

試析我國健保之爭議與未來修法之方向

林柏翰¹

要 目

壹、前言

貳、健康保險之探討

- 一、健康保險的定義
- 二、健康保險之給付類別
- 三、全民健康保險-社會保險

參、全民健保保險制度之研討

- 一、全民健康保險下之法律關係
- 二、健保強制納保制度之探討
- 三、一代全民健保法授權明確性之研究
- 四、一代健保法之地方及中央補助爭議
- 五、一代健保醫療支出之探討
- 六、全民健保立法之探討

肆、一代健保之弊端

伍、一代健保與一點五代健保之比較

- 一、法律面
- 二、制度面

陸、未來一點五代健保法建議

- 一、六類十四目之刪除
- 二、財政問題之改善
- 三、健保法代位之概括
- 四、醫療資源分配
- 五、社區醫療制度妥善規劃
- 六、專業取代政治

柒、參考文獻

¹ 國立台灣政治大學風險管理暨保險學系法律組博士班，國立海洋大學海洋法律研究所碩士

中文摘要

全民健康保險之修法乃是相當迫切之議題，鑒於健保財務之赤字及面臨破產邊緣等諸多問題，一再顯示一代健保有諸多缺失。然修法後之一點五代健保之制度能否完全解決一代健保面臨之問題，不無疑義。

本文將對一代健保及一點五代健保之爭點逐一分析比較，首先從憲法面探討藉大法官釋字對於健保法之解釋，以檢視健保法法條之合憲性，接著從法律面(新建保法)之修法內容及修改的制度來檢視現行之全民健康保險制度，尤其針對健保財務之收入及給付以及醫療資源浪費之問題，提出未來二代健保修法建議，以期釐清社會保險之概念及原則。

關鍵字：全民健保法、社會保險、大法官釋字、保險給付、醫療給付、醫療資源、一代健保、一點五代健保、二代健保。

Abstract

The modification of national health insurance is a rather urgent issue , due to the financial deficit and the insolvency of the government , whether the “1.5 version”of national health insurance can practically resolve all the problems at once remain unclear.

This article will analyze each and every issue of the “original version” and “1.5version” national health insurance , which includes the constitutional basis ,the national health insurance law, the essence of social insurance...etc. Furthermore, this article particularly focus on the solvency issue and the utilize of medical resources issue , thus to address probable innovative methodology for future reference.

Key words: national health insurance, social insurance, constitutional basis, solvency, medical resource.

試析我國健保之爭議與未來修法之方向

壹、前言

全民健康保險制度自開辦來，及多有爭議，究其目的乃確保國民獲得預防保健、門診、住院、居家照護及社區復健等完整的醫療照顧，進一步去除國民就醫上之財務障礙，給予社會弱勢人口（如老人、低收入戶、兒童及殘障者）較以往更為便利且經濟的醫療資源，使社會中弱勢貧困人口免除就醫之障礙，減少社會部份家庭因病而貧的困境，提升我國社會福利，是我國醫療史上重要之制度。²

然我國全民健康保險制度並非完善無瑕，實施以來存在諸多問題，除待修正改善外，更面臨著能否永續經營的危機，而不得不進行大規模之改變。為因應健保改革議題，以達一個完整的全民健保體制，2001 年 7 月 1 日政府當局於行政院成立了「二代健保規劃小組」，目的在為現行全民健康保險制度進行結構化之檢視與提出具體之改革規劃與政策建議。³

鑒於健康與個人的生活息息相關，人們對於健康意識之提昇與追求，政府為大規模改革現行健保制度，通過了新一代之「一點五代健保」，所謂一點五代健保乃將原本之一代健保部分修正，僅對一代健保法之主要架構進行修正，並非通盤全面修訂為新架構之「二代健保」；是以，實有必要將一代健保及一點五代健保作比較，藉由探討來釐清兩者之異同、優缺，提供大眾健全之健保知識與觀念，以期給予健保相關當局對於二代健保法修正之參考。直至 2011 年 1 月 26 日方才通過，充其量仍屬於一代健保之修訂版本，未來仍有許多尚未釐清之問題有待解決。

貳、健康保險之探討

健康保險之概念，包含相當多之專業領域，以我國全民健康保險而論，其中即包含憲法、保險法、保險學、精算、風險管理、專業監理、醫學、行政學等相當廣泛之概念。下列將先從健康保險之定義、給付方式等進行論述，進而延伸探討我國全民健康保險之內涵：

一、健康保險的定義

所謂健康保險乃基於政策上的考量及需要，其業務多由國家負責經營管理，並負擔部分經費，採強制投保方式，透過大數法則，勞資雙方分擔保險費，期以最少費用，發揮最大保護與互助作用，將發生於少數人的傷病危險或生產，藉組織機能，將經濟風險分散於大眾，俾獲得經濟上的補償及身體健康的恢復，以維護勞動力⁴。有論者認為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，各國大多經由社會立法，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；也可以說是一種運用保險技術，由保護受僱者推及全民，以達成防貧作用，維護

² 吳凱勳，健康保險概論，三民書局，五版，1992 年 8 月，頁 92-94。

³

⁴ 柯木興，社會保險，中國社會保險學會，修訂版，1996 年 8 月，105 頁。

國民身心健康為目的的社會安全措施或福利互助組織。而從上述之健康保險觀念，我國全民健康保險之目的可分述如下：⁵

(一)確保國民均享有醫療照顧之基本權利：

全民健康保險可使全體國民均有享受醫療照顧的基本權利，並對所有國民提供較高水準的醫療服務而獲得公平的照護。由於醫療費用之日趨昂貴，若無健康保險，則勢必惟有少數人才有能力負擔，普遍國民無力負擔，固在罹患傷病時，並非全體國民均可接受各項醫療照顧；為使多數國民均能享受一般水準的醫療服務，唯有實施強制性健康保險，才能使大多數人藉由強制投保而受到基本醫療照顧的保障。

(二)改善低收入者所接受的醫療服務較低：

鑒於低收入者的身體狀況通常較一般人為差，而且經常罹患疾病，無能力負擔高額醫療費用。建立強制性健康保險制度，透過所得從分配之概念，使低收入者能得到較合理的醫療照顧，必能減少其醫療費用支出，及促進其身體健康。

(三)發揮更大的所得從分配效果：

為使國民之中低收入者與高收入者能獲得相同的醫療效果，在全民健康保險制度下，不論被保險人繳納保險費的高低，均可獲得相同的醫療照護。且因低收入者通常罹病率較高，而更有機會接受醫療服務。同時由於全民健康保險為強制投保之概念，並不會只有罹病率高亦或是低收入來參加承保(高風險群)存在，因此沒有保險上所謂「逆選擇(adverse selection)」之情況產生。此為一極重要之社會保險概念；健保所承保之危險，觀念上應具有相當之「同一性」，多數面對相同危險之人，透過訂定保險契約(或參加全民健保)，在經濟上成為一危險共同體，在同一危險共同體中，成員均面臨相同或類似之危險⁶(生病或醫療需求)。

