

採購案號：

行政院衛生署 101 年度委託研究計畫

建構全民健康保險會組織任務中財務收支連動運作機制之研究

委 託 期 末 報 告

計畫委託機關：行政院衛生署

計畫執行機構：政治大學

計畫主持人：陳敦源、張耀懋

研究助理：羅凱凌、羅雅馨、林俐君

執行期間：101 年 04 月 18 日至 101 年 11 月 17 日

＊ ＊ 本研究報告僅供參考，不代表本署意見 ＊ ＊

採購案號：

行政院衛生署 101 年度委託研究計畫

建構全民健康保險會組織任務中財務收支連動運作機制之研究

委 託 期 末 報 告

計畫委託機關：行政院衛生署

計畫執行機構：政治大學

計畫主持人：陳敦源、張耀懋

研究助理：羅凱凌、羅雅馨、林俐君

執行期間：101 年 04 月 18 日至 101 年 11 月 17 日

＊ ＊ 本研究報告僅供參考，不代表本署意見 ＊ ＊

行政院衛生署全民健康保險監理委員會一〇一年度委託計畫

成果報告（期末報告）

(自 101 年 04 月 18 日至 101 年 11 月 17 日止)

計畫名稱：建構全民健康保險會組織任務中財務收支連動運作機制之研究

採購案號：_____

研究起迄：101 年 04 月 18 日至 101 年 11 月 17 日

申請機構：政治大學

主 持 人：陳敦源

職 稱：教授

聯絡電話：02-29393091 轉 51145

傳 真：02-29391144

電子郵件：donc@nccu.edu.tw

聯絡人：陳敦源

聯絡電話：02-29393091 轉 51145

傳 真：02-29391144

填表日期：2012 年 08 月 10 日

目錄

第一章 緒論.....	1
第一節 研究緣起.....	1
第二節 研究目的.....	4
第三節 章節安排.....	4
第二章 理論檢閱與現狀回顧.....	7
第一節 相關理論探討.....	7
第二節 立法過程.....	10
第三節 兩會合一與新制度.....	12
第四節 小結.....	13
第三章 研究方法.....	15
第一節 研究內容.....	15
第二節 質化資料收集之方法.....	16
第三節 量化資料收集之方法.....	31
第四節 資料分析與研究流程.....	40
第五節 小結.....	43
第四章 他國制度比較與經驗分析.....	45
第一節 他國制度比較與經驗分析—荷蘭.....	45
第二節 他國制度比較與經驗分析—德國.....	50
第三節 制度差異與健保會定位.....	57
第四節 小結.....	62
第五章 利害關係人問卷調查結果.....	63
第一節 基本資料.....	63
第二節 兩會運作現況評估.....	63
第三節 兩會合一後健保財務運作狀況.....	65
第四節 兩會合一後健保會的治理評估.....	68
第五節 開放式問題.....	71
第六節 各類別對健保看法的差異.....	72
第七節 小結.....	84
第六章 可行性分析.....	87
第一節 健保會運作之法律可行性.....	87
第二節 健保會運作之行政可行性.....	100
第三節 健保會運作之時效可行性.....	114
第四節 小結.....	121
第五節 問題整理與發現.....	123
第七章 結論與建議.....	147
參考書目.....	167
附錄.....	173
附錄一 深度訪談 I 大綱：制度設計者.....	173
附錄二 深度訪談 II 大綱：利害關係人.....	179
附錄三 深度訪談 III 大綱：實務經驗之專家.....	183
附錄四 信效度表.....	199
附錄五 焦點座談 I 討論大綱：行政人員.....	201

附錄六	焦點座談 II 討論大綱：統計學、問卷設計與健保制度之學者專家	209
附錄七	焦點座談 III 討論大綱：行政人員	213
附錄八	意義前測問卷	219
附錄九	前測問卷	233
附錄十	正式版問卷	253
附錄十一	問卷概念與題目說明表	281
附錄十二	問卷意義前測意見與修正	287
附錄十三	問卷前測意見與修正	299
附錄十四	前測結果	317
附錄十五	正式問卷次數分配表	333
附錄十六	問卷其他意見	345
附錄十七	問卷發放名冊：醫事提供者	361
附錄十八	問卷發放名冊：付費者代表	363
附錄十九	問卷發放名冊：政府組織	365
附錄二十	問卷發放名冊：倡議團體	367
附錄二十一	問卷發放名冊：專家學者	369
附錄二十二	相關法規	373
附錄二十三	期末報告審查展示 Powerpoint	393
附錄二十四	期中報告審查意見修正及回應表	409
附錄二十五	期末報告審查意見修正及回應表	413

表目錄

表 一：焦點座談與會者 I 相關資訊	18
表 二：焦點座談（一） 意見彙整表.....	19
表 三：焦點座談與會者 II 相關資訊.....	20
表 四：焦點座談與會者 III 相關資訊.....	20
表 五：焦點座談（三） 意見彙整表.....	21
表 六：深度訪談受訪者相關資訊（三波）	24
表 七：深度訪談（一） 意見彙整表.....	25
表 八：深度訪談（二） 意見彙整表.....	26
表 九：深度訪談（三） 意見彙整表.....	29
表 十：資料蒐集步驟表.....	31
表 十一：各類別發放、回收數量.....	33
表 十二：團體抽樣標準.....	39
表 十三：本研究之研究目的、研究方法、及分析內容.....	43
表 十四：保險費率表.....	56
表 十五：三國健保財務收支連動體制比較.....	57
表 十六：現制監理會和費協會評估成對樣本 T 檢定	65
表 十七：兩會合一後健保財務運作狀況之平均分數.....	67
表 十八：兩會合一後健保財務運作狀況之平均分數.....	70
表 十九：委員經驗獨立樣本 T 檢定	74
表 二十：身分別與監理會委員代表性問題交叉表.....	75
表 二十一：身分別與費協會委員代表性問題交叉表.....	76
表 二十二：身分別與兩會團體選任合理程度之交叉表.....	77
表 二十三：身分別與影響健保財務因素之交叉表.....	78
表 二十四：身分別與收支連動之交叉表.....	79
表 二十五：身分別與主管機關決定之交叉表.....	80
表 二十六：身分別與公平之交叉表.....	81
表 二十七：身分別與本位主義之交叉表.....	82
表 二十八：身分別與專業考量之交叉表.....	83
表 二十九：身分別與行政支援之交叉表.....	83
表 三十：政策建議.....	141
表 三十一：健保會收支連動機制政策建議.....	162

圖目錄

圖 一：健保收支連動的流程與對口單位.....	3
圖 二：健保會相關工作時程圖.....	16
圖 三：研究流程圖.....	42
圖 四：CVZ 工作結構圖.....	46
圖 五：荷蘭保險費用收支圖.....	50
圖 六：德國 2009 年改革前保險費用收支圖.....	52
圖 七：德國改革後保險費用收支圖.....	53
圖 八：利害關係人決策程序圖：台灣.....	59
圖 九：利害關係人決策程序圖：德、荷.....	60
圖 十：保險人的角色.....	111

摘要

自 2000 年開始，台灣二代健保改革最重要的一個核心，就是「兩會合一，收支連動」的設計，該項革新期望可以改善一代健保中財務平衡機制運作不良的問題，經過多年運作後各方妥協下於 2011 年完成的二代健保改革修法，其財務平衡機制的主要改良內涵，在主管機關衛生署與單一保險人健保局不變的前提下，建構在監理會與費協會合一的全民健康保險會這個審議協商的利害關係團體參與平台，並將總額諮詢、總額協商、以及費率協商，串連起來成為為期一年的運作程序，以期落實收支連動的財務效果；然而，這個機制的運作，從法律、行政、與時效可行性上，是否有任何應注意但未注意的運作問題？是本研究最核心的研究目的。本研究在二代健保收支連動機制實施前，藉由各種質化（訪談與焦點座談）與量化（問卷調查）的研究方法，參考荷蘭與德國最新的運作機制，並且從各種利害關係人的角度所進行的預評估（pre-evaluation）；本研究最後從三種可行性的問題中整理出收支連動機制運作的十大問題，包括：健保會的獨立性、總額協商的對等、議程主導權配置、總額範圍諮詢、費率決策時程、委員資格與能力、主委選任、資訊完整與充足、參與正當性與效率、健保局的角色等，最後，本研究針對這些問題，一一提出替選方案，並藉由研究所收集到的資訊，最終依照各問題提出政策建議，提供給主關機關參考。

關鍵字：二代健保、兩會合一、全民健保會、收支連動、總額諮詢、總額協商、費率協商

Abstract

Since 2000, the second generation NHI is focusing on how to reform its financial balancing mechanism. After the passing of the legal revisions of the NHI Act in 2011, the key to reach balancing budget is to build a mechanism of “integrating two committees governing premium revenues and medical expenses into the NHI Committee (NHIC) to coordinate the decisions of revenues and expenses closer with each other.” Also, a year-round procedure is established to connect global budget consultation, global budget negotiation, and premium rate negotiation under the integrated NHIC. However, how well this new mechanism would function to reach the reform goal is uncertain. As a result, this research is a pre-evaluative policy analysis for government to explore in advance all the possible problems related to legal, administrative, and timing feasibilities. After utilizing various qualitative and quantitative methods, together with referencing to the similar mechanisms in both Netherland and Germany, authors come up with ten most important operational problems of this reform effort. They are the problems of: (1) the independence of the NHIC, (2) the power symmetry of budget negotiation, (3) the ownership of agenda-setting power, (4) the scope of global budget consultation, (5) the timing of premium rate negotiation, (6) the committee members’ ability and qualification, (7) the selection process of the NHIC’s chair, (8) the completeness and sufficiency of decision information, (9) the legitimacy and efficiency of external participation, and (10) the role of the Bureau of NHI. Based on information and opinions collected during the research period, authors first propose alternatives to each problem and choose the alternative that can be served as recommendation to client for curing the problems when implementing the second generation NHI in the beginning of 2013.

Keywords: the Second Generation National Health Insurance, Integrating Two Committees, the National Health Insurance Committee, Coordinating the Decisions of Revenues and Expenses, Global Budget Consultation, Global Budget Negotiation, and Premium Rate Negotiation

第一章 緒論

第一節 研究緣起

本研究所稱之全民健保「收支連動」機制的概念，主要來自於 2000 年到 2003 年由百餘位學者所組成之二代健保規劃小組所進行的研究，該小組以「建構權責相符之健保組織體制」、「擴大社會多元化參與健保政策」、「財務平衡且提升服務購買效率」、「強化資訊提供以提升醫療品質」等四大層面進行三年的研究，並於 2004 年 9 月提出總結報告。衛生署依據這一份報告積極規劃「二代健保」修法事宜，其修法的核心價值為「品質」、「公平」、「效率」，其中特別強調「權責相符」的概念、強化資訊公開提升醫療品質、收費方式的公平改革、擴大保費之計算基礎、落實並建立收支連動機制、以及擴大社會多元化參與等面向（行政院衛生署，2004），其中建立收支連動機制是改革的核心之一，其目的是希望讓健保的運作，在財務管理的部分，能夠讓支出與收入兩種決策，具備相互連接的理性決策功能，以避免一代健保時代的健保財務，受到收入面無法提高保費的政治壓力下，還必須不合理地支出超過健保財務負荷的成長要求。衛生署最早於 2005 年 9 月研議完成，報行政院審查後於 2006 年 5 月 3 日首次送立法院審議，其中在二讀會第一次公聽會的時候，學者吳尚琪曾經簡單說明了健保收支連動的概念：「...收支連動就是要先知道健保有多少的經費以期達到收支平衡，就好像購物者必須要先知道自己荷包裡面有多少錢，而管錢的人也可以看到自己該買哪些東西...」（立法院公報 99 卷 32 期，頁 97）。在收支平衡的概念的基礎下，二代健保修法推動期間歷經波折，終於在 2011 年 1 月 26 日通過修法，雖然家戶總所得收費的設計因為收費穩定性以及資料使用技術性的考量並沒有通過，但是二代健保改革意識中的「收支連動」機制的落實，確是完整地寫入健保法當中。

總括而言，收支連動的概念，如果就一個家庭的財務管理來看，是再簡單不過的基本概念，然而，家戶的收支也可能因為意外事故、個人偏好改變、或甚至是缺乏溝通與記帳的原因而產生收支分離的問題，遑論健保財務管理的過成中，牽涉到各類利害關係團體（服務提供者、付費者、政府主管與執行機關等）的互動、政府決策流程的設計與推動、以及行政管理時程的掌握等複雜的運作面向，讓這一套承襲二代健保改革理念的健保財務的新機制，在預計的 2013 年初開始實施以前，有必要進行與法律、行政、與

時效可行性的預評估（pre-evaluation），本研究主要聚焦在新通過的健保法第五條、第廿四條、第六十條、以及第六十一條等條文中（請參附錄二十二相關法規），意圖協助行政機關評估落實這些條文所立法授權的「收支連動」機制的可行性問題，並據此研究結果向委託單位提出 2013 年上路時所應該注意的問題以及解決建議，期望達到全民健保永續經營的終極目標。

前述這些健保法的條文統整起來，請參考下圖一內健保收支連動的對口單位以及行政流程。從（一）一直到（九-一與二），本研究也將以這個流程為主要研究對象。整體的流程係由（一）主管機關擬定醫療給付費用總額範圍後，經過諮詢健保會（健保法第 60 條）；（二）由健保會根據主管機關核定之醫療給付費用總額範圍，協議訂定保險之醫療給付費用總額及其分配的方式，再進行流程（三）交辦保險人實施。保險人應遴聘相關利害關係人代表，研商及推動總額支付制度（健保法第 61 條）；（四）保險人於協議總額後一個月內，提請健保會審議費率，啟動審議費率機制（健保法第 24 條）；（五）健保會便徵詢專家意見進行（六）費率審議（健保法第 5 條）；（七）健保會完成該年度之收支平衡費率審議後，呈報主管機關，（八）主管機關再轉報行政院核定（健保法第 24 條）；（九-一）、（九-二）行政院核定後則再由主管機關公告並交付立法院備查（健保法第 5 條）。

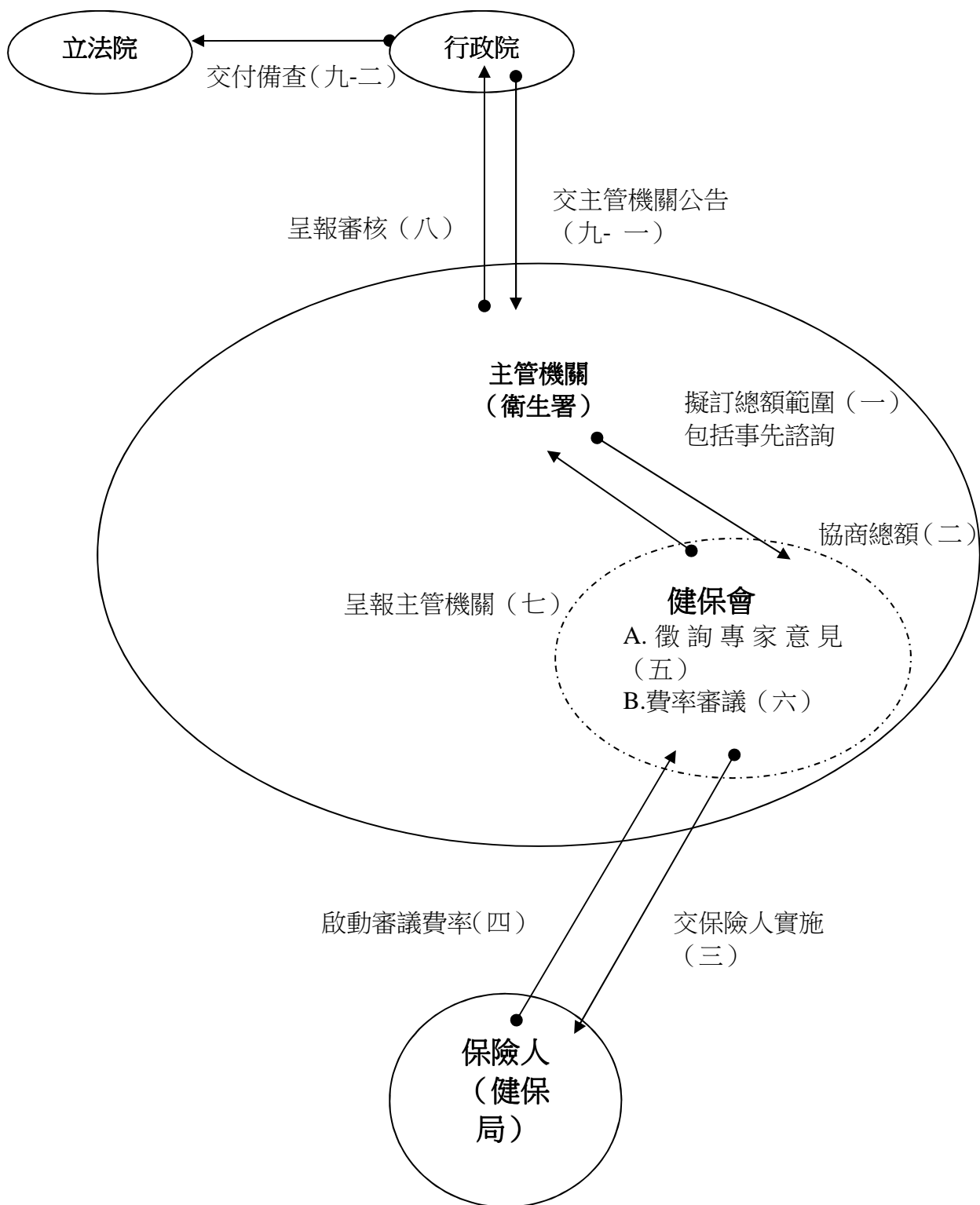


圖 一：健保收支連動的流程與對口單位
圖表來源：本研究整理

第二節 研究目的

本研究的目的有四：

- (一) 文獻探討施行健康保險的國家，在財務上具收支連動機制（例如德國、荷蘭）者之運作模式，提出對我國健保新制下財務收支連動之運作建議。
- (二) 依據需求單位所提健保會總額協定與費率審議之組織任務與時程（圖二），評估其法律、行政及時效可行性等：1.回復主管機關諮詢年度總額範圍之意見；2.協議訂定各部門醫療給付費用總額及分配方式；3.於費率審議前，先行諮詢保險財務、經濟學者及社會公正人士等意見；4.於年度開始 1 個月前，完成該年度應計之收支平衡費率審議工作。
- (三) 依據需求單位所提健保會法定任務，探討健保會如何與各相關利害關係人（如醫療提供者、付費者、政府組織、民間組織、一般民眾等）之互動關係。
- (四) 研提具體運作機制之相關建議供健保會等相關政府機關或單位參考。

第三節 章節安排

依據上述研究目的，本研究之章節安排如下：

除第一章緒論外，第二章先探討相關理論與健保財務機制的變革，包含兩會分立所產生的收支不連動問題，以及立法過程中，對兩會合一、收支連動機制的修法焦點。並且比較新法與舊法在組織架構與財務平衡機制上的差異。

第三章則依據本研究之目的，說明研究方法與操作過程，包含資料收集與分析模式。

第四章針對財務收支連動的概念，討論德國與荷蘭在健保財務平衡機制上的設計，透過不同運作概念，提供我國做為參考。

在第五章中，本研究回歸至台灣的新制度，藉由問卷的分析，探討健保財務機制的各類利害關係人如何評估未來健保會的運作以及對收支連動的影響。

第六章則是著重於制度運作的可行性評估，包含法律、行政與時效三的面向的分析。透過焦點團體與深度訪談的結果，了解各類關係人在三個運作可行性上的看法。

第七章的部分，本文將綜合第四章到第六章的分析結果，對健保會與收支連動機制篩檢出 10 項預期的可行性問題。並依據制度設計原則以及資料收集證據，提供政策

方案。

第八章則為本研究之結論與建議。

第二章 理論檢閱與現狀回顧

第一節 相關理論探討

公共政策與資源配置的關係是以政治活動為基礎的，公共行政在公共政策過程中的影響力是巨大的，但是公共政策管理的工作如果沒有循証（evidence-based）與實務操作（practical need-based）為其需求，它很快會落入哲學家空談甚至是單純權力競逐的遊戲而已。政治學者 Harold D. Lasswell（1958）曾說：「政治就是誰在什麼時候、如何得到什麼」（Who gets what, when, how?），除卻時間的因素，公共政策的資源配置問題不外乎下面三項：1. 誰：利害關係人的損益問題；2. 什麼：政策推動的正當性問題；3. 如何：以及政策推動的可行性問題。

全民健保是台灣社會一項攸關公共事務的集體運作，前面談到在收支連動這一項健保財務面向的功能，為了研究總括的方便，通常會用「制度」（institutions; Elster, 1992）或「機制」（mechanism; Hedstrom and Swedberg, 1998）的概念來描繪，然而，研究者必須從這些名詞中找出研究健保收支連動的研究框架，一共有三個面向，它是一個跨部門的公私協力關係、集體決策為主的委員會治理關係、以及以正義制度為核心的資源分配關係。

壹、 跨部門的公私協力

其一，收支連動機制是一個跨越公部門的公私部門協力（Private and Public Partnership; PPP; 陳敦源、張世杰，2011）關係，此種情形將使公部門與非公部門（私部門與第三部門）間互動更為頻繁，因此探討公私部門互動原則更為重要。根據吳濟華（1994）與 Kouwenhoven（1993）所指出，公私協力運作如要達到最終雙方所訂之目標，須具備下列八項原則：（1）合法性原則，有效及良好的公私部門協力關係必須奠基在具有合法性的基礎上，如此參與其中的公私部門之權利義務與責任分擔均能透過「正當程序」（due process）取得保障與合法地位；（2）責任確認原則，明定雙方之權利義務範圍，一則可免除公務人員被冠以圖利他人或官商勾結等罪名；二則可避免任一造之離開或不履行承諾所造成之損失或傷害；（3）民主原則，強調雙方參與的程序與本質，而較不是緊密嚴苛之監督；（4）效率原則，公私部門協力的目的之一，即

是希望藉由互動過程，強化公私部門間之相互了解、溝通及資源整合的效率；(5) 共識性原則，指公私部門在協力關係中，對彼此的計畫目標皆有一定的共識；(6) 彈性原則，強調希望能給予公部門與私部門較大的空間，以充實解決問題的能力與彼此資源之有效運用；(7) 雙贏原則，公私部門間須相互合作，而非處於對立立場。所謂雙贏原則並非將公共利益作為妥協分贓的籌碼，而是減少本位主義思考等障礙，以確實落實公共利益；(8) 最大公共利益原則，公私部門協力所欲追求的並非是最大的利潤取得，究其宗旨，係在謀求社會最大公共利益的實現，使民眾有更好的生活品質與環境，滿足民眾的需求，而非滿足少數人之私利。是以，協力關係的推動，必須確實把握此一原則，方能使社會整體獲益。

貳、 集體決策的委員會治理

其二，收支連動機制是一個以集體決策為主的委員會治理 (board governance; 陳敦源, 2006) 關係，然對於委員會的功能和形式，仍有諸多的疑問。問題在於：這些委員會機構代表了誰的利益？他們是否做出代表公共利益的決策？是代表委任其擔任委員的行政首長的意志？或是代表了特定社會、經濟以及政治的利益和要求？也遭致了對委員會管理模式的諸多疑竇 (Corkery & Wettenhall, 1990; Mitchell, 1997)。對社會團體而言，委員會提供的是一種體制內政策的參與感，對行政部門而言，是政策與行政合法化的依據。進言之，委員會機制的設計，會促使原本被拒絕在體制外的利害關係人，因為參與感 (或稱政策效能感) 的提升，導致決策較容易為社會大眾所接受，降低決策的外部成本。然委員會也有可能因為制度設計的問題，或是代表性不足的問題，導致決策成本增高，由於妥協性的結果，若政策效果不理想，也容易導致推諉塞責的情況。針對委員會的規模大小所造成的運作效率與否的問題，從 E. C. Hirzy 的 *Non-profit Board Committees: How to Make Them Work?* (1993) 一書中，也認為委員會的人數，應當要隨委員會的目的，需求與責任來選擇，若委員人數過多，有些委員會沒有參與感，若過少，又會代表性不足。在 R. W. Crawford 的 *On Board: Guiding Principles for Trustees of Not-for-Profit Organizations* (1991: 13) 一書中，也提及委員會的人數沒有一個絕對的標準，必須要視委員會的功能而定，但委員若超過 23 個，議事就有無效率的可能。關於委員會的大小與比例組成，並沒有一個可資借助的理論和原則 (彭文賢, 1996: 176)。在 Mitchell (1997) 的研究中，其認為委員會的人數，會與上述以身分代表制的原則所建立的委員會有正向的關係，尤其以身分代表制為主

的委員會，人數大多有九人以上，且身分代表制的委員會，其建立的目標也較著重在政策制訂的功能。

參、 正義制度為核心的資源配置關係

其三，收支連動基本上也是全民健保醫療配置的制度性議題，這個問題應該有三個面向，第一就是測量資訊的議題，第二則是政策選項對公平正義配置的影響，第三則是如何產生決策的程序正當性問題。

第一項問題牽涉到如何測量健保配置公平性的議題，就公共政策目標設定的角度來看，明確的政策目標需要明確的測量指標，也可以稱作是健保政策的「依變數問題」，常見的測量指標包括健保的財務負擔、健保的獲益、健保的可近性、健康的公平性，在這些指標當中，以「質量調整生命年」(Quality-Adjust Life Years, QALY)與「傷殘調整生命年」(Disability-Adjusted Life Years, DALY)作為醫療資源效益的評估指標最為有趣。

第二個問題牽涉到確定政府實行的健保政策，到底產生了什麼樣的影響，通常政策設計與執行都有其固定的目的，但是其結果如果不經過精細的因果關係分析，無法確實得知公共政策真實的分配作用為何，因此，準實驗設計的政策分析就成為評估健保政策公平正義影響最重要的工具。當然，分析健保資源配置的公平性需要有產生這樣資訊的作為，這些研究所提供的資訊對改革是有決定性的幫助，不然，沒有人可以知道健保制度的公平性影響為何。

第三個問題牽涉到資源配置決策的程序正當性問題，在多元的民主社會，大眾對於優先次序選擇原則意見相左，是很合理的，因此，因為社群主義者所提出的看法，決策者要在「選擇標準」上產生共識，比起要在「決策程序」上產生共識是困難多了 (Daniel, 2000: 1300)，從公平決策程序上著手，是政治上較為可行的，因此，學者 Norman Daniel 提出了一組四項程序上的條件，稱之為「說理的課責」(accountability for reasonableness)，協助改革者介入健保醫療資源配置決策時，獲得正當性與公平性的支持，這四點分別是 (Daniel and Sabin, 1997; 1998: 57): (1) 公開性 (Publicity condition): 資源配置的決定 (特別是新科技) 及背後的理由，必須是向公眾敞開的; (2) 相關性 (Relevance condition): 資源配置的決定必需是基於相關的證據 (evidence)、理由、以及原則，這些基礎是否與決策相關，必須通過利害關係人 (stakeholders; 病人、醫療提供者、醫管者等) 的同意; (3) 申辯性 (Appeals condition): 這個過程必須存在

一個申辯的機制，允許利害相關者可以挑戰已經做成的決策，這其中應該也包括新證據出現時修改決策的機會；（4）可執行性（Enforcement condition）：前述三個條件，必須具備一套經過自願配合或是政府管制的途徑，而得以執行的機制。

第二節 立法過程

如同上述，監理會和費協會分立的缺點，即是二代健保一項重大改革，希望兩個委員會合併，未來討論費用事宜時，能夠同時考慮收入和支出，以避免支出過於脫勾，而擴大赤字。

兩會合一於立法過程也是個備受爭議的改革，主要的爭議大概有第一，健保會未來權力是否過大，一個委員會可以決定費率和支出，是否賦予它過大的職權？第二，健保會的主委和組成成員如何遴選？由於委員會代表有限，如何合理的選出各方代表和委員，對委員會運作有極大的影響。第三，健保會是否有課責的機制，若健保會沒有實權，是否將會受到主管機關的干涉，形同橡皮圖章？

壹、 對兩會合一的期待

兩會分立使收入和支出的討論分開，無法同時考量，缺乏同時考量收支的溝通平台。且新藥物和新科技的出現，使得健保給付範圍不斷擴大，在這種狀況下，健保保費若無法隨之調整，就會產生赤字。因此預期監理會和費協會兩會合併後，當提出有多少照顧和需要多少錢的時候，也必須提出平衡的費率（楊志良，立法院公報 99/35/68）。兩會合一的機制就是希望同一群代表，即由付費者跟醫療提供者共同決定照顧的範圍，同時考慮需要多少醫療和多少錢，當費用不夠的時候，就不應該增加給付項目。

支出面是由費協會決定要支出這麼多錢，可是收入面是由健保局算完後送到衛生署，衛生署再送行政院，但在送行政院之前，署長一定要獲得院長同意，如果送出去後院長不同意，署長就只有辭職一途；可是其中沒有民眾的背書，行政院一定會說最好不要調。將來兩會合一之後，監理會說我們需要這麼多錢，因為我們要有這麼多照顧，所以他必須提出平衡費率是多少...一定要有一個機制來平衡，如果大家不願意再多繳錢，就不能再增加給付項目。（楊志良，立法院公報 99/35/68）

貳、 組織組成結構

兩會合併後，職權擴大且代表減少，組成成員對決策的影響力較過去大。草案將監理會的組成分成三部分，付費者、提供者以及專家和政府機構，讓這三類的代表都不得少於三分之一（曲同光，立法院公報 99/37/363），立委徐少萍同意行政院所提版本。然而立委涂醒哲和廖國棟，則提出由付費者和提供者組成即可，讓兩方自行協商的建議；劉建國立委和陳節如立委則認為政府代表應該列席就好。最終衛生署認為除了付費者和提供者外，也應該有公正人士，因為他們具有一定的公正性，因此仍須納入健保會；政府部門的名額可以減少，但仍須要有些名額，提供某些機關參予意見。

至於主委選任方式，行政部門多認為不應由署長擔任。前署長楊志良認為，由於最終事務都要由署長核定，若主委由署長擔任，就會缺乏緩衝機制，因此認為主委不宜由署長擔任（楊志良，立法院公報 99/37/371）。曲同光參事也認為主委的角色應該是客觀中立，因此不贊同由署長擔任（曲同光，立法院公報 99/37/378）。黃仁杼立委也持同樣看法，認為若由署長擔任，就有球員兼裁判的疑慮（黃仁杼，立法院公報 99/35/13）。但部分立委（如涂醒哲立委、陳瑩立委、陳杰立委等）認為應該由署長擔任，才能夠避免無人負責的狀況。

我們原先的費協會與監理會主委都是由副署長兼任或者署長兼任，這樣一來反而變成沒有任何緩衝機制，而且會議最後有時是採行協議或多數決，如果這樣規定，主管機關衛生署就不能作決定，但最後要負責的還是主管機關！（楊志良，立法院公報 99/37/371）

參、 組織定位和決策效力

除了組成成員和主委遴選方式有所爭議外，監理會未來的職權範圍也經過相當的討論。在委員會審查之前的公聽會中，就有不少相關的團體擔心未來合併後的監理會權力太大。廖國棟、鄭汝芬、田秋堇等立委就擔心監理會處理包含收入和支出的事項，權力過大。有些立委認為未來的監理會無法改善過去兩會時橡皮圖章的弊病。立委簡肇棟認為二代健保的草案無法改變現行量會為橡皮圖章的弊端，質疑監理會未來是否有能力抵擋行政院長的政治考量（簡肇棟，立法院公報 99/35/9）。黃淑英立委也提到監理會若不能於時限內完成審議，由主管機關逕行決定的規定，讓監理會名存實亡（黃淑英，立法院公報 99/37/366）。

針對監理會未來權力過大的疑慮，行政部門認為監理會做的是審議，提供各方溝

通的平台，最後的結果還是由主管機關核定，所以決策者絕對是主管機關，監理會不會有權力過大的疑慮（楊志良，立法院公報 99/37/371；曲同光，立法院公報 99/42/196）。並且為了落實兩會合一收支連動的理念，未來作業上會盡量尊重監理會的意見，由主管機關定之的狀況過去很少發生，除非協議上有困難無法達成共識，才會由主管機關決定，以免僵局的發生（曲同光，立法院公報 99/49/203）。

肆、對等協商與資訊透明

由於兩會合一希望擴大參與，因此立法過程中相當重是對等協商、利益迴避以及透明的原則。立委黃義交、楊麗環等提到未來監理會組成要對等協商，不應偏向某方。除了對等協商，多數立委也提到將來資訊公開的重要性，由於健保的相關政策都由該會決定，因此決策過程和主張都應該完全透明，但對於透明的程度有不同的差異。立委許舒博、黃仁杼、黃淑英、黃義交、楊麗環等認為應該以實錄的方式公開，才不會沒有人負責；但立委涂醒哲、徐少萍等則主張公開摘要即可，以避免有人因為遲不同意見而不敢發言的狀況發生。

第三節 兩會合一與新制度

依照新的健康保險法第五條，健保會未來辦理的事項包含「保險費率之審議」、「保險給付範圍之審議」、「保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配」、「保險政策、法規之研究及諮詢」和「其他有關保險業務之監理事項」等五項。

健保會一年中法定的任務（參見圖一），包含主管機關諮詢總額範圍意見（健保法第 60 條：本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。）、於總額費範圍內，協議訂定醫療給付費用總額及其分配方式（健保法第 61 條第一項：健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。）、協議訂定費用及其分配方式交保險人實施（健保法第 61 條第四項）、邀及精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供費率意見（健保法第 24 條第二項：前項審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。）、完成該年度應計之收支平衡費率之審議（健保法第 24 條第三項：第一項之審議，應於年度開始一個月

前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定後公告。）、最後報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之（健保法第 24 條第 3 項）。

流程上，健保會於上半年，由主管機關諮詢健保會後你訂醫療給付費用總額。每年 7 月到 9 月進行總額的協議。而年度開始前一個月健保會需要完成平衡費率的審議。

第四節 小結

觀看一代健保和二代健保的組織差異，在收入和支出面上主要使兩個委員會合併為一健保會。目的在於「建構權責相符之健保組織體制」、「擴大社會多元化參與健保政策」以及「財務平衡且提升服務購買效率」，期望兩會合一後能夠更有效率的進行協商以及理性考慮收入面和支出面，使收支具備相互連接的決策功能。

由於兩會尚未有合併的經驗，因此是否能達到收支連動的目標仍是未知數。但從立法過程和討論，兩會合一不論在法律、行政或時效層面似乎都還有些問題存在。法律層面而言，健保會的組織定位以及未來主管機關對健保會的態度，仍有爭議。主管機關應該完全尊重或者最後核定權仍掌握在主管機關，都有其利或弊。

行政上而言，委員代表性決定決策的走向，因此哪一類的人數應該多少或者遴選辦法，也有爭論的空間。主任委員攸關委員會決策的效率，對談判是否成功佔重要角色，主任委員是否應該有立場或者如何選任，目前也尚無定論。

就健康保險法條文對於時效的規範，可以發現後半年健保會要協商討論的事項眾多，是否能在時效內協商完畢以及如何提升協商的效率，也應該是未來運作成功的關鍵因素。

第三章 研究方法

本研究計畫為達前述各項研究目的，基本上預計採行文獻分析法、深度訪談法、焦點座談法、問卷訪談法，以做為本研究蒐集分析論述及提供可行政策建言的基礎。本研究計畫之所以採取此種多元研究法（胡幼慧，2002：271），是假定任何一種資料、方法和研究者均有其各自的偏差，為有納入各種資料與方法，才能達到真正對研究問題「致中和」（neutralize）的瞭解（Jick, 1979；轉引自胡幼慧，2002：217）。再者，本研究也認為，資料與資料之間除可做為互補之用外，同時，對於相同利害關係人的不同研究法所蒐集到的資料也可作為資料間相互檢測可信度所用。以下將分別針對研究內容、資料收集途徑、資料分析模式以及研究流程與架構進行說明。

第一節 研究內容

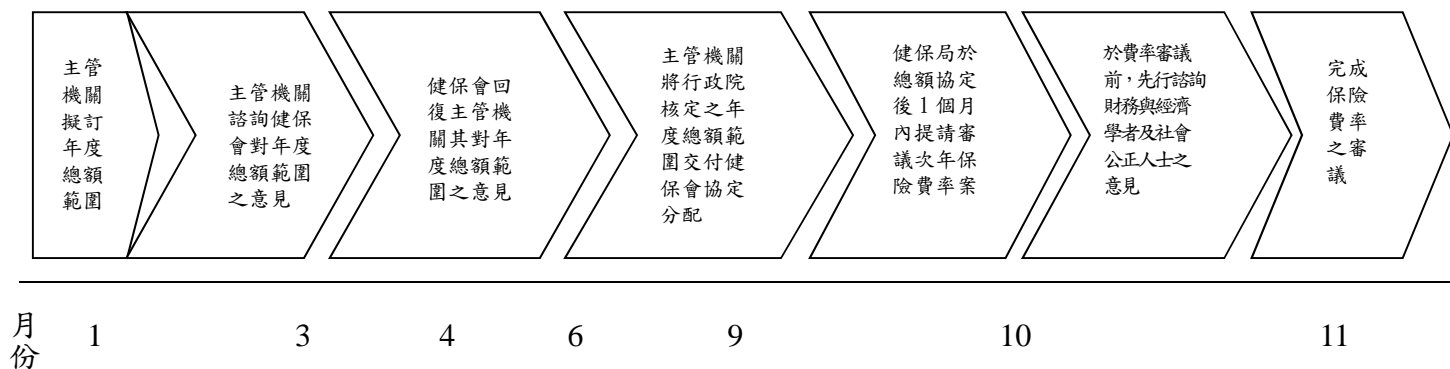
依據研究目的，本文的研究內容包括文獻分析（含跨國比較）、可行性分析（含法律、行政、與時效）、利害關係人意見分析（問卷調查）、以及政策建議的提出，以下針對具體研究內容進行說明。

壹、文獻分析（含跨國比較）

第一部分將針對收支連動的健保財政體系的不同國家進行了解，主要是以荷蘭與德國兩國為主，挑選這兩個國家的原因，主要是這兩個國家健保體制與我國較為相近，近年也是因為健保財務的問題，有進行相關改革，十分適合進行資料收集、分析，以提供我國機制運作的政策建議。

貳、可行性分析（含法律、行政、與時效）

在健保會財政收支的工作程序中（見圖二），本研究主要欲分析的流程重點有以下四項：（1）回復主管機關諮詢年度總額範圍之意見。（2）協議訂定各部門醫療給付費用總額及分配方式。（3）於費率審議前，先行諮詢保險財務、經濟學者及社會公正人士意見。（4）於年度開始 1 個月前，完成該年度應計之收支平衡費率審議工作，這些運作的流程，牽涉到複雜的法律、行政、以及時效的可行性問題，是本研究另一個核心的分析對象，也藉此提供政府 2013 年落實時的參考。



圖二：健保會相關工作時程圖

圖表來源：監理會

參、利害關係人意見分析（問卷調查）

此部分重點為探討健保會如何與各相關利害人包含醫療提供者、付費者、政府組織、民間組織、一般民眾等在新的收支連動的運作過程中，對於政策相關議題的政策意見之比較。

肆、政策建議

依據整理的相關研究、其他國家經驗與所獲得資料，提供制度運作的建議與參考。

依據上述研究內容，以下將分別說明質化資料收集與量化資料收集之途徑與方法，希望透過質量化並重的研究方式，回答研究問題。

第二節 質化資料收集之方法

質化資料強調對研究主題的深入與脈絡，透過質化資料的收集，能夠挖掘出研究對象的個體特殊性與彼此間的關聯。在本研究中，主要使用三種質化資料的收方式，分別是文獻資料收集分析、焦點團體以及深度訪談，以下做詳細說明。

壹、文獻分析

針對健保收支連動議題有基礎了解，必須先進行文獻的蒐集、檢閱與分析。文獻蒐集的內容大致可分為三點。首先，透過針對健保財務平衡之相關著作進行蒐集

與彙整。第二、整理有關台灣健保收支連動機制之第一資料，如法規、行政會議紀錄、立法院公報等。第三、蒐集其他國家收支連動之相關資料。見以下說明。

- 一、針對台灣健保現行的收支連動平衡機制，其相關問題進行資料蒐集。蒐集途徑包含「國家圖書館之博碩士論文索引系統」、「國家圖書館之中華民國期刊論文影像系統」與「CEPS 思博網-中文電子期刊搜尋服務」、各大報全文搜尋系統。透過相關著作的評述與資訊，釐清健保財務失衡的重要因素。
- 二、蒐集我國全民健保有關收支連動的制度面改革資訊，以一手資料為主。例如：《全民健康保險法》、《全民健康保險法施行細則》、《全民健康保險監理委員會組織規程》、《全民健康保險醫療費用協定委員會組織規程》、《全民健康保險會組成及議事辦法》等法規條文及相關研究。以及行政部門於立法院修法的提案、立法院委員會對二代健保收支連動機制的修法紀錄等。透過一手資料的比較彙整，作為制度運作分析基礎。
- 三、以外國健保財政收支連動體制的制度運作進行資料收集。針對荷蘭部分，主要以健保收支連動之「健康照護保險委員會」(College voor zorgverzekeringen，簡稱 CVZ)之任務與定位為收集目標資料來源包含健康照護保險委員會之官方網站、出版品的一手資料，以及英、荷相關評論著作。透過對委員會的理解，作為我國健保會運作的參考。針對德國部分，由於德國在近年內進行健保體制改革，並且學習荷蘭制度，設立國家管轄的「健保基金」(Gesundheitsfond)。因此，資料蒐集以健保基金的設立和運作為主，包括探討改革、改革影響之相關德、英文獻；改革後的新規範，如「加強法定醫療保險競爭法」；以及國聯邦統計局的費率統計資料；相關新聞評論等。透過對德國健保財政改革的分析，對於即將執行改革制度的台灣，有許多可參考之處。

貳、焦點座談

焦點團體法 (focussed interviews) 是質化資料收集的重要方法之一，意指針對某特定問題或特定族群組成團體進行資料收集，其優點為省時間，且以小團體訪談，易激發彼此間互動的情形，可談較廣泛的議題，讓研究除了文獻的瞭解外，更可深入明確瞭解研究對象的實際情況。在本研究中，焦點團體主要應用於對健保財務體制的問題與解決方案的探討，希望透過更多學者專家、行政官員與利害關係人的參與，提供有利於制度執行的資訊，總計將舉辦三場。以下針對三場焦點團體的主題、參與者與主要結論進行

說明。

一、焦點座談 I

在計畫初期便先舉行一次焦點座談，與會者預計為有行政經驗之學者及健保會之主委約六人。其主要目的是初步探究與會者對於新制實行的看法與問題，作為後續研究之參考。

本研究於 7 月 25 日完成第一場焦點座談，對象以目前處理收支連動之相關組織的行政人員為主要與會者，包含費協會、監理會、健保小組以及健保局之代表共 6 人（見表一）：

表 一：焦點座談與會者 I 相關資訊

主題 健保財務收支連動機制之預期問題	
時間：2012 年 07 月 25 日（三） 14：00~16：00	
地點：政治大學綜合院館南棟 13 樓第二會議室	
進行時間：02：27：55	
逐字稿字數：46608	
代號 ¹	代表立場
F101	監理會
F102	健保小組
F103	健保小組
F104	費協會
F105	健保局
F106	健保局

圖表來源：本研究整理

座談會討論主題以行政可行性、法律可行性和時效可行性為主（焦點座談大綱見附錄五），針對三項各自提出 3~4 個問題，請與會依據其經驗提出看法，並進行共同討論與交流。當日討論重點大略摘要如表二，但詳細內容仍請參照逐字稿：

¹代號的編碼方式為第一碼 F 加上第二碼焦點座談場次、第三碼與會者順序

表 二：焦點座談（一） 意見彙整表

議題	相關意見
一、收支連動機制行政流程的時序可行性。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 時間會非常勉強，但前六個月的時程安排，以健保會來說，收支都在同一個組織內，是可行的。惟第 24 條、第 61 條之間不知道該怎麼進行連動，可能會卡住，需要再釐清。(F101) 2. 時程上，看起來前面好像空了很長一段時間，但事實上都具有制度上的理由跟想法。我認為這樣的安排是恰當的。(F102) 3. 我是覺得專家會議可以先討論，這樣流程就提早啦！關鍵還是在前半年，後半年幾乎都在走細節而已。(F104) 4. 根據第 24 條的流程核定上限，再走到健保會做出成長率，根據此成長率，健保局再來算一個平衡費率，流程實屬合理。時間的安排上，應該是一種行政協商或行政處理的技巧，不是一定要受限縮或擴張。(F105)
二、健保會之角色功能與定位（與衛生署間的互動關係）。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健保會的組織定位就是諮詢平台。在收支連動及二代健保的精神上，就是希望盡量尊重健保會的決定。健保會還有一個負責平衡的責任，所以主管機關理論上不應該輕易去變動健保會的協議結果。如果總額不是健保會議定的，就變成是在操作上各自負責的問題，端視領導者的做法而定。(F102) 2. 根據法條看來，並沒有說衛生署核定之後才能去算費率，因為衛生署最後不論是總額、費率都還是要再經過核定後報行政院，所以其實這是一個流動的過程。(F103) 3. 其實就是兩案併陳，如果不順利的話，就是往上級送。(F104) 4. 如果流程進行不順利，還有第 61 條的例外原因，可以由主管機關來決定。所以這裡也形成一個壓力，導致健保會必須在九月之前把成長率敲定。(F105)
三、健保會之組成與代表性。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 目前辦法怎麼訂，以後就怎麼走。在健保法第 5 條內已經有談到組成辦法。至於委員的專業性，雖然是各方代表還是期待委員能夠具備一定專業。(F101) 2. 基本上，就是委員跟幕僚。委員，不期待是專業的而是希望能夠代表多元意見的；幕僚，則是負責較專業的部分。針對健保會跟健保總額協商的人數落差，會不會產生問題，要做了才知道。任期的部分，基本上一屆三年，不過還是要依照規定實施。(F102)

圖表來源：本研究整理

二、焦點座談 II

焦點座談二的主題是針對本計畫之問卷題目與架構進行討論(焦點座談大綱見附錄六)，由於問卷結果將作為量化分析的資料，因此在焦點座談中，邀請統計分析之學者專家，從統計學與問卷設計的角度，對問卷提出看法。

本場座談於 09 月 10 日完成，對象以統計學、問卷設計與健保制度為專長之學者專家共 5 位(見表三)。在座談會中，各學者專家針對異議前測結果與問卷設計提出看法，

其討論為本研究之正式問卷的參考依據。當日重點請見下節量化資料收集之說明。

表 三：焦點座談與會者 II 相關資訊

主題：問卷設計與發放之探討 時間：2012 年 09 月 10 日（一） 14：00~16：00 地點：政治大學綜合院館南棟 11 樓 35 教室 進行時間：1：38：02 逐字稿字數：22559	
代號	代表立場
F201	學者專家
F202	學者專家
F203	學者專家
F204	學者專家
F205	學者專家

圖表來源：本研究整理

三、焦點座談 III

第三場座談在計畫末期進行，本文所蒐集之相關資訊、研究報告等建議，在此提出，並請學者專家、行政人員與相關團體將第一場問題與本案建議做對照，提供加以修正的觀點。本研究於 10 月 18 日完成第三場焦點座談，對象以相關行政單位中的幕僚人員為主共八人，包含費協會、監理會、健保小組以及健保局之代表（見表四）。

表 四：焦點座談與會者 III 相關資訊

主題：收支連動問題之解決方案探討 時間：2012 年 10 月 18 日（四） 10：00~12：00 地點：政治大學綜合院館南棟 13 樓第二會議室 進行時間：02：09：12 逐字稿字數：39402	
代號	代表立場
F301	監理會
F302	監理會
F303	費協會
F304	費協會
F305	健保小組
F306	健保小組
F307	健保局
F308	健保局

圖表來源：本研究整理

座談會討論主題是由本研究團隊根據未來健保會運作相關問題提出可能解決方案（焦點座談大綱見附件七），再請與會的行政人員，依據其行政經驗提出看法，並進行共同討論與交流。當日討論結果大略重點見表五，但詳細內容仍請參照逐字稿：

表 五：焦點座談（三） 意見彙整表

議題	相關意見
一、健保相關專業資料的獲取性	<ol style="list-style-type: none"> 1.按照法上的規定，健保局提供的資料也不是過去的資料，如果健保會要討論收支平衡費率的時候，健保局就也要提供相關的方案。(F305) 2.其實在健保法第 24 條裡面已經規定未來必須每年檢討費率，所以健保局就必須根據新一年度的保險成本，提出一個平衡費率，這已經是一個法定的責任跟義務了。至於，針對資訊提供的方面，健保局每個月都會到現在的監理會、未來的健保會做一個業務報告，或許可以透過將財務指標的細緻化，或是項目的充實化，滿足未來對資訊的需求。(F307) 3.Real-time 的 data 其實是蠻重要，目前在健保會中提供的東西是已發生的數字，那我們以後比較需要的是預測性的東西。這個東西在協商的時候是一個判斷的重要基準。(F303) 4.我覺得健保局至少在提供資訊上面，確實都會將最新的財務報表提供到監理會。惟以後可能針對預期性的資料有比較高的期待，那種具影響力的數據會更被需要。必須說以過去的經驗來看，其實健保局所提供出來的數據等到後來實際上發生的，都偏向保守，不知道這樣的狀況，能不能符合未來委員的需求？這部分可能就必須設法改善。(F302) 5.基本上財務均衡第一本來就是要保守，再來，跟現在很不一樣的是以前可能是五年平衡，那以後是一年一年平衡，所以基本上就不可能再那麼保守了。保守的空間會比較小，那數據上相對的就會比較精確。(F306) 6.費率審議雖然在財務面的監督是有經驗的，但是在財務面的費率誰來控制外，其實我們要建構相關的資訊給這些委員。這部分還是要再繼續發展，或是再建構一些相關的財務面的資訊。這部分是未來幕僚需要努力的。(F301)
二、收支連動時效可行性	<ol style="list-style-type: none"> 1.其實最主要是在前面這一段，一般整個保險成本確定了以後，後面也只是在試算保險費率、財務平衡的問題。所以後面那一個月或兩個月只是在做一個行政作業或是做一個協商，完成一個程序而已。(F307) 2.照我們目前的健保制度來看的話，前面的費用已經決定了，後面收入的部分可以動的空間其實不大。可是從我們過去會議運作的狀況來看，可能就沒有那麼樂觀，像是談到什麼時程前要完成什麼效果？這對於議事運作上就是很大的一個變數，萬一卡住，會議就很難進行下去。(F302)

議題	相關意見
	<p>3.如果都要擠在最後那兩個月，我覺得那個時程上面真的是壓縮太厲害，所以我想像的是健保局未來會提出來方案，那個架構應該跟現在在做的精算報告很類似。可不可以提到前面，兩個月之前，也許可以先找這些專業人士針對這些架構來討論。(F302)</p> <p>4.以條文來看的話，保險給付範圍在現在的架構裡分為兩塊：醫療給付項目跟藥品給付項目。那給付項目範圍會不會在後面的兩個月就發生事情？我覺得按照過去的經驗來說，可能在醫療給付項目、比較大的項目的時候，可能會有討論，但真正反應的時間應該是在爾後而非當年度發生。(F308)</p> <p>5.不過其實法上規定的都是最後的時間，那你所有的時間都往前？沒有不行！就像年度以前三個月一定要完成，年度前四個月完成也是可以。(F305)</p> <p>6.時程上，行政院의審議都要兩個月到三個月，如果四、五月送的話，其實都要到七月才會下來。所以以後就都二、三月送了，最為難的地方就是沒辦法提前。(F303)</p>
三、健保會之定位	<p>1.主委絕對不適合到立法院備詢，因為主任委員就是代表一個中立的立場。若是還要接受立法院的壓力的話，其實他會有個人、私人的問題跑出來，至於，委員會仍然是可以有委員會的立場，所以會議結束後，委員會是可以對外發新聞的。(F303)</p> <p>2.因為以行政體系來說，最後做的決定，不管是公告還是怎麼樣？就是衛生署或是行政院。(F305)</p>
四、健保會功能的完整性	<p>1.以前藥的這一塊，藥事小組是專家組合，可是如果以後會變得跟給付會議有點像了，也會把所謂的各界代表加進來。法定的程序還是健保局會直接報給衛生署或以後的衛生福利部核定，但健保局都要來健保會報告，尤其是次年協商的時候，去檢討前一年的，我覺得以後健保會的督導權，可能會更深。(F303)</p> <p>2.就是說現在費協會談出來的總額，其實是一個總體的醫療費用。從總額到給付這中間還差了一個很重要的東西：部分負擔，那部分負擔目前是由署裡面來作決定和公告，所以未來健保會在這一塊有沒有談的空間？(F302)</p> <p>3.二代健保有一個新的法規：在大總額的諮詢是有授權給健保會。因為以前沒有過這樣的經驗，這一次在談大總額的時候，會有一個健保會諮詢。那在大總額諮詢的階段，其實就是會回到健保會來討論，也許那時候針對財務面的問題討論，就會具有一些參考值或是預期值。(F303)</p>
五、對等協商的安排	<p>1.針對此制度設計時有考量到兩點：第一，排除付費者不能夠是什麼身分？要求進行一定的利益揭露；第二，付費者內部推派的問題，協商一是種辦法、抽籤也是，端視未來運作的發展再進行必要之修正。(F305)</p>

議題	相關意見
	<p>2.付費者代表怎麼去推選出所謂對等的人數，我覺得很可能他們之間就有利益的衝突。像是二、三類，他們的投保金額其實還沒有被公式化，所以連付費者內部都可能有一些衝突。在內部意見分歧的狀況下，推派出去的委員能不能妥善協商，都是一個問題。(F302)</p> <p>3.對等協商的部分，付費者代表選出對等協商的代表後，那其他的委員在協商的時候可不可以發表意見？就是代表性的問題，針對權責跟義務，這真的是需要經驗啦。(F301)</p>
六、健保局的角色	<p>1.其實在健保法裡面就有規範，健保局比較像是一個資訊提供者，其實就跟現況一樣，處於一個背後資料提供者的角色。(F305)</p> <p>2.其實現在的法已經有收支連動了，比較大的突破點是有一個健保會，基本上以現在的健保法其實已經規定，如果支不足以支應收，你就應該要調整費率，但是因為現在的決定權在行政單位，變成說可能會受到很多政治因素的影響，現在有一個健保會進來，雖然最終決定權還是在政府，但透過健保會，至少這個機制可以往前推進。(F306)</p>
七、健保會相關人事安排	<p>1.以後在衛生福利部裡面，叫做社會保險司，那社會保險司有一部分的人會去派充，派充健保會的工作；針對委員的部分，付費者就會認為以後的責任比較重，他們也會需要助理，或是一些專業幕僚的協助，不過這個在政府採購法上就會遇到一些問題。我們現在的做法是針對個別委員的需求，盡量提供，如果無法提供就麻煩健保局。(F303)</p> <p>2.二代健保以後，專家學者不在付費者代表裡頭，可是在協商的時候，他們仍然會扮演協商的角色，那我們自己的專家學者名額不夠多，可是專家學者扮演很好的分寸的角色，也就是「詢問」，我覺得專家學者在這一方面的角色是蠻重要的。(F303)</p> <p>3.畢竟他們是兼任的委員，用一整組行政機關的行證券服務這些兼任的委員，其實可能是會有問題的。還不如想辦法透過年度之間的研究計畫、補助計畫，透過從事研究的方式去聘助理。(F305)</p>
八、專家會議之時程安排	<p>1.就是說這些專家學者們什麼時候進來？是不是在後面十月、十一月才開始運作或者是在年初大總額諮詢的時候？其實也是內部一直在討論的問題。(F301)</p> <p>2.專家會議是不是也要塞在最後的兩個月裡面，因為最後兩個月還有一個月要給健保局提方案啊，那真正審議的時間有一個月。(F302)</p> <p>3.可能有一種情形，在總額協商好了後，健保會在開委員會會議之前，可以先開一個專家會議看看有什麼問題或是意見，再做一些修正、諮詢。(F307)</p>

資料來源：本研究整理

參、深度訪談

健保會的制度設計與實際運作皆有不同的專業看法，在此本研究採用深度訪談的方式，對各方的看法進行收集。本研究共進行三波深度訪談，分別針對制度設計者、利害關係人以及具有行政經驗者為主要受訪者，以下針對受訪者的主題與資料進行說明：

表 六：深度訪談受訪者相關資訊（三波）

波數	對象	代號	代表立場	訪談日期	逐字稿字數*
第一波	制度設計者	V101	學者專家	2012/05/08	20176
		V102	政府官員	2012/05/09	17078
		V103	學者專家	2012/05/10	22605
		V104	政府官員	2012/05/22	22429
		V105	學者專家	2012/06/26	18184
第二波	利害關係人	V201	付費者代表	2012/08/07	24473
		V202	付費者代表	2012/08/08	24469
		V203	付費者代表	2012/09/27	15951
		V204	倡議團體	2012/09/14	20694
		V205	醫事提供者（西醫基層）	2012/08/29	32955
		V206	醫事提供者（大型醫院）	2012/09/17	22736
		V207	醫事提供者（中型醫院）	2012/10/19	17406
		V208	醫事提供者（私立醫院）	2012/10/11	13926
		V209	醫事提供者（牙醫）	2012/10/23	22140
		V210	醫事提供者（中醫）	2012/09/28	22289
		V211	醫事提供者（西醫基層）	2012/10/21	22027
第三波	實務經驗之專家	V301	有實務經驗之學者	2012/10/24	15909
		V302	有實務經驗之學者	2012/11/01	18616
		V303	有實務經驗之學者	2012/10/29	24046
		V304	談判專家	2012/10/26	16797
		V305	實務參與者	2012/10/19	12543

圖表來源：本研究整理

*若需訪談內容逐字稿，請寫信至 donc@nccu.edu.tw 索取

一、深度訪談 I

深度訪談在計畫初期執行，主要針對制度設計與執行的預期形況提出看法，邀請健保財政制度設計與執行者共 5 位受訪者，其領域跨足財務、制度、健保等專業，根據同一問題依據其專業表達不同立場。針對問題的意見彙整見表七，其他詳情請參見逐字稿內容：

表 七：深度訪談（一） 意見彙整表

議題	相關意見
一、過去為何無法收支連動？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一代健保，費協會的存在，讓支出不至於失控。但是費協會不必提平衡費率，且監理會會出來說不能掌。因此當法定規定要調整費率的時候，沒有形成慣例，所以在應調保費的時候沒有調整，就無法隨支出的增加，增加收入，所以無法收支連動。(V101) 2. 健保法規定在三種情況任一發生時，應該調整費率，但是遇到選舉、改組就無法調整。(V102) 3. 費協會和監理會由兩群人組成，因此立場不同。(V104) 4. 兩個會關心的重點不一樣，監理會關心的是不要調費率，費協會關心的是總額大一點所以變成兩會各管各的。(V105)
二、未來兩會合一，健保會的功能為何？兩會合一能否達成收支連動的目標？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 兩會合一未必能達到收支連動的目標，但是是一個機制，讓提供者和付費者等有個溝通平台，讓大家商量要用多少錢就應該收多少錢。(V101) 2. 兩會合一有可能達成目標，但是要看是否有個主委，有社會形象又有使命完成。(V102) 3. 收支連動不大可能，除非法規定的很詳細，否則它的定位就是諮詢單位，他沒有權利。(V103) 4. 未來健保會由同一群代表、利害關係人，希望它們在決定要支出多少的時候，也能夠想清楚我需要多少錢。兩會合一未必能達成收支連動的目的，但是讓收支有較好的連接。(V104) 5. 未來兩會合一後運作方式會跟過去不一樣。如果大家可以更成熟、理性，而不是一己之私討論的話，兩會才有辦法做出決議。(V105)
三、收支連動機制的時序問題。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一個月能不能橋出來，也不能夠確定，因為過去是很冗長的。(V101) 2. 時間安排問題基本上不大，因為基本上主管機關都比較大，他的時間會比較長；而送健保會執行的時間雖然只有一個月，但是主要要看主席。主席也可以說開三天會開到有結論，所以一個月不是大問題。(V102) 3. 上半年健保局先提資料、送衛生署、找醫院團體，這些過程

議題	相關意見
	<p>其實蠻久的。但後來健保局的支付審議，要分六個確實很趕。若時間不夠，就延期阿，其實每年都在拖。(V103)</p> <p>4. 前半年主要是因為前一個年度的資料還未出來，所已擬訂醫療給付範圍才需要這麼長的時間；但其實後六個月有這麼多的過程，時間上蠻趕的，如果可以的話，其實可以提早一個月，五月就提出總額範圍，這樣後面程序也不會這麼趕。(V105)</p>
四、收支連動的行政流程中，外部參與能否增加決策的正當性？	<p>1. 付費者加進去是種進步，因為付費者也是重要的利害關係人。(V101)</p> <p>2. 外部參與如果是完全民主代表或比例代表是好的，但是若無法達到，會是行政更沒效率。(V102)</p> <p>3. 公民參與的東西不能太細太專業，太細部的東西涉及能力。所以若要增加公民參與，不能討論太複雜的東西。(V103)</p> <p>4. 一個機制讓相關的利害關係人一起來協調、互動，讓更多人參與，才不會變成政府獨斷獨裁。(V104)</p> <p>5. 新的制度是比過去代表性強一點，多元參與當然是好的，過去沒有公民參與。(V105)</p>

圖表來源：本研究整理

二、深度訪談 II

針對研究目的第三項，對於未來健保會與其他利害關係人之互動，在第二波深度訪談中，本研究邀請不同類別的利害關係人共 11 位利益相關團體代表進行訪談，了解他們對兩會合一以及未來健保會運作的觀感。針對問題的意見彙整見表八，其他詳情請參見逐字稿內容：

表 八：深度訪談（二） 意見彙整表

議題	相關意見
1.過去健保在財務運作上最大的困境為何？造成健保虧損的原因有哪些？	<p>1. 新材料與新藥品的買價健保局應該做完整性的調查，看買價與國際價格相比是否合理？應該要有疾病整合計畫，避免重複看診或取藥。(V201)</p> <p>2. 過去財務困境包含藥價的問題，還有缺乏對民眾正確醫療的教育。(V203)</p> <p>3. 真正的問題是挹注不足，再來就是支出浪費、支出不公平；過度的將焦點放在醫療，而不去做有效的改革。(V204)</p> <p>4. 對於醫療提供者跟付費者來講，最大的問題仍是醫療浪費的現象，病人重複看診、取藥以及不必要的無效醫療。(V205)</p> <p>5. 財務最大的困境在於給醫療提供者的財務是不夠的。而虧損最大的原因包含政治裡的介入以及民眾端和醫療端的沒有善用資源。(V206)</p> <p>6. 最主要的原因就是台灣沒有把健保這件事清楚的定位，保</p>

議題	相關意見
	<p>險就是保險，不是社會福利，而這是政策環境的問題。(V207)</p> <p>7. 財務的最主要問題是不平衡，收入和支出沒有辦法很對等；而造成健保的虧損原因就是收入不足。(V209)</p> <p>8. 除了調整保費外，另一個最重要的因素就是重複檢查、看診的問題。若是轉診制度沒有確實落實，健保還是無法避免浪費。(V210)</p> <p>9. 第一是醫療浪費，病人重複看診的問題；第二，收入面無法增加，使得支出與收入不成比例。(V211)</p>
<p>2. 健保的組織體制的改革，未來監理會和費協會即將要合二為一變成健保會，合併後的兩會在協商溝通總額和費率會不會更有效率？能否滿足各方需求？</p>	<p>1. 實際上，兩個會的業務都有重疊之處，當然把兩個會合併是比較好的方向。(V201)</p> <p>2. 未來兩會合一，可以比較快知道第一消息，也可以避免浪費人力和時間，應該是比較好的。(V203)</p> <p>3. 原則上，大家都會支持合一。但事實上也只是在功能上將它們 ring together，可能會有效的就是喝止各行其是、過度擴張的問題，但不見得可以解決財務困境。(V204)</p> <p>4. 兩會合一後，惟恐運作上還是必須維持兩個小組的形式，避免原本費協會的效果遞減。(V205)</p> <p>5. 若民眾和提供者雙方都能顧慮到，那運作會很好。但兩會合一未必能夠更好，大家立場永遠不一樣。(V206)</p> <p>6. 兩會合一是好的，收支本來就該一起考量。表示學者專家大致上清楚問題在哪裡，只是清楚問題跟能解決問題是兩回事。(V207)</p> <p>7. 未來兩會合一賦予委員責任太大，表面可能會收支連動，但應該事之收不動，沒有人給讓保費升。(V209)</p> <p>8. 兩會合一後，應該是比較正確，一個負責政策、一個負責協議，兩者會有連結，避免兩個會的觀念跟想法不同時的衝突。(V210)</p> <p>9. 制度合一是很好。惟開會時間過短，不足以進行理性溝通，經常還沒有討論到重點，時間就到了，就必須做出決策。(V211)</p>
<p>3. 兩會合一對於健保吃緊的財務狀況是否有改善可能？這項改革是否需要其他更細緻的制度配套？這些配套措施為何？</p>	<p>1. 未來最大的問題就是補充保費，複利的概念是很嚴重的；第二，總額的成長率不一定要每年成長，數字膨脹率很快。(V201)</p> <p>2. 希望能有監督的小組，實地去訪查，才會比較深入各個基層去了解，不然現再去抽查，給我們的資料一定是沒有問題的資料。也可以舉行公聽會，讓民間人士參與。(V203)</p> <p>3. 若真正的問題是挹注不足，即使透過兩會合一也無法解決。政治的主張似乎還是不斷的影響這個機制，使得功能無法彰顯。(V204)</p> <p>4. 杜絕醫療浪費，提高自付額比例。(V205)</p> <p>5. 資訊透明和提供應該更完整。(V206)</p>

議題	相關意見
	<ol style="list-style-type: none"> 6. 在資源分配上要有更好的機制設計，最公平的方法不一定是最好的。保險會有道德風險、逆向選擇，這些應該被納入制度設計的考量。(V207) 7. 代表沒有掌握資料如何進行協商？政府應該要讓代表有幕僚，才能了解醫療的專業，對談才有意義。(V208) 8. 針對醫療浪費，應該要設計機制避免，像是透過計點或是自付額提高的方式去控制民眾的醫療浪費(V210) 9. 協商的時間過少，且各類代表內部亦有利益衝突與意見紛歧，政策取向與政治氛圍無法確實解決問題，往往在既有的框架下，缺乏改革性的突破。(V211)
4. 額範圍上下限的設定時間為六個月，確定總額、協商支付制度和費率審議的時間各為一個月，您認為是否有哪個階段時間較匆促、沒有辦法真正達到協商目的？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 在時序上不會有太大的問題，因為會有固定日子開會，那大家就會去算好，在一定的時程裡面完成。(V201) 2. 前六個月太久了，後面一個月一個月的話，應該會不夠。前面應該可以少一點，後面每個地方都多一個月。(V203) 3. 因為決策不是健保會的職權，所以時程安排上不會有太大的問題，惟相關資訊進入健保會的時間應該會提早。(V204) 4. 依經驗，通常都要到六月份的數據才會比較準確，可能因此導致協商往後延，或許要到十二月才能完全定案。(V205) 5. 前面的作業時間可以縮短一點。(V206) 6. 時程其實都是很標準化的東西，需要定一個時序表只是因為重視這些過程，往往支出面是很容易決定的。(V207) 7. 時間上大家可以去調配，所以應該不會有太大問題。(V209) 8. 時序上是還好，不會有太大的問題。不過，由於現在的安排剛好會遇到公會大選，建議將日期延後。(V210) 9. 協商時間不足，應該透過公聽會讓各類代表有發言的空間。真正的部門協商時間應該更充足，針對議程的安排應有所規劃。(V211)

圖表來源：本研究整理

三、深度訪談 III

執行第三次訪談時，已屆本案之末期。此次訪談的目的，是針對資料蒐集過程中，相關的問題提出解決方案，並將不同的方案交給具有行政經驗之專家，依據其看法，對健保收支連動機制提出政策建議。在此波訪談中受訪者共 5 位，多為健保議題的重要決策者，或者對公共政策協商談判的專家。針對問題的意見彙整見表九，其他詳情請參見逐字稿內容：

表 九：深度訪談（三） 意見彙整表

議題	相關意見
1.健保會相對於衛生署的決策權限	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健保會當初定位就是諮詢的角色，所以被質詢應該是署長的責任，制於衛生署尊重程度，就要看健保會會不會有共識。(V301) 2. 法已經明訂署長有裁決權。所以有共識的時候，基本上署長會尊重。(V302) 3. 健保會主要為諮詢單位，替部長做好幕僚的工作，最終仍由部長負責。(V303) 4. 健保會沒有民意基礎，只是衛生署長的幕僚單位、諮詢單位，由部長(署長)要負最後責任、受立法院質詢。(V305)
2.健保會的收支連動功能不完整	<ol style="list-style-type: none"> 1. 某些沒有納入健保會的支出金額很小，收支連動講的是大的金額，所以影響不大大。(V301) 2. 健保的醫療費用，都要經過健保會。(V303)
3.社會參與的選擇	<ol style="list-style-type: none"> 1. 社會參與的人選就是 common sense，大家公認的社會公正人士，法規上本來就不可能列很細，所以這個不需要太擔心。(V301)
4.健保會委員代表性的問題	<ol style="list-style-type: none"> 1. 代表選任基本上是團體推薦的，所以沒有甚麼問題；而有些無法參與出席的團體，有些專業性可能不足，若真的希望有管道發聲，可以透過公聽會等等。(V301) 2. 雖然有些團體不能進入委員會，但當然不可能大家都進去，所以應該有進場跟退場的機制。(V302) 3. 因為健保是公共政策，較弱勢的病友團體沒有辦法代表一群廣泛的人，所以可以透過公聽會或是兩會聯席會等方式表達意見。(V303) 4. 可以做一些基本資格的規定，基本上屬裡面只要合乎最低的要求就好，署裡面不要再有甚麼挑選的權力，這樣才不會讓主管機關掌握容辱進退，進而影響行為。(V304)
5.健保會委員專業性的問題	<ol style="list-style-type: none"> 1. 過去費協會一直有幕僚教導委員，不然委員沒有辦法進入狀況。(V301) 2. 應該由國家建立健保的幕僚智庫；另外團體也應有人一起參與學習，這樣對於協商或整個健保制度比較能進入狀況。(V302) 3. 過去委員會委員不懂的都會很認真在學，勤能補拙，所以專業性的問題還好。(V305)
6.健保會主委的選任方式	<ol style="list-style-type: none"> 1. 主任委員從學者那一部分選出，好處比壞處多，因為沒有政治包袱，隨時可以走人；而且主委不會影響協商的結果，只會影響協商的速度。(V301) 2. 從學者專家選一名沒有特別意見，也是可以。如果說這個人選要由行政院長選也可以但為了獨立性，應該讓主委有任期保障。(V302) 3. 主委如果由委員互選的話，可能會有拉票行為，大家會鬧

議題	相關意見
	得不愉快；而且選出來的人不一定會專業的主持。所以先由衛生署長或部長遴選，之後要改再改。(V305)
7.健保會決策事項分工問題	<ol style="list-style-type: none"> 通常重要的事情就會排在前面，運作這麼多年，所以如果是真的需要談的，一定在一開始就會進行。(V301) 議程設定上要做一些選擇才能確保開會的效率，而且訂好規矩，大家都照遊戲規矩進行。而且談判不是只有在會議上，要講甚麼，也應該事前準唄。(V302) 委員會屬於合議制，無法檔委員的提案，因此看主席的議事能力，可以讓他發言快速做成決議，再繼續討論議程的內容。也可以考慮議程委員會，幫忙排議程順序。(V303)
8.總額對等協商之代表選取的問題	<ol style="list-style-type: none"> 對等協商如何進行是個難題，如果可以不投票，那就雙方九個人講話，但其他人可以出席；但這樣如果那九個人沒有把其他委員的想法講出該怎麼辦呢？還沒運作也不清楚。(V301) 對等協商人數不重要，因為不表決。(V302) 自行推派可能好一點，或許可以讓每個人參加一個或兩個sector，避免沒選上的人甚麼機會都沒有。(V303) 如果不是投票，對等協商人數不是重點。(V304) 付費者代表選取對等協商的代表可能抽籤，可能派比較會講話的人。(V305)
9.健保會決策資訊獲取的問題	<ol style="list-style-type: none"> 代表在委員會上提要求，主席就可以決定請健保局提供，跟組織層級沒有關係；但要不要給資料，也要考慮委員的動機為何。(V301) 有些事情是臨時提案，所以沒有資訊，如果大家覺得資訊不足影響判斷，那就把它延到下一個會期。我是覺得七天已經很足夠了。健保局會提供，但健保局提供資訊不是她們主要業務。(V302) 目前議程都在七天前送出，但有時候健保局要找資料，資料比較複雜一點，可能會來不及啦，這是事實。如果資料真的不足，需要補充，也可以移下次會議討論，但也要確保資料提供，不會被拿來作為他用。(V303)
10.時效可行性	<ol style="list-style-type: none"> 重點在於要求年年平衡，這樣的話時間不是重點，時間多常都是不會夠的。(V301) 事前準備功夫很重要，開會時間其實很短。大原則開會前沒有橋定，開會大概也橋不定。(V302) 時程往前挪一個月應該是可以，多一個月總是比較好，但實質上有沒有幫助也不知道，要看後面的運作狀況。(V303) 由於資訊不夠充足，所以不是很確定。不過可以想像未來可能依著時程安排，各方代表會有所行動，進而影響協商的進行。(V304)

圖表來源：本研究整理

第三節 量化資料收集之方法

透過焦點團體與深入訪談後，對於收支連動機制的制度設計與運作已有基礎了解，而針對決策程序中，健保會與利害關係人互動的實質樣貌，本案則希望有較全面性的呈現。是故，本研究將採用問卷調查的方式，對利害關係人進行問卷發放，再將問卷結果以統計模型進行處理。藉由統計模型作更系統性與全面性的分析，了解制度運作與人員互動的關係及影響。以下，針對問卷調查的步驟與運作模式進行簡要說明（見表十）：

表 十：資料蒐集步驟表

資料蒐集步驟		
步驟 1	問卷設計	依據研究目的與理論概念，進行問卷設計
步驟 2	意義前測	針對問卷設計問題，進行前測，做為修改依據
步驟 3	問卷修正	
步驟 4	第二波前測	透過前測施放與結果，做初步分析，確認問卷在統計上的可行性與有效性。
步驟 5	焦點座談 III	針對問卷題組設計與第二波前測結果進行探討，修正問卷設計問題。
步驟 6	問卷修正	正式問卷定稿
步驟 7	正式問卷發放	發放數量：342
步驟 8	問卷回收與分析	回收數量：144

圖表來源：本研究整理

壹、問卷設計

由於問卷目的是要了解利害關係人與健保會中的互動關係。因此，為了確保問卷題目與研究目的相連結，本研究將透過兩次前測與焦點座談的結果再進行問卷設計的修正。在這些步驟下，問卷共有三個版本，首版問卷是依據理論與目的所設計，作為意義前測的版本（見附錄八）；第二版本則是在意義前測的看法下進行修正，並以此問卷進行第二波前測與焦點座談 II 的版本（見附錄九）；最終版則是經過修改後的正式問卷的版本（見附錄十）。

不同版本的問卷在於題組描述的差異與答案的修正，但在設計概念與問卷結構上

皆相同，以下，針對問卷設計進行說明。問卷結構與題組重點共分為四個部分：

第一部分是個人資料，基於研究需要，問卷需針對填答者的個人資料以及參與經驗作詢問。透過不同經驗的差異，作為後續立場差異的比較分析。

第二部分則是目前健保相關委員會運作狀況，包含委員會的組成、運作績效以及成果，其重要概念有三：

- 一、組織代表性：組織決策的參與者，對於代表的選擇、規模、比例之觀點。
- 二、組織內部運作：會議運作時是否具有效率、達成效率的要件等
- 三、組織外部效用：委員會決議是否對決策具有影響力、實際監督能力，以及是否達成預期目標。

在此分別探討監理會和費協會的異同，以此釐清現行體制下的問題，作為改革後制度成效的比較基礎。

第三部分是針對兩會合一後健保財務運作狀況做評估，依據個人經驗與看法，預期收支連動機制的成效。因此，問題著重於三個方向：

- 一、組織設計：強調組織代表結構與決策效力預估。
- 二、決策權限：著重於組織決策權限與決策效力預評估。
- 三、時間流程：財務決策程序中，各個否決點的時效性與預期問題。

第四部分則是針對組織面的健保會治理提出意見，預估在其他條件不變之下，兩會合一後的運作和治理成效。依此分列出評估績效與影響因素的問題，希望透過不同因素的影響比較，探求改革後的治理績效。

- 一、現行制度問題：針對現行財務收支連動制度的問題做釐清。
- 二、設定目標評估：政府進行兩會和一與收支連動改革的預期目標評估。
- 三、治理績效：包含公平、效能、效率三個面向的指標。
- 四、影響因素：正當性、領導效能與專業責任三種行政價值的作用。

透過以上四個部分的題組設計，可以評估利害關係人對改革前後的健保決策程序，在概念上有何差異。並且以其對健保會的看法，來推測未來健保會執行後，利害關係人的互動以及對收支連動機制的運作績效。

除上述主題外，問卷後面也附有相關資料，提供所有問卷受訪者有關收支連動機制的組織變動和決策時程等資訊，以確保受訪資訊的完整性。

以上四個部分的題組概念，皆透過不同的問題來呈現（見附錄十一），藉此評估利害關係人對改革前後的健保決策程序，在概念上有何差異。並且以其對健保會的看法，

來推測未來健保會執行後，利害關係人的互動以及對收支連動機制的運作績效。

貳、問卷前測

由於健保財務收支連動機制涉及各類利害關係人，且財務問題將影響未來健保體系運作的穩定性與持久性，所以必須確認問卷內容的明確性與信效度。為此，本研究在正式問卷發放前，共進行兩波前測工作。

一、意義前測

第一波前測為「意義前測」，其目的不是針對問卷結果作分析，而是針對各題題目與答案的設計提出意見，以完善問卷題目的精準性與可測性。依此，本次施測採用面訪方式，由五類受訪者中，各選取 1 位進行前測工作，並針對其看法對問卷進行修改（見附錄十二），作為第二波前測的版本。

二、第二波前測

（一）施測說明

第二波前測則是為確保問卷分析的信效度，在正式問卷發放前所進行的施測工作。依據基本統計分析的條件，本次前測在五類利害關係人中，²隨機選取 10 位受訪者發放問卷，透過電子郵件、郵寄的途徑施測，而每類則至少回收 4 份，共有 33 份，已經達到統計分析 $n>30$ 的基本要求。此工作之目的是將問卷結果進行統計模型評估，透過相關性檢定分析不同題目間的關聯與答案差異的顯著性，以確保正式問卷施發的有效性。

表 十一：各類別發放、回收數量

類別	發放* 數量	回收 數量
醫療提供者	11	5
付費者	12	8
民間團體	10	4
政府組織	12	9
學者專家	11	7
總計	56	33

資料來源：作者自行繪製

* 發放數量包含第一波前測之份數。

² 前測發放抽樣對象請見下節問卷發放對象之說明

（二） 前測結果

從上表可以得知，此波前測回收 33 份問卷，詳細次數分配狀況可參見附錄十四，以下分就問卷的四個部分說明前測的初步發現和結果。

1. 基本資料

首先就基本資料的結構觀之，以性別比例而言，受試者有 17 位男性、13 位女性，3 位未填答為遺漏值，兩者的差異不大；以年齡而言，40 歲到 49 歲以及 50 歲到 59 歲佔最多，顯示填寫此份問卷，熟悉健保業務的年齡偏高；以教育程度而言，受試者沒有國初中以下，以碩士為最多，大學學歷次之，高學歷的比重明顯；而學歷專長，前測回覆狀況較多元，但以經濟財務為最多，佔 18.2%；而委員會參與的狀況，48.6%的受試者有參與過監理會或費協會其中一個委員會或者兩者都參加過。

2. 現制回顧和檢討

問卷第二部分主要針對兩會現制的回顧和檢討，首先針對監理會和費協會的組成，就人數適當性而言，受試者多認為兩會目前的人數剛好。而約四成的人認為兩會現在團體代表由衛生署決定，認為是合理的，但若區分為合理和不合理二分時，認為合理的比例雖較高，但不合理的比例也接近五成。兩會的選任方式，受試結果則有較大的差異，其中三成七的受試者認為監理會代表選任應該維持現狀，三成三的受試者認為應該同類自行推選，但四成二的受試者認為費協會代表選任應該同類自行推選較合理，此題達統計上的差異（ $p < 0.05$ ），代表受試者對於監理會和費協會的代表選任意見上有明顯的差異。就組成比例而言，受試者認為監理會組成比例不合理達 64%，認為費協會組成比例不合理則為 49%，但無顯著差異。

就委員會的討論和決策效力而言，受試者對不論監理會或費協會的充分討論都持肯定看法，以回答同意為最多。衛生署對兩會的態度則有不同的結果，受試者中有 11 人認為衛生署大部分未採納監理會的決策，佔 44%；但只有 2 名受試者認為衛生署大部分未採納，而 24 個受試者認為衛生署大部分採納費協會的意見，顯是受試者認為衛生署採納監理會和費協會有差異，並達到統計上顯著（ $p < 0.01$ ）；然而即便受試者認為採納程度有別，但詢問兩個委員會有無存在必要時，受試者傾向認為兩個委員會有存在的必要。

3. 兩會合一後健保財務運作狀況

對於財務控制方式，最多人選的是量入為出，有 15 位受試者認同量入為出，同時有 4 位其他的意見認為兩者兼顧，但多數反映題目過於簡略，無法適當回答。而認為過去無法收支連動的因素包含費率調整受政治影響和收入支出未能相互考慮，各有 27 的回答次數。財務短絀的因素則以費率未隨支出調整、民眾醫療浪費和依事服務提供者醫療浪費為前三名。接著詢問未合費率不易調整，立法院干預有 22 人次回答，為最多數的答案，但政治考量和未解決醫療浪費也有超過 20 人次回答。

除了未來財務運作，兩會合一的人員組成有六成以上的受試者同意接近監理會的架構。總人數上，有分歧的意見，範圍從 15 人到 60 人皆有，但大多認為未來兩會合一後的總人數應在 30 上下，其中一半以上的受試者認為被保險人代表的數量應該增加，超過 46% 的受試者認為政府機構代表應該減少席次。

關於運作上，首先關於對等協商，27 位受試者同意對等協商，但也有受試者認為對等協商的運作方式保持懷疑的態度。對等協商中 17 名付費者如何選出 9 人進行對等協商，受試者認為由付費者代表共同決定或依據付費者代表比例推選較合理。兩會合一後衛生署的尊重程度，42% 的受試者認為無法判斷，而其他受試者則已較過去尊重佔比率較大，約三成的受試者認為未來衛生署將更尊重健保會的決策，但也有 24% 的受試者認為將沒有太大的差別。

二代健保法新增的部分，健保局（中央健康保險署）認為收入不足，可以提出調整費率方案給健保會審議，認為這個機制可行的比率將近六成。而針對健保會未於時間內完成平衡費率審議和協議醫療給付費用總額範圍，由主管機關決定的規範，同意的數量都較不同意的多，同意和不同意的比率約為六比四。若詢問位於時間內完成的處理方式的話，仍然已由主管機關定之為最多，佔 40%；但延用去年審議結果和延會直到做出決定也有約 20% 的比率。

最後有關時程安排方面，高達 78.8% 的受試者同意二代健保的時程安排。若考慮某階段可能有時間不夠的情形時，回答「總額協議訂定與分配」的時間不夠的次數最高，有 18 人次；其次為「費率超過上限，重新協議」、「給付範圍審議」「費率審議」，這三個階段都有超過 10 個人次的回答。時程安排的結果顯示受試者雖然同意二代健保法對時間的安排，但仍然憂心健保會是否能夠於時限內完成任務。

4. 健保會的治理評估

第四部分前五題主要針對兩會合一在收支連動、公民參與、權責相符、協商效率和保障弱勢五個面向評估。五個面向中，收支連動、公民參與、權責相符以及協商效率，受試者都持較樂觀的看法，同意的人數明顯超過不同意的人數。但健保會能否保障弱勢，則有悲觀的看法，只有 10 位受試者認為可能有助於保障弱勢，其餘的 23 位不同意健保會將有此功能。

第 58 題到 60 題為「公平」的題組，由三個題目組成，請受試者評估健保會未來能否達到公平原則，為了測量內部一致性的信度，進行 **Crobach α** 的檢測，其 α 值達 0.889³，代表此三題可以成為一個題組，但受試者對「公平」抱持悲觀的看法。第 61 題到 63 題為「效能」題組，其 α 值達 0.724，即此三題可以成為一個題組，受試者對未來健保會的運作效能則有兩極看法，同意和不同意各半。第 64 題到 66 題為「效率」題組，其 α 值達 0.845，代表此三題可以成為一個題組，受試者對健保會的運作效率評估，也是同義和不同意各佔約一半。

第 67 題到 69 題為「正當性」題組，其 α 值達 0.873，受試者認為未來健保會的正當性無法提高的比率較高。第 70 題到 72 題為「領導效能」題組，其 α 值僅有 0.401，去除 72 題後， α 值將達到 0.787 受試者。受試者傾向同意「未來主管相關政策部門，具有充分意願與健保會合作」和「未來健保會會將收支連動當作最主要任務」，但「未來首長對於健保會的決定，會展現出政策領導的角色」，受試者抱持不同看法。最後第 73 題到 75 題為「專業責任」題組，其 α 值達 0.783，顯示受訪者傾向相信未來健保會決策的專業程度。

5. 前測結果小結

雖然前測的份數只有 33 份，然而前測的回覆意見以及次數分配提供正式問卷修改的基礎，修正題目的用字以及選項，讓正式的受試者更能了解題目和選項意旨。

除了上述的初步結果之外，前測結果發現有無參與委員會經驗，對於某些題目的意見有顯著的差異⁴。這個結果顯示有無委員會經驗對健保不論在組成或者運作上，

³ 通常 **Crobach α** 係數大於 0.7 以上，代表此量表構面具良好的信度。

⁴ 包含費協會團體選擇方式 ($p<0.001$)，監理會團體選擇方式、監理會代表選任方式、時程安排、兩會合一是否有助公民參與、健保會是否能展現社會不同意見、健保會各利害關係人都能受公平對待、健保會未來處理財務問題，是否依據前後一致的決策標準、健保會未來在我國健保決策過程，是否為具代表性的公共組織 ($P<0.01$)，監理會是否充分討論、費協會是否充分討論、期限內未協商完畢，主管機關決

都有不同的看法，故雖然有意見認為發放應以實務經驗者為主，且問卷題目與實際經驗有部分關聯，但仍應針對無委員會經驗者進行施測，期望能在不同議題釐清各方的意見。

參、問卷發放

一、發放對象

依據研究目的，本研究需探討健保會如何與各相關利害關係人（如醫療提供者、付費者、政府組織、民間組織、一般民眾等）之互動關係。其中，針對「一般民眾」部分，本研究將調整為對「學者專家」執行，其原因：

- （一）由於本研究執行期間，兩會合一收支連動機制尚未執行，因此，其他利害關係人如：醫療提供者、付費者、政府組織、民間組織等，皆是依據過去對監理會與費協會之參與經驗，提供未來與健保會互動之看法。然而，一般民眾並未實際接觸健保財務決策程序的運作，因此，對於未來健保會收支連動機制的運作，並無基本理解，所以在專業的問卷填答上，無法產生有效的問卷評估效果。
- （二）針對問卷發放的部分，醫療提供者、付費者、政府組織、民間組織皆是以「組織」
- （三）或「專業工作類別」進行發放，在統計模型上有其解讀分析的依據。一般民眾的問卷數目約 50 份，在抽樣上，無法滿足統計推估的標準。
- （四）健保財務收支連動的運作涉及財務平衡、醫療範圍與制度設計等多項專業領域，針對財務收支連動的運作評估，應該徵求相關學者，提供專業的看法與建議。

基於上述三項因素，本研究將修正利害關係人分析中，有關一般民眾的問卷發放將以學者專家替代之。是故，發放類別為醫療提供者、付費者、政府組織、民間組織與學者專家共五類。

定機制之合理程度、兩會合一是否有助於權責相符、兩會合一是否有助於保障弱勢、健保會的財務決定，對主管機關決策是否有決定性影響、健保匯未來在買賣協商，能在預訂時間內完成、健保會代表在健保財務決策時，是否會以專業正具為主要考量（ $p<0.05$ ）。

二、母體與抽樣

本案題為健保收支連動機制的研究，而涉及收支連動的利害相關人多為利益團體或行政相關單位，是故本份問卷為菁英型問卷。因此利害關係團體指認的來源主要由行政機關提供之監理會、費協會參與團體名單、以及二代健保改革法人名冊，還有各類利害關係人團體的相關團體等，詳見表十二說明。

針對本案之問卷發放單位將有以下兩種模式：

- (一) 以團體/組織為單位：針對醫療提供者、民間組織與付費者代表，由於他們參與健保會是以團體代表身分，因此，每個團體將發放一份問卷。
- (二) 以專業工作類別：針對學者專家與政府組織，由於學者與政府組織是依據專業和分工出席，因此，學者將以個人為單位進行發放。而政府部門則依據組織分工進行發放。

本案依據上述資料來源，共發放 342 問卷，而基於統計推論的標準，本研究在五類利害關係人中之有效樣本數共回收 144 份，符合推論 ($N>30$) 的有效性（名單請見附錄十七至二十一）。

