

第一章 緒論

第一節 研究動機與目的

自民國八十四年三月一日，「全民健康保險」(National Health Insurance，以下稱「全民健保」)實施以來，迄今已經歷了七年的時間。全民健保的開辦，是我國在社會安全制度上一個重大的政策性決定。在我國，社會安全制度的建立為憲法所明訂的基本國策。¹民國五十四年所公布的「民生主義現階段社會政策」更確立了「社會保險」、「國民就業」、「社會救助」、「國民住宅」、「福利服務」、「社會教育」、「社區發展」等為我國社會福利政策的七項具體工作。

由於我國於實施全民健保之前，政府已開辦各種類型的社會保險，例如：勞保、農保、公保等等。但是，這些社會保險制度在實施上卻出現許多問題，尤以財務問題最為嚴重。在公勞農保年年虧損的情況下，政府則因為種種的政策性考量，將全民健保的實施目標年一再提前，使得既有的各種社會保險無法在有限的時間內進行整合，造成新舊制度同時並存。而民眾也在經歷了一段時間的摸索與適應後，才逐漸瞭解全民健保實施的意義與目的。

近年來由於經濟景氣持續低迷，預算赤字不斷增加，而虧損連連的全民健保，對政府的財政而言，無疑是雪上加霜。總統陳水扁先生更因此表示，全民健保造成國家虧損，排擠其他建設的

¹ 中華民國憲法，第 155 條：「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度，人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災害者，國家應予以適當之扶助與救濟。」

施行，是否繼續施行，有待衛生署及醫療相關單位檢討因應。²既然已有公、勞、農保的前車之鑑，為何全民健保仍無法擷取前者的經驗，以預防相同的情況發生？是否是制度本身設計上的問題？抑或是制度在運作的過程中，另有其他因素導致制度無法發揮預期的功能與效率？為了對上述的問題提出解答，本文的焦點將集中在全民健保「制度」的探討之上，筆者嘗試透過「新制度論」(New Institutionalism) 的觀點，對全民健保的制度加以分析，並試圖批判新制度論在解釋應用上的不足之處。

第二節 研究方法與限制

壹、研究方法

本論文所採用的研究方法有二：(一)文獻分析法。主要參考各方專家學者對於全民健保制度的論述與評析，除了能幫助我們瞭解本文所要研究的問題之外，亦提供了對該問題不同角度的觀點；(二)「歷史-結構」研究途徑(Historical-Structural Approach)。透過制度發展的背景、成因等面向，來描述全民健保制度的形成、發展、實施狀況以及至目前為止所遭遇的問題。此外，在新制度主義的相關理論研究上，主要參考國內外有關新制度論的專書、期刊、學術論文等資料，就其內容與論點加以比較分析。而在本論文研究上所選擇的個案—全民健保制度方面，則以國內相關的論文、期刊、專書與報章雜誌的報導為本論文個案內容的主要資料的來源，在經過匯集、整理之後，嘗試透過新制度論的分析架構，來探討我國的健康保險制度。

² 「健保連年虧損，總統說要檢討」，聯合報，民國八十九年十月一日，版 6。

筆者採用「歷史-結構」(Historical-Structural) 途徑作為本論文的主要研究方法，是因我國全民健保制度乃是承襲原有之社會保險制度，而非憑空出現。在健保制度的形成與發展的過程上，原有的社會保險制度對其有何影響。新的制度的形成是經歷過一段時間的演進，因此，在探討全民健保制度之前，必須先瞭解該制度形成的背景及其前因後果。加上筆者對於新制度主義有高度的興趣，在比較新制度主義的三個研究途徑之後，筆者最後採用其中的歷史制度研究法，因其相較於其他兩個研究途徑而言，對於我國社會保險制度的演變有較清楚的解釋。

「歷史-結構」途徑是由 Fernando Henrique Cardoso 與 Enzo Faletto 於「拉丁美洲的依賴與發展」(Dependency and Development in Latin American, 1979) 一書中所提出的，該書主要內容在於對「依賴理論」(Dependency Theory) 作修正。Cardoso 與 Faletto 在他們著作中賦予「依賴」這個概念更大的彈性，在他們看來，依賴並不是一個會在開發中國家造成同樣內部後果的「外在」因素，而是一種普遍性的外在條件，和開發中國家特定的內部狀況交互作用下的具體情境。³

在依賴情境下，由資本主義世界體系核心國家所帶來的衝擊，透過邊陲國家內部特定的政治體系和階級結構，對邊陲國家的發展產生了影響。在此交光互影的過程中，外來的衝擊可能被全盤接受，也可能被小幅修飾、調適改變、大打折扣，或遭到斥拒。⁴

Cardoso 和 Faletto 採取了依賴論者共通的一項看法，那就是

³ 龐建國，國家發展理論—兼論台灣發展經驗。台北：巨流，民國八十二年，178。

⁴ 同上註。

在資本主義世界體系中，核心國家和邊陲國家之間的關係是「不對稱的」(Asymmetric)。對於反依賴論者所謂世界體系中，各個國家彼此之間是「互賴的」(Interdependent) 說法，他們的答覆是：

誠然，銀行家需要顧客，就像顧客需要銀行家。但是，由於關係結構中彼此所佔的位置不同，這兩者之間的「交互關係」有著本質上的差異。同樣的思考也適用於對世界市場中，「互賴的」經濟體彼此關係的分析。資本主義的確是一整個世界體系，然而，它其中的部分國家卻擁有比它們的領導地位更多的影響力，以及對生產和資本累積關鍵部門幾近不留餘地的掌控，例如說像技術和財務部門就是如此。(Cardoso and Faletto, 1979, xxi)⁵

而在承認核心國家和邊陲國家彼此間的關係是不對稱的同時，Cardoso 和 Faletto 跳脫出那些強調外在限制的經濟決定論理論的思考模式，把依賴情境擺在結構和歷史的脈絡中來觀察。他們強調，社會結構乃是人們集體行為的產物，所以，儘管社會結構具有相當程度的持續性，在客觀條件制約下，人們不可能任意捏塑歷史，但是，社會結構事實上仍然會因為社會運動的衝擊而不斷地轉型。⁶

因此，Cardoso 不認為依賴情境會是恆久穩定的狀態，也不相信依賴的情境在每個邊陲國家中都會一樣。他主張，資本主義世界體系在不同的邊陲國家中，會因其本土利益團體、政府作為和階級分合的影響，而造成不盡相同的依賴情境，同時，在歷史演進的過程中，同一個邊陲國家的依賴情境也會隨時空的轉換而

⁵ 同上註，179。

⁶ 同上註。

產生變遷。Cardoso 把這種結合了橫斷面的結構分析，和縱剖面的歷史觀照的研究方法，稱之為「歷史-結構」研究途徑。

此外，在本文另一個研究法—文獻分析法上，除了參考新制度主義的相關文獻與期刊論文之外，本論文所採用的個案—全民健康保險制度，近年來亦累積了不少的研究成果。但是，筆者在參考各方學者的研究後發現，鮮少有透過新制度主義的研究途徑來解釋我國全民健保制度的發展與產生的問題。因此，本論文嘗試透過歷史制度研究法，結合文獻分析法，對我國全民健保制度作一檢視，並提出其在解釋本論文個案上的不足之處。

貳、研究限制

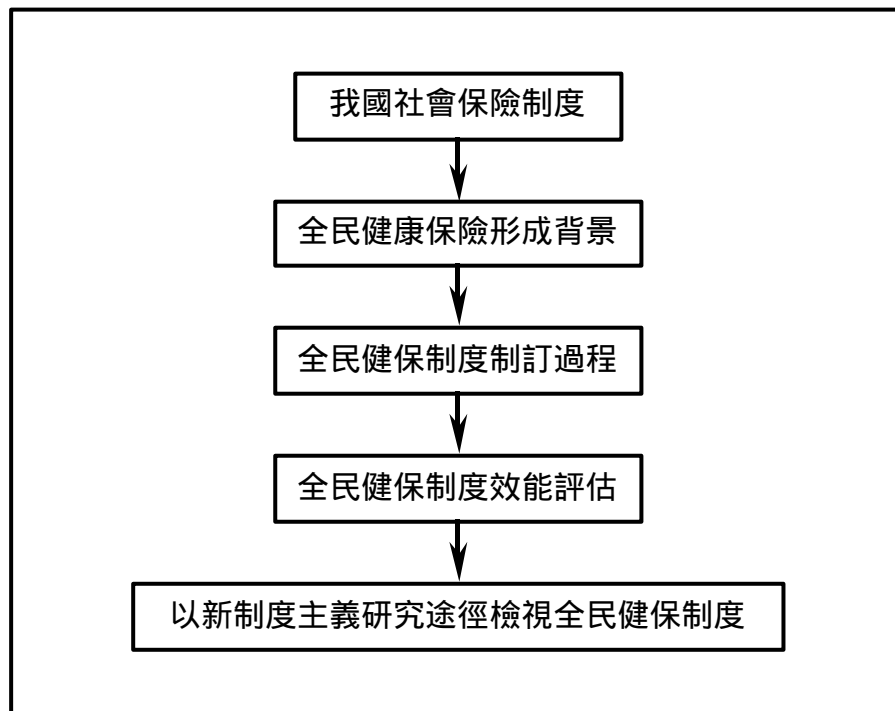
筆者礙於時間與經費上的限制，以致無法透過訪談或問卷調查的方式，獲得在全民健保制度與立法的過程中相關人士的意見，僅能就第二手資料來分析。因無法透過第一手資料來加強本論文的立論，所以在細節上或許會有所缺漏。因此，就個案的分析而言，其範圍侷限在現有的文獻資料上，而某些非制度因素可能無法深入探討，故在此加以排除，此亦為本論文的研究限制所在。

第三節 論文架構與章節安排

壹、論文架構

本論文採用新制度主義中的「歷史制度研究法」(Historical-Institutional Approach), 透過全民健保制度形成的背景與過程, 來檢視新制度主義研究途徑在解釋個案上的盲點。茲以圖 1-1 表示之。

圖 1-1 論文分析層次圖



貳、章節安排

第一章為前言，內容主要為本論文所欲探討之問題的研究動機與目的、其所採用的研究方法及其研究限制、論文的研究架構以及各章節內容的安排等，並提出本論文預期的學術貢獻為何。

第二章將介紹何謂「新制度主義」，內容主要在對新制度論的起源、形成及其流派加以說明，並探討相關新制度論學者所提出的觀點，加以整理分析，同時加以批判、檢討。

第三章探討在我國健保實施前，既有的各項社會保險的實施狀況，並對其實際運作狀況加以敘述，說明現有社會保險制度之功能與其缺失，以及對於後來全民健保政策的制訂有何影響。

第四章為全民健保政策的制訂過程及其制度架構。敘述全民健保政策與制度的形成及研議過程，以及現有之社會保險與全民健保制度整合之情況。並對全民健保實施至今所遭遇的問題加以回顧探討。

第五章為結論。在此，筆者將透過新制度主義的觀點，檢視我國全民健保制度的問題，並說明新制度主義的三種研究途徑，在個案的解釋上有何不足之處。最後，提出本文在相關研究領域上的心得與貢獻。

第四節 相關文獻探討與回顧

對於我國全民健保制度的相關研究與探討，可說是汗牛充棟，多如過江之鯽。筆者在回顧了相關的文獻之後發現，對於全民健保制度的研究，有從法規面、決策過程、健保財務、保險體制、支付制度等各個面向的探討，但大多以現有的制度為基礎，對全民健保所遭遇的問題加以分析，而對於健保制度本身設計的討論卻不多見。在新制度主義方興未艾之際，筆者對其亦產生濃厚的興趣。有鑑於此，筆者欲嘗試透過新制度主義中的歷史制度研究途徑，以我國全民健康保險制度為研究之對象，作一制度面的檢視。

首先，專家學者對於全民健保制度的研究大多著重於健保的財務面、醫療支出面、支付制度的設計、門診數量與醫療費用的問題等。在全民健保的財務面上，鄭文輝嘗試從財源規劃的角度來探討全民健保的財務問題，透過財源規劃的充分性、公平性、效率性與可行性等四大原則，來檢討我國各項健保制度的重大缺失，以做為全民健保的借鏡。⁷曾淑芬等對於全民健保在收支問題上所做的研究，指出全民健保財務虧損的原因，在於收入與支出無法平衡，保費徵收不如預期、醫療費用快速上漲以及保險行政作業問題等因素，是導致健保財務日漸惡化的主要原因。⁸

在醫療支出面上的相關研究，許航瑞嘗試透過新制度主義的

⁷ 鄭文輝，「從財源規劃探討全民健保財務問題」，研考雙週刊，第 18 卷，第 1 期（民國八十三年二月），39-50。

⁸ 曾淑芬等，「對我國全民健保財務政策的評析與省思」，醫院，第 33 卷，第 4 期（民國八十九年八月），34-48。

研究途徑，⁹來分析我國全民健保醫療支出的問題，其研究發現：（一）論量計酬的健保支付制度固然是造成醫療支出上漲的元兇之一，同時給付標準的未能反映實際價格水準以及不同工同酬亦是造成醫療服務提供者特定行為的誘因。然而，缺乏市場機制的運作使得給付標準的訂定成了政治問題；（二）高額的資訊成本以及因專業所帶來的權力，往往增加健保局控制醫療支出抑制醫療浪費的難度；（三）漸進式的改革易取得政治上的可行性，然而「頭痛醫頭、腳痛醫腳」式的改革措施往往只會增加問題的複雜度。

就支付制度方面來說，楊昱琪就「醫院服務支付制度對住院醫療費用之影響」所做的研究發現，¹⁰全民健保自民國八十四年三月開辦以來，醫療費用每年約上漲 8-10%，但保費收入一年僅增加 4-5%，面對不斷上升的醫療費用，健保局也逐步實施論病例計酬制，將風險轉嫁給醫療提供者，以抑制醫療資源的浪費。但是在論病例計酬制下，其研究所採用的病例樣本並沒有達到抑制費用的一致效果，但住院日數不論疾病別均呈現下降的趨勢；醫學中心的醫療費用相對較高；性別對住院日數、總醫療費用之利用，並無顯著差異；年齡對住院日數、總醫療費用之利用，並無一致之結果；醫院權屬別與地區別對於總醫療費用較無顯著差異。就層級別而言，不論醫學中心、區域醫院或地區醫院，在論病例計酬制下均比論量計酬制下產生較高醫療費用；於區域醫院、地區醫院類別下，財團法人醫院、私立醫院比公立醫院有較高的醫療費用。

⁹ 許航瑞，「我國全民健保醫療支出問題的政經分析：一個新制度主義的觀點」（碩士論文，成功大學政治經濟研究所，民國九十年十二月），103-104。

¹⁰ 楊昱琪，「醫院服務支付制度對住院醫療費用之影響」（碩士論文，逢甲大學保險學系，民國九十年七月），34。

周麗芳與陳曾基試圖透過經濟政策的角度，來探討我國全民健保採行「總額支付制度」的可行性，¹¹藉由分析經濟政策的動態平衡、民主參與、配置效率、競爭、市場機能與價格機制等因素，以作為改革健保制度的參考。¹²

綜上所述，我國對於全民健保的研究多半著重於如何維持或改善現狀，而對於健保「制度」的形成與演變卻鮮少著墨。筆者欲對我國社會保險制度，如何從公勞農保體制，過渡到全民健保時期的歷史發展與沿革，作一敘述，並對我國全民健保制度的缺失加以評析。此外，筆者將嘗試說明新制度主義，在解釋本文個案上有何不足之處，並提出筆者的淺見，以資參考。

¹¹ 總額預算支付制度，是指健康保險機構或政府預先對某類醫療服務以協商的方式訂定年度預算，以涵蓋一年內所提供醫療服務之費用。並且由上而下的分配預算費用，為一種可確保保險財務平衡的制度。並且由上而下的分配預算費用，為一種可確保保險財務平衡的制度。其做法可分成二種類型；支出上限制（Expenditure cap）及支出目標制（Expenditure target）。支出上限制（Expenditure cap）：預先依據醫療服務之成本及預估服務量之成長率，設定健康保險支出的年度預算總額。醫療服務是以相對點數反映各項服務成本，惟每點支付金額是採回溯性計價方式，由預算總額除以實際總服務量（點數）而得；當實際總服務量點數大於原先協議的預算總額時，每點的支付金額將降低，反之將增加。由於固定年度總額預算而不固定每點支付金額，故可精確的控制年度醫療費用總額，如西德的門診就是採用此一方法，在住院部門實施總額預算支付制度的國家亦大多採用此方法。在此一規則下若醫療服務量之上漲率高於預算，則將使支付的價格下跌，並且會使醫療提供者陷入一個「囚徒困境」（prisoner's dilemma），意指當甲提供較多的醫療服務，而乙提供較少的醫療服務，此時總服務量未超量，則甲醫療提供者即獲得較多的預算分配；但是，若甲和乙二者皆提供超量的醫療服務時，則總服務量超過預算，支付的單位價格下降，使得甲、乙二者獲得相同的預算分配，且使用的醫療成本也相對增加。因此若無客觀公正的審核制度與審查委員，則將發生「劣幣驅逐良幣」的結果。支出目標制（Expenditure target）：預先設定醫療服務支付價格及醫療服務量可容許之上漲率，當醫療服務量低於預先設定之目標時，將會有盈餘；但實際利用量超過目標時，超出的部分將打折支付，以適度反映醫療服務變動成本之支出，因此實際支出可能超出原先設定的目標。德國住院部門配合論日計酬採支出目標之做法，加拿大亦有數省採行此方式支付醫師費用。詳見張朝凱，「潛談全民健保總額預算制度」，<http://www.lasikeye.com.tw/manazine/200106.htm>（民國九十年六月）。

¹² 周麗芳與陳曾基，「由經濟政策觀點檢視全民健保總額支付制度」，台灣醫界，第44卷，第1期（民國九十年一月），45-50。

第二章 現代社會科學的新浪潮——

新制度主義

第一節 何謂新制度主義

「新制度主義」(New Institutionalism)從 1980 年代開始對於社會科學研究產生重大的影響之後,到了 1990 年代已經成為社會科學的顯學之一。就像是之前的顯學,如現代化 (Modernization) 理論、馬克思 (Marxism) 理論,以及理性選擇 (Rational Choice) 理論,新制度主義初期的發展,注重基本假設和理論的建構,然後才進入理論的精緻化、實例的分析,與提出政策的階段。¹³然而,也像之前的顯學一般,當愈多學者投入新制度主義研究時,也導致愈多,甚至相互矛盾的定義、論證和實證結果。

這股新制度主義潮席捲了社會科學的各個學門,諸如政治學、社會學以及經濟學等等。由於新制度主義會科學各領域已經有非常廣泛的應用,因此要找出共同的定義和論證是非常困難的事。我們可以用兩個主題來整理新制度主義的主要論點。首先,新制度主義被定位為一個中層的理论 (Meso-Theory)。在這個層次上,所有新制度主義學者都能夠同意的基本因果假設是:制度影響行為。其次,新制度主義各學派之間的差異或爭辯,有些是對「制度」種類看法的歧異,有些則是對於相關因素影響力或結果「程度」的差異。這些差異的起源,有一部份是因為政治學、

¹³ 郭承天,「新制度論與政治經濟學」(台北:政治學報特輯,中國政治學會,民國八十九年),171。

經濟學和社會學之間的學科差異；另一部份是各學科內對於不同變數的重要性，學者有不同的看法。¹⁴

新制度主義主張人類的政治、經濟或社會行為，是受到所處制度環境的影響。這個論點乍看之下，似乎了無新意，因為沒有任何人會否定這種看法。但是，新制度主義為什麼要強調制度的原因，與戰後社會科學的發展與不足有密切的關係。戰後社會科學的發展，興起了所謂的行為主義（Behaviorism）學派，反對過去強調歷史事件敘述或法規制度的研究法。行為主義學派認為要解釋社會、經濟或政治現象，最好就是從個人所表現的行為中，去找尋原因和結果，並且從這些個人行為的總和，推斷出社會、經濟和政治的總體特性。

行為主義學派到了 1960 年代末期，受到馬克思學派的挑戰，從兩個方向質疑其方法論上的正確性。一方面馬克思學派認為行為主義學派犯了「方法論中個人主義的錯誤」（Methodological Individualism），總體的特性並不能從個體的特性加總而歸納出來，反而應該由所處環境的整體結構來推論個體的行為。¹⁵其次，馬克思學派也強調意識型態對於人類行為的影響，認為個人的行為，主要是反應當時優勢意識型態（Dominant Ideology）對於個人所應該扮演的角色和應有行為模式的規範。

到了 1970 年代末期，馬克思學派過份重視方法論上的集體主義（Methodological Collectivism）本身也受到挑戰，而挑戰者是來自經濟學理性選擇理論。理性選擇理論如同行為學派，也採方法論上的個體主義，認為總體現象不能脫離個體而獨自存在。

¹⁴ 同上註，172。

¹⁵ 此即馬克思學派所強調的歷史結構論，強調下層結構對於政治與社會上層結構的影響。

但是理性選擇理論推論的方法主要不是統計，而是邏輯，如使用數學模型、集合理論（Set Theory），和博弈理論（Game Theory）。從這些方法，理性選擇理論指出總體的特性與個體的特性，的確有些重要的差異，彼此並不能相互推論。要瞭解總體的特性，還是需要從個體的動機、策略選擇和互動的結果來推論較為適當。理性選擇理論的代表性論證，就是關於集體行動（Collective Action）的研究。

這種方法論上的個人主義與集體主義的爭議，在 1980 年代初期達到最高峰。爭議的結果促成了兩個學派各自修正其論點，試圖將對方分析的優點帶到原有論證之中，以增強解釋的範圍和解釋力，因而促進了「中間路線」的產生，也就是新制度主義。

新制度主義就方法論而言，是介於總體和個體之間，也就是所謂的「中層理論」。新制度主義質疑理性選擇理論的方法論基礎，認為個人的行為並不能單從個人的動機、策略選擇和理性思考即可解釋，而必須要考慮到會影響個人動機、策略和理性環境因素。但是新制度主義並不同意這些環境因素就是指整體社會的政治、經濟、社會結構，或者是總體意識型態，而應該是指直接影響個人行為的「中層」制度環境。如果說理性選擇理論是犯了「見樹不見林」的錯誤，那麼歷史結構論則是有「見林不見樹」的盲點。

著名的制度經濟學者 Douglass C. North 對制度的界定是「社會中的遊戲規則（Rules），更嚴謹的說，制度是人為制訂的限制（Constraints），用以約束人類的互動行為」。¹⁶制度包含著正式與

¹⁶ Douglass C. North, *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990, 3-4.

非正式的規範，正式的規範如成文的規章，非正式的規範如慣例和行為標準。新制度主義的政治學者 Crawford 和 Ostrom 所定義的制度是指「能夠塑造人類規律性行為的規章、規範和共用的策略。這些規章、規範和共用的策略，在時常出現或重複的狀況下形成以及再塑..至於如何界定制度的範圍，則要看所關切的理論問題、時間層次和研究計畫的細節」。¹⁷

新制度主義對於政治學的各個學門，例如在比較政治、國際關係、區域研究等領域，均產生不同程度的影響。傳統國際關係學由於受到現實主義的影響，對於國內和國際性的組織都不太重視。不重視國內組織的原因，是因為現實主義者假設國家為單一行動者；而國際組織的結構和行為，由於只是反映和被控制在主要強國的手中，因此也不是一個重要的研究議題。然而在 1970 年代以後，國際之間非軍事的關係，如貿易、金融、人權、環保等日趨頻繁，而且國際間在這些議題上的合作，遠超過傳統現實主義的分析範圍。此時，新制度主義的興起，對於國際關係學的發展，有重大的貢獻。新制度主義學者同時引進經濟學中關於理性分析、集體行動分析、博弈理論，以及社會學中的組織理論，來解釋區域組織和國際機制(International Regime)的形成、功能、演變與興亡。

在比較政治學的領域，新制度主義的研究有許多重大的貢獻，但其中亦有缺失之處。它最重要的貢獻，是在 1980 年代再度將「國家」放在比較政治學的中心，亦即所謂的「國家重現」(Bringing the State Back In)。¹⁸這些國家論者在批評過去現代化

¹⁷ Sue E. S. Crawford, and Elinor Ostrom, "A Grammar of Institutions," *American Political Science Review*, vol. 89, no. 2(1995), 582.

