

南華大學管理學院企業管理學系管理科學博士班

博士論文

Doctoral Program in Management Sciences

Department of Business Administration

College of Management

Nanhua University

Doctoral Dissertation

全民健保應有的價值目標及操動手段

Value, Objectives, and Manipulation Methods of the National
Health Insurance in Taiwan

曾琪雯

Chi-Wen Tseng

指導教授：陳淼勝 博士

Advisor: Miao-Sheng Chen, Ph.D.

中華民國 111 年 12 月

December 2022

南 華 大 學

企業管理學系管理科學博士班

博 士 學 位 論 文

全民健保應有的價值目標及操動手段
Value, Objectives and Manipulation Methods of
the National Health Insurance in Taiwan

博 士 生：曾 瑛 雯

經考試合格特此證明

口試委員：趙存仁
王男
景國忠
陳燕晴
張春柳

指導教授：陳燕晴

系主任(所長)：景國忠

口試日期：中華民國 111 年 12 月 26 日

準博士推薦函

本校企業管理學系管理科學博士班研究生曾琪雯君在本系修業，已經完成本系博士班規定之修業課程及論文研究之訓練。

1、在修業課程方面：曾琪雯君已修滿36學分，其中必修科目：管理決策理論、統計理論、最佳化理論、作業研究理論、書報等科目，成績及格(請查閱博士班歷年成績)。

2、在論文研究方面：曾琪雯君在學期間已完成下列論文：

(1)博士論文：全民健保應有的價值目標及操動手段

(2)學術期刊論文：

題目	期刊	發表(年月)	頁數
Value, Objectives, and Manipulation Methods of the National Health Insurance in Taiwan	International Journal of Organizational Innovation	Volume-13, Issue-3, (2021. 01)	10-23
Systematic Analysis of Energy-Efficient Production of Sterile Drinking Water, Distilled Water with Rice Fragrance, and Nutritious Rice	International Journal of Innovative Research and Knowledge	Volume-6, Issue-6, (2021. 07)	1-8
Review of Taiwan's Green Energy and Carbon-Reducing Measures and Recommendations for Its Energy Transition	International Journal of Innovative Research and Knowledge	Volume-7, Issue-5, (2022. 05)	57-67

本人認為曾琪雯君已完成南華大學企業管理學系管理科學博士班之博士養成教育，符合訓練水準，並具備本校博士學位考試之申請資格，特向博士資格審查小組推薦其初稿，名稱：全民健保應有的價值目標及操動手段，以參加博士論文口試。

指導教授：陳瑞峰 簽章

中華民國 111 年 12 月 20 日

南華大學企業管理學系管理科學博士班

111 學年度第一學期博士論文摘要

論文題目：全民健保應有的價值目標及操動手段

研究生：曾琪雯

指導教授：陳森勝 博士

論文摘要

全民健康保險(National Health Insurance; NHI)應有價值是全民身心健康狀態創造的利益值;年度目標是全民健康指數欲達成的既定值。推動全民健保應有手段是：建立課徵健保費哲理以便獲得醫療資源，及操動(manipulating)醫療資源有效使用。其中位階在上目標領導位階在下手段的關係，可用中文字「正」上方「一」領導下方「止」表達。概因「一」字型具普遍寬廣義，故它同時形容全民；「止」與趾的字型不僅同音且同義，故用它形容推動全民健保力行之義。推動全民健保的核心問題為：如何設計自然運作的管理機制，使健保財務收支與醫病契合關係皆平衡。其意涵可用「道」(Dao)字型形容如下：1.道字右上兩點代表健保財務收入與支出的關係即是對立也是一體的；或代表診斷及醫療之效果(診療方式與病情的契合度)與診療效率對立統一體。2.道字緊臨兩點下水平線代表:上述兩個對立統一體須平衡。3.道字右下「自」代表自然，左邊「辵」代表運作，二者合併代表自然運作的機制。這表示「正道」是全民健保管理的自我平衡與運作的表現。透過此自我平衡與運作的機制將全民健保管理

問題，製作成可具體討論型態是本文的主要內容。應用此「正道字型解析法」，詮釋目前台灣全民健保管理的是非功過，並提出有效的策略與建議，則為本文的主要研究結果。

關鍵字：全民健保、二代健保、總額給付制度、財務管理



Title of Thesis: Value, Objectives, and Manipulation Methods of
the National Health Insurance in Taiwan

Department: Doctoral Program in Management Sciences, Department
of Business Administration, Nanhua University

Graduate Date: December 2022 Degree Conferred: Ph.D.

Name of Student: Chi-Wen Tseng Advisor: Miao-Sheng Chen, Ph.D.

Abstract

The National Health Insurance (NHI) of Taiwan should create benefits for society by maintaining the national health status at a high level. The country has an annual objective of achieving a specific value of the national health index. Taiwan should promote the NHI through health insurance taxation, creating easy access to medical resources, and manipulating medical resources to ensure they are used effectively. Methods are currently subordinate to objectives in hospitals, which can be shown using a Chinese character 正 (pronounced “jheng”), which comprises two other characters, 一 and 止 (pronounced “yi” and “jih”). The character 一 denotes integrate, and is used to leadership citizens; 止 denotes the implementation of the NHI. The core problem of the NHI’s implementation is how to design a management mechanism that achieves a natural operation and a balance between income and

expenditure and in the doctor–patient relationship. On the basis of pictograms and knowing, this problem can be depicted using the Chinese character 道 (pronounced “dao”) that means road. First, the two upper right marks in 道 can depict the relationship between the income and expenditure of the NHI or between the effectiveness and efficiency of diagnosis and treatments (an opposite and integrated relationship). Second, the horizontal line under the two marks in 道 indicates that balance must be achieved. Third, the 自 (pronounced “zih”) on the lower right of 道 denotes nature, and the 辵 (“chuo”) on the left side of 道 denotes operation; the combination of these two characters illustrates a mechanism of natural operation. Accordingly, 正 and 道 indicate the NHI’s self-balance and operation. This paper focuses on the self-balanced and operational mechanism of the NHI, uses analyses of the shapes of 正 and 道 to explain the current management of Taiwan’s NHI, and proposes practical recommendations.

Keywords: National Health Insurance (NHI), Second Generation Health Insurance, Global Budget System (GBS), Financial Management

目錄

準博士推薦函.....	I
論文摘要.....	II
Abstract.....	IV
目錄.....	VI
表目錄.....	VIII
圖目錄.....	IX
第一章 緒論.....	1
1.1 研究背景與動機.....	1
1.2 研究目的.....	3
1.3 研究架構.....	4
第二章 文獻探討.....	5
2.1 台灣醫療體系財務狀況.....	5
2.1.1 國民醫療保健支出(National Health Expenditure)— 資金 來源.....	5
2.1.2 總額預算制度 (Global Budget System) 之簡介.....	8
2.2 健保醫療支出之相關文獻.....	13
2.3 台灣醫療支出控管機制.....	27
2.4 他國醫療體系機制.....	33
2.4.1 美國醫療健保制度.....	33
2.4.2 德國之醫療保險.....	34
2.4.3 日本之醫療體系.....	35
2.4.4 英國之醫療體系.....	36
2.5 醫療健保支出與空氣及環境污染之間的關聯性.....	38

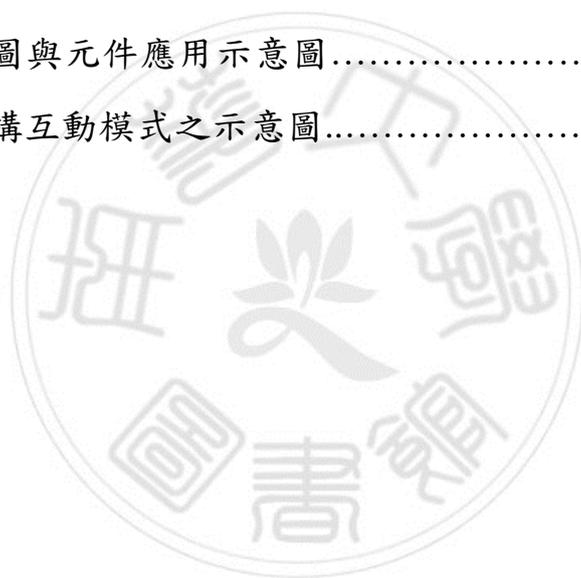
2.6 台灣淨零碳排策略與環境永續經營相關文獻.....	42
第三章 理論架構	45
3.1 人力環境貢獻論之「全民健保稅率」	46
3.1.1 中國環境貢獻論之概念	46
3.1.2 社會福利觀念	47
3.1.3 以「單一稅率」之原則作為全民健保稅率之設計	49
3.2 正字型救治法	50
3.3 道字型救治法	53
3.4 道字型救治法之醫藥支出控管 r 率制	57
第四章 結論與建議.....	62
參考文獻	67
一、中文部分	67
二、英文部分	72

表目錄

表2.1 保險對象應扣取補充保險費項目之上、下限.....	11
表2.2 國民醫療保健支出(NHE)資金來源.....	12
表2.3 平均每人國內生產毛額(GDP)及平均每年每人醫療保健支出(NHE)	14
表2.4 人口成長率.....	18
表2.5 台灣近年之年人口成長率與每年每人平均健保支付(元).....	19
表2.6 2020年醫藥保健支出分配.....	21
表2.7 2021年診斷關聯群住院醫療費用明細表—按特約類別分.....	25
表2.8 西醫基層合理門診量(每日合理量各階段人數表).....	31
表2.9 台灣十大死亡原因依序排列.....	40

圖目錄

圖2.1 2020年醫藥保健總支出分配占比.....	23
圖2.2 2020年醫藥保健支出一個人醫療支出部分之占比.....	23
圖2.3 2021年診斷關聯群住院醫療費用明細.....	26
圖2.4 2021年十大癌症依死亡率順序(每十萬人口死亡人數).....	41
圖3.1 租稅涵義.....	51
圖3.2 正字型救治法.....	53
圖3.3 道字型救治法.....	54
圖3.4 本體構照圖與元件應用示意圖.....	56
圖3.5 新系統架構互動模式之示意圖.....	61



第一章 緒論

1.1 研究背景與動機

台灣自 1970 年積極發展醫療資源，於 1971 年成立行政院衛生署 (Ministry of Health and Welfare, R.O.C.)；1995 年實施「全民健康保險」(National Health Insurance, NHI)。中華民國依據「中華民國憲法增修條文」所實施的全民醫療保險制度，屬於強制性保險 (楊志良，民 104)。其政策影響了台灣醫療照護體系甚多，台灣民眾享有許多多元的醫療照護，也對其服務的便利性與時效性滿意度高。2008 年諾貝爾經濟獎得主之美國學者 Paul R. Krugman，曾於 The New York Times 中發表一篇「驕傲、偏見、保險」之文章，稱讚台灣全民健保堪稱世界典範 (Paul R. Krugman, 2005)。

一份研究關於二代健保實施後對醫療院所經營績效之評估 (於 2013 至 2017 年期間)，研究發現：台灣 22 縣市醫療院所之經營績效明顯存在下滑情形。進一步分析 2017 年 303 間評鑑合格醫療院所之經營績效，結果發現：地區醫院總效率顯著優於準醫學中心；而非教學醫院效率優於教學醫院，私人醫院效率優於公立醫院。(陳婉如，民 108)。

全民健保制度將每個國民都納入系統之中，每個人都成為顧客，都能夠取得基礎醫療和預防照護。都能享有方便、便宜又提供多元服務的醫療照護，而台灣民眾普遍以為醫院越大、擁有的醫療儀器越昂貴、醫療結果越好，更何況幾乎每個醫療機構提供的服務幾乎一樣。導致民眾產生嚴重迷失，也形成不必要的醫療浪費行為，進而壓垮提供醫療的服務者。台灣健保制度一直存在財務收支失衡問題。醫療保險制度之財務缺口議題，也是其他國家會面臨的難題。台灣並不是唯一的案例，尤

其是人口老化、經濟結構的改變、醫療服務項目增加及需求增加等因素皆是各界非常關心的議題。台灣的醫療結構、醫療成效及支付制度，也和其他國家一樣面臨不可忽視的問題，其問題在於，以醫院為主的醫療照護體系下，容易增加醫療費用支出，容易導致輕症患者過度使用醫療資源，也阻礙到真正有多重照護需求的患者獲得需要的醫療照護。

台灣雖達到全民健保的目標，卻因醫療給付過於低廉，而導致醫院的服務量近乎失控，醫療人員薪資過低、工作負荷過重，已使得近年台灣醫護人員有逐漸提早離開醫療職場之現象，並且嚴重影響年輕醫護人員從事基層醫療意願。台灣的健保改革，必須以追求價值為基礎的改革策略，才能挽救人力不斷流失，醫療崩潰的危機。(洪慧芳，民 103)。

台灣為籌措全民健保財源，不僅各界陸續提出改善建議，政府也推動各種改革方案。例如：強化請領健保經費審核；調整藥品部分自行負擔項目（部分負擔）；增加 NHI 保費費率；2010 年實施住院診斷關聯群 (Taiwanese Diagnosis Related Groups; DRGs) 機制；徵收二代健保補充保費等。(江東亮、林宜靜，民 91)。實施住院診斷關聯群的主要目的在於服務效率提升及改善護理品質與治療效果，而實施之後的副作用，包括部分醫療費用轉移至門診支出。(黃煌雄、沈美真、劉興善，民 101)。

然而健保財務失衡問題存在多年，醫療資源浪費現象並未有效解決，若是健保署以稽核人員來防弊這些現象，其效果是有限的，當醫療浪費問題產生的速度愈快，而稽核人力沒有壯大，實際上是防不勝防。既使，推出「二代健保」制度，仍未能真正解決現存的財務虧損問題。台灣健保制度入不敷出的財務狀況，不僅會造成醫療人才的流失與人力的緊縮，也會造成醫療品質逐年下降。

本研究思維台灣政府向人民課徵的健保費用應是「稅」而不是

「稅」(Taxes)，概因健保課稅的核心問題所在：全民健保的價值為何？若定義全民健保價值為：全民健康狀態能創造的全民利益值，則此定義所延伸的議題自然是：「如何衡量全民健保創造的利益值？」。

1.2 研究目的

管理科學以決策、執行機制觀察所有管理問題，其中決策機制與執行機制為本研究主要內容。切入核心為：目標特異性、物理操動與置換思想。針對全民健保核心問題；「如何衡量全民健保創造的利益值？」。因而設立研究目標為：應如何使台灣健保的「價值目標」與「實施方法」之間產生互相「增益」又能彼此「抗衡」之作用。

針對研究目標，本研究提出之全民健保「正道字型救治法」，希望透過科學管理模式來整合經濟學與政策面的難題，同時提供一套有效的健保財務管理策略。其研究目的是為了使得民眾對於醫療資源的珍惜與善用，同時避免醫藥浪費，進而改善健保財務虧損，使台灣健保體系更趨於健全。其研究方法屬系統分析法。「正道字型救治法」之分析重點分別為：

1. 討論代表「正」字價值目標的「一」與代表實施手段的「止」。
2. 討論「道」字在道家與中國漢字所詮釋的意涵。其字演繹思想的起點為：

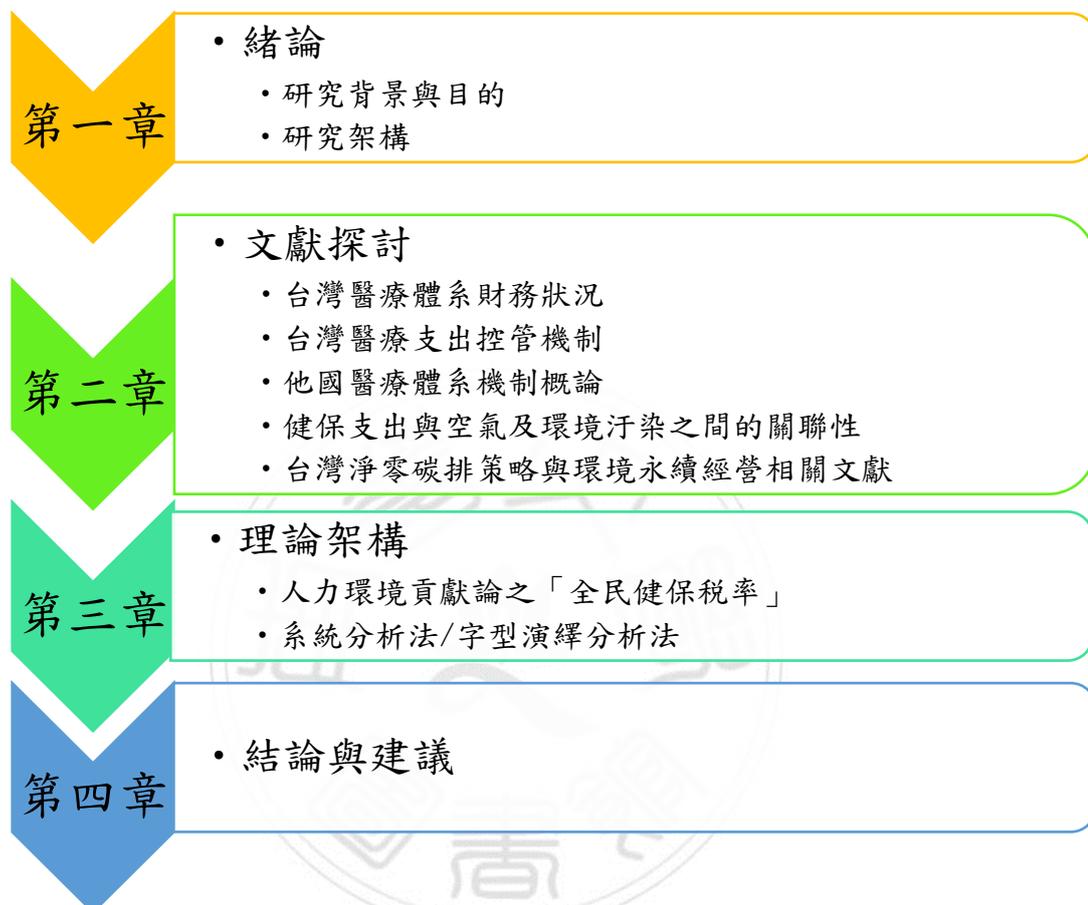
(1) 全民健保的資源如何有效的應用與分配？

(2) 以「道」字解析全民健保問題，並討論維持其右上兩點，代表既

「互相對立」又須「統一雙方」，也代表「效果」與「效率」；代表「平衡」之支持線；及代表「運作」左方之从辵首；以平衡為前提之下，而能「自然運作」之機制。

1.3 研究架構

論文架構（本研究整理）



第二章 文獻探討

研究者希望透過文獻收集，將國內與國外醫療體系之財務管理模式做比較，找到利於本國經營的優勢所在，並進一步分析台灣健保財務失衡的主要原因，並針對核心問題找到應對策略。以下針對國民醫療保健支出（National Health Expenditure; NHE）之「資金來源」與「支出分配」作探討。

