

百年轉折看健保： 「一代」的總結與「二代」的發軔



陳孝平

壹、前言

在民國 84 年開辦的我國全民健康保險，經歷起初筆路藍縷的年頭，取得國人的信賴與國際的推崇。然而，基於若干內在與外在環境的因素，改革的需要與能量逐漸累積，終於在民國 100 的第一個星期之內，完成萬眾矚目、全國喧騰、轟轟烈烈，號稱「二代」的修法案（註 1）。這個驚險萬狀的修法過程，在不經意當中，總結了「一代」健保的是非與功過，也讓臺灣的健保航行進入了一個沒有海圖的水域(uncharted waters)。其改革的成敗，不但國人關心，相信也為全球所關注。

在建國百年之際，臺灣的全民健康保險，基於其覆蓋的全面性(universal coverage)、給付的廣泛性(comprehensive benefit)、具有高度效率的行政管理(efficient administration)、具有水準的醫療品質(up-to-par quality of care)、並具人人付得起(affordability)的特色，自從開辦以來，已經贏得世界性的聲望(Cheng, 2003;

Lu and Hsiao, 2003; Krugman, 2005; Reichard, 2007; Reinhardt, 2008; Williams, 2008)。在這民國百年的重要時刻，本文將先對這個關係全民福祉且為國際所注目的全民健保方案進行簡介，歸納其受到全球矚目的制度性原因，然後分析其挑戰問題的所在，再分析評論甫經立法院三讀通過的 2011 年健保修正法案。

本文首先要指出的是，如果臺灣的經驗有甚麼值得國際學習的，最主要在於其始於正確的制度結構。正確的制度，使得健保得以在經濟不景氣等情境下仍然維持穩定的運作。這個結構，主要可以歸納為三個方面：以保費為基礎的社會保險方案、單一保險體制、在總額預算制度之下的內建財務平衡機制。

當然，在臺灣多元民主化的社會環境下，健保缺乏對政治影響力的防火牆，使得健保的改革，尤其是財務制度的改革十分困難，幾乎到了舉步維艱的程度。這樣的問題，也可以在民國 99 與 100 年之間的改革所引起的波瀾得到驗證。對此，本文

最後，除了整理改革的成果，也將分析其所以致此的原因，以做為未來改革的借鏡。

貳、臺灣全民健康保險制度簡介

臺灣的全民健保在 1995 年開始實施。由於在全民健保開辦時，臺灣已經有多個社會保險，且這些社會保險多屬所謂「綜合保險(composite insurance)」的性質，裡面原來已含有健康保險的成分。故，所謂的實施健保，其策略就是將原散處於各社會保險的醫療部分取出，整併為一，然後再次第納入當時尚未納入的人士，包括眷屬、合法在臺灣工作居留的外籍人士等。由於歷史的機緣，在某些國家嚴重的意識型態爭議以致於長期遲滯全民健保實現的情況，所幸並未發生在臺灣。事實上，各個政黨，不管在朝或在野，凡是與人民福祉相關的議題，都只有競相加碼，而不會有所阻礙。這是這樣一個龐大的社會政策之所以能施行的一個重要的政治歷史背景因素。

自然，在剛要實施的時候，醫界十分不安。但這不安多半不是基於對真相的瞭解，而是基於恐懼(fear)、不確定(uncertainty)、與狐疑(doubt)，也就是所謂的 FUD。但是，當醫界理解到，全民健保的實施，雖然會影響到其專業自主性(professional autonomy)，包括醫療費用將不再由市場決定等，但，全民健保將為醫界整體帶來穩定的「客源」，產生穩定的收入，而且健保是為專買(monopsony)的制度，若不參與健保也將蒙受重大損失。因

此，雖然與健保體系之間或有些摩擦，但基本上經過一段磨合的時間之後，就能與健保相互合作。此點，在提供民眾的福祉上，具有相當重要的意義。

當然，並不是每一個國家在實施健保都這樣平靜無波。眾所周知，美國在過去一百多年來，為了全民健保的立法，可以說是歷盡滄桑(Howe, 2002; Halvorson, 2007; Patel and Rushefsky, 2008)。在柯林頓(Bill Clinton)總統於 1994 年提出全民健保法案(The Health Security Act)鍛羽而歸之後，健保議題一度沈寂，直到歐巴馬(Barack Obama)總統乘著難得的歷史機遇，在 2010 年修法成功(註 2)。一般人都把美國全民健保的失敗歸咎於兩大因素：醫界與保險業者。在臺灣，關於醫界的因素已如前述，關於保險業者，則因為當時臺灣的保險業者致力於壽險的經營，對管理負荷沈重的健康保險興趣缺缺，故未構成健保實施的阻力。這也應屬於臺灣實施健保的歷史機遇(陳孝平，1996；1997)。

在立法完成之後，臺灣的健保之所以能迅速實施，要歸因於有關當局的「事在人為」的努力(陳孝平、謝玉玲，2004)以及其面對無前例可循壓力之下的知識創新(陳孝平、謝玉玲、李佳綺，2008)。因此，健保實施不久之後，民眾滿意度就直線上升，而且，一直維持在七成以上的高檔(中央健保局，2011：56)。因此，世界上許多國家，屢屢派員前來臺灣學習健保、觀摩健保的運作(註 3)。臺灣並且提供訓練課程給包括沙烏地阿拉伯、韓國、泰國、蒙古、印尼、菲律賓等國的健

康體系高層。其中，尤以美國來客最多，對於美國全民健保的實現，也應有一部分的影响力。其中尤為重要者，是美國公共電視網(Public Broadcasting System, PBS)於 2009 年前來我國製作影片，將臺灣與日本、英國、瑞士、德國等並列為可供美國實施健保的典範（註 4）。

一、臺灣健保的主要特徵

臺灣的健保是一強制性(compulsory)方案，因此，凡是在臺灣具有戶籍的國民或合法在臺灣居留或工作的外籍人士都要強制納保。臺灣健保也是一個單一保險人制度(single-payer)，中央健康保險局為其唯一的營運機構。其財務制度係採「量能負擔(ability to pay)」的原則，目前的費率為固定薪資的 5.17%，而由受雇人員、雇主、與政府以不等的比例共同負擔這份保費。「不同身份、不同保費」雖是因為開辦時遷就原有社會保險的緣故，但長久以來就是爭議焦點之一，也就是這一波修法以採家戶所得而廢除所謂「六類十四目」的背景原因。

健保的給付範圍十分廣泛；雖然民眾強制納保，但是醫療機構卻是採用所謂「願者上鉤(all willing providers)」的作法，只是因為明顯的理由，絕大多數(92.47%)的醫療機構都已經參與健保（中央健康保險局，2010：25）。健保的支付制度是在總額預算之下的多元支付方式，包括幾乎所有常見的支付方式。

