

超越醫療天塹

全民健保二期規劃紀實



衛生福利部



超越醫療天塹
全民健保二期規劃紀實



衛生福利部

超越醫療天塹 造福全體國民

民國 84 年 3 月 1 日，全民健康保險正式開辦，開啟了臺灣醫療與公共衛生史嶄新的一頁；也是全體規劃人員放下重擔的一刻。本人在 79 年 6 月接任行政院衛生署署長一職，本於身為醫師從事公共衛生的使命感與信念，意識到健保實施將是衛生署重要的工作之一，經行政院同意，接下由經建會剛完成的全民健康保險第一期規劃工作。這項規劃工作從 79 年 7 月 1 日開始，一直持續到健保開辦，是為【全民健康保險第二期規劃】。今日全民健康保險的輝煌成果，也就是在這段期間集合眾精英的才智與努力，奠定了成功的基礎。

回想起那段歲月，有著一群優秀、有抱負的學者與行政院衛生署的同仁，一起為著臺灣人民的醫療照護共同努力；我們一同經歷了數不盡的會議，一一完成了制度規劃、溝通協商、立法折衝、籌備開辦等工作。我們同甘共苦，終於不辱使命，於 83 年 7 月 19 日凌晨，立法院通過了全民健康保險法、也順利設置了中央健康保險局、開辦了全民健康保險；讓所有臺灣人民不再因病而窮，相信對所有的參與者而言，都是生命中值得驕傲的一個篇章。

衛生署在完成二期規劃及全民健康保險立法工作之後，緊接地著手辦理籌備工作，以及開辦後的執行與檢討作業。看似匆促開辦的全民健保，卻因著整個醫療團隊的全力投入服務，在很短的時間，即取得民眾的認同。而本人於 86 年的 8 月底，在擔任 7 年 3 個月的署長職務後，離開衛生署。回顧這段期間所經歷的事情，衛生署似乎並未留下正式文字記載，以忠實表達臺灣公共衛生史的重要進程，俾可用以策勵未來。幸好，承蒙衛生福利部林

前部長奏延的同意，啟動了本書的撰寫工作，也獲得陳部長時中的支持，將本書付梓，讓這段歷史不再是空白。

本書由林芝安小姐以口述歷史的方式，訪談了當年參與二期規劃工作的關鍵人物，除本人外，計有：石曜堂教授、葉金川教授、李玉春教授、吳凱勳教授、楊銘欽教授、羅紀琼教授、楊漢湧教授、戴桂英教授、江宏哲教授，歷經半年時間撰寫而成；讓我們得以在記憶尚且清晰的時候，能夠娓娓道來當年一些重要決策的過程。本書完成之後，經仔細閱讀初稿，雖然健保已經開辦20餘年，但這一切的發生，仍猶如昨日，歷歷在目。

本書不同於學術研究的專書，以較為輕鬆、柔性的方式，穿插著一些小故事，翔實呈現當年的規劃場景，以敘說每一項決策的始末。多年之後，縱使有些政策因為社會變遷而須有所改變，但回顧創始緣由，記取轉折與關鍵之所在，志在拋磚引玉，鑑往知來，在相關團隊，一棒接一棒的持續努力下，讓國人可以享受更妥適的醫療照護，也是期許本書可以達到的目的之一。

最後，除了要感謝林芝安小姐的辛苦之外，也要感謝所有參與這項工作的夥伴，包括當年參與籌備工作的健保局同仁江宏哲經理、呂維熊經理、李菱菱經理、蔡文欽經理，尤其是戴桂英教授的居中協調，讓這本書可以客觀還原實況，為臺灣的公共衛生發展史留下更為完整的紀錄。

監察院院長

張博雅

夢想起飛，步步踏實

全民健康保險自民國 84 年開辦至今，已超過 20 年，這制度仍是全國民眾滿意度最高的施政項目之一；在國際間，也屢受讚揚，成為各國研究的標的。這樣的成果，不得不歸功於制度規劃時期的縝密周延，而這項浩大的社會工程，亦為爾後臺灣社會的繁榮進步，奠定深厚的基礎。

本書係由採訪當年參與全民健康保險制度規劃的專家學者及重要參與者，以一段一段回憶、一個一個小故事，清晰地串連起其中發生的重大事件、重要轉折或折衝經過的歷史脈絡，讓讀者在閱讀本書的過程中，共同感受那段艱辛與榮耀的歲月。

回想當時，個人雖沒有參與整體健保制度的規劃，但在擔任台北市牙醫師公會理事長以及中華民國牙醫師公會全國聯合會理事長時期，主動爭取牙醫總額支付制度的規劃與推動。其過程中，深刻體會到對外如何與政府建立理性互動協商模式的重要性；以及對內如何將資訊透明化、協調各類的聲音，站在民眾而非專業的立場，以「病人優先、弱勢優先、品質優先」為理念，凝聚內部共識，帶領團隊往目標前進等，各種努力，缺一不可。從本書各個小故事中，也可看到其中不乏有各類的溝通與協調，才能有今日的健保制度。

後來個人在 94 年擔任行政院衛生署副署長時期，對全民健保與醫療衛生的問題，有更深入的瞭解，深知其中的艱辛與困難。在思考如何解決健保問題以及二代健保的規劃時，本書二期規劃的學者專家，亦是我請益的對象。因此，深感更應促成本書的完成，提供各界人士瞭解全民健保規劃及制度建立的歷史脈絡，並作為未來持續推動健保改革的借鏡。

最後，我代表衛生福利部，感謝所有這 20 多年來，共同為健保制度打拼的朋友們！謝謝您們！

衛生福利部部長

陳時中

全民健保的落實與推動

— 為「生民立命」為「萬世開太平」的基礎工程 —

「歷史」總會將「機遇」不露痕跡的藏在「偶然」之中。因「緣」在偶然的機遇，民國 80 年 4 月蒙行政院衛生署張署長（現任監察院院長）邀任副署長，張前署長前瞻宏觀，勇於任事，堅毅帶領團隊啟動落實全民健保的膽識作為，本人有幸，得以參與行動，協助成就，為生民立命，為萬世開太平基礎工程建構的「歷史任務」— 84 年 3 月開辦全民健保。

臺灣的「全民健保」是項傲世的社會改革奇蹟：全民涵蓋、成本低、品質好。「全民健保」面對著極不容易解決的費率調整及支付制度改革的嚴峻挑戰，整個醫療照護體系，假如不注入「變革創新」的機制，其永續及價值創新，將無從追尋，並失去國際競爭力。醫療機構必須持續變革驅動新制度結構之建立，以制度滋養創新行動，從變革中得到學習，創造出無限的價值。「大智移雲（大數據、智慧機器、移動裝置、雲端計算）」時代，政府必須積極建置「平台經濟」及激發「異域技術融合」之機制，有效帶動創新發展環境；未來，醫療不只是醫療，而需與其他產業聯盟，轉譯醫學即是一例，從健康相關的產業著手，以求更多的發展方向。精準醫學則需進一步發展至精準預防，民眾在健檢後，可依年齡、性別、生活型態……等，計算其罹病的風險，讓預防保健得以盡早介入，降低日後罹病的風險。

健保已走過 20 幾年，支付調整紛紛擾擾，論人計酬(Capitation)可與民眾的健康維護相結合，否則只是處理疾病問題，健保勢必財務不濟。健保開辦之前，醫療機構賺的是機會財，健保開辦後賺的是健保財，之後需走向管理財，發展價值創新，透過「管理(醫管)」確保「健康」。論人計酬是財務機制加整合服務遞送的重要施政改革方向，但不能以小規模的試辦運作，輕率的認為是未來的成功保證。臺灣有機會成為 Capitation 的典範，我們可以試行 Regional Capitation(區域總額論人制)，試探論質(健康)計酬機制之建構，今後政府除了提昇健康投資的 GDP 占率(更要用對地方)外，還要有全面提昇健康的短、中、長期計畫，在各區域設置健康風險(Health Risk)的實證分析機制，並由中央地方配合據以投注預算，調整區域健康風險(或健康產業的介入)。定期比較各區域成果、競爭「健康」，核計成本效益，並予以公告，循此機制，揭露資訊，增進民眾參與及團隊學習。

「整合」是「體系」的靈魂，「以病人為中心的整合照護」，不僅是一項重要的「策略選擇」，更是一項用宏大器宇開創歷史未來的「歷史選擇」。健康福祉體系的永續發展，唯有透過民眾、服務提供者、健保署及衛生福利部對期待、績效表現及責任凝聚共識，從具備行動、程序、產出與成果的服務流程改進中前進，最後由組織價值與倫理、專業標準、立法與法令要求的脈絡中落實當責約定 (Accountability contract) 之承諾，創造一種全民(機

全民健保二期規劃紀實

構）集體學習共同思考未來應有的改變，以及體驗改變所需能力之健康環境，引導國內健康福祉總體環境之流程再造，進而建構結合成本與品質的健康福祉服務所衍生價值之組織學習機制，才能真正達到服務品質提昇及健康福祉體系長青之最終追尋。

對衛福部來說，現在是關鍵時刻；面對健保改革、照護網絡建構、人口老化，衛福部必須進行體系再造。健康福祉體系是以全民健保及長照保險為基礎，透過財務機制追求全民健康福祉的體系作為，從這個觀點出發，衛福部必須建置三段五級（臺北市立聯合醫院黃勝堅總院長積極推動四段七級服務到家的在宅臨終照護）具成本效益的醫養（醫療與長照）整合互補機制，這個機制奠基於從「以病人為中心的醫病關係管理」思維出發，最後落實「以全民為中心的體系關係建構」之宏觀作為，進而在生活圈內，因著可近性之提高，為病人及民眾創造價值和健康福祉。

財團法人演譯基金會董事長
國家衛生研究院論壇諮詢專家
國防醫學院榮譽教授



【目錄】

序 1 超越醫療天塹 造福全體國民－張博雅	2
序 2 夢想起飛，步步踏實－陳時中	4
序 3 全民健保的落實與推動－為「生民立命」為「萬世開太平」的基礎工程－石曜堂	6
第一章 緣起～從一期到二期規劃.....	13
** 衛生署從經建會手中接下二期規劃重任	16
第二章 行政的運作～夢想成真的重要基石.....	19
** 專業分組，進行細部規劃	20
** 跨部會協調，整合 13 種保險	24
** 不同的制度、保險費率、職業別、保險費分擔等，聆聽 來自各界的聲音	29
** 在公、勞、農保的基礎上，健保給付項目集其大成.....	36
** 進行行政組織合併	39
** 憲法的爭議：公醫制或全民健保制度	43
第三章 財務的堅持～環環相扣的財務規劃.....	47
** 研議保險費計算方式，各方爭議不斷	50
** 計算出平均眷口數 1.36，全民健保初期財務穩健	55
** 計算受僱者與雇主分擔比率	58
** 想要設計一個傷害比較小的體制	62
** 整合健康保險體制，避免持續虧損	63

* * 以工作者的薪資做為眷屬的計費基礎	67
* * 投保金額分級表與保險費費率	69
第四章 醫療體系及支付制度規劃.....	73
* * 進行供給面的盤點	74
* * 進行需求面的盤點	77
* * 醫療資源足夠但分配不均	79
* * 積極進行宣導與人才培訓工作	82
* * 支付制度的規劃	88
* * 規劃小組投注心力，研訂臺灣版的 DRG 制度.....	91
* * 基本診療費偏低，特定診療費偏高	94
* * 制定藥價基準	98
* * 與牙醫攜手共創審議式民主運作方式，試辦牙醫總額	100
* * 訂定審查辦法，著重在異常型態的審查	106
第五章 政治的角力～關鍵掌舵手的決定.....	109
* * 一通越洋電話，關鍵人選拍板定案	111
第六章 立法的艱困～今天不做明天會後悔.....	115
* * 成立法案研議小組，擬定全民健康保險法草案	118
* * 推動立法過程艱辛，勞工團體抗議聲浪不斷	120
* * 立法過程中，社會各界有若干爭議	128

第七章	開辦的決心～大力推銷保險的經理人.....	139
* *	中央健康保險局籌備處所有同仁克盡職守，不辭辛勞	140
* *	1年立法，3天實施，張署長冷靜沉穩，展現開辦的決心..	142
* *	各地分局同仁跟時間賽跑.....	148
* *	醫界的「二二八事件」	154
第八章	實施的艱辛～持續調整軌道的全民健保列車.....	157
* *	全民健保開辦初期浮現的問題.....	158
* *	缺乏人才與場地，健保各分局共同面臨的困難.....	174
* *	為開出第1張繳款單，資訊人員不眠不休趕工.....	177
* *	接受抗議洗禮	181
第九章	結語～全民健保，守護全國民眾健康.....	185
* *	全民健保制度受到國際社會高度評價	186
* *	重要掌舵者，擁有高度政治智慧	188
* *	發揮團隊力量，成就保障國民健康的社會大工程	190
參考資料	191

壹

緣起
～從一期到二期規劃

全民健保二期規劃紀實

第一章 緣起～從一期到二期規劃

全民健康保險（以下稱全民健保）能誕生，可說是一條既漫長又艱辛的坎坷路，前前後後長達7年的規劃，歷經4任行政院院長的重大政策決定，終於在民國84年3月1日正式實施。

全民健保的規劃緣起，可以追溯至民國75年2月28日，當時行政院俞國華院長在立法院宣示以民國89年為全民健保實施目標年，希望能讓所有國民都可獲得適當的醫療照護，從而收到預防與治療的效果，以確保國人健康權益。這份提案受到民意代表及當時社會大眾熱切期盼，為順應民意，俞國華院長於民國78年2月在立法院第83會期施政報告中，將實施全民健保的目標年提前至民國84年。

民國76年10月27日，時任行政院政務委員李國鼎先生上簽俞國華院長，依據外籍顧問Jack Wiseman及David Marsland建議臺灣採行社會保險方式辦理醫療安全制度，應儘速邀集有關單位和專家學者組成專案小組，就建立全民健保制度一案，進行詳細的研究規劃。俞國華院長很快批示，並責成行政院經濟建設委員會（以下稱經建會）負責研究辦理全民健保規劃事宜，當時的經建會主委趙耀東先生銜命以赴，交由都市及住宅發展處蔡勳雄處長及劉玉山副處長負起重任，籌備規劃小組成立事宜。

民國77年7月成立「全民健康保險研究計畫專案小組」（以下稱健保一期規劃小組），由時任經建會副主委蕭萬長先生擔任召集人，以社會保險為實施方式，聘請公共衛生專家楊志良教

授、社會保險學者吳凱勳教授和公共衛生學者江東亮教授3人為專職顧問，負責架構全民健保制度藍圖，並聘請美國哈佛大學蕭慶倫教授為規劃的總顧問，同時聘任資深精算師林喆博士參與精算工作。另蕭慶倫教授向經建會建議，因全民健保不但是對國家財政、甚且對國家未來總體經濟的發展影響非常深遠，所以應該邀請經濟學家參與規劃，經建會於民國78年5月另聘請當時在中央研究院經濟研究所負責總體經濟模型建立的羅紀琼教授也加入健保一期規劃小組，負責全民健保財務制度的規劃與評估。⁽⁸⁾

全民健保一期規劃設定六大原則，分別是：一、要能達到減少醫療資源浪費為目的；二、有助於分級醫療及轉診制度的實施；三、費用負擔不宜過重，以免妨礙保險對象適時求醫；四、對弱勢團體及特定疾病（如慢性病及生育）等特殊情況，應予免除部分負擔；五、行政上簡明易行，不可造成行政成本的大幅增加；六、兼顧民眾與醫療供給者的可接受性。

全民健保一期規劃從民國77年7月起，止於民國79年6月，總共召開了3次指導小組會議及74次小組會議，期間兩次向行政院李煥院長簡報重要議題，並於民國79年6月20日完成「全民健康保險制度規劃報告」，提報經建會第554次會議討論通過後，報院核備，並於同年底出版「全民健康保險制度規劃技術報告」。⁽¹⁾

全民健保二期規劃紀實

* * 衛生署從經建會手中接下二期規劃重任

民國79年6月，內閣全面改組，張博雅女士出任行政院衛生署署長，經建會主委則是郭婉容女士，當時上任的行政院郝柏村院長請經建會進行全民健保規劃簡報，張博雅署長也帶著幕僚前往行政院參與討論。

簡報結束後，需要有單位出來負責往下執行，以便讓全民健保上路。這時，張博雅署長毅然決然承擔，一肩扛起催生全民健保的重責大任。郝柏村院長衡量實際辦理進度以及擔憂公、勞保虧損嚴重的現況下，立即裁示應秉持「不浪費、不虧損」的原則，並提前1年也就是民國83年實施全民健保，這項決定在當時執政黨多次討論下，取得共識。爾後行政院易主，全民健保仍被視為國家重大政策。民國82年2月，連戰先生就任行政院院長時宣示，全民健保如期開辦為重要施政目標。

羅紀琼教授認為，當時張博雅署長非常明瞭全民健保是獨買的制度，會影響整個醫療服務體系的發展；此外，日後制度要能落實，衛生署責無旁貸；再加上當時經建會郭婉容主委也認為經建會主要負責規劃大的方向，將來制度能否落實，細部的設計與實務都與醫療體系脫不了關係，因此她也認為第二期的規劃可以移至衛生署辦理。

就這樣，衛生署扛起這份歷史性的關鍵任務，接手全民健保二期規劃細部設計工作。很快地，在民國79年7月成立全民健康保險規劃小組（以下稱健保二期規劃小組），民國80年2月正式

奉行政院核准，羅致專家學者李玉春教授、吳凱勳教授、黃乾全教授、楊銘欽教授、羅紀琼教授等，以及邀請有關機關代表一起參與規劃工作。時任衛生署醫政處處長楊漢淩教授為健保二期規劃小組執行秘書，將健保二期規劃小組分成財務制度組、支付制度組、醫療體系組、教育宣導組、體制法令暨綜合規劃組等5組，分別進行相關措施的細部規劃以及民眾教育宣導、政策溝通等諸多工作。

全民健保二期規劃始於民國79年7月，一直到民國84年2月止。經歷了4年8個多月，數不清的討論、溝通、協調等辛勤投入，眾志成城，讓全民健保順利於民國84年3月正式開辦，健保二期規劃小組圓滿達成任務，功成身退。

也因為全民健保累積多年縝密細緻的規劃，為日後健保制度打下厚實體質，其亮眼成績屢受國際社會讚譽。民國101年，美國有線電視新聞網（CNN）底下一个新聞性節目「Zakaria GPS Special」連續製作四期探討健保的專輯，主持人特別介紹臺灣的全民健保制度，並稱臺灣、瑞士制度足以提供美國作為借鏡，其中，臺灣的單一保險制度則是不斷受到讚揚的特色。此外，美國《紐約時報》（The New York Times）專欄作家、也是諾貝爾經濟學獎得主保羅克魯曼（Paul Krugman）更為文指稱，臺灣是美國健保改革的借鏡。

顯然，在這許多位前輩的努力下，全民健保制度，已然成為另類臺灣之光。

全民健保二期規劃紀實

貳

行政的運作 ～夢想成真的重要基石

全民健康保險案在衛生署負責規劃階段，要將構想落實成法律條文，溝通折衝過程極其辛苦艱難，其雖是當今民眾最高滿意度的公共計畫，但仍須賴全民共同珍惜醫療資源，與不斷興革，始能永續照顧民眾健康福祉。

—參與全民健保二期規劃感言／楊漢涙
(台灣醫院協會榮譽理事長、亞洲大學董事、名譽教授)

第二章 行政的運作～夢想成真的重要基石

全民健保一期規劃已經把全民健保的藍圖做原則性的規劃，健保二期規劃小組接手後，最重要的工作就是跨部會的政策溝通，把政策大方向與架構確認下來，進行細部措施的規劃以及民眾教育宣導，並草擬全民健康保險法及相關子法規，讓將來的執行單位可以落實整個規劃之精神。為此，當衛生署接下二期規劃任務時，隨即展開專業分組，徵聘專家學者擔任顧問，此乃首要任務。

時任衛生署醫政處處長楊漢淵教授提到：「衛生署在進行規劃工作的初期，幕僚工作是由張署長交給我先草擬的，包括要分多少組及如何運作，經過與副署長們討論，最後由張署長做決定。至於召集人的產生也一樣，由各方去瞭解、推薦才決定。每一個召集人都是我們認為適任進而主動邀請，沒有任何一個人是毛遂自薦。雖然在臺灣有經驗或適當的人相當多，但以客觀的角度進行瞭解，並考慮到個人的意願，最後產生的召集人都是最適當的人選。」⁽⁸⁾

* * 專業分組，進行細部規劃

一開始，健保二期規劃小組總召集人是當時的衛生署李悌元副署長，但兩個月後李悌元副署長退休卸任，改由石曜堂副署長擔起總召集人重任，副總召集人則是當時另一位副署長葉金川先生，他於日後肩負起中央健康保險局籌備處長一職，健保二期規

劃小組執行秘書則由時任衛生署醫政處楊漢湊處長兼任。健保二期規劃小組總共分成5組，依次是財務制度組、支付制度組、醫療體系組、教育宣導組、體制法令暨綜合規劃組，每個小組各設有一位召集人，固定每週四早上召開工作會議，各小組一起討論相關事宜，其他時間則由各小組召集人就該專業領域進行規劃與設計，各組底下有若干研究人員，很多是來自全民健保一期規劃的研究人員。

財務制度組召集人是羅紀琼教授，她當時在中央研究院經濟研究所當研究員，負責進行財務收支推估、擬定財務責任制度、保險精算、投保金額和保險費率以及收繳制度等規劃。

支付制度組召集人是李玉春教授，她當時是陽明醫學院衛生福利研究所副教授，負責規劃總額支付制度、門診支付制度、住院支付制度（DRG）、藥品費用及支付方式、費用審查、支付標準表以及免審範圍（平均費用）的改進等。

醫療體系組由當時的衛生署葉金川副署長擔任召集人，楊銘欽教授擔任共同召集人，他當時是臺灣大學公共衛生學系副教授，負責規劃未來實際提供醫療服務的醫療體系如何建立，包括醫療資源及分布、分級醫療、醫療利用、醫療品質、醫療機構特約及管理、保險資訊系統、中醫藥等。

教育宣導組召集人是黃乾全教授，他當時是臺灣師範大學衛生教育學系的教授，但擔任1年多後卸任，後來由楊銘欽教授兼任教育宣導工作。

全民健保二期規劃紀實

至於體制法令組召集人則由楊漢湧處長兼任，他同時也肩負健保二期規劃小組執行秘書，負責透過行政溝通的方式，將各組意見整合，俾使各組的步調能趨於一致。體制法令組必須負責草擬全民健康保險法的立法工作，且建立組織體制，包括規劃保險對象、投保單位、給付內容、部分負擔以及保險體系，工作內容相當繁重，楊漢湧召集人就從醫政處找來當時的科長戴桂英專責此案，除了進行相關措施的細節規劃，當時所有健保二期規劃小組對外的公文都必須先經過戴桂英科長核稿。

「戴桂英科長很細心，也相當有耐心，她對於全民健保的規劃工作貢獻良多」，即使過了20多年，楊漢湧教授仍記憶猶新，對部屬的努力予以肯定。

時任衛生署醫政處處長楊漢湧教授還提及一段心聲，可充分理解他當時身為健保二期規劃小組執行秘書在網羅各方人才時的用心良苦。他觀察，各組召集人大部分是從學界引進的，對於學者與行政人員一起做政策規劃的組合，當時有人擔心無法充分合作，但他卻認為這是「很好的搭配，雖然我在行政機關已經很久，但長期以來一直與學術界及專業人員一起工作，並沒有調適不良的問題，行政人員與專業人員的組合，在任何計畫推動上都很重要，因為熟悉行政的人比較熟悉政策應該進行的方向，提出構想的時候，曉得如何去說服別人而使別人接受，也能夠體諒對方的立場及反對的原因，能針對對方的憂慮和擔心，尋求改善之道。而專業人員較能從專業的角度去深入探討，在資料的準備及政策解釋的探討上有其專長所在。最重要的是，行政主管要知道如何協助專業的技術幕僚找出有用的資訊，有很多專業技術幕僚

不曉得行政人員在想些什麼，所以蒐集了很多資料，做了很多工，但並沒有解決行政人員真正擔心的問題。⁽⁸⁾

推動一項重大的公共政策，必須說服很多人，必然需要許多行政人員與專業人員的配合，當然有人覺得行政人員通常比較保守，對事情的考慮著重在可行性，而專業人員比較勇於突破，其實這與個人的專業素養及對工作的瞭解程度有關，也有相當多的行政人員專業素養不錯，只是因為投入行政工作後，沒有那麼多的時間繼續研究專業上的問題。以衛生署的全民健保規劃為例，行政人員與專業人員從來沒有衝突過，而是在相輔相成的情況下，用不同的經驗或專長去推動這項任務。」

在尋求人才參與二期規劃的過程中，衛生署除了借重以上各組召集人的專業長才，同時還特別延聘社會保險專家吳凱勳教授擔任全職高級顧問，做為總體社會性健康保險規劃問題討論與諮詢的後盾。另外聘請諸多國內外學者擔任顧問，提供專業建議，這些顧問多為兼任性質。

但這樣恐仍不足。既然以原有公務人員保險（以下稱公保）、勞工保險（以下稱勞保）、農民健康保險（以下稱農保）為基礎，擬將其各自的缺失改進後整合為一個新制度，想必會有許多紛歧複雜的問題待解決，像是當時各類保險的費率太低（有龐大的潛在虧損）、保險分擔比率和投保金額差異大、多個承保機關或主管機關等，仍有賴各部會深入討論達成共識。

因此，衛生署成立「行政院衛生署全民健康保險規劃指導委員會」，由張博雅署長擔任主任委員，另邀公、勞、農保主管機

全民健保二期規劃紀實

關和承保機關、財政主計機關、省市政府代表及專家學者、團體代表、醫療服務提供者代表共同擔任此指導委員會的顧問，對設計制度和執行可能遇到的問題共同討論，審慎評估，並且對法案研議小組草擬的全民健康保險法草案進行研議修訂。

「因為全民健保是政治議題，需要一個比較高階的指導委員會，以便於進行公、勞、農保等各部會行政層面的整合」戴桂英教授解釋，為了要把公、勞、農保整合進來，必須找主管機關來討論，但不能只找負責技術協調的承辦人來開會，需要提高層級，邀請各主管機關和承保機關的首長或副首長也一起參與會議；否則，若只是承辦人員來開會，萬一主管沒有意識到某件事情非常急迫，需要做調整或改變政策，恐讓後續行政推動增添變數，更何況當中還可能會變動保險費率，例如需要把勞保局內所有與醫療相關的業務全部移到中央健康保險局，如果沒有高階主管參與討論，是沒有辦法做的。

可以看出，當時健保二期規劃小組的思慮縝密，安排周延，欲設計一個既透明且資訊公開的機制來運作。

* * 跨部會協調，整合13種保險

在全民健保實施之前，我國的社會保險制度可說是逐步發展而成的。當時可大致歸納成三大體系，即勞保、公保暨相關制度、農保等。

首先登場的是勞保，民國39年，政府為了照顧廣大的勞工，開辦勞保；勞保中央主管機關是行政院勞工委員會、省（市）政

府為地方主管機關，業務則是由臺灣省政府所屬臺閩地區勞工保險局（以下稱勞保局）辦理，並設置勞工保險監理委員會監督其保險業務，被保險人為勞工，並以所屬事業單位或團體為投保單位。

接著，民國47年開辦公保，且逐步擴大公保對象以及給付範圍，例如將公務人員的配偶、子女等擴大納保，公保體系主管機關為考試院銓敘部，由財政部所屬中央信託局公務人員保險處（以下稱公保處）負責承保業務，並由銓敘部等機關組成公務人員保險監理委員會監督其保險業務，其中公務人員（含眷屬及退休人員）以任職機關、私校教職員（含眷屬及退休人員）以服務學校為要保機關。

到了民國74年，政府著手試辦農保，並於民國78年全面實施。農保在中央以內政部為主管機關，在地方以省（市）政府及縣（市）政府為主管機關，業務則委託勞保局辦理，並由內政部設置農民健康保險監理委員會監督其保險業務，被保險人為農民，並以基層農會為投保單位。

為了照顧低收入戶，政府更於民國79年開辦低收入戶健康保險，讓弱勢民眾也能有健康基本保障。總之，在全民健保開辦之前，已經有13種與健康保險相關的制度施行，民國81年之前，全國有54.1%的國民享有健康保險。

可以想見，如果要整合這些既有的保險體系，需要跟許多部會溝通協調，例如將公保納入全民健保，有兩個機構需要溝通，一個是公保的主管機關，也就是銓敘部，另外一個是公保處，即

全民健保二期規劃紀實

公保業務的執行單位。一般來說，整合公務人員的健保業務，關鍵機關是銓敘部，銓敘部決定就可以了，而銓敘部業務主要在退撫制度，當時銓敘部也沒有堅持一定不能將有關醫療保險業務的部分挪出去。而銓敘部其實最關心公務人員的退休撫卹，當時銓敘部強烈表達他們必須照顧公務人員的生活（包括醫療）以及就醫保障等，也強調負擔不能增加。⁽⁸⁾

由於公保體系中還含有許多保險，例如退休人員保險、公務人員眷屬保險、公校教職員保險、私校教職員保險等，如果將這些保險統統歸在一起，把公教保險看成是一體，根據當時羅紀琼教授的試算，是可以讓銓敘部的負擔不致增加，這也是當時進行整合時沒有碰到太多困難的原因之一。

面對這麼多部會機關，可以想見，當年進行整合時不僅行政溝通的複雜度高，實際執行起來的難度更高，尤其這些既有的保險在當時可說是虧損累累。也因此，當時一肩擔起重任、勇敢承接這項重大社會工程的張博雅署長說了一句名言：「在腐爛的根基上蓋大樓」，這句名言甚至流傳至今，耳熟能詳。

提到這段往事，前衛生署署長、現任監察院院長張博雅女士侃侃而談，她說：「整合3種體系，13種保險制度，不僅橫向行政溝通協調工作很繁瑣，當時的公、勞、農保保險費率也都不同，主管單位不一樣，涵蓋的給付程度不一樣，被保險人範圍也不同，公保有照顧到眷屬，勞保只有工作者本人可納保，而且當時的公、勞、農保虧損累累，在這種情況之下我們承接下來，這形同在腐爛的根基上長肥田，在腐爛的根基上蓋大樓。」

當時公、勞、農保的虧損到底有多麼嚴重呢？

監察院院長張博雅女士為求慎重，請秘書調出歷史資料，一一指出具體數字，她說：「政府在開辦保險初期為求減輕被保險人負擔，費率訂定偏低，當時精算數據（民國74年），勞保的費率應收13.43%，結果實際只收7%，至83年底的勞保潛在虧損已經達將近1,000億元；至於農保，當時（民國81年）的經驗費率雖然達13.41%，但是仍維持收6.8%，因為選舉的關係，政府不敢調整費率，至84年度虧損額累計高達686億元；公保（民國81年）的經驗費率則是11.87%，實際收9%，至83年底虧損406億元。這是當時虧損的實際情況，而我們是在這樣的情況下，接手來做跨部會整合。」

衛生署想把3種保險體系裡面，有關醫療保險的部分拉出來，也就是現金給付除外的都由衛生署來做，無奈公、勞保體系意願不高，衛生署勢必得更積極協調溝通。戴桂英教授在一旁補充說道，「當年進行整合的時候，不像現在的年金改革是由總統府主導，我們那時候是由行政院以及主管機關（衛生署）來協調溝通」。

為了調和鼎鼐，當時張博雅女士多次親力親為，重要戰役無役不與，親自領軍帶隊去跟各機關團體溝通說明，例如去參加工總、工商協進會的早餐會報，跟企業領袖當面懇談。「經常是楊漢涬處長用投影片主講，然後我在旁邊負責回答眾人疑問」張博雅女士笑憶當時一場又一場的早餐會報場景，至今仍印象深刻。

為了要整合各保險體系以及各行政單位，時任衛生署醫政處

全民健保二期規劃紀實

處長楊漢涢教授著實費了一番功夫與努力，最後終於不負使命完成此重要任務。他是如何帶領健保二期規劃小組進行規劃並整合各個行政單位呢？

楊漢涢教授提到，因為在全民健保二期規劃時，已經確定要 把原本的公、勞、農保等13種保險有關醫療給付的部分全部拉出來，讓公、勞、農保只剩下現金給付的部分，例如殘障給付、退休給付、生育給付、死亡給付等。透過將13種健康保險部分整合，反而可讓農、勞保長年虧損的問題得以解決。

「當時農保虧損嚴重，農保的被保險人年紀比較大，種田的人本身年齡沒有受限制，老年人使用醫療的機會比一般工作者來得多，但農保當時的保險費相當低，投保金額約僅1萬多元；我當時還是內政部農保的監理委員會的委員，監理委員們鮮少開會，因為當時農保業務是委託勞保局在辦，到年底時通常是赤字，監理委員們每年最主要有一件事情要討論，就是討論欠錢怎麼辦，結論是跟勞保借啊，因為勞保有基金。不同的保險，帳面作業是分開的，把各個保險內有關健康醫療的部分提出來之後就只剩下現金給付，現金給付相對單純，原本的保險費就足夠支付了」楊漢涢教授娓娓道來。

楊漢涢教授繼續解釋，要整合各個行政組織確實很不容易，不容易的理由在哪裡？這不單是組織不一樣而已，原本各個保險的制度就不一樣，費率也不一樣、分擔比率也不同，例如勞保，被保險人負擔20%的保險費，雇主負擔80%。一旦要把各類別的被保險人全部合在一起，如何能合呢？有些是被保險人自己要負

擔60%、70%，有些則自己只需負擔20%。

「或許大家認為50%最合理，你把原本自己負擔保險費率70%的人降到50%，他一定會感謝你；但如果你把原本自己只需負擔20%保險費的人調高至50%，他就跟你拚命了，誰都不願意增加負擔，就像現在的年金改革一樣，想必會對某一群人帶來很大的衝擊。所以，一定要依不同特性的人個別去制定，不能把全部的被保險人都混在一起，必須要思考，如何讓各類保險的被保險人都願進來全民健保。首先，我們要把13種不同職業保險類別的人整合在單一制度內，再把另外50%尚沒有保險的人也都加進來。這50%的人大部分是眷屬，我們就跟勞工代表說，你現在負擔保險費20%，但你的太太跟小孩以前沒能保險，當他們生病時你可能要全額負擔醫藥費，現在都納進來保險卻仍要求維持20%保險費，這不合理啊！此外，如果要雇主負擔80%，雇主會想，我僱用一個員工，卻要負擔員工全家人的保險費，增加太多，負擔太沉重，對雇主來說，也不公平」楊漢淩教授細細說明當時進行整合工作的過程，棘手又艱辛，要改變既得利益者的權益，何等困難！