¹⁸ Peter B. Evans, Dietrich Rueschemeyer, and Theda Skocpol, eds., *Bringing the State Back In*, Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

學者在解釋政治發展和公共政策時，太過於重視社會的因素（如階級、利益團體、教育、經濟發展等），而忽略了國家的重要性。根據國家論者，國家的自主性、能力和權力結構，才是一個國家政治民主化和經濟發展的主要解釋因素。在政治市場中，執政菁英、反對黨、其他政治團體或個人之間的策略互動性關係，都能受到這些「制度性」的因素所限制。而經濟市場中的資本家、勞工與國基的互動關係，也同樣受到這些制度性因素的影響，進而影響其經濟發展的成敗。

然而新制度主義對於比較政治學的研究也有缺失之處。有些學者矯枉過正，過份重視國家的因素，反而忽略了社會團體的重要性。新的國家論者迅速發現此一缺點，在 1990 年代的比較政治研究中，已多從結合國家制度和社會制度的角度進行分析。因而有「鑲嵌的國家」(Embedded State)和「網絡國家」(Network State)等仍以國家為中心，¹⁹但擴及社會因素的「國家制度論」(State Institutionalism)出現。新制度主義另一項缺失，是一些學者過份強調憲法體制對於政治民主化或經濟發展的影響力，而忽略了其他非憲法的制度性因素，如政治文化、菁英之間的關係、國際因素等的影響。

新制度主義對於政治學的另一影響，是在理性抉擇理論方面。早期的理性選擇理論假設人有充分的理性，在一定的結構限制下，根據自己的偏好順序，會選擇可達成目標的最佳策略。新制度論對於「充分理性」和「理性選擇」的假設並沒有太大的影

¹⁹ 社會學制度論所謂「鑲嵌的國家」是指，制度本身即「鑲嵌」(embed)於更大的社會或文化結構，政治制度並非在真空狀態下存在，特定的制度將鑲嵌於特定的環境中，制度本身也無可避免地蘊含或反映了環境所具備的若干特質與邏輯，而個體的自由選擇作為幾乎無足輕重。於是，制度好比「鑲嵌」在國家與社會環境之中，彼此緊密結合，互相影響。

響。理性選擇理論主要受到新制度主義影響的是「結構限制」和「偏好順序」的假設。現在的理性選擇理論者致力探討在不同的文化體系中，如何產生不同的結構限制和偏好順序，以致於影響個人的理性選擇；以及根據這些分析，如何設計不同的制度結構，來鼓勵合作行為，並懲罰欺騙行為。

第二節 新制度主義的分類

「新制度主義」此一研究途徑最早是由 March 及 Olsen 兩位學者，於 1984 年在「美國政治科學評論」(American Political Science Review, APSR) 上所發表的一篇論文。他們首先就 1950 年代以來，自「行為科學革命」以降，由「社會中心」研究途徑來研究政治現象的主流思維提出批判，並在此基礎上提出「新制度主義」的早期觀點。其指出自 1950 年代以來，西方政治理論有五大特徵：(一) 系絡論 (Contextualism)，傾向於將政治視為社會的一個組成部分，而不願將政治組織從社會其餘部分中區分出來；(二) 化約論 (Reductionalism)，傾向將政治現象視為個別行為的結果，而不願將政治的產出歸因於組織的結構和導致適宜行為的規則；(三) 功利主義 (Utilitarianism)，將政治行動視為自我利益計算的產物，而不願將它視為政治行動者對既定義務和責任所做反應的結果；(四) 功能主義 (Functionalism)，傾向將歷史視為達成唯一的、適宜的、均衡的有效機制，而較少關注適應性欠佳的可能性，以及歷史發展的多樣性；(五) 工具主義 (Instrumentalism)，傾向將決策的制定和資源的配置界定為政治生活中的核心課題，而較少注意到政治生活，如何透過符號 (Symbols)、儀式 (Rituals)、典禮 (Ceremonies) 而圍繞意義

(Meanings) 的詮釋並加以組織的問題。²⁰

根據 Immergut 對新制度主義相關的領域的界定，²¹大致上來說，新制度主義可分為三大範疇（見表 2-1）：

（一）歷史的制度主義（Historical Institutionalism），從「比較-歷史」的觀點來研究制度的影響，借用「有限理性」（Bounded Rationality）的概念，不否認個人會做出嘗試計算其利益的行為，但最後的結果將是各種團體、利益、觀念與制度結構互動下的產物。

（二）社會學的制度主義（Sociological Institutionalism），將制度視為一種制約的過程（Constraining Process），促使行為者（Actors）或組織（Organizations）近似那些在面對相同的環境條件下的單位²²，意即「制度的同化」（Institutional Isomorphism）。嘗試將人類行動納入總體層次的制度要素中去理解，組織權力的正當性（Legitimacy）來自組織成員的授與，其間有賴一套為大家所接受的遊戲規則、文化價值和規範制度。

（三）理性選擇的制度主義（Rational Choice Institutionalism）主張，制度是設計用來幫助個人克服市場的失靈（Market Failures），以及有限理性的問題，並且提供他們規則、程序（Procedures）和那些能夠增進他們預期的穩定性，並因此有助於解決某些集體行

²⁰ James G. March, and Johan P. Olsen, "New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life," *American Political Science Review*, vol. 78(1984), 735-738. 或見黃豪聖，「台灣政黨轉型現象之研究—從新制度論角度分析」（碩士論文，東海大學政治學系，民國八十八年七月），20。

²¹ Ellen M. Immergut, "The Theoretical Core of the New Institutionalism," *Politics & Science*, vol. 26, no. 1(1998), 18.

²² Paul J. DiMaggio, and Walter W. Powell, "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality," in Walter W. Powell, and Paul J. DiMaggio eds., *The New Institutionalism In Organizational Analysis*. Chicago: the University of Chicago Press, 1991, 66.

表 2-1 新制度主義各學派的比較

	理性選擇	社會學理論	歷史制度論
利益	策略性因素考量使理性行動者選擇最佳的均衡 (e.g. 囚徒困境、公有地共有資源的悲劇)。	行動者無法瞭解自身的利益、時間以及資訊的有限與不完整使其只能依賴既有規則 (有限理性論)。	行動者自我利益的表達是由集體性組織所加以形塑的，制度於歷史軌跡中仍有脈絡可循。
政治過程	如果缺乏規則的安排則無法達成公共利益。	視組織內部與外部過程互動所形成的結果 (垃圾桶理論)。	政治過程是由憲法、政治制度、國家機關的結構、國家機關與利益團體間的關係，以及所謂的政策網絡所共同建構的。
規範議題	Elster：若缺乏合理性的手段，則實質的目的殊難達成。 Buchanan & Tullock：透過全體一致決的方式與換票以達成效率的極大化。	Perrow：對於官僚權力與有限理性的暗示。	Lowi：民主制度是根植於國會功能的增強，協商是必須建立在規則之上，而非特定互動下的結果。
行為者	完全理性的	有限理性的	具自我反思能力的
權力	強調一致性的行動能力	位於組織結構中的位置而定	由國家機關、決策制訂的管道、政治代表與新至所共同認知的結果來加以決定。
制度機制	透過規則所建構出的選擇權。	透過程序慣例來建立選擇以及計算的能力。	由規則、結構、規範與理念共同建構出對於利益選擇及計算能力與目標的形成。

資料來源：Ellen M. Immergut, "The Theoretical Core of the New Institutionalism," *Politics & Science*, vol. 26, no. 1(1998), 18. 轉引自謝俊義, 「新制度主義的發展與展望」, *中國行政*, 第 68 期 (民國八十九年八月), 6。

動 (Collection Action) 問題的「實行機制」(Enforcement Mechanism)²³制度是由具有效用極大化的個人所構成，制度因此也可以是理性的抉擇者。它提供誘因並盡力降低組織的不確定性，

²³ Michael J. Gorges, "New Institutionalism Explains for Institutional Change: A Note of Caution," *Politics*, vol. 21, no. 2(2001), 139-140.

這些行動集合體亦能導出有效的政治、經濟和社會政策。

理性選擇途徑（Rational Choice Approach）脫胎於公共選擇（Public Choice）或社會選擇（Social Choice）理論，其來源可以回溯至新古典經濟學理論（Neoclassical Economy）、功利主義理論（Utilitarian Theory）的經濟學假設，以穩定性偏好、理性選擇模型和均衡分析方法為理論建構的核心要素，但引入不完全資訊（Incomplete Information）與交易成本（Transaction Cost）的概念，從而補強傳統微觀經濟學（Micro Economy）之缺失。²⁴其假定個人行為是理性且自利的，且認為從自利的角度出發會促使團體的利益達成極大化；除了為增加團體利益的極大化外，不應對個人自由加以設限；在意識型態上，其主張最小政府與經濟上的自由開放。

社會學途徑（Sociology Approach）衍生自「組織理論」（Organization Theory），認為制度形式與程序是內含特殊文化的實體，存在理由不必然是為了促進個人或組織於「手段-目的」（Means-Ends）方面的效率，反而以制度文化的傳遞作為最高職志。因此，制度不僅是有形的規則、程序或規範，更是符號體系（Symbol System）、認知圖像（Cognitive Scripts）與道德樣板（Moral Templates）等的集合，它們的作用在於提供引導人們行動方向的「意義框架」（Frames of Meaning），²⁵個人的行為不必然是「理性」決策下的結果，一旦社會對個人所扮演的角色有期望時，制度的影響力就會出現。換言之，該途徑的研究核心在於探究個人的行為在制度系絡（環境、文化）中所扮演的角色。另一方面，藉由社會學的研究途徑能充分解釋制度的穩定性、惰性與

²⁴ Thràinn Eggertsson 著，吳經邦等譯，*新制度經濟學*。北京：商務印書館（1996年），10-11。

²⁵ Peter A. Hall, and Rosemary C. R. Taylor, "Political Science and the Three New Institutionalisms," *Political Studies*, vol. 44, no. 5(1996), 947.

停滯性。但是，在面對制度變遷時，則無法有效地做出解釋。

Peter A. Hall 與 Rosemary C. R. Taylor 對社會學研究途徑的特徵作了以下幾點歸納：²⁶

（一）採取社會學研究途徑的學者，對於制度的界定比政治學途徑更加廣泛，不僅包括正式與非正式的規則與程序，甚至包括符號系統，認知圖像等。

（二）以社會學研究途徑出發的學者，在探究制度對於個人行動的影響是採取文化詮釋的途徑。早期的學者多重視制度規範性面向的研究，而近期的學者多從規範面的研究轉向認知層次。

（三）社會學途徑的另一特徵在於對制度的起源與制度變遷提出不同於經濟學者的看法。一般經濟學者多從效率的因素加以解釋制度的存在與變遷，然而社會學途徑的解釋則認為制度的變遷，其重點在於提升組織或參與者的合法地位，進而推論制度安排的合法性與社會適當性。同時，組織是蘊含特定的制度形式、習慣以及在文化環境中的價值。

歷史制度論途徑（Historical Institutional Approach）大致上可回溯至二十世紀初，學者對於政治體制（Regimes）與統治機制（Governance Mechanism）的分析。歷史制度論和傳統社會研究的方法與重點有極密切的關係，只是更加強調制度的重要性。同時，歷史制度論重視國家制度的結構化以及協調利益衝突的機制，這些特質都是針對行為科學的缺失。

²⁶ Ibid.

雖然同樣強調制度的約束作用，但因為對個體偏好之起源有「外源」(Exogenous)與「內生」(Endogenous)兩種對立的看法，使得理性選擇論在解釋個體行為時似乎有低度社會化傾向，而社會學理論則有過度社會化傾向。²⁷有鑑於此，歷史制度論途徑採取更為折衷的分析立場，它並不否認個人有計算自身利益的能力，但這些個人理性計算的結果往往是不同團體、利益、理念及制度結構彼此互動之下的產物。因此，偏好乃是在特定的制度系絡下被形塑，而且不應該被當作是永恆不變的。²⁸

就歷史制度論而言，「歷史」的概念已不僅僅是一種研究「方法」，而是晉升到「理論」與「哲學」的層面。歷史制度論接受「混沌理論」(Chaos Theory)的觀點，掌握制度現象的發展受制於特定「歷史的遺緒」(Historical Legacies)以及「關鍵轉捩點」(Critical Junctures)兩項特質，從而發展出制度變遷的「路徑依賴」(Path Dependence)模式。²⁹

理性選擇途徑的基本假設是：個人具有穩定的偏好及目標取向，制度因素是詮釋政治選擇的關鍵，制度之所以促成政治選擇，是因為制度並沒有讓每一個可能的政治選項都能進入討論議程之中。³⁰因為政治行動者基於理性的考量，對於制度所造成的影響有所認知，故而透過操縱制度的規則來獲得其所欲之結果。

以投票的行為來看，投票結果所傳達的並非選民的真實偏

²⁷ 黃豪聖，同註 20，27。

²⁸ Thomas A. Koelble, "The New Institutionalism in Political Science and Sociology," *Comparative Politics*, vol. 27, no. 2(1995), 232.

²⁹ Ruth B. Collier, and David Collier, *Shaping The Political Arena*, Princeton, NJ: Princeton University Press, 1991, 27.; Immergut, op. cit., 19.

³⁰ 同註 27，24。

好，而是一種夾雜策略性考量的混合物，³¹個人是制度規則運作下，運用其理性計算能力的策略行動者，因為主張個人擁有獨立或外源（Exogenous）於制度的一組固定偏好，所以制度因素只是降低選項所處環境之不確定性限制，其於分析過程中並不具有獨立變數地位，³²制度的重要性只是界定個人偏好的優先順序而已。³³

是故，制度的「變遷」（Change）被概念化成一種「不連續的事件」（Discrete Event），而非漸進調整與學習的過程。制度之所以變遷的理由在於，既存制度已無法滿足或履行當初設計該制度時所欲達成的功能或目的。因此，制度的變遷乃被理解成意向（Conscious）的過程，³⁴制度變遷與否取決於「交易成本」（Transaction Cost）的高低。

第三節 歷史結構法與新制度主義的相關概念

本論文以「歷史-結構」研究法作為主要的分析途徑，並參考新制度主義的三個研究途徑，採用其中部分概念，與「歷史-結構」法作一比較。前面筆者已經對新制度主義的三個研究途徑有一概略的敘述，在此，筆者所要說明的是，由於新制度主義三個研究途徑的範圍過於廣泛，筆者基於時間上的限制，無法對三個研究途徑一一加以檢驗，只能採用其部分概念，例如：筆者將採用理

³¹ Immergut, op. cit., 12-13.

³² 同註 27，25。或見 William R. Clark, "Two Views of Preference, Two Views of Institutions," *International Studies Quarterly*, vol. 42, no. 2(1998), 248.

³³ 同上註。或見 Junko Kato, "Review Article: Institutions and Rationality in Politics—Three Varieties of Neo-Institutionalists," *British Journal of Political Science*, no. 26(1996), 557.

³⁴ 同上註。或見 B. Guy Peters, *Institutional Theory in political Science—The 'New Institutionalism'*, New York: Pinter Press, 1999, 56.

性選擇理論中，交易成本與不對稱資訊的概念，以配合「歷史-結構」研究法，透過本文研究的個案—全民健保制度，來說明新制度主義研究途徑在解釋實際現象上所可能遭遇的問題，及其無法解釋的盲點所在。

壹、「歷史—結構」研究途徑與全民健保制度之關聯

本文欲透過我國社會保險制度的起源、發展與實施狀況，作為全民健保制度實施的基礎，一方面說明我國社會保險制度對於全民健保制度的影響，一方面對我國從公勞農保體制過渡到全民健保時期所出現的問題，加以分析比較。就「歷史-結構」研究法而言，以時間為縱剖面，描述我國社會保險演變的歷史進程，加上以制度（結構）的分析為橫切面，對全民健保實施前的社會保險制度加以說明，以解釋全民健保制度形成的背景因素，以及過去的制度如何對新制度的產生造成影響。筆者欲透過時間（歷史）與制度（結構）分析的方式，配合新制度主義研究途徑的部分概念，來研究我國全民健保制度的問題，並透過全民健保制度的分析，來說明新制度主義研究途徑的限制所在。

貳、交易成本的概念

Ronald H. Coase 在「廠商的本質」(The Nature of the Firm, 1934) 與「社會成本的問題」(The Problem of Social Cost, 1960) 兩篇文章中，探討了制度的出現與交易成本之間的關係。Coase 定理 (Coase Theorem) 指出：在沒有交易成本的情形下，不管財產權是如何被界定，資源的運用都會達到最有效率的情形。Coase 對於交易成本的概念雖然沒有名確定義，然而 Coase 定理隱含著

當交易成本存在時，制度的影響力就舉足輕重。³⁵Coase 認為：人們藉著制訂各種規則來降低交易所必須花的費用，同時交易成本的存在亦導致了制度的產生，制度的運作則有力於降低交易成本。

一般的新制度主義經濟學者，多將制度視為一種規則與限制的綜合體，運用交易成本的概念來研究如何選擇不同的組織或制度形態，且以效率（Efficient）為出發點來理解制度的功能。他們認為一個良好制度的功能在於降低交易的不確定性以及其交易成本，但是其著眼點仍在於以制度的效率來評定其功能與存在的價值。³⁶

Douglass C. North 在其「經濟史的結構與變遷」(Structure and Change in Economic History, 1981) 一書中展開了建構一套解釋歷史的制度理論工作。³⁷North 的制度理論仍是以新古典經濟學理論為基礎，³⁸加上交易成本的考量。這個制度分析的架構下有三個主要核心：經濟組織、政府理論與意識型態。這三個部分一方面針對經濟活動、財產權與集體行動問題的分析，另一方面又處理了三者的互動所產生的歷史意義。³⁹

North 在該書中揚棄了以效率為出發點的制度分析方式，他並且指出：統治者往往是為了自己的利益來設定或決定財產權，而政治中交易成本的出現往往導致無效率的財產權的普遍存在。

³⁵ 同註 9, 36。或見熊秉元，「『市場之尺』和『心中之尺』——論釋寇斯定理和布坎南對寇斯定理的質疑」，經濟論文，第 21 卷，第 2 期（民國八十二年九月），331-356。

³⁶ 同上註，41。或見 James E. Alt, and Alberto Alesina, "Political Economy: An Overview," in Robert E. Goodin, and Hans-Dieter Klingemann, eds., *A New Handbook of Political Science*. Oxford: Oxford University Press, 1996, 645-675.

³⁷ Douglass C. North, *Structure and Change in Economic History*. New York: Norton Press, 1981.

³⁸ 關於新古典經濟學的緣起與發展請參考 James A. Caporaso, and David P. Levine 著，翰林譯，政治經濟學理論-Theories of Political Economy。台北：風雲論壇，民國八十七年，119-148。

³⁹ Douglass C. North 著，劉瑞華譯，制度、制度變遷與經濟成就。台北：時報，民國八十四年，x。

North 從人與人之間交易方式的變化提出制度起源的成因，在其「制度、制度變遷與經濟成就」(Institutions, Institutional Change and Economic Performance, 1990)一書中開宗明義地指出：制度乃是一個社會中的遊戲規則；更嚴謹地說，制度是人為制定的限制，用以約束人類的互動行為。因此，制度構成了人類交換的動機。⁴⁰組織和制度類似，也提供了人類互動的結構。⁴¹何種組織會出現與它們如何演變，根本上都受到制度架構的影響。同時，組織形態與其變化也會反過來影響制度的演變。⁴²

參、不對稱的資訊

North 認為：訊息的成本是交易成本的關鍵。交易的成本包括衡量交換事物之價值成分的成本及保護權利、監督與執行合約的成本。這些衡量和執行成本，乃是社會、政治和經濟制度的來源。⁴³隨著專業化與分工的發展，非個人間的簡單交易形式開始出現，然而由於資訊的不完整以及「資訊不對稱」(Asymmetries of Information)情形的存在，⁴⁴為了確保契約的有效執行，交易者不得不花費精力蒐集資訊以及監督交易對象以致於交易成本上升；若交易成本過高則會遏止分工與專業化的繼續，而經濟發展亦會停滯。而制度的出現其原本的功能在於有效的降低交易成本，但實際上制度的架構中永遠存有增加與降低生產成本的因素，端看處於其中的行為者如何利用。⁴⁵

⁴⁰ 同上註，7。

⁴¹ 同上註，9。

⁴² 同上註。

⁴³ 同上註，37。

⁴⁴ 同上註，39-40。

⁴⁵ 同註9，36。

第三節 小結

本章主要在對於新制度主義的起源與其分類加以說明，筆者回顧了新制度主義的三個主要學門：理性選擇論、社會學理論以及歷史制度論，分別就其起源與發展作一概略性的敘述，並以之作為分析本文所引用的個案——全民健保制度的主要研究途徑。在以下的章節之中，筆者將對全民健保形成的歷史背景、制度的設計，以及所面臨的問題一一加以論述。

第三章 我國社會保險制度的起源—

全民健保醞釀期

本文主旨在討論我國全民健康保險之制度，在這之前，筆者將先對我國在實施全民健保之前已有的各項社會保險加以敘述，以作為瞭解全民健保制度的背景。我國實施全民健康保險前之社會保險組織體系，請見圖 3-1。

第一節 全民健保實施前我國社會保險的狀況

壹、我國社會保險的形成背景

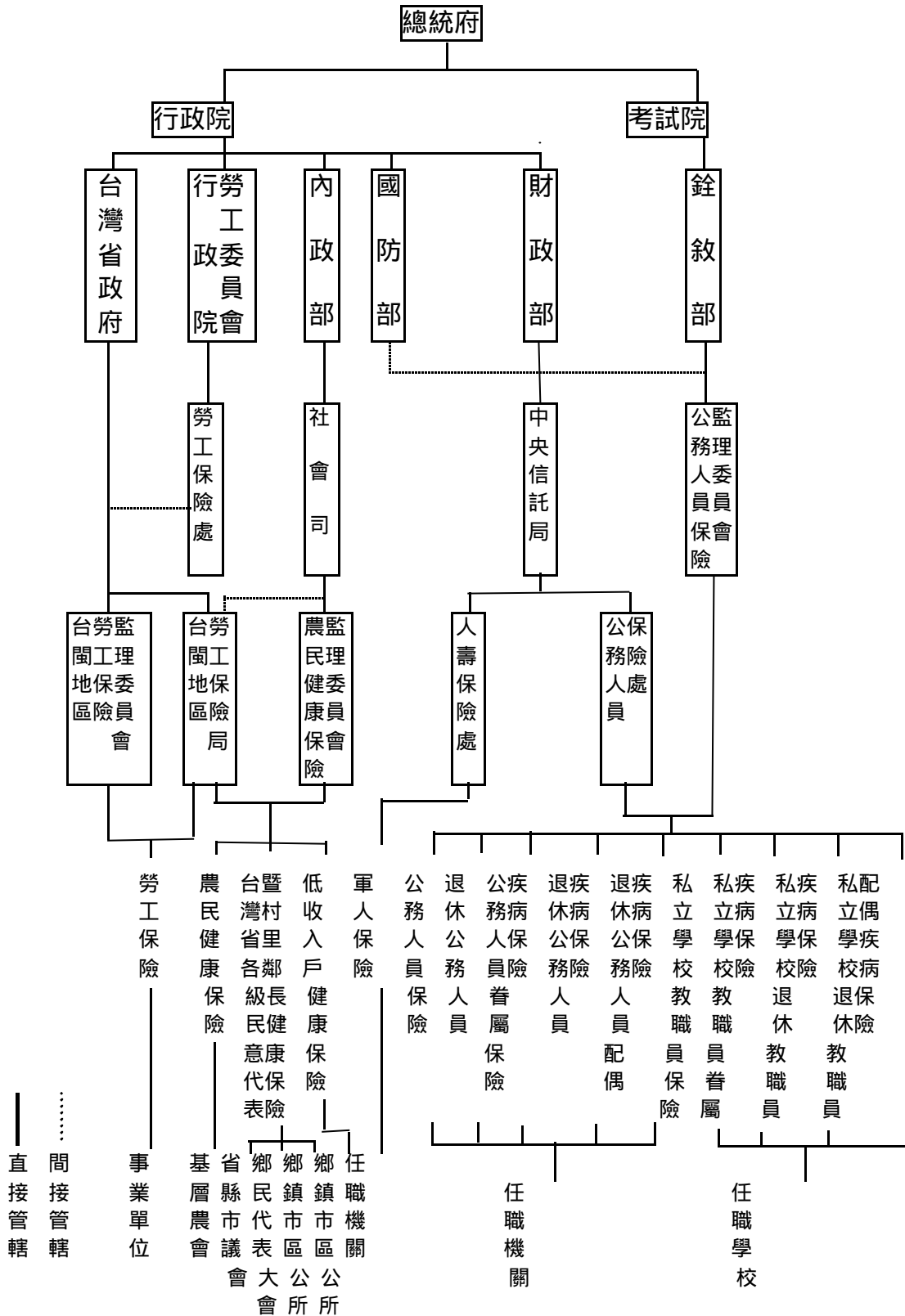
我國社會保險的形成，是民國以後的事，但是早在兩千多年前，「禮記—禮運大同篇」中即有「人不獨親其親，不獨子其子，使老有所終，壯有所用，幼有所長，鰥寡孤獨廢疾者皆有所養」所倡導的「自助互助」的精神。⁴⁶

民國六年，國父 孫中山先生南下護法，並策動全國工運，倡導工人福利，其中包括勞工保險、疾病保險、傷亡保險等。民國十八年，國民政府公佈工廠法，其第四十五條即提及「勞動保險法」。⁴⁷民國二十三年，考試院於第一次全國考銓會議時，提議舉

⁴⁶ 行政院研究發展考核委員會，我國社會保險制度現況分析及整合問題。台北：行政院研究發展考核委員會，民國八十二年，15。

⁴⁷ 劉見祥，「我國勞工保險制度之研究」(碩士論文，國立政治大學公共行政研究所，民國六十九年)，13。

圖 3-1 我國現行社會保險組織體系



資料來源：行政院研究發展考核委員會，同註 46，41。

辦公務員生活保險案，經大會決議，交由考試院核辦。⁴⁸民國二十六年，國民政府公佈訓政時期約法中亦規定「國家應實施勞工保險制度」，惜因抗日戰爭爆發，公勞保策劃開辦亦受影響。

二次大戰期間，我國因抗日戰爭正如火如荼的展開，因而在經費上有所短缺，乃決定擇一地區先行試辦社會保險。民國三十二年，政府遷都重慶，乃訂定「川北區各鹽場鹽工保險暫行辦法」，選擇四川北部自流井一帶，以鹽工為保險對象，先後在十個鹽場個別成立鹽工保險社，參加保險的鹽工多達五萬餘人。

民國三十四年，對日抗戰勝利在即，中國國民黨召開第六屆全國代表大會，通過四大社會政策綱領，即「民族保育政策綱領」、「勞工政策綱領」、「農民政策綱領」及「戰後社會安全初步設施綱領」。在「勞工政策綱領」提及「儘先創辦疾病及傷害保險，逐漸推行其他社會保險」，在「農民政策綱領」中亦明文表示將「創辦社會保險」。特別是在「戰後社會安全初步實施綱領」中，將社會保險的開辦視為戰後三大社會安全設施之一。同年，行政院核定「戰後社會安全初步設施綱領實施辦法」具體規定舉辦社會保險實施方式與原則。民國三十五年一月廿一日，考試院院會通過銓敘部所擬「公務人員保險法」草案，此即公保最早的法案。

抗戰勝利後，國民政府還都南京，三十五年十一月十八日行政院頒佈「中央社會保險局籌備處組織章程」，並於三十六年初成立籌備處。該處的主要任務為：(一)社會保險業務方案實施章程的擬定；(二)社會保險業務基金的籌畫準備；(三)社會保險會計制度預算編制及有關保險費計算的設計；(四)社會保險人事制

⁴⁸ 郭寅生，公務人員保險法概論。台北，民國六十九年，1。

度的設計及工作人員的甄選訓練與登記；(五)社會保險機構的組織等。⁴⁹

民國三十六年十一月十一日國民政府國務會議通過「社會保險原則」，對保險的對象、保險的費率及保險的給付等作了詳細的規定。民國三十六年十二月二十五日，國民政府公佈實施中華民國憲法，其中第十三章基本國策第四節社會安全第一百五十五條規定：「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度。」此乃我國實施社會保險制度的最高依據。

