

台灣大學公共政策與法律研究中心

101 年度研究計畫案期末報告

計畫編號：CPPL101-10

計畫名稱：健保財務改革方向：民眾意向調查

主持人：劉錦添（國立台灣大學經濟學系）

協同主持人：連賢明、韓幸紋

研究助理：巫婉萍，劉訓嘉，劉淑慧，林政澤，劉皓中

撰寫日期：民國 101 年 12 月 31 日

目錄

目錄.....	2
中文摘要.....	4
英文摘要.....	5
壹、計畫背景.....	6
第一章 緒論.....	6
1.1 研究緣起.....	6
1.2 研究目的.....	10
1.3.1 專家諮詢會議.....	11
1.3.2 預期效益.....	11
第二章 文獻探討.....	12
2.1 文獻探討.....	12
2.2 各國健保財源籌措方式簡介.....	15
2.2.1 美國聯邦醫療保險.....	16
2.2.2 法國健康保險制度.....	21
2.2.3 比利時健保制度.....	25
2.2.4 德國健保制度.....	29
2.2.5 荷蘭健保制度.....	31
2.3 各國制度比較.....	35
第三章 研究方法.....	38
3.1 第一波民意調查.....	38
3.1.1 問卷內容.....	38
3.1.2 抽樣方法和檢誤.....	39
3.1.3 樣本特性.....	43
3.1.4 問卷結果.....	45
3.2 第二波民意調查.....	60
3.2.1 問卷內容.....	60

3.2.2	抽樣方法和檢誤.....	60
3.2.3	樣本特性.....	64
3.2.4	問卷結果.....	66
3.3	兩次問卷比較.....	82
第四章	結論與立法建議.....	84
4.1	結論.....	84
4.2	立法建議.....	86
	參考文獻.....	89
	貳、計畫工作項目.....	93
一、	會議摘要.....	93
(一)	專家諮詢會議.....	93
	會議名稱：第一次專家諮詢會議.....	93
	會議名稱：第二次專家諮詢會議.....	93
二、	計畫績效指標及人力投入.....	94
(一)	績效指標說明.....	94
(二)	參與人力簡歷.....	95
	參、附錄.....	96
	附錄一、第一波問卷調查.....	96
	附錄二、第一次專家諮詢會議會議記錄.....	125
	附錄三、第二波問卷調查.....	129
	附錄四、第二次專家諮詢會議會議紀錄.....	157

中文摘要

近年來健保赤字日益擴大，2009 年年底虧損超過 300 億元，累積赤字超過 600 億。也因此，政府於去年通過全民健保法修正草案，賦予健保局對雇主和投保人開徵補充性保費，並限制政府負擔不得低於 36%。根據健保局估計，補充性保費一年約可收取兩百餘億；然而，收取補充性保費的行政成本偏高，實施保費新制是否正確在社會間引發相當爭論。

本研究透過兩波隨機電話訪問，企望瞭解社會大眾對健保財務改革措施以及補充性保費看法。我們得到下面六點結論。第一，超過八成民眾認為健保虧損的主要原因在於醫療浪費，特別是濫拿藥物。第二，在降低健保支出上，民眾看法相當分歧，沒有措施得到過半支持。第三，在增加健保收入上，擴大費基比提高保險費率獲得更多支持。第四，消費稅或香菸健康捐是拓展健保財源的可能選項。第五，補充性保費獲得不到一半民眾支持。第六，為降低行政成本，多數民眾贊成綜所稅和補充性保費合併收取。

英文摘要

The deficit of National Health Insurance (NHI) has now become wider and wider. It is estimated to be over NT31.7 billion, with accumulated deficit top NT 60 billion, by the end of 2009. In light of the financial difficulty, “National Health Insurance Act” Amendment, passed the Legislation Yuan in 2011, allowing Bureau of National Health Insurance (BNHI) to collect the new supplementary premium by expanding the calculated base of employees and employers, and stipulates the government to support at least 36% of NHI premium revenues. The estimated additional revenue is around NT 20 billion on the yearly basis. Nonetheless, BNHI faced a much higher administrative cost to collect this premium, resulting in the debate whether this is an effective way to increase the insurance revenue.

This study conducts two waves of telephone surveys to inquire the public opinions on new supplementary premium as well as preferences on various policies aiming to enhance the NHI’s financial stability. Our study has the following six conclusions. First, the vast majority, over 80%, believe the medical waste, particularly on the unconsumed drugs, is the main reason for NHI’s deficits. Second, the poll shows that the public has no consensus as to how to reduce the expenditure of NHI. Third, respondents by the large prefer broadening the calculation base over raising the insurance premium as the means to increase the insurance revenue. Fourth, the poll shows raising the specific cigarette tax or sales tax is another option to increase the insurance revenue. Fifth, less than half respondents support the new supplementary premium. Sixth, for the sake of administrative costs, about half of respondents agreed to combine the collection of supplementary premium with the family income tax.

壹、計畫背景

第一章 緒論

1.1 研究緣起

全民健康保險自實施以來，財務收支缺口日益擴大。表 1 列出 2003-2010 年全民健保收支狀況。從表 1 可知，2009 年收支差距高達 317 億，累積赤字則超過 600 億元。也因此 2010 年起健保保險費率再次調高至 5.17%，雖暫時解決健保財務短缺問題，但距離健保費率法定 6% 上限已相去不遠，健保財務改革勢在必行。另外，全民健保實施時政府為求快速上手，沿用勞公保收費機制，將健保劃分為六類十四目計徵保費，不僅各類目保險對象之保險費的勞、資、政府各方負擔比率不一，各類目在保費計算基礎上也各有不同。這些措施導致保費收入成長有限，行政手續繁複，保費負擔公平性更備受質疑(鄭文輝等，1998；徐偉初等，2004；梁正德、韓幸紋，2002 蔡貞慧，2004；蔡貞慧、張鴻仁、王本仁，2002)。

表1 全民健保財務收支分析表（權責基礎）

年度	保險業務收入			保險業務成本	
	保費收入	呆帳	其他收支	合計	醫療費用
2003	3,277.7	18.4	94.7	3,354.1	3,357.9
2004	3,439.7	3.8	86.0	3,521.9	3,526.2
2005	3,561.0	40.6	90.3	3,610.6	3,674.0
2006	3,679.9	32.4	171.4	3,818.9	3,822.1
2007	3,706.3	32.3	199.9	3,873.8	4,011.5
2008	3,848.8	31.5	202.4	4,019.7	4,159.3
2009	3,858.5	36.9	209.3	4,030.9	4,347.9
2010	4,386.6	36.3	258.0	4,608.3	4,423.1

資料來源：中央健康保險重要統計資料

說明：其他收支=利息收入+買賣票券損益+公益彩券分配收入+菸酒社會健康保險捐+其他保險收入-利息費用-其他保險成本。

為推動結構性改革，行政院從 2001 年 7 月成立二代健保規劃小組，二代健保規劃方案中將保險費率計費單位改以家戶為單位，計費基礎則改為家戶所得總額，藉此增加保費成長彈性、簡化行政程序，並提升保費負擔公平性（行政院 2002；2003；行政院衛生署；2004）。但 2010 年 12 月經過立法院相關黨團協商後，終因對於二代健保執行可行性有所疑慮，另行提出修正案，透過修法新增健保財源為補充性保費，主要重點有三。第一，將高額獎金、股利所得、執行業務收入、租金收入、利息所得、兼職所得等項目納入計算補充保險費費基；第二，雇主補充保費部分則按雇主（投保單位）每月支出之薪資總額與其受雇者每月投保金額總額間之差額，計收雇主補充保險費；第三，明訂政府負擔健保保費比例不得低於 36%，期望這些措施能增加保費，協助調降現有保險費費率，減輕一般大眾之負擔。然而，即使納入補充性保費，健保財務問題還是相當嚴峻。根據連賢明等（2011）使用綜所稅資料，補充保費收入估算約為 180~350 億左右，換算後五年平衡費率介於 4.86~5.56%。對每年健保支出高達 4,000 億元的支出，新增補充保費僅能減緩健保費率再次上漲的壓力，對解決健保財務根本問題恐是杯水車薪。

基於此，健保財務仍須進行改革方能使健保永續經營。過去針對財務改革，學界曾提出幾點可能方向。第一，採類似新加坡模式，實施「國民醫療衛生保健帳戶」。盧瑞芬、蕭慶倫（2001）依據醫療衛生費用資金流向，建議實施符合國際標準台灣「國民醫療衛生保健帳戶」，以進行結構性改革。第二，將目前由薪資所得費基，改成以家戶總所得為計算基礎。二代健保規劃原計畫改以家戶總所得為計費基礎，後雖因立法院反對而功敗垂成，但修法過程中仍獲得公民團體相當支持，未來仍是一個增加健保收入的方案之一。

第三，擴大健保財務來源。表 2 列出現有全民健康保險收入項目，目前健保財源可區分為保險費收入及其他收入兩類；而其他收入中則包含公益彩券分配、菸品健康福利捐、和其他收入等。就比重來說，保險收入在 2009 年為 4,031

億元，2010 年因健保費率調整增加為 4,608 億元，2011 年再增為 4,927 億元，約佔總保費收入約 95%，其他保險收入占率則約為 5%。而在其他收入中，所佔比例最高者為菸品健康福利捐，2009 至 2011 年大致維持在 4.71% 至 5.20% 之間，其次依序為公益彩券分配收入及其他收入（行政院，2012）。近年來由於健保財務日趨困窘，健保局則自 2008 年起開始進行擴大財務來源的相關研究，包括藥品製造業營業稅、空氣污染防制費、貨物稅、菸酒稅、酒品及檳榔健康福利捐、旅遊消費稅、肥胖稅、飽和脂肪稅等皆曾被提及（李卓倫等，2004；曾巨威，2006；劉錦龍，2007；吳再益、曾巨威，2010；吳再益，2011）。吳再益（2011）更建議開徵飲料捐、富人稅或對藥廠課徵銷售額與附加費用特別稅。

第四則透過增加部分負擔來降低醫療支出。在目前健保制度中，部分負擔被視為保險成本中排除保險給付的減項，根據 2012 年精算報告中指出，各服務類別部分負擔 2012 年至 2016 年總計之平均占率為 6.14%，若進一步提高部分負擔，亦可減緩健保財務壓力。但健保局於 2005 年 7 月 15 日對門診部分負擔進行調整。除基層診所維持 50 元不變外，地區醫院、區域醫院、與醫學中心的部分負擔分別從 50 元、140 元與 210 元，增加為 80 元、240 元與 360 元。提高部分負擔雖能減少「道德風險」，但社會上普遍擔憂傷害弱勢族群就醫公平性及可近性，長期反而增加健保負擔（許績天等，2011）。由此可知，若能更為積極開發新的補充性財源，在保險收費制度進行結構性改革前，亦不失為過渡時期必要措施。

由於健保財務錯綜複雜，本研究針對兩個議題探討，首先為擴大健保財務來源。在這個議題中，彙整各種財務改革方案，透過專家諮詢會議討論可行性方案，評估優缺點和影響層面；再將這些方案以問卷調查方式，瞭解民眾對於各項財務改革方案意向；第二部分則以補充性保費為主，根據行政院的規劃，補充性保費將於今年七月後實施，在第二波問卷調查中，我們將針對補充性保費實施後民眾滿意程度和施行問題進行調查，以供政府未來擬定政策參考。

表2 全民健康保險民國 2003 年至 2010 年保險收入

單位：億元；%

年度	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	金額	占率	金額	占率	金額	占率	金額	金額	占率	占率	金額	占率	金額	占率	金額	占率
保險收入	3367.61	100.00	3522.44	100.00	3610.92	100.00	3818.90	100.00	3873.84	100.00	4019.75	100.00	4030.89	100.00	4608.26	100.00
保險費收入	3251.41	96.55	3430.92	97.40	3513.55	97.30	3639.62	95.31	3666.24	94.64	3810.66	94.80	3816.23	94.67	4345.34	94.29
其他保險收入	116.20	3.45	91.52	2.60	97.38	2.70	179.29	4.69	207.59	5.36	209.09	5.20	214.66	5.33	262.92	5.71
保險費滯納金	7.95	0.24	4.97	0.14	6.82	0.19	7.90	0.21	7.72	0.20	6.7	0.17	5.4	0.13	4.95	0.11
公益彩券分配收入	11.30	0.34	12.42	0.35	10.18	0.28	10.18	0.27	9.16	0.24	10.75	0.27	10.75	0.27	10.70	0.23
菸品健康福利捐	72.96	2.17	67.58	1.92	73.83	2.04	152.09	3.98	181.01	4.67	180.98	4.50	189.84	4.71	239.7	5.20
投資淨收益	1.80	0.05	(1.5)	(0.04)	(2.49)	(0.07)	2.06	0.05	0.87	0.02	0.19	0.00	1.62	0.04	(0.93)	(0.02)
其他	22.20	0.66	8.05	0.23	9.04	0.25	7.05	0.18	8.84	0.23	10.46	0.26	7.05	0.17	8.53	0.19

資料來源：全民健康保險費率精算報告，經本研究自行整理

1.2 研究目的

本研究主要探討兩個議題：擴大健保財源和補充性保費。下面針對這兩議題分述。

(一) 擴大健保財源

由於現有討論的財源相當繁多，包括藥品製造業營業稅、空氣污染防制費、貨物稅、菸酒稅、酒品及檳榔健康福利捐、旅遊消費稅、肥胖稅、飽和脂肪稅等均被提及。本研究先期藉由彙整文獻、總體數據及實證資料分析，再和專家諮詢會議反覆討論後，列出各種可能擴增健保財務可能並推估收入金額及影響層面。據此設計問卷內容，瞭解民眾接受程度。這問卷結果可供健保局擬定合適改革方案，以及未來相關政策之參考。有關擴大健保財務議題的施行步驟如下：

- (1) 彙整各項健保財務改革方向，例如以家戶總所得計費；醫療儲蓄帳戶制；飲料稅；富人稅；藥廠稅；酒品健康福利捐；檳榔健康福利捐；肥胖稅。
- (2) 根據總體數據及實證資料，召開專家諮詢會議，討論上述各方案可行性並預估上述各方案可能收入金額和影響層面。
- (3) 根據上述設計問卷進行調查，以瞭解民眾對於各項可能改革方案支持程度。
- (4) 綜合民眾接受度、財源大小、影響層面、可行性等面向，據此提出政策建議。

(二) 補充性保費

健保新制預計於 2013 年 1 月 1 日正式實施，韓幸紋（2013）指出補充保費課徵有相當多學理及行政執行面的爭議：如費基計算基礎不當問題；民眾可透過分散或集中給付或轉換投保身份規避補充保費；變更所得給付名目以規避補充保費；補充保費徵收對象涵蓋部分經濟弱勢群體，這些問題均可能會引起民

眾對補充性保費，乃至健保合理性本身都將遭到許多質疑。為了解民眾對補充性保費的接受程度及看法，本研究藉由民眾問卷調查蒐集民眾意見，可供政府作為未來政策修訂參考。本研究具體項目分述如下：

- (1) 於十月後進行第二波問卷調查，瞭解民眾對於課徵補充性保費接受度，並蒐集民眾對於雇主可能、扣費單位、一般民眾對於規避行為之看法。
- (2) 根據上述設計問卷進行調查，以瞭解民眾對於各項可能改革方案支持程度。
- (3) 綜合民眾接受度、影響層面、可行性等面向，據此提出政策建議。

1.3 實施方法及進行步驟

1.3.1 專家諮詢會議

- (1) 初步研擬舉辦 2-3 場，邀請財政、經濟、社會等各領域產官學界專家學者，每場次座談約 8-10 人。
- (2) 討論主題：探討各項健保財務改革方向優缺點及可行性。

1.3.2 預期效益

- (1) 藉由文獻、總體數據及健保資料庫，彙整出各項健保財務可能的改革方向，並條列出各方案的優缺點。
- (2) 藉由第一波民眾問卷調查，瞭解民眾對於上述各項方案的想法。
- (3) 藉由專家諮詢會議，評估各健保財務改革方案可行性。
- (4) 藉由第二波民眾問卷調查，瞭解民眾對於課徵補充性保費接受度及相關執行問題。
- (5) 根據研究結果提出政策建議，供未來政策擬定時之參考。

第二章 文獻探討

2.1 文獻探討

健康照護財務體系需透過資源與經濟誘因得以持續運作，為了維持健康體系運作，各國或以稅收、保險費、個人儲蓄等作為主要財源，混合其他次要財源來支撐。我國全民健保制度則為以保險費為主要財源，負擔對象分別為被保險人、雇主及政府。除保險費之外，次要財務來源包括部分負擔、指定用途捐等。連賢明等（2011）指出健保照護財源籌措方式需符合公平性、中立性、充足性、成長性、穩定性、永續性、可負擔性、社會連帶性、專款專用、可徵收性、透明性、立即進帳性等十二項面向，茲彙整說明如下：

（一）公平性

所謂公平性區分為垂直公平與水平公平。垂直公平是指不同付款能力者應有不同的稅賦（保費）負擔；水平公平是指相同付款能力者有相同的稅賦（保費）負擔。但應該避免為改善所得分配而刻意增加累進性（陳聽安，2003），因為社會保險的目的首要在於回應社會風險，促進所得重分配是附帶的效果，再者，社會保險費類似指定用途稅，其與一般性租稅支付所有公共財貨的性質不同，對民眾來說比較有對價關係，鉅額健保費恐會削弱民眾參與意願（鄭清霞等，2011）。但過度強調累進性，可能對投資或工作意願有負面影響（陳聽安，2003）。

（二）中立性（效率性）

租稅課徵會影響個人或企業的經濟行為，故財源籌措應該儘量避免對於經濟活動的干擾，造成資源配置扭曲而導致效率損失（陳聽安，2003；王正，1993，Gottret and Schieber，2006）。

