



國立臺灣大學社會科學院公共事務研究所

碩士論文

Graduate Institute of Public Affairs

College of Social Sciences

National Taiwan University

Master's Thesis

全民健保停保及復保政策對門診牙醫醫療使用之影響

The impact of National Health Insurance(NHI) suspension
and reinsurance policy on dental care utilization

林修如

Hsiou-Ju Lin

指導教授：吳舜文博士

Advisor: Shun-Wen Wu, Ph.D.

中華民國 114 年 7 月

July 2025

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

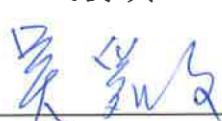
全民健保停保及復保政策對門診牙醫醫療使用之影響

The impact of National Health Insurance(NHI) suspension
and reinsurance policy on dental care utilization

本論文係林修如（姓名） R08343013（學號） 在國立臺灣大學公共事務研究所完成之碩士學位論文，於民國 114 年 7 月 28 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 Graduate Institute of Public Affairs on 28 (date) 07 (month) 2025 (year) have examined a Master's thesis entitled above presented by Lin Hsiou-Ju (name) R08343013 (student ID) candidate and hereby certify that it is worthy of acceptance.

口試委員 Oral examination committee:



(指導教授 Advisor)



系主任/所長 Director:



謝辭



這篇論文完成的同時，也代表我的碩士生涯正式劃下句點。回首這段漫長的旅程，心中百感交集。對我而言，碩士論文的撰寫絕非一條康莊大道，而更像是一場要頂著滂沱大雨完賽的馬拉松。更貼切地說，有時我甚至認為這就是一場布滿泥濘的障礙賽，連滾帶爬、跌跌撞撞地走過六個寒暑，才終於壓底線迎接這份名為「畢業」的禮物。

對身為修完學分即因經濟因素回到職場工作的我來說，這段歷程格外艱辛，上班時處理繁雜工作，下班後還得耐得住性子繼續與論文搏鬥，這樣的生活節奏確實有點痛苦。但幸運的是，這一路上都有許多貴人相伴，讓我得以堅持到底。

首先，我要深深感謝指導老師－吳舜文老師。無論是在寫作思緒混亂、研究進度大幅落後，甚至數度失去自信時，老師總是以耐心與包容，引導我梳理思維、釐清問題，不僅在學術上給予指導建議，更多的是給予人生道路上的寶貴鼓勵。同時，也要感謝口試委員王宏文老師及楊子霆老師給予的寶貴建議，讓我能更加完善論文架構。老師們的專業與溫暖，是我能完成這篇論文最關鍵的力量之一。

另外，我要感謝我的爸爸、媽媽及妹妹，無論我處在人生的哪一個階段，你們都是我最堅強的後盾。也特別感謝我的先生，在就學的這段期間總是以理解與包容來陪伴我。謝謝你們用無條件的愛與關懷，接住我所有的疲憊與情緒，讓我在每個想放棄的時刻，仍能找到繼續前行的勇氣。

最後，我想對自己說一聲：「謝謝你，沒有放棄。」雖然走得慢，但還是到達了終點。我為自己感到驕傲，因為這份論文並非來自順利的路途，而是無數次在困頓中堅持下來的結果。這段旅程雖然艱辛，但也因此更顯珍貴，相信未來的日子將會越來越順遂。

林修如 謹誌於
2025 年仲夏台北

摘要



全民健康保險雖然經歷多次改革，但全民健保財政問題仍未解決且新聞媒體報導多起長期旅居境外國民在身體發生病痛時，短暫返國申請復保利用健保資源之案例，引起部分民眾質疑全民健保中停保及復保政策執行的公平性。本研究針對特定健保政策所區隔出的特殊群體其醫療資源使用情況，以及針對全民健保停保、復保政策影響的進行觀察。以衛福部及相關報導中統計曾申請復保者常利用的牙醫醫療服務作為觀察的依據，並以多元回歸等統計方法檢曾停保者與長期在保者在門診牙醫醫療使用的差異。另以差異中之差異法（**difference-in-differences**）進一步觀察，在 2013 年二代健保改革，增加復保三個月後使得再次停保之限制後，曾停保者的門診牙醫醫療服務的使用狀況（包含在保期間每月平均次數、在保期間每月申請點數及在保期間每月申請之部分負擔點數等）變動之情形。

研究顯示，曾停保者與長期在保者的人口特質有所不同，曾停保者為男性的比例較長期在保者低，且其年齡集中於 20 至 39 歲，另曾停保者之投保單位類別以無職業的地區人口為主，投保地區之分布集中於臺北區。

針對門診牙醫醫療使用部分，曾停保者與長期在保者在門診牙醫醫療資源的使用上確實存在差異。曾停保者於在保期間內每月平均使用次數、每月平均申請點數及每月平均部分負擔點數皆較長期在保者高。而在 2013 年二代健保改革增加三個月等待期後，曾停保者於在保期間使用門診牙醫醫療服務的每月平均次數較增加三個月等待期前之平均每月平均使用次數低、且於在保期間內每月平均申請點數增加，另每月平均申請部分負擔點數亦增加。顯示二代健保改革增加復保後三個月始得再次停保之制度，確實抑制曾停保者使用門診牙醫醫療服務之情形。

關鍵字：全民健康保險、停保與復保制度、牙醫醫療使用、公平性、道德風險

Abstract



Despite undergoing multiple reforms, Taiwan's National Health Insurance (NHI) system continues to face financial challenges. In recent years, media coverage of overseas Taiwanese nationals temporarily returning to Taiwan to reinstate their NHI coverage for medical treatment has sparked public concerns regarding the fairness of the suspension and reinstatement policy. This study investigates the healthcare utilization behavior of a specific group defined by this policy—individuals who previously suspended their coverage—and evaluates the impact of the NHI suspension and reinstatement policy.

Focusing on outpatient dental services, which are frequently used by those reinstating NHI coverage according to statistics from the Ministry of Health and Welfare and related reports, this study employs multiple regression analyses to compare the utilization patterns between previously suspended individuals and those continuously insured. Additionally, a difference-in-differences (DID) approach is used to examine changes in outcome variables before and after the 2013 second-generation NHI reform, which introduced a three-month restriction period during which reinstated individuals could not suspend their coverage again. The outcomes of interest include insured-period monthly averages of dental visit frequency, claimed points, and out-of-pocket copayment points.

Results indicate that previously suspended individuals differ demographically from continuously insured individuals, with lower proportions of males, a concentration in the 20–39 age group, a higher likelihood of being unemployed, and a geographic concentration in the Taipei region. In terms of healthcare utilization, previously suspended individuals had higher monthly averages in dental visits, claimed points, and copayment points during insured periods. After the 2013 policy reform, their average

number of monthly visits decreased, while claimed points and copayment points increased. These findings suggest that the reform's restriction on repeated suspension effectively moderated healthcare usage behavior among this group, contributing to a fairer distribution of financial responsibility within the NHI system.

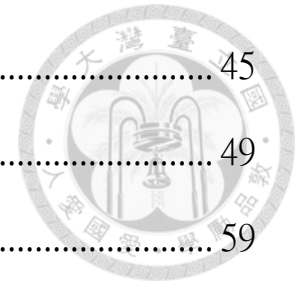
Keywords: National Health Insurance, suspension and reinstatement policy, dental service utilization, equity, moral hazard

目次



口試委員審定書	i
謝辭	ii
摘要	iii
英文摘要	iv
目次	vi
表次	viii
圖次	ix
第一章 緒論	1
第一節 研究背景	1
第二節 研究動機	2
第三節 研究目的及問題	6
第四節 論文架構	6
第二章 文獻回顧	9
第一節 使用醫療資源理論	9
第二節 醫療公平性	19
第三節 全民健保停、復保政策	26
第四節 小結	31
第三章 研究設計	33
第一節 研究架構	33
第二節 研究假設	35

第四節 模型及計量方法.....	45
第一節 受觀察者的人口特質.....	49
第二節 醫療使用與費用差異－t 檢定結果.....	59
第三節 醫療使用與費用差異-DID 分析結果.....	63
第五章 結論及建議.....	73
第一節 結論與討論	73
第二節 研究限制.....	76
第三節 建議.....	78
參考文獻.....	81



表次



表 1 醫療資源合理分配.....	22
表 2 財富負擔公平性.....	24
表 3 歷次《全民健保法施行細則》關於停、復保資格之規定.....	27
表 4 2017 年至 2019 年每年辦理停保人數及停保後返國復保短期內再 次停保人數	29
表 5 變項說明表	42
表 6 差異中差異法	47
表 7 2011 年曾申請停保者與長期在保者的人口特質差異.....	51
表 8 2012 年曾申請停保者與長期在保者的人口特質差異.....	53
表 9 2013 年曾申請停保者與長期在保者的人口特質差異.....	55
表 10 2014 年曾申請停保者與長期在保者的人口特質差異.....	57
表 11 2011 年方案組與對照組之牙醫醫療使用差異-t 檢定結果	60
表 12 2012 年方案組與對照組之牙醫醫療使用差異-t 檢定結果	61
表 13 2013 年方案組與對照組使用牙醫醫療資源之差異-t 檢定結果	61
表 14 2014 年方案組與對照組使用牙醫醫療資源之差異-t 檢定結果	62
表 15 在保期間每月平均使用次數之回歸分析結果表.....	66
表 16 在保期間每月平均申請點數之回歸分析結果表.....	69
表 17 在保期間每月平均部分負擔點數之迴歸分析結果表	72

圖次



圖 1 研究流程圖	8
圖 2 Andersen 第一代健康行為模型	10
圖 3 Andersen 第二代健康行為理論	11
圖 4 Andersen 第三代健康行為理論	12
圖 5 Andersen 第四代健康行為理論	12
圖 6 Andersen 第四代健康行為理論	13
圖 7 全民健保停保、復保修法歷程	30
圖 8 研究架構	34
圖 9 方案組及對照組之每月平均使用次數趨勢圖	64
圖 10 方案組與對照組之平均申請點數趨勢圖	67
圖 11 方案組及對照組之平均部分負擔點數趨勢圖	70

第一章 緒論

第一節 研究背景



我國全民健康保險制度（後稱全民健保）係於 1995 年時由衛生福利部中央健康保險署（後簡稱健保署）之前身「行政院衛生署健康保險局」整併當時三大保險制度：勞工保險、農民保險以及公教人員保險所組成，並以「自助、互助、全民納保」做為目標。另外，依據全民健康保險法第一條「為增進全體國民健康，辦理全民健康保險（以下稱本保險），以提供醫療服務，特制定本法。本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。」之規定，採用強制納保之方式執行此社會保險。組織結構上以中央衛生福利部為主管機關，以公辦公營、單一保險人的模式為組織體系。從全民健保的法制目標來看，政府部門將全民健保視為社會安全制度中重要的一環，並希望提供國民健康照護及老年基本經濟生活保障，另外透過健保保險費補助，讓各類弱勢民眾參加健保之權益獲得保障（中華民國行政院，2021）。

自全民健保施行以來，為配合社會需求與財務狀況的變遷以達永續經營的目的，健保署已多次進行政策調整與改革。其中以 2013 年修正的「二代健保」改革最為劇烈。此次改革主要是為解決全民健保中的財務危機、醫療資源分配機制不合理、醫療品質需求提高等問題，從被保險人的所得收入進行健保保費調整、變更健保給付制度、提高資訊公開程度及改善停、復保相關規定等方面進行著手。

在 2013 年的「二代健保」改革中，以健保保費的計算與保險資格的改革幅度最大。針對全民健保保費計算的改革方面，二代健保改革除了原本按照每月固定薪水來算的「一般保險費」之外，亦開始針對如獎金、兼職收入、執行業務收入、股利或租金等「非固定收入」加收「補充保險費」。且政府將低收入所得家庭排除在補充保費的課徵對象之外，藉此透過提高整體保費費率，拉近相同收入者的實際繳費水準，以實現健保財務負擔的公平性。除了對保險費用進行修正外，二代健保針對保險對象的身分及得辦理事項也進行修改。增加「受刑人」為保險對象，並以法務部及國防部指定的單位作為投保單位，擴大

被保險人的適用範圍。

此外，二代健保針對投保對象得否辦理停保及復保之資格亦作修正。全民健保開辦之初，認為旅居國外之國民與國內之國民其就醫可近性確有差異，因此健保署在《全民健康保險法》未授權下，以《全民健康保險法施行細則》第36條至第38條規定停保復保相關規定，而在二代健保改革中，增訂返國復保者至少需復保3個月後，始得再次辦理停保之規定。當時，對於出國停保、返國短期復保政策的討論熱烈，各界對全民健保停、復保政策的存廢與否意見分歧。後因考量短期返國復保就醫者相對全體保險對象屬極少數，復保期間亦須繳交保費，不致對健保財務造成重大影響。且多數有出國需求之民眾，不應因少數人行為而遭受不利益之理由（二代健保總檢討小組，2014），認定停復保制度並無須在短期內進行大規模修正。維持當年之全民健康保險法施行細則之規定：「當民眾符合失蹤未滿6個月或預定出國6個月以上，即可辦理停保¹。而當被保險人停保原因消失後，必須行復保之手續。其中若是出國六個月以上停保者，以返國之日為復保日。如短期需再出國，應自返國復保屆滿三個月，始得再次辦理停保。惟，出國未滿六個月即返國者，應該註銷停保，並補繳停保期間的保險費²」。

第二節 研究動機

近年來，全民健保雖然經過多次改革，但全民健保相關財政問題仍未解決，又發生多起常起旅居國外之民眾在身體發生病痛時，短暫返國復保使用健保之案例。引起國民針對旅居海外之國人返國短期加入全民健保就醫後再行退保之情況關注及不滿。2017年11月底，有民眾於公共政策網路參與平台提出「全民

¹ 中華民國101年10月30日修正公布之全民健康保險法施行細則第37條略以：「(第1項)保險對象具有下列情形之一，得辦理停保，……並於失蹤或出國期間，暫時停止繳納保險費，保險人亦相對暫時停止保險給付：一、失蹤未滿六個月者。二、預定出國六個月以上者。但曾辦理出國停保，於返國復保後應屆滿三個月，始得再次辦理停保。(第2項)前項第一款情形，自失蹤當月起停保；前項第二款情形，自出國當月起停保，但未於出國前辦理者，自停保申報表寄達保險人當月起停保。」

² 中華民國101年10月30日修正公布之全民健康保險法施行細則第39條略以：「(第1項)保險對象停保後，應依下列規定辦理：一、失蹤未滿六個月者……二、預定出國六個月以上者，應自返國之日復保。但出國期間未滿六個月即提前返國者，應自返國之日註銷停保，並補繳保險費。」

健保，長年旅居國外、退保期間過長者，不得成為納保對象」的提案項目，在提案成功後短短四天內超過 5,000 人附議，在民眾與行政機關多次協商開會討論後，當年雖未能成功修法，但實質上卻給予行政與立法機關改進的壓力，並使衛生福利部針對停保政策做出回應，研擬未來全面廢止停保制度或是嚴格限縮停保制度。

在 2017 年 5 月 18 日立法院社會福利及衛生環境委員會紀錄報告中能夠得知立法委員及行政機關針對全民健保法規定進行探討，希望將僅規定在施行細則，未有法規規定或是授權行政機關制定該條規定的停復保制度進行修正³。惟，時任朝野立委針對此議題並未達成共識，僅得保留後交付黨團協商。另外，在該次會議中衛福部健保署副署長也對返國短期復保就醫的民眾其使用量進行解釋，時任健保署副署長在該會議中表示「事實上，近 20 年來這部分（停保返國後復保就醫）長期被批評，所以我們（衛福部）每年都進行監測，也發現這一群人最常見的就是留學生暑假回國，他們看病最大宗是看牙齒，第二則是感冒，真正重症者很少，這些都是比較年輕的人口。」依其所述，牙醫是短期返國復保就醫者使用最多的醫療資源，此與魏怡嘉（2017）訪問國泰醫院牙科主治醫師時所發現的經驗相符，臨床醫師表示年節前後確會有不少旅外國人返台看牙，大多以蛀牙、補牙及洗牙為主，其次則會處理像是根管治療項目之需求。部分民眾亦認同他國與我國牙醫醫療治療之收費價差甚鉅，因此表示有願意返國短期復保治療（曾佳萱、甘涵仁，2018）。而時至 2023 年止，依衛福部統計旅外國人短期返國復保就醫之現象仍以牙醫治療為大宗，醫療支出方面同樣是牙齒相關疾病花費最大（中央社，2024）。然筆者在行資料蒐集時，該醫療資源使用量的相關統計資訊並無法直接從全民健保署的現存公開資料中取得。

除了大眾媒體及立法機關多年來的關注，行政機關內部針對停復保制度亦有主動及被動進行檢討。2016 年 3 月中央健康保險署針對有關旅居海外國人返台就醫之健保醫療支出乙事做出補充說明（中央健康保險署，2016）。根據該文統計：「2015 年於一年內短期返國赴保又出國辦理停保對象共計共計有 5.7 萬

³ 依據立法院第 9 屆第 3 會期社會福利及衛生環境委員會第 24 次全體委員會議紀錄，該次會議討論修正全民健康保險法第十三條之一停保之規定。部分立委提案欲將停保規定增列於母法加以規範；部分立委提案修改准予停保之資格；另外，部分立委提議直接廢止停保制度對於旅外國人採強制納保。

人，全年保險費收入約 3.109 億元，其中有就醫紀錄者為 40,554 人，健保支出之醫療費用共計約 2.81 億元，平均每人之健保醫療支出約 6,949 元。」而監察院（監察院，2017）則於 2017 年 10 月針對民眾在出國期間辦理停保後又復保者案件進行調查並發布調查意見，認定歷年來退保又加保之民眾其就醫占比均超過五成，健保署應該針對此種現象持續檢討以及研議相關防弊機制，以杜絕不當投機行為的發生，以達到民眾對於全民健保公平的期待。另外，又因辦理復保後於同一年度又立即辦理停保的民眾，其平均就醫人數占該群體比例高達七成，並不能排除該類被保險人是刻意返國享受健保福利之可能性，因此要求健保署針對相關法令仍應持續務實檢討，以求完善。

細究上述監察院、公共政策平台提議項目或是相關新聞報導，可以發現針對「短期停保返國復保就醫」一事，最主要爭議點有二：第一，適法性問題。第二，醫療資源使用公平性問題。前者，以全民健保施行法未獲得其母法之授權逕行規定停復保相關政策的探討為主。後者，在於針對長期停留海外國人，於旅外期間停保並未繳納全民健保保費，但是返國後復保立即使用健保之事，相對於在國內長期持續繳交保險費的國人來說較不公平，並認定短期返國復保後再行停保之保險人會強化醫療使用不公平的問題。

過去文獻針對上述兩個爭點的討論並不多元。對於適法性的問題大多集中於探討停復保制度僅由全民健保施行細則訂定規範，行政機關未受法律層級授權直接制定相關規則，是否符合法律保留原則一事（雷文玫、黃舒玓，2006）。而針對健康保險公平性的問題，最常被提及的內容包括參與健保的公平性、獲得醫療服務的公平性以及費用的公平性（劉宜君、傅立葉，2009）。

針對停、復保制度的適法性問題，憲法法庭於 2022 年 11 月 23 日以 111 年憲判字第 19 號判決認定衛福部所訂定之停、復保政策在沒有法律授權下，直接於施行細則規範民眾的權利義務，已違反法律保留原則，影響被保險人權利義務重大。全民健保停保及復保的相關規定至遲應於該判決公告之日起屆滿 2 年時，失其效力⁴。而停、復保政策是否繼續維持，以及其政策規範內容，憲法法庭認為在不違反全民健保的「強制納保及社會風險分擔公平性」的目標前提下，

⁴ 按 2022 年 11 月 23 日 111 年憲判字第 19 號判決，若衛福部未能於 2024 年 11 月 22 日前完成修法，原先訂於全民健康保險法中有關停、復保的規定就失去法律效力。停、復保制度將無法繼續使用，衛福部亦無法繼續辦理相關業務。

基於政策全面性的考量，衛福部應享有一定形成空間，而如何執行停復保制度或停復保制度的具體內容為何，衛福部所修正的相關規範仍應符合法律保留原則。

而衛福部為完備法制作業，於 2024 年審酌全民健保係屬強制性的社會保險，在全民健保為達成「互助、風險分攤及公共利益」的目標考量下，認定國民只要符合保險資格，就有加入保險、繳納保險費的義務，不因民眾是否有就醫或有無使用全民健保醫療資格而有所不同。因此，在為了提升公平性及降低保險道德風險的情況下，決定刪除國民得辦理停保及復保的規定。（衛生福利部中央健康保險署，2024）

雖然違反法律保留原則的相關爭議及討論，已在 2022 年憲法法庭作出判決宣告停保、復保相關規定部分違憲及 2024 年衛福部取消停、復保相關規定後獲得結論。但針對曾申請停保者在使用醫療資源公平性的問題，我國文獻仍較為缺乏，且鮮少針對曾申請停保者的醫療使用頻率或是醫療使用量進行統計分析或是預估，僅有少數文獻以經濟角度針對合理性進行討論。如林進田（2001）以出國停保、返國復保就醫的「逆選擇」行為作為基礎，分析曾申請停保後返國復保者使用醫療資源情形，進而了解 1996 年至 1999 年間，全體民眾與返國復保者在門診及住院的平均醫療費用與使用頻率的差異，該研究顯示全民健康保險的復保政策確實導致返國復保者每人年平均醫療費用成長率高於整體，且每人平均門診費用及每人平均住院費用亦高於全體之平均，代表復保者的醫療費用比全體醫療給付基礎計算的醫療費用多，造成全民健保財務的負面影響。又如吳舜文（2023）發現 2019 年間，曾於該年度停保之停保者相較於一般民眾，在西醫、中醫門診之月平均醫療使用次數以及住院天數顯著較少，所花費之醫療點數亦同；但在牙醫門診使用次數以及醫療點數卻顯著較一般民眾多較多。從研究層級來看，健保公平性相關之現有多數文獻皆以全民健保施行後現存家戶或是個體作為研究單位及對象，並利用實證證明不同傾向及能力因素確實會對醫療資源利用多寡產生影響。然而，卻少有針對因特定健保政策施行所區隔出的特定族群即本研究中欲探討之曾申請停保者，進行醫療資源利用使用或是醫療財務負擔公平性的分析，且少將健康保險政策中逆選擇與道德風險的發生作為研究焦點。因此，本研究的研究重點在於補足過去文獻中缺乏因特定健保政策所區隔出的特殊群體的研究，嘗試釐清健保政策停保及復保政策是否