貳、台灣地區社會保險制度的演進與發展

我國自民國三十九年創辦勞工保險以來，已有五十二年歷史，對於保障國民生活、發展經濟建設，以及維護社會安定等方面，可謂貢獻良多。惟現有社會保險制度之類型多達十四種，成為全世界社會保險最繁雜分歧的國家。中央政府自民國三十八年遷台以來，仍依照既定國策籌辦社會保險。最初由台灣省頒訂單行法規辦理勞工保險，嗣後由中央立法辦理軍人保險、公務人員保險、勞工保險、公務人員眷屬疾病保險、私立學校教職員保險，以及農民健康保險等。所涵蓋的保險對象，從公教人員本身，逐漸擴增到配偶、父母，並從在職人員，逐漸適用到退休人員。

由於社會保險制度分歧，造成國民之間權利義務互有差別，特別是我國自八十四年三月一日起全面實施全民健康保險，此一全民健保制度之適用對象乃中華民國國民全體，而現有社會保險制度之間，不但存在許多歧異，其個別之保險制度亦有其結構上

⁴⁹ 同註 47，23。

的缺失。因此，欲以全民健保制度為主體，整合各種現存之社會保險制度的工作，可謂困難重重。

我國在實行全民健保制度之前所存在的社會保險制度，大致上分為幾種：(一)勞工保險；(二)軍人保險；(三)公務人員保險（含相關制度，如退休公務員保險，後於七十四年七月改為退休公務人員健康保險、公務人員眷屬保險、退休公務員醫療保險及退休公務人員配偶之醫療保險等）；(四)農民健康保險；(五)其他保險。（參見附錄）

一、臺灣省單行法規辦理勞工保險（民國三十九年至四十九年）

民國三十九年一月，臺灣省政府頒訂「臺灣省勞工保險辦法」及其施行細則，同年三月一日開始辦理。該辦法規定主管機關為臺灣省政府社會處，保險人為臺灣人壽保險公司勞工保險部，而以廠礦事業所雇用之產業工人為其保險之對象。民國四十年，臺灣省政府依照該辦法第八條之規定，訂定「臺灣省職業工人保險辦法」，以無一定雇主之職業工人為保險對象。民國四十二年，臺灣省政府為保障漁民之生活安全，訂定「臺灣省漁民保險辦法」，開辦漁民保險。民國四十五年七月起與臺灣省蔗農服務社簽訂合約，開始將蔗農包括到勞工保險的範圍內。

二、軍人保險（民國三十九年迄今）

「陸海空軍軍人保險條例」乃是我國第一個經由中央立法的社會保險法案，於民國四十二年十一月十九日由總統公佈施行，並於民國四十三年十月廿三日由行政院公布該法之施行細則。軍人保險的開辦始於民國三十九年六月，其主管機關為國防部，保

險業務則一直由中央信託局人壽保險處承辦。民國五十九年二月十二日，總統公布「軍人保險條例」，原「陸海空軍軍人保險條例」同時廢止。⁵⁰

由於軍人及其眷屬，可於軍方所屬各級醫療院所獲得優免的醫療照顧，故軍人保險的給付項目僅為死亡、殘廢和退伍給付，並未包括醫療給付。保險費之費率，不分階級，一律為 8%，按保險基數金額計算。軍官應繳保險費由國庫補助 65%，自付 35%；士官、士兵之保險費全數由國庫負擔。⁵¹

三、公務人員保險（民國四十七年迄今）

公務人員保險是我國第二個由中央立法建制的社會保險。民國四十七年一月廿九日，總統明令公布「公務人員保險法」，其立法旨意於法律條文中雖未揭示，惟其於立法院審查報告中，曾明列「本法的制定，旨在保障公務人員生活，並增進其福利，以提高工作效率」。同時確定考試院銓敘部為主管機關，並由中央信託局承保。最初由中央信託局「人壽保險處」兼辦，有鑑於公保業務繁重，直至民國五十年六月特成立「公務人員保險處」專責辦理。

⁵⁰ 國防部訂頒，軍人保險業務手冊。台北：民國七十二年。

⁵¹ 軍人保險條例，第 10 條：「保險費率，以被保險人保險基數金額為計算標準，按月百分之三至百分之八繳納；軍官應繳保險費，由國庫補助百分之五十至百分之七十，士官、士兵應繳保險費，由國庫全數負擔；其由國庫補助或負擔之保險費，按實際需要，列入年度預算。前項保險基數，由行政院定之。」軍人保險條例施行細則，第 13 條：「本條例第十條之保險費率按保險基數金額百分之八計算，軍官應繳保險費由國庫補助百分之六十五，自付百分之三十五；士官、士兵之保險費全數由國庫負擔。軍官自付部分保險費應按月繳納，在當月二日以後加保或退保未滿一月者按全月計算，並以元為單位，不足一元者，採四捨五入。」

四、中央立法委由臺灣省辦理勞工保險（民國四十七年迄今）

「勞工保險條例」於民國四十七年七月廿一日，由總統公布實施，其為我國第三個由中央立法的社會保險。民國四十九年三月公布其施行細則。同年行政院指定該條例施行區域為臺灣省，所有省頒的勞工保險單行法規亦同時廢止。

五、退休公務人員及其眷屬之相關保險（民國五十三年起）

民國五十三年三月二十日考試院公布「退休人員保險辦法」，其目的為配合政府加強實施退休政策，保障退休人員生活，照顧其身體健康等。民國五十四年七月二十三日由銓敘部訂定「辦理退休人員保險應行注意事項」，並於同年八月一日正式開辦退休人員保險。凡公務人員依法或依規定退休，未領養老給付者，得參加此項保險。其給付項目係比照公務人員保險，主要為生育、疾病、傷害、殘廢、養老、死亡及眷屬喪葬等七項。事實上，除於加保兩年內因故退保，仍得依公務人員保險法請領原應請領的養老給付外，凡超過兩年者，則無法受領養老給付。此外，被保險人本人需依其退休時之公務人員保險俸額，按照法定保險率繳付保費，政府不予補助。

公保係我國首先將眷屬納入保險範圍加以保障之制度，「公務人員眷屬疾病保險條例」於民國七十一年一月廿三日總統明令公佈實施，同年五月二十六日考試院會同行政院發佈其施行細則。惟早在四十七年公佈之公務人員保險法第十一條規定：「公務人員的配偶及直系親屬，得自由投保疾病保險，其保險費率計算及實施辦法另以命令定之。」由於採行自由投保方式，不但人數難以估計並容易形成弱體保險，同時條文中所稱「直系親屬」

之認定過於寬鬆，基於政府財務負擔的考量，因而擱置未辦。民國六十六年公務人員保險法修正公佈，第十一條同時修正為：「公務人員的眷屬疾病保險，另以法律定之。」此即民國七十一年制訂「公務人員眷屬疾病保險條例」的法源依據，並規定依照配偶、父母、子女之次序，分階段強制實施。七十一年開辦時，保險對象僅限於配偶，除已參加軍人保險、公務人員保險、勞工保險及私立學校教職員保險外，應一律參加。公務人員父母保險則於民國七十八年七月開辦，其子女業於八十一年七月納入保險範圍。

「退休公務人員疾病保險辦法」及「退休公務人員配偶疾病保險辦法」係於民國七十四年五月十六日由考試院會同行政院公佈，並於同年七月實施。前者主要取代退休人員保險，意即此後公務人員退休，得參加「退休公務人員疾病保險」，不再參加「退休人員保險」，因為政府對前者的保險費補助 50%（後者則無），給付項目為老年人所較需要者，且無不得領取養老給付之限制。

六、私立學校教職員保險（民國六十九年迄今）

政府為安定私立學校教職員生活，促進私立學校之健全發展，於民國六十九年八月八日由總統公佈「私立學校教職員保險條例」，同年九月廿九日由教育部、銓敘部會同發佈施行細則，於同年十一月一日開辦。其主管機關為銓敘部，委託中央信託局承保。保險費率、保險給付項目及受益條件等，均比照公務人員保險辦理。

民國七十三年一月，增辦「私立學校教職員退休保險」，其保險費率、保險項目及受益條件等，均與前述「退休人員保險」相

同。民國七十四年七月，由於「私立學校退休教職員疾病保險」的開辦，該保險亦同時廢止。由於政府開辦退休公務人員疾病保險及退休公務人員配偶疾病保險，私立學校方面表示其退休教職員亦有同等需要，乃經行政院人事行政局邀集有關機構開會協商，獲致決議，並簽奉行政院同意依照會商之決議意見辦理。嗣經銓敘部致函教育部及中央信託局，准自七十四年七月一日起，私立學校退休教職員及其配偶，比照「退休公務人員疾病保險辦法」及「退休公務人員配偶疾病保險辦法」辦理加保，惟其保險費由被保險人自付 50%，學校負擔 25%，政府補助 25%。

民國七十八年十一月，考試院會同行政院訂定發佈「私立學校教職員眷屬疾病保險辦法」，保險給付包括疾病及傷害兩項，於七十九年一月先行開辦配偶部分，並於八十年十一月將父母納入保險範圍內。

七、農民健康保險（民國七十四年迄今）

行政院為維護農民健康，增進農民福利，促進農村安定，早在民國六十九年指示內政部會同有關機關組成專案小組規劃籌辦；後來基於全面辦理農民健康保險，仍有一些技術及政策層面的問題尚待斟酌，於是指示臺灣省政府先行研擬試辦。臺灣省政府乃遵照指示研擬「臺灣省農民健康保險暫行試辦要點」，於民國七十四年十月十八日奉行政院核准備查，並於同年十月二十五日開始試辦農民健康保險，其業務委託台閩地區勞工保險局承辦。初期選定四十一個組織健全，財務結構良好，人員配置適當的基層農會試辦，並為投保單位，農會會員（被保險人）計有十萬餘人加保。依原訂計畫係試辦一年之後斟酌辦理成效，再全面開辦，惟在試辦期間，問題層出不窮，包括因限農會會員一戶一人參加，

因多以老弱者為代表，形成弱體保險，且為依經算費率徵收保險費；此外，不分農民的貧富差異，均採行單一投保金額等，使得試辦不久，保險財務即呈現赤字。因此政府在難以全面開辦農民健康保險的情況下，將試辦期間展延一年。

民國七十六年十月二十五日，農保依據「臺灣省第二期試辦農民健康保險暫行要點」，展開第二期的試辦工作，並擴大試辦範圍，計臺灣省新增六十個投保單位，臺北市、高雄市、金馬地區同時比照試辦。翌年十月二十五日，臺灣省政府奉准進行全面試辦農保，同時修正部分暫行要點條文。

民國七十八年六月二十三日，總統令公佈「農民健康保險條例」，前述暫行要點同時廢止，並自同年七月一日起正式實施農保。農保條例規定：保險事故分為生育、傷害、疾病、殘廢及死亡五種，並分別給予生育給付、醫療給付、殘障給付及喪葬津貼，被保險人包括農會會員及年滿十五歲以上從事農業工作的農民。民國八十年，內政部為了改善農保業務及財務狀況，並將投保對象擴及農民眷屬，研擬條例修正案，報請行政院函送立法院審議。

八、地方民意代表村里鄰長健康保險及低收入戶健康保險

臺灣省政府為顧及各級地方民意代表及村裡鄰長的健康，於民國七十八年八月二日發佈「臺灣省各級地方民意代表、村里長及鄰長健康保險暫行要點」，同年九月一日起正式實施。臺北市和高雄市的民意代表及里、鄰長亦奉准比照臺灣省實施方式同時開辦，保險業務仍舊委由台閩地區勞工保險局辦理，其保險項目包括生育給付、喪葬補助及醫療給付等。

政府對於低收入戶的照顧，一直是依照社會救助法及相關規定辦理，並採醫療補助方式照顧生活貧苦無能力負擔醫療費用者。民國七十九年內政部擬具「低收入戶健康保險暫行辦法」，經行政院核定，於同年七月一日由內政部發佈實施。該保險的給付項目，分為生育、傷害、疾病三種，保險費按被保險人全年度實際支付總額負擔，由政府編列預算全額補助。在省轄區域，中央政府負擔 15%，省政府負擔 20%，縣（市）政府負擔 65%；在直轄市區，中央政府不補助，由直轄市政府全額負擔。

第二節 現行社會保險之功能與缺失

壹、社會保險的功能

社會保險(Social Insurance)是社會安全制度(Social Security Institutes)的一種，社會安全制度是一種創新的社會福利事業，也是當今福利國家一致追求的目標。我國憲法第十三章第四節亦將社會安全列為基本國策之一。⁵²而社會安全的實施則以社會保險與公共救助兩者最受矚目，前者為防貧政策，以全體國民為對象，後者為救貧政策，以貧民為對象。⁵³由此可知，社會保險是社會安全制度的中心環節。在我國不只是現階段民生主義社會政策規定之要項，更將改善現有社會保險業務列為重要措施之一。

社會保險乃社會福利之政策性制度，目的在於保障其所有參

⁵² 中華民國憲法，第 155 條：「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度，人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災患者，國家應予以適當之扶助與救濟。」

⁵³ 行政院研究發展考核委員會，各國社會保險制度。台北：行政院研究發展考核委員會，民國七十三年，1。

加保險之國民的經濟生活安全，使被保險人在遭到意外事故或收入中斷時，得以領取保險給付，以維持其本人與賴其為生之家屬正常之生活水準，不受生、老、病、死、傷殘及失業之威脅。社會保險制度乃於 1883 年由德國首相俾斯麥（Otto von Bismarck）所創，而社會安全制度則於 1935 年由美國總統羅斯福（Franklin D. Roosevelt）所建立。就其發展速度而言，社會安全制度則較社會保險迅速。尤其自二次世界大戰以後，社會安全此一名詞於世界各民主國家中廣為風行，且多列為政府重要施政之一。

就兩種制度之主要目的而言，兩者均為保障國民最低之生活水準、增加國民購買力及所得之再分配（Redistribution），以促進經濟發展及社會安定。社會保險的功能在於對參加保險之國民於遭受生、老、病、死、傷害、殘廢及失業等事故，或因未成年子女眾多，家長負擔過重，故得領取保險給付，以維持本人及其家屬最低生活水準，藉以促進各種事業之發展，增加生產，富裕民生，厚植國力。社會安全制度乃是對於國民之衣、食、住、醫療及必須之社會服務設施，能夠獲得滿足，並於遭遇生、老、病、死、傷殘、失業等事故時，能獲得合理的保障，藉以提高國民生活水準，促進經濟繁榮及社會秩序的穩定與安全。是故，社會安全制度實乃以社會保險為主體，離開社會保險，則無所謂社會安全制度。⁵⁴

社會保險大致上具有六項功能，茲分述如下：⁵⁵

一、國民意外事故經費之分擔

⁵⁴ 同上註，5。

⁵⁵ 同上註，6-8。

現代工業社會之國民所得，有三分之二左右是來自薪資之給付，多數人之家庭日常生活支出，均依靠就業後所得之薪資來維持生計，一旦遭遇疾病、傷害、殘障、失業、死亡等意外危險事故發生或老年退休，致使收入中斷或減少時，生活可能會出現問題。此時藉由社會保險制度來分擔其危險，使之共度難關，維持或恢復其正常之生活。

二、國民財富之再分配

現代國家之基本施政原則，在於縮短國民之貧富差距，以平衡國民所得為目的。社會保險之保險費用，係由被保險人及其事業主（雇主）所繳納，有些國家政府亦予以補助。工業傷害保險之保險費，全部由事業主負擔，以責成其對工人工作場所應負安全之責任，期能減少意外災害之發生。家庭津貼及失業保險之費用多由政府全部負擔或全部由事業主負擔。倘若發生保險事故，只有被保險人才有領取給付之資格，此即以社會保險的方式，使經濟能力富裕者補充經濟能力薄弱者，截長補短，以有餘補不足，以達到國民所得重新分配的目標。

三、工業傷害之賠償

自工業革命後，工業傷害及職業疾病伴隨各種機器的不斷發明而日漸增加。最初工人遭受職業上的傷害需由工人或家屬自行處理，由於工人無力負擔，遂造成社會問題。1884年德國首創工業傷害保險制度，⁵⁶工人參加保險後，如遇傷害，即可支領給付，

⁵⁶ 從歷史上來看，德國在十九世紀末健康保險成立以前，即有醫療機構與醫事從業者的制度存在。十九世紀時的醫師制度以個人自由開業與家庭醫師制度佔絕大多數，也認為這種制度最理想而長期存在著。在健康保險成立之前都在此種醫師制度下實施醫療，但僅有約三分之一的國民能

補償其損失。工業災害之賠償及保險費全部由事業主負擔。

此賠償制度係屬事業主相互之間危險分擔責任，以免一家工廠發生災害，多數工人遭受損失，僅憑單一事業主之經濟能力恐無力負荷，發生困擾，乃由事業主代受雇工人所繳納之保險費用，予以賠償，工人藉以渡過難關，以維持或恢復正常生活。

四、國民勞動力之維持

工業社會，生產為發展國民經濟之原動力，故工業國家均以謀求保持國民勞動力，以達到保障勞工生活，促進經濟繁榮為目的。被保險勞工在遭遇到傷害、疾病或失業時，均可獲得經濟上補償或免費之醫療照護，使其身體或生活恢復原狀，得以繼續從事工作，重新投入生產行列，充實勞動市場勞力之供給。

五、子女生活之保障

家庭津貼制度係一福利措施，在工業發達之國家，均相繼制訂法律，普遍實施。惟各國所建立之制度則不盡相同，有些國家納入社會保險範圍，僅限於參加保險之家庭，始享有支領津貼之資格，其經費由事業主全部負擔。有些國家則列入一般扶助制度，普遍適用，不論兒童之父母是否參加保險，均受保障，經費由國

受到此種醫療照護。大約自十九世紀中期起，普魯士政府與德意志帝國先後成立以礦工、工匠為對象的扶助基金會（此為健康保險的先驅），但因實施醫療的醫師制度未加改變，根本無法克服因工業化而升高的廣大國民層面，在經濟、健康方面所面臨的困境。再者，醫師階級對勞工階級毫不關心，對創辦主要以醫師診療給付為目的的健康保險毫無貢獻。當時的健康保險雖僅適用於約 10% 的國民，但由於創辦以勞工為對象的健康保險，其營運機構的各疾病基金會，根據與醫師所訂立的契約，開始對被保險者實施醫療給付。請參閱石本忠義原著 世界醫療保障制度，藍忠孚、張雪真編譯，西德、法國、加拿大之健康保險制度。台北：中國社會保險學會，民國七十八年，1-2。

家支付。家庭得以不因子女眾多增加負擔，降低生活水準，進而影響子女合理之教養，藉家庭津貼制度將撫育子女之費用轉由國家社會共同負擔。

六、國民儲蓄觀念之培養

社會保險之老年殘廢遺族保險給付，係屬長期性質，除在少數國家為一次給付外，大多數國家為年金制度。被保險人於尚具工作能力，有職業有收入時參加保險，繳納其所得一小部分之保險費，連同事業主所繳納之保險費，或由政府補助費用一併由保險人管理營運，累積成數，屆至老年退休時，可領一次退休金或按月領取年金；死亡時可由其家屬請領喪葬津貼。如遺有賴以為生之家屬及未成年子女，還可按月領取遺屬年金，以維持生計，其所領取保險給付數額，則不限於其所繳納保險費之金額，故保險可使國民為預防將來需要，養成儲蓄的習慣。

貳、現行社會保險之問題

由於民國三十八年中央政府播遷來台，深知社會保險為止亂安內、保息養民之有效政策之一，乃於民國三十九年至四十七年，短短八年之中，逐一開辦勞工保險、軍人保險以及公務人員保險，為我國社會保險奠定良好的基礎。

自創辦勞工保險、軍人保險至開辦公務人員保險，上述社會保險形成鼎足而三之勢。雖然未再開辦廣納其他社會階層之社會保險，但勞保經三次修法，擴展其適用範圍，使其投保人數較之前驟增三倍有餘，另一方面，公保也增加了三分之一的人數，且開放退休人員自由續保，保險規模更加擴大，保險業務之經營亦

日趨成熟。但是，保險財務卻逐漸呈現不穩而成為隱憂。

由於社會的快速發展，我國社會保險的種類也由原先的三種，逐漸增加至十四種。參加社會保險的人口雖有大幅度的成長，然而社會保險的財務狀況卻日漸惡化尤其政治壓力明顯介入社會保險領域，影響社會保險的制度發展趨向複雜化，例如農民健康保險、地方公職人員健康保險、低收入戶健康保險的開辦時機與選舉形成密切關係，以及利益團體對於社會保險謀求改善財務的作法，採取強烈的干預等。

在此期間，由於國民對於健康照護的需求也越來越迫切，而政府對於社會保險又缺乏統一的政策及長期的規劃，也是導致各種健康保險紛紛開辦的主要原因。是故，行政院為配合響應世界衛生組織的維護全民健康運動，乃於民國七十五年正式宣示開辦全民健康保險，且將開辦日期自民國八十九年逐步提前至民國八十三年，並自民國七十七年一月至七十九年六月止，著由行政院經濟建設委員會進行第一期規劃工作，同時擬先將公務人員眷屬分期納入保險範圍。後期工作由行政院衛生署接續規劃，優先將公、勞、農保眷屬完全納入全民健康保險範圍之內，繼以開辦地區團體保險。

吳凱勳在「論我國健康保險八『最』」一文中，⁵⁷曾對我國的社會保險制度加以探討，分析並提出八項社會保險在實施上所出現的問題。茲分述如下：

⁵⁷ 吳凱勳，「論我國健康保險八『最』」，*社會建設*，第85期（八十三年一月），73-75。其他相關討論請參閱葉蓉茹，「全民健保問題的重構與政策變遷」（碩士論文，東海大學公共行政系，民國八十六年十月），20-21。

- 一、健康保險制度最多，共有十三種，⁵⁸堪稱世界之冠。
- 二、個人負擔保險費比率差異最大，個人負擔保費比率共有七種之多，且高低之間相差五倍。
- 三、勞資分擔保費比率懸殊最大，勞保規定勞資雙方分擔比例為 20%：80%，與世界上勞資雙方分擔比例較大的法國（勞方 32%，資方 68%）相比，差距甚大。
- 四、政府補助保險費比率最高，政府除了支付行政事務費之外，尚需補助保險費及承擔財務虧損。
- 五、保險費率適用最久。
- 六、醫療費用核付期間最長。
- 七、藥費佔醫療費用的比率最高。
- 八、被保險人看病就診最自由。

從這八「最」的現象中可以得知，我國的健康保險制度，不僅給付水準與保費負擔比率存在著不平等的差異，保險費率亦多年未經調整，致使財務呈現失衡現象，且在缺乏截至醫療浪費的機制下，醫療費用不斷的上漲，導致各種健康保險制度，悖離社會保險的基本原則。因此，以往我國健康保險的虧損，即為我國

⁵⁸ 葉蓉茹，同上註，54。根據吳凱勳在「我國健康保險制度的回顧」（民國八十四年，173）一文中，以往我國健康保險制度共有十種，而非十三種，其主要包括：勞工保險、公務人員保險、退休人員保險、公務人員眷屬疾病保險、私立學校教職員保險、私立學校教職員眷屬疾病保險、退休公教人員及眷屬疾病保險、低收入戶健康保險、臺灣省各級民意代表村里鄰長健康保險及農民健康保險。筆者在參閱我國社會保險制度現況分析及整合問題一書中，對於我國社會保險的分類計有：勞工保險、農民健康保險、臺灣省各級民意代表村里鄰長健康保險、低收入戶健康保險、軍人保險、公務人員保險、退休人員保險、公務人員眷屬疾病保險、退休公務人員疾病保險、退休公務人員配偶疾病保險、私立學校教職員保險、私立學校教職員眷屬疾病保險、私立學校退休教職員疾病保險及私立學校退休教職員配偶疾病保險等共十四種。在分類上，除軍人保險的對象係屬身份特殊的軍人（由於軍人及其眷屬，可於軍方所屬各級醫療院所獲得優免的醫療照顧，故軍人保險的給付項目僅為死亡、殘廢和退伍給付，並未包括醫療給付，姑且可以排除在「健康保險」範圍之外），在吳凱勳的分類中將「退休公務人員疾病保險」及「退休公務人員配偶疾病保險」合併為「退休公教人員及眷屬疾病保險」一項，另外缺少「私立學校退休教職員疾病保險」及「私立學校退休教職員配偶疾病保險」兩項，故應為十三項而非十項。請參閱行政院研究發展考核委員會，我國社會保險制度現況分析及整合問題。台北：行政院研究發展考核委員會，民國八十二年，38-39。

社會保險不健全的表徵。各種社會保險的主要問題，可歸納如下：⁵⁹

一、健康保險範圍未普及於全體國民

我國的近鄰日本，於一九二七年實施健康保險，並於 1961 年達到全民保險的目標。韓國雖遲至 1963 年始開辦健康保險，但至 1982 年，已將總人口數近三分之一的國民納入保險。反觀我國，截至民國八十二年十二月底，尚有 44% 的國民未納入健康保險，其中又以兒童及老人等依賴人口佔絕大多數，其醫療需求高，且承擔保費的能力薄弱，這些貧病無依的醫療弱勢族群，才是迫切需要醫療保險的人口。

二、保險制度如同多頭馬車，且具多重標準，造成作業困擾

我國的社會保險多達十四種，由於體系不一，不僅主管機關、承保機構不同，在給付項目、支付標準上亦有所差異，而政府對於保費的補助比率，以及保險費率的不同，不僅增加行政成本的支出，同時影響國民接受醫療服務的公平性。大體上來說，我國社會保險的中央主管機關，似乎應屬內政部，⁶⁰但因制度之發軔未經事先整體規劃，自始即依各職種就業人口之個別需求，由其所屬主管機關分別制訂法律辦理，未顧及優先保障順序。例如公務人員已擴及眷屬疾病保險及公務員退休保險，依照主管機關考

⁵⁹ 同上註，21-23。相關討論請參閱蕭子誼，「探討全民健保之自助互助性社會福利功能」，社會建設，第 76 卷，第 3 期（民國八十二年九月），6-8；黃文鴻等，全民健保—制度法規衝擊。台北：景泰，民國八十四年，52-54；徐立德，全民健保面面觀，台北：行政院新聞局，民國八十四年，3；行政院研究發展考核委員會，我國社會保險制度與社會保險支出之研究，台北：行政院研究發展考核委員會，民國七十八年，20-23。