(四)過往醫療保健制度的改善：

鑑於過往醫療制度存有一些缺失，如醫療資源分配不均、醫療費用不斷上漲、醫療浪費及不當的醫療服務等，又對傳統按量計酬制、藥品經營的壟斷及不當的民營健康保險等須嚴加檢討。為期能有效改進現行醫療保健制度，實施強制性健康保險制度，對於過往醫療保健制度所存在的部份缺失，達到改善之效果。

二、健康保險之給付類別

健康保險的種類，依給付型態分類有：(一)現金給付、(二)醫療給付(包括門診與住院給付在內)、(三)眷屬醫療給付三種。依給付種類分類有：(一)生育給付、(二)疾病給付、(三)傷害給付、(四)醫療給付；前三類係現金給付，至於被保險人因罹患傷病或生育接受醫療照護時，則屬醫療給付範圍。

就上述之三種醫療給付方式，對被保險人而言，第一、二種(直接、間接服務)方式受益稱便，但較易發生弊端，故一般國家均採醫療費用部分負擔制，俾

⁵同上註，339頁。

⁶江朝國，保險法基礎理論，瑞興書局，2003年9月，23頁。

以補偏救弊。至於第三種方式，因被保險人須事先籌付醫療費用，易對重病或中低收入患者造成困擾，甚至可能延誤到病情，然相對而言醫療資源浪費情事則較少發生。

我國全民健康保險之目的從過往之「避免因病而貧」，演變至以「實現全民健康」為宗旨。易言之，全民健康保險不僅是對疾病提供醫療，更提供全面性的醫療保健服務。

三、全民健康保險乃社會保險

所謂社會福利制度乃藉由「社會保險」與「社會救助」所建構⁷，此為國家應執行之政策。當國家在實施社會福利制度時，其可選擇由國家直接編列預算，對於貧病、老弱、殘廢或無力謀生及遭受非常災患者，予以救濟之社會救助福利制度，此種經費直接來自於全國之稅收，學者稱為「垂直式社會安全制度」⁸；另外，國家亦可採用保險原理，經由立法強制具有一定資格的人民投保，一方面使得個人、團體乃至政府成為一危險共同體，另一方面要求保險參加人必須依法交付保險費，始得將其生活上可能遭遇之危險移轉於承保機關，此種形式的社會制度已由國家單向的給與，轉變為被保險人與承保機關間互為對待給付，學者稱之為「水平式的社會安全制度」⁹，公務人員保險、勞工保險及健康保險等，為此水平式的社會安全制度的一環。而我國全民健康保險有別於其他之健康保險乃國家界由保險原理，運作「危險共同體」及政府強制投保之「對待給付」概念。

參、全民健康保險制度之檢討

一、全民健康保險下之法律關係

全民健保之法律關係屬於三方面之關係，分別為中央健保局、醫事服務機構與被保險人，中央健康保險局與公私立之醫療服務機構簽定醫事服務機構合約，由該等醫療機構提供醫療給付予被保險人。然其法律關係複雜屬於「公私法併行」之法律關係，其理由如下：

(一)全民健康保險局對公私立醫療機構之法律關係(大法官釋字五三三號解釋)

該契約之性質，依照大法官釋字五三三號解釋，認為中央健康保險局屬於具有單獨法定地位之組織，為行政程序法第二條之行政機關。而其為履行全民健康保險法之法定職務，並達成全民健康保險法中對被保險人為對待給付之目的，遂由中央健康保險局與公私立

⁷ 施文森，論社會保險權益之性質，收錄於司法院大法官釋憲五十週年紀念論文集，1998年9月，642頁。

⁸ 張道義，司法院大法官解釋第二四六號與第三一六號的探討：公務人員保障法與憲法的互動關係，憲政時代第二十三卷第二期，1987年10月，60頁。

⁹ 同上註。

之醫療機構簽定醫事服務機構合約，由該等醫療機構提供醫療給付予被保險人。該合約其目的為中央健康保險局為達其行政目的所為之契約，是固，中央健康保險局與醫療服務機構之法律關係之「特約關係」係屬「行政契約」並無爭議。

(二)公私立醫療機構對被保險人(一般民眾)之法律關係

存在於公私立醫療機構與被保險人(一般民眾)之法律關係即所謂的「醫療關係」，誠如上述特約醫事服務機構處理健保業務之義務是基於特約行政契約之關係，奇對象為健保局，而非保險對象(一般民眾)；公私立醫療機構就從事醫療行為時與病人之間需締結一醫療契約作為其請求醫療照顧的依據。即公私立特約醫事服務機構是基於此私法醫療契約而對於病患有提供具體醫療服務之義務，對於健保局乃基於健保合約負有使此醫療服務合乎健保要求水準之義務。民眾基於私法醫療契約所產生之支付醫療費用之義務，則由健保局於符合規定之範圍內予以承擔¹⁰。而醫療契約之法律關係，依通說¹¹屬民法上「委託」或「類似委託」契約之概念。

(三)全民健康保險局與被保險人間之法律關係

社會保險中之法律關係乃是由高權作用(強制投保)單方面所形成，而非基於雙方當事人合意而產生，然又因其特殊的「對待給付」及「危險共同體」之保險內涵，導致學說上之意見分歧，一般而言分為三種「公法契約說」、「行政處分說」、「法定權利義務關係說」，通說為後者「法令權利義務關係說」認為其最能兼顧健保實務、法律學說之體系以及法政策之衡平。¹²

誠如上述，全民健保之法律關係實際上包含公法及私法領域，其三方法律關係交互影響下，更加複雜，舉例來說，醫療契約之內容通常乃私法上契約之問題，由醫療單位及病人雙方合意，然在全民健保下，該契約關係是受到健康保險法之規定及約束，此乃公法之性質，有此可知，全民健保係屬「公私法併行」之法律關係。

二、健保強制納保制度之探討(大法官釋字四七二號解釋)

我國一代全民健康保險法第十一條之一規定(一點五代健保第八條)，符合第十條規定之保險對象，除有第十一條所定情形外，應一律參加本保險。及第六十九條之一(一點五代健保法第九十一條)規定，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。是為全民健康保險強制納保條文。

¹⁰ 蔡維音，社會國之法理基礎，正典出版社，2001年7月，頁196-197。

¹¹ 陳聰富，醫療法：第四講醫療契約之法律關係(上)，月但法學教室，72期，頁92。

¹² 蔡維音，全民健保行政法律關係，成大法學，第4期，10~11頁。

按憲法規定，人民有納稅、服兵役及受國民教育之義務，然其並無規定人民有參加全民健康保險之義務，此強制投保似乎強制加諸義務於人民。而憲法增修條文第十條第五項規定：「國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展」，該條文之意旨及精神係課予國家之義務而非課予人民之義務。因此，強制納保似乎有違憲之虞，司法院大法官會議據此作成釋字四七二號解釋。