會引起逆選擇與道德風險。

第三節 研究目的及問題

本研究為了補足現有文獻中缺乏針對特定健保政策所區隔出的特殊群體其醫療資源使用情況，以及缺乏針對全民健保停保、復保制度影響的相關觀察。以衛福部及相關報導中統計曾申請停保返國復保者常利用的牙醫醫療服務作為觀察的依據，檢視曾申請全民健康保險停保者與門診牙醫醫療使用的關係。希望以實證之觀點探討曾申請停保者與長期在保者在在保期間內使用門診牙醫醫療服務的頻率、申請之健保點數以及部分負擔點數多寡的差異。另外，希望進一步探討 2013 年二代健保改革針對復保制度進行修正，增加三個月的等待期後，曾申請全民健康保險停保者在在保期間內使用門診牙醫醫療服務的頻率、申請的健保點數及部分負擔點數變動之情形。而具體之研究問題如下：

壹、問題一

曾申請全民健康保險停保者與長期在保者在在保期間內使用門診牙醫醫療的頻率、平均申請的健保點數及平均部分負擔點數是否有差異？

貳、問題二

曾申請全民健康保險停保者在在保期間內每月平均使用門診牙醫醫療的頻率、平均申請的健保點數及平均部分負擔點數，是否會因 2013 年二代健保停保與復保制度的改革而有所變動？

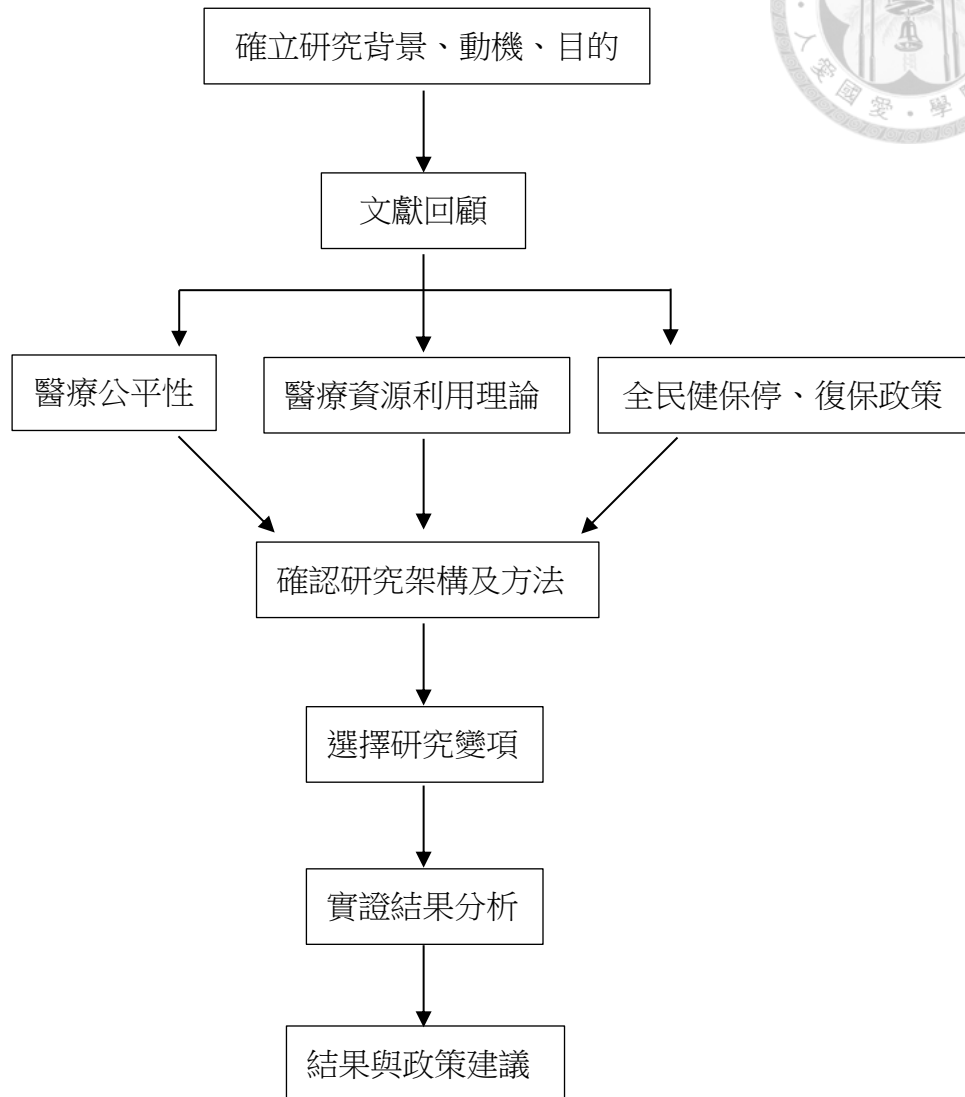
第四節 論文架構

本研究分為五個段落進行分析，其研究流程架構如圖 1。第一章為緒論，闡明研究動機、背景與研究目的及問題；第二章對相關文獻進行回顧，分別對醫療使用理論、影響醫療使用量之因素、醫療使用公平性以及停保、復保制度進行定義；第三章為本研究研究方法之介紹，對於實證模型及分析進行闡述；第四章為實證結果，說明研究結果，並判斷及比較曾申請停保者與長期在保者間

的醫療使用之差距，用以檢測觀察對象在可自由利用停保、復保制度時，是否會影響被保險人的門診牙醫醫療使用，探討曾申請停保者與長期在保者在在保期間內使用門診牙醫醫療的頻率、平均申請之健保點數及平均部分負擔點數的多寡。再來，觀察 2013 年二代健保改革針對復保制度進行修正，增加三個月的等待期後，曾申請停保者的使用門診牙醫醫療的頻率、平均申請的健保點數及平均部分負擔點數變動之情形。最後，進一步探討停保及復保制度是否會影響牙醫醫療的使用而產生不公平的現象；第五章為結論及建議，根據研究結果進行總結及政策建議。

圖 1

研究流程圖



第二章 文獻回顧



為探討全民健保的被保險人使用門診牙醫醫療使用之情況與曾申請停保者特質之被保險人其是否會影響其使用門診牙醫醫療使用，以及是否會因此造成醫療資源利用的公平性問題。本研究分別以醫療資源使用理論、逆選擇與醫療使用之關係、影響牙醫醫療資源使用因素、全民健保現行停保及復保制度與醫療使用量之關係、全民健康保險牙醫醫療支付點數標準分類，進行文獻的回顧整理。

第一節 使用醫療資源理論

壹、影響醫療資源使用之理論

針對醫療資源使用的影響因素，學者認為主要由行為的觀點進行討論（陳玉筠，2016）。Suchman（1965）提出的疾病行為階段（illness behavior stage），以社會學的角度來觀察病患從發病到痊癒的過程行為表現。Mckinlay（1972）蒐集過往文獻將醫療服務的利用方式分為經濟（economic）、社會人口學（socio-demographic）、地理（geographic）、微觀社會學（microsociological）、社會文化（socio-cultural）和組織（organizational approaches）六種途徑並考量個途徑對於醫療服務利用的交互關係。Mechanic（1978）提出的一般求助理論（general theory of help seeking）從社會及心理學因素去確認病患就醫需要的認知。而 Andersen（1995）於 1968 年後所提出的健康行為模型（health behavioral model），除了針對病患使用醫療資源的行為作出解釋外，更進一步對提供醫療資源服務公平性的問題進行探討，是醫療服務行為模式中發展涵蓋構面最為廣泛的理論。

貳、Andersen 的健康行為模型理論

一、Andersen 第一代健康行為理論

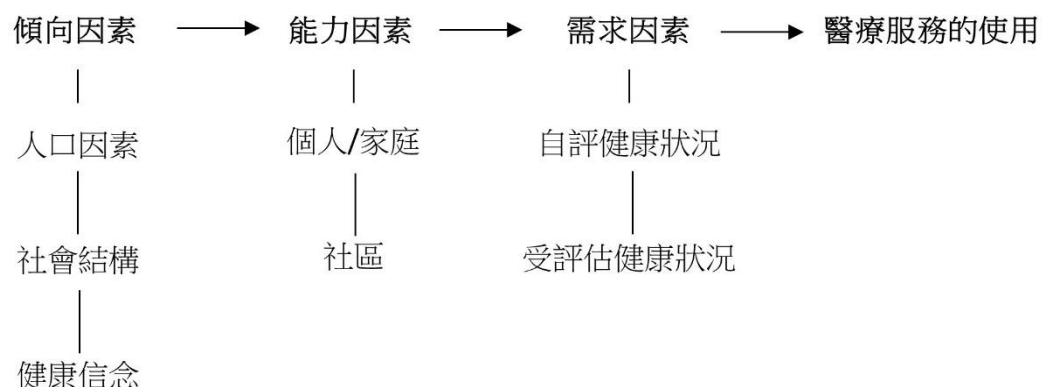
Andersen 於 1960 年代提出第一代的健康行為模式，並以健康行為模型來預測及解釋人們對於醫療服務利用的需求及利用的原因（Andersen，

1995)。模型中將影響醫療資源使用的因素分為三種類型：傾向因素（Predisposing factors）、能力因素（Enabling factors）以及需求因素（Need）。傾向因素，包含了人口因素（demographic factors）、社會結構（social factor）以及健康信念（health belief）。其中，人口因素代表著年齡及性別等生物學上的特質；社會結構代表民眾在社會中依其自身條件預測及應變健康相關問題的狀態，傳統上是以教育、種族及職業等構面所構成；健康信念則是代表民眾對於健康及醫療服務的態度、價值與知識，可能會影響民眾的能力因素、需求因素以及後續的醫療服務使用。能力因素，指個人或家庭可利用資源的能力，或是可以獲得社區醫療資源的能力。個人或家庭的資源，包含收入、儲蓄、有無醫療健康保險等；社區資源則是醫療資源的可近性、醫病比、醫療設備資源等。需求因素，包含個人看待自己的健康狀況以及客觀地評估健康需求。

在此階段，Andersen 將獲取醫療的公平視為當醫療健康服務的使用差異只是由人口因素及需求因素所造成。換言之，當社會結構、健康信念以及有利資源成為影響獲取醫療服務使用的因素時，醫療健康服務就會出現不公平的現象。

圖 2

Andersen 第一代健康行為模型



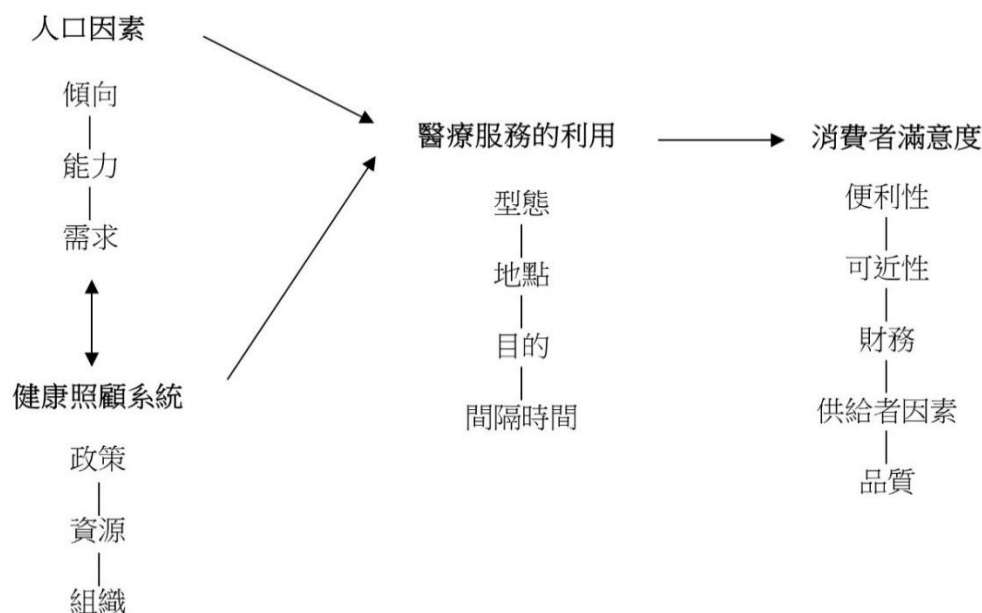
註：取自 Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. Journal of health and social behavior, 1-10.

二、Andersen 第二代健康行為理論

由於第一代健康行為理論的架構指標缺少衡量標準，且未針對外在整體健康政策的影響進行評估，因此在 1970 年代 Andersen 與 Aday 和其他研究者開始進行模型的改革，提出了第二代健康行為理論（Andersen，1995）。相較於第一代健康行為理論，第二代健康行為理論開始納入外在的健康政策影響因素，並且修正醫療服務使用的衡量指標，由使用型態、使用地點、使用目的以及使用的間隔時間作為評比，另外進一步加入了醫療健康服務使用者的滿意度分析。

圖 3

Andersen 第二代健康行為理論



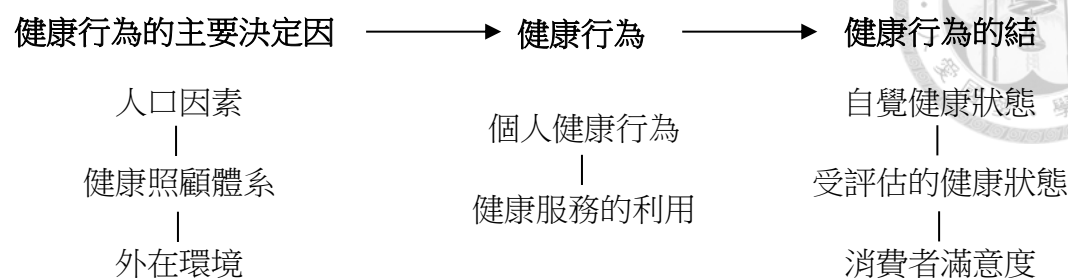
註：取自 Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. Journal of health and social behavior, 1-10.

三、Andersen 第三代健康行為理論

1980 至 1990 年代第三代健康行為理論則是在基於認識到醫療服務的提供應該與維持或促進人口健康狀況有關後而被提出。第三代健康行為理論不僅正式將外在環境因素視為影響健康服務利用的重要因素，並且亦認為個人健康行為實踐會與醫療健康服務的利用相關。將個人的健康行為的實踐納入理論模型中，能夠將醫療行為使用的測量範圍擴展到健康政策和衛生改革的的影響。

圖 4

Andersen 第三代健康行為理論



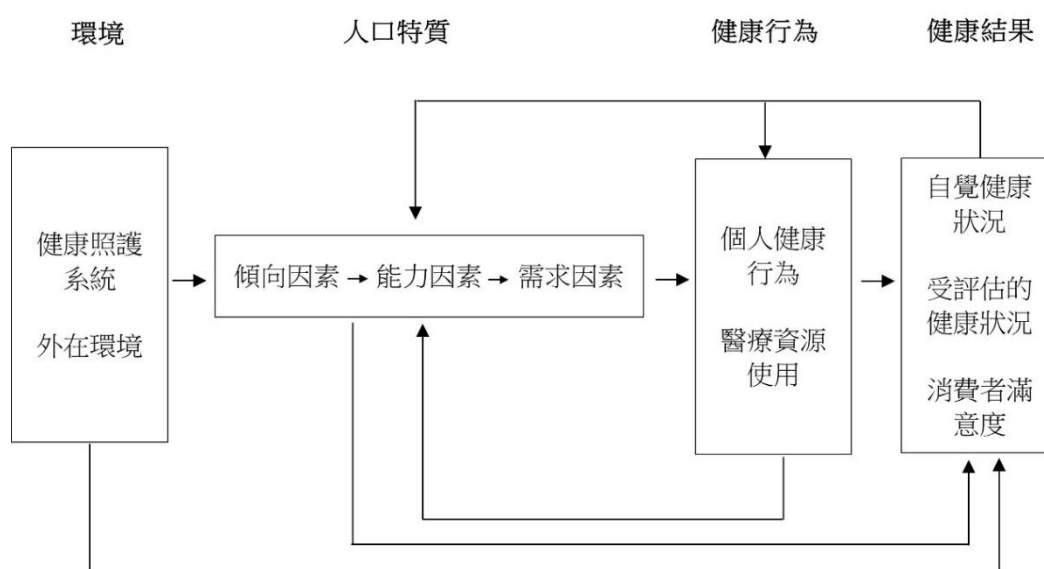
註：取自 Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. Journal of health and social behavior, 1-10.

四、Andersen 第四代健康行為理論

第四代健康行為理論囊括了個人健康狀況、外在環境及健康行為等多重的影響因素。不同於前三代的健康行為模型，除了研究外在環境、人口特質及健康行為對健康狀況（健康結果）的單方向影響外，亦檢視健康狀況（健康結果）對於人口特質、健康行為需求的反饋，使模型成為動態的循環。此種模型不僅能了解健康狀況（健康結果）的實際情況，亦可將健康狀況（健康結果）的所產出的資訊回饋給健康政策的制定者，以此調整外在的健康照顧系統。

圖 5

Andersen 第四代健康行為理論



註：取自 Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to

medical care: does it matter?. Journal of health and social behavior, 1-10.

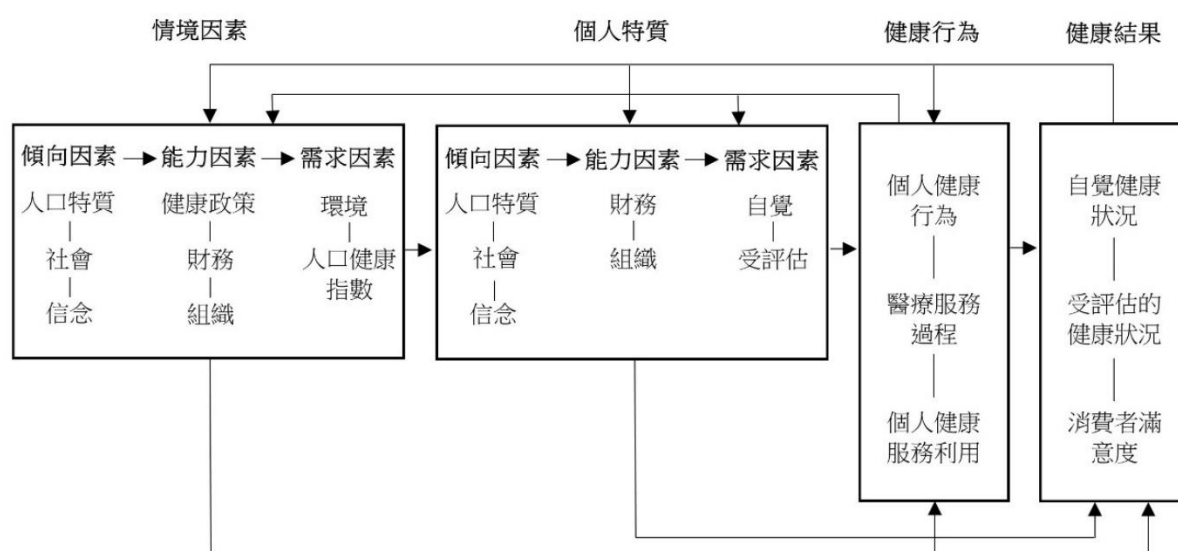


五、Andersen 第五代健康行為理論

第五代健康行為理論強調透過外在的情境因素與個人因素來理解醫療服務使用的情況（Andersen，2008）。情境因素透過整體而非個人面的衡量方式來看待衛生組織、醫療服務提供者與社區特徵對醫療服務使用的情況。在此階段，主要仍以傳統模型中的傾向因素、能力因素及需求因素作為衡量醫療服務的主軸，但在健康行為的項目中，增加醫療服務者提供醫療服務時與使用者互動的過程。而這個醫療服務過程包含了患者諮詢、醫療處方簽的提供以及與患者交流的品質等。

圖 6

Andersen 第四代健康行為理論



註：取自 Andersen, R. M. (2008). National health surveys and the behavioral model of health services use. Medical care, 647-653

回顧 Andersen 的歷代健康行為理論，可以發現影響醫療資源使用的因素眾多。第一代的健康行為理論以家戶中的個人作為單位，研究個人的人口特質、個人醫療資源的獲取管道等。第二代健康行為理論不僅針對個人的醫療資源需求進行更深入的衡量，亦加入了外在健康照護體系的政策影響。第三代健康行為理論除了正式將外在政策納入觀察模型外，亦基於認識到個人施行的健康行為會影響到醫療資源使用，因此將個人的健康行為實踐因素納入影響醫療使用

資源的因素。第四代健康行為理論是將外在環境因素進行更詳細的描述及評估，並重整模型的整體架構。將健康行為理論的架構由前幾代的單向影響模型，轉變為具有動態循環的反饋模型，不再視使用醫療資源後所導致的健康狀態（健康結果）為最終結果，而將其視為循環反饋模型中的一環。第五代健康行為模型針對第四代健康行為模型的架構進行修正，針對各個影響因素做出評估指標。除了針對個人特質因素的觀察使用第一代健康行為理論中家戶個人的傾向因素、能力因素及需求因素作為評比外，外在情境因素亦以此為基礎區分出外在情境中的傾向因素、能力因素及需求因素。

參、影響牙醫醫療資源使用之因素

從 Andersen 的歷代的健康行為理論中可以發現醫療資源使用會受到外在整體情境、個人特質、健康行為的施行以及健康狀況的影響。而藉由 Andersen 的健康行為理論架構對牙醫醫療資源使用的影響因素進行探討，可以發現健康行為理論的傾向因素及能力因素影響牙醫醫療資源使用的情況居多。

一、傾向因素

在傾向因素中，有相當多的文獻表明人口學因素中性別、年齡、婚姻狀況等因素確實對於牙醫醫療資源的使用具有相當程度的影響力。在性別因素方面，過去國內外研究多認為性別對於牙醫醫療資源的使用具有顯著影響，但結論並不一致。林思甄（2004）調查我國全民健保資料庫中 2000 年度的 200 萬人承保檔，發現女性相較於男性所使用的牙醫醫療資源的機率及牙醫醫療資源的費用較高。與 Reda 等（2018）利用 2005 年至 2017 年 4 月間的三個電子資料庫進行分析，認定女性的牙醫醫療使用率較男性高的結論相似，然細究我國民眾使用特定牙醫醫療之情況，其結果並不相同。莊博智（2016）調查我國預防性牙醫醫療服務使用情況卻發現女性的預防牙醫醫療使用要男性低。黃上銘（2017）則針對 1997 年至 2013 年的牙醫院所急診利用進行評估，發現牙醫的急診案件中以男性的使用居多。