二、我國健保的主要成就

若要刻劃我國健保的最重要成就，應在於它違逆所謂「傳統的智慧(the conventional wisdom)」。

這「傳統的智慧」是：在一個健保體系中，如果要擁有某些價值，就必須放棄某些其他價值。例如：如果不要限制人民就醫的自由，而且提供廣泛的給付，則就不可能同時能控制醫療費用。在標準的教科書中，這些「價值」，通常包括：涵蓋普遍性(universality)、給付完整性(comprehensiveness)、就醫的自由選擇權(freedom of choice)、成功的費用控制(cost containment)、及醫療品質(quality of care)。臺灣的健保雖不乏自己的問題，但卻同時能擁有這些價值。

正如同諾貝爾經濟學獎得主 Paul Krugman 在其肯定臺灣健保的紐約時報專文所指出：臺灣全民健保保障了全體民眾，但醫療費用卻不見因此增加（註 5）。Krugman 在其 *The Conscience of a Liberal* (2007: 214~243)亦同樣駁斥美國部分人士因為擔心費用陡升而不敢推動全民健保的謬誤。

（一）涵蓋普遍性

我國全民健保開辦時，原有的社會保險涵蓋約 59%的人口。但這涵蓋的人口，逐漸提高。迅速到了將近 99%的人口，而且基本上維持在這個水準上（註 6）。儘管我國的全民健保是一個強制性保險，但必須要指出的是，健保能從開辦時其他社會保險涵蓋的 59%人口迅速到涵蓋幾乎所有的人口，並非由於法律的規定的結果，也就是：徒法也不能自行，而是人為努力的

結果(陳孝平、謝玉玲, 2004)。所謂「人為努力」除了前述的衛生健保體系的「額外努力(extra miles)」之外,也是由於在健保體系中建構了一套相當綿密的安全網(safety net)。

這個安全網構成的第一支柱是依法規定應對弱勢的保障,包括對於低收入戶的家戶其保費完全由政府補助(現行健保法第 27 條),且這些家戶成員若依照轉診程序就醫,則其部分負擔亦給予補助(現行健保法第 37 條)。另《就業保險法》對於失業勞工及其眷屬亦提供六個月的保費協助。依據《身心障礙者參加社會保險保費補助辦法》,對於身心障礙者的保費依其障等而有不同的補助(註 7);在《老人福利法》的規定之下,所制訂的《老人參加全民健保無力負擔費用補助辦法》對於中低收入戶七十歲以上老人補助其健保費等。

第二個支柱就是由各級政府視其財政能力與施政優先順序,對於特定族群給予保費補助。第三個支柱就是健保體系中所建構的機制,包括:一時之間繳不起保費,得向健保局申請分期付款,或申請無息貸款以應急;健保局亦可協助轉借到公益團體,由公益團體代付保費。健保局本身亦設有「愛心專戶」,由健保局同仁捐贈小額捐款,以協助不符合分期貸款或無息貸款條件的民眾。

最後,即使前面數種情況都無法解決問題,在緊急狀況發生時,最終的辦法就是請求村里長或醫院社工室開立清寒證明,則仍然可以以健保身分就醫。其財務問題則由健保局會同醫院處理。

在這一套安全網的協助下,在臺灣可以說就醫的問題已獲基本解決,也就是:沒有任何一個人會因為包括經濟的任何原因而被拒絕於健保體系之外。只要有心求助,就一定可以找到求助的管道。

必須要指出的是,在某些國家中,醫療會被認定是屬於人權(human rights)議題。在臺灣,則甚少談到這個「醫療照護是人權(health care as a human right)」的問題。但是,健保的存在,本身就是人權的化身(incarnation),而不需要再落入言荃。

(二)給付的廣泛與一致性

給付因為項目繁多,兼之以各國醫療體制互有差異,要進行跨國比較並不容易(Polikowski and Santos-Eggimann, 2002)。但我國的全民健保基本上,只要是醫療上需要(medically necessary)的項目都在健保的給付範圍之內,包括:住院、門診、中醫、牙科、檢驗等。藥品的給付項目有 16,000 項之多。在尚未實施長期照護保險之前,在條件符合的情況下,全民健保也涵蓋若干原應屬於長期照護的項目,例如:居家照護、復健、日間照護、安寧照護等。

若干極為昂貴的標靶藥物(target-therapy drugs)也含蓋在內,另有多種罕見疾病的昂貴藥物也在其中。為了讓民眾有較多的選項,若干高價醫療器材,例如:心血管塗藥支架(drug-eluting stents)、特殊功能水晶體(intraocular lenses with special functions)等,以差額負擔(extra-billing)的方式提供給付。

如果與其他國家類似方案相比較，臺灣全民健保的給付可以說是相當「慷慨」。以美國的 Medicare 為例，第一天的住院費用作為「自負額(deductibles)」，而在美國，這樣的自負額即可輕易達到五千元。但在臺灣的全民健保，沒有自負額，也就是所謂「第一塊錢就有保(first-dollar coverage)」，對於新增的服務項目或藥品，只要合乎成本效益，就有一套機制迅速將之納入給付。

我國全民健保的部分負擔(co-payments)也十分有限，如果與先進國家比較，門診的部分負擔幾近僅具象徵意義。住院部分雖以費用的 10% 作為部分負擔，但以前一年度平均國民所得的十分之一為其上限（註 8）。而且，給付不含任何歧視性條件。因此，例如末期腎臟病患，不管年齡多高，只要需要，均可以進行血液或腹膜透析。

從社會福利的觀點來看，必須指出：不管是任何身份，所有的被保險人均享有完全一樣的給付內容，而不以職業風險等任何因素分類。換言之，總統與街頭遊民其健保給付範圍無分軒輊。從社會正義的角度來看，這是十分重要的健保價值。

（三）自由選擇權

臺灣的健保因為是單一保險人制度，因此，如果說的是保險人(insurer)（或承攬人(carrier)）的選擇，那中央健保局為獨家經營，沒有選擇的餘地。但是，如果所談的是醫療服務的提供者(providers)，則在這無所選擇的單一保險人之下，卻有幾近

無限的選擇(unlimited freedom of choice)。因為，民眾可以任意選擇將近 18,000 家有跟健保特約的醫療院所就醫。相對於先進國家，在臺灣就醫多半的情形下甚至不必先經過預約，更不必說是長時間的等候線。

關於等候線的問題，臺灣即使有，其本質也跟先進國家大異其趣。在所謂先進國家，不但門診預約費時，住院等候數月乃至於經年都不少見(Hauck, Rice, and Smith, 2003)。在臺灣，在主要的醫學中心的急診室，雖然經常可以見到病患人滿為患，甚至暫厝在走廊上。但與西方國家不同，這是因為醫院原則上來者不拒，而且根據健保局內部調查資料顯示，超過 98% 的這些在急診室的患者，都可以在 48 小時之內進住到一般病房（註 9）。至於其他中小型醫院，基本上均可做到隨來隨住。

