臺灣社會福利學刊 第十六卷第一期
2020年6月 頁53-90
DOI:10.6265/TJSW.202006_16(1).02

研究論文

全民健保財務收支連動機制之研究：問題建構途徑

劉宜君*
元智大學社會暨政策科學學系教授兼人文社會學院院長

陳敦源
國立政治大學公共行政學系教授

林昭吟
國立臺北大學社會工作學系教授兼主任

王光旭
國立臺南大學行政管理學系副教授

收稿日期：108年09月30日，接受刊登日期：109年01月07日。

* 通訊作者，地址：桃園市中壢區遠東路135號元智大學社會暨政策科學學系。電話：（03）4638800轉2700。E-mail：chun0820@saturn.yzu.edu.tw。

中文摘要

臺灣藉由支付制度的階段性改革與相關管控措施，賦予醫療提供者越來越高的財務風險責任，加上日新月異的醫療科技衝擊著醫療體系的供需面，而使健保給付範疇不斷擴大，面對有限的健保資源，健保政策決策者、醫療服務提供者與全民均應重新省思整體健保資源的分配與優先順序的必要性。在收支平衡概念下，二代健保在 2010 年 1 月 26 日通過修法，將二代健保改革焦點中「收支連動」的機制，寫入《全民健康保險法》中。本研究透過蒐集文獻資料、健保會的會議內容分析，並訪談利害關係人，以問題建構途徑釐清未能建立收支連動機制之問題。研究發現現階段運作的問題，主要包括：資訊不完整、收支資訊概念不一致、收支資訊未同時出現在關鍵決策點等問題。

關鍵字：全民健康保險政策、財務收支連動、問題建構

Linkage Mechanism of Financial Revenue and National Health Insurance Expenditure: A Problem Construction Approach

I-Chun Liu
Professor and Dean, Department of Social and Policy Sciences, Yuan Ze University

Don-Yun Chen
Professor, Department of Public Administration, National Chengchi University

Chao-Ying Lin
Professor and Director, Department of Social Work, National Taipei University

Guang-Xu Wang
Associate professor, Department of Public Administration and Management, National University of Tainan

Abstract

Taiwan has implemented phased reforms of its payment system and related control measures to give medical providers greater financial risk responsibilities. However, few studies have evaluated the appropriateness of health care payments and the associated decision-making processes. Particularly, the payments for universal health care have not been carefully reviewed. Rapidly advancing medical technology has had an impact on both the supply and demand sides of the medical system. Additionally, the scope of health care payments has been continuously expanding. Considering the limited number of health care resources, health care policy makers, and

medical service providers, rethinking the need for allocation and prioritizing health care resources are warranted. The second-generation health insurance law passed on January 26,2010 was based on the concept of balance of payments and the linkage between revenue and expenditure to usher reforms in the health care system. Research has revealed that current problems mainly include incomplete information, inconsistent revenue and expenditure information, and revenue and expenditure information not appearing at key decision points.

Keywords: National Health Insurance Policy, Payment System and Related Control Measures, Problem Construction Approach

壹、前言

日新月異的醫療科技使健保給付範疇不斷擴大，近年來總額雖持續增加，明年（2020）的全民健保總額爲7,526億元，但健保收入成長速度不及支出，健保在2017年首度出現短絀98億元，2018年更是負257億[1]。因此，面對有限的健保資源，健保政策決策者、醫療服務提供者與全民應省思收入與支出的連動關係。由此可知，將收支連動概念落實在目前一年超過7,000億的健保財務運作上，其中牽涉總額協定分配、費率審議及給付範圍審議三者之間的扣連，相當複雜。

政府近期實際操作收支連動，是在2015年12月30日發布新聞說明：「有關105年度健保費率業經健保會於2015年10月22日邀集精算師等專家學者召開諮詢會議，並經10月23日及11月20日二次委員會議討論獲致審議結果，認爲保險費率應依二代健保財務收支連動精神，建立以科學數據爲基礎的審議機制。」同時強調「近年健保財務較爲充裕，2016年除在收入面調降健保費率及提高4項補充保險費的扣繳門檻由5千元至2萬元，以減少民眾負擔外，另在支出面部分，衛福部持續就支付制度及支付結構，進行多面向改革，平衡醫療資源分布，落實分級醫療，改善弱勢民眾就醫障礙及照護品質。」（行政院，2015）。但同一日，臺灣醫療改革基金會（2015）公布委託臺灣指標民調公司進行「總統大選醫療改革議題全國民調」的結果，發現民眾並非普遍認同政府調降健保費的「小確幸」。有67%的民眾認爲當健保有盈餘時不必調降，可優先用來改善醫療權益；約四分之一（24%）的民眾支持調降每

[1] 張嘉哲（2019）。《台灣健保財務岌岌可危？健保署長李伯璋：不會破產》。資料檢索日期：2019年10月4日。網址：https://newtalk.tw/news/view/2019-04-05/228028。

人每月20至50元健保費。由此可知，主流民意對於收支連動的認知與政府部門的做法有差異。

有鑑於問題建構是政策分析的首要步驟，本研究以問題建構途徑釐清在健保財務收支連動過程中，決策資訊扮演的角色，主要透過蒐集文獻資料、健保會委員的發言紀錄的內容分析，與訪談利害關係人，釐清資訊對於未能落實收支連動的影響。

貳、健保財務收支概念與運作

一、健保收支連動之政策與法令依據

全民健保收支連動機制，主要概念是來自2000年到2003年由百餘位學者組成的二代健保規劃小組所作的研究，該小組以「建構權責相符之健保組織體制」、「擴大社會多元化參與健保政策」、「財務平衡且提升服務購買效率」、「強化資訊提供以提升醫療品質」等四個層面進行三年的研究，並於2004年9月提出總結報告，衛生署據此規劃所謂二代健保修法事宜。修法的核心價值爲「品質」、「公平」、「效率」，其中特別強調「權責相符」的概念、強化資訊公開提升醫療品質、收費方式的公平改革、擴大保費之計算基礎、落實並建立收支連動機制、以及擴大社會多元化參與等面向（行政院衛生署，2004）。在2010年1月26日通過修法，將健保監理會及費協會整併爲健保會，統籌保險費率、給付範圍及年度醫療給付費用總額協定等重大財務事項之審議，以確保全民健保財務收支連動，達成健保財務穩健經營之目標（衛生福利部，2012）。

全民健保財務收支連動機制運作流程圖，詳圖1，其重點如下：

1. 依據《全民健康保險法》第60條：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。

2. 年度總額經行政院核定後，依《全民健康保險法》第61 條於各年度開始三個月前，健保會應在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，應由主管機關決定。

3. 若健保會審議保險費、保險給付範圍以及協議年度總額時，若發生有減少收入或增加支出時，應併資源配置及財務平衡方案同時審議或協定。

4. 健保會完成年度總額之協定後，需報主管機關核定，另依《全民健康保險法》第24 條規定審議收支平衡費率，即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（6%）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。