* * 不同的制度、保險費率、職業別、保險費分擔等，聆聽來自各界的聲音

進行體制整合，很多面向都要顧及，也需向全民說明，幸好當時衛生署署長張博雅女士來自基層，具有民意基礎及選舉歷練，所以比較會考慮到基層的各種想法、期盼與要求。

全民健保二期規劃紀實

如何海納百川，將基層民眾以及各機關的不同想法納入規劃中，張博雅署長提到：「有關體制整合方面，雖然一開始就已決定現金與醫療分開辦理，也就是全民健保只辦理醫療給付，但相關保險的主管機關並不想放手，因為怕勞保局或公保處被裁撤。至於保險給付的確定原則，大多是採納大家的意見，例如公、勞、農保已給付的項目不能刪除，當時只刪除了住院的伙食費。刪除住院伙食費的原因，是怕住院的人該出院時卻賴在醫院不走。長期照護方面，則是認為以目前健保財務能力，只能給付醫療費用，不可能給付生活照護的費用」。⁽⁸⁾

進行規劃整合當中，有關為什麼把被保險人分為6類，不僅是當時民眾最常發問的問題，即使全民健保實施至今已經超過20年了，到現在還是有人不解，會問楊漢淵教授為什麼要把全民健保的被保險人分成6類？

時任健保二期規劃小組執行秘書楊漢淵教授坦言：「因為實在很難弄成1類，有太多的不一樣，投保單位不一樣，保險費負擔也不同，收入的金額以及收入的期間不一樣，擬訂法律條文時，要把全部的人合成一類很不可能的，反而會使法律條文變得冗長複雜」。

因此，楊漢淵教授帶領的體制法令組採取的做法是，把性質相似的放在一起，經過分群把13種濃縮成6類，如果再合併，相關的法律條文得分開撰寫，例如退伍軍人（屬於行政院國軍退除役官兵輔導委員會負責）、低收入戶（屬於內政部負責）等，很難跟其他人合併，因此最後把被保險人分為6類，第1類的被保險

人主要是薪資所得者，第2類則是自營作業者或職業工會會員，包括那些自己就是老闆的人，自己開一家家具行、自己開計程車，自己擺個小攤子做生意等，第3類則是農民、漁民等。最後把很難被歸類的人放在第6類，這是設計上的必要、草擬法律條文上的必要，但各保險對象就醫權益都是一樣的。後來全民健康保險法數度修法，雖有人批評將被保險人分成6類太複雜，應精簡，但發現太難了，迄今依然維持6類。

楊漢涢教授細細述說當時的設計理念，他一再強調地說：「我們儘量做到合併，然後進行歸類（就是類似『代碼』），不是說我們故意把臺灣所有的人分成6類。制定費率時考慮的面向很多，有些人每個月領固定薪水，有些人沒固定薪水，有些人連收入都沒有仍須繳保險費。原則上，保險費是以薪資為基礎乘以費率計算而得，但每個人的收入結構不一樣，例如同樣是醫師，在醫院服務的醫師是有薪水的，就根據薪資高低計算保險費，自行開業的醫師每個月並沒有固定薪資，所以要分別處理。」

此外，有些職業別的人可以每個月固定扣繳保險費，有些人則必須每隔一段時間去扣，有些人沒有雇主擔任投保單位，則必須請鄉鎮區公所來承接，有些則須透過人民團體（雖然不是雇主）來幫忙行政作業，經手收保險費。全民健保是採取團體投保的方式，不能個人投保，所以必須有投保單位的設計，全民健保是強制保險，也是社會保險、團體保險，當然要有投保單位，這些在規劃設計以及進行整合時，都一一通盤考量在內。

原本規劃以家庭為單位投保，至於退休者，如果有小孩就跟

全民健保二期規劃紀實

著小孩，這是基本精神，但我們在辦理溝通說明會時，很多退休人員向我們反映說，他自己是有孩子願意負擔保險費，但自己工作了大半輩子，工作時自己養小孩，為什麼退休時反而還得靠孩子來幫自己付保險費呢？退休人員仍希望可自給自足，不想靠孩子養。我們聽了這些退休人員的聲音之後，覺得有道理，後來決定接受他們的心聲，同意退休者可以自己投保，加入第6類，雖然這不完全符合原本規劃設計的精神，但我們仍於民國84年全民健康保險法施行細則立法時納入法條中，經過討論也沒有人反對（此規定直至民國102年二代健保實施，考量保險對象之投保規範應予齊一，不宜為退休人員作特別規定，方刪除相關規定）。

第6類被保險人是沒有雇主且所得不易查核，採平均保險費，但有些人收入甚高而形成不公平，例如有些是獨立的演藝人員，雖沒有固定雇主，但如果能查核到其所得是高的，就不應該被放在第6類。我們當時有設計優先次序，能參加第1類的就不可以參加第2類，能參加第2類到第5類的就不可以參加第6類。現在的條文還是有這規定，例如農民，本身是種田的但也可能是工廠的經理，或是公務人員。因此，民眾去投保時，就會被審查資格是否符合我們設定的優先次序，不過，法條歸法條，中央健康保險局辦理承保業務的人是否有詳細查核，這是執行面的問題。

例如我在工作時，我自己負擔保險費，我太太理論上她可以是用我的配偶資格去投保，但因為她有工作，所以她也是第1類。她自己薪水較低參加保險當然比較便宜，跟著我就會比較貴，等她退休後就轉為第6類投保。

總之，一個人有多重身分的情況是相當普遍，依規劃是可以職業類別參加投保者就不可以個人身分參加投保。有家庭成員可依附投保的，原則上就不應該個人去參加。至於外籍勞工，與國人一樣一開始工作就立即投保，因為國際勞工組織對各國政府要求，應公平對待外國勞工，因此外籍勞工只要到職就開始投保，但其配偶不行，配偶必須有4個月（民國102年二代健保實施改為6個月）的等待期。」

楊漢涢教授提到當時承辦保險的單位，全民健保開辦前，一個為中央信託局（公保處），另一個為勞保局，都是政府機關，溝通討論較單純。至於健保費，必須跟許多團體、民意代表、企業代表等密切溝通，先擬定多種方案提供參考，再經過無數次的討論、溝通、協調，儘量將異議減至最低，到最後，將形成的共識再組裝制定成方案提出。甚至於即使已經初步獲得共識，擬定修正後提出的方案，再提往立法院時仍會遇到阻力。

至今，令楊漢涢教授依然印象深刻的是，制定保險費的費率與分擔比率。他提到，當初健保二期規劃小組在制定保險費率時，主張採取單一費率制，對於領薪資的人，就用薪資去乘以費率；不是領薪資的人，就直接計算保險費；這當中又分成自己負擔比率、雇主負擔比率以及政府補助的比率。

簡單而言，在健保的規劃中，政府對於6類保險對象的補助從0%到100%，各有不同比率的補助。以老闆、自營業主和專技人員例如醫師、律師來說，政府的補助是0%，這群人大約有40多萬人，政府完全不補助。對於一般有雇主、受薪的勞工，大約

全民健保二期規劃紀實

有500多萬人，政府補助10%、雇主補助60%。無雇主的勞工和自營作業者由政府補助40%；農民和漁民由政府補助70%；榮民則獲得政府100%的補助；軍公教人員原本由政府補助60%，後來修法調高至70%。

這當中，有關勞工與雇主分擔的比率，始終爭議很大。

楊漢涢教授回憶往事，他指出：「原本受僱者本人負擔保險費20%，雇主負擔80%，當我們要把眷屬加進來的時候，假設每人和眷屬是1比1，保險受益人數馬上增加一倍，如果按照原本的費率計算，雇主一定受不了。剛開始，健保二期規劃小組討論後認為：由受僱者（勞工）與雇主各分擔一半較合理，結果勞工團體反對，勞工代表認為他們無法負擔這麼高的比率。我們再修改方案變成是雇主負擔保險費60%、勞工自己負擔保險費40%，雇主代表與勞工代表均認為負擔太重，經過不斷懇談溝通，後來雇主勉強接受，但勞工仍持反對意見，勞工認為把自付比率從20%調高至40%，增加了一倍，無法接受；有些勞工表示，自己是單身，沒結婚沒有眷屬，不願意負擔這麼重，甚至後來有些勞工跟太太（也是勞工），各自有加入勞保，更加認為40%的保險費負擔實在太高了，無法同意。在立法院審查時，經過多次溝通討論，最後改成雇主負擔保險費60%、受僱勞工自己負擔保險費30%、另外10%則由政府支付。當時所稱的政府是指中央與地方政府（各負擔5%），也因此多年後產生很多問題，有些地方政府沒參與協商而不認帳，也有地方政府認為負擔了較多轄內非戶籍人口的保險費補助，因健保人口計算是依投保所在地來算，有許多人工作地點與戶籍地址不同，為此還提行政訴訟，地方政府

與中央健康保險局纏訟多年，爭論不休。」

有關雇主、受僱者與政府分擔保險費比率的歷史過程中，有段重要時刻值得記錄，吳凱勳教授指出：「雇主負擔60%、勞工負擔30%、政府負擔10%的過程，是立法院在制定全民健康保險法時，由代表勞方的立法委員，對相關條文無預警地倉促提出修正案，即將原規定勞方負擔40%降為30%，所減少10%改由政府負擔。當時已是深夜，行政院徐立德副院長與衛生署張博雅署長聯袂在立法院守候條文審議進行情況，立電請示連戰院長可否同意？經初步試算並報告院長政府年需負擔額度後，才勉予同意修正條文；從此，也打破了向來政府不負擔勞保保險費的傳統。」

全民健保實施後，問題持續存在，地方政府欠費的問題也愈滾愈大。當初在規劃時，認定被保險人在哪個縣市投保就歸哪個地方政府負擔，但因為每個人通常會有很多地址，工作的地址、戶籍地址以及居住的地址，這都可能不一樣。

楊漢淩教授舉自己當例子說明，他提到，「我有一段時間在亞洲大學教書，投保地址是臺中市，住在新北市，但我的戶籍在臺北市。假設我是勞工，那5%的保險費應該由哪個地方政府出呢？依全民健保的設計偏向投保單位所在的縣市。這也延伸出過去有一段時間臺北市政府跟中央健康保險局打官司，因臺北市政府發現其投保人口比設籍人口還要多，臺北市沒有這麼多人口，為什麼要去負擔這麼多人口的5%保險費呢？這是因為很多企業把公司設在臺北市，但員工戶籍不在臺北市，人也不住在臺北市，惟根據全民健保設計，投保單位所在的臺北市政府必須支付那5%

全民健保二期規劃紀實

的保險費。一開始大家未特別討論這個問題，後來才發現這個矛盾，到了民國100年1月26日二代健保修法通過時才改為採取最沒有爭議的方式，就是改由中央政府來負擔。總之，整合必須經過很多過程，甚至矛盾，最後就再想辦法來解決」。

對於這段有關健保費分擔的爭議，楊漢涬教授記憶深刻，翔實說明。此外，時任健保二期規劃小組副召集人葉金川副署長也明白指出：「同樣是由政府負擔補助健保費，但是中央和地方政府的負擔還是要有一個合理的安排。民國91年10月4日大法官公布釋字550號，明確宣示《全民健康保險法》第27條，由地方政府補助人民保險費，符合憲法規定意旨，也就是肯定《全民健康保險法》要求地方政府補助健保費規定之合憲性。因此，中央政府要求臺北市政府、高雄市政府分期攤還積欠的保險費，臺北市政府、高雄市政府也都表示尊重大法官會議釋憲的結果」。⁽¹⁰⁾

* * 在公、勞、農保的基礎上，健保給付項目集其大成

除了把保險費分擔進行整合，給付設計的項目也需參考公、勞、農保中原本就有的給付項目，找出最大公約數，以滿足最多數人的健康需求。

當時衛生署醫政處處長楊漢涬教授最得力的助手戴桂英教授（當時為科長、專門委員）提到，規劃設計健保給付項目時，參考了公、勞、農保原本的給付項目，再額外針對其他族群實際需要納入給付項目。也因此，健保給付項目比公、勞保時期廣泛，增加了不少項目，包括兒童預防保健、成人預防保健、孕婦產前

檢查、婦女子宮頸抹片檢查、居家護理、精神科日間住院和社區復健等項目。

戴桂英教授解釋，當時公保有提供給付做健康檢查，勞保則沒有涵蓋，健保二期規劃小組認為健保也擔負著預防保健功能，而健康檢查屬於預防醫學的範圍，符合三段五級原則，因此也就納入成人預防保健（健康檢查）的給付項目。另外，公保本來有給付產前檢查，勞保則沒有，公保分娩採醫療服務，勞保採現金給付，這導致有些勞保受益人分娩時為了省錢，經常住1天就出院回家，公保被保險人常住5天以上，甚至住到7天。也因此，在設計全民健保給付項目時納入孕婦的產前檢查，並將生育給付均改為醫療服務。

除此之外，那時衛生行政單位在推動兒童預防保健工作，雖然當時的公、勞保都沒有這些給付，但經過健保二期規劃小組充分討論後，決定讓全民健保也涵蓋兒童預防保健，所以也把兒童預防保健項目納入給付範圍，例如0歲至18個月嬰幼兒健兒門診等。

當時相關衛生單位也大力推廣子宮頸癌的篩檢，同樣的，為了讓婦女預防保健做得澈底，子宮頸抹片檢查也被納入健保給付項目，而當時的公、勞保也都還沒有這項給付。另外還有一項，當時公保已經在試辦居家護理，勞保尚未給付，「健保二期規劃小組於是決定健保就全面辦理，除此之外，當時衛生署正在推動精神科的日間照護計畫，但公、勞保都沒有給付，我們認為精神科日間照護計畫和社區復健很重要，這是精神醫療發展的主要方

全民健保二期規劃紀實

向，因此全部納入健保給付項目內」戴桂英教授詳細說明當時規劃小組的理念與想法。

從健保二期規劃小組的思考可看出，當時在規劃健保給付項目時，可說是多方考量、用心良苦，把許多過去保險沒照顧到的族群，一一納入全民健保的照顧大傘內，不僅全面給予健康照顧，讓全民健康有保障，健保二期規劃小組還主張全民一次納保。

深入參與體制法令組的戴桂英教授補充說明：「因為時間因素，我們主張全民一次納保，這跟經建會時期的一期規劃建議不一樣。一期規劃是建議採取逐步納保，但是因為時間已經來不及了，當時急著讓全民健保上路，如果要逐步納保，時間上有困難，因此最後決定採全民一次納保，投保資格規定須在臺灣設有戶籍滿6個月（但立法院通過為須滿4個月），這跟全民健保第一期的規劃一樣。考量可能有些人旅居海外，在臺灣沒有戶籍了，但他們聽說臺灣的健保很好，想回臺灣接受疾病治療，但如果回來接受治療後又很快離開，似乎有公平上的問題。因此健保二期規劃小組認為應該要設一個等待期，我們當時遵從全民健保第一期的規劃採6個月。但當法案送交立法院時，有些立法委員覺得6個月太長，因此改成4個月。我記得健保實施多年後，社會輿論又拿這個出來討論，大家認為似乎海外回來使用健保的狀況過於浮濫，因此在二代健保改革修法時，又改回必須在臺灣設有戶籍滿6個月才能使用健保資源」。

* * 進行行政組織合併

進行13種保險整合時，還有個超大工程待做，那就是行政組織合併。既然要把所有健康保險的部分從不同的保險系統內拉出來合併，隨之而來的是人員也需要整合，包括組織架構、人事安排、職稱、薪資計算等等，同時要撰寫組織條例。中央健康保險局的組織條例，於民國83年12月23日在立法院通過。

當時是由健保二期規劃小組體制法令組召集人楊漢涢教授負責這項重大工程，他強調，必須將勞保、公保機構組織進行部分整併，並且估算人數、架構組織圖、編制每個工作人員的職稱與職位，以適才適所。

楊漢涢教授回憶說道：「我們體制法令組負責規劃設計組織架構、計算總共多少員額、畫組織圖、為每個工作者安排職位，並且著手撰寫中央健康保險局的組織條例。一開始，大家對於中央健康保險局的定位有一些爭議，到底應該要維持金融機構還是改成行政機關，當時意見紛陳，各有各的看法」。

有些人認為中央健康保險局應該歸類為行政機關，有些人則認為應該維持金融機構的屬性，不同屬性的機關其任用資格規定、薪資算法、勞退等福利權益、職稱職等都很不同。當時中央健康保險局有一半的員工要從勞保或公保原單位轉調過來，勞保局、公保處原本是屬於金融機構，考量任用資格以及福利權利與職稱職等，「經審慎思考，多方考量，很多次的討論，也與公、勞保機關開過很多次會議，最後大家同意，將中央健康保險局維持為金融機構」楊漢涢教授表示。

全民健保二期規劃紀實

考量之一是，當年公保處、勞保局雖有一部分的人是經過高普考進去的，但相當多的員工並不具公務人員任用資格，是否具備公務人員任用資格，這在行政機關是很重要的，因為公務人員需要有任用資格才能銓敘。

楊漢涢教授強調，為了順利完成組織整併，絕對不能讓員工沒地方適用，畢竟這是因為組織改變，政府要成立中央健康保險局，需要把公保處、勞保局部分員工調來中央健康保險局，這樣的改變不是員工自己可以決定的，因此必須維持員工的工作權益。也就是說，從福利權益比較好的公保處、勞保局調過來的員工，不能讓他們犧牲太多。另外，待遇與職別也不同，金融機構的待遇稍微好一點，有年終獎金、儲蓄優惠等；金融機構的職等跟行政機關也很不同，金融機構最高是15職等，副總經理和總經理是沒有職等的，例如醫政處的科長，在行政機關是9職等，若他去了金融機構就可能擔任11職等職務，在行政機關即使當到副署長最高也只有14職等，署長是特任官，沒有職等，但金融機構最高主管是15職等。

考量種種的不一樣，在進行行政組織整併時，楊漢涢教授將這些差異與員工需求都一一納入考量與設計中，他也分享了當年的細膩做法。

「我當年在整理職稱和職級時，先把相同職稱的放在一起，就發現金融機構與行政機關兩邊的職稱很不一樣。中央信託局屬於金融機構，在大陸時就有，之後跟著國民政府來臺，但公保處是後來才有的，而勞保局原本是省政府的單位，多年之後，政府

成立行政院勞工委員會（以下稱勞委會），才把勞保局移到勞委會體系內」楊漢淵教授笑著舉例說，他在整理過程中發現金融機構的專員分成一等專員、二等專員跟三等專員，但在行政機關就只有專員，甚至於還發現金融機構內有個既陌生又有趣的職稱，叫做「領組」，「我曾在行政院服務過，對各個行政機關的組織編制表尚稱熟悉，但我就是沒見過這職稱，因此請教行政院人事部門同事，最後確認這領組的職等比三等專員低一點卻又比科員高一點，於是被我改為四等專員，當時大家也無異議」。

於是，健保二期規劃小組把中央健康保險局定位成金融保險事業機構，也就是與公保處、勞保局的定位相同，機構內人員的薪水比照金融事業人員，比行政體系人員的薪水高很多，並且年度獎金最高可領到四個半月。從實務面來說，這不啻是一種鼓勵與誘因，鼓勵當年公保處或勞保局人員願意移轉到中央健康保險局執行健保業務，也可避免新成立的中央健康保險局組織面臨人員缺乏的窘境。

至於行政指揮體系，楊漢淵教授提到，當年全民健保從經建會規劃到由衛生署接下，主管機關自然是衛生署，「因為當時張博雅署長願意承擔下來，經過4年規劃，送到立法院立法，這個體制參考很多，包括原本公保、勞保或日本及其他國家的體制，在衛生署底下設中央健康保險局，並規劃成立監理委員會（原本的公、勞保也有，日本也有此做法，也就是讓相關機關代表來共同參與）以及費用協定委員會（因為原本就規劃要辦總額支付制度，所以才成立）」。

全民健保二期規劃紀實

設置監理委員會與費用協定委員會的主要考量，中央健康保險局是由勞保局等演變過來的，而勞保局的定位是事業機構，不是行政機關，如果沒有監理委員會，誰來監督中央健康保險局呢？這是設置監理委員會的緣由，在於監督整個健保制度的運作，而監理委員會的成員來自各界代表，包括雇主、政府、被保險人及醫事服務提供者等，所以是一個合理且可制衡的委員會。

至於費用協定委員會的功能與定位，是由付費者代表委員與醫療服務提供者代表委員在委員會議中協商年度醫療費用總額，若協定不成時，再由衛生署核定。另外，衛生署依法還設置了爭議審議委員會，這是當保險對象、投保單位或醫療服務提供者不服中央健康保險局所核定的醫療給付或處分時，接受其申訴的機構。

當時身兼費用協定委員會第一屆主任委員以及監理委員會委員的楊漢淵教授表示，全民健保開辦之後，健保二期規劃小組就轉為「全民健康保險小組（以下稱健保小組）」，這是因為原本衛生署裡面沒有督導全民健保業務的幕僚單位，因而成立健保小組。健保小組是任務編組，召集人也是由楊漢淵教授兼任，其人員大都是約聘人員或兼任人員。

「費用協定委員會剛開始沒有太多事情可忙，因為當時還沒有實施總額支付制度，但我記得當時爭議審議委員會是很忙的單位，這是個相當於訴願前置程序的執行單位。訴願是一種行政救濟系統，民眾不服政府機關的處分時要有可以申訴的管道。中央健康保險局屬於行政機關，民眾若對於中央健康保險局的處置有

不服氣的地方，要有申訴管道，這是政府組織應該要設計的，如果沒有前置程序的話，直接進入訴願系統，訴願案件數量會大增。所以當年設計了爭議審議委員會，讓民眾的爭議事項可以先到這裡來審議，如果還是不服氣，再進入訴願程序，避免訴願案件太多而癱瘓掉訴願單位」楊漢濢教授詳細解說組織的設計理念。理論上，爭議審議委員會、費用協定委員會、監理委員會這3個單位跟中央健康保險局平行，後來在民國100年修法改制，把監理委員會和費用協定委員會合併成全民健康保險會。

* * 憲法的爭議：公醫制或全民健保制度

健保二期規劃小組體制法令組負責行政運作、政策形成，撰寫全民健康保險法，在這當中，還曾經發生過一個關鍵歷史時刻，讓全民健康保險法在推動時，有了憲法的法源依據。

全民健保一期規劃報告指出：「實施全民健保是國家既定的政策目標，根據憲法第155條及第157條分別明文規定，國家為謀求社會福利，應普遍實施社會保險制度及國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。」

這可能起因於當年國父孫中山先生旅居英國倫敦時，曾對西方先進國家的各種社會保險制度進行大量資料研閱，欲師法德、法、英、美、加拿大等西方國家，找出適合中華民國建國後的制度，最後，國父孫中山先生肯定英國公醫制度，影響後來立憲並將之寫入中華民國憲法條文內。

全民健保二期規劃紀實

臺灣大學公共衛生學系江東亮教授曾撰寫《全民健保是福利，也是保險》一文表示：「根據當初制憲精神，全民健保似應與英國公醫制度一樣，以福利為本質，人人納保，主要財源來自一般稅收。值得注意的是，英國在建立公醫制度前，係以德國為學習對象，而作為社會保險發源地的德國，不但以保險費為財源，而且不強制有錢人納保。」

民國74年，經建會為了配合編擬『中華民國臺灣經濟建設中長期計畫』，邀請英國學者Jack Wiseman及David Marsland為顧問，進行『我國社會福利制度之整體規劃』專案研究，在規劃報告中，兩位教授建議臺灣採行社會保險方式辦理醫療安全制度。翌年，行政院即根據這項建議，於院會上通過：民國89年實施全民健保。此外，為了避免違憲，國民代表大會更於民國81年增訂國家應推行全民健康保險相關條文」。

的確，根據當時經建會的分析報告指出：「我國憲法雖然規定推行公醫制度，鑑於英法等國實施之經驗，以及考慮我國醫療設施、人員及政府負擔能力等因素，迄今仍未付諸實施，籌劃中的醫療安全制度，將採用社會保險類型以互助方式辦理全民健康保險」。

也因此，面對憲法明文表示國家應該要推行公醫制，但全民健保一期規劃的建議是實施全民健保制度，當時社會輿論也隨之沸沸揚揚討論，臺灣到底應該要實施公醫制或者是全民健保，一旦缺乏法源，可否實施全民健保呢？如果沒有修憲，屆時實施全民健保則形同違憲，該如何是好？

就在此時，時任衛生署署長張博雅女士明快表示立場，實施全民健保制度。

話說民國81年，國家成立修憲小組，當時的政治氛圍是，由國大代表會議增修法條然後廢掉國大代表，完成歷史大業。前總統馬英九先生時任第2屆國民大會全國不分區代表，他正在議事會場內負責修憲工作，這時，深諳律法的馬英九先生親自打了一通電話給張博雅署長，他想了解衛生署的立場與觀點。這通電話，成了相當重要的歷史關鍵。

即使時隔超過20年，促成這個重要增修條文的重要關鍵人物，前衛生署署長張博雅女士仍記得清清楚楚，她認為有關這個憲法上的爭議，功勞簿上當記上馬英九先生一筆。

「當時他是增額的國大代表，負責修憲，他就從會場打電話給我，問我，憲法是說要採取公醫制度，衛生署是說要採全民健保制度，請問到底要採哪種制度呢？全民健保制度要不要實施呢？當下，我堅定回應說，要，我們要實施全民健保制度。電話另外一頭，馬英九先生聽了之後就跟我說，既然如此，那這條要放入增修條文內。這真的很重要，如果沒有這條增修條文，全民健保就沒有法源依據，一旦實施起來就是違憲，我們臺灣怎麼可能實施公醫制度呢，這是不可能的」監察院張博雅院長語氣溫和、態度堅定地說。

隨即，就在議事會場，馬英九先生立刻召集小組在場內運作，針對此點提出增修條文。也因此，原本中華民國憲法第157條「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制

全民健保二期規劃紀實

度」的條文內容，於民國81年5月28日通過增修條文明白寫著：「國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展」。



財務的堅持 ～環環相扣的財務規劃

當年我建議眷屬依工作者本人的所得、雇主依全體受僱者的平均眷口數計費，體制由公勞農保整合，使健保財務穩健。然單一體制的建議，反彈極大。幸得行政院郝柏村院長全力支持，才得以實施，謹此為記。

—參與全民健保二期規劃感言／羅紀琮
(中央研究院經濟研究所兼任研究員)

第三章 財務的堅持～環環相扣的財務規劃

財務制度設計是全民健保二期規劃工作中，相當重要的一環，內容涵蓋研議保險費的徵收方式，政府、雇主與被保險人的分擔比率、保險費率、被保險人（含眷屬）的保險費計算方式以及設計投保金額分級表等，主要操盤手是中央研究院經濟研究所羅紀琼研究員。

其實早在全民健保一期規劃，羅紀琼教授早已深入參與，負責規劃財務預估與保險費率精算，甚至全民健保一期規劃報告內有關財務的部分，全由羅紀琼教授執筆。從一期銜接入二期，主要工作也從藍圖設計轉為進行細部規劃。

財務規劃涉及的面向既深廣又複雜，牽動許多利益團體、財政、主計部門甚至可以說跟每個國人的口袋息息相關，這是一場苦戰，即使多年之後回顧，當時健保二期規劃小組財務制度組召集人羅紀琼教授仍點滴在心頭。民國102年3月13日羅紀琼教授從時任衛生署署長邱文達先生手中接過一枚三等衛生獎章，那是衛生署首次將此獎頒發給非醫療領域的人，在頒獎典禮上，羅紀琼教授有感而發提到以下這段話：

「當年規劃全民健保時，對內，我要和其他顧問爭論眷屬保險費是『論被保險人（僅工作者繳費，眷屬免繳）』計費還是『論口（除被保險人外，每一口眷屬都要繳費）』計費；幾乎所有的人都說，眷屬沒有所得不應繳費，而且全世界各國都如此。但這種做法是忽略了臺灣的地下經濟，以及眷屬不繳費可能產生

的扭曲效果。多虧張前署長博雅睿智，我們當時才能堅持對的選擇。對外，我們又要和勞委會討論全民健保是整合的體制（立即整合公、勞、農保之醫療給付，再將尚無健康保險的人納入），還是維持公、勞、農保分立，再為尚無健康保險的人開辦國民健康保險的多元體制。因為若不將分歧的體制整合，農保逐年增加的巨額虧損問題就無法解決，而擬新開辦的國民健康保險又會因保險對象全是未就業的弱勢群體，而成為另一個錢坑。但要整合分歧的體制，勞委會要求行政院拿出1,000多億元，以因應全民健保的開辦使得勞保可能產生的退休潮，而這1,000多億元是當時個人綜合所得稅全年的稽徵額。為了制訂更好且能永續的全民健保制度，時任行政院院長的郝柏村先生，在政府財政不寬裕的情況下，仍毅然同意了勞委會的要求，使得健康保險制度的整合最終得以實現。

不論是眷屬的計費方式，還是將公、勞、農保等制度整合為單一體制，在當時以及現今而言，都是全世界獨一無二的，也是全民健保制度成功的關鍵因素。

其中，特別是制度整合，使得全民能在同一保護傘下，享受同樣的給付，避免了保險費負擔援引比照向低看齊的可能性，也使得整體的費用控制較易達成。此外，也因為眷屬的計費方式是『論口』，不工作的眷屬要依其所依附的被保險人的投保金額來繳納保險費，所以當勞工從勞保退休加入全民健保時（許多人以職業工會會員的身份加入勞保，原本就是為了要取得健康保險），仍需繳納保險費，以致勞委會所擔心的退休潮沒有真正發生。

全民健保二期規劃紀實

回想過去，有許多個夜晚我輾轉反側無法入睡，然而當我將白天中所縈繞的難解問題帶到禱告中，一一陳明在神面前，祂總在清晨時就將答案告訴我。其中有關眷屬保險費的計費方式，我所得到的啟示，也就是如今在全民健康保險法中所規定的：在被保險人端是『論口』計費，在雇主端是『論被保險人』計費的雙元作法。」

細細思量羅紀琼教授這段領獎感言，其實已經將全民健保二期規劃內有關財務面的設計精神與重點，一一指出。

* * 研議保險費計算方式，各方爭議不斷

首先來看保險費設計過程，當年進行全民健保二期規劃時，到底應該「論口」計費或者是「論被保險人」計費，專家學者看法分歧，爭論不休。

羅紀琼教授強調，設計保險財務制度時，得先思考要收多少錢？可向誰收取？以及如何收？因此需要一個徵收機制，尤其我國是採保險制，理論上需要對每個人收錢。但因為全民健保是國家辦的，屬於社會保險，有量能付費公平性的考量，有能力的就需多繳一點。那要多繳多少呢？這是政策面層次，有很多課題需要去解決。在量能付費的原則下，沒有所得者例如眷屬（當我們說眷屬時，就排除了他的工作身分），是否就不該繳錢？其他國家的做法基本上眷屬沒有繳錢。

這裡面有兩個概念，一個「是論被保險人」計費（理論上叫做工作人口），有工作者需要負擔所有人的保險費，因此需要繳

足夠的經費以便於來支付其他沒有工作的人的保險費，這是保險的基本精神。換言之，有經濟能力的人多繳一點，沒有經濟能力者也可因保險改善健康；也因此，國人不必擔心保險費過高買不起，因為既然是國家辦的社會保險，就應該有量能付費的概念。另外一個概念是「論口」計費，又稱人頭稅，其實就是論人數計費，通常是定額稅。

羅紀琼教授指出，受僱者的保險費又分為兩塊：勞工自己繳一部分，雇主幫勞工繳一部分，「如果單獨看，會覺得『論被保險人』計費看起來較公平，因為有所得的人付費，且所得高的人多付一點，但此時單身的工作人口就必須付別人家眷屬的錢。全國2,000萬人如果只有1,000萬人工作繳費，意味著1個工作的人就要負擔2個人的錢」。

當年勞保尚未開辦眷屬保險，僅公保眷屬有納入保險。公保規定被保險人繳一份保險費，其眷屬每人繳一份（但以5份為上限，亦即計費眷屬最多5口），但眷屬不可以有工作，子女則必須是未成年者或者在學，才有資格納保。

戴桂英教授坦言，在雇主負擔方面，如果眷屬採取「論口」計費，亦即規定雇主必須另外幫員工之眷屬繳六成保險費，則那些有眷屬的人可能找不到工作，沒有雇主願意聘用，雇主寧可聘用單身者。當年為了這個議題，各方意見紛陳，吵了好幾個月，很多學者認為歐美各國都採「論被保險人」計費，所以臺灣也應該跟進。但即使拿國外做法來參考，也很難完全適用於臺灣社會。好比德國、日本採「論被保險人」計費，但這兩個國家都沒

全民健保二期規劃紀實

把父母納入，只涵蓋無業的配偶與子女。華人文化子女有撫養父母的義務，而且德國、日本的年金制度早已完備，可以挪出一部分作為健康保險的保險費，我國還沒這些條件，而且我們的眷屬也涵蓋父母。

「總之，『論被保險人制』根本不會去看眷口」，戴桂英教授析言，在一開始先定義誰要當被保險人，只要被保險人繳保險費即可，眷屬不需繳保險費也可以看病，這樣的話，「論被保險人制」繳納保險費的人數就會比「論口制」的人數來得少。

當時的健保二期規劃小組執行秘書楊漢涬教授回憶：「一開始我們想的是，只有被保險人付錢即可，眷屬不必付錢。但有人認為這樣不公平，家屬放入保險是我們的目標，那如何計算眷屬的保險費？是否跟本人一樣？如果跟本人一樣，例如我付1,000元保險費，我太太1,000元，兩個小孩則2,000元；那如果是單身，則付自己的1,000元。雇主呢？雇主須負擔更多（保險費的分擔比率，勞、資、政分別為3成、6成、1成，因此雇主的負擔是員工的2倍），本人付1,000元，雇主就須付2,000元，如果你一家有4口，雇主主要付好幾千元，這樣雇主寧可找單身的員工。因此，就會產生就業歧視」。

另外還有個問題，臺灣中小企業林立，地下經濟活動（有賺錢但沒繳稅）頻繁，也缺乏美國嚴格執行的終身查稅制度，讓查核眷屬確實身分的工作變得非常困難。如果採「論被保險人」計費，很可能會出現諸多漏洞及缺失：如一般勞工或雇員需要繳交所得稅，又要交保險費，還得幫沒有工作的人付保險費；而在夜