臺灣的轉診制度缺乏有效的機制，名有實無，基本上可以說是僅存在於紙上。即使進行手術，基本上也可以在幾星期之內受到照顧。居住在山地、離島的民眾，則健保局有所謂「整合性醫療(Integrated Delivery System, IDS)」的 48 個方案來補充偏遠地區的醫療資源（註 10）（中央健康保險局，1999）。這些 IDS 方案不但包括初級照護，而且有提供專科服務；在著名的風景區附近，也設有醫療站，以應觀光客不時之需。IDS 需提供額外的報酬給參與的醫療團隊，因此所需費用較一般的醫療更加昂貴，但重點在於讓偏遠地區的民眾也能享有基本的醫療。

（四）醫療費用的節制與可負擔性

醫療照護在臺灣具有高度的可負擔性(affordability)。就國家整體國民醫療支出來說，臺灣歷年來均僅略高於 6% 的國內生產毛額(GDP) (註 11)。這個數字較絕大多數國際經合組織國家(OECD)都低。就全民健保的部分來說，一個四口之家，每月平均保費的支出約僅 100 美元，約為美國同樣家庭的十分之一。這樣的支出，僅佔平均家戶所得的 2%。(Yaung, 2010)

單一保險人的行政費用較為節省，單一保險人搭配以先進的資訊科技最是如此。在臺灣的健保體系中，不管是民眾的承保業務、申報與核退等，都幾乎已經做到無紙化。因此，其行政費用僅約醫療支出的 1.5%，遠低於其國家社會保險的行政費用。

(五) 照護品質

所謂醫療品質對不同的人有不同的意義。對健保這樣具有全面影響力的制度，全國的平均餘命變化或許可以作為一個替代性指標。平均餘命的提升，雖有多種因素的貢獻，但健保實施之後，平均餘命的提升卻有顯著的增加。根據一項新近發表的研究，在健保實施之後，臺灣人口平均餘命增長的速度約為實施健保之前同一時間的兩倍。根據該項研究，健康不均度(health inequality) 在健保實施之後也有所改善，雖然其改善還不能盡如人意(Wen et al, 2008)。

臺灣醫療品質的提升，尚有一項有力的佐證：在器官移植的存活記錄，在肺臟移植方面，臺灣還有諸多努力的空間，但

在腎臟、心臟、肝臟的移植上，臺灣的紀錄已經可以跟美國的紀錄相比(Yaung, 2010)。

參、我國健保的主要挑戰

任何一項制度，在實施多年之後，基於內在外在的因素，總會面臨諸多的困難與挑戰。我國的全民健保亦然。在本文中，將從健保制度本身的問題、財務的短絀、民眾預期的升高、以及缺乏政治防火牆四方面來檢視健保所面臨的主要挑戰。

一、健保制度內在的問題

我國健保制度雖然取得國際的聲望，民意支持度也極高，但不意味著沒有本身的問題。在衛生署推動二代健保修法的過程中所提出之政策宣導資料，指出現行健保的問題有：財務失衡日趨嚴重、保費負擔爭議性大、健保收支缺乏連動、資源配置機制待建、醫療品質需求漸高、重要資訊不夠公開、藥價差問題待解決（行政院衛生署，2010）。所謂的「二代健保」改革，也就是準備針對這些問題提出對策。

財務失衡的問題自不待言：健保入不敷出經過媒體密集報導，在臺灣幾乎已經是婦孺皆知的問題。在健保法中所謂的「財務責任制度」面對政治力的運作，可以說形同具文。保費負擔的爭議，在所謂「六類十四目」的不同待遇下，成為無法避免的問題，也迭次引發水平不公平的爭議。其中，尤以以眷口計費，更是自從健保開辦以來就是一個最重大的爭議，尤以必須

自負百分之六十保費的第二類中的職業工會會員、第六類的地區人口最為嚴重。就各個類目之間來說，第六類的地區人口，既屬無固定所得者，但其實際負擔卻又高於部分有固定所得者，亦是必須解決的問題。

健保的總額由費用協定委員會在行政院核定的範圍內協定，但在收入面既未能依照財務責任制度運作，而監督健保業務的全民健保監理委員會亦未能確實考量健保的需要，對於保費調整實際上並無作為。是以，健保的收與支失去連動。

在支出面，許多的措施其實都已經行之有年，但在欠缺充分法源支持之下，推動並不順利，例如：醫療品質公開、藥價調查等。因此，有必要對這些措施提供法源。

二、財務的短絀

有諸多原因造成健保財務的短絀。首先是健保財務制度設計的本質使然。健保財務以保費的收入為主。而現行健保的保費是以薪資稅(payroll tax)為基礎。就經濟體系運作的一般現象來說，薪資增加的幅度總落後於經濟成長的幅度，而因為健康照護係屬經濟學上所稱的「奢侈財(luxury good)」，其所得彈性大於一，故，經濟成長的速度總落後於醫療費用成長的速度。此為健保財務經常性的入不敷出的結構性因素。

健保財務的短絀另一個主要因素在於人口老化。根據歷年的《全民健康保險費率精算報告》(中央健康保險局，2009)，

人口老化的因素，經常占整體醫療費用成長的顯著比例。而且，在現行的健保總額協商制度中，人口老化係屬於所謂的「非協商因素(“non-negotiable” component)」，亦即：不管國家整體經濟情勢如何，人口老化因素都必須計入總額成長公式之中。另外，高科技醫療項目也是推動醫療費用高漲的主要原因之一。

儘管如此，必需要指出的是，我國健保的財務問題，基本上是一個現金流動的問題，而非像例如美國那樣是屬於經濟問題；也是一個所謂「為何是我？(Why me?)」的問題，也就是保費負擔如何取得共識的問題(Chen, 2006)。如前所言，我國健保是一項可負擔性高的方案，且我國醫療費用僅佔 GDP 的 6% 左右，事實上尚可以有成長空間。故，健保財務之所以難以解決，應屬下面所言的政治干擾問題。

三、民衆不斷升高的預期

醫療照護是一個所謂「永不飽足的財貨(non-satiable good)」。而且，就像其他公共供給的財貨那樣，越多反而越是不足(More is less)。而且，越是成功的方案，反而成了成功的犧牲品，正如同衛生署楊志良署長在多個場合所說的名言：「健保的問題，在於『成功為失敗之母』！」而其中的緣故，就在於民眾對公共財貨一直持續上升的期望。對於這樣不停升高的期待，任何公共財貨都不可能趕得上(Blaug, Horner, and Lekhi, 2006)。