在年齡因素方面，相關實證研究顯示年齡結構確實會影響醫療資源的使用，然學者針對不同年齡結構對牙醫醫療服務使用率的影響研究結果差異甚大。Andersen & Davidson（1997）認為隨著年齡的增長，口腔狀態會

因逐漸磨損、疾病及習慣的影響而產生臨床上的變化，這些變化會與牙醫醫療服務的預計需求相關，因此認為老年人口的牙醫醫療使用可能會增加。Nasseh & Vujicic (2016) 觀察美國 2000 年至 2014 年的各年齡層的牙醫醫療使用比率，未成年及工作人口（2 至 64 歲）的牙醫醫療使用比率維持穩定，而老年人口（65 歲以上）的牙醫醫療使用比率緩增，且使用的牙醫醫療服務使用的比率創 1996 年後調查開始後新高。而，鄭麗美（2003）調查我國狀況則認為年齡層越年輕的民眾越有定期使用牙醫醫療服務的習慣，隨著年齡層的增加定期使用牙醫醫療資源的比率會逐漸降低。柯靜芬（2007）針對我國 2004 年 35 歲以上保險對象的牙醫門診利用率進行調查，發現相似的結果，認為牙醫醫療利用率在 45-54 歲間最顯著。

在婚姻狀況方面，Al Habashneh 等（2005）針對美國愛荷華州的 625 位孕婦的牙醫行為進行研究，研究顯示人口學上婚姻狀態與使用牙醫醫療資源具有相關，已婚者的醫療資源使用較多。此發現與我國相似，鄭麗美（2003）針對台中縣民進行研究，發現婚姻狀況是影響定期民眾定期使用牙醫醫療服務的影響因素之一，已婚者較單身者的牙醫醫療使用頻率較高。

二、能力因素

在能力因素中，外在情境因素的地區、衛生與保險政策以及個人或家戶的財務社經結構會是影響牙醫醫療使用的要素。Reda 等（2018）認為在 2005 年至 2017 年間居住在都市、收入較高、具有牙醫保險者的牙醫醫療服務使用率較高。Nouraei Motlagh 等（2019）研究伊朗 Khorramabad 地區家庭牙醫醫療服務的需求影響因素，發現家庭收入越高與具有越充足的牙醫相關補充保險者，其使用牙醫醫療資源的使用率越高。在國外實證研究中大多顯示都市化程度、具有牙醫醫療保險覆蓋率及個人或家戶所得，與所使用的牙醫醫療資源使用率或所支出的牙醫醫療資源費用呈正向關係，與我國的實證結果相似。林思甄（2004）則發現投保金額扣除依附人口後，投保金額越高者其使用牙醫醫療服務的費用越高⁵。Wen 等（2017）探討我

⁵ 我國全民健保的投保金額依據全民健康保險法第 20 條第一項規定，第一類及第二類被保險人之投保金額，若為受雇者則以其薪資所得作為投保金額；為雇主或自營業主則以其營利所得為投保金額；若為自營作者及專門職業及技術人員自行執業者，以其執行業務所得為投保金額。因此，可由投保金額推估被保險人之所得收入。

國全民健保資料庫中 2005 年至 2010 年間隨機樣的 100 萬人，發現與居住在都市化程度最低的族群相比，居住在都市化程度最高的民眾其使用牙醫醫療中預防性措施及治療服務的比率顯著較高，在牙醫醫療服務的利用上具有城鄉差距。

綜合上述可知影響牙醫醫療服務使用的因素眾多，性別、年齡、婚姻狀況、所得收入、保險涵蓋率等皆是影響牙醫醫療服務使用率的指標項目。

肆、逆選擇、道德風險與健康醫療保險之使用

Andersen 健康行為理論中屬於能力因素的地區、衛生與保險政策以及個人或家戶的財務社經結構會是影響牙醫醫療使用的要素。其中，衛生與保險政策中的強制性的社會保險近年來廣泛地被視為社會福利制度的體現之一。政府為提供民眾健康照護服務，推廣並施行保障健康的社會保險，例如，我國的全民健康保險、美國的 Medicare 及 Medicaid⁶等。社會保險的價值融合了商業保險以及社會救助的特色，不僅強調商業保險中「繳費與給付間關聯性」的特性，且將社會救助中「同舟共濟」的重要精神保留⁷（楊靜利，2000）。而社會保險的具體的解釋可由風險管理與財務經濟層面進行解釋，前者代表社會保險將個人所面對的不確定的損失轉為確定的保險費損失；後者，著重社會保險將少數人的重負擔改變為多數人的輕負擔（廖述源等，2018）。

一、逆選擇與道德風險

在衛生與健康政策中，政府透過施行健康保險確實能幫助民眾降低遭遇疾病時可能造成的損失，且利用強制性納保的手段亦得產生重分配的政策效果⁸。然，在達到健全社會保險市場即完成其目標的過程中，可能會受

⁶ Medicare 與 Medicaid 為美國公營健康保險體系，被視為社會福利的一環。前者是針對 65 歲以上老年人口的醫療保險補助，該系統的財政全由聯邦政府支出，中央扮演政策主導角色，地方負責執行。後者是聯邦與州政府共同負擔的計畫，服務的對象主要以經濟弱勢為主，中央依據聯邦法律訂定社會安全法，並基於該法律之規定，授予各州在一定限度內對 Medicaid 的基礎性問題(如，補助資格、福利提供、支付方式以及醫療組織)有一定的自由裁量權，造成醫療服務的提供在各州存有差異。

⁷ 「商業保險」強調繳費與給付之間的關聯性，並以風險大小作為決定保費價格的依據，相對地「社會救助」是政府扮演較為積極的角色，為答救濟扶貧的目的以稅收作為手段，強制民眾互助。

⁸ 以我國全民健康保險為例，民眾參與健保所需繳交之保費是依「薪資所得」作為投保金額，部分學者認為全民健保保費在財務面上應被視為一種「薪資稅」。

到許多潛在的障礙影響。這些障礙可能是由於民眾針對醫療使用需求會因自身疾病的急迫性、發生時間的不可確定性以及獲知醫療使用資訊不對稱所造成。

由於政府推廣施行的健康保險無法為所有健康風險或醫療服務使用需求定價收取保費，因此當民眾對於自身健康風險與個人醫療服務使用需求比政府機關更為了解時，雙方將產生資訊不對稱（asymmetric information）的情況。在此種情況下，較不健康（或稱健康風險較高、較具醫療服務需求）的民眾若在擁有自由選擇參與健康保險與否的選擇權時，將有更大的意願選擇參與健康保險，導致逆向選擇（adverse selection）的現象發生（Handel, 2013；Sloan, F. A. & Hsieh, C. R. 2012/2017），使健康保險中健康風險較高者的比例增加，動搖政府所推動的健康保險政策的健全性。

另外，在資訊不對稱的情況下，參與健康保險的民眾在風險管理層面已將部分不可預期的損失降低至所繳保費的損失，提高疾病發生時的損失保護；在經濟財務層面上透過請健康保險的醫療給付降低就醫時需自行負擔的自付醫療金額，改變了就醫所需付出的成本。由於參與健康保險能降低使用醫療服務的自付價格，參與健康保險者的決策會受到價格的影響增加醫療資源使用量，造成道德風險（moral hazard）的發生

二、保險與門診牙醫醫療服務之使用

民眾對於醫療服務的需求是為了獲取良好健康的一種引申需求（derived demand）。在經濟學中，其需求曲線與其他物品的服務需求曲線相比，同屬負斜率，亦即當民眾使用醫療服務所應付出的價格降低，民眾對於醫療服務使用的需求量就會上升。然而，有別於其他物品的需求，民眾對於醫療服務的需求在短期內是相對沒有彈性的，較不會因價格的增加而影響就醫次數。石曜堂等（2015）即從相關研究中得知，門診醫療服務的需求彈性約落在-0.1 至-0.6 之間，而住院醫療服務需求彈性則落在-0.1 至-0.3 之間。

另細究門診醫療服務需求彈性的問題，國內外相關實證研究發現門診醫療服務中牙醫醫療服務的需求與其他醫療服務需求相比較為特殊，其需求有很大的比例是具有延後與具選擇性，且亦較容易受價格的影響（Sloan,

F. A. & Hsieh, C. R., 2012/2017; Cabral, M., 2016; Godfried, M. et al., 2001)。門診牙醫醫療服務的使用相較於其他醫療服務的使用其特性較偏向預防性的照顧，口腔疾病造成身體與生命的危害通常迫切性較低且較為輕微。若市場提供保障個人牙醫醫療保險，有牙醫醫療服務的使用需求但尚未參加保險制度者可能選擇會策略性地延後治療，待申請加入牙醫醫療保險後再一併治療（Cabral, M., 2017）。這種逆向選擇的產生，將造成牙醫健康保險中存在較多風險較高的納保者，不利健康保險制度的穩固。

針對健康保險與牙醫醫療服務的使用關係，國內外已多有研究。其中，最廣為人知的實證研究為美國聯邦政府 1970 年代進行的蘭德健康保險試驗（the RAND Health Insurance Experiment, HIS），該項試驗以美國 1974 至 1982 年間六個不同區域家庭作為調查對象，隨機提供參與者不同的健康保險計畫，探討面對不同比例部分負擔下，個人醫療服務的使用情況，對牙醫醫療使用與參與健康保險間的關係作出解釋。研究顯示當健康保險的保險覆蓋範圍越大（自付額越少），參與保險的民眾對牙醫醫療服務使用的情況越高。另外，參與保險的民眾所使用的牙醫醫療服務在試驗開始的第一年會比服務開始的第二年多，且試驗最後一年的牙醫醫療服務會比試驗結束前倒數第二年多（Manning, W. G. et al., 1985; Sloan, F. A. & Hsieh, C. R., 2012/2017）。

蘭德健康保險試驗的發現顯示了健康保險的保障範圍與參與健康保險與否是影響牙醫醫療服務使用的因素之一，且牙醫醫療使用與健康保險間的關係確實會有道德風險的情況。參與保險的民眾所使用的牙醫醫療服務在試驗開始的第一年會比服務開始的第二年多，代表著民眾在參與健康保險前策略性地延遲就醫，待進入健康保險機制能夠擁有保險補助降低就醫成本後再增加牙醫醫療的使用。而試驗最後一年的牙醫醫療服務會比試驗結束前倒數第二年多，則代表民眾了解健康保險保障的範圍期間即將到期，考量未來就醫成本可能增加後改變牙醫醫療使用的需求，增加牙醫醫療服務的使用。

由政府推動施行的強制性健康保險追求的是全體國民的健康安全，能分擔民眾遭遇疾病時的財務損失、降低風險。但保險的保障措施的參與規定，可能給予民眾做出逆向選擇與提高道德風險的機會，造成健康保險制

度中健康風險較高者變多以及造成健康保險的就醫給付補助增加，影響健康保險制度的穩健。



第二節 醫療公平性

醫療健康的公平性，是公共健康醫療政策的重要目標。WHO（World Health Organization）認為健康是一項基本人權，政府應該提供一個組織良好的健康照顧體系，拉近不同社經地位、年齡、性別等群體間的健康醫療資源差異。2009 年我國《2020 健康國民白皮書》以「健康平等、弭平差距」作為主軸，參考 OECD 2004 The OECD Health Project: Towards High-Performing Health Systems. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.對我國 2020 年醫療照顧體系提出公平（equity）、效率（efficiency）、效果與品質（effectiveness & quality）三大目標。並以公平性的確保、醫療服務效率的改善以及醫療效果與品質的提升作為未來施政方針。

以此來看，政府制定醫療相關政策需要處理分配醫療資源的公平與效率問題。而作為分配醫療資源的決策者，醫療制度的制定如何能達到公平性的分配要求是需要去探討的。而醫療公平性的定義與其公平性該如何被測量，是本節將進行討論的。

壹、公平性的定義

學者對於公平的解釋是多面向的，可由實質與程序兩項進行探討。Rohl（1997: 5）、Vermunt & Tornblom（2007: 2）曾提出三個原則來判斷行為是否有達到實質公平，分別是平等原則、比例原則以及需求原則。平等原則，指每個人在資源分配中是否分得同等數量；比例公平原則，是依每個人所分配到的資源是否與其貢獻成比例來判別；需求原則，是指分配到的結果應滿足每個人的需求（陳敦源等，2017）。而針對程序的公平，學者認為醫療資源配置程序應有四種標準。分別為公開性、相關性、申訴機制以及發聲管道。當政策達到四種標準時，該政策即達程序的公平（陳敦源等，2017）。

針對健康照顧體系公平性的解釋，學者 Musgrave（1959）率先提出財政負擔的水平公平（horizontal equity）及垂直公平（vertical equity）概念。所謂垂直

公平，是指依所得不同課予不同租稅，即針對不同處境的群體應給予不同程度的對待；而水平公平則是指納稅義務人在稅前、稅後效用水準的排序不變，亦即對於相同處境的群體應給予相同的對待。而 Wagstaff 與 Van Doorslaer（2000）則將其運用於解釋社會保險及醫療照護體系。

而對於醫療照顧體系公平性的定義，學界目前亦尚未有定論。學者盧瑞芬、謝啟瑞（2007）認為最常被引用及爭論的定義有五種：「可近性的平等、需求的平等、選擇集的平等、健康的平等以集醫療費用的平等。可近性的平等，及民眾求醫的可近性應相同；需求的平等，指醫療資源的分配應依據民眾對醫療的需求；選擇集的平等，則為民眾應有相同的選擇集；健康的平等，即醫療資源的分配應讓民眾接得到相同的健康狀態；醫療費用的平等，亦有學者認為民眾所分配到的醫療資源相同，即達到公平性。而我國全民健保的公平性則可以分為醫療服務使用的公平性、全民健保負擔分配的公平性、醫療照護分配的公平性等。」

貳、醫療照顧公平性的測量方式

針對醫療資源使用的公平性測量方法，過去學者主要以比例法（proportional method）和指標法（index method）兩種進行測量（盧瑞芬、謝啟瑞，2007）。比例法是將研究樣本分組，比較組間之觀察變項的占率。若運用在測量醫療財富負擔的公平性，可以先測量醫療費用支出佔家戶所得的比例，再對不同所得家戶進行比較文羽莘（2012）。而若要更詳細的測量公平性的累進程度，學者 Wagstaff 等（1989）認為應該採用指標法，如偏向經濟學角度的勞倫茲曲線（Lorenz）或吉尼係數（Gini-coefficient）。大部分的指標法是用以測量財務對於醫療使用公平性的影響，包括測量民眾醫療費用負擔偏離比例的卡克萬尼指數（Kakwani index）⁹、水平公平的集中指標（Concentration index,

⁹ 卡克萬尼指數（Kakwani index）原用於測量財務負擔的偏離比例性的程度。當運用在醫療照顧體系時，則為衡量家戶所得收入與醫療費用比例與醫療費用支出比例的偏離程度。

CI)、水平不公平性指標(Index of Horizontal Inequity, HI)¹⁰以及迴歸分析法等。

近年來，政府及相關文獻對於評估健康公平或醫療利用公平性的指標改為更直觀、與臨床照護相關的指標項目(郭年真，2020)。以世界衛生組織(World Health Organization, WHO)針對國家層級的健康公平相關具體指標項目為例，監測健康公平的指標包括使用生殖健康干擾因素、全民健康覆蓋、健康影響、新生兒及幼兒健康、心理健康等。

參、醫療利用公平性

針對醫療利用的公平性國內現有文獻，大多以 Andersen 的健康行為模式中的傾向因素及能力因素為主。大致可以「醫療資源的合理分配」以及「民眾就醫財務負擔公平性」兩個面向進行探討及分析。

一、醫療資源的合理分配

針對醫療資源的合理分配以地理與族群差異為研究的主軸，在地理區域差異方面包含區域間醫療機構的分布、民眾就醫距離的差異與不同層級醫療院所的資源差距(Chen & Yang, 2002; Liao, 2012)，而族群差異則以年齡、性別以及教育程度等人口社經差異進行醫療使用的研究為主(Parker and Wong, 1997; 李隆陞，1999; 陳文意、林玉惠、梁亞文，2012; 李昭琴、盧瑞芬，2013)。

研究顯示我國醫療分配的不公平性問題在全民健保施行後確實有所改善，惟部分項目仍有不公平性的現象。我國醫療資源的分配仍受地理因素的影響，較集中於北部及大都會地區(Kreng & Yang，2011)。而就年齡的分布來觀察，兒童醫療西醫門急診的服務利用上呈現偏富的分配；而20歲以上成年人口隨年齡增加，所得之醫療利用的不公平性雖逐漸減少，但健康分佈的均等性卻未縮減。(李昭琴、盧瑞芬，2013; Leung et al., 2007; 陳文意、林玉惠、梁亞文，2012; Chu, T.-B. et al., 2005)

¹⁰ 集中指標 CI 值會介於-1 和 1 之間，當 CI 值為負時，代表醫療利用率的分布偏貧，亦為健保保費低者的醫療利用率高於健保保費較高者，反之，當 CI 值為正時，則為偏富分布。而 CI 值僅可了解個體實際之就醫情況是否有分布的不公平性，並未考量個體間不同之醫療需要。此時利用水平不公平性指標(HI)即可解決此缺失，以迴歸控制醫療需要(和健康直接相關的變項，例如性別、年齡和自評健康狀態等)，而得預估醫療使用情況，HI 即為實際之醫療使用集中指標與估計之醫療使用集中指標的差異。

表 1

醫療資源合理分配

作者/年代	文獻名稱	測量方法	摘要
李昭琴、盧瑞芬 (2013)	台灣兒童之健康 平等及醫療照護 利用公平性探討	水平不公平指標 (Index of Horizontal Inequity, HI)	利用國民健康調查資料與健康保險資料庫資料，評估所得相關的醫療利用公平性。研究發現兒童醫療在西醫門診、牙醫門診以及急診利用上呈現偏富分布。
Jui-fen, R. L., Leung, G. M., Kwon, S., Tin, K. Y., Van Doorslaer, E., & O'Donnell, O. (2007)	Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income Asian economies	集中指標、水平 公平性指標	比較香港、南韓與我國的醫療使用不公平性。研究發現我國中醫醫療服務利用的情況偏富分布，急診傾向偏富，而西醫門診的部分則未顯示不公平的現象。
陳文意、林玉 惠、梁亞文 (2012)	人口老化趨勢下 的健康均等與醫 療照護公平性之 年齡比較	醫療利用集中指 數、偏集中指數 (Partial Concentration Index, PCI)	利用國民健康訪問調查資料庫，針對 20 歲以上族群進行研究，探討我國醫療照護體系使否符合年齡趨勢假說中的「健康均等性」及「醫療照護公平性」。研究顯示，我國的醫療照護系統，在健康均等性的部份無法達到人口老化所達「健康均等性」的年齡趨勢，但醫療利用公平性的部份大致上能符合人口老化所達「醫療照護公平性」的年齡趨勢。

表 1

醫療資源合理分配（續）



作者/年代	文獻名稱	測量方法	摘要
Kreng, V. B., & Yang, C. T. (2011)	The equality of resource allocation in health care under the National Health Insurance System in Taiwan	多準則決策方法 (multi-criteria decision making approach)	利用並搭配灰色關聯分析法 (grey incidence analysis) 衡量我國醫療資源分配的水平公平性。研究顯示，醫療資源分配會因地理差異而有所不同，大部分醫療資源分配於北部及大都會地區，農村地區所能獲取的醫療資源仍有限。

二、財務負擔公平性

民眾就醫財務負擔公平性的研究囊括保險費用的制度設計、執行、影響等情況。以目前針對全民健保施行後財務負擔公平性的文獻已累積相當的資料，主要針對全民保險費用與家庭所得分配的關係（Parker and Wong, 1997；謝啟瑞等，1998；李妙純、沈茂庭，2008），自付醫療費用的與所得關係（蔡貞慧、高豐淪，2010；湯澡薰等，2002；陳慈純，2019），健保給付制度與醫療使用的關係（卓伊紋等，2017；許枚玲，2006）等。

研究發現，全民健保對民眾的財務負擔確實有所影響。在施行全民健保後整體家戶之社會保險支出占家庭所得分配的比例降低，不同所得階層間的自付醫療費用差距亦縮小，確實減少不公平之現象（蔡貞慧、高豐淪，2010；文羽莘、黃旭明、江東亮，2012；陳慈純，2019）。惟現行全民健保制度下，整體健保對於家庭財務負擔具有累退效果，我國家戶自付醫療費用與家戶所得成反比，顯示自付額制度針對所得較高之家戶的保障功能較為有利，尚有垂直不公平的問題存在。（湯澡薰，2002；陳慈純，2019；林建仁，2003）

表 2

財富負擔公平性

作者/年代	文獻名稱	測量方法	摘要
蔡貞慧、高豐淪 (2010)	我國健康照護財務負擔的公平性：1995-2006	卡克萬尼指數 (Kakwani index)	運用行政院主計處家庭收支調查資料分析全民健保1995年至2006年間的加護照護財務負擔在各所得水平間的公平性。研究發現我國社會保險佔家庭總支出的比例減少，其分配有明顯的累退，而商業保險佔家庭總支出比例增加。代表社會保險的保費的公平性雖然提升，但是私部門的支出負擔卻加重。
李妙純、沈茂庭 (2008)	全民健保下不同所得群體醫療利用不均因素分析	集中係數 (concentration index, CI)	利用全民健保資料庫與自治調查紀錄合併進行分析。研究發現我國現行全民健保下，門診次數的「扶貧」的水平不公平是存在的，並且能夠配合整體性的健康服務價值。亦即，所得較高者接受的醫療服務資源資源較高；相對地，所得較低者使用較多次的門診及住院，但接受到的服務強度與富人無異。

表 2

財富負擔公平性（續）



作者/年代	文獻名稱	測量方法	摘要
			另外，研究發現區域因素分布不均為重要因素，偏遠地區民眾有較多的醫療利用。
湯澡薰（2002）	全民健保保險對象家庭財務負擔與醫療服務使用公平性之探討	集中係數、羅吉斯迴歸分析、負二項迴歸分析、最小平方法迴歸分析	利用家庭收支調查、衛生署全民健保滿意度調查以及健保醫療費用申報檔進行我國健保保費負擔的垂直與水平公平性分析。實證發現，整體而言我國醫療健康服務的分配存在對所得較低者不公平的現象，尤其以中醫與牙醫服務為重。

綜合上述可知，目前文獻雖有部分探究健保之公平性議題，然乃著重於探究地理差異或年齡、性別以及教育程度等人口社經差異對於醫療使用之影響，而針對停復保族群對於醫療使用量差異之實證研究卻殆之闕如。鑒於停復保制度之公平性乃廣為新聞及大眾所關注之議題，本研究將就此一層面進行實證研究，以提供文獻相關議題之探究。

