

衛生福利部委託研究計畫期末報告

年度：108 年度

計畫名稱：建立合理健保財務平衡及資源配置

多元運作模式評析

計畫編號：MOHW108-NHIC-S-113-012001

執行期限：108 年 4 月 9 日至 108 年 12 月 31 日

執行單位：國立政治大學台灣研究中心

計畫主持人：連賢明

協同主持人：許績天

唐孟祺

陳妍蓓

民國 108 年 12 月

中文摘要

健保自開辦以來，雖廣受國內外好評，但健保財務平衡一直是永續經營的最大挑戰。在幾次財務危機時，主管機關礙於政治現實，常退而求其次，透過其他財務手段來增加保險收入或降低保險支出，用以維持財務平衡。為了將收支權責統一，二代健保修法後將費率審議權限賦予健保會，而健保會也於 2015 年決議，以安全準備存量作為健保財務平衡及收支連動的費率審議依據。然而，在此單一費率機制的設定下，保險費率平均約 3-4 年調整一次，多年收支不平衡造成費率需提高相當幅度來彌補多年的財務缺口，衝擊民眾對健保的支持和信心。

本研究參考國際各國健康保險財務經驗，探討不同國家健保財務的運作與制度的設計；透過召開六次的專家學者諮詢會議，結合各領域代表的建議與想法，幫助建立健保財務模擬的設定。在六次專家學者會議得到三點結論。第一、健保財務屬隨收隨付制，安全準備不宜累積過高。第二、費率調整頻率宜增加，以達到費率平滑化目標。第三，費率調整因子考量上，會議間缺乏清楚共識。付費者代表偏重經濟類（如經濟成長率、物價指數）指標，醫界和學者偏重支出類（如總額成長率、非協商成長率）指標。

根據上述專家學者意見，我們擬定六套費率調整方案來進行財務模擬推估，這六套方案透過增加調整頻率、限制調整幅度、維持基本漲幅等方式，以不同途徑來降低健保安全準備。為了比較這些方案的優缺點，我們從調整頻率、調整幅度、安全準備、行政成本、可預測性等面向來評估。希望這些方案能提供主管機關政策參考，尋求適合臺灣的費率調整模式，達到「健保永續經營」的目標。

關鍵詞：保險費率、健保財務、安全準備

Summary

National Health Insurance (NHI) in Taiwan has been acclaimed both domestically and internationally since its implementation. However, the largest challenge for NHI has always been its financing. Whenever financing became insufficient in the past, adjusting premium rates were often not an option due to political concerns; other means to increase revenue or reduce expenditure were used to maintain breakeven.

Since the second generation NHI, the authority to set the insurance premium has been granted to National Health Insurance Committee (NHIC). In 2015, the NHIC decided to use the amount of reserve funds as the only determinant in setting up the insurance premium. Under this mechanism, the premium rate were adjusted only once every 3 to 4 years on average. The resulting insufficient finance would require a steep raise of premium rates when adjusted, which could undermine the support and confidence of the Taiwanese citizens.

This project investigates the healthcare financing in other countries, focusing on their healthcare system and management. We also conducted simulations on the potential healthcare finance plans that based on the experts' recommendations. In particular, six consultation meetings were conducted to solicit the suggestions and recommendations from experts and scholars. Their opinions are summarized as follows: (1) The pay-as-you-go system should be considered instead of saving too much reserve funds. (2) Increase the frequency of premium rate adjustment to avoid premium rate spike. (3) No consensus were found among the participants on the determinants of insurance premium rate. The payers' representatives stressed economic aspects such as economic growth rate and consumer price index. The representatives of providers and scholars emphasized healthcare expenditures such as the growth rate of both the negotiated and non-negotiated parts of global budget.

Based on the scholars' and experts' recommendations, we conducted simulations on six potential plans to adjust premium rates. These plans aim to lower the reserve fund via various methods such as increasing the frequency of premium rate adjustment, restricting the growth of premium rate and maintaining a constant growth rate of premium. We evaluated these plans from several aspects like adjustment frequency, adjustment range, reserve funds, administrative cost and predictability. We hope these plans provide some feasible solutions for the NHI to design a premium rate adjustment mechanism that maintain the sustainability of NHI.

Keywords: national insurance premium, reserve fund, health insurance finance

目錄

中文摘要.....	II
Summary	III
目錄.....	VI
表目錄.....	VIII
圖目錄.....	X
第一章 前言.....	1
第一節 研究背景與現況.....	1
第二節 研究目的.....	8
第二章 臺灣健康保險發展沿革.....	10
第一節 臺灣全民健保制度簡介.....	10
第二節 一代健保財務制度與概況.....	12
第三節 二代健保財務制度與概況.....	20
第四節 全民健康保險會組成與總額協商.....	289
第五節 全民健保現制所面臨之問題與挑戰.....	40
第三章 文獻回顧.....	58
第一節 德國.....	58
第二節 日本.....	86
第三節 韓國.....	100
第四節 加拿大.....	112
第五節 各國經驗總結.....	129
第四章 模型推估與財務調節機制設定.....	141
第一節 推估模型設定.....	141
第二節 健保會推估研究.....	147

第三節 機制設定與推估.....	152
第四節 小結.....	168
第五章 專家學者諮詢會議.....	176
第一節 費率、安全準備與收支連動.....	178
第二節 其他意見.....	183
第六章 結論與建議.....	189
參考文獻.....	194
附錄.....	204
附錄一 第一次專家學者諮詢會議會議紀錄.....	204
附錄二 第二次專家學者諮詢會議會議紀錄.....	215
附錄三 第三次專家學者諮詢會議會議紀錄.....	227
附錄四 第四次專家學者諮詢會議會議紀錄.....	242
附錄五 第五次專家學者諮詢會議會議紀錄.....	254
附錄六 第六次專家學者諮詢會議會議紀錄.....	264

表目錄

表 1-1	全民健保保險費率	3
表 1-2	臺灣 2017-2029 全民健保一般保險費率調漲預估值	7
表 2-1	健保財務危機與解決政策	18
表 2-2	歷年補充保險費收入	22
表 2-3	菸品健康福利捐歷年獲配情形	24
表 2-4	臺灣一代健保與二代健保的差異分析	28
表 3-1	德國公共健康保險各層即決策項目	59
表 3-2	德國法定健康保險(SHI)與私人健康保險(PHI)的不同	62
表 3-3	1880-2011 德國法定健康保險(SHI)的趨勢	63
表 3-4	歷年德國公共法定健康保險 GKV 主要醫療費用支出與保費收入及其 占率	65
表 3-5	德國近十年費率	68
表 3-6	德國健保發展及改革簡表	73
表 3-7	德國各部門總額制度演進	80
表 3-8	日本健保計費基礎彙整	95
表 3-9	日本醫療保險體制及其財源	97
表 3-10	日本醫療照護改革時程	99
表 3-11	韓國健康保險發展簡史	101
表 3-12	韓國健康保險人數與構成比例	103
表 3-13	韓國醫療分級自負額制度	105
表 3-14	韓國健保財務來源	106
表 3-15	韓國保費繳納分類	107
表 3-16	韓國 2011 年服務計畫公共衛生支出比例	109
表 3-17	加拿大健康照護 1995-2010 收入來源占總支出的比例（擇年）	120
表 3-18	加拿大各省醫療費用預算設定表	128
表 3-19	韓國與臺灣保健支出比率(2010-2014)	135
表 3-20	台灣、德國、加拿大總額制度比較	138
表 3-21	各國健保制度比較	139
表 4-1	「全民健保財務平衡及收支連動機制」費率調升試算方案	150
表 4-2	各方案於 106-112 年度健保財務收支及費率之推估結果	151

表 4-3	模式一調整機制設定與比較	156
表 4-4	模式一費率調整概況	156
表 4-5	模式二調整機制設定與比較	157
表 4-6	模式二費率調整概況	157
表 4-7	模式三調整機制設定與比較	159
表 4-8	模式三費率調整概況	159
表 4-9	模式四調整機制設定與比較	160
表 4-10	模式四費率調整概況	161
表 4-11	模式五調整機制設定與比較	162
表 4-12	模式五費率調整概況	162
表 4-13	模式六調整機制設定與比較	164
表 4-14	模式六費率調整概況	164
表 4-15	模式七調整機制設定與比較	165
表 4-16	模式七費率調整概況	166
表 4-17	費率調整審議機制試算方案	169
表 4-18	費率調整審議機制試算結果	170
表 4-19	費率調整審議機制試算結果比較	171
表 4-20	費率調整審議機制方案之比較（預估結果）	172
表 5-1	歷次專家學者會議之場次、與會對象、時間及地點	177
表 5-2	安全準備與收支連動意見彙整	179

圖目錄

圖 1-1	臺灣歷年健保保險支出餘絀（權責基礎）	2
圖 1-2	臺灣全民健保歷年安全準備月數	4
圖 1-3	臺灣全民健康保險收支餘絀預估值	6
圖 2-1	臺灣全民健保基本架構.....	14
圖 2-2	臺灣全民健保歷年醫療費用總額協定成長率	15
圖 2-3	監理會、費協會及健保會職責	30
圖 2-4	健保會組織圖	31
圖 2-5	健保會法定任務及其法源依據	33
圖 2-6	健保會委員組成	34
圖 2-7	年度總額擬定流程	36
圖 2-8	108 年總額協商架構	37
圖 2-9	醫療費用總額與財務責任	39
圖 2-10	二代健保收支連動運作流程圖	43
圖 2-11	臺灣全民健保滿意度趨勢圖	56
圖 3-1	德國健保制度架構圖.....	60
圖 3-2	德國 SHI 組成成員	61
圖 3-3	德國法定健康保險的保費費率	69
圖 3-4	德國健康基金處理 SHI 保險費架構.....	70
圖 3-5	德國中央健康基金的架構	71
圖 3-6	德國疾病基金會與 SHI physicians 議定醫事供給服務預算	77
圖 3-7	德國 DRG 支付制度.....	78
圖 3-8	德國法定保險的問題	79
圖 3-9	DRG 權重表	81
圖 3-10	Grouper 系統圖	82
圖 3-11	德國醫院總額協商架構	85
圖 3-12	韓國健康保險計畫架構圖	102
圖 3-13	韓國歷年受雇人員保險費率	107
圖 3-14	韓國歷年自雇人員保費基準點值	108
圖 3-15	2014 年韓國健康保險支出組成	109
圖 3-16	2010 年各項收入來源占加拿大醫療健保費用比例	121

圖 3 - 17	加拿大歷年(1975-2009 年)醫療支出	122
圖 3 - 18	加拿大歷年(2010-2014 年)醫療支出增長率	122
圖 3 - 19	加拿大歷年(2005-2013 年)醫療支出占 GDP 的比率	123
圖 4 - 1	費率調整公式收入面影響因素.....	142
圖 4 - 2	現制及六種機制設定模式示意圖	153
圖 4 - 3	模式一費率及漲幅調整趨勢	156
圖 4 - 4	模式二費率及漲幅調整趨勢	158
圖 4 - 5	模式三費率及漲幅調整趨勢	159
圖 4 - 6	模式四費率及漲幅調整趨勢	161
圖 4 - 7	模式五費率及漲幅調整趨勢	163
圖 4 - 8	模式六費率及漲幅調整趨勢	164
圖 4 - 9	模式七費率及漲幅調整趨勢	166
圖 4 - 10	4 年平衡，第二至四年每年固定成長 2%與 2.5%.....	167
圖 4 - 11	4 年平衡，第二至四年每年固定成長非協商因素成長率與 50%六成總額、25%經濟成長率、25%薪資成長率	167
圖 4 - 12	4 年平衡，第二至四年每年固定成長五成總額成長率與八成非協商因素成長率.....	168

第一章 前言

第一節 研究背景與現況

臺灣自 1995 年實施全民健康保險制度（以下簡稱全民健保），民眾不論身分皆能在生病時享有妥適的醫療照護，這也造就臺灣成為世界健保制度的典範。由於全民健保的實施，臺灣在過去 20 多年來，在擴大納保對象、減少民眾就醫障礙，與提升醫療可近性等均取得重大進展。但基於臺灣人口老化、醫療科技進步，以及醫療物價指數攀升等緣故，醫療收入成長率不但低於 GDP 成長率，更遠低於醫療費用成長率（行政院衛生署，2004）。不意外的，健保財務成為健保永續發展的最大問題。

圖 1-1 顯示歷年全民健保以權責為基礎的收支餘絀狀況。健保自開辦後，於 1999 當年度首次出現收支失衡的情形（入不敷出約 210 億元），而至 2001、2002 年也每年皆淨短絀 150 億元。因此，健保於 2002 年首次調整保險費率，由原先 4.25% 調整至 4.55%，2003 年度也因費率的調整使收支短絀縮減至 4 億元。但由於健保財務收支缺口日益擴大，健保連年虧損，到 2008 年度時當年淨短絀已高達 140 億元，而在 2009 年更是達到 -317 億的峰值，顯示健保財務失衡問題的嚴重性。

健保收支結構失調有幾個關鍵因素。首先，健保制度在創立之始，為迅速整合既有各類社會醫療保險（包括公保、勞保、以及農保），將原先未享有任何形式社會醫療保險所保障的國民皆概括納入，且讓各類投保人各自採用原有保險的繳費制度。但是，由於此時並未合理的統一制度，使得在這樣的整合之下，不但造成保險對象分類複雜，更因為各類所按照的保險繳費制度參差不齊，使近四成保險對象保險費負擔僵化於一特定金額；即便有六成的投保人是按薪資收入繳費，也因為薪資所得占國民所得比率逐年遞減的趨勢下，保險收入成長率低於整體國民所得成長率，自然更遠低於醫療費用成長率（行政院衛生署，2004）。

另一個保費收入不如預期的原因則是保險費率因政治紛爭而調升不易。雖然健保在設計上納入財務精算制度和安全準備制度等財務責任制度（見一代健保法

第 20 條、第 67 條)，當中明確要求「精算費率與實際費率乖離超過 5%，安全準備溢出健保支出一到三個月的範圍內，或有重大政策改變致影響健保財務者，『應』調整費率，或由主管機關擬定調整費率計畫，報請行政院核定之」，試圖建立保險費率的調整機制（陳孝平，2015）；但礙於政治現實，這套健保財務責任制度並沒有落實。在 2009 年前健保共經歷三次財務危機，而解決財務缺口的方式多半透過其他財務手段來增加保險收入：如公益彩券盈餘分配、菸品健康福利捐；或減低保險支出：防止醫療浪費、調高部分負擔等，盡量以不調整費率作為改善健保財務主要選項。即使在 2009 年短絀已高達 317 億（見圖 1-1），明顯符合當時健保法中費率調整規定的情況下，但主管機關仍未選擇調整保險費率。

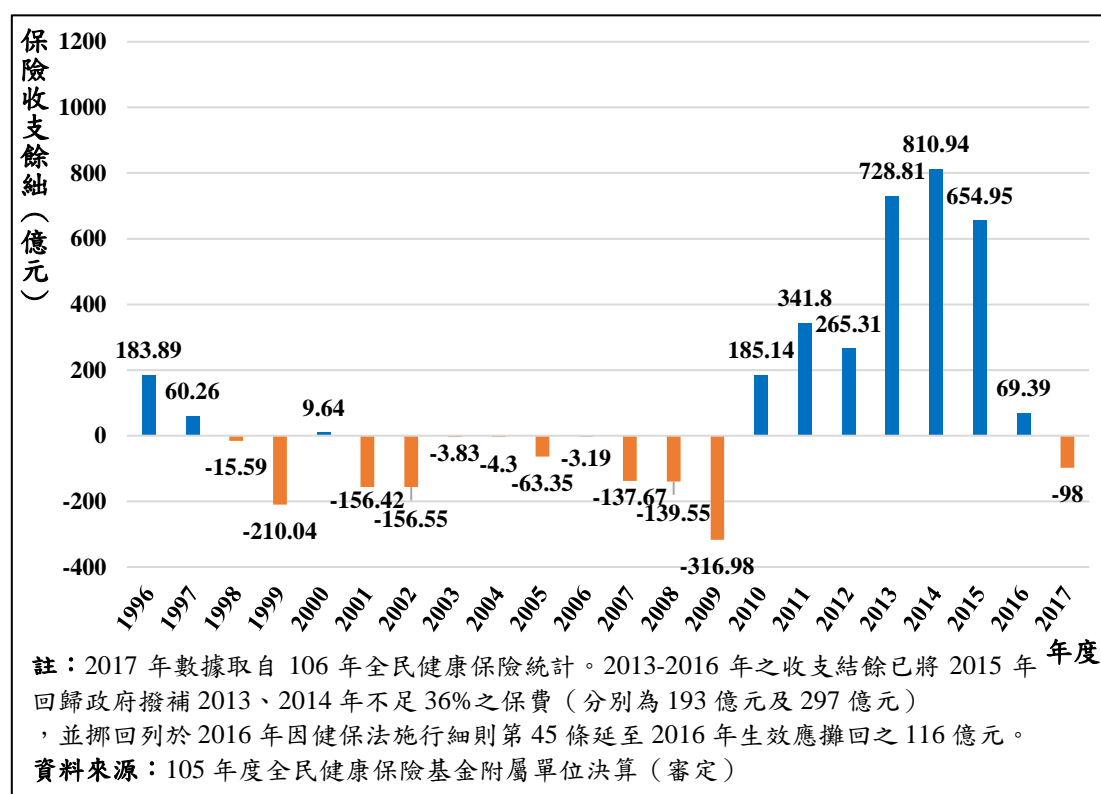


圖 1-1 臺灣歷年健保保險支出餘絀（權責基礎）

表 1-1 列出全民健保開辦以來的歷年保險費率。由表 1-1 可知將時間拉長到二代健保制度（以下簡稱二代健保）實施為分界點，健保在之前僅有兩次費率調整，一次是在 2002 年將費率從 4.25% 調升為 4.55%。另一次是在 2010 年

為彌補日益擴大的缺口，將費率提高至 5.17%。當初拍版決定提高費率的二任衛生署署長，在費率調漲後，一任以借調滿兩年辭職下台；一任以「二代健保法案推動不盡理想」而不願續任。兩位衛生署長的「退位」，顯見健保財務的調整所引發的政治問題，健保調整費率的困難由此可見。

表 1-1 全民健保保險費率

年度	1995 - 2001	2002 - 2009	2010 - 2012	2013 - 2015	2016 - 2018
一般保費	4.25%	4.55%	5.17%	4.91%	4.69%
補充保費	—	—	—	2%	1.91%

資料來源：取自 2018-2019 全民健康保險年報。

為使健保永續發展，行政院從 2001 年 7 月成立二代健保規劃小組，並於 2004 年完成規劃報告。在二代健保制度（以下簡稱二代健保）中，有關健保財務改革主要有三個方向，第一，將保險收入計費由原先以薪資所得為費基的方式，改以使用「家戶總所得」為費基。這項「家戶總所得」改革希望達到：

- (1) 改善民眾轉換工作時須配合辦理轉出、轉入等繁雜的行政手續；
- (2) 計費基礎擴大由「經常性薪資」擴大為「家戶總所得」，有效提升保費收入的所得彈性（梁正德、周麗芳、鄭文輝、陳俊全、劉宜君，2001）；
- (3) 以「家戶」為單位，來改善目前因不同職業別，而有不同保費分擔之差別所造成保費不公（徐偉初、周麗芳、翁文恆、洪明皇，2004）；
- (4) 依所得總額計費則可降低費率，進而減輕只以薪資所得，而未計入資本利得，造成保費計費基礎不公平等問題（徐偉初等人，2004）。

第二，二代健保納入政府負擔健保經費最低下限 36%；第三，將收入面的監理委員會（以下簡稱監理會）與支出面的費用協定委員會（以下簡稱費協會）合併，解決因為收支失去連動而造成健保財務困難等問題，即所謂「兩會合一」。然而，雖然二代健保對健保財務多有琢磨，但立法院最終因對「家戶總所得」可行性有所疑慮，在 2011 年健保法修正案中將健保收入改成雙軌收費：除維持現制保費外，增列了雇主、保險對象之補充保險費。所謂補充性保費在保險對象部分，針

對高額獎金、兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得及租金收入等，在一定金額以上採取就源扣繳方式；在雇主部分（投保單位）則是針對其每月薪資總額與其受雇者每月投保金額總額間之差額，計收補充保險費。另外的兩項財務改革則順利通過：健保將原先收入面和支出面分別掌控的監理會與費協會合併為全民健康保險會（以下簡稱健保會），負責保險費率之審議、保險給付範圍之審議、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配等¹；以及健保的政府負擔經費下限調訂至 36%²。此修正法案於 2011 年通過，2013 年正式實施，後續則稱為二代健保。

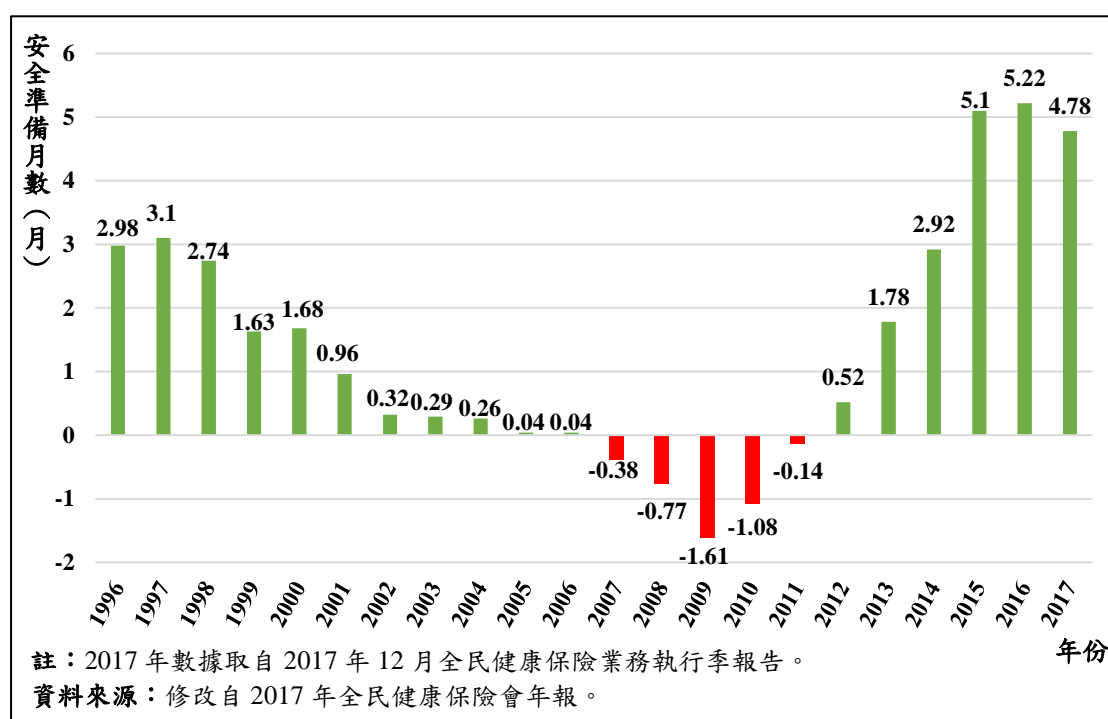


圖 1-2 臺灣全民健保歷年安全準備月數

二代健保實施後，於 2013 年開徵補充保險費（以下簡稱補充保費），每年

¹ 本保險下列事項由全民健康保險會（以下稱健保會）辦理：一、保險費率之審議。二、保險給付範圍之審議。三、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。四、保險政策、法規之研究及諮詢。五、其他有關保險業務之監理事項。健保會為前項之審議或協議訂定，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請保險人同時提出資源配置及財務平衡方案，併案審議或協議訂定。健保會於審議、協議本保險有關事項，應於會議七日前公開議程，並於會議後十日內公開會議實錄；於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動...健保會審議、協議訂定事項，應由主管機關核定或轉報行政院核定；其由行政院核定事項，並應送立法院備查。

² 健保法第三條：政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六。政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六部分，由主管機關編列預算撥補之。

額外增加百億的保費收入：如 2013 年全民健康保險統計動向顯示當年補充保費計收 403 億元（實收 331 億元）。因此項收入高於原先所預期，因此對穩定健保財務有相當正面效果。再加上 2010 年 4 月健保的費率調整收入也超過預期（二代健保實施後費率改成 4.91%），有效改善健保當時之財務困境，也因此使得健保安全準備大增，在 2015 年底安全準備月數高達 5.1 個月（見圖 1-2）。而在健保財務近期無短缺之虞，且有高額的盈餘下，健保於 2016 年度將一般保險費費率由 4.91% 調整為 4.69%，調降幅度為 4.48%，補充保費費率亦隨之調降至 1.91%。

二代健保在財務制度上係以收支連動的方式運作，使協議訂定的總額與審議的一般保險費費率相扣連，讓保險費率可以適時得調整以因應支出成長以達收支平衡。依據全民健康保險法（以下簡稱健保法）第 24 條規定，中央健康保險署（以下簡稱健保署）必須在健保會協議訂定年度總額後 1 個月，提請審議當年度的一般保險費費率，因此「量出為入」為健保平衡財務的根本邏輯（全民健保納保及財務平衡施政紀實，2014）。其收支連動的作法是在支出面透過總額支付制度管控支出成長，在收入面則透過健保財務報告推估出該年度應計之收支平衡費率，供主管機關作為調整費率之參考。但在費率調整上，二代健保則將原來明訂在法條中的調整費率條件取消，改由健保會每年進行費率審議後（見健保法第 5 條及第 24 條），報衛生福利部（以下簡稱衛福部）轉報行政院核定。

為明確費率調整原則，健保會在 2015 年第 10 次委員會議針對費率審議，決議建立全民健保財務平衡及收支連動機制，其決議如下：「當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制。其調漲以當年起（含）第 2 年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額計算為原則；當年起（含）第 3 年年底安全準備餘額超出 3 個月保險給付支出時，啟動保險費率調降機制。其調降以超出之金額計算為原則。」

根據上述健保會所決議的原則，使 2016 年健保費率從 4.91% 調整為 4.69%，當年年底淨結餘降為 70 億元（扣除挪回列於 2016 年因健保法施行細

則第 45 條延至 2016 年生效應攤回之 116 億元)。然而，僅以安全準備存量作為費率調節機制的考量標準，卻也存在疑慮：自費率調降後，保險收入隨之降低，2016 年保費收入成長率為 -2.23%、2017 年保費收入雖相較 2016 年成長了 2.93%，但保費收入與保險給付、呆帳費用、其他收支相抵結餘合計後，保險收支卻淨短絀 98 億元，相較 2016 年降低了 152.7%。由此可知，雖然保險累計餘絀直至年底數字依然可觀(至 2017 年底還有 2,376 億元，約 4.78 個安全準備月數)，但隨著逐倍成長的醫療支出，保險收入卻未同步成長的情勢下，保險累計之安全準備將會快速用罄，並且當安全準備餘額再次觸及費率調整條件時(當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制)，為因應高額的醫療費用，勢必將保險費率大幅的調升，使收入足以支應鉅額的支出。因此，僅以此調整因子作為調節機制的標準，將可能使健保費率調整幅度愈發急遽、引發保險費率將超過法定上限 6% 水準等問題。

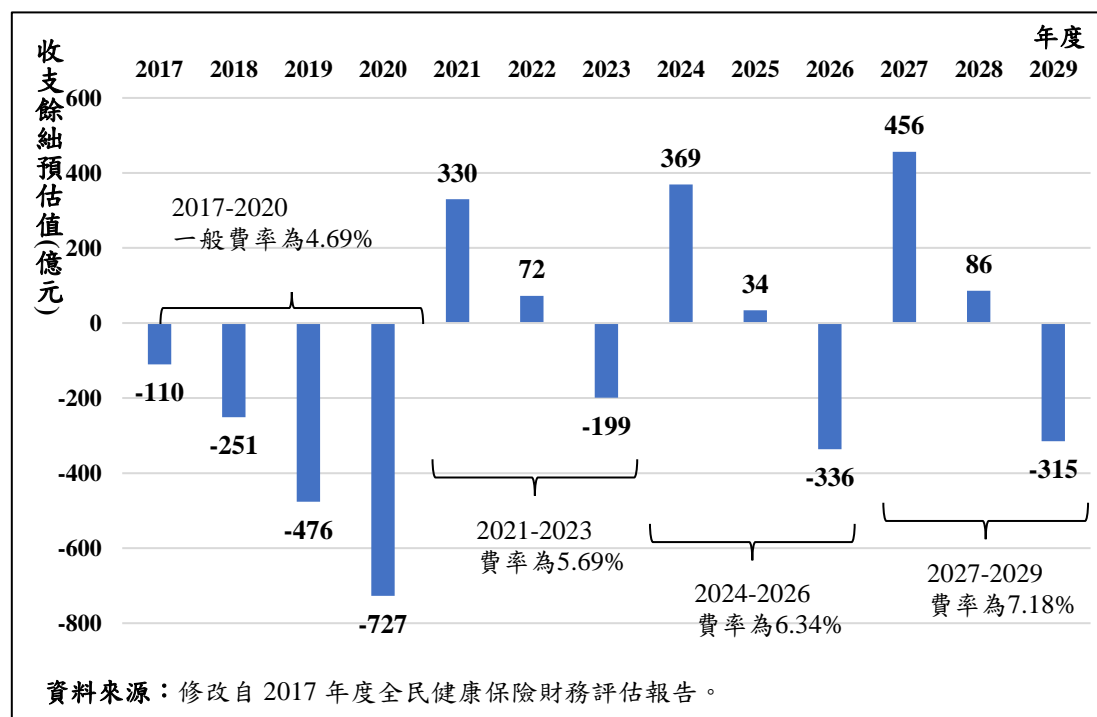


圖 1-3 臺灣全民健康保險收支餘絀預估值

根據健保署 2017 年度財務報告，圖 1-3 顯示 2017-2029 年預估的全民健保收支：2017 年起保險成本已超過保險收入，收支短絀為 110 億元，若於 2020 年之前維持健保費率不變維持在 4.69%，則短絀在 2020 年時會達到 727 億元。

若按照現行費率審議之機制來進行費率之調整，目前預估安全準備將於 2021 年用罄。而隨後要達到收支平衡，保險費率將於 2021 年調高 20% 以上之漲幅（由 4.69% 提高至 5.69%），方可維持三年的健保財務運作，並於調高後第三年再次觸發費率調整的啟動門檻：當年年底安全準備不足 1.5 個月時即調漲費率。除此之外，由於臺灣人口老化快速，財務規劃報告中更指出，接下來若每三年調整一次，每次的調整幅度都將會超過 10% 以上（衛生福利部中央健康保險署，2017）。

表 1-2 為 2017 至 2029 年一般保險費率之預估值，其研究結果顯示：每次調漲的幅度皆超過 10%。假設按照 2015 年健保會所訂定的原則來推估，由圖 1-3 可知，即便維持原來的費率調整機制，健保費率將很快地突破 6%，而觸及健保法第 18 條規定保險費率以 6% 為上限的標準。在這樣的費率限制下，健保不是透過找尋新的財源來增加保險收入，就是要面對修法來放寬健保費率的限制水準，要不然不足以支應龐大的醫療支出成長。再則，2020 年後健保的保險費率調整頻率會由五年降調為三年，如此未來的費率調整頻率和漲幅是否符合民眾預期？是否超過民眾的承受程度，使得健保支持度下降，對健保財務的永續經營不利？

表 1-2 臺灣 2017-2029 全民健保一般保險費率調漲預估值

年度	費率	費率漲(跌)幅
2017-2020	4.69%	-4.48%
2012-2023	5.69%	21.32%
2024-2026	6.34%	11.42%
2027-2029	7.18%	13.24%

資料來源：修改自 2017 年度全民健康保險財務評估報告。

長期來看，台灣的人口結構迅速改變，青、壯年人口及受薪階級將會背負更加龐大的壓力，而為考量世代間健保負擔的平衡、追求健保長期永續經營，在機制調節上，如何參酌人口結構等變數（如人口老化、少子化），將其納入機制的考量中，使平衡機制由短期平衡延伸為長期財務調控，則是健保財務所面臨的長

期挑戰。也因為這些顧慮，多位專家學者在「2019 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」中，建議政府應正視健保財務收支結構性失衡問題，慎重評估是否僅以安全準備存量這單一指標來作為費率調整啟動條件，是否考慮改用多面向來評估影響財務平衡之因素(如經濟成長率、民眾付費能力等其他指標)，對費率方案之推估方式與假設等技術性問題提出建議。無獨有偶的，行政院也於核定 2016 年、2017 年及 2018 年健保費率時，函示衛福部應於健保財務尚有餘裕時，儘速檢討修訂收支連動機制，納入多元判斷標準，並審慎規劃未來費率調整時機及幅度，以降低對社會大眾之影響及衝擊。

由上述可知，健保財務長期仍面臨失衡問題，是否仍僅採用單一安全準備存量指標來作為費率調整啟動機制，還是改用多面向來評估影響財務平衡之因素(經濟成長率、民眾付費能力)等其他指標，來建立一套費率調整機制，是全民健康保險永續經營所需面對的重大抉擇。因此，健保財務改革刻不容緩。

第二節 研究目的

為達到健保永續經營的目標，本研究擬參考國際各國健康保險財務經驗，加以結合不同領域國內專家學者建議，藉以建立健保財務平衡和資源配置多元運作的政策訂定參考。透過臺灣健保收支資料進行財務估算，提供不同期程、各面向的費率調整建議方案，協助健保會進行保險費率及保險給付範圍審議等法定任務。短期目標為因應 2021 年可能之費率調整，長期目標為建立收支連動，適於臺灣的費率調整模式。由於健保財務可略分為收入、支出(總額制度)、以及收支連動這三部分，我們將在第一年計畫著重討論收入和收支連動這兩部分：採用國內外經驗評估收支連動制度，透過健保財務的估算來設定費率調整模式。

根據健保署的財務推估，若持續以安全準備作為單一指標，未來保險費率漲幅均超過 10%。費率調整可能造成民眾對健保支持度下降，不利健保財務的永續經營。今年計畫擬從兩個方面討論健保財務。首先，我們將採用國內外經驗檢視現行健保財務收支連動相關規定是否合理？特別著重其他國家是否也採用安全存量做費率調整單一指標；其次，我們將使用臺灣歷年健保收支資料進行財務

估算，考慮不同期程、各面向的費率調整建議方案，協助健保會執行保險費率及保險給付範圍審議等法定任務給予建議。第一年計畫重點分別敘述如下：

(一) 根據國內經驗來檢視健保財務問題

在國內經驗部分，我們擬回顧歷年總額協商、費率審議過程，並參酌歷年財務收支餘絀情形及相關會議資料，探討歷次健保財務惡化卻無法調整費率原因。我們也將邀請熟稔健保的學者專家、歷屆健保會委員、以及主管機關等，檢視現行財務收支連動相關規定是否合理，和醫療給付範圍、總額上下限之擬訂，以及費率調整審議應考量納入哪些其他收入面及支出面因素等。

(二) 吸收國外經驗來改善健保財務規定

在國外經驗方面，本計畫擬採用四個與我國健保體制、社會發展進程相近國家（德國、日本、韓國、加拿大），瞭解這些國家醫療保險財務收支管控模式，並歸納出這些國家在保險財務上費率調整的基本原則與考量因素，探討健保會現行費率審議方式之合宜性，釐清哪些收入面及支出面因素應納入考量。藉以研擬健保目前財務收支調控機制是否合理？費率審議是否需更多元考量？找尋合適臺灣的收支連動模式。

(三) 使用健保歷年財務資料，估算短中長期的費率調整計算公式

由於我國全民健保支出面實施總額支付制度，計算新年度費率時可以假設年度醫療給付費用總額已知，而在健保費率調整中最重要的因素則為健保收入預估、安全準備存量、費率調整次數和幅度這幾個的部分。我們將根據一般保費費基及補充保險費基進行推估，並提供考量不同社經變數（如經濟成長率、民眾付費能力）、不同費率頻率、以及不同費率幅度等的費率調整模式和對應的安全準備存量以供主管機關參考，藉以因應 2021 年可能之費率審議與調整。

第二章 臺灣健康保險發展沿革

第一節 臺灣全民健保制度簡介

歷經 6 年規劃，全民健保於 1995 年開辦。在 1995 年之前，我國雖有大概 14 種健康保險制度(公保、勞保、農保等)，但因保險的覆蓋面有限，只有 59% 的國民享有健康保險的保障，其他約有四成比例的國民，其中大部分為 14 歲以下孩童及 65 歲以上老年人口並未受到健康保險的庇護(全民健保納保及財務平衡施政紀實，2014)。另外，由於健康保險過於「多樣化」，不同的保險制度存在不同的保險費率與保險給付水準，導致國民間所獲得的保障水準有所差異。

其次，舊有的制度存在財務不獨立的問題。各個健康保險由於沒有規劃一精算費率來收費，往往造成財務收支失衡。當出現虧損時，便完全倚靠政府來補貼，加重了政府的財政負擔。除此之外，支付制度也存在缺少誘因的問題，造成民眾都往大醫院就醫的現象，導致基層醫療照護無法有效的利用及發展(趙喜順，2000)；而在醫療支出上，因為沒有完整及妥善的監管機制，使得醫療支出膨脹、過度醫藥浪費等現象的發生。

因此全民健保在各界的期盼下實施，希望能整合各社會保險系統，將所有分類的被保險人集結統一，以期達到下列政策之目標：一、公平就醫：提供全體國民適當的醫療服務，增進國民身心健康；二、總體經濟效率：控制醫療費用支出於合理的範圍之內；三、個體經濟效率：醫療資源的有效利用(江東亮、文羽蘋、謝嘉容，2014)。

為使政策目標有效的達成，全民健保採取強制納保模式³。這強制納保制度可同時對人民與政府兩方提供保障：除了保障人民就醫的權利，不因身分而有所差別，對政府而言也避免民眾的逆向選擇，而導致其成為「弱勢保險」，進而引發財務不健全的問題。因此，全民健保開辦的初衷，即為透過自助、互助制度，實踐全民納保、就醫平權的目標。

³ 根據全民健康保險法規定第 8 條、第 9 條規定，具有中華民國國籍，符合規定內各款資格之一者，應參加本保險為保險對象。

也鑒於此，全民健保歷經數次修法，逐步擴大加保對象。在 1999 年，健保進行第一次修法，放寬了納保資格及減輕眷屬保費，並且考量弱勢族群的權益，設置政府全額保險補助、設立紓困基金等；在 2001 年，將健保開辦初期未納入保險對象的「軍人」納入全民健保，以保障其就醫的選擇權益；2003 年，面對經濟景氣低迷，社會失業率暴增的形勢下，為保障經濟弱勢群體的醫療權益，落實全民健保免除民眾就醫經濟障礙的目標，健保進行「健保特赦」的修法，給予經濟弱勢者，緩繳保險費的資格（全民健保納保及財務平衡施政紀實，2014），使其在享有醫療照顧服務之餘，能減輕其經濟負擔及壓力...等。根據統計，2019 年 6 月保險對象計 2,391 萬人（2019 年 7 月份全民健康保險會業務執行報告，頁 4），被保險人口涵蓋率已經接近 100%。民眾不論身分皆能在生病時享有妥善醫療資源照護服務的特點，更造就臺灣成為世界健保制度典範。全民健保的實施，大幅提高就醫可近性與公平性，減少民眾就醫障礙（李玉春、黃昱瞳、黃光華、葉玲玲、陳珮青，2014）。

健保的給付範圍十分廣泛，參加全民健保的保險對象，經繳交保險費，便得享有各式的醫療服務。而雖然採行強制納保制度，但是在全民健保的制度下就醫是自由且便利的，民眾可以自由選擇特約醫院、診所、藥局、醫事檢驗機構，接受妥善的醫療照顧服務。然而，在全民皆有權利享有各式醫療服務的同時，為避免出現醫療資源的浪費、道德風險等問題，全民健保設有「部分負擔」。依據保險法規定，除了掛號費外，保險對象尚須負擔 20% 的門診或急診費用和不同自負額比例的住診費用；且在一定條件下，被保險人亦有藥費自費負擔之需要。（施世駿、周怡君，2015）。

在健保行政方面，全民健保採行單一保險人制度，健保署為目前承辦全民健保業務的唯一機構，其統合公勞農保之醫療給付，並下設六分局，處理承保及醫療給付作業（江東亮等人，2014）。並依據衛福部處務規程第 20 條第 5 款規定，衛福部下設健保會以辦理全民健保保險費率、給付範圍之審議及醫療給付費用總額之協定分配等事項；其透過 39 位委員代表，以委員會議議決方式，達成各項

法定任務。另外，在健保財務面上，全民健保屬於短期保險，當期保險費收入只用於支付當期醫療費用及資金周轉（安全準備）所需的金額，因此健保是採用隨收隨付(pay-as-you-go financing) 的財務處理方式，並以「量能負擔(ability to pay)」為原則，建立一套財務自給自足的保險財務獨立自主系統。

第二節 一代健保財務制度與概況

一、保費的收入來源

健保在設計開始的保險財務收入主要來自於被保險人、雇主及各級政府共同分擔的保險費，即健保費基主要為個人薪資所得。而少部分則為外部財源挹注安全準備後（依法只須維持 1 個月的安全準備），先行提撥之補充性保險收入，包括保險費滯納金、公益彩券分配收入、菸品健康福利捐等補充性財源（2011-2012 全民健康保險年報，頁 9）。且依據健保法第 18 條規定，一般保險費率以 6% 為上限。表 1-1 顯示健保費率的沿革，可看出健保費率都維持在不超過 6% 的水準之下。

在保費的計算上，一代健保將被保險人分為六類十四目，分別就不同的服務機構、戶籍等歸類為不同的投保單位，並以不同的分類，針對保費的計算、負擔比率等做不同計費基礎的差異。保費分擔的部分，按比例由被保險人、雇主、政府來分攤，並分為六類模式。其中政府分攤比例依健保被保險人職業及身份差異，補助有 40%（自營作業者）、70%（農民）和 100%（低收入家庭）不等，對於社經弱勢族群則提供及實施各種保費補助，以減輕其龐大的財務負擔。依照負擔能力原則，投保金額依照被保險人不同薪資級距來劃分。

保費計算單位以個人為基礎，但保費繳交時則採用家庭保險制和個人保險制的混和制度（施世駿、周怡君，2015），即被保險人必須繳納眷屬之保險費，採行論口計費制，眷口數愈多者負擔愈重，健保開辦之初，平均眷屬人數為 1.36 人。然而考量社會保險的公平性與每年實際投保人數，隨著少子化的現象加劇，健保

局⁴亦將平均眷屬人數經過多次的調整，至 2014 年 12 月之前，平均眷屬人數已調整至 0.7 人。

而全民健保納入全體國民並徵收健保費，使民眾皆有權利享有醫療服務，但為避免醫療資源的浪費，基於提高被保險人的成本意識，減少「道德風險」的問題，根據健保法規定，全民健保採用「部分負擔」制度：民眾於就醫時，並非完全由保險人來支付醫療費用，而是必須自行負擔一部分的就醫成本，且一般情況下，部分負擔金額會隨著醫療費用增加而遞增。實施部分負擔制度最主要的目的，是藉由「以價制量」的方式來提升民眾成本的觀念，以避免醫療資源的浪費。由於民眾就醫時也必須負擔一部分的金額，而並非完全免費使用醫療資源，因此透過「使用者付費」的概念，以降低發生事後道德危害的機會，減少民眾不必要的就醫行為，進而達到抑制醫療浪費之情形。全民健保開辦前，在各類相關的醫療保險給付項目中，除了公保的 6 種疾病訂有 10% 門診藥費部分負擔外，其餘皆無部分負擔的規定，因而造成醫療資源嚴重的浪費，各類保險也因此發生鉅額虧損。有鑑於此，全民健保於規劃中便極為重視部分負擔制度的設計，冀望藉由部分負擔制度的實施，提高民眾的成本觀念，抑制醫療資源的浪費（全民健保醫療支付與管理施政紀實，2014）。

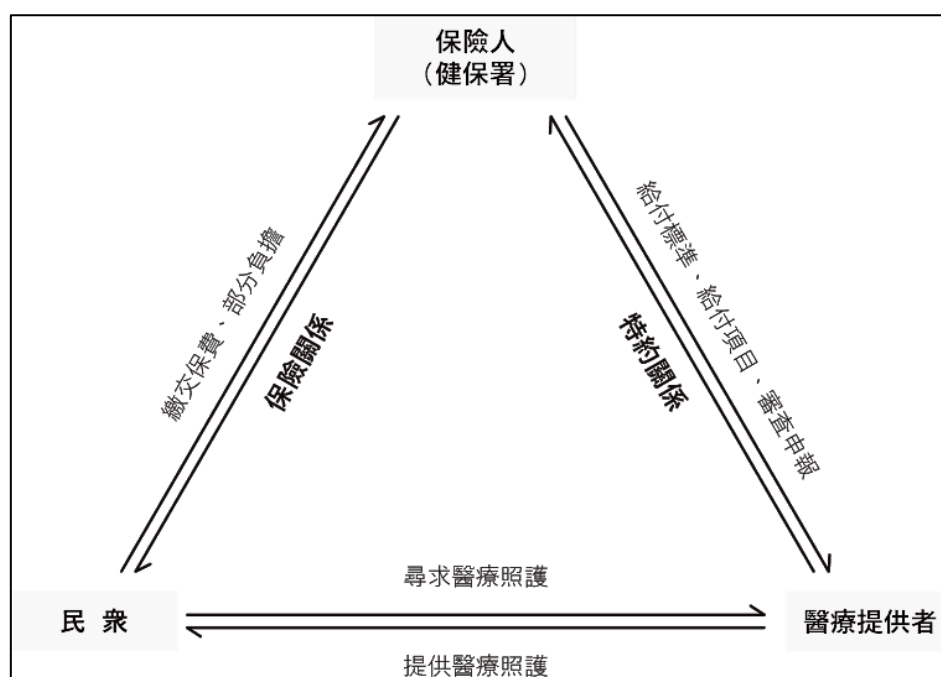
二、健保支付與給付制度

臺灣全民健保為單一保險人制度，健保署為單一保險人，然而醫療服務卻非由保險人來提供。因此在支付制度上，採行第三者付費機制。民眾就醫至醫療院所所花費之醫療費用，扣除部分負擔，其餘由醫療院所向健保署申報醫療費用，健保署則根據支付標準，經核定後支付醫療院所診療報酬（架構見圖 2-1）。

對於被保險人，在醫療給付方面，全民健保基於政治而非經濟的考量，提供統一的綜合醫療給付（江東亮等人，2014）。給付包括：門診（西醫、中醫及牙醫）、住院、急診、藥劑、居家照護、特定預防服務等。並且保險給付只涵蓋勞

⁴ 中央健康保險局（健保局）於 2013 年 7 月 23 日改組為「衛生福利部中央健康保險署（健保署）」，因此本文以下皆以「健保署」表示。

務和實物給付、不包含現金給付（施世駿、周怡君，2015）。但由於病患與醫療服務提供者之間的診療行為，係由第三方的健保署來付費，因此容易產生醫療浪費等問題，為了使健保永續經營，使醫療費用支出控制在合理的範圍內，健保在支出面上須加以控管，以避免醫療資源的浪費與浮報。為此，健保署針對醫療服務機構進行了一系列的支付改革，包括總額預算支付制度的實施，並配合各種支付方案，使醫療資源能有效的管理與使用。



資料來源：取自洪益欣（2019）。

圖 2 - 1 臺灣全民健保基本架構

(一) 總額預算支付制度(global budget system)

總額預算支付制度的實施，是以有限健保資源提供有效率且高品質之醫療服務，有效的控制醫療費用至 5% 以下（2018-2019 全民健康保險年報，頁 30）。各總額部門團體基於提供民眾優質醫療服務的目的，研擬協商項目，爭取更多資源、預算投入，期能獲得付費者代表支持；付費者代表則希望能在兼顧付費者能力下，買到更好的醫療服務。總額支付制度除了能整體性控制每年醫療費用成長外，也使醫界能透過參與全民健保事務提高成本意識，並透過同儕制約或自律之力量，持續提升品質，達到合理控制費用的目的。圖 2-2 為近年各總額部門醫

療費用協定成長率，在 5% 總額費用成長率上限的標準下，除 2017 年整體醫療費用協定成長率達 5.642% 之外，其他年皆控制在 5% 的水準之下。

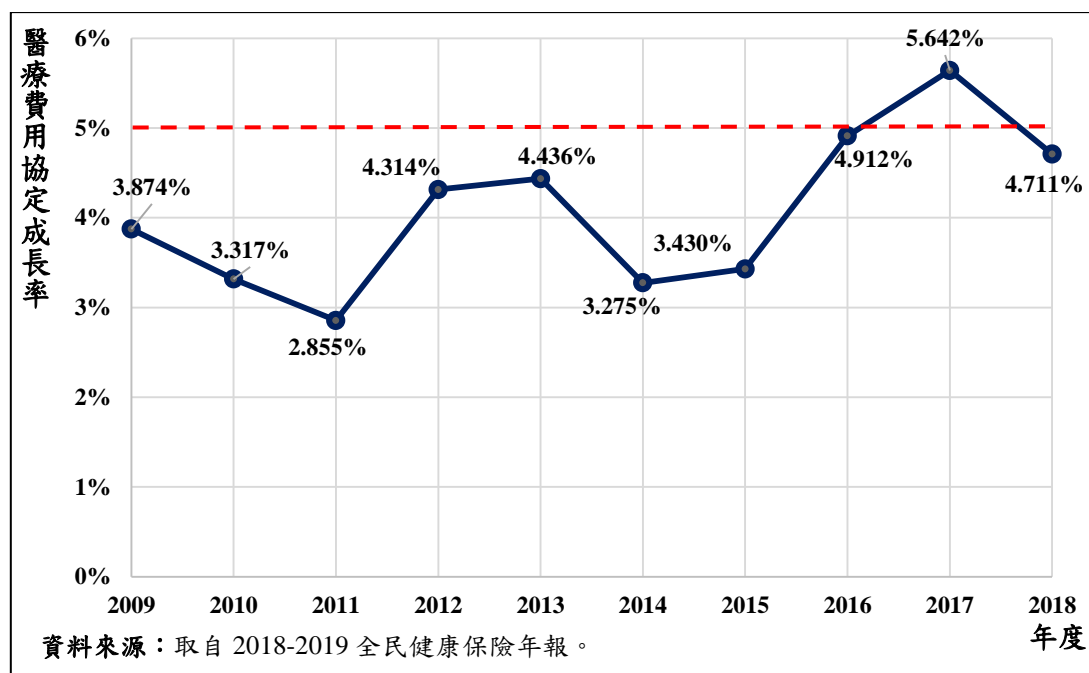


圖 2-2 臺灣全民健保歷年醫療費用總額協定成長率

國家總額預算制度於 1990 年即被全民健保規劃小組所提議建立，至 1998 年首度由牙醫總額制度開始，直到 2002 年才完成全面實施總額預算制。我國健保總額支付採取支出上限制(Expenditure cap)，預先依據醫療服務成本及其服務量的成長，設定健康保險支出的年度預算總額。即在前一年由醫療服務者與使用者，預先協商四大類別（包含牙醫門診、中醫門診、西醫基層、西醫醫院，另有洗腎服務、專款項目等其他預算）的適當醫療費用總額。

一代健保下的總額協定之分配，由費協會所辦理。其由醫事服務提供者代表、保險付費者代表、專家學者、相關主管機關代表組成。協商會議每年於新會計年度開始前三個月決定全民健保醫療給付費總額及其分配方式，透過協商與分配、醫療專業同儕自律，來提高成本意識。

總額設定考量的因素，分為「非協商因素」與「協商因素」兩大類。非協商因素主要是反映自然成長與醫療服務機會成本增加，設有人口結構改變率與醫療服務成本指數改變率、納保人口成長率等；協商因素則是不易用單一量化指標顯

示之因素，各年度有不同考量重點，須經由協商決定來調整預算，其包含保險支付項目或給付範圍改變、鼓勵提升醫療品質、其他醫療服務利用及密集度之改變、醫療服務效率提升、其他因素等對醫療費用之影響（林宜靜、張櫻淳、江東亮，2014）。綜合上述考量因子後，再計算出年度總額預算。

總額預算制度的實施，在醫事服務提供者預知全年預算總額下，可減少以量取酬的誘因，鼓勵服務效率的提升；並透過付費者與醫事服務提供者共同協商，可解決供需雙方利益的衝突。然而，若無法配合其他的支付工具或缺乏完整的監控機制，也將難以鼓勵醫師改變診療行為。

(二) 醫療支付方案

因此，若將總額預算制度視為一宏觀的調控方式，則此方式必須透過其他微觀的支付基準，才能夠確實達到減少資源浪費與改變醫師診療行為的目的，而這些微觀的支付工具包含論量計酬、論病計酬、論人計酬、全民健保住院診斷關連群(DRGs)等配套措施（洪益欣，2019）。在如此多元的支付計算方式，臺灣全民健保的支付計算方式仍是以「論項（量）計酬」(FFS)為主（施世駿、周怡君，2015），亦為大部分國家所採取之制度。但此制度也有缺乏節約誘因、過度醫療現象、價格訂定爭議、難以事先編列預算等弊端，因此醫療在支付制度上仍然面臨眾多的挑戰。健保署也不斷嘗試與試辦其他支付基準，期望尋求能夠同時提升國民健康與減少財務虧損的方案，並達到提升醫療服務品質之目的。

三、財務調節機制

一代健保係以保險財務獨立自主的前提下，建立了一組「依公式不依人」的調整機制。此財務機制以精算作業為主軸、以精算報告為財務調節的基礎（陳孝平，2015）。為維持健保財務的平衡，依健保法規定，保險人至少每兩年精算一次保險費率，方能以較為即時的數據，來作為調節運作的依據。因此，係由健保署提出精算報告，呈現未來 25 年的保險財務收支預估，以及平衡費率的結果，以供主管機關進行費率調整決策及籌劃長期全民健保財務之參考。

在組織架構上，一代健保體制下，財務的收支面是獨立分開的。行政院衛生署（以下簡稱衛生署）下屬部門的監理會負責監督健保的財務收入；而費協會則負責健保的財務支出，使得健保財務組織在收支上各自獨立運作，在相關決策上則是以共同協商做出決議。

而所謂的「依公式」，即表示從精算結果來判斷健保財務的狀況，是處於穩定狀態還是存在需要調整的必要性。啟動調節機制之條件如下：

- 當精算費率與實際費率（法定費率）乖離超過 5%，為主要準則；
- 安全準備溢出健保支出一到三個月之間時，就應調整費率；
- 其他調整時機則為當政策（支付制度、給付內容）有重大政策足以影響健保財務者，或者「應」調整費率，或由主管機關擬定調整費率計畫，報請行政院核定之（中央健康保險署，2010）。

由於臺灣全民健保係屬社會保險的範疇，健保財務具獨立自主性，因此政府並無負擔健保財務最低責任。基於此項原則，為求財務的穩定均衡，必須有「安全準備」的設置，才可在收支失衡時，能及時因應資金不足的缺口，減緩財務短絀所帶來的衝擊與影響。

四、一代健保所面臨的財務問題

全民健保自開辦以來，雖然廣受國內外好評。但健保財務一直是永續經營的最大挑戰：面對人口老化、慢性病患增加、新科技醫療發展、保險費率調整不易等因素，使得醫療費用成長速度高於保費收入的成長。自健保開辦後，於 1998 年度就面臨當年收支短絀的問題（見圖 1-1），雖有龐大的累計盈餘分擔，卻是逐年在消耗，至 2001 年盈餘不復轉為虧損，使健保財務面臨極高警戒。綜觀全民健保歷年保險財務收支餘絀變化情形，根據圖 1-1 可清楚看出，全民健保的財務收支從健保開辦後缺口日益擴大，2001 年缺口達到 157 億元，因此在 2002 年 9 月保險費率由 4.25%調漲至 4.55%，於 2003 年度時，收支的差距從而縮小至 4 億元。不過到 2005 年度時，該支出差距便急遽增大至 63 億元。基於此，健保署針對平衡財務陸續進行多項改革措施，包含財源的擴充、提升醫療品

質及抑制醫療浪費上等方面，以「迎戰」經精算專家估算，於 2006 年年初即可面臨到 15 億元的財務赤字。財務危機與施行政策如表 2-1：

表 2-1 健保財務危機與解決政策

時間	開源措施	節流措施
一次財務危機 1999 ~ 2000	一、查核投保金額 二、中斷投保開單 三、協助弱勢尋求補助 四、爭取代位求償 五、公益彩券盈餘分配 六、菸品健康福利捐	一、防止醫療資源浪費 二、強化藥品特材支付作業 三、查處醫療院所違規行為 四、落實醫療費用審查
二次財務危機 2001 ~ 2002	一、促進健保負擔公平性（擴大保險費費基，拉大投保金額上下限級距） 二、保險費率調漲（從 4.25% 調整至 4.55%）	全面實施總額預算制度（牙醫門診、中醫門診、西醫基層、西醫醫院）
三次財務危機 2004 ~ 2005	多元微調方案： 1.調整投保金額上限（由 87,600 元至 131,700） 2.調整軍公教投保金額（由 82.42%全薪至 87.04%） 3.菸捐及代位求償收入之爭取。 4.拉大社區醫療與大型醫院門診之部分負擔差距。	一、降低就醫次數：減少就醫次數 440 萬次。 二、減少重複檢查、用藥：（一）減少 CT、MRT 重複率。（二）減少醫院門診同一處方開立制酸劑重複率。 三、監控醫療、縮小藥價差：（一）減少藥價差。（二）檢討藥品給付品項。 四、合理調整支付標準，提升醫療照顧品質：（一）「推動」住院診斷關聯群支付制度研擬。（二）合理調整呼吸器依賴患者整合性照顧支付標準。 五、加強院所違規查核。 六、提高欠費回收率。

資料來源：王秀紅（2005）

首先是提升保費的收繳率：對於尚未繳交保險費的保險對象，健保署以專案進行輔導；對於經濟困難的民眾，則提供保費協助措施；對於少數故意拖延繳費的個案，則移送行政執行。二為降低門診次數：透過總額支付制度，加強醫療院

所自主管理，並配合轉診措施、慢性病處方箋、高科技事前審查等措施以降低不必要之就醫。三、弱勢保費補助：衛生署設置健保紓困貸款，並增加社政機關對於低收入戶、身心障礙、失業勞工等補助、轉介公益團體、保費分期貸款等弱勢協助措施，使 155 萬以上弱勢人口受益，順利繳納保險費。四、進行藥價的調整，多次進行藥價調查。此外，為提升給付效益，使有限的健保醫療資源得到妥善配置，積極推動各項節制不必要醫療利用的措施，並從醫療院所及民眾兩端進行著手。針對前者加強醫療院所違規查核、提高詐領保險給付等；後者則是提供多重慢性病人整合性門診照護、加強輔導門診高利用者之就醫等。最後則是持續多元微調方案：調整投保金額上限、軍公教投保金額以及菸品健康福利捐、代位求償收入之爭取等。根據統計，2006 年健保署持續執行健保財務多元微調方案，一年所得實際效益為 230 億元，有效紓解健保短期財務壓力，於 2006 年年底，安全準備尚有結餘 14.27 億元。

然而，雖然上述財務手段與措舉短期內有效降低了短絀的額度，但長期下來健保財務依然是入不敷出，連年愈發虧損嚴重。保險收支乃至 2008 年度高達 139 億元的短絀，更甚至 2009 年度時，該收支差距已然高達 317 億，並且累計虧損已達近 600 億的高峰，財務狀況嚴重惡化（徐偉初、歐俊男、謝文盛，2012；韓幸紋，2013）。為解決收支大量失衡的問題，健保於 2010 年調漲保險費率，由 4.55% 調升至 5.17%，並將投保金額分級表上限由 131,700 元調高至 182,000 元，以及第 6 類人口配合費率調幅調整保險費、政府專案補助其自付保險費新增之差額（設排富條件，綜合所得稅率超過 6% 者不予補助），第 1 至 3 類被保險人投保金額在 40,100 元以下者（月所得約為 51,410 元），由政府專案補助其自付保險費所增加之全部差額（2010 年全民健康保險基金附屬單位決算，頁 19-20）等措施。如此調整下，方才使年度餘絀由負轉正。因此，根據上述的健保財務狀況，一代健保財務存在與面臨幾點問題討論如下：

(一) 人口老化、科技進步使醫療費用成長急遽

雖自 2010 年費率調漲以後，健保財務收支盈餘有逐年提升的趨勢，開始擁

有大量的安全準備，彌補了多年來累計的虧損，但是可以預期的是，隨著人口快速老化，民眾需求與期望日與俱增，醫療科技日新月異，給付範圍不斷擴大等，全民的醫療費用支出會逐年攀升，如此的趨勢下，醫療費用上漲速度將會遠遠超過保費的收入，使得收支失衡的問題會不停地上演。

(二) 保險費率礙於政治現實難以調整

觀看歷年健保經歷財務危機時，健保署所採取之應對政策：其解決財務缺口的的方式多半透過其他財務手段來增加保險收入或是減低保險支出，盡量不以調整費率作為改善健保財務主要選項，因此從健保開辦後至 2012 年的期間內，健保只有兩次的費率調整。而兩次的調整後卻是兩任衛生署長的退位：李明亮前署長在健保成立後首度依照財務責任制調整健保保費，旋即以借調滿兩年辭職下台；楊志良前署長則是在調整健保費率從 4.55% 到 5.17% 後，因二代健保法案推動不盡理想而不願續任。

(三) 保險財務收入與支出面分權掌控

從健保組織架構來看，監理會與費協會分別把持收、支的財務運作，使得收入與支出脫節，無法有效地同步財務使其均衡，僅在相關決策上以共同協商做出決議，使保費來源或增、或減均難以反映在健保費率的調整上，因而造成「收支不連動」，這也是造成一代健保制度下財務無法有效控管的因素之一。

綜上所述，全民健保醫療費用與保費收入年成長率存在顯著差距，進而造成健保財務缺口的問題。但嚴峻的健保財務缺口，卻礙於政治上的現實，使一代健保的費率調整實行艱鉅。不僅如此，健保組織架構上也存在極大的問題：收支面分權掌控，使得收支連動效果不彰。再則，從兩次調漲費率後的財務狀況可以看出，目前制度的設計與運作靈敏度較弱，缺乏回應健保財務變化的彈性，所採行的措施與現有的調節機制，並未能有效解決健保財務的危機，因此為解決一代健保制度下所產生的弊端，使健保體制更加穩健，「二代健保」改革應運而生。

第三節 二代健保財務制度與概況

「二代健保」，為行政院於 2004 年以健保永續發展為目標，推行之健保改

革方案。除了將負責收入面的監理會與支出面的費協會「兩會合一」之外，還提出以「家戶總所得」為費基，作為健保財務財源改革方向，然而此項變革卻是以失敗告終，原因為「家戶總所得」方案造成結構性改變，引發各界疑慮。因此立法院審議中決議改為採取雙軌收費制。最後則是修法明訂政府最低財務責任36%。

一、財務概況

二代健保財務主要財源也係以保險費為主，並挹注其他財源包括補充保險費、彩券收入及菸品健康福利捐而成。一般保險費在二代健保實施後，迄今投保金額分級隨基本工資的調升進行了7次調整，從2013年4月1日基本工資調整為19,047元(最低投保級距19,047元於2013年7月1日起生效)，至2019年8月19日發布2020年1月1日起基本工資調整為23,800元(最低投保級距23,800元也於2020年起生效)。衛福部健保署表示，調整基本工資月薪後，健保投保金額也會隨之上調，因此對健保之一般保費收入也有小程度的影響：根據健保署估算2019年調漲基本工資對健保的影響，其估計調整後全年將增加約16.6億元的保費收入，對健保財務小有幫助。

而關於平均眷屬人數，全民健康保險平均眷口數是雇主除了負擔員工的健保費之外，也要負擔眷屬部分；由於每人眷口數不同，健保署依健保法第10條第1類第1目至第3目以所有有雇主之民眾為基準，並依健保法第29條規定，按被保險人實際眷屬人數平均計算被保險人所屬投保單位或政府應負擔的眷屬人數，作為雇主繳交員工眷屬健保費的計算標準。因此健保署每年皆須依每年實際投保人數來計算平均眷口數是否調整並公告眷口數。自二代健保改革後，平均眷屬人數調整至0.62人，至2016年調降至0.61人，即表示雇主每聘僱一人，除民眾要繳健保費外，雇主繳一點六一人的健保費。而近期因應部分健保會雇主代表認為我國出生率逐年降低，目前的平均眷屬人數標準並未真實反映於2016年的真正水準，及經濟條件面臨挑戰等原因，委員們提議健保署依法調降平均眷口數。因此，健保署於2019年8月公告將平均眷口數調降至0.58

人，始於 2020 年起實施。平均眷口數因應逐年少子化的影響進而調降，使其減少企業主所負擔的投保金額，同時也減輕政府補助的財政負擔，根據推估，平均眷口數若從 0.61 降低到 0.58 人，其中企業主可減少約 30 億元的保費負擔，政府則減少約 17 億元，但這也表示健保一年約減少 47 億元的保費收入。

在保費的計算上，與一代健保較為不同的是，在費率方面，為了確保財務收入的穩定性，取消了「單一費率」制，採行「雙軌制」(2011 年健保法修正案)：除了以經常性薪資對照投保金額所計算出的「一般保險費」之外，「補充保費」把以往沒有列入投保金額計算的高額獎金、兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得或租金收入等項目，在一定金額以上採就源扣繳方式；就雇主的部分(投保單位)則是針對其每月薪資總額與其受雇者每月投保金額總額間之差額，計收補充保費。

表 2-2 歷年補充保險費收入

年度	補充保費總計（億元）
102	403.43
103	468.18
104	474.48
105	443.75
106	449.35
107	463.11

資料來源：107 年全民健康保險統計。

而補充保費自 2013 年開徵後，每年皆可使健保額外增加百億以上的保費收入（見表 2-2），為健保保費擴大了費基，適度彌補實施前以薪資所得計收保險費的不公平現象，符合社會保險量能付費的精神。由表 1-1 觀看補充保費的變革：2013 年二代健保實施後，加徵收補充保費 2%，並將一般保險費費率調降為 4.91%，藉由保險費基的擴大，拉近相同所得者之保險費，達到負擔之公平性；而最近的調整則是自 2016 年 1 月起，一般保險費費率調降為 4.69%，補充保費費率連動調整為 1.91%，並提高執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收

入等 4 項的扣繳門檻由 5 千元調高至 2 萬元。然而，根據健保署統計保險業務指出，受到調降健保補充保費率及提高扣繳門檻的雙重因素影響，2016 年全年補充保費收入約較 2015 年減少 30 億元。且也造成各類補充保費繳費最高額的保險對象，其扣繳的金額也普遍下降。

另外，在保費來源的分配上，為提升政府當局的責任，健保法明定了政府健保財務負擔比率：「政府每年度負擔之健保總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%，不足的部分，由主管機關編列預算撥補之。」因此政府需負擔健保財務 36% 最低之財務責任。而二代健保實施後，健保新制加收保險對象及投保單位之補充保費，以及政府負擔不足法定 36% 之差額保險費，並將一般健保費率由 5.17% 適度降為 4.91%，根據 2013 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告顯示之財務狀況：2013 年保險收入較前年度大幅成長（成長率 9.57%），並截至 2013 年 12 月底止，權責基礎下之保險收支餘絀為 535.81 億元，收支累計結餘為 745.82 億元，約當保險支出月數 1.78 個月。

除上述主要財源之外，菸品健康福利捐也是歷年來健保安全準備主要的財源之一。由於吸菸有害人體，為降低青少年吸菸率及減少菸品消耗量，立法院於 89 年 3 月 24 日三讀通過新增《菸酒稅法》第 22 條，對菸品另行加徵健康福利捐，用於健保安全準備、菸害防制、衛生保健及社會福利。菸品健康福利捐自 91 年 1 月 1 日起開始徵收，每包徵收 5 元，分配全民健康保險安全準備比率為 70%。經過幾次修正案，菸品健康福利捐自 95 年 2 月 16 日起，由每包 5 元調整為每包 10 元，而分配於全民健保安全準備比率由 70% 調高為 90%；98 年 6 月 1 日起則由每包 10 元調高為 20 元，而分配比率由 90% 再調回 70%。而在 104 年為因應總統公布之長期照顧服務法，將菸品健康福利捐作為長照服務發展基金主要財源之一，衛福部會銜財政部於同年 10 月 15 日發布修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」，增列長期照護資源發展之用途，將分配於全民健康保險安全準備之比率由 70% 調降為 50%。而菸稅則在 106 年「菸酒稅法」經修正後，自當年 6 月 12 日起菸稅每包調漲 20 元，而此次調整使菸品消費

受到抑制效果，進而減少菸品健康福利捐之挹注。

表 2-3 菸品健康福利捐歷年獲配情形

年度	獲配金額（億元）
91	55.36
92	72.96
93	67.58
94	73.83
95	152.09
96	181.01
97	180.98
98	189.84
99	239.67
100	241.79
101	238.62
102	247.75
103	229.24
104	209.26
105	171.84
106	161.67
107	139.64

資料來源：中央健康保險署，2019

觀看表 2-3 菸品健康福利捐歷年獲配情形，菸品健康福利捐 104 年調整挹注比例及 106 年調整每包徵收稅額後，在所獲配的金額上皆有明顯的下降，前者因獲配比例縮小而致，後者則因菸稅調漲後，抑制了菸品的消費而致，兩次皆使健保安全準備分配金額亦因此而縮減（約減少 20 至 30 億）。根據上表，截至 107 年底，累計挹注安全準備金額約有 2,853 億元，菸捐分配於健保之安全準備，全數用於挹注全民健康保險疾病診斷治療之醫療費用，其份額約占健保安全準備各項挹注之 93%。因此，該筆款項亦是穩定健保財務不可或缺的財源之一（中央健康保險署，2019）。

最後，二代健保明訂政府對健保有 36% 最低財務責任。在二代健保改革實

施前，政府負擔保險費占一般保險費約 33%至 34%，至二代健保新制實施後，訂定政府應負擔健保總經費法定下限 36%之規定，使政府每年應負擔健保總經費由 101 年度的 1,608 億元增加至 104 年度的 2,090 億元，3 年間已增加約 482 億元之經費負擔。然而，103 年 9 月 25 日消費者文教基金會指出政府 102 年度應負擔 36%之健保費，少支付約 158 億元之意見。蔡玉時（2017）報告指出，造成此情形之主因在於由健保法所規定之相關條文中，並無法直接計算出該數額，致使行政院主計處（以下簡稱主計總處）與衛福部所採用之政府應負擔健保總經費法定下限之計算方式有不同之見解。前者採支出面計算法，即依健保法第 2 條規定：保險經費指保險給付支出及應提列或增列之安全準備、第 3 條第 1 項規定：政府每年應負擔本保險之總經費，不得少於每年保險經費扣除法定收入後金額之 36%，因此其計算方式為：政府應負擔健保總經費法定下限=（保險給付支出+應提列或增列之安全準備－法定收入）×36%，而計算結果若政府已負保險費未達應負擔數，則應補足負擔不足數。

但衛福部則採用收入面算法，審酌第 2 條、第 3 條及第 76 條規定：本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源為本保險每年度收支之結餘、本保險之滯納金、本保險安全準備所運用之收益、政府已開徵之菸、酒健康福利捐、依其他法令規定之收入；本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補等立法意旨，以保險收入反推計算，其計算方式為：（民眾及雇主負擔保險費÷64%）×36%，並未考量安全準備存量。因此，主計總處引用健保法第 78 條，列計 102 年度 1 個月保險給付支出為安全準備總額，在 101 年度安全準備總額尚有 0.5 個月保險給付支出下，102 年度提撥不足數 0.5 個月；健保署則按健保法第 76 條規定，將 102 年度收支結餘 1.6 個月，核實提撥安全準備，累計 102 年度安全準備總額為 2.1 個月；兩者相差 1.1 個月保險給付支出，從而導致兩者計算政府法定下限 36%之差額值，達 158 億餘元之落差（103 年衛生福利部新聞）。

基於此，健保會委員綜整意見並就委員意見併同相關疑義函報行政院及持續

與主計總處溝通協調後，遂於 104 年由行政院協調達成共識，最終依據主計處之算法：政府應負擔健保總經費法定下限=（保險給付支出+應提列或增列之安全準備－法定收入）× 36%。

二、財務調節機制

二代健保的改革將健保的財務調整機制則改為「依人為主、公式為輔」的運作模式，即由健保會成員審視財務指標作為最基本的財務調節機制，降低精算制度的重要性，並且將監理會及費協會合而為一，將財務收支通盤考量，便以落實財務責任制度，期望可以改善一代健保中財務平衡機制運作不良的問題。

先是「兩會合一」。一代健保的財務收支失衡，其造成的主因之一即為收支不連動。然而收支不連動卻是因為健保其收入面與支出面分別為監理會與費協會所掌控，兩會無法一致的連結收入與支出，導致財務上的脫節。因此，二代健保改革主軸即為「兩會合一，收支連動」，將監理會與費協會合而為一建構健保會，並擴大其職權使其擁有統籌保險費率、給付範圍及年度醫療給付費用、總額協議等重大財務事項的審議權力，將總額諮詢、總額協商、費率協商等，串連一套的運作程式由同一機制處理，以期落實收支連動的財務效果（陳敦源、張耀懋，2012）。

調節機制的部分，由於一代健保「依公式不依人」的財務調節機制因種種原因無法明確的落實，因此二代健保取消了「依公式應調整」的強制性條文（陳孝平，2015），並藉由「兩會合一」強化健保會的角色功能：將費率之審議的權責交由健保會決議。並且依據健保法第 24 條保險費率之審議主要內容如下：

1. 健保署應於健保會協定年度總額後 1 個月，提請其審議當年度保險費率。
但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之總額達成平衡時，應重新協議訂定金額。
2. 健保會審議費率前，應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。
3. 於年度開始 1 個月前，依協議訂定之總額，完成年度收支平衡費率之審議，

報衛福部轉報行政院核定後由衛福部公告之。不能於期限內完成審議時，由衛福部逕行報行政院核定後公告。

而在提升「依人」為主體時，相對降低了「公式」的重要性——對精算制度的依賴。主要的措施為取消「精算費率與法定費率相差 5%」的公式作為財務調節機制的啟動因素，以及將保險人至少每兩年精算一次的保險財務精算報告改為每五年精算一次，一次精算二十五年。

三、一代健保與二代健保之差異

臺灣全民健保始於 1995 年開辦，隨著全民健保實施日久，因為外部客觀醫療環境的轉變，及原先健保制度設計上的限制，全民健保相關問題也漸漸浮上檯面：保險費基不健全、財務責任不明確、收支缺乏連動、醫療服務量過度成長等因素，導致健保收支失衡，長年出現收支短絀的情形。健保體制的隱憂再加上社會面臨人口快速老化、新醫療科技設備的革新，費率調整受政治因素干擾等影響，使健保財務更加惡化（郭年真、江東亮、賴美淑，2014），健保改革成了積極必要的排程。表 2-4 比較一代健保與二代健保在制度上的差異與優劣分析。

在「二代健保」改革中，首先在繳費基礎上，增列了補充保險費，因此相較一代健保僅計算個人工作薪資所得，二代健保費基較為擴大；在負擔比例部分，也更趨公平及合理。再來是「兩會合一」的部分：二代健保針對現行組織體制面臨結構性與制度性問題，規劃將現行監理會與費協會之功能整併，由健保會掌理之，來解決目前因收支功能分立，而影響財務平衡之問題。

為達到收支平衡的目標，保險費率須得適時調整，以期保險收入得以因應支出成長。因此，健保會被賦予費率審議的職責，惟此改革方案能達到「權責相符」的目標（李玉君，2008）。但僅有審議權責卻無實質決定權的健保會，能否有效以調整費率來維持收支連動的成效，卻有待商討。