5. 前述保險費率審議完成後，由主管機關轉報行政院核定。

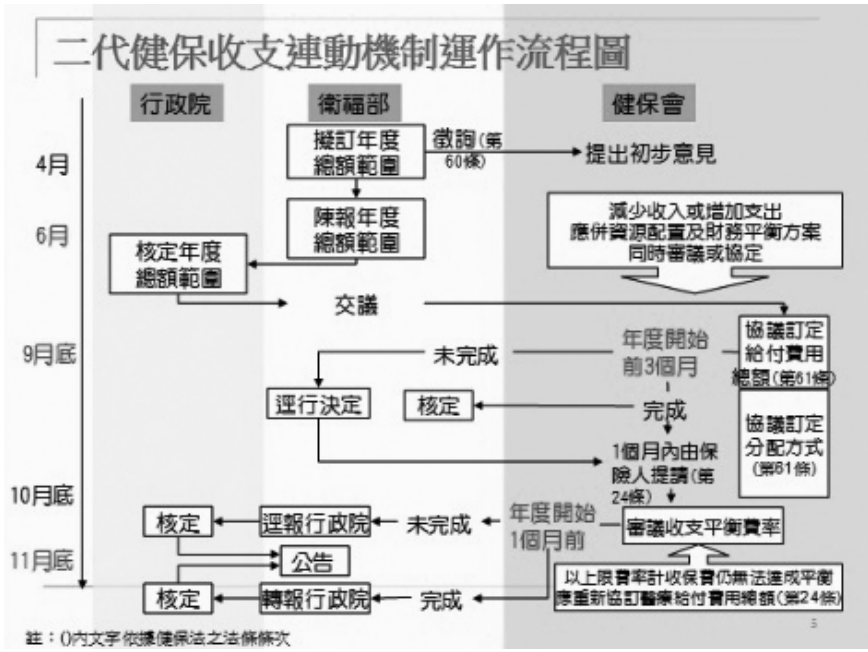


圖1　二代健保收支連動運作流程圖

資料來源：立法院社會福利及衛生環境委員會（2013）。

與收支連動相關的法令依據，主要包括：《全民健康保險法》第5條、第24條、第26條、第45條、第51條、第60條、第61條及第72條等條文。其中第5條爲健保會的主要工作與組成說明；第24條爲提請審議之規範；第26條爲保險給付應調整之情形；第45條爲自付差額之特殊材料給付；第51條爲不列入保險給付範圍之項目；第60條爲訂定醫療給付費用總額之範圍；第61條爲醫療給付費用總額及其分配方式之訂定；第72條爲抑制資源不當耗用改善方案之擬訂。

二、健保收支連動之運作

全民健保於1998 年7 月、2000 年7 月、2001 年7 月及2002 年7 月陸續開辦牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院總額（各部門總額）支付制度，由保險付費者與醫事服務提供者協商下年度總額。年度總額擬訂程序，是由衛福部擬訂成長率範圍，報行政院核定後，由健保會在核定的總額範圍內，協議訂定年度總額及其分配事宜（包含各部門總額成長率，及分配至各健保分區的地區預算），報衛福部核定；若無法於期限內完成，則由衛福部逕行決定（衛生福利部，2012，2016）。

本研究以105 年度總額協商爲例，說明運作方式。

（一）完成總額協定前之準備工作

第一，確立年度總額協商架構、通則與程序

保險付費者與醫事服務提供者代表，均希望事先議定總額協商作業遊戲規則，且須公開、透明。4 至6 月間幕僚會參考過去經驗，擬具協商架構、通則、程序，提請委員會議議定，作爲9 月份協商時依循。協商架構包含總額設定公式、醫療服務成本及人口因素、協商因素項目、專款項目及門診透析等。5 月份委員會議討論協商架構時，考量總額已實施十多年，委員提出「應利用實證資料檢視計算方式之合理性」建議。衛福部於2015 年底前，召開「醫療服務成本及人口因素計算方式」檢討會議。委員會議議定的協商通則，包含：各部門總額在費用基期、非協商因素、協商因素、專款項目及其他等一體適用的共通性原則。4 月及6 月份委員會議議定總額協商程序，先召開共識會議，結論再提委員會議確認。協商程序包括：會議日期、參加人員、各總額部門的協商順序與可用的協商時間、共識會議進行原則，及各方未能達成共識時的

處理方式等事項（衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部中央健康保險署，2016）。

第二，編具協商所需之參考數據

各部門總額執行成果摘要爲就各部門總額一般服務及專案計畫或方案近五年執行概況及結果，彙編「104 年全民健保各部門總額執行成果摘要」，提供各部門總額預算執行、辦理績效等相關實證數據，供協商參考。一般服務內容包含維護保險對象就醫權益、專業醫療服務品質之確保與提升、總額之管理與執行績效、品質保證保留款實施方案之執行情形等資料。專案計畫／方案包含其目的、歷年執行情形及成效評估、檢討與改善等資料（衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部中央健康保險署，2016）。總額協商參考指標要覽爲蒐集國際上及我國健保最新的執行資料，作爲總額協商的基礎數據，彙整包含全民健保醫療給付費用配置、付費能力與醫療供需、歷年醫療支出分攤情形、歷年各總額部門及其他預算協定結果及執行情形等相關資料，編具「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」，於協商總額時提供委員參用（衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部中央健康保險署，2016）。

（二）總額協定之執行

衛福部於4 月函送「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。擬訂總額範圍包括：成長率範圍的低推估值：以「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」等客觀的成長因素及公式計算而得，又稱非協商因素。高推估值：以政策推動對醫療費用之影響爲主，並參考民眾付費能力，包含總體經濟情勢、整體醫療保健支出，及各部門總額相關醫界團體所提成長率目標值及內容等作爲調整因素，再加上低推估

值計算而得（衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部中央健康保險署，2016）。

此一諮詢案提報健保會委員會議，因爲105 年度衛福部修改低推估值中「醫療服務成本指數改變率」的計算公式，特別有關「人事費用」及「藥品費用」採計的指標及參數，委員提出「來年若仍延用所擬的高、低推估值架構，設算105 年度總額之『醫療服務成本指數改變率』所採指標、指數及權數既已修訂，即應遵循至少適用3 年之原則，以求穩定。」之建議。各總額部門評核結果，所獲等級分別爲：牙醫「優」級；中醫、西醫基層及醫院「良」級；良級以上部門依等級，酌給品質保證保留款，以茲獎勵。105 年度總額，經議定「優」級部門酌加成長率0.3%、「良」級部門酌加0.1% 。據此，編列「品質保證保留款」6.04億元，以實質鼓勵四部門對提升總額執行成效及醫療服務品質之努力（衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部中央健康保險署，2016）。