第三節 全民健保停、復保政策

1995 年全民健保制度開辦，即採用強制納保之方式執行該制度。當時針對全民健保停保及復保制度的規定被明列於《全民健保法施行細則》第 36 條與第 37 條。依據相關規定，保險對象若失蹤未達六個月，或是保險對象之職業非遠洋漁船船員而預計出國超過六個月以上，即可以申請全民健保停保。在停保期間不需繳交保險費用。而當原因消失或是歸國後，在依其實際條件辦理退保或補繳保費。而至 2012 年 10 月，立法院以配合各界對公平性的訴求與期待為由，增訂施行細則中第 37 條第一項第二款但書，增加返國復保後須屆滿三個月始得再次辦理停保之限制，適度處理出國停保民眾短期復保就醫，與繳交保險費義務失衡的爭議。

惟全民健保停、復保制度並未明定於《全民健康保險法》，亦未於該法中明訂授權條款，僅訂定於《全民健康保險法施行細則》中，2022 年 12 月 23 日憲法法庭以憲判字第 19 號判決認定全民健保停保、復保制度涉及公共利益重大事項，應有法律或法律明確授權之命令為依據。因此，施行細則中有關停保、復保制度相關規定在未有法律明確的授權、違法法律保留原則的情況下，自 2022 年 12 月 23 日起兩年內失效。而時至 2024 年 11 月 22 日衛福部為完備法制，考量全民健保設立意旨，及審酌公平性及保險道德風險，刪除《全民健保法施行細則》第 36 條與第 37 條保險對象得辦理停保及復保之規定。

依司法院法學資料檢索系統《全民健康保險法施行細則》歷次修正關於停保及復保資格之沿革整理如表格 3 及圖 7。

表 3

歷次《全民健保法施行細則》關於停、復保資格之規定



修正日期	停保	復保
1995 年 1 月 28 日	第 36 條 保險對象有下列情形之一者，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份送交保險人，並於失蹤或出國期間暫停繳納保險費： 一、失蹤未滿六個月者。 二、預定出國六個月以上者。但遠洋漁船船員除外。	第 38 條 保險對象於停保原因消失後，依下列規定辦理： 一、失蹤者於六個月內尋獲時，應註銷停保，並補繳保險費。逾六個月未尋獲者，應溯自停保之月起終止保險，辦理退保手續。 二、出國六個月以上者，自返國之日辦理復保。但出國期間未滿六個月返國者，應註銷停保，並補繳保費。 前項保險對象辦理復保時，投保單位應填具復保申報表一份送交保險人。
2012 年 10 月 30 日	第 37 條 保險對象具有下列情形之一，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份送交保險人，並於失蹤或出國期間，暫時停止繳納保險費，保險人亦相對暫時停止保險給付： 一、失蹤未滿六個月者。 二、預定出國六個月以上者。但曾辦理出國停保，於返國復保後應屆滿三個月，始得再次辦理停保。	第 39 條 保險對象停保後，應依下列規定辦理： 一、失蹤未滿六個月者，於六個月內尋獲時，應自尋獲之日註銷停保，並補繳保險費。逾六個月未尋獲者，應溯自停保之日起終止保險，辦理退保手續。 二、預定出國六個月以上者，應自返國之日復保。但出國期間未滿六個月即提前返國者，應自返國之日註銷停保，並補繳保險

表 3

歷次《全民健保法施行細則》關於停、復保資格之規定（續）



修正日期	停保	復保
	前項第一款情形，自失蹤當月起停保；前項第二款情形，自出國當月起停保，但未於出國前辦理者，自停保申報表寄達保險人當月起停保。	費。 政府駐外人員或其隨行之配偶及子女，辦理出國停保後，因公返國未逾三十日且持有服務機關所出具之證明，得免依前項第二款規定註銷停保或復保，但在臺期間不得列入出國期間計算。 第一項保險對象於申請復保時，投保單位應填具復保申報表一份送保險人；於核定復保後，停保期間扣取之補充保險費，得向保險人申請核退。 本細則中華民國一百零二年一月一日修正施行前，已依修正前三十六條第一項第二款規定辦理停保者，其該次停保、註銷停保或復保，依原規定辦理。但符合第二項規定者，得依該規定辦理。
2024 年 12 月 23 日	刪除停保制度	刪除復保制度

依據 2024 年 12 月 23 日前之施行細則規定，當設有戶籍之國民預計出國六個月以上，針對全民健保的保障可以選擇繼續加保或是選擇停保。在尚有戶籍期間內待回國，即能立刻復保，若需再次辦理停保須經三個月後始能辦理。若出國期間超過兩年，戶籍將會交由戶政機關除籍。若將戶籍遷出國外或失去戶籍，自戶籍遷出或除籍後國民就不具有全民健保投保資格，得先辦理恢復戶籍且滿六個月才能加保，但戶籍遷出國外兩年內回國的民眾，就能在恢復戶籍後

直接加保健保。

而依據《自由時報》及《新聞實驗室》報導健保署統計，2017 年至 2019 年每年辦理返國復保後，於 12 個月內短期再次停保人數大約在七萬至九萬人左右。12 個月內短期再次停保之人數逐年上升。（楊媛婷，2020；陳祖傑，2020）



表 4

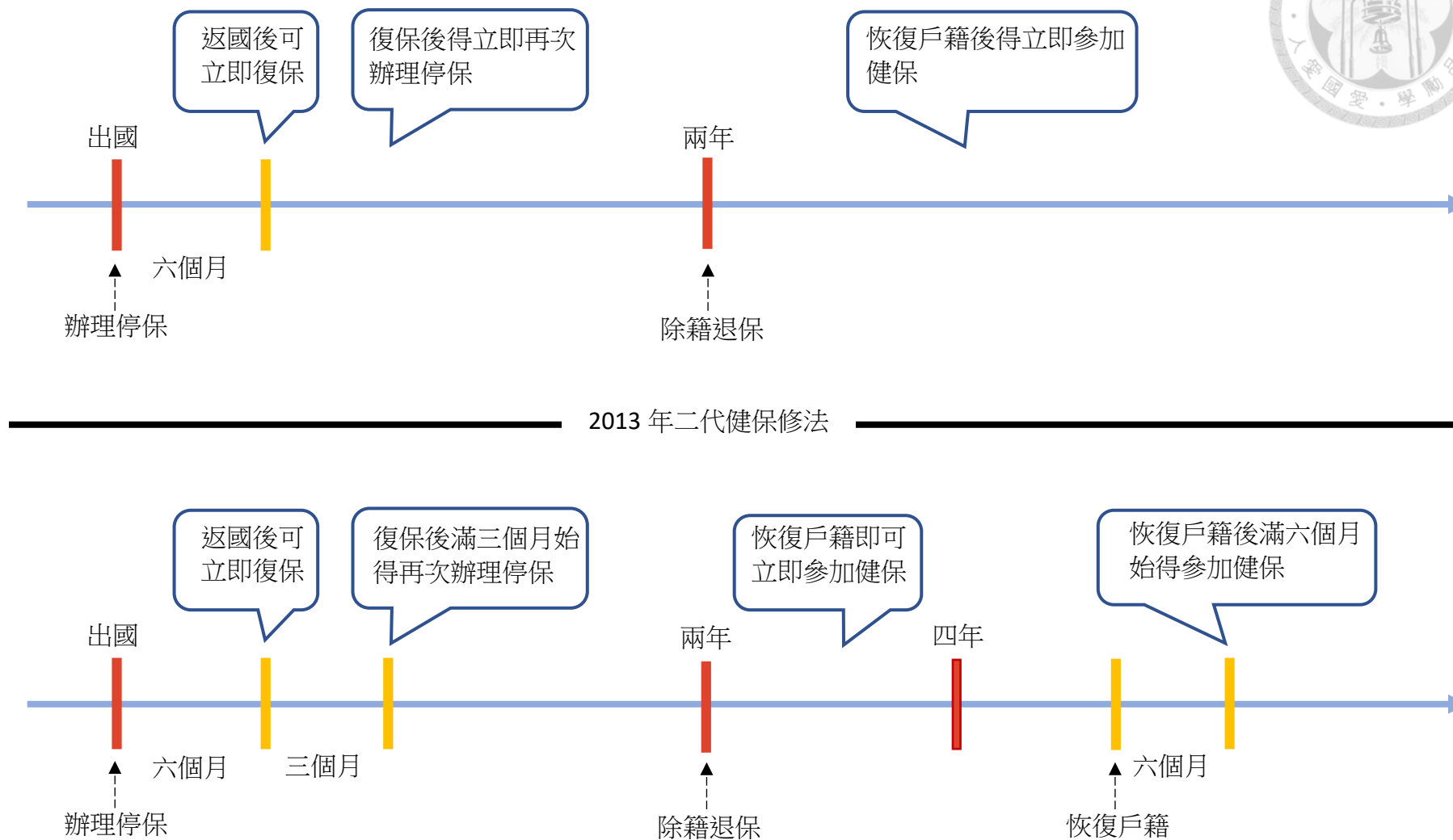
2017 年至 2019 年每年辦理停保人數及停保後返國復保短期內再次停保人數

2017 年至 2019 年每年辦理停保人數及停保後返國復保短期內再次停保人數					
	停保人數	短期內復 停保人數	就醫人數	保費收入 (億元)	醫療支出 (億元)
2017 年	174216	86790	58945	4.25	4.05
2018 年	173298	87990	58904	4.34	3.97
2019 年	178620	91066	60295	4.48	4.17

註：取自楊媛婷（2020，11 月 27 日）。出國逾 2 年被除籍退保者須繳清保費或等半年才能復保。自由時報。

圖 7

全民健保停保、復保修法歷程



第四節 小結



綜觀過往文獻，Andersen 的歷代的健康行為理論針對會影響醫療資源使用的因子進行探究，不僅從與個體健康影響最為密切的個人特質、健康行為的施行以及健康狀況進行評估，亦針對包括健康照護系統、健康政策等外在整體情境進行釐清。細究影響牙醫醫療資源使用的相關因素，Andersen 的健康行為理論架構中傾向因素及能力因素的對牙醫醫療資源使用的影響探討最為豐富，以性別、年齡、婚姻狀況、所得收入、保險涵蓋率等指標的影響為重，與我國針對醫療資源公平性相關研究所關注的焦點相似。過去，我國針對醫療利用公平性的文獻，多數以全民健保施行後現存家戶或是個體作為研究單位及對象，並利用實證證明不同傾向及能力因素確實會對醫療資源利用多寡產生影響，著重於探究地理差異、年齡、性別以及教育程度等人口社經差異指標。

但針對全民健康保險制度與醫療使用或財務負擔公平性的相關研究中，現有文獻少以 Andersen 健康行為理論情境因素中特定健保政策施行所區隔出的特定族群（即本研究中欲探討之曾停保者）為研究對象，且少將健康保險政策中逆選擇與道德風險的發生作為研究焦點。因此，本研究的研究重點在於補充我國過去文獻中缺乏針對因特定健保政策施行所區隔出的特定族群對醫療使用情況及醫療財務負擔公平性的影響，並嘗試釐清健保政策停保及復保制度是否會引起逆選擇與道德風險。



第三章 研究設計



本研究為了解曾停保者與長期在保者的人口特質、門診牙醫醫療服務使用情形及其門診牙醫醫療使用情形是否受 2013 年 1 月 1 日開始施行之二代健保政策影響。因此使用「衛生福利部衛生福利資料科學中心」所提供的全民健保統計資料 200 萬人世代追蹤檔，利用該資料庫 2011 至 2014 年之資料先行編碼及登錄，並運用 Stata 軟體，依據研究目的及變項性質進行追蹤資料分析（panel data）分析，以描述性及多元回歸統計方式，檢定各項研究假設，並進一步檢視停保、復保制度對於門診牙醫醫療服務使用的公平性。

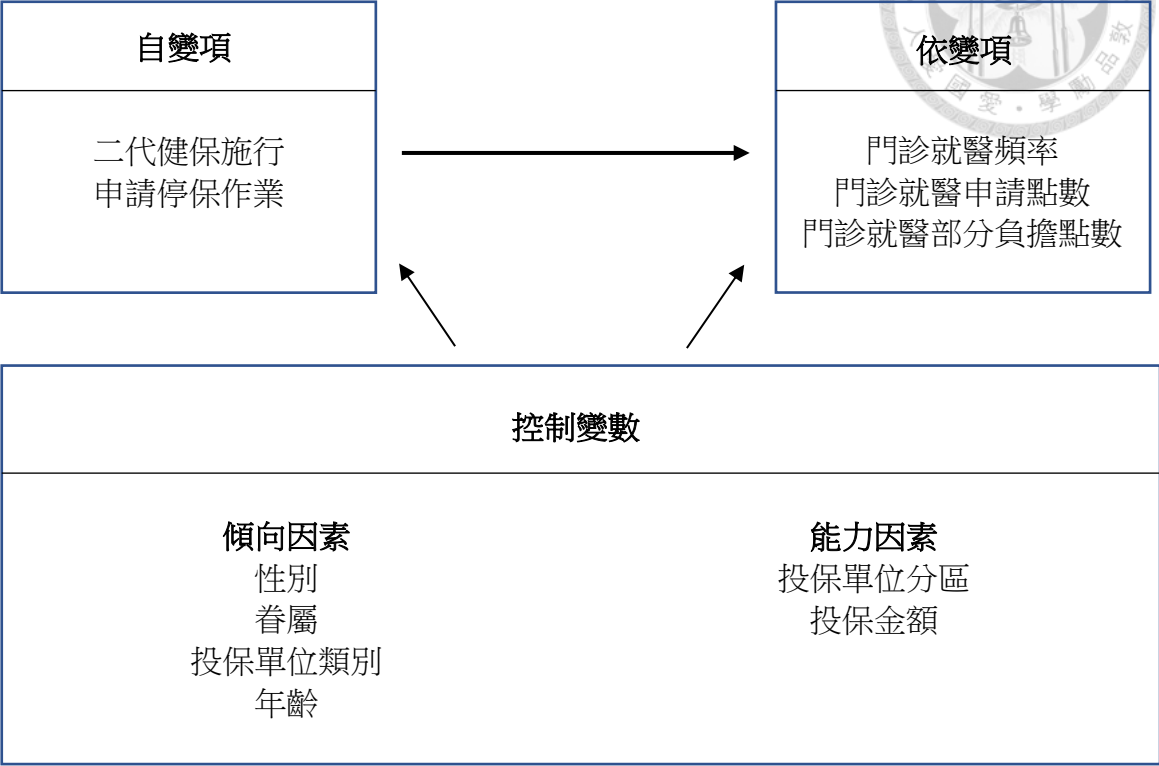
第一節 研究架構

全民健康保險停保及復保制度，旨在希望創造旅外國民繳納健保費用與醫療資源使用的權利義務平等，而為了解曾停保者與長期在保者在牙醫醫療的使用差異與否，以及二代健保停保及復保制度改變的結果是否會導致曾申請停保者在使用門診牙醫醫療使用上的變化是本研究之目的。本研究將觀察期間內曾申請全民健康保險停保之被保險人，視為曾停保者；並將觀察期間內從未申請全民健康保險停保及復保機制者視為長期在保者。以衛福部及相關報導中統計曾申請停保者常利用的牙醫醫療服務使用情況作為觀察的依據，探討曾停保者與使用門診牙醫醫療服務間的關係。

本研究修改 Anderson(1995)的健康行為模型，利用其部分傾向因素以及能力因素作為控制變數，檢視二代健保改革前後二年（2011 年至 2014 年）「曾停保者」與「門診牙醫醫療使用」間存在之短期效果。

圖 8

研究架構



第二節 研究假設



本研究為觀察曾於觀察年度申請全民健康保險停保之曾停保者與長期在保者於在保期間內使用門診牙醫醫療的頻率、平均申請的健保點數與平均部分負擔點數是否有差異？及觀察曾停保者使用門診牙醫醫療頻率、平均申請的健保點數與平均部分負擔點數，是否受 2013 年二代健保改革針對復保制度進行修正，增加復保後需三個月的在保期間後始能再次停保的條款影響而變動？而作出相關假設進行實證，而假設如下：

壹、假設一：曾申請停保者與長期在保者於在保期間內使用門診牙醫醫療資源的頻率、所申請的平均申請健保點數及平均部分負擔點數會有差異。

一、假設 1-1：曾申請全民健康保險停保之曾申請停保者於在保期間內每個月使用門診牙醫醫療服務次數較高。

我國的全民健康保險制度相較於他國之給付較為完整且保險之財務負擔較低，且全民健康保險的停保及復保機制可能造成逆向選擇的存在。旅居境外的停保國民可能基於經濟理由及醫療資源使用的需求而選擇返國復保就醫。相較於長期在保者，可能會有重大疾病需要看診時才復保，一般常見疾病的看診需求及就醫次數少。曾停保者的在保期間相對較短，可能會集中醫療服務使用的次數於短期的在保期間內，因此於在保期限中每月使用牙醫醫療服務的頻率，會較長期在保者多。

二、假設 1-2：於在保期間內每月就醫所申請之平均健保點數較高、自行負擔的部分負擔費用較高。

由於我國健保補助項目較為完善，曾停保者可能會選擇使用健保給付點數較高的醫療服務，曾申請停保者於在保期間內每月使用門診牙醫醫療服務所申請的健保點數可能較長期在保者高。另由於使用健保給付點數較高之醫療服務，因此曾停保者在就醫時，需要自行負擔的部分負擔費用也可能較長期在保者高。

貳、假設二：在 2013 年二代健保改革針對復保政策進行修正，增加三個月等待期，始得再次停保的規範後，對於曾停保者於在保期間內使用門診牙醫醫療服務的頻率、平均申請健保點數及平均部分負擔點數會有影響。

本研究假設曾停保者於在保期間內使用的門診牙醫醫療服務的頻率、平均申請健保點數及平均部分負擔點數，相較於二代健保改革施行前每月平均所使用的牙醫醫療服務次數降低，另在保期間內平均申請點數增加，且平均部分負擔點數亦增加。

2013 年全民健保二代改革針對停保、復保制度修正，被保險人復保後需屆滿三個月始得再次停保。本研究認為強制規定復保後需要持續在保三個月的期限，增加了旅外曾停保之國民在境內參與全民健保的成本（即三個月的健保保費），可能降低了旅外曾停保之國民歸國復保就醫的誘因。因此，對於牙醫醫療使用沒有急迫性的旅外國民而言，在二代健保改革後可能會於停保期間累積就醫需求，並於就醫需求達到需要歸國就醫閾值時才會歸國復保就醫。但並不會影響已有就醫意願且決定歸國的復保者的需求。由於曾停保者的牙醫使用需求相同，其每人在一年內利用的牙醫醫療次數不會變動。而使用次數維持一致，但參與全民健保的在保時間拉長時，曾申請停保者在在保期間內每月使用門診牙醫的頻率可能因此較二代健保施行前的使用頻率低。另外，由於返國就醫者其醫療需求可能因就醫成本增加而累積，致曾申請停保者在使用門診牙醫醫療服務時，可能會選擇較為複雜或較為昂貴的醫療服務，使每人於在保期間內每月平均申請的健保點數增加，且平均部分負擔點數亦會增加。

第三節 資料來源



本研究資料以次級資料作為資料來源，並使用文獻資料分析法及母體資料分析法。

壹、資料來源與說明

蒐集 2013 年我國二代健保施行改革前後，衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」所提供的健保統計資料，利用該單位資料庫下 200 萬人世代追蹤抽樣檔中 C 組別的「Health-01 全民健保處方及治療明細檔_門急診」、「Health-07 全民健保承保檔」進行分析。

200 萬人世代追蹤抽樣檔 C 組別以 2010 年 12 月 31 日的內政部戶籍檔人口為母體，比對 2010 年 1 月至 2010 年 12 月間任一個月有保人口，依據性別、年齡、地區進行分層，再依各分層在母體間的比例於各層間隨機抽樣，並提供往後追蹤 9 年（2010 年至 2018 年）及往前追溯 10 年（2000 年至 2009 年）之健保資料。其中，200 萬人世代追蹤抽樣檔內「Health-07 全民健保承保檔」，囊括各年度參與全民健保制度的被保險人現況資訊，資料中會包含保險對象的投保類別、投保單位、投保金額等相關資料，能夠用以了解全民健保被保險人之人口特性。「Health-01 全民健保處方及治療明細檔_門急診」則是各年度參與全民健康保險之病患就醫的歷史檔案，資料包含病患就醫次數、病患就醫之疾病、醫院、費用等相關資料，能夠得知全民健保被保險人利用全民健保服務的使用頻率以及使用量。

使用衛生福利部資料科學中心所提供之健保統計資料原因有三。第一，資料庫的所記載的變項資料眾多。檔案資料具備被保險者的個人人口統計特徵、投保及就醫地區、時間等必要資訊。第二，紀錄時間長。200 萬人世代追蹤抽樣檔 C 組別中「Health-07 全民健保承保檔」所提供的資料記錄從 2000 年至 2018 年；「Health-01 全民健保處方及治療明細檔_門急診」所提供的資料記錄從 2000 年至 2018 年。兩個檔案的紀錄時間皆足以檢測二代健保改革前的趨勢（2011 年至 2012 年）與改革後的結果（2013 年至 2014 年）。第三，資料檔案規模龐大。參與全民健康保險之被保險人的保險紀錄及就醫診斷紀錄會詳細列於檔案中，其

檔案可觀察筆數多。以 2017 年 12 月資料為例，全民健保承保檔 200 萬人抽樣檔 C 組具 1,836,121 筆資料數，全民健保處方及治療明細檔_門急診檔 200 萬人抽樣檔 C 組中關於牙醫的紀錄有 235,330 筆。

該資料庫中皆經去識別化處理，已刪除姓名、地址等可以直接識別的欄位，身分證字號、投保單位代碼、統一編號、出生日期、就醫日期、入院日期等欄位皆屏蔽處理，資料庫的資訊已無從識別特定當事人。

貳、變項說明

本研究修改 Anderson (1995) 的健康行為模型，利用傾向因素以及能力因素中「性別、年齡、是否為眷屬、投保單位類別、投保單位分區、投保金額」作為控制變數，另外加入時間因素，檢視二代健保改革前 2 年（2011 年至 2012 年）及後 2 年（2013 年至 2014 年）「曾申請停保者」與「門診牙醫醫療使用」間存在之關係。此外，亦參考吳舜文（2023）針對 2019 年間停保者與一般民眾在醫療利用行為上的比較研究，作為分析曾停保者與長期在保者之人口背景特徵的基礎，並據以修正本研究之模型設計與變數選取，以增強實證分析的適切性與解釋力。