這種所謂的「第二十二號陷阱(Catch-22)」(註 12)本來就很容易發生在

任何的公共財貨上，而以健康照護的提供尤為棘手。為了回應這樣無限升高的期待，健保局就必須經常性擴大給付項目，尤其是高價藥材的項目；引進更多品質保證的指標；藉由控制醫療費用以延緩調整保費的時間，用以舒緩民怨，以及將更多資訊上網，以提升健保的透明度。

這些措施，是健保可自行改善的事項。但健保的問題，除財務之外尚有多端，並非因此而能永續經營。因此，在討論過政治影響力的干擾之後，下一節就轉入旨在更新健保體質的「二代健保」改革。

四、政治防火牆不足

全民健康保險的「財務責任制度 (Financial Accountability Scheme)」原本就內建於健保制度當中：凡健保安全準備低於一個月支出的水準，就「應」調整費率（現行健保法第 20 條）。但此項條文從未獲得落實。

非但如此，健保財務的調整，從來都引致極為強烈的政治問題。李明亮署長在健保成立後首度依照財務責任制調整健保保費，旋即辭職下台。雖出於無奈，但似乎為「調保費就下台」訂下「先例」，調整費率簡直成了禁忌。其後，衛生署副署長張鴻仁也為擔任健保局總經理時的所謂「健保雙調」而倉促去職。馴至於曾來臺灣參加健保體檢的 Johns Hopkins 大學的 Laura Morlock 教授，在其華府聽證會上，將健保缺乏政治防火牆列為我國健保基本問題之一（侯勝茂，2008）。

這樣「調整費率即下台」的邏輯，在

2010 年楊志良署長調整健保費率從 4.55% 到 5.17% 時，又幾乎歷史重演。

查所謂「設立防火牆」，應是在健保體系中，有藉由相關團體自行協商而後即可定案的制度設計，無須提上政治（國會）場域處理。在我國健保體系中，雖有「全民健康保險監理委員會」作為協商機制，但其在健保體系的地位僅具「諮商」功能，無法做成終局決策。因此，衛生署長仍須總綰決策責任，而國會及各方壓力團體即有可以切入影響的空間。

肆、民國百年的改革

基於全民健保對於國人的重要性，在 2000 第一次政黨輪替時，由宋瑞樓院士擔任召集人、和信治癌中心黃達夫院長、國家衛生研究院石曜堂主任、慈濟大學藍忠孚校長擔任副召集人，而由楊志良教授擔任執行長，成立「健保體檢小組」，對於存在健保體系中的重要議題進行「體檢」。根據體檢的結果，翌年，行政院指派當時政務委員胡勝正擔任召集人，衛生署長李明亮擔任副召集人，而由當時從健保局總經理卸任不久的臺灣大學教授賴美淑擔任執行長，成立「二代健保規劃小組」（註 13），準備對健保制度進行全面性的改革。

基於要給國人一新耳目的目的，該小組對於健保的議題試圖有全面性的回應，因此改革範圍極廣。而其最重要者，在財務面而言，包括廢除現行六類十四目的架構，改以家戶總所得作為費基、建立收支連動制度（鄭文輝，2011）。此外，在支出

面亦把多項行之有年但欠缺明確法源的事項入法。根據該小組的結論，由衛生署所草擬的改革方案也因此無所不包。該項法案，在 2008 年政黨第二次輪替之前，就已經兩度致送立法院審議。在國民黨再度執政後，亦曾經小幅修改再送立法院。因此，就行政程序來說，該項法案可以說具有兩黨均可認同(bipartisan)的性質。唯，該項法案牽涉廣泛，立法一直迄無進度。

在該項法案立法迄無進度，且健保財務日漸惡化之下，為應燃眉之急，健保局與衛生署嘗試將改革聚焦於財務，因此有所謂「一·五代」健保之議。在該項擬議中，暫時維持六類十四目架構，家戶總所得亦退回為「個人總所得」，另外，亦取消地方政府的健保財務責任，統歸為中央的責任。該項改革在未獲各界支持下，於民國 98 年 2 月間，就由當時的衛生署長葉金川宣布緩議。

「二代」與「一·五代」既然一時之間難有進度，於民國 98 年 8 月接任衛生署長的楊志良，在新流感(H1N1)、美國牛肉等紛擾事件告一段落後，就積極處理健保財務事宜。經過與民間及政府內部長時間的溝通，在 99 年 4 月 1 日健保終於啟動新費率。

健保費率的調整，僅及於兩年的財務平衡，且並無解決已經發生的短絀。因此，有時間的壓力，在健保赤字重新擴大之前，對健保財務應有一個長治久安的解決方法。於是，塵封在立法院的所謂「二代健保草案」就重回舞台。

在本節中，將依時間的先後，分四

段分別敘述原始規劃的二代健保、尚未成案的一·五代健保、99 年的費率調整、以及民國 100 年年初完成的改革。

一、「二代健保」草案

「行政院二代健保規劃小組」在 2001 年 7 月 1 日成立，而終於 2004 年 9 月 13 日（行政院衛生署，2004a）（註 14）。該小組歸納了我國全民健保的主要困境有：全民健保財務失衡日趨嚴重；保險費基僵化，保險負擔不公；全民健保扮演社會安全角色受到侵蝕；醫療院所經營困境增加，醫療品質堪憂；政治力不當干涉等（政院衛生署，2004a：34~43）。針對這樣的健保困境，該小組從以下四個層面提出規劃方案：強化資訊提供以提升醫療品質、平衡財務且提高服務購買效率、擴大社會多元化參與健保政策、建構權責相符健保組織體制，而以公平、品質、效率為改革的核心價值（政院衛生署，2004a：104）。

根據這樣的改革原則，該小組的財務規劃部分，就建議採以下的策略遂行健保財務改革：擴大民眾參與給付範圍及保費分擔決策、政府與資方依固定責任分擔保費、取消保險對象類別分類、民眾依家戶總所得繳納保費（政院衛生署，2004b：21）。

在規劃中，政府與雇主的負擔均以公式訂之。政府的部分，以開辦前之政府負擔為基礎，再以過去三年名目經濟成長率、國民醫療支出成長率各佔一半的權重作為其成長率，計算爾後之政府負擔金額。雇主則以過去三年雇主保費占薪資總

額之比例的移動平均值，作為其負擔之比例。

家戶則在以總所得為基礎的前提下，訂定上下限。在上下限之間，以家戶總所得乘以費率作為其保險費；在上限之上的家戶，以平均每人保險費上限計收，最多計四人；下限之下的家戶，則以「每人基本費」的概念，以下限為單位，最多以四人計。

雖然後來所謂「二代健保」改革（註 15）的紛爭多半集中在財務面，但在原始的二代規劃中，對於支出面亦有詳盡規劃，包括醫療資源的配置與合理使用（政院衛生署，2004c）、醫療品質（政院衛生署，2004d）等，其中內容也都納入修法草案中，且其所獲得的支持更甚於財務面的改革。

