支付標準嚴重扭曲醫療生態，致醫療資源配置失當；
- （四）未落實健保轉診制度，各級醫療院所未發揮應有之功能；
- （五）藥費支出持續成長，藥價基準制度未能發揮功效；
- （六）醫療費用審查及監控制度欠完備，難以減少不當給付暨提昇品質（吳清平等，2006：11-14）。

## 六、責任財務制度

### （一）健保財務制度之介紹

主要係指財務責任制度，為一套確保全民健保財務健全之規範，包括精算制度及安全準備之管理等項目，相關之規定見於健保法第 20 條、第 63 條、第 67 條之條文中，茲摘述重點如下：

#### 1.精算制度：

- （1）保險費率（介於 4.25%至 6%）由健保局至少每 2 年精算 1 次，每次精算 5 年。
- （2）費率調整條件及方式：當安全準備低於 1 個月或超過 3 個月保險給付，或未來 5 年精算費率之平均值與當年費率差距正負 5%，或保險給付項目暨給付內容或標準有增減，致影響保險財務等條件發生時，得由衛生署重行調整擬訂費率，報請行政院核定。

## 2.安全準備之管理：

- (1) 為平衡健保保險財務，應提列安全準備，年度保險收支發生短絀時，應由安全準備先行填補。
- (2) 政府得開徵菸酒社會健康保險附加捐（菸品健康福利捐），將收入提列為安全準備。
- (3) 政府應提撥社會福利彩券收益之一定比例，提列為安全準備。
- (4) 安全準備總額以相當於最近精算 1 至 3 個月之保險給付總額為原則，超過 3 個月或低於 1 個月者，應調整保險費率或安全準備提撥率。

### (二) 全民健保財務制度運作特性

有關全民健保財務制度之運作方式於健保法有明確規定，謹就其特性扼要介紹如下：

1. 依健保法規定，健保之中央主管機關為行政院衛生署，保險人為健保局，辦理全民之生育、傷害、疾病等健康保險業務，並組織全民健康保險監理委員會，監督該項保險業務，提供保險政策、法規研究及諮詢等事宜，另設全民健康保險爭議審議委員會，審議被保險人、投保單位、保險醫事服務機構對保險人核定案件之爭議事項。
2. 健保為一社會保險制度，屬非營利性質，其財務運作採隨收隨付制度，保險收支無所謂盈虧，僅有結餘或短絀，該保險如有短絀，應由安全準備先行填補，惟準備總額超過 3 個月或低於 1 個月者，應調整保險費率或安全準備提撥率。
3. 開辦前 2 年如有短絀，得由中央政府撥補，以後年度之財務平衡則需透過費率調整，政府不予補助（與勞、農、公保等其他社會保險，得由政府編列預算彌撥虧損不同）。

### (三) 保險費率調整情形

健保局辦理全民健保，設計 5 年為 1 週期之平衡費率，並分別於民國 86、88、90、92 年精算費率，其中民國 91 至 95 年平衡費率平均值為 4.91%，該局為減輕被保險人負擔，折衷採取 2 年收支平衡原則，並延至民國 91 年 9 月始將保險費率，由 4.25%調高為 4.55%。另民國 92 年精算 93 至 97 年

平衡費率為 5%，健保局雖依健保法第 20 條規定，陳報調整費率之建議方案，卻因全民健保公民共識會議有關「費率不能調」之結論，未能依精算結果調整費率（全民健保公民共識會議公民小組，2005）。

（四）存在財務問題（吳清平等，2006：14-16）

1. 健保財務責任制度未落實，無法達成自給自足永續經營目標。
2. 健保財務資訊未能充分公開透明（健保署未充分揭露財務資訊，及醫療院所未全面公布財務報告），引發民眾反感與阻力。
3. 健保署未建立成本效益評估機制，無法客觀評估健保經營績效。

## 第四節、我國與其他國家健保制度比較

德國乃社會保險制度鼻祖，實施健保制度已超過百年；法國是公私混合保險制度之典範；荷蘭則是多層次保險給付國家之代表；日本是我國社會保險制度主要師法對象；德、法、荷、日等國不但是社會保險先進國家，也是經濟發展先進國家。以下就德、法、荷、日等國之組織體制介紹如次：

### 一、德國之健保體制

各國保險費率，德國為 14.35%，我國為 4.55%，日本平均為 8.5%，荷蘭約 14%（羅紀琮，2006：342,30,347）。<sup>47</sup> 依附錄 4，健保局官方統計，國人對健保之滿意度達 77.5%，不滿意度為 22.1%。

1990 年迄 2004 年，各主要工業國家面臨人口老化、經濟全球化、家庭結構多元化、個體化之結構變遷等問題，無不積極進行社會結構與社會保障制度之基礎研究。德國自 1883 年健保立法後，尤其 1990 年迄 2004 年，國家、保險人、被保險人、醫療團體等亦因健保制度之規範而發生重大轉變。就政府部門而言，健保制度涉及聯邦、邦、地方政府機關等層級，在聯邦部分則涉及 4 個部。1990 年之前，健保由聯邦勞動與社會安全事務部主管，1990 年後，則由新成立之聯邦健康部（由青年、家庭、婦女、健康部分離而獨立成部）主管。2000 年內閣為因應經濟全球化等結構性變遷，進行大調整，聯邦健康部接收聯邦勞動與社會事務部之社會安全業務成為「聯邦健康與社會事務部」，主管法定健康保險（羅紀琮 48，

2006：88-90)。

自 1954 年起有關社會保險爭議案件由社會法院管轄，社會法院分聯邦、邦、地方、三級法院設立，有關健保給付及保險契約醫師法爭議也由社會法院管轄。掌管聯邦憲法解釋之聯邦憲法法院，得對聯邦社會法院有關保險契約醫師、牙醫師入會等事務進行判決（羅紀琮，2006：90）。