關於門診牙醫醫療的使用，本文以下列三項依變項作為測量：於在保期間內每個月門診牙醫平均就醫次數（就醫頻率）、在保期間內平均每個月門診牙醫就醫所申請健保點數以及在保期間內每個月平均部分負擔點數。自變項則分為 P_{it} ：二代健保改革施行、 T_{it} ：曾申請停保與否。而控制變數則利用 Andersen 第一代健康行為理論中傾向因素中性別、年齡、眷屬、投保單位類別與能力因素中投保金額、戶投保單位分區作為控制。

一、依變項

（一）於在保期間內每月使用門診牙醫醫療服務的平均使用次數

使用門診牙醫次數之計算以依 Health-01 全民健保處方及治療明細檔_門急診檔之資料紀錄方式為基礎，原則上一次就醫（同一醫院同一天同一科別同一筆資料）為一筆資料。本研究中門診牙醫就醫次數以在保期間之資料筆數作為計算基準，一筆資料之就醫次

數計為一次¹¹，並將使用次數之總和除以一年內在保期間之月份數，得出觀察對象於在保期間內每月所使用門診牙醫醫療服務的平均使用次數。

（二）於在保期間內每月使用門診牙醫醫療服務所申請的平均申請點數

健保費用點數是健保特約機構與健保署計算支付醫療費用時所使用的單位。每一點數的兌換點值會依據時間（年、月份）、地區或醫療行為而有所不同。健保署會依據醫療院所所申請的點數進行核計，並以此換算給付金額。本研究依照醫療特約機構所申報的點數用以推估健保特約機構申請之門診牙醫醫療費用。並利用每年申請點數之總和除以一年內在保期間之月份數，得出觀察對象於在保期間內每月使用門診牙醫醫療服務所申請的平均申請點數。

（三）於在保期間內每月使用門診牙醫醫療服務自行負擔的平均部分負擔點數

健保部分負擔點數是以健保費用點數的某一比例計算得出。全民健保被保險人所需付出的實際部分負擔金額，會依健保點值折算為實際部分負擔金額。部分負擔點數與健保費用點數相同，每一點數的兌換點值會依據時間（年、月份）、地區或醫療行為而有所不同。本研究依照部分負擔點數用以推估全民健保被保險人就醫時所需自行負擔的門診牙醫醫療費用。

二、自變項

（一）二代健保改革施行

2013 年二代健保修正復保後復保即可再次停保的相關規定。增加國民於戶籍存續期間內回國，當日復保後，須經三個月後始能再次辦理停保之規定。本研究以 2013 年二代健保改革為時間區隔，分為「政策施行前」、「政策施行後」兩類。

¹¹ 關於門診牙醫的就醫次數計算，會以 Health-07 全民健保承保檔與 Health-01 全民健保處方及治療明細檔_門急診串聯，取得觀察對象在門診就醫次數。

（二）停復保與否（投保狀態）¹²

以全民健保承保檔的中「投保狀態」為判斷基準。曾於觀察期間內出現停保狀態者，本研究將其視為曾申請停保者；並將於觀察期間內從未申請全民健保停保者視為長期在保者。



三、控制變項

（一）性別

以全民健保承保檔中的「被保險人身份證字號性別」欄為判別基準與全民健保處方及治療明細檔_門急診檔串聯，為類別變項。本研究將區分為「男性」及「女性」兩類。

（二）年齡

以全民健保承保檔中的「出生年」欄為判斷基準與全民健保處方及治療明細檔_門急診檔串聯，為次序變項。以西曆年（四位數）為表達方式。

（三）眷屬

以全民健保承保檔中保險對象之「個人身分證字號」與「被保險人身分證字號」欄為判斷基準。當保險對象之身分證與被保險人身分證字號相同時，代表保險對象為本人；當保險對象之身分證與被保險人身分證字號不相同時，代表保險對象為被保險人之眷屬。本研究將區分為「眷屬」及「非眷屬」兩類，為類別變項。

（四）投保單位類別

以全民健保承保檔「投保單位屬性」欄做為判別基準，將投保的單位屬性大致區分為 6 大類：公營事業、私人企業、職業工會、農漁民會、弱勢族群、地區人口。可大致顯示被投保人之職業類別，為類別變項。

（五）投保單位分區

以全民健保承保檔「投保單位健保分區」欄為判別基準。以衛福部健保署定義之投保單位分區作為分類基準，將投保地區分為 6

¹² 全民健保檔之投保狀態僅標註「在保、停保、轉出、一般退保、死亡退保」五種狀態，並未標註「復保」或是「停保後復保」之情形。因此，本研究將以月份為單位，進行投保狀態的觀察，並僅將同一年度內者曾出現停保狀態者視為曾經停保者。

區：臺北區、北區、中區、南區、高屏區、東區。顯示被保險人投保時所在的地區，為類別變項。

(六) 投保金額

依過去實證顯示，所得收入可能會影響醫療資源的使用，本研究以全民健康保險承保檔之「投保金額」欄作為代理變項(proxy variable)。顯示投保者投保之保險金額，為次序變項。



表 5

變項說明表

變項名稱	定義
依變項	
醫療使用	
門診牙醫使用次數	被保險人在保期間每月平均就診次數，為 2011 年至 2014 年門診總就診次數除以非停保月數。原則上一次就醫（同一醫院同一天同一科別一筆資料）算一次。資料庫中補報之資料不重覆計算。
費用	
平均申請點數	連續變數，係以保險對象在保期間就門診牙醫每月平均醫療使用的申請點數，為 2011 年至 2014 年間，各年度使用牙醫醫療服務之總申請健保點數除以該年度非停保月數。資料庫中申請給付之費用點數，補報資料時會合併計算。
平均部分負擔點數	連續變數，係以保險對象在保期間就門診牙醫每月平均醫療使用的部分負擔點數，為 2011 年至 2014 年間，個年度使用牙醫醫療服務之部分負擔總點數除以該年度非停保月數。資料庫中部份負擔之費用點數，補報資料時會合併計算。
自變項	
停保狀態	虛擬變數，2011 年至 2014 年曾有停保紀錄者=1（方案組）；2011 年至 2014 年從未有停保者記錄=0（對照組）。
政策施行	虛擬變數，2013 年 1 月 1 日二代健保施行前=0；2013 年 1 月 1 日二代健保施行後=1
交乘項	
交乘項	類別變項，代表二代健保施行後對方案組的影響
控制變項	
傾向因素	
性別	虛擬變數。被保險人性別區分，女=0，男=1
年齡	觀察年度減去被保險人出生年

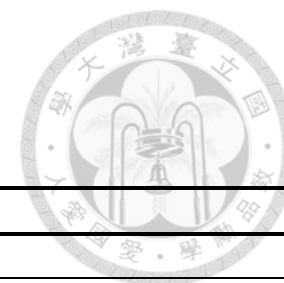


表 5

變項說明表（續）

變項名稱	定義
眷屬	虛擬變數，本人=0，眷屬=1
投保單位類別	
公營事業	公營事業人員=1，包括中央非事業機關公務人員、中央公職人員、國立大專學校教職員、志願役軍人、中央以下政府機關、學校公教人員、公職人員、地方公職人員、私立中小學校教職員、私立大專學校教職員、公營事業機構職員、公營事業機構工員、中央非事業機關工員、國立學校工員、中央以下政府機關／學校工員、私立學校工員
私人企業	私人企業受雇者、自營作業者、自行執業者=2，包括民營事業機構受雇者、有一定雇主之受雇者、非營利事業機構之受雇者，職業訓練機構之學員、自營作業者、專門職業及技術人員自行執行業者
職業工會	工會成員=3，包括職業工會會員、海員總工會或船長公會之外僱船員
農漁民會	農漁民會=4，包括農會和農田水利會會員、漁會會員
弱勢族群	弱勢族群=5，包括安置於社會福利服務機構之低收入戶、由鄉（鎮市區）公所辦理投保之低收入戶
地區人口	地區人口=6，包括榮民、公所投保之地區人口、非由公所投保之地區人口、出家僧眾、宗教人士、僑生、海青、蒙藏生、安置於社福機構之院民（地區人口）、外籍生
能力因素	
投保金額	連續變數，被保險人之健保投保金額分級，係依據被保險人的月投保薪資額（申報所得）而定。
投保單位分區	虛擬變數，依據衛生福利部中央健康保險署定義的投保單位分區劃分
臺北區	臺北區=1，包括臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣
北區	北區=2，包括桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗市
中區	中區=3，包括臺中市、彰化縣、南投縣
南區	南區=4，包括雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市
高屏區	高屏區=5，包括高雄市、屏東縣、澎湖縣

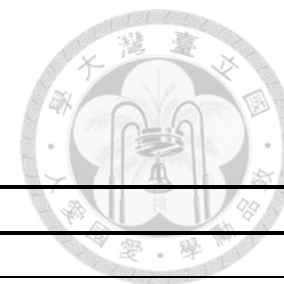


表 5

變項說明表（續）

變項名稱	定義
東區	東區=6，包括花蓮縣、臺東縣

註：變數類別分類參考衛生福利部資料科學中心資料庫使用手冊以及吳舜文（2023）。

第四節 模型及計量方法



本研究將先以各檔案中代碼「ID」作為個人歸戶及個人資料比對鑑值，由「Health07_全民健保承保檔」得出該被保險人的性別（ID1_S）、出生年（ID_BIRTH_Y）、投保單位分區地區（ID1_CITY）、投保金額（ID1_AMT）、投保狀態（ID_STATUS）等。並以「Health01_全民健保處方及治療明細檔_門急診」得出受特定政策影響之民眾使用全民健保醫療資源下，醫療機構所申請的健保申請點數（T_APPL_DOT）、就醫年齡（AGE）等，並且匯集橫斷面（cross-sectional data）與時間序列（time series）兩項特徵的資料，由電腦軟體 STATA 進行追蹤資料分析（panel data）。並利用差異中之差異法（Difference in Differences, DID）觀察二代健保改革施行後方案組及對照組間門診牙醫醫療使用的影響。

為了解在曾申請停保者與長期在保者使用門診牙醫的頻率、平均申請的健保點數與平均部分負擔點數是否具有差異，以及欲得知 2013 年二代健保增加復保後，須繳納三個月健保保費始能再次停保的規定，是否影響曾停保者在門診牙醫醫療的使用。本研究以差異中之差異法檢查 2011 年至 2014 年全民健康保險 200 萬人抽樣檔中 2013 年二代健保改革前二年及後二年曾停保者在牙醫醫療的使用情況。

首先，本研究以觀察期間（2011 年至 2014 年）內是否曾申請停保對觀察對象進行分類。將於觀察期間內未曾申請過全民健康保險停保的長期在保對象（長期在保者）視為對照組（comparison group）；將於觀察期間內曾經申請停保之曾停保者視為方案組（treatment group）。進行基準分析（baseline analysis），先行檢視曾申請停保者與長期在保者在門診牙醫醫療的使用是否有所差異，其公式如下：

$$Y_{it} = \alpha_0 + \alpha_1 T_{it} + \sum \beta_i X_{it} + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

下標 i 代表分析單位為個人， t 代表分析之時間單位為年，單位為月。 Y_{it} 為依變項，代表第 i 人在 t 年的牙醫醫療的使用，包括在保期間內每個月平均所使用門診牙醫醫療的次數、在保期間內每月平均所申請的平均申請點數以及在保

期間內每個月所負擔的平均部分負擔點數。 T_{it} 為自變項，代表第*i*人在*t*年是否為曾停保者，若為曾停保者其值為 1，若為長期在保者其值為 0。 X_{it} 為控制變數，包含性別（gender）、年齡（age）、眷屬（depend）、投保金額（id1_atm）、投保單位類別（unit）與投保單位分區（division）。 ε_{it} 為殘差項。

再來，為了瞭解曾停保者在在保期間內每月平均使用門診牙醫醫療的次數、平均申請之健保點數及平均部分負擔是否會受 2013 年二代健保改革施行的影響。本研究進一步利用差異中之差異法（DID）檢視相較於一般長期在保民眾，曾停保者在 2013 年二代健保改革施行後的門診牙醫醫療使用狀況，其公式如下：

$$Y_{it} = \alpha_0 + \alpha_1 T_{it} + \alpha_2 P_{it} + \alpha_3 (P_{it} \times T_{it}) + \sum \beta_i X_{it} + \varepsilon_{it} \quad (2)$$

其中， Y_{it} 為依變項，表示第*i*人在*t*年的牙醫醫療使用； P_{it} 代表 2013 年二代健保政策的施行與否，2013 年二代健保改革前其值為 0，2013 年二代健保改革，增加三個月等待期始得再次復保規定施行後，其值為 1； $(P_{it} \times T_{it})$ 代表方案組虛擬變數（第*i*人是否為曾申請停保者）與時間虛擬變數（位於 2013 年二代健保政策施行前後）的交乘項。 α_3 為交乘項之係數，亦代表著曾申請停保者受二代健保停復保政策改革影響之效果 π 。公式的其他符號意涵與公式(1)相同。

而 $(T_{it} \times P_{it})$ 交乘項之係數 α_3 ，即為曾申請停保者受二代健保停復保政策改革影響之效果 π ：

$$\begin{aligned} \pi &= (Y_{11} - Y_{01}) - (Y_{10} - Y_{00}) \\ &= [(\alpha_0 + \alpha_1 + \alpha_3) - (\alpha_0 + \alpha_2)] - [(\alpha_0 + \alpha_1) - \alpha_0] = \alpha_3 \end{aligned} \quad (3)$$

其中， Y_{11} 為方案組在二代健保施行後牙醫醫療服務的使用； Y_{10} 為方案組在二代健保施行前牙醫醫療服務的使用； Y_{01} 為對照組在二代健保施行後對牙醫醫療服務的使用； Y_{00} 為對照組在二代健保施行前牙醫醫療服務的使用。

表 6

差異中差異法



	長期在保者 (對照組)	曾停保者 (方案組)	兩組間之差異	DID
2013 年二代 健保施行前	Y_{00}	Y_{10}	$Y_{10} - Y_{00}$	$(Y_{11} - Y_{01}) - (Y_{10} - Y_{00})$
2013 年二代 健保施行後	Y_{01}	Y_{11}	$Y_{11} - Y_{01}$	

資料來源：本研究自行整理

從上述公式及計量方法的結果，可以用以解決本文所欲了解之問題及驗證本研究之假設。就問題一中「曾申請全民健康保險停保者與長期在保者在在保期間內使用門診牙醫醫療的頻率、平均申請的健保點數及平均部分負擔點數是否有差異？」可以藉由公式(1)及公式(2)得出曾停保者與長期在保者之在保期間內門診牙醫醫療平均使用次數、平均申請健保點數及平均部分負擔點數，並從中做出差異之判斷。

就問題二中「曾申請全民健康保險停保者在在保期間內每月平均使用門診牙醫醫療的頻率、申請的健保點數及部分負擔點數，是否會因 2013 年二代健保停保與復保機制改革之情形而變動？」，則可以用公式(2)中交乘項係數 α_3 ，亦即曾停保者受二代健保停復保制度改革影響之效果 π 得知。



第四章 實證結果

第一節 受觀察者的人口特質



本研究以 2011 年至 2014 年全民健康保險抽樣檔之 200 萬人口作為觀察對象。根據表 7 至表 10 顯示，2011 至 2014 年的 200 萬人抽樣檔中扣除各年度中同一保險對象但承保檔資料筆數錯誤、年齡顯然錯誤、於觀察期間內因死亡而退保等原因之受觀察者，每年約有 190 萬名之有效觀察對象¹³。其中，觀察年度中各年約有 0.3% 的受觀察對象曾於該年度內申請停保，為各該年度之曾停保者。與未曾申請停保之長期在保者相比，曾停保者在傾向因素（性別、年齡、是否為眷屬、投保單位類別）及能力因素（投保金額、投保單位分區）特徵有所不同。

首先，就傾向因素方面來細究，曾停保者與長期在保者為男性的比例較低（曾停保者於 2011 年男性比例約 38.58%、2012 年為 37.08%、2013 年為 38.21%、2014 年為 37.84%；長期在保者 2011 年男性比例為 49.54%、2012 年為 49.40%、2013 年為 49.30%、2014 年為 49.21%），且雙方的男性比例達到顯著水準，代表兩者間存在性別結構存在顯著不同，曾停保者性別結構中男性占比又比長期在保者低。另外就曾停保者與長期在保者的年齡來看，曾停保者的平均年齡較輕（2011 年平均年齡為 33.54 歲、2012 年為 34.90 歲、2013 年為 34.54 歲、2014 年為 35.85 歲；長期在保者 2011 年平均年齡為 38.70 歲、2012 年為 39.47 歲、2013 年為 40.28 歲、2014 年為 41.06 歲），且皆有達到統計上的顯著水準，另值得注意的是本研究將投保對象之年齡以每 20 歲為一單位進行分層，發現各年度的曾停保者在 20-39 歲區間所占比例均約達 50%，顯示曾停保者的年紀集中於青年族群。而投保單位類別的區分，可用來辨識被保險人是透過什麼職業單位或是以什麼樣的身分來參與全民健康保險，其中曾停保者以無職業的地區人口為主，於各觀察年度內曾停保者的地區人口占比皆達 65% 以上。地區人口的比例顯著高於長期在保者的地區人口比例（曾停保者 2011 年無職業之榮眷及地

¹³ 本研究定義之「同一保險對象但承保檔資料筆數錯誤」係指單一年度承保檔內同一保險對象出現之資料筆數超過 12 筆；「年齡顯然異常」係指單一年度內年齡高於 100 歲且全年皆為停保狀態，或就醫年齡高於 120 歲。

區人口佔為 67.19%、2012 年為 66.75%、2013 年為 68.35%、2014 年為 75.58%；長期在保者 2011 年無職業之榮眷及地區人口約佔 16.03%、2012 年為 15.69%、2013 年為 15.76%、2014 年為 15.78%）。

其次，就能力因素的特徵來看，曾停保者的傾向因素中投保單位變項以無職業的地區人口為大宗，導致曾停保者依據國內所得收入投保之平均投保金額在統計上明顯低於長期在保者的平均投保金額（曾停保者 2011 年平均投保金額為 13920.86 元、2012 年為 13930.83 元、2013 年為 13088.7 元、2014 年為 11660.19 元；長期在保者 2011 年平均投保金額為 27900.93 元、2012 年為 28465.99 元、2013 年為 28943.36 元、2014 年為 29484.69 元），然，此現象並不能代表曾停保者之經濟狀況一定較長期在保者差。例如，家庭總收入高之旅外在學學生，其並未有工作記錄因此而被歸為無職業，惟實際上家庭經濟條件可能非常穩定，甚至優於長期在保者。因此，僅憑投保金額，並不能直接推論曾停保者之的經濟狀況較弱。

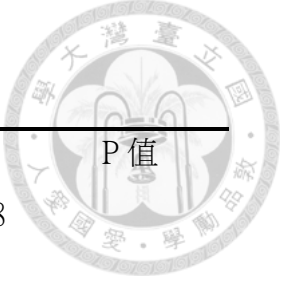
另外，針對投保地區來看，曾停保者或是長期在保者投保地區分布大致相同，其皆以臺北區比例最高，其次為中區，而花蓮縣、台東縣所代表的東區則是比例最低¹⁴。然細究投保地區可以發現，雖曾停保者與長期在保者皆以臺北區為大宗，但曾停保者的投保地區相對之下更為集中，於觀察期間內各年度間，皆有超過 50%的曾停保者的投保地區為臺北區（包含金門及連江縣）。

綜上所述，本研究實證結果顯示，曾停保者與長期在保者在人口背景結構確實存在差異，而此差異與吳舜文（2023）針對 2019 年單一年度曾停保者與一般民眾所進行的比較研究結果相似。雖本研究係以 2011 年至 2014 年為觀察期間，惟實證結果皆指出曾停保者相較於長期在保者更可能為女性、屬於年輕族群，且其投保單位分區多為無職業的地區人口。

¹⁴ 長期在保者之各投保地區分布比例與衛生福利部資料科學中心所公布之「99 年 200 萬人世代追蹤抽樣檔建置及驗證報告」中所提及投保地區分布比例相似。99 年 200 萬人世代追蹤抽樣檔之投保地區，台北區約佔 36%、北區約佔 15%、中區約佔 18%、南區約佔 13%、高屏區約佔 14.61%東區約佔 2%。

表 7

2011 年曾申請停保者與長期在保者的人口特質差異



	對照組 N=1,968,800 (99.70%)	方案組 N=5,868 (0.30%)	總計 N= 1,974,668 (100%)	P 值
性別（男=1）	975,440 (49.54%)	2,264 (38.58%)	977,704 (49.51%)	<0.001
眷屬（眷屬=1）	1,243,397 (63.16%)	3,731 (63.58%)	1,974,668 (63.16%)	
投保單位分區				<0.001
臺北區	708,562 (35.99%)	3,188 (54.33 %)	711,750 (36.04%)	
北區	298,624 (15.17%)	641 (10.92%)	299,265 (15.16%)	
中區	360,102 (18.29%)	809 (13.79 %)	360,911 (18.28%)	
南區	271,369 (13.78%)	492 (8.38%)	271,861 (13.77%)	
高屏區	287,224 (14.59%)	681 (11.61%)	287,905 (14.58%)	
東區	42,919 (2.18%)	57 (0.97%)	42,976 (2.18%)	
投保單位類別				<0.001
公營事業	166,942 (8.48%)	268 (4.57%)	167,210 (8.47%)	
私人企業	864,867 (43.93%)	1,113 (18.97%)	865,980 (43.85%)	
職業工會	349,968 (17.78%)	480 (8.18 %)	350,448 (17.75%)	

表 7

2011 年曾申請停保者與長期在保者的人口特質差異（續）

	對照組 N=1,968,800 (99.70%)	方案組 N=5,868 (0.30%)	總計 N= 1,974,668 (100%)	P 值
農漁民	247,813 (12.59%)	59 (1.01%)	247,872 (12.55%)	
弱勢族群	23,669 (1.20%)	5 (0.09%)	23,674 (1.20%)	
地區人口	315,541 (16.03%)	3,943 (67.19%)	319,484 (16.18%)	
年齡	38.67 (20.70)	33.54 (17.84)	38.55 (20.69)	<0.001
(0-19 歲)	425,466 (21.61 %)	1,109 (18.90 %)	426,575 (21.60%)	
(20-39 歲)	601,396 (30.55%)	2,877 (49.03%)	604,273 (30.60%)	
(40-59 歲)	616,152 (31.30%)	1,335 (22.75 %)	617,487 (31.27%)	
(60-79 歲)	268,381 (13.63%)	500 (8.52%)	268,881 (13.62%)	
(80-99 歲)	57,293 (2.91%)	47 (0.80%)	57,340 (2.90%)	
(100 歲以上)	112 (0.01%)	0 (0.00%)	112 (0.01%)	
投保金額	27900.93 (21866.92)	13920.86 (28186.94)	27859.38 (21901.62)	<0.001