⁶⁰ 我國社會保險的中央主管機關應為行政院內政部下轄的社會司，惟因各種職業的需求不同，致使其主管機關亦有所不同，如軍人保險之主管機關為國防部，公保之主管機關為考試院銓敘部等等。

試院銓敘部之政策意旨，顯示政府照顧公務員之美意，主要在提升公務人員之福利水準，可視為待遇的一種，藉此增進公務人員之工作效率。惟因與保險混為一談，難以為其他國民所接受，在優先順序上，尚有許多中低收入者，期待列入保險對象，以受到政府的照料。

三、財務制度不健全

由於社會保險的主要財源來自於保險費，為達自給自足的目標，保險費率應足以反映保險成本。我國由於長期採取低費率政策，且費率調整並未符合精算原則，如民國七十四年的勞保費率為 13.43%，但是實收費率二十年來均維持在 7%。過低的費率及精算機制的失靈，造成社會保險收入與支出不相稱，致使社會保險的虧損逐年擴大。

四、部分負擔過低無法抑制醫療資源浪費

健康保險排除國民就醫的財務阻礙，但相對的也容易造成被保險人缺乏節制地濫用醫療資源。因此，世界各國均採行醫療費用部分負擔或自付額制度等抑制措施。然而，我國各種健康保險制度中，由於部分負擔過低（例如勞、農保體系規定被保險人須自付掛號費、三十日內自付住院之伙食費 50%，以及超過三十日自付住院伙食費之全額；公保規定被保險人須自付診療費 10%），使人民以為只要繳交少許保費即可享受「免費」的醫療服務，因而無法抑止醫療資源浪費的現象。

五、自由選擇醫院，浪費醫療資源，醫療費用支付制度缺乏節制誘因

前述的健康保險支付制度，係採取「論量計酬制」(Fee for Service)，⁶¹使醫療機構的營運收入與醫療服務量成正比。面對低給付的制度，醫師多採以量制價，以增加更多收入。因此，現行社會保險缺乏能抑制醫療資源的誘因。此外，公、勞保所採行的支付標準及審查制度，無形中造成同病不同酬的現象，鼓勵病人湧向較大型的醫療中心，尋求一般的基本照護，即造成所謂的「小病看大醫院」的現象，使得大型醫療院所需負擔大量的病患，但其中重症患者卻僅佔少數；同時，亦鼓勵醫院對病人多做檢驗、多開藥。⁶²上述支付制度的缺失，致使特約的醫療院所無法建立起共同承擔風險的觀念，因而無法使醫療資源得以妥善運用。此外，醫院分級與轉診制度尚須進一步落實，以充分發揮社會保險的功能。

第三節 我國社會保險問題之分析

綜上所述，社會保險乃是集合多數人之經濟力量及政府之財力，負擔被保險人損失之經濟制度，以共同之經濟力量，補償少數人因遭受保險事故所引起之損失，使其在喪失工作能力致使收入中斷或減少時，給予其經濟上之補償，使其維持正常之生活水準，不因遭受任何事故，而失去最低生活之保障。故社會保險為政府舉辦強制性之保險制度，凡在保險法令規定應當參加之國

⁶¹ 同註 58，54。論量計酬制係依醫療機構實際上所提供服務的項目與數量，再依其項目的單價計算醫療費用。此一支付制度表面上看似十分公平，然而實際上有許多的缺失，除了有誘發醫療服務量提高的流弊之外，在時下醫療服務項目日益繁多與複雜的情況下，很難設定令供需雙方均能感到滿意的合理定價。同時，如保險機構欲控制醫療資源的浪費，勢必僱用大量的醫療專業人員審查醫療機構的處方與用藥，如此將使得行政管理更加複雜與紊亂，相對地亦需提高行政費用的支出成本，無形中又增加一項負擔。

⁶² 楊志良，蕭慶倫與盧瑞芬，「從全民健康保險看我國醫療保健體系」，自由中國之工業，第 73 卷，第 2 期（民國七十九年二月），15。

民，均應一律投保。其保障方式係採取危險分擔共濟合作之原則。所保障之範圍，以全國大多數國民為對象，甚或以全國國民為對象，尤其對於收入較低之勞動者，更為主要之對象。所保障之意外事件，包括人生歷程中可能發生之各種不幸事件，尤其從事最危險工作之勞動者，必須首先納入保險範圍，俾使每一國民能免除恐懼，安居樂業，以達到均富安和樂利的理想境地。

我國目前所實施的各項社會保險制度，大致上可分為兩大部分：現金給付（如傷殘、死亡、喪葬等）與醫療給付。一般而言，在現金給付部分較無爭議，而醫療給付方面因其與國民日常生活較為密切，故在探討社會保險問題之時多集中於此一部份。首先，現行各項社會保險大多以職業類別作為納保的主要依據，使可投保者的範圍受到限制，雖有部分社會保險的納保範圍已有擴大，例如將被保險人之配偶及直系親屬納入保險範圍之內，但仍有多數無職業的老人與兒童被排除在外。如此一來，便違背了社會保險的基本精神，也失去了國家實施社會保險制度的意義。

其次，財務問題是社會保險是否能永續經營的最重要考量。大體上來說，社會保險與一般商業保險不同，社會保險的經費來源除了被保險人所繳納的保險費之外，政府還要負擔行政費用的支出，以及負擔部分保險費用。所以，需由政府編列預算，否則，僅依賴保險費的收入是無法維持社會保險的營運，亦無法達成社會保險的目的。

然而，由於民眾錯誤的觀念，以為只要繳納少許的保險費，就能獲得「免費」或「廉價」的醫療照護，致使國人就醫的次數逐年攀升；加上保險費率長年未經調整，致使政府負擔日益增加，為維持社會保險的正常運作，政府勢必挹注更多經費。如此一來，

造成惡性循環，而社會保險的財務亦將惡化至無可收拾的境地，甚而至於造成「排擠效應」，影響其他國家重要建設的施行。

嚴格來說，社會保險與社會福利制度有根本上的差異。在世界上實施社會福利制度的國家中，其財源幾乎全由政府負擔，而政府對其國民科以重稅，以維持各項福利政策的運作，其國民可以享受「免費」的教育及醫療照護等福利，因而有所謂「從搖籃到墳墓」之說。

社會保險的財務卻是由被保險人與政府依照比例共同承擔，政府推動各項政策所需的財源主要來自於國民所繳納的稅賦，一旦保險費的收入無法反映保險成本時，政府的負擔便會加重，社會保險所需編列的預算便會增加，影響其他政策的推行。若欲透過增加稅賦的方式來拓展財源，則必須經過國會的同意，在我國當前的政治環境下，若有立法委員甘冒天下之大不韙提議加稅，無異是欲斷送自己的政治生命。在保險費率調整的機制失靈，加稅又不可行的情況下，社會保險之前景有如江河日下，使政府的良法美意，反成為其無法擺脫的沉重包袱。

其三，保險費率調整機制的失靈，亦是造成社會保險財務虧損的主要原因之一。政府為減輕被保險人的負擔，保險費率之訂定，並未依照收支平衡原則辦理，實施費率均低於實際費率。⁶³此外，由於所得重分配為社會保險的功能之一，倘若薪資為反應實際所得，則有失社會保險強制投保之原則與意義。如此一來，由於部分被保險人的投機心態，往往以低於實際所得薪資之數額，作為計算保險費率之標準。長期下來，收支將逐漸出現失衡，因

⁶³ 白培英，「我國社會保險之財政負擔」，保險專刊，第 32 輯（民國八十二年六月），5。

而對於社會保險的正常運作造成莫大的影響。

其四，保險支付制度之設計不當，導致醫療支出暴漲，對社會保險的財務造成嚴重的影響。我國現行社會保險的醫療給付部分是採「論量計酬制」，原本就有鼓勵「多做多收入」的誘因。研究指出，醫療費用支付體系誘使許多醫師從事違背專業規範的行為。由於保險體系的醫療費用支付制度運作的特質，對醫療資源的配置與使用、醫療政治與醫療服務提供者的個別行為，產生及深遠的影響。首先，勞保的支付體系造成了大型醫院的極度擴充，連帶造成資源配置的錯誤與成本的上升；其次，該制度創造了醫療體系內部的利益衝突，使得醫療專業無法形成一致性的組織力量；三者，政府片面的價格控制，誘發過多不必要的診斷服務和醫療服務提供者不誠實的行為。⁶⁴

W. A. Glaser 指出醫療專業的濫用臨床權力具體表現在以下三點：⁶⁵（一）浮報（overproduction）：指醫療服務提供者提供過多的服務；（二）虛報（upcoding）：指以少報多；（三）舞弊（fraud）：指醫療服務提供者根本未提供該項服務，卻以不實的醫療記錄向保險機構詐領醫療給付。研究指出，醫學中心傾向於「浮報」醫療費用，而中小型院所傾向於「舞弊」或提供不適當的治療。而這些特定的「作弊」模式均根源於支付制度設計上的缺失。⁶⁶

⁶⁴ 林國明，「國家與醫療專業權力：台灣醫療保險體系費用支付制度的社會學分析」，台灣社會學研究，第1期（民國八十六年十二月），77-136。

⁶⁵ W. A. Glaser, *Health Insurance in Practice*. San Francisco: Jossey-Bass, 1991, 240.

⁶⁶ 同註 64。

第四節 小結

本章目的在敘述我國於實施全民健康保險之前，各種社會保險的形成背景及其發展，以作為全民健保發展的基礎，並對社會保險的目的及功能有一初步的認識。第四章將進入本文的主題——全民健康保險制度，就其政策、制度等形成的背景因素，加以探討。

第四章 社會保險新制度的成形—

全民健保過渡期

健康的維護是個人幸福的基本條件，當一個人因生病或身體遭受傷害時，不僅要負擔醫療費用，甚至可能因身體不適而影響工作，致使所得銳減，而危及整個家庭的生計，造成貧窮。傳統的健康保障理念，基於生活保障的觀點，主張政府只需負擔貧窮者的醫療費用，以防止窮人陷入「因病而貧，因貧而病」的惡性循環，其保障的範圍僅限於傷病的檢查與治療。⁶⁷

隨著醫療費用的膨脹與權利意識的抬頭，國民在難以負擔醫療費用的壓力下，轉而要求政府的保障，主張健康是生存不可或缺的條件，亦是受到憲法所保障的生存權利。於是乎，醫療服務已經廣泛地被認為是一個文明國家所必須提供給國民以維持最起碼的社會安定或保障之基本設施，因之醫療服務也被認為是表現一國文化與經濟地位之指標。⁶⁸我國正以新興工業化國家（NICs，Newly Industrial Country）之地位大步邁向現代化國家（Modernized Countries）之林，為兼顧經濟發展與社會福利，除公保、勞保外，曾於民國七十四年十月起試辦部分農民健康保險，並於民國七十七年七月設立專案小組研究與規劃「全民健康保險」。

⁶⁷ 同註 58，13。

⁶⁸ 歐紫苑，「全民健康保險之探討」，台灣經濟金融月刊，第 25 卷，第 6 期（民國七十八年六月），33。

第一節 全民健保法源的立法過程

壹、立法背景

江東亮教授曾指出，原先推動健保的核心思維並非在於滿足民眾的健康需求，而是在於滿足執政當局的政經需求。⁶⁹在民國七十七年，高雄縣長余陳月瑛宣布將不計困難，全面實施農保。其他縣市長立即大感壓力，因若不跟進，幾乎有無顏續任父母官之勢，因此從事同樣宣佈者不下五、六起。當時的省主席邱創煥在農民保險法尚在研修之中，各項保險原則與技術尚未定案之前，倏忽宣佈於該年十月二十五日將在台灣地區全面實行農民健康保險。⁷⁰此基於政治因素而為之決策，在未經通盤檢討而貿然付諸施行，為滿足執政者一己之政治前途而不顧制度之設計完備與否，其政治考量對於政策制訂的影響力，可見一斑。

民國八十一年十二月，行政院衛生署完成了「全民健康保險法草案」(下稱全民健保法)及「中央健康保險局組織條例草案」，報請行政院核定。在八十二年十月七日經行政院院會討論後，通過全民健保法草案，並函送立法院審議。至此，規劃的工作已大致完成，接下來便是立法的協調工作。⁷¹為使我國的健康保險制度能夠順利從公勞農保過渡到全民健保，行政院曾於民國八十年二月及十一月分別將勞農保條例修正草案送交立法院審議，希望先分階段擴大納保範圍，再全面實施全民健保。⁷²

⁶⁹ 同註 9, 5 或見江東亮，醫療保健政策—台灣經驗，台北：巨流出版社，民國八十八年，115-133。

⁷⁰ 楊志良，「對實施全民健康保險的省思」，聯合報，民國七十七年七月二十五日，11 版。

⁷¹ 徐立德，「全民健保面面觀」，保險專刊，第 41 輯（民國八十四年九月），6。

⁷² 同上註，7。

貳、全民健保法立法過程與草案版本

最初，全民健保制度的規劃是由當時執政的國民黨，於民國七十五年開始研議，前後歷經八年的時間。在這段期間內，朝野歷經九次協商，民進黨中亦有不少立法委員提出各種不同的草案版本，其指出執政黨將全民健保視為一張「政治支票」，為避免影響該黨在將來之選舉中失利，乃匆匆施行，不僅欠缺政策規劃的周延性，亦罔顧全民的福祉，且有圖利特定利益團體之嫌。

諸多民進黨籍的立委在立法院會中不斷砲轟執政的國民黨，甚至將砲口指向當初的國民黨主席李登輝，指出李登輝已下達全民健保法必須於該年年底前通過的通牒，更加激起民進黨立委的不滿，益使得全民健保的立法協商過程一波三折。而在民進黨中，除了有贊成與反對立即實施全民健保的聲音外，對於全民健保法的草案版本亦有諸多爭議，並未達成黨內一致的共識。

由於立法工作十分繁雜，且在立法的過程中，諸多立法委員所抱持的看法並不一致，爭議不斷。例如：當實施全民健保之後，將以全體國民為對象，一次全部納入保險範圍，抑或分階段、分對象，將現有的公、勞、農保等社會保險，在全民健保的架構上，依序逐漸納入，整合成為單一的醫療健康保險等諸多問題上，看法互異。

當時執政的國民黨有諸多立委因顧及時間的緊迫，不主張立即全面實施，但亦無法說服多數立委修正現有辦法採分階段實施的方式來推動。包括民進黨在內，希望如期全面實施全民健保已成為普遍的呼聲，此外，尚須顧及近九百餘萬未能納入健保民眾的福祉，益使全民健保的立法過程波折不斷。

最後，全民健保法終於在民國八十三年七月十九日經立法院三讀通過，同年八月九日由總統公布，並緊接著經立法院會三讀通過修正該法第十一條、第六十九條之一及第八十七條，並於民國八十四年三月一日起正式實施。至此，全民健保此一繁鉅浩大的醫療保健福利工程之法源制訂工作終達成其階段性的目標。

在全民健保法立法之初，包括行政院衛生署、立法院次級團體厚生會、⁷³立法委員吳東昇、沈富雄以及林正杰等，共計提出五個版本。⁷⁴以下茲就給付項目、保費負擔比例、部分負擔、支付制度及行政費用等方面，加以比較，請見表 4-1。

在行政院衛生署所提出的草案版本中，其秉持在規劃初期所擬定的若干策略，如：健康保險與其他保險分開、強制投保、財務責任制、實施部分負擔、單一支付制度及總額預算制度等，依據衛生署的規劃，全民健保的主管機關為中央衛生主管機關，承保人為中央健康保險局，並設有兩個監理機關。保險對象分為六類，並包含職業團體及地區團體。在醫療給付方面，給付的範圍為生育、傷害、部分醫療保健服務（如子宮頸癌篩檢），由主管機關訂定辦法實施。至於保險財務方面，全民健保的主要財源係以保險費的收入為主，由政府與被保險人共同負擔。雖有人主張完全以稅收支應，類似加拿大、英國等國家所實施的制度，但經衛生署與財政部協商結果，認為我國目前並不適宜採行此種方式，

⁷³ 「厚生會」創立於民國七十九年二月，乃由立法委員黃明和結合多位關心「民生」問題的立法院同仁一同成立，以督促政府重視民生問題，保障人民的基本權利，該團體是由一群具有醫學專業資歷及熱心關注民生福祉的立法委員共同組成，並致力於推動憲法第十三章基本國策，第四節社會安全中有關社會福利、衛生保健、環境保護事項為宗旨。而「厚生」一詞乃出自於尚書大禹謨：「正德、利用、厚生、惟和。薄輕徭、輕賦稅、不奪農時，令民生計溫厚、衣食豐足，謂之厚生」，該會以此為名，意在揭櫫並追求上述理想與目標。

資料來源：立法院厚生會網站，http://minho.show.org.tw/hwe/hwec_c0.htm

⁷⁴ 除了上述五個版本之外，其他尚有由審查會所提出的版本、楊敏盛立委版及陳哲男立委版等。

表 4-1 全民健保法草案各版本之比較

比項較目	行 政 院 版	沈富雄委員版	厚 生 會 版	吳東昇委員版
總文條數	85 條	46 條	65 條	79 條
保險人	由主管機關社中央健康保險局為保險人。 (草案第 6 條)	同行政院版。 (草案第 4 條)	由主管機關設立中央健康保險局為保險人，並得接受其他社會保險之委託辦理業務。 (草案第 4 條)	同行政院版。 (草案第 4 條)
被保險人之分類	六類 1.受雇者、雇主、自營作業者、領有國家專業證明之獨立執業人員。 2.無固定雇主者。 3.農民、漁民 4.軍眷家戶代表。 5.低收入戶。 6.榮民及其他國民。 (草案第 8 條)	三類 1.受雇者。 2.雇主、專門職業及技術人員自行執業者，及未加入職業工會或漁會之自營工作者。 3.其他合於保險資格者。 (草案第 6 條)	七類 1.受雇者。 2.無固定雇主者。 3.雇主、自營作業者、領有國家專業證照之獨立執業人員。 4.農民。 5.退休、退職或被資遣人員 6.低收入戶。 7.榮民及其他國民。 (草案第 7 條)	同行政院版 (草案第 6 條)
給付項目	門診、住院及預防保健。 (草案第 32 條)	1.住院。 2.門診：慢性病、特殊醫療程序、低收入戶 3.一般門診每戶每年自付額超過前一年國民平均所得 20% 時，超過部分保險人核退。 (草案第 11、12 條)	同行政院版。 (草案第 16 條)	同行政院版。 (草案第 27 條)
費率	4.5 6.5% (草案第 6 條)	未定 (草案第 8 條)	未定 (草案第 37 條)	未定 (草案第 18 條)
地區團體計費方式	二分之一由保險對象之總戶數平均分擔，二分之一由保險對象之總人數平均分擔。 (草案第 27 條)	—	戶數、口數、所得、財產各佔其總保險費四分之一。 (草案第 37 條)	—

<p>保險費負擔比率</p>	<p>1.受雇者自付 40% , 雇主負擔 60%。 2.第三類及第四類被保險人自付 40% , 政府補助 60%。 3.無固定雇主及第六類保險對象自付 60% , 政府補助 40%。 4.雇主、自營業者、專門技術人員自付全額。 5.低收入戶由政府全額補助。 6.榮民及被保險人所應付之保險費, 由政府補助, 其眷屬之保險費自付 40% , 政府補助 60%。 (草案第 28 條)</p>	<p>1.中央政府撥付 30%。 2.第一類被保險人之雇主及第二類被保險人共付 50%。 3.第一類及第三類被保險人不負擔保險費。 (草案第 9 條)</p>	<p>1.第一類及第二類被保險人自付 50% , 雇主獲政府補助 50%。 2.第三類被保險人自付全額。 3.第六類被保險人由政府全額補助。 4.第七類之榮民本人基本負擔由政府補助, 其他被保險人自付 50% , 政府補助 50%。 (草案第 39 條)</p>	<p>1.第一類及第二類受雇者之保費由雇主負擔。 2.雇主、自營業者、專門職業及技術人員自付全額。 3.第三類、第五類及第六類保險對象由各級政府負擔。 4.第四類保險對象由國防部負擔。 (草案第 21 條)</p>
<p>部分負擔</p>	<p>1.門診基本負擔 20% , 越級負責 :25%、30%、35%。 2.住院基本負擔 : 急性病房 10% , 慢性病房 5% , 住院日數越長, 負擔比率越高。 (草案第 34、35 條)</p>	<p>1.一般門診 : 每戶每年平均自付額為前一年國民平均所得 20%。 2.住院 : 10%。 (草案第 13 條)</p>	<p>1.門診 : 同行政院版。 2.住院 : 10% , 但低收入戶、老人及殘障者減半負擔。 (草案第 17 條)</p>	<p>1.居住於醫療發展基金第一獎勵區者, 自付門診費用 50% , 住院費用 100%。 2.居住於醫療發展基金第二獎勵區者, 自付門診費用 70% , 住院費用 100%。 3.居住於非醫療發展基金獎勵者, 自付門診及住院費用 100%。 4.超過負擔上限者 : 法定殘障者及老人, 負擔住院費用 5% , 但每年以前一年平均國民所得 5% 為上限。其他保險對象負擔住院費用 10% , 但每年以前一年平均國民所得 10% 為上限。 (草案第 28、30 條)</p>

部分負擔 上限	同一疾病於及性病病房住院30日以下或於慢性病房住院180日以下者應自行負擔最高金額，由主管機關定之（原則上為前一年每人平均國民所得10%） （草案第35條）	1.住院：每年為前一年平均國民所得10%。 2.一般門診：每戶每年為前一年平均國民所得20%。 （草案第13條）	住院：每年為前一年平均國民所得10%。 （草案第17條）	1.決定殘障者及老人為前一年國民所得3%。 2.其他保險對象為前一年國民平均所得6%。 （草案第29條）
支付制度	總額支付制，實施日期另定，並逐步實施疾病診斷關係組群（DRGs） （草案第47條）	1.按勞保給付標準，採論量計酬支付。 2.五年內逐步實施疾病診斷關係組群（DRGs） （草案第21條）	總額支付制。 （草案第30條）	住院支付標準，逐年實施疾病診斷關係組群（DRGs） （草案第42、43條）
審核機構	保險人自審。 （草案第52條）	同行政院版。 （草案第31條）	由醫事服務機構審查。 （草案第34條）	—
保險安全 準備（基金）來源	1.保險人收入總額5%。 2.收支結餘。 3.保險費滯納金。 4.運用收益。 （草案第63條）	同行政院版。 （草案第32條）	1.保險費收入總額5%範圍內。 2.收支結餘。 3.保險費滯納金。 4.運用收益。 5.政府撥付兩個月保險費。 （草案第44條）	同行政院版，另開徵菸酒社會健康保險捐。 （草案第25、56條）
行政事務 費來源及 上限	以當年應收總保險費5.5%為上限，編列預算辦理。 （草案第66條）	由總保險費3.5%內支應。 （草案第46條）	以當年應收總保險費5.5%為上限，由主管機關撥付。 （草案第46條）	同行政院版。 （草案第59條）
預防保健 經費	—	—	總保險費1%。 （草案第47條）	—
研發經費	—	—	總保險費1%。 （草案第48條）	—

資料來源：疾病診斷關係組群（Diagnosis Related Groups, DRGs），詳見藍忠孚等，全民健保之評析與展望。台北：財團法人國家衛生研究院，民國八十七年，53-58。黃文鴻等，同註59，66-70。

且可能產生不公平的現象。但稅收不啻為一開拓財源的方式，衛生署不排除在未來針對此建議研擬相關配套措施。

另外，為使民眾不濫用全民健保的資源，將採行部分負擔制度。在基層醫療方面，部分負擔 20%，以減少地區、區域醫學中心醫院的看病人數。住院部分，急性病患部分負擔 10%，慢性病患 5%。部分負擔的基本原則為低收入戶由中央政府主管機關編列預算支應，而重大疾病、預防保健及生育給付則不必部分負擔，但以不超過國民平均所得的 10% 為上限。

而在醫療給付的方面，目前是按服務量計費（按量計酬制）的方式計算總額支付，未來將逐步規劃為總額支付制度，最後建立按件計酬制（D.R.Z.）。但最重要的是重視基層醫療，由支付制度考量基層醫療的服務。

依據沈富雄所提出的全民健保法草案，其主張「保大病省小病」（或稱為「保大不保小」）的原則，⁷⁵目的在於減少醫療門診次數，由於我國醫療費用低廉，造成門診人數暴增，而門診並不包括在審查範圍之內，因此不易監管。據統計，截至民國八十三年，我國門診數字每年已達一億四千萬人次之多，⁷⁶醫療資源的浪費日益嚴重，若在全民健保施行後，勢必更加浮濫。因此該草案版本乃針對國人動輒就診、取藥的不良習性，建議一般門診費用自付，並以三年為其加以評估，伺候逐步加入給付項目，藉以杜絕醫療資源的浪費，以獲得最大的效益。

⁷⁵ 中國國民黨中央政策會政策研究工作會編，全民健康保險面面觀。台北：中國國民黨中央政策會政策研究工作會，民國八十三年三月三日，5。

⁷⁶ 同上註。

另外，沈富雄針對行政院版提出幾點質疑，認為衛生署所規劃的全民健保法，除總額預算制與部分負擔尚稍具新意外，其餘皆為因循舊制。舊制施行多年，其良窳眾人皆知，且總額預算短期內恐無法施行，而在我國目前的社會保險體制下，部分負擔所能產生的結果亦十分有限，因為台灣的醫療政策具有以下三個特點：⁷⁷

一、人為給付非常不合理

公立醫院與私立醫院對於自付醫療費用與由保險支付的病患認知不同。因公立醫院為減少自費病患之負擔，於是為自費病患處處節省醫藥費用，但有保險之病患所支付的費用反而較多，其中的費用則由自費病人轉嫁到保險病人身上，而保險病人的費用則為政府所支付，反而加重政府的負擔。私立醫療院所的情況則完全相反，因其財務收入主要是依賴自費病人所支付的醫療費用，一旦實施全民健保，部分私立醫療院所可能會面臨倒閉的命運。兩者說法截然不同，其關鍵在於給付制度的不合理所致。