然該號解釋對於全民健康保險的實施，侵害既有其他社會保險人的權利部分，以「增進公共利益所必要，難謂有違信賴保護原則」理由，而將立法者藉由全民健康保險之立法，將人民依公保、勞保及農保等社會保險制度已繳納保費而得請求對待給付相關侵害事項合法化，顯然在程度上將社會保險制度之對待給付觀念，錯誤認定社會保險的相關權利為國家單方式的給予人民福利之給付的錯誤認知，該號解釋對全民健康保險法之討論如下：

(一)闡明全民健康保險之憲法依據：

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之基本國策。全民健康保險法即為實現上開憲法規定而制定。立法機關自得制定符合上開憲法意旨之相關法律。

(二)強制納保規定不違憲：

健保法第十一條之一、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，國家為達成全民納保，以履行對全體國民提供健康照護之責任所必要，符合憲法推行全民健康保險之意旨，應無逾越憲法第二十三條規定之必要程度。

(三)課徵滯納金之規定不違憲，然不妥：

同法第三十條有關加徵滯納金之規定，係為促使投保單位或被保險人履行公法上金錢給付之義務，與前述強制納保均係實現全民健康保險之合理手段，應無逾越憲法第二十三條規定之必要程度。然在被保險人無力繳納保費時，國家機關此時應為適當之調查，並對於適合相當資格之人予以保費上之補助，而非不明究理即一概課予滯納金。此種立法，將使得財務上有困難之人民，也會被課予滯納金，而更加深其窮困之情況。總而言之，滯納金之設計並不違法然並不洽當。究其是否有違反比例原則不無疑義。

(四)全民健保之實施並不違反信賴保護原則，理由欠妥，應考量無縫接軌：

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。公務人員、勞工、農民已依公務人員保險法、勞工保險條例及農民健康保險條例規定分別參加公務人員保險、勞工保險、

農民保險，復依全民健康保險法規定，須參加全民健康保險，係基於整合公、勞、農保之醫療給付，建立全國單一、公平之健康保險體系之目的，具有促使醫療資源合理分配，發揮社會保險之功能。此種強制性之社會保險，其保險之條件係由法律規定，一體實施，依個人意願參加之保險契約有間，立法機關權衡社會發展之需要，制定或修改法律，變更各項社會保險之規定，建立符合憲法意旨之社會安全制度，不生違背信賴保護利益之問題。又國家若單方面就社會保險法規所為不利現有被保險人之修正，應不生溯及既往之效力¹³，否則將有違信賴保護原則，因此，全民健保法對於其實施前有有效存在之各種社會保險中，有關醫療給付之部分，應當與公、勞、農保為適當之銜接與調和，及所謂之「無縫接軌」，將對於發生之侵害降至最低，以保障上開保險之被保險人之權益。

(五)強制納保及滯納金之繳交是否有違反比例原則之疑異，必須檢驗其是否符合憲法第二十三條及其所蘊含之原則：

憲法第二十三條規定，憲法中所列舉之自由權利，除為防止妨礙他人自由、避免緊急危難、維持社會秩序或增進公共利益所必要者外，不得以法律限制之。因此，憲法第二十三條規定，以反面解釋之，如為增進公共利益所必要者，自得以法律限制人民之自由與權利。釋字第四七二號解釋，對於一代全民健康保險法第六十九條之一及三十條(二代健保法第九十一條及三十五條)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，且國家為達成全民納入健康保險，以履行對全體國民提供健康照護之責任，符合憲法增修條文第十條第五項國家應推行全民健康保險之意旨，是以，全民健康保險「強制納保」應無逾越憲法第二十三條規定之必要程度，然就繳交滯納金之部份，誠如上述對於需要繳交滯納金之被保險人，不論原因為合而一概徵收，其方法是否為唯一必要之手段，實際上有待商榷。

三、一代全民健保法授權明確性之研究(大法官釋字第五二四號解釋)

釋字第五二四號解釋，涉及全民健保法的保費支付項目的行政命令，大法官認為其逾越了授權範圍。其討論如下：

(一)授權明確性原則及法律保留(釋字五二四之理由書)

依照釋字五二四號解釋該條文之規定違反所未授權明確性之原則¹⁴，本案多數大法官認為全民健康保險特殊診療項目及藥材事前審

¹³ 施文森，論社會保險權益之性質，軍法專刊，第四十五卷第十期，1999年10月，2~3頁。

¹⁴ 大法官解釋第五二四號理由書：全民健康保險為強制性之社會保險，攸關全體國民之福祉，故對於因保險所生之權利義務應有明確之規範，並有法律保留原則之適用。若法律就保險關係之內容授權以命令為補充規定，其授權應具體明確，且須為被保險人所能預見；倘法律並無轉委任之授權，該機關即不得委由其所屬機關逕行發布相關規章。授權主管機關依一定程序訂定法規命令以補充法律規定不足者，該機關即應予以遵守，不得捨法規命令不用，而發布規範行政體系內部事

查作業要點、全民健康保險高科技診療項目及審查程序作業要點為之替代，於法律保留原則尤屬有違，認定前揭命令皆屬違憲，並訂出落日條款，要求有關機關依各該規定所發布之函令與本解釋意旨不符部分，均應檢討修正。

(二)一代全民健保法對於承保及給付範圍之授權明確性界定

凡保險，承保範圍包括承保事故與給付範圍，應於保險契約成立時預為明確界定，而給付方式則可按承保事故所致之損害由保險人酌定。就社會保險而言，其承保範圍有法律保留原則或授權明確性原則之適用；對於給付方式，若仍堅持同一原則，必僵化賠案處理，於實際運作亦不可行，此尤於採用醫療服務為給付方式之健保為然。又在社會保險下，縱使國家基於財政政策上之理由或社會福利之考量，亦不得做出任何不利於被保險人之單方面修正，否則應不生溯及既往之效力，蓋被保險人以給付對價而獲得之保障，豈非任容義務人（健保局）以一己之意思予以剝奪¹⁵。

四、一代健保法之地方及中央補助爭議(大法官釋字第五五零號解釋)

一代健保中於第二十七條第一款第一、二目及第二、三、五款規定地方政府負擔一定比例保險費，然該規定是否與地方自治有所抵觸，不無疑義；大法官釋字五五零號解釋認為並不違憲，理由書中提到：於不侵害其自主權核心領域之限度內，基於國家整體施政之需要，對地方負有協力義務之全民健康保險事項，中央依據法律使地方分擔保險費之補助，尚非憲法所不許。另外，理由書中指出中央政府於制定法規中應給予地方政府充分參與，表達意見之機會，以避免片面決定之問題，看似並無不妥。然中央與地方政府就健保保險費補助款一事所生之爭議，並未因為釋字第五五〇號解釋作成後而停歇，其中更多達四位大法官對於解釋文提出不同意見，其爭點由原本爭執之「地方自治團體要不要負擔健保保費補助款」並無不妥(如上述)，變成「地方自治團體雖要負擔，但究竟應負擔多少」的爭執。蓋大法官功能為解釋合憲性而並非造法，固實質上對於一代健保而言該解釋對於地方跟中央之問題並無有效之解決。