註：本表之數值如變項為連續變項，則數值呈現平均值（標準差）；如變項為類別變項，則欄位內數值呈現樣本數（類別占比）。

表 8

2012 年曾申請停保者與長期在保者的人口特質差異



	對照組 N=1,950,727 (99.68%)	方案組 N=6,181 (0.32%)	總計 N=1,956,908 (100%)	P 值
性別 (男=1)	963,745 (49.40%)	2,292 (37.08%)	966,037 (49.37%)	<0.001
眷屬 (眷屬=1)	1,258,220 (64.50%)	4,098 (66.30%)	1,262,318 (64.51%)	<0.05
投保單位分區				<0.001
臺北區	704,065 (36.09%)	3,276 (53.00%)	707,341 (36.15%)	
北區	297,263 (15.24%)	719 (11.63%)	297,982 (15.23%)	
中區	356,184 (18.26%)	891 (14.42%)	357,075 (18.25%)	
南區	267,575 (13.72%)	504 (9.70%)	268,079 (13.70%)	
高屏區	283,658 (14.54%)	718 (11.62%)	284,376 (14.53%)	
東區	41,982 (2.15%)	73 (1.18%)	42,055 (2.15%)	
投保單位類別				<0.001
公營事業	162,079 (8.31%)	266 (4.30 %)	162,345 (8.30%)	
私人企業	870,319 (44.62%)	1,234 (19.96%)	871,553 (44.54%)	
職業工會	345,604 (17.72%)	477 (7.72%)	346,081 (17.69%)	

表 8

2012 年曾申請停保者與長期在保者的人口特質差異（續）

	對照組 N=1,950,727 (99.68%)	方案組 N=6,181 (0.32%)	總計 N=1,956,908 (100%)	P 值
農漁民	239,520 (12.28%)	73 (1.18%)	239,593 (12.24%)	
弱勢族群	27,132 (1.39%)	5 (0.08 %)	27,137 (1.39%)	
地區人口	306,073 (15.69%)	4,126 (66.75%)	310,199 (15.85%)	
年齡	39.47 (20.55)	34.90 (17.84)	39.45 (20.54)	<0.001
(0-19 歲)	397,274 (20.37%)	984 (15.92%)	398,258 (20.35%)	
(20-39 歲)	594,888 (30.50%)	3,171 (51.30%)	598,059 (30.56%)	
(40-59 歲)	617,563 (31.66%)	1,313 (21.24%)	618,876 (31.63%)	
(60-79 歲)	281,216 (14.42%)	647 (10.47%)	281,863 (14.40%)	
(80-99 歲)	59,639 (3.06%)	66 (1.07%)	59,705 (3.05%)	
(100 歲以上)	147 (0.01%)	0 (0.00%)	147 (0.01%)	
投保金額	28465.99 (22283.05)	13930.83 (27935.21)	28420.08 (22318.06)	<0.001

註：本表之數值如變項為連續變項，則數值呈現平均值（標準差）；如變項為類別變項，則欄位內數值呈現樣本數（類別占比）。

表 9

2013 年曾申請停保者與長期在保者的人口特質差異

	對照組 N=1,934,981 (99.67%)	方案組 N= 6,417 (0.33%)	總計 N=1,941,398 (100%)	P 值
性別（男=1）	954,017 (49.30%)	2,452 (38.21%)	956,469 (49.27%)	<0.001
眷屬（眷屬=1）	1,262,130 (65.23%)	4,367 (68.05%)	1,266,497 (65.24%)	<0.001
投保單位分區				<0.001
臺北區	701,602 (36.26%)	3,368 (52.49%)	704,970 (36.31%)	
北區	295,278 (15.26%)	806 (12.56%)	296,084 (15.25%)	
中區	353,159 (18.25%)	881 (13.73%)	354,040 (18.24%)	
南區	263,716 (13.63%)	519 (8.09%)	264,235 (13.61%)	
高屏區	280,073 (14.47%)	781 (12.17%)	280,854 (14.47%)	
東區	41,153 (2.13%)	62 (0.97%)	41,215 (2.12%)	
投保單位類別				<0.001
公營事業	158,267 (8.18%)	246 (3.83%)	158,513 (8.16%)	
私人企業	874,576 (45.20%)	1,183 (18.44 %)	875,759 (45.11%)	
職業工會	333,029 (17.21%)	527 (8.21%)	333,556 (17.18%)	

表 9

2013 年曾申請停保者與長期在保者的人口特質差異（續）

	對照組 N=1,934,981 (99.67%)	方案組 N= 6,417 (0.33%)	總計 N=1,941,398 (100%)	P 值
農漁民	234,135 (12.10%)	70 (1.09%)	234,205 (12.06%)	
弱勢族群	30,033 (1.55%)	5 (0.08%)	30,038 (1.55%)	
地區人口	304,941 (15.76%)	4,386 (68.35%)	309,327 (15.93%)	
年齡	40.28 (20.41)	34.54 (16.98)	40.26 (20.41)	<0.001
(0-19 歲)	368,126 (19.02%)	990 (15.43%)	369,116 (19.01%)	<0.001
(20-39 歲)	590,687 (30.53%)	3,387 (52.78%)	594,074 (30.60%)	
(40-59 歲)	619,059 (31.99%)	1,405 (21.89%)	620,464 (31.96%)	
(60-79 歲)	294,853 (15.24%)	579 (9.02%)	295,432 (15.22%)	
(80-99 歲)	62,061 (3.21%)	56 (0.87%)	62,117 (3.20%)	
(100 歲以上)	195 (0.01%)	0 (0.00%)	195 (0.01%)	
投保金額	28943.36 (23055.17)	13088.7 (27221.19)	28890.95 (23088.12)	<0.001

註：本表之數值如變項為連續變項，則數值呈現平均值（標準差）；如變項為類別變項，則欄位內數值呈現樣本數（類別占比）。

表 10

2014 年曾申請停保者與長期在保者的人口特質差異



	對照組 N=1,918,355 (99.66%)	方案組 N= 6,563 (0.34%)	總計 N=1,924,918 (100%)	P 值
性別（男=1）	944,042 (49.21%)	2,485 (37.86%)	946,527 (49.17%)	<0.001
眷屬（眷屬=1）	1,263,712 (65.87%)	4,540 (69.18%)	1,268,252 (65.89%)	<0.001
投保單位分區				<0.001
臺北區	698,259 (36.40%)	3,514 (53.54%)	701,773 (36.46%)	
北區	293,746 (15.31%)	734 (11.18%)	294,480 (15.30%)	
中區	349,330 (18.21%)	934 (14.23 %)	350,264 (18.20%)	
南區	260,057 (13.56%)	563 (8.58%)	260,620 (13.54%)	
高屏區	276,510 (14.41%)	757 (11.53%)	277,267 (14.40%)	
東區	40,453 (2.11%)	61 (0.93%)	40,514 (2.10%)	
投保單位類別				<0.001
公營事業	155,885 (8.13%)	235 (3.58%)	156,120 (8.11%)	
私人企業	880,296 (45.89%)	916 (13.96%)	881,212 (45.78%)	
職業工會	322,823 (16.83%)	507 (7.73%)	323,330 (16.80%)	

表 10

2014 年曾申請停保者與長期在保者的人口特質差異（續）



	對照組 N=1,918,355 (99.66%)	方案組 N= 6,563 (0.34%)	總計 N=1,924,918 (100%)	P 值
農漁民	226,968 (11.83%)	63 (0.96%)	227,031 (11.79%)	
弱勢族群	29,605 (1.54%)	13 (0.20%)	29,618 (1.54%)	
地區人口	302,778 (15.78%)	4,829 (73.58%)	307,607 (15.98%)	
年齡	41.06 (20.25)	35.85 (17.26)	41.04 (20.44)	<0.001
(0-19 歲)	339,571 (17.70%)	960 (14.63%)	340,531 (17.69%)	<0.001
(20-39 歲)	586,606 (30.58%)	3,323 (50.63%)	589,929 (30.65%)	
(40-59 歲)	619,378 (32.29%)	1,522 (23.19%)	620,900 (32.26%)	
(60-79 歲)	308,667 (16.09%)	689 (10.50%)	309,356 (16.07%)	
(80-99 歲)	63,898 (3.33%)	69 (1.05%)	63,967 (3.32%)	
(100 歲以上)	235 (0.01%)	0 (0.00%)	235 (0.01%)	
投保金額	29484.69 (23405.46)	11660.19 (26289.63)	29423.92 (23438.93)	<0.001

註：本表之數值如變項為連續變項，則數值呈現平均值（標準差）；如變項為類別變項，則欄位內數值呈現樣本數（類別占比）。

第二節 醫療使用與費用差異—t 檢定結果

本節依觀察年度進行曾停保者與長期在保者在牙醫醫療使用的 T 檢定分析，以檢視在不同年度間曾停保者與長期在保者使用牙醫醫療資源之差異情形，並綜合各年度結果以形成整體研究結論。本研究將各年度之全民健保承保檔進行資料之清理及分析，將 2011 年至 2014 年間當年度投保狀態曾出現停保者視為曾停保者，另以當年度投保狀態皆為在保者視為長期在保者。依據表 11 至表 14 顯示，曾停保者與長期在保者在 2011 年及 2014 年間使用門診牙醫醫療情形有顯著的不同。整體而言，曾停保者在在保期間每月平均申請點數，高於長期在保者。而在保期間每月平均使用次數、及在保期間每月平均部分負擔點數等依變項的數值上，曾停保者與長期在保者間並未有特別明顯差異。

依據表 11，曾停保者於 2011 年在保期間內每月使用門診牙醫醫療的平均次數是 0.105 次，略低於長期在保者的 0.112 次，且達統計上的顯著，顯示兩者間的使用上確實存在些微差異。在平均申請點數方面，曾停保者所使用的平均總申請點數為 129.725 點，相較於長期在保者的 121.937 點，顯著多申請 7.788 點，而曾申請停保者與長期在保者之平均部分負擔點數並未有顯著差異，皆約為 5 點。

其次，依據表 12，曾停保者與長期在保者於 2012 年在保期間內使用門診牙醫醫療的平均次數為 0.116 次及 0.115 次，並未有顯著不同。但於在保期間月平均申請點數方面，曾停保者平均申請點數為 146.462 點相較於長期在保者的 127.832 點，顯著多申請 18.63 點。雖然平均申請點數曾停保者與長期在保者有顯著不同，但在 2012 年的在保期間內所要自行負擔的平均部分負擔點數上，兩組觀察對象仍未有顯著不同。

再來依據表 13 觀察 2013 年的牙醫醫療使用情形，曾申請停保者在保期間內使用門診牙醫醫療的平均次數是 0.108 次，明顯較長期在保者的 0.119 次少使用 0.011 次，雖然兩者間的平均使用次數差異微小，但卻有達到統計上之顯著性。然而在代表使用醫療費用的平均申請點數及平均部分負擔點數上，曾申請停保者與長期在保者於 2013 年並未有顯著不同。

最後依據表 14 顯示，2014 年曾申請停保者在保期間內使用門診牙醫醫療的

平均次數是 0.102 次，明顯較長期在保者的 0.121 次少使用 0.019 次，且達統計上的顯著。拉大了曾申請停保者與長期在保者間平均使用次數之差異。且平均申請點數與平均部分負擔點數也較 2013 年少。其中兩者間平均部分負擔點數的差距甚至達到 0.563 點，為四年間最顯著的變動之一。

整體來看，在二代健保尚未施行增加復保後須等待三個月始得再次退保的政策時的 2011 年與 2012 年，曾停保者的平均使用次數並未特別顯著高於長期在保者，但在保期間內平均總申請點數卻顯著較高，應證了本研究假設曾申請停保者確實會選擇使用健保給付點數較高的醫療服務之情形。

而在增加三個月等待期，始得再次停保之政策後的 2013 年與 2014 年，曾停保者的門診牙醫醫療使用則呈現不同的使用樣態，2013 年至 2014 年曾停保者的在保期間月平均使用次數、平均申請點數與平均部分負擔點數均較 2012 年低，顯示出二代健保改革後的政策施行效果。換言之，此結果顯示政策抑制了曾停保者於在保期間內集中使用的門診牙醫醫療資源的情況，且亦抑制曾停保者使用較高醫療給付金額之醫療行為，使醫療資源的使用與醫療負擔朝向更合理與公平的方向發展。

表 11

2011 年方案組與對照組之牙醫醫療使用差異-t 檢定結果

	T=0 N=1,968,800 (99.70%)	T=1 N=5,868 (0.30%)	差異
醫療使用次數	0.112	0.105	-0.007**
(在保期間月平均使用次數)	(0.000)	(0.002)	(0.003)
醫療申請點數	121.937	129.725	7.788**
(在保期間月平均申請點數)	(0.173)	(2.918)	(3.169)
醫療部分負擔點數	5.129	5.087	-0.042
(在保期間月平均部分負擔點數)	(0.07)	(0.101)	(0.123)

註：表格中的數字是平均值（標準誤）。第四欄的數字代表方案組與對照組的平均數差異，即方案組平均數-對照組平均數。*表示 P 值小於 0.05、**表示 P 值小於 0.01、***表示 P 值小於 0.001。

表 12

2012 年方案組與對照組之牙醫醫療使用差異-t 檢定結果



	T=0 N=1,950,727 (99.68%)	T=1 N=6,181 (0.32%)	差異
醫療使用次數	0.115	0.116	-0.000
(在保期間月平均使用次數)	(0.000)	(0.002)	(0.003)
醫療申請點數	127.832	146.462	18.63***
(在保期間月平均申請點數)	(0.187)	(3.192)	(3.192)
醫療部分負擔點數	5.282	5.617	0.335
(在保期間月平均部分負擔點數)	(0.07)	(0.106)	(0.121)

註：表格中的數字是平均值（標準誤）。第四欄的數字代表方案組與對照組的平均數差異，即方案組平均數-對照組平均數。*表示 P 值小於 0.05、**表示 P 值小於 0.01、***表示 P 值小於 0.001。

表 13

2013 年方案組與對照組使用牙醫醫療資源之差異-t 檢定結果

	T=0 N=1,934,981 (99.67%)	T=1 N=6,417 (0.33%)	差異
醫療使用次數	0.119	0.108	0.011***
(在保期間月平均使用次數)	(0.000)	(0.002)	(0.003)
醫療申請點數	132.962	137.382	4.419
(在保期間月平均申請點數)	(0.185)	(2.945)	(3.222)
醫療部分負擔點數	5.407	5.234	-0.173
(在保期間月平均部分負擔點數)	(0.007)	(0.099)	(0.850)

註：表格中的數字是平均值（標準誤）。第四欄的數字代表方案組與對照組的平均數差異，即方案組平均數-對照組平均數。*表示 P 值小於 0.05、**表示 P 小於 0.01、***表示 P 值小於 0.001。

表 14

2014 年方案組與對照組使用牙醫醫療資源之差異—t 檢定結果



	T=0	T=1	差異
	N=1,918,355	N=6,563	
	(99.66%)	(0.34%)	
醫療使用次數	0.121	0.102	-0.019***
(在保期間月平均使用次數)	(0.000)	(0.02)	(0.003)
醫療申請點數	136.588	131.512	-5.076
(在保期間月平均申請點數)	(0.190)	(2.859)	(3.256)
醫療部分負擔點數	5.491	4.928	-0.563***
(在保期間月平均部分負擔點數)	(0.007)	(0.949)	(0.119)

註：表格中的數字是平均值（標準誤）。第四欄的數字代表方案組與對照組的平均數差異，即方案組平均數-對照組平均數。*表示 P 值小於 0.05、**表示 P 小於 0.01、***表示 P 值小於 0.001。

第三節 醫療使用與費用差異-DID 分析結果

為了解在曾停保者與長期在保者於在保期間每月平均使用門診牙醫的次數、每月平均申請總健保點數與每月平均申請部分負擔點數是否具有差異，以及欲得知 2013 年二代健保增加復保後，須繳納三個月健保保費始得再次停保的規定，是否影響曾停保者在在保期間每月平均使用門診牙醫醫療平均使用次數、平均申請點數與部分負擔點數的情形。本節將衛生福利部資料科學中心提供之 2011 年至 2014 年全民健保承保檔及全民健保處方及治療明細檔進行串聯，並將 2011 年至 2014 年間投保狀態曾出現停保者視為方案組，並以 2011 年至 2014 年間投保狀態皆為在保者視為對照組。另將以多元線性回歸的方式，針對三個依變項：門診牙醫醫療每月平均使用次數、門診牙醫醫療每月平均申請點數及門診牙醫醫療每月平均部分負擔點數來進行實證分析，檢查 2011 年至 2014 年全民健康保險 200 萬人抽樣檔中 2013 年二代健保改革前二年及後二年曾申請停保者使用牙醫醫療資源的情況。

在針對各項牙醫醫療使用情況是否受二代健保增加須經三個月後始能再次辦理停保之規定影響進行分析前，本研究先行將 2011 年至 2014 年各年度之門診牙醫醫療使用相關資料檔案進行合併，並將四年間健保承保檔之投保狀態曾出現過停保記錄者作為方案組，四年間投保狀態皆為在保者為對照組。另先行繪製曾停保者與長期在保者兩組觀察對象於二代健保改革政策施行前後的牙醫醫療使用情形趨勢圖，用以初步檢視在政策施行前雙方的使用趨勢是否有所差異。

其中，牙醫醫療使用情形趨勢圖之橫軸以月份為單位，呈現本研究之觀察期間係自 2011 年 1 月至 2014 年 12 月。趨勢圖縱軸則標示方案組及對照組在保期間內月平均使用次數、在保期間內每月平均申請點數及在保期間內每月平均部分負擔點數的數值。另於為方便辨識政策的影響，將於趨勢圖上以垂直紅線標示二代健保改革於 2013 年 1 月介入之時間點。

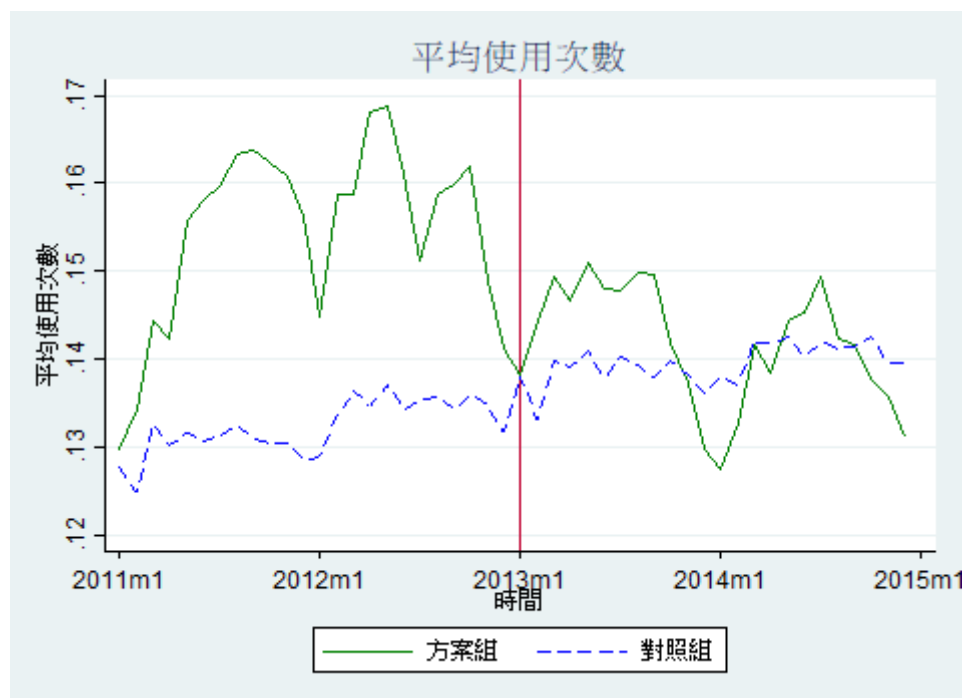
壹、在保期間每月平均使用次數

從圖 9 之折線趨勢可得知，在政策實施前（2011 年至 2012 年），方案組（實線）與對照組（虛線）在平均使用次數的數值上雖有明顯差異，但兩者的

變化趨勢並無交叉或明顯收斂、發散的現象，應可視為符合平行趨勢假說之要求。而就圖形來看，在政策施行後，方案組平均使用次數似略有減少的趨勢；相反的，對照組的平均使用次數則呈逐月穩定上升的現象。此結果顯示兩組在政策介入後平均使用次數的趨勢出現分歧，顯示可能有潛在的政策效果。

圖 9

方案組及對照組之每月平均使用次數趨勢圖



依據表 15 結果顯示，在控制年齡、性別、眷屬、投保金額及投保單位類別等因素後，代表政策施行與否的時間虛擬變項其係數為 0.007，且達統計上顯著標準，表示不管是曾申請停保者或長期在保者，在政策實施後的平均使用次數皆有顯著增加。而代表方案組的係數為 0.025，顯示在觀察期間中控制其他各個因素下，方案組的平均使用次數顯著高於對照組的平均使用次數。另方案組與時間變數的交乘項（DID）係數為-0.019，且 p 值小於 0.001，達統計上的顯著水準。若以政策施行前方案組的每月平均使用次數為基準¹⁵，則其相對下降幅度約為 16.379%，顯示二代健保改革對方案組的醫療使用行為具有明顯的抑制效果。代表在控制其他變項下二代健保改革實施後，方案組的每月平均使用次數相對於對照組的每月平均使用次數下降幅度更為明顯，顯示政策對方案組的影響顯

¹⁵ 二代健保實施前方案組的每月平均使用次數 0.116。

著大於對照組，進一步凸顯二代健保改革增加三個月等待期對特定群體所造成的差異化影響。

再來就本研究的控制變項來看，在傾向因素中，性別、年齡、是否為眷屬及投保單位類別等控制變項，皆顯著的影響被保險人的平均使用次數。男性的平均使用次數顯著低於女性的平均使用次數，顯示女性較男性會更頻繁的使用牙醫醫療資源，與過去實證結果一致（Reda et al., 2018）；年齡與平均使用次數間雖然具有統計上的顯著性，但僅呈現些微的正相關，代表年齡越高，牙醫醫療的平均使用次數也微幅上升；若投保身分為眷屬，其於牙醫醫療的平均使用次數則顯著低於以本人身分投保的平均使用次數；另職業類別方面，與投保單位類別為公營事業者相比，投保於民營企業、職業工會或農漁水利會的投保者，其與平均使用次數的關係皆為顯著的負向關係，代表平均使用次數較低，尤其是以農漁水利會為投保單位者最為明顯，其平均使用次數為所有類別最低。