表 2-4 臺灣一代健保與二代健保的差異分析

	一代健保	二代健保
保險費費基與計算	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健保費基主要為個人薪資所得 2. 被保險人分為六類十四目 3. 論口計費，多眷口者負擔重。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 費基為個人薪資所得+補充保費(高額獎金、薪資所得、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入) 2. 維持六類十四目的被保險人分類 3. 論家戶計費制，多眷口者負擔減輕。
健保組織體制	收入面（監理會）與支出面（費協會）分權掌控	整併監理會與費協會，成立「健保會」
財務調節機制	在精算費率與實際費率乖離超過 5%、安全準備溢出健保支出一到三個月的範圍、或有重大政策改變致影響健保財務者，或者「應」調整費率，或由主管機關擬定調整費率計畫，報請行政院核定之。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 被保險人及其每一眷屬之保險費率應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額。 2. 前項審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。 3. 第一項之審議，應於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定後公告。
精算制度	健保保險費率之精算報告，由保險人至少每兩年精算一次，每次精算二十五年。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 取消「精算費率與法定費率相差 5%」的公式作為財務調節機制的啟動因素。 2. 保險財務精算報告，由保險人至少每五年精算一次；每次精算二十五年。
政府最低之健保財務責任	無	政府每年度負擔之健保總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%，不足的部分，由主管機關編列預算撥補之。

資料來源：修改自中央健康保險署（2010）、陳孝平（2015）。

在財務調節機制上，二代健保以「依人為主、公式為輔」取代一代健保「依公式不依人」的原則。儘管健保法規定當健保財務達到調整之標準時，應依法啟

動費率調整機制，然而如此強制性之條文，卻無法明確之落實，其受政治因素影響艱鉅，在行政執行上更加不易。因此，二代健保降低精算制度的依賴性，將一代健保之精算公式弱化為健保安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出「為原則」，因此尚不構成費率調降的積極條件（陳孝平，2015）。最後，則是二代健保所新增之條文：規範政府須負擔最低財務責任 36%，明訂政府在健保財務上的法定責任，以維持社會保險的精神及保險財務的穩定。

第四節 全民健康保險會組成與總額協商

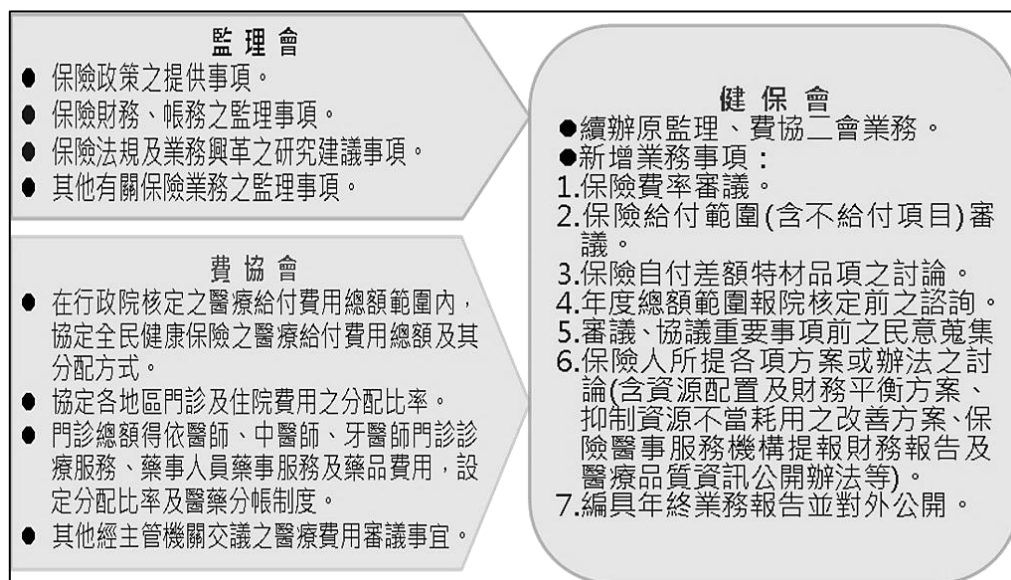
一、全民健康保險會組成簡介

（一）全民健康保險會發展歷史、行政架構與法源基礎

1995 年全民健保開始實施，在以財務平衡和永續發展的基礎為運作目標下，全民健保政策的設計乃針對健保財務，分設監理會和費協會各自處理健保財務收入與支出的事項。監理會與費協會皆為衛生署下的任務編組，前者著重於利害關係人對政府運作的監督，後者則在政府制定的總額框架下分配健保費用。兩會的組織結構皆以付費者（包含被保險人和雇主代表）、醫事服務提供者、學者專家以及政府代表為主。儘管在決策結構上納入利害關係團體，但制度設計的缺失以及選舉政治的干擾，引發許多批評，甚至造成財務失衡與政治危機（羅凱凌，2017）。監理會和費協會分立的缺點之一在於健保收入與支出分屬兩個不相隸屬機構處理，收入與支出容易過於脫勾，進而使得健康險赤字擴大機率增加，此亦是二代健保的一項建議重大改革之一，希望兩個委員會合併，未來討論費用事宜時，能夠同時考慮收入和支出，以避免收入、支出過於脫勾，而擴大赤字（陳敦源、張耀懋，2012）。因此，二代健保的改革將委員會組織定位、審議權限以及代表選任都進行調整，合併一代健保監理會、費協會其職掌及擴大功能，並新增審議保險費率及保險給付範圍等任務，期待提升效率、落實二代健保「財務收支連動」及「建構社會參與平台」之核心精神，自 102 年起整併為保險會（全民健康保險會，2018）。

圖 2-3 為根據全民健康保險會（2018）所整理的監理會，費協會，以及整

合後的健保會，三者之間業務職責比較。我們可以發現，監理會在一開始的主要工作職責在於保險政策的提供、保險財務及帳務之監理、保險法規以及業務興革相關研究建議，以及其他有關保險業務的監理等；相對的，費協會的工作職責則在於在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定全民健康保險之醫療給付費用總額以及其分配的方式。同時也需要協定各地區門診與住院費用之間的分配比率。門診總額則依據醫師，中醫師，牙醫師門診的診療服務，藥事人員藥事服務與藥品費用，透過此來設定分配的比例以及醫藥分帳的制度。以及其他經主管機關交議之醫療費用審議等。而兩會執掌整合後之健保會，則除了繼續原有監理會以及費協會兩會既有的業務職責外，同時增加下列業務，包含**(1)**保險費率的審議；**(2)**保險給付範圍（含不給付項目）的審議；**(3)**保險自付差額特材品項討論；**(4)**年度總額範圍報院核定前之諮詢；**(5)**審議以及協議重要事項前的民意蒐集；**(6)**保險人所提各項方案或辦法之討論，包含資源配置與財務平衡方案，抑制資源不當耗用之改善方案，保險醫事服務機構提報財務報告及醫療品質資訊公開辦法等；以及**(7)**編具年終業務報告並對外公開。

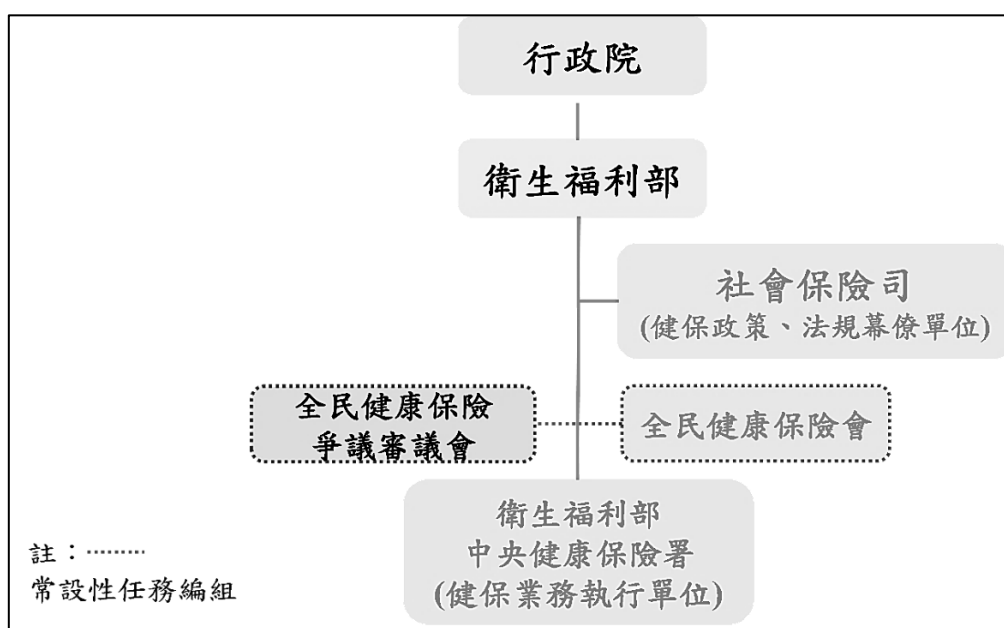


資料來源：全民健康保險會（2018）。

圖 2 - 3 監理會、費協會及健保會職責

羅凱凌（2017）指出監理會、費協會整併成健保會後，在財務平衡面、法律

位階及決策程序上有幾項改革。在財務平衡面，將監理會和費協會兩會合一，使財務收入與支出的權限集中於同一組織，並擴大審議權限，包括財務收入的費率決議、後端的費用分配，以及總額框架等，相關重要政策都必須經過健保會審議。透過財務收入與支出的權限集中，進而避免收入、支出過於脫勾，而擴大赤字的狀況。在法律位階上，配合行政院組織改造，健保會為衛福部裡的任務型編組，是健保政策中最高的合議制機關。再則，就決策程序而言，法律規範之相關提案都必須經過健保會審議，政府與各委員皆有提案權，決策上多採共識決，尤其是健保總額之協商議案，皆採對等協商的模式進行。其他案件若有特殊爭議才以表決超過半數的方式進行。基本上各與會團體皆可在會議中發表意見，確保利害關係人的政策立場受到重視。



資料來源：全民健康保險會（2018）。

圖 2 - 4 健保會組織圖

台灣目前全民健保相關業務分屬行政院衛福部轄下不同單位負責。具體而言，衛福部下之健保署直接負責執行相關全民健保業務事項。此外衛福部之社會保險司（以下簡稱社保司）在業務上亦為負責相關全民健康保險政策以及法規幕僚單位。除此之外，衛福部轄下亦有兩個常設性任務編組，其一為全民健康保險爭議審議會，以及健保會。健保會與其他健保業務單位（機關）包括衛福部社保司、

全民健康保險爭議審議會，以及保險署之權責分工如圖 2-4（全民健康保險會，2018）。

至於保險會依循之法源，則主要依據健保法第五條所規定，其條例說明如下：

「本保險下列事項由全民健康保險會辦理：

1. 保險費率之審議。
2. 保險給付範圍之審議。
3. 保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。
4. 保險政策、法規之研究及諮詢。
5. 其他有關保險業務之監理事項。

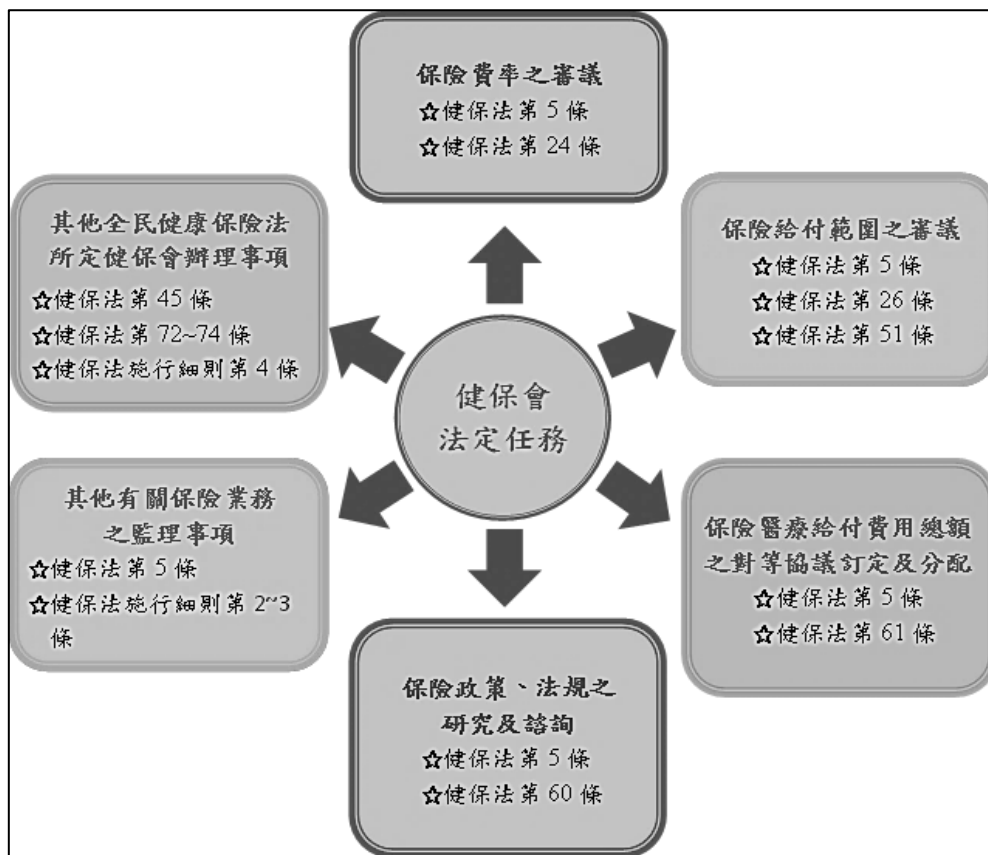
健保會為前項之審議或協議訂定，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請保險人同時提出資源配置及財務平衡方案，併案審議或協議訂定。

健保會於審議、協議本保險有關事項，應於會議七日前公開議程，並於會議後十日內公開會議實錄；於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。

健保會由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成之；其中保險付費者代表之名額，不得少於二分之一；且被保險人代表不得少於全部名額之三分之一。前項代表之名額、產生方式、議事規範、代表利益之自我揭露及資訊公開等有關事項之辦法，由主管機關定之。健保會審議、協議訂定事項，應由主管機關核定或轉報行政院核定；其由行政院核定事項，並應送立法院備查。」

根據前述健保法第 5 條明列健保會的法定任務，健保會綜理業務包含保險費率之審議、保險給付範圍之審議、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配、保險政策、法規之研究及諮詢、以及其他有關保險業務之監理事項。以上五項為健保會之法定任務。除了健保法第五條的清楚法定明列之外，根據健保會設置要點第 2 點規定，健保會任務如圖 2-5 所列六大項。換言之，健保會的業務內容，主要包含保險費率的審議（健保法第 5 條，第 24 條），保險給付範圍的

審議（健保法第 5 條，第 26 條，第 51 條），保險醫療給付費用總額之對等協議訂定與分配（健保法第 5 條，第 6 條），保險政策，法規之研究與諮詢（健保法第 5 條，第 60 條），其他健保法所定健保會辦理事項（健保法第 45、72、73、74 條，健保法施行細則第 4 條），以及其他有關保險業務之監理事項（健保法第 5 條，健保法施行細則第 2、3 條）。



資料來源：全民健康保險會（2018）。

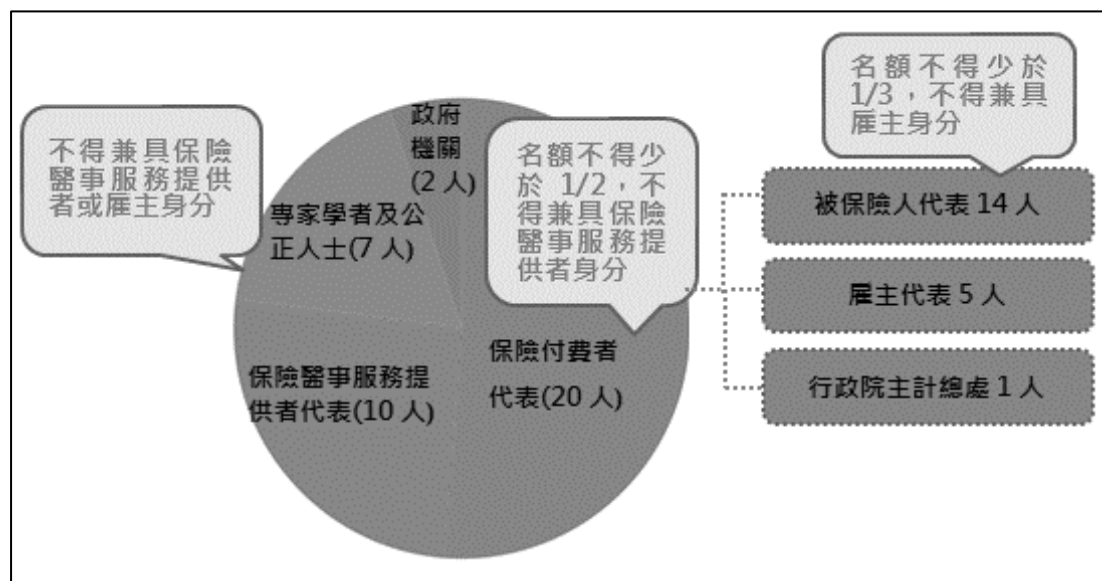
圖 2-5 健保會法定任務及其法源依據

（二）健保會人事結構

健保會的人事結構主要根據全民健康保險會組成及議事辦法進行，依 108 年 2 月 12 日修正之組成辦法第 2 條第 1 項可以發現，健保會的人事結構應該顧及(1) 被保險人之委員代表性，以及(2) 議事內容討論具專業性以及公正性。由於健保會所綜理的事務影響層面廣泛，因此為了使其參與審議的代表具有代表性，依據組成及議事辦法規定，保險付費者代表之委員，不得兼具保險醫事服務提供者身分；被保險人代表之委員，不得兼具雇主身分；專家學者及公正人士之

委員，不得兼具保險醫事服務提供者或雇主身分（全民健康保險會，2018）。

依 108 年 2 月 12 日修正之組成辦法第 2 條第 1 項、第 5 條第 1 項規定，健保會置委員 39 人，由保險付費者代表 20 人（含被保險人代表 14 人、雇主代表 5 人、行政院主計總處 1 人）、保險醫事服務提供者代表 10 人、專家學者及公正人士 7 人、國家發展委員會及本部代表各 1 人組成。第 4 屆委員任期自 108 年 3 月 1 日起至 109 年 12 月 31 日止（全民健康保險會，2019）。與過去制度相比，監理會和費協會的政府代表至少占四分之一，但健保會的政府代表比例下降，而提高付費者和醫事服務提供者的比例，且增加倡議團體的名額。而與會團體在形式上多為政府選任，實際上則多由相關組織推派二至三名，再由主管機關決定。其目的就是希望能透過社會基礎穩定或具公共利益的團體，強化委員會的決策正當性。並藉由公共參與的擴大，讓參與制度更傾向利害關係人協商的模式，以處理過去政治和專業對立的困境（羅凱凌，2017）。



資料來源：全民健康保險會（2018）。

圖 2-6 健保會委員組成

另依組成辦法第 2 條第 2、3 項，被保險人代表 14 人，其中 11 人由本部參照被保險人類別，洽請有關團體推薦後遴聘；3 人以公開徵求方式，遴選依法設立或立案之團體推薦後遴聘；雇主代表、行政院主計總處、保險醫事服務提

供者及國家發展委員會之委員，由本部洽請有關機關、團體推薦（全民健康保險會，2019）。組成辦法第 5 條第 2 項及第 7 條並規定，保險付費者及保險醫事服務提供者代表之委員，以連任一次為原則，並且每屆應至少更替五分之一，以擴大社會參與，容納更多元意見；委員任期內親自出席委員會議達三分之二之次數，為續聘之必要條件。又組成辦法第 15 條之 1 規定，被保險人、雇主及保險醫事服務提供者代表之委員或其代理人，應本於其代表性，出席會議、發言及參與表決（全民康保險會，2019）。健保會委員組成如圖 2-6。

二、全民健康保險會總額協商

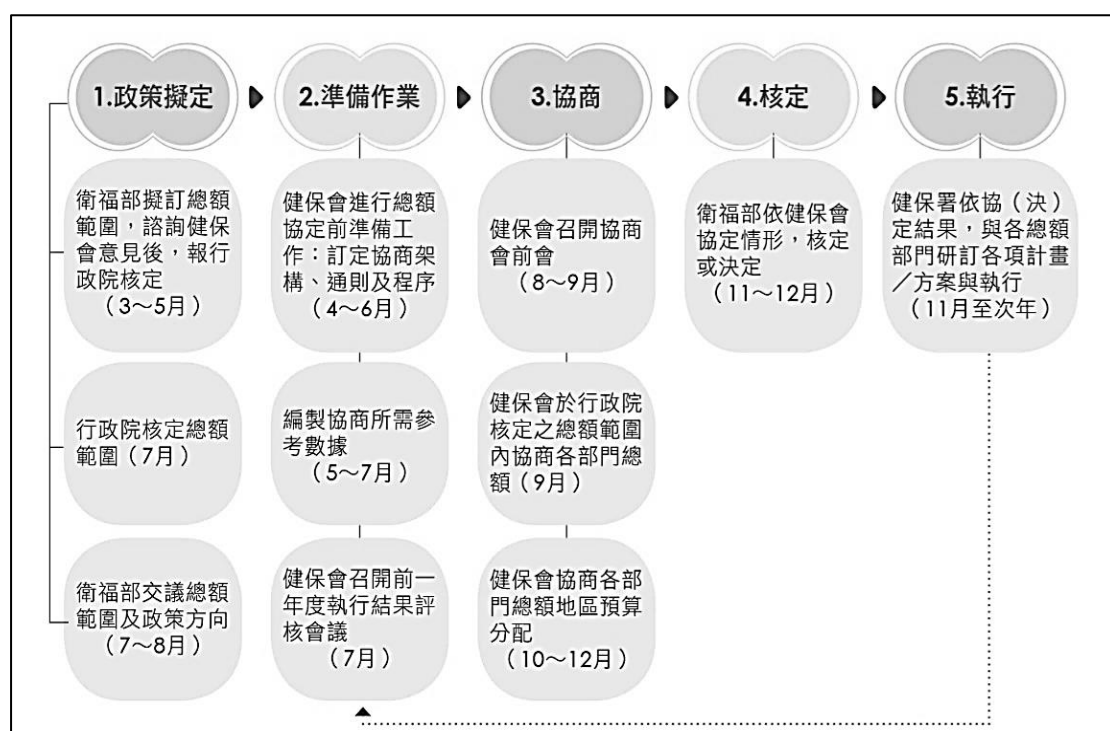
（一）醫療費用總額協商流程

總額預算的設定程序是依據健保法第 60 條，每年度醫療給付費用總額，由主管機關（衛福部）於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。及健保法第 61 條規定，健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。

全民健保開辦之初，採論量計酬方式支付醫療費用，造成醫療服務使用量快速成長，為宏觀調控醫療費用，並緩解健保財務壓力，總額支付制度自 87 年 7 月由牙醫開始試辦，迄 91 年牙醫、中醫、西醫全面上路，各部門皆實施總額支付制度。所謂總額支付制度是在年度開始前，由保險付費者與醫事服務提供者預先協定次年度醫療給付費用總額（下稱年度總額）及其分配方式，期透過規劃年度預算，導引資源合理配置及提升醫療服務效率與專業自主性，並控制總體醫療費用在合理範圍內成長，圖 2-7 為現行總額擬定流程。

總額協商作業於每年 3 月至 12 月間，經由衛福部、健保會、健保署及各部門總額相關團體各司其職，通力合作共同完成，年度總額擬訂流程。以健保會而言，上半年主要對衛福部擬報行政院之年度總額範圍提供諮詢意見，並進行總額協商準備作業，包括：議定協商架構、通則、程序及編製協商所需參考資料等前置作業；下半年則是於 7 月辦理「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨

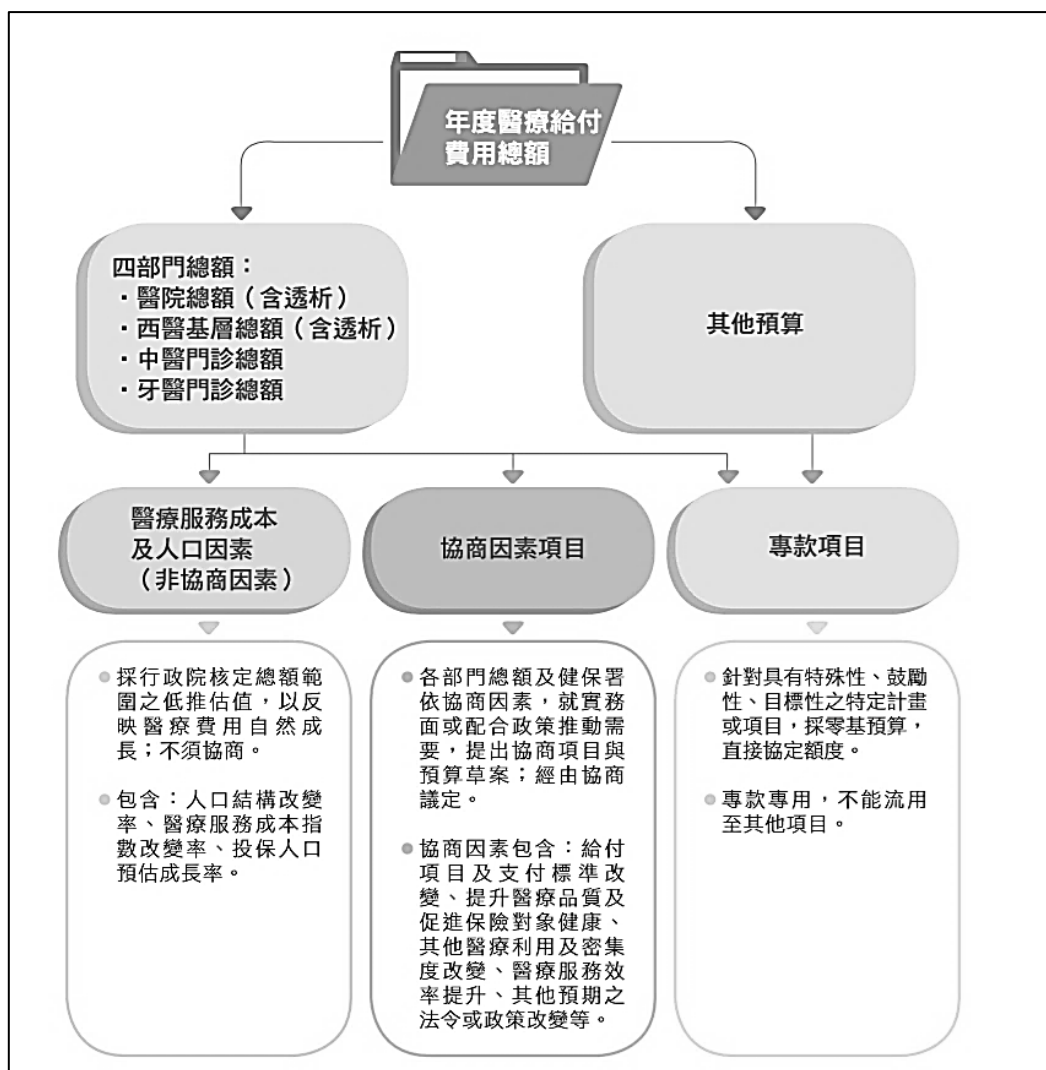
評核會議」(下稱評核會議)，以檢視四部門總額(牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院)與其他預算前一年之執行結果，作為協商下一年度總額重要之參考依據。7月至8月於衛福部交議行政院核定之總額範圍及總額協商政策方向後，健保會即緊密召開座談會進行協商前溝通，於9月展開正式協商。其召開協商共識會議以議定四部門總額成長率與其他預算額度，並於10月至12月協定四部門總額分配至健保六分區之地區預算；最後，待衛福部核(決)定結果後，健保署與各總額部門即據以研訂、執行各項計畫(方案)，落實執行總額協定事項。



資料來源：取自 107 年全民健康保險會年報。

圖 2-7 年度總額擬定流程

而總額協定前之準備工作，以 107 年訂定 108 年度總額協商架構、通則及程序為例：由於目前總額協商機制，已累積多年執行經驗，並逐年微調所形成。因此，為提高 9 月協商會議進行之效率，比照過去在 107 年 4 至 6 月份之委員會議，事先議定公開、透明之協商規則，包含：108 年度總額協商架構、協商通則及協商程序，供 9 月總額協商時依循。其 108 年總額協商架構如圖 2-8。



資料來源：取自 107 年全民健康保險會年報。

圖 2 - 8 108 年總額協商架構

(二) 醫療給付費用總額設定考量因素

衛福部規劃之總額支付制度，係以保險對象需求面向做整體考量，亦即將人口的增加與老化、醫療服務成本的變動、新增給付項目（包含新醫療科技）、品質提升及整體經濟等因素都納入考量，就醫療給付費用總額的設定考量因素可以分別依據非協商因素，協商因素，付費者意願與民眾負擔能力，以及非預期法令或政策改變因素進行說明，以下根據各主要因素說明如下（全民健康保險醫療費用協定委員會，2005）。

1. 非協商因素

即醫療服務成本及人口因素成長率，其包含人口結構改變對醫療服務點數之影響率、醫療服務成本指數改變率及投保人口預估成長率。此類因子採行政院核定總額範圍之低推估值，以反映醫療費用自然成長，並不須經過協商。其配合衛生福利部報院計算方式，自 98 年度起，修正非協商因素成長率公式計算如下：
非協商因素成長率 = $(1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口年增率}) - 1$ 。並自 100 年度起改稱為「醫療服務成本及人口因素成長率」。

2. 協商因素

保險給付範圍或支付項目的改變：於新年度預期新增給付範圍或支付項目的改變（如高科技及新藥等），對醫療費用的影響。

(1) 醫療品質與保險對象健康狀況提升

為鼓勵提升醫療服務品質或促進民眾健康而允許增加費用的幅度。

(2) 其他服務利用及密集度的改變

因為自然成長率（保險對象人數及其人口結構的改變）已反映部分保險對象就醫利用及密集度的改變，故此處採用「其他」醫療利用及密集度改變造成的影響。其可考慮項目如醫療資源缺乏地區因醫療資源增加後，該地區保險對象利用率或服務密集度的提升；反映因醫療科技、診療型態或就醫型態的改變，對醫療費用的影響；疾病發生率的改變對醫療費用的影響。

(3) 醫療服務效率的提昇

因健保支付制度的改變，造成醫療服務效率的提升，進而影響醫療費用。

(4) 其他預期的法令或政策改變及政策誘因對醫療費用的影響

如鼓勵提升預防保健服務執行率、鼓勵基層醫療提升慢性病人照護、鼓勵交付慢性病連續處方箋、支付制度改革誘因等。

(5) 其他經健保會委員提案交付委員會討論事項

3. 付費者意願及民眾負擔能力

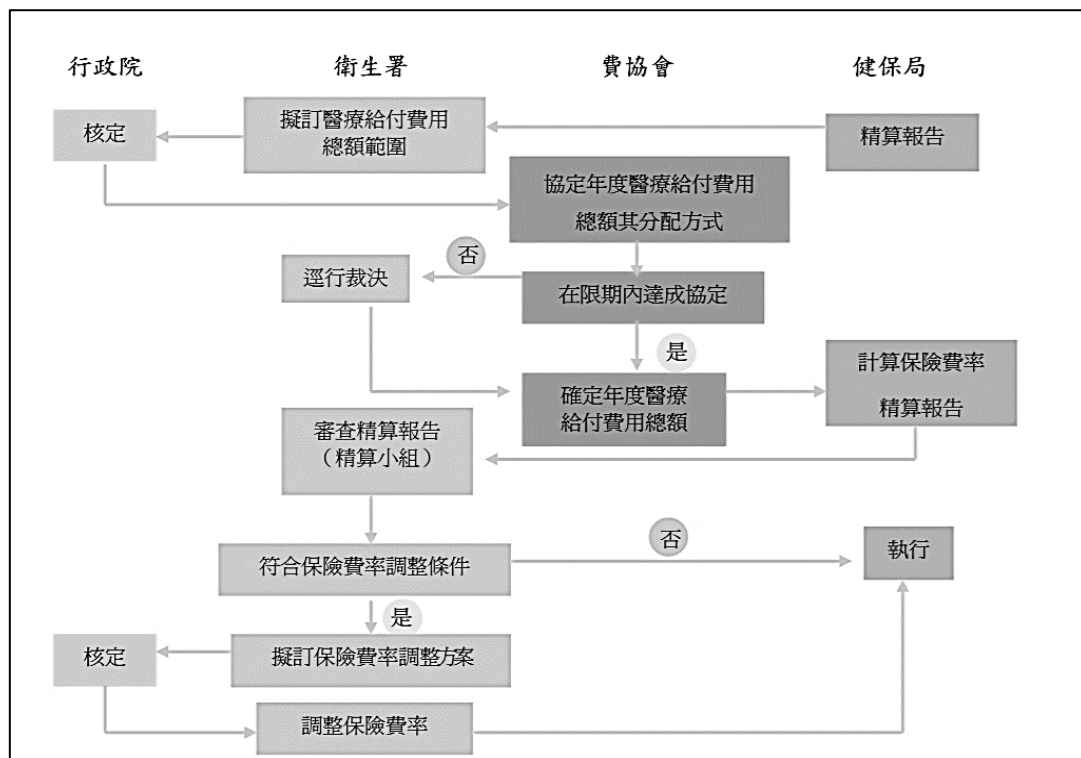
參考經濟成長率、保險費收入成長率、失業率等總體經濟指標。

4. 非預期的法令或政策改變因素

在健保會完成協定後，若因新法令或政策改變等（含增減給付項目），影響醫療費用達一定程度，則可經由健保會協議，檢討應否增減醫療給付費用總額。

(三) 總額支付制度與財務責任

有健全的財務責任制度，才能使總額支付制度順利推展，總額支付制度如何與財務責任制度相扣連，可由下列圖 2-9 加以顯示。



資料來源：全民健康保險醫療費用協定委員會（2005）。

圖 2-9 醫療費用總額與財務責任

在既有的總額支付制度中，其與財務責任有清楚的扣連。其主要的因素在於透過健全的財務責任制度以至於協助總額制度的順利推展。然隨著時間與政治環境的演化，為了使得全民健保得以有更穩健的財務以確保制度的永續性，衛福部健保會於 107 年 10 月 24 日召開「108 年度全民健保費率審議前意見諮詢會議」，會議中除對費率方案之推估方式與假設等技術性問題提出建議外，為因應健保未來可能的財務危機，專家學者也從不同角度提出建言，包括「為徹底改善收支結構失衡狀況，應及早建立依健保法第 26 條調整保險給付範圍之審議機制，

並檢討論量計酬支付制度之合理性」、「節流措施之成效，應回歸健保基金或付費者共享」、「應檢視歷年總額預算投入政策推度或提升給付效益之各項節流成效，並建立合理反映於總額支出之原則，使節流金額達到最有效率之運用」，因此委員建議朝以下方向改進：擬定總額上下限時，應同步考量次年度健保收入、經濟成長及民眾付費能力，以及健保節流措施成效反映於總額減項(全民健康保險會，2018)。健保會亦配合前述建議，並於 108 年進行本計畫「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」之研究。

另外，於 108 年在 4 月 26 日健保會委員會議中委員提出許多諮詢意見，其中也特別關心保險收支平衡及健保永續經營問題，對於總額的高、低推估值，認為 107 年保險收支業出現短絀 249 億元之情形，若總額持續成長，將衝擊健保財務。爰建議行政院核定總額範圍時，宜考量整體經濟狀況及民眾付費能力，再行評估、調整，因此本計畫也考量前述委員建議進行研議。

第五節 全民健保現制所面臨之問題與挑戰

二代健保為因應一代健保制度上之不足進而改革。然而，在健保的新制下，還是存在許多制度的限制及財務問題等，影響了二代健保的運作及健保財務機制的健全性。以下將問題及疑慮分述如下：

一、健保會角色之獨立性

「二會合一」為因應一代健保財務結構性問題，提出之解決辦法。期望透過監理會與費協會功能執掌合併，讓收支連動機制能有效的運作，以達到「權責相符」的目標(李玉君，2008)。郭年真等人(2014)對此作法持肯定意見，研究提出因為將有權審議保險收入與保險支出之機關合而為一，並課予其負擔財務平衡之責任，將有助於權責相符體制之建立。

然而，健保法第 5 條規定「健保會審議、協議訂定事項，應由主管機關核定或轉報行政院核定；其由行政院核定事項，並應送立法院備查」的訂定，卻讓部分學者提出對兩會合一能否發揮收支連動效果的質疑。改制後健保會對健保重大事項僅有審議之責，而無審議之實質決定權，透過核定之機制，主管機關衛福

部仍握有最後之決定權力，使健保會對於健保費率及收支連動效果影響受到限制。郭年真等人（2014）的報告也指出，若協商結果遇到政治因素干預，恐怕該會最終亦無決策之功能。因此，健保會是否為獨立性運作，對健保財務的操作及收支面的控管存在極大的影響。

劉宜君（2016）的報告也曾指出健保體制下權責不明確之問題：健保相關收入與支出政策工具分別散佈在不同權責的機關內，致使收入與支出的掌控並不能全數由健保體系統一控管。如影響收入面工具的單位包括：國民健康署的菸品健康福利捐、社保司的補充保費、健保署的一般保費、立法院的費率 6%上限管制、健保會的費率審議權限等；而影響支出面的單位則有：國家發展委員會審議總額範圍、行政院核定總額範圍、健保署針對新藥新科技之共擬會議、衛福部年度總額範圍擬定、健保會總額協定及分配、健保署方案執行等。當相關組織的權責關係太過分立，將會使健保在平衡收入與支出兩面上，收支連動未能有效運作，無法達成改革所預期之「權責相符」的目標。

二、「收支連動」機制的疑慮

有鑑於過去一代健保時健保支出始終大於收入，導致財務發生赤字，二代健保修法之後，特別於健保法明文納入收支連動機制，如健保法的第 24 條第 3 項規定：「費率之審議，應於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定後公告。」由健保付費者代表、醫療供給者代表、學者專家、公正人士共同組成之健保會，整體考量醫療給付與保險收入後，針對費率進行審議，再將結果報衛福部轉行政院核定，原則上政府會儘量尊重健保會的審議結果（衛生福利部，2012）。

對於健保的財務方面來說，為避免財務存在缺口、入不敷出的問題，二代健保透過「權責相符」的概念，整合健保收入與支出兩面，並在收支平衡概念的基礎下，強調財務應採「收支連動」的運作模式，以使財務穩健經營。因此自從健保會上路之後，開啟由醫療服務提供者與付費方代表共同協議健保財政收支的收

支連動機制，將控制社會保險財務狀況的權力交付健保會此一機制商議(劉宜君、陳敦源、林昭吟、王光旭，2016)。收支連動運作的基本概念即是透過在支出面縮減給付或在收入面提高費率來維持所謂的收支平衡。鄭守夏(2014)指出對全民健保來說，最重要的還是收支得以平衡，也就是二代健保所謂的「收支連動」：若民眾對醫療給付的期望變高，就應該付出相對的較高保費，在收支連動的架構之下，全民對醫療面的改革亦應承擔一定的責任與義務。

觀看我國全民健保財務收支連動機制運作模式(見圖 2-10)，其程序及重點如下：

(一) 衛福部始於年度開始六個月前擬訂每年度醫療給付費用總額範圍

健保法第 60 條：本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。

(二) 繼前項核定後，健保會應於各年度開始三個月前在前述所核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式

健保法第 61 條：健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。

(三) 倘若健保會於審議保險費、保險給付範圍以及協議年度總額時，健保財務有發生減少收入或增加支出之情形時，應併資源配置及財務平衡方案同時審議或協定。

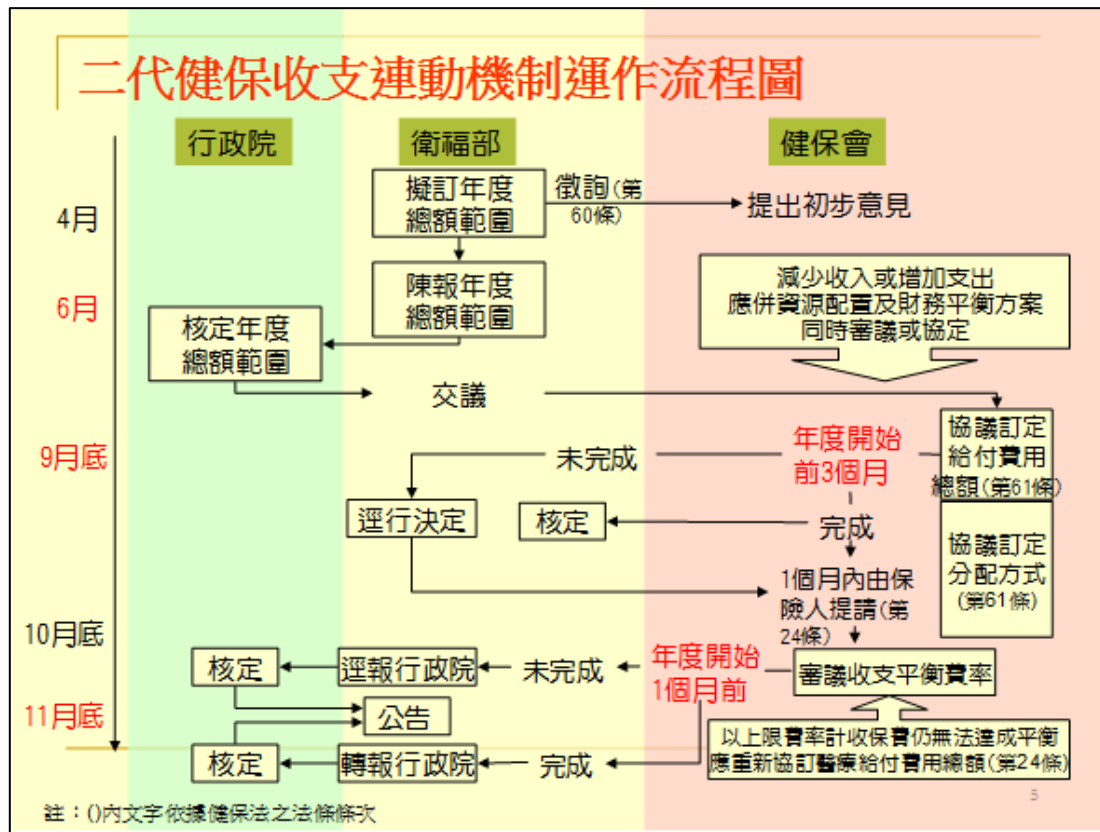
健保法第 5 條第 2 項：健保會為前項之審議或協議訂定，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請保險人同時提出資源配置及財務平衡方案，併案審議或協議訂定。

(四) 健保會完成年度總額之協定後，需報主管機關核定，並於協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請保險費率審議

健保法第 24 條第 1 項：第十八條被保險人及其每一眷屬之保險費率應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。但以上限費率計收保

險費，無法與當年度協議訂定之醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額。

(五) 前述保險費率審議完成後，由主管機關轉報行政院核定。



資料來源：衛生福利部（2013）

圖 2-10 二代健保收支連動運作流程圖

在我國健保現制之下，支出面透過總額支付制度來控制支出成長；收入面則於健保法第 25 條規定：「健保保險財務，保險人至少每五年精算一次；每次精算二十五年。」每五年精算保險財務供費率調整之參考。然而，對於「收支連動」健保在修訂及審議上，健保會及健保法在「收支連動」的定義與操作模式尚無明確說明與規範健保財務到底應採取「量出為入」還是「量入為出」，因此在「收支連動」機制的認定上常產生疑慮。在梁景洋（2016）報告曾指出，依健保法第 24 條第 3 項規定之精神，平衡期間應以「當期平衡」透過量入為出的方式，保持預算平衡為原則，然收支連動機制方案不論是調升或調降費率之啟動，均不滿足「當期平衡」的條件、亦不滿足「多年平衡」的概念，在執行上僅以安全準備

為費率調升或費率調降之依據，認為目前收支連動機制方案並無法符合費率規劃之基本原則。這也顯示出現行收支連動機制下定義不明確之疑慮。

在歷次健保會委員會議議事錄中，中華民國全國工業總會常務理事何委員語曾就「收支連動」提出見解：健保法規定財務每年要「收支平衡」，從文字上來看，「收」排在「支」的前面，表示要先有收錢，才能有支出，即收多少錢才可以花多少；吳教授肖琪也曾經簡單說明健保收支連動的概念：收支連動就是要先知道健保有多少的經費以期達到收支平衡，就像購物者必須要先知道自己荷包裡面有多少錢，而管理財務的人也可以看到自己該買哪些東西（立法院公報 99 卷 32 期，頁 97）。根據委員所述，普遍認為收支連動機制應是先決定收入面，再來決定支出面。

然而，除上述的看法之外，被保險人代表中華民國全國總工會干常務理事文男也針對健保財務收支連動模式提出質疑：在目前量出為入現象下，健保既然沒有可徵收的項目，只在健保的基金中有固定額度並有限度的運用資金，即表示我們並未有足夠的錢去支應無限制擴張的支出。因此，當量出為入時，不應年年無限制的增加支出；而若是量入為出，才是有多少錢做多少事情。如若按照健保法來平衡預算，應是有多預算才能做多少事，這才是我們健保收入、支出最重要的原則（2019 年第 9 次委員會議議事錄，頁 24、25）。全國產業總工會趙會員代表銘圓也呼應干常務理事文男之看法：照理說討論健保預算時，應該要量入為出，而不是量出為入。但現行制度為量出為入，且根本沒有做到量入為出的考量。除此之外，趙會員代表銘圓也提出在考量健保收支時，應確實把付費者的能力納入考量，如我國國民所得及經濟成長等因素，均應在設算健保財務時優先列入考量的標準中（2019 年第 9 次委員會議議事錄，頁 26、27）。

綜上所述，按照「收支連動」字面上應採收入來決定支出也就是所謂的「量入為出」，然我國健保財務卻是先進行總額協商後，才去做費率的調整，以支出去對應保費的收入，此為「支收平衡」。但健保總額協商與費率審議之先後順序已依據健保法第 24 條明訂要求保險費率應由保險人於健保會協議訂定醫療給

付總額後一個月內提起審議，也就是先總額協商後費率審議之順序已行之有年，若要更改也將涉及健保法之變動。因此在「收支連動」機制上，健保的財務操作應該是以收入面跟著支出面作調整，還是以支出面來因應收入面的限制；亦或是當健保存存在大量安全準備時，採行「量出為入」，在無安全準備盈餘時，採行「量入為出」，顯示出「收支連動」機制存在操作上的明確性及合理性疑慮，並有待探討。

三、財務調節機制的限制

(一) 機制之建立背景

欲使全民健保制度永續經營，財務平衡穩定的重要性不言而喻。因此健保會認為保險費率應依二代健保法所揭示之財務收支連動精神，建立以科學數據為基礎且不受外力干擾的審議機制來達成上述目標。根據健保會 2015 年第 10 次委員會議討論，依照健保法第 78 條「本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則」之規定，研訂「全民健保財務平衡及收支連動機制」，其以安全準備存量為參考原則，決議如下：

1. 當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制。其調漲以當年起（含）第 2 年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額計算為原則；
2. 當年起（含）第 3 年年底安全準備餘額超出 3 個月保險給付支出時，啟動保險費率調降機制。其調降以超出之金額計算為原則。

即當安全準備不足以因應 1.5 個月保險給付支出時，便會調漲保費；而當安全準備已超過法定 3 個月支出的上限時，便選擇調降費率，欲使安全準備控制在一定的額度內。

而此原則的設立，乃於 2015 年健保會針對費率審議時所做之決議。至 2015 年 8 月健保累計安全準備已達到 2157.59 億元，折合約 4.69 個月的保險給付，超出健保法第 78 條所規定安全準備總額 1 至 3 個月保險給付支出的標準。因而在 2015 年審議次年度健保費率時，部分委員提案保險費率應做調降，以符合

收支連動之平衡費率的訂定。然，另有部分委員也提出應維持現行費率(4.91%)的意見：綜觀現行全體醫界在健保總額制度下提供醫療服務，實際為入不敷出的狀態、且依照健保署預估 2017 年保險收支餘絀情形，顯示財務將呈赤字的警訊，如若調降費率其影響將無法估計。

此次委員會議針對 2016 年的費率審議相關提案進行討論：健保會就 2016 年度保險費率案裁示，請健保署研提費率調整機制，但健保署未對費率調整機制提供完整、具體之建議。中華民國消費者文教基金會的謝委員天仁指出，健保會並非是著重於「費率的調漲與調降」，而是在於「費率調整機制的建立」：「健保會這個平台最重要的任務不是調降或調漲費率，而是建立費率調整機制，在何種條件下，依何種方式處理保險費率，以避免政治因素的干擾。」台灣醫學中心協會秘書長潘委員延健也提贊同意見：「健保會今天最重要的任務是建立收支連動制度，其重要性遠高於是否調降費率」(2015 年第 10 次委員會議議事錄，頁 67、71)。國立政治大學財政學系名譽教授陳委員聽安也建議將財務收支平衡機制納入健保法中，由健保會依財務狀況調整費率。並當收大於支時，一併考慮支出是否合理，須將現行醫療環境與支付制度皆同步納入考量(2015 年第 10 次委員會議議事錄，頁 83、84、100)。綜上所述，委員皆認為財務機制並非僅考量到收入面是否充盈，也應考量到醫療環境或其他結構因素，一旦機制建立起來，未來在條件成立時，就依循此原則做調整，如此也避免健保受政治因素的干擾。

而中華民國消費者文教基金會的謝委員天仁針對調節機制研擬一套方案：「我認為可以用 2 年或 3 年的期末安全準備餘額為基準，超過 3 個月保險給付時，多餘的部分就調降費率，而不足 1 個月保險給付時，就調漲費率」(2016 年度全民健康保險費率審議前意見諮詢會議，頁 107)。因此，在費率審議的討論過程中，「安全準備」被視為一項重要的調整因子。中華民國工商協進會財稅研究委員會李委員永振也針對保險費率與安全準備的關係說明：「從 2010 年保險費率調升至 5.17% 開始，及實施二代健保迄今，前後 6 年(2010-2015 年)當中，在其他條件沒有太大變化的情形下，保險費率是充足的，不僅將以前虧損

的 609 億元都補回來，而且還有剩餘，安全準備達 2,901 億元。當然這其中菸捐或彩券收入對安全準備也有貢獻，不論保險收支餘絀、菸捐、彩券收入，都是挹注到安全準備這個大水庫，在假設其他情況不變的前提下，保險費率對安全準備的貢獻是蠻大的。」(2015 年第 10 次委員會議議事錄，頁 70)

根據健保署試算費率之 12 個版本，委員們歸納最重要的幾個因素如下：第一個為安全準備餘額不能違法(健保法第 78 條規定安全準備以維持 1 至 3 個月保險給付支出為原則)；第二為保險費率不能超過法定上限 6% 的條件。因此，中華民國消費者文教基金會的謝委員天仁研擬一套預設方案以進行討論。台灣醫學中心協會秘書長潘委員延健表示：「我們最需要優先決定的重要因素是，安全準備餘額在幾年內要達到 3 個月保險給付支出，及多久調整一次保險費率。健保署試算的方案中，分別呈現 3 年內或 5 年內達到 3 個月保險給付支出的情形，或可以此來討論機制」；台灣女人連線秘書長蔡委員宛芬也提出：「若以健保署的報告，似乎以 3 年為一個週期較為穩定，大家也比較能接受。當年的收支低於 1 個月保險給付支出，就要討論調漲、安全準備若超過 3 個月的保險給付支出，則調降，公式訂出後，該調降多少就降多少，該調升多少就升多少。」國立政治大學財政學系名譽教授陳委員聽安也提出其看法：「我主張財務至少當年度平衡或可維持 2、3 年，當安全準備總額超過 3 個月以上或低於 1 個月以下的保險給付支出，費率就應該調整，不過須有但書，不能包含保險費以外的收入，否則會有問題。」(2015 年第 10 次委員會議議事錄，頁 71、78-79、84)

探討過程中，中華民國全國工業總會常務理事何委員語針對會議研擬之方案進行修正建議：「我認為可以折衷，只要低於 1 個半月保險給付支出時，就要啟動調漲機制，萬一安全準備降至 1 個月以下的保險給付支出，調漲的幅度就非常。」中華民國消費者文教基金會的謝委員天仁也針對機制的架構做釐清：「應該分 2 階段，第 1 階段是何種條件成就時，就要啟動調漲或調降機制；第 2 階段才是需要漲多少、或降多少。而調漲的要件，是當年年底安全準備餘額低於 1 個月保險給付支出時，則啟動保險費率調漲機制。調漲保險費率的方案，是以第

2 年或當年年底可維持 2 個月保險給付支出的金額計算。」(2015 年第 10 次委員會議議事錄，頁 90-91)

在經過委員們集體討論後，針對調整條件、調整幅度等進行協調與溝通，上開機制「全民健保財務平衡及收支連動機制」就此建立。

(二) 機制運用限制

在健保新制的改革下，健保會被賦予審議費率的權責，因此健保會於 2015 年決議建立全民健保財務平衡及收支連動機制作為審議費率依據。由於此機制僅以安全準備存量來做考量，單一因素的考量雖簡易明瞭，但面對社會人口結構急遽的高齡化，醫療費用成倍增長的形勢，倘若考量原則不夠多元、缺乏靈敏度，將無法有效的控制財務的穩定。

自 2013 年二代健保實施，開徵補充保費（費率 2%），並調整一般保費費率至 4.91%後，健保安全準備盈餘逐年增加（見圖 1-2）。因 2013 至 2015 年連續三年健保所提列之安全準備金額每年皆高於 500 億，而至 2015 年 9 月底已有 2,157.59 億元，至 2015 年底則會超過 2,300 億元，並且經估計，2016 年保費收支至少還會結餘 300 多億元，導致安全準備將超過 2,600 億元。因此健保會於 2015 年 11 月審議 2016 年保險費率時，18 位委員連署建議健保費率應依據健保法收支平衡費率審議之精神，調降 0.5%的費率，以 4.41%來徵收健保費。原因為當時的安全準備已經超過保險給付支出 5.8 個月的水準，在健保法中對於安全準備有維持 1 至 3 個月保險給付的原則性規定，因此當其超過 3 個月以上即要調降費率、1 個月以下要調升費率。而根據此提案，另外有 6 位委員則提出相反之意見：查據健保法第 24 條及第 26 條，其並未規範「安全準備高於三個月之保險給付總額時需調降保險費率之規定」，且為求長期健保財務收支平衡及穩健，提案健保費率應維持現行費率 4.91%。

此次的費率審議提案，醫事團體對費率調整都是持比較保留的態度，希望可以利用當安全準備有結餘時來進行有效的制度改革，台灣醫院協會理事長楊委員漢源表示：「依據健保署的推估，2017 年開始，健保收入就會小於支出，安全準

備餘額會慢慢減少。現在大概是有史以來唯一的一次，健保財務尚稱充裕，不要一下就把安全準備花掉。為了維持健保制度穩健，建議還是維持現行費率 4.91%，目前高額的安全準備只是短暫的現象」；中華民國醫師公會全國聯合會常務理事黃委員啟嘉也提出：「未來負擔保費的人口會減少，現在繳保費的人，正是 10 年後需要使用保費來支應醫療的人，但那當下繳保費的人還不會用到錢，10 年後會自然老化而需用到保費來支應醫療，屆時所用的是子孫繳的錢，可是子孫可能沒有那麼多錢，所以今天是否應考量不降費率而多累積一些安全準備，以應將來之需」的看法（2015 年第 10 次委員會議議事錄，頁 65、73）。

雇主代表的立場則是如果政府不提出改革方案，不將多餘的安全準備進行結構面上的改革，不如還利於民，讓民眾得到實質的回饋，如中華民國勞工聯盟總會監事會召集人陳委員順來表示：「贊成調降健保費率，我們看到健保的安全準備充裕，菸捐分配予健保安全準備的比率就調降，所以，不論健保或勞保的安全準備，政府只要哪個單位有錢，都會向各單位要錢，只要是要由政府編列預算的項目，一定會減少，最後還是要由付費者負擔」。中華民國身心障礙聯盟秘書長滕委員西華也認為：「收取超過法定 3 個月安全準備，並未調降至 3 個月以下，健保法規定 1-3 個月的安全準備，即使是維持法定最高 3 個月的精神，費率都應在 4.76%、4.77% 以下，我堅持應該要還給民眾，當初沒想到會多收的費用，現在就要適度地歸還民眾」（2015 年第 10 次委員會議議事錄，頁 73、76）。

而其他的被保險人代表則認為應該要長遠的規劃健保的財務，也要考慮到後來醫療成本上升可能面臨的問題，不要讓費率一直不穩定的變動太多。如國立政治大學財政學系名譽教授陳委員聽安認為：「費率調降主要是安全準備總額超過法定 3 個月保險給付支出的上限而來，但安全準備並非完全來自保險收支的淨餘額，有很大部分來自菸捐、公益彩券等收入，如果安全準備不是來自保險收支的淨餘額，而是來自保險費以外的收入，則此時調降保險費率是否允當，需進一步考慮」；國立陽明大學衛生福利研究所吳委員肖琪也表示：「健保署報告資料，5 年平衡費率的收支餘絀為何高於 3 年平衡費率？是因以 5 年為週期，會往後

計入更多的年份（即老年人口增加，費率提高）。今年 3 月份健保署所提供的資料，10 年後保險收支累計餘絀將為負 4 千億元，估算 2021-2025 年支出成長率會跳躍得非常快。若希望以後費率成長不要跳躍太快，就要從前面幾年開始多存一點錢」（2015 年第 10 次委員會議議事錄，頁 82-83、85）。

在「全民健保財務平衡及收支連動機制」決議建立後，健保會委員經模擬評估與討論，最終決議健保費率由 4.91%調降至 4.69%。此決議結果異於提案所要求之 4.41%，其關鍵背景在於 2015 年間因當時健保保留高額安全準備，使政府進而推出多項之政策，以致於健保收入的減少及支出的增加：政府將菸捐挹注健保分配比率由 70%調降為 50%，使健保 1 年減少約 66 億元的收入；並將補充保費起徵點調高至 2 萬元，減少約 42 億元的補充保費收入；以及將屬福利性質之 7 項健保補助計入政府負擔 36%的範圍內（原來政府未計入），使健保收入於 2015 年起每年短少近百億元之金額，3 項總和即約有 215 億元的減項。因此委員們考量到上述健保財務情形，並經過大致估算後，認為 4.69%的費率水準下，付費者及政府為雇主負擔的保費減少約 210 億元左右，2016 年安全準備也還有 5 個多月的保險給付支出，方才決議將保險費率調降至 4.69%。

中華民國全國工業總會常務理事何委員語在健保會 108 年第 9 次委員會議中曾提及，當時審議 105 年度保險費率時，他建議費率調降的緣由為當時健保餘絀有將近 6 個月的安全準備，且依據過去總額支出水準（平均成長率是 3.5%）預測未來健保財務的狀況下，若將保險費率調降至 4.69%，並且每年總額成長率控制在 3.5%至 3.7%左右之水準時，4.69%的費率還可以沿用 8 年，即 8 年不必調整費率。但觀看最近 4、5 年來的總額成長，其成長皆超過 4%、4.5%以上，至 109 年甚至可能有突破 5.5%的可能，使支出成長比當時預估多出 1%以上的水準，安全準備用罄的時間將比預期大幅縮短許多。此外，由於菸捐的挹注大幅減少，再加上政府負擔 36%不足數的短缺，使安全準備將提前用完，造成健保財務再次面臨失衡的問題，保險收入無法支應逐年增長的保險支出，健保又再次需要面對調整費率的抉擇。

因此，費率在調整所考量的因素及條件上，應須結合各方面所帶來的影響，並須加以評估後續的可能性，方能使健保財務有效的控制。陳孝平（2015）的研究指出，健保在財務上發生大量的安全準備時，貿然的調降費率，則可能使未來的健保財務再次面臨捉襟見肘、入不敷出的困境。但除此之外，中華民國全國工業總會常務理事何委員語也認為，倘若費率到達該調整之時就應該去調整，如果不調整使收支短差逐漸拉大，那麼後年費率的調幅就會非常高（2019 年第 9 次委員會議議事錄，頁 23），這樣的結果未必會比較好。由圖 1-3 觀看 2017 至 2029 年健保署預估的健保餘絀額度，假設在 2020 年之前維持健保費率不變（維持在 4.69%）的條件下，財務短絀在 2020 年時將達到 727 億元的龐大缺口。並且，健保財務若以現行機制繼續支應未來的保險收支，推估結果顯示安全準備將於 2021 年用罄，除非將費率調高至 5.69% 才可使財務穩定。然而，由 4.69% 提高至 5.69% 的調漲幅度卻是高達 20%，可以想像到民眾的反彈及政治上的阻礙。再則經估算，在 2021 年調漲後，經過三年便將會再次面臨財務赤字問題。因此，現行健保的財務調節機制，在設計上應須重新考量調整因素的選擇，以活化調節機制的靈敏度，使此套機制能妥適的控制健保財務，以達永續發展。

除上述由收入面切入以探討健保的財務調節機制外，針對支出面相關學者專家也提出幾點問題如下：在健保 104 年度的委員會議中，有委員提出衛福部所擬定之總額範圍並未全面性考量，且相關資訊未具完整性，其認為國家發展委員會在審議總額範圍時，應考慮付費意願（付費能力指標）和健保財務等。中華民國消費者文教基金會的謝委員天仁則認為，既然已訂定「醫療服務成本指數改變率」，健保署就應落實成本指數改變率與支付標準間之連動（2015 年度第 3 次委員會議議事錄，頁 19）。相關醫事團體也提出行政院核定的總額上限未適當使用之疑慮，致使健保開辦以來點值偏低之情形。另外，專家公正人羅紀琮則建議非協商因素應與支付標準的調整連動，意即要善用「醫療服務成本指數改變率」對支付標準進行必要的調整（2015 年度第 3 次委員會議議事錄，頁 26-27）。再則，在委員會議討論中，多數委員皆認為醫療給付範圍總額在設定公式尚有待

修正之空間，並且由於機制的不健全（如在進行總額協定時，相關資料並未提供費率推估試算資訊，即除了行政院核定的總額範圍外，未提供相對收入之試算資訊），相關總額設定公式上存在質疑，使收入與支出面並無法有效鏈接，造成財務不對等等問題。

綜上所列示二代健保在制度與操作上存在的疑慮，雖然二代健保改善了一代健保部分架構上的缺失，並提出相對應的解決方式，然而在新制的改革下，還是有許多設計上及現實面的問題，導致制度及財務上的不健全。二代健保講求「收支連動」精神，而收支連動機制要如何落實，實為一大挑戰。全民健保因實施總額預算支付制度，使得費用總額是事先協訂的，事後再衡量收入標準，即先決定醫療支出規模，後決定費率調整。因此從上述「量出為入」的操作中，若要達到收支連動的效果，勢必得逐年調整費率，方以支應總額每年的成長。而從「量入為出」的角度來看，先決定費率，後決定醫療支出規模，欲從保險收入面著手，則支出面應針對費用總額做控制，須解決現今醫療給付範圍總額設定公式中「非協商因素」比例持續偏高等問題。因此在總額成長率的預估、非協商因素的計算、給付範圍等就需要有所調整與限縮，才能有效使健保收支平衡、財務永續。

李玉春（2013）亦指出：臺灣藉由支付制度的階段性改革與相關管控措施，雖然已經賦予醫療提供者越來越高的財務風險責任，但對於健保給付適當性卻並未做審慎的評估與調整，導致全民健保給付過於廣泛，並且隨著醫療科技日新月異、醫療成本遽增，加之健保給付範疇不斷擴大，將會衝擊醫療體系的供需面。也就是說，在健保制度中，保險機構逐步地把財務風險轉嫁給醫療供給者，健保本身負擔愈來愈少的財務風險，某種程度上醫療費用的可預測性愈來愈高，但另一方面醫療供給者卻背負了原來不應該是他們承擔的風險，這也就是總額造成點值下降時，健保署完全不介入，而放任由醫療供給者來負擔後果。

另外，在抑制醫療支出面上，根據相關研究曾提及「部分負擔」制度對醫療資源利用具程度上之影響。部分負擔制度之理論基礎是在於透過加重消費者的實際負擔，而達到減少不必要醫療服務的目標：由於全民健保保障全體民眾公平就

醫，其目的在於減輕民眾生病就醫時之財務負擔，使全體民眾皆能獲得最基本支醫療保障，在這份保障下，民眾就醫時實際支付之費用大幅下降，使其對於節制使用醫療資源的誘因減小，進而提高了醫療服務的使用量，因此產生「道德風險」的問題。有鑒於此，許多國家在施行醫療保險的同時，一併採用醫療費用部分負擔制度，藉由加重民眾就醫時之負擔，減少不必要之醫療浪費。在國外的文獻中，Scitovsky et al. (1972) & (1977)的研究指出，作者在史丹佛大學所做的自然實驗研究發現：當消費者須付 25% 的部分負擔時，其醫療利用率相對下降約 25%；Phelps & Newhouse (1972)也針對上述自然實驗推算出其價格彈性為 -0.14，即表示當自負額增加 10%，醫療利用率減少 1.4%。在 Manning et al. (1987)的研究中也表示提高部分負擔可以減少消費者的醫療需求量，進而降低全體平均醫療支出。其研究推估結果顯示，當部分負擔比率由 0 調高至 25% 時，美國平均醫療支出則由 777 美元減少為 630 美元，降低了 19% 的醫療支出。

綜合上述國外相關之研究，得悉部分負擔制度的實施對民眾醫療資源的使用有達到部分抑制之作用。因此，在穩健健保的財務上，可參酌探討健保部分負擔制度之面向對醫療支出之影響。根據楊長興（1995）研究我國健保實行初期醫療利用率之評估，探討那些因素會影響民眾醫療之利用率。在多變項分析下（同時考量所有影響因素對醫療利用率之影響），結果發現住院明顯受到是否得部分負擔所影響，呈顯著負相關之結果，即須部分負擔者住院意願下降；在門診方面上卻有著非預期之結果：其研究結果顯示，須部分負擔者門診利用率比免部分負擔者高，但在統計上未達到顯著水準。周添城（1998）也曾利用兩種迴歸模型分別針對門診及住院之醫療利用進行實證分析。研究發現大台北民眾的就診次數及住院天數皆沒有隨著部分負擔制度的實施而有顯著減少的情形。作者分析其原因可能為部分負擔額度過低，或是給藥天數減少、檢驗次數增加導致覆診次數增加等。並且由於全民健保開辦後，大幅提升就醫可近性及擴大給付範圍，上述皆可能促使民眾就診及住院頻率的增加，反而抵消了部分負擔制度的效果，使其無法有效彰顯其功能。

除此之外，連賢明（2009）關於部分負擔制度之研究也得出以下幾項結論：一、整體而言，當部分負擔的調整呈現非比例性的時候，民眾的西醫門診就醫機率下降；二、西醫門診、醫院，以及大醫院之就診次數，在部分負擔調整之後，民眾的就醫次數相對下降；三、急診之醫療利用受到此一政策的影響不大；以及四、短期中，前述整體西醫門診之就醫機率下降，大醫院就醫機率提高，以及就醫次數的減少，其效果主要來自於身體較健康之民眾（65 歲以下樣本），與之相對的是，對六十五歲以上的民眾在調整部分負擔之後並沒有造成太大的衝擊等結果。再則，許碩芬（2009）針對供需雙方因素對於醫療費用之影響的研究結果則顯示，前期之醫療費用與特約醫療機構數、65 歲以上人口比例、每人實質 GDP 及部分負擔新制等為影響醫療費用的主要顯著因子，並且台灣健保實行部分負擔制度能有效控制醫療費用成長。

然而，健保署曾就實施部分負擔制度做說明，其認為實施部分負擔制之主要目的並非在於改善全民健保財務狀況。但其可透過提高部分負擔來抑制民眾的醫療需求，進而減少醫療給付支出，甚而另一方面可以增加保險收入。因此在保險給付減少、收入增加的情況下，健保財務也能獲得小幅度的改善。根據健保署比較部分負擔新制實施前後之醫療利用情形與支出概況，其利用未實施前年移動平均趨勢來預估實施後的醫療費用，再與當月份實際醫療費用進行比較，比較結果發現當月份實際申報門診醫療費用金額為 158.31 億元，比預估值減少 9.94 億元，但實際申請的件數為 2,542.5 千萬件，比預估值增加了 70.4 萬件。而根據健保署的計算，部分負擔新制的實施使 1999 年 8-10 月份民眾自負費用約增加 12 億元，使醫療院所及藥商短收近 26 億元，合計減少全民健保 38 億元的支出。辛炳隆（2000）指出，根據國外的經驗，此種效果是短期性的，一旦民眾的就醫行為與醫師的診療行為未因應新的部分負擔而有所調整後，此種效果及變得微乎其微。並根據調查，不論是加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔或復健部分負擔，都僅能使不到兩成受訪的醫療使用者減少對醫療資源的使用，多數受訪者表示其醫療行為並不會因部分負擔的調整而有改變。綜言之，國內現有文獻

對於實施部分負擔能有效抑制醫療資源的浪費並無一致性之結論，並且即使實施部分負擔制在短期間能抑制醫療資源浪費之效果，但對於長期而言，則其抑制醫療費用成長的效果有限，且並無法有效改善健保之財務情形。也基於此，本研究在部分負擔議題上則無多加著墨。

而面對有限的健保資源，為使財務能永續發展，健保政策決策者、醫療服務提供者與全體民眾，均應該重新省思整體健保資源的分配與財務運作模式的設立，才能有效控制健保財務穩定，使收支連動機制明確落實，以達成收支平衡的目標。因此本計劃將會在後續深入探討「全民健保財務平衡及收支連動機制」，針對機制及應考量之收入、支出面因素進行分析與探討，並提出未來可行之機制建議方案、進行相關模擬分析及可行性評估，分析在實務運用上可能面對之問題與限制。

臺灣健保收支失衡問題日益嚴重，而面對財務入不敷出，健保便仰賴安全準備基金來維持運作，但當健保安全準備基金面臨枯竭之時，屆時政府將別無選擇，只能採取在政治上不受歡迎的調漲保費一途，甚至可能須進行更廣泛且根本的改革。畢竟從歷年來健保改革的新政策及新制度的成效來看，惟僅能解決短期財務的問題，並無法達到長期解決財務失衡，或是減緩醫療費用急遽上漲之成效。

然而，面對費率調升的後果，卻是引起民眾重重的不滿。誠如圖 2-11 所示，全民健保實施迄今，有三次整體的滿意度大幅下降或是不滿意度提升，皆是受到保費增收的影響：2002 年保險費率及部分負擔調整、2005 年度開始進行多元微調、2013 年二代健保實施，針對所得收入高者加收補充保險費。由此可見，一旦觸及上保險費和費率，便會導致民眾對全民健保民調的急遽波動，滿意度大幅下滑。但是，在對醫療服務需求日益上漲及醫療科技不斷創新下，醫療費用支出會持續成長，但我們同時又面臨少子化的問題，繳費人口也逐年在遞減，更甚以後將可能會面臨人口負成長，這個趨勢已經不可逆，在這個情況下，健保的收入，不管怎麼檢討，仍然是有限，欲利用停滯不前（或是負成長）的保險收入來支應急遽遞增的保險支出，實為不可能之舉！健保費率的調整是必須的，但調節機制

更是存在須重新評估的確立性：考量因素過於單一、調節靈敏度較弱等問題，都是此套財務機制最大的問題癥結。國家發展委員會謝副處長佳宜也建議若要提高費率一定要審慎衡酌時機、幅度，並做一個整體的評估跟考量(2019 年度第 9 次委員會議議事錄，頁 32-33)。因此，為使健保財務永續發展，須先從檢討目前的費率調節機制開始。

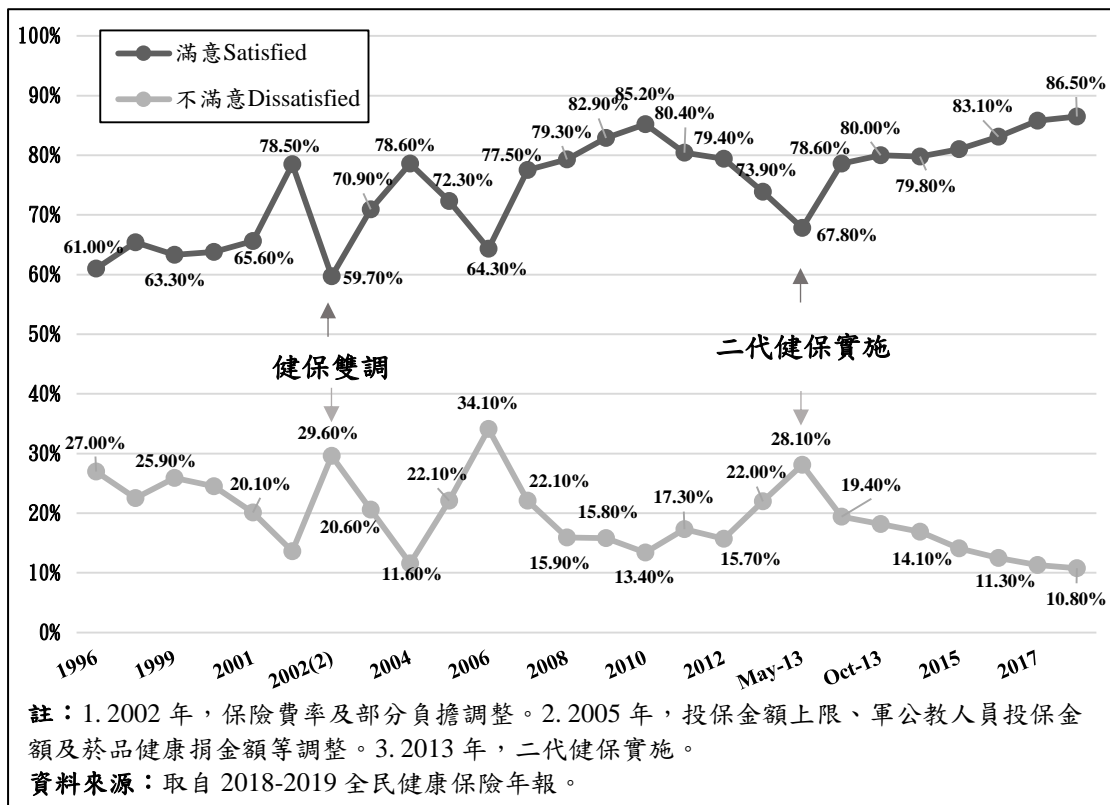


圖 2 - 11 臺灣全民健保滿意度趨勢圖

現行健保收支連動機制受限於法定安全準備須維持 1 至 3 個月的原則，使健保財務以維持短期平衡為費率調整之基礎，然而我國社會面臨人口老化及少子化的衝擊，倘若僅以短期平衡來進行費率調整，將無法顧及世代間的公平及達到永續經營的前瞻性思考。且面對社會結構的改變，日後健保醫療成本將會急遽提升，不可否認的是，青、壯年人口及受薪階級將會背負更加龐大的壓力，而為考量世代間健保負擔的平衡、追求健保長期永續經營，在機制調節上，後續研究將嘗試把人口結構等變數（如人口老化、少子化）納入機制的考量，將平衡機制由

