



國立臺灣大學社會科學院政治學系

碩士論文

Department of Political Science

College of Social Sciences

National Taiwan University

Master's Thesis

2021 年全民健康保險費率調整之政策過程：

多元流觀點之分析

Adjusting National Health Insurance Premiums in 2021: A
Multiple Streams Perspective on the Policy Making Process

楊曙華

Shu-Hua Yang

指導教授：蘇彩足 博士 郭乃菱 博士

Advisors: Tsai-Tsu Su, Ph.D., Nai-Ling Kuo, Ph.D.

中華民國 115 年 6 月

June 2026

國立臺灣大學碩士學位論文

口試委員會審定書

MASTER'S THESIS ACCEPTANCE CERTIFICATE
NATIONAL TAIWAN UNIVERSITY

2021 年全民健康保險費率調整之政策過程：
多元流觀點之分析

Adjusting National Health Insurance Premiums in 2021: A
Multiple Streams Perspective on the Policy Making Process

本論文係 楊曙華 (P13322015) 在國立臺灣大學政治學系完成之碩士學位論文，於民國115年5月25日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明

The undersigned, appointed by the Department of Political Science on 25 May 2026 have examined a Master's Thesis entitled above presented by Shu-Hua Yang (P13322015) candidate and hereby certify that it is worthy of acceptance.

口試委員 Oral examination committee:

蘇彩足

(指導教授 Advisor)

鄭月慶

(簽名)

周麗芳

吳靜文



誌 謝



遙想 1986 年初次成為台大學生時的驕傲與興奮，在四十年後第三次從台大畢業的此時，心裡滿載著被知識充盈的喜悅與滿足。

在眾多資深醫師以提高醫療營收為目的、積極進修商業管理的風氣下，我反思充實公共行政知識，似乎是個特別的異類。感謝王至弘學長對我心性的瞭解與推薦，進入台大政治系政府與公共事務碩士在職專班進修，無疑對我是更適性的選擇。

感謝指導教授蘇彩足老師願意收我這個「老學生」，從選題邏輯的擘劃、研究架構的擬定、論點的延伸與聚焦，乃至推薦張鈺璇學姊幫忙牽線健保會同仁，一路上引領我打通論文寫作的諸多難關。能得到您的肯定，更是我這兩年學習過程中最大的驕傲，寥寥數語實在無法表達對您深深的感激。

感謝郭乃菱老師的指導，讓我的論文內容更加充實，也讓我對成果更有信心。

特別感謝健保會周淑婉執秘，承蒙您運用豐沛的人脈並親自熱心邀約，讓我有機會在短時間內向多位熟稔健保會運作的委員、官員及專家請益。不僅讓我的訪談進度非常順利，更讓我快速累積了健保運作的實務知識。同時，也感謝慷慨撥冗接受訪談的各位專家前輩，您們的傾囊相授使我深受啟發。

感謝所有政治系及系外邀請的授課老師，感謝您們對我政治領域相關知識的啟蒙，抑或激發我對政治與公共議題的積極思辨與自我成長能力。感謝 EMPA 第 24 屆同學們兩年來的相濡以沫，並容忍我在課堂上不時的過多提問，希望未曾影響大家吸收老師們寶貴學識的機會。若未相忘，他日或相遇於江湖。

感謝昭萍和欣晏的陪伴與支持，容許我自外於世俗的積極逐利，將珍貴的時間盡情揮霍在追求習得新知與智識提升的純粹喜悅之中。

社科院大樓自起建以來，於我家窗外時時得見，如今更充滿了豐富的珍貴記憶。

又一次畢業了，然後呢.....

A handwritten signature in black ink, reading '楊曙華'.

2026 年 6 月



中文摘要



全民健康保險（以下簡稱健保）費率歷次調漲，政治成本均極為沉重，曾造成首長於費率調漲後去職。然而2021年衛福部長陳時中將一般保險費率回升至5.17%，卻未引發政治風暴而致其去職。此一與過往不同的政治現象，構成本研究的核心問題意識，在制度、行動者與外部環境是否有結構性之不同。過往文獻卻較少從制度設計、流程安排與政策議程設定之角度，剖析其背後結構性原因。本研究以Kingdon所提出之多元流理論為主要分析架構，採取質性研究方法，結合深度訪談、健保會會議紀錄與政府公報、媒體與輿論分析等，透過交叉比對試圖重建2021年費率調整政策窗開啟、匯流與政策成功推行的完整圖像。

在問題流層面，三項長期結構性問題已達臨界點。首先，台灣人口快速老化，同時工作年齡人口於2015年達到高峰後遞減，使健保費基萎縮且財務負擔加重。長者使用健保醫療費用佔比逐漸加重，顯示醫療資源分配與世代負擔失衡。第三，新藥與新科技引進使醫療支出逐年攀升。此外，健保自2017年起連年呈現財務短絀，安全準備金逼近法定下限。

在政策流層面，除調漲保費費率此最直接挹注之方案外，亦有多項替代方案的討論，其中最重要且爭議最激烈的議題為要求政府補足積欠法定36%總經費負擔之差額。健保會付費者代表質疑計算公式錯誤與部分社會福利項目納入政府負擔經費之計算基礎，使政府實質短付應負擔之總經費。費率方案部分，健保會將付費者代表主張最低幅度維持財務平衡之費率4.97%甲案及醫界代表強調財務穩定與制度精神之費率5.47–5.52%乙案，以「兩案並陳」方式由衛福部呈行政院進行核定。

在政治流面向，費率調整深受社會氛圍、媒體輿論、利益團體角力與行政高層意向等因素影響。政府透過媒體釋放風向球偵測社會輿論，且COVID-19防疫成功累積高民意支持與首長威信，成功抵銷漲價的政治壓力。健保會發揮多方協商與責任分散功能，有效化解付費者團體針對政府負擔36%爭議的杯葛，使費率議程得以

依既定時程推進。在費率幅度的最終抉擇上，政府以「還原」而非「調漲」的修辭框架降低民眾排斥，並在疫情期間兼顧社會衝擊最小化與健保財務永續間之平衡。

政策窗在2020年間由「安全準備金跌破法定下限的預期」(法律規範、問題窗)、「疫情帶給民眾醫療與健康風險的感知」(社會氛圍、政治窗)與「總統高票連任、距離下次大型選舉較遠」(政治氛圍、政治窗)三者共同打開，讓費率調整方案得以送上決策議程。同時陳時中部長發揮政策企業家功能，將費率「回復」到5.17%的敘事，化解阻力並降低可能的政治風暴，未付出重大政治代價下完成費率調漲。

2021年費率順利調漲且首長未因而去職，實為偶然的政治契機與具參考價值的策略制度所共同促成。特定時空的外部危機與選舉週期中的獨特性，屬難以再現的偶然。COVID-19疫情使民眾對醫療的重視超過對漲價的厭惡，防疫成功帶來社會信任顯著降低政治阻力。當時正值總統連任後的高聲望期，且距離下次大選尚遠，提供政治緩衝空間。可複製的策略典範部分，決策者透過法律規範將財務調整轉化為行政義務，善用客觀指標與法定協商平台分散決策壓力，具備高信任度的政策企業家利用修辭框架化解阻力。此次成功雖受惠於疫情時政治窗的偶然開啟，但真正的價值在於能將經驗加以制度化，減少對個別決策者勇氣或極端危機的依賴。

本研究於理論層面提出兩項延伸觀點。其一，論證收支連動機制、健保會協商平台及法定審議程序，共同構成了具約束力且能分散責任的治理架構。此架構將高度敏感的財務決策納入常規化程序，有效減輕政策制定對個別首長政治勇氣的過度依賴。其二，引用「位移效果」(Displacement Effect)概念，說明全球性公共衛生危機如何在政治流中創造強大的政策窗，降低民眾對加稅或漲價政策的抵抗。

總結而言，2021年健保費率調整不僅是單一政策事件，更標誌著台灣健保制度的調整由個人政治承擔邁向制度性決策的轉折。期盼本研究能為未來健保財務改革以及更廣泛之社會保險政策研究，提供具參考價值的理論框架與實務啟示。

關鍵詞：全民健康保險、財務收支失衡、安全準備金、費率調整、多元流理論架構、連動機制、位移效果

ABSTRACT

Historically, the political cost of raising National Health Insurance (NHI) premiums has been immense, even forcing the resignation of former ministers. Conversely, the 2021 adjustment of premium rate was executed with relative political tranquility. Despite the inherent sensitivity of the policy, Minister Chen Shih-chung successfully restored the rate to 5.17% without triggering a political backlash or jeopardizing his portfolio. This political phenomenon constitutes the core research question of this study: whether the 2021 premium rate adjustment exhibited structural differences compared to past ones.

This study investigates the structural changes in institutions, actors, and the external environment that allowed for this relatively smooth transition. Utilizing Kingdon's Multiple Streams Framework (MSF), this qualitative research reconstructs the opening of the policy window in 2021 through in-depth interviews, NHI Committee (NHIC) meeting minutes, official government gazettes, and media sentiment analysis.

In the problem stream, three issues reached a breaking point by 2020. First, Taiwan is aging rapidly and the working-age population declined since 2015, eroding the base of premium. Second, a generational imbalance in resource allocation has emerged. Third, "medical inflation" driven by the adoption of new health technologies and high-cost drugs has consistently outpaced the general inflation. Furthermore, NHI safety reserves approached the statutory minimum after consecutive years of deficits since 2017.

In the policy stream, although raising premium rates represented the most direct fiscal solution, alternative measures ignited significant argument. The most significant dispute was the demand by payer representatives for the government to fulfill its statutory obligation to subsidize at least 36% of the NHI's total expenditures. Payers argued that the government had manipulated calculation formulas and inappropriately included social welfare items in the NHI budget, resulting in a substantial underpayment. They contended that bridging this gap would prevent the need for a rate hike. To bypass this deadlock, the NHIC ultimately adopted a "dual proposal" for the final decision of the Executive Yuan.

In the political stream, the NHI premium rate adjustments were shaped by intricate interplay of social atmosphere, media opinion, interest group dynamics, and the strategic intent of senior administration officials. The government utilized media trial balloons to gauge public sentiment, subsequently leveraging the high public approval and ministerial prestige accumulated through successful COVID-19 containment to offset the political pressure of the rate hike. The NHIC functioned as a platform for multi-stakeholder deliberation and diffusing decision-making responsibility, effectively neutralizing attempts to block the rate adjustment over the disputed 36% government contribution. As for the final determination of the adjustment magnitude, the government employed a

retorical framing of "restoration" rather than an "increase" to minimize public resistance. By accounting for the payment capacity of both enterprises and individuals during the pandemic, the administration successfully achieved an equilibrium between minimizing social impact and ensuring financial sustainability of the NHI.

The Policy Window opened in 2020 through the convergence of legal necessity (safety reserves falling below the legislative limit), social perception of health risks (pandemic anxiety), and the political cycle (post-election honeymoon period). Minister Chen acted as a policy entrepreneur, framing the adjustment as a "restoration" which successfully neutralized resistance.

The successful premium adjustment without subsequent ministerial resignation resulted from a combination of unplanned political opportunities and replicable strategic institutions. The COVID-19 pandemic caused the public to prioritize healthcare resilience over resistance to premium increases. The social trust generated by successful epidemic control significantly lowered political resistance. The high approval following the president's reelection and the distance from the next major election provided a crucial political buffer. About reproducible strategic paradigms, decision-makers transformed financial adjustments into administrative obligations through legal norms, utilized objective indicators and statutory deliberative platforms to diffuse decision-making pressure, and employed a highly-trusted policy entrepreneur to neutralize resistance through precise rhetorical framing. The ultimate value lies in the institutionalization of these experiences. Establishing a systematic mechanism can reduce reliance on individual political courage officials or external crises.

At the theoretical level, this study offers two perspectives. First, it argues that the revenue-expenditure linkage mechanism, the NHIC deliberative platform, and statutory review procedures together constitute a binding governance framework capable of diffusing responsibility. This framework embeds politically sensitive financial decisions within routinized procedures, thereby substantially reducing over-reliance on the political courage of individual ministers. Second, it draws on the concept of the "Displacement Effect" to explain how a global public health crisis can generate a powerful policy window, lowering public resistance to tax or premium increases.

In conclusion, the 2021 premium adjustment represents a paradigmatic shift from the reliance on individual political sacrifice toward a model of institutionalized, rule-based decision-making. This study aims to provide a valuable theoretical framework and practical insights for future NHI financial reform and social insurance policy studies.

Keywords: National Health Insurance, financial imbalance, safety reserve fund, premium rate adjustment, multiple streams framework, revenue-expenditure linkage mechanism, displacement effect.

目次



論文口試委員會審定書	I
謝辭	III
中文摘要	V
英文摘要	VII
目次	IX
圖次	XI
表次	XII
第一章 緒論	1
第一節 研究動機	1
第二節 研究問題	3
第三節 研究重要性	4
第二章 全民健康保險政策及費率調整	7
第一節 健保基金之性質及與中央政府預算之關聯	7
第二節 健保之財務結構	8
第三節 健保一般保險費費率調整歷程	12
第四節 歷次健保保費費率調整衍生之效應	24
第三章 理論架構、文獻回顧與研究方法	27

第一節 多元流理論架構之內涵	27
第二節 多元流理論應用於健康醫療政策之研究	30
第三節 健保費率調整歷程之多元流理論架構	42
第四節 研究方法	44
第四章 多元流觀點下之健保費率調整歷程	49
第一節 問題流	49
第二節 政策流	58
第三節 政治流	72
第四節 政策窗與政策企業家	87
第五節 費率調漲後之健保財務措施	93
第五章 結論與建議	101
第一節 主要發現	101
第二節 政策建議	108
第三節 研究限制	111
參考文獻	113
附錄一：健保保費費率調漲相關媒體與新聞報導彙整	123
附錄二：訪談題綱	141
附錄三：訪談重點摘要	145

圖 次



圖 2-1	全民健保一般保險費費率調整歷程及相關事件	13
圖 2-2	健保會委員之組成規範	16
圖 2-3	全民健保年度總額訂定流程	17
圖 2-4	全民健保一般保險費費率審議流程	19
圖 2-5	1998 至 2020 年間全民健康保險財務收支狀況	21
圖 3-1	多元流架構示意圖	29
圖 3-2	健保費率調整歷程研究之多元流理論架構	43
圖 4-1	台灣老年人口與高齡化時程	50
圖 4-2	台灣總人口成長趨勢	51
圖 4-3	三階段年齡人口趨勢	52
圖 4-4	健保基金保險收支餘絀及安全準備餘額情形	55
圖 4-5	總額成長率範圍及最後核定數字	57
圖 4-6	健保費率相關媒體報導之正、負向觀點統計圖	77
圖 4-7	法規、氛圍、首長於健保費率調整推行之互動示意圖 ...	92
圖 5-1	健保保費費率調整機制建議流程圖	110

表 次



表 2-1	健保保險總收入及各分項收入金額與佔比	10
表 2-2	健保財務平衡及收支連動機制之啟動與費率調整方式	20
表 2-3	健保財務依付費者 3.779%總額成長率方案之推估	22
表 2-4	健保財務依醫界 4.346%總額成長率方案之推估	22
表 2-5	全民健保 2016 至 2020 年之財務收支狀況及成長率	23
表 3-1	訪談對象與相關資訊	46
表 3-2	多元流理論框架之核心分析內容與資料來源	47
表 4-1	以付費者總額成長方案 3.779%試算條件結果彙整表	60
表 4-2	以醫界總額成長率方案 4.346%試算條件結果彙整表	61
表 4-3	政府應負擔健保總經費 36%爭議之核心歧異對照表	80
表 4-4	政府應負擔健保總經費 36%之算式爭議對照表	82
表 4-5	費率調整之啟動條件與調整方式	93
表 4-6	近年度「政府負擔不足法定 36%差額」之金額	94
表 4-7	近年度補充保險費收入金額.....	96
表 4-8	2020-2025 年健保基金收支及安全準備金概況	98
表 4-9	健保署預估 2026-2027 年收支餘絀及安全準備	99

第一章 緒論



台灣自1995年3月實施全民健康保險（以下簡稱健保）以來，不僅是我國最核心的社會保險制度，亦構成最重要的社會安全網，為全球極具代表性的社會醫療保障制度。健保為全體國民提供普及、高可近性且合理負擔的醫療服務，為保障國民健康的重要基石。健保透過強制納保、風險分擔與資源重分配機制，深化社會連帶並落實照顧弱勢之核心價值（衛福部, 2023a）。

然而，受人口結構高齡化、醫療科技日新月異及民眾就醫權益意識提升等因素影響，健保支出的增幅長期以來已顯著超越保費收入（文羽莘等，2012），致使健保財務持續面臨失衡挑戰。面對日益嚴峻的財政壓力，衛生福利部中央健康保險署（以下簡稱健保署）除調整費率外，近年亦多管齊下推動結構性改革¹，包括調升門診部分負擔、上調投保金額上限、廢止旅外國人停復保規定、強化政府財政責任，以及修訂補充保費規定等，致力在財務效率與社會公平間獲取平衡，惟其政策成效與社會觀感仍時有爭議。在連年財政赤字的陰影下，保費費率調整雖因波及面最廣而最具政治敏感性，卻仍是維持制度永續與醫療品質不可或缺的關鍵手段。

第一節 研究動機

健保保費費率的調整，本質上並非單純的財務精算問題，實則交織了社會公平正義、民眾接受度、國家財政能力及政治可行性等多重維度考量。歷次保費費率調整常受社會輿論與選舉政治等外部因素干擾而陷入政策遲滯，進而導致赤字擴大，並引發醫療資源壓縮與服務品質下降的風險與疑慮（李可珍, 2019）。此外，COVID-

¹ 康健雜誌，健保部分負擔調漲案方向對、但爭議多，提交衛福部拍板，2022年2月25日。檢閱日期，2026年1月7日。<https://www.commonhealth.com.tw/article/85908?from=copyshare>



19疫情時期的衝擊，更凸顯了健保制度韌性的重要。為確保健保制度永續經營與發展，維持收支平衡為歷任政府的重要課題，而健保保費費率調整方案的提出、折衝與擬定，是其中具有高度政治敏感性的議題。

費率調整所帶來的財務永續、醫療體系穩定與長期效率提升，受益者呈高度分散且多半以未來利益或風險降低的形式呈現，單一個體邊際受益感受有限。而相對地成本卻立即且明確地影響受薪者、雇主、自營業者或特定投保級距等特定群體，形成強烈而具體的反對誘因。費率上調直接反映在薪資單、保費帳單或企業成本中，容易被民眾明確歸因於執政者的決策，而不像部分間接稅或制度性改革可被包裝為技術性調整。這使得政策責任的歸屬高度清晰，進一步放大選舉風險與短期政治成本，促使政治人物傾向延後、折衷或以非結構性手段（如公務預算或特別預算撥補）進行因應。健保財務失衡往往是累積性的長期問題，但政治誘因卻強烈偏向短期選票最大化。在缺乏如自動費率調整機制、獨立精算委員會或跨黨派政策共識等強而有力的制度性約束下，理性政治行為反而會導致不利決策首長的政策後果。

回顧 2021 年健保費率調漲的經驗，其決策過程與後續政治反應相對較以往兩次費率調漲平順，堪稱在極端條件下突破政治險境的特殊案例。這引發了一個關鍵追問，此案例僅是政治偶然下的奇蹟，還是可供後續效法、具備規律性的政策典範？在決策天平上，法律制度的剛性限制、社會氛圍的輿論壓力、與決策首長的政治素養，三者中究竟何者才是扭轉僵局、決定成敗的最關鍵因素？這不僅是政策研究的深層課題，並強化了進行本研究的動機。

歷來關於健保政策的研究，大多著重於制度設計（江東亮等, 2014; Chi et. al., 2024）、財務模型建構（Liu et. al., 2010; Hsu and Liao, 2015）、成效評估（Lee et. al., 2010; Liu, 2014）與改革建議（李玉春等, 2014; Lee et. al., 2025）等面向。相較之下，從政策議程設定與政策形成過程視角進行的系統性審視則較為罕見。特別是在探討保費費率調整時，普遍缺乏對政策行動者間的互動關係及制度性政治運作邏輯的深入剖析。有鑑於此，系統性回顧並分析台灣健保保費費率調整的政策歷程、



關鍵挑戰與實質成效，對將來之制度改革與政策設計可提供重要的學術基礎及實務建議。本研究擬運用Kingdon（1984）提出的多元流模式（Multiple Streams Framework）作為理論架構，藉此解析健保保費費率調整如何被納入政策議程，並在多方利益折衝及政治壓力下得以最終定案實施。多元流理論強調政策形成係由「問題流」(Problem Stream)、「政策流」(Policy Stream)與「政治流」(Politics Stream)匯合而成，當三流於政策窗（Policy Window）開啟之時交匯，政策企業家（Policy Entrepreneur）即能促成議題進入決策階段（Kingdon, 1984; 江明修、張浩榕, 2020）。本研究將依循此一架構，深入剖析健保保費費率調漲政策的議程設定、方案制定與協商過程，期能增補相關政策形成的研究視角，具體呈現關鍵行動者的角色與互動關係，進而為未來面臨的保險費率調整，提供具體的政策建議與論證基礎。

第二節 研究問題

本研究將整理台灣健保成立以來之費用制度沿革，重點分析歷次費率調整所引發之財務與政治效應。以2021年度健保保險費率調漲之政策過程為核心個案，運用多元流理論架構解析其政策形成歷程。本研究之目標包括探討2021年度健保保費調漲的背景成因與問題界定的建構過程，系統性分析問題流、政策流、政治流中的關鍵議題與核心行動者網絡，釐清三流匯聚之契機及政策窗的開啟時機，並檢證本個案中是否存在明確的政策企業家並辨識其採行的策略。基於上述目標，本研究有以下核心研究問題。健保財務赤字與費率調漲之議題，如何被界定並成功納入政策議程？哪些關鍵指標或焦點事件觸發了問題的緊迫性？在保費調整的討論中是否存在哪些替代方案？其政策可行性與技術適宜性如何被專業社群所評估？當時的社會及政治氛圍如何影響保費調漲政策的政治可行性？哪些關鍵行動者或政策企業家促成了三流匯聚？並如何利用特定時機開啟的政策窗，最終促成決策的制定？

第三節 研究重要性



分析健保保費費率調整的政策歷程，具備理論深化、實務應用、社會公義及國際借鑑等多重價值。在理論層面上，有助於豐富政策過程研究的內涵。透過台灣健保保費費率調整之實證案例，補足政策過程分析的缺口，不僅能深化公共政策領域對於制度變遷動態的理解，亦能驗證並擴展多元流理論在高度政治敏感議題中的解釋力，提供理論與在地情境結合的具體實例。健保作為普及全民的社會保險制度，其財務運作模式及保費調整機制的探討，可作為健康經濟學及公共衛生政策領域提供關鍵個案經驗。特別是在人口高齡化等全球性人口結構變遷的背景下，台灣健保的轉型與調適經驗，對其他同樣面臨醫療財政剛性增長的國家而言，具有高度的國際借鑑與參考價值（Lu and Hsiao, 2003; Cheng, 2009; Cheng, 2015）。

在實務與政策層面上，健保保費費率的調整直接牽動全台人民的財務負擔，並連動雇主的營運成本與國家的財政支出（韓幸紋, 2021）。系統性分析其政策形成歷程，有助於政府決策者在財務永續、民眾負擔與醫療可近性等衝突目標間尋求平衡點，並為未來的政策溝通提供策略性建議。

在社會正義層面上，健保保費調整本質上涉及國家資源再分配的公平性議題（Tsuei, 2024）。健保作為一項社會互助機制，其保費結構及調整方式反映社會不同群體間的風險與責任分擔。補充保險費之設計目的在增加高所得者的相對財政貢獻，而部分負擔制度則意在抑制醫療資源濫用。然而此類制度能否達到資源重分配的效果，及保費費率調整對不同所得群體影響的差異性，都是值得探討的議題。

在政治經濟層面上，健保費率調整是高度政治性的議題，涉及多方利害關係人之利益折衝。² 自2013年二代健保整併「監理委員會」和「醫療費用協定委員會」

² 聯合報，2025，健保 30 年漲 3 次 調費率政治化，2025 年 2 月 18 日。檢閱日期，2026 年 1 月 7 日。 <https://udn.com/news/story/124388/8554436>



成立「全民健康保險會」(以下簡稱健保會)以來,該會即為費率審議的核心場域,其委員組成及審議程序相當程度地影響費率調整的過程與結果。同時,行政部門、立法機構、醫療服務提供者、雇主、民眾、輿論、媒體、公民團體等多方行動者的互動,也對保費費率政策的政策歷程與最終決定產生不同程度的影響。因此,深入分析多元行動者網絡的互動關係,有助於瞭解台灣健保制度背後的制度性政治邏輯與決策過程。

在國際比較層面上,各國在邁向全民健康覆蓋(Universal Health Coverage; UHC)的進程中,需要長期的政策投入、技術治理知能及高度的政治智慧(Reich et al., 2016; Obermann et al., 2018)。台灣健保作為享譽國際的制度典範,其費率調整機制及動態調適經驗,對其他國家亦具有高度的參考價值(Cheng, 2015)。尤其在後COVID-19疫情時代,台灣如何兼顧財務抗壓性與醫療高可近性的實務經驗,對同樣面臨醫療財務壓力上升的國家提供重要的制度借鑑。

本研究的目標在於透過結合理論、方法與實務的多維視角,深入分析台灣健保費率調整政策形成機制。在理論層面上,著重補足過往台灣健保政策變遷研究中,對政策過程分析之不足,進而深化公共政策領域對於制度變遷動態與決策形成機制的理解,進一步強化相關理論在本土情境中的解釋力。在應用層面上,以多元流理論分析架構,探討其在台灣健保保費調整情境中的運作邏輯與適用性,透過實證案例說明多元流理論於實務政策場域中的可行性與分析效度,展現其在解釋政策議程設定與決策形成過程中的實務價值。在政策層面上,透過梳理健保保費費率調整之實際經驗與制度運作脈絡,歸納政策推動過程中的關鍵因素與影響條件,作為未來健保改革、政策溝通策略及制度設計的重要參考依據。期望經由結合理論建構、方法運用與實務觀察,系統性分析台灣健保費率調整之政策形成機制,深化對相關政策過程的理解,並為後續政策研究與實務改革提供具體的參考建議。



第二章 全民健康保險政策及費率調整

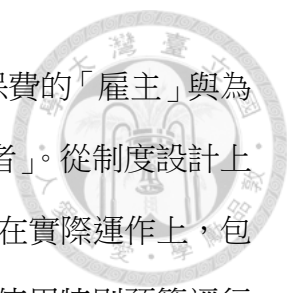


第一節 健保基金之性質及 與中央政府預算之關聯

依《全民健康保險法》(以下簡稱健保法)第96條規定,健保的財務支出由「保險人」健保署以「作業基金」方式列入年度預算。「全民健康保險基金」(以下簡稱健保基金)與全民健保同步於1995年成立,作為辦理健保業務的財務基礎,主管機關為衛生福利部(以下簡稱衛福部),管理機關為健保署。³ 在預算法體系中,此基金屬於《預算法》第4條第1項第2款「特種基金」中之「作業基金」,本質為「凡經付出仍可收回,而非用於營業者」,其核心目標不在創造盈餘,而是達成全體國民納入健康保障政策任務下的財務平衡(衛福部, 2024)。健保基金預算雖為獨立的預算單位,其收支預算案仍需經主管機關衛福部以「附屬單位預算」形式編列,送行政院主計總處審核,併入中央政府總預算案附屬單位預算中,送立法院審議,與中央政府總預算存在法定的編製與審議關聯。而立法院在審議衛福部主管預算時,可透過刪除支出與凍結預算等手段來監督健保政策,顯示公務預算的審議程序可作為立法權介入健保營運方針的重要槓桿。因此儘管資金來源主要為被保險人、雇主與政府繳納之保費,但其支出規模與用途仍受國家整體預算政治過程之制約。

二代健保實施後,為強化政府在社會保險中的財務責任,同時舒解被保險人與雇主的保費壓力,健保法第3條明定「政府每年度負擔本保險之總經費,不得少於每年度保險經費扣法定收入後金額之36%」。此一條款構成了健保基金與公務預

³ 《健保法》第4條:健保之主管機關為衛福部。《全民健康保險基金收支保管及運用辦法》第2條:健保基金為預算法第四條第一項第二款所定之特種基金,編制附屬單位預算,以衛福部為主管機關,健保署為管理機關。



算互動的最核心法理基礎，將政府的角色從單純為公務員繳納保費的「雇主」與為弱勢代繳保費的「補助者」，提升為「最終財務差額的法定擔保者」。從制度設計上看，健保基金作為「作業基金」，被賦予了財務自立的期待。但在實際運作上，包括36%的法定負擔下限、菸品健康福利捐的抵充機制，以及近來使用特別預算逕行撥補，都顯示健保財政已深深嵌入國家總體財政之中，因而可能成為國家財政潛在的風險來源。

第二節 健保之財務結構

健保財務結構主要由保險收入、保險成本、安全準備金等三部分組成。保險收入來源主要為保險費收入，另含滯納金、公益彩券盈餘及菸品健康福利捐分配收入等其他相關收入作為補充性財源（衛福部, 2023a）。在保險費收入來源部分，包括一般保險費、補充保險費及政府負擔36%總經費之差額等。依據健保法第3條，每年度政府負擔健保之總經費，至少須佔保險經費扣除法定收入後之36%，如有不足則主管機關應編列預算撥補。

一般保險費之計算是依據納保人數、投保金額及一般保險費費率，計算基礎主要為被保險人的「經常性薪資」。在整體財務結構中，一般保險費為健保最重要且穩定的收入來源，由投保單位雇主、被保險人及政府三方共同分擔，負擔比例約為6：3：1。就計算方式而言，有工作之第1、2、3類保險對象，計算方式為（被保險人投保金額 × 一般保險費費率）。第4、5、6類保險對象之計費標準則為第1、2、3類保險對象之每人一般保險費平均值。第1、2、3類被保險人之投保金額分級表由衛福部依健保法第19條之規定調整擬訂。一般保險費之計算公式為（投保金額 × 一般保險費費率 × 負擔比例 × [1 + 眷屬人數]），其中眷屬人數以3人為上限。因投保人之薪資所得逐年成穩定成長趨勢，一般保險費之收入整體波動幅度有限，其

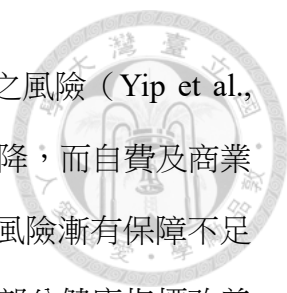
變動主要受最低基本薪資政策、投保金額分級表及保費費率調整所影響。一般保險費費率之擬訂機制採「量出為入」原則，先推估當年度保險成本，再針對不同費率條件進行試算，以符合「當年收支平衡」或確保「年底安全準備金至少相當於一個月保險給付支出」等財務目標，作為該年度之一般保險費費率（衛福部, 2023b）。

補充保險費主要針對經常性薪資以外的所得項目課徵，保險對象部分包含全年獎金超過投保金額四倍之差額、兼職薪資、執行業務收入、股利、利息及租金等單次收入達法定金額門檻之項目，以及薪資差額（投保單位或雇主每月發放薪資總額與受僱者投保金額總額間之差額）計徵。其他財源則包括滯納金、公益彩券盈餘及菸品健康福利捐等之分配收益。根據健保法第33條，補充保險費率於2011年健保法修正時訂為2%，並規定之後隨健保保費費率之變動比率進行調整。有文獻指出，在一般保險費部分的職業類別與眷口數制度設計，可能導致職業分化與家庭負擔不均。補充保險費雖擴大至高額獎金、股利、兼職等非薪資所得，仍有費基重疊、行政複雜等問題。雇主負擔上，一般保險費與補充保險費分屬不同費率，受僱模式亦會影響保費之負擔（韓幸紋, 2021）。表2 – 1彙整並比較2020、2022及2025年度之健保保險總收入、一般保險費、補充保險費、政府36%差額負擔及其他收入之金額與佔比（衛福部, 2023c; 健保會, 2026-1）。

年度	2020年度		2022年度		2025年度	
項目	金額 (億元)	佔比	金額 (億元)	佔比	金額 (億元)	佔比
健保總收入	6,093		7,419		8,612	
一般保險費	5,074	80.2%	5,862	76.6%	6,590	75.0%
補充保險費	473	7.5%	724	9.4%	778	8.9%
政府36%差額負擔	596	9.4%	886	11.6%	1,244	14.1%
其他收入	185	2.9%	183	2.4%	178	2.0%

表 2-1 健保保險總收入及各分項收入金額與佔比（作者整理製表）

在支出面管理上，健保透過設定給付標準與審查機制以控管整體醫療支出的成長。主要控制手段為「總額預算制度」(Global Budget System)，其運作邏輯是以「預期收入決定支出上限」，並搭配「點值制」計價，使實際支付點值會隨申報總點數而浮動，藉此抑制醫療支出過度膨脹。總額預算內有採用點值浮動的一般醫療服務及固定預算金額與點值的「專款項目」。專款項目之目的在保護特定族群（如罕病、血友病、偏鄉山地離島）、推動重大政策（如在宅醫療、C肝根除）、獎勵醫療服務品質、提升智慧醫療與資訊行政效能等等，避免這些項目的支出金額被一般醫療服務的競爭所稀釋。以2020年為例，共計有38個專款項目，總金額約555億元（健保會, 2022）。專款項目如因執行率不佳而出現賸餘，結餘會回流至該部門的一般服務預算，或滾入安全準備金。專款項目如出現超支，通常轉由同一總額部門之一般服務預算支付（但會導致點值稀釋），或由有賸餘的專款項目款項流用。自2002年7月全面實施總額支付制度以來，台灣面臨人口結構快速老化，新藥及新醫療科技不斷納入健保給付範圍等挑戰，整體醫療需求及醫療支出持續成長，總額預算規模逐年攀升。然而，總額預算制度限制支出除壓縮點值外，亦導致私人保險支出以



及自付醫療費用的迅速成長，有導致「雙軌化醫療制度」形成之風險（Yip et al., 2019）。在長期趨勢上，健保支出佔醫療整體支出的佔比呈現下降，而自費及商業保險等私人支出則逐漸上升，健保對一般民眾醫療需要的財務風險漸有保障不足的問題。儘管民眾對健保滿意度高，但整體健康成果進步緩慢，部分健康指標改善出現停滯狀況，特定指標（如孕產婦死亡率）甚至呈現惡化，等等問題需要進一步研究處理，並在未來進行調整加以解決（Tsuei, 2024）。

在健保財務長期面臨收支平衡壓力之下，為控制總額支出，主管機關對醫療機構之給付與償付機制設有一定限制，致使醫療機構調整其收入結構，增加自費項目之提供。此一發展趨勢使醫療提供者較常透過額外收費或差額負擔方式補充收入來源，進而提高患者之自付費用負擔。醫療自費支出不平等性的顯著影響因子，包括個人之社會經濟狀態、醫療使用率及受私人保險覆蓋情形等（Pu et al., 2023; Lee and Pu, 2024）。在現行健保體制下，若從家戶或個人所得水準觀察，自費醫療支出呈現「累進性」特徵，即高所得家庭之自費醫療支出占其所得比例高於低所得家庭。然而，若從健康狀況切入，則呈現「累退性」現象，健康狀況較差或醫療需求較高者，其醫療利用頻率與就診次數愈高，累積之自費醫療支出負擔比例反而下降，顯示醫療需求與經濟負擔之間存在結構性落差。此一結果反映，即便在全民健保制度保障之下，部分高醫療需求族群仍承受顯著財務壓力，其可能原因在於若干高需求或新興醫療服務尚未納入健保給付範圍，須由患者自行負擔費用。為提升制度公平性並減輕低收入家庭及多重慢性病患者之經濟負擔，政策上除可考慮擴大公共資助範圍、強化對弱勢族群之差別性補貼機制外，亦應審慎評估將更多高需求醫療服務納入健保給付範圍（Lee and Pu, 2024）。然而，給付範圍擴張勢必推升整體醫療支出規模，因此必須同步檢討並調整健保財務機制，包括費率結構、補充保費設計或政府財政挹注比例等，以確保制度之永續性與財務穩定（Chi et. al., 2024）。唯有在公平性與財務可持續性之間取得動態平衡，方能強化健保的體制韌性。

第三節 健保一般保險費費率調整歷程



台灣全民健保於1995年開始施行時，初始保險費率訂為4.25%，制度設計目標是透過社會保險機制，平衡醫療資源的公平分配與全民負擔。隨著醫療費用快速擴張，保險收入已難支應日益增長的支出需求。為維持健保制度的財務平衡，費率須隨支出規模動態調整，以落實收支連動之精神，反映制度財務平衡的需求。2002年9月健保費率首次調漲，自4.25%提高到4.55%，2010年4月再度調漲至5.17%。⁴ 二代健保於2013年實施時，一般保險費費率為4.91%，新增之補充保險費制度之初始費率則為2%，以擴大保費課徵基礎並強化財源彈性。隨後因整體財務趨於穩健，2015年11月時健保安全準備金已達4.96個月的保險給付金額，大幅超出健保法第78條所定1至3個月保險給付之原則。故政府於2016年1月調降一般保險費費率至4.69%，補充保險費費率亦隨之降至1.91%。⁵ 然而保費費率調降後，自2017年起健保收支轉為短絀且赤字逐年擴大（衛福部, 2023a）。健保署於2020年時之財務推估顯示，安全準備金餘額將於2021年跌破法定下限，且因醫療支出年增率已連續五年高於保費收入，財務失衡態勢日益嚴峻。為緩解財務失衡壓力並確保健保體系穩健運作，2020年中啟動保費費率調整之研議，最終定案自2021年起，將一般保險費費率調整為5.17%，補充保險費費率同步調為2.11%。⁶ 此後雖每年對保費費率有常態性討論審議，但截至2026年度止未再有保險費費率之調整。⁷ 自健保開辦起，一般保險費費率之調整歷程及其相關事件整理如圖2－1。

⁴ 衛福部社保司，「健保費率調整將以民眾福祉及永續經營為最大考量」，2015年10月8日。檢閱日期，2025年11月30日。<https://mohw.gov.tw/fp-2649-19929-1.html>

⁵ 衛福部，「行政院核定調降全民健保費率 並建立收支連動機制以利全民健保永續經營」，2015年12月30日。檢閱日期，2025年11月30日。<https://www.mohw.gov.tw/cp-2651-19794-1.html>

⁶ 衛福部社保司，「投資健康，110年健保費率調整為5.17%」，2020年12月31日。檢閱日期，2025年11月30日。<https://www.mohw.gov.tw/cp-4624-57420-1.html>

⁷ 衛福部健保會第7屆114年第9次委員會會議議事錄，2025年11月19日。檢閱日期，2025年12月4日。<https://www.mohw.gov.tw/dl-97833-67395cad-dd80-415b-a623-392fb6c04fe6.html>

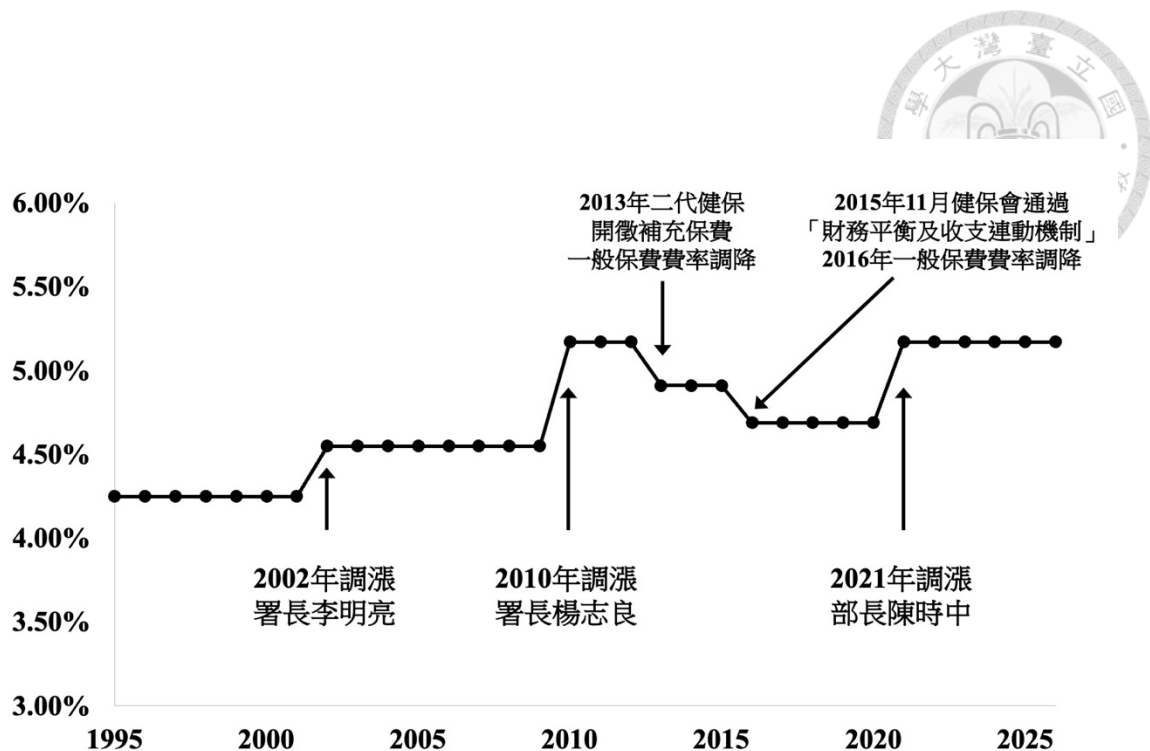


圖 2-1 健保一般保險費費率調整歷程及相關事件（作者整理製圖）

相對於健保支出總額逐年漸進式成長，健保保險費費率則呈現「階梯式」的調整。Peacock and Wiseman（1961）提出的「位移效果」（Displacement Effect）理論指出，平時民眾對租稅相關支出的調升容忍度有限，但當如發生戰爭、重大危機、嚴重災變等社會擾動時，社會對較高稅課負擔的容忍度會提高。台灣三次健保保險費率調漲雖均為因應健保財務收支失衡嚴重的重大危機，而2020-2021年間全球COVID-19的嚴重疫情，使一般民眾對醫療的主觀依賴與客觀需求上升，進而影響對該次健保保費費率調漲的民眾接受度及後續政治效應，或為與前兩次調漲的社會反應有所差異的重要因素。

針對歷次重要健保費率調整，以下整理其相關背景與歷程。



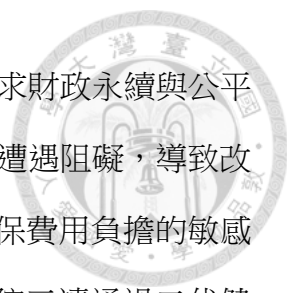
壹、2002年首次調漲以因應健保財務壓力

台灣健保於1995年創設後，以低費率、廣覆蓋為訴求，但至2002年因連續出現財政赤字，儲備金已逐漸枯竭。政府依據精算報告，提出將費率由4.25%提升至4.55%，並同步調高醫院門診及住院自負額。儘管決策過程包含官民協商，但多數民眾對於漲價本能反感，社會反彈明顯。此為健保首度面對重大保費調整，由時任衛生署長李明亮負責推動，目的在因應健保開辦多年累積財務壓力，以適度調升健保保費費率以維持制度財務穩定。但調漲消息公布後隨即引發民眾與社會各界強烈反彈，尤其關注門診部分負擔提高造成病患的醫療負擔加重。在政治風暴的壓力下，李明亮於調漲後不久請辭，承擔政治責任，成為執行健保費率調漲而官員下台的首例。李明亮的辭職廣受討論，他在離職後亦透露了當時推動健保改制的艱難與挑戰，強調制度改革要素包括公平性與永續性的平衡，以及政治官員在推動社會保障政策時的壓力與困境。⁸ 然而，後續有調查研究顯示，雖然民眾普遍反對漲價，健保費和部分負擔同步上漲也引起相當大的爭議，但只要漲幅在可接受範圍內，多數民眾仍會願意增加自付費用以支持健保制度的維持與發展（Lang and Lai, 2008; Ho Chan, 2010），因此顯示政策溝通過程的重要性。