項之行政規則為之替代。

¹⁵ 施文森，試析健保財務缺口之成因，二代健保法案論壇，國立政治大學法律學院主辦，2010年5月21日，131~132頁。

五、一代健保醫療支出之探討

現行全民健康保險對特約醫事服務機構之支付制度中，對個別院所之支付基準方面，主要以論服務量計酬（一代健保法第五十條¹⁶）搭配同病同酬制度為主（一代健保法第五十一條第二項¹⁷）；在總體支出方面，則建立全民健康保險總額支付制度（一代健保法第四十七條¹⁸），藉以控制全民健康保險總體預算。

（一）論服務量計酬及同病同酬

（1）論服務量計酬（個別）

論服務量計酬是依醫療提供者實際提供醫療服務之種類及數量支付費用，適用於門診及住院診療，是目前最廣為運用之支付方式。該制度使醫師專業知識受到尊重，醫師可根據病人病情調整診治內容。同時醫師報酬與服務量相關，較不會省略必要的服務。然而其缺點為：第一，因廉價甚至免費的醫療給付，缺乏節約誘因，易導致醫療資源之浪費。第二，支付標準若未適切的反應成本，醫師易選擇報酬率高之服務項目提供或申報。導致浮報、詐領之漏洞存在。第三，有鑑於醫療項目繁多及複雜，單價價格訂價困難，支付標準難使病患與醫生滿意。第四，由於是採服務量計酬，醫生不論病情皆安排病人多次回診，以期增加服務量，導致所謂「養病人」的怪象，最後，因為上述進而導致醫療費用成長難以估算及控制。

（2）論病計酬或稱診斷組合（DRG¹⁹）付費（個別）

其優點為，第一，可以定義醫院的產品，有利管理與醫療服務利用之審核及品質確保。第二，實際反應不同醫院的病例組合之差異。第三，相對於論人計酬支付而言，醫療酬勞與醫療服務產出的關聯程度較高，醫療品質比較不受影響。而其產生之缺點有，第一，要將所有的病例歸入詳細的診斷關聯群（DRGs）中，會造成分類項目太多；分類項目太少則又容易產生歸類的困難。第二，在同一診斷關聯群中，病例之嚴重度差異無法列入考量。第三，醫師會產生逆選擇（adverse selection）行為已減低其應付之責任，在同一類病例中傾向治療病情較輕的病人，

¹⁶一代健保法第五十條：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。

¹⁷ 一代健保法第五十一條第二項：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。

¹⁸一代健保法第四十七條：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。

¹⁹ DRG(Diagnosis Related Groups)診斷關聯群，每位出院的病患可以分派為一種 DRG，而 DRG 的分類則是依照疾病擁有相似醫療耗用量（治療與處置）組合在一起，以便改善以往論量計酬的支付方式。

甚至導致各醫師互「踢皮球」之情況。第四，將導致醫師減少對病人提供需要之服務，進而影響醫療品質(然藉由搭配服務量計酬可維持一定之醫療品質)。第五，將導致醫師故意申報錯誤的病例類別，以獲取較高的利潤。

(二)總額支付制度(總體)

總額支付制度是一種前瞻性支付制度，透過付費者與醫療供給者，就特定範圍的醫療服務，預先集體協商，協定未來一段時期(通常為一年)內健康保險醫療服務總支出(預算總額)，以酬付該服務部門在該期間內所提供的醫療服務費用，並藉以確保健康保險維持財務收支平衡的一種醫療費用支付制度。一般總額預算可以分為兩種:支出上限制(Expenditure cap)²⁰以及支出目標制(Expenditure target)²¹，我國屬前者；

而總額支付制度之優點為:第一，醫療費用的成長可以控制在合理範圍內。第二，醫事服務提供者由於預知全年預算總額，可減少以量取酬的誘因，並配合醫療院所及醫師檔案分析的運用，可使服務行為合理化。第三，在固定年度總額的前提下，醫事服務團體可以自訂支付標準及主導專業審查，專業自主權得以提升；另一方面可促進同儕制約，使醫療行為趨於合理。第四，藉由付費者與供給者共同協商，加強雙方成本意識，並使雙方權益顧及平衡。

然其產生之缺點為:第一，參與協商的各方，如不具備充分的協調能力與準備，難使協議順利達成。第二，總額支付制度必須配合其他支付基準(如論人計酬、論病例計酬等)，否則難以鼓勵醫師改變診療行為，使之趨於合理。第三，醫療服務提供者自主審查，如審查制度不健全，可能引起劣幣驅逐良幣的不公平現象。第四，如事前缺乏完整的監控機制，則服務品質可能受到影響，導致被保險人的權益受損。

(三)一代健保支出制度之針砭

從整體面而言全民健保財源是以「隨收隨付」短期財務平衡方式處理，不累積盈餘，祇維持法定安全準備。依其規定，健保保險費率依支出精算，是一種「量出為入」的理念，並以五年為一精算週期，若實際費率無法按平衡費率收取，健保財務短絀在此制度下是必然發生的情形，此乃「量出為入」之概念，也是健保財政困難的根本原因之一。

從論服務量計酬制度而言，其缺點乃一代健保最大的漏洞，由於社會保險之概念未植於民眾心中，普遍民眾認為繳交保費若沒有去看病則屬賠錢之認知(不

²⁰即預先依據醫療服務成本及其服務量的成長，設定健康保險支出的年度預算總額，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，每點支付金額將降低，反之將增加。由於固定年度總預算而不固定每點支付金額，故可精確控制年度醫療費用總額。

²¹即預先設定醫療服務支付價格及醫療服務利用量可容許的上漲率，當實際醫療服務利用量低於預先設定的目標值時，年度預算將會有結餘，但實際醫療服務利用量超過目標值時，超出部分的費用將打折支付，以適度反映醫療服務變動成本；因此實際支出可能超出原先設定目標。

領保險給付就吃虧)²²，有所謂「就醫還本」「不看可惜」心態產生，非慢性輕症²³之情形尤其嚴重。再加上，醫生為了增加服務量導致不斷安排病人(不論有無生病)回診，以及故意選擇較高單價之藥品或利潤高或補助高之藥品，嚴重扭曲社會保險風險分擔之制度，造成醫療浪費，更加劇財政負擔，若未來並無改善，健康保險將面臨破產之考驗。就二零零九年統計，高達百分之六十六²⁴之支出比例來自於門診，高出住院費用許多。

就總額支付制度而言，由於財務赤字導致健保局需要有效抑止醫療費用之增加，總額支付制度及加強審查等方法造成醫療機構就其醫療行為受到限縮，健保給付與否、是否有特殊要件等因素，造成醫師之醫療決定取決於健保審查規範，而非專業醫術之建議，如此造成普遍醫療品質下降，同時也會造成醫療上之困難。²⁵