參、健保收支連動之文獻探討

本研究整理健保收支連動的相關研究，分別從組織效能、組織權責、互動與治理、決策資訊等面向討論。陳敦源（2006）在對於全民健康保險監理會未來運作機制規劃的研究，指出在兩會合一後，若要落實收支連動，必須調整整體運作機制。建議當費率調整的運作機制，在委員的專業性與政治環境逐漸成熟，嘗試以量出爲入的方式來調整費率，並在調整後透過量入爲出的方式控制預算的支出，以達收支連動。陳敦源、張耀懋（2012）指出健保會的收支連動決策的關鍵，在於何時以及能否得到精確的決策資訊，亦即在取得確切的相關資料後，才能在資訊對稱的情況下，對政策問題提出有效的解決策略。在資訊提供的時間點

部分，基於健保會決策的權限，只要有需要資訊進行決策時，行政機關都應該提供即時資訊。舉例而言，在總額範圍諮詢時，健保署（前健保局）就應先提供費率與總額範圍的對照表，供健保會委員作爲收支平衡的基本考量；而進行總額分配時，應針對給付範圍與費率調整兩者的連動提供相關資訊，在固定其中一者的條件下，另一端如何修正。唯有提供精確與詳細的資訊，才能確保決策正確性與執行有效性。至於各單位支援人員以及決策支援單位的設立，可以依照整體資源的考量，優先強化支援健保會決策資訊，尤其是與收支連動的關鍵資訊，健保署（前健保局）應該扮演更重要的決策資訊整理與提供的角色（陳敦源、張耀懋，2012）。李玉春（2012，2013）在建構全民健保醫療給付調整審議機制之研究，指出有必要建立一個審議機制，作爲健保會建立給付審議架構與醫療資源配置決策或協商之參考。並建議主管機關、健保會與健保署對給付範圍審議案件認定標準（如非總額協定範圍內、或對財務影響大項目）先建立共識，以利篩選決定案件，提送健保會審議。李玉春（2014）指出總額藉由前瞻性的協商費用，除反映因物價指數成長、人口老化所需醫療費用的增加外，還將預算用於引進新藥新科技、推動支付制度改革（如 DRGs）、支付標準改革（改善科別支付標準之不公），提升醫療可近性（包括山地離島偏遠地區、身心障礙者醫療）、改善醫療效率與品質（論質計酬、整合性照護計畫、家庭醫師、論人計酬）、反映政策法規改變新增之成本等。

劉宜君（2014）研究指出衛福部應釐清健保會與其他組織的互動關係，以及透過溝通與研討方式，凝聚委員之間對於總額範圍估算、年度總額成長率協定架構，以及有效財務收支連動落實方式的共識。健保會的收支連動決策的關鍵，在於取得決策資訊的時間與精確程度，才能在資訊對稱的情況下，對政策問題提出有效的解決策略。例如在總額範圍

諮詢時，健保署提供費率與總額範圍的對照表，供健保會委員作爲收支平衡的基本考量；進行總額分配時，應針對給付範圍與費率調整兩者的連動提供相關資訊，在固定其中一者的條件下，另一端如何修正。唯有提供精確與詳細的資訊，才能確保決策正確性與執行有效性。付費者代表與醫事服務提供者代表在健保財務專業上存在專業不對稱：健保有著高度的醫療專業問題，加上藥物與衛材的給付原則決定，不但牽涉到醫療科技與實務、醫療資源配置，以及健保財務收支等專業的因素影響，有可能會導致雙方無法在同一專業的平台上進行協商與溝通，影響收支連動的效果。鄭守夏（2014）指出收支連動目的是希望收支得以平衡，亦即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。

衛生福利部（2014）在二代健保總檢討小組的報告，建議加強健保會委員對於職掌及功能之認知，同時釐清健保會與其他保險醫療給付會議間之關係。陳敦源、劉宜君、林昭吟（2014）研究指出醫療服務項目或是藥物與特殊材料的給付原則決定，牽涉到醫療科技與實務、醫療資源配置，以及健保財務收支等專業的因素影響。專業不對稱除了一般民眾與專家之間的鴻溝外，包括健保這種跨專業的公共政策領域中，不同專業彼此之間專業協調與資訊解讀的問題。由此可知，不同權責單位對於收支決策資訊的流通與解讀，在收支連動過程扮演關鍵的功能。

本研究也參考他國的做法，就資訊完整部分，例如德國在審議支付標準時，聯邦聯合委員會（The Federal Joint Committee）在訂定有關健康保險支付標準的具體法則、排定整體給付的優先順序擬定，以及醫療品質監督時，可以要求幕僚機構「醫療照護品質與效率委員會（Institute for Quality and Efficiency in Health Care）」進行專業報告，作爲政策協商的循證基礎（evidence-based）（羅凱凌，2016）。

加拿大在於健保相關決策方面，相當重視資訊蒐集與證據導向。例如加拿大健康資訊研究院（Canadian Institute for Health Information）是一個獨立的非營利組織，主要提供各種與加拿大健康照顧服務有關的資訊，例如健康支出資料庫（National Health Expenditure Database）、論病例計酬的資料庫（Case Mix Group Plus），都是加拿大在進行重要健保決策的參考，負責對民眾提供清楚易懂的健康服務資訊。加拿大藥品與科技機構（Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, CADTH）亦爲獨立的非營利組織，強調證據導向的健康照顧服務，主要的服務項目包含藥品、檢驗、特材、服務項目的評估，不僅提供佐證，亦可提供政策建議供決策者參考。因此，加拿大在藥物給付與支付的決策時，由專業組織提供建議，縮短實務與專業之間的差距，並提供重要的資訊作爲決策參考（Simpson, 2013）。

由此可知，資訊的充分對於決策品質具有必要性。由於健保總額、給付與費率審議爲一年的決策過程，甚至前一年的決策結果，不但影響當年、甚至是往後的健保財務運作與醫療政策的發展，在每個決策過程必須以財務收支連動資訊連結，同時設立多元指標加以監控，例如費率變動幅度、安全準備餘絀、現金基礎的收入、權責基礎的收入等。

相關研究指出關於收支無法連動的問題，除了權責區分、功能協調、專業解讀外，尤其關注何時及能否得到精確的決策資訊，亦即在取得確切的相關資料後，才能在資訊對稱的情況下，進行決策。換言之，資訊的充分與一致，可視爲收支連動機制能否落實的關鍵因素。