除此之外，二代的規劃尚包括組織體制改革（政院衛生署，2004d）、行政法人化（政院衛生署，2004f）與審議民主的實踐（政院衛生署，2004g）等。其中，僅體制改革獲得實質的進展，體現在所謂的「兩會合一」之上。

二、「一·五代健保」方案（註 16）

前已言之，二代健保的改革，既無實質進度，而健保財務又日益告急，因此，健保局提出縮小版的健保改革方案，而被媒體稱為「一·五代健保」（註 17）。該項方案以務實為考量，不更動原來六類十四目的架構，且將以家戶總所得為費基退為以個人總所得為費基。在其超過原本已計入原有保險費的所得，若超過一定金額，

則課以「補充保險費」。政府與雇主則根據補充保險費占原有保險費的比例，等比例增加其分擔金額，以維持原有的勞、資、政負擔比例。

除此之外，為減輕第二、六類被保險人的負擔，將其自負比例由 60%降為 50%。其他，為了將地方欠費問題釜底抽薪，將地方政府的財務責任通歸由中央政府負責。

依照這樣的構想，在其他所得下限十八萬元，上限一千萬元，費率 1.8%的假設下，每年可以增加 444 億元的保費收入，而約有 9.84%的人保費將提高，約 26.90%的人保費將下降，其他則不變（註 18）。

這個原本為應急的方案，在外界批評「為德不卒」之下，為當時的衛生署長葉金川緊急叫停，因此既未出衛生署，自然也沒經行政院，因此並謂實際成案。

弔詭的是，這個原來「不見天日」的所謂一·五代，在後來政策急轉彎之下，被重新提起，而最後卻以此版本為基礎，完成民國 100 年年初健保改革的財務制度（註 19）。

三、民國 99 年的費率調整

全民健保自從民國 92 年開始發生赤字，短絀逐漸擴大，到民國 96 年 3 月安全準備完全耗竭。如果依照全民健保財務責任制度的精神，保費早該調整。但因種種因素，健保財務迄未獲得適當處理，到了民國 98 年底，累積短絀已逾 630 億元（註 20）。健保財務不解決，則預估赤字將以每個月 20~30 億元的速度擴大，很快就將面

臨健保的「不回歸點(point of no return)」(Chen, 2010)。

爲解燃眉之急，衛生署與健保局經過與民間與政府其他部門之間冗長的溝通，甚至在楊志良署長掛冠求去的努力下，成功將健保費率從 4.55%調整到 5.17%。

爲了減輕本方案對於弱勢民眾的衝擊，在此次費率調整中，搭配極爲繁複的補助措施：第一、二類被保險人月投保金額在 40,100 元以下者，由政府全額補貼增加的保費；月投保金額在 42,000 元到 50,600 元者，補助所增保費之四分之一。第三類被保險人所增保費全由政府補貼。第六類的地區被保險人，所得稅率在 6% 以下的，全由政府補貼所增保費。經過這次費率的調整，健保財務可以暫時維持兩年的平衡。

相對於之後將啟動的「二代健保」改革，這次的費率調整，僅算是一個「序戰」，因爲，關於二代健保之所以必要儘快推動，乃是因爲兩年之後，健保財務赤字即將重現，因此必須在赤字重新出現之前完成健保全面性的改革。在楊志良署長指示「鋪天蓋地」的宣導之下，衛生署與健保局就對於「二代健保改革」開始進行全面性的宣導，也開始了「健保百年改革」的序幕。

四、民國 100 年的健保法修正案

前已言之，「二代健保」的修法草案，在行政程序上可以說是已經分別經過民進黨與國民黨執政當局的認同，邏輯上應該獲得兩黨的共同支持。但該法案一經浮上

台面，所遇到的，並非迅速過關的禮遇，而是預想不到的挫折。奇異的是，執政黨高層雖然顯然下達「本會期務必通過」的指示，但對於執政黨本身的立委似乎並無任何引導作用，反而是執政黨立委在立法過程中產生極大的阻力。

首先，在立法院的衛生與環境委員會審查時，就已經產生來自執政黨立委的阻力。這是本法案異於其他法案的地方。基於各別立委不同的利害考量，執政黨黨團在法案的許多面向均缺乏共識。在野黨也在費基範圍、政府負擔下限等議題上提出不同意見。其中，由於衛生署與財政部事前沒有確實整合共識，到了立法院才發現特定所得是否收得到保費都不能確定，使該法案的可行性投下一個相當的不確定性，而對行政團隊的形象也大有損傷。而所謂「虛擬所得」的風波，更是一記重擊，當在網路出現「他們給我們計算虛擬所得，我們就使用虛擬貨幣來繳納保費」時，原來提出的、「二代健保」已經確定沒有過關的可能。

此時，在毫無預警之下，衛生署強力推銷的以家戶總所得爲基礎的二代健保忽然被放棄，轉而在一天之內抬出原本並未成案的一·五代版本。此項轉折激怒了曾經參與原始規劃二代健保的學者，爲該項改革注入另一個混亂的因素；衛生署長指稱這是「『他們』的版本」，亦無助於修法的順利。曾經參與二代規劃的學者鄭文輝教授亦憤而辭去健保局顧問之職(註 21)。

此時，執政黨已陷於左支右絀的境地，所暴露出來的內部缺乏協調更重傷行

政團隊的形象。爲了損害控制，執政黨開始整合說詞，在立法院三讀會中一致以「二代健保稽徵成本高」爲由，作爲拒絕該項草案的理由，而在民國 100 年 1 月 4 日三讀通過這個應稱爲「個人部分所得版」(註 22) 的健保方案。

該項三讀通過的法案，事實上亦有相當可觀的收穫。因爲原先二代健保財務之外的規劃，有多項獲得通過。其中比較重要的有：

(一)所謂「兩會合一」(修正法案第 5 條)

一般認爲，健保財務之結構性問題之一，在於其收入面與支出面分別爲監理委員會與費用協定委員會所掌控，而這兩委員會因分別做成決議，以致於收支失去連動。這樣的觀點爲衛生體系所接納，而「兩會合一」的議題因此也成爲二代改革的重點。

但，就其實際，費用協定委員會固有協商總額支出的功能，但現行的健保監理委員會事實上僅爲諮詢機構(註 23)，決策全仍在衛生署長之中，並無所謂「決定收入」的真正功能(註 24)。修訂後，兩會合一後稱「健保會」，但該會亦無最終決策之功能，因「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。」(修正法案第 5 條)因此，兩會合一是否即能產生收支連動的效果實有待觀察。