市做生意、開計程車、在社區開美髮店或者當家教的人往往算是沒有工作者，也就是有收入卻課不到稅。

羅紀琼教授舉例說明，「假設我1個月賺3萬元，我繳2,000元保險費，覺得自己負擔太重了，因為其中1,000元是幫其他明明有工作且可能賺得比我多的人繳保險費，因此我可能去跟老闆說，你要僱用我可以，但不要幫我報稅。老闆聽了也可能一拍即合，因為這樣老闆也省了繳稅、繳費。這麼一來，繳納保險費的人數就會減少。我們擔心，愈是有人隱瞞就業的事實，避稅避費，那剩下需要承擔的人負擔就更重了。當全國2,000萬人之中只有1,000萬人有工作（繳稅），其中若有100萬人認為自己賺這麼少為什麼還要幫別人負擔，而從『就業』轉成『沒就業』人口時，就會變成900萬的工作人口必須承擔起另外1,100萬人的保險費，繳保險費的負擔更為沉重。然而若採『論口』計費，多眷口勞工在就業市場可能會受到歧視。為了不要使一個新的制度對既有的制度造成太大衝擊，同時又得兼顧新制度本身的公平性、效率性，我認為應該把就業市場上有關雇主歧視，以及保險費分擔的公平性問題，一併放入決策考量」。

不同的計費方式各有優劣，專家學者人人有其意見，如何異中求同，找出最大公約數，讓當時財務制度組召集人羅紀琼教授傷透了腦筋，輾轉難眠。

「當時各種爭論很多，這種制度有其優點與缺點，那種制度也有其優點與缺點，到底該如何決定？我當時每天忙到只睡3個小時，無法再挪出更多時間來了；但即使每天只睡3小時，我仍

全民健保二期規劃紀實

維持每天睡覺前禱告的習慣。有一天，我向神禱告，將『論被保險人』計費的優缺點及『論口』計費的優缺點都陳明在神面前，並求問神，眷屬計費這個問題要如何解決？

清晨，我才醒來，突然一片清明，那是神讓我清楚了，我們很執著選『論被保險人』計費或選『論口』計費這樣的思考，但我聽到神對我說：『為什麼不把它合在一起？』霎那間，我明白了，馬上知道答案。因為我們各執一詞、各站一邊，這是我們的問題，人的問題」。

這天清晨，羅紀琼教授自承得到神的啟示，她找到方法了。方法就是，對雇主採取「論被保險人」計費制度（亦即雇主每僱用一個人，不論其是否真有眷屬，都要為其付平均眷口的保險費給中央健康保險局）；對被保險人則採「論口」計費制度（亦即有眷屬者才須為其繳交保險費），這種雙元體制，世界獨創。

也就是說，將雇主與被保險人之眷屬分開計費，「例如我有太太和兩個小孩，我要負擔4個人的錢（本人加3個眷屬），你沒結婚只負擔自己1個人的錢。但我在找工作時，如果我有3個眷屬，假若我跟你能力經驗均一樣，雇主聘用我必須付出較多成本，在就業上我就比較不利，通常老闆很會算。當我們採用「平均眷口數」，是全國平均來計算，每個人不論是否真有眷屬，老闆所需負擔的眷口數都一樣，員工本人依實際眷屬人數（設有上限）負擔保險費，這樣就可避免產生就業歧視，這是羅紀琼教授想出來既聰明又富有創意，是我國健保制度所特有的設計」，時任健保二期規劃小組執行秘書楊漢湧教授表示。

然而，現實面卻遇到一個難題，騎虎難下。主要是因為全民健康保險法草案第1次送入立法院時，法條上明載，「論被保險人」制度。

羅紀琼教授坦言，當年其他3個顧問都贊成「論被保險人」制度，3比1，最後只好以「論被保險人」制度送入立法院。但當時張博雅署長感覺不太對，應該再三思。

「就這麼巧，我從立法院出來時，她（張博雅署長）看到我，對我招手，要我搭她的車回來，她跟我說她覺得怪怪的。我問她，妳真的覺得怪怪的嗎？她問我有沒有可能改，能不能解決？我說有，當然可以，我心中早已有解決之道，但我追問：法案已經送入立法院，該怎麼處理呢？她說沒關係，她會去找立法委員溝通，另外提案，讓案子一同進入委員會，再併案審查，可以很自然地把另外一個換掉。

總之，可以這麼說，就制度而言是我設計的；但『平均眷口數』會在法條裡面，是因張博雅署長的緣故，這是關鍵所在」。

* * 計算出平均眷口數1.36，全民健保初期財務穩健

經過好幾個月，有關如何計算保險費的爭論總算定案，決定被保險人繳交的眷屬保險費比照公保，依實際眷口數（以5口為上限）；雇主補助員工眷屬的保險費，則依平均眷口數。但全民健保開辦時沒有數據可推估，公保或勞保也沒有數字可做為參考，地區團體有多少人也不清楚。

為此，羅紀琼教授根據民國80年行政院主計處家庭收支調查

全民健保二期規劃紀實

報告，把家戶平均人口數除以戶內有所得的人數，得到平均一個工作人口負擔2.36人；扣除工作者本人，剩下的就是眷口。結論是，雇主幫所屬員工統一負擔1.36個眷口之保險費。

「當時必須先推估，以便於法案審查時大家心裡有個譜。我參考了很多資料，最後使用的是主計處的家庭收支調查資料，樣本有1萬多戶，頗具代表性。當時我知道1.36這數字偏高，因為公、勞保被保險人人數加總起來就超過了千萬人，以1.36為平均眷口數，會使得全民健保徵收保險費的人數大幅超過總人口數（以當時被保險人數1,100萬人為基礎，乘上2.36，會得到2,600萬人，比實際2,200萬人多了近400萬人）。由於葉金川先生（中央健康保險局第1任總經理）擔心全民健保財務不穩，所以執意不調整，張博雅署長也支持他，因此開辦時公告的平均眷口數是1.36」，羅紀琼教授進一步道出計算平均眷口數的過程。

時任健保二期規劃小組執行秘書楊漢湊教授補充，全民健保在開辦前，沒人能確知投保人數是多少，祇能以就業人口數來推估被保險人人數。依經建會的統計，就業人口數約800多萬人，但在健保開辦後，實際被保險人數達1,100萬人，二者差距甚大，這才使得第1年推估平均眷口數為1.36，的確偏高。

「我記得很清楚，全民健保實施兩、三個月後，資方就說為什麼我們把平均眷口數訂得這麼高，要求調降。調整平均眷口數茲事體大，我記得每降0.1，1年就會差約70億元；平均眷口數由1.36降為1.1，就會少收約180億元的保險費，影響很大，所以即使要降也必須慢慢降」。而楊漢湊教授則表示，當時有人主張

降，有人主張不要降，要降的理由很簡單，因為數據很清楚；主張不要降的理由是，因為全民健保才剛開辦，財務還不穩定，誰也沒把握是否能撐下去，同時被保險人可能變為眷屬，眷屬依附的被保險人也在變動，經過很多爭論與討論。

「我記得當時資方代表蔡光職先生（時任工業總會常務理事），人相當明理，但堅持依法行政，要求調降平均眷口數。我們跟他說全民健保才剛開辦，財務還不穩定，不能降很多，萬一財務撐不下去怎麼辦？他強調橋歸橋，路歸路，平均眷口數應如實調降，如果將來虧損要調高保險費我們也支持」。楊漢淵教授印象深刻，後來張博雅署長還親自帶隊拜會工總高清愿理事長溝通，最後雇主團體勉強同意先降到1.1這個數字，讓財務風險減到最低，穩定全民健保財務。

的確，這對當時的全民健保財務而言，相當重要。中央健康保險局第1任總經理葉金川曾提到，這是讓全民健保得以安然度過7個年頭的主因：「在臺灣從未有過實施全民健保的經驗，實在是沒有把握，也沒有信心。因無例可循，中央健康保險局當時便是以1.36為估算值，依法呈報衛生署核准執行，此項刻意的高估，是讓全民健保得以安然度過7個年頭的主因。猶記得有一次，陽明大學公衛所藍忠孚教授在演講會上，曾嚴厲批評此一數據的離譜，他說：『不知是哪個天才，算出這1.36的數字……』，會上沒人敢吭聲，而這筆帳自然要算到中央健康保險局的頭上」。⁽¹⁰⁾

雖然數字高估，中央健康保險局也於日後緩步調降。全民健

全民健保二期規劃紀實

保開辦10個月之後，平均眷口數從1.36降至1.1，逐步緩降的策略讓全民健保開辦後多年，財務維持穩健。

「1.36是剛開始的數字，上路10個月之後開始檢討調整，從1.36降至1.1、再降至0.95、0.88、0.78、0.7、0.62，現在則是0.61」，戴桂英教授回憶，全民健保開辦那段時間真要感謝雇主團體，如果沒有雇主的貢獻與配合，全民健保制度很難順利推動起來。

而其實能讓雇主團體同意買單，背後最重要的關鍵人物是時任衛生署署長張博雅女士，她總是親力親為，帶領部屬一一去跟雇主團體會報，當面溝通，包括工業總會、工商協進會等，親自去跟各雇主團體的理事長們說明，希望工商界可以幫忙，讓全民健保財務的風險減到最低。

「張博雅署長的溝通能力相當強，只要署長領軍出馬親自協商，每談一次，工商團體代表、意見領袖們就點頭同意，願意接受先降一點點，而不是一次降太多，對全民健保財務衝擊過大；一段時間後，工商代表又有意見時，張署長再去懇談協商，同意接受工商界的調降要求，但只能降一點點。一次又一次懇談溝通，彼此各退一步，化解衝突」，楊漢湊教授記憶猶新。

* * 計算受僱者與雇主分擔比率

除了計算平均眷口數，還有另一項重要工作，計算受僱者與雇主的保險費分擔比率。

戴桂英教授表示，健保二期規劃小組對於保險費分擔比率的

看法，最早想要學德國跟日本，亦即雇主與受僱者各分擔50%。當時公務人員的保險費是由本人負擔35%，政府負擔65%；而公務人員眷屬保險則是政府與被保險人各負擔50%。但當時勞保的主管機關不同意，勞工也不同意，因為當時勞保的做法是，受僱者負擔20%，雇主負擔80%，一下子將受僱者分擔比率從20%調高至50%，且同時要繳勞保與健保，受僱者負擔過重。

後來行政院送進立法院的版本是受僱者負擔40%，雇主負擔60%，勞工反彈聲浪仍持續不斷，法案審議期間一大堆勞工在立法院外面舉白布條陳情抗議，舉辦大規模遊行活動，勞工團體代表認為這形同「一頭牛被剝兩層皮」，政府剝削勞工權益。

為了說明立法意旨，當時健保二期規劃小組四處去辦說明會，設法與勞工團體當面溝通，時任健保二期規劃小組執行秘書楊漢涢教授也多次親上火線說明，努力溝通。勞工團體最常質疑也最在乎的問題是，「為什麼你要增加我的保險費？」

楊漢涢教授總是耐著性子回應，以前只保個人，現在要把眷屬納入保險，保險費不可能不增加。「沒有錯，你們認為繳很多錢，但保險就是互助，以前你們的太太和小孩沒有社會保險，現在你只要多繳一點錢，就可以讓家人享有保險」，面對著會場內一個個聲音愈來愈大、發言時整個身子激動得愈站愈高的勞工代表，楊漢涢教授理性回應，誠懇以對。他認為，即使日後開始實施全民健保，這些質疑也還沒結束，因為他們未必能真正看到社會保險的好處或壞處。

為了讓勞工團體更能感同身受，楊漢涢教授經常舉洗腎病人

全民健保二期規劃紀實

的例子說明。他對勞工團體施以感性訴求說著：「你們可能沒有機會接觸洗腎病人，當年洗腎1次約4,000至4,500元，1個月須洗腎12次，1個月不吃不喝就得花費將近5萬元，也就是說薪資所得者1個月至少要賺5萬元。如果家庭中僅有一個人賺錢，又沒有保險，對病患和家屬來說，經濟負擔非常沉重。如果沒錢洗腎，患者會開始臉色變黑，小便也解不出來，全身虛弱無力。一旦有了全民健保，我們每個人1個月大約繳1,000元左右，就當成我們幫他們，讓他們不必為了洗腎的錢得賣房子，只要定時洗腎，體力慢慢回復，精神比較好了之後，可以在家裡做點家庭代工，或偶爾去開計程車，多少有些收入，經濟不至於過於拮据。透過這樣的社會互助，彼此幫忙，更何況雇主也幫忙負擔一部分，等過了3年或5年，你們可能也會結婚生子，眷屬也可以獲得保障」。

楊漢涢教授當時也是醫政處處長，在全民健保還沒開辦時，他不忍心看到洗腎病人如此辛苦，為了籌洗腎費用而焦頭爛額，甚至拖垮全家經濟，因而設法編列預算補助洗腎費用。限於行政經費有限，無法編列全額，他花了很多時間主動去找醫院代表談，請醫院重新計算成本，希望能給洗腎病人一些費用補貼。經過他四處奔走遊說，終於，醫院同意把洗腎1次的費用從4,500元降到3,000元，他就研擬一個補助計畫，由衛生署（醫政處）編列預算補助一個人洗腎1次1,500元，病患則自付1,500元，負擔減輕不少，幫助很多洗腎病人度過重重難關，許多人稱讚這是一項德政。由於這項成功經驗，其後並擴增對血友病人的補助，讓他們在沒有健保的情況下，稍解就醫經濟壓力，直至全民健保開辦才停止。順帶一提，這項業務是由醫政處在沒有增加人員的情況下

辦理核付業務，相當忙碌，幾乎天天加班毫無怨言，同仁從中更實際體會到民眾沒錢就醫的痛苦與辛酸。

對勞工團體的說明會持續舉辦了許多場，健保二期規劃小組也針對勞保局、財政部等政府機關單位舉辦溝通說明會，甚至補助勞工團體職業工會的行政費用，達成彼此共好，雙贏局面。

經過多次與雇主和勞工團體協商，以及羅紀琼教授以被保險人現行負擔比率及眷屬自付50%計算出來的結果，顯示所有受僱者負擔40%，雇主負擔60%是最公平合理的做法。所以，最後健保二期規劃小組敲定受僱者保險費分擔比率為40%，雇主負擔60%。但經過立法委員討論後表決通過的版本是受僱者分擔30%，雇主負擔60%，剩餘的10%則由政府負擔。

政府負擔10%這件事情，成為埋下日後中央政府與地方政府爭執的導火線。全民健保實施多年之後，發生地方政府積欠中央健康保險局大筆健保費，地方政府遲遲不肯繳納，這是因為當時在行政部門多次協調法案時，省市政府有派人到場，並沒有這條條文（政府負擔比率），這是在立法院討論時衍生出來的條文。沒想到，要修這條政府負擔10%的條文時，只有中央官員在場，沒有地方官員在場，最後修法通過部分費用由地方政府負擔。得知這結果後，地方政府不願買單，他們認為為什麼中央政府立法、卻由地方政府編列預算買單，因此全民健保實施後不願繳費。

全民健保二期規劃紀實

* * 想要設計一個傷害比較小的體制

回到財務面的規劃，羅紀琼教授作為一個經濟學者，深知健康保險體制會引發道德危害（moral hazard），並非是最具效率的選擇，然而政府既然決定要做，她就秉持想要設計一個傷害較小的體制的心態，加入規劃行列。當時羅紀琼教授花非常多的時間與精力投入費用推估、費率計算及投保金額分級表的設計等等細緻分析。

她當時做的第一件事情是，先去問各部會有哪些資料可提供，她陸續蒐集到各種資料，例如勞保就醫資料、財政部綜合所得稅核定資料及財產歸戶資料、衛生署醫事相關資料等等。

「我把當時可拿到的資料全部做分析，勞保局給我的大盤磁帶就超過1,000卷，數量驚人。面對這些原始資料，我去主計處請資料中心的組長協助，她找了3個系統分析師幫忙，我們得以用這些磁帶去取得不少有用的資訊」，羅紀琼教授說，至今對這些曾幫助過她的人，依然感念在心。

此外，衛生署也提供羅紀琼教授「醫事機構現況調查」與「醫院服務量調查」等資料。當時有保險者只占了約一半的人口，而工作人口較為健康，且時間成本也高，使用醫療服務的次數相對來說比較少，因此，更需要對其他人口的醫療利用有所了解。

總之，羅紀琼教授在全民健保一期規劃時，對整體架構進行多次模擬，確定了被保險人收費方式以及制度要做整合，到了全民健保二期規劃時，就進入執行層面來規劃。

也因為當年工作過於拚命，3個病症同時找上羅紀琼教授，分別是胃食道逆流、十二指腸潰瘍以及中年得痔因而舉步維艱，只能趴在床上工作。過度疲憊與沉重壓力，也讓年輕的羅紀琼教授前額的一撮頭髮一夕變白，「別人以為我是時髦去染髮，其實我哪有時間去管自己的門面啊」，羅紀琼教授苦笑，頻頻搖頭。

本身受經濟學的完整訓練，羅紀琼教授慣於從整體面思考事情，即使當她忙於精算勞工和其眷屬的保險費時，卻早已意識到，還有一件更重要的事情需要同步進行，那就是健康保險體制必須進行整合。

「當大家還在討論應該採『論被保險人』或『論口』計費時，我已經看到這個制度需要整合了，可是很多人並不同意，因為在政治上有壓力，當時政府不想做太大的改革與變動，覺得沒有必要。雖然公保比較沒有反對的力量，但勞保有，勞委會非常堅持，他們覺得持續涵蓋醫療給付才是對勞工最大的照顧。在當時，勞保納保人數已經超過8百萬人」，羅紀琼教授回憶往事。

她自認，不是為了整合而整合，而是為了更穩健的健康保險而必須做的調整。

* * 整合健康保險體制，避免持續虧損

羅紀琼教授還原當年情境。有一次，羅紀琼教授在行政院院會上進行財務制度的規劃報告後，郝柏村院長問是否可維持公、勞、農保的現有體制，只為尚未納入的人另行開辦一個國民健康保險？

全民健保二期規劃紀實

「我對郝柏村院長說不行，因為農保虧損嚴重，而尚未納入的民眾又都是經濟相對弱勢的族群，為他們單獨開辦健康保險，注定虧損。全民健保開辦前，農保每年的虧損持續增加，民國81年度虧損為150餘億元，民國82年度虧損增加為180餘億元，政府必須不斷承擔這些鉅額虧損，但也難以再調高費率因應。農保是一個錢坑，而為尚未納保民眾獨立開辦一個健康保險制度時，會是另一個錢坑」，羅紀琼教授語氣堅定的表示。

她對當時行政院郝柏村院長說：「比較好的辦法是，進行體制整合，整合之後，可以在體制內重分配」。

經過這番清楚表達，郝柏村院長當下拍板定案，同意將所有保險予以整合。

「他一聽有道理，就同意這樣做」，羅紀琼教授很佩服當時的行政院院長郝柏村，具決策魄力。即使勞委會反對，但有了行政院的支持與同意，最後勞委會也妥協了。

但問題是，當時勞保的保險費率是7%，且採行綜合給付，亦即老年、殘廢、死亡及醫療給付都涵蓋，勞委會擔心將醫療給付移給了全民健保，會使許多為了健康保險才加入勞保的人，會從勞保退休，領取老年給付後去加入全民健保。而當時勞保的老年給付準備不足，主要是因為當時合於退休資格的勞工約有70餘萬人，若他們都辦理退休，所需退休金為2,000多億元，但勞委會當時的退休準備只有1,000多億元。所以，勞委會主委趙守博先生表達，若政府能保證提供那不足的1,000多億元，他就同意將勞保醫療給付挪至全民健保。

為此，當時行政院郝柏村院長把財政部林振國部長找來，問他可以怎麼做。

「如果這是政策需要，我們去籌錢」，面對長官的質問，林振國部長一肩扛起這項重責大任，語氣堅定。

「我當時非常非常感動，因為當時的1,000多億元是1年的個人所得稅總稽徵額。林部長是我在臺灣大學經濟系的老師，也是很好的基督徒，做事嚴謹認真」，羅紀琼教授直言，她至今對於林振國部長的勇於承擔，仍銘記在心。

接著，沒多久，就發生前述提過來自神的恩典，靈光乍現，羅紀琼教授想出了雇主負擔採「論被保險人」計費以及被保險人採「論口」計費的折衷方案；也因為有了折衷方案，大幅退休潮沒有發生，財政部也就沒有為勞保退休準備籌錢的壓力了。然而因為林振國部長的承擔，制度最終得以整合。

「我後來突然明白，這些事情發生的次序太奇妙了，因為被保險人採論眷口計費，合於請領老年給付的勞保被保險人領了老年給付之後成為別人的眷屬，仍然要繳保險費，所以就沒有強烈的誘因要馬上去辦退休。雖然全民健保開辦後，勞保退保人數大幅增加，但老年給付的請領人數只有當初預期人數的15%左右，因此勞委會的退休準備足堪支應。制度會誘發民眾行為的巨大變化，而政府難有因應能力，所以我認為這是神對臺灣特別的關切與眷顧」，羅紀琼教授誠懇說道。

也因為勞保老年給付領取人數低於預期，顯示潛在債務依然存在於勞保體系之中，加上日後勞保停辦醫療給付，因此必須要

全民健保二期規劃紀實

修法，大幅度提高保險費率。原先涵蓋現金給付與醫療給付的綜合費率是7%，減掉醫療給付的4.25%之後，理論上來說，現金給付只剩下2.75%的費率，而修法之後，勞保現金給付費率大幅調升為6.5%。「透過健康保險制度本身的整合，讓勞保費率有機會調升，調整勞保體質，也為其他社會保險豎立一個好的開始」，羅紀琼教授強調。

羅紀琼教授也明白提到，當初在設計全民健保時，雖然確定了整合的原則，但公、勞、農保原有的給付並沒有依照項目計算費率；換句話說，公、勞、農保並沒有分給付項目計算每個項目應該繳納多少保險費，是一種綜合保險、綜合費率的制度。所以在分離醫療給付時，一般的想法是用原先的保險費率減掉醫療給付的保險費率，剩下的部分應該就是留在原有體系中給付項目的保險費率。但事實上，以往的公、勞、農保都已經有相當程度的虧損，將醫療給付分離，剩下的現金保險根本就辦不下去，所以財務清算問題是當初整合非常關鍵的因素。⁽⁸⁾

若再繼續詳述，在做財務規劃時，當論及醫療給付要從勞保中挪出去時，政策規劃就必須要為勞保的潛在虧損尋求解決方案。當時負責全民健保財務規劃的羅紀琼教授特別提出了3個方案作為政策參考。

第1個方案是，勞保潛在的虧損都是因為偏低的保險費所造成，而享受到偏低保險費負擔的都是體系中的被保險人及其雇主，既然虧損是因為他們少繳保險費造成，當然虧損也應該由他們來負擔，解決做法是，逐年調高保險費率來彌補以往的虧損，

並消除未來可能的虧損。

第2個方案是，偏低的保險費實際上是因為政府並沒有善盡調高費率以達收支平衡的責任，因此政府也應該負起一部分虧損的責任，至於政府、雇主與被保險人3個群體要怎麼樣來分擔，可以開會協商。

第3個方案則比較極端，因為虧損是政府政策上沒有鼓勵也未責成主管機關在該調整費率的時候往上調，所以政府應該負起完全的責任，也就是說，醫療給付由勞保體系分離時，虧損應由政府負擔。

當然，從日後發展的結果回看，為達收支平衡，最後是由政府、雇主與被保險人三者共同分攤。

* * 以工作者的薪資做為眷屬的計費基礎

健保二期規劃小組成功整合規劃出全世界獨創的雇主與被保險人雙元計費折衷方案，以及完成將13種保險整合為單一體系，這也使得日後其他國家心生嚮往，想把臺灣的全民健保體系的財務規劃作法移植過去。例如全民健保開辦之後，韓國人來考察，無法理解為什麼我們眷屬採取折衷計費方案，認為這不是更不公平且沒效率嗎？羅紀琼教授解釋因為臺灣中小企業掛帥，地下經濟活動頻繁，所以用這種解決辦法。經過解釋與說明，來臺灣考察的韓國人頻頻點頭稱道，他們說很喜歡這種中式的公平。

此外，其他國家也有意複製臺灣經驗，但財務規劃掌舵者羅紀琼教授認為臺灣經驗可以提供參考，恐無法直接複製。她另提

全民健保二期規劃紀實

出一個核心問題：「全民健保是社會保險，背後有著國家對人民福祉的承諾，這種社會保險制度跟經濟制度不太一樣，經濟制度跑得很快，可以有落日條款，但是社會保險制度不可能有落日條款，一旦長出來後，就很難再改變了，所以不論設計怎樣的制度，都必須慎始」。

她認為，學國外制度不能只學表面，設計制度以及看問題時，重點不只在於怎麼做，也在於當前的環境與條件是什麼，有哪些主要的問題，以及未來的經濟條件、產業結構及人民期待等，這些都會影響社會保險財務制度的規劃與設計，當然也必須同時承擔起難以言說的輿論壓力。

舉眷屬保險費負擔來說，羅紀琼教授就遭遇極大的壓力。

她說：「所有的人幾乎都同意眷屬要繳保險費，這就是論口計費，但要在什麼基礎上繳呢？某一次在相關會議上，雇主代表堅持用最低工資當作眷屬計費的基礎，與會者大都看法一致，長官即要我修改法條。

但我未同意，我不願改的原因是，因為一旦採取最低工資當作眷屬計費的基礎，而不是眷屬跟本人一樣繳同樣的保險費，1年就會差到兩、三百億元。除了鉅額費用的差異，還會衍生另外一個問題，那就是，地區團體被保險人也會要求以最低工資來加保，屆時總保險費又會差個一、二百億元」。

羅紀琼教授指出，由於1戶中如果有兩個人在做事，眷屬可以依附投保金額較低的那個人，從而合法地減少保險費負擔；但如果家裡面只有1個人在工作，眷屬沒有其他選擇，只能隨同工作者

投保，所以有人質疑這種因為家戶間工作人口多寡不同，造成家戶間負擔的不同，不見得符合「量能付費」的公平性。這是一個難解決的爭議，然而若所有的人都把全民健保的保險費負擔當作榮譽，以高所得為依附對象，前述問題則不致成為爭議。⁽⁸⁾

此外，以被保險人的經濟能力指標做為眷屬的計費基礎，是不是公平？這也引起外界許多質疑，甚至監察院還為此召開公聽會，委請當時因為堅持不採取最低工資計算眷屬保險費的羅紀琼教授前往說明。

「我的說明很簡單，我對著大家說，你們說的都對，眷屬是沒有經濟能力的，理論上應該採最低工資計費。但我認為家戶長（被保險人）的經濟能力已能相當程度地代表整個家戶成員的經濟能力。舉個例子，請問各位，王永慶的孩子跟我的孩子，都沒工作，沒有經濟能力，但王永慶的孩子是含著金湯匙出生的，我的卻不是。再繼續延伸思考，醫師的小孩比勞工的小孩較有經濟能力，有錢父親的兒子被稱為小開，所以用工作者本人的投保金額做為眷屬保險費的計算基礎，基本上應屬合宜。況且，眷屬如果不採用被保險人的投保金額，而改採較低的投保金額時，保險費費率會比現況為高，那麼低所得者的保險費負擔就會更重」，經過羅紀琼教授這麼一番誠懇解釋，大家都能接受且明白她的設計初衷，從此再也沒有人投反對票了。

* * 投保金額分級表與保險費費率

提到投保金額，就必須提到制定投保金額分級表。

全民健保二期規劃紀實

羅紀琼教授認為，影響投保金額的多寡有兩個重要因素：一個是投保金額的基礎；另外一個就是投保金額分級表。前者只牽涉到認定問題，較為單純；後者則牽涉到設計問題，較為複雜。

全民健康保險法中規定，受僱者以其薪資所得為投保金額；雇主及自營作業者以其營利所得作為投保金額；專門職業及技術人員自行執業者，以其執行業務所得為投保金額。全民健保開辦初期，投保金額分級表的上限只有下限的3.8倍（下限為14,010元，上限為53,000元，當時勞保的上限僅33,300元），跟先進國家分級表上下限倍數相比，可說極度偏低。

不過，先進國家在剛開辦醫療保險時，分級表的上下限差距沒有後來那麼大。由於健康保險費用成長幅度一般來說會比所得成長幅度來得快，費率必須常常往上調整，以平衡保險財務。但問題是，調高費率容易受到政治壓力與其他考量，也因此，比較簡單的作法就是把分級表上限與下限的倍數拉到十倍以上，例如日本健康保險分級表，上限是下限的12.6倍；有些國家甚至不訂上限，例如美國安全制度中的醫療保險，完全取消了上限。

羅紀琼教授強調，一般制定上限的方式有兩種，一種是下限的倍數，另外一種是人數的占率。

羅紀琼教授提及，全民健康保險法中上限的訂定是參考日本的做法，以適用的被保險人人數的固定比率來訂定。當初在規範時，開了好幾次專家會議，大家都建議採行日本的做法。當時勞保投保薪資分級表上下限的倍數約為2.6左右，而日本的保險制度中現金給付部分，分級表上下限的倍數達6倍之多，至於醫療部

分則為12倍多。⁽⁸⁾

全民健保一期規劃時，確立了師法日本兩表分立的原則；到了全民健保二期規劃時，就確立了投保金額分級表上限人數也參考日本做法，以被保險人人數的3%來訂定，超過3%時，上限即上調一個級距。

健保二期規劃小組除了確立上限人數占率為3%的原則之外，還深入研究勞保投保薪資分級表，另外再設計一個新的分級表，明確建議每1組有5級，每1組的級距都以該組組距訂定之。

組距的訂定，原先勞保是300元的倍數，是以等差級數的方式設定，分別是300元、600元、900元、1,200元、1,500元等，為了發揮所得重分配精神，羅紀琼教授帶領的財務制度組將組距改為等比級數，在現有組距之上，另加2,100元、3,000元、4,200元、5,700元以及7,500元，以加快調高上限的速度。

但因為分級表的設計會牽涉到雇主的負擔，基於對經濟發展的考量，行政院相關部會認為不宜將組距快速拉大，因此最後核定的分級表雖保留了組距逐漸增高的精神，但卻遠低於以等比級數方式設定出來的結果。

最後，組距的設定為1,500元、1,900元、2,400元、3,000元等，即便如此，分級表的設定仍為1組5級，組距的訂定不但增強了所得重分配的精神，並且還具可預先確知性，這也是全民健保所想要確立的方向。

羅紀琼教授進行模擬試算時，最初採用行政院主計處勞動力

全民健保二期規劃紀實

調查的附屬調查數字，後來轉而採用民國81年財政部的綜合所得稅及所有被保險人資料的串連檔當作分析基礎，經過細緻分析，找出3%的被保險人所落之處的級距來訂定上限金額。最後，推算的結果顯示，上限應該是53,000元，也因此，日後分級表的上限就訂成53,000元了。

相較於投保金額以及眷口數，保險費率在當時可說各方意見極為分歧，保險費率在全民健康保險法草案中是4.5%，這是經過當時精算師林喆博士的精算結果。但當年民進黨沈富雄和洪奇昌立委都認為這數字過於高估，要向下調整為4.25%，林喆博士以及健保二期規劃小組考量醫療供給面及需求面，認為4.5%的費率比較安全。

第1次精算，是找林喆博士來做，因為當年國內精算師不多，他又是幫勞保做精算的專家，請他來做精算可能較有公信力。當時法律草案規定每2年精算1次，每次精算25年，建議費率則訂在4.5至6.5%。「我們認為第1年從4.5%開始，但立法委員可能顧及被保險人的負擔太重，所以希望下限調降，首年用4.25%，兩年之後再來檢討，最後立法院就把費率範圍改成4.25%至6%」，戴桂英教授記憶猶新，細細述說。

從首年的4.5%調降至4.25%，中間牽涉到相當大的金額，雖然最後費率訂為4.25%，然因擔心保險虧損，立法委員們同意加上「實施後2年的虧損由中央政府撥補之」此一條文。

肆

醫療體系及支付制度規劃

如實經歷才能有所感受！

經歷健保第二期規劃，帶給我最深的感受，就是感謝能有機會深入瞭解國內外的健保制度，以及見證到規劃與實施政策所需要的智慧與勇氣。

—參與全民健保二期規劃感言／楊銘欽
(臺灣大學公共衛生學系、健康政策與管理研究所教授)

第四章 醫療體系及支付制度規劃

有關醫療體系的整體規劃，楊銘欽教授說醫療體系組的做法是，先盤點現有人力與機構設施，進而去了解民眾就醫的利用情形，也就是供需的盤點。

* * 進行供給面的盤點

供給面的盤點主要是針對醫事人力、診所以及各層級醫院的相關設施，為了能深入掌握，在規劃早期，健保二期規劃小組委託很多醫事人員專業學會或公會，進行預估人力供需情形調查研究，「我印象很深刻，例如醫事檢驗，當時醫檢師公會來承接這個案子，透過調查，去看未來幾年他們的人力供需情形」，楊銘欽教授回憶當年。

當時臺灣1年可以招收1,100位醫學生，至於醫檢師，1年的招收名額竟高達800位，這意味著每訓練1.1個醫學生的同時，就有0.8個醫檢師畢業。

「我們覺得這個數字不太合理，但到底每個醫師要搭配幾位醫檢師，其實我們也沒有明確的數字。我們去請教醫檢師公會理事長得知，不是所有唸醫檢的同學畢業後都往醫院服務，少數留在醫院從事醫檢工作，部分人則往醫療檢驗儀器業發展，例如去當業務員或維修員，還算學以致用，不算完全脫離醫療市場」，楊銘欽教授表示，除了醫檢師，當時也同步盤點藥學科系畢業生的就業發展。

著手醫事人力盤點沒多久，楊銘欽教授就發現教育制度有問題，「很訝異我們的教育制度，所謂教、考、用、訓，比例上似乎不太合理，這整個連結頗令人擔憂」。

這是基於醫、護、藥等相關科系學生畢業後都得投入醫療市場的假設，在人力配比上令人憂心，但問題是，國家也沒有一條法律規定大學學什麼，將來就一定要做什麼，須關注的重點反而應該是，醫事人力需求是否足夠。