2.1 台灣醫療體系財務狀況

2.1.1 國民醫療保健支出(National Health Expenditure)－資金來源

台灣健保制度存在費率上限問題，及長期財源不足之狀況，而實施補充保費只是短暫改善財務問題，無法長久使其收支平衡。(梁景洋、鄭清霞，民 106)。

全民健保制度若是只著重於健保費財務上的補充並未能有效解決醫藥浪費問題、大眾對醫療資源的價值觀等議題。於 2021 年 01 月生效之健保法條文提到，衛生福利部配合基本工資，及一般健保費率調整，修正一般保險費率為 5.17%，修正補充保險費率由 1.91%調升為 2.11%。健保費率則從 4.69%調漲至 5.17%，目的在於因應健保財務長年虧損。(衛生福利部中央健康保險署－全民健保法相關法規，民 111)。

健保署提出二代健保制度，主要是以原本個人薪資為投保基礎的課徵方式，改為以家庭可支配所得為課徵對象，達到增加健保費的收入，以因應其健保費不斷成長的需求。(衛生福利部中央健康保險署，民 96) 二代健保制度改革如下：

1. 一般保險費率方面：

- (1) 將負責收入面（健保費率審議）的健保監理會，與負責支出面（醫療費用分配）的健保費協會，合併運作。
- (2) 對經常性薪資以外，保險對象的六種所得或收入，及投保單位給付薪資總額超過受僱者當月投保金額總額部分，加收補充保費，以擴大費基。
- (3) 將政府應負擔保險經費比率，由 34% 提高至 36%。
- (4) 健保支付改革及推動節制醫療浪費措施，例如：實施總額支付制度、實施疾病診斷關聯群（DRG）支付制度、推動整合性門診照護計畫、續推動「門診高利用保險對象輔導專案計畫」、推動「全民健康保險藥事居家照護計畫」、推動安寧居家照護及安寧共照服務、改進藥品核價制度、建立醫療品質監測指標及加強違規院所查處等，以提升醫療品質及避免醫療浪費。
- (5) 關於健保的重要會議實錄、醫療機構財務報告及保險病床等資訊，予公開。
- (6) 低收入的民眾，免繳補充保費。
- (7) 讓受刑人，納入全民健保體系。

2. 補充保險費費率：

- (1) 一般民眾的補充保險費費率：
民眾如有下列 6 項所得或收入時（包括：高額獎金；兼職所得；執行業務收入；股利所得；利息所得；個人租給公司、企業、機關之租金收入。），由扣費單位按費率 2.11% 就源扣取並繳納補充保險費。其計費公式為：補充保險費費基乘以費率 2.11%。
- (2) 雇主的補充保險費之計費公式為如下：

(每月支付之薪資所得總額－其受僱者當月投保金額總額)

× 補充保險費率費率 2.11%

由於 2023 年 01 月 01 日基本工資的調整，衛生福利部也修訂「全民健康保險投保金額分級表」，於 2022 年 11 月 17 日發布，第一級月投保金額原先為 25,250 元，修正為 26,400 元；第 50 級由原先之 212,000 元，修正後之月投保金額為 219,500 元。於 2023 年 01 月 01 日實施。(衛生福利部中央健康保險署－投保金額分級表，民 111)。



2.1.2 總額預算制度 (Global Budget System) 之簡介

總額預算制度 (Global Budget System) 依據「全民健康保險法」第六章第六十條規定，每年度的醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬定其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。主要目的在於使得健保醫療支出控制在合理範圍內。另外，2010年1月起實施的全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwanese Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs) 支付制度，除了控制醫療支出的目的，也期望達到提升醫療服務效率、使民眾獲得更完整的全人照護，提升住院醫療服務效率。其總額預算制度可分為「支付單位」及「支付型態」二種，分別敘述如下：(如表 2.1 所示)。

1. 支出上限 (Expenditure Cap) :

支出上限是指預估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；若是實際總服務量大於原先協議的總服務量時，每點支付金額將會降低，反之將增加。由於固定年度預算總額而不固定每點支付金額，故可較為精確地控制年度醫療費用總額。

若醫療服務量之上漲率高於預算，將會使得支付的價格下跌，例如：A 和 B 皆為醫療服務提供機構，當 A 提供較多的醫療服務，而 B 提供較少的醫療服務，此時總服務量並未超量，所以甲醫療提供者可以獲得較多的預算分配；若是 A 和 B 二者皆提供超量的醫療服務時，其總服務量超過預算，則支付單位的價格將會往下降，使得醫療成本相對增加。

2. 支出目標 (Expenditure Target)：

支出目標是指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；而實際醫療服務利用量超過目標值時，超出部分的費用將會打折支付（浮動點值之概念），以反映醫療服務變動成本，因而實際支出可能會超出原先設定目標。（衛生福利部中央健康保險署，民 111）。

住院診斷關聯群(Diagnosis Related Groups)之支付方式，將單次住院的所有醫療處置以一個定額給付，故此給付方式也可以說是由論量計酬邁向包裹式給付的過程，比較符合以「價值」為基礎的精神。但 DRGs 的給付方式只包含療照護的部分流程，而讓醫療提供者有機會轉移照護成本。例如：重度中風病人需要更多醫療照護，但 DRGs 的設計對於照護重度與輕度中風患者之間並無太大差別。其結果促使醫療提供者在機構內外進行交差補貼，誤導他們避免收治病情嚴重又複雜的病患，產生篩選病人的道德風險。（李振昌、羅耀宗，民 103）。

檢視台灣自 2002 年 7 月開始實施總額支付制度之成效，可發現健保醫療支出之年平均成長率，在實施此制度前的醫療支出為 6.58%，降為實施後的 4.23%；顯示健保成本在當時暫得到一些控制。但不可否認，它也引發一些問題如下：健保在醫院總額給付的原則下，某些醫療院所為彌補總額給付不足的情況，往往會拒收重症病患；限制門診掛號數及看診時間；限制使用高單價之藥品使用等。民眾就醫時可能會面臨自費項目增加的情況。（Chen M. S., Tseng C. W., Chen Y. F., 2021）。

一份研究以醫院健保申報額度作為醫療資源分配標的，以了解醫師健保申報額度最佳化分配能得到之最佳經營模式。其研究顯示：(1)門

診申報部分：超出額度組醫師的患者之疾病嚴重度高，且醫學中心訓練背景之醫師比較容易超出額度，(2)低於額度組醫師達成額度之情況會受季節影響，於第二季較不易達成額度，但於第四季較易達成額度。

(3)住院部分：超出額度組醫師病患疾病嚴重度較其他兩組高，且其處置平均單價（於四季）均較另外二組為高；於第三季材料費占比亦較另外二組高。(4)由醫師行為指標變異數分析：達到額度組較易控制處方平均單價，超出額度組之病人數雖少於其他兩組，但其病患疾病嚴重度較高。(徐弘正，民 102)。另一研究關於全民健保總額預算支付制度對醫院市場結構與績效之影響，發現：(1)實施醫院總額預算制度並沒有降低醫療需求；(2)小型醫院因資金、人才、規模小，使其市場佔有率逐年萎縮，15 年間減少了 34%，卻有醫院大型化之趨勢，17.7%的大型醫院市場佔有率約為 80%。(3)為了減低健保總額預算之衝擊，醫院相繼發展自費市場，為了維持競爭力，因而投入更多醫療服務項目。(廖秋錫，民 102)。一份探討「健保點值變動」對醫院醫務毛利和稅後賸餘造成的影響之研究，其結果顯示：當健保點值調降至 5%時，會有超過 50%至 60%的醫院稅後餘拙（即虧損），點值變動越大對醫院經營風險之影響就越大。(簡維萱，民 111)。總額預算制度的實施確實可使過量看診的現象減少，但醫療浪費現象並沒有因此而根除，且醫療機構也因法律規範與社會責任，不同於一般商業活動，不能單純考量成本因素而隨意停止提供醫療服務。

表 2.1 保險對象應扣取補充保險費項目之上、下限

計費項目	下限	上限
全年累計超過當月投保金額 4 倍部分的獎金	無	獎金累計超過當月投保金額 4 倍後，超過的部分單次以 1,000 萬元為限。
兼職薪資所得	單次給付金額達中央勞動主管機關公告基本工資之薪資所得。	單次給付以 1,000 萬元為限
執行業務收入	單次給付達 20,000 元 ^(註 2)	
股利所得	<p>1. 以雇主或自營業主身分投保者：單次給付金額超過已列入投保金額計算部分達 20,000 元。^(註 2)</p> <p>2. 非以雇主或自營業主身分投保者：單次給付達 20,000 元。^(註 2)</p>	<p>1. 以雇主或自營業主身分投保者：單次給付金額扣除已列入投保金額計算之股利所得部分以 1,000 萬元為限。</p> <p>2. 非以雇主或自營業主身分投保者：單次給付以 1,000 萬元為限。</p>
利息所得	單次給付達 20,000 元 ^(註 2)	單次給付以 1,000 萬元為限
租金收入	單次給付達 20,000 元 ^(註 2)	單次給付以 1,000 萬元為限

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

註：1. 個人補充保險費的計費所得或收入達下限時，以全額計算補充保險費；逾上限時，則以上限金額計。2. 中低收入戶、中低收入老人、接受生活扶助之弱勢兒童與少年、領取身心障礙生活補助費者、特殊境遇家庭及符合本法第一百條所定之經濟困難者，單次領取未達中央勞動主管機關公告基本工資者，始得免扣取補充保險費。

台灣於 2016 年之健保餘拙數為 68 億元；2017 年之健保餘拙數為 -9,8 億元；2018 年之健保餘拙數為-248 億元；2019 年之健保餘拙數為 -320 億元；而 2020 年之健保餘拙數更是高達-647 億元。(衛生福利部-民國 109 年國民醫療保健支出) (如表 2.2 所示)。

表 2.2 國民醫療保健支出(NHE)資金來源 (單位：億元)

年(西元)	政府部門	企業與民間非營利組織	家庭部門	私人醫療保險行政管理費	醫療保健總支出	健保於餘拙數
2010	2,405	1,822	4,770	52	8,846	202
2011	2,456	2,020	4,948	69	9,134	361
2012	2,482	1,957	5,049	78	9,293	273
2013	2,888	2,196	5,326	74	9,742	742
2014	3,056	2,312	5,535	79	10,171	810
2015	2,979	2,328	5,670	87	11,521	535
2016	2,858	2,457	5,742	91	11,081	68
2017	2,939	2,513	5,851	91	11,492	-98
2018	3,008	2,613	6,058	94	12,071	-248
2019	3,052	2,670	6,212	104	12,358	-320
2020	3,314	2,882	6,298	112	13,253	-647

資料來源：本研究整理

由上述統計數據資料顯示，台灣政府雖推行「總額預算制度」與「住院診斷關聯群 (DRG) 支付制度」，仍無法精準地控制醫療支出，也顯示健保財務收入與支出控管失衡現象有逐年惡化之趨勢。同時可發現目前台灣健保制度既要達到控制醫療支出之目的，另外又期許能夠提

升醫療服務品質及完整的全人照護之間，在總體目標與機制上的運作似乎存在些矛盾和副作用。

2.2 健保醫療支出之相關文獻

台灣醫療保健支出之編製，主要經彙整各級政府決算書、國民所得統計、家庭收支調查統計、全民健保統計及人壽保險業務統計等資料編纂而成，包括政府部門、保險部門及私部門等三方資料。(衛生福利部中央健康保險署，民 111)。

- (1) 政府部門：包含衛生行政單位、所屬醫療機構與其他政府部門與醫療保健相關之經常支出與資本支出；
- (2) 保險部門：包含全民健康保險支出；
- (3) 私部門：包含家庭自付、企業及民間非營利團體之醫療保健消費支出與資本形成(投資)。

國民醫療保健支出 (National Health Expenditure, NHE) 統計，是參考經濟合作暨發展組織 (Organization for Economic Co-operation and Development, OECD) 之健康帳戶系統 (System of Health Accounts, SHA) 作業規範而設建。(衛生福利部中央健康保險署—統計處，民 111)。由表 2.3 得知，近年來我國 NHE 占 GDP 比率，平均維持在 6.3% 至 6.4% 之間，至 2020 年 NHE/GDP 則增加至 6.7%，相較於 2019 年則增加了 0.2%；平均每人 NHE 為 5 萬 6,199 元，較 2019 年增率為 7.3%。

表 2.3 平均每人國內生產毛額(GDP)及平均每年每人醫療保健支出(NHE)

年(西元)	平均每人國內生產毛額 GDP(元)	平均每年每人醫療保健支出(NHE)(元)	NHE/GDP (%)
2010	607,596	38,228	6.3
2011	614,922	39,382	6.4
2012	630,749	39,935	6.3
2013	654,142	41,733	6.4
2014	694,680	43,459	6.3
2015	726,895	44,870	6.2
2016	746,526	47,122	6.3
2017	762,445	48,787	6.4
2018	779,260	51,187	6.6
2019	801,348	52,372	6.5
2020	839,558	56,199	6.7

資料來源：本研究整理

台灣健保制度自 2002 年 7 月全面推動「總額支付制度」，健保醫療支出之年平均成長率，在實施此制度之前的醫療支出為 6.58%，降為實施後的 4.23%，顯示健保成本暫時得到控制。而隨著逐年醫療費用的成長，實施總額支付制度的措施並無法有效因應健保制度所面臨的財務虧損議題，而且由於健保保費負擔之公平性仍有爭議，故於 2002 年 8 月實施「保費負擔公平修法方案」，進行兩項修法措施，其中包含：(1)軍公教保費改以全薪比率計算；(2)投保金額分級表上下限，由 3.8 倍調高至 5.5 倍。

於 1996 年至 2010 年之間，統計個人醫療支出從 3461 億元增加為 7695 億元，而佔醫療保健支出比例也從 81.7%提高為 86.8%。臺灣的醫

療保健支出主要用於購買醫療院所提供之個人醫療服務。其他流向包括：公共衛生、一般行政，及資本形成。因應不斷上升的醫療支出，政府於 2010 年將保險費率再調高為 5.17%，附帶條件是立法院通過二代健保法後，再將保險費率調降為 4.91%。(江東亮、文羽華、謝嘉容，民 103) 政府為使醫療支出獲得控制，於 2010 年 1 月開始實施全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwanese Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs) 支付制度。(衛生福利部中央健康保險署)。

影響健保財務缺口因素的研究，於 2001 年 1 月至 2013 年 12 月期間之健保相關資料，其結果顯示：當期老年人口數變動率、保險對象數變動率、落後一期死亡率及落後 10 期的病床變動率對健保財務缺口有顯著的負相關，當期薪資變動率對健保財務缺口有顯著的正相關，總體經濟變數對健保財務缺口無顯著差異。(李淑華，民 104)。

另一探討影響健保財務收支失衡的支出面以及收入面之研究，其研究發現：健保財務制度改革呈現週期性的動態循環過程。而探討健保財務失衡因素可分二個層面：收入面以及支出面，依照比較政治經濟制度的觀點來區分一般租稅、指定用途稅與保險費，有助於釐清健保收入的本質是不易調漲的稅收。也探討非營利醫院商業化所形成的醫療商品化，造成醫療支出不斷成長。(高淑芬，103)。