二、台灣的醫療費用過於便宜，佔國民所得不到 4%

行政院版主張收取的保費約為每人五千餘元，僅佔國民所得的 2.5%，而 2.5% 正是美國柯林頓（William J. Clinton）總統要求美國人民自行負擔（Deductibles）的比例，意即每人先付五百美金作為自付額的部分，才能享受保險，而我國 2.5% 的費用是屬於保險費（Premium）。在我國不收費用的部分，其實就是在美國要自行負擔的部分，原因在於我國的醫療太過便宜。

⁷⁷ 同上註，19-21。

三、台灣門診情形浮濫

我國門診與住院人數的比例為 7 : 3，而美國為 3.5 : 6.5，我國人民任意濫用門診的情況可見一斑。若無法抑制此一現象，將來必會造成難以填補的漏洞。

吳東昇的草案版本大致上與沈富雄的版本差異不大，惟吳東昇主張將自付額完全數量化，而不以大病、小病作為區分，在技術上較方便處理。吳東昇版與行政院版，在醫療費用的支付制度上亦有不同之處。行政院版採總額支付制度，吳東昇則認為，在缺乏經算基礎之下，驟然實施總額支付制度，極易形成醫療大餅的爭食，而使問題泛政治化。此外，吳東昇還主張課徵菸酒稅，將所得稅收用於補貼全民健保的支出，以減少國家的負擔。⁷⁸

陳聽安教授則質疑「全民健保制度將成為最大的公營事業」，因健保供給者只有政府，缺乏競爭，形成「球員兼裁判」的現象，醫療資源恐更易浪費，亦缺乏效率。⁷⁹江東亮教授綜合上述四種版本，指出「目前台灣大型醫院壟斷大部分醫療資源，用大醫院看小病，才是問題之所在」。⁸⁰

全民健保是一種權利、義務對等、自給自足的社會保險措施，不是社會救助，絕非可以白吃午餐。目前歐洲國家健保支出已高達 GDP10%，美國各州和聯邦政府在 1930 年以前就開始討論應否實施健康保險，但一直未能立法實施，直到 1965 年經過激烈冗長全國性辯論後國會才修正「社會安全法」(Social Security Act)，

⁷⁸ 同上註，8；43-46。

⁷⁹ 同上註，5-6；25-27。

⁸⁰ 同上註，9；23-25。

增加六十五歲以上老人醫療保險和貧民醫療補助。⁸¹全民健保雖經柯林頓總統暨其夫人竭力規劃倡導，亦難獲得國會通過。德國亦祇限於年所得未超過七萬二千馬克者才強制加入。⁸²

健康保險被廣泛地認為是社會保險的一種，乃是政策性與公益性的保險。⁸³由於健康保險之產生乃係基於醫療服務，其具有下列六項經濟特質：⁸⁴

- 一、醫療服務是一種基本需要，亦為基本人權之一。我國憲法第十五條規定：「人民之生存權應受保障」。可見，政府應有保障國民健康權之責，因為健康乃是生命的基礎。
- 二、醫療服務是一項「準公共財」(Quasi-Public Good)，需要政府的參與以補足市場之不足。
- 三、在醫療服務的市場中，消費者對於「醫療」這項產品是相對無知的，因此醫療服務無法完全由市場的供應來決定。
- 四、醫療服務具有「外部性」(Externality)，尤其是傳染病控制，好處由社會共享。
- 五、重大疾病的發生具不確定性，因而一旦罹患重病，則人們將因病而傾家蕩產，甚或無法獲得醫療照護。
- 六、醫療在治療疾病上是一項消費，在增進健康提高生產力上則為一項投資。

基於上述各項有別於其他「商品」的經濟特質，各國乃紛紛

⁸¹ 有關美國社會安全法(Social Security Act, 1935)的探討，請參閱徐立德，「社會福利與社會保險之探討」，保險專刊，第37輯（民國八十三年九月），2-7。

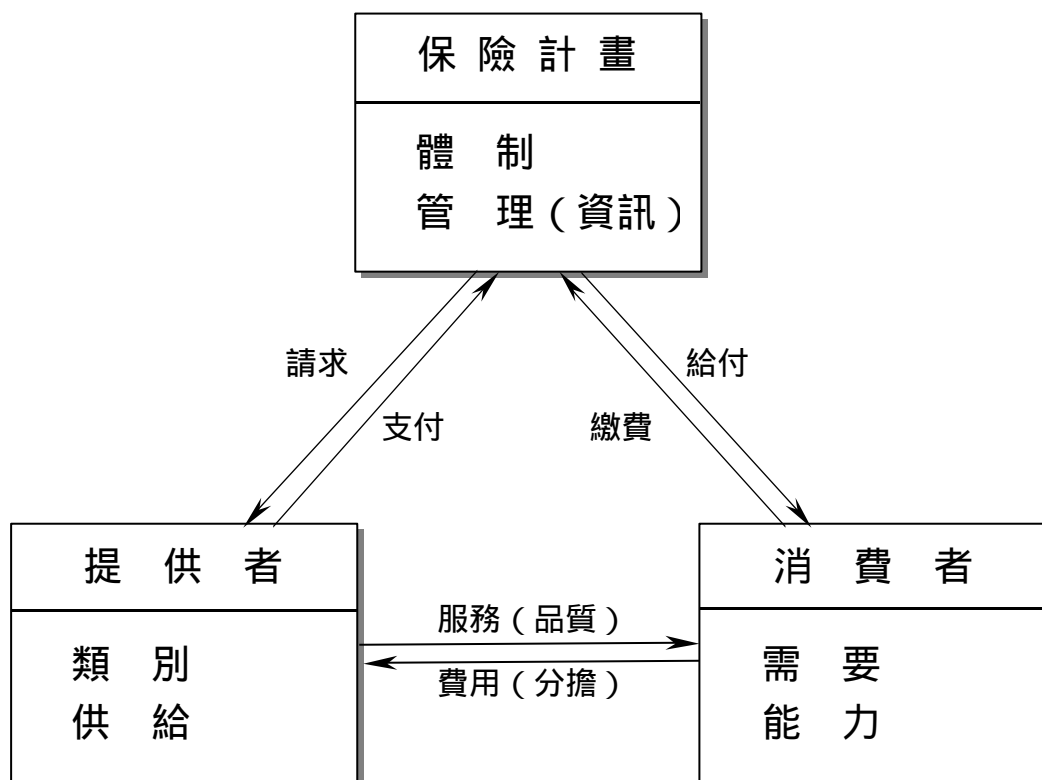
⁸² 王家銓，「社會安全制度，歐洲正頭痛，台灣正發燒」，聯合報，民國八十七年七月二十三日，版15。

⁸³ 同註68，34。

⁸⁴ 同上註，33。或見黃文鴻等，同註59，21。

發展不同的制度來主導醫療服務的生產與分配，健康保險制度即為應運而生的其中一種。由於「保險」的介入，使得醫療服務市場中原有的供需雙方單純的關係，轉變為「三角關係」(圖 4-1)，亦即有了「保險」此項「經濟誘因」(Economic Incentive)後，發生了資源運用權的移轉，與組織權力的重新調整。⁸⁵

圖 4-1 健康保險制度體系



資料來源：歐紫苑，「全民健康保險之探討」，同註 68，33。

⁸⁵ 同註 68。

簡言之，健康保險就是為了解決因疾病發生之不確定性所引起的財務負擔，排除人們因生重病而傾家蕩產，或無法取得醫療照護，因而產生社會問題之可能，於是透過「保險機制」(Insurance Mechanism)的運作，由某一組織匯集風險(Risk Pooling)，透過既定的繳付方式籌措財源，得以在疾病發生時提供償付的保證。⁸⁶此一組織可以是公立的或私立的，繳付方式可採賦稅或繳納保險費以支應財務的需要，對疾病的給付可用現金支付全部或部分醫療費用，或直接免費提供醫療服務。

第二節 全民健保的制度設計

壹、全民健保與一般保險的差異

如上所述，「保險」是預防意外的不時之需，是一種經濟安全的互助自助方式。它集合了多數可能遭遇相同危險事故的經濟單位或個人，成立了共同利益的團體，以公平合理的方式收集基金，此後若有個人意外地發生特定危險而招致損失、傷害，就將危險壓力分散給全體參與者負擔，也就是由保險團體來負擔，而達到個人經濟安全的目的。⁸⁷

由於「健康」的定義非常模糊，雖然經濟學上以明確認定「健康情況」(Health Status)之變化來幫助定義醫療服務這項「產品」，但仍很難測定健康的品質。因此，何種醫療服務才屬於健康保險的範圍常常成為爭議的議題。⁸⁸其與一般保險不同之處，主要在

⁸⁶ 同上註。

⁸⁷ 李易駿與許雅惠，全民健保法解讀。台北：月旦，民國八十三年，15。

⁸⁸ 同註 68，33-34。

於其逆向選擇 (Adverse Selection) 和道德危機 (Moral Hazard) 的問題遠較一般保險嚴重，⁸⁹且基於風險匯集有經濟規模的問題，所以在國際上實施健康保險比較成功的國家大都採全民參與方式。

就市場機能來說，逆向選擇的產生係風險程度不一的人購買保險所引起的，對整體而言，損失不會增加，但會導致市場失靈 (Market Failure)，而道德危機因素則會導致經濟效率的喪失，及資源的配置錯誤。

社會保險的赤字往往因道德危機因素所引起的成本高漲而發生，而全民健保本質上是一種繳費互助的社會安全制度，其特性在於風險負擔與量能負擔，⁹⁰若健康保險是根據成本或費用給付醫療服務時，則醫療服務的提供者將不斷提高成本獲費用。既然保險會降低或減少需求面的市場限制，而現實社會中，供給面的生產函數又常由醫療服務提供者來決定而無法控制，醫療成本自然不斷高漲。惟健康保險需顧及所有被保險人的經濟能力，無法與其他任何保險一樣，完全依賴提高保費以謀解決財務問題。⁹¹

全民健保乃是以現行保險制度為基礎，再逐步擴大整合成為涵蓋全體國民的單一健康保險。全民健保乃依強制性入保，旨在

⁸⁹ 所謂「逆向選擇」是在一個「理想」的保險計畫下，保險費率應該是依照個人的風險情況而定，因此發病率較低的人所付的保險費應較低，但在一個風險匯集的保險計畫中，平均保險費將較其依個人的風險算出的保險費高，故低風險者會認為自己貼補了高風險者，就會從原來的保險計畫中退出，去參加他認為保費較低的保險，因而留在原計畫中者必為風險較高者，其預期損失理應高於原有之設計，這時只有提高保費加以因應，若此循環下去，最終將失去保險的風險匯集之意義。「道德危機」是指，由於醫療服務的支出並非完全由自己支付，因此消費者使用醫療服務的行為必不同於正常的需求，不但對原來需求等於零者，可能創造出部分真的需要 (need)，而對原來即已發生需求者則可能造成超量使用。因此，凡由健康保險所引發對於醫療服務的增加使用，均屬道德危機因素。見歐紫苑，同註 68，34。

⁹⁰ 同註 9，115-133。

⁹¹ 同註 68，34-35。

提供被保險人基本醫療照護之保障，不是強調個人的公平性，是重視社會的充足性，而保費和給付的社計有「所得重分配」的含意，亦即高所得者貼補低所得者，以達到「鰥寡孤獨廢疾者皆有所養」的目的。其基本目標為：⁹²

- (一) 提供全體國民適當的醫療保健服務，增進身心健康。
- (二) 控制醫療費用於合理範圍內。
- (三) 有效利用醫療保健資源。

為何要實施全民健保，其重要性有四：⁹³

- (一) 健康權為社會安全體系中最重要的一環。
- (二) 健康的促進為國家最佳的投資。
- (三) 全民健保的實施可促進醫療、製藥、資訊等相關產業發展。
- (四) 全民健保的實施可促進醫療產業稅制的健全化。

貳、全民健保的組織架構與制度之設計

在全民健保法中明定，⁹⁴全民健保之主管機關為中央衛生主管機關，亦即衛生署，由主管機關設中央健康保險局為保險人，負責辦理保險相關業務。實施全民健保之基本目標為提供國民適當醫療服務，減少國民就醫之財務障礙，控制醫療費用於合理範

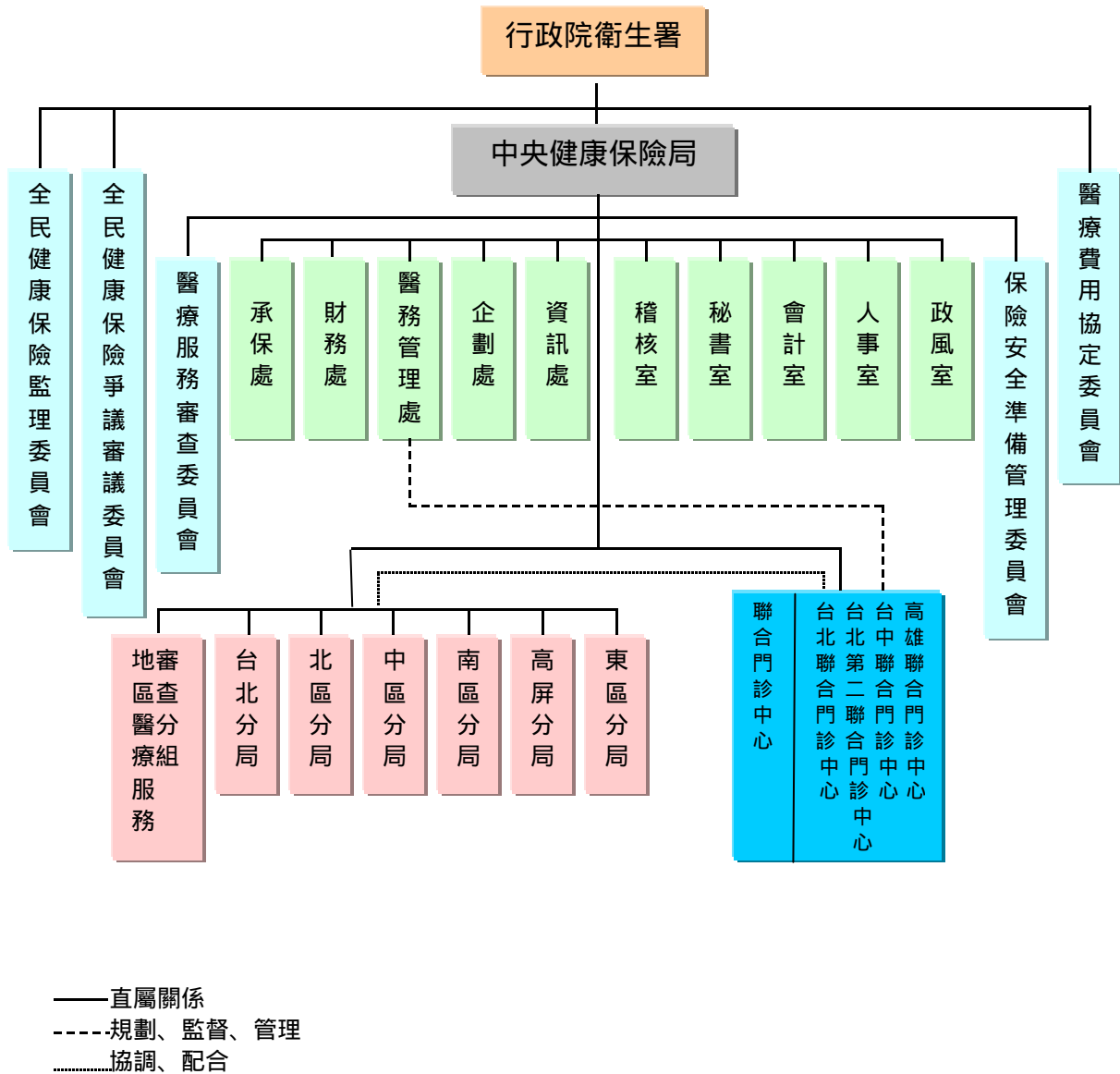
⁹² 黃文鴻等，同註 59，23。

⁹³ 中央健康保險局編，全民健康保險業務手冊。台北：中央健康保險局，民國八十五年五月，2。

⁹⁴ 全民健康保險法第 6 條：「本保險由主管機關設中央健康保險局為保險人，辦理保險業務。中央健康保險局之組織，以法律定之。」

圍內以及有效利用醫療資源等。⁹⁵圖 4-2 為我國全民健保的行政體系與組織架構。

圖 4-2 全民健保行政體系暨組織架構圖



資料來源：中央健康保險局網站，http://www.nhi.gov.tw/01intro/intro_2.htm

⁹⁵ 藍忠孚等，全民健保之評析與展望。台北：財團法人國家衛生研究院，民國八十七年，21。

至於全民健保的意義，若不論及其經營主體，就財政學的角度而言，江東亮教授認為健康保險是一種「醫療財源籌措制度」；而就社會層面考量，余漢儀教授認為健康保險乃是一種「醫療制度化後，組織管理型態」。⁹⁶若以政府作為健康保險的經營主體，根據吳凱勳教授的定義：健康保險乃國家直接經營，或在政府監督管理下的一種專門事業，各國無不經由社會立法，設置專門機構，啟用專業人員辦理業務，以獨立會計處理其財務，並依據社會政策，解決由生育及傷病事故所引起的社會問題，也可說是一種運用保險技術，由保護受雇者推及全民，以達防貧作用，維護國民身心健康為目的的社會安全措施或福利互助組織。⁹⁷

因此，全民健保乃是以排除人民醫療經費的障礙為目的，在國家直接或間接管理之下，透過保險技術、組織管理的方式，籌措醫療財源，降低疾病所帶來的不確定性，以增進國民健康的社會安全措施。其中堪稱為全民健保基柱的「強制納保」條文，雖在全民健康保險法審議過程中意外遭到刪除，惟政府當局及社會各界對「強制納保」之原則並無爭議，遂在民國八十三年九月初立法院新會期開議時恢復「強制納保」條文。⁹⁸

⁹⁶ 同註 58，13。或見周恬弘，「全民健康保險不保險」，國家政策季刊，第 6 期，(民國七十九年六月甲)，41。

⁹⁷ 同上註。或見白佳慧，「全民健康保險法合法化過程之研究」(碩士論文，政治大學公共行政系，民國八十四年三月)，3。

⁹⁸ 民國八十八年一月二十九日司法院大法官針對全民健保強制納保與投保金額做出第 472 號解釋：「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度；國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度，憲法第一百五十五條及第一百五十七條分別定有明文。又國家應推行全民健康保險，復為憲法增修條文第十條第五項所明定。中華民國八十三年八月九日公布、八十四年三月一日施行之全民健康保險法即為實現上開憲法規定而制定。該法第十一條之一、第六十九條之一及第八十七條有關強制納保、繳納保費，係基於社會互助、危險分攤及公共利益之考量，符合憲法推行全民健康保險之意旨；同法第三十條有關加徵滯納金之規定，則係促使投保單位或被保險人履行其繳納保費義務之必要手段。全民健康保險法上開條文與憲法第二十三條亦無牴觸。惟對於無力繳納保費者，國家應給予適當之救助，不得逕行拒絕給付，以符憲法推行全民健康保險，保障老弱殘廢、無力生活人民之旨趣。已依法參加公、勞、農保之人員亦須強制其加入全民健康保險，係增進公共利益所必要，難謂有違信賴保護原則。惟有關機關仍應本於全民健康保險法施行時，該法第八十五條限期提出改制方案之考量，依本解釋意旨，並就保險之營運（包括承保機構

此外，全民健保的施行尚有下列幾項特色：⁹⁹

一、整合公、勞、農保醫療給付，發展為全國單一、公平、公正而有效率的健康保險制度。

- (一) 公平分擔保險費。
- (二) 平等享受醫療給付。
- (三) 降低行政成本。

二、依強制性、團體性、限制性原則投保，以達危險分擔的功能

- (一) 除軍人外，全體國民一律強制投保。¹⁰⁰
- (二) 擴大職業團體保險對象，再實施地區性保險。
- (三) 應參加職業團體保險者，不得參加地區性保險；應為被保險人者，不得以眷屬身份投保。

三、為避免浪費，課以病人及醫療提供者共同節制醫療費用的責任

- (一) 病人就診時自付部分醫療費用。
- (二) 總體醫療費用將漸進實施「總額支付制度」。

之多元化) 保險對象之類別、投保金額、保險費率、醫療給付、擲節開支及暫行拒絕保險給付之當否等，適時通盤檢討改進，併此指明。」或見顏忠漢，「全民健康保險憲法基礎及醫事合約法律爭執之研究」(碩士論文，中原大學財經法律學系，民國九十年)，8。

⁹⁹ 同註 93，2-3。

¹⁰⁰ 根據全民健康保險法第 11 條第 1 款之規定：「現役軍官、士官、士兵、軍校學生及軍事機關編制內領有補給證之聘僱人員」，不得參加本(全民健康)保險，已參加者，應予退保。蓋因上述人員具有軍人之特殊身份，業已納入軍人保險之範圍，享有軍醫體系之醫療照護，故不須參加全民健保。詳見黃文鴻等，同註 59，134。

四、為達「不虧損」原則，建立獨立自主的財務責任制度

- (一) 依精算結果收繳保險費。
- (二) 政府財務責任限於補助法定保險費及行政事務費。
- (三) 設立保險安全準備，調節景氣循環造成的財務波動。

五、合理規劃保險給付提供綜合性醫療服務

- (一) 發生疾病、傷害或生育時，給予門診或住院治療服務。
- (二) 提供預防保健服務，以增進保險對象的健康。
- (三) 無關疾病治療或易致濫用的醫療項目及器材不予給付，如美容外科手術、預防性手術、眼鏡、義眼、義齒、助聽器、輪椅、拐杖等非具積極治療性裝具，以及政府已經負擔費用的預防接種等。

六、推動醫療網計畫，均衡區域間醫療資源的分佈，確保被保人獲得適當的醫療服務

(一) 目前台灣地區除因衛生所醫師調動，造成少數鄉鎮無醫師外，各鄉鎮均有醫師為居民提供基層醫療服務。從七十三年到八十二年間，台灣地區每萬人口醫師數，已由 6.8 人，增加為 11.2 人，八十五年底可達 11.6 人。院轄市每萬人口醫師數成長 50.8%，鄉鎮每萬人口醫師數成長 78.9%，因此，城鄉醫師分佈的差距業已逐漸縮小。

(二) 目前針對若干山地、離島地區無醫師的情形，衛生署已設置醫療發展基金，獎勵民間於醫療資源缺乏地區設置醫療機構，以推動基層醫療保健服務，並以辦理巡迴醫療或通訊醫療方式，解決醫療缺乏的問題。

(三) 實施全民健保後，可透過特約管理與支付制度的改革，強化全國各地所需的醫療服務。例如：採行加成支付方式，以鼓勵醫師前往山地、離島等醫療資源不足地區服務的意願。

此外，實施全民健保的必要性尚可從下列數個面向加以探討：¹⁰¹

一、需求面

我國在全民健保實施前，各種社會保險制度的被保險人比例僅佔總人口的 54.25%，其餘 45.25% 的國民仍無法享有醫療保障，其中大部分為兒童與老人。這些被排除在醫療保險之外的兒童與老人，一旦遭受重大疾病侵害，往往造成家庭沈重的負擔。許多研究報告均指出，醫療費用是老人經濟生活中最大的負擔，隨著年齡漸增，生理機能亦因逐漸老化而使其失去工作之能力，若因疾病導致其無法維持基本的生活需求，將嚴重影響老人的生存能力。因此，如何將兒童與老人納入全民健保的體系之內，乃是制度規劃的重要課題。

二、經濟面

推行全民健保所面臨最大的難題應是經濟的問題。從個體經濟面而言，若國民所得太低，人民將無力支付保險費；從總體經濟面而言，若政府編列的預算過低，制度亦無法推行。我國國民平均所得已逾一萬美元，以此經濟之標準應有能力辦理全民健保

¹⁰¹ 同註 92，26-28。

三、家庭經濟面

根據中華民國台灣地區個人所得分配調查報告指出，家庭醫療保健支出佔最終消費支出的比率越來越高，醫療保健支出對家庭經濟已經逐漸構成沈重的負擔。

四、所得重分配面

隨著國民所得的增加，所得差距已有逐漸增加之趨勢，貧富之間差距一再加大的，形成富者愈富，貧者愈貧，富有者因有足夠的經濟能力，得享有完善的醫療保健照護，而貧窮者無法負擔龐大的醫療費用，甚至會因延誤醫療之時機而造成無法挽回的結果。因此，秉持社會保險的一貫精神，全民健保以全體國民為保險對象，由所得高者扶助所得低者，符合「強扶弱、富濟貧」以及促進社會和諧的社會安全政策。

五、政治面

近年來，美國常以開發中國家未能重視社會福利與勞工權益為由，從事社會傾銷(social dumping)以增加對外貿易之競爭力。我國當時正欲以「已開發獨立關稅領域」申請加入「關稅暨貿易總協定」(General Agreement on Tariffs and Trade , GATT)，¹⁰²實

¹⁰² 第二次世界大戰後，各國檢討戰爭發生之原因，除政治因素外，經濟因素亦是主因，特別是一九三〇年代世界經濟大蕭條，各國貿易保護主義盛行，因此各國均認為亟須建立一套國際經貿組織網，以解決彼此間之經貿問題。有鑑於此，各國除同意成立聯合國外，並進一步建構所謂之「布列敦伍茲體系」(The Bretton Woods Institutions)作為聯合國之特別機構，擬議中之經貿組織包括：世界銀行(World Bank)、國際貨幣基金(International Monetary Fund , IMF)以及國際貿易組織(International Trade Organization , ITO)。並於一九四八年三月在哈瓦那舉行之聯合國貿易與就業會議中通過 ITO 憲章草案。惟後來因美國政府將成立 ITO 之條約送請其國會批准時，遭到國會之反對，致使 ITO 未能成立，故目前布列敦伍茲體系，僅有世界銀行及國際貨幣基金兩個經貿組織。ITO 雖然最後未能成立，但當時 ITO 二十三個創始會員為籌組 ITO，曾在一九四

施全民健康保險亦符合國際間之政治訴求，避免我國受到未充分保障勞工人權之指控。

六、法規面

我國憲法第十五條規定：「人民之生存權應受保障」，增修條文第十八條規定：「國家應推行全民健康保險制度」，憲法第一五五條與一五七條更分別明文規定：「國家為謀求社會福利，應普遍實施社會保險制度」及「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度」。基於上述理念，政府應有保障國民健康權之責，因為健康乃是生命的基礎，沒有健康，生命就喪失了意義。