短期平衡延伸為長期財務調控，以使健保財務足以因應社會結構變動所帶來之影響。

除此之外，根據健保法第 18 條規定保險費率以 6% 為上限，在費率調整受限的情形下，勢必從擴充健保財務的收入面、以及新的財源著手，以支應龐大的醫療支出成長。在 108 年第 9 次委員會議中，國家發展委員會謝副處長佳宜提及健保費率 6% 上限的設定，應考慮除了民眾負擔能力不足外，也須考慮雇主整體的勞、健保負擔及這些負擔對產業競爭力的影響，因為當雇主負擔的非薪資成本這麼高，對他們的影響也會很大。當費率已到 6% 法定上限時，或許政府要從稅賦上來做調配與控制，如地產稅、財富稅等等，將部份稅收挹注健保分配，減緩人口高齡化帶來的社會壓力，畢竟「需照顧者眾，但能提供照顧者寡；需花費者多，能繳交保費者少」，社會伴隨著新醫療科技帶來的高額醫療費用，如若未有龐大的收入來源支撐，健保永續將會是一大難題。

第三章 文獻回顧

本章以參考國際各國健康保險財務經驗，瞭解國外醫療保險的財務收支管控模式、在保險財務上費率調整的基本原則與考量因素等，並探討健保會現行費率審議方式之合宜性，釐清收入面及支出面之考量因子。本文選定德國、日本、韓國和加拿大四個國家，以研析其健康醫療保險體系。

第一節 德國

一、簡述德國的健康保險制度

德國的健康保險由首相畢斯麥(Otto von Bismarck)，於 1883 年所設立。其健康保險基礎在於所謂的「公共法定健康保險 (public statutory health insurance scheme, SHI, 或德文之 GKV)」。自 1998 年 12 月 19 日至 2010 年 4 月 3 日止，經歷 113 次的修法，每次幾乎都在抑制健保支出與增加財源(Muckel, 2009 : § 8, Rn.1)。在行政體系上，德國健保始於多元分立而封閉的自治管理，到 90 年代後則朝向有限多元合作而開放的自治管理體系邁進。但在國家監督的大原則下，自治管理空間愈來愈小，而且自治的空間與項目也越來越被限縮。到了 2008 年，德國政府改變了原先由各保險人自主決定的費率，改由國會訂定。而政府官方也促成七類保險人的聯邦協會合組成立聯邦總協會，作為私法團體。立法者先將過去多元複數、享有公法上社團法人地位之各職業別、地域別之聯邦健保保險人協會(Spitzenverbände der Krankenkassen)去公法化，使其成為僅具私法人性質的公司 (§ 212 SGB Vn.F.)，並大幅縮減其功能。取而代之者，立法者另外成立單一具有公法上社團法人地位之「聯邦健保保險人總會」(Der SpitzenverbandBund der Krankenkassen)，其直接由各個健保保險人組成 (§ 217a SGB V)，與聯邦健保醫師公會、聯邦健保牙醫師公會並立為基本協定之契約雙方當事人 (§ 82 SGB V) (孫迺翊，2016)。

與此相呼應的是，健保相關組織朝向集中化的目標進行重組。原本多元複數的聯邦委員會，於 2003 年改革時整合為單一聯邦共同委員會；原本多元複數的聯邦層級健保保險人，於 2007 年健保改革時被整合為單一健保保險人總會。至

於各個健保保險人表現在健保費率自主決定之社會自治功能，自 2007 年健保改革將保費區分為一般與附加保費後，健保保險人已無一般保費費率之自主決定權限，其所能自主決定的事項，轉變為如何使資源作有效利用，以各種選擇性醫療服務契約或較聯邦社會保險局精算的平均值更為優惠的附加保費，吸引被保險人加入（孫迺翊，2016）。

德國衛生保健的主要成員如下：政府部門有國會與行政部門聯邦衛生部(Federal Ministry of Health)；供給方(provider)由醫師和牙醫師協會所組成；購買方則是疾病基金會，也就是保險人。而保險組織體系，是由聯邦、各州、及民間團體共同構成，在政策上重視垂直整合，決策則帶有明顯的水準合作的特性。在國家的層次，主要的機關有三：聯邦議會(Federal Assembly)、聯邦諮議會(Federal Council)，即代表各州的上議院、以及在內閣的聯邦健康與社會安全部(Federal Ministry of Health and Social Security)，屬政府層次；各州則屬組合層次；民間機構則屬個別行為人層次。表 3-1 列示各層次之決策項目。

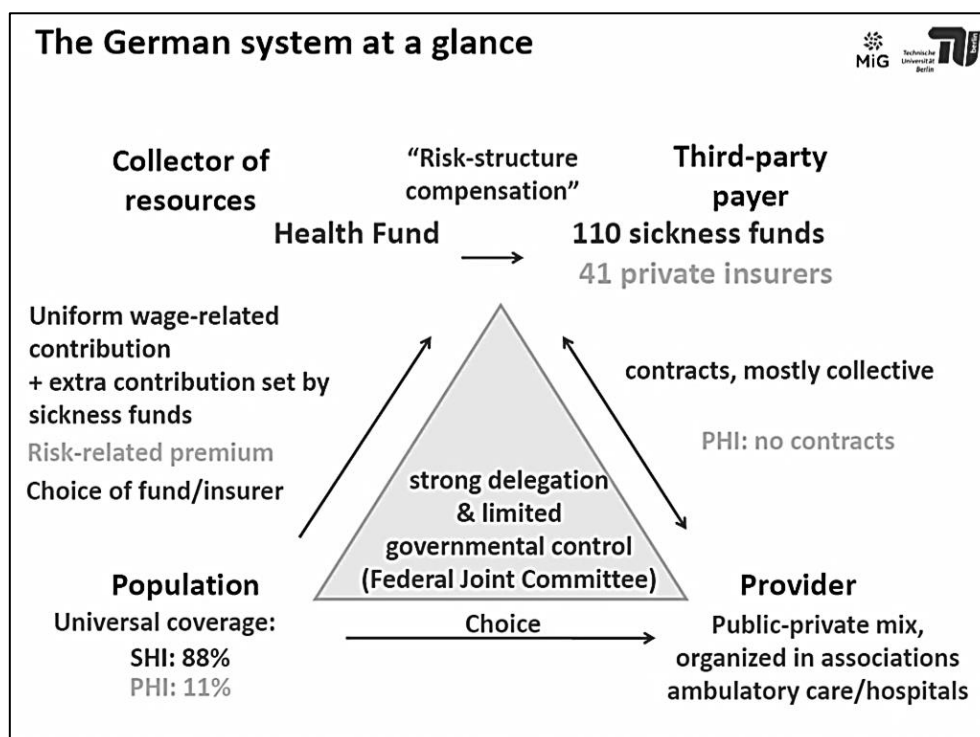
表 3-1 德國公共健康保險各層即決策項目

層級	決策項目
政府層次	<ul style="list-style-type: none"> • 醫療照護的制度性結構 • 財務機制 • 醫療照護可近性維護 • 品質標準 • 確立只要「醫療必須」就必須納入公共健康保險給付的原則
組合層次	<ul style="list-style-type: none"> • 具體給付範圍的界定 • 供需雙方談判協商價格與支付標準的契約 • 以「分權治理」為準則
個人行為人層次	<ul style="list-style-type: none"> • 在既定的框架下，醫療服務提供者協同衛生當局提供預防、治療、復健與長期照護

資料來源：修改自陳孝平（2015）。

2004 年德國聯邦政府通過醫療現代化方案(the SHI Modernization Act; GKV-Modernisierungsgesetz of 2004)，整合過去的「聯邦醫生與疾病基金委員會」(The Federal Committee of Physicians and Sickness Funds)以及「醫院照護與協調委

員會」(The Committee for Hospital Care and the Coordinating Committee)而建立「聯邦聯合委員會(Federal Joint Committee，圖 3-1 中之三角形)」。這個委員會的管理權限來自國會的立法授權(§ 92 of the SGB V)。此組織是為具有自治權限的特殊法人，具有社會自治精神有關保險醫療政策的最高層峰組織。然而，「聯邦聯合委員會」雖獨立運作，但仍受德國聯邦衛生部的監督，其決策也必須送至聯邦衛生部作最後裁決，倘若衛生部不同意其決議，則必須駁回再議(劉宜君等人，2016)。

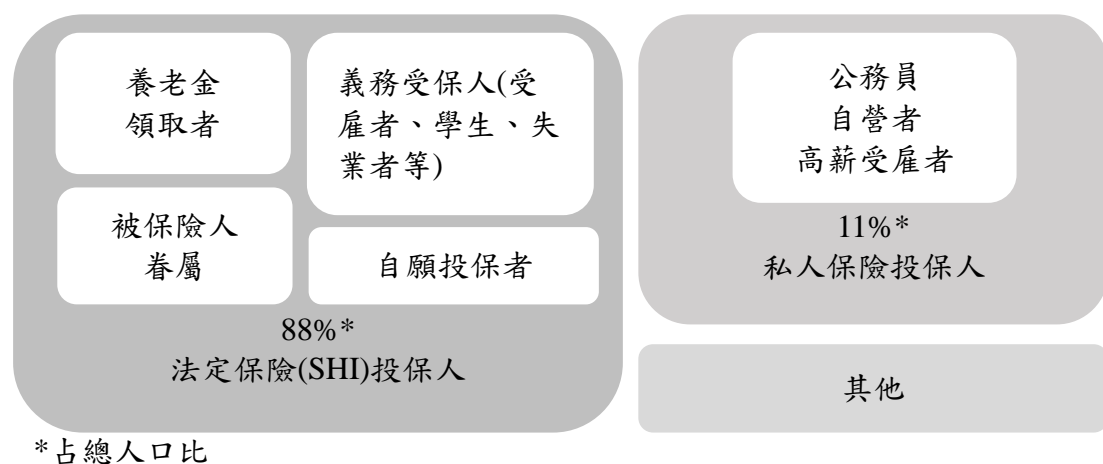


資料來源：Quentin(2018)

圖 3 - 1 德國健保制度架構圖

德國保險屬於多元保險人制度，基本上分為法定保險系統(SHI)及私人保險系統(PHI)。政府採行強制性醫療保險，通過社會救助體系，出資幫助低收入者投保，使醫療保險總覆蓋率達 99% 以上。並且健康保險的收入是透過六大類、總數 109 家的疾病基金(sickness fund)來負責徵收(截至 2019 年之數據)、管理和使用社會醫療保險金。在給付層面，德國公共法定健保給付項目則是由健保會來訂定。

比較 SHI 與 PHI 的差異，SHI 的財務來源是員工和雇主所付的薪資稅。自營者不包含在這系統，但可以參加私人保險。高收入者擁有選擇權，他們可以選擇遷出法定保險，購買私人保險作為替代；若他們沒有選擇遷出，代表自願投保法定保險(Obermann et al.,2011)。自 2018 年起，稅前月收入未達薪資級距總上限 4,425 歐元(約新台幣 159,300 元)則可投保法定保險(德國聯邦衛生部，2018)。法定健康保險規定凡薪資低於法定上限者，依法必須參加法定健康保險，而大部分的民眾皆是納保法定健康保險。在 2018 年，參與法定保險的被保險人人數約占總被保險人數 88%，而參與私人保險的被保險人人數則只占 11% (如圖 3-2)。保險人數則包括 110 個法定保險的疾病基金(sickness fund)及 41 個私立保險公司(Quentin, 2018)。根據德國全國法定健康保險基金協會(GKV-Spitzenverband)統計，2019 年 SHI 總數為 109 家。



資料來源：Obermann et al.,(2011)

圖 3-2 德國 SHI 組成成員

而 PHI 則與 SHI 相反，PHI 的保險費不是基於薪資考量，而是使用風險評等（即老人、病人和慢性病患者的保費較高）。每個家庭成員必須單獨投保，而女性比男性支付更高的保費。然，從 2013 年開始引入男女通用率，提高了男性的費率和降低女性的費率。表 3-2 比較法定健康保險與私人保險的差異。

表 3-2 德國法定健康保險(SHI)與私人健康保險(PHI)的不同

項目	法定健康保險(SHI)	私人健康保險(PHI)
保險對象的人口比例	為義務受保人（受雇者未超過薪資上限、失業者及退休者等）及自願投保者	主要是 SHI 遷出的被保險人（自營者以及薪資上限的人）
福利	<ul style="list-style-type: none"> • 制式與廣泛的：醫院、門診、藥品、牙醫、復原、運輸、生病等支付 • 實物給付制 	<ul style="list-style-type: none"> • 自由選擇項目 • 依賬單做支付
財務來源	<ul style="list-style-type: none"> • 薪資稅(15.5%)，雇主與員工共同分擔，不包含風險考量。 • 隨支隨付 	<ul style="list-style-type: none"> • 會考量風險係數（高收入是最好的） • 累積資本
保險人	<ul style="list-style-type: none"> • 至 2019 年約 109 家保險基金（自治的非營利單位，需受公法約束） • 具有風險結構平衡機制 	截至 2018 年底約 41 家保險人，受私法約束
法律	社會法典(Code of Social Law，由聯邦聯合委員會 (Federal Joint Committee)擬定	保險法
醫療提供者	需選擇與 SHI 簽訂合約的醫療院所	自由選擇

資料來源：修改自 Obermann et al.,(2011)

表 3 - 3 1880-2011 德國法定健康保險(SHI)的趨勢

		法定健保基金			會員		保險費		支出	
年份		數量	會員數 平均每家	被保險人占 人口比例	繳費會員占 人口比例	義務會員占 工作人口比例	費率	員工/雇主 支付比例	占 GDP 比例	財務/服務 比例
1885	德意志帝國	18,776	229	10	9	22	2	02:01	0.2	1.7:10
1913		21,324	636	35	20	44	3	02:01	0.7	-
1925		7,777	2,345	51	29	57	6	02:01	1.7	01:01
1938		4,625	4,832	-	34	66	-	02:01	1.9	-
1950	西德	1,992	10,141	-	40	62	6	02:01	2.6	-
1960		2,028	13,383	-	49	67	8.4	01:01	3.2	01:04
1987		1,182	30,917	83	60	76	12.6	01:01	6.2	01:08
1997	德國	476	91,782	88	61	78	13.5	01:01	6.4	01:12
2003		319	159,780	88	62	76	14.3	01:01	6.8	01:12
2011		154	335,082	88	63	75	15.5	01:01	7.0	-

資料來源：Obermann et al., (2011)

德國的就醫自由度極高，被保險人可自由選擇投保之疾病基金及就醫院所。在醫事服務提供契約方面，在保費由政府統一訂定、集中管理、集中分配的脈絡下，各健保保險人(Sickness Funds)以其所分配到的保費撥付額為預算額度，在基本協定架構範圍內，允許各健保保險人直接與醫師締結個別醫事服務提供契約，透過彼此競爭爭取有利的契約內容以強化經營效率（孫迺翊，2014）。SHI 是實物給付制，也就是當被保險人接受醫療服務不需要索取賬單，醫療院所會直接將賬單發送給法定保險公司進行結算(Obermann et al.,2011)。表 3-3 顯示出法定健康保險中會員及支出等的時間趨勢(1880-2011)。

二、德國法定健康保險財務來源與分配

(一) 財務來源

林志鴻（2006）指出德國總體醫療健保支出費用中，健保制度支付約 73% 的總費用，稅收支出約占 12%，個人家戶自行負擔約占 7%。與其他國家相比，德國透過健康保險支應的比例非常高，私人家計以及部分負擔支應的比例相對偏低。德國公共法定健康保險主要醫療費用支出與保費收入變動呈現如下表 3-4。表 3-4 顯示在政府於 2009 年成立健保基金以來，採取費率穩定策略；以及除了原有保費收入外，聯邦亦挹注財務補助，使得保險結餘收入大於支出。除了 2010 年、2015 年及 2016 年因支出加大而導致收入不足之結果。

表 3-4 歷年德國公共法定健康保險 GKV 主要醫療費用支出與保費收入及其占率

年份			2006	2007	2008	2009*	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
GKV 收入	保險費*	會員繳交	107,422	113,475	118,326	--	--	--	--	--	--	--	--	--
		年金繳交	32,451	33,999	35,005	--	--	--	--	--	--	--	--	--
		合計	139.873 (94.8%)	147.474 (96%)	153.331 (95.9%)	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	其他收入*		7.746 (5.2%)	6.093 (4%)	6.633 (4.1%)	171.005 (99.3%)	173.851 (99%)	182.021 (99%)	188.500 (99.4%)	194.803 (99.5%)	203.279 (99.4%)	211.570 (99.5%)	223.338 (99.5%)	232.871 (99.6%)
	附加保費*	會員繳交	--	--	--	810	1,472	1,445	913	772	959	700	1,014	1,023
		年金繳交	--	--	--	387	275	308	275	272	273	287		
		合計	--	--	--	1.197 (0.7%)	1.747 (1%)	1.753 (1%)	1.188 (0.6%)	1.044 (0.5%)	1.232 (0.6%)	0.987 (0.5%)	1.014 (0.5%)	1.023 (0.4%)
GKV 收入合計			147.619	153.567	159.964	172.202	175.598	183.774	189.688	195.847	204.511	212.557	224.352	233.894
健保基金收入	保險費*	會員繳交	--	--	--	126,459	123,291	131,957	137,508	142,964	154,167	161,462	205,816	215,204
		年金繳交	--	--	--	31,006	35,759	37,164	37,692	38,170	33,963	33,325		
		合計	--	--	--	157.465 (95.6%)	159.050 (91.1%)	169.121 (92%)	175.200 (92.7%)	181.134 (94.1%)	188.130 (94.8%)	194.787 (94.5%)	205.816 (93.7%)	215.204 (93.7%)
	其他收入		--	--	--	7.113 (0.4%)	15.537 (9.9%)	15.157 (8%)	13.854 (7.3%)	11.377 (5.9%)	10.396 (5.2%)	11.380 (5.5%)	13.858 (6.3%)	14.359 (6.3%)
健保基金收入合計			--	--	--	164.578	174.587	184.278	189.054	192.511	198.526	206.167	219.674	229.563
GKV 支出總計			148.004	153.876	160.937	170.784	175.993	179.608	184.249	194.490	205.540	213.675	226.598	230.389
GKV 結餘			-0.385	-0.309	-0.973	1.418	-0.395	4.166	5.439	1.357	5.985	-1.118	-2.246	3.505

註：1. 單位：百萬歐元。2. 收入資料採計「會員繳費收入(Mitglieder)」、「年金繳費收入(Rentner)」及「其他收入 (Sonstige Einnahmen)」之欄位數據後加總合計。2016 年及 2017 年之保險費收入僅提供「會員繳費收入(Mitglieder)」及「年金繳費收入(Rentner)」之合計資料(Zusammen)。

*自 2009 年引進健保基金機制，結合聯邦補助金，由健保基金統一收取保險費後，挹注至 GKV「其他收入」欄位，資金不足之處由 GKV 再收取附加保費，合計為當年度 GKV 總收入，用以支付醫療支出

資料來源：Federal Ministry of Health (2018)。

德國法定健康保險其財源主要來自一般保險費、附加保險費、聯邦補助金及其他收入：

1. 法定健保一般保險費的計算，是由費基與費率共同決定。費基收入包括了被保險人的薪資所得、法定年金給付與失業保險金給付等；而保險費率則包括了法令統一規範的法定保險費率，與疾病基金可能加收的附加保險費率等兩部分。被保險人需繳納依薪資收入的固定比率計算的保費。2016 年法定健保費率為 14.6%，其中受雇者與雇主平均負擔。
2. 附加保險費(Extra contribution set by sickness fund)則是由保險人向被保險人收取之獨立於被保險人收入的費用。各健保保險人從健保基金獲得撥付之金額如不足以支應當年度保險支出，得依其章程規定之程序，另行向被保險人徵收附加保費 (§242 I SGB V)，且附加保費由被保險人全數負擔（孫迺翊，2016）。
3. 聯邦補助金則來自稅收，對生育津貼、疾病津貼等其他保險給付，以總額方式一次提撥來提供補助。
4. 其他財源為投資、固定資產收益、政府補助、風險結構平衡機制（林谷燕，2012）。

（二）費率調整

在堅持社會保險原則下，德國健保之保險費由勞雇共擔，在國家監督下行自治管理。保險費率之訂定與調整由每一保險人依其章程權限，透過自治機關預決算程式訂定個別保險人以年為單位自行訂定保險事務之收支計畫，以隨收隨付為財務處理原則，由自治機關議決財務預算，在滿足最低額度安全基金要求下（通常以三個月給付額之準備為上限，一個月為下限），以收支平衡，確保支付為原則。如果收入不足支應，則以調高保險費率因應，保險人禁止向其他金融機構借貸籌資。如果保險人收入超出支付費用，並且滿足法定保險人營運費用與安全準備要求，則可透過議決降低保險費率（林志鴻，2006）。

2007 年健保改革之後，改由法律訂定單一費率，稱為「一般保費費率」。費率原訂在 15.5%，依勞工與雇主 1.09：1 之比例分擔，是以受僱者負擔 8.2%，雇主負擔 7.3% 的保費。不過本條及同法第 249 條隨即於 2014 年再次修正，自 2015 年起一般保費費率調降至 14.6%，勞工與雇主分擔比例又改回原先之 1：1，亦即各負擔 7.3%（孫迺翊，2016）。

2009 年後，聯邦政府一方面透過一致的標準來分配保費給保險人，另一方面也依據保險支出的狀況來調整收入面的費率。聯邦政府在考慮費率調整有其基本規範：就調漲而言，當健保基金今年及明年的收入無法達到 95% 覆蓋率的標準時，就必須調漲費率。相反地，費率亦可調降。條件則是覆蓋率超過 100% 且降低 0.2% 的費率仍不會使覆蓋率低於 95% 的標準。政府必須在當年度 10 月 15 日前，對保費的收入與支出做評估，以作為訂定次年費率之依據（陳敦源、張耀懋，2012）。

由於德國為內閣制國家，行政立法合一的體制下，健保保費的費率將由聯邦政府提案至國會審議，由於健保費用涉及聯邦與各邦的稅收補助，因此保費必須在聯邦議會和聯邦參議院都通過之情形下，才可進行調整。根據梁景洋（2016）的研究指出，觀察德國的收支連動機制，發現當費率調升或調降的幅度不大時，當年度即不調整，累積至以後年度一併調整，其目的應是降低費率調整的頻率，落實德國於 1970 年代提出的穩定費率為原則的政策。

德國醫療支出增加的狀態下，德國政府透過加強支出控管與增加收入來穩定費率。例如：1980 年代起，陸續新增部分負擔項目，包含住院、復健照顧、救護車、部分牙齒診療、部分藥品及門診等。另外，要求疾病基金會與醫療供給者共同控制醫療支出成長。德國健保對醫院支付的費用，僅限於照護病人的營運費用，即會計分類上的經常門費用；資本門的費用，依法規定由政府額外的費用支出，且 2004 年起聯邦政府逐年編列預算補助法定健康保險的若干支出項目。原保險費計費基礎為薪資總額，為增加收入，將非法定年金給付(non-statutory pension)納入保險費的費基中（梁景洋，2016）。表 3-5 羅列德國近十年費率變

動細節。圖 3-3 則列出尚未實施統一的法定保險費率前，各個保險公司在相同服務範圍內因不同的風險分佈導致的保費費率差異高達 7.5%，在實施統一法定保險費率後，一般費率（優惠費率）加上平均附加保費費率後被保險人負擔費率便穩定的控制在約 16% 左右。

表 3-5 德國近十年費率

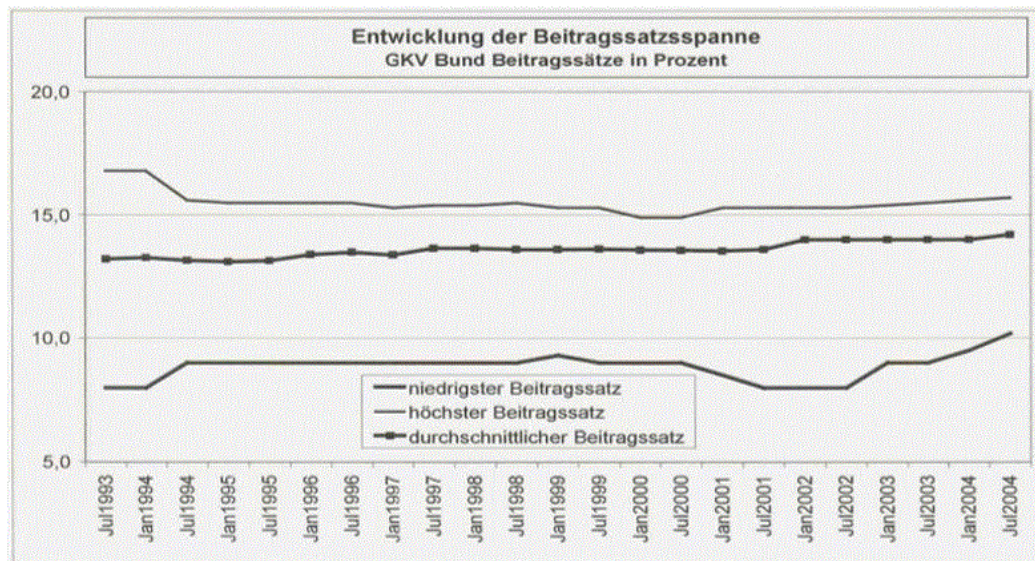
時間	一般費率 (優惠費率)	平均附加 保費費率*	被保險人 負擔費率 合計*	雇 主 負擔	受雇者負擔(一般 費率+平均附加 保費費率)
2009/01/01	14.6%	附加保費 0.90%	15.50%	7.3%	8.2%
-2009/06/30	(14%)				
2009/07/01	14.0%		14.90%	7.0%	7.9%
-2009/12/31	(13.4%)				
2010	14.0% (13.4%)		14.90%	7.0%	7.9%
2011-2014	14.6% (14%)		15.50%	7.3%	8.2%
2015	14.6% (14%)	0.83%	15.43%	7.3%	7.3%+0.83%
2016	14.6% (14%)	1.08%	15.68%	7.3%	7.3%+1.08%
2017	14.6% (14%)	1.11%	15.71%	7.3%	7.3%+1.11%
2018	14.6% (14%)	1.00%	15.60%	7.3%	7.3%+1%

*2009 年到 2014 年由政府統一收取附加保費，此時保險人沒有附加保費的自主權，且附加保費由雇主和受雇者共同負擔；2015 年到 2018 年由各家保險人自主決定附加保險費率，附加保費由受雇者負擔。

資料來源：Federal Ministry of Health(2018)

從 1949 年到 2004 年，被保險人及其雇主必須平均分擔保險費用。如果員工的薪資少於 400 歐元，則只有雇主需要支付這筆費用（費率是通用的 11%）。直到 1998 年，薪資上限不再是疾病基金會的限制。從 2005 年 7 月開始，員工需要支付更高的費率，他們需要支付額外 0.4% 的特別費率，也許會增加到

0.9%。這兩個衡量方式使財源有 54% 來自員工，46% 來自雇主(Busse & Riesberg,2004)。



註：圖中分別為最高費率、平均費率及最低費率。

資料來源：Altindal (2008)

圖 3 - 3 德國法定健康保險的保費費率

對於藝術家跟學生的保險費，聯邦政府負責支出一半的費用。對於退休和失業的國民，退休基金及聯邦就業局分別擔任雇主的角色。實際上，這提供了 100% 的保險費給疾病基金。自 2004 年起，領取養老金的人也需要繳交保險費(Busse & Riesberg,2004)。

(三) 健保基金的分配

被保險人依單一費率繳納之一般保費，連同政府補助款，直接匯集到聯邦社會保險局(Bundesversicherungsamt)，由其設立健保基金(Gesundheitsfond, § 271 SGB V)並負責管理，再撥給各該健保保險人，如下圖 3-4。至於撥付之方式係以「基本撥付額」(Grundpauschal)為準，再依各保險人所屬被保險人性別、年齡結構差異，給予增額撥付或減額撥付(Zu- und Abschläge, § 266 SGBV)，此外新增「疾病風險群組」(Morbiditygruppen, § 268 SGB V)，將 128 種高度消耗醫療費用的慢性病列入調整撥付的考量因素。各健保保險人從健保基金獲得撥付之金額如不

足以支應當年度保險支出，得依其章程規定之程序，另行向被保險人徵收附加保費 (§242 I SGB V)，附加保費全數由被保險人負擔，避免高保費對企業造成過大僱用人事成本。相對地，各保險人亦可於章程中約定，如果依據上述風險結構機制撥付給某一保險人之當年度經費，經支付該年度之醫療服務費用後仍有剩餘，得將餘額分配給被保險人 (§242 II 1 SGB V)，此項規定給予健保保險人改善經營效率、吸引更多被保險人加入的制度性誘因（孫迺翊，2016）。疾病基金（保險人）匯集所有收入後，最終將醫療支出以總額方式分配給門診、住院、藥品及其他四個部門，如下圖 3-5。

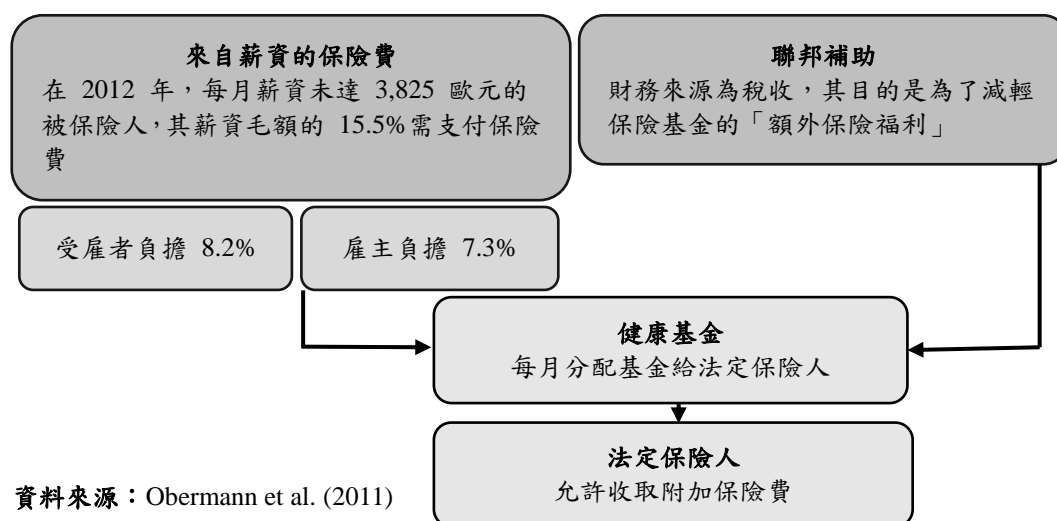
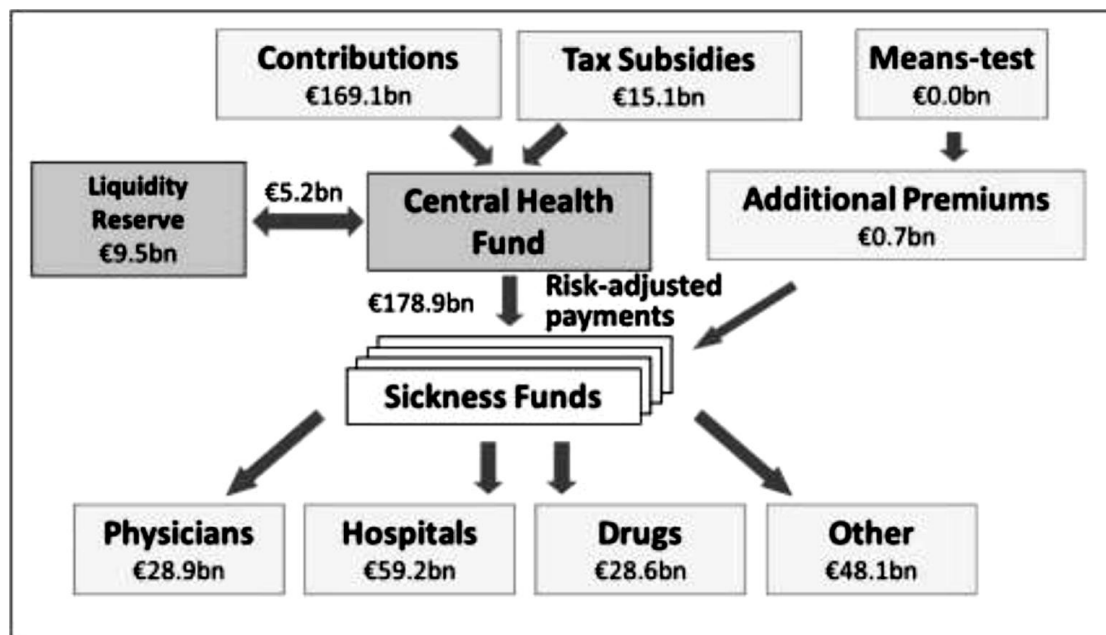


圖 3-4 德國健康基金處理 SHI 保險費架構

「疾病風險群組」的篩選條件，基本上是以罹患該疾病後的平均每人醫療費用，會比全體被保險人平均醫療費用高出 50% 為原則。透過此種風險調整機制，來降低疾病基金對被保險人健康條件的風險選擇行為，確保保險人不會因為他們為許多慢性病患或低收入的會員提供保險而處他們於不利的地位，並強化疾病基金在提供長期性病患良好健康照顧與品質上的競爭基礎（梁景洋，2016）。

至於聯邦政府對法定健保之財務補助，則是由政府每年編列預算，依法律所定金額撥付至健保基金 (§ 221 SGB V)，上述附加保費減免之差額，自 2015 年起亦由聯邦政府編列預算撥付至健保基金 (§ 221b SGB V)（孫迺翊，2016）。

聯邦政府補助主要針對德國健保中無須繳交健保費的兒童，每年大約需要一百六十億的健保支出，對健保而言是一項沈重的負擔。聯合政府決定自稅收中來支付該項支出。在 2007、2008 年分別投入二十五億、2009 年則投入 40 億，之後稅收的比重應該逐年增加至能夠完全負擔該項兒童健保支出。至於私人保險中的兒童是否也應該透過稅收來負擔其給付，目前並不列入健保改革中(周怡君、林志鴻，2008)。



資料來源：Gopffarth and Henke (2013)

圖 3 - 5 德國中央健康基金的架構

藉由中央基金的運作，聯邦政府統一了所有基金的「基本費率」。若無法藉由這個基本費率運作的疾病基金雖然得收取「附加保費(additional premium)」，但加收附加保費的結果，卻可能大量喪失會員，並且面臨破產的風險。這種機制平衡了各基金之間被保險人的風險差異，以減輕所謂「風險套利(cream skimming)」的效應(Gopffarth and Henke, 2013)。並且中央健康基金的設置，便是代表聯邦政府介入了健保財務的開始。

2007 年之後法定健保制度其一般保險費率由法律明定，保費集中收繳於聯邦政府健保基金，再依疾病風險群組分配於各保險人之作法，等於直接建立跨越不同保險人、以全體被保險人為範圍的單一風險分攤機制(孫迺翊，2016)。

(一) 附加保險費

各保險人從健康基金所獲得的分配若無法維持其收支衡平，得基於需要，於章程訂定向被保險人收取附加保險費 (§ 242 I (1) SGB V)。附加保費是投保者依據需求自行繳給保險人，國家並不介入，依此作為保險人間競爭的機制。即使各保險人享有於章程訂定附加保險費之自治權，但附加保險費建立於保險人無法自健康基金的分配中獲得收支平衡之前提下（林谷燕，2012）。

依照 2007 年健保改革最初版本，附加保費係與所得相關，但不得超過投保薪資 1% 之上限，如果每月附加保費不超過 8 歐元，亦得採定額附加保費 (§ 242 I 1 SGB V a.F.)；2010 年法定健保法再次修正，自 2011 年起改採定額徵收，與被保險人之所得無關 (§ 242 I 1 SGB V n.F.)，同時取消上限。附加保費之額度，每年秋季由聯邦社會保險局精算專家小組 (Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt) 計算得出「平均附加保費」(durchschnittlicher Zusatzbeitrag)，其計算方式是針對保險人下一年度可得分配之保費收入與預測之醫療支出之間的差額，除以應負擔附加保費之被保險人人數，再除以 12，得出下年度被保險人每月應繳納之平均附加保費。該精算結果必須經由聯邦財政部核定，於每年 11 月 1 日於聯邦政府公報公告之 (§ 242a SGB V)。

在平均附加保費之外，基於社會互助下之量能負擔原則，另有社會平衡 (Sozialausgleich) 之配套措施：如果平均附加保費費率超過各該被保險人投保薪資之 2%，該被保險人每月應繳納之一般保費應扣除差額 (§ 242b SGB V)，以減輕較低薪階受僱者之保費負擔，此種定額附加保費結合社會平衡的設計。舉例而言，如精算結果平均附加保費為 35 歐元，被保險人 A 每月薪資為 1,500 歐元，其 2% 附加保費上限為 30 歐元，附加保費超過薪資 2% 上限，該 5 歐元之差額將自 A 之一般保費中扣除之。上述政府所公告之附加保費為平均值，各保險人得依該平均值及各該財務狀況調升或調降附加保費，被保險人亦得依其有利之選擇更換保險人，此即競爭機制之所在（孫迺翊，2016）。

此項社會衡平自 2011-2014 年由健康基金所準備的流動資金準備金支應。但自 2015 年起，透過聯邦從稅收資金之補助金提供。是否產生社會衡平，決定權不在於保險人，而在平均附加保費多寡，因為平均附加保費依法是由聯邦社會保險局計算得出，因此，保險人形式上有附加保險費之自治權，但實質上該自治權受限制(林谷燕，2012)。2009-2014 年附加保費 0.9% 包含於統一保費費率中，由雇主和受雇員共同分擔，自 2015 年起保險人享有訂定附加保險費之自治權，但受限於上述提及的法規，另外，2015-2018 年的附加保費改由受雇者自行負擔，但在 2019 年 1 月 1 日起附加保費又改回由雇主和受雇者共同負擔。

三、德國健康保險因應收支失衡時的歷史改革

德國為因應收支失衡時，相對應財務支出與來源改革時間及相關措施如下表 3-6，以下將分述說明。

表 3-6 德國健保發展及改革簡表

時間／改革內容
1883 年 <ul style="list-style-type: none"> 建立健康保險 早期係由個別健保醫師與保險人簽訂醫事服務契約，並非集體協商，健保保險人有單方決定執行健保業務醫師總數及支付標準權限。
1913 年 <ul style="list-style-type: none"> 1900 年執業醫師針對保險人可單方面改變支付標準進行抗爭，1913 年雙方達成柏林協定(Berliner Abkommen)，決定由雙方代表共同協議健保醫療給付相關事宜。
戰後到 1980 年代間 <ul style="list-style-type: none"> 擴張被保險人範圍醫療給付範圍，包括醫療給付擴及復健及癌症預防與早期發現。 但德國健保制度醫療費用上升，健保財務開始吃緊，「抑制費用」(Kostendämpfung)與「維持健保費率穩定」遂成為健保制度改革的持續性目標。 約自 1975 年之後，德國健保制度就進入定期改革。

(續下頁)

1992年健保改革重點

- 在維持多元複數保險人的基本架構下，法律賦予被保險人自由選擇保險人之權利。
- 保險人透過社會自治機制，可以自主決定保費費率，但也必須維持運作效率，避免被保險人流失。
- 為避免風險逆選擇、維持健保社會連帶功能，法定健保法同步建立跨越複數保險人之風險結構平衡機制(Risikenstrukturausgleich, RSA)。
- 放寬健保保險人合併之要件，使原本規模不大、經營效益不佳的保險人得以合併，擴大風險共同體範圍，以增加其競爭力。

2003年健保改革重點

- 再次擴大被保險人範圍，提高無投保義務之薪資上限，將更多的高薪受僱者納入強制投保對象範圍。
- 法律明訂政府應每年編列預算，給予法定健保一定額度之財務補助。
- 允許健保保險人提供差異其他集體協商以外的醫事服務內容(例如家庭醫師為核心之整合照護模式)，強化保險人間的競爭關係，並提升醫療品質與效率。

2007年及之後健保改革重點

- 全民強制納保規定及商業保險社會法化
- 建立健保基金、健保費率統一且由政府制訂
- 加收附加保費
- 保險人持續整併
- 更多不同醫療模式可供被保險人選擇
- 強化被保險人之選擇權與維護健康責任

資料來源：施世駿、周怡君(2015)

(一) 1977 年

林志鴻(2006)指出，德國健保制度從 1883 年創立迄今仍維持多元保險人體制。雖然在財務問題日漸嚴重下政府監督與介入角色逐漸加強，但是費率自主權仍然由保險人掌握。1977 年實施協商總額制度後亦復如此。德國曾於 1976-1977 年實施健保費用抑制政策，旨在以保費收入支持給付支出，並維持保險費率的穩定。亦即保險費用依被保險人薪資之成長而成長。這項政策也被稱為量入為出的支出政策或稱為費率穩定政策。因為以調升費率來支應收支缺口固為保險人一般採用的方式，但是七零年代起面對人口結構老化、經濟成長逐漸遲緩以及猝然而遇之石油危機，使得健保費率與醫療費用上漲呈現暴增，已達被保險

人與雇主負擔之上限。政策遂而由以往一貫採取調升費率支應方式，轉成費用抑制手段。

(二) 1977-1992 年

1977 至 1982 年間推出一連串費用抑制法案，以抑制支出面費用。主要的措施包括財務面實施費率穩定、節約、量入為出等原則。1977 年後保險人解決財務失衡的因應策略由原來的調整保費為主，改變為節約及量入為出的費率抑制手段。1977 年國會通過實施疾病保險費用抑制法(Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz, KVKG)，係針對醫療費用膨脹進行第一階段管控，改革支付制度，實施協商總額制度、修正論量計酬機制。總額非單一，而是依照給付類別區分為門診、牙醫、住院及藥品。此一支付制度先預定給付的額度，類似我國的健保總額協商制度，德國是在各邦與聯邦的層級上，透過付費者代表（保險人）、保險醫師、牙醫師協會、官方代表等集體對等協商確定總額，並作為各邦時值總額議定之參考（劉宜君等人，2016）。

協商總額預算制度之運作，在需求面（保險人）牽涉到個別保險人費率調整考量因素；在供給面方面也牽涉到支付費用分配機制，同時亦涉及給付申請審查制定。即傳統由保險人擔任審查，如今則轉由供給者團體依內部民主程序，在客觀、公平、公開分配機制下，進行費用支付（李玉春，2013）。

由於改革效果未能完全彰顯，1990 年代以後持續推動上述措施並以多元、多面向、多管齊下為原則進行改革。

此番改革主要目的是以達成費率穩定為原則。因此所有方法用盡仍無法填補缺口，才會調整費率因應。費率無論升降，皆以滿足保險人月總支出 1.5 月安全準備為限，費率調整超收保費不得超過此上限，即保險人費用支出以法定給付支付以及保險人行政費用為限(§ 220, 260 SGB V)（林志鴻，2006）。

(三) 1992 年（健保結構改革法案）

林志鴻（2006）指出，由於隨著總體經濟成長趨緩以及失業率增加，收入面之成長受到限制；支出面因人口結構加速老化以及醫療科技更新加速成長，二者

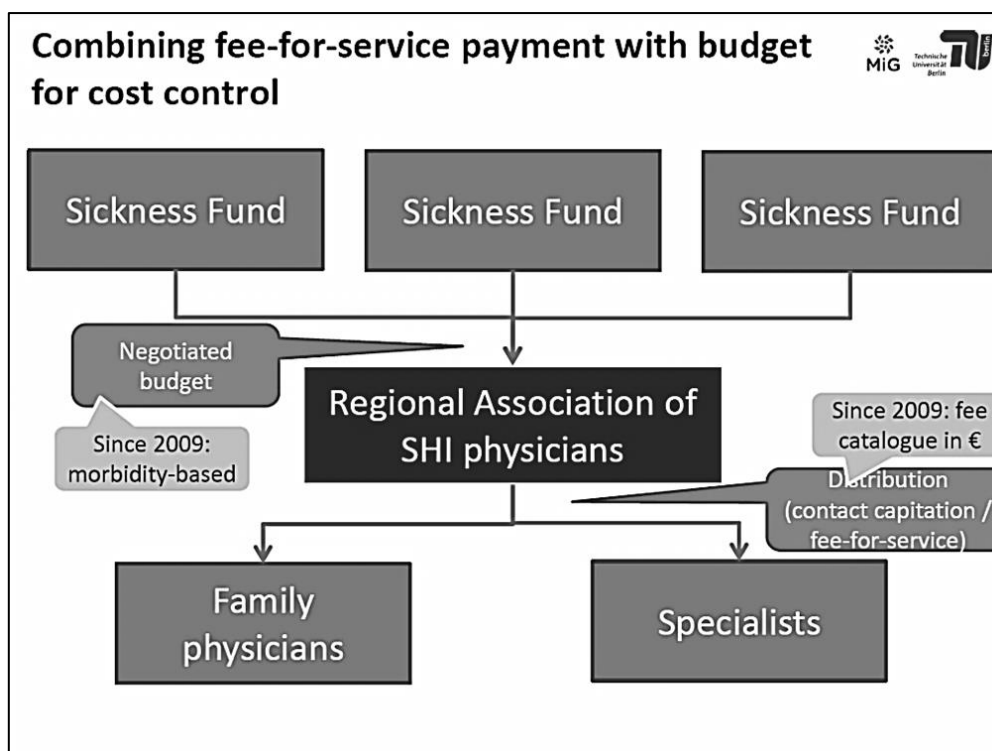
漸趨失調。1977 年以降，宏觀調控措施僅發揮了一段短期的作用，隨即失去效果而有進一步改革必要。特別是健保體系出現過度提供、不足提供或者不當提供之問題，有待進一步對此體制上的缺陷進行改革。此即 1992 年提出健保結構改革法案之背景。該法案主要內涵為限制保險醫師數量、廢除醫院部門成本計畫原則、實施論病例計酬制度、強化醫師財務責任、強化所有參與者的品質責任。其中屬於短期措施的有保險總額給付與保險人行政費用，1993 至 1995 年間支出只能與保費收入同幅度成長。

(四) 1996 年多面向調控機制

健康結構改革法使 1993 年、1994 年的保險財務出現大量盈餘，特別是在藥品方面。平均費率也由 1991 年的 12.3%、1994 年的 13.3%（升高），降為 1995 年的 13.1%，然而 1996 年起又再次微幅上漲為 13.6%。於 1997 年、1998 年分年實施，主要在大幅度實施部分負擔，並且縮減給付範圍以及引進私人健保措施，總計節省約 11 億馬克之支出。

為針對造成健保制度費用、費率遽增之體制內與體制外因素進行調控，故在維持風險分擔、基本需要滿足之原則下，實施從體制到個體層面之多層次與多面向調控機制。例如，從供給面、需求面、管理面，以及從 1997 年實施協商總額制度、量入為出取代量出為入原則、費率穩定原則、刪減不必要或過高之給付的節約原則等。

門診總額預算由疾病保險協會(The Federal Association of Sickness Funds, GKV)與保險醫師公會(The Federal Association of SHI physicians, KBV)進行協商。新的總額支付制度將門診分為兩個以經常性給付量作為支付基準指標內涵(如圖 3-6)，一個在付費者團體(GKV)與醫療提供者團體間(KBV)集體協商層次，稱為專科醫生關聯的經常性給付量。一個在醫療提供者團體，及保險醫師協會與個別保險醫師之間的層次，稱為「個別醫師關聯的經常性給付量」(林志鴻，2006)。自 2009 年起，預算議價時以罹病率(morbidity-based)為基準(Quentin, 2018)。



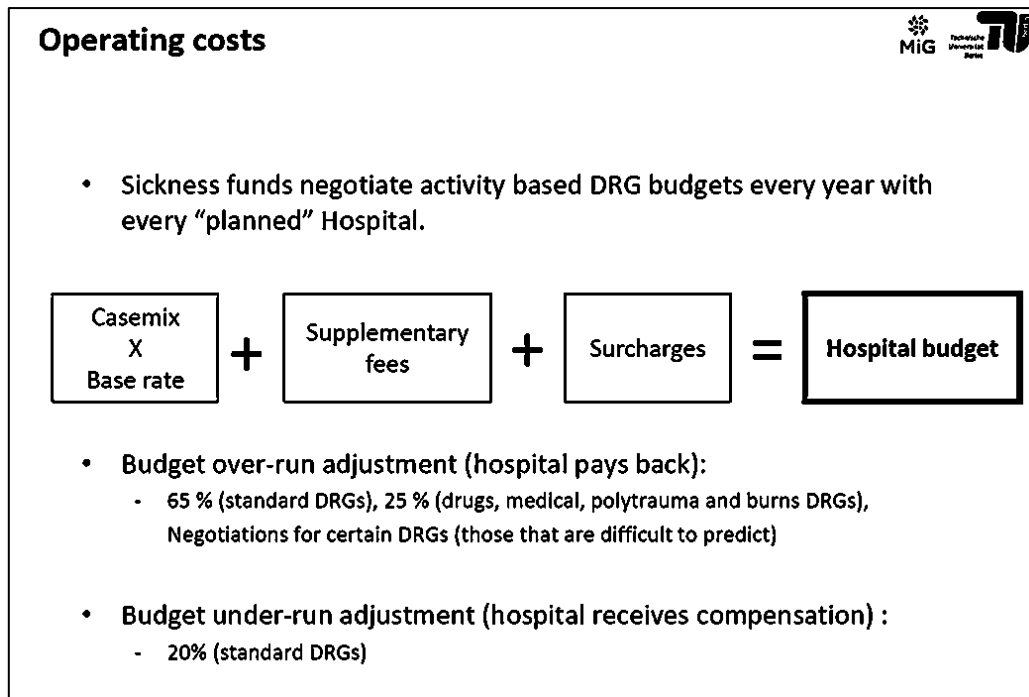
資料來源：Quentin (2018)

圖 3 - 6 德國疾病基金會與 SHI physicians 議定醫事供給服務預算

(五) 2000 年實施論病例(DRG_S)支付方式

在 1993 年以後，保險費收入增長低於支出增長，醫院開始出現赤字，因而影響醫療品質，德國的保險制度便在 2000 年擬取消總額預算制度，而改以論病例(DRG_S)支付方式。在健保醫師醫療報酬方面，原先總額預算下以點數換算計價之支付標準無法因應人口老化醫療服務需求增加，醫師診療未獲得合理報酬，間接影響病患權益。2007 年健保改革開啟一連串修法工程，自 2008 年開始連當醫療服務基本協定之支付方式改為個別醫療行為直接以歐元計價，再依地區增額或減額，2009 年再推動支付標準改革（孫迺翊，2014）。

在住院給付採彈性總額面向上，即預先設定醫療服務利用量可容許之上漲率，各疾病保險協會於年終時再利用 75%的校正法。即醫院如提供過多服務，須自付差額之 25%。醫院如果提供不足服務，疾病保險協會也必須保證補足與預估總額差額的 75%，這是基於醫院固定營運成本一般約占總成本三分之二左右的思考邏輯所訂下的辦法（林志鴻，2006）。住院給付總額預算如圖 3-7。



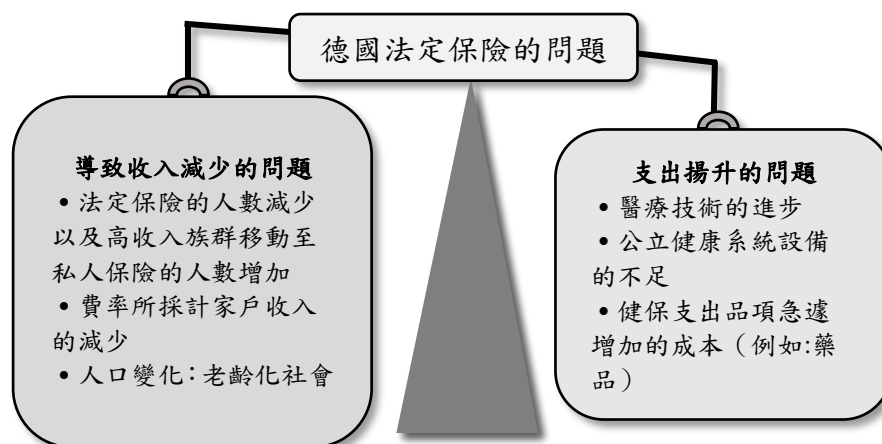
資料來源：Quentin (2018)

圖 3 - 7 德國 DRG 支付制度

(六) 2007-2009 體制改革

自 2007 年以後，德國健保改革是由「財務」改革進展為「體制」改革。政府體認到健保費率已到達經濟可承受的高點，於是有了穩定費率在既有的水準的共識，以避免費率不斷增加，對雇主、勞工負擔過重。除了由「量出為入」改成「量入為出」的隨收隨付制度外（梁景洋，2016），並推動以下措施：一、刪減浮濫的給付。二、增加部分負擔。三、以優惠措施誘導民眾選擇家醫制度。四、固定保險行政費用的額度。五、健保財源除政府原有 27% 的補貼之外，再增加稅收作為財源，並用來補助兒童繳交保費。六、健保費用總額與費率由原本的自治協商，改由國會決定（社團法人臺灣醫療改革基金會，2008）。

德國的藥價總額仍產生了許多問題，如同世界其他發達國家一樣，高科技醫療、新藥品、人口負增長及人口老齡化等因素，已使各大醫療保險機構每年收取醫療保險費的增長速度明顯低於醫療保險支出的增長速度（李明濱，2008）。Obermann et al.(2011) 亦指出，在德國實施健保後，面臨收支失衡的問題如人口老化導致收入減少，及支出揚升如藥品成本增加，以圖 3-8 羅列相關因素。



資料來源：Obermann et al. (2011)

圖 3-8 德國法定保險的問題

四、德國總額支付制度

多數國家藉由實施總額支付制度加以控制醫療費用，但各國因歷史背景與國家特性不同，導致規劃出的總額支付制度各不相同，例如服務提供的型態、支出內容、支付型態等等，在前面的章節中已有大略介紹過德國的總額制度，在此節中將做更詳細的介紹。

德國在 1977 年以前採以論量計酬的支付制度，在改為使用總額支付制度前，其每人每年就醫次數為已開發國家之冠，故疾病基金會遂以凍結支付標準因應，但遭到醫師們的強烈反彈，後來改為由醫師公會參與疾病基金會共同協商支付標準，改為施行門診硬性總額支付制度，基本上還是採論量計酬，對每項醫療費用給予固定點數額。在總額固定的前提下，每增加醫療服務點值，則每點金額隨之下降。在面對服務增加但每點價格卻下降導致收入不確定的狀況下，醫師再度提出不滿，故德國衛生部改採軟性總額支付標準。軟性總額支付與硬性總額支付不同處在於，軟性總額將總額定為目標，但是是事先規定好每點的價格，預防服務增加但點數價格卻下降的情形，如果最終支出超過原先設定好的總額目標，則於下次協商總額時予以扣除（陳敦源，2006）。但由於健保費率與醫療費用漲幅已達被保險人與雇主負擔之上限，且為了解決因論量計酬制度下服務提供者提高服務量所造成醫療支出快速成長的問題，故從 1997 年起，採前瞻式集體協商分項

總額預算制度與論量計酬並制，將醫院費用、藥品費、醫師費皆納入總額預算之範圍內（林志鴻，2006）。

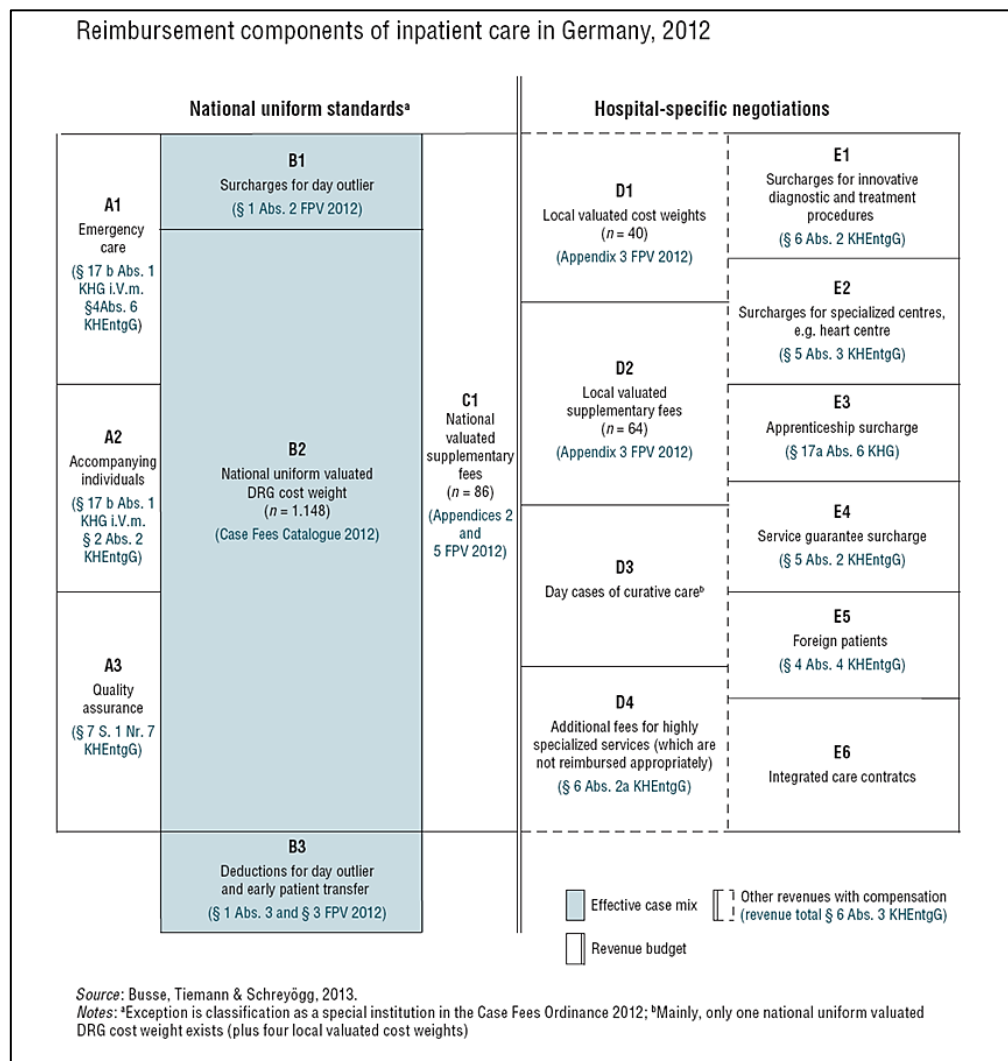
在制度上，德國採取分區分部門的總額制度，分為門診 23 區和醫院 16 區，因德國獨特的歷史淵源，門診醫療由全國特約醫師取得基層門診醫療業務的專責權，在德國除了大型教學醫院有門診部門外，一般醫院並沒有設立門診部門，醫院必須取得基層特約醫師的轉介才可讓病患住院。門診部分採取與基本工資上漲率看齊之支出上限制，住院採支出目標制、費用採總額支出上限（李玉春，2013）。根據張育嘉等人（2010）指出，德國不論實行總額預算上限制或目標制，在實行上都遭遇困難，多年徘徊在二制度間，因此德國陸續針對門診支付表，與醫院改採 DRGs 給付等支付制度改革，德國總額制度的歷程詳如表 3-7。

表 3-7 德國各部門總額制度演進

時間	門診	住院	藥品
1989-1992	協商區域預算上限	協商個別醫院預算目標	實施總額預算
1993	法定區域預算上限	法定個別醫院預算上	全國預算上限
1994		限	協商地區預算上限
1995			
1996	協商區域預算上限		
1997		協商個別醫院預算目	
1998	協商個別醫師目標服務量	標	協商個別醫師目標服務量
1999	在法定上限下協商區域預算的上限	在法定上限下協商個別醫院預算目標	法定區域預算上限
2000			協商區域預算上限
2001			
2002			協商區域內個別醫師之服務量目標
2003	法定區域預算上限	法定個別醫院預算目標	
2004	在法定上限下協商區域預算的上限	在法定上限下協商個別醫院預算目標	
2005			

資料來源：江宏哲、楊志良等人（2005）

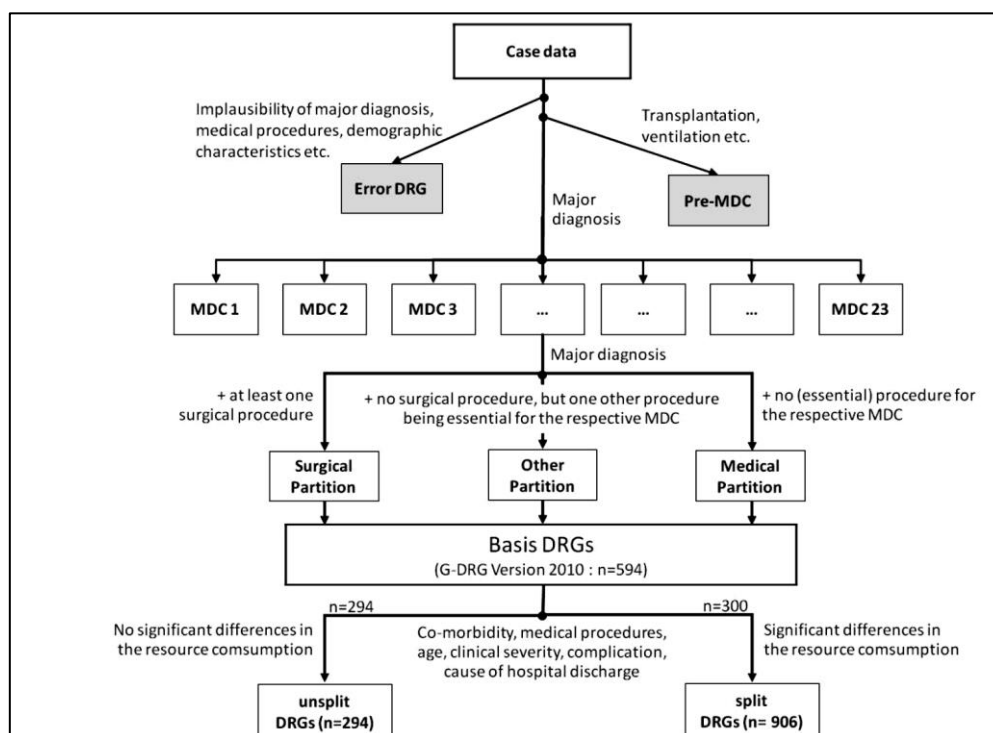
德國醫師總額預算搭配聯邦制定全國各疾病保險基金會統一的支付標準表相對點數(EBM)，類似於臺灣的資源耗用為基礎的相對值表(RBRVS)，但德國的支付標準表訂定於聯邦「基本協定」中，同時也訂於各邦層級「總協定」內，並且藉此約束各邦層級之疾病保險基金會與保險醫師聯合會的關係。德國的醫院總額採個別醫院協商洽定，由各地疾病基金會透過協商機制，個別與每家醫院洽定年度預算，個別醫院總額計算相當複雜，主要以 DRGs 支付，但德國 DRGs 支付制度的設計不是用來控制醫院整體費用的支出，故對於某些項目沒有限制，例如某些較複雜或成本密集型的服務、或高單價的藥物、創新診斷，和治療程序等服務，則須另行協商費用，如下圖 3-9 中的附加費用(surcharges)。



資料來源：Busse & Blümel(2014)

圖 3 - 9 DRG 權重表

在德國的 DRGs 支付系統中，其建立一個 Grouper 電腦輔助系統，輔助醫院申報相關事物，醫院透過 Grouper 輔助系統，輸入每位患者的病例數據，此系統會將病歷分派給特定的 DRG，如下圖 3-10，德國 DRGs 系統中使用的成本權重使醫院每個案例與其使用相關特定資源的平均成本得以量化。這個量化涉及到 case-mix 的定義，其等於在一定時間段內，所有 DRG 執行的成本權重之總和。將 case mix 除以所有病歷的數目，就得到 case-mix index。case-mix index 是某一特定醫院的平均成本權重，可以比較不同醫院間醫療資源的使用。相反的，將醫院的總費用除以 case-mix，可以得到特定醫院每個病例的平均 DRG 費用：亦稱為醫院基準費率(hospital base rate)。醫院薪酬的計算式現在全國是全國統一為：case-mix（或 case-mix index × 病例數）× 全州基本病例費率。



資料來源：Busse & Blümel(2014)

圖 3 - 10 Grouper 系統圖

綜合上述，醫院總額預算的公式為 $\text{case-mix} \times \text{base rate}$ 外，再加上未包含在 DRGs 的項目透過協商的補償費用(supplementary fees)，和因樣本不足以計算或成本差異甚大的創新診斷或治療程序的附加費用(surcharges)，亦透過與每個醫

院單獨協商。如果醫院一年的實際收入超過協議的收入總額，醫院必須返還額外收入的 65% 差額；在實際收入低於協議的收入總額的相反情況下，醫院將收到短少收入的 25% 差額。第二種機制是處理同意醫院收入同比增加的情況：對於超額的 case-mix，其基本費率會減少 25%（即額外費用僅補償 75%）。

德國實施 DRGs 支付制度並非用來控制醫院整體費用的支出，是為了解決透過協商機制決定醫院的醫療費用與病人每日支付費用造成費用的資訊不透明度，與各醫院間的成本差異隨著時間而加大，造成醫院間的不公平競爭之問題。德國的醫院仍然實施總額制度控制支出，醫院總額的是依據德國整體薪資水準 (sum of wages) 進行調整，個別醫院的總額，乃依據其特定服務部門與服務量來計算，超過預算額度之醫院，超過的部分縮減支付，因此對醫院來說沒有誘因去超出額度。另外，Mougeot, M., & Naegelen, F. (2005) 報告指出，德國實施總額支付制度後醫師明顯減少處方，依據每一專科醫師能力及看診病患情形，先行擬定個別醫師之藥品支出目標，醫師的處方量限制於藥費總額中，因此醫師有誘因多開立學名藥。

五、德國總額協商

本節旨為探討在總額協商架構中，政府所扮演的角色以及付費者與醫療服務提供者在面對意見有所出入時如何進行協商的過程。

德國的法定健康保險採用的是多元保險人制度，由社會上相同組織集結成保險集團，從而通過這些組織的聯合，由私人辦理，組織上屬於特設的公法人，原則上類似我國二代健保政策建議下的行政法人基金會的組織形式，這樣的制度發展，與過去政治、經濟、文化、社會等發展息息相關。由於德國在正式的強制性保險法案問世之前，其實就已經有些許與勞工相關的醫療保險，1883 年成立的《勞工疾病保險法》，便是自助互助組織傳統的彙總，促使勞工與雇主在健康保險的提供上共同參與。因此，德國的健康保險體系基本上是由下而上發展的邏輯，整個保費支付與政策監理的運作方式，也呈現由社會自行組成的疾病健保基金會與醫療團體進行協商的狀態（陳敦源，2006）。

德國在中央層級成立全國性的機構統籌總額預算協商事宜，負責制定醫療費用上漲幅度、訂定審查範圍、修訂門診支付標準表。授權各地區的疾病基金（即保險人）、醫師公會、醫院代表團體協商總額預算，地方政府只負責監督與管理。

（郭年真，2017）此一機制乃由德國中央健康基金以全國的角度來做第一層次的預算資源分配，使用風險結構平衡機制(Risikostrukturausgleich, RSA) 作為考量，將預算分配至各疾病基金；爾後再由第一層次降到第二層次再分配，第二層次強調的是談判協商的過程，由各疾病基金與醫師公會、醫院代表團體協商總額預算（許怡欣，2004；Busse& Blumel, 2014）。

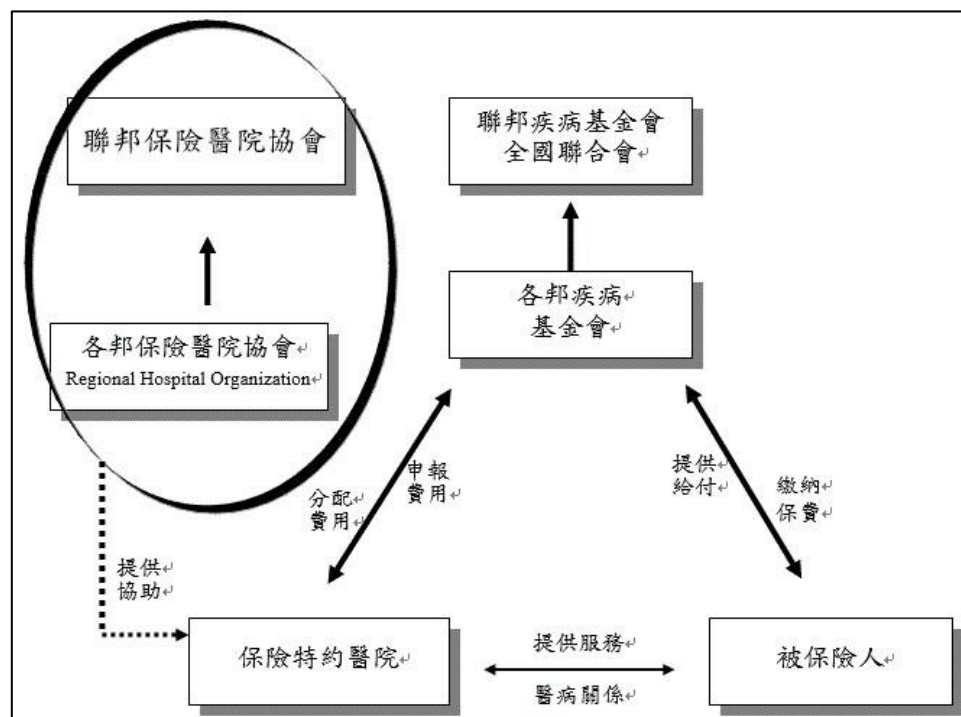
第二層次中可再分為兩個階段，第一個階段由各疾病基金會與醫師公會協商訂定整體的醫療費用，並且協商出每一季的醫療費用總額，假使有發生高估或低報的情形時，可在下一季時在點數上採取折扣或是追討作為後續處理，在協商過程中均以法律依據協商基礎，對於立法者而言只需注重整體大方向與政策目標的落實，對各地區而言由體系內部直接進行參與者訂定規範除了能讓其他參與者能接受之外，也能較快適應各地區的變遷狀況。第二階段則是由醫師公會在取得整體醫療費用扣除一般行政費用後，以論量計酬方式分配給各醫師，其中醫師服務項目的範疇除了確認診所的營運項目之外，每季提供的病例數、診所的固定營運費用、人事支出以及每一項診療項目所花費的診療時間都必須納入考量範圍之內，做全面性的檢視（陳敦源，2006）。

其中，德國醫院預算總額由疾病基金會負責與醫院個別洽定。保險特約醫院協會其角色功能與保險特約醫師協會不同，只是替醫院爭取利益，雖協助談判總額，但不負責分配金額，個別醫院總額由疾病保險基金會直接和個別醫院協商議定（蔡魯、高資彬、林阿明、張溫溫，2007）。

德國醫院是邦聯衛生部根據聯邦法令「醫院財政法」進行規劃與管制。醫院規模是根據醫療上的需要與績效而定，但各州的指標差異很大。近年來有許多州採用研究機構的指標來評估醫療上的需要與績效，許多州將占床率 80%定義為資源充足，儘管疾病基金會與提供者可以在聯邦的醫院委員會提供意見，但是最

後的決定仍是在政治層面；雖然疾病基金會可以不特約過多的醫療資源，但是這個權力卻很少使用（江宏哲、楊志良、錢慶文、王俊文、葉德豐，2005）。

另外，德國醫院費總額協商架構詳如下圖 3-11。藥品總額由各地區保險特約醫師公會與疾病基金會協會協商。調整參考因素為被保險人人數與年齡結構、藥品價格變動、給付項目變動、現存節約空間與創新（周麗芳、陳曾基，2000）。門診總額預算由疾病基金會聯合會(The Association of Sickness Funds)，與區域保險特約醫師協會聯合會(Regional Associations of SHI physicians, KVs)協商，總額預算議價時以罹病率(morbidity-based)為基準(Quentin, 2018)。在總額預算下由各疾病基金會支付整體診療報酬(Gesamtvergütung, § 85 SGB V)給區域保險醫師協會，再由醫師協會依保險特約醫師申報的點數，在總額預算下按照浮動點值審核撥付醫療報酬(Honorar)給其所屬保險特約醫師，因此每位醫師所獲得之報酬，受到自己本身及區域內同儕提供服務量的多寡所影響。（孫迺翊，2016）。



資料來源：蔡魯等人（2007）

圖 3 - 11 德國醫院總額協商架構

第二節 日本

一、簡述日本的健康保險制度

日本的醫療照護系統主要立基於社會保險系統，並輔以政府的稅收補貼以及自費支出(out-of-pocket payment)，亦即被保險人之部分負擔。根據 OECD 的資料，日本在 2015 年的醫療支出成長快速並已占其當年度 GDP 的 10.9%。相較於其他 OECD 國家而言，此比例高於其他 OECD 的平均（9%），並在 34 個 OECD 國家中排名第三，顯見日本對醫療照護的重視(WHO, 2018)。

日本的醫療保險系統也相對複雜，以歷史脈絡而言，日本 1922 年 4 月依據健康保險法創立醫療保險制度，1927 年全面施行，至 1961 年實施強制性全民納保之醫療保險。在 2000 年開始實施《長期照護保險法》，在該長期照護保險法之下，日本將老年人的長期照護納入健康照護範圍(湯澡薰、陳世銘，2009)。就制度上，日本的健康保險屬於多元保險制度，根據不同的法律來源，從而形成不同的健康保險方案。不過，在其健康保險制度下，政府仍舊有相當程度的介入，其介入的程度高於與其健康保險制度類似相仿的德國（張育嘉等人，2010）。日本醫療保險覆蓋率(coverage rate)達 100%，各類保險給付範圍包含超過 5,000 種以上之醫療處置，牙齒照護，以及相關藥品等，厚生勞動省每兩年會重新審查給付範圍與其覆蓋比例(WHO, 2018)。保險費負擔方面，則就制度類型不同而有不同的計算方式，分別為量能負擔（應能負擔）原則或是量益負擔（應益負擔）原則（羅光達，2014）。

以日本的健康保險分類來說，其主要分為三大類：第一類為以受雇人員為對象之「受雇者健康保險（職域保險）」；第二類為針對農漁業者、自營業者等所設立的「國民健康保險（地域保險）」。第三類則是「老人醫療保險」(Kozo and Etsuji 2009; IPSS, 2011)。在這三大保險領域中，其中受雇者健康保險涵蓋了約 60% 的日本國民，而國民健康保險與後期高齡者醫療制度之老人醫療保險則涵蓋剩下的 40% 日本國民。以下分別說明：

(一) 受雇者健康保險 (Employees' Health Insurance, EHI, 又稱為「職域保險」)

「職域保險」是以受雇者為被保險人的健康保險，依據其被保險人的職業性質不同，而又分為兩大類七細項：

1. 健康保險

此健康保險為一般受雇者保險，以企業員工等受雇者為主。包含「組合掌管健康保險」(簡稱：組合健保)、以及「全國健康保險協會健康保險」(簡稱：協會健保)。「全國健康保險協會健康保險」，則是政府針對 5 人以上 700 人以下受雇員工之中小企業為對象提供之集體性保險，為單一保險人型態，其前稱為「政府掌管健康保險」。這類協會健保的方案眾多，例如「日雇勞動者保險」以及「船員保險」。

「組合掌管健康保險」則是具有 700 人以上受雇員工之大型企業為其員工所提供之保險。每家大型企業依規定必須成立非營利性的保險人，來提供員工與受扶養家屬醫療保險，由勞雇雙方自行管理，為多保險人型態。

2. 共濟組合

共濟組合為特定受雇者的保險，主要適用於國家公務員、地方公務員、私校教職員、農林漁業團體職員，由厚生勞動省管理，為多保險人型態。其中，包括「國家公務員共濟組合保險」、「地方公務員共濟組合保險」以及「私校教職員共濟組合保險」等。

(二) 國民健康保險 (National Health Insurance, NHI, 又稱為「地域保險」)