德國之健康保險在組織上採取複數組織原則，以職業分類為基礎建立各個保險組合，且政治上採聯邦體制，導致整個健康保險體系非常複雜；自 1996 年起又賦予被保險人得自由選擇保險組合之權利，即納入競爭機制，使保險組合之運作衍生法律爭議問題（行政院衛生署，2004c：92）。德國實施之疾病保險原係由受僱者與雇主自主組成，體制由下而上，再組成全國疾病基金會聯合會，此聯合會與相類似機制組成之保險醫師聯合會，協商醫療項目與價格，審查及支付費用則由保險醫師公會辦理，亦即由利害關係之醫病雙方自己組成機構，相互協商、制衡與執行；疾病基金會朝擴展強制納保對象，及增加給付項目方向發展。政府角色則僅為法令之制定及監督執行。

另德國法定疾病保險基金會規模日益變大，且基於類別內與類別間之互動需要，逐步演變出 7 大類別團體，2002 年計有 17 家區域疾病基金會、287 家企業疾病基金會、24 家同業工會疾病基金會、13 家農業疾病基金會、1 家海員疾病基金會、1 家聯邦礦業基金會，及職員 7 家、勞工 5 家之補充基金會（羅紀琮，2006：90-91）。48 羅紀琮出版「健康保險制度—日、德、法、荷的經驗與啓示」乙書，其中德國健保資料係由林志鴻（德國畢勒菲德大學社會學博士，行政院經建會人力規劃處副研究員，行政院經建會健全經社法規工作小組研究員，台北大學社會工作學系助理教授）譯著。

## 二、法國之健保體制

公私立多元並存為法國全民疾病保險組織體制之最大特色，表現在（一）疾病保險基金組織；（二）醫療照護系統；（三）醫療保險系統等 3 方面。

### （一）政府與疾病保險基金：

法國全民健康保險之承保單位係由多數疾病保險基金（其中 3 個主要健保基金組織涵蓋 95%的法國人口，分別為一般基金、農業基金及以非農業自

雇者與工匠等自行執業的專門職業為主的基金) 組成，不論地方性或全國性之疾病保險基金組織均具有獨立法人地位，受政府委託辦理全民健保業務及財務挹注，且受政府強力管理及監督，具準政府單位性質。

國保組合係以從事同種事業或業務者於該地區內有住所者為組合員。

健保財務預算流程：1.國會：先決定醫療費用預算總額；2.內閣：再由相關部門決定給付比率及總額分配，分配對象及項目為(1)疾病保險基金組織；(2)主要給付項目，如：門診、住院等；(3)疾病保險基金組織：再與醫療照護體系協商，於分配到的預算內決定醫療服務細項費用。

### (二) 醫療照護體系：

法國醫療照護體系積極追求專業、技術、療效，故長久以來欠缺防疫計畫與社區醫療照護體系，醫院分為公立醫院，及營利、非營利私立醫院，公立醫院病床數占多數(65%)，肩負醫療照護之持續、教學與訓練之特別義務，且以過去實際支出決定下一年度預算(總額預算制)，至於以營利為目的之私立醫院則以執行手術為主，以論量計酬為主要收入來源。目前法國正進行一套標準化資訊系統之建立工程，期能用以監控所有醫院相關資訊，未來所有公私立醫院將逐漸朝 DRG 支付制度改革，與我國改革方向類似。

### (三) 醫療保險體系：

受歷史因素影響與租稅優惠誘因，法國人有購買私人醫療保險之傳統，OECD 國家中，透過私人醫療保險支付醫療照護費用之比例，法國名列第三，僅次於美國及荷蘭。在法國購買私人醫療保險之主要目的並不在於獲得醫療照護之特殊權益，如減少等候時間或取得特別醫療照護，其係屬補助型(complementary)私人醫療保險類型。研究指出，由於盛行購買私人醫療保險，也增加了法國醫療照護的使用，且因多數人經由雇主購買私人團體醫療保險，故也造成一些不平等現象，如：就業或年金受領人及其眷屬比失業或其他未就業者有較多私人醫療保險；管理階層或有專長者比一般工人之私人醫療保險範圍較廣等。

Bocognano 等人 1999 年之研究顯示，高私人醫療保險組內，高所得者人口比例高達 51%，低所得者只有 13%；相反的，完全没有私人醫療保險組裡，高所得者只有 11%；而低所得者卻高達 63%。

### 三、荷蘭之健保體制

荷蘭目前有 50 個健康照護保險人，是個多元保險人體制，其中有 22 個疾病基金及 3 個公立公務人員健康照護保險機構，其組織體制大致分為（一）區域性疾病基金（只提供該基金所在區域居民之疾病保險，以非營利為取向）；（二）全國性健康照護保險人（其前身或為營業區域擴及全國之疾病基金，或係由疾病基金及疾病成本保險人所合併而成之企業，部分為營利組織，部分為非營利組織，其同時提供疾病基金保險單或私人保險單）；（三）全國性保險人（雖以提供其他類保險如壽險、意外險為主，但也提供疾病成本保險，係以營利為取向）等 3 種類型。傳統上荷蘭公務人員不被認為是薪資所得者，是被排除在全民健保之保障範圍內，而自成一保險體系，而公務人員保險有 3 個機構，一為保障社區服務的「公務人員健康照護公務員照護保險機構」（Instituut Zorgverzekering Ambtenaren, 簡稱 IZA）；二為保障警察人員醫療保險機構（Dienst Geneeskundige Verzekering Politie 簡稱 DGVP）；三為保障省級公務人員健康照護的「跨省間疾病成本規則」（Interprovinciale Ziektkostenregeling, 簡稱 IZR）。

在 1968 年至 1994 年 Kok 總理執政之前，荷蘭之健保制度例行性重頭戲為決定何種保險項目應屬於那一個強制保險，政策方向係將保險項目歸屬到重病與慢性病醫療保險，最終目標為將 85% 健保項目分配到重病與慢性病醫療保險，使之成為基本醫療保險。Kok 總理執政後，順應輿情放棄建立基本醫療保險的構想，決定將荷蘭健保制度分為 3 部分，（1）全民強制性健保，並包含長期照護在內之重病與慢性病醫療保險，故荷蘭 100% 人口均已被涵蓋，此部分之醫療支出占荷蘭全部醫療支出之 41%；（2）在一定所得水準下為強制性社會健保，荷蘭 63% 人口已被涵蓋，此部分之醫療支出占荷蘭全部醫療支出之 53%；（3）自願性附加保險，此部分之醫療支出占荷蘭全部醫療支出之 3%。