（三）充足性（自足性）

財源充足的方法在於選取寬廣的徵收基礎（陳聽安，2003；Gottret and

Schieber, 2006)。為因應日益成長的醫療費用，並依據被保險人真正經濟能力來作為保險費的計算基礎，各國逐漸思索如何擴大保險費計算基礎，以達到水平公平與垂直公平，並能有效降低保險費率（陳聽安等，1993）。

（四） 成長性

財務來源可以隨著所得提高、人口增加、醫療費用增加等趨勢而隨之成長（Gottret and Schieber, 2006）。

（五） 穩定性（stability）

健康保險是國家永久的制度，屬於經常性的支出，故其財源應該屬於經常性的收入，且數額不能忽大忽小。因此發行公債之類的收入不宜作為健康保險的主要財源（陳聽安，2003；Gottret and Schieber, 2006）。

（六） 永續性（Sustainability）

財務來源設計可以符合未來的需求。（Gottret and Schieber, 2006；Stone and Wood, 2010；Hirsch & Spiers, 2010）。

（七） 可負擔性（Affordability）

財務來源的課徵應為民眾可負擔的程度（Hirsch & Spiers, 2010）。另一方面，可負擔性應包括就醫民眾的保險費、部分負擔以及自付費用的加總，其金額占其所得的比例不能過高（Kutzin, 2010）。

（八） 社會連帶性（solidarity）

健康照護財務體系透過風險分攤的運作以達到迴避財務風險（financial protection）的目標。換言之，讓民眾不會因病而窮，而且必須能無經濟顧慮去看病（Kutzin, 2010）。這個制度本身就是具有社會連帶性。但在事前的財務徵收，由於量能負擔原則，又再次強調了社會連帶性。

（九） 專款專用（Ring-fencing）

限定財源只能在限定用途（Hirsch & Spiers, 2010）。另一方面則為確保財

務自給自足原則，健保財務應與政府一般預算分開，以符合專款專用原則，健保財務餘絀應與政府預算無關（陳聽安，2003）。專款專用的融通方式較一般稅收來得適切的主要原因是，專款專用的對價關係較為強烈（Merlis，2004，鄭文輝等，2005）。民眾支持度高可能比較高。但「專款專用」的缺點在於，就是因為民眾已經事先繳費，而繳費與給付之間有某程度的對價關係，所以未來很難修改給付內容（Brodsky et al.，2003）。再者，類似像保費這種專款專用的財源，通常是累退性，而一般稅收通常具備累進性，這是專款專用財源不利於所得重分配。整體而言，一般稅收、保費各有其優缺點，以混合財源來融通可以解決上述問題（Merlis，2004）。

（十）可徵收性（Collectability）

獲得財源的成本包括徵收與繳納，前者是因徵收而發生的人事與機器等費用；後者是申報繳納所引起的損失，包含時間成本在內。徵納成本高，則節約性低（陳聽安，2003）。

（十一）透明性（Transparent）

係指簡單容易被了解。預計哪些人、多少人必須繳費，能夠收取多少費用，受益對象基本的權利義務是什麼，哪些貧窮人口必須由國家補助等都必須透明清楚。也包括支出、收入等財務資訊的明確清晰地公開揭露（Gottret and Schieber, 2006; Stone and Wood, 2010; Kutzin, 2010）。

（十二）立即進帳（Immediate Revenue Flow）

開辦之初即可以徵收入帳，不必等待過久（Stone and Wood, 2010）。若以一般稅收融通或採保險制，有立即性財源可以支援健康照護制度，可立即開辦，若以個人儲金帳戶融通，則必須有一段的累積期。

2.2 各國健保財源籌措方式簡介

由於各個國家的社會經濟結構、人口及文化等因素的不同，致使各國的健保制度、內涵不同，因此我國若要進行健保改革，可以先了解其他國家的現況及制度的優缺，茲可做為我國未來健保體制改革與推展的參考，建立更完善的健保制度。在此本研究彙整了美、法、比利時、荷蘭及德國，皆為社會保險體制，在許多方面與台灣有相似之處，因而選取上列國家加以整理作為參考。

德國為全世界最早實施醫療保險制度之國家，近年實行許多改革方案，例如建立健保基金制度、轉診制度、增加保費與部分負擔、減少給付項目等，更於 1993 年實施了世界著名的總額制度，而總額制度亦成為我國目前正在實行的主要健保制度。另外，美國是世界唯一還沒有全民納入醫療保險的先進國家，在醫療費用、成本上遠遠高於台灣及其他國家，近年來也不斷推行健保改革，更進一步的推動了整合性健康照護系統的興起及蓬勃發展；美國並在 2010 年通過了健保改革法案，在美國歷史上具有相當的重要性，是美國政府最重大的社會福利改革，我們可以美國的健保制度的優缺及改革等作為鑑戒。

法國健保至今已有六十多年，為公私混合保險制度的典範；近來一項對各國進行的健保調查顯示，法國人和瑞士人對健保系統最感滿意。臺灣最新健保修正案——二代健保「保費雙軌制」，國人感到陌生，其實法國已採行十餘年，而二代健保的補充保費，與法國健保在一九九一年開辦的「一般社會捐」類似，但法國的雙軌制簡單許多。我們可以參考或仿效法國的健保制度，為現行台灣的健保制度做更完善的改革。荷蘭為多層次保險給付制度的代表國家，擁有良好的基層醫療及預防保健服務，且保險制度不斷革新，相較於歐洲其他國家，不但醫療照護體系的發展優異，民眾的健康狀況亦屬於高水準；比利時的健康保險制度可稱是全世界最先進的國家之一，經歷過經濟危機等，皆能適時提出改革因應，其在健康保險及其財務方面的改革措施亦可做為臺灣的仿效。

2.2.1 美國聯邦醫療保險

1965 年之前，美國僅有 50% 高齡民眾投保健康保險，而其餘 50% 高齡民眾沒有醫療保險的照顧，因此，美國國會制定社會安全法案第 18 篇（Title XVIII of the Social Security Act），針對 65 歲以上的民眾，提供醫療健康保險，這也是美國聯邦醫療保險（以下簡稱 Medicare）設立的法律依據來源。1972 年，美國國會擴大了 Medicare 的適用範圍，將未滿 65 歲的殘障者以及永久性腎衰竭患者也納入 Medicare 的照護當中。2001 年，美國國會再將肌萎縮性脊髓側索硬化症（路葛雷克氏症）患者亦納入 Medicare 的支付對象，使得年老與弱勢者可以獲得免費的基本醫療照護。（Kaiser，2010）

將聯邦醫療保險（Medicare）與醫療補助（以下簡稱 Medicaid）進行比較，Medicare 屬於國家等級的醫療保險計畫，資金來源主要來自於聯邦政府，其性質為醫療保險，涵蓋對象主要以 65 歲以上或是殘障人士。而 Medicaid 則是屬於各州所提供的醫療補助計畫，主要針對低收入和資產有限的民眾所進行的醫療補助，其性質為社會保護或是社會福利計畫，類似地方型的醫療保險，因為每州的預算、納保資格、給付範圍均有不同，因此，以下討論均以 Medicare 為主。

（一）聯邦醫療保險（Medicare）的財源籌措方式

Medicare 總共分成四個部分，分別為醫院保險、醫療保險、聯邦醫療保險優勢計畫以及處方藥保險，醫院保險部分是透過美國民眾工作時所支付的聯邦醫療保險稅來支付保險費用，而其餘三個部分保險則由每月所繳交的保險費用支付，下面就四個保險部分進行說明

Part A：醫院保險（Hospital Insurance）

醫院保險主要內容為支付住院病患所需醫院、專業護理療養院、居家醫護以及末期病症照護的費用，減輕住院病患的住院護理與後續醫療服務的成本費用。大多數 65 歲或以上的美國公民或永久居民都可以獲得免費的聯邦醫療保險 Medicare 中的醫院保險。這一部分的保險費用來源來自於聯邦醫療保險稅，

而聯邦醫療保險稅主要課徵被保險人的收入總額之固定比例，若是被保險人的身分為受雇者，則雇主需要幫受雇者繳交薪資總額的 1.45% 的聯邦醫療保險稅，而受雇者則須自行繳交薪資總額的 1.45% 的稅額；若被保險人的身分為自雇者則需要繳交收入總額的 2.9%，作為稅額。此外，若是未滿 40 個社會安全積點¹，則須每月額外支付醫院保險的保險費用，30~39 個積點者則需每月繳交 254 美元的保險費，低於 30 個積點者則需繳交 461 美元的保險費。有關自付額的部分，以 2012 年為例，醫院住院病患住院後 60 天之內需要支付 1,156 美元的自付額，住院後第 61 天至第 90 天者，則需要額外支付每天 289 美元，住院後 90 天以上者，則需要額外支付每天 578 美元。若是專業療養院的病患，在 20 天之內無須繳交自付額，住院後第 21 天至第 100 天者，則須支付每天 144.5 美元的自付額。

（U.S. Social Security Administration，美國社會福利局，2012）

Part B：醫療保險（Medical Insurance）

醫療保險主要內容為提供醫院保險（Part A）無法涵蓋的額外醫生醫療服務、醫院門診治療和其他醫療服務，如醫生與護理服務、X 光檢查、診斷檢查、輸血以及院外醫療等支付項目。任何享有免費聯邦醫療保險中的醫院保險者，都可以自由選擇加保醫療保險。此一部分的保險需要被保險人支付每個月的額外保費，以 2012 年為例，醫院保險的保費為每月 99.9 美元，並加上每年自付扣除額 140 美元。被保險人若是需要醫療服務，在支付自付扣除額後，醫療保險（Part B）就會支付受保醫療服務項目費用的 80%，剩餘 20% 的支付費用則由

¹社會安全積點是依據收入金額來計算，依據每個人的工作經歷來決定退休或是殘障福利。每年積點的收入金額標準會隨著平均收入的增加而有所不同，以 2009 年為例，民眾每多收入 1,090 美元則可獲得一個積點，每年最多可以獲得 4 個積點。此外，即使更換工作或在一段時間內都沒有收入，賺取到的每個積點都將會保留在社會安全記錄中。

積點的收入金額標準會隨著平均收入的增加而有所不同，以 2009 年為例，民眾每多收入 1,090 美元則可獲得一個積點，每年最多可以獲得 4 個積點。此外，即使更換工作或在一段時間內都沒有收入，賺取到的每個積點都將會保留在社會安全記錄中。

被保險人自行負擔。此外，若是被保險人的收入愈高，則所需的保費則會愈高。
(美國社會福利局，2012)

Part C：聯邦醫療保險優勢計畫 (Medicare Advantage plans)

隨著 1997 年平衡預算法案 (Balanced Budget Act of 1997) 通過，以控制逐年上升的醫療保險支出，聯邦醫療保險的受益人可以選擇私有醫療保險計畫來取代原本聯邦醫療保險 (Part A and B)，也就是任何同時具有 Medicare Part A 和 Part B 者，均可以參加聯邦醫療保險的優勢計畫。選擇參與優勢計畫的民眾，聯邦醫療保險每個月會固定金額給私人健康保險計畫，參與者除了支付 Medicare Part B 之外，還需支付額外金額，來獲得涵蓋範圍更廣的醫療服務 (Part A 和 Part B 沒有涵蓋的範圍)，例如牙齒照護、眼科照護與健康中心會員等。聯邦醫療保險優勢計畫有各種細項計畫，參與者可以決定參與哪一種優勢計畫，並限定加入所規定的管理式照護組織 (Health Maintenance Organization, 以下簡稱 HMO)，醫療網會根據保險範圍的大小而決定加收每個月的保險費。(美國社會福利局，2012)

由於 Medicare 依照論人計酬方式給付各地方的 HMO 參加 Part C 的民眾之醫療服務費用，由 HMO 提供醫療服務給被保險人，但是經營風險亦同時轉移給 HMO 承擔，但是 Medicare 的被保險人均為醫療的高耗用群，使得 HMO 的經營成本遠高於 Medicare 給予的論人計酬之保險費用，造成 HMO 必須降低醫療支出以提高利潤，因此，有些 HMO 選擇健康病人而拒收多病的殘障老弱、終止續保以及要求病患更換計畫或是醫生的情況，使得醫療品質下降，此為聯邦醫療保險優勢計畫最為令人詬病的問題。(Holstein et al., 2008)

Part D：處方藥保險計畫 (Prescription drug plans)

2006 年美國國會通過醫藥現代化法案 (Medicare Modernization Act)，進而催生了處方藥保險計畫，此計畫提供參與 Part A 和 Part B 以及部分 Part C 的民眾獲得處方藥保險的選擇，平均每月支付 35 美元保費，就可得到處方用藥的保

險支付。以 2012 年為例，低於 320 美元的處方藥費者，由保險全額支付，介於 320~2,930 美元者，則需要支付處方藥費的 25%，作為自付額，而保險部分支付剩餘 75% 的處方藥費。（美國社會福利局，2012）

比較特別的一點為，若是處方藥費超過 2,930 美元後，保險將會停止支付藥費，直到被保險人的處方藥費超過 4,700 美元才會回復支付，但是被保險人的自付額將會提高，被要求支付每一種處方藥費的 5%，作為自付額，或是每一種學名藥需額外支付 2.5 美元的自付額，與每一種原廠藥需額外支付 6.3 美元的自付額。這一種超過 2,930 美元停止支付，直到 4,700 美元才會回復支付的做法，被稱為「Donut Hole」，此一作法主要是用來控制成本，保持營運利潤，但是對於被保險人而言，卻是面臨 1,770 美元的給付範圍空窗，沒有任何處方藥費的保險協助，對於醫療品質與病患權益有很大的影響，並且禁止被保險人購買附加險（Medigap）來支付空窗部分（Donut Hole）所造成醫藥負擔。2009 年平均月保險費為 35.09 美元，高於 2008 年的 29.89 美元，到 2010 年的平均保險費用為每月 38.94 美元，而反觀處方藥支付涵蓋缺口（Donut Hole）則是從 2006 年的 27%，增加到 2010 年的 33%，這顯示沒有因為保費的增加而造成缺口的縮小。因此，2010 年美國國會推動保障病人與可負擔醫療法案（Patient Protection and Affordable Care Act），將開始透過原廠藥和學名藥的混合折價衡量方式，來逐步消除「Donut Hole」的現象，預計 2020 年可以完全消除不合理的處方藥支付涵蓋缺口。（Holstein et al., 2008；Thorpe, 2011）

長期以來，因為醫療照護成本增加、人口年齡增加而使得涵蓋人數同步增加以及工作人數占參與者比例日益下降的影響，使得聯邦醫療保險面臨鉅大的財務挑戰。總醫療成本預計將從 2010 年的 5,230 億美元增加到 2020 年的 9,320 億美元，Medicare 總支出佔整體美國 GDP 從 2010 年的 5.36%，預計到 2035 年會增加到 5.6%，2080 年則會上升到 6.2%。反觀 Medicare 的參與人數從 2010 年的 4,700 萬人增加到 2030 年的 7,900 萬人，此外，工作人數與參與者比例亦從 3.7 下降到 2.4，顯示工作者擔負醫療保險的重擔是愈來愈重。因此，美國對於

醫療保險也勢必將持續的改革，以維持國家醫療品質以及人民健康。(Holstein et al., 2008; Thorpe, 2011)

(二) 美國醫療保險的改革方向

目前美國政府正在推動健保改革法案，其改革內容概述如下，第一為強制納保，只要是美國國民都必須納入醫療保險，沒有納保的民眾必須繳交罰金。此外，雇主必須提供醫療保險給予員工，否則必須繳交員工薪資的 8% 給予聯邦政府，而員工年薪資總計在 25 萬元以下的小公司可以免除這筆費用，而薪資總額在 25 萬至 40 萬之間的小公司則分階段循序漸進實施。此項方案禁止保險機構以健康理由拒絕民眾的投保，保險機構也不得藉故拒絕被保險人的給付。

第二為避免個人或是弱勢者買不到醫療保險的情況，聯邦政府提供三個方案給民眾選擇，第一種方案為收入在聯邦貧窮標準 133% 以下的民眾與家庭都可以納入 Medicaid。第二種為收入在此水準以上的一般民眾可以參加由聯邦政府開辦的新健保方案，第三種為參加由聯邦政府出面邀請民間健保組織所形成的國家健保交流方案 (National Health Insurance Exchange)，由聯邦政府訂定每一個健保組織所提供的健保給付項目與標準。

第三為針對醫師與醫院之間的照護結合措施加以獎勵，希望藉此提高照護品質，降低不必要的照護浪費。政府健保方案也會提高對基層醫師與預防醫療的給付，並將透過 Medicare 實施論質給付，獎勵高品質的健保組織與照護提供者。

第四為改革法案通過後，未來十年內美國政府在健康照護支出預算將會多出 5,440 億美元，這些費用將透過徵收富人稅來支應。共同申報者的年收入在 35 至 50 萬美元，或個人申報收入在 28 至 40 萬者須多課徵 1% 的所得稅；共同申報年收入在 50 至 100 萬美元者，或個人申報收入在 40 至 80 萬者須多課徵 1.5% 的所得稅；共同申報年收入超過 100 萬美元，以及個人申報收入超過 80 萬元者須多課徵 5.4% 的所得稅。希望透過此一措施，能夠減少每年預算赤字的程度。

原則上，美國健康保險的改革方向為全民納保、照顧弱勢、透過激勵方式增加醫療品質以及開拓財源因應未來支出等四個方向為主，以提高全國醫療品質與國人健康。

2.2.2 法國健康保險制度

法國的社會保險制度建立於 1945 年，內容涵蓋疾病、生育、失能、老年與死亡等五項法定保險。1980 年代法國社會健康保險投保資格以職業為要件，僅就業人口能納入社會健康保險的範圍。而納入健保範圍卻無力繳納保費之低所得人口，則透過醫療協助安全網由各級政府代為繳納。2000 年法國通過「全民健康保障法」(CMU)，將法定健康保險被保險人的涵蓋範圍放寬至以居住地為基礎，凡居住法國 3 個月以上之居民，無論是否為法國人，皆可因「全民健康保障法」取得加入健保的資格，並針對每年應稅所得低於 6,600 歐元之低收入人口提供免費健康保險。「全民健康保障法」與醫療協助安全網之差異在於醫療協助安全網由各級政府單位各自擬定協助範圍與提供內容，「全民健康保障法」則由中央政府統一制定；醫療協助安全網以法國公民或合法居民為對象，「全民健康保障法」則以在法國連續居住 3 個月為要件；醫療協助安全網僅針對具有納保資格的特定民眾提供財務補貼，使其能夠繳納健保費進而參加健保，「全民健康保障法」則是直接免費提供健保。(羅紀琮，2006)