適用對象為未加入受雇者健康保險的民眾，主要針對學生、農民、專業自營業者、失業者、退休人員等作為投保對象。保險服務是依據投保人所居住之市町村政府（等同鄉鎮市）提供，為多保險人型態。外籍人士居住日本超過半年以上亦可加入國民健康保險。

(三) 後期高齡者醫療制度

日本政府於 2008 年 4 月改革原先的老人醫療保險制度，將保險對象從原來 70 歲以上調高為 75 歲以上的老人，並將醫療費用負擔比率重新調整，新建

一套新型的高齡者醫療制度，在各保險體制間所建立的財務調整機制，由都道府縣（等同縣市）政府承辦，為多保險人型態，與美國 Medicaid 相似，為針對老人醫療所設計之保險制度，稱為後期高齡者醫療制度。適用對象為 75 歲以上及 65 歲以上 74 歲以下重病或臥病在床的老人(IPSS, 2011; Kozo and Etsuji, 2009; 吳文傑, 2014; 連賢明, 2015; 羅光達, 2014)。

二、日本健康保險財務來源

(一) 財務來源

根據 OECD 的資料，日本醫療照護主要的財源來自於公共資金(publicly sourced funding)。以 2015 年而言，其醫療支出 85%來自於公共資金，此比例也明顯高於 OECD 的平均(76%)。除此之外，11.7%的醫療支出則由日本直接自費支出支付，雖然說超過一成的醫療支出屬於自費醫療，然而自費醫療的金額占據日本家戶消費的比例卻僅占其消費支出的 2.2%（低於 OECD 平均：2.8%）。因此，日本的醫療支出，其財源中自費扮演的角色相對較低，而以日本政府的各類補助為主(WHO, 2018)。

由於日本的健康保險呈現多元，因此其健康保險財源也呈現多元的型態。不同健康保險體系呈現差異特性，而其財源也呈現多元差異特性。整體而言，各健康保險體系的財源來自於保險費，政府補助，以及被保險人的部分負擔等。根據日本 Ministry of Health, Labour and Welfare(2014)，日本醫療保險支出於 2014 年，保險費，政府補助，以及部分負擔各自貢獻約 48.7%，38.8%，以及 11.7%。根據 WHO(2018)中所引用的 OECD 資料可以發現，日本的醫療支出之財源，從 1985 年開始政府稅收的比例逐年提高（由 31.7%提高至 38.8%），而保險費對醫療支出的貢獻則由 54.3%（1985 年）逐年下降至 2014 年的 48.7%。這說明日本的醫療支出中，政府所扮演的角色相對越來越重要。在日本政府的預算中，每年約 33%的預算挹注於社會安全相關的支出。根據資料(WHO, 2018)，2016 年日本社會安全支出約有 2780 億美元，其中 103 億美元用於補貼日本的全國健康保險協會健康保險(3.7%)，區域國民健保則使用 280 億美元(10.1%)，國民健

康保險則使用 23 億美元(0.8%)，醫療保險中占據最大的則為後期高齡者醫療制度（420 億美元，占據 15.1%）。

日本的醫療保險覆蓋率(coverage rate)為 100%，而各類保險的給付範圍則包含超過 5000 種以上的醫療處置，牙齒照護，以及相關藥品等。每兩年日本厚生勞動省會審查所有全民健保的給付範圍與覆蓋比例，同時制定各類醫療處置的給付(reimbursement)，所有簽約的院所則在厚生勞動省所制定的單一價格下提供醫療服務。

在日本的各類醫療保險系統中，依不同保險體系，各財源之占比亦有差距。另外，基於高齡者的醫療支出較高，所以針對高齡者另外建立了「制度間」的財務調整機制。其中，除了「國民健康保險」外，其他的保險費都是透過保險人的薪資扣除，同時透過勞工與資方兩方各自分擔一半的方式進行。雖然日本的醫療保險呈現多元，且保險人亦呈現多元的狀態。因此其各類醫療保險的財務之間也發展出看似複雜但又呈現規則的交叉補貼機制(cross-subsidy mechanism)。在此交叉補貼機制下，政府的補貼在不同保險之間扮演著不同的角色，也使得日本雖然有非常多元的醫療保險計畫，但其財務狀況能被確保並永續經營。

以全民健康保險而言，政府補貼占其財源的 50%，保險費則占剩下的 50%。在政府補貼中，32%來自中央政府，9%來自地方政府。剩下的 9%則來自其他公部門的補貼。相對地，日本全國健康保險協會健康保險，公部門的補貼則占據 16.4%，剩下的部分則來自保險費用。後期高齡者醫療制度則有 47%來自政府補貼，其他的部分則由投保者的保費支付。由於日本的醫療照護系統立基於社會保險制度，因此在各類財源中，對接受公共協助的日本國民（如低收入戶）其醫療費用則 100%來自政府補貼。綜上所述，日本的醫療照護系統雖然呈現多元，但是以其財源的來源來看，不外乎來自政府補貼，與既有的健康保險之保費，以及被保險人的部分負擔。以下分別說明：

1. 一般保險費

(1) 受雇者健康保險

在受雇者健康保險方面，是採行所得相關保險費依照當年度法定保險費率乘上費基來計算。在此計算基礎下，保險費的費率，則由於法定健保為多保險人型態，而不同保險人的財務情況不盡相同，因此，保險費率原則上是由政府訂定法定的費率上下限，各保險人再依循此區間自行訂定費率。

目前法定保險費率上下限分別為 12%與 3%。而不同的保險人則依據「中期財務管理方式」，以未來 5 年的相關支出預估及準備金提存標準為基礎，並據此決定每年的費率。以 2012 年為例，組合健保的費率約介於 3%-10%，協會健保的費率則為 10%。

就費基而言，日本受雇者健康保險的費基則包括了被保險人的月投保薪資與獎金兩部分。所謂月投保薪資，是指被保險人每月的薪資加上津貼，由此兩者對照到法定的投保薪資分級表，即可得到當月的月投保薪資。而獎金方面，是指每次發放間隔期間超過 3 個月的獎金，以千日圓為單位（未滿千日圓的部分，以千日圓計），作為費基。

A. 組合掌管健康保險

組合掌管健康保險其涵括對象主要針對 700 人以上大企業的員工。依據健康保險法，實施健康保險事業之公法人機構，分為單一組合與綜合組合兩類，單一組合由單一企業組成，綜合組成則為相同職業之組合組織所組成。被保險者的負擔額為全部醫療費用的 30%，其被扶養家屬的負擔額也為醫療費用的 30%。

在組合健保的保險費方面，根據王玫（2003）；湯澡薰、陳世銘（2009）；羅紀琮等人（2006）以及連賢明、李妙純、鄭清霞、韓幸紋與汪志勇（2012）等研究，保費費率大約為 3 - 9.5%不等。並且，對於後期高齡者（65-74 歲老年人稱前期高齡者，75 歲以上老年人則稱後期高齡者）支援金等負擔較重之保險者予以補助，2013 年政府負擔約 274 億日圓。

B. 全國健康保險協會健康保險

全國健康保險協會健康保險含括對象主要針對中小型企業之員工，投保人數僅次於國民健康保險，為日本健康保險的第二大制度。被保險人醫療費用部份負擔原為 20%，但於 2003 年改為 30%。將其保險費率設定為（薪資+紅利獎金）乘上 8.2%，而紅利獎金則以 200 萬為計算上限，薪資的計算採 4、5、6 三個月的平均薪資為基準。投保單位與被保險人各自負擔一半的保險費，但是在厚生勞動省社會保障議會中，勞動大臣可於議會提案進行費率審查及重新制定，並在 6.6% 至 9.1% 間調整。

保險費率設定依各縣市規定不同，平均為 7.6%，加入人數於 2013 年為 3,510 萬人，被保險人平均年齡為 36.4 歲。以徵收保費為主，政府負擔率為給付額（醫療費用）16.4%，以及一部分之行政費用，2013 年政府負擔約 1 兆 2,405 億日圓。

C. 共濟組合

依各《共濟法》，以國家公務員、地方公務員、私立學校教職員、農林漁業團體職員為加入對象所設立之健康保險。保險費率依各組合而不同，2013 年國家公務員共濟組合為 8.2%，地方公務員共濟組合為 9.4%，私立學校教職員共濟組合為 7.4%。加入人數約 900 萬人，被保險人平均年齡為 33.3 歲。

(2) 國民健康保險

國民健康保險的保險費為定額保費，費基是以家戶所得為基礎，費率會針對家戶所得、資產及人數之比率進行調整，而保險費的決定則透過「中期財務管理方式」決定每年保險費。除此之外，每個家戶都還必須支付一筆固定費用。即某戶長為職域保險之被保險者，而其中該家戶成員有投保國民健康保險，則該戶長仍須支付國民健康保險費。

保險費分攤則根據每戶前一年所得為基礎及依量能與量益的比例定額分配等兩項準則進行區分，因而產生因地而異的現象。根據羅紀琮等人（2006），其

計算方式為「所得比」加上「均等分配比」，「所得比」為各家戶所得需負擔額，「均等分配比」為加入者平均一人需負擔額。

在國民健康保險下，基本上，保險費由市町村依據醫療費水準訂定，平均每人每年約 8.2 萬日圓。以 2013 年為例，被保險人於 2013 年約 3,466 萬人，平均年齡為 50.4 歲。政府負擔率為給付額之 50%，2013 年政府約負擔 3 兆 5,006 億日圓。

(3) 後期高齡者醫療制度

後期高齡者醫療制度保險之財源，除了部分負擔之外，還有 50% 來自中央國庫、地方政府的補助來支付，40% 的費用來自國民健康保險及組合健康保險等受雇者保險機構出資，10% 來自於老人所繳納之保險費（IPSS，2011；連賢明，2015）。

對於 65 至 74 歲前期高齡者因退休人員大量加入國民健康保險，使得保險者之間產生醫療費負擔不均情況，因此創設「前期高齡者財政調整制度」。2013 年政府負擔約 6 兆 8,229 億日圓，為所有健康保險制度中最大負擔（郭莉娟、鄭景文，2016）。

2. 政府補助

有鑑於日本法定健康保險並不允許被保險人自由選擇保險體制與保險人，所以各體制與保險人可能會因為其所承保之被保險人，在健康與經濟等先天條件上的不同，對制度財務造成不同的影響。為處理此一問題，政府除了對全部保險體制，都補助全額的事務費之外，另外從醫療給付面，再提供不同比例的補助，基本上因被保險人個體因素而致使財務體質越弱者，能得到的補助比例會越高。

在受雇者健康保險方面，針對組合掌管健康保險，政府僅對財務虧損的保險人，視情況來補助定額的醫療給付；而針對全國健康保險協會健康保險，政府則補助醫療給付的 16.4%。至於國民健康保險，中央政府補助 41% 的給付，地方政府補助 9% 的給付（梁景洋，2016）。

3. 後期高齡者醫療制度之財務調整機制

為了平衡各制度間，因所承保被保險人條件的不同而衍生的基本財務面不平等，日本政府在 2008 年建立了後期高齡者醫療制度，在此制度下所有年滿 75 歲者皆需加入。

後期高齡者醫療制度雖是一個體制，被保險人亦需繳交保險費，但所繳交的保險費，僅負擔 10% 的醫療成本，其餘 90% 的醫療成本中，中央及地方政府負擔 50%，另外 40% 則建立在「體制間」的財務調整機制，由其他體制的各保險人，依據法定的分配比率予以負擔。以 2012 年為例，每位高齡被保險人所分配到的財務調整金額為 361,262 日圓。

除此之外，針對 65 歲到 74 歲的被保險人，亦進行各個制度間的財務調整機制，讓此一人口群的醫療成本負擔，能由各制度來共同分擔。以 2012 年為例，國民健康保險所收到的每位 65 至 74 歲被保險人的財務調整金額，為 52,618 日圓（梁景洋，2016）。

4. 部分負擔

部分負擔亦是法定健康保險的財源之一。這一部分的費率，不因其醫療內涵而有所差別，全採用定率的負擔方式進行。部分負擔金額的高低，主要與年齡及所得有關：

- 一般情況下，部分負擔為醫療成本的 30%。
- 年滿 75 歲且收入未達工作世代收入水準者，部分負擔為 10%，收入額達工作世代水準者，部分負擔 30%。
- 70 歲至 74 歲且收入未達工作世代收入水準者，部分負擔 20%，收入額達工作世代水準者，部分負擔 30%。
- 未滿 6 歲的受義務教育前兒童，部分負擔 20%。
- 針對長期慢性病或重大疾病，另有較優惠的部分負擔規定。

而為避免部分負擔讓被保險人承擔過重的醫療成本負擔，另外訂定了每月的部分負擔上限，當部分負擔超過此一上限時，由保險人進行後續的核退。

部分負擔上限的金額與年齡及所得有關，一般而言，年齡越高或所得越低者，部分負擔上限就越低。例如，以 2012 年而言，一般未滿 70 歲之低收入者的部分負擔上限是每月 35,400 日圓，而後期高齡者醫療制度下的低收入被保險人，其部分負擔降低為門診每月 8,000 日圓；住院每月 23,600 日圓（梁景洋，2016）。

（二）保險費負擔情形

日本的健康保險費因其制度類型不同而有不同的計算方式，在職域保險中，其費率乃由其個別保險人的財務來決定，政管組合則採取固定費率，市町村國保採量能負擔與量益負擔，但區域性的差異頗大；另一方面日本也在支出面控制醫療費用，並在收入面提高部分負擔。

在受雇者健康保險方面，保險費由勞雇各半負擔，被保險人的受扶養家屬隨同被保險人一同加保，無需額外繳交保險費。至於國民健康保險，保險費基本上是由被保險人全額自負，而在保險費的計算中，即已納入家戶人數的考量，亦即家戶人數較多者，保險費亦會較高（梁景洋，2016）。其保險費率方面，因為法定健保是多保險人型態，各保險人的財務情況不完全相同，故保險費率原則上是以政府訂定法定的費率上下限為最大原則，然後各保險人依循此一法定費率區間，自行訂定費率。目前法定保險費率上下限分別為 12%與 3%，各保險人依據「中期財務管理方式」，以未來五年的相關支出預估及準備金提存標準為基礎，來決定每年的費率。以 2012 年為例，公會健康保險的費率約介在 3%到 10%之間，健康協會管理健康保險的費率則為 10%（梁景洋，2016）。

整體而言，日本的健保制度大致區分為「量能負擔（應能負擔）」及「量益負擔（應益負擔）」兩項。採用「量能負擔」者如以大企業為主的「組合掌管健康保險（組合健保）」，其制度內便採行 3%至 9.5%不等的費率，雇主與雇員的分攤比例隨公司與員工的協商結果各異（井伊雅子，2008）。

另外，協會健保與組合健保同樣採行「量能負擔原則」。「全國健康保險協會」作為取代厚生省社會保險廳擔任政府掌管健康保險之保險人，直接經營政府掌管

健康保險之事業。整體的保費費率自 1947 年（昭和 22 年）起由 3.60% 逐步的成長到 2012 年（平成 24 年）之 10.0%，並且於 2000 年額外納入介護保險費率、於 2008 年納入特定保險費率及基本保險費率之計算，並於隔年再依照地區別計算不同的特別保險費率及基本保險費率，試圖減緩地區別的差異。

另一方面，在市町村國保部分則兼具「量能原則」及「量益負擔」原則，將保險費率區分為三種模式，三種模式之組合如下表 3-8 所示，其中，強調所得及資產為基礎的計算乃是量能原則，而強調家戶為單位或是家戶內人數之扣除額計算，則是為量益原則。

但由於強調各地區保險人自治，因此各地區保險人之計算模式仍有極大的決定空間。根據土田武史（2012）約有九成以上的市町村國保採用下列的三種模式進行保險費之計算（見表 3-8）；其中在投保人數較少的市町村八成以上選擇四項制計算，而中小型的都市則多採行三項制計算，二項制則多被大都市地區所採用，但近年來由於資產份額的部分招致許多的批評，而使得市町村在資產份額計算方面多已廢止，計算的方式，乃以個人的所得減去標準扣除額（33 萬日圓）。

表 3-8 日本健保計費基礎彙整

賦稅方式之組合	
4 項制	所得：資產：人均：家戶
3 項制	所得：人均：家戶
2 項制	所得：家戶

註：人均（均等割）指以個人為單位不以家戶為徵收單位，故徵收份額需乘以人數。
家戶（平等割）只以家戶為單位，不論家戶有多少人，皆僅計算單一金額。資產：乃指固定資產而言，不同地區扣除之當年稅捐額度略有差異。所得：則指家戶之當年總所得。

資料來源：修改自土田武史（2012）

不同的市町村其個人、家戶標準計算額度皆不相同，家戶所得所對應之費率亦不相同，端視各市町村國民健康保險保險人營運狀況而定，然由於地區性的差異甚大，保險人的組織穩定性也各異，如尾山明子（2013）彙整之數據，2011 年

底市町村國民健康保險仍有 1,785 個保險人。然，最近期的統計數據已持續合併剩餘 1,717 個保險人。可見地區保險人承擔健康保險之艱難(羅光達, 2014)。

自 2018 年起，為穩定醫療保險制度，各都道府縣政府成為財務營運的專責主體。具體來說，即由各都道府縣政府向市町村政府全額發放保險給付所需費用，同時，向市町村政府收取國民健康保險的營運費用，並管理整體的財務收支。不僅如此，各都道府縣政府也各自制定該都道府縣統一的國民健康保險管理政策，同時，也致力於提高當地醫療水平，提供有效且高品質的醫療服務，而由各市町村政府繼續深入負責各地區業務，例如，資格管理、保費徵收、保健事業等地方工作(厚生勞動省, 2019)。表 3-9 統整日本醫療保險體制及其財源。

表 3 - 9 日本醫療保險體制及其財源

制度	國民健康保險	協會健保	組合健保	共濟組合	後期高齡者醫療制度
對象	自營業者、退休者、非正式受雇者等	中小企業員工	大企業員工	國家公務員、地方公務員、私校教職員、農林漁業團體職員等	75 歲以上高齡者
保險組織數 (2015 年 3 月末)	1,716	1	1,409	85	47
加入人數 (2015 年 3 月末)	3,303 萬人	3,639 萬人	2,913 萬人	884 萬人	1,577 萬人
加入者平均年齡 (2014 年)	51.5 歲	36.7 歲	34.4 歲	33.2 歲	82.3 歲
平均每人醫療費 (2014 年)	33.3 萬日圓	16.7 萬日圓	14.9 萬日圓	15.2 萬日圓	93.2 萬日圓
經營主體	市町村	全國健康保險協會	社會保險廳、健康保險組合	各共濟組合	都道府縣
保險費負擔率	9.9%	7.5%	5.7%	6.0%	8.3%
政府負擔率	給付額等之 50%	給付額等之 16.4%	對於後期高齡者支援金等負擔較重之保險者予以補助	無	約給付額等之 50%
政府負擔額	4 兆 2,879 億日圓 (國家 3 兆 552 億日圓)	1 兆 1,227 億日圓	739 億日圓	無	7 兆 8,490 億日圓 (國家 5 兆 382 億日圓)

資料來源：厚生労働省 (2019)

三、日本醫療照護系統的改革

根據上述的說明，我們可以發現在多元的日本醫療照護系統以及多元的醫療保險體系下，讓日本的醫療照護以及健康保險得以持續運作的重要角色在於其財源中大幅仰賴日本政府公部門資金的挹注。在其不同的健康保險計畫中，政府資金扮演著不同的角色，但卻始終在該健康保險的財務結構中挹注著不小的比例。不過，由於日本的醫療體系高度仰賴政府資金，再加上日本的人口老化問題非常嚴重，因此日本從 2006 年開始對於醫療支出與收入之間的缺口的彌補，開始有很多的改革與討論。

為因應國民健康保險制度近年因低收入者與高齡者加入而導致的結構性問題，日本醫療保險加強了兩大支柱。第一是於 2015 年 5 月透過修改國民保險法等法擴充保險者的支援強度，並且進一步於 2018 年提供約 1,700 億日圓的財務支援，致力於預防和維護健康，對採取醫療費合理化等的地方政府提供財務支援，並加強財務調整功能，如對非歸責於當地政府的因素而增加的醫療費用與負擔採取相對應措施。

第二支柱是，自 2018 年起，各都道府縣政府成為財務營運的專責主體。具體來說，即由各都道府縣政府向市町村政府全額發放保險給付所需費用，同時，向市町村政府收取國民健康保險的營運費用，並管理整體的財務收支。不僅如此，各都道府縣政府也各自制定該都道府縣統一的國民健康保險管理政策，同時，也致力於提高當地醫療水平，提供有效且高品質的醫療服務，而由各市町村政府繼續深入負責各地區業務，例如，資格管理、保費徵收、保健事業等地方工作。(厚生勞動省，2019)

根據 WHO(2018)及厚生勞動省(2019)的整理，從 2006 年到今，日本的醫療照護改革可以整理如下表 3-10。

表 3 - 10 日本醫療照護改革時程

年度	改革法案	主要內容
2006	照護結構改革法 (health care structural reform package act)	<ul style="list-style-type: none"> • 2008 年開始實施 • 修正既有的醫療照護法 • 允許地方政府與地方院所得以評估其區域性醫療資源
2008	<ul style="list-style-type: none"> • 後期高齡者醫療制度 • 國家社會安全委員會宣布未來醫療需求地圖 	
2010	社會安全與稅收之全面性改革報告	
2012	<ul style="list-style-type: none"> • 日本兩大政黨同意社會安全與稅收之整合性改革 • 社會安全系統改進改革法案 	消費稅指定用途金額提高
2013	社會安全系統改革計畫法案	提高消費稅（2017 年提高）
2014	強化醫療與社區長期照護法案	<ul style="list-style-type: none"> • 區域醫療照護與資源的效率配置 • 修正全民健保法（2015 年） • 長期照護保險改革
2015	修改國民保險法	<ul style="list-style-type: none"> • 擴充保險者的支援強度(2018 再次提供進一步支援)
2018		<ul style="list-style-type: none"> • 由都道府縣政府成為財務營運專責主體

資料來源：WHO（2018）

根據 2006 年後進行的各類改革，其主要的特性大概有四：一，日本執政內閣直接透過辯論方式打破政治慣性以及官僚體制上的不效率，事實上 2008 年日本執政黨即為了解決日本醫療照護系統中有關財務與財政上的困難，並讓醫療照護系統得以永續經營，便舉行針對醫療照護與長期照護的辯論。在此氛圍下，日本也因此於 2010 年通過社會安全與稅收之全面性改革報告。而後續許多改革，皆是立基於此報告進行。第二，2006 年後開始進行的諸多改革，其中心主旨在於重建因為日本經濟困難與人口老化所帶來的各類失衡。第三，透過各類計畫法案，來帶領日本各方進行相關辯論，並據此設定相關改革的時程、目標，以及預

算來源。事實上，在此邏輯下，2013 年之社會安全系統改革計畫法案也開始進行討論，是否透過提高消費稅來解決未來醫療照護所需要的資金缺口。

四、日本經驗與台灣健保

根據上述的說明，我們可以發現整體而言，日本的醫療照護體系呈現多元的特性，不過與台灣相同的是，日本在人口老化的前提下，為了維持該國國人的整體醫療服務品質以達醫療照護體系的永續經營，雖然不同的健康保險計畫中，政府資金扮演著不同的角色，但是整體而言必須大幅仰賴日本政府公部門資金的挹注。在此前提下，日本從 2006 年開始對於醫療支出與收入之間的缺口的彌補，一如台灣面臨的狀況一樣，在全民健保的架構下，醫療支出與收入之間的可能缺口如何處理，便可以此為良鏡。根據 WTO (2018)，可以了解，在台灣後續的政策制訂中，我們應該注意，一，所有的政策與財務調整（如費率），為了減低政治力的影響，應讓政策可以透過相關主管與立法當局之間，以直接透過辯論方式打破政治慣性以及官僚體制上的不效率。一如日本 2008 年其執政黨即為了解決日本醫療照護系統中有關財務與財政上的困難，並讓醫療照護系統得以永續經營，便舉行針對醫療照護與長期照護的辯論。在此氛圍下，日本也因此於 2010 年通過社會安全與稅收之全面性改革報告。而後續許多改革，皆是立基於此報告進行。第二，並據公開的共識的達成以設定相關財務調整政策的時程、目標，以及預算來源。一如日本在此邏輯下，2013 年之社會安全系統改革計畫法案也開始進行討論，是否透過提高消費稅來解決未來醫療照護所需要的資金缺口。

第三節 韓國

一、簡述韓國的健康保險制度

韓國的健康保險創始於 1963 年的《健康保險法》，但因為當時韓國社會在各方面的條件尚未具足，因此並未成為一個強制納保的法案⁵。直至 1976 年正式修法，才納入強制納保的條文。韓國雖然也號稱是全民覆蓋(Universal Health Coverage, UHC)的健保制度，但並非一開始就以此為目標，而係隨時間採逐步漸

⁵ 1976 年 12 月對健康保險法進行了實質性修訂，規定健康保險的強制參加。

進的方式擴大其覆蓋範圍(表 3-11)。首先,1977 年起,員工人數達到規模 500 人以上的企業,皆被要求提供健康保險,並且根據國民健康保險法,整合了 227 家包括自營的健康保險協會、公務員保險公司及私校雇員之保險公司,進而成立「國民健康保險公司」。接著在 1979 年將納保範圍擴大到員工人數 300 人以上的企業、公務員以及私立學校員工;1981 年擴展至 100 人以上的企業;1983 年再擴張至 16 人以上企業的範圍。而自僱者的納保,則在 1980 年代的後期才開始實現。1988 年鄉村地區的自僱者開始被納入健保制度中,城市地區於 1989 年這一年的 7 月才將自僱者納入。因此,1989 年可以稱作是韓國國民健康保險計畫歷史上最重要的一年,將城市地區自僱者也納入制度後,韓國終於完成全民健康保險。

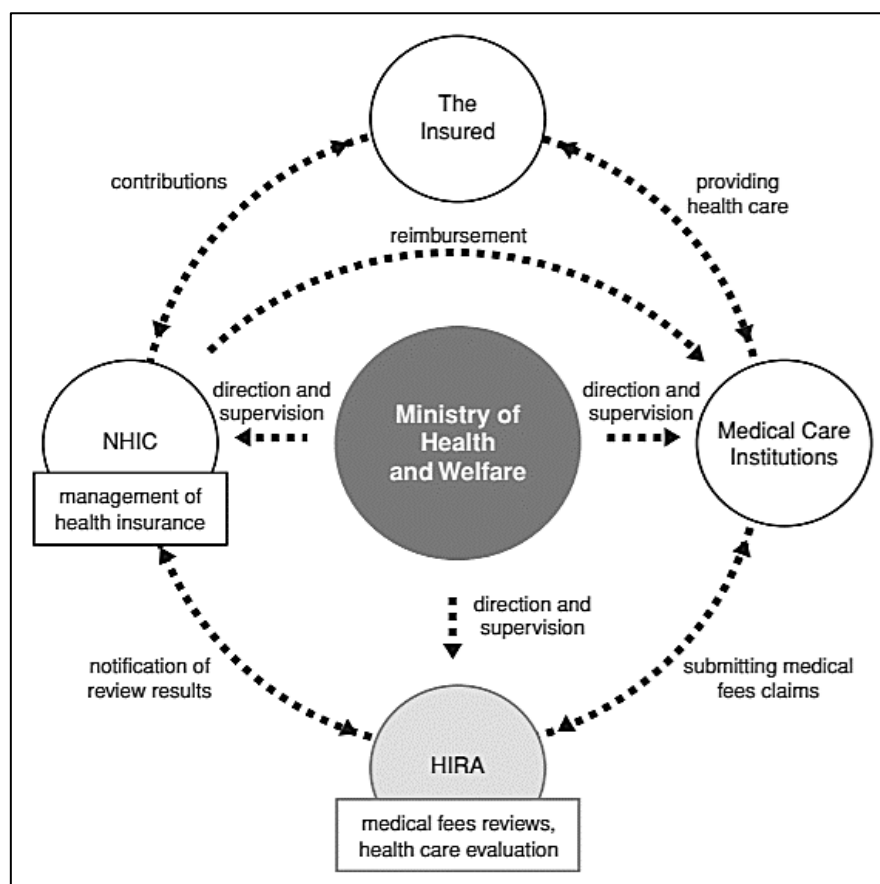
表 3 - 11 韓國健康保險發展簡史

時間	事件
1963.12	醫療保險法立法通過,但不具強制性
1977.7	員工 500 人以上企業應納保
1979.1	員工 300 人以上企業應納保、公務員、私校員工納保
1981.1	自僱者納保試辦
1988.1	鄉村地區完成納保
1989.7	納保範圍擴及城市,完成「全民皆健保」
2000.7	整合成單一保險人,稱 National Health Insurance Service、醫藥分業實施
2004.7	重大傷病患者部分負擔設立上限
2006.1	住院飲食納入給付
2008.7	長期照護保險實施
2011.1	四大社會保險整合收費:健保、年金、失業、職災

資料來源: NHIS: 2014 National Health Insurance System of Korea

從 1977 年至 1989 年,韓國花了 12 年的時間實現全民健康保險,並且在 2000 年,將所有健康保險系統做整合。國家健康保險計畫為韓國的醫療保障體系中三大計畫之一,其餘的二大計畫則是醫療援助計畫和長期護理保險計畫。其中,國家健康保險計畫可粗略地分為四個部分,架構如圖 3-12 所示:衛生福利

部(Ministry of Health and Welfare, WIHWAF)在整套計畫中，擔任指導、監督與政策決策的角色，以確保國家健康保險計畫的進行；國民健康保險公團(National Health Insurance Corporation, NHIC)主要負責管理國民健康保險計畫，即被保險人及其家屬的登記事項、保費的收集以及醫療費用表的制定等；健康保險審查機構(Health Insurance Review Agency；HIRA)則負責審查醫療費用和醫療保健方面的估算。患者在接受醫療照護之後，可以向 HIRA 提出索賠，要求審查醫療費用，然後再向 NHIC 申請報銷索賠。



資料來源：Young Joo SONG JMAJ(2009)

圖 3 - 12 韓國健康保險計畫架構圖

韓國在 2000 年前，係採多元「健保組合(Health Insurance Societies)」的方式：受雇人員、自雇人員、公務員等皆有各自的複數型組合。而因地區性差異，個別組合的體質也互有參差。由其在鄉村地區，由於所得水準低、健康情況不佳、人口老化嚴重等因素，其給付能力嚴重不足(Chidambaram, 2015)。在 2000 年金

大中擔任總統時，方才由其衛生福利部長車興奉整合成為統一的「健保公團(National Health Insurance Service, NHIS)」。

在各個國家中弱勢族群通常是備受政府關注的族群，韓國健康保險制度建立初始，對於弱勢群體就一直採取「分立而不平等(divided and unequal)」的對策。自 1977 起，以弱勢族群為目標對象，設立了醫療扶助(Medical Aid Program, MAP)的方案。由下表 3-12 可得知，在 1977 年，MAP 的人數比率高達全部保險對象的 40%。雖然 MAP 人數比率逐年下降，但多年下來還是維持在 3% 的占比。即使在 2000 年已整合成統一的健保公團，但 MAP 方案仍然並未整合到「主流」的健康保險方案裡，仍是自成一格成為一個單一方案。MAP 含蓋兩種類型：類型一是完全無就業能力的家戶；類型二則是雖有工作能力，但仍屬社會福利救助對象者。其中，屬於第一類型的家戶在住院的部分負擔則得以免除(陳孝平，2015)。

近年來韓國較重大健保制度改變為韓國總統文在寅於 2017 年宣佈推動 Moon Care，預定投注 268 億美元，希望將現行韓國健保醫療給付內容擴增到 70%，包含 CT、超音波及醫院二、三人病房費用及假牙等尚未納入韓國健保給付的項目。韓國健保雖然有 100% 人口覆蓋率，但民眾自負額之醫療支出卻高達 63.4%，且健保不給付之 CT、超音波服務，成為自費市場獲利最多之區塊，即韓國學界所稱之氣球效應(Balloon Effect)。

表 3 - 12 韓國健康保險人數與構成比例

	1997	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2011
健康保險 + 救助	5,296	11,368	21,254	44,110	45,429	47,466	49,154	50,909
健康保險	3,200	9,226	17,995	40,180	44,016	45,896	47,392	49,299
健康救助	2,095 (40%)	2,142 (19%)	3,259 (15%)	3,930 (9%)	1,413 (3%)	1,570 (3%)	1,762 (4%)	1,609 (3%)

資料來源：Na & Kwon (2015)

根據 Moon Care 的推動程序，以 5 年時間逐步擴張給付範圍，其中為了節省支出，將先調降 65 歲以下被保險人之假牙等支出，擴大 DRG 實施範圍及調高指定醫師費用之自負額上限。不過政策一祭出就引發了三層面的衝擊效應：

- 醫療器材產業對於該政策普遍採贊同態度，該產業預期有近 10 萬老人需要此項假牙給付政策，當健保介入照護之後，可以減輕老人約 30%-50% 的財務負擔。
- 醫界則是持反對立場，認為該項政策會讓醫療服務品質下降，要求政府要提高醫師診察費 35%。因為在韓國小型及中醫醫院的收入約有 50% 是依賴非健保給付之醫療服務，遠高於大型醫院的 25%，對於醫院收入將有莫大衝擊。韓國首爾大學名譽教授 Ok - Ryun Moon 於專題演講則明白指出，韓國健保自 1977 年開辦後，韓國醫療系統已由原先之公共衛生為主流，改變為由私人醫療機構主導，目前韓國私人醫療服務體系已占全國醫療服務的 80-85%，這也是為何 Moon Care 一推出就遭遇醫界強力反彈：醫界憂慮收入降低，醫療機構容量無法滿足擴增健保給付範圍後之龐大需求。
- 各界對於韓國政府之財務負擔能力普遍抱持不看好的態度。2017 年韓國 65 歲以上老齡人口已高達 13.8%，根據聯合國的定義，一國 65 歲以上人口超過總人口的 8% 時，即為高齡化社會；超過 14% 時則正式成為高齡社會。在 2018 年最新資料中，韓國老年人口比率已達 14%，正式進入了高齡社會。而韓國的出生率在 OECD 國家中為最低的，在 2018 年人口統計中，韓國總和生育率僅有 0.98%。在高齡社會下，面臨工作人口急速下降的狀況，政府預估每年保險費率必須增加 3.2%，否則 2026 年時健保將會面臨破產危機，甚至是到了 2027 年時，韓國健保之被保險人必須支付比現在高出 37% 的保險費，才得以維持健保的運作。而在健保機制上如何因應將會是一大考驗（戴雪詠，2019）。

在健康保險制度下，韓國的患者可以自由選擇醫生、醫療機構、醫院，但必須按照醫院分級制度。醫院分級可分成以下：一級醫院（如小型診所）、二級醫

院（擁有四科以上分科的小型綜合醫院等）以及三級醫院（大學附屬醫院或是大型綜合醫院等）。而轉診系統分為兩個步驟，除專業綜合醫院外，患者可以去任何醫療機構；假如患者想去二級醫院，則必須提交由診斷醫生所發出的轉診單。但在以下例外情況則不受轉診制度限制，可在沒有轉診單的情況下去任何醫療院所，如：分娩、急診、牙科、復健服務、家庭醫學服務及血友病等緊急或是需要長期治療的狀況則不受轉診制度限制。

而根據選擇醫療院所層級的不同，被保險人需要支付一定比例的醫療費用，透過醫療上自負額的分級減少醫療資源上的浪費。自負額則根據醫療機構的級別高低和類型而收取的費用比例不同（詳見表 3-13），門診部分可區分從最低層級的診所（30%的部分負擔比例）到最高層級的三級照護醫院（部分負擔高達60%）；而個人負擔的比例相較於政府而言來的多，但當被保險人在連續六個月內支付超過共同支付上限門檻時，可以免除任何進一步的自負支付，在患者的付費機制上給予防護措施。住院部分則是以疾病嚴重度來區分：一般疾病需自付20%的部分負擔；對於罕見疾病、慢性病（如腎透析患者）則收取 10%的部分負擔比例；而針對嚴重疾病、災難性疾病（如癌症患者）費用負擔則為 5%。其中參與醫療扶助(Medical Aid Program, MAP)族群則免於費用負擔。

表 3 - 13 韓國醫療分級自負額制度

服務類別	醫療機構	疾病嚴重度	部分負擔比例
住院		一般疾病	20%
		罕見疾病	10%
		嚴重疾病	5%
		三級照護醫院	60%
門診		一般醫院	50%
		專科醫院	40%
		診所	30%
		藥局	30%

註：罕見疾病例如：血友病、慢性腎臟病；嚴重疾病例如：癌症、心血管疾病、腦血管疾病、肺結核、嚴重灼傷等。

資料來源：修改自 Chidambaram(2015)；陳孝平（2015）。

二、韓國健保收支狀況

韓國健保的收入財源結構主要由保費、政府稅收與菸捐三大部分組成，其中以保費為主要收入，由 2014 年統計資料可得知保費收入占健保財源比例高達 80% 以上（見表 3-14）。根據韓國「國家健康保險法」規定，一般稅收用於保險福利、營運成本和減少負擔額；菸捐的部分使用在健康檢查、宣傳和治療由於抽菸所引發的疾病；而政府補貼的範圍則取決於經濟狀況和政府的財務狀況。與此同時，政府補貼在維持全民健康覆蓋率的財務可持續性上發揮了重要作用。

表 3-14 韓國健保財務來源

財源	比例(%)
保費收入	82.7%
政府稅收	10.2%
菸捐	2.1%
其他	5.0%

資料來源：NHIS(2014)

保費收入為健保財務的主要來源之一，其中被保險人身分別可分成受雇人員與自雇人員兩類，而兩者在負擔比例上有所差異、在保費的計算方式上亦有所不同：受雇人員是以薪資比例作為計算基礎（如表 3-15），以 2019 年規定為例，保費繳納計算為受雇人員工資之 6.46%，但由雇主和員工各支付這筆金額的 50%，計算公式如下：

$$\text{每月保費負擔額} = \text{平均月工資} \times \text{保險費率}$$

自雇人員部分則是採 100% 全額自行負擔，以其收入水平為基準去計算保費，保費計算的參考以財產、綜合所得、擁有車輛、年齡和性別作為依據，先計算其「應付點數」，再與其收入水平相乘計算得到其應繳納的保費。計算方式如下：

$$\text{每月保費負擔額} = \text{點值} \times \text{每點值之單價}$$

對於居住在島嶼和偏遠地區的自雇人員負擔額可以有 50% 的減免；居住於農村地區自雇人員可擁有 22%-28%；家庭成員中有 65 歲或以上的或殘障人士且共同生活之自雇人員則有 10%-30% 的減免。綜合以上三個方案，自雇人員的

負擔額減少範圍將落在 20% - 50% 內，但同時總減免率不得超過每月負擔 50%。

表 3 - 15 韓國保費繳納分類

被保險人類別	應負擔比例	保費徵收方式
受雇人員		
私人企業	員工 50%	由薪水扣除
	雇主 50%	—
政府機關	員工 50%	由薪水扣除
	政府 50%	—
私立學校	員工 50%	由薪水扣除
	學校 30%	—
	政府 20%	—
自雇人員	100%由家戶自行支付	每月寄單每月繳交

資料來源：NHIS（2019）

對於韓國外籍員工的投保，NHI 亦採取強制入保制度，雇主所雇用的外籍員工必須參加健保。居住在韓國 3 個月以上的外國人也可以根據申請程序加入 NHI 作為自雇人士，對於此自雇人士 NHI 亦提供與韓國國民相同的福利待遇。

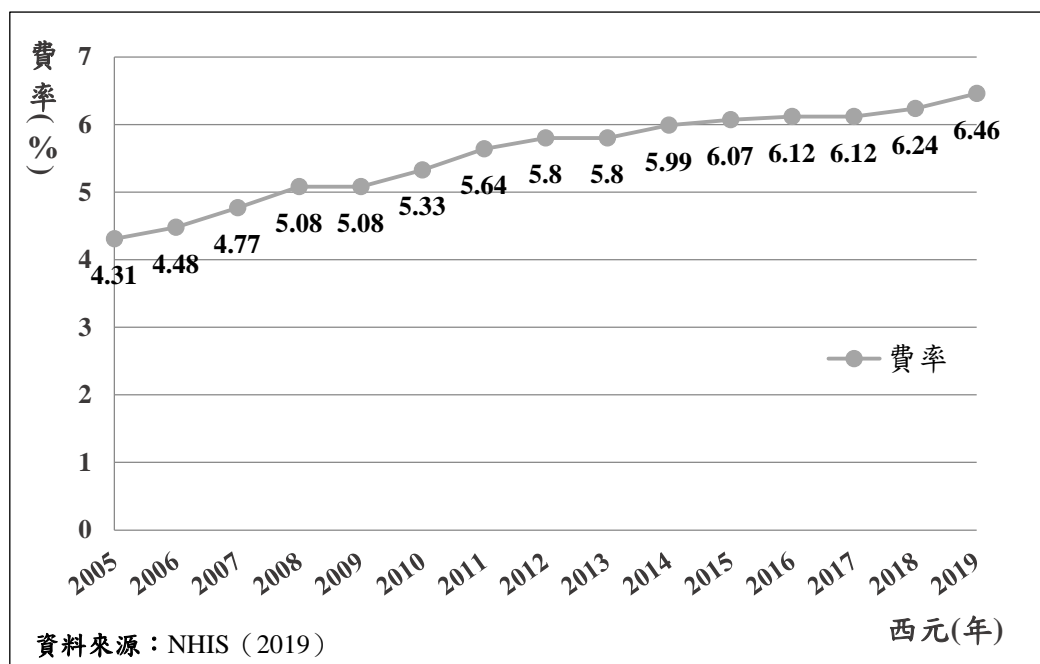


圖 3 - 13 韓國歷年受雇人員保險費率

由圖 3-13 及圖 3-14 中可注意到，受雇人員的保險費率以及自雇人員的點值單價，皆呈現穩定向上爬升的狀態，雖然幾乎每一年都會對費率與點值單價做調整，但從圖形上可以看到調整幅度都不是太大。

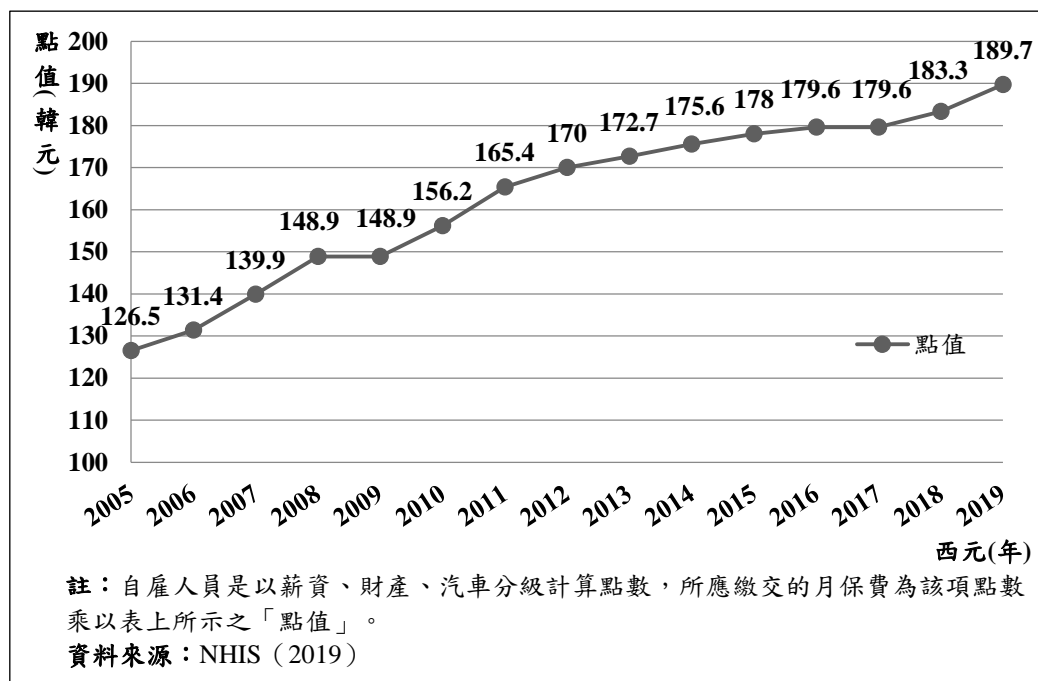
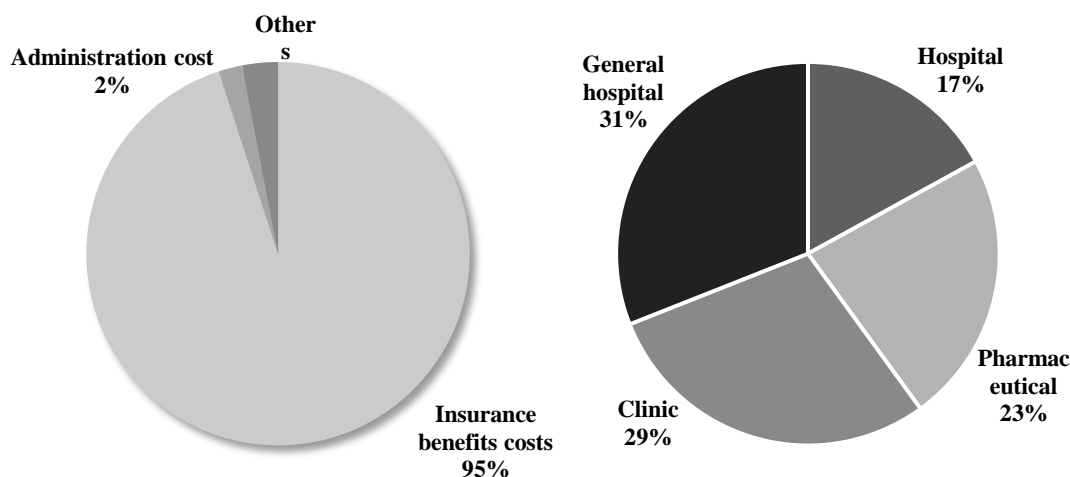


圖 3-14 韓國歷年自雇人員保費基準點值

各國隨著經濟發展，醫療支出比例皆不斷上升，根據 WHO 的資料顯示，韓國保健支出占 GDP 比率在 2012 時已突破 7%。同時，其公部門醫療保健支出占總醫療保健支出約為 56.3%，其家庭自付醫療保健支出占總健保支出則約 34.9%。在數據上，韓國與臺灣並沒有太大的差距，較詳細的數據比較將在第五節中做詳細說明。

韓國國民健康保險系統為所有韓國公民提供全面而統一的待遇，民眾可以自由進入全國各地的醫療機構，包括住院和門診服務。由圖 3-15 可得知，醫院方面支出比例合計將近 50%，表示雖然普通醫院和三級醫院的門診服務負擔費率高於診所，但民眾仍然較傾向於在較高等的醫療機構尋求醫療服務。在藥品支出方面比例亦有 23%，約占整體健康保險支出四分之一的比例，亦是促進醫療支出的整體增長的因素之一。其中，NHI 支出有 95%的比例用於保險福利，而行政支出比例則為 2%。



資料來源：NHIS(2014)

圖 3 - 15 2014 年韓國健康保險支出組成

從下表 3-16 觀看 2011 年計畫的公共衛生支出比例，可得知在醫療服務方面，以住院照護的支出為最，其次為門診與內科的醫療服務，其中值得注意的是，在醫療器材上的支出比例高達將近四分之一，亦不容小覷。

表 3 - 16 韓國 2011 年服務計畫公共衛生支出比例

Programme	% of public expenditure on health	% of total expenditure on health
Health administration and insurance	4.90	3.70
Public health and prevention	4.50	3.10
Medical services:		
Inpatient care	37.10	35.00
Outpatient/ambulatory physicians services	24.70	24.20
Outpatient/ambulatory dental services	2.30	8.20
Ancillary services	1.10	0.90
Home and domiciliary health services	2.70	1.80
Medical devices, medicines, etc.	22.80	23.20

資料來源：MOHW(2012a)

在支付制度上，韓國並未實施跟臺灣一樣的總額支付制度，其醫療費用支付制度主要仍是實施論量計酬支付制度、7 類疾病的 DRG 支付制度（包括剖腹產、闌尾炎、白內障 人工水晶體手術、扁桃腺手術、疝氣手術、痔瘡手術及子

宮肌瘤手術)，並針對特定疾病（如急性腦中風等）實施論質支付誘因計畫(VIP, Value Incentive Program)。但韓國的論量計酬支付制度係引用相對值表(Resource-Based Relative Value Score, RBRVS)，並每年由 NHIS 與醫界代表協商支付單價(Unit Price)，且針對不同層級規模醫療院所，分別加計 15%至 30%不等的費用，其中醫療支付費用透過每協商支付單價的機制，實際上可達成類似醫療費用總額管控的效果，NHIS 每年與醫界代表協商支付單價如無法達成共識，則報請韓國衛生福利部(MOHW) 做最後決定（曾玫富，2017）。

三、韓國健保調節機制

根據曾玫富《2017 年韓國健康保險審查及評估組織(HIRA)社會健康保險訓練課程》出國報告，我們可以了解到，韓國支付制度並沒有施行一如臺灣的總額支付制度，而仍舊採用論量計酬的支付制度為主，因此韓國並不存在總額協商的議題。

韓國面對健保發生短絀狀況，除了連年調漲保費費率，同時採「家戶總所得」制，將不動產、資本利得全都納入保費的計算。面對財務失衡狀況，韓國於 2002 年至 2006 年，實施全民健康保險財務平衡特別法，以解決韓國健保在 1997 年至 2001 年間明顯的財務赤字，包括 1999 年推動醫藥分離政策以及在 2000 年前後因為整合國民健康保險及擴大全民納保的人數而導致支出大幅增加而導致長期以來的財務赤字。

依韓國「健康特別法」規定，全民健康保險公司的「保險財務委員會」可以在薪資 8%以內自行決定保險費率，但自全民健康保險財務平衡特別法實施後，訂定費率的權責轉移至衛生部設立的健康保險正審議委員會。保險費率係每年隨者當年預估的財務狀況調整，並報請衛生部同意即可，不需要經過國會的審議。也因為此特別法的規定，讓韓國的健康保險費率，其主管當局得以依據財務狀況進行調整，從而再費率審議面相有一定的自主調整權力。由於每年的保費收入與支出可以預先估算，因此在機制下，有一定程度的收支連動，讓韓國的全民健保

費用得以經常調整，但調整的幅度不大，對於被保險人的衝擊相對較低(葉至誠，2011)

在韓國的制度中，保健福祉與家庭事務部 (Ministry for Health, Welfare and Family Affairs，簡稱 MIHWFA) 負責健康保險計畫，MIHWFA 可採取直接措施監督國民健康保險公團 (National Health Insurance Corporation，簡稱 NHIC) 與健康保險審查機構 (Health Insurance Review Agency，簡稱 HIRA)，必要的時候也可以修改其治理法規。

在保費繳款、福利待遇、費用分攤以及醫療保健和藥品定價等重大決定由健康保險政策審議委員會決定，委員會由八位付費者代表 (例：工會、雇主協會、民間團體等)；八位醫療服務提供者 (例：醫院、醫生、藥劑師、護士等)；以及四位專家學者和四位公家機構代表 (例：健康與福利、戰略與財政部、國民健康保險服務、健康保險審查與評估) 所組成的三方委員會，並由衛生福利部副部長擔任主席。

根據韓國國民健康保險公團健康保險政策研究院於 2012 年發表之「健康保險中長期財政展望研究」中估計，韓國健保於 2030 年虧損達 47 兆 7,248 億韓元，並且 2030 年累積虧損高達 400 兆韓元。據研究院分析估計，2012 年至 2030 年健保支出由 41 兆 6,000 韓元增至 137 兆韓元，收入則僅由 41 兆 6,000 億韓元增至 89 兆 3,000 億韓元，由上述可得知收支平衡相當嚴重。尤其韓國人口結構已邁入高齡化社會，截至 2017 年底資料，韓國 65 歲以上老年人口已超過 711 萬人，超過全體人口 14%，老年人口的醫療費用隨之大幅增加。

另外，研究院指出，除調漲健保費外，必須改善健保費用課徵體系，調漲健保費上限，將租賃、利息及股息收入等列入決定健保費之因素，且在勞工健保與非勞工健保之間取得平衡。同時菸稅、酒類稅、燃油稅及速食稅部分追加課徵特別稅⁶，將以上特別稅收入使用於健保支出費用並且擬定健保財政支出合理化方

⁶ 韓國保健醫療未來委員會於 2011 年 7 月 6 日第 4 次會議中公布醫療利用體系改編方案。該委員會為達成 2020 年健康壽命 75 歲計畫，將對酒類及高熱量速食類徵收健康

案，防止健保費的濫用。該研究院特別強調，最主要目的應要擴大健保財政收入，縮減財政支出，達到開源節流，方使韓國健保制度持續運作。(取自臺灣經貿網《韓國 2030 年全民健保累積虧損達 400 兆韓元》，駐韓國代表處經濟組撰稿)

第四節 加拿大

一、簡述加拿大的健康保險制度

加拿大公共資助的醫療健保系統過去四十年來一直在進行改革，並將繼續因應醫學和整個社會的變化來進行改革。然而，改革的基礎仍然是相同的，即提供全面覆蓋的醫療服務給需要的人而非根據支付能力來提供醫療服務(Canada.ca, 2018)。

加拿大醫療健保系統中可看到加拿大人願意分享資源和責任感所體現出的公平基本價值觀，並反映在該系統自成立以來對該系統進行的修改和重大改革中。隨著該國人口和環境的變化，以及隨著醫療健保本身的發展，該系統也將持續進行修改(Canada.ca, 2018)。以下便對加拿大醫療健保系統的改革發展及現況來進行闡述。

(一) 加拿大醫療健保系統的改革發展

總的來說，加拿大憲法規定了聯邦政府以及省和地方政府的權力。根據 1867 年通過的「憲法法案」，各省負責建立、維護和管理醫院、庇護所和慈善機構，聯邦政府則對海洋醫院和檢疫機構擁有管轄權。聯邦政府還有權獲得稅收和借款，並且只要不侵犯省級權力就可以花費這些金錢。從 1867 年到 1919 年間，當衛生部門成立時，聯邦農業部負責聯邦衛生職責。多年來，兩級政府的責任都發生了變化。

在第二次世界大戰之前，加拿大的醫療健保在很大程度上是私人交付和資助的。在 1947 年，薩斯喀徹溫省政府推出了全省的全民醫院護理計畫。到 1950 年，布列顛哥倫比亞省和阿爾伯塔省也都有類似的計畫。聯邦政府於 1957 年通過了「醫院保險和診斷服務法」，該法案規定償還或分攤一半在省及地方所提供的特

增進負擔金。

定醫院和診斷服務費用。該法案規定，在統一的條款和條件下，對一組特定服務進行全面覆蓋。到了 1961 年後，所有省和地方都同意提供公共資助的住院醫院和診斷服務。

薩斯喀徹溫省於 1962 年推出了一項全民性的省級醫療保險計畫，為所有居民提供醫療服務。聯邦政府於 1966 年通過了「醫療健保法」，該法案規定償還或分攤一半在省和地方由醫院外醫生所提供的醫療服務。在六年內，所有省份和地方都有全民醫療服務保險計畫。

從 1957 年到 1977 年，聯邦政府對醫療健保的財政捐助被確定為省和地區支出保險醫院和醫生服務費用的百分之 50%。1977 年，根據聯邦-省財政安排和既定計畫融資法案，成本分攤被一個總額基金(Block Fund)所取代，在這種情況下，變成是現金支付和稅點(Tax Point)的組合。總額基金(Block Fund)是一級政府為特定目的向另一級政府提供的資金，通過轉移稅點(Tax Point)，聯邦政府降低稅率，省和地方政府則同時提高相同的稅率。這種新的籌資安排意味著省和地方政府可以根據自己的需求和優先事項靈活地投入醫療健保資金。

1984 年，聯邦立法「加拿大健康法」獲得通過。該立法取代了聯邦醫院和醫療保險法，並通過建立全國可遷移性(Portability)、無障礙的可近性(Accessibility)、覆蓋全面性(Universality)、給付完整性(Comprehensiveness)和公共管理(Public administration)的標準來鞏固其原則。該法案另外還增加了禁止額外計費和保險服務使用費的規定。

聯邦立法於 1995 年通過聯邦現金和稅收移轉來支持醫療健保費用，聯邦移轉以一個總額基金(Block Fund)機制來支持社會服務和社會援助，也就是在 1996-1997 財政年度開始的加拿大健康和社會移轉(Canada Health and Social Transfer, CHST)。聯邦，省和地方政府首長於 2000 年達成的健康協議規定了初級衛生保健、藥品管理、健康資訊和通信技術以及衛生設備和基礎設施方面的關鍵改革。與此同時，聯邦政府增加了現金移轉來資助健康保險。

2003 年，首長們就「醫療健保更新協議」達成了一致意見，該協議規定了醫療健保系統的結構性變革，承諾各地方政府致力於加速初級衛生保健更新等改革，像是支持資訊技術（例如電子健康紀錄，遠端醫療）；增加家庭護理服務和藥物的保險範圍；增加診斷和醫療設備的使用；以及政府更好的服務。2004 年，首長們在「加強醫療保健十年計畫」中宣佈了進一步的改革。聯邦，省和地方政府承諾實施醫療保健更新計畫，其中包括：病患等待時間管理、衛生人力資源、原住民健康、家庭護理、初級衛生保健、國家製藥策略、北方的醫療保健服務、醫療器材、預防、促進和公共衛生，並加強報告這些改革的進展情況。

2007 年春季，所有省份和地區公開承諾在 2010 年之前在一個優先臨床區域建立患者等待時間保證，並開展試驗項目以測試保障並告知其實施情況。患者等待時間保證是向等待時間超過規定時間範圍的患者提供替代性護理選擇（例如，轉診給其他醫生或醫療機構），此時應提供必需的醫療服務(Canada.ca, 2018)。

二、加拿大醫療健保系統現況

非官方的名稱 Medicare，用於指加拿大公共資助的單一支付者醫療健保系統，為所有加拿大公民提供保險。在這樣的架構之下，加拿大沒有統一的國家醫療健保系統；相反，該系統包括 13 個省和地方健康保險計畫，為加拿大公民，永久居民和某些臨時居民提供全民醫療保險。根據聯邦政府制定的指導方針之下，加拿大健保系統在省或地方單獨自行管理。在醫療健保系統下，由初級保健醫生向各別公民提供預防性護理和醫療，另外也有醫院，牙科手術和其他醫療服務。除少數例外情況之外，無論病史，個人收入或生活水準如何，所有公民都有資格獲得健康保險(canadian-healthcare.org, 2007)。

根據「加拿大健康法」的規定，所有「被保險人」皆有在沒有共同支付(copayment)的情況下獲得「保險服務」的權利。這些服務被定義為醫院提供的醫療必需服務。加拿大的醫療健保系統主要是公共醫療系統，70%的醫療健保資金來自公共部門，其餘 30%由私營部門資助（通過私人保險和自費支付）。公共融資的程度因服務而有所差異。例如，大約 99%的醫生服務和 90%的醫院護理由

公共資金來源支付，而幾乎所有牙科護理都是私人支付的。大多數醫生是自營的私營實體，享有各省醫療保險計畫的保險範圍。自 2005 年以來，醫生補償作為總醫療支出的一部分已經增加，但自 2014 年以來，這一比例已經放緩，保持與 20 世紀 80 年代後期相當的水準(Canadian Institute for Health Information, 2016)。加拿大各地的醫療健保支出各不相同，但平均而言，各省將約 38%的預算用於醫療健保(Canadian Institute for Health Information, 2016)。2016 年全加拿大的人均支出預計為 6,299 美元，但各省的支出從魁北克的 5,822 美元到紐芬蘭和拉布拉多的 7,256 美元(Canadian Institute for Health Information, 2016)。

加拿大最常見的醫療健保給付方法是總額預算(global budgets)，其中固定支付金額分配給提供者（如衛生機構或醫院），以支付一段時間（通常為一年）的營運費用。在大多數加拿大省份，醫療健保服務都是區域化的，地方或區域衛生當局對提供醫療健保服務負有主要責任。在大多數省份，政府通過總額預算(global budgets)為衛生當局分配資金，而許多衛生當局反過來利用總額預算(global budgets)為特定服務群體提供資金。在加拿大，大多數醫院、長期照護機構、公共資助的康復設施以及心理和公共衛生計畫都由全球預算提供資金(Sutherland et al., 2013)。資金數額通常基於歷史預算(historical budgets)，通貨膨脹和政治等因素，無論患者數量或資源需求水準如何，均可提供(Sutherland & Repin, 2012)(UBC Centre For Health Services and Policy Research, 2014)。

總額預算(global budgets)可以成為通過使用支出「上限」來控制醫療支出增長的有效手段，它們還為管理者和政策制定者提供了財務可預測性(Wolfe & Moran, 1993; Antioch & Walsh, 2004)。總額預算(global budgets)的一個缺點是，在實現預算目標的推動下，提供者可能會限制服務的獲取量或限制對設施的入院數量。除此之外，總額預算(global budgets)幾乎沒有激勵創新或提高醫療效率(Sutherland & Crump, 2011)。由於如果患者輸送量增加，總額預算不能提供增加收入的機會，醫療服務提供者沒有動力縮短患者住院時間或將患者轉院到較低成本的醫療健保環境(Sutherland et al., 2013)。總額預算不會促進在急迫性環境下服

務提供者之間的協調，從而形成分散的醫療健保系統，這通常與效率低下和護理質量降低相關(Sutherland & Crump, 2011; Sutherland & Repin, 2012)(UBC Centre, 2014)。

總額協商部分，邱永仁、陳宗獻、郭乃文與林忠劭（2000）指出以加拿大英屬哥倫比亞省（以下稱卑詩省）為例，卑詩省之總額預算分為住院及門診兩個部份。住院部分之醫療費用分配是以醫療區域(Health Region)為分配基礎；門診（基層醫療服務）部份則稱為醫療服務計畫(Medical Services Plan，以下簡稱 MSP)，卑詩省之 MSP 一年預算大約為 18.2 億加幣（1999 年統計資料），卑詩省之 MSP 共僱用 417 位全職行政人員，一年之行政費用大約為 2000 萬加幣左右（約占 MSP 一年預算之 1.5%）。相較之下，美國一般保險公司健康保險計劃或 Medicare，行政費用動輒占總醫療費用之 25~30%，加拿大健康保險之行政成本可算相當的低。加拿大卑詩省總額預算的公式，大致由「前一年預算」加上「影響支付標準的因素」及「影響服務量因素」所組成。其中「影響支付標準的因素」包含消費者物價指數(CPI)、醫師開業之固定成本、其他專業人員（如律師、會計師等）之收入、和他省支付標準的比較、公務員（省政府員工）薪水之調整；「影響服務量因素」則包含人口成長率、人口老化、人口特質（如性別比、年齡組成等）的改變、科技進步、大眾期望、支付制度方式之改變、對大眾之教育、政府政策、臨床指引、審核制度、服務去保險化的情況(deinsurance)、醫師供給量、疾病盛行率。卑詩省設有醫療服務委員會（Medical Services Commission，簡稱 MSC），是專為協商基層醫療之總額預算而設，政府代表有 3 人，卑詩省醫師公會(BCMA)代表有 3 人及被保險人(民眾)代表也有 3 人共九人所組成。協商過程中，若經由協商會議(Negotiation Meeting)，調解(Conciliation)、調停(Mediation)（由律師、法官...等公正之第三者）皆無法達成協議時，最後就只有付諸仲裁(Arbitration)。

根據加拿大憲法，各省負責醫療健保，教育和福利。但是，聯邦「加拿大健康法」為所有省份制定了標準。「加拿大健康法」要求承保醫院或醫生提供的所

有醫療必要護理，這明確地包括診斷，治療和預防服務。通過加拿大健康移轉(Canada Health Transfer)，醫療健保的資金從加拿大聯邦政府的一般稅收收入移轉到 10 個省和 3 個地方。一些省份（如卑詩省、安大略省、阿爾伯塔省）還收取年度醫療保險費。各省收取的健保費不盡相同，主要是由省政府和省及醫療協會(province's medical association)每年進行協商。以安大略省為例，可課稅所得年收入超過 20,000 美元的安大略(Ontario)省居民的所得稅中有一部份就是健保費。除此之外，健保費也會隨著家庭人口數的不同而有區別，以加拿大卑詩省(British Columbia)省為例，每月保費計算為一人 67 元加幣、二人 120 元加幣、三人 133 元加幣（劉宜君等人，2017）。根據以上，OECD 將該系統歸類為稅收支持系統（因為它們與服務使用無關，也與省級健康支出無關），而不是許多歐洲國家使用的社會保險方法。

二、加拿大健保制度財務收支

加拿大政府的健保政策為強制性的公共醫療保險(Medicare program)，此制度深受加拿大憲法所影響，其中明確劃分聯邦政府、省政府及地方政府所扮演的角色。省政府及地方政府的責任在於提供健康及其他社會服務；聯邦政府則是負責提供服務給特定群體。

加拿大為單一保險人制，由國家各級行政單位負責審議和執行健保政策，聯邦層級負責統一的项目收納和價格審核，提供各省參考意見，由各省實際執行（劉宜君等人，2017）。在於財源部份，亦是由聯邦政府與地方政府（省或特別行政區）共同分擔。

加拿大健康照護制度的財源主要由一般課稅收入來支應，也就是以聯邦政府、省政府及地方政府的稅務機關來課徵直接稅（個人及公司所得稅）、間接稅（銷售稅）及薪資稅。特定省分（卑詩省、安大略省、阿爾伯塔省）之省政府也可對該省居民收取一筆健保費(health insurance premium)以支應公共健康照護服務，但未繳保費者無法被限制不能使用健康服務。各省收取的健保費不盡相同，主要是由省政府和省及醫療協會(province's medical association)每年進行協商。以安大略

省為例，可課稅所得年收入超過 20,000 美元的安大略(Ontario)省居民的所得稅中有一部份就是健保費。公共醫療保險涵蓋的醫療範圍廣泛，但仍有幾個領域不包含在內，如心理健康(mental health)、居家醫療(home care)、牙醫(dental service)、整型手術(cosmetic surgery)等，因此一般民眾除了公共醫療保險之外還會有私人保險。

健康照護制度中的財源籌措暨醫療支出是由聯邦政府、省政府及地方政府來共同分擔，以下就各級政府的財務收支面作探討：

(一) 聯邦政府

聯邦政府在健康照護制度中所扮演的角色包含設置及國家行政原則都被《加拿大健康法》(Canada Health Act 1984)所規範；另外聯邦政府也負責對省政府及地方政府進行財政支援。《加拿大健康法》建立一個使省政府及地方政府須達成的標準以讓聯邦政府可以進行現金移轉。《加拿大健康法》也勸阻額外計費(extra-billing)、使用者付費(user fees)的情形。額外計費指的是醫院所提供保險醫療服務的計費，其金額大於省或地方健康保險計劃為該服務支付的金額。使用者付費是指有別於省或地方健康保險計劃允許的額外計費之外，保險醫療服務所收取的任何費用(Canada.ca, 2018)。

聯邦政府透過現金及租稅移轉（加拿大健康移轉 Canada Health Transfer，簡稱 CHT）來支應省及地方的健康保險計畫。為了支持公共資助服務（包含醫療保健）的費用，聯邦政府也提供均等化支付(Equalization payment)去降低省對地方或地方對地方的資助(Canada.ca, 2018)。根據《加拿大健康法》，以下五點是加拿大聯邦補助各州政府醫療費用的條件（陳孝平，2015）：

1. 公共管理 (Public administration)

管理健康照護的單位必須是由各省政府所指定的公共或非以營利為目的之組織。機構必須對省政府負責且接受省政府依法審核及財務等。

2. 給付完整性(Comprehensiveness)

各省必須提供醫院、醫師、牙醫師、以及其他各省所指定的其他醫療服務。一般是以所謂「醫療上必須(medically necessary)」來界定給付的完整性。

3. 覆蓋全面性(Universality)

各省必須在同樣條件下提供其 100% 省民的照護。

4. 全國可遷移性 (Portability)

各省對於遷入的人民候保期不得超過三個月。本省人民遷移到外省時，本省必須負擔其等候期間之醫療費用。暫時離境者，其給付項目之醫療費用由本省依照本省類似之醫療費用負責支付。

5. 無障礙的可近性(Accessibility)

藉由提供合理酬勞給醫療人員以保障其服務之意願，一方面禁止設置經濟或其他障礙以保障就醫之權利。可近性的規定事實上否定了使用者付費及額外收取費用的合法性。

(二) 省及地方政府

各省和地方政府管理和提供加拿大的大部分醫療保健服務，所有省和地方健康保險計劃都應符合《加拿大健康法》規定的國家原則。所有省和地方健康保險計劃給付包含醫療上必須(medically necessary)的醫院及醫師服務，且以上是以預付費方式提供而非在服務當下才收費。省和地方政府在聯邦現金和稅收移轉的協助下為這些服務提供資金(Canada.ca, 2018)。

大多數省和地方為某些群體（如低收入戶居民和老年人）提供和資助補充福利，例如醫院外開的藥，救護車費用，聽力，視力和牙科護理，這些都不屬於《加拿大健康法》給付範圍。雖然各省和地方為某些群體提供了這些額外的福利，但補充醫療服務主要還是私人資助的。不符合公共資助範圍的個人和家庭可直接（自費）支付這些費用，加入受雇傭性團體保險計劃或購買私人保險。根據大多數省和地方法律，私營保險公司不得提供與公共資助計畫重複的保險，但他們可以在補充保險市場中競爭(Canada.ca , 2018)。

綜上所述，加拿大健康照護制度的財源主要由一般稅收、薪資稅、保險費、聯邦補助款所組成（吳文傑，2014），各項收入來源占總支出的比例如表 3-17 所示。課稅收入是以聯邦政府、省政府及地方政府的稅務機關來課徵直接稅（個人及公司所得稅）、間接稅（銷售稅）及薪資稅；保險費以特定省分（如卑詩省、安大略省、阿爾伯塔省）之省政府可對該省居民收取一筆健保費(health insurance premium)以支應公共健康照護服務；聯邦補助款則是由聯邦政府透過現金及租稅移轉（加拿大健康移轉 Canada Health Transfer，簡稱 CHT）來支應省及地方的健康保險計畫。

表 3 - 17 加拿大健康照護 1995–2010 收入來源占總支出的比例（擇年）

	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
General taxation	71.2	70.4	70.2	69.8	70.2	70.5	70.6	70.5
OOP	15.9	15.9	14.6	15.0	14.7	14.6	14.6	14.7
PHI	10.3	11.5	12.6	12.4	12.6	12.7	12.7	12.8
Social Insurance Funds	1.10	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.3	1.3

資料來源：OECD(2011a)

（三）財務支出

醫院護理由加拿大的公立醫院提供。每個公立醫院都是根據「省公司法」註冊成立的獨立機構，法律要求其在預算範圍內運作。20 世紀 90 年代醫院的合併減少了醫院之間的競爭。隨著患者護理成本的增加，醫院被迫削減成本或減少服務。

根據加拿大健康資訊研究機構（Canadian Institute for Health Information，簡稱 CIHI）的數據，1975 年，加拿大的醫療健保費用占國內生產總值(GDP)的 7%，到了 2010 年增長到 11.7%（或每人 5,614 加元）。從圖 3-16 可看出，2010 年政府資助公共資金大約占 70%的加拿大醫療健保費用（包含省及地方政府 64%、聯邦政府 4%、市政府 1%），剩下則是 30%由私人部門資助，及 1%的社會保障基金(Social Security Funds)。這樣的比例略低於 OECD 公共衛生支出的平均水

準。公共資金涵蓋了大部分醫院和醫生費用，而牙科和藥品費用主要由個人支付。私人醫療支出的一半來自私人保險，剩下的一半來自現金支付。根據「加拿大健康法」的規定，公共資金需要支付醫療必要的護理費用，但前提是必須由醫院或醫生提供。各省和地方之間存在相當大的差異，涉及醫院處方藥，輔助器具，物理治療，長期照護，牙科護理和救護車服務等費用。

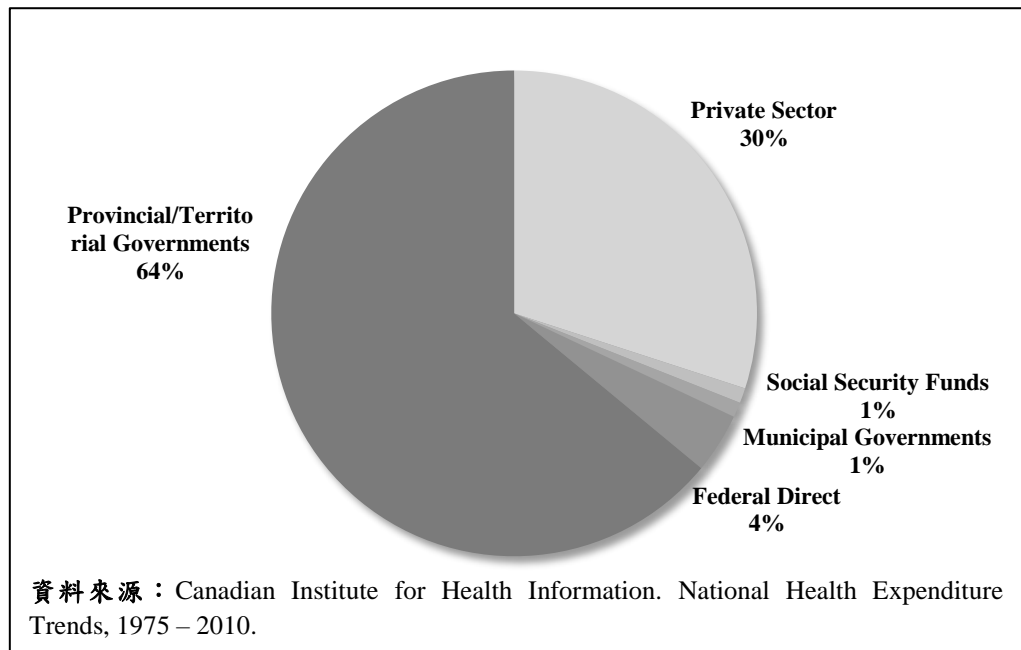
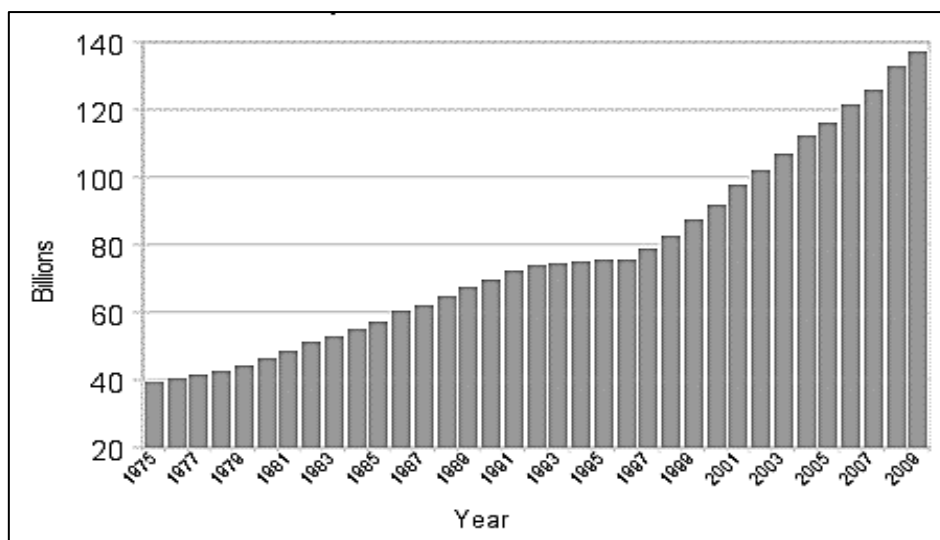