### 四、日本之健保體制

#### （一）醫療保險體系

日本健保制度係採「個別立法」方式成為一完整體系，即依保險對象不同，大致分為受僱者保險（職域保險）與國民健康保險（地域保險）二大體系，其中 1. 「受僱者保險」體系，係以受僱者為主要對象，依不同職業又分

為適用「健康保險法」之「一般民間受僱者健康保險」、適用「船員保險法」之「船員健康保險」，及適用「國家公務員共濟組合（互助會）法」、「地方公務員等共濟組合法」、「私立學校教職員共濟法」等各種共濟組合之健康保險；2.「國民健康保險」則以地方住民為對象，適用國民健康保險法，屬於強制保險。整體而言，日本健保體系相當複雜，不同制度適用於不同對象，有不同之給付標準，保險費亦有不同計算方式(行政院衛生署,2004c:95-98)，但支付制度上自診療報酬之設定，下至健保單據之審查，一律由國家管制，保險人並無太大自主性（羅紀琮 2006：10）。

## （二）保險人體制

由於適用健康保險法及國民健康保險法者居多，約占該國健保之 93%，故僅就各該保險人體制介紹如次：

### 1.適用「健康保險法」之「一般民間受僱者健康保險」：

保險人包括「政府」與「健康保險組合（以下簡稱健保組合）」二者，由政府掌管者，其相關事務由社會保險廳長官實施，全國僅有 1 個，其被保險人通常為中小企業之受僱人。至於由事業主及事業主所僱用之受僱人（被保險人）組合而成之健保組合，性質上屬公法人，具有為政府實施健保事業之「代行機關」性質，由其組合對組合成員之健保為自主營運健保業務，其設立應先經許可，營運經營應受政府監督，又除非企業受僱者超過 500 人，採強制設立外，其餘採任意設立方式，目前多數大企業均成立健保組合。日本雖有類似德國之疾病基金會聯合會組織，即健保組合連合會，但並不負責與醫療提供者談判總額，亦不負責醫療審查與支付，其 49 日本於 1922 年制定健康保險法後，前後歷經多次修正，於 2002 年 10 月及 2003 年 4 月更密集連續修法（羅紀琮，2006：14）。一般民間受僱者健康保險包括政管健保與組合健保（羅紀琮，2006：12）。日本於 1932 年制定國民健康保險法。羅紀琮出版「健康保險制度一日、德、法、荷的經驗與啓示」乙書。

被保險人職域保險係依職業型態別，分受僱者保險及自營業者保險二大支系；受僱者保險支系下又分為一般受僱者保險及特定受僱者

保險，同型態之職業團體各自成立保險集團，形成獨立之醫療保險制度，其包括「健康保險」與「各種共濟」二種醫療保險制度 2.適用「國民健康保險法」之「國民健康保險（以下簡稱國保）」：為貫徹全民納保目的，於健保法後創設國保法，以市町村（包括特別區）及國民健康保險組合（以下簡稱國保組合）為保險人，原則上主要係以市町村為保險人，國保組合為輔（行政院衛生署，2004c：120）。又以非受僱之農漁村居民及都市中自營工作之地方居民為被保險人（行政院衛生署，2004c：97），其居住於同一地區之最小行政單位獨立形成一個保險人。日本全國有 3,224 個市區町村保險人，166 個國保組合；增為 3,235 個市區町村保險人，及維持 166 個國保組合（羅紀琮，2006：10）。

### （三）保險人間缺乏競爭機制

依田近栄治、菊池潤（2003）研究，為達到提高醫療保險效率之目的，日本政府直接主導保險人間之財務調整，因此保險人之間並無競爭機制，且其間存在諸多問題，如：醫療服務提供者備受保護；診療報酬支付論量計酬，助長醫療費用高漲，增加政府公費補助負擔；保險人不直接審查診療報酬明細，亦不直接與醫院簽約，保險人功能受限；個人無法自由選擇保險人等問題（羅紀琮，2006：15）。

## 五、小結

德、法、荷、日等國均較我國早實施健保制度，且皆屬多元保險人體制，較我國單一保險體制複雜許多，近年來各國均受健保財務惡化問題困擾不已，亦陸續研採改革措施，雖也因保險人數量大而陸續降低其數量，惟因市場競爭機制及服務品質提昇之需求仍殷，故迄今仍採多元保險人體制，即未決定改採單一保險人體制。我國健保體制雖與日、德、法、荷等國不同，然彼此研採之改革計畫可能方向相同但措施未盡相同，故其仍有可借鏡之處。如：日本，由論量計酬制度改採包裹式定額支付制度，展開採用 DRG 之新支付方法，及改革藥價制度與限制用藥，暨研採導正患者受診行為之措施等（羅紀琮，2006：335-338）；德國，及早思考健保財務調控原則與整體規劃問題，以「費率穩定」為最高指導原則，

又雖仍維持隨收隨支制度，但已以「量入爲出」之費率穩定原則取代量出爲入原則，及將民眾自由就醫行爲導正爲有規劃配套之自願家庭醫師轉診制度，亦實施醫藥分業等（羅紀琮，2006：340-344）；法國，於 Chadelat 報告著眼於整體制度之基本改革，推行「保大不保小」之政策主軸，又多利用調整部分負擔，以追求健保收支平衡等（羅紀琮，2006：345-346）；荷蘭，執政當局努力採取對策，以穩定費率於人民可接受之範圍，且建議由健康照護保險人委員會（CVZ）將被保險人意見納入考量，提出保險費率調整案，再由政府主管官署以該建議爲基礎，向內閣提出費率調整案，最後經內閣將協議後之調整案提交國會議決通過，但費率高低之決定權仍在國會（羅紀琮，2006：347-348）。

## 第五節、我國全民健保變革方案之探討

### 壹、健保政策定位界定

#### 一、公醫制度

- （一）依據：我國憲法第 175 條則明文規定。
- （二）沿革：1930 年世界在經歷大蕭條之後，由於思想上的轉變，歐美國家積極著手建立社會福利制度，其中美國於 1935 年通過了社會安全法案，英國於 1946 年通過了公醫制度法案。中華民國憲法比照此等精神，公布於 1946 年的憲法，第十三章第四節就是社會安全，而第 175 條則明文規定：國家爲增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。
- （三）執行方法：公醫制度，以國家完全負擔福利爲本質，人人納保，主要財源來自一般稅收。
- （四）現況：