而在能力因素方面，投保金額變項的係數雖然為正且達統計上顯著性，但係數極小，顯示投保金額越高者，平均使用次數相對也會些微增加。另投保單位分區部分，與觀察對象人口占比最高的臺北區平均使用次數相比，僅有高屏區及中區的平均使用次數高於臺北區。

表 15

在保期間每月平均使用次數之回歸分析結果表



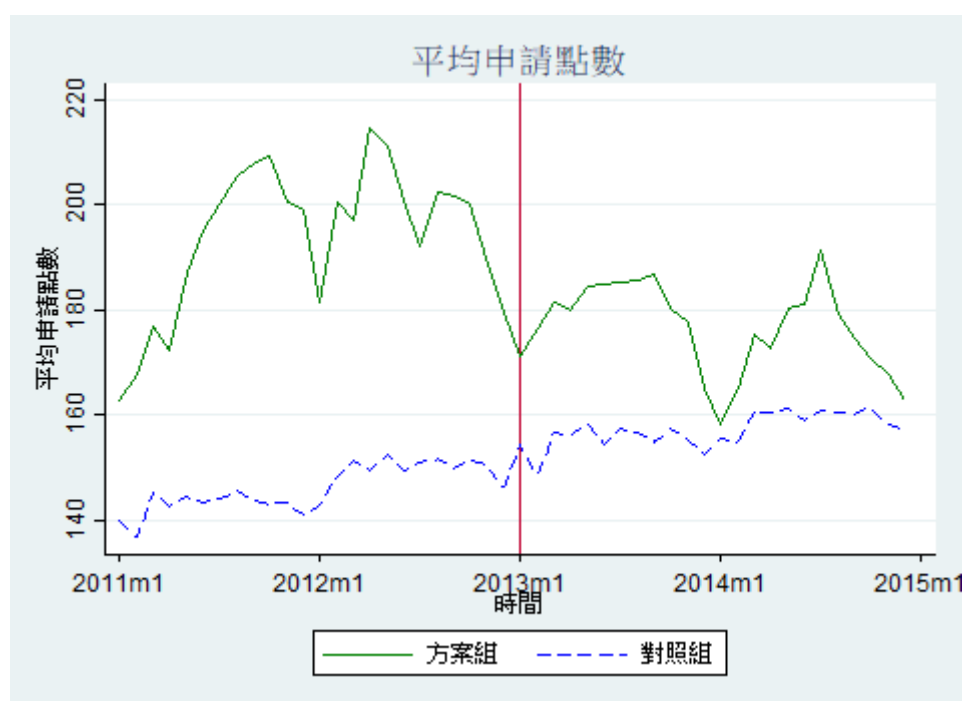
變數	係數	標準誤	t 值	p 值
政策施行	0.007	0.000	140.26	<0.001
方案組	0.025	0.001	32.55	<0.001
DID	-0.019	0.001	-21.32	<0.001
男性	-0.016	0.000	-319.67	<0.001
眷屬	-0.011	0.000	-202.93	<0.001
投保單位分區				
北區	-0.017	0.000	-89.48	<0.001
中區	0.001	0.000	-51.47	<0.001
南區	-0.003	0.000	-245.83	<0.001
高屏區	0.006	-41.33	-41.33	<0.001
東區	-0.013	0.000	-91.17	<0.001
投保單位類別				
私人企業	-0.009	0.000	-89.48	<0.001
職業工會	-0.006	0.000	-51.47	<0.001
農漁水利	-0.030	0.000	-245.83	<0.001
弱勢族群	-0.009	0.000	-41.33	<0.001
地區人口	-0.012	0.000	-91.17	<0.001
年齡	0.000	0.000	44.25	<0.001
投保金額	0.000	0.000	263.07	<0.001
常數項	0.147	0.000	1107.38	<0.001
樣本數	95,096,034			

參、在保期間每月平均申請點數

由圖 10 之折線趨勢圖顯示，在政策實施前（2011 年至 2012 年），方案組（實線）與對照組（虛線）在平均申請點數的數量上雖有明顯差異，但兩者的變化趨勢在整體上並無交叉且趨勢方向趨於一致，應可視為符合平行趨勢假說之要求。而在政策施行後（2013 年至 2014 年），兩者間的平均申請點數出現分歧，方案組的平均申請點數似有略為下降，而對照組則維持相對穩定上升，顯示政策的施行可能有影響平均申請點數之情形。

圖 10

方案組與對照組之平均申請點數趨勢圖



依表 16 的結果顯示，在控制年齡、性別、眷屬、投保金額及投保單位類別等因素後，代表政策施行與否的時間虛擬變項其係數為 10.993，且達統計顯著水準，表示方案組與對照組在二代健保改革實施後平均申請點數皆顯著增加。另外，代表方案組的係數為 47.827，意味著在控制其他各項因素下，方案組的平均申請點數顯著高於對照組的平均申請點數約 47.827 點。再來，方案組與時間虛擬變項的交乘項（DID）係數為-28.274，且達統計上的顯著，代表在控制其他變數下，方案組的每月平均申請點數相較於政策實施前顯著地下降，若以

政策施行前方案組的平均申請點數作為基準¹⁶，其相對下降幅度約為 19.305%，表示該政策對於降低方案組醫療申請行為具有實質影響。

此外，值得注意的是，在政策實施後曾停保者之每月平均申請點數相對於對照組的平均申請點數，下降幅度更加顯著，意即二代健保改革對於方案組所造成的影響大於對照組，強化了本研究中政策效果存在異質性的觀察結果，亦顯示此改革措施對特定群體確實產生了差異化的影響。

另本研究就方案組與對照組之傾向因素及能力因素進行分析發現，傾向因素中及能力因素皆會顯著對觀察對象之平均申請點數高低造成影響。在傾向因素方面，與女性相比，男性平均申請點數顯著少於女性約 18.525 點，顯示女性於在保期間內每個月的平均牙醫醫療使用費用較高。另年齡與平均申請點數呈顯著的負向關係，代表年齡愈長者的平均申請點數反而相對較低；具眷屬身分之投保者的平均申請點數顯著少於以本人身分投保者，若為眷屬，其平均申請點數會較以本人身分投保者低約 2.434 點。再來就投保單位類別來看，與公營事業為投保單位之被保險人相比，投保於其餘所有類別之被保險人其平均申請點數皆較為低，且以投保於農漁水利會者特別顯著。

就能力因素方面，投保金額與平均申請點數呈正向關係，表示經濟能力愈高者平均申請醫療點數愈多，惟係數微小，並未有明顯的變化。另就投保地區來看，與臺北區相比，僅有高屏區之平均申請點數相對高於臺北區之平均申請點數。

綜上所述，方案組的平均申請點數不僅受二代健保政策改革的影響，相對於對照組有更顯著的下降的趨勢，亦與個人的傾向因素與能力因素密切相關。因此由表 16 得知，本研究假設二代健保改革，復保後增加三個月在保期間始得再次停保之限制，將使曾停保者復保就醫時因就醫成本增加而累積醫療需求，導致使用門診牙醫醫療服務時，可能會選擇較為複雜或較為昂貴的醫療服務，讓曾停保者於在保期間內每月平均申請的健保點數增加的情況並不存在。

¹⁶ 二代健保實施前方案組每月平均申請點數為 146.462。

表 16

在保期間每月平均申請點數之回歸分析結果表



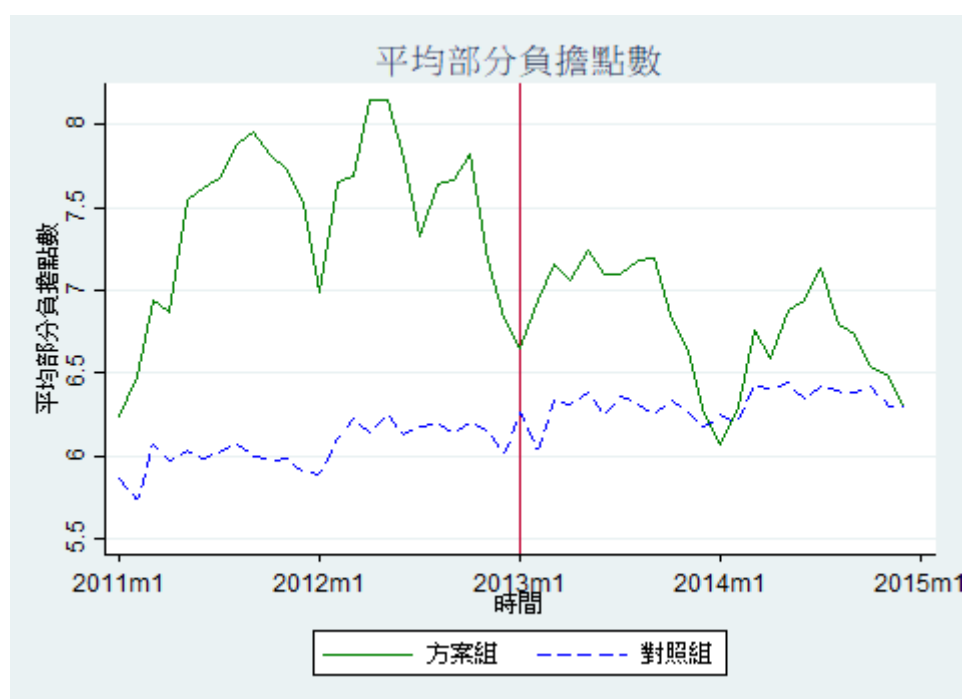
變數	係數	標準誤	t 值	p 值
政策施行	10.993	0.060	183.62	<0.001
方案組	47.827	1.054	45.36	<0.001
DID	-28.274	1.264	-22.37	<0.001
男性	-18.525	0.060	-307.84	<0.001
眷屬	-2.434	0.068	-35.80	<0.001
投保單位分區				
北區	-13.379	0.090	-148.65	<0.001
中區	-0.175	0.086	-2.02	<0.05
南區	-3.578	0.100	-35.95	<0.001
高屏區	2.160	0.096	22.50	<0.001
東區	-14.139	0.207	-68.18	<0.001
投保單位類別				
私人企業	-7.229	0.119	-60.84	<0.001
職業工會	-4.755	0.138	-34.40	<0.001
農漁水利	-31.268	0.147	-212.32	<0.001
弱勢族群	-3.384	0.300	-11.26	<0.001
地區人口	-12.432	0.161	-77.22	<0.001
年齡	-0.2479	1.264	-151.93	<0.001
投保金額	0.000	0.000	211.53	<0.001
常數項	168.407	0.162	1040.97	<0.001
樣本數	95,096,034			

肆、在保期間每月平均部分負擔點數

依圖 11 顯示，政策施行前（2011 年至 2012 年），方案組（實線）與對照組（虛線）的平均部分負擔點數變化趨勢接近，皆微幅上升，且未有明顯交叉情況，應可視為符合差異中差異法模型之基本假設。而政策施行後（2013 年至 2014 年），方案組的平均部分負擔點數似有下降趨勢，而對照組的平均部分負擔點數則穩定略為上升，兩者間的平均部分負擔點數趨勢交叉，顯示方案組在代健保施行後，所負擔的平均部分負擔點數確實有所改變。

圖 11

方案組及對照組之平均部分負擔點數趨勢圖



依表 17 之平均部分負擔點數迴歸分析結果顯示，在控制其他各項變項下，代表二代健保政策施行與否的係數為 0.251，且達統計上顯著，表示觀察對象在政策施行後平均部分負擔點數皆增加 0.251 點。方案組係數為 1.744，代表在整體觀察期間內，方案組的每月平均部分負擔點數顯著高於對照組的每月平均部分負擔點數，顯示方案組之自付金額（部分負擔）負擔較重。另方案組與時間虛擬變數的交乘項（DID）係數為-0.955，且達統計上的顯著，代表二代健保改革施行後方案組的平均部分負擔點數上升幅度明顯較對照組的平均負擔點數少

了 0.955 點。若以政策施行前方案組的每月平均部分負擔點數為基準，政策施行後其相對下降幅度約為 17.002%¹⁷，意味著二代健保改革的施行，確實對不同群體產生異質性的影響，可能改變方案組的就醫行為選擇，抑制方案組使用全民健保牙醫醫療資源，降低方案組須自行負擔的全民健保門診牙醫醫療平均部分負擔點數。

另就模型中的控制變項來看，平均部分負擔點數確實與被保險人的性別、年齡、是否為眷屬及投保單位類別有顯著相關。被保險人若為男性，其付出之平均部分負擔點數會低於女性約 0.937 點。此種情況同樣出現在以眷屬名義投保的被保險人上，以眷屬名義投保之被保險人，其平均部分負擔點數較低，依結果顯示顯著低於以本人身分投保的投保者約 0.47 點。而就年齡項目來看，年齡越大平均部分負擔點數會略微上升。在代表被保險人職業類別的投保單位類別項目，相較於投保單位類別為公營事業的投保者，其餘投保類別的被保險人之平均部分負擔點數皆顯著較低，並以弱勢族群尤為明顯。

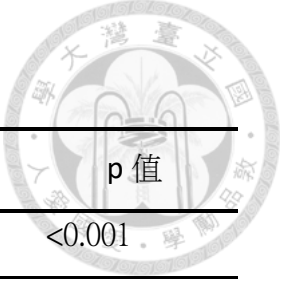
至於能力因素方面來看，投保金額與平均部分負擔點數呈現顯著的正向關係，顯示投保金額越高之被保險人，其使用牙醫醫療資源所需付出的平均部分負擔點數也越高。另外，不同投保單位地區的平均部分負擔點數具有差異性，與臺北區相比，中區與高屏區的平均部分負擔點數較高，而東區與北區則明顯偏低。

綜合上述可知，回歸模型顯示二代健保改革的施行及被觀察對象的傾向因素與能力因素皆對平均部分負擔點數有達到統計上的顯著影響，政策成功改變方案組之門診牙醫醫療使用情形。惟與本研究假設因二代健保改革造成曾停保者於在保期間內平均部分負擔點數增加的情形不符。

¹⁷ 二代健保政策實施前方案組的平均部分負擔點數為 5.617。

表 17

在保期間每月平均部分負擔點數之迴歸分析結果表



變數	係數	標準誤	t 值	p 值
政策施行	0.251	0.002	111.17	<0.001
方案組	1.744	0.037	47.46	<0.001
DID	-0.955	0.044	-21.67	<0.001
男性	-0.937	0.002	-414.44	<0.001
眷屬	-0.470	0.003	-177.86	<0.001
投保單位分區				<0.001
北區	-0.757	0.003	-230.27	<0.001
中區	0.150	0.003	45.61	<0.001
南區	-0.034	0.004	-9.20	<0.001
高屏區	0.190	0.004	50.32	<0.001
東區	-0.705	0.007	-94.31	<0.001
投保單位類別				<0.001
私人企業	-0.310	0.005	-67.02	<0.001
職業工會	-0.175	0.053	-32.62	<0.001
農漁水利	-1.447	0.006	-253.60	<0.001
弱勢族群	-5.440	0.006	-867.84	<0.001
地區人口	-1.124	0.006	-181.00	<0.001
年齡	0.001	0.000	21.46	<0.001
投保金額	0.000	0.000	285.08	<0.001
常數項	6.869	0.006	1102.88	<0.001
樣本數	95,096,034			

第五章 結論及建議

第一節 結論與討論



本研究以 Andersen 健康行為理論作為主要分析框架，並以保險經濟學中道德風險的概念，檢視全民健保停復保制度對門診牙醫醫療服務使用的影響。同時運用全民健康保險 200 萬人世代追蹤資料，分析 2011 至 2014 年間曾申請停保者與長期在保者在在保期間內門診牙醫醫療服務使用上的差異，並進一步探討 2013 年二代健保改革新增三個月始得再次停保規定，對曾申請停保者醫療行為的影響。

壹、曾停保者與長期在保者的門診牙醫醫療使用確實存在差異

依本研究之多元迴歸分析結果來看，曾申請全民健保停保者與長期在保者使用門診牙醫醫療之每月平均使用次數、每月平均申請點數及每月平均部分負擔點數，確實存在差異。在控制其他因素影響下，曾申請停保者的平均使用次數較長期在保者的平均使用次數高 0.025 次，平均申請點數多 47.827 點，平均部分負擔點數則多出 1.744 點。此項研究結果與林進田（2001）觀察到 1996 年至 1999 年間返國復保者每人年平均醫療費用成長率高於整體，且每人次平均門診費用亦高於全體之平均之現象相符；另亦與吳舜文（2023）發現 2019 年間曾經停保者於在保月份內之每月平均牙醫門診就醫次數較一般民眾多，且其牙醫醫療合計點數、部分負擔點數以及申請點數皆高於一般民眾之研究結果相似。綜上，本研究實證結果支持本研究之初始假設，即在我國的全民健康保險制度相較於他國之給付較為完整且保險之財務負擔較低的情形下，全民健康保險的停保及復保機制可能造成道德風險問題的出現。

進一步依據 Andersen（1995）所提出的健康行為模型來觀察影響因素。首先，細究觀察對象之傾向因素部分，曾停保者多為女性、年齡多集中於 20 至 39 歲的青年族群，且又多具眷屬身分，這與過去研究指出女性的牙醫醫療使用率

顯著高於男性（Reda et al., 2018；林思甄，2004），並與臨床牙醫師所表示返國看診之病患年齡相符（魏怡嘉，2017）。顯示旅居境外的國民可能基於經濟理由及醫療資源使用的需求而返國復保就醫，由於歸國復保的停留時間短，曾申請停保者可能會集中醫療服務使用的次數於短期的在保期間內，因此於在保期限中每個月平均使用牙醫醫療服務的次數，會較長期在保者多。

其次，就健康行為模型的能力因素部分來看，曾停保者的平均投保金額顯著低於對照組，且投保單位大多集中於無職業的地區人口，代表曾停保者可能係屬於個人國內收入資源較少之群體，然就平均申請點數及平均部分負擔點數來看，曾申請停保者的平均申請點數在未受政策影響下，高於長期在保者 47.827 點，且曾申請停保者的平均部分負擔點數相較於長期在保者多了 1.744 點。驗證了本研究假設一中認定由於我國健保補助項目較為完善，曾停保者可能會策略性地選擇復保並使用健保給付點數較高的醫療服務，顯示全民健保制度中給予的復保機會及醫療補助，會誘發並刺激曾停保者的就醫行為，導致道德風險的產生。

另值得注意的是，本研究雖在理論上考量逆選擇現象存在的可能，惟就我國復保制度採強制納保的設計來看，本研究推論其對門診牙醫醫療使用行為的影響應有限。由於我國全民健保制度規定國人返國即須強制復保，返國國民大多非基於自身健康風險高低而決定是否參與保險，因此較難形成典型的逆選擇行為。雖不能完全排除極少數個案係因特定醫療目的而返國復保而導致逆選擇，但此類情形應屬少數。

整體來說，對多數因探親或短期停留而須復保的民眾而言，其醫療使用行為較可能反映出道德風險的現象。意即，在健保給付制度完善與自費負擔偏低的制度誘因下，返國國民可能出現策略性調整醫療行為，例如於短期在保期間內集中使用醫療資源，或選擇給付點數較高的牙醫醫療服務。此一行為模式與傳統道德風險所描述之參與保險後產生額外醫療使用的現象相符，亦與本研究觀察曾停保者平均使用次數、平均申請點數與平均部分負擔點數皆較長期在保者高一致。

貳、2013 年二代健保停復保機制改革影響曾停保者的部分 牙醫醫療使用情形

根據本研究之表 11 至表 14 中 2011 年至 2014 年曾停保者所使用的牙醫醫療服務實證結果顯示，在 2013 年二代健保改革針對復保政策進行修正，增加三個月始得再次停保的規範後，曾申請停保者與長期在保者的整體使用門診牙醫醫療資源的在保期間之每月平均使用次數、每月平均申請點數及每月平均部分負擔點數增加之幅度皆有些微降低。另根據實證顯示，曾停保者可能在 2012 年出現策略性使用牙醫醫療的行為。在 2013 年實施的二代健保改革針對復保後須在保三個月始得再次停保之規定前，曾停保者於 2012 年的每月平均牙醫醫療使用次數及每月平均申請點數皆較 2011 年增加，而至二代健保改革施行後再往下降，此現象與美國聯邦政府進行的蘭德健康保險試驗中民眾使用牙醫醫療服務的情形相同（Manning, W. G. et al., 1985；Sloan, F. A. & Hsieh, C. R., 2012/2017）。代表曾停保者可能先行考量二代健保改革施行後就醫成本將增加，而改變當年度的牙醫醫療使用需求，增加牙醫醫療服務的每月平均使用次數或每月平均申請點數。此現象另得以「道德風險」來解釋。傳統上，道德風險指的是民眾因參與健康保險而降低自付價格時，可能出現過度使用醫療資源的行為。就曾停保者於 2012 年增加門診牙醫醫療服務使用的情形來看，即可視為因預期未來成本增加而提前增加使用門診牙醫醫療服務；而二代健保改革施行後，由於參與全民健保的保障效果減弱，民眾須自行承擔更高就醫門檻與風險，其使用行為反而出現抑制或轉向。

另表 15 至表 17 的每月平均使用次數、每月平均申請點數及每月平均部分負擔點數與各類控制變項間的多元回歸分析結果同樣支持了表 11 至表 14 的趨勢變化，此回歸結果與本研究假設曾申請停保者於在保期間內每月平均使用的門診牙醫醫療服務的頻率、申請的健保點數及部分負擔點數，相較於二代健保改革施行前每月平均所使用的牙醫醫療服務次數降低，另在保期間內每月平均申請的健保點數增加，且每月平均部分負擔點數亦增加的情形有所不同。

實證顯示，每月平均使用次數、每月平均申請點數及每月平均部分負擔點數在曾停保者與時間虛擬變項交乘項（DID）的係數均達到統計上的顯著，顯

示在二代健保改革施行後，曾停保者的使用變化有異於長期在保者。這代表在控制年齡、性別、投保金額、投保單位及投保地區等控制變項後，二代健保政策的施行，抑制曾申請停保者的平均使用次數、平均申請點數及平均部分負擔點數。此結果反映了二代健保延長在保期間，增加使用門診牙醫醫療的成本，可能使得非具急迫性就醫需求的民眾選擇延後復保或減少就醫次數，而非如本研究假設集中使用更高額的門診牙醫健保醫療資源。另一方面，亦可能反映就醫成本增加後，曾停保者仍具醫療需求，然其使用牙醫醫療行為可能轉向選擇非健保給付項目或完全自費之醫療服務，這類自費項目可能包括以美觀為目的治療，例如牙齒美白、陶瓷貼片、齒顎矯正、植牙；或是為提高治療效果而選擇的自費項目，例如使用陶瓷材質對牙齒僅行修復、顯微根管治療等，導致平均申請健保點數與平均部分負擔數據下降。