表 十二：團體抽樣標準

類別	發放 數量	回收 數量	回收 率	填答 單位	抽樣標準
醫療 提供者	87	41	47%	團體	<ul style="list-style-type: none"> · 二代健保法人建議名冊 · 監理會、費協會之醫事提供者代表團體 · 牙醫師公會全聯會、中醫師公會全聯會、醫師公會全聯會、藥師公會全聯會之次級區域公會組織
付費者	37	14	38%	團體	<ul style="list-style-type: none"> · 監理會、費協會之被保險人代表團體 · 商業總會之次級區域公會組織 · 全國職業工會之次級區域公會組織
民間 團體	49	13	27%	團體	<ul style="list-style-type: none"> · 監理會、費協會之參與機關代表 · 二代健保法人建議名冊 · 相關疾病醫療之倡議團體
政府 組織	71	36	51%	工作 執掌	<ul style="list-style-type: none"> · 監理會、費協會之參與機關代表 · 健保局相關業務單位 · 衛生署相關業務單位 · 各縣市衛生局 · 健保局各區分局
學者 專家	98	40	41%	個人	<ul style="list-style-type: none"> · 二代健保規劃小組名單 · 監理會、費協會之參與代表
總計	342	144	42%		

圖表來源：本研究整理

第四節 資料分析與研究流程

壹、資料分析方法

本研究定性與訂量資料蒐集後，將採取以下分析方法進行，茲分述如下：

一、質化研究

本研究應用質化研究中的內容分析法作為分析資料的引導方針。內容分析法源自傳播學界，係運用一套程序，從分析的內容作有效的推論而及於背景涵義，是針對文字形式的傳播媒介進行分析的一種研究工具（王石番，1991）。因此，對於文字內容的解讀與分類，研究者依據資料的內容，將文件中的文字，或是焦點團體的訪談結果，以理論的方法歸類成很少的幾個內容類別，以客觀系統化的步驟，把文件內容所傳達的訊息加以分類統計，並根據這些分類的資料作敘述性的解釋。

根據內容分析法的原理原則，本研究主要的整理和分析步驟如下：

（一）謄寫逐字稿

將個案訪談的錄音帶，以忠於訪談者用語為原則，完成逐字的謄寫。

（二）進行編碼（open coding）

本研究採取開放編碼的方式，在研究者詳細閱讀受訪者的回答之後，依照研究目的從訪談逐字稿中圈出關鍵字句與受訪者所要表達的意念，於記錄空白處寫下評注與感想，並對這些關鍵意義給予命名，或分別註明類別。

（三）建構類屬

初步先以訪談大綱問題為架構，根據每位受訪者回答該問題的特質，按性質分類，形成分析的主題。從各個受訪者中的紀錄找出對同一事件共同的描述，並依序對同一分析主題下的相同或不同情形做歸納整理。

（四）文獻印證

在質性的研究中，蒐集、回顧文獻的工作應是一持續性（ongoing）的工作，除了在研究初期文獻蒐集階段之外，在資料分析的階段仍須持續蒐集與本研究個案有關之文獻，與訪談資料做比較與印證，同時也協助筆者在進行分析工作時補充訪談不足之處，並隨時引發研究者更多的思考與創造。

（五）建構類型與概念化

將上述歸納之結果，依據所涵蓋的意義與內容，統一賦予一個適當的概念名詞。

（六）資料的引證與呈現

引用受訪者自我陳述的第一手資料，來作為研究中的引證實例，藉此來輔助研究者所進行的資料分析，這些資料的呈現完全以受訪者自我陳述的語言來說明。

透過對文本資料內容分析法的解讀步驟，能給予研究者一個計畫性的架構，以及一個新的研究過程，相對而言，也減少研究者本身在處理資料上的主觀性，增強研究結果的信、效度。

二、 量化分析

針對電子問卷回收的有效問卷數，本研究係以 SPSS for Windows 17.0 與 STATA 的套裝軟體來進行資料分析，考量研究變項的性質差異，以及統計方法的適用性等問題，除卻基本的資料分析之外，將著重於對於受訪者對兩會合一、收支連動體系的評價，以及可行性的測量與分析。

貳、研究流程

本計畫研究流程如下圖三所示。本研究之進行可概分三個階段，第一階段為背景資料及文獻的蒐集與探討，並建立觀念性架構，觀念性的架構主要如前述所論，梳理有關行政部門委員會的運作、公有財產性資源與自治機制的設計、以及組織與制度因素影響總額執行績效的相關文獻，進一步建構具可操作性的研究設計與導引。除了理論與過去背景的瞭解外，在第一階段中，本研究將檢視目前收支連動機制在運行上的相關資訊與困難，進行經驗現象的理解，以及未來制度設計的預期看法與問題。並針對國外制度運作經驗，提供台灣未來體制運作的反思與參考。這個階段將使用文獻研究、深度訪談、以及焦點座談等方法。

建立起觀念性架構後，本研究以其為基礎，開始進行第二階段工作。第二階段為問卷設計與執行階段，該階段藉由焦點座談的舉行，以確立本研究第三階段預計施測的利害關係人訪問調查問卷。在問卷設計上，主要是透過前述的分析所累積的基礎知識所建構，透過學術與實務專家的焦點座談確認本研究所建構的問卷，之後再進行訪問調查。

第三階段為問卷以及深度訪談的資料整理與分析，問卷的資料在經過 coding 後，將透過 SPSS 與 STATA 統計分析軟體進行進一步的分析。焦點團訪談的結果，也將進一步透過逐字稿的整理透過內容分析的方式予以歸納，並撰寫報告，最後提出本研究結論與建議。

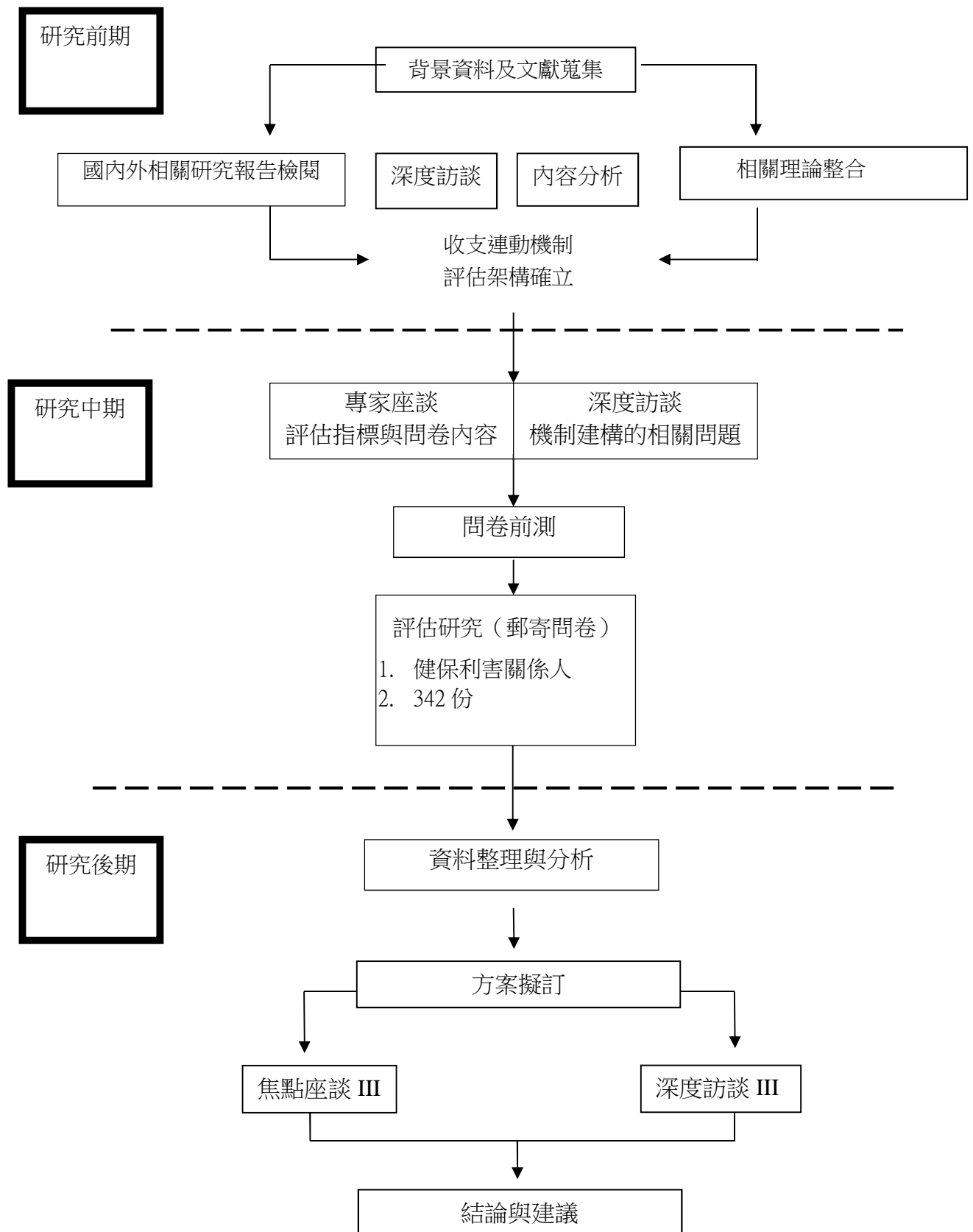


圖 三：研究流程圖
資料來源：本研究整理

第五節 小結

綜合上述，整個研究所使用的每一種資料蒐集與分析方法，將會在本研究的不同階段不斷被使用，本研究歸納研究問題與研究設計，並將相關的資料蒐集方法與資料來源說明如下：

表 十三：本研究之研究目的、研究方法、及分析內容

研究目的	研究方法				分析內容
	跨國資料	深度訪談	焦點團體	問卷資料	
(1) 文獻探討施行健康保險的國家，在財務上具收支連動機制（例如德國、荷蘭）者之運作模式，提出對我國健保新制下財務收支連動之運作建議。	o				<ul style="list-style-type: none"> 我國健保財務失衡問題的相關著作 德國與荷蘭在健保財務平衡機制上的設計。
(2) 依據需求單位所提健保會總額協定與費率審議之組織任務與時程，評估其法律、行政及時效可行性等。		o	o		<ul style="list-style-type: none"> 深度訪談 I 與 III 探討財務評機制的預期困難與解決方案。 焦點座談的 I 與 III 探討在行政時程上困難與解決方案。
(3) 依據需求單位所提健保會法定任務，探討健保會如何與各相關利害關係人（如醫療提供者、付費者、政府組織、民間組織、一般民眾等）之互動關係		o	o	o	<ul style="list-style-type: none"> 以焦點團體 II 探討問卷發放。 問卷發放於五類利害關係人，了解其對健保會的看法與立場。 深訪 II 對各利害關係人做深入訪談理解其對健保財務機制的立場。
(4) 研提具體運作機制之相關建議供健保會等相關政府機關或單位參考。	o	o	o	o	<ul style="list-style-type: none"> 根據上述問題與看法，提供相關政策建議。

圖表來源：本研究整理

第四章 他國制度比較與經驗分析

由第二章文獻檢閱與立法過程可知，財務收支連動機制是二代健保改革的重要核心。然而首次執行的台灣二代健保，仍舊有許多待解決的困境。他山之石可以攻錯，究竟該如何透過制度設計達到收支連動的效果，本章節將以國外經驗為分析標的，針對德國與荷蘭兩國的健康保險財務收支連動機制進行討論，包含制度設計、運作效果與影響的分析，以作為我國健保新制下財務收支連動之運作建議。

第一節 他國制度比較與經驗分析—荷蘭

壹、 荷蘭健保財政體制

荷蘭健保體制為多元保險人制，其主要保險規範有二，一為「全民疾病保險法」(Ziekenfondswet, 簡稱 ZFW); 另一則是「全民特殊醫療成本保險法」(Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, 簡稱 AWBZ)。兩項皆為強制性保險，前者為一般疾病的保險範圍，其保險型態包括 64% 的法定保險人，以及 31% 的私人保險，還有 5% 的公務人員保險 (Kyre, 2010)。後者則是重大疾病與長期照護為主要保險範圍，全民都必須納保 (羅紀琮, 2006)。

荷蘭在 2006 年時推動改革，私人保險與 AWBZ 保持現狀，而全民疾病保險則做了修正，將過去 ZFW 的三個體系法定保險人、私人保險以及公務人員保險合併至「全民健康保險法」(Zorgverzekeringswet, 簡稱 ZVW)，具有所有人民皆有納保義務 (Leiber etc., 2010)。在荷蘭的財務收支連動機制中，由健康照護保險委員會 (College voor zorgverzekeringen, 簡稱 CVZ) 統一管理全民健康保險與長期照護保險的財務收支。以下，針對 CVZ 的組織結構與功能定位進行介紹。

貳、 健康照護保險委員會的組織結構與業務分工

荷蘭為一社會統合主義的福利國家，此點也反映在健保財務收支連動的體制上，CVZ 為健保財政的管理機關，其組織結構分為兩層(見下圖)：

首先是整體政策管理的行政委員會(executive board)，為 CVZ 的最高層級，組織型態為合議制組織，有三位委員，由荷蘭衛生、福利及體育部 (Ministerie van

Volksgezondheid, Welzijn en Sport) 任命。第一位是負責整體行政業務的委員會主席，而其他兩位委員則分別管理 CVZ 的兩大業務—照護政策與保險政策，由於兩項業務具有關聯性，因此在改革後，重要決策必須至行政委員會共同決議，並且由行政委員會向主管部會負責。在委員選任部分，主要有幾種可能性，包含研究健保領域的學者專家、參與過 AWBZ 或 ZFW 的自治團體委員，或者曾於相關行政部門任職的官員都可能被選任。

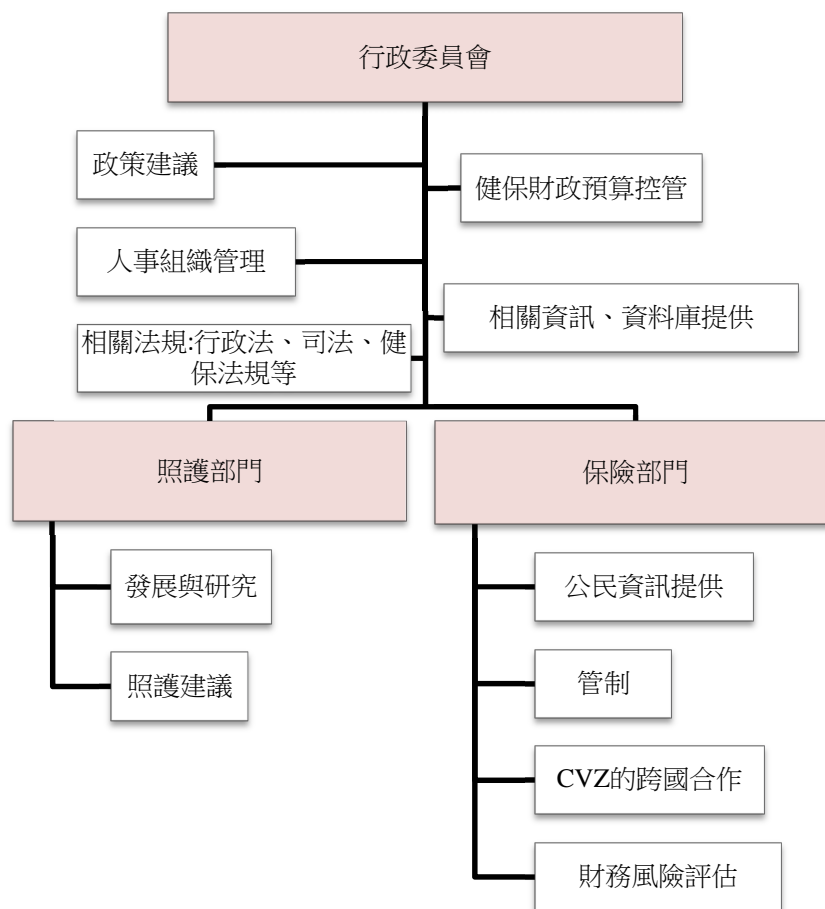


圖 四：CVZ 工作結構圖

資料來源：CVZ 官方網站(<http://www.cvz.nl/en/home>)

第二層則是由兩位委員分別管理的照護部門與保險部門：

照護部門的主要業務有二，第一項是照護計畫的監督、評估，透過科學分析來評估照護政策的執行成效與管理上的方式；第二項則是政策建議，主要是針對政策整體計畫的結構作探討，其焦點著重於保險人、被保險人與主觀機關間的政策爭議點進行分析，作為政策計畫修正的基準與參考。

保險部門的工作相對較複雜，主要任務有四，包含公民問題諮詢、保險業務管制、跨國合作以及財務風險評估。其最重要的工作便是管制與財務風險評估，前者是針對被保險人的保險業務進行控管，如非法移民、旅外人士、特定團體等；後者則是對保險基金的財務風險與 AWBZ 進行控管。

由上可知，CVZ 在改革後，整合了相關的保險業務，包含研究、管制、執行、公民服務等不同的功能，組織內專屬行政人員超過 300 名，提供專業且完整的健康保險政策。

參、 健康照護保險委員會的政策功能

由上述 CVZ 的任務範圍不只涵括了財務平衡，還包含健保運作的監督與規則管理等，以下做簡單介紹：⁵

一、 提供政策建議

由於健保政策含括社會團體、政府政策、政黨立場等多種不同的觀點。因此，衛生、福利及體育部進行政策制定時，多會要求 CVZ 進行政策評估與分析，而 CVZ 的政策建議也常成為政府政策的基礎。其政策建議的工作包含以下：

- (一) 有關 ZVW 和 AWBZ 所保險的涵蓋範圍與內容；
- (二) 必須向所有利害相關人，包含保險人、政府聯絡處、醫療提供者、被保險人說明有關保險涵蓋範圍的訂立標準與原因；
- (三) 關於保險體制運作經營的成本控管。

二、 平衡財務結構風險⁶

此部分是針對健保財務平衡所設計的工作，包括：

- (一) 分配保險收入給保險人：CVZ 將依據保險人的投保者結構分配保險費收入（percent premiums），以平衡保險人的財務風險結構。其保險費的收入來自於兩個 CVZ 所控管的基金會—健保基金會與特定醫療支出的一般基金。

⁵ 資料擷取自 CVZ 官方網站：<http://www.cvz.nl/en/home>。

⁶ Risicoverevening，風險平衡機制。此風險平衡是針對保險人的財務風險進行評估，在多元保險人的體制下，各保險人的投保者型態有所不同，而投保者的疾病風險程度（如年齡、生理狀態等），就影響保險人的財務結構。因此，政府為確保保險人的財務穩定與競爭能力，在 CVZ 中建構風險平衡機制，透過一套風險計算公式，來評估保險人的投保者風險，包含疾病、醫藥、照護等不同的花費，作為保險人的成本預算，並作為發放保險費用的標準。以此平衡保險人間差異過大的風險，是故稱為風險平衡機制。在荷蘭與德國的健保財務連動機制中都有使用。

- (二) 檢驗保險人所送出之成本預算。
- (三) 告知保險人與政府單位有的風險結構的修正模式。
- (四) 提供衛生、福利及體育部有關預算平衡的建議。

三、針對特健保事項進行管制

針對特定群體，在健保事務上有不同的規範標準，這也由 CVZ 來執行：

- (一) 未依法繳交保費者的懲罰
- (二) 也監督醫事提供者的服務狀況
- (三) 退休者、老年者、家庭照護等不同的繳費標準違規問題等。

肆、與其他組織間的關係

儘管 CVZ 的行政委員會是由部會首長任命，其組織位階也隸屬於部會之下，但由於其主要任務目的是提供符合社會需求的健保業務，因此，在工作的過程中，必須與不同組織相互聯繫，才能獲取不同面向的資源與資訊，利於組織目標的達成。

首先，就政治層級而言，CVZ 隸屬於衛生、福利及體育部之下，本來就與部會中的相關任務單位關係緊密，CVZ 每年所提供的報告與政策建議，不只針對保險內容與結構，並且與法規和立法的推動相互連結，作為主管機關制定政策的基本考量。此外，在管制方面，最重要的夥伴則是荷蘭健保監理處(Dutch Healthcare Authority, 簡稱 Nza)，其主要工作內容是監督、保障健保的公共利益，在兩者的共同合作之下，使健保業務可由社會層次的觀點，透過公私協力的方式共同執行政策。

再者，在社會組織方面，為確保保險內容符合公民需求，CVZ 定期與病友團體、消費者團體、健保監督聯盟（Zorgautoriteit）合作，透過各種方式如問卷、座談會、工作坊等，了解公民對於保險內容的滿意度以及其他需求，作為給付範圍修正的參考。此外，也將相關資訊、政策方向提供給這些社會組織，讓相關團體對於政策的發展方向與資訊較能理解，有助於政策的推動。

最後，保險支出端的保險人與醫事服務提供者，也屬於 CVZ 的夥伴組織，CVZ 雖不介入其交易關係，但卻針對服務品質與顧客需求提供其資訊與建議，並且在健保成本與內容上提供保險人相關資訊，和醫事提供者自治團體（Zorgverzekeraars）做資訊上的相互流動，因此在支出面上，CVZ 也扮演了重要的中介角色。

由上述可知，CVZ 在健保業務的運作上具有多重角色，有時扮演政府政策的提供

者、執行者，另一方面與社會組織連結監督健保業務，此外，也必須介入支出面的資訊平台，是故，在健保政策的運作上具有相當高的自主性，以一個中立的自治性組織和不同群體間的互動網絡，來穩定荷蘭健保財務的運作。

伍、 健保財務的收支連動機制

荷蘭全民健康保險的財務收入分為兩部分，一為國家稅收，另一則是統一保費收入。而就保險人的保費部分也分為兩部分：一為定額保費（*Nominale premie*），另一是統一保費（*procent premie*）。定額保費由投保人直接交給保險人，保險人可自由決定費額。統一保費則是依據收入標準繳交保費，則將費用交給健保基金會，再由健保基金會交付給 CVZ，和其他收入一起發放給保險人。

針對統一保費的費率決策程序（見圖五），由於荷蘭是內閣制國家，因此，政府政策都必須送至國會做審查。是故，保費的調漲，首先是由 CVZ 根據健保財務平衡狀況向荷蘭政府提出建議，再由政府提案至國會（*Tweede Kamer der Staten-Generaal*），由國會決議（*Leiber etc., 2010；Götze, 2010*）。

此外，有關補充保費的部分並不含括在 ZVW 的強制保險中，而由保險人自行運作，這部分與我國二代健保的補充保費改革直接改善健保財務的概念有明顯的不同。這樣的設計一方面透過統一保費來穩定保險人的財務風險，以及被保險人的投保權利，另一方面則透過補充保費來強化保險市場的競爭關係，讓保險人有管理市場策略的空間，並且藉由競爭提升保險人的運作效率，給被保險人提供更好的服務。

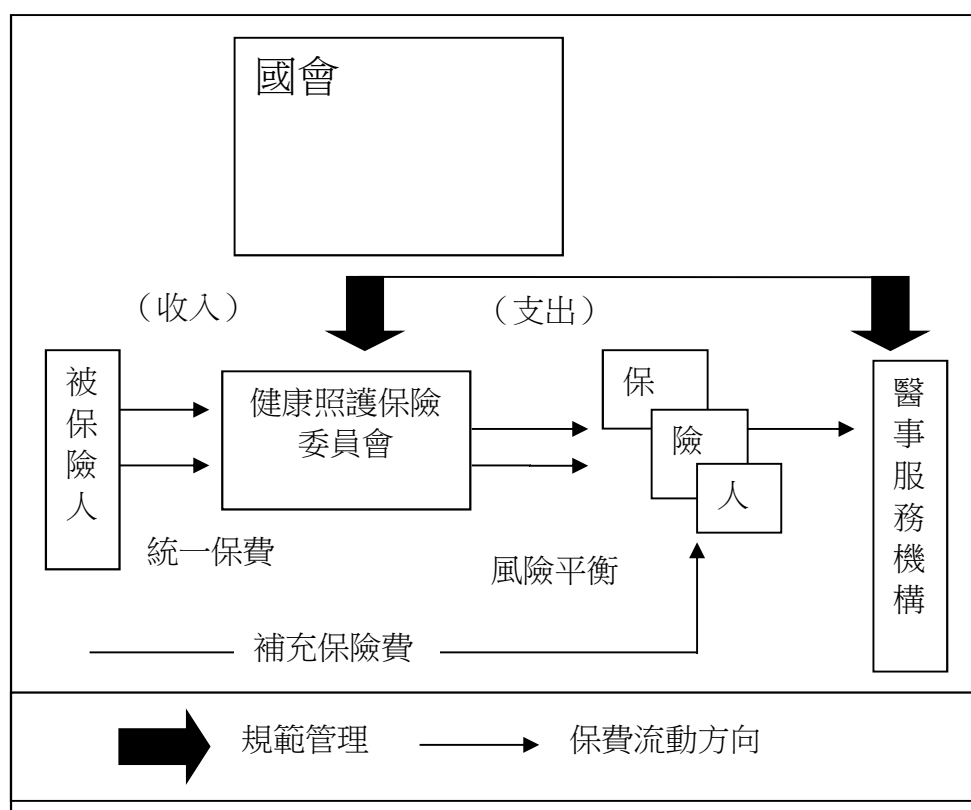


圖 五：荷蘭保險費用收支圖

圖表來源：本研究整理

第二節 他國制度比較與經驗分析—德國

壹、德國健保體制改革發展

德國是社會保險的創始國，其保險主要可分為法定健康保險（*Gesetzliche Krankenversicherung*，簡稱 *GKV*）、公務員健康保險，以及私人保險三類（呂秋香，2001）。就法定保險而言，其體制為多元保險人制，共分為七類，包括區域、企業、同業公會、農業、海員、聯邦和補充基金會（羅紀琮，2006）。

在健康保險領域，德國有非常強的社會統合主義傳統，其保險財務的收支都是由社會團體進行自主協商產生，包含雇主、受雇者、保險人與醫事服務提供者等在自治組織中推派代表進行討論，而達成健保財務政策的共識。

德國健保體制的運作是承襲畢斯麥模式（*Bismarck-Model*）的傳統，強調社會保險的概念（周怡君、林志鴻，2008），因此收取保費並不是依據個人健康風險的方式來計算，而是採收入導向的計費方式，希望透過健康保險體制的運作，可以達到社會資

源重分配的效果。然而，隨著人口結構與就業型態的改變，德國傳統的健保財務運作體系無法在適應新的社會環境，造成財務赤字的困境，與台灣所面臨的問題類似。其主要問題如下：1. 全職的工作者降低、雇傭關係改變；2. 人口結構改變，出生率下降，老年人口上升；3. 醫療水準提高，導致健保費用持續增加。

由此可知，德國健保模式的困境，並非是社會團體的組織自治能力產生問題，而是源自於社會結構改變，造成可繳納保費的主要人口比例下降，造成負擔變重，使不同型態的保險人的差異愈來愈大，而財務也愈來愈不穩定。

為了解決此項問題，德國大聯合政府在 2005 年起推動一系列健保財政體系的改革，其中最重要的關鍵便是國家介入健保財政程序的制度設計，希望藉此達到以下改革目標：1. 可負擔費率的安全性； 2. 保險人競爭提升；3. 提高健保醫療效率； 4. 增加投保人選擇權力。透過制度設計來回應社會結構的變遷，解決財務問題，使德國社會保險體系得以繼續運作。

貳、新制下的健保財務控制體制

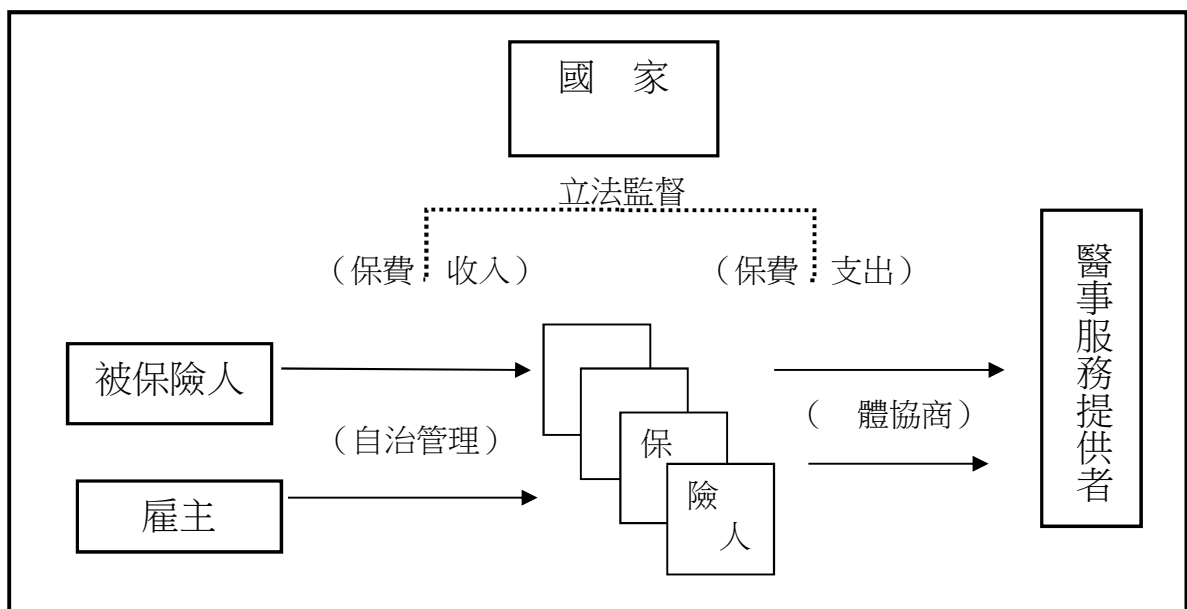
德國政府為了改善上述健保體制的問題，自 2005 年起推動的一連串改革方案，包括醫療支付制度、風險修正平衡機制、保險人內部組織改造（eine Reform der Kassenorganisation）等。其中，由政府控管的收支連動機制改革主要有三項：納保義務措施、統一保費、以及健保基金的創立，都被規範在社會法典中的法定保險規範（Sozialgesetzbuch V- Gesetzliche Krankenversicherung）中。而其保險範圍包括照護、退休、失業者等都含括於內（Jansen, 2007），這些制度的改革其實多數都是源自於對荷蘭健保制度改革的學習（Leiber etc., 2010），事實上，這些改革允許政府在費率的決定上，佔有越來越重要的角色，這一點與台灣目前的制度也更為接近。新法在 2007 年 4 月 1 日通過後，開始進行相關子法規的修正與制定，⁸於 2009 年 1 月 1 日開始實行，請見以下說明。

一、 健保基金的設立

首先，德國在健保組織體系上最大的改變便是「健保基金」（Gesundheitsfonds）的設立。此組織的設立不但改變了保險費用的收支關係，也使德國健保體制的利害關係人網絡產生變動：

⁸ 「加强法定醫療保險競爭法」（Gesetzliche Krankenversicherung Wettbewerbsstärkungsgesetz）。

過去德國健保體制的保險費用由保險人（Krankenkasse）、醫事服務提供者（Leistungsanbieter）、被保險人（Versicherte）、雇主（Arbeitgeber）等共四種團體進行自治管理（見圖六）。在保險費用給付部分，由被保險人與雇主和保險人共同協商，在管理會（Verwaltungsrat）中選派代表針對保險費用給付等保險事務進行討論。在醫療費用支付部分，則由保險人和各分類醫師公會在自治委員會（Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung）中探討有關醫療費用支付與分配的事項。⁹由此可知，在新制執行前，德國健康保險的收支制度是由這些社會團體透過自治組織進行協商達成共識，德國政府並不介入實質決策，然而，健保基金的創立，卻改變了這個決策結構。



圖六：德國 2009 年改革前保險費用收支圖

圖表來源：本研究整理

健保基金在 2007 年立法被放入「加強法定醫療保險競爭法」中，由聯邦保險局（Bundesversicherungsamt，簡稱 BVA）下屬的疾病保險及強制保險部門（Kranken- und Pflegeversicherung）管轄。健保基金屬於此部門中的一個單位負責處理，因此，不是一個獨立的自治組織，而是行政機關的一項專案。¹⁰

⁹ 引用自德國健康保險人 AOK 官方網站：http://www.aok-bv.de/lexikon/g/index_00347.html。

¹⁰ 德國「聯邦保險局」之組織架構，請參下列資料：http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_115/nn_1046532/DE/Bundesversicherungsamt/Organisation/Organigramm.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Organigramm.pdf。

二、 健保基金的功能

其主要功能是處理法定保險的財務收支工作（見圖七）。在收入方面，健保基金的收入來源有三分別來自受雇者（*Arbeitsnehmer*）、雇主，以及政府稅收（*Steuerzahlung*）。過去被保險人保費由投保人直接交給保險人，而在現則將保費交由健保基金管理。¹¹在支出方面，健保基金採風險修正機制（*Risikostrukturausgleich*），依據各保險人的結構進行保費分配，在此聯邦政府訂立的一套分配標準，包含其基本總額預算（*Grundpauschale*）、投保者的年齡、性別結構等（Altindal, 2008），此外也必須考量醫療服務費用的支出、行政管理費用、其餘支出等（Haverland and Stiller, 2010）。

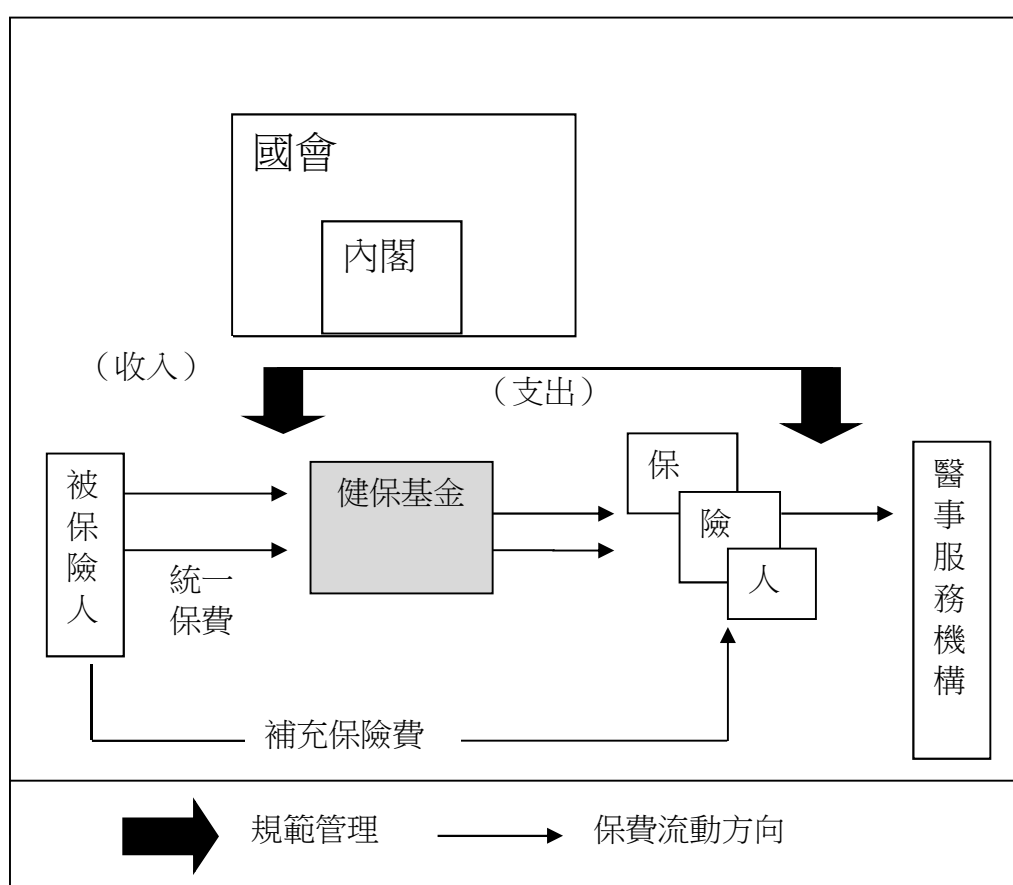


圖 七：德國改革後保險費用收支圖
圖表來源：德國健保局，本研究整理

由此可知，過去由保險人自行決定的保費收入與支出分配，在改革之後都轉移至健保基金的任務裡，完全由德國聯邦政府做掌控。一方面透過一致的標準來分配保費給保險人，另一方面也依據保險支出的狀況來調整收入面的費率。國家的角色不再像

¹¹ 保費計算部分待下節說明。

過去只做監督管理，也實際介入健保收支程序，並且和其他四種團體共同影響健保財務的運作。

三、收支連動機制

德國健保保費的收入為法定保險投保者的保費，相較於過去由保險人自行訂定，在健保基金成立後，保費費率由國家統一（*Einheitlicher Beitragssatz*）。由於德國為內閣制國家，行政立法合一的體制下，健保保費的費率將由聯邦政府提案至國會審議，由於健保費用涉及聯邦與各邦的稅收補助，因此保費必須在聯邦議會（*Bundestag*）和聯邦參議院（*Bundesrat*）都通過，才可進行調整（*Bandelow, 2009*）。

聯邦政府在考慮費率調整的部分有其基本規範：就調漲而言，當健保基金的收入無法達到 95% 的標準時，就必須調漲費率。調降的條件則是覆蓋率超過 100% 且降低 0.2% 的費率仍舊無法使覆蓋率在 95% 的標準。政府必須在當年度 10 月 15 日前，對保費的收入與支出做欲評估，以作為訂定次年費率之依據（*Altindal, 2008*）。而保費的分擔則由過去的各自負擔一半，改為由受雇者自付 9% 的規範，就比例而言，減低了雇主的保費支出。

除了統一費率外，為了強化保險人的財務平衡機制與市場競爭性，法規提供補充保費（*Zusatzbeitrag*）制度，由投保人依據需求自行繳交補充保費給保險人。¹²而其補充保費的增加，最多不能超過 2%，以此達到市場競爭與社會公平的原則（*Gress and Wasem, 2009*）。

參、德國 2009 年健保改革的後續影響

德國健保新制從 2009 年開始執行，在實際運作上產生許多影響，以下針對不同說明。

一、對保險人的影響

過去保險人自行決定保費調整，然而，依薪資收入所做的保險費費率調整，根本無法提升保險人的競爭力與解決財務問題。所以把統一費率交給國家，一方面讓國民

¹² 補充保費之概念說明：德國與荷蘭之補充保費，被視為風險平衡的外部控制模式，也就是國家只收管統一保費的部分，統一保費是依據收入進行評估。而補充保費則是投保者依據需求自行繳給保險人，國家並不介入。依此作為保險人間競爭的機制。相較於此，台灣的補充保費，仍舊由國家決定，而其收取標準也是依據收入決定，與一般保費的收取相似。是故，補充保費的概念有所差異（見圖八、九）。

達到基本的保險門檻，符合分配正義（*Verteilungsgerechtigkeit*）的原則，而透過補充保費來強化保險人的競爭（Henke and Richter, 2009）。在成本方面，健保基金設立使保險人不用再處理繁複的行政程序與費用，行政支出由健保基金統一發放，的確降低了行政費用的開支。再者，由於費率的一致標準，也讓保險人的財務風險結構獨立於投保人的收入之外，相較於改革前，不同保險人之間的極端化差異，的確使保險市場的異質性下降。

然而，對保險人來說，改革最大的問題就是「財務自主權的喪失」，由國家統一制定的費率，使其無法依據當年度的財務狀況進行費率調整，只能仰賴國家的供給。另一方面，保險人每年為了爭取穩定的保險收入，必須在前年提出預算計畫（*Haushaltplan*），對支出進行預評估。¹³因此所有的財務運作都必須在國家的監控下進行，而不再像過去可透過和付費者的協商作自主管理。

二、國家的角色與政治的影響

透過改革，政府在健保體系中的角色由監督轉為干預，這雖然降低了保險人財務運作的風險，但統一費率並且由健保基金會管理分配收入的方式，卻使的健保基金常有出現赤字的風險。

在新制下，健保基金的收入有保費與國家稅收兩項，當健保費用超支時，政府只能選擇增加政府稅收支出或者調漲保費，無論是哪個政策，都會引起社會民眾的反彈，造成政治壓力。過去由保險人自行承擔的風險，現在上移至國家，使國會各黨常為了保費調整或增加政府開支而產生爭論。

目前德國保費調整的資料如下（見表十四）：從 2000 以後直至新法執行前，各家保險的保費不一，平均保費約 14%，由雇主與受雇者各負擔一半。新法執行後，保費一開始設立在 15.5%，由雇主分擔 7.3%；受雇者分擔 8.2%。

至今歷經過兩次調整，首次是在 2009 年初由 15.5% 調降至 14.9%，雇主分擔 7%；受雇者分擔 7.9%。這是因為當時德國受到經濟危機的問題，政府為了降低人民的負擔而調降保費，而其財務缺口則由政府稅收補足。這樣的作法也影響了六月的聯邦議會選舉，使得執政黨-基督教民主聯盟在年中的聯邦議會選舉大勝，再度成為執政黨；但是另一個執政黨社會民主黨卻獲得新低，而淪為在野黨。

然而，這種牛肉政策的做法卻也造成財務負荷，因為政府在健保的支出不斷上升，

¹³ 保險人的預算計畫審查由聯邦保險局進行處理。

成為反對黨得以在國會持續攻擊的目標。是故，在 2011 年一月再度將費率由 14.9%調漲回 15.5%，¹⁴雇主分擔 7.3%；受雇者分擔 8.2%。這第二次的調整則引起來社會輿論的批評，被保險人皆抱怨保費調漲造成的經濟負擔；而保險人則認為健保基金根本就應該廢除，回歸過去的自主協商；而反對黨則藉此機會攻擊執政黨的政策無視於經濟困境。使得新政府的滿意度受到影響。

由此可知，當國家介入健保事務後，雖然暫時解決保險人的財務失衡問題，但卻反而增加政府的社會保險責任以及財務負荷，並且使社會保險政策多了政治因素的考量。是否會因此而造成健保財政平衡機制無法運作，則待觀察。

表 十四：保險費率表

時間	保險費費率	負擔	
	平均值	雇主	受雇者
1970	8.2%	各 50%	
1975	10.5%		
1980	11.4%		
1985	11.8%		
1990	12.5%		
1995	13.2%		
2000	13.5%		
2002	14.0%		
2003	14.3%		
統一費率			
2009.01.01	15.5%	7.3%	8.2%
2009.07.01~	14.9%	7.0%	7.9%
2011.01.01~	15.5%	7.3%	8.2%

圖表來源：德國聯邦統計局（Statistisches Bundesamt），本研究整理

三、 健保財政決策的轉向

德國健保改革的重點是希望透過財務風險修正機制，以一致性標準分配保費給保險人，希望能夠達到重分配的效果。有學者認為這是在收支主體的轉移，過去由保險人自主決定費率時，是以「量出為入」（Ausgabeorientierte Einnahmepolitik）的模式，進行保費的調整，但改由健保基金調節時，保險人的收入則須仰賴國家給予的保費，因此轉為「量入為出」（Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik）模式（Altindal, 2008）。

¹⁴ 保費調漲明文規範於法規中，見社會法典-法定保險法第 241 條：「統一費率以保險成員收入之 15.5% 收取。」，詳見德國司法部之網站：http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_241.html。

第三節 制度差異與健保會定位

藉由上述可知，德、荷兩國在健保財務連動的機制設計上與台灣有許多不同之處，以其核心組織為基礎進行比較（見下表），就可發現從政治結構、健保體制與主要委員會的功能都有很大的差異。

表 十五：三國健保財務收支連動體制比較

國家	結構條件		委員會功能		財務管理	
	憲政體制	健保體制	法位階	任務/功能	收支連動機制*	保費調整
荷蘭 照護保險委員會	內閣制	多元保險人	行政部門： 轄下有 15 個部門 超過 300 行政人員	管理所有健康保險和長照保險： · 向政府提供政策建議 · 平衡財務結構風險（保費收支計算發放） · 特殊群體的健保事務管制	量入為出 收入面： 委員會依據標準公式，計算保險人之投保人結構，分配保費收入。 支出面： 依據收入，由保險人自行與醫事服務提供者協商支出。	統一保費 健康照護委員會依據收支平衡計算與相關保險資訊，提出政策建議給政府。政府提案請國會決議。 補充保費 保險人提供保險專案給投保者，由投保者自行繳納補充保費給保險人，不經過健保基金。
德國 健保基金	內閣制	多元保險人	政府專案： 隸屬聯邦保險局下的部門專案 有固定行政人員工作	針對保費收支的專業計算與風險平衡管理		
台灣 全民健康保險會	半總統制	單一保險人	任務編組： 主管機關下的編組，未配置專屬行政人員	利益代表協商平台： · 協商保險費率 · 保險給付範圍 · 保險醫療給付費用總額分配 · 政策、法規之研究及諮詢	量出為人 由雇主、被保險人、醫事提供者進行協商。先進行支出面總額協商、再計算收入面費率。	統一保費： 健保會協商審議、主管機關核定 補充保費： 從相關稅收資源中選取直接挹注健保整體財務

圖表來源：本研究整理

*收支連動意指由國家管理的統一保費政策，由保險人角度解釋。

壹、健保會效力與任務

二代健保的改革理念，主要是想透過健保會的設立，一方面合併監理會與費協會的功能，使財務收支得以連動，另一方面則希望透過社會參與可以讓健保政策回歸供給與需求的專業探討，降低政治因素的干擾。相較於此，德國和荷蘭則由國會扮演決定費率的重要角色，也就是透過政治場域來決定健保財務收入面的困難決策，畢竟，保費調整（尤其是調漲的決策）的政治性絕對不亞於稅率的調整，但是，這些國家的發展和台灣有所不同，因而導致其管理健保財務收支的委員會角色也就有所差異。

首先，就法律定位而言：荷蘭健康照護保險委員會是屬於獨立自主運作的組織，儘管其主席由政府指派，但主席與相關委員多具有社會團體的背景，並且也和社會團體關係緊密，共同監督荷蘭健保運作體系。德國健保基金則是隸屬於德國保險局的官方組織，在保險局轄下的某一單位負責健保基金的業務，所以其工作內容是針對健保財務收支的平衡計算與控管。相較於此，台灣健保會是未來主管機關下的任務編組，負責健保的財務收支審議，由付費者、政府官員、醫事提供者、學者專家共同參與。

第二、就外部效力而言：荷蘭健康照護保險委員會對荷蘭全民健保與長期照護保險都具有監督管轄的權限，而在保費調整的決策權上，則有政策建議權，不具有決定權。德國的制度和荷蘭相似，健保基金主要是進行保費收支的平衡計算與管理，並不具有保費調漲整的權限，只能依據計算結果對德國聯邦健康部（**Bundesministerium für Gesundheit**，簡稱 **BMG**）提出政策報告和建議。是故，兩國財政收入面的金額（保費費率），並非由委員會裁決，而是由國會決定。這是基於內閣制憲法原則行政與立法合一的設計，因此，政治部門只有單一民意基礎，只要執政黨擁有國會多數，國會與行政部門對調保費的意見會有一致性的結果。相較於此，台灣在半總統制的憲政制度下，健保會調整費率的決定由衛生署作最後裁決，立法院雖然有審查健保局的行政預算，同時健保運作的預算是以作業基金的方式送立法院審查，基本上立法院過去對這個財務的問題並沒有從流程上介入，但是，一但有調漲費率的風聲或是提案，個別立法委員一定會站在付費者的一方盡監督行政部門的責任，讓選民可以看見。

第三、就委員會功能而言：在荷蘭與德國的體系之下，委員會對保險體系中的其他組織進行監督或管理。其功能不只是保費收支的政策建議，也有其他與健保財務相關的工作內容，例如，對保險人的財務風險控管、對健保法規的意見提供等（圖九）。台灣的健保會與兩國最大的差異在於，健保會只具有協商與審議的功能，是一個不同利益

代表共同決定健保財務收支的議論平台（圖八）。不像荷、德兩國國的委員會強調對保險人執行監督、管理的權限，我國健保會並不具有管理保險人的權力，而是協商審議健保財政政策，由衛生署裁決，也就是說，台灣健保會在收支連動的運作過程中，並沒有完整的行政決策權，而是健保收支連動運作過程中行政權的一部分而已，這個差異，也可以讓受訪者（V13）關於「兩會合一」無法自動產生「收支連動」作用的論述是有一定的根據；主要原因在於，台灣健保會既沒有國會的授權，也沒有行政部門的完整授權，只是行政權力的一個環節而已，過去分為收支兩個委員會背後的憲政權力配置關係，並沒有因為兩會合一而改變，相同的憲政權力配置對收支連動的影響將會是相同的。

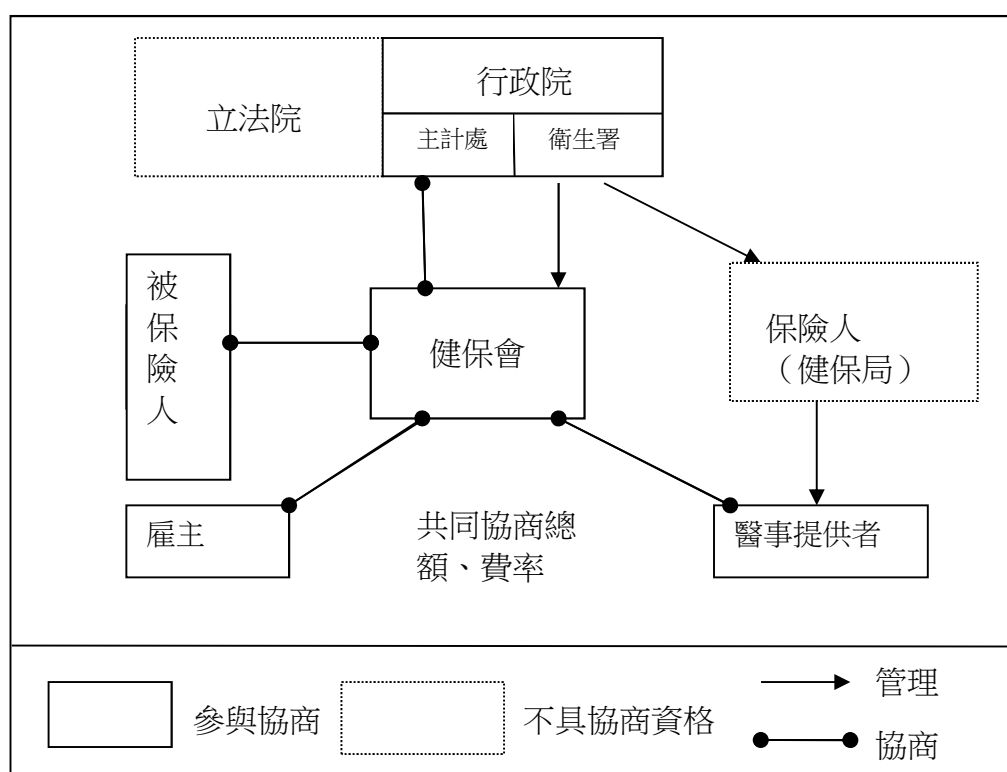


圖 八：利害關係人決策程序圖：台灣

圖表來源：本研究整理

由上述比較可發現，面對政治影響因素，荷、德直接將決策權力交託至國會，使保費調整的議題除了收支考量外，仍舊與政治情勢相互關聯，無論是以調降保費作為政策牛肉或者是因調漲保費而喪失政權，都無法單純由財政的收支平衡來考量費率調漲的議題。優點是有明確的課責對象，而無法卸責，執政黨與國會共同承擔調整與否的財務與政治影響。但也因此，保費議題常成為在野黨或輿論批評的對象，而不一定透過保費調整來達到收支平衡，而是藉由其他政府稅收來處理，所以產生廢除統一費率、回歸自主決策的說法。

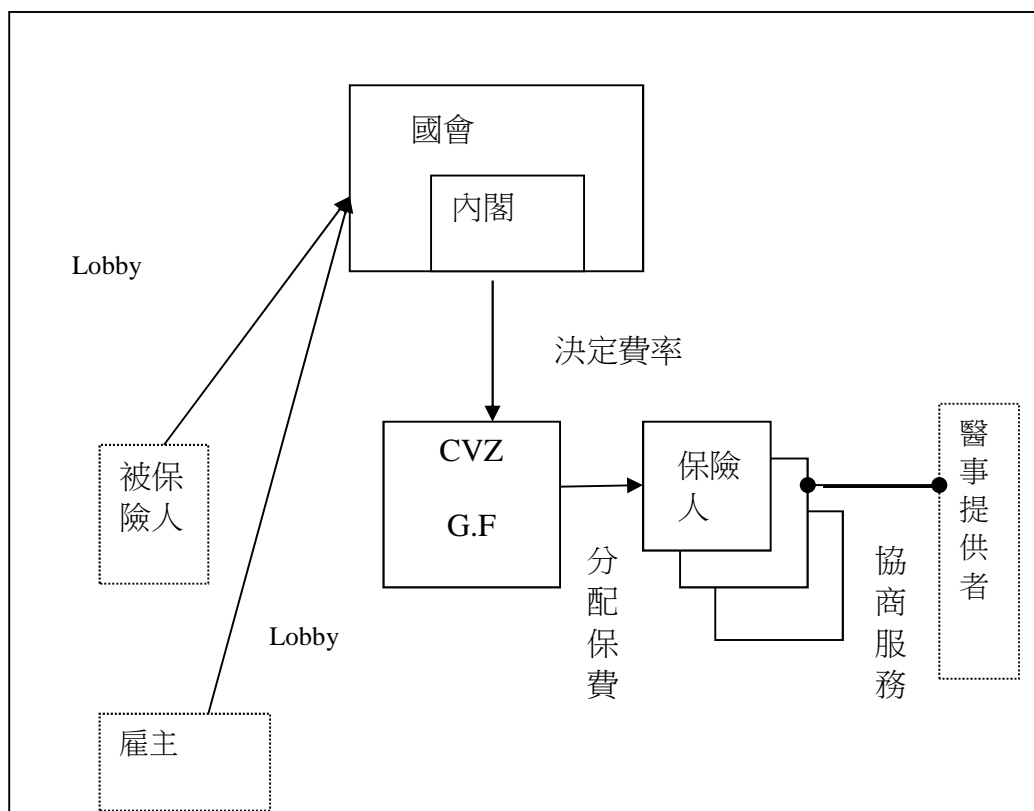


圖 九：利害關係人決策程序圖：德、荷
圖表來源：本研究整理

相較於此，台灣希望透過制度設計來降低政治因素的干擾，但委員會法位階與憲政體制的設計將無法完全排除此影響。因為委員會並不具有獨立運作的權限，仍舊由主管機關作裁決，也就是由主管機關擔負政治責任。而立法院雖不具有法律權力，但因為行政立法制衡的設計，也必定會透過質詢對保費調整政策進行干預。是故，若要強化委員會在收支連動機制的獨立運作能力，就必須在新制下，更注重其他的配套措施，以下，將由其他面向來探討配套制度的比較。

貳、行政系統支援

健保會權限的提升，不只是委員會本身在法律層次改革，其他相關系統的支援，也會強化收支連動的機制運作。就國外經驗而言，無論是荷蘭或德國，健保收支調整政策，都有很大的行政體制支援：荷蘭的健康照護保險委員會之下，共有 15 個專業部門，超過 300 名行政人員處理其保險工作，包含保險人財務風險控管、保險內容範圍規範、醫事服務成效等，都隸屬於工作內容。透過資訊掌握、專業能力與組織完整性，使其委員會在健保財務上的政策建議具有很大的影響力。而德國雖然沒有這麼龐大的組織體系，但健保基金隸屬於聯邦保險局之下，相關資訊的取得可透過同一單位的不同部門交流，

而提高建議內容的可信度。

相較於此，台灣雖然將兩會合一，賦予健保會比過去更多的職權，包含總額諮詢、協定總額與費率審議等，但隸屬於主管機關之下的任務編組，行政支援功能和決策權限的分離，使健保會不具有專屬的行政專業團隊，在缺乏健保相關政策的資訊控制權下，可能因此降低其決策的影響力。而使健保會無法達成收支連動的任務。所以是否有穩定且專業的行政支援團隊，使健保會的運作可以達到預期目標，便是很重要的配套措施。

參、收支連動與收支分離

針對財務收支連動體制的設計，還有一項結構不同所導致的制度差異（見圖九、圖十比較）。德、荷的健保體系有一個特色都是多元保險人，因此，在收支連動上，其實是指健保保費的收入與支出，都由國家指派委員會介入處理，但只針對被保險人與保險人這個區塊，也就是買賣保險雙方。而保險人與醫事提供者的醫療內容與費用支付體系，則是另外一個範疇。也因此，委員會在進行保費收支決策程序時，與醫事提供者並無聯繫，而是和保險人互動。

相較於此，台灣的健保收支連動體系中，由於單一保險人（健保局）的緣故，在健保會中，審議費率是由被保險人、雇主與政府稅收代表（主計處），以及醫事服務提供者，健保局反而不介入協商。因此，保險人在台灣健保的財務決策程序中，雖然具備專業的行政權力，卻退居買賣雙方直接協商一旁的二線地位，但是，這並不表示健保局沒有決策的影響力。起碼在專業資訊的提供上，健保局相較於付費者代表甚或是醫療服務提供者，雖然扮演協助健保會的幕僚作業角色，但是從目前或是未來主管機關內行政運作的角度來看，健保局在專業資訊上仍然站有絕對的優勢；這個優勢由於健保會與健保局之間並沒有行政指揮監督的關係，必須要透過署內政治決策高層大力支持下才有可能，反之，如果署內政治決策高層與健保會的決策有明顯不同的立場，健保局基於我國行政倫理的傳統，是不可能違反署內長官的意見而去主動協助健保會的，更重要的，未來健保局自從 100 年改制行政機關之後，未來在主管機關（衛生福利部）當中，將會成為三級的中央健康保險署，其署長的任命有可能是政務與事務雙軌制，不論如何變革，健保署長的政治性一定不低，健保會能夠直接獲取重要的決策甚至是對外說明的資訊，都需要和未來主管機關的政治高層，保持一定的和諧關係；是故，為確保收支連動機制的運作可行性，保險人與付費者和醫事提供者於健保會協商時的互動關係，需要更進一步的規劃探討。

第四節 小結

透過國外經驗與台灣新制的比較可發現，健保政策的重要決定被交付在不同的政治條件與制度架構中，因而呈現不同的財務平衡模式。從國外的制度設計可提供我國在健保會運作時的四點參考：

首先，針對健保會的獨立運作性，德國與荷蘭在內閣制之下，將健保費率等重要議題交付國會決定，也就是由政治場域進行最終決定，由國會負責。相較於此，我國將健保視為專業議題，希望透過健保會的運作，讓利害關係人共同決定，而降低政治因素的影響。然而，在制度設計上，仍由主管機關負最後責任，因此，在專業性與課責性間的模糊地帶，仍舊無法避免政治因素的考量，將可能導致健保會獨立功能受到影響。

再者，就決策資訊而言，健保會雖被賦予健保收支連動的審議權，但在相關資訊的可獲取性與完整性上，卻沒有相同的配套措施，兩國在健保專業資訊的管理上，德國有完整的行政支援系統可作支持，荷蘭有獨立的保險管理團隊與研究智庫為基礎，而台灣卻只採任務編組的體系，而無獨立、龐大的資料庫可隨時因應政策要求作諮詢，這將使決策的選擇受限，內容也受到質疑。

第三，以社會保險體制而言，保險人的角色必須同時和被保險人與醫療提供者進行協商，由保險人肩負起社會保險財務運作與保險政策品質的責任。這在兩國的體制下，透過多元保險人的競爭機制得以執行，但台灣卻因單一保險人，而使健保局被視為行政機關，無法具體執行此項工作。一方面造成被保險人對醫療專業領域的資訊不對稱問題；另一方面則使醫療體供者的給付範圍無法客制化作彈性、適時的調整。

最後，在代表協商的結構上，德國與荷蘭為社會統合主義模式，社會團體具有明確、穩定的推選架構，可由下而上（bottom up）地決定代表人選，在相關政策的決策上具有代表性；相較於此，台灣在社會團體的組織自主性上尚未發展成熟，因而由主管機關遴選相關團體，但卻導致體制外的意見不一定可以被呈現的問題，降低決策的正當性，影響了社會福利政策的公平性概念。

根據上述四個面向的建議可知，台灣健保體系雖欲朝向專業、平等且穩定的目標發展，但在相關制度的設計上，仍舊必須考慮健保政策定位、我國政治文化和公民社會成熟度等因素，才能使收連動的機制確實執行

第五章 利害關係人問卷調查結果

本章節根據第三章第三節量化資料收集之方法進行發放問卷，本此問卷分為四個部分，共 60 題，包含個人基本資料、兩會運作現況評估、兩會合一後健保財務運作狀況以及兩會合一後健保會的治理評估等四個部分。由於題目需要對健保運作有相當程度的了解，因此定位為菁英問卷，針對利害關係人，醫事服務提供者、付費者代表、倡議團體、相關政府部門以及專家學者五個類別，發放 342 份問卷。回收有效問卷共 144 份，以下各節針對四個部分以及其他發現說明之。

第一節 基本資料

由於健保影響的範圍非常廣泛，各利害關係人對健保議題也必定持有不同的立場看法，故第一部分首先針對個人的基本資料，以了解受試者的個人背景（詳見附錄十五）。

從問卷的初步統計，可以了解本次問卷回收的基本架構，男性受訪者有 93 位（佔 64.6%），女性受訪者有 49 位（佔 34.0%），其中 2 位未填答為遺漏值，顯示填寫此份問卷以男性為多；就年齡而言，佔最高比例的受訪者為 50 到 59 歲的年齡層（佔 41.0%），可見熟悉健保運作狀況的年齡可能偏高；教育程度而言，最多的受訪者為碩士學歷（佔 34.0%）、博士（佔 30.6%）和大學（佔 28.5%），由此可見，受訪者高學歷的比重頗高。

委員會經驗中，由於前測結果顯示有無委員會經驗對於某些議題仍然存有歧見，因此不論有沒有參與過監理會、費協會，利害關係人都有發放問卷。其中有參與過其中一會或兩會接有參與有 47 人（佔 32.6%），沒有參與過的有 95 人（佔 66.0%），2 位未填答為遺漏值。而身分別中，以醫事服務提供者（佔 28.9%）、專家學者（佔 25.7%）和相關政府機構（佔 24.3%）回覆的比率較高，由於此三類的利害關係人發放的數量也較多，因此回收數量也較高。

第二節 兩會運作現況評估

兩代健保將於 2013 年正式上路，將現有的監理會和費協會將合併為健保會，因此希望請受試者先針對兩會分立的現況評估，以釐清現況的問題，並加以檢討。由於兩會

運作現況評估有跳題的設計，若應跳題為跳題、或不應跳題而跳題，由於無法得知受試者真正想法，故兩題將都以遺漏值作處理。

依附錄十五次數分配的資料，首先就組成結構討論，人數適當性中，超過一半的受試者認為目前監理會和費協會的人數剛好，但也有 32.6% 的人認為目前監理會人數過多，27.1% 的人認為目前費協會人數過多。而若討論比例過高的問題，不論監理會或費協會，受試者認為現行相關政府機構代表的比例過高；但對於醫事服務機構，受試者對兩會有不同的看法，只有 9.2% 的人認為監理會中醫事服務機構比例過高，但 18.2% 的人認為費協會中，醫事服務機構比例過高。比例過低的問題，56 人（佔 38.6%）認為監理會沒有比例過低的問題；但針對費協會，受試者認為專家學者過少；而受試者認為第二比例過低的團體都為醫事服務機構（分別佔 24.8% 和 22.3%）。針對代表性的問題，受試者認為監理會沒有代表性問題為最多，共 47 人次（佔 25.5%），接著認為被保險人有代表性問題，共 39 人次（佔 21.2%）；而受試者認為費協會中被保險人有代表性問題為最多，共 40 人次（佔 22.0%），其次多為費協會沒有代表性問題（20.3%）。成員組成的結果顯示大部分的受試者認為現行制度的兩會人數適當性高，但內部成員比例和代表性的問題，仍有改善的空間。

而代表選任的問題上，現況參與團體由衛生署統籌決定，受試者對監理會和費協會的態度差不多，認為合理的受試者最多（監理會佔 27.8%；費協會佔 29.2%），但次多的回答為有點不合理（監理會佔 25.0%；費協會佔 23.6%），因此雖然認為合理的強度較強且人數較多，但仍有部分的人認為這種機制不慎合理；若認為由衛生署統籌決定不合理，而要用別的機制選出代表團體的話，最多人贊同遊同類團體自行推派的方式。

此部分最後針對開會和決策功能討論，97% 的受訪者認為監理會和費協會有開會無法充分討論的問題，其中造成無法充分討論各方意見的主因為「各類代表本位主義過強」，監理會共 113 人次（佔 36.9%），費協會共 117 人次（佔 37.6%）；第二個因素則為「缺乏健保相關知識」，監理會共 62 人次（佔 20.3%），費協會共 57 人次（佔 18.3%）。而關於決策功能充分發揮的空間，受試者對兩會皆傾向不同意，主因仍因委員間本位主義過強，難以協調，因此使監理、費協兩會在衛生署轄下無法充分發揮。

或許是受試者對監理會和費協會功能和運作的看法不同，因此前測發現受試者對兩會的組成和運作狀況評估存在差異，因此此部分也進行成對樣本 T 檢定，檢視受試者對兩會的評估是否存在差異。第二部分結果與前測有些許差異，前測中受訪者對監理會和費協會的評估在代表選任、衛生署採納意見上有達統計上顯著差異。但正式施測的結

果發現，受試者對監理會和費協會的評估差異不大（見表十六），顯示受試者對監理會和費協會的評估沒有太大的不同。

表 十六：現制監理會和費協會評估成對樣本 T 檢定

	t	自由度	顯著性（雙尾）
人數適當	-1.895	128	0.060
選任方式	0.574	58	0.568
衛生署採納程度	0.102	117	0.064

圖表來源：本研究整理

第三節 兩會合一後健保財務運作狀況

第三部分為健保財務運作狀況（次數分配詳見附錄十五），詢問受訪者財務困境和流程問題。費率調整至今只有進行過兩次，受試者認為調整不易的因素包含民眾未能了解費率調整的必要性，有 98 人次回答（佔 26.5%）、立法院的介入、行政機關政務系統的決策考量和醫療浪費也造成費率調整不易，另外也有認為費率公平性的問題會導致費率調整上的困難。而造成健保財務短絀的原因中，97 人次（佔 19.9%）認為費率調整受政治影響造成財務短絀，另外民眾醫療浪費也有 87 人次（佔 17.9%）。而財務控制方式，83 位（佔 57.6%）受試者認同「先計算收入，再考慮支出」和「先計算支出，再調整收入」兼用，另外也有意見認為應強調使用者付費的概念，才能達到財務控制效果。

欲比較兩會分立和合一的狀況，首先詢問受試者兩會合一抑或是兩會分立時能有更好的收支連動效果，受試者傾向認為兩會合一有較好的收支連動效果，同意兩會合一有較佳效果有 58 人（佔 40.3%），有點同意的有 57 人（佔 39.6%）。而衛生署對健保會的尊重程度，受試者多同意將超越對監理會和費協會的尊重程度。與健保局的關係中，與過去相比，受試者大多認為健保會對健保局決策的影響力，將超越現在兩會對健保局的影響。

新健保法有許多為了達到收支連動，而有別於過去的機制設計，包含對等協商、總額諮詢等機制。其中關於對等協商的規範，付費者代表 18 人，如何選出 10 人於一事服務提供者進行對等協商，59.6%受訪者認為依據付費者各類團體委員人數比例推選（即被保險人 6 人；雇主代表 2 人；主計總處 1 人）的方式較為合理，但也有受訪者認為若不需要投票表決，人數其實不是重點。為達到收支連動，未來總額範圍將諮詢健保會，68.1%的受試者同意此機制將有助於收支連動。二代健保法 24 條中，總額協商完成後，

健保局認為收入不足，可提出調整費率方案送健保會審議，104 位受試者（佔 72.3%）同意這樣的設計將有助於收支連動。

最後為有關時程上的設計安排，129 人同意前半年年為總額擬訂，後半年則包含總額協議和費率審議，這樣的順序安排。雖然有即高百分比同意時程的安排，但詢問哪個階段可能有時間不夠的問題時，卻沒有受試者認為皆無問題，大多擔心「費率超過上限，重新協議」（79 人次，佔 41.1%）、「費率審議」（65 人次，佔 33.9%）以及「總額協議訂定與分配」（35 人次，佔 18.2%）。依規定，若未於年度開始前一個月完成平衡費率的審議，或者未於年度開始前三個月協議訂定本保險的醫療給費費用總額範圍和分配方式，都將由主管機關決定，針對這個規定，6 成的受訪者表示同意此機制，但也由其他意見，任為主管機關不應介入，可考慮延長時間以達共識。

就現制與未來機制評估的部分（參見表十七），分數由 1 至 6，1 為「非常不同意」，6 為「非常同意」，故分數越高越同意，而平均分數中，若高於 3.5 分，即可認定為同意，表中可以發現「兩會合一後有更好的收支連動效果」的同意程度最高，平均分數達 4.1678 分，且標準差僅 0.9999，顯示受試者針對此題的離散程度不高，大部分受試者相信兩會合一後，將會帶來更好的收支連動效果。大體而言，未來不論是衛生署或健保局與健保會的關係，受試者都相信會有正面的改善，平均分數都超過 3.5 分。

而制度過程方面，受試者認為同意程度最高的是關於時程安排的設計，分數達 4.4718，標準差 0.80507，受試者對於時程安排的設計同意和共識程度都很高。由於二代健保有許多新的機制設計，雖然還沒有正式運作，但整體預評估而言，填寫問卷的利害關係人傾向相信這些機制能夠帶來更好的收支連動效果。

表 十七：兩會合一後健保財務運作狀況之平均分數

題目	個數	最小值	最大值	平均數	標準差
21. 兩會分立就能達收支連動的效果的同意程度	142	1.00	6.00	3.0282	1.31518
22. 兩會合一後有更好的收支連動效果	143	1.00	6.00	4.1678	0.99990
23. 兩會合一後，衛生署對健保會尊重程度會超越目前對監理會的尊重程度	141	1.00	6.00	3.9078	1.09480
24. 兩會合一後，衛生署對健保會尊重程度會超越目前對費協會的尊重程度	142	1.00	6.00	3.8169	1.13375
25. 健保會對健保局決策的影響力，會超過現在監理會對健保局的影響	142	1.00	6.00	4.0915	1.07786
26. 健保會對健保局決策的影響力，會超過現在費協會對健保局的影響	142	1.00	6.00	4.0352	1.09423
28. 據二代健保法第60條，主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。請問您是否同意這樣的設計能產生收支連動的效果？	131	1.00	5.00	4.0382	1.06990
29. 二代健保法第24條，總額協商完成後，健保局認為收入不足，可以提出調整費率方案送健保會審議。請問您是否同意這樣的設計能產生健保收支連動的效果	139	1.00	6.00	4.0863	1.25964
30. 根據二代健保法第24條、第60條和第61條，前半年為總額擬訂，後半年則包含總額協議和費率審議，這樣的順序安排，您是否同意？	142	2.00	6.00	4.4718	0.80507
32. 是否同意健保會應於年度開始前一個月完成平衡費率的審議，未於時間內完成，由主管機關逕行報行政院核定公告	140	1.00	6.00	4.0500	1.27129
34. 依據健保法第61條，健保會應於各年度開始三個月前，協議訂定本保險的醫療給付費用總額範圍和分配方式；若其不能於期限內協議訂定，由主管機關決定，請問您是否同意由主管機關決定的做法？	137	1.00	6.00	4.0584	1.28204

備註：分數越低表示越不同意，分數越高則同意程度越高。

圖表來源：本研究整理

第四節 兩會合一後健保會的治理評估

本份問卷最後的部分為兩會合一後健保會的治理評估，主要針對不同的面向評估健保會未來可能的成效。兩會合一是否有助於公民參與，受試者的看法較樂觀，99 人（佔 68.7%）同一兩會合一將有助於公民參與，能使未來健保會議件收納廣度提升。兩會合一是否有助於權責相符，共 110 人（佔 76.4%）持正面看法，兩會合併對權責相符有正面的影響。而協商效率上，96 人（佔 66.6%）同意健保會將有更好的協商效率。但保障弱勢的問題，受試者看法較悲觀，只有 65 人（佔 45.2）同意能保障弱勢，另外 72 人（佔 50.1%）認為健保會對保障弱是沒有幫助。

第 40 到 42 題為評估健保會「公平」的題組，其信度檢定 *Cronbach's α* 值 0.707，表示三題信度高，可為一題組；這三題的結果都是同意的數量大於不同意的數量，但兩者的差異不大。第 43 到 45 題為評估健保會「效能」的問題，其 *Cronbach's α* 值 0.743，受試者對三題回答的穩定度高，可為題組；受試者針對效能的評估，也是較正面的看法，尤其認為「健保會的財務決定，對主管機關決策有決定性影響」。46 到 48 題為評估健保會「效率」的題組，其 *Cronbach's α* 值為 0.794，可構成一題組。針對「公平」、「效率」、「效能」評估都可以發現同意的數量略高於不同意的數量，但部分題目同意和不同意的比率相近，顯見受試者中對這些問題仍抱有兩極的看法。

第 49 到 51 題為評估健保會「正當性」的題組，其 *Cronbach's α* 值達 0.822，可構成一題組；對「健保會未來在我國健保財務決策的過程中，是具備代表性的公共組織」抱持正面看法（同意共 101 人，佔 70.1%），對健保會代表在健保財務相關專業上，認為能勝任工作的比例也超過 5 成；但針對「健保會買賣雙方能建立共同解決財務問題的共識，而不只是保護自身利益」，則有超過五成的受試者不同意。

第 52 到 54 題為評估健保「領導效能」的題組，其 *Cronbach's α* 值僅有 0.625，顯示回答的穩定性不高。70.1%的受試者相信未來相關部門將具有充份意願與健保會合作；78.7%的受試者認為未來健保會會將「收支連動」作為其首要任務；60.4%的受訪者同意「未來主管機關的首長對於健保會的決定，會展現出政策領導的角色，進行相關介入與引導」。最後第 55 提到 57 題為「專業責任」的題目，其 *Cronbach's α* 值為 0.775，三個題目可以構成一題組；多數肯定未來健保會的專業責任，尤其同意「健保會的行政人員能適時提供充分的專業幕僚資訊」（共 110 人，佔 76.4%）。

參考表十八中的平均數，兩會合一後健保會的治理評估中，分數由 1 至 6，1 為「非

常不同意」，6 為「非常同意」，故分數越高越同意，而平均分數中，若高於 3.5 分，即可認定為同意。

其中「兩會合一有助於保障弱勢」、「未來健保會相關財務決策，都能找出相關的證據資訊，進行以證據為基礎的決策」、「健保會各類團體代表的名額分配，已經能充份展現社會上對健保財務問題的不同意見」、「健保會的代表們在健保財務相關專業上，足以勝任他（她）們的工作」、「健保會的代表們在作健保財務決策時，會以專業證據為主要考量，而不是從黨派政治角度出發。」和「健保會當中，買賣雙方代表能夠建立共同解決財務問題的共識，而不只是保護自身利益而已」這六個題目，分數不到 3.5 分，顯示受試者對於這幾個問題悲觀，擔心未來健保會在名額分配、專業度、本位主義等問題無法兼顧。

但其餘的題目都高於 3.5 分。其中受試者最相信兩會合一有助於權責相符，平均數達 4.10。而「健保會未來在財務上的決策，不會因民眾個人背景（如職業、社經地位、教育程度等）的差異，而有不同的待遇」分數雖達 3.77 分，但其標準差較大，利害關係人對於公平對待的歧見較高。

各題的平均分數可以顯示受試者對於兩會合一後財務運作狀況態度較樂觀，但在某些議題上，例如保障弱勢、本位主義、專業等問題上仍存有懷疑，這些應該是未來應特別注意的部分。

表 十八：兩會合一後健保財務運作狀況之平均分數

題組	題目	個數	最小值	最大值	平均數	標準差	Crobach α
	36. 兩會合一有助於公民參與，能使未來健保會意見收納廣度提升，增加正當性	137	1	6	3.94	1.116	
	37. 兩會合一有助於權責相符	138	1	6	4.10	1.048	
	38. 兩會合一有助於協商效率	138	1	6	3.90	1.069	
	39. 兩會合一有助於保障弱勢	137	1	5	3.42	1.041	
公平	40. 健保會各類團體代表的名額分配，已經能充份展現社會上對健保財務問題的不同意見	138	1	5	3.46	1.081	0.707
	41. 參與健保會的利害關係團體代表不論來自何方，都會受到衛生主管機關公平的對待	138	1	6	3.87	1.086	
	42. 健保會未來在財務上的決策，不會因民眾個人背景（如職業、社經地位、教育程度等）的差異，而有不同的待遇	135	1	6	3.77	1.221	
效能	43. 未來健保會相關財務決策，都能找出相關的證據資訊，進行以證據為基礎的決策	139	1	6	3.49	1.112	0.743
	44. 健保會未來的運作，能夠在討論中激盪出有效解決健保相關財務問題的看法	139	1	6	3.68	1.090	
	45. 未來健保會所作成的健保財務決定，對主管機關相關的決策具有決定性的影響	139	1	6	3.97	.963	
效率	46. 健保會未來每年在買、賣雙方的費率協商工作上，能夠在預定的時間內順利完成	138	1	6	3.55	1.004	0.794
	47. 未來主管機關會提供足夠的行政資源，維繫健保會的決策品質	139	1	6	3.55	1.071	
	48. 健保會未來在處理健保財務問題時，會依據前後一致的決策標準，回應民眾的需求	138	1	5	3.59	.942	
正當性	49. 健保會未來在我國健保財務決策的過程中，是具備代表性的公共組織	138	1	5	3.91	.911	0.822
	50. 健保會的代表們在健保財務相關專業上，足以勝任他（她）們的工作	139	1	5	3.42	.992	

題組	題目	個數	最小值	最大值	平均數	標準差	Crobach α
	51. 健保會當中，買賣雙方代表能夠建立共同解決財務問題的共識，而不只是保護自身利益而已。	140	1	5	3.24	1.065	
領導效能	52. 未來主管機關的相關政策主管部門，具有充分意願與健保會合作，一起解決相關財務問題。	140	1	5	3.89	.930	0.625
	53. 未來健保會的運作，會將『收支連動』當作是它最主要的任務。	141	2	6	4.11	.983	
	54. 未來主管機關的首長對於健保會的決定，會展現出政策領導的角色，進行相關介入與引導。	139	1	6	3.65	.953	
專業責任	55. 健保會的代表們，都願意花時間學習相關的健保財務專業知識，以提升他們參與決策的品質。	141	1	6	3.64	1.104	0.775
	56. 健保會的代表們在作健保財務決策時，會以專業證據為主要考量，而不是從黨派政治角度出發。	140	1	6	3.43	1.139	
	57. 健保會的行政人員，能夠適時提供充分的專業幕僚資訊，協助委員達成財務相關的決策。	140	1	6	4.08	.953	

備註：分數越低表示越不同意，分數越高則同意程度越高。

圖表來源：本研究整理

第五節 開放式問題

問卷最終提供受試者回答兩會合一相關問題的開放式問題，透過開放是題目，彌補勾選之封閉式問題的不足。主要詢問兩會合一未來窒礙難行、配套措施和其它建議的問題（參見附錄十六）。

在 144 名受訪者中，兩會合一致礙難行的地方的回答人數有 69 人。最多人認為政治干預的問題若無法獲得解決，不管分立或合一都無法根本解決健保的困境。其次認為，未來本位主義的問題將會是最導致兩會合一無法順利運作的因素。由於各方代表常常有只顧自己，不顧大局的想法，因此根本無法協商，不容易達成共識。而健保會的組織問題也成為受試者擔心的問題之一，健保會不具有實權，且附屬於衛生署，健保會能否發

揮其功能，或是只是橡皮圖章，無法達成其被期待的功能。除了前三項，專業性也是許多受試者憂心的問題，健保事務相當專業，若代表不具有專業性，則可能淪為不理性的討論，無法好好溝通協商的，因此未來健保會委員的專業程度將會深深影響協商的品質。

至於未來運作順暢的配套措施，填答人數有 69 人。其中填答者認為最重要的配套措施為專業訓練以及完整幕僚單位，如同前述，健保議題相當專業，為了避免淪為不理性的謾罵喊價或者資訊不對稱而無法做出適當決定，代表的訓練和幕僚是不可缺乏的，不論是建立代表實習的制度、交接、職前訓練或者由行政機關提供透明且正確的資料都是必要的。除此之外，建立良好議事規則也是使兩會合一運作順暢的配套之一，藉由議事規則的規範，讓參與的代表都能遵守各項規定，使協商過程能夠更順利進行。另外，增加前半年開會次數，以利代表間磨合、設定議程或透明健保會決策過程等都是讓健保會運作更加順利的配套方法。

最後針對未來兩會合一的建議，共有 57 人填寫。受試者希望除了解決窒礙難行的問題，增加配套措施之外，也希望能夠透過教育方式教導民眾正確資訊，才能開源節流，紓解財務困境。受試者多期待未來兩會合一後的健保會真的能夠做到公平、專業，依據證據而各方考量的委員會。

第六節 各類別對健保看法的差異

由於個人的背景容易影響對健保的看法，尤其是有無委員會參與的經驗以及所屬的類別，因此特別針對委員會經驗有無以及其所代表的身分做分析，以釐清各方對健保的期待和看法。

壹、委員會經驗對健保看法的差異

委員會參與影響實務參與的經驗狀況，因此特別分析有無委員回經驗與健保事務看法的差異（參見表十九）。首先關於代表問題，包含「監理會和費協會團體決定由衛生署決定的合理程度」以及「由主管機關決定健保會各類團體代表的名額分配，已經能充份展現社會上對健保財務問題的不同意見」。沒有參與經驗的受試者傾向認為衛生署決定較不合理，可能是因為沒有委員會經驗的人因為沒有管道進入委員會，因此認為由衛生署單方面決定的合理性不足。

針對「總額協商完成後，健保局認為收入不足，可提出調整費率方案送健保會審議」問題，有參與過委員會的受試者認為不認為這個機制有助於達成收支連動，反而沒有參與過的受試者認為有助於達成收支連動。或許過去運作沒有這樣的案例，因此有經驗的受試者不認為這個機制可行。而「健保會若不能於年度開始三個月前，協議訂定本保險的醫療給付費用總額範圍和分配方式，由主管機關決定」問題，有參與過委員會的受試者同意這樣的設計。由於過去常有協議不成的狀況，因此有經驗的受試者可能常有協商失敗的經驗，認為主管機關決定，才會有最終結果，因此贊成由主管機關決定。

另外「專業責任」的部分，有委員會經驗的受試者傾向同意「健保會代表，都願意花時間學習相關健保財務知識，以提升參與決策的品質」、「健保會的代表們在作健保財務決策時，會以專業證據為主要考量，而不是從黨派政治角度出發」和「健保會的行政人員，能適時提供充分的專業幕僚資訊，協助委員達成財務相關決策」。或許沒有委員會經驗的委員對健保會的運作有更高的期待，因此在專業責任的問題中，傾向悲觀。

表 十九：委員經驗獨立樣本 T 檢定

	委員會 經驗	經驗 比較	個數	平均數	標準差	平均數的 標準誤	獨立樣本 T 檢 定顯著性
一、12.監理會參與團體由衛生署決定的合理程度	有 無	有>無	37 81	3.97 3.46	1.142 1.351	.188 .150	.046 *
二、12.費協會參與團體由衛生署決定的合理程度	有 無	有>無	37 81	4.05 3.44	1.153 1.369	.190 .152	.020 *
三、29.二代健保法第24條，總額協商完成後，健保局認為收入不足，可提出調整費率方案送健保會審議。是否同意這樣的設計能產生健保收支連動的效果	有 無	無>有	44 93	3.70 4.27	1.374 1.172	.207 .121	.014 *
四、34.健保會若不能於年度開始三個月前，協議訂定本保險醫療給付費用總額範圍和分配方式，由主管機關決定。請問是否同意由主管機關決定的做法？	有 無	有>無	46 89	4.39 3.87	1.085 1.350	.160 .143	.016 *
五、40.健保會各類團體代表名額分配，已能充份展現社會對健保財務不同意見	有 無	有>無	46 90	3.78 3.29	1.052 1.073	.155 .113	.012 *
六、55.健保會代表，都願意花時間學習相關健保財務知識，以提升參與決策品質	有 無	有>無	46 93	4.00 3.44	1.095 1.068	.162 .111	.005 **
七、56.健保會的代表們在作健保財務決策時，會以專業證據為主要考量，而不是從黨派政治角度出發	有 無	有>無	46 92	3.91 3.16	1.112 1.072	.164 .112	.000 ***
八、57.健保會的行政人員，能適時提供充分的專業幕僚資訊，協助委員達成財務相關決策	有 無	有>無	46 92	4.37 3.93	.799 1.003	.118 .105	.012 *

備註：1.***：p<.001 ；**：p<.01；*：p<.05 2.分數越高代表同意程度越高。

資料來源：本研究整理

貳、身分別對健保看法的差異

本次問卷發放共有五種身分背景，各類背景的成員都有其專業，因此對健保的看法和期待也有差異，包含組成成員、收支連動、公平對待、影響健保財務因素、專業責任等問題的評估，以下分別說明身分別對於健保看法的差異狀況。

一、委員會組成成員問題

代表性意指參與的委員是否能夠充分代表所屬團體的意見。以次數分配表觀察，可以認為監理會和費協會無此問題的受試者最多。但從表二十、二十一的數據，可以發現不論哪個類別，都認為被保險人代表的代表性有問題。不只是被保險人代表，其他類別也認為現行的被保險人代表無法充分代表其所屬團體的意見，因此代表性的問題應是將來健保會選任代表的標準之一，才能真正代表其背後所屬團體的意見。

表 二十：身分別與監理會委員代表性問題交叉表

監理會哪一類委員有代表性問題								
	醫事服務提供者							
	專家學者	被保險人代表	雇主代表	醫事服務提供者代表	政府機構代表	其他	無代表性問題	總數
醫事服務提供者	4 10.5%	11 28.9%	9 23.7%	11 28.9%	8 21.1%	2 5.3%	10 26.3%	38 100%
付費者代表	2 16.7%	2 16.7%	2 16.7%	2 16.7%	2 16.7%	0 .0%	5 41.7%	12 100%
相關政府機構	1 2.9%	5 14.3%	4 11.4%	1 2.9%	5 14.3%	2 5.7%	22 62.9%	35 100%
倡議團體	3 25.0%	5 41.7%	3 25.0%	6 50.0%	3 25.0%	1 8.3%	2 16.7%	12 100%
專家學者	9 24.3%	16 43.2%	7 18.9%	5 13.5%	5 13.5%	1 2.7%	8 21.6%	37 100%
總數	19 14.2%	39 29.1%	25 18.7%	25 18.7%	23 17.2%	6 4.5%	47 35.1%	134 100%

圖表來源：本研究整理

表 二十一：身分別與費協會委員代表性問題交叉表

費協會哪一類委員有代表性問題								
	專家學者	被保險人代表	雇主代表	醫事服務提供者代表	政府機構代表	其他	無代表性問題	總數
醫事服務提供者	7 18.4%	11 28.9%	9 23.7%	11 28.9%	8 21.1%	2 5.3%	7 18.4%	38 100%
付費者代表	1 8.3%	3 25.0%	3 25.0%	3 25.0%	1 8.3%	0 0.0%	6 50.0%	12 100%
相關政府機構	3 9.4%	5 15.6%	4 12.5%	3 9.4%	3 9.4%	2 6.3%	17 53.1%	32 100%
倡議團體	2 16.7%	5 41.7%	2 16.7%	5 41.7%	3 25.0%	2 16.7%	2 16.7%	12 100%
專家學者	12 31.6%	16 42.1%	4 10.5%	7 18.4%	6 15.8%	2 5.3%	5 13.2%	38 100%
總數	25 18.9%	40 30.3%	22 16.7%	29 22.0%	21 15.9%	8 6.1%	37 28.0%	132 100%

圖表來源：本研究整理

除了委員代表性的問題之外，表二十二可以看到各類利害關係人對於目前兩會的參與團體選任方式也有不同的意見（Pearson 卡方值 13.511， $p<0.01$ ；Pearson 卡方值 14.816， $p<0.01$ ）。其中不論是監理會或費協會的團體選任，政府機構都認為由衛生署統籌決定合理比例極高，而以倡議團體最低；而醫事服務提供者、倡議團體和專家學者認為不合理的受試者都超過一半。由於由衛生署統籌決定，給與政府機構及大的裁量權，因此對相關政府機構而言，其認為合理比例較高；但對其他類別而言，或許減少進入委員會的經驗，尤其以倡議團體最為沒有機會，因此不合理的比率較高。

表 二十二：身分別與兩會團體選任合理程度之交叉表

監理會參與團體是由衛生署統籌決定，請問您認為合不合理？					
	不合理	百分比	合理	百分比	總和
醫事服務提供者	19	54.3%	16	45.7%	35
付費者代表	4	40.0%	6	60.0%	10
相關政府機構	9	30.0%	21	70.0%	30
倡議團體	10	90.9%	1	9.1%	11
專家學者	19	57.6%	14	42.4%	33
總和	61	51.3%	58	48.7%	119
費協會參與團體是由衛生署統籌決定，請問您認為合不合理？					
	不合理	百分比	合理	百分比	總和
醫事服務提供者	19	54.3%	16	45.7%	35
付費者代表	3	27.3%	8	72.7%	11
相關政府機構	9	31.0%	20	69.0%	29
倡議團體	10	90.9%	1	9.1%	11
專家學者	19	57.6%	14	42.4%	33
總和	60	50.4%	59	49.6%	119