肆、健保會紀錄之內容分析

本研究也透過健保會紀錄的內容分析瞭解委員對於收支連動的意

見，依據103 與104 年度健保會的會議紀錄，整理有關委員對於收支連動議題的討論。

在103 年度健保會有關收支連動的討論共計有17 案，其中9 案是健康保險業務執行的例行報告，3 案是有關健保資源不當耗用、政府負擔之眷屬人數與健保自行負擔費用合理性的討論事項，2 案是有關法律問題的臨時提案，剩下的3 案爲有關罕見疾病藥費、健保代位求償與健保資源不當耗用的專案報告。104 年度共計有14 案，其中9 案是健康保險業務執行的例行報告，2 案是有關於提升護理照護品質計畫與《全民健康保險法》施行細則報告的專案報告，2 案是有關於《全民健康保險法》施行細則第45 條與菸品健康福利捐分配與福利的臨時提案，最後1 案爲有關健保財務平衡及105 年度費率方案的討論事項。在103 年度，委員針對收支連動討論最爲熱烈的是「104 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」與「102 及103 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行情形及成效報告」兩案合併討論的議題上（103 年度10 月紀錄，頁59-65），被保險人認爲被節省下來的費用應提供給民眾更有效益的診療及藥物，且應從民眾端加強教育降低無效醫療的形成，避免健保資源的浪費。醫界代表認爲，若藥品能區分 ABC 表支付，減少醫療的浪費，在透過全面的轉診制度讓病人分流，才能眞正產生財務改善的效果（103 年度10 月紀錄，頁63）。

此外，在103 年度，委員對「罕見疾病、血友病藥費專款項目之執行報告」也有熱烈的討論，專業公正人士與被保險人代表委員認爲健保署應更詳細地列出罕見疾病患者使用健保資源的資料，並說明罕病患者八年約增爲兩倍，但平均藥費卻增爲三倍的原因。至於付費者代表提出有無減少此類病患增加的方法，才是根本的預防之道（103 年度4 月紀錄，頁56）。醫界代表的代理委員認爲罕見疾病的用藥本來就較無議價

空間，建議若將來考慮要將罕見疾病用藥納入健保給付中，被保險人代表需審慎思考。

在104年度的討論當中，對於「健保財務平衡及收支連動之機制與標準暨105年度全民健康保險費率方案（草案）」一案，委員們有非常熱絡的討論。付費者代表認爲健保會應建立費率調整的機制，而非只關注費率的升降，並提出其對費率機制的提議（104年度11月紀錄，頁67-68）。其他委員也紛紛同意此一建立機制的提議，而專業公正人士委員建議將財務收支平衡機制納入《全民健康保險法》中，由健保會依財務狀況調整費率，而當收大於支時，也要考慮支出是否合理，並將現行醫療環境與支付制度一併納入考慮（104年度11月紀錄，頁83、84、100）。換言之，除了考量收入面是否充盈外，也要考慮到醫療環境或其他結構因素。

此外，在104年度，委員對於「醫療給付費用總額範圍（草案）諮詢案」也有許多討論，被保險人代表認爲政府應負擔健保總經費36%的核算始終與衛福部的估算不一致，對於未來健保收入而言是一大隱憂，且衛福部所擬的總額範圍完全沒考量付費能力指標，建議國家發展委員會在審議時要考慮付費意願和健保財務。付費者代表認爲，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（104年度4月紀錄，頁19）。醫事團體也認同前述委員觀點，認爲行政院核定的總額上限未適當使用，導致健保開辦以來點值偏低情形。專業公正人士委員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（104年度4月紀錄，頁26-27）。

從兩個年度的會議紀錄，可以發現被保險人代表與醫事團體間對於總額分配制度上的改革方向有共通點的：第一，雙方均思考著如何從醫

療端與需求端改善浪費醫療資源的情形，讓健保財政越趨穩定；第二，雙方皆認爲應建立一個能上下調整且不受政治或外在干擾的費率機制，而非單純關注費率升降的問題，且均同意逐步改善支付標準不合理之處，能從更根本的方案維持總額制度的平衡。

綜合前述，從法制與實際運作得知，健保收入主要來源包括：一般保費收入、補充保費收入、部分負擔。影響收入面的政策工具，包括：國健署的菸捐、社家署公益彩券盈餘分配，社保司的補充保費、健保署的一般保費的投保薪資調整、平均眷口數調整、部分負擔調整、補充保費的保險費費基、立法院的費率管制（以6% 爲上限）、健保會的費率審議等；影響支出面的政策工具，包括：健保會總額協定及分配、衛福部的年度總額範圍擬定、國發會審議總額範圍、行政院核定總額範圍、健保署共擬會議的新藥新科技、健保署關於給付的調整與審議。圖2 爲影響收支連動政策工具概念圖。

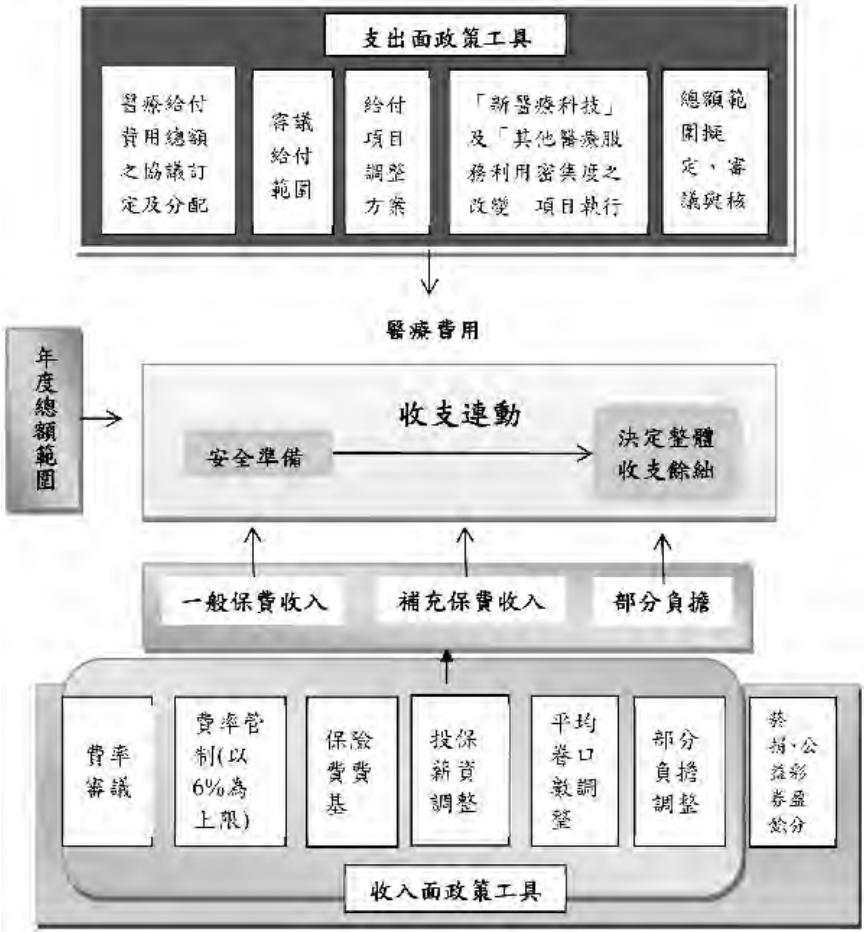


圖2 影響收支連動政策工具概念圖

資料來源：本研究自製。

伍、研究設計與實施

一、研究設計

根據 Weimer 與 Vining（2011）指出政策分析的步驟包括：定義問題、建立目標、評價標準、認定替代方案、呈現與選擇替代方案、監測與評估政策結果。政策分析的第一步是定義問題，之後的其他步驟是解決問題。在他國經驗的參考方面，就資訊完整部分，德國在訂定有關健康保險支付標準的具體法則、排定整體給付的優先順序擬定，以及醫療品質監督時，要求專業報告進行，作爲政策協商的循證基礎。由此可知，資訊充分對於決策品質具有必要性。因此，本研究透過蒐集文獻資料、健保會委員發言紀錄的內容分析，與訪談利害關係人，以問題建構途徑釐清在收支連動過程中，資訊完整性、透明與一致性的問題。