綜上，曾停保者在在保期間的門診牙醫醫療使用，反映其個人醫療使用行為係如同 Anderson 第五代健康行為模型中所述，是由個人特質因素與外在環境因素（健康政策等因素）動態循環反饋的結果。換言之，當健保制度本身具有可預測性（二代健保改革公布）與操作彈性（得自由申請停保或復保）時，民眾的就醫行為也會出現相對應的策略性調整。健保停復保制度的設計不僅規範國民就醫的可近性，也同時影響國民運用醫療資源的方式。

第二節 研究限制

本研究旨在檢視二代健保施行是否會影響曾申請停保者，使用門診牙醫醫療的情況，並希望觀察曾停保者與長期在保者使用門診牙醫醫療的差異。在研究的過程中，雖力求資料的完善及擁有完善信度及效度的研究方法，惟在方案組與對照組的分類、變項之選取上、研究方法之運用上仍有所缺失，導致研究限制的出現。

在方案組及對照組的分類上，衛生福利部資料科學中心所提供之 2008 年至 2019 年囊括各年度參與全民健保制度的被保險人現況資訊之 200 萬人世代追蹤檔，雖有提供各被保險人每個月的投保狀態。惟，該資料庫並未針對旅居境外國人進行註記，亦未公布統計申辦停保之緣由。因此，旅居國外返國就醫者之認定，除了藉由全民健保承保檔的投保狀態進行比對搜尋外，應另以戶政資料

及移民署入出境資料進行交叉配對。本研究僅以全民健保承保檔中的投保狀態進行比對，雖將觀察年度內曾申請停保之被保險人視為方案組（曾停保者），然並無法準確得知曾停保者於在保狀態前後，停保或是退保之理由，除了因預定出國六個月以上（長期旅居國外）而申請停保外，可能將因羈押滿兩個月以上或失蹤而申請停保、退保者之資料納入研究對象中，降低效度。

在變項之選擇上，受限於研究資料來源為 200 萬人世代追蹤檔，因此無法將資料檔案外影響牙醫醫療使用的因素納入控制中，控制變項僅採用部分傾向因素與能力因素，缺少如同教育程度、婚姻狀態、自覺健康狀態等因素。另外，過往研究指出社經地位會是影響醫療使用的因素之一，本研究無法取得直接的實際家庭或個人收支金額，僅得以投保金額作為代理變項。

最後，在研究方法上，影響曾停保者之因素眾多，而 200 萬人世代追蹤檔中所能選取的變項有限，無法取得足夠的變項進行有效的配對以找尋與方案組相似的對照組。在影響因素並未能完全控制的情況下，公式(1)中曾停保者與長期在保者兩組的牙醫醫療使用的差異，可能不僅來自於申請停保與否，亦可能是受其他未控制的因素干擾。再來，本研究發現二代健保改革實施後，平均每月門診牙醫醫療使用次數於二代改革健保施行後確實有所下降，但這樣的結果不一定代表民眾實際減少就醫行為，有可能是因為制度將在保期間強制延長，導致每月平均使用次數被稀釋。這樣的變化並非來自民眾行為改變，而是統計計算上的結果，可能造成政策的抑制效果被高估。另外，本研究中使用差異中之差異法來檢視曾停保者在 2013 年二代健保施行前後的牙醫醫療的使用變化。差異中之差異法在運用上，需要滿足方案組與對照組在未受政策影響前的使用趨勢須是一致的假設，亦即須符合平行趨勢假說（Parallel trend assumption）。本研究僅利用繪圖法來觀察曾停保者與長期在保者於政策施行前平均使用次數、平均申請點數、平均部分負擔點數之變動趨勢，並未先對曾停保者與長期在保者進行平行趨勢的回歸分析檢驗，無法驗證政策實施前的雙方的趨勢相似。若兩組的趨勢並未相同，可能因此影響最終估計牙醫醫療使用的結果，然即便驗證出兩者在政策施行前的趨勢相似，曾停保者與長期在保者的仍究有本質上之差異，在 2013 年二代健保改革時間點後的變動，仍可能是受其他未考量到的政策或因素影響，導致評估牙醫醫療使用的情況出現偏誤。

第三節 建議



本研究以 Andersen 健康行為理論為理論架構，結合道德風險的保險經濟學觀點，針對全民健保停保及復保制度進行實證分析。透過差異中之差異法，探討曾申請停保者與長期在保者在門診牙醫醫療使用之差異，以及 2013 年二代健保新增需在保三個月後始能停保之規定的影響。研究顯示，我國全民健康保險停復保制度的設計與醫療資源分配公平性有相關。曾停保者於在保期間會出現相較於長期在保者更多的牙醫醫療資源使用行為，並具有顯著較高的申請點數與部分負擔點數。然而，在停復保制度因違反法律保留原則而遭憲法法庭宣告部分違憲，並於 2024 年 12 月 23 日全面廢止後，全民健保制度也因此進入更加全面性的強制納保的階段。在此停復保制度轉型的背景下，本節將針對政策及未來後續研究進行建議。

壹、政策建議

儘管我國原有之停復保制度已於民國 114 年 12 月 23 日起正式廢止，不再接受被保險人於保險期間辦理停保作業，但現行之全民健康保險法及其相關施行規定，仍將全民健保的納保資格以「是否設有國內戶籍」作為主要依據，實務上會形成「戶籍遷出即退保，戶籍遷入後始加保」的情形（中華民國僑務委員會，2024）。具體而言，當國民出境達兩年以上且戶籍遷出國外時，依戶政規定即須辦理除籍，並同時退保，於退保期間無須繳納健保費，亦無法使用健保的相關權益。若於戶籍遷出後兩年內返國（即出境未逾四年），只要回國當日辦理戶籍遷入，便得以重新參加全民健保。相對地，若戶籍已遷出國外超過兩年者，則雖得恢復戶籍，但須自戶籍恢復之日起滿六個月，才可重新納保¹⁸。此

¹⁸ 依 112 年 6 月 8 日修正之全民健康保險法第 8 條規定略以：「（第 1 項）具有中華民國國籍，符合下列各款資格之一者，應參加本保險為保險對象：一、最近二年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保險前六個月繼續在臺灣地區設有戶籍。二、參加本保險時已在臺灣地區設有戶籍之下列人員：（一）政府機關、公私立學校專任有給人員或公職人員。……（第 2 項）曾有參加本保險紀錄而於本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行前已出國者，於施行後一年內首次返國時，得於設籍後即參加本保險，不受前項第一款六個月之限制。」

外，針對返國初次設籍者，亦須設籍滿六個月後，始得取得參加全民健保之資格。

現行將戶籍與納保資格連動的制度設計，似與原先停復保制度相似。仍給予旅外國民，透過遷出戶籍以中斷納保義務，並於返國時再重新設籍並進行加保的機會，讓「除籍及設籍作業」成為原先「申請停保及復保作業」的替代品。此現象恐使為了排除逆選擇與道德風險而廢止停復保制度的政策效果受到限制，且可能會使類似過去停復保者的醫療使用行為模式持續存在。因此，未來應進一步強化「設籍行為與實質居住狀況」之比對與管理，並考量是否應就特定族群（如戶籍遷出後兩年內返國者）建立風險辨識與醫療使用監測機制，以確保全民健保制度公平性的目標得以落實。

貳、後續研究建議

雖本研究已嘗試釐清全民健保制度中特定政策對醫療行為所產生的影響，但受限於前開研究限制，部分議題仍有待進一步的釐清，未來研究可從下列幾個面向進行補強。

首先，有關資料層面，本研究使用全民健保制度的被保險人現況資訊之 200 萬人世代追蹤檔，雖然具有母體樣本的代表性與橫跨年度的優勢，但因健保資料本身並未納入戶籍、出入境紀錄或實際居住地資訊，因此無法準確辨識觀察對象是否為旅居國外者或實質居住於國內之短期停保人。未來研究若能整合戶政資料與移民署出入境紀錄，進一步辨別因境外長期居住而辦理戶籍遷出與中斷納保者，將有助於精準釐清健保參與行為與醫療使用之因果關係，亦能更有效識別制度中的逆選擇或策略性參與行為。

其次，就觀察時間來看，本研究以 2011 年至 2014 年作為觀察年度，然政策施行到對民眾行為產生影響可能會有時間上的落差，也就是可能會有政策延遲效果（policy lag effect）。僅觀察四年度的健保資料只能作為短期政策效果評估，未能完整反映政策施行前後觀察對象的長期醫療使用行為模式。未來研究若能增加觀察時間，將可以更全面地評估政策調整對醫療制度公平性與醫療資源配置的長遠影響。

最後，有關研究方法方面，曾停保者與長期在保者在傾向因素、能力因素

上的基本特徵皆有所不同，單純使用差異中差異法可能會因樣本的數量落差造成所欲研究的政策效果被高估或低估，未來研究可搭配配對等方法，來減少或消除不確定因素的影響，用以更精確地評估政策效果。再來，針對因政策機制導致政策效果可能被高估的部分，未來研究可考慮改用在保期間的總使用次數作為衡量指標，並將在保期間的長短納入控制因素，俾利更準確地掌握政策對門診牙醫醫療使用的實際影響。另外，Andersen 的健康行為理論架構中需求因素（個人看待自己的健康狀況以及客觀地評估健康需求）對醫療資源的使用佔有一定的影響，建議未來研究可以結合問卷調查、深度訪談等方式，進一步納入個人健康狀況與醫療的主觀需求之評估，以更加完整評估醫療需求層面的影響。

參考文獻



壹、中文部分

二代健保總檢討小組（2014）。二代健保總檢討報告，

<https://dep.mohw.gov.tw/DOSI/lp-289-102.html>。

文羽苹、黃旭明、江東亮（2012）。臺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。

<http://dx.doi.org/10.6288/TJPH2012-31-01-01>

中央社（2019，1月4日）。一出國就停保？健保署擬多這限制防「看病吃到飽」。《東森財經新聞》。<https://fnc.ebc.net.tw/fncnews/headline/66648>

中華民國行政院（2021，3月16日）。全民健康保險。行政院國情簡介。

<https://www.ey.gov.tw/state/A01F61B9E9A9758D/fa06e0d2-413f-401e-b694-20c2db86f404>

中央健康保險署（2016，3月11日）。有關旅居海外國人返台就醫之健保醫療支出乙事補充說明，衛生福利部新聞稿。<https://www.mohw.gov.tw/cp-2625-19389-1.html>

李隆陞（1999）。美國 1970-1990 醫療支出之影響因素分析。《暨大學報》，3(2)，183-197。

石曜堂(2015). 公共衛生學中冊（修訂五版）

李昭琴、盧瑞芬（2013）。台灣兒童之健康平等及醫療照護利用公平性探討。《台灣公共衛生雜誌》，32(5)，449-461。

呂宗學、陳端容、江東亮（2015）。釐清健康不平等相關名詞。《台灣公共衛生雜誌》，34(2)，115-118。doi: 10.6288/tjph201534104013

李妙純、沈茂庭（2008）。全民健保下不同所得群體醫療利用不均因素分析。《台灣公共衛生雜誌》，27(3)，223-231。

林進田（2000-2001）。探討出國停保者，返國就醫之合理性（計畫編號：DOH89-NH-014）[補助]。中央健康保險局。

林思甄（2004）。牙醫醫療利用風險因子之探討。[碩士論文，中國醫藥大學醫務管理研究所]。<https://hdl.handle.net/11296/th8u2e>

林建仁（2003）。家庭所得與自付醫療費用關係之探討－全民健保前後比較。

[碩士論文，國立台北大學財政學系碩士班]。

柯靜芬（2007）。全民健保制度下三十五歲以上保險對象牙科門診利用及其相關因素之研究。[碩士在職專班學位論文，高雄醫學大學口腔衛生科學研究所]。Doi: 10.6832/KMU.2007.00118

卓伊紋、李淑芬、李美文、何清治、洪錦墩（2017）。健保論病例計酬對不同層級醫療機構之公平性之探討－以不同生產模式為例。澄清醫護管理雜誌，13(4)，24-34。

許枚玲（2006）。全民健保總額支付制度醫療資源配置之評析研究（計畫編號：DOH94-CA-1002）[補助]。全民健康保險醫療費用協定委員會。

曾佳萱、甘涵仁（2018，12月17日）。旅外國人最愛回台看牙！根管價差15倍 健保費欠5.5億。三立新聞。

<https://www.setn.com/News.aspx?NewsID=472066>

莊博智（2016）。我國實施牙醫門診總額民眾就醫滿意度與預防性診療服務使用之研究。[碩士論文，國立臺北護理健康大學]。

<https://hdl.handle.net/11296/um73pp>

黃上銘（2017）。健保資料庫牙科急診趨勢及使用率之分析。[碩士論文，中山醫學大學]。

陳文意、林玉惠、梁亞文（2012）。人口老化趨勢下的健康均等與醫療照護公平性之年齡比較。台灣公共衛生雜誌，31(1)，58-70。

陳玉筠（2016）。門診透析病患自評健康與就醫經驗感受之相關因素探討。[碩士論文，國立臺北護理健康大學健康事業管理研究所]。

<https://hdl.handle.net/11296/44yr77>

陳敦源、陳麗光、黃汎如、蘇孔志（2017）。民眾公平性觀感與滿意度關聯性之研究-以台灣全民健保政策為例。國家與社會，(19)，91-159。

陳祖傑（2020，8月26日）。你所不知道的全民健保3》制訂黃安條款 真的能救健保？。新聞實驗室。[https://newslab.pts.org.tw/news/272-](https://newslab.pts.org.tw/news/272-%E4%BD%A0%E6%89%80%E4%B8%8D%E7%9F%A5%E9%81%93%E7%9A%84%E5%85%A8%E6%B0%91%E5%81%A5%E4%BF%9D%EF%BC%93%E3%80%8B%E5%88%B6%E8%A8%82%E9%BB%83%E5%AE%89%E6)

<https://newslab.pts.org.tw/news/272-%E4%BD%A0%E6%89%80%E4%B8%8D%E7%9F%A5%E9%81%93%E7%9A%84%E5%85%A8%E6%B0%91%E5%81%A5%E4%BF%9D%EF%BC%93%E3%80%8B%E5%88%B6%E8%A8%82%E9%BB%83%E5%AE%89%E6>

%A2%9D%E6%AC%BE%20%E7%9C%9F%E7%9A%84%E8%83%BD%E6%95%91%E5%81%A5%E4%BF%9D%EF%BC%9F

- 陳慈純（2019）。台灣全民健保制度下的自付醫療費用與公平性研究[博士論文，國立暨南國際大學新興產業策略與發展博士學位學程]
- 雷文玫、黃舒芃（2006）。社會權入憲的分析以及基本國策中有關社會福利政策的檢討（行政院研究發展考核委員會編）。行政院研究發展考核委員會
- 楊媛婷（2020，11月27日）。出國逾2年被除籍退保者須繳清保費或等半年才能復保。自由時報。<https://news.ltn.com.tw/news/life/paper/1415226>
- 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)，158-176。
- 湯澡薰（2002）。全民健保保險對象家庭財務負擔與醫療服務使用公平性之探討（計畫編號：DOH89-NH-019）[補助]。中央健保局。
- 監察院（2017，12月11日），調查報告（字號106內調0077）。
<https://www.cy.gov.tw/CyBsBoxContent.aspx?n=133&s=5878>
- 郭年真（2020）。健康體系效率與公平之初探。人文與社會科學簡訊。22(1)，68-75。
- 盧瑞芬、謝啟瑞（2008）。醫療經濟學。學富文化事業有限公司。
- 蔡貞慧、高豐淪（2010）。我國健康照護財務負擔的公平性：1995-2006。社會政策與社會工作學刊，14(1)，81-117。
- 劉宜君、傅立葉（2009）。以政策德菲法建構健保政策評估指標之研究。國家與社會。(6)，103-163。
- 鄭麗美（2003）。牙醫師人口比與民眾牙科就醫行為比較之探討—以台中縣為例。[碩士論文，高雄醫學大學口腔衛生科學研究所]
- 謝啟瑞、林建甫、游慧光（1998）。台灣醫療保健支出成長原因的探討，人文及社會學集刊，10(1)，1-32。
- 廖述源、呂慧芬、曾文瑞、鄭鎮樑（2018）。保險學概要。保險事業發展中心。
- 魏怡嘉（2017，1月30日）。回國復保就醫看牙科最多。中國時報。
<https://www.chinatimes.com/newspapers/20170130000165-260114?chdtv>
- 魏怡嘉（2018，1月15）。健保停復保將廢止！僑民欠費鎖卡限制就醫。中國

時報。 [https://www.chinatimes.com/newspapers/20180115000444-](https://www.chinatimes.com/newspapers/20180115000444-260114?chdtv)

260114?chdtv

Alex Lai (2017)。全民健保，長年旅居國外、退保期間過長者，不得成為納保對象。公共政策網路參與平臺。 [https://join.gov.tw/idea/detail/4b8696ee-](https://join.gov.tw/idea/detail/4b8696ee-2189-417a-bbfc-89b969abe824)

2189-417a-bbfc-89b969abe824

中央社 (2024, 11 月 23 日)。健保停復保制擬 12/23 起全面廢止 已停保將有過渡條款。 <https://www.cna.com.tw/news/ahel/202411220173.aspx>

衛生福利部全民健康保險署 (2024, 12 月 24 日) 停復保規定變革專區。

<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-17713-e61af-3873-1.html>

中華民國僑務委員會 (2024, 12 月 30 日)，取消健保停復保制度最新說明！

徐佳青邀健保署直播解惑。

<https://www.ocac.gov.tw/OCAC/Pages/Detail.aspx?nodeid=346&pid=71510258>

吳舜文 (2023) 停復保政策公平嗎？以健保資料庫分析停復保者健保使用與花費狀況。科技部補助專題研究計畫報告

貳、西文部分

Aday, L. A., & Andersen, R. M. (1981). Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Medical care*, 4-27.

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of health and social behavior*, 1-10.

Andersen, R. M. (2008). National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical care*, 647-653.

Andersen, R. M., & Davidson, P. L. (1997). Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Advances in dental research*, 11(2), 203-209.

Al Habashneh, R. & Guthmiller, J. M. & Levy, S. & Johnson, G. K. & Squier, C. & Dawson, D. V. & Fang Q. (2005). Factors related to utilization of dental services during pregnancy. *Journal of Clinical Periodontology*, 32(7), 815-821. doi: 10.1111/j.1600-051X.2005.00739.x

Chen, B. K., & Yang, C. Y. (2014). Differences in age-standardized mortality rates for avoidable deaths based on urbanization levels in Taiwan, 1971–

2008. *International journal of environmental research and public health*, 11(2), 1776-1793.
- Chu, T. B., Liu, T. C., Chen, C. S., Tsai, Y. W., & Chiu, W. T. (2005). Household out-of-pocket medical expenditures and national health insurance in Taiwan: income and regional inequality. *BMC Health services research*, 5(1), 1-9.
- Calcoen, P., & van de Ven, W. P. (2018). How can dental insurance be optimized?. *The European Journal of Health Economics*, 19(4), 483-487.
- Cabral, M. (2016). Claim timing and ex post adverse selection. *The Review of Economic Studies*, 84(1), 1-44.
- Sloan, F. A., & Hsieh, C. R. (2017). 健康經濟學(劉亞明；1版). 學富文化事業有限公司。(原著出版於2012).
- Godfried, M., Oosterbeek, H., & Van Tulder, F. (2001). Adverse selection and the demand for supplementary dental insurance. *De Economist*, 149(2), 177-190.
- Handel, B. R. (2013). Adverse selection and inertia in health insurance markets: When nudging hurts. *American Economic Review*, 103(7), 2643-82.
- Jui-fen, R. L., Leung, G. M., Kwon, S., Tin, K. Y., Van Doorslaer, E., & O'Donnell, O. (2007). Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income Asian economies. *Social science & medicine*, 64(1), 199-212.
- Kreng, V. B., & Yang, C. T. (2011). The equality of resource allocation in health care under the National Health Insurance System in Taiwan. *Health Policy*, 100(2-3), 203-210.
- Liao, P. A., Chang, H. H., & Yang, F. A. (2012). Does the universal health insurance program affect urban-rural differences in health service utilization among the elderly? Evidence from a longitudinal study in Taiwan. *The Journal of rural health*, 28(1), 84-91.
- Musgrave, R. A. (1959). *The theory of public finance; a study in public economy*. Kogakusha Co.
- McKinlay, J. B. (1972). Some approaches and problems in the study of the use of services--an overview. *Journal of health and social behavior*, 115-152.
<https://doi.org/10.2307/2136896>
- Mechanic, D. (1978). *Medical sociology*. Free Press.
- Nasseh, K., & Vujicic, M. (2016). Dental care utilization steady among working-age adults and children, up slightly among the elderly. *Illinois: Health Policy*

Institute Research Brief American Dental Association.

- Nouraei Motlagh, S., Ghasempour, S., Bajoulvand, R., Hasanvand, S., Abbasi-Shakaram, S., & Imani-Nasab, M. (2019). Factors Affecting Demand and Utilization of Dental Services: Evidence from a Developing Country. *ShirazE-MedJ*.
- Wen, P. C., Lee, C. B., Chang, Y. H., Ku, L. J. E., & Li, C. Y. (2017). Demographic and rural-urban variations in dental service utilization in Taiwan. *Rural and Remote Health*
- Parker, S. W., & Wong, R. (1997). Household income and health care expenditures in Mexico. *Health Policy*, 40(3), 237-255.
- Reda, S. F., Reda, S. M., Thomson, W. M., & Schwendicke, F. (2018). Inequality in utilization of dental services: a systematic review and meta-analysis. *American journal of public health*, 108(2), e1-e7. doi: 10.2105/ajph.2017.304180
- Suchman, E. A. (1965). Social patterns of illness and medical care. *Journal of health and human behavior*, 2-16
- Wagstaff, A., & Van Doorslaer, E. (2000). Equity in health care finance and delivery. *Handbook of health economics*, 1, 1803-1862.
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., Paci, P. (1989). Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. *Oxford review of economic policy*, 5(1), 89-112. <https://www.jstor.org/stable/23606200>