關於全民健保第一類投保單位欠費特性之研究，利用健保署資料庫，針對 2015 年 1 月到 12 月之間，累計欠費金額超過 5,000 元的第一類投保單位，以隨機抽樣擷取未欠費投保單位後兩者合併，以迴歸分析其影響投保單位欠費的特性 (如：行業別、單位規模、單位營運時間長短、負責人年齡層及受僱者投保金額)。其研究發現：(1)以各個變項的欠費單位佔率來看，5 人以下的欠費單位佔全部欠費單位約 85%最高；

(2)負責人年齡低時確實有較高機率產生欠費；(3)除批發及零售業外，可歸納出負責人年齡偏低及營運時間較短，或是5人以下中小企業或是小型商行，雖然每期保費應繳金額不高，但是因為單位數量多，對於整體欠費率影響仍大，甚至可能無法收回。(鄭舒琪，民106)。

若使用醫療資源的成本提高，民眾因而減少醫療需求，醫療院所減少對藥品的使用及支出，進而減少藥價黑洞造成的財務負擔，利於改善財務虧損的狀況。(黃韻華，民97)。台灣政府為避免健保財務赤字持續擴大，避免藥價黑洞，於2014年7月1日起實施「藥價三同政策」(即相同成份、同品質，調整為同價格)，政府擬訂調降成本與藥品費用的措施，鼓勵醫療機構使用成本低廉，具有同等效能的學名藥。研究主要探討藥品在「DRGs實施制度」之「藥價三同政策」關聯性之影響，研究以IMS寰宇藥品資料管理與某家醫學中心為例，「藥價三同政策」醫師實際處方降血脂藥物(Statin)醫師處方行為改變情況。其研究發現：(1)台灣醫療市場現況會引起學名廠之競爭，而藥廠競爭以降低藥品售價為競爭手段，醫療環境惡化將導致藥廠獲利減少。(2)總額預算DRGs制度與藥價三同實施，使得醫院為提高藥價獲利，會導致醫師更改處方藥之行為。(王勇盛，民104)。

我國自2015年1月1日起，西藥製造工廠全面實施GMP制度。對藥品製劑廠之管理日趨嚴謹的同時，當藥價被調降時，醫療院所獲得之藥品價差減少，使得醫院重新與藥品供應商議價，若藥品供應商無法以較低售價給予醫院藥品價差，該藥品將會被其他廠商之藥品取代。即此藥品的銷售量將大幅減少，藥品供應商的利潤就被壓縮。(張佩文，民107)。

若從全民健康保險收入面進行改革，以家戶總所得取代現行制度下

的一般保費與補充保費，或將現行制度微調，調升營業稅稅率、課徵食品健康捐或環境稅作為健保其他補充收入，探討是否有效改善全民健康保險財務狀況。其結果顯示：建議將現行制度微調，並加入補充性財源，將營業稅稅率調升、課徵環境稅作為健保其他收入，可抑制保費上升的速度。(陳其華，民 111)。

近期探討臺灣醫療支出因素之研究，於 1998 年至 2020 年期間，以臺灣 20 個縣市為分析對象，運用政府部門醫療保健支出作為依變項，並以幼年人口比率 (0-14 歲)、老年人口比率 (65 歲以上)、粗出生率、粗死亡率、平均每人每年可支配所得、失業率、空氣中總懸浮微粒濃度、執業醫師數及病床數作為自變項，進行迴歸分析，以探討各自變項與醫療保健支出之相關性。其研究結果顯示：(1)幼年人口比率與醫療支出呈現負相關；(2)老年人口比率、平均每人每年可支配所得、病床數與醫療支出呈正相關；(3)粗出生率、粗死亡率、失業率、空氣中總懸浮微粒濃度、執業醫師數與醫療支出呈正相關。另外，若純粹考慮人口變數時，幼年人口比率 (0-14 歲)、粗死亡率與醫療支出呈負相關；老年人口比率 (65 歲以上) 呈負相關；粗出生率呈正相關。而純粹考慮總體變數時，平均每人每年可支配所得與醫療支出呈正相關；失業率呈正向影響。若是純粹考慮醫療變數時，空氣中總懸浮微粒濃度與醫療支出呈負相關；執業醫師數呈正相關；病床數呈負相關。(鄭雅芳，民 111)。

台灣在 1996 年之人口增加率為 7.87%，至 2020 年人口增加率降為 -1.77%，2021 年人口增加率則降為 -7.89%，顯示人口成長率有逐年下降之趨勢。(如表 2.4 所示)。

表2.4 人口成長率 (Increase Rate)

年(西元)	出生人數 (人)	死亡人數 (人)	總人口數 (人)	年人口增 加率 (0/00)
2005	205,854	139,398	22,770,383	3.58
2006	204,459	135,839	22,876,527	4.66
2007	204,414	141,111	22,958,360	3.58
2008	198,733	143,624	23,037,031	3.43
2009	191,310	143,582	23,119,772	3.59
2010	166,886	145,772	23,162,123	1.83
2011	196,627	152,915	23,224,912	2.71
2012	229,481	154,251	23,315,822	3.91
2013	199,113	155,908	23,373,517	2.47
2014	210,383	163,929	23,433,753	2.58
2015	213,598	163,858	23,492,074	2.49
2016	208,400	172,405	23,539,816	2.03
2017	193,844	171,242	23,571,227	1.33
2018	181,601	172,784	23,588,932	0.75
2019	177,767	176,296	23,603,121	0.60
2020	165,249	173,156	23,561,236	-1.77
2021	153,820	183,732	23,375,314	-7.89

資料來源：本研究整理

表2.5 台灣近年之年人口成長率與每年每人平均健保支付(元)

年(西元)	平均每年每人 醫療支出 NHE(元)	年人口增 加(0/00)	總人口數 (人)	醫藥支 出年增 率(0/0)	醫療總支出 (NHE) (百萬元)
2005	32,804	3.58	22,770,383	5.03	745,620
2006	34,196	4.66	22,876,527	4.67	780,461
2007	35,480	3.58	22,958,360	4.09	812,419
2008	36,160	3.43	23,037,031	2.36	831,597
2009	37,665	3.59	23,119,772	4.53	869,252
2010	38,288	1.83	23,162,123	1.77	884,640
2011	39,382	2.71	23,224,912	3.25	913,413
2012	39,955	3.91	23,315,822	1.74	929,311
2013	41,733	2.47	23,373,517	4.84	974,250
2014	43,459	2.58	23,433,753	4.40	1,017,106
2015	44,870	2.49	23,492,074	3.51	1,052,773
2016	47,122	2.03	23,539,816	5.26	1,108,119
2017	48,787	1.33	23,571,227	3.71	1,149,199
2018	51,189	0.75	23,588,932	5.03	1,207,051
2019	52,372	0.66	23,603,121	2.38	1,235,764
2020	56,099	-1.77	235,561,236	7.25	1,325,302

資料來源：本研究整理

由本文整理相關之表 2.5 即知，台灣的人口結構（內政部統計處，民 111）人口成長率並無增加，而健保醫療支出卻不斷的擴大，故需要進一步探討健保財務虧損的原因。歷年醫療支出年增率平均為 4%，2020 年醫療支出年增率則為 7.25%，是歷年最高紀錄，當年之醫療保健總支出高達 1,325,302 百萬元。故本研究針對 2020 年醫藥保健支出分配項目來檢視支出占比，並進一步探索支出控管應加強的地方。

在 2020 年醫療保健總支出（NHE）方面，以個人醫療保健支出按資金來源觀察，家庭部門為 6,298 億元，占比為 55.3%（其中全民健保保費為 33.9%，家庭扣除健保保費之醫療保健自付費用為 66.1%）；而政府部門併健保餘絀數後為 3,166 億元，占比為 27.8%；企業及民間非營利團體 1,929 億元，占比為 16.9%。（National Health Expenditure, 2020）。在 2020 年個人醫療保健支出（Personal Health Care）當中，分為：(1) 醫院支出項目，占比為 43.9%；(2) 診所支出項目，占比為 21.6%。而在醫院支出項目中，住院項目佔比為 19.4%，門診占比為 24.15%（分為藥費 10.13% 及其他 14.01%）。也就是說，醫院支出項目當中，門診項目支出大於住院項目支出，而藥費支出占門診項目的 4.2 成，其他項目約占門診支出的 5.8 成。（如表 2.6、圖 2.1、圖 2.2 所示）。

表 2.6 2020 年醫藥保健支出分配

2020 年資金配置	總計(百萬元)	百分比(%)	年增率
Total	1,325,302	100	7.25
1.一般行政	27,971	2.11	4.32
2.公共衛生	55,817	4.21	25.49
衛生行政	42,790	3.23	32.01
研究推廣	12,745	0.96	8.07
衛生所	281	0.02	3.19
3.個人醫療保健	1,139,28	85.96	5.19
a 醫院	582,403	43.94	4.07
住院	262,396	19.80	6.64
門診	320,006	24.15	2.06
藥費	134,269	10.13	4.23
其他	185,738	14.01	0.55
b.診所	286,313	21.60	0.09
西醫	137,563	10.38	-0.76
藥費	21,513	1.62	0.63
其他	116,050	8.76	-1.01
中醫	26,742	2.02	2.63
藥費	9,572	0.72	5.44
其他	17,169	1.30	1.13

資料來源：本研究整理

表 2.6 2020 年醫藥保健支出分配(續)

2020 年資金配置	總計(百萬元)	百分比(%)	年增率
牙醫	122,008	9.21	0.52
藥費	4	0.00	-8.41
其他	122,004	9.21	0.52
c.其他專業機構	40,559	3.06	5.91
d.醫藥及保健用品支出	201,531	15.21	21.30
e.醫療用具設備及器材	28,345	2.14	-13.60
f.全民健保境外給付	133	0.01	-34.07
4.資本形成	102,231	7.71	25.65

資料來源：本研究整理

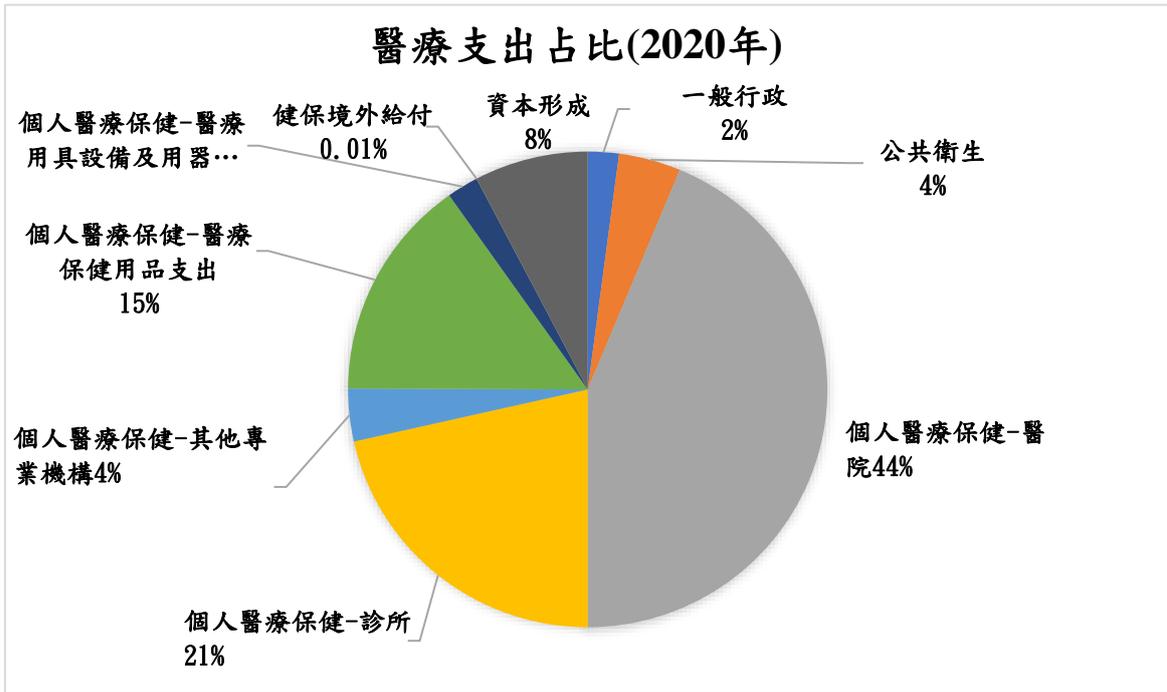


圖 2.1 2020 年醫藥保健總支出分配占比 (本研究製)

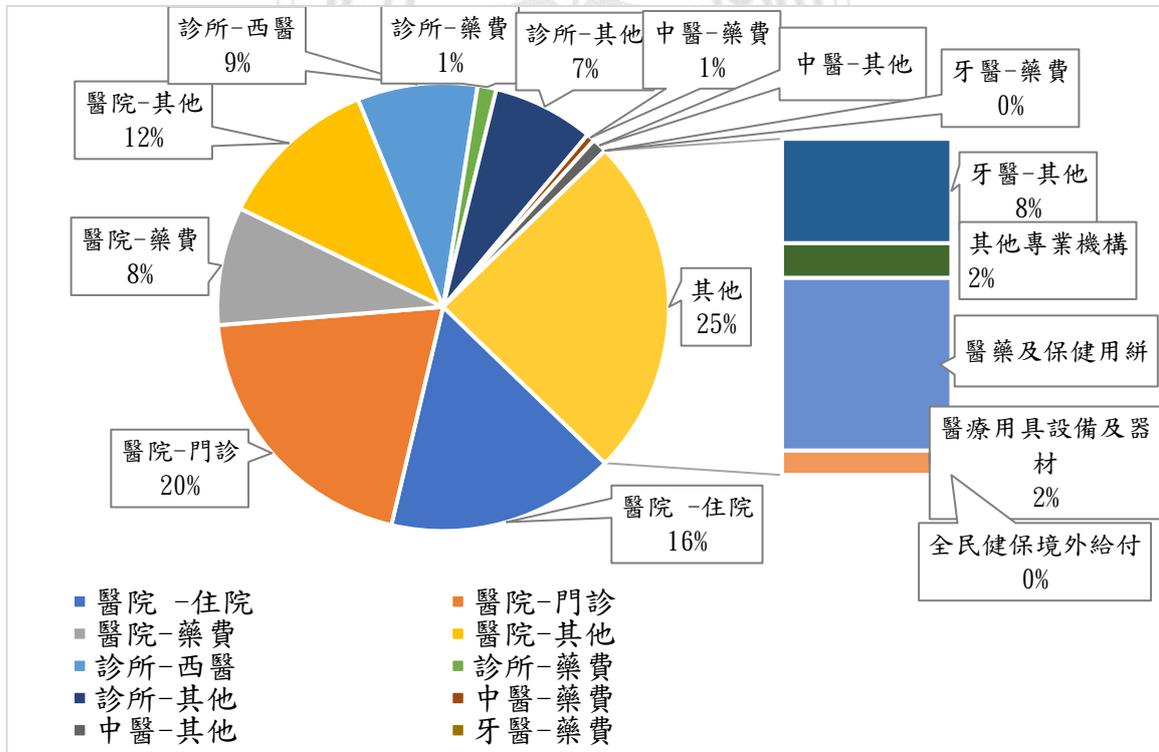


圖 2.2 2020 年醫藥保健支出—個人醫療支出部分之占比 (本研究製)

由表 2.7 得知 2021 年之診斷關聯群住院醫療費用明細總計為 33,993 百萬點；其中醫學中心為 12,904 百萬點；區域醫院為 14,132 百萬點；地區醫院為 6,957 百萬點。顯示醫學中心之給付高於區域醫院，地區醫院為者中給付最低者。其項目分類中，以手術費項目之點數最高為 11,186 百萬點；其次是特殊材料費為 6,241 百萬點；第三順位為病房費為 3,646 百萬點；第四順位與第五順位分別為麻醉費與檢查費。(如圖 2.3 所示)。



表 2.7 2021 年診斷關聯群住院醫療費用明細表—按特約類別分（單位：百萬點）

醫療費用明細	總計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所
總計	33,993	12,904	14,132	6,957	-
診察費	1,799	630	803	367	-
病房費	3,646	1,322	1,558	765	-
管灌膳食費	17	6	8	3	-
檢查費	2,848	1,103	1,289	456	-
放射線檢查 及診療費	1,834	724	840	270	-
治療處置費	1,237	417	492	328	-
手術費	11,186	3,889	4,506	2,791	-
復健治療費	149	57	63	28	-
血液血漿費	307	114	138	55	-
血液透析費	197	76	99	21	-
麻醉費	3,007	1,088	1,281	638	-
特殊材料費	6,241	2,831	2,403	1,007	-
藥費	1,133	498	480	155	-
藥事服務費	295	113	129	53	-
精神科治療費	2	1	1	0	-
注射技術費	96	36	40	19	-