法國健康保險制度以互助、自由、多元為主要特色。互助精神使其健保制度著重普及性與永續性，保險費計算以被保險人的付費能力(量能付費)為基礎，而非透過風險精算制定。自由風氣則反映在病患有選擇醫生的自由，醫師也有選擇病患的自由，因此在市場機制的結構運作下，病患負擔部分醫療費用的做法遂然而生。多元文化則呈現在法國醫療照護體系在財務制度與醫療照護的提供，皆公私立雙軌並存，無論是組織間或的互補性、競爭性或二者兼備，在法國社會中皆可並存。財務方面，各項疾病保險基金組織(sickness fund)法律上雖具獨立法人地位，然也受到政府強力介入與監督管理；醫療照護體系方面，公私立醫院、診所並存；醫療保險方面也呈現社會保險與私人保險並存的

狀態。(羅紀琮，2006)

(一) 法國健保制度的財源籌措方式

根據經濟合作發展組織 (OECD) 公布的資料顯示，2002 年法國醫療費用支付來源，76%來自政府部門，以投保人薪資為費基的保費收入以及特別稅賦為主要財源，13.2%為私人醫療保險給付、10.8%為病人的部分負擔。法國主要的財務來源主要來自於特別稅與保險費兩大部分，次要財源則以政府補助、疾病保險基金組織調整為主。(Dixon et al., 2002; 王玫, 2004; 羅紀琮, 2006)

其中在各項保險費率以及特別稅稅率方面，特別稅部分有四種，分別為：(1) 綜合社會安全稅 (Contribution Sociale Generalisee, CSG)：員工按薪資所得減去 5%後繳交 7.5% (無薪資上限)；雇主按薪資支出繳交 4% (無薪資上限)；領取退休金或替代性所得者則繳交費率較低的綜合社會安全稅，並依所得類別不同而也不同的設定，定設有上限。(2) CRDS：惟依總收入計算的特別稅，目前稅率為 0.50%。(3) 針對藥商所繳的稅收，依銷售及廣告費用計算。(4) 菸酒汽車特定稅 (2001 年開始)，此部分稅收分配給一般受薪族保險。(Dixon et al., 2002; 王玫, 2004; 羅紀琮, 2006)

保險費部分有三項，包括：(1) 受雇員工按薪資所得繳交 0.75% (無薪資上限)；雇主按薪資支出繳交 12.80% (無薪資上限)。(2) 自雇者每年申報最低淨所得不得少於 1.1 萬歐元。淨所得在 1.1 萬歐元到 2.8 萬歐元間，繳交保費 6.50%；年淨所得 2.8 萬歐元至 14.1 萬歐元，繳納 5.90%；14.1 萬歐元為其繳納上限。(3) 農業作者繳納淨所得 8.13%，以 16.4 萬歐元較所得為上限。(Dixon et al., 2002; 王玫, 2004; 羅紀琮, 2006)

民眾部分負擔費率部分，門診為 30%、藥品為 35% (有些藥品部分負擔為 0%，但部分具爭議性的藥品，部分負擔為 65%)、檢驗為 40%、非生產相關之住院，前三十天為 20%，上限 200 歐元。其他相關醫療費用部分負擔包含每日住院費 10.67 歐元、私立醫師的額外費用、差額負擔例如假牙及眼鏡、不在正面

表列上或非處方開立之特材。所有的部分負擔皆可由健保附加險支付，但支付的程度依保單內容而有不同。重大傷病患者可免除門診部分負擔，而住院部分負擔上限為 200 歐元，低收入戶則享有免費的健保附加險可支付其部分負擔。（Dixon et al., 2002；王玫，2004；羅紀琮，2006）

而在財源徵收管道方面，特別稅部分由全國稅捐機關統一徵收，稅率每年由國會依據社會保險財務法案制定。保險費的徵收，則由各地員工與雇主依法成立的社會保險特別組織收取。並由各社會保險特別組織將收到的保險費轉交中央政府單位統籌分配給社會保險下的各單位，例如：社會健保制度中的各項疾病保險基金組織。

整體而言，依據 OECD 統計數據指出，2000 年在法國健康保險的整體財務來源比例中，保險費由雇主繳的保費約占 51.1%，員工繳交的保費約占 3.4%，合計保費收入約占 54.5%。特別稅部分綜合社會安全稅約占 34.6%，菸酒特別稅約 3.3%，製藥業特別稅約占 0.8%，合計特別稅收入約占健保財務來源 38.7%。而政府補助、疾病保險基金組織調整以及其他部分，則分占 4.9%、0.3% 以及 1.6%。（羅紀琮，2006）

（二）法國健保制度的問題與改革方向

法國健保制度最大的問題仍在醫療照顧管理費用的控管上，資訊系統的缺乏使得法國政府對於醫院組織與運作、成本制度的組成無法清楚的掌控與管理，病患對於醫療資訊系統使用率偏低，更使得醫療資訊無法得到充分的反映，而透過法國國家健康照護評鑑局（Agence Nationale D'Accréditation et D'Évaluation en Santé, ANAES）所進行的醫院評鑑制度亦呈現約束力不彰的現象。（羅紀琮，2006）

1997 年法國成立區域性醫院管理組織（ARI），其目的在於統籌醫院管理，並將公私立醫院納入管理系統，使政府與疾病保險組織能有一個較具彈性的架構。然而 1997 年的改革，使管理權由保險人移轉至政府及國會，並由國家級移

轉至地方區域級。這種多元式組織常引發爭議，自 1997 年 9 月，最大的雇主聯合會退出保險人董事會後，面臨危機²。而針對醫師費的上限設立，更致使保險人與醫界的關係開始惡化，法國最大的醫師聯合會拒絕與保險人特約，導致迄今法國普通科醫師和專科醫師都和保險人間沒有特約關係，至於普通科醫師亦為爭取調高醫師費，衍生街頭罷工或科別擅自調高費用等問題。(Dixon et al., 2002；王玫，2004；羅紀琮，2006)

此外，為改善法國醫療照護制度，法國政府與民間皆曾進行多項醫療制度改善計畫，例如：區域醫療照護組織計畫、醫療照護地圖、許可證計畫、醫療照護服務計畫。然由於法國政府多項醫療照護計畫多平行獨立發展，缺乏計畫間水平連結以及垂直整合性配合，因此，常導致醫療計畫無法有效提升整體醫療照護體系的缺點。此外，在過去幾年中，法國醫療制度改革多偏重個別科別病床數與資源重分配，然而實際影響結果並未獲得進一步的評估。(羅紀琮，2006)

整體而言，法國各界對於全民健保保險給付內容與政府控制醫療照護體系費用的方法不甚滿意，民間呼籲改革的辯論與呼聲不斷，儘管政府致力於給付項目與給付標準的管理，並參考疾病保險基金及醫療照護專業人士的建議，然而，研議的過程不夠透明常為民眾所詬病。(羅紀琮，2006)

針對健保醫療費用控制問題，法國政府主張應嚴格控管醫療費用的成長，然而普遍認為手段不宜過度嚴厲，雖以財務控制作為主要考量，但仍需兼顧全國國民健康、提升生活品質、平等以及使用者付費的觀念。在醫師及成本供給量的控制方面，自 1971 年起法國便針對醫學院 2 年級學生的錄取名額設立上限，1970 年通過「醫師法」(Hospital Law) 來控制醫院的設立與資本支出，1979 年開始以總額支付制度嚴格控管公立醫院的營運費用，並藉此強迫公立醫院提升效率，並於 1992 年將原本適用於公立醫院的總額支付制度擴大適用到非營利

²聯合會主張社會健康保險應和私人保險公司競爭。

私立醫院，然而，上述措施是否真正能達到抑制醫療照護利用卻未有評估。（羅紀琮，2006）

2.2.3 比利時健保制度

比利時社會保險制度的發展最初為 19 世紀，發展於宗教團體的救助單位，以及有些則發展成同業工業勞工之間的互助會社（Societies for Mutual Assistances），過去的 150 年間，因為工會聯盟的整合與地方性互助機制逐漸轉型為全國性健康保險基金會，社會保險制度也歷經不斷改革，而演變成目前的健保制度。現行比利時健康保險制度架構則是根據 1963 年的 Leburton 法，根據此一法案而創立比利時國家健康保險局，取代先前的國家疾病基金會，並以論量計酬（fee for service）為支付制度，1964 年增加自雇者為納保對象，1969 年進一步擴大保障範圍，並增加了強制性健康保險之財政規範，1971 年將因為意外而無法工作者也納入保障範圍，1994 年通過強制性健康暨傷殘保險法，為健康保險制度行政機構之現行法律依據，1996 年進一步規範被保險人之醫療部分津貼，而 1997 年亦將自雇者與宗教團體會員之強制性健康暨傷殘保險包含在內。（Crainich and Closon，1999；Corens，2007）

（一）比利時健保制度的財源籌措方式

1995 年以前，健康保險基金會支出多少，聯邦政府就補貼多少，從 1995 年起，各健康保險基金會被課以財務責任以及實施總額預算制，而總額預算制是由各醫療部門分類之預算共同組成，如醫師診療費，藥劑費等。然而，國家健康保險局唯一自營收入是聯邦政府補助金，健康保險基金會，盈餘以及礦工制度等四個銀行帳戶利息。以 2007 年為例，比利時健康保險財源籌措方式分為四種，第一種為社會安全基金與一般稅收，約佔整體的 75.6%，第二種為被保險人的保費，佔整體的 18.7%，第三種為雇主的保費，約為 0.3%，第四種為私人補充性保險，約為 5.4%，就以上來源來看，健保主要來源主要來至於比利時聯邦政府的預算支出。（Cleemput and Kesteloot，2000；Corens，2007）

雖然健康保險經費來自於社會安全基金，但並非完全由被保險人負擔，而是扣除其全部薪資中的 4.7% 部分，剩下的 6.15% 由雇主負擔；此外，聯邦政府也從老人暨國民年金中提取 3.55%，以補助健康保險制度，以 2002 年的數據來說，補助金額約為 5 億 4 千萬歐元，將其中 99% 部分，分配給一般保險人制度部分，剩餘之 1% 部分，則分配給自雇者制度部分；至於財務來源的一般稅收部分，則是為了彌補健康保險總額預算與社會安全基金補助間的金額差距，其中也包含補助失業者暨低收入戶的健康保險部分、公共衛生支出、市鎮健康中心支出以及醫院論人計酬（hospital capital investment）支出等費用。（Corens，2007）

而自雇者制度，以 1967 年的自雇者社會安全法案（Social Scheme of the Self-employed）為依據，每季向健康保險基金會交納社會安全基金，計算模式是以其交納年的三年前的年收入為計算基數，如 2006 年的分攤額要根據其 2003 年的收入計算；在每季的薪資所得呈報中，則依職業收入等級表繳交社會安全基金，至於社會安全基金的健康保險扣除額部分，因為自雇者沒有雇主，自雇者則須完全負擔繳納，同受薪者制度之 10.85%；至於其他被保險人身份，如無職業或未滿 18 歲之家人，也可依附在被保險人名下；而待業者，領老人年金者，領慢性病津貼者及休產假者則可免繳健康保險金。（Corens，2007）

依醫療費用支付方式來說，比利時健康保險制度屬於醫療費用核退（reimbursement）方式，基本上是依據醫療服務，患者健康保險資格以及醫療服務提供者而決定；即是由被保險人或其眷屬在接受醫療服務時，先自行支付醫療費用，事後檢附單據，再依規定向所依附之各健康保險基金會申請核退費用；一般被保險人，在門診醫療（ambulatory care）部分，患者必須直接支付給醫師全額診療費用（out-of pocket，稱為自費額），此為論服務量計酬支付制度（fee-for-service），而患者之後再憑據向健康保險基金會申請健康保險核退，比率依照診療服務以及被保險人投保資格不等，一般被保險人支付部分負擔（co-payment，稱為共同負擔費用）約佔 25-30%，退回 75% 的診療費。對被

保險人而言，比利時健康保險制度類似現金給付，因為事先需自行支付所有醫療費用，對重大傷病患者有其困擾，而且給付標準較低，但是醫療資源浪費與流弊情形較少。

醫藥費用部分負擔制度是近年來趨勢，實施部分負擔制度其一是希望經由被保險人的共同負擔，可以減少保險機構由保費或其他收入方式籌措財源，其二是可能會促使醫師和患者儘量使用低費用高療效的醫療方式，以達抑制醫療資源的浪費。在醫療給付中，被保險人類別決定了醫療服務費用核退比率的高低，而比利時在健康保險制度改革這些年間分別有不同名稱出現，代表一些受惠的弱勢團體計畫（preferential scheme），例如，鰥寡孤獨（WIGW/VIPO），及依先前鰥寡孤獨種類擴大至兒童身心病患及長期失業壯年之被保險人類別（RVV/BIM）或低收入戶類別（OMNIO）等等。因此，這些被保險人將可以在醫療給付及藥劑給付裡獲得較高核退比率，甚至是醫院住院費用。（Crainich and Closon, 1999；Corens, 2007）

（二）比利時健保的問題與改革方向

比利時健康保險制度的重要改革，主要有兩個目標，分別為控制健康服務之供給，以及立法授權，賦予健康保險行政機構更多財務管理之權利。

1975 年的經濟危機，失業率遽增，領取失業津貼的人增多，再加上政府無法控制社會安全制度支出，節節上揚，導致財政問題浮現，唯一辦法是另增稅收及減少津貼。在 1985 年因為政府受到社會安全基金繳費標準不得提高，以及健康保險支出比例不能增加之兩個限制因素，聯邦政府只好用徵稅來支付健康保險支出赤字部分，但是當時的財政結構混亂，公共債務遠遠超過國民生產毛額，無法做到大幅度增加稅收，因此控制健康保險開支成為立法之目標及努力之方向，在 1994 年比利時有一項新的政策為「社會減免額度（social deductible）」，於一定的額度內，所有的醫療費用都能補助，最後更擴及至所有的被保險人，但是醫療花費已經無法全額補助，而是依照收入而訂定，而近年

來患者自費額（out-of-pocket）部分更節節升高，使得低收入者負擔加重。

健康保險支出逐年提高，實為比利時政府一大隱憂，而此進程發展趨勢可分成兩部分：健康保險制度與人口老化。健康保險制度中諸如官僚制度擴編，健康保險政策的齊頭式平等，較高醫療水準之要求，藥品價格上揚以及醫事人員薪資提高且供過於求等等；而人口老化之考量則是老年人口為健康保險制度中最大宗之消費者。

有鑑於健保財務問題，比利時政府也提出改革方案，分別為健康保險財務革新、2005-08 年穩定計畫、未來健康保險基金等三部分。（Cleemput and Kesteloot, 2000；Corens, 2007；薛政文, 2009）

1. 健康保險財務革新

1995 年前，健康保險機構支出多少，政府就補助多少；但從 1995 年 1 月 1 日開始，一項所謂全面性財務管理（Overall Financial Management）計畫生效，比利時聯邦政府實施分類總額預算制度，根據特定領域財務需要而調整，不再具有固定的百分比，例如醫師診療費及藥劑費用等。各健康保險基金會被課以財務責任，全國的健保經費經風險校正後，也依照比例原則分配給各全國性健康保險基金會，而健康保險基金會得承擔實際支出和經風險校正後的支出的財務差距，但是由於各健康保險基金會積習難改，此一作法並沒有明顯的改善財務情況。

2. 2005-08 年穩定計畫

比利時聯邦政府推動 2005-08 年穩定計畫中，針對政府財政進行目標設定與改革，其中一項為減少勞資雙方所繳交之社會安全制度基金，改從煙草稅及燃料稅徵收，嘗試替健保財務開拓額外財源。

3. 未來健康保險基金

因應老年人口增加之因素，在未來可能出現的健康保險支出負擔，並且維持所有比利時公民健康保險的公平性以及醫療品質，比利時社會事務部將撥出

近 30 億歐元成立未來健康保險基金，將適時加入 2012 年老年人口健康保險年度新計畫，其中 27 億歐元部分用於社會安全制度中的全面財務管理政策來處理受薪者制度部分，而剩餘的 3 億歐元用於維持自雇者財務制度平衡。

2.2.4 德國健保制度

德國是世界上第一個實施社會保險的國家，於 1833 年透過社會保險制度建構其國民健康保障體系，從疾病、失業、退休、意外，乃至於照護，均在社會保險制度之範圍中。然而，德國與其他 OECD 國家在 1970 年代以後，面臨國民健康費用急遽擴張的健保赤字問題。在八〇年代，德國政府尚能有效控制社會保險保費費率，但九〇年代初期的兩德統一，為了承擔東德國民參與健保的負擔，加上德國人口老化，除了 2004 年的健保改革後翌年所帶來的費率下降之外，仍然不斷呈現上漲的情況。(周怡君、林志鴻，2008；周怡君，2010)

在 2005 年歲末上台的德國首位女總理梅克爾 (Angla Merkel)，其內閣提出了以「健保基金」(Gesundheitsfonds) 為口號的健保改革方案，改革方案內容涉及健保基金的設立、稅收補助兒童健保支出以及個人定額醫療給付，在 2006 年的年底，這個健保改革方案陸續在內閣以及國會中通過確定，部分措施已於 2007 年實施、健保基金則至 2009 年實施。(周怡君、林志鴻，2008；周怡君，2010)