貳、2010年再次調漲與二代健保制度改革

為因應醫療支出持續增加及勞動人口結構變化，以及儲備金不足與醫療通膨壓力，在健保審議委員會多次討論後，健保保費費率於2010年自4.55%調升至5.17%。此次費率調漲伴隨推動「二代健保」制度改革，由時任衛生署長楊志良負責推動相關政策。此輪調漲伴隨二代健保政策的編列，包括新增費用來源、調整投

⁸ 鏡新聞，2023，【李明亮專訪 2】，「他一手推動健保改制 感嘆『政務官最大的困難是實話不能說，謊話說不出來』」，2023 年 5 月 7 日。檢閱日期，2025 年 11 月 30 日。
<https://www.mirrormedia.mg/story/20230427pol003>



保基準、強化精算機制，並廣泛傾聽民意及跨部會協調，試圖追求財政永續與公平負擔（Ho Chan, 2010）。二代健保立法及配套措施於推行過程中遭遇阻礙，導致改革進程延宕且社會爭議不斷，其激烈討論反映出台灣社會對健保費用負擔的敏感情緒。楊志良因改革推動不順及費率調整引發的壓力，於立法院三讀通過二代健保改革的健保法修正案後辭去衛生署長一職⁹，再度凸顯健保改革與費率調整在政治層面的高風險性。

參、「全民健保財務平衡及收支連動機制」的建立

2013年二代健保開始實施後，因新增補充保險費及提高政府負擔比例等財源之挹注，一般保險費費率降至4.91%。為使全民健保財務收入和支出能更有效連動，一代健保負責監督的「監理委員會」和決定醫療費用的「醫療費用協定委員會」，整併成立健保會。¹⁰《全民健康保險會組成及議事辦法》第二條規定，健保會設置委員三十九人，包括保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表、專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關，組成及規範如圖2-2（健保會, 2021a）。

⁹ 新頭殼 Newtalk, 2011, 二代健保過關 楊志良遞辭呈, 2011 年 1 月 4 日。檢閱日期, 2026 年 2 月 19 日。 <https://newtalk.tw/news/view/2011-01-04/11096>

¹⁰ 衛生福利部, 「全民健康保險會預計 1 月 25 日召開首次會議」, 2013 年 1 月 18 日。檢閱日期, 2025 年 11 月 30 日。 <https://www.mohw.gov.tw/cp-2640-23763-1.html>

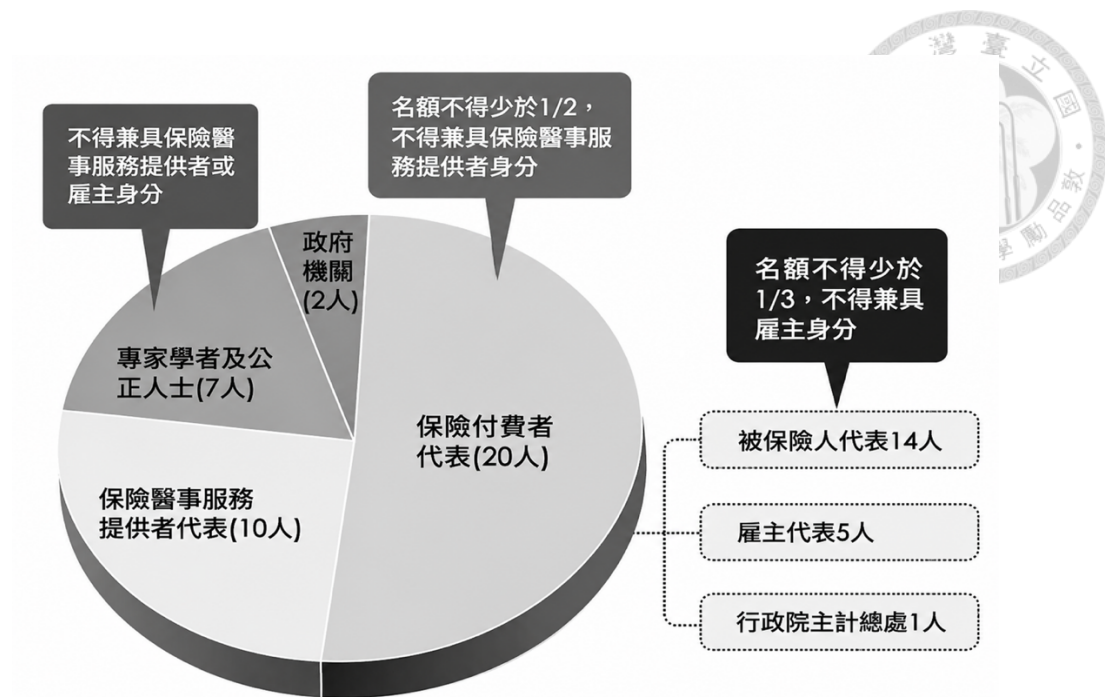


圖 2-2 健保會之委員組成規範（健保會, 2021a:19）

依據健保法第5條規定，健保會之職責涵蓋審議保險費率與保險給付範圍、協議訂定及分配年度醫療給付費用總額、研究諮詢保險政策與法規，以及各項保險業務之監理事項。健保會透過審議保險費率、給付範圍及年度總額等重大財務事項，確保收支平衡與連動。藉由連結「支出端（給付範圍與總額）」與「收入端（費率）」，確保健保財務之健全與永續經營。

為合理管控醫療支出，健保法明定實施總額支付制度，藉由總額之協定與分配機制，引導醫療服務供給方向，並由政府與醫界共同承擔財務風險，以維持醫療費用的合理控管。依據健保法第60條與第61條規定，衛福部需於次一年度開始之前六個月，提出次一年度之總額範圍草案。隨後以健保會為協商溝通平台，由協商次一年度之醫療給付總額。¹¹ 健保會須在次一年度開始前三個月內，於由國家發展委

¹¹ 健保法第 60 條：健保每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。第 61 條：健保會應於各年度開始三個月前，在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。

員會(以下簡稱國發會)研擬、行政院核定的低推估與高推估總額成長率之範圍內，就各醫療部門總額及分配方式進行協議，並送請衛福部核定。整體流程從衛福部政策之擬定、國發會之成長率核定、健保會之總額協商與分配，之後由衛福部核定並交由健保署及各部門相關團體執行。相關作業作業流程見圖2-3(健保會, 2025)。

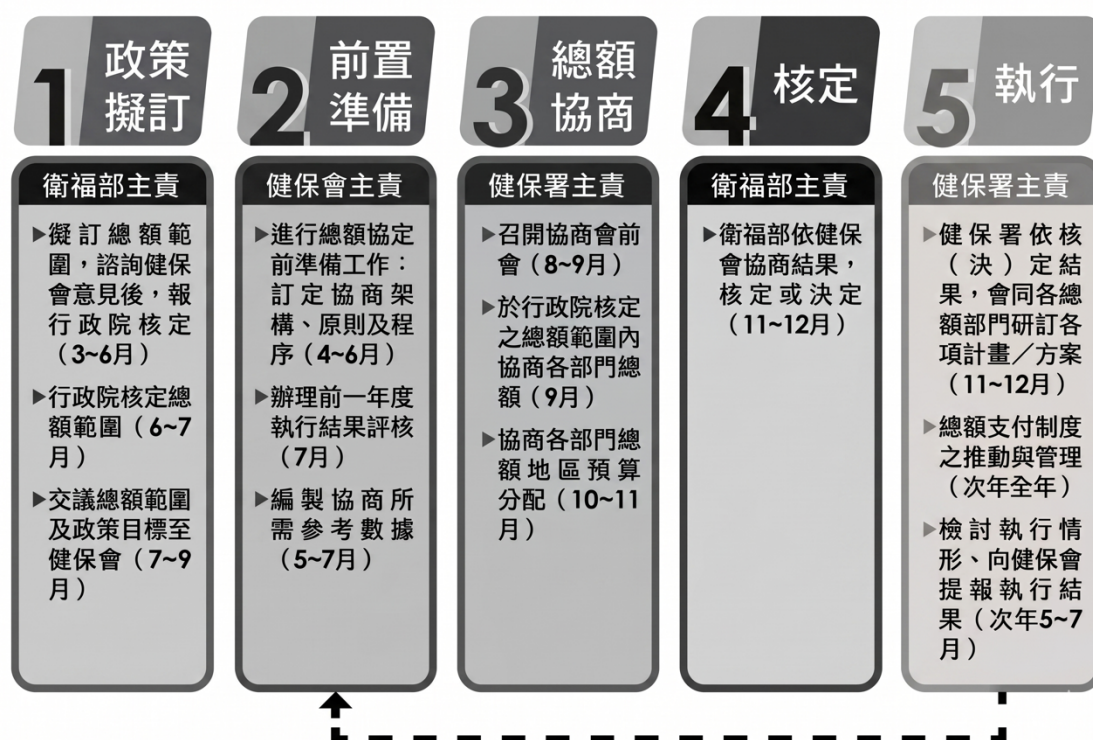


圖 2-3 全民健保年度總額訂定流程(健保會, 2025:39)

行政院核定的下一年度總額範圍，其中總額成長率低推估是依據指標經公式計算而得，計算因子包括投保人口結構改變對醫療費用之影響率、投保人口成長率、醫療服務成本指數改變率及當年度一般服務預算占率等。這些參數反映了在維持現有醫療服務水準下，因人口變遷及物價波動所產生的自然成長需求。以2021年度之總額低推估成長率為例(健保會, 2021a)，



2021年度總額低推估成長率

$$\begin{aligned} &= (\text{醫療服務成本及人口因素成長率} \times \text{2020年一般服務總費用占總額之比率}) \\ &+ \text{校正2019年投保人口數差值} \\ &= 3.483\% \times 87.32\% + (-0.134\%) = 2.907\% \end{aligned}$$

其中該年醫療服務成本及人口因素成長率之計算，包含「醫療服務成本指數改變率」(A, 1.285%)、「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」(B, 1.987%)及「投保人口預估成長率」(C, 0.204%)，2021年度之計算公式與結果如下。

$$\begin{aligned} &(1 + A + B) \times (1 + C) - 1 \\ &= (1 + 1.285\% + 1.987\%) \times (1 + 0.204\%) - 1 = 3.483\% \end{aligned}$$

總額之高推估成長率則為低推估成長率加上「調整因素」，有關「調整因素」的訂定，有多面向綜合之評估機制，其核心在落實年度健保政策目標，考量民眾醫療需求與政策推動對健保經費的衝擊，並兼顧醫療照護體系的穩定運作及健全發展。此外亦審慎權衡國民負擔能力、總體經濟脈動，以及國家整體醫療保健支出與健保財務穩健性，達成各項指標間的平衡，2021年度之總額高推估成長率為4.5%（健保會, 2021a）。

在保險費率審議與核定部分，自 2013 年二代健保實施後，健保財務以收支連動方式運作，將健保會的年度總額協議訂定與保險費率審議相連結，以確保制度的財務平衡。依據健保法第24條，健保會完成年度總額協議後一個月內，健保署應提出次年度的保險費率方案送健保會審議，健保會需於審議前邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。而後健保會須在年度開始前一個月，依協議的總額對當年度須達成收支平衡的一般保險費率進行審議，在報至衛福部轉送行政院核定，之後由衛福部公告。若未能在期限內完成審議，則由衛福部逕送行

政院核定後公告。費率審議除須考量次年度之總額成長外，亦須參酌健保法第24條有關收支平衡費率及第78條有關安全準備總額維持一至三個月之保險給付支出等原則。健保保費費率審議作業流程如圖2－4所示（健保會, 2025）。

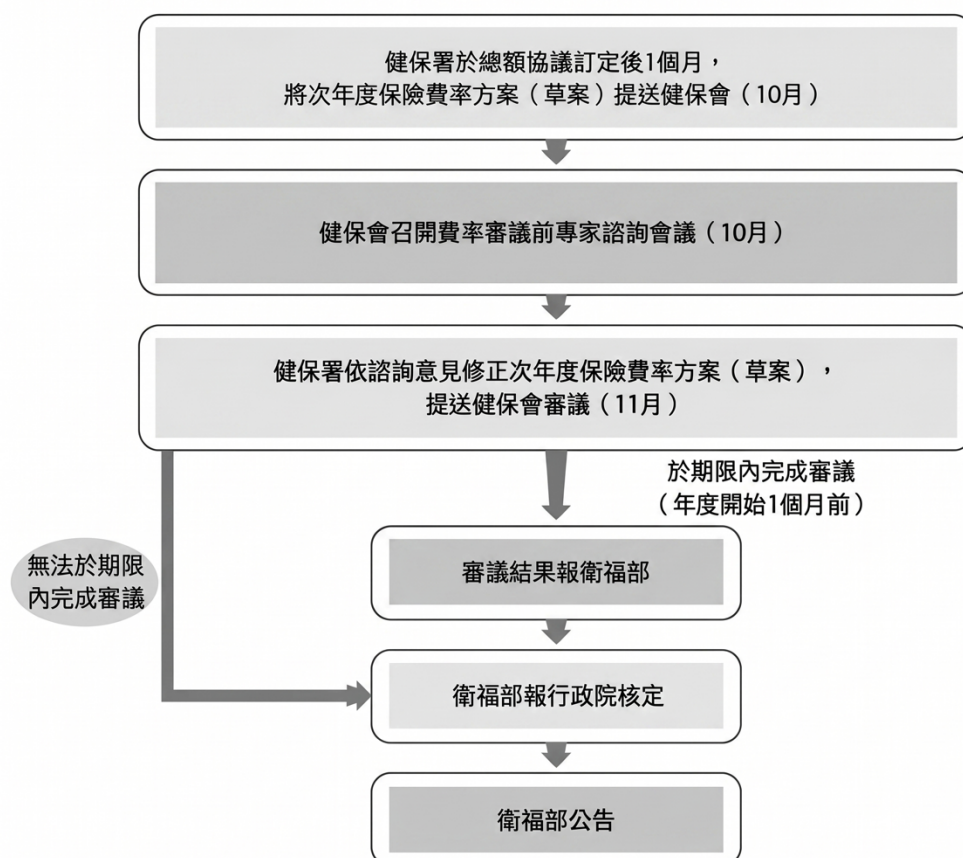


圖 2－4 全民健保保費費率審議流程（健保會, 2025:92）

為提升財務穩定性與收支彈性，健保會於2015年11月20日研訂並通過「全民健保財務平衡及收支連動機制」（以下簡稱連動機制）（健保會, 2015），連動機制之啟動條件與費率調整調漲或調降之方式如表2－2。

健保會協定次年度（下稱當年）總額後，健保署應以高、中、低三種方式推估保險收入與成本，並依下列原則研提保險費率調整方案送健保會審議。		
費率 調升	啟動條件	當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出。
	調整方式	其調升以當年起（含）第 2 年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額計算為原則。
費率 調降	啟動條件	當年起（含）第 3 年年底安全準備餘額超出 3 個月保險給付支出。
	調整方式	其調降以超出之金額計算為原則。

表 2-2 「全民健保財務平衡及收支連動機制」之啟動與費率調整方式
(健保會, 2021a:87)

因2015年11月時健保安全準備金高達4.96個月保險給付，即依此機制將2016年度費率自4.91%調降為4.69%，同時補充保險費費率亦由2%連動調降為1.91%。¹²

肆、2021年於收支失衡下連動機制之啟動調漲

在2016年度同時將調降一般保險費費率及補充保險費費率之後，健保財務自2017年度起開始連年呈現赤字，收支短絀於2017年為98.4億元、2018年266億、2019年342億、2020年676億，短絀數字逐年擴大（衛福部, 2023a）。連動機制之設立初衷，在確保健保財務具備中長期的穩定性與預測的可能性。然而在實務運作中，費率調度往往難以單純依循財務公式推動，反而深受政治選舉考量、總體經濟波動及社會輿論壓力等多重非財務因素的交織影響。制度設計與政治現實間的落差，導致費率調整機制常執行艱難，亦使健保財務的永續性持續面臨挑戰。1998至2020年間歷年之健保收入、成本、收支累計餘絀見圖 2-5（健保會, 2022）。

¹² 衛福部，「行政院核定調降全民健保費率 並建立收支連動機制以利全民健保永續經營」，2015年12月30日。檢閱日期，2025年11月30日。<https://www.mohw.gov.tw/cp-2651-19794-1.html>

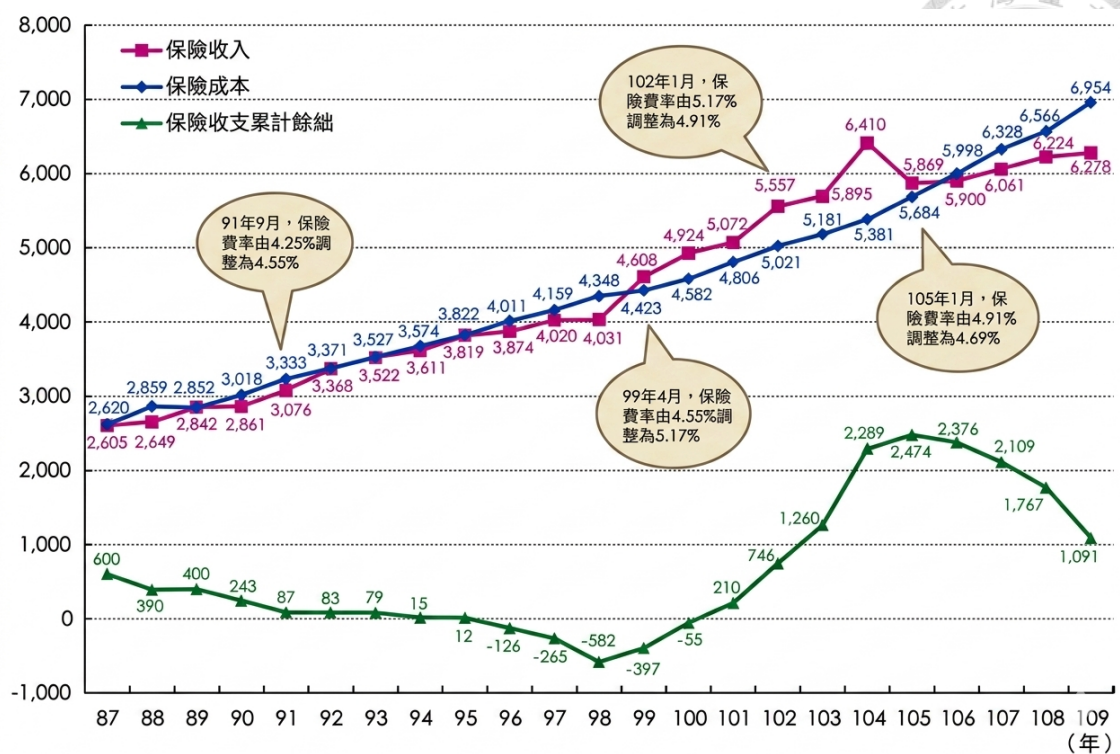


圖 2-5 1998至2020年間全民健康保險財務收支狀況（健保會, 2022:89）

依據2020年健保署財務估算，若維持一般保險費費率4.69%不變，無論總額成長率是採付費者方案3.779%估算（表2-3），或採醫事服務提供者方案4.346%估算（表2-4），2021年底之健保安全準備金餘額均將低於連動機制規定最低之1.5個月，至2022年安全準備金將用罄並發生短絀。

年別	當年平衡費率(%)	保險費率(%)	保險費率成長率(%)	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率(%)	保險收支餘絀(億元)	安全準備累計餘絀(億元)	安全準備約當保險給付支出月數(月)
108年		4.69	-	6,224	6,566	4.417	-342	1,767	3.23
109年(P)		4.69	-	6,291	6,962	5.237	-671	1,096	1.89
110年(P)	5.34	4.69	-	6,379	7,231	3.779	-852	244	0.41
111年(P)	5.49	4.69	-	6,475	7,547	4.168	-1,072	-828	-1.32
112年(P)	5.63	4.69	-	6,565	7,859	3.945	-1,294	-2,122	-3.24
113年(P)	5.81	4.69	-	6,645	8,211	4.350	-1,565	-3,687	-5.39

表 2-3 健保財務依付費者3.779%總額成長率方案之推估

（健保會, 2021a:95，標示P之年度為推估之數值）

年別	當年平衡費率(%)	保險費率(%)	保險費率成長率(%)	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率(%)	保險收支餘絀(億元)	安全準備累計餘絀(億元)	安全準備約當保險給付支出月數(月)
108年	-	4.69	-	6,224	6,566	4.417	-342	1,767	3.23
109年(P)	-	4.69	-	6,291	6,962	5.237	-671	1,096	1.89
110年(P)	5.37	4.69	-	6,378	7,273	4.346	-894	202	0.33
111年(P)	5.53	4.69	-	6,474	7,601	4.297	-1,127	-925	-1.46
112年(P)	5.68	4.69	-	6,564	7,925	4.075	-1,362	-2,287	-3.46
113年(P)	5.86	4.69	-	6,644	8,291	4.472	-1,647	-3,934	-5.69

表 2-4 健保財務依醫界4.346%總額成長率方案之推估

（健保會, 2021a:95，標示P之年度為推估之數值）



同時，2016至2020年間醫療支出平均年增率為5.59%，已連續數年高於保費收入平均年增率1.74%（表 2-5），財務失衡情形日益嚴重，急需進行調整與改革（健保會，2022）。

年度	保險收入		保險成本		收支短絀
	金額 (億元)	成長率 (%)	金額 (億元)	成長率 (%)	
2016	5,869		5,684		
2017	5,900	0.53	5,998	5.54	98
2018	6,061	2.73	6,328	5.49	266
2019	6,224	2.69	6,566	3.77	342
2020	6,278	0.87	6,954	5.91	676
平均		1.74		5.59	

表 2-5 全民健保2016至2020年之財務收支狀況及成長率（作者整理製表）

另外，隨著人口快速老化之醫療需求激升，以及COVID-19疫情帶來醫療支出爆增等因素，預期健保財政壓力將進一步加重（Agustin and Chou, 2019; Wu et al., 2024）。健保保費費率調整遂開始研議，最後決定將2021年度健保一般保險費費率調為5.17%，補充保險費率同步調至2.11%，並檢討投保單位分類，研議將長照納入健保保障，展現制度調適能力以因應未來社會趨勢。

此次健保保費費率調漲與前兩次調漲的重要差異，在於保費調漲後的社會及輿論壓力平和，時任主管機關首長陳時中並未因此而辭職下台，仍持續主持防疫工作及推動醫療資源整合，包括健保雲端資訊系統升級、加強資源管理及減少浪費，希望透過結構性改革平衡財務與社會期望。這個結果代表政治責任承擔的型態可

能有所演變，更多強調以技術和管理創新回應社會挑戰，更重要可能在於政策形成過程中充分溝通協調以獲得受影響相關人士與團體的接受與諒解。本研究擬探討此次費率調漲政策形成過程中之溝通協調機制，如何影響利害關係人對政策結果的接受度與正當性的認知。

第四節 歷次健保保費費率調整衍生之效應

壹、政治效應

全民健保雖已運作逾30年，但任何保費的調漲均屬敏感議題，不只實際調漲會引發重大政治風暴，甚至僅在提議階段都可能引起嚴重社會反彈與政治反應。¹³ 保費調漲深受政黨競爭、民意壓力與政策制定影響，成為政治人物與政府首長的高風險決策，具體地反映在當時主管機關首長承擔的政治責任。

貳、民眾觀感與醫療行為改變

文獻指出民眾雖然對於包括保費、自負額、部分負擔等醫療費用的調漲普遍有抗拒心理，調整初期多有反彈。但如能有合理調幅搭配有效溝通，政策仍能被多數人接受與推行（陳欽賢等, 1998; Lang and Lai, 2008; Ho Chan, 2010）。台灣健保的相關政策調整時需兼顧民眾負擔與溝通，並對弱勢族群實施保護措施。以2005年健保調高部分負擔為例，研究發現政策實施後，民眾整體門診次數明顯減少，尤其是醫院及高層級醫院的利用次數下降，部分就醫行為向基層診所分流，有助於紓解大型醫院壅塞問題（許績天等, 2011）。

¹³ 公視新聞網，「健保補充保費改革挨轟 石崇良：尚未啟動法治作業」，2025 年 11 月 7 日。檢閱日期，2025 年 11 月 30 日。 <https://news.pts.org.tw/article/780196>



參、醫療支出與成本控管動向

歷次費率調漲多為因應健保財政赤字，短期確能緩解健保財務壓力，部分年度甚至能有收支結餘。¹⁴ 但隨高齡化及慢性病人人口增長，醫療支出長期仍呈高幅度成長，費率調整雖可緩解財務壓力，但常僅可獲得一定時間之效應，而費率調漲亦常伴隨社會氛圍波動及負面政治效應。文獻建議須搭配藥品給付政策調整與合理控管、分級醫療資源管理、精算醫療服務成本等多元配套，才能減緩與控管健保支出之持續成長（Huang et al., 2012; Hsu and Lu, 2015; Lin et al., 2020）。

肆、社會公平與所得重分配

保費費率之設計必須兼顧弱勢群體保護與全民公平分攤原則，政策必須依據收入分布調整保費基準，並推動補助措施，以避免經濟弱勢者健康權益受損（Fang et al., 2012; Hsieh et al., 2019）。政府逐步將長照納入健保覆蓋範圍及財政制度考量，因應社會老化與慢性病挑戰，並透過學術精算方式評估未來財務壓力，以展現制度韌性（Chang et al., 2010; Chen and Fu, 2020; 韓幸紋, 2024）。針對台灣人口結構老化及薪資成長緩慢對健保財務與世代分配衝擊的研究指出，這兩大趨勢導致健保費率將快速攀升（梁景洋、韓幸紋, 2020）。越晚出生世代所承擔保費負擔比例更高，世代不均問題將加劇。現行收支連動機制與薪資為主的費率基準，實質上加重了青年的負擔。故未來應擴大保費計算基礎（如涵蓋非薪資所得）、強化政府責任及完善費率調整政策等，同時應整合健保與長照體系，以確保制度永續並緩解世代壓力。

¹⁴ 衛福部社保司，「健保費率調整將以民眾福祉及永續經營為最大考量」，2015 年 10 月 8 日。檢閱日期，2025 年 11 月 30 日。<https://mohw.gov.tw/fp-2649-19929-1.html>



第三章 理論架構、文獻回顧與研究方法



第一節 多元流理論架構之內涵

John W. Kingdon於1984年出版《Agendas, Alternatives, and Public Policies》，至今仍是影響政策議程設定與公共政策形成之研究領域中的重要著作（Kingdon, 1984; Kingdon, 2014），其中著名的「多元流理論架構」（Multiple Streams Framework），以Michael Cohen、James March與Johan Olsen提出的「垃圾桶決策模型」（Garbage Can Model）為基礎，認為組織決策充滿目標模糊、技術不確定以及參與者流動等特質，因而政策的形成並非線性，而是多股流（Streams）彼此獨立發展並在偶然時刻匯集。「多元流理論」是一個用於解釋公共政策形成和變革過程的理論，認為政策的形成是由「問題流」（Problem Stream）、「政策流」（Policy Stream）、「政治流」（Political Stream）三流交織而成，為理解政策議程設定過程提供了重要的理論框架，是最受歡迎的多理論政策變遷解釋之一（Zahariadis, 2007）。

Kingdon（1984）將公共政策制定（Public Policy Making）過程概念化為四個階段，包括議程設定（Setting of Agenda）、替代方案的具體化（Specification of Alternatives）、針對特定選項進行權威性選擇（An Authoritative Choice）、與政策決策的執行（Implementation of the Decision）。Kingdon在書中聚焦於議程設定和方案擬定這兩個階段，探討為何某些議題會躍升為政策議程的焦點，而其他議題卻遭忽視，同時分析為何某些替代方案獲得認真考慮，而其他則遭排除。重點並非決策的最終決定，而是理解各參與者為何會關注某些議題而忽略其他議題，以及議程設定如何將龐大的潛在議題範圍縮減為決策核心實際關注的議題清單。

影響議程設定和方案提出的因素大致可分為「參與者」和「過程」兩大類，

參與者包含總統、國會、行政部門官僚，及政府外部的媒體、利益團體、政黨和一般民眾等各方力量。議程設定可能涉及由「非正式的系統性議程」轉移到「政府正式議程」，部分可能透過領導者號召和動員民眾或社會參與。議題也可能因專業圈、政策精英、政府官員間理念流動，使議題進入政府議程與決策，而政黨輪替或政黨路線調整轉變亦可能是議程改變的關鍵契機。

Kingdon將「議程」定義為政府官員及與其密切相關的非政府人士在任何特定時刻正在認真關注的議題或問題清單。他進一步區分獲得高度關注的「政府議程」（Governmental Agenda）和真正進入積極決策程序的「決策議程」（Decision Agenda）。政府議程指的是政府官員及其周邊人士高度關注的一系列議題，且在不同政府部門間議程內容也會有所差異。例如，總統與其核心幕僚議程主要關注重大國際危機、主要立法措施、經濟狀況與重要預算決策等大項目。而衛生官員或交通官員則有更專業化的議程，即使在單一領域如衛生政策中，也出現如生物醫學研究或直接醫療服務等專業細分主題。除了這些進入議程上的主題外，政府官員及與其密切相關人士也會認真評估一系列可行的政策備選方案，從而為後續決策提供需選擇。

多元流理論的核心在於政策運作中，問題流、政策流、政治流等三大流。問題流是指公眾問題被識別和定義的過程，社會因指標調查、突發事件或利害關係人的反饋而凸顯出的急迫議題，使政策制定者注意到某些問題值得解決。政策流是指政策被提出、設計和實施的過程，包括各類由專家或政策群體提出的解決方案，這些方案需歷經技術審查、價值兼容性與可行性評估後，才能成為議程備選。政治流是指政治行動和利益關係者之間的互動過程，涵蓋多數黨的更迭、民意波動、壓力團體互動及社會氛圍的轉變，決定了政策能否獲得推動的外在環境。每位參與者一如總統、國會議員、公務員、遊說者、媒體、學者、利益團體等—理論上都能涉入問題認定、方案擬定和政治活動三大流程，但在實際運作上參與者通常會在某一流程特別專精。例如，學者較多從事政策形成，政黨則較多參與政治活動。這些不同角

色彼此互為動力和限制，有助於某些議題的提昇或排除。政府議程是在問題流或政治流中設定，而當三個流同時匯合時，議題實際進入決策議程而進入可採取行動的實質事項清單的機會則將會大幅提升。

三股流於平時各自運作，任何一流單獨行動都難以推動改革，僅在特定偶發時刻或因政策企業家積極促成，三流才會匯合並開啟「政策窗」，促成議題進入決策議程，產生政策革新的契機。「政策企業家」在這個交會點扮演整合資源、協調參與者、宣傳政策方案的關鍵角色，促使具體政策得以實行（魯炳炎, 2009; 江明修、張浩榕, 2020）。Kington（2014:20）定義政策企業家是那些願意投入自身資源以推動其所偏好提案或關切議題的人，他們不僅負責促使關鍵決策者對提案或議題加以關注，更致力於將解決方案與問題進行連結，並進一步將問題與解決方案兩者一併連結到政治情勢與政治過程之中。政策企業家會將獨立運作的問題流、政策流與政治流連結起來，把握政策窗開啟的機會，將其偏好或重視的議題推上政策議程，並進一步將其推上決策議程。

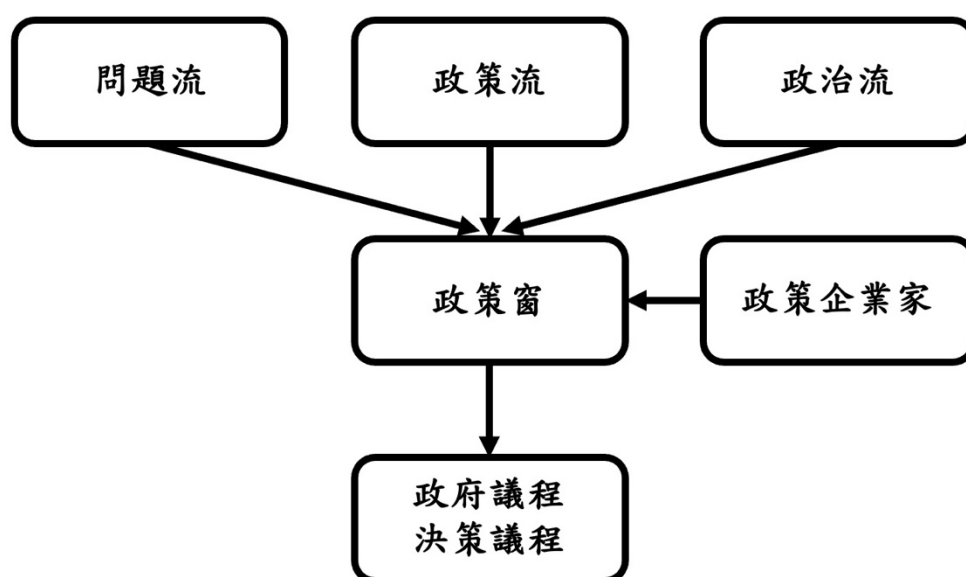
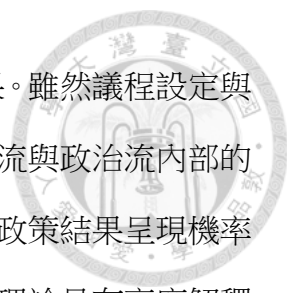


圖 3-1 多元流架構示意圖



Kingdon 指出，政策變遷並非全然隨機或完全決定論的結果。雖然議程設定與政策方案形成過程中存在偶然性與不可預測性，但問題流、政策流與政治流內部的運作機制，以及制度性限制，仍形塑出可辨識的結構性模式，使政策結果呈現機率性而非隨意性的邏輯（Kingdon, 2014:205-207,224-226）。多元流理論具有高度解釋力，能展現政策議程設定的偶然性與複雜性、突破傳統理性決策模型的簡化假設。

第二節 多元流理論應用於 健康醫療政策之研究

近年以Kingdon多元流理論分析世界各國的健康醫療政策的文獻顯示，多元流理論有助釐清問題認定、政策擬定和政治影響等三個面向，能協助決策者理解議程設定與政策制定過程中的複雜性。多元流理論對議程設定與政策制定具有高度理論解釋力與實務價值，為從事健康與醫療政策分析與治理的學者、政策制定者及實務工作者提供重要的洞見與參考（Betelhemet al., 2024）。以下重點整理以多元流理論分析世界各國健康醫療政策議程設定和醫療公共政策形成的六篇文獻，並針對各國案例間的三流、政策窗、政策企業家各面向之異同及導致政策成敗的影響因素進行比較分析。

壹、台灣醫療觀光政策立法過程之多元流分析

Yu等人（2024）針對台灣行政院於2013到2014年間為推行醫療觀光擴張政策而提出自由經濟示範區特別條例草案（The Draft of Free Economic Pilot Zones Special Act, FEPZs bill），對其中的立法過程曾進行多元流分析。由於台灣健保長期成本壓力與給付天花板使醫療機構收入受限，醫療觀光被視為醫院多元化收入來源。但因外交、兩岸關係複雜，造成部分潛在客源簽證難題，故有以自由經濟示



範圍（Free Economic Pilot Zone，簡稱自經區）規劃模式的構想，試圖規避部分國境障礙，然而社會與專業界對醫療商業化、就醫公平性、醫護人力流向、排擠國人醫療資源等問題有強烈疑慮。此外，法規（如廣告限制）、語言障礙、價格問題以及台灣相較其他亞洲競爭國家在此一政策上的發展進程遲緩，皆成為實務發展上的障礙。

台灣行政院提出自由經濟示範區特別條例草案，條文設計強調自經區設立一至二個醫療觀光示範點，限定醫院規模與服務性質（健檢、美容、例行手術），不得承作健保業務。醫療觀光機構需繳交年度權利金以挹注健保，但比例、細則、運作規畫被批評過於「空白授權」，細節不明、缺乏制度設計共識。允許外籍（排除中國、港澳）醫護無須本地證照受聘但人數須控管，本地醫師如非特定註冊不得在自經區執業。法案初期允許法人組織化（Corporatization），但因社會與學界強烈反彈後明令禁止。強調先進行小規模試辦示範，強化監管與定期評鑑，但關於資金、人力等必要營運問題仍無明確對策。

2013年起由國民黨政府主導規劃推動，結合「黃金十年國家願景」與國際貿易自由化框架，取得決策高層全力支持。民進黨、地方政府、NGOs、醫療專業團體等則強烈反對，批評政策過度商業化，開放細節草率且損及本土醫療公平性。立法審查過程因黨派對抗、政府部門橫向協調不足與溝通失能導致法案停滯，多場公聽會亦未消弭社會疑慮。因公眾意見與輿論未獲有效回應，社會大眾對醫療資源排擠及公平性顧慮始終無法解決。

最高層級政策倡議者如總統、行政院長具強烈意志，但缺乏政策企業家能有效協調立法院並有效整合問題、政策、政治三流以鞏固共識。執政領導雖大力倡議，卻無足夠中介人士協調社會、專業與政治敵對部門間的矛盾，導致政策無法落實。2013到2014年間，因經濟發展壓力、全球醫療觀光熱潮、政策高層全面加持與醫界尋求新出路等因素，曾短暫產生政策窗。但因政策設計未成熟，社會反彈未及時協調，三流始終未能有效結合，窗口很快關閉，導致法案卡關未能立法。



自經區醫療觀光條款迄今未能通過立法，無實質推廣與產業經濟效益。由於社會疑慮未解，且技術可行性及價值接受度難以凝聚共識，高層推展此計畫之動能隨時間流失。此文獻探討之案例強調醫療政策需面對社會公平、價值取向、細節規劃等多面向之競合，以及政策窗稍縱即逝的現實狀態。

貳、 加拿大國家基本藥物清單政策推行之多元流研究

Jarvis等人（2019）針對加拿大國家基本藥物清單（Essential Medicines List, EML）政策之推行，曾進行多元流分析研究。由於加拿大的處方藥保險體制複雜，導致不同族群在藥品可及性、可負擔性方面存在嚴重不均。約20%加拿大人無保險或保險不足，不同省份或群體在用藥選擇、價格、給付標準上差異極大。醫療體系有高藥品費用、行政效率低、永續性存疑，以及部分不合理處方等問題。

全國性藥品清單被視為解決藥物取得不平等、提升處方合理性與控管成本的可能方案。有關「基本藥物清單」政策，各界共識是應有一個獨立、具代表性、以明確選藥標準為基礎的決策機構，並以臨床證據與成本效益為首要選擇依據。多數受訪者認同應採納世界衛生組織（WHO）基本藥物清單和瑞典Wise List等案例之專業、公開、以證據為本原則。但對於「何謂基本藥物」「是否以民眾常用/個人必需或以疾病治療需求為主」缺乏一致見解，特別是在創新高價藥或罕見病藥物納入與否、現有個人利益如何保障等部分。強調流程透明、公民與專家參與、相關利益迴避與有效溝通，以免被誤解為「限制用藥」而引起反彈。

政治層面上，接受度與推動關鍵在於聯邦政府是否提供資金、決策權責如何分配，以及各利益相關方（如產業、特殊病患團體、保險界、民眾等）是否能有效協商與取得平衡。部分持反對意見的群體認為，EML恐帶來「二元化」或「排除較少見藥品」風險，或因損及現有限制較少的保險權益而產生阻力。省政府多認為公務藥品決定應留在地方，利益團體對決策過程的影響則須加以設防（如學者、產業資



助團體、特定病友群等)。

聯邦諮詢委員會、獨立藥品機構專家、民間倡議者提供戰略意見與政策推動建議，促成政策窗開啟。報告、專家、小組及參與式研究者連結國際經驗並推動政治動員，是政策議程設定的重要推手。聯邦政府推行全民藥保（Pharmacare）改革熱議，顯著提升EML的政策可及性與政治可行性。各省、聯邦間在2018–2019年藥品給付與醫改環境有重要政策契機浮現，這成為EML討論與政策設計的重要「政策窗」。

政策執行成效上，各方對如何形成及推動EML達成流程性共識，包括要有獨立審議機制、證據為本的藥品遴選、並公開溝通以涵蓋民眾關注。實質推動上，受限於利益平衡、地方自主與中央資源協商等因素，全國性統一EML尚有許多挑戰。整體來看，雖然內容細節有分歧，但以國家標準為基礎、明確證據與程序、民眾關切納入已成為共識做法。

參、 COVID-19對美國遠距醫療政策劇變之多元流分析

Giese（2020）曾針對美國於COVID-19疫情期間，遠距醫療（Telehealth）政策的劇烈改變，應用多元流框架加以分析。在COVID-19疫情爆發前，美國遠距醫療發展受到規範、報銷等種種障礙限制，實際應用低於預期。COVID-19疫情導致全國性隔離與門診暫停，傳統醫療服務中斷，尤其是慢性病、心理健康、孕婦等患者群體仍然急需健康照護。除疫情帶來的突然衝擊外，原有因地理、交通、照護者陪同等結構性障礙更突顯遠距健康照護需求，同時大眾普遍已有電話或網路連線。

疫情前已有大量證據顯示Telehealth對於如腫瘤、糖尿病、老人、心理健康等多種專科具有正面成效，但因報銷偏低、技術規範（如Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA）嚴苛、必須為現有之醫病關係、不得在家進行等聯邦與州法規限制，難以大規模推展。疫情爆發後，聯邦政府與醫療保險主管機關針對



Telehealth迅速推動而暫時性重大放寬，包括允許醫師與病人無需原有關係即可視訊診療、視訊與實體診療支付同價、可在家診療、暫不強制HIPAA合規平台、擴大至電話診療並給予與視訊同等待遇。這些方案能直接解決原本的規範障礙，加之原有政策研究與技術準備，讓推行變得具可行性。

隨著全民隔離、死亡人數飛升、媒體連日滾動報導，各界憂懼與全國性的危機情緒，迅速將遠距診療推上政治及社會高度關注議題。醫護專業團體（如American Nurses Association）、護理師與專科護理師（Nurse Practitioners）組織積極倡議擴大遙距照護，立法機關與決策高層亦明確察知民意並進行回應。執政部門及衛生保險單位認知到若不立即調整遠距醫療政策，將導致更重大的健康危機。

疫情期間，主管部門（如Centers for Medicare and Medicaid Services）、領導人、專業組織及政策倡導者成為推動改變的關鍵角色。各界協力推動緊急解除報銷與技術限制，媒體與專業學會則持續製造與放大改革必要性。同時，臨床醫護工作者與主管積極參與政策回饋與執行細節最快速修正。2020年3月，美國疫情進入全國緊急狀態，三流（疾病急迫，現行法方案、政治全力支持）在極短時間內同步匯合，成就前所未有的政策窗。與以往政策窗相比，本次決策因應之快、協調面之廣，促成跨單位、跨產業的罕見共識。

政策執行成效方面，聯邦政府短時間內全面啟動臨時法令，推動遠距醫療的即時大規模實施，醫療院所與基層診所同時迅速轉型與實踐。新措施涵蓋視訊與電話診療均有保險給付，法規障礙大幅減輕，弱勢族群、偏鄉長者、居家失能者等獲益顯著。雖仍存在技術落差與部分群體接取限制，但整體而言推動速度、規模、民眾接受度遠超過先前經驗，為後疫時代遠距醫療規範與永續留下深厚基礎。