資料來源：本研究整理（備註：本表為各項費用實際發生數，包含部分負擔。）

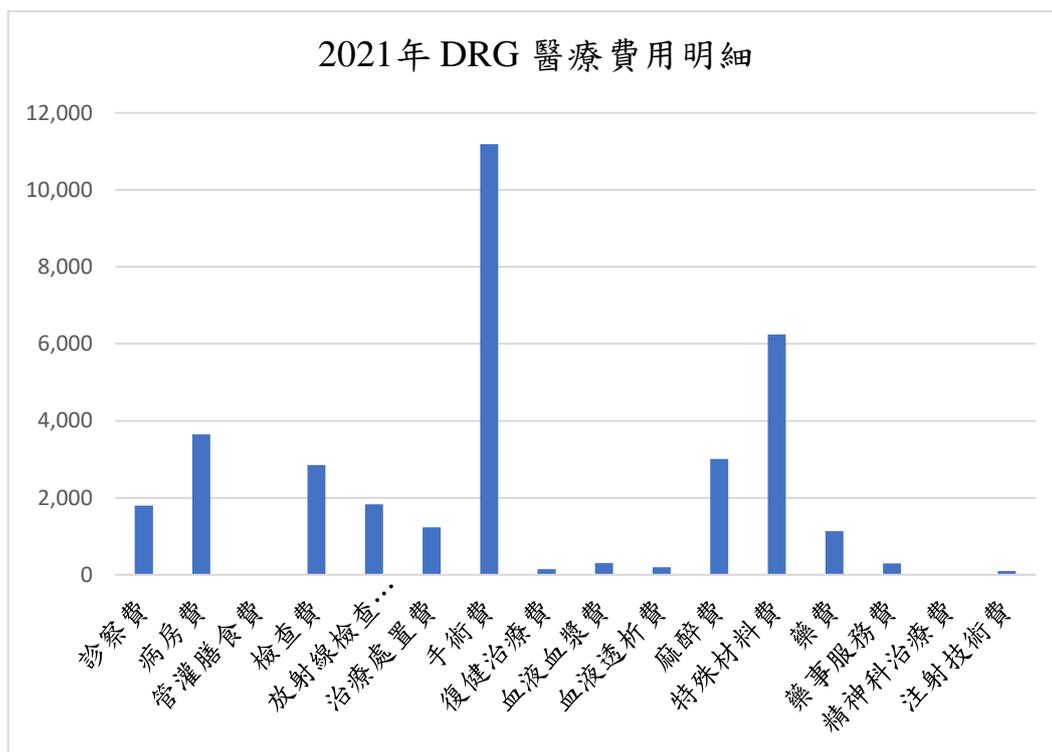


圖 2.3 2021 年診斷關聯群住院醫療費用明細 (本研究製)



綜合上述文獻資料與統計數據，發現如下：(1)投保單位整體欠費率之問題仍存在多年，使得健保收入不穩定；(2)平均每人每年可支配所得與醫療支出呈現正相關影響；(3)老年人口比例與醫療支出呈正相關影響；(4)我國人口成長率呈下降趨勢，但醫療費用支出（NHE）卻呈現逐年上升現象；(5)保險費費率存在上限問題，使得財務籌措受限，既使實施二代健保補充保費後，仍難以在醫療支出持續增加之間取得平衡。

以上諸多因素皆會造成健保財務面臨收支入不敷出之財務衝擊。而隨著醫療科技產業不斷推陳出新、人口結構老齡化之趨勢，加上國人醫療價值觀的改變及醫療資訊的透明化等因素，人民也都想獲得到更好的醫療品質照護及接受最有效率的治療，若政府未從根源解決問題，並改變管理與經營策略，未來國民醫療費用支出也將面臨持續擴大的窘境。

2.3 台灣醫療支出控管機制

台灣健保署對醫療支付有三個控管機制，分別為：醫院總額給付收支平衡制；住院診斷關聯群整合分工平衡制；診療效果與診療效率平衡制。說明如下：

1. 醫院總額給付（GBS）收入支出平衡制

醫院總額給付（GBS）是指預期支付所有醫院診所請領之總金額；即是中央健保署的年度總預算。其中醫師看診數以點數計算；理論上 1 點 1 元，但常被打折成小於 1 元。例如：50 萬元原代表 50 萬點，但若是所有醫院診所共請領 55 萬點，則每 1 點就只能領 0.9 元。上述只是初階的控管總額。進階控管總額則為：歷年請領金額較大的醫療院所，皆須接受年度醫療評鑑；醫療院所則依據評鑑得到的等級而決定其可請領的年支付總額。檢視台灣自 2002 年 7 月開始實施總額支付制度之成效，

可發現健保醫療支出之年平均成長率，在實施此制度前的醫療支出為 6.58%，降為實施後的 4.23%；顯示健保成本在當時暫得到一些控制。（衛生福利部中央健康保險署，民 94）。而它實施後也引發一些問題，例如：健保在醫院總額給付的原則下，某些醫療院所為彌補總額給付不足的情況，往往會拒收重症病患、限制門診掛號數及看診時間；限制高單價之藥品使用等。民眾就醫時可能會面臨自費項目增加的情況。有些醫療機構之也將病歷，分為自費就醫及健保給付，因而有不同的醫療照護區別。因而在醫院總額給付制的環境之下，產生不同的醫療行為醫病關係。

2. 住院診斷關聯群（DRGs）整合分工平衡制

DRGs 診斷關聯群（Diagnosis Related Groups）是指住院支付制度之一，將醫師診斷作為疾病分類、採取類似治療的疾病分在同一組，再依病人的年齡、性別、有無合併症或併發症、出院狀況等再細分組，並將同分組的疾病組合依過去醫界提供服務之數據為基礎，計算未來保險人應給付醫院之住院費用。（衛生福利部中央健康保險署—DRG 支付制度）。實施 DRGs 之目的在於，確保醫療資源分配（Fetter, R.B., 1991）。其優點在於能實際與患者的病情需求契合，希望能透過醫院的分類與分級達成：大醫院看重病，小醫院看輕病的整合分工理想。

全民健康保險住院診斷關聯群（Taiwanese Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs）分類架構與原則如下：

(1) Tw-DRG 之診斷及處置代碼，主要以美國「2014 ICD-10-CM/PCS」版本為基礎。(2) 名詞定義為：主診斷（Principal Diagnosis）經研判後，被確定為引起病人此次住院醫療；主要原因，引起病人此次住院醫療之多重診斷，得擇取醫療資源耗用高者為主要診斷，住院中產

生之併發症或住院中管理不當產生之危害不得為主要診斷；開刀房手術或處置(Operating Room Procedure)：依「TW-DRG 分類手冊」所列項目認定；合併症或併發症 (Comorbidity & Complication) 之認定條件如「TW-DRG 分類手冊」。(衛生福利部中央健康保險署—Tw-DRG 支付通則，民 111)。

3. 診療效果與診療效率平衡制

醫師的診療效果是指，該醫師對病人的診療方式，對該病人病情改善的契合度。醫師診療效率是指，該醫師看病的速度。診療效果是指醫師對病患診斷的正確程度，重視「診療效果」的醫師通常會採取對因下藥的策略。另外，「診療效率」是指醫生的診斷疾病及治療的速度，故重視診療效率之醫生通常會採對症下藥的策略。其潛因可能需進一步透過檢驗分析、影像判讀與人力時間成本投入（即需耗用醫療資源）才能更了解其實際病因。

以中醫治療便秘病症 (Constipation) 舉例說明如下：年輕人的便秘問題，排除病灶阻塞或是感染等問題，一般常見於飲食偏好或是睡眠不足...等因素所造成（俗稱：氣血旺盛）。因此改善其病症之藥物，應屬涼性中藥材；而老年人的便秘常見的是因腸子蠕動功能差所造成，故應使用溫補性中藥材使其改善。這表示便秘雖是一種症狀，由於致病原因不同，因而考量選用藥材之屬性亦完全不同。這個案例似乎說明了「對症下藥」之策略並不夠圓滿，而應採「對因下藥」之策略才是正確之道。

事實上，對因下藥這項推論也不能以一概全，其理由如下：如果一位 A 醫師，對於每位來求診的病人，皆期待能夠經由 A 醫師的診斷與治療後達到 100% 的治癒效果，則 A 醫師必須採「對因下藥」的醫療策

略，因而對病人用藥前的評估，包括：身體評估、影像檢查、檢驗數據...等皆是不可忽略的過程。但對於 A 醫師來說，若是當天門診因上述原因而造成看診人數受到限制，或甚至造成醫師診察費之收入減少，或造成醫療機構的收入減少。由此顯示 A 醫師採取的醫病管理方式一對因下藥，似乎不盡理想。抉擇的兩難在於：是否照顧普遍化應重於照顧某些特定個案？這就是前述診療效率（速的程度）與診療效果（對的程度）的難以兼顧之處，而是必須折中取捨的問題。

健保署對此問題，已有一套對基層診所每日門診量的支付制度。（如表 2.8 所示）。此制度就是為了統一規範，醫師診療效果與診療效率的平衡而產生。其核心思想就是：診所每日可請領之邊際病人醫療點數，隨單位醫師每日診療病人數增加而減少。

表 2.8 西醫基層合理門診量（每日合理量各階段人數表）

	原制(看診 25 日 _(含))			新制		
	以上以當月日數計)			(看診 25 日 _(含) 以上以 25 日計)		
	各階段看診人數上限		點數	各階段看診人數上限		點數
第一階段	1-25	25 人	320	1-30	30 人	320
第二階段	26-30	5 人	250	31-40	10 人	250
第三階段	31-50	20 人	220	41-60	20 人	220
第四階段	51-70	20 人	160	61-80	20 人	160
第五階段	71-150	80 人	90	81-150	70 人	70
第六階段	>150	>80	50	>150	>70	50

資料來源：中華民國醫師公會全國聯合會

上述三項控管診療支出機制的運作是台灣全民健保制度享譽國際，被外國人民稱羨的主要原因。但此三項控管診療支出績效的加總，卻比不上其醫療質量提升與醫藥支出惡化的加總。(Chen M.S, Tseng C.W., Chen Y.F., 2021)。我國在二代健保實施後，雖提及「收支連動」機制，但實際上缺乏明確的執行辦法，仍使得健保財務虧損問題未見改善。

全民健保健保財源虧損狀況，不應以頭痛醫頭或是腳痛醫腳來應對，即使制定更多的法規，在管理決策上仍未能真正的對健保財務問題對症下藥。若政府真要解決本國醫療費用支出大於收入的問題，必須將

造成醫療費用支出過大的問題揪出來，財物的控管除了適時的調整費率之外，還必須掌握「節流」，才能使其永續經營。



2.2 他國醫療體系機制

了解他國醫療體系運作上的優勢及困難之處，藉以幫助台灣健保體系的建構與改進，及更懂得珍惜台灣健保之優勢。以下分別概述美國、德國、日本及英國醫療體系。

2.4.1 美國醫療健保制度

美國醫療保健（Health Care in The United States）是由醫療保險公司、醫療衛生提供者、醫院系統、和獨立醫療機構等所組成。

在醫療保險方面，主要醫療保險項目包括：(1)醫療照護保險（Medicare）：主要針對老年人（年滿 65 歲者）而設立，由聯邦政府管理，主要財源來為社會安全稅（Social Security Tax），以薪資做為計算基礎；(2)醫療救助保險（Medicaid）：針對貧者而設立（符合各州低收入戶標準的民眾），由聯邦政府和州政府撥預算，共同負擔財源。(3)私人保險制度：不符合上述兩種條件者，需要投保者本人從各家醫療保險公司的保單選項中購買產品。在購買醫療保險後，依照每次看病金額之多寡，仍可能必須自行負擔部分醫療費用。通過聯邦所得稅稅制對私人保險的隱含補貼。而美國健保在改革的爭議主要有兩個議題：(1)控制醫療健保支出成長，避免其過度吸納 GDP 的大部分資源。(2)朝全民健保方向發展，將健康保險視為政府對人民的保障。（Hyman D.N., 2007）。

2022 年健康計劃轉變，提及市場健康計劃（Marketplace 或 Exchange）都必須提供相同的基本健康福利，包括就診、預防保健、住院、處方、懷孕和心理健康等。（Health Care United States Website, 2022）。

美國醫療成本逐年攀升，研究發現，人口老化與新醫療方式的研發是導致醫療支出攀升的部分原因，而其中不當誘因也是其中一部份因素；其次，第三方付費者（即保險公司與政府）是根據醫療流程給付，而不是根據達成的成效給付，病患幾乎不需要為醫療服務的成本負擔責任。醫療服務者，通常不是根據提供醫療服務實際使用的資源來配置成本，而是根據流程、部門、服務獲得的保險給付額來配置成本，不過，保險給付是依據對醫療密集度的假設與估算，並非實際精準支出。（洪慧芳，民 103）。

2.4.2 德國之醫療保險

德國醫療保健系統的起源可以追溯到中世紀，當時工匠是行會的成員。公會根據團結原則提供了一種早期形式的健康保險：所有公會成員都繳納了一筆基金，然後在個人成員遇到經濟困難時（例如，生病）用於幫助他們。在工業革命初期，也有為工廠工人組織的保險基金。（Health care in Germany, 2022）。德國的健康保險制度於 1972 年起由「農民健康保險法」規範，與其他一般法定健康保險相同的部分，則是用於社會法典第五部「健康保險法」。（徐偉初、黃明聖，民 91）。主要分為兩種不同類型的健康保險：公共健康保險（Gesetzliche Krankenversicherung）與私人保險（Private Krankenversicherung）。

德國醫療保健系統的基本原則如下：

- (1) 強制保險：每個人皆須擁有法定健康保險（Gesetzliche Krankenversicherung, GKV），前提是他們的總收入低於固定限額。任何收入高於此的人都可以選擇購買私人保（Krankenversicherung, PKV）。

- (2) 通過保險費籌資：醫療保健的資金來自於投保僱員及其雇主支付的保費，及稅收盈餘。
- (3) 團結原則：法定健康保險成員共同承擔生病時醫療費用的個人風險。法定保險涵蓋的每個人都享有平等的醫療保健權利，及在生病時繼續支付工資的權利，此與他們的收入和保費水平無關聯。但這些保費僅根據達到特定收入水平的百分比計算。任何收入超過此數額者皆需支付相同的最高保費。
- (4) 自治原則：雖然德國為醫療保健設定了條件，但個人醫療服務的進一步組織和融資是醫療保健系統內自治機構的責任。這些機構成員包含醫生和牙醫、心理治療師、醫院、保險公司和被保險人所組成。(National Library of Medicine , 2022)。

醫療保健系統又分為三個領域：門診護理、住院護理（醫院部門）和康復設施。其中門診護理（Ambulante Versorgung）主要由個體醫生、牙醫、心理治療師和其他醫療保健專業人員在他們的診所中提供。大多數醫生和牙醫都有（法定健康保險認證），讓他們能夠為任何擁有法定健康保險的人提供治療。在德國，一般內科及小兒科醫生被認為是家庭醫生。這些醫生可以轉介患者至次專科部門以解決特定的醫療問題。也可以在沒有轉介的情況下直接去找次專科醫師。(National Library of Medicine , 2022)。

2.4.3 日本之醫療體系

日本的醫療保險制度始於1922年，起初建立以受雇者為對象的醫療保險制度，其後又於1938年頒布了國民健康保險法，設置以自營業者、農民為對象的國民健康保險制度。1961年提出所有國民都有義務加

入國民健康保險。於 1973 年實施老人（70 歲以上）免費醫療，及實施被保險者家屬醫療費 70% 免費措施，同時建立對個人負擔比例規定一定上限的高額療養費制度。於 1984 年日本修改了健康保險法，實行醫療費個人負擔 10% 的制度。1994 年對醫療保險制度做調整，由患者負擔一定比例的住院伙食服務費，並且廢除了不斷加大醫療負擔的「陪同看護制度」。於 1997 年修改醫療保險制度，規定參保者必須負擔 20% 的醫療費。目前日本醫療體系屬於公共醫療保健系統。醫療保健系統提供就診到緊急情況和住院的所有服務。民眾有自由選擇去哪個醫療院所就診的權利。大多數情況下，並不需要家庭醫生的轉診，如果沒有轉診就直接前往醫院的患者，醫院則會收取稍高的費用。公共健康保險（Japan's Public Health Insurance）分為：(1) 國民健康保險（National Health Insurance）：如果身分為學生、自由職業者或居住在日本但不是全職工作的其他人，則需要加入強制性國民健康保險。其費用是根據去年的收入計算的；(2) 社會保險（Social Insurance）：則是針對全職雇員而設計，雇主必須為全職雇員加入國民社會保險。此保險除了健康保險功能，還包括失業保險、勞動意外保險和國民退休計劃在內。（Japan's Healthcare System Website, 2022）。