(一) 德國健保制度的財源籌措方式

德國的健保採取多元保險人制度，分成公、私兩軌，一個是法定保險系統 (gesetzliche Krankenversicherung, GKV)，另一是私人保險系統 (PKV)。在 GKV 部分，薪資低於年薪 49500 歐元或月薪 4125 歐元者均強制納保，大約有 88% 的德國居民投保法定醫療保險；而 PKV 部分，投保對象為年薪高於 49500 歐元者或自營業者、公務員、月收入低於 400 歐元的打工族。(Turquet, 2012)

健保基金：

1. 稅收挹注兒童健保支出

德國健保中無須繳交健保費的兒童，每年大約需要一百六十億的健保支出，對健保而言是一項沈重的負擔。聯合政府決定自稅收中來支付該項支出。在 2007、2008 年分別投入二十五億、2009 年則投入四十億 (BMG, 2007)，之後稅收的比重應該逐年增加至能夠完全負擔該項兒童健保支出。至於私人保險中的兒童是否也應該透過稅收來負擔其給付，目前並不列入健保改革中。(周怡君、林志鴻，2008；周怡君，2010)

2. 健保基金的建立

政府投注的稅金並不直接進入法定保險單位的帳戶，而是在 2009 年之時，在目前的法定健保保險人之上另設一個稱為「健保基金」(Gesundheitsfonds) 的組織。原本由雇主與勞動人口繳交的健保費用，以及支付兒童健保支出的稅收都必須先進入該健保基金帳戶。而原來各個保險單位不同的健保費率，也在該改革制度中，由中央政府的決策部門來訂定為統一保費費率 (einheitliche Beitragssatz)，受雇員工負擔 7.3%，雇主負擔 8.2%。(Turquet, 2012) 健保基金匯集保費與稅收之後，再依據每個健保保險人所有的被保險人數，將設定每人固定使用給付額度匯入健保保險人帳戶。(周怡君、林志鴻，2008；周怡君，2010)

3. 健保保險人可向被保險人加收附加保費

由於在改革中設定每個被保險人在統一的健保費率之下，只能擁有固定額度的健保給付 (BMG, Marz 2007: 25)，因此健保保險人必須謹慎的處理財務，健保保險人在健保基金所給予分配的款項不敷使用之時，可自行向健保被保險人(雇主不需共同負擔)收取「附加保費」(Zusatzprämie 或 Zusatzbeitrag)(BMG, 2007)，目前設定的最高附加保費額度以所得的百分之一為限。(周怡君、林志鴻，2008；周怡君，2010)

4. 更多的自費負擔 (Zuzahlung)

若被保險人需要在健保所提供的診療與藥品之外的醫療給付，必須要自行

負擔該項費用 (BMG, 2007)。目前德國健保給付的疾病種類大約是在五十到八十種之間。(周怡君、林志鴻, 2008; 周怡君, 2010) 此外, 保險人每季需支付 10 歐元給當季的初次門診醫生, 住院需支付每天 10 歐元 (上限為 280 歐元/元), 處方用藥需支付 10% 部分負擔 (兒童處方用藥免支付)。(Turquet, 2012)

(二) 德國健保制度的問題與改革方向

德國的醫院中, 公立醫院約佔一半。德國並未實施守門人制度, 因此民眾可以自由選擇醫師來就醫。一般門診由疾病基金會的一般科醫師與專科醫師提供。德國門診採取論量計酬方式, 但醫療費用不斷上漲, 負擔保險費的疾病基金會難以承受, 故疾病基金會與保險醫師公會協商總額預算。德國不論實行總額預算上限制或是目標制, 在實行上都遭遇困難, 因此多年都徘徊在二制度間。(張育嘉與劉見祥等人, 2010)

德國近年改革, 將支付醫院的論日計酬逐漸改為論病的 DRG 支付制度, 門診逐漸採用以資源耗用為基礎的相對價值表 (Resource-Based Relative Value Scale, RBRVS) 及個案管理, 以提升健康照護品質與合理的支付費用。(張育嘉與劉見祥等人, 2010)

2.2.5 荷蘭健保制度

荷蘭的健保體制包含了三種不同的健康保險: 第一, 特殊醫療費用的全民健康保險 (exceptional medical expenses); 第二, 所得低於一定水準強制加入疾病基金會的健康保險 (大約是三分之二的荷蘭國民) 和私人自願性健康保險 (大約是三分之一的荷蘭國民); 第三, 自願的補充性健康保險。荷蘭的健康、福利及運動部 (The Ministry of Health, Welfare and Sport) 依據特殊醫療法案

(Exceptional Medicines Act, 簡稱為 AWBZ) 和疾病基金法案 (Sickness Funds Act, 簡稱為 ZFW) 建立了社會健康保險制度, 疾病基金必須與所有經由健康保險局 (CVZ, Health insurance board) 核准的合格機構簽約。(Exter, A., Hermans, H., Dosljak, M. and Busse, R., 2004; 張育嘉與劉見祥等人, 2010)

在 2006 年荷蘭政府曾做過激烈的制度改革，主要是把社會健康保險及私人健康保險結合起來，一起納入國家的健康保險體系。經過這次改革，保險費率從原本是與薪資相關而定的保險費率變成直接由政府來制定的統一費率。這個涵蓋全民的健康保險制度提供所有國民的是基礎必要的給付，所有社會保險人都是非營利的，但是健保給付有一定限制，保險給付的範圍與內容每年由政府確認決定。透過這個制度改革，荷蘭成功減少健保支出佔國民健康總支出的比例。(Turquet, 2012；周怡君, 2010)

(一) 荷蘭健保制度的財源籌措方式

荷蘭健康保險制度主要法條依據如下：

1. 特殊醫療費用支出法 (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ)：

AWBZ 是一種強制性、全民納保的社會保險制度 (Ministry of Health, Welfare and Sport, 2009)，凡荷蘭住民及在荷蘭境內受雇繳所得稅者，均強制納保。AWBZ 於 1967 年立法，於 2005 年底修法，在 2006 年 1 月 1 日修正施行。其保險人則是私人保險公司，每家保險公司都須向健康保險局 (CVZ, Health insurance board) 註冊。(Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005；周世珍, 2006)

AWBZ 之保險費是由荷蘭政府每年依據「最低兩組所得級距」的課稅標準來訂定保險費率，雇主不需分攤費用，全由受雇者自負 (以 2008 年為例，其保險費率為薪資所得的 12.15%，最多以 3838 歐元為限)；此外，15 歲以下及無課稅所得者不必繳交，全由國家補助。在保險給付的個人部分負擔方面，18 歲以上被保險人需負擔 (以資產調查決定)。(Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005；Schäfer et. al, 2010；周世珍, 2006)

2. 健康保險法 (Health Insurance Act, Zvw)

荷蘭健康保險法於 2006 年 1 月 1 日施行，只要是荷蘭住民及在荷蘭境內工作有所得者，一律強制納保，保險人為私人保險公司，被保險人直接繳交基本保費給保險公司 (以 2008 年為例，大約是 1100 歐元)，其保險費與所得

無關，若基本保險費對被保險人所得而言造成沉重負擔，被保險人向政府請求保險費補助津貼，以 2008 年為例，個人所得一年不滿 32502 歐元以及家戶所得一年在 47880 歐元以下者，皆可向地方財政單位申請健康保險補貼，個人最多可補貼 692 歐元，家戶最多可補貼 1461 歐元。(Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005；Schäfer et. al, 2010；周世珍，2006)

此外，Health Insurance Act 規定被保險人須向國內歲入稽徵局 (Inland Revenue Service) 繳交以所得決定的分擔金 (contribution)，而受雇者可以從雇主獲得此項費用的全額補貼。在保險給付的個人部分負擔方面，若保險人要求非其加保公司特約機構提供保險給付，其加保公司可要求該被保險人負擔一部份費用；而某些藥品或醫療處置也會要求個人部分負擔。(Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005；周世珍，2006)

荷蘭的健康照護財源大部分 (88%) 是透過公立及私人的保險計畫籌集。第一部份包含了 AWBZ 涵蓋下之與長期照護、昂貴醫療有關的特殊醫療費用，大約佔 40% 的總健康支出，而保險財源是由保費與政府基金所組成。荷蘭政府在健保部下設立「健保基金」(health insurance fund, HIF)，接受來自被保險人所繳交之保費以及政府替十八歲以下被保險人所繳交之保費。第二部分由疾病基金保險、私人醫療保險或公務員保險方案所涵蓋之大部分的一般醫療照護與費用，這三個方案大約佔 50% 的總健康支出。一般醫療費用大都由 ZFW 涵蓋，包含了 63% 的人口。(張育嘉與劉見祥等人，2010)

而私人健康保險 (包含 30% 人口) 主要分成兩大類型：(1) 健康保險可近性法 (Health Insurance Access Act) 所規定的標準保險及 (2) 其他相關保險；根據健康保險法，標準保險之經費由投保人支付保費，沒有強制採取標準方案，其為自願性保險，但所有保險公司必須提供標準方案，且民眾只要符合相關規定都可以申請。其他補充性財源包括稅、自付額及與自願的補充性健康保險，分別涵蓋約 5.6%、5.8% 及 3% 的總體健康照護支出。(張育嘉與劉見祥等人，2010)

（二）荷蘭健保制度的問題與改革方向

2006 年荷蘭進行了一次重大的健保改革，其健保制度改革主要目的是要控制醫療費用及提升各個保險人的競爭，透過競爭，讓健保體制更有效率，提供更優質的健保服務，另外，改革也以消費者導向（consumer-driven）為基礎，加強被保險人在投保上的選擇自由，也能適當避免風險篩選（Risk Selection）問題。（Yvette Bartholomé and Hans Maarse，2006；Turquet，2012）

在過去幾年，荷蘭政府持續將健保改革重心放在（1）全民健保可近性（access），（2）醫療服務品質，及（3）醫療提供成本上面。目前荷蘭政府以這三面向為基礎，將其全民康保險邁向高品質、長期穩固的健保體制發展。（Westert et al. 2008）

2.3 各國制度比較

以財源籌措方式區分，各國現行健康照護制度可分為二大類：社會保險制度及國民保健制度。而此次調查研究所選取的國家美國、法國、比利時、德國及荷蘭皆屬於社會保險體制的國家。而財源的來源主要還是保險費，但比較特別的是美國是以政府的稅收為主，比利時則是社會安全基金與一般稅收為主要財源，而保險費卻是做為該國的其他財源。表 3 中為各國的健保制度簡單比較，依序為體制、保險對象、支付制度、主要財源及其他財源，可以藉由各國與臺灣不同之處或特性，加以分析及深入了解，建構更健全的健保醫療體系。由於我國正面臨健保改革的狀況，在探討過各國健保制度的文獻後，我們可以更進一步的思考，各國有哪些現行制度可做為臺灣當下的參考和借鏡，因此以下提及德國及法國，或許該國的健保現行制度可以幫助臺灣對採行的改革有更完善的措施及創新的構思。

德國在醫療保險制度方面體現了充分競爭的原則，如：在公共醫療保險機構之外引入私人醫療保險機構的競爭，使醫療保險制度發揮更大、更有效的作用，因而德國在公私混合的健康保險制度體系可以為台灣健保改革提供更多元的想法與見解，其在 2009 年的「健保基金改革」藉以提高醫療體系品質的做法，也可為臺灣對於醫療體系的效率性及醫療品質的注重，增加新的改善方式及參考。

儘管德國醫療衛生注重嚴格控制醫療經費的支出，但是隨著大量人口的老齡化，人們對醫療服務技術和質量水平需求的不斷提高，醫療服務和藥品物價的上漲速度很快，導致醫藥費上漲很快。為此，以 2007 年 4 月 1 日實施的《法定疾病保險--強化競爭法》為標志，德國政府著手開始新的醫改。

而 2008 年德國法定醫療保險機構入不敷出，雖然醫療保險每人平均支出增加了 4.5%，而每人平均保險收入只增加了 2%，其中藥品支出較去年同期增加了 5.7%，醫院支出增加了 3%。因此，2009 年開始實行的“健保基金”

(Gesundheitsfonds) ，該基金成為新醫療保險制度的主要資金來源。可使醫療保險費率增加到 15.5%，以此來解決法定醫療保險機構的赤字。德國聯邦內閣決定，從 2009 年 1 月 1 日起：所有法定醫療保險的被保險人須統一繳納其毛收入的 15.5% 作為醫療保險費用，由雇主和僱員所繳納的保險金將匯入到這個基金中並加上國家的稅收補貼。醫療保險公司因每個被保險人都能從健康基金中獲得一筆固定統一的款項。

保險公司的被保險人中有較多老人、病人或是低收入者，該公司可以獲得一筆追加補貼款額。如果保險公司得到的撥款不夠用，它就必須向被保險人每月收取最少 8 歐元的附加費用（法律規定，此項附加費不能超過被保險人總收入的 1%），而那些有盈餘的保險公司，可以把剩餘撥款返還給被保險人。

此次醫療保費提高的原因主要是由於不斷增加的醫院、醫生和藥品的費用，作為補償從 2009 年初到 2010 年中期失業保險繳納的費率比原來降低。德國聯邦政府希望通過這項新政策為醫療保險公司提供更好的競爭條件，為被保險人提供更多的服務以及更多的透明度。透過這項政策實施後，法定醫療保險公司就不能再通過低廉的保費來相互競爭，而只能通過更好的質量和服務來贏得顧客。希望這個改革擬定了一系列德國醫療衛生事業的深遠變革。它不但涉及了醫療衛生系統的籌資和供應而且還涉及到了對該系統的控制調節。

在此次健保改革調查，對於開拓其他財源部分，加入了加徵其他稅捐（如飲料稅）的意向調查，其實在其他稅（如飲料稅）部分已有其他國家採行，例如丹麥的肥胖稅、匈牙利的漢堡稅（hamburger tax）等。值得一提的是，法國今年一月一日起最新實施的含糖飲料稅（sugar-sweetened beverages tax），也可以做為我國在其他稅收採行部分的參考。

2011 年 10 月 21 日，法國國民議會投票（該國的民選立法機構）與最初由政府提出的含糖飲料（sugar-sweetened beverages）徵稅相比為兩倍的票數。大會經投票贊成含有人工甜味劑（如阿斯巴甜）的飲料加以課稅。然而，兩稅，

有不同的目標。在 2011 年 12 月 28 日，在憲法委員會，法國（該國的憲法法院）批准創建一個“汽水稅”（soda tax），以及含有人工甜味劑的飲料稅。於 2012 年 1 月 1 日起生效。

表 3 各國制度比較

體制	保險對象	支付制度	主要財源	其他財源
美國 社會保險	65 歲以上的民眾、未滿 65 歲的殘障者以及永久性腎衰竭患者	醫療費用總額支付、DRGs 支付制度	政府稅收	
法國 社會保險	居住法國 3 個月以上之居民	公立與非營利醫院為總額預算制、營利醫院為論量計酬制	特別稅與保險費	政府補助、疾病保險基金組織調整
比利時 社會保險	雇主及受雇者	醫院總額預算制	政府的預算支出（社會安全基金與一般稅收）	保險費（被保險人、雇主及私人補充性保險）
德國 社會保險	受雇者及其眷屬為主	門診總額預算、住院論病例計酬	保險費為主	投資、固定資產收益；政府補助；風險結構平衡機制
荷蘭 社會保險	受雇者及其眷屬為主	總額預算、家醫轉診制下論人及論量計酬並行制、專科醫師論量計酬	保險費為主	私人保險、部分負擔、政府補助

第三章 研究方法

3.1 第一波民意調查

3.1.1 問卷內容

財務問題為健保改革的當務之急。然而，健保局提出許多改革方案，卻沒有得到民眾相當肯定。為了解民眾對於健保改革意見及反應，本研究計畫採用電話訪查，在訪查中列出相關問項，以反映出民眾的看法和意向。

問卷主要分為三大部分：第一部分為受訪者基本資料，包括個人特性、健保保費、及個人醫療使用情況。個人特性上詢問受訪者的家庭背景，工作狀況、行業、教育程度、婚姻、居住縣市及每月收入等，也特別針對受訪者的健康行為做調查（是否吸菸、食用檳榔或是喝酒）。另外，由於這問卷主要針對健保財務，問卷也收集受訪者每月健保費用繳納、過去醫療利用、和個人對健保滿意度等問項，來瞭解分析哪些個人因素會影響問卷結果。

第二部分為健保財務問題。目前健保財務收支缺口日益擴大，但民眾對健保財務赤字認知原因為何？是因為醫療資源浪費或人口老化呢？民眾認知原因會影響後續解決健保財務選項，重心要在降低健保支出？還是增加健保收入？而在降低健保支出中，是要選擇行政院長陳冲提出「小病健保不予涵蓋」的「保大不保小」（例如：感冒不給付）概念，或是提高就診部分負擔？亦或是還可提高差額負擔。而在增加健保收入中，在幾種可能選項中，我們列出提高健保費率、擴大健保費基、提高 1%「營業稅」、課徵「健康捐」、陸生來台就學期間加保等，以瞭解民眾對改革健保財務的想法。

第三部分為補充性保費問項。2011 年 1 月公布的二代健保法，規定從 2013 年 1 月開始，健保保費除維持現行徵收制度外，另針對高額獎金（如年終獎金等）、兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得，及租賃收入，課徵 2% 的補充保費。我們特別針對補充保費部分，了解民眾對補充保費態度及看法。

是否知道將行的健保新制？民眾是否贊成這制度？另外補充保費在課徵時採「計次收費」，單筆股利或利息收入之上限(超過一千萬元部分以一千萬計算)和 下限(低於 5000 元的不予課徵保費)，這上下限是否應提高、維持或下降？另外，若將補充性保費的計次收費規定廢除，合併於年度綜合所得稅時統一結算申報，民眾是否會贊成此項改革的實施呢？希望能藉此瞭解民眾對於健保財務改革意向，為未來的健保改革提供更確切及有效之方向。