答案是，足夠。

以醫檢師來說，1年畢業800名，而全國各醫院一整年約需增補200名，其實是足夠因應各醫療院所的需求。又如護理人員，早期的供給與需求比率尚合理，但隨著醫療環境不變，這些年來，「訓練出來的護理人員人數很多，但實際從事臨床護理的人員卻不多，就算往臨床去從事護理工作，留任的百分比也不高，尤其愈年輕的，進入臨床沒幾年就紛紛離開，早期還沒發現這現象，這幾年來看，醫院內的護理同仁，年齡分布（資深的跟剛畢業的）似乎出現斷層，年輕人還沒過試用期也許就離開，或者一、兩年後發現升遷無望就離開。也因此，雖然護理科系的畢業人數多，但實際投入臨床護理的卻不多，對整體醫療體系來說是不健康的，應該要設法提高護理人員的留任率。即使護理人員納入勞動基準法，似乎幫助也沒有很大，但話說回來，如果沒有納入勞動基準法可能更糟，這幾年若干男護士加入，的確是有幫助，可惜人數太少，這是我的延伸看法。不過，這是近幾年才出現的人力斷層現象，我們當時全民健保二期規劃進行人力盤

全民健保二期規劃紀實

點時，問題還沒這麼大」，楊銘欽教授的思緒從早年飄回到這幾年，對於醫療環境逐漸惡化，忍不住發出喟嘆。

在盤點醫事人力過程中，其實比較大的問題是物理治療師、職能治療師，這部分當時人力缺口很大；至於聽力語言治療師更是幾乎沒有，且政府還沒有建立專業證照制度。總之，當年各醫院極缺物理治療師、職能治療師、聽力語言治療師等醫事人力。

「當時我們就預見臺灣將步入老年化，慢性疾病愈來愈多，這方面的人力需求量會很大，在當時這是個警訊，可惜當時沒有很好的配套，包括是否各大學廣設學系院所或聘任師資等，也沒想到將研究報告彙整給教育部」，楊銘欽教授表示，當時健保二期規劃小組採取「抓大放小」的原則，也就是只抓大原則規劃，其他面向的細節在當時時間緊迫的情況下，難免無法做到圓滿。

楊銘欽教授認為，事有輕重緩急，在短時間內要規劃並且推動全民健保，就必須提供足夠的醫療服務。大原則就是，醫師人力夠不夠、護理人員是否足夠、病床數夠不夠，這是大宗的服務；小的原則就是專科醫師夠不夠，目前不知道。物理治療師、職能治療師的人力確實不夠，少了這些醫事人力可能會導致病人身體功能受限，但生命延續沒問題（醫師、護理人員足夠）。況且民間有不少私人推拿師、國術館（國術損傷接骨師）等可暫時滿足民眾一般需求，更何況從設系（物理治療或職能治療）到有畢業生，起碼有6年，眼看健保就要實施了，在開辦那一刻開始，最重要的就是能否提供民眾主要的醫療服務。經過全面盤點，大致上應該是沒有問題。

＊＊進行需求面的盤點

繼供給面之後，接著就是需求面的盤點了。

首先，健保二期規劃小組先去了解民眾就醫的利用情形，透過一些研究計畫案持續調查發現，民眾的醫療服務需求會增加。

楊銘欽教授用國民健康調查以及當年公保、勞保的資料進行分析，結果發現，沒有任何保險的民眾1年約使用5至6次門診；如果有保險（公、勞、農保等），則民眾1年看門診的次數可達14次。

這是很大的落差。也因此，以這項數據當基礎進一步推估，當時健保二期規劃小組預測，如果全面實施全民健保之後，每年每人看門診次數很可能成長到14至15次。原本楊銘欽教授領導的小組還想繼續精算包括，醫師看診一次需要幾分鐘、醫師一個診次看多少病人等，「但這很難，所以我們沒有再繼續研究下去」，楊銘欽教授坦言。

何以困難？

楊銘欽教授認為最困難的地方在於，以診所來說，當時診所每星期開6天半（週日上午也有），基層醫師通常很勤勞，早上很可能8點或9點就開業，忙到晚上9點，總共12個小時待在診所等病人，因此很難估計出1天真正的看診量與看診時間。而且在當時，不是所有的醫療院所都有跟公、勞保特約。也因此，當時健保二期規劃小組成員沒有繼續進行分析調查，「但我們評估過，醫療服務的提供量大致足夠，因為較少病人抱怨找不到醫師

全民健保二期規劃紀實

可看，除非是山地離島地區」。

當年資訊系統不如現在普及，只能利用公、勞保比較明確的電腦資料來預估民眾的醫療使用量。例如以全國2,000萬人口來算，假設平均每年每人使用14次門診，醫療利用的最大量高達2億8,000萬次。

除了門診，還必須去估算病床數是否足夠。

同樣使用公、勞保時代較為明確的電腦資料，楊銘欽教授為此也進行調查研究，對全國各大醫院進行病床數調查。

「這是我主持的研究計畫，我請助理針對全國100多家區域級以上的醫院，一家一家打電話去問，諸如『請問你們未來3年有沒有要增加病床或減少病床？如果要擴增，大約幾床？是在醫院總院還是分院？』等問題。

為什麼要問分院呢，因為這是醫療網的概念。現在看到有些醫院確實除了本院之外還有分院，分院可能就不在醫療網裡面，而是次醫療區，這些資訊都需要掌握。我們只是詢問醫院是否有計畫擴充量體，至於通不通過（分院）則是其次」。

至於小型醫院，考量其病床數通常變動不會太大，沒放入調查對象內。所以，楊銘欽教授當時僅針對區域醫院以上進行調查，結果顯示，病床數不僅足夠，而且還超過。

原因是，根據衛生署資料顯示，當時全國約有10萬張急性病床，平均占床率只有60%多而已，其中地區醫院的占床率偏低，約僅30%。從醫院管理的角度來看，理想的占床率約是80%至

85%，如果能有效的輔導醫院提升病床的占床率，那麼現有床數加上未來要新增的病床數就遠超過民眾的需要。

* * 醫療資源足夠但分配不均

除了描繪當時醫院申請蓋分院或擴增床位的景況之外，楊銘欽教授還提到，透過這些調查研究，他發現全國的醫院床數分配不均，有些地區的確明顯不夠。醫療社會學者張芷雲教授曾進行過民眾跨區就醫的研究，她發現，都會區的民眾住院時比較不會跨區，但醫療資源缺乏區的民眾則較常跨區就醫。

也因此，衛生署成立醫療發展基金，預計由政府每年提撥20億元，5年時間累積100億元，放在銀行孳息，再將利息運用於補助醫療資源不足地區的醫院增擴建以及診所購置醫療器材的貸款利息；如果是在醫療資源極度缺乏區設置醫院，醫療發展基金給予80%的利息補貼。如此，即可達到鼓勵民間設置醫院，一旦通過醫療發展基金的申請資格，可獲得實質補貼且無須償還，以紓解蓋醫院或擴增病床所需的資金壓力。

「為了順利實施全民健保，當年衛生署同步施展若干配套措施，除了醫療發展基金，還包括扮演重要角色的醫療網持續轉型計畫，於醫療資源缺乏鄉鎮開辦群體醫療執業中心，提升基層衛生所的醫療保健功能，縮短醫療資源城鄉差距」，時任衛生署醫政處處長楊漢湊教授補述。

臺灣大學公衛學者江東亮教授曾為文（寫於民國104年2月12日，題目是「蕭慶倫教授與全民健保二三事」）表示：「對於醫

全民健保二期規劃紀實

療服務體系，最初健保一期規劃小組關心的焦點在於醫療人力設施的供給與分布；而有關醫療服務體系整體如何與全民健康保險配合的問題，特別是加速推動醫療網計畫，則被認為是衛生署的責任，實際上，衛生署也相對做了同樣的反映。蕭教授強調，要落實全民健保計畫，必須將全民健保與醫療網之間的協調與整合問題，列為主要規劃的課題之一。民國78年秋天，健保一期規劃小組接受蕭教授的建議，開始分析臺灣資源的分配與公私立醫院的營運效率」。

簡單來說，醫療網的基本目標是：讓醫療資源與人力的投入分區要平均，各層級醫院要分工，並且讓全國各地生活圈能在半小時內找到醫師，最慢一小時可到達醫院。

衛生署從民國74年開始展開第一期醫療網計畫，每5年一期；自民國89年開始改為每4年一期，並重劃醫療網，直到民國101年共六期。這當中，民國84年全民健保開辦，醫療網就退居第二線，轉型為注意醫療品質為目標。自民國102年起，醫療網第七期計畫開始，醫療網關注的重點逐漸轉為建構長期照護體系與健康保險，以因應臺灣人口日益老化的問題。

可以看出，在全民健保二期規劃的過程中，醫療網已經同步在進行中，負責進行供需盤點的楊銘欽教授強調：「還好有醫療網的存在，可以讓醫院至少有一些分佈，看起來醫師與病床的量是夠的；至於地區裡面比較小型的醫院，則由市場機制來決定其未來走向，是維持醫院，或轉型為診所」。

當年，還有一個一直無法解決的問題，那就是小型醫院規模

小，科別不完整，占床率不高，「這是需要改善的地方」，負責研究規劃的楊銘欽教授點出，當年許多經濟規模較小的醫院生存不易，時任衛生署醫政處處長楊漢漙教授實地訪查，得知小型醫院的經營困境之後，想輔導小型醫院轉型，改為聯合門診，設法讓社區醫院與基層醫療能經得起市場考驗，但楊漢漙教授坦承：效果不如預期。

也因此，江東亮教授於「蕭慶倫教授與全民健保二三事」一文中，給了客觀的評論：「事實上，健保一期規劃小組不僅著手規劃醫療服務體系，後來更倡議醫療服務體系改革。當時，健保一期規劃小組對醫療政策的主要批評是，第一期醫療網計畫的效果不彰，醫療資源的地理分布更加惡化，並且提出三點建議，（1）對於醫院的興建與擴建，衛生署事前應統一規劃，取代事後的審查；（2）限制增加醫學中心與區域醫院，積極發展社區醫院與基層醫療照護，尤其應落實獎勵民間投資政策；（3）擴大辦理群體醫療執業中心計畫與公費醫師制度」。

回到醫療人力設施的供需調查，當年楊銘欽教授進行供需調查時，原本想一併進行專科醫師人力調查，可惜「調查研究做不出來」。主要的原因是，醫師可以擁有多專科，這是醫師的自由，同時也不能規範醫師的工作科別，這些不確定的因素讓調查研究難以持續，困難度高。但醫師可以擁有多專科的好處是，當某專科發展不太好時，醫師可自行決定轉換其他的專科看診。

楊銘欽教授從供給面和需求面下手，設法規劃出一個可提供全民健保運作的醫療體系，規劃4年多期間，碰到不少困難與挑

全民健保二期規劃紀實

戰，其中，最困難的部分就是資訊不足。

「現在回想，當年的挑戰就是面對未知的未來，有很多不確定的因素，我們只能基於某些假設，根據調查研究報告進行全民健保實施前的規劃與準備，我們沒有把研究發現提交跨部會報告，現在回想有一點可惜，例如之前提到的，物理治療師、職能治療師培訓，短期間之內會有很大的缺口，如果衛生署或教育部可以有多一點的連結，也許教育部能及早因應。所以當我完成全民健保二期規劃這階段的工作之後，聽到某學校準備籌設物理治療系或職能治療系，我心裡是高興的，且樂觀其成」，楊銘欽教授娓娓道來。

時任衛生署醫政處處長楊漢湊教授補充說，物理治療師法在民國84年2月完成立法，職能治療師法也在86年5月經立法院通過，開始辦理證照考試，這對於建立完整物理治療師及職能治療師的專業制度，極有助益，大大提升這兩類人員的專業地位，醫院開始大量晉用這兩類人員，隨之大學設立此系所及培育人數也均明顯增加。

* * 積極進行宣導與人才培訓工作

除了建構醫療體系，楊銘欽教授負責的小組還有另一項重責大任，亦即教育宣導與人才培育。

對此，戴桂英教授補充解釋，民國79年成立健保二期規劃小組時，就特設教育宣導組，不斷向社會大眾展開宣導，希望能儘量溝通觀念凝聚共識；即使到了民國82年12月29日成立中央健康

保險局籌備處之後，也設有教育訓練組以增進民眾了解全民健保具體內容與其權利義務。更且，當時社會民眾心目中的全民健保是不需要負擔，但這根本不可能，因此需要對大眾宣導付費的合理性以及對大家的好處。

根據健保二期規劃小組和中央健康保險局籌備處的規劃，教育宣導對象主要是針對民眾、投保單位與醫療服務提供者。

針對民眾的部分，以多管齊下方式進行宣導。首先，考慮到民眾可能會有諸多疑問，因此中央健康保險局籌備處先裝設免費服務專線（共10線），以快速解惑。根據統計，當時平均每個月約有400多通電話，媒體廣告較密集時，甚至每個月平均高達800多通以上湧入。同時還撰寫宣導單張24種，以及分別製作4種宣導小冊（「工商業界與全民健康保險」、「全民健康保險與我」、「全民健康保險釋疑」、「屬於您的全民健康保險」），供對外演講時發放，或讓民眾來電索取。

健保二期規劃小組成員忙於公務之餘，也熱心接受電視節目、電臺專訪（含call-in）或公司行號邀請演講，當時平均每週有10場以上的邀約。除了透過廣播電視節目、播放宣導短片、提供文宣資料、設置免費諮詢電話等方式廣為宣導之外，健保二期規劃小組更主動出擊，到全國各縣市展開教育宣導，形同開往各地的宣導列車。

做法是，在每個縣市找一個願意全力配合的單位（通常是大醫院），事先規劃好時間與講座地點，然後健保二期規劃小組派人去演講、實際跟民眾面對面互動。健保二期規劃小組雖然分成

全民健保二期規劃紀實

5組（財務制度組、支付制度組、醫療體系組、教育宣導組、體制法令組），但不論哪一組甚至包括中央健康保險局籌備處的同仁，都必須輪流排班參與巡迴宣導列車，每次有2至3位一起去，以便於能全面回答現場民眾或各利益團體代表提出的各種問題。

宣導列車持續開往全國各縣市，直到中央健康保險局成立以及6個分局也分別成立之後，仍陸續在全國各地舉辦講習、座談以及全民健保宣導等工作，總計1年內高達1,000多場次，相當辛苦。

但也因為健保二期規劃小組的大力宣導，民眾普遍知道政府準備要實施全民健保，無不熱切盼望，尤其是還沒有保險的人，更是引頸期盼。為了順應這股民意，當時的立委參選人自然也嗅到了這個重要議題，立委參選人在很多場合也不斷提出對全民健保的看法，某個程度來說這也算是幫全民健保做另類宣導。立法委員們深知施行全民健保是民意之所趨，因此針對全民健康保險法分別提出不同的版本，各自有其不同的訴求，雖然版本各異，但至少朝野有個共識，那就是臺灣社會需要全民健保。

「在這樣的社會氛圍之下推動全民健保，其實阻力沒有太明顯」，楊銘欽教授說。

除了針對一般民眾宣導，健保二期規劃小組也針對投保單位和全國醫院進行全面講習，讓各相關團體清楚將來全民健保上路時，需要做哪些配合與措施。

從民國83年9月6日至16日，共分7場，主要針對全國醫院辦理講習，共計693家醫院派員參加；另外也針對500人以上的投保

單位承辦保險人員進行宣講，從民國83年10月12日至11月14日，總共辦理25個場次講習會，參與的投保單位包括500人以上的投保單位899個及第2類、第3類被保險人的投保單位（職業工會、農會、漁會及水利會）2,547個，合計有3,446個。

針對醫事人員進行宣導時，有個場面令楊銘欽教授印象深刻。某一天，楊銘欽教授跟著巡迴列車前往臺南成功大學，校方提供一個會議室，會議室內坐滿了許多醫院、基層診所的醫事人員，講到快結束時，楊銘欽教授環顧四座，問大家是否有問題，這時，有位醫師舉手發問：「請問健保能不能規定醫院付給醫師的薪資？能不能保障我們醫師的薪資？」

答案是：不行。

因為中央健康保險局是和醫院或診所特約，而醫師或任何一位員工的薪資，是由醫療機構內部決定的，中央健康保險局並不會規定每個員工的薪資。楊銘欽教授笑著說，經過20多年，至今，這段提問仍令他印象相當深刻。

每個人都跟全民健保息息相關，為了讓全國民眾知悉全民健保訊息，教育宣導組採取多元的教育宣導方式，甚至還進行全國抽樣調查。

全民健保開辦的前半年，民國83年，楊銘欽教授和教育宣導組的同事規劃進行第1次民意調查，用電話訪問的方式進行全國抽樣調查，以更清楚掌握民意。「原本我們打算1年做2次民意調查，但是當我們開始做之後沒多久，中央健康保險局籌備處成立，隔年，中央健康保險局也成立了，他們也1年做2次電話調

全民健保二期規劃紀實

查，這在行政經費的運用上不太有效率，因此衛生署建議我這邊停掉，由中央健康保險局那邊接手做即可。但不論怎麼教育宣導，每次調查總是有約20%的成年人不知道有全民健保，現在應該是99%的民眾都知道了」，楊銘欽教授說，當年為了讓這20%的人也能知道有全民健保，健保二期規劃小組努力透過文字、製播影片、有獎徵答等多元方式，加強教育宣導。

除了對民眾進行教育宣導工作，楊銘欽教授更為醫療服務提供者規劃出一系列的教育訓練課程，為國家培育健保專業人才。

醫療服務提供者包括了籌備開辦全民健保各單位者、實際負責健保業務者、公、勞保行政人員（尤其中階主管），以及各地方潛在公共衛生人員，例如各縣市衛生局、衛生所的股長、課長、公共衛生護士等工作人員也需要培訓，雖然他們不需要做健保業務，但因為經常在第一線接觸民眾，會被民眾問，如果也接受培訓，深入了解健保理念與作法，就可成為協助宣導全民健保的最佳人選。

楊銘欽教授回憶當年做法，他提到：「當時臺灣大學公共衛生研究所接受衛生署委託執行公共衛生人員教學訓練中心，我們在這裡進行教育訓練課程，並且透過醫師公會、醫院協會，請他們推薦適合的人來受訓。此外，我們也邀請公保處、勞保局的同仁來上課、調訓，因為將來中央健康保險局的成員會來自公、勞保等既有成員以及衛生署相關同仁，這些人都需要來上課，了解醫院如何特約、如何申請給付、財務制度的規定等各項規劃內容，讓大家有完整的認識。基本上國內的培訓班大約3至7天，另

外我還跟臺灣省衛生處公共衛生研究所的同仁吳昭原編了一份自學手冊，用這份手冊當工具，不只在訓練班上教，也可讓學員回家自學」。

當時衛生署也很前瞻的要派員到海外受訓，儲備健保人才，楊銘欽教授和教育宣導組同仁因此規劃除了在國內開人才培訓班，也要從中選拔比較菁英的人才送往國外培訓，接受實務訓練，實地參與國外運作。

會有這樣的想法，是因為全民健保制度參考很多國外的制度，許多主要規劃的學者專家們也親自去國外考察、參訪，也因此，有了派人去國外學習受訓的構想。楊銘欽教授認為，最好的培訓人才方法是，「直接去國外進行長時間的學習與觀摩，才能學到精髓」。

經過一番聯繫安排，衛生署請美國加州柏克萊大學的胡德偉教授幫忙，同時找了美國Rand顧問公司（專門做醫療政策研究諮詢顧問公司），一起幫學員開設專業訓練課程。

這個教育訓練計畫，經過衛生署署長核定進行兩梯次的教育訓練，每一個梯次都有兩階段的學習，首先，由健保二期規劃小組先在臺灣選100位有潛力的人，在臺灣接受外籍教授的授課。能參與上課的學員條件，除了必須經過各個單位推薦，也需具備英文能力，聽說等能力必須經過認證。結束該階段課程之後，再從中挑20位表現優異者去國外實習。進行兩梯次，總共有40位以公費方式送往國外學習。

經過有系統的培訓學習，一批批優秀人才於焉產生，這當

全民健保二期規劃紀實

中，不乏諸多現在已升任醫院院長、健保單位高階主管等人。

「我相信這樣的培訓絕對會有效果，當時培訓的這些人，隨著全民健保成長，職位也愈爬愈高，隨著承擔的責任愈來愈大，影響力也愈來愈大，有些人留在全民健保單位，有些人在醫院內工作，不論他們是否仍持續接手全民健保業務，至少，他們很清楚全民健保的基本理念」，楊銘欽教授頗為欣慰地說著。

根據統計，全民健保相關人員培訓，含全民健保專題班（3至6天，約800人）、全民健保人才培訓班（四星期國內約200人，其中40人再選送美國和加拿大研習健保實務作業）、公、勞保移轉人員訓練（1,562人）、訓練大專院校學生服務隊赴偏遠鄉間進行宣導、衛生局所人員全民健保宣導種子訓練（約1,400餘人）等。

* * 支付制度的規劃

對於全民健保資源的使用，還有一個相當重要的工程，那就是規劃支付制度。這部分的規劃工作相當繁重，內容涵蓋層面很廣，包括總額預算規劃、DRG制度（Diagnosis Related Groups，診斷關聯群，係一種住院支付制度）研究、門診支付制度、藥品支付制度、研訂醫療費用支付標準、醫療服務審查制度的設計等。

健保二期規劃小組支付制度組召集人李玉春教授指出，支付制度包括論量計酬以及朝向DRG的論病例計酬制度，另外因整體的支出需要一些節制，希望能把錢用在刀口上，因此總額支付制

度就變得很重要；有了支付，接下來就必須思考如何付費以及審查。

李玉春教授表示，全民健保二期規劃一開始，主要延續全民健保一期規劃，屬於制度面的規劃，首先就必須思考如何把引進來的西方制度生根落實，使之本土化，俾利於臺灣社會。因此，全面盤點臺灣醫療現況，找出真正需要解決的問題點，然後思考如何借助西方制度來協助解決這些問題，就成了全民健保二期規劃的重點。

盤點的首要重點是，全國總體醫療花費。

「醫療費用節節上漲，公保、勞保1年上漲率16~18%，這是我們無法支撐的，全民健保開辦後，保險費1年也只有1~2%的成長，所以支出面如何管理、節制，把錢用在刀口上，是當務之急」，李玉春教授說，如何遏止醫療費用逐年攀升，因應對策就是擬定總額支付制度。所謂總額支付制度是控制整體預算的成長於合理範圍的方法，透過逐步推動總額支付制度，除了控制健保的支出外，也能促進醫療資源合理使用與分布。

健保二期規劃小組思考的另一重點是支付基準的改革，從過往公保、勞保的經驗得知，針對服務項目制定支付標準，也就是論量計酬，可給予醫療服務者相當高的自主權，但因為醫療支出採按服務項目及量的多寡來申報費用，容易造成醫療資源過度使用，甚至濫用，尤其在門診方面。「支付基準如果不改革，再好的制度也很難永續經營，服務提供者的目標與國家政策的方向如果相反，事後再用審查的方式管理，就會花很多力氣」，李玉春

全民健保二期規劃紀實

教授表示，為了因應並解決此問題，必須投入支付制度的改革，例如規劃推動DRG或APG（Ambulatory Patient Groups，即門診的DRG），透過包裹支付，讓醫療院所主動節約（省下的費用歸醫療院所）。

接著要盤點的是涉及資源分配的支付標準表問題，其中分為「科別」與「層級」兩個面向。在科別的部分，當時李玉春教授帶領的支付制度組成員研究發現，很多科別支付標準並不合理，這會導致很多問題，「根據我們的分析發現，外科（胸腔外科、心臟外科、一般外科）的支付標準偏低，反而是一些小病、使用檢驗檢查以及高科技檢查，利潤非常高，會誘導大家過度使用，造成浪費」。

在「層級」的部分，對基層醫療與醫院的免審範圍（平均費用）制度，有很多討論。

李玉春教授提到，當時公、勞保對門診費用訂有免審範圍，在檢視歷史資料時可發現，免審範圍與平均費用大多依醫院層級來訂定。如果這樣訂定，是否會導向大型化，而且大醫院還有專案可申報，也就是說，免審範圍適用一般的費用，其平均費用則會隨著醫院層級升高而增加，然後又可以專案申報，很容易毫無節制，形同鼓勵醫院往大型化發展，這對臺灣社會未必有利。

為了解決這個問題，李玉春教授建議在免審範圍上進行改革，讓基層醫療與醫院同病同酬，意思是，只要基層有能力做的服務，兩者支付的費用應該要一致，讓基層醫療與醫院享有立足點的平等。可惜這個規劃功敗垂成。

「這部分後來沒有成功，因為全民健保剛開辦時，訂定了簡表，也就是診所不限什麼疾病或不論開立藥品的品項，可包裹式地申報每日藥費35元，最多3日，有點像原本的免審範圍，但醫院沒有這項規定。也因此，反而變成是診所把自己框起來，雖然診所可以報專案，但仍會被審查，而且被核減的費用還會回推，所以診所半數以上的處方選擇報簡表，這也導致後來診所多在看小病，例如感冒、拉肚子等；而如果藥費超過1天35元上限（現在已經減到1天22元），診所就會專案申報。簡單來說，這項規定等於是把診所的每件醫療費用控制住了，但醫院取消免審範圍後就沒有相對的限制，也使得醫院的門診量與費用不斷膨脹，換言之，對待基層醫療與醫院的支付制度並不平等」，李玉春教授娓娓道來當年規劃理念與初衷。

* * 規劃小組投注心力，研訂臺灣版的DRG制度

原本李玉春教授的想法是，門診採用門診病人組群（APG，類似住院的DRG），將門診病人進行分類，每一類病人採定額包裹支付，如此一來，不論大、小醫院，只要醫師有能力看診，看的是同類型病人（嚴重度一樣），都可得到相同的支付點數。一旦採取這種支付制度，將有助於分級醫療，避免病人往大醫院集中，進而導致大醫院衝門診量並往大型化的企業方式擴展。

很可惜這個規劃策略沒能在日後真正落實。未能成功的主因是，「臺灣DRG推得非常慢，一直到現在都還沒有完全實施，大家也就不太敢去講門診是否要導入APG了，有點功虧一簣，畢竟基層跟醫院的不平衡也是當時我們想要解決的」，李玉春教授

全民健保二期規劃紀實

析言，這個制度很多人未必真能瞭解，其實美國早在1983年就引進DRG，也是因為考量門診膨脹太快，在2000年引進門診APC（Ambulatory Payment Classifications，此為門診版的DRG，和APG相似）；相較來看，臺灣的確速度慢了許多。

其實全民健保一期規劃報告就已建議要實施DRG制度，所以全民健保二期規劃的重點就擺在DRG的推動，當時勞保已委託藍忠孚教授規劃DRG制度，期望對住院病人採分類包裹支付，以鼓勵醫院提升效率、減少浪費，並提升品質。

也因此，李玉春教授想要建立一個臺灣版本的DRG，於是規劃委託美國Health System International公司，該公司請Robert Fetter（耶魯大學DRG原始發展的學者）來臺灣協助指導，健保二期規劃小組原本與該公司已經談妥，用2年的時間，預算2,000萬元，協助建立起臺灣版的DRG。Robert Fetter帶領的團隊也多次來到臺灣，到各地演講，讓各界對於DRG制度有正確的了解。就在蓄勢待發之際，公部門因擔心對方是私人公司，對於公務機關來說，難免有所顧慮，計畫縮手，該項跨國合作案就此作罷。

「如果當時就著手，我們早就有臺灣版的DRG了，更有利於DRG支付制度的實施。後來我們雖有試辦論病例計酬，但一直到民國90年才有臺灣版的DRG，並拖到民國99年才開始實施，等於延後了支付制度的改革至少15年」，催生該計畫的李玉春教授不免流露出惋惜之情。

的確，支付制度改變，就醫或看診行為也會跟著改變。

李玉春教授認為，現在醫界認為總額的點值太低，這根源是

論量計酬，繼而引發血汗醫院；若門診採用APG，就好像是擴大式的簡表，例如高血壓給藥30天就是一個APG，醫療院所不分層級可獲定額的支付（包括檢查或未交付處方藥品），基層醫師因支付標準相同，因為是論病例計酬，比較容易經營，整個醫療生態會很不一樣。畢竟同病同酬，有能力的基層醫師也可以看診同類病人，病人自動分流，醫院仍有其獨特角色，分級醫療也跟著做起來。可惜，因為支付制度的延宕，使得許多慢性病人仍多在大醫院中。這也再度印證，支付制度對醫療生態的確影響深遠。

在支付制度的規劃與改革部分，還包括藥品（含特殊材料，但以藥品為大宗）。提到藥品與醫療體系的關係，不免令人聯想到早期中國大陸普遍有「以藥養醫」的說法，臺灣過去也一樣，因為診察費偏低，只好靠藥品利潤來補貼。為了避免類似的情形在臺灣發生，當時健保二期規劃小組下的處方是：大幅調高診察費。

「透過調高支付給醫師的診察費，讓醫師不需要靠開藥來貼補其他專業收入，希望能解決以藥養醫的困境」，李玉春教授提及，在勞保時期診察費只有120元，後來提高到門診合理量最高可支付220元（現在已經更往上調整至300元以上）。

至於藥品的部分，當年的藥價基準小組召集人是黃文鴻教授，小組成員包括張鴻仁教授、蕭美玲教授及李玉春教授。藥價基準小組提出許多革新措施，日後對醫藥界的影響非常大。

在公保、勞保時代，並沒有全國統一公告的藥品支付標準表，也就是說，並沒有一本公開的藥品價格表，上面會一一規範哪一項藥品支付多少錢等等。當時的勞保是核實申報，即以進價

全民健保二期規劃紀實

加成做為支付醫療院所的價格，進價也就是發票的價格，很容易做假，發票開多少，就核價多少，而不同醫院的藥品（進價）價格也不盡相同，容易浮報，而且並不鼓勵醫院努力議價以降低價格。

為了讓藥價更公開且合理，藥價基準小組規劃制定全國一致的支付價格，在統一的支付價格內，如果某醫院有能力買到比較低的價格，這中間的價差，就當作是該院合法的利潤，換句話說，「我們是把非法的利潤轉為合法利潤，而且每一個藥品都有一個代碼，都有一個支付價，哪些醫院用什麼藥及用多少，之後很容易就可以進行整體的管理」，李玉春教授表示。

這項重要的支付改革，對醫、藥界的生態產生很大影響。因為一旦有了統一支付價，加上電腦申報，所有數據、藥價清清楚楚，醫院無法以低價藥報高價藥（俗稱以A報B），讓黑洞無所遁形。「這些規劃是讓制度往更公平、合理前進，而且有了第一次的價格，就可以透過市場調查，逐步依據市價去做藥價調整，這是在論量計酬下不得已的作法。但因醫院可由藥品獲利，當時媒體說是藥價黑洞，其實就是進價跟支付價的落差，只要有訂價一定會發生」，李玉春教授苦笑說著。若DRG／APG論病例計酬支付制度推得夠快，這問題就不會困擾國人數十年。

* * 基本診療費偏低，特定診療費偏高

回到醫療服務支付標準，在支付制度組全面盤點過程中發現，除了論量計酬、支付標準的科別不平衡等問題之外，另外還

存在一個很大的問題，那就是在過去勞保時代，對基本診療費用例如門診診察費、住院病房費（含護理費及病房費）的支付標準偏低，因此這部分也成了健保開辦初期前的協商重點。

醫療服務支付標準分成基本診療費與特定診療費（例如檢驗、檢查、手術等），李玉春教授帶領的小組研究分析發現，當時基本診療費偏低，基本診療與成本仍落差很大，這使得醫院經營者傾向透過藥品與各種高科技或一般檢驗、檢查來增加收入。以前基層醫療也是要靠藥品來貼補，「所以我們的規劃重點是，調高基本診療費，包括診察費與病房費，但特定診療採預算中平（調整後總支出不變）」，經過調高診察費之後，診所情況有所改善，但醫院的情況仍未改善，這是因為我們對醫院的住院費仍調得不夠高」，李玉春教授指出。

然而，這部分的規劃想法跟當時負責掌舵的中央健康保險局總經理葉金川教授有些差異，「在討論調整病房費的時候，葉總經理考量到醫院另外可以收病房差額費用，因此病房費的調整未十足反應成本」，李玉春教授語氣溫和，誠懇道出當年健保二期規劃小組的想法。

「我記得當時醫學中心病房費成本是1,350元以上，但健保支付醫學中心850元，所以醫院還是得靠病床費差額來補這個不足。如果把醫院所有的病床費差額全部平均起來，醫學中心一床500元，而健保支付850元，正好補病房費的不足，也因為支付的不足，全民健保開辦前10年持續調高病房費。」

此外，依據當時分析，我們小組規劃藉調高基本診療費的籌

全民健保二期規劃紀實

碼，通盤檢討調整特定診療支付標準（有的調高有的降低），使各科（項）支付標準較公平合理，因醫療院所淨所得仍大幅增加，較不會反彈。但全民健保開辦時，百廢待興，待協商的項目太多，特定診療費只好先沿用勞保與公保的支付標準，因此沒有機會同步被調整，也造成科別支付不公平的現象仍很嚴重。日後中央健康保險局對病房費與某些困難科支付標準有持續調高以改善此問題，但特定診療項目很少調降。如果支付太高的項目沒能適當調降，就會變成誘因，鼓勵醫院多使用造成浪費」。

根據《全民健康保險實施二年評估報告》，有關支付標準的協商，從民國83年10月至民國84年7月，政府跟醫界代表就來來回回協商了22次。可以想見，當年健保二期規劃小組與中央健康保險局籌備處投入相當多的力氣與醫界溝通討論。

這當中，有關門診診察費的討論，更是引起醫界諸多熱議，甚至反彈聲浪。依照健保二期規劃小組的門診成本分析得到的數據來看，醫師診察費一次看診平均是180元，健保二期規劃小組打算從120元一次提高到180元，調幅算是相當高了，然而醫界仍不滿意。當時醫師公會理事長吳坤光，他是婦產科醫師，他用自己開的診所當例子，若要能執行生產和諸多婦科手術，至少要聘任6、7位護理人員，因而他認為一次診察費180元仍不符合成本，應該調高至650元，所以醫界遲遲不肯同意這樣的調幅。中央健康保險局跟醫院為了診察費調整，經歷多次溝通協調，第1任中央健康保險局總經理葉金川教授提到一段重要轉折：

「剛開始要說服醫療機構時，醫院都還有意見，健保診察費

原本訂180元，勞保一張單子，公保一張單子（免審範圍，含藥品），也是120元，是否需要調整？我堅持有盈餘再調（現在已經有調整了，稱為合理門診量），醫界傾向能調高一點，調到250元。我基於財務考慮，以免全民健保系統崩潰，我認為那時從120元調到180元已經調漲50%了，但是對醫師來說，一次診察費180元也許仍然很少。當時我很堅持，讓我先穩住陣腳，有盈餘再來調，如果一下子從120元調高到250元（醫界認為這樣才算合理），我怎麼去跟勞工交代？甚至到後來，我就發脾氣了，如果調整這麼高，我就不做了。最後取得張博雅署長同意，拍板定案，這是一項關鍵性的決定。在其他項目的支付部分，當時公、勞保各有支付標準表，我們就讓住院先照勞保的支付標準表申報，其後中央健康保險局合併公、勞保兩個表，採取兩者中比較高的支付標準去支付給醫院，合併成一個表。各層級醫院有差別的就是病房費，不同級別的醫院，支付不一樣，但其他服務項目的支付點數都一樣，基本上我們對小型醫院較為放寬，雖然小醫院可以做的項目比較少，大醫院可以做的項目比較多，但我們採取同工同酬標準支付」。