由於健保會在收支連動運作扮演關鍵的角色，本研究在2016 年 5 月至10 月間以立意抽樣訪談政府部門代表（衛福部社保司、健保署）、健保會委員、學者專家等12 位。訪談主要針對健保財務收支未能完整連動的資訊一致與流通議題，包括：依據二代健保財務收支連動精神，在建立以科學數據爲基礎的審議機制上，關於保險費率作爲政策工具的資訊完整性爲何？從收支資訊觀點，以安全準備超過作爲調降保險費率的資訊掌握，是否能檢驗收支連動的機制？對於收入與支出的資訊同時或前後出現在關鍵決策點上之看法？

本研究基於研究倫理，以匿名方式處理受訪者與發言者的意見，並以編碼代號呈現。A 代表主管機關與執行機關、B 代表健保會委員、C 代表學者專家；第二碼數字爲訪談順序編號，其中 B4、B6、B7 與 B9

專家學者及公正人士代表[2]。深度訪談資訊詳表1。

表1 深度訪談受訪者資料

編碼	訪談時間	身分	訪談地點	備註
A1	2016年5月12日14:00	政府部門代表	受訪者辦公室	
B1	2016年5月12日17:00	健保會委員	受訪者辦公室	國家發展委員會及主管機關
B2	2016年5月20日15:30	健保會委員	受訪者辦公室	被保險人代表
A2	2016年5月26日14:00	政府部門代表	受訪者辦公室	
B3	2016年5月26日14:00	健保會委員	受訪者辦公室	被保險人代表
B4	2016年6月4日10:00	健保會委員	受訪者辦公室	學者專家及公正人士代表
C1	2016年8月29日15:00	學者專家	會議室	
B5	2016年9月29日9:00	健保會委員	受訪者辦公室	被保險人代表
B6	2016年10月5日9:00	健保會委員	受訪者辦公室	學者專家及公正人士代表
B7	2016年10月14日10:00	健保會委員	受訪者住家	學者專家及公正人士代表
B8	2016年10月14日13:30	健保會委員	受訪者辦公室	保險醫事服務提供者代表
B9	2016年10月20日9:00	健保會委員	受訪者辦公室	學者專家及公正人士代表

資料來源：本研究自製。

陸、訪談結果分析

本研究綜合深度訪談分析指認出問題，包括：決策資訊不完整、資

[2] 依據研究當時的〈全民健康保險會組成及議事辦法〉第2條，全民健康保險會置委員35人，其中專家學者及公正人士5人。

訊收支概念不一致、收與支的資訊未同時出現在關鍵決策點等。

一、決策資訊不完整之問題分析

第一，受訪者 B5 指出醫療給付範圍總額設定公式時，醫療給付範圍總額設定公式「非協商因素」比例持續偏高，使得健保會能協商的範圍只有200 億左右。此外，基期金額逐年持續成長，但健保會能決定的範圍，上下限值已被框定，健保會不能完全掌握收支連動資訊。受訪者 B4 亦指出每年衛福部提供未來總額成長醫療費用的上下限，讓國發會審議範圍，健保會只能在範圍內做決定，收支連動資訊不完整。受訪者意見如下：

> *大家以為健保會協商6,000億，其實只有200多億，其他都是非協商因素公式已經框定，所以低推估跟高推估都不能動，這是什麼道理？去年低推估4點多，後來被迫至少成長4點多，若這樣協商因素一點空間都沒有，高推估6點多，給到給不起。（B5）*
>
> *健保會只是在範圍內做決定，衛福部社保司大概在每年3、4月要擬一個未來總額成長醫療費用大概的上下限。國發會再決定上、下限告訴說今年可以成長多少，這範圍就會交付給健保會，拿這個跟醫界付費者協商，在這範圍內決定在哪一點上。（B4）*

第二，關於決策資訊的完整性，受訪者 C1 指出非協商因素的計算與社會脫節，不照 GDP、人口成長實際情形。受訪者 B8 指出資料的正確性影響決策判斷。受訪者意見如下：

> *對總額訂定、非協商因素的訂定與成長，已跟社會脫節，完全也不照GDP，人口成長，這個是可以對證，國發會實際上資訊沒有公開。在協商的時候才知道，總額的非協商因素沒有說清楚，我們也沒有辦法，只有在專款方面比總額的非協商因素更清楚。總額的訂定希望讓非協商因素跟社會成長GDP，而不是像現在的和付費者能力等差距很大。（C1）*
>
> *我們沒資料。即使他把資料給我們，也沒有機器去算？也不能將資料導入醫院，也沒有程式跑，通常在對資料就是前後年數字一致，這是從這來的那我就來看一下門診，就像對C肝，明明說八千人，這邊又寫一萬三，就有差別了。（B8）*

第三，受訪者 B6 指出即使加上人口老化、躉售物價因素後由健保署估算，與國發會審議的結果，總額費用有1,000 多億的落差，表示無法理解國發會非協商因素公式的估算方式，相關資訊不夠完整。其意見如下：

> *用人口老化去算，用非協商因素去算，就是*

人口數增加，投保人口增加，老化帶來的密度增加，還有藥售物價增加。從健保開辦算到96年去算，因爲上述這些的關係，所以從健保2,000多億，現在應該是多少億。請他算的時候，健保署第二個月就算出來啦，答案是3,000億。就在當場問了一個問題，如果把非協商算進去是3,000億不到，他們突然很緊張說，兩個公式中間有一個算錯，我管你有沒有算錯，兩個算法都小於3,000億，可是我那時候爲什麼健保是一年4,500百億？1,500百億到哪裡去了？（B6）

第四，由於日新月異的醫療科技衝擊醫療體系的供需面，使健保給付範疇不斷擴大，在落實健保給付適當性時，要釐清總額協商與新增給付項目的扣連原則，以整合在收支連動機制。受訪者 A1 提到相較於討論醫療給付的爭議，藥品給付更爲複雜，因爲有替代率的問題，健保署估計的費用增加常常受到醫界的質疑，使得健保會在討論時，常有不同意見，以及 HTA 數據的可信度等會影響健保會委員的意見。受訪者意見如下：