2.4.4 英國之醫療體系

英國的國民保健署（National Health Service, NHS）屬於公醫制度，始於 1948 年。在北愛爾蘭、蘇格蘭和威爾斯仍各自有其保健署。這四個系統保健系統為獨立運作。1946 年工黨政府通過國民健康服務法案（National Health Service Act），於 1948 年生效，英國自此進入公醫時代。NHS 是屬於單一國家醫療照護體系的公醫系統，醫師相當於公務人

員，領取政府薪俸，為國民提供免費的醫療服務。1990 年後則開始強調醫療內部市場競爭。NHS 的資金主要來源於一般稅收（General Taxation），一部分預算來自國家保險，還有一小部分來自於移民法令所帶來的稅收。政府會制定年度預算以支付 NHS 的財政開銷。

英國政府對 NHS 體系負責的是以英國衛生大臣為首的衛生部。於 2012 年將服務延伸至社會照護服務領域。（鄭紹宇，民 106）。NHS 採註冊制，人民需要到住家附近的診所註冊並選擇家庭醫師（General Practitioner, GP）。任何人皆可註冊 GP 手術。民眾有任何健康上的問題，都須先到註冊的診所看家庭醫師，先經評估與診斷，若有必要，才會轉至專業細分的科別診療。（NHS Services Website, 2022）。

綜合上述，可發現德國與日本的醫療體系則屬於社會保險制度，其財源籌措則是由政府部門為主，醫療機構是與政府部門共同合作的對象，主要以提供醫療服務來達到企業營運的目的。美國的醫療體系為部份保險是強制性兼自願性保險併存，服務的提供與財源籌措皆以民營方式為主。而英國的醫療體系則屬於公醫制度，無論醫療服務的提供或是財源的籌措皆是以公共部門為主。另外，醫療體系的費率調整是社會福利制度發展中會經歷的過程。無論是何種類型的醫療體系，醫療費用支付制度都是改革的核心，即使是內部市場政策或公共競爭政策亦然。

（衛生福利部中央健康保險署，民 101）。

2.5 醫療健保支出與空氣及環境污染之間的關聯性

希臘時代 Hippocrates 認為人類的疾病與其身體內的組成分子及外在環境皆有關聯，因此在「論空氣、水和地方」一書中，呼籲研究一學者，應考慮四季變化及風的特質，另外居民的飲食、水質、水源、土質及生活型態也應加以考量，這些觀點與現代流行病學所強調的「人、時、地」極其相似。John Gorden 提出之三角模式，包括宿主、病原及環境，任何一因素產生變化，將破壞原有的平衡，而導致疾病。(陳品玲，民 108)。慢性呼吸道疾病最常見的是氣喘、慢性阻塞性肺部疾病、呼吸道過敏症等。最位主要的危險因子為吸菸、室內與室外空氣污染、職業粉塵及化學性暴露。(陳品玲，民 108)。

2021 年，台灣前十大死亡原因依序排列為：癌症，心臟疾病，肺炎，腦血管疾病，糖尿病，高血壓性疾病，事故傷害，慢性下呼吸道疾病，腎炎腎病症候群及腎病變，慢性肝病及肝硬化。十大死因死亡人數合計 14 萬 1,123 人，占總死亡人數 76.6%。(如表 2.9 所示)。

另外，2021 年十大癌症依死亡率排列順序，為每十萬人口中：(1) 氣管、支氣管與肺癌死亡為 42.8 人；(2) 肝癌與肝內膽管癌為 34.0 人，(3) 結腸直腸癌為 28.4 人，(4) 女性乳癌為 24.6 人，(5) 攝護腺癌為 14.5 人，(6) 口腔癌為 14.5 人，(7) 胰臟癌為 11.3 人，(8) 胃癌為 9.8 人，(9) 食道癌為 8.6 人，(10) 卵巢癌為 5.9 人。(衛生福利部統計處)。(如圖 2.4 所示)。

依上述資料顯示，台灣每十萬人口中就有 42.8 人死於支氣管肺癌，為癌症死因最多的疾病。而慢性下呼吸道疾病也位居十大死因第 8 順位。即表示台灣人民因慢性肺部疾病或支氣管肺部疾病導致死亡的現象存在，其原因值得探討，尤其應考慮人民所居住的環境與空氣污染因

素。

一份刊登於國際期刊「刺絡針星球健康」(Lancet Planetary Health)當中之研究—由美國喬治亞華盛頓大學的研究團隊，針對 194 個國家的氣喘病例數據、人口數及二氧化氮 (Nitrogen Dioxide, NO₂) 排放之間的關係做研究，其結果顯示：全球每年約有 400 萬名孩童因為交通空氣污染而導致氣喘，表示每天就有 1.1 萬個新病例，並指出最嚴重的國家是科威特，而台灣則是排名第 4。(自由健康網)。

一份 2019 年博士論文提到，以 2001 至 2012 年全民健康保險研究資料庫 0-18 歲氣喘住院資料，空氣污染物資料來自環保署，溫度及濕度氣候資料來自中央氣象局。主要分析氣喘住院風險與空氣污染之間的關聯。其研究發現：(1)在調整所有氣象因素和污染物後，所有污染物都與多變量模型中的氣喘住院相關；(2)空氣污染物在不同空氣污染區域也有不同的影響，以空氣污染最嚴重的高屏區域影響最為顯著；(3)城鄉比較方面，在校正 PM_{2.5} 後，高雄市 SO₂ 在住院當天與氣喘住院有顯著相關。(郭靜燕，民 108)。

聯合國氣候會議發布 2020 年氣候變遷績效指標，台灣為倒數第三名。肺癌已經連續九年居冠，台灣空氣污染的情況，恐怕短期之內無法改善。空氣污染裡的懸浮微粒 (即是 PM_{2.5})，除了會引起肺癌之外，也跟心血管疾病，呼吸系統疾病皆有相關，也有研究發現，會造成早產，老年癡呆與腦部病變。空氣污染的原因，除了燃煤發電與工廠之外，汽機車排放的廢氣、焚燒垃圾、燃燒香火等也都是原因之一。(李偉文，民 108)。

探討空氣污染與疾病的研究，將兩大都會區以人口密度進行分區，分為都市、近郊與郊區，探討各區域空氣污染對相關疾病之關聯性。運

用 Panel Data Regression 以求出每增加一單位濃度會增加的疾病數，其研究發現：肺癌、慢性肺部阻塞疾病、肺炎、氣喘、高血壓、糖尿病與風濕性疾病等疾病明顯會受到空氣污染的影響，致疾病數的增加，而位於兩大都會區之污染物對高血壓的影響程度最大，其次為慢性肺部阻塞疾病與氣喘，其中又以非甲烷總烴（Non-Methane Hydrocarbon；NMHC）之危害最大，顯示：對於碳氫化合物的要求必須更為嚴格，以降低污染物暴露於環境中對人體健康造成危害。（陳映潔，民 111）。

表 2.9 台灣十大死亡原因依序排列（本研究製）

順序	2017 年	2021 年
1	癌症	癌症
2	心臟疾病	心臟疾病
3	肺炎	肺炎
4	腦血管疾病	腦血管疾病
5	糖尿病	糖尿病
6	事故傷害	高血壓性疾病
7	慢性下呼吸道疾病	事故傷害
8	高血壓性疾病	慢性下呼吸道疾病
9	腎炎腎病症候群及腎病變	腎炎腎病症候群及腎病變
10	慢性肝病及肝硬化	慢性肝病及肝硬化

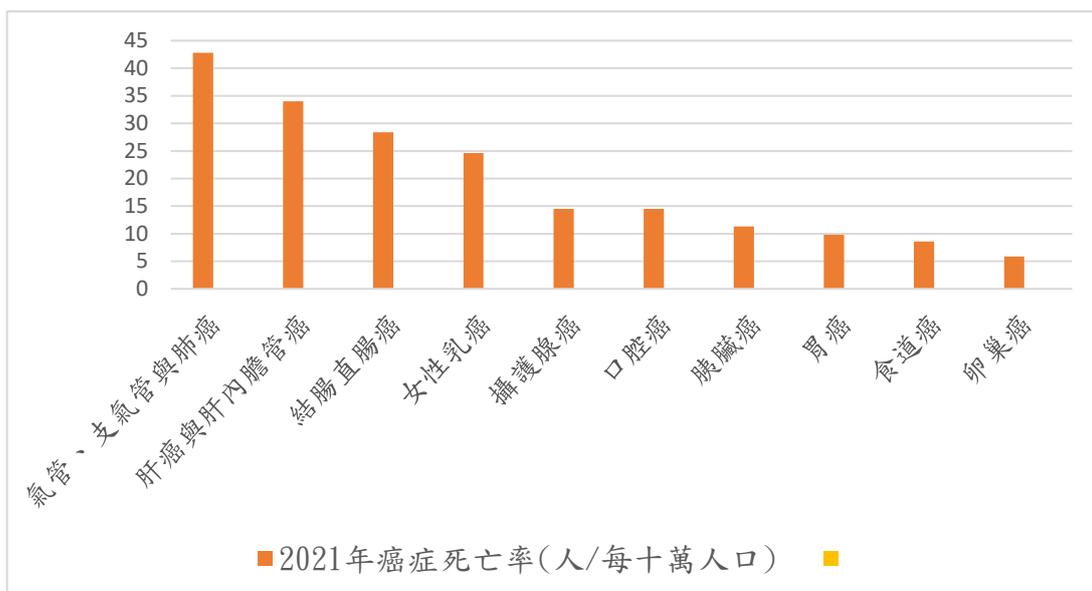


圖 2.4 2021 年十大癌症依死亡率順序(每十萬人口死亡人數)(本研究製)



2.6 台灣淨零碳排策略與環境永續經營相關文獻

碳中和 (Carbon neutral) 又稱為淨零碳排 (Net zero)。其中邊境調整機制 (Carbon Border Adjustment Mechanism, CBAM) 是針對出口國產品的碳含量若高於進口國的規範，進口國將對產品課徵碳關稅。台灣產業應先瞭解 CBAM 規劃的實施方法，才能提早因應，例如：如何計算產品生產過程碳排放、如何導入減碳相關技術等。其管制產品包含：水泥、肥料、鋼鐵、鋁、電力等。(台灣經濟部，民 111)。「碳權」即是「排放碳的權利」，以相當於一公噸 CO₂ 的排放量為計算單位。產業可透過取得碳權，以符合政府的碳管制規範或因應國際供應鏈與倡議的碳中和要求。台灣目前法規管制對象，包含：發電業、鋼鐵業、石油煉製業、水泥業、半導體業、面板業。(台灣經濟部，民 111)。歐盟預計 2023 年啟動碳邊境調整機制，而台灣目前並未設立相關碳交易 (Carbon trading) 策略以針對出口商品徵收碳稅，將使得進口至歐盟之商品被徵收「碳邊境稅」，勢必造成經濟上的損失。(陳柏先，民 111)。從台灣電力公司統計資料顯示，2020 年火力發電溫室氣體排放量為 9267 萬公噸。(經濟部能源局統計資料庫，民 111)。台灣核能發電比，雖然逐年下滑，但燃燒發電比，卻逐年增加，其中燃煤發電所生產的 CO₂ 排放量最為驚人。在全球溫室效應在淨零排碳之共識下，將不利於台灣在國際上的形象。(Chen M.S, Tseng C.W.& Lai J.H., 2021)。

台灣政府為因應國際綠能環保趨勢，原先預訂 2035 年禁售燃油機車政策，但在與各家機車廠商斡旋後決議暫緩，改以鼓勵方式推廣電動機車之發展。關於台灣探討綠能電動車生態系統的建構—以光陽電動機車為例，其研究顯示，生態系統中參與者彼此間互動產生並不容易，中心企業

應精準掌握個別利害關係人之知識及能力，刺激參與者在互動時追求自身商業益利同時形成互利並培養系統集體性，居中擔任「指揮家」角色協助彼此交流，整合個別參與者之互補能力，建置屬於自己的生態系統。(黃靖涵，民 109)。

美國西方石油公司 (Occidental Petroleum) 近期與比爾·蓋茲一起投資了 Carbon Engineering，計畫 2050 年達到實現「淨零排放」的目標。於 2022 年底與加拿大氣候新創 Carbon Engineering 合作，在美國西德州二疊紀盆地，興建全球最大的抓碳工廠。工廠計畫於 2024 年啟用。設置於油田裡的大型電扇，每年將從空氣中捕捉 50 萬噸的二氧化碳，打入地底深處，封印百萬年。此規模是當前全球最大抓碳工廠的 250 倍、更是全球 19 座抓碳工廠總和的 100 倍。聯合國政府間氣候變遷專門委員會 (Intergovernmental Panel on Climate Change, IPCC) 提出警告，在 2050 年之前，每年必須排除 100 億噸的碳，才能讓地球升溫控制在攝氏 1.5 度。彭博預測指出：「完成此任務的產業，預估每年將賺進 1 兆 4,000 億美元 (約新台幣 45 兆 2,000 億元)，相當於目前全球石油與天然氣產業的總營收。」。(王茜穎，民 111)。

Carbon Engineering 的貢獻是一項直接空氣捕獲技術。團隊和世界各地的合作夥伴正部署直接空氣捕集設施，每個設施每年可以捕集 100 萬噸二氧化碳，相當於約 10 億噸的碳排除工作。約 4000 萬棵樹中和排碳的功能。其原理，主要運用直接空氣捕獲 (DAC) 技術通過吸入大氣空氣，並通過一系列化學反應，從中提取二氧化碳 (CO₂)，再將其餘空氣返回到環境中。此即是植物在進行光合作用時所做的事情，並以純淨的壓縮形式輸送二氧化碳，然後儲存在地下或重複使用。(Carbon Engineering Co. Website, 2022)。

關於企業減碳與績效關聯性之探討，研究以 2015 年至 2018 年臺灣上市及上櫃公司為研究對象，資料取自臺灣經濟新報資料庫 (Taiwan Economic Journal, TEJ) 及公開資訊觀測站 (MOPS)。經篩選之樣本有 519 家臺灣上市及上櫃公司，共 2,076 筆觀察值。以敘述性統計進行相關分析，並利用 DEAP 程式計算出經理人效率值，以迴歸分析模型 (Panel Data Regression Model) 驗證研究之假說。其結果顯示：企業碳排成長率與績效間呈顯著負相關，股東行動主義及經理人能力均會弱化企業碳排成長率與績效間呈現負相關。(杜怡葶，民 111)。

一份關於企業社會責任與環境永續經營對顧客忠誠度之影響—以台灣某知名有機公司為例，利用統計分析法，針對企業實行企業社會責任及環境永續經營，與顧客忠誠度是否有正向相關。其研究顯示：企業社會責任實踐愈好，顧客的忠誠度愈高。(廖惠敏，民 111)。台灣關於淨零碳排策略評估之研究，顯示在策略之一「維持現狀」評估下發現，未來塑膠產品只會隨著人口的提升而逐年增加，台灣石化下游多屬於出口為導向的產業，若不實行更強勁的減碳政策，未來 10 年至 20 年要達成減碳 10-20% 的可行性將變得更嚴峻。另一策略「乙烯進口」則考量到未來全球對於乙稀的需求量將會隨著人口數的增加而上升，因此建議某 A 公司可向美國進口乙烯產品來補足上游之計畫性減產缺額，將可以降低碳洩漏疑慮。(陳建均，民 111)。

系統即是一整體，也可以是分開的個體，而個體以特定方式組合起來即是一個系統整體。(牛涵錚、姜永松，民 103)。所有的企業皆是社會與國家的一環節，追求永續經營的企業，自然要與環境建立良好的互動關係，以創造雙贏的結果。

第三章 理論架構

Michael E.P, Elizabeth O.T. 指出，政府有機會運用諸多方式來協助醫療體系提供以「價值」為基礎的醫療服務，政府扮演的「角色」應該視其現有醫療照護體系、過去的歷史與現在的架構，以及擁有的優勢與長處而定，政府在制定健保醫療費用時要盡量反映實際醫療成本。並非代表醫療提供者做越多，政府就要付的越多。反而應鼓勵醫療提供者尊重患者與家屬的意願，運用有限的醫療資源以獲得相對滿意的醫療結果。以美國來看，一直以來大家都認為醫療照護體系的危機是費用的問題，使得各州政府無不想方設法來降低醫療費用支出，卻沒有深入思考到：「降低費用對醫療成果與價值目標的因果關係」，況且政府通常只在意表象問題，例如：某些藥物或醫療科技太昂貴、醫師開立太多處方、或是一些醫療服務項目過度使用等單項議題等。而非進行系統性的分析與全面性檢討。唯一的解決之道，應該以創造病患獲得的「價值」為目標。應避免落入圈套—以為只要降低個別醫療服務或項目的價格，就能夠完全的降低醫療支出。然而，在台灣有許多大型綜合醫院，幾乎是提供包山包海的醫療服務，他們並沒有專注於發展少數專長的能力，反而是提供病患所有疾病的服務，使得各個醫療機構在服務線上相互競爭。而在以「價值」為基礎的醫療照護體系中，病人將會逐傾向尋求提供整合性照護的醫療提供者，因就醫經驗會比較順暢且有效率，團隊協調性的照護也會使患者感覺更周到（李振昌、羅耀宗，民 103）。