目前台灣稅收，即政府每年可掌握的資源，只占 GDP 的 12%，而韓國 24%，英、法、德 30% 以上，北歐四國 40 至 50%。與蔣總統經國時期的政府 20 至 24% 相比，目前政府還少了一兆以上的稅收。且目前稅收 75% 來自受薪階級（勞動者）繳交的所得稅。截至去年 103 年，全民健保總經費已經過 6 千多億，政府目前財政可否落實憲法之規定，需非常大的變革。

## 二、社會保險制

### (一) 沿革

以德國首創，醫療開支由疾病保險基金所支付，而疾病保險基金的來源則由政府、僱主、民眾共同分擔。特色為財務獨立，不與其他政府開支相混淆。由於社會保險制得以兼顧財務永續性、醫療效能以及社會公平性，以此一制度為基礎的公營醫療保險也為許多國家所採用。然而社會保險通常會有因為代理人問題所造成的醫療開支暴增的風險。

### (二) 我國制度設計經過

1985 年，經建會為了配合編擬「中華民國台灣經濟建設中長期計畫」，邀請英國學者 Jack Wiseman 及 David Marsland 為顧問，進行「我國社會福利制度之整體規畫」專案研究。在規畫報告中，兩位教授建議台灣採行社會保險方式辦理醫療安全制度。翌年，行政院即根據這項建議，於院會上通過全民健康保險相關條文。所以我國 83 年規畫全民健保制度，亦即在成立之前，政策上已經選擇了社會保險的路線。

### (三) 特性

全民健保的本質是一種強調社會連帶 (Social Solidarity) 精神的社會保險制度，這是與一般商業保險最大的差異。此外，社會保險還強調所得重分配的功能，除了保障所有民眾的就醫權利外，更蘊藏落實社會正義的意涵。因此，社會保險與個人公平是無法相提並論的，商業保險是由個人承受風險的程度來決定保費的高低，而社會保險因負有濟弱扶傾、互助合作的功能，其保費往往是透過個人收入的多寡來決定。是以在一般的社會保險制度下，相同的疾病、相同的給付，卻繳交不同的保費，而發揮所得分配的劫富濟貧保障功能。基於此，對於各種健保制度改革方案的評斷，重點應在於是否符合社會保險的原則。

### (四) 保險回歸保險

葉金川：全民健保是保險，不是福利。全民健保既然是一種社會保險制度，其財務處理就應依社會保險精神加以規劃，如合理的訂定費率與費基，而能適時反映成本，以維持保險財務的平衡性。並非以保障弱勢之名，進而影響保險財務的健全性。所以政府對於弱勢人口的經濟問題（如繳不起保費、

繳不出部分負擔），應透過稅收及社會救助制度來實現，而健保旨在保障所有民眾的就醫權利，理應透過保費維持健保制度永續的運作。我國現行之全民健保雖系以社會保險為名，但實際操作上是涵蓋了社會福利與社會救助之範疇，應以加以定位清楚明確，避免造成經營困難。

### 三、現制改革制

- (一) 楊志良：就算不能直接說是福利，至少也是具有高度福利內涵的保險。其主張除了維持現狀外，政府應以稅收來幫助健保，是以與當時之財政部長意見相左，甚而演出相互對陣，我國目前稅收分配較大之部會例如國防部最高約三千多億，目前健保約一年六千億，如能將分配調整對健保助益極大。
- (二) 是以日本趨勢大師大前研一所言，健保制度是台灣重要的資產，政府應投資更多，而非任其破敗凋亡；當台灣國防預算年年增加，軍購支出不斷上升卻只能買來過時的舊武器，相信民眾更希望政府將錢花在搶救健保制度上。但建議以此種改分配或提高證交稅、營業稅的方式來為健保紓困，雖能暫時解決爭議，但畢竟不符合社會保險財務處理原則，亦非健保永續經營之道。現制改良上仍然面對諸多分歧意見，應待討論克服。

## 貳、健保執行面之改革

### 一、收入部分

#### (一) 改善費基

改善費基即擴大保費的計算基礎，目前我國的健保最高、最低的投保薪資只相差三點五倍與先進國家相差 3 倍以上，也就是說，現在所得愈高者，保費負擔占所得比率相對而言是愈低的，如果可以將投保薪資上下限調高至少 2-3 倍，讓原先該負擔卻未合理負擔責任者，負起應有的責任，一則僅符合社會保險的公平精神，二則可以增加健保的收入。

#### (二) 調整保費負擔

目前軍、公、教被保險人都是以本俸投保，相對於勞工用全薪投保確

屬不甚公平，但軍公教被保險人需負擔保費的百分之四十，比受雇勞工負擔的百分之三十為高，亦是不公平，因此，應可考慮規定軍公教人員改以全薪投保。但其負擔比率比照勞工降為百分之三十，應是較為合理的作法。

對於質疑勞工較軍公教人員容易有高薪低報的情形，但是，「高薪低報」是民眾本身的行為問題，並不是制度面所能完全規範的，必須靠加強政府的執行面來解決。另楊志良認為此項措施，每年至少有一百二十億的收入，健保就是不調費率，也可再撐數年。

### （三）保費收入支出連動

巧政策難為無錢之功。對於健保總額成長率的決定，當前經濟好壞往往還是最終考量。事實上，全民健保支出與經濟連動，世界衛生組織在 1978 年的 Alma Ata 宣言中，就曾提及醫療保健支出應視當地經濟發展階段而定。應改成是「收（入）多少，付多少」，亦即量能付費。現在我們採用總額預算這個名詞，即是根據此一原則而發展出來的。

現在健保是採「付多少，收多少（保險費）」，則保費是各無底洞。

### （四）減少政治干預

我國由於選舉及政治力介入太多，雖然健保開辦 20 年以來，保險收支嚴重失衡，財務惡化情況每下愈況，多年來改革健保保費政策之呼聲從未間斷，卻也從未徹底成功，三到五年就要面臨全盤失衡。瞭解及蒐集現今與健保體制或業務有密切關係之行政決策機關官員、執行機關官員、立法委員、學者專家或其他相關團體組織等重要關鍵人物或利害關係人，應放棄微觀本位，以公共政策宏觀立場，徹底進行第三波健保改造，方式全民之福。