圖表來源：本研究整理

二、影響健保財務因素

影響健保財務因素有很多，各個身分別認為影響健保財務短絀的因素看法即不同（參見表二十三）。醫事服務提供者、相關政府機構和學者專家認為主因為費率調整受政治影響、付費者代表和倡議團體認為是民眾醫療浪費。認為影響健保財務短絀的因素不同，將影響到其行為。另外值得注意的地方在這五類的身分別都不認為「兩會分立，使得收支不連動」是造成健保財務短絀的主因，也就是說，未來雖然兩會合一，但如果不同時處理浪費以及克服政治影響，兩會合一也未必能夠達到避免短絀的狀況。

表二十三：身分別與影響健保財務因素之交叉表

影響健保財務短絀的主要因素										
	總額 超過 保費 收入	兩會分 立，使得 收支不 連動	民眾醫 療浪費	醫事服 務提供 者膨脹 需求	健保局 管控不 當	藥價 差額	費率調 整受政 治影響	非協商 因素的 影響	其他	總數
醫事服務 提供者	15 12.1%	8 6.5%	27 21.8%	10 8.1%	6 4.8%	3 2.4%	31 25.0%	17 13.7%	7 5.6%	124 100%
付費者代 表	3 5.3%	5 8.8%	11 19.3%	9 15.8%	7 12.3%	5 8.8%	5 8.8%	9 15.8%	3 5.3%	57 100%
相關政府 機構	12 9.8%	12 9.8%	21 17.1%	19 15.4%	7 5.7%	6 4.9%	27 22.0%	18 14.6%	1 0.8%	123 100%
倡議團體	4 8.0%	4 8.0%	11 22.0%	5 10.0%	6 12.0%	4 8.0%	6 12.0%	5 10.0%	5 10.0%	50 100%
專家學者	19 14.3%	21 15.8%	17 12.8%	20 15.0%	6 4.5%	3 2.3%	28 21.1%	14 10.5%	5 3.8%	133 100%
總數	53 10.9%	50 10.3%	87 17.9%	63 12.9%	32 6.6%	21 4.3%	97 19.9%	63 12.9%	21 4.3%	487 100%

圖表來源：本研究整理

三、收支連動之評估

兩會合一主要的目的之一就是希望達到收支連動，但各種身分背景的受試者對於兩會分立或兩會合一與收支連動似乎有不同的看法（表二十四）。首先關於兩會分立就可以達到收支連動效果的問題（Pearson 卡方值 13.511， $p < 0.05$ ），除了醫事服務提供者外，其餘團體都有超過一半的受試者認為兩會分立的狀況無法達到收支連動的效果。但若詢問兩會合一與收支連動的效果中（Pearson 卡方值 14.549， $p < 0.01$ ），付費者代表、相關政府機構和專家學者非常同意兩會合一能達到收支連動的效果。

問卷結果可能顯示醫事服務提供者認為分立和合一應該不會是收支連動的主要因素；但基本上所有的團體對於兩會合一與收支連動的關係是比較樂觀的，相信兩會合一有助於收支連動，由其以付費者代表最樂見兩會合一後財務運作的狀況。

表 二十四：身分別與收支連動之交叉表

現行組織體制下，監理會和費協會本來就可以產生收支連動的效果					
	不同意	百分比	同意	百分比	總和
醫事服務提供者	18	43.9%	23	56.1%	41
付費者代表	10	71.4%	4	28.6%	14
相關政府機構	26	72.2%	10	27.8%	36
倡議團體	7	53.8%	6	46.2%	13
專家學者	30	78.9%	8	21.1%	38
總和	91	64.1%	51	35.9%	142
二代健保實施兩會合一後，將會產生比兩會分立時期更好的收支連動效果					
	不同意	百分比	同意	百分比	總和
醫事服務提供者	12	29.3%	29	70.7%	41
付費者代表	0	0.0%	14	100.0%	14
相關政府機構	2	5.6%	34	94.4%	36
倡議團體	5	38.5%	8	61.5%	13
專家學者	6	15.4%	33	84.6%	39
總和	25	17.5%	118	82.5%	143

備註：本表有格方格為數量 0。

圖表來源：本研究整理

四、主管機關決定之評估

避免協商破裂狀況的方法有許多，未來二代健保的機制即是未於時間內完成時，由主管機關決定之。這樣的機制雖然可以讓協商必定產生結果，但也讓健保會失去部分權力。觀察身分別與由主管機關決定的關係，發現身分別將影響其同意由主管機關決定費率以及總額範圍和分配方式的程度(Pearson 卡方值 15.400， $p < 0.01$ ；Pearson 卡方值 13.318， $p < 0.05$)。表二十五可以發現差異主要在倡議團體的態度，倡議團體不同意的比例偏高。可能的原因在於其他類別有較豐富的參與經驗，發現協商破局的狀況很多，因此常常必須多案併陳，而若沒有一個機制決定採取哪個方案時，健保的運作就會發生困難，因此大多數的醫事服務提供者、付費者代表、相關政府機構和學者專家都不會太反對這樣的設計，反而同意讓主管機關裁決。

表 二十五：身分別與主管機關決定之交叉表

健保會應於各年度開始前一個月，完成平衡費率審議；若不能於期限內協議訂定，由主管機關決定的同意程度					
	不同意	百分比	同意	百分比	總和
醫事服務提供者	14	36.8%	24	63.2%	38
付費者代表	2	15.4%	11	84.6%	13
相關政府機構	6	16.7%	30	83.3%	36
倡議團體	9	69.2%	4	30.8%	13
專家學者	10	25.0%	30	75.0%	40
總和	41	29.3%	99	70.7%	140
健保會應於各年度開始三個月前，協議訂定本保險的醫療給付費用總額範圍和分配方式；若不能於期限內協議訂定，由主管機關決定的同意程度					
	不同意	百分比	同意	百分比	總和
醫事服務提供者	14	36.8%	24	63.2%	38
付費者代表	1	8.3%	11	91.7%	12
相關政府機構	7	19.4%	29	80.6%	36
倡議團體	8	61.5%	5	38.5%	13
專家學者	8	21.1%	30	78.9%	38
總和	38	27.7%	99	72.3%	137

圖表來源：本研究整理

五、公平對待之評估

針對公平對待的評估，身分別與「健保會各類團體代表的名額分配，已經能充份展現社會上對健保財務問題的不同意見」具有相關性（Pearson 卡方值 31.860， $p < 0.05$ ）；身分別與「參與健保會的利害關係團體代表不論來自何方，都會受到衛生主管機關公平的對待」具有相關性（Pearson 卡方值 10.785， $p < 0.05$ ）。這個結果顯示身分別將影響對公平的評估。從表二十六可以看出差異，在名額分配的問題上，醫事服務提供者和倡議團體認為健保會的各类團體代表名額分配，無法充分展現社會對健保財務問題的不同意見，尤其倡議團體，這個結果或許源於醫事服務提供者內部即有許多類別，但每個類別無法有足夠的參與者；而對倡議團體而言，其能夠進入委員會表達意見的可能性較低，因此認為未來健保會也無法展現出社會上不同的意見。

而在受主管機關的公平對待問題中，也以倡議團體的不同意比例為最高，由於倡議團體不為主要的參與者角色，因此可能易受到忽視。這個結果顯示未來健保會應依法定之擴大參與，即使無法參與委員會，仍應注重非委員的意見，才能使健保運作更加順暢。

表 二十六：身分別與公平之交叉表

健保會各類團體代表的名額分配，已經能充份展現社會上對健保財務問題的不同意見					
	不同意	百分比	同意	百分比	總和
醫事服務提供者	25	64.1%	14	35.9%	39
付費者代表	4	30.8%	9	69.2%	13
相關政府機構	13	36.1%	23	63.9%	36
倡議團體	8	72.7%	3	27.3%	11
專家學者	17	43.6%	22	56.4%	39
總和	67	48.6%	71	51.4%	138
參與健保會的利害關係團體代表不論來自何方，都會受到衛生主管機關公平的對待					
	不同意	百分比	同意	百分比	總和
醫事服務提供者	17	43.6%	22	56.4%	39
付費者代表	2	15.4%	11	84.6%	13
相關政府機構	8	22.2%	28	77.8%	36
倡議團體	7	63.6%	4	36.4%	11
專家學者	17	43.6%	22	56.4%	39
總和	51	37.0%	87	63.0%	138

圖表來源：本研究整理

六、本位主義問題

就「正當性」的題組，身分別與「健保會買賣雙方能建立共同解決財務問題的共識，而不只是保護自身利益」具有相關性(Pearson 卡方值 9.747, $p < 0.05$)。身分的不同影響其認為代表是否不是只為了保護自身利益，而事件裡共同解決財務問題的共識(參見表二十七)。相關政府部門相當樂觀，約八成相關政府部門的受試者認為未來健保會的雙方不會以保護自身利益為出發點，將會努力解決財

務問題；但其他類別的受試者，雖然同意的比例也高，但是不同意的受試者也不少，顯示除了政府部門外，其他參與者對於委員是否能不只是保護自身利益的問題仍不確定。因此未來要如何克服本位主義的問題，讓代表不只是保護自身利益，而以全觀角度處理健保問題，將是一個重要的課題。

表 二十七：身分別與本位主義之交叉表

健保會買賣雙方能建立共同解決財務問題的共識，而不只是保護自身利益					
	不同意	百分比	同意	百分比	總和
醫事服務提供者	16	41.0%	23	59.0%	39
付費者代表	5	35.7%	9	64.3%	14
相關政府機構	4	11.1%	32	88.9%	36
倡議團體	4	33.3%	8	66.6%	12
專家學者	10	25.6%	29	74.4%	39
總和	39	27.8%	96	72.1%	140

圖表來源：本研究整理

七、專業考量 vs. 政治責任

在專業考量和政治責任的問題中，身分的不同也影響對專業和政治的看法。身分別與「健保會的代表們在作健保財務決策時，會以專業證據為主要考量，而不是從黨派政治角度出發」有相關性（Pearson 卡方值 31.825， $p < 0.05$ ；Pearson 卡方值 37.560， $p < 0.05$ ）。從表二十八可以發現相關政府機構和專家學者對於這個問題，仍有兩極的看法；而醫事服務提供者不認為健保會在作財務決策時，會以專業正具為主要考量的比例較高，可能去過去的參與經驗中，醫事服務提供者感受到政治的介入；反之，付費者代表則較相信未來再做健保財務決策時，會以專業證據為主要考量。這種不同的看法，也可能導致各類行為人的行為動機和反應有所差異。

表 二十八：身分別與專業考量之交叉表

健保會的代表們在作健保財務決策時，會以專業證據為主要考量，而不是從黨派政治角度出發					
	不同意	百分比	同意	百分比	總和
醫事服務提供者	27	69.2%	12	30.8%	39
付費者代表	1	7.7%	12	92.3%	13
相關政府機構	18	50.0%	18	50.0%	36
倡議團體	6	50.0%	6	50.0%	12
專家學者	19	47.5%	21	52.5%	40
總和	71	50.7%	69	49.3%	140

圖表來源：本研究整理

八、行政支援

不同類別對於行政支援也有不同的意見，兩個變數有相關性（Pearson 卡方值 37.560， $p < 0.05$ ）。其中從表二十九可以看出，付費者代表和專家學者具有最正面的看法，認為未來健保會的行政機關能夠適時提供充分的專業幕僚資訊；但倡議團體不同意行政能夠提供充份的幕僚資訊，可能與倡議團體比較沒有參與的機會，因此無法從行政單位這邊獲得資源有關。問卷結果大多對行政支援看法為正面，訪談部分（見可行性分析章節）也提到未來健保會的專業幕僚將影響健保會的決策品質，因此關於幕僚的專業組成仍應注意。

表 二十九：身分別與行政支援之交叉表

健保會的行政人員，能夠適時提供充分的專業幕僚資訊，協助委員達成財務相關的決策					
	不同意	百分比	同意	百分比	總和
醫事服務提供者	10	25.6%	29	74.4%	39
付費者代表	2	14.3%	12	85.7%	14
相關政府機構	7	19.4%	29	80.6%	36
倡議團體	7	58.3%	5	41.7%	12
專家學者	4	10.3%	35	89.7%	39
總和	30	21.4%	110	78.6%	140

圖表來源：本研究整理

第七節 小結

本問卷是針對各類利害關係人包含醫事服務提供者、付費者代表、倡議團體、政府機關以及學者專家共五類進行發放。從問卷整體結果而言，可發現一些對未來健保會運作的期待與立場，主要有以下四項：針對健保會部分，重點有健保會的組成代表、議事運作，以及決策權限三項；針對新法規範的收支連動時效性，也有不同的看法；第三則是不同背景、經驗的利害關係人對現行體制運作的看法差異；以及最後受試者對收支連動機制的整體看法。透過這些資料，本案將預評估健保會與財務收支連動體系的可能挑戰，見以下詳細說明：

首先，就委員會組成的部分，可發現大部分的受試者認為目前監理會和費協會的人數剛好；但代表性問題中，受試者認為被保險人代表的代表性可能有點不足，目前衛生署已根據此項要求進行調整，究竟該有多少比例才能符合代表性，而達到利益代表的目標，便是未來的重要挑戰。

再者，針對而將來付費者代表應如何推派人選與醫事服務提供者進行對等協商，付費者代表的意見傾向有更高的自主性，應該由同類團體自行推派或者同類團體票選。然而，若從協商效率與效能而言，推派代表的標準為何便是更重要的議題。

健保會的決策能力方面，整體而言，受試者對健保會的收支連動功能持正面看法，相信健保會的收支連動效果將會比過去還要好；而不論是與衛生署或健保局的關係中，健保會應該可以更受到尊重和發揮其決策影響力。

針對二代健保法增加的新規範，包含總額範圍諮詢、保險人認為收入不足，可以提出調整費率方案送健保會審議以及時程的安排等等。針對這些新的制度設計，利害關係人的看法如下：總額範圍諮詢健保會和保險人提請健保會審議調整費率方案的機制設計，大部分的受試者抱持同意的看法，認為這兩種機制設計有助於達成收支連動。而時程安排中，絕大部分的受試者同意目前的安排，但是仍然憂心「費率超過上限，重新協議」、「費率審議」和「總額協議訂定與分配」的

階段會有時間不足的問題；因此或許這幾個階段仍需依實務操作狀況作出彈性調整。

除了收支連動體制內的制度外，制度外的利害關係人可能也對收支連動機制有不同的看法。因此，本案也針對受試者的個人背景作統計分析。結果發現「委員會經驗」和「身分別」都會影響對健保事務的看法：是否有參與委員會經驗將影響團體選任方法、時限內未完成協商的處理和專業責任等的看法，看法的差異則可能導致其行為。因此如何調和參與者與未參與者的不同意見，增加健保會的正當性，避免造成社會對健保決策意見分歧的問題，也是未來健保會運作的重要挑戰。此外，不同利害關係人的類別差異也影響其對健保議題的看法，包含代表性、影響財務因素、收支連動、公平對待、正當性和行政支援等等的問題。醫事服務提供者關注焦點多在於如何解決政治對保險費率的影響，以使健保財務更加健全；而付費者雖然樣本數不多，但有些關注與行政機關的互動關係，不論資訊的給予或者專業上的協助等；而倡議團體由於參與管道較少，因此對於組成的代表性和方式，倡議團體表達的意見與其他類別就存在差異。另外問卷結果顯示過去監理、費協會被多數受試者認為有本位主義問題，因此平衡各類代表的意見，才能夠使未來協商溝通的管道更加順暢。

總之，雖然受試者同意未來兩會合一將會比兩會分立有更好的收支連動效果，但是從財務短絀和保費無法調整的問題來看，可以發現受試者認為最主要影響健保財務的問題在於「費率調整受政治影響」、「民眾醫療浪費」、「民眾未充分了解費率調整的必要性」等主要因素，兩會分立並非最主要的因素。因此即使兩會合一後將比過去更能推動收支連動，但若不能同時努力解決政治干擾和教育民眾的話，兩會合一也不是解決財務困境的萬靈丹。

第六章 可行性分析

本章節結合第五章利害關係人的觀點與三波深度訪談的資料，討論一代健保在組織設計與行政流程上可能面臨的問題，透過資料的整理進行更完整的討論與分析。未來二代健保將兩會合一，期望能夠使收支達到連動，解決健保財務失衡的困境。透過此制度設計的修正是否能夠完成預期目標？新制的組織規範、行政流程與決策時程進行分析成為主要的關鍵因素，本章節將透過三波深度訪談，一共二十一位受訪者的觀點進行討論，以確保新制運作的可行性。

政策方案可行性分析 (feasibility study) 的面向有很多，可以從政治、經濟、行政、法律、技術、時間和環境等面向分析政策的可行程度。可行性的周詳程度，會關係到該政策在執行階段是否能順利。本研究透過深度訪談以及焦點座談的討論，蒐集各方對於此機制的看法以及評價，針對未來健保會在法律、行政和時效三個面向可行性分析，希望能釐清健保會在未來運作上是否能夠順利或者會面臨怎樣的困境。

第一節 健保會運作之法律可行性

法律可行性 (legal feasibility) 意指政策方案在制定及執行時，是否能夠克服法規方面的障礙 (吳定，2005)。包含的內容可能有該政策是否違反法律規定；是否受到法規限制；需不需要制定新規或修改舊法規。涉及健保會執行的相關規範中，與法律可行性相關的問題可能有四：首先探討健保會的獨立性，如健保政策決定權和立法機關、行政機關的關係；第二探討健保會收支連動權限的完整性；接著探討健保會總額分配時，對等協商制度設計的問題；最後則是有關擴大社會參與的規範。

壹、 健保會的獨立性

根據健保法第五條明訂，健保會的主要業務係為保險費率之審議、保險給付範圍之審議、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配等。似乎被賦予比過去監理會和費協會更大的決策權限，但實際運作時，健保會對這些決策項目的權力是否受到其他單位的限制或影響便為本節所欲探討之重點。依據過去執行經驗，費用分配為行政機關之權限，交由費協會處理。其中較具有爭議者便是費率的審議，究竟費率審議是否涉及立法機關的權限，則有不同的看法。

一、 健保會決策與行政保留

在行政法中，除了「法律保留」、「司法保留」，還有「行政保留」（*Verwaltungsvorbehalt*）的概念，係指受憲法保障之行政自主地位，在權力分立的原則下，行政、立法、司法應該各有權力相互制衡。不過以我國憲法增修條文第三條中，行政院職權並沒有一一被列舉，反而是要向立法院負責。

行政保留的觀念源自學者有感於行政權自主地位喪失，不僅與權力分立制衡精神相違，且使行政權無法適當發揮，因而倡導行政保留概念，以免立法部門過度干涉行政部門。對行政部門而言，「行政保留」意為行政對特定的事項或行為方式，具有獨佔的規制權限或規制特權。在行政保留的範圍內，立法機關並沒有權限可以加以干涉，僅具有補充性的規制權限（陳敏，2007）。

吳庚（2010）歸納行政保留理論共有三個學說：特別權限說、個別事件說和核心範圍說。特別權限說主要論點為，行政權和立法權按不同的事件，有不同程度的關聯性。因此只有在某些事項，行政權必須受到立法權的約束，但扣除那些事項，行政權更具有自主性，例如機關組織等；個別事件說主張行政機關在具體化的執行階段時，如果涉及行政判斷，就應該屬於行政保留之範圍，立法權不應介入；核心範圍說則認為法律中的概括條款、裁量授權或不確定法律概念的部分，僅是行政機關在執行時，得自行判斷的特定範圍，但這不是行政保留的範圍。

承上所言，究竟健保法第五條規定健保會有關費率審議的權限是否屬於行政

權的專屬權仍有所爭論，有受訪者認為費率調整為行政機關的專屬權，行政機關有更大的自主權，應像過去費協會的運作，其決策不受立法委員的干涉；或者立法委員訂定原則性規範，但只要是未超越法規規範的範圍，即為行政專屬權。

行政院負責全國資源的分配訂定健保費率成長的上下限，但最後是在健保會裡面去見真章。本來寫的法規是說協商完就應該由健保會宣布平衡費率是多少。可是那個部分寫的並不是那麼清楚，因為立委們想要模糊，可是我也把他寫上去了。那時候爭議了很久。因為立法委員一直想要掌這個權嘛，那掌了這個權就沒完沒了，就民粹。可是沒有寫得很清楚有個好處，只要變成慣例，看立法委員能不能影響費協會，有沒有影響過？沒有！
(V101)

當時二代健保修法的時候，其實也有立法委員說費率要經過立法院同意，但最終還是沒有如此規定。按照職權，立法委員已經授權健保法裡面就是以 6% 為上限，只要 6% 以下就是行政權。(V104)

但另一方面，也有受訪者認為費率的調整應回歸國會，大家有甚麼意見，要增加給付範圍或者想要減少血汗醫院、四大皆空的問題，全部於國會決定，否則行政單位在多數人期望增加給付範圍但又不希望調漲保費的兩難中，很難做出令所有人都滿意的決策。

我完全贊成 OOO 的主張說我們就回歸國會去，就是說你民眾要吃甚麼東西，吃好吃壞，然後要不要給他血汗醫院，要不要讓護士或是四大皆空，這些都攤在國會。但是我要解決這個問題，要加三百億那大家就共同來付，那不然我們不知道怎麼辦。(V102)

他們是沒有民意基礎，像立委是用選的嘛，他只是代表不同的團體而已，來發聲，所以健保會基本上是要用共識決，不能用表決，他們沒有權力表決，表決是何等的重要？表決是數人頭，喊了就去了，你看立法院、議會、代表會那是有民意基礎的才可以這樣，所以他這個叫作共識決，協商的 (V305)

從上所述，可以看出健保會因為沒有民意的基礎，即使透過各類代表進行協商增加其決策代表性，也無法彌補其缺乏民意基礎的決策正當性，故，未來健保會的權力與決策能力，確實會因此受到挑戰。

除了費率決定是否屬於行政專屬權之外，對於健保給付的範圍是否由立法權明訂也有爭論。有受訪者認為由於給付範圍已被訂死，行政完全沒有裁量權和彈性的狀況，是無法達成收支連動的目的。

這個支跟收在我認為說達不到，因為根據健保法的精神，健保法第 51 條，不給付的範圍，先講立法的原意，現在還在實施舊的，現在新的第二條裡面已經講說，有給付的是這幾項；醫療、生病、生育、傷害，健保法第二條，不是，是第一條的第二項，有說給付什麼，疾病、傷害、生育一定要給付，剛才我們有說第四十幾條有說不給付項目（V103）

訪談的資料顯示兩種看法，第一種就是健保會應掌有法定的權限，而這些範圍內，行政機關得依其專業判斷，立法院不該介入；而另外一種則認為收入和支出的決定權都回到國會，它同時考量收支，避免行政機關即陷入兩難。這已經呈現健保會、主管機關與立法院三者的否決權衝突。究竟該由誰為財務收入面做定奪，就必須依據法規給予三者的權限，進行某種制度運作上的磨合，基本上這部分的法規不可能有太強的密度，有時密度太大，反而會缺乏機關裁量權面對特殊未來的狀況。

（一） 健保會決策與核定權

除了立法機關對費率決議的涉入外，另外一個影響健保會審議權限者便是主管機關。依據健保法第五條第六項：「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。」依法而言，健保會的審議權雖已明確定立在法中，但保費調整的決策權仍受到上級機關的控制，健保會不具備獨立行使決策的權力。

再者，健保會在協議總額及分配方式、審議費率等事項上需要經過主管機關核定，而「核定」的概念，在地方制度法第 2 條定義：「指上級政府或主管機關，對於下級政府或機關所陳報之事項，加以審查，並作成決定，已完成該事項之法定效力之謂。」。意指下級機關的決定必須經上級機關審查後為同意的表示

後，才會開始發生效力。核定包含適當性和合法性的監督，不只要求不違背法律，也要由上級機關審查是否為一個適合的決策。是故，依法而言，健保會的決策必須經過主管機關確認，由主管機關作最後裁決。

由上可知，就法律規範而言，無論是健保會的何種權限都必須經過主管機關的最後決策。然而，在實際運作上，由於健保會是由多元利害關係人組成，並且共同審議，所以其組織界定是諮詢性質抑或是審查機制，在立法過程即有不小的爭論。有擔心未來健保會全力過於膨脹者，也有擔心健保會只是橡皮圖章發揮不了作用。雖然法條明訂送主管機關或行政院核定，但在執行上，健保會的決定過程是諮詢而已或者是最終決定也有所爭論。有些受訪者認為，只要有決定，主管機關應尊重，備查即可：

他上面寫說他要提出平衡費率，這很重要，提出來衛生福利部照收。那裡面是誰，付費者跟醫療提供者。重點在這裡，你要提出來說平衡費率是多少，以前費協會不用提出來平衡費率是多少...我剛講說就跟費協會一樣，費協會跟衛生署長是不是完全尊重，根據健保會說他總額是這樣，算出來平衡是這樣，那我們宣布費率是這樣。從幾月幾號開始調。這時候如果衛生福利部的部長，其實連這個事情都可以不要去找行政院長就宣布。依法行政嘛...費協會的總支出很重要，有沒有去報到立法院？沒有！有沒有報到衛生署長？有，他公文上上去。送到衛生署署長要不要批，備查而已。
(V101)

但也有受訪者回歸法的定位，認為健保會的決定為建議權，主管機關得視健保會協議結果再決定是否採用：

健保會相對衛生署的決策權限，健保會的法源已經訂了，他是幕僚，或者叫做諮詢 (V301)

要健保會做成調費率的這種協議也不容易，因為這裡面畢竟有很多付費者代表，你要付費者代表主動說我願意掏錢這不是那麼容易。但就算做出了這樣的決定，因為最終費率決定者，不是他們，他們只是審議者不是決策，只是一個平台、一個機制，提供審議或諮詢的功能，沒辦法去為政府做決定，所以最終的決策者還是政府。當須要調整費率時，是由衛生署提出方

案，報行政院核定。所以我才會說最後還是政策面的決定。今天就算財務會不足，也有提出費率應該調，但是最終會不會調，還是要做整體的考量。
(V104)

主管機關對於健保會的決策應該完全尊重或者最終仍由主管機關決定，但是，有受訪者認為這想法仍然存有變數：

在收支連動的機制跟二代的精神上，就是希望能盡量尊重健保會的決定，所以基本上健保會如果已經協定，因為他還有一個要負責平衡的責任，所以主管機關理論上不應該輕易去變動。(F102)

跟署長絕對有關係。照 OOO 的想法，他就要指責健保會，說你就違法，沒有做出應該的決議審議。其實面臨大選時，他也可以說『健保會都已經決定漲 0.5 了，那我們就漲吧』，對外把壓力卸到健保會去，這個動作其實或多或少也存在於我們當時規劃的想法裡面。(F102)

若完全尊重健保會的決策的優點在於避免政治的干預，但卻會使健保會的正當性和課責受到質疑；由主管機關決定可以有個明確的課責對象，但卻讓健保會猶如橡皮圖章。因此主管機關干涉應該到甚麼程度，將會影響健保會決策能力。但也有受訪者認為這個問題的影響不大，因為主管機關基本上還是會因為必須面對政治上的直接壓力以及課責而對健保會的決策盡量尊重：

為什麼要做這個費協會，因為就是需要把這個政府的這一些決策權做一些限制。所以不知道的署長他其實要是不接受這個建議，他聽了任何一方的，那他將來就會很頭痛。(V302)

過去的費協會與將來的健保會，有很大的共同點都是提供一個諮詢的平台，讓健保相關的業務可以透過這個平台進行意見交換，同時，也是將政府的決策權力進行部分的限制與平衡。若是主管機關首長因為其他因素而無法採納健保會的建議，就必須針對最終決策對外進行說明，面對直接的政治壓力。

過去監理會、費協會屬於衛生署下的附屬機關，但將來健保會的組織位階是任務編組，也就是署裡面的一個單位，因此有受訪者認為獨立性反而下降。

健保會的組織定位就是諮詢平台，因為權責相符，所以在行政體系裡面既然他不能對外負責，他就不能擁有最後的決定權。第二是他的任務範圍，資源配置不是他的任務範圍，他只能提出建議到主管機關。(F102)

個人是覺得以前比較像獨立的機構，是衛生署下面的一個機構，但未來不是，是變成署裡面的一個單位，甚至於還不是一個組織法上的單位，只是一個任務編制，當然屬性就沒有那麼獨立存在的概念了。(V105)

由此可知，健保會的獨立性受到主管機關首長的裁量權影響，就制度而言並無法行使獨立的決策能力，僅為一幕僚與諮詢單位，這將使健保會的形式權力比以前更弱化，而必須依靠主管機關的授權才能對政策產生影響力。

此外，另一種行政運作上的矛盾：當健保會立場與主管機關首長立場有差異時，將造成主管機關內部運作與外部代表的衝突。受訪者由公文發文的例子說明，認為未來健保會的法位階將由機關變成內部單位，無法單獨發文，要發公文都要以部長的名義。當健保會開會的會議紀錄呈現某種立場，而上頭發文單位為主管機關，但主管機關最終決議卻與此不同，不就呈現了主管機關在同一政策的不同立場，極有可能因而產生部長反對自己的怪異現象。另外，也有受訪者認為，健保會僅為一個諮詢單位，內部參與的委員並不用對自己的發言與意見負責，對於主管機關的最終決策更是不需要負任何政治責任，如此，健保會的運作其實亦會面臨另一個挑戰，我們無法確保健保會的決策是否能夠符合公眾的需求，或是能否符合全民健保長遠發展的需要。

（二） 收支連動權限的完整性

收支連動功能是健保會成立的最重要目標之一，根據健保法第五條明定健保會主要的職權包括：保險費率之審議、保險給付範圍之審議、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配等。希望透過健保會在收入面與支出面的整體性考量，達到財務平衡的目的。

然而，在收支程序中，並非有相關的政策都屬於健保會的職權，其中，健保局

（未來中央健康保險署）轄下的藥事小組、支付委員會以及特材小組中都具有部分功能：藥事小組及特材小組針對新藥及新科技進行評估，而其評估內容則會影響藥材費用的調整以及納入健保的藥品項目。這樣的功能執行似乎是隔離於健保會的財務權限之外，產生收支連動政策上，不經健保會把關的疏漏。究竟健保會在藥材與特材方面的審議權為何，仍有待釐清。

有受訪者從行政成本的角度出發，認為在藥事小組、支付委員會以及特材小組中所決定的分配相較於整體健保財務來說，基本上都只是小錢。若是納入健保會討論，恐怕會增加會議負擔，不符合會議效益。也有受訪者認為這其實是組織業務層次的問題，健保會不應該處理這些執行層面的業務：

因為這個屬於那個業務的執行面，業務執行面應該不要在這裡討論，健保會他是幫忙做（V303）

受訪者認為基本上所有關於健保的財務都已經納入健保會討論，而藥事小組、支付委員會以及特材小組中所決定的分配部分是專款專案的支出，其餘的也是在支出總額範圍內去討論，並不會直接影響收支連動的進行，且這方面的討論多高度專業性的議題，健保會自然也不應該對此多加限制或是參與：

今天給了五個標靶治療藥物，要不要給第六個？了不起一億兩億三億，跟五千億、六千億比起來，那個小到不行，所以行政成本上，不需要把這個列到健保會來，第二個是健保會的人，沒有能力去判斷這個要不要給（V301）

惟藥事小組、支付委員會以及特材小組所決定的業務對於收支連動來說，其實也是很重要的。不僅會影響著藥品、特材以及醫療的新興科技的引入與否，對於未來健保會的支出面其實也佔有一定程度的影響。並且，針對新藥引進的費用是浮動的，並非能夠就過去的資料對於未來的發展進行確切的掌握，新藥的引進仍然存在著高度的不確定因素。焦點座談時，就有與會者認為未來收支連動的機制應該全權交由健保會負責，故健保會對此雖然沒有實際的參與權限，但對於這部分的監督與督導權力應該較以往擴大，確實執行一個監控的角色：

我覺得以後的話因為收支連動，大家對健保的支出會更嚴格去管理，所以就變成是說...我覺得啦，委員的部分會對於你調到哪裡去了？然後你調了哪些新藥？目前對藥都不蒐集，可是以後對新藥、新特材到底跑到哪裡去？可能會需要有 Listing 的明細出來，那這個東西就會在次年協商的時候決定，就會有一個制衡的力量。如果去年要求你的都沒做到，那也許我們今年是不是就做部分的緊縮（F303）

故究竟應不應該讓健保會的部分權力延伸至藥事小組、支付委員會以及特材小組，讓健保的財務收支更具備完整性，或是透過其他的行政機制讓健保會的權力能夠對此擁有部分的干預，值得考量。

貳、對等協商

根據二代健保法第五條規定，總額協定應透過對等協商進行，其概念是希望讓付費者代表與醫事提供者代表可以在會議中進行公平公正的協商模式。不過，對等協商的制度設計卻必須先探究兩個層次的問題：一條究竟何謂「對等協商」？在合議制的健保會中該如何執行對等協商？對等協商之於健保會的實質意義為何？這部分牽涉到對等協商的表決方式，是採取多數決還是共識決？對等協商在談判中，是否具有增強自己的談判能力、談判地位的功能；二條付費者代表應該如何產生對等協商的十個人選？若是從十八個人中選出十人，那麼其他的八位人選在對等協商中應該扮演什麼樣的角色？是否能夠列席？以下就這兩部分進行討論與分析。

一、何謂對等協商

未來健保會的決策方式，基本上也是延續費協會的傳統以共識決取代投票表決。如此，對等協商存在的實質意義為何？本次研究的受訪者也有不同的看法，就目前來說，對等協商的基本意涵係人數上的對等，由於未來健保會中醫事提供者代表僅有十人，而付費者代表有十八人，兩者在數量上並不相符，部分委員會認為在人數不符的情況下所產出的決策恐有失公平之疑慮。例如：醫事提供者就

認為必須要對等協商，因為醫界在健保會中的人數為十人，相較付費者代表的十八人是比較少的；然而，也有受訪者認為健保會若非透過計票表決的方式產出決策，對等協商之於健保會的實質意義，其實是有待商榷。

未來健保會的付費者代表有十八人，卻只能推舉出九人進行對等協商，類似將一個團體又分為兩類的概念，對於付費者來說必定會產生連帶的不必要的麻煩。同時，因為未來健保會的表決方式仍然是以「合議制」的方式進行，因此，人數的多寡之於協商結果似乎沒有絕對的因果關係：

因為人數有意義是因為要投票，要算票數才有意義，數人頭才有意義，如果只是大家比意見，然後討論，那對方有幾個人有什麼關係（V304）

因為對於「共識決」來說，人數越多的一方反而要先獲得內部共識就比人數少的一方不易，透過本研究案的訪談，有人認為針對目前費協會的表決方式係為共識決而非計票表決，故對等協商似乎沒有實質上的意義，或許僅具有心理上的平衡作用。因為在談判場域中，協商人數並不等於協商的力量，更多時候是透過溝通方式以及談判技巧獲得最終目標。但也有受訪者認為透過對等協商才能讓付費者以及醫事提供者之間取得平衡，像是有受訪者就認為在協商的三角關係中，針對健保業務來說，消費群在整體社會結構上就是比提供者還多，那麼付費者代表在協商的關係中自然也代表著數量上相對較大的一群人：

在這個三角形裡面，這個關係你本來是看起來是很好的，但是付費者代表它太大、因為造成付費者代表的力量太大就會造成這些...但是現在站這個機制的設計裡面，這樣的付費者代表因為權力太大了，所以沒有考慮到浪費的問題，他爭取最大權益（V210）

因此，提供者通常會贊同對等協商，藉由代表委員之數量上的平等，追求一般認知上較為平等的協商關係。另外，目前有四個總額部門，亦可讓付費者代表分別參與一個甚至是多個不同的總額協商，增加每位代表的參與程度，而非僅侷限於單一代表負責進行所有協商的運作模式。

二、 付費者如何選出協商代表

以目前草案看來，付費者代表十八人中，必須選出十人與醫事服務提供者十人進行對等協商。如何從付費者代表十八人之中選出十個人？是否需要透過制度化對此進行研擬，以避免產生後續性的困擾；相對的，也有人認為從十八人中，推選八個人並不困難。像是本研究的受訪者就有人認為其實要從付費者代表十八人裡面推派十個人進入對等協商並不是什麼難解的問題，反而僅是內部操作的問題而已。許多委員參與監理會、費協會時也可能會選擇不發言，所以對等協商時，就推派比較會發言的幾位委員進入場域，通常來說是很容易產生共識的，對等協商的代表推選對內部操作來說並不是件困難的事。

但是，也有人認為從十七個人選裡挑選九個仍然是會產生衝突，像是剩下的八個委員是不是可以列席或是參與討論等。有人認為可以透過「後排議員」（backbencher）的概念進行對等協商，讓不是代表付費者出來對等協商之外的付費者代表也能夠在會議中以後排議員的方式列席旁聽。

不喜歡他們選出九個以後，去跟醫界協商，再回去大會，那個委員會沒有參加的都會講說，你怎麼可以這樣讓步，所以永遠不會有結論，因為每一個人都想去參加，所以我的想法是，對等協商，我們又不投票，希望不投票，那就這邊有九個人講話，叫做對等協商，可是你沒有說其他人不能出席（V301）

呈上所述，我們針對對等協商的後續效應或許需要先有所構思，而非僅是希望兩者擁有人數上的對等即可。首先，付費者團體能不能夠針對議題先擁有共識，增加代表的一致性及協商可行性？需不需要擁有一個法定的機制推選出協商代表，避免造成不必要的麻煩；第二，這樣的協商結果是否能夠確實反映出付費者團體的需求？會不會九個人代表協商後回到團體內部又產生異議，讓協商結果面臨再次的挑戰；第三，其餘的八位付費者代表需不需要擁有列席的權利？如果沒有擁有列席的權利，協商結果能不能夠順利的被採納？

三、醫事提供者的協商代表

依據現行費協會的經驗，總額費用的分配分為西醫基層、西醫醫院、牙醫、中醫四大塊，進行協商時，四個領域是分開討論，由各自的利害關係人代表與付費者代表與談。若此，醫事提供者也並非由十個人共同探討總額分配，那麼對等協商的架構，該在何種框架下被建立。像是有受訪者就提到，即是醫界沒有推派對等協商代表的困擾，惟醫界中其實也由各類代表所組成，彼此間的利益重疊時，要順利達到平衡，也是一件挑戰：

醫院當然希望醫院好！牙醫希望牙醫好、中醫希望中醫好！那醫事提供者的三分之一就打散在這裡！消費者代表都很團結，就三分之一，就是要看緊荷包！（V211）

針對對等協商設置的目的以及其後續的影響，都應該擁有審慎的評估。透過對等協商的設置能不能帶領委員完成協商，協商的結果能否取得兩方的信服與接受，需不需要透過配套的機制去彌補可能的衝突？這在未來健保會的執行上，一開始勢必會受到一些困難與挑戰。

參、社會參與

擴大社會參與是二代健保改革的另一項目標。根據健保修正法案第五條第三項：「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。」對於公民參與在健保財務收支連動機制中的角色，可以從不同的面向來評估。

若就多元意見而言，政策的利害關係人本有表達其立場的權利，是故，透過民意蒐集，來理解公共利益所在，的確可強化決策的回應性：

針對公民參與條文規範的其實是「應」，也就是說在這些事情上，一定要做，但沒有說不在這個事情上，就不需要做，我們還是可以基於蒐集意見的立場進行。(F102)

再者，公民參與強調多元立場的呈現與參與，將公民意見加入政策規劃的一環，可讓資訊得以流通、互動，建造更完善的民主環境。就程序正義而言，也提高了決策的正當性：

當然這新的制度是比以前光那個代表性大家全民參與的概念就比以前強一些，以前只有監理會，當然也是由外面的專家來做精算，以前只差看起來沒有公民參與……公民參與其實就是找二十個人來給他教育訓練做一些說明，然後問一個民眾看法應該作什麼決定這樣子而已…只是說起碼在行政部門是有監理會、有精算、有公民參與，我該做都做了，這樣子多元全民參與當然是好的，和以前相比，決策過程較周延。從以前的運作上也不能說衛生署要調費率就沒有正當性，其實正當性還是有，因為原來衛生署調費率也是行原來的健保法去調費率，而且衛生署主管機關也報行政院核定，所以倒不覺得說正當性被懷疑，問題是妥當性的問題。(V105)

然而，就決策效率而言，開放多元的參與管道也就提高了決策制定的成本，而另一方面不同意見的政策貢獻性也有很大的差異。公民參與在專業性上的缺失，產生了行政效率遞減的質疑：

這個公民參與不能做太細的，作太細的話，會碰到是說意願跟能力的問題，這邊會比較是能力的問題，會來參家都是比較有意願，是否還有其他的參與機制，我覺得健保很複雜，以前都是精英在決策，所以我覺得是說你要有些這些公民參與的話，不能討論太細的 (V103)

同時，也有受訪者認為，公民參與將過多的個人觀點帶入健保會，或許可以讓健保會對於後續的政策有較全面性的觀點；惟多元利害關係人的眾多觀點該怎麼處理，卻是另一個問題。究竟健保會能否在多元且複雜的資料搜集下，同時又具備宏觀的決策視角，值得思考：

每個人每一個 individual，他的第一個想法一定是 personal agenda，對他有利的東西他會優先選擇，可是 1000 個人的 personal agenda 是不太一樣，而且通常都是為自己優先的，那誰會先從組織的角度去看事情（V207）

公民參與在健保運作的經驗中曾經使用過，儘管的確有共識形成與溝通傳播的功能；但是，對於健保財務議題的專業而言，公民參與機制其執行的效用就值得觀察，但是，如果這部分主要是利用公民意見調查或是公民會議等方法，蒐集民意觀點的角度，的確可以提供政策制定者更多元的看法。

第二節 健保會運作之行政可行性

行政可行性（administrative feasibility）意謂評估者針對各政策方案之優缺點、重要性、價值高低，衡量欲進行之研究方案的周延性、可接受性、以及未來之發展之可能性的評估。在可行性分析中，行政可行性的範圍包括政策規劃與被執行的所有細節性事項，根據吳定（2008）之定義係指行政機關及其能力是否足以承擔政策方案的執行工作而言，行政能力涉及三項變數的互動關係：績效、結構、環境。

而行政可行性的主要牽涉的範圍為：執行機關的安排、執行機關的內部結構情況、管理人員的情況、一般執行人員的素質情況、管理技術的使用情況、外部聯繫情況。依此，在健保財務收支連動程序中，相關於以上項目的事項主要有四，分別為健保會委員與主委的選任、健保政策的資訊提供，以及保險人角色。見以下說明。

壹、 委員代表性與專業性

一、 代表性

健保會主要係由被保險人、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。目前的辦法係透過各分類團體自行推派代表至健保會進行協商。各類代表進入健保會後所攜帶的立場與目標將會影響健保會談判與決策產出的方向，故委員的代表性是健保會決策能夠反應到各方的需求的基本要求。如：被各分類團體推派出來的代表能不能夠確實的將團體內部的聲音及目標帶到健保會並且積極參與協調，抑或是僅係透過參與健保會的權利爭取個人的偏好取向甚至是有違所代表團體的利益，針對委員的參與動機即是反應其代表性的主要因素之一。

健保會作為諮詢溝通的平台，代表的選任機制便成為健保會決策正當與否的關鍵因素之一。新制的代表團體是由主管機關決定，其挑選標準是以全國性的團體為主，以強化利益代表的普遍性。對此，受訪者有不同的看法，認為若是透過國會的席次按照比例來推薦，那至少健保會是有從國會去授權，反觀現在是以衛生署去決定組成或是推薦，基本上，在正當性與代表性上就容易受到質疑。

這呈現了健保會決策的基本問題，也代表正當性的弔詭。但目前，台灣的社會團體結構似尚未有明確的系統性結構，因此社會選舉的方式尚無法執行，只能依據代表團體間的推薦與內部選派來強化代表性的功能。

再者，健保會委員究竟應該扮演利益代表或是專業代表的角色？有受訪者認為，健保事務具有高度專業性，必須要具有專業素養才能在會議中提供有效政策，代表的功能也才能發揮：

應該是有專任的，專任的是什麼，政府推人去借調兩年，專門對那個有了解的，懂法律的、懂公平的、懂怎麼談判的、懂財務的、懂經濟的，就是政府推的代表，醫界推的代表，他可以推什麼的代表去那個裡面，當然醫界可以推他自己的人，可以在裡面就專任，就應該是專任，或者是有一定的人數是專任，他們做研究，不然的話，現在密密麻麻的，丟給那些委員，委員也看不懂。(V103)

有些委員專業很夠，代表性也有，這種人是衛生署歡迎的，因為談起來就很容易溝通，數值呈現出來他一看了就懂，如果專業性不夠那也很難運作，弄了半天他根本沒有進入狀況，這是一個痛苦的經驗。但是有個問題，專

業性的留下來變萬年委員也不行，都是他一個人也有問題，所以現在衛生署在這兩者之間怎麼適當的去拿捏。又怕萬年委員，所以規定說每一界大概有三分之一要輪換，有這種觀念。反過來只輪換三分之一還有三分之二在，所以傳承很堅固。(V105)

但另一方面，也有人認為，健保會的代表性強調多元利益的呈現與溝通，因此，委員著重於立場表態較重要，專業則交由行政人員進行協調：

專業能力問題，一個是委員，一個是幕僚，委員的部分基本上，我們不期待它是專業的，反而是希望能夠代表多元意見的，我們希望能夠有多元參與是比較重要的，專業的部分就留給專家學者跟幕僚人員了。(F102)

此外，代表性的實踐不只是在會議中的利益發聲，另一方面也必須考量委員在其團體中被賦權的程度，這將影響未來決策的執行與推動。

其實健保會運作我覺得一個概念就是要有代表性，哪些團體能夠有代表性。第二這個團體推薦出來的人，或者我們去遴選出來的人，是真正能夠代表群體。另外，出來代表的人，也很能充分的跟他背後所代表的這一群去充分的溝通，然後背後那群能夠做為後盾，這兩點相當關鍵。(V104)

二、專業性

委員的代表性決定了健保會的決策能否確實反映各個分類團體的需求與組織目標，而委員的專業性則會影響健保會運作的效率與決策產出的品質。針對費率及給付範圍以及總額協商都是涉及高度專業性的問題，像是討論到我國目前的醫療生態、藥價，甚至是新的醫療科技，即使係具備高度參與熱忱的委員都必須透過一段時間的接觸與討論才能夠具備較為整體性、全面性的思考脈絡：

這個在這類的諮詢會議裡面非常常見，這個是很大一個問題。任意發言，然後委員沒有準備，來了不清楚自己職權的範圍，有時候也不太清楚行政組織職掌的分別，然後漫天發言。(V204)

因此，如何讓參與的委員得以快速了解會議內容，提升健保的專業知識，就必須透過制度設計的方式做調整。有受訪者認為，可以對委員進行專業性的會前訓練，以增強健保會的議事效率與提升產出品質。也有受訪者提到可以透過提早參與的方式對健保會的業務進行學習，類似師徒制的概念，讓原本在健保會的委員能夠將經驗直接地傳遞給下一屆的委員，減少中間可能的斷層與間隙：

我覺得就是一個很需要去考量的，也就是說如果你要像現在兩年要換一次，那麼也許你一開始就要儲備兩組的，就是每一個單位派出來一個人的時候，他要給至少兩個人是同時去實習的。。（V302）

除了制度因素外，團體與委員本身也必須自我要求，各類代表應該要盡可能的提升自己的專業性，否則，許多健保的現況與涉及較專業性的範疇，就算持續參與會議但沒有理解專業的話，將無法提供有效的意見，也無法將立場帶入政策中。是故，委員專業能力的培養，可說是健保會運作良好的重要條件，有受訪者就認為政府應該負起協助參與團體專業素質提升的責任，否則，確實會增加協商的困難度：

醫療這麼專業的東西，政府老實講應該要幫他去養幕僚，讓這些〇〇〇團體長大，然後才可以真正了解醫療的困難，這樣對談才有意義（V208）

健保會的委員組成方式與代表性程度，對於整體運作上的正當性與妥適性都具備高度的影響。這部分仍需端視主管機關對於健保會未來的期望與定位而定之，若是以多元參與的角度來看，能夠聽到各方意見，對於健保會來說就是重要的因素，所以就不必然從專業性的角度去選擇委員；若是主管機關期待健保會是較具專業性的，則可以透過一些代表性的機制去選擇較符合內部需求的委員，或是以推薦名單的方式，讓主管機關保留一些選擇的權力去補足對委員專業性的需求。不論進行的方式為何，重點仍是委員必須具備超然的判斷能力與公正性，如此，健保會的功能才得以被完全發揮。

貳、 主任委委員的選任的選任

健保會主席對於健保會的運作具有不同層次的影響，對內可能影響議事運作以及議事結果；對主管機關則必須和部長建立良好關係，以傳達健保會的專業意見；而碰到重大決策，可能還必須面對社會輿論的公審與評論。因此，健保會主委的選任也是收支連動機制是否得以成功的重要關鍵。

一、 主任委員在健保會中的角色

健保會主任委員的角色在法規中並未有明確的規範，然而，身為健保會主席，負責議事流程與協商事項，其角色究竟該維持中立而不發表意見，或者該積極參與協商，強化健保會的權限，這使健保會主委的定位受到注目。

有受訪者認為，健保會被視為多元利益協商談判的場域，代表中立的主委是否真的具有影響力，受訪者便提出質疑，認為主任委員對於決策的干預不大，頂多只是對於會議進行的掌控：

因為那個不成就是不成，那所謂的結果，如果說是幾%、幾%，會破裂就表示兩邊差異太大，那個主委再認真也沒有什麼用，如果原來差異就不大，那主委不用很拚命，他就容易有（V301）

同時，也有受訪者認為主任委員僅能就開會的氣氛進行控制，對於結果與流程其實不應該加入太多個人的意見，應該扮演好中立的角色：

只能說氣氛好不好啦！那，再來也有可能黑白分明的主委可能通通破局也不一定，因為他，就在那邊搞不定。因為主席有時候是不需要參加太多意見！那有人就是很愛參加意見，都一直說話，那怎麼辦？（V303）

但從委員會主席的角度而言，主委的重要功能係掌握議事流程、協助健保會之協商能夠順利進行，主任委員對於健保會的運作方式及職掌的掌握程度會影響著協商成功的可能性，若是主任委員擁有較好的參與動機以及溝通能力，對於健保會的運作勢必有良好的影響，若是主任委員無法掌握整個健保會的會議流程

與談判局面，協商破裂的可能性亦會因此提高。

由此可知，健保會處理的業務涉及高度爭議性，各類代表都必須對自己所代表的團體負責，是故主任委員或許僅能擔任居中協調的角色，而無法影響決定。但是，當雙方意見不合，無法做出決策時，主任委員透過不同的技巧來安撫委員們的情緒，為彼此找到都可以接受的出口；或是，盡量讓決策在設定的會期中產出，即使最終會面對破局也是一種盡力協商的結果。

更積極者，主任委員也可直接對健保會的決策進行干預跟影響。部分受訪者也同意對主任委員擁有某些期待，希望主任委員除了扮演好中立的主持角色，更應該於事先針對可能的衝突做足功課與準備，在健保會開會前就先針對可能的爭議點去探求雙方的意見，或是去進行說服，讓會議能夠更順利的進行也能大幅增加決策產出的可能性。因此，健保會的主任委員究竟應該擔任執行會議與穩定流程的角色？還是應該有更多積極性的作為，讓健保會的運作發揮更大的效果？值得再一步的思考與討論。

二、主任委員跟主管機關首長的關係

依據健保會組織章程第三條，健保會主任由本署署長就專家學者及公正人士之委員中，指定一人兼任。代表主委被視為是較中立的角色，若要考慮主委對會議的影響或者與主管機關首長的關係時，主管機關首長如何「指定」主委，便會影響未來健保會與主管機關的關係。

針對主任委員的選任，不同的受訪者顯示了不同的期待與條件。有受訪者認為必須要符合社會期待才得以勝任：

是不是可以找到一個主委，有社會形象又有這樣的使命感去把它做成，因為你要做成一兩年那至少我們把這個法立著，若第一年第二年就沒做成，那從此就是空談。(V102)

但是，也有受訪者強調，主委必須熟稔健保利害關係人的網絡與會議文化，才能作好這個主委應該作到的角色：

因為他這兩方代表都是利益團體，那利益團體會怎麼玩真的是...。而且還是處理這麼重要的問題，所以未來健保會的主任委員會很辛苦...，這個主任委員要老練一點才行。(V105)

而針對主任委員的選任機制，在修法時，就曾經因為是否該由署長（部長）擔任而有爭議。最後，為了避免”球員兼裁判”的問題，有受訪者建議未來以部長提名，過半署委員同意。這種方式不但讓部長會衡量提名較中立不偏的人選，進而在委員會中通過，這樣健保會才不會太偏向某一派的利益。

主任委員怎麼產生，最早的時候是由副署長擔任。反對副署長當，因為署長不在的時候或不能視事的時候，一定是副署長代理。那如果費協會、監理會通過的東西，理論上要送給署長。那主任委員作主席嘛，通過的東西送到衛生署署長，署長如果不同意，不同意的是代理署長的那個人。變成副署長常常要代理，可是他又是主席，他不能自己不同意自己。沒有一個緩衝，所以後來就變成一個慣例，費協會或監理會的主委一定不是署長或副署長...這個人應該誰當？現在法令是署長指派，這樣署長要背負很大的壓力。用票選也不好，因為我們台灣的選舉...建議寫成這樣，署長提名，過半數委員同意。第一如果署長提名，沒有過半數通過，等於署長會受到政治上的傷害。所以署長一定會想說甚麼樣的人會被通過，最起碼比較正直的人，不是太偏付費者，這樣醫界會活不下去。也不能太偏醫界。所以這個人最後一定是學界，你看現在監理會，一定最主要是學界。(V101)

三、 健保會主任委員對外發言的權力

健保會被賦予審議健保財務政策的相關事項，就是希望透過專業、多元的代表協商來降低政治因素的影響。而面對重大決策時，民意、媒體等社會輿論的關注，健保會主委的對外發言全力，也將影響著此決策之課責方向及責任歸屬，同時也會影響健保會當初被設計時，政府所冀望賦予它的權限與責任程度。

按照委員會獨立性與否的制度設計，若是希望委員會較為獨立且能夠負起

責任，就應該讓其直接的面對政治壓力：

因為健保會三天兩頭要對外發表意見喔，沒有專業的人去表示意見，可能到最後就是...輿論就覺得說這邊好像有什麼問題，然後被叮的滿頭包。
(V202)

當然，對於將政府視為父母官的民眾來說，直覺的政府就應該對健保的決策負起絕對的責任，因此主管機關首長自然也就免不了遭受政治上的壓力，健保決策的最終責任歸屬仍然是存在於主管機關。但是若是由健保會主委統一對外發言，便是透過行政的方式讓健保會直接面對政治壓力並且對資訊與媒體擁有較多的掌握能力，外界也較容易得知此決議係經由健保會中各類代表透過協商而產生的結果；若是主管機關的最終決策與健保會的協商結果不同時，外界也能夠確實的掌握決策過程。惟在法律上，健保會仍屬一諮詢單位，嚴格來說，健保會僅係一個諮詢平台，究竟要不要讓健保會擁有對外發言的權力，值得思考。

透過本研究訪談的結果，有人就認為若是希望給予健保會有更大的力量就應該給予健保會對外發言的權利，藉此更加突顯健保會的協商與決策功能，若是主管機關最後做成與健保會不同的決議，這樣的責任歸屬就回到主管機關身上，讓主管機關對於不採納健保會決議的狀況進行說明，整體的訊息溝通與政策傳遞會更加透明且清晰。若是由主管機關統一說明，健保會的功能很容易被外界忽略。

參、 資訊可獲取性資訊可獲取性

一、 資訊資訊落差，無法建構平等協商的機制，無法建構平等協商的機制

由於健保的相關業務具備高度的專業性，進行決策時，資料取得的方式與蒐集的完整程度便會成為影響我們窺探整個健保結構的主要因素，擁有較完整的資訊一定會決策的品質與產出。

就健保政策而言，無論是對於醫療現況的評估、藥價、醫學科技等方面的資料，醫事提供者勢必會有擁有較高的解讀或是掌握能力；而對於健保財務的評估、未來收支的規畫等專業，則屬於保險人的範圍。相較於此，付費者代表在資訊的取得上就顯弱勢。當各類利害關係人間的資訊不對稱現象產生時，也就不容易建造一個對等協商的機制。

針對資訊落差的狀況，本次訪談共有兩種問題，第一是準備時間的充裕性；第二是專業性資料的透明程度。¹⁶ 針對資訊提供的時效性部分，有受訪者就認為取得資料的時間通常都會被壓縮，在開會前的準備工作上會面臨困難：

...可能太忙了，沒有時間整理好，我們要看的資料都沒有給我們，我們拿到資料的時間確實有點晚了，那晚了我要準備可能來不及（V203）

由於參與健保會的委員代表並非正職，此時，健保會所能提供的資訊取得程度就成為影響決策的關鍵。然而，也有受訪者認為資訊蒐集其實沒有太大的問題，主要還是臨時性的議題討論或是委員本身缺乏時間準備事前功課造成會議的延宕。

二、專業幕僚單位專業幕僚單位，行政人員的專業性行政人員的專業性

健保會決策事項為健保體系中的重要政策，無論是作為主管機關的諮詢單位或者本身具有重要的決策權，健保會的專業度都會左右其政策影響力。然而，健保會委員來自不同領域，皆為兼任職，因此，健保會內部的行政人員便扮演了重要的角色。行政人員對議事運作、行政程序以及健保政策的專業度，將有助於委員們順利進行協商場域，也讓健保會的行政運作可以更加流暢。像是受訪者就有提到，健保會行政人員能夠彌補委員們對於議會流程與健保專業性的不足：

新委員去，都要跟他惡補，然後每一個提案都要跟他解釋，這個提案是怎麼來的，然後這邊講什麼、那邊講什麼，要不然沒有辦法進入狀況（V301）

¹⁶ 資訊透明問題為健保局資訊提供之問題，待下章節探討健保局角色時進行分析。

甚至有受訪者認為僅擁有行政支援並無法支撐健保會的專業任務，因為行政人員本身也擁有其他業務，而無法全力支援。應該係針對健保設置一個專業性的智庫，專門提供有關參與委員有關健保的專業諮詢，藉此增加會議的效率與方案可行性：

幕僚的意思，好比說就是資源決策的智庫，但是這個智庫不能專屬於任何一個利害關係人或群體，它應該是獨立的第三單位，它必須要接受其他人點菜。他自己也要做功課！除此之外，因為協商需要這些東西總是要人去準備，所以要有一個很強的智庫來幫助健保會的運作，我們國家現在是沒有，國會議院拿了錢大概在做的都是基礎研究對這個完全沒有...至少應該把二分之一到三分之一的錢去做。(V302)

健保會的人力配置主要乃是根據施行辦法執行之，若是面臨到專業人力之不足，現行辦法係透過健保相關單位去支援，提供各方面專業上的諮詢，讓運作能夠更加完善。行政人員就曾針對這項議題表示：

因為小組、主管機關的幕僚人數一直在遞減，人數遞減就不得不從署裡挖一些缺額，所以會造成署裡很難有一個積極強力的發揮，事實上從組改後，這個困境也不會被解決，因為大框架還是一樣。所以就是看署裡政策的問題，如果需要一個很強的健保會，那就要處理人力的問題，但如果說，是有一個很強的社保司跟一個很強的健保局在 support 健保會有關專業上的運作，那人力的問題也許就不是那麼優先重要。若是需要兩個很強的 team，將來也可以運用聘用的方式去解決，因為組改後，主管機關要聘用人員基本上限制是比較少的。像是有些專家學者說，委員應該要配助理，這種 idea 也不是不可行。(F102)

從這段談話便可以窺見未來健保會在這項議題將會面臨選擇的問題。第一，專業人力究竟應該放在社保司或是中央健康保險署去支持健保會將來的專業運作；第二，若是希望社保司或是中央健康保險署以及健保會都是具備高度專業性的組織，那麼在協調、分工等方面就有可能會面臨較高的協調成本與衝突水準，組織間的溝通能力與合作管道便成為另一個待疏通的重點；第三，在組改後，健保會為一任務編組性質的組織，沒有法定上的員額保障或是限制，假若無法得到

部長的支持，恐有被弱化的疑慮。專業性的人力對於組織運作來說具備高度的影響力，不僅代表組織的專業能力也攸關組織的決策品質、運作效能，故若是期望未來的健保會能夠有效率地發揮影響力，幕僚的專業程度對行政可行性來說將會是重要的影響關鍵之一。

肆、 保險人的角色

一、 保險人在健康保險中的角色

由下圖可知，在我國現行的健保制度之下，保險人的角色是很多元的，不僅是代表國家、政府，更是健康保險的買方與賣方。係目前健保局為一政府的行政單位，並且同時向醫事提供者購買健康保險再提供健康保險給被保險人，有人會認為健保局同時兼具健康保險的買賣雙方這樣的角色，實際上，確實是掌握許多健保相關的主要資訊，應該表現得更加積極，以主動性的角色介入醫事提供者及被保險人兩者間進行協商與協調。

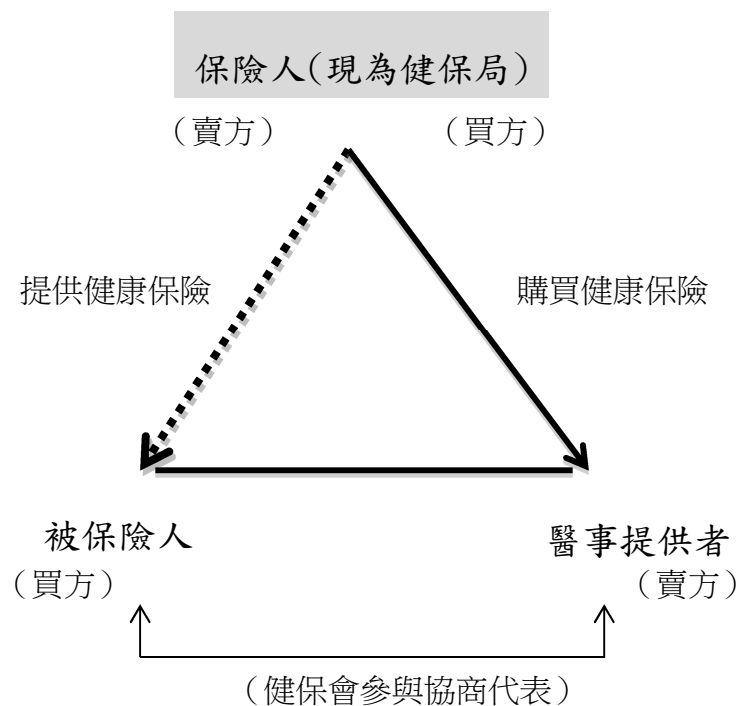


圖 十：保險人的角色

圖表來源：本研究整理

然而，目前健保局所選擇的方式係由醫事提供者及被保險人於健保會自行協商，健保局不主動介入兩者，好處是可以讓醫事提供者及被保險人可以在沒有政府的干預下自由的進行協商，但同時，也代表著健保局沒有執行到保險人的重要角色。

因為健保局在裡面，其實就是列席，就是怕人家講他們偏誰，他們誰都不會幫醫院講話。(V206)

實際上以付費者的立場來講，同意你付五千兩百億，健保局自己五千兩百億怎麼去分配給醫界…但是健保局又推回來，要付費者代表去協商，去跟醫界協商，同意不同意給這筆經費。(V201)

另外，也有受訪者認為既然健保局係為一政府的角色，除了應該負起協商責任外，更應該教育公眾正確的醫療使用觀念，以實際的行動為健康保險把關：

尤其是比較會強調說，你怎麼都不作宣導，作短片的宣導，怎麼樣正常用藥，然後怎麼樣去維護自己健康的一個方式，去讓國民受教育，像影片一樣每天放送。(V203)

可以看出以我國現行制度來說，健保局於健保會協商中僅扮演著被動且消極的角色。這樣的制度運行恐怕會造成健保的賣、買雙方在面對健保運行困難時容易產生無所適從的困境。就賣方的角色來說，他沒有辦法有效的說服買方他所能提供的保險內容與服務範圍是適當的；同樣的，對於買方而言，即使是買到了一個保險內容及服務都是良好的保險，卻仍然會覺得在保險金額上受到壓榨，健保局身為健康保險中保險人的角色，卻選擇退居一個較為消極且被動的政府單位，不實際的介入兩方的協商，當協商面臨困難時，很容易導致雙方都不甚滿意的結果。再者，對於公眾來說，課責的標的不夠明確，當面對爭議性較大的議題時，很容易無所適從；健保局對於教育民眾這一塊的貢獻似乎也還不夠明顯，如此，對於永續經營健康保險業務來說，確實是一大挑戰。

針對保險人的角色，也有受訪者認為我國應該仿效國外以多元保險人的方式進行，避免上述健保局的角色多元導致定位模糊的困擾，我國健保局既是政府角色又是保險人，並且為單一保險人，本次受訪者也有提到這樣的制度恐怕會造成買、賣雙方對於保險業務都不滿意且失去信心，以及中央健康保險署獨佔的疑慮：

我們建議健保局要多元。不要去說：「喔很多元之後行政費用就會很高」，不盡然。那至少可以兩個嘛！不然說像新加坡後來把公立醫院全部變成法人之後，分兩股！兩股真的可以競爭。一股只會粉飾太平，看不出問題。(V206)

健保局究竟在健保業務上應該扮演什麼樣的角色？是現行制度上，一個被動、消極，僅列席旁聽的政府代表角色？抑或是主動、積極的參與健保協商的保險人角色？再者，我國現行單一保險人的制度是否會產生所謂無效率、粉飾太平的狀況？多元保險人在我國現行制度下的發展可行性？我們是否可以透過其他補助的辦法與配套措施去避免上述的困境發生，值得思考。

二、保險人應該提供的資訊

健保局其實不僅只具備政府的中立角色，更是健康保險的買方與賣方，故應該負起主動性參與且具主導能力的角色，不應該讓醫事提供者與被保險人在健保會自行議價、協商。目前健保局在健保會中僅擔任列席旁聽的角色，似乎無法反映其係為健康保險之買方與賣方的重要性，將權限都交由參與的代表進行討論與協商，究竟是不是一個好的方式？

未來健保會決策所需要的健保相關專業資訊大多來自於健保局，故資訊取得的便利性及充分性影響甚遠。惟健保局竟應該提供所有的相關資訊或是應該予以保護，委員對於資訊的取得能力及管道究竟應該予以限制或是開放？

有受訪者認為健保局掌握了健保所有重要的專業資訊，應該扮演提供資訊服務的角色，讓健保會的委員們能夠順利取的相關資料：

因為很多東西健保局把資料蓋起來，常說就是規勸健保局，至少把資料庫無藏讓我們好好去用...問題他就很保守（V202）

相對的，也有受訪者認為健保局的主要業務範圍是執行健保相關業務而非資訊提供的角色，若是要求健保局扮演提供專業資訊的角色無疑是增加了健保局額外的負擔，應該成立一個專門的智庫或是單位針對健保專業性業務提供諮詢。另一方面，也有受訪者認為健保局現今對於在資訊透明、公開的要求下，也應該某種程度的去保護健保資訊，避免這些資訊受到濫用：

除非是講得很清楚，可以提供參考，是做什麼或什麼之用。那些委員會做什麼用，沒有人知道（V301）

這裡顯示健保局對於資料的掌握究竟應該扮演著公開、透明的角色或是應該保護重要資料避免外洩。由於健保局扮演一個保險人的角色且對於健保的相關資訊又具有高度的掌握，為使得健保會開會能夠更加順暢，確實應該提供相關資訊讓委員得以參考並了解健保的全貌與情況。卻又因為健保局與委員間可能產生的不信任關係，容易導致健保局對於資料必須予以保護，這裡似乎又牽涉到委員適任性的問題，我們或許應該透過制度的設計與改善建立參與的委員與健保局間的信任關係，藉此提升運作上的效能與可行性。

第三節 健保會運作之時效可行性

時效可行性（time feasibility）意指從時間幅度考慮政策方案制訂與執行的可能性（吳定，2005）。健保會在一個年度內，必須處理醫療給付協議和審議費率，包含支出和收入的審議，這樣的要求，展現收支連動機制的預評估需要針對時效的問題，進行討論；主要是討論健保會應該如何有效的分配相關審議時間，這種配置的決策不但會影響審議結果的品質，也會影響到收支連動機制的運作，因此，時效可行性主要關切的是收支連動機制不同階段時間的配置是否合理的問題。

有關二代健保修法之後收支連動流程的時間分配（參考圖二），依照通過的健保法，主管機關於年度開始六個月前擬訂支出總額；而 7-9 月由健保會協定總額，這部分與費協會過去運作的時程與功能差異不大；接著健保會總額協商的結果，保險人有一個月時間對支付的問題進行審議，如果有修改費率的需要，由保險人向健保會提出，最後健保會審議費率為期一個月。這樣的流程安排中，前半年協議出總額，而後半年包括健保會總額協商、保險人提請費率審議以及健保會的費率審議，期限都只有一個月。就此時程而言，收支連動的程序是否順利完成，

各種收支連動的任務之時間分配是否合理，便是本節討論的焦點。

壹、會議效率

未來兩會合一後，將原本監理會及費協會的業務職掌與委員人數予以合併，不僅待處理的議題會增加，會內的委員人數也大幅提升，從原本的 27、29 提升至 35 人，議程數及人數的增加，就組織理論而言，勢必會對會議效率造成影響。以下就分別針對合併後的規模與效率以及議會流程進行討論：

一、規模 vs.效率

由於未來健保會係為費協會與監理會合併後的結果，組織勢必較原先的組成龐大，需要透過健保會協商的議題也相對更為複雜。因此，有受訪者就認為是否應該在健保會下再分幾個小組，類似委員會中的委員會的概念，針對藥材、中醫、牙醫、西醫等各個類別獨立的進行討論，如此不僅可以增加會議的效率、避免人數過多造成共識難以產生，甚至可以降低各個委員對於健保業務專業性的負擔；惟執行的可行性與議事規則仍需再研議。

有受訪者就認為未來健保會面對較具爭議的議程，目前執行的開會議程與時間或許無法進行有效的協商並且做出決策，再加上，資訊的不透明與醫療的專業性。因而，受訪者認為健保會針對開會的時間與頻率必須進行再次的思考：

可是台灣這種協商時間夠嗎？絕對不夠。大家都沒有掌控資料怎麼協商？所以一開始沒有想好，再怎麼改都沒有用，那個委員會，不止每個月要開會，可能兩個禮拜開會一次。（V208）

相對的，也有受訪者認為，未來的合併運作並不會因此增加額外的成本與負擔，因為兩會本來的委員就多數重疊，透過整併不僅能夠節省開會的時程，也能讓協商更為順利：

實際上這個會早就要併在一起了。兩個方面去開並沒有意義，實際上兩個都有點重疊。費協會開會也會建議到，主要費率不會在這邊討論，可是他兩邊都會建議到，兩邊都會談到。（V201）

我覺得合一很好，因為第一個，可以不要造成浪費，費協會就是這些人，監理會就是這些人，然後又分開開會，放在一起，不就很好開了？放在一起大家都知道，而且一個月開一次，這樣就不會浪費，浪費這些出席代表的時間，也不會浪費工作人員的時間，而且訊息可以馬上得知，又可以馬上處理。（V203）

同時，也有受訪者認為，雖然無法預測未來健保會是否會因為人數與規模的增加而造成會議效率的低落，但至少因為兩會的合一，可以讓整體的流程與課責方向更加清晰與明確：

二代健保用監理委員會跟費協會合起來變健保會，這個會 Run 的好嗎？不知道。但是先做再說，至少讓它收支連動，因為本來一個管收入，一個管支出，現在讓他合起來，至少管收入跟管支出一起管的話，這些委員才不敢亂講話（V305）

未來健保會的規模究竟會不會對決策的產出造成影響？還是反而較過去兩會分開時，更具行政效率？在健保會中包含許多專業性的討論，是否應該針對這部分設計機制或是在會內分組進行？在健保會上路後，勢必是另一個很大的挑戰。

二、應確實遵守會議流程

由於，未來健保會負責的業務量勢必較過去更為繁重，但開會的時間已經明訂，部分受訪者就認為委員們應該在開會前先行準備，並且行政單位應該擁有議程設定的能力：

在談判之前就會有協商架構、協商流程，遊戲規矩弄好了，那大家都照遊戲規矩！例如說我們遊戲規矩說，就是六個小時結束，那就六個小時！時間到就結束！（V302）

受訪者認為健保會應該針對議程設定進行有效的制度化，而非讓會議時間無限制的延長或是臨時加入新的討論議題：

我是認為會議規範也要明確化，因為會議規範是內政部公布的，就照會議規範來。照會議規範來走那就沒事了（V201）

多數的受訪者都認為許多的協商因素跟協商方式其實是來自會場外的，委員們應該針對主要的協商內容事先進行資料蒐集，做足功課並且進行有效率的討論。惟若是委員透過杯葛議事之方式取得認同，造成整個開會過程產生動盪或是時間上的延宕，該如何處理？事實上，這也是合議制運作時常見的手段之一。此部分僅能就會議規則詳加規劃，透過詳細的會議規範與說明加以避免但仍舊無法完全性的禁止，因為此類不理性的理性行為仍舊係委員會運作的精神之一，藉此彌補代表性制度既有的瑕疵，讓委員們能夠透過操作議程提升自己的代表性與價值。健保會本身即是將各方利害關係人集結起來協商與倡議的場域，為確保不同利益都擁有發聲的權利，自然無法完全避免委員操作議程的情況，惟期待透過議程的詳細規劃而取得平衡。

貳、 決策時程

針對決策的時程，有些受訪者認為確實會影響收支連動的進行，可能有部分階段在時間的安排上，的確會比較趕甚至有時間不夠充裕的疑慮；但也有受訪者認為這並不會直接的影響收支連動的進行，能夠順利協商的部分仍然會順利協商完畢，無法順利協商的部分也只能透過兩案併呈來解決：

衛生署署長不敢決，丟給行政院長，他一定會到法定最後一天...不太可能提前，所以前面多少，能談成的，一天就談成了；談不成的，一年都不會有結果，因為這個大部分都是政治責任（V301）

甚至也有受訪者提出，協商的場域不僅僅只有在健保會，各類代表也不是只到健保會時才開始協商，很多時候，協商在健保會會期開始前就展開，若是等

到健保會才來考慮協商的事，基本上，時間都是不夠的。反觀，相較於參與者，行政人員對於時程的感覺反而是認為頗具壓迫性的，以下就針對未來健保會的決策時程，進行討論與分析：

一、 前半年醫療給付費用範圍擬訂的時間訂

醫療給付費用範圍擬訂需要六個月，看似太長會壓縮到其他事項的時間。但是會花這麼多時間，主要的因素是因為前一個年度資料無法即時取得，前一年的資料大概三、四月才有辦法統計完成並取得。因此以行政部門人員為主的受訪者，大多認為這六個月的時間是必須的。不過有認為醫療給付費用範圍擬定可以提早一個月完成，五月應該完成範圍擬訂。只要不超過法律的時間，提前一個月完成不但不會違反法規，也可以讓樣後面流程不會這麼匆促。

因為你前面幾年很多上年度資料都還沒有出來，他沒有半年提不出來，很多統計數字、經濟指標、醫療費用統計沒出來前，那也沒辦法提總額草案，...通常大概三四月以後才有資料，所以至少要一個多月時間去估算。因此如果可以五月提出來那就會往前提，會讓後段作業多一個月的時間...如果說往前移，不過跟法律都沒有關，法律只是說 deadline 要什麼時候前提，如果比法律規定的早一點提是 OK 的，不涉違法的問題，只是實務運作上去調整一下而已。(V105)

由主管機關六個月前，主管機關擬訂範圍，期限縮短其實也無所謂，但是為什麼要六個月？第一個是由健保局先提出資料來。因為主管機關不見得有資料，所以主管機關先由健保局提來，提到衛生署去...以前是會找一些各個醫院的團體，或者是來講意見，就應該是增加多少，然後他們有意見表示出來，然後這個過程當中就要蠻久的。所以衛生署在擬訂那個範圍的時候就有找買賣方雙方來談，就先來表示意見，先把他們的意見，聽也好、不聽也好，已經有在裡面。主管機關再要把他送到經建會去，送到行政院去，行政院交給經建會，經建會再找人來談，再找學者來表示意見，經建會開完會以後，經建會的委員會正式通過以後，再由行政院去核定。(V103)

焦點團體與會者多認為前半年主要是原則和方向的確立，而後面則是注重在數字的決定，因此雖然前半年的時間很長，但還是需要的。

因為二月份衛生署主管機關就會跟各個總額部門去問各方的期待與目標值，然後才去做一個範圍，也就是上限、下限。所以應該是說其實是同時到健保會去跟他報告，在這樣的範圍底下，現有的財務狀況底下，詢問大家的意見，也符合健保會設置就是一個諮詢的單位，聽完大家的意見後再進行彙整，然後就是報行政院。所以這個過程看似沒有做任何的事，但是很多原則跟方式的確定其實是在上半年，後面就是決定數字。(F103)

二代健保財務規劃的時候，基本上就將他定性為一個「量出為入」的一個制度，所以就時程上看起來前面好像空了很長的一段時間，但事實上他背後的理由跟一些想法是說，也許我在三、四月份去諮詢健保會的時候，健保會的先期作業已經就下一個年度「我到底希望購買什麼樣的醫療服務」，先有一個事前的 plan 了。(F102)

由此可知，在總額訂定的前半年，行政機關必須花時間先針對非協商因素進行評估，而提出一個基本的總額框架，再諮詢利害關係人，讓總額範圍在有共識的情況下被確立，才能確保下階段的總額協商。

二、 後半年醫療給付費用協議及審議費率的時間訂

前半年的醫療給付費用範圍擬訂雖然勢必花費近半年的時間，但因為前半年都在處理原則性的部分，後半年只是進行細節的討論。因此部分的行政人員認為這樣的安排算是合理的。但是仍有些意見是認為後半年要處理這麼多事情，過於勉強、緊湊。

行政人員尤其認為在健保法第 61 條，健保會協商後報主管機關核定的部分可能會有時間不足的情況。一位行政官員如此說：

時間會非常勉強，但僅認為有一個地方可能會因此卡住。就是根據健保法第 61 條規定健保會協商完了以後要報主管機關核定，但除此之外，總額協商完了後，健保局要根據這個總額去換算費率，造成一方面要報主管機關核定，一方面健保局要去做費率的審議，這樣來說，在做費率審議的時候，兩方面不知道該怎麼進行連動（第 24 條、第 61 條），這部分可能需要再理清清楚。(F101)

參、無法於法定期限完成的處理方式

依據健保法第 24 條規定，若健保會未於時間內完完成審議，則由主管機關決定之。受訪者認為這可能會促使健保會在壓力下盡快完成審議，但另一方面，卻也可能使健保會根本無法完善的審議。若此，那麼利益團體是否會故意延宕，以拖的方式得到結論，造成健保會的權力無法執行，該權力直接由主管機關行使。

健保費率審議，健保會議只有一個月的時間，...一個月的時間也很多，要真的有作為的話，確實要增加很多就是來代表意見，因為那個數目是冷冰冰的，你只能夠就現有的那個自助餐去挑來吃，也不可能是說我想小兒科增加多少，總額就增加多少，所以說就純粹費率來講是冷冰冰的，只是說政策裡面，要什麼給付、什麼不給付，在現行的健保法裡面，伸縮空間也是有限。這個是程序安排是否窒礙難行？就時程來講，窒礙難行就拖。(V103)

針對此問題，有受訪者提出健保會主任委員的關鍵角色，若在會議進行中，健保會的主任委員的立場態度較強硬的話，應該可在法定的時間內做出決定。

就看主席，要弄可以，也可以說坐在那邊開三天會開到有結論的放在那裡，那個一個月不是問題，我現在跟他要是藥事 mega-Committee，三個月開一次，一次開全天，必要的時候可以在延長兩天，強迫一定要把結論弄出來。(V102)

時間可行性主要關注運作流程的時間是否足夠。由於健保會審議的範圍不少，因此有些部分時間一定必須壓縮，才能在一年內完成所有的事項。綜合學者和實務上的意見，多認為目前的安排算合理。前半年因為需要過去資料以及制訂下一年度給付的原則性規範，因此六個月不算是過長。但若行政運作可行的話，其實可以盡量在五月時完成給付範圍的擬定，這樣可以確保後面的流程順利進行。

第四節 小結

透過深度訪談與焦點團體的資料收集與深入分析可發現，健保會在收支連動上所扮演的功能，比起現今的監理會與費協會更加重要。然而，實際探究政策執行的可行程度，卻又發現制度設計在法律、行政與時程的安排上有些爭議之處，而這些問題卻可能影響整體收支連動的運作與功用。

就法律面向而言，主要問題有四：第一、健保會被賦予比現在更重要的權限，但在組織定位上，卻被置放在主管機關任務編組織，雖然可透過健保會主委與主管機關首長的緊密聯繫，來強化健保會政策的影響力，但另一方面，卻也代表決策力必須受到行政機關的限制，究竟是更獨立或更受到政治力影響，仍舊有所爭議。再者、透過兩會合一，健保會在收支連動程序中被賦予收支平衡的關鍵角色，但似乎仍有些收支權限不在健保會的管轄範圍，而隸屬於健保局的職權，如藥材、特材、支付會議等，這些項目究竟被視為政策專業的領域，或者仍涉及健保財務運作的一環，也必須有更明確的規範。第三、健保會重大決策是項傾向採用共識決的模式協商，以確保各類利害關係人的意見被尊重，並且獲得共識。因此，在協商制度上堅持對等協商的原則，但究竟對等協商該如何執行，而制度設計又該如何符合二代健保法設計的原意，便有不同的看法。最後，則是社會參與的兩難，目前健保會的決策仍屬於少數代表參與，未具有全民參與的基礎，儘管有公聽會、公民會議的先例，但對於政策運作的效率以及實際政策效用的助益都受到質疑，在擴大社會參與與決策效率的考量下，該於甚麼時間點舉辦這些活動，又該透過甚麼方法舉行，都有不同的討論。

就行政程序的考量而言，組織人事與行政支援的問題則具有很大的影響性：第一、多元利益的參與雖強化了決策的正當性，但代表的參與動機、專業程度與議事表現都會影響會議的品質，健保政策一方面具有高度專業，一方面又涉及全民利益，團體代表該如何選任，而代表者的專業又該如何增進，都影響了未來健保會在行政可行性上的運作效果。第二、健保會主委在收支連動程序中，一方面

受主管機關首長指派管理、主持健保會；另一方面又要在會議進行中與各類利害關係人互動；涉及重大政策，可能還必須擔任發言人對外說明健保政策的決定。不同面向的期待都使得主委必須身負多重責任，部長的選任以及主委的定位就可能影響健保會運作的功能與成效。第三、健保會在決定健保重要事項時，必須要取相關的資訊才能做出正確的決策，無論是資訊的完整性或即時性，都具有重要影響。此外，健保會的行政人員一方面要提供專業的資訊、一方面要協助兼任的委員進行會議。這些行政支援的人員與任務都是必須考量的重點。最後，在健保收支連動的體系中，我國的單一保險人－中央健康保險署其實扮演多重的角色，一方面中央健康保險署為健保政策的執行機構、也是健康保險買賣雙方的獨佔者，並且掌握與健保相關的所有資訊，究竟中央健康保險署應採中立角色不介入健保決策，或者該扮演較積極的保險人作為，也引起不同利害關係人的差異看法。

針對時效可行性的部分，主要是探討收支連動程序中，對於時程安排適當性，包含決策時程、會議效率與時程安排。決策時程內容針對健保會在總額諮詢、總額分配以及費率審議三個程序與時間的規劃，儘管多數受訪者對程序沒有異議，但時間的安排卻有爭議，前半年前段諮詢時間政府需要資料蒐集與確認，但後半年處理總額分配與費率又太緊湊，很容易因時間不足而破局。是故，各項任務的時程安排必須再重新作配置，才能使健保會有實質的運作。除了時程外，會議開會的模式、時間安排都會影響開會的效果，也間接導致健保會的決策權是否得以運行。因此都必須在時程可行性的安排中被納入考量。

由以上三項可行性的意見收集與分析可發現，健保會在制度上的設計，不但引導了利害關係人在會議中的互動關係、也對健保會決策權執行的影響力，而時程的安排更會使健保會在執行收支連動的確實性受到限制。對於這些問題，不同的受訪者依據其經驗與立場提供了不同的看法，究竟怎樣的制度配套與結合對整體收支連動較有利，便是下章節的研究重點。

第五節 問題整理與發現

從上述分析可知，收支連動機制在法律、行政與時效可行性中，都有些執行上的挑戰。為了能確實理解這些問題的不同面向與各類利害關係人的立場，本案將依據前述的他國經驗、深度訪談、焦點座談的意見，以及問卷發放結果，對收支連動機制做全面性的評估，提出最重要的十項問題。針對這十項問題以及之前資料蒐集的意見與看法，本案以法律可行性、行政可行性和時效可行性三個面向為類別，分別提出其可能的解決方案（見附件三與附件七），並在焦點座談 III 以及深度訪談 III 中，尋求相關經驗者的看法與建議。¹⁷

在過程中我們發現，這十項問題的可行性困難是相互連結的，有時可能因為法律模糊，而導致行政執行或時效流程的阻礙；也有可能是因為行政執行的設計而影響時效流程的更動等。是故，依據第三波的資料蒐集結果，本案將十個問題重新分析，再加上之前的意見與看法，將收支連動在結構及流程上的可能困境作系統性的整理，依據組織結構、任務時程、組織人事與配套措施四個類別進行討論，將不同利害關係人的立場與建議作比較分析，使問題的核心與解決模式有更明確的方向。

壹、健保會的組織結構問題

組織結構的問題聚焦於健保會的運作，由於健保會為收支連動機制中的主要運作組織，因此，在改革時期到法案即將上路的過程中，利害關係人對於健保會的定位與運作方式都十分關注，以下，將分別探討健保會的對外權限、內部的協商結構以及審議的議程規劃。

一、健保會的獨立性

一代健保在收支連動機制上最大的問題是來自於政治因素考量，而無法反映

¹⁷ 此二附件便是將方案提供焦點座談 III 與深度訪談 III 作為討論的資料依據。

在收入與支出的關係上。因而希望透過健保會的運作，讓健保的財務收支獨立於政治之外。然而，健保會的獨立性卻受到限制：

依據健保會任務編組的法位階，一方面，所有健保會的決議事項卻都由衛生署作最後裁決，衛生署仍舊受上級機關控制，因此，較難脫離政治因素。另一方面，對於健保財務的相關政策只具有審議權，對於政策執行的審查與懲戒卻無權限。這兩個面向都將影響健保會在決策上的獨立性，也可能因此喪失兩會合一的目的。針對這項問題，依據健保會的決策獨立性與影響力程度，不同利害關係人對健保會的權責權限有不同的看法：

（一） 決策完全獨立且具監督權

健保會成立的目的之一，是希望可透過專業、多元的參與，讓健保的財務收支達到連動且平衡的目標。因此，涉及健保會決策事項時，都應該由各個機關向其報告，使健保會具有實質監督之權責，若有問題之處，可透過健保收支政策。

（二） 衛生署完全尊重健保會決策

根據問卷結果與部分受訪者的看法，都認為二代健保法兩會合一的目的，是希望透過健保會使健保政策得以行使專業、理性的判斷，隔絕政治介入的干擾。因此，儘管健保會在法位階上被視為任務編組，但透過社會參與的正當性強化機制，其決策理應被衛生署完全接受：

事實上他們健保會充分討論之後，署長或部長他們一定會尊重他們，像現在的署長也很尊重費協會跟監理會的意見，幾乎，沒有全盤照收也是 90% 尊重...，署長部長要充分的尊重。(V305)

健保會說調(費率)署長就會調(費率)，如果堅持不調，下一次責任就跑到署長的身上去！...就是會尊重，要不然錢，缺口要從哪裡來？署長他哪裡去拿錢？...(選舉時刻)沒有問題，就聽健保會決定，又不是署長決定的，也不是政治。因為當時設計這個制度就是要避免政治。(V302)

是故，除非健保會協商破局，方案併呈，否則，衛生署長必須完全尊重健保會之決策；並且由健保會負責對外說明，其決策之結果與評估因素。如此才能確保健保會對健保政策的決策獨立性，達成隔絕政治干擾的目的。

（三）衛生署負決策責任（二代健保法規定）

第三種說法是以健保會在二代健保法中的法律位階來論述，受訪者認為健保會被視為衛生署轄下的任務編組（受訪者 V105、V104、V301），因此其收支連動的權限，只是強化利害關係人間的互相溝通機制，讓健保政策可做全面性的討論。但就民主政治的課責性而言，健保會只能是衛生署諮詢單位，其決議作為衛生署參考，且不具有對外發言權，健保政策仍舊由衛生署裁決並且負責。

二、總額對等協商

總額對等協商機制強調總額分配時，必須由付費者代表推派 10 人與醫事提供者進行協商，因為選擇代表的機制與協商的模式可能會影響協商的結果，因此成為各利害關係人所關注的焦點。然而，各類利害關係人對於「對等協商」的概念卻有很大的差異，這可能導致未來協商時，不同意見的衝突，甚至是同類代表間的不同意見，進而影響到協商結果。

首先是針對協商代表的選任機制，就整體數量對等協商而言，由於醫事提供者具有 10 名代表，因此付費者也必須透過制度推選 10 名代表進行協商，推選機制有以下兩種：

（一）依比例推派

依據本案問卷調查結果，有接近六成（59.6%）的受訪者都認為各類團體比例推派代表進行協商是最好的選擇，因為較符合代表性與決策正當性的協商標準，也透過明確的制度化設計，降低協商代表的爭議。