3.1.2 抽樣方法和檢誤

調查對象是針對全國臺閩地區（含臺灣省各縣市、台北市、新北市、台中市、台南市、高雄市及福建省金門縣及連江縣）20 歲以上，65 歲以下，現有全職工作或退休前有做過全職工作的國民，以電話訪問方式進行問卷調查。問卷設計是由研究團隊提供問卷初稿，於專家學者討論會議後進行問卷修改，修改後的問卷則委託專業民調機構，採電腦輔助電話訪問（Computer Assisted Telephone Interview, CATI）進行，預計受訪樣本為 1,300 份。

抽樣方法採分層隨機抽樣方法。將臺閩地區依縣市分為臺北市、新北市、臺中市、臺南市、高雄市、臺灣省 15 縣市、金門縣及連江縣等 22 層。各縣市樣本數依照縣市內 20 歲以上未滿 65 歲人數占臺閩地區 20 歲以上未滿 65 歲人數的比例分配樣本數。並將樣本數少於 10 份的縣市調高至 10 份（澎湖縣、金門縣及連江縣），其餘縣市依比例減少，總有效樣本數共 1,300 份。

樣本包括 20 歲以上 65 歲以下且目前有全職工作或退休前有做過全職工作的國民（即有效樣本）及 20 歲以上 65 歲以下且目前沒有全職工作的國民（即無效樣本）。先抽取 1,300 個初步樣本，若第一次初步樣本無法篩選出 1,300 份有效樣本，將按各層 20 歲以上 65 歲以下的人口比例分配，增加初步樣本數，直到有效樣本總數超過 1,300 份為止。

各縣市內以住宅電話號碼簿做為抽樣清冊。把電話號碼簿上的電話號碼建成電腦檔案，以簡單隨機抽樣法，抽出樣本電話號碼。為了使未登錄在電話號

碼簿上的電話號碼也有機會被抽為樣本，把從電話號碼簿抽出的樣本號碼的最後 4 位數以隨機號碼取代，在 95% 信心水準下，整體估計百分比的最大抽樣誤差為 2.72%。

在抽樣誤差解決部分，本調查主要在推估母體比例 P （民眾對某項生活滿意之比例）。故以樣本比例 \hat{P} 推估母體比例 P 在 $(1-\alpha)$ % 信賴係數下之信賴區間（Confidence Interval）為 $(\hat{P}-d, \hat{P}+d)$ ，其中， $d = Z_{(1-\alpha/2)} D\sqrt{\hat{P}(1-\hat{P})/n}$ 為可能之抽樣誤差。有效樣本 1,303 份，於 95% 之信賴係數下，本調查之抽樣誤差應在 2.71% 以內。

表 4 各縣市 20 歲以上未滿 65 歲之人口數及樣本分配數

層別	人口數 (人)	依各層人口比例 分配之樣本數	調整後之樣本數
合 計	15,824,470	1,300	1,300
新北市	2,786,064	229	227
臺北市	1,803,764	148	146
臺中市	1,816,349	149	147
臺南市	1,285,622	106	104
高雄市	1,927,973	158	157
宜蘭縣	302,202	25	24
桃園縣	1,364,188	112	110
新竹縣	334,867	28	27
苗栗縣	367,237	30	30
彰化縣	857,366	70	70
南投縣	344,239	28	28
雲林縣	460,309	38	37
嘉義縣	350,406	29	28
屏東縣	580,153	48	47
臺東縣	150,308	12	12
花蓮縣	224,131	18	18
澎湖縣	65,805	5	10
基隆市	262,088	22	21
新竹市	278,218	23	23
嘉義市	177,880	15	14
金門縣	77,623	6	10
連江縣	7,678	1	10

在資料檢誤部分以電腦處理為主，人工處理為輔。人工處理部分包括調查資料之審核、複查、檢誤、更正、結果表之核對、研判與分析等。電腦處理部分包括調查資料登錄、軟體程式設計、資料整理及結果表列印。資料經審查和複查後，先以抽樣機率的倒數做基本權數進行加權調整。然後根據母體人口的性別、年齡及教育程度分配檢定樣本的結構。檢定結果顯示樣本的性別、年齡及教育程度分配與母體分配有顯著差異，故以母體的性別、年齡及教育程度分配調整樣本分配，以矯正偏差並減少抽樣誤差。

本調查採用 raking 方法，先以性別分配調整，再以年齡分配調整，接著以教育程度分配調整，如此反覆，最後檢定結果樣本分配與母體分配已無顯著差異，便停止 raking。每一筆資料都乘以調整權數， $\frac{N_i/n_i}{N/n}$ ， N_i 和 n_i 是第 i 交叉組的母體人數和樣本加權人數，而 N 和 n 是母體總人數和樣本加權總人數，這樣使樣本與母體的分配在調整後完全一致。最後的權數是各步驟調整權數累乘。

而在資料加權部分，基本權數因為由於各縣市的抽樣機率並不相等，因此以抽樣機率的倒數作為基本權數進行縣市調整，調整後各縣市分配與母體分配一致；而調整權數在基本權數之下，根據臺閩地區 20 歲至 65 歲以下人口的性別、年齡分配檢定樣本的結構，檢定結果如下：

表 5 樣本性別分配與母體性別結構之差異檢定

性別	樣本分配		母體分配		卡 方 檢 定
	樣本數	百分比	應有 樣本數	百分比	
總 計	1,303	100.0	1,303	100.0	卡方值=1.60<3.84（自由度 1，顯著水準 5%） 在 5%顯著水準下，樣本與母 體的性別分配無顯著差異。
男	673	51.7	650	49.9	
女	630	48.3	653	50.1	

母體資料來源：101 年 8 月底內政部戶政司。

表 6 樣本年齡分配與母體年齡結構之差異檢定

年齡	樣本分配		母體分配		卡 方 檢 定
	樣本數	百分比	應有 樣本數	百分比	
總 計	1,303	100.0	1,303	100.0	卡方值=144.00>9.49（自由 度 5，顯著水準 5%） 在 5%顯著水準下，樣本與 母體的年齡分配有顯著差 異。
20~29 歲	111	8.5	274	21.1	
30~39 歲	320	24.6	321	24.6	
40~49 歲	393	30.2	306	23.5	
50~59 歲	364	27.9	284	21.8	
60~65 歲	115	8.8	117	9.0	

母體資料來源：101 年 8 月底內政部戶政司。

檢定結果顯示，樣本的性別和年齡與母體分配有顯著差異，因此乃根據母體性別及年齡交叉組的分配調整樣本結構，以矯正偏差並減少抽樣誤差。每一

筆資料都乘以調整權數， $\frac{N_{ij}}{N} / \frac{n_{ij}}{n}$ ， N_{ij} 和 n_{ij} 是第 ij （性別、年齡）交叉組的母體個數和樣本個數，而 N 和 n 是母體總個數和樣本總個數。這樣使樣本的分配與母體分配一致。

3.1.3 樣本特性

問卷首先就受訪人的基本個人資料作了解，以便我們之後分析調查結果時可以知道究竟是性別、年齡、教育、家庭結構或是其個人收入等因素，會影響樣本的選擇結果。而本問卷調查樣本為 20-64 歲的就業（含退休）人口，經由問卷調查結果可發現樣本中為女性比例較大，人口比例在各年齡層平均分配但以 60 至 65 歲者的比例最少(9%)。

表 7 性別分配

性別	樣本數(人)	百分比
總計	1,303	100.0
男	617	47.3
女	686	52.7

表 8 年齡分配

年齡	樣本數(人)	百分比
總計	1,303	100.0
20 至 29 歲	274	21.1
30 至 39 歲	321	24.6
40 至 49 歲	306	23.5
50 至 59 歲	284	21.8
60 至 65 歲	117	9.0

另外我們也問了每個人在每月的保險負擔金額，得知此次樣本每人在保險負擔方面是偏低的情形，調查結果中每人每月平均要繳交的保費為 621 元，但中央健康保險局 100 年度統計國人平均月繳保險費為 1250 元，明顯低於統計資料。

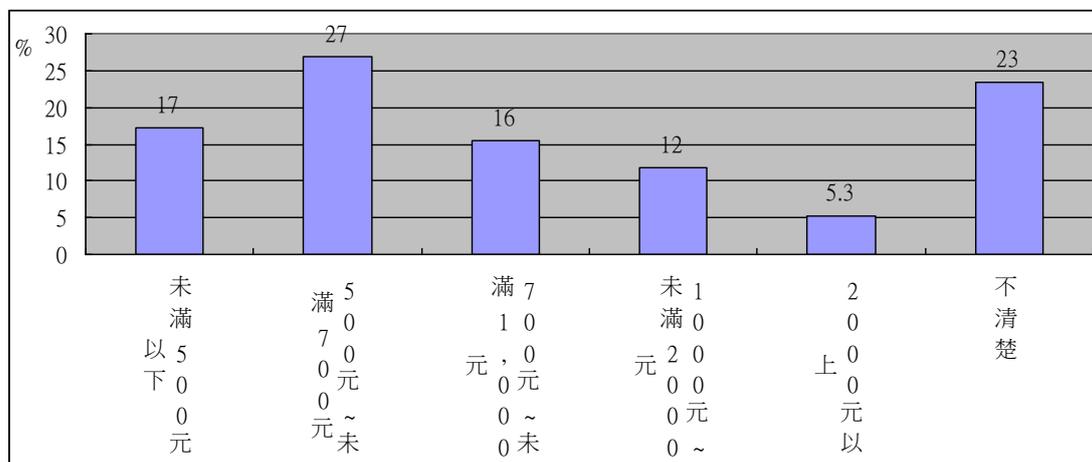


圖 1 平均每月每人所需繳交健保費

在個人收入方面，抽樣對象大多落在 2 萬~未滿 3 萬元、3 萬~未滿 4 萬元以及 4~未滿 6 萬元這三個區間內，以個人月收入為 2 萬~未滿 3 萬元者最多，占 29.5%。

表 9 個人收入分配

	樣本數(人)	百分比
總計	1,303	100.0
無收入	39	3.0
未滿 1 萬元	11	0.8
1~未滿 2 萬元	105	8.1
2~未滿 3 萬元	385	29.5
3~未滿 4 萬元	272	20.9
4~未滿 6 萬元	272	20.9
6~未滿 8 萬元	113	8.7
8~未滿 10 萬元	31	2.4
10~未滿 15 萬元	28	2.1
15~未滿 20 萬元	7	0.5
20~未滿 30 萬元	2	0.1
30 萬元以上	5	0.4
不知道/拒答	34	2.6

取得的投保種類上，大部分的人都是以投保勞保居多，其所占比例最高，占 87%，其次是公保者的 9%，再其次是農保者的 3%，以漁保者的 1%所占比例最少。

表 10 投保種類

職業保險	樣本數(人)	百分比
總計	1,303	100.0
公保	113	8.7
勞保	1,139	87.4
農保	44	3.4
漁保	8	0.6

3.1.4 問卷結果

(一) 醫療使用情況

由於個人醫療利用會影響自身對健保改革意向，問卷中分別對各種門診，如：西醫門診、牙醫門診、中醫門診、急診門診及住院分別詢問民眾使用情形。在和健保平均醫療利用相較，此次樣本的醫療利用屬偏低，可能是因為樣本選擇 20-65 歲有工作緣故。舉例而言，使用西醫門診年平均就診次數為 5.01 次，而實際上健保局統計西醫門診 98 年平均每人就醫次數為 12 次；使用牙醫門診年平均就診次數為 2.59 次，而實際上健保局統計牙醫門診 98 年平均每人就醫次數為 1.3 次。使用中醫門診的年平均就診次數為 2.25 次，而實際上健保局統計中醫門診 98 年平均每人就醫次數為 1.7 次。民眾或家人過去一年曾經使用過「急診門診」：以無就醫（62%）居多、其次是 5 次以下（34%）。民眾或家人曾經住院的比例平均每人每年 0.49 次。實際上健保局統計 98 年平均每萬人住院申報件數為 1,321 件，即每人每年 0.13 次。

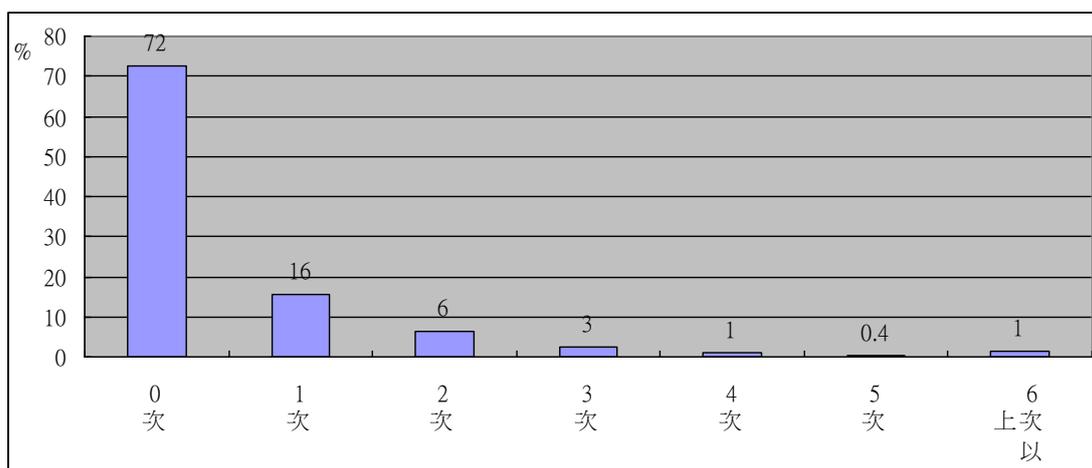


圖 2 住院次數

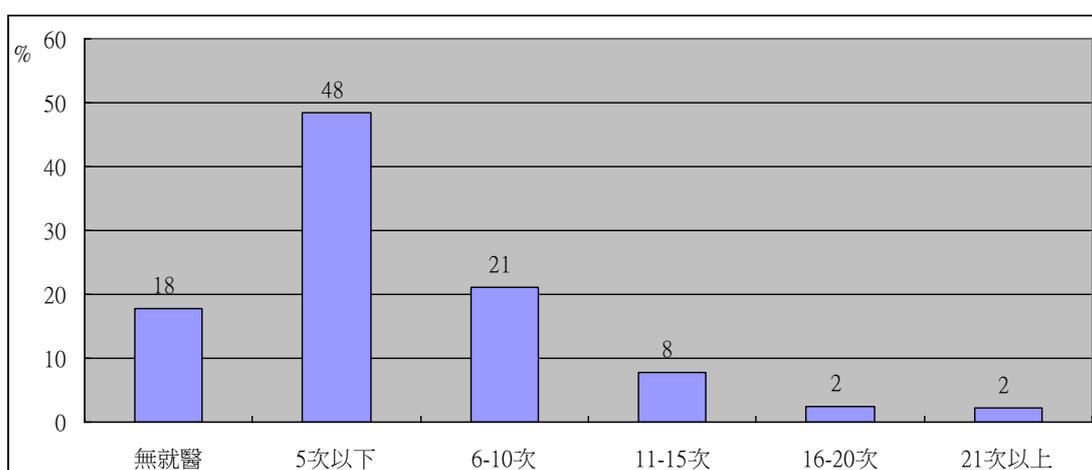


圖 3 使用西醫門診次數

相同的，本次樣本在健保滿意度也是偏低。問卷資料顯示有七成（66.8%）的民眾對全民健保制度表示滿意，有三成（30%）的民眾表示不滿意。但根據中央健康保險局「100年度本局顧客服務滿意度調查」資料顯示，有九成（88.2%）民眾對全民健保制度表示滿意。

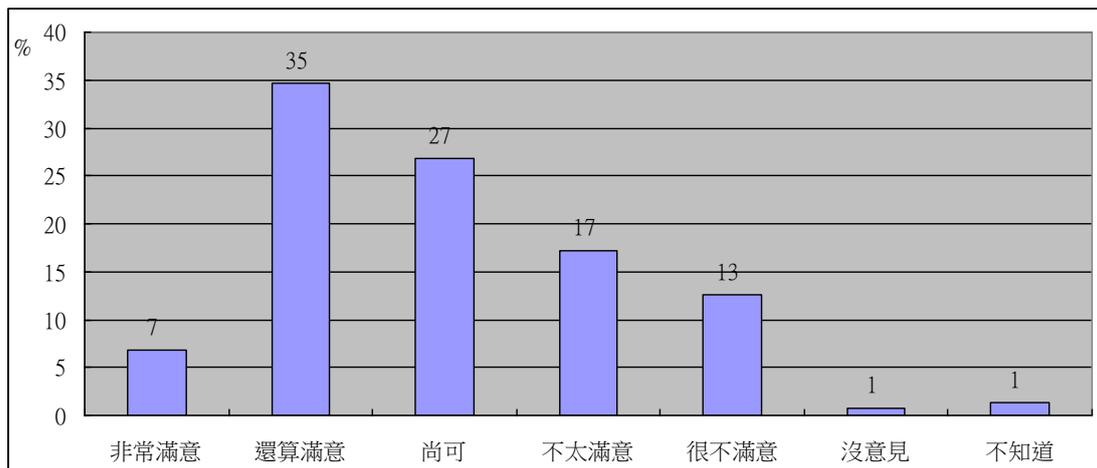


圖 4 健保滿意度

(二) 健保財務問題

這部份問卷中想了解受訪者對健保財務赤字看法，主要是來自於自然的人口老化，還是人為醫療浪費。假使浪費的話，可以表現在哪個面向（如民眾拿藥卻未服用，逛醫院習慣，大小病都往大醫院跑，醫療院所經營績效不佳，過多不必要的檢查）等。此外，這些浪費能否從親友行為中看出來呢？問卷結果有幾個重點：