## 二、支出部分

### （一）結構面

#### 1. 人口老化

人口老化，是影響健保在結構面不可避免的一個重要因素。例如現台灣 65 歲以上人口占 10.4%，而日本更高達 22.1%。如果台灣人口的老化程度與日本一樣，則醫療保健支出占例將由 6.5% 激增為 7.9%。

## 2.慢性病人增加且亦壽命增加

國內慢性病人增加，是以造成用藥增加，以目前健保藥品支出中，前三名皆為高血壓高血脂等用藥，且造成良好醫療後壽命增加，壽命增加用藥循環增加。

### (二) 需求面

#### 1.新藥新科技價格高昂

統計台灣健保一年 6100 億元的醫療支出中，約有四分之一用於藥品，尤以新藥更是昂貴，健保署不得不已經七次進行藥價調查，雖壓縮不少原廠藥的空間，使得不少醫院轉而尋求學名藥等替代藥品。對用藥，藥價應列入「藥物食品分析」的研究，將來以訂定合理藥價及藥品。另低藥價亦不代表品質差，民眾亦應建立少吃藥之觀念，減少拿藥杜絕浪費。

#### 2.輕病就醫

國人普遍有因為繳了健保費，所以只要身體微恙，就想到上醫院要求醫師診治，減少輕病就醫是否能否解決健保醫療資源浪費的問題？亦就是所謂之「保大不保小」，確實能有效率的節制健保支出，然而對國家整體「醫療費用支出」是否能有效抑制，則是各方說法不一，原因在於有治療必要」的小病，如果沒有獲得謹慎的處理，在沒有自費就醫的情況下，延誤病情成為重症，最後反而花大錢才治癒；此外，部分醫師為了減輕病患的財務負擔，原本屬於可簡易處置的輕微小病，最後卻選擇健保給付的大病處置方式。故在抑制逛醫院的醫療浪費與增加大病處置機率的消長之間，是否能有效解決醫療浪費，或是衍生更巨大的醫療浪費，仍有待事實證明。但只要建立良好的配套措施，「保大不保小」制度亦可朝正面的方向去發展。

## 第三章、預期成果與限制

研究任何事務，均有期望與目標，本研究期望對全體國民之生活，生存，有更優良之品質及活動，而對可能存在之限制，列為更需努力，將來能克服之目標。

### 第一節、預期成果

研究成果會因研究者選定之題目、對社會之影響、參考資料之分析及成果解釋，而影響政策制定者對它採納之程度；研究成果具有頗大之運用潛在性，常會依個人或公司之利害關係，來決定是否採用該研究成果；研究成果是否會被採納，研究者無法掌控，不在本篇研究範圍內，只期望研究成果能提供政策制定者一個選擇方向（李明燦，1996：48）。

就各國健保體制而言，無論是公醫制，社會福利制，至今仍無法界定出一套完美無瑕，放諸四海皆準之制度，唯有依照國情，建立符合民眾需求之醫療保險體系（陳敦源，2005：2）。綜觀我國全民健保公辦公營 20 年以來，曾研提健保法修正草案 6 次、健保局組織條例修正草案 1 次，然而雖歷經多次改制震盪，卻因政策環境不允許，難有結構性之改變，以目前健保財務困窘程度嚴重，由於政治力左右，未能依精算小組通過的精算結果調高保費費率，致財務惡化，現因補充保費之挹注，可免強維持，唯預估 106 年又將發生短絀。

本研究透過檢視現行體制實施之景況，期待能對以下實務上急需研究之問題提供適當之解釋目前健保財務窘境？是否應釐及履及大幅度改革現行體制？還是可以暫時維持現狀。同時，本研究亦試圖要尋求有助於未來改革之答案，如：世界其他國家有無健保改革可借鏡之處？各項改革方案對提昇健保經營績效之正面或負面影響為何？行政院衛生署推動二代健保成效，是否就以是完美之方法，本研究將有助於第三波支健保改革。

## 第二節、研究限制

我國家因族群政治對立及選舉爭議不斷，肇致國內政治經濟社會動盪不安，尤其政治力介入健保政策至大，政治角力結果，變化太大難以預估。

對於人民之健康照顧，無論是採公醫制，或社會保險制，或多元混合制度，國際上至今仍無法發展出一套完美無瑕，放諸四海皆準之制度，本研究僅能試著融合醫管學者、公共行政學者、政治學者、社會學者、法律學者、財經學者等各種學科對於健保體制之設計理論，謹以學術立場來研析各項體制之優缺點、利弊得失及可行性；至於各該改革方案之政治性影響，測無法列入衡量之變量。