（二） 內部自行推派

由於健保會為各類利害關係人溝通交流的平台，強調社會團體與代表的自主性與理性，因此，就行政機關的角度，多認為付費者內部自行討論，並推派共同代表即可：

...所以我們的想法很簡單，那十七個或十八個自己推，他們怎麼推，當然協商達成共識是一種，沒有辦法的話大家要討論說那好我們乾脆抽籤好了，那也是一種。(F305)

由此推論，付費者內部必須相互交流，了解各自看法以及協商能力，才能達成共識，透過代表呈現付費者的整體立場。

然而，卻也有利害關係人由健保會的特殊出發，來理解協商模式的功能，有許多受訪者認為，無論是總額諮詢、總額分配或費率協議都是健保會以「共識決」的方式進行，在不投票的條件下，數量上的對等協商意義並不大（受訪者 V301, V302, V303）。此時，較重要的便是協商模式的差異，對此，又分別有三種看法：

（三） 業務分組

總額協商將醫事服務共分為四組，分別為西醫基層、醫院、中醫、牙醫。有受訪者表示，過去經驗常有利害關係人抱怨資訊不對稱的問題，若要實際了解醫療專業的支出以符合總額分配，應該要將付費者代表共 18 人，進行內部分組，其概念類似立法機關的委員會，可做較深入、專業的理解，可解決資訊不對稱的問題，另一方面也較能達到議事效率（受訪者 V304，V303）。依此，各類總額由小組內決定，再送至大會作決議，實際達到專業與利益的對等協商目的。

（四） 兩造共同討論

總額分配涉及醫療服務各部門的利益分配，這事關付費者與提供者的資訊公

開性，以及提供者間的資源分配協調，依據過去經驗，有受訪者認為各類協商常會使總額分配有代表弱勢或資源互相競爭的情況：

醫院當然希望醫院好！牙醫希望牙醫好、中醫希望中醫好！那醫事提供者的三分之一就打散在這裡！消費者代表都很團結，就三分之一，就是要看緊荷包！（V211）

依此，公開進行討論較能比較、呈現不同部門的需求與問題。是故可以進行大會協商，所有人共同參與，而派出相等數量的代表主談，尤其他參與者出席與提供資訊，若有重大爭議或問題可中斷議事，先進行各自內部的討論。主談代表的重點在於協商能力與意見表達，而不具有實質決策權，決策仍舊由團體內部達到共識為重。

（五） 付費者主導協商（二代健保法規定）

就總額分配的現況而言，主要是由付費者與醫事單位各部門分別協商，由於醫事提供者掌握醫療相關資訊，因此，必須向所有付費者代表說明其發展與預算需求，依此，再由付費者共同決定各部門總額。本方案也是二代健保法的規定，此機制雖在人數上不呈現對等功能，但卻能夠讓所有付費者都同時接受訊息，在相同條件下進行討論，共同做出決定，避免談判者無法代表整體的問題。

三、議程主導權

第三項則是針對健保會的議事效率與議程主導做討論，由於未來健保會共有 35 名代表，儘管在規模與比例上強化了社會參與的正當性，但另一方面，也可能因此影響健保會的議事效率。針對此問題，本案認為必須由結構與程序兩方面進行討論，在結構上必須加強分工，以提高專業及各項功能；在程序上則必須強調整合與集中，才能針對要項，快速溝通。而不同的受訪者，則有其看法：

（一） 次委員會兼具專業與效率

有些受訪者認為，健保會內部必須成立次委員會，進行分工（受訪者 V304，V203），如同上類總額對等協商一樣，無論是依據各類總額進行分工或者針對不同議題做深入討論，如：醫療品質監督委員會、健保局藥事小組委員會等，藉此提高效率與專業程度，再將委員會結果提至大會做議決。

（二） 主委裁決（二代健保法規定）

由於主委由學者專家兼任，因此代表中立、專業的立場，議程由主委排定，決定不同議題的重要性，在大會進行討論。

（三） 程序委員會

為確保護事的重要性與公正性，由健保會內部成立程序委員會，由各類代表選擇一人共同參與，排定議程：

有議程委員會也是好！可以幫忙做篩選，然後幫忙排一二三四。...如果不是由議程委員會的話，當然就是行政人員，加上主任委員去談！但是這樣的話就會被人家批評，像是有一些不是本會的業務，不應該放到本會的討論裡面。（V303）

透過議程委員會的排定，可以讓各類代表都有機會將其認為重要的議事放入，不會有主委權限過大或者偏袒特定議題的質疑，讓議事的重要性由委員共同決定。

貳、健保會的任務與時程問題

收支連動機制的運作，除了健保會組織本身的制度外，各項健保政策的決策點與時程也會影響收支連動機制的成效，其中，最多的討論是聚焦於健保會新的任務--總額諮詢與費率審議，因為這兩項工作同時決定了健保財務的收支面，依據目前法規的規範，諮詢總額為六個月、協議總額三個月、費率協商一個月，在

執行上，究竟總額諮詢為何要花費六個月的時間，又如何執行「諮詢」的工作；而費率審議的重大政策為何只有一個月的期限，可能產生費率協商時間過短的疑慮，導致健保會協商來不及完成，仍交由衛生署決議的結果，影響健保會的功能運作。針對這些疑慮，在多數受訪者的回答中，都同時考慮了行政可行性與時效可行性的面向，顯示時程安排與決策模式必須同時考量，究竟如何安排才能達到連動效果，也就成為各方爭論的焦點。

一、總額諮詢問題

在二代健保法中，過去由政府所決議之總額上限在前半年便必須先諮詢健保會，而總額上限則涉及未來健保費率的調整問題，因此，總額協商的實質意涵以及模式，可能就會對收入面的協商產生影響，而增加利益衝突的可能性。針對健保會在總額諮詢中所扮演的角色，依據其影響程度可分為以下三種看法：

（一）諮詢程序具有實質影響

過去總額上限由行政院透過非正式管道向健保局以及各利害關係人做諮詢，健保會若必須為後續的協商與審議問題做討論，則總額的範圍便會影響相關的決策。倘若總額範圍的訂定未考慮健保會委員的意見，將導致後續總額分配與費率審議的爭議，是故，當行政院與健保會對上限範圍的意見不一致時，行政院必須尊重健保會之決議；而健保會則須就其看法提出說明，以示負責。

然而，這也產生另一個問題，倘若諮詢權必須由所有健保會委員共同開會審議，則勢必會因利害關係人的不同立場而進行表態與討論，而使得健保財務的收支協商提前進行，當各方意見差距極大，則可能造成健保會無法提出共識，且讓後續的相關任務都受到干擾，無法進展。

（二）諮詢程序為意見蒐集

相較於第一種看法，另一種觀點則是認為健保會總額"諮詢"的功能，被定位

為「諮詢」，也就是對範圍並無決策權，只是因為健保會是各方利害關係人溝通協商的場域，因此衛生署應向健保會報告總額範圍的訂定考量。依據健保收支面的考量，包含被保險人、雇主以及政府預算三部分，因此，不能只單就健保會的決議，仍舊必須以政府整體預算作標的。是故，健保會只能依據對健保政策的考量，向行政院之方案提出意見，由行政院做最後裁定。其主要決策能限仍舊是在總額分配與費率審議的任務上。

（三） 個別諮詢（二代健保法規定）

總額諮詢的目的，是為了給健保支出項目有個明確的範圍，確保財務的控制。而每類利害關係人對總額的預期與看法也有所差異，因此必須先對委員們的期待進行了解：

...衛生署主管機關就會跟各個總額部門去問各方的期待與目標值，然後才去做一個範圍，也就是上限、下限...現有的財務狀況底下，詢問大家的意見，聽完大家的意見後再進行彙整，然後就是報行政院。(F103)

而為了降低收支連動在前半年的作業時間與成本，行政院可對各類利害關係人採各別諮詢，再考慮國家財政狀況，由行政院做最後裁定。

二、費率決定時程問題

依據新法，健保保費的調整在總額協商完成後，由中央健康保險署向健保會提請審議。若健保會無法於期限內完成審議時，由衛生署決定。此項任務同時涉及不同面向的可行性困境：

在法律可行性上，健保會內部協商破局，方案併呈，由衛生署決定費率，這使得法律賦權健保會的費率審議權喪失；或者是健保會協商結果導致財務平衡為赤字，這則是對收支連動財務平衡的法規意涵有所違背。再就政治可行性而言，健保會倘若依據收支連動決策要調漲保費，但行政首長因政治考量不允許，而其

掌握最後決策權，那麼就使健保會決策的獨立性消失，仍舊受政治影響。最後是時效可行性的部分，依據法規，費率審議只有一個月的時間，還必須在審議前召開專家會議，針對重大議題，時間卻如此緊迫，是否能如期完成，達到共識。

由上可知，費率審議的任務涉及各種面向的考慮，而這些可行性的疑問都可能導致健保會在財務收支連動機制上的功能無效，是故必須同時兼顧不同因素的影響，而為了達成費率審議的根據不同的出發點，主要有以下四種看法：

（一）所有時程往前挪一個月

依據時程規定，先討論總額範圍、再分配總額，最後進行費率審議。依據受訪者的看法，總額範圍的工作只為諮詢，則重要工作應該是費率審議，且費率審議的爭議性更大，是故應該增加費率審議的時間：

...為什麼¹⁸（諮詢）要花這麼多時間呢，你把健保會的功能性也搞得太沒有經濟效益了吧，太沒有效率，這頂多到五個月，四個月就可以了，後面這兩個地方（總額分配、費率審議）各加一個月。（V203）

依此看法，是希望能夠增加費率審議的時間，也就是增加收入面的考慮時間。是故，必須將所有時程往前挪一個月：

月份	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
任務	總額諮詢					總額分配			費率審議			

（二）平衡所有任務時間

就任務時間的分配而言，由於總額審議階段還必須要中央健康保險署、主計處等各方資訊的提供，而費用分配與費率審議，則是收入支出的兩大重點，因此，必須平均過去費協與監理的時程。是故，三項工作各四個月：

¹⁸ 為求語意通順，斜體字為作者加註。

月份	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
任務	總額諮詢				總額分配				費率審議			

（三）總額範圍與費率共同討論

依據財務平衡的目的，收入與支出面應該同時考慮，才能達到收支連動的效果，對此，問卷開放式問題以及深度訪談受訪者皆有此建議：

...最好是行政院在核這個總額範圍的時候，最好先搞清楚，現在的保險費費率是多少。就有一個對照就對了...現在的保費是多少，那我們最多能夠成長多少 percent，那就是你的 maximum！需要花多少錢就應該要就要想辦法去調保費！（V303）

依此，在不改變新制時程的情況下，討論總額範圍時，就請中央健康保險署依據公式進行計算，提出不同總額範圍標準下，相對應的費率。同時考慮收入與支出面向，先確定總額範圍與費率後，再進行分配的工作。一方面，避免後段費率協議時間過短而破局；另一方面，也在確定框架下討論分配，使現今費協會的功能不受影響。後段十月與十一月時，執行前半年審議之費率的行政流程。

月份	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
任務	總額諮詢 / 費率審議						總額分配			費率流程		

（四）總額分配與費率共同決定

將總額分配與費率共同討論，由健保會與中央健康保險署共同擬訂不同方案，探討費率與給付範圍的對應，了解費率調整與給付內容的連動關係，也確實達到收支連動的核心概念。

月份	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
任務	總額諮詢						總額分配 / 費率審議					

參、健保會的人事選任問題

第三個收支連動程序的重要問題，便是健保會組織人事的看法，由於健保會的組成為社會中各類利害關係團體的代表，而各類代表對健保政策的理解與專業程度有很大的差異，因而導致協商時可能有許多潛在的問題。涉及人事問題的部分有二：一為健保會委員的資格與能力、另一則是主委的選任。

一、委員資格與能力問題

健保會中必須處理許多與健保政策相關的議題，一方面必須滿足利益的代表性，委員必須能代表其所屬類別的利益，另一方面則必須具有專業性，才能夠針對健保議題做發言。不同的需求使得委員的議事能力與素質受到重視，但健保會委員為兼任委員，並非專職，是故，無法透過專任訓練的模式來進行，而必須以其他方式處理。對此則必須從代表選任與代表訓練兩方面來討論，就選任機制而言：

（一） 衛生署決定

各團體需送審兩到三位委員，讓衛生署得以從中挑選較具有參與能力或專業能力者（二代健保法規定）。

（二） 代表團體框架

除委員選任外，針對團體代表性的問題，依據問卷結果，未參與委員會的團體對於衛生署選擇代表團體的，顯示未參與者對於無法進入委員會進行協商有所不滿。為了強化決策代表性與外部正當性，衛生署應對於既有利害關係人的框架，每兩年應檢討一次。

針對委員的會議參與訓練則有兩種建議：

（三） 提前選任

許多受訪者反應，在擔任委員前對健保事務並不熟悉，因此參與初期只像是實習生，無法馬上就理解並參與討論，必須要（受訪者 V302）。而這樣的問題，其實可以提早解決，代表各團體需提早選出下一年度的參與者，讓其中有時間可以進行委員的培訓與交接，先了解健保事務，以強化專業能力。

（四） 共同參與

另一種可以強化委員專業性與適任性的積極作法則是委員在成為正式代表前，必須與現任委員共同參與會議，以了解健保政策。根據受訪者的看法：

...一開始就要儲備兩組，就是每一個單位派出來一個人的時候，他要給至少兩個人是同時去實習的。就很像我們叫做 former president 對不對？然後現在的 president，還有 electing 的 president，那三個人呢，都在同一個時間都要一起開會。（V303）

透過這樣的作法，不僅可以有經驗傳承，也可以在任期內更快了解議事，更明確的表達團體立場。

二、健保會主委選任

除委員選任外，健保會主席更擔任重要的角色，無論是對內主持協商、對外說明、或者與衛生署的聯繫，都可能影響健保會在健保財務收支連動的定位，因此，主席的選任也受到很大的關注，現今議事規則中，規範主委由衛生署長在學者專家中指派，而實際運作上，究竟如何選擇主委，對健保會的議事運作有較正面的影響，則有不同的看法：

（一） 主委由署長指定

由衛生署長在學者專家中選派，則主委與衛生署長的連動性較強，使衛生署可掌握健保會對健保政策的看法，讓健保會的意見較易傳達至署內。

（二） 主委由委員共同推選

由委員自行推選，署長任命之，主委人選經委員同意，在委員有共識的情況下，提升主委對各類利害關係人以及協商的掌握，將有助於健保會協商、決策的功能。

（三） 主委由學者輪替（二代健保法規定）

由學者專家定期輪替，透過不同的議事風格與協調能力，使學者群可在健保會發揮中立與專業的影響力。

肆、收支連動相關配套措施

針對健保財務收支連動的制度設計，除了針對健保會組織本身的結構與人事問題，以及整體流程與任務的規畫外，與其相關的配套制度，也會影響收支連動的運作成效。在本案資料蒐集的過程中，最重要的相關制度有三，分別是資訊支援體系、社會參與管道以及保險人角色。以下針對三點進行說明與分析。

一、健保會決策資訊的充足性與完整性

健保會被賦予收支連動的重要責任，依據資訊理論，對行動者而言，唯有取得確切的相關資料，才能在資訊對稱的情況下，對政策問題提出有效的解決策略。然而，健保會在位階上變成任務編組，並無專屬的行政人員與資訊支援體系，這將使決策時的資訊受到限制，不但可能影響會議的效率，也連帶影響決議的有效性。對此，不同的受訪者提出不同的建議：

（一） 建立獨立智庫與資料庫

從健保會的角度而言，有受訪者認為，必須建立健保政策的整體資料庫，作

為學術研究及政策分析之用。此資料庫可由國家委託主管機關之相關研究單位設立，以提供完整且獨立的決策資訊：

幕僚的意思，好比說就是資源決策的智庫，但是這個智庫不能專屬於任何一個利害關係人或群體，它應該是獨立的第三單位，它必須要接受其他人點菜。他自己也要做功課！除此之外，因為協商需要這些東西總是要人去準備，所以要有一個很強的智庫來幫助健保會的運作，我們國家現在是沒有，國會議院拿了錢大概在做的都是基礎研究對這個完全沒有...至少應該把二分之一到三分之一的錢去做。(V302)

此機制的設計，一方面可強化委員對資料的獲取性，並且增加健保會的獨立性與影響力，另一方面也可減輕行政人員的行政負擔。

(二) 降低協商雙方的資訊不對等

從付費者與醫療體系中的對等協商角度而言，由於醫事提供者為醫療領域的專業，因此，多對醫療相關資訊有充分掌握。相較於此，付費者代表雖然在人數上有較高的比例，但卻可能因資訊不對稱，而影響決策的判斷。是故，從付費者代表的角度，可成立智庫群，有政府出資補助：

...因為本來醫界的話他有很強而有力的幕僚，那付費者就會覺得說，那以後的責任那個重的話，那他會需要助理，或者是說有些派給一些專業幕僚的協助。(F304)

若此，可補足代表對健保議題的專業，又可達到資訊對稱的目的。

(三) 各部門專業負責

各相關單位必須有一名專門負責健保會業務的行政人員，負責支援健保會的各項政策資訊需求。一方面可快速連結各單位的業務與健保會的需求，另一方面也可強化健保會對各機關的任務執行。

（四） 相關行政人員共同出席（二代健保法規定）

健保會開會時，各單位行政人員必須共同出席，並事先準備與議程相關之資料，得以隨時回應開會的資訊需求。

二、擴大社會參與與民意蒐集

二代健保法在改革上的一大目標便是希望擴大社會參與，共同探討健保的重大決策，因此在新法中有關於其中公民會議（第 5 條）以及專家會議（第 24 條）的規範。然而，社會正當性與會議效率及效能的衝突，便成為社會參與的重大挑戰，在此處可分為兩個面向來探討，就社會正當性而言，愈多人共同參與可強化訊息的流通與不同意見的收取。就會議效能而言，則是著重於議案的討論與決策。針對這項爭議，本案認為可透過其他配套機制加強社會參與與意見蒐集：

（一） 專家諮詢會議

在費率審議前的專家會議，強調對費率計算的專業考量，但仍不具有決策權而屬諮詢性質：

那純粹就是屬於諮詢性質的會議，有那個講完之後把決議拿去會議上討論說：「經過專家討論以後是這樣子的決議。」大家就針對這個決議來討論...有科學根據吧，或有學理根據，或者專業根據的意見！（V303）

有些委員他們的專業其實沒有那麼強，那你要去找別人來幫忙，那這些就是提供專業上的協助。（F306）

因此，專家會議的選任應以專業性為考量而非社會民意蒐集，由衛生署及健保會共同決定參與專家，由於買、賣雙方與政府三方制衡，因此學者較不易有偏袒、官派的疑問。

再者，針對專家會議的舉行時間，則端視費率審議的時間決定，至少要在費率審議前 1 個禮拜舉行，使其結果可以再送交各健保會委員酌參，達到專家諮詢

的目的。

（二） 公開議程提高透明度

依據過去政策制定的經驗，許多條文與政令都是在決策公布後，才產生爭議與抗爭。就健保政策而言，多涉及整體人民利益，如費率調漲、給付範圍變動等政策，若在委員開完會後又提出抗議，將形成委員會意見有效性與回應性的衝突。與否是故，本案認為必須在開會前 10 天公開議程，使不同團體有了解資訊的機會，可事先向與會委員表達意見，強化決策的透明度與正當性。

（三） 舉辦公聽會蒐集民意

針對重大議題，健保會委員可提案，舉辦公聽會，邀請相關團體、公民參與會議，提供看法。並將不同意見提入健保會討論。

三、健保署的保險人權責

中央健康保險署在健康保險業務中，具有多重的角色，就保險市場而言，它代表買方和賣方的獨佔者。與付費者間，掌握有關被保險人的健保財務收入資訊；與醫事服務提供者間，則掌握與醫療給付，包含醫事、醫藥等資訊。就社會福利而言，又代表國家執行健保政策。在收支連動程序中，負責有關藥材、特材、給付範圍與支付標準的任務。但這些多重的權責並未受到明確的規範，而健保會在監督健保財務的項目裡，也未有對中央健康保險署的相關職權，這可能會造成財務決策時的資訊落差與問題回應性不足的困境。針對中央健康保險署在收支連動程序中的角色，可分為兩方向討論，就中央健康保險署在收支連動的功能而言：

（一） 中央健康保險署為執行機關（二代健保法規定）

健保局屬於衛生署下屬機關，代表國家公權力，因此只負責提供相關資訊，但不參與健保會之開會與表達立場，只執行健保業務。

（二）中央健康保險署代表政府立場

中央健康保險署必須與其他利害關係人共同參與健保會之會議，並代表政府立場，無論是保險費用分配或保險費率，都應該表達立場。

（三）中央健康保險署積極執行保險人功能

參考德、荷經驗，為呈現「保險人」角色，在健保會的協商程序，應該由中央健康保險署主導，先與醫療提供者進行總額分配的協商，提出不同給付內容與費率標準的保險提案；再與付費者進行總額範圍及費率的協議。一方面達成保險人在買賣角色中的專業責任，另一方面則提供付費者不同的自主選擇。

除了功能以外，中央健康保險署對健保會的資訊告知責任有二：

（四）健保會監督保險人相關業務

由於健保會掌握收支連動的重要權限，因此，中央健康保險署所有與財務收支有關的事項，如：藥事小組與特材小組開會紀錄等，必須經由健保會同意才得以執行。以此來強化收支連動的整體權限：

...類似健保會的督導在哪裡？那其實健保局都要來報告，所以由其是次年協商的時候，去檢討前一年的，那你到底錢花到哪裡去了？那我覺得以後的督導權，可能會更深嘛，...目前對藥都不蒐集可是以後對新藥、新特材到底跑到哪裡去可能會需要有 Listing 的明細出，那這個東西就會在次年協商的時候就會決定，就會一個制衡的力量，就說如果你去年要求的都沒做到，那也許我們今年是不是做部分的請書。(F201)

在此監督機制下，中央健康保險署只負責專業評估，但實際的政策費用則由健保會決定，保險人必須對遵守健保會的決定。

（五）健保會參與健保相關委員會

由於健保會事務繁重，為減輕議事壓力，可由現行體制下，邀請付費者代表進入間保局相關委員會，如藥事小組、支付委員會等，與利害關係人共同開會，了解政策內容與進度。再由付費者代表將訊息帶回健保會，若遇重大爭議事件，再提至健保會討論議決。

依據以上十項問題以及不同的立場與建議，本案彙整出各項問題的方案建議表（見表三十），由表可知，各種問題其實相互關聯，舉例而言，組織結構涉及組織定位與任務分工，而任務時程和組織人事也會影響組織的任務分工，配套措施則是對健保會功能發揮程度的中介變數，這些都可能影響到最終收支連動的績效。因此，在解決方案的選擇上也必須相互配合，才能完成收支連動的目的。

表 三十：政策建議

類別	問題		解決方案	
組織結構	問題 1	健保會的獨立性	方案 A	健保會決策事項，必須由各個機關向其報告，具有監督之責，若有問題之處，可透過健保收支政策進行懲戒。
			方案 B	若健保會有決議，衛生署長必須完全尊重健保會之決策；由健保會負責對外說明，其決策之結果與評估因素。
			方案 C (二代 健保法 之規定)	健保會為衛生署諮詢單位，健保會決議只作為衛生署參考，健保會不具有對外發言權，由衛生署負責。
			方案 D	健保會決策事項交由衛生署議決，因此，與其他單位相關事項，皆透過衛生署發文處理，健保會只具有建議權。
	問題 2	總額對等協商	方案 A	依據各類團體比例推派代表進行對等協商
			方案 B	付費者自行推派代表與提供者進行對等協商
			方案 C	付費者內部分成不同小組，分別與不同類別的醫事提供者進行協商
			方案 D	共同參與協商，但雙方各派四名代表進行主談，若有問題便中斷議事進行內部討論

表 三十：政策建議

類別	問題		解決方案	
	問題 3	議程主導權	方案 E (二代 健保法 之規定)	付費者內部達成共識，再推派代表進行協商
			方案 A	內部成立次委員會進行分工，針對不同議題做深入討論，在將討論結果提至大會做議決。
			方案 B (二代 健保法 之規定)	議程由主委排定，決定不同議題的重要性，在大會進行討論。
			方案 C	建立程序委員會，由各類代表選擇一人與主委共同參與，排定議程。
任務 與 時程	問題 4	健保會總額諮詢	方案 A	行政院必須尊重健保會之決議；而健保會則須就其看法提出說明，以示負責。
			方案 B	健保會對總額的「諮詢」功能，定義上就是對範圍並無決策權，因此，只能對行政院提出方案，由行政院做最後裁定。
			方案 C (二代 健保法	行政院可對各類利害關係人採個別諮詢，在考慮國家整體財政狀況，由行政院做最後裁定。

表 三十：政策建議

類別	問題		解決方案	
	問題 5	費率決議時程	之規定)	
			方案 A	依據時程規定，先討論總額範圍、再分配總額，最後進行費率審議，則必須增加收入面的考慮時間，因此，必須將所有時程往前挪一個月。
			方案 B	平衡過去費協與監理的時程，因此，三項工作各四個月
			方案 C	不更改目前規範，依據收支連動的目的，在討論總額範圍時，就請健保局依據公式進行計算，提出不同總額範圍標準下，相對應的費率。同時考慮收入與支出面向，先確定總額範圍與費率後，再進行分配的工作。
			方案 D	將總額分配與費率共同討論，由健保會與健保局共同擬訂不同方案，探討費率與給付範圍的對應，了解費率調整與給付內容的連動關係，也確實達到收支連動的核心概念。
健保會的人事問題	問題 6	委員資格與能力	方案 A (二代 健保法 之規定)	各團體需一次送審兩到三位委員，讓衛生署得以挑選比較具有參與能力者(專業審查)。
			方案 B	衛生署對於既有利害關係人的框架，每兩年應檢討一次。
			方案 C	各團體需提早選出明年度的參與者，讓其中有時間可以進行委員的培訓與交接，以強化專業能力。
			方案 D	委員在成為正式代表前，必須與現任委員共同參與會議，以了解健保政策。

表 三十：政策建議

類別	問題		解決方案	
	問題 7	主委選任	方案 A	由衛生署長在學者專家中選派，則主委與衛生署長的連動性較強。
			方案 B	由委員自行推選，署長任命之，主委人選經委員同意，將有助於未來協商的進行。
			方案 C (二代健保法之規定)	由學者專家定期輪替，透過不同的議事風格與協調能力，使學者群可在健保會發揮中立與專業的影響力。
相關配套措施	問題 8	資訊完整與充足	方案 A	建立健保政策的整體資料庫，作為學術研究及政策分析之用。此資料庫可由國家委託主管機關之相關研究單位設立。
			方案 B	付費者代表可成立智庫群，有政府出資補助，可補足代表對健保議題的專業，又可達到資訊對稱的目的。
			方案 C	各相關單位必須有一名專門負責健保會業務的行政人員，負責支援健保會的各項政策資訊需求。
			方案 D (二代健保法之規定)	健保會開會時，各單位行政人員必須共同出席，並事先準備與議程相關之資料，得以隨時回應開會的資訊需求。
	問題 9	參與的正當性與效率	方案 A	費率審議前的專家會議必須在健保局提請審議費率後一個禮拜內進行，由衛生署及健保會於共同決定參與專家，由於買、賣雙方與政府三方制衡，

表 三十：政策建議

類別	問題		解決方案	
				因此學者較不易有偏袒、官派的疑問。
			方案 B	針對重大爭議，如費率調漲、給付範圍變動等政策，必須在開會前 10 天公開議程，使不同團體有了解資訊、表達意見的機會
			方案 C	健保會委員可提案，針對重大議題，舉辦公聽會，邀請相關公民團體參與會議，提供看法。並將不同意見提入健保會討論。
	問題 10	健保局的角色	方案 A (二代 健保法 之規定)	健保局屬於衛生署下屬機關，代表國家公權力，因此不參與健保會之開會，只執行健保業務。
			方案 B	健保局必須與其他利害關係人共同參與健保會之會議，並代表政府立場，無論是保險費用分配或保險費率，都應該表達立場。
			方案 C	參考德、荷經驗，為呈現「保險人」角色，在健保會的協商程序，應該由健保局主導，先與醫療提供者進行總額分配的協商，提出不同給付內容與費率標準的保險提案；再與付費者進行總額範圍及費率的協議。一方面達成保險人在買賣角色中的專業責任，另一方面則提供付費者不同的自主選擇。
			方案 D	健保局所決策與財務收支有關的事項，如：藥事小組與特材小組開會紀錄等，必須經由健保會同意才得以執行。

表 三十：政策建議

類別	問題		解決方案	
			方案 E	由於健保會事務繁重，為減輕議事壓抑，可由現行體制下，邀請付費者代表進入健保局相關委員會，如藥事小組、支付委員會等，與利害關係人共同開會，了解政策內容與進度。再由付費者代表將訊息帶回健保會，若遇重大爭議事件，再提至健保會討論議決。

資料來源：本研究整理

第七章 結論與建議

本研究最主要的目的，就是檢視 2011 年初二代健保修法三讀通過後，監理會與費協會合一對於改革目標「收支連動，財務平衡」的落實，主管機關應注意但未注意的執行可行性（implementation feasibility; Weimer and Vining, 2011：286-307）議題；本研究可以說是全民健保收支連動機制有效性運作的一個預評估（pre-evaluation）研究，這種評估研究的重點，在於問題發覺、對策建構、以及對策選擇與建議。從問題的發覺開始，本研究以兩個階段的深度訪談及焦點座談，配合理論討論以及跨國制度比較，指認出十項與二代健保收支連動機制相關的運作問題，它們可大致分為組織結構、任務時程、人事問題、以及相關配套措施等健保會收之連動的運作面向（請參表三十）；接著，本研究針對這些問題，各自地提出至少三項備選方案，這一份建議方案的總表，配合本研究專家問卷調查的結果，作為本研究最後一波深度訪談與焦點座談的核心，之後，研究團隊與健保專業相關的專家與行政人員進行溝通，最後選出各項問題可以推動的政策建議，與這些建議一起提出的還包括：前提限制、建議理由（rational）、以及推動可能困難等三個方面，一併提供委託單位參考。在此先提出本研究的結論之前提限制有三，其一，二代健保中健保會的運作，並不是全新的創設，是持續改革的一個階段，因此，可以提出創見的空間受到現狀運作的諸多限制，最多都是在現狀上的微調改革；其二，未來主管機關之下，健保會在組織特質是任務編組，與目前署內的機關有很大的不同，起碼在部內人力與資源的配置上已經占下風，凡事都需要領導者支持，因此，本研究的建議因此會較為保守；其三，收支連動是一個直覺簡單，但是在組織中較難掌握的組織目標，因此，本研究所發掘的問題以及提出的對策是預評估，只能針對預先設想得到可能弱化收支連動功能的項目進行個別補強，真正的整套運作內涵，還是需要在運作幾年後再進行評估才能看得清楚。

壹、健保會的組織結構問題

這個部分要處理的問題，包括健保會的獨立性、總額對等協商、以及健保會議程主導權等三項，以下將分別陳述之。

一、健保會的獨立性：

未來健保會在健保財務程序中的角色，將益形吃重，雖然調查資料顯示，政策利害關係人對於健保會能夠增進收支連動功能，抱有樂觀的看法¹⁹，但是這種樂觀最重要的基礎，應該來自於健保會在未來主管機關的內外角色，都應該有更為獨立的定位，這樣的獨立精神，事實上也是落實健保所隱含的「公私協力」或「跨部門協力」的機制設計，健保雖然是「單一保險人，公辦公營」的體制，但是在決策參與和服務輸送的路徑上，必須與相關的營利或非營利組織合作，才有可能落實健保政策的執行，因此，二代健保改革賦與健保會收支連動的重要決策任務，就必須從程序與實質上，尊重健保會跨部門的獨立協商與審議功能，才能確實達到協力治理的體制功能。

事實上，監理會與費協會的獨立性，是健保運作的一個老問題，過去監理會的監理功能是否具備「決策」的權限，一直是改革者爭論的焦點之一，從行政內部的科層指揮關係來看，行政部門內部的利害關係人參與，的確沒有獨享決策權的可能，本研究中參與規劃的相關內部人員與外部專家也多有持這樣傳統看法，依據健保會在二代健保法中的法律位階，健保會被視為衛生署轄下的任務編組，受訪者 V105、V104、V301 都認為，健保會的收支連動，只是強化利害關係人間的互相溝通機制，讓健保政策可做全面性的討論，但就民主課責的責任政治要求下，健保會最多只是主管機關的諮詢單位，其決議作為部內決策參考，不具有對外發言權，收支連動決議由主管機關作最後裁決並且向民意機關負全責；因此，如果這一點論述沒有討論的空間，第一項問題只有選擇方案 C（也就是現狀）一途了，甚至，如果年度收支連動的決策設計，會引起更多外部政治風暴的單純政務領導的考量下，衛福部還應該從避免政治風暴的角度，「退卻」到方案 D，讓健保會開會決議事項的最終議決權，都應交由部本部負責，且所有的決策都必須

¹⁹ 第 21 與 22 題，同意兩會合一具有更好的收支連動效果約佔 81%，遠高於同意現狀下就有收支連動效果的 35%。請參附錄十五，正式問卷次數分配表。

透過部會發文處理，健保會只具有建議權，而不具有實質監督與審查的影響力。

然而，收支連動是一種專業的責任（professional responsibility），也是健保運作「效率」價值的保障關鍵，從健保會所設計的運作責任來看，只要相關「盈虧」數據能夠在決策的時間點到位，有時必然會與外部的政治考量產生直接的衝突，尤其兩會分離時代監理會對增加費率決策影響力有限的運作現實下，這種專業責任絕對比起兩會分離的時代的個別財務收支責任，來得顯著、清楚、與重要；過去兩會時代因收支分離而避開專業責任與民主回應（democratic responsiveness）正面衝突的狀態²⁰，兩會合一時代將無法避免，如果運作者不允許健保會以專業責任主導這樣的衝突，二代健保改革的初衷將確定無法落實。事實上，組織為了保障其擁有者的利益，有時也必須對擁有者本身不專業的想法，進行某種「隔離」（spin off）的安全閥設計，也就是說，擁有者「不當」（或非效率考量）介入經營專業的狀況下，組織必須預先設計這樣的「保命」機制²¹，而「兩會合一，收支連動」就是這樣的一種機制，當然，有時組織選擇以帶入無利害關係之資訊的作法，也就是一種哲學家 John Rawls 提出「無知之幕」（veil of ignorance）的利益放空的設計，讓公益的意見得以發聲，未來健保會學者專家與公正人士的納入，就有隱含這樣的意義，健保會需要更多從公共利益角度出發，也就是經過「無知之幕」篩檢的收支連動意見，才能平衡各方利益，達致健保永續經營的目標。

因此，本案依據健保會的決策影響獨立性提出兩項強化健保會收支連動責任的方案 A 與 B，提供委託單位參考。方案 A 是健保會依照健保法第五條項下五款辦理事項，具備業務監督（oversight）的權力，以期能透過專業與多元的參與，達到健保財務平衡的目標。因此，涉及健保會辦理事項時，主管機關中不論是二級幕僚還是三級機關應向其報告，使健保會具有業務監督權，一方面讓健保會隨時保持各項資訊的更新狀態，另一方面可以讓健保會對收支連動相關業務，具有一定主管機關的部內影響力。

另外，方案 B 是主管機關對健保會的各项審議與協議訂定事項，雖然在健

²⁰ 從問卷第 18 題中可以看出，過去費率調整不易的原因的前三名：「民眾未充分了解費率調整的必要性」、「立法院的介入」、以及「行政機關政務系統的決策考量」等，都是屬於「民主回應」價值的影響。

²¹ 如果從企業治理的角度來看，私部門組織同樣會產生企業擁有者對於經營者「效率」決策「不當」介入的問題，此時企業體會在「不影響擁有者擁有權的前提下，引入各種「切割」（spin off）的組織設計，將組織的政治影響力（通常是代表決策資源配置意義的爭論）與效率經營決策分離，避免對組織永續經營產生立即的傷害。相關論述請參：Milgrom and Roberts（1992：273-280）。

保法第五條中有主管機關核定或轉報行政院核定的要求，但是基於兩會合一的目的，是希望透過健保會行使專業理性的收之連動決策，隔絕政治干擾，因此，儘管健保會在行政位階上將會是主管機關內的任務編組，但主管機關應該在實際上尊重健保會攸關健保收支的各項決議，有一位受訪者這樣說：

在收支連動的機制跟二代的精神上，就是希望能盡量尊重健保會的決定，所以基本上健保會如果已經協定，因為他還有一個要負責平衡的責任，所以主管機關理論上不應該輕易去變動。(F102)

是故，除非健保會協商破局而多案併呈，否則，主管機關必須尊重健保會與收支連動相關之決議；並且在必要時刻得由健保會的主任委員，負責對外說明該會決策之結果與影響因素，如此才能確保健保會對健保政策的決策獨立性，達成隔絕政治過度干預的原始目的。

二、總額對等協商：

對等協商是費協會總額協商一個主要的價值，過去費協會的組成與其對等協商的概念是一致的，主要強調協商的平等性，然而，兩會合一的時代，健保會包含監理會非買賣雙方的參與者代表加入，因此，運作上必須從健保會的代表組成中，尋找保留費協會時代對等協商的作法。依此，本案提出五項對等協商的建議方案，可分為以下兩部分，就整體數量對等的方面，由於醫事提供者具有 10 名代表，因此付費者也必須透過制度推選 10 名代表進行協商，推選機制有以下兩種：方案 A，依比例推派，依據本案問卷調查結果，有接近六成（59.6%）的受訪者都認為各類團體比例推派代表進行協商是最好的選擇，因為較符合代表性與決策正當性的協商標準；方案 B，內部自行推派，由於健保會為各類利害關係人溝通交流的平台，強調社會團體與代表的自主性與理性，因此，就行政機關的角度，多認為付費者內部自行討論，並推派共同代表即可。

如果健保會最重要的內含就是會內代表們的協商精神，付費者內部必須相互交流，了解各自看法以及協商能力，才能達成共識，本研究建議在推選機制上採取方案 B，透過健保會內部付費者代表自行推選的方式，推出十位代表付費者的整體立場，與服務提供者進行協商。

再者，就協商模式而言，受訪者認為，無論是總額諮詢、總額分配或費率協

議都是健保會以「共識決」的方式進行，在儘量不投票的前提下，數量上的對等協商意義並不完整（V301,V302,V303），主要還是在協商過程的設計較為重要，本案依據協商的公平性與公開性提出以下三種方案：方案 C，業務分組，總額在醫事服務方面總共分為四組：西醫醫院、西醫基層、中醫、以及牙醫；為了培養委員專業的目的，付費者代表共 18 人也應該就醫事服務提供的四組，進行對應的小組分工，類似立法機關的委員會的設計，讓審議與協商的專業效能與工作效率能夠同時提升（受訪者 V304，V303）；方案 D，付費者與服務提供者全員參與總額協商，由於涉及醫療服務的重大利益分配，以公開透明的方式進行討論較能一方面增加其課責性（accountability），另一方面展現跨總額部門間資源配置的問題，進而處理之；因此，這方案需要健保會全體成員共同參與，而派出相等數量的代表主談（比方說四人），其他參與者坐在「後排」出席並提供相關資訊，若有重大爭議或問題可中斷議事，先進行各自內部的討論，解決之後再進行協商；方案 E，付費者主導協商（二代健保法規定），由付費者與服務提供者各個總額部門代表分別協商，由於提供者掌握相關資訊並主動權，先向付費者代表說明各自總額部門發展與預算需求，再由付費者共同決定各部門總額，此機制雖在人數上未必呈現對等樣態，但卻能讓所有付費者代表同時接受相同訊息，共同做出決定，避免了談判者無法代表整體的問題。就協商模式的選擇，本研究傾向在方案 E 之上，加入對外協商內容公開透明的要求，畢竟，健保會的參與者都是代表，買賣雙方的協商，需要對買賣雙方所代表的利害關係團體、以及全體國民的課責，因此，健保會運作公開透明（transparency），應該是健保會收支連動機制最基本的正當性要求。

三、議程主導權：

健保會運作最關鍵的內涵之一，就是它在健保收支連動相關問題上的議程主導權（agenda-setting power）之歸屬問題，在過去，不論費協會還是監理會的運作，議程的決定主導權是在主委的控制之下，要如何落實健保會在收支連動議題上的主導地位，一方面是主委的任命（問題七會獨立處理），另一方面就是健保會議事效率的強化，本研究認為這個強化必須從結構與程序兩方面進行討論，在結構上健保會人數達到三十五人，一個人發言三分鐘，一個半小時就已經過去了，因此，健保會的運作必須加強專業分工，尤其是內部的垂直分工，以提高其決策

效能；在程序上則必須強調將整個健保會的成員在議題設定權上的調合與集中，才能產生針對重要收支連動的決策進行快速而專業的決策，本研究提出以下三項方案。

首先，方案 A，在健保下設次級委員會，可以兼具專業與效率。健保會內部成立次委員會進行分工，針對不同議題做深入討論，將結果提至大會做議決。例如：支付範圍審議委員會²²、醫療品質監督委員會、藥事藥材小組審查委員會等；方案 B，健保會議程由主委主導，由主委決定不同議題的重要性，在大會進行討論；方案 C，健保會內設立程序委員會，為確保護事的重要性與公正性，由健保會內部成立程序委員會，由各類代表選擇一人共同參與，排定議程，透過議程委員會的排定，可以讓各類代表都有機會將其認為重要的議事放入，不會有主委權限過大或者偏袒特定議題的質疑，讓議事的重要性由委員共同決定，有受訪者這樣描述：

有議程委員會也是好！可以幫忙做篩選，然後幫忙排一二三四。...如果不是由議程委員會的話，當然就是行政人員，加上主任委員去談！但是這樣的話就會被人家批評，像是有一些不是本會的業務，不應該放到本會的討論裡面。(V303)

本研究建議採方案 A 與 C 的精華，由健保會下設立包括程序委員會在內的次級委員會，協助健保會在收支連動的財務決策上，具備專業及效率的功能，更重要的，過去監理會與費協會的運作，議程設定的權力由主委主導，如能成立程序次級委員會，可以藉由從下到上的內部權力分享機制，可以凝聚更大面對外在壓力的民主決策正當性與獨立性，當然，程序委員會的委員人數，由各類代表中互選一人參與，參考健保法第五條以及「全民健康保險會組成及議事辦法」第二條的規定，主任委員為當然委員，另有被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、以及學者專家（含公正人士）各一人，總共五人擔任；至於各次級委員會的組成以及議事規範，可以在未來決定之後，以修改「全民健康保險會組成及議事辦法」的方式來規範之。

²² 陽明大學李玉春教授正在進行的一個名為「全民健保醫療給付調整機制之研究」中，已經有相當於健保會審議健保給付調整次級委員會的芻議。當然，這部分還要以李教授最後結案報告的內容為主。

貳、健保會的任務時程問題

這個部分要處理的問題，包括健保會總額諮詢問題，以及費率決定時程問題等兩項，以下將分別陳述之。

一、總額諮詢問題：

本研究處理的第四個問題，是關於健保會一個新的功能—「總額諮詢」。過去健保總額制度的運作中，總額協商增加的上限，會由健保局在每一年的上半年，先徵詢各總額部門的意見，再考量非協商因素之後，向行政院提出方案，最後由行政院所核定，有一位受訪者如此說：

...衛生署主管機關就會跟各個總額部門去問各方的期待與目標值，然後才去做一個範圍，也就是上限、下限。...，現有的財務狀況底下，詢問大家的意見，聽完大家的意見後再進行彙整報行政院...。(F103)

二代健保修法通過之後，第二十條下規定，決議之總額上限在前半年便必須先諮詢健保會，而總額上限則涉及未來健保費率的調整問題，因此，可能使收入面的協商提前進行，而增加利益衝突的可能性。無論是健保會內部對總額上限無共識，或者健保會不同意行政院之上限門檻，都將影響後續的健保費用協商機制。本文依據健保會的決策重要性提出以下三種解決方案。

首先，方案 A 主要顯示這個諮詢程序必須有實質的影響力，也就是說，如果健保會負有收支連動的責任，則總額協商範圍的定訂，必然會影響收支平衡，倘若行政院核定的總額範圍，實質上與健保會共同的意向有出入，或是健保會內部出現分歧等時刻，行政院的核定必然會影響後續總額分配與費率審議的過程，因此，當行政院與健保會對上限範圍的意見不一致時，行政院必須尊重健保會之決議；而健保會則須就其看法提出說明，以示負責。方案 B，健保會總額諮詢的功能，被定位為資訊收集為目標的諮詢，是對範圍並無決策權，但健保會為各方利害關係人溝通協商的場域，因此衛生署應向健保會報告總額範圍的訂定考量。而健保會只能依據對健保政策的考量，向行政院之方案提出意見，由行政院做最後裁定。其主要決策能限仍舊是在總額分配與費率審議的任務上。方案 C 是二代健保法規定，總額諮詢的目的，是為了給健保支出項目有個明確的範圍，確保財務的控制。而每類利害關係人對總額的預期與看法也有所差異，因此必須先對

各類總額部門的委員們之期待進行了解，為了降低收支連動在前半年的作業時間與成本，健保署先個別諮詢各類利害關係人代表，再提交行政院考慮國家整體財政狀況後，由行政院做最後核定。

本研究建議以方案 A 當作未來總額諮詢運作的過程指引，從各別委員所代表利害關係的角度來看，健保會對於任何健保收支平衡的影響職權，都可能隱含利害衝突的意義，包括健保總額諮詢這項過去由行政部門主導，個別總額部門配合提供意見的總額預算流程，都可能因為健保法第二十條的明確規範，而產生解決健保會利害衝突的需求，換句話說，因為這項諮詢的規定，健保會總額協商、甚至是收支連動的爭議，可能因而提早，因此，這個流程在形式上必須將諮詢當作徵詢健保會整體的意見，而不應視為個別總額部門的徵詢而已，但是，為了運作上的便利，可以以各總額部門意見並列的形式，由健保會統一回報給行政部門來辦理。

然而，如果健保會對於特定總額上下限方案，有非常高的共識，且以決議的方式回報行政部門的諮詢，建議行政院最好尊重這樣的意思表示，以利長期建立健保會收支連動責任的完整性；當然，到底在甚麼樣的狀況下，行政院核定的總額協商上限，會與健保會產生巨大差異？一種可能性是從健保會諮詢出的總額協商上限，因為特殊外在環境或是買賣雙方的共識，已經超過行政院願意承擔的政治責任（比方說，選舉年有調高保費的需要），這樣的狀態下，本研究依然建議行政院要以健保會的意向為核定的主要考量，唯有這樣的運作慣例建立之後，健保會才能完整地負起收支連動的責任。

二、費率決定時程問題：

針對健保會時程可行性的問題，必須與其他條件共同考慮，包含健保會在各階段任務的定位，以及資訊完整性等，這問題牽涉到相關收支連動決策的時效性問題，這其中包含兩個部分：決策整合與時程調整。首先，關於整合決策的部分，本研究認為，在目前時程的規劃中（請參圖二健保會相關工作時程表），每年最後階段的費率決策程序，從收支連動的本質來看，費率的決策與其他決策都有「連動」的意義，因此，本研究認為總額諮詢和醫療給付的決策，應該與費率的決策進行「連動」，也就是包括方案 C 與方案 D 的內容，同時考慮三者的變動，才能達到財務平衡的目的。

一方面，總額諮詢的時刻，健保局應依據相關數據提出不同總額範圍標準下，相對應的費率，以收收支連動的效果，據此確定總額範圍與費率後，再進行分配的工作。這樣作不但可以避免後段費率協議時間過短而破局；也可在確定框架下討論分配，使現今費協會的功能不受影響而保留下來。另一方面，依照健保法第五條健會法定職權第二款「保險給付範圍的審議」，我們可將之當作除了調整費率之外的收支平衡工具，將醫療給付範圍與費率資料掛鉤，由健保署依照健保會的決策需求，擬定不同給付範圍下，費率的對應數值的各種備選方案，讓健保會可以在給付調整會如何影響費率的完整連動資訊下，進行相關的決策。

再者，從時程調整的問題來看，本研究題出兩種方案 A 與 B，方案 A 是將所有時程往前挪一個月，依據時程規定，先討論總額範圍、再分配總額，最後進行費率審議，而有受訪者認為，總額諮詢的工作只為健保會的意見徵詢，重要的工作應該是費率審議，且費率審議的爭議性更大（受訪者 V203），因此，必須增加收入面的考慮時間。是故，必須將所有工作時程往前挪一個月，大概的分配如下：總額諮詢從 1 月到 5 月，總額協商從 6 月到 8 月，費率決策從 9 月到 11 月；另外，方案 B 建議將前述三項工作的時程平衡，各占四個月，分配如下：總額諮詢從 1 月到 4 月，總額協商從 5 月到 8 月，費率決策從 9 月到 12 月，本研究基於部分受訪者關於健保署相關資訊預估的資訊可得性問題，擔心四月前要獲得收支連動的基本資訊的困難，選擇方案 A 作為基本的建議時程修改方案。

月份	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
任務	總額諮詢					總額分配			費率審議			

參、健保會的人事選任問題

這個部分要處理與健保會人事選任有關的議題，包括健保會委員資格與能力問題，以及健保會主委選任問題等兩項，以下將分別陳述之。

一、委員資格與能力問題：

健保會在未來承擔收支連動的諮詢責任之下，委員的素質應受到一定的重視，這個部分也包括兩個面向，其一，委員選任的問題，其二，委員訓練的問題。若就實際運作而言，健保會下的委員為兼任委員，無法透過專任在職訓練的模式來

進行能力培養，從人力資源管理的角度來看，非專任人力最重要的品質保證手段就是選任，本研究提供以下五個方案建議，作為健保會人事品質的精進作為，首先，方案 A 讓各利害關係團體送出兩到三位委員候選人，讓主管機關從中挑選較具有參與能力或專業能力者，這同時也是現況；再者，方案 B 是一種擴大參與的機制，定期對利害關係人版圖進行重新檢討，讓健保會背後變動的利害關係場域，能夠經常性地檢討之，提出這樣意見主要原因是本研究的問卷結果，過去沒有參與委員會的利害關係團體受訪者，對於政府未能經常性地檢討既定的利害關係團體框架有所不滿，本研究建議關於委員選任的運作，應該考量方案 B 所提出定期檢討健保會利害關係團體的圖像，是否與現狀社會上各團體的分布圖像產生落差，為了強化決策代表性與外部正當性，建議未來主管機關應對於既有利害關係人的框架，每兩年檢討一次。

再者，針對委員的會議參與訓練則有兩種建議，其一是方案 C，認為新任委員需要更多的準備時間，這是因為諸多受訪者反應，健保會委員在擔任委員前對健保事務並不一定熟悉，因此，參與初期只像是位實習生，無法馬上參與討論，對於健保事務的熟悉需要一段時間（受訪者 V302），或許，這問題可以讓各團體委員兩年任期前一年就提出下一年度的參與代表，讓其中有時間可以進行新舊委員之間的知識交接，先了解健保事務，以強化專業能力；其二則是方案 D，認為另一種強化委員專業性的積極作法，是代表成為正式委員之前，可以與現任委員共同參與會議，作為儲備委員的設計，也是來自受訪者的看法：

...一開始就要儲備兩組的，就是，每一個單位派出來一個人的時候，他要有給他兩個，至少兩個人的同時是去，實習的。就很像我們叫做，我們有 former president 對不對？然後現在的 president 對不對，還有 electing 的 president，那三個人呢都在同一個時間都要一起開會。（V303）

本研究建議，方案 C 與 D 都是可以接受的改革方向，不論是下一屆委員提早選出，就任前有一段「實習」的期間，並且，這些實習生可以一同參與會議，雖然不能發言，但是可以在旁觀學習上手所需議的相關智能，透過這樣的作法，健保會委員專業不僅可以傳承，也可以在任期內更快了解議事環境，以至於能夠更明確的表達團體立場。

二、健保會主委選任

健保會主委的問題也是一個健保在兩會分離時代的老問題，健保會主委雖代表中立，但其目的是為了讓健保會的運作更完善，因此，主委的選任的問題十分重要。本研究提出方案有以下三種，首先，方案 A，主委由署長指定，由主管機關首長在學者與公正人士中選派，這樣的設計讓主委與衛生福利部部長的連接性較強，使部內掌握健保會對健保政策走向較為容易，而健保會的意見較易傳達至部內；再者，方案 B，設計讓主任委員由委員共同推選之，這個過程由健保會內部委員自行在學者與公正人士之間提名推選之，最後再由部長任命之，這樣的設計讓主委人選經委員同意，在委員有共識的情況下，提升主委對各類利害關係人以及協商的掌握，將有助於健保會協商、決策的功能；最後，方案 C 是二代健保法規定，主委由學者專家定期輪替，透過不同的議事風格與協調能力，使學者群可在健保會發揮中立與專業的影響力。

本研究建議，由於健保會將會負擔更為重要的收支連動角色，因此建議以方案 B 為未來執行藍圖，這是一個綜合的設計，主委雖然是讓委員之間互選之，但是在人選的範圍，依照全民健康保險會組成及議事辦法條文第三條規定，限於學者專家與公正人士五人，而互選結束之後，主委還是需要由部長任命之。

肆、收支連動相關配套措施

這個部分要處理與健保會收支連動任務有關的配套措施議題，包括健保會決策資訊充足性與完整性問題、參與的正當性與效率問題、以及健保署的角色定位問題等三項，以下將分別陳述之。

一、健保會決策資訊的充足性與完整性

基本而言，健保會的收支連動決策的關鍵，在於何時以及能否得到精確的決策資訊，這將是影響健保會未來是否順利發揮收支連動作用的重要關鍵，唯有取得確切的相關資料，才能在資訊對稱的情況下，對政策問題提出有效的解決策略。本案依據資訊的可獲取性程度提出四項方案，首先，方案 A 希望可以建立某種智庫或是資料庫的支援系統，健保會的幕僚應該建立收支連動相關的資料庫，作為政策分析決策支援之用，此資料庫可由國家委託主管機關之相關研究單位設立，以提供完整且獨立的決策資訊(受訪者 V302)。

此機制的設計，一方面可強化委員對資料的獲取性，並且增加健保會的獨立性與影響力，另一方面也可減輕行政人員的行政負擔。再者，方案 B，主管機關各部門應該有專業配合資訊提供的角色，也就是說，部內各相關單位必須有一名專門負責健保會業務的行政人員，負責支援健保會的各項政策資訊需求。一方面可快速連結各單位的業務與健保會的需求，另一方面也可強化健保會對各機關的任務執行，當然，以過去的經驗來看，健保署的資訊室可能是最重要的支援單位；接著，方案 C，希望可以降低買賣雙方資訊的不對稱問題，根據過去費協會的經驗，醫事提供者具備醫療領域的專業與充足的資源，因此，相較於買方，賣方對醫療相關資訊有充分掌握，付費者代表雖然在人數上有較高的比例，但卻可能因資訊不對稱，而影響決策的判斷，因此，健保會應該對買方有更多決策支援資源的挹注；最後，方案 D 是二代健保法規定，也就是健保會開會的時刻，各單位人員需要共同出席，並事先準備與議程相關之資料，得以隨時回應開會的資訊需求。

本研究的建議，基本上以現狀方案 D 為基礎，在其上確認買方有資訊不對稱的問題必須面對，健保會可以依照方案 C 給予買方更多的資訊產製與解讀的協助。而在資訊提供的時間點部分，基於健保會決策的權限，只要有需要資訊進行決策時，行政機關都應該提供即時資訊，舉例而言，在總額範圍諮詢時，健保局就應先提供費率與總額範圍的對照表，供健保會委員作為收支平衡的基本考量；而進行總額分配時，則應該針對給付範圍與費率調整兩者的連動提供相關資訊，在固定其中一者的條件下，另一端如何修正。唯有提供精確與詳細的資訊，才能確保決策正確性與執行有效性。

至於各單位支援人員以及決策支援單位的設立，可以依照未來主管機關成立後各項資源整體的考量，優先強化支援健保會決策資訊，尤其是與收支連動的關鍵資訊，健保署應該扮演更重要的決策資訊整理與提供的角色，訪談與座談會中，參與健保多年的行政人員對於未來健保會運作的資訊架構內容，都認為應該要積極地建構，才能真正落實健保會維持健保收支連動的功能。

二、擴大社會參與與民意蒐集

針對社會正當性與會議效率及效能的衝突，在此處可分為兩個面向來探討，

就社會正當性而言，越多人共同參與可強化訊息的流通與不同意見的收取。就會議效能而言，則是著重於議案的討論與決策。因此，本案認為可透過其他配套機制加強社會參與與意見蒐集，以下提出三種配套措施方案；方案 A 是關於費率審議前的專家諮詢會議的召開，在費率審議前的專家會議，強調對費率計算的專業考量，但仍不具有決策權而屬諮詢性質，有受訪者這樣描繪：

那純粹就是屬於諮詢性質的會議，有那個講一講講完之後把那個決議拿去會議上去討論說：「經過專家討論以後是這樣子的決議。」嘛！那大家就針對這個決議來討論。...有科學根據吧，或有學理根據，或者專業根據的意見嘛！（V303）

因此，專家會議的選任應以專業性為考量而非社會民意蒐集，由衛生署及健保會共同決定參與專家，由於買、賣雙方與政府三方制衡，因此學者較不易有偏袒、官派的質疑。而會議應該在費率審議前一週舉行，使其結果可以再送交健保會委員各利害關係代表酌參，達到專家參與並提升健保會決策品質的目的；再者，方案 B 希望健保會的運作可以公開議程以提高決策的透明度，依據過去政策制定的經驗，許多條文與政令都是在決策公布後，才產生爭議與抗爭，就健保會的收支連動決策而言，因涉及整體人民利益，如費率調漲、給付範圍變動等，若在委員開完會後又提出抗議，將形成委員會意見有效性與回應性的衝突。是故有必要在開會前 10 天公開議程，使不同團體有了解資訊的機會，可事先向與會委員表達意見，強化決策的透明度與正當性；最後，方案 C 提出舉辦公聽會蒐集民意的必要，事實上，這個部分已經寫在健保法當中關於公民參與的條文（第五條），然而，要如何落實的細節尚不明顯，本研究建議，針對重大議題，健保會委員可提案，經過健保會決議通過，可以舉辦公聽會或其他形式的公民參與機制，邀請相關團體、公民參與會議，提供看法，並將不同意見提入健保會討論。

在提升健保會關鍵資訊的獲取，前面三個方案多少都可以成為政府推動健保會收支連動功能的重要支柱，當然，資訊的獲取、過程公開透明、邀請民眾參與意見表達都將會提升健保會的社會正當性；最後，健保決策正當性的提升與散播（尤其是費率調整或給付範圍變更），是健保會運作最重要的一個目的，過去健保內部行政參與機制（包括費協會與監理會），是以統合主義（corportism）的精神來設計，但是，統合主義的精神必須在利害關係團體展現良好內部自我組織的前提之下，經過在政府建構平台上進行實質協商，由於這樣的協商代表性充足，

政府就會用協商的結論當作分配公共資源及推動政府管制或補貼工作的基石；然而，根據本研究的發現，與醫事團體與雇主團體比較起來，雇主以外的付費者團體自我組織的狀態較差，參與健保會代表性不足的問題，主要是在於這些團體對聲稱所代表的大眾，並未負有決策正當性擴散的責任，也無法約束或是影響所代表的民眾，這種存在於付費者代表這一邊的正當性落差，也是未來健保會以統合主義擴散決策正當性的核心問題之一。

三、健保署的保險人權責

健保局在收支連動中，同時扮演保險人與醫療品質監督者的角色，但在收支連動的程序中，其權責又未受到明確的規範，導致利害關係人對其的不信任與回應性不足的問題，本研究針對健保局的角色作兩方向的討論，就健保局在收支連動的功能而言，以及健保會與健保署之間的課責關係。首先就功能而言，方案 A 是二代健保法規定，將目前健保署當作執行機關而已，健保署屬於衛生署下屬機關，代表國家公權力，因此只負責提供相關資訊，但不參與健保會之開會與表達立場，只執行健保業務；方案 B，健保局代表政府立場，健保局必須與其他利害關係人共同參與健保會會議，並代表政府立場，無論是保險費用分配或保險費率，都應該表達立場；方案 C，健保局積極執行保險人功能，參考德、荷經驗，為呈現「保險人」角色，在健保會的協商程序，應該由健保局主導，先與醫療提供者進行總額分配的協商，提出不同給付內容與費率標準的保險提案；再與付費者進行總額範圍及費率的協議。一方面達成保險人在買賣角色中的專業責任，另一方面則提供付費者不同的自主選擇。本研究認為，在單一保險人的體制下，健保署同時扮演政府機關與保險人，本來就會產生矛盾，這一點本研究選擇現狀的保守方案提出建議，選擇方案 A 的現狀。

除了功能以外，健保局對健保會的資訊告知責任範圍的設立，有二個替選方案，首先，方案 D，著重在健保會可以監督健保局相關業務，由於健保會掌握收支連動的權限，因此，健保局所有與財務收支有關的事項，如：藥事小組與特材小組開會紀錄等，必須經由健保會同意才得以執行。以此來強化收支連動的整體權限，在此監督機制下，健保署只負責專業評估，但實際的政策費用則由健保會決定，健保署必須對遵守健保會的決定。

再者，方案 E，建議健保會參與健保相關委員會，用以了解健保財務問題的整體性；由於健保會事務繁重，為減輕議事壓力，可由現行體制下，邀請付費者代表進入間保局相關委員會，如藥事小組、支付委員會等，與利害關係人共同開會，了解政策內容與進度，再由付費者代表將訊息帶回健保會，若遇重大爭議事件，再提至健保會討論議決。本研究建議，先從目前已經開始實踐的健保委員進入與健保收支有關的健保署下委員會，但是，關於健保會通過這些委員會的決策，可以等待一陣子健保運作穩定之後，再考量加入，改革的基本原則，就是收支連動是一個整體性的決策事項，當它整體的權責需求被其他相關委員會給分割了，收支連動的功能就會跛腳。

總括來看，正如本節一開始所說，因為健保改革是一種漸進改革，健保會未來組織定位比當今監理會與費協會來得低落，以及這是一個預評估的研究的緣故，基本上是在二代健保的基礎建設上針對收支連動功能的「抓漏」作為，十項問題的建議都統整在表三十一中，提供委託單位參考。

最後，全民健保的財務收支機制要達到目的，除了在上述有關組織、時程與人事上的制度設計外，仍舊有其他相關的議題必須同時被考慮，這也是本研究的研究限制所在，首先，對健保會獨立於政治干擾之外的期待，對於成立行政法人，讓健保會具有公權力、獨立財源、或是高於主管機關的行政位階等組織體制的討論，都沒有出現在本研究中；再者，健保財務平衡機制的時程，究竟是年年平衡，還是五年平衡就算平衡的問題，本研究並沒有探討，這項決定雖然會影響健保會關於收支連動的操作彈性（多年平衡可以有更多彈性），但也沒有在本研究的考量當中；最後，其他與整體健保結構相關的問題，包括支付標準的變動、醫療提供者間的競爭關係、醫管會與健保會的權力關係等，最多提到收支連動應該是一個整體的功能，但是仍然無法同時處理整各健保體系的問題。上面這些研究限制，可能需要更多不同的研究來一一探討之。

表 三十一：健保會收支連動機制政策建議

編號	問 題	問 題 本 質	建 議
一	健保會獨立性	健保會決策獨立性的建構	<ol style="list-style-type: none"> 1. 需要賦予健保會監督收支連動相關業務的權力。 2. 主管機關應該充分尊重健保會的各項議決結果。
二	總額對等協商	健保會對等協商的人數與模式	<ol style="list-style-type: none"> 1. 買賣雙方由健保會從內部成員自行推舉對等協商代表 2. 協商流程依循現狀，由買方分別與不同總額部門協商
三	議程主導權	是否設次級委員會及議程主導權歸屬	<ol style="list-style-type: none"> 1. 在健保會下設各種次級委員會進行專業分工 2. 次級委員會中設程序委員會，將議程設定權交給健保會
四	總額範圍諮詢	總額諮詢的作法與功能	<ol style="list-style-type: none"> 1. 總額諮詢仍由行政院核定，但應該尊重健保會的意見 2. 總額諮詢需要提早準備處理內部利害衝突的可能 3. 健保局提供總額範圍與費率的對照資訊，作為健保會的參考量標準
五	費率決策與時程	費率決策與其他決策的連接性與時程設定	<ol style="list-style-type: none"> 1. 費率決定與總額諮詢與協商可以一起討論 2. 總額諮詢、總額協商、費率協商都向前提一個月
六	委員資格與能力	健保會委員的選任資格與能力培養	<ol style="list-style-type: none"> 1. 委員會的選任可以提早到前任委員任期結束前一年完成 2. 賦予早選委員實習身分，參與健保會開會見習
七	主委選任	健保會主任委員的選任方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 由健保會內部委員自行在學者與公正人士之間互推一名 2. 再由部長任命之
八	資訊完整與充足	健保會關鍵決策資訊的獲取方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健保會開會，單位人員需出席，事先準備議程資料 2. 買方資訊不對稱要介入處理，提供資訊產製與解讀 3. 每項健保會的任務都必須提供決策相關資訊

編號	問 題	問 題 本 質	建 議
九	參與正當性 與效率	健保會決策參與的管道	獲取專家資訊、程序對外公開、舉辦公民會議同步推行
十	健保局的角色	收支連動的功能及健保會和健保局關係	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健保局仍然扮演健保政策執行者的角色 2. 逐步將收支連動相關的委員會職權回歸健保會

資料來源：本研究整理

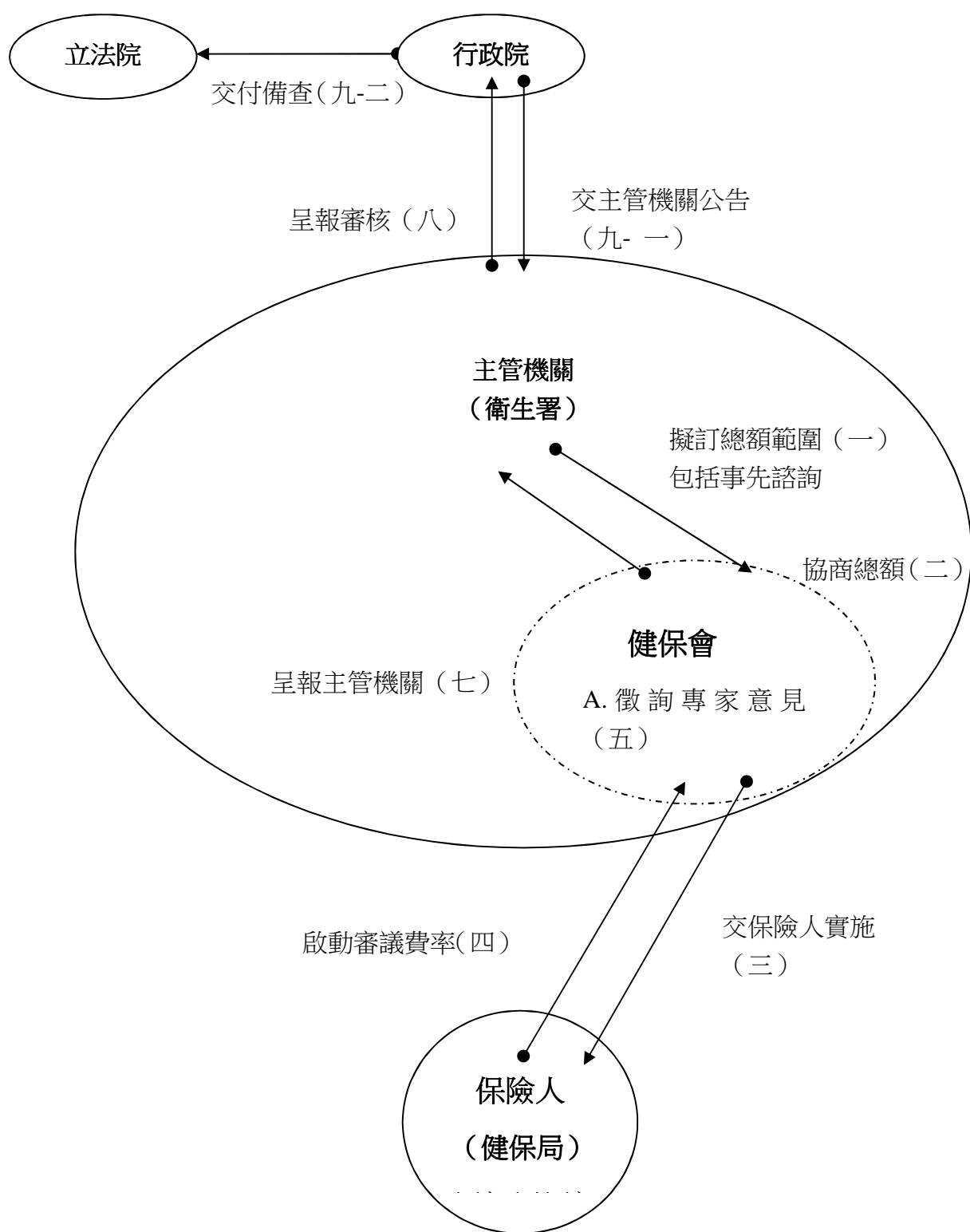


圖 十一：健保收支連動的流程與對口單位

圖表來源：本研究整理

流程	問題	單位—利害關係人之互動
(九-一) 交主管機關公告	健保會獨立性	主管機關：尊重健保會之決策。
(一) 擬定總額範圍	1.總額諮詢的方式 2.資料的充足、完整性	1. 主管機關：提供充足資訊、尊重健保會。 2. 健保會：面對內部衝突之準備。 3. 健保局：提供總額範圍與費率的對照資訊，作為健保會的參考標準。
(二) 協商總額	1.總額之對等協商 2.費率決策與時程 3.資訊完整與充足 4.議程主導權	1. 付費者代表：自行推派對等協商代表。 2. 醫事服務提供者：依循現況，與付費者代表分別協商。 3. 健保會：共同實踐費率分配並專業分工。 4. 健保局：提供總額範圍與費率的對照資訊，作為健保會的參考標準；並於健保會的每項任務中扮演提供決策相關資訊的角色。
(五)、(六) 徵詢專家意見及費率審議	參與正當性	1. 健保會：專家資訊。 2. 主管機關：公民會議。 3. 健保局：提供決策相關資訊。
(三) 交保險人實施	健保局的角色	1. 健保局仍然扮演健保政策執行者的角色，逐步將收支連動相關的委員會職權回歸健保會。
(四) 啟動審議費率	時程資訊	健保會 01~05 月：總額諮詢 06~08 月：總額分配 09~11 月：費率審議

參考書目

一、中文文獻

王石番，1991，**傳播內容分析法**。台北：幼獅。

朱柔若譯，2000，**社會研究方法－質化與量化取向**。台北：揚智文化。

行政院衛生署，2004，**全民健保改革綜論**。台北：行政院衛生署。

吳定，2008，**公共政策**。台北：國立空中大學。

吳庚，2010，**行政法之理論與實用**。台北：三民書局。

吳南河，2005，二代健保修法論述，**臺灣醫界**，**48**（11）。

吳濟華，1994，推動民間參與都市發展：公私部門協力策略之探討，**臺灣經濟**，**208**，1-15。

呂秋香，2001，考察英德荷社會醫療保險預算制度報告，出國考察報告。

李玉君，2000，德國健康保險組織體制之探討，**歐美研究**，**30**（3），41-88。

李玉君，2008，全民健康保險制度之回顧、檢討與再造，**月旦法學雜誌**，**153**，36-60。

李丞華、周穎政、謝啟瑞，2000，全民健保保費調整時機之政策分析，**自由中國之工業月刊**，**90**，1-15。

李光廷、林志鴻、尤素娟、林美色、林士淳，羅紀琮主編，2006，**健康保險制度一日、德、法、荷的經驗啟示**。台北：巨流。

李志宏、施肇榮，2011，新二代健保法（中）兩會合一、收支連動。**台灣醫界**，**54**（3），35-9。

李明濱，2009，永不停息的挑戰與目標：期許健保財務穩健發展 全民享有更完善之醫療，**臺灣醫界**，**52**（4），173-74。

周怡君、林志鴻，2008，從德國最新健保改革論其對德國社會保險典範轉變之意義，**社會政策與社會工作學刊**，**12**（2），1-39。

周麗芳、陳曾基，1999，剖析健康保險藥品費用部分負擔制度，**台灣醫界**，**42**

(6), 33-40。

胡幼慧，2003，**質性研究－理論、方法及本土女性研究實例**。台北：巨流。

陳敏，2007，**行政法總論**。台北：新學林。

陳敦源，2006，**全民健康保險監理會未來運作機制規劃之研究**，全民健保監理委員會委託計畫研究案。台北：行政院衛生署。

陳敦源、張世杰，2011，公私協力夥伴關係的弔詭，**文官制度季刊**，2(3)，17-71。

彭文賢，1996，**組織結構**。台北：三民書局。

劉世閔，2006，教育研究法：質性研究之電腦輔助分析軟體 Nvivo 7，**教育研究月刊**，147，156-58。

劉其昌，1995，**財政學**。台北：五南圖書出版公司。

劉宜君，1999，**我國全民健康保險政策之執行評估－國家機關、政策網絡財務管控能力分析**，國立台北大學公共行政暨政策博士論文，未出版，台北。

劉宜君，2001，我國全民健康保險政策財務之實證研究，**中國行政評論**，10(4)，129-76。

二、英文文獻

Bandelow, Nils C., 2009, Health Governance in the Aftermath of Traditional Corporatism: One Small Step for the Legislator, One Giant Leap for the Subsystem?. *German Policy Studies*, 5(1): 45-63.

Corkery, J. & R. Wettenhall, 1990, *Public Enterprise Boards: A Neglected Area of Governance*. IAAS Working Paper, Brussels: International Institute of Administrative Science.

Crawford, R. W., 1991, *On Board: Guiding Principles for Trustees of Not-for-Profit Organizations*. New Mexico: Western States Arts Federation.

Daniels, N., & Sabin, J., 1998, The Ethics of Accountability in Managed Care Reform. *Health Affairs*, 17: 50-63.

- Denhardt, R. B., & Denhardt, J. V., 2000, The New Public Service: Serving Rather Than Steering. *Public Administration Review*, 60(6): 549-59.
- Frederickson, H. G., 1997, *The Spirit of Public Administration San Francisco*. Calif.: Jossey-Bass Publishers.
- Götze, R., 2010, **Going Dutch? Different Pathways of Health Insurance Reform in Germany and the Netherlands.**
- Haverland, M. ;Stiller, S., 2010, The Grand Coalition and Pension and Health Care Reform. *German Politics*, 19(3): 429-45.
- Hirzy, E. C., 1993, *Nonprofit Board Committees: How to Make Them Work?* Washington, D.C.: National Center for Nonprofit Boards.
- Jansen, T., A. Lier ;A. Witteloostuijn, 2007, A Note on Strategic Delegation: The Market Share Case. *International Journal of Industrial Organization*, 25: 531-39.
- Kouwenhoven, V., 1993, Public-Private Partnership: A Model for the Management of Public-Private Cooperation in J. Kooiman (ed.), *Modern Governance: New Government-Society Interactions*. London: Sage.
- Lasswell, Harold.,1958, *Politics: Who Gets What, When, and How*. Cleveland, Ohio: Meridian Books.
- Leiber, S. ;Greß, S. ;Manouguian, M., 2010, Health Care System Change and the Cross-Border Transfer of Ideas: Influence of the Dutch Model on the 2007 German Health Reform. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35 (4): 539-68.
- Milgrom, Paul and John Roberts, 1992, *Economic, Organization & Management*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Mitchell, J., 1997, Representation in Government Boards and Commissions. *Public Administration Review*, 57(2): 160-67.

Weimer, David L. and Aidan R. Vining, 2011, *Policy Analysis*. New York: Longman.
5th ed.

WHO., 2000, *The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*. WHO.

三、德文文獻

Altindal, S., 2008, *Auswirkungen des Gesundheitsfonds auf die Finanzplanung der Krankenversicherung*. Munich: Grin Verlag.

GREß, S., 2009, *Alternative Finanzierungsmodelle einer sozialen Krankenversicherung in Deutschland – Methodische Grundlagen und exemplarische Durchführung einer Mikrosimulationsstudie*. Berlin: Markus Michael Grabka, Master of Arts.

Kyre, M., 2010, *DIE NIEDERLÄNDISCHE GESUNDHEITSREFORM 2006 - Vorbild für eine weitere Reform des Krankenversicherungswesens in Deutschland?*. Munich: Grin Verlag.