七年展開關稅減讓談判，談判結果達成 45,000 項關稅減讓，影響達 100 億美元，約占當時世界貿易額十分之一。各國為免籌組 ITO 之努力完全白費，且美國政府參與關稅減讓部分之談判業獲國會之授權，因此包括美國在內之各國最後協議，將該關稅談判結果，加上原 ITO 憲章草案中有關貿易規則之部分條文，成為眾所熟知之「關稅暨貿易總協定」(General Agreement on Tariffs and Trade, GATT); 另鑒於美國國會並未批准加入 ITO, 各國亦同意，以「暫時適用議定書」(Provisional Protocol of Application, PPA) 之方式簽署 GATT。雖然 GATT 之適用法律基礎係臨時性質，且係一個多邊協定並無國際法上之人格地位，但卻是自一九四八年以來成為唯一管理國際貿易之多邊機制。由於 GATT 僅是一項多邊國際協定，以 GATT 為論壇所進行之歷次多邊談判，雖係以關稅談判為主，惟在理論上均是對原有協定之修正，因此每一次之多邊談判乃稱為回合談判。

自 GATT 一九四八年成立以來，迄今共舉行八次回合談判，其中以第七回合（東京回合）與第八回合（烏拉圭回合）談判最為重要，因該二回合之談判除包括關稅談判外，亦對其他之貿易規範進行廣泛討論。GATT 第七回合談判（東京回合）自一九七三年開始，至一九七九年完成，除了持續降低關稅障礙外，最大之成果在於達成多項非關稅規約（code），使 GATT 談判之觸角伸入非關稅領域。這些非關稅規約中，部分規約僅是解釋既存 GATT 之相關規定；亦有部分規約則是規範以往 GATT 未處理之貿易議題，包括：補貼與平衡措施、技術性貿易障礙、輸入許可發證程序、政府採購、關稅估價、反傾銷，以及肉品、乳品、民用航空器貿易等三項部門別之自由化協議。GATT 第八回合談判（烏拉圭回合）則自一九八六年開始，於一九九三年十二月十五日完成，為 GATT 史上規模最大、影響最深遠之回合談判。談判之內容包括貨品貿易、服務貿易、智慧財產權與爭端解決等。該回合之談判並決議成立「世界貿易組織」(WTO, World Trade Organization)，使 GATT 多年來扮演國際經貿論壇之角色正式取得法制化與國際組織的地位。更重要的是，WTO 爭端解決機構所作之裁決對各會員發生拘束力，因此使 WTO 所轄各項國際貿易規範得以有效地落實與執行。

資料來源：經濟部國際貿易局網站，http://www.moeaboft.gov.tw/global_org/wto/wto_2/wto_2.htm

第三節 現階段全民健保的施行概況

全民健保自開辦迄今，已逾八年的時間。從當初中央一聲令下，全民健保在尚未準備完全的狀況下，匆忙上路，雖說在實施前已做過長期的評估，¹⁰³但是其中政治因素的考量實大過社會環境的需求。基於全民健保法乃是立法院中多方勢力競逐之下的妥協結果，為避免因最初制度設計的缺陷導致將來可能發生無法彌補的漏洞，在該法中被稱為「日落條款」¹⁰⁴的第八十九條規定：「本法實施兩年後，行政院應於半年內修正本法」，暫時平息了因制訂全民健保法而引起的諸多爭議，成為未來評估修正全民健保法的法源依據。¹⁰⁵

壹、全民健保與其他社會保險的整合情況

由於全民健保是一種「醫療給付」的保險，其與一般商業性保險不同。茲就全民健保與既存各種社會保險的整合情形加以說明（見表 4-2）。

¹⁰³ 徐立德，「全民健保面面觀」，保險專刊，第 41 輯（民國八十四年九月），1-2。

¹⁰⁴ 日落立法（sunset legislation）是一套法律程序，其設計的目的在敦促立法機關對行政機關，或其所負責的政策，加以監督考核，並對其從事定期性的評估，以決定它們是否按照立法旨意行事；在完成立法指令時是否具有效能；行政機關或政策所提供的服務，將來是否有必要繼續維持。一旦評估的結果發現它們並未按旨意行事，且缺乏效率，則該機關或政策就會自動消失，瀕臨日落的境地。由此可知，日落立法所立基的假定乃：機關一旦成立，政策一旦執行，一到了規定的期限，除非立法機關猶積極地加以肯定外，則該機構或政策就自動終止。資料來源：葉蓉茹，同註 57，97。有關日落立法的討論請參考前引書，96-104；林水波，「日落立法的內涵原則與可行性」（收錄於林水波著，追求理性政治—政策與體制批判。作者自刊，民國八十四年）。

¹⁰⁵ 呂建德，「全民健保體制改革芻議：治理組織的建立作為健保改革的核心問題」，國策專刊，第 17 輯（民國九十年五月），13。

表 4-2 全民健保施行前後，各類保險對象保險給付之比較

保險對象	全民健保實施前	全民健保實施後
勞工	由勞保提供 現金與醫療給付	現金給付仍由勞保提供 醫療給付改由健保提供
公教人員	由公保*提供 現金與醫療給付	現金給付仍由公保提供 醫療給付改由健保提供
公教人員眷屬	由公教人員眷屬保險** 提供醫療給付	取消公務人員眷屬保險 醫療給付改由健保提供
退休公教人員	由退休公教人員保險*** 提供醫療給付	取消退休公教人員保險 醫療給付改由健保提供
農民	由農保提供 現金與醫療給付	現金給付仍由農保提供 醫療給付改由健保提供
低收入戶	由福保 提供醫療給付	取消福保 改由健保提供醫療給付
民代及村里鄰長	由民保 提供醫療給付	取消民保 改由健保提供醫療給付
榮民、榮譽	由退輔會提供醫療補助	醫療補助改為保險費補助 醫療給付改由健保提供
軍眷	由國防部提供醫療補助	醫療補助改為保險費補助 醫療給付改由健保提供
其他國民	自費支付醫療費用	由健保提供醫療給付

註： * 公保包括「公務人員保險」及「私立學校教職員保險」兩種。

** 公教人員眷屬保險包括「公務人員眷屬疾病保險」及「私立學校教職員眷屬疾病保險」兩種。

*** 退休公教人員保險包括「退休人員保險」、「退休公務人員疾病保險」、「退休公務人員配偶疾病保險」、「私立學校退休教職員疾病保險」及「私立學校退休教職員配偶疾病保險」等五種。

資料來源：黃文鴻等，同註 59，77。

全民健保乃一強制性之社會保險，因此，所有符合資格的國民均要參加。在實施全民健保之前，大約有一千一百萬人已經參加現有提供醫療給付的社會保險，¹⁰⁶這些提供醫療給付的社會保險體系有：勞保、公保（包括公務人員本人及眷屬保險等六種）、農保、台灣省民意代表及村里鄰長健康保險（簡稱「民保」）以及低收入健康保險（簡稱「福保」）等。由於全民健保的實施，上述

¹⁰⁶ 同註 92，75。

各項社會保險的被保險人面臨了是否需加入全民健保，以及加入全民健保是否會影響先前投保之社會保險所獲得之利益等問題，以下將分項說明之：

一、關於醫療給付部分

凡已參加前述各項之社會保險者，仍須參加全民健保，因為各類社會保險中有關醫療給付的部分，將併入由全民健保辦理。若前述各項社會保險只有醫療給付而無現金給付的部分，在全民健保實施後已然廢止，再無存在之必要（見圖 4-3）。

二、關於現金給付的部分

由於上述各項社會保險除醫療給付外，尚包含現金給付部分（如生育、疾病、傷害、殘廢、養老、死亡及眷屬喪葬等），因此，該現金給付之部分由該業務所屬之機關辦理。例如：已參加公保或私校教職員保險者，保險醫療給付的部分（疾病傷害和生產的門診、住院部分）將併入全民健保，由中央健保局統一辦理；而原有的現金給付部分，如殘廢、養老、死亡及眷屬喪葬等給付，仍由中央信託局辦理。如此一來，即便參加了全民健保，亦不會喪失原本社會保險的投保資格，亦不會損害被保險人原有的權益。¹⁰⁷

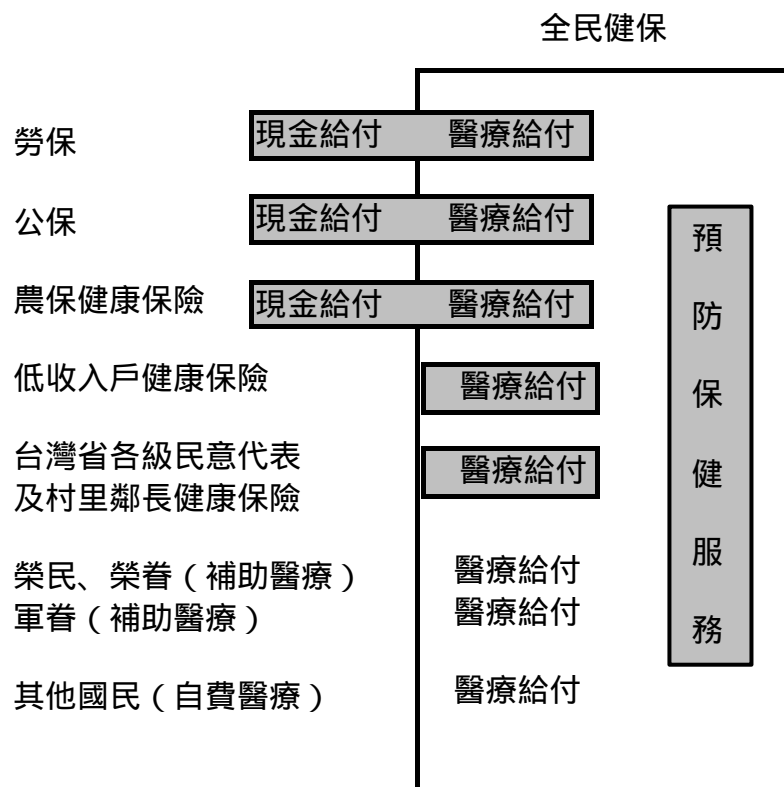
三、關於眷屬保險部分

至於現有的公教人員眷屬疾病保險及退休公務人員及其眷屬疾病保險，因原來給付項目僅限醫療給付，所以在全民健保實施

¹⁰⁷ 同上註。

後將被廢止，已參加者可以按照自己的身份，選擇一個適當的方式，改為參加全民健保。¹⁰⁸

圖 4-3 現有保險與全民健保示意圖



資料來源：黃文鴻等，同註 59，76。

¹⁰⁸ 同上註，75-78，133-135。其他討論請參考李易駿與許雅惠，同註 87，73-108。中央健康保險局，同註 93，39-65。

四、關於門診與住院部分

實施部分負擔制，在門診與住院方面被保險人需負擔部分醫療費用，以防止醫療資源的濫用。門診或急診病患自行負擔 20% 的費用，若需轉診，需由醫師開具轉診單，轉介到適當的醫療院所就醫，亦需負擔 20% 的費用；若不經轉診的手續自行到地區醫院就醫者，需自付 30% 的費用；直接到區域醫院就醫者需自付 40% 的費用；直接到醫學中心就醫者需自付 50% 的費用。此種向被保險人收取醫療費用固定比例的制度稱為「定率制」。不過，因全民健保法第三十三條規定，¹⁰⁹中央主管機關可以依照前一年的各級醫院診所平均門診費用，並參考前述以百分比計算之固定金額(定額制)，由醫療院所向被保險人收取。在全民健保施行之初，政府為便民及簡化醫療機構的行政作業起見，衛生署在經過評估後決定採行定額制。¹¹⁰

五、關於低收入戶及免自付部分

為避免低收入戶負擔過重，全民健保法規定低收入戶若先行至基層診所就醫，部分負擔的費用將由內政部社會司編列預算支付。¹¹¹另外，對於孕婦接受產前檢查以及生產，或因遭受重大傷病而就醫者，由於情況特殊，且較無濫用醫療資源之虞，故可免除部分負擔。¹¹²

¹⁰⁹ 全民健康保險法第 33 條：「保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之四十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之五十。前項保險對象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院、所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其金額。第一項轉診比例及其實施時間，由中央衛生主管機關另定之。」

¹¹⁰ 同註 92，78-80。

¹¹¹ 全民健康保險法第 37 條：「第五類保險對象（同法第 8 條第 5 項：「第五類被保險人：合於社會救助法規定之低收入戶成員」）就醫時，依第 33 條及第 35 條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應。但不依第 33 條規定轉診就醫者，不在此限。」

¹¹² 同註 92，81。

六、關於公保聯合門診中心部分

由於公保中醫療給付之業務改由中央健保局承辦，原公保聯合門診中心亦配合轉型成為全民健康保險局附設門診中心，自民國八十三年十一月一日起，開放接受一般民眾的門診、住院等醫療服務，與一般全民健保之特約醫療院所提供相同的醫療保健服務。公保被保險人亦不需到指定的醫療院所就醫，亦即，只要是全民健保的特約醫療院所，被保險人都可以前往就醫，保險局將不再限制被保險人就醫的地點。¹¹³另外，對於孕婦接受產前檢查以及因遭受重大傷病而就醫的病患，因其情況特殊，且較無濫用醫療資源之虞，故而免除其部分負擔的規定。

貳、全民健保的實施成果¹¹⁴

一、擴大保險對象及受益人口

自健保實施以來，全民健保的投保比例，從民國八十七年的97.7%，到民國八十八年二月的98.8%，¹¹⁵在在顯示了全民健保的涵蓋率已接近百分之百，屬於高度普及的狀態。在這些陸續增加的納保人中，以小孩與老人居多，期能享用的醫療資源遠高於其所繳納的保費。因此，全民健保乃是一具有醫療資源重分配，且受惠人數最多的社會保險制度。

二、減輕重大傷病患者就醫負擔

¹¹³ 同上註。

¹¹⁴ 同註 58，26-27。或見葉金川，「全民健康保險修法方向探討」（台北：全民健保回顧與展望學社研討會，首都基金會主辦，民國八十六年四月），1-5；行政院衛生署，全民健康保險實施一年評估報告。台北：行政院衛生署，民國八十五年，197-199。

¹¹⁵ 同註 9，64。或見中華民國民意測驗協會，「全民健康保險民意調查」（台北：行政院衛生署八十八年度委託研究計畫，編號 DOH88-HI-1002）， - 。

全民健保利用風險分擔、自助互助之精神，減輕國人健康照護的經濟負擔，其中尤以重大傷病患者之獲益為最。為了避免重大傷病患者財務負擔過重，政府除了發放重大傷病證明卡，免除部分負擔外，同時亦訂定住院部分負擔上限，以照顧重症患者。

三、擴大給付項目，提供綜合性醫療服務

與過去醫療給付範圍相較，全民健保擴大慢性病及重大傷病的給付項目，亦增加多項預防保健服務，如孕婦產前檢查、兒童健康檢查、成人預防保健等，同時提供居家護理、社區復健等項目，以保障民眾完整的醫療服務。

四、加強醫療費用審查制度，減少醫療資源浪費

為求有效抑制醫療資源的浪費，全民健保著重質與量的醫療服務審查，除了利用資訊系統進行行政審查之外，還設立「醫療服務審查委員會」負責專業審查（見圖 4-2）。同時對高危險性或易為不當使用的醫療服務，進行事前審查，以避免不必要的浪費。自醫療費用擴大核檢措施執行以來，的確達到遏止不少抗生素濫用、輕症患者住院、浮報費用的效果。

五、增加特約醫療院所，普及就醫可及性

至民國八十九年十二月卅一為止全國一共有 18,053 家醫療院所（見表 4-3），特約率截至民國八十九年年底亦達到九成左右，¹¹⁶而醫學中心、區域醫院之特約率更達 100%。此外，社區藥局、居家護理、醫事檢驗所亦陸續加入特約行列，使多數的民眾均可就

¹¹⁶ 同上註，61。

近選擇醫療院所，取得完善、多元的醫療照護。

表 4-3 全民健保特約醫療院所統計表

	總計	西醫醫院	西醫診所	中醫醫院	中醫診所	牙醫診所
全國醫療院所	18,053	589	9,360	55	2,471	5,578
特約醫療院所	1,6332	577	8,241	52	2,100	5,362
特約率	90.47%	97.96%	88.04%	94.55%	84.99%	96.13%

註：資料日期統計至 89 年 12 月 31 日

資料來源：中央健保局

轉引自許航瑞，「我國全民健保醫療支出問題的政經分析：一個新制度主義的觀點」（碩士論文，成功大學政治經濟學研究所，民國九十年十二月），61。

六、對於全民健保的滿意度

民眾對於全民健保的滿意度，從民國八十四年的 33.0%，¹¹⁷逐年攀升，截至民國八十九年底為止，全民健保的滿意度已經達到 75.4%，¹¹⁸顯示多數民眾對於全民健保制度的肯定。

綜上所述，全民健保實施七年多以來，不僅保障對象的範圍擴大，給付項目亦有所增加，使其可顧及到更多弱勢族群的醫療權益，更因特約醫療院所的逐年增加，大大提升了民眾就醫的便利性。但值得注意的是，民眾對於全民健保滿意度一項，並非是對於其所提供之醫療品質的滿意，而是在就醫的便利性方面。因此，下面筆者將繼續探討全民健保實施後所產生的缺失與尚須改進之處。

¹¹⁷ 該數據之調查日期為 4 月 20 日。鄭文輝，「台灣社會醫療保險之現況與展望—Social Health Insurance in Taiwan: Current Status and Perspective」，保險專刊，第 64 輯（民國九十年六月），44。

¹¹⁸ 該數據之調查日期為 12 月 7 日。同上註。

參、實施全民健保後所產生的問題

我國全民健保乃是憲法明定，為謀求社會福利而實施的社會全民保險。因此，全民健保與一般商業保險不同，費率精算標準應含括政府補助。而有關保費之繳納標準，則備受爭議，主要有以下幾點：¹¹⁹

一、保險費負擔增加，健保待遇城鄉差異大

原有之各項社會保險本已包括醫療給付部分，但在實施全民健保之後，原先的業務已由全民健保承辦，除了要繳納原本投保的社會保險之外，還需負擔全民健保的保費，造成民眾有「一隻牛剝兩層皮」的感覺。公保原本負擔比例為 35%，實施全民健保後增為 40%；勞保原本負擔比例為 20%，但在全民健保實施後卻增加為 30%（見表 4-4）。

此外，地區團體人口保費負擔幾近勞工平均負擔的兩倍，職業工會被保險人投保之金額級數，勞保、健保兩者標準不一，公、勞保投保金額亦有本俸或全薪之差異。而對於偏遠地區（例如離島居民與原住民）的民眾而言，因謀生不易，加上多數青壯年人口外流，留下的多半是不具工作能力的老人與小孩，保費對其而言是一種沈重的負擔。而醫療資源的缺乏，亦為一項嚴重的問題，即使其有能力繳納保費，但其所獲得的醫療照護與都會地區民眾仍有一段明顯的差距，使偏遠地區之居民無法受到平等的待遇。

¹¹⁹ 黃明和，「全民健保之改革」，國策專刊，第 17 卷（民國九十年五月），5。

表 4-4 全民健保實施前後公、勞保費率與負擔比率之比較

	全民健保 實施前費率	全民健保 實施前負擔 比率	全民健保實施後費率			全民健保 實施後負擔 比率
			公保	全民健保	合計	
公保	9%	35%				40%
			4.75% (84年10月調 增至64%)	4.25%	9% (84年10月 10.65%)	
勞保	7%	20%	勞保	全民健保	合計	30%
			6.7%	4.25%	10.75%	

資料來源：黃明和，同註 119，5。

二、身份分類不當，保費分擔不公¹²⁰

現行全民健康保險法被保險人依職業類別與身份，計分為六類十三種，各類保險人費率負擔比例及投保金額計算基礎各有不同。表面上雖未涉及其就醫之權益，但保險關係複雜，民眾常因疏忽或誤解而遭受處罰，引起民怨不斷。按現行投保金額及保險費，依法分別有薪資所得、營利所得、業務執行所得、本俸、自行申報、平均定額及限定金額等多種。¹²¹在「多元化」的投保方

¹²⁰ 沈富雄，「論全民健保的缺失與改革」，國策專刊，第 17 卷（民國九十年五月），2。

¹²¹ 全民健保法第 22 條：「第一類及第二類被保險人之投保金額，依下列各款定之：一、受僱者：以其薪資所得為投保金額。二、雇主及自營業者：以其營利所得為投保金額。三、專門職業及技術人員自行執業者：以其執行業務所得為投保金額。第一類及第二類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。」第 23 條：「第三類被保險人之投保金額，以第八條第一項第一款第二目、第三目及第二款所定被保險人之平均投保金額計算之。但保險人得視該類被保險人及其眷屬之經濟能力，調整投保金額等級。」第 24 條：「第一類及第二類被保險人依第二十二條規定之所得，如於當年二月至七月調整時，投保單位應於當年八月底前將調整後之投保金額通知保險人；如於當年八月至次年一月調整時，應於次年二月底前通知保險人。但被保險人參加其他社會保險，如有依第二十二條第五項規定應調整投保金額時，投保單位應同時將調整後之投保金額通知保險人。投保金額之調整，均自通知之次月一日生效。」第 25 條：「第四類及第五類被保險人之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。」

式下，部分高收入者「依法」得以低薪投保或繳交低額保費，部分較低收入者（非低收入戶）被迫以一定金額投保，部分勞工必須以實際薪資投保，造成保費繳納不公，亦未真正達成「所得重分配」的結果。

分類不但不公平，亦徒增無謂之行政成本。全國五十一萬個投保單位，推估至少耗費近百萬人力辦理加、退保手續，近年來若干職業工會侵吞被保險人之保費，造成被保險人已繳納保費卻無健保身份的雙重損失，且現行制度無法確定全體國民百分之百納保，依民國八十八年九月資料，當時實際之納保率為 95.86%，換言之，即約有 90 萬人口未加入全民健保。此類未納保之人口大多為社會經濟的弱勢者，亦為全民健保制度設計之初的主要對象，如今卻無法予以適當的照顧，反成為全民健保摒除的對象，此種荒謬的現象，在在凸顯了現行制度的嚴重缺陷。

三、買賣雙方合一，球員裁判一體¹²²

全民健保的買方希望在一定醫療品質下，醫療費用總額越小越好，賣方則希望醫療費用總額越大越好。中央健保局依全民健保法第六條之規定：「本保險由主管機關設中央健康保險局為保險人，辦理保險業務。中央健康保險局之組織，以法律定之。」被保險人發生疾病、傷害、生育事故時，由保險人特約醫事服務機構提供醫療給付。

換言之，中央健保局一方面須確保被保險人之保險利益（即一定程度以上之醫療服務），另一方面又必須提供保險醫事服務機構合理的醫療給付費用，兩者之間若有偏頗，皆有不妥。而最為

¹²² 同註 120。

人所詬病之處，莫過於中央健保局本身亦有保險醫事服務機構(六個聯合門診中心)，形成裁判兼球員的荒謬場面。其瑣轄之聯合門診中心雖與特約醫事服務機構競食健保大餅，但歷年來營運成效不彰，甚至因藥價黑洞疑案而顯現全民健保制度的不當，此乃因中央健保局同時扮演買賣雙方，而造成其角色的混淆與衝突所致。

四、民眾看診自付額不斷提高與增加¹²³

全民健保實施前，公勞農保被保險人就醫僅須負擔掛號費，健保實施後，門診部分自付額（基層診所、地區醫院 50 元，區域醫院 100 元，醫學中心 150 元），急診部分自付額（基層診所 150 元，地區、區域醫院 210 元，醫學中心 420 元），住院費用部分，按住院日數負擔 5%—30%。民國八十八年七月衛生署為賦予民眾擔當適切的財務責任及珍惜醫療資源，針對過度使用之醫療項目如門診藥品、高就診次數、門診復健等強化部分負擔（見表 4-5、4-6）。

¹²³ 同註 119。

表 4-5 門診部分負擔調整案免自行負擔範圍

藥 品	門診高診次	復健物理治療 (含中醫傷科)
藥品費用 100 元以下之處方持慢性病連續處方箋調劑(開藥 28 天以上)者 牙醫門診診療服務者 門診論病計酬項目 6 歲以下兒童就醫,採簡表申報者	兒童健康手冊使用者	實施中度-複診治療 複雜治療
以上三項共同免自行負擔對象： 1.全民健保法第 36 條免自行部分負擔者，如重大傷病、分娩、預防保健等 2.至山地離島地區醫院診所門診者 3.榮民及低收入戶 4.急診		

資料來源：黃明和，同註 119，5。

表 4-6 全民健保強化部分負擔方案一覽表

藥品部分負擔	等 級	藥 費	藥費部分負擔
	醫療院所不分層級	100 元以下	0 元
		101-200 元	20 元
		201-300 元	40 元
		301-400 元	60 元
		401-500 元	80 元
		500 元以上	100 元
門診高診次部分	今年就診次數	第 49 次 (健保 I 卡)	第 157 次 (健保 AA 卡)
	明年起全年 就診次數	第 25 次 (健保 E 卡)	第 157 次 (健保 AA 卡)
	加收部分負擔	50 元	100 元
復健部分負擔	復健物理治療(含中醫傷科)同一療程，每次簡單或中度治療均收取門診部分負擔費用，第一次收取就診院所層級部分負擔金額，第二次起，每次治療自行負擔 50 元。		

資料來源：黃明和，同註 119，6。

五、門診醫療浪費，引發財務困難

全民健保自民國八十四年實施以來，醫療費用支出成長率即遠高於保險費用之成長率，由原先的「稍有結餘」轉變成「收支不平衡」，尤其自民國八十六年年初以來，申報費用與實收保費之差距日趨擴大。以民國八十八年上半年為例，平均每月差距四十四億，其中三月份差距高達六十五億。¹²⁴健保門診的便利及民眾因享有保險而缺乏成本概念，讓一些民眾有「不用白不用」的錯誤觀念，¹²⁵以致身體稍有不適，動輒上醫院門診取藥，甚而至於部分民眾有「貨比三家不吃虧」的心態，四處拿藥而未服用。以國人每年平均就診門診就醫次數為 15.4 次來說，高於已開發國家 3-5 倍。健保資源過度浪費所形成的財政赤字，¹²⁶對日益惡化的健保財務，無疑是雪上加霜。