● 健保財務惡化主因為醫療資源浪費

在醫療資源浪費部分，問卷詢問了受訪者認為造成醫療浪費的主要原因，約八成（79%）認為健保財務惡化原因來自於「醫療資源浪費」，而非人口老化。其中年長者比年輕人更贊成「醫療資源浪費」是導致健保財務虧損的重要原因，顯示贊成的年齡層集中在 40 至 49 歲和 50 至 59 歲，此外，平均每月收入越高者認為全民健保存在「醫療資源浪費」的問題。

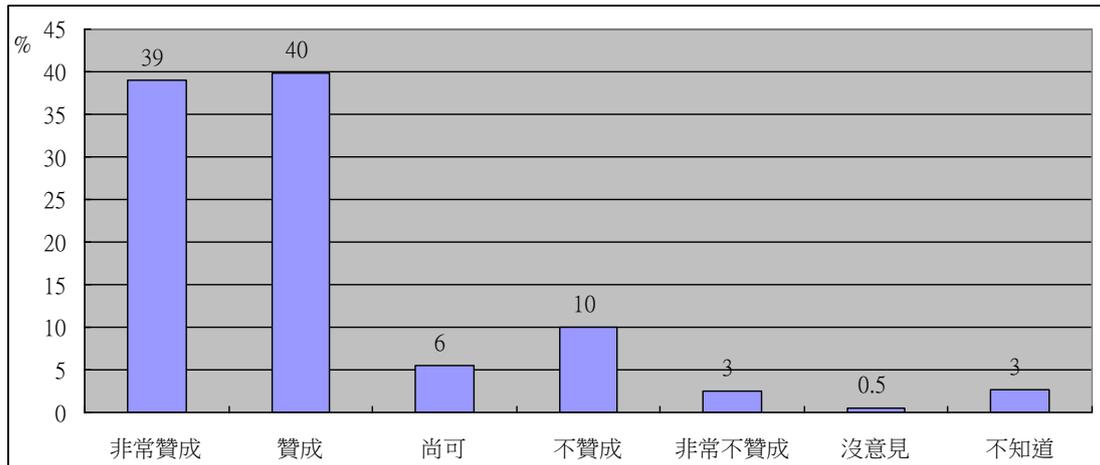


圖 5 「醫療資源浪費」贊成度

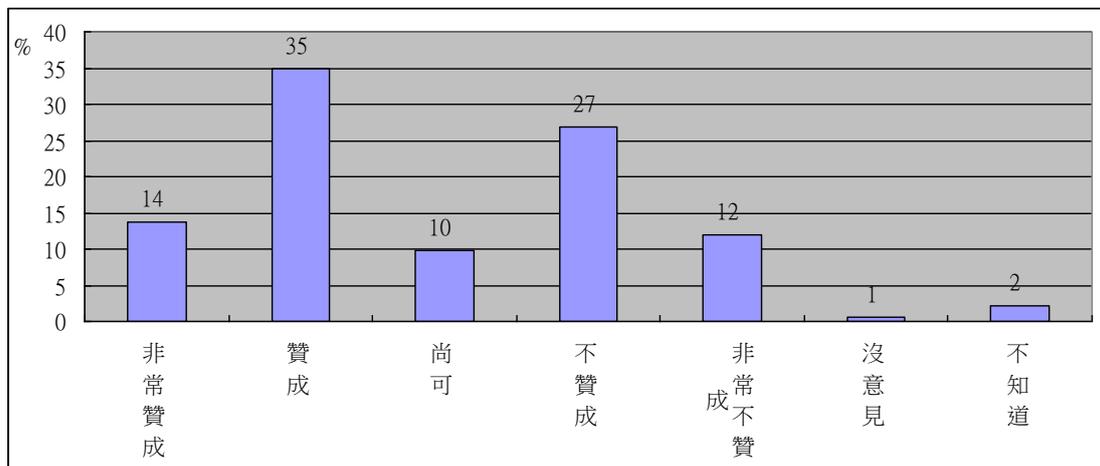


圖 6 「人口老化」是導致健保財務虧損的贊成度

● 濫用西藥為主要浪費

問卷也詢問受訪者認為造成醫療浪費原因，由調查可知造成醫療浪費原因分別「常有民眾拿藥卻未服用」(76%)，「民眾有逛醫院的習慣」(60%)，「民眾無論大小病都往大醫院跑」(60%)，「醫療院所經營績效不佳」(43%)，「進行過多不必要的檢查」(40%)。

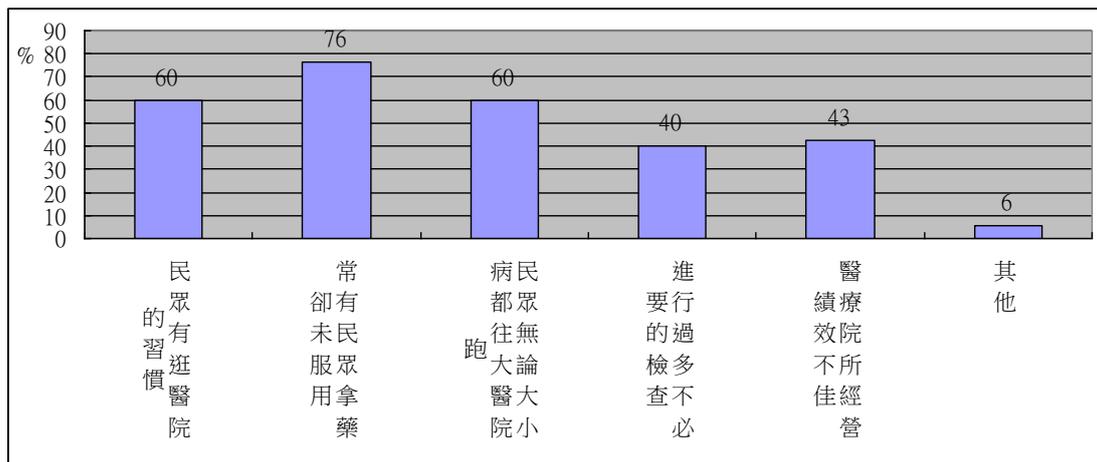


圖 7 醫療浪費的原因

● 親友間浪費情況不嚴重

有趣的是，大多數人會認為親友間就醫行為的醫療資源浪費程度不高。長者比年輕人更認為其週遭朋友之就醫行為有醫療資源浪費；在 40 至 49 歲、50 至 59 歲、60 至 69 歲的年齡層有近 50% 的人評分為 3 分以上。而平均每月收入越高者認為親友間就醫行為並無浪費醫療資源。

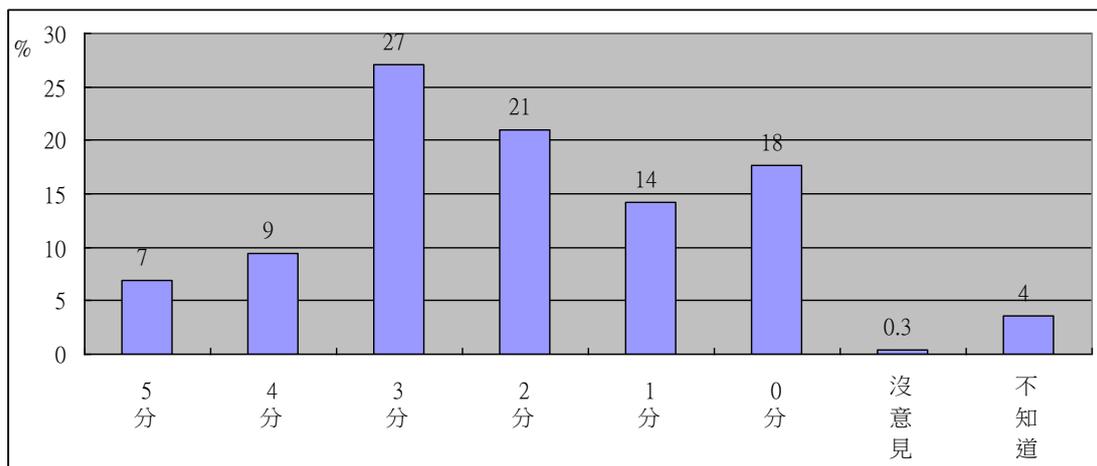


圖 8 自己親友浪費程度

(三) 健保財務改革：降低健保支出

此次健保改革意向調查主要想了解民眾對於健保改革意見及贊同度，提供

未來在解決健保問題和完善健保制度時有更明確方針，除了探討民眾認為健保赤字可能原因，更實務乃針對健保財務問題提供改革方向。解決赤字不外乎兩大項措施：降低健保支出和增加健保收入。在降低健保支出上，具體實施項目可以減少給付內容（保大不保小）、提高醫院部分負擔、提高差額負擔等方式，藉此可降低健保不必要的給付。以下為調查結果。

● 「保大不保小」不被大眾所接受

調查結果顯示大多數人不贊成此概念，有 73% 的民眾表示不贊成（含不贊成的 34% 及非常不贊成的 39%），其中年輕人比年長者更不贊成「保大不保小」概念；在年齡層為 20 至 29 歲者，不贊成的比例較其他年齡層更多。以性別來看，女性較男性更不贊成。另外平均每月收入越低者越不贊成，特別是無收入、1~未滿 2 萬元群組中，不贊成的比例都達 80% 以上，較其他群組更為高。

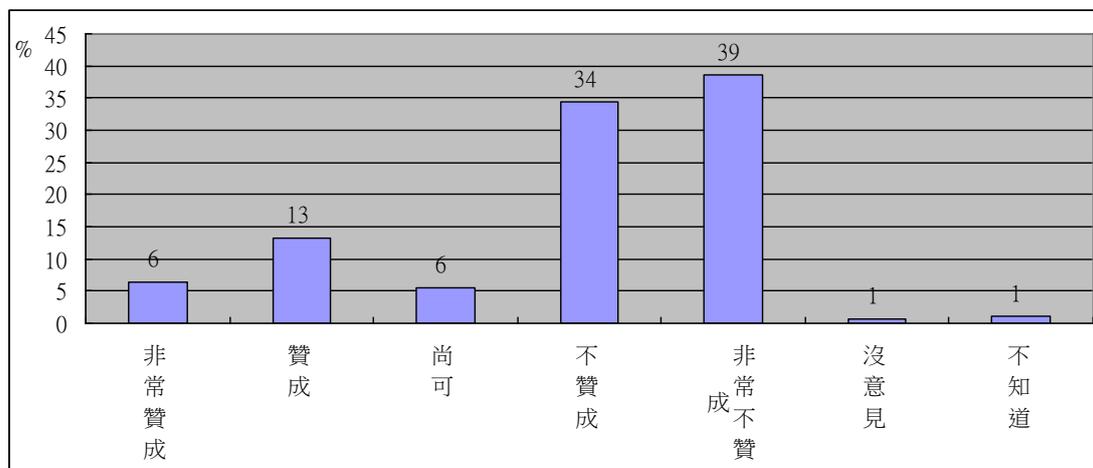


圖 9 「小病健保不予涵蓋」的「保大不保小」贊成度

● 大醫院部分負擔增加到 600 元時會影響民眾去大醫院次數

增加大醫院部分負擔對於民眾去大醫院次數的影響，若增加金額為 450、500、550 時並沒有明顯降低民眾到大醫院的次數及意願，但若金額提高到 600，則有 25% 民眾會「大幅度降低現有次數」。

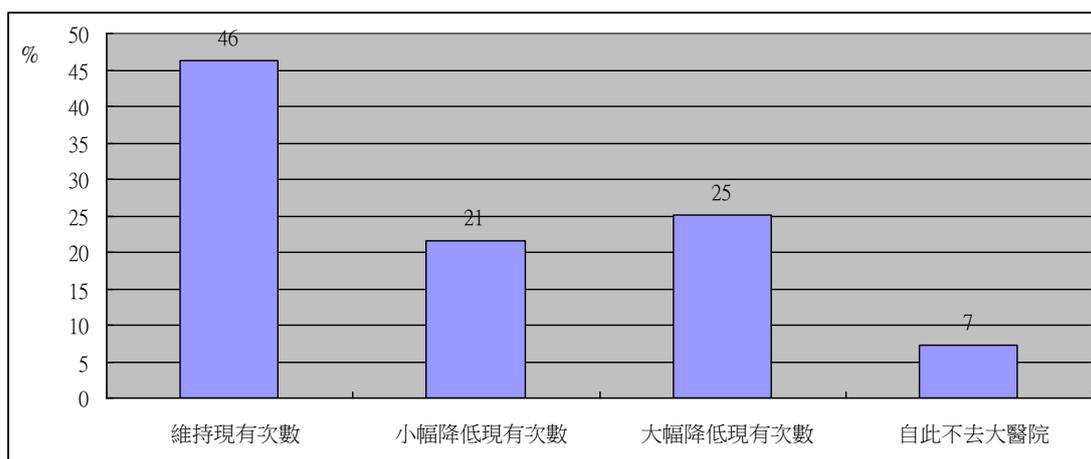


圖 10 看病部分負擔增加為 600 元

● 差額負擔方式推廣到其他昂貴醫療材料及某些特殊昂貴藥品的方式獲半數民眾認可

目前健保針對心臟支架有採差額負擔方式，健保僅給付基本支架，民眾若想要品質較好的塗藥支架，則需自費多付差額（三萬元），故將醫療給付分成藥物跟器材來詢問受訪者是否贊成以差額負擔方式來解決醫療科技進步導致健保財務虧損這部分問題。對差額負擔方式意見相當分歧，其中年輕人比年長者更贊成以差額負擔方式，也願意將這方法推及某些特殊昂貴藥品（如癌症標靶藥物）。

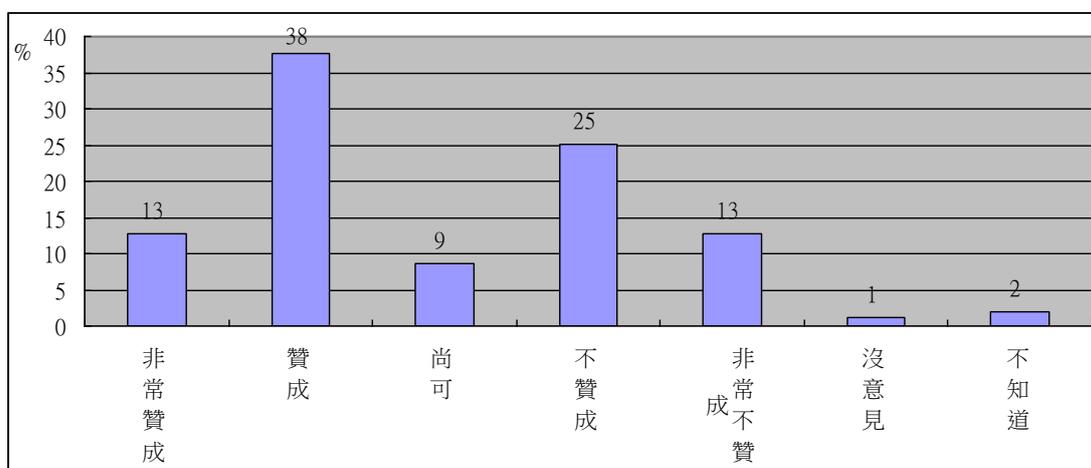


圖 11 差額負擔方式推廣到其他昂貴醫療材料的贊成度

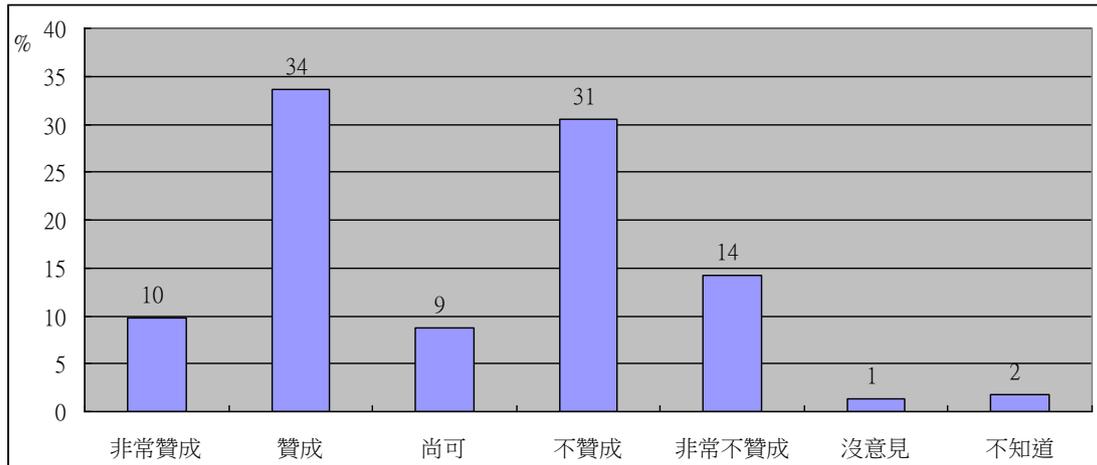


圖 12 差額負擔方式推廣到某些特殊昂貴藥品的贊成度

(四) 健保財務改革：增加健保收入

健保財務改革方式除了以上提及的減少健保支出，還可以透過增加健保收入改善健保財務問題，我們建議採醫療高使用者保費提高、提高健保費率、擴大健保費基、提高 1%「營業稅」、課徵「健康捐」等方式進行開源拓展健保財源。

● 大多數人不贊同提高保險費率

提高保險費率部分，有 69%的民眾表示不贊成(含非常不贊成的 32%及不贊成的 37%)為穩定健保保費，固定提高保險費率來增加保費，高於表示贊成(含非常贊成的 5%及贊成的 18%)者的 23% 其中以女性及平均每月收入越高者較不贊成。