四、官方資料

立法院公報，2010，第 99 卷第 35 期。 [http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lypdftxt ? 09903501;0009;0092](http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lypdftxt?09903501;0009;0092)。

立法院公報，2010，第 99 卷第 37 期。 [http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lypdftxt ? 09903701;0340;0378](http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lypdftxt?09903701;0340;0378)。

立法院公報，2010，第 99 卷第 42 期。 [http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lypdftxt ? 09904201;0183;0256](http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lypdftxt?09904201;0183;0256)。

立法院公報，2010，第 99 卷第 49 期。 [http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lypdftxt ? 09904901;0393;0400](http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lypdftxt?09904901;0393;0400)。

全民健保法。2012 年 8 月 10 日，取自網址：[http :
//law.moj.gov.tw/LawClass/LawContent.aspx ? pcode=L0060001](http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawContent.aspx?pcode=L0060001)

衛生署網站。2012 年 8 月 10 日，取自網址：[http :
//www.doh.gov.tw/cht2006/index_populace.aspx](http://www.doh.gov.tw/cht2006/index_populace.aspx)

德國社會法典第四篇，社會保險法。(Sozialgesetzbuch IV Gemeinsame
Vorschriften für die Sozialversicherung)。2012 年 8 月 10 日，取自網址：[http :
//www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/index.php](http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/index.php)

附錄

附錄一 深度訪談 I 大綱：制度設計者

「建構全民健康保險會組織任務中財務收支連動運作機制之研究」訪談大綱

親愛的 **OOO**，您好：

二代健保改革在 2011 年 1 月 4 日立法院通過全民健保法的修正案而劃下了一個重要的里程碑，攸關健保財務永續經營的「收支連動」設計，將在 2013 年開始實施；然而，這個從財務平衡目標而來的制度設計概念，還需要進一步從行政、法律、與政治等各方面加以落實，本研究在這個重要落實改革理念的時機，希望能夠找出影響推動可行性的因素，進而協助衛生署確實落實這個理念，讓台灣全民健保得以永續經營。感謝您願意接受我們的訪問，您在全民健保理論與實務上的經驗，對我們的研究必定有很大的幫助。下列這些問題還煩請您勞神整理與回答。再次感謝。

計畫主持人

國立政治大學公共行政學系陳敦源教授

國立台灣大學公共衛生學院張耀懋博士

敬上

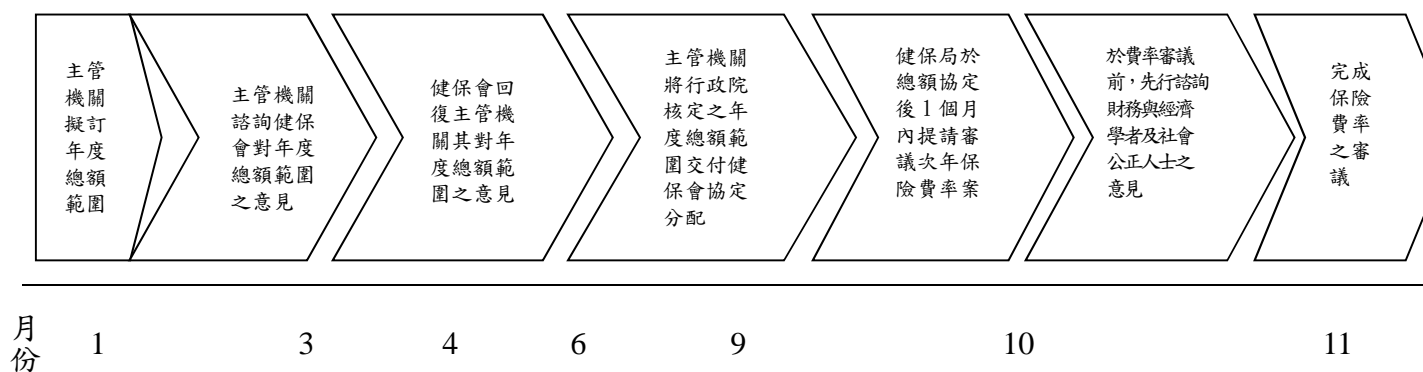
1. 何為「收支連動」？健保的現狀為何沒有收支連動？現狀下費率如何決定？收支連動和兩會合一的設計模式有很多種，為什麼選擇現行的體制？這樣設計所欲設解決的問題是甚麼？當中最具挑戰性的是？兩會合一是否可以解決現行健保的財務問題？
2. 一代健保時的監理會在財務收支的程序中扮演何種角色？有沒有遇到什麼問題？未來在二代健保兩會合一的新制下，健保會扮演的角色為何？
3. 在收支連動的行政流程中，增加決策之政治正當性的外部參與計有下面三端：
（1）健保會的代表性參與（第五條）；（2）外部專業財務精算參與（第廿四條）；（3）外部公民參與（第五條）。請問，是否還有其他的參與機制？這些參與機制是否能夠強化健保會的決策正當性？（制度程序的問題，請以下頁圖表說明）
4. 關於收支連動機制行政流程的時序問題（請參考圖二）
 - 由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍；

- 健保局有一個月時間做支付制度審議；
- 要審議費率健保會只有一個月時間；

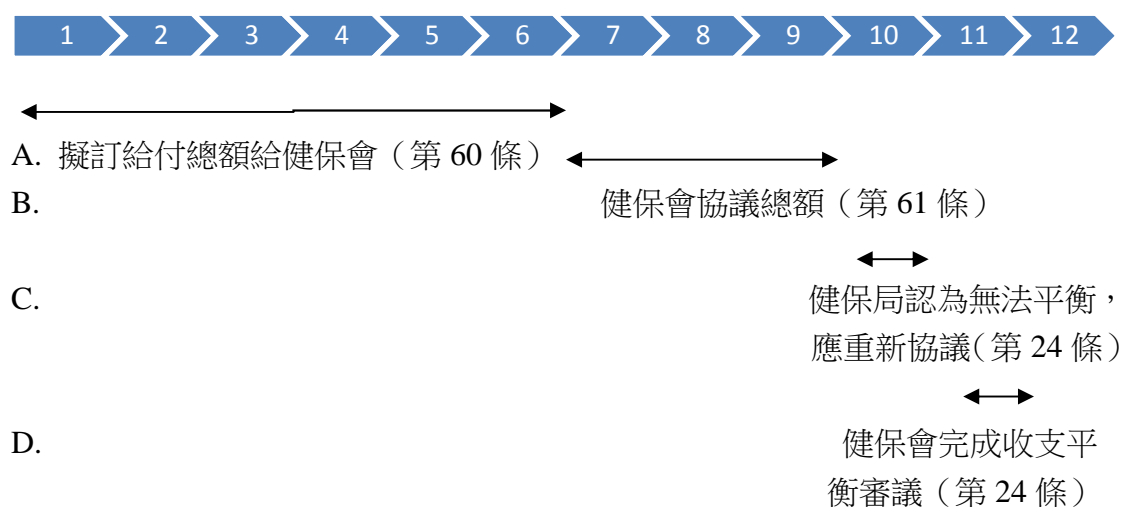
請問這樣的時序安排的理由為何？是否有滯礙難行的地方？

5. 在現行規劃的程序中（見程序圖三），費率決定是健保會還是衛生署還是健保局？誰來做最後決定？如何課責？如何面對立委的質疑？

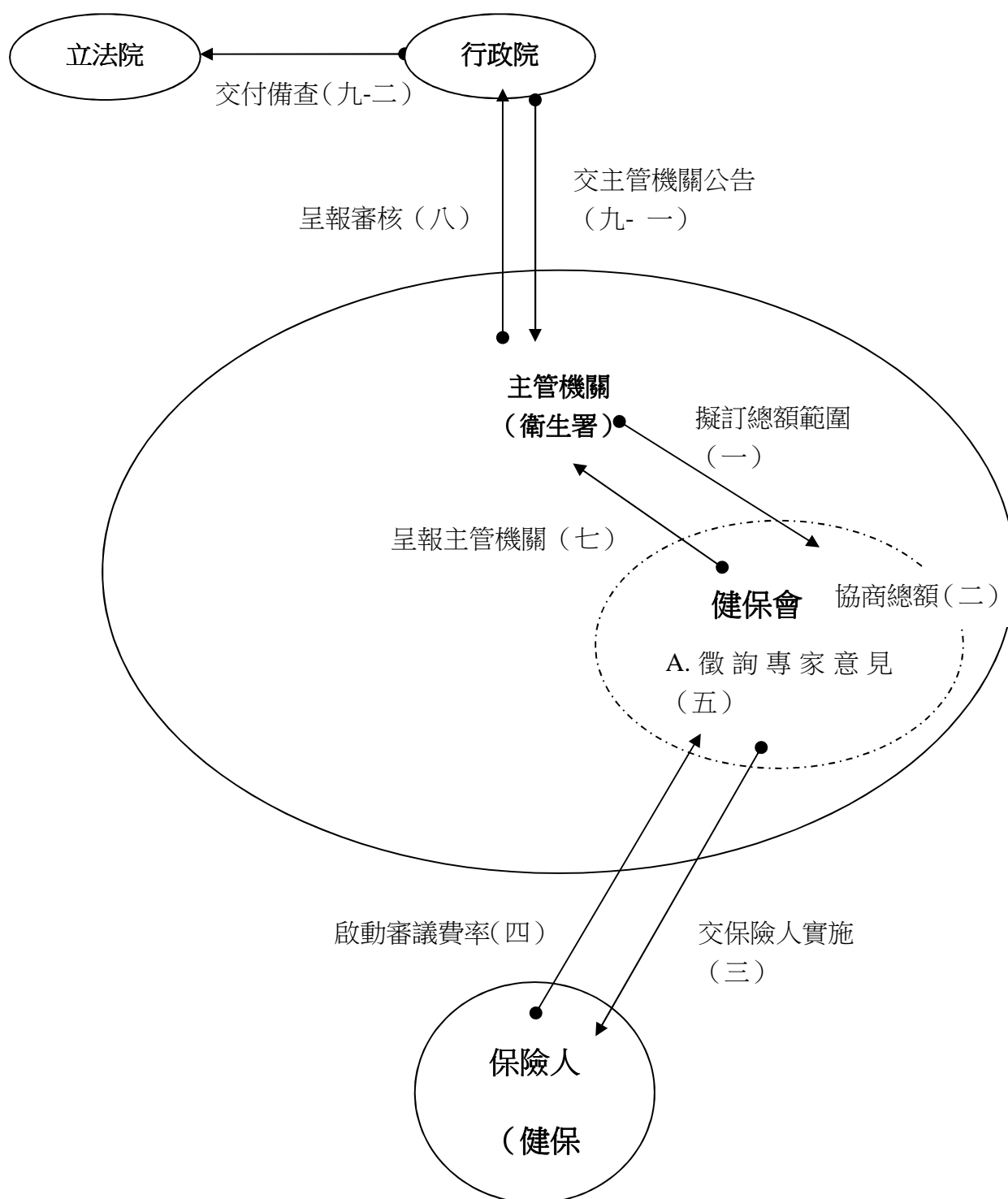
（圖一） 收支連動程序



（圖二） 時程圖



(圖三)



法條

第五條（舊第四條）

本保險下列事項由全民健康保險會（以下稱健保會）辦理：

- 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。

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。

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。

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。

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。

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。

第 24 條

第十八條被保險人及其每一眷屬之保險費率應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額。

前項審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。

第一項之審議，應於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定後公告。

第 41 條

醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、

雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。

藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布。

前二項標準之擬訂，應依被保險人之醫療需求及醫療給付品質為之；其會議內容實錄及代表利益之自我揭露等相關資訊應予公開。於保險人辦理醫療科技評估時，其結果並應於擬訂前公開。

第一項及第二項共同擬訂之程序與代表名額、產生方式、任期、利益之揭露及資訊公開等相關事項之辦法，由主管機關定之。

第 60 條（舊 57 條）

本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。

第 61 條（舊 58 條）

健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。

前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。

前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。

第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。

前項研商應於七日前，公告議程；並於研商後十日內，公開出席名單及會議實錄。

第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報主管機關核定發布。

附錄二 深度訪談 II 大綱：利害關係人

「建構全民健康保險會組織任務中 財務收支連動運作機制之研究」訪談大綱

親愛的 000，您好：

二代健保改革在 2011 年 1 月 4 日立法院通過全民健保法的修正案而劃下了一個重要的里程碑，攸關健保財務永續經營的「收支連動」設計，將在 2013 年開始實施；然而，這個從財務平衡目標而來的制度設計概念，還需要進一步從行政、法律、與政治等各方面加以落實，本研究在這個重要落實改革理念的時機，希望能夠找出影響推動可行性的因素，進而協助衛生署確實落實這個理念，讓台灣全民健保得以永續經營。感謝您願意接受我們的訪問，您在全民健保理論與實務上的經驗，對我們的研究必定有很大的幫助。下列這些問題還煩請您勞神整理與回答。再次感謝。

計畫主持人

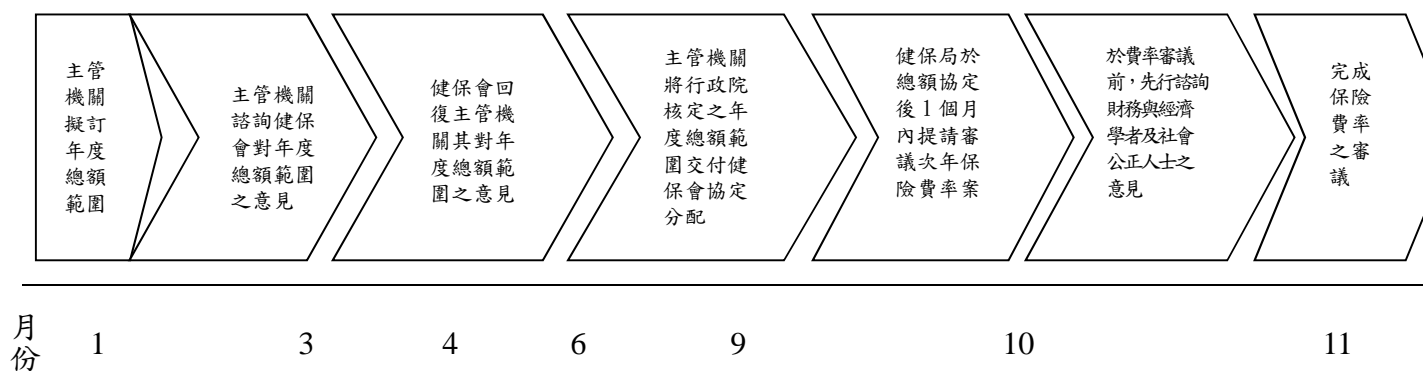
國立政治大學公共行政學系陳敦源教授

國立台灣大學公共衛生學院張耀懋博士

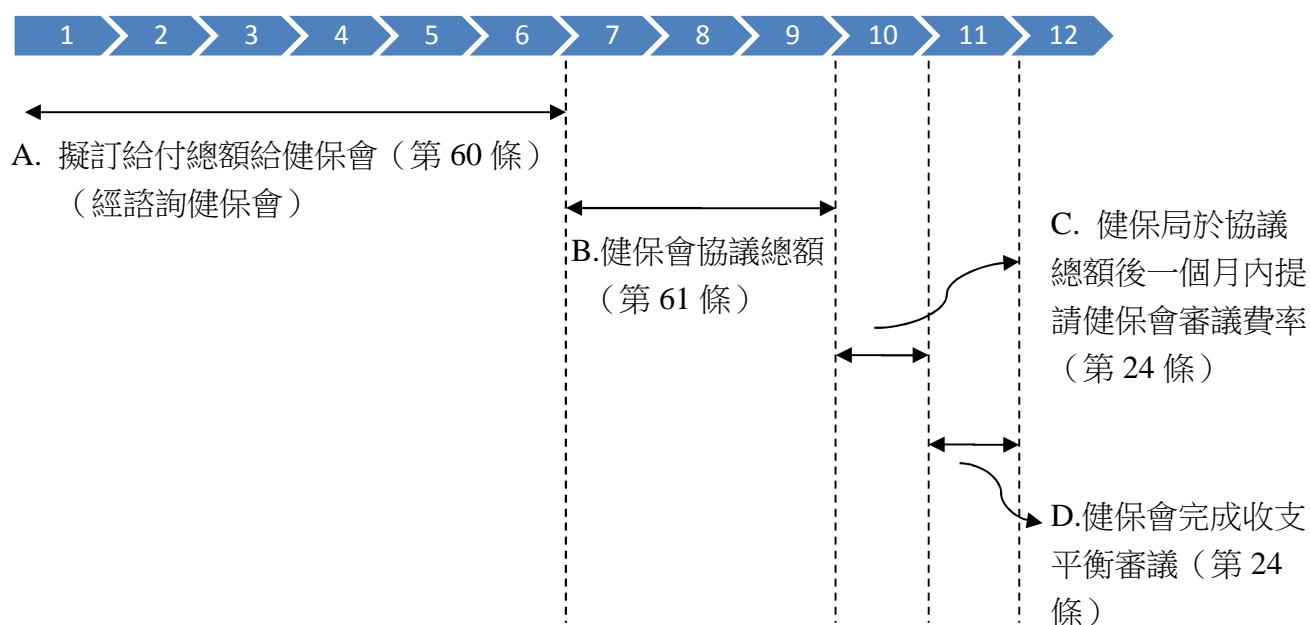
敬上

1. 過去健保在財務運作上最大的困境為何？造成健保虧損的原因有哪些？
2. 健保的組織體制的改革，未來監理會和費協會即將要合二為一變成健保會，合併後的兩會在協商溝通總額和費率會不會更有效率？能否滿足各方需求？
3. 兩會合一對於健保吃緊的財務狀況是否有改善可能？這項改革是否需要其他更細緻的制度配套？這些配套措施為何？
4. 總額範圍上下限的設定時間為六個月，確定總額、協商支付制度和費率審議的時間各為一個月，您認為是否有哪個階段時間較匆促、沒有辦法真正達到協商目的（參見附件一和附件二）？

附件一：收支連動程序



附件二：時程圖



參考法條

第 05 條

本保險下列事項由全民健康保險會（以下稱健保會）辦理：

- 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。

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。

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。

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。

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。

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。

第 24 條

第十八條被保險人及其每一眷屬之保險費率應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額。

前項審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。

第一項之審議，應於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定後公告。

第 41 條

醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、

雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。

藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布。

前二項標準之擬訂，應依被保險人之醫療需求及醫療給付品質為之；其會議內容實錄及代表利益之自我揭露等相關資訊應予公開。於保險人辦理醫療科技評估時，其結果並應於擬訂前公開。

第一項及第二項共同擬訂之程序與代表名額、產生方式、任期、利益之揭露及資訊公開等相關事項之辦法，由主管機關定之。

第 60 條

本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。

第 61 條

健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。

前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。

前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。

第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。

前項研商應於七日前，公告議程；並於研商後十日內，公開出席名單及會議實錄。

第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報主管機關核定發布。

附錄三 深度訪談 III 大綱：實務經驗之專家

「建構全民健康保險會組織任務中 財務收支連動運作機制之研究」訪談大綱

親愛的 000，您好：

二代健保改革在 2011 年 1 月 4 日立法院通過全民健保法的修正案而劃下了一個重要的里程碑，攸關健保財務永續經營的「收支連動」設計，將在 2013 年開始實施。然而，從財務平衡目標而來的制度設計，還需要進一步從行政、法律、與政治等各方面加以落實，本研究根據預期的可行性問題提出相關的解決方案，希望能夠幫助健保財政制度的運作更加完善，讓台灣全民健保得以永續經營。感謝您願意接受我們的訪問，透過您在全民健保理論與實務上的經驗，將提供我們在相關方案上更佳的建議，對我們的研究必定有很大的幫助。下列這些問題還煩請您勞神整理與回答。再次感謝。

計畫主持人

國立政治大學公共行政學系陳敦源教授

國立台灣大學公共衛生學院張耀懋博士

敬上

一、 目前健保會運作之問題

依據目前全民健康保險法與會議章程的規範（見附件一），健保會運作時可能遭遇的問題如下：

（一） 健保會相對於衛生署的決策權限

為解決現行體制下，兩會分立導致權限受政治因素影響的問題，二代健保法中將兩會合一，並賦予較完整的健保財務決策權限。而健保會在二代健保法中被定位為衛生署中的任務編組（見附件二），因此其上級主管單位為衛生署長。針對健保會之決策事項如總額諮詢、總額協商與費率訂定，衛生署長該如何議決？這一方面涉及主管機關權限，另一方面則影響健保財務運作的獨立性，而造成法律可行性的模糊空間。

（二） 健保會的收支連動功能不完整

健保局在健康保險業務中，皆屬於買方和賣方的獨佔者（見附件三）。與付費者間，掌握有關被保險人的健保財務收入資訊；與醫事服務提供者間，則掌握與醫療給付，包含醫事、醫藥等資訊。由此可知，在收支連動程序中，健保局占有重要角色，然而，在健保財務的收支連動程序中，健

保局的角角色並未受到明確的規範，而健保會在監督健保財務的項目裡，也未有對健保局的相關職權，這可能會造成財務決策時的資訊落差與問題回應性不足的困境。

(三) 社會參與的選擇

依據健保法第 24 條，費率審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。此會議的目的是希望透過專家的討論與意見，對費率的調整有較明確、公平的評估。而此會議的代表如何選取，便會影響費率調整的社會評價。

(四) 健保會委員代表性的問題

依據會議章程，健保會代表團體由衛生署指派，而代表則由團體內部自行推派。這引發了代表性不足的質疑。包括：團體的選擇方式、非委員會之利害關係人團體有何管道發表其看法等。

(五) 健保會委員專業性的問題

參與健保會的委員，其健保專業程度可能不足，而無法完全理解健保財政事務，造成議事延宕或無法深入探討。

(六) 健保會主委的選任方式

健保會主任委員對健保會決策事務具有重要影響，對內必須掌握議程與委員發言，面對爭議事項，必須進行協調。對外將說明健保財政政策的調整，影響外界對健保財務的觀感。依據過去經驗，主委對議事的掌握能力與積極程度會影響最終決策與衛生署態度。是故，主委選任的標準將影響健保會運作的穩定性。

(七) 健保會決策事項分工問題

健保會決議事項繁雜，一個月開會一次通常無法處理所有議程。該如何提高議事決策的效率以及決策的專業性？

(八) 總額對等協商之代表選取的問題

依據二代健保法之規定，總額給付內容必須進行對等協商，目前付費者代表為 17 人，該如何選出 9 人，與醫藥提供者進行協商？

(九) 健保會決策資訊獲取的問題

未來健保會隸屬於衛生署下的任務編組，並無專屬行政工作團隊。但卻又具有健保財務決策的重要權限。而決策所需的關鍵資料分析以及相關資訊提供是否得以取得、由何單位支援，都將影響健保會的運作。

(十) 時效可行性

目前時程規劃為諮詢總額為六個月、協議總額三個月、費率協商一個月(見附件四),在執行上可能產生總額協議與費率協商時間過短的疑慮,導致健保會協商來不及完成,仍交由衛生署決議的結果。影響健保會的功能運作。

二、 解決方案

針對上述問題,本研究依據利害關係人訪談內容與問卷結果,提出以下方案作為參考:

類別	項目	問題	解決方案	
法律 可行性	組織定位	衛生署對健保會的態度為何?	方案 A	署長完全接受健保會決策,由健保會負責;主委就健保收支議題到立院備詢
			方案 B	由衛生署做最後決策 健保收支議題由署長對外說明
	組織決策 效力	收支連動功能的不完整,例如 健保局相關支出的決策規範?	方案 A	健保局為衛生署下級機關,只協助健保業務 不參與健保會開會事項。
			方案 B	健保局必須參與健保會開會,若是有關於健 保事務之決策必須呈交健保會。如:藥事小 組與特材小組開會紀錄。
	協商代表 選舉機制	總額對等協商時,付費者必須 由 17 人推派 9 人代表,該如何 決定 9 人代表?	方案 A	依據各類代表比例
			方案 B	衛生署指派
			方案 C	付費者自行推派
	社會參與 機制	費率審議前的會議,其代表如 何尋找?	方案 A	由衛生署指派
			方案 B	健保會委員自行決議
			方案 C	由健保會之學者專家推薦
行政 可行性	組織 組成結構	健保會委員代表性不足問題	方案 A	衛生署在委員選任前,必須公告要求各利害 關係人提供相關團體名單
			方案 B	要求各代表團體指派較了解健保或較具有 參與動機之代表出席
			方案 C	各團體需提早選出明年度的參與者,讓其中 有時間可以進行委員的培訓與交接,以強化 專業能力。

類別	項目	問題	解決方案	
			方案 D	各團體需一次送審兩到三位委員，讓衛生署得以挑選比較具有參與能力者（專業審查）。
			方案 E	衛生署對於既有利害關係人的框架，每兩年應檢討一次。
		健保會主委選任方式	方案 A	由衛生署長選派
			方案 B	由委員自行推選，署長任命之
	資訊可獲取性	未來健保會決策所需的資訊是否能充分提供，由哪個單位支援？	方案 A	由健保會直接向相關單位索取
			方案 B	各相關單位必須有一名專門負責健保會業務的行政人員，負責支援健保會
			方案 C	健保會上文衛生署，由衛生署命令各單位
			方案 D	健保會開會時，必須有相關行政人員隨時提供相關資訊
時效可行性	組織分工效率	健保會決議事項繁雜，往往造成開會的議事延宕與不夠深入專業，該如何解決？	方案 A	內部成立次委員會，針對不同議題做深入討論再提案至大會
			方案 B	由主任委員排定議程，決定議事的重要性，在大會直接進行討論
	資訊時效性	健保會的開會議程，與相關資訊可於開會前多久取得？	方案 A	規定七天前必須送達與會者手中
			方案 B	建立電子平台與資料庫，透過網路即時傳遞資料，減少郵件往返的時程
	決策時程	健保會各項工作的時程安排之調整	方案 A	時程往前挪一個月，讓費率多一個月審議
			方案 B	平衡過去費協和監理的時程： 總額諮詢約四個月 費用協商約四個月 費率協商約四個月

附件一 相關法規與議事規則

● 舊全民健康保險法

第 四 條 為監理本保險業務，並提供保險政策、法規之研究及諮詢事宜應設全民健康保險監理委員會。

前項委員會，由有關機關、被保險人、雇主、保險醫事服務機構等代表及專家組成之；其組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。

第 二十 條 本保險之保險費率，由保險人至少每兩年精算一次，每次精算二十五年。

前項保險費率，由主管機關聘請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士十五至二十一人組成精算小組審查之。

保險費率經精算結果，有下列情形之一者，由主管機關重行調整擬訂，報請行政院核定之：

- 一、精算之保險費率，其前五年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五者。
- 二、本保險之安全準備降至最低限額者。
- 三、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務者。

第四十七條 本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定。

第四十八條 為協定及分配醫療給付費用，應設醫療費用協定委員會，由下列人員各占三分之一組成；其組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之：

- 一、醫事服務提供者代表。
- 二、保險付費者代表與專家學者。
- 三、相關主管機關代表。

第四十九條 醫療費用協定委員會應於年度開始三個月前，在第四十七條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報請主管機關核定。醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。

前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比例。

前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比例及醫藥分帳制度。藥品及計價藥材依成本給付。

第二項所稱地區之範圍，由主管機關定之。

第六十七條 本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付總額為原則；超過三個月或低於一個月者，應調整保險費率或安全準備提撥率。

● 二代健保法相關法規

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：

- 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。

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。

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。

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。

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。

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。

第 二十 條 本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。

第二十四條 第十八條被保險人及其每一眷屬之保險費率應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額。前項審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。

第一項之審議，應於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。不能於期限內完成審議時，

由主管機關逕行報行政院核定後公告。

第四十一條 醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。

藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布。

前二項標準之擬訂，應依被保險人之醫療需求及醫療給付品質為之；其會議內容實錄及代表利益之自我揭露等相關資訊應予公開。於保險人辦理醫療科技評估時，其結果並應於擬訂前公開。

第一項及第二項共同擬訂之程序與代表名額、產生方式、任期、利益之揭露及資訊公開等相關事項之辦法，由主管機關定之。

第六十條 本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。

第六十一條 健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。

前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。

前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。

第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。

前項研商應於七日前，公告議程；並於研商後十日內，公開出席名單及會議實錄。

第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報主管機關核定發布。

● 監理會組織章程

第一條 本規程依全民健康保險法（以下簡稱本法）第四條第二項規定訂定之。

第二條 全民健康保險監理委員會（以下簡稱本會）掌理事項如下：

- 一、保險政策之提供事項。
- 二、保險年度計畫及業務報告之審議事項。
- 三、保險預算、結算、決算之審議事項。
- 四、保險業務之檢查事項。
- 五、保險財務、帳務之監理事項。
- 六、保險法規及業務興革之研究建議事項。
- 七、其他有關保險業務之監理事項。

下列保險事項，應先提經本會研議後，送行政院衛生署（以下簡稱本署）核參：

- 一、本法及其施行細則之修正。
- 二、保險費率及門診部分負擔之調整方案。
- 三、保險給付項目之變動。

前二項本會之決定影響保險財務時，應同時提出財務平衡方案。

第 三 條 本會隸屬本署，置委員二十九人，名額分配如下：

- 一、專家六人。
- 二、被保險人代表六人。
- 三、雇主代表五人。
- 四、保險醫事服務機構代表五人。
- 五、政府代表七人。

前項第一款委員由本署遴聘，其餘各款委員分別洽請有關機關、團體推薦後，由本署聘兼。本會置主任委員一人，綜理會務，由本署署長就第一項第一款委員中指定一人兼任之。

第 四 條 本會委員任期二年，期滿得續聘之。但代表機關或團體出任者，應隨其本職進退。

第 五 條 本會委員及兼任人員均為無給職。但得依規定支給研究費。

第 六 條 本會設左列各組：

- 一、業務監理組。
- 二、財務監理組。

第 七 條 本會置副主任委員、主任秘書、組長、專門委員、視察、專員、科員、助理員、辦事員、書記。

第 八 條 本規程所列各職務之官等及員額，另以編制表定之。各職稱之職等，依職務列等表之規定。

第 九 條 本會因業務需要，經報請行政院核准，得聘用研究員五人。

第 十 條 本會每月開會一次，必要時得舉行臨時會議，由主任委員召集，並為主席；主任委員未能出席時，得指定委員一人為主席。本會開會須有二分之一以上委員出席，決議事項須經出席委員過半數同意行之。

第 十一 條 本會開會時，得請保險人及相關機關人員列席。

第十二條 本會分層負責明細表，由本署定之。

第十三條 本規程自本法施行之日施行。本規程修正條文，除中華民國九十五年十月十三日修正發布之第三條自九十六年三月一日施行，九十九年二月三日修正發布之第二條及第十一條自九十九年一月一日施行外，自發布日施行。

● 費協會組織章程

第一條 本規程依全民健康保險法（以下簡稱本法）第四十八條規定訂定之。

第二條 全民健康保險醫療費用協定委員會（以下簡稱本會）掌理下列事項：

一、在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定全民健康保險之醫療給付費用總額及其分配方式。

二、協定各地區門診及住院費用之分配比例。

三、協定醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用等之分配比例及醫藥分帳制度。

四、協定門診藥品費用超出預先設定之藥品費用總額時，其超出部分應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除之一定比例。

五、其他經主管機關交議之醫療費用審議事項。

第三條 本會設二組，分別掌理前條所列事項。

第四條 本會隸屬行政院衛生署（以下簡稱本署），置委員二十七人，其中一人為主任委員，其委員名額分配如下：

一、醫事服務提供者代表九人。

二、保險付費者代表與專家學者九人。

三、相關主管機關代表九人。

主任委員及前項第二款之專家學者委員，由本署署長遴聘之；其餘各款委員，由本署分別洽請有關機關（構）、團體推薦後聘兼之。

第五條 本會委員任期為二年，期滿得續聘之。但代表機關或團體出任者，應隨其本職進退。

第六條 本會委員均為無給職，但得依規定支給兼職酬勞。

第七條 本會置執行秘書、組長、視察、技正、專員、科員、技士、書記。

第八條 本規程所列各職稱之官等及員額，另以編制表定之。

各職稱之職等，依職務列等表之規定。

第九條 本會因業務需要，得依聘用人員聘用條例聘用研究人員一人至五人。必要時得委託學術團體或有關機關協助進行相關資料之調查、研究或分析

- 第十條 本會之歲計、會計及統計事項，由本署會計室、統計室分別派員兼辦。
- 第十一條 本會之人事管理，由本署人事室派員兼辦。
- 第十二條 本會每二個月開會一次，必要時得舉行臨時會議，會議由主任委員召集，並為主席；主任委員未能出席時，得指定委員一人為主席。。
- 第十三條 本會開會須有二分之一以上委員出席，由出席委員以協商方式達成協定行之。
- 第十四條 本會對於第二條規定之掌理事項，未能於本法第四十九條第一項及第五十條第四項所定期限內達成協定時，由主管機關逕行裁決。
- 第十五條 本會開會時，應請保險人派員列席；必要時，並得邀請有關機關派代表及專家學者列席。列席人員得提供意見。。
- 第十六條 本會分層負責明細表，由本署定之。
- 第十七條 本規程除中華民國九十九年二月三日修正發布之第十五條自九十九年一月一日施行外，自發布日施行。

● 健保會議事辦法

- 第一條 本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第五條第五項規定訂定之。

- 第二條 全民健康保險會（以下稱健保會）置委員三十三人，委員名額分配如下：

一、保險付費者代表：

（一）被保險人代表十一人。

（二）雇主代表五人。

（三）行政院主計總處一人。

二、保險醫事服務提供者代表九人。

三、專家學者及公正人士五人。

四、行政院經濟建設委員會及本署各一人。

被保險人代表之委員，其中九人由行政院衛生署（以下稱本署）參照本法第十條所定之被保險人類別，洽請有關團體推薦後遴聘之；其餘二人由本署以公開徵求方式遴選團體，再洽請該團體推薦後遴聘之。

雇主代表、行政院主計總處、保險醫事服務提供者代表、行政院經濟建設委員會及本署之委員，由本署分別洽請有關機關、團體推薦後聘（派）兼或遴聘之。

學者專家及公正人士之委員，由本署就國內公共衛生、公共政策、社會福利、社會保險、醫務管理、財務金融、經濟或法律等

健康保險相關領域專家學者或社會公正人士遴聘之。

保險付費者代表之委員，不得兼具保險醫事服務提供者之身分；被保險人代表之委員，不得兼具雇主身分；專家學者及公正人士之委員，不得兼具保險醫事服務提供者或雇主身分。

第 三 條 健保會置主任委員一人，由本署署長就專家學者及公正人士之委員中，指定一人兼任。

第 四 條 健保會之委員，任一性別比例不得少於三分之一。

各團體於推薦健保會委員時，應以複數方式為之，並應考量性別平等原則。

第 五 條 健保會之委員任期定為二年。

保險付費者代表及保險醫事服務提供者代表之委員，每一屆應至少更替三分之一。

代表保險醫事服務提供者或機關出任之委員，其職務異動時，原推薦之團體或指派之機關，得向本署重行推薦、指派代表，由本署署長遴聘或聘（派）兼。

委員因故無法執行任務或有違反本辦法之規定且情節重大者，本署得予解聘；其缺額由本署署長依第二條之規定遴聘或聘（派）兼。

前兩項新任委員之任期，以屆當屆委員任期為止。

第 六 條 健保會委員有下列情形之一，應於事實發生後一個月內提報健保會：

一、其本人、配偶或直系親屬任職保險醫事服務機構、保險藥物供應商或為投保單位之負責人，而其業務之利益涉有與健保會之職權相關者。

二、其代表之身分類別異動。

前項第一款情形，應由健保會予以公開。

第 七 條 健保會之委員不得有下列之行為：

一、違反議事規則或杯葛議事之進行。

二、發言侮辱他人或進行人身之攻擊。

三、破壞公家財物或暴力之肢體動作。

四、妨害他人在議事上為一定之作為。

五、對於會議相關事項作不實之轉述。

六、對外提供應保密之內部相關文件。

七、干預健保違約處理或行政之決定。

八、其他經委員會決議決之不正當行為。

第 八 條 健保會每月召開會議一次，必要時得召開臨時會議。

會議由主任委員擔任主席，主任委員因故不能出席時，應指定委員一人為主席。

會議須有二分之一以上委員出席始得開議，其決議依下列方式為之：

- 一、保險醫療給付費用總額對等協議及其分配事項，須以協商方式達成各項協定。
- 二、有關前款以外事項，須經出席委員超過二分之一同意行之；必要時得以舉手或無記名投票方式表決。

會議應邀請保險人派員列席；必要時經徵得主任委員同意，並得邀請有關機關、團體或相關領域之專家學者列席提供意見。

第 九 條 健保會於召開委員會議協商保險醫療給付費用總額對等協議及分配事項時，保險付費者代表之委員應共同推選出九名委員代為行使職權，與保險醫事服務提供者代表之委員進行對等協商。

前項經推選產生之委員，除非有正當理由，年度間不得替換。

第一項代為行使之職權，包括發言權、提案權及議決權。

第 十 條 健保會未能於法定期限達成醫療給付費用總額及其分配方式之協定時，應分別就保險付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案當中各提一案，報本署決定。個別委員如對建議方案有不同意見時，得提出不同意之意見書，由健保會併送主管機關。

第 十一 條 會議議程應於開會七日前分送各出席、列席人員，並對外公開之。臨時提案經排入議程者，亦公開。

委員提案內容，以與健保會法定職掌有關者為限，並應於提案中載明提案人之姓名及其代表類別。

第 十二 條 會議應依發言作成會議實錄，載明下列事項，於會議後十日內公開：

- 一、會議屆次（或年次）及次數。
- 二、會議時間。
- 三、會議地點。
- 四、主席姓名。
- 五、出席委員姓名及出席之代理人姓名、服務單位及職稱。
- 六、列席人員姓名、服務單位及職稱。
- 七、紀錄人員姓名。
- 八、報告事項之案由、發言內容及決定。
- 九、討論事項之案由、發言內容及決議。
- 十、其他應行記載之事項。

前項會議實錄如有依法不得公開部分，不予公開；未議決之事項經決議暫時不公開者，暫不公開，但議決後應即公開。

第 十三 條 有關會議提案方式、條件及程序等議事作業，於本辦法未規定者，依委員會之決議事項辦理。

第 十四 條 會議決議事項，如經主任委員認有立即對外說明之必要時，應由其本人或指定人員統一發布。

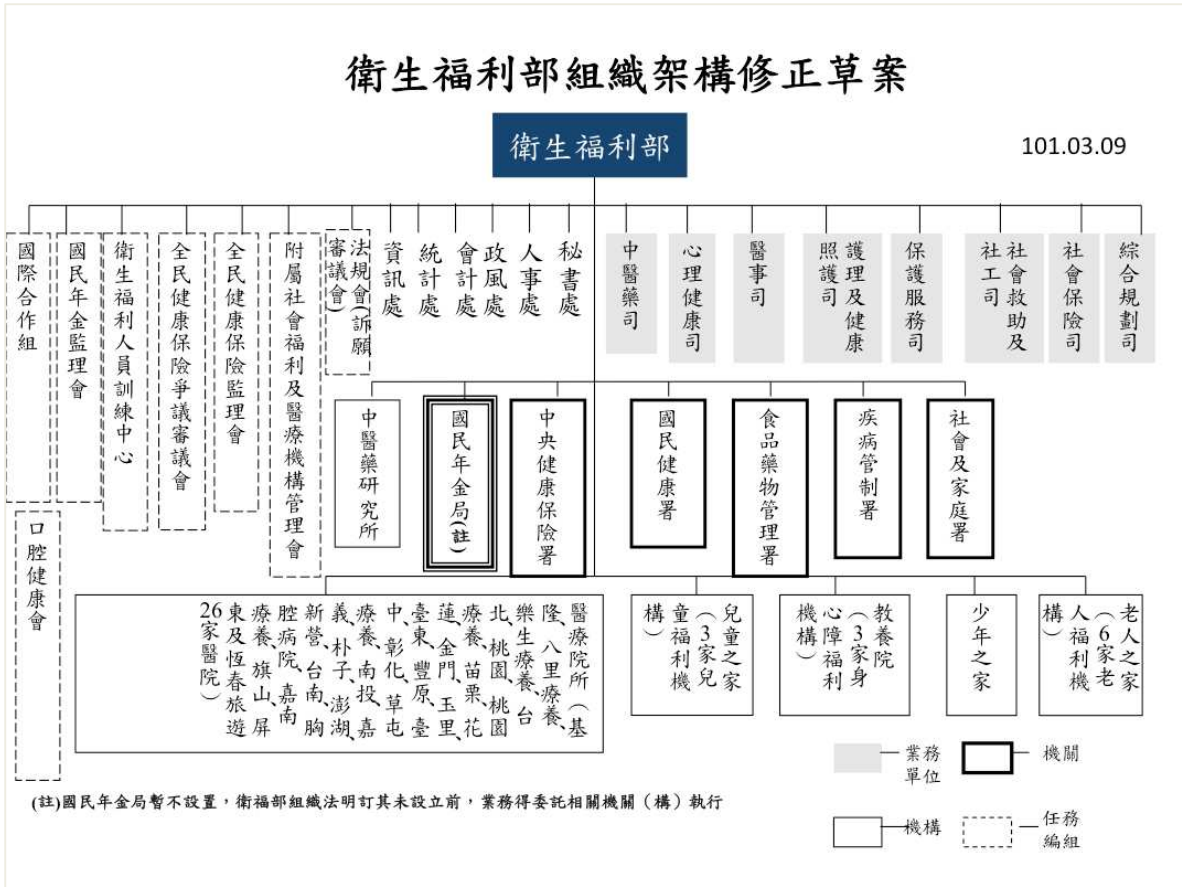
第 十五 條 委員因故不能親自出席會議，應於開會之前先行通知幕僚作業單位。全年未出席之次數超過三分之一，列為下屆是否續聘重要參考。

委員未能親自出席會議時，除專家學者及公正人士外，得指派代理人；受指派代理人列入出席人數，並得發言，參與表決。

代理人亦適用第二條第五項、第六條及第七條之規定；違者，不得再為代理。

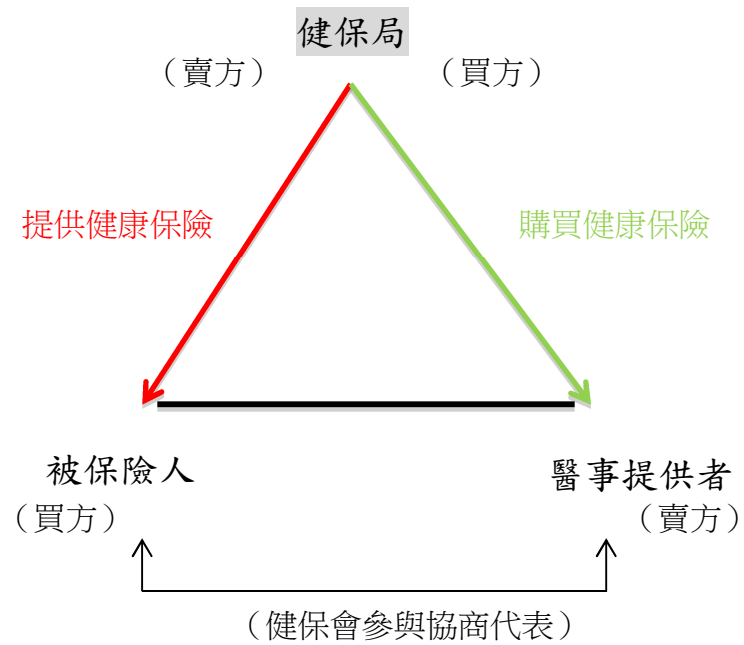
第 十六 條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

附件二 組織架構圖



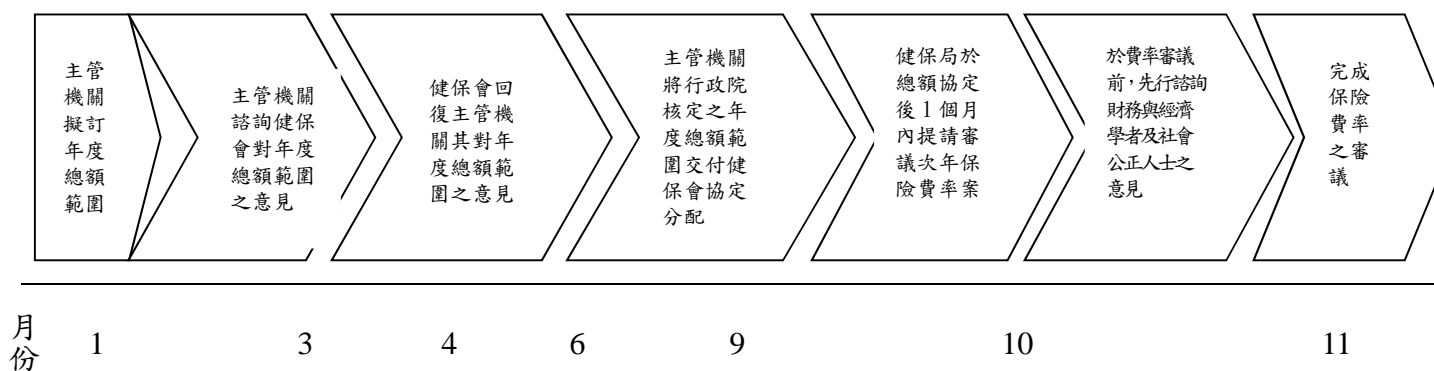
附件三 健保局位置圖

健保局、被保險人、醫事提供者關係圖

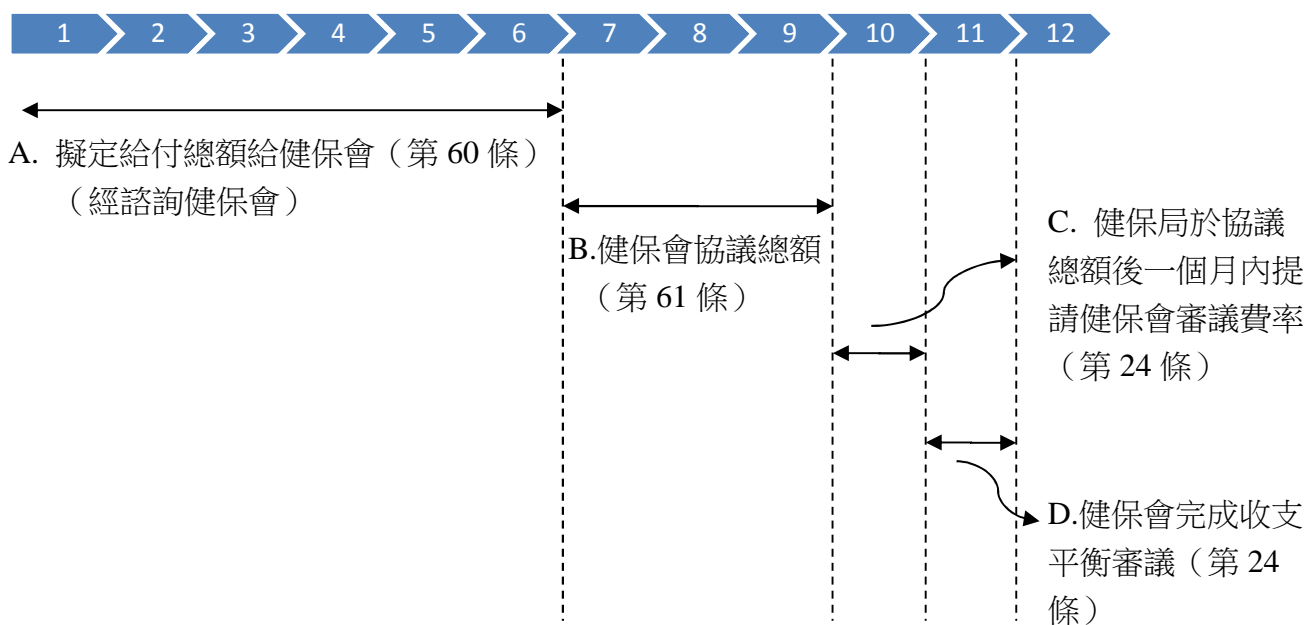


附件四 收支連動程序圖

圖一



圖二



附錄四 信效度表

逐字稿整理信度檢核表

您好：

感謝您接受本研究的訪談，由於有您的熱心參與，使本研究得以順利進行。

目前本研究已將訪談紀錄謄寫成逐字稿，希望在請您過目後，將不合適的地方直接在原稿上修改（追蹤修訂）。並請您就此份資料反應您真實意見的程度打個分數，作為本研究分析資料時之參考。

因為時間上的需要，希望請您盡可能在 8 月 5 日前將修改過的訪談稿及本問卷寄回。最後，下面是幾個關於訪談的問題，請您確實填寫：

- 請問您覺得此份訪談整理稿與當日所陳述的意見符合程度為 _____ %
（請填入您認為適當的分數，從 0~100，數字越大表示訪員表現越稱職）
- 您認為訪員訪談過程中表現是否稱職？_____（請填入您認為適當的分數，從 0~100，數字越大表示訪員表現越稱職）
- 對此訪談內容的心得與建議：_____

如有任何看法及意見，請與我聯絡！

聯絡方式 E-mail：donc@nccu.edu.tw 或電 02-29393091 ext. 51145

另外，請填寫以下資料，並回覆至原信箱 kailingkailing@gmail.com，謝謝！

敬祝

永保安康

政治大學公共行政學系 陳敦源 敬上

附錄五 焦點座談 I 討論大綱：行政人員

民國 101 年度

「建構全民健康保險會組織任務中財務收支連動運作機制之研究」

第一次焦點團體座談會議程

壹、時間：中華民國 101 年 07 月 25 日（三） 14：00~16：00

貳、地點：政治大學綜合院館南棟十三樓第二會議室（271332）

（台北市文山區指南路二段 64 號）

參、主持人：政治大學公共行政學系 陳敦源教授

肆、出席者：健保小組、監理會、費協會、中央健保局

伍、列席者：羅凱凌、羅雅馨、林俐君（研究團隊研究助理）

陸、問題緣起：

二代健保改革在2011年1月4日立法院通過全民健保法的修正案而劃下了一個重要的里程碑，預計在2013年開始實施。而攸關健保永續經營的財務「收支連動」機制便是重要的改革關鍵之一。在現行體制下，健保財務的收入與支出分屬於健保監理會與費協會等不同的機構與單位，讓體制在資源運用的部分出現落差，也常讓這部分的決策過度政治化。而二代健保的財政改革之一，便是將「兩會合一」以達到健保財務收支連動，更重要的，新法通過以後，落實該收支連動精神最核心的任務回到行政部門的身上。據此，本計畫之研究內容有二，一為收支連動機制中，健保財務政策審議程序的可行性，包含健保會總額協定與費率審議之組織任務與時程，以及各相關單位之工作與程序中的定位；另一則是相關組織間、利害關係人間的互動。針對本計畫之目標，除了制度的設計外，還需要進一步從行政、法律、與時效等各方面加以落實，才能使收支連動機制可以順利運作。是故，本座談會便希望針對此三項可行性討論與分析，確保收支連動運作順利。以

下先針對行政、法律及時效可行性的概念加以定義：

- 一、法律可行性：意指相關法規中，是否存在法條矛盾、缺漏以及僵化無法變通的狀況。
- 二、行政可行性：意指行政機關及其能力是否足以承擔政策方案的執行工作，包含幕僚專業能力、預算資源、人力配置以及組織結構等面向。
- 三、時效可行性：針對收支政策從制定至產出的流程，在不同工作階段，期時間分配是否具有合理性。

柒、討論事項：

一、2011年新通過的全民健康保險法以及其相關法律規範中（請參考附件三），是否存在以下的問題：

- （一）法條之間是否有矛盾不相容的現象，包含子法規未隨母法規修改，而有法條相互抵觸的不合理情況。
- （二）相關事項中，法條是否有缺漏未規範到的地方，造成執行時缺乏法規依據。
- （三）法條規範是否有過於細節，導致行政執行上窒礙難行、缺乏彈性，造成行政人員無法因應個案權宜變通，而失去行政裁量權。

二、針對下列四個項目，各行政機關的資源與能力是否足以承擔收支連動的運作：

- （一）組織結構設計。可分為主委法律位階與委員代表性兩大問題，例如：主委的層級和主管機關為何？健保會的主任委員如何產生，是行政首長指定、委員相互推派或者其他方式？委員會成員代表性要如何確認？
- （二）人力編制。例如：現有人力是否充足？未來健保會採任務編組，將從何調派任務編組中的人員？
- （三）預算資源的配置。例如：預算編於哪個單位之下？現有的預算資源是否足夠支應收支連動機制的運作？
- （四）幕僚人員的專業程度。例如：對二代健保相關事項的了解程度及對外公關能力？健保局中有哪個單位要處理健保諮詢相關事務，如何處理？

三、關於收支連動機制行政流程的時序問題（請參考附件一及附件二），

（一）依據健保法第 60 條，主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，除諮詢健保會外，還須向那些組織進行諮詢？諮詢的方式為何（舉行會議、公文往返或者電子郵件詢問等）？

（二）依據健保法第 24 條，健保局有一個月時間提請健保會審議費率。請問健保局在這一個月的工作內容為何？

（三）依據健保法第 24 條，健保會審議費率為一個月：時間是否足夠？（是）如何計算？（不是）困難為何？該如何改善？

四、依據流程圖（附件一），健保會之工作項目含括總額諮詢、協議總額、審議費率，請問在不同工作項目，健保會所扮演的角色為何？是否會有衝突？以下舉例說明：

（一）情境一：總額諮詢的角色

行政院在總額諮詢時，健保會若認定要漲保費，惟健保會不是行政單位，倘若行政院想進行調漲，但付費者代表反對，健保會就無法做成決議時行政院該如何處理？

（二）情境二：協議總額的角色

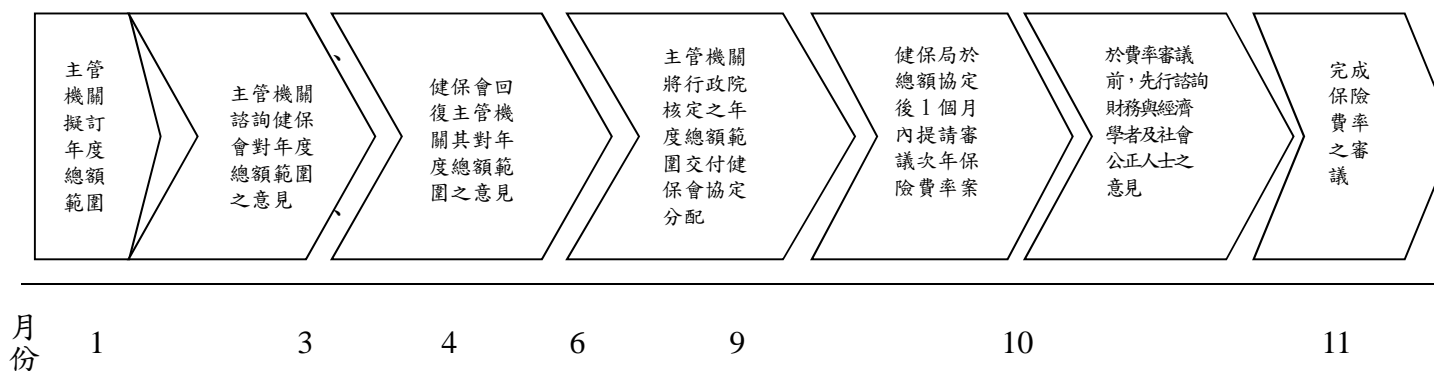
健保會裡的付費者代表在壓制保費調漲的動機下，於總額協商的程序時就不進行協議工作，這是否會影響到過去順利運作的總額協商制度？

（三）情境三：審議費率角色

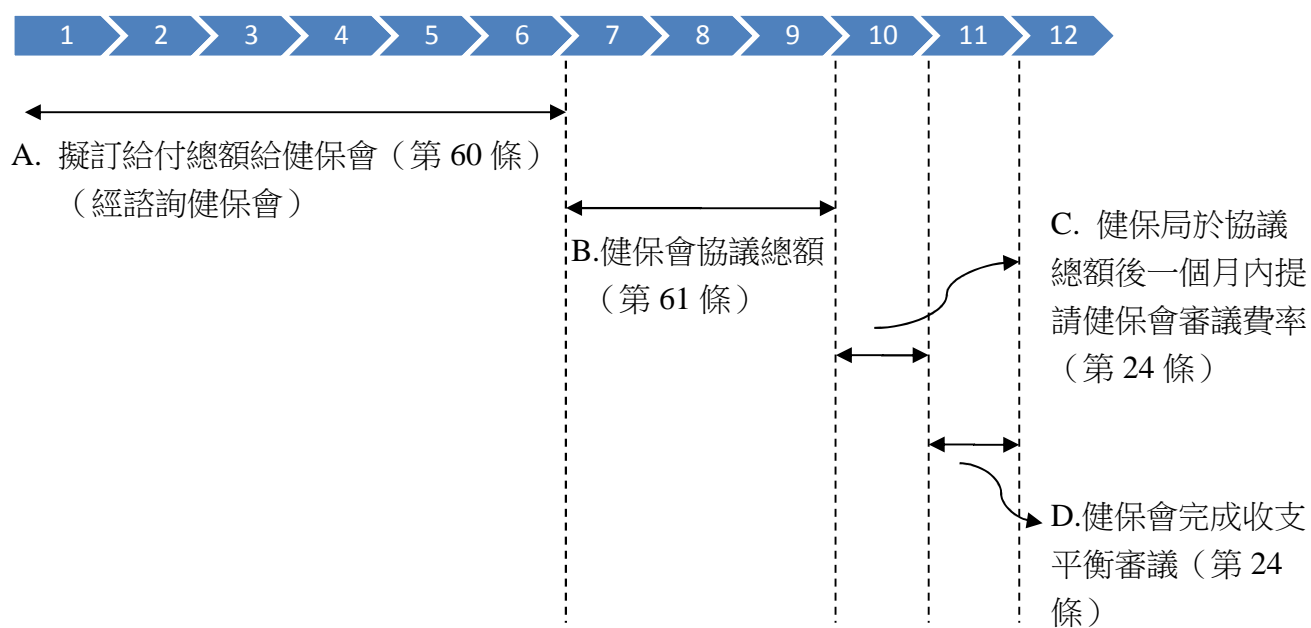
倘若總額協商完成，但付費者代表卻在審議費率時提出異議，是否會產生預算赤字的決議結果。健保會可否用赤字的方式執行下一年度呢？在法則上是否有其正當性？若行政機關對健保會的赤字預算決策有疑慮，是否可介入程序，讓收支連動完成。另一方面，若健保會決定調漲費率，但面臨政治影響（如政治選舉時刻），那麼行政機關是否就不會調漲保費，此時收支連動是否還有辦法執行？

附件一 收支連動流程及程序

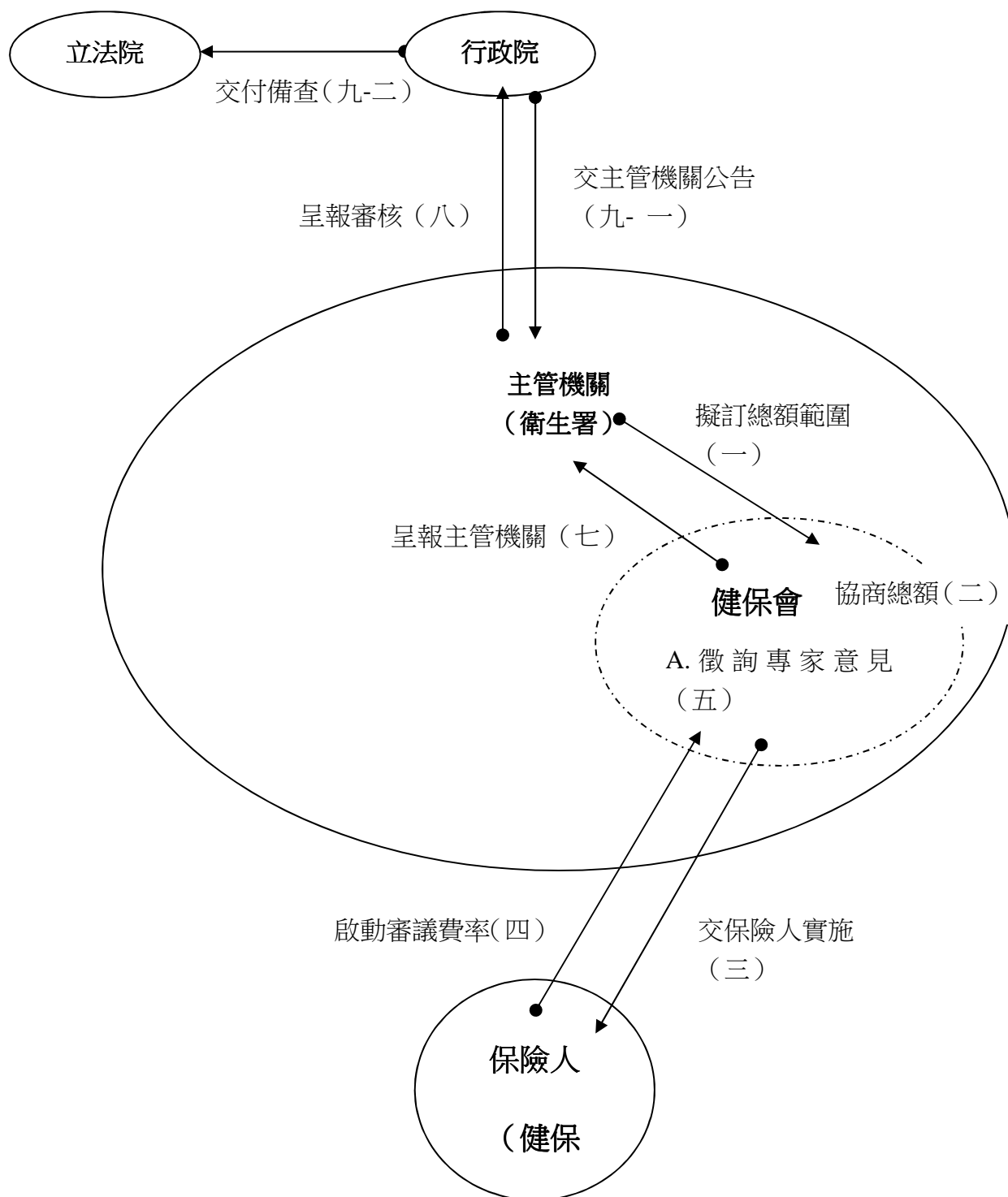
(圖一) 收支連動程序



(圖二) 時程圖



附件二 健保費率審議流程



附件三 相關法條

全民健康保險法

第 5 條

本保險下列事項由全民健康保險會（以下稱健保會）辦理：

- 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。

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。

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。

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。

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。

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。

第 24 條

第十八條被保險人及其每一眷屬之保險費率應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額。

前項審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。

第一項之審議，應於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定後公告。

第 60 條

本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。

第 61 條

健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。

前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。

前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。

第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。

前項研商應於七日前，公告議程；並於研商後十日內，公開出席名單及會議實錄。

第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報主管機關核定發布。

全民健康保險法施行細則

第 2 條

保險人應按月將下列書表及於年終時編具總報告，陳報主管機關，並分送全民健康保險監理委員會備查：

- 一、投保單位、投保人數及投保金額統計表。
- 二、醫療給付統計表。
- 三、保險醫事服務機構增減表。
- 四、保險收支會計報表。

第 3 條

保險人應依本保險業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算，及半年之結算與年終之決算總報告，提經全民健康保險監理委員會審議後，陳報主管機關。

附錄六 焦點座談 II 討論大綱：統計學、問卷設計與健保制度之學者專家

民國 101 年度

「建構全民健康保險會組織任務中財務收支連動運作機制之研究」

第二次焦點團體座談會議程

柒、時間：中華民國 101 年 09 月 10 日（一） 14：00~16：00

捌、地點：政治大學綜合院館南棟十一樓 35 教室（271135）

（台北市文山區指南路二段 64 號）

玖、主持人：政治大學公共行政學系 陳敦源教授

壹拾、出席者（按筆畫排序）：

林昭吟	台北大學社會工作系副教授
李仲彬	淡江大學公共行政學系助理教授
陳欽春	銘傳大學公共事務學系助理教授
劉宜君	元智大學社會暨政策科學學系
鍾國彪	台灣大學公共衛生學系副教授

壹拾壹、列席者：羅凱凌、羅雅馨（研究團隊研究助理）

壹拾貳、研究計畫與座談會說明：

二代健保改革在2010年1月26日立法院通過全民健保法的修正案而劃下了一個重要的里程碑，預計在2013年開始實施。而攸關健保永續經營的財務「收支連動」機制便是重要的改革關鍵之一。在現行體制下，健保財務的收入與支出分屬於健保監理會與費協會等不同的機構與單位，讓體制在資源運用的部分出現落差，也常讓這部分的決策過度政治化。而二代健保的財政改革之一，便是將「兩會合

一」以達到健保財務收支連動，更重要的，新法通過以後，落實該收支連動精神最核心的任務回到行政部門的身上。

承上，本計畫研究目的之一便是依據健保會法定任務，探討健保會如何與各相關利害關係人（如醫療提供者、付費者、政府組織、民間組織、一般民眾等）之互動關係。依此，本計畫將對利害關係人進行問卷發放，希望由利害關係人母體中，共獲取150份有效樣本。藉由統計模型作更系統性的分析，了解制度運作與人員互動的關係及影響。

是故，本座談會邀請統計分析之學者專家，針對本計畫之利害關係人的問卷題目與規劃，提出看法，確保問卷分析之信度與效度。

柒、討論事項：

一、問卷設計（請見問卷）

由於問卷目的是要了解利害關係人與健保會中的互動關係。因此，第一階段先提供所有問卷受訪者有關收支連動機制的組織變動和決策時程等資訊，以確保受訪資訊的完整性。第二階段便進行問卷的填答。問卷結構共分為四個部分（各部分的重要概念與指標請見附件一）：

第一部分是個人資料，基於研究需要，問卷需針對填答者的個人資料以及參與經驗作詢問。透過不同經驗的差異，作為後續立場差異的比較分析。

第二部分則是目前健保相關委員會運作狀況，包含委員會的組成、運作績效以及成果。在此分別探討監理會和費協會的異同，以此釐清現行體制下的問題，作為改革後制度成效的比較基礎。

第三部分是針對兩會合一後健保財務運作狀況做評估，依據個人經驗與看法，預期收支連動機制的成效。因此，問題著重於兩個方向收支程序和組織設計兩個部分。

第四部分則是針對組織面的健保會治理提出意見，預估在其他條件不變之下，兩會合一後的運作和治理成效。

二、問卷前測結果

本研究進行兩波前測工作。第一波為異議前測，針對問卷的架構、題目論述、答案陳列等問題，由各類受訪者中，選取1位進行前測工作，共5位，目前已完成。第二波訪談則在母體中對各類發放10份，共計50份問卷，預計回收至少30份問卷，目前回收20份，問卷資料結果請見附件二。以下提出五項重點說明：

1. 各題目答案之次數分配

2. 兩會運作之比較
3. 對未來兩會合一的評估
4. 五類利害關係人對未來運作的看法
5. 是否參與決策對委員會代表性的看法

三、問卷其他答案與建議

本問卷前測中有許多受訪者填寫相關建議，以及「其他」選項之答案，詳見附件三。

類別	有效 樣本數	發放 數量	填答 單位	抽樣標準
醫療提供者	30	80	團體	依據內政部人民團體資訊網中，醫療衛生團體名冊，並排除以研究為主的醫療學會。
付費者	30	19	團體	請參與過監理會與費協會的付費者團體提供相關團體名單。
民間團體	30	57	團體	請參與過監理會與費協會的付費者團體提供相關團體名單。
政府組織	30	51	工作 執掌	請監理會、費協會提供相關單位名單。
學者專家	30	82	個人	二代健保規劃小組名單中，參與之學者專家。

四、問卷發放對象與數量

根據研究目的，本研究需探討健保會如何與各相關利害關係人（如醫療提供者、付費者、政府組織、民間組織、一般民眾等）之互動關係。依此，本問卷目前發放對象與數量如下表：

附錄七 焦點座談 III 討論大綱：行政人員

民國 101 年度

「建構全民健康保險會組織任務中財務收支連動運作機制之研究」

第三次焦點團體座談會議程

壹拾參、時間：中華民國 101 年 10 月 18 日（四）10：00-12：00

壹拾肆、地點：政治大學綜合院館南棟南棟 13 樓第二會議室

（台北市文山區指南路二段 64 號）

壹拾伍、主持人：政治大學公共行政學系 陳敦源教授

壹拾陸、出席者（按筆畫排序）：健保小組、監理會、費協會、中央健保局

壹拾柒、列席者：羅凱凌、羅雅馨、林俐君（研究團隊研究助理）

壹拾捌、研究計畫與座談會說明：

二代健保改革預計在2013年開始實施，而攸關健保永續經營的財務「收支連動」機制便是重要的改革關鍵之一。在現行體制下，健保財務的收入與支出分屬於健保監理會與費協會等不同的機構與單位，讓體制在資源運用的部分出現落差，也常讓這部分的決策過度政治化。而二代健保的財政改革之一，便是將「兩會合一」以達到健保財務收支連動的目的。

承上，本計畫研究目的之一便是依據健保會法定任務，探討健保會如何與各相關利害關係人（如醫療提供者、付費者、政府組織、民間組織等）之互動關係。根據此目標，在計畫之初便舉辦了焦點座談，邀請相關行政人員針對未來健保會的運作提出其疑問與看法。再者，針對相關問題向制度設計者與各類利害關係人進行深度訪談，並對利害關係人進行問卷發放。希望藉由各種方式了解制度運作與人員互動的關係及影響。透過不同的研究方式，本計畫歸納出未來健保會運作的預期問題，並依據利害關係人的看法提出相關解決辦法。

是故，本座談會邀請政策執行之相關行政單位，針對本計畫目前歸納出的解決辦法共同討論、提出看法，以確保未來執行之可行性。

柒、討論事項：

三、目前健保會運作之問題

依據目前全民健康保險法與會議章程的規範，健保會運作時可能遭遇的問題如下：

（一）健保會相對於衛生署的決策權限

為解決現行體制下，兩會分立導致權限受政治因素影響的問題，二代健保法中將兩會合一，並賦予較完整的健保財務決策權限。而健保會在二代健保法中被定位為衛生署中的任務編組（見附件一），因此其上級主管單位為衛生署長。針對健保會之決策事項如總額諮詢、總額協商與費率訂定，衛生署長該如何議決？這一方面涉及主管機關權限，另一方面則影響健保財務運作的獨立性，而造成法律可行性的模糊空間。

（二）健保局的收支連動功能不完整

健保局在健康保險業務中，皆屬於買方和賣方的獨佔者（見附件二）。與付費者間，掌握有關被保險人的健保財務收入資訊；與醫事服務提供者間，則掌握醫療給付，包含醫事、醫藥等資訊。由此可知，在收支連動程序中，健保局占有重要角色，然而，在健保財務的收支連動程序中，健保局的角色並未受到明確的規範，而健保會在監督健保財務的項目裡，也未有對健保局的相關職權，這可能會造成財務決策時的資訊落差與問題回應性不足的困境。

（三）社會參與的選擇

依據健保法第 24 條，費率審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。此會議的目的是希望透過專家的討論與意見，對費率的調整有較明確、公平的評估。而此會議的代表如何選取，便會影響費率調整的社會評價。

（四）健保會委員代表性的問題

依據會議章程，健保會代表團體由衛生署指派，而代表則由團體內部自行推派。這引發了代表性不足的質疑。包括：團體的選擇方式、非委員

會之利害關係人團體有何管道發表其看法等。

(五) 健保會委員專業性的問題

參與健保會的委員，其健保專業程度可能不足，而無法完全理解健保財政事務，造成議事延宕或無法深入探討。

(六) 健保會主委的選任方式

健保會主任委員對健保會決策事務具有重要影響，對內必須掌握議程與委員發言，面對爭議事項，必須進行協調。對外將說明健保財政政策的調整，影響外界對健保財務的觀感。依據過去經驗，主委對議事的掌握能力與積極程度會影響最終決策與衛生署態度。是故，主委選任的標準將影響健保會運作的穩定性。

(七) 健保會決策事項分工問題

健保會決議事項繁雜，一個月開會一次通常無法處理所有議程。該如何提高議事決策的效率以及決策的專業性？

(八) 總額對等協商之代表選取的問題

依據二代健保法之規定，總額給付內容必須進行對等協商，目前付費者代表為 17 人，該如何選出 9 人，與醫藥提供者進行協商？

(九) 健保會決策資訊獲取的問題

未來健保會隸屬於衛生署下的任務編組，並無專屬行政工作團隊。但卻又具有健保財務決策的重要權限。而決策所需的關鍵資料分析以及相關資訊提供是否得以取得、由何單位支援，都將影響健保會的運作。

(十) 時效可行性

目前時程規劃為諮詢總額為六個月、協議總額三個月、費率協商一個月，在執行上可能產生總額協議與費率協商時間過短的疑慮，導致健保會協商來不及完成，仍交由衛生署決議的結果。影響健保會的功能運作。

四、 解決方案

針對上述問題，本研究依據利害關係人訪談內容與問卷結果，提出以下方案作為參考：

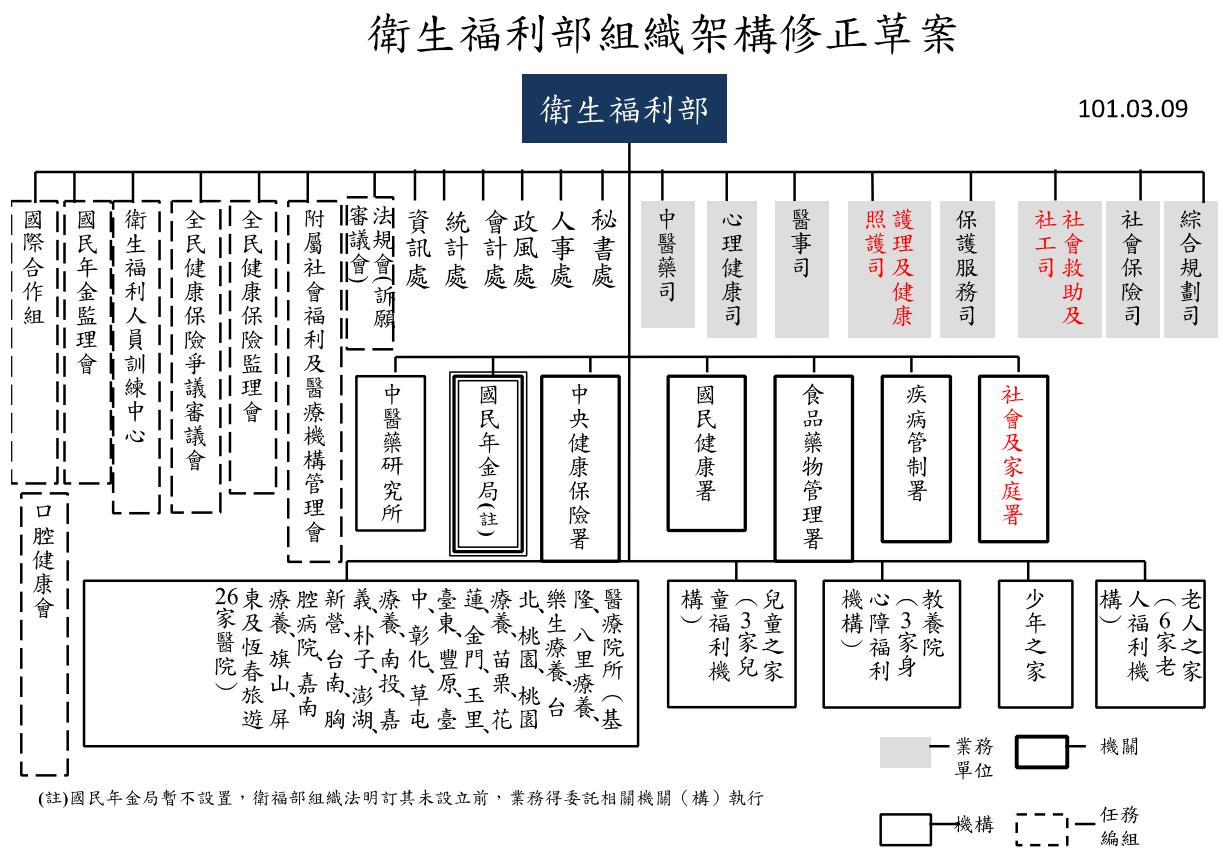
類別	項目	問題	解決方案	
法律 可行性	組織定位	衛生署對健保會的態度為何？	方案 A	署長完全接受健保會決策，由健保會負責；主委就健保收支議題到立院備詢

類別	項目	問題	解決方案	
			方案 B	由衛生署做最後決策 健保收支議題由署長對外說明
	組織決策效力	收支連動功能的不完整，例如健保局相關支出的決策規範？	方案 A	健保局為衛生署下級機關，只協助健保業務不參與健保會開會事項。
			方案 B	健保局必須參與健保會開會，若是有關於健保事務之決策必須呈交健保會。如：藥事小組與特材小組開會紀錄。
	協商代表選舉機制	總額對等協商時，付費者必須由 17 人推派 9 人代表，該如何決定 9 人代表？	方案 A	依據各類代表比例
			方案 B	衛生署指派
			方案 C	付費者自行推派
	社會參與機制	費率審議前的會議，其代表如何尋找？	方案 A	由衛生署指派
			方案 B	健保會委員自行決議
			方案 C	由健保會之學者專家推薦
行政可行性	組織組成結構	健保會委員代表性不足問題	方案 A	衛生署在委員選任前，必須公告要求各利害關係人提供相關團體名單
			方案 B	要求各代表團體指派較了解健保或較具有參與動機之代表出席
			方案 C	各團體需提早選出明年度的參與者，讓其中有時間可以進行委員的培訓與交接，以強化專業能力。
			方案 D	各團體需一次送審兩到三位委員，讓衛生署得以挑選比較具有參與能力者（專業審查）。
			方案 E	衛生署對於既有利害關係人的框架，每兩年應檢討一次。
		健保會主委選任方式	方案 A	由衛生署長選派
			方案 B	由委員自行推選，署長任命之
	資訊可獲取性	未來健保會決策所需的資訊是否能充分提供，由哪個單位支	方案 A	由健保會直接向相關單位索取

類別	項目	問題	解決方案	
		援？	方案 B	各相關單位必須有一名專門負責健保會業務的行政人員，負責支援健保會
			方案 C	健保會上文衛生署，由衛生署命令各單位
			方案 D	健保會開會時，必須有相關行政人員隨時提供相關資訊
時效 可行性	組織 分工效率	健保會決議事項繁雜，往往造成開會的議事延宕與不夠深入專業，該如何解決？	方案 A	內部成立次委員會，針對不同議題做深入討論再提案至大會
			方案 B	由主任委員排定議程，決定議事的重要性，在大會直接進行討論
	資訊時效 性	健保會的開會議程，與相關資訊可於開會前多久取得？	方案 A	規定七天前必須送達與會者手中
			方案 B	建立電子平台與資料庫，透過網路即時傳遞資料，減少郵件往返的時程
	決策時程	健保會各項工作的時程安排之調整	方案 A	時程往前挪一個月，讓費率多一個月審議
			方案 B	平衡過去費協和監理的時程： 總額諮詢約四個月 費用協商約四個月 費率協商約四個月

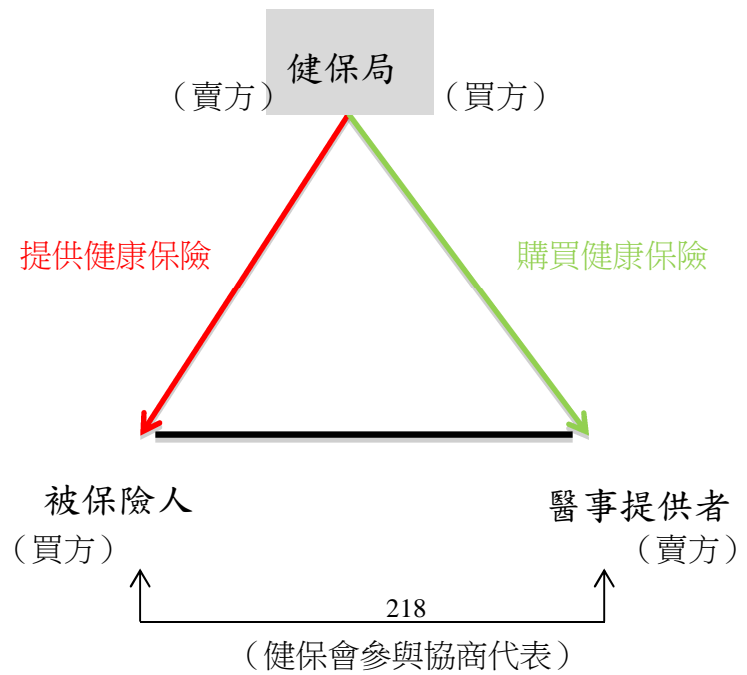
附件一

衛生福利部組織架構圖



附件二

健保局、被保險人、醫事提供者關係圖



附錄八 意義前測問卷

全民健康保險會組織任務中財務收支連動運作機制之問卷調查

親愛的受訪者，您好：

二代健保改革在 2010 年 1 月 26 日立法院通過全民健保法的修正案而劃下了一個重要的里程碑，攸關健保財務永續經營的「收支連動」設計，將在 2013 年開始實施；然而，這個機制是否能夠順利運作仍需加以評估。本調查欲了解具健保專業知識的相關人員，對於現行制度和未來制度的看法，從中檢討過去和未來可能的困境，進而協助衛生署確實落實收支連動這個理念，讓台灣全民健保得以永續經營。感謝您願意接受我們的調查，您在全民健保理論與實務上的經驗，對我們的研究必定有很大的幫助。下列這些問題還煩請您勞神與回答。我們的調查為匿名調查，不會以個人的資料呈現，請放心填答。再次感謝。

計畫主持人

國立政治大學公共行政學系陳敦源教授

國立台灣大學公共衛生學院張耀懋博士

敬上

填答問卷相關資訊

一、兩會現制和未來運作和權限

	監理會	費協會	健保會（未來）
法源	舊健保法第 4 條	舊健保法第 48 條	健保法第 5 條
組成	專家：6 被保險人代表：6 雇主代表：5 醫事服務機構代表：5 政府代表：7	醫事服務提供者代表：9 保險付費者代表與專家學者：9 相關主管機關代表：9	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。其中保險付費者代表不得少於 1/2；被保險人代表不得少於 1/3。
主委	衛生署長指定學者專家中一人出任	署長遴選	未明訂
權限	一、保險政策之提供事項。 二、保險年度計畫及業務報告之審議事項。 三、保險預算、結算、決算之審議事項。 四、保險業務之檢查事項。 五、保險財務、帳務之監理事項。 六、保險法規及業務興革之研	一、在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定全民健康保險之醫療給付費用總額及其分配方式。 二、協定各地區門診及住院費用之分配比例。 三、協定醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用等之	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。

	監理會	費協會	健保會（未來）
	究建議事項。 七、其他有關保險業務之監理事項。 下列保險事項，應先提經本會研議後，送行政院衛生署核參：一、本法及其施行細則之修正。二、保險費率及門診部分負擔之調整方案。三、保險給付項目之變動。 前二項本會之決定影響保險財務時，應同時提出財務平衡方案。	分配比例及醫藥分帳制度。 四、協定門診藥品費用超出預先設定之藥品費用總額時，其超出部分應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除之一定比例。 五、其他經主管機關交議之醫療費用審議事宜。	
功能	政策諮詢單位	協定與分配醫療費用	諮詢單位

二、現制和未來運作於收支連動差異

攸關健保永續經營的財務「收支連動」機制是這是二代健保重要的改革關鍵之一。在現行體制下，健保財務的收入與支出分屬於健保監理會與費協會等不同的機構與單位，讓體制在資源運用的部分出現落差，也常讓這部分的決策過度政治化。

而二代健保的財政改革之一，便是將「兩會合一」以達到健保財務收支連動，新法通過以後，落實該收支連動精神最核心的任務回到行政部門的身上。從健保法觀之，自年度開始的總額範圍擬訂到費率的計算，都有健保會的參與（參考下頁圖一和圖二）。而與過去兩會的代表和健保會的代表，可以發現更大的擴大參與。這樣的改革，都是希望改善過去兩會不能同時考慮收支，導致健保財務入不敷出的窘境。

三、兩會合一後收支連動受質疑之困境

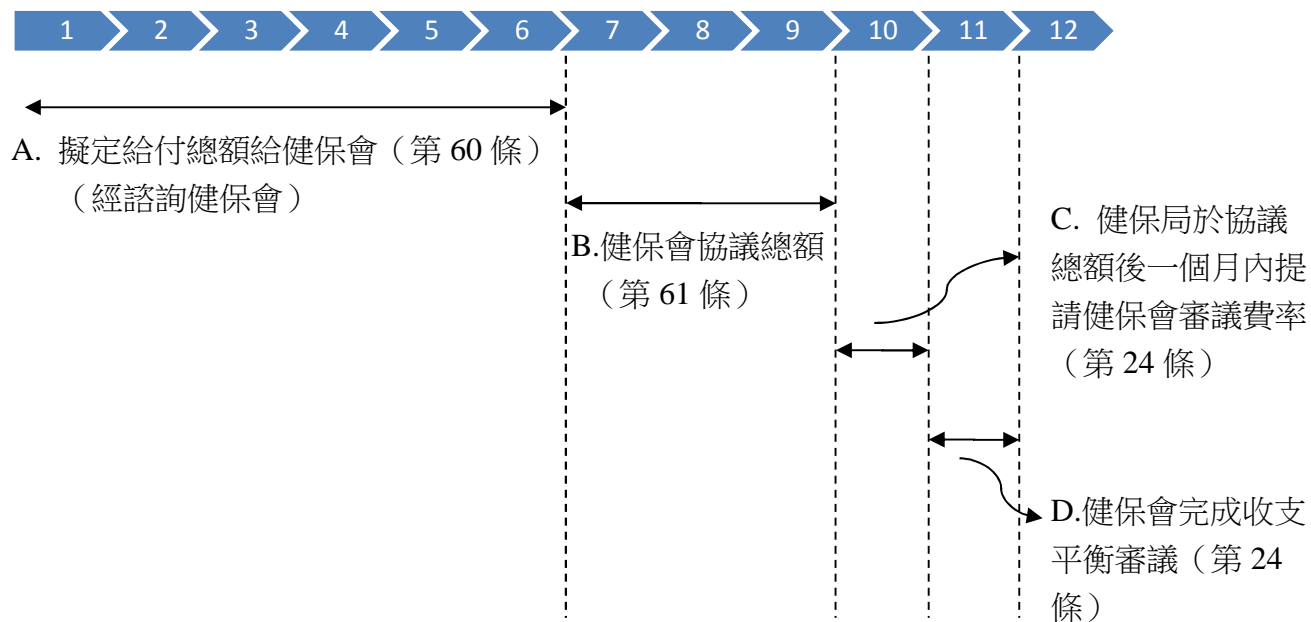
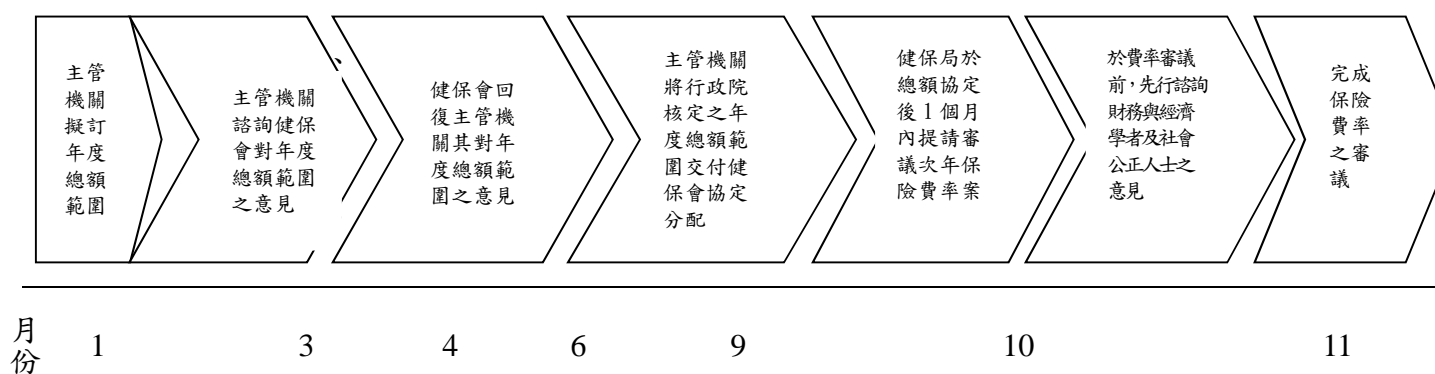
兩會合一的主要目標就是收支連動，就是當健保需要支出多少的時候，相對收到的保費就到有多少。因此若健保支出提升，該年度的費率就應該提高已達平衡，這樣才能解決健保財務的困境。然而兩會合一仍受有一些質疑的聲浪：

1. 健保會為諮詢單位，無法做最後決策：由於健保會屬於任務編組，因此其決定仍要送交衛生署核定。因此仍易受政治干涉，署長不同意健保會所提之保費時，即無法達到收支連動。
2. 代表性和主任委員的問題：過去兩會的代表共有 56 人，健保會組織法未明訂健保會的人數，雖然減少政府的參與，但兩會合一後，不論代表增加或減少，都會面臨考驗。若增加代表，可能會使委員會參與的效率過低；若減少代表，則各類團體的代表性即受考驗。不管是效率太低或

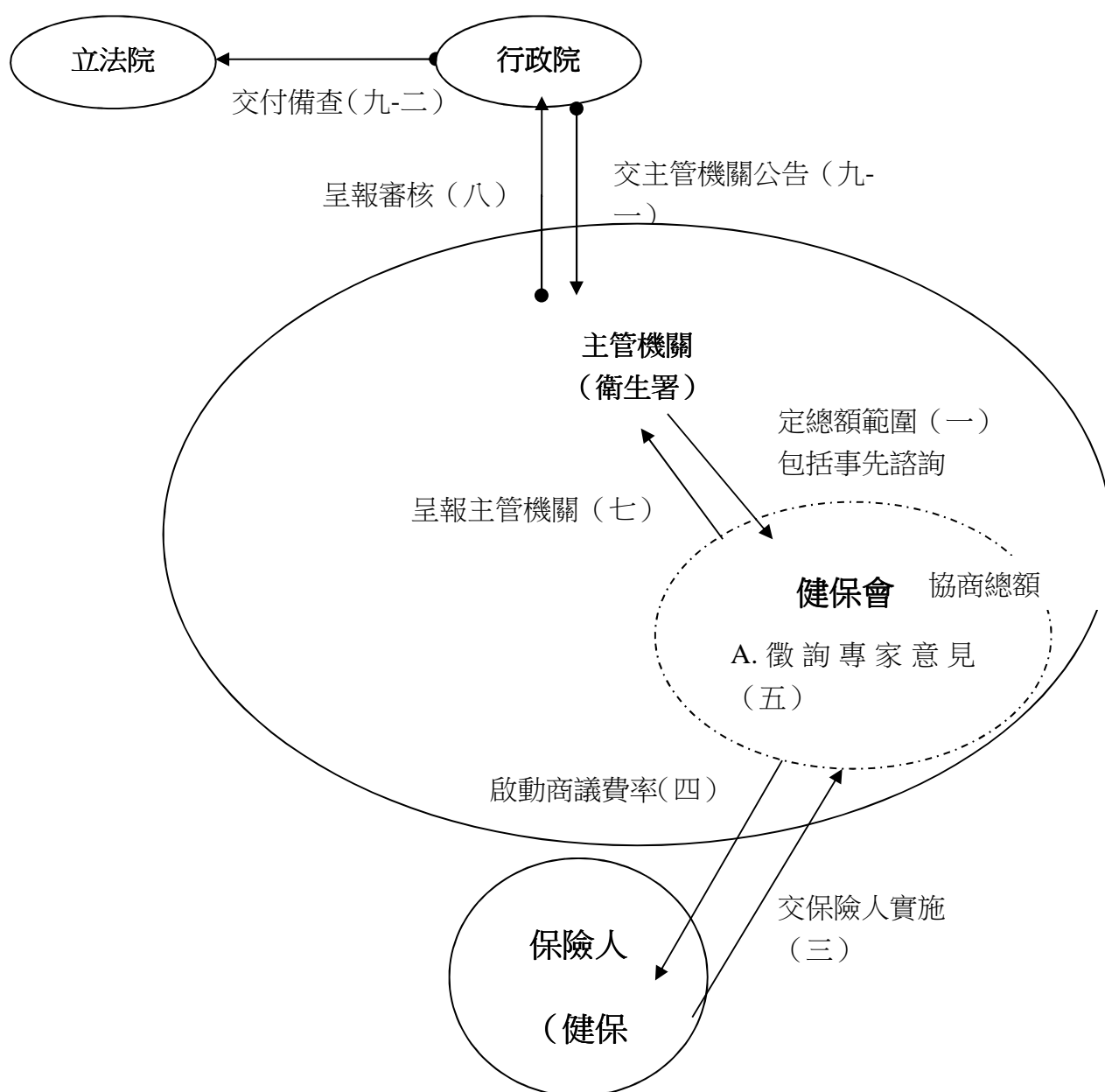
者代表性不足，都會使決策的品質受影響。

以下，請從以上提供的資訊考慮目前和未來健保運作的合理性。

圖一：收支連動時序圖



圖二：健保財務運作流程



↓ ↓ 問卷由此開始 ↓ ↓

第一部分：個人基本資料

為了研究需要，需要一些個人基本的資料，以利分析。但本研究為匿名調查，所獲得的資料不會以個體呈現，因此不會有資料外流的問題，請安心填答。

1. 性別：☐男 ☐女 ☐的資女
2. 年齡：☐齡：☐的資歲以下 以下☐的資料不會以歲 以下☐的資料不會以歲
以下☐的資料不會以歲
下☐的資料不會以個歲☐下☐的資料不會以歲以上
3. 教育程度
☐育程度國初中以下 初中以下高中、高職 中、高職專科 科、高職大學 學、
高職碩士
☐士、高博士（含博士後）
4. 最高學歷專長：
☐高學歷經濟財務 濟財務專醫療保健 療保健專政治或公共行政 治或公共
法律
☐律或公風險管理 險管理共醫務管理 務管理共公共衛生 共衛生共社會福
利
☐會福利其他_____
5. 請問您曾參加的委員會：
☐問您曾只有監理委員會 有監理委只有費協會 有費協會兩者皆參加過
☐者皆參兩者皆未參加過（請跳答第 8 題）
6. 請問您（曾經）擔任委員的身分有幾年？（中斷請合計）
監理會_____年；費協會_____年
7. 請問目前（曾經）代表的身分：
☐表的身專家學者 家學者分被保險人代表 保險人代雇主代表 主代表勞工
代表
☐工代表醫事服務機構代表 事服務機政府代表 府代表機其他_____
（請跳答第 9 題）
8. 請問您的身分是：
☐：您學者專家 專家_社會倡議團體 會倡議政府行政人員 府行政人雇主
團體
☐5. 勞工團體 工團體病友團體 友團體人醫事服務機構或個人
☐事服其他：_____

第二部分：目前健保財務相關委員會運作狀況

此部分針對現行健保運作的評估，包含現制下，委員會的組成、運作績效以及成果。由於目前仍為監理會和費協會分開運行，因此以下將分別評估監理會和費協會的運作。除了您過去的參與經驗外，也可以就您所見所聞，或者個人觀感進行問題回答。

（監理會評估）

9. 目前監理會的委員中，組成的成員比例是否合理？
☐前監理合理（跳至 13 題） ☐3 監理會不合理
10. 目前監理會的委員中，組成成員比例不合理的原因為何？（可複選）
☐複選理組成成員太多 成成員太多組成成員太少 成成員太少各類代表比例不適當
☐類代表比其他_____
11. 委員會人數為議事效率的關鍵，監理會目前的組成成員為 29 人，請問您認為是否適當？
☐，請問過多 多請問您認剛好 好請問您認過少 少請問您認無意見 意見問您認為無法判斷
12. 監理會的成員中，您覺得哪一類的委員有代表性不足的問題？（可複選）
☐複選的專家學者 家學者成員被保險人 保險人成員雇主代表 主代表成員醫事服務機構
☐事服務相關政府機構代表 關政府機構以上皆非 上皆非機構其他_____
☐_____無法判斷
13. 目前監理會的成員中，您覺得哪一類的委員過多？（可複選）
☐複選理專家學者 家學者會的被保險人 保險人會的雇主代表 主代表會的醫事服務機構
☐事服.相關政府機構代表 關政府機構以上皆非 上皆非機構代無法判斷
14. 目前代表的選任是由衛生署決定，請問您覺得合理程度為何？
☐前代表非常合理 常合理的選合理 理合理的選無意見 ☐意見 ☐的不合理
合理 ☐的選非常不合理
☐常不合理選無法判斷
15. 您認為監理會的代表選任，應以何種方式進行最為合理？
☐認為監維持現狀 持現狀理會同類自行推選 類自行推選同類票選 類票選推選其他_____
16. 您認為參與監理委員會應具備的專業背景為何？（至多選五個）
☐多選五經濟財務 濟財務個醫療保健 療保健個政治或公共行政 治或公.法律

☐律或公風險管理 險管理.醫務管理 務管理.公共衛生 共衛生.社會福利
☐會福利其他_____

17. 有人說「監理會開會時，委員意見都能充分討論與交流？」，您是否同意？
☐，您是非常合理 常合理否同合理 理合理否同無意見 意見理否同不合理
合理理否同非常不合理
☐常不合理同無法判斷
18. 有人認為監理會開會無法充分討論和交流各方意見，您認為原因有哪些？
(可複選)
☐複選為不具代表性 具代表性理未認真議事 認真議事理缺乏健保相關知識
☐乏健保相缺席率高 席率高相各類代表本位主義過強 類代表本位其他

19. 以監理會的政策諮詢與建議功能而言，您認為衛生署對監理會所提決議採納程度為何？
☐監理會全部採納 部採納的政大部分採納 部分採納政無意見 意見採納政大部分未採納
☐部分未採從未採納 未採納採納策無法判斷
20. 有人說「衛生署並不重視監理會的決議」，您認為主要因素為何？(可複選)
☐複選「監理會沒有決策實權 理會沒有決監理會法定職權不夠明確
☐理會法定委員專業知識不足 員專業知政府代表過多，民間參與不足
☐府代表過委員間本位主義過強，難以協調 員間本位衛生署不夠尊重
☐生署不夠議事效率太差 事效率太差以上皆非 上皆非太其他

21. 就監理會的總體功能而言，您認為監理會有存在的必要？
☐監理會非常同意 常同意的總同意 意同意的總無意見 意見意的不同意
同意意的總完全不同意
☐全不同意總無法判斷

(費協會評估)

22. 目前費協會的委員中，組成的成員比例是否合理？
☐前費協合理 (跳至 26 題) 6 費協會不合理
23. 目前費協會的委員中，組成成員比例不合理的原因為何？(可複選)
☐複選協組成成員太多 成成員太多組成成員太少 成成員太少各類代表比例不適當
☐類代表比其他_____
24. 委員會人數為議事效率的關鍵，費協會目前的組成成員為 27 人，請問您認為是否適當？
☐，請問過多 多請問您認剛好 好請問您認過少 少請問您認無意見 意見問

您認為無法判斷

25. 費協會的成員中，您覺得哪一類的委員有代表性不足的問題？（可複選）

☐複選的專家學者 家學者成員被保險人 保險人成員雇主代表 主代表成員
醫事服務機構

☐事服務相關政府機構代表 關政府機構以上皆非 上皆非機構其他

☐_____無法判斷

26. 目前費協會的成員中，您覺得哪一類的委員過多？（可複選）

☐複選協專家學者 家學者會的被保險人 保險人會的雇主代表 主代表會的
醫事服務機構

☐事服務相關政府機構代表 關政府機構以上皆非 上皆非機構代無法判斷

27. 目前費協會代表的選任由衛生署訂之，請問您覺得合理程度為何？

☐前費協非常合理 常合理會代合理 理合理會代無意見 意見理會代不合理
合理理會代非常不合理

☐常不合理代無法判斷

28. 您認為費協會的代表選任，應以何種方式進行最為合理？

☐認為費維持現狀 持現狀協會同類自行推選 類自行推選同類票選 類票選
推選其他_____

29. 您認為參與費協會應具備的專業背景為何？（至多選五個）

☐多選五經濟財務 濟財務個醫療保健 療保健個政治或公共行政 治或公共
法律

☐律或公風險管理 險管理共醫務管理 務管理共公共衛生 共衛生共社會福
利

☐會福利其他_____

30. 有人說「費協會開會時，委員意見都能充分討論與交流？」，請問您是否同意？

☐，請問非常同意 常同意您是同意 意同意您是無意見 意見意您是不同意
同意意您是不同意

☐常不同意是無法判斷

31. 有人認為費協會開會無法充分討論和交流各方意見，您認為原因有哪些？
（可複選）

☐複選為不具代表性 具代表性協為認真議事 認真議事協缺乏健保相關知
識

☐乏健保相缺席率高 席率高相各類代表本位主義過強 類代表本位其他

32. 以費協會的政策諮詢與建議功能而言，您認為衛生署對費協會所提決議採納
程度為何？

☐費協會全部採納 部採納的政大部分採納 部分採納政無意見 意見採納政

大部分未採納

☐部分未採從未採納☐未採納☐無法判斷

33. 有人說「衛生署並不重視費協會的決議」，您認為主要因素為何？（可複選）

☐複選「費協會沒有決策實權 協會沒有決費協會法定職權不夠明確

☐協會法定委員專業知識不足 員專業知政府代表過多，民間參與不足

☐府代表過委員間本位主義過強，難以協調 員間本位衛生署不夠尊重

☐生署不夠議事效率太差 事效率太差以上皆非 上皆非太差其他

34. 就費協會的總體功能而言，您認為費協會有存在的必要？

☐費協會非常同意 常同意的總同意 意同意的總無意見 意見意的總不同意
同意意的總完全不同意

☐全不同意無法判斷

第三部分：兩會合一後健保財務運作狀況

此部分針對明年上路的健保法中兩會合一後運作的評估，雖然新的機制尚未上路，但依您過往的參與經驗、我們提供的資料以及所見所聞，試評估兩會合一後的組成、運作和成效會如何。