六、醫療品質日益低下，未見改善¹²⁷

我國的健保制度，在醫療支出的方面，門診佔三分之二，住院佔三分之一，¹²⁸與國外的情況恰好相反。在勞保時代，保單的濫用時有所聞，行賄與貪污事件屢見不鮮，肇因於主其政者未將醫療作業視為公共福利，以積極謀求「日新又新，止於至善」的公利模式，反而將其視為一般財務規劃，僅以追求平衡為目標，終於由初期的大有盈餘，逐漸步向大量虧損，最後

¹²⁴ 同註 120, 3。

¹²⁵ 吳冠衡，「為全民健保尋求一個永續運轉的契機」，全民健康保險雙月刊，第 32 期（民國九十年七月），7。

¹²⁶ 石曜堂，「全民健保制度的修訂」，健康 PLUS，1/2 月合併號（民國九十年一月），18。

¹²⁷ 宋瑞樓，「健保政策制訂的省思」（台北：健保支付制度多元化研討會，台北高雄榮民總醫院主辦，民國八十八年十二月）。

¹²⁸ 同註 125, 8。

壽終正寢。¹²⁹而全民健保制度的實施，承繼了公勞保時期論量計酬的支付制度，對於公勞保財務的虧損，理應引以為鑑，並加以改進。

但是，論量計酬制本身已然有鼓勵「多做多收入」的誘因，加上基層醫療院所大多使用簡表申報費用，較不願意開長效期的藥量，致使慢性病患逐漸集中到大型的醫療院所。為了應付逐漸增加的病患，因而擴大門診以應所需，致使醫師對於病患的診療時間只有短短數分鐘，能否掌握病情尚且是未知數，更遑論如何灌輸患者對於醫療服務的正確認知。否則，低價位的診療費無形中鼓勵錯誤的「愚民」行徑；且在未充分瞭解病情下，偶有診治錯誤的情形發生，使病患欲更換不同的醫師看診以求心安的心態，因而造成了對醫療「商品」的購物(shopping)行為。¹³⁰如此一來，致使就醫次數的不斷攀升，自然毫無醫療品質可言，亦因重複診療造成支付總額的增加。而門診醫療的花費過多，也排擠了急、重症及住院患者醫療照護的品質。

我們政府目前已深感健保財務負荷困難，以八十六年度為例，政府部份應繳交補助款尚欠三分之一，有無以為繼之慮，乃有改制建議，擬改由民營化之全民健保基金會組織型態經營，由保險人自負盈虧責任，醫療支付亦考慮由計量支給方式，部份改採類似美國「健康維護組織」(HMO , Health Maintenance Organization)，¹³¹依據被保險人數以固定費用支付，將費用監

¹²⁹ 吳重慶與葉淑娟，「全民健保現況與回顧」，台灣醫界，第 44 卷，第 5 期（民國九十年五月），55。

¹³⁰ 同上註，56。

¹³¹ HMO 是一個封閉的健康照護組織，醫療單位以某個「價錢」與 HMO 簽約，負責「承包」被保險人的全年醫療照護，此即所謂「論人計酬制」支付制度。民眾一旦選擇加入某個 HMO，必須在 HMO 的指定醫療場所就醫。到非指定場所就醫，增加部分負擔 2-4 倍。

事責任改由提供醫療服務經營者負責，如此當可減少些許醫療浪費與流弊。但服務品質及方便性必將降低，善門已開很難半閉，民眾能否接受？政府及政黨敢否得罪選民？又如何避免財團掌控變質經營？困難重重，改制可行性實值懷疑，唯一不容置疑的是資源支出不管改制與否，必定逐年增高。¹³²

第四節 小結

綜上所述，全民健保制度在實施當初，並未刻意於品質維護指標的探討與設計，才促成今日財務的困窘，¹³³致使全民健保瀕臨破產的邊緣。吳凱勳教授指出，全民健保制度實施多年以來，承襲了大部分公勞保時代之弊端。¹³⁴既然已有前車之鑑，為何全民健保制度仍然重蹈公勞保體制的覆轍？下一章筆者將以新制度主義的觀點，分析我國社會保險制度與全民健康保險制度效能不彰的因素，並嘗試說明新制度主義解釋不足之處。

¹³² 同註 82。

¹³³ 同註 130。詳見宋瑞樓，同註 127；邱玉蟬，「全民健保：追求普及，犧牲品質？」，康健雜誌，第 19 期（民國八十九年六月），30-39。

¹³⁴ 同上註，57。詳見吳凱勳，「全民健保總額支付制度之政策規劃：政策規劃篇」（台中：台灣醫學會八十九年春季學術演講會，中國醫藥學院附設醫院主辦，民國八十九年五月）。

第五章 結論

第一節 新制度主義於個案分析上的盲點

就理性選擇途徑而言，制度會影響個人的偏好。若以我國全民健保制度為例，健保制度本身即具有高度的政治意涵，對當時執政的國民黨而言，全民健保是一張「政治支票」，是能夠確保政權穩定的一帖猛藥；對在野的民進黨等政黨而言，為了在未來的選舉中能獲得勝利，此一關切全民福祉的政策，無疑是在野黨吸引選民關注的一項重要議題。於是，當執政黨與在野黨在全民健保法的攻防戰中相持不下之際，全民健保的意涵，以及其施行之後將對全體國民造成何種影響，在各政黨謀求選票極大化的考量之下，似乎顯得微不足道。

然而，若以之來解釋我國的全民健保制度所產生的問題，顯然無法提供一個較為完善的解答。蓋因從制度之效率出發的觀點，實際上隱含著現有的制度即是「合理的」或「有效率的」。然而，在真實的世界中，其實存在著許多「不合理的」制度，無論是政治中的獨裁政體，或是經濟制度中的原始市集形態，讓我們瞭解到，僅從效率的觀點來審視一個制度是否完善，將會受到極大的限制，其實還存在著許多會影響到制度存續、變遷（包括變遷的方向、速度等）的因素。

North 的制度論告訴我們：制度架構會決定機會組合、交易成本、資源的配置以及資訊的流通，因此也就影響到行為者

(包括個人與組織)的選擇。¹³⁵陳孝平指出由於全民健保體系中各行為者間存在著資訊不對稱的情形，因此必須以強制納保的方式以避免逆向選擇的出現，以維持全民健保制度的健全，且必須對醫師、一般大眾設立繁複的規範，來減少醫療浪費的現象。¹³⁶

此外，據研究指出，個人繳納保費對就診與否和就診次數皆呈現顯著而正面的影響。由此顯示，在強制性的全民健保制度下，繳納保費被視為是一種固定成本，個人為了彌補「損失」，遂增加門診的利用機率與次數從而產生第三者付費效果；然而隨著平均就診費用或價格的增加，就診次數則呈現明顯減少的狀態，顯示「價格效果」所帶來的影響。¹³⁷

換言之，對大多數的民眾來說，繳納全民健保的保費，確實使他們產生一種「固定成本」的印象，亦造成他們有一種「撈本」的心態。再者，在強制納保的情況下，保險人（中央健保局）不能亦無法對被保險人依據健康情況進行篩選，在無法得知被保險人「性質」的情況下，保險人亦無法證明特定被保險人的就醫「行為」是否為必須，因而形成了民眾頻繁就診的誘因。醫療費用部分負擔雖然可以抑制民眾的就診次數，然而自付額的訂定標準卻很難拿捏，過高會造成民眾的負擔，過低又無法遏止門診的浮濫，因而形成一個兩難的問題。

為了解決或降低醫師與病患之間因資訊不對稱所引發的弊

¹³⁵ 同註9，85。

¹³⁶ 陳孝平，「從『資訊不對稱』看全民健保規範」，中國時報，民國九十年十月十二日，論壇。

¹³⁷ 蘇建榮，「全民健保制度下門診醫療利用函數之估計」，保險專刊，第57輯（民國八十八年九月），81-91。

端，國家機關於是便得以此為藉口，介入醫療領域之中。由於中央健保局成為公辦公營的單一保險人，變相的將整體醫療體系納入管轄，造成了健保第三人支付制度取代了市場機制，而支付制度與給付標準就成了決定醫療院所收入來源的標準。

由於全民健保制度承襲了公勞保時代的支付制度，即如上所述的「雙元體系」。在此體制下醫學中心由於有所謂的專案申報制度，使得醫學中心有極高的誘因來從事門診業務、濫開藥與濫作檢驗；而中小型醫療院所，由於受限於費用支付標準以及免審範圍的限制，以致傾向於「舞弊」或提供不適當的治療。健保當局雖採行「醫療服務審查制度」，將不必要的服務項目予以剔除，責由醫療院所自行吸收相關費用，以應付上述問題的出現。然而，在現行論量計酬的支付制度之下，上述問題根本無法避免，且醫療服務審查制度亦非全然公平公正，一旦涉及人為因素，反更容易導致貪瀆舞弊或利益輸送等情況產生。

此外，醫療資源的浪費並不全然由民眾主動引起，也可能源於醫療服務提供者所誘發的需求。因醫病雙方先天上的資訊不對稱，使醫療服務提供者在掌握優勢資訊的情況下，得以操控民眾對於醫療服務的需求。醫療服務提供者所擁有的專業能力與知識，除了能解決醫療問題外，同時也是權利的基礎與資訊不對稱的來源。只有受過長期醫療訓練的人才能從事醫療服務工作，同時，亦只有受過相同訓練的人，才能對其工作內容施以評估。在這種情況下，資訊的流通是封閉的，只有從事相同屬性工作的人才能瞭解。換言之，能評斷醫師作為的人只有醫師。

全民健保制度在設計之初，並未針對資訊不對稱所可能造

成的問題加以防範，絕大部分雖歸咎於政治力量的介入，致使我國的全民健保制度在先天上即呈現一種根基不穩的狀態，在未充分準備之前即匆匆施行。可是，在施行的過程中，仍可作定期性的評估。

全民健保的推行，原本是為照顧社會中的弱勢族群，為避免其因不具備工作能力，而被排除在現行社會保險的保障範圍之外。就理性選擇的觀點而言，個人是理性且自利的，而從自利的角度出發會促使團體的利益達成極大化。若然，全民健保制度當是全體國民經過理性的思考判斷之後，為促使自身及團體的利益極大化而願意採用的制度。

但是，實際情況並非如此。基於代議政治所必然產生的結果，作為在立法院中代表其選民利益的立法委員而言，並非以謀求選民之福祉為其要務，而是以能夠獲得連任為其主要的考量。在選民對於政治議題普遍缺乏深入的認識時，就無法透過理性的思考來作抉擇。此時，立委便扮演了一種教育選民的角色。當某些立委認為在全民健保此一議題之上，有助於其吸引選民的注意，甚至能獲得選民的支持，如此一來，他們便能灌輸選民「全民健保」等於「福利政策」或「免費醫療」等觀念。在輿論的關切下，不管制度的設計是否完善，抑或制度會否出現制訂之初所始料不及的結果，好比是包裹著糖衣的毒藥，其傷害將隨著時間而逐漸顯露出來。理性選擇途經對此一問題似乎無法提出有效的解釋。

就社會學的觀點而言，其強調文化對於個人與制度的影響。由於我國的全民健保制度，並非基於我國的國情與文化，經過長時間的摸索與嘗試，才形成的一套制度。我國的全民健

保乃是參酌歐美國家實施「社會福利」與「社會保險」制度的經驗，加以變化而成的一套制度。由於缺乏歐美等國的文化環境等背景因素，只採用其優點而忽略其缺失，在未經深思熟慮之下即貿然實施，使得全民健保實施至今僅七年多的時間，便步上公、勞保時代財務困窘的後塵。

文化對於個人的影響，將表現於個人對於制度的取捨，此亦決定了制度的變遷與否。然而，以文化對個人影響的角度來看，似乎無法充分說明我國醫療資源濫用而造成醫療保險支出上漲的狀況。蓋因個人濫用醫療資源的行為並非由文化所形塑而成，且其行為並非是社會所期盼的，個人的行為無法透過社會所賦予用來指導個人行動的「意義框架」來說明。文化對於個人此一行為並不具有規範性。因此，以社會學角度出發的分析途徑有其無法解釋的盲點。

歷史制度論者因強調制度的發展受制於特定的歷史遺緒及關鍵轉捩點兩項特質，從而發展出制度變遷的「路徑依循」(Path Dependence) 模式。¹³⁸所謂的路徑依循是指事件在歷史過程中的發生順序 (Order) 將影響其未來如何發展。在某一特定時間上形成的歷史變遷軌跡將制約接續事件的發展方向，並提供政治行動者進行策略選擇的限制條件與機會。¹³⁹制度的建立或變遷，並不是憑空出現的，而是建立在先前的制度之上。

我國全民健保制度，乃是承繼公勞農保的體制而來，就歷史制度論的觀點而言，制度的變遷最終將處於一種均衡的狀態，即使此種均衡並非恆久不變的。如此一來，全民健保制度

¹³⁸ 同註 27，28-29。

¹³⁹ 同上註，29。

的形成看似符合其路徑依循的概念，但是，歷史制度論所強調的是歷史發展較無規律的面向，在特定的歷史時間點上所產生的制度變遷現象，有許多因素可用以解釋。不過，由於可供解釋的因素太多，對於全民健保制度出現的原因反而無法提供明確的解答。又制度的變遷，多半是因為對於舊制度不滿，或認為新制度比舊制度更能滿足行為者的偏好，於是乎在多數行為者皆有此認同之下，制度的變遷因而產生。但是，由於全民健保是基於公勞農保所謂的「腐爛根基」之上，新的制度不但沒有改善原有制度的弊端，反而變本加厲，亦使得實施全民健保的結果，幾乎成為「壓垮駱駝的最後一根稻草」。

因此，歷史制度論在解釋我國社會保險制度的變遷上，若將其一味地視為歷史遺緒下所產生的結果，則全民健保將成為一種「必要的惡」，而非為改善現制而生。

第二節 研究發現與貢獻

本文的核心問題在於：我國全民健保制度，為何由施行初期的尚有結餘，後來卻逐漸入不敷出，重蹈公勞保體系的覆轍。筆者在分析相關文獻後發現，我國全民健保制度本身的設計就已帶有鼓勵浪費醫療資源的誘因存在，如以量計酬，門診的次數多，醫療院所就得以向健保局申報較多的診療費用，無形中鼓勵了醫療服務提供者以擴大門診的方式，增加門診的次數；而民眾將保險費的繳納視為一種「固定成本」，於是產生一種「不看白不看」的「撈本」心態，動輒看診取藥「逛醫院」，而在保費收入與醫療費用支出逐年呈現逆差的狀態下，對於健保的財務形成沈重的負擔。

筆者發現，我國全民健保制度除了先天上的設計不良之外，在整合原本的工勞農保體系之時，由中央健保局成為公辦公營的唯一保險人，將原屬於各類社會保險的醫療給付部分納入管轄範圍。雖然設有醫療服務審查委員會，來審查醫療服務提供者所提供的項目是否必須，但因組織過於龐大，業務過於繁雜，在專業審查人員不足的情況下，對於多數的醫事部分無法予以詳細審查，對於杜絕醫療浪費的現象，常感力有不逮。

本文嘗試透過新制度主義的觀點，解釋我國全民健保制度形成的因素。而在這一波新制度主義的浪潮之中，對於各種現象的分析上是否均能獲得令人滿意的解答？或許，新制度主義的研究途徑並非是萬靈藥，但是，它卻提供了我們在各種學術領域的研究上一種更為廣泛的思考方式，從不同的角度出發，促使我們在對現象的解釋上能更加的圓滿。

附 錄

附錄一 我國社會保險相關法令訂頒修廢情形

頒訂時間 (年月日)	公布單位	法令名稱	修廢情形
39.4.13	臺灣省政府	臺灣省勞工保險辦法	42.2.27 第一次修正(第29、30條) 42.10.30 第二次修正(第26條) 45.6.27 第三次修正 47.7.21 廢止
39.4.13	臺灣省政府	臺灣省勞工保險辦法 實施細則	40.1.6 第一次修正(第12、14、16條) 42.2.27 第二次修正(第39條) 42.10.30 第三次修正(第12、13、30條) 45.6.27 第四次修正 49.4.15 廢止
38.5	國防部	軍人保險法	42.11.19 廢止
40.8.2	臺灣省政府	臺灣省職業工人保險 辦法	45.6.27 修正(第7條) 49.4.15 廢止
42.2.27	臺灣省政府	臺灣省漁民保險辦法	42.11.4 第一次修正(第10條) 44.5.9 第二次修正 45.6.27 第三次修正 49.4.15 廢止
45.10.5	臺灣人壽保險公司勞工 保險部及臺灣省蔗農服 務社	蔗農保險約定書	47.12 第一次修正 49.10 第二次修正
45.11.19	總統	陸海空軍軍人保險條例	59.2.23 廢止(修正為軍人保險條例)
47.1.29	總統	公務人員保險法	63.1.29 第一次修正
47.7.21	總統	勞工保險條例	57.7.23 第一次修正 62.4.25 第二次修正 68.2.19 第三次修正 77.2.3 第四次修正

附錄一 我國社會保險相關法令訂頒修廢情形（續）

頒訂時間 (年月日)	公布單位	法令名稱	修廢情形
47.8.8	考試院	公務人員保險法 實施細則	51.7.25 第一次修正 55.7.9 第二次修正 58.1.4 第三次修正
	考試院 行政院	同上	66.5.12 第四次修正 76.11.13 第五次修正
49.3.1	內政部	勞工保險條例施行細則	58.7.11 第一次修正 62.11.20 第二次修正 68.9.11 第三次修正
	行政院勞工 委員會	同上	78.9.15 第四次修正
53.3.20	考試院	退休人員保險辦法	54.9.6 第一次修正
	考試院	同上	64.2.19 第二次修正
59.2.12	總統	軍人保險條例	
69.8.8	總統	私立學校教職員保險 條例	
69.9.29	教育部 銓敘部	私立學校教職員保險 條例施行細則	73.5.31 第一次修正 79.9.26 第二次修正
71.1.23	總統	公務人員眷屬疾病保險 條例	
71.5.26	考試院 行政院	公務人員眷屬疾病保險 條例施行細則	
74.5.16	考試院 行政院	退休公務人員疾病保險 辦法	77.7.6 第一次修正 78.6.7 第二次修正 79.5.14 第三次修正
74.5.16	考試院 行政院	退休公務人員配偶疾病 保險辦法	77.7.6 第一次修正 79.5.14 第二次修正
74.10.25	臺灣省政府	臺灣省農民健康保險 暫行試辦要點	76.10.25 廢止

附錄一 我國社會保險相關法令訂頒修廢情形（續）

頒訂時間 (年月日)	公布單位	法令名稱	修廢情形
74.11.22	銓敘部(74)台華特二字第五七一六〇號函	私立學校退休教職員及配偶疾病保險	准自七十四年七月一日起比照「退休公務人員疾病保險辦法」及「退休公務人員配偶疾病保險辦法」辦理。
76.10.25	臺灣省政府	臺灣省第二期試辦農民健康保險暫行要點	78.7.1 廢止
78.6.23	總統	農民健康保險條例	
78.8.2	臺灣省政府	臺灣省各級地方民意代表村里長及鄰長健康保險暫行要點	
78.11.1	考試院 行政院	私立學校教職員眷屬疾病保險辦法	
79.3.30	內政部	農民健康保險條例施行細則	
79.6.29	內政部	低收入戶健康保險暫行辦法	

資料來源：行政院研究發展考核委員會，同註 46，17-18。

附錄二 全民健康保險法

中華民國八十三年八月九日 總統華總 義字第
四七 五號令公布

中華民國八十三年十月三日 總統華總 義字第
五八六五號令修正公布第八十七條；並增訂第
十一條之一及六十九條之一條文

中華民國八十八年七月十五日 總統華總一義字
第八八 一六二一二 號令修正公布第八
條至第十二條、第十四條、第十九條、第二十
四條、第二十六條、第三十條、第三十二條、
第三十六條、第六十九條及第八十八條條文；
並增訂第八十七條之一至第八十七條之三條
文

中華民國九十年一月三十日 總統華總一義字第
九 一四九一 號令修正公布第八
條、第九條、第十一條、第十三條、第十四條、
第十八條、第十九條、第二十一條、第二十二
條、第二十四條、第二十五條及第二十七條至
第二十九條

(加劃邊線為修正部分)

第 一 章 總 則

第 一 條 為增進全體國民健康，辦理全民健康保險(以下簡稱本保險)，以提供醫療保健服務，特制定本法；本法未規定者，適用其他有關法律。

第 二 條 本保險於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。

第 三 條 本保險之主管機關為中央衛生主管機關。

第 四 條 為監理本保險業務，並提供保險政策、法規之研究及諮詢事宜，應設全民健康保險監理委員會。
前項委員會，由有關機關、被保險人、雇主、保險醫事服務機構等代表及專家組成之；其組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。

第 五 條 為審議本保險被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人核定之案件發生爭議事項，應設全民健康保險爭議審議委員會。
前項委員會，由主管機關代表、法學、醫藥及保險專家組成之；其組織規程及爭議事項審議辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。

被保險人及投保單位對爭議案件之審議不服時，得依法提起訴願及行政訴訟。

第 二 章 保險人、保險對象及投保單位

第 六 條 本保險由主管機關設中央健康保險局為保險人，辦理保險業務。中央健康保險局之組織，以法律定之。

第 七 條 本保險之保險對象分為被保險人及其眷屬。

第 八 條 被保險人分為下列六類：

一、第一類：

政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。

公、民營事業、機構之受雇者。

前二目被保險人以外有一定雇主之受雇者。

雇主或自營業主。

專門職業及技術人員自行執業者。

二、第二類：

無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。

參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。

三、第三類：

農會及水利會會員，或年滿十五歲以上實際從事農業工作者。

無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員，或年滿十五歲以上實際從事漁業工作者。

四、第四類：

應服役期及應召在營期間逾二個月之受徵集及召集在營服兵役義務者、國軍軍事學校軍費學生、經國防部認定之無依軍眷及在領卹期間之軍人遺族。

服替代役期間之役齡男子。

五、第五類：合於社會救助法規定之低收入戶成員。

六、第六類：

榮民、榮民遺眷之家戶代表。

第一款至第五款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。

前項第三款第一目實際從事農業工作者及第二目實際從事漁業工

作者，其認定標準及資格審查辦法，由中央農業主管機關會同主管機關定之。

- 第九條 第一類至第三類及第六類被保險人之眷屬，規定如下：
- 一、被保險人之配偶，且無職業者。
 - 二、被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。
 - 三、被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。
- 第十條 具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象：
- 一、曾有參加本保險紀錄或參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。
 - 二、參加本保險時已在臺灣地區設有戶籍，並符合第八條第一項第一款第一目至第三目所定被保險人。
 - 三、參加本保險時已在臺灣地區辦理戶籍出生登記，並符合前條所定被保險人眷屬資格之新生嬰兒。
- 不符前項資格規定，而在臺灣地區領有居留證明文件，並符合第八條所定被保險人資格或前條所定眷屬資格者，自在臺居留滿四個月時起，亦得參加本保險為保險對象。但符合第八條第一項第一款第一目至第三目所定被保險人資格者，不受四個月之限制。
- 第十一條 有下列情形之一者，非屬本保險保險對象，已參加者，應予退保：
- 一、在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。
 - 二、失蹤滿六個月者。
 - 三、喪失前條所定資格者。
- 第十一條之一 符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。
- 第十二條 第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人；第二類被保險人不得為第三類被保險人；第一類至第三類被保險人不得為第四類及第六類被保險人。
- 具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保。
- 第十三條 符合第九條規定之被保險人眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。
- 第十四條 各類被保險人之投保單位如下：
- 一、第一類及第二類被保險人，以其服務機關、學校、事業、機

構、雇主或所屬團體為投保單位。但國防部所屬被保險人之投保單位，由國防部指定。

二、第三類被保險人，以其所屬或戶籍所在地之基層農會、水利會或漁會為投保單位。

三、第四類被保險人：

第八條第一項第四款第一目被保險人，以國防部指定之單位為投保單位。

第八條第一項第四款第二目被保險人，以內政部指定之單位為投保單位。

四、第五類及第六類被保險人，以其戶籍所在地之鄉(鎮、市、區)公所為投保單位。但安置於公私立社會福利服務機構之被保險人，得以該機構為投保單位。

第八條第一項第六款第二目規定之被保險人及其眷屬，得徵得其共同生活之其他類被保險人所屬投保單位同意後，以其為投保單位。但其保險費應依第二十六條規定分別計算。

第一項第四款規定之投保單位，應設置專責單位或置專人，辦理本保險有關事宜。

在政府登記有案之職業訓練機構或考試訓練機關接受訓練之第六類保險對象，應以該訓練機構(關)為投保單位。

投保單位欠繳保險費二個月以上者，保險人得洽定其他投保單位為其保險對象辦理有關本保險事宜。

第十五條 保險效力之開始或終止，自合於第十條及第十一條所定條件或原因發生之日起算。

第十六條 投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內，向保險人辦理投保；並於退保原因發生之日起三日內，向保險人辦理退保。

第十七條 保險對象及投保單位於辦理各項保險手續，應提供所需之資料或文件；對主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢，不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。

第三章 保險財務

第十八條 第一類至第三類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及其保險費率計算之。

第十九條 前條被保險人及其每一眷屬之保險費率以百分之六為上限；開辦第

一年以百分之四點二五計繳保險費；第二年起，依第二十條規定重新評估保險費率；如需調整，由主管機關報請行政院核定之。

本保險實施後，前二年盈虧，由中央撥補之。

前條眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過三口者，以三口計。

第二十條

本保險之保險費率，由保險人至少每兩年精算一次，每次精算二十五年。

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

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

一、精算之保險費率，其前五年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五者。

二、本保險之安全準備降至最低限額者。

三、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務者。

第二十一條

第一類至第三類被保險人之投保金額，由主管機關擬訂分級表，報請行政院核定之。

前項投保金額分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時，該下限亦調整之。

適用第一項投保金額分級表最高一級投保金額之被保險人，其人數超過被保險人總人數之百分之三，並持續十二個月時，主管機關應自次月調整投保金額分級表，加高其等級。

第二十二條

第一類及第二類被保險人之投保金額，依下列各款定之：

一、受僱者：以其薪資所得為投保金額。

二、雇主及自營作業者：以其營利所得為投保金額。

三、專門職業及技術人員自行執業者：以其執行業務所得為投保金額。

第一類及第二類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。

第二十三條

第三類被保險人之投保金額，以第八條第一項第一款第二目、第三目及第二款所定被保險人之平均投保金額計算之。但保險人得視該類被保險人及其眷屬之經濟能力，調整投保金額等級。