最後是由當時的張博雅署長親自拍板定案，制定合理門診量，分別給予合理診察費。根據《全民健康保險實施二年評估報告》記載說明，門診診察費訂定理論上依據服務量的增加降低支付標準，其目的在確保醫療服務的適當性和品質，希望藉此支付方式減少醫師以提高門診量增加收入之誘因，鼓勵醫師提升醫療品質。

最後敲定的版本是，如果看診人數在50人以下，每次診察費

全民健保二期規劃紀實

220元；看診人數50～70人，則支付180元；如果超過70人，支付120元。經過加權平均計算得知，一次診察費平均約203元，若跟原本的120元相比，增加幅度高達70%，調幅相當高，對基層醫療來說，可說是大利多。

有關診察費的爭議暫告一段落。但醫院代表表明不要用門診合理量來計算，希望能改為定額，因此後來一次診察費就訂為200元。

憑心而論，從120元調高到200元，對醫院來說，增幅也相當多。而令李玉春教授感到憂心的是下一個很嚴重的問題，影響日後醫療生態甚大。

「門診診察費調高，但住院費未足額調整，造成很大的問題，醫院經營只要創造門診量，一定賺錢。當時沒有想到，一個決策對日後的醫界生態產生非常大的影響。種下醫院經營改採大幅衝門診量，看診5分鐘就有診察費200元，而手術或生產需花費很長的時間，支付低且收入不成比例，科別不平衡非常嚴重」，李玉春教授搖頭表示，這只能說是歷史的偶然。

* * 制定藥價基準

再回到藥品支付，由黃文鴻教授召集的藥價基準小組負責討論藥價支付原則，真正完成藥價基準，已經是全民健保開辦之後的事情了。但這當中有個故事，值得一記。

為了讓全國各醫療院所藥價統一、價格透明化，如何制定出第一版的藥品價格，是很大的挑戰。因為當時勞保並未電腦化藥

品價格，而若讓公務員自己定價，難保不會被藥廠提告。就在討論遇到瓶頸時，突然，當時成員之一，張鴻仁技監靈光乍現，想到一個好法子。

曾經主管過藥政業務的張鴻仁技監知道，全國各衛生所的電腦內有藥價建檔，公立醫院聯標也有採購價，所以電腦系統有這兩份資料。這麼一來，這兩份資料就成了秘密武器，足以拿出來與藥界協商。

「於是我們召開協商會議，由張鴻仁技監主持，他對藥界與會代表說，就以公立醫療機構的價格為基準，來訂定第一版的藥品支付標準吧。老實說，藥界他們根本不知道我們手上有衛生所的價格，他們只想到我們有公立醫院的藥品價格可參考，而當時公立醫院的藥品價格比較高，因此就同意了，至於衛生所，層級類似診所，所以藥品價格比較低，兩者一起考量，最後訂的價格，當然就低於公立醫院價格，也讓第一版藥價可以訂定出來。

此外，藥事服務費我們也把它獨立出來，這影響也很大，以前勞保時代沒有藥事服務費，醫院須靠藥價差來彌補」，李玉春教授娓娓道來這段制定藥價基準的緣由。

在黃文鴻教授帶領的小組努力之下，把當時藥政處核准的藥品全部建立申報代碼，接著用公家機關的價格當參考，訂定健保支付價格。民國88年，終於有了第一版的藥價，讓藥價基準正式上路，「這是有史以來，首度可以把藥價適用於全國所有醫療院所，不僅有了全國統一藥價基準，當每個藥品都有了電腦代碼之後，還可讓各醫療院所的藥品採購更公開、透明化，也有助於日

全民健保二期規劃紀實

後制定藥價調查制度，在藥品支付改革上，這可說是很大的進展」，李玉春教授表示。

* * 與牙醫攜手共創審議式民主運作方式，試辦牙醫總額

在一開始全面盤點醫療現況時李玉春教授提到，為了避免醫療費用支出不斷攀升，必須規劃總額支付制度，雖然全民健保一期規劃內就有建議，應施行總額支付制度，但全民健保一期規劃只給大方向的建議，如何進行細部規劃，就成了全民健保二期規劃的當務之急。為此，李玉春教授為首的相關小組成員和其他專家學者們參考歐美等先進國家制度，最後敲定將加拿大與德國當作最主要的學習對象規劃總額支付制度。但這在臺灣畢竟是頭一遭，必須先找個地點試辦，以作為日後全國推行的評估依據。

李玉春教授憶及，當時原本打算在新竹試辦，因為經過統計分析得知，新竹的醫療費用相對較低，跟全國費用來比，低12%，「原本我們打算多給他們12%作為誘因，可惜當時的方案是中醫、西醫、牙醫一起試辦，一次要跟3個醫事團體一起討論，過於複雜，再加上全民健保開辦在即，大家無心討論，即使我們辦了說明會，但醫界仍興趣缺缺，最後沒能成功」。

幸好，健保二期規劃小組無畏失敗，愈挫愈勇。經過一段時日後，另起爐灶，這回是從牙醫團體開始。

李玉春教授詳細敘述當年牙醫如何參與總額支付制度的過程，她提到，會選擇從牙醫開始，是因為牙醫相對於西醫（科別

很多）較為單純，而且牙醫的領導者，對提升民眾健康有使命感，當時推動牙科預防保健遇到很大瓶頸，若有總額支付制度，可說服醫師積極推動預防保健，讓民眾更健康。但一開始所有牙醫師代表都反對，因為原本採取論量計酬，對醫師來說誘因大，誰願意被另一個新的制度綁住。

「當時健保二期規劃小組執行秘書楊漢涬教授擔任牙醫總額支付制度推動小組召集人，他邀請牙醫代表來開會，他們說不必再開下去了，全部都反對。我問他們到底在反對什麼，我們現在連方案都沒有出來，只有一個試辦規劃，你們沒有東西可反對呀。他們想想也對，的確沒有可反對的方案。因此同意先研擬出試辦計畫，再決定是否要試辦。」

我們的策略是請他們把想要談的問題全部羅列出來，然後我們逐一分析資料，提供各種解決方案供其選擇，這些項目彙整最後就變成牙醫總額支付制度試辦計畫，經過牙醫師公會全聯會召開全國代表會議表決，三分之二通過願意試辦，這讓日後試辦過程非常平順。當時擬定的策略很正確，我們把所有資訊公開，只要牙醫師們想知道什麼資料我們就分析，提供數據，用理性的數字去說服，讓他們知道這個制度值得推動，讓他們有機會可以去做他們想要做的改革，從而建立起後來的牙醫總額支付制度。

例如根管治療，勞保時代根管治療的支付標準偏低，這跟其他項目不平衡，從此牙醫師們多不願做根管治療，寧可幫病人拔牙，還可以做假牙。抓住這個點，我們遊說他們，如果一起來做總額，支付標準只是一個分配，你們有專業權責去調整支付標

全民健保二期規劃紀實

準，可以把根管治療的費用調高，或者把其他可能浪費的項目調降。總之，我們利用各種分析與遊說，也保障牙醫的預算有基本的成長，包括物價的成長、人口的成長等等，全部公式化，用具體數據讓他們產生信心，也把權利義務討論清楚，對於如何協商總額、分配總額，他們可以參與支付標準訂定、審查、醫療品質的提升等等，可以提升專業自主性，動之以情，說之以理，尊重專業，最後他們同意了」。

時任健保二期規劃小組執行秘書楊漢湊教授對於這段歷史記憶猶新，他提到，「前前後後他親自主持12次跟牙醫師公會代表討論的協商會議，其後，牙醫師公會還借用臺北醫學院禮堂召開了一次『審判味』濃厚的大會，陳時中理事長邀他參加，與會人員發言甚為激動，然最後終於達成共識，完成牙醫總額的推動工程」。

楊漢湊教授認為，牙醫師大部分是國內幾家醫學院畢業的校友，相對於西醫，牙醫師比較年輕，人數較少，又擔心全民健保經費被擠壓，而願嘗試新制度，加上當時牙醫師公會全國聯合會陳時中理事長甚為支持這方案，意見的整合比較容易；若從保險的角度來說，有相當大部分的牙科醫療服務未納入健保，由病人自費，且疾病嚴重度差距不大，以診所型態提供服務的比例占90%以上，醫院牙科約只提供國人10%牙科服務，醫療服務內容一致性較高，因此能達成共識。

「這項計畫是由李玉春教授負責規劃，在無例可循的情況下，本著她溫柔中帶堅持的個性，與鍥而不捨的態度，對計畫的

推動提供相當多的助益」，楊漢湊教授說。

從全民健保開辦後至民國87年，花了兩年多，終於遊說成功，牙醫總額上路，且政府也補助牙醫師去健保各分局與各縣市說明，這個政策是全民健保二期規劃的延續，且仍是李玉春教授帶領的小組主導，因此這段經歷也值得被記載下來。

李玉春教授強調，採取「審議式的民主」運作方式順利推動牙醫總額制度，這也是日後二代健保在推動改革時，很想採行的方式，「我很欣慰的是，我們在全民健保二期規劃時，就已經運用成功，比二代健保早了很多很多年」。

審議式的民主運作方式是指，讓各個受政策影響的團體都能參與政策的討論，藉由提供各種資訊以及具體分析資料，透過充權，讓各團體更清楚政策有哪些選項，各選項各有哪些利弊得失，以及會有那些後續影響，讓各專業團體自己選擇、自主決定，如此，將來在推動制度時就可以更有共識，推展過程會更平順。

這涉及總額預算怎麼協定、如何分配，支付標準及審查制度如何配套改革，如何與中央健康保險局分工，如何控制費用確保品質等改革，李玉春教授帶領的小組無不一一清楚分析，再經過與牙醫團體密切溝通討論，形成共識，本來是很難推動也很複雜的總額制度，因為導入審議式民主運作方式，大家理性溝通、動之以情、說之以理，透過問題的拆解，每個問題都可用各種不同的方案解決，找到最符合彼此利益的方式去做，終於成功上路。

「這是一場寧靜的革命」，李玉春教授轉述某位臺灣大學教授的

全民健保二期規劃紀實

形容。

以總額制度來說，可分成支出上限和支出目標兩種。

所謂支出上限，好比今年總額6,000億元，點值是浮動的，比較可以控制預算。支出目標則是得先談好每一點給多少錢，如果超過，需再回頭來調降支付標準，使預算不會超支太多，由德國經驗得知，如果要發揮節約效果，必須採支出上限；如果採用支付目標，容易變成先衝量，等衝破了目標再說，「有點類似朝三暮四或朝四暮三，約束力差很多，德國也曾經改成支出目標，但後來又改回支出上限」，李玉春教授解釋，當時不斷反覆分析給醫界明白，最後，醫事團體擔心如果採支出目標恐又回到衝量，到時候若想再改回來可能會遭受反彈，因此決議一開始就採取支出上限的總額方式。

此外，還有一個值得記錄的例子，牙醫團體自己發展出一套電腦醫病檔案分析系統。

在規劃牙醫總額時，李玉春教授建議可以透過醫病檔案分析，做更有效率的醫療服務及費用之管控。因此，牙醫師公會他們自己發展出一個非常好的資訊系統，可做全國歸戶。在這之前，全民健保的資訊系統都還沒能做到，健保資料由各個分局各自管理，沒有全國總歸戶，所以申報費用很容易做假，例如某甲在臺北看牙，臺北的牙醫師跟高雄的牙醫師是好朋友，臺北的牙醫師就把某甲的資料傳給高雄的牙醫師，該牙醫師可以在高雄分局再行申報，變成重複申報，兩邊都賺。

所謂歸戶，就是用身分證字號把每一個人的資料全部串在一

起，一旦透過電腦資訊系統進行歸戶，只要查身分證字號就可發現是否重複申報，可防止申報造假的弊端。

此外，牙醫還可透過牙位表示法，32顆牙每顆牙都有代號，申報時就可直接清楚載明是針對哪一顆牙齒做了何種處置。以前資訊系統不發達時，曾經發生過某顆牙早就被拔掉了，還有醫師在申報補牙等等。有了牙位表示法，加上全國總歸戶，申報作假就無所遁形。

李玉春教授表示，這些都可說是全民健保二期規劃的延續，雖然當時全民健保已經開辦，但總額的規劃仍在全民健康保險小組這裡，由全民健康保險小組完成的，「我們給醫師想法，由他們發展資訊系統，有了牙位表示法、醫病檔案分析，再透過全國歸戶，都有助於日後更多細緻的分析，例如可以去看合理門診量、可以去算出牙醫師每個拔牙動作需花多少時間。應用先進的電腦人工智慧，訂定不予支付指標，例如若有一天申報根管治療超過20次的狀況，可能就是做假，因為每顆牙做根管治療可能需30分鐘。此方法後來也運用在西醫，例如子宮切除一生只有一次，如果重複申報，電腦會自動抓出，直接核扣費用，這些指標後來都被我們運用到其他科別，變成全民健保的管理規範」。

牙醫總額成功的推動與試辦，後來變成一個典範，為使有限資源得到最好利用，總額支付制度包括支付基準改革、支付標準改革、審查與品質確保制度改革等，堪稱是整個支付制度改革的縮影，也成為日後中醫總額、西醫基層總額、醫院總額推進的模式。在民國91年醫院總額也實施後，醫療費用得以完全控制，讓

全民健保二期規劃紀實

全民健保正式進入提升效率與品質的「買健康而不只是買醫療」的世代。

* * 訂定審查辦法，著重在異常型態的審查

至於訂定審查辦法，當時規劃的重點是放在整體診療型態的審查，而不是個案審查。「規劃審查時，我認為最重要的是，除了改變抽樣方法，透過醫病檔案分析的資料，可發現診療型態異常的醫師（院），將專業審查著重在異常型態的審查，而不是個案」，李玉春教授強調。

例如，針對檢驗檢查方面，同樣是醫學中心，透過醫病檔案分析，A醫學中心的病人平均一次住院生化檢查費是8,000元，其他醫學中心只有4,000元，很快就可抓出異常個案，再提供給審查醫師去細部了解這樣的申報是否合理。

「等於在前端，我們有個過濾機制，透過行政作業、電腦分析可以抓出異常，這是針對醫院端。若針對病人，也可以透過病人檔案分析，做個案管理，例如針對就診次數過高的病人，電腦立刻顯示，病人就會接到關懷電話，全民健保就可以指定他在某家醫院看病，不要讓病人到處逛醫院，或者去輔導他，找到更好的看病模式，以減少重複就醫，這些都是我們當時規劃的」，李玉春教授析言。

支付制度涵蓋的面向既深又廣，很難一次到位，必須逐步推動，而從許多面向也可看出，當年全民健保二期規劃的重要理念與作法，對日後全民健保制度的齊備，帶來深遠影響。

例如民國93年至94年推動RBRVS（Resource-Based Relative Value Scale，以資源耗用為基礎的相對值表）支付標準的改革，以平衡各專科之支付標準，解決某些科別（例如外科、婦產科及小兒科等）支付過低之問題，RBRVS的推動構想，主要參考全民健保一期規劃總顧問美國哈佛大學蕭慶倫教授發展的一套方法學，透過了解醫師在執行所有的診察行為時的總體投入，來訂定支付標準才會比較合理，「我們在全民健保二期規劃時，依據RBRVS已經有一個雛型在，也知道哪些科賺錢、哪些科賠錢，後來中央健康保險局也持續參考我們的研究，進行支付標準小幅度的調整。一直到中央健康保險局第2任總經理賴美淑教授，正式啟動RBRVS研究計畫；民國93年，張鴻仁教授接任總經理時施行，影響了三分之二的項目，可說是非常大幅度的改變，對改善科別支付公平性有很大貢獻」。

全民健保總額支付制度能夠順利推動，歸功於當時在全民健康保險法上規定（總額支付制度）「得」分階段實施，一方面有法源依據，大家也知道遲早會實施，但也給主管機關足夠的時間，進行穩健的規劃，再逐步實施。

如今回顧起來，這些改革都是大工程，難度很高，原先的推動策略「周詳規劃、簡單上路、漸進改革」，但制度雖都簡單上路後，漸進改革卻不容易完全落實，例如原先規劃3至5年全面導入住院DRG，但健保已超過20年，仍未實現。

整體而言，總額支付制度使醫療費用年成長率得以由11%降到5%或更低，改變醫療資源分配，使財務更穩健；論病例計

全民健保二期規劃紀實

酬、DRG、藥價基準、醫病檔案分析，可減少部分浪費與做假，提升效率甚至品質；支付標準RBRVS規劃，得以減少部分科別支付不公的問題，可見全民健保二期規劃仍有一定影響。但支付制度改革目標尚未達成，仍需持續進行，才能真正讓全民健保的錢花在刀口上，為民眾買到更多的健康，提升全民健保的價值。

伍

政治的角力 ～關鍵掌舵手的決定

當年篳路藍縷、披荊斬棘，終能建立世人稱羨的健保制度。但創業維艱，守成不易；期許國人更珍惜健保制度，捐棄私利、共體時艱，持續改革以提升健保價值。

—參與全民健保二期規劃感言／李玉春
(陽明大學衛生福利研究所教授)

第五章 政治的角力～關鍵掌舵手的決定

當健保二期規劃小組如火如荼進行研擬全民健康保險法及相關子法規的同時，政府為了展示決心與對全民的承諾，向社會大眾宣示全民健保列車已經啟動，因而決定在民國82年12月底前，完成設立中央健康保險局籌備處，負責為開辦全民健保全力衝刺。

為此，必須找到關鍵的掌舵手，將全民健保付諸實現。此人選萬中選一，各方推派名單陸續湧現，這也讓時任衛生署署長張博雅女士與行政院高層展開一場選才拉鋸戰。

提到這段歷史，時任衛生署署長張博雅女士至今仍印象深刻，當時行政院似乎有打算給某個人做，她當時寫了一封信給行政院院長（連戰院長），內容大意是「如果行政院決定任用某個人，其結果我不能負責，因為別人推薦的，我不知道是否有其他問題，基於部屬關係，我必須要先講出來，如果不講，我就形同不忠不義，有虧職守」。

戴桂英教授在旁補充說，那時行政院考量的人選有幾位，但張博雅署長也推薦了人選，「因為署長對於自己推薦的人的執行能力相當熟知，也較有信心」。

當時行政院的內部分組跟現在不太一樣，那時候分成六個組，跟衛生署相關的業務則由第六組負責，那時第六組的組長（可說是衛生署跟行政院院長、副院長的聯絡窗口）是朱婉清女士。因此，張博雅署長直接以信件而不是公文的方式，上書給行

政院院長，這封重要的關鍵信函，就由時任第六組朱婉清組長先行處理，再轉呈給行政院院長。

* * 一通越洋電話，關鍵人選拍板定案

張博雅署長心中內定的人選之一，就是葉金川教授。他當時已經是衛生署副署長（14職等），在這之前已經擔任過衛生署醫政處處長，本身又是醫師，資歷與行政經歷完備。

時隔20多年，已經從公職退休的葉金川教授回想當年，仍清楚記得張博雅署長當年的堅持與擔當。

提到這段「人事秘辛」，葉金川教授憶及當時他在日本考察有關醫療資訊網業務，突然接到來自張博雅署長的越洋電話，要葉金川教授以衛生署副署長去兼任中央健康保險局籌備處處長職務，「雖然我當時並非直接督導全民健保業務，對這項業務的熟悉度也不如署內許多同仁，但我還是不假思索地回答說『是』」，葉金川教授回憶說，當時是由石曜堂副署長負責督導全民健保業務，醫政處楊漢淵處長負責健保二期規劃小組的幕僚作業。

「我自己回想，像極了阿甘（Forrest Gump）在回答班長時的反應，就是『Yes, Sir』。我當時實在也不了解，我的這項承諾，就是要義無反顧地挑起臺灣50年來最巨大的社會工程重擔」。

之後沒多久，葉金川教授再度接到張博雅署長來電，這次的談話內容是「行政院不同意副署長兼任，必須專任才能全心全力

全民健保二期規劃紀實

辦好籌備工作……」，葉金川教授嗅出異狀，他認為，看起來應該是行政院另有副署長或中央健康保險局籌備處處長的人選，但短短時間內他毫不猶豫，直接回答：「我選擇籌備處處長」。

葉金川教授自我解嘲說，當時自己已經是衛生署副署長，若去當中央健康保險局籌備處處長，職等上是降級的，「如果問我有沒有委屈？當時張署長原意要我副署長兼中央健康保險局籌備處處長，我在日本，她一通電話打來問我，我答應了；然後沒多久又打來說院長說不要兼任，要我選一個，我當然選中央健康保險局籌備處處長啊，因為我當然知道張署長的意思」。

就這樣，關鍵的越洋電話，中央健康保險局籌備處處長一職拍板確認。葉金川教授從日本一回到臺北就趕緊進辦公室，忙著打包搬家，副署長辦公室內早已放滿紙箱，準備打包搬去中央健康保險局籌備處了。葉金川教授說，政府希望民國82年年底前成立中央健康保險局籌備處，以展示開辦全民健保的決心與誠意，「我接下這不可能任務的第一關，就是要在10天內成立中央健康保險局籌備處，這是政府的一項承諾或表態，表示全民健保列車已經開動了」。

至於為什麼指派一位14職等的副署長去擔任12職等的中央健康保險局籌備處處長？又為何選定由葉金川教授擔任？

這個秘密，葉金川教授在《全民健保傳奇》書中清楚揭露：「對於高層間的角力，老實說，我沒什麼興趣，張署長也沒有多說。直到後來我在讀到《遇見百分百連戰》及《連戰風雲錄》書中之描述，才知道中央健康保險局籌備處處長人選的產生確實有

一段爭執。

原來行政院及層峰屬意的人選與衛生署內定的人選並不相同，只因行政院的一句：『需要有醫師背景的人來擔任』，張署長不得不頻頻打出手中署裡的醫師牌與之抗衡，當時我只不過是一張牌、一顆棋子而已。不過，我倒是對書中描述張署長的那一句：『若由行政院用人，衛生署不負決策成敗的責任』，頗有相當深刻的感受。張博雅女士對用人的原則是不可妥協地堅持與強悍，我想這不是唯一的一次，之後，她仍然堅持副署長的人選要由高醫的陳瑩霖教授出任，硬是把層峰及行政院交辦的人選擋在衛生署門外」。

接手中央健康保險局籌備處處長一職後，葉金川教授簡直跟時間賽跑，他得在10天內籌設成立中央健康保險局籌備處，然後緊鑼密鼓展開籌備工作，距離行政院預設的開辦時程，僅僅只有1年而已。

還好，衛生署已經協調中央信託局公保處騰出坐落在臺北市信義路公保大樓的3樓，做為籌備辦公室。

時任中央健康保險局籌備處處長的葉金川教授描繪當年籌備處景況，可以想像當年倉促成軍、筚路藍縷的辛苦：「空曠的樓層，臨時拼湊了一些桌椅及話機，工作同仁先由衛生署、公保處及勞保局調借。籌備處成立初期，人人都是過著兩頭奔忙的工作，就算人事穩定之後全處也不到70人。但這些人必須共同擔負起臺灣50年來最巨大的社會工程。民國83年7月全民健康保險法立法通過，同年12月再通過中央健康保險局組織條例及全民健康

全民健保二期規劃紀實

保險法施行細則，機關定位及同仁編制總算也有了著落，民國84年元旦結束籌備期，正式成立中央健康保險局」。

籌備期間到開辦，這段時間事務性的事情比較多，例如需設一個組，底下請兩、三百位工讀生，協助整理資料並完成登錄，建立電腦資料庫，也需要去調查原本參加勞工保險的被保險人其眷屬名單資料，當時光是新加入的名單就高達七、八百萬筆，需一個一個去確認個人資料，再進行登錄，也須把原本公、農保的被保險人資料全部整合入電腦資料庫內。在籌備期間，中央健康保險局籌備處也同步著手積極開發資訊系統，為日後全民健保資訊化奠定根基。

而更重要的是，尚需一起參與衛生署健保二期規劃小組的作業，一起推動全民健康保險法立法通過。為此，當時的衛生署石曜堂副署長與中央健康保險局籌備處葉金川處長幾乎天天跑立法院坐鎮，參與黨政協商、朝野協商，每天在議事會場和中央健康保險局籌備處辦公室之間來來回回奔波，忙碌至極。

多年後回想，葉金川教授認為自己很幸運，從籌備到開辦時期，他能找到許多得力的同仁，「劉見祥副總經理、蕭水林副總經理、吳憲明主任秘書，還有各組組長們，以及諸多敬業認真的同仁，準備讓全民健保上路了」。

陸

立法的艱困 ～今天不做明天會後悔

民國 79 年中起接辦全民健保第二期規劃，在署長、兩位副署長、楊處長領軍下，由吳凱勳、羅紀琼、李玉春、楊銘欽、黃乾全等教授指導內部並溝通外界，感念規劃小組成員不計血汗地付出，願後人接棒努力下健保日益健全！

—參與全民健保二期規劃感言／戴桂英
(亞洲大學健康產業管理學系教授級專業技術人員)

第六章 立法的艱困～今天不做明天會後悔

經歷過行政的運作、整合以及政治的角力，接下來還有一個超高難度的工作——推動全民健康保險法立法。對健保二期規劃小組來說，完成全民健康保險法草案可說是所有準備工作中，最重要的任務，唯有完成立法，後續才能推動與執行。

這是一項艱難的社會工程。即使事隔20多年，戴桂英教授回想當年，許多往事仍歷歷在目。

她感性柔聲地說：「走過4年多的規劃工程，每次遇到最艱難的狀況，長官們（張博雅署長、石曜堂副署長、葉金川副署長、楊漢湊處長等）總會親自出來，這是全民健保能如期推動的重要關鍵點。每天要處理的事情很多，我覺得每一樣都很困難。首先，各部會需整合進來，但一開始除了內政部因為農保虧損累累想放之外，銓敘部、勞委會、公保處並不想要被整合進來，在這種情況下，署長（張博雅女士）當時排除萬難，她必須去說服行政院的長官，長官支持了，我們才有辦法繼續往下做。其次，很多法規的修或立，在立法院之進度是十分難以掌控的，能夠排進去審，這也需要署長去溝通；行政院要說服各部會支持，黨政各部門之間要協調，請立法委員支持，如果缺乏一個有擔當跟有魄力的長官，連法案都排不進去」。

衛生署為了研擬全民健康保險法，在民國81年6月成立「全民健康保險法研議小組」，邀請銓敘部、內政部、勞委會等相關部會、各醫事服務機構代表以及專家學者為小組成員，歷經17次

會議討論，並於同年完成全民健康保險法草案陳報行政院。時任衛生署署長張博雅女士回憶：「當草案送到行政院時，是由郭婉容政務委員審議，經過5次討論，當時主要的爭議之一是軍人及監所受刑人是否納保的問題」。

行政院經跨部會審議後，於民國82年10月27日將全民健康保險法草案函送立法院審議。於立法院經院會交付委員會審查、朝野黨團協商，終於在民國83年7月19日三讀通過全民健康保險法（同年8月9日總統公告，共9章91條），可是那時通過的法案缺少強制納保的條文，因此又於民國83年9月16日通過廖福本委員等人提案修正之第1次修法案，加入強制納保的條文（同年10月3日總統公告），全民健康保險法也創下法令通過尚未施行即進行修訂的首例。

從草擬法案、送立法院審議、經過多次朝野協商與黨政協商，再經歷立法院諸多版本提案，各版本中有許多爭議與討論，再經歷朝野攻防，健保二期規劃小組夙夜匪懈，不眠不休，所經歷過的艱困與挑戰，實難以一言道盡。

為了能讓全民健康保險法草案立法通過，衛生署官員和健保二期規劃小組成員逐一拜訪相關部會去做溝通，包括財政部、主計處、內政部、銓敘部等等，也包括各人民團體、勞工、醫事團體與企業主代表等。

「當年是由張（博雅）署長帶隊，我負責做簡報，我當時很年輕可以把各個數字都背下來，到處去說明與溝通，然後把各方意見予以整合甚至融入法條內」，時任健保二期規劃小組執行秘

全民健保二期規劃紀實

書楊漢湊教授回憶往事，還自我解嘲說，當年一個星期內就開會10多次，從規劃到執行全民健保，體重1年就增加5公斤，4年多就增胖了20公斤，天天忙到很晚，回到家根本累癱了，沒有體力與時間去運動，甚至天天吃同樣菜色的便當，一個星期約吃10個便當，「我吃到都怕了，到現在我仍沒興趣吃雞腿便當，尤其是滷的雞腿便當，一餐左腿飯、一餐右腿飯，當年真的吃到幾乎倒胃口了」。

* * 成立法案研議小組，擬定全民健康保險法草案

戴桂英教授也記憶猶新說著：「當時衛生署在法條細節溝通得差不多時，之前大約準備了兩年左右，我們在民國81年6月已成立這個法案的研議小組，因為還在研議期間不好請首長來，就邀請各單位派代表來開會，總共開了17次的討論會議，主要的行政作業就由我們體制法令組來負責。經過半年把法案討論完，同年年底呈報給行政院。

這是很大的法案，受到行政院高度重視。行政院反反覆覆研議並請政務委員出來主持跨部會協調。雖然我們找各部會來討論，但難免仍有意見，各部會需要割捨一些。當時最大的意見是，大家質疑為什麼要進行整合？就維持公保處辦公保，勞保局辦勞保，衛生署就辦剩下來還沒保險的人。不同部會各自有其強烈的意見。也有人提議勞保的部分可以擴大眷屬納進來，就像公保體系一樣，類似現在的國民年金。現在回頭看用幾句話帶過，似乎很容易的樣子，其實施行整合沒有那麼容易」。

當時衛生署堅定立場，一定要整合，辦單一健康保險的全民健保。

根據全民健保一期規劃保險對象及納入順序的原則是，民國80年，納入受僱於4人以下事業單位的勞工、勞工配偶、農民配偶，及私立學校教職員父母（至此，投保比率含軍人則有55%）。民國81年，納入公務人員子女、私立學校教職員子女、勞工父母及農民父母（至此，投保比率含軍人則有67%）。民國82年，納入農民子女（至此，投保比率含軍人則有83%）。民國83年，勞工子女也納入保險，至此，投保比率則達到100%。

但礙於現實，各部會協調進度有限，「我們協調半天也不可能讓勞保局先這樣做，到最後，時間也來不及了，我們就堅持全部一次納保，不再逐步納保」戴桂英教授坦言。

她提到，首先，勞工保險條例要變更，要納入配偶，雇主得幫勞工配偶繳納，雇主也會抗議，所以勞保局也不太願意去改法規；在公務人員的部分，公務人員的子女納入保險這沒有問題，最大的問題在於勞工的父母、農民的父母，前者涉及雇主是否要出錢，後者涉及政府是否要出錢，如果要納入農民子女也是一樣，需要修改農民健康保險條例，當時的確有逐步納保的構想，但也必須全部在民國83年底之前完成，但這是不可能的，因為得同時修很多的法。

幸好當時行政院郝柏村院長支持且決定，一次納保。「當時我也需要讓行政院了解，是要分期把那些未納保的人加進來，還是一次加進來，郝柏村院長同意我們採取一次納保，我們就朝這

全民健保二期規劃紀實

方向來做；其他的部分，行政院完全授權給我，我們（衛生署）自己召開各項會議，而不需一項項去行政院請示」，時任衛生署署長張博雅女士明白表示。

當時的行政院副院長徐立德先生於日後撰寫的《全民健保面面觀》書中也提到這段歷史：「由於全民健保實施前，尚有將近半數國民未納入健康保險，政府原來考慮若一次同時納入，必然對政府、雇主之財務負擔，醫療體系及保險行政作業造成甚大衝擊。因此，規劃上採取階段性原則，希望先將公、勞、農保眷屬納入，再逐步擴大其他國民。但是立法與行政部門對這項原則有相當不同的看法，而且輿論與民意對於那些患有重病而尚未納入保險的民眾，又相當的關切。因此，分階段實施的原則無法達成。

在推動立法過程中，執政黨的確有許多的立法委員顧慮到時間的緊迫，不主張立即全面實施，但是也無法說服多數委員修正現有辦法，採分階段實施方式來推動。包括民進黨在內，如期地全面實施全民健保已成為普遍的呼聲，更何況涉及到將近900餘萬未能納入健保民眾的福祉，使得其他角度的考慮顯得軟弱無力」。

* * 推動立法過程艱辛，勞工團體抗議聲浪不斷

民國81年12月，全民健康保險法草案送進行政院之後，歷經大約10個月的協調時間，直到民國82年10月，行政院審議完畢之後，才將法案草案函送立法院。之後就進入立法院審查，進入一

讀程序。通常一讀時會通過，接著交由內政及邊政、財政兩委員會審查，審查有意見的就會被保留，再找出哪些條文要做朝野協商，如果協商完畢，就會再報給院會，開始進入院會的二讀。

進入二讀程序時，明顯混亂，這段歷史前衛生署署長張博雅女士如此回憶：

「立法委員們會因政黨不同而有立場相異的堅定意見，所以在審查全民健康保險法時，才會變成逐條表決。這麼大的法案，版本又這麼多的時候，會有自己堅持的條文，而且連國民黨的立法委員都因為支持的群體不同而意見分歧。因各黨有不同意見，所以朝野協商的次數很多，包括是否要公辦民營，都一再開會協商。」

法案審查當天下午國民黨召開黨團會議，達成支持行政院版本的決議，所以後來全民健康保險法才比較容易通過。但是在審查時，仍有多次中斷再協商，包括部分負擔比率，以及強制汽車責任保險等，委員會審查時劉光華、葛雨琴委員幫忙很大，但二讀時就非常混亂，逐條審查也逐條表決，甚至對林正杰委員版本的法案名稱就有不同意見，沈富雄委員是很認真在做，後來還有吳東昇委員的自負額版，也有他們自己支持的團體」。⁽⁸⁾

立法院內折衝爭執聲不斷，立法院外也不平靜，當時很多勞工團體拿著大聲公抗議遊行，國會殿堂內，也有勞工團體代表派人在旁聽席，甚或高舉白布條，斗大的標題寫著「一頭牛被剝兩層皮」；其他醫事團體代表在現場關注，忙著捍衛自己的權益、向立法委員遊說等等；衛生署健保二期規劃小組在會場內忙著溝