35. 過去財務無法達到收支連動的因素為何？（可複選）

☐複選務總額過高 額過高無法費率調整受政治影響 率調整受政收入支出
未能相互考慮

☐ 入 支 出 其 他

36. 在眾多的因素中，主因為何？

☐眾多的總額過高 額過高因素費率調整受政治影響 率調整受政收入支出
未能相互考慮

☐入支出其他_____

37. 過去財務赤字的主要因素為何？

☐去財務給付過高 付過高. 費率未隨支出調整 率未隨支出醫療浪費 療浪
費支藥價黑洞

☐價黑洞其他_____

38. 從健保實施至今，只有兩次健保費率調整，請問您覺得費率調整困難的因素為何？（可複選）

☐複選實立法院的干預 法院的干預行政機關政務系統的政治考量

☐政機關健保局未解決醫療浪費 保局未解健保局未處理藥價黑洞

☐保局未其他_____

39. 您認為哪種方式，對健保財務控制的效果較佳且可行？

☐認為哪量入為出 入為出種方量出為入 出為入種其他_____

40. 有人說「兩會合一後，財務可以達到收支連動，減少赤字的目標」，請問您同不同意？

☐人說「非常同意 常同意兩會同意 意同意兩會無意見 意見意兩會不同意 同意意兩會完全不同意

☐全不同意無法判斷

41. 兩會合一後，組織成員組成接近監理會的架構，這樣的組成您同意嗎？

☐會合一非常同意 常同意後，同意 意同意後，不同意 同意意後，完全不同意

42. 兩會合一後，組織成員應為多少較合理？_____人

43. 有人認為「健保會於總額協商階段應對等協商」，請問您同意程度為何？

☐人認為非常同意 常同意「健同意 意同意「健不同意 同意意「健完全不同意

不同意的因素為_____

44. 兩會合一後，哪一類代表數量應增加？

☐會合一專家學者 家學者後，被保險人 保險人後，雇主代表 主代表後，醫事服務機構

☐事服務相關政府機構代表 關政府機構以上皆非 上皆非機構代其他_____

45. 兩會合一後，哪一類代表數量應減少？

☐會合一專家學者 家學者後，被保險人 保險人後，雇主代表 主代表後，醫事服務機構

☐事服務相關政府機構代表 關政府機構以上皆非

46. 有人認為，未來健保會意見收納廣度會提升，更具正當性，請問您同意嗎？

☐人認為非常同意 常同意，未同意 意同意，未無意見 意見意，未不同意 同意意，未完全不同意

☐全不同意未無法判斷

47. 您認為未來衛生署對健保會的尊重程度與過去相較為何？

☐認為未較過去尊重 過去尊重衛較過去不尊重 過去不尊與過去沒有差別

☐過去沒有差無法判斷

48. 根據健保法，當費用協商出來後，健保局認為不足，可以提出調費率方案，可行程度為何？

☐據健保非常可行 常可行法，可行 行可行法，無意見 意見行法，不可行 可行行法完全不可行

☐全不可行，無法判斷

不可行的因素為_____

49. 根據健保法第 24 條、第 60 條和第 61 條，上半年為總額擬訂，後半年則包含總額協議、支付制度和審議費率，時程安排合理程度？

☐，前半非常合理 常合理年為合理 理合理年為不合理 合理理年為完全不合理

50. 運作過程中，哪個階段比較可能有時間不足的問題？（可複選）

☐複選程給付總額範圍決定 付總額範圍給付總額協議 付總額協議支付制度協商

☐付制度協費率審議 率審議協費率超過上限，重新協議 率 7. 以上皆非

第四部分：兩會合一後健保財務委員會治理

此部分針對明年上路的健保法中兩會合一後運作的評估，雖然新的機制尚未上路，但依您過往的參與經驗、我們所提供的資料以及所見所聞，試評估兩會合一後的組成、運作和成效會如何。

	非常不同意	不同意	有點不同意	有點同意	同意	非常同意
51. 有人說「兩會合一有助於收支連動」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
52. 有人說「兩會合一有助於公民參與」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
53. 有人說「兩會合一有助於權責相符」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
54. 有人說「兩會合一有助於協商效率」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
55. 有人說「兩會合一有助於保障弱勢」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
56. 有人說「健保會利害關係團體代表的名額分配，已經能充份展現社會上對健保財務問題的不同意見。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
57. 有人說「參與健保會的利害關係團體代表不論來自何方，都會受到公平的對待。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
58. 有人說「健保會未來在財務上的決策，能夠讓健保的運作不會因民眾的個人背景而有差別待遇。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
59. 有人說「健保會未來相關財務決策，都能找出健保財務的關鍵事實資訊作為決策依據。」，請問您	1	2	3	4	5	6

	非常不同意	不同意	有點不同意	有點同意	同意	非常同意
是否同意？						
60. 有人說「健保會未來的運作，能夠在討論中激盪出新的想法，解決健保的相關財務問題。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
61. 有人說「未來健保會所作成的健保財務決定，對衛生署相關的決策會有決定性的影響。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
62. 有人說「健保會未來每年在買、賣雙方的費率協商工作上，能夠在預定的時間內順利完成。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
63. 有人說「未來衛生署會提供足夠的行政資源，維繫健保會的決策品質。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
64. 有人說「健保會未來在處理健保財務問題時，會依據前後一致的決策標準，回應民眾的需求。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
65. 有人說「健保會未來在我國健保財務決策的過程中，是最具備代表性的公共組織。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
66. 有人說「健保會的代表們在健保財務相關專業上，足以勝任他（她）們的工作。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
67. 有人說「健保會當中，買賣雙方代表能夠建立共同解決財務問題的共識，而不只是保護自身利益而已。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
68. 有人說「未來衛生署的相關政策主管部門充份，具有充份意願來與健保會合作，一起解決相關財務問題。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
69. 有人說「未來健保會的運作，會將「收支連動」當作是它最主要的任務。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
70. 有人說「未來衛生署的署長對於健保會的決定，會展現出政策領導的角色，進行相關介入與引導。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
71. 有人說「健保會的代表們，都願意花時間學習相關的健保財務專業知識，以提升他們參與決策的	1	2	3	4	5	6

	非常不同意	不同意	有點不同意	有點同意	同意	非常同意
品質。」，請問您是否同意？						
72. 有人說「健保會的代表們在作健保財務決策時，會以專業證據為主要考量，而不是從黨派政治角度出發。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
73. 有人說「健保會的行政人員，能夠適時提供充份的專業幕僚資訊，協助成員達成財務相關的決策。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6

以下是開放性的問題，想請教您對於未來兩會合一的運作，是否有些建議、或者有任何窒礙難行的困境或者看法。

74. 請問您對兩會合一的運作有何建議？

75. 請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？

76. 請問您對明年兩會合一有無其它看法？

【問卷到此結束，謝謝您的填答】

附錄九 前測問卷

「建構全民健康保險會組織任務中財務收支連動運作機制之研究」

研究問卷

親愛的受訪者您好：

我們目前正進行一項由衛生署監理會委託的二代健保研究，針對未來健保財務運作可行性分析。

由於本研究將發放 300 份以上的問卷，因此希望透過前測方式，事先了解各利害團體對本問卷之建議，以便我們修改後發放，俾能獲得最有效的意見。若於填答過程有任何建議，煩請直接填寫於問卷本上，或者於文末意見欄填寫，希望您不吝指教。

感謝您願意接受本研究團隊的前測，這些資料僅作於學術研究分析，為匿名填答，絕對保密，請您放心填答。再次感謝您提供寶貴意見。

計畫主持人
國立政治大學公共行政學系 陳敦源教授
國立台灣大學公共衛生學院 張耀懋博士
敬上
2012 年 8 月

聯絡人：羅凱凌 小姐
電話：0917559515
E-mail：kailingkailing@gmail.com



國立政治大學公共行政學系

問卷說明

（填寫問卷題目前，請您務必先行閱讀）

二代健保於 102 年正式上路，其中兩會合一、財務收支連動為此次改革的重點之一。但由於新制度尚未正式運作，許多狀況都屬未知的狀態，因此本問卷在問題開始前，進行法規與制度運作的說明，以及現制和新制的比較，煩請閱讀後再進行填寫。

問卷主要分成四個部分，第一部分為個人基本資料，只為了解填答者之背景，請放心填答。第二部分為目前運作狀態的評估。第三部分和第四部分則針對兩會合一後財務和委員會的評估。

在問卷填答過程中，若認為問題表達有不適宜之處，請您直接將看法寫於問題空白處。您的寶貴意見，將對本問卷的設計有很大的助益。

本問卷共計有 22 頁、78 題。再次感謝您對本問卷前測協助。

全民健康保險會組織任務中財務收支連動運作機制之問卷調查

親愛的受訪者，您好：

二代健保改革在 2011 年 1 月 24 日立法院通過全民健保法的修正案而劃下了一個重要的里程碑，攸關健保財務永續經營的「收支連動」設計，將在 2013 年開始實施；然而，這個機制是否能夠順利運作仍需加以評估。本調查欲了解具健保專業知識的相關人員，對於現行制度和未來制度的看法，從中檢討過去和未來可能的困境，進而協助衛生署確實落實收支連動這個理念，讓台灣全民健保得以永續經營。感謝您願意接受我們的調查，您在全民健保理論與實務上的經驗，對我們的研究必定有很大的幫助。下列這些問題還煩請您勞神與回答。我們的調查為匿名調查，不會以個人的資料呈現，請放心填答。再次感謝。

計畫主持人

國立政治大學公共行政學系陳敦源教授

國立台灣大學公共衛生學院張耀懋博士

敬上

填答問卷相關資訊

四、現制〈監理會、費協會〉與未來〈健保會〉之運作和權限

	監理會	費協會	健保會（未來）
法源	舊健保法第 4 條	舊健保法第 48 條	新健保法第 5 條
組成	專家：6 被保險人代表：6 雇主代表：5 醫事服務機構代表：5 政府代表：7	醫事服務提供者代表：9 保險付費者代表與專家學者：9 相關主管機關代表：9	<u>規劃方案〈草案〉</u> 保險付費者代表 （1）被保險人代表：11 （2）雇主代表：5 （3）行政院主計總處：1 保險醫事服務提供者代表：9 專家學者及公正人士：5 行政院經濟建設委員會：1 衛生署：1
主委	衛生署長就學者專家委員中指定一人兼任	署長遴聘	<u>規劃方案〈草案〉</u> 由主管機關首長就專家學者及公正人士之委員中指定一人兼任

	監理會	費協會	健保會（未來）
權限	一、保險政策之提供事項。 二、保險年度計畫及業務報告之審議事項。 三、保險預算、結算、決算之審議事項。 四、保險業務之檢查事項。 五、保險財務、帳務之監理事項。 六、保險法規及業務興革之研究建議事項。 七、其他有關保險業務之監理事項。 下列保險事項，應先提經本會研議後，送行政院衛生署核參： 一、本法及其施行細則之修正。 二、保險費率及門診部分負擔之調整方案。三、保險給付項目之變動。 前二項本會之決定影響保險財務時，應同時提出財務平衡方案。	一、在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定全民健康保險之醫療給付費用總額及其分配方式。 二、協定各地區門診及住院費用之分配比例。 三、協定醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用等之分配比例及醫藥分帳制度。 四、協定門診藥品費用超出預先設定之藥品費用總額時，其超出部分應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除之一定比例。 五、其他經主管機關交議之醫療費用審議事宜。	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。
功能	政策諮詢	協定與分配醫療費用	政策諮詢、費率審議及給付範圍協定與分配醫療費用

五、現制和未來運作於收支連動差異

攸關健保永續經營的財務「收支連動」機制是二代健保重要的改革關鍵之一。在現行體制下，健保的收入與支出分屬健保監理會與費協會等不同的單位，讓體制在資源運用的部分出現落差，也常讓這部分的決策過度政治化。

而二代健保的改革之一，便是將「兩會合一」，期望達到健保財務收支連動。新法通過以後，落實該收支連動精神最核心的任務回到行政部門身上。從健保法觀之，從年度開始的總額範圍擬訂到費率的計算，都有健保會的參與（參考下頁圖一和圖二）。而從過去兩會的代表和將來健保會的代表，可以發現更大的擴大參與。這樣的改革，都是希望改善過去兩會不能同時考慮財務收支，導致健保財務入不敷出的窘境。

六、兩會合一後收支連動受質疑之困境

收支連動為兩會合一的主要目標，當健保需要支出多少的時候，相對收

到的保費就有多少。因此若健保支出提升，該年度的費率就應該提高以達平衡，這樣才能解決健保財務的困境。然而兩會合一仍受有一些質疑的聲浪：

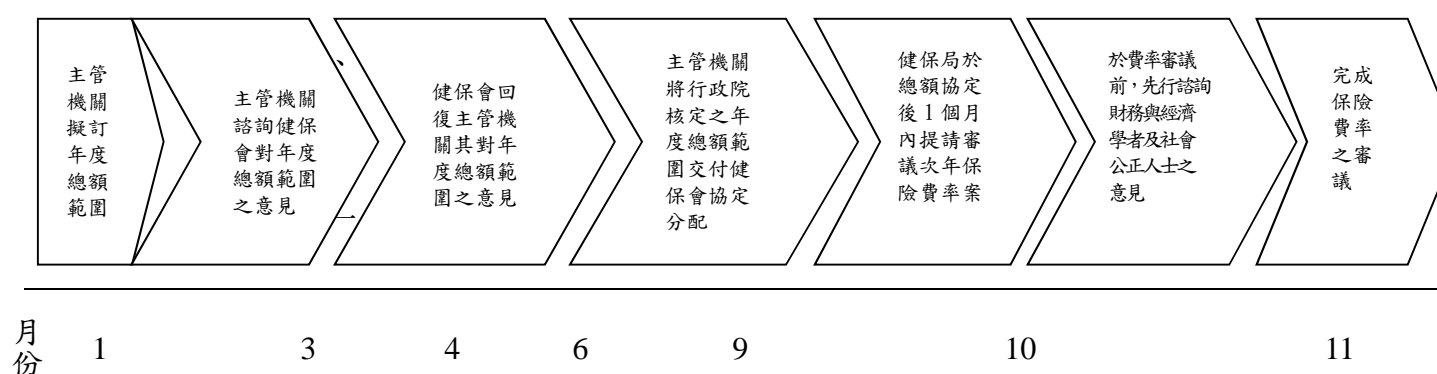
1. 健保會為諮詢單位，無法做最後決策：由於健保會屬於任務編組，因此，其決定仍要送交主管機關核定。因此，仍易受政治干涉，主管機關首長不同意健保會所提之費率建議時，即無法達到收支連動。
2. 代表性和主任委員的問題：過去兩會的委員代表共有 56 人，但兩會合一後，不論代表增加或減少，都會面臨考驗。若增加代表，可能會使委員會參與的效率過低；若減少代表，則各類團體的代表性即受考驗。不管是效率太低或者代表性不足，都會使決策的品質受影響。

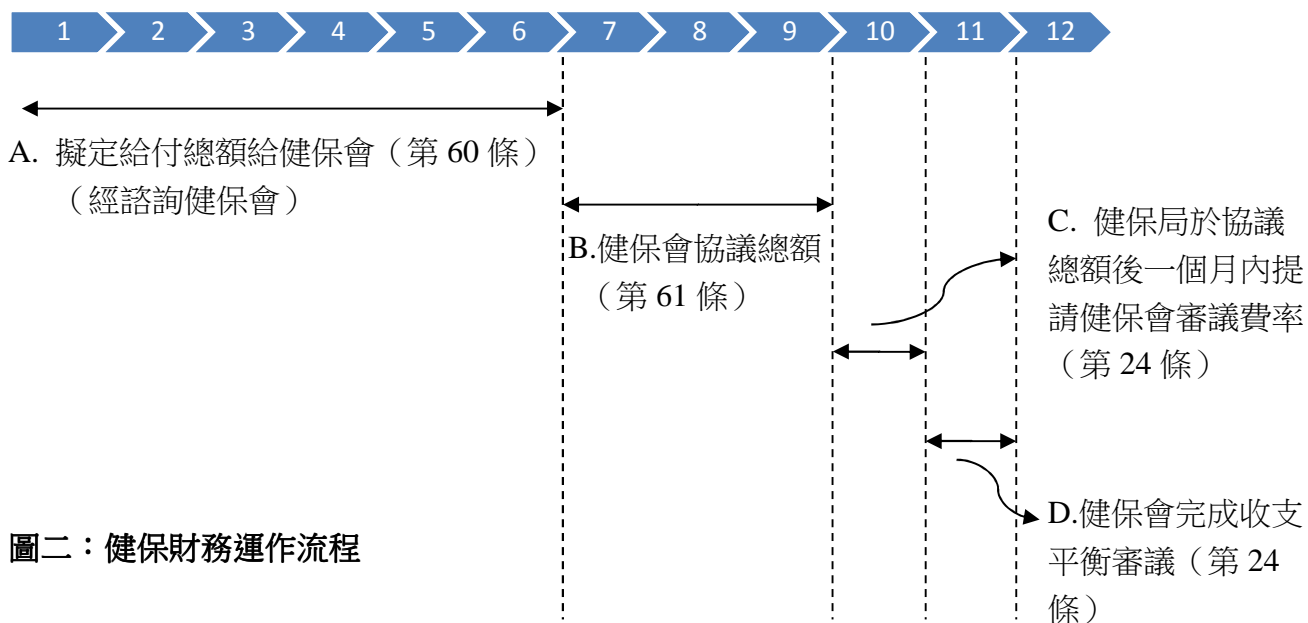
七、問卷結構說明

本問卷共分為四個部分：第一部分是個人資料，基於研究需要，問卷需針對填答者的個人資料以及參與經驗作詢問。第二部分則是目前健保相關委員會運作狀況，包含委員會的組成、運作績效以及成果。作為制度改革效果的對照依據。第三部分是針對兩會合一後健保財務運作狀況做評估，依據個人經驗與看法，預期收支連動機制的成效。第四部分則是針對組織面的健保會治理提出意見，試評估在其他條件不變之下，兩會合一後的運作和治理成效。

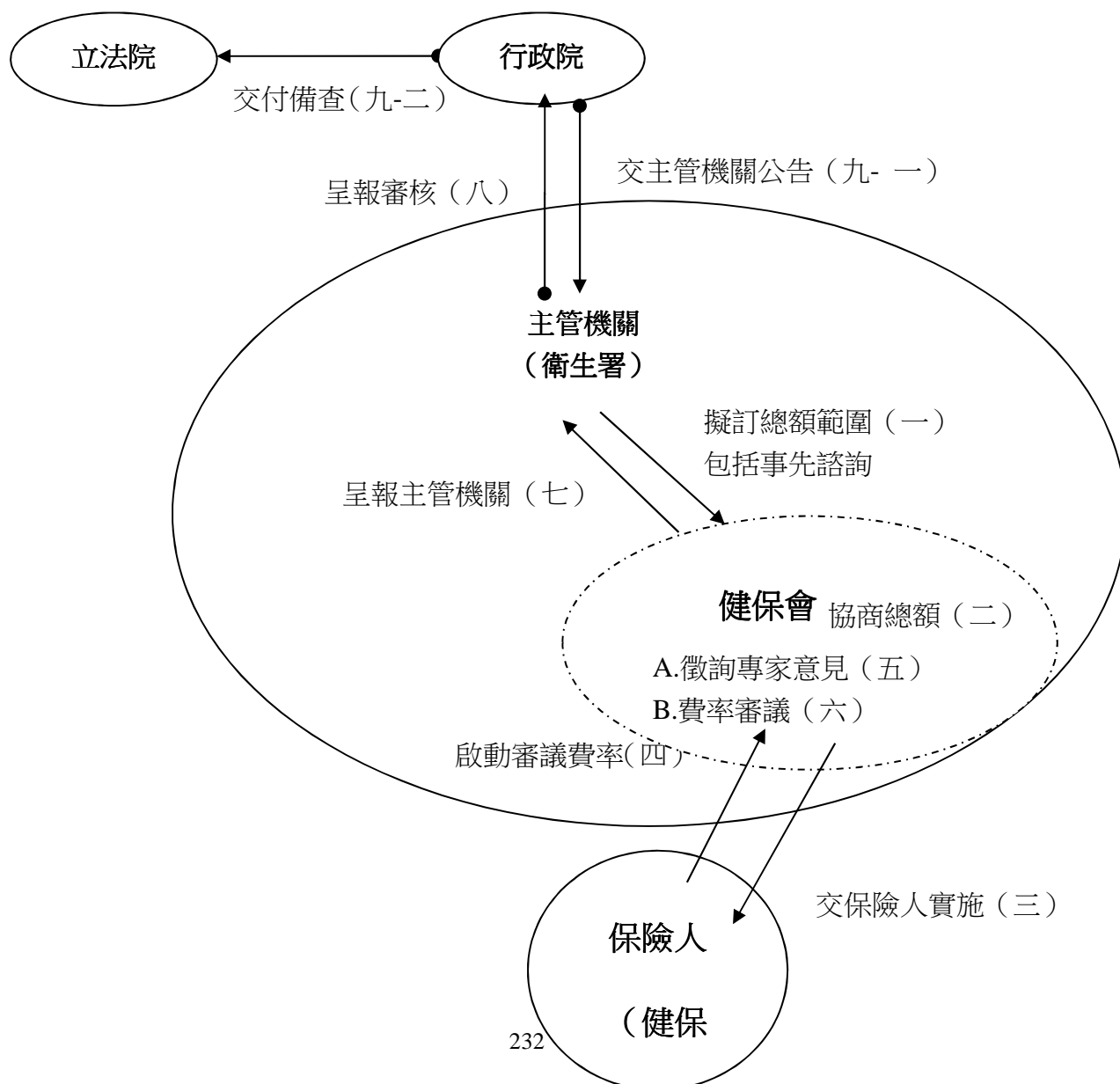
以下，請從以上提供的資訊考慮目前和未來健保運作的合理性。

圖一：收支連動時序圖





圖二：健保財務運作流程



↓↓問卷由此開始↓

第一部分：個人基本資料

為了研究需要，需要一些個人基本的資料，以利分析。但本研究為匿名調查，所獲得的資料不會以個體呈現，因此不會有資料外流的問題，請安心填答。

1. 性別：☐ 1.男 ☐ 2.女
2. 年齡
☐ 1.20 歲以下 ☐ 2.21-29 歲 ☐ 3.30-39 歲 ☐ 4.40-49 歲
☐ 5.50-59 歲 ☐ 6.60 歲以上
3. 教育程度
☐ 1.國初中以下 ☐ 2.高中、高職 ☐ 3.專科 ☐ 4.大學
☐ 5.碩士 ☐ 6.博士（含博士後）
4. 最高學歷專長
☐ 1.經濟財務 ☐ 2.醫療保健 ☐ 3.政治或公共行政 ☐ 4.法律
☐ 5.風險管理 ☐ 6.醫務管理 ☐ 7.公共衛生 ☐ 8.社會福利
☐ 9.其他_____
5. 請問您於貴團體中的職稱為何？_____

6. 請問您曾參加的委員會

☐ 1.只有監理會 ☐ 2.只有費協會 ☐ 3.兩者皆參加過

☐ 4.兩者皆未參加過 (請跳答第 8 題)

7. 請問您(曾經)擔任委員的身分有幾年?(中斷請合計)

☐ 監理會_____年;費協會_____年

8. 請問目前(曾經)代表的身分:(可複選)

☐ 1.專家學者 ☐ 2.被保險人代表 ☐ 3.雇主代表 ☐ 4.勞工代表

☐ 4.醫事服務機構代表 ☐ 5.政府代表

☐ 6.其他_____ (請跳答第 9 題)

9. 請問您的身分是:

☐ 1.學者專家 ☐ 2.社會倡議團體 ☐ 3.政府行政人員

☐ 4.雇主團體 ☐ 5.勞工團體 ☐ 6.病友團體

☐ 7.醫事服務機構 ☐ 8.其他: _____

第二部分：目前健保相關委員會運作狀況

此部分針對現行健保運作的評估，包含現制下，委員會的組成、運作績效以及成果。由於目前仍為監理會和費協會分開運行，因此以下將分別評估監理會和費協會的運作。除了您過去的參與經驗外，也可以就您所見所聞，或者個人觀感進行問題回答。

一、 監理會評估

10. 委員會人數為議事效率的關鍵之一，監理會目前的組成成員為 29 人，請問您認為是否適當？
- ☐ 1.過多 ☐ 2.剛好 ☐ 3.過少
11. 代表性意指委員會成員能充分表達所屬利益團體的意見。目前監理會的成員中，您覺得哪一類的委員有代表性的問題？
- ☐ 1.專家學者 ☐ 2.被保險人 ☐ 3.雇主代表
- ☐ 4.醫事服務機構 ☐ 5.相關政府機構代表 ☐ 6.以上皆非
- ☐ 7.其他_____
12. 目前監理會代表團體的選擇是由衛生署決定，請問合理程度為何？
- ☐ 1.非常合理 ☐ 2.合理 ☐ 3.有點合理 ☐ 4.有點不合理
- ☐ 5.不合理 ☐ 6. 非常不合理
13. 您認為監理會的代表選任，應以何種方式進行最為合理？
- ☐ 1.維持現狀 ☐ 2.同類自行推選 ☐ 3.同類票選
- ☐ 4.其他_____
14. 您認為參與監理會應具備的專業背景為何？（至多選五個）
- ☐ 1.經濟財務 ☐ 2.醫療保健 ☐ 3.政治或公共行政 ☐ 4.法律
- ☐ 5.風險管理 ☐ 6.醫務管理 ☐ 7.公共衛生 ☐ 8.社會福利

☐ 9.其他_____

15. 組成比例是指各類代表在委員會所佔的數量，您認為目前監理會的委員組成比例是否合理？

☐ 1.合理（跳至 18 題） ☐ 2.不合理

16. 目前監理會的成員中，您認為哪一類的委員過多？（可複選）

☐ 1.專家學者 ☐ 2.被保險人 ☐ 3.雇主代表

☐ 4.醫事服務機構 ☐ 5.相關政府機構代表 ☐ 6.以上皆非

17. 目前監理會的成員中，您認為哪一類的委員過少？（可複選）

☐ 1.專家學者 ☐ 2.被保險人 ☐ 3.雇主代表

☐ 4.醫事服務機構 ☐ 5.相關政府機構代表 ☐ 6.以上皆非

☐ 7. 其他_____

18. 有人說「監理會開會時，委員之間的意見都能充分討論與交流？」，您是否同意？

☐ 1.非常同意 ☐ 2.同意 ☐ 3.有點同意 ☐ 4.有點不同意

☐ 5.不同意 ☐ 6.非常不同意

19. 有人說「監理會開會無法充分討論和交流各方意見」，您認為可能的原因有哪些？（可複選）

☐ 1.不具代表性 ☐ 2.未認真議事 ☐ 3.缺乏健保相關知識

☐ 4.缺席率高 ☐ 5.各類代表本位主義過強 ☐ 6.以上皆非

☐ 7.其他_____

20. 以監理會的政策諮詢與建議功能而言，您認為衛生署對監理會所提決議採納程度為何？

☐ 1.全部採納 ☐ 2.大部分採納 ☐ 3.大部分未採納

☐ 4.從未採納 ☐ 99.無法判斷

21. 有人說「衛生署並不重視監理會的決議」，您認為可能的因素為何？（可複選）

☐ 1.監理會沒有決策實權 ☐ 2.監理會法定職權不夠明確

☐ 3.委員專業知識不足 ☐ 4.政府代表過多，民間參與不足

☐ 5.委員間本位主義過強，難以協調 ☐ 6.衛生署不夠尊重

☐ 7.議事效率太差 ☐ 8.以上皆非 ☐ 9.其他_____

22. 有人說「監理會的總體功能不張，沒有存在的必要」，請問您是否同意？

☐ 1.非常同意 ☐ 2.同意 ☐ 3.有點同意 ☐ 4.有點不同意

☐ 5.不同意 ☐ 6.非常不同意

二、 費協會評估

23. 委員會人數為議事效率的關鍵之一，費協會目前的組成成員為 27 人，請問您認為是否適當？

☐ 1.過多 ☐ 2.剛好 ☐ 3.過少

24. 代表性意指委員會成員能充分表達所屬利益團體的意見。目前費協會的成員中，您覺得哪一類的委員有代表性的問題？

☐ 1.專家學者 ☐ 2.被保險人 ☐ 3.雇主代表

☐ 4.醫事服務機構 ☐ 5.相關政府機構代表 ☐ 6.以上皆非

☐ 7. 其他_____

25. 目前費協會代表團體的選擇是由衛生署決定，請問合理程度為何？

☐ 1.非常合理 ☐ 2.合理 ☐ 3.有點合理 ☐ 4.有點不合理

☐ 5.不合理 ☐ 6.非常不合理

26. 您認為費協會的代表選任，應以何種方式進行最為合理？

☐ 1.維持現狀 ☐ 2.同類自行推選 ☐ 3.同類票選

☐ 4.其他_____

27. 您認為參與費協會應具備的專業背景為何？（至多選五個）

☐ 1.經濟財務 ☐ 2.醫療保健 ☐ 3.政治或公共行政 ☐ 4.法律

☐ 5.風險管理 ☐ 6.醫務管理 ☐ 7.公共衛生 ☐ 8.社會福利

☐ 9.其他_____

28. 組成比例是指各類代表在委員會所佔的數量，您認為目前費協會的委員組成比例是否合理？

- ☐ 1.合理（跳至 31 題） ☐ 2.不合理

29. 目前費協會的成員中，您認為哪一類的委員過多？（可複選）

- ☐ 1.專家學者 ☐ 2.被保險人 ☐ 3.雇主代表
☐ 4.醫事服務機構 ☐ 5.相關政府機構 ☐ 6.以上皆非

30. 目前費協會的成員中，您認為哪一類的委員過少？（可複選）

- ☐ 1.專家學者 ☐ 2.被保險人 ☐ 3.雇主代表
☐ 4.醫事服務機構 ☐ 5.相關政府機構代表 ☐ 6.以上皆非
☐ 7.其他_____

31. 有人說「費協會開會時，委員意見都能充分討論與交流？」，請問您是否同意？

- ☐ 1.非常同意 ☐ 2.同意 ☐ 3.有點同意 ☐ 4.有點不同意
☐ 5.不同意 ☐ 6.非常不同意

32. 有人說「費協會開會無法充分討論和交流各方意見」，您認為可能的原因有哪些？（可複選）

- ☐ 1.不具代表性 ☐ 2.為認真議事 ☐ 3.缺乏健保相關知識
☐ 4.缺席率高 ☐ 5.各類代表本位主義過強
☐ 6.其他_____ ☐ 7. 以上皆非

33. 以費協會的費用協定與分配而言，您認為衛生署對費協會所提決議採納程度為何？

- ☐ 1.全部採納 ☐ 2.大部分採納 ☐ 3.大部分未採納
☐ 4.從未採納 ☐ 99.無法判斷

34. 有人說「衛生署並不重視費協會的決議」，您認為可能的因素為何？（可複選）

- ☐ 1.費協會沒有決策實權 ☐ 2.費協會法定職權不夠明確
☐ 3.委員專業知識不足 ☐ 4.政府代表過多，民間參與不足
☐ 5.委員間本位主義過強，難以協調 ☐ 6.衛生署不夠尊重
☐ 7.議事效率太差 ☐ 8.以上皆非 ☐ 9.其他_____

35. 就費協會的總體功能而言，您是否同意費協會有存在的必要？

- ☐ 1.非常同意 ☐ 2.同意 ☐ 3.有點同意 ☐ 4.有點不同意
☐ 5.不同意 ☐ 6.非常不同意

第三部分：兩會合一後健保財務運作狀況

此部分針對明年上路的健保法中兩會合一後運作的評估，雖然新的機制尚未上路，但依您過往的參與經驗、我們所提供的資料以及所見所聞，試評估兩會合一後的委員組成、健保財務運作和成效應會如何。

36. 未來二代健保運作為量出為入，但對健保財務控制的效果有很多，

想問您認為何種較佳且可行？

☐ 1.量入為出 ☐ 2.量出為入 ☐ 3.其他_____

原因為

37. 過去財務無法達到收支連動的因素為何？（可複選）

☐ 1.總額過高 ☐ 2.費率調整受政治影響

☐ 3.收入支出未能相互考慮 ☐ 4.其他_____

38. 過去財務短絀的主要因素為何？

☐ 1.總額過高 ☐ 2.費率未隨支出調整 ☐ 3.民眾醫療浪費

☐ 4.醫事服務提供者醫療浪費 ☐ 5.藥價黑洞

☐ 6.健保局控制不當 ☐ 7.非協商因素 ☐ 8.其他_____

39. 從健保實施至今，只有兩次健保費率調整，請問您覺得費率調整

困難的因素為何？（可複選）

☐ 1.立法院的干預 ☐ 2.行政機關政務系統的政治考量

☐ 3.健保局未解決醫療浪費 ☐ 4.健保局未處理藥價黑洞

☐ 5.其他_____

40. 兩會合一後，組織成員組成接近監理會的架構，這樣的組成您同意嗎？

- ☐ 1.非常同意 ☐ 2.同意 ☐ 3.有點同意 ☐ 4.有點不同意
☐ 5.不同意 ☐ 6.非常不同意

41. 兩會合一後，組織成員應為多少較合理？_____人

42. 有人認為「健保會於保險醫療給付費用總額協商階段應對等協商」，請問您同意程度為何？

- ☐ 1.非常同意 ☐ 2.同意 ☐ 3.有點同意 ☐ 4.有點不同意
☐ 5.不同意 ☐ 6.非常不同意

不同意的因素為

43. 依據健保法第五條，總額協定應透過對等協商進行。其中付費者代表 17 人中，應如何選出 9 人與醫事服務提供者 9 人進行對等協商？

- ☐ 1.由付費者代表共同決定 ☐ 2.依據付費者代表比例推選
☐ 3.衛生署指派 ☐ 4.其他_____

44. 兩會合一後，哪一類代表數量應增加？

- ☐ 1.專家學者 ☐ 2.被保險人 ☐ 3.雇主代表
☐ 4.醫事服務機構 ☐ 5.相關政府機構代表 ☐ 6.以上皆非

☐ 99.其他_____

45. 兩會合一後，哪一類代表數量應減少？

☐ 1.專家學者 ☐ 2.被保險人 ☐ 3.雇主代表

☐ 4.醫事服務機構 ☐ 5.相關政府機構代表 ☐ 6.以上皆非

46. 您認為未來衛生署對健保會的尊重程度與過去相較為何？

☐ 1.較過去尊重 ☐ 2.較過去不尊重 ☐ 3.與過去沒有差別

☐ 99.無法判斷

47. 根據健保法 24 條，費用協商出來後，健保局認為收入不足，可

以提出調整費率方案給健保會審議，請問此機制政治可行性為

何？

☐ 1.非常可行 ☐ 2.可行 ☐ 3.有點可行 ☐ 4.有點不可行

☐ 5.不可行 ☐ 6.非常不可行 ☐ 99.無法判斷

政治上不可行的因素為

48. 根據健保法第 24 條、第 60 條和第 61 條，前半年為總額擬訂，

後半年則包含總額協議和審議費率，時程安排合理程度？

☐ 1.非常同意 ☐ 2.同意 ☐ 3.有點同意 ☐ 4.有點不同意

☐ 5.不同意 ☐ 6.非常不同意

49. 健保會運作過程中，哪個階段比較可能有時間不足的問題？（可複選）

- ☐ 1.總額範圍諮詢 ☐ 2.總額協議訂定與分配 ☐ 3.費率審議
- ☐ 4.費率超過上限，重新協議 ☐ 5.給付範圍審議
- ☐ 6.以上皆非

50. 若健保會未能依法定時間內完成總額協商和費率審議，應以甚麼方式決定較合理？

- ☐ 1.由主管機關定之 ☐ 2.沿用去年審議結果
- ☐ 3.延會直到做出決定 ☐ 4.其他_____

51. 依據健保法第 24 條，保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議費率，健保會應於年度開始前一個月完成平衡費率的審議，未於時間內完成，由主管機關逕行報行政院核定公告。請問您認為這樣規定的合理程度為何？

- ☐ 1.非常同意 ☐ 2.同意 ☐ 3.有點同意 ☐ 4.有點不同意
- ☐ 5.不同意 ☐ 6.非常不同意

52. 依據健保法第 61 條，健保會應於各年度開始前三個月前，協議訂定本保險的醫療給付費用總額範圍和分配方式；若其不能於期限內協議訂定，由主管機關決定。請問您認為這樣規定的合理程度為何？

- ☐ 1.非常同意 ☐ 2.同意 ☐ 3.有點同意 ☐ 4.有點不同意
- ☐ 5.不同意 ☐ 6.非常不同意

第四部分：兩會合一後健保會的治理評估

此部分針對明年實施的健保法中兩會合一後運作的評估，雖然新的機制尚未上路，但依您過往參與經驗、我們提供的資料以及所見所聞，試評估**在其他條件不變下**，兩會合一後的運作和治理成效會如何。

非常不同意 不同意 有點不同意 有點同意 同意 非常同意

53. 有人說「兩會合一有助於達成收支連動，減少財務短絀的目標」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
54. 有人說「兩會合一有助於公民參與，能使未來健保會意見收納廣度提升，增加正當性」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
55. 有人說「兩會合一有助於權責相符」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
56. 有人說「兩會合一有助於協商效率」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
57. 有人說「兩會合一有助於保障弱勢」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6

非 不 有 有 同 非
常 同 點 點 意 常
不 意 不 同 同 同
同 意 同 意 意 意
意 意 意 意 意 意

58. 有人說「健保會利害關係團體代表的名額分配，已經能充份展現社會上對健保財務問題的不同意見。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
59. 有人說「參與健保會的利害關係團體代表不論來自何方，都會受到公平的對待。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
60. 有人說「健保會未來在財務上的決策，能夠讓健保的運作不會因民眾的個人背景而有差別待遇。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
61. 有人說「健保會未來相關財務決策，都能找出健保財務的關鍵事實資訊作為決策依據。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
62. 有人說「健保會未來的運作，能夠在討論中激盪出新的想法，解決健保的相關財務問題。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6

非 不 有 有 同 非
常 同 點 點 意 常
不 意 不 同 同 同
同 意 同 意 意 意
意 意 意 意 意 意

63. 有人說「未來健保會所作成的健保財務決定，對主管機關相關的決策會有決定性的影響。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
64. 有人說「健保會未來每年在買、賣雙方的費率協商工作上，能夠在預定的時間內順利完成。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
65. 有人說「未來主管機關會提供足夠的行政資源，維繫健保會的決策品質。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
66. 有人說「健保會未來在處理健保財務問題時，會依據前後一致的決策標準，回應民眾的需求。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
67. 有人說「健保會未來在我國健保財務決策的過程中，是最具備代表性的公共組織。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6

非 不 有 有 同 非
常 同 點 點 意 常
不 意 不 同 同 同
同 意 同 意 意 意
意 意 意 意 意 意

68. 有人說「健保會的代表們在健保財務相關專業上，足以勝任他（她）們的工作。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
69. 有人說「健保會當中，買賣雙方代表能夠建立共同解決財務問題的共識，而不只是保護自身利益而已。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
70. 有人說「未來主管機關的相關政策主管部門，具有充分意願來與健保會合作，一起解決相關財務問題。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
71. 有人說「未來健保會的運作，會將『收支連動』當作是它最主要的任務。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
72. 有人說「未來主管機關的首長對於健保會的決定，會展現出政策領導的角色，進行相關介入與引導。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6

非 不 有 有 同 非
常 同 點 點 意 常
不 意 不 同 同 同
同 意 同 意 意 意
意 意 意 意 意 意

73. 有人說「健保會的代表們，都願意花時間學習相關的健保財務專業知識，以提升他們參與決策的品質。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
74. 有人說「健保會的代表們在作健保財務決策時，會以專業證據為主要考量，而不是從黨派政治角度出發。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
75. 有人說「健保會的行政人員，能夠適時提供充分的專業幕僚資訊，協助委員達成財務相關的決策。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6

以下是開放性的問題，想請教您對於未來兩會合一的運作，是否有些建議、或者有任何窒礙難行的困境或者看法。

76. 請問您對兩會合一的運作有何建議？

77. 請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？

78. 請問您對明年兩會合一有無其它期許或看法？

【問卷到此結束，謝謝您的填答】



附錄十 正式版問卷

「建構全民健康保險會組織任務中財務收支連動運作機制之研究」研究問卷

親愛的受訪者您好，您好：

二代健保改革在 2011 年 1 月 4 日立法院通過全民健保法的修正案而劃下了一個重要的里程碑，攸關健保財務永續經營的「收支連動」設計，將在 2013 年開始實施；然而，這個機制是否能夠順利運作仍需加以評估。

本研究受衛生署全民健康保險監理委員會委託，欲了解具健保專業知識的相關人員，對於現行制度和未來制度的看法，從中檢討過去和未來可能的困境，進而協助衛生署確實落實收支連動這個理念，讓台灣全民健保得以永續經營。

本研究將針對健保財務運作的利害關係人發放 300 份以上的問卷，以了解各利害團體對財務收支連動與健保會運作機制的看法與建議。感謝您願意接受本份問卷，您在全民健保理論與實務上的經驗，對我們的研究必定有很大的幫助。下列問題還煩請您勞神填答，本問卷為匿名填答，不會以個人的資料呈現，請放心填答。再次感謝。

計畫主持人

國立政治大學公共行政學系 陳敦源教授

國立台灣大學公共衛生學院 張耀懋博士

敬上

2012 年 9 月

聯絡人：羅雅馨 小姐

電話：0956731866

E-mail：99252006@nccu.edu.tw



國立政治大學公共行政學系

二代健保於 102 年正式上路，其中兩會合一、財務收支連動為此次改革的重點之一。由於新制度尚未正式運作，許多狀況都屬未知的狀態，因此，研究團隊特別於問卷後，附上健保財務收支連動之相關資訊，包含沿革、新舊法規比較、委員會組成結構與新制度運作的說明。若在填答過程中有問題，可透過這些說明進行填答輔助。

一、問卷主要分成四個部分，共計有 14 頁、60 題；第一部分為個人基本資料；第二部分為目前運作狀態的評估；第三部分和第四部分則針對兩會合一後財務和委員會的評估。請務必每題都填答，儘量不要留空。

二、填寫問卷的過程中，請您注意第二部分需要同時針對全民健康保險監理委員會（以下簡稱監理會）和全民健康保險費用協定委員會（以下簡稱費協會）分別填寫答案，如果您沒有親身參與過這兩個委員會議，請用您一般對於委員會議以及附件當中的相關資訊來綜合評估，這是一份專家問卷，專家應該有辦法根據相關資料與經驗進行各項制度的預評估。

三、填答完畢後，請再檢查一次是否有遺漏，檢查完畢之後請放入回郵信封寄回即可，若有任何相關問題煩請來電或來信，研究團隊十分願意為您回答。感謝您願意協助本研究團隊之研究，隨問卷附上一份精美實用的小禮物。

再次感謝您對本問卷的協助。

↓↓問卷由此開始↓↓

第一部分：個人基本資料

1. 性別：☐男 ☐女
2. 您的出生年是民國_____年
3. 請問您的教育程度為何？
☐高中（職） ☐專科 ☐大學 ☐碩士 ☐博士（含博士後）
4. 請問您最高學歷的專長為何？
☐經濟財務 ☐醫療保健 ☐政治或公共行政 ☐法律 ☐風險管理 ☐醫務管理 ☐公共衛生 ☐社會福利 ☐勞工事務
☐其他（請說明）_____
5. 請問您在貴團體（學校）中的職稱為何？_____
6. 請問您是否曾經擔任全民健康保險監理委員會（以下簡稱監理會）和全民健康保險費用協定委員會（以下簡稱費協會）的委員？
☐只有監理會 ☐只有費協會 ☐兩者皆有 ☐兩者皆無
7. 請問您參與健保相關事務時，最主要的身分為何？（可複選）
☐學者專家 ☐社會倡議團體 ☐政府行政人員 ☐雇主團體 ☐勞工團體 ☐醫事服務團體 ☐其他（請說明）_____

第二部分：監理會與費協會運作現況評估

第二部分問題乃針對現行健保兩會運作的評估，包含其組成、運作績效以及成果；由於目前監理會和費協會仍然分開運行，因此請您分別評估兩會的運作。除了您過去的參與經驗外，也可以就您所見所聞，或個人觀感進行填答。

題 目	監理會	費協會
8. 請問您認為現在組成人數是否適當？（目前監理會 29 人/費協會 27 人）	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 剛好 <input type="checkbox"/> 過少	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 剛好 <input type="checkbox"/> 過少
9. 目前兩會的成員中，您認為哪一類的委員比例過高？（可複選）	<input type="checkbox"/> 專家學者 <input type="checkbox"/> 被保險人代表 <input type="checkbox"/> 雇主代表 <input type="checkbox"/> 醫事服務提供者代表 <input type="checkbox"/> 政府機構代表 <input type="checkbox"/> 監理會無比例過高的問題 《監理會》	<input type="checkbox"/> 專家學者 <input type="checkbox"/> 被保險人代表 <input type="checkbox"/> 雇主代表 <input type="checkbox"/> 醫事服務提供者代表 <input type="checkbox"/> 政府機構代表 <input type="checkbox"/> 費協會無比例過高的問題 《費協會》

題 目	監理會				費協會			
	類別	人數	比例		類別	人數	比例	
	專家	6	20.69%		醫事服務提供者代表	9	33.33%	
	被保險人代表	6	20.69%		付費者代表	8	29.33%	
	雇主代表	5	17.24%		專家學者	1	4.01%	
	醫事服務機構代表	5	17.24%		主管機關代表	9	33.33%	
	政府代表	7	24.14%					
10. 目前兩會的成員中，您認為哪一類的委員比例過低？（可複選）	<input type="checkbox"/> 專家學者 <input type="checkbox"/> 被保險人代表 <input type="checkbox"/> 雇主代表 <input type="checkbox"/> 醫事服務提供者代表 <input type="checkbox"/> 政府機構代表 <input type="checkbox"/> 監理會無比例過低的問題				<input type="checkbox"/> 專家學者 <input type="checkbox"/> 被保險人代表 <input type="checkbox"/> 雇主代表 <input type="checkbox"/> 醫事服務提供者代表 <input type="checkbox"/> 政府機構代表 <input type="checkbox"/> 費協會無比例過低的問題			
11. 委員會的 <u>代表性問題</u> 意指參與的委員無法充分代表所屬團體的意見。目前兩會的成員中，您覺得哪一類的委員有代表性的問題？（可複選）	<input type="checkbox"/> 專家學者 <input type="checkbox"/> 被保險人代表 <input type="checkbox"/> 雇主代表 <input type="checkbox"/> 醫事服務提供者代表 <input type="checkbox"/> 政府機構代表 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）_____ <input type="checkbox"/> 監理會無代表性問題				<input type="checkbox"/> 專家學者 <input type="checkbox"/> 被保險人代表 <input type="checkbox"/> 雇主代表 <input type="checkbox"/> 醫事服務提供者代表 <input type="checkbox"/> 政府機構代表 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）_____ <input type="checkbox"/> 費協會無代表性問題			
12. 目前兩會的參與團體是由	<input type="checkbox"/> 非常合理 （請跳答 14 題）				<input type="checkbox"/> 非常合理 （請跳答 14 題）			

題 目	監理會	費協會
衛生署統籌決定，請問您認為合不合理？	<input type="checkbox"/> 合理（請跳答 14 題） <input type="checkbox"/> 有點合理（請跳答 14 題） <input type="checkbox"/> 有點不合理 <input type="checkbox"/> 不合理 <input type="checkbox"/> 非常不合理	<input type="checkbox"/> 合理（請跳答 14 題） <input type="checkbox"/> 有點合理（請跳答 14 題） <input type="checkbox"/> 有點不合理 <input type="checkbox"/> 不合理 <input type="checkbox"/> 非常不合理
13. 您認為兩會的代表選任，應以何種方式進行最為合理？	<input type="checkbox"/> 同類團體自行推派 <input type="checkbox"/> 透過選舉制度，同類團體票選 <input type="checkbox"/> 同類團體提出建議名單，由衛生署決定 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）_____	<input type="checkbox"/> 同類團體自行推派 <input type="checkbox"/> 透過選舉制度，同類團體票選 <input type="checkbox"/> 同類團體提出建議名單，由衛生署決定 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）_____
14. 如果兩會開會無法充分討論各方意見，您認為可能的原因有哪些？（可複選）	<input type="checkbox"/> 代表未得到充分授權 <input type="checkbox"/> 未認真議事 <input type="checkbox"/> 缺乏健保相關知識 <input type="checkbox"/> 缺席率高 <input type="checkbox"/> 各類代表本位主義過強 <input type="checkbox"/> 討論時間不足 <input type="checkbox"/> 議程設定不當 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）_____	<input type="checkbox"/> 代表未得到充分授權 <input type="checkbox"/> 未認真議事 <input type="checkbox"/> 缺乏健保相關知識 <input type="checkbox"/> 缺席率高 <input type="checkbox"/> 各類代表本位主義過強 <input type="checkbox"/> 討論時間不足 <input type="checkbox"/> 議程設定不當 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）_____

題 目	監理會	費協會
	<input type="checkbox"/> 監理會無此問題	<input type="checkbox"/> 費協會無此問題
15. 您是否同意兩會在衛生署轄下，其決策功能有充分發揮的空間？	<input type="checkbox"/> 非常同意（請跳答 17 題） <input type="checkbox"/> 同意（請跳答 17 題） <input type="checkbox"/> 有點同意（請跳答 17 題） <input type="checkbox"/> 有點不同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 非常不同意	<input type="checkbox"/> 非常同意（請跳答 17 題） <input type="checkbox"/> 同意（請跳答 17 題） <input type="checkbox"/> 有點同意（請跳答 17 題） <input type="checkbox"/> 有點不同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 非常不同意
16. 兩會在衛生署轄下無法充分發揮的原因有哪些？ （可複選）	<input type="checkbox"/> 沒有決策實權 <input type="checkbox"/> 監理會法定職權不夠明確 <input type="checkbox"/> 委員專業知識不足 <input type="checkbox"/> 政府代表過多，民間參與不足 <input type="checkbox"/> 委員間本位主義過強，難以協調 <input type="checkbox"/> 衛生署不夠尊重 <input type="checkbox"/> 議事效率差	<input type="checkbox"/> 沒有決策實權 <input type="checkbox"/> 費協會法定職權不夠明確 <input type="checkbox"/> 委員專業知識不足 <input type="checkbox"/> 政府代表過多，民間參與不足 <input type="checkbox"/> 委員間本位主義過強，難以協調 <input type="checkbox"/> 衛生署不夠尊重 <input type="checkbox"/> 議事效率差

題 目	監理會	費協會
	<input type="checkbox"/> 其他（請說明）_____	<input type="checkbox"/> 其他（請說明）_____

第三部分：兩會合一後健保財務運作狀況

第三部分乃針對 2013 年上路的健保法中兩會合一之運作進行預評估，請您過往的參與經驗、我們所提供的資料以及所見所聞，試評估兩會合一後的委員組成、以及健保財務運作成效。

17. 健保實施至今，只有兩次成功調漲健保費率，請問您認為費率調漲不易的因素為何？（可複選）

☐立法院的介入 ☐行政機關政務系統的決策考量 ☐健保局未解決醫療浪費 ☐健保局未處理藥價黑洞

☐民眾未充分了解費率調整的必要性 ☐其他（請說明）_____

18. 請問您認為，影響健保財務短絀的主要因素為何？（可複選）

☐總額預算超過保費收入 ☐兩會分立，使得收支不連動 ☐民眾醫療浪費 ☐醫事服務提供者膨脹需求 ☐健保局管控不當

☐藥價差額 ☐費率調整受政治影響 ☐非協商因素（如人口老化）的影響 ☐其他（請說明）_____

19. 二代健保中收支連動的運作會有不同的流程，衛生署對健保財務控制的方式有很多，想問您認為下列何種為佳？

☐先計算收入，再考慮支出 ☐先計算支出，再調整收入 ☐前述兩者兼用 ☐其他（請說明）_____

20. 兩會合一後，各類代表數量應為多少較合理？

專家學者 _____人

被保險人代表 _____人

雇主代表 _____人

醫事服務提供者代表 _____人

政府機關代表 _____人

其他 _____， _____人

《目前草案規劃代表數量》

類 別	人 數	比 例
保險付費者代表		
(1) 被保險人代表	11	33.33%
(2) 雇主代表	5	15.15%
(3) 行政院主計總處	1	3.03%
總和	17	51.51%
保險醫事服務提供者代表	9	27.28%
專家學者及公正人士	5	15.15%
行政院經濟建設委員會	1	3.03%
衛生署	1	3.03%
總 和	33	100%

21. 有人說「現行組織體制下，監理會與費協會之間的互動，本來就能產生收支連動的效果」，請問您是否同意？

☐非常同意 ☐同意 ☐有點同意 ☐有點不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

22. 有人說「二代健保實施兩會合一之後，將會產生比兩會分立時期更好的收支連動效果？」

☐非常同意 ☐同意 ☐有點同意 ☐有點不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

23. 有人說「兩會合一後，衛生署對健保會決策的尊重，會超越目前對監理會的尊重」，請問您是否同意？

☐非常同意 ☐同意 ☐有點同意 ☐有點不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

24. 有人說「兩會合一後，衛生署對健保會決策的尊重，會超越目前對費協會的尊重」，請問您是否同意？」
- ☐非常同意 ☐同意 ☐有點同意 ☐有點不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
25. 有人說「兩會合一後，健保會對健保局決策的影響力，會超過現在監理會對健保局的影響」，請問您是否同意？」
- ☐非常同意 ☐同意 ☐有點同意 ☐有點不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
26. 有人說「兩會合一後，健保會對健保局決策的影響力，會超過現在費協會對健保局的影響」，請問您是否同意？」
- ☐非常同意 ☐同意 ☐有點同意 ☐有點不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
27. 根據二代健保法第 5 條規定，總額協定應透過對等協商進行。目前草案付費者代表 17 人中，應如何選出 9 人與醫事服務提供者 9 人進行對等協商？」
- ☐由付費者代表互推決定 ☐付費者代表抽籤決定 ☐衛生署指派
- ☐依據付費者各類團體委員人數比例推選（被保險人 6 人；雇主代表 2 人；主計總處 1 人） ☐其他_____
28. 根據二代健保法第 60 條，主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。請問您是否同意這樣的設計能產生收支連動的效果？」
- ☐非常同意 ☐同意 ☐有點同意 ☐有點不同意 ☐不同意 ☐非常不同意 ☐無法判斷
29. 根據二代健保法第 24 條，總額協商完成後，健保局認為收入不足，可以提出調整費率方案送健保會審議。請問您是否同意這樣的

設計能產生健保收支連動的效果？

☐非常同意 ☐同意 ☐有點同意 ☐有點不同意 ☐不同意 ☐非常不同意 ☐無法判斷

30. 根據二代健保法第 24 條、第 60 條和第 61 條，前半年為總額擬訂，後半年則包含總額協議和費率審議，這樣的順序安排，您是否同意？

☐非常同意 ☐同意 ☐有點同意 ☐有點不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

31. 健保會運作過程中（請參考相關資訊中圖二，第 22 頁），哪個階段有可能產生時間不夠的問題？（可複選）

☐總額範圍諮詢與擬訂（六個月） ☐總額協議訂定與分配（三個月） ☐費率審議（一個月）

☐費率超過上限，重新協議（一個月） ☐皆無問題

32. 依據二代健保法第 24 條，保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議費率，健保會應於年度開始前一個月完成平衡費率的審議，未於時間內完成，由主管機關逕行報行政院核定公告，請問您是否同意由主管機關逕行報行政院核定公告的做法？

☐非常同意（請跳答 34 題） ☐同意（請跳答 34 題） ☐有點同意（請跳答 34 題） ☐有點不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

33. 如果您不同意由主管機關逕行報行政院核定公告的做法，應如何解決健保會未於時間內完成平衡收支審議的問題？

（請說明）_____

34. 依據健保法第 61 條，健保會應於各年度開始三個月前，協議訂定本保險的醫療給付費用總額範圍和分配方式；若其不能於期限內協議訂定，由主管機關決定，請問您是否同意由主管機關決定的做法？

☐非常同意（請跳答 36 題） ☐同意（請跳答 36 題） ☐有點同意（請跳答 36 題） ☐有點不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

35. 如果您不同意由主管機關決定的做法，應如何解決健保會未於時間內完成給付費用總額範圍和分配方式的問題？

（請說明）_____

第四部分：兩會合一後健保會的治理評估

此部分針對明年實施的健保法中兩會合一後運作的評估，雖然新的機制尚未上路，但依您過往參與經驗、我們提供的資料以及所見所聞，試評估在其他條件不變下，兩會合一後的運作和治理成效會如何。

非 不 有 有 同 非

常
不
同
意

同
意

點
不
同
意

點
同
意

意

常
同
意

36. 有人說「兩會合一有助於公民參與，能使未來健保會意見收納廣度提升，增加正當性」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
37. 有人說「兩會合一有助於權責相符」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
38. 有人說「兩會合一有助於協商效率」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
39. 有人說「兩會合一有助於保障弱勢」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
40. 有人說「健保會各類團體代表的名額分配，已經能充份展現社會上對健保財務問題的不同意見」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
41. 有人說「參與健保會的利害關係團體代表不論來自何方，都會受到衛生主管機關公平的對待」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
42. 有人說「健保會未來在財務上的決策，不會因民眾個人背景（如職業、社經地位、教育程度等）的差異，而有不同的待遇」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6

非
常
不
同
意

不
同
意

有
點
不
同
意

有
點
同
意

同
意

非
常
同
意

43. 有人說「未來健保會相關財務決策，都能找出相關的證據資訊，進行 <u>以證據為基礎</u> 的決策」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
44. 有人說「健保會未來的運作，能夠在討論中激盪出有效解決健保相關財務問題的看法」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
45. 有人說「未來健保會所作成的健保財務決定，對主管機關相關的決策具有決定性的影響」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
46. 有人說「健保會未來每年在買、賣雙方的費率協商工作上，能夠在預定的時間內順利完成」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6

非常不同意 不同意 有點不同意 有點同意 同意 非常同意

47. 有人說「未來主管機關會提供足夠的行政資源，維繫健保會的決策品質」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
48. 有人說「健保會未來在處理健保財務問題時，會依據前後一致的決策標準，回應民眾的需求」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
49. 有人說「健保會未來在我國健保財務決策的過程中，是具備代表性的公共組織」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
50. 有人說「健保會的代表們在健保財務相關專業上，足以勝任他（她）們的工作」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
51. 有人說「健保會當中，買賣雙方代表能夠建立共同解決財務問題的共識，而不只是保護自身利益而已。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6

非常不同意 不同意 有點不同意 有點同意 同意 非常同意

52. 有人說「未來主管機關的相關政策主管部門，具有充分意願與健保會合作，一起解決相關財務問題。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
53. 有人說「未來健保會的運作，會將『收支連動』當作是它最主要的任務。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
54. 有人說「未來主管機關的首長對於健保會的決定，會展現出政策領導的角色，進行相關介入與引導。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
55. 有人說「健保會的代表們，都願意花時間學習相關的健保財務專業知識，以提升他們參與決策的品質。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
56. 有人說「健保會的代表們在作健保財務決策時，會以專業證據為主要考量，而不是從黨派政治角度出發。」，請問您是否同意？	1	2	3	4	5	6
57. 有人說「健保會的行政人員，能夠適時提供充分的專業幕僚資訊，協助委員達成財務相關的決	1	2	3	4	5	6

非	不	有	有	同	非
常	同	點	點	意	常
不	意	不	同		同
同		同	意		意
意		意			

策。」，請問您是否同意？						
--------------	--	--	--	--	--	--

以下是開放性的問題，想請教您對於未來兩會合一運作的建議、或者有任何窒礙難行的困境或者看法。

58. 請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？

59. 若期望明年兩會合一機制運作順暢，請問您認為應有何種配套措施？

60. 請問您對兩會合一的運作有何建議？

【問卷填答到此結束，謝謝您的填答】

附件：《問卷填答相關資訊》

一、全民健康保險收支連動體制沿革

全民健康保險自 1995 年 3 月 1 日開始施行，希望透過社會保險自給自足的營運方式來達到財務平衡。因此，採用委員會機制，由利害關係人和政府共同參與健保財務政策的監督管理。而基於權力制衡的概念，在現行體制下，將收支兩端的監督健保收入與醫療資源分配分別賦權於「全民健康保險監理委員會」與「全民健康保險醫療費用協定委員會」兩會。

然而，兩會的設計卻產生收支連動的運作困境：儘管費協會在衛生署的總額框架下可自主分配醫療資源，達到支出的功能。但監理會的權限卻附屬在衛生署之下，而主管機關又受限於政治因素無法將醫療費用的增減反映於健保收入面。另一方面，兩會設計導致資訊無法流通、資源運用不足以及委員看法對立等瓶頸。而收支平衡又受到政治因素的干擾。這些制度設計的不足都使健保財務的問題益趨嚴重。

因此，在二代健保改革規劃時，便針對健保費用與相關政策的審查制度進行調整，將管理收入監理會與分配支出的費協會合而為一，整合為全民健康保險會（簡稱健保會，新法第 5 條）。在程序上，從年度開始的總額範圍擬訂到費率的計算，都有健保會參與（參考下頁圖一和圖二）。另一方面則擴大社會參與機制，希望透過收支連動的財務平衡系統以及權責相符的健保組織體制，來解決全民健保的財務危機，使健保得以永續經營。

二、現制〈監理會、費協會〉與未來〈健保會〉之運作和權限

	監理會	費協會	健保會（未來）
法源	舊健保法第 4 條	舊健保法第 48 條	新健保法第 5 條
組成	專家：6 被保險人代表：6 雇主代表：5 醫事服務機構代表：5 政府代表：7	醫事服務提供者代表：9 保險付費者代表與專家學者：9 相關主管機關代表：9	<u>規劃方案〈草案〉</u> 保險付費者代表 （1）被保險人代表：11 （2）雇主代表：5 （3）行政院主計總處：1 保險醫事服務提供者代表：9 專家學者及公正人士：5 行政院經濟建設委員會：1 衛生署：1
主委	衛生署長就學者專家委員中指定一人兼任	署長遴聘	<u>規劃方案〈草案〉</u> 由主管機關首長就專家學者及公正人士之委員中指定一人兼任

	監理會	費協會	健保會（未來）
權限	一、保險政策之提供事項。 二、保險年度計畫及業務報告之審議事項。 三、保險預算、結算、決算之審議事項。 四、保險業務之檢查事項。 五、保險財務、帳務之監理事項。 六、保險法規及業務興革之研究建議事項。 七、其他有關保險業務之監理事項。 下列保險事項，應先提經本會研議後，送行政院衛生署核參： 一、本法及其施行細則之修正。 二、保險費率及門診部分負擔之調整方案。 三、保險給付項目之變動。 前二項本會之決定影響保險財務時，應同時提出財務平衡方案。	一、在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定全民健康保險之醫療給付費用總額及其分配方式。 二、協定各地區門診及住院費用之分配比例。 三、協定醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用等之分配比例及醫藥分帳制度。 四、協定門診藥品費用超出預先設定之藥品費用總額時，其超出部分應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除之一定比例。 五、其他經主管機關交議之醫療費用審議事宜。	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。
功能	政策諮詢	協定與分配醫療費用	政策諮詢、費率審議及給付範圍審議協定與分配醫療費用

三、本屆委員組成結構

第九屆監理會委員名單		
推 薦 單 位		職 別
專 家 委	亞洲大學健康產業管理學系	教授
	政治大學財政學系	教授
	台北醫學大學	名譽教授暨護理講座教授

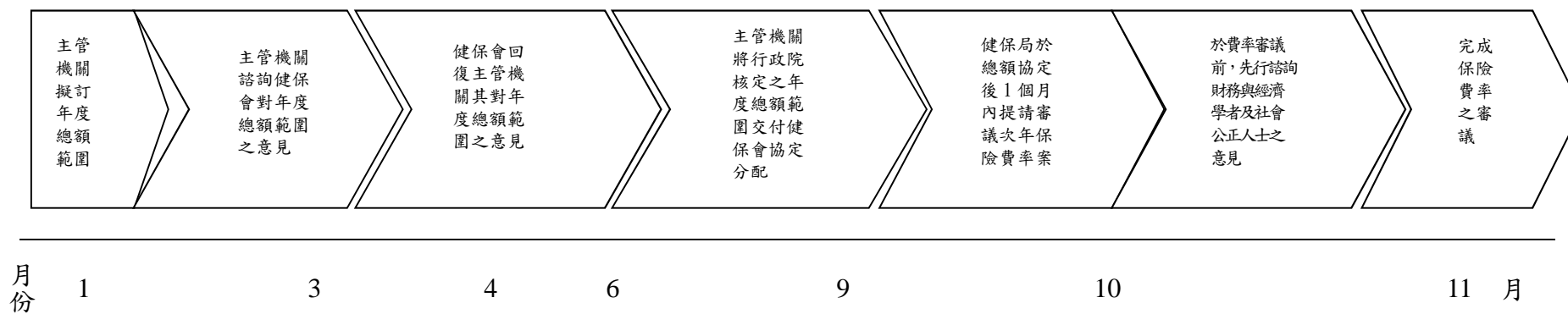
第九屆監理會委員名單		
推 薦 單 位		職 別
員	長庚大學醫務管理學系暨醫務管理研究所	教授
	國立台灣大學衛生政策與管理研究所	兼任教授
	國立台灣大學法律學院	教授
被 保 險 人 代 表	中華民國全國職業總工會	理事長
	中華民國全國總工會	常務理事
	台灣省漁會	總幹事
	台灣社會心理復健協會	秘書長
	台灣省農會	總幹事
	中華民國消費者文教基金會	董事長
雇 主 代 表	中華民國工商協進會	財稅研究委員
	中華民國全國商業總會	常務監事
	中華民國工業協進會	秘書長
	中華民國全國工業總會	常務理事
	社團法人中華民國中小企業協會	名譽理事長
醫 事 服 務 代	中華民國醫師公會全聯會	理事長
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	理事長
	中華民國中醫師公會全國聯合會	監事長
	台灣醫院協會	理事長

第九屆監理會委員名單		
推 薦 單 位		職 別
表	中華民國藥師公會全國聯合會	理事長
政 府 代 表	內政部社會司	專門委員
	銓敘部退撫司	司長
	行政院勞工委員會勞保處	處長
	行政院經濟建設委員會	副處長
	財政部國庫署	主任秘書
	行政院主計總處	科長
	衛生署參事兼健保小組	副召集人

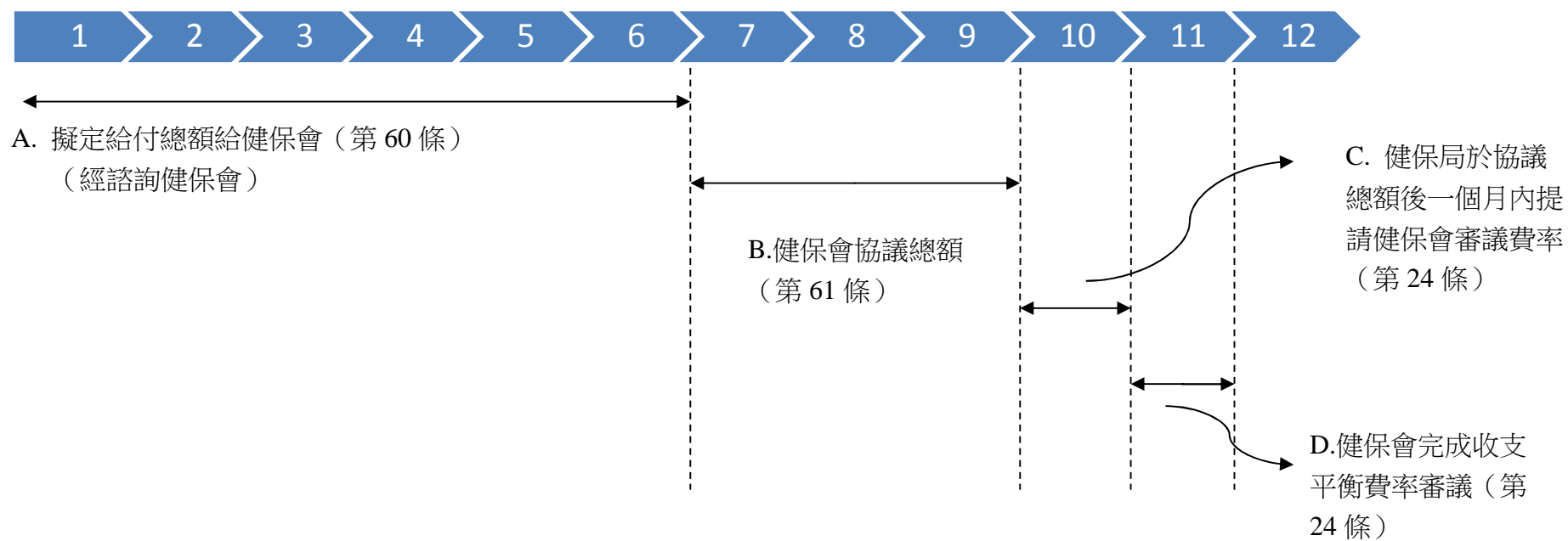
第八屆費協會委員名單		
推 薦 單 位		職 別
醫 事 服 務 提 供 者 代 表	台灣醫院協會	常務理事
	台灣醫院協會	會員代表
	台灣醫院協會	常務監事
	中華民國醫師公會全國聯合會	理事長
	中華民國醫師公會全國聯合會	常務理事
	中華民國中醫師公會全國聯合會	理事長
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	理事長
	中華民國藥師公會全國聯合會	常務理事
	中華民國護理師護士公會全國聯合會	副理事長
付 費 者 代 表 與 專 家 學 者	中華民國全國工業總會	常務理事
	中華民國全國商業總會	常務監事
	中華民國工商協進會	顧問
	中華民國消費者文教基金會	董事
	台灣省農會	主任秘書
	台灣省漁會	總幹事
	中華民國全國勞工聯盟總會	秘書長
	全國產業總工會	監事會召集人
	行政院衛生署（專家學者） 長榮大學醫管系	副教授
相	行政院衛生署（主任委員）臺灣大學健康政策與管理研究所	教授

關 主 管 機 關 代 表	行政院衛生署	顧問
	行政院衛生署	參事
	銓敘部 退撫司	副司長
	財政部 國庫署	專門委員
	行政院勞工委員會 勞工福利處	處長
	行政院主計處	簡任視察
	內政部	
	行政院消費者保護處	

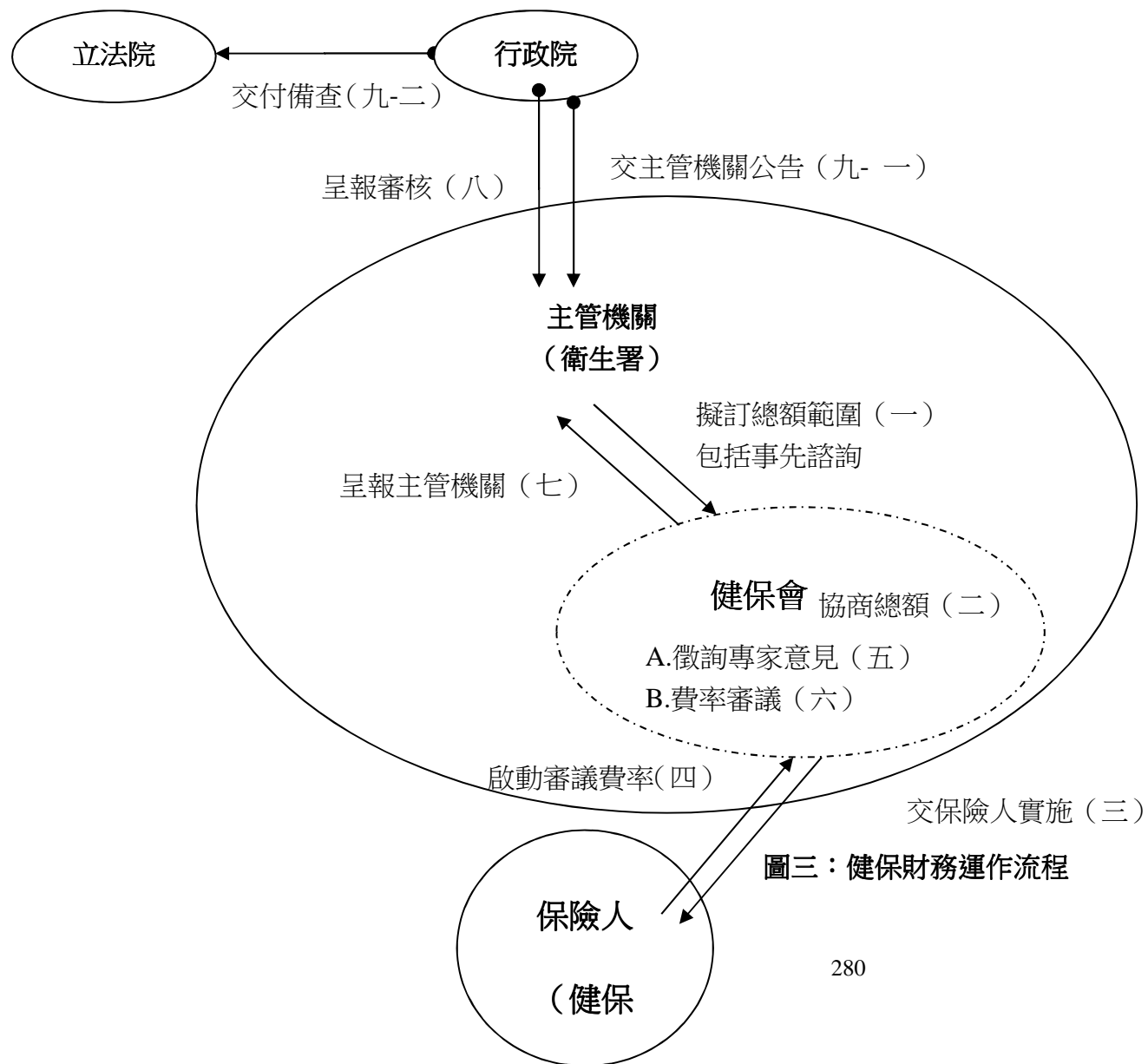
四、四、圖表說明



圖一：收支連動時序圖



圖二：健保會任務與時序圖



附錄十一 問卷概念與題目說明表

問卷概念與題目之說明表				
面向	概念		定義	題目
委員會運作	組成結構	數量規模	委員會的成員數量	8.請問您認為現再組成人數是否適當？（目前監理會 29 人/費協會 27 人） 20. 兩會合一後，各類代表數量應為多少較合理？
		立場代表	代表團體（agency）能充分表達其所代表的立場（principle）	11.委員會的代表性問題意指參與的委員無法充分代表所屬團體的意見。目前兩會的成員中，您覺得哪一類的委員有代表性的問題？（可複選）
		選任方式	agency 的選任方式	12. 目前兩會的參與團體是由衛生署統籌決定，請問您認為合不合理？ 13. 您認為兩會的代表選任，應以何種方式進行最為合理？
		比例原則	各立場在委員會的相對比例	9.目前兩會的成員中，您認為哪一類的委員比例過高？（可複選） 10.目前兩會的成員中，您認為哪一類的委員比例過低？（可複選）
	內部運作效率	議事效率	與會者是否能充分交流溝通	14.如果兩會開會無法充分討論各方意見，您認為可能的原因有哪些？（可複選） 16. 兩會在衛生署轄下無法充分發揮的原因有哪些？（可複選）
	外部決策效力	政策影響力	其決策是否受到採納	15.您是否同意兩會在衛生署轄下，其決策功能有充分發揮的空間？ 23.有人說「兩會合一後，衛生署對健保會決策的尊重，會超越目前對監理會的尊重」，請問您是否同意？

問卷概念與題目之說明表				
面向	概念		定義	題目
				24.有人說「兩會合一後，衛生署對健保會決策的尊重，會超越目前對費協會的尊重」，請問您是否同意？」
		政策監督力	是否可實質監督政策執行？	25.有人說「兩會合一後，健保會對健保局決策的影響力，會超過現在監理會對健保局的影響」，請問您是否同意？ 26.有人說「兩會合一後，健保會對健保局決策的影響力，會超過現在費協會對健保局的影響」，請問您是否同意？
制度設計評估	組織設計		組織代表結構與決策效力預評估	27.依據健保法第五條，總額協定應透過對等協商進行。其中付費者代表 17 人中，應如何選出 9 人與醫事服務提供者 9 人進行對等協商？
	決策權限		組織決策權限與決策效力預評估	28.根據二代健保法第 60 條，主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。請問您是否同意這樣的設計能產生收支連動的效果？ 29.根據二代健保法第 24 條，總額協商完成後，健保局認為收入不足，可以提出調整費率方案送健保會審議。請問您是否同意這樣的設計能產生健保收支連動的效果？ 32.依據二代健保法第 24 條，保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議費率，健保會應於年度開始前一個月完成平衡費率的審議，未於時間內完成，由主管機關逕行報行政院核定公告，請問您是否同意由主管機關逕行報行政院核定公告的做法？

問卷概念與題目之說明表			
面向	概念	定義	題目
			34. 依據健保法第 61 條，健保會應於各年度開始三個月前，協議訂定本保險的醫療給付費用總額範圍和分配方式；若其不能於期限內協議訂定，由主管機關決定，請問您是否同意由主管機關決定的做法？
	時間流程	財務決策程序中，各個否決點的時效性與預期問題	30. 根據健保法第 24 條、第 60 條和第 61 條，前半年為總額擬訂，後半年則包含總額協議和審議費率，時程安排合理程度？ 31. 健保會運作過程中（請參考相關資訊中圖二，第 22 頁），哪個階段有可能產生時間不夠的問題？（可複選）
	現行問題分析	現今體制的主要問題	17. 健保實施至今，只有兩次成功調漲健保費率，請問您認為費率調漲不易的因素為何？（可複選） 18. 請問您認為，影響健保財務短絀的主要因素為何？（可複選） 19. 二代健保中收支連動的運作會有不同的流程，衛生署對健保財務控制的方式有很多，想問您認為下列何種為佳？ 21. 有人說「現行組織體制下，監理會與費協會之間的互動，本來就能產生收支連動的效果」，請問您是否同意？
	設定目標評估	政府修法改革目標	22. 有人說「二代健保實施兩會合一之後，將會產生比兩會分立時期更好的收支連動效果？」 36. 有人說「兩會合一有助於公民參與，能使未來健保會意見收納廣度提升，增加正當性」，請問您是否同意？ 37. 有人說「兩會合一有助於權責相符」，請問您是否同意？

問卷概念與題目之說明表			
面向	概念	定義	題目
運作 績效 預評估			38. 有人說「兩會合一有助於協商效率」，請問您是否同意？ 39. 有人說「兩會合一有助於保障弱勢」，請問您是否同意？
	公平	決策結構與產出是否符合平等原則	40. 有人說「健保會利害關係團體代表的名額分配，已經能充份展現社會上對健保財務問題的不同意見。」，請問您是否同意？ 41. 有人說「參與健保會的利害關係團體代表不論來自何方，都會受到公平的對待。」，請問您是否同意？ 42. 有人說「健保會未來在財務上的決策，不會因民眾個人背景(如職業、社經地位、教育程度等)的差異，而有不同的待遇」，請問您是否同意？
	效能	委員會決策的有效性與影響力	43. 有人說「未來健保會相關財務決策，都能找出相關的證據資訊，進行以證據為基礎的決策。」，請問您是否同意？ 44. 有人說「健保會未來的運作，能夠在討論中激盪出有效解決健保相關財務問題的看法」，請問您是否同意？ 45. 有人說「未來健保會所作成的健保財務決定，對主管機關相關的決策會有決定性的影響。」，請問您是否同意？
	效率	委員會運作的內部效率與政策回應性	46. 有人說「健保會未來每年在買、賣雙方的費率協商工作上，能夠在預定的時間內順利完成。」，請問您是否同意？ 47. 有人說「未來主管機關會提供足夠的行政資源，維繫健保會的決策品質。」，請問您是否同意？ 48. 有人說「健保會未來在處理健保財務問題時，會依據前後一致

問卷概念與題目之說明表			
面向	概念	定義	題目
			的決策標準，回應民眾的需求。」，請問您是否同意？
行政 價值	正當性	公共利益的決策結構是否符合民意的正當性與代表性	<p>49. 有人說「健保會未來在我國健保財務決策的過程中，是具備代表性的公共組織。」，請問您是否同意？</p> <p>50. 有人說「健保會的代表們在健保財務相關專業上，足以勝任他（她）們的工作。」，請問您是否同意？</p> <p>51. 有人說「健保會當中，買賣雙方代表能夠建立共同解決財務問題的共識，而不只是保護自身利益而已。」，請問您是否同意？</p>
	領導效能	行政領導的決策力和課責性	<p>52. 有人說「未來主管機關的相關政策主管部門，具有充分意願來與健保會合作，一起解決相關財務問題。」，請問您是否同意？</p> <p>53. 有人說「未來健保會的運作，會將『收支連動』當作是它最主要的任務。」，請問您是否同意？</p> <p>54. 有人說「未來主管機關的首長對於健保會的決定，會展現出政策領導的角色，進行相關介入與引導。」，請問您是否同意？</p>
	專業責任	委員會決策的專業程度	<p>55. 有人說「健保會的代表們，都願意花時間學習相關的健保財務專業知識，以提升他們參與決策的品質。」，請問您是否同意？</p> <p>56. 有人說「健保會的代表們在作健保財務決策時，會以專業證據為主要考量，而不是從黨派政治角度出發。」，請問您是否同意？</p> <p>57. 有人說「健保會的行政人員，能夠適時提供充分的專業幕僚資</p>

問卷概念與題目之說明表			
面向	概念	定義	題目
			訊，協助委員達成財務相關的決策。」，請問您是否同意？

附錄十二 問卷意義前測意見與修正

問卷前測意見與修正

受訪者	題號	受訪者意見	修正
A（雇主團體）	14	目前代表的選任由衛生署訂之，請問您覺得合理程度為何？ 並非由衛生署訂之，而是衛生署決定參與團體，由團體自行推派，衛生署決定團體是具有全國代表性的團體，而不是隨便指派。這樣寫會引起誤解。	本題意旨確實係在提問若由衛生署決定參與的團體，是否合理？已將題目予以修正，使語意表達更為明確。如下： 「目前 <u>監理會代表團體的選擇</u> 是由衛生署決定，請問您覺得合理程度為何？」
	17	有人說「監理會開會時，委員意見都能充分討論與交流？」，您是否同意？ 基本上發言是都可以發言，但彼此討論交流則是另一回事，這可能要講清楚問題意思。	本題主要是希望知道委員間討論、交流、互動的狀態如何？在會中，委員都是可以發言，這部分基本上沒有異議。為求語意精確，已將題目修正，如下： 「有人說『監理會開會時， <u>委員之間的意見</u> 都能充分討論與交流？』，您是否同意？」
	第四部分	a) 針對健保會功能，受訪者認為許多問題都相互關聯，無法逐一回答。 b) 健保會並不是只處理收支連動，還包含評核醫療效率等工作，應該在問卷中，將其工作任務都做討論，而不是只著重在此。	a) 為避免產生誤解，已在第四部分的引言中，加入說明，讓題目關心的焦點更聚焦。如下： 「試評估在 <u>其他條件不變之下</u> ，兩會合一後的運作和治理成效會如何。」 b) 由於本研究主要關心的重點為「收支連動」，所以本問卷的設計主要仍以此議題為主要焦點。
	其他	此問卷若要問利害關係人，包含未曾參與監理	這份問卷雖然專業性高，但是問題的門檻，未必是需要參與過監

受訪者	題號	受訪者意見	修正
		<p>會與費協會運作的團體。那麼對此機制將十分不熟悉，無法對問卷作填答。應該針對有否參與提出不同問卷。</p> <p>舉例而言，針對未參與者：</p> <p>健保參與機制是否改善全民醫療照護的環境 費率調整的機制是否真的符合您繳保費的利益與合理性。</p> <p>健保對於勞工的健康照護有多大效益。</p>	<p>理會或是費協會者才有辦法填答。基本上，只要有一定的健保知識還有一般開會的經驗，便具備回答本問卷的能力。</p> <p>當然，有無參與過兩會者的回答深度確實可能會有所不同；惟有無參與過兩會者之填答所可能產生的差異，也是本研究關心的重點，將做為本研究之有效材料，針對未來可行性與建議的部分提供意見。因為，或許對於健保有一定了解也開過一般性會議的人，對於兩會或是將來的健保會的看法會與實際參與過兩會者不盡相同，本研究希望能夠包含所有的意見。因此，將未參與兩會者納入本問卷之訪問對象。</p>
B（付費者代表）	11	<p><u>委員會人數為議事效率的關鍵</u>，監理會目前的組成成員為 29 人，請問您認為是否適當？</p> <p>這樣是在問 29 個人開會會不會沒效率嗎？ 受訪者認為問題不是很清楚，不一定可以馬上理解！</p>	<p>本題主要的意旨即是欲了解委員會人數與議事效率之間的關係，與受訪者的理解其實並無出入，為求語意更為精確，將題目予以修正，如下：</p> <p>「<u>委員會人數為議事效率的關鍵之一</u>，監理會目前的組成成員為 29 人，請問您認為是否適當？」</p>
	14	<p>目前代表的選任由衛生署訂之，請問您覺得合理程度為何？</p> <p>並非由衛生署訂之，而是衛生署決定參與團體，由團體自行推派，衛生署決定團體是具有全國代表性的團體，而不是隨便指派。這樣寫會引起誤解。</p> <p>（他也順便提出代表選舉做法：</p>	<p>同前。已修正，如下：</p> <p>「目前<u>監理會代表團體的選擇</u>是由衛生署決定，請問您覺得合理程度為何？」</p>

受訪者	題號	受訪者意見	修正
		付費者代表應該有團體自行決定後，詢問倡議團體的看法； 由倡議團體推荐名單，因為倡議團體對這樣的議題較具有使命感，也較了解誰較適宜擔任代表)	
	21	就監理會的總體功能而言，您認為 <u>監理會有存在的必要</u> ？ <input type="checkbox"/> 1.非常同意 <input type="checkbox"/> 2. 同意 <input type="checkbox"/> 3. 無意見 <input type="checkbox"/> 4. 不同意 <input type="checkbox"/> 5. 完全不同意 <input type="checkbox"/> 99. 無法判斷 這個問題與答案問得有點饒口，可以直接回答該存在或不該。用同不同意還分程度有點怪！	為求語意精確及方便受訪者直接回答，已將題目予以修正，如下： 「 <u>有人說『監理會的總體功能不張，沒有存在的必要』</u> ，請問您是否同意？」
	48	根據健保法，當費用協商出來後， <u>健保局認為不足，可以提出調費率方案，可行程度為何</u> ？ 健保局提請審議，應該是只就財務考量，而沒有裁量權吧	本題係希望知道健保局若認為收入不足，提出調整費率方案，這樣的機制在調整費率的政治可行程度為何？已將題目修正，如下： 「 <u>根據健保法第 24 條</u> ，當費用協商出來後，健保局認為收入不足，可以提出調整費率方案給健保會審議，請問此機制的 <u>政治可行性</u> 為何？」
	49	根據健保法，前半年為總額擬訂，後半年則包含總額協議、 <u>支付制度</u> 和審議費率，時程安排合理程度？ 健保會沒有做支付制度的審查	已修正，如下：「 <u>根據健保法第 24 條、第 60 條和第 61 條</u> ，前半年為總額擬訂，後半年則包含總額協議、 <u>支付制度</u> 和審議費率，時程安排合理程度？」
受訪者 C (行政機	2	選項 <input type="checkbox"/> 4. <u>40-41</u> 歲 <input type="checkbox"/> 5. <u>50-51</u> 歲 應改成： <input type="checkbox"/> 4.40-49 歲 <input type="checkbox"/> 5.50-59 歲	已修正，如下： 「年齡： <input type="checkbox"/> 1.20 歲以下 <input type="checkbox"/> 2.21-29 歲 <input type="checkbox"/> 3.30-39 歲 <input type="checkbox"/> 4.40-49

受訪者	題號	受訪者意見	修正
關)			歲 <input type="checkbox"/> 5.50-59 歲 <input type="checkbox"/> 6.60 歲以上」
	14	目前代表的選任由衛生署訂之，請問您覺得合理程度為何？ 是由衛生署聘兼。	同前。已修正，如下： 「目前監理會代表團體的選擇是由衛生署決定，請問您覺得合理程度為何？」
	32	以費協會的政策諮詢與建議功能而言，您認為衛生署對費協會所提決議採納程度為何？ 改為：費用協定與分配。	已修正，如下： 「以費協會的費用協定與分配而言，您認為衛生署對費協會所提決議採納程度為何？」
	37	過去財務赤字的主要因素為何？ 改為：短絀。	過去財務短絀的主要因素為何？
	43	有人認為「健保會應對等協商，請問您同意程度為何？」 改為：保險醫療給付費用總額	有人認為「健保會於保險醫療給付費用總額協商階段應對等協商」，請問您同意程度為何？
	50	運作過程中，哪個階段比較可能有時間不足的問題？ 改為：健保會運作過程中，哪個階段比較有能有時間不足的問題？ 1.總額範圍諮詢 2.總額協商審議與分配 3.費率審議 4.費率超過上限，重新協議 5.給付範圍審議。	健保會運作過程中，哪個階段比較可能有時間不足的問題？（可複選） <input type="checkbox"/> 1.總額範圍諮詢 <input type="checkbox"/> 2. 總額協議訂定與分配 <input type="checkbox"/> 4. 支付制度協商 <input type="checkbox"/> 3. 費率審議 <input type="checkbox"/> 4.費率超過上限，重新協議 <input type="checkbox"/> 5. 給付範圍審議 <input type="checkbox"/> 6. 以上皆非

受訪者	題號	受訪者意見	修正
		健保會的職權沒有支付制度的協商，問題的選項應予以調整。	
	其他	引言部分有些用詞不夠詳細、精確。 內容部分有些錯別字，應予以修正。	針對引言以及內容部分已修正。
受訪者 D (行政機關)		無意見。	
受訪者 E (醫事服務)	其他	多數人沒有參與監理會和費協會的經驗，只是從書面了解運作情形，太多題目關於兩會運作，較難回答。	同前。
		關於協商未成的解決方法，也可以詢問各方的建議。	已增加幾題。如下： 「若健保會未能依法定時間內完成總額協商和費率審議，應以甚麼方式決定較合理？」 <input type="checkbox"/> 1.由主管機關定之 <input type="checkbox"/> 2. 沿用去年審議的結果 <input type="checkbox"/> 3. 延會 <input type="checkbox"/> 4.其他_____
			依據健保法第 24 條，保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額