為使台灣醫療的價值得以體現並使健財務收支平衡，故本研究針對醫療支出控管提出三個策略：(1)人力環境貢獻論之「全民健保稅率」—是針對稅收的正當性而提出之主張；(2)正字型救治法—主要針對救治全

民健保的財務收入；(3)道字型救治法—主要針對救治全民健保的財務支出。同時，也鑒於許多國外人歷經臺灣健保的優點後，一直設法欲理解臺灣健保的根基思想，但卻不可得，因此，本文特將其核心內容的期刊論文展示如下：

3.1 人力環境貢獻論之「全民健保税率」

本研究針對稅收的正當性，因而提出中國環境貢獻論的概念、社會福利觀念、以「單一稅率」之原則作為全民健保税率之設計。

3.1.1 中國環境貢獻論之概念

中國賦稅起始於夏禹定賦貢。夏禹治平洪水、定九州土地制度，是中國土地稅制之始。比較有系統的財政概念，始於文史紀錄中有關西周時期的部分記載。春秋戰國時期之商鞅變法、漢代之均輸制度、隋唐時代之租庸調法及兩稅法都是稅制的重大改革。在秦漢時期，已經建立了比較完備的稅收法制和管理制度。宋代有名的改革是王安石的方田均稅法。元代時期，對於田賦已有折征錢鈔的思想（即紙幣的發行），要求各級官員進行會計記帳，其國庫管理做得比較完善。至清朝初期，實行「地丁合一」，也就是土地租之意。明代實施的「一條鞭法」即是賦稅合一，簡化稅制，改變歷代賦役平行徵收的形式，勞役制因此逐漸消失，尤其利於社會分工和商品經濟的發展，對賦稅史上的影響深遠。清朝的「攤丁入畝」，其特點是以土地為課徵對象，利於田賦收入的穩定及提高，隨著社會的穩定發展，此方法逐漸佔據主導地位。明清兩代，手工藝產業的技術有新的進展，如陶瓷業、冶鐵、紡織業，加上農業發展進步，商品貨幣經濟也空前活耀。（張永昇，民96）。

從上述各朝代賦稅制內容推測：因中國具有以農立國的背景，農作收成優劣不僅容易被察知且攸關政府所佈置的環境；再加上儒家思想「民無信則國不立」的治國理念，自然孕育出中國傳統課稅哲理之「環境貢獻論」。環境貢獻論之思想概念來自：(1)現代國家皆為租稅國 (Steuerstaat) (葛克昌，民 78)；(2)中國漢字「稅」字的涵義 (許慎，漢朝)。

租稅國 (Steuerstaat) 是指：稅收已成為該國財政收入的主要來源，且其個體 (個別公民或企業體) 在納稅之外沒有其他各種收費負擔之國家。由於租稅是租稅國主要的財務收入，且租稅在其經濟發展上扮演重要角色，故現代國家無不漸發展成租稅國型態。即大部分國家皆認同：經營國家須以租稅收入作為施政的主要動力來源；同時亦只有租稅才是國家收入的正當手段。(葛克昌，民 83)。(Tseng C.W., 2019)。

3.1.2 社會福利觀念

Alain Euzeby 提到「社會保障」不應被視為一種經濟負擔 (Economic Burden)，而應被視為基於收入再分配原則的集體團結機制，即所得 (資源) 再分配兼具集體連帶責任 (Seuanders Wealth) 的功能，為一國家政府推動社會政策之「不可或缺的責任」(Indispensable Solidarity)。世界各地區經歷的經濟和社會變革，特別是經濟全球化，使社會保障變得越來越必要。並強調目標是人道與社會的保障，同時也帶來經濟上的利益。(Alain Euzeby, 2007)。

如果全民健保制度為政府強制全民人體避險之制度，則其健保收支哲理必有弔詭之處。試想在全民人體皆被避險制保護下，全民中必有不必繳健保費而仍享健保診療服務之窮弱者；窮弱者人體的診療費用來自何

人出資協助？若窮弱者體診療費用來自富有者繳給政府的健保費，則政府侵佔了富人族健保費所有權，並移撥支用在窮弱者身上。這表示政府用於免繳健保費窮弱者身上之醫療費，必須是政府的自有資金；否則上述弔詭現象必存在。然而政府的自有資金幾乎皆從課稅獲得；其中政府課稅收入不必然是政府可自由應用資金。如果政府應用某項稅收，須受繳納該稅當事人指定用途的限制；則該項稅收就不是政府自有資金，而是政府代管資金。正因為上述的弔詭現象，才顯示人民為何須繳稅給政府之哲理的重要性；概因它是政府施政行為合理化的根本。(Tseng C.W., 2019)。

西方國家的福利觀念，對於所得稅繳納的金額不同，代表享受的福利就不一樣，以性質上來看西方國家是為了未來而繳稅，而東方國家對於稅的觀念則是，平常繳保險費即是繳稅。東方國家對於稅的觀念是，稅是屬於政府所管理的，而政府對其財源的管理原則為「一律公平對待所有的人民，因為全民健保制度是屬於社會福利機制」，而本文認為稅應該以「貢獻論」的觀念來管理財務，主要是政府為了掌握公平原則，為人力資源之維護，必須使其財務平衡。然而，二代健保的本質卻與貢獻論的概念相違背，而民眾為了規避繳交二代健保費，也衍生出的一些行為與現象。例如：某研究計畫經費的申請與核銷，明顯一次程序就可核銷完畢的工作卻為了規避繳交二代健保費；故意分成數次程序核銷，此浪費人力資源現象，實際卻與健保醫療體系之增進人力資源目標背道而馳。(Chen M.S, Tseng C.W., Chen Y.F., 2021)。

租稅 (Taxes) 是政府管理人民經濟活動的手段，透過人民經濟活動的收支情況，規範人民對政府之財貨支付行為。政府應用租稅收入支於購買公需商品與勞務的必要投入；或應用徵稅規則重新分配公民貧富間財力。德國社會政策學派 Adolf Wagner 認為租稅課徵規則應同時考慮政府

與人民的立場，強調租稅應具所得重分配功能之目的，並主張課所得稅需特別重課財產所得及非資本利得，以達平均財富之目的。(徐偉初、歐俊男、謝文盛，民 97)。起源於 17 世紀德國官房學派之公需論 (Public Demand Theory) (即公共福利理論) 認為國家職能在於滿足公共需要及增進公共福利，政府為滿足公共需要必須有經費支持施政及開銷；其中稅收就是實現這種職能的物質條件。即國家及公共團體是為了充實公共需要才要求人民納稅。(Tseng C.W., 2019)。

3.1.3 以「單一稅率」之原則作為全民健保稅率之設計

本研究認為環境貢獻論是治國的重要優質思想，理由至少有下列 3 項：(1)現代國家皆為租稅國 (Steuerstaat)；(2)中國漢字「稅」字形之「政府須先被察知其貢獻所在，才能依貢獻比例課稅在後」涵義；(3)將環境貢獻論之環境範圍縮限在人力資源環境就形成人力環境貢獻論，以人力環境貢獻作為全民健保稅課稅哲理。環境貢獻論的特徵在於：政府必須對人民的所得貢獻在先，才能對其所得課稅在後，以減低君王（政府）違反課稅前對人民的承諾。(Tseng C.W., 2019)。

個體所得可分成：「資本利得」(Capital Gains) 與「非資本利得」(Non-capital Gains) 兩類。其中「非資本利得」中的所得稅是一種微分觀念，以時間、體力、專業等的投入而換取薪資利得。也就是說，現在的財富，是過去各個時間點的累積。對某一個個體而言，他在一個時間點的所得，即反映他對社會的貢獻。所以本質上來說，「稅」是一種連續發生的行為現象。另一所得「資本利得」的獲利過程含有風險加上運氣的成分，所以對此課稅，應用「累進稅率」(Progressive Tax Rate)；而「薪資所得」則是反應當時的貢獻，所以不應使用「累進稅率」，應

用「單一稅率」(Uniform Tax Rate) (吳德華，民 95)，否則對當事人來說形同是一種「罰」的意涵。因人力環境貢獻論課稅哲理之思想，故應主張「單一稅率」之原則作為全民健保稅率之設計。(Chen M.S, Tseng C.W., Chen Y.F., 2021)。

3.2 正字型救治法

針對救治全民健保的財務收入，因而提出正字型救治法。概因台灣政府在健保財務收入項目中，以徵收二代健保補充保費 (Addition Resurance of Second Generation Health Insurance) 的正當性最具爭議，因其中有些與健康維護無關的保費徵收項目。例如：其中一項規定為：任何經濟活動之交易額超過新台幣 5000 元者，皆須另繳交該交易額固定比例的金額，作為補充全民健保財務缺口費用。由此可知，這被稱為二代健保補充保費 (Addition Resurance) 的課徵理由，事實上與全民健之本質並無關係。部分民眾為規避繳交此額外的健保費，還故意將原整筆交易額切割成數個小額交易額；而不惜複雜化交易流程與增加人力成本。中國文字將此種人民不甘願繳納，但又不得不繳給政府之費用以字型「稅」(Tax) 來表示。中文用「稅」與「稅」兩種不同字型，表達人民須繳的不同心情與態度。兩字型左邊同為繳給政府通貨之農作物禾 (古代的禾相當現代的金錢)。但前者「稅」右邊字型顯示，一人跪著雙手捧物呈給政府樣，感謝政府佈置環境讓其賺取所得 (如圖 3.1 所示)；而後者字形「稅」顯示，一人跪著雙眉垂下愁臉面向政府樣，求饒政府不要課徵，象徵不悅的意涵。從上述的詮釋得知：台灣政府目前所課徵的二代健保補充保費，實際是「二代健保稅」。(Chen M.S, Tseng C.W., Chen Y.F., 2021)。

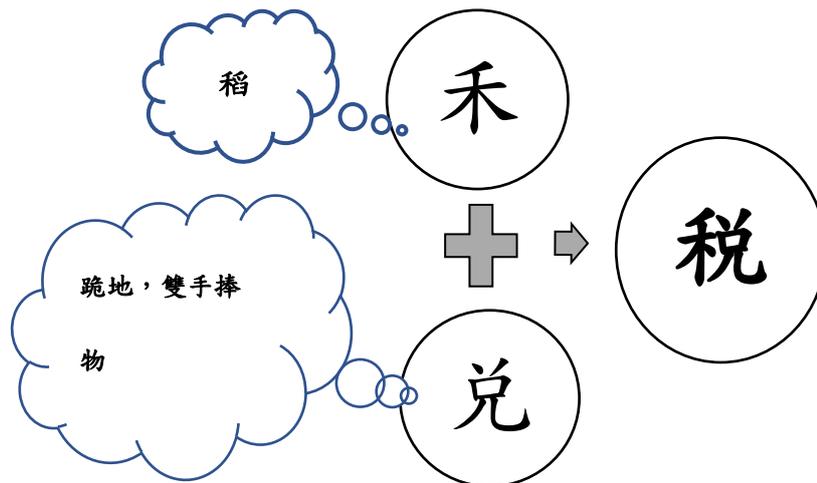


圖3.1 租稅涵義（本研究製作）

任何以民意為主的政府，向人民課徵的費用必須是「稅」而不是「稅」；但要如何達成此理想呢？對全民健保而言，思維此理想產生的源頭，當然是全民健保的價值為何的問題。若定義全民健保價值為全民健康狀態能創造的全民利益值，則此定義所延伸的議題自然是：如何衡量全民健保創造的利益值？大致上，我們可以說每一「個體」（個人或企業）的年度所得，皆與當年社會的人力資源狀態有關；而全民健保之目標恰是維護全民人力的健康。這表示人力資源，雖不是「個體」獲得所得的全部因素，但卻是「個體」獲得所得不可缺少的因素。假設全民人力健康程度與全民年度所得的統計迴歸相關係數為 r ；則以單一稅率 r 向每一個體，依其非資本利得課徵健保稅，似乎是理想的作法。其詳細的理由如下：一個體的年度綜合所得（Comprehensive Income），可分成，資本利得（Capital Gains）與非資本利得（Non-Capital Gains）兩種。其中個體過去累積財富所產生的年度利益（Benefit），與其投資環境機運變化有高度相關，故政府基於機運利益共享原則，宜採累進課稅（Progressive Tax Rate），進而縮小民眾間貧富差距。但一個體之年度

非資本利得 (Non-Capital Gains) (例如：薪資) 是反映「個體」當年對社會貢獻，故政府宜採單一稅率 (Uniform Tax Rate) 課其非資本利得稅。又因人力資源是「個體」賺取非資本利得，不可缺的要素 (含個體本身的人力健康狀態)；故政府有充分理由，可依「個體」當年非資本利得水準之「單一稅率」向其課徵健保稅。此健保稅在課稅當下即屬政府自有資金，政府可將其自由分配於貧弱族的醫療費用。(Chen M.S, Tseng C.W., Chen Y.F., 2021)。這表示政府如何取得全民健保財務收入，與如何分配全民健保財務支出，應各別思考及討論。

上述健保「正字型救治法」之討論核心在於：全民健保財務收入方面。其中「正」字型中「一」代表價值 (Value)，與「止」代表手段 (Methods) 的銜接點是被追究的核心。正字型救治法的優勢在於：政府是對全國人力健康貢獻在先，才課徵 (Taxation) 健保稅在後；故政府在課徵健保稅時，健保稅收即屬政府所屬的資金。「正字型救治法」的另一優勢在於：它可使全民健康程度與全民健保財務收入，二者產生增益與彼此抗衡之效果。概因在其他條件不變下 (包含不考慮全民人力老化因素)，人民愈健康代表人力愈充沛，所創造的國民所得也就愈高；進而使得與國民所得成固定比例 r 之全民健保收入增加，將增加後的全民健保收入用於照顧人民，又可再增進人民健康。形成全民健康程度與健保財務收入間的良性循環，恰是全民健保「正字型救治法」彌足珍貴之處。(Chen M.S, Tseng C.W., Chen Y.F., 2021)。(如圖3.2所示)。

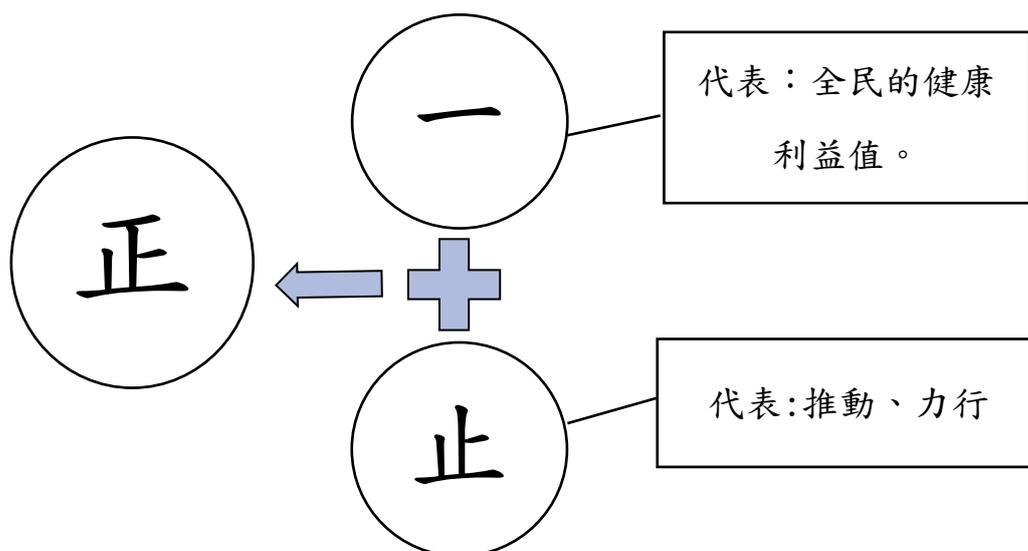


圖3.2 正字型救治法（本研究製作）

3.3 道字型救治法

中文的「道」(Dao)，是一切存在、一切事物的源頭。「易經傳」云「形而上者，謂之道；形而下者，謂之器。」，「形而上」是具體化，體現化之意。老子在「道德經」云「道可道，非常道」。是指，形成任何一個問題時，當人們用確切的分別方式把問題表達出來時，就隱含有答案了，而答案無論是顯現或是隱而未現，其源頭就是「道」。「道」具有多義性，而形而上之「道」貫通形而下的人生價值規範，是古代聖賢們的基本論述。而依據老子在「道德經」書中之義涵為：「道」是宇宙最原始最基礎的存在，是萬物變化最根本的動力，是簡明又最深邃的事物規律。我們再從中國漢字來看「道」(許慎，漢朝)，它屬於象形 (Pictograms)、會意 (Knowing)。道字上方有八字兩點，分別代表的是「效果」與「效率」；其緊接之橫線，代表平衡之支持線，左方之从辵首，代表「運作」。以平衡為前提之下，自然「運作」之原理，就是「道」這個字的涵義。(Chen M.S, Tseng C.W., Chen Y.F., 2021)。(如圖