(二)醫務管理相關條文

這部分包括擴大各相關團體與人士，包括醫療團體、藥事團體在醫療服務與藥物的給付項目與支付標準的訂定(修正法案第 41 條)；家庭醫師制度與論人計酬支付制度入法(修正法案第 44 條)；藥材差額負擔入法(修正法案第 45 條)；藥價調查取得法源(修正法案第 46 條)；藥費設定上限目標(修正法案第 62 條)；醫療服務利用審查(Utilization Review)取得法源(修正法案第 63 條)；特約機構明確排除大陸醫療機構(修正法案第 66 條)；健保 IC 卡登錄就醫資料取得法源(修正法案第 71 條)。

這部分的修訂條文堪稱洋洋大觀，雖然其中多項措施已經行之有年，但取得明確法源以杜絕執行之爭議，確實是此次修法的重要成就。

(三)資訊公開相關條文

這部分主要包括財務公開與醫療品質公開(修正法案第 73、74 條)。第 73 條規定，保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之全民健康保險業務有關之財務報告，保險人並應公開之。公開的項目應包括資產負債表、收支餘絀表、淨值變動表、現金流量表、醫務收入明細表、與醫務成本明細表。

第 74 條規定保險人及保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊。而授權主管機關就其公開方式、範圍根據健保會的議決結果核定之。

另，應屬於資訊公開的另一事項為第 75 條之藥品購買之定型化契約：保險醫事服務機構申報之保險藥品費用逾主管機關公告之金額者，其與藥商間之藥品交易，除為罕見疾病用藥採購或有主管機關公告之特殊情事外，應簽訂書面契約，明定其權利義務關係。

醫療品質資訊的公開也是已經行之有年的措施。但在缺乏法源之下，衛生當局與醫界之間就醫療品質資訊公開的方式與範圍時有齟齬。因此正式入法應有助於此項措施之落實。藥價議題是健保為人詬病的問題之一。儘管所謂「藥價黑洞」其實是一個錯誤的名詞(misnomer)，但因為藥品交易資訊透明度確實不足，難以取信於民眾。過去藉由司法機關的介入才能取的正確的交易資料並非良策。定型化契約的入法，是促使藥價透明化的重要一步。

(四) 其他重要條文

現行健保法中，凡曾經納保而出國日久致停保者，都可以在回國設籍後立即復保（現行健保法第 10 條）。部分國人對此頗有微詞。在修訂法案第 8 條中，改為「最近二年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保險前六個月繼續在臺灣地區設有戶籍」。依據《戶籍法》規定：出國逾兩年強制遷出戶籍。准此，新法實施後，持續出國超過四年，回國後就必須等候六個月方可復保。

我國健保雖稱「全民」，但在現行健保法中，在監服刑者被排除在外。經過一番折衝，在修訂法案中（第 13 條）則在第四

類被保險人中增列第三目「在矯正機關接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者」，且其費用「由中央矯正主管機關及國防部全額補助」（修正法案第 27 條）。而因此，原來的「六類十四目」就成為「六類十五目」。修正法案第 27 條亦同時免除地方政府補助健保費用的責任，而由中央政府負擔，用以杜絕持續已久的地方政府積欠健保費的爭議。

(五) 關於財務制度的條文

前述四類的相關修訂條文，在立法院的委員會審查時雖也有程度不等的異議，但在折衝之後，送至立法院院會時，大部分的爭議已消除，因此在相對順利的情況下過關。但與財務相關的條文則捲起千堆雪。

二代健保財務改革的核心概念：「家戶總所得」已經在倉促間放棄，改用外界尚很陌生的「個人總所得」的版本，決策過程欠缺說服力；且在各方壓力之下，在稅基範圍上連連退卻，以致於「個人總所得」版的原創者前健保局總經理朱澤民稱之為「噁心變種版」（2011.1.6 媒體報導）。不但反對黨大力撻伐，學者與民間團體紛紛表示異議；而行政團隊內部欠缺溝通與協調、執政黨本身缺乏共識與整合更加明白顯現在全體民眾面前。執政團隊或因感受到形象受創重大，遂在三讀會前統一口徑，支持這個既非「家戶總所得」、亦非「個人總所得」的「個人部分所得版」，而在三讀會上一律以「二代健保稽徵困難」為由全面放棄家戶總所得版。

因此，三讀通過的版本在以個人為單位下，僅以六項所得作為「補充保險費」的費基：所屬投保單位給付全年累計逾當月投保金額四倍部分之獎金、非所屬投保單位給付之薪資所得（即兼職所得）、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入（修正法案第 31 條）。而補充保險費「施行第一年，以百分之二計算；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。」（修正法案第 33 條）

從所得稅演進的角度，所得稅的課徵，從早期的「分類所得」演進到「分類綜合所得」，再演進到「綜合所得」，原本就是租稅理論中「量能負擔、所得分配」進步的軌跡（陳妙香，2009）。因此，僅計入部分所得，財政學者即不以為然。朱澤民也指出：選擇性扣繳無助於改善公平性（朱澤民，2010）。

雇主的補充保險費則是：「第一類第一目至第三目被保險人之投保單位，每月支付之薪資所得總額逾其受雇者當月投保金額總額時，應按其差額及前條比率計算應負擔之補充保險費，併同其依第二十七條規定應負擔之保險費，按月繳納。」換言之，雇主以非經常性薪資支給員工的部分，亦應比照當時補充保險費的費率計收。（修正法案第 34 條）

至於政府的負擔，在野黨爭取以百分之四十為下限，但最後以百分之三十六通過：「每年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。」（修正法案第 3 條）。

根據衛生署估計，此項改革每年可以增加健保約 200 億元的保費收入，並可以維持五年健保保費可不再調整。

伍、「一代健保」的總結

現行的全民健保，以制度的優勢與衛生體系的敬謹從事，使得在原先不被看好的情況下，度過了十六個年頭。儘管爭議不斷，但畢竟締造了為國際所稱頌的「健康烏托邦(health utopia)」(註 25)。

臺灣健保的經驗制度對國際社會的啓示，最重要的在於正確制度的建立。

臺灣健保成功的制度面因素，首先是健保系採用社會保險的方式，而以保費為財源。雖然社會保險的財源可以有諸多的選擇，包括以一般稅收或以所得附加稅支應，但相對於其他財源籌措方式，還是以保險費的方式最有助於保險財務的安定。

使用一般稅收的不安定性最近一個例子發生在波羅地海三小國之一的拉脫維亞。該國在 21 世紀之初，經歷了高度的經濟發展，政府財政十分良好，支應其基本上屬公營的醫療體系並無問題。但在金融風暴之後，財政惡化迅速，因此，在 2009 年與 2010 年，醫療體系的財源分別下降 12.6% 與 14.1%，合計兩年之內下降約 25%；而其醫院從 2008 年的 88 家急速降為 39 家，減少竟超過一半！（Brigis, 2010）。拉脫維亞或為特例，但以政府的一