全民健保二期規劃紀實

通、說明。當時衛生署石曜堂副署長、中央健康保險局籌備處葉金川處長、健保二期規劃小組楊漢淵執行秘書幾乎天天坐鎮立法院，不斷跟擔負立法協調工作的行政院徐立德副院長以及黨鞭廖福本先生反覆溝通，針對某幾個特定法條或提案或爭議點，持續說明，衛生署官員、健保二期規劃小組學者專家們不斷穿梭會場，疲於奔命。

「我們連續2個晚上都在立法院內過夜」，回想20多年前的艱辛戰役，時任衛生署副署長兼健保二期規劃小組總召集人石曜堂教授坦言很多事情都不復記憶了，但永遠不會忘記的是，三天兩夜不眠不休在立法院內緊盯進度，跟各利益團體周旋，處理許多可能的衝突，跟著立法委員們細細審查大大小小的法案條文。

當時，立法院中有關全民健康保險法的提案，總共有厚生會版、沈富雄委員版、行政院版、吳東昇委員版、林正杰委員版、陳哲男委員版6個全文版本和若干個部分條文的提案，且經協調後，尚有最終的朝野協調版。

時任中央健康保險局籌備處處長葉金川教授追憶當時景況：「立法院正式排入法案議程之後，我以籌備處處長身分，陪同行政院及衛生署長官，數度進出立法院進行朝野協商。執政黨的公營版、民進黨首推立委沈富雄先生的『保大不保小』版，另外也有民營版的提出等等，針對採行的體制時常是論戰不休，最後考量已享有公、勞、農保人口的既有權益，兼顧900多萬未納保人口需求的兩相權宜之下，最終仍以執政黨的公營版法案為審查的主要版本。民國83年5月雖正式排定議程審查法案，但針對法案

的實質內容，例如付費方式、保費負擔比率、費率核算、眷口數等等，仍有著漫長的拉鋸戰」。⁽¹¹⁾

■ 厚生會版的特色

厚生會版的提案主要操刀者是楊志良教授與吳凱勳教授，被邀請參與討論時任衛生署科長的戴桂英教授回憶說道：

「因為吳教授跟楊教授覺得，立法要趕快，厚生會主要由2個立法委員（楊敏盛跟黃明和委員，他們是把厚生會重組起來的關鍵人物之二）主導，他們聽了楊志良教授的理想，想說立法委員也有提案權，因此邀請大家來討論，包括目前正在負責規劃的人員以及勞保那邊的相關人員，我代表衛生署參加討論。所以我當時的角色很妙，一邊跟他們討論厚生會版本，一邊又回到衛生署這邊討論行政院版，所以這兩個版本長得很像，厚生會版本比較接近全民健保一期規劃的設計，可以這麼說，厚生會版本也是經過很慎重的討論才提案」。

以給付來說，厚生會版本的特色是，門診、急診的給付範圍包括診察、護理、會診、治療材料、檢查、處置、手術、治療、藥事及其他醫事服務；住院的給付則應包括診察、護理、會診、治療材料、檢查、處置、手術、治療、藥事及其他醫事服務、病房、管灌飲食、加護病房等，至於居家照護及日間住院則不列入給付項目。藥品部分，包括醫師處方藥及醫師用藥。預防保健方面，則由主管機關訂定之。

全民健保二期規劃紀實

■ 沈富雄委員版的特色

沈富雄委員本身是醫師，對全民健保前前後後的法案掌握的相當清楚，是一位公認非常用功的立法委員，他提出的法案內容很具體，甚至可預測未來會遇到的問題，非常用心。

簡單來說，他當時提出來的給付特色就是「保大不保小」。他認為民眾不斷去看小病會浪費醫療資源，為什麼政府要辦一個保險來保小病，應該保大病就好，因此他提出一個甚至被保險人不需要付錢的版本。他認為，如果雇主要付錢，國家要貼補錢，那就拿這兩筆錢，通通來支付住院費用，而不給付門診費用，或者門診給付只針對大病，也就是門診是有限給付。

簡單整理沈富雄委員版本的保險給付特色，給付涵括住院及門診，但門診給付僅包括需長期治療且終身無法痊癒之慢性病門診、特殊醫療程序（胃鏡、骨折固定）之門診。在部分負擔方面，住院為10%，但低收入戶、老人、殘障要減半，門診因有一部分是不給付的，所以也有自付的上限，每戶每年門診自付超過前1年每人平均國民所得的20%，超過部分要保險人核退。

健保二期規劃小組財務制度組召集人羅紀琼教授提到：「沈富雄委員版的保險給付涵蓋了所有住院給付及門診中的慢性病門診、特殊醫療程序（即門診手術）與低收入戶門診，換句話說，就是將一般性的門診服務排除於保險給付範圍之外。這個版本被人簡稱為『保大不保小』，認為只有比較大的財務風險才需要保險來分擔，一般門診因為金額小，自己負擔得起，而且行政上的審核較無效率，並且一般門診的保險也較容易招致浪費，因此不

包括在內」。⁽⁸⁾

■ 吳東昇委員版的特色

吳東昇委員版則主要是高自負額，不是指定率或定額的負擔，而是美國使用的自負額（deductible），不區分門診或住院，只要醫療費用達到一定的水準以上，保險即提供給付。這種做法與沈富雄委員版本類似，醫療費用在一定的額度以上才會負擔不起，才需要風險分擔，小額的保險給付會加重保險人的行政負擔，同時容易有虛報費用的情形，所以吳東昇委員版認為應將之排除在給付之外。

戴桂英教授舉例說明，所謂高自負額的意思是，假設規定1年內的醫療費用之中，前面8,000元由被保險人自己付，超過8,000元之後才由健康保險支付，當然也可能把額度訂在1萬元；總之，在這之前不論門診或住院就醫費用只要還沒達到此額度，就通通由自己負擔，這是美國商業保險常用的手段，避免小病用到保險，他們認為保險的精神是承擔大病的風險，而不是承擔小病。

吳東昇委員版本的給付特色基本上跟行政院版本相同，包括一般門診及住院的綜合性醫療給付，中醫住院則不納入給付。差異在於，吳東昇委員版本主張採取高自負額設計，但低收入戶無法負擔自負額時，可到公立醫院免費就醫，作為補救措施。

全民健保二期規劃紀實

■ 林正杰委員版的特色

林正杰委員的版本，大多與行政院版本類似。

他認為，法案中的強制投保應改為自由投保。但行政院版本強調，醫療保險如果採取自由投保，就會產生「逆選擇」，也就是風險愈大、醫療需求愈高者才有參加保險的意願，這會造成風險分擔的能力大幅萎縮，保險財務恐更形困難。

林正杰委員版本的給付特色基本上也跟行政院版相同，但藥癮治療、美容外科、預防性手術、人工生殖、中醫住院等並未排除給付。而同一傷病的不同醫療單位重複檢查或經費用協定委員會決議的診療服務和藥品，則列為不給付項目。

此外，林正杰委員版本還允許差額負擔，列入藥品差額付費此項目。

「可是我們在全民健保二期規劃的時候，這有併案審查，但沒有通過，因為當時除了病房費，公、勞保沒有藥材差額負擔，只有在多年之後的二代健保修法案才有針對特殊材料做差額負擔」，戴桂英教授補充說明。

■ 陳哲男委員版的特色

至於陳哲男委員版本，在給付部分跟行政院版本差異不大，但他主張重大傳染病的檢驗、避孕及節育手術、非疾病性人工流產應列為不給付項目。且主張若不經基層診所轉診，部分負擔要提高，逕赴地區醫院則負擔30%，逕赴區域醫院為50%，逕至醫學中心則為100%。由此可看出，他偏重轉診，若不經轉診則要

加重部分負擔。這也是基層醫界遊說的版本。

針對這些版本，當時負責居中協調重任的行政院副院長徐立德先生，在日後撰寫的《全民健保面面觀》書中詳細記載有關制度設計上的爭論。

他如此回憶：「實施全民健保，除了行政院提出的法案外，立法院中也有幾個版本，比較重要的有吳東昇委員以自負總額為特色的版本、沈富雄委員『保大不保小』的版本，以及厚生會所提的版本，同時還有林壽山委員積極推動公辦民營的作法。我們非常感謝許多委員的熱心與努力，為此，大家也曾經挑燈夜戰，舉行多次的會議與討論。但是，很坦白地說，許多很好的主張，都有難以顧全的困難。所以，政府應該承認，若干決定是基於現實環境的考慮。但是立法委員多數的意見表示要如期全面實施；輿論的反應，也有同樣的壓力。所以在審議過程中，立法與行政部門建立了一個共識，這個制度要在實施後的第2年再予以檢討，以決定改進的方向。換言之，就是讓分歧的現存健保制度先行整合後再全面檢討改進。因為有這種共識，全民健保的審議才能在立法院展開」。

綜觀來看，政治力或政治因素對全民健保的影響可分兩個階段，一個是全民健保的規劃期間，另外一個則是全民健康保險法草案在立法院審議期間。

根據《專業奇蹟VS民眾迷思—全民健康保險規畫紀實》書中描述，行政院所成立的全民健康保險規劃小組可說是臺灣地區有史以來，第一個專職的因公共政策而成立的專案工作小組，從這

全民健保二期規劃紀實

樣的措施就可看出政府對全民健保政策的關心。其實當時對全民健保不瞭解的大有人在，但是當全民健康保險法的草案提出後，沈富雄委員及吳東昇委員等亦相繼提出了他們各自的版本，基本上，這些新版本都是以衛生署的版本為藍本，只做了某些條文的修正。但因為當時執政黨委員占多數，所以即便法案審議前，經過了多次的黨政溝通及朝野協商，但最後還是行政院版占優勢，法案仍舊照行政院版的精神通過。黨政溝通比較單純，因為執政黨對於行政體系所提出，經過許多專家學者經驗及智慧彙集的法案沒有太多強烈意見，當時關心的重點是保險財務的穩健，因此，溝通的主要結論是請衛生署研擬有關保險費率的計算及調整公式，送立法院審議通過後施行；至於當時朝野協商基本上都是與沈富雄委員辯論，雙方討論各自看法的優缺點為何。

* * 立法過程中，社會各界有若干爭議

戴桂英教授強調，當時除了這6個全文版本併審之外，其實還有許許多多的部分條文修正提案，行政院版本的第一條相對於其他版本的第一條，通常會並列審查，「理論上經過委員會審查，又經過朝野協商達共識，二讀的版本應該是很順利可以過關的，沒想到，我們行政院版的法案在二讀進行逐條審查時，有些委員仍對某些條文有意見，才會有到二讀還會改變的情形」。

這是因為，除了立法委員各自提出不同的法案版本之外，還有其他若干版本訂有部分負擔及自付費用上限，加上醫界代表、勞工團體、企業主代表等團體有諸多意見，使得法案在二讀時，阻力重重。

有關不同利益團體的爭執與調和，當年投注相當心力負責協調運作的行政院副院長徐立德先生在《全民健保面面觀》書中提及：

「立法院是個合議制的機關，委員來自不同地區與行業，代表不同團體與地區的主張是很自然的現象。在審議過程中，不論是企業與勞工，醫療界與保險人，都發出不同的聲音。企業認為負擔比率太高會影響競爭力，勞工則主張仍按原勞保的分配比率來分擔保費。醫療界與保險人之間也有潛在的矛盾，給付太低怕會降低醫療品質，給付太高又恐增加保費加重被保險人的負擔。站在行政院的立場，要同時兼顧企業的承擔能力與勞工的經濟負擔，要確保民眾的醫療服務品質，也是爭取醫療界的支撐。可以說，整個推動的過程就是理想與現實調和的過程，也是各種利益彼此折衝樽俎的過程，而最後的結果，難免與原先的規劃有相當程度的距離，這是民主政治下不能不接受的現象」。

從徐立德先生這番話可看出，當時在推動全民健保立法過程中，面對來自四面八方、各種各樣的利益團體與意見時，困難與挑戰恐難為外界所想像。

以下整理出當時修法時，來自社會各界的若干重要爭議。

（一）健康保險是否應「保大不保小」

戴桂英教授強調，健康保險是否應保大不保小，在我國全民健康保險法立法過程中，是一個重大爭議，沈富雄委員版即主張保大不保小，吳東昇委員版採高自負額方式也是屬於主張保大不保小，「即使沒有提法案，當年中央研究院經濟組就有8位院士

全民健保二期規劃紀實

（以劉遵義院士為首）聯合上書給行政院院長，聯名主張保大病不保小病，且免繳保費。」

時任中央健康保險局籌備處處長葉金川教授對沈富雄委員版本也自有一番看法，他認為所謂「保大不保小」，就是全民健保只給付重病醫療的費用，輕病及門診的醫療費用則由民眾自己付錢，而民眾也不必再繳交健保費，這樣的主張有兩點必須很清楚交代，一是財務足夠穩健嗎？另一就是輕病及門診診療真的不需要保險嗎？如何區分輕病與重病呢？

時任健保二期規劃小組執行秘書楊漢涢教授的看法是：「我認為沈富雄委員為全民健保投注的心力與功夫相當深，他提自負額（deductible）的作法，也就是所謂的『保大不保小』，老實說，他的主張也沒有錯，但是當時臺灣的社會條件無法配合辦理。這在美國有實施，也就是前面那段的醫療費用你自己負擔，例如一整年當中前面2,000元或3,000元的醫療費用由民眾自行負擔，之後的醫療費用則由保險來支付，前面付的這些錢就叫做自負額。自負額制度在一些國家有被使用，用意是，小病就不會用到保險，這是不錯的制度，立意良善，但這跟我們國家原本就有的勞保、公保設計差異太大，當時我們評估若要推動這種作法，會很困難。況且，我們也擔心病人要去蒐集整年的醫療單據，前面已經看滿3,000元，第3,001元之後保險才付，民眾如何去收集一堆就醫單據呢，當時臺灣社會資訊化不普及，仍用手工開立收據，沒有電腦作業，所以沈富雄委員的版本在當時無法推動」。

而當時的行政院副院長徐立德先生參考諸多學者論點，他在

《全民健保面面觀》書中清楚表示：

「保大不保小會產生下列的弊端，首先從資源利用的角度來看，保大不保小會使醫療資源自然流向大病的醫療方面，而輕忽了基層醫療服務。但對一般廣大的民眾而言，基層醫療服務的品質與其關係最為密切，反而更應加以重視。第二，從醫療人力的移轉來看，保大不保小會使醫學生傾向選擇做專科醫師，不願從事基層醫療的工作，結果就是基層醫療人力不足。第三個問題則是會導致醫療資源往都市集中，因為都市對住院的需求比鄉村高。總而言之，保大不保小會造成醫療結構的嚴重扭曲，進而降低醫療品質，這又豈是政府推動全民健保之本意。當然，任何一項政策也必須考慮其可行性。我國過去公、勞保都是大小病通通保，如果全民健保只保大病，不保小病，可能對民眾的醫療習慣造成太大的衝擊。此外，由於國人尚未建立正確使用保險資源的觀念，如果僅保大病或只提供住院醫療給付，結果可能導致民眾為取得免費醫療，將小病拖成大病，或將門診治療的疾病申報住院治療，這樣的結果都不是全民健保的本意，也未必能節省社會資源。目前的世界趨勢也是從只保大病走向大小都保」。

時任衛生署副署長石曜堂教授強調，基層健康照護相當重要，對於執行全國醫療體系的整體功能上，不可或缺。石曜堂教授以1978年世界衛生組織在哈薩克阿拉木圖召開全球基層健康照護大會並發表「阿拉木圖宣言」為例，他認為此宣言提出的基層健康照護，已經確立醫療服務組織原則為滿足民眾對醫療服務的優先需求，以及決定根本健康因素的實施方法與工具，如果國家要推動全民健康，必須重視基層醫療照護，建立以社區層次為基

全民健保二期規劃紀實

礎的健康管理機制，滿足民眾對健康的需求，不能讓醫療資源以及民眾就醫行為往大都會發展，造成資源分配上的歪斜。

相關的討論在當時沸沸揚揚，多所爭議，可以想見，當年衛生署及健保二期規劃小組受到相當大的社會輿論壓力。

（二）工會團體於立法院外抗爭勞工保險費負擔增加

當立法院內忙著修法案、朝野協商，立法院外更是鬧哄哄，抗議不斷。那時最主要的爭議是，勞工團體認為自己像一頭牛，被剝兩層皮。過往，勞保時代勞工只要繳交保險費就可以享有醫療以及現金給付，現在全民健保既沒有現金給付，還得另外再繳一份保險費，而且勞保那邊的保險費下降的也不多，這是因為勞保一直處於虧損狀態所以無法把費率往下降太多，勞保局只願意把7%的費率往下調降至6.5%。

此外，不論勞工團體或企業主代表對於保費負擔比率始終各執己見，拉鋸不下。以勞保來說，由於原本個人（勞工）負擔20%，雇主負擔80%，費率只有7%；而行政院的全民健康保險法草案勞雇負擔轉變，變成勞工得負擔40%，而雇主只願意負擔60%，因為雇主反對再負擔80%；理由是，雇主認為以前只要幫勞工負擔即可，全民健保卻變成要幫勞工眷屬負擔保險費，壓力太大，且費率為4.5%至6.5%。

另外還有一個糾結點，勞工認為以前只要自己1個人保險即可，現在家人也要加入，假設我有5個眷屬我就要繳5份保險費，這讓勞工們覺得負擔太沉重。「簡而言之，要實施社會性的全民化保險，既然是保險，大家需要量能負擔，但是這個觀念說不定

還沒那麼普及，大家期待一個免費的保險，但這是不可能的」，當年經常親自和勞工團體溝通說明的戴桂英教授析言。

（三）部分負擔的爭議

原來的勞保沒有部分負擔的設計，而全民健保有部分負擔的設計，而且如果不經轉診則需加高部分負擔，勞工團體反對，認為應該降低；而基層醫界代表卻認為不經轉診加高的部分負擔差距太小，應該再增加，基層醫界代表擔心實施全民健保之後，大家都往大醫院擠，地區醫院沒病人來，基層診所也沒病人願意來，當時許多基層醫界代表透過民意代表，不斷遊說。此外，林正杰委員版和陳哲男委員版的草案，也提出藥品和特材等要有差額負擔的設計主張。

衛生署報行政院的全民健康保險法草案中，門診的部分負擔是20%，不經轉診而越級就醫加重負擔，變成地區醫院25%、區域醫院30%、醫學中心35%。草案中慢性病房基本部分負擔是5%，急性病房則是10%；住院天數超過某一特定級距則要加重負擔，這些費用抑制措施，是希望不是絕對必要的醫療服務就不要使用，但如果真正需要醫療服務時，部分負擔所導致的自付總金額也可能非常高，所以法案中另訂定了自付費用負擔的上限，是前1年國人每人平均國民所得的十分之一。

當時法案進入二讀時，有立法委員臨時提案要加重民眾不經轉診的部分負擔，這使得法案在二讀程序中，出現變數。

戴桂英教授追憶當年情景，她提到，當年勞保並沒有部分負擔，去看病不需要再另外付錢；公保則有6種疾病保險有部分負

全民健保二期規劃紀實

擔的規定，被保險人的規定只有針對藥費。而根據第一期的全民健保規劃，如果要實施部分負擔，將來要有分級醫療轉診制度的想法。

「基本部分負擔的部分，全民健保一期的規劃暫訂為住診的費用10%，到了全民健保二期規劃也維持急性病房住院費用是10%，但我們還有依住院天數越長而加重的設計；至於門診費用則是20%，我們也是維持20%。越級就醫部分負擔的部分，全民健保一期規劃對於越級就醫者或未依照轉診指定層級就醫者，其門診費用部分負擔比率提高為門診40%。因此，全民健保二期規劃進行更細部之規劃，依層級分列25%、30%、35%，只要提高一級就多5%。」

可是在立法院審查法案時，基層醫界代表不斷遊說立委，提案加重民眾部分負擔的比重。這些都不是醫學中心或區域醫院希望加的，而是小型醫院以及診所，當部分負擔差別愈大時，愈多病人留在基層就醫，這是當時醫界的想法。但民眾不盡然如此認為，民眾通常是我信賴你，我就留在你這裡，即便是小診所，這也是為什麼有人說推動轉診只靠部分負擔沒用，原因在此，必須有值得信賴的家庭醫師，才能成功轉診，才能吸引民眾留在基層就醫，要靠專業服務讓民眾獲得信賴」，戴桂英教授深入分析表示。

(四) 強制納保的爭議

全民健康保險法草案在民國82年10月27日函送立法院審議，隔年7月才順利通過，偏偏當時通過的條文少了強制納保的條

文。

「當時有點擦槍走火」，戴桂英教授搖頭苦笑說，那時拿掉強制納保，絕對不是行政上的遺漏，因為刪除法令條文是需要有一定的委員提案，原本在行政院版的草案法條中就有強制納保條文。

當時李登輝總統一聲令下，國民黨籍立委全面動員，挑燈夜戰並採記名表決，終於在7月19日清晨三讀通過全民健康保險法。但審議中，某立法委員提案將「強制納保」條文刪除，獲得院會通過，這打破了原本法案中強制投保的精神，以致全民健保原規劃精神盡失，只能於下個會期採修法方式彌補回來。（依憲法精神，法案通過，行政院若認為窒礙難行，應採覆議之方式，提請立法院覆議。）如果自由加保的方式不改，整個制度將難以合理運作，全民健保將無法穩健實施，連署的民意代表後來也坦承發現自己投錯了票。

提到這個關鍵的歷史時刻，時任衛生署署長張博雅女士記憶相當深刻，「我記得那天是民國83年7月19日通過法案，我們從7月18日早上9點開始在立法院開會，一直開到隔天早上6點17分，三讀通過全民健康保險法，每個法條完成討論接著要表決的時候，必須用鈴聲（緊急令）把立法委員們找回來，因為立法委員們除了留守的人以外，都回到自己的研究室休息補眠去了，我看那天晚上立法院附近的居民大概都不用睡覺了，100多條條文，有爭議的條文必須一條條依7個版本唸出來，然後逐條表決」。

雖然法案通過了，但如果實施全民健保不是強制納保，而是

全民健保二期規劃紀實

自由加保，「這樣會很危險，變成我自己覺得體弱了我才要來保，我覺得我健康就不來保，來保的人才需要繳保費，健康的人不繳保費，那我們的社會互助跑到哪裡去了呢？」戴桂英教授解釋。

這下該如何補救呢？

曾當過立法委員、很有政治運作智慧與經驗的前衛生署署長張博雅女士判斷，可以等暑假（8月）過後的新會期處理，先從行政院那邊提修法案，她並且帶著幕僚去拜會當時的立法院劉松藩院長，商量如何解套，協調等新會期開議時就第一優先修正此條文。

果然，在次一個會期，執政的國民黨大黨鞭廖福本先生就提出了修正法案，民國83年9月16日這天，順利通過全民健康保險法第1次的修法，創下法案通過立法尚未實施，就進行修法的第一個紀錄。

讓第1次修法順利過關的另一因素是，當7月19日凌晨通過全民健康保險法時，當天以及隔天的報紙就大幅撻伐立法院通過這個不對的條文，那時媒體記者們分頭採訪很多專家學者，專家學者紛紛表示，社會保險怎麼可以不強制納保。「變成輿論一面倒，所以當提出修正法案的時候，就很順利通過」，戴桂英教授表示。

（五）其他議題

至於當時受重視的議題還包括中醫住院是否納入給付範圍、

投保金額應以實際所得申報、因資訊不對等所以主張病歷中文化、受刑人納保、兒童醫療支付應加成、山地離島醫療缺乏應積極改善充實、加強弊端查核以防浪費等，都成了全民健康保險法通過時的附帶決議。

全民健保二期規劃紀實

柒

開辦的決心 ～大力推銷保險的經理人

健保的成功是由許多人一起參與、合作與促成的，包括醫界、民眾與健保工作人員，他們忍受複雜的制度設計、龐雜的工作負擔，在兵荒馬亂之下，讓健保順利開辦，我衷心感謝所有默默付出的工作人員，並向這些無名英雄致敬。

—參與全民健保二期規劃感言／葉金川
(慈濟大學公共衛生系榮譽教授)

第七章 開辦的決心～大力推銷保險的經理人

全民健康保險法在民國83年7月19日通過，雖然立法通過，但相關的措施與凝聚各界的共識等工作還有很多待做。當時中央健康保險局籌備處處長葉金川教授回憶，那時雖然已經通過全民健康保險法，但中央健康保險局組織條例草案還沒通過，沒有正式的機關來執行，這樣要如何開辦呢？

「對我而言，更是毫無把握」，葉金川教授形容當時自己的心情五味雜陳，即使面對媒體採訪，仍不忘自我調侃說：「現在車子是有了，但還沒有司機啦」。

那段時間，中央健康保險局籌備處所有成員全面接受媒體邀約，希望藉著大眾媒體傳播的力量，大力促銷即將開辦的全民健保理念與價值，「當時我們還真像是賣保險的經理人呢」，葉金川教授幽默妙喻。

民國83年12月23日，正式通過中央健康保險局組織條例，而總統公告中央健康保險局組織條例生效日是民國83年12月30日，衛生署隨即於民國84年元旦假期，正式成立中央健康保險局。

* * 中央健康保險局籌備處所有同仁克盡職守，不辭辛勞

在元旦假期成立中央健康保險局，意味著所有同仁仍需兢兢業業，緊鑼密鼓規劃全國各健保分局的設置事宜。時任中央健康保險局第1任總經理葉金川教授在其撰寫的《全民健保傳奇》書中生動描述當時的情景：

「那年同仁幾乎已忘了元旦假期，兢兢業業地投入工作崗位，當時籌備處時期負責規劃的綜合計畫組組長蔡淑鈴女士，真也是手腳俐落，迅速規劃覓定北、中、南、東、高屏等各轄區的分局地點，很快地6個分局相繼都在元月下旬完成開辦啟用」。

民國84年1月23日一早，中央健康保險局成立第1個分局—臺北分局，管轄涵蓋臺北縣市、基隆、宜蘭以及離島的金門、馬祖，由於範圍很廣，投保人口高達6、7百萬人，因此臺北分局被稱為天下第1大分局，由陳逸峰先生擔任第1任分局經理。

民國84年1月23日下午，葉金川總經理風塵僕僕趕往桃園，主持北區分局剪綵啟用典禮，由戴桂英女士擔任北區分局經理，服務桃、竹、苗地區。接著是中區分局成立，由許國敏先生擔任經理，服務中、彰、投地區；南區分局由呂維熊先生擔任經理，服務雲、嘉、南地區；高屏分局則是由江宏哲先生擔任經理，服務高、屏、澎地區；東區分局則是由蔡文欽先生擔任經理，服務花、東地區。

葉金川教授追憶表示，「各分局經理來自各方，戴桂英女士是我任職醫政處處長時期的科長，有多年共事默契，許國敏先生是醫界前輩，經營省立豐原醫院多年有成，江宏哲先生則是張博雅署長的手下大將，餘3位經理都來自公保處，與我並無特別淵源。但是，幸運的是，6位經理都能摒棄舊有組織文化氣氛，全心全力投入健保分局籌備工作」。

民國84年元月底，中央健康保險局總局與其他6個分局一一成立完成，有些分局是利用原本公保的門診中心場地，暫時權充

全民健保二期規劃紀實

辦公室之用，有些分局則是租屋簡單粉刷做為辦公室，人員也相繼進駐。

身為第1任中央健康保險局掌舵手，葉金川總經理的行程更加繁重了，天天奔走各分局，全國走透透，四處巡視，了解各地方的現狀與困難，再返回總局尋思如何提供協助。即使時隔20多年，他對於當年同仁們的全力投入仍感懷在心，他說：「眼見同仁們個個胼手胝足在打拚，除了繁忙的業務外，更不分位階、不分從屬，油漆、灑掃、布置全部自己動手，創業維艱的畫面至今仍深留腦海」。

* * 1年立法，3天實施，張署長冷靜沉穩，展現開辦的決心

各地分局就緒，接下來，就是準備實施，讓全民健保順利正式上路。

當時的社會氛圍是，行政院預定民國84年3月1日開辦全民健保，因此全民健保成了當時全國的火紅話題，各大媒體經常邀請葉金川總經理或其他中央健康保險局同仁、衛生署官員上節目談全民健保，民意代表也經常在各個公開場合談論全民健保議題，民眾當然也希望能趕緊上路，享有就醫保障。

但問題是，當時由於勞、農保條例修正有關醫療給付部分的條文還擱置在立法院，等農曆年過後，2月只有28天，離預定的3月1日早已迫在眉睫，相關的法案也還未完成修訂，其他跟全民健保業務相關的配套措施，好比技術面上的資訊處理、全民健保

卡的製作發放、承保表單、特約規程、支付標準等等實務問題，尚未完全準備就緒。

也因此，當葉金川總經理於民國84年2月25日應邀中廣新聞網線上叩應節目時，主持人凌爾祥小姐探問全民健保是否仍會在3月1日如期開辦時，他仍以堅定語氣，斬釘截鐵回答：「3月1日不可能開辦。」這是因為接受叩應這天，距離預定的3月1日，只剩下3天。

這段精彩歷史，葉金川教授在其著作《全民健保傳奇》中如此生動描繪：「它是個全國性的節目，是對全國聽眾廣播，我想李登輝總統、連戰院長說不定也聽到了。沒想到，不到中午就接到衛生署的指令『如期開辦！』怎麼可能？」

葉金川總經理聽到時，簡直不敢置信，甚至質疑事情的真實性，但來自衛生署張博雅署長的電話，令葉金川總經理至今難忘，電話那頭，張博雅署長以冷靜沉穩的口吻說：「院長他說要如期開辦，我們總不能說不辦呀！」⁽¹⁰⁾

「當下，我真有打落牙齒和血吞的感覺，看來開辦已成定局，所有的問題都必須爭取每分每秒去解決了。行政院不顧一切代價，強力要求開辦的決定，張署長的處變不驚，實在都令人印象深刻，」葉金川教授如此回憶。

民國84年2月25日這天，應該是當時所有負責全民健保相關業務者，最驚心動魄的1天，也是所有人最難以忘懷的回憶點。

提到這天，時任健保二期規劃小組執行秘書楊漢涽教授搖頭

全民健保二期規劃紀實

苦笑表示，當時萬萬沒想到3月1日如期開辦是玩真的，「中央健康保險局組織條例才剛立法通過，接著準備實施，沒想到居然3天就開辦，當時張博雅署長去行政院請示連戰院長是否仍要在預定的3月1日實施呢？連戰院長說當然要如期實施，無論如何要實施，我們都嚇昏了，趕緊在2月25日星期六緊急召開會議，找醫界、醫師公會以及主要醫療機構負責人等來開會，希望醫界能配合」。

前衛生署署長張博雅女士重現當天始末，原來，2月25日上午11點半，她帶領重要幕僚前往行政院請示連戰院長，她說：「那天是星期六，還是上班日，我跟石曜堂副署長當天早上11點半到行政院。當時經建會郭婉容主委，徐立德副院長都在場，我們一行人進到院長室內，這時，徐立德副院長先開場，他問連戰院長說，我們全民健保是不是要如期開辦？連戰院長就說，當然如期開辦啊！一聽到這指示，我們就馬上返回衛生署內，於下午3點召開會議，邀請各醫學中心院長、醫院協會理事長及醫、牙、藥、護等公會全聯會理事長們參與會議」。

因為事發突然，各個醫事團體公會代表們無不面面相覩，甚至不看好這項決策，時任醫院協會理事長張錦文先生當場就說：「3月1日可以做得成，我不姓張。」這句話，一直到全民健保10周年慶祝茶會上，張錦文先生自己又再度拿出來自嘲，「我就對他說，你已經被賜姓張了」張博雅女士笑談往事。

而根據《張錦文與臺灣醫院的成長》一書中，張錦文先生自述：「全民健保在1天內開辦，是另一臺灣經驗」。

民國84年2月25日星期六下午1點半，張錦文先生原本想輕鬆一下，揹著球袋要出門打球，卻接到衛生署的電話，原來是張博雅署長要他立刻趕至衛生署，協商全民健保重要決策。張錦文先生覺得莫名其妙，心想這是何等重大的事，需趕在周末休假時開會？快速抵達現場，除了張博雅署長，紛紛從各處被緊急通知來開會的，還有衛生署石曜堂副署長、健保二期規劃小組楊漢淵執行秘書、中央健康保險局葉金川總經理及其幕僚等。至於醫院代表，除了張錦文先生之外，在座者尚有時任臺大醫院戴東原院長、臺北榮總彭芳谷院長及私立醫療院所協會詹啟賢理事長等。

張博雅署長一開始就開宗明義對大眾宣布：全民健保即將3天後，3月1日起跑，這個決策是層峰親自決定的，不會更改，希望醫界無論如何全力配合。

此時，現場所有與會者，個個面面相覩，十分錯愕，這時，急性子的醫院協會理事長張錦文先生立刻發難說：「不可能！醫界根本完全沒有準備！」

在《張錦文與臺灣醫院的成長》書中清楚描繪當時場景：張錦文先生當場質疑衛生署說，當時3,000多項的醫療給付價格，醫界與中央健康保險局雙方尚未有交集，歧見很深，這麼大的工程，怎麼可能在1天之內得到共識，就算可以，電腦計價各種程式及資料又如何在1天之內更改完成呢？當時醫院協會預計，每一家大醫院都得花上一兩個月的時間進行修訂程式及電腦測試，如果3月1日全民健保真要趕著上路，眼前就只剩下2月27日星期一可供準備，當時張錦文先生心想，別說是上路了，恐怕連衛生署要向全國醫院公布全民健保實施的時間都來不及呢，這種不可

全民健保二期規劃紀實

能的任務，他哪敢代替醫界貿然答應呢？在座的各大醫院代表也紛紛群起反對，堅持不可能在3天後，讓全民健保起跑。

主持會議的張博雅署長則一再表示她能了解，這是非常困難的任務，但仍希望醫界承諾，全力協助全民健保在3月1日實施，同時也說明，電腦程式當然絕無可能在1天內修改完成，所以請醫院先改以人工作業。此時，張錦文先生再度質疑，幾千項醫療項目給付，自兩三個月前即談判至今，卻連1項也無法取得共識，如果健保貿然上路，醫界到底應依哪一種醫療費用版本申報給付？

這時，衛生署張博雅署長和中央健康保險局葉金川總經理交頭接耳半晌後決定，全民健保甫推出之際，全部採用勞保甲乙丙表標準支付申報，而勞保甲乙丙表未訂定的項目，例如小兒科及產科等，則採用公保申報標準給付，若公、勞保都沒有訂的項目，就由雙方再會商後決定。