肆、對COVID-19疫情的政策回應成為全球衛生政策典範

轉移的機會之窗

Amri 及 Logan (2021)曾應用多元流架構分析各國對COVID-19疫情的政策，如何為全球衛生政策的典範轉移提供了機會之窗。由於COVID-19疫情讓全球經歷前所未有的公共衛生危機，帶來大規模感染、死亡，以及經濟與社會系統的劇烈衝擊。疫情暴露了既有的健康社會決定因素（Social Determinants of Health, SDH）問題與既存不平等，使弱勢族群（如貧困者、移民、長者等）承受更嚴重的健康與經濟損失。國際資料顯示，低社經地位群體、某些工作性質與生活條件下的族群更易受到疫情不利影響，進一步加深社會健康不平等問題。這使得「健康不平等」和SDH由原本長年被忽視的議題，因疫情放大效應而被社會大眾與決策者視為待解決的主要政策問題。

疫情期間各國採取空前的大規模社會干預（如居家令、停工封城、邊境管控等），並迅速推行社會與經濟救助措施（如美國2兆美元經濟刺激方案、加拿大Canada Emergency Response Benefit現金補貼等）。這些非典型、破格的政策手段，證明即使在證據持續變動或不確定下，仍可迅速大規模推動健康促進與減緩不平等的公共政策。疫情救助方案包容了往常難以納入社會福利的族群，並促使政府檢討與擴展傳統失業給付、兒童福利、老人金等社會安全網。研究強調政府可仿效此模式，針對如貧窮、教育、食物、就業、住宅等SDH的推動更具前瞻與可持續性的健康政策改革。

疫情初期，公眾與輿論大體接受強烈公共衛生措施，社會流行語反映防疫共識，政府干預支持度高，領袖支持率亦普遍提升。加、美兩國領導人與各省行動獲民意高度肯定，疫情救助金額度甚至超越最低工資，反映大眾更理解脆弱處境與支持減少不平等。隨疫情演進與政黨競爭，部分政策（如戴口罩）逐漸被政治化，顯示政府需謹慎溝通政策問題、保持訊息一致，否則民眾的支持可能被動搖。



疫情提供政策企業家（如公衛倡議者、政界變革者、智庫、官僚系統等）介入契機，他們積極倡議動員政治與技術資源推動SDH為核心的政策變革。政府高層、政策設計者、專家、部分民間團體在資源、聲望與公眾動員等層面發揮窗口推力。他們提出具體改革方案、推動政策議程設定與搭橋公私部門協作，加速政策落地。

疫情急劇衝擊下，三流（嚴重不平等與健康風險問題、成熟且創新政策選項、壓倒性社會共識與政治擁護）於2020年全球同步匯流，開啟前所未見的政策窗，使得原本難以推動的壯大社會安全網、公平健康促進、應對SDH等方案得以迅速推行。論文認為相同策略亦可用來推動長期健康不平等、SDH等結構性問題改革，引領全球公共衛生政策的典範轉移。

政策執行成效方面，疫情期間加、美及多國成功推動大規模現金補貼、失業保險擴大、社會支援等政策，短期內覆蓋大量弱勢與新型受災群體。政策行動獲得廣泛社會支持，民眾體認並接受救助與健康公平的重要性。反思與討論指未來公共衛生和健康平等政策應乘此窗口深化、永續化改革，避免重返僅為財政保守或危機應對本能的短視迴圈。長遠而言，疫情經驗為推動SDH的跨部門整合、以實證為基礎及前瞻性資源配置等面向奠定實務與社會認知的基礎。

伍、 英國”Learning from Deaths”政策的關鍵驅動因素

Lalani 及 Hogan（2021）曾運用 Kingdon 的多元流途徑，作為建構英國對死亡審查機制政策制定過程的理論框架。由於英國醫療體系多年來累積高度公眾關注的醫療失誤與病患死亡事件，包括Bristol、Mid Staffordshire、Morecambe Bay、Southern Health等醜聞引發輿論震動。爆發的事件揭露了冷漠、權責不清、僅追求績效指標而忽視安全等組織文化沉痾，對家屬訴求與內部員工警告的忽略，以及缺乏系統透明調查死亡原因機制。具體問題包括死亡事件未被如實上報、缺乏一致化死亡回顧與學習流程、精神健康與學習障礙患者的照護漏洞與治理問題。



相關政策上，雖有傳統的死亡審查機制（如科別例會、國家級病例審查、意外通報系統），但長期存在方法分散、覆蓋不全、無明確學習與流程結構等缺陷，難以形成全國一致的行動標準。國家級專案如National Mortality Case Record Review（NMCRR）與Learning Disabilities Mortality Review（LeDeR）採用標準化死亡病例回顧，並加入家屬參與與學習取向，成為Learning from Deaths（LfD）政策可直接引用的現成方案。早期政策集中在死亡統計，後來專家意見與大型調查（如PRISM）逐步強調應從純數量監管轉向以學習改善品質為主。

受害者家屬長期持續發聲與媒體推波助瀾，產生高度政治與社會壓力，使管理部門與大臣需立即表態、追責並提出新對策。政府（特別是衛生部大臣Jeremy Hunt）借鑑產業安全文化與透明度經驗，倡議用明確的資料揭露與公眾監督作為改善動力。各機關領導人與政策創建小組須協調家屬訴求、數據公開、醫界觀點與現有監管體系，並解決部內治理、專業認同與資訊透明的衝突。

衛生部大臣Jeremy Hunt在政策期間積極推動LfD機制，利用其政治資本促使相關方案被納入國家策略。受害者家屬如James Titcombe、Sara Ryan等長期推動政策曝光與監督，成為持續率先倡議、施壓與要求問責的草根政策推手。此外，部分臨床專家、業界團體與行政首長亦以建設性批評介入方案之設計與推動。

Southern Health事件調查及Care Quality Commission全國性評鑑報告同時出爐，加上政界及家屬的持續發聲與要求，令政策三流匯集，創造了關鍵政策窗。抓住此窗口，政策企業家（大臣、家屬、專業團體等）迅速將既有NMCRR、LeDeR等現成工具納入新政策，極短時間內設計並推出LfD全國政策。LfD政策規範全英NHS醫療機構需具備死亡監管、標準化病例審查與家屬參與三大機制，要求公佈死亡與學習數據、強化高層問責與改善文化。執行上仍有挑戰，包括：政策本身在「學習vs績效監控」間拉鋸；有部分組織流於形式，未能真正在現場建立反思與改進文化。多項死亡回顧與品質數據編列先後重疊累積，形成整合與評估困難，長期成效需持續監測，提升領導力與現場文化變革尤關鍵。



陸、印度衛生政策議程設定之多元流分析

Kalita 及 Croke (2023) 曾運用多元流架構分析，以印度的PMJAY (Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana) 計畫為例，分析印度衛生政策議程設置的政治經歷。PMJAY聚焦於印度嚴重的「自付醫療支出」(Out-of-Pocket Expenditure, OOPE) 與災難性醫療費用，這些問題每年令約六千萬印度人陷入貧困。國家層級調查(如2014年 National Sample Surveys) 證明問題的嚴峻，OOPE佔全國總健康支出的68%，遠高於全球平均，且現有健康保險(如Rashtriya Swasthya Bima Yojana, RSBY) 並未減少OOPE。此外，疾病型態改變、慢性病增加、公私醫療資源分配失衡也突顯問題急迫性，讓政策圈與大眾一致認為須即時應對。

印度健康政策社群長年爭論究竟應強化公部門直接提供醫療服務，還是應擴大保險覆蓋以推動全民健康覆蓋(UHC)。儘管國會曾一度強調公部門強化(如2005年National Health Mission, NHM)，但來源自國內外政策專家、學者、官僚，以及世界銀行等外來技術助力的改革聲音持續壯大，主張以保險補貼私部門，解決專科與急重症需求。RSBY試點及眾多州級保險經驗成為設計PMJAY的現成藍圖，加上Biometric Aadhaar ID system與IT基礎建設，為大規模保險推廣提供技術可行性。

2014年印度大選後，BJP (印度人民黨) 徹底掌權、國會無實質反對黨，使政策推進阻力縮小。BJP黨綱公開將減少OOPE列為政見，並承諾施行全新健康保險。其施政方針思想與推行方式也偏向以財務協助和保險為主，而非直接醫療服務。此外，反貪腐民意強烈、高度中央集權模式，讓PMJAY能迅速獲品牌建立與強力推動(如「莫迪保險」)，帶有政治與個人標誌色彩，也成為各邦競爭合縱連橫的象徵。

多位政策企業家(來自衛生部、NITI Aayog、世界銀行等國際組織、國家保健管理局NHA等)是PMJAY設計與推動的中堅。他們善於運用國際報告、學術論文、大數據和指標，遊說決策者與社會大眾，將「金融保護」和「動員私醫資源」包裝

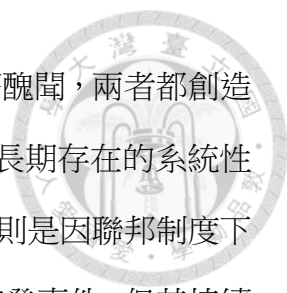
成具時代感、符合BJP核心利益的政策。名稱與政策包裝策略上，也從過去保險（Insurance）語言轉化為保障、安全（Assurance/Security），以去除前政策負面標籤，強化政治領袖個人色彩。

問題、政策、政治三大流於2016-2018年同時湧現契機，包括嚴峻的OOPE問題被定義為國家危機，有可行的保險政策方案累積，又逢BJP大勝且急需重大民生成果。財政預算公布與2019大選前成為政策窗正式開啟的轉捩點，政策企業家隨即推出大規模保險方案（PMJAY），並獲得國家資源與官員協力設計，轉化為具體政策。

PMJAY媒體曝光度遠超過任何既有健康方案，年均新聞露出量遠勝RSBY、NHM等歷來計畫。儘管如此，國會質詢、法定預算配置並未同等提升，PMJAY實際預算佔比僅有4.4%至9.8%，多為原有經費移轉，顯示表面聲勢與制度投資尚未同步。當前推動以中央監督為主，邦間認同及合作參差不齊。後續成效將受投注資源、制度協調與政治派系反覆變化影響，其長期對減輕OOPE、落實UHC的成效仍有待觀察。

柒、各國案例間於多元流架構各面向異同之比較分析

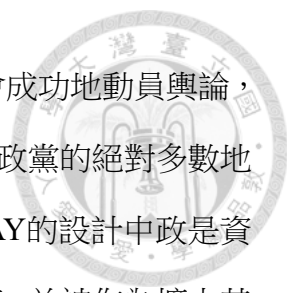
問題流面向部分，各國案例的顯著共通點在於「聚焦事件」所引起之關鍵作用。聚焦事件將長期存在的問題推上政策議程時扮演了催化角色，無論是印度的NSS調查報告發布，揭示了既有政策的失敗；英國的南方保健醜聞，暴露了監管的嚴重漏洞；還是全球性的COVID-19疫情爆發，迫使各國政府採取緊急行動。這些事件都提供了強而有力的數據、具體的案例或無法忽視的危機感，有效地將一個潛在的「狀況」轉化為必須立即處理的「問題」，為政策變革創造了強大的動能。然而儘管聚焦事件扮演了相似的角色，但各案例問題形成的根本驅動力卻存在顯著差異。台灣的案例主要是由經濟誘因驅動，在健保財務壓力下，發展醫療旅遊被視為創造經濟價值和開拓國際市場的機會。全球COVID-19之應對與英國LfD政策則是由突



發危機所驅動，前者是全球性的公衛災難，後者則是具體的醫療醜聞，兩者都創造了強烈的改革急迫性與政治壓力。印度與加拿大的案例則源於長期存在的系統性失衡，印度面臨的是因醫療自付費用導致的普遍貧困，而加拿大則是因聯邦制度下的司法管轄權問題導致的藥物覆蓋不均。這類問題雖無單一的突發事件，但其持續性與嚴重性使其成為政策議程上的「慢性病」。總體而言，問題的定義與浮現是政策制定的起點。然而，僅僅確認問題的存在並不足夠，接下來的挑戰在於，是否有可行的解決方案能夠應對這些問題。

政策流面向部分，各國案例顯著的共通點在於政策方案通常並非憑空創造，而是建立在既有的政策範本或經驗之上。印度的PMJAY計畫是其前身RSBY計畫的擴展與改良版；英國的Lfd政策則是整合了當時已在推行的NMCRR與LeDeR審查工具。這顯示政策制定者傾向於在熟悉的框架內尋求解決方案，這種「路徑依賴」的特性，使得政策的演進往往是漸進式而非革命性的。而各案例之間最主要的差異，在於政策方案的成熟度與社會共識程度。在印度和英國的案例中，由於方案是基於現有模式進行調整與擴展，其技術路徑相對清晰，爭議較小，政策共識較易形成。相對地，在台灣與加拿大的案例中，政策方案的具體細節存在巨大爭議。台灣的醫療旅遊法案因充滿空白授權而引發不信任，其方案的不成熟性成為後續失敗的致命傷；加拿大的基本藥物清單則因其究竟應是「核心清單」還是「綜合處方集」而爭論不休。這類方案因缺乏清晰的共識與技術細節，即使問題已被確認，也很難順利推進。因此，即使政策流中存在著看似可行的解決方案，若其細節模糊或缺乏共識，也難以抓住機會之窗。最終，政策能否成形，仍需強大的政治力量來推動。

政治流面向部分，在成功推動議程的案例中，共通的模式是來自最高層級政治領導的意願。無論是印度總理莫迪將PMJAY視為其標誌性政策，還是英國衛生大臣Hunt對提升病人安全的個人堅持，這種由上而下的強力推動，往往是克服官僚阻力與利益團體反對的關鍵。這顯示衛生政策的變革不僅需要技術上的可行性，更需要堅定的政治決心。各案例的政治動態差異，主要在政治反對力量的強度以及政策



背後的意識形態驅動。在台灣，強大的反對黨與活躍的公民社會成功地動員輿論，形成了有效的否決力量，最終使政策擱淺。與此對比的是印度執政黨的絕對多數地位，使其能夠輕易克服反對聲音。更深層次的原因在於，PMJAY的設計中政是資金提供者而非服務提供者，契合印度人民黨的核心政治意識形態，並被作為擴大其選舉基礎的戰略性社會福利政策來推行，這將政策選擇從單純的政治機會主義，提升到核心理念的體現。此外，國民情緒的作用也因情境而異。印度的改革受益於當時反對前政府貪腐與政策失能的普遍氛圍；而英國的政策則是在公眾對醫療醜聞的集體憤怒中誕生的。當問題浮現、方案備妥，且政治氛圍有利時，三流才有可能匯合。然而，一個政策窗的短暫開啟，以及政策企業家的積極努力，才能將三者成功地連結起來，推動政策順利執行。

綜合以上案例，可以將開啟政策窗的觸發事件歸納為危機或問題所驅動的窗口以及政治驅動的窗口。在英國南方保健醜聞和全球COVID-19疫情的案例中，重大的系統性失敗或災難創造了強烈的改革需求。這些危機事件打破了政策的慣性或惰性，迫使政治決策者必須即時採取行動以回應公眾的憤怒與恐懼，從而開啟了一個以解決危機為導向的政策窗。印度的案例則是典型的政治驅動窗口，2014年的全國大選結果，不僅帶來了政黨輪替，更賦予了新上任的莫迪政府強大的民意授權。這次選舉勝利為新政府推行其標誌性的重大改革（如PMJAY計畫）提供了絕佳的政治時機與動力。而台灣的案例則說明了機會之窗的短暫性與脆弱性。儘管當時執政黨存在推動醫療旅遊政策的政治意願，形成了一個潛在的政策窗，但由於政策方案本身不成熟、缺乏社會共識，並遭遇強烈的政治對立，最終導致耦合失敗，政策窗在爭議中悄然關閉。

政策企業家是促成政策變革的關鍵催化劑，他們可能是任何人，包括政治人物、官僚、學者或社會運動者。他們投入時間、精力與聲望，致力於推動其偏好的政策方案。高層政治人物以英國衛生大臣Jeremy Hunt和印度總理莫迪為代表。他們利用其崇高的職位與巨大的政治權力，將個人高度關切的議題轉化為國家級的

重大政策。他們不僅是政策的推動者，更是政策的「品牌經理」，親自塑造政策的敘事與公眾形象，例如莫迪將PMJAY稱為“Modicare”。政策企業家以聯盟形式出現的範例，有如英國的案例中衛生大臣Jeremy Hunt與受害者家屬之間形成的聯盟。家屬們透過不懈的倡議，將倡議焦點集中在Hunt身上，而Hunt則將他們的訴求轉化為政治行動。這種高層政治人物與基層道德力量的共生關係，形成了一股不可忽視的改革動力，是該政策得以成功的決定性特徵。技術型政策企業家的範例，有如印度案例中新成立的國家衛生局（NHA）團隊，他們不僅擁有專業知識，更負責將總理的宏大政治願景，轉化為具體的、可操作的政策設計與執行方案，是政策從理想到現實的關鍵橋樑。

綜合來說，印度和英國等案例中政策企業家之所以能成功耦合三個流程，關鍵在於他們不僅抓住了機會之窗，更手握相對成熟的政策方案，並成功建立了政治支持。反觀台灣的案例，其失敗的原因包括政策方案不成熟以及缺少有力的政策企業家，即使政策窗曾一度開啟，最後仍未能成功耦合而導致政策推動失敗。

第三節 健保費率調整歷程之 多元流理論架構

本研究以Kingdon的「多元流理論架構」作為基礎，解析台灣2021年健保保費費率調整的決策歷程，研究之理論架構模型如圖3-2所示。

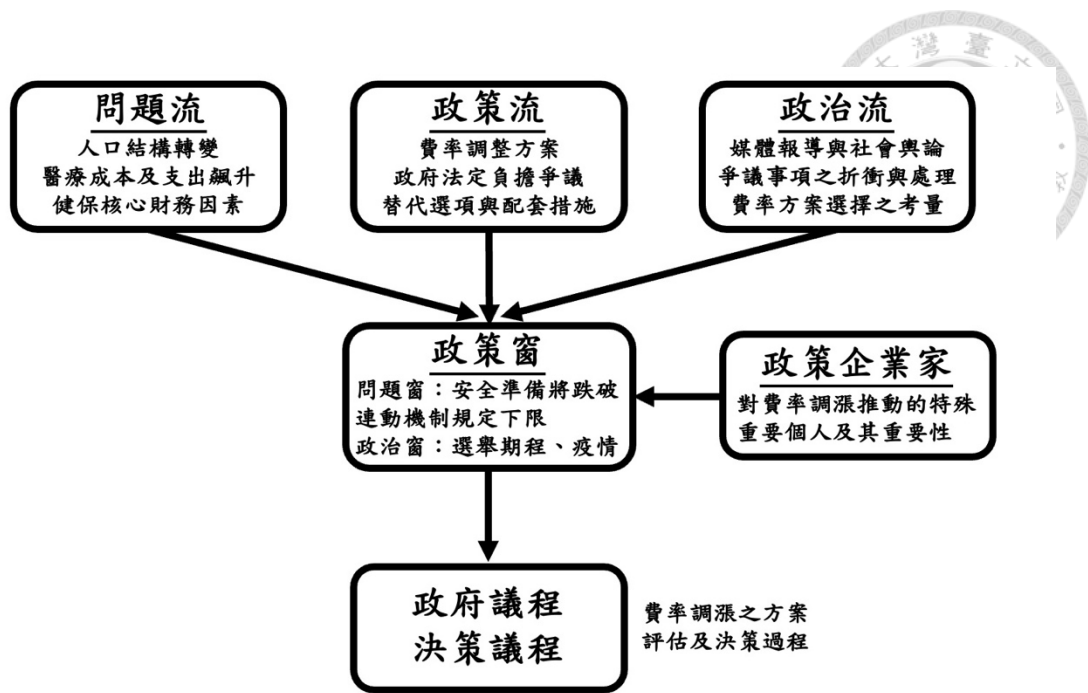


圖 3-2 健保費率調整歷程研究之多元流理論架構

問題流闡明影響健保財務穩定性的深層因素，包括「人口結構轉變」（高齡化與少子女化）帶來的費基萎縮，以及「醫療科技進步與新藥引進」導致的醫療支出飆升。這些結構性問題最終反映在「連年赤字」與「安全準備金告急」等核心財務指標上，將潛在狀況轉化為必須立即處理的政策問題。政策流涵蓋政策社群與利害關係人針對財務困境提出的方案辯論，分析內容包含健保署提出的具體費率調漲試算方案，以及引發各界強烈爭論的「政府應負擔健保總經費36%法定下限」之計算爭議。此外，亦探討如部分負擔調整、減少醫療浪費、甚至結構性的「家戶總所得制」等替代選項與配套措施之可行性評估。政治流剖析影響政策可行性的外部環境，重點在於觀察媒體報導與社會輿論的風向轉變、行政部門與利益團體間針對爭議事項的折衝過程，以及決策高層在面對選舉風險與社會穩定壓力下，對最終方案選擇的策略性考量。當特定問題的危機與政治時機產生交集，促成三流匯合而開啟了政策窗。由於安全準備金預計跌破收支連動機制規定之法定下限，形成了制度性壓力。2020年總統大選結束後提供的政治餘裕空間，加上 COVID-19疫情爆發使



大眾對醫療體系韌性的重視度達到巔峰，形成了民氣可用的特殊政治氛圍。本研究進一步辨識在費率調漲過程中扮演關鍵角色的政策企業家，探討時任決策首長（如衛福部長陳時中）如何發揮專業聲望與溝通技巧，把握政策窗開啟的時機，積極協調並將「恢復費率」的解決方案與當前的財務問題、政治有利氛圍成功連結。透過政策窗的開啟與政策企業家的關鍵推動，使費率調整議題突破政治重圍，順利由政府議程進入決策議程，最終完成2021年費率調漲政策的定案與實施。

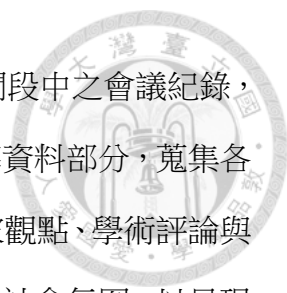
第四節 研究方法

本研究使用質性研究途徑，側重政策形成過程中參與者的意義建構（Sense Making）、權力互動及整體制度脈絡（潘淑滿, 2022）。在資料蒐集方面，結合次級資料分析與半結構式訪談搜集相關資料，透過多元資料來源的交叉比對，解析政策變遷的過程與邏輯。

壹、次級資料分析

本研究採用次級資料分析，針對與本研究主題相關之資料進行收集並分析、詮釋與整理，以探索研究問題與理論視角。資料來源包括官方文件及媒體報導，資料收集之時間段定為2020年1月至2021年3月間。透過系統性蒐集決策過程中的各類文件，以追蹤時間序列中的每一個關鍵節點，完整重現政策演進的軌跡及政策定案實施後之後續反應。經由不同來源訊息的交叉檢驗，識別資訊的一致性與差異，進而深化對事件的理解。

官方文件部分，收集衛福部與健保署發布有關費率調整理由、政策目標與配套措施之新聞稿與政策說明文件，以及健保署之財務推估報告、保險安全準備金狀況說明與收支平衡分析。立法院部分則搜集有關健保費率調漲之院會及委員會議事



錄。更為關鍵者為主要費率擬訂審議諮詢角色的健保會於此時間段中之會議紀錄，其中記載的不同委員發言要點、立場分歧與審議過程。媒體報導資料部分，蒐集各類媒體有關健保費率調整之報導與專文，透過媒體報導反映專家觀點、學術評論與專業社群意見，不同利益團體表達各自的政策立場，民眾反應與社會氛圍，以呈現社會輿論的趨勢，據以了解政策形成過程中的公共領域中討論、詮釋與爭議。資料蒐集將採用系統性與多管道的策略，官方文件部分將直接搜尋公開資訊，媒體報導部分將進行關鍵字搜尋，再逐筆瀏覽媒體新聞檔案或專文內容以確保完整性。

為確保所納入次級資料的相關性與可信度，設定納入與排除準則。納入準則首先要求主題相關性，資料必須直接涉及2021年度全民健保費率調整的決策過程，並能歸納至多元流模型中問題流、政策流、政治流三個向度之內容。其次要求時間適切性，主要觀察時期為2020年1月至2021年3月，此期間涵蓋從問題凸顯、方案醞釀、決策審議、政策實施及後續效應的完整過程。基於資料完整性之要求，優先選擇完整紀錄與未經刪節的原始文件，對於會議紀錄則需包含主要發言人名單與意見梗概，對於政策文件則需明確註記發布時間與發布機構。為確保資訊清晰度，文件內容必須能夠清楚辨識決策行為者（政府官員、委員、利益團體代表等）與決策環節，政策立場與論點表述清楚，數據與文字描述可加以驗證。

在資料分析階段，本研究將蒐集所得資料依據多元流架構進行系統性歸類。問題流部分聚焦於健保財務收支短絀之成因、演變歷程及相關統計數據，政策流納入各項費率調整試算、替代方案及其可行性之討論，政治流則涵蓋政策協商互動、社會氛圍與媒體輿論。在此基礎上，本研究進一步建立時間軸，藉以標定關鍵政策窗開啟或關閉的時機點。針對媒體資料與專文分析，本研究以三個月為單位，依不同時間段觀察分析其對保費調漲之立場趨向，所有納入分析之相關媒體與新聞報導彙整於附錄一。立場分為負向（反對調漲或批判）、中立偏負向、中立（客觀分析費率相關議題）、中立偏正向及正向（支持調漲、認同調漲句必要性或無法避免），藉此剖析整體社會輿論之分布態勢與演進走向。



貳、 半結構式訪談

於執行訪談前依據研究目的與待答問題預擬訪談大綱，作為訪談過程中之指引架構，以確保對話內容貼合研究方向與核心重點（潘淑滿, 2022）。訪談大綱之設計系統性涵蓋多元流理論架構之相關議題。於訪談過程中，研究者根據互動狀況調整提問之內容或次序，透過追問或說明開展對話，以發掘受訪者對於政策細節的深層認知與資訊。受訪對象涵蓋健保會委員（包括付費者代表、醫事服務提供者代表及公正人士）、政府主管機關（健保署、健保會）官員及專家學者。訪談重點聚焦於受訪者對保費調漲之認知、政策參與歷程、替代方案之權衡比較，以及對政治壓力之評估。訪談流程執行上，先聯繫受訪者並說明研究宗旨與目的，取得其知情同意並建立信賴關係。訪談過程全程錄音，並於事後轉譯為逐字稿以確保資料完整性。詳細訪談題綱列於附錄一，受訪者資訊彙整於表3-1，各受訪者之訪談摘要列於附錄二。

編號	2020年時任	類別	姓名	訪談時間
A	健保會執行秘書	官員	周淑婉	2025/10/15
B	健保會委員	醫事服務提供者代表	匿名	2025/10/22
C	健保會委員	醫事服務提供者代表	匿名	2025/10/24
D	健保會委員	付費者代表、勞工	干文男	2025/11/13
E	健保會委員	公正人士	吳榮達	2025/11/20
F	健保會委員	付費者代表、雇主	何語	2025/12/22
G	健保署副署長	官員	蔡淑鈴	2025/12/24
H	大學教授	學者專家	匿名	2026/01/22

表 3-1 訪談對象與相關資訊



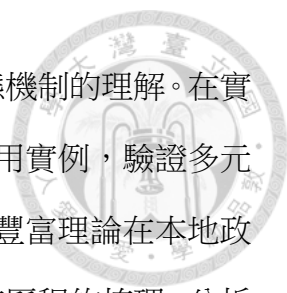
完成次級資料及訪談資料之蒐集後，即針對資料內容進行系統化分析與比對。透過訪談逐字稿與文件的深度閱讀，自訪談資料與次級資料文件中擷取與多元流架構相對應之內容，藉以歸納決策形成過程中「問題流」、「政策流」與「政治流」的主要內容與互動模式。此外將透過不同行為參與者的觀點對比，分析其間權力互動與意義建構脈絡，同時藉由時間軸建構政策發展軌跡，釐清關鍵階段與重大事件的時序與關聯。針對訪談紀錄、政策文件與媒體報導進行交叉比對與驗證，為提升資料分析之信度與詮釋效度（Kolar, 2017）。經由不同來源資料的比對，避免單一資料來源可能之偏誤風險與局限性，進而強化結論的說服力與嚴謹性。

本研究將依據多元流模型之核心概念，將蒐集之經驗資料歸納為三大流動類型，並透過不同來源之資料進行交叉驗證，其分析架構如表3－2所示：

流動類型	核心分析內容	資料來源
問題流	人口結構轉變、醫療成本及支出 飆升、健保核心財務因素	官方報告、立法院及健保會議事 錄、訪談資料、媒體報導
政策流	費率調整方案、政府法定負擔爭 議、替代選項與配套措施	立法院及健保會議事錄、訪談資 料、學術研究、政策建議書
政治流	媒體報導與社會輿論、爭議事項 之折衝與處理、費率方案選擇之 考量	立法院及健保會議事錄、訪談資 料、媒體報導

表 3－2 多元流理論框架之核心分析內容與資料來源

本研究的預期貢獻，包括在理論層次上彌補過往台灣健保研究多偏重於制度描述或財務精算，而對政策形成過程的分析不足，透過多元流理論的導入，強化公



共政策領域對於制度變遷中權力互動、意義建構與時機點等動態機制的理解。在實務層次上提供多元流理論架構在台灣健保保費調整歷程中之應用實例，驗證多元流理論架構在台灣健保高度政治化場域中的解釋力與適用性，豐富理論在本地政策場域的實務經驗。在政策層次上透過對2021年度保費費率調整歷程的梳理，分析影響政策窗開啟的關鍵因子。研究結果可為未來健保改革中的政策溝通策略、共識凝聚機制及制度韌性設計提供實證基礎與具體參照，協助決策者在政治壓力與財務永續間尋求最佳平衡。

第四章 多元流觀點下之 健保費率調整歷程



政府議程的設定，主要由問題流、政治流以及可見的參與者所驅動，當特定問題變得緊迫，或政治環境趨於成熟時，該議題便會進入政府的優先討論名單。而替代方案的具體化則源於政策流的運作，並聚焦於相對隱藏的參與者。由官僚、學者及政策專家組成的專業社群，在政策原始湯（Policy Primeval Soup）中反覆辯論修正並篩選出具備技術可行性與價值相符性的具體提案。可見的參與者決定政府應設定議程以關注重要的議題，而由專家組成的隱藏參與者則在幕後具體提供替代方案選項（Kingdon, 2014:197-200）。本章將按照問題流、政策流、政治流、政策窗開啟及政策企業家之順序進行分析，釐清政策制定從問題的識別，到政策方案的形成，最終進入政治決策的過程。本研究將政策演進過程概括如下：

- 一、議程設定：因「問題流」與「政治流」的交互作用，使得健保保費費率調漲成為決策者處理健保財務問題的優先選項。
- 二、方案評估：「政策流」為上述議題進行可行性分析與具體對策擬定，提供選擇後續決策的基礎。
- 三、執行契機：在政策方案完備且政治時機成熟時，藉由「政策窗」的開啟，提高保費費率調漲政策通過並實施的可能性，以及政治衝擊的可承受度。

第一節 問題流

台灣健保雖以其高覆蓋率與便利性聞名，但也因財務平衡問題長期面臨永續發展的挑戰（Huang et. al., 2014）。問題會引起政府決策者的關注並且提上政策議程，並不一定是因為承受了某種政治壓力，或面臨了某種困難或障礙，通常是因為

某些系統性的指標（Indicators）顯示了問題的存在（Kington, 2014:90）。由於連年財務收支缺口擴大以及2020年推估安全準備金即將不足等指標的具體浮現，將長期健保的財務壓力，明確地成為決策者必須立即處理的政策問題。導致台灣健保持續面臨財務收支失衡壓力的重要問題，可包括人口結構轉變、新藥與新醫療科技納入健保伴隨成本及支出飆升、以及健保財務結構因素等因素。

壹、 人口結構轉變：高齡化及保費負擔族群比例失衡

台灣的人口結構正在經歷快速老化的轉變過程，台灣65歲以上人口比例於2018年達14%進入「高齡社會」，並於2025年達20%，正式邁入聯合國世界衛生組織（WHO）所定義之「超高齡社會」。¹⁵ 台灣從高齡社會邁入超高齡社會僅歷時7年（圖4-1），其老化速率快於日本（11年）及美國（16年），更大幅超越法國（28年）及英國（53年）（國發會, 2024）。如此於全球名列前茅的老化速度，不僅快速地改變了人口結構，更對我國健保制度的財務韌性與醫療資源配置產生了嚴峻的挑戰。

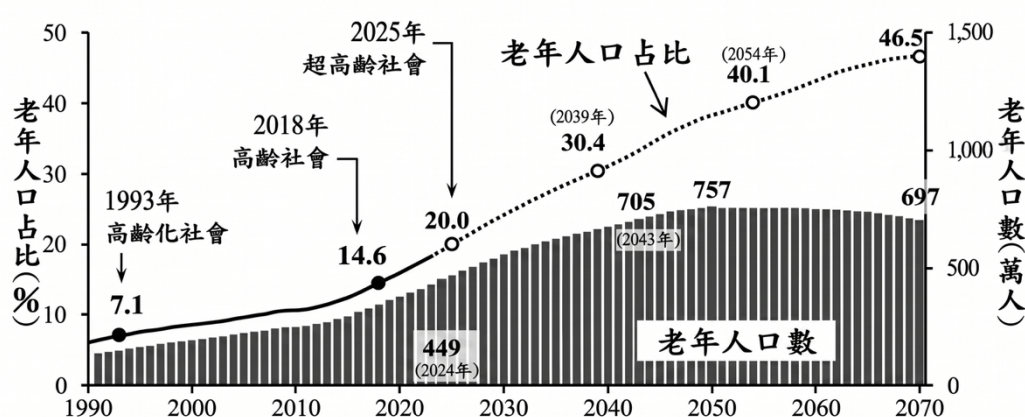


圖 4-1 台灣老年人口與高齡化時程（國發會, 2024:20）

¹⁵ 中央通訊社，2025 年台灣正式邁入超高齡社會 新生兒數再創新低，2026 年 1 月 9 日。檢閱日期，2026 年 2 月 22 日。 <https://www.cna.com.tw/news/ahel/202601090067.aspx>

高齡者患有糖尿病、心血管疾病等慢性病以及癌症的機率較高，醫療費用約為一般人的三倍以上（Agustin and Chou, 2019）。主計總處（2021）數據指出，2020年65歲以上高齡者使用39.8%健保醫療支出，與2015年相較占比增加4.2%，相對而言其他年齡層使用費用占比則均呈下降。顯示現行健保體制下高齡者醫療需求明顯增長，進而帶動健保醫療費用支出上升的趨勢。

台灣的人口變動主要受「自然增加」（出生數減去死亡數）及「社會增加」（國際戶籍淨遷入）兩大因素影響。根據國發會（2024）報告，我國已於2020年正式進入出生數低於死亡數的「自然減少」階段（圖4-2）。同年受COVID-19疫情衝擊，由於《戶籍法》規定須針對出境滿2年未再入境者辦理遷出登記，導致社會增加由正轉負，總人口首度呈現負成長。2023年雖因國人回流復籍使總人口短暫回升，但2024年隨著復籍潮消退，社會增加已不足以彌補自然減少的缺口，人口再度重回負成長。未來在高齡化與少子女化的趨勢下，人口自然減少的幅度預計將持續擴大。

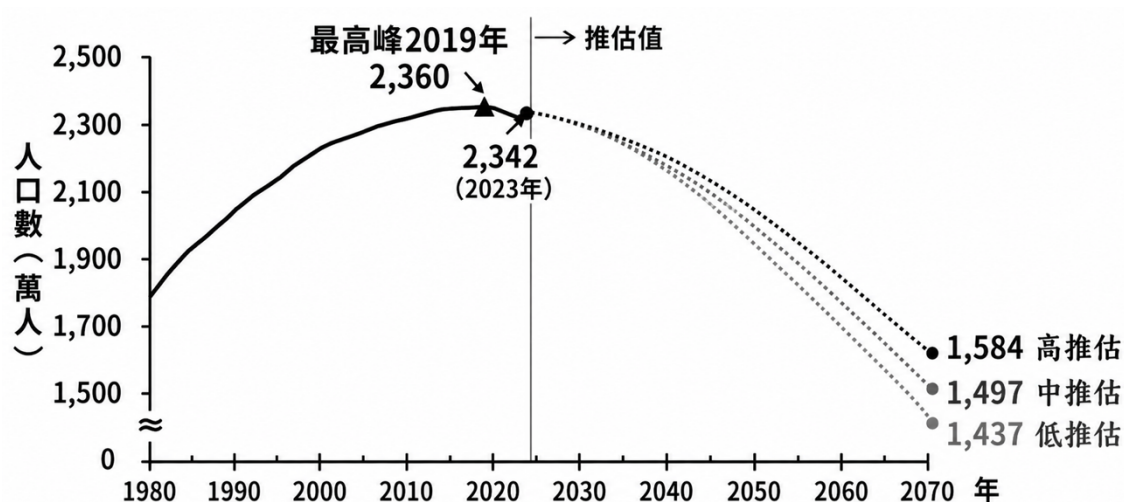


圖 4-2 台灣總人口成長趨勢（國發會, 2024:7）

此外，15至64歲工作年齡人口於2015年時到達最高峰，之後便逐年遞減（圖4-3），顯示勞動力供給已出現結構性萎縮。由於健保收入中佔比最高的一般保險費，主要計費基礎為「經常性薪資」，因此工作年齡人口的持續縮減，將直接導致健保財政主要負擔族群的規模性萎縮。面臨「收入端受人口結構限制、支出端隨高齡化趨勢膨脹」的雙重夾擊下，這種結構性問題對健保體系的財務韌性與制度穩健將構成嚴峻挑戰。

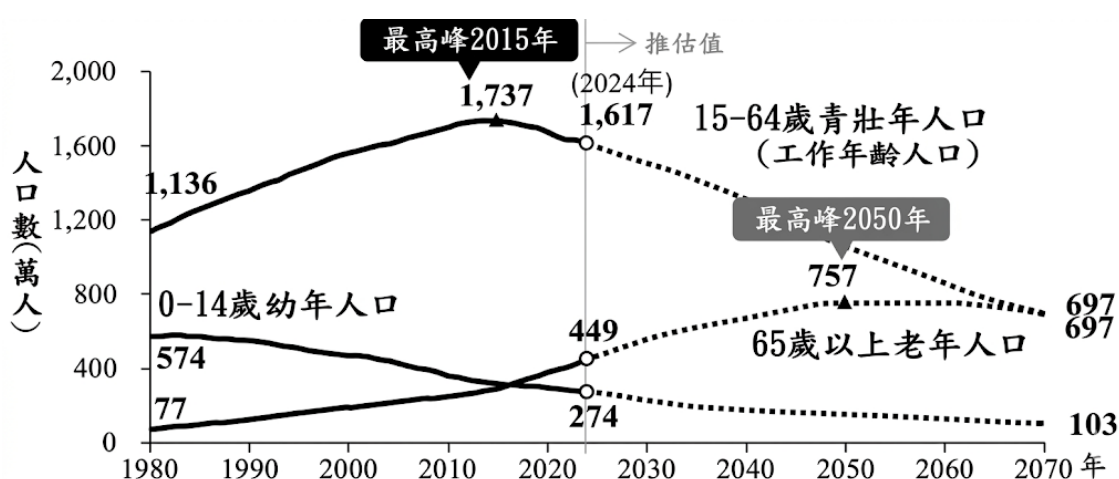
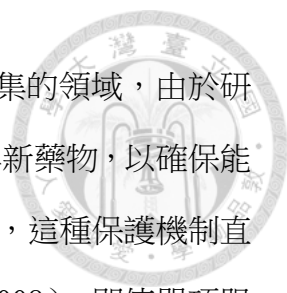


圖 4-3 三階段年齡人口趨勢（國發會, 2024:13）

貳、新藥與新醫療科技引進伴隨醫療成本及健保支出飆升

醫療科技的創新在延長壽命與提升生活品質方面具有積極的正向效果（Cinaroglu and Baser, 2018），然而隨著新藥與新醫療科技的廣泛引用，往往會導致每人平均使用率提升，進而推升醫療總支出（Bodenheimer, 2005）。儘管醫療科技進步帶來諸多益處，卻也造成醫療成本飆升。根據Willis Towers Watson的調查報導指出，台灣所在的亞太地區醫療成本增幅於2024年達11.8%，預計2026年將上升至14.0%，近三年的增幅均居全球之冠，其主因正是新醫療技術的引入與藥品研發



的進展。¹⁶ 醫療技術、生物技術與製藥業是醫療科技創新最密集的領域，由於研發過程耗時且昂貴，業者須透過專利制度保護新醫材、新技術與新藥物，以確保能獲得足夠利潤來支撐後續的研發投入（Ramani and Looze, 2002），這種保護機制直接反映在新醫療技術與新藥物的高昂價格上（Hsieh and Sloan, 2008）。即使單項服務的單價可能隨技術成熟而下降，但因伴隨而來的使用量增加，總體支出仍可能持續不斷攀升（Arron, 2005）。雖然部分學者認為新醫療發展增加了整體醫療成本，但其所帶來的生命品質提升與壽命延長的價值，已超過了支出增加所造成的負擔（Cutler and McClellan, 2001）。但另一派觀點則認為問題的核心不在於醫療進展本身，而是在於「不當的過度使用」。由於醫療機構為引進尖端器材、技術與藥物投入巨額資金，在追求經濟回報最大化的驅動下，往往會過度推廣這些價格高昂的新醫療選項（Wennberg, 2004）。

台灣健保在2016至2020年間陸續將多項高單價、突破性醫療科技與藥物納入給付，其中重要的項目包括C型肝炎全口服新藥（Direct-Acting Anti-Viral, DAAs; 2017年1月起有條件給付、2020年全面開放）給付、達文西機械手臂（da Vinci Surgical System）手術之差額負擔制度建立（2017年起逐步開放）、癌症免疫療法（Immunoncology; 2019年4月首次生效實施）、脊髓性肌肉萎縮症（SMA）罕病病患藥物 Spinraza（2020年7月起）的納入給付等，這些新醫療技術與新藥物的納保對此時期的健保財務壓力也造成了相當程度的影響。訪談中針對此一議題，受訪者A指出健保將多項高單價新藥與新醫療科技納入給付，使費用支出一直增加導致收不抵支，對健保財務造成衝擊。受訪者E亦認為新藥、新科技引入以後就納入健保，且給予項目、給付範圍、給予條件的不斷放寬，是造成健保支出擴大進而造成收支短絀的最主要原因。而擴大給付如果沒有相對財源，就會造成點值下降，對醫界更不公平，便會需要進行如調漲費率等的擴大財源措施。

¹⁶ WTW, 2026 Global Medical Trends Survey, 2025 年 11 月 10 日。檢閱日期，2026 年 2 月 20 日。 <https://www.wtwco.com/en-cm/insights/2025/10/2026-global-medical-trends-survey>



以C型肝炎（以下簡稱C肝）全口服新藥開放健保給付為例，為配合WHO提出2030年消除病毒性肝炎之目標¹⁷，衛福部訂定「國家消除C肝政策綱領（2018-2025）」，積極推動C肝預防與治療。健保自2017年起給付C肝全口服藥物，當年投入經費約31億。2020年起全面放寬給付範圍，給付條件對肝纖維化之嚴重程度不再設限，使當年為C肝治療健保預算的高峰期，共編列約81.66億元，其中包含醫院部門47.6億元及西醫基層部門4.06億元，以及用於專款不足時支應的30億元的其他預算（健保會, 2020-1:92）。然而關於防治C肝的經費來源應由健保支應或由政府編列公務預算支出，於健保會中引發諸多爭論。健保會委員中付費者代表（如干文男、何語、趙銘圓）主張，C肝防治屬於公共衛生與傳染病防治範疇，應由政府公務預算支應，而非耗用健保經費。對此，衛福部社保司與健保署則回應，前端的篩檢與防治是由疾管署、國健署等相關單位編列公務預算支付。一旦進入疾病治療階段，依健保法規定應由健保給付（健保會, 2020-10）。此外，C肝新藥的給付對象與範圍的放寬使得健保支出大幅增加，對於健保收入端的因應措施（如費率調整）也造成了一定的影響與壓力。受訪者E於訪談中指出，C肝新藥費用高昂，健保初期有嚴格限制給付範圍，但是後來全部放寬，不管症狀輕重、患病時間長短，只要檢測出C肝感染，全部可以使用C肝新藥。不分輕重全部使用高貴藥品，導致健保給付金額大幅增加，2021年須要調漲費率與C肝新藥給付有非常大的關係。