受訪者	題號	受訪者意見	修正
			<p>後一個月提請審議費率，健保會應於年度開始前一個月完成平衡費率審議，未於時間內完成，由主管機關逕行報行政院核定公告。請問您認為這樣規定的合理程度為何？</p> <p><input type="checkbox"/> 1.非常同意 <input type="checkbox"/> 2. 同意 <input type="checkbox"/> 3. 不同意 <input type="checkbox"/> 4. 完全不同意</p> <p>依據健保法第 61 條，健保會應於各年度開始前三個月前，協議訂定本保險的醫療給付費用總額範圍和分配方式；若其不能於期限內協議訂定，由主管機關決定。請問您認為這樣規定的合理程度為何？</p> <p><input type="checkbox"/> 1.非常同意 <input type="checkbox"/> 2. 同意 <input type="checkbox"/> 3. 不同意 <input type="checkbox"/> 4. 完全不同意</p>
		第三、四部分有些題目重疊。	核對後，刪除第 40 題、46 題。
受訪者 F (專家學者)	5,6	選項應增加其他與健保相關的組織或是委員會，會比較能夠知道確切背景。或許沒參加過監理會、費協會，但卻擁有其他健保相關的參與經驗，可以增加選項或是使用開放性的填答方式。	資料於期中報告截稿前送達，故來不及修正，待期中報告後修改。
	7,8	請問目前（曾經）代表的身分： 因題目係問目前/曾經，所以選項應設為複選會比較恰當，或是必須將題目限縮得更為明確。 因參與者的身分可能有雙重或是模糊的情況，使用複選似會比較恰當。	資料於期中報告截稿前送達，故來不及修正，待期中報告後修改。
	9	目前監理會的委員中，組成的成員比例是否合	資料於期中報告截稿前送達，故來不及修正，待期中報告後修改。

受訪者	題號	受訪者意見	修正
		理？ <input type="checkbox"/> 1.合理（跳至 13 題） <input type="checkbox"/> 2.不合理 這裡似乎不應該跳題。因為組成比例與後面要談的人數編制或是代表性是不同的概念，不應該相牽制比較妥當。	
	10,23	目前監理會的委員中，組成成員 <u>比例</u> 不合理的原因為何？（可複選） <input type="checkbox"/> 1. <u>組成成員太多</u> <input type="checkbox"/> 2. <u>組成成員太少</u> <input type="checkbox"/> 3. 各類代表比例不適當 <input type="checkbox"/> 4. 其他 _____	資料於期中報告截稿前送達，故來不及修正，待期中報告後修改。
	12,13, 25,26	建議第 12.13 題可以互調，第 25.26 題可以互調。先問組成人數再去問代表性，因為組成人數、比例、代表性，應該是三個不一樣的議題，分別清楚會讓受測者比較容易理解。「代表性」也應該進行定義，因為所謂的代表性不見得等於人數，人數多不代表其代表性就比較高，或	已修正。

受訪者	題號	受訪者意見	修正
		許其組成的成員並不見得能夠完全代表其所屬團體，清楚定義可避免受測者混淆。	
	13,26	目前監理會/費協會的成員中，您覺得哪一類的委員 <u>過多</u> ？（可複選） 是否也可以詢問哪一類的委員過少？	資料於期中報告截稿前送達，故來不及修正，待期中報告後修改。
	14	目前代表的選任由 <u>衛生署訂之</u> ，請問您覺得合理程度為何？ 語意不清，應該更明確的說明。	同前。已修正，如下： 「目前 <u>監理會代表團體的選擇</u> 是由衛生署決定，請問您覺得合理程度為何？」
	35,36, 37,38	列舉出的選項似乎無法包含所有的可能性，恐會造成大量「其他」這種開放式的填答。建議可以增加選項（如：健保局財務控管不當、自然因素等）或是將題目限縮為協商因素（不包括非協商/自然因素）會更恰當。	資料於期中報告截稿前送達，故來不及修正，待期中報告後修改。
	37	過去財務赤字的主要因素為何？ <input type="checkbox"/> 1.給付過高 <input type="checkbox"/> 2. 費率未隨支出調整 <input type="checkbox"/> 3. 醫療浪費 <input type="checkbox"/> 4.藥價黑洞 <input type="checkbox"/> 5.其他_____	資料於期中報告截稿前送達，故來不及修正，待期中報告後修改。
		第二個選項使用「費率」，第一個選項使用「給付」。若是在相同的層次上討論的話，建議將第一個選項的給付改成「總額」，總額對應到選項二費率的似乎較恰當。第三個選項「醫療浪	

受訪者	題號	受訪者意見	修正
		費」，似乎又可以分成「民眾」與「服務提供者」的浪費。	
	39	<p>您認為哪種方式，對健保財務控制的效果較佳且可行？</p> <p><input type="checkbox"/> 1.量入為出 <input type="checkbox"/> 2. 量出為入</p> <p><input type="checkbox"/> 3.其他_____</p> <p>在法上，似乎量入為出比較可行，若是量出為入的話，整個流程也都要改，那既然法上已經規定，這題主要的核心問題？</p>	資料於期中報告截稿前送達，故來不及修正，待期中報告後修改。
	43	<p>有人認為「<u>健保會應對等協商</u>」，請問您同意程度為何？</p> <p>健保會裡的組成代表來自各方，這裡似乎應該在定義清楚。或許可以使用角色來分題，依照研究案的需要，可以問<u>提供者與付費者應對等協商</u>或是其他方式會比較明確。</p>	資料於期中報告截稿前送達，故來不及修正，待期中報告後修改。
	44,45	<p>這兩題都在討論代表數量應<u>減少或是增加</u>，那為什麼不先問一題<u>哪些代表應該繼續存在或是應該被加入</u>？</p>	資料於期中報告截稿前送達，故來不及修正，待期中報告後修改。
		<p>兩題的選項都可以加入其他的開放式填答，否則像是醫療使用者代表或是病友團體的歸類就會有點困難。（建議加入<u>使用者代表</u>）</p>	資料於期中報告截稿前送達，故來不及修正，待期中報告後修改。

受訪者	題號	受訪者意見	修正
		選項二的「被保險人」，應該定義更為明確，因為其實雇主、勞工、醫事提供者都算是被保險人。或是此處的被保險人是指健保分類裡的 1~6 類？	資料於期中報告截稿前送達，故來不及修正，待期中報告後修改。
	50	運作過程中，哪個階段比較可能有時間不足的問題？ 改為： <u>健保會運作過程中</u> ，哪個階段比較可能有時間不足的問題？ 應該沒有支付制度協商。	健保會運作過程中，哪個階段比較可能有時間不足的問題？（可複選） <input type="checkbox"/> 1. 總額範圍諮詢 <input type="checkbox"/> 2. 總額協議訂定與分配 <input type="checkbox"/> 4. 支付制度協商 <input type="checkbox"/> 3. 費率審議 <input type="checkbox"/> 4. 費率超過上限，重新協議 <input type="checkbox"/> 5. 給付範圍審議 <input type="checkbox"/> 6. 以上皆非
	56	有人說「健保會利害關係團體代表的名額分配，已經能充份展現社會上對健保財務問題的不同意見。」，請問您是否同意？ 應該附上現有的規定，受測者會比較容易選擇，不然依照理性選擇，受測者會傾向選擇無法判斷，但本題卻沒有無法判斷的選項。這裡牽涉到理性選擇或是漸進選擇的問題，若是給予現有資訊，就是漸進選擇，或許會比較容易判斷。應端視研究者的需求予以調整。	資料於期中報告截稿前送達，故來不及修正，待期中報告後修改。
	66,71	兩題似乎有點互斥。若是選擇了 66 題就是認為委員是具備專業性的，再看到 71 題會有點覺得矛盾，感覺是在說委員是非專業的，所以需要	資料於期中報告截稿前送達，故來不及修正，待期中報告後修改。

受訪者	題號	受訪者意見	修正
		花時間學習。	
	其他	在第二部分一開頭的「監理會評估」與「費協會評估」之後，可以加上「參考前面說明，就以下監理會相關問題進行評估。」讓受測者知道此處的一些資訊可以翻到前面去參考相關資料，會比較容易進行測驗。	資料於期中報告截稿前送達，故來不及修正，待期中報告後修改。
		「第二部分、第三部分」與「第四部分」，使用的選項分類方式，為什麼一個是五等分、一個是六等分？	資料於期中報告截稿前送達，故來不及修正，待期中報告後修改。

附錄十三 問卷前測意見與修正

題號	題目	問題	修改前	修改後
第一部分				
3	教育程度	此份為卷為專家問卷，因此將國中小以下的選項刪除。	□1.國初中以下 □2.高中、高職 □3.專科 □4.大學 □5.碩士 □6.博士(含博士後)	□高中(職) □專科 □大學 □碩士 □博士(含博士後)
5	職稱	由於此份為卷發放給多名專家學者，因此增加學校的職稱。	請問您於貴團體中的職稱為何？	請問您在貴團體（學校）中的職稱為何？
6	委員會參與經驗	主要針對費協和監理參與經驗，因此修正題目。	請問您曾參加的委員會？	請問您是否曾經擔任 <u>全民健康保險監理委員會</u> （以下簡稱監理會）和 <u>全民健康保險費用協定委員會</u> （以下簡稱費協會）的委員？
7	委員經驗年份	問卷分析不需要，故刪除	請問您（曾經）擔任委員的身分有幾年？	（刪除）
8、9	身分	兩題題目相似，有重複的問題	請問目前（曾經）代表的身分？ 請問您的身分是？	請問您參與健保相關事務時，最主要的身分為何？
1-9	第一部分全部	為了使問卷版面更清楚美觀，編碼號碼拿掉		
第二部分				
11、24	代表性問題	有建議應該先問人數，接著問	代表性意指委員會成員能充分表達	委員會的代表性問題意指參與的委

題號	題目	問題	修改前	修改後
		比例，最後再問代表性。因此這個部分調整題號。另外選項「以上皆非」會有誤導的狀況，因此改為「 OO 會無代表性問題」。並依前測回收狀況，將此題變更為複選題。	所屬利益團體的意見。目前監理會的成員中，您覺得哪一類的委員有代表性的問題？ <input type="checkbox"/> 1.專家學者 <input type="checkbox"/> 2.被保險人 <input type="checkbox"/> 3.雇主代表 <input type="checkbox"/> 4.醫事服務機構 <input type="checkbox"/> 5.相關政府機構代表 <input type="checkbox"/> 6.以上皆非 <input type="checkbox"/> 7.其他_____	員無法充分代表所屬團體的意見。目前兩會的成員中，您覺得哪一類的委員有代表性的問題？ <input type="checkbox"/> 專家學者 <input type="checkbox"/> 被保險人代表 <input type="checkbox"/> 雇主代表 <input type="checkbox"/> 醫事服務提供者代表 <input type="checkbox"/> 政府機構代表 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）_____ <input type="checkbox"/> 監理會無代表性問題
12、25	團體選擇方式	更改用字，並且增加跳題設計，以免前後矛盾。	目前監理會代表團體的選擇是由衛生署決定，請問合理程度為何？ <input type="checkbox"/> 1.非常合理 <input type="checkbox"/> 2.合理 <input type="checkbox"/> 3.有點合理 <input type="checkbox"/> 4.有點不合理 <input type="checkbox"/> 5.不合理 <input type="checkbox"/> 6. 非常不合理	目前兩會的參與團體是由衛生署 <u>統籌</u> 決定，請問您認為合不合理？ <input type="checkbox"/> 非常合理 （請跳答 14 題） <input type="checkbox"/> 合理 （請跳答 14 題） <input type="checkbox"/> 有點合理 （請跳答 14 題） <input type="checkbox"/> 有點不合理 <input type="checkbox"/> 不合理 <input type="checkbox"/> 非常不合理
13、26	代表選任方式	依前測的建議，增加選項。	您認為監理會的代表選任，應以何種方式進行最為合理？ <input type="checkbox"/> 1.維持現狀	您認為兩會的代表選任，應以何種方式進行最為合理？ <input type="checkbox"/> 同類團體自行推派

題號	題目	問題	修改前	修改後
			<input type="checkbox"/> 2.同類自行推選 <input type="checkbox"/> 3.同類票選 <input type="checkbox"/> 4.其他_____	<input type="checkbox"/> 透過選舉制度，同類團體票選 <input type="checkbox"/> 同類團體提出建議名單，由衛生署決定 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)_____
14、27	應具備專業背景	問卷分析不需要，故刪除	您認為參與監理會應具備的專業背景為何？	(刪除)
15、28	組成比例合理性	有建議應該先問人數，接著問比例，最後再問代表性。因此這個部分調整題號。另外將組成比例合理刪除，直接問「哪一類委員比例過高」和「哪一類委員比例過低」。題目旁同時附上各類人數，以利填寫。	組成比例是指各類代表在委員會所佔的數量，您認為目前監理會的委員組成比例是否合理？	目前兩會的成員中，您認為哪一類的委員比例過高？ 目前兩會的成員中，您認為哪一類的委員比例過低？
16、29	哪類委員過多	第三部分有詢問各類代表應多少為宜，與此題概念重覆，因此刪除本題。	目前監理會的成員中，您認為哪一類的委員過多？	(刪除)
17、30	哪類委員過少	第三部分有詢問各類代表應多少為宜，與此題概念重覆，因此刪除本題。	目前監理會的成員中，您認為哪一類的委員過少？	(刪除)
18、31	意見交流	將是否能意見交流和原因合併為一題，因為問無法意見交	有人說「監理會開會時，委員之間的意見都能充分討論與交流？」，您	(刪除)

題號	題目	問題	修改前	修改後
		流即可了解是否同意。刪除此題可以減少題數，也可避免疊床架屋。	是否同意？	
19、32	無法意見交流因素	將前測Ⅱ所回收的建議部分增加到選項中。並且為免題意誤會，將「以上皆非」改成「 OO 會無此問題」。	有人說「監理會開會無法充分討論和交流各方意見」，您認為可能的原因有哪些？（可複選） <input type="checkbox"/> 1.不具代表性 <input type="checkbox"/> 2.未認真議事 <input type="checkbox"/> 3.缺乏健保相關知識 <input type="checkbox"/> 4.缺席率高 <input type="checkbox"/> 5.各類代表本位主義過強 <input type="checkbox"/> 6.以上皆非 <input type="checkbox"/> 7.其他_____	如果兩會開會無法充分討論各方意見，您認為可能的原因有哪些？（可複選） <input type="checkbox"/> 代表未得到充分授權 <input type="checkbox"/> 未認真議事 <input type="checkbox"/> 缺乏健保相關知識 <input type="checkbox"/> 缺席率高 <input type="checkbox"/> 各類代表本位主義過強 <input type="checkbox"/> 討論時間不足 <input type="checkbox"/> 議程設定不當 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）_____ <input type="checkbox"/> 監理會無此問題
20、33	發揮空間	改變用詞，將「決議採納程度」改成「決策功能有充份發揮的空間」。並且增加跳題設計，以免前後矛盾。	以監理會的政策諮詢與建議功能而言，您認為衛生署對監理會所提決議採納程度為何？ <input type="checkbox"/> 1.全部採納 <input type="checkbox"/> 2.大部分採納 <input type="checkbox"/> 3.大部分未採納	您是否同意兩會在衛生署轄下，其決策功能有充分發揮的空間？ <input type="checkbox"/> 非常同意（請跳答 17 題） <input type="checkbox"/> 同意（請跳答 17 題） <input type="checkbox"/> 有點同意（請跳答 17 題） <input type="checkbox"/> 有點不同意

題號	題目	問題	修改前	修改後
			<input type="checkbox"/> 4.從未採納 <input type="checkbox"/> 99.無法判斷	<input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 非常不同意
21、34	無法充分發揮的因素	依前提修改本題用字，並且因上題跳題的設計，將「以上皆非」選項刪除。	有人說「衛生署並不重視監理會的決議」，您認為可能的因素為何？ （可複選） <input type="checkbox"/> 1.監理會沒有決策實權 <input type="checkbox"/> 2.監理會法定職權不夠明確 <input type="checkbox"/> 3.委員專業知識不足 <input type="checkbox"/> 4.政府代表過多，民間參與不足 <input type="checkbox"/> 5.委員間本位主義過強，難以協調 <input type="checkbox"/> 6.衛生署不夠尊重 <input type="checkbox"/> 7.議事效率太差 <input type="checkbox"/> 8.以上皆非 <input type="checkbox"/> 9.其他_____	兩會在衛生署轄下無法充分發揮的原因有哪些？ <input type="checkbox"/> 沒有決策實權 <input type="checkbox"/> 監理會法定職權不夠明確 <input type="checkbox"/> 委員專業知識不足 <input type="checkbox"/> 政府代表過多，民間參與不足 <input type="checkbox"/> 委員間本位主義過強，難以協調 <input type="checkbox"/> 衛生署不夠尊重 <input type="checkbox"/> 議事效率差 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）_____
22、35	存在必要	存在必要的問題和有無發揮空間意思雷同，未免重複問題，故刪除。	有人說「監理會的總體功能不張，沒有存在的必要」，請問您是否同意？	（刪除）
10-35	第二部分全部	為了使問卷版面更清楚美觀，編碼號碼拿掉		
10-35	第二部分全部	為了比較兩會的差異，原先分開討論的題目，在格式上合併一起評估。		
第四部分				
36	財務控制	前測反應此題題目過於簡	未來二代健保運作為量出為人，但	二代健保中收支連動的運作會有不

題號	題目	問題	修改前	修改後
		略，且題意不精確，沒有提供選項的意思，但選項卻是兩個對照途徑，因此修正題目，主要詢問財務控制流程的先後順序。並且從現況詢問到未來的期望，故改變題目位置。	對健保財務控制的效果有很多，想問您認為何種較佳且可行？ <input type="checkbox"/> 1.量入為出 <input type="checkbox"/> 2.量出為入 <input type="checkbox"/> 3.其他_____	同的流程，衛生署對健保財務控制的方式有很多，想問您認為下列何種為佳？ <input type="checkbox"/> 先計算收入，再考慮支出 <input type="checkbox"/> 先計算支出，再調整收入 <input type="checkbox"/> 前述兩者兼用 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）_____
37	過去無法收支連動之因素	此題與下題題目重疊，為避免重覆詢問，因此合併兩題，刪除此題。	過去財務無法達到收支連動的因素為何？（可複選） <input type="checkbox"/> 1.總額過高 <input type="checkbox"/> 2.費率調整受政治影響 <input type="checkbox"/> 3.收入支出未能相互考慮 <input type="checkbox"/> 4.其他_____	（刪除）
38	財務短絀的因素	選項說明不足，前測受測者反應增加說明，故修改選項用字。並且選項間無互斥關係，故依建議將本題改為複選。	過去財務短絀的主要因素為何？ <input type="checkbox"/> 1.總額過高 <input type="checkbox"/> 2.費率未隨支出調整 <input type="checkbox"/> 3.民眾醫療浪費 <input type="checkbox"/> 4.醫事服務提供者醫療浪費 <input type="checkbox"/> 5.藥價黑洞 <input type="checkbox"/> 6.健保局控制不當 <input type="checkbox"/> 7.非協商因素	請問您認為，影響健保財務短絀的主要因素為何？（可複選） <input type="checkbox"/> 總額預算超過保費收入 <input type="checkbox"/> 兩會分立，使得收支不連動 <input type="checkbox"/> 民眾醫療浪費 <input type="checkbox"/> 醫事服務提供者膨脹需求 <input type="checkbox"/> 健保局管控不當 <input type="checkbox"/> 藥價差額

題號	題目	問題	修改前	修改後
			<input type="checkbox"/> 8.其他_____	<input type="checkbox"/> 費率調整受政治影響 <input type="checkbox"/> 非協商因素（如人口老化）影響 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）_____
39	費率調整困難	依前測建議，修改用字。並且因前測回覆其他意見中「民眾未充分了解費率調整的必要性」選項比率很高，故增加該選項。	從健保實施至今，只有兩次健保費率調整，請問您覺得費率調整困難的因素為何？（可複選） <input type="checkbox"/> 1.立法院的干預 <input type="checkbox"/> 2.行政機關政務系統的政治考量 <input type="checkbox"/> 3.健保局未解決醫療浪費 <input type="checkbox"/> 4.健保局未處理藥價黑洞 <input type="checkbox"/> 5.其他_____	健保實施至今，只有 <u>兩次成功調漲健保費率</u> ，請問您認為費率調漲不易的因素為何？（可複選） <input type="checkbox"/> 立法院的介入 <input type="checkbox"/> 行政機關政務系統的決策考量 <input type="checkbox"/> 健保局未解決醫療浪費 <input type="checkbox"/> 健保局未處理藥價黑洞 <input type="checkbox"/> 民眾未充分了解費率調整的必要性 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）_____
40	組成架構	前測經反應題目不清，無法理解。因此合併 41 題，並提供草案數量，讓受試者評估是否同意。	兩會合一後，組織成員組成接近監理會的架構，這樣的組成您同意嗎？ <input type="checkbox"/> 1.非常同意 <input type="checkbox"/> 2.同意 <input type="checkbox"/> 3.有點同意 <input type="checkbox"/> 4.有點不同意 <input type="checkbox"/> 5.不同意	（刪除）

題號	題目	問題	修改前	修改後
			<input type="checkbox"/> 6.非常不同意	
41	組織成員數量	過去只詢問合理的總數，由於組成的類別很多，因此更改為詢問各類人數合理的總數，並增加其他選項，讓受測者提供意見。	兩會合一後，組織成員應為多少較合理？_____人	兩會合一後，各類代表數量應為多少較合理？ 專家學者 _____人 被保險人代表 _____人 雇主代表 _____人 醫事服務提供者代表 _____人 政府機關代表 _____人 其他 _____，_____人
42	對等協商	前測的受測者對對等協商定義不同，有多種不同解釋。但多數疑問在於如何遴選對等協商代表，故刪除此題，直接詢問代表如何遴選。	有人認為「健保會於保險醫療給付費用總額協商階段應對等協商」，請問您同意程度為何？ <input type="checkbox"/> 1.非常同意 <input type="checkbox"/> 2.同意 <input type="checkbox"/> 3.有點同意 <input type="checkbox"/> 4.有點不同意 <input type="checkbox"/> 5.不同意 <input type="checkbox"/> 6.非常不同意 不同意的因素為_____	（刪除）

題號	題目	問題	修改前	修改後
43	如何選出代表對等協商	依前測回覆意見增加選項。	<p>依據健保法第五條，總額協定應透過對等協商進行。其中付費者代表 17 人中，應如何選出 9 人與醫事服務提供者 9 人進行對等協商？</p> <p><input type="checkbox"/> 1.由付費者代表共同決定</p> <p><input type="checkbox"/> 2.依據付費者代表比例推選</p> <p><input type="checkbox"/> 3.衛生署指派</p> <p><input type="checkbox"/> 4.其他_____</p>	<p>根據二代健保法第 5 條規定，總額協定應透過對等協商進行。目前草案付費者代表 17 人中，應如何選出 9 人與醫事服務提供者 9 人進行對等協商？</p> <p><input type="checkbox"/> 由付費者代表互推決定</p> <p><input type="checkbox"/> 付費者代表抽籤決定</p> <p><input type="checkbox"/> 衛生署指派</p> <p><input type="checkbox"/> 依據付費者各類團體委員人數比例推選（被保險人 6 人；雇主代表 2 人；主計總處 1 人）</p> <p><input type="checkbox"/> 其他_____</p>
44	哪類代表數量應增加	與 41 題合併，直接詢問各類多少人為宜，故刪除本題。	<p>兩會合一後，哪一類代表數量應增加？</p> <p><input type="checkbox"/> 1.專家學者</p> <p><input type="checkbox"/> 2.被保險人</p> <p><input type="checkbox"/> 3.雇主代表</p> <p><input type="checkbox"/> 4.醫事服務機構</p> <p><input type="checkbox"/> 5.相關政府機構代表</p> <p><input type="checkbox"/> 6.以上皆非</p> <p><input type="checkbox"/> 99.其他_____</p>	（刪除）

題號	題目	問題	修改前	修改後
45	哪類代表數量應減少	與 41 題合併，直接詢問各類多少人為宜，故刪除本題。	<p>兩會合一後，哪一類代表數量應減少？</p> <p><input type="checkbox"/> 1.專家學者</p> <p><input type="checkbox"/> 2.被保險人</p> <p><input type="checkbox"/> 3.雇主代表</p> <p><input type="checkbox"/> 4.醫事服務機構</p> <p><input type="checkbox"/> 5.相關政府機構代表</p> <p><input type="checkbox"/> 6.以上皆非</p>	(刪除)
46	尊重程度	過去有兩會，因此衛生署在未來尊重程度，應該分別與現行兩會分立狀況比較。因此此題變更為兩個題目，請受試者評估未來衛生署相較於監理和費協會，是否更尊重健保會。	<p>您認為未來衛生署對健保會的尊重程度與過去相較為何？</p> <p><input type="checkbox"/> 1.較過去尊重</p> <p><input type="checkbox"/> 2.較過去不尊重</p> <p><input type="checkbox"/> 3.與過去沒有差別</p> <p><input type="checkbox"/> 99.無法判斷</p>	<p>有人說「兩會合一後，衛生署對健保會決策的尊重，會超越目前對監理會的尊重」，請問您是否同意？</p> <p><input type="checkbox"/> 非常同意</p> <p><input type="checkbox"/> 同意</p> <p><input type="checkbox"/> 有點同意</p> <p><input type="checkbox"/> 有點不同意</p> <p><input type="checkbox"/> 不同意</p> <p><input type="checkbox"/> 非常不同意</p> <p>有人說「兩會合一後，衛生署對健保會決策的尊重，會超越目前對費協會的尊重」，請問您是否同意？」</p> <p><input type="checkbox"/> 非常同意</p>

題號	題目	問題	修改前	修改後
				<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 有點同意 <input type="checkbox"/> 有點不同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 非常不同意
47	健保局提請費率調整方案的政治可行性	政治可行性的概念過於模糊，因此將題目改為健保局提請費率調整方案是否能夠達成收支連動的效果。並於題目說明二代健保法條文，以區分新舊法。	根據健保法 24 條，費用協商出來後，健保局認為收入不足，可以提出調整費率方案給健保會審議，請問此機制政治可行性為何？ <input type="checkbox"/> 1.非常可行 <input type="checkbox"/> 2.可行 <input type="checkbox"/> 3.有點可行 <input type="checkbox"/> 4.有點不可行 <input type="checkbox"/> 5.不可行 <input type="checkbox"/> 6.非常不可行 <input type="checkbox"/> 99.無法判斷 政治上不可行的因素為_____	根據二代健保法第 24 條，總額協商完成後，健保局認為收入不足，可以提出調整費率方案送健保會審議。請問您是否同意這樣的設計能產生健保收支連動的效果？ <input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 有點同意 <input type="checkbox"/> 有點不同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 非常不同意 <input type="checkbox"/> 無法判斷
48	時程安排	題目增加二代健保說明，以區分新舊法條。	根據健保法第 24 條、第 60 條和第 61 條，前半年為總額擬訂，後半年則包含總額協議和審議費率，時程安排合理程度？	根據二代健保法第 24 條、第 60 條和第 61 條，前半年為總額擬訂，後半年則包含總額協議和費率審議，這樣的順序安排，您是否同意？

題號	題目	問題	修改前	修改後
			<input type="checkbox"/> 1.非常同意 <input type="checkbox"/> 2.同意 <input type="checkbox"/> 3.有點同意 <input type="checkbox"/> 4.有點不同意 <input type="checkbox"/> 5.不同意 <input type="checkbox"/> 6.非常不同意	<input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 有點同意 <input type="checkbox"/> 有點不同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 非常不同意
49	時間不足	將各階段的時間附在選項後面，讓受試者更清楚目前時程安排，更能回答此題。依前測狀況，將此題改為複選題。並且為了選項更加清楚，將「以上皆非」改為「皆無問題」。	健保會運作過程中，哪個階段比較可能有時間不足的問題？ <input type="checkbox"/> 1.總額範圍諮詢 <input type="checkbox"/> 2.總額協議訂定與分配 <input type="checkbox"/> 3.費率審議 <input type="checkbox"/> 4.費率超過上限，重新協議 <input type="checkbox"/> 5.給付範圍審議 <input type="checkbox"/> 6.以上皆非	健保會運作過程中（請參考相關資訊中圖二，第 22 頁），哪個階段有可能產生時間不夠的問題？（可複選） <input type="checkbox"/> 總額範圍諮詢與擬訂（六個月） <input type="checkbox"/> 總額協議訂定與分配（三個月） <input type="checkbox"/> 費率審議（一個月） <input type="checkbox"/> 費率超過上限，重新協議（一個月） <input type="checkbox"/> 皆無問題
50	未於法定時間內完成的效果	依二代健保法的架構，在兩種情形未能於時間內協商完畢，由主管機關決定。因此刪除此題，分別以兩種狀況詢問。	若健保會未能依法定時間內完成總額協商和費率審議，應以甚麼方式決定較合理？ <input type="checkbox"/> 1.由主管機關定之 <input type="checkbox"/> 2.沿用去年審議結果 <input type="checkbox"/> 3.延會直到做出決定	（刪除）

題號	題目	問題	修改前	修改後
			<input type="checkbox"/> 4.其他_____	
51		由於法條已經明訂由主管機關訂之，故先詢問主管機關訂之的合理程度，若不合理再填寫解決方法。拆成兩題可以讓答案不侷限於三個選項。	<p>依據健保法第 24 條，保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議費率，健保會應於年度開始前一個月完成平衡費率的審議，未於時間內完成，由主管機關逕行報行政院核定公告。請問您認為這樣規定的合理程度為何？</p> <p><input type="checkbox"/> 1.非常同意</p> <p><input type="checkbox"/> 2.同意</p> <p><input type="checkbox"/> 3.有點同意</p> <p><input type="checkbox"/> 4.有點不同意</p> <p><input type="checkbox"/> 5.不同意</p> <p><input type="checkbox"/> 6.非常不同意</p>	<p>依據二代健保法第 24 條，保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議費率，健保會應於年度開始前一個月完成平衡費率的審議，未於時間內完成，由主管機關逕行報行政院核定公告，請問您是否同意由主管機關逕行報行政院核定公告的做法？</p> <p><input type="checkbox"/> 非常同意（請跳答 34 題）</p> <p><input type="checkbox"/> 同意（請跳答 34 題）</p> <p><input type="checkbox"/> 有點同意（請跳答 34 題）</p> <p><input type="checkbox"/> 有點不同意</p> <p><input type="checkbox"/> 不同意</p> <p><input type="checkbox"/> 非常不同意</p> <p>如果您不同意由主管機關逕行報行政院核定公告的做法，應如何解決健保會未於時間內完成平衡收支審議的問題？（請說明）_____</p>
52		由於法條已經明訂由主管機關訂之，故先詢問主管機關訂	依據健保法第 61 條，健保會應於各年度開始前三個月前，協議訂定本	依據健保法第 61 條，健保會應於各年度開始三個月前，協議訂定本保

題號	題目	問題	修改前	修改後
		之的合理程度，若不合理再填寫解決方法。拆成兩題可以讓答案不侷限於三個選項。	<p>保險的醫療給付費用總額範圍和分配方式；若其不能於期限內協議訂定，由主管機關決定。請問您認為這樣規定的合理程度為何？</p> <p><input type="checkbox"/> 1.非常同意</p> <p><input type="checkbox"/> 2.同意</p> <p><input type="checkbox"/> 3.有點同意</p> <p><input type="checkbox"/> 4.有點不同意</p> <p><input type="checkbox"/> 5.不同意</p> <p><input type="checkbox"/> 6.非常不同意</p>	<p>險的醫療給付費用總額範圍和分配方式；若其不能於期限內協議訂定，由主管機關決定，請問您是否同意由主管機關決定的做法？</p> <p><input type="checkbox"/> 非常同意（請跳答 36 題）</p> <p><input type="checkbox"/> 同意（請跳答 36 題）</p> <p><input type="checkbox"/> 有點同意（請跳答 36 題）</p> <p><input type="checkbox"/> 有點不同意</p> <p><input type="checkbox"/> 不同意</p> <p><input type="checkbox"/> 非常不同意</p> <p>如果您不同意由主管機關決定的做法，應如何解決健保會未於時間內完成給付費用總額範圍和分配方式的問題？（請說明）_____</p>
新增	兩會合一或分立能達到更好的收支連動效果	增加兩題評估兩會合一或是分立時，收支連動效果可能更好。	（無）	<p>有人說「現行組織體制下，監理會與費協會之間的互動，本來就能產生收支連動的效果」，請問您是否同意？</p> <p><input type="checkbox"/> 非常同意</p> <p><input type="checkbox"/> 同意</p> <p><input type="checkbox"/> 有點同意</p>

題號	題目	問題	修改前	修改後
				<input type="checkbox"/> 有點不同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 非常不同意 有人說「二代健保實施兩會合一之後，將會產生比兩會分立時期更好的收支連動效果？」 <input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 有點同意 <input type="checkbox"/> 有點不同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 非常不同意
新增	決策影響力	增加監理、費協會與健保局以及未來健保會與健保局的互動關係題目。過去衛生署、監理會、費協會和健保局的互動，未來將改成衛生署、健保會、健保局互動，雖然健保局和健保會都將成為衛生署的幕僚單位，但健保局和健保會	(無)	有人說「兩會合一後，健保會對健保局決策的影響力，會超過現在監理會對健保局的影響」，請問您是否同意？ <input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 有點同意 <input type="checkbox"/> 有點不同意

題號	題目	問題	修改前	修改後
		的關係將密不可分。因此增加詢問未來健保會對健保局的決策影響力與現行兩會對健保局的決策影響力。		<input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 非常不同意 有人說「兩會合一後，健保會對健保局決策的影響力，會超過現在費協會對健保局的影響」，請問您是否同意？ <input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 有點同意 <input type="checkbox"/> 有點不同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 非常不同意
新增	總額範圍諮詢健保會與收支連動的評估	過去健保總額範圍的訂定不需要經過費協會或監理會，但為了未來健保會收支連動的功能更加完善，因此總額範圍訂定將經諮詢健保會。這樣的機制是過去沒有的，讓受測者評估這種機制是否能夠達成收支連動的目的。	(無)	根據二代健保法第 60 條，主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。請問您是否同意這樣的設計能產生收支連動的效果？ <input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 有點同意

題號	題目	問題	修改前	修改後
				<div><input type="checkbox"/>有點不同意</div> <div><input type="checkbox"/>不同意</div> <div><input type="checkbox"/>非常不同意</div> <div><input type="checkbox"/>無法判斷</div>
36-52	第四部分全部	為了使問卷版面更清楚美觀，編碼號碼拿掉		
36-52	第四部分全部	為求統一，將有次序性的選項統一為六分類。		
第四部分				
53	兩會合一是否有助於達成收支連動	第四部分針對合一後的治理評估，但此題應該同時問合一和分立對收支連動有更好的效果，因此將本題移到第三部分。	有人說「兩會合一有助於達成收支連動，減少財務短絀的目標」，請問您是否同意？	（刪除）
59	公平對待	本題欲詢問主管機關是否會公平的對待各方的利害關係代表，但前測問題沒有主詞，題意不清，故稍微修正題目。	有人說「參與健保會的利害關係團體代表不論來自何方，都會受到公平的對待。」，請問您是否同意？	有人說「參與健保會的利害關係團體代表不論來自何方，都會受到衛生主管機關公平的對待」，請問您是否同意？
60	不同待遇	前測有不少受測者反應看不懂題目的意思，故修改題目，使題目更清楚表達健保會不會因個人的職業、社經地位、教育程度等等而有不同的待	有人說「健保會未來在財務上的決策，能夠讓健保的運作不會因民眾的個人背景而有差別待遇。」，請問您是否同意？	有人說「健保會未來在財務上的決策， <u>不會因民眾個人背景（如職業、社經地位、教育程度等）的差異</u> ，而有不同的待遇」，請問您是否同意？

題號	題目	問題	修改前	修改後
		遇。		
61	證據資訊	未使題意更加清楚，增加「進行以鄭聚為基礎的決策」，讓受測者更明白題目。	有人說「健保會未來相關財務決策，都能找出健保財務的關鍵事實資訊作為決策依據。」，請問您是否同意？	有人說「未來健保會相關財務決策，都能找出相關的證據資訊，進行以證據為基礎的決策」，請問您是否同意？
67	公共組織	前測建議拿掉最具代表性的公共組織中的「最」。由於公共組織眾多，未必能一同比較，故詢問健保會是否將會是個具代表性的組織即可。	有人說「健保會未來在我國健保財務決策的過程中，是最具備代表性的公共組織。」，請問您是否同意？	有人說「健保會未來在我國健保財務決策的過程中，是具備代表性的公共組織」，請問您是否同意？
開放性問題				
76	對兩會合一的建議	更改題號，先填寫窒礙難行、再詢問配套措施，最後為其他建議，這樣較符合答題邏輯。	請問您對兩會合一的運作有何建議？	請問您對兩會合一的運作有何建議？
77	未來運作窒礙難行的地方	更改題號	請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？	請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？
78	對兩會合一的期許和看法	此題與 76 題重複，故刪除	請問您對明年兩會合一有無其它期許或看法？	（刪除）
新增	配套措施	增加詢問有無使兩會運作更加順暢的配套措施，以提供行政部門參考。	（無）	若期望明年兩會合一機制運作順暢，請問您認為應有何種配套措施

附錄十四 前測結果

一、基本資料次數分配表

題目	基本資料變項	個數	百分比
1. 性別	男	17	51.5%
	女	13	39.4%
	遺漏值	3	9.1%
2. 年齡	20 歲以下	0	0.0%
	21-29 歲	1	3.0%
	30-39 歲	2	6.1%
	40-49 歲	14	42.4%
	50-59 歲	9	27.3%
	60 歲以上	3	9.1%
	遺漏值	4	12.1%
3. 教育程度	國初中以下	0	0.0%
	高中、高職	1	3.0%
	大學	9	27.3%
	碩士	12	36.4%
	博士（含博士後）	7	21.2%
	遺漏值	4	12.1%
4. 最高學歷專長	經濟財務	6	18.2%
	醫療保健	4	12.1%
	政治或公共行政	0	0.0%
	法律	3	9.1%
	風險管理	0	0.0%
	醫務管理	1	3.0%
	公共衛生	4	12.1%
	社會福利	3	9.1%
	其他	7	21.2%
	遺漏值	5	15.2%
6. 委員會經驗	只有監理會	5	15.2%
	只有費協會	2	6.1%
	兩者皆參加過	9	27.3%
	兩者皆未參加過	13	39.4%

題目	基本資料變項	個數	百分比
9. 身分	遺漏值	4	12.1%
	學者專家	7	21.2%
	社會倡議團體	4	12.1%
	政府行政人員	7	21.2%
	雇主團體	2	6.1%
	勞工團體	4	12.1%
	病友團體	1	3.0%
	醫事服務機構	4	12.1%
	遺漏值	4	12.1%

二、 監理會、費協會現制評估分配表

題目	基本資料變項	個數	百分比
10. 監理會人數是否適當	過多	9	27.3%
	剛好	14	42.4%
	過少	3	9.1%
	遺漏值	7	21.2%
11. 成員代表性問題	專家學者	3	9.1%
	被保險人	11	33.3%
	雇主代表	2	6.1%
	醫事服務機構	4	12.1%
	相關政府機構代表	5	15.2%
	以上皆非	6	18.2%
	其他	2	6.1%
12. 監理會團體選擇由衛生署決定的合理程度	非常合理	0	0.0%
	合理	13	39.4%
	有點合理	3	9.1%
	有點不合理	6	18.2%
	不合理	8	24.2%
	非常不合理	1	3.0%
	遺漏值	2	6.1%
13. 監理會代表選任方式	維持現狀	12	36.4%
	同類自行推選	11	33.3%
	同類票選	5	15.2%

題目	基本資料變項	個數	百分比
	其他	3	9.1%
	遺漏值	2	6.1%
14. 監理會代表應具備的專業背景	經濟財務	28	19.9%
	醫療保健	22	15.6%
	政治或公共行政	8	5.7%
	法律	17	12.1%
	風險管理	14	9.9%
	醫務管理	19	13.5%
	公共衛生	17	12.1%
	社會福利	12	8.5%
	其他	4	2.8%
15. 監理會組成比例合理程度	合理	12	36.4%
	不合理	21	63.6%
16. 監理會哪類委員過多	專家學者	5	14.7%
	被保險人	2	5.9%
	雇主代表	1	2.9%
	醫事服務機構	4	11.8%
	相關政府機構代表	19	55.9%
	以上皆非	3	8.8%
17. 監理會哪類委員過少	專家學者	3	14.3%
	被保險人	9	42.9%
	雇主代表	2	9.5%
	醫事服務機構	4	19.0%
	相關政府機構代表	0	0.0%
	以上皆非	2	9.5%
	其他	1	4.8%
18. 監理會開會時，委員之間的意見能否充分討論與交流	非常同意	1	3.0%
	同意	12	36.4%
	有點同意	5	15.2%
	有點不同意	5	15.2%
	不同意	7	21.2%
	非常不同意	0	0%
	遺漏值	3	9.1%

題目	基本資料變項	個數	百分比
19. 監理會意見無法充分討論與交流的原因	不具代表性	6	10.7%
	未認真議事	6	10.7%
	缺乏健保相關知識	9	16.1%
	缺席率高	7	12.5%
	各類代表本位主義過強	18	32.1%
	以上皆非	5	8.9%
	其他	5	8.9%
20. 衛生署對監理會意見採納程度	全部採納	1	3.0%
	大部分採納	13	39.4%
	大部分未採納	11	33.3%
	從未採納	0	0%
	遺漏值	8	24.2%
21. 衛生署不重視監理會決議的因素	監理會沒有決策實權	18	24.3%
	監理會法定職權不夠明確	9	12.2%
	委員專業知識不足	5	6.8%
	政府代表過多，民間參與不足	8	10.8%
	委員間本位主義過強，難以協調	16	21.6%
	衛生署不夠尊重	7	9.5%
	議事效率太差	5	6.8%
	以上皆非	3	4.1%
	其他	3	4.1%
22. 監理會沒有存在必要	非常同意	0	0%
	同意	3	9.1%
	有點同意	4	12.1%
	有點不同意	5	15.2%
	不同意	17	51.5%
	非常不同意	2	6.1%
	遺漏值	2	6.1%
23. 費協會人數是否適當	過多	9	27.3
	剛好	16	48.5

題目	基本資料變項	個數	百分比
	過少	3	9.1
	遺漏值	5	15.2%
24. 費協會成員代表性問題	專家學者	5	13.2%
	被保險人	10	26.3%
	雇主代表	5	13.2%
	醫事服務機構	6	15.8%
	相關政府機構代表	5	13.2%
	以上皆非	6	15.8%
	其他	1	2.6%
25. 費協會團體選擇由衛生署決定的合理程度	非常合理	0	0%
	合理	14	42.4%
	有點合理	4	12.1%
	有點不合理	7	21.2%
	不合理	6	18.2%
	非常不合理	1	3.0%
	遺漏值	1	3.0%
26. 費協會代表選任方式	維持現狀	8	24.2%
	同類自行推選	14	42.4%
	同類票選	5	15.2%
	其他	5	15.2%
	遺漏值	1	3%
27. 費協會代表應具備的專業背景	經濟財務	29	20.1%
	醫療保健	26	18.1%
	政治或公共行政	5	3.5%
	法律	13	9.0%
	風險管理	10	6.9%
	醫務管理	23	16.0%
	公共衛生	17	11.8%
	社會福利	16	11.1%
	其他	5	3.5%
28. 費協會組成比例合理程度	合理	17	51.5%
	不合理	16	48.5%
29. 費協會哪類委員過多	專家學者	2	9.1%

題目	基本資料變項	個數	百分比
	被保險人	0	0%
	雇主代表	0	0%
	醫事服務機構	5	22.7%
	相關政府機構代表	13	59.1%
	以上皆非	2	9.1%
30. 費協會哪類委員過少	專家學者	4	22.2%
	被保險人	7	38.9%
	雇主代表	2	11.1%
	醫事服務機構	2	11.1%
	相關政府機構代表	1	5.6%
	其上皆非	0	0.0%
	其他	2	11.1%
31. 費協會開會時，委員之間的意見能否充分討論與交流	非常同意	1	3.0%
	同意	13	39.4%
	有點同意	2	6.1%
	有點不同意	9	27.3%
	不同意	5	15.2%
	非常不同意	0	0%
	遺漏值	3	9.1%
32. 意見無法充分討論與交流的原因	不具代表性	6	12.0%
	未認真議事	4	8.0%
	缺乏健保相關知識	6	12.0%
	缺席率高	4	8.0%
	各類代表本位主義過強	22	44.0%
	以上皆非	4	8.0%
	其他	4	8.0%
33. 衛生署對監理會意見採納程度	全部採納	1	3.0%
	大部分採納	24	72.7%
	大部分未採納	2	6.1%
	從未採納	0	0%
	遺漏值	6	18.2%
34. 衛生署不重視監理會決議的因素	監理會沒有決策實權	8	14.0%
	監理會法定職權不夠明	7	12.3%

題目	基本資料變項	個數	百分比
	確		
	委員專業知識不足	2	3.5%
	政府代表過多，民間參與不足	7	12.3%
	委員間本位主義過強，難以協調	17	29.8%
	衛生署不夠尊重	3	5.3%
	議事效率太差	5	8.8%
	以上皆非	8	14.0%
	其他	0	0%
35. 費協會沒有存在必要	非常同意	0	0%
	同意	1	3.0%
	有點同意	0	0%
	有點不同意	8	24.2%
	不同意	18	54.5%
	非常不同意	6	18.2%
	遺漏值	0	0%

三、 兩會合一後健保財務運作狀況次數分配

題目	基本資料變項	個數	百分比
36. 財務控制方式	量入為出	15	45.5%
	量出為入	7	21.2%
	其他	8	24.2%
	遺漏值	3	9.1%
37. 無法收支連動的因素	總額過高	5	7.9%
	費率調整受政治影響	27	42.9%
	收入支出未能相互考慮	27	42.9%
	其他	4	6.3%
38. 財務短絀的因素	總額過高	4	5.1%
	費率未隨之出調整	21	26.6%
	民眾醫療浪費	18	22.8%
	醫事服務提供者醫療浪費	17	21.5%

題目	基本資料變項	個數	百分比
39. 費率調整困難的因素	藥價黑洞	9	11.4%
	健保局控制不當	6	7.6%
	非協商因素	2	2.5%
	其他	2	2.5%
	立法院干預	22	26.5%
	行政機關政務系統的政治考量	26	31.3%
	健保局未解決醫療浪費	20	24.1%
	健保局未處理藥價黑洞	12	14.5%
	其他	3	3.6%
	遺漏值	1	3.0%
40. 兩會合一後，組成架構類似監理會的同意程度	非常同意	2	6.1%
	同意	14	42.4%
	有點同意	6	18.2%
	有點不同意	4	12.1%
	不同意	6	18.2%
	非常不同意	0	0.0%
	遺漏值	1	3.0%
42. 對等協商同意程度	非常同意	3	9.1%
	同意	20	60.6%
	有點同意	4	12.1%
	有點不同意	1	3.0%
	不同意	4	12.1%
	非常不同意	0	0.0%
	遺漏值	1	3.0%
43. 付費者代表應如何選出醫事提供者進行協商	由付費者代表共同決定	11	33.3%
	依據付費者代表比例推選	11	33.3%
	衛生署指派	1	3.0%
	其他	2	6.1%
	遺漏值	8	24.2%
	遺漏值	1	3.0%
44. 兩會合一後，哪類代表應該增加	專家學者	3	9.7%
	被保險人	16	51.6%
	雇主代表	2	6.5%

題目	基本資料變項	個數	百分比
45. 兩會合一後，哪類代表應該減少	醫事服務機構	5	16.1%
	相關政府機構代表	0	0.0%
	以上皆非	5	16.1%
	專家學者	5	13.5%
	被保險人	1	2.7%
	雇主代表	1	2.7%
	醫事服務機構	6	16.2%
46. 尊重程度與過去相較為何	相關政府機構代表	17	45.9%
	以上皆非	7	18.9%
	較過去尊重	10	30.3%
	較過去不尊重	1	3.0%
	與過去沒有差別	8	24.2%
47. 健保局提出費率調整方案給健保會審議之政治可行性	無法判斷	14	42.4%
	非常可行	1	3.0%
	可行	13	39.4%
	有點可行	4	12.1%
	有點不可行	4	12.1%
	不可行	8	24.2%
	非常不可行	0	0.0%
	無法判斷	2	6.1%
48. 根據二代健保法第24條、第60條和第61條對時程的規定，其合理程度為何	遺漏值	1	3.0%
	非常同意	1	3.0%
	同意	20	60.6%
	有點同意	5	15.2%
	有點不同意	3	9.1%
	不同意	1	3.0%
	非常不同意	0	0.0%
	無法判斷	3	9.1%
49. 哪個階段可能有時間不夠的問題	總額範圍諮詢	5	7.1%
	總額協議訂定與分配	18	25.7%
	費率審議	13	18.6%
	費率超過上限，重新協議	16	22.9%
	議		

題目	基本資料變項	個數	百分比
	給付範圍審議	16	22.9%
	以上皆非	2	2.9%
50. 健保會未於時間內完成應以甚麼方式合理	由主管機關定之	11	33.3%
	沿用去年審議結果	8	24.2%
	延會直到做出決定	6	18.2%
	其他	2	6.1%
	遺漏值	6	18.2%
51. 健保會應於年度開始前一個月完成平衡費率的審議，未於時間內完成，由主管機關逕行報行政院核定公告的合理程度	非常同意	3	9.1%
	同意	8	24.2%
	有點同意	5	15.2%
	有點不同意	3	9.1%
	不同意	5	15.2%
	非常不同意	2	6.1%
	遺漏值	7	21.2%
52. 健保會應於各年度開始前三個月，協議訂定醫療給付費用總額範圍和分配方式；若其不能於期限內協議訂定，由主管機關決定的合理程度	非常同意	3	9.1%
	同意	10	30.3%
	有點同意	5	15.2%
	有點不同意	4	12.1%
	不同意	3	9.1%
	非常不同意	2	6.1%
	遺漏值	6	18.2%

四、 兩會合一後健保會治理評估次數分配

題目	基本資料變項	個數	百分比
53. 兩會合一有助減少財務短絀	非常不同意	0	0%
	不同意	7	21.2%
	有點不同意	3	9.1%
	有點同意	11	33.3%
	同意	12	36.4%
	非常同意	0	0%
54. 兩會合一有助於公民參與	非常不同意	1	3.0%
	不同意	4	12.1%
	有點不同意	9	27.3%

題目	基本資料變項	個數	百分比
55. 兩會合一有助於權責相符	有點同意	7	21.2%
	同意	12	36.4%
	非常同意	0	0%
	非常不同意	0	0%
	不同意	4	12.1%
	有點不同意	4	12.1%
	有點同意	13	39.4%
	同意	10	30.3%
	非常同意	2	6.1%
	非常不同意	1	3.0%
56. 兩會合一有助於協商效率	不同意	7	21.2%
	有點不同意	8	24.2%
	有點同意	11	33.3%
	同意	6	18.25
	非常同意	0	0%
	非常不同意	3	9.1%
57. 兩會合一有助於保障弱勢	不同意	9	27.3%
	有點不同意	11	33.3%
	有點同意	4	12.1%
	同意	6	18.2%
	非常同意	0	0%
	非常不同意	2	6.1%
58. 健保會利害關係團體的分配能展現社會不同意見	不同意	11	33.3%
	有點不同意	8	24.2%
	有點同意	4	12.1%
	同意	8	24.2%
	非常同意	0	0%
	非常不同意	1	3.0%
59. 健保會利害關係團體都能受公平對待	不同意	5	15.2%
	有點不同意	8	24.2%
	有點同意	10	30.3%
	同意	9	27.3%
	非常同意	0	0%
	非常不同意	0	0%

題目	基本資料變項	個數	百分比
60. 健保會財務上決策不會因民眾個人背景而有差別對待	非常不同意	0	0%
	不同意	10	30.3%
	有點不同意	6	18.2%
	有點同意	7	21.2%
	同意	9	27.3%
	非常同意	0	0%
	遺漏值	1	3.0%
61. 健保會未來相關財務決策，都能找出健保財務的關鍵事時資訊作為決策依據	非常不同意	1	3.0%
	不同意	9	27.3%
	有點不同意	8	24.2%
	有點同意	8	24.2%
	同意	6	18.2%
	非常同意	0	0%
	無法判斷	1	3.0%
62. 健保會未來能激盪新想法，解決財務問題	非常不同意	0	0%
	不同意	6	18.2%
	有點不同意	10	30.3%
	有點同意	14	42.4%
	同意	2	6.1%
	非常同意	0	0%
	無法判斷	1	3.0%
63. 健保會的財務決定，對主管機關決策有決定性影響	非常不同意	1	3.0%
	不同意	3	9.1%
	有點不同意	8	24.2%
	有點同意	11	33.3%
	同意	8	24.2%
	非常同意	1	3.0%
	無法判斷	1	3.0%
64. 健保會未來在買賣協商，能在預定時間內完成	非常不同意	0	0%
	不同意	5	15.2%
	有點不同意	10	30.3%
	有點同意	15	45.5%
	同意	2	6.1%

題目	基本資料變項	個數	百分比
65. 未來主管機關會提供足夠資源，維繫健保會品質	非常同意	0	0%
	無法判斷	1	3.0%
	非常不同意	3	9.1%
	不同意	4	12.1%
	有點不同意	7	21.2%
	有點同意	9	27.3%
	同意	7	21.2%
	非常同意	0	0%
	無法判斷	1	3.0%
	遺漏值	2	6.1%
	非常不同意	1	3.0%
	不同意	5	15.2%
	有點不同意	11	33.3%
	有點同意	8	24.2%
	同意	7	21.2%
66. 健保會未來處理財務問題，會依據前後一致的決策標準，回應民眾需求	非常同意	0	0%
	無法判斷	1	3.0%
	非常不同意	0	0%
	不同意	5	15.2%
	有點不同意	9	27.3%
	有點同意	10	30.3%
	同意	4	12.1%
	非常同意	4	12.1%
67. 健保會未來在我國健保決策過程，是最具備代表性的公共組織	遺漏值	1	3.0%
	非常不同意	1	3.0%
	不同意	5	15.2%
	有點不同意	9	27.3%
	有點同意	10	30.3%
	同意	4	12.1%
	非常同意	4	12.1%
	遺漏值	1	3.0%
68. 健保會的代表在相關專業，足以勝任他們的工作	非常不同意	1	3.0%
	不同意	5	15.2%
	有點不同意	10	30.3%
	有點同意	11	33.3%
	同意	4	12.1%
	非常同意	0	0%
	無法判斷	1	3.0%
	遺漏值	1	3.0%
69. 健保會買賣雙方能建立	非常不同意	2	6.1%

題目	基本資料變項	個數	百分比
共同解決財務問題的共識，而不只是保護自身利益	不同意	9	27.3%
	有點不同意	10	30.3%
	有點同意	9	27.3%
	同意	3	9.1%
	非常同意	0	0%
70. 未來主管相關政策部門，具有充分意願與健保會合作	非常不同意	2	6.1%
	不同意	5	15.2%
	有點不同意	6	18.2%
	有點同意	9	27.3%
	同意	9	27.3%
	非常同意	1	3.0%
	無法判斷	1	3.0%
71. 未來健保會會將收支連動當作最主要的任務	非常不同意	0	0%
	不同意	2	6.1
	有點不同意	8	24.2
	有點同意	14	42.4
	同意	8	24.2
	非常同意	1	3.0
72. 未來主管機關的首長對於健保會的決定，會展現出政策領導的角色，進行相關介入與引導	非常不同意	0	0%
	不同意	5	15.2%
	有點不同意	9	27.3%
	有點同意	10	30.3%
	同意	8	24.2%
	非常同意	0	0%
73. 健保會的代表都願意花時間學習相關健保財務專業知識	非常不同意	1	3.0%
	不同意	5	15.2%
	有點不同意	5	15.2%
	有點同意	15	45.5%
	同意	5	15.2%
	非常同意	2	6.1%
74. 健保會的代表在健保財務決策時，會以專業證據為主要考量，而不是從黨	非常不同意	1	3.0
	不同意	2	6.1
	有點不同意	16	48.5

題目	基本資料變項	個數	百分比
派政治角度出發	有點同意	5	15.2
	同意	7	21.2
	非常同意	1	3.0
	遺漏值	1	3.0%
75. 健保會的行政人員能適 時提供充分的專業幕僚 資訊	非常不同意	0	0%
	不同意	4	12.1%
	有點不同意	4	12.1%
	有點同意	15	45.5%
	同意	10	30.3%
	非常同意	0	0%

附錄十五 正式問卷次數分配表

題目	基本資料變項	個數	百分比
1. 性別	男	93	64.6%
	女	49	34.0%
	遺漏值	2	1.4%
2. 年齡	21-29 歲	4	2.8%
	30-39 歲	7	4.9%
	40-49 歲	40	27.8%
	50-59 歲	59	41.0%
	60 歲以上	27	18.8%
	遺漏值	7	4.9%
3. 教育程度	高中（職）	4	2.8%
	專科	4	2.8%
	大學	41	28.5%
	碩士	49	34.0%
	博士（含博士後）	44	30.6%
	遺漏值	2	1.4%
4. 最高學歷專長	經濟財務	23	16.0%
	醫療保健	34	23.6%
	政治或公共行政	10	6.9%
	法律	3	2.1%
	風險管理	1	0.7%
	醫務管理	17	11.8%
	公共衛生	12	8.3%
	社會福利	12	8.3%
	勞工事務	2	1.4%
	其他	11	7.6%
	遺漏值	19	13.2%
6. 委員會經驗	只有監理會	14	9.7%
	只有費協會	21	14.6%
	兩者皆參加過	12	8.3%
	兩者皆未參加過	95	66.0%
	遺漏值	2	1.4%
7. 身分 （可複選）	專家學者	39	25.7%
	社會倡議團體	9	5.9%

題目	基本資料變項	個數	百分比
	政府行政人員	37	24.3%
	雇主團體	7	4.6%
	勞工團體	9	5.9%
	醫事服務機構	44	28.9%
	其他	7	4.6%

題目	基本資料變項	個數	百分比	個數	百分比
		監理會		費協會	
8. 人數是否適當	過多	47	32.6%	39	27.1%
	剛好	72	50.0%	79	54.9%
	過少	14	9.7%	15	10.4%
	遺漏值	11	7.6%	11	7.6%
9. 成員比例過高問題 (可複選)	專家學者	21	10.7%	6	3.3%
	被保險人	25	12.8%	21	11.6%
	雇主代表	21	10.7%	16	8.8%
	醫事服務機構	18	9.2%	33	18.2%
	相關政府機構代表	81	41.3%	81	44.8%
	無比例過高問題	30	15.3%	24	13.3%
10. 成員比例過低問題 (可複選)	專家學者	10	6.9%	56	37.8%
	被保險人	27	18.6%	18	12.2%
	雇主代表	9	6.2%	4	2.7%
	醫事服務機構	36	24.8%	33	22.3%
	相關政府機構代表	7	4.8%	5	3.4%
	無比例過低問題	56	38.6%	32	21.6%
11. 哪類委員有代表性問題 (可複選)	專家學者	19	10.3%	25	13.7%
	被保險人	39	21.2%	40	22.0%
	雇主代表	25	13.6%	22	12.1%
	醫事服務機構	25	13.6%	29	15.9%
	相關政府機構代表	23	12.5%	21	11.5%
	其他	6	3.3%	8	4.4%
	無代表性問題	47	25.5%	37	20.3%
12. 目前參與團體 由衛生署統籌 決定的合理程	非常合理	3	2.1%	3	2.1%
	合理	40	27.8%	42	29.2%
	有點合理	15	10.4%	14	9.7%

題目	基本資料變項	個數	百分比	個數	百分比
		監理會		費協會	
13. 代表選任應以何種方式	度				
	有點不合理	36	25.0%	34	23.6%
	不合理	19	13.2%	19	13.2%
	非常不合理	6	4.2%	7	4.9%
	遺漏值	25	17.4%	25	17.4%
	同類團體自行推派	22	15.3%	22	15.3%
	透過選舉制度，同類團體票選	15	10.4%	16	11.1%
	同類團體提出建議名單，由衛生署決定	16	11.1%	15	10.4%
	其他	5	3.5%	5	3.5%
	跳題	50	34.7%	51	35.4%
14. 開會無法充分討論各方意見的可能原因為何（可複選）	遺漏值	36	25.0%	35	24.3%
	代表未得到充分授權	33	10.8%	34	10.9%
	未認真議事	27	8.8%	27	8.7%
	缺乏健保相關知識	62	20.3%	57	18.3%
	缺席率高	17	5.6%	18	5.8%
	各類代表本位主義過強	113	36.9%	117	37.6%
	討論時間不足	20	6.5%	24	7.7%
	議程設定不當	22	7.2%	22	7.1%
	其他	6	2.0%	12	3.9%
	無此問題	6	2.0%	0	0.0%
15. 兩會在衛生署轄下，決策功能充分發揮的同意程度	非常同意	1	0.7%	3	2.1%
	同意	37	25.7%	37	25.7%
	有點同意	18	12.5%	16	11.1%
	有點不同意	46	31.9%	42	29.2%
	不同意	18	12.5%	18	12.5%
	非常不同意	5	3.5%	5	3.5%
	遺漏值	19	13.2%	23	15.9%
16. 在衛生署轄下無法充分發揮的原因為何（可複選）	沒有決策實權	42	23.7%	32	17.2%
	法定職權不夠明確	22	12.4%	17	9.1%
	委員專業知識不足	22	12.4%	27	14.5%
	政府代表過多，民間參與不足	27	15.3%	29	15.6%

題目	基本資料變項	個數	百分比	個數	百分比
		監理會		費協會	
	委員監本位主義過強，難以協調	38	21.5%	52	28.0%
	衛生署不夠尊重	15	8.5%	11	5.9%
	議事效率差	8	4.5%	13	7.0%
	其他	3	1.7%	5	2.7%

題目	基本資料變項	個數	百分比
17. 費率調整不易的因素 (可複選)	立法院的介入	89	24.1%
	行政機關政務系統的決策考量	73	19.7%
	健保局未解決醫療浪費	60	16.2%
	健保局未處理藥價黑洞	34	9.2%
	民眾未充分了解費率調整的必要性	98	26.5%
	其他	16	4.3%
18. 健保財務短絀的因素 (可複選)	總額預算超過保費收入	53	10.9%
	兩會分立，使得收支不連動	50	10.3%
	民眾醫療浪費	87	17.9%
	醫事服務提供者膨脹需求	63	12.9%
	健保局管控不當	32	6.6%
	藥價差額	21	4.3%
	費率調整受政治影響	97	19.9%
	非協商因素的影響	63	12.9%
	其他	21	4.3%
19. 健保財務控制方式 (可複選)	先計算收入，再考慮支出	30	20.8%
	先計算支出，再調整收入	23	16.0%
	前述兩者兼用	83	57.6%
	其他	8	5.6%
21. 「現行組織體制下，監理會與費協會之間的互動，本來就能產生收支連動的效果」的同意程度	非常同意	2	1.4%
	同意	23	16.0%
	有點同意	26	18.1%
	有點不同意	34	23.6%
	不同意	40	27.8%

題目	基本資料變項	個數	百分比
22. 「二代健保實施兩會合一後，將會產生比兩會分立時期更好的收支連動效果」的同意程度	非常不同意	17	11.8%
	遺漏值	2	1.4%
	非常同意	3	2.1%
	同意	58	40.3%
	有點同意	57	39.6%
	有點不同意	13	9.0%
	不同意	9	6.3%
	非常不同意	3	2.1%
	遺漏值	1	0.7%
23. 「兩會合一後，衛生署對健保會決策的尊重，會超越目前對監理會的尊重」的同意程度	非常同意	1	0.7%
	同意	52	36.1%
	有點同意	43	29.9%
	有點不同意	24	16.7%
	不同意	20	13.9%
	非常不同意	1	0.7%
	遺漏值	3	2.1%
24. 「兩會合一後，衛生署對健保會決策的尊重，會超越目前對費協會的尊重」的同意程度	非常同意	1	0.7%
	同意	48	33.3%
	有點同意	44	30.6%
	有點不同意	24	16.7%
	不同意	23	16.0%
	非常不同意	2	1.4%
	遺漏值	2	1.4%
25. 「兩會合一後，健保會對健保局決策的影響力，會超過現在監理會對健保局的影響」的同意程度	非常同意	3	2.1%
	同意	61	42.4%
	有點同意	42	29.2%
	有點不同意	19	13.2%
	不同意	16	11.1%
	非常不同意	1	0.7%
	遺漏值	2	1.4%
26. 「兩會合一後，健保會對健保局決策的影響力，會超過現在費協會對健保局的影響」的同意程度	非常同意	2	1.4%
	同意	59	41.0%
	有點同意	44	30.6%
	有點不同意	17	11.8%
	不同意	19	13.2%
	非常不同意	1	0.7%
	遺漏值	2	1.4%

題目	基本資料變項	個數	百分比
27. 根據二代健保法第5條規定，總額協定應透過對等協商進行。目前草案付費者代表17人中，應如何選出9人與醫事服務提供者9人對等協商（可複選）	由付費者代表互推決定	35	25.7%
	付費者代表抽籤決定	9	6.6%
	衛生署指派	11	8.1%
	依據付費者各類團體委員人數比例推選	81	59.6%
	其他	0	0.0%
28. 「主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定」的同意程度	非常同意	0	0.0%
	同意	56	38.9%
	有點同意	42	29.2%
	有點不同意	18	12.5%
	不同意	12	8.3%
	非常不同意	3	2.1%
	無法判斷	10	6.9%
	遺漏值	3	2.1%
29. 「總額協商完成後，健保局認為收入不足，可以提出調整費率方案送健保會審議」的同意程度	非常同意	7	4.9%
	同意	60	41.7%
	有點同意	37	25.7%
	有點不同意	16	11.1%
	不同意	11	7.6%
	非常不同意	8	5.6%
	無法判斷	2	1.4%
	遺漏值	3	2.1%
30. 是否同意「根據二代健保法第24條、第60條和第61條，上半年為總額擬訂，後半年則包含總額協議和費率審議，這樣的順序安排」	非常同意	1	0.7%
	同意	85	59.0%
	有點同意	43	29.9%
	有點不同意	6	4.2%
	不同意	7	4.9%
	非常不同意	0	0.0%
	遺漏值	2	1.4%
31. 哪個階段可能有時間不夠的問題（可複選）	總額範圍諮詢與擬訂	13	6.8%
	總額協議訂定與分配	35	18.2%
	費率審議	65	33.9%
	費率超過上限，重新協議	79	41.1%
	皆無問題	0	0.0%
32. 健保會應於各年度開始前一個月，完成平衡費率審議；若不能於期限內協	非常同意	8	5.6%
	同意	59	41.0%
	有點同意	32	22.2%

題目	基本資料變項	個數	百分比
議訂定，由主管機關決定的同意程度	有點不同意	20	13.9%
	不同意	15	10.4%
	非常不同意	6	4.2%
	遺漏值	4	2.8%
34. 健保會應於各年度開始三個月前，協議訂定本保險的醫療給付費用總額範圍和分配方式；若不能於期限內協議訂定，由主管機關決定的同意程度	非常同意	8	5.6%
	同意	58	40.3%
	有點同意	33	22.9%
	有點不同意	16	11.1%
	不同意	16	11.1%
	非常不同意	6	4.2%
	遺漏值	7	4.9%

題目	基本資料變項	個數	百分比
36. 兩會合一有助於公民參與	非常不同意	4	2.8%
	不同意	14	9.7%
	有點不同意	20	13.9%
	有點同意	50	34.7%
	同意	46	31.9%
	非常同意	3	2.1%
	遺漏值	7	4.9%
37. 兩會合一有助於權責相符	非常不同意	4	2.8%
	不同意	10	6.9%
	有點不同意	14	9.7%
	有點同意	51	35.4%
	同意	58	40.3%
	非常同意	1	0.7%
	遺漏值	6	4.2%
38. 兩會合一有助於協商效率	非常不同意	3	2.1%
	不同意	14	9.7%
	有點不同意	25	17.4%
	有點同意	49	34.0%
	同意	46	31.9%
	非常同意	1	0.7%
	遺漏值	6	4.2%
39. 兩會合一有助於保障弱勢	非常不同意	3	2.1%
	不同意	25	17.4%
	有點不同意	44	30.6%

題目	基本資料變項	個數	百分比
40. 健保會利害關係團體的分配能展現社會不同意見	有點同意	42	29.2%
	同意	23	16.0%
	非常同意	0	0.0%
	遺漏值	7	4.9%
	非常不同意	5	3.5%
	不同意	23	16.0%
	有點不同意	39	27.1%
	有點同意	46	31.9%
41. 健保會利害關係團體都能受公平對待	同意	25	17.4%
	非常同意	0	0.0%
	遺漏值	6	4.2%
	非常不同意	2	1.4%
	不同意	14	9.7%
	有點不同意	35	24.3%
	有點同意	38	26.4%
	同意	47	32.6%
42. 健保會財務上決策不會因民眾個人背景而有差別對待	非常同意	2	1.4%
	遺漏值	6	4.2%
	非常不同意	4	2.8%
	不同意	22	15.3%
	有點不同意	26	18.1%
	有點同意	35	24.3%
	同意	45	31.3%
	非常同意	3	2.1%
43. 健保會未來相關財務決策，都能找出健保財務的關鍵事時資訊作為決策依據	遺漏值	9	6.3%
	非常不同意	5	3.5%
	不同意	22	15.3%
	有點不同意	41	28.5%
	有點同意	44	30.6%
	同意	25	17.4%
	非常同意	2	1.4%
	遺漏值	5	3.5%
44. 健保會未來能激盪新想法，解決財務問題	非常不同意	3	2.1%
	不同意	20	13.9%
	有點不同意	31	21.5%
	有點同意	51	35.4%
	同意	32	22.2%

題目	基本資料變項	個數	百分比
45. 健保會的財務決定，對主管機關決策有決定性影響	非常同意	2	1.4%
	遺漏值	5	3.5%
	非常不同意	1	0.7%
	不同意	11	7.6%
	有點不同意	26	18.1%
	有點同意	55	38.2%
	同意	45	31.3%
	非常同意	1	0.7%
46. 健保會未來在買賣協商，能在預定時間內完成	遺漏值	5	3.5%
	非常不同意	2	1.4%
	不同意	19	13.2%
	有點不同意	43	29.9%
	有點同意	51	35.4%
	同意	21	14.6%
	非常同意	2	1.4%
	遺漏值	6	4.2%
47. 未來主管機關會提供足夠資源，維繫健保會品質	非常不同意	3	2.1%
	不同意	22	15.3%
	有點不同意	39	27.1%
	有點同意	46	31.9%
	同意	28	19.4%
	非常同意	1	0.7%
	遺漏值	5	3.5%
48. 健保會未來處理財務問題，會依據前後一致的決策標準，回應民眾需求	非常不同意	1	0.7%
	不同意	17	11.8%
	有點不同意	44	30.6%
	有點同意	52	36.1%
	同意	24	16.7%
	非常同意	0	0.0%
	遺漏值	6	4.2%
49. 健保會未來在我國健保決策過程，是最具備代表性的公共組織	非常不同意	1	0.7%
	不同意	11	7.6%
	有點不同意	25	17.4%
	有點同意	64	44.4%
	同意	37	25.7%
	非常同意	0	0.0%
	遺漏值	6	4.2%

題目	基本資料變項	個數	百分比
50. 健保會的代表在相關專業，足以勝任他們的工作	非常不同意	7	4.9%
	不同意	17	11.8%
	有點不同意	39	27.1%
	有點同意	63	43.8%
	同意	13	9.0%
	非常同意	0	0.0%
	遺漏值	5	3.5%
51. 健保會買賣雙方能建立共同解決財務問題的共識，而不只是保護自身利益	非常不同意	8	5.6%
	不同意	26	18.1%
	有點不同意	46	31.9%
	有點同意	44	30.6%
	同意	16	11.1%
	非常同意	0	0.0%
	遺漏值	4	2.8%
52. 未來主管相關政策部門，具有充分意願與健保會合作	非常不同意	2	1.4%
	不同意	10	6.9%
	有點不同意	27	18.8%
	有點同意	64	44.4%
	同意	37	25.7%
	非常同意	0	0.0%
	遺漏值	4	2.8%
53. 未來健保會會將收支連動當作最主要的任務	非常不同意	0	0.0%
	不同意	12	8.3%
	有點不同意	20	13.9%
	有點同意	55	38.2%
	同意	49	34.0%
	非常同意	5	3.5%
	遺漏值	3	2.1%
54. 未來主管機關的首長對於健保會的決定，會展現出政策領導的角色，進行相關介入與引導	非常不同意	4	2.8%
	不同意	11	7.6%
	有點不同意	37	25.7%
	有點同意	65	45.1%
	同意	21	14.6%
	非常同意	1	0.7%
	遺漏值	5	3.5%
55. 健保會的代表都願意花時間學習相關健保財務	非常不同意	3	2.1%
	不同意	20	13.9%

題目	基本資料變項	個數	百分比
專業知識	有點不同意	38	26.4%
	有點同意	48	33.3%
	同意	28	19.4%
	非常同意	4	2.8%
	遺漏值	3	2.1%
56. 健保會的代表在健保財務決策時，會以專業證據為主要考量，而不是從黨派政治角度出發	非常不同意	7	4.9%
	不同意	23	16.0%
	有點不同意	41	28.5%
	有點同意	42	29.2%
	同意	26	18.1%
	非常同意	1	0.7%
	遺漏值	4	2.8%
57. 健保會的行政人員能適時提供充分的專業幕僚資訊	非常不同意	3	2.1%
	不同意	4	2.8%
	有點不同意	23	16.0%
	有點同意	64	44.4%
	同意	41	28.5%
	非常同意	5	3.5%
	遺漏值	4	2.8%

附錄十六 問卷其他意見

請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？	若期望明年兩會合一機制運作順暢，請問您認為應有何種配套措施？	請問您對兩會合一的運作有何建議？
1.委員會的責任太多，實務上很多非委員會短期可全盤了解，故要求委員作最後決策，確實不容易。2.部分委員的本位主義重（指目前部分委員），如未來委員仍如此，則此會之運作恐難順利。	1.每年要討論之議題應事先排定開會討論時程。2.事先提供委員充分資訊，而非臨時提供，委員無法消化。3.幕僚人員應充分讓委員了解所要套論之議案重點，尤其是非該委員之專長項目。	各議案討論，幕僚人員應充分了解，並讓委員了解，其內部亦應先模擬可能之結果，可隨時應變，利會議時間可順利掌控，完成討論。
費率調整仍受各界矚目，健保會是否具對社會大眾說明的能力，亟待注意。另其決議將受政治干預及主管機關之介入，且受民意反應的影響，恐拖延決定之時期，影響財無收支。	被保險人應有專業幕僚協助蒐集資料、整理資料及提出建議方案，才有健保會議事效果，對總額之分配具管控效果，另衛生署在作決策時，應參酌被保險人之多數意見，免支出面過於浮濫。	對於協商時，付費者代表必須有效組織，並訂定遊戲規則，使協商效率提升，對總額分配，進行有效管控，此部分可參酌 101 年協定、102 年總額協定，付費者之組織模式，及評估其成果併予參酌。
政治色彩的干預，代表難免有政黨背景一切壹線為先，尤其支持國家反對黨的代表為烈，有了政黨，可以犧牲所有其他非我黨類的利益。	有開除代表的制度	但要投票表決，就要請求人數對等，因此醫界 9 人、（雇主+被保險人 9 人）、（專家學者及政府代表）9 人，是比較可接受的。
健保會似乎仍只是“諮詢機構”，沒有決策權（不像 NCC）。所作決議仍需衛生署核定。而且無法達成協議時，仍須報署核定，因此	為了避免凡事兩案報署，未來運作可以考慮適度運作“投票表決”，而非事事都要有絕對共識。	委員出席應踴躍，並使委員確實瞭解業務之運作後再開會。

請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？	若期望明年兩會合一機制運作順暢，請問您認為應有何種配套措施？	請問您對兩會合一的運作有何建議？
買賣雙方很可能堅持己見，最後均兩案報署。		
委員專業知識是否足夠及實務運作經驗是否充足是影響運作及議事效率之重要因素。	行政人員應擔任各界委員代表間溝通聯繫之重要角色。	公布不適任之代表，或代表團體更換。
匯率調整，將會是最大窒礙的地方。	政府編列預算，補貼健保總額。	建立提案/處理規範，避免逾越角色。
須討論運作共識、會務準則，以利委員了解運作規則。	須建立議事規則。	代表的產生應先擬定規則與運作（權責相符之代表）（分工專業）
很難脫離政治因素（兩大老惡鬥）及媒體報憂不報喜之習性，影響輿論。	增設民間團體負責學習考核之責（公醫團體）	應考量偏遠弱勢族群的就醫權益，另建議就醫頻率過高，有逛醫院之民眾的追蹤諮詢，對保費繳不起之民眾，能有企業的認養模式，遂予以優良企業楷模的表揚，以引發企業的跟隨，在醫院，衛教應加強健康促進，而非一昧的末端醫療介入，以加強三段五級的前段預防，健康促進為主來推動，從根本落實民眾，節省健保資源，讓健保能永續經營。
委員對健保了解不足，就任前需同意受訓數天。	職前訓練，加強對健保的正確認知。	二段式決策模式，費用協商與費率審議，先推派數位委員並邀專家共同研擬方案，再由全體委員議決，否則過於專業，將流於口水式或喊價式的結果。

請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？	若期望明年兩會合一機制運作順暢，請問您認為應有何種配套措施？	請問您對兩會合一的運作有何建議？
應行政超然，具有公權利，財務（源）獨立的機構，或位階應高於衛生署。	主委由署長提名，委員過半數通過，以免署長獨斷及互選的買票弊端。	公眾利益與本位主義的權衡。
屬常設性任務編組，較難發揮獨立議事功能。	委員任期制，課責性（accountability），國際經驗交流。	1.協商代表雙方都應該各自再增加專業素養，進行事業協商，專家與學者角色要能發揮專業角色。2.應就協商專案討論必要性，而非事先密室協商訂定上限。
不同利害關係人協商的非劣解。	增聘健保會專業幕僚，協助委員蒐集必要資訊。	代表的比例及林選機制應透明且真正具有代表性。
保險醫事服務提供者 代表醫院協會 3 人，醫師公會 2 人，人數太多，常罷占發言，專業傲慢不易協商，宜減為醫院協會及醫師公會各 1 人，增加專家學者及公正人士名額。	自行依權責規劃。	醫界代表應秉良知，將 RBRVS 的精神落實在各科醫療給付中（如皮膚科可酌減，ENT 不應另給 level R 之費用等）。
1.協商代表專業共識不足。2.政府單位應負起主導角色，而非放任付費者代表與醫界代表自行用菜市场喊價的方式協商。	公部門行政資源的配合。	應設法避免以小觀大，意見壟斷，應就各方意見充分尊重，而非僅以付費者為主。
1.為求平衡，合理的自費項目應合法化。2.不能讓民眾覺得什麼都得免費。3.民眾滿意度高不是評量健保堆動機制的重要指標。	署長選擇代表之魄力（真正具有專業）。	對健保給付的各項點值須參考國際各國，另訂新標準，台灣健保太壓榨醫界了。
有!!主觀意識凌駕專業建議，不一定會客觀的考量全民實際的需求，防弊大於興利，醫	收支平衡一定要落實，不能把健保當弱勢者的福利，也不能一直加入給付項目（不能包	應建立對等協商機制，雙方代表人數與代表性應予足夠才能運作。

請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？	若期望明年兩會合一機制運作順暢，請問您認為應有何種配套措施？	請問您對兩會合一的運作有何建議？
療政策空轉。	山包海）。	
走著瞧，目前無法想像（委員要強）	將政治干預的機會予以杜絕（個人認為不可能）。	加強預防醫學人員之比例，專業人員（提供醫療服務者）須佔一半，才能讓有限健保資源作深度有效之管理！
多年來消費與被消費者之間已產生不信任感，故由多數暴力下造成健保財政不良，必須推翻總額制，在是正本之道，其他合理門診量等不合理的制度也應全盤檢討之。	重訂強化健保概念，教育訓練，減少御用學者。	必須要附帶專業行政人員（秘書工作）
健保兩會合一，須加重專業自主，與預防醫學之比例加重！	給參與者相關概念與開會的訓練（成立理念）	1.減少政治力干預。2.雇主代表應更中立，避開醫事服務相關之團體或人員。
應該不至於	廢除總額制，差價由行政院預備金貼補，保證一點一元，就可萬事太平，故被消費者應有保持最弱不接健保的權利，也就是不能收支平衡就退出健保，全民自費看病直到健保會達到協議。	政治不同不要太鄉愿
讓各界了解健保會之組成與運作方式，確保可順利運作	兩會合一僅會讓問題更多，效率會低落而已！	必要時，多協商、多討論，確實達成群體決策之共識
尚未實施，無法評論	1.資訊公開。2.要以實證為基礎，支持符合成效之方案，不符成效方案應有退場機制。	明定權責範圍

請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？	若期望明年兩會合一機制運作順暢，請問您認為應有何種配套措施？	請問您對兩會合一的運作有何建議？
若景氣不好，總額仍需成長，但費率無法連動成長時，將造成財務不平衡。	發生問題再處理	1.所有委員應先接受基本訓練，具備足夠知識，方有助於議事效率。2.委員的出席與發言狀況應加紀錄、評比，作為未來是否續聘的參考。
有責無權！	各類人員先行告知，及早運作，以確保各類人員推出之代表確有“代表性”與充分被授權	兩會合一是必然的，但若無最後的決策權，只是諮詢單位，不如直接廢除，少了一個環節，說不定效率更好！
可能難免有本位主義，各說各話。在此情況下，如主管機關或會議主持人過於圓融，兩會合一的理想運作目標勢必會打折扣。	未有具體措施，無法評論	應尊重各專業團體，而非以單一角度來討論事務
健保改革處處是僵局（行政院/DOH 不敢 Lead，NHR1 不能決，依健保法，許多決定都需協商，協商常常無果，若有結果也是 maequal chanpew 平均主義，還是僵局）僵局必須打破，否則所有人的努力都白費。重大問題不能斷，只能在枝枝節節上小介入，全民健保之未來是堪憂的。	1.各團體代表應可連任一次。2.進行事前講習。	要有經驗的委員謀合比較快。

請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？	若期望明年兩會合一機制運作順暢，請問您認為應有何種配套措施？	請問您對兩會合一的運作有何建議？
如果無實權當然也不會有實責，“主管機關”的層次如果太低根本無法反應出健保問題的國家安全層次重要性。主委或專家委員們的專業性及適任性皆應要能受公評（類似 NCC 那樣），否則又是淪為橡皮圖章而已。	1.議事規則需完備並充分遵守。2.議事資訊要充分透明。	1.兩會行政人員對健保收支之實務應掌握更確實數據及實際操作，以提供健保會委員參考。2.費用之協定不能有太多的選舉考量，否則會造成健保財務的扭曲。3.總額上下限及實際核定數不宜有太大的差距，以 102 年為例，總額上下限在 2.994%~6%之間，若實際核得低，好像給了一個看的到，吃不到的餅；核得高，，事實上政府又負擔不起，民眾也一樣，適當的保費費率及醫療費用率，需要更多的實務操作數據及論述及說帖支撐。
代表背後利益團體是否透明	1.修法將健保會改為最高決策機關。2.若上述無法達成，仍受制於行政機關或立法機關，建議直接廢除，讓行政機關或立法機關決定。	各類委員之任期不宜超過兩任
財務不確定因素補充保費沒有徵收的經驗合一後，前段時間要有適應期健保會與健保局權能劃分要有磨合期。	主管機關或行政院（決策機關）應先充分掌握健保的財務資訊，也應掌握政府資源分配。在此前提下，應尊重專業，提供清楚的決策方向，避免健保會再陷於毫無方向的各說各話情形。此外，會議主持要能當機立斷地處理每一事件，不宜過於圓融。	兩會合一的運作須為有經驗且認真的委員優先考慮。

請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？	若期望明年兩會合一機制運作順暢，請問您認為應有何種配套措施？	請問您對兩會合一的運作有何建議？
1.收支連動立意很好，但收要隨支連動較不可能，只能（樽節支出），支隨收連動。2.健保發展至今，要求其為社會保險應本自給自足營運已不可能，尤其財務面目前（101、7月以後）將被保險人、雇主各負擔一部分外，餘均由中央政府負擔，已由社會保險逐漸走向社會福利，對政府財務之衝擊，無法也不敢想像。	DOHW NHIR 還是要準備，如果該會 failure，要怎麼辦	資訊公開透明，所有代表發言皆須紀錄，議程須先於開會前公布！讓民眾報名旁聽。
健保局目前是政府行政機關，兩會即使合一仍是健保局下屬機關，即使委員是任用合理合法程序選出、具有專業但所做決定仍只是一個下屬機關的決議，僅具參考功能，這才是問題所在。	應該有政務委員層級的行政院來協調，不能放在衛生署，其層次太低，同時向來衛生署被稱為“醫生署”不是沒有道理的，設個“健保會”應該要超越“醫院醫師”（醫療服務提供者，尤其是財團私人院所）主導之思維，才不會因循苟且。	辛苦了！先做了再說。
如果財務的運作無法確定，方向不明確，就很難執行。	代表之素質是關鍵	經營、管理、監督、執行彼此尊重，不要有本位主義。

請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？	若期望明年兩會合一機制運作順暢，請問您認為應有何種配套措施？	請問您對兩會合一的運作有何建議？
健保會的代表必須要有民主合法性，這關乎這些代表是如何產生的問題，若是由主管機關 appoint，則仍然沒有代表性；過去兩會的代表如農漁會代表或其他團體代表都有重疊，即同一人兼任兩會之委員，問題之癥結在於健保是高度政治議題，主戰場有時或根本不在健保會，非正式的制度協商管道及其他 veto 點存在其他之處，這些才是主戰場。	本人認為是否運作順暢，除委員參與積極度外，主席態度及會議運作至為關鍵。	在收支連動上，建議新增給付時，應先行計算衝擊，提供委員在費率增減的考慮，同時資訊透明，全民進行監督。
委員人數過多時，很難取得一致共識，需時間謀合。	資訊要公開透明委員要利益迴避委員要有抗壓力，健保局需提供資料，委員要幕僚協助。	持續強化幕僚專業支援，改善議事運作效率。
健保會的決策（含費率的調整），若能受到政府的支持，則能順暢的運行，若費率的調整受政治的干預，則會的“分”、“合”不具任何意義，即換湯不換藥也！	1.收入增加之幅度與速度低於費用增加之幅度，在加費加稅不易情況下，健保要採收支連動可能在減少支出方面要更加努力，減少醫療浪費應比增加收入來得主要，提高費率的困難程度應超乎想像。2.健保醫療支出之合理性、必要性及急迫性，仍無法被社會大眾所理解與認同，公開透明之（兩會）健保會運作，有需要更準確詳實對外說明。	開會時間能延長為一天。
兩會合一，委員將比現行少一半，如何決定委員是依重大考驗。	健保局應完全退出，中立角色，提供買賣雙方所需要的資訊。	健保局內部仍需有一監理會，否則一個費協會已夠亂，若未有較理性的監理會先討論，

請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？	若期望明年兩會合一機制運作順暢，請問您認為應有何種配套措施？	請問您對兩會合一的運作有何建議？
		將更無效率及不理性。
及時性無法達成；總額與費率調整，不易在期限內完成。本位主義與交換條件的困境，並不會改善。	資訊公開透明化，各委員要確定利益迴避，且要提供正確資料供兩會委員參酌，而委員更要有堅韌的抗壓力。	1.如 58。2.公開代表名單、聯絡資訊與會議議事錄。3.健保並非僅有收支連動的問題，尚應與品質管理掛勾，應公開目前健保收支帳，以及醫務品質管理相關調查資料，發揮更大的功能。
合併開會，人數及議題增加，議事效率不易提高。	accountability，健保會若真有決策實權，決策錯誤或延宕時的懲罰機制若無，這些代表仍然可能只是象徵性的傳聲筒或橡皮圖章。	無
位階不足，決議不一定會採納。	加強委員之專業知識，及角色任務。	總額範圍擬訂過程中，應同時考量保險財務時整體國家經濟發展之影響，納入各相關產業之影響評估，為健保政策注入全民心證。
若本位主義仍然維持，買賣雙方無法學習妥協，仍會有窒礙難行問題。	收入面與支出面期能密切合作，才能收支平衡，健保永續經營。	1.期待主管機關尊重健保會的獨立運作。2.期待摒除己見，互重、共同解決問題。
1.被保險人代表務須是理性、公正、心智正常者，勿只是找代表性不足卻聲音大的偏執團體代言。2.健保會應解決健保問題不是如立委般，只是否決事項，對問題視而不見。	提早決定委員名單，並進行模擬演練。	請以社會大眾、有納稅的台灣人利益、權益為主要考量。
取得專業證據與專業幕僚都需要行政資源挹	可考慮增加前半年「兩會合一」的開會時間，	記取兩會之缺點，避免重蹈覆轍，例如政治