藥品比較會被挑戰，像新藥替代率，醫界跟付費者、健保署都沒有很明確的，所以新藥的額度裡面有多少？我們當然框一個叫做新藥新科技在總額協商裡面，每年都有，……但我覺得有一個叫做前置準備，就是給付範圍，這塊目前沒有操作經驗。……現在HTA只針對個案新藥，說引

進時有財務衝擊或是各國經驗怎樣，再針對個案而非通案處理。（A1）

二、收支資訊概念不一致之問題分析

收支概念不一致主要是指以安全準備作爲調整費率的唯一標準，運作上可能產生的問題。現行機制著重以安全準備餘額作爲調整基準，易陷入單向思考。尤其以保費收入的時差而言，大約是在1 個月半到2 個月之間。因此，以安全準備超過作爲調降保險費率的理由，是否能作爲檢驗收支連動機制的關鍵？此外，即使可以作爲檢驗收支連動機制的關鍵，在實務操作上仍有時間落差的問題。如果安全準備與總額調整能同步運作，一年調整一次，無論餘絀，都要與總額協商一起討論，使其和給付審議的關聯性接近。換言之，安全準備餘額不足時，與總額協商時一起討論；安全準備餘額充裕時，則以降費率或調整支付項目或範圍等方式因應。

第一，由於財務收支來源多元，受訪者 B7 提到安全準備金的來源不是單純來自保費收入，在收支連動時，如果只以保險費率爲工具亦不妥適，不認爲以安全準備作標準來調整費率。其意見如下：

安全準備的累積不是因爲健保財務收支有結餘，是收入大於支出，保費收的多支出用的少，所以有結餘？不是的。我的想法就說這樣用安全準備作標準來調整費率是不妥當的。若說因爲連動，這連動這也是有問題，單純用安全準備又不

是完全來自於保費收支，降保費、升也是升保費，但安全準備並不是只有保費來的。如果用安全準備作爲依標準來調，若有機制現在一個半月，超過三個月就要調降，低於一個半月就要開始運作了，就要開始調升了。（B7）

第二，受訪者 B7 提到安全準備不是用現金收付制計算，會產生其他的問題，認爲收支連動兼顧現金基礎與權責制；受訪者 B6 提到現金流已經是負值，但是安全準備餘額仍是正值，收支連動機制除考慮安全準備外，亦應兼顧現金基礎。其意見如下：

連動發生在安全準備，有兩個標準，一個是權責發生制、一個是現金收付制，如果看權責發生，若安全準備連動機制是建立在權責發生制之上的話，就會發生問題，事實上現金多了或是少了，應該調費率時不調，還有一個半月，用不著調，可是現金已經沒有了，以前就發生這事情。……既然有支出就要有對應的收入，但現在收入很多種，又有補充保費、費率不一樣。（B7）

……安全準備不是用現金收付制，而是用權責發生制，這問題更大。單用權責方式表面上看起來安全準備有五個月，事實上現金準備也許一個多月，當安全準備降到兩個多月時，現金準備其實沒有了，從現金準備來看衡量安全準備的話

可能連一個月都沒，應該調升，換句話說應當調升結果沒有調升，發生這樣狀況，當支出要增加，收入就對應去有財源支應，否則給付增加支付標準調高，但是沒有錢怎樣調？（B7）

今年的現金流已經是minus，然後明年、後年、大後年，是眞正的錢會minus，所以少於1.5就要開始警覺，現在不調，以後調到8、9、10%是不可能的。（B6）

第三，受訪者 A2 對於安全準備計算時點表示意見，認爲收支連動要看當年的平衡，亦即當年安全準備餘額不足 1 個月保險給付支出時，就要啓動調漲機制。同時依照健保會提出的附帶決議，不能三年後檢討，而是要每年在協商時，一併檢討費率。尤其健保會委員任期到討論費率調整時，已經換屆，或是在三年後要調整時，遇到選舉，難免受到政治因素的影響。受訪者意見如下：

收支連動要當年，不能說三年平衡，這樣沒人負責，變得說要調已經換屆了。尤其對我們來講兩年一次選舉，你不能卡在選舉前，要調不能調，現在要講說要三年後調，正好遇到總統大選，不可能調，現在健保會有權無責。（A2）

第四，受訪者 B4 提到費率審議時，該年底安全準備餘額均超過三個月保險給付支出，費率難以調漲，並指出費率僅爲收入面政策工具之一，給付範圍也只是健保支出面政策工具之一，除了前述兩種工具外，

收支連動可考慮減少支出，例如不必要的給付，或是由民眾自費。受訪者 B2 提到安全準備餘絀1.5 個月之保險給付支出爲標準，較不具彈性。因而以安全準備作爲調整費率的唯一標準，收支連動運作恐產生問題，認爲指標可以更爲多元。其意見如下：

> *要拿一年看下一年，還是要拿過去平均三年去看下一年費率，這前提就是要認定醫療費率變化是穩定成長，還是每年變化劇烈。若劇烈理論上用平均三年來可能會無法支應下一年或是下一年給太多，但若他是平均成長，用過去平均成長趨勢預估。（B4）*
>
> *安全準備是讓它再支付錢給醫界時，不會沒有錢給人家，所以僅是短期動態平衡。……安全準備是做財務運用，不會瞬間人家要錢，來不及給別人，後面那塊一旦超過長期效益，就應該要進到收支連動調整。……安全準備是短期，如果安全準備不夠，是這個月不夠，或是過去這段時間一直持續不夠，……一旦維持穩定不夠，應該要漲費率。但如果安全準備有升有降，就不是調費率時機，因爲它是動態平衡。（B4）*
>
> *以「1.5個月之保險給付支出」爲標準，較不具彈性，可能會造成以後費率的調升幅度太高。……《全民健康保險法》規定寫在安全準備機制上，當然就聚焦在那上面，我認爲可以更多元。（B2）*

三、收支資訊未同時出現在關鍵決策點之問題

第一，受訪者 B6 指出醫療給付範圍總額設定公式時，未考慮收入面因素，例如人口結構改變率、投保人口年增率，應有相對收入的估算。受訪者 B4 亦指出總額範圍幾乎每年以至少3% 成長，但收入未同時考慮隨之調整。其他如新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）每年幾乎維持0.5% 的成長率，涉及高度專業性（尤其是特材）、財務影響評估資訊。其意見如下：

> *衛福部也可以跟國發會說，我要10%的成長，國發會問爲什麼你要10%，那我現在就都沒錢，非協商因素就2點多，爲什麼要跟我要10%？衛福部要講得出來。……所以數字要給我夠詳細。（B6）*
>
> *總額每年成長而且最少成長3%，這等於是複利計算，我們薪水沒漲，他繼續漲，不管老化還是怎樣，都不用管，今天醫療費用從健保開辦3,000多億到每年只有增加，不會掉下來，只有快慢，但一直都在增加，最少都是3%，那一年3,000億第二年就是3,000億乘1.03，之後一直上去，越補越大，因爲母數越來越大。（B4）*