此外，由於健保採取「總額制度」，當高價新藥或特殊醫療材料使用的申報量提高時，會推高整體的申報總點數，將導致醫療點值因被稀釋而下降，進而影響醫療院所乃至醫療人員的收入。為應對此一財務衝擊，健保署隨後將C肝藥物經費從原本的總額預算內移至「其他預算」中的專款支應，以避免直接壓縮基層診所的總額空間與點值穩定，但整體C肝治療藥物的給付金額仍持續仍維持在相當龐大的

¹⁷ World Health Organization. (2016). *Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2021: Towards ending viral hepatitis*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2016.06>。檢閱日期，2026年1月19日。

規模。關於健保內部分項預算間的財務管理工具運用議題，則不包括在本研究的探討範圍內。



參、 健保核心財務因素：連年收支失衡與安全準備金告急

自2016年1月健保根據連動機制，調降一般保險費率為4.69%及補充保險費費率為1.91%後，健保收入的增幅便連年不及支出的成長速度。健保財務自2017年度起連續四年呈現收支赤字，短絀金額從2017年98.4億元、2018年266億、2019年342億，一路擴大至2020年的676億。由於虧損逐年遞增，財務缺口必須依靠安全準備金填補。健保安全準備餘額也隨之從2016年的2,474億元逐年下滑，至2020年底僅餘1,091億元（圖4-4）。

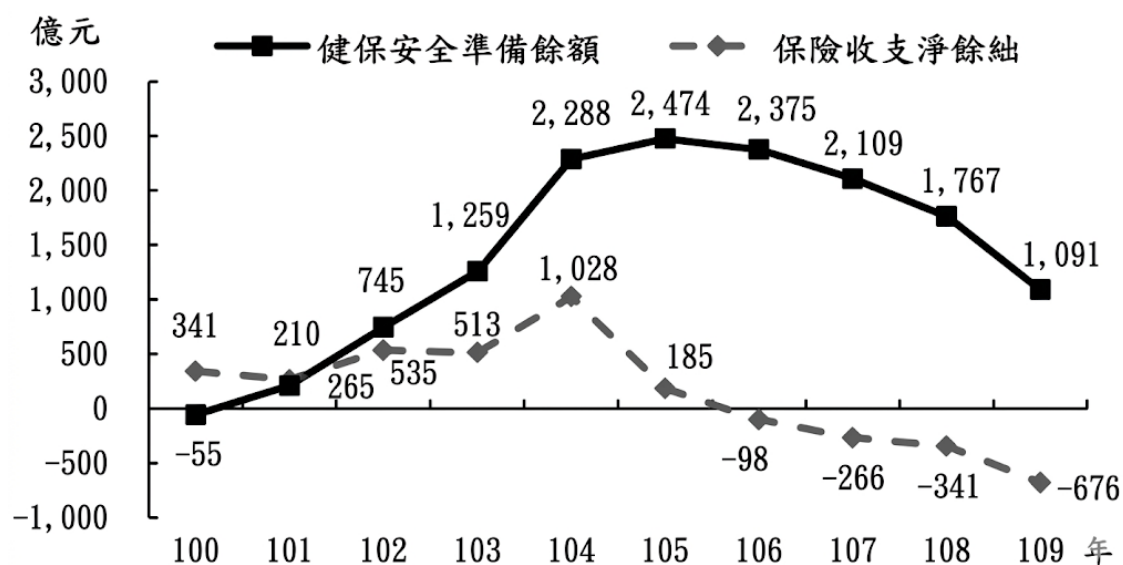


圖 4-4 健保基金保險收支餘絀及安全準備餘額情形（審計部,2021:乙-292）

於此財務趨勢下，時任健保署長李伯璋於2020年3月4日的媒體專訪中，明確提及健保保費調漲的議題。¹⁸ 專訪中指出，根據健保財務的過往統計及未來預估，若持續當時4.69%的一般保險費率及1.91%的補充保險費費率，2021年時健保收支將面臨連續第五年的短絀。屆時安全準備金總額預計僅剩138億元，僅可支應約八日的健保支出。預計到2022年時，累計虧損將超過一千億元，因此調漲健保費率已是當年就必須正視且進行處理的議題。

依據全民健保年度總額的訂定流程，國發會於2020年6月通過2021年度之總額成長率區間為2.907%至4.5%。¹⁹ 2013年至2021年間，歷年行政院核定的總額範圍及最終核定結果如圖4-5所示。因受COVID-19疫情衝擊整體經濟狀況的影響，2021年核定的總額成長高推估上限已接近10年間的最低水準。國發會將總額成長率的推估決議提報行政院核定後，隨即交由健保會進行進一步協定2021年度健保醫療各部門的給付費用總額。

¹⁸ 新新聞，「防健保破產，健保署長李伯璋：今年必須面對啟動保費調漲」，2020年3月4日。檢閱日期，2025年12月31日。<https://new7.storm.mg/article/2362477>

¹⁹ 國發會第76次委員會議新聞稿2020年6月29日。檢閱日期，2026年1月19日。
https://www.ndc.gov.tw/nc_8456_34248

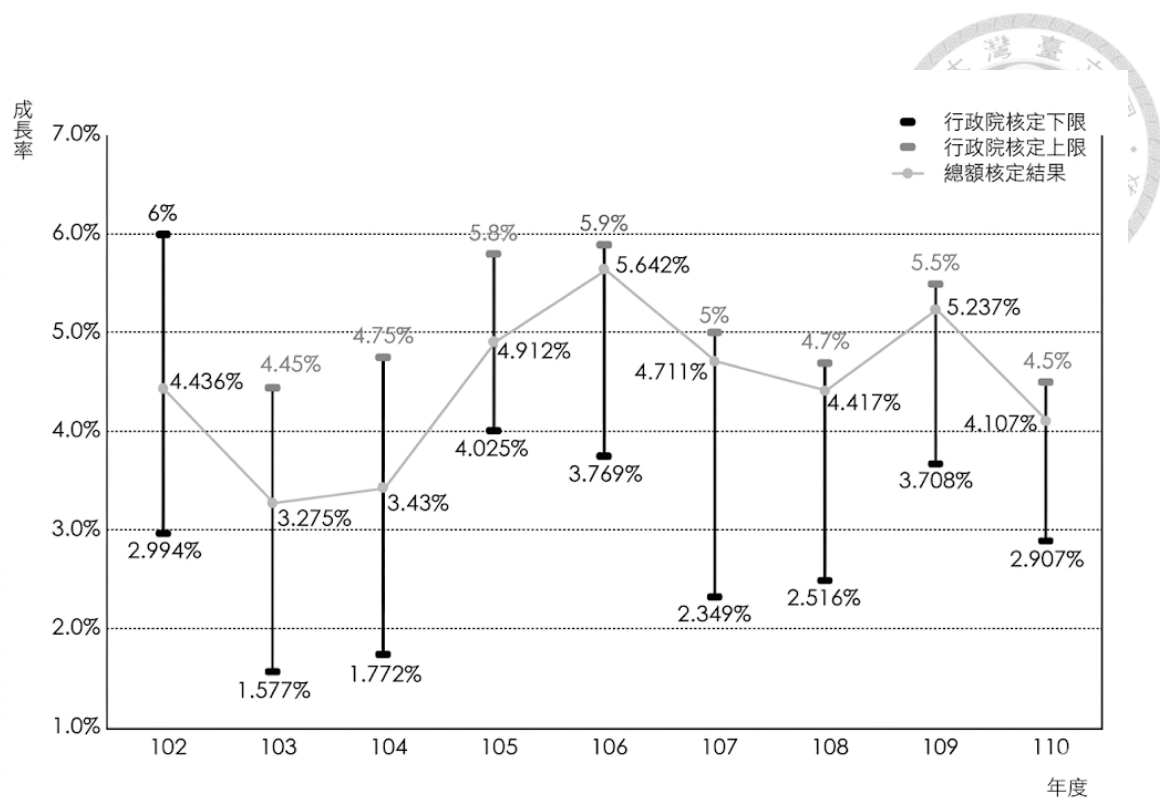


圖 4-5 行政院核定之2013至2021年度總額成長率範圍及最後核定數字

(健保會, 2021:72)

健保會於2020年9月24日召開總額協商會議，最終牙醫、中醫門診總額及其他預算達成共識，但醫院及西醫基層總額部門未能取得共識。因而提出兩個總額成長率方案，付費者方案主張總額成長率為3.779%，醫事服務提供者方案則為4.346%。由於總額協議未達共識，全案依規定報請衛福部裁定（健保會, 2021）。健保署隨後根據上述總額協定進行財務推估，發現若維持現行的4.69%一般保險費率不變，不論最終採納付費者或醫事服務提供者方案，2021年底的健保安全準備金均無法達到連動機制所規定的最低1.5個月餘額標準，亦將不符健保法第78條之原則規定安全準備金應維持在1至3個月保險給付支出金額，且預計2022年安全準備金將用罄並出現累計虧損（健保會, 2021a）。依據2015年健保會通過之連動機制，應啟動對保險費費率進行調升的討論。

針對程序合法性與決策機制，受訪者A指出因為必須先完成「總額協商」，確



認次年的支出與預估收入後，才能掌握整體的財務收支狀況，因此費率審議程序本就設定在總額協商之後啟動。依據法令程序，健保費率固定於每年年底進行討論，無論最後是否調整費率，每年年底都必須正式提出費率方案。若財務狀況良好，則決議維持原費率；若預估明年財務欠佳，也需在該次會議中決定調升。當時於2020年底協商2021年總額時，各方對總額成長率未達共識。然而，無論採取付費者或醫療提供者的方案，計算結果均顯示隔年年底的安全準備金餘額均將低於一個月支出金額，因而一般保險費之費率調漲勢在必行。

受訪者G認為面對高齡化、少子化及醫療科技進步，未來的總額預算勢必維持一定的成長力道。考量到當前醫療環境的嚴峻與財務負擔，總額成長率一定會趨高。在此情況下，若收入端費率不隨之調整，資金缺口將日益擴大。年底檢討費率是法定的標準程序。當時健保署之所以主張調漲，是因為看到不論是付費者或醫療提供者提出的成長方案，試算後隔年年底的財務水位都低於一個月的安全準備金，因此健保署的立場自然是建議調升費率。

第二節 政策流

政策流是指由專家組成政策社群所孕育的各種方案與想法，各種政策提案經由專業圈內長期持續地形成、修正、辯論與精煉，在該社群中不斷流動形成所謂的政策原始湯。等待適當的時機，與特定問題或政治事件相結合，進而被納入政府議程而被考慮採用（Kingdon, 2014）。

由於健保財務自2016年調降費率後連年收支失衡，導致2020年時預估安全準備金餘額即將於2021年底低於連動機制及健保法第78條之規定。為解決財務缺口並符合法規要求，健保署在健保會健保總額協定完成後，提出調漲保費費率的政策方案。相對而言，健保會於2020年間各次會議中，亦有委員提出多項針對減少支出

的節流措施或增加收入來源的替代方案，試圖尋求其他資金來源挹注以維持安全準備金水位，進而達到2021年度無需調漲費率的目標。其中最主要且爭論最激烈的議題，便是要求政府補足積欠法定36%健保總經費負擔的差額。



壹、 健保保費費率調漲方案之折衝

在總額協商完成後，健保會於2020年10月16日召開「保險費率審議前意見諮詢會議」。根據健保署之財務推估，2022年至2024年間保險收入平均年成長率僅約1.37%，而總額支出平均年成長率則高達4.15%，兩者差距約3%。健保署進一步指出，若維持4.69%的保費費率，無論2021年度總額成長率為保險付費者方案3.779%或醫事服務提供者方案4.346%，安全準備金皆無法符合連動機制及健保法第78條之法定要求（健保會, 2021a）。據此健保署建議啟動保險費率調整，並依據健保會2015年制訂的連動機制提出草案，擬將2021年度費率由4.69%調整為5.47%（對應總額成長率為3.779%）到5.52%（對應總額成長率為4.346%）。此草案提送至健保會於同年11月20日進行審議。由於健保會委員要求提供更多試算方式以利評估，健保署於同年12月27日之健保會臨時會中，提出了各種條件組合下的財務推估資料，詳見表4-1及表4-2（健保會, 2021a）。

◎110年度醫療給付費用總額成長率以付費者方案3.779%估算

試算條件		110 年度費率調整結果					各年底安全準備 (約當保險給付支出月數)			
		保險費率 (%)	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	收支餘絀 (億元)	累計餘絀 (億元)	110 年	111 年	112 年	113 年
110 年維持 4.69%		4.69	6,379	7,231	-852	244	0.41	-1.32	-3.24	-5.39
110 年度 保險費率	4.91%	4.91	6,670	7,231	-561	536	0.89	-0.38	-1.87	-3.62
	4.95%	4.95	6,724	7,231	-507	589	0.98	-0.21	-1.62	-3.29
	5.17%	5.17	7,015	7,231	-216	880	1.46	0.73	-0.25	-1.53
110 年度安全 準備餘額	1 個月	4.97	6,747	7,231	-483	613	1.02	-0.13	-1.51	-3.15
	1.5 個月	5.19	7,038	7,231	-192	904	1.50	0.81	-0.14	-1.39
	2 個月	5.42	7,344	7,231	114	1,210	2.01	1.79	1.29	0.47
	2.5 個月	5.65	7,647	7,231	417	1,513	2.51	2.76	2.71	2.30
110 年收支平衡		5.34	7,236	7,231	6	1,102	1.83	1.44	0.79	-0.19
110 ~ 111 年 收支平衡		5.42	7,344	7,231	114	1,210	2.01	1.79	1.29	0.47
現行機制，惟 111 年底 安全準備為 1 個月		5.24	7,104	7,231	-126	970	1.61	1.02	0.17	-0.99
現行機制，惟 111 年底 安全準備為 1.5 個月		5.36	7,263	7,231	33	1,129	1.87	1.53	0.91	-0.02
現行機制（111 年底安 全準備為 2 個月）		5.47	7,410	7,231	180	1,276	2.12	2.00	1.60	-

表 4-1 以付費者總額成長率方案3.779%試算條件結果彙整表

(健保會, 2021a :217)

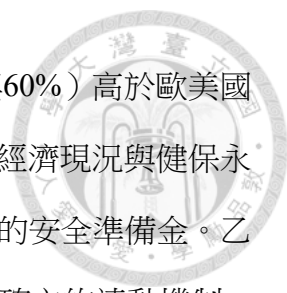
◎110年度醫療給付費用總額成長率以醫界方案4.346%估算

試算條件		110 年度費率調整結果					各年底安全準備 (約當保險給付支出月數)			
		保險費率 (%)	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	收支餘絀 (億元)	累計餘絀 (億元)	110 年	111 年	112 年	113 年
110 年維持 4.69%		4.69	6,378	7,273	-894	202	0.33	-1.46	-3.46	-5.69
110 年度 保險費率	4.91%	4.91	6,670	7,273	-603	493	0.81	-0.53	-2.11	-3.94
	4.95%	4.95	6,723	7,273	-549	547	0.90	-0.36	-1.85	-3.62
	5.17%	5.17	7,014	7,273	-258	838	1.38	0.57	-0.50	-1.87
110 年度安全 準備餘額	1 個月	5.00	6,790	7,273	-483	613	1.01	-0.15	-1.55	-3.22
	1.5 個月	5.23	7,092	7,273	-181	916	1.51	0.82	-0.14	-1.40
	2 個月	5.46	7,395	7,273	122	1,218	2.01	1.79	1.27	0.41
	2.5 個月	5.69	7,701	7,273	428	1,524	2.52	2.76	2.69	2.24
110 年收支平衡		5.37	7,278	7,273	5	1,102	1.82	1.41	0.73	-0.29
110 ~ 111 年 收支平衡		5.45	7,383	7,273	110	1,206	1.99	1.75	1.21	0.34
現行機制，惟 111 年底 安全準備為 1 個月		5.28	7,158	7,273	-115	982	1.62	1.03	0.17	-1.01
現行機制，惟 111 年底 安全準備為 1.5 個月		5.40	7,317	7,273	44	1,141	1.88	1.54	0.91	-0.05
現行機制（111 年底安 全準備為 2 個月）		5.52	7,476	7,273	203	1,300	2.14	2.04	1.65	-

表 4-2 以醫界總額成長率方案4.346%試算條件結果彙整表

(健保會, 2021a :217)

健保會於加開的臨時委員會中審議2021年度健保費率調整方案，經綜合考量社會保險精神、國內經濟現況及醫療環境發展等面向後，最終彙整為甲、乙兩案建議費率。甲案費率為4.97%，獲得以付費者代表為主之18位委員支持；乙案則為5.47% – 5.52%，共計有以醫事服務提供者為主之12位委員支持。甲案以「穩定民生、漸進調整」為核心訴求，考量COVID-19疫情對國內非高科技產業造成衝擊，導致民眾收入減少。且適逢勞保、國保、健保費率於同年度同步調升，恐加重國人



經濟負擔。且因我國雇主分擔勞、健保費之比例（分別為70%與60%）高於歐美國家，健保費率大幅調升將使企業負擔驟增。甲案主張在兼顧社會經濟現況與健保永續經營下，現階段採漸進式調整，預計2021年底可維持約1個月的安全準備金。乙案則強調「財務穩定與制度精神」，主張應落實健保會於2015年確立的連動機制，在健保盈虧各階段維持一致性標準，以確保健保財務穩定，預計2022年底可維持2個月的安全準備金。此外，乙案認為調升費率比調整部分負擔等替代方案更符合社會保險的互助精神，並能持續投資醫療產業以因應後疫情挑戰。由於兩案各有其政策立場且均獲相當人數支持，會議主席為求決策周延並兼顧各界訴求，決議採「兩案併陳」方式，由衛福部呈報行政院進行核定（健保會, 2021a）。

貳、 要求撥補「政府應負擔健保總經費法定下限36%」之不足缺額

於研議 2021 年度健保保費費率的過程中，「政府應負擔健保總經費法定下限36%」的爭議，是雇主及勞工團體等付費者代表反對費率調漲的核心論述，也是其所主張最強而有力的替代方案。付費者代表認為，政府應先撥補歷年累積的負擔不足金額，只要政府依法撥補累欠金額，次年健保便無須漲價，直接挑戰調漲保費的必要性與正當性。

有關健保總經費政府應負擔之比例應如何計算的爭議內容，包括質疑政府將應屬於社會福利性質的支出灌水計入政府負擔之健保經費中，以及對收支「結餘」或「短絀」於計算公式中角色認知的歧異。受訪者 E指出，健保會（特別是付費者代表）多年來針對政府應負擔健保總經費36%應如何計算的議題持續爭議，其中有兩個核心的爭議點。一個爭點在於付費者代表認為行政院目前的計算方法不正確，導致實際撥付金額不足，應再補足數百億元的差額。另一爭點在於「社會福利支出」是否應涵蓋在此36%經費的範疇內，衛福部與行政院歷來主張該項支出包含在



內，但付費者代表對此存有異議。對付費者代表而言，這不僅是會計問題，更關乎民眾負擔。他們主張，若政府能依法足額補齊這筆資金，健保財源便能獲得充分挹注，或許就沒有調升費率的必要了。

有關將應屬社會福利之支出「灌水」至政府應負擔之健保總經費部分，主因在於2015年12月健保法施行細則第45條之修改中，應屬社福範疇的各項補助計入政府應負擔36%總經費額度之計算中，包括原住民、六十五歲以上離島地區居民、中低收入戶、七十歲以上中低收入老人、中重度身心障礙者、中低收入戶十八歲以下兒少、失業被保險人與其眷屬²⁰，及經濟弱勢者等之健保費補助，此次修法導致政府實質撥補到健保的金額相對減少。

對此，立法委員林淑芬於2020年5月20日立法院衛環委員會質詢時，嚴厲抨擊政府長期將公務預算應負擔的社福與公衛費用轉嫁至健保基金支付。她主張在考慮調漲保費之前，應先剔除不屬於健保業務的經費支出（衛環委員會, 2020b:380-382）。健保會的付費者代表亦對此表達強烈反對，批評這種作法無異於「政府請客（福利）做人情，買單（保費）卻算在健保頭上」，認為這不僅稀釋了政府應負擔的法定責任，更進一步影響健保的財務穩健性。²¹

健保會委員趙銘圓於健保會議中發言指出，政府透過修改健保法施行細則第45-1條，將七項社福支出項目計入政府應負擔的36%法定下限中，質疑此舉讓政府預算得以少支付這些費用，變相減輕國庫負擔（健保會, 2020-7:64）。政府負擔的項目涵蓋了原住民、離島高齡者、低收入戶、中低收入戶、經濟弱勢、失業者，以及不同程度身心障礙者的保費補助。受訪者F於訪談中指出，雖然部分項目可被認可，但對於弱勢族群的福利性保障，本質上屬於國家社會福利，不應由健保系統、雇主或受薪勞工概括承受。受訪者G提及付費者代表之主張，付費者代表強調政府認列

²⁰ 「失業被保險人與其眷屬健保費」補助部分，於2016年12月排除納入政府負擔經費之計算。

²¹ 其他屬社會福利範疇之健保費補助，《健保法施行細則》第45條已於2025年10月修訂，排除計入政府負擔健保總經費36%之計算。

為其負擔之七項支出並非健保法母法所明定之範疇，將此七項列入36%的計算基礎中，缺乏法律的正當性。

根據健保法第3條規定，政府每年度應負擔之健保總經費，不得少於每年度健保經費扣除法定收入後金額的36%，如有不足時則政府應編列預算加以撥補。政府每年度負擔健保總經費的涵蓋範圍，除依健保法施行細則第45條規定，包含政府作為投保單位所應負擔的保險費與補充保險費、對各類被保險人及眷屬之法定保費補助、以及補助育嬰留職停薪者原由雇主負擔之保險費²²之外，尚包括為確保政府負擔比例不低於年度「保險經費」36%之差額撥補經費。其中有關「保險經費」之定義，健保法第2條中列舉為「保險給付支出」及「應提列或增列之安全準備」。「安全準備」之提列來源，健保法第76條規定包括健保每年度的收支結餘，以及健保的其他「法定收入」（包括健保之滯納金、健保安全準備金運用所得之收益、政府開徵之菸、酒健康福利捐及其他收入）。每年年底的「安全準備」餘額，是由歷年累積之餘額加上該年度收支賸餘（或減去該年度收支短絀）而得。茲將以上健保財務名詞之相互關係整理如下：

「保險經費」 = 「保險給付支出」 + 「安全準備」提列金額

「安全準備」提列金額 = 「健保年度收支『結餘』」 + 「法定收入」

「政府應負擔總經費」下限 = （「保險經費」 - 「法定收入」）× 36%

= （「保險給付支出」 + 「安全準備」提列金額 - 「法定收入」）× 36%

但當健保收支出現短絀時，在提列「安全準備」的計算公式中，應將健保年度收支「結餘」以負值代入或認定為「零」則產生爭議。健保會付費者代表主張，若當年度收支「短絀」，則「結餘」一項應以「零」計入，該年度虧損部分應由前一

²² 政府補助因育嬰而留職停薪受僱者原由雇主負擔之保險費部分，《全民健康保險法施行細則》第45條於2025年10月修訂，以將其排除於政府負擔經費計算之外。

年度的安全準備餘額支付。此外，付費者代表認為當年度的「法定收入」應全數計入該年度的「安全準備」提列金額中，在計算年度收支時不應先將「法定收入」納入計算，否則在核算政府應負擔總經費時，將會產生「法定收入」被重複扣除的問題。因此健保會付費者代表主張，在年度收支出現「短絀」時，計算方式應如下：

$$\begin{aligned} \text{「政府應負擔總經費」下限} &= (\text{「保險經費」} - \text{「法定收入」}) \times 36\% \\ &= (\text{「保險給付支出」} + \text{「安全準備」提列金額} - \text{「法定收入」}) \times 36\% \\ &= (\text{「保險給付支出」} + 0 + \text{「法定收入」} - \text{「法定收入」}) \times 36\% \\ &= (\text{「保險給付支出」}) \times 36\% \end{aligned}$$

多位健保會委員付費者代表於會議中，多次強烈要求政府必須撥補多年累積之不足差額。陳炳宏委員指出，政府在計算應負擔健保總經費的36%時，採取了對國庫有利的算法，在收入面與支出面之間，傾向取較小值作為計算基準。然而若回歸健保法第2、3、76條之規範，保險經費應等於給付支出加上應提列或增列之安全準備，應在收入面與支出面之間取較大值計算才符合法定精神（健保會，2020-2:17）。根據其推算，若比照衛福部過去的計算邏輯，政府在2016至2019年間分別短編了45億、103億、157億及182億元，四年累計高達487億元（健保會，2020-2:23）。陳委員強調，如果能將這些不當扣除的金額全數補回，2021年的健保安全準備金將可維持在2.3至2.5個月的水準，根本無須調漲費率（健保會，2020-7:62）。針對健保法第76條的認定，陳委員提出具體的法律釋義，認為第76 條第1項是「加」項，規範的是安全準備的來源，是計算保險經費時應加進去的項目。第76條第2項是「減」項，規範的是當收支發生短絀時，撥用安全準備來填補的機制。爭議核心在於主管機關在認定时，將第1項第1款的收支「結餘」與「短絀」混淆，將本應僅可作為加項的結餘在短絀時錯用為減項。他認為依規定有結餘時應依法計入安全準備，若短絀無結餘時則計為零，而非列為負數進行扣除，導致政府應負擔的 36% 基礎被變



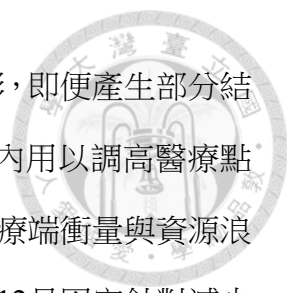
相縮減（健保會, 2020-8:18,21）。干文男委員則強調針對當時的健保財務危機，健保會委員秉持與健保署及付費者一致的立場，積極向政府爭取補足其應負擔之36%總經費的缺口。考量到疫情狀況下民眾經濟困窘，當時若再面臨費率調漲，將造成沉重的經濟壓力。事實上，付費者代表並非全然反對調整費率，而是認為當時並非理想時機。干委員認為若政府能爭取到特別預算撥補挹注，至少能讓現有的財務狀況再維持一年。只要能獲得這一年的緩衝期，便能有更充裕的時間尋求解決方案，緩解即刻調漲的迫切性（健保會, 2020-2:18-19）。何語委員則指出自政府修改健保法施行細則第45條後，就不補足政府應負擔健保總經費36%差額的不足款。付費者代表一致認為政府不應逕自依據施行細則第45條作為計算基準，應回歸健保法母法第2條、第3條及第76條第1項的條文精神，明確界定保險經費範圍並足額撥補（健保會, 2020-9:46）。

受訪者G於訪談中提及，付費者代表長期認為政府對36%總經費負擔，存在少提列與未核實撥付的問題，因而導致健保收入縮減，進而造成費率必須調漲。政府端認為健保法母法對於計算方式並無明確規定，因此呈報行政院後，直接透過修改健保法施行細則來確立計算標準。政府主張既然細則已經修正通過，就必須按照現行條文依法行政。相對而言，付費者代表強烈質疑修正後的細則已實質違反了母法，因而要求政府必須將細則修回原狀，回歸母法規定的撥補義務。

整體而言，付費者代表與政府在健保財務撥補的法理攻防上，政府主張按照細則之規定依法行政，但付費者代表則認為該細則本身違反母法。針對此爭議，雙方的立場呈現僵局，而實務上之處理隨後將於政治流中加以說明。

參、 其他替代方案

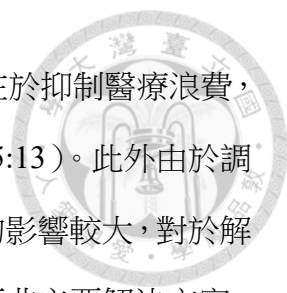
有關減少浪費與加強醫療整合部分，包括健保會委員、醫事服務提供者及健保署官員等政策參與者提出了包括落實分級醫療、抑制不當醫療耗用等建議。然而，



付費者代表對此抱持保留態度，認為相關措施普遍執行成效不彰，即便產生部分結餘，在總額制度的運作下，節省下來的經費往往會回流至總額內用以調高醫療點值，對降低總支出與平衡健保收支並無實質的正面貢獻。針對醫療端衡量與資源浪費的改進，受訪者D批評目前的檢討機制已流於形式，儘管每年12月固定針對減少浪費進行檢討並研擬計畫，但往往淪為官樣文章。受訪者E指出，每逢調漲保費之際，付費者代表與大眾多持反對意見，其核心邏輯在於應先解決醫療浪費問題，若節流後財源仍不足，再行討論調漲保費。受訪者E以分級醫療及藥檢節流為例，批評其對健全健保財務的成效不彰。為落實小病在診所、大病再到醫院的分級醫療，政府編列了高額經費作為上下轉診獎勵金，並補助軟硬體設備。然而雖投入數百億預算，成效卻不顯著，形成多花錢卻無節流的實效。另外儘管健保署宣稱在抑制浮濫用藥與檢查項目上節省了大量經費，這些節流所得的資金最終回歸到總額大庫進行點值分配，並未撥入安全準備金，因而節流成果在整體財務上並無貢獻。

健保每年約產生40多億元的呆帳，近10年累積已達三百多億元。付費者代表質疑相關單位未積極處理，進而損及健保財務，因此建議應強化催收作為（健保會, 2020-1）。付費者代表進一步提案要求健保署加強呆帳管理，並具體建議將呆帳金額列為總額成長的減項以減低總額成長壓力，並積極爭取公務預算撥補呆帳。然而健保署回應指出，目前健保收繳率已高達99%，且呆帳處理需遵循法定程序，難以將其作為即時財源來補足安全準備金的缺口（健保會, 2020-4）。

相對於單純調整保費費率，部分健保會委員建議應先行或同時調整藥品或檢驗檢查的部分負擔。林錫維委員認為若需調整健保費率，建議應同時調整「部分負擔」，以落實使用者付費精神（健保會, 2020a:19）。干文男委員則主張在審議費率調整時，必須將部分負擔的配套方案納入討論範疇，並將其對費率調整的連動影響一併納入考量（健保會, 2020-9:48）。朱益宏委員指出調升部分負擔不僅是抑制醫療資源浪費的重要手段，認為對健保總額與費率也有影響（健保會, 2020-9:48）。然而2020年5月的立法院衛環委員會中，時任衛福部次長薛瑞元在答覆立委質詢時指



出，提高部分負擔（如藥品、檢查或高診次自付額）的主要目的在於抑制醫療浪費，對於實質挹注健保財務的貢獻相對有限（衛環委員會, 2020-0525:13）。此外由於調整部分負擔涉及修法或行政執行難度，且對弱勢族群及患病者的影響較大，對於解決當下的財務缺口亦屬緩不濟急，因此僅能被視為配套措施，而非主要解決方案。此外，費率諮詢會議之學者專家也指出，調整部分負擔僅會增加就醫者的支出，而調升保險費率所增加的費用，是由被保險人、雇主、政府三方分擔，認為調整費率較能體現社會保險中風險互助的核心精神價值。此外，應依循立法意旨調整菸捐分配，提高菸捐挹注健保安全準備之比例，藉此強化後續費率調整之正當性與社會說服力（健保會, 2021a:98）。

在釐清公務預算與健保基金的收支權責方面，健保會委員認為政府應將具政策任務性質的支出，如愛滋治療、C肝全口服新藥、防疫支出及預防性醫療等，回歸由公務預算支應。立法委員費鴻泰於2020年12月8日立法院院會中指出，每年約400-500億的公共衛生項目應自健保給付中移出，改由公務預算編列支應（立法院, 2020c:165）。

有健保會委員建議針對進口豬肉等食品開徵「食安健康捐」，但僅被視為建議性質，未成為方案（健保會, 2020-7:109-113）。此外還有保費操作、醫療違規者扣款、追繳欠帳、醫療浪費、冒領保費等議題，亦未成為有效之替代方案選項。

受訪者F於訪談中提及，付費者代表在討論保費調漲之際，針對健保財務行政提出了多項具體建議，要求政府在向民眾調漲費率之前，應先完善健保財務管理作為。有關健保基金運用上，保費之定存利率過低，應思考對健保基金進行有效財務操作。對於醫療機構違規裁罰後倒扣的醫療費用應落實追收，不應任由其懸欠。

受訪者F於訪談中提及，調漲保費時付費者提出幾個建議案。保費是否有效的操作，保費定存利率是否太低。醫療違規者倒扣的醫療費用應積極追收，被倒帳或欠費的須積極追蹤催討。改善醫療浪費，落實節流。嚴查西醫基層機構或地區醫院機構是否有冒領保費之情事等。



受訪者F同時指出，政府亦可選擇直接增加公務預算撥補，或將健保其他專款經費挹注至健保基金，藉此達成不調漲次年度保費費率的目標。健保「專款項目」的年度執行狀況，在年底結算前外界難以得知其實際支出及賸餘金額。此外，健保署在總額協商過程中，可用為了補足未來潛在缺口為理由，將專款項目之結餘留存於預備金中。若能將這些資金釋出至安全準備金，便可望維持其金額在一個月以上的水位。此外，衛福部與政府高層的政治預測如果認為明年不適合調漲保費，亦可經由政府編列公務預算撥補來維持安全準備金符合法規，進而延遲保費調漲。

受訪者H亦認為政府可以靠撥補或者其他方法，將費率維持不漲延長1、2年，但是這個方法沒有辦法延長很久。同時指出多數替代方案通常只能夠短期使用，沒有辦法長期有效。特別是2020年實在已經到了健保財務失衡比較嚴重的時候，要用短期的替代方案來取代長期的費率調漲方案，風險就高很多，可能明年後年又要面對一樣的問題。

受訪者A強調針對健保安全準備金不足的困境，雖然存在其他替代改善方案，但多數措施緩不濟急，難以在短期內見效。相較之下，調漲費率不僅能即時解決時效性問題，也符合現行法規的程序要求，是最公平的處理方式。並且健保費率調整所帶來的財務挹注效果最佳，其影響金額遠大於其他政策工具，所以最終採用調漲費率作為解決健保財務危機的主要方案。

受訪者G於受訪時指出，在討論健保費率調漲的過程中，並非全然捨棄其他替代方案，而是在總額預算制度的架構下，支出規模已具備高度的確定性，因而行政端節流的空間相對有限，因此政策的決策重心必然會著重到收入端。由於補充保險費等收入易受經濟波動影響，難以進行精確預估，在納入所有已知開支並對與各項收入採取保守估計後，調整保險費率便成為確保健保財務平衡最直接且最有效的政策方案。

整體而言，當健保財務已出現結構性失衡時，除了透過調整保費費率調整以弭平連年的收支短絀外，所有的均只有短期效果。替代方案僅能暫時將安全準備金維

持在法定範圍內，推遲進行保費費率調整的時程，無法長期維持健保財務的穩定。

肆、「家戶總所得制」：健保財務結構改革的長期方案

在長期結構性改革的討論中，「家戶總所得制」保費繳納方案於2021年度的保費費率調漲歷程中再度被提及。以「家戶總所得」作為收費基礎的健保改革理念，最早可追溯至2001年行政院成立的二代健保規劃小組，歷經多年的學術研究與政策規劃，於2004年至2006年間形成了完整的方案架構。其核心理念在於以綜合所得稅申報戶的年度總所得（包括薪資、獎金、股利、利息、租金等全部所得），取代僅以「經常性薪資」為基礎的計費方式。同時將計費單位從「個人加眷屬（論口計費）」改為「家戶（論戶計費）」，目的在提升保費負擔的公平性與符合「量能付費」原則。此方案預期能顯著調降費率，減輕單薪多眷家庭的負擔，並擴大對資本利得所有者（如股東、地主及金融資產持有者）的計費基礎，實現「相同經濟能力者應繳相同保費」的公平性目標（行政院, 2004; 林昭吟等, 2007）。然而2010年12月間，因朝野就費基、費率及政府負擔比例等重大條款無法達成共識，該方案被迫擱置。行政院隨後進行重大政策轉向，放棄「家戶總所得制」，改採「補充保險費」機制作為替代方案。補充保險費僅針對「獎金、兼職所得、執行業務收入、股利、利息、租金」等六類非經常性所得採就源扣繳，而非年度結算。這在客觀上保留了職業身分分類的不公平性，並衍生了「拆單避費」等規避行為（吳文傑等, 2014）。儘管此「補充保險費」此一妥協方案在某種程度上擴大了費基，但仍與「家戶總所得制」所追求的公平與效率目標有顯著的差距（韓幸紋、梁景洋, 2013）。

在近年健保制度改革的論辯中，「家戶總所得制」始終被視為落實健保公平性的核心方案。該制度目的在解決相同所得下，因眷口數不同所導致的保費負擔不均。同時透過納入資產與資本利得作為計收基礎，能有效緩解受薪階級的保費壓力，消弭世代間負擔的不對稱。然而，落實此制度的關鍵，在於建立高效的跨部會

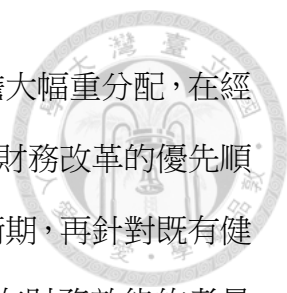
資訊整合機制，確保稅務與健保系統的完整互通，以克服全面掌握資本利得資訊的技術挑戰。²³

受訪者F描述在一代健保面臨嚴重虧損之際，時任健保署長曾寄望二代健保轉為以「家戶總所得制」（全戶制）收取健保費，即比照所得稅申報以「戶」為單位收繳健保費。儘管此案在公平性上有其理想性，但在實務執行上卻缺乏完善的配套措施。財政部國稅單位對此案強烈反對，當時國稅體系全台僅有約四千多名稽徵人員，其人力規模難以負荷額外代收保費的工作壓力。若要推動全戶制，必須先掌握每一戶的課稅所得，再據此精算並徵收健保費。然而台灣約有32%的人口免繳所得稅（如菜販、攤商等小規模經營者），對於這些不具備稅基、無須申報所得稅的家庭，財政部根本無法提供基準來核定其應繳納的保費金額。由於「家戶總所得制」無法解決廣大免稅人口的保費計算與徵收問題，加上財政部的極力反對，這項曾被視為理想的「家庭繳費制」最終被迫擱置。

在調漲2021年度健保費率的政策討論過程中，公平性問題雖屢被提及，家戶總所得制計費方案雖也曾被提出討論²⁴，但最終並未進入核心政策議程。其原因主要在於時效壓力上，由於連年收支短絀，當時推估健保安全準備金即將低於法定水位，財務缺口迫在眉睫。調整費率僅需經健保會審議及行政院核定即可於翌年執行。相較之下改行家戶總所得制則涉及健保法的修訂，程序耗時冗長，無法及時解決當下的燃眉之急。此外當時亦正值COVID-19疫情衝擊民生經濟之際，政府傾向

²³ TVBS 新聞網，二代健保補充保費改革喊卡！專家籲推「家戶總所得制」，2026 年 1 月 12 日。檢閱日期，2026 年 2 月 20 日。<https://news.tvbs.com.tw/life/3096290>

²⁴ 報導者，滕西華／實踐世代正義的健保改革：落實家戶總所得費基、增加政府公衛投資，2020 年 5 月 21 日。檢閱日期，2026 年 2 月 1 日。<https://www.twreporter.org/a/opinion-2020-advice-to-president-tsai-nhi>
自由健康網，健保總體檢》專家：漲保費恐掀世代衝突，2020 年 6 月 4 日。檢閱日期，2026 年 2 月 1 日。<https://health.ltn.com.tw/article/paper/1377406>
報導者，韓幸紋／漲費率後，健保財務還有什麼出路——「家戶所得制」行不行？2020 年 11 月 30 日。檢閱日期，2026 年 2 月 1 日。<https://www.twreporter.org/a/opinion-health-insurance-family-income>



採取變動最小的穩定考量手段。改行家戶總所得將導致保費負擔大幅重分配，在經濟高度不確定的時期，容易引發劇烈的社會爭議與政治風險。在財務改革的優先順序上，當時健保署與健保會傾向透過小幅調漲費率換取兩年緩衝期，再針對既有健保財務架構進行優化，而非推動結構性的計費基礎改革。另外在財務效能的考量上，衛福部薛瑞元次長在立法院衛環委員會中答詢時指出，根據過去試算，在費率相同或相近的前提下，家戶總所得制與現行制度相比，在收入端並沒有明顯增加。家戶總所得制主要在解決公平性問題，對於增加財源的實質幫助有限（衛環委員會, 2020c:26）。

第三節 政治流

政治流是由社會氛圍、公眾情緒、壓力團體活動、選舉結果、國會中的政黨或意識形態分布，以及政權更迭等因素所構成（Kington, 2014:145）。政治流對議程設定有強大的影響力，能決定特定議題在何時變得顯著，或使其在不利的政治環境下被擱置，直至更合適的時機出現。

健保整體財務議題極其龐雜，健全健保財務體系的方案亦涉及諸多面向，而調整健保保費費率是其中影響層面最廣、政治效應最顯著的方案。健保費率的調整並非單純的財務精算過程，更是一項複雜的政治經濟決策，深受大環境的社會與政治氛圍、利益團體的角力與行政首長的意向等政治流因素所影響。

受訪者G指出，健保政策深受政治環境影響，費率調整程序上需經過行政院核定，並且會影響到外部性產生外溢效果，直接影響每一位民眾的經濟負擔，因此其政治性更強。對歷任衛福部長而言，調漲費率都是不太願意碰到的議題，行政院亦傾向於維持費率現狀，希望透過各種手段改善健保財務，以避免直接觸碰費率調整。每年總額預算協商之前，相關部門便須向行政院提報總額成長率的低推估與高

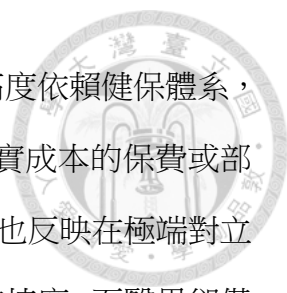
推估，此時便會針對隔年是否調整費率進行政治衡量。到年底費率正式審議時，衛福部長還要再衡酌一次。可是到2021年要調費率時，財務缺口已經太大，已非單靠微調總額成長率可以解決，調漲費率便成了不得不面對的最終選擇。

壹、 媒體報導與社會輿論在健保費率調漲歷程中的角色

主管機關在公共政策的議程設定過程中，常將媒體視為政策緩衝與民意偵測的工具。作為試探性的「風向球」(Trial Balloons)，政府常透過非正式管道釋放如價格調漲等具爭議性的訊息，藉此評估大眾的接受度與社會反彈強度 (Graber and Dunaway, 2017)。若媒體輿論呈現正向或默許氛圍，決策者便能順勢將方案納入正式議程。反之，若遭遇強烈抗議，官方則可利用媒體發布澄清或否認相關規劃進行切割，藉此規避政治責任並達成政治防火牆的效果 (Bennett, 2016)。受訪者H指出，一個政策的提出需要政治上的判斷，假設判斷不好的話，基本上就很容易折損很多政治的能量，所以一般來講主管官員都會先試試水溫。

時任行政院長蘇貞昌於2020年3月3日接受媒體訪問時，雖承認健保財務壓力巨大，但仍表態暫無調漲健保保費的規劃。²⁵ 然而緊接著在同年月4日，時任健保署長李伯璋的媒體專訪及《新新聞》的相關報導刊登了有關須考慮調漲健保保費費率的訊息。專訪中指出，為了健保能永續經營，健保費率調漲是當年就必須面對且啟動的議題。李伯璋署長強調，落實健保費率調漲需要體察社會與政治的脈動與氛圍，經由多元管道溝通以爭取民意支持並凝聚社會共識，進而提高民意對政策的接受度。他指出費率調漲政策須取得決策高層的支持，並依循健保會審議、衛福部及行政院核定的法定過程。李伯璋署長感嘆台灣民眾在享受世界級醫療服務與資源的同時，卻普遍存在「又要馬兒好，又要馬兒不吃草」的矛盾心理，使得台灣全民