## 第四章、論文章節安排

本研究之章節安排，由問題意識開始，而由前人之文獻做為獲得脈絡，進而瞭解他國與我國制度之運作，並檢討我國現行制度之優劣，試擬出變革方案做成決策參考。

### 第一章、緒論

- 第一節、問題背景
- 第二節、研究動機與目的
- 第三節、研究範圍
- 第四節、研究流程及架構
- 第五節、研究方法

### 第二章、文獻探討

- 第一節、健康照護制度
- 第二節、世界主要國家健康照護制度之分類
- 第三節、我國健康照護制度
- 第四節、我國與其他國家制度比較

### 第三章、健康照護費用政策體制

- 第一節、我國全民健保保費政策
- 第二節、世界主要國家之健保保費政策
- 第三節、我國與主要國健保保費政策比較

### 第四章、我國全民健保保費變革方案之探討

- 第一節、公醫制
- 第二節、社會保險制
- 第三節、現制改良制

### 第五章、結論與建議

- 第一節 研究發現
- 第二節 研究與建議

## 參考文獻

### 中文部分：

- 「統計手冊」，行政院主計總處，民國 103 年 3 月編印
- 「國民所得統計年報」，行政院主計總處，民國 102 年 12 月編印
- 黃煌雄、沈美真、劉興善，「全民健保總體檢」，台北醫學大學／五南圖書出版股份有限公司出版。
- 徐仁輝，2002，「預算赤字與預算改革」，智勝文化事業
- 楊志恆，1993，「預算政治學的構築」，國家政策研究中心，業強出版社
- 朱法源主編，2007，《撰寫博碩士論文實戰手冊》，台北：正中書局。
- 段家鋒、孫正豐、張世賢，2003，「論文寫作研究」，三民書局印行。
- 周春塘，2007，「撰寫論文的第一本書」，書泉出版社
- 郭崑謨、林泉源，2006，「論文及報告寫作概要」，五南圖書公司
- 邱榮舉，2002，「學術論文寫作研究」，翰蘆圖書出版有限公司
- 中央健康保險局，2006，全民健康保險相關法規彙編。
- 中央健康保險局組織條例修正草案。
- 中央健康保險局編印，2007，民國 95 年全民健康保險統計年報，民國 96 年 12 月出版。
- 中央健康保險局編印，2008，中華民國台灣地區全民健康保險重要統計資料，民國 97 年 2 月出版。
- 中央健康保險局編印，2008，民國 96 年度中央健康保險局附屬單位決算（營業部分）。
- 中華經濟研究院（黃耀輝），2001。《全民健保制度下市場機制與政府干預之探討》，行政院衛生署 90 年度委託研究計畫，中華研究計畫編號：8912-3-464·0310471。
- 中華經濟研究院（薛立敏），1998，《社會保險民營化之研究》，行政院經濟建設委員會 87 年度委託研究計畫。
- 王玉民，1999，《社會科學研究方法原理》，台北：洪葉文化。

- 王炳龍，2001，《多元保險人經營策略之研究》，行政院衛生署中央健康保險局 89 年度委託研究計畫，計畫編號 DOH89-NH-047。
- 王復中，2006，《全民健康保險照護體系及發展－第二屆臺韓健保國際研討會》，全民健康保險雙月刊，第 62 期，民國 95 年 7 月，頁 14-18。
- 田弘茂，2001，《全民健保改革方案的政策評估》，行政院衛生署 85 年度委託研究計畫，計畫編號 DOH89-HI-1013。
- 全民健保公民共識會議公民小組，2005，《全民健保公民共識會議結論報告》。
- 江岷欽、林鍾沂，2000，《公共組織理論》，台北：國立空中大學。
- 江岷欽、劉坤億，1999，《企業型政府－理念·實務·省思》，台北：智勝。行政法人法草案。
- 行政院經濟建設委員會，1990，《全民健康保險制度規劃報告》。
- 行政院衛生署，1997，《全民健保實施二年評估報告》。
- 行政院衛生署，2004a，《全民健保改革綜論》，二代健保規劃叢書，系列 1，民國 93 年 10 月出版。
- 行政院衛生署，2004b，《全民健保組織體制改革規劃－公共行政暨政策的觀點》，二代健保規劃叢書，系列 5，執行編輯劉宗德，民國 93 年 10 月出版。
- 行政院衛生署，2004c，《全民健保機構行政法人化之研究－授予公權力之必要性及其範圍》，二代健保規劃叢書，系列 7，民國 93 年 10 月出版。
- 行政院衛生署，2004d，《行政院二代健保規劃小組總結報告》。
- 余致力，2002，《民意與公共政策：理論探討與實證研究》，台北：五南圖書。
- 吳全峰，1999，《全民健康保險制度與醫療人權相關之分析》，陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 李玉君，2003，「社會福利民營化法律觀點之探討」，《月旦法學雜誌》，第 102 期（民國 92 年 11 月）。
- 李玉君，2008a，「二代健保組織體制改革之評析」，「建立台灣永續發展的家庭、人口、健康、社區與勞動保障體系：公民權利契約觀點」國際學術研討。

- 李玉君，2008b，「全民健康保險制度之回顧」，《月旦法學雜誌》，第 153 期（民國 97 年 2 月），頁 36-59，【全民健保法制總體檢】。
- 李丞華，2003，《未來五年全民健保重要議題之政策分析》，行政院衛生署中央健康保險局 91 年度委託研究計畫，計畫編號 DOH91-NH-1015。
- 李宗勳，1999。再造政府再造立基：簽約外包的理論與策略，《公共行政學報》，第 3 期（民國 88 年 1 月），頁 83-120，全民健保法制總體檢。
- 李明燦，1996，《社會科學方法論》，台北：黎明文化事業。
- 辛炳隆，2001，「第四章組織與體制」，《全民健保體檢小組報告》，台北：國家衛生研究院。〈網址：<http://sars.nhri.org.tw/publish/FRchapter4.php>>
- 辛炳隆、薛立敏、黃耀輝、洪嘉蘭、李秀卿，2001。《全民健康保險組織體制與運作模式之探討》，行政院衛生署 89 年度委託研究計畫，計畫編號 DOH89-HI-1011。
- 周介山，2006，從全民健保財務失衡困境中，評估二代健保財務改革規劃，《審計部研究計畫》。
- 林芸芸，2001，《德國多元保險人對全民健保民營化之鑑戒》，行政院衛生署中央健康保險局 88 年下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號 DOH89-NH-051。
- 林國明，1997，「國家與醫療專業權力：台灣保險體制醫療費用支付制度的社會學分析」，《台灣社會學研究》第 1 期，頁 47-136。
- 林國明，2000，「全民健保民營化的政治邏輯」，《國立臺灣大學社會工作學刊》第 2 期，頁 55-96。
- 林國明，2003，「到國家主義之路：路徑依賴與全民健保組織體制的形成」，《國立台灣大學社會工作學刊》第 5 期，頁 1-71。
- 故鄉市場調查股份有限公司，2007，中央健康保險局西醫基層總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查報告書，《健保局委託研究計畫》。
- 國家衛生研究院，2001，《全民健保體檢小組報告》，台北：國家衛生研究院。

國家衛生研究院公共事務組新聞稿，2002.12.18，「從健保雙漲的決策過程—論全民健保組織體制的改革」座談會（由國家衛生研究院論壇健康保險委員會健保財務體制組主辦）