- 第二十四條 第一類及第二類被保險人依第二十二條規定之所得，如於當年二月至七月調整時，投保單位應於當年八月底前將調整後之投保金額通知保險人；如於當年八月至次年一月調整時，應於次年二月底前通知保險人。但被保險人參加其他社會保險，如有依第二十二條第五項規定應調整投保金額時，投保單位應同時將調整後之投保金額通知保險人。投保金額之調整，均自通知之次月一日生效。
- 第二十五條 第四類及第五類被保險人之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。
- 第二十六條 第六類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。
- 眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過三口者，以三口計。
- 第二十七條 本保險保險費之負擔，依下列規定計算之：
- 一、第一類被保險人：
- 第八條第一項第一款第一目被保險人及其眷屬自付百分之四十，投保單位負擔百分之六十。但私立學校教職員之保險費，由被保險人及其眷屬自付百分之四十，學校負擔百分之三十，中央或省（市）主管教育行政機關補助百分之三十。
- 第八條第一項第一款第二目及第三目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之六十，各級政府補助百分之十。
- 第八條第一項第一款第四目及第五目被保險人及其眷屬自付全額保險費。
- 二、第二類被保險人及其眷屬自付百分之六十，省（市）政府補助百分之四十。
- 三、第三類被保險人及其眷屬自付百分之三十，中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之三十，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之十。
- 四、第四類被保險人：
- 第八條第一項第四款第一目被保險人，由國防部全額補助。
- 第八條第一項第四款第二目被保險人，由內政部全額補助。
- 五、第五類被保險人，在省轄區域，由中央社政主管機關補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分

之六十五；在直轄市區域，由直轄市政府全額補助。

六、第八條第一項第六款第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。

七、第八條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。

第二十八條 第一類至第三類被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類至第三類被保險人實際眷屬人數平均計算之。

第二十九條 本保險保險費依下列規定，按月繳納：

一、第一類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向保險人繳納。

二、第二類、第三類及第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳保險人。

三、第五類被保險人之保險費，由應補助保險費之各級政府，於當月五日前撥付保險人。

四、第二類至第四類及第六類被保險人之保險費，應由各級政府及各行政機關補助部分，每半年一次於一月底及七月底前預撥保險人，於年底時結算。

本保險之保險費，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保險費。

第三十條 投保單位或被保險人未依前條規定期限繳納保險費者，得寬限十五日；逾寬限期仍未繳納者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額之百分之零點二滯納金；加徵之滯納金額，以至應納費額之百分之三十為限。保險費自逾寬限期一百五十日起至完納前一日止，依年利率百分之五按日計算利息，一併徵收。但一定金額以下之小額滯納金得予以免徵，其數額由主管機關定之。

前項保險費、滯納金或利息，自投保單位應繳納之日起，逾三十日仍未繳納者，保險人得移送法院強制執行；被保險人逾一百五十日仍未繳納者，亦同。

保險人於投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，得暫行拒絕給付。但被保險人應繳部分之保險費已扣繳或繳納於投保單

位者，不在此限。

- 第 四 章 保險給付
- 第三十一條 保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務；醫師並得交付處方箋予保險對象至藥局調劑。
- 前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。
- 第一項藥品之交付，依藥事法第一百零二條之規定辦理。
- 第三十二條 本保險為維護保險對象之健康及促進山地離島地區之醫療服務，主管機關應訂定預防保健服務項目與實施辦法及山地離島地區醫療服務促進方案。
- 前項山地離島地區之範圍，由主管機關定之。
- 第三十三條 保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之四十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之五十。
- 前項保險對象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院、所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其金額。
- 第一項轉診比例及其實施時間，由中央衛生主管機關另定之。
- 第三十四條 本法實施後連續二年如全國平均每人每年門診次數超過十二次，即應採行自負額制度；其實施辦法，由中央主管機關另定之。
- 第三十五條 保險對象應自行負擔之住院費用如下：
- 一、急性病房：三十日以內，百分之十；第三十一日至第六十日，百分之二十；第六十一日以後，百分之三十。
 - 二、慢性病房：三十日以內，百分之五；第三十一日至第九十日，百分之十；第九十一日至第一百八十日，百分之二十；第一百八十一日以後，百分之三十。
- 保險對象以同一疾病於急性病房住院三十日以下或於慢性病房住院一百八十日以下應自行負擔之費用，其最高金額，由主管機關定之。
- 急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。
- 第三十六條 保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及第三十五條規定自行負擔費用：

- 一、重大傷病。
- 二、分娩。
- 三、接受第三十二條所定之預防保健服務。
- 四、山地離島地區之就醫。

前項免自行負擔費用之辦法及第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。

第三十七條 第五類保險對象就醫時，依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應。但不依第三十三條規定轉診就醫者，不在此限。

第三十八條 保險對象依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。
保險對象未依前項規定繳納費用，經保險醫事服務機構催繳後仍未繳納者，得通知保險人；保險人於必要時，得對保險對象暫行拒絕保險給付。

第三十九條 下列項目之費用不在本保險給付範圍：

- 一、依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目。
- 二、預防接種及其他由政府負擔費用之醫療服務項目。
- 三、藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術。
- 四、成藥、醫師指示用藥。
- 五、指定醫師、特別護士及護理師。
- 六、血液。但因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血，不在此限。
- 七、人體試驗。
- 八、日間住院。但精神病照護，不在此限。
- 九、管灌飲食以外之膳食、病房費差額。
- 十、病人交通、掛號、證明文件。
- 十一、義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具。
- 十二、其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。

第四十條 因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用本保險。

第四十一條 保險對象有下列情形之一者，不予保險給付：

- 一、依其他社會保險法令領取殘廢給付後，以同一傷病申請住院診

- 療者。
- 二、住院診療經診斷並通知出院而不出院者，其繼續住院之費用。
- 三、經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品。
- 四、違反本法有關規定者。
- 第四十二條 保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經醫療服務審查委員會審查認定不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責。
- 第四十三條 保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。
- 前項醫療費用之核退，應於治療結束或分娩後六個月內提出申請，逾期不予受理。
- 第四十四條 本保險之保險給付，不得因同一事故重複受領核退現金。
- 第四十五條 保險對象依第十一條規定應退保者，自應退保之日起，不予保險給付；已受領保險給付者，應返還保險人所支付之醫療費用；其所繳之保險費，不予退還。
- 第四十六條 保險對象受領核退現金之權利，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。
- 第 五 章 醫療費用支付
- 第四十七條 本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定。
- 第四十八條 為協定及分配醫療給付費用，應設醫療費用協定委員會，由下列人員各占三分之一組成；其組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之：
- 一、醫事服務提供者代表。
- 二、保險付費者代表與專家學者。
- 三、相關主管機關代表。
- 第四十九條 醫療費用協定委員會應於年度開始三個月前，在第四十七條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報請主管機關核定。醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。
- 前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比例。

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

第二項所稱地區之範圍，由主管機關定之。

第五十條 保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。

保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。

門診藥品費用經保險人審查後，核付各保險醫事服務機構；其支付之費用，超出前條預先設定之藥品費用總額時，其超出部分之一定比例應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除，並於下年度調整藥價基準。

前項扣除比例，由醫療費用協定委員會定之；醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。

第五十一條 醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。

前項所稱醫療費用支付標準，應以同病同酬原則，並以相對點數反應各項醫療服務之成本。同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據。

第五十二條 保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家，組成醫療服務審查委員會；其審查辦法，由主管機關定之。

第五十三條 醫師所開立處方係由其他保險醫事服務機構提供藥品、檢驗或檢查服務，經保險人依前條審查辦法審查核定不予給付，且應歸責於醫師不當處方者，其費用應由該醫師所屬之醫療機構自行負責。

第五十四條 第四十七條至第五十條之規定得分階段實施，其施行日期，由主管機關定之；未施行前，醫療費用支付標準之每點支付金額，由主管機關定之。

第六章 保險醫事服務機構

第五十五條 保險醫事服務機構如下：

一、特約醫院及診所。

- 二、特約藥局。
- 三、保險指定醫事檢驗機構。
- 四、其他經主管機關指定之特約醫事服務機構。

前項保險醫事服務機構之特約及管理辦法，由主管機關定之。

- 第五十六條 現有之公保聯合門診中心，不得再增加，以與一般門診醫院同病同酬，並自負盈虧為原則，並應於全民健康保險開辦一年半後重新評估。
- 第五十七條 特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。
- 第五十八條 保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。
- 第五十九條 保險醫事服務機構應於保險對象就醫時，查核其保險資格；未經查核者，保險人得不予支付醫療費用；已領取醫療費用者，應予追還。
- 第六十條 保險醫事服務機構於保險對象發生保險事故時，應依專長及設備提供適當醫療服務，不得無故拒絕。
- 第六十一條 保險醫事服務機構對於須轉診之保險對象，除應依醫療法規定辦理外，並應填具轉診病歷摘要，再行轉診。
- 第六十二條 保險醫事服務機構對於主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢、借調病歷、診療紀錄、帳冊、簿據或醫療費用成本等有關資料，不得規避、拒絕或妨礙。

第七章 安全準備及行政經費

- 第六十三條 本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：
- 一、由每年度保險費收入總額百分之五範圍內提撥；其提撥率，由主管機關定之。
 - 二、本保險每年度收支之結餘。
 - 三、保險費滯納金。
 - 四、本保險安全準備所運用之收益。
- 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。
- 第六十四條 政府得開徵菸酒社會健康保險附加捐，將收入提列為安全準備。前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。
- 第六十五條 政府應提撥社會福利彩券收益之一定比例，提列為本保險安全準備。

備。

前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。

第六十六條

本保險之資金，得以下列方式運用：

- 一、公債、庫券及公司債之投資。
- 二、存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構。
- 三、特約醫院建物整修及擴建之貸款。
- 四、其他經主管機關核准有利於本保險之投資。

第六十七條

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

第六十八條

保險人為辦理本保險所需之人事及行政管理經費，以當年度醫療費用總額百分之三點五為上限，編列預算辦理。

保險人為辦理本保險所需之設備費用及週轉金，由中央政府撥付。

第八章

罰則

第六十九條

投保單位未依第十六條規定，為所屬被保險人或其眷屬辦理投保手續者，除追繳保險費外，並按應繳納之保險費，處以二倍之罰鍰。

前項情形非可歸責於投保單位者，不適用之。

投保單位未依第三十條規定，負擔所屬被保險人及其眷屬之保險費，而由被保險人自行負擔者，投保單位除應退還該保險費予被保險人外，並按應負擔之保險費，處以二倍之罰鍰。

第六十九條之一

保險對象不依本法規定參加本保險者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰，並追溯自合於投保條件之日起補辦投保，於罰鍰及保險費未繳清前，暫不予保險給付。

第七十條

保險對象違反第十二條規定參加保險者，除追繳短繳之保險費外，並處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。

前項追繳短繳之保險費，以最近五年內之保險費為限。

第七十一條

違反第十七條、第六十條或第六十一條規定者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。

第七十二條

以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取

- 之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。
- 第七十三條 有下列情形之一者，除追繳短繳之保險費外，並按其短繳之保險費金額處以二倍至四倍之罰鍰：
- 一、第一類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額以多報少者。
 - 二、第二類、第三類及第六類被保險人，將其投保金額以多報少者。
- 第七十四條 特約醫院之保險病房未達第五十七條所定設置基準或應占總病床之比率者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰，並責令限期改善；逾期末改善者，按次處罰。
- 第七十五條 違反第五十八條之規定者，應退還收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰。
- 第七十六條 違反第六十二條規定者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。
- 第七十七條 本法所定之罰鍰，由保險人處罰之。
- 第七十八條 依本法所處之罰鍰，經書面通知限期繳納，屆期仍未繳納者，移送法院強制執行。
- 第九章 附 則
- 第七十九條 投保單位及保險對象實施具體預防保健措施著有績效者，保險人得予以獎勵；其獎勵辦法，由保險人擬訂，報請主管機關核定。
- 第八十條 主管機關為審議保險爭議事項，或保險人辦理承保業務及審查醫療給付，得向財稅機關或其他有關機關查詢，洽取保險對象與保險有關之文件資料。
- 第八十一條 被保險人參加職業災害保險者，其因職業災害事故所發生之醫療費用，由職業災害保險償付。
- 第八十二條 保險對象因汽車交通事故，經本保險提供醫療給付者，本保險之保險人，得向強制汽車責任保險之保險人代位請求該項給付。
- 第八十三條 本保險之財務收支，由保險人以營業基金方式列入年度預算辦理。
- 第八十四條 本保險之一切帳冊、單據及業務收支，均免課稅捐。
- 第八十五條 主管機關應於本保險實施二年內，提出執行評估及全民健康保險改制方案；改制方案應包括各項財源、被保險人負擔方式及保險人組織等建議。
- 第八十六條 本法施行細則，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。
- 第八十七條 本法第六十九條之一對第六類第二目被保險人於本保險實施一

年後，開始適用。

第八十七條之一 第三十條第三項、第三十八條第二項及第六十九條之一有關暫行拒絕給付之規定，於因經濟困難無力繳納保險費、滯納金或應自行負擔之費用者，不適用之。

前項因經濟困難無力繳納相關費用者之認定辦法，由主管機關定之。

第八十七條之二 主管機關得編列預算或由本保險安全準備貸與一定金額設置基金，以供經濟困難無力繳納保險費之被保險人申貸本保險保險費。基金之收支保管與運用辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定之。

前項基金之貸款作業要點，由保險人擬訂，報請主管機關核定之。

第一項由本保險安全準備貸與金額之利息，主管機關應編列預算撥付保險人。

第八十七條之三 投保單位或被保險人依本法八十八年六月二十二日修正施行前第三十條規定應加徵滯納金而未繳納者，自本法八十八年六月二十二日修正公布之日起適用本法規定。

第八十八條 本法除已另定施行日期者外，自公布日施行。

第八十九條 本法實施滿二年後，行政院應於半年內修正本法，逾期本法失效。

參考書目

壹、中文部分

一、書籍

Douglass C. North 著，劉瑞華譯，制度、制度變遷與經濟成就。

台北：時報，民國八十三年。

_____，經濟史的結構與變遷。台北：時報，民國八十四年。

王躍生，新制度主義。台北：揚智，民國八十六年。

內政部編，我國勞工保險老年給付改採年金制之可行性研究。

台北：內政部社會局，民國七十三年。

中央健康保險局編，全民健康保險業務手冊。台北：中央健康保險局，民國八十五年。

中央研究院經濟研究所編，全民健康保險相關問題研討會。台北：中央研究院經濟研究所，民國八十一年。

石本忠義著，藍忠孚、張雪真譯，西德、法國、加拿大之健康保險制度。台北：中國社會保險學會，民國七十八年。

行政院研究發展考核委員會編，各國社會保險制度。台北：行政院研究發展考核委員會，國七十三年。

_____，我國社會保險制度與社會保險支出之研究。台北：行政院研究發展考核委員會，民國七十八年。

_____，我國社會保險制度現況分析及整合問題。台北：行政院研究發展考核委員會，國八十二年。

徐立德，全民健保面面觀。台北：行政院新聞局，民國八十四年。

康國瑞，社會保險。台北：黎明，民國六十八年。

黃淑雅等，台灣地區實施全民健保二週年紀念特刊。台北：行

政院衛生署、中央健康保險局，民國八十六年。

黃文鴻等，全民健保—制度 法規 衝擊。台北：景泰，民國八十四年。

張博雅等，專業奇蹟 vs. 民眾迷思。台北：桂冠，民國八十六年。

楊志良主編，健康保險。台北：巨流，民國八十四年。

譚文海等，健康保險。台北：台灣省公共衛生研究所，民國八十三年。

劉在銓、葉鑫亮，健保下的陰影。台北：商周，民國八十九年。

蕭麗卿、彭德明，美國社會保險制度概要。台北：台閩地區勞工保險局，民國七十八年。

藍忠孚等，全民健保之評析與展望。台北：國家衛生研究院，民國八十七年。

龐建國，國家發展理論—兼論台灣發展經驗。台北：巨流，民國八十二年。

二、期刊

Robert A. Dahl 著，林立偉譯，「半世紀以來政治學的反思」，二十一世紀雙月刊，第 35 期（民國八十五年六月），152-158。

白培英，「我國社會保險之財政負擔」，保險專刊，第 32 輯（民國八十二年六月），5。

石曜堂，「全民健保制度的修訂」，健康 PLUS，1/2 月合併號（民國九十年一月），18。

呂建德，「全民健保體制改革芻議：治理組織的建立作為健保改革的核心問題」，國策專刊，第 17 卷（民國九十年五月），13-15。

沈富雄，「論全民健保的缺失與改革」，國策專刊，第 17 卷（民國九十年五月），2 -4。

吳冠衡，「為全民健保尋求一個永續運轉的契機」，全民健康保險雙月刊，第 32 期（民國九十年七月），6-9。

吳重慶與葉淑娟，「全民健保現況與回顧」，台灣醫界，第 44 卷，第 5 期（民國九十年五月），55-57。

- 周麗芳與陳曾基，「由經濟政策觀點檢視全民健保總額支付制度」，台灣醫界，第 44 卷，第 1 期（民國九十年一月），45-50。
- 林國明，「國家與醫療專業權力：台灣醫療保險體系費用支付制度的社會學分析」，台灣社會學研究，第 1 期（民國八十六年十二月），77-136。
- 黃明和，「全民健保之改革」，國策專刊，第 17 卷（民國九十年五月），5-7。
- 曾淑芬等，「對我國全民健保財務政策的評析與省思」，醫院，第 33 卷，第 4 期（民國八十九年八月），34-48。
- 張笠雲與謝幸燕，「醫療資源的成長與分布：制度面成因的思考」，人口學刊，（台北：台大人口研究中心），第 16 期，1994 年 7 月，頁 79-106。
- 張博雅，「全民健康保險政策」，理論與政策，夏季號（民國八十四年），15。
- 楊志良與林雨靜，「全民健保財務問題及因應對策」，國家政策論壇，第 2 卷，第 4 期（民國九十一年四月），204-208。
- 歐紫苑，「全民健康保險之探討」，台灣經濟金融月刊，第 25 卷，第 6 期（民國七十八年六月），33-39。
- 蕭子誼，「探討全民健保之自助互助性社會福利功能」，社會建設，第 76 卷，第 3 期（民國八十二年九月），6-8。
- 蘇建榮，「全民健保制度下門診醫療利用函數之估計」，保險專刊，第 57 輯（民國八十八年九月），81-91。

三、論文

- 白佳慧，「全民健康保險法合法化過程之研究」，碩士論文，政治大學公共行政系。民國八十四年三月。
- 林繼文，「創設、選擇與演化：制度形成的三個理論型範」，台北：中國政治學會年會。民國九十年。
- 許航瑞，「我國全民健保醫療支出問題的政經分析：一個新制度主義的觀點」，碩士論文，成功大學政治經濟學研究所。民國九十年十二月。
- 郭承天，「新制度論與政治經濟學」，台北：政治學報特輯，中

國政治學會，民國八十九年。171-198。

曾士恒，「台灣社會保險政策的政經分析」，碩士論文，成功大學政治經濟學研究所。民國八十七年一月。

黃豪聖，「台灣政黨轉型現象之研究—從新制度論角度分析」，碩士論文，東海大學政治研究所。民國八十八年七月。

楊昱琪，「醫院服務支付制度對住院醫療費用之影響」，碩士論文，逢甲大學保險學系。民國九十年七月。

葉蓉茹，「全民健保問題的重構與政策變遷」，碩士論文，東海大學公共行政研究所。民國八十六年七月。

劉瑞華，「新制度主義：返回大理論或經濟學帝國主義政治學？」，台北：中國政治學會年會。民國九十年。

顏忠漢，「全民健康保險憲法基礎及醫事合約法律爭執之研究」，碩士論文，中原大學財經法律學系。民國九十年。

四、報紙

王家銓，「社會安全制度，歐洲正頭痛，台灣正發燒」，聯合報，民國八十七年七月二十三日，版 15。

陳孝平，「從『資訊不對稱』看全民健保規範」，中國時報，民國九十年十月十二日，論壇。

楊志良，「對實施全民健康保險的省思」，聯合報，民國七十七年七月二十五日，11 版。

鍾年晃，「健保連年虧損，總統說要檢討」，聯合報，民國八十九年十月一日，版 6。

五、網路

GATT 之沿革，

http://www.moeaboft.gov.tw/global_org/wto/wto_2/wto_2.htm

中央健康保險局網站，<http://www.nhi.gov.tw/>

「全民健康保險與各國健康照護服務系統現況比較」，

<http://www.nhi.gov.tw/20download/images.files/chi11-08.doc>

「全民健保，健保全民」，

<http://www.nhi.gov.tw/20download/images.files/chi11-09.doc>

全民健康保險行政體系，

http://www.nhi.gov.tw/01intro/intro_2.htm

厚生會網站，http://minho.show.org.tw/hwe/hwec_c0.htm

「潛談全民健保總額預算制度」，

<http://www.lasikeye.com.tw/manazine/200106.htm>

貳、西文部分

(I) Books:

Collier, Ruth B., and David Collier, *Shaping the Political Arena*.

Princeton, NJ: Princeton University Press, 1991.

DiMaggio, Paul, and Walter W. Powell, “The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality,” in Walter W. Powell, and Paul J. DiMaggio eds., *The New Institutionalism In Organizational Analysis*. Chicago: the University of Chicago Press(1991), 63-82.

Glaser, W. A., *Health Insurance in Practice*. San Francisco: Jossey-Bass Press, 1991.

March, James G., and Johan P. Olsen, *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics*. New York: Free Press, 1989.

_____, *Rediscovering Institutions : The Organizational Basis of Politics*. New York: Free Press, 1989.

Meyer, John W., and Brian Rowan, “Institutionalized Organizations,” in Walter W. Powell, and Paul J. DiMaggio

- eds., *The New Institutionalism In Organizational Analysis*. Chicago: the University of Chicago Press(1991), 41-62.
- Peters, B. Guy, *Institutional Theory in Political Science: The “ New Institutionalism”*. New York: Pinter, 1999.
- Rutherford, Malcolm, *Institutions in Economics : The Old and the New Institutionalism*, Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- Scott, W Richard, “ Unpacking Institutional Arguments, ” in Walter W. Powell, and Paul J. DiMaggio eds., *The New Institutionalism In Organizational Analysis*. Chicago: the University of Chicago Press(1991), 164-182.
- _____, “ Institutions and Organizations: Toward a Theoretical Synthesis, ” in W. Richard Scott, and John W. Meyer eds., *Institutional Environments and Organizations: Structural Complexity and Individualism*. Thousand Oaks, CA: SAGE(1994), 55-80.
- Skocpol, Theda, “ Bringing the State Back In: Strategies of Analysis in Current Research, ” in Peter Evans, et al., *Bringing the State Back In*. New York: Cambridge University Press(1985), 3-37.
- Thelen, Kathleen, and Steven Steinmo, “ Historical Institutionalism in Comparative Politics, ” in Steven Steinmo eds., *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. New York: Cambridge University Press(1992), 1-33.

(II) Periodicals

- Cammack, Paul, "The New Institutionalism: Predatory Rule, Institutional Persistence, and Macro-Social Change," *Economy and Society*, vol. 21, no. 4(1992), 398-429.
- Clark, William R., "Agents and Structures: Two Views of Preferences, Two Views of Institutions," *International Quarterly*, vol. 42, no. 2(1998), 245-270.
- Gorges, Michael J., "New Institutional Explanations for Institutional Change: A Note of Caution," *Politics*, vol. 21, no. 2(2001), 137-145.
- Habermas, Jurgen, "Three Normative Models of Democracy," *Constellations*, vol. 1, no. 1(1994).
- Hall, Peter A., and Rosemary C R. Taylor, "Political Science and the Three New Institutionalisms," *Political Studies*, vol. 44, no. 5(1996), 936-957.
- _____, "The Potential of Historical Institutionalism: a Response to Hay and Wincott," *Political Studies*, vol. 29(1998), 958-962.
- Hay, Colin, and Daniel Wincott, "Structure, Agency and Historical Institutionalism," *Political Studies*, vol. 46, no. 5(1998), 951-957.
- Hees, Martin Van, "Explaining Institutions: A Defense of Reductionism," *European Journal of Political Research*, vol. 32, no. 1(1997).
- Immergut, Ellen M., "The Theoretical Core of The New Institutionalism," *Politics & Society*, vol. 26, no. 1(1998), 5-34.
- Kato, Junko, "Review Article: Institutions and Rationality in Politics Three Varieties of Neo-Institutionalists," *British*

- Journal of Political Science*, no. 26(1996), 533-582.
- Koeble Thomas A., "The New Institutionalism in Political Science and Sociology," *Comparative Politics*, vol. 27, no. 2(1995), 231-243.
- March, James G., and Johan P. Olsen, "New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life," *American Political Science Review*, vol. 78(1984), 734-749.
- _____, "The New Institutionalism : A Critical Appraisal," *Public Administration*, vol. 74, no. 2(1984), 181-197.
- Norgaard, Asbjorn S., "Rediscovering Reasonable Rationality in Institutional Analysis," *European Journal of Political Research*, vol. 29, no. 1(1996), 31-57.
- Ostrom, Elinor, "An Agenda for The Study of Institutions," *Public Choice*, vol. 48(1986), 3-25.
- Remmer, Karen, "Theoretical Decay and Theoretical Development: The Resurgence of Institutional Analysis," *World Politics*, vol. 50(1995), 34-61.
- Robertson, David B., "The Return to History and The New Institutionalism in American Political Science," *Social Science History*, vol. 17, no. 1(1993), 1-17.
- Rustow, Dankwart, "Transitions to Democracy," *Comparative Politics*, vol. 2, no. 3(1970), 337-365.
- Selznick, Philip, "Institutionalism 'Old' and 'New' " *Administrative Science Quarterly*, vol. 41(1996), 270-277.