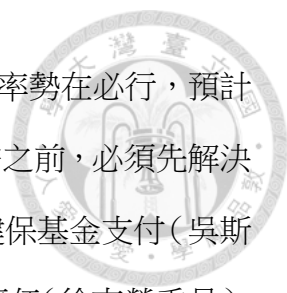
²⁵ 中央社，健保財務壓力大恐漲保費 蘇貞昌：目前沒規劃，2020年3月3日。檢閱日期，2026年3月3日。<https://www.cna.com.tw/news/aip/202003030042.aspx>



健保長期陷於「高便利、低支出」的結構性困境。民眾一方面高度依賴健保體系，將其視為不可或缺的社會福利，但另一方面卻強烈抵抗反映真實成本的保費或部分負擔調整。這種認知落差導致健保財務長期在赤字邊緣掙扎，也反映在極端對立的滿意度數據中。專訪中提及一般民眾對健保有近九成的極高支持度，而醫界卻僅有33.7%的滿意度。民眾感知的「廉價與便利」，本質上是建立在對醫護勞動條件的壓抑與點值的制度性稀釋上。當醫療支出隨需求膨脹而收入端因民意阻力停滯時，制度壓力便轉嫁至第一線人員，造成醫界的疏離與疲憊感。因此，調漲費率除了穩定財務，更是為了保障醫療提供者的制度保障與公平。²⁶

在健保費率調漲議題見諸媒體報導之後，亦引起立法委員們的高度重視。徐志榮委員於同年月17日立法院院會時，向蘇貞昌院長確認沒有調漲健保費的規劃，質疑在不調漲保費情況下是否會以調高部分負擔變相增加民眾負擔。蘇院長重申當時無調漲費率的規劃，表示會支持健保署透過減少用藥浪費、合理部分負擔與使用者付費等措施，提升健保財務效率（立法院，2020a:218）。莊競程委員則於同年月18日的衛環委員會質詢是否會調漲費率及健保財務相關議題，李伯璋署長重申蘇院長此時此刻沒有考慮到調整費率的立場，當前重點在推動分級醫療與節省不必要的浪費（衛環委員會，2020a:170）。林淑芬委員則質疑行政團隊內部步調不一，蘇貞昌院長日前才承諾不調漲健保費，健保署卻在疫情嚴峻時刻拋出調漲費率、增加部分負擔等重大爭議性政策來測風向，質問這是上面的規劃還是李伯璋署長是「自走砲」？並引用2015年底行政院新聞稿指出，當時宣稱安全準備金高達約4.96個月保險給付，因此2016年調降費率，如今才過4年卻稱財務短絀、快要破產。2015年底的新聞稿同時提到，預估2019年將達費率調漲標準。政府施政應具連續性，不敢調回原本的保費費率，卻改漲部分負擔，是在推卸責任。但在防疫之際談論調漲費率不僅超出當前重要議題，並會造成巨大的爭議（衛環委員會，2020a:215-216）。

²⁶ 新新聞，「防健保破產，健保署長李伯璋：今年必須面對啟動保費調漲」，2020年3月4日。檢閱日期，2025年12月31日。<https://new7.storm.mg/article/2362477>



同年5月25日衛環委員會中，衛福部確認健保財務吃緊，調漲費率勢在必行，預計於該年底定案。然而，跨黨派委員普遍要求政府在增加民眾負擔之前，必須先解決結構性問題，如公務預算應負擔的社福與公衛費用長期轉嫁至健保基金支付(吳斯懷與林淑芬委員)、應先釐清並補足政府法定36%健保經費負擔責任(徐志榮委員)、長期旅居國外者的停復保漏洞(林淑芬與黃秀芳委員)、醫療浪費與除弊(林淑芬與高嘉瑜委員)等，並應考量偏鄉民眾的就醫權益與公平性(陳瑩委員)及包含提升醫療量能與醫護待遇之改革(張育美與莊競程委員)(衛環委員會, 2020c)。

針對此次費率調漲議題，在健保主管機關透過媒體釋出消息後，眾多壓力團體隨即透過主動提出意見或被動受訪等方式，針對此議題進行評論並提出政策建議，試圖影響健保費率調整與相關健保財務議題的討論與決策走向。「先放風聲、觀察氛圍、再定進退」的模式，顯示在政策形成過程中，在主管機關進行政治風險控管，以及各利益相關團體試圖進行政策建議與說服時，媒體所扮演的角色與功能。然而除了主管機關外，其他團體也可能積極運用媒體資源來影響費率政策。受訪者F於訪談中指出，媒體報導往往受雇主團體或醫療團體的策略性操作。由於醫療提供者作為收入方，傾向支持調高保費以爭取更多預算分配。而作為付費方的雇主與民眾，則希望在享受高品質醫療的同時減少支出。政府在推行政策時，也會密切觀測社會氛圍的走向，若社會氛圍顯示反彈力道在可控範圍內，政府便會按既定計畫推動費率調整。若發現民意反彈強烈，政府會迅速透過媒體宣布絕無漲價計畫，以平息爭議並進行政治止血。由於衛福部長屬政治任命，決策必須絕對依循高層意志。當行政院或更高層要求不處理保費調漲議題時，官方便會對外宣稱「安全準備金充足、明年並無調漲空間」，讓媒體降溫以降低議題熱度。在這種權力結構下，媒體對於保費調漲往往缺乏自主的政策建議能力，多半是順應官方立場或利益團體營造的風向進行報導。

針對2021年度健保保費費率調漲之議題，本研究蒐集整理自2020年3月起之媒體與新聞報導(詳見附錄二)。研究對個別報導進行內容屬性判讀，並依其對費率

調漲之觀點立場，區分為「負向批判」、「中立偏負向」、「中立」、「中立偏正向」及「正向支持」等類別，統計2020年3–6月、7–9月、10–12月及核定後各時間段之報導立場比例。

媒體報導中，偏向負面或反對的觀點主要集中於「體制結構改革優先」、「社會公平性」與「資源分配正義」等面向。部分評論主張，政府在調高費率之前，應先致力抑制醫療浪費²⁷，並解決健保法中的「後門條款」或結構性漏洞。²⁸ 另有觀點認為單純漲費率恐引發世代衝突²⁹，或認為應優先推動「家戶總所得制」等根本結構改革。³⁰ 此外，反對聲浪亦高度關切「經濟衝擊」與「調漲時機」的合適性，特別是在疫情期間或面臨國保、勞保與健保「三漲」的疊加壓力下，質疑政府堅持一次收足安全準備金的必要性。³¹ 相關報導指出，健保保費調漲將導致企業人事成本初估將大幅增加逾500億元³²，並直接加重受薪階級與多眷口家庭的經濟負擔。³³

如圖4–6所示，在費率調漲議題浮出初期，正向或中立偏正向的報導比例最高。除了臨近健保會費率審議的11月份偏負向之意見一度衝高至40%之外，其他時段的負向意見均維持在20%左右。整體而言，在各個時間區間中，媒體報導的正向意見均明顯高於負向意見，顯示當時媒體輿論對於調漲健保費率的反對聲浪

²⁷ 自由健康網，健保總體檢《調高費率不如先抑制醫療浪費》，2020年6月4日。檢閱日期，2026年1月31日。<https://health.ltn.com.tw/article/paper/1377408>

²⁸ 報導者，誰造就了「黃安們」？兩個後門條款讓健保法成政治祭品，2020年3月12日。檢閱日期，2026年1月31日。所指兩個後門條款為「停、復保條款」及「行政命令放寬中國籍人士納保」。 <https://www.twreporter.org/a/opinion-covid-19-national-health-insurance-act-dispute>。

²⁹ 自由健康網，健保總體檢《專家：漲保費恐掀世代衝突》，2020年6月4日。檢閱日期，2026年1月31日。<https://health.ltn.com.tw/article/paper/1377406>

³⁰ 報導者，漲費率後 健保財務還有什麼出路 --「家戶所得制」行不行？2020年11月30日。檢閱日期，2026年1月31日。<https://www.twreporter.org/a/opinion-health-insurance-family-income>

³¹ 康健雜誌，國保、勞保、健保三漲衝擊大 一次收滿兩個月準備金有必要嗎？健保漲價卡關，2020年11月20日。檢閱日期，2026年1月31日。<https://www.commonhealth.com.tw/article/83172>

³² ETtoday 財經雲，勞健保費用齊漲！企業成本大增、初估逾 500 億元，2020年12月31日。檢閱日期，2026年1月31日。<https://finance.ettoday.net/news/1889108>

³³ ETtoday 健康雲，健保費率明討論！漲幅恐破 5% 月薪 42K 養 2 眷屬「每月多繳 300 元」，2020年11月23日。檢閱日期，2026年1月31日。<https://health.ettoday.net/news/1862827>

並不大。

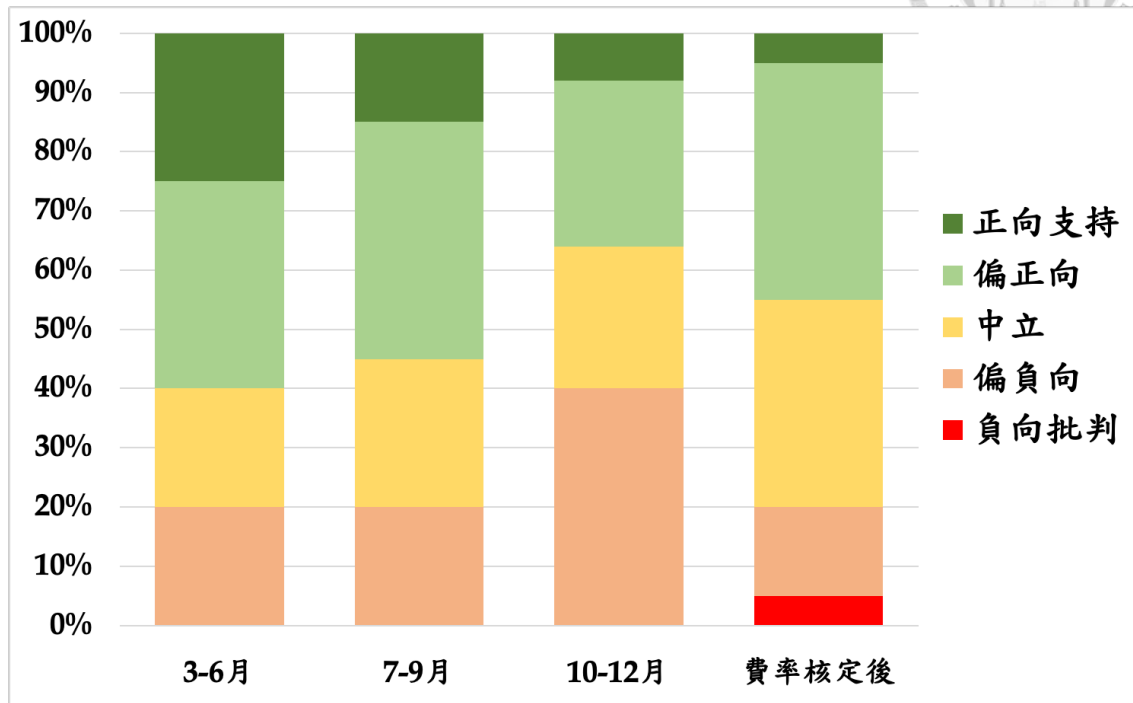
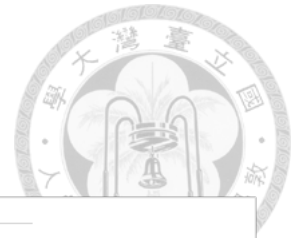


圖 4-6 2020年及核定後與健保費率相關媒體報導之正、負向觀點統計圖

受訪者G指出，在費率調漲的討論歷程中，醫改會、督保盟與消基會等公民團體多數並不持反對態度。相較之下，政府往往因顧慮選舉等因素而顯得較為遲疑。在討論過程中，由於付費者代表針對政府負擔36%的爭議佔據過多討論焦點，導致其他團體多持旁觀立場，認為若政府願意優先處理此爭議焦點以避免調漲費率，亦是可接受的選項。如果爭議難解，有關政府負擔36%差額的適法性問題，仍需政府以修法進行處理。若將調漲費率與明確化政府36%負擔的法律規範分開處理，各公民團體也並不反對。受訪者G強調健保費率調整的衝擊並非全由民眾承擔，而是由個人、雇主與政府三方分擔。對於負擔30%保費的民眾而言，衝擊相對較輕。真正的阻力核心在於負擔60%保費的雇主。台灣企業結構並非皆為高利潤的高科技產業，對傳統產業或中小型商家的雇主而言，費率上升將直接提高人事成本並侵蝕利潤，影響其市場競爭力。因此調漲保費對中下層雇主的沉重負擔，容易成為政策推

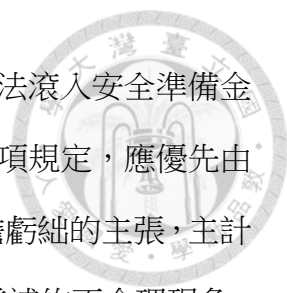
動過程中最難排解的政治與經濟阻力。



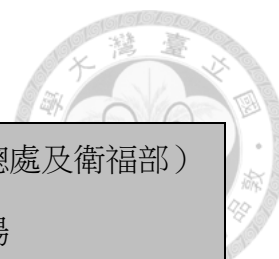
貳、對「政府應負擔健保總經費法定下限36%」之計算爭議處理與因應

針對健保會委員付費者代表要求政府撥補「政府應負擔健保總經費法定下限36%」差額一事，主計機關提出了對應的觀點與說明。蔡玉時（2017）指出該計算爭議的核心在於健保法未明定公式中「應提列安全準備」的具體計算標準，導致行政院主計總處與衛福部、健保會在健保財務呈現盈虧的不同時期，對於計算方式產生歧見。在二代健保實施初期，因財務年有結餘，行政院曾協調採納衛福部主張的「收入面算法」，即以民眾與雇主負擔之保費回推政府應負擔金額（ $[\text{民眾及雇主負擔保險費} \div 64\%] \times 36\%$ ），這使得政府當時需增列數百億元預算以補足差額。然而當健保出現虧損時，衛福部（轉呈健保會之意見）為避免公式中出現負值，轉而主張改採「支出面算法」，並將「安全準備提列金額」設為「零」。此舉遭主計總處反對，認為隨盈虧改變算法有違法律安定性，且將導致政府在虧損時變相額外分攤赤字，實質負擔率將超過36%，造成政府單方面承受多付不退、少付要補的不公平現象。因此，相關評析建議應維持原協商之「收入面算法」以求前後一致，當年度虧損應依法由政府過去已協助累積之安全準備金填補，而非要求政府單獨承擔額外負擔，方符合健保量出為入與長期財務平衡之精神。

健保會委員中之主計總處代表於健保會議之書面說明中指出，現行保險費率審議實務並未完全落實健保法第24條精神，即未能根據議定之醫療給付費用總額，據以審議「收支平衡費率」以計收保費。在醫療支出持續成長的趨勢下，若保險費率調整機制未能發揮連動功能以達成財務平衡，健保財務終將陷入初期先有盈餘而後出現短絀的循環困局。根據健保法第76條，安全準備金的設立宗旨在填補保險收支虧絀，以確保健保財務穩健。當年度收支若有結餘，因資金來自民眾、雇主及



政府三方，實務上難以針對民眾個人與雇主進行退費結算，故依法滾入安全準備金以調節盈虧。相對地，當發生收不抵支時，依健保法第76條第2項規定，應優先由安全準備金支應。針對部分付費者代表委員建議由政府單獨負擔虧絀的主張，主計總處認為將導致政府在健保賸餘時多付不退、短絀時卻須追加撥補的不合理現象。若不能即時調整保費費率以落實收支平衡，在支出成長率遠高於收入成長率的現況下，財務缺口將逐年擴大。此時若來自被保險人及雇主的保費收入未隨之調整，政府負擔比例若採「支出面算法」勢必持續攀升。此舉雖能暫時延緩準備金降至法定標準，卻會推遲依法啟動費率調整的時機，不僅有違法之虞，更將排擠政府在弱勢照顧與教育等重大政事的預算分配，違背健保由三方共擔的社會保險精神，不利於健保財務的長期平衡與穩定。至於相關法規爭議，行政院已裁示先透過條文解釋方式處理，並預計於日後提出修法以完備法制規範（健保會，2020-2:105）。有關「政府應負擔健保總經費法定下限36%」之計算爭議中，健保會委員付費者代表與政府機關所持立場之差異，分項列於表 4-3。



爭議 維度	健保會委員付費者代表立場	政府機關（主計總處及衛福部） 立場
計算基 礎定義	主張支出面算法，認為政府應負擔健保總經費扣除法定收入後之36%，並應足額撥補。	主張收入面算法，以民眾與雇主繳納保費回推政府應負擔之金額，維持法律安定性與盈虧一致性。
短絀時 之結餘 認定	當年度收支短絀時，結餘應以「0」計入，不應以負數計入抵銷政府應撥補金額。	當年度短絀應由「安全準備金」填補，不應由政府單方面承擔盈餘不退、短絀追加的責任。
社福補 助計入 爭議	反對將原屬公務預算的社福補助計入36%額度。	依據修正後之健保法施行細則第45條，法定補助納入政府負擔額度實際符合現行法規。
累積影 響金額	主張2016-2019年政府撥補不足差額已達487億元。	認為2016年起已分4年補足過去誤差之金額，已無撥補不足情事
社會保 險精神	強調政府應盡之法律責任，保障被保險人與雇主不因政府少撥補而負擔加重。	強調三方風險互助與責任共擔，反對將保險財務缺口全數轉嫁至公務預算。
對費率 調整的 影響	若政府補足487億，並剔除社福補助支出，安全準備金仍足夠，無需調漲保費。	撥補爭議是算法歧見，不應推遲因安全準備金不足而需啟動的費率調整。

表 4-3 政府應負擔健保總經費法定下限36%爭議之核心歧異對照表

有關在健保收支賸餘、平衡或短絀時，「政府應負擔總經費」下限的計算歧異，將個別狀況時之公式運算簡示如下。



當健保收支出現「賸餘」或收支平衡時，「政府應負擔總經費」下限

$$\begin{aligned} &= (\text{「保險經費」} - \text{「法定收入」}) \times 36\% \\ &= (\text{「保險給付支出」} + \text{「安全準備」提列金額} - \text{「法定收入」}) \times 36\% \\ &= (\text{「保險給付支出」} + \text{「年度收支『賸餘』」} + \text{「法定收入」} - \text{「法定收入」}) \times 36\% \\ &= (\text{「保險給付支出」} + \text{「年度收支『賸餘』」}) \times 36\% \\ &= (\text{「保險給付收入」}) \times 36\% \end{aligned}$$

當健保收支出現短絀時，若將「年度收支『結餘』」以負值代入，則

「政府應負擔總經費」下限

$$\begin{aligned} &= (\text{「保險給付支出」} - |\text{年度收支『短絀』}|) \times 36\% \\ &= (\text{「保險給付收入」}) \times 36\%，此時與收支出現賸餘或收支平衡時之算式相同。 \end{aligned}$$

若在健保收支短絀時將「健保年度收支『結餘』」認定為「零」，則

「政府應負擔總經費」下限

$$\begin{aligned} &= (\text{「保險給付支出」} + 0) \times 36\% \\ &= (\text{「保險給付支出」}) \times 36\% \\ &= (\text{「保險給付收入」} + |\text{年度收支『短絀』}|) \times 36\% \end{aligned}$$

以上算式之差異比較，列於表4-4。

健保收支狀況	收支結餘	政府負擔健保總經費36%算式
賸餘或平衡時	正值	$= (\text{保險給付支出} + \text{年度收支『賸餘』}) \times 36\%$ $= (\text{保險給付收入}) \times 36\%$
短絀時	以負值 代入	$= (\text{保險給付支出} - \text{年度收支『短絀』}) \times 36\%$ $= (\text{保險給付收入}) \times 36\%$
	認定為 「零」	$= (\text{保險給付支出} + 0) \times 36\%$ $= (\text{保險給付支出}) \times 36\%$
		$= (\text{保險給付收入} + \text{年度收支『短絀』}) \times 36\%$

表 4-4 政府負擔健保總經費36%之算式爭議對照表

若民眾及雇主負擔保險費部分固定佔「保險給付收入」之64%，則於收支賸餘或平衡時政府負擔即為「保險給付收入」之36%。然而，若在收支短絀時採納付費者代表將「健保年度收支『結餘』」認定為「零」的算法，政府除負擔原有的36%保費收入外，還需額外負擔「短絀金額」的36%。主計機關認為這種隨盈虧改變算法的主張有違法律安定性，實質上讓政府在健保出現虧損時額外分攤了赤字。儘管健保法第3條之36%僅規範政府負擔健保總經費之每年度下限，政府若負擔超過36%實質上並不違法，但主計機關憂慮這將排擠其他重大政事預算，且有違社會保險的公平分擔精神。此外，若政府以此撥補支應虧損，將推遲因安全準備金之法令規範而需啟動費率調整之時機，不利於健保財務的長期平衡與穩定。

此議題在2020年11月20日的健保會費率審議會議中引發激烈爭論，健保會委員付費者代表主張，因政府計算基礎有誤，導致2016至2019年間撥補不足金額達487億元。他們認為若政府補足此差額，2021年底的安全準備金仍可維持在一個月以上的法定水位，便無調整費率的急迫性。因此，付費者代表不僅提案要求針對政府欠費比照民間單位「加徵滯納金」，更強硬主張在政府補足差額前，不應調整2021

年度之保費費率（健保會, 2020-9:7-10; 2020a:3-4）。立法委員楊瓊瓔隨後於同年12月1日在立法院引述數據指稱政府負擔僅約33%至35%，強調應先補足此差額缺口，而非調漲保費增加民眾負擔（立法院, 2020b:267-269）。

然而，健保會內部對此亦有分歧。蔡登順及商東福委員認為政府已依法撥補，朱益宏委員則認為健保會並無裁量政府是否已補足差額的權限。蔡登順及朱益宏委員進一步主張此爭議應另尋法律途徑解決，不應影響健保會依法審議次年度費率的職責（健保會, 2020-9:17-19）。

健保署則主張關於政府應負擔健保總經費下限之計算及其財務推估，應遵循行政院協商確立的法律見解與計算方式。並強調在實務執行上並無撥補不足之情事（健保會, 2020-2:54-55）。時任衛福陳時中部長在立法院答詢時進一步說明，政府並未違法，雙方的歧見純粹源於計算方式的差異。他指出2013年至2015年間確實曾存在爭議，但政府已自2016年起分四年將過去計算誤差的部分逐年編列預算補足。至於2020年當時有關安全準備金在移出支應虧損前是否應計入政府負擔金額的爭議上，政府立場始終明確認為安全準備金本就包含在政府36%的法定負擔範圍內，政府應承擔的法定支出並未因此減少（立法院, 2020b:270）。

受訪者G指出，在健保費率調升的議題上，醫事提供者方普遍抱持支持態度。而付費者代表也並非反對調漲。原則上在過去費率調降時，付費者方已承諾將遵守收支連動機制，因此需要調升時理應給予支持。然而，決策過程中的僵局主要源於政府負擔36%總經費的爭議未解，付費者方認為政府尚未補足法定的欠款。但是最終在審議會中走向一碼歸一碼的處理。付費者勉強接受在現行制度下先討論費率調漲，政府負擔36%差額的問題以後再繼續討論。

儘管健保會委員付費者代表提案主張「在政府未撥付補足應負擔36%保險總經費差額前，應不調整2021年度健保費率」，試圖以此作為對抗漲價的談判籌碼（健保會, 2020a）。然而該提案最終僅由健保會決議交由衛福部及健保署研參，未能進入實質的政策審議或配套處理程序。費率調整的議程仍依照行政部門既定時程推

進。這項訴求對於當年度費率調漲的政策議程，並未產生實質或顯著的效果。



參、對最後核定費率選擇之考量

在2020年11月27日健保會臨時會審議保費費率時，健保署提出了11種不同試算條件下的財務推估，這些試算結果對應了各方利益代表的政策主張與折衷路徑。若為符合健保法第78條有關安全準備金不低於1個月保險給付支出金額之規定，以總額成長率低推估之3.779%估算，得出保費費率為4.97%，此即為健保會付費者代表為主所支持之甲案，主張在疫情期間應採最低限度之調整。若依健保會2015年議訂之連動機制規定，調漲後第2年年底時安全準備金須有2個月健保給付支出金額，則估算保費費率為5.47% – 5.52%，此即為健保會醫事服務提供者代表為主所支持之乙案，強調制度一致性與財務長期穩定。若以維持調漲後兩年內維持收支平衡為目標，則估算所得之保費費率為5.42% – 5.45%。而折衷方案則是回復至2012年時的保費費率5.17%，此費率預估可於2021年底時維持1.38 – 1.46個月的安全準備金。

根據《全民健康保險會組成及議事辦法》第8條規定，健保會僅有「總額協商」依法須經對等協議，常衍生出付費者及醫事服務提供者兩個不同方案。其餘如費率、給付範圍及監理等事項，法定程序均採過半數同意制。然而在實務運作上，為求議事和諧並促進立場理解，健保會慣例上傾向以共識決達成決策。關於2021年度的費率審議，雖然健保會委員對於應調漲費率有共識，但對於調漲幅度則存在顯著分歧。雖然並非涉及保險付費者與醫事服務提供者雙方的對立議案，但計票結果顯示付費者代表多傾向甲案，醫事服務提供者則多支持乙案，最終健保會針對費率方案採取了罕見的「兩案併陳」方式，報請衛福部轉呈行政院核定。誠如受訪者 A 指出，若健保會內部能達成共識，衛福部及行政院通常會予以尊重並直接核定。但如果健保會代表們沒有達成共識，就會由行政高層做最後的決策裁定。

受訪者A指出，之前費率調漲的決策壓力都在衛生主管機關，現在因為有健保



會作為民意溝通平台，各方人士、付費者、醫界都可以在這個平台討論，互相瞭解溝通。健保費率的調整會由健保會委員討論審議，不再是由衛福部單獨決策。受訪者D亦認同健保會扮演著政府與民眾之間的橋樑，其委員組成涵蓋各行各業，本質上具備廣泛的社會代表性。然而，此平台運作的關鍵在於委員本身的代表性是否充足、其表達意見的能力、以及是否能獲得社會大眾的信任。受訪者B回顧2015年決定調降健保費率之際，當時包含醫界代表在內的健保會專家皆持反對意見，主因在於深知費率存在易降難升的慣性，調降容易引發後續財務缺口。然而，受限於當時消費代表的堅持及連動機制的約束，最終仍依法進行調降。調降後健保安全準備金即逐漸下降至將低於法定水位時，調漲勢必會被提上議程。健保會因之前有推動費率調降的經歷，後續在研議費率調升時的政治阻力便相對較小。然而對健保會在整個健保決策過程中的角色與功能上，受訪者G則認為健保會只是諮詢與收集各方意見的平台，提出建議案送予主管機關參考。健保會之決議並非政策之最終決定，仍須由主管機關衛福部及行政院做最後的裁定。

在費率的最終抉擇上，受訪者A分析甲、乙兩案的優劣點時指出，甲案面臨翌年即須二度調漲的行政與政治壓力，而乙案則因漲幅高達18%，在疫情期間恐引發沉重的社會負擔與強烈民怨。相較之下，將費率折衷定於回復至2012年水位的5.17%具有策略優勢。除了能維持兩年內費率不調漲，兼顧民眾支付能力，提供穩定的心理預期。為健保署爭取兩年緩衝期以推動財務改革時，保留了未來視經濟復甦狀況再檢討費率調整的政策彈性。受訪者D憶及陳時中部長曾當面提到，費率調幅不敢超越前署長楊志良時期5.17%的水準。決策者在與付費者及醫事服務提供者代表的協商中，透過持續溝通取得平衡。受訪者G進一步指出，費率調整方案無論是4.97%或5.47%，都符合安全準備金維持一到三個月的要求。但在與部長面報討論時，決策層思考是否應恢復至前次調降前的5.17%費率。這項方案除了能使安全準備金落在一至二個月之區，對外說服時可強調是「還原」費率而非「調漲」，降低民眾排斥以提升政策說服力。



立法委員莊競程於2020年12月3日衛環委員會中指出，基於健保永續發展的考量，大部分民眾不至於反對費率調漲。蔣萬安委員針對健保費率調漲兩個方案版本，質詢陳時中部長的傾向，並詢問此次費率調漲後可維持多長時間不需再進行調整。陳時中部長回應指出，決策將會顧及財務健全與民眾負擔，原本希望朝向四、五年平衡費率的目標，但因疫情影響應難以達成，希望在衝擊最小的情形下能維持兩年的財務平衡（衛環委員會, 2020d:23,26-27）。隨後同年月8日立法院院會中，劉建國委員指出，因疫情衝擊企業與員工，健保費的調漲是否延緩到疫情緩和之後再處理，但未獲蘇貞昌院長的正面回應（立法院, 2020c:232-233）。同年月18日徐志榮委員則於具體建議費率調漲不應超過5.17%，應僅回復至原來費率，尤其適逢疫情期間也不宜調漲過高，但是也不宜每年調整，5.17%至少可以維持兩、三年是比較適當的選擇（立法院, 2020d:89）。

整體而言，2020年底的費率審議過程有著明顯的分歧。付費者代表主張採最低限度調整的「甲案」（4.97%），而醫事提供者則基於制度一致性與財務穩健考量支持調幅較大的「乙案」（5.47%–5.52%）。由於未能達成共識，健保會最終採取罕見的「兩案併陳」方式交由行政院裁定。此一歷程凸顯了健保會作為民意溝通與利益調解平台的角色，將過往由衛福部單獨承擔的決策壓力，轉化為多方參與且公開透明的諮詢機制。在行政核定階段，將費率折衷回復至2012年水準的5.17%，具有相當的政治智慧與說服力。對外以「還原」而非「調升」為論點降低民眾反彈與政治衝擊，對內則能滿足法定安全準備金要求，並確保至少兩年內的財務穩定。此外，決策過程亦深受COVID-19疫情影響。行政部門在考量調幅時，必須兼顧經濟受災企業與民眾的支付能力，並積極回應立法機關對於調漲幅度與頻率的質詢。政府在疫情衝擊下，試圖在社會衝擊最小化與健保制度永續之間，尋求最具社會共識與政策彈性的平衡點。

第四節 政策窗與政策企業家



「政策窗」是政策倡議者推動其偏好方案或促使人們關注特定議題的機會，這類窗口雖具備關鍵影響力，卻往往稍縱即逝且不可預測。機會窗開啟的實質意義，取決於最初推動議程變革的觸發因素。政策窗主要因「問題流」或「政治流」的變化或發展而開啟，而非由於「政策流」內部的技術精煉所主導。「問題窗」(Problem Windows) 會因迫切的問題出現而開啟，此時決策者會試圖尋找政策流中能合理解決該問題的政策方案。而「政治窗」(Political Windows) 則因如選舉或危機處理等政治事件而開啟，此時政治人物會尋求能夠迎合新政治氣候的提案。窗口的開啟會影響正準備進入立法通過或行政主管裁決等權威決策階段的「決定議程」項目，倡議者若錯失良機，則必須等待下一次窗口開啟再行推動提案。(Kingdon, 2014:165-174)。

自2016年調降保費費率之後，健保收支短絀逐年擴大，財務失衡問題日益顯著。儘管財務缺口暫由安全準備金支應，卻導致安全準備金水位持續下降。推估若不調升費率，2021年底安全準備金將跌破連動機制及健保法規定之下限。此一「問題流」的累積與惡化，在討論及審議2021年度健保費率的關鍵時刻，開啟了「問題窗」。

在政治層面的考量上，選票壓力通常是政治決策的核心變數。受訪者A指出，每次談論費率調整的時程，都跟選舉有密切的關係。沒有重大選舉時較能認真考慮調整費率。李可珍（2019）亦指出，政府在2020年1月總統大選前，對於健保體制變革抱持審慎保守態度，任何涉及增加民眾負擔的健保財務改善方案，在選前均未被實質討論並排入政策議程。然而，隨著蔡英文總統高票連任，其政治聲望與執政能量正值高點，且距離2022年底地方大選尚有一年多的緩衝期。在此政治條件下，於2021年啟動費率調整，對大型選舉的直接衝擊相對較低，減少可能的政治阻力，

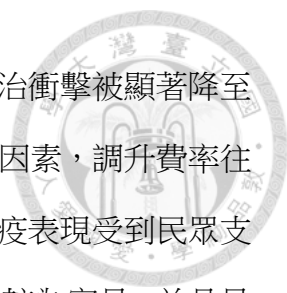


盡可能地排除政治流中常見的干擾因素，可視為一個「政治窗」。

受訪者G說明健保費率的決策者範圍有兩道，第一道是在核訂成長率高推估的國發會，因為要行政院核訂，所以行政院長會參與。然後第二層是根據總額協商核定明年費率，那便是就是衛福部長的權責。受訪者F認為健保費率是否調整，永遠都有一隻在背後操控的黑手。行政院長、管理衛福部的政務委員，還有總統，跟總統的祕書長，這四個都是衛福部長的頂頭上司，他們會觀察社會氛圍跟政治氛圍，決定是否要調費率。政府可以經由調控健保署預備金、政府公務預算撥補、醫療費用支出給付的遞延效果等作為，調控明年或後年要不要調整費率，而要不要調就牽涉到選舉政治環境。受訪者F指出每次討論保費爭議最激烈的時機，過去都是在沒有重大選舉的那一年，2021年費率調漲的討論就是在2020年剛選完總統與立委之後啟動。

此外，2020年爆發的COVID-19疫情，在健保費率調整的決策過程中也產生了關鍵作用。初期防疫的成功，不僅將公共衛生議題推向國家議程的最高優先順序，更賦予了醫政官員極高的政治聲望與決策信任感。這種信任感強化社會大眾對「醫療韌性」與「健保永續」的集體認同，進而創造了防疫的政治紅利。防疫成功的政治紅利有效抵銷了保費調漲常會遭遇的政治阻力，使政府在評估政策風險時擁有更高的決策餘裕。在疫情的特殊時空背景下，為高政治風險的費率調漲政策提供了一個有利的「政治窗」。在「恐懼疫情威脅」高於「厭惡保費漲價」的社會心理氛圍下，民意展現出更高的容忍度，願意支持以調升保費作為代價，換取醫療體系的穩定運作與體制安全。

受訪者B、E指出，疫情期間醫師、藥師等醫事人員沒日沒夜守護國民健康的形象，讓大眾深切感受到醫療體系的不可或缺性。這種對醫界的尊敬與感謝，形成了一股「民氣可用」的氛圍，使得政府在編列醫療相關預算或協商健保總額時，不再面臨過往的刁難或反彈。受訪者F、G則指出，當時社會對病毒的恐懼感遠大於對保費調漲的厭惡感。疫情引發的心理恐慌，讓民眾傾向支持穩固醫療體系的政



策，以求換取安全感。在這種特殊的心理機制下，費率調漲的政治衝擊被顯著降至最低，成為政策推動的絕佳時機。受訪者 E、G強調，若非疫情因素，調升費率往往伴隨著巨大的選票壓力，甚至可能導致首長下台。然而正因防疫表現受到民眾支持，政府具備較高的政治資本，使得當時提高費率在溝通上相對較為容易，並且是被認為具備正當性的選項。受訪者E分析在疫情氛圍下，作為付費者團體中的雇主代表，其本身不反對調整保費，僅要求調整的基礎必須具備合理性。相對而言，勞工與職業工會的反對聲浪較大，特別是需負擔60%保費的無雇主職業工會團體，因經濟壓力較重而希望不要調漲。

因此，在法規賦予調漲費率正當性的條件下，行政首長並未選擇如公務預算撥補或專款挪移等短期權宜手段，藉以延遲費率調整的時機。決策者把握被問題窗加上政治窗推開的此一有利政策窗，展現出政策偏好與決策意志，果斷推動影響層面廣、政治風險高、但具備長期結構性意義的費率調漲政策。

政策企業家在政策過程中的成功關鍵，往往源自其深厚的專業知識、代表強大團體發言的合法性，或是其本身所處的權威決策位置。他們具備談判技巧與政治人脈，而最重要的是願意投注大量時間進行政策倡議、遊說與溝通，並在政策窗開啟前，持續對其理念進行軟化與鋪墊的工作。當政策窗開啟時，政策企業家能將其準備已久的解決方案與當前的迫切問題或政治事件進行有效耦合，進而爭取關鍵的政治支持。如果缺乏政策企業家在關鍵時刻有效連結三流，即便政策窗因外部因素而開啟，議題也往往難以突破阻礙，進入權威性的決策議程（Kingdon, 2014:179-182）。在公部門推動參與式預算的研究領域中，政策企業家（或稱政治企業家、政治創業家）被視為串聯政策推向落實的核心，扮演著不可或缺的關鍵角色（徐斯儉、吳建忠, 2011; 蘇彩足, 2017）。

受訪者D指出，在推動重大政策變革時，決策者必須深刻洞察民情並落實溝通，以確保改革理想不致脫離現實。受訪者D認為改革首先應基於社會與民眾的真實需求，避免因決策者單方面的理想而創造出百姓難以理解的虛假需求，以免因曲高和



寡引發社會抗爭。其次，有效的溝通亦至關重要，必須將政策訴求轉化為大眾能感同身受的语言，讓民眾明白改革的目標與願景，進而達成共識，確保政策方案能順利通過並推行。

相當人數的受訪者（如受訪者A、C、D、E、G）認為，時任衛福部陳時中部長在疫情期間累積了高度社會信任與防疫英雄的形象，成功將其轉化為有利政策推行的政治資本。並親自與付費者代表進行溝通，展現誠意以有效緩解利益團體的反彈。在溝通策略上，陳時中與其幕僚巧妙地將此次費率調整定調為「恢復」舊有5.17%費率而非「調漲」費率。這種論述轉換有效地降低民眾對政策的心理抗拒與剝奪感，使得調漲方案具有足夠的社會正當性與接受度。陳部長在關鍵時刻展現的協調能力與策略智慧，使其可被視為促成此次費率成功調漲的指標性政策企業家。

然而亦有意見認為，於此次調漲費率的事件中，並沒有重要的單一英雄人物，而是疫情下的整體社會氛圍促成了政策的成功推行。受訪者B認為保費調漲是否成功是整體社會氛圍所致，並非取決於單一決策者的個人能力或魅力。因為疫情，讓整個社會知道醫師的不可或缺性，希望醫師能夠留在崗位上。所以疫情那段時間對包括健保總額的整個醫療相關預算來講，因為民氣可用故而不會被刁難。

儘管部分觀點將政策成功歸功於首長的溝通協調能力，或認為連動機制在費率調整的政策制定中具有最核心的規範功能，但多數受訪者更傾向認為連年財務失衡的客觀事實與COVID-19疫情的衝擊，才是共同形塑了有利政策窗的根本動能。相較於特定政策企業家的個人特質，結構性的環境力量對政策產出的影響力實則更為關鍵。受訪者D即認為應是先有財務虧損、安全準備金不足等現象，加上法規根據，最後才是適當的人出來溝通。在此脈絡下，善於溝通的行政主管更多是扮演順應社會氛圍的推手，而非扭轉乾坤的決定者。

至於法律規範與連動機制所設定的啟動條件，在實務中則存在較大的操作彈性，決策者往往能靈活運用政治與財務手段進行微調，已達成在特定時間點調漲或不調漲的政策目標。受訪者E與F即認為，法規在實務上往往並非決定性因素，重



要的是如何創造或掌握有利於調漲費率的社會及政治氛圍。受訪者E認為在操作邏輯上，通常是先有氛圍，再由高層做出政治決定，最後才透過「計算公式」來呈現數據以說服大眾。受訪者F強調有關COVID疫情及防治成效形成的氛圍，才是民眾對保費調漲會沒有太大反彈的最重要因素。受訪者F進一步指出，即使法規要求應進行費率調漲，政府仍可透過舉債、公務預算撥補或將部分給付項目切割至公務預算等方式，使費率在下一年度仍可維持不漲。

相對地，受訪者G則強調法規與既定時程具有難以迴避的最高優先性。若在收支連動機制與時程已滿足應調漲費率的情況下，政府仍因政治考慮決定不進行調漲，則恐重蹈過去未即時調漲因而對健保制度永續產生不良影響的覆轍。雖然疫情氛圍確實降低了法規推動的阻力，也減少了個別主管的決策壓力與重要性。然而行政體系長期主張保費議題應減少政治干預，以維持健保制度健康運作，雖然最終仍須政治決定。

健保因連年收支短絀而累積的財務失衡問題，使得政策窗在2020年間由「安全準備金跌破法定下限的預期」（法律規範、問題窗）、「疫情帶給民眾醫療與健康風險的感知」（社會氛圍、政治窗）與「總統高票連任當年、距離下一次大型選舉相對較遠」（政治氛圍、政治窗）三者共同打開，讓費率調整方案得以被送上決策議程。在此關鍵時刻，陳時中部長發揮了政策企業家的功能，謹慎挑選調漲幅度，巧妙地以「調回、恢復」過往費率作為核心溝通訴求，成功將「費率回復到5.17%」的折衷方案與三流結合，化解了來自健保會付費者代表「政府負擔36%欠費爭議」的強烈抗議與強大阻力，有效降低了因保險費率調漲所可能引發的政治風暴。在成功調漲費率的同時，行政團隊未付出重大的政治代價，完成了這次並未導致首長下台的費率調漲。有關「法規制度」、「社會氛圍」、「行政首長」三者在建保財務議題與政策推行間的互動形式，關係間之示意如圖4-7。

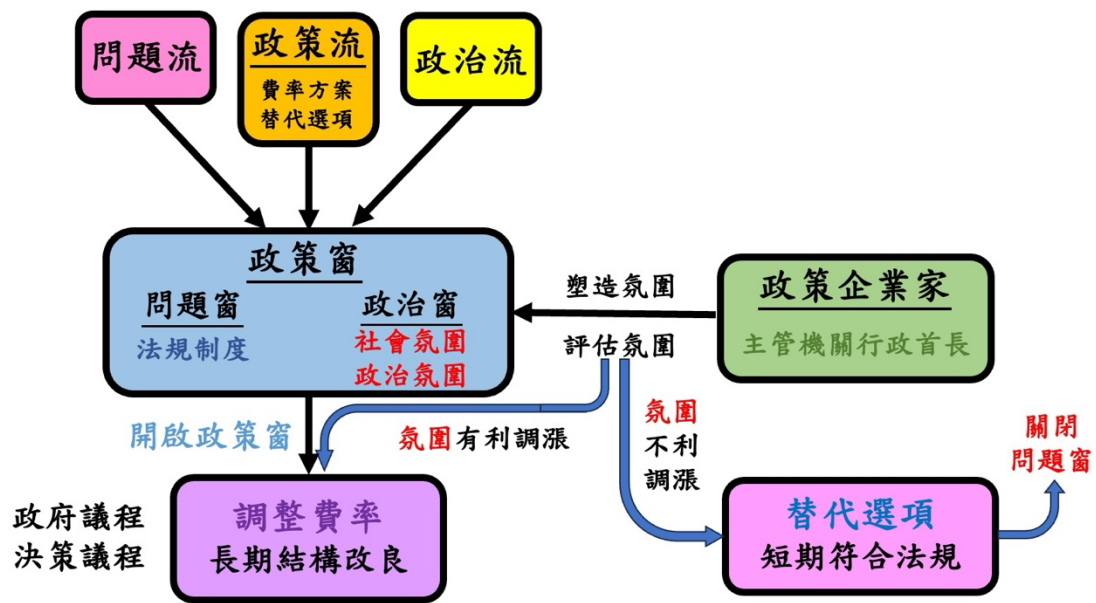


圖 4-7 費率調整政策推行中「法規」、「氛圍」、「首長」三者於多元流架構之互動示意圖

第五節 2021年費率調漲後之 健保財務措施



於2021年度調漲保費費率之後，至2025 – 2026年間有多項與健保財務有關的法規調整與預算撥補措施，對健保收入結構產生明顯的變動，並衍生對健保安全準備餘額及保費費率調整進程之影響。