第二，受訪者 B3 提到委員決議調整費率的思考有時間差，健保會在2015 年建立平衡費率收支連動機制，每年度會針對費率及總額試算，若當年起的第三年安全準備金超過3 個月時，就會啓動「調降機

制」。若當年底安全準備金不足1.5 個月時，就會啓動「調漲機制」。受訪者 A2 希望做到當期平衡，同時提到收支連動費率調整時，在降費率時，不能太低，甚至讓當期就收支不平衡，不應第三年才開始思考調整。費率調漲是以第二年年底可維持2 個月安全準備金額作爲調漲的幅度，會出現當年安全準備已經低於1 個月保險給付支出，隔年還是會低於1 個月保險給付支出，如此變成只有零點幾個月，一直到年底才會補至2 個月保險給付支出，可能會有半年以上的時間，安全準備餘額低於1 個月保險給付支出。人口老化與醫療科技需求是沒有時間差的，認爲當收支不平衡時，就應該調整。受訪者意見如下：

> *健保會希望有時間差，有委員覺得不要每年動，看我們可否兩年動，但我們發現以後人口老化跟醫療需求增加之後沒有緩衝期跟時間，發現不夠，要調就是很多。（B3）*
>
> *二代修法時，把三個月的上限拿掉，一代是大於三個月要檢討費率，有調降機制在內，二代把大於三個月當成原則，他不是條文只是原則。（A2）*

第三，保險成本中推估總額成長率103 至105 年協定成長率平均3.6%，總額成長率平均2%，保險收入中屬於人口數與薪資成長率合計2%，加上其他收入的成長率，與給付成長率產生3% 的收支逆差。受訪者 A2 提到健保會在決策時，費率該調整沒調整，甚至做成一個在調整時機上政治不可行的決議。在關鍵決策時，收支連動資訊應同時考慮。受訪者意見如下：

有安全準備餘額，這是最好時間來做收支連動，所以去年他們要做收支連動並非壞事，但是他們做了幾個錯誤：第一個他如果弄成今年要能夠當期平衡，但今年按估計有可能會虧損；第二是他們做附帶決議何時可以調，等到接近三年後才可以調，三年後就是總統大選了，所以弄了一個時間讓政治上無法調，這是不對的。理論上，本來去年調沒辦法調，去年調本要調到4.1多，當下就虧損，後來堅持到4.69。今年有可能平有可能虧，但明年一定虧，理論上今年調費率以後，今年設立總額，明年應該就要調漲，不調漲，越來越難調，而且幅度就會越高，……那時候（兩年兩個月後）會變得調幅大到政治自殺，選舉年漲20%，理論上看新團隊會不會碰這問題，今年9月協商總額就來公告明年費率多少，這樣才收支連動，不能說三年後，這些人都跑了。（A2）

綜合前述，由於健保總額、給付與費率審議爲爲期一年的決策過程，甚至前一年的決策結果，不但影響當年、甚至是往後的健保財務運作與醫療政策的發展，因而在每個決策過程必須以財務收支連動資訊連結，並以多元指標加以監控資訊完整性，例如費率變動幅度、安全準備餘絀、現金基礎的收入、權責基礎的收入、新藥新科技的額度等。其次，財務收支資訊應同時存在運作過程，例如國發會總額範圍審議、衛福部諮詢健保會年度總額範圍、行政院核定年度總額範圍、健保會總額費用協定及分配、健保會費率審議等關鍵決策點同時將財務收支資訊一

併考慮，尤其收支連動運作機制牽涉不同權責單位，雖然各司其職，但對於收支概念、財務收支資訊應有共同理念。

柒、研究結論與建議

一、研究結論

第一，健保會的收支連動決策的關鍵，在於取得決策資訊的時間與精確程度：健保會是否順利發揮收支連動作用的重要關鍵，在於取得確切的相關資料，才能在資訊對稱的情況下，對政策問題提出有效的解決策略。基於健保會決策的權限，需要資訊進行決策時，行政機關應該提供即時資訊。例如在總額範圍諮詢時，健保署就提供費率與總額範圍的對照表，供健保會委員作爲收支平衡的基本考量；進行總額分配時，針對給付範圍與費率調整兩者的連動提供相關資訊，在固定其中一者的條件下，另一端如何修正。唯有提供精確與詳細的資訊，才能確保決策正確性與執行有效性。至於各單位支援人員以及決策支援單位的設立，可以依照未來主管機關成立後各項資源整體的考量，優先強化支援健保會決策資訊，尤其是與收支連動的關鍵資訊，健保署應該扮演更重要的決策資訊整理與提供的角色。

第二，從健保會會議實錄發現，關於收支連動議題，被保險人代表與醫事團體間對於總額分配制度上的改革方向具有共通觀點：雙方均思考著如何從醫療端與需求端改善浪費醫療資源的情形，讓健保財政越趨穩定；雙方皆認爲應建立一個能上下調整且不受政治或外在干擾的費率機制，也都同意逐步改善支付標準不合理之處，冀望從更根本的方案去維持總額制度的平衡。

第三，檢視運作的問題，主要包括：資訊不完整、收支概念不一致、收支資訊未同時出現在關鍵決策點等問題。

首先，在資訊不完整之問題包括：（一）醫療給付範圍總額設定公式時未考慮收入面因素，例如人口結構改變率、投保人口年增率，應有相對收入的估算；（二）部門醫療服務成本指數改變率計算的成本項目，例如人事費用、藥品費用、醫療器材費用、基本營業費用、其他營業費用的指標類別資訊，與醫療服務成本的關係需要再釐清。

其次，收支概念不一致之問題包括：（一）不以安全準備餘額作爲唯一調整基準，避免陷於單向思考；（二）費率僅爲收入面政策工具之一，給付範圍調整亦爲健保支出面政策工具之一，收支連動未積極考慮減少支出，例如不必要的保險給付，或是由民眾自費。（三）以保費收入的時差而言，大約是在1 個月半到2 個月之間。當年審議時，該年底安全準備餘額均超過3 個月保險給付支出，因此費率無法調漲。

最後，收支資訊未同時出現在關鍵決策點之問題包括：（一）總額協定時，除了行政院核定的總額範圍外，未提供相對收入估算資訊。（二）醫療給付範圍總額設定公式時，針對人口結構改變率、投保人口年增率，未建立相對收入的估算。

二、研究建議

第一，就資訊完整部分，德國在訂定有關健康保險支付標準的具體法則、排定整體給付的優先順序擬定，以及醫療品質監督時，要求專業報告進行，作爲政策協商的循證基礎。加拿大在藥物給付與支付的決策時，由專業組織提供建議，縮短實務與專業之間的差距，並提供重要的資訊作爲決策參考。由此可知，資訊的充分度對於決策品質具有必要