國家衛生研究院論壇（藍忠孚），1998，《全民健保之評析與展望》，台北：國家衛生研究院。

國家衛生研究院論壇（藍忠孚），2001，《全民健康保險深度訪談彙編》，台北：國家衛生研究院。

台灣經濟研究院 2005/02/15 台灣醫療產業結構與發展趨勢 台灣經濟研究院 專題研究

台灣經濟研究院 2004/11/17 人口老化對我國總體經濟的影響與因應之道

台灣經濟研究院 2004/11/17 成熟化社會安全制度之初探 台灣經濟研究院 專題研究

台灣經濟研究院 2006/10/18 醫院業基本資料 台灣經濟研究院 專題研究

台灣經濟研究院 2006/10/18 診所業基本資料 台灣經濟研究院 專題研究

台灣經濟研究院 2013/11/01 醫療保健服務業基本資料 台灣經濟研究院 專題研究

台灣經濟研究院 2014/11/12 2015 年醫療保健服務業分析 台灣經濟研究院 年報

台灣經濟研究院 2013/12/27 醫療保健服務業訪談報導—全球行動醫療市場 發展動向與展望 台灣經濟研究院 專題研究

台灣經濟研究院 2013/08/01 醫療保健服務業景氣動態報告 台灣經濟研究院 專題研究

台灣經濟研究院 2012/03/06 2012 年醫療照護業景氣趨勢調查報告 台灣經濟研究院 年報

台灣經濟研究院 2011/06/17 醫療保健服務業之現況與展望 台灣經濟研究院 專題研究

張荳雲、黃秉德、陳東升、劉淑瓊，1991，《全民健康保險承保機關之組織架構的探討》，行政院衛生署委託研究計畫。

- 張博雅、羅紀琮、劉素芬、楊漢泉，1997，《專業奇蹟 vs. 民眾迷思－全民健康保險規畫紀實》，桂冠。
- 許碩芬，2001，《健保多元保險人之監理》，行政院衛生署中央健康保險局 89 年度委託研究計畫，計畫編號 DOH89-NH-026。
- 陳志豐，2003，《現行健保體制之研究》，國立中山大學中山學術研究所碩士論文。
- 陳怡仔，2001，《全民健保制度化參與模式－以監理委員會為例的分析》，中正大學社會福利研究所碩士論文。
- 陳家聲，1997，《中央健康保險局經營績效獎金核發計算公式之研究》，行政院衛生署中央健康保險局委託研究計畫，計畫編號 DOH86-NH-017。
- 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」，《公共政策分析的理論與實務》，余致力、郭昱瑩、陳敦源合編，台北：韋伯。
- 陳敦源，2004，《政策利害關係人指認的理論與實務：以全民健保改革為例》，發表於中國政治學會 2004 年會，台南成功大學，9 月 17-18 日。
- 陳敦源，2005，《全民健保組織體制未來改革方向之回顧研究》，行政院衛生署 94 年度補助研究計畫。
- 陳敦源，2007，《新制度論觀點下全民健保政策制度固著化的問題：政策偏好、時序不一與制度變遷》，行政院國家科學委員會 95 年度補助研究計畫成果報告摘要。
- 陳龍生，2006a，品質改善與論質計酬：韓國的方向與經驗（第二屆台韓健保國際研討會演講摘要），《全民健康保險雙月刊》，第 64 期（民國 95 年 11 月），頁 22-23。
- 陳龍生，2006b，「第二屆台韓健保國際研討會成果豐碩」，《全民健康保險雙月刊》，第 63 期（民國 95 年 9 月），頁 17-21。
- 彭錦鵬，2005a，「美國聯邦政府機關績效評量制度的發展」。《行政機關績效管理暨績效獎金制度》學術研討及觀摩會，台北：行政院人事行政局、臺灣大學政治學系聯合舉辦。06/24。

- 彭錦鵬，2005b，「全球競爭下的高級文官新制構想」，《考銓季刊》，第 42 輯。台北：考試院。
- 彭錦鵬，2005c，「全觀型治理—理論與制度化策略」，《政治科學論叢》，頁 71-100。彭錦鵬，2008，「行政法人與政署之制度選擇」，《考銓季刊》，第 53 期（民國 97 年 1 月），頁 21-36。台北：考試院。
- 單驥，1999，《全民健康保險保險人設立資格及監督管理之探討》，行政院衛生署 88 年度委託研究計畫，計畫編號 DOH88-NI-1005。
- 楊志良，2000a，為健保改革引航之一「健保開辦五年績效總檢討」，《國政評論》，財團法人國家政策研究基金會  
（ <http://www.npf.org.tw/particle-31-1.html> ），2000.08.14。
- 楊志良，2000b，為健保改革引航之二「健保財務困境的迷思」，《國政評論》，財團法人國家政策研究基金會  
（ <http://www.npf.org.tw/particle-31-1.html> ），2000.08.15。
- 楊志良，2000c，為健保改革引航之四「改革健保體制邁向永續經營」，財團法人國家政策研究基金會（ <http://www.npf.org.tw/particle-31-1.html> ），2000.08.17
- 楊志良，2000d，為健保改革引航之五「健保醫療照護的困境與抉擇」，《國政評論》，財團法人國家政策研究基金會  
（ <http://www.npf.org.tw/particle-31-1.html> ），2000.08.18。
- 楊志良主編，2003，增訂四版，《健康保險》，台北：巨流。
- 楊泰順，2001，《影響健保政策之策略與途徑分析》，行政院衛生署中央健康保險局委託研究計畫，計畫編號 DOH89-NH-035。
- 經濟學人 2007 年 1 月 13 日報導，《Health care and the states The Federalist Prescription》
- 葉金川，2002，《全民健保傳奇》，台北：董氏基金會。
- 董鈺琪，2005，《全民健康保險民意調查未來改進方式之研究報告》，行政院衛生署 94 年度委託研究計畫，計畫編號 DOH94-NI-1005。
- 詹金月，1995，《我國全民健康保險政策合法化過程之研究》，陽明大學衛生福利研究所碩士論文。