壹、 健保會廢止「全民健保財務平衡及收支連動機制」

鑑於健保會2015年訂定之連動機制設定的費率調漲時程較早且漲幅偏高，在COVID-19疫情衝擊民生生計的背景下，極易對基層民眾造成沉重的經濟壓力。健保會委員認為該機制是在健保財務相對充裕的時空背景下所訂定，已難因應當時經濟狀況變動與民眾負擔能力。因此健保會於2021年8月將保費費率之審議程序回復至健保法第78條之原則，廢除原有之連動機制，以求更具公平性與政治彈性的決策空間（受訪者A；健保會，2021b）。關於費率審議於原連動機制與回歸健保法第78條後之具體操作差異，兩者之比較整理詳見表4 – 5（健保會，2021a；健保會，2025）。

		財務平衡及收支連動機制	健保法第78條
費率 調漲	啟動條件	當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出	當年年底安全準備累計餘額不足 1 個月保險給付支出
	調整方式	其調升以當年起（含）第2年年底可維持2個月保險給付支出之金額計算為原則	其調漲幅度以當年年底可維持1 個月保險給付支出為原則
費率 調降	啟動條件	當年起（含）第3年年底安全準備餘額超出3 個月保險給付支出	當年年底安全準備累計餘額超出 3個月保險給付支出
	調整方式	其調降以超出之金額計算為原則	其調降幅度以當年年底可維持3 個月保險給付支出為原則

表 4 – 5 費率調整之啟動條件與調整方式（作者整理製表）

貳、 社福、公衛及預防保健項目改由公務預算支出

原健保法施行細則第45條涵蓋多項保險費補助，包括原住民、六十五歲以上離島地區居民、中低收入戶、七十歲以上中低收入老人、中重度身心障礙者、中低收入戶十八歲以下兒少及經濟弱勢者等之健保費補助，而以上各項應屬社福之支出長期被政府納入其負擔健保總經費的計算中，實質上減少了政府應負擔的健保經費。為導正此現象，政府於2025年10月完成條文修訂，將上述社福性質之支出排除於政府負擔健保總經費36%額度計算之外，改為編列公務預算加以支應。³⁴ 為此，政府於2025年編列134億元公務預算撥補原由健保承擔之社福支出，2026年將續撥補138.9億元。³⁵ 此外，2025年度亦將原由健保總額支應、共計111億元的公共衛生與預防保健項目移至公務預算，釋出健保經費回歸支應醫療相關需求，落實公衛預防與醫療保險的責任分流，使健保經費能回歸核心醫療需求。³⁶ 近年「政府負擔不足法定36%差額」之金額數字詳於表4-6，數據顯示自2021年起金額逐年增加，並於 2025 年度呈現更為顯著的上升，反映了制度調整後，政府對於健保法定責任的實質承擔與擴張。

年度	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
金額	485	524	575	596	745	886	933	988	1244

表 4-6 近年度「政府負擔不足法定36%差額」之金額（單位：億元）

（資料來源：衛福部, 2023b:14; 健保會, 2026-1:附件二）

³⁴ 《健保法施行細則》第 45 條修正條文對照表 <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawGetFile.ashx?FileId=0000405549&lan=C&type=1&date=20251020>

³⁵ 中央社，健保財務修法排除計算社福 溯至 114 年元旦補上百億缺口，2025 年 10 月 9 日。檢閱日期，2026 年 2 月 20 日。 <https://www.cna.com.tw/news/ahel/202510090116.aspx>

³⁶ 衛福部，核定 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額，2025 年 1 月 9 日。檢閱日期，2026 年 2 月 14 日。 <https://www.mohw.gov.tw/cp-7183-81144-1.html>

參、最低基本工資調漲及投保等級金額調整提高保費收入

自2016年起，台灣最低基本工資逐步進行調升。依據健保法第19條規定，健保投保金額分級表之下限須與最低基本工資相同，故當調整最低基本工資時，投保金額下限亦將隨之調整。最低基本工資及健保投保金額最低之第一級投保金額，於2021年為24,000元、2022年25,250元、2023年26,400元、2024年27,470元、2025年28,590元、2026年29,500元。由於台灣約有三分之一的健保被保險人是以最低基本工資投保繳交保費，最低基本工資的調升同時提高了被保險人、雇主及政府三方須負擔的健保保費，健保收入就會隨之增加（受訪者A、B）。近幾年因最低基本工資調升連帶提高投保金額，使每年度健保保費收入增加約四十多億元。³⁷

此外，為落實量能負擔原則，最高投保等級及金額亦同時逐步提高。依據健保法第19條，投保金額分級表設有自動調整門檻，若適用最高級距之被保險人數占總人數比例超過3%且持續滿一年，主管機關須於次月加高投保等級。此機制目的在確保分級制度隨國民所得結構變動進行動態的結構性修正，以維護保險財務的垂直公平。在此法定規範下，2023年度投保等級由46級調為50級，最高等級之月投保金額由18.2萬元調升至21.95萬元。2025年度再調整為59級，最高等級之月投保金額提升至31.3萬元。衛福部官員指出，此調整緊影響「最低」及「最高」兩級薪資投保者，其他投保級距未有變動。以2025年度投保等級之調整為例，預計調整後每年健保將新增約86億元收入。³⁸

³⁷ 中央通訊社，最低工資連 11 漲 2026 年起月薪 2 萬 9500 元、時薪 196 元，2025 年 9 月 26 日。檢閱日期，2026 年 2 月 1 日。<https://www.cna.com.tw/news/ahel/202509260245.aspx>

³⁸ TVBS 新聞網，健保 2025 年元旦調整 每人每月最高多繳 831 元保費，2024 年 12 月 20 日。檢閱日期，2026 年 2 月 14 日。<https://news.tvbs.com.tw/life/2724970>



肆、 補充保險費收入隨經濟景氣改善而增加

2021年度調升健保之一般保險費費率時，亦同步將補充保險費費率自1.91%調升至2.11%。補充保險費於2017至2020年間平均每年度收入約467億元，而2021年度費率調高後升至582億元。2022年後，受惠於台灣經濟環境改善，企業獲利與股利發放狀況良好，來自股利、獎金及兼職所得等的補充保險費收入超乎以往數年（表4-7）。2022至2025年間，補充保險費收入大幅上升至平均每年度約735億元，為近年健保財務提供了相當可觀的挹注。

年度	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
金額	451	466	477	473	582	724	723	715	778

表 4-7 近年度補充保險費收入金額（單位：億元）

（資料來源：衛福部, 2023b:14; 健保會, 2026-1: 附件二）

衛福部2025年曾考慮提出修正健保法第31條，進行補充保險費改革，計畫將利息、股利、租金等非薪資所得之收入改採年度結算制，並將扣繳上限由1000萬元大幅提升至5000萬元。此舉估計影響約480萬人，可為健保挹注100至200億元收入。儘管此一改革可強化量能負擔與賦稅公平，卻可能導致行政成本與社會壓力激增。最終，在強大的社會反彈聲浪與壓力下，行政院緊急喊停該修法提案，暫緩具爭議性的規劃，另尋更具社會共識的改革替代方案。³⁹

³⁹ 遠見雜誌，二代健保補充保費改革惹議！利息股利年收逾2萬要課稅，政院指示「暫緩規劃」，2025年11月7日。檢閱日期，2026年2月20日。
<https://www.gvm.com.tw/article/125615>

伍、 公務預算與特別預算對健保基金之撥補



隨著2023年防疫政策調整，COVID-19相關醫療支出由特別預算轉回健保基金支付，加上疫後民眾就醫需求回升，致使健保總額點值面臨大幅稀釋壓力。為減緩醫療院所之經營衝擊，健保署建議動支其他預算以編列「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」。行政院針對不足之部分，於該年度增列240億元公務預算挹注健保基金，以支應點值缺口，確保醫療體系之穩定運作。⁴⁰ 此240億元撥挹注健保基金，目的為撥補安全準備金不足之用，以避免需要進行費率調整（健保會，2024:93）。

此外，行政院依據《中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別條例》之法源，將挹注健保基金列為特別預算主要用途之一。⁴¹ 於2024年撥補200億元挹注健保基金，以支應前一年度總額結算差異與補助總額點值，作為穩定健保醫療點值的財政緩衝，減緩因醫療需求激增對健保體系造成的震盪（健保會，2025:99）。

2025年中央總預算中，行政院編列「健保財務協助方案」約335.6億元，其中包含自健保總額移出約111億元的公共衛生與預防保健支出改由公務預算支應。另將辦理癌症新藥暫行性支付專款、護理人力政策整備計畫、提升醫療院所智慧化資訊機制及罕病藥費原屬健保總額項目移至公務預算編列，並額外撥補155億元直接挹注健保基金，以維持點值與制度穩定。⁴²

立法院於2025年7月三讀通過《因應國際情勢強化經濟社會及國土安全韌性特

⁴⁰ 健保署新聞，健保署爭取預算補貼疫後點值 穩定醫療品質量能，2023 年 12 月 3 日。檢閱日期，2026 年 2 月 14 日。<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-13144-394b8-3255-1.html>

⁴¹ 行政院新聞，陳揆拍板通過疫後特別預算案 親自召開記者會說明預算分配情形 籲請立院儘速通過預算審查 打造溫暖堅韌國家，2023 年 2 月 23 日。檢閱日期，2026 年 2 月 14 日。<https://www.ey.gov.tw/Page/9277F759E41CCD91/205ab96a-c4a6-442f-b7ae-a1ae01fd26d9>

⁴² 立法院，衛生福利部(不含社會福利部分)、疾病管制署、中央健康保險署、國家中醫藥研究所 114年度單位預算評估報告，2024年10月1日。檢閱日期，2026年2月14日。<https://www.ly.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=55666&pid=243954>

別條例》，附帶決議明定挹注健保基金金額不得低於各該年度預算總額之12%。⁴³ 依此條例經費上限5,700億元估算，健保基金於此條例及其特別預算施行期間(2025年3月至2027年12月)，約可獲得680至700億元之經費挹注。

經由將社福、公衛及預防保健項目移出健保給付範圍、一般保險費收入因最低基本工資調漲提高及投保等級金額調整而增加、補充保險費收入因經濟環境改善而提高、公務預算及特別預算直接挹注健保基金等諸項政策措施，在支出端移轉、收入端成長的情形下，健保安全準備金自2021年調漲健保費率後均維持超過1個月醫療給付金額之法定要求（表4-8），使健保保費費率至2026年度為止未再進行調整。

年度	2020	2021	2022	2023	2024	2025
保險成本	6,954	7,274	7,498	7,771	8,110	8,334
保險收入	6,278	7,119	7,602	8,110	8,344	8,790
當年收支餘絀	- 676	- 155	103	339	234	457
安全準備餘額	1,091	936	1,040	1,388	1,622	2,078
安全準備月數	1.88	1.55	1.66	2.14	2.40	2.99

表 4-8 2020-2025年健保基金收支及安全準備金概況（單位：億元）

（資料來源：衛福部, 2023b:14; 健保會, 2026-1: 附件二）

然而，保險費率審議前專家諮詢會議指出，政府在2023年與2024年分別撥補健保安全準備金240億元及200億元，雖能有效緩解當下健保財務壓力，但卻推升了未來調整費率的門檻與難度，對健保整體的改革進程恐產生負面影響。專家建議，長

⁴³ 聯合新聞網，不僅普發一萬！特別條例三讀附帶二項決議 健保撥補優先補助藥品，2025年7月11日。檢閱日期，2026年2月14日。<https://udn.com/news/story/124539/8866733>

期健保財務問題應回歸健保制度本身的調整機制，或根本性地重塑健保財務的收支結構（健保會, 2024:105）。學者指出，自COVID-19疫情以來，政府頻繁動用公務預算挹注資金以填補缺口，雖能使健保安全準備金得以維持在法定水位，從而規避費率調漲的壓力，卻也反映出政府在開闢財源、擴大費基及因應人口結構轉型等關鍵結構性改革上的遲疑與停滯。當前健保制度的困境已日益凸顯，仰賴公務預算撥補並非長久之計。以撥補換取凍漲的策略，恐對健保體制的長期永續經營構成重大威脅。⁴⁴

陸、 預估2028年將再度面臨安全準備金不足法定水位

健保署 2026 年 4 月 22 日於健保會會議中，針對 2027 年度之健保基金預算備查案報告時指出，2027 年度保險收入成長率 4.98%而保險成本成長率為 6.18%，保險收支短絀將達 817.21 億元，該年底安全準備將僅餘 833.42 億元，約當 1.03 個月保險給付支出（健保會, 2026-3:77）。健保署預估 2026 及 2027 年度之收支餘絀、安全準備餘額及約當保險給付月數如表 4－9。

年度	項目	健保署財務預估
2026	短絀數（億元）	427.74
	安全準備餘額（億元）	1650.63
	約當保險給付月數（月）	2.16
2027	短絀數（億元）	817.21
	安全準備餘額（億元）	833.42
	約當保險給付月數（月）	1.03

表 4－9 健保署預估之收支餘絀、安全準備餘額及約當保險給付月數

（資料來源：健保會, 2026-3:77）

⁴⁴ 中華經濟研究院，健保制度多年未大修 學者：靠公務預算撥補非永續之道，2025 年 2 月 21 日。檢閱日期，2026 年 2 月 20 日。<https://www.cier.edu.tw/focus-ch/10290/>

針對 2028 年健保可能再度面臨安全準備不足的情形，衛福部長石崇良坦言，相信多數民眾都不希望健保費調漲，但基於健保作為社會保險的精神，當費率有調整必要時仍應適度調升，同時也將持續爭取各項資源挹注健保財務。⁴⁵ 消基會執行董事吳榮達認為，健保收入成長有限，但給付範圍及項目逐年擴增，因此健保費率的調整是必然之趨勢，民眾應對此有所認知。醫改會執行長林雅惠則指出，目前健保財務的穩定是政府頻繁撥補公務預算所營造出來的假象，實際已侵蝕健保法所設計的收支連動機制。近年來，安全準備金的臨界點在實務上已失去原有的警示功能，健保費率調漲與否實際上往往取決於政府是否以公務預算進行撥補。⁴⁶

⁴⁵ 中央社，健保安全準備金近下限、保費 117 年恐漲 石崇良：該漲就漲，2026 年 5 月 9 日。檢閱日期 2026 年 5 月 18 日。<https://www.cna.com.tw/news/ahel/202605090124.aspx>

⁴⁶ 中國時報，全民健保費後年可能調漲 116 年度試算淨短絀 818 億 隔年安全準備金難支撐，2026 年 5 月 8 日。檢閱日期 2026 年 5 月 18 日。<https://www.chinatimes.com/newspapers/20260508000546-260120?chdtv>

第五章 結論與建議



本研究以Kingdon多元流理論作為分析架構，深入剖析台灣全民健保於2021年進行費率調漲的政策形成歷程。綜合歷史脈絡分析、政策文件與會議紀錄檢視、媒體報導內容分析以及深度訪談結果，本章綜整在健保財務失衡、COVID-19疫情與人口結構轉變等多重壓力下，政策議程如何設定、眾多方案如何折衝，以及政治力量與政策企業家如何把握政策窗開啟時機，最終促成決策耦合與順利推行。除回應研究問題，亦進一步提出政策建議，並謹慎說明本研究之限制。

第一節 主要發現

本節依據多元流理論，從問題流、政策流與政治流之互動分析，歸納2021年健保費率調漲案例的關鍵發現，並進一步討論三流匯合與政策企業家的角色，以及本研究在理論與實務上的貢獻。

壹、問題流

本研究發現，2021年健保費率調漲並非由安全準備金水位不足此單一因素所驅動，而是長期結構性問題與短期財務危機交織的結果。在結構面上，台灣於2020年進入人口負成長，工作年齡人口自2015年後逐年遞減導致勞動力萎縮，因而抑制了現行以經常性薪資為基礎的健保保費收入。同時自2018年進入高齡社會並快速邁入超高齡社會，高齡者慢性病醫療需求增長，帶動醫療費用支出上升。高價藥物與新醫療技術納入健保給付，持續推升醫療支出的飆升。COVID-19疫情則進一步放大醫療與公共衛生支出，使健保同時承擔醫療保險與國家健康安全體系的雙重壓力。以上諸點，共同強化了健全健保財務與制度改革的迫切性。在健保財務指標



部分，健保收支的連年短絀，致使安全準備金逐年下降，並即將低於連動機制之下限水位，觸發了費率調漲的啟動條件，指標的驅動與制度的觸發共同將健保財務危機問題的處理推上了政策議程。

貳、政策流

在政策方案的醞釀過程中，存在著社會保險公平性與疫情下民眾負擔能力的價值衝突。圍繞健保財務困境出現了多元替代方案的競爭與折衝，包括調整一般保險費費率、提高部分負擔、要求政府補足應負擔健保總經費36%差額、推動家戶總所得制，以及減少浪費、加強節流與催收呆帳等。其中，付費者代表強烈質疑公務預算撥補不足才是安全準備金偏低主因，主張政府應先補足因收入面與支出面算法差異所產生的歷史差額，再談費率調漲，以凸顯政府責任並維護社會保險公平性。學者與政策社群則長期倡議家戶總所得制與部分負擔調整等結構性改革方案，但在疫情衝擊與景氣低迷之下，大幅重分配改革的政治風險過高，加上修法與跨部會協調時程漫長，難以在短期內解決迫切財務缺口。

在經過技術可行性、財務效果與政治接受度的篩選後，調整一般保費費率因具備財務效果最直接、實施時程最可掌握且仍符合社會保險風險互助與三方分擔精神，最終成為核心方案，其餘方案則多被定位為中長期改革願景或配套政策。

參、政治流

在議程設定階段，主管機關將媒體視為政策緩衝與民意偵測的工具，透過釋放調漲訊息作為「風向球」，評估社會對調漲費率的反彈強度。本研究發現，儘管初期媒體輿論多持正向或中立立場，但健保會委員付費者代表與立法委員施壓介入，將焦點轉向結構性改革及政府負擔總經費36%的計算爭議。付費者代表主張政府應先補足因收入面與支出面算法爭議而產生的撥補不足，而非先進行費率調漲，意圖

以此延緩政策推進。然而，政府透過法律見解的界定與政治責任的切割，將36% 總經費負擔爭議與費率調整案的關聯進行脫鉤處理，顯示政治流中解決結構性問題的訴求雖具正當性，但在面臨急迫財務赤字時，往往難以實質阻斷核心行政議程。

健保會在費率審議過程中，扮演了民意溝通與利益匯聚的平台。但在2021年費率調漲案中出現罕見的兩案並陳狀況，付費者代表傾向微調的甲案（4.97%），而醫界則支持調幅較大以維繫點值的乙案（5.47%–5.52%）。最終行政主管機關核定選擇了折衷費率5.17%，其決策邏輯體現政治的權衡。並謹慎修辭說明5.17%僅是「還原、恢復」至2012年調降前的水平，降低了漲價的政治汙名感與民眾直覺反感，更在法律規範與民眾忍受度之間取得平衡點，換取兩年的財務緩衝期。此一決策路徑證實了在缺乏社會共識時，行政首長的意向與政治可行性考量，是決定政策最終走向的關鍵變數。

肆、政策窗

自2016年調降費率後，健保連年收支短絀導致安全準備金持續探底，預估2021年底將跌破法定下限，構成難以再行延宕的制度性財務壓力，因而開啟了問題窗。

選票壓力與大選時程為政治決策的核心，政府在2020年總統大選前因選票考量對費率調整持保守態度。隨著蔡英文總統於2020年1月高票連任，擁有高漲的政治聲望與執政能量，且距離2022年11月的地方大選尚有近兩年的時間，短期內選舉壓力較低，政府較有政治空間承擔推行不受歡迎決策的政治後果，促使2021年成為排除調整費率之政治流阻力的關鍵時機。

COVID-19疫情讓全民直接體認醫療照護與防疫體系的重要性，而重大健康危機可能成為促成衛生醫療財政改革「位移效果」⁴⁷ 的觸發點（Peacock and Wiseman,

⁴⁷ 「位移效果」（Displacement Effect）理論指出，平時民眾對租稅相關支出的調升容忍度有限，但當如發生戰爭、重大危機、嚴重災變等社會擾動時，社會對較高稅課負擔的容忍度會提高。

1961)。台灣在疫情期間，政府防疫表現獲得高度國內支持與國際肯定，形成民眾願意為守護健保與防疫能力而付出較高保費的政治氛圍，有助政府堅定推動具高度政治風險之費率調漲政策的決心。



伍、政策企業家

在政策企業家方面，本研究發現2021年健保費率調漲案例並非傳統意義上單一個人主導，而是呈現個人領銜、制度支撐的集體促進模式。時任衛福部長陳時中憑藉防疫累積的高社會信任與防疫英雄形象，將專業知識與政治資本轉化為政策說服力，最接近政策企業家的角色。透過親自與付費者代表溝通，善用「恢復」而非「調漲」的修辭，反覆強調調幅有限及保障權益不變等訊息，有效緩和民眾的心理抗拒及利益團體的阻力。然而本研究指出於此政策過程中，相較歸功於單一英雄的成就，更重要的是社會與政治氛圍開啟了政策窗，使得政策最後得以成功施行並減低政治衝擊。然而陳部長精準捕捉社會氛圍，克服36%負擔差額的爭議，選擇折衷方案並加以適度包裝，達成健保財務穩定的政治任務，且未付出重大政治代價，完成了一次穩健的制度修正。

同時，2015年建立的連動機制，加上健保會作為制度化協商平台，以及法定費率審議程序與時程，共同構成一套具約束力且與責任分散的治理架構，將高度政治性的財務決策嵌入常規化程序之中，一定程度上減少費率調整對個別決策者政治勇氣的依賴。此一現象顯示，制度化程度較高的政策場域中，多元流理論中原本強調的個人政策企業家角色，部分已由制度機制與集體行動者（如本研究中之健保會委員）所承擔。

陸、偶然的奇蹟還是可複製的典範

2021年健保費率調升順利完成，為主管首長未因費率調漲而承擔政治責任去

職的先例。這究竟是偶然的奇蹟，還是可以複製的政策典範？根據本研究之多元流理論分析，此次成功實為「偶然的政治契機」與「可複製的策略制度」兩者交織耦合的結果。在難以再現的外部危機中，隱含具備參考價值的決策智慧。

COVID-19疫情的全球爆發，為政策推動開啟了極為特殊的政治窗。全球性公共衛生危機讓全民深刻體認醫療韌性與防疫體系的重要性與不可或缺性，形成對醫護人員高度尊敬與感謝的社會氛圍，加上台灣初期防疫成功使得民眾對醫療衛生行政機關與首長具備高度信任。在「對疫情威脅的恐懼高於對保費漲價的厭惡」之社會心理下，費率調漲的政治阻力被顯著降低。多位受訪者坦言若非疫情因素，當時調升費率恐難以成事。這種因極端危機所產生的位移效果，具有極強的時空獨特性，是未來難以全然複製的偶然奇蹟。

其次，掌握有利的選舉週期與結果，可以提供較大的政治餘裕與關鍵的政治緩衝。蔡英文總統於2020年1月高票連任，政治聲望與執政能量正值高峰，且距2022年11月地方大選尚有近兩年時間，短期選舉壓力處於低點。政府在2020年選後立即啟動費率調漲討論，使其得以在政治資本最充裕之時，承擔推動高度不歡迎政策的代價，而不致於立即面臨選票流失甚或敗選的威脅。總統連任勝選後當年與次年可視為有利的政治窗，用以降低政策推動的政治代價。如此之政治契機雖未能肯定預期，但在未來卻可能再現，對推動高度政治風險的制度永續改革而言應積極把握，以降低制度改革之政治成本。

相對於疫情危機的偶然性，決策者對制度工具的運用與修辭框架的塑造，則可成為策略典範。透過將財務警報轉化為法律規範下的行政義務，使調漲具備法規正當性而非單純的政治選擇。將財務問題指標加以客觀化，可使調漲具備更高的政策說服力。善用體制內的法定協商平台，讓各方代表充分表達意見並進行折衝。將過往由行政首長單獨承擔的巨大決策壓力，轉化為多方參與的公開諮詢機制。透過將高度政治性的財務決策嵌入常規化程序，共同構成一套具約束力且責任分散的治理架構，一定程度上減少對個別決策者政治勇氣的依賴。具備較高社會信任的政策



企業家親自參與利害關係人溝通協調，化解利益團體的阻力，使用精準的修辭框架提升政策說服力，以有效化解民眾的心理抗拒，亦是提升高政治風險政策得以成功的有利條件。

總結而言，若要將此次成功經驗轉化為可複製的典範，不能僅寄望於難以預期的外部危機，必須從制度面建立更系統性的調整機制，方能使健保財務回歸專業理性的調整軌道，而非受困於政治窗的偶然開啟，或依賴個別決策者的政治勇氣。

柒、「社會保險」與「社會福利」間的制度原則漂移

本研究於梳理健保費率調漲機制時，同時發現台灣健保在社會保險精神與社會福利邏輯之間，出現了制度原則的漂移。2011年修訂之健保法第3條明定政府每年度須負擔健保總經費至少36%之法定義務，加上近年頻繁以公務預算和特別預算直接挹注健保基金之操作，表面上雖是政府履行對全民健康的財政承諾，體現國家對國民醫療照護的積極責任。然而若從社會保險的核心精神加以審視，此二種機制擴張了政府在健保財務平衡上的最終責任，在不同程度上使得健保的制度邊界產生漂移，使其由精算自律的社會保險精神，逐漸向政府擔保的社會福利邏輯靠攏。而此一漂移過程所造成的制度模糊，常是政治現實下路徑依賴與妥協的靜默積累，而非基於有意識與系統規劃的制度重構。制度模糊不僅帶來財務結構的扭曲，亦將使任何結構性改革面臨社會保險與社會福利的根本制度路線爭議。

楊靜利（2000）在分析社會保險的意義時指出，社會保險居於商業保險與社會救助的連續光譜之間，其內涵本無絕對標準，各國因不同政治、社會經濟背景與價值觀念，均會形塑不同的制度型態，是以社會保險的財源有相當之變異性。相對而言，主要財源為一般稅收的社會福利，易與其他政府支出產生相互排擠，常存有社會福利拖垮政府財政或財源不足的擔憂。

孫迺翔（2016）在分析德國健康保險制度時亦指出，19世紀下半葉德國社會保

險制度初創之際，法定健保嚴格排除國家補助，保費完全由被保險人與雇主共同分擔。然而，近年來德國亦逐漸走向由聯邦政府對法定健保進行財務撥補的模式，改由政府每年編列公務預算，依法律所定金額撥付至健保基金。這顯示即使是社會保險的發源地，在面臨財務壓力時亦出現了類似的制度流變。

社會保險的財務健全，本仰賴保費收入能夠真實反映給付成本的動態調整機制。當公務預算或特別預算的撥補成為取代或延滯費率調整的工具，被保險人與雇主所繳交的保費便不再是醫療風險成本的真實載體，反而逐漸變為一種象徵性的制度參與憑證。此時健保財務穩定的主要機制，便從精算的自律基礎逐漸轉而依賴由政府財政信用背書的政治承諾。社會保險制度的精算自律性一旦喪失，其本質便逐漸蛻變為一種由國家承擔最終財務差額的準福利制度。

就近年的健保財務現實而言，支出面在總額持續高度成長的壓力下，安全準備金得以維持符合法定之規範，有賴於多重有利條件的同步支撐。基本工資及投保薪資結構上限逐漸調升帶動一般保費收入穩定增加，景氣暢旺使資本利得、股利等補充保費來源顯著擴張，政府更持續以公務預算與特別預算進行大規模撥補。上述有利條件的匯聚，雖使健保得以在費率凍結下維持財務穩定，卻高度依賴特定經濟情勢的持續，必須謹慎面對期隱藏的不穩定性。一旦景氣出現反轉，薪資結構成長停滯將壓縮一般保費的增幅空間，股利、利息與資本利得的萎縮將使補充保費收入面臨停滯甚至縮減。與此同時，醫療需求與給付成本的剛性增長，並不因景氣循環而停歇。當保費收入成長動能趨緩、給付支出持續擴張，而費率調整又因政經情勢不利而難以啟動時，為維持健保的基本運作，政府的財政負擔勢必進一步攀升。長此以往，政府財政對健保的持續撥補，可能對其他重要公共建設與社會投資形成排擠效應，對健保的長期財務永續將再度構成嚴峻挑戰。

綜上所述，為持續有效因應醫療需求的變化與整體發展，除須建立費率調整的合理法規機制外，政府亦應積極形塑民眾對於費率須合理且即時調整的心理預期，藉以降低費率調整所伴隨的政治風險與社會衝擊，以利健保財務的長期永續。



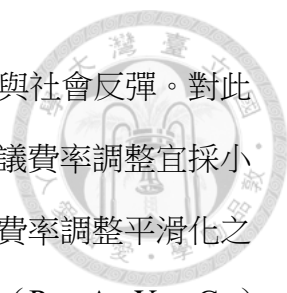
捌、理論與實務上的貢獻

在理論層面，本研究彌補了過往台灣健保政策研究多偏重於制度描述或財務精算，而缺乏對政策議程設定與形成過程剖析的缺口。本研究驗證了Kingdon多元流理論對於分析台灣健保費率調整此類兼具高度技術性與政治敏感性的政策過程具有相當的解釋力。研究並透過引入Peacock與Wiseman的「位移效果」概念，說明全球性公共衛生危機如何在政治流中創造強大的政策窗，降低民眾對加稅或漲價政策的抵抗。本研究亦透過比較歷次費率調整經驗，揭示台灣健保政策之制定與變革，逐漸從個人化政治風險承擔走向制度化決策責任分散的治理演變，為政策變遷理論提供了在地化的實證案例。

在實務層面，本研究系統性整理健保基金性質與財務結構、費率調整歷程、收支連動機制運作以及健保會審議過程，呈現不同財源工具與制度設計之間的互動關係，並具體分析2020–2021年間各行動者的論述策略與互動模式，為未來面臨類似財務壓力時的議程設定時機、政策包裝與溝通策略提供實證參考。研究同時展示了健保會作為制度化協商平台，如何將高度政治性的決策嵌入常規程序，減少對個別決策者政治勇氣的依賴。

第二節 政策建議

台灣全民健保自1995年施行至今，共歷經三次一般保費費率調漲。2002年費率由4.25%調高至4.55%（調幅7.1%），2010年調至5.17%（調幅13.6%），隨後因2013年二代健保開徵補充保險費及2016年因安全準備過高而兩次調降，但2021年費率再由4.69%回升至5.17%（調幅10.2%），呈現明顯的階梯式調漲模式。由於調整頻率過低導致財務缺口累積，造成單次調幅過大，嚴重衝擊民眾觀感與經濟負擔，在



沒有如COVID-19疫情的嚴重事件時，容易引發重大的政治風暴與社會反彈。對此連賢明等人（2019）於衛福部委託研究中指出，多位專家學者建議費率調整宜採小幅、多次模式，提高調整頻率，避免單一年度突然暴漲，以達到費率調整平滑化之目標。在調整頻率的爭議上，部分專家基於健保財務「隨收隨付」(Pay-As-You-Go)之本質，主張應落實收支連動機制，建議將財務平衡期間縮短至一年，並透過自動化設定每年微調約1%，以避免長期未調整後的大幅調漲引起民眾反感。然而反對頻繁調整者則考量行政作業繁瑣、政策宣導成本及政治壓力，認為每年調整易引發社會混亂與預期心理。於研究報告之訪談紀錄中，陳孝平提出平時固定小幅成長、每4至5年進行結構性大調的折衷模式，而盧瑞芬則建議建立如油價的自動調整機制。多數健保會委員與學者認為「兩年調整一次」最具可行性，能在財務靈敏度與政治現實間取得平衡，能緩解隨收隨付制度下的財務缺口，亦能避免每年調整帶來的行政負擔與社會觀感不佳，是落實健保財務永續經營的重要途徑（連賢明等，2019）。

目前雖有健保會作為年度總額成長及費率審議的主要溝通討論場域，但付費者代表（被保險人、雇主）與醫療提供者對健保運作與發展的底層邏輯存在重大分歧。前者追求以最低成本維持健保體系運作，後者則強調財務健全下持續醫療體系的運作及發展，此分歧具體呈現於歷年總額成長率方案的雙方差異之中。在費率審議上雖雙方多能達成共識，但在2021年度審定費率調漲時即出現極大的目標及方案差異。在2021年健保會廢除收支連動機制後，目前費率調漲機制為安全準備金低於一個月給付金額時方始啟動，嚴重限縮的健保財務操作的靈活性。

在不過度依賴公務預算或特別預算不定期大筆撥補，而以本研究聚焦的費率政策作為健保財務穩定手段的前提下，建議在年度費率審議與核定时，給予一個「符合安全準備法規」及「收支平衡費率」間的費率範圍。在健保收支出現失衡，安全準備金低於一個月或高於三個月的法定水位時，授權健保基金主管機關得以季為單位即時於核定費率範圍內逕行微調，調整幅度以不高於核定費率範圍間四

分之一為原則，以穩定法定安全準備金之儲備，維持健保之有序運行。同時建立直觀財務指標並定期發布財務預警，讓公眾即時了解健保財務現況，降低溝通成本。然而年度中之費率微調機制之建立，須先進行健保法之修改，費率變動後收繳金額程序亦須設計細部之流程與配套，執行之難易仍需未來研究規劃以進一步評估其利弊優劣。

此外，把握總統大選（特別是總統成功連任）之後到地方選舉前較為寬裕的政治窗進行健保財務的結構性調整，避免因為保費調整週期過長而導致調幅過大的政治風險。經由建立小幅、多次且具自動化規則的平滑化調整機制，降低單次大幅費率調整的政治壓力與衝擊。減少執政者為規避較大政治風險的保費費率及財務結構之調整，過度依靠以公務預算或特別預算對健保進行非常規化之不定期撥補。亦避免因延滯健全財務體系必要改革所造成的長期結構性影響，使健保逐漸偏離由被保險人、雇主及政府共同承擔的社會保險精神。針對健保保費費率調整機制之建議流程，如圖5-1所示。

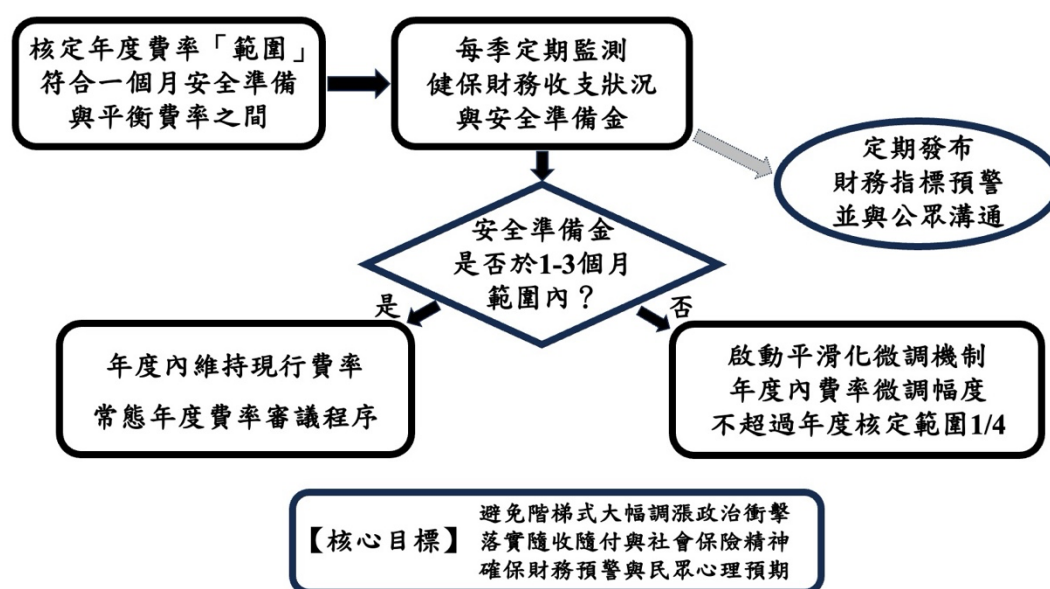


圖 5-1 健保保費費率調整機制建議流程圖



然而若欲建立小幅、多次且具自動化規則的平滑化調整機制，仍須修訂健保法等相關法規，並審慎規劃收繳系統之即時調整因應。其實務可行性與具體落實方式，仍有待未來進一步探討。此外，除了本研究聚焦的保費費率調整之外，針對健全健保財務，尚有多項措施可納入考量，例如推動補充保險費改革、重新研議以家庭總所得制作為收費基礎，以及建立政府以公務預算或特別預算撥補健保經費之規範機制等，均值得未來審慎評估。

第三節 研究限制

本研究在研究設計與資料運用上存在若干限制，須謹慎解讀相關結論與推論。本研究高度依賴官方文獻與會議紀錄，可能存在政府觀點的偏誤與局限，較難捕捉非正式協商的全貌。且訪談對象多集中於中央行政官員與健保會委員等接近決策核心之人士，較缺乏基層被保險人與弱勢病患團體的觀點。訪談所得之資訊，可能因於受訪者之選擇及主觀記憶偏誤而有所受限，且政策過程中相關資料的完整性欠缺與時間落差，亦可能限制分析的全面性。

儘管如此，交叉比對本研究的訪談與文件紀錄，受訪者雖在個人觀點上有所差異，但在事件始末與時間軸上仍呈現高度一致性。這顯示本研究收集的資料在見解、概念或理論維度上已趨向飽和，關鍵觀點與資訊應已無顯著之遺漏。

本研究的媒體分析聚焦於主流新聞媒體之報導，未涵蓋社群媒體與網路論壇中具備強大動員能力的非官方輿論動態。在社群媒體與網路論壇盛行的當下，網路言論對政策情緒的動員具備關鍵影響，未來研究可結合大數據內容分析，探索非對稱資訊下的輿論演變。

由於本研究聚焦於特定政策事件，其發現深受當時社會氛圍與情境脈絡影響，

特別是COVID-19疫情下的特殊決策環境，具有極強的時空獨特性，未來難以在其他政策議程中全然重現。因此將研究結論類推至不同政策領域，或於不同時空氛圍下應用相同政策邏輯時，須審慎評估其脈絡差異性，並對推論的適用範圍與有效性保持嚴謹態度。

參考文獻



壹、中文部分

- 文羽莘、黃旭明、江東亮, 2012, 〈台灣醫療保健支出成長率的分析：醫療通膨, 質量與公平性〉。《台灣公共衛生雜誌》, 31(1):1-10。
- 立法院, 2020a, 〈立法院第10屆第1會期第4次會議紀錄〉。《立法院公報》第109卷第4期院會紀錄。
- 立法院, 2020b, 〈立法院第10屆第2會期第5次會議紀錄〉。《立法院公報》第109卷第94期院會紀錄。
- 立法院, 2020c, 〈立法院第10屆第2會期第6次會議紀錄〉。《立法院公報》第109卷第97期院會紀錄。
- 立法院, 2020d, 〈立法院第10屆第2會期第8次會議紀錄〉。《立法院公報》第110卷第5期院會紀錄。
- 主計總處, 2022, 〈109年65歲以上高齡者健保醫療費用占39.8%〉。《國情統計通報》第231號。
- 行政院, 2004, 《行政院二代健保規劃小組總結報告》。台北: 行政院。
- 江東亮、文羽莘、謝嘉容, 2014, 〈全民健康保險制度的發展與問題〉。《台灣醫學》, 18(1):33-42。
- 江明修、張浩榕, 2020, 〈從「社會企業」到「社會創新」之政策變遷分析: 多元流程模型的觀點〉。《文官制度》, 12(2):1-34。
- 吳文傑、許績天、鄭清霞、連賢明、黃勢璋, 2014, 《保險費計費基礎之探討 (計畫編號:M03E5010) 》。臺北市: 衛生福利部委託科技研究計畫期末報告。
- 李玉春、黃昱瞳、黃光華、葉玲玲、陳珮青, 2014, 〈全民健保支付制度改革之回顧與展望〉。《台灣醫學》, 18(1):53-66。
- 李可珍, 2019, 〈全民健保面臨迫在眉睫的挑戰〉。《Taiwan Business TOPICS》,



49(5):16-27。

林昭吟、陳敦源、劉宜君、蕭乃沂, 2007, 〈二代健保保費改革方案預評估-民眾與

菁英對改革方案之認知與偏好的比較〉。《行政暨政策學報》, 44:43-78。

徐斯儉、吳建忠, 2011, 〈在治理改革中走向民主:浙江溫嶺鄉鎮人大參與式預算之

個案研究〉。《中國大陸研究》, 54(1):1-28。

孫迺翔, 2016, 〈揮別俾斯麥模式社會保險制度?從德國聯邦憲法法院幾則判決評

析德國近二十年健保制度改革方向〉。《歐美研究》46(3):373-442。

梁景洋、韓幸紋, 2020, 〈從人口老化及薪資停滯角度探討全民健保財務及保費負

擔世代分配問題〉。《臺灣經濟預測與政策》, 51(1):57-110。

許績天、韓幸紋、連賢明、羅光達, 2011, 〈部分負擔調整對醫療利用的衝擊:以2005

年政策調整為例〉。《台灣公共衛生雜誌》, 30(4):326-336。

陳欽賢、劉彩卿、周添城, 1998, 〈自負額制度之探討〉。《經濟研究》, 35(1):83-117。

連賢明、許績天、唐孟祺、陳妍蓓, 2019, 《建立合理健保財務平衡及資源配置多

元運作模式評析 (計畫編號:MOHW108-NHIC-S-113-012001) 》。臺北市:衛生福利部委託研究計畫期末報告。

國發會, 2020, 《中華民國人口推估(2020-2070) 》。

國發會, 2024, 《中華民國人口推估(2024-2070) 》。

健保會, 2015, 《衛福部全民健康保險會第2屆104年第10次委員會議議事錄》。

健保會, 2020-1, 《衛福部全民健康保險會第4屆109年第1次委員會議議事錄》。

健保會, 2020-2, 《衛福部全民健康保險會第4屆109年第2次委員會議議事錄》。

健保會, 2020-4, 《衛福部全民健康保險會第4屆109年第4次委員會議議事錄》。

健保會, 2020-7, 《衛福部全民健康保險會第4屆109年第7次委員會議議事錄》。

健保會, 2020-8, 《衛福部全民健康保險會第4屆109年第8次委員會議議事錄》。

- 
- 健保會, 2020-9, 《衛福部全民健康保險會第4屆109年第9次委員會議事錄》。
- 健保會, 2020-10, 《衛福部全民健康保險會第4屆109年第10次委員會議事錄》。
- 健保會, 2020a, 《衛福部全民健康保險會第4屆109年第1次臨時委員會議事錄》。
- 健保會, 2021a, 《中華民國109年版全民健康保險會年報》。
- 健保會, 2021b, 《衛福部全民健康保險會 第5屆110年第4次委員會議事錄》。
- 健保會, 2022, 《中華民國110年版全民健康保險會年報》。
- 健保會, 2024, 《中華民國112年版全民健康保險會年報》。
- 健保會, 2025, 《中華民國113年版全民健康保險會年報》。
- 健保會, 2026-1, 《衛福部全民健康保險會 第7屆115年第1次委員會議資料》。
- 健保會, 2026-3, 《衛福部全民健康保險會 第7屆115年第3次委員會會議資料》。
- 楊靜利, 2000, 〈社會保險的意義與社會福利體系〉。《台灣社會福利學刊》, 1:157-176。
- 審計部, 2021, 《中華民國109年度中央政府總決算附屬單位決算及綜計表審核報告-非營業部分》。
- 潘淑滿, 2022, 《質性研究 – 理論與應用》 (第二版), 台北:心理出版社。
- 蔡玉時, 2017, 〈有關政府應負擔健保總經費 法定下限計算方式評析〉。《主計月刊》, 739:46-51。
- 魯炳炎, 2009, 〈從多元流程觀點談蘇花高興建決策之議程設定與政策選擇〉。《東吳政治學報》, 27(4):171-240。
- 衛福部, 2023a, 《衛生福利部中央健康保險署 2023-2024全民健康保險年報》。
- 衛福部, 2023b, 《衛生福利部中央健康保險署 111年度全民健康保險財務評估報告》。
- 衛福部, 2023c, 《衛生福利部中央健康保險署 2021年全民健康保險統計動向》。
- 衛福部, 2024, 《衛生福利部中央健康保險署 2024-2025全民健康保險年報》。
- 衛環委員會, 2020a, 〈立法院第10屆第1會期社會福利及衛生環境委員會第5次全體



委員會會議紀錄》。《立法院公報》第109卷第12期委員會紀錄。

衛環委員會, 2020b, 〈立法院第10屆第1會期社會福利及衛生環境委員會第20次全體委員會會議紀錄〉。《立法院公報》第109卷第47期委員會紀錄。

衛環委員會, 2020c, 〈立法院第10屆第1會期社會福利及衛生環境委員會第22次全體委員會會議紀錄〉。《立法院公報》第109卷第50期委員會紀錄。

衛環委員會, 2020d, 〈立法院第10屆第2會期社會福利及衛生環境委員會第16次全體委員會會議紀錄〉。《立法院公報》第110卷第2期委員會紀錄。

韓幸紋、梁景洋, 2013, 〈以家戶總所得為健保費基方案相關爭議之反思〉。《台灣衛誌》, 32(6):526-536。

韓幸紋(口述)、廖子萱(整理), 2021, 〈我國全民健保財源問題的挑戰與建議〉。《指南新政電子報雙周刊》, 20:6-8。

韓幸紋, 2024, 〈公共長照的財務永續〉。《主計月刊》, 823:40-45。

蘇彩足, 2017, 〈公部門推動參與式預算之經驗與省思〉。《文官制度》, 9(2):1-22。

貳、西文部分

- Aaron, H. J. 2002. The unsurprising surprise of renewed health care cost inflation. *Health Affairs (MillWood)*, Suppl Web Exclusives, W85-87.
- Agustin, K., and S-Y. Chou. 2019. Impact of an ageing society on healthcare expenditure of National Health Insurance in Taiwan. *Jurnal Teknik Industri* 21(2):49-56.
- Amri, M. M., and D. Logan. 2021. Policy responses to COVID-19 present a window of opportunity for a paradigm shift in global health policy: An application of the Multiple Streams Framework as a heuristic. *Global Public Health* 16(8-9):1187-1197.
- Bakir C., S. Akgunay, and K. Coban. 2021. Why does the combination of policy

entrepreneur and institutional entrepreneur roles matter for the institutionalization of policy ideas? *Policy Sciences* 54:397-422.