六、全民健保立法之探討

全民健保乃社會保險，其推行乃依照為憲法增修條文第十條第五項所揭示國家的基本國策。其目的乃希冀照顧全體國民之身體健康此乃社會上之公共利益。雖然全民健康保險並非一般之商業保險，並不是用保險監理之概念，然保險監理之學說及概念或有可有借鏡之處。按全民健康保險法規，其規定應以全國人民之利益為考量，此即「公共利益」，不論法規的訂定及修法內容為何，其目的僅止於增進社會福祉與大眾權益。然而我國全民健康保險法修法過程及內容似乎有政治凌駕專業之趨勢，全民健康保險法規成為政府機關行政院(修法)及立法院(審查法案)之政治策略及政治角力之展現，使二代健保早從 2001 年成立二代健保規劃小組，直至 2011 年才修法通過一點五代健保，究其原因；政治凌駕專業為當前之趨勢，我國全民健康保險法規不應受到政治力之影響，其應以公共利益為唯一之考量因素，然我國監理機關不論是修法機關或是審查法案機關接受制於政治因素，基於政治要求、政黨利益或特定選民之訴求，挾公共利益之名，考量到自身之利益，導致「調漲保費」變成政治包袱，造成法規審查為個人特殊利益而非公眾利益。(查健保審查版本甚多:國民黨版、楊志良版、民進黨版、蔡同榮版之怪象)；此外，該法規更成為立法者爭取「支持極大化」(maximizing political support)之目的，將法規視為贏得政治支持或取得更高政治地位之工具。藉由法規之訂定來獲取政治支持，將政治支持優於公共利益為考量，也導致修法後之一點五代健保無法妥善改善健保之缺漏(詳見下列一點五代健保之優缺點)。

²² 江朝國，社會保險、商業保險在福利社會中的角色，月旦法學雜誌，179 期，2010 年 4 月，94 頁。

²³ 所謂非慢性輕症之情況，乃該病情並無住院之必要，生理上之疼痛並非無法忍受，其診療時間快，甚至不需要診療即可痊癒。

²⁴ 中央健保局，http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_9463_2_健保-伍_9810pdf。參訪日期:2010 年 3 月 25 日。

²⁵ 陳俞沛，全民健保法律關係與責任歸屬之變遷，台灣法學，第 163 期，42 頁。

七、一代健保之弊端

一代健保除上述憲法層面及給付層面及立法層面檢視外，其實務上所面臨到的問題，也同樣是二代健保修法之必要重點，固有必要提出來討論，其實踐上之弊端如下：

(一)被保險人分類複雜：現行全民健保保險對象分為六類十四目；致使保險對象在同一保險制度下轉換工作、居住地、或變更眷屬之投保身分時，投保單位或保險對象亦須向中央健保局辦理轉出、轉入手續，俾以計算應納保費，造成民眾、投保單位與健保局皆須面臨各項繁雜的申報手續。分門別類表面上似未涉及就醫權益，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，至於其他負面影響更是不容忽視。

(二)健保局定位混淆：全民健康保險之被保險人(一般民眾)期盼於一定醫療品質下，醫療費用總額最小化，而醫療服務機關則希望醫療費用總額最大化；中央健康保險局未求兼顧，造成其角色混淆與衝突。依一代健保法第六條規定：「健保局為本保險之保險人，辦理保險業務；保險對象發生疾病、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。」中央健保局須確保保險對象受到醫療給付，另一方面又須提供保險醫事服務機構合理的醫療給付費用，兩者間平衡困難。

(三)財務結構脆弱：一代健保費中各類被保險人之保費計算基礎與分擔比率不同，故容易產生互相比較，進而要求從優比照。又被保險人之眷屬採論口計費，使相同所得但眷口數較多之者，負擔較輕，無子之結婚家庭負擔較重；另外，眷屬可依附所得較低一方之被保險人投保，以降低保費負擔，這也容易造成有相同總所得之雙薪家庭，但保費負擔水準卻不同的現象。此乃量出為入所造成之結果。

(四)保費公平性：按現行投保金額及保險費，依法分別有薪資所得、營利所得、執行業務所得、本俸、自行申報、平均定額及限定金額多種。在「多元化」的投保方式下，部分高收入者「依法」即得以低薪投保或繳交低額保費，將收入藉由其他方式(股利、租賃、利息等)規避，以降低需要投保金額，此即所謂「地下經濟」；然實際上大部分較低收入者及勞工被迫以實際薪資投保；而收入高但是以其他方式規避之高所得者卻繳交相同或致較低之保費，如此投保金額與實質收入高低無必然關係，似乎欠缺公平性。

(五)欠缺醫療品質：我國的醫療服務掛號耗時、候診耗時，領藥耗時，但醫師問診與為病人說明病情與治療方案之時間卻短。如此造成醫病溝通不良，醫療品質不被重視。

(六)醫療浪費：大部分民眾認為多看多賺，加上醫師未能導正其觀念，甚至提供

過多醫療服務。進而引起不必要之就醫及藥品過度利用等現象，也導致就醫次數及醫療費用支增長。另外，「藥價差」的形成，乃健保局核定一基準藥價給付醫院，醫院以低價向藥商購入該藥品，其中差額就形成藥價差。由於自由市場運作的關係，購入大量藥品的大醫院必然可以用相對較低之價格購藥，其中間產生相當龐大之利潤，也就俗稱的藥價黑洞。

(七)健保代位之問題:

保險代位訂於健保法第八十二條規定²⁶，允許健保之保險人對於汽車交通事故、公共安全事故、其他重大安全事故、公害、食品中毒事件等之責任保險人代位行使，然對於其他事件卻沒有規定，即表示健保之保險人無權代位，然對於一般投保人壽保險之被保險人，除了享受健保之優惠外，另外受有人身或財產保險之給付，是否有雙重利益取得之虞。另外，若發生八十二條規定以外之事由，而該事由乃其他保險所承保範圍，該被保險人之大部分金額由健保負責，其他保險僅需給付剩餘之金額，是否進而導致健保資助保險公司之情形。又，健保局就可代位之部分，是否真的於實務上代位取得，因此造成健保局與保險公司之間仍尚未釐清之債權債務關係，最後成為呆帳(舉例來說:破產之國華產物保險公司，積欠健保局近三千萬元的代位求償費用，但健保局六年期間無力催收，該公司破產後，代位求償費用被列為呆帳)，以致於健保虧損而保險公司受益。

肆、一代健保與一點五代健保之比較

一代健保對於公共利益上之貢獻非凡，其降低民眾就醫經濟障礙，提升民眾就醫方便性，確保民眾保費負擔低，醫療給付項目範圍廣，一點五代健保於實施前除了承襲一代健保之貢獻外，是否對於一代健保之憲法面、支付制度面、實務面之缺點，有所更正或修改相當重要，故檢視如下:

一、法律面

(一)就強制保險及滯納金之修正

一點五代健保法第一條第二項開宗明文規定，全民健康保險為強制性之社會保險，乃依照釋字四七二解釋文，明文規定該健保屬強制性之投保，國民都有給付健保費之義務。另外就滯納金之部分，一點五代健保將有關繳交滯納金規

²⁶一代健保法第八十二條: 保險對象因發生保險事故，而對第三人有損害賠償請求權者，本保險之保險人於提供保險給付後，得依下列規定，代位行使損害賠償請求權：

一、汽車交通事故：向強制汽車責任保險保險人請求。

二、公共安全事故：向第三人依法規應強制投保之責任保險保險人請求。

三、其他重大之交通事故、公害或食品中毒事件：第三人已投保責任保險者，向其保險人請求；未投保者，向第三人請求。

前項第三款所定重大交通事故、公害及食品中毒事件之求償範圍、方式及程序等事項之辦法，由主管機關定之。

定於新法第三十五條至三十八條。其滯納金繳納之百分比規定於第三十五條²⁷，對於未繳交保險費於寬限日期過後，加徵滯納金其上限，對於保險對象上限定為百分之五，對於投保單位上限為百分之十五。又對於有經濟上之困難而無法給付之被保險人，新法於第三十六條規定²⁸，得採貸款、分期付款，同時健保局應主動協助，幫助被保險人尋求社會救助，該規定相較於一代健保更能符合憲法上比例原則，同時刪除一代健保對於未繳清保險費及滯納金而為拒絕給付之規定。一點五代健保對於繳費拖欠及滯納金之規定解改善了釋字四七二號中對於滯納金及拒絕給付之爭議。

(二) 健保法違反授權明確性之修正

有別於一代健保第三十一及三十九條之規定，於二代健保中，根據釋字五二四號之對於一代健保之規定做出修正刪除三十一條「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。」，新法於第四十條規定：「保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第四十一條第一項、第二項訂定之醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。前項保險對象就醫程序、就醫輔導、保險醫療服務提供方式及其他醫療服務必要事項之醫療辦法，由主管機關定之。保險對象收容於矯正機關者，其就醫時間與處所之限制，及戒護、轉診、保險醫療提供方式等相關事項之管理辦法，由主管機關會同法務部定之。」，及第四十一條：「醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布。前二項標準之擬訂，應依被保險人之醫療需求及醫療給付品質為之；其會議內容實錄及代表利益之自我揭露等相關資訊應予公開。於保險人辦理醫療科技評估時，其結果並應於擬訂前公開。第一項及第二項共同擬訂之程序與代表名額、產生方式、任期、利益之揭露及資訊公開等相關事項之辦法，由主管機關定之。」一點五代健保新法對於醫療辦法及項目明文規定，有別於一代健保法內容指涉廣泛，有違法律明確性原則之規定；另外，對於有關健保不給付之範圍，

²⁷全民健康保險新法第三十五條：投保單位、保險對象或扣費義務人未依本法所定繳納期限繳納保險費時，得寬限十五日；屆寬限期仍未繳納者，自寬限期屆至翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點一滯納金，其上限如下：

一、於投保單位、扣費義務人為其應納費額之百分之十五。

二、於保險對象為其應納費額之百分之五。

前項滯納金，於主管機關公告之一定金額以下時，免予加徵。第一項之保險費及滯納金，於投保單位、扣費義務人應繳納之日起，逾三十日未繳納時，保險人得將其移送行政執行；於保險對象逾一百五十日未繳納時，亦同。

²⁸新建保法第三十六條：有經濟上之困難，未能一次繳納保險費、滯納金或應自行負擔之費用者，得向保險人申請分期繳納，或依第九十九條之規定申請貸款或補助；保險人並應主動協助之，必要時應會同社政單位或委託民間相關專業團體，尋求社會資源協助。

新法將一代健保第三十九條第十二項之規定：「其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品」更正於第五十一條第十二項之規定：「其他由保險人擬定，經健保會審議，報主管機關核定公告之診療服務及藥物」；所謂授權明確性乃法律就保險關係之內容授權以命令為補充規定者，其授權應具體明確，且須為被保險人所能預見，新法對於授權明確性及專業性之考量所產生之問題較為妥善之規定，就法律授權之內容、範圍及目的闡明清楚之劃分及認定。

(三) 健保補助比例之部分

有鑒於釋字五五零號解釋對於地方及中央負擔多少比例之爭議，一點五代健保新法第二十七條將有關地方政府之補助部分刪除，改由全中央補助，使長期以來之地方及中央對於補助款之爭議得以根本解決。

二、制度面

二代健保改革之核心價值為「提升品質」、「符合公平」、「增加效率」。²⁹二代健保新法之重點應以對於實務上運作之漏洞及缺點為主，藉以彌補一代健保所產生之諸多問題，是故，下列針對二代健保新法之修法重點及內容逐一分析：

(一) 保費支付制度-雙軌制

為了改善所謂的財務漏洞及地下經濟之情況，二代健保新法所採用之制度為所謂「雙軌制」，乃以一代健保為基礎，除現行的經常性薪資保費，另外加上二%的「補充保費」³⁰(新法第三十一條)，健保費率由現行五·一七%降到四·九一%。其目的為對於領固定薪水的民眾及家庭，因為一般費率下降，健保費可望減少，但如果是股利、股息、利息及獎金收入高的民眾，總體健保費金額將較現行增加。另外於新法第八十五條³¹中規定，未繳交補充保費者應追繳保費外，另訂罰鍰作為懲罰。

(二) 醫療資訊之透明化

²⁹<http://www.nhitb.gov.tw/2insurance/file/950503> 二代健保統一教材，參訪日期：2011 年 3 月 25 日。

³⁰新健保法第三十一條：第一類至第四類及第六類保險對象有下列各類所得，應依規定之**補充保險費**率計收補充保險費，由扣費義務人於給付時扣取，並於給付日之次月底前向保險人繳納。但單次給付金額逾新臺幣一千萬元之部分及未達一定金額者，免予扣取：

- 一、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。
- 二、非所屬投保單位給付之薪資所得。但第二類被保險人之薪資所得，不在此限。
- 三、執行業務收入。但依第二十條規定以執行業務所得為投保金額者之執行業務收入，不在此限。
- 四、股利所得。但已列入投保金額計算保險費部分，不在此限。
- 五、利息所得。
- 六、租金收入。

扣費義務人因故不及於規定期限內扣繳時，應先行墊繳。

第一項所稱一定金額、扣取與繳納**補充保險費**之方式及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。

³¹新健保法第八十五條：扣費義務人未依第三十一條規定扣繳保險對象應負擔之補充保險費者，保險人得限期令其補繳外，並按應扣繳之金額處一倍之罰鍰；未於限期內補繳者，處三倍之罰鍰。