當時臺灣享有醫療保險人口約占總人口的55%，也就是尚有一半的人未納保，其中又以老弱婦孺居多，這些沒有工作及收入者，往往是最弱勢、最需要就醫的一群，他們沒有醫療保險，看病必須完全自費，而醫院針對這些自費病人所訂定的醫療收費標準又比公、勞保高出甚多，因此，全民健保1天不實施，這些醫療弱勢者就得多忍受1天不公平的待遇。

最後，在張博雅署長一再勸進，且動之以情，期盼醫界基於同情這些弱勢者，能及早讓全民健保上路；同時，張博雅署長也承諾醫界，一定在全民健保實施3個月內，與醫界完成基本診療

費的協定，6個月之內完成特殊診療費的協定，因此，在座的醫界代表們總算願意答應協助全民健保於3月1日開辦。

當時也在這歷史性會議現場，時任健保二期規劃小組執行秘書楊漢湊教授強調，當時雖然是行政院決定，但張博雅署長展現魄力，確實貫徹行政院院長連戰先生的指示，很快在3月1日如期開辦，確實很不容易。因為時間過於急迫，很多東西一開始沿用原本的規定，例如支付標準或申報制度就一面做一面修改，全民健保卡來不及製作，就讓民眾先用身分證看病，再發6格的紙卡，之後才有全民健保IC卡。

當時擔任北區分局經理的戴桂英教授對於這個驚心動魄的一日，印象尤其清晰。2月25日這天，星期六，那時還須上半天班，因此她當時人在桃園辦公室，透過電話跟臺北健保總局聯絡，確認開辦日期確定了沒？

「還沒啦，哪有那麼早，全民健保卡還在印呢，當時葉金川總經理辦公室秘書這樣答覆我的，所以我就把手邊事情公文處理差不多告一段落後，準備下班回家」，戴桂英教授清楚記得她先確認不會有重要公文待批，就從桃園搭火車返回臺北的家，準備在周末好好陪伴兒女。

沒想到，當她回到自家門口樓下，當時大約是下午2點多，就在她按門鈴請家人開門時，傳出她女兒稚嫩的聲音：「媽媽，妳不用上來了，葉伯伯（指葉金川教授）要妳去衛生署開會」。

當年，還沒有手機之類的快速傳輸工具，若要找人，只能打到公司或住家聯絡。所以葉金川總經理辦公室秘書只能打去戴桂

全民健保二期規劃紀實

英教授家託話，請家人轉達這個緊急開會的任務。

戴桂英教授在自家門口聽到女兒的叮嚀，不自覺發出一聲：「啊！」她心裡浮現上來的是一連串的疑問：「去衛生署開會？到底是有什麼緊急的事情？」

戴桂英教授住家距離衛生署（當時在愛國東路）走路只需5分鐘，因此，她加快腳步，很快就抵達衛生署，下午3點多，她一走進會議室，著實嚇了好大一跳。

「我一進會議室，嚇死了，張博雅署長在主持會議，會議室內滿滿的人，座無虛席，中央健康保險局總經理、副總經理、各大醫院的院長、各公會的理事長代表們，通通在裡面；我躡手躡腳走到一個空位坐下來，輕聲問隔壁的人說，有什麼事啊？有個人低聲回我說，全民健保3月1日要開辦」，即使時隔20多年，戴桂英教授腦中仍清楚記得當天景況，似乎當年那份驚嚇感仍殘留在全身的細胞內。

* * 各地分局同仁跟時間賽跑

民國84年的臺灣社會，資訊仍不發達，電腦也都還沒連線，甚至連手機等通訊設備都不普及。可以想見，當衛生署大會議室內聚滿醫藥界各重要代表人物，聽聞此一決定時，中央健康保險局各地分局同仁仍毫不知情，除了臺北分局和北區分局經理外，其他人當然也趕不來參與此重要會議，只好用電話聯絡各地分局經理，甚或是從電視上才得知此重大決策。

當時擔任東區分局經理的蔡文欽先生憶及這個歷史片刻，述

說時，彷彿事件發生在昨日般，歷歷在目。

蔡文欽先生娓娓道來：

「我們東區分局在1月23日成立，我記得很清楚，我永遠記得，那年2月25日星期六，還得上半天班的年代，中午下班後我回到我在花蓮的住處。一坐下來，打開電視，當時下午2點多吧，我在電視上看到張博雅署長宣布3月1日全民健保如期開辦。

那個瞬間，我大吃一驚，我記得才沒幾天前，吳憲明主秘還跟我們說不可能3月1日開辦，但一看到署長親自在電視上宣布，我心想，這不會是假的啊。這時，我盤算著，應該要趕緊回到臺北，這麼突然且緊急的大事，隔天衛生署、中央健康保險局一定要開會的，我也需要弄清楚怎麼回事、怎麼開始運作、怎麼著手全民健保許多的業務，很多細節需要事先準備好。

沒多久，中央健康保險局葉金川總經理辦公室的秘書楊寶玉女士打電話給我，請我明天回中央健康保險局開會。其實，我還沒接到這通電話前，我就打算趕快回臺北了，也已經先查好飛機時刻表了。我簡單收拾東西之後，就趕緊飛車趕往花蓮機場，搭飛機返回臺北，回到臺北已經晚上6、7點了。這時，我接到主秘打電話給我，提醒我明天早上9點進總局開會。

隔天，星期天，我去中央健康保險局總局開會，那時東區分局黃素蓉副理也在臺北，我們兩個一起在2月26日星期天開了一整天的會議，討論承保醫療怎麼做，所有東西、所有文件都需要葉金川總經理簽了名才算數，這情景我永遠記得。

全民健保二期規劃紀實

次日，2月27日星期一，我又回花蓮，黃素蓉副理則繼續留在臺北開會，開到傍晚，她才於星期一晚上回到花蓮，我們個別帶了一大堆如何開辦的資料回花蓮，例如民眾來看病需要帶什麼東西、就醫須知、法規、醫療院所開辦須知、承保資料怎麼填等等作業規範。我們在第一線工作，必須先知道該如何承辦全民健保，很多細節與規定都需要先掌握好，時間一點一滴流逝，再隔1天，3月1日星期三全民健保就要全面開辦，我們每個人都忙得不得了，壓力很大」。

萬事起頭難，對身處臺灣東部社會資源相對不足的花蓮、臺東來說，情況更是險惡。

令蔡文欽先生印象深刻的一件事，當時從臺北帶回一袋袋的文件資料，需要影印，以便發送給相關同仁。但，現在的我們恐怕難以想像，當年東區分局辦公室沒有影印機，門診中心的影印機也不堪使用，東區分局同仁只好把一落落的厚重資料拿到外面找影印店影印，而花蓮市區當時很難找到影印店，蔡文欽先生開車在黑暗安靜的花蓮街道巷弄內繞尋許久，才終於找到可影印的地方。

東區分局同仁們抱著一大落資料，一張一張送進影印機影印，因為文件太多了，所有人不眠不休，連夜影印到天亮。天亮後，影印機仍不停歇，繼續印到接近上午10點，然後分局同仁們再將溫熱的文件送到花蓮統帥飯店，因為上午10點，蔡文欽先生偕同其他同仁，要在統帥飯店開說明會，讓花蓮各醫療機構、診所、承保團體等等，了解全民健保上路後的許多作業流程與規範。

2月28日早上10點，蔡文欽先生委請黃素蓉副理前往花蓮統帥飯店開說明會，他自己則去花蓮中廣臺東臺上節目，對廣大的聽眾說明全民健保相關事項。而此時，東區分局辦公室內同仁也沒人閒著，桌上電話響個不停，很多團體、醫院、民眾等等的詢問電話紛紛湧入，分局同仁們各個忙得人仰馬翻。牆上的時鐘滴答滴答催促著，提醒大家，距離全民健保正式上路，只剩不到幾個小時了。

由於東區分局轄區涵蓋整個花蓮、臺東地區，因此，蔡文欽先生早上在花蓮上電臺進行宣導說明之後，隨即趕赴臺東馬偕醫院，對臺東地區的相關醫療機構、承保機構等業務承辦人舉辦說明會，以便讓各醫院能知道隔天，3月1日，該如何接手承辦健保業務。

花蓮與臺東相距200公里之遠，若開車每小時開60公里，約需平均3個多小時才能抵達，而當時各健保分局經理都沒有公務車，必須自己開車。因此，蔡文欽先生風塵僕僕從花蓮開往臺東，想開快一點也不行，「不能超速，否則會被開單的」，蔡文欽先生幽默笑說著。他下午2點多從花蓮出發，中間不能停車休息，一行人抵達臺東馬偕醫院時已經傍晚了，在落日餘暉中開說明會，臺東同樣遇到資源不足的窘境，找不到地方影印，四處找影印機，最後只印了三分之一的資料出來。

可以想像，當時第一線的醫療工作者肯定會有諸多作業上的疑惑，很多問題待解答，所以說明會結束時，已經是晚上10點了，蔡文欽先生旋即驅車往北返回花蓮，連夜開車，回到花蓮時已經半夜1點。回想這些點點滴滴，蔡文欽先生笑著說：「當時

全民健保二期規劃紀實

不能說是兵荒馬亂，但可以說是十萬火急啊！」

2月26日至2月28日這3天，面臨緊急電話召回、如電影情節般十萬火急的應變場面，其實也同樣在全國各健保分局上演。

提及這個歷史關鍵點，當時擔任南區分局經理的呂維熊先生笑憶往事，他原本在公保處服務，沒有參加中央健康保險局籌備處的工作，而是臨危受命，在民國84年1月19日正式擔任中央健康保險局南區分局經理一職，並於民國84年1月25日在臺南市公園路96號公保門診中心大樓內幾個樓層設立辦公室，舉行開幕儀式，當時臺南市市長施治明、衛生署副署長陳瑩霖、中央健康保險局總經理葉金川、臺南市醫師公會理事長郭國銓、立法委員施台生等人都參與了這個開幕典禮。

「南區分局成立的宗旨是，服務雲嘉南五縣市，被保險人總共約300多萬人，並陸續成立嘉義、雲林及新營3個聯絡辦公室」，呂維熊先生表示。

辦完揭幕典禮後，呂維熊先生跟所有人一樣，不知道全民健保何時會上路，「我們去探問得知，葉金川總經理說不可能3月1日，結果，2月25日這天，行政院連戰院長說非辦不可，決定3月1號如期開辦」，乍聞消息，呂維熊先生內心一驚，心想南區分局我們什麼也沒有，沒有人也沒有設備，該怎麼辦呢？同樣地，他也接獲中央健康保險局葉金川總經理辦公室秘書的電話，通知所有各分局經理2月26日星期天一定要回到臺北開會。

當時呂維熊先生人在草嶺，他正參加南部10縣市總工會在雲林草嶺舉辦的聯誼活動，準備在活動中宣導說明全民健保相關業務。

「2月25日晚上我突然接獲中央健康保險局通知的電話，說行政院指示全民健保必須在3月1日開辦，要我務必趕回臺北，參加隔天總局的緊急會議，以確定全民健保如何辦理。我只好連夜趕回來，我先從雲林草嶺搭計程車下來，直奔斗六，那天山區裡都是霧，我請司機開慢一點，他說沒關係，他會看中線有反光燈，其實很危險，那天晚上在滿是霧濛濛的暗夜山區，搭計程車趕往斗六的緊張心情，我實在永難忘記，然後我從斗六趕搭最後一班車回臺北」，呂維熊先生笑談往事，不時苦笑搖頭。

急急如律令，一刻不能耽擱，呂維熊先生不論如何也得冒著行車危險，趕回臺北參加緊急會議。隔天一早開會，果然如預期所想，很多媒體記者們守在中央健康保險局外面等，「我們在裡面開會，一個議題接著一個議題討論，只要有一個議題有了結論，發言人就去外面跟媒體記者們報告，我們就繼續待在會議室裡面持續開會討論，開了一整天的會議」，呂維熊先生說。

開了一整天的緊急會議，總結是，由於當時公保制度比較完備，因此有關全民健保辦理的大原則採取，只要公保有規定者就暫時照辦，公保沒規定者則比照勞保，如果兩者都沒規定，則由各健保分局經理自行審酌辦理。

時任中央健康保險局總經理葉金川教授直言，2月25日下午雖然衛生署張博雅署長立刻召集各醫、藥界公會及各大醫學中心協調配合辦理全民健保，但其實「醫界也嘲弄自己的配合是半推半就，3月1日果真如期開辦，這一刻真可謂是歷史的扭轉點，而勞、農保主管機關也都非常配合，依行政院的協商結果，將原有

全民健保二期規劃紀實

保險費率直接減去全民健保費費率4.25%，強行上路」。

* * 醫界的「二二八事件」

全民健保歷經7年漫長規劃（一期加上二期）、1年立法、3天實施，面對這麼倉促的決定，看到所有中央健康保險局同仁在第一線忙得不可開交，葉金川教授多年後回想，坦言實在心有餘悸，猶如演出一部「不可能的任務」，「從籌備時期就與我一路走來的工作夥伴們，想必也是感同身受。當時，許多同仁跟著我穿梭忙碌，太多應接不暇的人與事，而加入特約的各醫療院所也是首當其衝，必須立即配合相關措施，擔起為被保險人和病人服務的重擔。事後，醫界稱之為『二二八事件』，儘管如此，假若當時不堅持，說不定真的永遠都開辦不了」，他在《全民健保傳奇》書中，有感而發。

的確，根據《張錦文與臺灣醫院的成長》書中描述，當2月25日歷史性的會議一結束，風聞有重大政策要宣布的媒體記者們早已守候在會場外，只要看到有人走出會場便蜂擁而上，緊緊圍住要求採訪，當張錦文先生走出會場時，面對一片麥克風，他僅避重就輕回答說醫院當盡力配合，其他的一句話也不敢多說。果不其然，當晚，各電視臺及廣播紛紛報導張博雅署長與中央健康保險局葉金川總經理召開記者會，宣布全民健保即將於3月1日開跑，同時媒體也播出了張錦文先生代表醫院協會承諾將全力配合的鏡頭，當天晚上，張錦文先生家中電話便響個不停，許多醫院院長表示看到報導後，立刻打電話來打探究竟，多數醫院半信半疑，不敢置信。許多醫院在會議隔天，也就是2月26日星期天見

報後，緊急找來所有醫院幹部開會，商討實施全民健保的因應措施。因為，政策既定，全國各大小醫院只能把握上路前僅剩的一兩天搶工，在緊急動員下，幾乎全國各醫院放棄休假，紛紛趕回醫院討論開辦全民健保因應措施，並於2月27日星期一展開相關人員及全民健保作業訓練，各醫院不約而同設立「健保詢問處」，提供就診民眾對於全民健保的諮詢服務。張錦文先生當時在新光醫院服務，他以新光醫院為例說明，當時醫院臨時架設了8線電話，由8位工作人員全天候24小時負責諮詢，且為了主動發掘問題，院方還派工作人員穿著「健保服務員」背心，在門診部穿梭巡迴，一發現疑問或爭端，就立刻在現場予以解決。

也由於全民健保實施的前1天，就是公、勞、農保醫療服務「打烊」的最後1天，透過各大媒體報導，民眾都知道3月1日之後醫療保險即將換制，邁向全國統一的新紀元，因而不免擔心第2天開始，看病需繳納部分負擔，這使得公、勞、農保病人紛紛搶在全民健保實施的前1天湧入各大醫院看診拿藥，造成全國醫院門診大爆滿。

戴桂英教授指出，因為2月28日的隔天就是3月1日，要馬上切帳，因為前面2月28日以前的醫療費用要跟勞保局申報，3月1日之後的則變成要跟中央健康保險局申報，住院病人則還在住院中，就必須馬上切帳，以便跟勞保局請領，後面的帳要跟中央健康保險局請領。

「當時全國各醫院真的很辛苦，主要是各家醫院都還不知道該如何作業，我們開完緊急會議後跟同仁討論如何因應，除了參

全民健保二期規劃紀實

加會議的醫院院長知道全民健保即將實施之外，我們必須在星期天（2月26日）到星期二（2月28日）這幾天，讓所有醫院知道接下來該如何作業，讓他們可以準備。當時我們運用很多權宜之計，例如，憑身分證也可以看病，部分負擔怎麼收，掛號費多少，原本公、勞保沒有收部分負擔，要趕快貼告示。我記得當時很多醫院問真的嗎？用身分證看病可以付錢嗎？會不會像勞保一樣被剔除？很多很多疑問，所以我們緊急在各分區開說明會，讓大家放心」，戴桂英教授記憶猶新。

的確，除了醫院擔心是否能順利請領到錢之外，當時民眾更普遍的擔憂是，中央健康保險局根本還沒將全民健保卡印製完成，到底要拿什麼看病呢？為此，衛生署與中央健康保險局不斷拜託媒體協助宣導，全民健保開辦第1個月，所有民眾只要憑身分證或戶籍謄本即可看病，這項權宜措施，暫時穩住了所有人的就醫疑慮。

一個最艱難的決定，也算是一場世紀豪賭。全民健保終於如期在民國84年3月1日正式開鑼，自此，全國不分男女老少，何種職業別，每個人都享有平等的就醫權益。

時任健保高屏分局經理、也曾擔任衛生署張博雅署長多年重要幕僚的江宏哲教授下了一客觀評論，他說，全民健保這臺灣有史以來最重要的社會工程能如期開辦，且順利實施至今，是因為有兩大關鍵點：一是，張博雅署長有魄力，讓全民健保在腐爛的根基上仍能如期開辦；二是，葉金川總經理很有行動力，兩相加乘，成就了臺灣擁有傲視世界的全民健保制度。

捌

實施的艱辛

～持續調整軌道的全民健保列車

健保的實施是近年政府最重要也是最成功的民生法案，過去的文獻專書有較多第一期規劃的記載，本書記錄了從衝突、溝通協調到各方逐漸接受的精彩過程，集大家的力量一起成就臺灣醫療照護的奇蹟。

—參與全民健保二期規劃感言／江宏哲
(中國醫藥大學副校長、國家衛生研究院名譽研究員)

第八章 實施的艱辛～持續調整軌道的全民健保列車

在各界殷殷期盼下，能照顧到全民，尤其弱勢族群的全民健保，終於在民國84年3月1日正式上路。從這天開始，看病不再區分是否有勞保、公保或農保，政府讓全體國民都能享有就醫的公平性，不再有人因為繳交不起醫療費用而需傾家蕩產。全民健保更於日後獲得諸多國際社會盛讚，美國廣播公司（ABC）新聞網曾評價臺灣全民健保是一個公平性很高的社會保險制度；美國公共電視網（PBS）2008年紀錄片「評鑑全球健保」（Sick Around The World）則稱臺灣全民健保的行政管理成本是全世界最低的（不到2%）。

全民健保上路之後到日後屢獲國際社會肯定，這當中仍有許多歷史痕跡不能遺忘，尤其在全民健保剛開辦那段時間，需持續調整一些規定和作業流程，無比艱辛。

* * 全民健保開辦初期浮現的問題

第1任中央健康保險局總經理葉金川教授追憶往事仍說得直白：「真正困難在執行，剛開始執行時很亂，漏洞百出，每天都在處理補救，就好像車子上路了才一直修」。

3月1日開辦當天上午，葉金川總經理走訪觀察各大醫院作業情形，民眾的質疑、爭議、陳情蜂擁而至，他坦言，「執行面出現相當多需要妥協與調整適應的問題，由於民眾對於全民健保改

變他們就醫習慣的規定，初期可說是相當不適應；而對我這個全民健保列車的司機而言，車子開不順又出了狀況，卻找不到原設計的工程師幫忙，中央健康保險局介於衛生署與就醫民眾承上啟下之間，我決定中央健康保險局先做了再說，只要行政能做，民眾願意接受，那就先做吧」。

全民健保開辦之初，主要有幾個問題亟待解決：

■ 未經轉診部分負擔的規定，民眾無法適應

戴桂英教授記得很清楚，全民健保剛開辦沒多久，她持續接受各媒體、電視、廣播電臺邀約，宣導全民健保，有一回，她受邀請上中廣電臺接受聽眾叩應，民眾反映：「我家就住在林口附近，多年來已經習慣去林口長庚醫院看病，且住家附近沒什麼診所可看，以前有勞保時可以直接去林口長庚醫院看病，現在有了全民健保，為什麼我去林口長庚醫院看病反而負擔更重，這實在很離譜」。這類的抱怨，在全民健保剛開辦時，全國各地方健保分局就已經接到這類抱怨電話接到手軟。

時任中央健康保險局總經理葉金川教授解釋，全民健保當初的規劃是，希望民眾可以先到基層診所看病，真的有需要再藉由轉診進入大醫院，不要一窩蜂往大醫院跑，但是民眾看病的習慣非一朝一夕可改變；即使到現在，中央健康保險署（前中央健康保險局）將大醫院的部分負擔提高許多，卻還是沒有辦法阻止民眾到大醫院就醫的陋習，何況是全民健保開辦時，就要推動轉診制度。

全民健保於民國84年3月開辦時，實施部分負擔制度，一開

全民健保二期規劃紀實

始西醫門診部分負擔，醫學中心及區域醫院80元，地區醫院及基層診所50元；牙醫跟中醫則不論是醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所，均只要50元。民國84年4月部分負擔項目調整為較複雜的規定，如門診未經轉診，加重部分負擔金額等（詳下表）。

全民健保開辦時門診部分負擔規定一覽表

實施起日	部分負擔項目		基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心
84年3月	西醫		50		80	
	牙醫、中醫		50			
84年4月	西醫	未轉診	50	80	150	210
		轉診	—	50	80	80
	急診		150		210	420
	牙醫、中醫		50	80		
	慢性病	未轉診	110	190	350	510
		轉診	—	130	180	210
檢查檢驗門診手術		110	180	250	300	

時任衛生署醫政處處長楊漢淥教授也坦言，剛開辦時，部分負擔對民眾的確造成困擾，民怨沸騰。楊漢淥教授強調，全民健保二期規劃時，大家參考很多其他先進國家的社會保險制度，基本上，部分負擔是可以減少一些浪費，雖然效期不會太長久；當時健保二期規劃小組秉持三個原則設計部分負擔：

- 一、不是為了增加收入，而是為了減少浪費。
- 二、部分負擔的設計要讓人很容易了解，不能太複雜。
- 三、要有一些排除適用規定，不能增加民眾就醫的負擔，真正很嚴重的或很窮的，要有配套措施。此外，也希望讓醫療資源充分利用，搭配轉診制度的構想。

「原本轉診的構想，差距沒有這麼大，分級仍維持原本的設計，但草案送到立法院卻被改掉了，立法委員們認為既然要做就要有決心，於是就把不經轉診的部分負擔拉得很高，拉到30%、40%、50%。全民健保一開辦，每個民眾都想不經過轉診就可去大醫院看病，卻又不想付太高的部分負擔，搞得一團亂。3月1日開辦之後，大約4月左右，每個民眾看病都搞不清楚什麼情況可以在大醫院就醫，也不願意付這麼高的部分負擔。」楊漢淵教授分析說道。

《張錦文與臺灣醫院的成長》書中也提及有關門診部分負擔的爭議：

「全民健保開辦以來，諸多重大問題仍需全盤考量，提出解決之道，尤其是部分負擔及轉診問題。本來全民健保的部分負擔採用定率的設計，即民眾若未經轉診，直接赴醫學中心、區域醫院及地區醫院就醫，分別要自行負擔50%、40%、30%的醫療費用，目的在藉不同的經濟門檻，引導病人不要全部湧向大醫院就醫，問題是，許多重症患者無可避免地，需要在醫學中心就醫，但按此比率，將造成負擔過重，如此一來，便有違為重症病人分散風險的醫療保險精神。為免他們因經濟負擔淪為醫療貧民，張

全民健保二期規劃紀實

錦文先生主張在門診部分負擔上，以定額代替定率的設計，這樣除了清楚、明快，也可防堵原來定率的明顯漏洞，即定率制的住院部分負擔只有10%，這樣一來，必然有病人為了省下門診的就醫負擔，乾脆辦住院，這樣個別費用省了，但全民健保的支出反而增加。

除了醫療費用的部分負擔，張錦文先生認為全民健保另一大問題是轉診制度的實施。他認為一向就醫自由、不受任何牽制的國人，一旦強制實施轉診，勢必引起全國民眾反彈，因此，他主張以部分負擔的功能設計，引導轉診制度落實。但是，中央健康保險局在全民健保開辦初期，即規劃實施轉診，並訂定了繁複的部分負擔規定，轉診的設計更是複雜難懂，連醫師要填寫轉診單，花的時間要比看診時間還多，當然立即引起病人和醫界的強烈反彈，也註定此一轉診政策必然失敗的命運」。

這段摘錄，多多少少可反映全民健保剛開辦時的混亂與艱辛，開辦時間過於匆促，許多配套還沒完備，各界反彈及指責聲浪不斷，民怨四起。尤其部分負擔，讓舉國反彈，民眾對全民健保滿意度下降，各界一片撻伐聲。

為此，時任行政院院長連戰先生派出行政院6個政務委員組成6個訪查小組視察，分區去聽取民意，舉辦說明會，讓民眾了解複雜的部分負擔制度，也藉此與民眾面對面溝通，以掌握民怨所在。

當時北區分局由時任政務委員郭婉容女士及醫院協會理事長張錦文先生負責前往訪查，北區分局戴桂英經理也需陪同；基隆

和宜蘭地區則由葉金川總經理陪同王昭明政務委員；花蓮、臺東地區則是孫震政務委員負責視察，由東區分局蔡文欽經理陪同。這當中，最辛苦的莫過於當時的醫政處處長楊漢淵教授，身兼衛生署健保小組執行秘書的楊漢淵教授，必須「全陪」，6個政務委員所到之處，他都親力親為在旁聆聽，跟民眾溝通說明，「執行秘書只有我一個人，每個政務委員我都得陪，開說明會時，我被罵得很慘」，楊漢淵教授至今仍記憶猶新，不忘幽默一下自己。

等這6位政務委員訪查行程結束，中央健康保險局針對6區回報的建議歸納出兩大重點：一個是取消轉診部分負擔的差距；另外一個是鼓勵往健保IC卡單一電子卡的方向研究發展。

隨即，行政院立刻召開臨時研討會，由當時行政院副院長徐立德先生召集衛生署張博雅署長、奇美醫院詹啟賢院長等人針對問題提出對策，很快就決議將一般門診的部分負擔簡化為二級定額制，取消轉診制度，也就是不必實施轉診。簡化結果，一般門診的部分負擔分別是醫學中心及區域醫院100元，地區醫院及基層診所50元，牙醫跟中醫則不論是醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所，同樣都只要50元。

經過行政院、衛生署與中央健康保險局如此快速應變，短短幾個月，民眾對全民健保的滿意度很快明顯提高。根據當年民生報的民意調查，滿意度由民國84年5月的39%提升至50.2%（該年9月），民國85年1月的民意調查滿意度更提升至54.9%。

對比全民健保剛開辦時滿意度僅20%至30%左右，的確振奮

全民健保二期規劃紀實

軍心。第1任中央健康保險局總經理葉金川教授追憶往事，他開玩笑說：「早亂晚亂都是要亂，習慣就好了，開辦時的混亂是可以預期的，也應該可以很容易去克服，我當時預估大約要花半年的時間才會漸漸穩定。事實也證明，半年後民眾漸漸習慣了，這種一回生、二回熟的現象，清楚地反映在攀升的滿意度上，到了9月左右，滿意度已高達6成；等到開辦滿1年，民眾滿意度高達7成，加保率有9成，繳費率則有9成6，財務上有近300億元的盈餘，與其他國家開辦初期相比，成績算是非常不錯」。

■ 紙本全民健保卡只有6格可蓋，換卡不方便

當時行政院派出6位政務委員分區視察、聆聽民意，歸納出兩大問題（民怨），一個是之前提到的部分負擔，另外一個問題就是全民健保卡。當時因為全民健保倉促上路，根本來不及印製全民健保卡，開辦1個月後趕出紙本全民健保卡，背面有6個空格，每就醫1次，醫療院所就會在空格上蓋1個戳章，6個空格蓋滿才可更換B卡、C卡……。

葉金川教授在《全民健保傳奇》書中細細描述：「醫療憑證，也就是全民健保卡的規定，說來也是且戰且走。原先的公、勞保單，受制度規劃者視為醫療浪費的罪魁禍首，因而為了限制過度的方便帶來無謂的浪費，必須對醫療憑證的使用加以限制規範，當時曾參照日本的醫療手冊，健保二期規劃小組曾決定採用手冊或全民健保卡，最後，以單張6格的全民健保卡為定案，這也是我所支持的，有其方便性，但又不至於漫無限制，藉著換卡來限制民眾使用的方便性，避免過度使用而使財務失控。當初規

劃上還有一大主張就是使用IC卡，希望在3月1日全民健保開辦時即人手一卡，只是中央健康保險局受限於開辦時的混亂，實在無暇顧及，只好改以開辦全民健保後，再來規劃全國大連線」。

當初規劃的美意，單張6格，藉此避免民眾漫無節制使用醫療資源，卻沒想到，這成為開辦初期，最主要的民怨之一。

「剛開始我們使用紙本全民健保卡是不得已的，每個人有1張6格的全民健保卡，可是對經常需看多科疾病的老年人來說，很快就使用完了」，時任北區分局經理戴桂英教授還記得全民健保開辦第2個月，她在中廣電臺接受叩應節目時，有民眾打電話反映：「我看1次牙科，做根管治療，1張全民健保卡6格很快就用完了」、「我是老人家，要看很多科，常常要去醫院回診拿藥，1張卡6格我兩次就看光了，還得去換卡，我行動不方便，你們這樣不是很擾民嗎，換卡這麼不方便」等等，罵聲不斷。

經常在外聆聽民眾心聲的戴桂英經理將這些意見帶回中央健康保險局，寫公文呈給葉金川總經理，公文內容是：民眾反映換卡不方便，尤其老年人若行動不便的話，換卡會造成民眾困擾……。葉金川總經理一看，立刻批示並下條子給承保組跟醫管組，批示內容是：因民眾反映換卡不便，中央健康保險局除加強增設換卡據點外，也允許70歲以上老人和身障者可以一次領兩張紙本全民健保卡。

至於6個政務委員全國走透透之後，回饋給行政院的重點之一是，民眾希望改變全民健保卡的使用方式，建議中央健康保險局研議開發全民健保IC卡。也因此，中央健康保險局依照行政院

全民健保二期規劃紀實

「研議全民健保卡一卡用到底」的指示，自民國84年9月20日起辦理「全民健保IC金融卡實驗計畫」。

這項實驗計畫，主要試辦點選在澎湖。由於試驗結果相當成功，中央健康保險局於民國91年7月發行首張全民健保IC卡，民國93年1月1日則全面使用全民健保IC卡，民眾就醫紀錄皆可登錄在IC卡晶片內，正式開啟全民健保E化時代。

提到當時在澎湖試辦，當時擔任中央健康保險局高屏分局經理江宏哲教授是此計畫主要負責人，他清楚說明這段全民健保IC卡的歷史。

「我長年跟在張博雅署長身旁當幕僚，我去高雄當高屏分局經理時，她只跟我講兩件事，希望我能做到，第一件事是要杜絕醫療浪費，第二件事是要重視溝通。因為勞保時代醫療弊端與醫療資源浪費頗為嚴重，即使全民健保開辦，紙本的全民健保卡也很容易造假，有醫療院所居然自創卡號來申報全民健保費用，根本無法可查。所以，當我去高屏分局當經理時，我就把查核是否虛報全民健保醫療費用列為重點工作項目之一，我不只是在高屏地區查，我也查到澎湖去。

我記得有一次，我們有1組人去某診所查核是否虛報全民健保醫療費用，發現診間旁邊居然是雜貨店鋪，裡面擺滿醬油、衛生紙等民生用品，讓民眾用健保紙卡換日用品，診所再去跟中央健康保險局申請費用。結果我們這組專門查核的工作小組才一踏入診所，跟醫師講沒多久的話，診所鐵門就突然被拉下來，執行公務的同仁被關在診所內，幸好在外面還有一兩個同仁在車內

等，他們很機警，發現情況不對勁，立刻打電話去報警，再回報分局，幸而後來同仁們都沒事。

當時陸續有這類事情發生，因而當時我們不斷思考，如何能一卡到底，不需換卡。民國84年的臺灣社會資訊化程度不高，整個環境還不像現在這麼高度電子化，於是總局就開始找懂電子資訊的人來討論，同時也研閱國外做法。同仁們在查資料的過程中得知，當時美國已經著手在做IC卡了，透過IC卡片作為通關身分證明，讓歐洲若干國家彼此資訊可以互通。

時任中央健康保險局總經理葉金川教授聽了同仁們報告國外情況，說IC卡可以透過傳輸把所有資料進行串連之後，立刻要資訊同仁趕緊籌劃有關健保IC卡事宜。

有一天，葉金川總經理來高屏分局，他拍拍我的肩膀，要我去澎湖試辦全民健保IC卡。當時我不解，望著他問說，為什麼選澎湖呢？他回我說，臺灣本島各個縣市交通四通八達，人口比較複雜，澎湖地理環境四面環海，隔離性高，且戶籍人口單純，人口又少，澎湖居民住在島上，不容易跑來跑去。基於這些理由，我們開始在澎湖進行『全民健保IC金融卡實驗計畫』。」

總體來說，全民健保IC卡經歷3個階段的演變，第1個階段，就從澎湖作為起點：

第1個階段，民國84年9月至85年底。

因澎湖歸高屏分局所管轄，時任高屏分局總經理江宏哲教授回憶當時從無到有的過程。一開始，他先去找郵局、電信局與中央

全民健保二期規劃紀實

健康保險局三方合作，讓電話IC卡、金融卡與全民健保IC卡，三卡合一，澎湖縣衛生局也參與其中，「當時臺灣的基礎建設只有這3個，電信局優先在澎湖多裝一些電話IC卡的公共電話；至於郵局，是因為澎湖居民非常依賴郵局進行金融交易等活動，因此中央健康保險局就找電信局和郵局共同合作，我們將三合一卡的功能整合起來，澎湖居民去醫院看完病之後不用繳費，直接從存摺扣款，這叫做三合一全民健保IC卡」。

當時，中央健康保險局內部人員較缺乏設計IC卡相關的專業知識，因此請臺南成功大學團隊協助進行規格建議、資料傳輸並設置傳輸中心，作為第3者監控，透過後臺程式設計管理，可以將IC卡內的資料全部傳回來，可立刻統計，所有資訊清清楚楚，無法作假申報，遏止醫療浪費。