3.3 所示)。

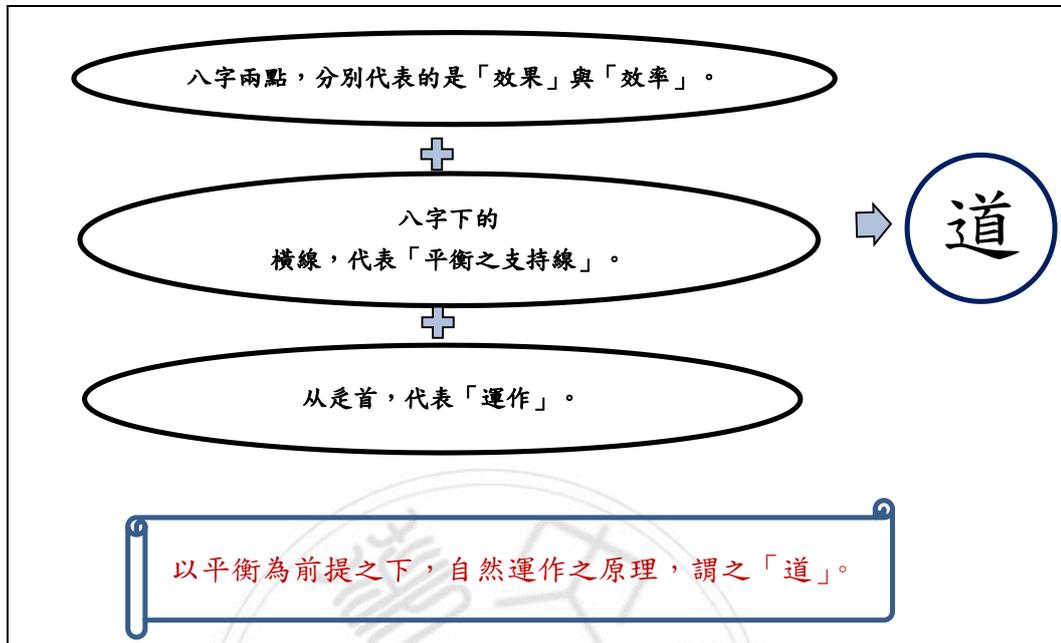


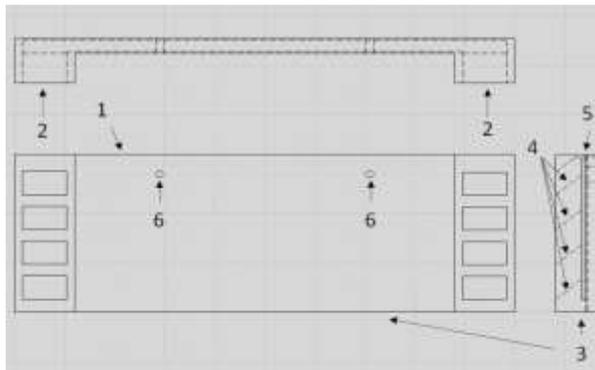
圖 3.3 道字型救治法 (本研究製作)

目前台灣多數論文僅限於健保的收支虧損作探討，並未針對人民健康的維護與預防醫學的視野作探討，尤其忽略了影響台灣人民健康的空氣與環境污染問題。為了解決系統上的根源問題，我們思考東方國家『黃帝內經』中提到的「上醫醫未病，中醫醫欲病，下醫醫已病」的養身概念，講究優雅從容的生活步調，依照自己的體質來調養身體。強調人要順應自然，將人體視為小宇宙，利用自然界地水火風等元素來校正人體機能，以達到身心靈的和諧。將自然醫學的「上醫醫未病」的養身思想，應用於全民健保體系，以及環境保護措施，皆是管理機制設計當中不可忽略的重要因素。(Chen M.S, Tseng C.W., Chen Y.F., 2021)。

第 2.3 章節提到全球每年約有 400 萬名孩童因為交通空氣污染而導致氣喘，每天就有 1.1 萬個新病例，依嚴重排名台灣位居第 4，顯示台

灣空氣污染嚴重，若是長期的暴露在空氣污染當中，慢性肺部疾病將成為台灣隱形的健康殺手。而台灣醫療系統勢必面臨一國人因氣管及肺部疾病增加而帶來的龐大醫療支出。其影響層面還包括人民整體生產力的降低。

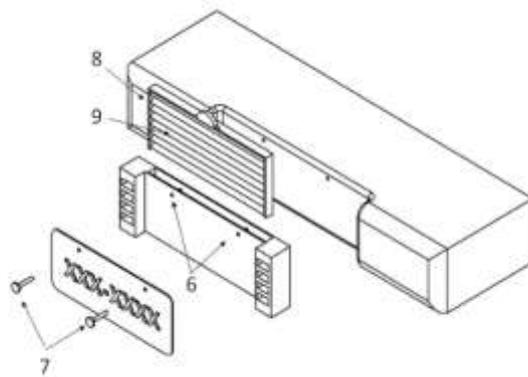
為使改善空氣與環境污染，讓國民健康利益值提升，以減少罹病率，研究者除了建議台灣政府積極推動節能減碳策略，並制定明確的政策，優先利用台灣地理上的優勢來發展低碳能源，以降低環境負荷，也能穩定台灣供電的穩定。(Tseng C.W., Chen M.S., 2022)。另外，建議可利用現有車牌配件構造淨化空氣污染物之專利設計。利用保險桿及其下方皆可安裝過濾裝置。(賴榮祥、陳焱勝，民 108)。(專利證書號碼：第 M107205685 號)。(如圖 3.4 所示)。



本體構照圖符號

說明：

1. 本體
2. 進氣口
3. 出氣口
4. 擋泥斜板
5. 擋水幕
6. 固定孔



元件應用示意圖

符號說明：

6. 固定孔
7. 固定螺絲
8. 過濾裝置架
9. 過濾結構

圖 3.4 本體構照圖與元件應用示意圖（資料來源：賴榮祥、陳森勝，民 108）

此方案提出一種針對解決車輛造成污染的空氣濾淨器，以減少空污。其特點為：(1)不需提供額外能源，藉由設置於每部汽機車的外部使得車輛行駛的同時，也淨化空氣中污染物質。(2)此淨化系統規模雖小，但以其高機動性與高密度性，將能以螞蟻雄兵之態，以最低成本來達到降低氣污之目的。

針對空氣污染物淨化而設計之車牌配件構造，包含：(1)本體，具有中空結構；此本體包含進氣口及出氣口；進氣口處具有擋泥斜板構造，用

於阻擋泥砂進入濾清器內部；擋水幕設置於擋泥斜板與進氣口之間，用於阻擋雨水與地面積水進入濾清器內部；(2)濾淨結構位於本體之中空結構內，主要用於過濾由進氣口經擋泥斜板與擋水幕所過濾的空氣；兩固定孔，可藉由車牌之固定螺絲將本體固定於車牌與車輛之間。(賴榮祥、陳淼勝，民 108)。

而賴榮祥等利用車牌減空污之構想雖佳，但因車牌面積小，恐對減污效果有限，本研究建議將原車牌至保險桿之間的整個空間，甚至整個底盤皆可列入設計範圍，使空氣濾網範圍增大，而達到減少空氣污染之目的。另外，建議政府的決策應著重於健保財政收支平衡的改善，同時也需兼顧維護人民生活的環境，避免人民長期生活在空氣與水源污染的環境，而威脅到人民的健康，進而增加健保財政負擔。

3.4 道字型救治法之醫藥支出控管 r 率制

由健保支出機制的問題來看：政府「操動」醫療資源「調換」人民健康服務之過程中，若操動醫療活動本身不能自動監督健保資源的有效使用，則健保財務缺口無法有效改善。(Tseng C.W., 2019)。

既然健保署已採醫院總額支付制 (Total Hospital Global Budget System) 控管預算，理論上其財務不應出現逐年虧損情況。其中不可忽略的原因可能是：(1)新增的支付項目，包含特殊療效新藥 (新藥往往因獨佔市場而價格昂貴)；(2)疫苗施打對象增加，如：流感疫苗施打對象從老人擴大至孕婦及嬰幼兒；(3)特殊疾病之醫療支出增加，如：愛滋病等疾病之醫療支出，不受總額限制；(4)重大疾病或重大傷害之醫療費支出。這表示台灣全民健保提供的醫療服務品項 (質與量) 逐年提高。惟以民意為主之台灣政府，其醫療服務質量一旦提高後，就不太可能再限

縮回去。因此欲從全民健保支出面解決其財務缺口，就只能從其醫藥支出控管方面考慮；概因健保署目前在醫療支出控管方面已經有相當多的規範，實際上，各界也已提出相當多的建議。以健保署目前醫藥支出控管制度舉例說明如下：某品牌之藥品若要成為健保署用藥，其必要條件為：製造該藥品公司之年財務報表須向健保署公開。健保署再依此評比該藥品之價格，向同樣具有相同藥理學作用之其他製藥商議價，作為健保署持續調整藥品價格的依據。但是，健保署並沒有規範各醫療機構應該如何向藥商購藥之方式及價格，所以，目前健保制度不僅使醫療機構有機會賺取藥品價差之利潤；且可能導致醫師用藥與患者病情之間的契合差距。此情形可能導致一些現象，使得一些醫師為了個人利益，會偏向以藥價差比較大的藥商購買類似療效之藥品，以賺取利潤，而不是以病人為中心之醫療照護原則為主要考量。如果健保署對前述醫藥價差問題仍無有效的應對策略，則本文建議健保署採用下列政策—「道字型救治法之醫藥支出控管 r 率制」。假設以甲患者某次身體不適至某醫療機構就診為例，其就診後的總診療費用以 A 公式來說明「道字型救治法之醫藥支出控管 r 率制」如下：(Chen M.S, Tseng C.W., Chen Y.F., 2021)。

A 公式： $x + ry$

x 代表：為病人自付款（包含：掛號費、醫療處置部分負擔）。

y 代表：醫護單位就病人病情，按健保規範的之醫療費用。

$x + y$ 代表：代表患者某次就醫之後的總醫療費用。

r 代表：病人代墊請領款比率，介於 0 與 1 間的某給之定數。

目前的健保制度採取：金額 y 皆由醫療機構向中央健保單位請領。本研究設計機制中，此醫療費用是指健保單位可被醫院申請後支出的金額，惟金額 y 是否應全數由健保單位支出給醫院是待討論之議題。

本研究認為： y 值既經醫療機構所決定，卻又跳過病患完全由醫療機構所請領，是健保收支控管的重要缺點。因此本研究建議：將上述 y 值的一定比率改由病患在就診時先支付，而後在申報綜合所得稅時由中央健保單位領回。其中 r 為介於 0 與 1 之間的某給定數。其中 r 值愈大影響差距愈大。若按目前健保規定，病人自付款 x 由病人在診療現場付給醫院；請領款 ry 則由醫院日後向健保署提出申請。至於 r 值等於多少為最佳化理論，需先優化系統內每個關鍵者的策略與結構互動模式，再決定 r 值為多少，才是最好的效果。若按「道字型救治法之醫藥支出控管 r 率制」，除非病人是低收入（或弱勢）者，請領款 r 倍之金額 ry ，由病人在診療當天支付給醫院（即 $x + ry$ 為病人在診療當天支付給醫院的金額），並由醫院按月集結後陳報健保署存查。請領款 $1 - r$ 倍之金額 $(1 - r)y$ ，由醫院按月向健保署請領； ry 為病人預繳的請領款，則併入該患者之下次申報綜合所得稅（Comprehensive Income）當中，再統一從中央健保署領回。

在上例中若病人是低收入者，則本文建議病人仍按目前健保規定支付費用：病人在醫療院所只需支付被優待後的費用給醫院，餘款由醫院按月集後再向健保署請領，惟須由各地方政府編列預算給健保署，以彌補一些健保財務上的負擔，例如：領有重大傷病卡、低收入戶、血液透析患者、罕見疾病患者等免部分負擔之醫療支出。

「國民健保醫藥支出控管 r 率制」之 r 值，就是病人代墊請領款

比率。事實上当 $r = 0$ 時，「國民健保醫藥支出控管 r 率制」，即為健保醫藥控管現行制。採用上述病人先支付後領回 ry 的健保改良制的優點在於多了 y 是否合理被決定的監督；一般而言 r 越大病者先支付後所領回之金額越大，其監督 y 是否合理被決定也會越強。比較現行制度與此設計機制，其內容可得：「道字型救治法之醫藥支出控管 r 率制」，比健保醫藥控管現行制，擁有下列兩項優勢：

- (1) 在病人接受醫療當下即預墊 r 倍請領款，其向健保署領回的預墊款須延至下次申報綜合所得稅時；故健保署約可節省健保署年醫療總預算額 r 倍的數個月的利息（主要在於患者就診後仍須等到下次申報綜合所得稅時，才能領回此筆款項，此期間可能是數月）
- (2) 因病人在接受醫療當下即須代墊 r 比率請領款，故前制度會引發病人比以前更在乎，醫師用藥質量與藥費水準是否真反映病情所需。其患者更在乎的原因在於，此制度使得病人的藥品存貨成本提高；其中 r 值愈大影響差距愈大。這將使得更多病人願身歷其境，監督醫藥是否被有效使用；包含醫院批准藥品之質量如何。也將使得患者在藥物領取後另作他用（例如：轉賣、贈送海外親友）的不當行為逐漸減少。

現行健保制最嚴重缺點就是上述 y 值被醫療機構所決定的過程，隱含醫藥黑洞。(Chen M.S, Tseng C.W., Chen Y.F., 2021)。如何改善此缺點即是本文思考減低健保財務不良支出的核心思想，而「道字型救治法之醫藥支出控管 r 率制」設計的主要目的在於改造系統的競爭性質，需要所有的參與者調整策略與結構，以價值和成果為基礎，形成一個新的系統構造，系統中的所有關鍵者將建立一個改善的互動模式。(如圖 3.5 所示)。

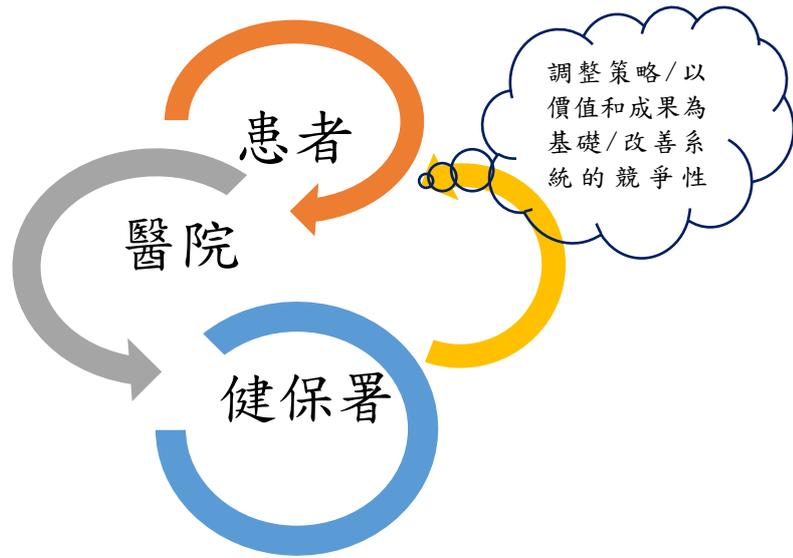


圖 3.5 新系統架構互動模式之示意圖 (本研究製作)



第四章 結論與建議

台灣全民健保的本來面貌是：台灣健保保費徵收的原始規則，是基於政府維護人力資源維護。也就是說，政府布置人力資源環境，並將其利益作適當的分配，對全民有所貢獻，故得以向全國人民徵收健保費。本研究創造「正字型救治法」針對財務收入問題提供解決的核心思想，並應用「正道」字體解析健保財務收支平衡的應對策略，以提供健保署參考。希望促使國民之健康照護與全民健保財務之間維持平衡；二者互為投入與產出的關係，且互為增益效果。

策略將因為每個參與者的自身利益，應運而生，而非完全起於政府的法令規定。價值目標有如羅盤，將指引每個人做出對自身最有利的選擇。消費者置身其中的健康照護系統比過去簡單，效果會更好，原因是他們會和健康照顧計畫者密切合作，了解自己的健康風險並積極管理本身的健康，也會為不健康的行為模式負起責任。每位患者都擁有透明的醫療訊息和必要的協助，並取得良好的照護，他們在拿到醫療負擔費用時，將不會覺得混淆，也不需要和健康照護計畫團隊產生不必要的爭論，在醫療保障範圍內，醫生可省下以往浪費的心力，而能提供更多的時間與心力來協助患者。(李振昌、羅耀宗，民 103)。

管理決策須建立在長期理念的基礎上，例如：日本豐田公司的管理哲學，包括他們對「社會長期的貢獻」和「公司業績的表現與成長」的承諾。其公司領導階層曾說：「造車之前要先培育員工，意謂員工發展是改善產品及流程之關鍵。」Bonini 說：「一個組織的領導者角色就是了解問題並解決問題，以提供給顧客更好的服務。」(鄭紹宇，2017)。