就醫療資訊方面，一點五代健保於新法第十六條³²及第七十一條規定³³，將被保險人之就診資料、藥品處方、重大檢驗項目等存於健保卡之中，以定期蒐集病人就醫之經驗資訊，藉標準化的評估比較後，彙整成病人口碑的就醫資訊釋出給民眾以資參考或作為醫療品質監測之常規指標。新法之規定就醫療資源使用者而言，此就醫資料及其所產生的資訊除了可直接改善醫療品質之外，就醫療資源使用者立場考量，資訊的提供更可發揮告知與教育的雙重功效。就國內外相關研究也發現，民眾最需要的就醫資訊項目，為醫師的專業知識及技術、醫師的服務態度，以及醫師是否尊重病患等就醫經驗的資料。一點五代健保收集被保險人就醫資料，將提供日後需要接受醫療服務之被保險人一個參考資訊。

(三)保障弱勢族群(受刑人)

有別於一代健保，一點五代健保第十條第一項中³⁴，將全民健保之被保險人，增加在矯正機關受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。此新法之修正符合公平及正義之原則。

(四)嚴格限定海外或新住民參加健保之條件

有鑒於一代健保對於僑民久居海外返台立即加保看病之爭議，一點五代健保明文規定於第八條³⁵及第九條³⁶，將被保險人之健保保險對象改為須設籍或居住滿六個月，才能享受健保醫療。改善修法前允許短期出國者可選擇停保，不少僑胞或留學生投機取巧，待返台即恢復加保，立即享用健保之陋習。新修正之條文

³²新健保法第十六條：保險人得製發具電子資料處理功能之全民健康保險憑證（以下稱健保卡），以存取及傳送保險對象資料。但不得存放非供醫療使用目的及與保險對象接受本保險醫療服務無關之內容。

³³新健保法第七十一條：保險醫事服務機構於診療保險對象後，應交付處方予保險對象，於符合規定之保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置。保險對象門診診療之藥品處方及重大檢驗項目，應存放於健保卡內。

³⁴新健保法第十條第一項規定：第四類：（三）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。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。

³⁵新健保法第八條規定：具有中華民國國籍，符合下列各款資格之一者，應參加本保險為保險對象：

一、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。

二、參加本保險時已在臺灣地區設有戶籍之下列人員：

（一）政府機關、公私立學校專任有給人員或公職人員。
（二）公民營事業、機構之受僱者。
（三）前二目被保險人以外有一定雇主之受僱者。
（四）在臺灣地區出生之新生嬰兒。
（五）因公派駐國外之政府機關人員與其配偶及子女。

曾有參加本保險紀錄而於本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行前已出國者，於施行後一年內首次返國時，得於設籍後即參加本保險，不受前項第一款六個月之限制。

³⁶新健保法第九條規定：除前條規定者外，在臺灣地區領有居留證明文件，並符合下列各款資格之一者，亦應參加本保險為保險對象：

一、在臺居留滿六個月。
二、有一定雇主之受僱者。

規定，僑民如出國二年而戶籍中斷停保者，返國復保可立即納保，但必須補繳停保後的保費；然而出國四年以上，且近兩年沒有加保紀錄者，返台後需重新設籍，並居住滿六個月，才能納保及持健保卡看病。以期杜絕許多僑民繳稅別國後，退休回國享受資源之不公義。

(五)落實家醫及轉診制度

以往沒有家醫即轉診制度，使中小型醫院不敵自由市場機制運作。大醫院涵括大部分之病人，尤其在醫療資源過度充沛之都會區，更是造成惡性之競爭，而由於醫療便宜，病人習慣生病就自行就醫，而其求診方式通常選擇大醫院或名醫。一點五代健保，於四十四條中明文規定家醫及轉診制度，期重建民眾對基層醫療的信心。透過家庭醫師平時可以建立完整的家庭醫療資料，當疾病發生時，可立即掌握或追蹤病情，提供最適當的治療。若需轉診，家庭醫師會協助轉介到合適的醫療院所或科別就醫，減少病患就醫時間與金錢上的浪費。

(六)擴大社會多元化參與健保政策

公民參與機制建立更為多元的民眾意見反映和民意監督的管道，實際上並無改變行政機關之決策權責，也沒有改變立法部門對行政部門的監督角色，但讓被保險人更明瞭保險人（政府）對於健保政策之相關修訂，另一方面也達到監督之功能。藉由公民參與亦可試圖呈現多元意見，倘若行政機關完全不採納公民參與的結論，則應該提出充分的說理，說明何以民眾的意見不被接受，此也有助於提升行政決策的周延性與決策品質。

伍、未來二代健保健法建議

就 2011 年之一點五代全民健保健法，雖然就(合法性)法律層面有所修正，然不論是制度、財政、醫療、政策面，似乎仍有諸多問題尚未解決，本文建議如下：
一、六類十四目之刪除：一點五代健保保留保險對象六類十四目之分類，除行政手續複雜外，該分類無法解決投機納保問題。（兒女跟隨薪資所得較低的父母一方投保），未來修法應該將此種以身分為分類方法刪除。改採「家戶總所得」，保險財源籌措將以家戶所得高低為保險費計算基礎的方式，有別於一代健保目前保險對象依職業不同分為六類十四目之規定，以解決現行依職業別不同而有不同保險費負擔的各種不公平現象。

二、財政問題之改善：財政問題為健保中最嚴重之問題，也是健保健法之核心，然一點五代健保，不論是收入上「地下經濟」之問題或是支出「養病人」、「踢皮球」...等問題皆無法改善，未來修法應以「量入為出」之建議如下：

(一)財政收入部份

二代健保之產生，主要在於現行健保出現財務困難導致難以經營的狀況，於是，二代健保提出保費以「雙軌制」，然雙軌制對於補充保費之部分，除了認定困難外，所謂藉由非薪資之所得(股份、紅利、現金收入)更是無法有效的取得證據，遑論增加收益，所謂補充保費，是否有效抑制所謂的「地下經濟」，容待商榷。

未來修法應以「家戶總所得」計算取代舊制。依照二代健保草案之版本，「家戶總所得」係依照每年報稅之金額來認定收入，每戶所得高低收費，僅在每戶內每人所負擔之保險費高於設定之上限或低於設定之下限時，才依上、下限標準收費，故該方案原則上已是依戶內所得計費，紓解現行論口計費缺失。而「家戶總所得」計算方式為「全戶全年綜合所得總額」乘上健保費率³⁷。其中稅籍戶人數超過4人以4人計，健保費率則是採分級制，所得越高費率也越高。而影響的範圍薪資、利息、營利所得、執行業務所得、股利、財產交易所得、租賃所得，都納入家戶所得總額計算。如此對於一代健保為人詬病之「地下經濟」得以相當程度之解決，然該計算方式對於也會因此影響到人口數少之家庭，增加其保費，因此在一點五代健保新法中，並未通過。然對於健保財政收入而言，「家戶總所得」較「雙軌制」能符合公平、公正、公開之原則。