般稅收作為醫療體系財源的不穩定性卻值得關注(Epperson, 2009)。以所得稅附加健保費的方式也會有類似的不安定性。而帶有「使用者付費(user's fee)」性質的保費因為獨立於政府稅收，在相當程度上可以中和經濟波動的影響。

當然，既然使用者必須付費，在特定情況下確實會對某些弱勢者構成困難，在這方面，如前所言，則臺灣健保已經建構敷足的安全網以資補救。

第二個制度面的重要優勢就是「單一保險人(single payer)」的制度。根據臺灣健保的經驗，單一保險制度發揮了極重要的效能，尤其是對弱勢者的保障。因為單一保險制度可以在最大的程度上發揮分散風險與聚合財源的功能。分散風險的結果使保險的財務較穩定，可以提供更安定的保障。聚合所有的財源，則可以發揮所謂「交叉補貼(cross subsidization)」最大的功能，同時不管是經常性收入或一時性(ad hoc)的財源（例如天災或流行病補助款）都可以輕易融入現有的財務收支的管道，不至於增加行政的邊際成本。同時，單一體制也可以納進多種形式的試辦方案，而毋須變更制度的架構。

單一保險人制度也可以使資訊系統發揮最大的功效。例如：我國健保 IC 卡結合單一資料庫，就成了管理的利器，不管在監督濫用、預估點值、流行病的監控都能發揮遠優於多元制度的功能(Chen, 2007)。單一體制的另一個優點，是因此而具有專買地位(monopsony)，與醫療體系之協商等，就具有優勢。

臺灣健保制度中第三個優勢就是框限在總額預算制度之下透過「點值」的浮動而內建產生的財務平衡制度。

在總額制度之下，除所謂「保障點值」的藥材、器官移植、及若干手術之外，基本上其點值採浮動方式，以自動平衡財務。換言之，這些項目的支付標準為「點數」，而非以貨幣為單位，俟每季結算，再產生點值，而原先已支付給醫療機構的金額則採沖退補付的方式處理。

在這樣的制度下，若因經濟景氣不佳而總額緊縮，則醫界整體必須格外控制服務數量，以免點值貶低。當然，醫界也必須經由自主管理，不可因總額拮据而傷及必要的服務。浮動點值(floating value of point)的制度，就是對於整體醫界的一個提醒信號，提醒醫界應透過自律，落實總額預算制度原本設計的理念：專業自律與自主。

陸、結語－「二代健保」的發軔

所謂的「二代健保」改革，如今已經以「個人部分所得」的版本經三讀通過定案。儘管民間團體與學者所言仍然為德不卒，但畢竟箭已在弦上，俟行政院核定日期即可開始實施。

在立法過程中一時夾纏不清的「是否會大大加重健保局行政經費」的議題，隨著最後版本「就源扣繳、逐筆計算、不必結算」的作法，已經大大降低原來（尤其是原始「家戶總所得版」）對於「稽徵不易、稽徵成本太高」的疑慮。但存在一代健保

財務制度中最嚴重的不公問題－論眷口計費－卻未獲得解決（羅紀琮，2010）；第六類的無固定所得者保費偏高的事實也尚未處理。在這一波的改革中，社會大眾透過媒體論爭，已經大大提高「學習曲線」，對於這些明顯的負擔不公的問題勢必會進一步的檢討，而下一波的改革可能在這次修法尚未付諸實施之前，就已經開始胎動。

持平而論，這一波的改革，在財務方面雖然沸沸揚揚，也暴露行政團隊內部欠缺協調，執政團隊黨政溝通不足，但畢竟在支出面取得相當豐碩的改革，對於行之有年卻缺乏法律依據的多項措施必定會有

正面的效果。

畢竟，改革的邏輯，本來就是由政治、經濟、社會的總合規則界定可能的方向與界限，而非堅持特定的目標（陳孝平、劉宜君、鄭文輝，2004）。在這一波改革中，版本數易，但未來還是將再有更新的版本。健保，我國的健保，自一開始就是在眾人皆曰非的氛圍下突圍的。希望健保能在這樣的傳統下繼續這樣走下去。

（本文作者陳孝平為國立中正大學社會福利學系副教授，前中央健康保險局副總經理）

註釋

註1：這次基本上從99年4月1日調整健保費率之後全面啟動的修法案，其財務內涵數目更易版本，最後通過的版本，與原先的草案已經有極大的差距。但因「二代改革」已經是對這次修改最鮮明的詞彙，故仍沿用之，代表這波起於99年4月，終於100年1月的全民健保修法過程。

註2：這項正式名稱為The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)於2010年3月23日由歐巴馬總統簽署成為聯邦法案，預計在2018年1月1日之前完全實施。

註3：此為筆者任職於健保局時親身參與工作之一。

註4：<http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/sickaroundtheworld/countries/> (visited 11 January 2011)

註5：“Price, Prejudice, Insurance” The New York Times, 5 November 2005.

註6：可參閱每月健保局向全民健保委員會所提之《全民健康保險業務執行報告》。

註7：該項補助辦法第5條規定：極重度及重度者全額補助，中度者補助二分之一、輕度者補助四分之一。

註8：民國100年度同一疾病每次住院部分負擔上限為2萬8千元及全年住院部分負擔上限為4萬7千元。

註9：健保局內部管理資料。

註10：中央健保局自1999年起開始陸續在山地、離島辦理醫療給付校議題生計畫。

註 11：見歷年之衛生署衛生統計年報：公務統計。

註 12：《Catch-22》是一本 1961 年在美國出版的小說，描述軍隊的規則使飛行員不管怎樣做都錯。後來就以書名來表示「橫豎都錯」、「沒有解的情境」等意義。

註 13：基於「二代健保」一詞，將給予國人太多的期待，筆者當時曾以電郵請賴執行長考量須防不符民眾期待可能的反彈。執行長雖認同，但該名稱已經流行，因此續予沿用。

註 14：在此根據行政院衛生署 2004 年出版的《二代健保規劃叢書系列 1—全民健保改革綜論》所敘，以當天舉行之「感謝有您—二代健保規劃回顧茶敘」作為二代健保規劃的終點日。

註 15：在此所謂的「二代健保改革」泛指在民國 99 年與 100 之交的健保改革，雖然在這一波改革中因為版本數度更換，已經不知道應稱為第幾版改革，但因該次改革以「二代」領銜，故在本文中仍泛稱「二代」改革。