面對健保財務虧損問題時，聚焦於「核心問題所在」是必要的，健保支出的原理也應該以「管理科學」的方式做分析，故「效率」與「效果」之間的取捨即是健保署對於醫療機構與執業醫師的規範。此取捨若是以長期經營理念為價值考量，即合乎於「道」(Dao)。

任一投入 (Input) 產出 (Output) 系統，皆有連接投入產出調換關係機制；以及使機制能運作的動力來源。如果每個輸出都可以加強個體的下一個操縱過程，那麼整個投入與產出過程的持續時間就會增加。例如：廠商投入財力與人力，操動機制產出貨品，至市場銷售而調換銷貨收入。或是以某人剛開始帶著意圖去植樹(即是操動 (Manipulating))，以減低二氧化碳氣體，自動擴大減低二氧化碳氣體效果(因小樹隨著時間長成大樹，大樹又會再長出小樹苗，因而自動的擴大樹的光合作用)，而形成「妙有 (Being)」之自動的驅動現象。(Tseng C.W., 2019)。

在管理科學上，功能機制的基礎在於管理者對資源與能力的掌握，它同時可以配合「決策」(Decision Making) 與「執行」(Implement) 活動的功能，決策與執行活動又指引了資源的調度與管理法則，而使機制 (Mechanism) 功能得以實現。若是將住院醫療與門診支出費用相關問題，簡化為「醫師診察費支出問題」與「醫藥支出問題」。前者，政府在制度的改革上，確實已做了許多努力，而這些制度帶來的方便與優勢應維持之。而本研究針對「醫藥支出問題」提供一個改善機制—「道字型救治法之醫藥支出控管 r 率制」。

此道字右上兩點之對立統一體乃指：健保署與病人族各自對 r 值偏好的對立統一。其中 r 值愈大不僅使醫藥支出控管愈有效，且愈減輕健保署財務支出；進而愈增加健保署的偏好。 r 值增加後，雖短期內會增加病人醫藥成本，而減少病人族偏好；但經一段時間後，因醫藥

使用受病人族更嚴謹監督，有可能反而降低整體病人服藥成本，而增加病人族偏好。展示此性質也等於證明：若將 r 視為由健保醫療供需市場決定的變數，則「道字型救治之醫藥支出控管 r 率系統」，屬於前述之「妙有 (Being) 系統」。這表示若將台灣健保醫藥支出控管 r 率系統，從目前正在實施之制度，提升至健保醫療供需市場決定的均衡值；則會造成健保署與病人族雙贏的結果。相對此雙贏結果，現行健保醫藥控管系統並非「妙有系統」，其理由如下，健保署目前是以聘用人員，監督醫師用藥及藥師製藥方式控管醫藥系統。如此控管醫藥效果決定於前述監督人員的質量：若監督人員工作績效提升（或下降），則控管醫藥效果提升（或下降）；若監督人員不工作則控管醫藥效果歸零。故現行健保醫藥控管系統，才被認為非「妙有系統」。由於健保署能聘用之監督醫藥控管系統人數，相對於台灣人口數不多；才凸顯健保醫藥控管系統需具備「妙有系統」屬性的重要性。

讓醫療提供者能夠在創造病人價值時，將系統中的參與者朝同一個共同目標邁進，每個參與者的利益或許不同而可能產生矛盾與衝突，但若是價值目標清楚，則將逐漸成為羅盤而指引其方向。本研究在此設計機制上以「中央健保署」（包含：管理機制中的決策者、投入的人力成本與所有醫療資源）與「整體國民健康價值的最大化」及「健保財務控管」之間使其形成一個可以互相平衡兼具抗衡的三角鏈關係，將使台灣全民健保能朝永續經營的願景邁進，並非遙不可及的目標。這也與本研究目標的設立，及第三章當中提到的以價值為基礎的改革方向是互相呼應的。

本研究貢獻在於，臺灣多年未能解決的健保收支問題，提出可解決方案，其一，在健保收入正當性的哲理是：收入正當性源於環境貢獻論之稅

收概念，由於經營國家須以「租稅」收入作為施政的主要動力來源；只有租稅才是國家收入的正當手段。其二，從社會福利與保險角度來說，政府的「角色」須承擔推動社會政策之「責任」。另一，在支出面的創新機制是基於「人力環境貢獻論課稅哲理之思想」，將「薪資所得」歸納為反應當時的「貢獻」，故不應使用「累進稅率」設計，而主張「單一稅率」之原則作為全民健保稅率之設計哲理。國民課徵的費用必須是「稅」，即屬於政府所屬之資金，而政府如何巧妙地運用此資金以使「全民健保系統」創造的國民健康狀態是最大利益值，因而提出正字及道字救治法，並提出改善健保失衡的管理策略，其中「道字型救治法之醫藥支出控管 r 率制」設計模式的管理核心概念是極大化國民健康價值，同時達到極小化的浪費目的。

一份全民健保財務安定調節機制之研究提到：政策的制定方面，建議應有一套兼容公式及人為的財務調節機制，以落實制度的有效運作。建議應有具備專業研究分析能力之健保會幕僚。在健保的給付範圍及保費徵收基礎部分，宜採用家戶總所得制度，增進保費課徵的公平性。並提出擴大健保財源與界定國民健康總支出之標準前，須先確立給付範圍。（周怡汝，民 106）。

另外，為使台灣減少環境與空氣污染以維護國民健康，並期許台灣能朝碳中和目標邁進。本研究建議台灣政府應積極推動預防空氣與環境污染之策略，制定明確的法規與實施綠能減碳措施相關規範，除了避免人民健康受到威脅之外，也符合經濟效益，且利於國際形象，並與歐盟國家接上軌道。以長期來看，能減少國人氣喘與慢性支氣管肺部疾病照護上的一大支出，有助於台灣健保在財務支出上的平衡。建議國民健康的維護，應以預防醫學的視野作探討，同時不能忽略空氣與環境污染問

題對國人健康之損害。又因交通空污對臺灣人民健康造成嚴重影響，因而提出利用現有車保險桿加裝過濾網以減低空污之構想，至於其效果對國人健康成效，尚待進一步設計與實現。



參考文獻

一、中文部分

1. 牛涵錚、姜永松（民 103），管理學，台北：全華圖書股份公司，第 3 章第 5 節。
2. 王茜穎（民 111），賣碳將比賣石油賺：這間百年老店讓巴菲特連續加碼，商業周刊，1826 期，2022 年 11 月，66-67 頁。
3. 王勇盛（民 104），台灣健保 DRGs 制度與藥價三同政策之影響，國立高雄應用科技大學企業管理系碩士論文。
4. 李淑華（民 104），影響健保財務缺口因素之研究，國立成功大學，財務金融系碩士論文。
5. 李振昌、羅耀宗（民 103），醫療革命－善用競爭策略，創造醫病雙贏的療護體制，台北：遠見天下文化出版有限公司，566-569 頁。
6. 江東亮，林宜靜（民 91），行政院衛生署全民健康保險醫療費用協定委員會紀念專輯(第一版)，243-256 頁。
7. 江東亮、文羽葦、謝嘉容（民 103），全民健康保險制度的發展與問題，台灣醫學，第 18 卷，第 1 期，33-42 頁。
8. 吳德華（民 95），我國綜合所得稅改革方向之研究及建議－修正單一稅率制，財稅研究，第 38 卷，第 6 期，161-182 頁。
9. 周怡汝（民 106），全民健保財務安定調節機制－以全民健康保險會的運作為焦點的研究，國立中正大學社會福利研究所碩士論文。
10. 柯木興（民 96），社會保險法，台北：三民書局，532 頁。
11. 杜怡葶（民 111），企業減碳與績效關聯性之探討：制度理論與代理

- 理論觀點，國立東華大學，國際企業學系碩士論文。
- 12.高淑芬（民 103），探討健保財務收支失衡：健保收入租稅化以及醫療商品化，國立臺北大學，財政學系碩士論文。
 - 13.洪慧芳等譯（民 103），哈佛教你推動醫療管理，台北：遠見天下文化出版公司，14-17 頁。
 - 14.徐偉初、黃明聖（民 91），財稅改革與財稅政策，台北：雙葉書廊總經銷，122-123 頁。
 - 15.徐偉初、歐俊男、謝文盛（民 97），財政學，台北：華泰文化，379-400 頁。
 - 16.徐弘正（民 102），總額預算支付制度下醫師醫療資源最佳化分配對醫師行為之影響，亞洲大學健康產業管理學系健康管理組博士論文。
 - 17.許慎 撰（漢朝），段玉裁 注（清朝），魯實先 正補（民國），說文解字注，台北：黎明文化事業公司（民 87），70-76 頁。
 - 18.許慎 撰（漢朝），段玉裁 注（清朝），魯實先 正補（民國），說文解字注，台北：黎明文化事業公司（民 87），329 頁。
 - 19.張永昇（民 96），中國古代文化經濟史，台北：三民書局，23-260 頁。
 - 20.張佩文（民 107），國內學名藥製藥廠因應全民健保給付制度之經營策略，中原大學企業管理碩士論文。
 - 21.郭靜燕（民 108），利用大數據分析台灣不同空氣污染地區兒童氣喘住院長期趨勢及空氣污染短期暴露對兒童氣喘住院的風險，元智大學資訊管理學系博士論文。
 - 22.陳品玲（民 108），流行病學概論(第 3 版)，台北：華杏出版有限公司，5-32 頁。

- 23.陳其華（民 111），全民健康保險收入改革方案對健保財務之影響評估，淡江大學，會計學系碩士論文。
- 24.陳映潔（民 111），空氣污染對臺灣兩都會區居民相關疾病影響的系統回顧與綜合解析，逢甲大學，環境工程與科學學系碩士論文。
- 25.陳柏先（民 111），建置台灣碳排放交易體系框架的初步探討，國立中興大學，會計學研究所碩士論文。
- 26.陳建均（民 111），循環設計應用於高排碳領導公司之淨零碳排策略評估-以林園石化工業為例，國立屏東科技大學環境工程與科學系所碩士論文。
- 27.陳婉如（民 108），二代健保後台灣地區醫療院所經營績效之分析，南華大學財務金融學系財務管理碩士論文。
- 28.黃靖涵（民 109），綠能電動車生態系統的建構：以光陽電動機車為例，國立成功大學企業管理學系碩士論文。
- 29.黃韻華（民 97），全民健保財務問題與藥價黑洞之探討—以系統動力學實證研究，中原大學，企業管理系碩士論文。
- 30.黃煌雄、沈美真、劉興善（民 101），全民健保總體檢，台北：台北醫學大學與五南圖書股份有限公司合作，198-201 頁。
- 31.梁景洋、鄭清霞（民 106），補充保險費對解決健保財源不足問題的效果，台灣衛誌，第 34 卷，第 1 期，5-20 頁。
- 32.廖惠敏（民 111），企業社會責任與環境永續經營對顧客忠誠度之影響—以里仁有機公司為例，康寧大學企業管理研究所碩士論文。
- 33.廖秋燭（民 102），台灣全民健保總額預算支付制度對醫院市場結構與績效之影響，國立臺灣大學經濟學研究所碩士論文。
- 34.鄭紹宇（民 106），精實醫院：提升醫療品質、病人安全與員工素

- 質，台北：合記圖書出版社。
- 35.鄭舒琪（民 106），運用健保資料庫分析全民健保第一類投保單位欠費特性，國立交通大學管理學院資訊管理學程碩士論文。
- 36.鄭雅芳（民 111），影響臺灣醫療支出之因素分析，僑光科技大學財務金融研究所碩士論文。
- 37.楊志良（民 104），健康保險(四版)，台北：巨流圖書有限公司，1-99 頁。
- 38.賴榮祥、陳焱勝（民 108），救治污染空氣之系統設計，南華大學企業管理科學系管理科學博士班畢業論文，12-42 頁。
- 39.葛克昌（民 83），租稅正義與社會福利給付，財稅研究，第 26 卷，第 3 期，77-90 頁。
- 40.葛克昌（民 78），租稅國家及其憲法上的意義，租稅國-憲法之國體，經社法制論叢，第三期，135-149 頁。
- 41.簡維萱（民 111），健保點值的變動對於健保收入佔比及醫院經營風險之影響，東吳大學會計學系碩士論文。
- 42.衛生福利部中央健康保險署（民 106），全民健保與您牽手 12 年：成長與銳變，台北：五南圖書股份出版有限公司，186-223 頁。
- 43.衛生福利部中央健康保險署（民 101），醫療政策白皮書，台北：國家書店，115-176 頁。
- 44.西醫基層合理門診量新制計算方式資料，於民國 111 年 11 月 03 日取自中華民國醫師公會全國聯合會，<http://www.tma.tw/search/index.asp>
- 45.台灣人口結構資料，於民國 111 年 11 月 05 日取自內政部統計處，<http://statis.moi.gov.tw/micst/stmain.jsp>
- 46.醫療保健支出統計資料，於民國 111 年 11 月 06 日取自衛生福利部統計處，<http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOS/Statistic.aspx9>.

- 47.3.4 版 Tw-DRGs 支付通則資料（更新日期：民國 111 年 11 月 10 日），於民國 111 年 11 月 05 日取自衛生福利部中央健康保險署，
https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx
- 48.全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法資料，於民國 111 年 11 月 03 日取自衛生福利部中央健康保險署－全民健保法相關法規，
<https://www.nhi.gov.tw/Content>
- 49.民國 110 年國人死因統計結果資料（更新時間：民國 111 年 06 月 30 日），於民國 111 年 11 月 11 日取自衛生福利部中央健康保險署－統計處，<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-70314-1.html>
- 50.碳中和之邊境調整機制資料，於民國 111 年 11 月 12 日取自台灣經濟部，<https://go-moea.tw/>
- 51.發電裝置容量資料，於民國 111 年 03 月 10 取自經濟部能源局－統計資料庫，<https://www.moeaboe.gov.tw>
- 52.交通空污引發孩童氣喘研究：台灣排名全球第 4 高之報導資料（刊登時間：民國 108 年 04 月 12 日），於民國 111 年 11 月 12 日取自自由時報，<https://features.ltn.com.tw/english/article>
- 53.2020 氣候變遷績效，台灣倒數第三！空染、肺腺癌，「呼吸平權」何時才能擁有？李偉文撰（刊登時間：民國 108 年 12 月 19 日），於民國 111 年 11 月 12 日取自太報，<https://www.taisounds.com/Author>
- 54.健保投保金額分級表（發布日期：民國 111 年 11 月 17 日），於民國 111 年 11 月 26 日取自衛生福利部中央健康保險
<https://www.nhi.gov.tw>
- 55.醫療給付，於民國 111 年 11 月 26 日取自衛生福利部中央健康保險署
https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?

二、英文部分

1. Alain Euzéby (2007), Social security: Indispensable solidarity, International social security review, Wiley Olin Librrary, First published: 18 December 2007.
2. Chen M.S, Tseng C.W., Chen Y.F. (2021), Value, Objectives, and Manipulation Methods of The National Heath Insurance in Taiwan, International Journal of Organizational Innovation (IJOI), Vol.13, No.3, P.10-23.
3. Chen M.S, Tseng C.W.& Lai J.H.(2021), Systematic Analysis of Energy-Efficient Production of Sterile Drinking Water, Distilled Water with Rice Fragrance, and Nutritious Rice, International Journal of Innovative Research and Knowledge (IJIRK), Vol.6, Issue.6, P.1-8.
4. Fetter, R.B. (1991), Diagnosis related groups : understanding hospital performance. Interfaces, Vol.21, No.1, P.6-26.
5. Hyman D.N. (2007), Public Finance Program, Thomas, SIN:Publishing House, P.446-467.
6. Paul R. Krugman (2005), Pride, Prejudice, Insurance, The New York Times, U.S.
7. Tseng C.W. (2019), Logic Behind the Taiwanese Government's Collection of National Health Insurance Premiums, The International Journal of Management(IJM), Vol.8, Issue.3, P.1-5.
8. Tseng C.W., Chen M.S.(2022), Review of Taiwan's Green Energy and Carbon-Reducing Measures and Recommendations for Its Energy Transition, International Journal of Innovative Research and Knowledge, Vol.7, Issue.5, P. 57-67.
9. Health care in Germany : The German health care system , National

Library of Medicine, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK298834> ,
Accessed 13 November 2022.

10.How to register with a GP surgery, NHS services Website,
<https://www.nhs.uk/nhs-services/gps/how-to-register-with-a-gp-surgery/>
Accessed 12 November 2022.

11.The Technology and Principles of DAC, Carbon Engineering website ,
<https://carbonengineering.com>, Accessed 13 November 2022.

12.What is the Marketplace, Health Care United States Website,
<https://quotes.healthcare.com/healthcare-marketplace>, Accessed 12
November 2022.

13.Japan healthcare system website, <https://tokyocheapo.com/living/japan-healthcare-system>, Accessed 12, November 2022.