Bennett, W. L. 2016. *News: The Politics of illusion* (10th ed.). University of Chicago Press.

Betelhem, G. A., W. Wang, A. C. Meseret, K. A. Amsalu, B. Cai, and F. Shi. 2024. Applying Kingdon's multiple streams framework to understand health policy processes: a systematic review. *Academic Journal of Politics and Public Administration* 1(5):555575.

Bodenheimer, T. 2005. High and rising health care costs. Part 2: Technologic innovation. *Annals of Internal Medicine* 142(11):881-952.

Chang, H-T., H-Y. Lai, I-H. Hwang, M-M. Ho, and S-J. Hwang. 2010. Home healthcare services in Taiwan: a nationwide study among the older population. *BMC Health Services Research* 10:274.

Chen, C-F., and T-H. Fu. 2020. Policies and transformation of long-term care system in Taiwan. *Annals of Geriatric Medicine Research* 24(3):187-194.

Cheng, T. M. 2009. Taiwan's National Health Insurance System: high value for the dollar. In *Six Countries, Six Reform Models: The Healthcare Reform Experience of Israel, The Netherlands, New Zealand, Singapore, Switzerland and Taiwan*, 171-204. WORLD SCIENTIFIC.

Cheng, T. M. 2015. Reflections on the 20th anniversary of Taiwan's single-payer National Health Insurance System. *Health Affairs* 34(3):502-10.

Chi, C., L-L. Liang, J-L. Lee, A. Núñez, and A. Tuepker. 2024. Healthcare for all - a critical review of Taiwan's National Health Insurance system through a social institution lens. *Journal of the Formosan Medical Association* 123 Suppl 3:S228-S233.

Cinaroglu, S., and O. Baser. 2018. The relationship between medical innovation and health expenditure before and after health reform. *Health Policy and Technology* 7(4):379-387.

Cohen, M., J. March, and J. Olsen. 1972. A garbage can model of organizational choice. *Administrative Science Quarterly* 17:1-25.

Cutler, D. M., and M. McClellan. 2001. Is technological change in medicine worth of it? *Health Affairs (MillWood)* 20(5):11-29.

Fang, K., B-C. Shia, and S. Ma. 2012. Health insurance coverage, medical expenditure and coping strategy: evidence from Taiwan. *BMC Health Services Research* 12:442.

Giese, K. K. 2020. Coronavirus disease 2019's shake-up of Telehealth Policy: application of Kingdon's multiple streams framework. *Journal of Nurse Practitioners* 16(10):768-770.

Graber, D. A., and J. Dunaway. 2017. Mass media and American politics (10th ed.). CQ Press.

Ho Chan, W-S. 2010. Taiwan's healthcare report 2010. *EPMA J* 1(4):563-585.

Hsieh, C.-R., and F. A. Sloan. 2008. Adoption of pharmaceutical innovation and the growth of drug expenditure in Taiwan: Is it cost effective? *Value in Health* 11(2):334-344.

Hsieh, C-Y., C-C. Su, S-C. Shao, S-F. Sung, S-J. Lin, Y-H. Kao Yang, and E-C. Lai. 2019. Taiwan's National Health Insurance Research Database: past and future. *Clinical Epidemiology* 11:349-358.

Hsu, J. C., and C. Y. Lu. 2015. The evolution of Taiwan's National Health Insurance drug reimbursement scheme. *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences* 23:15.

Hsu, M., and P-J. Liao. 2015. Financing national health insurance: the challenge of fast population aging. *Taiwan Economic Review* 43(2):145-182.

Huang, S. K., S. L. Tsai, and M. T. Hsu. 2014. Ensuring the sustainability of the Taiwan National Health Insurance. *Journal of the Formosan Medical Association* 113(1):1-2.



Huang, S-H., C-N. Hsu, S-H. Yu, and T-M. Cham. 2012. Impact of drug price adjustments on utilization of and expenditures on angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers in Taiwan. *BMC Public Health* 12:288.

Jarvis, J. D., A. Murphy, P. Perel, and N. Persaud. 2019. Acceptability and feasibility of a national essential medicines list in Canada: a qualitative study of perceptions of decision-makers and policy stakeholders. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 191(40):E1093-E1099.

Kalita, A., and K. Croke. 2023. The politics of health policy agenda setting in India: the case of the PMJAY program. *Health Systems & Reform* 9(1),2229062.

Kingdon, J. W. 1984. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Boston, MA: Little, Brown.

Kingdon, J. W. 2014. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2nd ed. Pearson Education.

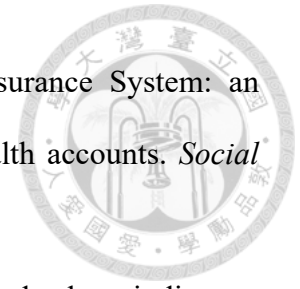
Kolar, K., F. Ahmad, L. Chan, & P. G. Erickson. 2017. Timeline mapping in qualitative interviews: a study of resilience with marginalized groups. *International Journal of Qualitative Methods* 14(3):13-32.

Lalani, M., and H. Hogan. 2021. A narrative account of the key drivers in the development of the Learning from Deaths policy. *Journal of Health Services Research & Policy* 26(4):263-271.

Lang, H-C., and M-S. Lai. 2008. Willingness to pay to sustain and expand National Health Insurance services in Taiwan. *BMC Health Services Research* 8:261.

Lee, C-H., P-C. Lee, and W-C. Lo. 2025. Real-world trends and reform imperatives for

- 
- Taiwan National Health Insurance. *Journal of Formosan Medical Association*, 124(10):892-894.
- Lee, M-C., and C. Pu. 2024. Health-related inequalities in out-of-pocket expenditure under universal health coverage in Taiwan: a cross-sectional decomposition analysis. *Journal of Health Services Research & Policy* 29(4):240-247.
- Lee, Y-C., Y-T. Huang, Y-W. Tsai, S-M. Huang, K-N. Kuo, M. McKee, and E. Nolte. 2010. The impact of universal National Health Insurance on population health: the experience of Taiwan. *BMC Health Services Research* 10:225.
- Lin, Y-L., W-Y. Chen, and S-H. Shieh. 2020. Age structural transitions and copayment policy effectiveness: evidence from Taiwan's National Health Insurance System. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(12):4183.
- Liu, C., S. Hsu, and Y-K. Huang. 2010. The determinants of health expenditures in Taiwan: modeling and forecasting using time series analysis. *Journal of Statistics and Management Systems* 13(3):515-534.
- Liu, I-C. 2014. Evaluation of Taiwan's National Health Insurance policy: an importance-satisfaction analysis. *International Journal of Health Planning and Management* 29(2):e145-e158.
- Lu, J. F. R., and W. C. Hsiao. 2003. Does universal health insurance make health care unaffordable? Lessons from Taiwan. *Health Affairs* 22(3):77-88.
- Obermann, K., M. Jowett, and S. Kwon. 2018. The role of national health insurance for achieving UHC in the Philippines: a mixed methods analysis. *Global Health Action* 11(1):1483638.
- Peacock, A. T., and J. Wiseman. 1961. *The Growth of Public Expenditure in the United Kingdom*. Princeton University Press, Princeton, NJ.
- Pu, C., M-C. Lee, and T-C. Hsieh. 2023. Income-related inequality in out-of-pocket



health-care expenditures under Taiwan's National Health Insurance System: an international comparable estimation based on a system of health accounts. *Social Science & Medicine* 326:115920.

Ramani, S., and de Looze, M. 2002. Using patent statistics as knowledge base indicators in the biotechnology sectors: an application to France, Germany and the U.K. *Scientometrics* 54(3):319-346.

Reich, M. R., J. Harris, N. Ikegami, A. Maeda, C. Cashin, E. C. Araujo, K. Takemi, and T. G. Evans. 2016. Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *Lancet* 387 (10020):811-816.

Tsuei, S. H. 2024. Reflection on 30 years of Taiwanese national health insurance: Analysis of Taiwanese health system progress, challenges, and opportunities. *Journal of Formosan Medical Association* 123 Suppl 3:S180-S187.

Wennberg J. 2004. Wrestling with variation: an interview with Jack Wennberg [interviewed by Fitzhugh Mullan]. *Health affairs (Millwood), Suppl Variation*, VAR73-80.

Wu, S-I., A-S. Lee, and C-H. Chung. 2024. Trends of drug expenditure in Taiwan National Health Insurance before and during COVID-19 pandemic. *Frontiers in Medicine (Lausanne)* 11:1388569.

Yip, W. C., Y-L. Lee, S-L. Tsai, and B. Chen. 2019. Managing health expenditure inflation under a single-payer system: Taiwan's National Health Insurance. *Social Science & Medicine* 233:272-280.

Yu, Y-J., N. Huang, and H-S. Kuo. 2024. The analysis of the medical tourism expansion policy in Taiwan: a policy analysis using Kingdon's multiple streams. *Health Research Policy and Systems* 22(1):106.

Zahariadis, N. 2007. *The Multiple Streams Framework. Structure, Limitations, Prospects.*

In C. M Weible & P. A Sabatier (Eds.), Theories of the Policy Process (pp. 65-92).
Westview.



附錄一：2020－2021 年健保保費費率調漲相關媒體與新聞報導彙整



● 2020 年 03 月 04 日

《新新聞》

防健保破產，健保署長李伯璋：今年必須面對啟動保費調漲

<https://new7.storm.mg/article/2362477>

報導內容：資訊性陳述健保署長對費率調漲必要性的說法與理由剖析

對保費費率調漲之觀點立場：正向支持

《新新聞》

取得健保費調漲正當性，先節流除弊

<https://new7.storm.mg/article/2362241>

報導內容：健保保費可能調整、引發民眾與政治層面反彈及政府回應

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

《新新聞》

全民健保 25 歲，兩年後累虧達 1047 億元會破產？

<https://new7.storm.mg/article/2362348>

報導內容：透過財務數據揭露健保收支失衡危機與破產風險

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

● 2020 年 03 月 05 日

《聯合報》「鳴人堂」專欄文章

健保給付「1 點 1 元」，如何拯救台灣醫療？

<https://opinion.udn.com/opinion/story/120803/4388788>

報導內容：從第一線醫療人員視角出發，解析健保總額制度與點值縮水弊端，並反思體系永續代價

對健保保費費率調漲之觀點立場：正向支持

● 2020 年 03 月 11 日

《今週刊》

防疫戰建奇功之後 健保改革下一步

<https://www.businessday.com.tw/article/category/80392/post/202003110044/>

報導內容：結合防疫表現剖析健保財務缺口、醫護過勞困境，並探討永續改革與資源合理分配必要性

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向



● 2020 年 03 月 12 日

《報導者》

滕西華、孫友聯、黃淑英／誰造就了「黃安們」？兩個後門條款讓健保法成政治祭品

<https://www.twreporter.org/a/opinion-covid-19-national-health-insurance-act-dispute>

報導內容：從法制與社會公平視角，批判健保改革流於情緒性民粹討論，並主張應回歸財務結構與費基擴大等核心問題

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

● 2020 年 03 月 18 日

自由時報《自由健康網》

全民健保財務收支 連續 3 年赤字

<https://health.ltn.com.tw/article/breakingnews/3129499>

報導內容：透過財務數據回顧健保收支由盈轉虧之演變趨勢與未來保費調漲壓力

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

● 2020 年 05 月 17 日

《三立新聞網》

健保 3 年虧 701 億！陳時中擬漲保費 2 大方向一次看懂

https://www.setn.com/News.aspx?NewsID=744527&fb_comment_id=4146350822049429_4147168461967665

報導內容：報導衛福部針對健保財務嚴重虧損，擬定調漲費率與調整部分負擔之政策規劃與背景說明

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

《三立新聞網》

挑戰漲健保費？陳時中坦言：牽一髮動全身必須「去蕪存菁」

<https://www.setn.com/News.aspx?NewsID=744404>

報導內容：報導衛福部長陳時中針對健保財務危機，提出調漲費率與健全制度之結構性改革規劃

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

● 2020 年 05 月 19 日

《聯合報》

拯救台灣醫療，調漲健保費不該遲疑但也非唯一工具

<https://opinion.udn.com/opinion/story/120803/4572778>

報導內容：由醫師撰寫的評論文章，主張調漲健保保費是挽救台灣醫療的當務之急，並探討除了調漲外仍需配套的結構性改革

對健保保費費率調漲之觀點立場：正向支持

● 2020 年 05 月 21 日

《報導者》

滕西華／實踐世代正義的健保改革：落實家戶總所得費基、增加政府公衛投資

<https://www.twreporter.org/a/opinion-2020-advice-to-president-tsai-nhi>

報導內容：呼籲政府應回歸「家戶總所得」的費基改革，而非僅以調漲費率來解決健保財務問題

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向

● 2020 年 05 月 22 日

《良醫健康網》 - 《商業周刊》

疫情沒病人，連醫院都差點放無薪假...醫師錢建文：為何陳時中還要逆風「漲健保費」？

<https://health.businessweekly.com.tw/article/ARTL003002209>

報導內容：從疫情期間就醫人數下降的觀察，呼籲應藉機進行健保制度性改革

對健保保費費率調漲之觀點立場：正向支持

● 2020 年 05 月 27 日

《商業周刊》

陳時中提健保改革…，專家：只漲保費，未來 4 成薪水被健保吃掉

<https://www.businessweekly.com.tw/focus/blog/3002593>

報導內容：整理健保財務困境、各種開源方案（調費率、部分負擔、家戶總所得）與專家、民團對健保改革路徑的不同主張

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向

● 2020 年 06 月 04 日

《自由健康網》

健保總體檢》調高費率不如先抑制醫療浪費

<https://health.ltn.com.tw/article/paper/1377408>

報導內容：針對健保財務困境，主張與其單純調高費率，不如優先改革費基制度並抑制醫療浪費

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向

《自由健康網》

健保總體檢》專家：漲保費恐掀世代衝突

<https://health.ltn.com.tw/article/paper/1377406>





報導內容：調漲健保費率可能引發的世代衝突與勞動市場衝擊，並探討家戶總所得制的可行性

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向

● 2020 年 06 月 10 日

《風傳媒》

專訪》不像話的給付價格終釀『勞保化』？張鴻仁大膽揭示健保 10 年大限

<https://www.storm.mg/article/2743111>

報導內容：探討健保長期因過低給付導致醫護血汗與醫療品質下降的制度危機

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

● 2020 年 06 月 11 日

《遠見雜誌》

阿中部長的下一戰：健保只剩下基本照護？

<https://www.gvm.com.tw/article/73179>

報導內容：探討調漲保費的必要性及未來健保走向「基本照護」與「商業保險補充」的轉型趨勢

對健保保費費率調漲之觀點立場：正向支持

● 2020 年 06 月 13 日

《康健雜誌》

醫材自付差額訂上限之後 健保費要調漲？阿中部長有什麼選擇？

<https://www.commonhealth.com.tw/article/81863>

報導內容：「要不要、怎麼漲健保費」與「使用者付費、健保階級化」之間的制度選擇

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

● 2020 年 06 月 17 日

《今周刊》

專訪／逆風也堅持拍板年底漲健保費 陳時中：就算民調垂直下跌，該做的還是要做

<https://www.businesstoday.com.tw/article/category/80392/post/202006170013/>

報導內容：專訪衛福部長陳時中針對後疫情時代，表達即便民調受損也要推動健保費率調整與制度改革的決心

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

● 2020 年 06 月 21 日

《自由時報》



健保費率擬漲／錢用在哪？醫團：先體檢醫療浪費

<https://health.ltn.com.tw/article/paper/1381116>

報導內容：報導匯集醫勞盟、醫改會及醫師工會等團體觀點，探討健保費率調漲前應先檢討醫療浪費與支付制度改革

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

● 2020 年 07 月 19 日

《中國時報》

健保補充保費擬雙漲

<https://www.chinatimes.com/newspapers/20200719000311-260114?chdtv>

報導內容：披露健保與補充保費擬連動調漲且門檻下修的規畫方案，並點出企業與股票族將承受沉重負擔

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向

● 2020 年 07 月 23 日

《自由時報》

健保漲聲起 醫團促先公平課保費

<https://news.ltn.com.tw/news/life/paper/1388083>

報導內容：引述醫團及醫師觀點，主張健保改革應先落實公平課費與使用者付費，而非僅單方面調漲一般受薪階級費率

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

● 2020 年 07 月 24 日

《自由時報》（自由健康網）

健保財務吃緊 重大傷病考慮取消優待

<https://health.ltn.com.tw/article/paper/1388321>

報導內容：健保財務吃緊下，除擬調漲費率外，調整健保待遇與部分負擔方案

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向

《公視新聞網》

健保吃緊 專家：應取消重大傷病免部分負擔

<https://news.pts.org.tw/article/488321>

報導內容：引述專家建議取消重大傷病免部分負擔優待以緩解健保財務，並呈現衛福部及醫改會對資源分配與公平性的看法

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

《民視新聞》

健保財務連 3 年赤字！陳時中坦言：調漲保費是必然



<https://www.ftvnews.com.tw/news/detail/2020724L02M1>

正向贊成

報導內容：引述陳時中坦言調漲保費具必然性，並分析健保財務虧損現狀與擴大「使用者付費」及「海外納保公平性」等改革配套。

對健保保費費率調漲之觀點立場：正向支持

● 2020 年 07 月 25 日

《自由時報》（自由健康網）

明年健保總額成長幅度 9 月敲定

<https://health.ltn.com.tw/article/paper/1388652>

報導內容：說明 2021 年健保總額成長範圍已核定，並指出在財務吃緊壓力下，衛福部正精算保費與部分負擔調漲方案。

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

● 2020 年 07 月 27 日

《關鍵評論網》（The News Lens）

調漲保費就準備下台：健保費率與財務平衡，永遠是艱困的兩難

<https://www.thenewslens.com/feature/nhi-25th-financial/137511>

報導內容：從政治與經濟雙重維度，深度解析健保財務收支失衡的歷史成因，以及費率調漲在民意壓力與制度永續間的艱難權衡。

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

● 2020 年 07 月 28 日

《關鍵評論網》（The News Lens）

【各國制度】比較三種健保模式：台、韓、英、美四國如何應對財務危機？

<https://www.thenewslens.com/feature/nhi-25th-financial/137264>

報導內容：藉由跨國醫療體系比較，剖析不同制度下應對財務危機的策略，並反思台灣健保保費與財務結構的永續挑戰。

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

● 2020 年 07 月 29 日

《關鍵評論網》（The News Lens）

【收費改革】社會保險或社會福利？健康利益共同體為何造成「集體不負責任」？

<https://www.thenewslens.com/feature/nhi-25th-financial/138261>

報導內容：探討健保定位模糊導致「集體不負責任」的財務黑洞，呼籲從權利義務對等的角度思考保費調整與資源分配

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向



● 2020 年 08 月 01 日

《關鍵評論網》(The News Lens)

【新藥給付】專訪共擬會議主席陳昭姿：新藥納入健保給付有多難？健保財務危機有解嗎？

報導內容屬性：透過專訪新藥給付決策者，揭示健保財務枯竭對病友用藥權益的衝擊，並探討調升費率與制度改革作為配套的急迫性。

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

● 2020 年 08 月 02 日

《關鍵評論網》(The News Lens)

不調漲保費的代價，就是全民正在集體「預支」未來的醫療資源

<https://www.thenewslens.com/feature/nhi-25th-financial/137861>

報導內容：從預支未來資源的角度，剖析長期凍漲保費對健保永續與醫療品質的負面影響，並強調適度調漲是負責任的選擇

對健保保費費率調漲之觀點立場：正向支持

● 2020 年 08 月 03 日

《關鍵評論網》(The News Lens)

《第三波健保改革之路》：當前健保制度影響醫院經營的四大關鍵要點

<https://www.thenewslens.com/article/138597>

報導內容：從醫院經營者視角分析健保制度對醫療院所的負面衝擊，並主張透過制度性改革與財務調整以緩解經營危機

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

● 2020 年 08 月 20 日

《自由時報》(自由健康網)

「看護費比醫療費貴 10 倍」超荒謬 民團籲調健保費挹注看護管理

<https://health.ltn.com.tw/article/breakingnews/3266423>

報導內容：引述民團呼籲政府調漲健保費以支應「住院全責照護」，藉此解決家屬沉重的看護負擔與醫院管理漏洞

對健保保費費率調漲之觀點立場：正向支持

● 2020 年 08 月 29 日

《公視新聞網》

你所不知道的健保 4》「分級醫療」有用嗎？人不敷出的健保怎麼救？

<https://news.pts.org.tw/article/777296>

報導內容：從健保連年赤字與分級醫療推動困難談起，並介紹費率調整、部分負擔等改善財務與制度壓力的各種討論

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向



● 2020 年 09 月 25 日

《康健雜誌》

健保費擬漲？明年度健保總額大餅突破 7800 億元，安全準備金將不足 1 個月

<https://www.commonhealth.com.tw/article/82823>

中立正負並陳

《公視新聞網》

健保明年底恐現赤字 費率調漲與否 11 月討論

<https://news.pts.org.tw/article/495190>

報導內容：預警健保財務赤字危機，並說明健保會將於 11 月審議費率調漲與否及相關配套方案

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

《Heho 健康》新聞

健保「安全準備金」明年底不足 1 個月！虧損 771 億保費恐漲價

<https://heho.com.tw/archives/140101>

報導內容：詳列健保財務赤字數據與安全準備金破底危機，並說明健保署預計透過調漲費率或部分負擔以維持制度存續

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

● 2020 年 09 月 28 日

《報導者》

誰是健保刷卡大戶——健保財務的隱形黑手，政府刷卡付衛福政策

<https://www.twreporter.org/a/health-insurance-system-rate-problems>

報導內容：在安全準備金將見底與調費壓力升高的背景下，揭露政府未足額負擔與『刷健保卡』的財務黑洞，主張先把政府責任與帳算清，再合理調整健保費率

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向

《報導者》

青貧族繳保費、銀髮族去看病——青年可能扛不起的健保未來，如何解？

<https://www.twreporter.org/a/health-insurance-system-generation-problems>

報導內容：從世代不公平的視角，解析現行健保收費制度讓青年負擔加重，並探討財務缺口下如何尋求公平轉型

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向

● 2020 年 09 月 29 日



《健康醫療網》

健保安全準備金明年底見底 赤字達 771 億恐漲價

<https://www.healthnews.com.tw/article/47628/>

報導內容屬性：詳述 110 年度健保總額協商結果與財務赤字數據，並預警因安全準備金將見底而面臨費率調漲的決策壓力

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

● 2020 年 09 月 30 日

《商業周刊》，轉載自《中時新聞網》

健保漲定了 11 月討論費率

<https://www.businessweekly.com.tw/focus/blog/3004081>

報導內容：在健保安全準備金預估跌破門檻與財務壓力升高的情況下，依量能付費與收支平衡原則，健保會與衛福部將於 11 月啟動健保費率調整討論

對「健保保費費率調漲」之觀點立場：中立偏正向

● 2020 年 10 月 05 日

《遠見雜誌》

勞健保明年將雙漲，雇主人事成本負擔恐大增逾 345 億！

<https://www.gvm.com.tw/article/75028>

報導內容：從企業營運與成本結構視角，精算勞健保費率調升對雇主法定人事成本增加的財務衝擊

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向

● 2020 年 10 月 07 日

《今周刊》

薄冰上的台灣之光！一窺「健保」背後 3 大危機：我們該做的，不能只有調漲保費

<https://www.businesstoday.com.tw/article/category/183021/post/202010070006/>

報導內容：剖析健保財務、醫療體系效率及人口老化帶來的制度危機，主張在調漲費率之餘，應同步推動深層的給付與資源配置改革

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

《今周刊》

難題》只靠控制成本不是長久之計 沉痾堆疊 改革卻總七折八扣 健保財務危機 25 年沉浮史

<https://www.businesstoday.com.tw/article/category/183021/post/202010070012/>

報導內容：透過歷史脈絡剖析健保財務長期受政治干預而無法依精算調整費率，強調健全財務結構是制度永續的關鍵

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向



《今周刊》

「使用者付費」概念屢遭推翻！只靠控制成本搶救健保財務危機非長久之計

<https://www.businesstoday.com.tw/article/category/80392/post/202010070050/>

報導內容：反思健保「使用者付費」制度難以落實的困境，主張財務改革應回歸精算本質而非僅靠緊縮醫療成本

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

《報導者》

葉旭霖／以國際脈絡、統計檢視，台灣醫療支出和健保真的花太多錢？

<https://www.twreporter.org/a/opinion-health-insurance-system-oecd-data-comparison>

報導內容：透過 OECD 數據對比，論證台灣醫療支出與健保費率長期被低估，呼籲大眾正視增加財源投入以維持醫療品質的必要性

對健保保費費率調漲之觀點立場：正向支持

● 2020 年 10 月 27 日

《報導者》

韓幸紋／平衡健保財務、更要平衡世代分配 我們負擔得起高費率健保嗎？

<https://www.twreporter.org/a/opinion-health-insurance-reform-generation-balance>

報導內容：從財稅與法律視角探討健保費率調漲引發的世代不公平，主張應改革收費基礎並正視中青年族群的財務承受力

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向

● 2020 年 11 月 16 日

《自由時報》

健保費率調漲天花板擬為 5.17%

<https://news.ltn.com.tw/news/life/paper/1412856>

報導內容：報導健保會審議明年費率調漲案，揭露資方、勞方與政府代表在調幅上限與財務平衡間的攻防與折衝過程

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

● 2020 年 11 月 19 日

《TVBS 新聞》

明年漲健保費？月薪 4 萬以上估月增百元

<https://news.tvbs.com.tw/politics/1419578>

報導內容：從民生消費視角切入，精算不同薪資族群與多口家庭在費率調漲後每月需多支出的具體金額

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向



● 2020 年 11 月 20 日

《康健雜誌》

國保、勞保、健保三漲衝擊大 一次收滿兩個月準備金有必要嗎？健保漲價卡關

<https://www.commonhealth.com.tw/article/83172>

報導內容：探討健保安全準備金水位對調漲幅度的影響，並反思在勞健保多重調漲壓力下，制度設計與民生負擔間的平衡

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向

《遠見雜誌》（轉載自《聯合新聞網》）

健保費率恐漲破 5%，一圖看懂三版本漲價幅度！

<https://www.gvm.com.tw/article/75994>

報導內容：試算不同費率調漲版本對各薪資級距勞雇雙方的具體支出衝擊，並呈現付費者代表與醫界代表間的利益折衝

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向

《人間福報》

健保費率 估漲破 5%

<https://www.merit-times.com.tw/NewsPage.aspx?unid=604327>

報導內容：詳述健保會審議明年費率調漲的各方版本，並呈現消基會與民團對疫情衝擊下調幅過大的經濟憂慮

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向

《康健雜誌》

健保聲聲漲如何用保險將錢花刀口防「醫不起」？投保前必看 4 重點

<https://www.commonhealth.com.tw/article/83163>

報導內容：因應健保調漲與給付調整趨勢，提供民眾如何透過商業保險規劃來彌補醫療保障缺口並防範「醫不起」風險的實務建議

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

《ETtoday 健康雲》

健保費率有 3 方案！最高 5.52% 月薪 4 萬上班族「每月多繳 100 元」

<https://health.ettoday.net/news/1858001>

報導內容：詳列健保費率調漲之三種具體方案，並透過薪資試算強調高幅調漲對受薪階級與企業經營者的經濟壓力衝擊

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向

● 2020 年 11 月 23 日



《現代保險》雜誌

健保費漲聲響起！有何節省健保費之道？

<https://www.rmim.com.tw/news-detail-29848>

報導內容：在健保費率調漲的背景下，提供被保險人如何透過調整投保類別與眷屬依附身分來達成合法省稅與節費的理財策略

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

● 2020 年 11 月 26 日

《報導者》

真的假的？「安全準備金」是健保費率調漲的關鍵？

<https://www.twreporter.org/a/mini-reporter-national-health-insurance-reserve-fund>

報導內容：解析安全準備金之於健保財務的穩定與周轉功能，並說明其水位高低如何決定費率調漲的法定時機

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

《CTWANT》（轉載自《中國時報》）

每月支出要多付出了 健保費率調漲試算表曝

<https://www.ctwant.com/article/87092/>

報導內容：詳列健保費率三種調漲方案之具體數值，並透過試算表呈現不同薪資級距民眾每月需額外支出的保費負擔

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

《ETtoday 健康雲》

健保費率明討論！漲幅恐破 5% 月薪 42K 養 2 眷屬「每月多繳 300 元」

<https://health.ettoday.net/news/1862827>

報導內容：預告健保費率審議時程，並透過多口家庭與不同薪資級距的具體支出試算，呈現調漲後民眾每月的實質經濟負擔

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向

● 2020 年 11 月 27 日

《中央社》

健保費率近 10 年未漲 前世今生未來挑戰一次看懂

<https://www.cna.com.tw/news/firstnews/202011270056.aspx>

報導內容：回顧健保財務史，解析保費費率調整的制度設計、收支失衡現狀及醫療永續發展面臨的結構性考量

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

《ETtoday 健康雲》（轉載自中央社）



健保費率近 10 年未漲！為解決百億虧損「開辦 25 年來」改革一次看清

<https://health.ettoday.net/news/1864028>

報導內容：回顧健保制度發展與財務危機之演進脈絡，解析費率調整與制度存續間的連動關係

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

《ETtoday 健康雲》

健保費率首度沒共識！衛福部採「這方案」可至少撐 2 年不調漲

<https://health.ettoday.net/news/1864061>

報導內容：健保會審議費率因利益代表立場分歧而首度共識破局，並分析不同方案對未來兩年財務穩定度與再次調漲壓力的影響

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

《ETtoday 健康雲》

健保費率「兩案併陳」供衛福部裁決 40K 勞工每月多繳 34 至 100 元

<https://health.ettoday.net/news/1863910>

報導內容：報導健保會審議費率因共識破局而首度採取兩案併陳呈報，並試算不同漲幅方案對 40K 勞工每月保費負擔的具體增額

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

《康健雜誌》

健保錢就是不夠 陳時中：調漲無可迴避，資本利得未納費基並不合理

<https://www.commonhealth.com.tw/article/83246>

報導內容：專訪衛福部長陳時中，傳遞健保財務告急需調漲保費的決策立場，並探討擴大費基以落實量能付費的改革方向

對健保保費費率調漲之觀點立場：正向支持

● 2020 年 11 月 30 日

《報導者》

韓幸紋／漲費率後，健保財務還有什麼出路——「家戶所得制」行不行？

<https://www.twreporter.org/a/opinion-health-insurance-family-income>

報導內容：在費率調漲的既定趨勢下，從財稅公平視角論證推動「家戶所得制」以擴大費基並減緩未來頻繁漲價壓力的必要性

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向

● 2020 年 12 月 01 日

《經理人月刊》（Manager Today）

2021 健保、勞保、國民年金三漲？一般民眾一年將多繳多少錢？



<https://www.managertoday.com.tw/articles/view/61946?>

報導內容：針對 2021 年多項社會保險費率同步調漲的趨勢，提供職場工作者關於保費增加額度的具體試算與財務應對資訊
對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

● 2020 年 12 月 03 日

《報導者》

新藥、新科技進不了給付名單，指示藥卻違法給付 25 年 健保費調漲後，我們能買到更有價值的醫療嗎？

<https://www.twreporter.org/a/health-insurance-low-value-care>

報導內容：反思健保資源配置失當的結構性問題，質疑調漲保費後若不剔除低價值給付，仍難以支應高價值新藥與科技
對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向

● 2020 年 12 月 31 日 費率核定宣布

《康健雜誌》

健保費率明起調漲 4 萬薪者每月約調漲 58 元

<https://www.commonhealth.com.tw/article/83456>

報導內容：健保費率調漲新制上路，並試算一般受薪族每月增加之保費支出
對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

《公視新聞網》

陳時中拍板元旦起健保費率調漲至 5.17%

<https://news.pts.org.tw/article/506884>

報導內容：衛福部正式拍板定案健保費率調漲新制，並平衡呈現政府改革決心與民間團體對配套措施的具體要求
對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

《Heho 健康》

明天起健保費率確定漲 5.17%！7 成以上每月增加 70 元以內

<https://heho.com.tw/archives/155737>

報導內容：健保費率調漲定案及生效時程，試算不同薪資級距勞工增加的負擔
對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

《大紀元時報》

健保費率漲至 5.17% 平均每人每月多繳 63 元

<https://www.epochtimes.com/b5/20/12/31/n12657373.htm>

報導內容：健保費率新制調漲幅度與各薪資級距增加金額，並強調政府透過折衷方案兼顧財務健全與民眾經濟負擔

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向



《ETtoday 健康雲》

陳時中拍板 5.17%！健保費率終定案 40K 上班族每月保費漲至 622 元

<https://health.ettoday.net/news/1888868>

報導內容：健保費率調漲最終定案與實施日期，並透過月薪 40K 勞工與一家三口的保費增額試算，呈現民眾每月的實質經濟負擔。

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

《ETtoday 財經雲》

勞健保費用齊漲！企業成本大增、初估逾 500 億元

<https://finance.ettoday.net/news/1889108>

報導內容：從企業經營成本視角出發，估算勞健保費率雙漲後對產業界整體增加的百億負擔及對雇主之財務壓力

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向

《健康醫療網》

【元旦新制】健保費調漲至 5.17% 7 成民眾增加 70 元內

<https://www.healthnews.com.tw/article/48684>

報導內容：健保費率調漲之「折衷方案」拍板定案，引述官方「投資健康」觀點與具體增額試算以緩解民眾對支出增加的疑慮

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

《遠見雜誌》

健保漲價拍板定案！陳時中：費率 5.17%、月薪 3 萬者每月增 44 元

<https://www.gvm.com.tw/article/76955>

報導內容：深入剖析健保財務失衡的結構性根源，並探討費率調漲後的赤字缺口與未來「保費與給付」掛鉤的體制改革方向

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

《Newtalk 新聞》

健保費率明年漲！7 成上班族每月增加 70 元以內

報導內容：健保費率調漲之最終行政核定結果，詳列政府選擇「折衷方案」的財務考量、薪資負擔試算及未來結構性改革承諾

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向



- 2021 年 01 月 01 日

《自由時報》

健保費率今起調漲

<https://news.ltn.com.tw/news/life/paper/1422583>

報導內容：健保費率調漲正式生效之日期與具體幅度，並透過薪資級距試算與歷史對比，呈現此次「折衷方案」的決策背景

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏正向

《工商時報》

2021 來了！新上路財經措施總整理

報導內容：多項財經與民生新制生效，提供健保費率、基本工資、勞保費率調升及旅平險調降等資訊懶人包。

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

- 2021 年 01 月 04 日

《104 人力銀行》

2021 年起健保費率調漲至 5.17%，勞工平均每月保費增加 63 元

<https://vip.104.com.tw/preLogin/recruiterForum/post/25110>

報導內容：健保費率調漲新制之拍板細節，提供人資與勞工關於保費增額試算及企業投保作業時程之務實指南

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

《現代保險》雜誌

健保費率調漲你每月要多繳多少？

<https://www.rmim.com.tw/news-detail-31153>

報導內容：健保費率調漲定案後的保費計算調整，並透過各薪資級距的對照試算，提供民眾了解個人每月實質支出的增加變動。

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

- 2021 年 01 月 05 日

《CMoney》（轉載自《好險網》）

醫師揭健保費調漲 4 大真相！氣憤指出：健保是「賤保」！

<https://cmnews.com.tw/article/phew-0fab4138-da16-11ef-a36d-163c60650e11>

報導內容：醫師批評健保費率調漲只是填補浪費、壓低醫療人員報酬且保障有限，強調漲價讓民眾負擔加重卻未改善醫護待遇與給付內容

對「健保保費費率調漲」之觀點立場：負向批判

- 2021 年 01 月 06 日



《早安健康》

健保費調漲，存股族恐被多扒一層皮！不想股利縮水可以這樣做

<https://edh.tw/articles/Cv6aVpz>

報導內容：健保補充保費費率調升對股利所得之影響，並提供投資人如何透過拆單、除權息策略或選擇標的來降低補充保費支出。

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向

● 2021 年 01 月 07 日

《台灣教會公報》

健保費率調漲 退休牧者無影響 醫院仍有壓力

<https://tcnn.org.tw/archives/81067>

報導內容：從宗教團體與教會醫院的特定視角，分析保費調漲對在職牧者福利、機構預算編列及教會醫院人事與營運成本的具體衝擊

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

《中時新聞網》

健保費率調漲 旅外國人停復保制度改革、海外所得納入費基 列入討論

<https://www.chinatimes.com/realtimenews/20210107001437-260418?chdtv>

報導內容：健保費率調漲後的後續公平性改革，聚焦於檢討旅外國人停復保爭議及研議將海外所得納入保費計算之制度方向

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

● 2021 年 01 月 09 日

《自由健康網》

健保調漲、口罩降價 一次搞懂 2021 健康相關新制

<https://health.ltn.com.tw/article/breakingnews/3406185>

報導內容：多項健康醫療新制上路，提供健保費率調漲幅度、投保額度上限調整及口罩降價等民生資訊懶人包

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立

● 2021 年 02 月 10 日

《台糖通訊》

救全民健保！健保費率 2021 年元旦起調升至 5.17%

<https://www.taisugar.com.tw/monthly/CPN.aspx?ms=1465&p=13388198&s=13388219>

報導內容：從「救健保」的財務永續視角出發，解析費率調漲之必要性、決策背景及未來針對健保公平性的制度性配套改革

對健保保費費率調漲之觀點立場：正向支持

● 2021 年 02 月 24 日

《信傳媒》

漲健保醫護仍血汗！醫療工會批 4 億「看得到吃不到」提出「2 大訴求」盼改善
<https://www.cmmedia.com.tw/home/articles/25993>

報導內容：批評健保費率調漲與相關給付增加並未真正改善基層醫護勞動條件與人力，指預算決策機制不透明、資源多留在醫院端而非第一線人員，並要求改革健保決策結構與醫院財務分配規範。

對健保保費費率調漲之觀點立場：中立偏負向





附錄二：訪談題綱

一、受訪者背景確認：

1. 請問您在 2021 年健保費率調漲的政策形成過程中，擔任什麼職位或扮演什麼角色？如：健保會委員（勞工代表、雇主代表、醫事服務提供者代表、公正人士、專家學者）、政府官員、民意代表、專家學者、公民團體。
2. 當時您主要參與的是哪一環節或層級？建議、審議、協商、核定？

二、問題流：問題認知與議程設定

此部分目的在探討受訪者對於健保保費費率調漲問題的認知、背景成因，以及問題如何被界定並納入政策議程。

1. 您認為 2021 年健保費率調漲的主要推動因素是什麼？
2. 當時健保面臨哪些財務壓力或挑戰？
追問：除了財務壓力外，您認為還有哪些深層的結構性問題，例如人口結構變遷、少子化、高齡化，或醫療支出快速成長，促成了這次調漲？
3. 您認為 2020 年當時健保安全準備金的耗竭預警，對政府決策的急迫性產生了什麼影響？
追問：您認為健保安全準備金的法定標準與實際存量之間的差距，對政策制定者在調漲保費費率的決策上者更有決心與果斷嗎？
4. 您認為 2020 年 COVID-19 疫情對健保財務和醫療體系產生的影響，是否加速了費率調漲的決策？
追問：疫情期間，民眾對健保以及醫療體系的信任度及滿意度是否有所提升？這對此次推動敏感的健保保費調漲政策有何影響？
5. 您認為在當時哪些關鍵事件或數據，促使政府將調整保費費率作為處理健保財務問題的優先議程？

三、政策流：替代方案與可行性評估

這部分目的在了解在保費調漲的不同費率選項之外，當時是否曾考慮過其他解決健保財務問題的方案，以及這些方案的可行性評估過程。

1. 在 2021 年決定費率調漲之前，除了調漲保費此一方案外，當時政府或健保會是否曾討論過其他健保財務改革方案？（例如：遏止醫療浪費、改革保費級距、調整部分負擔、增加政府負擔比例等）

追問：如果有，您認為這些替代方案各自的優缺點是什麼？為什麼它們在當時沒有被優先採納？

2. 您認為當時為什麼最終選擇了「調漲費率」作為主要的解決方案，而不是其他選項？備選的保費費率方案如何擬定？在評估這些方案時，考量的主要因素有哪些？（例如：政治可行性、社會衝擊、執行難度、預期效益等）
3. 就您所知，在政策方案的形成過程中，各方（如付費者、醫療提供者、公民團體、學者）對這些替代方案有何具體建議或反對意見？您認為這些意見在多大程度上被決策者考慮或採納？
4. 就您所知，政府是否有規劃或提出關於健保收入、費率上漲方案在內健保收入層面的中長期改革計畫？

四、政治流：政治壓力與協商過程

這部分目的在探討政治因素如何影響保費調漲政策的選擇與決定，以及在政策推動過程中的政治層面的折衝與協商。

1. 就您所知，健保會作為健保費率討論與諮詢的核心平台，其組成和運作機制有何特色？如何影響費率調漲的最終決策？各方代表在健保會內部協商時，有哪些主要的妥協或爭議？