- 廖啓富，1994，《社會福利民營化政策之分析－台北市政府社會局與民間委託機構之互助關係》，國立中興大學公共政策研究所碩士論文。
- 趙正明，2007，「專訪健保局朱澤民總經理－第三屆臺韓健保國際研討會」，《全民健康保險雙月刊》，第 68 期（民國 96 年 7 月），頁 24-25。
- 劉宜君，2000，《我國全民健康保險政策之執行評估：國家機關、政策網路與財務管控能力之分析》，國立台北大學公共行政暨政策學系博士論文。
- 周秀娟，2008，《我國全民健保組織體制之研究》，台灣大學政治研究所碩士論文。
- 劉維琪，2001，《全民健康保險組織法人化之法律問題研究》，行政院衛生署中央健康保險局 89 年度委託研究計畫，計畫編號 DOH89-NH-025。
- 蔡茂寅，2008，「全民健康保險現行制度分析與探討」，《月旦法學雜誌》，第 153 期（民國 97 年 2 月），頁 5-21，全民健保法制總體檢。
- 蔡維音，2008，「二代健保保費費基改革方案之檢討」，《月旦法學雜誌》，第 153 期（民國 97 年 2 月），頁 22-35，全民健保法制總體檢。
- 盧瑞芬，1996，《全民健康保險經營體制之評估與研究》，行政院衛生署中央健康保險局 85 年度委託研究計畫，計畫編號 DOH85-NH-001。
- 羅紀琮，2006，《健康保險制度－日、德、法、荷的經驗與啓示》，台北：巨流圖書。
- 吳英明、張其祿，2006，「組織變革論述與實踐」，商鼎文化出版社
- 劉嶽雲，2001，「政治理論與方法論」，五南圖書公司
- 李惠宗，2006，「憲法要義」，元照出版。
- Earl Babbie 原著，李葉華等譯，1998，「社會科學研究方法（上）、（下）」，時英出版社
- David Lewis 原著，馮瑞麒譯，2007，「非政府組織管理初探」，五南圖書公司
- 「政府績效評估」，行政院研究發展考核委員會，民國 93 年 1 月。
- 陳德禹，2006，「行政管理」，三民書局。
- 林水波，1999，「組織理論」，智勝文化事業

- 郭昱瑩，2002，「公共政策－決策輔助模型個案分析（Public Policy）」，智勝文化事業
- 吳瓊恩、李允傑、陳銘薰，2001，「公共管理」，智勝文化事業
- William N. Dunn 原著，李明寰譯，2002，「公共政策分析」，時英出版社
- Stephen P. Robbins 原著，李茂興等譯，1994，「組織行為」，揚智文化出版
- 劉昕譯，2001，「人力資源管理（第三版）：贏得競爭優勢」，中國人民大學出版社
- 司徒達賢，2005，「管理學的新世界」，天下文化事業公司
- 詹中原，2003，「新公共政策」，華泰文化事業公司
- 吳秉恩，2002，「分享式人力資源管理－理念、程序與實務」修訂二版，翰蘆圖書出版有限公司
- 詹中原，2006，「組織變革與組織因應之道」，《國政研究報告》，財團法人國家政策研究基金會。
- Gary Dessler 原著，何明城審訂，2003，「人力資源管理」，智勝文化事業
- 丁志達，2004，「績效管理」，揚智文化事業
- 吳英明、張其祿，「全球化下的公共管理」，商鼎文化出版社
- 彭錦鵬，民國 92 年。政治科學論叢，第 15 期
- 彭錦鵬，民國 91 年 6 月。「政治行政之虛分際由『兩分說』到」，政治科學論叢，第 16 期
- 彭錦鵬，民國 90 年 12 月，「從歐美經驗論國會議員人數及『立委席次減半』」，政治科學論叢，第 15 期，頁 171-190。
- 魯炳炎，民國 92 年 12 月。「政策變遷分析」，政治科學論叢，第 19 期。
- B. Guy Peters 著，任雲楠譯，「公共行政比較分析」，韋伯文化
- 譚地洲，「MBA 教程之人力資源管理」
- Alan Barker，「管人一本通－輕鬆解決主管最常見的 7 大困擾」
- 李誠，「人力資源管理的 12 堂課」，天下文化
- 王詠心譯，策略思考 1 本通－9 步驟、12 項技巧 Step by Step、學會策略思考」，
- 戴夫·尤瑞奇著，李芳齡譯，2004，「人力資源最佳實務」，商周出版

休·巴克諾／鄭偉，2008，「人力資源管理的 36 個關鍵指標」，梅霖文化事業

「醫生正在喊救命－台灣的病人誰來」，遠見雜誌，第 313 期

「71 億全民健保費丟水裡！」，醫改季刊，第 58 期，2014.7 出版。

「工匠精神造就最低失業率－瑞士是故意的」，遠見雜誌，第 321 期，2013 年 3 月出版。

徐小波，2008，「台灣軟實力」，財信出版

「台北榮民總醫院半世紀－口述歷史回顧（上篇：）」，中央研究院近代史研究所出版

楊志良，2012，「台灣大崩壞－挑戰沒有希望的未來」，天下文化

「二代健保撐大傘－醫療服務起步走」

## 西文部分：

Barry R. Furrow et al.，

2001，HEALTH LAW：CASES, MATERIALS AND PROBLEMS 682-683（4th ed. 2001）

Brinkerhoff, D. W. and B. L. Crosby,

2002，Managing Policy Reform：Concepts and Tolls for Decision-makers in Developing and Transitioning Countries, Bloomfield, CT：Kumarian Press.

Health for everyone, The Economist Apr. 8th, 2006.

Immergut, E. M., 1992，"The Rule of the Game：The Logic of Health

Policy-making in France, Switzerland, and Sweden." In Structuring Politics：

Historical Institutionalism in Comparative Analysis S. Steinmo, K. Thelen,

and F. Longstreth, eds. New York：Cambridge University Press.

## 網站

中央健康保險局網站（<http://www.nhi.gov.tw>）

[全民健康保險會](http://www.mohw.gov.tw/CHT/NHIC/Index.aspx) <http://www.mohw.gov.tw/CHT/NHIC/Index.aspx>

台灣醫療網 <http://www.tw16.net/>

台灣醫療改革基金會

科技部 <http://www.most.gov.tw/>

行政院衛生署網站，二代健保 Q&A。