圖 3 - 16 2010 年各項收入來源占加拿大醫療健保費用比例

加拿大擁有所謂的單一付款人制度，其中基本服務由私人醫生提供(自 2002 年以來他們已被允許納入建保制度)，政府以相同的費率支付全部費用。大多數政府資金(94%)來自省級。大多數家庭醫生每次訪問都會收取費用。這些費率由省政府和省醫療協會協商，通常每年進行一次。通過政府價格控制將藥品成本設定在全球中位數。

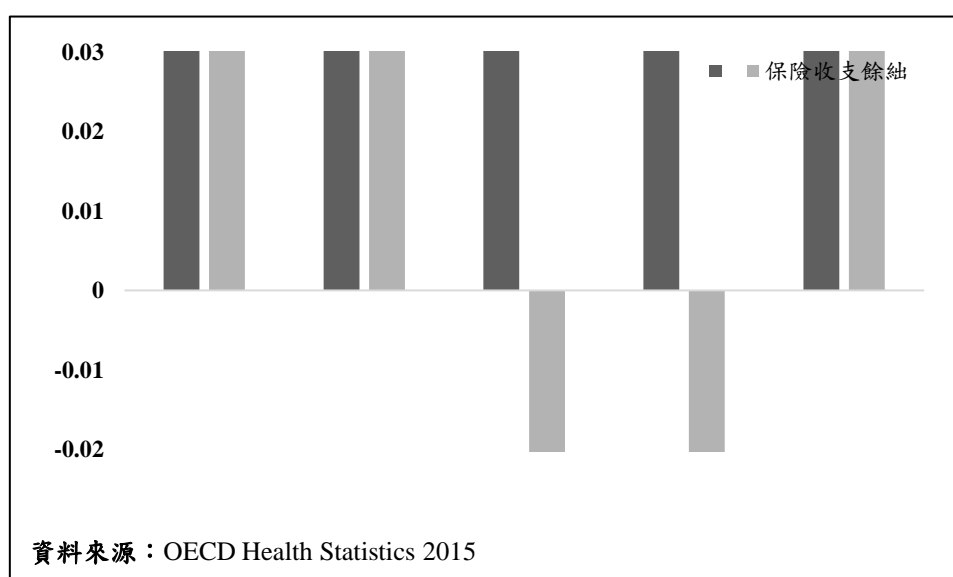
加拿大的醫療支出(圖 3-17)在 1975 年至 2009 年間每年增加，從 397 億美元增加到 1373 億美元，或人均支出從 1,715 美元增加到 4089 美元。2013 年，總額達到 2110 億美元，平均每人 5,988 美元。1975 年至 2009 年的國民健康支出趨勢數據顯示，增長速度正在放緩。適度的經濟增長和預算赤字正在產生調節作用。醫療健保支出連續第三年增長低於整體經濟增長。



資料來源：Canadian Institute for Health Information

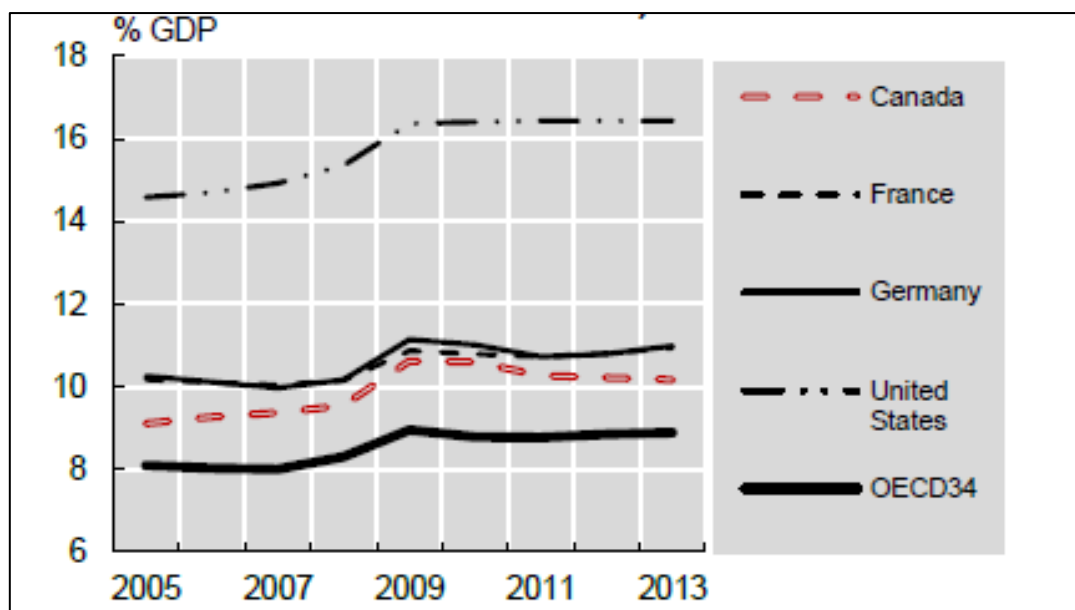
圖 3 - 17 加拿大歷年(1975-2009 年)醫療支出

在 2011 年至 2014 年間，加拿大實際人均醫療支出增長率接近零。(如圖 3-18) 近年來加拿大健康支出增長明顯放緩的主要原因是醫院支出放緩和藥品支出下降(OECD Health Statistics, 2015)。圖 3-19 可看出加拿大的健康支出（不包括衛生部門的投資支出）占 2013 年國內生產總值的 10.2%，高於 OECD 國家平均水準 8.9%，但低於 2010 年 10.6% 的高峰。在健康支出占國內生產毛額比例的部分，加拿大遠低於美國（超過 16%），但低於幾個歐洲國家的水準（德國和法國約為 11.0%）(OECD Health Statistics, 2015)。



資料來源：OECD Health Statistics 2015

圖 3 - 18 加拿大歷年(2010-2014 年)醫療支出增長率



資料來源：OECD Health Statistics 2015

圖 3 - 19 加拿大歷年(2005-2013 年)醫療支出占 GDP 的比率

三、加拿大健保制度財務調節機制

加拿大政府健康支出持續地增加，而患者面臨醫療資源的短缺和獲得必要醫療服務的機會減少。加拿大醫學會主席最近也呼籲聯邦政府應更多地參與省級衛生系統的管理，以解決醫療保險的嚴重問題。不幸的是，加拿大醫學會主席嚴重誤會了衛生系統弊病的原因(Skinner & Rovere, 2018)。加拿大健康系統自 1970 年以來一直被政府壟斷營運。Skinner & Rovere(2018)認為政府在哪個級別上試圖管理該系統並不重要，增加聯邦管理也無法真正解決問題。

Skinner & Rovere(2018)指出目前加拿大健康系統沒有「管理」方面的問題；而是「經濟」上的問題。體系中產生危機的三個大原因：政府對醫療健保資金的壟斷，政治上規劃醫療產品和服務分配，以及缺乏對消費者揭露醫療健保成本。在政治規劃上，100%的再分配融資產生了 pay more, get less 的結果：不斷地成本增長和供給增加。

根據 Fraser Institute 省政府數據，在 2000-2001 財政年度至 2009-2010 財政年度間，所有省份的政府健康總支出年均增長率為 7.5%。在同一時期，包括

聯邦移轉支付在內的所有來源及所有省級收入，皆以年均 5.7%的速度增長。與此同時，以國內生產總值(GDP)衡量僅增加 5.2%。

基於最近 10 年增長趨勢的預測表明，到 2028 年，10 個省中有 8 個省的健康成本將占到總收入的 50%。截至 2011 年底，安大略省和魁北克省已經開始消費他們可用總收入的一半用於健康；另外四個省（薩斯喀徹溫省，阿爾伯塔省，不列顛哥倫比亞省和新不倫瑞克省）也正在加快政府健康支出的步伐，到 2017 年消費 50%的收入。

儘管政府在限制健康支出方面做出了重大努力，但這種成本危機正在發生，也導致了短缺，導致「長期等待」來獲得必要的醫療產品和服務。Fraser Institute 對加拿大醫生的年度調查顯示，2010 年，患者從他們獲得全科醫生轉診到接受專科醫生治療的時間等待大約 18.2 週。儘管健康支出每年在省級收入中所占比例較大，但加拿大人等待手術的時間比 1993 年平均等待時間僅為 9.3 週的時間長 96%。

另外，加拿大政府嚴格限制公開投保新藥的使用。省級公共資助的藥物計畫在很大程度上只覆蓋了一小部分新藥。截至 2009 年 12 月 31 日，加拿大衛生部批准的 2008 年安全有效的新藥僅有 20.3%，實際上已被各省批准報銷。各省也實施了經濟上具有破壞性的增稅措施，以保持收入與醫療支出同步增長。自 2004 年以來，安大略省和魁北克省引入了新的以收入為基礎的健康附加稅，不列顛哥倫比亞省最近宣布其健康附加稅將上升，以跟上該省醫療支出的增長。

Skinner & Rovere(2018)認為 pay more, get less 政策是不行的，若建議政府通過提高稅收和限制進入醫療體系來維持健康系統是荒謬的。真正的解決方案非常簡單：使用費和私人保險方案將效率地提供經濟誘因，從而調節供需，從公共系統轉移成本並提供可持續的額外資源。這種類型的資金在許多其他國家很常見，也可像加拿大一樣，保證普遍獲得醫療服務。

四、加拿大總額支付制度

加拿大是一個仰賴「各省地方自治制度」的國家，醫療保健採「區域化」(regionalization)的政策，醫療費用除了支付中央訂定的服務項目外，各省有決定權是否要提供一般居民照護、社區長期照護、急性照護、精神醫療、公共衛生、衛生促進等服務(Lewis, S. , D. Kouri, 2004)。在區域化政策之下，各省設立區域性健康機關(regional health authorities, RHAs)，來規劃區域內醫療照護的資源分配，其中包括提供醫療必需的醫院、醫師服務以及獲得其他保健品和服務的覆蓋範圍，但有部分省份仍由該省衛生部來進行資源分配之規劃。各省政府決定哪些醫療服務會被納入公立醫療照護體系的給付項目中，以及分配多少費用給提供照護的機構(Sweatman, 2002)。

加拿大在 1985 年以前所有醫療服務都採論量計酬制，1985 年後施行總額預算。其中，總額部門包含醫師費用和醫院費用，並未像德國將藥品納入總額範圍內，加拿大各省在住院方面採用「支出上限制」的總額預算制度，至於門診、醫師費用的部分則是各省規定而不相同，例如在魁北克省是採用「支出目標制」，在卑詩省則是採用「支出上限制」(藍忠孚，2006)。

加拿大的醫師總額範圍與德國不同，不論是一般科或專科，在診所或醫院所從事的專業醫療服務、醫師薪資及醫師費均涵蓋在醫師總額內。醫院醫師採薪水制、一般科和專科的開業醫師採論量計酬制，加拿大醫師論量計酬的標準是根據地方政府衛生部編制的醫療服務支付標準表(Schedule of Medical Benefits)，醫師收費的標準一般依據省醫師公會與省衛生部門協商所達成的協議，與德國實施全國統一的支付標準表相對點數(EBM)不同。醫師所得除了總額預算之外，亦規定醫師收入上限，避免少數醫師之高收入影響其他醫師之收入，做法類似我國的合理門診量制度(李玉春、蘇春蘭，1992)。醫院總額較特別的部分是，加拿大將長期照護機構(long-term care home)納入醫院總額範圍內，且總額是針對個別醫院的總額，傳統上，地方政府每年與各家醫院洽定年度總額預算，每家醫院的總額預算通常參考歷年支出、通膨率、資本投資、協商及政治等因素，而醫院提供

的服務類型及數量並不影響總額預算的設定（Sutherland, 2011；劉宜君等人，2016）。

加拿大醫院總額預算首先以人口學為基準，從省政府(provinces)撥款至區域(regions)及地區(local)，而後再以醫療需求做風險校正。此一需求校正指標稱為資源密集度加權值(resource intensity weightings，簡稱 RIWs)。醫院總額支付制度係使用病例組合(case mix grouping，簡稱 CMGs)當作支付標準，類似德國的 DRGs。在資源密集度加權值中，所有住院病例的平均醫療利用加權值為 1，而加權值最小的門診手術之 RIWs 為 0.1，加權值最大者為心肺移植手術之 RIWs 為 46.0，衛生部以醫院 RIWs 分析各醫院使用醫療資源情形。由於預算是依據醫院所在地區的居民人口學特徵：包括年齡，性別及健康狀況（例如：標準死亡比）作為校正指標進行配置，因此醫院預算和醫療利用並沒有直接相關（楊昇燦，2010）。加上加拿大實施固定點值的總額預算制度，雖有效控制醫院的支出成長並創造可預測性，但衍生出的問題是醫院使用限制住院的手段以維持預算在範圍內，導致等候時間延長，因此加拿大健康服務研究基金會(Canadian Health Services Research Foundation)建議醫院總額應結合其他支付方式，如以服務內容為基礎的支付(Activity-based Funding，簡稱 ABF)，因此部分省份（安大略省、阿爾伯塔省、卑詩省）於 2010-2012 年陸續引進以服務內容為基礎的支付方式。

總體而言，醫院總額預算制度(global budgeting)視各省規定而異，由省政府與醫院及醫師代表協商總額預算，根據醫療利用上漲率、醫師收入上限、人口成長、科技進步、醫生供給量...等等因素之改變作為決定支付標準總額之調整幅度的依據。

舉例來說，安大略省於 2012 年起進行為期四年的醫院支付制度改革，將總額預算支付的占比調降至 30%，搭配人口學(population-based)，和以服務內容為基礎(ABF)的支付方式。醫院每年總額預算的設定，根據醫院治療患者的性質和數量為其提供資金，藉由加強醫院之間的競爭以提高質量，改善醫院效率低下之

問題及縮短癌症病患和白內障病患手術等服務的等待時間，並且提高醫院資金的透明度(Sutherland, 2013)。

五、加拿大總額協商

加拿大為實施總額預算制度最久的國家，為保障總額點值的水準，其將第三級醫學中心之醫療給付另外獨立給付，如此可使需要特別照顧之重症、罕病病患確實獲得第三級醫療照顧保障，而不致成為以成本導向之醫療院所下的人球（邱芝駘，2014）。加拿大於 1985 年開始實施總額預算，初期 1985 年至 1991 年總額預算計算方式是：去年經濟＋人口＋醫療利用情形＋費用增加幅度，額外調整非預期的醫療利用情形；1992 年至 1999 年的醫師總額預算計算方式則為：去年經濟＋人口＋醫療利用情形＋費用增加幅度＋人口成長、老化，並額外增加鼓勵誘因，使醫師願意節省費用支出（邱永仁等人，2000）。醫院的部分，由聯邦政府(Federal government)統一規定健保制度的架構，但允許各省政府間的規定可具有一定的差異性，由省政府或是其財務委員會負責與醫院協商預算總額（藍忠孚，2006），總額的權數則是根據醫院類別、服務人口數、所屬服務地區的人口年齡與性別分布、健康狀況的差異（城鄉或貧富）、偏遠地區、轉診型態、工作負荷量等因素來加以加權；同時透過教學計畫、重症醫療照護等因素，訂定年度總額預算（劉宜君等人，2016）。在未來的預算總額上，加拿大會根據該醫院過去資料，例如：醫院類別、病床數、占床數、藥物等因素，考慮成本上漲百分比及投資狀況後，以三年移動平均值的趨勢進行預測，而各省政府對於醫院的總額預算皆訂有上限規定，並且在醫院握有的高科技設備及病床數的擴張上有嚴格的管制（盧瑞芬、謝啟瑞，2000）。

加拿大政府在協商的過程中扮演強力干涉的角色，從每年的健康保險費用支出中，分配給每個省各一個固定總額預算的醫院費用及醫師費，再由各省自行分配。各省由省政府或財務委員會負責與醫療協會(medical association)互相協商總額預算，在因地制宜下決定支付標準總額的調整幅度，如表 3-18 中所示。除了卑詩省(British Columbia)採用醫療服務委員會(MSC)，其餘各省均是由醫師協會

與省政府或省衛生部進行協商。在上一節中曾提及加拿大採個別醫院總額預算，而各醫院每年度醫療費用之額度是由政府及醫院代表共同協商年度成長率。各省政府與醫師公會代表協商醫師薪資及論量計酬支付項目的費用調整。

表 3 - 18 加拿大各省醫療費用預算設定表

省	醫院主要財務處理	醫師費		
		總額上限制	個別收入上限	協商參與者
卑詩省	服務項目與人口數	是		醫師服務委員會（政府、醫師協會、被保險人各三名）
亞伯達省	人口數	是		醫師協會與省政府
薩克其萬省	人口數	否		
曼尼托巴省	省衛生部決定	無		醫師協會與省政府（談判破裂仲裁中），區域健康管理局(RHA)不介入談判
安大略省	總額預算	無	是	5 名省衛生部官員與 5 名醫師協會成員組成醫師服務委員會(PSC)
魁北克省	總額預算	是		一般科醫師與專科醫師個別與省衛生部洽訂總額
新伯倫瑞克省	服務項目與人口數	是	是	省公衛與醫療服務部助理副部長與醫學會協商
新斯科細亞省	省衛生部決定	是	是	醫學會與健康部
艾德華王子島省	省衛生部決定	否	是	醫學會與省政府（超出預算目標部分由二者共同分擔）
紐芬蘭暨拉布拉多省	省衛生部決定	是	是（僅限於適用論量計酬之醫師）	醫師協會、省政府與健康照護協會簽署之「了解備忘錄(MOU)」
育空地方		否		省政府與醫師協會
西北地方		無		省政府與醫師協會
努勒維特		無		僅有 14 位醫師，每年僅特約 2 個月

資料來源：取自江宏哲等人（2005）。

由於我國目前健保會的組織類似卑詩省的 MSC，以下則以卑詩省為例，探討其總額協商架構。在卑詩省，負責協商的部門有省衛生部、醫療服務委員會

(MSC)及卑詩省的醫師協會(BCMA)。協商過程中，若經由協商會(Negotiation Meeting)、調解(Conciliation)、調停(Mediation)(由律師、法官…等公正之第三者)皆無法達成協議時，最後就只有付諸仲裁(Arbitration)。省衛生部負責與醫師協商醫療費用，約3年到4年會進行重新協調，省衛生部與BCMA對總體協定(master agreement)、工作協定(working agreement)與附屬協定(subsidiary agreement)三個部分進行協商。其中總體協定負責協商所有服務部門的費用總額，工作協定決定支付費用、給付與其他報酬的議題；附屬協定則是針對不同服務項目，例如一般科醫師、專科醫師、偏遠地區、服務合約、薪資等進行協商，政府必須針對各附屬協定的項目分別協商(江宏哲等人，2005)。2019年4月1日起實施為期三年新的總體協定內容，其中內容包含三年內將投入的整體預算、醫生服務合約、薪資協議範圍及薪資成長率(Gov.bc.ca, 2019)。

藍忠孚(2006)報告指出，卑詩省年度醫師總額預算公式由前一年預算、人口成長情況、給付單價增加，及安全準備金(Reserve account)組成，其中影響前一年的預算之因素分為影響支付標準因素及影響服務量的因素。前者包含：消費者物價指數(CPI)、醫師開業之固定成本、其他專業人員收入、與他省支付標準比較、省政府員工薪水調整等五項。後者則包含人口成長率、人口老化、人口特性(性別比與年齡組成)、新科技、大眾期望、支付制度方式改變、對大眾之教育、政府政策、臨床指引、審核制度、服務去保險化(deinsurance)的狀況、醫師供給量、疾病盛行率等十三項。其中，醫療服務委員會(Medical Service Commission, MSC)主要由政府代表、醫師公會代表，和公眾代表消費者，各三位成員組成。其職責包括確保所有卑詩省的居民可以獲得合理的醫療照護以及用具有效率及成本效益的態度來管理醫療照護的提供與付費。根據Medicare保護法案賦予MSC決定論量計酬醫師費用總額(江宏哲等人，2005)。

第五節 各國經驗總結

本文選定德國、日本、韓國和加拿大四個國家，以其健康保險制度、體系架構及財務調節機制進行分析。表3-20將針對實施總額制度的德國、加拿大與本

國間制度上的差異做比較。表 3-21 將各國健保財務與制度之差異稍作比較，並結合前幾節所蒐集之各國健保沿革與運作的經驗，來檢視我國健保體系與其之差異。以下概略整理各國健康保險的特色與優勢，或是可供我國健保運作參考借鏡之處。

一、德國

首先，德國的健保與我國在體制上即有相當大的差異：其法定健康保險是採行多保險人制度，而我國全民健保則是單一保險人制。多元保險制度即透過多家健康保險公司的競爭，來達到更有「效率」運作。然而在「多元競爭」的體制中也需注意及考量：多元保險人間是否存在「公平」競爭之條件、法律規範是否提供了真正多元競爭的可能、在多元的體制下是否亦兼顧了平等原則之要求等等（李玉君，2000）。因此考量我國現行之醫療體系，被保險人之權益（如就醫選擇權）是否會因此而受到限制是值得深思的。

而針對健保會的獨立運作性，德國憲政體系為內閣制，因此健保費率審議等重要議題是交由國會來決定，直接在政治場域進行決議，最終結果皆由國會負責。然而相較於我國，我國健保會儘管擁有費率審議之職責，但仍由主管機關負最後責任，因此無法避免政治現實面的影響，健保會的獨立性與功能性便大幅降低。

財務的運作上，德國早期與我國健保皆採用「量出為入」的模式。然於 2009 年德國健保建立「中央健康基金」，並透過財務風險修正機制，以一致性標準分配保費給保險人，以能夠達到重分配的效果。此項改革翻轉了過去由保險人自主決定費率「量出為入」的模式，來進行保費的調整：當健保財務以中央健康基金調節時，保險人的收入將仰賴國家分配的保費，使財務調節轉為「量入為出」模式（劉宜君等人，2016）。

若說「量出為入」算是較積極的開源節流式，「量入為出」即為較消極的固本守己的方式。我國目前雖然仍採「量出為入」原則，但是，根據健保法第 18 條規定，全民健保保險費率以百分之六為上限，以及第 24 條規定保險費率應由保險人於健保會協議訂定。若以上限費率來計收保險費，但卻無法與當年度協議訂

定之醫療給付費用總額達成平衡時，醫療給付費用總額便應重新協議訂定。即當以保險上限費率 6% 來計收之保險費，其不足以支應醫療給付費用總額時需刪減總額。當此情境產生時，除非修法調高保險費率上限，否則健保財務處理原則將由「量出為入」原則轉為「量入為出」原則，故德國健保財務改革方向仍具相當參考價值（梁景洋，2016）。

除此之外，在一般保費費率上，德國已於 2015 年起調整至 14.6%，並由勞工與雇主雙方共同分擔，亦即各負擔 7.3%。而我國在費率最高上限卻明訂法律在 6% 的水準，面對逐年攀升的醫療支出，我國費率將會在短期內突破上限值，方才足夠支應支出上漲之趨勢，基於此，最高上限門檻則有重新修正訂定的必要。然而，參考德國費率水準值已達 14.6%，我國雖費率值只有 4.69%，被保險人卻須一併負擔家庭眷口數，以最高眷口數三人計算，其負擔須達 14.07%，因此在修訂最高上限之費率水準上，我國並無法效法德國高額之法定費率標準，還必須考量到家戶眷口的負擔性，方能訂定合理且多數大眾可接受之上限水準。

另外在醫療費用總額協商的部分，從德國的經驗中我們可以發現總額協商的過程中政府儘量不介入，德國的健康保險體系基本上是由下而上發展，整個運作方式呈現由社會自行組合而成的疾病健保基金會與醫療團體進行協商的架構，但我國的醫療費用總額卻是由健保會於年度開始 3 個月前，在行政院核定之總額範圍內，協議訂定健保總額及其分配方式，再報衛福部核定。然而，醫療費用總額由行政院來核定，其中存在考慮政治利益恐怕多過國民實際需要等疑慮（江宏哲等人，2005）。並且我國政府在總額協商扮演舉足輕重的角色，相對付費者代表與醫療服務提供者無法著力，可能使協商結果無法達成社會效益、協商間也存在不對等之疑慮。另外，德國在總額制度上是採用軟性總額的方式，將總額訂做目標，但事先議定好每一點的價格，預防點數價格隨著服務增加卻下降，或許是我國可以參考做法的部分。

從德國的健保體系可以看出，他們強調「分權治理(subsidiarity)」的概念。各利害關係團體自行負起與本身利害攸關事務的責任，即自行負起健保財務平衡

的責任（陳孝平，2015），這樣的原則下，健保的財務機能也會隨之調節，便不會有後續責任歸屬與爭議的產生，或許這正是值得我國健保可以加以思考的一個層面。

二、日本

以下將就本次計畫之主要三大面向說明日本健保制度對我國健保制度之啟示。首先，就總額預算支付制度既總額協商方面，日本的健康保險制度較無法提供建議：日本的醫療支付制度為診療報酬支付制度。由於採用非總額方式，因此並無總額協商方面之參考建議。

第二則為保險費率的部分。日本之財源主要為自雇者所納以收入為基準之保險費與雇主與受雇者所納之薪資稅。該國健康保險費用僅有 31.7%來自國家與地方之公基金，並 12.2%來自自負額(out-of-pocket payments)。日本健康保護融資之大部分來自於對個人訂戶(34.6%)及雇主(21.7%)所收取之強制性保費。因此，日本之財源與臺灣以健保費財源為主相似。然而，日本與臺灣不同之處在於日本之保險費率或因保險公司，或因地方政府不同而異。受雇者健康保險的保險費率因保險公司不同而異，反映其健康照護費用與所得水準。就受薪員工來說，平均費率在其所得水準之約 10%，最高限於 13%。國民健康保險之保險費率由地方政府決定，保險費架構隨地方而異，因此並不存在統一的費率決定方法。小至所得之 7.3%，大至所得水準之 15.9%(Rodwin, 1994)。因為我國之全民健康保險為單一保險人型態，故我國保險費率全國統一。因此，就費率部分而言，日本與我國制定方式很不一樣。

然而，如前所述，日本之各類醫療保險皆採用全國一致性的費用表，此費用表是由厚生勞動省（Ministry of Health, Labour and Welfare，簡稱 MHLW）控制，所有健康照護、醫療程序之價格皆依照國家費用表(national fee schedule)決定，病患則依此價格表支付其健康照護費用(WHO, 2018)。該費用表由厚生勞動省基於中央社會保險醫學委員會(Central Social Insurance Medical Council)之討論結果決定，並由厚生勞動省發布。該費用根據個人技術和服務評分評估之成本價格，包

括醫療，牙醫，及藥物之費用（厚生勞動省，2019）。此部分則為我國在費率審議上可參考之部分。

另外，法定健康保險制度（Statutory Health Insurance System，簡稱 SHIS）下所有服務的價格監管是一項非常關鍵的成本控制機制。在正式和非正式的利益相關方協商談判之後，政府每隔一年對費用表(fee schedule)進行修訂。該修訂涉及三個層面的決策，包括受益價格，藥品和設備價格以及逐項服務價格之整體增長率或減少率。政府的醫療保健成本控制計劃(Cost-Containment Plan for Health Care)旨在透過促進健康行為，透過護理協調和家庭照護發展縮短住院時間，以及普遍藥品之有效使用來控制成本。各都道府縣也制定中期成本控制計劃，包括未來幾年的健康費用目標，並根據國家指南制定計劃的政策措施（松浦立三，2019）。日本如此積極控制其成本之計畫，亦是我國可借鏡之處。我國若亦對健康費用進行控管，相信對於我國收支平衡會有相當的助益。

第三，關於收支連動的部分，日本近幾年亦對該國健保制度持續不斷的進行改革。本從 2006 年開始對於醫療支出與收入之間的缺口的彌補，開始有很多的改革與討論。根據 2006 年後進行的各類改革，其主要的特性大概有四：一，日本執政內閣直接透過辯論方式打破政治慣性以及官僚體制上的不效率，事實上 2008 年日本執政黨即為了解決日本醫療照護系統中有關財務與財政上的困難，並讓醫療照護系統得以永續經營，便舉行針對醫療照護與長期照護的辯論。在此氛圍下，日本也因此於 2010 年通過社會安全與稅收之全面性改革報告。而後續許多改革，皆是立基於此報告進行。第二，2006 年後開始進行的諸多改革，其中心主旨在於重建因為日本經濟困難與人口老化所帶來的各類失衡。第三，透過各類計畫法案，來帶領日本各方進行相關辯論，並據此設定相關改革的時程，目標，以及預算來源。事實上，在此邏輯下，2013 年之社會安全系統改革計畫法案也開始進行討論，是否透過提高消費稅來解決未來醫療照護所需要的資金缺口。

在這些討論中，最特別的應該在於日本透過討論，兩黨決議透過改革，要建立一個財務上可以永續經營的健康保險體系，因此規劃透過提高消費稅以因應未來因為老年人口比例增加所帶來的醫療費用增加。由於我國目前所遇到的問題與日本當時所遇到的問題相似：邁入高齡化社會，並因為人口老化，使得醫療費用日漸增多，而出現支出嚴重大於收入的問題，因此日本藉由提高消費稅以因應人口老化之問題，亦可為我國參考、借鏡之處，以因應我國人口老化所帶來的醫療費用增加問題，以建構在財務上可永續經營的健康保險體系。除此之外，我國近來開始實施長期照護，亦可參考日本之四年前即開始之長期照護保險改革，以參考其成功與失敗借鑑之處，強化我國長期照護之實行。

三、韓國

綜合其他國家制度，韓國的健保體制與我國較為接近，皆是以原有的勞保為基礎發展為現有的健保制度，也同樣有社會保險的模式，在納保率也幾乎接近百分之百。其中，較大的差異為我國的健保制度為單一方案，而韓國則是將弱勢群體做排除，另外設立健康救助方案(MAP)。

比較健保財源結構的組成，我國與韓國皆是以保費收入為主，其次再搭配政府補助與其他收入。然而差別在政府補助上，我國法定至少達 36%，韓國卻是每年支出比例不一定。截至 2013 年資料顯示韓國在政府補助比例僅占 13.2%（吳文傑，2014），遠比我國較為低。

在保費制度上將納保人分做受雇者與自雇者兩大類，根據身分的不同保費的計算方式亦不同。受雇者的保費負擔是由員工與雇主各負擔一半的比例；自雇者在計算上除了收入之外亦將納入計算考量範圍，相較於臺灣主要採所得作為保費計算上，考慮面向較為多元。在韓國健保制度中值得注意的是，相較於我國，韓國的自負額負擔比率極高，根據醫療院所層級以及服務項目的不同收取 20%至 60%不等的部分負擔比例，透過轉診制度與高部分負擔比率下雖然對於醫療資源濫用能有效遏止，但也使得民眾的負擔較大。

在支付制度上，韓國並未實施跟臺灣一樣的總額支付制度，其醫療費用支付制度主要仍是實施論量計酬支付制度。但韓國的論量計酬支付制度係引用相對值表，並每年由 NHIS 與醫界代表協商支付單價，且針對不同層級規模醫療院所，分別加計 15%至 30%不等的費用，其中醫療支付費用透過每協商支付單價的機制，實際上可達成類似醫療費用總額管控的效果，協商如無法達成共識，則報請韓國衛生福利部做最後決定。

另外，韓國制度中最值得我國省思之處在於其健保費率每年調整的靈活性但並未引起重大的社會對立，但也因為其健保費率每年調整的高度靈活性，使得其保健醫療支出占名目國內生產毛額比重已突破 7%，保健醫療支出成長之速度不容小覷，根據韓國健保學者在某次學術研討會上表示，韓國對於我國能將醫療保健支出穩定控制在約 6%的數據相當感興趣，而我國對於韓國能夠靈活的調整健保費率而未引起社會民眾反彈也相當好奇，或許這是雙方在國際相關會議上能夠彼此互相交流深談很好的議題與主題。

健保在自雇者的保費計算上並非僅由單一的所得收入作為考量，亦將在其財產納入。雖然在部分負擔比例上韓國較我國高出不少，但負擔上限以所得高低做分級考量民眾的負擔能力，再加上落實醫療分級制度，為我國值得參考的地方(陳孝平，2015)。

表 3 - 19 韓國與臺灣保健支出比率(2010-2014)

		2010	2011	2012	2013	2014
國民醫療保健支出占名目國內生產毛額比重	韓國	6.79	6.83	7.01	7.20	7.37
	臺灣	6.30	6.41	6.32	6.35	6.26
家庭自付費用占經常性醫療保健支出比重	韓國	33.92	34.40	34.85	35.21	36.09
	臺灣	37.93	37.78	37.14	36.84	36.65
公部門醫療保健支出占國民醫療保健支出比重	韓國	57.90	57.30	56.30	56.20	56.20
	臺灣	57.79	57.38	59.08	59.12	59.30

單位：%

資料來源：WHO－Global Health Observatory Data Repository、衛生福利部 106 年國民醫療保健統計。

在先前章節中有簡單敘述韓國在醫療保健上支出的數據，在表 3-19 中與我國相關數據做較詳細的說明與比較。由歷年數據可得知與我國相比之下，韓國在國民保健醫療支出占名目國內生產毛額比重(GDP)高過我國之外，並且在 2012 年已經突破 7%，而我國則長年維持在大約 6%左右的比重；在民眾負擔之醫療保健支出比例上兩國則皆保持在約為總醫療支出的三分之一比例。總體而言，國民保健醫療支出占名目國內生產毛額比重有較明顯差距之外，在家庭支出比重上維持三分之一的比重，公部門方面兩國皆超過一半的比重。

四、加拿大

以下將就三大面向來分析加拿大健保制度可以給予我國的啟示。首先是總額預算支付制度暨總額協商部分，加拿大與我國同樣採行總額預算支付制度，加拿大的總額預算制度是通過使用支出「上限」來控制醫療支出增長的有效手段，並且在不同程度上成功地控制了醫生的門診護理支出，它們還為管理者和政策制定者提供了財務可預測性(Wolfe & Moran,1993; Antioch & Walsh, 2004)。所有預算都是按省份的需求去給予以及實施，實際上，加拿大健保系統是由 10 個獨立的省分醫療健保系統所集合而成。

針對總額協商，以加拿大英屬哥倫比亞省（以下稱卑詩省）為例，卑詩省之總額預算分為住院及門診兩個部份，住院部分之醫療費用分配是以醫療區域(Health Region)為分配基礎；門診（基層醫療服務）部份則稱為醫療服務計畫（Medical Services Plan，以下簡稱 MSP）。加拿大基層醫療服務總額預算包含「影響支付標準的因素」及「影響服務量因素」兩者調整因子加起來為 18 項，而我國目前實施總額預算之部份，其調整因子只有少數之「協商因素」與「非協商因素」，似乎過於簡單。建議協商因素中可加入「健康保險給付項目範圍」。若健康保險給付項目範圍擴大，年度預算總額亦應予以適度調高；另外，「公教人員薪水之調整」、「支付制度方式之改變」或是「政府政策的改變」似可研究納入「協商因素」之中考量。至於，非協商因素部分，「醫師供給量」應可研議列入「非

協商因素」之中，「西醫基層醫師與人口比」若有增加，預算之總額亦應有適度之調整（邱永仁等人，2000）。

二為保費費率的部分。加拿大健康照護制度的財源有別於臺灣以健保費為主，加拿大則是主要由一般稅收、薪資稅、保險費、聯邦補助款所組成。稅收是以聯邦政府、省政府及地方政府的稅務機關來課徵直接稅（個人及公司所得稅）、間接稅（銷售稅）及薪資稅。另外，特定省分（卑詩省、安大略省、阿爾伯塔省）之省政府也可對該省居民收取一筆健保費(health insurance premium)以支應公共健康照護服務；聯邦補助款則是由聯邦政府透過現金及租稅移轉（加拿大健康移轉 Canada Health Transfer，簡稱 CHT）來支應省及地方的健康保險計畫。

卑詩省、安大略省、阿爾伯塔省之省政府有權對該省居民收取一筆健保費，但未繳保費者無法被限制不能使用健康服務。各省收取的健保費不盡相同，主要是由省政府和省及醫療協會(province's medical association)每年進行協商。以安大略省為例，可課稅所得年收入超過 20,000 美元的安大略(Ontario)省居民的所得稅中有一部份就是健保費。有別於我國健保範圍涵蓋廣泛，加拿大公共醫療保險涵蓋範圍則有幾個領域不包含在內，如心理健康(mental health)、居家醫療(home care)、牙醫(dental service)、整型手術(cosmetic surgery)等，因此一般民眾除了公共醫療保險之外還會有私人保險，我國也可就此作為參考。

接著，加拿大在健保體制上十分仰賴各省自治制度，採取分區（省）的方式建立各區（省）的健保體制與機構單位，達到「因地制宜」的效益。分配預算之區域劃分若太小，區域內任何些微人口特質的變動對執業醫師之所得都可能有顯著之影響；換句話說，分配預算之區域劃分若愈小，醫師所得對外界環境之變化也就愈敏感。為此，卑詩省即將全省劃分為 11 個醫療區以分配總額預算。在台灣，分配預算之區域劃分不宜以縣市為單位，健保署六個分局轄區之劃分方式應還算適當（邱永仁等人，2000）。

最後是收支連動的部分。加拿大政府健康支出近年來持續地增長，而患者面臨醫療資源的短缺和獲得必要醫療服務的機會減少。Skinner & Rovere(2018)指出

體系中產生危機的三個大原因：政府對醫療健保資金的壟斷，政治上規劃醫療產品和服務分配，以及缺乏對消費者揭露醫療健保成本。在政治規劃上，100%的再分配融資產生了 pay more, get less 的結果：不斷地成本增長和供給增加。另外，成本危機的發生導致「長期等待」來獲得必要的醫療產品和服務，根據 Fraser Institute 2010 年的資料顯示：患者獲得全科醫生轉診到接受專科醫生治療的等待時間高達 18.2 週。由於加拿大遇到財務問題及長期等待時間的問題，我國應作為借鏡，如何在財務收支方面取得平衡以避免醫療短缺亦是我國的重要課題。

表 3-20 台灣、德國、加拿大總額制度比較

	台灣	德國	加拿大
支付制度	總額預算制度 Tw-DRGs 論量計酬 論質計酬	門診總額預算、住院 DRGs	各醫院總額預算制及 DRGs
總額預算適用部門	(1) 中醫 (2) 牙醫 (3) 醫院 (4) 西醫基層 (5) 其他預算	(1) 醫院 (2) 醫師費 (3) 藥品費用	(1) 醫院 (2) 醫師費
基層醫師	論量計酬、總額	論量計酬、總額	論量計酬
醫院	總額 + 論量計酬、DRGs	總額 + DRGs	總額 + DRGs

資料來源：本研究整理

表 3-21 各國健保制度比較

國家	體制	委員會任務／功能	財務管理	財務來源
臺灣全民健康保險	單一保險人	利益代表協商平台：協商保險費率、保險給付範圍、健保醫療給付費用總額分配；政策、法規研究與諮詢。	大致為量出為入：先進行支出面總額協商、再計算收入面費率。 1. 收入面：健保收入採雙軌收費制：主要財源係以保險費為主，並挹注其他財源包括補充保險費、彩券收入及菸捐。 2. 支出面：總額預算支付制度：由雇主、被保險人、醫事提供者進行協商。	1.一般保險費：費率由健保會協商審議、行政院核定。 2.補充保險費：高額獎金、薪資所得、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入在一定金額以上採就源扣繳。 3.其他補充性保費：從相關稅收資源中選取直接挹注健保整體財務。
德國健康保險基金	多元保險人	針對保費收支的專業計算與風險平衡管理。	量入為出：各疾病基金在收到保費後，即上繳到中央健康基金中。中央健康基金匯集所有的法定保險費與政府補助額後，該基金適當的分配至被保險人組成之各疾病基金。 1. 收入面：委員會依據標準公式，計算保險人之投保人結構，分配保費收入。 2. 支出面：依據收入，由保險人自行與醫事服務提供者協商支出。	1.一般保險費：健康照護委員會依據收支平衡計算與相關健保資訊，提出政策建議給政府，由政府提案請國會決議。 2.附加保險費：保險人提供保險專案給投保者，由投保者自行繳納補充保費給保險人，不經過健保基金。 3.聯邦補助金、政府補助。
日本國民健康保險	多元保險人	健保協會掌管健保保費之徵收，並協管健保之財務，由該協會透過社會保險廳，由社會保險廳上呈厚生勞動省，經該省之「社會保險審議會」之審議，由厚生勞動省大臣裁定之。	1. 收入面：國民健康保險費率由地方政府決定，保費架構隨地方而異。在《健康保險法》明定「政管健保」的保險費率，但社會保險廳長於保險費率有不足或結餘時，得請求厚生勞動部長調整保險費率。 2. 支出面：法定健康保險制度下所有服務的價格，在正式和非正式的利益相關方協商談判之後，政府每隔一年對費用表進行修訂。該修訂涉及三個層面的決策，包括受益價格，藥品和設備價格以及逐項服務價格之整體增長率或減少率。	1.一般保險費：主要為自雇者所納以收入為基準之保險費與雇主與受雇者所納之薪資稅。 2.國家財政稅收補貼：政府補助全額之事務費，以及在醫療給付方面，提供不同比例的補貼。

(續下頁)

韓國國家健康保險	單一保險人	<p>衛生福利部擔任指導、監督與政策決策的角色。國民健康保險公團負責被保險人及其家屬的登記事項，保費的收集以及醫療費用表的制定。健康保險審查機構負責審查醫療費用和醫療保健方面的估算。</p>	<p>1. 收入面：依韓國「健康特別法」規定，全民健康保險公司的「保險財務委員會」可以在薪資 8% 以內自行決定保險費率，因此保險費率係每年隨者當年預估的財務狀況調整。對於每年的保費收入與支出可以預先估算，在此機制下，有一定程度的收支連動。</p> <p>2. 支出面：實施論量計酬支付制度，每年由 NHIS 與醫界代表協商支付單價，且透過每協商支付單價的機制，來達成類似醫療費用總額管控的效果。</p>	<p>1. 一般保險費：保費費率由國民保險政策協商委員會負責制定，並且委員會被授權訂定的保險費率不得高於每月工資的 8% 保險對象的保費。2. 政府補貼：包含一般稅收以及菸捐，而補貼的範圍取決於經濟狀況和政府的財務狀況。</p>
加拿大醫療健康保險	單一保險人	<p>省政府及地方政府的責任在於提供健康及其他社會服務；聯邦政府則是負責提供服務給特定群體。</p>	<p>1. 收入面：費率審議方面，各省收取的健保費不盡相同，主要是由省政府和省及醫療協會(province's medical association)每年進行協商。</p> <p>2. 支出面：政府通過總額預算(global budgets)為衛生當局分配資金。</p>	<p>1. 一般稅收、薪資稅：聯邦政府、省政府及地方政府的稅務機關來課徵直接稅（個人及公司所得稅）、間接稅（銷售稅）及薪資稅。2. 保險費：以特定省分（如卑詩省、安大略省、阿爾伯塔省）之省政府可對該省居民收取一筆健保費以支應公共健康照護服務。3. 聯邦補助款：由聯邦政府透過現金及租稅移轉（加拿大健康移轉）來支應省及地方的健康保險計畫。</p>

資料來源：修改自吳文傑（2014）；陳孝平（2015）；梁景洋（2016）。

第四章 模型推估與財務調節機制設定

本章將簡述研究推估模型的設定，以參考歷年相關費率研究之文獻，來進行相關模型的設立，並且觀看健保會 106 年針對收支連動機制進行之財務模擬與估算，簡述並說明試算之結果，進而提供研究方向之探討。最後再根據所召開之專家學者諮詢會議中之討論意見來進行費率調節審議機制的設定與財務推估。

第一節 推估模型設定

在推估模型設定的部分，我們預計使用健保歷年財務資料，估算短中長期的費率調整計算公式。

自 2004 年開始，全民健保支出全面實施總額支付制度。在計算健保費率時可以假設年度醫療給付費用總額已知，固定醫療給付後，費率調整中最重要因素則為健保收入預估、安全準備存量、費率調整次數和幅度這幾個變數。我們便可以根據一般保費費基及補充保險費基進行推估健保收入，並考慮除安全準備存量外，參考納入社經面考量因子（如經濟成長率、民眾付費能力等），及與不同調整頻率和調整幅度等因素作連結，以研擬可能費率調整審議模式和對應的安全準備存量，藉以因應 110 年可能之費率調整。

費率調整公式的功能定位與設計主要涉及幾個部分：首先是支出面，此部分主要先取得未來醫療給付費用總額以及非保險給付支出估計值，固定保險經費之後，再由收入面計算其對於費率的影響。第二是收入面，本次研究內容主要處理收入面因素對於保險收入的影響，進而化繁為簡，找出主要可行的費率調整公式。第三是財務處理方式，原則上採取量出為入，所以是在固定支出面的情況下做費率調整。財務處理方式也先以隨收隨付制為主。整個步驟可分成下面幾個部分：

一、費基、保險給付支出之推估

（一）保險費用的計算

保險經費由兩個部分構成，一者是保險給付支出，二者是當年安全準備提列。保險給付支出主要根據醫療給付費用總額而來，而醫療給付費用總額則為保險給付支出與非保險給付支出之總和。其中保險給付支出包含了醫療給付費用總額，

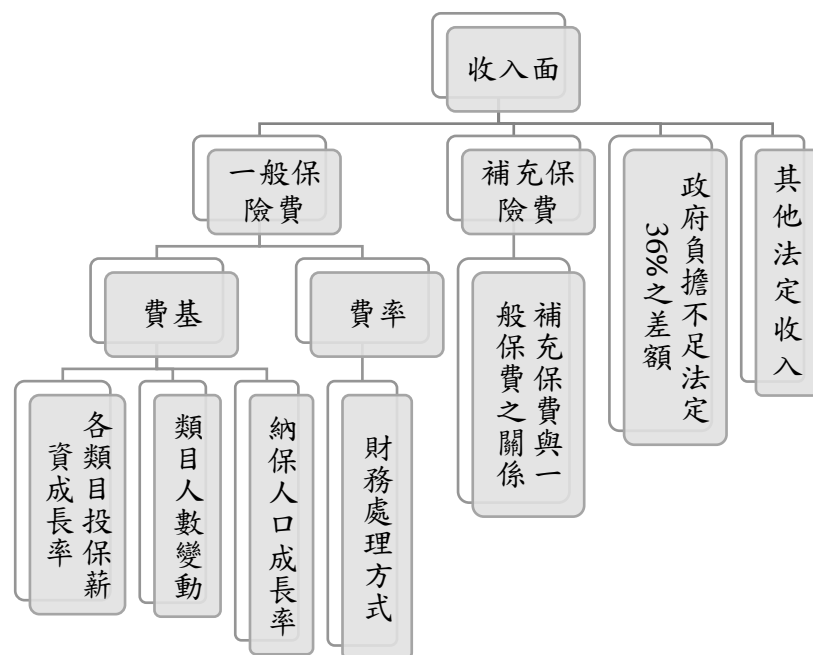
扣掉自行負擔之費用、代辦部分負擔、代位求償和菸捐挹注罕病用藥等。換言之，保險給付支出就等於醫療給付總額減去各項非保險給付支出。因此得出：

$$\text{保險給付支出} + \text{當年安全準備提列} = \text{保險經費} \quad (\text{公式一})$$

$$\text{保險給付支出} + \text{非保險給付支出} = \text{醫療給付費用總額} \quad (\text{公式二})$$

(二) 保險收入的計算

保險收入主要包括：一般保險費、補充保險費、政府負擔不足法定 36% 之差額、其他法定收入，如圖 4-1。



資料來源：取自羅光達（2014）

圖 4-1 費率調整公式收入面影響因素

公式如下：

$$\text{保險收入} = \text{一般保險費收入} + \text{補充保險費收入} + \text{政府負擔不足法定 36\% 之差額} + \text{其他法定收入} \quad (\text{公式三})$$

保險費收入金額受到納保人數、投保金額及保險費率所決定，其主要用以支應保險對象醫療費用等保險成本，安全準備則包括歷年收支餘絀、菸品健康福利捐及公益彩券盈餘分配等補充性財源。

保險財務健全性主要關鍵在於收入面與支出面，全民健保保險費計算的主要

參數為投保金額、保險費率、保費分擔比率、眷口數，影響保險費收入的主要因素則為投保金額與費率，投保金額有其上下限，保險費率則遭受政治性因素影響。

1. 一般保險費

一般保險費收入等於費基乘上費率，藉此瞭解當年度費率應調整幅度：

$$\text{一般保險費收入} = \text{一般保險費費基} \times \text{一般保險費費率} \quad (\text{公式四})$$

2. 補充保險費

補充保險費收入等於費基乘上費率：

$$\text{補充保險費收入} = \text{補充保險費費基} \times \text{補充保險費費率} \quad (\text{公式五})$$

而補充保險費基分別來自高額獎金、兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得及租金收入。

3. 政府負擔須達 36%

二代健保在健保財務增設了政府最低財務責任，使得健保財務推估需考量此一變量。健保法第 3 條規定「政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%。政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36% 部分，由主管機關編列預算撥補之。」公式如下：

$$\begin{aligned} &\text{政府負擔總經費扣除法定收入後金額之占率 36\%} = \\ &(\text{政府補助之保險費} + \text{政府為雇主之保險費} + \text{政府負擔不足法定} \\ &36\% \text{之差額}) \div (\text{一般保險費收入} + \text{補充保險費} + \\ &\text{政府負擔不足法定 36\% 之差額}) \end{aligned} \quad (\text{公式六})$$

而在當中，如何定義保險經費變成為一個政府投入的關鍵。依據健保法第 2 條第 5 項規定，保險經費除了保險給付支出外，還需涵蓋應提列的安全準備。若按照這個定義，目前政府累積未足額提撥健保經費達千億之多，這個政府補助經費的多寡和提撥的時間，將會對費率調整時機和漲幅造成影響。

二、保險費率之推估

欲求得某一年之平衡費率，需先設定費率值，計算該年在此費率下的保險費收入與其他保險收入，是否足以支應全民健保法規定的給付範圍所估計的保險成本，並滿足安全準備餘額大於一個月保險給付支出。按照此方式反覆設定費率值，來求出兩者相等的最小費率值。依此反覆設定費率值(Iterative Method)，求出使前述兩邊達相等數值之最小費率，即為該年符合法定標準（安全準備餘額以相當於精算 1 個月至 3 個月之保險給付總額為原則）之平衡費率。因政府在 99 年 4 月調高健保費率時，針對所得較低者提供的費差補助是階段性措施，在二代健保實施後就同時取消，恢復常軌作法，因此根據新制規定，不包含費差補助，其費率精算模型如下：

$$36\% = (a + b + c) / (d + e + c)$$

$$36\% * (d + e + c) = a + b + c$$

$$(c) = \frac{[36\% * (d + e) - (a + b)]}{64\%}$$

$$B + \Delta S = d + e + c + O$$

B：保險成本

ΔS ：第 t 年提撥的安全準備額

a：現制下政府負擔金額

b：未來政府補充保險費（此為政府身為雇主所需負擔的補充保險費）

c：未來政府 36% 差額補助

d：現制保險費收入

e：全部補充保險費

O：其他保險收入

而再依據上述原則，平衡費率計算公式如下：

$$P_t(r) = B_t + \Delta S_t$$

$P_t(r)$ ：t 年之保險收入，包含一般保險費、補充保險費及政府負擔不足法定 36%之差額，為當年一般保險費平衡費率 r 之函數（補充保險費費率依一般保險費費率之成長率調整）

t ：推估年數

r ：t 年之一般保險費平衡費率

B_t ：t 年之保險成本

$$S_t = \Delta S_t + S_{t-1}$$

S_t ：t 年底之安全準備餘額

ΔS_t ：t 年之安全準備提列

其中 S_t 之法定範圍為

$$(1/12) \times B_t < S_t < (3/12) \times B_t$$

公式推導分三個情況討論，第一個設定是前期的安全準備餘額已達法定下限、第二個設定是前期的安全準備餘額已低於法定下限、第三個設定是前期的安全準備餘額已高於法定上限。

（一）假設前期的安全準備餘額已達法定下限

根據前述平衡費率可知，保險經費為保險給付支出加上當年安全準備提列，以下假設安全準備餘額已達法定下限，表示當年度無須提列安全準備的情況下，已知保險給付支出等於保險收入，又保險收入來自一般保險費、補充保險費、政府 36% 差額及其他法定收入。

而就健保法第 24 條規定，保險費率應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月內提請審議，而全民健康保險財務操作以量出為入原則下，保險收入需隨之成長。又可得知醫療給付費用總額需減除非保險給付支出才是保險給付支出，因此綜合上述可得，保險收入成長需與保險給付支出成長同步變動，方能收支平衡。

而保險收入成長包含一般保險費收入、補充保險費收入、政府 36% 差額及其他法定收入成長，各項收入影響程度則視該項收入占總保險收入占率而定。再

根據健保法 33 條：「第 31 條之補充保險費率，於本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行第一年，以 2% 計算；自第二年起，應依本保險保險費率之成長率調整，其調整後之比率，由主管機關逐年公告。」表示補充保險費的成長率是根據一般保險費成長率做調整，即：

$$\text{一般保險費費率成長率} = \text{補充保險費費率成長率} \equiv \text{費率成長率} \quad (\text{公式七})$$

(二) 假設前期的安全準備餘額已低於法定下限

據健保法第 78 條規定：「本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則。」若安全準備餘額低於一個月的保險給付支出時，應補提列安全準備：

$$\text{應補提列安全準備} = \frac{1}{12} \times \text{保險給付支出} - \text{前期安全準備餘額} \quad (\text{公式八})$$

因此，當年度保險收入需足以支應保險給付支出及所應提列的安全準備：

$$\begin{aligned} \text{保險給付支出} + \text{應補提列安全準備} &= \text{一般保險費收入} + \text{補充保險費收入} + \\ &\text{政府負擔不足法定 36\% 之差額} + \text{其他法定收入} \end{aligned} \quad (\text{公式九})$$

後再以成長率關係呈現上式，求得新年度費率成長率。

(三) 假設前期的安全準備餘額已高於法定上限

若安全準備餘額超出三個月之保險給付支出時，應提列安全準備金額如下（此數為負數）：

$$\text{應補提列安全準備} = 3/12 \times \text{保險給付支出} - \text{前期安全準備餘額} \quad (\text{公式十})$$

因此，當年度保險收入需足以支應保險給付支出及所應提列的安全準備：

$$\begin{aligned} \text{保險給付支出} + \text{應補提列安全準備} &= \text{一般保險費收入} + \text{補充保險費收入} + \\ &\text{政府負擔不足法定 36\% 之差額} + \text{其他法定收入} \end{aligned} \quad (\text{公式十一})$$

後再以成長率關係呈現上式，求得新年度費率成長率（此數為負數）。

依據上述幾個原則，我們預期討論提供不同期程、各面向的審議費率調整建議方案，協助健保會在保險費率審議的執行上做參考。短期目標為因應 110 年可能之費率調整，以作為後續政策建議的實證基礎與依據。長期目標為建立健保

財務收支連動，及適於臺灣的費率調整模式。

第二節 健保會推估研究

由於一代健保的財務調節機制礙於政治現實無法明確落實，健保新制下的健保會，為建立以科學數據為基礎且不受外力干擾之審議機制，於委員會議決議，研訂「全民健保財務平衡及收支連動機制」如下：健保會協定次年度（下稱當年）總額後，健保署應以高、中、低三種方式推估保險收入與成本，並依下列原則研提保險費率調整方案送健保會審議。

- (一) 當年起（含）第 3 年年底安全準備餘額超出 3 個月保險給付支出時，啟動保險費率調降機制。其調降以超出之金額計算為原則。
- (二) 當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制。其調漲以當年起（含）第 2 年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額計算為原則。

然而，依照此機制運行的結果卻隱含許多隱憂。健保署於 105 年 11 月份委員會議提報「106 年度全民健康保險費率（方案）」時，指出上開機制於實務面恐面臨「啟動費率調整時點無法適時反映收支狀況」、「保險收支存在結構性失衡的逆差，未來保險費率調幅將急遽攀升」等問題，因此健保會遂與專家學者研提建議修正方案，考量範圍包括費率調整幅度、民眾接受度及健保會委員任期等等。經多番討論，為使機制修正更為周延，擬具現行機制之修正方向，建議增列啟動費率調升（降）之輔助標準及調整方式。其中，多數與會專家學者建議：

- (一) 健保財務「以 2 年收支平衡為宜」，尚無須侷限於「當年度平衡」；
- (二) 嘗試設置多元化的「啟動條件」及較具彈性的「調整方式」，以利健保會逐年審議費率時，可以多個面向檢視健保之財務狀況，對費率審議也較有彈性空間。

基於此，健保會研析「全民健保財務平衡及收支連動機制」，提出之調升機制修正建議（併同增列於調降機制）：啟動條件為「當年起 2 年收支平衡費率超出現行費率之 5%；或當年起 2 年保險成本合計超出保險收入合計之 5%；或

當年年底安全準備餘額不足 2 個月保險給付支出」；調整方式為「費率調升以當年起 2 年收支平衡費率及當年起（含）第 2 年年底至少維持 2 個月保險給付支出為原則」。並再行針對上述修正方案，採：

(一) 取 2 年或 3 年區間平衡、

(二) 設定安全準備相當保險給付支出月數（1、1.5、2…）等，

分別就安全準備餘額、平衡區間年限及與現行費率差額等做調整（見表 4-1），以評估未來年度的健保財務收支與預期費率的走勢。模擬試算保險成本採中推估，且安全準備維持在 2 個月之水準，針對各費率調升之試算方案，推估結果如表 4-2 所示。

以健保現制（方案 A）的結果來看，該計畫將會使 109 年度時費率調漲至 5.66%，相較 4.69%漲幅高達 20.68%，並於 111 年度再次調升費率，以 6.01% 的漲幅，將費率調整至 6.00%。而方案 B 的設定為當該年度保險成本超出保險收入之 5%；或是該年年底安全準備餘額不足 2 個月保險給付支出時，才會啟動調升機制。並以當年收支平衡費率及當年年底安全準備餘額維持至少 2 個月保險給付支出之金額為原則。此計畫經過推估結果顯示：將於 107 年第一次調升費率至 5.10%，於 109 年第二次調整至 5.49%，第三次調整則在 111 年調漲至 5.91%。

方案 C 則就方案 B 啟動條件除外，另增加一項「當該年度起 2 年收支平衡費率超出現行費率之 5%」，並將調整方式以該年度起 2 年收支平衡費率，及當年起（含）第 2 年年底至少維持（1、1.5、2、2.5）個月保險給付支出為原則。試算結果為：107 年調漲費率至 5.20%，109 年二次調升至 5.59%，於 111 年三次調漲至 6.00%。方案 D 為方案 C 啟動條件之比例設定升至 10%，調整方式維持不變。推估結果顯示此計畫在 106 至 112 年費率只調整 2 次，但費率漲幅均高於 10%。其第一次調漲在 107 年度，費率為 5.20%，第二次則在 110 年，費率為 5.79%。

方案 E 為方案 D 修改平衡區間年限至 3 年，並維持調整方式不變。其 7

年內調漲頻率也是 2 次、上漲幅度也是高達 10% 以上。其費率調整於 107 年及 110 年分別為 5.30% 及 5.91%。最後方案 F 以 2 年為調整週期，每 2 年依當年起 2 年收支平衡費率調整，適用 2 年作為啟動條件，調整方式則維持不變。試算結果為 107 年做第一次調整，費率為 5.20%；109 年做第二次調升，費率為 5.59%；111 年第三次調整，費率為 6.00%。

綜合各方案的試算結果，就啟動條件的多元性來看：方案 A 與方案 F 較缺乏靈活度，啟動標準少於 2 項以下；就費率方面可以發現：方案 B、D、E 在費率的調整上皆有控制在法定上限 6% 的水準內，且只有 B 方案在漲幅的空間皆現制在 10% 以內。而比較 7 年（106 - 112 年）內的調整頻率，方案 A、D、E 皆少於 3 次，B、C、F 為 2 次，並且方案 C 與 F 在試算後得到相同估計結果，差別在於方案 C 啟動條件較為多元。再比較於 112 年度安全準備餘額，方案 A、B、D 於 112 年度安全準備均餘額低於 3 個月，其中方案 A 為 1.79 個月，B、D 分別為 2.31、2.25 個月。而針對上述建議方案，各委員與學者皆持有不同的意見，尚未達成統一的共識，因此經協商，決議併至為審議 107 年度健保費率之參考依據。

健保財務收支結構性失衡的問題是健保永續最大的瓶頸。在調節機制上應慎重評估是否僅用「安全準備存量」這單一指標來作為費率調整之啟動機制，可以考量改用多面向來評估影響財務平衡之因素（如經濟成長率、民眾付費能力）等其他指標來訂立醫療費用支付、收入和後續費率調整機制之建議。以期健保能建立一套完善之財務規劃、適切的費率調節機制，讓其財務流暢運作、永續經營，並減緩因費率調整造成社會大眾之影響及衝擊。

表 4-1 「全民健保財務平衡及收支連動機制」費率調升試算方案

試算 方案	方案 A(現制)	方案 B (健保署 105.11 方案)	方案 C (專家會議再修正 案，2 年平衡)	方案 D (參考專家會議再 修正案酌增%，2 年平衡)	方案 E (參考專家會議再 修正案酌增%，3 年平衡)	方案 F (以 2 年為調整 週期)
啟動 條件	當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出。	1. 當年保險成本超出保險收入之 5%；或 2. 當年年底安全準備餘額不足 2 個月保險給付支出。	1. 當年起 2 年收支平衡費率超出現行費率之 5%；或 2. 當年起 2 年保險成本合計超出保險收入合計之 5%；或 3. 當年年底安全準備餘額不足 2 個月保險給付支出。	1. 當年起 2 年收支平衡費率超出現行費率之 10%；或 2. 當年起 2 年保險成本合計超出保險收入合計之 10%；或 3. 當年年底安全準備餘額不足 2 個月保險給付支出。	1. 當年起 3 年收支平衡費率超出現行費率之 10%；或 2. 當年起 3 年保險成本合計超出保險收入合計之 10%；或 3. 當年年底安全準備餘額不足 2 個月保險給付支出。	每 2 年依當年起 2 年收支平衡費率調整，適用 2 年。 當年起(含)第 2 年年底至少維持(1、1.5、2、2.5)個月保險給付支出為原則。
費率 調升						
調整 方式	其調升以當年起(含)第 2 年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額計算為原則。	其調升以當年起(含)第 2 年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額計算為原則。	費率調升以當年起 2 年收支平衡費率，及當年起(含)第 2 年年底至少維持(1、1.5、2、2.5)個月保險給付支出為原則。	費率調升以當年起 2 年收支平衡費率，及當年起(含)第 2 年年底至少維持(1、1.5、2、2.5)個月保險給付支出為原則。	費率調升以當年起 3 年收支平衡費率，及當年起(含)第 2 年年底至少維持(1、1.5、2、2.5)個月保險給付支出為原則。	

資料來源：106 年度全民健康保險會年報。

表 4-2 各方案於 106-112 年度健保財務收支及費率之推估結果

試算方案		方案 A (現制)	方案 B (健保署 105.11 方案)	方案 C (專家會議再修 正案，2 年平 衡)	方案 D (參考專家會議 再修正案酌增 %，2 年平衡)	方案 E (參考專家會議 再修正案酌增 %，3 年平衡)	方案 F (以 2 年為調 整週期)	
項目	調整年 度							
結果 摘要	1. 費 率 及 調升年度	107	—	5.10%	5.20%	5.20%	5.30%	5.20%
		109	5.66%	5.49%	5.59%	—	—	5.59%
		110	—	—	—	5.79%	5.91%	—
		111	6.00%	5.91%	6.00%	—	—	6.00%
	2. 費 率 調 整幅度	107	—	8.74%	10.87%	10.87%	13.01%	10.87%
		109	20.68%	7.65%	7.50%	—	—	7.50%
		110	—	—	—	11.35%	11.51%	—
		111	6.01%	7.65%	7.33%	—	—	7.33%
	3. 調 整 年 度安全準備 相當○個月 保險給付支 出	107	—	4.18	4.39	4.39	4.60	4.39
		109	2.16	3.45	4.05	—	—	4.05
		110	—	—	—	3.34	4.15	—
		111	2.12	2.83	3.74	—	—	3.74
	4. 7 年 (106-112 年) 內費率調整次數		2 次	3 次	3 次	2 次	2 次	3 次
	5. 112 年度安全準備 餘額相當○個月保險 給付支出		1.79	2.31	3.34	2.25	3.43	3.34
	6. 超過法定費率上限 6%年度		111 年	113 年	111 年	113 年	113 年	111 年

資料來源：106 年度全民健康保險會年報。

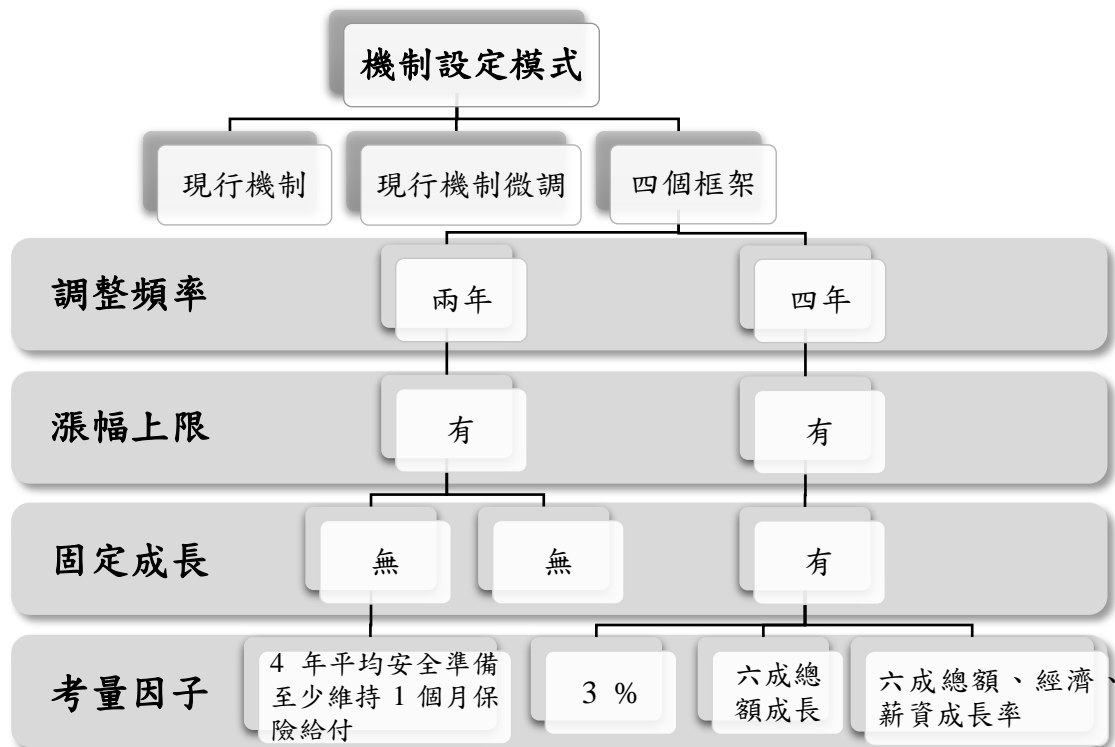
第三節 機制設定與推估

本研究預計設計六套費率調整審議機制，並依據其調整原則來推估民國 109 年至 119 年共 11 年的健保收支概況。而為避免相關推估結果有準確性之疑慮，及與健保署數據不一致等問題，本研究之推估數據為參考使用中央健康保險署 106 年度全民健康保險財務評估報告所提供之部分健保資料，並因健保會依法於 108 年第 9 次委員會議完成 109 年度保險費率審議，其依據健保署「全民健保財務平衡及收支連動機制」進行之財務推估顯示，健保安全準備累計餘額至 109 年底尚有約當 1.56 個月保險給付支出（約 910 億元），未達當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出的標準，因此 109 年保險費率審議結果為費率維持 4.69% 不變，故本研究推估以 110 始調整。且依據健保法第 78 條所規定，安全準備月數須以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則。

機制設定有二：一為以現行收支連動機制進行微調；二為以四個框架（調整頻率、費率漲幅上限與否、每年是否維持固定成長、固定成長所考量之因子）進行調整，本研究發現上述四個條件及安全準備是決定費率最重要的幾個因素，因此在機制的操作上有很多的可能性。我們決定以這幾項因素來建構調整模式，並且為了簡單起見，我們篩選了六種不同的模式與現行機制來進行推估並比較。另外，我們也有針對其他不同的指標及較為複雜的模式進行研究，並將推估結果以圖表呈現置於文末。根據上述的條件，本節設計之六套機制調整模式如下（架構如圖 4-2）：

- 模式一：現行費率調節機制
- 模式二：現行機制調降安全準備標準，其餘標準不變
- 模式三：調整頻率由 4 年一次降為 2 年一次，並設有漲幅上限
- 模式四：調整頻率由 4 年一次降為 2 年一次，並 4 年平均安全準備至少 1 個月，且設有漲幅上限
- 模式五：費率每年維持固定成長，並設有漲幅上限
- 模式六：費率每年維持浮動成長，並設有漲幅上限

- 模式七：費率每年維持浮動成長，且有多個考量指標，並設有漲幅上限



資料來源：本研究整理。

圖 4-2 現制及六種機制設定模式示意圖

現行的收支連動機制之費率調整啟動條件為：當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制，其調漲以當年起（含）第 2 年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額計算為原則；當年起（含）第 3 年年底安全準備餘額超出 3 個月保險給付支出時，啟動保險費率調降機制，其調降以超出之金額計算為原則。因此，在此機制的運作下，健保每年安全準備餘額介於 1.5 個月至 3 個月範圍內，且大約可維持 3 至 4 年的財務平衡。然而我國醫療費用逐年攀升，以現行機制來進行財務平衡，每 3 至 4 年方調整一次費率，在累積數年的醫療支出成長下，費率一次性的調整將使其調漲幅度急遽，並一次性累積高額的安全準備。因此，我們微調現行收支連動機制的啟動條件，將安全準備餘額的水準調降，期達到降低備留之安全準備餘額，並減少一次性劇烈調整幅度的效果。

除此之外，我們採用四個框架的設定來模擬建立機制，首先是在費率的調整頻率上以「2 年」及「4 年」做區分。現行的費率調節機制為一次性大幅調漲，漲足以彌補多年的財務缺口，費率調整頻率約為四年一次，因此我們其一選擇沿用既有的「4 年調整一次」的模式。然而，由於一次性地暴漲不僅使調漲後當年度累積大量安全準備，更會帶給民眾不佳的觀感。因此根據本研究所召開之多次專家學者諮詢會議，有多數學者提出「浮動公式」與「指數平滑」的概念。依循自動調節機制，讓費率平滑化調整，當調整頻次增加時，相對調整幅度減弱，藉此以避免單一年度突然暴漲所帶給民眾的衝擊。此概念以長時間來平分短期費率的大幅波動，進而使單次調整幅度減小、頻率增加。

在調整頻率的討論中，由於全民健康保險的財務設定是以隨收隨付制為基礎，因此最短財務平衡期間應為一年，欲進行收支連動，則須一年調整一次費率。然而，多數委員有「每年調整費率是否過於頻繁」的疑慮：不只是要考量到民眾的觀感，在政治面上也可能礙於政治現實而無法如期進行，甚至是費率年年調整所帶來的行政成本也是不容小覷的。幾經討論後，「2 年調整一次」是眾多委員及學者們都支持且覺得可行的，因此，我們擇以 2 年及 4 年作為調整頻率的選定。

其次為考量是否設定費率的漲幅上限，在多次專家學者諮詢會議中，許多與會學者提出應有調整幅度上限的標準，不應使漲幅無限制的攀升，應合理控制至適當的幅度範圍內。因此，本研究在設定機制的條件中，加入費率漲幅上限的設定，以合理控制費率調幅來設定費率調整的機制。

三為費率每年是否維持固定成長。費率每年有固定的成長可以減緩一次性調漲的幅度，使費率劇烈變化的機會減小，進而使費率有「平滑化」的效果，因此在機制的設定中，模式分為有維持固定成長與無維持固定成長兩類。最後則是依照上述的固定成長進行「固定成長考量因子」的設定。在考量因子的設定上，我們整合歷次的專家學者意見，採用「固定」及「浮動」兩類成長因子，「固定」成長因子為每年成長一定值，如 2%、3% 等，「浮動」成長因子則為非定值，如

總額協商成長率、經濟成長率等，定值與非定值的差異在於定值較為簡單明瞭，而非定值則較具有波動變化性，且較不會有預期性的效果。因此我們在考量因子上有固定與浮動因子的選擇。

最後，比較現行機制與六種機制設定的模式。我們首先針對現行機制（模式一）進行推估，並針對現制進行微調，下修其安全準備的門檻（模式二），再來則以四個框架進行設定：首先是調整頻率。模式三、模式四為 2 年調整一次，模式五至模式七頻率則為 4 年調整一次，並且在所有的模式上皆設有漲幅上限，以限制其過高的成長。再來是是否維持固定成長的設定，模式五、六、七費率每年有維持固定的成長，模式三、模式四則無，因其費率調整頻率已較模式五、六、七頻繁，因此不考量將費率每年再維持固定的成長。而在考量的因子上，模式五、六、七針對成長因子有兩類的選擇，模式五的考量因子為固定成長型，而模式六、七的考量因子則為浮動成長型。最後，在選擇浮動型的成長因子上，模式六、七擇定為單一浮動型成長因子，而模式七則擇定為多元浮動型成長因子的組合。由此六種模式與現行機制進行比較，推估結果顯示如下。

一、模式一：現行費率調節機制

現行健保財務平衡及收支連動機制，費率調整啟動條件如下：當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制。其調整方式以當年起（含）第 2 年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額計算為原則。以現行機制的運作推估未來 11 年的費率變化，由下圖 4-3 觀看其調整頻率，費率約每 3 年即調整一次，並且每次調幅皆在 10% 以上。從表 4-3、4-4 觀看推估結果，110 年費率有最高漲幅 22.44%，而平均調幅也有 15.38%。在安全準備餘額的結果中，由於當當年底不足 1.5 個月時，即須調整費率至第二年年底至少 2 個月的給付支出水準，因此其安全準備餘額最高有 2.04 個月，最低則在 1.5 個月，平均的安全準備餘額則約有 1.87 個月的保險給付支出。

表 4-3 模式一調整機制設定與比較

機制設定	調整幅度(固定成長除外)		安全準備餘額	
當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時，其調升以當年起(含)第 2 年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額計算為原則。	最高調幅	22.44 %	最高月數	2.04
	最低調幅	12.47 %	最低月數	1.50
	調幅差值	9.97 %	月數差值	0.54
	平均調幅	15.38 %	平均月數	1.87

表 4-4 模式一費率調整概況

年度	保險費率	調整幅度	安全準備餘額
109	4.69%	0.00%	1.56
110	5.74%	22.44%	2.03
111	5.74%	0.00%	2.00
112	5.74%	0.00%	1.56
113	6.46%	12.47%	2.04
114	6.46%	0.00%	2.00
115	6.46%	0.00%	1.50
116	7.34%	13.69%	1.97
117	7.34%	0.00%	2.00
118	7.34%	0.00%	1.54
119	8.29%	12.90%	2.04