追問：在健保會內部，各方代表（被保險人、雇主、醫事服務提供者、政府官員等）的協商過程是怎樣運作的？有哪些關鍵的妥協或折衷？



2. 就您所知，在政策擬定過程中，政府（衛福部、行政院）與健保會之間的權力互動如何？最終拍板的費率（5.17%）是如何決定的？您認為政府在拍板定案最終費率時，主要考量了哪些因素？¹⁰
3. 就您所知，當時勞工團體和雇主團體對健保費率調漲的反應和主要訴求為何？政府如何回應這些訴求？
追問：您認為在疫情衝擊下，這些團體對保費調漲的反彈較為強烈或和緩？
4. 就您所知，醫界對於健保費率調漲的立場為何？他們是否同時提出了對健保給付制度或醫療品質的擔憂？
追問：醫界對「健保點值」的擔憂，是否影響他們對費率調漲與否及調漲幅度的態度？
5. 就您所知，公民團體（如台灣醫療改革基金會、消費者文教基金會等）在這次費率調漲議題中扮演什麼角色？他們是否提出改革倡議或反對論點？
追問：您認為公民團體的聲音在多大程度上影響了政府的決策？
6. 您認為當時的公共輿論和媒體報導對費率調漲的決策產生了什麼影響？
7. 民眾對健保的高滿意度與對漲價的高敏感度之間存在如何的關係互動？
8. 就您所知，當時主要政黨（執政黨與在野黨）在健保費率調漲議題上的政治立場和政策承諾為何？這些政治因素是否影響政策的可行性？
追問：您認為在野黨提出的長者健保費減免等政見，對健保財務永續性有何影響？

五、三流匯聚、政策之窗開啟與政策企業家

這部分目的在探討問題流、政策流和政治流如何匯聚，政策之窗何時開啟，以及於此事件中何人為「政策企業家」以及在其中扮演的角色。

1. 您認為當時是否有某些特定事件或環境，開啟了 2021 年健保保費費率調漲政策確立實施的契機？（政策之窗）
2. 您認為 COVID-19 疫情對此次保費費率調漲政策的決定是否有所影響？



3. 您認為在 2021 年健保保費費率調漲的政策形成及決策過程中，是否有個別人
物扮演關鍵角色發揮了重要影響力，採取具體倡議或推動策略，促使健保費率
調漲政策得以通過？（政策企業家）

追問：您認為這位關鍵人士具備哪些特質或資源，使其能夠有效推動此次保費
費率調漲政策？

追問：這位關鍵人士是否將費率調漲與「投資醫療」、「疫情凸顯健康重要性」
或其他議題相連結，以爭取社會支持？

4. 您認為是怎樣的特殊因素，打破了過去「漲保費部長下台」的政治現象？
5. 您認為此次成功推動健保保費費率調漲政策的關鍵人士（政策企業家）發揮了
多大程度的影響力？如果沒有這位人士，結果會有所不同嗎？

六、總結與未來展望

1. 從 2021 年健保費率調漲的經驗來看，就法律制度、社會氛圍、首長特質三者而
言，您認為何者對健保費率調漲政策的定案實施與後續政治效應而言最為重要？
2. 您認為對於未來台灣健保制度的永續發展，需要克服哪些關鍵的挑戰？
3. 您認為政府在推動健保改革時，應如何平衡各利害關係人（如民眾、雇主、醫
界、政府）的利益與訴求，以建立更廣泛的社會共識？
4. 您對台灣健保制度的未來發展有何期待或建議？



附錄三：訪談重點摘要

受訪者 A 訪談摘要

訪談日期：2025-10-15

- 台灣健保總額與費率年度決策流程及健保會職責

年度健保總額制定流程與責任分工：每年年初由社會保險司規劃政策與訂出總額成長範圍，徵詢健保會意見後由衛福部報行政院，行政院再交付國發會審議，最後院核定總額成長範圍之低推估與高推估，並於約七月交付衛福部轉交健保會依此推估範圍進行協商，每年約九月進行總額協商。

健保會之總額協商與提案機制：高推估如在 5.5% 之下，各總額部門提出方案，雖常見提到 7 至 10 幾%，但最終不會超過高推估。協商後進行地區預算合理分配，此與費率無關，屬支出配置。

費率估算與審議流程：說明總額談定後約一個月由健保署依總額成長率估算合理費率並提方案，先開專家學者諮詢會議（健保會委員列席），再送健保會審議，預計 11 月審議費率。

安全準備金規範：表明法規要求安全準備金 1 到 3 個月，超過 3 個月過去曾調降費率，之後出現收入不足的問題。

過去調降費率原因與後果：稱付費者質疑將應由公務支出的項目塞入健保，主張還利於民而調降；其後收支不平衡、開始出現赤字。

目前收支差與平衡費率概念：指出目前收與支差約 3%，理應採平衡費率以收支平衡，但平衡費率漲幅過大，實務上費率僅採微調。

健保會定位與職責：健保會為部內民意溝通平臺，類似健保署的「董事會」，由付費者與醫事服務提供者等代表組成，針對總額與費率等重大事項進行審議，不處理具體花費細節。

健保會五大任務：提及任務含總額協商、費率審議、政策諮詢、監理等。



公開資訊與年報電子書櫃：有電子版年報與書櫃，流程與委員資訊清楚可查。

自述為健保會執行祕書（官員），負責運作平臺與行政幕僚工作，長期參與健保會運作，自評對健保制度整體運作相當瞭解。

- 2021 年健保費率調漲的原因、法規要求與疫情下決策爭議

2021 年健保費率調漲的最主要因素是收支不平衡、財務出現問題，健保費收入與總額支出存在約 3% 的差距，需依法規維持安全準備金以穩定運作。

疫情對收入面的影響與結構：COVID-19 導致經濟不好、投保流動減少、部分在外者不回來，影響收入。

支出增加的構成：強調新藥、醫療科技持續引進，高規費用納入，C 肝治療推廣造成支出持續增加，形成收不抵支。

人口結構長期風險：人口老化與工作人口減少為長期問題，非短期事件所致。

法規對安全準備金的要求：健保為即收即付，需安全準備金以應付突發狀況，法規要求至少 1 到 3 個月健保支出，1 個月為法定下限，須維持安全準備金水位。

費率推估與年度討論節奏：談當年費率會推估至次年年底，在 109 年開始算至 110 年底即推估安全準備金即將不足。

COVID 對調整決策的影響程度：有影響，付費者與資方以經濟不佳為由反對調太高。

甲案、乙案的費率選項與爭議：有 4.97% 及兩個 5 點多% 的漲幅選項，付費者主張經濟差不應大幅調漲。

調整機制與「調降後調升」規則：先前訂有調整機制，乙案主張調升亦應依過去調降的遊戲規則計算，調升條件與安全準備金門檻相關。

會議時間與程序：10 月 20 日為正式委員會，因委員大量提案，給健保署一週補完估算後 10 月 27 日再開臨時會議定費率。臨時會為「表達意向」，非正式表決，出現付費者約 20 人支持甲案、醫事服務提供者約 10 人支持乙案，引發



因委員代表結構組成比例之表決公平性討論，最後採兩案並陳上報衛福部。

健保收入項目構成：包含保險費收入、其他相關收入、公益彩券、補充保費等，補充保費在疫情年是否特別受影響需查證。

各方對調整幅度的立場：澄清資方與付費者並非完全反對調整，而是反對調太高，調整的必要性因基於法規故有共識。

- 健保費率調整機制、政府分攤算法爭議與健保會運作

106 至 109（2017-2020）年期間財務缺口擴大原因：106 年起費率調降，加上資源被拉扯與花費增加，安全準備金至 109 年時幾乎花光，加上疫情使醫療需求加溫，導致健保財務缺口放大。

調漲保費以外的替代方案：健保會委員提出政府還錢、調升部分負擔、限縮健保給付範圍、增加自費、小病不保、加強資源控管等。

政府 36% 健保總經費分攤比例的算法爭議：審計單位有「總收入 36%」與「總支出 36%」兩種算法，受訪者傾向總支出計算方式，但指出應從收入面算，政府將低收入戶代繳的錢納入分母與其支出計算，導致付費者認為政府少付，爭議吵了 N 年。付費者代表批評政府把替低收入戶代繳的健保費計入再換算，導致政府負擔偏低，認為政府賴皮。

健保法施行細則第 45 條修法與資金挹注：指出施行細則第 45 條今（2025）年修法，將把不應算入健保政府支出的一些補助調整至公務預算，預計挹注一百三十幾億，使政府 36% 負擔的金額變多。

為何採調漲費率而非其他方案：認為其他方案需時間且時效性不足，調費率最公平且符合法規與修支聯合法之連動設計。

制度設計與政治責任的緩衝：提到過去前兩任首長調漲費率後下台的討論，認為健保會作為民意溝通平台形成緩衝而分散壓力，提供合理制度化溝通。

建立類似油價的常態化調整機制：希望如油價每週調整成習慣化，形成合理、科學化的調整機制，但承認健保太複雜有難度。



保費級距與上限調整：提健保財務改革包含保費級距，將投保上限由 18 萬調到二、三十萬，使高所得者付更多，但對財務效果有限。

費率的財務效果相較其他改革：指出其他改革僅增加幾十億收入，不足以彌補大缺口，調費率的財務效果最好。早期保費占九成，近期計算約百分之八十，但仍然占比極大，費率一漲影響顯著。

基本工資調整對健保收入影響：表示基本工資近期調整，健保最低投保薪資相應調整即可“多了四十幾億”，顯示調整此項目對財務的影響。

健保會的角色，諮詢或決策：表示審議結果報衛福部轉行政院核定，最後核定才是決策。健保會有共識時通常尊重，無共識則上級決策。

健保會達成共識與兩案併陳的情況：總額協商可共識或兩案併陳，費率通常是共識，110 年例外為兩案併陳，呈報甲案與乙案供部參考，再報行政院。

費率協商的折衝關鍵：指折衝關鍵在於各方都能接受的方案，尋求最大共識。

- 健保費率審議機制變更與 5.17 費率決策及社會溝通

健保會的共識與核心目標：指出各方立場不同，但中心思想是維持健保可持續，兼顧付費者能否付得起與醫界長期點值偏低的困境。最後需透過協調形成共識。

費率審議機制的歷史與變更：104 年第十次委員會議通過之「全民健保財務平衡及收支聯動機制」，隨時空背景變化與財務轉差而不再適用，本次(2021 年)審後回歸健保法 78 條與安全準備 1-3 個月的原則。

健保會與健保署、衛福部、行政院的互動關係：指出健保會除總額協商與費率審議外，監理與健保署相關。與衛福部互動以政策、法規諮詢為主，部將案報行政院，最後由行政院核定。

5.17%費率的來源與決定過程：說明過去一代健保最高費率為 5.17，本次(2021 年)部報兩案，最終由行政院核定 5.17，屬於回到過去最高。

甲案 4.97 的可行性與風險：提到甲案 4.97 勉強可行但需當年與次年連續調整，



付費者傾向先 4.97 以時間換取空間，但部認為不保險。

5.17 對民眾負擔與穩定性：指出月增約 63 塊，預期民眾可接受。以 5.17 可維持兩年不調，提供改革與控管時間。

政治溝通與關鍵人物：認為陳時中部長具說服力，能理解付費者心聲並溝通政府無奈，私下也與勞工團體溝通。

社會反應與輿論壓力：表示此次反應相對溫和，輿論壓力不大。醫界可接受不一次調到最高，避免超過健保法費率 6% 的天花板而需要修法。

公民團體角色與意見：提到消基會吳榮達發言，認知疫情衝擊，若調整希望不要太高，傾向溫和調幅。

健保會作為折衝平台的效果：同意健保會內部完成多數折衝，體制外的對立與反彈降低，各界意見在會內獲充分討論與理解。

委員代表性與遴選機制：說明依六類保險人選團體代表，如公務員與教師輪流、勞動部提供前十大工會挑 6 個、農會漁會各 1 位、主計總署代表、公務人員付費者等，僱主為七大工商團體中的五個，專家公正人士由部長遴選。消基會曾在保險人第六類、屬保障名額，陳時中、邱泰元時期改至公正人士類後不再保障。

委員專業門檻與「萬年委員」批評：強調健保議題門檻高，長期參與有理解，醫界常批健保會「不給錢、只砍錢」，故需合理溝通。

政黨在此議題的影響：稱在健保會層級未明顯感受政黨介入，單位較獨立運作。

未來兩年改革與控管重點：以兩年不調的窗口，預期可進行財務控管與改革配套，提升穩定性。

費率區間與兩案計算差異的說明：付費者依支出計算、醫界依總額協商成長率計算，形成不同費率區間。

- 健保費率調整決策過程、疫情與法規影響、關鍵人物角色、商業保險輔助健保的可行性與選舉因素



疫情對財務與決策的影響：指出疫情對財務與社會經濟影響大，影響費率調整討論與民眾負擔評估。提及 2020 年 10 月 27 號臨時會多次討論疫情衝擊，成為當時共識凝聚與溝通順暢度的重要因素之一。

法規為啟動與決策的首要因素：強調最重要的是法規在那邊，必須啟動，認同決策需依程序，並由健保會提出方案後再決定，形成較完備的論述與配套。

關鍵人物的角色—陳時中部長：指部長為費率調漲成功的關鍵人物。稱陳部長最擅長溝通折衝、與健保有深厚淵源，過去任副署長、協會委員、牙醫師公會理事長等，與健保會委員熟識，對政策論述清楚。

決策程序差異影響結果正當性：指出過去由衛生署內直接決定，這次則有健保會討論並提出兩個方案，由部裡在強調後續財務改革配套下決定，使民眾對調漲後續不會「一直漲」而比較安心。

是否會因為沒有陳部長而結果會不同：表示不確定、難說，但強調政治人物的溝通重要。

未來若再調整費率的機制與重點：認為現有機制 OK，關鍵在溝通與清楚論述，漲價要讓民眾知道錢用到哪，買到什麼服務；總額協商時委員要求醫界提出可交付的服務，不只是抱怨點值太低。

健保會的功能與爭議：稱有人主張廢除健保會，但其實「蠻好用」，可作為政策攻防的「遮羞布」。外界批評不做某事時，能以健保會不同意作為回應。

商業保險輔助健保的可行性與困難：認同健保為主保險、商業保險輔助，但指出商業保險需計算賠率，昂貴項目（如癌症）難算且費用高，保險公司多不願承擔，商業保險與健保間整合不易。

商業保險的健康行為折扣（減項/discount）：說明部分保險對糖尿病等過去不保的族群現在可保，但要求被保人運動並透過 APP 上傳證明，隔年費率給予 discount；認為此模式可行，並感嘆健保體系過於忙碌，導入不易。

健保漲價與部長/署長去留的差異，為何以往「兩次漲價首長就下台」、這次



則未下台的關鍵：認為關鍵在決策過程不同，有健保會程序與配套論述。

選舉與費率審議的關聯：建議研究每次與選舉的關係，沒有選舉更能認真討論保費機制調整。

- 結論：本次訪談釐清台灣健保年度總額與費率的決策鏈與健保會職責，指出在收支缺口擴大、疫情衝擊與法規要求（安全準備金 1-3 個月）下，採 5.17% 費率以維持穩定兩年並爭取改革時間。健保會作為民意溝通與折衝平台，提高程序正當性，並對政府分攤 36% 算法與替代方案（部分負擔、給付範圍、基本工資調整等）進行討論。最終以費率微調為財務效果最佳的選擇，強調後續需透明交付與資源控管以回應社會期待。

受訪者 B 訪談摘要

訪談日期：2025-10-22

- 健保保費三次調漲的歷史與政治影響：台灣健保保費經歷三次調漲，前兩次引發巨大政治風暴，導致主管下台。第三次調漲則因先前有大幅調降（從 5 點多降至 4.69%），當安全準備金不足時再調升，民眾接受度較高，政治阻力也因此減小。
- 安全準備金是保費調整的核心機制：健保法規定安全準備金需維持兩個月。先前因補充保費收入大增，準備金一度高達五、六個月，依法必須調降費率。後來準備金逐漸消耗至不足兩個月，依法就需調升費率，成為此次漲價的法律基礎。
- 健保的「收支分立」財務結構：健保的支出與收入是分開的。支出面採「總額預算」制，依醫療需求預估，與收入多寡無關。收入面則來自「健保基金」，依健保法規定的費率向不同類別的民眾及僱主收費。當基金支付總額預算後，剩餘不足兩個月時，即觸發調漲機制。
- 財務狀況決定結構改革的可能性：受訪者認為財務決定結構。若收入無法增加，

支出面的預算公式就不敢調整得更合理。例如，若檢討後發現預算成長需達 10%，現行保費收入將無法負擔，因此不敢輕易檢討現有公式與模型。

- 台灣醫療預算成長遠低於國際水平：台灣健保總額預算過去年成長率僅 3-4%，近期雖提升至 5%，但與韓國平均每年成長 10%相比仍然偏低。這導致許多新藥、新技術無法引進，醫療品質受限。
- 基本工資調漲對健保財務的隱性貢獻：過去十年未調漲保費，部分原因是基本工資持續調漲。由於約三分之一的民眾依基本工資繳納保費，工資上漲相當於變相地每年調高保費收入。
- COVID-19 疫情創造支持醫療界的社會氛圍：疫情期間，社會大眾體認到醫師的不可或缺性，因此對於健保總額預算及醫療相關議題，社會氛圍較為支持，減少了對保費調漲的刁難。
- 調漲費率外的其他財務解決方案：討論過的替代方案包括：改變保費結構，如提高補充保費的範圍與費率；改以「家戶總所得」為收費基礎，讓收費更公平；以及要求商業保險分擔部分由健保支出的費用。
- 健保會的組成與權力結構：健保會是衛福部長的「白手套」，讓付費者與醫療提供者自行協商。若協商達成共識，衛福部會照辦；若無共識（兩案併陳），則由部長裁量。其組成偏向民眾與付費者團體，核心設計以民眾需求而非醫療提供者需求為主。
- 各方利害關係人的立場與影響力：付費者（勞工、僱主）希望少付錢，其中僱主因負擔大量員工保費而影響力最大。醫療提供者則認為給付偏低，主張漲價。在健保會中，付費者代表佔多數。公民團體影響力小，媒體輿論則常被資方或醫界操作。
- 保費漲價與降價的關鍵決定因素：決定「漲價」的關鍵力量是醫療提供者，因為有安全準備金不足的法律依據作為支撐。而決定「降價」的關鍵力量則是付費者團體。

- 成功調漲的因素排序：受訪者認為此次保費調漲成功，最重要的因素是「環境氛圍」（疫情下的社會支持），其次是「機制」（安全準備金法規），最後才是首長「個人」的努力。



受訪者 C 訪談摘要

訪談日期：2025-10-24

- 健保會委員間互動：保險付費者代表相對抗拒保費調漲，會同時拉攏專家學者及公正人士共同反對費率調漲或降低調漲幅度。保險醫事服務提供者代表則為期望合理醫療給付而主張保費合理調漲（較高的調漲幅度）。
- 此次保費調漲為何主管首長未如前兩次調漲時因政治責任問題下台：相較於先前由學者從政的首長，陳時中部長具有較高的政治靈活度與背後的政治支撐是重要關鍵，且會對各代表群體個別進行溝通協調，降低調漲政策推動的阻力。
- 首長、制度、環境氛圍，何者對調漲費率成功的影響性較高：制度固然重要，首長的溝通協調能力對政策推動的成功更加重要。

受訪者 D 訪談摘要

訪談日期：2025-11-13

- 健保會組織演變與代表性：受訪者詳細說明健保會、費協會及監理委員會的職責分工與合併歷程，強調收入與支出管理分離，後來合併以提升協商與管理效率。二代健保法修正後，組織架構調整，勞工、消費者、商業、工業等多元代表參與，勞工成分最大，影響力顯著。健保會被形容為民意與政策的橋樑，成員來自各界，具高度代表性，但也存在專業認知落差，討論激烈但效率有待提升。
- 財務壓力、費率調整與管理機制：健保財務長期面臨壓力，準備金不足時依法



必須調漲保費。2020 年預估 2021 年準備金不足，提前討論調漲，且每月財務皆呈現不足。疫情期間醫療使用量下降，但民眾對保費調整接受度有限，財務壓力主要來自結構性問題。收支不平衡時，中央政府補助佔 36%，消費者與雇主各 32%。健保會預備金累積與運用（約三至四百億）對永續發展至關重要。

- 費率調整與政策溝通：費率調降後再調升困難，需遵循少數服從多數原則及法規。不同領導者調整方式差異大，楊志良時期溝通較少，造成反彈。陳時中則強調協商與說明，調整過程較平順。保費調整數字參考前例並考量各方意見，醫界與勞工階層對調漲有反對聲音，主張不超過 5%，但多數仍接受。溝通在政策推動中至關重要，需兼顧弱勢族群利益。
- 社會運動、民意參與與制度改革：1996 年大規模抗爭事件，民意集結、遊行與官民溝通，促使政策調整。政策制定者（學者專家）與基層社會理念常有落差，理想雖好但溝通不足，導致民意反彈。歷任部長、局長溝通風格不同，部分重視民意，部分偏重法條執行，影響政策推動成效。
- 外籍勞工納入健保與健保給付覆蓋範圍擴大：外籍勞工本人納入健保，壯年勞動力對健保體系有貢獻也帶來挑戰。特殊疾病（如罕病）逐步納入健保，擴大覆蓋範圍具社會意義但執行有挑戰。
- 醫界結構問題與資源分配：醫界存在退休制度不足、利益分配不均等結構性問題，部分醫事人員長期辛苦，政策需針對結構性問題調整。醫療資源分配有灰色地帶，政策與執行標準不一，需加強監督與規範。國際醫療推動需配套，避免壓縮本地資源，應以全民健保服務本地民眾為優先。
- 制度、社會氛圍與人的角色：制度設計與社會氛圍遠比個人重要，制度能預估現象並形成氛圍，溝通者需具同理心與溝通能力。社會氛圍隨現象產生，亂象後才會立法管制，立法需時間，氛圍是法律產生的基礎。政策制定者需體會民間需求，理想與現實需平衡，推動時機需考量社會感受。
- 地方政府責任與財務分流：健保費用補助由中央與地方政府分擔，地方自治法



後各縣市做法不同，部分主動補助老人健保費，形成財務分流。職位由稅金支撐，財務狀況影響官司分配與改革，政見與選舉也影響政策走向。

- 醫療改革與未來展望：健保制度已行三十年，若要大幅改革需考慮民情與文化，制度改變會帶來巨大影響。新科技、新藥需試辦後逐步開放，預算有限，需平衡利益與訴求。分級醫療是理想，需加強基層給付與技術，基層醫生需有同理心，改善患者體驗，減少醫療暴力事件。醫學中心、準醫學中心等名稱變更多為爭取資源，應重視基層與地區醫院整合，避免資源過度集中。
- 政策檢討與執行落差：雖然每年都會檢討醫療項目與減少浪費，但多流於形式，實際執行有限，官樣文章多，成效不彰。政策推動需回應民眾真實需求，避免無謂創造新需求，溝通與抗爭並存，需感同身受。
- 個人經歷與資料處理：受訪者分享自身參與健保制度發展的經驗，認為制度需隨社會需求逐步調整，民情與互動是改革關鍵。
- 結論：本次訪談綜合探討台灣健保制度的組織演變、財務壓力、費率調整、社會運動、民意參與、外籍勞工納入、醫界結構問題、制度設計、社會氛圍、地方財務分流及未來改革展望。受訪者一致強調溝通與民意在政策制定中的關鍵作用，制度設計需兼顧代表性、專業度與執行力，並持續回應民眾需求。健保制度雖歷經多次改革與挑戰，但在各界代表、民意壓力與財務管理下逐步完善，未來仍需持續關注覆蓋範圍、財務永續、基層醫療強化及結構性改革。

受訪者 E 訪談摘要

訪談日期：2025-11-20

- 健保費率調漲的背景與原因：
健保財務狀況不符法規，若不調漲，至 110 年底，健保安全準備金將低於法定的一個月下限（僅剩 0.33 至 0.4 個月），此為啟動費率調整最直接的法律原因。



健保支出持續擴大，健保支出從二代健保初期的 2500 億增長至近 9800 億，支出增長速度遠超收入。主要原因包括：給付項目、範圍與條件不斷放寬（如 C 肝用藥、白內障手術限制解除）；將預防保健項目（如洗牙、量三高）納入給付；新藥與新科技的引入；人口老化及洗腎、癌症等高費用疾病的醫療需求增加。

節流措施困難且成效不彰，民眾就醫習慣浮濫，加上醫療給付點值下降導致「劣幣驅逐良幣」，部分醫療院所可能擴大看診、用藥與檢查。政策上持續新增醫院也加劇了資源稀釋。

- 110 年費率調漲的爭議、決策與時機

COVID-19 疫情創造的有利時機：疫情期間，醫界人員的努力贏得民眾高度尊敬，這股社會氛圍使得政府提出調高費率時，所遭遇的反彈力道遠小於平時。

部長陳時中的個人特質與決斷力：時任部長陳時中因防疫有成，被視為英雄人物，其決策獲得民眾普遍肯定，使他「敢於」做出調漲費率此一艱難決定，且未引發大規模反對。

付費者代表與民眾的觀點：付費者代表（如勞工、雇主團體）與民眾普遍反對調漲。主要論點有二：一是政府應補足法定應負擔的 36% 差額，若補足則無需調漲；二是健保應先徹底執行節流、杜絕浪費，在確認無效後才考慮調漲保費。

公民團體與學者的看法：如醫改會等團體，主要倡議「開源節流」，認為在節流措施未徹底落實前，不應輕易調漲保費。若非調不可，也應考量疫情與民眾負擔，將漲幅降至最低。

- 健保會的角色與決策過程

健保會的角色定位與弱化：健保會本質上是衛福部的諮詢機構，而非最終決策機構，最終決定權在衛福部長及行政院。然而，近年來決策明顯偏向醫界，部長與行政院長常直接拍板，繞過或推翻健保會的協商共識，導致其協商功能逐漸喪失，角色日益退化。



- 110 年費率的折衝與最終決定

健保署提出 5.47%與 5.52%兩個方案。受訪者身為公正人士，提出一個兩階段方案：若政府願補足 36%差額，則不需調漲；若否，則建議調至 4.97%，此費率能確保年底安全準備金高於一個月。最終此 4.97%方案獲 18 位委員支持通過。

然而，行政部門最終拍板定案為 5.17%，此決定並未對外多做解釋，但因疫情因素，除了少數公民團體外，並未引起媒體或立法委員的強烈負評。

- 健保制度的結構性問題與挑戰

替代方案成效有限

分級醫療：雖推動分級醫療，但相關獎勵金、軟硬體補助花費甚鉅，並未有效引導病患流向基層，成效有限。

藥品與檢查節流：健保署雖試圖抑制浮濫用藥和檢查，但節省下來的錢直接回歸總額預算大水庫進行分配，並未存入準備金，實際上未達「節流」效果。

部分負擔調升：過去調升幅度過小，未能有效抑制民眾逛大醫院的習慣。受訪者認為，醫學中心的部分負擔至少需提高至 2000 元才可能產生效果。

法規執行力不足：受訪者認為健保法規在實際執行上相當薄弱，甚至可以「不遵守」。例如，法規明定指示用藥不應由健保給付，但現實中仍有數百種在給付範圍內，顯示政治決策時常凌駕於法規之上。

民眾與政府的矛盾期望：民眾期望健保「包山包海」，但同時不願多繳保費或增加部分負擔。政府為討好選民，不敢輕易調整福利或增加民眾負擔，甚至出於選票考量增設醫院，導致資源浪費。

65 歲以上長者免健保費的議題：受訪者強烈反對「不排富」地全面免除 65 歲以上長者的健保費，認為應設立排富條款，否則將對健保財務造成更沉重的負擔。

- 預算制度與資源分配困境：健保的總額預算制度導致各部門為爭取預算而提

出專案；DRGS（診斷關聯群）等改革措施也因醫院內部利益難以協調而推行不順。

- 結論：健保財務因給付範圍持續擴大、人口老化及節流成效不彰而面臨壓力，導致 110 年費率調漲勢在必行。此次調漲的成功，主要歸因於 COVID-19 疫情創造的特殊社會氛圍，以及時任部長陳時中因防疫成功所累積的個人聲望與決斷力，這兩者是比法規更重要的成功因素。調漲過程中，付費者與公民團體普遍要求政府先落實財政責任與節流措施，健保會也以折衝後的 4.97% 方案作為建議。然而，政府最終拍板高於建議的 5.17%，同時也揭示了近年來健保會協商功能弱化，政府行政權力對健保決策影響力顯著增強的趨勢。這次成功的經驗並未解決健保制度的根本性矛盾：民眾期望服務無限擴大卻不願增加負擔，而政府則因政治考量不敢進行結構性改革。分級醫療、部分負擔等替代方案效果有限，法規執行不力、預算制度僵化等問題依然存在。要解決這些盤根錯節的難題，未來需要一位深得民心且有魄力的強人領袖，透過與人民的深度對話形成社會共識，才有可能推動真正的改革。

受訪者 F 訪談摘要

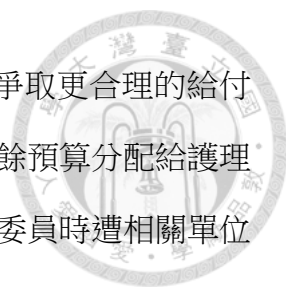
訪談日期：2025-12-22

- 參與公共事務的背景與經歷：

長期擔任工業總會常務理事與政府委員：受訪者作為中小企業代表，在工業總會擔任 15 屆常務理事，並因此深入參與政府各部會事務。他歷任內政部、教育部、勞動部等多項政府職務，如基本工資審議委員、健保署費用協定委員等。

培育新一代與國際組織參與：近年來，受訪者著力於培育青年後進進入各部會委員會。同時，他提及作為僱主委員會召集人，該組織是聯合國國際僱主組織中唯一仍以「中華民國」名義參與的會員。

在健保體系中的貢獻與角色：受訪者分享其利用專業為醫界解決問題的經歷，



如成功將心臟外科醫材給付改為實報實銷，並為基層診所爭取更合理的給付標準。在資源分配會議中，他亦扮演關鍵角色，曾提議將剩餘預算分配給護理師與藥師。然而，因對體系運作過於了解，後續在尋求連任委員時遭相關單位排擠。

- 健保制度沿革與費率調整的政治角力

早期健保改革的政治風波：受訪者分析，李明亮部長時期調漲保費失敗，主因是其不諳政治手腕，加上當時府院高層不敢承擔責任，最終由部長個人承擔政治後果。一代健保曾有「家戶總所得」制的改革理想，但因無法掌握部分民眾稅基，遭財政部反對而作罷，最終轉向二代健保。

費率調整的決策核心：氛圍 > 人 > 法規：健保費率調整並非純由公式決定，其真實決策順序是：先有特定的社會氛圍，再由高層決策者（人）評估氛圍，最後才運用或彈性解釋法規來推動政策。立法委員因擔心得罪選民，普遍對此議題保持沉默。

選舉週期與輿論測試：費率調整高度受選舉影響，政府通常會避免在選舉年調漲，並透過媒體釋放風聲來測試社會反應。若反彈強烈，政府便會否認，稱其為謠言。

2020 年調漲成功的關鍵：疫情氛圍：2020 年費率調漲成功，關鍵在於新冠疫情創造了獨特的社會氛圍。民眾對醫療體系的依賴與恐懼感，壓過了對保費上漲的反感，大幅降低了政策的社會阻力。高層判斷此時調漲不會引發劇烈反彈，政策因此順利實施。

- 二代健保、補充保費與總額協商

二代健保與補充保費機制：二代健保明確規範了僱主、勞工與政府的負擔比例（6:3:1），並引入 2% 的補充保費，針對股利、利息等六項收入課徵。

僱主在補充保費的角色：當員工的年度總所得（含獎金）高於其投保薪資級距，所產生的保費差額，健保署會向「僱主」開單補繳，而非直接向員工追討。



此機制主要針對企業員工的變動獎金，而專業人士（如醫師）的補充保費則可能在每次收入發生時即被扣繳。

總額協商機制的權力不對等與扭曲：健保總額成長率有行政院核定的「高標」與公式計算的「低標」。在協商中，付費者代表常處弱勢。過去，願意協商的部門（如中醫、牙醫）節省下的額度，最終會被部長裁決挪給堅持高標的西醫部門，導致「乖乖協商者」受害。近年，付費者代表索性同意所有部門皆採最高標，使協商機制形式化。

- 健保財務管理的挑戰與不透明

政府支出轉嫁健保：政府常將公共衛生（如 B、C 肝防治）及弱勢族群的保費負擔轉嫁至健保，這些本應由政府福利預算支出的項目，加劇了健保的財務壓力。

健保署的「小金庫」與財務操控：受訪者指出，健保署握有數百億未完全透明的「特別款」或「準備金」。這筆資金可用於應對突發事件或支應政府政策指示，使得健保的實際財務狀況難以被外界精確掌握。

準備金水位的多重操縱手法：作為是否調漲保費的關鍵指標，準備金水位是可以被「管理」的。政府與健保署可透過撥補公務預算、挪用專案結餘款、遞延支付醫療費用等手法，操控準備金水位以配合政治時程。

媒體角色：缺乏專業與傾向操作爭議：媒體在健保議題上缺乏自主評論能力，傾向於操作對立、報導爭議性話題以追求點閱率，而非提出建設性建議。同時，媒體老闆多為資方，也限制了報導的獨立性。

- 對健保制度的改革建議

開源節流：應更有效運用保費資金（如改善定存利率）、確實追收罰款與欠費。同時，需積極改善醫療浪費，並嚴查醫療機構舞弊行為。

建立費率浮動機制：建議健保費率仿效油價採浮動機制，每年根據總額成長的差額進行微調（如 0.1%），讓民眾習慣「多用醫療、隔年微增」的觀念，



避免一次性大幅調漲帶來的政治阻力。

導入 AI 與建立直接撥款機制：建議導入 AI 系統精準計算費率，簡化協商流程。同時，應建立醫療人員個人帳戶資料庫，使政府的補貼或獎勵能直接撥款至個人，提升行政效率與公平性。

- 結論：本次訪談深入剖析了台灣健保制度背後的政治運作、制度沿革與財務挑戰。受訪者以其長期參與的經驗揭示，健保費率調整不僅是財務計算，更深受政治角力、選舉週期與社會氛圍的影響，其決策核心是「氛圍 > 人 > 法規」。從一代健保改革的失敗，到二代健保補充保費的複雜機制，再到總額協商的形式化與健保署運用「小金庫」影響財務透明度的現象，均反映了健保在理想與現實間的拉扯。結論是，健保的永續經營，需要在透明的財務基礎上，建立更標準化、更少政治干預的決策模式，例如採行費率浮動機制與導入 AI 技術，以提升效率與公平性。

受訪者 G 訪談摘要

訪談日期：2025-12-24

- 費率調整的背景：財務壓力與歷史爭議

財務壓力與法定調整的必然性

歷史背景：在二代健保（102 年）實施前，由於政治因素長期不調整費率，健保財務瀕臨破產。二代健保建立了「收支連動」機制，規定安全準備金應維持在 1 至 3 個月，旨在讓財務責任更明確。此機制在 105 年成功促成費率調降。

110 年的觸發點：由於高齡化、少子化及醫療科技進步，健保財務壓力持續增加。至 110 年，經試算後無論採任何方案，隔年底的安全準備金都將低於一個月法定下限。因此，健保署基於法律規定與財務預測，必須啟動費率調漲程序，這也成為對「收支連動」調升功能首次的重大考驗。

政府負擔 36% 的長期爭議：

核心爭點：費率調整之所以耗時，深層原因是付費者代表長期質疑政府負擔 36% 的計算方式。爭議包含：政府將虧損以負值計入「結餘」，從而減少應提撥的安全準備金；以及將原住民、中低收入戶等非法定健保補助計入 36% 的負擔額度。

付費者的立場：付費者代表估算，若政府將這些爭議款項（累計至 110 年達 487 億）歸還健保財務，則根本無需調漲費率。他們以此為由，反對在問題解決前調漲費率，導致會議「雞同鴨講」。

- 110 年費率調整的決策過程與各方角色

健保署的角色：健保署在健保會中代表政府方，核心職責是基於數據提出專業建議方案（如不調或調一半費率的後果），並在各方角力中釐清疑問。然而，健保署的建議不一定被採納，最終決策常是協商與妥協的結果。

健保會的角色：健保會是「諮詢」而非「決定」單位，委員由各利益團體（醫界、付費者、雇主、公民團體）推派，背負所屬團體的利益與壓力。醫界普遍支持調升，因這意味著總額成長空間更大，財務更充裕。付費者與公民團體原則上支持「收支連動」，但更關注政府 36% 的歷史爭議。公民團體（如醫改會）不反對漲價，更擔心政府因選舉延宕決策。雇主代表對調漲的抗性最強，因需負擔 60% 保費，調升會直接增加營運成本。因各方立場分歧，最終會議以「兩案併陳」（A 案 4.97%、B 案 5.47%/5.52%）的方式上呈，交由衛福部長裁決。

- 決策層的政治考量與最終定案

政治包袱與契機：歷任首長調整費率的經驗（如李明亮、楊志良）加深了「調漲費率影響政治前途」的印象。然而，110 年時任部長陳時中因防疫成功累積了高民意支持度，創造了「民氣可用」的政治窗口。

「還原」的論述策略：為降低政治阻力，決策高層（包含時任次長薛瑞元）巧妙地提出將費率「還原」至上次調降前的 5.17%，避開了「調升」的敏感字眼。

最終決策：在部長本人對健保制度的情感、建立制度永續聲譽（credit）的期



許，以及有利的社會氛圍下，最終採納了早已是高層腹案的 5.17%，此決策不僅解決了財務窘境，也被視為落實「收支連動」精神的重要一步。

- 健保制度的根本挑戰與未來展望

健保的核心精神與永續挑戰：健保的本質是全民互助的社會安全網，透過強制納保消除個人醫療財務風險。其最大挑戰在於永續發展，必須在過度政治化與民粹討好中取得平衡。

自負額比例升高與給付範圍縮小的隱憂：台灣的自負額比例(OOP)高達 36%，遠超先進國家，代表健保給付的「框框」越來越小，削弱了制度的互助效果。此問題源於醫院與廠商的商業營利導向與健保公共利益目標的衝突。例如，「醫材自負差額」制度因初期監管不足導致價格失控，不僅傷害民眾，後續納入全額給付時更因既得利益固化而讓全民付出更高代價。

福利支票與財務責任：針對「65 歲以上免健保費」等提案，其本質是政府開出的「福利支票」。只要資金由其他預算支應，而非直接從健保收入扣除，就不會衝擊健保的整體財務。健保單位對此類資金轉移持中立態度。

- 結論：110 年健保費率調整至 5.17%，是「天時、地利、人和」下的複雜決策。其成功關鍵在於：法規（收支連動機制下的必然性）、社會氛圍（COVID-19 疫情創造的政治契機），以及關鍵人物（決策者以制度永續為優先的使命感與巧妙的論述策略）。然而，此次調整也突顯了健保制度的深層挑戰：首先是政府與付費者之間關於財務責任的歷史爭議未解；其次是健保的公共利益目標與醫院、廠商的商業營利導向之間的劇烈衝突，導致自負額比例持續攀升，削弱了健保的互助精神。展望未來，健保制度的最大挑戰在於永續發展。如何在政治干預與民粹壓力下堅守制度精神，並改革支付制度以應對日益擴大的自費市場，是確保這張台灣最重要社會安全網能夠存續的關鍵。

受訪者 H 訪談摘要

訪談日期：2026-01-22



- COVID-19 情境對健保費率調整的影響：疫情期間社會對醫療重視提高，漲價相對容易。受 COVID-19 影響，民眾對醫療需求與健保財務的擔憂增加，形成支持費率調整的社會氛圍。2021 年防疫表現獲得肯定，民意對醫療滿意度提升，使漲價的政治阻力降低。
- 2021 年漲幅屬「恢復」至 5.17%，較易被接受：受訪者強調當年調整被視為回復至既有水位，並非大幅加價，提升民眾接受度，有助於政策順利推行。
- 政治時機與代價：健保漲價多在總統就職第一年，政治代價較小。台灣實務上，重大費率調整通常選在總統任期第一年，因為距離選舉最遠，輿論與反彈較可控；第二年起接近選舉，代價明顯升高，通過難度也加大。
- 四年一調為常態、直接大幅調整約每八年一次：受訪者回顧歷次調整節奏，指出制度上常有「間接加錢」的做法（如制度修法或補充性保費）夾在中間，但「直接漲率」的大動作大約八年一次。
- 替代方案的可行性與限制：政府撥補屬短期方案，難以長期維持。疫情期間曾討論以特別預算或政府撥補支撐健保財務，但受訪者認為此類方式僅能延遲問題，隔年或後年仍將面臨同樣壓力，非永續之道。
- 健保會委員對調整時點影響有限：委員多就技術細節（如起迄時點）提供意見，實質政策方向仍由部會與政務高層決定。即使委員有「先撐一年」的想法，也難主導最終調整幅度與路徑。
- 法規與安全準備金機制的角色：法規條件可配合主管首長的調整意向，但非決定性因素。安全準備金水位與聯動機制可作為啟動依據，但受訪者指出，若政治上決定要調，通常會讓法規條件滿足。若不調，則可用撥補暫緩。法規層面相對不是核心變數。
- 關鍵人物與政策企業家角色的相對次要性：在特殊社會氛圍下，個別關鍵人士



影響相對小。雖然部長、院長、總統層級可決定進退與方向，但在疫情高滿意度與「不宜更換防疫指揮」的背景下，政策推動更仰賴整體氛圍與決策機制，而非單一人物的領銜。

- 放話與試水溫的政治操作：媒體放話與年度內分段塑造氣氛屬常見策略，即便年底才定案，政府與媒體在年中即釋出訊號，測試社會反應、建立議題認知，降低正式宣布時的阻力。此屬政策推進中的政治溝通術。
- 2020-2021 年的調整幅度與決策壓抑：原擬更高幅度調漲，後被壓低調整。受訪者回憶當年有更高漲幅的規劃，最終由行政院長將幅度壓低，兼顧財務需求與政治可接受度，體現高層平衡考量。
- 頻率與幅度的政策建議：建議每兩年調整一次，對應健保會委員任期。為避免久未調整導致一次性高幅度、引發強烈反彈，受訪者主張較短週期小幅調整，最佳頻率為兩年一次，讓委員任內必調、減少「往下一任推」的誘因。一次調太多將放大民眾負擔感，長間隔導致需一次調整 10% 以上，民眾感受強烈、政治壓力升高。以小幅頻繁方式更能平衡財務與社會接受度。
- 當前政治結構的不利因素：當前執政黨在立法院非多數，推動費率調整恐不易過關，且即使過關也需付出高政治代價，成為當前不調整的主要原因之一。
- 選舉節點與改革窗口：受訪者指出，總統選後政治能量最高、距下一次選舉最遠，是推動調整或制度改革（如「三代健保」）的最佳窗口，縣市長選後若大敗更不可能推動。
- 制度改革作為替代路徑：透過新制度創造收入，減少調漲費率壓力。類似二代健保的制度性改革可引入新收入來源，短期內緩解調費率的政治和民意壓力，作為政策選項之一。
- 社會分配觀感與政治風險：需先回應不平等觀感，否則調整代價高。社會分配差距加劇，使費率調整易被視為加重弱勢負擔。政府須先處理公平與觀感問題，否則難獲支持，政治風險上升。

- 結論：疫情期間社會對醫療的高度重視及防疫滿意度，使 2021 年的健保費率調整在政治與民意上較易被接受，且以「回復至 5.17%」的敘事降低反彈。費率調整的成敗主要取決於政治時機與社會氛圍，法規機制扮演輔助角色；短期財務替代方案（如政府撥補）僅能延緩問題。為提升永續性與民眾接受度，建議採較短週期（如兩年一次）的小幅調整，或在選後改革視窗推動制度性改革以引入新收入。同時需重視社會分配的公平觀感，並在非多數立院結構下審慎評估政治代價。