(二)健保支出之部分

一點五代健保新法就國人健保費之部分維持現狀，然而造成健保持續惡化的赤字主要是因為健保之「量出為入」支出制度，「總額支付制度」及「論量計酬」、「同病同酬」之支出制度。「總額支付制度」乃預先公告年度醫療費用總額度及分配方式，讓醫界做資源合理運用，然而對個別醫院而言，其必須與其他醫院共同競爭同一總額，固仍需要增加服務量以求增加收入；尤其大多數醫療服務為了要掌握治療時機，都先提供醫療服務，事後再向健保申報請款的方式處理，結果導致醫院申報的服務量成長率居高不下，醫院點值下降之情況。而醫院點值下降，導致醫院財務緊縮，低價藥取代療效較佳但較高價之藥物，醫療人員推薦非健保給付之治療以從中不當獲利，甚至造成醫院破產，如此惡性循環，受害的仍是被保險人(病人)。

另外有別於論量計酬，論質計酬³⁸ (pay-for-performance; P4P)(個體)乃未來可以考慮修法之制度:該支付方式有下列優點：第一，支付點數事前訂定，鼓勵醫院發展及遵循共同之臨床治療指引，提供最有效率及適當之治療。第二，按照病人疾病嚴重程度，即依病理分期及可能治療模式訂定支付標準，更能符合臨床實際之需要。然亦可能產生的缺點：第一，醫師會產生逆選擇行為，在同一類病例中傾向於選擇病情較輕的病人。第二，如未有健全的醫療體系與配套措施，重

³⁷ 加入總所得之計算公式：全戶全年綜合所得總額 × 健保費率 ÷ 稅籍戶人數 ÷ 12 = 應繳金額，其中戶籍超過四人以四人計算。

³⁸ 論質計酬是一種新的醫療費用支付制度概念，以購買健康及提升醫療服務品質為導向，透過調整支付醫療費用的方式，引導醫療服務提供者朝向提供整體性醫療照顧，並以醫療品質及結果為支付費用的依據。

症病患將集中於大型醫療院所，可能導致負荷過高，醫療品質不升反降。然若透過有效之監理與配套下，論質計酬確實得以減少許多論量計酬之問題；舉例而言，採「論量計酬」一病症分多次手術可領有較高的手術給付，但給付標準採「論質計酬」，手術品質比量更加重要，而非以往按照醫院規模分級或服務量的多少。總而言之，節流是避免健保財務虧損嚴重之最重要之方法。

三、健保法代位之概括：一點五代健保對於健保代位之部分，並無修正，然未來應將健保代位之部分詳加研究，對於應代位而不能代位之部分加以修改，將條文之列舉式改成概括式，重新認定其代位之範圍及標準，同時定出健保局代位過程的時效及強制或懲罰性法規，以免發生病人雙重獲利、保險公司承保範圍與健保相同，僅由健保單方面承擔、甚至代位金額遭到拖欠之困境。

四、醫療資源之分配：就醫療資源浪費而言，首先應該加強民眾社會保險之觀念，對於「不看浪費」之心態有所教育，然似乎並不可能短期預見，有論者³⁹提出現縮承保範圍之建議，認為不應該承保「非慢性病症」，蓋該種病對於健康風險相對較小且醫療費用為大多數人得以承擔，同時對於弱勢族群而言，若不能承擔則可藉由分期付款、無息貸款、甚至社會補助方式加以救濟。然限縮承保範圍是否會造成小病不診療因沒有給付而大病診療往往錯過最佳醫療時程，對於全民健康保險之宗旨，照顧全民之身體健康，似乎有所矛盾，容有待議。

對於醫療資源的使用應從醫生及民眾之觀念加以輔導，使民眾認知社會保險之意涵及全民健保之功用，同時制定監理制度對於回診次數的病症做有效的控管，以改善養病人之陋習及醫療資源的浪費。

另外，國內健保給付的藥品醫材品項目相當多樣，其中有許多舊藥其療效已有新藥可取代，使用率不高的舊藥，應該退場，避免給付浪費，或是醫院藉此賺取利潤；至於在手術方面，許多傳統手術，恢復期慢、副作用多，越來越少被使用，但卻可能手術給付仍相當高，導致醫生在選擇手術時不以病人之健康為主要考量，而是以請領之給付為考量標準。醫院在採買昂貴的新藥時，藥廠可能會免費贈送醫院便宜的舊藥，而醫院繼續開給民眾，再轉向健保局申請給付，醫院之獲利增加卻似乎有不當得利及詐欺之虞。未來修法應對於醫療資源浪費為另一修法重心，邀集專家學者重新檢視藥品之定價給付及手術給付之問題，同時採取「論質計酬」提升醫師對於醫療品質之重視，改善當前重量不重質之現況。

五、社區醫療制度妥善規劃：家醫制度乃仿照美國之醫療體系，然我國之社會風俗習慣及信任有名氣之醫院及醫生，僅僅藉由宣導及診療價差，似乎不容易落實家醫制度，同時家醫制度亦可能產生品質不良之醫生生存之空間，固有論者認為應採「社區醫療制度」，界由劃定社區專屬醫院，就該社區之病人享有比較優惠

³⁹江朝國，社會保險、商業保險在福利社會中的角色，月旦法學雜誌，179期，2010年4月，96頁。

之價差，若該社區醫院無法處理或病情嚴重難以治療之問題產生，可藉由轉診轉往得以處理之大醫院，如此應該較能落實輕症社區醫院治療，重症轉往大醫院治療，如此醫療體系才能發揮至最大效率。

六、專業取代政治:誠如上述，健保之修法重要之外在因素乃政治力介入，未來修法若能回歸專業，立法者若能夠拋棄政治及少數群體之利益，就社會保險之內涵-社會公益為唯一考量，不論是調漲保費或是制度更改甚至限縮承保範圍縱使會短期造成反彈，然對於未來二代健保之健全性必定有相當助益。

陸、參考資料

中央健保局，<http://www.nhitb.gov.tw/2insurance/file/950503> 二代健保統一教材

中央健保局，http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_9463_2_健保-伍9810pdf。

柯木興，社會保險，中國社會保險學會，修訂版，1996年8月。

江朝國，保險法基礎理論，瑞興書局，2003年9月。

江朝國，社會保險、商業保險在福利社會中的角色，月旦法學雜誌，179期。

蔡維音，社會國之法理基礎，正典出版社，2001年7月。

陳聰富，醫療法:第四講醫療契約之法律關係(上)，月旦法學教室，72期，

張道義，司法院大法官解釋第二四六號與第三一六號的探討：公務人員保障法與憲法的互動關係，憲政時代第二十三卷第二期，1987年10月。

蔡維音，全民健保行政法律關係，成大法學，第4期。

施文森，論社會保險權益之性質，軍法專刊，第四十五卷第十期。

施文森，試析健保財務缺口之成因，二代健保法案論壇，國立政治大學法律學院主辦。

施文森，論社會保險權益之性質，收錄於司法院大法官釋憲五十週年紀念論文集，1998年9月。

陳俞沛，全民健保法律關係與責任歸屬之變遷，台灣法學，第163期。