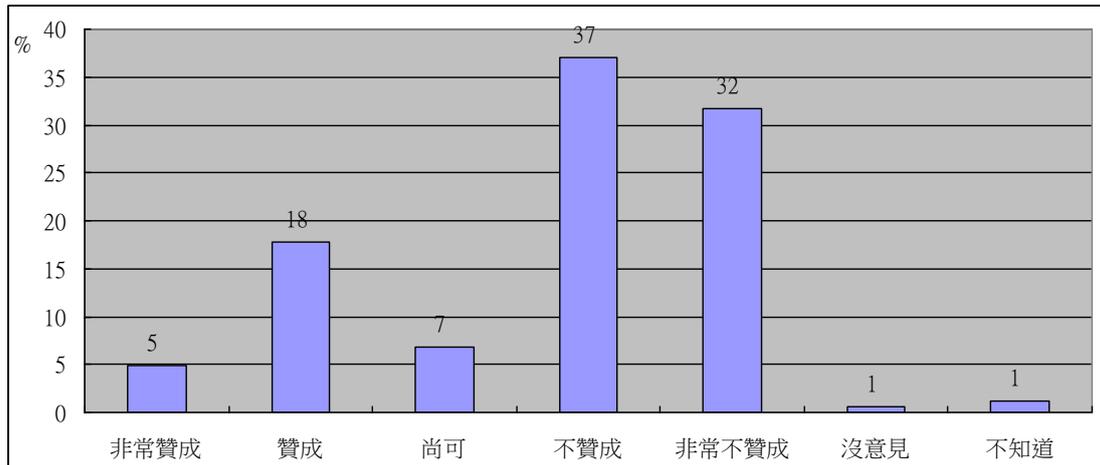


圖 13 固定提高保險費率來增加保費的贊成度

● 擴大費基中贊同比例較高

若要擴大費用基礎，我們由民眾意願調查其接收度，其調查結果如下：高額獎金 (51%) > 綜合所得稅中除薪資外的其他所得 (42%) > 股票股利 (39%)，可知若列入高額獎金部分有較多人贊同。

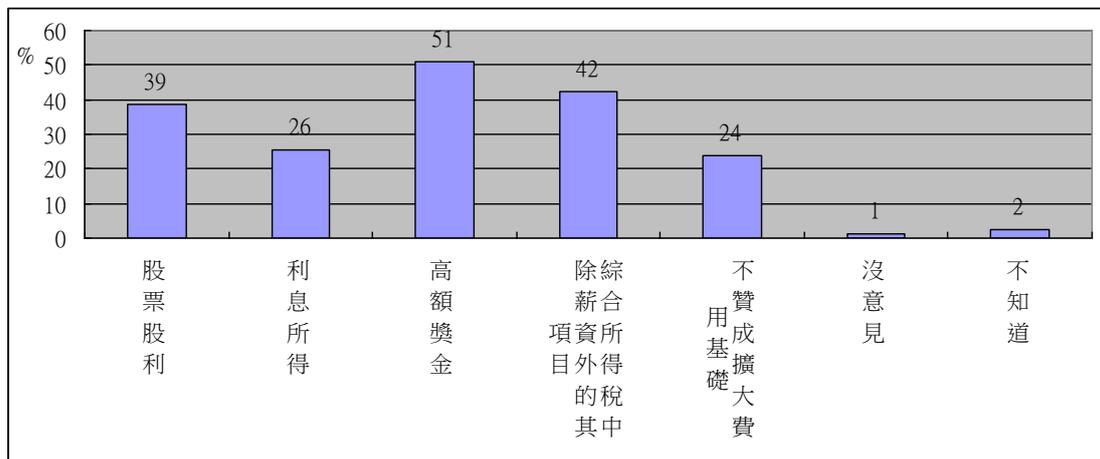


圖 14 應納入費用基礎計算的項目

● 半數民眾認同提高1%「營業稅」來支應健保財務

民眾表示贊成(含非常贊成的15%及贊成的33%)提高1%「營業稅」來支應健保財務的比例占48%，高於表示不贊成(含非常不贊成的15%及不贊成的25%)者的40%，另有7%表示尚可，4%表示不知道、沒意見。年輕人及平均每月收入越高者更贊成提高1%「營業稅」來支應健保財務。

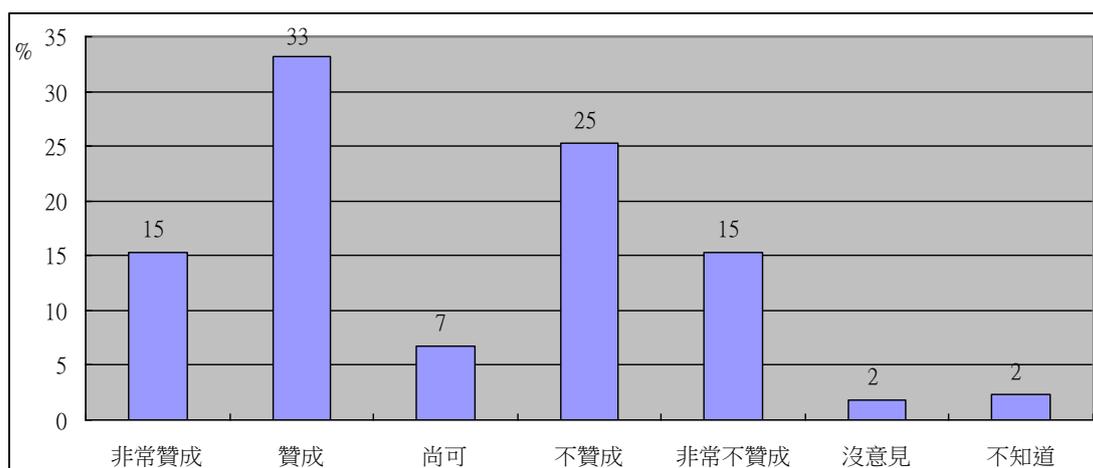


圖 15 提高1%「營業稅」贊成度

● 提高健康捐為普遍可接受的開拓財源方式

除前述增加健保收入方式，是否有其他方式改善健保財務問題？為此問卷列舉了「開徵酒品健康捐」、「開徵檳榔健康捐」、「提高菸品健康捐」、「加徵其他稅捐（如飲料稅）」之擴大財源方式，在問卷中加入了這些問項逐一對民眾作意願調查，判斷是否為可行的方式。調查顯示大多數人都贊成提高健康捐，酒品健康捐贊成度最高有八成贊成(79%)，但大多數人（60%）不贊成再以「加徵其他稅捐（如飲料稅）」方式來支應健保財源。尤其是20至29歲者，有77.48%不贊成加徵其他稅捐（如飲料稅）」

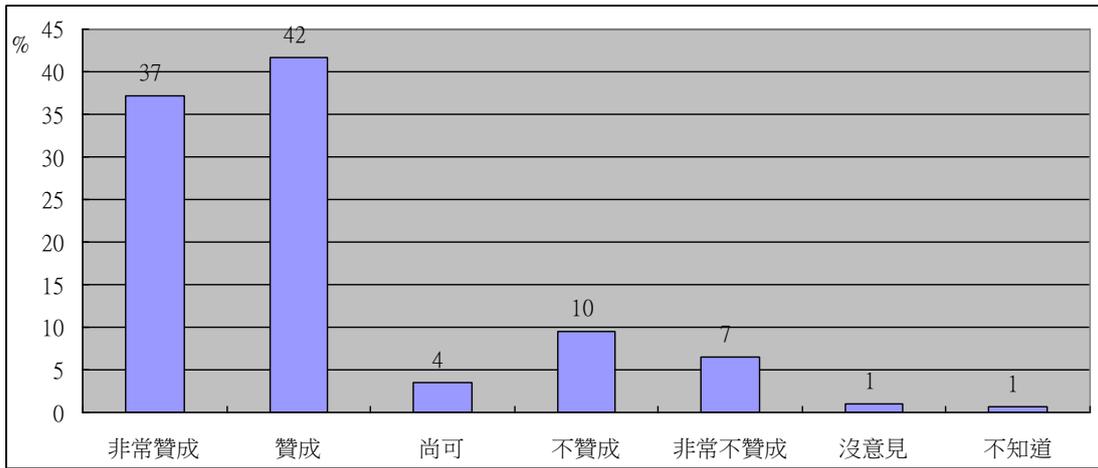


圖 16 「開徵酒品健康捐」的贊成度

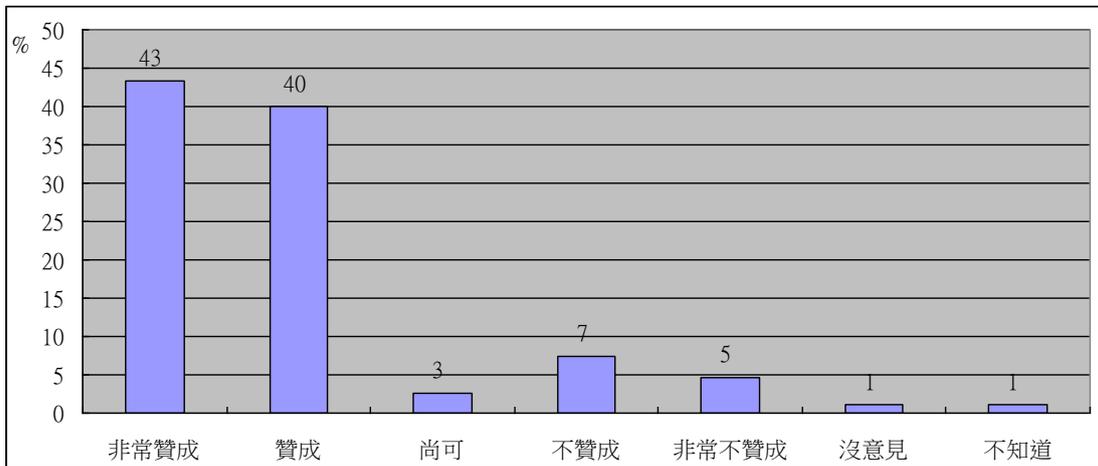


圖 17 「提高檳榔健康捐」的贊成度

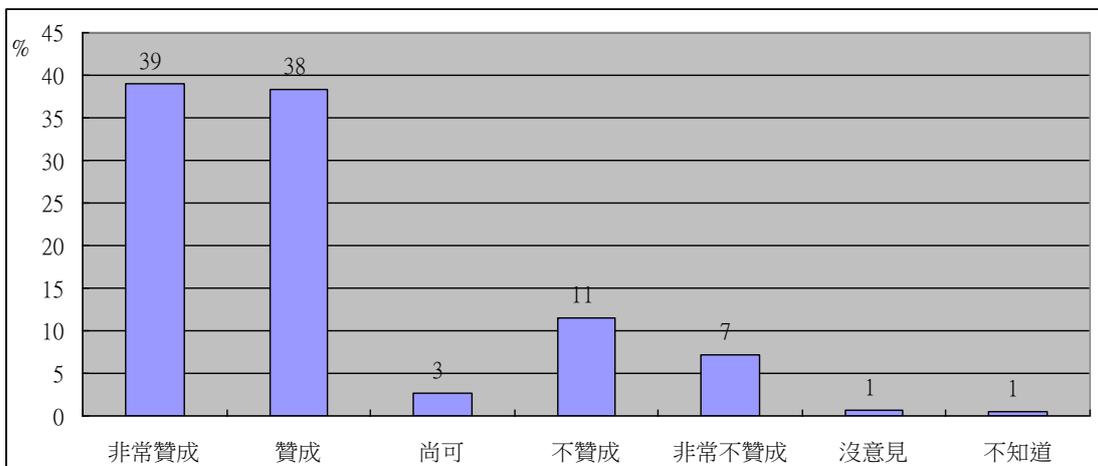


圖 18 「提高菸品健康捐」的贊成度

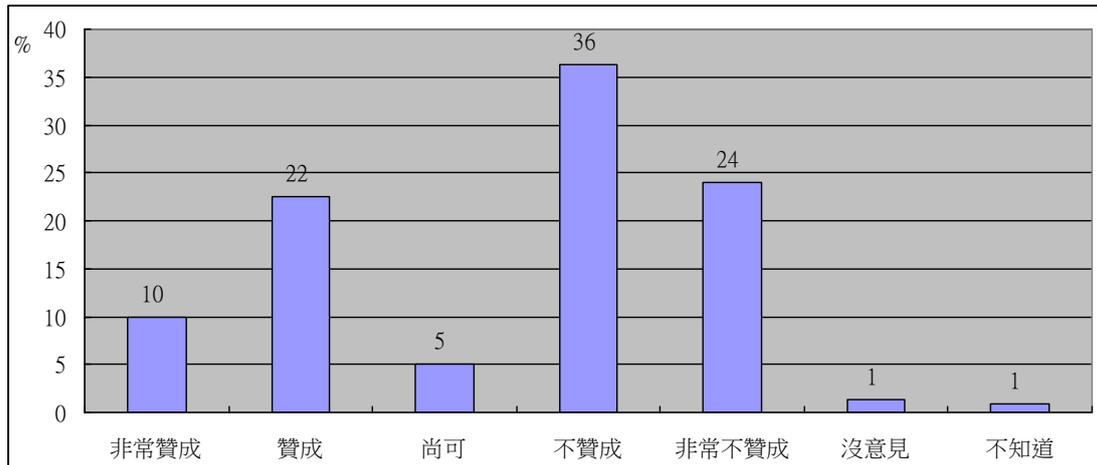


圖 19 「加徵其他稅捐」的贊成度

- 陸生來台就學期間不應加保健保

問卷也詢問前陣子討論相當激烈議題，即陸生來台就學期間加保健保，超過半數受訪民眾反對。一半以上民眾表示不贊成(55%含非常不贊成的30%及不贊成的25%)「陸生來台就學期間可加保健保」。年長者比年輕人更不贊成陸生來台就學期間可加保健保者。在不贊成陸生來台就學期間可加保健保者中，以40至49歲30.61%為最多，次為50至59歲26.87%，再次為30至39歲26.04%。

- 民眾支持對醫療利用較高者（如抽煙或酗酒或吃檳榔）交較多健保費，但不支持對醫療使用量大者（如重大傷病）提高健保保費

針對醫療使用量大者增加健保保費贊成度，有32%的民眾對「醫療使用量大者應增加健保保費（如重大傷病）」表示贊成，有66%的民眾對「醫療費用較高使用者應增加健保保費（如抽煙）」表示贊成。但年長者比年輕人不贊成應針對醫療使用量大者（如重大傷病）增加健保保費，不贊成的年齡層集中在40至49歲和50至59歲。而在各種職業保險增加健保費持贊成比例依序為：公保>勞保>漁保>農保，可知投保公保者較支持對造成醫療費用較高使用者多收健保費。

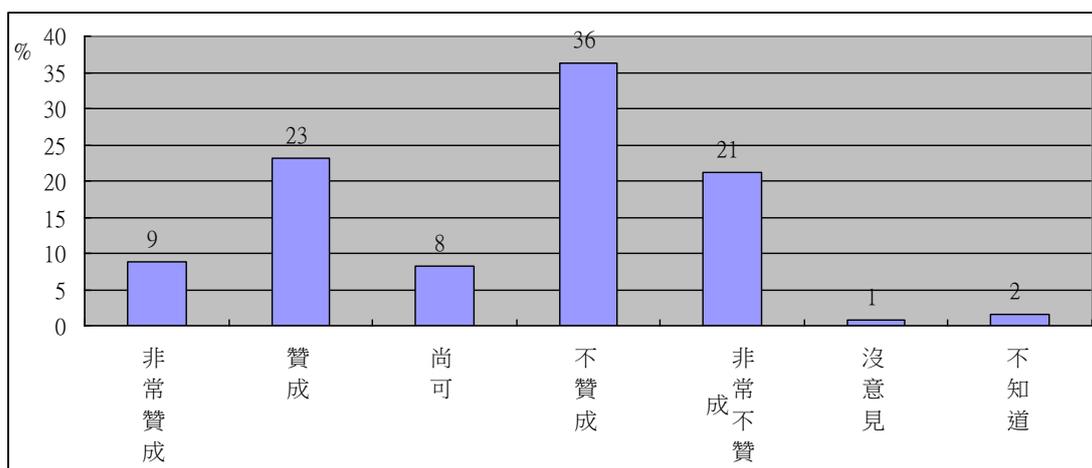


圖 20 針對醫療使用量大者增加健保保費的贊成度

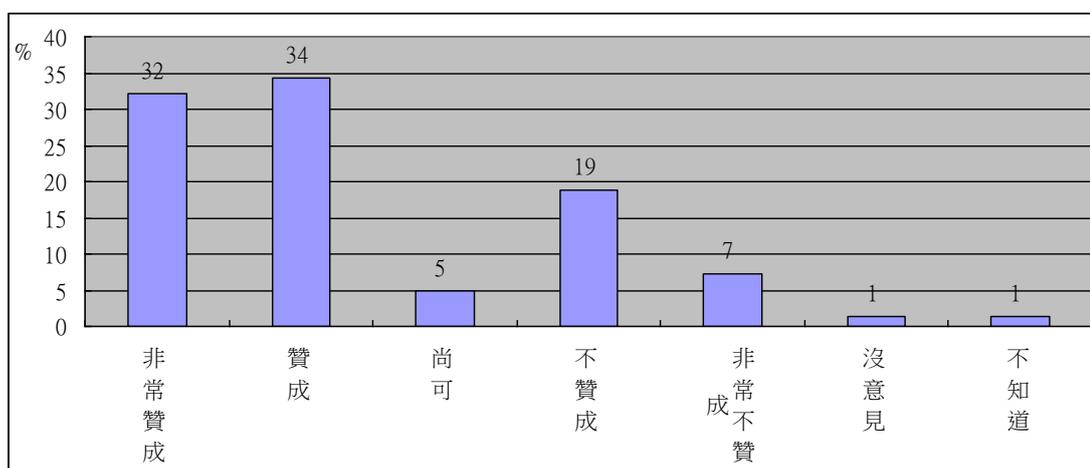


圖 21 針對造成醫療費用較高使用者增加健保保費的贊成度

(五) 補充健保

二代健保規定從 2013 年 1 月開始，健保保費除現行徵收制度外，另針對高額獎金（如年終獎金等）、兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得，及租賃收入，課徵 2% 的補充保費。為了瞭解民眾對於補充健保的看法及認知，問卷調查針對這部分進行調查。