請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？	若期望明年兩會合一機制運作順暢，請問您認為應有何種配套措施？	請問您對兩會合一的運作有何建議？
注。	以改善磨合，提升共識。	干擾、代表間意見對立、效率不彰、代表之專業不足等。
1.代表的遴選問題。2.不適任代表的退場機制。3.若健保財務出問題，健保會是否在政治上可以、也願意負責。4.行政人力具有專業性。5.讓每位代表具有充分的知能。	由第三方公正單位（如研究機構（非營利組織）提供第三方意見。	增加政府代表席次。
兩會合一仍僅屬少數代表之寡頭政治，未具有全民參與的民意基礎，難以主導政策，行政體系的決策考量在於選票，健保會恐僅是聊備一格，功能有限。	對於委員的教育訓練，例如健保知識、協商共管精神。	1.委員應公開遴選，避免署長指定。2.委員應有退場機制，淘汰不適任委員。3.公開委員名單及聯繫管道。4.開會前應廣納各界意見。5.健保會所有資訊都要公開。6.委員席次無法增加的情況下，應有配套措施，保障弱勢團體參與的權益。
立場是否能以大局做考量，而非自身利益。	1.建立家庭醫師制度。2.強制性分級轉診→勿一再演出「病病相害」，急診室內相互排擠，浪費醫療資源。3.賦予衛生署相當的病患管理明確績效，如每年民眾門診就診均次，每年遞減，否則單方（醫）約制是 0.5 次（15 次/年→14.5→14）無法做到，健保將成醫療無底洞。	開會過程盡量透明、避免黑箱作業。

請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？	若期望明年兩會合一機制運作順暢，請問您認為應有何種配套措施？	請問您對兩會合一的運作有何建議？
1.費率之審議為健保會之職權之一，唯健保制度之運作並無相關之經驗，是否能在期限內完成或有待觀察。2.蒐集民意及辦理相關公民參與活動，委員之期待是否能順利完成，有賴經費支持及對公民參與認知之共識。3.協商成員代表產生及對等協議亦為首次運作，代表是否能順利產生及協商代表與委員間之權責整合亦待觀察。	集錢集權、充分授權，應充分負責。	委員需增加專業常識，不為己見以大眾利益、權益著想，相信必能有實質的成果。
總額與協定分配暨審議費率，制度上設計連動，惟為避免費率調高，引起輿論批評，健保會不太可能做出調高費率之決定，如無法有效節流，勢必朝已收入額度來作為總額額度，影響各醫療品質。	健保會應提供適足的健保財務相關知識之教育訓練，必要時應提供未來經濟情勢、社會變遷之研究分析，輔助委員研判並訂定合理適當的健保給付範圍。	公平對待是唯一不變原則。
對於委員代表之選任，應特別慎重，代表間應互相尊重。兩會合一仍有機會受政治干擾。	1.監督角色。2.自肥狀況如何避免？3.公平、公正、公開。	1.應增加藥業代表的參與，最好有正式代表，否則至少應列席參加。2.藥品給付和藥價政策應考量藥業發展、生技產業發展，鼓勵真正的研發創新、新藥的儘速引進、民眾的用藥權益。

請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？	若期望明年兩會合一機制運作順暢，請問您認為應有何種配套措施？	請問您對兩會合一的運作有何建議？
恐缺乏效率。	1.委員會若能順利完成籌組，首次會議前應進行相關議事、法規、運作之共識職前會議，以利委員瞭解其職責、運作模式。2.兩會幕僚合一運作之整合，有賴主任委員及最高行政主管之帶領及運作流程之規劃設計。幕僚同仁亦應對新法健保法規熟稔。	收支連動必須貫徹執行，民眾試行兩年，務必再行修正檢討。
健保會仍屬諮詢性質，非決策性質，位階不明確，容易受到政治因素影響。	此為政治議題，而非行政措施。	無論委員如何專業，難免皆有自身代表之利益與立場，故專業幕僚人員才是關鍵因素，未來兩會合一，應盡早確認主政之幕僚專業單位及相關人力配置，其人員需具備高度專業能力，以提供專業幕僚資訊，協助委員做出專業決策！
仍會有政治因素介入，如何形成絕對超然之結果，有待克服。	兩會合一之健保會代表產生應有充分代表性，與會代表應提高健保相關知識。	健保涉及醫療、財務專業知識，亦牽動政治敏感神經，宜由行政部門循行政程序核定，健保會則為提供、搜集各界意見的平台，而非審議組織。惟事涉法律規定，仍應依法運作，觀察實效後，再作為日後修法參據。
衛生署與健保會委員應建立彼此互信互重之關係，給予充分時間討論，否則效果不彰。	訂定政府介入之時間點。	增加醫療提供者名額。
增收保費仍是政治考量。	委員代表名額、產生方式、代表利益、相關	增加被保險人自我管控就醫行為之責任。

請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？	若期望明年兩會合一機制運作順暢，請問您認為應有何種配套措施？	請問您對兩會合一的運作有何建議？
	資訊都應公開；會議協議訂定之事項能獲得主管機關的支持。	
1.錢少事多(老人人口多等等)。2.錢不能“生”更多的錢。3.若無決心大刀闊斧改革，得罪人（民），如落實轉診等，難矣哉！	平時即應有宣導溝通機制，多面向（收入、支出）教育民眾。	1.應強化專業證據的收集。2.應強化支付標準的合理化。3.應理性探討服務量的正確性。
1.代表的自身本位問題。2.政治因素的考量。3.費率的訂定。4.議事效率的問題。5.如何將預防保健和社會福利和健保脫勾。	開放民間公正人士現場聆聽，互相了解對政策推動有幫助，國家應備安全準備基金，以備不時之需，若需調漲，宣導充分再調，避免過多反彈。	建立獨立超然的原則，不受政治因素影響的機制。
兩會合一資料、資訊來源是否足夠？分析人員是否增加？！	要制止情緒性發言及意見。	對於代表的遴選與會議績效的考核，應訂立一套公開透明的程序。
除了召開正式會議外，不同利害關係人之間如何進行「對等協商」？應有其他審議及協商支配套措施。	近憂：放下本位主義，有“充分的時間”討論，決定費率等。遠慮：各委員深切體認老人人口劇增，保費終將大大不足，宜有長遠計畫“減少支出項目”。	將所有會議資訊公開，且提案要有充分表達及溝通之管道

請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？	若期望明年兩會合一機制運作順暢，請問您認為應有何種配套措施？	請問您對兩會合一的運作有何建議？
從二代健保中補充保費之設計，規則與社會現實面脫勾的草率決策，看政府專業的無能勝過思維邏輯。對政府（國民黨）領導能力極為失望！	1.在醫療給付，應合理分配資源，以有效利用醫療人力，提升醫療品質，以保障民眾就醫權利和確保醫療品質。2.當收支無法達到平衡時，應有一套機制來做仲裁和決議。收支的評估和訂定，應建立在精算基礎。3.經建會應協調相關單位來確保健保和預防保健以及社會福利脫勾。4.應避免健保決策受政治考量面做不當的利用。	
1.健保會成員為各界代表，對醫療、財務、健保等，多不具專業知識，且為兼任，卻必須負責 5,000 億元的費用總額協議及費率審議，功能恐無法發揮。2.保險費率極具政治性議題，不可能在健保會有共識。	應先建立審議機制、原則、議事原則。	
兩會幕僚人員之質與數量皆應提升。	可否按季公布保費收入及醫療支出結算數據，按健保 6 業務組轄區、按年齡組、性別、按健保費級距等等面向。	

請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？	若期望明年兩會合一機制運作順暢，請問您認為應有何種配套措施？	請問您對兩會合一的運作有何建議？
醫療提供者比例過低，不能和付費者對等協商，趨於弱勢。	1.需考慮委員推派遴選機制的公開透明度與公信力，非僅止於公告名單。2.會議相關資訊（含記錄）應主動對外公告與發佈，並於網路上提供民眾查閱了解，並應製作年報公開說明。3.主管機關如與健保會於重要決策上有不同意見時，應由政務委員進行協調審議，而非由主管機關報政院逕行公告。	
1.恐怕會有本位主義作祟，代表為本身利益護航。2.期望政治力不得介入。	增加健保會的行政幕僚人力，以提供委員健保及財務諮詢教育，並提供分析結果給委員參考，故需政府支持！	
健保會權責太大，令人擔憂！	有足夠、充分的時間討論。	
依現況協商代表專業性不足，行政支援不足。	增設專職醫療費用收支分析人員，提供協商代表足夠的參考資訊。	
「不能達成共識由主管機關逕行裁定」與兩會分離時間，故「兩會合一，收支連動」不過是強化健保會，橡皮圖章的角色，減低政治對主管機關的衝擊。	希望增加代表們財務專業知識的培育，並提供足夠行政資源，支援財務資料的分析，供代表們決策的參考。	
兩會合一是很好的新作法，不過健保會或過去的舊兩會，因組織成員結構各有不同立場，如醫界與消費者是對立的雙方，很難達	1.應有仲裁機制。2.儘量修法，擴大量基，加強保量收取的公平性。	

請問您對兩會合一未來運作有無其它認為窒礙難行的地方？	若期望明年兩會合一機制運作順暢，請問您認為應有何種配套措施？	請問您對兩會合一的運作有何建議？
成一致共識看法。		
減少政治因素對健保會的影響。	應由主管機關遴聘委員時，慎重與小心，代表之委員因具有很大的影響力，若有個人意識型態嚴重，或不理性堅持者，應摒除以維會議之進行，使健保會之推動順利。	
1.審議代表如何推選出具有代表性，且涵蓋適當的團體。2.審議決議僅為諮詢的參考依據。3.代表是否具備健保財務平衡的審查能力。	1.被保險人代表與雇主代表應委由其認同的學者（懂健保者）出席，以提升會議品質。 2.將健保會提升到超然不受政治力影響的位階。	
委員應秉棄成見，以資料、數據或國外資料參考為依據	資訊公開且提前將提案送達各委員，做足功課	

附錄十七 問卷發放名冊：醫事提供者

編號	團體名稱	編號	團體名稱
1	中華民國中醫師公會全聯會	2	中華民國中醫師公會全聯會
3	中華民國中醫師公會全聯會	4	中華民國中醫師公會全聯會
5	中華民國中醫師公會全聯會	6	中華民國中醫師公會全聯會
7	中華民國公立醫院協會	8	中華民國牙醫師公會全聯會
9	中華民國牙醫師公會全聯會	10	中華民國物理治療師公會全國聯合會
11	中華民國區域醫院協會	12	中華民國基層醫師協會
13	中華民國教會醫療院所協會	14	中華民國營養師公會全國聯合會
15	中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	16	中華民國醫師公會全聯會
17	中華民國醫師公會全聯會	18	中華民國醫師公會全聯會
19	中華民國藥師公會全聯會	20	中華民國藥師公會全聯會
21	中華民國藥師公會全聯會	22	中華民國護理師護士公會全國聯合會
23	台中市中醫師公會	24	台中市牙醫師公會
25	台中市醫師公會	26	台中市藥師公會
27	台中縣中醫師公會	28	台中縣牙醫師公會
29	台中縣醫師公會	30	台北市中醫師公會
31	台北市牙醫師公會	32	台北市西藥代理商業同業公會
33	台北市醫師公會	34	台北市藥師公會
35	台東縣中醫師公會	36	台南市中醫師公會
37	台南市牙醫師公會	38	台南市醫師公會
39	台南市藥師公會	40	台南縣中醫師公會
41	台灣私立醫療院所協會	42	台灣社區醫院協會
43	台灣醫院協會	44	台灣醫院協會
45	台灣醫院協會（醫學中心）	46	宜蘭縣中醫師公會
47	社團法人桃園縣牙醫師公會	48	花蓮縣中醫師公會
49	花蓮縣醫師公會	50	南投縣中醫師公會
51	南投縣醫師公會	52	屏東縣中醫師公會
53	屏東縣牙醫師公會	54	屏東縣醫師公會
55	苗栗縣中醫師公會	56	苗栗縣醫師公會
57	桃園縣中醫師公會	58	桃園縣醫師公會
59	桃園縣藥師公會	60	高雄市中醫師公會
61	高雄市牙醫師公會	62	高雄市醫師公會

編號	團體名稱	編號	團體名稱
63	高雄縣中醫師公會	64	高雄縣醫師公會
65	基隆市中醫師公會	66	基隆市藥師公會
67	雲林縣中醫師公會	68	雲林縣醫師公會
69	新北市中醫師公會	70	新北市牙醫師公會
71	新北市醫師公會	72	新北市藥師公會
73	新北市藥劑生公會	74	新竹市中醫師公會
75	新竹市牙醫師公會	76	新竹市醫師公會
77	新竹市藥師公會	78	新竹縣中醫師公會
79	新竹縣醫師公會	80	嘉義市中醫師公會
81	嘉義市醫師公會	82	嘉義縣中醫師公會
83	嘉義縣醫師公會	84	彰化縣中醫師公會
85	彰化縣牙醫師公會	86	彰化縣醫師公會
87	臺灣醫學會	0	

❖ 以上各分類之名單，按照筆劃順序排列。

附錄十八 問卷發放名冊：付費者代表

編號	團體名稱	編號	團體名稱
1	大台南總工會	2	中華民國工商協進會
3	中華民國工商協進會	4	中華民國工業協進會
5	中華民國工業協進會	6	中華民國全國工業總會
7	中華民國全國工業總會	8	中華民國全國工業總會
9	中華民國全國商業總會	10	中華民國全國勞工聯盟總會
11	中華民國全國總工會	12	中華民國全國職業總工會
13	中華民國全國職業總工會	14	台中市總工會
15	台中直轄市總工會	16	台北市商業會
17	台北市總工會	18	台灣省農會
19	台灣省農會	20	台灣省農會
21	台灣省漁會	22	台灣省漁會
23	全國工人總工會	24	全國產業總工會
25	宜蘭縣總工會	26	社團法人中華民國全國中小企業總會
27	社團法人中華民國全國中小企業總會	28	花蓮縣總工會
29	財團法人中華民國消費者文教基金會	30	財團法人中華民國消費者文教基金會
31	高雄市商業會	32	基隆市總工會
33	新北市商業會	34	新北市總工會
35	新竹市總工會	36	新竹縣總工會
37	嘉義市總工會		

❖ 以上各分類之名單，按照筆劃順序排列。

附錄十九 問卷發放名冊：政府組織

編號	團體名稱	編號	團體名稱
中央單位			
1	內政部	2	內政部社會司
3	內政部社會司	4	內政部社會司
5	內政部社會司	6	行政院主計總處
7	行政院主計總處	8	行政院主計總處
9	行政院主計總處	10	行政院主計總處
11	行政院消費者保護處	12	行政院消費者保護處
13	行政院勞工委員會	14	行政院勞工委員會
15	行政院經建會	16	行政院經建會
17	行政院衛生署	18	行政院衛生署
19	行政院衛生署	20	行政院衛生署
21	行政院環境保護署	22	財政部國庫署
23	財政部國庫署	24	財政部國庫署
25	健保小組	26	健保小組
27	健保小組	28	健保小組
29	健保局	30	健保局臺北業務組
31	健保局北區業務組	32	健保局中區業務組
33	健保局南區業務組	34	健保局高屏業務組
35	健保局東區業務組	36	健保局財務組
37	健保局承保組	38	健保局醫務管理組
39	健保局醫審及藥材組	40	健保局企劃組
41	費協會	42	監理會
43	銓敘部	44	銓敘部
45	銓敘部	46	衛生署中醫藥委員會
47	衛生署食品藥物管理局	48	衛生署疾病管制局
49	衛生署國民健康局		
地方單位			
50	台中市衛生局	51	台東縣衛生局
52	台南市衛生局	53	宜蘭縣衛生局
54	花蓮縣衛生局	55	金門縣衛生局
56	南投縣衛生局	57	屏東縣衛生局
58	苗栗縣衛生局	59	桃園縣衛生局
60	高雄市政府衛生局	61	基隆市衛生局
62	連江縣衛生局	63	雲林縣衛生局

編號	團體名稱	編號	團體名稱
64	新北市政府衛生局	65	新竹市衛生局
66	新竹縣衛生局	67	嘉義市衛生局
68	嘉義縣衛生局	69	彰化縣衛生局
70	臺北市衛生局	71	澎湖縣衛生局

❖ 以上各分類之名單，按照筆劃順序排列。

附錄二十 問卷發放名冊：倡議團體

編號	團體名稱	編號	團體名稱
1	人民民主陣線	2	工傷協會
3	中華民國子宮內膜異位症婦女協會	4	中華民國老人福利推動聯盟
5	中華民國肌肉萎縮症病友協會	6	中華民國乳癌病友協會
7	中華民國基層醫療協會	8	中華民國康復之友聯盟
9	中華民國智障家長總會	10	中華民國殘障聯盟
11	中華民國開發性製藥協會	12	中華民國愛滋感染者權益促進會
13	中華民國腦性痲痺協會	14	中華民國糖尿病之友協會
15	中華民國醫療人權促進會	16	公務人員協會
17	台北市女性權益促進會	18	台灣女人連線
19	台灣少年權益與福利促進聯盟	20	台灣兒童伊比力斯協會
21	台灣社會心理復健協會	22	台灣婦女團體全國聯合會
23	台灣勞工陣線	24	台灣癲癇之友協會
25	民間監督健保聯盟	26	全國教師會
27	佛教慈濟慈善事業基金會	28	罕見疾病基金會
29	家庭照顧者關懷總會	30	財團法人中華民國兒童燙傷基金會
31	財團法人中華民國腎臟基金會	32	財團法人心路社會福利基金會
33	財團法人台灣早產兒基金會	34	財團法人台灣癌症臨床研究發展基金會
35	財團法人伊甸社會福利基金會	36	財團法人肝病防治學術基金會
37	財團法人厚生基金會	38	財團法人微生物文教基金會
39	財團法人預防醫學基金會	40	財團法人護理人員愛滋病防治基金會
41	婦女救援社會福利事業基金會	42	勞動人權協會
43	喜憨兒社會福利基金會	44	彭婉如文教基金會
45	發育遲緩兒早期療育協會	46	勵馨社會福利事業基金會
47	醫改會	48	藥害救濟基金會
49	歡呼兒協會		

❖ 以上各分類之名單，按照筆劃順序排列。

附錄二十一 問卷發放名冊：專家學者

編號	團體名稱	編號	團體名稱
1	丁志音（台灣大學健康政策與管理研究所）	2	尤素娟（東華大學經濟學系）
3	文羽苹（長庚大學醫務管理學系）	4	王光旭（臺南大學）
5	王秀蕙（高雄醫學大學醫療資訊管理學系）	6	朱柔若（中正大學勞工關係學系）
7	朱澤民（景文科技大學理財與稅務規劃系）	8	吳尚琪（陽明大學衛生福利研究所）
9	吳淑瓊（台灣大學健康政策與管理研究所）	10	吳嘉苓（台灣大學社會學系）
11	呂建德（中正大學社會福利學系）	12	李玉春（陽明大學衛生福利研究所）
13	李妙純（中正大學社會福利學系）	14	李卓倫（台中科技大學老人服務事業管理系）
15	汪芳國（銘傳大學 風險管理與保險學系）	16	辛炳隆（台灣大學國家發展研究所）
17	周怡君（玄奘大學 社會福利與社會工作學系）	18	周麗芳（政治大學財政學系）
19	林全（台灣大學經濟系）	20	林昭吟（台北大學社會工作學系）
21	林振輝（台北大學財政學系）	22	林國明（台灣大學社會學系）
23	林淑華（台灣大學醫學檢驗暨生物技術學系）	24	林麗輝（陽明大學臨床暨社區護理研究所）
25	胡勝正（台灣大學經濟系）	26	徐美苓（政治大學傳播學院新聞系）
27	徐偉初（中國文化大學會計學系）	28	朗慧珠（陽明大學醫務管理研究所）
29	涂醒哲（長榮大學醫學研究所）	30	祝道松（東華大學企業管理學系）
31	郝鳳鳴（中正大學法律系）	32	張 權（忠誠國際法律事務所）
33	張世杰（佛光大學公共事務學系）	34	張四明（台北大學公共行政暨政策學系）
35	張育嘉（臺北醫學大學 臨床醫學研究所）	36	張苙雲（中央研究院社會所）

37	張家勳（台灣大學醫學院一般醫學科）	38	張鴻仁（國立陽明大學公共衛生學科暨研究所）
39	張耀懋（台北醫學大學）	40	許怡欣（台北醫學大學醫務管理研究所）
41	許玫玲（台北醫學大學醫務管理學系）	42	連賢明（國立政治大學 財政學系）
43	郭平欣（東華大學經濟學系）	44	郭昱瑩（世新大學行政管理學系）
45	郭玲惠（台北大學法律學系）	46	郭迺鋒（世新大學財務金融學系）
47	陳玉敏（中國醫藥大學 健康照護學院護理學系）	48	陳孝平（中正大學社會福利學系）
49	陳東升（台灣大學社會學系）	50	陳俊全（台北護理健康大學嬰幼兒保育系）
51	陳敦源（國立政治大學公共行政學系）	52	陳曾基（陽明大學醫學院家庭醫學科）
53	陳欽賢（台北大學經濟學系）	54	陳筱華（東華大學企業管理學系）
55	陳麗霞（政治大學統計學系）	56	傅立葉（陽明大學衛生福利研究所）
57	曾敏傑（台北大學社會工作學系）	58	曾淑芬（國力成功大學 生命科學系）
59	黃昱瞳（長庚科技大學老人照顧管理系）	60	黃偉堯（長榮大學醫務管理學系）
61	黃偉堯（長榮大學醫管系）	62	楊志良（亞洲大學公共衛生學系）
63	楊秀儀（陽明大學醫務管理研究所）	64	楊長興（台北護理健康大學健康事業管理系）
65	楊浩彥（台北商業技術學院財務金融系）	66	楊銘欽（台灣大學健康政策與管理研究所）
67	溫信財（台北醫學大學醫務管理學系）	68	萬育維（慈暨大學社會工作學系）
69	葉秀珍（中正大學社會福利學系）	70	葉金川（慈濟大學公共衛生學系）
71	葉俊榮（台灣大學法律學系）	72	葛克昌（台灣大學法律學系）
73	雷文玫（陽明大學醫務管理研究所）	74	劉三錡（佛光管理學系）
75	劉見祥（亞洲大學健康產業管	76	劉宗德（政治大學法律系）

	理學系)		
77	劉宜君 (元智大學社會暨政策科學學系)	78	劉彩卿 (臺北大學公共事務學院財政學系)
79	劉淑瓊 (台灣大學社會工作學系)	80	蔡甫昌 (台灣大學醫學院社會醫學科)
81	蔡維音 (成功大學法律學系)	82	鄧宗業 (陽明大學醫務管理研究所)
83	鄭文輝 (南華大學非營利事業管理學系)	84	鄭守夏 (國立臺灣大學 健康政策與管理研究所)
85	盧美秀 (台北醫學大學護理系)	86	盧鄂生 (逢甲大學都市計畫與空間資訊學系)
87	盧瑞芬 (長庚大學醫務管理學系暨研究所)	88	賴恆盈 (高雄大學政治法律學系)
89	賴美淑 (台灣大學公共衛生學院)	90	戴桂英 (台北醫學大學公共衛生暨營養學院)
91	薛立敏 (中國科技大學國際商務系)	92	薛亞聖 (台大公共衛生學院 醫療機構管理研究所)
93	謝啟瑞 (中央研究院經濟研究所)	94	鍾國彪 (台灣大學公共衛生學院)
95	羅紀琮 (中央研究院經濟研究所)	96	羅能清 (德明財經科技大學財政稅務系)
97	譚延輝 (台北醫學大學藥學系)	98	蘇建榮 (台北大學財政學系)

❖ 以上各分類之名單，按照筆劃順序排列。

附錄二十二 相關法規

● 舊全民健康保險法

第 四 條 為監理本保險業務，並提供保險政策、法規之研究及諮詢事宜應設全民健康保險監理委員會。

前項委員會，由有關機關、被保險人、雇主、保險醫事服務機構等代表及專家組成之；其組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。

第 二十 條 本保險之保險費率，由保險人至少每兩年精算一次，每次精算二十五年。

前項保險費率，由主管機關聘請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士十五至二十一人組成精算小組審查之。

保險費率經精算結果，有下列情形之一者，由主管機關重行調整擬訂，報請行政院核定之：

- 一、精算之保險費率，其前五年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五者。
- 二、本保險之安全準備降至最低限額者。
- 三、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務者。

第四十七條 本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定。

第四十八條 為協定及分配醫療給付費用，應設醫療費用協定委員會，由下列人員各占三分之一組成；其組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之：

- 一、醫事服務提供者代表。
- 二、保險付費者代表與專家學者。
- 三、相關主管機關代表。

第四十九條 醫療費用協定委員會應於年度開始三個月前，在第四十七條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報請主管機關核定。醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。

前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比例。

前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比例及醫藥分帳制度。藥品及計價藥材依成本給付。

第二項所稱地區之範圍，由主管機關定之。

第六十七條 本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付總額為原則；超過三個月或低於一個月者，應調整保險費率或安全準備提撥率。

● 二代健保法相關法規

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：

- 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。

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。

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。

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。

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。

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。

第二十條 本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。

第二十四條 第十八條被保險人及其每一眷屬之保險費率應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額。前項審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。

第一項之審議，應於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定後公告。

第六十條 本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。

第六十一條 健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。

前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。

前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。

第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。

前項研商應於七日前，公告議程；並於研商後十日內，公開出席名單及會議實錄。

第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報主管機關核定發布。

● 監理會組織章程

第一條 本規程依全民健康保險法（以下簡稱本法）第四條第二項規定訂定之。

第二條 全民健康保險監理委員會（以下簡稱本會）掌理事項如下：

- 一、保險政策之提供事項。
- 二、保險年度計畫及業務報告之審議事項。
- 三、保險預算、結算、決算之審議事項。
- 四、保險業務之檢查事項。
- 五、保險財務、帳務之監理事項。
- 六、保險法規及業務興革之研究建議事項。
- 七、其他有關保險業務之監理事項。

下列保險事項，應先提經本會研議後，送行政院衛生署（以下簡稱本署）核參：

- 一、本法及其施行細則之修正。
- 二、保險費率及門診部分負擔之調整方案。
- 三、保險給付項目之變動。

前二項本會之決定影響保險財務時，應同時提出財務平衡方案。

第三條 本會隸屬本署，置委員二十九人，名額分配如下：

- 一、專家六人。
- 二、被保險人代表六人。
- 三、雇主代表五人。
- 四、保險醫事服務機構代表五人。
- 五、政府代表七人。

前項第一款委員由本署遴聘，其餘各款委員分別洽請有關機關、團體推薦後，由本署聘兼。本會置主任委員一人，綜理會務，由本署署長就第一項第一款委員中指定一人兼任之。

- 第 四 條 本會委員任期二年，期滿得續聘之。但代表機關或團體出任者，應隨其本職進退。
- 第 五 條 本會委員及兼任人員均為無給職。但得依規定支給研究費。
- 第 六 條 本會設左列各組：
 - 一、業務監理組。
 - 二、財務監理組。
- 第 七 條 本會置副主任委員、主任秘書、組長、專門委員、視察、專員、科員、助理員、辦事員、書記。
- 第 八 條 本規程所列各職務之官等及員額，另以編制表定之。各職稱之職等，依職務列等表之規定。
- 第 九 條 本會因業務需要，經報請行政院核准，得聘用研究員五人。
- 第 十 條 本會每月開會一次，必要時得舉行臨時會議，由主任委員召集，並為主席；主任委員未能出席時，得指定委員一人為主席。本會開會須有二分之一以上委員出席，決議事項須經出席委員過半數同意行之。
- 第 十一 條 本會開會時，得請保險人及相關機關人員列席。
- 第 十二 條 本會分層負責明細表，由本署定之。
- 第 十三 條 本規程自本法施行之日施行。本規程修正條文，除中華民國九十五年十月十三日修正發布之第三條自九十六年三月一日施行，九十九年二月三日修正發布之第二條及第十一條自九十九年一月一日施行外，自發布日施行。

● 費協會組織章程

全民健康保險醫療費用協定委員會組織規程

- 第 一 條 本規程依全民健康保險法（以下簡稱本法）第四十八條規定訂定之。
- 第 二 條 全民健康保險醫療費用協定委員會（以下簡稱本會）掌理下列事項：

一、在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定全民健康保險之醫療給付費用總額及其分配方式。

二、協定各地區門診及住院費用之分配比例。

三、協定醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用等之分配比例及醫藥分帳制度。

四、協定門診藥品費用超出預先設定之藥品費用總額時，其超出部分應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除之一定比例。

五、其他經主管機關交議之醫療費用審議事項。

第 三 條 本會設二組，分別掌理前條所列事項。

第 四 條 本會隸屬行政院衛生署（以下簡稱本署），置委員二十七人，其中一人為主任委員，其委員名額分配如下：

一、醫事服務提供者代表九人。

二、保險付費者代表與專家學者九人。

三、相關主管機關代表九人。

主任委員及前項第二款之專家學者委員，由本署署長遴聘之；其餘各款委員，由本署分別洽請有關機關（構）、團體推薦後聘兼之。

第 五 條 本會委員任期為二年，期滿得續聘之。但代表機關或團體出任者，應隨其本職進退。

第 六 條 本會委員均為無給職，但得依規定支給兼職酬勞。

第 七 條 本會置執行秘書、組長、視察、技正、專員、科員、技士、書記。

第 八 條 本規程所列各職稱之官等及員額，另以編制表定之。

各職稱之職等，依職務列等表之規定。

第 九 條 本會因業務需要，得依聘用人員聘用條例聘用研究人員一人至五人。必要時得委託學術團體或有關機關協助進行相關資料之調查、研究或分析

第 十 條 本會之歲計、會計及統計事項，由本署會計室、統計室分別派員兼辦。

第 十一 條 本會之人事管理，由本署人事室派員兼辦。

第 十二 條 本會每二個月開會一次，必要時得舉行臨時會議，會議由主任委員召集，並為主席；主任委員未能出席時，得指定委員一人為主席。。

第 十三 條 本會開會須有二分之一以上委員出席，由出席委員以協商方式達成協定行之。

第 十四 條 本會對於第二條規定之掌理事項，未能於本法第四十九條第一項及第五十條第四項所定期限內達成協定時，由主管機關逕行裁決。

第 十五 條 本會開會時，應請保險人派員列席；必要時，並得邀請有關機關派代表及專家學者列席。列席人員得提供意見。。

第 十六 條 本會分層負責明細表，由本署定之。

第 十七 條 本規程除中華民國九十九年二月三日修正發布之第十五條自九十九年一月一日施行外，自發布日施行。

● 全民健康保險會組成及議事辦法

發布日期：101-11-01

生效狀態：※本法規部分或全部條文尚未生效

中華民國一百零一年十一月一日行政院衛生署衛署健保字第 1012660249 號令訂定發布全文 16 條；並自一百零二年一月一日施行

第 1 條 本辦法依全民健康保險法(以下稱本法)第五條第五項規定訂定之。

第 2 條 全民健康保險會（以下稱健保會）置委員三十五人，委員名額分配如下：

一、保險付費者代表：

（一）被保險人代表十二人。

（二）雇主代表五人。

（三）行政院主計總處一人。

二、保險醫事服務提供者代表十人。

三、專家學者及公正人士五人。

四、行政院經濟建設委員會及主管機關各一人。

被保險人代表之委員，其中九人，由主管機關就被保險人類別，洽請有關團體推薦後遴聘之；其餘三人，由主管機關以公開徵求方式，遴選依法設立或立案之團體，再洽請該團體推薦後遴聘之。

雇主代表、行政院主計總處、保險醫事服務提供者代表、行政院經濟建設委員會及主管機關之委員，由主管機關分別洽請有關機關、團體推薦後遴聘（派）之。

學者專家及公正人士之委員，由主管機關就國內公共衛生、公共行政、社會福利、社會保險、醫務管理、財務金融、經濟或法律等健康保險相關領域專家學者或社會公正人士遴聘之。

保險付費者代表之委員，不得兼具保險醫事服務提供者之身分；被保險人代表之委員，不得兼具雇主身分；專家學者及公正人士之委員，不得兼具保險醫事服務提供者或雇主身分。

第 3 條 健保會置主任委員一人，由主管機關首長就專家學者及公正人士之委員中，指定一人兼任。

第 4 條 各團體於推薦健保會委員時，採以複數方式為之，並應考量性別平等原則。

第 5 條 健保會委員任期為二年。

保險付費者代表及保險醫事服務提供者代表之委員，以連任一次為原則，每一屆並應至少更替五分之一。

代表保險醫事服務提供者或機關出任之委員，其職務異動時，原推薦之團體或指派之機關應於一個月內主動通知健保會，並得向主管機關重行推薦、指派代表，由主管機關解聘原任委員後，再行聘（派）之。

委員因故無法執行任務、違反第二條第五項規定、違反本辦法或其他法令規定且情節重大者，主管機關應予解聘，並依第二條之規定另行遴選聘（派）補之。

前二項新任委員之任期，以補足原任之委員任期為止。

第 6 條 健保會委員應就下列情形，於首次參加委員會議前，主動提報健保會；任期間如有變動，應於事實發生後一個月內提報：

一、其本人之專職、兼職及顧問職。

二、其本人、配偶或直系親屬為保險醫事服務機構之負責醫事人員、保險藥物交易之相關業務人員、投保單位之負責人或其業務上之利益明顯與健保會之職權相關。

三、其代表之身分類別異動。

前項第一款及第二款資訊，應由健保會就委員依本法第五條第五項自我揭露之必要範圍，對外公開。

第 7 條 健保會委員已連任二屆、任期內未親自出席委員會議次數超過三分之一、或有下列行為未達解聘之條件者，列為下屆是否續聘重要參考：

一、違反議事規則或阻撓議事之進行。

二、發言侮辱他人或進行人身攻擊。

三、破壞公家財物或暴力之肢體動作。

四、妨害他人在議事上之發言、提案或表決。

五、對於會議相關事項，對外作不實之轉述。

六、對外提供應保密之內部相關文件。

七、干預健保違約處理或行政之決定。

八、違反本辦法或其他法令規定。

九、其他經委員會議決議禁止之不正當行為。

- 第 8 條 健保會每月召開會議一次，必要時得召開臨時會議。
會議由主任委員擔任主席，主任委員因故不能出席時，應指定委員一人為主席。
會議應有二分之一以上委員出席，始得開議；其決議依下列方式為之：
一、本法第五條第一項第三款保險醫療給付費用總額對等協議訂定及分配事項，應以協商方式達成各項協定。
二、本法第五條第一項第一款、第二款、第四款、第五款及其他本法所定健保會應辦理事項，應經出席委員超過二分之一同意行之。會議應邀請保險人派員列席；必要時經徵得主任委員同意，並得邀請有關機關、團體或相關領域之專家學者列席提供意見。
- 第 9 條 健保會於召開委員會議協商保險醫療給付費用總額對等協議訂定及分配事項時，保險付費者代表之委員應共同推選委員十人代為行使職權，與保險醫事服務提供者代表同名額之委員進行對等協商。
前項經推選產生之委員，除有正當理由者外，同一年度，不得替換。
第一項代為行使之職權，包括發言權、提案權及協商權。
- 第 10 條 健保會未能於法定期限達成醫療給付費用總額及其分配方式之協定時，應分別就保險付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案當中各提一案，報主管機關決定。個別委員對建議方案有不同意見時，得提出不同意之意見書，由健保會併送主管機關。
- 第 11 條 會議議程，應於開會七日前分送各出席、列席人員，並對外公開之；臨時提案經排入議程者，亦公開之。
委員提案內容，以與健保會法定任務有關者為限，並應於提案中載明提案人之姓名及其代表類別。
- 第 12 條 會議應依發言作成會議實錄，載明下列事項，於會議後十日內公開：
一、會議年次、屆次及次數。
二、會議時間。
三、會議地點。
四、主席姓名。

- 五、出席委員姓名及出席之代理人姓名、服務單位及職稱。
 - 六、請假委員姓名。
 - 七、列席人員姓名、服務單位及職稱。
 - 八、紀錄姓名。
 - 九、報告事項之案由、發言內容及決定。
 - 十、討論事項之案由、發言內容、決議及表決結果。
 - 十一、其他應記載之事項。
- 前項會議實錄如有未議決之事項經決議暫不公開者，得暫不公開。但議決後，應即公開。

第 13 條 會議提案方式、條件及程序等議事作業，本辦法未規定者，依委員會議之決議辦理。

第 14 條 會議決議事項，經主任委員認有立即對外說明之必要時，應由其本人或指定人員統一發布。

第 15 條 委員應親自出席會議；其因故不能親自出席時，應於開會前通知健保會幕僚單位。

委員未能親自出席會議時，除專家學者及公正人士外，得指派代理人；受指派之代理人，列入出席人數，並得發言及參與表決。

第二條第五項及第六條第一項規定，於代理人，準用之；其有違反該規定，或有第七條各款之行為者，不得再為代理。

第 16 條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

● 全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法

發布日期：101-11-01

生效狀態：※本法規部分或全部條文尚未生效

中華民國一百零一年十一月一日行政院衛生署衛署健保字第 1012660242 號令
訂定發布全文 12 條；並自一百零二年一月一日施行

第 1 條 本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第四十一條第四項規定訂定之。

第 2 條 保險人為辦理藥物給付項目及支付標準之擬訂事項，應至少每二個月召開

一次全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議（以下稱本會議），並於必要時召開臨時會。

第 3 條 保險人辦理下列事項之擬訂，應於本會議先行討論：

- 一、全民健康保險藥物收載原則。
- 二、全民健康保險藥物支付標準訂定原則。
- 三、全民健康保險新藥及新功能類別特材給付項目。
- 四、全民健康保險新藥及新功能類別特材支付標準。
- 五、其他與全民健康保險藥物給付項目及支付標準之有關事項。

保險人辦理下列事項之結果，應於本會議提出報告：

- 一、全民健康保險藥物給付項目與支付標準新品項藥品及既有功能類別特材之初核情形。
- 二、其他有關全民健康保險已給付藥物支付標準異動之初核情形。

第 4 條 本會議召開時，應邀下列代表出席：

- 一、主管機關及其所屬藥物管理機關代表各一人。
- 二、專家學者五人。
- 三、被保險人代表三人。
- 四、雇主代表三人。
- 五、保險醫事服務提供者代表人數如下：
 - （一）中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會，各一人。
 - （二）台灣醫院協會一人。
 - （三）醫學中心、區域醫院、社區醫院、基層診所，各二人。

前項代表應依下列方式產生：

- 一、機關代表：由該機關指派。
- 二、專家學者：由保險人遴選。
- 三、被保險人及雇主代表：由保險人洽請相關團體推薦後遴選之。
- 四、保險醫事服務提供者代表：由相關團體推派。

藥物提供者得經由相關團體推派代表三人，列席本會議，表達其意見，但無表決權。

第 5 條 本會議主席，由保險人指派高階主管或就專家學者代表指定一人擔任。

- 第 6 條 本會議代表均為無給職。任期二年，期滿得續任之，代表機關、團體出任者，應隨其本職進退。
- 本會議代表違反本辦法之規定，且情節重大者，經本會議決議，保險人得予更換；其缺額，由保險人依第四條規定辦理。
- 第 7 條 本會議於討論特定藥物是否納入給付或給付變更時，依本法第四十一條第二項規定，得邀請該藥物提供者與相關之專家、病友團體代表列席表示意見。
- 第 8 條 本會議之議案，未達成共識者，保險人於報主管機關核定時，應一併提出各方代表不同意見、不同方案之優缺點分析及其財務評估等項資料。
- 第 9 條 本會議代表於首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。
- 第 10 條 本會議之代表有下列情事之一者，應自行迴避相關議案之討論，並於當次會議召開前，填具個案迴避聲明書提交保險人：
- 一、行政程序法第三十二條所定各款情事之一。
 - 二、前款以外之程序外接觸且自認對議案討論足生影響。
 - 三、前二款以外之其他特殊事由且自認對議案討論足生影響。
- 第 11 條 保險人於辦理本辦法業務時，應將下列事項對外公開：
- 一、利益揭露聲明書。
 - 二、會議議程及併附之醫療科技評估報告。
 - 三、會議內容實錄。
- 前項第二款事項應於開會七日前對外公開，並送交本會議代表。
- 第 12 條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

● 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法

公布日期：101-11-01

生效狀態：※本法規部分或全部條文尚未生效

中華民國一百零一年十一月一日行政院衛生署衛署健保字第 1012660266 號令
訂定發布全文 12 條；並自一百零二年一月一日施行

第 1 條 本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第四十一條第四項規定訂定之。

第 2 條 保險人為辦理醫療服務給付項目及支付標準之擬訂事項，應至少每六個月召開一次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議（以下稱本會議），並於必要時召開臨時會。

第 3 條 本會議召開時，應邀請下列代表參加：

- 一、主管機關代表一人。
- 二、專家學者二人。
- 三、被保險人代表二人。
- 四、雇主代表二人。
- 五、保險醫事服務提供者代表三十一人。

第 4 條 本會議主席，由保險人指派高階主管人員一人擔任。

第 5 條 第三條保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：

- 一、醫療給付費用總額部門（以下稱各總額部門）推派代表，其名額如下：
 - （一）醫院總額推派十二人。
 - （二）西醫基層總額推派六人。
 - （三）牙醫門診總額推派一人。
 - （四）中醫門診總額推派一人。
- 二、下列醫事團體之代表各一人：
 - （一）中華民國醫師公會全國聯合會。
 - （二）台灣醫院協會。
 - （三）中華民國牙醫師公會全國聯合會。
 - （四）中華民國中醫師公會全國聯合會。
 - （五）中華民國護理師護士公會全國聯合會。
 - （六）中華民國藥師公會全國聯合會。
 - （七）中華民國物理治療師公會全國聯合會。
 - （八）中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會。
 - （九）中華民國助產師助產士公會全國聯合會。
 - （十）中華民國醫事放射師公會全國聯合會。

(十一) 其他醫事服務機構。

- 第 6 條 第三條及前條代表，應依下列方式產生：
- 一、主管機關代表：由該機關指派。
 - 二、專家學者：由保險人遴選。
 - 三、被保險人代表及雇主代表：由保險人洽請全民健康保險會自該會委員中推派。
 - 四、保險醫事服務提供者之各總額部門代表：由保險人洽請審查業務受委託專業機構、團體推派；無受委託專業機構、團體時，依下列規定辦理：
 - (一) 醫院總額，由台灣醫院協會推派。
 - (二) 西醫基層總額，由中華民國醫師公會全國聯合會推派。
 - (三) 牙醫門診總額，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推派。
 - (四) 中醫門診總額，由中華民國中醫師公會全國聯合會推派。
 - 五、保險醫事服務提供者之醫事團體代表：由保險人洽請該專業機構、團體推派。

- 第 7 條 本會議之代表均為無給職。任期二年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。
- 本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去委員身分時，得由該會重行遴選推派。
- 代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前條規定重新推派。

- 第 8 條 保險人得就有關本會議之議題，向相關團體或專家諮詢；其提供之意見，得以書面方式，併入本會議提案內說明。
- 被諮詢之團體代表或專家，經主席指定者，得列席本會議說明。

- 第 9 條 本會議議案未達成共識者，保險人於報主管機關核定时，應一併提出各方代表不同意見、不同方案之優缺點分析及其財務評估等項資料。

- 第 10 條 本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。
- 本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額，由保險人依第六條規定辦理。

- 第 11 條 保險人於辦理本辦法業務時，應將下列事項對外公開：
- 一、利益揭露聲明書。
 - 二、會議議程。
 - 三、會議內容實錄。
- 前項第二款事項，應於開會七日前對外公開，並送交本會議代表。

第 12 條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

● 全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點

101 年 10 月 30 日健保醫字第 1010009170 號公告

- 一、全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜，特訂定本作業要點。
- 二、保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門)至少每三個月召開一次會議，必要時得召開臨時會議。
- 三、保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請下列代表出席：
 - (一) 保險付費者代表二名。
 - (二) 保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：
 - 1. 醫院總額：
 - (1) 各層級醫院代表二十名至二十八名，由台灣醫院協會推薦。
 - (2) 中華民國藥師公會全國聯合會代表一名。
 - (3) 特殊材料提供者代表一名。
 - (4) 藥品提供者代表一名。
 - (5) 中華民國護理師公會全國聯合會代表一名。
 - (6) 西醫基層代表三名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - 2. 西醫基層總額：
 - (1) 西醫基層醫事服務提供者代表十八至二十九名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (2) 中華民國醫師公會全國聯合會代表三名。
 - (3) 中華民國藥師公會全國聯合會代表一名。
 - (4) 藥品提供者代表一名。
 - (5) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表一名。
 - (6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表一名。
 - (7) 醫院代表兩名，由台灣醫院協會推薦。
 - 3. 牙醫門診總額：
 - (1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表十五名，由中華民國牙醫

師公會全國聯合會推薦。

(2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表一名。

(3) 台灣醫院協會代表四名。

(4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表一名。

(5) 中華牙醫學會代表一名。

(6) 中華民國醫院牙科協會代表二名。

4. 中醫門診總額：

(1) 中醫門診醫療服務提供者代表十八名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。

(2) 台灣醫院協會代表二名。

5. 門診透析：

(1) 醫院門診透析醫療服務提供者五至九名，由台灣醫院協會推薦。

(2) 台灣醫院協會代表一名。

(3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者四名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。

(4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表一名。

(5) 台灣腎臟醫學會代表一名。

(三) 專家學者三名。

(四) 政府機關代表：

1. 主管機關代表一名。

2. 保險人代表二名。

3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表一名。

前項代表應依下列方式產生：

(一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。

(二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。

(三) 專家學者由保險人遴選。

(四) 機關代表由該機關指派。

四、本會議代表均為無給職，其任期為二年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。

本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。

代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。

五、保險人得就會議相關議題向相關團體或專家諮詢，其提供之意見，得以書

面方式併入本會議提案內說明。

被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。

六、 保險人於辦理本作業要點業務時，應將下列事項對外公開：

- (一) 會議議程。
- (二) 會議內容實錄。

前項第一款事項，應於開會七日前對外公開，並送交本會議代表。並於會議結束後十日內，公開出席名單及會議內容實錄。

● 全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法

發布日期：101-11-01

生效狀態：※本法規部分或全部條文尚未生效

中華民國一百零一年十一月一日行政院衛生署衛署健保字第 1012660242 號令
訂定發布全文 12 條；並自一百零二年一月一日施行

第 1 條 本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第四十一條第四項規定訂定之。

第 2 條 保險人為辦理藥物給付項目及支付標準之擬訂事項，應至少每二個月召開一次全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議（以下稱本會議），並於必要時召開臨時會。

第 3 條 保險人辦理下列事項之擬訂，應於本會議先行討論：

- 一、全民健康保險藥物收載原則。
- 二、全民健康保險藥物支付標準訂定原則。
- 三、全民健康保險新藥及新功能類別特材給付項目。
- 四、全民健康保險新藥及新功能類別特材支付標準。
- 五、其他與全民健康保險藥物給付項目及支付標準之有關事項。

保險人辦理下列事項之結果，應於本會議提出報告：

- 一、全民健康保險藥物給付項目與支付標準新品項藥品及既有功能類別特材之初核情形。

二、其他有關全民健康保險已給付藥物支付標準異動之初核情形。

第 4 條 本會議召開時，應邀下列代表出席：

一、主管機關及其所屬藥物管理機關代表各一人。

二、專家學者五人。

三、被保險人代表三人。

四、雇主代表三人。

五、保險醫事服務提供者代表人數如下：

（一）中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會，各一人。

（二）台灣醫院協會一人。

（三）醫學中心、區域醫院、社區醫院、基層診所，各二人。

前項代表應依下列方式產生：

一、機關代表：由該機關指派。

二、專家學者：由保險人遴選。

三、被保險人及雇主代表：由保險人洽請相關團體推薦後遴選之。

四、保險醫事服務提供者代表：由相關團體推派。

藥物提供者得經由相關團體推派代表三人，列席本會議，表達其意見，但無表決權。

第 5 條 本會議主席，由保險人指派高階主管或就專家學者代表指定一人擔任。

第 6 條 本會議代表均為無給職。任期二年，期滿得續任之，代表機關、團體出任者，應隨其本職進退。

本會議代表違反本辦法之規定，且情節重大者，經本會議決議，保險人得予更換；其缺額，由保險人依第四條規定辦理。

第 7 條 本會議於討論特定藥物是否納入給付或給付變更時，依本法第四十一條第二項規定，得邀請該藥物提供者與相關之專家、病友團體代表列席表示意見。

第 8 條 本會議之議案，未達成共識者，保險人於報主管機關核定時，應一併提出各方代表不同意見、不同方案之優缺點分析及其財務評估等項資料。

- 第 9 條 本會議代表於首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。
- 第 10 條 本會議之代表有下列情事之一者，應自行迴避相關議案之討論，並於當次會議召開前，填具個案迴避聲明書提交保險人：
- 一、行政程序法第三十二條所定各款情事之一。
 - 二、前款以外之程序外接觸且自認對議案討論足生影響。
 - 三、前二款以外之其他特殊事由且自認對議案討論足生影響。
- 第 11 條 保險人於辦理本辦法業務時，應將下列事項對外公開：
- 一、利益揭露聲明書。
 - 二、會議議程及併附之醫療科技評估報告。
 - 三、會議內容實錄。
- 前項第二款事項應於開會七日前對外公開，並送交本會議代表。
- 第 12 條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

● 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法

發布日期：101-11-01

生效狀態：※本法規部分或全部條文尚未生效

中華民國一百零一年十一月一日行政院衛生署衛署健保字第 1012660266 號令
訂定發布全文 12 條；並自一百零二年一月一日施行

- 第 1 條 本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第四十一條第四項規定訂定之。
- 第 2 條 保險人為辦理醫療服務給付項目及支付標準之擬訂事項，應至少每六個月召開一次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議（以下稱本會議），並於必要時召開臨時會。
- 第 3 條 本會議召開時，應邀請下列代表參加：

- 一、主管機關代表一人。
- 二、專家學者二人。
- 三、被保險人代表二人。
- 四、雇主代表二人。
- 五、保險醫事服務提供者代表三十一人。

第 4 條 本會議主席，由保險人指派高階主管人員一人擔任。

第 5 條 第三條保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：

一、醫療給付費用總額部門（以下稱各總額部門）推派代表，其名額如下：

- （一）醫院總額推派十二人。
- （二）西醫基層總額推派六人。
- （三）牙醫門診總額推派一人。
- （四）中醫門診總額推派一人。

二、下列醫事團體之代表各一人：

- （一）中華民國醫師公會全國聯合會。
- （二）台灣醫院協會。
- （三）中華民國牙醫師公會全國聯合會。
- （四）中華民國中醫師公會全國聯合會。
- （五）中華民國護理師護士公會全國聯合會。
- （六）中華民國藥師公會全國聯合會。
- （七）中華民國物理治療師公會全國聯合會。
- （八）中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會。
- （九）中華民國助產師助產士公會全國聯合會。
- （十）中華民國醫事放射師公會全國聯合會。
- （十一）其他醫事服務機構。

第 6 條 第三條及前條代表，應依下列方式產生：

- 一、主管機關代表：由該機關指派。
- 二、專家學者：由保險人遴選。
- 三、被保險人代表及雇主代表：由保險人洽請全民健康保險會自該會委員中推派。
- 四、保險醫事服務提供者之各總額部門代表：由保險人洽請審查業務受委託專業機構、團體推派；無受委託專業機構、團體時，依下列規定辦理：
 - （一）醫院總額，由台灣醫院協會推派。
 - （二）西醫基層總額，由中華民國醫師公會全國聯合會推派。

(三) 牙醫門診總額，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推派。

(四) 中醫門診總額，由中華民國中醫師公會全國聯合會推派。

五、保險醫事服務提供者之醫事團體代表：由保險人洽請該專業機構、團體推派。

第 7 條 本會議之代表均為無給職。任期二年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。

本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去委員身分時，得由該會重行遴選推派。

代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前條規定重新推派。

第 8 條 保險人得就有關本會議之議題，向相關團體或專家諮詢；其提供之意見，得以書面方式，併入本會議提案內說明。

被諮詢之團體代表或專家，經主席指定者，得列席本會議說明。

第 9 條 本會議議案未達成共識者，保險人於報主管機關核定时，應一併提出各方代表不同意見、不同方案之優缺點分析及其財務評估等項資料。

第 10 條 本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。

本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額，由保險人依第六條規定辦理。

第 11 條 保險人於辦理本辦法業務時，應將下列事項對外公開：

一、利益揭露聲明書。

二、會議議程。

三、會議內容實錄。

前項第二款事項，應於開會七日前對外公開，並送交本會議代表。

第 12 條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

附錄二十三 期末報告審查展示 Powerpoint

建構全民健康保險會組織任務中 財務收支連動運作機制之研究



行政院衛生署委託研究計畫
報告者: 陳敦源 教授
參與者: 張耀懋、羅凱凌
日期: 11.27.2012

報告大綱



1. 研究目的
2. 研究方法
3. 研究成果: 荷蘭與德國之健保財務制度
4. 研究成果: 利害關係人問卷調查
5. 研究成果: 可行性之問題分析
6. 問題整理與分析
7. 解決方案
8. 結論: 政策建議

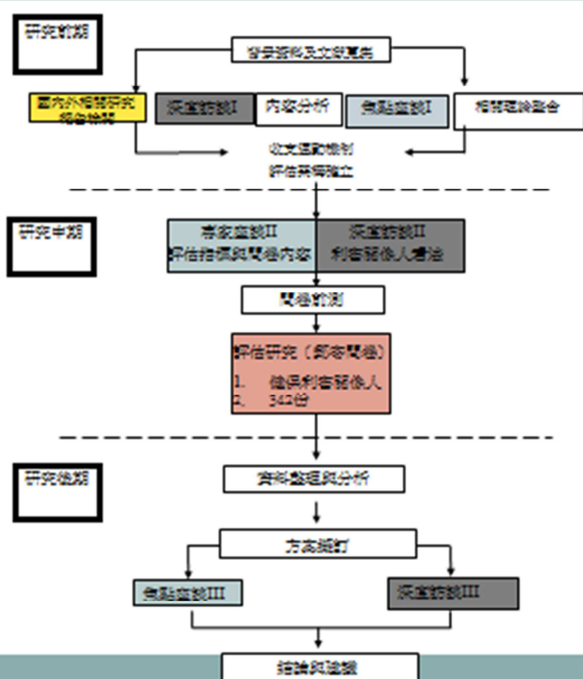


研究目的

- (一) 文獻探討施行健康保險的國家，在財務上具收支連動機制（例如德國、荷蘭）者之運作模式，提出對我國健保新制下財務收支連動之運作建議。
- (二) 依據需求單位所提健保會總額協定與費率審議之組織任務與時程，評估其法律、行政及時效可行性等：1.回復主管機關諮詢年度總額範圍之意見；2.協議訂定各部門醫療給付費用總額及分配方式；3.於費率審議前，先行諮詢保險財務、經濟學者及社會公正人士等意見；4.於年度開始1個月前，完成該年度應計之收支平衡費率審議工作。
- (三) 依據需求單位所提健保會法定任務，探討健保會如何與各相關利害關係人（如醫療提供者、付費者、政府組織、民間組織、一般民眾等）之互動關係。
- (四) 研提具體運作機制之相關建議供健保會等相關政府機關或單位參考。



研究方法 流程圖



研究方法



● 質化研究

1. 文獻分析:

國家	制度分析
德國	財務收支連動機制之研究
荷蘭	財務收支連動機制之研究
台灣	財務收支連動之相關文獻

2. 深度訪談:

波數	類別	數量
I	制度設計者	5
II	利害關係人	11
III	有行政經驗之專家、學者	5

3. 焦點座談:

場次	類別	主題
I	相關單位之行政人員	收支連動預期問題
II	統計、問卷之學者	問卷設計與發放
III	相關單位之行政人員	問題分析與方案評估

研究方法



● 量化研究

資料蒐集步驟

步驟	內容	說明
步驟1	問卷設計	依據研究目的與理論概念，進行問卷設計
步驟2	意義前測	針對問卷設計問題，進行前測，做為修改依據
步驟3	問卷修正	依據前測進行修正
步驟4	第二波前測	透過前測施放與結果，做初步分析，確認問卷在統計上的可行性與有效性。
步驟5	焦點座談III	針對問卷題組設計與第二波前測結果進行探討，修正問卷設計問題。
步驟6	問卷修正	正式問卷定稿
步驟7	正式問卷發放	發放數量：342
步驟8	問卷回收與分析	回收數量：144

類別	發放	回收	回收率	單位	抽籤標準
醫療提供者	87	41	47%	團體	<ul style="list-style-type: none"> 二代健保法人建議名冊 監理會、費協會之醫事提供者代表團體 牙醫師公會全聯會、中醫師公會全聯會、醫師公會全聯會、藥師公會全聯會之次級區域公會組織
付費者	37	14	38%	團體	<ul style="list-style-type: none"> 監理會、費協會之被保險人代表團體 商業總會之次級區域公會組織 全國職業工會之次級區域公會組織
倡議團體	49	13	27%	團體	<ul style="list-style-type: none"> 監理會、費協會之參與機關代表 二代健保法人建議名冊 相關疾病醫療之倡議團體
政府組織	71	36	51%	工作 執掌	<ul style="list-style-type: none"> 監理會、費協會之參與機關代表 健保局相關業務單位 衛生署相關業務單位 各縣市衛生局 健保局各區分局
學者專家	98	40	41%	個人	<ul style="list-style-type: none"> 二代健保規劃小組名單 監理會、費協會之參與代表
總計	342	144	42%		

研究成果(I)



荷蘭與德國之健保財務制度



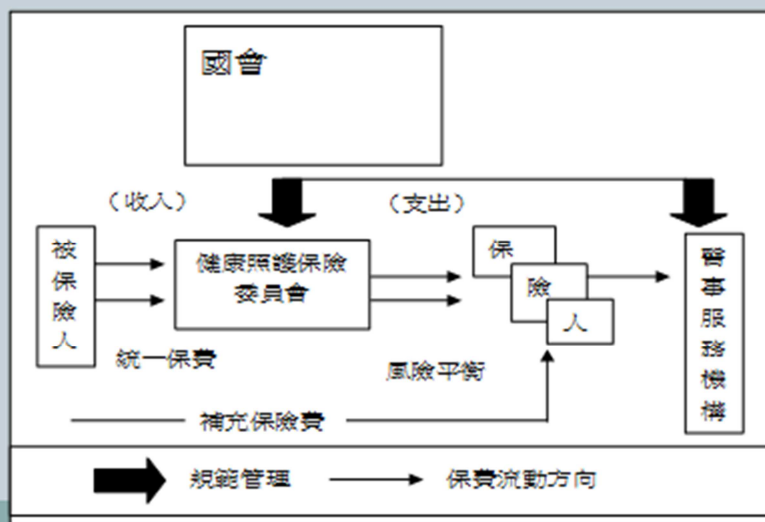
德、荷健保財務收支連動制度



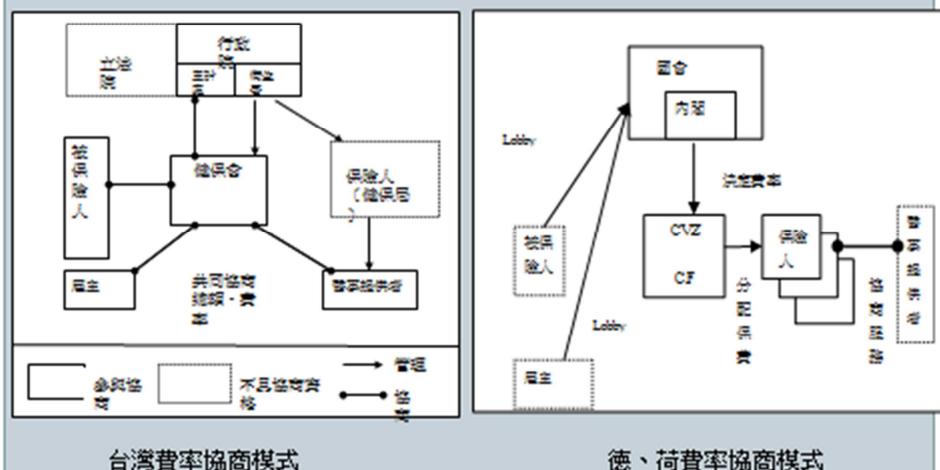
面對健保收支失衡的困境，德國在2009年修法後師法荷蘭，因此兩國的健保財務收支連動體系十分類似，唯一差異在於管理機構的定位，以下先針對整體收支連動機制作介紹，在簡述兩者委員會的差異。

- 國家體制: 內閣制
- 健保體制: 多元保險人
- 收支管理機制:
 - 荷蘭: 健康照護保險委員會 (CVZ)
 - 德國: 健保基金 (Gesundheitsfonds)
- 保費收入: 統一保費由國會決定
 - 補充保費由保險人各自向被保險人收取

健保財務收支連動圖示



健保財務決策模式比較



研究成果(II)



利害關係人問卷調查：

- 健保會任務功能與時程的看法
- 對收支連動與健保會的整體看法
- 有無委員會經驗對健保政策的看法
- 各類利害關係人對健保政策的看法

健保會任務功能與時程



1. 對等協商

針對將來付費者代表應如何推派人選與醫事服務提供者進行對等協商，付費者代表的意見傾向有更高的自主性，應該由同類團體自行推派或者同類團體票選。然而，若從協商效率與效能而言，推派代表的標準為何是更重要的議題。

2. 總額範圍諮詢、與審議費率

這兩個部分，所有利害關係人抱持同意的看法，認為這兩種機制設計有助於達成收支連動。

3. 時程安排

所有利害關係人雖同意目前的安排，但是仍然憂心「費率超過上限，重新協議」、「費率審議」和「總額協議訂定與分配」的階段會有時間不足的問題；因此或許這幾個階段仍需依實務操作狀況作出彈性調整。

對收支連動與健保會的整體看法



1. **樂觀期待：**受試者對健保會的收支連動功能持正面看法，認為兩會合一會比分立有更好的收支連動效果。

2. **獨立決策：**針對健保會與其他機關的關係，無論是衛生署或健保局，健保會應該可以更受到尊重和發揮其決策影響力。

3. **外生因素：**針對健保財務短絀與保費無法調整的問題，受試者認為最主要影響健保財務的問題在於「費率調整受政治影響」、「民眾醫療浪費」、「民眾未充分了解費率調整的必要性」等主要因素。

→ **就收支連動而言，兩會合一將比過去更能推動收支連動，但不是影響財務平衡的唯一因素，若不能同時努力解決政治干擾和教育民眾的話，兩會合一也不是解決財務困境的萬靈丹。**

有無委員會經驗vs.收支連動



項目	參與經驗 (表21, p.76)	
	有	無
1. 監理會與費協會參與團體由衛生署決定的合理程度	3.97	3.46
2. 費率調整方案的設計能否產生健保收支連動的效果	4.05	3.44
3. 健保總額分配若破局，是否同意由主管機關決定的做法？	3.70	4.27
4. 健保會各類團體代表名額分配，已能充份展現社會對健保財務不同意見	4.39	3.87
5. 健保會代表，都願意花時間學習相關健保財務知識以提 升參與決策品質	3.78	3.29
6. 健保會的代表們在作健保財務決策時，會以專業證據為主要考量，而不是從黨 派政治角度出發	4.00	3.44
7. 健保會的行政人員，能適時提供充分的事業幕僚資訊，協助委員達成財務相關決策	3.91	3.16
→ 決策體系內與外的看法差異，將會影響未來健保會自覺正當性與社會反應的差異，牽涉到決策公開與行銷的問題，代表決策正當性的擴散效果有限。	4.37	3.93

各類利害關係人與收支連動



1. 委員會組成成員問題

(1) 所有別都認為被保險人代表的代表性有問題，無法代表被保險人意見。(2) 代表性的問題應是將來健保會選任代表最重要的問題。

2. 影響健保財務因素

(1) 「醫」、「政」和「學」認為主因為費率調整受政治影響。

(2) 「付」和「倡」認為是民眾醫療浪費。

(3) 所有身分別的利害關係人都不認為「兩會分立，使得收支不連動」是造成健保財務短絀的主因，也就是說，未來雖然兩會合一，但如果不同時處理民眾浪費以及克服政治影響，兩會合一也未必能避免短絀。

3. 主管機關決定之評估

(1) 所有利害關係人類別都認為未來二代健保的機制即是未於時間內完成時，由主管機關決定之。這樣的機制雖然可以讓協商必定產生結果，但也讓健保會失去部分權力。

(2) 「倡」不同意的比例偏高。

各類利害關係人與收支連動



4. 公平對待之評估

(1)「醫」和「倡」認為各類團體代表名額分配，無法展現社會對健保財務問題的不同意見，尤其倡議團體不同意比例最高。

(2)主管機關是否對各團體公平對待，「倡」的不同意比例為最高。

5. 本位主義問題

「政」約八成認為未來健保會參與者不會以保護自身利益為出發點，會努力解決財務問題；但其他類別的受訪者，雖然同意的比例也高，但是不同意的受訪者也不少。

6. 專業考量vs.政治責任

(1)「醫」不認為健保會會以財務專業證據為主要考量最高(感受政治介入)。

(2)「付」則相信未來作健保財務決策時，會以專業證據為主要考量。

(3)「政」和「專」對於這個問題，是兩極的看法。

7. 行政支援

(1)「付」和「專」具有最正面的看法，認為未來行政機關能提供充分的幕僚支援。

(2)「倡」不同意行政能夠提供充分的幕僚資訊比例最高。

研究成果(III)



可行性之問題分析

法律可行性

1. 健保會組織定位



更重要的權限但卻是任務編組，雖可藉主委與部長可強化政策的影響力，但另一方面，卻也代表決策力必須受到行政機關的限制，究竟是更獨立或更受到政治力影響，仍舊有所爭議。

2. 健保會收支連動權限的不完整

透過兩會合一，健保會在收支連動程序中被賦予收支平衡的關鍵角色，但似乎仍有些收支權限不在健保會的管轄範圍，而隸屬於健保局的職權，如藥材、特材、支付會議等，這些項目究竟被視為政策專業的領域，或者仍涉及健保財務運作的一環，也必須有更明確的規範。

3. 對等協商的意涵

健保會重大決策是項傾向採用共識決的模式協商，以確保各類利害關係人的意見被尊重，並且獲得共識。因此，在協商制度上堅持對等協商的原則，但究竟對等協商該如何執行，而制度設計又該如何符合現況，便有不同的看法。

4. 社會參與

目前健保會的決策仍屬於少數代表參與，未具有全民參與的基礎，儘管有公聽會、公民會議的先例，但對於政策運作的效率以及實際政策效用的助益都受到質疑，在擴大社會參與與決策效率的考量下，該於甚麼時間點舉辦這些活動，又該透過甚麼方法舉行，都有不同的討論。

行政可行性

1. 健保會委員的代表性與專業性



健保會委員代表的參與動機、專業程度與議事表現都會影響會議的品質，健保政策一方面具有高度專業，一方面又涉及全民利益，團體代表該如何選任，而代表者的專業又該如何增進，都影響了未來健保會在行政可行性上的運作效果。

2. 健保會主委的角色

健保會主委在收支連動程序中，一方面受衛生福利部長指派管理、主持健保會；另一方面又要在會議進行中與各類利害關係人互動；涉及重大政策，可能還必須擔任發言人對外說明健保政策的決定。不同面向的期待都使得主委必須身負多重責任，部長的選任以及主委的定位就可能影響健保會運作的功能與成效。

3. 資訊完整性與即時性

健保會在決定健保重要事項時，必須要取相關的資訊才能做出正確的決策，無論是資訊的完整性或即時性，都具有重要影響。此外，健保會的行政人員一方面要提供專業的資訊，一方面要協助兼任的委員進行會議。這些行政支援的人員與任務都是必須考量的重點。

4. 健保局的角色

在健保收支連動的體系中，我國的單一保險人其實扮演多重的角色，一方面中央健康保險署為健保政策的執行機構，也是健康保險買賣雙方的獨佔者，並且掌握與健保相關的所有資訊，究竟中央健康保險署應採中立角色不介入健保決策，或者該扮演較積極的保險人作為，也引起不同利害關係人的差異看法。



1. 會議效率

未來兩會合一後，將原本監理會及費協會的業務職掌與委員人數予以合併，不僅待處理的議題會增加，會內的委員人數也大幅提升至35人，議程數及人數的增加，就組織理論而言，勢必會對會議效率造成影響，該如何掌握議事效率，也會影響健保會決策的結果。

2. 決策時程

決策時程內容針對健保會在總額範圍諮詢、總額分配以及費率審議三個程序與時間的規劃，儘管多數受訪者對程序沒有異議，但時間的安排卻有爭議，前半年前段諮詢時間政府需要資料蒐集與確認，但後半年處理總額分配與費率又太緊湊，很容易因時間不足而破局。是故，各項任務的時程安排必須再重新作配置，才能使健保會有實質的運作。

3. 無法於法定期限完成的處理方式

依據健保法第24條規定，若健保會未於時間內完成審議，則由主管機關決定之。受訪者認為這可能會促使健保會在壓力下盡快完成審議(審議功能)，但另一方面，卻也可能使健保會根本因此協商破局(協商功能)。若此，那麼利益團體是否會故意延宕，以拖的方式得到結論，造成健保會的權力無法執行，該權力直接由主管機關行使。

問題整理與分析



- 組織結構
- 任務時程
- 組織人事
- 配套措施

一、健保會的組織結構

問題	資訊來源			
	跨國	深訪	焦點	問卷
1. 健保會的獨立性 健保會為任務編組，其所有決議事項卻都由衛生署作最後裁決，因此，較難脫離政治因素。 再者，對於健保財務的相關政策只具有審議權而無執行審查與懲戒權限。這兩個面向都將影響健保會在決策上的獨立性，也可能因此喪失兩會合一的目的。	✓	✓	✓	✓
2. 總額對等協商 總額對等協商機制強調總額分配時，必須由付費者代表推派10人與醫事提供者進行協商。然而，究竟代表如何推派，又「對等」協商的概念如何執行，即有許多不同的看法。		✓	✓	✓
3. 議程主導權 針對健保會的議事效率與議程主導做討論，由於未來健保會共有35名代表，儘管在規模與比例上強化了社會參與的正當性，但另一方面，也可能因此影響健保會的議事效率。如何在健保會的結構與程序兩方面作調整以強化效率也有不同的看法。		✓		✓

二、健保會的任務時程

問題	資訊來源			
	跨國	深訪	焦點	問卷
4. 總額範圍諮詢問題 在二代健保法中，過去由政府所決議之總額上限在前半年便必須先諮詢健保會，而總額上限則涉及未來健保費率的調整問題，因此，可能使收入面的協商提前進行，而增加利益衝突的可能性。無論是健保會內部對總額上限無共識，或者健保會不同意行政院之上限門檻，都將影響後續的健保費用協商機制。		✓	✓	✓
5. 費率決定時程問題 健保費的調整在總額協商完成後，由中央健康保險署向健保會提請審議。若健保會無法於期限內完成審議時，由衛生署決定。此項任務同時涉及健保會權限、政治影響與時效等不同面向的可行性困境。	✓	✓	✓	✓

三、健保會的組織人事

問題	資訊來源			
	跨國	深訪	焦點	問卷
6. 委員資格與能力問題 健保會中必須處理許多與健保政策相關的議題，一方面必須滿足利益的代表性，委員必須能代表其所屬類別的利益，另一方面則必須具有專業性，才能夠針對健保議題做發言。而健保會委員為兼職，是故，必須由代表選任與代表訓練兩方面來加強。		✓	✓	✓
7. 健保會主委選任 健保會主席無論是對內主持協商、對外說明、或者與衛生署的聯繫，都可能影響健保會在健保財務收支連動的定位，因此，主席的選任也受到很大的關注，現今議事規則中，規範主委由衛生署長在學者專家中指派，而實際運作上，究竟如何選擇主委，也有不同的看法。		✓	✓	✓

四、收支連動機制的配套措施

問題	資訊來源			
	跨國	深訪	焦點	問卷
8. 健保會決策資訊的充足性與完整性 健保會被賦予收支連動的重要責任，但在位階上變成任務編組，並無專屬的行政人員與資訊支援體系，這將使決策時的資訊受到限制，不但可能影響會議的效率，也連帶影響決議的有效性。	✓	✓	✓	✓
9. 擴大社會參與與民意蒐集 與健保會相關的擴大社會參與方式有二，包含公民會議（第5條）以及專家會議（第24條）。然而，社會正當性與會議效率及效能的衝突，便成為社會參與的重大挑戰，究竟該透過甚麼機制的運作，以達成兩者的調和，各利害關係人也有不同的看法。		✓	✓	✓
10. 健保署的保險人權責 中央健康保險署一方面是買賣的獨佔者，一方面又掌握所有與健保相關的醫療資訊。而在社會福利政策中代表國家執行健保政策。而健保會在監督健保財務的項目裡，也未有對中央健康保險署的相關職權，這可能會造成財務決策時的資訊落差與問題回應性不足的困境。	✓	✓		✓

結論：政策建議



編號	問題	問題本質	建議
一	健保會獨立性	健保會決策獨立性的建構	1. 需要賦予健保會監督收支連動相關業務的權力。 2. 衛生福利部應該充分尊重健保會的各項議決結果。
二	總額對等協商	健保會對等協商的人數與模式	1. 買賣雙方由健保會從內部成員自行推舉對等協商代表 2. 協商流程依循現狀，由買方分別與不同總額部門協商
三	議程主導權	是否設次級委員會及議程主導權歸屬	1. 在健保會下設各種次級委員會進行專業分工 2. 次級委員會中設程序委員會，將議程設定權交給健保會
四	總額範圍諮詢	總額範圍諮詢的作法與功能	1. 總額範圍諮詢仍由行政院核定，但應該尊重健保會的意見 2. 總額範圍諮詢需要提早準備處理內部利害衝突的可能
五	費率決策與時程	費率決策與其他決策的連接性與時程設定	1. 費率決定與總額範圍諮詢與協商可以一起討論 2. 總額範圍諮詢、總額協商、費率協商都向前提一個月
六	委員資格與能力	健保會委員的選任資格與能力培養	1. 委員會的選任可以提早到前任委員任期結束前一年完成 2. 賦與早選委員實習身份，參與健保會開會見習
七	主委選任	健保會主任委員的選任方法	主任委員由委員共同推選之，這個過程由健保會內部委員自行在學者與公正人士之間提名推選之，最後再由部長任命之
八	資訊完整與充足	健保會關鍵決策資訊的獲取方法	1. 健保會開會，單位人員需出席，事先準備議程資料 2. 買方資訊不對稱要介入處理，提供資訊產製與解讀
九	參與正當性與效率	健保會決策參與的	獲取專家資訊、程序對外公開、舉辦公民會議同步推行
十	健保局的角色	收支連動的功能及健保會和健保局關係	1. 健保署仍然扮演健保政策執行者的角色 2. 逐步將收支連動相關的委員會職權回歸健保會



報告完畢
懇請指教!!



附錄二十四 期中報告審查意見修正及回應表

期中報告審查意見主要針對受訪者人數、類別，以及問卷發放的部分提出建議，本案已依據各評審委員的建議進行修正（參見表一）。以下進行簡要說明：

首先，針對深度訪談受訪者的部分，原先預期只訪談 10 位，但基於利害關係人的多元性，因此，在第一波制度設計者與第三波有行政經驗之專家部分，維持原案各有 5 位受訪者，並在第三波時加入談判專家的受訪者；而第二波的部分，則針對各類利害關係人進行訪談共有 12 位（參見表八）。

再者，針對問卷發放的部分，由於問卷為精英問卷，為強化抽樣的完整性，在發放數量上，各類利害關係人的發放數量有所差異，而回收量也因團體特質與發放數量有不同（請參見表十四）。在回收問卷時，本案進行兩波的問卷催收，但各類團體的回應性不同，基於自願性填答的考量，不做強迫催收的程序。因此，總計發放數量為 342 份，共回收 144 份。

第三，其他部分本案已依據審查委員意見進行修正。

項次	審查委員	審查意見	回應修正
一	甲	各項目標符合預期進度。	感謝審查委員意見。
二	乙	1. 本計畫業已如期完成文獻蒐集彙整、焦點座談之執行、深度訪談及問卷設計與前測，值得嘉許。 2. 本計畫收集荷蘭健保收支連動之「健康照護保險委員會」任務與定位，及德國「健保基金」設立與運作，藉以提供台灣未來體制運作的反思與參考，立意頗新。	感謝審查委員意見。 感謝審查委員意見。

		<p>3. 期中報告第 12 頁焦點座談 (一)，內容提及與會者預計為有行政經驗之學者及健保會之主委約六人，惟健保會尚未成立，焦點座談對象卻涵蓋該會主委，建議修正。</p> <p>4. 期中報告第 14 頁有關深度訪談，內容提及共 10 位相關人員進行三次訪談，惟深度訪談 I、II、III 為 5 位、4 位、2 位接受訪談，總人數不一致，建議修正。</p> <p>5. 期中報告第 130 頁，健保會議事辦法，請修正為「全民健康保險會之組成方式及議事辦法草案」，並修正為預告版本日期。</p> <p>6. 期中報告內容多處提及二代健保修法通過日期，日期有誤，請修正為 2011 年 1 月 4 日通過修法，例如，第 2 頁、第 72 頁、第 77 頁、第 82 頁等。</p> <p>7. 未來研究方向建議：研提若欲達成財務收支連動，健保會邀請精算師、保險財務、經濟學者及社會公正人士等提供意見的時間。</p>	<p>感謝審查委員意見，已修正。</p> <p>感謝審查委員意見，已修正人數問題。 目前訪談人數： 深訪 I 5 人 深訪 II 12 人 深訪 III 5 人</p> <p>感謝審查委員意見，已修正。</p> <p>感謝審查委員意見，已修正。</p> <p>感謝審查委員意見，已放入計畫中進行修正。</p>
三	丙	1. 有關將一般民眾之問卷 50 份改	感謝審查委員意見。

		<p>為針對 30 位學者專家之訪問與調查，在目前條件下應屬可行。</p> <p>2. 至於將原有醫療提供者、付費者、政府組織、民間組織等之問卷數由原先各 50 份降為 30 份，若現有條件不易達成，原則上可以同意，但仍有待委託單位之同意。</p>	感謝審查委員意見。
四	丁	<p>1. 期中報告第 20 頁表五，付費者發放問卷數為 19 份，但有效樣本數為 30 份，似有誤差，請確認份數。</p> <p>2. 期中報告第 94 頁問卷題目第 9 至 34 題，有關監理會和費協會的評估，建議再斟酌。因受訪者大多沒有實際參與這兩會的運作，恐無足夠的知識和經驗回答這些問題。</p> <p>3. 未來研究方向建議：建議也找公共行政及協商談判專家學者接受訪問，以跳脫既有監理與費協兩會的架構，可能可以提供更有價值的意見。</p>	<p>此為發放對象不足的困難點，已作修正。</p> <p>感謝審查委員意見。</p> <p>由於第二波前測的結果發現，是否參與會議對於委員會的認知有顯著的差距（見前測說明）。這會影響未來是否參與會議的利害關係人對健保財務制度的態度，所以這個部分仍舊保留。</p> <p>感謝審查委員意見，已加入深訪名單。</p>
五	戊	<p>1. 期中進度符合。</p> <p>2. 未來研究方向建議：建議針對「財務收支連動」的目的，健保會在二代健保法的框架下，可運作的類型與執行分析，及其優缺點分析與運作時的前題或考量。</p>	感謝審查委員意見，將此部分加入建議方案中。

附錄二十五 期末報告審查意見修正及回應表

項次	審查委員	審查意見	回應修正
一	楊銘欽	<p>1. 很佩服陳教授能在短時間蒐集及整理豐富的研究資料，惟希望應提出具實務可操作之建議。有關委員議事態度，雖在「全民健康保險會組成及議事辦法」中有規定，委員需利益自我揭露及理性開會，但利用杯葛議事得到認同是委員開會時運用的手段之一，研究建議在健保會下設次級委員會進行議題專業分工，以及會前公開議程等，似乎很理想性，但委員開會當天可能會提臨時動議或程序問題，整個會議過程可以預期會有動盪。討論的內容建議酌加實際開會時可能碰到的狀況，例如委員在會議中提出臨時動議，或以會議杯葛的方式得到健保會委員對其訴求的重視。</p> <p>2. 總額協商現況是付費者代表及政府代表全部參加，醫界代表是等各該總額部門協商時間到才參加，並非全部委員參加協商，協商結論需再經費協會委員會議確認才生效。未來總額對等協商醫界代表人數 10 位，與現制上不同確實有影響。因委員在意的是否被公平對待，目前有四個總額部門，未來醫界代表委員有 10 位，付費者代表委員有 18</p>	<p>1. 感謝審查委員意見，會議中的議事運作可視為各類代表的議題否決權，若嚴重影響議程進行，應該明確規範於議事規範中，然而，民主參與的決策，應該保留某些「不確定」的可能，無法用外部或是高階力量介入而消滅，必須由健保會內部參與者自行排除，這有時才能符合民主精神。</p> <p>2. 感謝審查委員意見，此選項已放入方案中，供行政單位參考(請見頁 141)。</p>

		<p>位，可分別依部門別各推舉 10 位參與總額部門協商，付費者委員平均可參加 2 個至 3 個對等協商會議，讓大家都有參加的機會，或許也是可嘗試的運作方式。</p> <p>3. 研究報告第 143 頁至 147 頁表 32 政策建議，解決方案提及「現況」應是指即將於 102 年 1 月 1 日實施的運作方式，易與目前進行方式混淆，建議研究報告討論之內容及表 32 中「現況」改為「二代健保法之規定」。</p> <p>4. 有關健保財務資訊何時揭露部分，依二代健保法規定主管機關約需於每年 3 月至 4 月諮詢健保會對年度總額範圍之意見，屆時健保財務之資訊即要提供，應該無法等到 6 月或 7 月才揭露資訊。</p> <p>5. 研究報告尚缺中英文摘要，請補列。</p>	<p>3. 感謝審查委員意見，已於方案表 30 中做修正(請見頁 141-146)。</p> <p>4. 感謝審查委員意見，已於結論處作修正(請見頁 164-165)。</p> <p>5. 感謝審查委員意見，已補足，請見摘要頁。</p>
二	賴美淑	<p>1. 請研究團隊將研究報告第 3 頁圖一「健保收支連動的流程與對口單位」，作為本報告最後總結的架構，請對理論與研究建議亦納入流程中。如責任界定、統合主義集體決策理念、跨部門的公私協力(Private-Public Partnership；PPP)關係在這流程中是屬哪個部分，建議要納入。另與理論結合且要符合立法原則的建議為何，建議研究報告中的理念與圖一流程架構部分予以連結，以供行政</p>	<p>1. 感謝審查委員意見，已於結論處補充，統合主義部分特別強調付費者代表在協商結束後回頭說服所代表民眾的義務，公私協力則是健保落實執行不可或缺的機制，也是健保會獨立性存在的目的之一，就是讓公私協力能夠自主運作，最後，相關的內容也一併</p>

		<p>部門規劃之參考。</p> <p>2. 有關統合主義部分，建議將解決方法先提出，是 PPP 或其他方法？其中再分制度及機制。由於健保會負有財務收支連動之任務，且有時效上的壓力，故建議將財務收支資訊之提供，請針對時程放入架構中。</p> <p>3. 呼應陳教授提及健保會獨立性問題，未來收支連動是否能確保原有費協會的優點，建議研究報告內文增加如何維持費協會功能、監理會功能；另外應將其他相關研究計畫進行座談與整合，對健保會的收支連動功能的討論與建議才算完整。</p> <p>4. 監理會已將健保會收支連動之功能，完成委託研究後，宜思考及規劃健保會還有什麼重要功能需委託研究。另根據研究報告的建議內容，行政部門宜進一步進行細部規劃，以因應未來之運作。在人力不足之現況下，可先簡化再精緻化。</p> <p>5. 建議健保局的財務資訊，應以 user friendly（友善使用者）的方式呈現，因健保局的財務資訊不應只是給精算小組之專家，也要給社會大眾了解。另研究報告提及收支連動與公民參與部分，尤其健保局財務資訊議題可嘗試運用公民參與方式進行意見蒐集，以提</p>	<p>統整在圖十一當中(請見頁164-165)。</p> <p>2. 感謝審查委員意見，已於結論處略作補充，這是政府公共決策的一個重要的公義概念，John Rawls 的無知之幕理論，在公義制度設計上的應用，就是藉由資訊的公開或保密、人員背景的選擇、以及對政府中立角色的要求，使決策體能夠容納更多利益團體之外的公益聲音（請見頁164-165）。</p> <p>3. 感謝審查委員意見，本案屬於健保會與財務平衡之協商機制研究，必須與其他相關機制相互連結，如支付制度、健保局財務功能與費用分配模式等，才能使健保政策之收支連動具有完整性。</p> <p>4. 感謝審查委員意見，這部分研究團隊將配合署內行政作業，參與未來的各種討論，並提出相關專業的意見。</p> <p>5. 感謝審查委員意見，本案也</p>
--	--	---	---

		<p>升決策透明及正當性。</p> <p>6. 主任委員選任問題，現在很多不是用選舉機制，而是用內定方式，這涉及領導者態度與高度的問題。</p> <p>7. 建議研究內文要寫清楚統合主義如何運用在每個代表團體，以財務收與支的資訊揭露而言，若運用 John Rawls（約翰・羅爾斯）的 veil of ignorance（無知之幕）觀點，應提供財務收與支的完整資訊後，讓付費者或醫療服務提供者放掉自我立場，或像角色扮演方式，深度討論財務狀況以提出意見。</p>	<p>於政策建議方案處，提出有關重大爭議必須舉辦公民會議已擴大社會參與及民意蒐集之功效。</p> <p>6. 感謝審查委員意見，因此本案研究建議由委員代表互選，相互制衡，再由部長依據結果任命之。</p> <p>7. 感謝審查委員意見，當時審查會審查委員與主持人的一段對話，其中包含如何應用 John Rawls 的無知之幕概念，設計健保會中利害關係立場超然化的問題，除了將資訊隱藏之外，目前健保會規定有學者與公正人士的參與，本身就是沖淡健保會利益主導色彩的一種設計，也就是說，這種放大公益立場意見的作法，就是一種無知之幕的應用，作者在結論中有略為論述，以為參酌(請見頁 157-158)。</p>
三	劉見祥	<p>1. 非常感謝賴教授美淑與楊副教授銘欽協助本案之期末報告審查，也謝謝陳教授敦源提出詳盡的報告。</p>	<p>1. 感謝審查委員意見。</p> <p>2. 感謝審查委員意見，已進行修正，見研究方法頁 24。</p>

		<p>2. 本研究報告第 8 頁提及部分執行訪談Ⅱ、Ⅲ之逐字稿校正和信效度仍在進行，請儘快完成，並請計畫主持人參酌審查意見，納入期末成果報告修正之參考。</p> <p>3. 為期研究團隊所提成果報告，能充分運用於未來健保會之相關業務，屆時可邀請研究團隊於明年健保會委員會議中分享本計畫成果。</p> <p>4. 建議主管機關將本研究、李教授玉春之「建構全民健保醫療給付調整之審議機制」研究計畫及許副教授怡欣之「全民健保醫療費用總額分配方式及其可能影響之評估」研究計畫等三項研究之成果，召開專家會議或發表會。以從各角度對健保會運作提出建議，才有整合的意義。</p>	<p>3. 感謝審查委員意見，本案將全力配合。</p> <p>4. 感謝審查委員意見，本案將全力配合</p>
四	健保局	<p>1. 謝謝陳教授讓健保局瞭解未來健保會成立後的保險人角色。賴教授建議健保局資訊公開是很重要的建議，會帶回健保局研議。目前健保局較重視外部資訊公開，少了內部決策性資訊部分，在未來健保會運作與收支連動上需提供何種資訊，將是健保局需面對的課題。</p> <p>2. 研究建議中提及逐步將現行於保險人運作之收支連動相關的委員會職權回歸健保會，在現實面恐有困難，因二代健保法提到</p>	<p>1. 感謝審查委員意見。</p> <p>2. 感謝審查委員意見。</p>

		給付項目與支付標準，係由保險人、被保險人、雇主、醫療機構團體協商，在法律的框架下，未來仍在保險人層面進行相關運作。	
五	費協會	<ol style="list-style-type: none"> 有關民主運作上多元思考、資訊正當性散播在行政機關以前較忽略，對資訊散播可藉由多元參與來協助認同理性決策，以減少立法部門的杯葛。 荷蘭「健康照護保險委員會」(College voor zorgverzekeringen，簡稱 CVZ) 與健保會設計非常不同，較類似勞委會角色，具完整的行政組織及決策權力，建議就其運作功能內容能更仔細說明。 	<ol style="list-style-type: none"> 感謝審查委員意見，此處為探討資訊對稱以及決策正當性兩者的重要性。 感謝審查委員意見，已於荷蘭制度做修正，針對 CVZ 之內部業務分工以及與其他組織的互動作補充(請見頁 45-48)。
六	健保小組	<ol style="list-style-type: none"> 「全民健康保險會組成及議事辦法」已公布，建議於研究報告若有引用，宜更新為最新版本。 建議把「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法」、「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法」納為研究參考資料。另健保局業已發布「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」，以規範總額協商後各總額部門支付委員會運作方式，建議納為參考資料。 有關投影片第 28 頁「總額」諮詢部分，建議修正為「總額範圍」的諮詢會較清楚，因該時間點是總額範圍的諮詢，而非金額。 	<ol style="list-style-type: none"> 感謝審查委員意見，已進行修正，請參附件二十二。 感謝審查委員意見，已於附件補充，請參附件二十二。 感謝審查委員意見，已於結論處作修正(請見附件二十三)。

七	監理會	謝謝賴教授與楊副教授，先前給本會很多寶貴意見，使本委託計畫得以順利徵求；也謝謝陳敦源教授接受委託，且不負眾望，交出好成績。	感謝審查委員意見。
---	-----	---	-----------