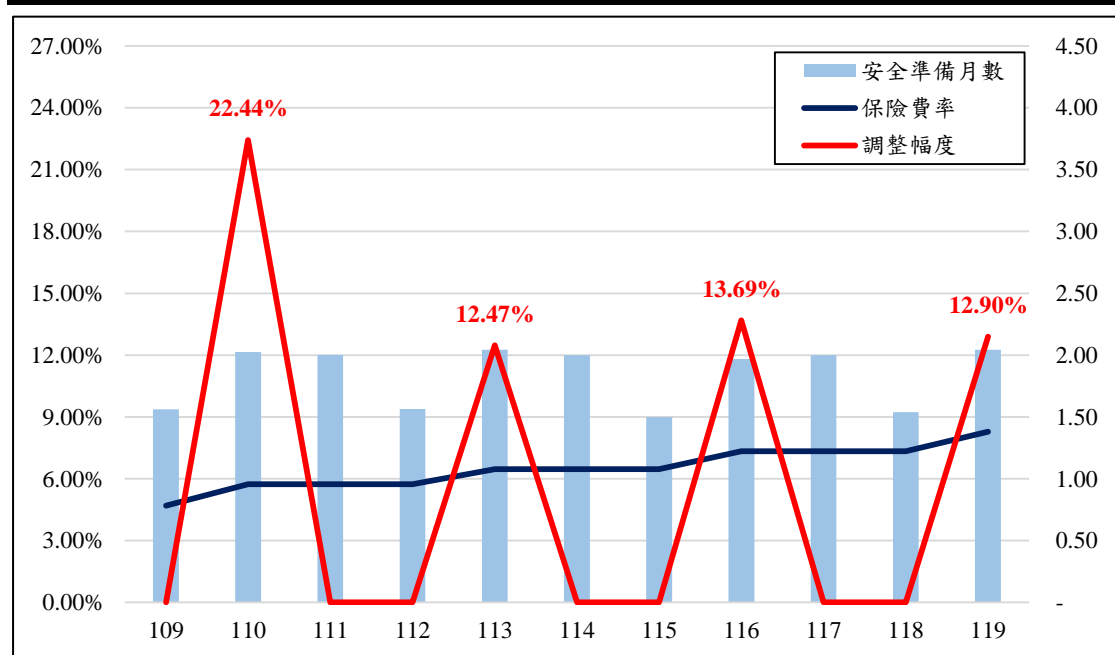


圖 4-3 模式一費率及漲幅調整趨勢

二、模式二：現行機制調降安全準備標準，其餘標準不變

模式二為現行收支連動機制進行微調，其啟動條件降為「當年年底安全準備餘額不足 1 個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制」，而調整方式也修訂為「其調漲以當年起（含）第 2 年年底可維持 1.5 個月保險給付支出之金額計算為原則。」此機制修正後推估結果來看，圖 4-4 顯示此模式在調整頻率上約為每 2 年調整一次，在調整幅度上與原制相比較為緩和，卻是頻率增多，並備有較低的安全準備，累計準備約控制在 1.5 至 1.75 個月之間。在表 4-5、4-6 的統計中，模式二最高調幅為 19.82%，而平均調整幅度約為 10.77%；在安全準備餘額上，由於標準降為當年底不足 1 個月時即調整費率至第二年年底至少 1.5 個月的給付支出，因此降低了其備留的月數。其最高的安全準備餘額約 1.76 個月，平均安全準備也有較低的水準值，約在 1.63 個月保險給付支出左右。

表 4-5 模式二調整機制設定與比較

機制設定	調整幅度(固定成長除外)		安全準備餘額	
當年年底安全準備餘額不足 1 個月保險給付支出時，其調升以當年起(含)第 2 年年底可維持 1.5 個月保險給付支出之金額計算為原則。	最高調幅	19.82 %	最高月數	1.76
	最低調幅	8.17 %	最低月數	1.50
	調幅差值	11.65 %	月數差值	0.26
	平均調幅	10.77 %	平均月數	1.63

表 4-6 模式二費率調整概況

年度	保險費率	調整幅度	安全準備餘額
109	4.69%	0.00%	1.56
110	5.62%	19.82%	1.76
111	5.62%	0.00%	1.50
112	6.08%	8.17%	1.75
113	6.08%	0.00%	1.50
114	6.61%	8.72%	1.76
115	6.61%	0.00%	1.50
116	7.18%	8.62%	1.72
117	7.18%	0.00%	1.50
118	7.79%	8.50%	1.75
119	7.79%	0.00%	1.50

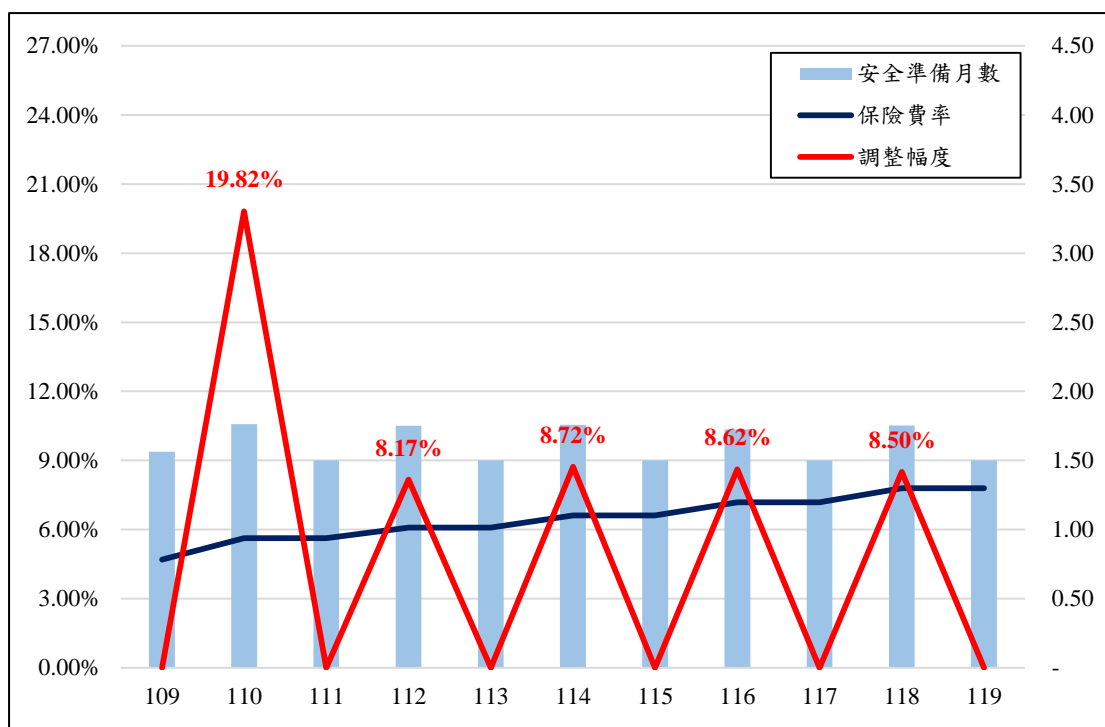


圖 4-4 模式二費率及漲幅調整趨勢

三、模式三：調整頻率由 4 年一次降為 2 年一次，並設有漲幅上限

模式三在費率調整的啟動條件設定有三：1.當年度保險成本超出當年度保險收入之 5%；或 2.當年度收支平衡費率超出現行費率之 5%；或 3.當年起（含）第二年年底安全準備餘額不足 1 個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制。而其調整方式以當年起（含）第二年年底至少維持 1 個月保險給付支出，及設有漲幅上限，以不超過 17.21%為原則。

在調整頻率上，方案 B 較現行機制頻繁：2 年做一次調整。因而從圖 4-5 可看出其調幅的趨勢較為和緩。觀看推估結果（見表 4-7、4-8），模式三的漲幅上限水準在 17.21%，較現制的最高漲幅 22.44%為低，並且調整幅度逐年減緩，最低漲幅 8.51%與平均調幅 10.68%也相較現行機制有較低的水準值。另外，比較累計安全準備的狀況，其最高月數為 109 年的 1.5 個月，與現制的 2.04 個月差了 0.54 個月的保險給付支出；另外在平均安全準備餘額上，也減少了約 0.72 個月數。

表 4-7 模式三調整機制設定與比較

機制設定		調整幅度(固定成長除外)		安全準備餘額	
調整頻率	2 年調整一次	最高調幅	17.21 %	最高月數	1.50
漲幅上限	17.21 %	最低調幅	8.51 %	最低月數	1.00
固定漲幅	無	調幅差值	8.70 %	月數差值	0.56
考量因子	無	平均調幅	10.68 %	平均月數	1.15

表 4-8 模式三費率調整概況

年度	保險費率	調整幅度	安全準備餘額
109	4.69%	0.00%	1.56
110	5.50%	17.21%	1.50
111	5.50%	0.00%	1.00
112	6.07%	10.35%	1.25
113	6.07%	0.00%	1.00
114	6.60%	8.73%	1.26
115	6.60%	0.00%	1.00
116	7.16%	8.62%	1.22
117	7.16%	0.00%	1.00
118	7.77%	8.51%	1.25
119	7.77%	0.00%	1.00

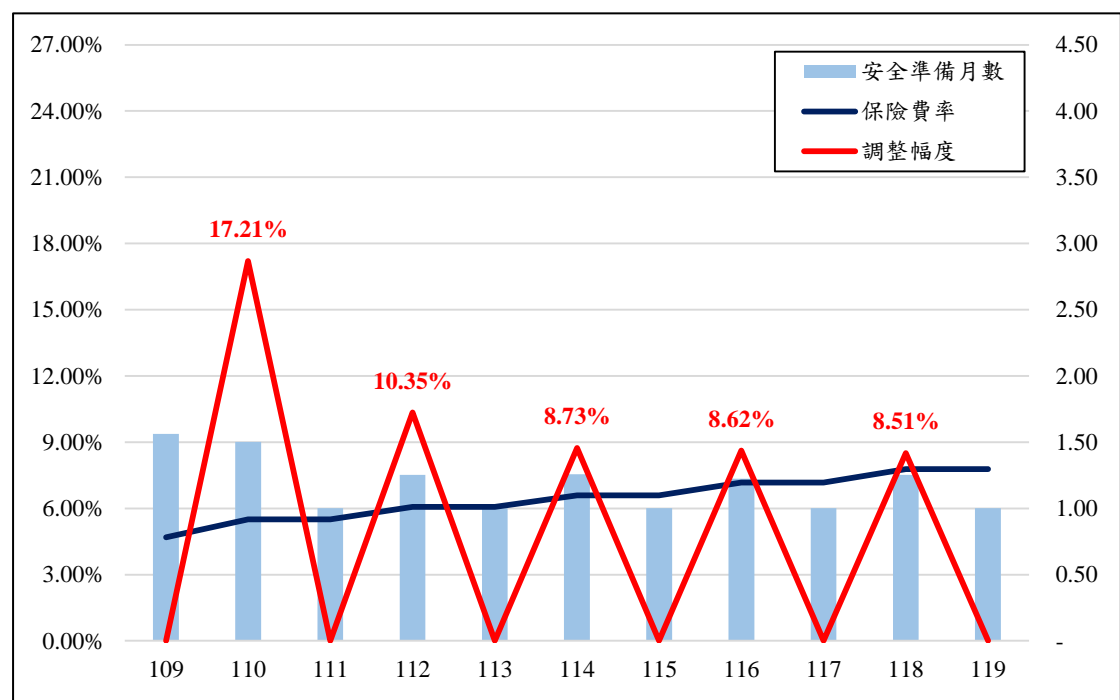


圖 4-5 模式三費率及漲幅調整趨勢

四、模式四：調整頻率由 4 年一次降為 2 年一次，並 4 年平均安全準備至少 1 個月，且設有漲幅上限

模式四在費率調整的啟動條件設定有二：1.當年度保險成本超出當年度保險收入之 5%；或 2.當年度收支平衡費率超出現行費率之 5%時，啟動保險費率調漲機制。而其調整方式第一年調升以當年起（含）第二年年底至少維持 1 個月保險給付支出，及設有漲幅上限，以不超過 17.21%為限；並第三年調整以當年起（含）第四年年底至少維持 1 個月保險給付支出為原則。

模式四也是每 2 年調整一次的頻率，因此較現制調整較為頻繁，其調幅呈現第一年較高、第三年較緩的趨勢（見圖 4-6）。由表 4-9 及表 4-10 的推估結果可得知，模式四在 110 年達漲幅上限水準 17.21%，相較現制的最高漲幅，低了 5.23 個百分點。在最低漲幅與平均漲幅上，模式四相較現制也有較低的水準值，其平均調幅 10.85%與現制的 15.38%差距 4.53 個百分點。觀看安全準備餘額的結果，模式四最高安全準備為 1.5 個月，平均安全準備為 1.02 個月保險給付支出，在與現制相較之下，也備留較低的安全準備，將安全準備控制在約 0.5 至 1.5 個月之間。

表 4-9 模式四調整機制設定與比較

機制設定		調整幅度(固定成長除外)		安全準備餘額	
調整頻率	2 年調整一次	最高調幅	17.21 %	最高月數	1.50
漲幅上限	17.21 %	最低調幅	5.78 %	最低月數	0.50
考量因子		調幅差值	11.43 %	月數差值	1.00
每兩年調整一次，調整以 4 年平均安全準備維持至少 1 個月保險給付支出。		平均調幅	10.85 %	平均月數	1.02

表 4-10 模式四費率調整概況

年度	保險費率	調整幅度	安全準備餘額	平均安全準備
109	4.69%	0.00%	1.5622	-
110	5.50%	17.21%	1.5029	1.00
111	5.50%	0.00%	1.0019	
112	5.93%	7.96%	0.9924	
113	5.93%	0.00%	0.5047	1.00
114	6.73%	13.32%	1.0205	
115	6.73%	0.00%	1.0016	
116	7.11%	5.78%	1.1406	
117	7.11%	0.00%	0.8404	1.00
118	7.82%	9.97%	1.1763	
119	7.82%	0.00%	1.0012	

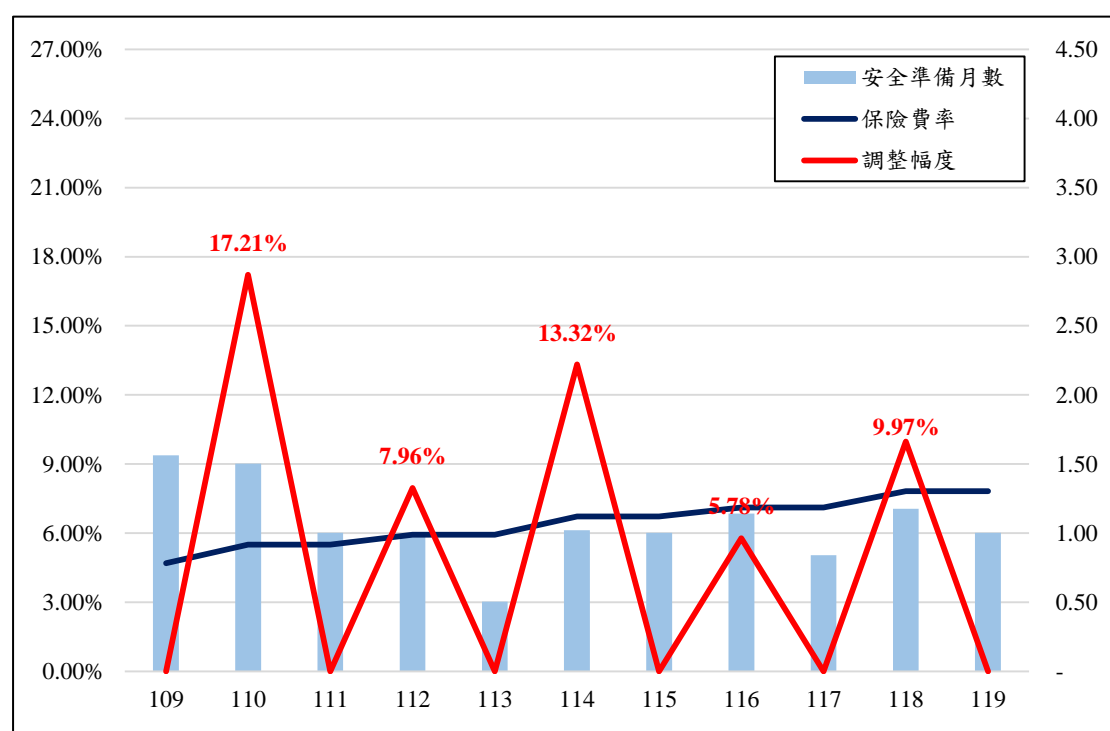


圖 4-6 模式四費率及漲幅調整趨勢

五、模式五：費率每年維持固定成長，並設有漲幅上限

模式五在費率調整的啟動條件設定有三：1.當年度保險成本超出當年度保險收入之 5%；或 2.當年度收支平衡費率超出現行費率之 5%；或 3.當年起（含）第二年年底安全準備餘額不足 1 個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制。

而其調整方式第一年調升以當年起（含）第四年年底至少維持 1 個月保險給付支出，及設有漲幅上限，以不超過 17.88%為限；並第二至第四年調整以每年固定 3%為原則。

此模式採用定值式的固定成長：每年 3%。由圖 4-7 可看出模式五的費率調幅趨勢，110 年漲幅為 17.88%，114、118 年漲幅皆控制在 9%以下。觀看表 4-11 及表 4-12 的結果，110 年度費率漲幅為上限水準 17.88%，而後逐年下降，最低調幅為 118 年的 7.95%，調幅差值為 9.93%，平均的調漲幅度為 11.57%。在累計安全準備上，最高月數為 110 年的 1.57 個月，平均安全準備餘額在 1.26 個月保險給付支出，與現制相較之下，也備有較低的安全準備。

表 4 - 11 模式五調整機制設定與比較

機制設定		調整幅度(固定成長除外)		安全準備餘額	
調整頻率	4 年調整一次	最高調幅	17.88 %	最高月數	1.57
漲幅上限	17.88 %	最低調幅	7.95 %	最低月數	1.00
固定漲幅	有	調幅差值	9.93 %	月數差值	0.57
考量因子	3 %	平均調幅	11.57 %	平均月數	1.26

表 4 - 12 模式五費率調整概況

年度	保險費率	調整幅度	安全準備餘額
109	4.69%	0.00%	1.56
110	5.53%	17.88%	1.57
111	5.69%	3.00%	1.47
112	5.87%	3.00%	1.30
113	6.04%	3.00%	1.00
114	6.58%	8.89%	1.22
115	6.78%	3.00%	1.28
116	6.98%	3.00%	1.18
117	7.19%	3.00%	1.00
118	7.76%	7.95%	1.23
119	7.99%	3.00%	1.31

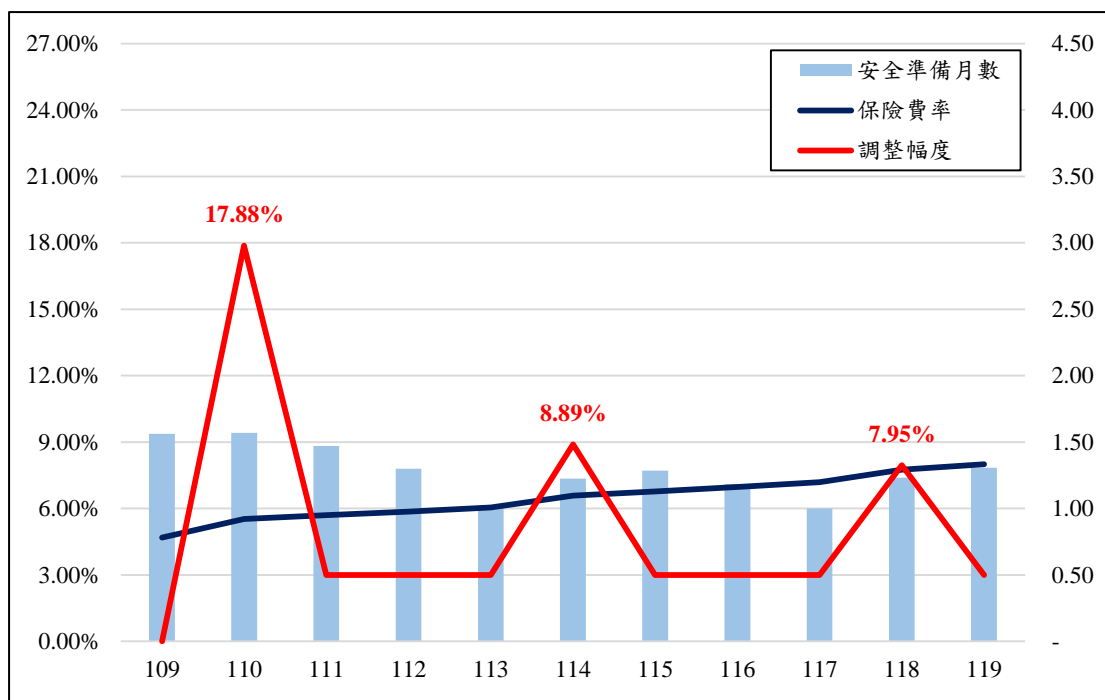


圖 4-7 模式五費率及漲幅調整趨勢

六、模式六：費率每年維持浮動成長，並設有漲幅上限

模式六在費率調整的啟動條件設定有三：1.當年度保險成本超出當年度保險收入之 5%；或 2.當年度收支平衡費率超出現行費率之 5%；或 3.當年起（含）第二年年底安全準備餘額不足 1 個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制。而其調整方式第一年調升以當年起（含）第四年年底至少維持 1 個月保險給付支出，及設有漲幅上限，以不超過 18.05%為限；並第二至第四年調整以每年固定六成總額成長率為原則。

總額成長率因跟隨每年總額協商結果進行調整，因此每年的成長皆不固定，屬於浮動的固定成長。圖 4-8 顯示模式六的費率調整趨勢，在 110 年調幅在 18.05% 的上限水準，而後逐年降低，每次調整約在 10% 以下，最低調幅在 118 年的為 8.68%，調幅差值為 9.37%，平均調幅為 12%，相較現制低了 3 點多個百分點。在累計安全準備餘額上，在 110 年為最高月數 1.59 個月，而平均安全準備餘額在 1.29 個月保險給付支出左右（見表 4-13 及表 4-14），較現制低了 0.58 個月保險給付支出。

表 4 - 13 模式六調整機制設定與比較

機制設定		調整幅度(固定成長除外)		安全準備餘額	
調整頻率	4 年調整一次	最高調幅	18.05 %	最高月數	1.59
漲幅上限	18.05 %	最低調幅	8.68 %	最低月數	1.00
固定漲幅	有	調幅差值	9.37 %	月數差值	0.58
考量因子	六成總額成長率	平均調幅	12.00 %	平均月數	1.29

表 4 - 14 模式六費率調整概況

年度	保險費率	調整幅度	安全準備餘額
109	4.69%	0.00%	1.56
110	5.54%	18.05%	1.59
111	5.70%	2.90%	1.49
112	5.86%	2.93%	1.32
113	6.03%	2.90%	1.00
114	6.59%	9.27%	1.26
115	6.78%	2.86%	1.32
116	6.97%	2.84%	1.21
117	7.17%	2.82%	1.00
118	7.79%	8.68%	1.29
119	8.01%	2.73%	1.38

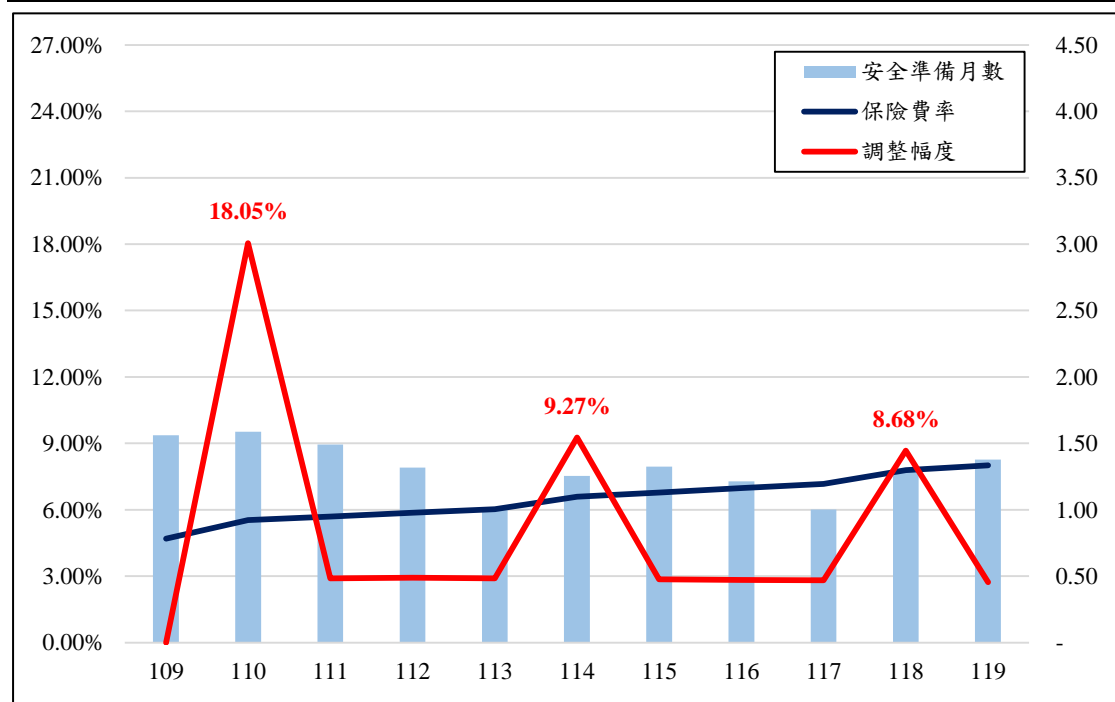


圖 4 - 8 模式六費率及漲幅調整趨勢

七、模式七：費率每年維持浮動成長，且有多個考量指標，並設有漲幅上限

模式七在費率調整的啟動條件設定有三：1.當年度保險成本超出當年度保險收入之 5%；或 2.當年度收支平衡費率超出現行費率之 5%；或 3.當年起（含）第二年年底安全準備餘額不足 1 個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制。而其調整方式第一年調升以當年起（含）第四年年底至少維持 1 個月保險給付支出，及設有漲幅上限，以不超過 18.39%為限；並第二至第四年調整以每年固定 70%之六成總額成長率加上 30%經濟與薪資成長率之和平均為原則。

圖 4-9 顯示模式七的調整趨勢：110 年調整幅度為 18.39%，而後的 114、118 年則在 10%內進行調整。此種模式也屬於每年有浮動的成長，採用總額成長率、經濟成長率與薪資成長率三個指標進行不同比例的組合，由於在專家諮詢會議中，多數委員贊成以總額成長進行調整，經濟成長率及薪資成長率則看法不一，因此在總額成長的占比上賦予較高的比重(70%)，經濟成長及薪資成長則賦予較低的權數(30%)。此種模式推估結果顯示（觀看表 4-15、4-16）費率的調整幅度在 110 年為漲幅上限 18.39%，較現制低了約 4.05 個百分點；在 118 年調幅最低為 9.16%，調幅差值為 9.23%，平均調幅為 12.47%。在安全準備月數上，累計最高安全準備也在 110 年，餘額為 1.62 個月，而平均安全準備餘額為 1.31 個月保險給付支出，也較現制低了 0.56 個月保險給付支出。

表 4-15 模式七調整機制設定與比較

機制設定		調整幅度(固定成長除外)		安全準備餘額	
調整頻率	4 年調整一次	最高調幅	18.39 %	最高月數	1.62
漲幅上限	18.39 %	最低調幅	9.16 %	最低月數	1.00
固定漲幅	有	調幅差值	9.23 %	月數差值	0.62
考量因子		平均調幅	12.47 %	平均月數	1.31
六成總額成長率*70 %					
經濟及薪資成長率平均*30 %					

表 4-16 模式七費率調整概況

年度	保險費率	調整幅度	安全準備餘額
109	4.69%	0.00%	1.56
110	5.55%	18.39%	1.62
111	5.70%	2.71%	1.54
112	5.86%	2.73%	1.35
113	6.02%	2.71%	1.00
114	6.61%	9.85%	1.29
115	6.79%	2.68%	1.36
116	6.97%	2.67%	1.24
117	7.15%	2.65%	1.00
118	7.81%	9.16%	1.31
119	8.01%	2.59%	1.41

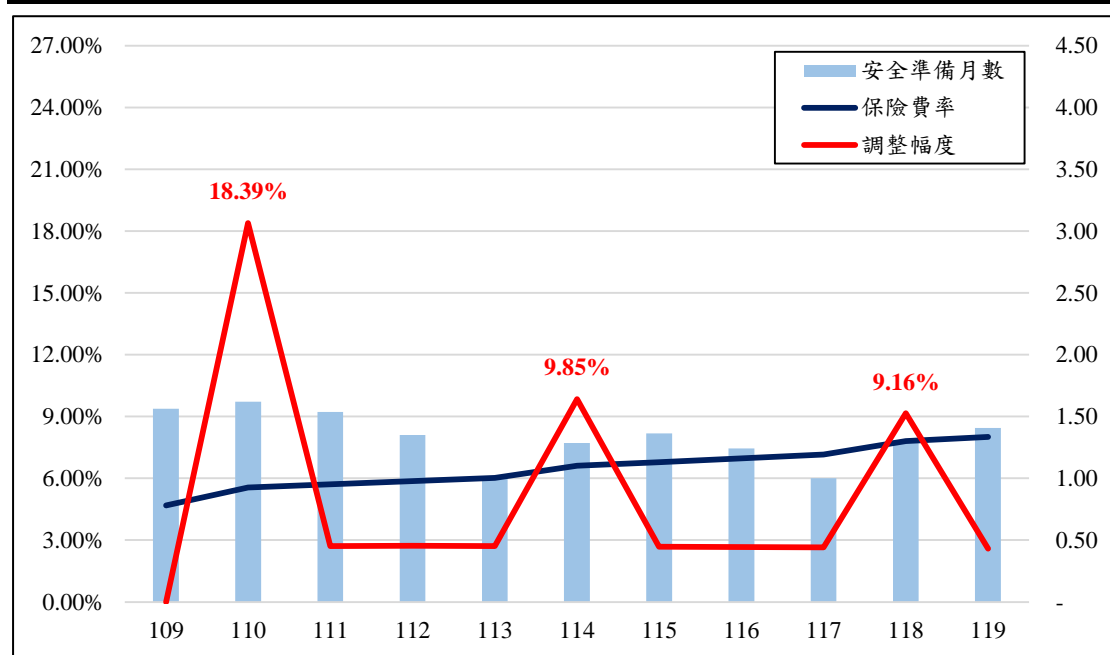


圖 4-9 模式七費率及漲幅調整趨勢

另外，除上述的方案之外，本研究也嘗試其他多種的模式進行推估，如考量因子以每年固定成長 2%、2.5%、五成總額協商成長率、非協商因素長率、八成非協商因素成長率、六成總額(50%)及經濟長率(25%)及薪資成長率(25%)等等，其簡單結果如下：

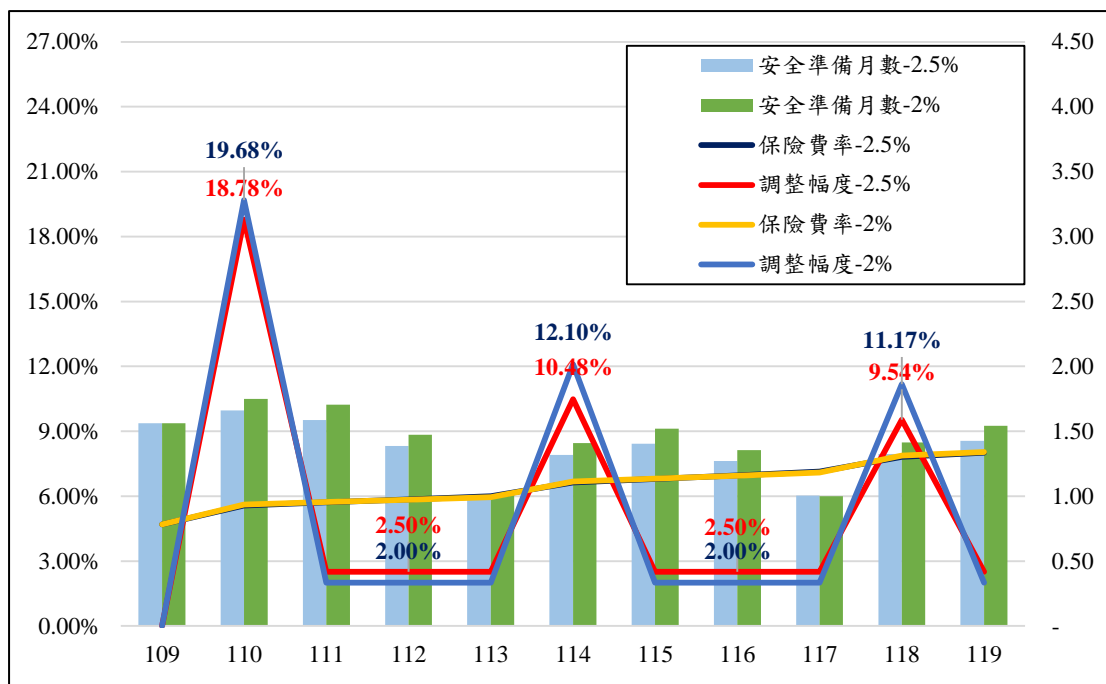


圖 4 - 10 4 年平衡，第二至四年每年固定成長 2%與 2.5%

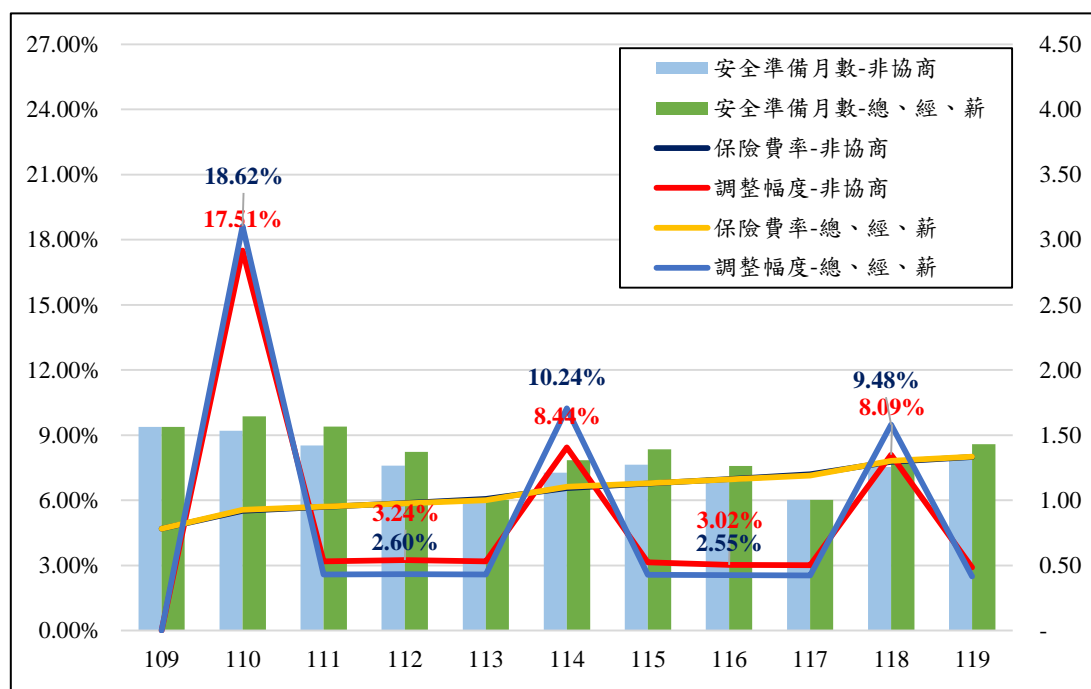


圖 4 - 11 4 年平衡，第二至四年每年固定成長非協商因素成長率與 50%六成總額、25%經濟成長率、25%薪資成長率

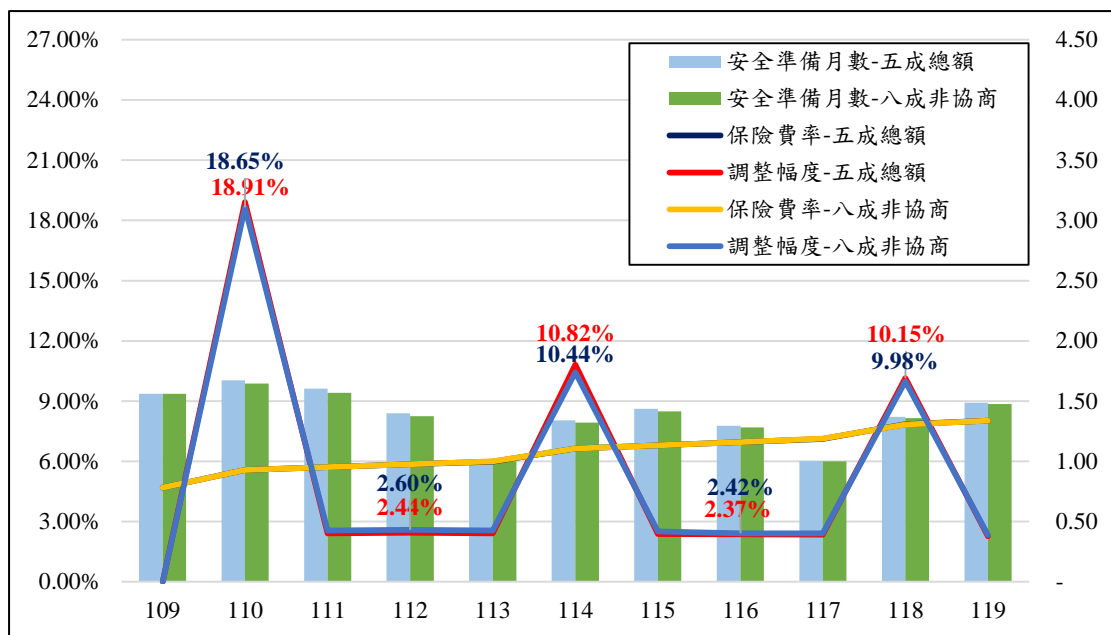


圖 4-12 4 年平衡，第二至四年每年固定成長五成總額成長率與八成非協商因素成長率

第四節 小結

從前述章節的背景說明與推估結果，本研究研擬七套費率調整審議模式，並推估健保未來的財務狀況。模式一為現行收支連動機制。模式二則以現行收支連動機制微調費率調整啟動條件及調整方式，將安全準備下修啟動及調整標準。而後以四個架構進行機制設定：模式三為調整頻率調降為 2 年一次，並設有漲幅上限。模式四為每 2 年調整一次費率，四年平衡，並設有漲幅上限。模式五為四年平衡，費率每年維持固定的成長，並設有漲幅上限。模式六為費率每年維持浮動的成長，並設有漲幅上限。模式七為費率每年維持浮動的成長，且考量多元指標，並設有漲幅上限。

根據上節推估結果，研究將各方案的費率審議原則彙總於表 4-17，財務試算結果整理於表 4-18 與 4-19。並分別就費率的調整頻率、幅度、安全準備額度、費率突破上限時點、行政作業成本、調整可預測性等來評估各方案之優缺點，敬請參閱表 4-20。另外，由於本研究財務推估係以健保署 106 年度全民健康保險財務評估報告之數據為基礎，因此於未來模擬試算時，會適時檢視並更新相關數據。

表 4-17 費率調整審議機制試算方案

	模式一	模式二	模式三	模式四	模式五	模式六	模式七
啟動條件	當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出。	當年年底安全準備餘額不足 1 個月保險給付支出。	1. 當年度保險成本超出保險收入之 5%，或 2. 當年度收支平衡費率超出現行費率之 5%，或 3. 當年起(含)第 2 年年底安全準備餘額不足 1 個月保險給付支出。	1. 當年度保險成本超出保險收入之 5%，或 2. 當年度收支平衡費率超出現行費率之 5%。	1. 當年度保險成本超出保險收入之 5%，或 2. 當年度收支平衡費率超出現行費率之 5%，或 3. 當年起(含)第 2 年年底安全準備餘額不足 1 個月保險給付支出。	1. 當年度保險成本超出保險收入之 5%，或 2. 當年度收支平衡費率超出現行費率之 5%，或 3. 當年起(含)第 2 年年底安全準備餘額不足 1 個月保險給付支出。	1. 當年度保險成本超出保險收入之 5%，或 2. 當年度收支平衡費率超出現行費率之 5%，或 3. 當年起(含)第 2 年年底安全準備餘額不足 1 個月保險給付支出。
調整方式	其調升以當年起(含)第 2 年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額計算為原則。	其調升以當年起(含)第 2 年年底可維持 1.5 個月保險給付支出之金額計算為原則。	其調升以當年起(含)第 2 年年底至少維持 1 個月保險給付支出，及不超過 17.21%為原則。	第一年調升以當年起(含)第 2 年年底至少維持 1 個月保險給付支出，及不超過 17.21%為限。並第三年調整以當年起(含)第 4 年年底至少維持 1 個月保險給付支出為原則。	第一年調升以當年起(含)第 4 年年底至少維持 1 個月保險給付支出，及不超過 17.88%為限。並第二至第四年以每年固定調升 3%為原則。	第一年調升以當年起(含)第 4 年年底至少維持 1 個月保險給付支出，及不超過 18.05%為限。並第二至第四年以每年固定調升六成總額成長率為原則。	第一年調升以當年起(含)第 4 年年底至少維持 1 個月保險給付支出，及不超過 18.39%為限。並第二至第四年每年固定調升 70%總額成長六成與 30%經濟與薪資成長平均為原則。

表 4 - 18 費率調整審議機制試算結果

模式		模式一	模式二	模式三	模式四	模式五	模式六	模式七
1. 費率及調升年度	110	5.74%	5.62%	5.50%	5.50%	5.53%	5.54%	5.55%
	111	-	-	-	-	5.69%	5.70%	5.70%
	112	-	6.08%	6.07%	5.93%	5.87%	5.86%	5.86%
	113	6.46%	-	-	-	6.04%	6.03%	6.02%
	114	-	6.61%	6.60%	6.73%	6.58%	6.59%	6.61%
	115	-	-	-	-	6.78%	6.78%	6.79%
	116	7.34%	7.18%	7.16%	7.11%	6.98%	6.97%	6.97%
2. 費率調整幅度	110	22.44%	19.82%	17.21%	17.21%	17.88%	18.05%	18.39%
	111	-	-	-	-	3.00%	2.90%	2.71%
	112	-	8.17%	10.35%	7.96%	3.00%	2.93%	2.73%
	113	12.47%	-	-	-	3.00%	2.90%	2.71%
	114	-	8.72%	8.73%	13.32%	8.89%	9.27%	9.85%
	115	-	-	-	-	3.00%	2.86%	2.68%
	116	13.69%	8.62%	8.62%	5.78%	3.00%	2.84%	2.67%
3. 調整年度安全準備相當○個月保險給付支出	110	2.03	1.76	1.50	1.50	1.57	1.59	1.62
	111	2.00	1.50	1.00	1.00	1.47	1.49	1.54
	112	1.56	1.75	1.25	0.99	1.30	1.32	1.35
	113	2.04	1.50	1.00	0.50	1.00	1.00	1.00
	114	2.00	1.76	1.26	1.02	1.22	1.26	1.29
	115	1.50	1.50	1.00	1.00	1.28	1.32	1.36
	116	1.97	1.72	1.22	1.14	1.18	1.21	1.24

表 4 - 19 費率調整審議機制試算結果比較

模式	項目	模式一	模式二	模式三	模式四	模式五	模式六	模式七
費率調整幅度	最高調幅	22.44%	19.82%	17.21%	17.21%	17.88%	18.05%	18.39%
	最低調幅	12.47%	8.17%	8.51%	5.78%	7.95%	8.68%	9.16%
	調幅差值	9.97%	11.65%	8.70%	11.43%	9.93%	9.37%	9.23%
	平均調幅	15.38%	10.77%	10.68%	10.85%	11.57%	12.00%	12.47%
安全準備餘額	最高月數	2.04	1.76	1.56	1.50	1.57	1.59	1.62
	最低月數	1.50	1.50	1.00	0.50	1.00	1.00	1.00
	月數差值	0.54	0.26	0.56	1.00	0.57	0.58	0.62
	平均月數	1.87	1.63	1.15	1.02	1.26	1.29	1.31
平衡年限		3 年平衡	2 年平衡	2 年平衡	4 年平衡	4 年平衡	4 年平衡	4 年平衡
10 年（110-119 年）內費率調整次數（固定調整除外）								
		4 次	5 次	5 次	5 次	3 次	3 次	3 次

資料來源：本研究整理。

表 4-20 費率調整審議機制方案之比較（本研究結果）

	模式一	模式二	模式三	模式四	模式五	模式六	模式七
預估調整頻率	約 3 年 1 次	約 2 年 1 次	約 2 年 1 次	約 2 年 1 次	約 4 年 1 次	約 4 年 1 次	約 4 年 1 次
預估調整幅度	高	低	低	低	中	中	中
預期民眾接受度 ⁷	低	高	高	高	中	中	中
預估安全準備	高	低	低	低	中	中	中
預估費率達 6% 上限之時點	113 年	112 年	112 年	114 年	113 年	113 年	113 年
預期行政成本 ⁸	低	中	中	中	高	高	高
可預測性 ⁹	高	高	高	高	中	低	低
啟動條件多元化（2 個標準以上）	無	無	有	有	有	有	有
連結經濟成長及民眾付費能力 ¹⁰	無	無	無	無	無	無	有

⁷ 預期民眾接受度：本項目以民眾對預估平均調整幅度之觀感進行判斷。當平均漲幅大於 15% 時，民眾接受度為低；平均漲幅介於 11~14% 時，民眾接受度為中；於平均漲幅低於 11% 時，民眾接受度為高。

⁸ 預期行政成本：本項目之比較標準以當年度預估出費率須進行調整時，相關行政單位在處理流程上所需進行之變動調整、資料建置等作業之緩衝期間：期間越長，行政成本越低；反之，則愈高。於 3~4 年內調整一次，行政成本較低；2 年調整一次，行政成本為中；1 年即進行調整，行政成本較高。

⁹ 可預測性：本項目之評估標準以調整考量因子之簡易與複雜性進行比較：當調整因子愈複雜則可預測性即愈低；反之，則愈高。模式一至模式四調整方式皆以安全準備單一因子進行調整，因此可預測性高；模式五由於增加每年以固定數值成長進行調整，因此可預測性為中；模式六、七則由於增加每年以浮動成長因子進行調整，且浮動因子波動性高，因此可預測性低。

¹⁰ 連結經濟成長及民眾付費能力：本項目之評估標準以調整考量因子是否納入經濟成長及民眾付費能力相關指標。模式一至模式四採安全準備水準進行調整；模式五採每年固定成長 3% 進行調整；模式六採每年以六成總額成長之浮動成長進行調整，綜上皆為單一因子考量並未連結考量經濟成長及民眾付費能力。而模式七則採每年以六成總額成長並加入經濟成長率與薪資成長率之浮動成長進行調整，採兼顧經濟與社會之多元考量，因此在調整方式上有連結及考量經濟成長及民眾付費能力。

一、整體比較

比較表 4-18、4-19 與 4-20 各機制的推估結果，在調整頻率上，以模式二、三、四最為頻繁，每 2 年做一次調整。而模式五、六、七則調整次數較少，每 4 年才做一次調整。且由於調整頻率的增加，使 2 年做調整的模式在平均調整幅度上，會較 4 年調整的模式低緩，並且在安全準備餘額上也有較低的額度。而其中，模式一（現行機制）由於在調整條件上設定較高安全準備的門檻，使得其調整頻率約 3 年調整一次，卻有較其他方案有更高的安全準備水準；並且模式一每年並未設有固定成長，因此在調整幅度上模式一會較模式五、六、七更急遽。從表中也可看出，2 年調整一次的方案，雖然調整頻率較為頻繁，但其平均漲幅及安全準備皆較低；而 4 年調整一次的方案則雖然漲幅較為高，調漲的波動卻較小，有著較為穩定的調整趨勢。

再者比較各機制超過法定費率上限 6% 的年度。模式一與模式五、六、七皆為 113 年；模式二、模式三為 112 年，模式四則為 114 年。由此可看出平衡年限越長者，會較慢達到 6% 的標準。而考量費率調節所造成的行政作業成本，模式一由於調整頻率低，且在機制設定上較為簡易，因此在行政作業成本上，較其他方案是最低的。方案二、三、四則由於其調整頻率較高，2 年即需做一次調整，因此在行政作業成本上會較模式一為高。而模式五、六、七則在行政作業成本上是最為高昂的：此三種模式皆有設定費率每年維持固定成長，因此在行政流程的執行上會更為繁複，行政成本也隨之提升。

從費率的可預測性來看，模式一至模式四由於其機制設定較為簡易，在設定上以安全準備作為調整的標準，因此在預測費率趨勢上是相對容易的；而模式六、七則由於費率每年維持浮動的成長，因此在指標的預測上較為不易，如每年的總額成長率需先由行政院擬定範圍，健保會協定後再由衛福部核定，因此較無法提前預知。模式五則雖然費率每年有維持固定的成長，但其設定為定值的成長，因此其可預測性也極高。然而由於固定的成長是預先知道的，因此可能會有理性預期的問題。

而根據審議原則，在啟動條件多元化之比較中，模式三至模式七皆有 2 個（或以上）之啟動條件，較現行機制與現行機制微調模式較具彈性化，並且調整皆設有漲幅上限，以控制過高的成長造成民眾巨幅衝擊與不佳之觀感。

二、現行機制微調

在模式一與模式二的比較中，在機制的設定上，我們將啟動條件與調整方式下修，在推估結果進行比對後，從調整頻率上來看，現行機制約為 3 年進行一次調整，而模式二則約 2 年調整一次費率，其調整頻率增加，且其安全準備的水準也有效降低至 1.5 個月至 1.76 個月之間。觀看調整幅度，由於調整次數的改變，使其每次調整的幅度有下降的趨勢，在最高、最低及平均調幅上，皆下降了約 3 至 5 個百分比，平均調幅由 15.38% 下降至 10.77%。而在調幅差距上，則增加約 2 個百分比，其費率波動程度較高一些。

比較安全準備的水平，模式二所備留的安全準備月數皆有明顯的下降，而平均安全準備餘額也從 1.87 個月下降至 1.63 個月的水準。因此模式二無論是在費率調幅上，亦或是安全準備餘額，皆比現行費率調節機制有著較低的水準，其調整幅度也較為平緩，改善了現行機制調幅急遽的趨勢，也有效控制安全準備餘額的備留，使其不遺留太多的安全準備。然而在比較行政成本上，模式二由於調整較為頻繁，因此其行政作業成本則較模式一高。

三、2 年調整一次

根據本研究所召開之專家學者諮詢會議，多數學者皆贊成以小幅且多次的調整模式，因此在經過溝通與討論後，2 年進行一次調整是多數委員認為可行且認同的，因此我們在模型推估的設定中，加入 2 年調整頻率的選項，輔以多元化啟動條件，並觀察其費率漲幅的變化與趨勢。但由於相關投保資料建置與費用代收等作業，往往會受費率調整等影響，進而提高其作業流程上的困難與複雜，因此調整頻率的提高需考量到此類模式可能會造成相關投保單位的反彈。

在以 2 年調整一次的三個方案中，其在行政成本、費率可預期性皆有相似的結果，因此我們比較其調幅與安全準備。模式三與模式四最高調幅皆為 17.21%，較模式二的 19.82% 為低；而在最低與平均調幅上，模式四較其他兩方案有較低的水準。然而在調幅的差距上，三個方案的調幅差距分別為 11.65%、8.70%、11.43%，可看出模式三的漲幅波動較小。再來比較三方案的平均安全準備，模式二的安全準備區間為 1.5 至 1.76 個月，模式三為 1 至 1.56 個月，模式四為 0.5 至 1.5 個月，在最高、最低與平均安全準備上，模式四皆為最低，而模式二為最高；但在最高與最低準備的差距上，模式二的差距只有 0.26 個月，模式四則差距至 1 個月的水準。

因此，在 2 年調整一次的方案中，模式二調整幅度較高，卻有著較為穩定的安全準備水準；模式三有較為穩定的調整幅度，並在調幅及安全準備上皆處於中間的水準；模式四調整幅度及安全準備為最低，但其波動幅度皆大，雖在三方案中有最低的水準值，卻相對在費率漲幅與安全準備上有較不穩定的趨勢，並且其為所有方案中，費率最晚超過 6% 上限時點的模式。

四、4 年調整一次

由於現行機制及政治因素的考量等，健保費率常以 4 年為一個週期進行費率的調整，因此模式五、六、七為 4 年平衡的模式設定，在政治操作上屬較易執行的模式。並由於 4 年才進行一次調整，因此須設有每年的固定成長以控制一次性累積過多的漲幅，並搭配多元化啟動條件，使調整更具彈性。而模式五採用固定型成長因子，模式六、七則採浮動型成長因子，在可預測性上，模式六、七其可預測性會較低，須面對固定成長的不確定性及較高的行政作業成本等疑慮，模式五則否，因其為定值式成長，可減少估算的時間成本。

考量費率漲幅及安全準備的額度，以 4 年調整一次的方案中，模式五在最高、最低及平均費率調整幅度上皆有最低的水準值，模式七則為最高。在安全準備餘額上，模式七也有最高的水準，平均月數達 1.31 個月保險給付支出；而模式五為三個方案中最低，其平均月數為 1.26 個月保險給付支出。

在三個方案中，模式五調整幅度及安全準備皆有最低的水準，因其每年有固定 3% 的成長，但其調幅波動大，最高與最低調幅約有將近 10% 的差距；模式六在三個方案中結果較為穩定，每年有浮動的固定成長，其波動極低，因此其漲幅的變化較為穩定。模式七在調整幅度及安全準備有較高的水準值，但在最高與最低的調幅上，差距極小，有較為穩定的漲幅波動。

第五章 專家學者諮詢會議

本計畫研究期間由 108 年 5 月至 108 年 10 月，於研究期間內，為了廣泛的蒐集學者專家的意見，分別於 5 月 24 日、6 月 14 日、8 月 16 日、8 月 26 日、9 月 20 日、10 月 15 日，共舉辦六場專家學者諮詢會議，每次邀請 4 至 5 位專家學者與會共同討論意見，邀請的與會學者專家共涵蓋 6 位被保險人代表、3 位雇主代表、4 位保險醫事服務提供者代表、11 位政府機關代表（含健保會委員及衛福部官員等）及 13 位專家學者及公正人士。六場專家學者諮詢會議舉辦之日期、地點、以及各場次邀訪之對象請參見表 5-1。

同時我們也於附錄列出六次諮詢會議的討論題綱與會議紀錄。另外，108 年 10 月 18 日健保會舉辦全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議，健保會委員也提出多項建議，由於在該次會議中多位健保委員所提出的意見與本研究主題符合，同時現任健保會委員也有許多是本研究學者專家諮詢會議的徵詢對象，但限囿於些許委員時間的衝突無法參與本研究之專家學者諮詢會議，因此為了使研究所呈現的意見能夠更周延與更具深度，本研究計畫亦委派研究人員參與，並將各委員的意見同時彙整。

我們將歷次專家學者會議及全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議意見彙整於本章。詳細會議紀錄請參閱附錄。本章的安排如下：第一節說明學者專家們對於費率、安全準備與收支連動部分的意見，第二節彙整其他費率以外的意見。

表 5-1 歷次專家學者會議之場次、與會對象、時間及地點

職稱	參與人員
第一次專家學者諮詢會議	
(時間：2019/05/24，地點：衛生福利部 2 樓全民健康保險會 202 會議室)	
中華民國精算學會正會員	李永振
中華民國工商協進會財稅研究委員會委員	
國立陽明大學公共衛生學科暨研究所教授	周穎政
中華民國醫師公會全國聯合會常務理事	吳國治
全國勞工聯合總工會榮譽理事長	林錫維
財團法人中華民國消費者文教基金會榮譽董事長	謝天仁
第二次專家學者諮詢會議	
(時間：2019/06/14，地點：國立政治大學綜合院館南棟 12 樓第三會議室)	
長庚大學醫務管理學系教授	盧瑞芬
中華民國全國工業總會常務理事	何 語
台灣醫院協會理事長	翁文能
國立政治大學統計學系教授	余清祥
第三次專家學者諮詢會議	
(時間：2019/08/16，地點：國立台灣大學社會科學院 7 樓 736 會議室)	
中華民國消費者文教基金會秘書長	吳榮達
全國產業總工會會員代表	趙銘圓
台灣醫院協會醫學中心協會秘書長	李偉強
臺北大學社會科學學院經濟學系教授	陳欽賢
國立臺中科技大學財政稅務系教授	林晏如
淡江大學會計學系副教授	韓幸紋
第四次專家學者諮詢會議	
(時間：2019/08/26，地點：國立台灣大學社會科學院 7 樓 736 會議室)	
中華民國全國總工會常務理事	千文男
中華民國工業協進會秘書長	張文龍
亞洲大學健康產業管理學系特聘教授	陳孝平
國立政治大學金融學系教授	楊曉文
第五次專家學者諮詢會議	
(時間：2019/09/20，地點：國立政治大學綜合院館南棟 12 樓第三會議室)	
國立臺灣大學健康政策與管理研究所教授	鄭守夏
亞洲大學健康產業管理學系副教授	曲同光
國立臺灣大學社會工作學系副教授	蔡貞慧
國立中正大學社會福利學系暨研究所教授	鄭清霞

(續下頁)

第六次專家學者諮詢會議

(時間：2019/10/15，地點：國立台灣大學社會科學院 7 樓 713 討論室)

台灣醫院協會副理事長(台灣社區醫院協會理事長)	謝武吉
臺灣病友聯盟常務理事	吳鴻來
中華民國全國教師會常務理事	鄭建信
國家發展委員會人力發展處副處長	謝佳宜
中研院經濟研究所助研究員	楊子霆

資料來源：本研究整理

第一節 費率、安全準備與收支連動

健保會於 104 年第 10 次委員會議中決議有關費率審議的部分應建立全民健保財務平衡及收支連動機制，該機制根據「安全準備餘額」作為調整費率的門檻，即若當年底安全準備不足 1.5 個月保險給付支出時，即進行費率的調漲，調整以當年起(含)第二年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額計算為原則；而若當年起(含)第三年年底安全準備餘額超出 3 個月保險給付支出時，則啟動調降費率。在這樣的機制運作之下，依據健保署的財務推估資料，未來每次進行費率調整時，可能都會面臨 10% 以上的漲幅。舉例來說，2020 年費率推估將從 4.69% 調至 5.69%，調整幅度超過 20%，接下去每隔 2、3 年再調整一次，每一次幅度都需要調整 10% 以上。有鑑於此，這次計畫擬針對是否需要修改目前的原則及該如何修改該原則。此外，在 105 年到 107 年間費率諮詢會議中，有很多專家學者提出調整費率的門檻標準除了安全準備之外，是否可以再增加其他的考量。因此，本節將針對安全準備、費率、與收支連動議題進行討論。各方代表及專家學者針對本部分意見之彙整請參見表 5-2，重點將分述如下。

一、安全準備

針對費率調節機制，首先從安全準備討論起。林委員錫維等被保險人代表、雇主代表張委員文龍、保險醫事服務提供者代表謝委員武吉保險、政府機關代表謝委員佳宜、盧委員瑞芬等專家學者及公正人士建議安全準備不宜過高。

為盡早啟動調漲機制，縮小調整幅度，達到調整平滑化效果，委員們建議調整安全準備標準（盧委員瑞芬、鄭教授守夏）。又因為健保財務機制實際上並非投資用途，而較相似於隨收隨付，最多僅宜採小賺小賠，因此不宜累積過多安全準備（張委員文龍、鄭委員建信）。並且安全準備建議訂定於 1 個月至 1.5 個月之間，或許甚而可以考慮僅維持於無餘絀之情形，僅需保有現金支付當期醫療

支出即可（謝委員武吉、曲教授同光、謝委員佳宜）。同時建議可讓民眾及付費者了解全民健保不會滯留保有過多安全準備，好讓民眾較能接受費率之調整（林委員錫維）。

除此之外，專家學者亦針對安全準備之設計提出可進行之調整。因應人口老化，與會專家學者建議將安全準備分別獨立處理並討論分配問題（周教授穎政）。建議調整準備金之設計，調降時應更為保守，留作日後調漲之準備，因此建議在調漲與調降的設計上應該分開（楊教授曉文）。

表 5-2 安全準備與收支連動意見彙整

討論主體	各方代表及專家學者人數				
安全準備	認為不宜過高			建議調整設計	
	8 位			2 位	
費率調整頻率	建議分多次調整		不宜頻繁調整		中立
	13 位		4 位		3 位
費率調整幅度	限制幅度			視需要而定	
	7 位			3 位	
費率調整考量因子	經濟類因子		支出類因子		公式調整
	建議	不建議	建議	贊成	不贊成
	8 位	4 位	7 位	5 位	5 位
固定漲幅	贊成			不贊成	
	3 位			3 位	
收支連動	量出為入		量入為出		兩者同步考量
	3 位		3 位		3 位

資料來源：本研究整理

二、費率

由上述討論結果可知，安全準備不宜過高為大家所共識。為了降低安全準備，因而需要修改費率調整之原則，因此，以下將進行關於費率調整原則之討論。

針對費率調整原則，於費率審議前意見諮詢會議中，建議研究團隊能將訂定之調整方式明確制定出準則，以便各方代表及專家學者進行討論與精算，或是可提供其他國家費率決定方式以供幕僚參考，並建議研究團隊所設計之機制設定有學理支持或參考依據佐證，增加其說服力。（洪組長慧茹）

除了費率審議前意見諮詢會議之與會者的意見外，專家學者會議意見之彙整可以先從調整頻率、幅度討論談起，再討論調整費率之考量因子及是否類似油價

式自動的調整模式；最後則討論固定幅度調整模式之看法。意見彙整如下。

(一) 費率調整頻率、幅度

首先，各方代表及專家學者針對費率調整頻率及調整幅度的看法大致可以分成三類：其一，多數代表及專家學者皆建議小幅、多次調整；其二，少數建議不宜頻繁調整；第三，則亦有少數認同需要調整，但採中立立場。

1. 採取小幅、多次調整模式之意見

謝委員天仁等被保險人代表、李委員永振等雇主代表、翁委員文能等保險醫事服務提供者代表、余教授清祥等專家學者及公正人士等 13 位各方代表及專家學者認為可採取小幅、多次調整模式。

所謂「小幅、多次調整模式」，係指，例如二到三年調整一次，進行平滑化調整，如此可減緩調整帶來的衝擊，同時民眾對於這樣小幅的費率調整接受度亦相對較高。除此之外，亦有與會委員（李委員永振、翁委員文能）認為透過調整前先說服民眾該架構合理性，或是提出多個漲幅方案，並設定最多每年調多少比例，讓民眾自行選擇，亦較能增加民眾接受度（李委員永振、翁委員文能）。

在調整幅度上，專家學者建議因應人口老化，可以從長期角度調整費率，可壓低費率上升幅度（余教授清祥），並且在實施小幅、多次調整模式下，建議每隔一定時間將調整漲幅做財務連動效果以彌補短絀（謝委員天仁、陳教授孝平）。

小幅、多次的調整模式可避免因短期內大幅費率成長造成被保險人濫用健保或雇主改變其聘雇行為等問題（林教授晏如、韓教授幸紋），也可避免大選後調漲之預期心理，維持制度健康性（吳委員鴻來）。

2. 採取不宜頻繁調整之意見

被保險人代表干委員文男、雇主代表張委員文龍，及楊教授曉文等專家學者及公正人士認為不宜採取頻繁調整。因為若是頻繁調整將會造成社會觀感不佳、基層行政作業繁瑣等行政成本、政策宣導時間性及民眾逾繳保費之問題。另外，若是要調漲，建議不宜造成預期調漲心理，以免造成社會混亂。

3. 採取中立立場

雇主代表何委員語，與鄭教授守夏等各方代表及專家學者對於調整頻率、幅度採中立立場。建議可提出多個方案以供政府參考，各方意見均可採納彙整，再行討論（鄭教授守夏、蔡教授貞慧）。對於調整幅度，建議可定期討論費率調整幅度或以非協商因素成長率打折進行費率調整（鄭教授守夏），或以總額成長率

減保費自然增加率，以達收支連動（蔡教授貞慧），或以 5G 網路系統算出所有投保員工平均薪資漲幅，以換算保費增加幅度（何委員語）。

（二）費率調整考量因子

各方代表及專家學者針對費率調整考量因子討論意見，可以區分為考量因子的討論，以及是否利用類似油價調整公式的方法進行費率調整。其中，會議中所提出之考量因子可以區分為經濟類考量因子，以及支出類考量因子兩大類。而經濟類考量因子，例如經濟成長率、物價指數等；支出類考量因子，則如總額成長率、非協商因素長率等。討論結果彙整如下。

1. 經濟類因子

吳委員榮達等被保險人代表、雇主代表張委員文龍、保險醫事服務提供者代表李委員偉強、余教授清祥等專家學者及公正人士提及經濟類考量因子，例如，經濟成長率、物價指數、薪資成長率、人口老化及少子化等，並且不建議採取單一指標。除此之外，專家亦有提出調整公式，方案如下：

$(\text{經濟成長率} + \text{薪資成長率}) \div 2 - \text{物價成長率}$ （吳委員榮達）。

然而，經濟成長率、薪資成長率及失業率之適用仍有存疑之處。例如，楊教授曉文提及若以經濟成長率進行調整，可能會有啟動機制的困難；謝委員佳宜、楊研究員子霆認為調整因素若以經濟成長、薪資成長作為基礎，有其存疑之處，因為其中有許多不可控因素，並且若是以此為基礎，在固定費率之下應調降而非提高費率。建議可再進一步詳細分析、思考該考量因子之適用性。

除此之外，針對「以經濟成長率與薪資成長率之平均再減去物價成長率」之公式，有委員在費率審議前意見諮詢會議中表示，因為在總額成長率中已經扣除過物價指數，因此不宜再扣除（陳教授孝平）。

2. 支出類因子

被保險人代表趙委員銘圓、翁委員文能等保險醫事服務提供者代表、鄭教授守夏等專家學者及公正人士提及支出類因子。例如，翁委員文能建議可設置基金，視該基金餘額多寡而進行調整費率，並建議可將該基金分項，便可知最後如何結算，而進行費率調整；趙委員銘圓建議將付費者能力納入費率機制調整考量因素；李委員偉強建議可將新藥新科技量化指數納入機制調整因子；鄭教授守夏建議可以非協商因素成長率打折進行費率調整，並明確化基本調整標準，例如至少不低於非協商因素一定比例。

針對採用之指標，在費率審議前意見諮詢會議中，委員建議所提及、採用之指標與保險收支、費率之關係須明確說明。如：明確說明所採用指標之成長與保險收入呈同向變動下其權數之訂定，及該成長與保險收入呈反向變動下指標之擇定，並且建議不宜選取太多機制指標，以免分散焦點（羅教授紀琮）。

3. 費率採公式自動調整與否

所謂「費率採公式自動調整」，係指採取類似油價的方式，以公式進行自動調整而調整費率，如此便得以省下行政成本。部分代表及專家學者對於公式調整採取贊成意見，另有部分代表及專家學者則認為公式調整可行性不大。

吳委員國治等保險醫事服務提供者代表，及專家學者及公正人士盧委員瑞芬贊成自動調整，建議可訂定浮動公式，採取自動調整之方式，藉以讓民眾習慣漲跌之頻率與幅度，並建議若發現扣除自動調整仍不足時，可以適當頻率調整，但不宜每年調整，如此資方、勞方雙方皆較能承受調整負擔。另外，蔡教授貞慧則是認為當調整幅度及時機交由政府單位決定的前提之下，才能進行公式自動調整。

被保險人代表吳委員榮達、保險醫事服務提供者代表李委員偉強、陳教授欽賢等專家學者及公正人士認為類似油價的公式調整可行性不大。因為健保與油價在性質上有諸多不同之處，例如，健保只會成長，不會調降，是穩定性成長的，與油價可漲可跌之性質不同（吳委員榮達、李委員偉強、陳教授欽賢、陳教授孝平），並且健保為社會保險制度，而油價並不是（李委員偉強），所以不建議採類似油價這樣的公式自動調整模式調整費率。

（三）固定幅度調整

若無法按照公式，則可考慮進行固定幅度的調整，例如說，固定以 2% 的幅度進行調整，如此亦可省下行政成本。各方代表及專家學者對於該討論在意見上較為分歧。被保險人代表林委員錫維，及陳教授孝平等專家學者及公正人士對於固定幅度調整模式採正面意見。例如，陳教授孝平贊成小幅固定成長，採平滑化調整模式，建議大部分時候採取該小幅固定幅度成長，隔數年再進行較大幅的調整，可減少對民眾心理上的衝擊；鄭教授守夏則認為 2% 固定成長方式是可考慮的，但也認為不見得採完全固定調整模式，建議可嘗試以大眾可預期的高低範圍，採條件式模式，視情況在固定之外加成。

雇主代表張委員文龍、政府機關代表謝委員佳宜，及專家學者及公正人士曲

教授同光則持不同意見。其認為因為若採取固定成長的匯率調整，可能會造成理性預期，並且也會需要與某些指標存在連動力，例如經濟成長率、失業率等，如此才能說明該固定幅度（張委員文龍）。相較於固定成長模式，較建議依據財政缺口調整收入面，較能說服民眾（謝委員佳宜），或是將數年成長平均至各年，再向大眾解釋每年皆為經過收支評估而提出費率成長之結果（曲教授同光）。

三、收支連動行政執行

各方代表及專家學者對於收支連動在行政上如何確切執行討論之意見，主要是進行採取「量出為入」或「量入為出」財務處理之討論。

雇主代表何委員語，及陳教授欽賢等專家學者及公正人士傾向目前「量出為入」之健保財務處理方式。例如，何委員語建議將核定總額成長率之權力回歸由付費者與醫療提供者進行協商，進而換算金額，便可換算保費需收取之金額。在此做法上，原則上以調整百分比的上下 1% 作為保費未來要扣的百分比，並以不超過法定上限 6% 為限，如此便可縮小調整幅度，此達到收支連動的精神；陳教授欽賢等專家學者及公正人士提及若是要落實「收支連動」，則應「量出為入」，建議定期檢討收支連動模式，並加強與民眾之溝通，以提高保費因應支出成長。

除了「量出為入」的收支連動模式，為了有效控制財務運作，並因應少子化以及高齡化等人口結構改變，被保險人代表趙委員銘圓、雇主代表李委員永振、保險醫事服務提供者代表李委員偉強則建議應該採「量入為出」財務處理方式。

保險醫事服務提供者代表謝委員武吉、政府機關代表謝委員佳宜，及專家學者及公正人士鄭教授清霞建議在收支連動上應以「量出為入」、「量入為出」兩者同步考量，即在談論收入面問題時，應同時考量支出面問題，否則，僅會增加民眾反感，且費率也會面臨超越法定上限水準之問題。除此之外，建議衛福部可先就收支面檢討，再與費率一併考量，如此也能減少壓力（謝委員佳宜）。

第二節 其他意見

這部分將討論當費率調整不可行時，關於健保財務該如何進行調節，如在支出面或收入面該如何進行調整較為合適。

一、支出面

關於支出面之意見，主要討論支出面之控制以及控制支出成長速度；再者，討論醫療給付範圍之調整；最後，討論總額協商部份之調整，包含協商因素及非協商因素。與會專家學者意見彙整如下。

(一) 支出面之控制

各方代表及專家學者提出之建議可簡單歸納為：(1) 增加民眾對於醫療資源使用之意識，(2) 透過使用者付費之概念減少醫療浪費，(3) 減少醫院或醫師之醫療浪費行為，(4) 應用大數據控制醫療費用支出，及(5) 設置健保支出上限等方式。分述如下。

1. 增加民眾對於醫療資源使用之意識

與會委員建議可增加民眾對其使用之醫療費用及健保費用之意識（何委員語），或加強醫療供給者之間的同儕制約及使用者之審查（翁委員文能），並教導民眾控制其醫療使用行為，以減少不必要的醫療浪費，進而達到節省健保支出之目的（謝委員武吉、吳委員鴻來）。

2. 透過使用者付費之概念減少醫療浪費

與會學者專家建議透過使用者付費之概念，減少其醫療浪費。例如，調漲使用者之部份負擔（吳委員榮達、翁委員文能、盧委員瑞芬），或以給付大病為主，而小病的給付則僅於超過某金額之時才進行給付，若在該金額以下則不給付（余教授清祥），並且對於弱勢群體，建議先由民眾自行負擔，再由政府進行補貼，而非 pay-as-you-go（何委員語、翁委員文能、余教授清祥）。

3. 減少醫院或醫師之醫療浪費行為

目前醫院存在大醫院軍備競賽造成不必要醫療浪費、健保財務支出無底洞等問題，及醫師在藥物方面仍有不必要支出之問題，因此在支出面的控制倘若可以減少這兩方面問題，便能減少醫療浪費。（謝委員武吉）

4. 應用大數據控制醫療費用支出

由於資訊科技的發達，與會委員亦建議可透過大數據之應用，檢測支出是否具有合理性，以控制醫療費用支出，達合理醫療使用效率。（謝委員武吉、謝委員佳宜）

5. 設置健保支出上限

建議設置「健保支出上限」並設定「下限」。若是達上限時，便檢討支付項目，但也確保健保支出至少不負成長，讓其維持穩定（吳委員榮達、李委員偉強）。建議可參考加拿大或英國類似「目標預算制」的模式，在各項目上設定目標，額度用完而欲再使用時，民眾即需自行負擔費用（林教授晏如）。

(二) 醫療給付範圍之調整

各方代表及專家學者提出關於醫療給付範圍調整之意見可歸納為五個面向：**(1) 支付制度**，**(2) 不適宜之健保支出**，**(3) 無效醫療**，**(4) 科技評估**，**(5) 新服務項目之增加**。分述如下。

1. 支付制度

各方代表建議深思部分負擔之必要性及合理性(林委員錫維、李委員偉強)，並提及若是有其必要，建議部分負擔之預算應該改於社會福利預算中編制，而非由全民健保承擔(李委員永振)。

一個合理的支付制度是很重要的，因為支付制度可引導整體健康保險制度的運作(吳委員國治)，因此有問題的支付標準及不合理的給付皆需調整(謝委員天仁)。建議可重新檢視醫界生態，若是不需要給付者，則改由患者自行負擔(何委員語)，並建議選擇「選擇性的支付」與「部分負擔」之給付項目時，應以健保負擔能力為前提來選擇支付項目，如此才能有效控管健保支出(吳委員榮達)。另外，亦有委員建議支付標準中設置減項與減價，以降低給付(陳教授孝平、謝委員武吉)。除此之外，謝委員佳宜則建議應該盡早檢討未來的支付以及支出，以因應未來可能面對之財務缺口問題(謝委員佳宜)。

2. 不適宜之健保支出

全民健保中的「不合理性支付」，包括不應屬於健保支出的費用，及「不合理性支出」，如醫院納進勞基法之人事費用等，這些問題皆應進行調整(趙委員銘圓、干委員文男、鄭委員建信)。

針對應歸屬於公務預算者，建議健保署於提出審計之時便提供平衡方案，以供健保會審核，避免將本該由公務預算支出者轉嫁至健保支出中，並將其歸屬至合適的部門(鄭委員建信、謝委員佳宜)。

3. 無效醫療

針對無效醫療之部分，各方代表及專家學者建議修法調整，或是僅在有限範圍內給付，以省下不必要的支出(林委員錫維、盧委員瑞芬、謝委員武吉)。

4. 科技評估

建議針對科技評估進行效益性的分析(謝委員天仁)，同時建議改變決定醫療給付範圍之流程，將其改為每年由共擬會針對欲評估之項目先提出科學證據，再評估各項所提出項目之效益，並將所提出之項目進行優先順序，推算出預算後再送至健保會討論，進而決定最後預算並執行，避免再度出現空頭支票之情形(盧