性。

第二，收支資訊概念一致之解決方法包括：（一）就收入的時差而言，大約是在1 個月半到2 個月之間，可能發生當年審議時，該年底安全準備餘額均超過3 個月保險給付支出，但收入與支出產生逆差情形，費率無法調漲，不以安全準備餘額作爲調整費率的唯一標準，避免陷入單向思考。（二）二代健保實施後補充保費每年約400 餘億元，財源穩定，收支連動的收入面要將補充保費一起分析。（三）保險費率調整年度不宜太頻繁、幅度不宜太高，且不將其視爲唯一的收支連動工具，必要時執行醫療給付結構改革或醫療給付大範圍改革的政策工具，例如費率調整幅度10% 至15% 之間，採取漸進式進行調整原則。收支連動需要同時考慮減少支出，例如透過調整給付內容，提升配置效率、技術效率與公平性。

最後，收支資訊同時出現在關鍵決策點之解決方法，包括：在總額協定前，就行政院核定經衛福部交議的總額範圍，可同時進行費率推估試算，瞭解收支資訊，包含一般保費費率與補充保費費率兩者連動下的財務狀況。

三、研究價值、限制與後續研究建議

收支連動過程複雜，研究指出關於收支無法連動的問題原因，包括：權責區分、功能協調、專業解讀與資訊對稱。限於篇幅與考慮研究聚焦，本研究關注何時及能否得到精確的決策資訊，亦即在取得確切的相關資料後，才能在資訊對稱的情況下，進行決策。因此，資訊的充分與一致，可視爲收支連動機制的能否落實的關鍵因素，並關注除了安全準備餘額的其他指標，以及討論除了費率調整的其他政策工具，宏觀地

討論收支連動議題。

惟實證對象以健保會委員爲主，以及衛福部與健保署代表，未訪談其他政府部門如國發會，爲研究限制。其次，本研究主要從資訊觀點釐清收支未能連動之原因，但健保收支涉及多項政策工具，各有不同重要性，這些工具如何作爲連動調整依據之重要性差異，可以進一步探討。最後，除了資訊問題外，關於流程完整性問題，以及不同機關的權責明確性等，可作爲未來後續研究議題。

參考文獻

立法院社會福利及衛生環境委員會（2013）。《我國健保醫療體系造福病患，卻造成醫護人員「五大皆空」窘境，健保在供給面與需求面該如何尋求平衡點？」公聽會》。資料檢索日期：2019 年 5 月 13 日。網址：https://www.slideshare.net/ROC-MOHW/20131113-46877871。

行政院（2015）。《行政院核定調降全民健保費率　並建立收支連動機制以利全民健保永續經營》。資料檢索日期：2019 年 10 月 4 日。網址：https://www.mohw.gov.tw/fp-2651-19794-1.html 。

行政院衛生署（2004）。《全民健保改革綜論》。臺北：行政院衛生署。

李玉春（2012）。《建構全民健保醫療給付調整之審議機制》（第一年）。行政院衛生福利部委託研究計畫報告。臺北：行政院衛生福利部。

李玉春（2013）。《建構全民健保醫療給付調整之審議機制》（第二年）。行政院衛生福利部委託研究計畫報告。臺北：行政院衛生福利部。

李玉春（2014）。〈推動總額支付　積極創造雙贏〉，在衛生福利部中央健保署，《白色守護：全民健保醫療支付與管理施政紀實》，頁 14-15。臺北：中央健康保險署。

陳敦源（2006）。《全民健康保險監理會未來運作機制規劃之研究》。行政院衛生署委託研究計畫報告。臺北：行政院衛生署。

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》。行政院衛生署委託研究計畫報告。臺北：行政院衛生署。

陳敦源、劉宜君、林昭吟（2014）。《二代健保擴大民眾參與對給付效益及行政效能之影響評估》。行政院衛生福利部委託研究計畫報告。臺北：行政院衛生福利部。

張嘉哲（2019）。《台灣健保財務岌岌可危？健保署長李伯璋：不會破產》。資料檢索日期：2019 年 10 月 3 日。網址：https://newtalk.tw/news/view/2019-04-05/228028。

劉宜君（2014）。《全民健康保險會運作過程評估相關研究》。行政院衛生福利部委託研究計畫報告。臺北：行政院衛生福利部。

臺灣醫療改革基金會（2015）。《總統大選醫療改革議題民調出爐》。資料檢索日期：2019 年 10 月 4 日。網址：http://www.coolloud.org.tw/node/84321。

衛生福利部（2012）。《二代健保專案報告》。資料檢索日期：2019 年 9 月 13 日。網址：https://www.mohw.gov.tw/dl-1628-1b41470f-0dad-4368-8c4e-4e6541739d4d.html 。

衛生福利部（2014）。《二代健保總檢討報告》。資料檢索日期：2019 年 10 月 3 日。網址：https://dep.mohw.gov.tw/dosi/cp-289-7569-102.html 。

衛生福利部（2016）。《106 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案）》。資料檢索日期：2019 年 10 月 3 日。網址：https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=CF2EDC7144006740&topn=5FE8C9FEAE863B46。

衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部中央健康保險署（2016）。《全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽—— 105 年版》。資料檢索日期：2019 年 10 月 3 日。網址：https://www.mohw.gov.tw/dl-3056-6e641965-4504-4033-b94a-a97ff905cef9.html 。

鄭守夏（2014）。〈循序改善常檢討　健保制度更完善〉。在衛生福利部中央健保署，《白色守護：全民健保醫療支付與管理施政紀實》，頁 10-11。臺北：中央健康保險署。

羅凱凌（2016）。〈委員會參與眞能回應政策需求嗎？以全民健康保險會

參與爲例之評估〉。臺北：國立政治大學政治學研究所博士論文。

Simpson, J. (2013). *Patient User Fees in Canada? Hot Potato*. Retrieved August 12, 2019, from http://www.theglobeandmail.com/opinion/patient-user-fees-in-canada-hot-potato/article9317535/.

Weimer, D. L. & A. R. Vining (2011). *Policy Analysis: Concepts and Practice*. (5th ed). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hal1.

附錄

訪談大綱

1. 依據二代健保財務收支連動精神，在建立以科學數據爲基礎的審議機制上，關於保險費率作爲政策工具的資訊完整性爲何？
2. 您認爲以安全準備超過作爲調降保險費率的理由，是否能作爲檢驗收支連動機制的關鍵？即使可以作爲檢驗收支連動機制的關鍵，在實務操作上仍有時間落差的問題。如果安全準備與總額調整能同步運作，一年調整一次，無論餘絀，都要與總額協商一起討論，使和給付的關聯性接近。換言之，安全準備沒錢時，放在總額協商時討論；有錢時，則以降費率或調整支付標準表方式因應。您如何評價此一構想？
3. 從總額協定分配、費率審議及給付範圍審議的過程，對於收入與支出的資訊同時或前後出現在關鍵決策點上之看法？