註 16：二代健保因為已經成案，故稱「草案」；所謂的一·五代因始終未送進立法院，故僅能稱為「方案」。

註 17：本項改革的主要作者為當時擔任健保局總經理的朱澤民教授。

註 18：根據健保局內部試算資料。

註 19：這個版本的原創者不認為後來的版本可以稱為一·五代版本，因為已經不是總所得的概念。

註 20：98 年當年短絀 322 億元。在此，系依權責發生制計算，不含地方政府欠費部分，因此可以算作健保「真正」的赤字。

註 21：鄭文輝教授在其辭職信函上，以“A reform without vision serves no purposes”代表對改革已經失去方向的不滿。

註 22：所謂「總所得」，原本是與《所得稅》第 14 條所列之 10 項所得相扣連，在野黨要求海外所得、退職所得亦列入。但衛生署在放棄「家戶總所得」的轉折後，對於費基範圍實際並不堅持所得稅法的十項，因此僅能稱「個人部分所得版」。

註 23：現行健保法第 4 條：「為監理本保險業務，並提供保險政策、法規之研究與諮詢事宜，應設全民健康保險監理委員會。」

註 24：且以筆者親自觀察該會，該會僅監督健保的例行業務，卻未有支持健保調整費率的意願與作為。

註 25：已故美國 ABC 電視網主播 Peter Jennings 之語。

📖 參考文獻

- 中央健康保險局(1999)。全民健康保險山地離島醫療給付效益提昇計畫。
- 中央健康保險局(2009)。全民健康保險費率精算報告。
- 中央健康保險局(2010)。全民健康保險簡介。
- 行政院衛生署(2004a)。全民健保改革綜論。二代健保規劃叢書，系列一。
- 行政院衛生署(2004b)。全民健保財源籌措改革規劃。二代健保規劃叢書，系列二。
- 行政院衛生署(2004c)。全民健保醫療資源配置與合理使用。二代健保規劃叢書，系列三。
- 行政院衛生署(2004d)。全民健保與醫療品質。二代健保規劃叢書，系列四。
- 行政院衛生署(2004e)。全民健保組織體制改革規劃－公共行政暨政策的觀點。二代健保規劃叢書，系列五。
- 行政院衛生署(2004f)。公民參與－審議式民主的實踐與全民健康保險政策。二代健保規劃叢書，系列六。
- 行政院衛生署(2004g)。全民健保機構行政法人化之研究－授予公權力之必性及其範圍。二代健保規劃叢書，系列七。
- 行政院衛生署(2010)。二代健保修法說明。(衛生署之政策宣導資料)
- 朱澤民(2010)。越來越不公平的健保收費。蘋果日報，2010.12.21.
- 侯勝茂(2008)。赴美國出席「國會聽證會」介紹臺灣健保。行政院及所屬機關出國報告。
- 陳妙香(2009)。所得稅法規。臺北：華立圖書，13版。
- 陳孝平(1996)。駕馭市場機能：歐美醫療體制改革中的市場策略對我國的相干性。人文及社會科學集刊，第8卷，第1期，頁1~51。
- 陳孝平(1997)。「組合」乎？「市場」乎？－從臺灣變遷中社會的屬性探索全民健保的體制。中華衛誌，第16卷，第1期，頁86~108。
- 陳孝平、謝玉玲(2004)。事在人為：全民健保初期治理的行動分析。國立政治大學社會學報，36期，頁1~32。
- 陳孝平、劉宜君、鄭文輝(2004)。全民健康保險的決策與治理：從結果主治到規則主治。社會政策與社會工作期刊。第8卷，第1期，頁171~220。
- 陳孝平、謝玉玲、李佳綺(2008)。知識經略：以我國中央健康保險局的知識創造機制為例，國立政治大學社會學報，39期，頁45~79。
- 鄭文輝(2011)。二代健保保費新制－尚未完成的改革。2011年第四屆南方社會工作暨社會福利研究生論文發表會主題演講資料。
- 羅紀琮(2010)。新二代健保－降費率不如降眷口數。聯合報 2010.12.21.

- Blaug, R., L. Horner, R. Lekhi (2006). *Public Value, Citizen Expectation, and User Commitment*. London: The Work Foundation.
- Brigis, G. (2010). Global and local financial crisis – a challenge for national health system, a presentation at the 2010 Annual Conference of the World Medical Association, Riga, Latvia.
- Chen, MS. (2006). “We are seeking efficiency, equity, and quality of care.” *Taiwan Business Topics*, 36(12):24. American Chamber of Commerce in Taipei
- Chen, MS (2007). What’s It in the Cards?– Taiwan's Experience with the Healthcare Smart Card, a presentation at the 6th World Congress International Health Economics Association Copenhagen, Denmark.
- Chen, MS. (2010). Retreating from the Point of No Return, *Taiwan Business Topics*, 40(3):22~23. American Chamber of Commerce in Taipei.
- Cheng, TM. (2003). Taiwan’s New National Health Insurance Program: Genesis and Experience So Far. *Health Affairs*, 22(3): 61~76.
- Epperson, D. (2009). Healthcare Reform in an Unstable Economy. Gatton Student Research Publication, vol. 1, Number 2, Kentucky University.
- Halvorson, G. C. (2007). *Health Care Reform Now!* San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
- Hauck, K. and N. Rice, and P. Smith (2003). The Influence of Health Care Organizations on Health System Performances. *Journal of Health Services Research & Policy*, 8(2): 68~74.
- Heller, J. (1985). *Catch-22*. New York: Dell Publishing Co., Inc. (originally published by Simon & Schuster in 1961)
- Howe, R. K. (2002). *Where Have We Failed? – A Systematic Analysis of US Health Care*. Tampa: American College of Physician Executives.
- Krugman, P. (2007). *The Conscience of a Liberal*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Lu, JF R., and W. C. Hsiao (2003). Does Universal Health Insurance Make Health Care Unaffordable? Lesson from Taiwan. *Health Affairs*, 22(3): 77~88.
- Patel, K and M. E. Rushefsky (2008). *Health Care in America: Separate and Unequal*. New York: M. E. Sharpe, Inc.
- Polikowski, M. and B. Santos-Eggimann (2002). How Comprehensive are the Benefit packages of Health Service? An International Comparison of Six Health Insurance Systems. *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3): 133~142.
- Reichard, J. (2007). Surprising Lessons from a Small Island. *Congressional Quarterly, HealthBeat News*, June 5, 2007.

- Reinhardt, U. (2008). Humbled in Taiwan, *BMJ* |vol.336: 72.
- Wen, C. P., S. P. Tsai, and W. S.Chung (2008). A 10-Year Experience with Universal Health Insurance in Taiwan: Measuring Changes in Health and Health Disparity. *Annals of Internal medicine*,148 (4): 258-267.
- Williams, I. (2008). Health Care in Taiwan – Why Can’t the US Learn Some Lessons. *Dissent*, Winter.
- Yaung, C. L., (2010). “For the Disadvantaged and Commoner’s Economy -- Suggestions on NHI Premium” (a PowerPoint presentation).