委員瑞芬、翁委員文能)，使健保機制得以更加完整。

5. 新服務項目之增加

對於新服務項目之納入，各方代表及專家學者建議應審慎評估，再決定該項新服務是完全不納入，或由民眾完全自費，或是部分納入而允許差額負擔（李委員偉強、陳教授欽賢）。

另外，針對新藥新科技，雇主代表何委員語也建議可設立中央藥品委員會，由該委員會從採購藥品經費中提撥一定比例，作為新藥新科技基金。

(三) 總額協商部份之調整

各方代表及專家學者提出對於總額協商部份調整之意見，可依總額協商與非協商因素分述如下。

1. 對於總額協商之建議

建議重新檢討目前公式的合理性，並建議建立大數據，以合理化總額成長率（何委員語、鄭委員建信）。

2. 對於非協商因素之建議

對於非協商因素之公式，與會的學者專家與委員則建議訂定上下限、修正成長計算方向、設置停損點、設置減項，如健康指標，或醫療浪費之節約等，以維持穩定成長（李委員偉強、干委員文男、陳教授孝平）。另外，為使推估更趨近現實情形，建議結合民眾負擔能力、經濟成長、消費指數成長（趙委員銘圓）。

針對非協商因素之內容，張委員文龍建議醫院之利潤也可納入非協商因素考量之中，因其利潤呈現正成長之現象，並且委員們認為醫院不該以薪資成長作為非協商因素之加項。（張委員文龍）

二、收入面

關於收入面之意見，則先討論可能增加財源收入之來源；再則，各方代表及專家學者提出關於政府及付費者之意見。彙整如下。

(一) 可能增加財源收入之來源

各方代表及專家學者提出可能增加財源收入之來源，例如，建議爭取政府加稅並提撥給健保之機制、將菸品健康捐爭取回來，或是新增酒捐、空汙排放稅等影響人體健康的稅捐收入（周教授穎政、吳委員榮達、趙委員銘圓、李委員偉強等人），也另外提及家戶總所得、海外個人資金回流扣補充性保費，或是增設長年旅居海外者回台使用健保則須補繳金額等制度以增加健保其他收入（盧委員瑞

芬、何委員語、余教授清祥)。

(二) 關於政府及付費者之意見

1. 關於政府之意見

各方代表及專家學者針對政府負擔之 36% 提出一些意見，例如，政府負擔或許可再提高（趙委員銘圓），惟政府負擔能力亦有限，若是要求政府提高負擔比例可能會從加稅的方向處理（韓教授幸紋）；政府應擔當弱勢者之代繳保險費之角色，而非替其繳交保險費者，故政府 36% 之負擔不應扣除七大項費用，仍應支付（何委員語）等。

2. 關於付費者之意見

制定新財源恐對某些族群造成懲罰效果，因此，雇主代表張委員站在資方立場，希望財源籌措不要一直往資方找。除此之外，從投保薪資調升保費並非長久之計，建議不同方案中同步考量多元財源（鄭委員清霞）。

三、對於費率調整及健保整體運作之其他意見

在諮詢會議中各方代表及專家學者也曾提及對於費率調整及健保整體運作之其他意見。簡述如下。

(一) 對於進行費率調整前之意見

在費率調整之前，在討論上，建議不宜受到「超過 6% 之上限等同於破產之觀念」之侷限，才能確實提出實行方案（陳教授孝平）。在實行上，建議先修正健保法安全準備一至三個月的問題，並先制定明確合理的健保架構，及找出因應收支連動失衡及費率上限 6% 之問題的對策，以開始實行調整方案（李委員永振）。除此之外，建議先回頭檢討政府欠費及補差額等問題，先做到節流再開源，如此較能說服民眾（周教授穎政、趙委員銘圓）。

(二) 對於調整方案實行上之意見

在費率調整方案實行上，民眾是否能接受該調整是個關鍵。建議可教育民眾就醫觀念及健保支出觀念等，讓民眾了解健保調漲之合理性，且不進行太大幅度調整；讓民眾知道在調整費率以外，亦輔以一些配套措施；提出 3 至 5 年的中長程計畫，以說服民眾進行費率調整（張委員文龍、蔡教授貞慧、謝委員佳宜），並且建議算至平均每人每個月多繳多少錢，以減低民眾主觀感受負擔（鄭教授守夏）。不過，被保險人代表吳委員鴻來也表示病友團體對於費率調漲一事是可了解的。另外，在原則設定上建議隔數年調整一次，以利調整之落實（鄭教授守夏）。

(三) 對於調整方案制定後之意見

目前健保費率成長為不可逆之趨勢，雖然短期內或許可藉由排除非必要性的支出以維持平衡，但建議仍應著重於思考何種型態的成長方式是大家比較能接受的。除此之外，若確實訂下調整頻率，仍應有其彈性，以因應經濟狀況之變化。

（韓教授幸紋）

(四) 對於健保整體運作之意見

在健保整體運作上，因為部分負擔採取定額及定率相差極大，建議政府針對該部分進行調整（周教授穎政）。除此之外，健保制度上「代位求償」、政府對免協商之核定，及呆帳、執行效率，皆為政府可進一步檢討之處（李委員永振、林委員錫維、吳委員國治、李委員永振、吳委員榮達）。

除此之外，建議建立一個合理收入結構（周教授穎政），並建議或許可將安全準備重新定位，或將保費另外抽取部分存起來，如基金之概念，如此有助於費率平穩（韓教授幸紋）。

第六章 結論與建議

健保自建立以來，礙於政治及其他方面等因素，費率並不輕易調整，使民眾長久以來已習慣多年才調整一次費率。因此短期之內調整頻率過高的做法，民眾的接受度是一項重大考驗，在行政流程上也會提高行政作業成本，每年調整勢必不易實行。但臺灣與世界各國一樣，面對著逐年攀升的醫療支出，倘若保險收入無法依循醫療費用的成長，長期下來健保的財務將會嚴重失衡。觀看現行的收支連動機制，由於此機制屬多年期平衡的模式，使得前期的保險收支短絀是由安全準備的撥補來支應，以至於當必須啟動費率調升機制時，已累積多年的收支不平衡，造成費率一旦需要調升，幅度也會相當地大，亦即產生費率陡升現象或急遽的效果。因此本研究針對費率調節機制進行多方面的探討，期建構一套合理的調整架構，使健保財務能夠永續發展。

本章綜合第四章模型的推估與第五章專家學者諮詢會議所探討之結果，提出本研究主要的結論與建議。研究期間我們共召開六場專家學者意見諮詢會議，邀請總數為 28 位健保會委員及相關專家學者參與，其中雇主代表 3 名、被保險人代表 6 名、保險醫事服務提供者代表 4 名、政府機關代表 2 名以及專家學者及公正人士 13 名。會議討論結果及共識如下：

一、降低安全準備門檻與標準

與會學者多建議安全準備不宜過高，因為調整安全準備的門檻，可使現行調節機制及早啟動，並有效縮減調整幅度，達到費率平滑化之效果；再則，過多的安全準備會使醫療支出無法節制，降低安全準備的備留才能節省醫療費用；最後，健保財務為隨收隨付，並非做投資用途，因此安全準備不宜累積過多。另外，可著重針對安全準備的定位，由於社會的高齡化加劇，未來世代因應人口老化問題，應將安全準備分別獨立處理，並且針對其分配上做更縝密的考量，或者是另成一種基金的形式，把保費的一部份直接抽取出來，以作為因應老化的機制。

二、費率調整頻率宜增加

在調整模式上，專家學者認為宜採取小幅、多次調整的模式。由於小幅而多次的調整，可以使費率平滑化的調整，因此可以避免一次性劇烈的調漲，如此便可減緩對民眾的衝擊，並顧及到若是雇主短期內面對大幅費率成長可能會影響其聘僱行為。

除此之外，有學者提出每年維持小幅的固定成長，數年間隔後再進行大幅調

整的模式，如此也是平滑費率的有效方式之一。由於每年有自動的成長，因此財務短絀不會一次性累積過多，也可分散平均調整的幅度，使費率不會有急遽的變化。

三、是否設定漲幅上限較無共識

對於是否設定漲幅上限的討論中，眾專家學者較無定論。雖然只有少數與會學者提出在支出成長上訂定上限的標準，藉此亦控制費率成長的幅度，然而該如何訂定，以及進一步的執行操作上皆無後續的討論，因此針對費率的漲幅上限與否，與會專家學者並未有一致的共識。

四、費率調整影響因子意見不一

針對調節機制考量因子的設定，專家學者所提出之考量因子中可分為經濟類因子以及支出類因子。其中，以被保險人代表及相關專家學者認為支出類因子較為合適，如總額協商成長率、非協商因素成長率、付費者能力等；而雇主代表及保險醫事服務提供者代表則認為應以經濟類因子作為指標，如經濟成長率、物價指數、失業率等。另外，在指標的選擇上，與會的專家學者則認為可以採用多元指標，並非僅以單一指標作為考量。

在前述的諸多考量因子中，透過專家學者的廣泛討論與交換意見可以發現，普遍而言總額協商成長率是多數與會學者較為贊成的：費率跟隨支出的成長是較為合理且相關的。而經濟成長率、物價指數與失業率則看法分歧，與會學者專家在物價指數與失業率等考量因子的看法之所以產生分歧的主要因素在於經濟成長率與失業率的成長與變動受到整體經濟大環境的影響，較為不可控，民眾對其信心度極低，且存在合理性的問題，因此只能作為參考使用。

因此根據上述專家學者意見，我們參考擬定了六套機制方案以進行財務模擬推估。健保法第 24 條第 3 項：「第一項之審議，應於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定後公告。」即表示健保法的精神為「當期平衡」。全民健康保險財務是以隨收隨付制為基礎，因此在當年平衡下，財務平衡期間最短即是 1 年，若採用費率調整公式，最快則是每一年調整一次費率。

從學理的角度上來看，在調整的頻率上應該採取相對頻繁的調整模式，以避免因為多年才調整一次之巨幅的調整情形、以及大量安全準備的累積又快速用罄

的現象發生。在此原則下，我們提出兩種可能的調整模式，一為改變調整頻率，二為增加每年固定費率成長。利用上述的方式，漸進式的調整費率，使調整的頻率增快，次數增多，在安全準備的餘額上也會較低。我們從三個方向提出建議：

一、將安全準備標準下修

將安全準備鎖定在比較低的水準，其實是一個逐年清算的概念，因此較接近收支連動「當年平衡」的精神。在此模式的運作下，費率的調整頻率由原先約 4 年調整一次變成 2 年調整一次的模式，如此一來，結果也較為貼近每年調整的概念，有效降低安全準備餘額，也使健保財務能在短期內平衡，不再延宕至 4 年才進行一次收支的平衡。

因此，模式二之審議原則維持單一安全準備存量之考量，並且以現行調節機制下修啟動條件，其費率調整審議原則如下：

費率調升啟動條件：

當年年底安全準備餘額不足 1 個月保險給付支出時；

調整方式：

其調升以當年起(含)第 2 年年底可維持 1.5 個月保險給付支出之金額計算為原則。

即將安全準備從 2 個月的標準下修至 1.5 個月，調整方式由 1.5 個月下修至 1 個月保險給付支出。從上節的推估結果中，調整頻率將轉變為每 2 年調整一次，並且較貼近每年調整的結果，備留之安全準備也下降。由於此方案之調整考量因子僅以安全準備額度作為調整標準，因此在費率調整上較無彈性。也基於此，單一而簡易的條件設定，也使健保會在審議費率的調整上較為容易可行，做財務推估時並不複雜繁瑣。

二、增加調整頻率

增加調整的頻率在學理上是較佳的選擇，因為調整的頻率增加可降低一次性急遽調整的幅度，避免一次調太多所造成的負面觀感。因此頻率較高的調整模式可參考模式三，其費率調整審議原則如下：

費率調升啟動條件：

- 1. 當年度保險成本超出保險收入之 5%，或；**
- 2. 當年度收支平衡費率超出現行費率之 5%，或；**
- 3. 當年起(含)第 2 年年底安全準備餘額不足 1 個月保險給付支出時；**

調整方式：

其調升以當年起(含)第 2 年年底至少維持 1 個月保險給付支出，及不超過 17.21%為原則。

觀看模式三的試算結果，顯示其在平均調整幅度及備留之安全準備月數皆有較低之水準值。但須考量的是，當調整頻率愈加頻繁，卻也造成健保署及許多職業團體在行政作業上的成本提高，如相關資料的建置成本及查核、稽徵等成本，皆會因調整次數的增加而造成作業成本的提升，對投保單位及保險人皆增加行政作業負擔。因此，高額的行政成本卻是影響此種模式極大的問題之一。但在機制審議原則的設定上，模式三相較現行機制與模式二啟動條件更為多元，較不會侷限於單一安全準備存量考量的限制，使其更為彈性化。再則，此方案調整原則設計也較為淺易，在審議費率的調整上也較為簡易可行。

三、維持 4 年調整一次，但每年有固定成長

4 年調整一次在政治執行面上是較為可行的，因為 4 年是合理的政治週期。但選擇 4 年調整的頻率，則須要每年維持固定的成長，以分擔一次性過高的漲幅，進而漸進式調整費率。在 4 年調整週期的模式中，在審議原則的設定上皆採多元啟動條件，以增加其彈性化。而調整方式則考量專家學者諮詢會議討論中，多數學者一致認可的考量因子：總額成長率。因此，採用六成的總額成長作為每年的固定成長（模式六）為多數學者可接納的。模式六費率調整審議原則如下：

費率調升啟動條件：

- 1. 當年度保險成本超出保險收入之 5%，或；**
- 2. 當年度收支平衡費率超出現行費率之 5%，或；**
- 3. 當年起(含)第 2 年年底安全準備餘額不足 1 個月保險給付支出時；**

調整方式：

第一年調升以當年起(含)第 4 年年底至少維持 1 個月保險給付支出，及不超過 18.05%為限。並第二至第四年以每年固定調升六成總額成長率為原則。

然而採用此模式有行政成本上的限制：由於每年的總額成長率須先由衛福部擬訂年度醫療給付費用總額範圍，報請行政院核定，再由健保會協定年度醫療給付費用總額及其分配方式，報請衛福部核定，因此年度的醫療給付費用總額須等到最後核定後才得知，所以其可預測性低，較無法提前估算。除非能在事前以預估的方式先推算，不然此模式在行政作業成本上是極高的。

另外，考量付費者代表意見，我們在總額支出的成長，再納入社會環境因子，因此在設計上會較為複雜（模式七）。其費率調整審議原則如下：

費率調升啟動條件：

1. 當年度保險成本超出保險收入之 5%，或；
2. 當年度收支平衡費率超出現行費率之 5%，或；
3. 當年起(含)第 2 年年底安全準備餘額不足 1 個月保險給付支出時；

調整方式：

第一年調升以當年起(含)第 4 年年底至少維持 1 個月保險給付支出，及不超過 18.39%為限。並第二至第四年每年固定調升 70%總額成長六成與 30%經濟與薪資成長平均為原則。

此種模式在調整方式中同步考量經濟成長率與薪資成長率的因素，採用多元化指標進而兼顧經濟與社會之考量，使費率能連結整體環境發展與民眾負擔能力進行漸進式的調整。而此模式調整頻率一樣兼顧政治執行性之考量：4 年調整一次，並且由於在因子的選擇上，額外加入了經濟成長率與薪資成長率，上述指標在統計上皆須一定之估算流程，因此它的可預測性會降低，行政作業成本也會提升。因為總額、經濟及薪資成長率皆屬於無法事先預知的指標，因此在確定調整因子數值後，是較為缺乏足夠的時間去進行行政上的調整流程，使行政處理較為繁瑣及困難。基於此，除非由健保署在事前就預先推估出預估數來作為基礎進行調整，不然選擇浮動的成長則須面對固定成長的不確定性及較為繁複的行政作業成本。而上述兩方案由於在啟動條件及調整方式上皆較為繁複，因此在審議費率的調整上較具困難性，並於財務推估時較為複雜繁瑣。

以上綜合考量之方案為本研究針對專家學者意見及考量面影響後所做出之建議，在模式的參考選擇上，建議行政單位進行多方綜合考量後，並適時更新數據以利精確估算健保財務之概況後，再進行抉擇。

參考文獻

1. 土田武史 (2012)。〈Structure and Problems of the Universal Coverage of Health Insurance in Japan : From a Viewpoint of the National Health Insurance〉。早稻田商學，431，317-341。
2. 中華民國醫生公會全國聯合會 (2005 年 07 月 04 日)。韓國健保簡介。取自：http://www.tma.tw/nation/index_info.asp?/145.html
3. 井一雅子 (2008)。日本の医療保険制度の歩みとその今日的課題。医療と社会。18(1)。
4. 王玫 (2003)。各有利弊、截長補短：各國健保制度比一比。全民健康保險雙月刊，46。
5. 王昶閔 (2012 年 4 月 2 日)。二代健保 楊志良：回歸家戶總得制。自由時報。取自 <https://news.ltn.com.tw/news/life/paper/572737>
6. 王榮德、江東亮、陳為堅、詹長權 (2015)。公共衛生學：上冊。臺北市：國立臺灣大學出版中心。
7. 全民健康保險法修正草案公聽會【會議紀錄】，立法院公報，第 99 卷，第 32 期。(2010 年 4 月 21 日)。
8. 全民健康保險醫療費用協定委員會 (2005)。全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯。臺北市：行政院衛生署。
9. 江宏哲、楊志良、錢慶文、王俊文、葉德豐 (2005)。總額支付制度協商醫療費用成長率之實證研究。中華民國醫師公會全國聯合會委託研究計劃。臺北市：中華民國醫師公會全國聯合會。
10. 江東亮、文羽蘋、謝嘉容 (2014)。全民健康保險制度的發展與問題。臺灣醫學，18(1)，33-42。
11. 行政院衛生署 (2004)。二代健保規劃叢書：全民健保財源籌措改革規劃。臺北市：行政院衛生署。
12. 吳文傑 (2014)。保險費計費基礎之探討。衛生福利部委託研究計畫期末報告 (編號：M03E5010)。臺北市：衛生福利部。
13. 尾山明子 (2013)。市町村国民健康保険の保険料 (税) と財政移転の決定要因。財政經濟理論研修論文集，415-443。
14. 李玉君 (2000)。德國健康保險組織體制之探討。歐美研究，3(30)，41-88。

15. 李玉君(2008)。二代健保組織體制改革之評析。**臺大法學論叢**, 37(4), 1-64。
16. 李玉春(2013)。建構全民健保醫療給付調整之審議機制。衛生福利部委託研究計畫報告(編號:PG10203-0184)。臺北市:衛生福利部。
17. 李玉春、黃昱瞳、黃光華、葉玲玲、陳珮青(2014)。全民健保支付制度改革之回顧與展望。**臺灣醫學**, 18(1), 53-66。
18. 李玉春、蘇春蘭(1992)。總額預算制度之設計。衛生署研究計畫衛生署研究計畫(未出版)。臺北市:行政院衛生署。
19. 李明濱(2008)。全民健保總額現行地區預算分配方式之改善策略研究。衛生福利部委託研究計畫報告(編號:PG9705-0001)。臺北市:衛生福利部。
20. 辛炳隆、薛立敏(2000)。全民健保部份負擔新制之評估。行政院研究發展考核委員會委託研究計畫報告(編號:RDEC-RES-089-006)。臺北市:行政院研考會。
21. 周怡君、林志鴻(2008)。從德國最新健保改革論其對德國社會保險典範轉變之意義。**社會政策與社會工作學刊**, 12(2), 1-39。
22. 周添城、陳欽賢(1998)。全民健保部分負擔制度成效之評估研究。行政院衛生署委託研究計畫(編號:PG9409-0105)。臺北市:行政院衛生署。
23. 周麗芳、陳曾基(2000)。藥費總額支付制度之可行性評估與建議方案。行政院衛生署委託研究計畫(編號:PG8912-0224)。臺北市:行政院衛生署。
24. 松浦立三(2019)。日本的醫療保健系統。取自 <https://international.commonwealthfund.org/countries/japan/>
25. 林谷燕(2012)。德國法定健康保險制度之探討-以2010年底之修法為中心。**弘光人文社會學報**, (15), 72-91。
26. 林宜靜、張櫻淳、江東亮(2014)。全民健康保險醫療費用協定委員會之回顧。**臺灣醫學**, 18(1), 67-73。
27. 邱永仁、陳宗獻、郭乃文、林忠劭(2000)。加拿大總額支付制度考察報告。**臺灣醫界**, 43(7), 39-52。
28. 邱芝齡(2014)。健康保險成本控制:論總額支付制度影響醫療行為探討。**社會發展季刊**, 145, 305-320。

29. 社會保險司(2014)。政府信守保險法定責任之承諾，積極協調法定下限 36% 差額編列。**103 年衛生福利部新聞**。取自：
<https://www.mohw.gov.tw/cp-3205-21571-1.html>。
30. 厚生労働省（2019）。少子化の進行と人口減少社会の到来。取自
https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken01/dl/01_eng.pdf
31. 厚生労働省（2019）。平成 30 年版，厚生労働白書。取自
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/18/dl/all.pdf>
32. 厚生労働省（2019）。我が国の医療保険について。取自
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryouhoken/iryouhoken01/index.html
33. 施世駿、周怡君（2015）。全民健保未來發展－以德國健康保險制度為例。衛生福利部委託研究計畫報告（編號：PG10405-0081）。臺北市：衛生福利部。
34. 洪益欣（2019）。全民健保知多少？從納保、給付、支付談起。取自
<https://ymmedmagazine.blogspot.com/2015/06/blog-post.html>
35. 孫迺翊（2014）。2007 年德國健康保險制度改革：我國與德國健保制度中強制投保、社會互助與風險分攤原則之比較（第二年）。科技部補助專題研究計畫成果報告（編號：PF10202-0086）。臺北市：科技部。
36. 孫迺翊（2016）。揮別俾斯麥模式社會保險制度？從德國聯邦憲法法院幾則判決評析德國近二十年健保制度改革方向。**歐美研究**，46(3)，373-442。
37. 徐偉初、周麗芳、翁文恆、洪明皇（2004）。民眾保險費分擔方式變更之公平性評估。**二代健保規劃叢書**。臺北市：行政院衛生署。
38. 徐偉初、歐俊男、謝文盛（2012）。**財政學**。臺北市：華泰文化。
39. 張育嘉、劉見祥、邱尚志、陳俊宏、劉人尹、林書郁、吳少旋、洪任賢（2010）。**台灣與 OECD 國家健保制度之績效比較研究**。行政院衛生署中央健康保險局委託研究報告（編號：PG9901-0312）。臺北市：行政院衛生署。
40. 梁正德、周麗芳、鄭文輝、陳俊全、劉宜君（2001）。**以所得稅收取健保費之可行性**。行政院衛生署中央健康保險局委託研究報告（編號：PG9202-0576）。臺北市：行政院衛生署。

41. 梁景洋 (2016)。全民健保財務平衡及收支連動機制之研析。衛生福利部委託研究計畫報告 (編號: PG10504-0080)。臺北市: 衛生福利部。
42. 許怡欣 (2004)。研究建立總額預算分配的優先順序原則與機制。行政院衛生署中央健康保險局委託研究報告 (編號: PG9305-0531)。臺北市: 行政院衛生署。
43. 許碩芬 (2009)。健保之供需雙方因素對於醫療費用之影響—道德風險? 抑或供給誘發需求? 行政院國家科學委員會專題研究計畫 (編號: NSC 97-2410-H-327-012)。臺北市: 行政院國科會。
44. 連賢明 (2015)。保險費計費基礎之探討。衛生福利部委託研究計畫報告 (編號: M03E5010)。臺北市: 衛生福利部。
45. 連賢明, 李妙純, 鄭清霞, 韓幸紋與汪志勇 (2012)。健保新制財務規劃之研究。衛生福利部委託研究計畫報告 (編號: PG10006-0215)。臺北市: 衛生福利部。
46. 郭年真、江東亮、賴美淑 (2014)。二代健保改革。臺灣醫學, 18(1), 43-52。
47. 郭年真、楊銘欽、陳珮青、賴美淑 (2017)。從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究。衛生福利部委託研究計畫報告 (編號: PG10507-0068)。臺北市: 衛生福利部。
48. 郭莉娟、鄭景文 (2016)。日本醫療財政之現況與課題。財稅研究, 45(2), 148-165。
49. 陳孝平 (2015)。全民健保長期財務安定調節機制之探討。衛生福利部委託研究計畫報告 (編號: PG10403-0258)。臺北市: 衛生福利部。
50. 陳志豪、張可臻、林忠順 (2012)。全民健保單一保險制度的優缺點。家庭醫學與基層醫療, 27(6), 222-225。
51. 陳敦源 (2006)。全民健康保險監理會未來運作機制規劃之研究。衛生福利部委託研究計畫報告 (編號: PG9509-0035)。臺北市: 衛生福利部。
52. 陳敦源、張耀懋 (2012)。建構全民健康保險會組織任務中財務收支連動運作機制之研究。衛生福利部委託研究計畫報告 (編號: PG10105-0149)。臺北市: 衛生福利部。
53. 曾玟富 (2017)。2017 年韓國健康保險審查及評估組織(HIRA)社會健康保險訓練課程。福利部中央健康保險署出國報告 (出國類別: 訓練)。臺北市:

衛生福利部。

54. 湯澡薰、陳世銘 (2009)。各國藥品支付制度及藥價政策分析及評估。行政院衛生署委託研究計畫報告 (編號: PG9806-0299)。臺北市: 行政院衛生署。
55. 新田秀樹 (2013)。世界①醫療保障。日本京都: 法律文化社。
56. 楊長興 (1996)。全民健保實施對於民眾醫療利用率影響之初期評估。中央健保局八十四年度委託研究計畫 (編號: PB8506-1795)。臺北市: 行政院衛生署。
57. 楊漢泉 (1994)。全民健康保險部分負擔制度之規劃。研考雙月刊, 18(1)。
58. 葉至誠 (2011)。老人福利國際借鑒。臺北市: 秀威出版。
59. 葉秀珍、陳孝平、鄭文輝 (2014)。制度實踐的困境: 危機或轉機? 全民健保體系中職業工會定位之探討。健康與社會, 2。
60. 臺灣醫療改革基金會 (2008)。認識德國健保。取自: http://issue.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=834
61. 趙喜順 (2000)。臺灣的醫療保險制度。臺灣研究集刊, (1), 95-102。
62. 劉宜君、陳敦源、林昭吟、王光旭 (2016)。建構整合全民健保總額協定分配、給付範圍審議及費率審議之財務收支連動機制。衛生福利部委託研究計畫報告 (編號: PG10504-0071)。臺北市: 衛生福利部。
63. 蔡玉時 (2017)。有關政府應負擔健保總經費法定下限計算方式評析。主計月刊, 739, 46-51。
64. 蔡魯、高資彬、林阿明、張溫溫 (2007)。德國總額支付制度之協商運作考察報告。中央健康保險局出國報告 (出國類別: 出國考察)。臺北市: 中央健康保險局。
65. 衛生福利部 (2012)。二代健保費率要依“收支連動、財務平衡”原則, 由健保會進行審議, 目前尚未作成決議, 沒有政策跳票問題。105 年衛生福利部新聞。取自: <https://www.mohw.gov.tw/cp-3159-24615-1.html>。
66. 衛生福利部中央健康保險署 (2014)。白色守護—全民健保醫療支付與管理施政紀實。臺北市: 衛生福利部。
67. 衛生福利部中央健康保險署 (2014)。金色挑戰—全民健保納保及財務平衡施政紀實。臺北市: 衛生福利部。

68. 衛生福利部中央健康保險署(2017)。**106 年度全民健康保險財務評估報告**。臺北市：行政院衛生署。
69. 衛生福利部中央健康保險署 (2018)。**全民健康保險年報：2018—2019**。臺北市：衛生福利部。
70. 衛生福利部全民健康保險會(2018)。**108 年度全民健康保險費率維持 4.69% 不調整。委員關切重要議題分析**。取自：
<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-4039-45522-116.html>。
71. 衛生福利部全民健康保險會 (2018)。**全民健康保險 106 年年報**。臺北市：衛生福利部。
72. 衛生福利部全民健康保險會 (2018)。**業務職掌**。取自：
<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-1651-16683-116.html>。
73. 衛生福利部全民健康保險會 (2019)。**109 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)諮詢健保會意見**。臺北市：衛生福利部。
74. 衛生福利部全民健康保險會 (2019)。**組織體制**。取自：
<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-1651-16746-116.html>。
75. 鄭守夏(2014)。**循序改善常檢討 健保制度更完善**。載於中央健康保險署(主編)，**白色守護：全民健保醫療支付與管理施政紀實**(10-11 頁)。臺北市：中央健康保險署。
76. 駐韓國代表處經濟組 (2011 年 01 月 18 日)。**韓國 2030 年全民健康累積虧損達 400 兆韓元**。**臺灣經貿網**。取自：
<https://info.taiwantrade.com/biznews/%E9%9F%93%E5%9C%8B2030%E5%B9%B4%E5%85%A8%E6%B0%91%E5%81%A5%E4%BF%9D%E7%B4%AF%E7%A9%8D%E8%99%A7%E6%90%8D%E9%81%94400%E5%85%86%E9%9F%93%E5%85%83-912026.html>
77. 駐韓國代表處經濟組 (2011 年 07 月 07 日)。**《國擬對酒類及速食類徵收健康增進負擔金**。**臺灣經貿網**。取自：
<https://info.taiwantrade.com/biznews/%E9%9F%93%E5%9C%8B%E6%93%AC%E5%B0%8D%E9%85%92%E9%A1%9E%E5%8F%8A%E9%80%9F%E9%A3%9F%E9%A1%9E%E5%BE%B5%E6%94%B6%E5%81%A5%E5%BA%B7%E5%A2%9E%E9%80%B2%E8%B2%A0%E6%93%94%E9%87%91-921239.html>

78. 盧瑞芬、謝啟瑞 (2000)。醫療經濟學。臺北市：學富文化事業有限公司。
79. 戴雪詠 (2019)。參加 2018 年韓國「健保給付之現況與未來」國際研討會。衛生福利部出國報告（出國類別：會議）。臺北市：衛生福利部
80. 韓幸紋 (2013)。從學理及行政執行面探討保險對象補充保險費課徵之問題。臺灣衛誌，23，6-17。
81. 韓幸紋，徐偉初，鄭文輝 (2013)。健保保費改制對養育兒童家戶財務負擔公平性之影響。經濟研究，49(2)，253-296。
82. 羅光達 (2014)。健保新制下費率調整機制及其公式之研究。衛生福利部委託研究計畫報告（編號：PG10303-0228）。臺北市：衛生福利部。
83. 羅紀琮、李光廷、林志鴻、尤素娟、林美色、林士淳 (2006)。健康保險制度一日、德、法、荷的經驗與啟示。臺北市：巨流出版社。
84. 羅凱凌 (2017)。誰說了算？台灣全民健康保險會利害關係人政策參與之個案研究。臺灣民主季刊，14(3)，103-145。
85. Altindal, S. (2008). *Das Target Costing in der gesetzlichen Krankenversicherung*. GRIN Verlag.
86. Brett J. Skinner & Mark Rovere (2018). Canada's Health Care Crisis is an Economics Problem, Not a Management Problem. *New Brunswick Telegraph Journal*. Retrieved from <https://www.fraserinstitute.org/article/canadas-health-care-crisis-is-an-economics-problem-not-a-management-problem>
87. Busse, R., & Blümel, M. (2014). Germany: Health system review. *Health systems in transition*, 16(2), 1-296.
88. Busse, R., Riesberg, A., & World Health Organization. (2004). *Health care systems in transition: Germany* (No. EUR/04/5046928). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
89. Canada Medicare (2019). Retrieved from [https://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_\(Canada\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_(Canada))
90. Canada. ca (2018). Canada's Health Care System. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>
91. Canadian Health Care Organization (2007). Retrieved from <http://www.canadian-healthcare.org>

92. Chidambaram, Priyahharshini, (2015). Possible Adaptation to the United States from South Korea's Healthcare System, a senior thesis submitted to Eastern Michigan University.
93. CIVITAS (2013). Health Systems: Germany, based on the 2001 Civitas Report by David Green and Benedict Irvine, updated by Emily Clarke (2012) and Elliot Bidgood (2013).
94. Federal Ministry of Health (2018). Retrieved from <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/gesundheit/details.html?bmg%5Bpubid%5D=3238>
95. Finlayson, G., & Finlayson, G. (2007). Allocating Funds for Healthcare in Manitoba Regional Health Authorities: A First Step, Population-based Funding. Manitoba Centre for Health Policy, Faculty of Medicine, University of Manitoba.
96. Gopffarth and Henke K.D. (2013). The German Central Health Fund-recent developments in health care financing in Germany, *Health Policy. Mar, Vol.109 No. 3*, pp. 246-52.
97. Gov.bc.ca (2019). Retrieved from <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/government/ministries-organizations/ministries/health/consolidated-pma-2019.pdf>
98. Hall, R. E., & Jones, C. I. (2007). The value of life and the rise in health spending. *The Quarterly Journal of Economics*, 122(1), 39-72.
99. Healthcare in Canada (2019). Retrieved from https://en.wikipedia.org/wiki/History_of_medicine_in_Canada
100. Lewis, S., & Kouri, D. (2004). Regionalization: making sense of the Canadian experience. *Healthcare Papers*, 5, 12-33.
101. Manning, W.G. et al. (1987), Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment, *American Economic Review, American Economic Association*, 77(3), 251-77.
102. Ministry of Health, Labour and Welfare (2014). Overview of estimates of national medical care expenditure (in Japanese). *Tokyo, Japan, Ministry of Health, Labour and Welfare*. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/14/>, accessed 15 January 2018).
103. Mougeot, M., & Naegelen, F. (2005). Hospital price regulation and expenditure cap policy. *Journal of Health Economics*, 24(1), 55-72.

104. National Health Insurance System of Korea (2015). Retrieved from http://www.kobia.kr/skin/bbs/downloads_e2/download.php?tbl=policy_report&no=401
105. NHIS, South Korea – 국민건강보험공단. Retrieved from <https://www.nhis.or.kr/static/html/wbd/g/a/wbdga0101.html>
106. NHIS: 2014 National Health Insurance System of Korea: Universal Health Coverage for the World.
107. Obermann, K., Müller, P., Müller, H. H., Schmidt, B., & Glazinski, B. (2013). Understanding the German health care system. *Mannheim Institute of Public Health, Universidade de Heidelberg, Alemanha*.
108. OECD Health Policies in Canada (2016). Retrieved from <https://www.oecd.org/canada/Health-Policy-in-Canada-January-2016.pdf>
109. Phelps, C. E. and J. P. Newhouse (1972). Effect of coinsurance : A multivariate analysis, *Social Security Bulletin*, 35(6), 20-28.
110. Quentin, W. (2018). Health care purchasing and payment systems in Germany. Retrieved from https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2018.lectures/Barcelona_20181130-wq_German_health_system_payment.pdf
111. Ridic, G., Gleason, S., & Ridic, O. (2012). Comparisons of health care systems in the United States, Germany and Canada. *Materia socio-medica*, 24(2), 112.
112. Scitovsky, A.A., and N.M. Snyder (1972). Effects of Coinsurance on Use of Physician Services, *Social Security Bulletin*, 35(6), 3-19.
113. Scitovsky, A.A., and N.McCall (1977). Coinsurance and the demand for physician services : Four year later, *Social Security Bulletin*, 40(3), 19-27.
114. Song, Y. J. (2009). The South Korean health care system. *JMAJ*, 52(3), 206-209.
115. Soonman Kwon, Tae-jin Lee, Chang-yup Kim (2015). Republic of Korea Health System Review, *Health Systems in Transition*, Vol. 5 No. 4.
116. Sutherland, J. M. (2011). *Hospital payment mechanisms: an overview and options for Canada*. Canadian Health Services Research Foundation.
117. Sutherland, J. M., Repin, N., & Crump, R. T. (2013). *Reviewing the potential roles of financial incentives for funding healthcare in Canada*. Canadian Health Services Research Foundation.
118. Sutherland, J., Crump, R., Repin, N., & Hellsten, E. (2013). Paying for hospital

- services: a hard look at the options. *CD Howe Institute Commentary*, 378.
- 119.** Sweatman, L. R., & Woollard, D. (2002). Resource allocation decisions in Canada's health care system: can these decisions be challenged in a court of law. *Health policy*, 62(3), 275-290.
 - 120.** Tae Hyun Kim, Ph.D. (2017). Health Care System in Korea.
 - 121.** UBC Centre For Health Services and Policy Research (2014). Retrieved from <http://healthcarefunding.ca/key-issues/current-funding/>
 - 122.** Victor G. Rodwin. (1994). Japan's universal and affordable health care: Lessons for the United States? Retrieved from <https://www.nyu.edu/projects/rodwin/lessons.html#introduction>
 - 123.** Waltermann, R. (2009). *Sozialrecht* (Vol. 10). CF Müller GmbH.
 - 124.** WHO (2018). Japan Health System Review, *Health System in Transition*, 8(1). Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259941/9789290226260-eng.pdf;jsessionid=A89CEA4A106FC2071F759835FE5DA211?sequence=1>

附錄

附錄一 第一次專家學者諮詢會議會議紀錄

108 年度「健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第一次專家學者諮詢會議紀錄

時間：2019 年 5 月 24 日（五）下午 2 時至 5 時

地點：衛生福利部 2 樓全民健康保險會 202 會議室

主席：連賢明老師

記錄：黃心楹、洪靜芬

出席（列）席單位及人員：詳見簽到表。

一、會議背景及目的：

（一）會議背景

觀看歷年的健保財務狀況，可以看出保險收入與保險支出成長速度失調，收入趕不上成長，導致健保財務的失衡。而根據推估，未來可能需要面臨費率更加頻繁與大幅度的調升，方以支應逐年成長的保險支出。

從 104 年 10 月健保會針對費率審議決議建立財務平衡與收支連動機制，所決議建立之健保費率調整的原則來看：假設安全準備不足 1.5 個月的時候，就啟動費率調漲機制，其調漲以當年起(含)第 2 年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額計算為原則；如若當年起(含)第 3 年年底安全準備餘額超出 3 個月保險給付支出時，則啟動保險費率調降機制，並調降以超出之金額計算為原則。以此項機制來調整健保費率，在面臨人口快速老化，醫療支出急遽成長，及配合各項政策所形成的環境下，試算出未來費率的調漲幅度，將會比過去來的快，次數也會來的多，幅度也會來的大。

健保會針對費率審議建立收支連動機制，惟透過此機制來平衡健保財務失衡之問題。但收支連動機制到底怎麼去運作，才能夠使健保財務永續、費率平穩調節，卻是一大挑戰。從架構上來看，目前的機制似乎不夠靈敏，考慮的一個因素也不夠多元，因此針對機制的建立，透過本項計畫，看看是否能結合各方意見，找出合適、相關的考量因子，協助健保會在財務的平衡上，建立一個較科學的依據來運作。

而除了費率調節機制外，當健保財務失衡時，也考量從收入面與支出面著手。在收入的部分，探討是否還有別的財源可以納入？什麼樣的財源現況是較可

能的？在支出的部分，萬一健保財務真的是無法控制的時候，不一定要從費率調整去考量，也許可以在給付範圍的部分做一些調整等等。

本計畫將會分成兩年。第一年，希望在現有的框架下，針對收支連動的部分，提出科學數據，建立一套合理的費率調節機制。第二年，針對支出面的部分，探討當收入已達飽和時，在支出過度膨脹下，是否能做給付範圍的修正，來減少醫療給付支出？並擬提調整給付範圍的原則。

(二) 會議目的

本會議主要針對收支連動機制、收入面以及支出面相關方向進行討論。

1. 收支連動

- (1) 所謂「收支連動」，到底是量出為入還是量入為出？是否是當有盈餘的時候採「量出為入」，沒盈餘的時候採「量入為出」呢？
- (2) 當收入面無法再增財源、支出面無法再挹注新財源時，機制該如何運作，以及費率該如何調整？
- (3) 針對調節時機、考量因子、調整次數、調整幅度等方面的探討，以建立一套合理的收支連動機制。
- (4) 關於費率調整模式，各專家學者對於過去調一休三的方式較為支持，還是有其他調整頻率的建議？
- (5) 可否能建立一套如油價般自動調整的公式，提高民眾接受度，或避免民眾的反彈？

2. 收入面

- (1) 假設費率調漲有問題，是否有其他財源可以挹注？（如菸品健康捐、補充性保費等）
- (2) 先前費率調漲後，安全準備累積了近兩千億左右，因此在費率調漲後，增加了很多的安全準備之時，是否要進行較好財務操作？以及該如何去操作？
- (3) 政府負擔的部分，是否確實的補貼進健保財務？還有沒有增加可能？

3. 支出面

- (1) 假設屆時真的收入不膨脹，在漲那麼多支出的情況下，要如何去減少支出的部分，以及行政程序上要怎麼執行？
- (2) 探討保險給付範圍審議的部分，有無限縮給付範圍的可能？

二、會議探討議題與專家學者答覆摘要

(一) 關於費率調整模式，各位專家學者對於調節時機、考量因子、調整次數、調整幅度等有無想法及意見？什麼樣的模式以及方式是現實較為可行的(如油價自動調節的方式等)？考量民眾的接受度，保險費率該如何做調整呢？

1. 李永振委員

剛才有提到用類似油價的方式做調整，我認為油價跟健保不太一樣：如果我沒有錢，油價漲太高我們就少開車，這是自己可以決定的；但是健保是強制保險且生病不可控制的。如果不繳費，生病該怎麼辦？而且生病與否是無法保證的，因此健保跟油價是兩個不一樣的架構。

那如果說抓住方向，健保法的精神就是收支連動，所以費率可以每年調，但是在這之前，要先說服消費者這個架構的合理性。

2. 吳國治委員

關於費率的調整，我個人覺得就像油價一調整有上有下，可是我並不認為說，這個民眾都可以認知—這費率值會上會下。但是並不是說不能做，以前油價在調的時候，曾引起社會上很大的爭議，但現在民眾已習以為常。所以可以訂一個浮動的公式出來，讓它自動的調整，反覆的調，其實民眾習以為常的話，基本上我覺得這是一個很好的方法。

3. 林錫維委員

可以參考勞保一次通過五年的費率調漲，每年逐步調漲 0.5%。所以依照整個成長做逐步變動，就不用考慮還需要誰去通過，主要是去控制整個費用的成長。除此之外，還要讓民眾及付費者了解，健保不會滯留太多安全準備金。因為留太多安全準備金會使民眾及付費者認為健保財務是盈餘的，就沒有調整保費的必要性。

4. 謝天仁委員

如果有一個方案：假使我們是在每一年的總額成長率以下費率的調漲，我認為每一年都可以做，譬如說假設今年總額成長率是 5.2%，那在 5.2% 以下費率的調漲，我認為基本上是可以做的。

臺灣的電價在 2008 年的時候，曾經因為國際市場上面煤炭漲跌幅很高，所以立法院就有一個附帶決議：3% 以下不用報，委員會可以自己調，超過 3% 才要到行政院去核定然後經過立法院。而這個決議實際上一直做到現在，或許某個角度只要健保會本身去做成一個決議，擬提每年保費本身正常應該是多少以下，

而超過才要送辦，和行政院形成默契：如果是成長率以下（八折或七折）送來這邊就發佈出去，不會有任何意見等等。對於經常性的調整方式，沒有什麼看法。但或許可以考慮費率成長不超過總額，或是假設不超過總額成長率的 80%。

而經常性運作的模式，因為它沒有漲足，所以它在一定年限以後它就會產生短缺，所以你在一定時間內，例如四年：每四年的時候可以重新調整把它拉到預設的安全準備（如安全準備設定一個月或一個半月）。如果用這種方式，跟行政院形成默契，在今年九月通過這樣的模式，再去跟行政院提現在方案的設定。因為原則上每年就漲這麼一點點，總額成長率就會被限縮，因為兼顧民眾負擔的能力，所以不會一次漲足：可以嘗試抓 60、70、80%，然後每三年或四年，每四年的話可以把選舉跨過去。然後每四年把它的幅度做一個財務的連動效果來彌補它短絀的部分，這也是一個比較緩和的、漸進式的過程，而且行政院也能夠承受比較低的壓力，上路的可能性相對就會比較高，可以這樣去思考看看。

(二) 健保的收支成長速度失衡，使得保費的調整愈加頻繁。因應人口老化加速，醫療支出遽增的形勢下，在收入面的部份，有沒有其他盈餘的可能？或是在安全準備金上是否能有其他的財務操作？對於政府負擔的部分還可以再調整嗎？

1. 李永振委員

- (1) 我是認為使用者多付一點錢，一直在呼籲這個，但上一次這個去年健保署有提出來一下就被否決掉。
- (2) 都說新科技一直要錢，要享受卻又反對調漲保費，天下哪有白吃的午餐？所以這個觀念要怎麼去建立也不曉得，但觀念建立之後，這個部分還是要有私人保險跟商業保險來吸收。

2. 周穎政委員

- (1) 針對政府負擔的部分。民眾常常有個觀念是：最好不是我來出，是政府來出。但是政府的錢並不是從天上掉下來的，政府的稅收也是納稅人所繳納的，今天不過是繳保費跟繳稅，但好像就被認為繳稅跟健保無關、跟我們無關、跟民眾無關，所以最後都賴給政府：政府應該要繳這塊、繳那塊。但是大家都很清楚，臺灣人民不太喜歡繳稅，且目前不可能現在有一個政黨會提出加稅救臺灣的政見。所以由政府加稅，再把錢撥給健保這樣的機率，我認為我們可以去爭取，但是那個機會不大。

- (2) 在財源的部分，如果要支應人口老化，儲蓄很重要。所以在系統上也要改成某一程度上的安全準備要足夠，並且應該切開。因為我們目前所謂的安全準備是為了短期的支應，但如果是為了因應年齡結構的衝擊，應該要切開分別獨立成一部份來處理，並且探討如何分配的問題。

3. 吳國治委員

在菸捐的部分，基本上、合理上，應該是要納入安全準備金來。但如今（菸品健康捐）卻被政府當作提款機，從 90%到 70%，從 70%到 50%，那現在 50%裡面又撥 5%出去，累積起來（減少）約 600 多億的鉅額。對於這應該納入健保安全準備的部分，覺得應該要據理力爭把它拿回來。

- (三) 假設面臨到收入侷限，而支出不斷膨脹，健保財務入不敷出時，除了從費率上做考量之外，有沒有可能在給付範圍的部分做調整？在支出的部分能否有效地去控制及減少、且行政程式上又該如何有效率去運行？如若調整給付範圍時，審查機制應該考量什麼因素，又該如何調整？

1. 李永振委員

- (1) 我覺得是我們保險給付太好、給付內容太豐富了，因此沒有充分付出之間的對價，說難聽點就是大家不珍惜。
- (2) 部分負擔的部分，若有其必要性，部分負擔不應該是由健保來擔，而是用社會福利編預算來支撐，因為保險跟福利是兩回事。

2. 吳國治委員

合理的支付制度很重要，支付可以引導整個制度。這個支付制度讓醫院認為這樣可以變到基層去，從醫院來看似乎划不來，而基層划得來，那就往基層去，很多東西都是支付在引導，所以這部分要多加考量。

3. 林錫維委員

在健保會一直談到「無效醫療」，無效醫療一年要浪費幾百億，這部分是否可以考慮來修法？應該可以省下許多不必要支出。在「免部分負擔」的部分，是否也應該再做探討？為什麼要免部分負擔？這些人是應該免部分負擔嗎？還有「重大疾病」，重大疾病的定義以及這整個費用及相關的支出也是一個很大的數據，這些也免部分負擔。因此這部分是值得去深思它的必要性及合理性。

除此之外，有些法律上跟本不符合目前支付這樣的條件，這部分還需要再討論。「代位求償」的適當性也存在疑慮，並且政府也應該要跨部會的來做探討：

他們應該付的就應該負責，不是就擱置、拖延，然後牽扯政治的問題。

4. 謝天仁委員

- (1) 在支出面上，部分負擔本身的調整主要應該投射在可以抑制浪費的部分，比如說藥物的部分。臺灣藥物的浪費，已經造成環境上很大的負擔。這個部分或許可以考慮偶爾取消部分負擔，採全額負擔。
- (2) 「科技評估」這一塊應該要花一點心力去思考。健保用藥的採訂、在整個評估上面是不是符合它的效益，如果不符合效益的話它就不應該放進去健保，不然的話健保本身不可能容納那麼多東西，所以我覺得某個角度是把我們的機制建置的更合理更完整，建置好了之後我想我們要去做一些調整相對是容易的。只是說我們以現在的角度盡量去把這些東西弄得我認為更合理，我覺得它自然會有它的效益存在。
- (3) 健保支付的部分存在很多不公平的地方，也就是好做的大家都做很多，但是難做的，支付標準低風險又很高，就沒有人去考慮它。所以那些有問題的支付標準、不合理的支付，應該要先去做調整。

三、專家學者其他意見¹¹

(一) 李永振委員

1. 政府在行政執行上，需改善及加強執行的效率。如總額協商、醫療紛爭的處理及討論中，提出了意見及改善計畫，而後續的發展卻未如期地去執行與修繕，所檢討的、建議的皆被擱置著。如 107 年提出的收支結構性失衡問題，迄今也被揭過，無人提及。
2. 健保法第 78 條安全準備一至三個月的問題要先解決，不然微調的方案是無法實行的。法律訂在那，什麼都無法克服，應該要先做修正。並且所謂合理的架構到底是什麼樣子，是否有明確的架構出來？並且收支連動失衡以及費率上限 6% 水準的問題也應該要先找出因應的對策。
3. 剛才提到說賺錢就量出為入，賠錢就量入為出，但是將來政府應該還是要考慮量入為出，因為少子化、老年化、人口結構的改變，保費一直漲到最後可以負擔的人愈來愈少，而且薪水也提不起來，在這樣的形勢下，不管在什麼時候都只能量入為出。

¹¹ 委員於回答問題時提出之意見。雖然與問題本身無直接關聯，但仍具其重要性。

(二) 周穎政委員

1. 臺灣算是一個相當緩慢的國家，醫療支出占 GDP 的比重是算偏低的。但民眾卻無法接受。整個醫療科技的進展、所得的增加，都可能是整個推動醫療費用成長的動力。所以長期以來，不見得是因為支出太多，而是在於我們沒辦法去創造一個合理的收入結構。而且這個收入結構是現實的，我們無法去監測，該花的錢是一定要花，只是倘若健保不出，它就會從民眾身上拿，或是由民眾自費保險。
2. 部分負擔採定額的方式與定率相差極大，政府應該針對這部分做調整。
3. 贊成調漲保費，反對費率的調降，並贊成擴大費基。在「二代健保」上採支持的態度，贊成加強補充保費的課徵。
4. 在實際上，我們在考慮調整費率，但不管是一次調還是分階段調，要調漲保費的前提，勢必會引發多爭議：政府的欠費、差額等問題。因此，政策上要先考量到這些部分，不然就會出現「先做到節流才能提開源」的問題。

(三) 林錫維委員

關於相關政府單位算出來明年應該有 3%到 5%的高推估、低推估，以及協商問題的部分，為什麼政府核定免協商的部分一定是幾百億？這部分的正確性存在質疑。

(四) 謝天仁委員

健保最近幾年民眾的滿意度皆不錯，是因為費率本身並沒有什麼調整。如果費率沒選擇調降，留那麼多錢放在那裡，安全準備也會很快都揮霍掉。如果錢讓它一直很多，假使都不會浪費掉，是沒有人會反對的。但是現實是醫療費用支出呈現無法控制的狀況，留下來的錢並無法被合理的運用。而健保署處理了急診壅塞、調整了相關急診部分負擔的效果很有限，但這並不是在解決這個問題。

散會：下午 5 時

108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第一次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 05 月 24 日(星期五)

會議地點：衛生福利部 202 會議室

參與人員		簽名
中華民國精算學會正會員 中華民國工商協進會財稅研究委員會委員	李永振	李永振
財團法人中華民國消費者文教基金會榮譽董事長	謝天仁	謝天仁
逢甲大學風險管理與保險學系 副教授	張智凱	
國立陽明大學公共衛生學科暨研究所教授	周穎政	周穎政
全國勞工聯合總工會榮譽理事長	林錫維	林錫維
中華民國醫師公會全國聯合會 常務理事	吳國治	吳國治

108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第一次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 05 月 24 日(星期五)

會議地點：衛生福利部 202 會議室

參與人員		簽名
政大財政學系教授	連賢明	連賢明
長庚大學醫管系	許績天	
中正經濟學系教授	唐孟祺	唐孟祺
暨南經濟學系副教授	陳妍蓓	陳妍蓓
政大台灣研究中心	古芳盈	古芳盈
政大台灣研究中心	黃心楹	
政大台灣研究中心	呂新靈	呂新靈
政大台灣研究中心	黃詩喬	黃詩喬
政大台灣研究中心	洪靜芬	洪靜芬

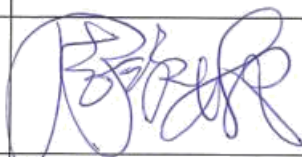
108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第一次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 05 月 24 日(星期五)

會議地點：衛生福利部 202 會議室

參與人員		簽名
衛生福利部		
衛生福利部		曾淑娟
衛生福利部		李德毅
衛生福利部		洪慧茹
衛生福利部		陳信婷
衛生福利部		
衛生福利部		
衛生福利部		
衛生福利部		
衛生福利部		

108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第一次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 05 月 24 日(星期五)

會議地點：衛生福利部 202 會議室

參與人員		簽名
台灣研究中心	許明翔	許明翔
台灣研究中心	黃于健	黃于健

附錄二 第二次專家學者諮詢會議會議紀錄

108 年度「健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第二次專家學者諮詢會議紀錄

時間：2019 年 6 月 14 日（五）上午 10 時至下午 12 時

地點：政治大學綜合院館南棟 12 樓第三會議室(271243)

主席：連賢明老師

記錄：呂新靈

出（列）席單位及人員：詳見簽到表。

一、會議背景及目的：

（一）會議背景

健保財務狀況一直以來都呈現支出成長大於收入成長的現象。已過曾調過幾次健保費率，然而，每次調整健保費率便有政治官員下臺負責。104 年健保會曾建立健保費率調整的原則，假設安全準備不足 1.5 個月的話，便啟動健保費率的調漲，第二年起可以維持大概兩年的費率，兩個月的保險支出。假設安全準備超過了三個月的時候，則調降。除此之外，費率調漲漲幅以不超過 6% 為限，若是超過就必須修法。

由於臺灣人口老化日益嚴重，以及醫療支出成長越來越快速，因此，2020 年預計會進行一次調漲，費率預計從 4.69% 調漲至 5.69%，大約調漲 20%。接下來，約每三年進行一次調漲，每次調整約 10% 左右。2020 年可能進行的費率調漲有幾個主要問題：

1. 未來的調漲，若是按照上述調整模式，費率調漲會相當大，對社會可能會造成很大的衝擊。
2. 若是進行費率調漲，安全準備會相當多。
3. 依據先前經驗，費率調漲可能會使健保支持率大幅下降，進而可能影響對健保的經營

在費率調整上，全民健康保險會（以下稱健保會）職責範圍，主要包括保險費率之審議、保險給付範圍之審議。本計畫將會分成兩年。第一年，希望在現有的框架下，提出科學數據，讓大家接受費率調整。第二年，給付範圍是否能做修正，因應健保法，當收支落差大時，是否重新思考限縮給付範圍，希望能藉由本計畫研究提出調整給付範圍的原則。

(二) 會議目的

本會議最主要討論議題為收、支，以及收支連動。

1. 收入面

- (1) 假設費率調漲有問題，是否有其他財源？例如，菸品健康捐或補充性保費。
- (2) 先前安全準備已累積了近兩千億左右，這一次調漲後又會增加很多的安全準備，是否要進行財務操作？

2. 支出面

假設費率漲幅社會無法接受，支出無法碰到，那應以怎樣的行政流程調整支出？

3. 收支連動

- (1) 費率調漲時，當用怎樣的收支連動模式？
- (2) 要有什麼樣的指標？
- (3) 是否要考慮其他社會因素，例如經濟成長等？
- (4) 是否要維持過去調一休三的方式，或是要用不同的頻率調整？
- (5) 費率調漲的漲幅應為多少？
- (6) 是否能有像油價一樣的自動調整方式，能以避免社會衝擊？

本次會議，具體來說，希望藉由與經驗豐富的專家學者，探討以下對於調整費率的想法，希冀能在目前的制度之下找出大家都可以接受的可能方向：

1. 是否有其他方式，可以讓整個社會接受健保的漲幅，並且不會造成健保整個滿意度的大幅下降？
2. 是否仍維持過去調一休三的方式，或是要用不同的頻率調整？
3. 要不要考慮社會上面其實其他的因素，例如經濟成長？
4. 實際運作上可能會碰到哪些問題？可能會面對哪些挑戰？

二、會議探討議題與專家學者答覆摘要

- (一) 應如何調整健保費率比較好？頻率、漲幅應為何較恰當？是否考慮其他社會因素，如經濟成長？有哪些想法是較可行的？是不是可以接受小幅度、多年的調整方式？或是有沒有比較容易說服大眾的模式？

1. 盧瑞芬委員

贊成有個自動調整機制，分成數年內調，不要一次調。

因為一次調 20% 是個很大的政治戰，是不可行的，而且財務也會不穩。所

以應該要有像油價一樣的自動調整機制，並且前提為餘額不足 1.5 個月設的太低了，應該要往上調，才有可能儘早啟動調漲機制，也才有可能是調一休三的模式，所以應再思考調整原則。

除此之外，建議可以像韓國一樣，做一個浮動的機制每年調整，只要今年錢不夠了，就調整費率，就像何委員講的，如果當年總額協商就已經知道中間差額，就要反映在費率上面。

2. 何語委員

建議小幅每年調整。

政府應該放棄核定每年總額成長率的權力，應回歸讓付費者與醫療提供者雙方協商每年的成長率，進而換算金額，便可換算保費需收多少，原則上就以調整百分比的上下 1%作為保費未來要扣的百分比，而以不超過法定上限 6%為限，每年調整幅度便會很小。比如，今天付費者跟醫療提供者雙方協商成長率為 3%，政府已經知道明年總支出是多少錢，那政府就要開始換算明年的總收入多少錢。那基本的 1.5 個月的備用基金，先暫時不用管它，把它維持在備用基金裡面，除非換算到最後只有一點點差額，那個時候才補進來，或是會多一點點出來，這時再補回去。但是明年換算出來，如果支出跟收入之間的差額為 500 億，那 500 億便為調整費率。此便為收支連動。

因為現在電腦現在都很發達，軟體也都可以設計了，那如果在 11 月以前已經定案說，明年調整 0.3%，一月一號開始，電腦軟體馬上就可以進入 0.3%的收費機制了。

這樣每年小幅調整是老百姓可以接受的。若是每年政府都以此收支連動機制調整費率，老百姓就不會罵。此為付費者付錢概念。

3. 翁文能委員

贊成小幅多次的調整。

因為健保為社會保險，費率調整應該要有一個公式慢慢調整，讓使用者知道自己使用了多少。若是今年已經用超過了，則明年理當補回來，所以要每年調整。政府可以設置一個基金，餘額放進去，就知道多少錢，用掉多少，剩下多少，政府就去補齊，補到政府發現用光了，缺多少的時候，大家就進行調整。

至於漲幅的部分，翁委員建議可以提幾個方案，最多每年調幾%，讓民眾選擇。針對這部分，連老師回應，可以做五個案。

4. 余清祥委員

贊成每年調整。

因為臺灣人口老化速度快，而且平均一個 65 歲以上老年人的醫療費用是平均費用的五倍以上，所以如果每年調整，會引起很大的波動。如果以未來十幾年，比如說，10 年、15 年為單位，算可能的費率，這樣每年調整的速度就不會太快。以未來 15 年反映未來人口老化，然後隔年再做一次未來 15 年，所以每年都跟著人口老化微幅上升，便可壓低上升幅度。余委員認為這點是可以考量的。除了人口老化之外，重大傷病可能也會造成醫療費用的震盪。因此，余委員建議考慮預算的時候，可以用比較長期的角度，這樣，費率就不會太高，這點是比較立即可以做的。

(二) 如果每一年調整費率的話，政府官員將會有非常大的壓力。上次有個委員提出這個想法，假設每一年當中我們都是固定的費率，或者是從支出上面我們先打折，例如說，總共要漲 5%，那費率的部分例如說打七折，那費率每一年調整 3.5%，等到了四年以後再整個結算。除此之外，就像翁委員講的，到時候要補多少，把基金的部分，安全準備補起來，這樣子的話，就變成授權一次，變成從政治上面的角度，其實是調一次。那各位委員的想法是什麼？

1. 盧瑞芬委員

贊成微調。油價每個禮拜調一次，未曾有人抱怨，因為大家都認為那是有一個公式算出來的，所以重點是公式要出來，而不是政治問題。當公式出來的時候，民眾就會買單，就會習慣，也就不會抱怨並產生政治官員下臺的問題了。

2. 何語委員

政府應該回歸，進行三方或四方協商，協商成長率，這樣子百姓也清楚知道付費者代表有參與協商成長機制，而不是政府自行決定，這樣一來，政府便不必背負政治責任。政府實際上不用直接介入健保，只要讓付費者與醫療提供者自行協商，政府以福利補助弱勢者即可，事實上，政府現在負責的 36% 是不必的，甚至可以將錢用在補助弱勢者，或是長照等地方。

3. 翁文能委員

對於此想法，不反對，也不積極。翁委員仍覺得要有一個公式進行微調，並且部份負擔一定要增加。

(三) 我們該如何降低醫療費用的成長速度？上次的會議中，有委員問到在程式上

面要怎麼做？也就是說，要怎麼決定醫療服務的給付範圍？應該怎麼進行評估，哪一些是我們覺得效益比較高或比較低的？

1. 盧瑞芬委員

在共擬會之前會有一個專家諮詢，其中，會有健康經濟學的專家進行 cost effectiveness 的分析。這就是財團法人 CDE，他們進行 HTA 的事情。

翁委員所提及的就是第一段，本身的 cost effectiveness，那第二段其實是 budget allocation。所以，以科學方法來說明，就是把所有新藥的 cost effectiveness 加上 budget 去排一個 incremental cost effectiveness ratio，然後進行挑選，這個時候才去排一個 priority list。只是臺灣目前沒有第二段，只有第一段，決定每一個項目的 cost effectiveness，並無考慮到 budget impact。儘管共擬會裡面有討論到 budget impact，也只是討論金額多寡，而不是將項目排優先順序，目前缺少的是就是第二段，要有一個 list，符合 cost effectiveness 的藥，然後看有多少錢，再排一個 incremental ratio，進而算出一個 priority list。目前的重點就是缺在這個第二步。

除了增加的預算做什麼事之外，盧委員提出另一個減法的演算法，不該用的部份應該加重部分負擔。今年的病人自主權利中提出五種 end of life 的 treatment，屬於可能沒有什麼用的情況，如果使用這個部份的話，給付就是有限的，減少服務。

2. 何語委員

以未來電腦化和資訊化的進步，健保署可以進一步地把每一個人每一年花掉多少醫療費用的總金額告訴民眾，連結民眾的手機號碼，從一月一號到十二月三十號完以後，從一月份開始健保署的電腦雲端的總電腦裡面，就自動發出你的手機號碼。這樣可以告訴民眾說去年度全部花掉多少醫療費用，讓他知道前年度繳三千塊保費，但是已經花了五六萬了，讓他也知道他真的花了很多健保費用，那不必要的藥就不必要拿了。

除此之外，何委員也建議政府設立一個中央藥品委員會，由這個委員會統一規範所有藥品的藥價，規範好以後發出去，統一採購、統一份量，由此委員會統一作業。這個中央藥品委員會會從所有的採購藥品的經費裡面提撥多少%，作為新藥新科技的基金，因為要預備錢，未來才能有辦法去採購新藥品新科技特材作為基金，而提撥的多少看各國的情況不一樣，5%~10%都有可能。

除此之外，應重新檢視醫界的生態結構，審視這 24 年來有哪一些病其實是可以不必給付的，而應該由患者自行負擔。何委員認為總額成長率確實是有需要的，但是應該合理化，否則大家都會為了經費而吵翻天。

另外，所有的藥品從專家會議決定完送到共擬會，共擬會都會通過，那有些部分，會經過財團法人藥品查驗中心，重新去檢視這個病症的藥品是否合理、有沒有需要，提供一些意見。現在老百姓已經使用健保資源那麼久了，也習慣了，要再進行很多調整是會引起抗拒的心態的。

3. 翁文能委員

目前其實是有機制的。以前是健保署等單位進行總額協商時，就提出一個金額，包括新藥與新科技在內；今年翁委員則提出應先請共擬會針對提出的項目提出科學證據，評估各項的效益，比如決定 C 肝是最優先的，因為它的治癒率達百分之九十，而且今年治好，明年就好了，以後就沒有增加費用的問題，五年十年後費用也就減少，所以優先使用。第一優先可能要花 80 億，今年大概 80 億就會破掉了，那就不增加其他項了。每年提出的項目，按照排名，並算出各項大約預算多少，送到健保會，健保會再決定最後的預算，明年便執行，這樣才對。目前健保會已同意翁委員提出之想法，雖然目前健保署表示，實施上有困難，可能無法完全精準，但總是有個開始。如此一來，就不再像以前開一堆空頭支票，共擬會就全部通過，導致每年預算都爆掉，一累積就越來越高。

除此之外，翁委員也建議設立一個基金，包括把餘額放進去，過去累積的欠的錢也放進去，同時包括新藥放進去，但是可以分項，幾年後就會知道怎麼結算。這個也跟何委員的意見有點類似，就是要有個機制，有些算不清的可以遞延，算得清的就每年算出來。像今年 C 肝遇到不夠用的問題，衛福部表示一定要加，健保會委員認為不能這樣加，但是翁委員的方式就可以合法。因為不夠沒關係，就先加，然後明年再補。這次進行微調，下次就要調回來，因為這是永續的，翁委員認為這樣會比較好。除此之外，不要浪費醫療資源，不僅要加強醫療供給者的同儕制約，應該也要加強使用者的審查，不然就只會有供給者一方的審查而已。

4. 余清祥委員

依照經驗，要減少服務是很困難的。因此，余委員提出以 cost incentive 的方式來看，以大病為主，小病的話則可能考慮把固定的費率結合在一起，也就是給付在一個金額下面，以下的話就不給付了，類似 stop loss 的概念，然後超過

一定金額則增加給付比例，也就是說，民眾本身付得起的便自行負擔。

三、專家學者其他意見

(一) 盧瑞芬委員

家戶總所得可能是尋找新財源的一個解決辦法。

(二) 何語委員

1. 政府應該放棄核定每年總額成長率的權力，應回歸讓付費者與醫療提供者雙方協商每年的成長率，然後依此成長率分配每年的醫療輪配比。
2. 每年薪資平均都提高，如此加保的保費應該也會提高。以政府未來 5G 的網路系統，應該可以很快算出所有投保員工平均薪資漲幅，明年所有的薪資調整多少，便可以換算明年保費會增加多少。
3. 海外的個人資金回流扣補充性保費也會是個來源。政府可以海外回流資金扣 20%，但是另外拿 1% 作為醫療費用。他們在海外賺錢，回來臺灣看病，理當收 1% 的收入作為醫療費用。
4. 廢除掉現在的公式，因為現在的公式換算下去，成長率都非常高。政府應該重新檢視公式的合理性，並建立大數據。
5. 政府或許也可以在高速公路裡面的收費加 10% 作為醫療費用。
6. 企業所得稅從 17% 調漲至 20%，可以 2% 加給政府收入，1% 加給醫療費用。
7. 靈活運用健保基金創造財富，比如投資國家債券等。
8. 關於 36% 的收入，健康保險究竟為保險，還是福利，還是保險加福利？政府應該先以福利的方式付給低收入戶及身心障礙者，他們拿到錢以後再來繳保險費。政府是代繳保險費，而非繳交保險費，所以政府不能從 36% 扣除掉那七大項費用，仍應該支付。

(三) 翁文能委員

因為健保幾乎是社會保險，加上今年已經破 7,000 億了，明年會更多，這實際上是醫療使用者用掉的，翁委員覺得可以參考韓國跟日本，調漲部分負擔，這也是用者付費的概念。

回歸健保法規定的定率，或是提高定額，可以讓部分負擔提高，這樣使用者才會有感覺，才能避免醫療資源浪費。要有好的醫療服務，就是要大家都不要浪費，才會有好的醫療服務。

明年如果不想調漲的話，依翁委員初步估算，光這個定率就可以用一到兩

年，可以緩漲。只是改成定率，恐怕健保委員跟衛福部有人會要下臺負責，因為定率也是很大的一個痛，但是這個必須要面對，否則支出就一直快速增加。

另外，弱勢者則由政府做社會救濟的另外一個辦法，弱勢者使用了政府再補上，這樣比較不會浪費。如果先給他錢，讓他吃到飽，這樣絕對會浪費。

(四) 余清祥委員

反對海外的人不繳稅而使用臺灣的健保，認為在臺灣繳稅才可以有使用權。在海外的人，包括留學生，包括僑胞，目前補繳四個月就可以使用臺灣的健保。若以公平的角度來看，呼應何委員的意見，應該補繳一年的稅才可以使用。

贊成何委員跟翁委員提到的部份負擔與用者付費概念，也贊成翁委員提及的定率。除此之外，余委員認為應該納入 cost incentive 的想法，反映成本，使用者付費。余委員也贊成政府少介入，恢復市場機制，但不贊成社會補助，認為應該用社會保險，全部也就是使用者付費。那如果是低收入戶的話，政府應該補貼低收入戶，就如同翁委員提到的，低收入戶先自行負擔，之後政府再進行補貼，這樣使用者才知道自己花了多少錢。余委員認為回歸社會保險，如果可以的話，不應該是 pay-as-you-go，pay-as-you-go 是非常危險的，尤其，未來在 40 年之內，65 歲以上老年人口大概 40-50%，那時候就會非常嚴重。

散會：下午 3 時


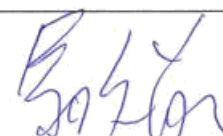
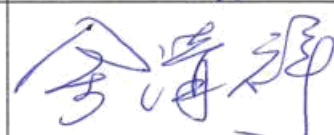
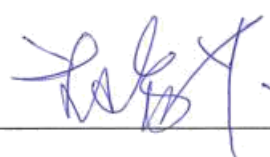
108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第二次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 06 月 14 日(星期五)

會議地點：政治大學綜合院館南棟 12 樓第三會議室(271243)

參與人員		簽名
中華民國全國工業總會常務理事	何 語	
台灣醫院協會理事長	翁文能	
國立政治大學統計學系教授	余清祥	
長庚大學醫務管理學系教授	盧瑞芬	

108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第二次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 06 月 14 日(星期五)

會議地點：政治大學綜合院館南棟 12 樓第三會議室(271243)

參與人員		簽名
政治大學財政學系教授	連賢明	連賢明
長庚大學醫務管理學系副教授	許績天	許績天
中正大學經濟學系教授	唐孟祺	唐孟祺
暨南大學經濟學系副教授	陳妍蓓	陳妍蓓

108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第二次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 06 月 14 日(星期五)

會議地點：政治大學綜合院館南棟 12 樓第三會議室(271243)

參與人員		簽名
衛生福利部	健保會	周沛如
衛生福利部	健保會	洪碧如
衛生福利部	健保會	李德毅
衛生福利部	健保署	
衛生福利部	健保署	
衛生福利部	健保署	劉林義
衛生福利部	健保署	楊小如
衛生福利部		
衛生福利部		
衛生福利部		



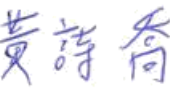
108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第二次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 06 月 14 日(星期五)

會議地點：政治大學綜合院館南棟 12 樓第三會議室(271243)

參與人員		簽名
政大台灣研究中心	古芳盈	
政大台灣研究中心	黃心楹	
政大台灣研究中心	呂新靈	
政大台灣研究中心	黃詩喬	
政大台灣研究中心	洪靜芬	
政大台灣研究中心	黃于健	
政大台灣研究中心	許明翔	

附錄三 第三次專家學者諮詢會議會議紀錄

108 年度「健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第三次專家學者諮詢會議紀錄

時間：2019 年 8 月 16 日（五）下午 2 時至 5 時

地點：台灣大學社會科學院 7 樓 736 會議室

主席：連賢明老師

記錄：洪靜芬、呂新靈

出（列）席單位及人員：詳見簽到表。

一、會議背景及目的

（一）會議背景

健保會為落實 2025 年衛生福利科技政策白皮書第四章「永續提供高品質醫療服務」之第四節「全民健保制度之精進」所訂「合理配置健保資源，提供優質服務」及「持續健保制度精進改革」等策略目標，藉由定期檢討醫療給付費用總額範圍訂定之合理性，及建立合理務實的全民健保財務平衡與收支連動機制等策略，使健保財務穩健並永續經營。因此擬定此委託計畫，其中安排幾場座談會，以諮詢熟稔全民健保業務之學者專家、健保會委員、保險人及主管機關等，整合專家學者之意見與看法，釐清除安全準備存量外，費率調整審議應考量納入哪些收入面及支出面因素及財務收支連動等問題。簡述研究目的如下：

1. 依照目前健保的財務狀況，最快有可能在 2020 年 11 月審查 2021 年費率的時候會面臨調漲的問題。費率審議是健保會的一個職責，在 104 年 11 月的時候，健保會訂定「全民健保財務平衡及收支連動」的一個機制，這個機制以安全準備為考量因子。但是目前面臨到的問題為：當調整費率的時候，調幅可能會非常大、頻次也會加快，考量政治現實、民眾滿意度等，在執行上也會造成調漲的困難。機制相對於健保會費率審議的職責，是具重要性的工具。健保會在 106 年針對這個機制找了專家，並提會討論，但是後來都沒有修正通過。因此，本計畫期將此機制修訂更加周延、使其可行性提高。
2. 當討論到此機制的時候，就會面臨健保財務最根本的問題：目前收支結構失衡的狀態。在收入面和支出面會有 2%到 3%的一個落差。如何縮短、拉進這個落差，使未來執行收支連動更加順暢，也將是研擬機制重要的探討之一，因此希望透過與會座談能找出一些建議、及各方的看法，讓健保會委員在委

員會議，可以就這個部分提出一些方向，供主管機關參考。

(二) 會議目的

健保財務收支長期面對收入的成長低於支出成長的問題，其中差不多是 2% 的差距。過去的經驗是，當財務失衡嚴重，已無法支撐時，才會從調漲費率來著手：健保實施 15 年，總共調漲 2 次費率。除此之外，不外乎以菸品健康福利捐、補充性保費等其他財源來彌補健保財務缺口。

健保會執掌費率審議的職責，因此對於調漲費率的時機、條件是需經過多方建議與看法，進行重複的討論與磨合。在 104 年健保會決議出一套調整機制，以「安全準備」作為啟動機制之條件：假設安全準備不足 1.5 個月時，啟動調漲機制，到第 2 個年度底的時候，能夠維持兩個月的保險支出作為原則；調降費率的部分，假設在第 3 年底安全準備餘額超過 3 個月，就啟動調降機制。費率調降的部分，因社會面臨高齡化的衝擊、人口老化的速度加快，它的重要性相對較低，因此本計劃主要討論調漲的機制。

觀看健保署依照此機制進行推算的結果，2021 年費率將會由 4.69% 調漲至 5.69%，漲幅大約是 20%。費率調漲之後，將會累積一些安全準備。支撐 3 年後，2024 年將面臨第二次的費率調漲，由 5.69% 調漲至 6.34%，而後再撐幾年將會再度循環。此結果顯示健保費率大約每 3 年要調漲一次，並且每次調漲的幅度都將超過 10%，以及最重要的，費率將會極快的超過法定上限 6% 的水準。

除此之外，根據歷年健保滿意度調查，民眾對於費率的調整反應極大，健保過去給民眾的印象是幾乎沒有在漲費率，因為健保財務多透過其他方式在操作以達穩定平衡，因此當費率大幅調漲時需考量健保支持度是否會大幅降低？且如若不以費率方面著手，便須考量其他新的財源來挹注，然除非能考慮到非所得稅以外的財源，否則目前現有的財源中其實增加有限。