這個試辦計畫第1年，三合一全民健保IC卡就已經發行了1萬多張卡片，當時澎湖全島居民約10萬人。高屏分局也同步進行民意調查，結果發現，澎湖居民對三合一全民健保IC卡滿意度高達96%至98%。至於當初參與此試辦計畫的42家醫療院所當中，滿意度則達87%。

「民眾滿意度高有幾個原因，一個是澎湖居民發現不再需要換卡，遠比原本的紙本全民健保卡方便；其二是經常搭飛機或船往返臺灣與澎湖之間的居民發現，這張三合一全民健保IC卡可以當作身分識別，搭飛機時不用再另外拿身分證出來，這讓澎湖民眾感到非常滿意；至於醫療院所也很滿意的原因是，可節省行政作業流程」，江宏哲教授笑著說，當年他自己也有一張三合一全

民健保IC卡，相當珍貴，值得好好保留珍藏。

第1年試辦結果算是相當成功，當時政府許多部會也紛紛組團前往澎湖觀摩，張博雅署長也親自前往澎湖視察，實際走訪基層，掌握真正的民意。

第2個階段，民國86年。

三合一全民健保IC卡在澎湖試辦大受好評，尤其澎湖民眾非常滿意這張卡，既可看病、直接扣款又可當身分識別之用。因此，內政部認為這模式值得推廣至全國各地，讓全國民眾也可享受此便利，繼而，研考會就想出一個點子，打算推雙卡合一。

「但後來發現行不通」，江宏哲教授解釋，當時政府很認真擬計畫，也勤於去找銀行業者來溝通，但問題癥結在於當時電子錢包仍不合法，除了金融卡可以有電子錢包功能之外，其他的IC卡都不能有此功能設計，就因為缺乏法源基礎，因此責令全民健保IC卡不得兼具金融卡的功能。

更且，當時研考會還有個構想是將身分證也併入，但經過討論之後發現茲事體大，大家擔心個資外洩的資訊安全相關問題。許多專家紛紛提出警告，資料庫愈大，個資外洩的風險就愈大，如果將國民身分證全部都集中在這張全民健保IC卡上，駭客就可以從很多地方侵入，植入某些病毒，後果不堪設想。也因此，此提案後來便做罷了。

直到民國90年，這也是全民健保IC卡進入第3個階段的演變。

全民健保二期規劃紀實

時任中央健康保險局總經理賴美淑教授希望繼續推動全國全民健保卡，因此，將有過澎湖成功經驗且當時任職中央健康保險局醫管處經理的江宏哲教授，提拔為中央健康保險局副總經理，直接督導此專案，目標是向全國發行全民健保IC卡。

當時中央健康保險局內缺乏資通人才，江宏哲教授跟中央健康保險局資訊處經理李菱菱女士尋求支援，「她跟我說，報告副總，我們學的是資訊，健保IC卡則是資訊通訊專業，首先要能讀卡，然後傳輸，後臺還要交換，這些我們都不會」，江宏哲教授當下決定，那就大家一起邊做邊學。

首先，李菱菱女士先去找了一位自告奮勇願意參與的科長，加入江宏哲教授組成的一個小團隊裡，開始向國外取經。當時放眼國際，德國、法國算是做得很好，日本則正開始發展，因此江宏哲教授帶著同仁去國外參觀，實際去學習理論基礎，慢慢從摸索中，找到可發展的方法。

理論有了，接著進入實作，江宏哲教授帶領的團隊又碰到一個瓶頸，他說，「當時資通面臨第一個瓶頸是，我們要把全國各醫院的資訊系統統一，某醫院的姓名欄位可能是3個格子，另外一家醫院可能是4個格子，欄位不同，診斷碼也各個不同，此外，這家醫院對男女性別的定義，跟其他家也不同等等。另外，技術上也需要有廠商來協助，要開全民健保IC卡的規格，也就是晶片內的某個地方要放什麼東西，都需要事先清楚定義，必須要有共同的語言，統一格式與欄位之後，才能將全國各醫療院所的資訊系統進行整合」。

為了解決這個難題，江宏哲教授使出魄力，他邀請各大醫院的資訊室主任一起來商議，起初，大家似乎意願不高，因為要投入很多時間以及金錢，醫院未必首肯。

「我跟他們說，你們都是醫學中心，如果在資訊系統方面走得比別家還快，對你們醫院有好處；另外，由你們來訂定規格，總比由別家醫院訂定規格之後，你們在後頭改來改去反而麻煩，你們先決定好各項規格，自家醫院也比較好適應」，經過江宏哲教授這番懇談，包括臺大醫院、長庚醫院和榮總等醫學中心的資訊室主任都覺得頗有道理，最後同意合力協助。

因此，江宏哲教授立刻啟動團隊合作模式，請各大醫院資訊室主任自行召開討論會議，討論申報時該有哪些欄位，以及將規格統一，至於如何將醫院的資料傳輸回中央健康保險局資訊系統，也需要他們回去設法克服。

當時也是重要關鍵人物的中央健康保險局資訊處經理李菱菱女士憶及往事表示，全民健保IC卡建置計畫是一個艱難使命，各項工作繁重、技術先進，從收集製卡資料，建立IC卡資料管理中心，再建構專屬網路將全國醫療院所連結起來，在當時是空前的大事，因為國內從來沒有任何單位做過這樣的事情，也沒有經驗可供參考，一切只能從零開始摸索。

「當時除了承保資料之外，醫療就診資料更是龐大，為了提高資料正確性及作業效率，全面電子化是唯一可行的方法。所以我們第一步就是開始規劃電子申報辦法及格式，配合獎勵措施，在短短1年內將醫療院所電子申報比率提高至9成以上，奠定日後

全民健保二期規劃紀實

資料處理的基礎」，李菱菱女士娓娓述說。

經過所有人的努力投入，很快地，有關發行全國全民健保IC卡的許多難題也一個一個解決了。現在算是萬事俱備，只欠東風，就在此時，中央健康保險局第3任總經理張鴻仁先生上任。他上任第1天，時任副總經理的江宏哲教授就當面報告，有關全民健保IC卡的準備工作已經就緒，只等總經理點頭，即可啟動。

沒想到，當時中央研究院資訊所出來反對，直指中央健康保險局違反個人隱私，因為全民健保IC卡會把個人照片與名字全都揭露，許多人擔心疾病隱私外洩。戰火甚至還延燒入立法院，立法委員舉辦公聽會、說明會、辯論會，引起當時社會相當重視；最後連總統也進行關切，就連當時副總統呂秀蓮女士主持人權委員會時，還直接抨擊此舉明顯違憲。

眼看事態嚴重，一發不可收拾，江宏哲教授進行危機管理，他去拜訪一位重要人士。

「後來，我們去拜託李遠哲先生，當時他是中央研究院院長。我記得是衛生署長官帶著我去拜訪，我們跟李遠哲院長說，因為民眾對於紙本全民健保卡甚為不便而吵翻天，希望能一卡到底，因此研發全民健保IC卡，希望他能支持。李遠哲院長當時剛從國外回來，知道這是國際趨勢，未來必然要走的方向，但他跟我們說，他願意跟中央研究院的同仁溝通，但沒有把握這些學者會買單。從這件事我又學到，有些人的想法真的跟你不一樣，必須接受」，江宏哲教授微笑說著。

經過無數次與社會大眾溝通，再加上後來獲得陳水扁總統的

支持，爭論逐漸平息。於是在中央健康保險局總經理張鴻仁先生任內，確定對全國發行全民健保IC卡。當時的中央健康保險局副總經理江宏哲教授就開始著手展開徵求廠商印製全民健保IC卡及發送的工作，屆時全國每一個人都有1張全民健保IC卡。

因為這是一個高達40億元的大標案，包括傳輸中心等後臺設備、各分局都要有發卡設備與成本估算等等，「我很緊張，因為當時臺灣有些資訊業者慣於使用黑函策略，一旦沒搶到標案就寫黑函投訴」，江宏哲教授坦言。

為了怕惹事上身，江宏哲教授採取團隊作業模式，一切公開透明。他籌組一個評審委員會，由委員會成員們共同討論決定出如何開規格，如何評選廠商等遊戲規則，同時他去請法務部資訊室主任來參與；沒想到，這位主任本身是檢察官出身，「我很高興，這樣到時候進行投標、審標時，全程有檢察官監視以及政風室的同仁一起，確保整個審標過程透明、公開且公平，避免落人口實」，江宏哲教授說，當時他鬆了很大一口氣。

果然，投標過程圓滿落幕，事後也沒有發生黑函投訴等情形，得標廠商是東元電機，就開始進行全民健保IC卡製作、設計、發卡等工作，由中央健康保險局提供規格，廠商負責完成製作並且在各分局設製卡中心，發卡給全國民眾。

萬眾矚目下，第一張全民健保IC卡在民國91年7月誕生，由當時的衛生署李明亮署長和中央健康保險局張鴻仁總經理共同前往總統府，呈給當時的陳水扁總統。這一刻，同時也宣告著中央健康保險局進入完備的資訊化時代，全民健保IC卡演變於此，圓

全民健保二期規劃紀實

滿落幕。

* * 缺乏人才與場地，健保各分局共同面臨的困難

見微知著，從1張全民健保IC卡的演變過程不難看出行政作業的困難與艱辛。

讓我們再回到全民健保剛實施那段時間，行政院、衛生署與中央健康保險局無不卯足全力，讓全民健保在民國84年3月1日上路後引起的諸多民怨能一一平息，各項爭議也能獲得圓滿解決。當時，全國各地6個健保分局的所有同仁，天天在第一線面對民眾的各種發難，各分局經理更親上火線，協助問題解決，可說是一群勤奮工作的無名英雄，逐漸穩住全民健保開辦初期最混亂的局面，並漸獲得民眾肯定、認同，國人滿意度甚至高達8成。

很多人可能不知道，當全民健保開辦時，中央健康保險局各地分局面臨相當多的困難與考驗，尤其是人力和訓練缺乏問題，頗為嚴重。

時任中央健康保險局北區分局經理戴桂英教授表示，全民健保剛開辦時，各分局需才若渴，「一開始，我們工作人員來自公、勞保的組合，有些是被迫移轉來的，有些是自願來的，有些是還沒訓練完成的，當時從其他單位移轉來的就約有1,500人，加上後來高普考分發進來的，來自不同背景的人聚在一起工作，需要一些時間磨合」。

時任中央健康保險局東區分局經理蔡文欽先生表示，東區分局管轄範圍遍及花蓮與臺東，因為地處臺灣東部，熟悉保險業務

的人才難尋，即使願意也僅是暫調，待不了多久就因為家庭或孩子就學等問題而返回西部，很難能留住人才。

以最基本的電腦打字一事，就讓蔡文欽先生傷透了腦筋。

他還原當年情景：「每個月的承保資料，例如加保、退保、薪資調整、職務異動等資料需有人登打，但花蓮根本沒有電腦設備也沒有人會打字，只好每個月送去臺北找人登打，那時真是十萬火急。日後我們才陸續添購電腦設備，我去東區分局後，深深感覺臺灣東部地區的社會資源明顯不足，這是我覺得全民健保開辦初期比較困難的地方。」

此外，人員晉用有限，留不住人。我們需要高普考的人，即使有分發到這裡來的，半年後，也就是實習期滿之後，這些人紛紛離開回到西部工作。對他們來說，全民健保業務是相當複雜繁瑣，可能不習慣全民健保業務，後來連分發來我們這裡的當地人也離開了，最後我只好去跟人事室說，你給我的人都跑掉了，我自己登報找人。慢慢地，把人補齊，而當年我找來的那批人後來一直工作至今，如今都是元老級的高階主管了」。

時任中央健康保險局南區分局經理呂維熊先生同樣也面臨人才不足的窘境，他提到，「當初南區分局總共只有6個同仁，沒有主管層級的人，為了找人，他去門診中心找護理人員轉任，她們很熟悉打針等醫療業務，但對於看報表、寫公文和寫文章，就不太擅長了」，呂維熊先生笑著回味當年往事，他說自己經常忙到每天晚上8點後才下班，在夜深人靜時，親自執筆幫忙改同仁的公文。

全民健保二期規劃紀實

「當時我只有一位機要秘書，所以從總局來的公文都會直接進到我的辦公室內，我可以在第一時間批核，轉給各單位處理，所以我們南區分局的工作效率很高」，善於正面思考的呂維熊先生說，當時只有他從臺北調往南區分局，也因此他任命的一級主管幾乎都是在地人，這也使得整個團隊特別團結，大家好像一家人，士氣高昂，業務逐漸穩定，不足的人員也慢慢補齊了。

至於臺灣更南端的高屏分局，一樣是苦於尋覓人才。

時任中央健康保險局高屏分局經理江宏哲教授提到，人才難尋是當時每個分局共同遇到的問題，只好各自在當地四處尋訪人才。他的作法是，去高雄大醫院內找負責辦理勞保業務的人，至少有一些經驗，這些被他找來的人，後來都成為高屏分局主要幹部。

「我跟這些人還可以溝通，但再往下層就無法講得懂了，因為這些同仁缺乏基本知識。所以，我在高屏分局辦一個訓練營，我之前在高醫當教授，講課我沒問題；至於教材，我去美國買了一些跟健保相關的專業書籍，我把同仁分組，幾個組長（專委）分工，有些人讀健保收入面，有些人讀支出面，然後這些種子組長再往下帶領同仁，一個一個這樣教，才慢慢把整個團隊的專業素養給建立起來」，江宏哲教授不吝道出他當年如何快速提升同仁專業素養的做法。

全民健保開辦初期，各地健保分局不僅缺乏專業人員，空間場地也相當不足。時任中央健康保險局南區分局經理呂維熊先生笑著說，全民健保開辦後兩個月，葉金川總經理來臺南視察時，

發現南區分局辦公室內東西堆積如山，「我說報告葉總，我知道我們這裡場地很小，老實說，我不知道全民健保能不能永續經營，不敢花錢去租大樓；葉總聽了就一直笑，然後跟我說，場地不夠的問題還是要解決啦」。

既然總經理都如此說了，呂維熊先生也只好照辦，趕緊處理辦公室空間嚴重不足的問題。民國86年7月1日，他在臺南火車站前面租用了台開大樓5個樓層，做為承辦醫療業務的第二辦公室，直到民國90年1月，臺南門診中心裁撤，始將原公保門診中心大樓移作分局辦公室。

* * 為開出第1張繳款單，資訊人員不眠不休趕工

缺人、缺辦公場地，全民健保開辦初期還有個大難題，那就是資訊化作業系統。

為了開出第1張繳款單，中央健康保險局所有資訊人員不眠不休，天天與時間賽跑，甚至日日夜夜守在機房工作測試計費系統，用硬紙板當睡墊，鋪在地上補眠，累了就躺在地上休息。有一次，中央健康保險局總經理葉金川教授來機房視察，看到這番景象，相當不忍，趕緊吩咐秘書室主任去幫資訊同仁買行軍床，「怎麼可以讓他們躺在地上呢」，他說。

時任中央健康保險局東區分局經理蔡文欽先生提到，當時他管轄的臺東與花蓮兩個縣的人口加起來約60萬人，占全民健保總量的3%，是當時中央健康保險局指定做為測試開單作業系統的分局，需配合總局推動電腦化作業，開發計費應用系統。

全民健保二期規劃紀實

「當時總局的承保處副經理蔡淑鈴女士親自來花蓮幫忙，她跟幾個同仁短期派駐在東區分局，不眠不休工作，忙到都沒有時間回到旅館去睡覺，就住在我的辦公室內，在經理室睡覺，忙了一個多星期，才測試成功，開出第1張計費保單」，蔡文欽先生清楚描述，彷彿往事如昨。

時任中央健康保險局總經理葉金川教授也重溫了這個艱辛戰役，他表示：「在中央健康保險局總經理任內，印象最深刻的事，就是連續3天3夜在臺北及花蓮的電腦機房，和資訊處經理李菱菱、承保組副經理蔡淑鈴等人熬夜，為的就是把全民健保收費通知單開出」。

這段歷史，對時任中央健康保險局資訊處經理李菱菱女士來說，更是永誌難忘，她細細述說這段東區開單歷險記：「全民健保籌備與開辦初期，資訊系統經歷了無數規劃、開發、測試及建置等艱辛歷程，由於資料龐大、來源多元，再加上時間的限制，讓資訊人員倍感壓力，那時全民健保資料庫載入約有900萬筆被保險人及1,200萬筆眷屬資料，再加上投保身分共細分為6類14目，每類每目都有不同的保費負擔計算方式，另外還有各種保險費補助、重複加保、追溯加退保、當月轉進、轉出的計算規定，要處理如此複雜的資料檢核及計算公式，應用程式的撰寫已經相當困難，電腦主機又不堪負荷，當時經過無數次的系統修正之後，為了爭取時效，資訊團隊決議快速修改80多支計費程式，同時選擇資料量最少的東區分局，作為進行保費核計與繳款單試開作業的地方。

由於時間緊迫，總局跟分局資訊人員日以繼夜在東區分局機房趕工，雖然早已訂了旅館，一群人卻在辦理住房登記後神隱，直到第5天才現身，讓飯店人員十分不解，原來資訊人員連續數日熬夜趕工，累了就睡在機房報表紙箱上，形成一大奇觀，最後終於在眾人齊心協力之下，在限期7天內成功開出第1張繳款單。

在趕工測試保費核計系統期間，還發生了一個小插曲。由於被推選為開單測試地點，東區分局經理蔡文欽承受莫大壓力，除了指派承保業務同仁全程留守在辦公室外，每隔2小時就送來在地有名的花蓮西瓜，讓不眠不休駐守在機房內的資訊人員提神，一來慰勞眾人的辛勞，二來藉此機會了解趕工進度，資訊人員在吃西瓜的同時，也承受著成果回報的壓力，據傳有人員經此一役之後，每回提到吃西瓜就有莫名恐懼，被笑稱是得了『西瓜症候群』。」

由此可見，為了開出全民健保的第1張繳款單，當時中央健康保險局所有資訊人員承受了無比壓力。然而就是因為大家的犧牲與全力投入，皇天不負苦心人，終於在民國84年6月開出了第1張繳款單，全民健保歷史新頁於焉起航。

時任中央健康保險局資訊處經理李菱菱女士說，當時資訊人員的壓力都相當大，但有件事情始終令她感動在心：「全民健保開辦沒多久，我一直跟長官回報說電腦設備不夠，光是臺北分局就占了全臺灣三分之一的業務量，當時臺北分局經理陳逸峰也很辛苦，我們不斷試跑保費計算，繳款單一直跑不出來，跑了兩天都沒有結果。那時剛好張博雅署長要葉金川總經理去她辦公室談

全民健保二期規劃紀實

事情，葉總經理就跟我說，張署長平常做事很嚴格，到現在保費繳款單都還有問題，妳去的話可能署長會不高興，講話會不好聽；葉總經理擔心我被罵，叫我不用跟他一起去，換成資策會（即財團法人資訊工業策進會）負責規劃業務的梁淑娟女士去，因為梁淑娟女士不是中央健康保險局的員工，張署長會比較客氣。

我一聽，馬上說不行，怎麼可以明知會挨罵的差事還叫別人去，我決定還是由我隨同葉總經理一起去張署長辦公室。當我們報告完畢後，沒想到，張署長一句責備的話都沒有，態度很親切，我們在署長辦公室講話講到一半時，突然幕僚說有我的電話，說保費繳款單已經成功跑出來了，這時，全場的人掌聲如雷，張署長也很高興，她真的當時一句指責的話都沒有，張署長跟葉總經理，都讓我很感動」。

一幕幕往事重現，回想過去那段艱辛歲月，時任中央健康保險局東區分局經理蔡文欽先生也忍不住分享了另一個令他感佩的故事。

大約是全民健保開辦後3個星期，民國84年3月20日這天，蔡文欽先生說：「那天早上8點，我吃完早餐準備去上班時，接到葉金川總經理的秘書楊寶玉女士打電話給我，說葉總經理要我去找他。我一臉疑惑說，去哪裡找他呢？楊秘書說葉總經理人在花蓮，我說我不知道，我的老闆在花蓮我居然不知道，楊秘書就跟我说，葉總經理在花蓮亞士都飯店，所以我飛車趕過去。

我到了飯店，東張西望找不到葉總經理，趕緊撥電話給他，

他還在飯店內睡覺，睡眼惺忪。他跟我說他昨天下午從臺北來花蓮視察，在飛機上睡著了，所有人都下飛機了只剩下他睡著了，空姐搖搖他，提醒他下飛機；他搭了計程車直接去飯店，然後倒頭就睡，睡到隔天早上，直到被我的電話吵醒。我看他在吃早餐時，連續接了兩通電話，一邊吃早餐一邊去櫃檯接電話，也沒能好好吃，然後就搭我的車去分局辦公室視察了，實在是相當辛苦」。

的確，全民健保開辦初期，為了掌握民情，時任中央健康保險局總經理葉金川教授幾乎全國走透透，到每個分局視察、了解各地作業情況以及待解決的問題。

而蔡文欽先生道出的這段小故事，在《全民健保傳奇》書中，葉金川教授也做了如此描述：「我在中央健康保險局總經理任內，印象最深刻的另外一件事情就是，到花蓮視察中央健康保險局東區分局，結果一下飛機到亞士都飯店，從下午4點睡到第2天早上，蔡文欽經理來電話催我，我才醒過來。當時的辛勞、痛苦，一幕幕回想，全都成為過去，只是我生命中的一些花絮而已」。

* * 接受抗議洗禮

全民健保開辦初期，每個地方中央健康保險局同仁面臨的艱辛考驗也不盡相同，這當中，時任高屏分局經理江宏哲教授更是遭遇前所未有的挑戰。

民國84年1月12日，江宏哲教授從臺北南下報到，1月24日成

全民健保二期規劃紀實

立高屏分局，成立典禮當天，時任中央健康保險局總經理葉金川教授親自主持，站在一旁的江宏哲教授旋即「名揚海外」。

江宏哲教授笑憶往事，他說：「高屏分局開幕第1天，我馬上名聲傳到美國，因為當時一群高雄基層醫師協會的人來開幕典禮上拉白布條，抗議全民健保開辦」。

當時基層診所反對政府開辦全民健保，主要是因為在勞保時代，診所收入是沒有保險的民眾自費，再加上勞保的醫療給付；一旦全民健保上路，全民納入全民健保，基層診所醫師擔心會衝擊診所業務；同時，基層診所擔心還得接受中央健康保險局特約醫療院所合約的繁瑣規定，因此揚言杯葛，反對聲浪很大。

也因此，在高屏分局開幕這天，基層診所許多人來現場拉上白布條，透過電視臺現場直播，江宏哲教授遠在美國的同學們都看到電視轉播了，嚇了一跳，紛紛打越洋電話給他，問說：「你怎麼站在那裡被人抗議？」

除了基層診所抗議，當時還有勞工團體綁白布條抗議遊行，江宏哲教授也只能苦笑以對。

他特別強調指出：「這是全民健保剛開辦時特別艱困的地方，高屏分局遇到的挑戰跟其他地方不同，因為高雄在當時可說是臺灣勞工運動非常劇烈的地方。全民健保開辦時，當地的勞工有兩大類，一類是有雇主的勞工，另外一類是自營作業者。他們抗議的點有兩個，一個是因為我們要他們幫忙收保費，所以他們要求衛生署必須給予補貼；另外一個是他們不願意繳保費，說自己是一頭牛被剝兩層皮。以前1張勞保單可以看病，可以領退休

給付，現在開辦的全民健保，既沒有現金給付，也沒有退休金可請領，因此勞工團體時常來抗議。

當時我的態度也很硬，我認為這些都是全民健康保險法的規定，代收款也是法的規定，我沒有額外的錢可以再補助他們，因此他們就串聯起來跟中央健康保險局談條件，不願繳納保費。等於我一上任就接受這樣的抗議洗禮，這也讓我知道，溝通非常重要，尤其當一個政策很倉促實施時，更形重要。我回總局參加主管會議進行報告時，葉總經理就裁示，各分局必須加強跟各相關團體的溝通，那時他去拜訪各地區大醫院的院長，他陪同各分局經理，去拜託各醫院院長配合全民健保政策，爭取認同，大醫院打通了，中小醫院也會跟著走。所以全民健保開辦那半年，我勤跑各單位，不斷跟所有勞工團體、各種工會代表溝通說明」。

值得一提的問題是，勞工團體持續要求代收保費必須給予補貼，因為他們認為工會成立的業務不是為了服務全民健保，他們沒有多餘的費用可作為支付通知大批會員之用。江宏哲教授溝通再溝通也無法抵擋這波抗議，只好轉向衛生署張博雅署長尋求奧援，「代辦費的事情我無法處理，我只好拜託張博雅署長，她親自南下跟工會當面協商，最後同意編列公務預算，幫工會支付郵資，且年年補貼」。

也因為當年張博雅署長衡量大局並願意傾聽民意，設法找到解決方法，爭議才算平息。當年主要的勞工團體代表後來當上立委，對於當年張博雅署長用智慧化解僵局，至今仍感念在心。

全民健保二期規劃紀實

玖

結語

～全民健保，守護全國民眾健康

第九章 結語～全民健保，守護全國民眾健康

無可諱言，全民健保可說是一場巨大的社會變革，對全國民眾的福祉與健康，影響相當深遠。

在全民健保實施之前，臺灣的保險制度主要分為勞保、農保和公保3種系統，當時3種保險的權益不同，費率也不同，而且這3種保險都是以低於應訂的費率收取保費，導致虧損連連，衝擊國家財政。更且，勞保、農保與公保的保險對象各不相同，實際受到保障的民眾只約占全體國民50%，其他未納入保險的半數國人，多為亟需要醫療照護的兒童及老人。

所以，全民健保的誕生，讓政府真正落實憲法精神，做到守護全體國人的健康。

* * 全民健保制度受到國際社會高度評價

徐立德先生在《全民健保面面觀》書中提及，一個健全良好的全民健保制度應該符合8項要求，分別是：

- 一、普遍性原則，亦即應該將所有人民納入保險。
- 二、全面給付，亦即從預防保健、早期診察到治療等等都應該被包括。
- 三、公平的財務制度，簡單來說，就是要負擔公平。
- 四、有效的成本控制，一則減少醫療支出，一則提高醫療資源使用效率。

五、消費者及醫療提供者都能接受，如此才能獲得雙方的合作，制度才能順利運行。

六、有效率的行政，亦即程序不能太複雜，成本不能太高，同時也要達到便民的要求。

七、重整醫療服務結構，良好的全民健保要能鼓勵醫療照護，改善現有制度的缺失，也要能加強鄉村的醫療服務等等。

八、事前的準備，如此可將錯誤減至最低。

前行政院副院長徐立德先生曾指出，「事實上，政府的規劃與推動都是朝這些方向前進。」⁽³⁾

曾先後擔任全民健保一期與二期規劃任務的吳凱勳教授指出，我國全民健保制度，擁有獨步國際的制度架構，其特色包括單一體制，全民納保；全民人手一卡，憑卡就醫；高效率的保險行政與資訊系統；總額支付制度合理控制費用支出；保險費負擔輕，醫療服務快又好；其中的單一體制更成為臺灣全民健保深受國際社會肯定的特點，此處單一體制的內涵包括了單一法制、單一保險人、單一保險費率、單一財務帳戶、單一支付標準、單一支付管道、單一資訊系統以及單一就醫憑證。

紐約時報（The New York Times）於2005年刊載諾貝爾經濟學獎得主保羅克魯曼（Paul Krugman）教授撰文，稱許臺灣的全民健保在未大幅增加醫療費用之下，達成全民納保的目標。

英國醫學雜誌（BMJ）也於2008年強調，美國的健保改革，

全民健保二期規劃紀實

可從臺灣全民健保提高行政效率的經驗中獲得啟發。

美國世界郵報（Global Post）於2009年讚揚臺灣全民健保費用低、就醫方便、公平性高，為亞洲最值得讚譽的制度，值得美國借鏡。

美國有線電視新聞網（CNN）曾於2012年報導臺灣全民健保，報導指出，臺灣實施全民納保、政府擔任單一保險人，締造高水準及成功控制成本，可說是一套值得美國學習的健保制度。

美國普林斯頓大學鄭宗美教授曾在一次訪談中表示，全民健保有一個很重要的核心理念，那就是「人人享有，無論貧富老幼殘病，每個人都得到同等的待遇」，反映了臺灣社會對公平正義價值的共識。也因此，臺灣的全民健保制度可說是兼具了尊嚴及公平性特質。

* * 重要掌舵者，擁有高度政治智慧

如果把時間拉回到全民健保二期規劃，過程中有許多決策待訂定、許多難題待解決，幸而有衛生署署長張博雅女士扮演重要關鍵人物，在若干重要轉折點，勇於承擔。

羅紀琼教授曾指出：「全民健保滿意度很高，被評為是相當成功的公共政策之一，但大部分的人還是要承認，這是一個非常封閉且專業的領域，不是任何人都能插手的。而這個政策會成功，影響因素很多，我個人認為張博雅署長個人的特質是一個相當關鍵的因素，因為她有醫師的背景；此外，她非常體察相關群體的需要，常常適時予以回應，並且具有極高的政治智慧」。（8）

規劃期間，曾在衛生署任張博雅署長幕僚、後來南下擔任中央健康保險局高屏分局經理的江宏哲教授也坦率說出他的觀察：「政治掌舵者必須要很沉穩、勇於任事。首先，我必須說，張署長願意承擔二期規劃工作，當時很多構想在經建會的規劃報告書內，只是大的架構與方向，我們（衛生署）必須進行很細部的規劃，當中會碰到很多政策面的問題，需要一個明快的政策決定。全世界那麼多的保險作法，專家學者們不斷提出來比較，但沒人可拍板定案，張署長經過一段時間沉思，最後明確拍板，決定了，就勇往直前走下去。一個醫師要去決定這樣大的社會工程，以及考量未來可能的深遠影響，當時我在她旁邊當幕僚，我看到她在政策上的果決。

此外，關於決定全民健保實施日期這件事也很有擔當。當時全民健康保險法立法已經通過，但許多基礎建設（例如全民健保卡製作、支付制度等）還沒完全準備好，當行政院要求民國84年3月1日必須如期實施，張署長一肩扛起這個決定，她知道一旦下了決定就無法回頭。其實那時候行政院高層仍有很多擔心，例如財務夠不夠，相關設施能否配合等等，我記得張署長要宣布的前1天還在跟醫界進行診察費的協商，討論一個診次多少錢；另外，中央健康保險局也擔心萬一保險費還沒收回來，如果第1個月要付各醫院幾千萬元付不出來怎麼辦等等，但張署長說，這些問題就一樣一樣解決吧。

一個優秀的領導者進行重大政策決定前，必須看得很遠，而一旦決定了，就勇往直前，絕無退路，這是我在張署長身上看到的特質。」

全民健保二期規劃紀實

「沒有張博雅署長領導，就沒有現在的全民健保」，時任衛生署副署長石曜堂教授下了如此評論。他認為，因為有張署長堅定的意志，如期完成全民健保二期規劃這項重大工程，為日後全民健保制度奠定扎實基礎，不僅受國際社會讚揚，全體國人也因此獲得健康保障，堪稱是我國社會安全制度史上，最重要的里程碑。

* * 發揮團隊力量，成就保障國民健康的社會大工程

除了行政院的決心、張博雅署長卓越的領導力與魄力，健保二期規劃小組在總召集人、副總召集人、執行秘書、高級顧問、各分組召集人，以及所有參與規劃的人員們共同努力下，群策群力，將團隊力量發揮得淋漓盡致；加上開辦之際中央健康保險局各級主管和同仁們願意犧牲許多個人時間，在無數個夜晚或假日仍恪守工作崗位，展現出驚人的執行力；還有特別值得稱讚的，醫界團體不辭辛勞，鼎力配合全民健保制度的上路，都是成就這個社會大工程的幕後英雄。

參考資料

1. 全民健康保險制度規劃技術報告，民國79年12月，經建會都市及住宅發展處全民健康保險研究計畫專案小組
2. 全民健保法入門—保障全民健康權利的憲章，張鴻仁、楊銘欽、李玉春著，民國83年8月，景泰文化事業有限公司
3. 全民健保面面觀，徐立德著，民國84年7月，行政院新聞局
4. 全民健康保險實施六個月評估報告—問題及因應措施，民國84年8月，行政院衛生署
5. 全民健康保險實施一年評估報告，民國85年3月，行政院衛生署
6. 健保速訊百號彙編，民國85年6月，中央健康保險局
7. 全民健康保險實施二年評估報告，民國86年2月，行政院衛生署
8. 專業奇蹟VS.民眾迷思:全民健康保險規畫紀實，張博雅、羅紀琼、劉素芬、楊漢漸著，民國86年8月，桂冠圖書股份有限公司
9. 臺灣地區公共衛生發展史（五），民國84年-86年，行政院衛生署
10. 全民健保傳奇，葉金川著，民國91年4月，財團法人董氏基金會
11. 全民健保傳奇 II，葉金川著，民國92年3月，財團法人董氏基金會
12. 光陰迴廊—臺灣百年公衛紀實，葉金川等合著，民國102年6月，五南圖書出版股份有限公司
13. 全民健保20週年叢書系列005－藍海雲端：全民健保資訊系統建置施政紀實，民國103年12月，衛生福利部中央健康保險署



國家圖書館出版品預行編目(CIP)資料

超越醫療天塹~全民健保二期規劃紀實 /
林芝安採訪撰稿；商東福總編輯。--臺北
市：衛福部，民107. 05

192面； 14.8 × 21公分

ISBN 978-986-05-5892-0 (精裝)

1. 全民健康保險

412.56

107007221

書名：超越醫療天塹~全民健保二期規劃紀實

發行人：陳時中

總編輯：商東福

副總編輯：楊慧芬

編輯：陳淑華、黃泰平、林秋碧、蔡季君、張謝庭、
阮子凌、許珮萱、張靈

採訪撰稿：林芝安

出版機關：衛生福利部

機關地址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488號

機關電話：02-8590-6666

網址：<https://www.mohw.gov.tw/>

設計印刷：麥克馬林有限公司

地址：24142新北市三重區大同南路146巷59號

電話：02-8287-5310

出版年月：中華民國107年5月

定價：新臺幣400元

GPN：1010700684

ISBN：978-986-05-5892-0

著作管理資訊：

衛生福利部保留對本書依法所享有之所有著作權利。欲重製、
改作、編輯或公開口述本書全部或部分內容者，須先徵得著作
財產權管理機關之同意或授權。

超越醫療天塹 全民健保二期規劃紀實



衛生福利部

11558 臺北市南港區忠孝東路6段488號

電話：(02)8590-6666

網址：<https://www.mohw.gov.tw/mp-1.html>

ISBN 978-986-05-5892-0



9 789860 558920 00400
GPN: 1010700684