在「108 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」中，專家學者針對費率審議機制討論考量因子單一性的問題：欲解決健保財務收支結構性失衡問題是否考慮較多面向的指標？包括支出面因素如總額範圍訂定、給付範圍等；收入面因素包括保險費率調整、經濟成長率及民眾付費能力等等。而在健保財務處理上，過去是累積一大筆錢，然後一直用、用到完，再調漲費率，而後又累積一筆錢如此循環。然而，在累積一大筆安全準備時，卻未妥善做財務規劃與投資，這並非一個好的財務處理方式。且二代健保實施後，健保會被賦予費率審議的職

責，然真正核定權依然掌握在行政院手中，這也使健保財務無法有效的控制，財務無法達到收支平衡的效果。

因此本次計畫主要目的期望能建立一套妥適的財務機制，避免過去調整頻次小、調幅卻大、且累積過多餘額的模式，探討是否能找出一種較為漸進式的、多元指標的模式來解決健保費率過去面臨到的問題。因此透過專家學者諮詢會議請教各位委員、學者的意見，以下舉列問題如下：

1. 針對費率調節機制，調整模式、考量因子、調整幅度、頻率等等，專家們有無相關建議與看法？如若類似以油價每周調整、小幅的多次調整方式，是否可以接受？倘若可以接受，針對考量因子該如何做考量？不能接受是否有其他方案可以提出來參考？
2. 當費率調整不可行、被限制之時，健保財務該如何協調？從支出面來看，是否控制支出、以防支出快速成長？在醫療提供之服務、醫療給付上有無調整的空間？總額協商部分，協商或非協商因素要如何調整？
3. 從收入面來看，當費率被限制，只能從擴大費基來因應，關於財源的部分，專家委員有無相關意見及看法？有什麼樣的新財源是可以去做考慮，並納入健保費基？
4. 健保財務要「收支連動」，然而「收支連動」如何確切執行卻是一大疑慮，我國健保在財務處理上採「量出為入」，即先進行總額協商，再進行費率審議。而欲使收支平衡，應從兩方向著手：增加收入或減少支出，專家學者在這方向的想法是？

二、會議探討議題與專家學者答覆摘要

- (一) 針對費率調節機制，調整模式、考量因子、調整幅度、頻率等等，專家們有無相關建議與看法？如若類似以油價每週調整，即小幅的多次調整方式，是否可以接受？倘若可以接受，針對考量因子該如何做考量？不能接受是否有其他方案可以提出來參考？

1. 吳委員榮達

針對健保費率依照油價去做調整這個設定，吳委員覺得是不易實行的。因為健保的支出成長過快，使健保費率調整只會成長不會下調，因此健保與油價在計算不同。

而在調節機制上，吳委員傾向現行的機制：預設安全準備金下限，不足再考

慮調漲費率。而若採用每年但小幅的多次調整模式，民眾會有「健保每年都在漲」的感覺。雖然是避免「一次性大幅調漲」，但是每年小幅卻頻繁的調整，對於民眾的觀感，不見得會有較高的接受程度。

考量到費率調整，吳委員提出三個方向：資方的部分會考慮到經濟成長率的問題、物價指數的問題，因為這個都跟他資方的收入上，或是營業上的收支成長有關係。再來是勞方的部分，勞工的負擔能力要考量到他的薪資成長率、失業率，還有物價指數等。最後是自然現象，考量到人口老化的問題，所以老年人口的成長率當然也會增加健保的支出。

吳委員針對調整方案提出一套公式：以經濟成長率加上薪資成長率，總和除以二，再減去物價成長率。

2. 趙委員銘圓

就著費率機制調整上，應納入付費者能力作為考量因素。

3. 李委員偉強

李委員贊成費率小幅而多次的調整模式。不應該讓健保署、醫界、民眾等等認為「健保有很多錢」，進而誘使多方力量介入，使不必要的支出增多，且後續也不易再收回，因為健保往往不只是醫療的問題，還是個政治問題。

至於健保費率能否依照油價調整的方式去運作，李委員可行性不大。因為油價調整的公式是依照國際的波動在走，然而醫療是穩定的，不可能在短期內快速的漲、跌調整。且健保是社會保險制度，即社會共同做風險分擔，然而油價卻並非是此種運作模式。

在調整頻次的設定上，李委員認為現制健保協商是一年一次，因此費率的調整基本上不能比一年更頻繁，至於是一年一次、兩年一次都還可以商量。

關於機制調整因子的設定，李委員覺得國家整體經濟是很重要的一環，國民醫療保健支出(NHE)與國內生產總值(GDP)中具有連動性，因為健保是社會保險，由政府、雇主、民眾三方所組成，因此國民經濟的成長極具影響性。另外，經建會有許多整體計量指標，如何篩選與修正，也是有待考量。而總額非協商因素裡有許多因素：如反應人口老化、新藥新科技等量化指數，對醫療費用成長有所影響之因子也可以作為參考的指標。

李委員提出可以有一個屬於健保的費率指數，經過各位專家的一些訂出來ABCDE 五項，根據這些指標該如何調整，加什麼、減什麼，定期三年或五年檢

討一次，這或許是一個鑑定的機制，這個機制把這一籃子的指標，特別是非協商因素的部分去做一個討論，以及其他因素如少子化、高齡化等。並且假如國家經濟是負成長的，那就要設下限，景氣良好，則需有上限的標準。

4. 陳教授欽賢

在費率調整頻次上，陳教授認為應該是每年做一次調整，雖然在政治上實行不易，因為目前健保「調一休三」的模式可以歸咎於跟選總統有關。然而，提出每一年做調整是因為「調一休三」、多年調整一次的方式，問題就在於累積的缺口會很大，調整時也不可能只彌補漏洞，所以調整幅度極大，且後續會累積大量的盈餘，大量的盈餘更會造成許多不必要的支出增加。

而針對健保效法油價調整模式，陳教授持反對意見，雖然油價的浮動機制靈活，它是跟隨國際原油在做調整，但是油價是有上、下調整的，然而健保是只有漲多、漲少的問題，並不會往下做調整。

5. 林教授晏如

針對費率調整的模式，林教授比較贊成每年做一次調整，費率不要一次把它調足。雖然每年調與一次調足，對付費者所繳納之保費總數是相同的，差別只在於「一次痛」還是「分好幾次痛」。但林教授提出，若是採行一次調足的模式，可能會造成被保險人濫用健保的弊端。

6. 韓教授幸紋

韓老師提出盡可能避免「單一年度突然暴漲」的看法。根據相關研究顯示，雇主用人成本的變動對於聘雇行為上的改變是有顯著影響的。因此短期內使雇主面對大幅度費率的成長，可能會造成某些程度上聘僱的影響。

(二) 當費率調整不可行、被限制之時，健保財務該如何協調？從支出面來看，是否控制支出、以防支出快速成長？在醫療提供之服務、醫療給付上有無調整的空間？總額協商部分，協商或非協商因素要如何調整？

1. 吳委員榮達

建議考慮「使用者付費」的概念，「使用者付費」可以避免醫療的浪費，因此可以在部分負擔上作調整。另外針對「選擇性的支付」與「部分負擔」，健保應審慎在給付項目上作選擇，考量在健保負擔的起之條件下，選擇支付的項目才能有效的控管。若持續維持現有的給付狀況及支付項目，健保財務是無法達到平衡的。

除此之外，吳委員提出應該設置「健保支出上限」。政府應該慎重考量健保支出的上限。支出的上限亦為健保費率的上限。以現在 6% 為例，當支出成長調到 6% 後，那健保支出上限就固定在那，達到上限就開始要檢討支付項目的問題。

2. 趙委員銘圓

趙委員提出健保「不合理性支付」問題，健保被納入許多不應屬於健保來支付的項目，使不必要的支出大幅增加。例如「C 肝」部分應該是要由「公務預算」去支付、「愛滋病」應為機關署負責的項目、低收入的部分應屬於社會福利的部份、以及有 7 項社會福利應該是由政府的「公務預算」支付，並非屬於健保支付的範疇等，這些不應屬於健保支出的費用，應全部剔除。

除了「不合理性支付」問題，趙委員也提出「不合理性支出」問題。醫院部分自 9 月 1 日起納進勞基法，人事費用由健保支出，由全體國民承擔，但該部分亦不應由健保支出。

另外行政院推估非協商因素的部份，趙委員認為推估的公式應該重新修正，所推估的成長率有不符合實際情形的疑慮。在計算上除了原本的考量以外，應配合民眾的負擔能力、整體經濟成長，以及總體的消費指數成長做結合，推估才可能更趨近現實情形。另外，協商不應該分協商因素和非協商因素，現在非協商因素越訂越高，使協商因素空間越縮越小，這樣完全失去了協商的意義。

針對吳委員提出的「健保支出上限」，趙委員提出贊成意見，健保應設置一個上限的額度，不應讓費用無限制的擴張。

3. 李委員偉強

李委員也提出「使用者應付費」的概念，針對部分負擔，健保所提供之給付項目太多，部分負擔卻極低，因此不必要的需求也跟著增加。使用者即病人，針對使用者看病應適當調漲部分負擔，因為「使用者付費」是價格的有效彈性跟抑制不當的使用（減少醫療之浪費）。台灣「部份負擔」的機制已經完全失靈，健保涵蓋太多給付項目，並且越重病者給付越多，甚至部份負擔全免，這也是造成醫療支出快速上漲原因之一。部分負擔該提高的就要提高，讓民眾知道說今天所拿的任何一顆藥、做的任何檢驗、還有做的這些檢查，都是需要負擔錢的，而不是我可以完全失去任何價格機制，來無限的享受資源，並不珍惜。

今天的醫療有新的科技、新的技術，可是你我要不要同意付錢做這個事情，

這個是要進行審慎評估的。如果覺得這是病人自己該付錢的，第一個，全自費；第二種，付差額。這個部分健保署已經在實施：健保署的 High Technology Assessment(HTA)，針對項目的納入，要經過很複雜的會議進行討論。而現在的問題是針對應該完全不納入，讓民眾完全自費？還是應該部份納入並允許差額負擔？因此在減少服務上，目前是這個情況。

針對減少服務的部份，該如何選定要減少哪些項目？選擇哪個都有困難。曾經醫院有很多病人要做氣切(RC、RCW)，健保署曾提出此項目花費過大，因此考慮不給付，然而患者就帶著館子到健保署前威脅抗議、以命相搏。由此可見，很多事情並非想的這般理性，一但開始給付，就很難再排除掉。因此李委員認為該有的醫療服務健保應依然照舊，那至於部分負擔的部份，就應該好好去考量：部分負擔並不是不給付項目，而是需要患者共同負擔。

贊成「健保支出上限」。上限的概念即為健保是全體國民共同在付錢的，我們能夠幫別人付到多少錢的意思。現在如果經濟還好，大家共同來負擔，可是當整體經濟都較差的時候，國家沒錢、個人沒錢、企業也沒錢，就要開始節衣縮食。所以這時或許可以訂下限：至少不負成長。這是天花板跟地板的概念，地板是維持至少不低於零成長。而非協商因素的部份，它有個地板，但它一定要有天花板（上限），可以設定例如國家經濟成長率的幾倍以內，藉由天花板、地板之間，讓整個成長維持在一個穩定的狀態。並且假設真的訂了上限後，當超過上限值之時，大家需有全民共識，超過的部分就由個人來負擔，或者是用減少服務來做調整。

4. 陳教授欽賢

陳教授提出健保欲拿掉現有的服務是極為困難的，而維持現況卻是最基本的。而後續如若要再納入新的項目，首先必須要有財源的收入才能通過。因為現在去縮減現有的服務，可能會造成民眾強烈的反彈；而對於新的項目有所需求，就該考慮有沒有人願意出保費這件事。

5. 林教授晏如

林教授提出我國健保是否能參考加拿大或英國類似「目標預算制」的模式，健保在每個項目上設定一個目標，當額度（預算）用完，民眾欲再使用，即需自己負擔這個費用。但就著目前社會保險體制的保護傘來說，實行上是有困難的。

(三) 從收入面來看，當費率被限制，只能從擴大費基來因應，關於財源的部分，

專家委員有無相關意見及看法？有什麼樣的新財源是可以去做考慮，並納入健保費基？

1. 吳委員榮達

吳委員提出在「政府補貼」的部分做調整。即設定一個額度的標準、或附註超過某一個階段、或者是保費已達到某一個階段時，超過的部分由政府補貼。另外在「酒捐」的部分也可以考慮，因為酗酒或是喝酒造成肝臟疾病的健保醫療支出也是很可觀的。

2. 趙委員銘圓

趙委員認為政府負擔之 36%可以再提高，國外也有政府負擔到 38%的案例。另外是菸品健康捐的部分，應爭取回最早的 90%。

3. 李委員偉強

李委員提出將商業保險及長期照護保險拉進健保，如英國的 NHIS 制度，將民眾的商業保險拉進健康保險之中，因為這對於民眾都是一樣要花費的錢，並不會影響民眾意願，並且與其使私人商業保險拿這些錢去做商業投機行為，不如使民眾得到真正的利益。另外，李委員認為針對會影響健康的東西，如菸酒等皆可進行稅收課徵，而關於「空污」也可以去考量，就如同碳排放稅，針對此類稅捐課徵來挹注健保財源。

4. 林教授晏如

林教授提出「酒捐」與「菸捐」應一體適用，菸稅於 106 年立法通過，酒稅也應該立法課徵，亦可為健保挹注新財源。

5. 韓教授幸紋

韓教授針對政府負擔的部份提出另類見解：政府的負擔能力其實是有限的。因為從現況可以看出，政府如果有能力負擔，就不會當健保累積大量安全準備時，將那些本應不屬於健保負擔的支出，通通納入健保。健保財務走到了一個臨界點，其實政府財政能力亦然，如果專家學者或是大眾期待未來健保財務收支失衡的部分，能夠由政府來負擔，那政府勢必要從加稅的方向來處理，因為政府本身也沒有錢。再者，剛剛提到如果真的要要求政府提高負擔比例，像德國及日本在政府加稅的來源這部份都有配套，那我們就必須討論，哪一種稅大家比較能接受？

(四) 健保財務要「收支連動」，然而「收支連動」如何確切執行卻是一大疑慮，

我國健保在財務處理上採「量出為入」，即先進行總額協商，再進行費率審

議。而欲使收支平衡，應從兩方向著手：增加收入或減少支出，專家學者在這方向的想法是？

1. 趙委員銘圓

趙委員認為健保財務應採「量入為出」。現在每年總額成長 5%，之前曾高達 7%，在薪資成長才 0.1% 的情況下，完全是不合理的。健保的支出是無止盡的，回到「量入為出」或許才能有效控制財務的運作。

2. 李委員偉強

在總額預算制度下，目前健保每年支出成長抑制再 4、5%，但是基本上供需之間是不平衡的，因為現在點值是呈現打折的情況，若健保財務運作採「量出為入」的模式下，不外乎是把「出」低估了，以至於「入」不夠。李委員認為健保實際上應該是「量入為出」，因為健保無法隨意納入給付項目，針對個案去看每個故事都認為是應該給付的，但是一旦全部加起來就會是一個社會的問題。

3. 陳教授欽賢

陳教授認為真正要落實到「收支連動」，總額成長增加多少，收入費率就應該要成長多少。在二代健保以前，因為費協會與監理會分立，導致收支比例差異大，因而改革後才將兩會合一建立健保會。然而目前健保在收支上卻依然存在 3% 的差距，「收支不連動」的問題依然沒得到解決。因此若要以每年調整費率的模式來操作，其成長必須與支出成長作連動，方能使收支達到平衡。

4. 韓教授幸紋

針對幾個委員提出應回歸到「量入為出」的建議，韓教授認為如果真的改成「量入為出」，可能是健保必須連同現在整個的制度流程都要進行改制。因為我國現行制度是先談總額，再談費率，所以這個行政流程其實應該是「量出為入」，因此改制將會是極浩大的工程！且有委員提到德國也是採行「量入為出」，差額由政府來負擔，但是我國健保與德國的情形不同，德國政府原先是並未投入健保的部分，採行量入為出後，才將差額的部份由政府來負擔；而我國則是本身就要求政府需負擔健保到 36% 的份額，只是在份額上討論有無增加的可能，因此是兩種不同的狀況。

三、專家學者其他意見

1. 吳委員榮達

(1) 吳委員提出針對解決健保短期的問題，若明年、後年要討論，可以考慮將費

率先恢復到 4.91%，因為當初是從 4.91%降到 4.69%。並將補充保費的下限恢復到 5000 元、費率從 1.91%回到 2%。若要再調，則將一般保費費率調回 5.17%。就是調回到原來、還沒有調降之前的狀況。

- (2) 「呆帳」的問題嚴重：今年協商約為 100 多億，但健保呆帳一年將近 60 億，且呆帳逐年 15%、20%的成長，這方面也需進一步考量。
- (3) 覺得「代位求償」是個違法行為。
- (4) 健保欲減少服務，健保會是很不容易通過的。例如慢性箋，每個月增加 60 幾元，一個月 200 元都無法通過。

2. 趙委員銘圓

- (1) 「欠費」的部份，無論是國內還國外，都應該要採「鎖卡」的方式，沒有繳保費卻可以使用醫療資源是不合理的，應該要規範保費補齊後才可以享受健保的醫療服務。
- (2) 慢性箋的部份應該要取消，這裡面浪費太多時間與花費。

3. 李委員偉強

協商機制為分配資源及預算的投入，然而政府往往會在項目預算用完後，再多增加預算至項目中，使協商機制就沒意義。

4. 林教授晏如

- (1) 在健保「欠費」的問題上，也應該就這一塊去加強收回的可能，應為目前欠費的數額也是極為龐大的。
- (2) 健保是否考量「保大不保小」？那所謂「大」與「小」又是怎麼去定義？

5. 韓教授幸紋

- (1) 韓教授認為某種程度上，大家要先了解健保費率以後會一直往上漲這件事情，而且大概很難控制住。雖然大家都希望不要漲，並且討論是不是先那些部份拿掉。推出去之後，財務狀況會不會就稍微好一點，也許可以不要漲。但是即使將委員們提到的那些非必要性支出通通排除，健保財務也只能維持今年的平衡，或許還可以再撐一年，那後年、未來呢？未來健保的費率恐怕是呈現一個成長不可逆的趨勢，因此問題應該著重在怎樣的成長方式，大家相對上比較能接受？
- (2) 假設健保採用緩漲，無論是分每年小幅調漲、或者是兩年漲一次、也可能是任何適當時機，當健保真的訂下調整頻率，如兩年一次，那準備要調的那一

年，假設經濟成長或失業率的預估，可以很明顯的看到明年可能狀況是一個很差的年度，是不是考慮那年先凍漲，延到隔一年？萬一準備要漲的那一年，他真的遇到特殊的狀況，從預估報告可以明顯的看到，比如說明年狀況不好，那是不是要緩一年再調？因為我們的經濟成長狀況可能 3、5 年會有一個循環，所以或許隔一年調整可能在負擔上面會有所緩和。所以在這個部分是不是有做彈性的一個可能。

- (3) 在行政院每年低推估的部份，是不是可以參考勞保的方式：修法明定。即明年可能要調多少、後年要調多少，就板上釘釘。但是另外給予健保會可以有個空間，比如將調整範圍修法明定，可能是類似低推估的概念，至少把低推估的部分固定住，但是有一部分可能因為一些狀況（政策改變等等），這個部分就由健保會依照權責，來審議是否調整費率。

散會：下午 5 時

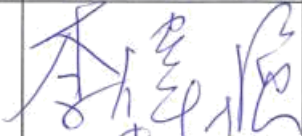
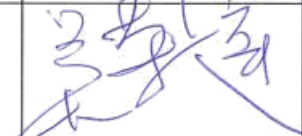
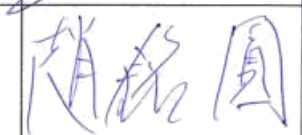

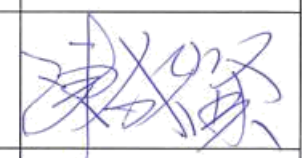
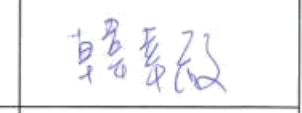
108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第三次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 08 月 16 日(星期五)

會議地點：台灣大學社會科學院 7 樓 736 會議室

參與人員		簽名
台灣醫院協會醫學中心協會秘書長	李偉強	
中華民國消費者文教基金會秘書長	吳榮達	
全國產業總工會會員代表	趙銘圓	
中華民國全國商業總會監事會召集人	葉宗義	
國立臺中科技大學財政稅務系教授	林晏如	
臺北大學社會科學學院經濟學系教授	陳欽賢	
陽明大學衛生福利研究所副教授	傅立葉	
淡江大學會計學系副教授	韓幸紋	

108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第三次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 08 月 16 日(星期五)

會議地點：台灣大學社會科學院 7 樓 736 會議室

參與人員		簽名
政治大學財政學系教授	連賢明	連賢明
長庚大學醫務管理學系副教授	許績天	許績天
中正大學經濟學系教授	唐孟祺	唐孟祺
暨南大學經濟學系副教授	陳妍蓓	

108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第三次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 08 月 16 日(星期五)

會議地點：台灣大學社會科學院 7 樓 736 會議室

參與人員		簽名
衛生福利部	健保會	吳慧茹
衛生福利部	健保會	李德霞
衛生福利部	健保會	
衛生福利部	健保會	
衛生福利部	健保署	李佩軒
衛生福利部	健保署	
衛生福利部	健保署	
衛生福利部	健保署	
衛生福利部		
衛生福利部		

108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第三次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 08 月 16 日(星期五)

會議地點：台灣大學社會科學院 7 樓 736 會議室

參與人員		簽名
政大台灣研究中心	古芳盈	古芳盈
政大台灣研究中心	黃心楹	黃心楹
政大台灣研究中心	呂新靈	呂新靈
政大台灣研究中心	黃詩喬	黃詩喬
政大台灣研究中心	洪靜芬	洪靜芬
政大台灣研究中心	黃于捷	黃于捷
政大台灣研究中心	許明翔	

附錄四 第四次專家學者諮詢會議會議紀錄

108 年度「健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第四次專家學者諮詢會議紀錄

時間：2019 年 8 月 26 日（一）下午 2 時至 5 時

地點：台灣大學社會科學院 7 樓 736 會議室

主席：連賢明老師

記錄：呂新靈

出（列）席單位及人員：詳見簽到表。

一、會議背景及目的

（一）會議背景

健保會為落實 2025 年衛生福利科技政策白皮書第四章「永續提供高品質醫療服務」之第四節「全民健保制度之精進」所訂「合理配置健保資源，提供優質服務」及「持續健保制度精進改革」等策略目標，藉由定期檢討醫療給付費用總額範圍訂定之合理性，及建立合理務實的全民健保財務平衡與收支連動機制等策略，使健保財務穩健並永續經營。因此擬定此委託計畫，其中安排幾場座談會，以諮詢熟稔全民健保業務之學者專家、健保會委員、保險人及主管機關等，整合專家學者之意見與看法，釐清除安全準備存量外，費率調整審議應考量納入哪些收入面及支出面因素及財務收支連動等問題。簡述研究目的如下：

1. 依照目前健保的財務狀況，最快有可能在 2020 年 11 月審查 2021 年費率的時候會面臨調漲的問題。費率審議是健保會的一個職責，在 104 年 11 月的時候，健保會訂定「全民健保財務平衡及收支連動」的一個機制，這個機制以安全準備為考量因子。但是目前面臨到的問題為：當調整費率的時候，調幅可能會非常大、頻次也會加快，考量政治現實、民眾滿意度等，在執行上也會造成調漲的困難。機制相對於健保會費率審議的職責，是具重要性的工具。健保會在 106 年針對這個機制找了專家，並提會討論，但是後來都沒有修正通過。因此，本計畫期將此機制修訂更加周延、使其可行性提高。
2. 當討論到此機制的時候，就會面臨健保財務最根本的問題：目前收支結構失衡的狀態。在收入面和支出面會有 2%到 3%的一個落差。如何縮短、拉進這個落差，使未來執行收支連動更加順暢，也將是研擬機制重要的探討之一，

因此希望透過與會座談能找出一些建議、及各方的看法，讓健保會委員在委員會議，可以就這個部分提出一些方向，供主管機關參考。

(二) 會議目的

健保財務收支長期面對收入的成長低於支出成長的問題，其中差不多是 2% 的差距。過去的經驗是，當財務失衡嚴重，已無法支撐時，才會從調漲費率來著手：健保實施 15 年，總共調漲 2 次費率。除此之外，不外乎以菸品健康福利捐、補充性保費等其他財源來彌補健保財務缺口。

健保會執掌費率審議的職責，因此對於調漲費率的時機、條件是需經過多方建議與看法，進行重複的討論與磨合。在 104 年健保會決議出一套調整機制，以「安全準備」作為啟動機制之條件：假設安全準備不足 1.5 個月時，啟動調漲機制，到第 2 個年度底的時候，能夠維持兩個月的保險支出作為原則；調降費率的部分，假設在第 3 年底安全準備餘額超過 3 個月，就啟動調降機制。費率調降的部分，因社會面臨高齡化的衝擊、人口老化的速度加快，它的重要性相對較低，因此本計劃主要討論調漲的機制。

觀看健保署依照此機制進行推算的結果，2021 年費率將會由 4.69% 調漲至 5.69%，漲幅大約是 20%。費率調漲之後，將會累積一些安全準備。支撐 3 年後，2024 年將面臨第二次的費率調漲，由 5.69% 調漲至 6.34%，而後再撐幾年將會再度循環。此結果顯示健保費率大約每 3 年要調漲一次，並且每次調漲的幅度都將超過 10%，以及最重要的，費率將會極快的超過法定上限 6% 的水準。

除此之外，根據歷年健保滿意度調查，民眾對於費率的調整反應極大，健保過去給民眾的印象是幾乎沒有在漲費率，因為健保財務多透過其他方式在操作以達穩定平衡，因此當費率大幅調漲時需考量健保支持度是否會大幅降低？且如若不以費率方面著手，便須考量其他新的財源來挹注，然除非能考慮到非所得稅以外的財源，否則目前現有的財源中其實增加有限。

在「108 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」中，專家學者針對費率審議機制討論考量因子單一性的問題：欲解決健保財務收支結構性失衡問題是否考慮較多面向的指標？包括支出面因素如總額範圍訂定、給付範圍等；收入面因素包括保險費率調整、經濟成長率及民眾付費能力等等。而在健保財務處理上，過去是累積一大筆錢，然後一直用、用到完，再調漲費率，而後又累積一筆錢如此循環。然而，在累積一大筆安全準備時，卻未妥善做財務規劃與投資，

這並非一個好的財務處理方式。且二代健保實施後，健保會被賦予費率審議的職責，然真正核定權依然掌握在行政院手中，這也使健保財務無法有效的控制，財務無法達到收支平衡的效果。

因此本次計畫主要目的期望能建立一套妥適的財務機制，避免過去調整頻次小、調幅卻大、且累積過多餘額的模式，探討是否能找出一種較為漸進式的、多元指標的模式來解決健保費率過去面臨到的問題。因此透過專家學者諮詢會議請教各位委員、學者的意見，以下舉列問題如下：

1. 針對費率調節機制，調整模式、考量因子、調整幅度、頻率等等，專家們有無相關建議與看法？如若類似以油價每周調整、小幅的多次調整方式，是否可以接受？倘若可以接受，針對考量因子該如何做考量？不能接受是否有其他方案可以提出來參考？
2. 當費率調整不可行、被限制之時，健保財務該如何協調？從支出面來看，是否控制支出、以防支出快速成長？在醫療提供之服務、醫療給付上有無調整的空間？總額協商部分，協商或非協商因素要如何調整？
3. 從收入面來看，當費率被限制，只能從擴大費基來因應，關於財源的部分，專家委員有無相關意見及看法？有什麼樣的新財源是可以去做考慮，並納入健保費基？
4. 健保財務要「收支連動」，然而「收支連動」如何確切執行卻是一大疑慮，我國健保在財務處理上採「量出為入」，即先進行總額協商，再進行費率審議。而欲使收支平衡，應從兩方向著手：增加收入或減少支出，專家學者在這方向的想法是？

二、會議探討議題與專家學者答覆摘要

- (一) 針對費率調節機制，調整模式、考量因子、調整幅度、頻率等等，專家們有無相關建議與看法？如若類似以油價每週調整，即小幅的多次調整方式，是否可以接受？倘若可以接受，針對考量因子該如何做考量？不能接受是否有其他方案可以提出來參考？

1. 干委員文男

在費率調整上，干委員提出不同以往會議中的觀點：干委員認為若要進行以每年為單位的費率調整，基層上的行政作業將無比繁瑣，且還要考慮到政策宣導的時間性與當面對民眾有逾繳保費時如何計算的問題。若進行頻繁調漲的話，無

論是政府或是收付的單位立場可能都會站不住腳。

干委員記得安全準備剛開徵的時候，二代健保醫院醫師沒有用到那麼多經費，但之後因為政治因素，金錢不斷流失掉了。現在如果說要調，干委員認為不能說每年都有預期性的說要調漲多少，因為這個預期性會造成社會一個混亂。

2. 張委員文龍

關於費率調節機制上，張委員認為以社會氛圍而言，目前社會大眾對於公式的信任度較低，但以理性面角度，張委員個人較支持按照經濟成長率做調整，可以利用經濟成長率作為適度的反應，但是有其他太多的變數因子，所以可能最後還是要去考量一個比較中性的因子。

在調整頻率上，張委員不支持每年調整，首要原因是每年調整會造成社會觀感不佳；其次為在整個大環境狀況不好的情況下，費率的調漲對於資方而言是一大壓力，所以在費率的調整上要十分謹慎，但並非反對調整。張委員也提出健保應該要教育民眾，包括就醫的觀念和所謂健保支出的觀念，用民眾可以了解的方式去說服以及教育民眾費率調整的因素，告訴民眾健保的調漲是合理的，且在調整的時候不能進行太大幅度的調整。

在財務機制上張委員認為應該像是小賺小賠，不要累積太多的安全準備。就是機制不應該是調一休三，因為調一休三就一定會累積很多的安全準備，要不然的話就沒有辦法去負擔前面的虧損。

3. 陳教授孝平

關於機制調整因子的設定，陳教授認為應該跟著現有的費基來走。因為 GDP 或者是 GNP 的變動跟實際上的所得是有所背離的，所以用「國民所得」來掛勾，顯然會產生問題，像是這個所得的結果並沒有落到一般人的口袋裡面去。所以陳教授覺得現在的費基是什麼，就是以那個作為標準，譬如說應該是家戶所得的概念，也就是說一個家戶收到多少，能不能支付比較多的保費。在調整因子方面會比較建議以家戶所得而不是 GDP 或是失業率，當然未來如果說真的實施最原始版本的二代健保，即所謂「家戶總所得」的話，那個概念就是依照所得稅法的十項所得來看，就會非常接近 GDP 的概念，所以那個時候如果用 GDP 來掛勾的話，就比較合理，但是目前不是這樣。

在調整幅度、頻率方面，建議以比較小幅、固定的方式，也就是「平滑化」的概念。其實大部分的時候就漲這樣，然後可能事實上過了一個 4、5 年以後，

再一個比較大幅的，制度上需要有一個 base，這個 base 例如說就是 2% 或 3% 固定的。在公式的設定上，也希望是呈現一個穩定、收斂的狀態而不是發散，覺得這樣子可能對民眾心理上的衝擊，比起一次調整，不會到那麼大，也會覺得這個樣子是比較可以接受的。

陳教授覺得油價模式不太可行，因為也許這個世界離石油浩劫還有一段距離，所以長期來說它會一直漲是沒錯，可是就目前來說，它還是有漲有跌。可是健保保費不是這樣，只會看到都一直在漲沒有跌的時候，這個就很難說的過去。

4. 楊教授曉文

楊教授認為在準備金的設計上有問題，準備金的多寡本來就是要因應未來支出而準備，但因為準備金設計上的關係，在現金流量為負的狀況下仍進行調降費率的動作，楊教授認為這樣的狀況不合理。若出現真的可以調降的情況時，楊教授認為態度應該要再保守一點，在調降上不要急著調降，可以留作日後需要調漲時的準備，日後需要調漲時幅度也就不會這麼大，用比較和緩的方式提高民眾的接受度，在調漲跟調降的設計上也應該要分開。

按照經濟成長率作調整的部分，楊教授認為是不錯的想法，但假設經濟成長的狀況不符合預期，可能就無法啟動機制，所以對於啟動機制的條件還需要詳細分析。在既有的預估算法下，楊教授也提出疑問是否有將人口老化與少子化的因素納入考量之中。

楊教授也提到一點，她認為這是一個社會保險機制，不應該進行太過頻繁的調整，不管是在行政的實務運作上或是顧及社會的感受上，頻繁的調整都不是太好，唯一好處就是每次調整的比例都可以少一點點，但比起長期頻繁的調整，可能無法平衡社會大眾的感受。

(二) 當費率調整不可行、被限制之時，健保財務該如何協調？從支出面來看，是否控制支出、以防支出快速成長？在醫療提供之服務、醫療給付上有無調整的空間？總額協商部分，協商或非協商因素要如何調整？

1. 千委員文男

千委員認為在非協商因素的成長方面，計算上的方向需要去做修正，以前一年作為基礎往上做調整的狀況下，非協商因素成長率調得太高，誰都無法負荷。若無法做修正也可以利用打折的方式，若按照基本工資的成長率去做計算，在基本工資都沒有調漲的前提下造成入不敷出，卻還是用基本工資的成長去計算的話

不合理。

另外，干委員還有提到，在健保的支出項目中有些項目他認為不該是由健保做支出。例如像是原先健康菸捐的部分是用來補助健保，但後來也被挪用至長照，而長照大部分的開銷也是由健保做支出，這方面應該要做改型更章。

2. 陳教授孝平

陳教授建議在「非協商因素」中找出一個減項出來，而不是都是加項。第一個就是建議健康署做一個健康的指標，這個健康的指標就是在「非協商因素」裡面的減項，就是說國民健康做的比較好，好到什麼程度就會非協商因素減多少。其實就是所謂數字管理，譬如說四種癌症的篩選率是多少這個指標，也把他抓到健保會裡面來，變成是被考核的一個對象，在這個健保的財務裡面，是他負責任的一個對象，再做一個減項。

另外一個可以作為減項的就是還是健保署本身節約的做法，像是用藥浪費問題，或者是其他的浪費的問題。透過做一些更積極可以節省醫療費用的一個方式，作為一個非協商因素的一個減項來用，這樣的話，也許非協商因素就不會一直單方向的成長上去。

3. 張委員文龍

呼應干委員的想法，張委員也認為非協商因素的比例應該要進行適度的調整與檢討。

張委員認為從大醫院來看，像台大、長庚幾個大醫院，他的利潤都是正成長，而且那個成長的幅度都不小。所以醫院也應該要在非協商因裡面，跟大家共同來負擔。事實上現在來看的話，當然可以說那個是醫院從所謂非健保那一端來獲得的，但是相信健保貢獻他們的也絕對不在少數。在非協商因素方面，同意陳教授孝平所講的「減項」，不是永遠在成長。

4. 楊教授曉文

從支出面的部分，楊教授提出疑問，在 2017 年之後的三年，以現金流量來說都是負數，那為何還要做費率調降的動作？準備金多的部分照道理來說就是為了準備未來的支出，若當初沒有做調降的話，在往後進行調漲時的幅度或許就不會這麼大。

(三) 從收入面來看，當費率被限制，只能從擴大費基來因應，關於財源的部分，專家委員有無相關意見及看法？有什麼樣的新財源是可以去做考慮，並納入健保費基？

1. 張委員文龍

面對財源籌措的問題，張委員認為當然大家都希望有其他新的財源，但在制訂新財源的政策上又可能會對某些族群造成「懲罰」的效果，像是二代健保中的補充性保費就可能引起「劫富濟貧」的爭議問題，在這兩方面張委員認為有一定的連動性，而站在資方的立場，張委員則是希望財源的籌措不要一直往資方的身上找。

2. 陳教授孝平

陳教授認為也許目前不會考慮增加新財源，可是未來一定是避免不了的。因為一代健保的財務責任制度，他當時提出「依公式」來調整財務的時候，依照看安全準備怎麼樣再來調整這件事情，沒有顧慮到可能會有開一張空白支票的問題。

那就一直會有人挑戰說，財務虧損到底是誰的責任，或者是說應該怎麼處理這虧損，而不是有虧損就構成調整這個道理，這一點陳教授覺得是應該要提出來說明的。也就是關於安全準備的財務操作，因為在現有的政治氛圍之下，不會讓人有更大的權限去做一些有點風險的投資。操作者只能在短期保險的原則之下，做一些非常穩賺不賠的投資，所以目前來說，在這個限制之下，其實安全準備的收益還是高於一般定存的利率。

(四) 健保財務要「收支連動」，然而「收支連動」如何確切執行卻是一大疑慮，我國健保在財務處理上採「量出為入」，即先進行總額協商，再進行費率審議。而欲使收支平衡，應從兩方向著手：增加收入或減少支出，專家學者在這方向的想法是？

1. 張委員文龍

張委員有提到譬如說薪資成長，覺得醫院那一端不應該以薪資成長來作為一個非協商因素的加項，因為以工會為例，增加所謂勞工的支出不可能把它列為一個減項，一定是在效率跟效能那一端來提升。另外自動化方面，其實醫院裡面可以投入資本支出來做一些可能可以縮減人力的部份，這一端是醫院必須要努力的，而不是說享受了果實。張委員不太能夠接受在勞工團體只調漲微幅基本工資的情

形下，醫院也用來作為非協商因素的加項，來調整總額成長，如此一來，薪資的成長是否還有意義？

2. 千委員文男

千委員建議非協商因素能夠做一個停止點，盡量不要漲。因為非協商因素漲了，服務卻沒有翻幾倍。千委員認為減項有困難，無論誰來當政，誰都有困難，各委員也會被罵，健保署也會被罵，反而如果停止漲，大家就不會說話，要不然大家採取公投方式決定看是否要調。

3. 陳教授孝平

陳教授覺得減少服務這個字眼是可以調整的，因為減少服務會讓人覺得說，哪個項目會被拿掉這樣的感覺。現在的問題在於說是密度的問題，所以就是「服務密度」，可以採取比較嚴格的規定來設定什麼東西適用這個條件，這樣可以減少它的服務密度，也許會比較沒有那麼強烈的那種，讓大家覺得限縮的感覺。

4. 楊教授曉文

楊教授認為在收支平衡上，例如說民眾的自負額能夠有所分攤的話，那進行的調整的東西就可以少一點。

三、專家學者其他意見

1. 陳教授孝平

陳教授補充說：從教育這個觀念來看，現在健保法訂 6%，把他解讀成超過 6%就叫做「破產」，陳教授覺得這個是學者可以去導正的觀念。那 6%應該跟破產是沒有關係的，應該是兩件事。現在大家都在怕 6%的那個門檻，然後一直在這個限制之下在想事情是沒有結果的。

散會：下午 5 時

108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第四次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 08 月 26 日(星期一)

會議地點：台灣大學社會科學院 7 樓 736 會議室

參與人員		簽名
中華民國全國總工會常務理事	于文男	于文男
中華民國工業協進會秘書長	張文龍	張文龍
台灣醫院協會社區醫院協會理事長	謝武吉	
逢甲大學風險管理與保險學系副教授	張智凱	
國立政治大學金融學系教授	楊曉文	楊曉文
亞洲大學健康產業管理學系特聘教授	陳孝平	陳孝平
國立臺灣大學健康政策與管理研究所教授	鄭守夏	臨時無法出席

第四次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 08 月 26 日(星期一)

會議地點：台灣大學社會科學院 7 樓 736 會議室

參與人員		簽名
政治大學財政學系教授	連賢明	連賢明
長庚大學醫務管理學系副教授	許績天	
中正大學經濟學系教授	唐孟祺	唐孟祺
暨南大學經濟學系副教授	陳妍蓓	陳妍蓓

108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第四次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 08 月 26 日(星期一)

會議地點：台灣大學社會科學院 7 樓 736 會議室

參與人員		簽名
衛生福利部	健保會	
衛生福利部	健保會	
衛生福利部	健保會	
衛生福利部	健保會	
衛生福利部	社保司	
衛生福利部	社保司	
衛生福利部	社保司	
衛生福利部	社保司	
衛生福利部		
衛生福利部		

108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第四次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 08 月 26 日(星期一)

會議地點：台灣大學社會科學院 7 樓 736 會議室

參與人員		簽名
政大台灣研究中心	古芳盈	古芳盈
政大台灣研究中心	黃心楹	黃心楹
政大台灣研究中心	呂新靈	呂新靈
政大台灣研究中心	黃詩喬	黃詩喬
政大台灣研究中心	洪靜芬	洪靜芬
政大台灣研究中心	黃于健	黃于健
政大台灣研究中心	許明翔	

附錄五 第五次專家學者諮詢會議會議紀錄

108 年度「健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第五次專家學者諮詢會議紀錄

時間：2019 年 9 月 20 日（五）下午 4 時至 5 時半

地點：政治大學綜合院館南棟 12 樓第三會議室(271243)

主席：連賢明老師

記錄：呂新靈、洪靜芬

出席（列席）單位及人員：詳見簽到表。

一、會議背景及目的

（一）會議背景

健保會為落實 2025 年衛生福利科技政策白皮書第四章「永續提供高品質醫療服務」之第四節「全民健保制度之精進」所訂「合理配置健保資源，提供優質服務」及「持續健保制度精進改革」等策略目標，藉由定期檢討醫療給付費用總額範圍訂定之合理性，及建立合理務實的全民健保財務平衡與收支連動機制等策略，使健保財務穩健並永續經營。因此擬定此委託計畫，其中安排幾場座談會，以諮詢熟稔全民健保業務之學者專家、健保會委員、保險人及主管機關等，整合專家學者之意見與看法，釐清除安全準備存量外，費率調整審議應考量納入哪些收入面及支出面因素及財務收支連動等問題。簡述研究目的如下：

1. 依照目前健保的財務狀況，最快有可能在 2020 年 11 月審查 2021 年費率的時候會面臨調漲的問題。費率審議是健保會的一個職責，在 104 年 11 月的時候，健保會訂定「全民健保財務平衡及收支連動」的一個機制，這個機制以安全準備為考量因子。但是目前面臨到的問題為：當調整費率的時候，調幅可能會非常大、頻次也會加快，考量政治現實、民眾滿意度等，在執行上也會造成調漲的困難。機制相對於健保會費率審議的職責，是具重要性的工具。健保會在 106 年針對這個機制找了專家，並提會討論，但是後來都沒有修正通過。因此，本計畫期將此機制修訂更加周延、使其可行性提高。
2. 當討論到此機制的時候，就會面臨健保財務最根本的問題：目前收支結構失衡的狀態。在收入面和支出面會有 2%到 3%的一個落差。如何縮短、拉進這個落差，使未來執行收支連動更加順暢，也將是研擬機制重要的探討之一，

因此希望透過與會座談能找出一些建議、及各方的看法，讓健保會委員在委員會議，可以就這個部分提出一些方向，供主管機關參考。

(二) 會議目的

健保財務收支長期面對收入的成長低於支出成長的問題，其中差不多是 2% 的差距。過去的經驗是，當財務失衡嚴重，已無法支撐時，才會從調漲費率來著手：健保實施 15 年，總共調漲 2 次費率。除此之外，不外乎以菸品健康福利捐、補充性保費等其他財源來彌補健保財務缺口。

健保會執掌費率審議的職責，因此對於調漲費率的時機、條件是需經過多方建議與看法，進行重複的討論與磨合。在 104 年健保會決議出一套調整機制，以「安全準備」作為啟動機制之條件：假設安全準備不足 1.5 個月時，啟動調漲機制，到第 2 個年度底的時候，能夠維持兩個月的保險支出作為原則；調降費率的部分，假設在第 3 年底安全準備餘額超過 3 個月，就啟動調降機制。費率調降的部分，因社會面臨高齡化的衝擊、人口老化的速度加快，它的重要性相對較低，因此本計劃主要討論調漲的機制。

觀看健保署依照此機制進行推算的結果，2021 年費率將會由 4.69% 調漲至 5.69%，漲幅大約是 20%。費率調漲之後，將會累積一些安全準備。支撐 3 年後，2024 年將面臨第二次的費率調漲，由 5.69% 調漲至 6.34%，而後再撐幾年將會再度循環。此結果顯示健保費率大約每 3 年要調漲一次，並且每次調漲的幅度都將超過 10%，以及最重要的，費率將會極快的超過法定上限 6% 的水準。

除此之外，根據歷年健保滿意度調查，民眾對於費率的調整反應極大，健保過去給民眾的印象是幾乎沒有在漲費率，因為健保財務多透過其他方式在操作以達穩定平衡，因此當費率大幅調漲時需考量健保支持度是否會大幅降低？且如若不以費率方面著手，便須考量其他新的財源來挹注，然除非能考慮到非所得稅以外的財源，否則目前現有的財源中其實增加有限。

在「108 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」中，專家學者針對費率審議機制討論考量因子單一性的問題：欲解決健保財務收支結構性失衡問題是否考慮較多面向的指標？包括支出面因素如總額範圍訂定、給付範圍等；收入面因素包括保險費率調整、經濟成長率及民眾付費能力等等。而在健保財務處理上，過去是累積一大筆錢，然後一直用、用到完，再調漲費率，而後又累積一筆錢如此循環。然而，在累積一大筆安全準備時，卻未妥善做財務規劃與投資，

這並非一個好的財務處理方式。且二代健保實施後，健保會被賦予費率審議的職責，然真正核定權依然掌握在行政院手中，這也使健保財務無法有效的控制，財務無法達到收支平衡的效果。

因此本次計畫主要目的期望能建立一套妥適的財務機制，避免過去調整頻次小、調幅卻大、且累積過多餘額的模式，探討是否能找出一種較為漸進式的、多元指標的模式來解決健保費率過去面臨到的問題。因此透過專家學者諮詢會議請教各位委員、學者的意見，以下舉列問題如下：

1. 針對費率調節機制，調整模式、考量因子、調整幅度、頻率等等，專家們有無相關建議與看法？如若類似以油價每周調整、小幅的多次調整方式，是否可以接受？倘若可以接受，針對考量因子該如何做考量？不能接受是否有其他方案可以提出來參考？
2. 當費率調整不可行、被限制之時，健保財務該如何協調？從支出面來看，是否控制支出、以防支出快速成長？在醫療提供之服務、醫療給付上有無調整的空間？總額協商部分，協商或非協商因素要如何調整？
3. 從收入面來看，當費率被限制，只能從擴大費基來因應，關於財源的部分，專家委員有無相關意見及看法？有什麼樣的新財源是可以去做考慮，並納入健保費基？
4. 健保財務要「收支連動」，然而「收支連動」如何確切執行卻是一大疑慮，我國健保在財務處理上採「量出為入」，即先進行總額協商，再進行費率審議。而欲使收支平衡，應從兩方向著手：增加收入或減少支出，專家學者在這方向的想法是？

二、會議探討議題與專家學者答覆摘要

- (一) 針對費率調節機制，調整模式、考量因子、調整幅度、頻率等等，專家們有無相關建議與看法？如若類似以油價每週調整，即小幅的多次調整方式，是否可以接受？倘若可以接受，針對考量因子該如何做考量？不能接受是否有其他方案可以提出來參考？

1. 鄭教授守夏

鄭教授認為各方意見都可以先採納彙整，而關於費率調整頻率無論是固定週期（每年調、每兩年調等）或是浮動週期都還可以進行討論。針對先前提出每年基本 2% 成長的方式，鄭教授覺得是可以考慮的，並且需輔以說明，向大眾解釋

老年人口比例每年逐步 2% 的成長，因此不是毫無理由的調漲費率。

關於原則的設定，鄭教授建議可以三年檢討一次，而機制考量因子可能是失業率或經濟成長率。並且將原先安全準備不超過 3 個月保險給付支出的調降標準，調整為不要超過 2 個月；而不足 1.5 個月保險給付支出的調漲標準，也可調整至不足 1 個月或不足 0.8 個月時就應啟動調漲機制。如此調整模式可以使調整幅度縮小，達到平滑化的效果。另外，也可以定期討論費率的調整幅度，或是以非協商因素成長率打折（8 折、6 折等）來同步進行費率調整。

最後，鄭教授認為委託團隊可以整合提出幾個方案供各方專家學者來選擇，在機制設定的原則上、費率訂定上下限、安全準備範圍、調整週期等，將相關原則的訂定輔以圖表展示，讓眾專家委員了解整個運作流程，使各界的意見與看法進行討論與整合，方能達到較為一致的協調結果。

健保會謝委員天仁曾提及，固定則無彈性，因此費率不見得採固定調整模式，可以嘗試以一個區間範圍，在大眾皆可以接受的可預期高低範圍內，採條件式的模式，視情況在固定之外加成。並且明確基本的調整標準，如至少不低於非協商因素的 6 成，最後在考慮老化、經濟成長率等因子，不建議使用單一指標，建議增添一點學術的複雜性，使費率成長雖有固定但卻是有彈性的。

2. 曲教授同光

曲教授並不贊同費率每年固定比例的成長，除了給人定案的感覺之外，每年小額固定的調漲，4、5 年後再一次大幅的調漲（8%、10% 等），會造成民眾的反彈，不如將幾年的成長平均至各年，再向大眾解釋每年皆是經過仔細的收支評估，方以做出最後費率成長的結果。關於收支連動，二代健保的概念雖然是每年收支平衡，因此費率需每年做調整，但是因為考量民眾觀感不佳、行政程序及社會成本極高等因素，曲教授贊同兩年調整一次的模式。曲教授提出這一次雖然可能需要調漲 20%，但是經過這次的調漲，在補了 700 億之後，安全準備自然會降下來，歷史上大概只會有這麼一次大幅調漲的機會，之後就會變得比較平穩。曲教授本身是贊成收支連動每年都應該進行檢討，而如果要避免社會成本則可以兩年當作一個週期，兩年調整一次。

關於公式化，曲教授建議可以在公式中找其他指數，惟該指數應當跟健保成長趨勢相符，否則該指數仍無法達到需求。亦即以安全準備當作基礎，再加上其他與健保成長趨勢相符的指數，只是要考慮它跟健保的趨勢是不是一致。所以曲

教授建議安全準備不宜過多，應訂定在不低於 1 個月、不超過 1.5 個月的區間內。按照目前的收支連動制度，以安全準備為基礎，每一年或兩年檢討一次，與民眾溝通時，只要跟民眾講一個總體的概念：因為人口老化、醫療成本的提升、或是需要其他成本等，使健保保險支出提高，因此需提高保費的收入以支應支出的成長。

曲教授認為調整的頻率和幅度就是個「選擇」的問題，若是政策上要貫徹二代健保的精神，理論上就當每年調，雖然未來可能沒有調降的機率了，但是每年調整可以讓健保費率調整變得「指數平滑」。

3. 蔡教授貞慧

蔡教授贊成調保費，惟應讓民眾知道調整的背後不只是費率調整，其實也包括了一些補充財源，並且在保費費率調高的同時，會輔以一些配套措施，例如說，豁免或緩繳等等，這樣較具說服力。

蔡教授認為固定的比例或調整時機為政治策略，應留給政府單位去調，提出調整或檢查的時候都要預備備案，以幾案俱呈的方式提出，政府單位也許就會考慮說我們最後調了什麼，如果可以做到這樣，蔡教授贊成像油價自動調整的每年調整。至於調不調或調整多少則是政治考量。調整後是否會讓健保支持度下降，從歷年的支持度來看，只有當年的支持度降低，隔年皆有回升的趨勢，因此蔡教授認為問題並不是在民眾的支持度，而是政治人物敢不敢。

至於公式，既然要收支連動，所以保費費率的調整幅度就是總額成長率減掉保費的自然增加率，而保費的自然增加率，假設分成兩塊，就是一般保費占 92%，補充保費是 8%，所以就可以去算出這每一塊，那這自然增加率就是已經把薪資、人口增加這些都精算進去了，甚至還有政策的因素，說不定哪一天會先調補充保費的費率，因為它也夠低。保費自然增加率裡面自然已經包括了經濟成長率、物價指數、薪資成長率等因素。至於失業率，不建議扣掉，因為失業的效果是保費補助，那就會去做平衡，所以蔡教授不太建議把這個放進去。

(二) 當費率調整不可行、被限制之時，健保財務該如何協調？從支出面來看，是否控制支出、以防支出快速成長？在醫療提供之服務、醫療給付上有無調整的空間？總額協商部分，協商或非協商因素要如何調整？

1. 曲教授同光

關於給付範圍檢討，二代健保原初在規劃時即有規劃資源配置，以進行給付

範圍檢討，問題在於誰敢將一大塊的給付範圍拿來檢討。另外，給付範圍檢討還有一個很重要的工具是醫療科技評估，但是曲教授認為事實上不管用，撐個一兩年又不夠了，那你要不斷的縮減給付範圍，對民眾來說又是第三個票房毒藥。

目前在二代健保裡有「資源配置」的設計。不管是新科技還是既有的，就是有一套資源配置的方案，再訂定一些標準，來決定哪些該進、哪些該留、哪些該走。所以事實上是有一套方法的。雖然有這套方法，但是恐怕處理不了收支短絀的問題，這只有從保費才能真正解決問題。將來醫療費用成長是很可怕的，當將來健保體系承受不住時，甚至有可能再重演家破人亡、傾家蕩產的情形。

(三) 從收入面來看，當費率被限制，只能從擴大費基來因應，關於財源的部分，專家委員有無相關意見及看法？有什麼樣的新財源是可以去做考慮，並納入健保費基？

1. 曲教授同光

財源上不是不能找，但好像只能零零星星的拼湊著，並沒有辦法解決健保問題，並且像菸品健康捐也被刪減許多。

(四) 健保財務要「收支連動」，然而「收支連動」如何確切執行卻是一大疑慮，我國健保在財務處理上採「量出為入」，即先進行總額協商，再進行費率審議。而欲使收支平衡，應從兩方向著手：增加收入或減少支出，專家學者在這方向的想法是？

1. 鄭教授清霞

就「收支連動」這件事，建議以後要「量出為入」、「量入為出」兩個同步考量。不然如果只按照總額的成長，費率極快就會超過法定上限的水準，接下來我們就要談一個問題：那接下來費率 6% 要調上去，那可以調到哪裡呢？並且以雇主的角度來說，勞保要往上調、健保也要往上調，在 6% 衝上去以後，就要考量天花板應設在哪裡？

一直從薪水，投保薪資，調升保險費並非長久之計。建議不同的方案中要走費率規劃的方向，要同步考慮到多元財源。在支出面也需要進行控管，因為在總額成長上，可以收入、支出同步來檢討的。

三、專家學者其他意見

1. 鄭教授守夏

鄭教授認為委託團隊需要私下跟健保會委員直接談才知道那些委員在談什

麼，尤其就著上一次費率調降一事，這時候簽名的委員大部分都還在，而且現在檯面上話比較多的委員其實也都在場，那當初的錄音帶應該也還在，可以拿出來放，當初大家講好的要制度化，要確實實施收支連動，那委員們就應該負起社會責任，現在就也應該要正視並討論如何收支連動。要讓委員們心態能夠轉為正視問題，積極討論，否則學者再認真都是沒有用的。讓學者們願意正視問題後，就可以讓他們去談後面可能的方案了。其實這個報告若是能讓大家願意開始談，不論方案最後為何，都會比現在的務實。

政治考量方面則沒有什麼好寫的，事先可以預備「紅色名單」給健保會的同仁跟甚至是社保司的，讓他們知道，並與他們溝通，或是把錄音帶拿來給他聽，否則如果有些大聲反對的聲音，其實就談不下去了，就會很可惜。

試算的時候可以算到平均每人每個月多繳多少錢，這樣大家聽到會覺得比較沒那麼可怕，就像當初楊志良說「平均每一個人多、每個月多付一個便當錢」一樣。

2. 韓教授幸紋

可以把安全準備的定位重新改變，或是在保費裡面另外抽一個部分存起來，如基金的概念，這是有助於費率平穩的手段之一，因此可以在報告中提及。

散會：下午 5 時 30 分

108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第五次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 09 月 20 日(星期五)

會議地點：國立政治大學綜合院館南棟 12 樓第三會議室

參與人員		簽名
亞洲大學健康產業管理學系 副教授	曲同光	曲同光
國立臺灣大學健康政策與管理研究所 教授	鄭守夏	鄭守夏
國立中正大學社會福利學系暨研究所 教授	鄭清霞	鄭清霞
國立臺灣大學社會工作學系	蔡貞慧	蔡貞慧


108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第五次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 09 月 20 日(星期五)

會議地點：國立政治大學綜合院館南棟 12 樓第三會議室

參與人員		簽名
政治大學財政學系教授	連賢明	
長庚大學醫務管理學系副教授	許績天	
中正大學經濟學系教授	唐孟祺	
暨南大學經濟學系副教授	陳妍蓓	

108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第五次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 09 月 20 日(星期五)

會議地點：國立政治大學綜合院館南棟 12 樓第三會議室

參與人員		簽名
政大台灣研究中心	古芳盈	古芳盈
政大台灣研究中心	黃心楹	
政大台灣研究中心	呂新靈	呂新靈
政大台灣研究中心	黃詩喬	
政大台灣研究中心	洪靜芬	洪靜芬
政大台灣研究中心	黃于健	黃于健
政大台灣研究中心	許明翔	

附錄六 第六次專家學者諮詢會議會議紀錄

108 年度「健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第六次專家學者諮詢會議紀錄

時間：2019 年 10 月 16 日（二）下午 2 時至 5 時半

地點：國立台灣大學社會科學院 7 樓 713 討論室

主席：連賢明老師

記錄：呂新靈

出（列）席單位及人員：詳見簽到表。

一、會議背景及目的

（一）會議背景

健保會為落實 2025 年衛生福利科技政策白皮書第四章「永續提供高品質醫療服務」之第四節「全民健保制度之精進」所訂「合理配置健保資源，提供優質服務」及「持續健保制度精進改革」等策略目標，藉由定期檢討醫療給付費用總額範圍訂定之合理性，及建立合理務實的全民健保財務平衡與收支連動機制等策略，使健保財務穩健並永續經營。因此擬定此委託計畫，其中安排幾場座談會，以諮詢熟稔全民健保業務之學者專家、健保會委員、保險人及主管機關等，整合專家學者之意見與看法，釐清除安全準備存量外，費率調整審議應考量納入哪些收入面及支出面因素及財務收支連動等問題。簡述研究目的如下：

1. 依照目前健保的財務狀況，最快有可能在 2020 年 11 月審查 2021 年費率的時候會面臨調漲的問題。費率審議是健保會的一個職責，在 104 年 11 月的時候，健保會訂定「全民健保財務平衡及收支連動」的一個機制，這個機制以安全準備為考量因子。但是目前面臨到的問題為：當調整費率的時候，調幅可能會非常大、頻次也會加快，考量政治現實、民眾滿意度等，在執行上也會造成調漲的困難。機制相對於健保會費率審議的職責，是具重要性的工具。健保會在 106 年針對這個機制找了專家，並提會討論，但是後來都沒有修正通過。因此，本計畫期將此機制修訂更加周延、使其可行性提高。

2. 當討論到此機制的時候，就會面臨健保財務最根本的問題：目前收支結構失衡的狀態。在收入面和支出面會有 2%到 3%的一個落差。如何縮短、拉進這個落差，使未來執行收支連動更加順暢，也將是研擬機制重要的探討之一，因此希望透過與會座談能找出一些建議、及各方的看法，讓健保會委員在委員會議，可以就這個部分提出一些方向，供主管機關參考。

(二) 會議目的

健保財務收支長期面對收入的成長低於支出成長的問題，其中差不多是 2%的差距。過去的經驗是，當財務失衡嚴重，已無法支撐時，才會從調漲費率來著手：健保實施 15 年，總共調漲 2 次費率。除此之外，不外乎以菸品健康福利捐、補充性保費等其他財源來彌補健保財務缺口。

健保會執掌費率審議的職責，因此對於調漲費率的時機、條件是需經過多方建議與看法，進行重複的討論與磨合。在 104 年健保會決議出一套調整機制，以「安全準備」作為啟動機制之條件：假設安全準備不足 1.5 個月時，啟動調漲機制，到第 2 個年度底的時候，能夠維持兩個月的保險支出作為原則；調降費率的部分，假設在第 3 年底安全準備餘額超過 3 個月，就啟動調降機制。費率調降的部分，因社會面臨高齡化的衝擊、人口老化的速度加快，它的重要性相對較低，因此本計劃主要討論調漲的機制。

觀看健保署依照此機制進行推算的結果，2021 年費率將會由 4.69%調漲至 5.69%，漲幅大約是 20%。費率調漲之後，將會累積一些安全準備。支撐 3 年後，2024 年將面臨第二次的費率調漲，由 5.69%調漲至 6.34%，而後再撐幾年將會再度循環。此結果顯示健保費率大約每 3 年要調漲一次，並且每次調漲的幅度都將超過 10%，以及最重要的，費率將會極快的超過法定上限 6%的水準。

除此之外，根據歷年健保滿意度調查，民眾對於費率的調整反應極大，健保過去給民眾的印象是幾乎沒有在漲費率，因為健保財務多透過其他方式在操作以達穩定平衡，因此當費率大幅調漲時需考量健保支持度是否會大幅降低？且如若不以費率方面著手，便須考量其他新的財源來挹注，然除非能考慮到非所得稅以

外的財源，否則目前現有的財源中其實增加有限。

在「108 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」中，專家學者針對費率審議機制討論考量因子單一性的問題：欲解決健保財務收支結構性失衡問題是否考慮較多面向的指標？包括支出面因素如總額範圍訂定、給付範圍等；收入面因素包括保險費率調整、經濟成長率及民眾付費能力等等。而在健保財務處理上，過去是累積一大筆錢，然後一直用、用到完，再調漲費率，而後又累積一筆錢如此循環。然而，在累積一大筆安全準備時，卻未妥善做財務規劃與投資，這並非一個好的財務處理方式。且二代健保實施後，健保會被賦予費率審議的職責，然真正核定權依然掌握在行政院手中，這也使健保財務無法有效的控制，財務無法達到收支平衡的效果。

因此本次計畫主要目的期望能建立一套妥適的財務機制，避免過去調整頻次小、調幅卻大、且累積過多餘額的模式，探討是否能找出一種較為漸進式的、多元指標的模式來解決健保費率過去面臨到的問題。因此透過專家學者諮詢會議請教各位委員、學者的意見，以下舉列問題如下：

1. 針對費率調節機制，調整模式、考量因子、調整幅度、頻率等等，專家們有無相關建議與看法？如若類似以油價每周調整、小幅的多次調整方式，是否可以接受？倘若可以接受，針對考量因子該如何去做考量？不能接受是否有其他方案可以提出來參考？
2. 當費率調整不可行、被限制之時，健保財務該如何協調？從支出面來看，是否控制支出、以防支出快速成長？在醫療提供之服務、醫療給付上有無調整的空間？總額協商部分，協商或非協商因素要如何調整？
3. 從收入面來看，當費率被限制，只能從擴大費基來因應，關於財源的部分，專家委員有無相關意見及看法？有什麼樣的新財源是可以去做考慮，並納入健保費基？
4. 健保財務要「收支連動」，然而「收支連動」如何確切執行卻是一大疑慮，我國健保在財務處理上採「量出為入」，即先進行總額協商，再進行費率審

議。而欲使收支平衡，應從兩方向著手：增加收入或減少支出，專家學者在這方向的想法是？

二、會議探討議題與專家學者答覆摘要

(一) 針對費率調節機制，調整模式、考量因子、調整幅度、頻率等等，專家們有無相關建議與看法？如若類似以油價每週調整，即小幅的多次調整方式，是否可以接受？倘若可以接受，針對考量因子該如何做考量？不能接受是否有其他方案可以提出來參考？

1. 謝委員武吉

反對結餘存留過多，認為結餘宜在 1 以下，如此，大家才會節省費用。贊同需要調整，認為兩年調整一次是較為恰當的，可以設定一些指標來調整，尤其需要考量到資方的負擔。

關於自動調整，例如按薪資成長調整，謝委員建議若是發現扣除自動調整仍然不夠時，就可以兩年調整一次。建議兩年調一次，而不建議每年調整，如此能讓資方和勞方較能承受調整的負擔，反應才不會太大。

至於調整費率的範圍，謝委員建議不要太大，建議在 10% 以內，民眾才不會感覺太硬。

2. 吳委員鴻來

吳委員身為病友團體代表，論到以往病友們討論到對於漲保價是沒有什麼意見的，因為他們也了解要維持制度的健全性，就必須要有相對應的付出。另外，大家也知道現在社會急遽人口老化，是相當大的壓力。但是對於一般民眾而言，即較不會使用健保的民眾，加上現在基期越來越大，所以這些民眾的感受度肯定是很大的。大家都希望少付錢越好，所以對於上限到哪裡是可以接受的，應該要理性上算出維持一個系統的運作應該花多少錢，只是要跟民眾及付費者，或是付較多錢的雇主，有良好的溝通。

除此之外，建議增加調整頻率，如此，大家反彈就不會很大，而且如果默許大家預期總統大選後便調漲的默契一直下去可能不是很健康，吳委員希望能有一

些改變，因為健保是個很重要的資產。

吳委員認為以薪資成長率下去算費率是不合理的，因為在經濟成長率上我們不可能預期非常好，所以若是調整因子只放經濟成長是蠻危險的。

3. 鄭委員建信

建議衝擊越少越好，不要讓民眾有太強烈的主觀感受負擔。因此，在調整幅度上建議採較為平緩之模式。

除此之外，鄭委員認為健保的安全準備金門檻可以降低，因為畢竟他不是用來作投資用途的，反而像是隨收隨付。

鄭委員提及若是醫療服務成本成長指數一直成長，但是其與薪資成長的差距越來越大，那我們應該要認真思考我們是不是有能力負擔，建議在作費率調整時可以認真看待此問題。

鄭委員提及成長率公式問題，調整因素成長率不是本身即應該包含醫療服務成本指數嗎？但它卻是外加的，所以提出質疑，是不是這就是每年膨脹之因素，但因其專業性幾乎無法挑戰它，但是公式一旦決定了，便會影響後面許多事情。協商因素部分，鄭委員提出不管是協商因素或非協商因素，雖都跟醫療有關，卻不應該是健保職責，對此鄭委員提出困惑。

4. 謝委員佳宜

謝委員比較支持緩和式調整，意即盡量避免懸崖式、跳躍式的。並且針對我們是否一定要守住一到三個月的安全準備提出疑慮，或是可以維持在一個不要有餘絀的情況之下，有現金給付可以支付當期醫療支出即可，是否也可以將這樣的概念一併納入考慮。

謝委員認為費率調整之考量因子參採經濟成長率、失業率，或薪資成長率是較不可行的，因為其也有可能為負，而最低薪資是提不出公式的，只能參採物價之因素。因為有其他東西是不可控的，也沒有直接影響，所以，物價、經濟成長率都只能是作個參考。

雖然緩升就需要分多年調整，可能是四年平衡一次，可能一到兩年調一次，

採階梯式的費率調整，並且事先預告，這樣的行政成本確實是很大的負擔，但是在以經濟成長與薪資成長上是不合邏輯的，因為若是經濟景氣是好的，經濟、薪資有成長，那投保薪資理論上亦應該就有成長，保費支出理論上已成長一波，再依據這樣的成長調整費率，事實上是不合邏輯的。

關於 2% 之基本成長，謝委員認為費率調整應依據健保支出之財政缺口去調整收入面，否則很難說服民眾。

5. 楊研究員子霆

楊研究員亦提出為何調整因素以經濟成長與薪資成長作為基礎之質疑，因為費率調整是從民眾收入的一定比例抓出來作為費用，因此，若是薪資與經濟是在成長的話，在固定費率下會收到較多的錢，但其實在這樣的情況之下，是應該調降費率，而非提高費率，因此楊研究員認為跟著支出成長作調整是較為合理的。

(二) 當費率調整不可行、被限制之時，健保財務該如何協調？從支出面來看，是否控制支出、以防支出快速成長？在醫療提供之服務、醫療給付上有無調整的空間？總額協商部分，協商或非協商因素要如何調整？

1. 謝委員武吉

在支出面部分，謝委員提及大醫院軍備競賽之問題，會造成不必要的醫療浪費，並且患者大量使用這些軍備競賽，造成健保財務支出的無底洞，成為無法保證一點一元的重大原因。因此，建議衛福部針對財團、附立醫院、國家等級醫院、大型社團法人醫院等趕緊處理這方面的問題。另外，建議教導民眾節省健保支出。

除此之外，謝委員亦贊成支付標準中應有減項，並另外提出減價之概念，降低一些服務項目之價錢。最後，提及應有一個基準，並建議有使用者付費。可依健保法第 43 條來處理，不經轉診就醫學中心 50，7 天 40，第 7 天就 30，遵守就 20，即使用者付費的原則。在藥物方面，應減少醫療浪費行為，減少不必要的支出，以達財務平衡及資源多重運作方式。

謝委員提及在做這些事時，也應該要考慮到出生率與死亡率，而這段時間正

在進行的 DNR，應該就會減少不必要的無效醫療。並另外提及可以加強大數據的應用。

2. 吳委員鴻來

吳委員也同意謝委員提及的費用檢討，包括減項、減價等等，並且提出病友並不會因為自己是病友所以就支持無條件成長，不要減價等等，以病友的角度，他們是願意多付錢的。

除此之外，吳委員也提及應該要教育民眾對於醫療使用之控制，因為台灣的就醫頻率相較於他國而言是非常高的。

3. 鄭委員建信

鄭委員認為雖然大家都希望醫療品質不斷提升，但是若是民眾已經負擔不起，已經沒有能力接收到這樣的醫療品質，那我們就還是必須要面對這樣的事實。鄭委員亦提及健保當中不適宜的健保支出，如網路補助費用、C 肝等等。

鄭委員提及由於健保會在審查的時候，有鑑於公式的上沒有審議的空間等因素，所以健保署本身在提出來審計，就要平衡方案，那健保會在審核的時候才會有審核判斷的依據，如果有一些明顯清楚知道是在公務預算要給的，那就不能把所有公務預算該支出的轉嫁至健保。

4. 謝委員佳宜

謝委員提及因為勞保、長照之將來財務問題，建議應盡早檢討未來的支付、支出，否則不管怎麼調整費率，未來可能都會面臨到財務缺口的問題，即使未來調整營業稅，這些全部社會保障制度都需要一併考量，到時候政府及民眾是否能承擔這樣的阻力，應當嚴肅看待這樣的問題，將現實面的東西亦納入考量。

謝委員亦提及大數據工具之使用，可以利用大數據工具來檢測支出是否具有合理性，以達合理的調控醫療支出，亦即醫療使用效率。另外，關於基期之合理性，是否可以檢討複利之概念。

(三) 從收入面來看，當費率被限制，只能從擴大費基來因應，關於財源的部分，專家委員有無相關意見及看法？有什麼樣的新財源是可以去做考慮，並納入健保費基？

1. 鄭委員建信

鄭委員提及健保法第三條：政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六。委員認為依照文意來講，應該是指所有的總經費，而不是指雇主負擔的比例。

2. 謝委員佳宜

謝委員提及先前菸捐因為安全準備太高被拿走的部分是不是可以再要回來，可能也需要思考未來如果有需要調營業稅，可能會影響消費信心，但仍是可以思考的。另外，謝委員提及補充保費的費率門檻，是不是還有這種標的。新財源部分，先前有論及空汙稅。

建議可說服民眾調費率是已經窮盡所有政策工具之後，因為仍有不得已的缺口，因此需要調整費率。今年健保總額時有提出應該要有財務平衡的 3 至 5 年的中長程計畫才能說服民眾，我的 5% 是經過評估過後而不是我直接每年成長。另外，在該算進去公務預算支出的應該拿回去，再決定應該歸哪個部門，這樣我們的缺口或許就可以晚一兩年調整。

雖然謝委員有提及補充保費是否可以再擴大費基，但因本計畫範圍有限，故不納入討論。

(四) 健保財務要「收支連動」，然而「收支連動」如何確切執行卻是一大疑慮，我國健保在財務處理上採「量出為入」，即先進行總額協商，再進行費率審議。而欲使收支平衡，應從兩方向著手：增加收入或減少支出，專家學者在這方向的想法是？

1. 謝委員武吉

謝委員認為若是只談費率調整之收入面問題是不可行的，只會徒然增加民眾反感，應該也要考量到支出面的問題。

2. 鄭委員建信

鄭委員建議應先釐清健保整個是量入為出或是量出為入。另外，若是在調整上採總額支出成長 60%，那麼在總額成長中即包含了醫療服務成長指數，這樣是不是變成果加了，事實上是沒有辦法反映到原來的問題的。

3. 謝委員佳宜

謝委員建議收支兩面要一同檢討，要放在一起討論。亦即若是收入面不足，或是民眾已經不願意付費這麼多的時候，就應該檢討支出面。「收支連動」也是當初健保會成立之目的。另外，謝委員建議衛福部還是先就收支面檢討，再跟費率一併考量，這樣才可以減少壓力。

目前人口快速老化，加上少子化，日後付費人口、工作年齡人口減少，也就是說，未來會出現支出一直增加，但收入一直減少的情況，所以收支連動是非常重要的。

謝委員提及 6% 的上限一定要突破，只是目前看來因為總統選舉的關係，要修法調 6% 的可能性不高。如果要調整費率的話，謝委員提及若是要達到收支連動，應該要首先考慮這樣的上限是不是要打破，打破之後的上限又為何，可以無限制到 7 或 8 嗎？

三、專家學者其他意見

1. 鄭委員建信

鄭委員提及醫療服務成本指數中專家指數，基本上因為專家指數並不是事實狀況，所以鄭委員對它沒有信心，而是應該今天有合理的東西必須要漲，那該漲就要漲，所以專家指數這個點是比較難說服的。

散會：下午 5 時 30 分。

108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第六次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 10 月 15 日(星期二)

會議地點：國立台灣大學社科院大樓 7 樓 713 討論室

參與人員		簽名
台灣醫院協會副理事長 (台灣社區醫院協會理事長)	謝武吉	謝武吉
中華民國全國教師會常務理事	鄭建信	鄭建信
國家發展委員會人力發展處副處長	謝佳宜	謝佳宜
臺灣病友聯盟常務理事	吳鴻來	吳鴻來
中研院經濟研究所助研究員	楊子霆	楊子霆

108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第六次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 10 月 15 日(星期二)

會議地點：國立台灣大學社科院大樓 7 樓 713 討論室

參與人員		簽名
政治大學財政學系教授	連賢明	連賢明
長庚大學醫務管理學系副教授	許績天	
中正大學經濟學系教授	唐孟祺	
暨南大學經濟學系副教授	陳妍蓓	

108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第六次專家學者諮詢會議

簽到單

會議時間：民國 108 年 10 月 15 日(星期二)

會議地點：國立台灣大學社科院大樓 7 樓 713 討論室

參與人員		簽名
政大台灣研究中心	古芳盈	
政大台灣研究中心	黃心楹	黃心楹
政大台灣研究中心	呂新靈	呂新靈
政大台灣研究中心	黃詩喬	黃詩喬
政大台灣研究中心	洪靜芬	洪靜芬
政大台灣研究中心	黃于健	黃于健
政大台灣研究中心	許明翔	

108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」

第六次專家學者諮詢會議 簽到單

會議時間：民國 108 年 10 月 15 日(星期二)

會議地點：國立台灣大學社科院大樓 7 樓 713 討論室

參與人員		簽名
衛生福利部	健保會	李德毅
衛生福利部	健保會	
衛生福利部	健保會	
衛生福利部	健保會	
衛生福利部		
衛生福利部		
衛生福利部		
衛生福利部		
衛生福利部		
衛生福利部		