● 健保收費制度調整訊息達到宣導效果

有 71% 的民眾表示知道這個有關健保收費制度的調整訊息，高於表示不知道者的 29%。其中年長者比年輕人更知道有關健保收費制度的調整訊息。

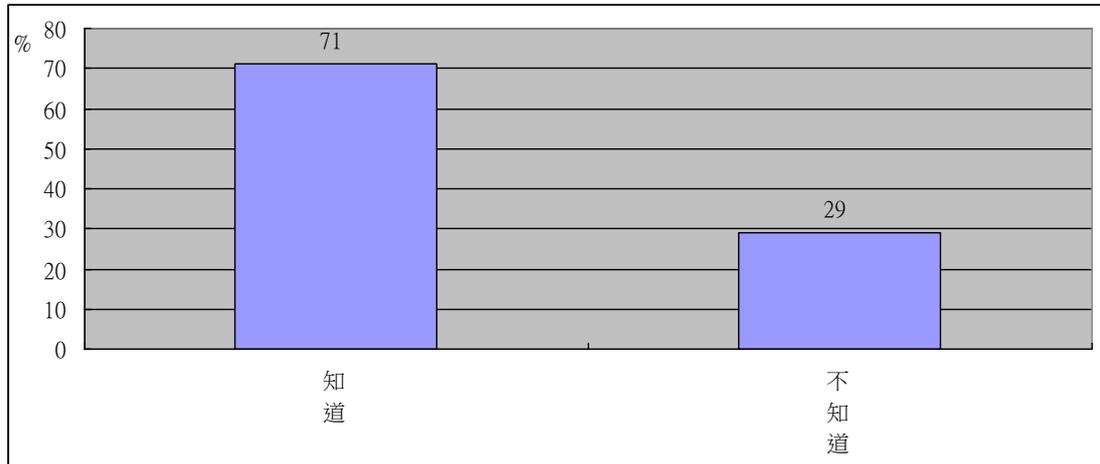


圖 22 健保收費制度調整訊息的認知度

● 補充保費制度的實施不被大眾所接受

有 59% 的民眾表示不贊成（含非常不贊成的 23% 及不贊成的 36%）補充保費制度的實施，高於表示贊成（含非常贊成的 6% 及贊成的 30%）者的 36%，另有 2% 表示沒意見，3% 表示不知道。

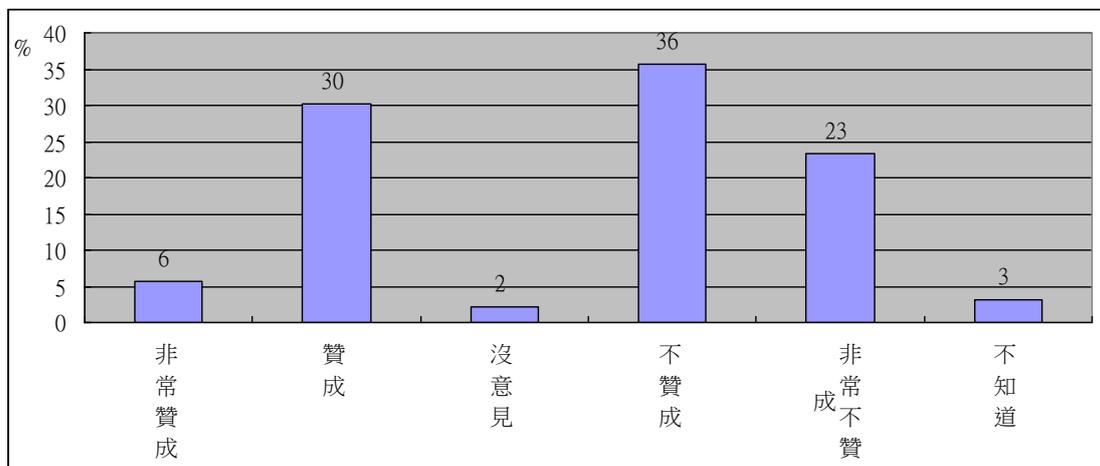


圖 23 補充保費制度實施的贊成度

- **補充保費上下限規定維持不變較好**

補充保費在課徵時採「計次收費」，其上限及下限規定較高比例的人認為應維持不變。單筆股利或利息收入超過 1 千萬元部分以 1 千萬元計算，有 48% 的民眾認為應維持此上限規定不變，；低於 5,000 元不予課徵保費，有 40% 的民眾認為應維持此下限規定不變，上限及下限認為應維持不變者皆以女性及年輕人居多。

- **補充保費併於年度綜所稅時徵收**

未來如果將目前補充保費的單筆收入上下限規定廢除，改合併於年度綜合所得稅時統一結算申報，有 59% 的民眾表示贊成，高於表示不贊成者的 35%。其中贊成者男性占 55.04%，女性占 44.96%，且男性較女性贊成將目前補充保費的單筆收入上下限規定廢除，改合併於年度綜合所得稅時統一結算申報。

3.2 第二波民意調查

3.2.1 問卷內容

第二波調查中主要針對健保新制進行調查，問卷分為三大部分。第一部分為基本資料，首先，問卷先詢問個人基本資料，有受訪者之年紀、工作、行業別、教育程度、家庭狀況等，取得這些樣本特性以進行交叉分析。另外，也針對健保保費繳交、醫療利用情形、和健保利用滿意度加以調查。

第二部分為健保財務改革。由於第一次問卷已提出各種方案，第二次問卷僅保留部分問項，用來和第一次問卷做比較。主要為第一次問卷中民眾較偏好的方式，在降低支出方面，僅針對差額負擔收費進行詢問；在增加收入方面，詢問民眾是否贊成提高 1% 的「營業稅」以及是否贊成「陸生來台就學期間可加保健保」。

第二波調查將重心著重在即將實施的補充性保費。由於補充保費是針對高額獎金（如年終獎金等）、兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得，及租賃收入課徵，在第三部分中，問卷先調查民眾持有各項所得情形，民眾對該類所得納入補充保費課徵贊成程度，以及避免補充性保費可能性（如是否會改變兼職時數），評估這些規避措施對補充性保費收取影響。最後，補充性保費在執行時可能遭遇其他問題。如補充保費有排除對象設定，但如何界定排除對象？健保局所採用行政措施是否違反個資法等。

3.2.2 抽樣方法和檢誤

問卷之調查方式，採用電腦輔助電話訪問（Computer Assisted Telephone Interview, CATI），委託專業民調機構進行調查。並採分層隨機抽樣方法。將臺閩地區依縣市分為臺北市、新北市、臺中市、臺南市、高雄市、臺灣省 15 縣市、金門縣及連江縣等 22 層。各縣市樣本數依照縣市內 20 歲以上未滿 65 歲人數占臺閩地區 20 歲以上未滿 65 歲人數的比例分配樣本數。並將樣本數少於 10 份的縣市調高至 10 份（澎湖縣、金門縣及連江縣），其餘縣市依比例減少，總有效

樣本數共 1,300 份。

各縣市內以住宅電話號碼簿做為抽樣清冊。把電話號碼簿上的電話號碼建成電腦檔案，以簡單隨機抽樣法，抽出樣本電話號碼。為了使未登錄在電話號碼簿上的電話號碼也有機會被抽為樣本，把從電話號碼簿抽出的樣本號碼的最後 4 位數以隨機號碼取代，在 95% 信心水準下，整體估計百分比的最大抽樣誤差為 2.70%。

在抽樣誤差解決部分，本調查主要在推估母體比例 P (民眾對某項生活滿意之比例)。故以樣本比例 \hat{P} 推估母體比例 P 在 $(1-\alpha)\%$ 信賴係數下之信賴區間 (Confidence Interval) 為： $(\hat{P}-d, \hat{P}+d)$ ，其中， $d = Z_{(1-\alpha/2)} D \sqrt{\hat{P}(1-\hat{P})/n}$ 為可能之抽樣誤差。有效樣本 1,313 份，於 95% 之信賴係數下，本調查之抽樣誤差應在 2.70% 以內。

表 11 各縣市 20 歲以上未滿 65 歲之人口數及樣本分配數

層別	人口數(人)	依各層人口比例分配之樣本數	調整後之樣本數
合計	15,845,604	1,300	1,300
新北市	2,790,542	229	226
臺北市	1,804,673	148	146
臺中市	1,820,253	149	147
臺南市	1,287,177	106	104
高雄市	1,929,372	158	156
宜蘭縣	302,506	25	24
桃園縣	1,367,870	112	111
新竹縣	336,056	28	27
苗栗縣	367,894	30	30
彰化縣	857,877	70	69
南投縣	344,334	28	28
雲林縣	460,196	38	37
嘉義縣	350,445	29	28
屏東縣	580,091	48	47
臺東縣	150,322	12	12
花蓮縣	224,245	18	18
澎湖縣	66,020	5	10
基隆市	262,103	22	21
新竹市	278,745	23	23
嘉義市	178,036	15	14
金門縣	78,961	6	10
連江縣	7,886	1	10

在資料檢誤部分以電腦處理為主，人工處理為輔。人工處理部分包括調查資料之審核、複查、檢誤、更正、結果表之核對、研判與分析等。電腦處理部分包括調查資料登錄、軟體程式設計、資料整理及結果表列印。資料經審查和複查後，先以抽樣機率的倒數做基本權數進行加權調整。然後根據母體人口的性別、年齡及教育程度分配檢定樣本的結構。檢定結果顯示樣本的性別、年齡及教育程度分配與母體分配有顯著差異，故以母體的性別、年齡及教育程度分配調整樣本分配，以矯正偏差並減少抽樣誤差。

本調查採用 raking 方法，先以性別分配調整，再以年齡分配調整，最後檢

定結果樣本分配與母體分配已無顯著差異。每一筆資料都乘以調整權數， $\frac{N_i}{N} / \frac{n_i}{n}$ ， N_i 和 n_i 是第 i 組如性別、年齡的母體人數和樣本人數，而 N 和 n 是母體總人數和樣本總人數，這樣使樣本與母體的分配在調整後無顯著差異。最後的權數是各步驟調整權數累乘。

表 12 樣本性別分配與母體性別結構之差異檢定

性別	樣本分配		母體分配		卡 方 檢 定
	樣本數	百分比	應有 樣本數	百分比	
總 計	1,313	100.0	1,313	100.0	卡方值=16.17> 3.84 (自由度 1，顯著水準 5%) 在 5% 顯著水準下，樣本與母 體的性別分配有顯著差異。
男	728	55.4	655	49.9	
女	585	44.6	658	50.1	

母體資料來源：101 年 10 月底內政部戶政司。

表 13 樣本年齡分配與母體年齡結構之差異檢定

年 齡	樣本分配		母體分配		卡 方 檢 定
	樣本數	百分比	應有 樣本數	百分比	
總 計	1,313	100.0	1,313	100.0	卡方值=142.46>9.49 (自由 度 5，顯著水準 5%) 在 5% 顯著水準下，樣本與 母體的年齡分配有顯著差 異。
20~29 歲	113	8.6	275	20.9	
30~39 歲	320	24.4	324	24.7	
40~49 歲	382	29.1	308	23.5	
50~59 歲	379	28.9	287	21.9	
60~65 歲	119	9.1	119	9.1	

母體資料來源：101 年 10 月底內政部戶政司。

3.2.3 樣本特性

本次調查之性別、年齡、個人月收入、職業保險，加權後的樣本分配如下：

在性別分配上，抽樣出的男女比率大致上各為一半，女性的比例占 49%，男性占 51%，兩者在統計上無顯著差異。

表 14 性別分配

性別	樣本數(人)	百分比
總計	1,313	100.0
男	641	48.8
女	673	51.2

在年齡分配上，此次問卷調查抽樣對象，年紀偏低，60 至 65 歲者的比例最少，占 9%，其他年齡層的比例皆差不多。

表 15 年齡分配

年齡	樣本數(人)	百分比
總計	1,313	100.0
20 至 29 歲	275	21.0
30 至 39 歲	324	24.7
40 至 49 歲	308	23.4
50 至 59 歲	287	21.8
60 至 65 歲	119	9.1

在個人收入方面，抽樣對象大多落在 2 萬～未滿 3 萬元、3 萬～未滿 4 萬元以及 4~未滿 6 萬元這三個區間內，以個人月收入為 2 萬～未滿 3 萬元者最多，占 30%，其次是 3 萬～未滿 4 萬元者的 22%及 4 萬～未滿 6 萬元者的 19%，再其次為 1~未滿 2 萬元者及 6~未滿 8 萬元者，皆占 7%。

表 16 個人收入分配

	樣本數(人)	百分比
總計	1,313	100.0
無收入	26	2.0
未滿 1 萬元	12	0.9
1~未滿 2 萬元	96	7.3
2~未滿 3 萬元	400	30.4
3~未滿 4 萬元	292	22.2
4~未滿 6 萬元	248	18.9
6~未滿 8 萬元	96	7.3
8~未滿 10 萬元	42	3.2
10~未滿 15 萬元	26	2.0
15~未滿 20 萬元	4	0.3
20~未滿 30 萬元	5	0.3
30 萬元以上	4	0.3
不知道/拒答	63	4.8

取得的投保種類上，大部分的人都是以投保勞保居多。抽樣資料以勞保者所占比例最高，占 84%，其次是公保者的 10%，再其次是農保者和國民年金者，皆占 3%，以漁保者的 1%所占比例最少。

表 17 投保種類

職業保險	樣本數(人)	百分比
總計	1,313	100.0
公保	128	9.7
勞保	1,101	83.8
農保	39	3.0
漁保	8	0.6
國民年金	38	2.9

此次調查的樣本每人在保險負擔方面偏低，本問卷資料計算出之平均每月每人所需繳交健保費為 595 元，而 100 年度健保局計算出平均月繳保費為 1250 元。

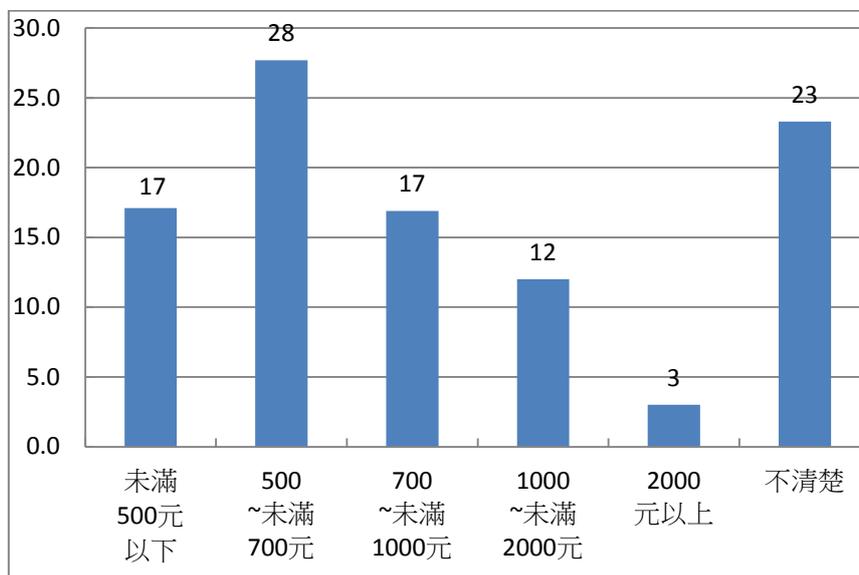


圖 24 每月個人平均繳交保費

3.2.4 問卷結果

(一) 醫療使用情況

本次調查的樣本，其醫療利用狀況，有七成（70%）民眾其家人沒有人曾住院，而且過去一年平均急診的次數為 1.07 次，受訪者家人每人平均門診次數為 7.69 次。此次調查的民眾，對於健保滿意度與中央健康保險局統計數據相較，是偏低的，本次問卷對全民健保制度滿意度（61.5%）低於中央健康保險局統計之滿意度（88.2%）。

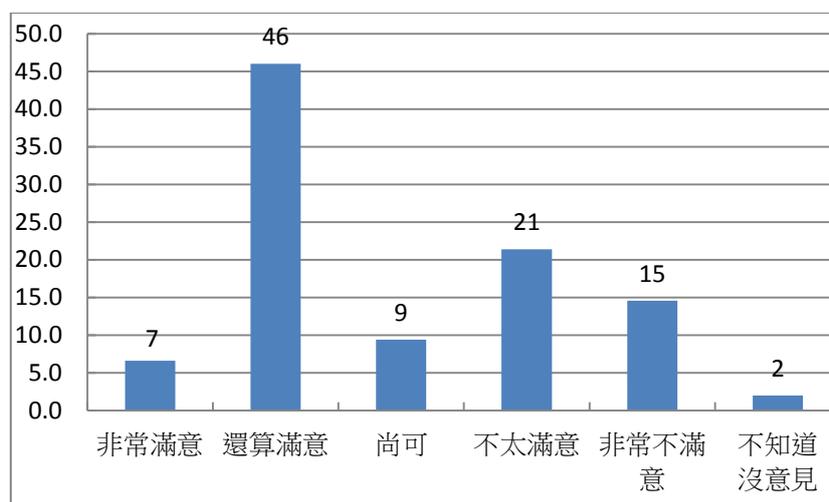


圖 25 全民健保制度滿意狀況

(二) 健保財務改革：降低支出

在這部分問項中，我們主要還是想詢問受訪者對於健保財務問題改革方向的看法，在降低健保支出上，問卷主要是詢問差額負擔方式（包括昂貴醫材及昂貴藥品）民眾的接受程度。

● 大多數人贊成差額負擔方式應推廣到醫材及特殊昂貴藥品

昂貴醫材如塗藥支架，若以差額負擔方式進行推廣，有 56% 的民眾表示贊成（含非常贊成 11% 及贊成的 45%），高於表示不贊成者的 38%。另外，教育程度越高者越贊成差額負擔方式應推廣到其他昂貴醫療材料，碩士學歷者的贊成度高達七成（72.2%），次為四技與大學學歷者，贊成度為 64.6%。

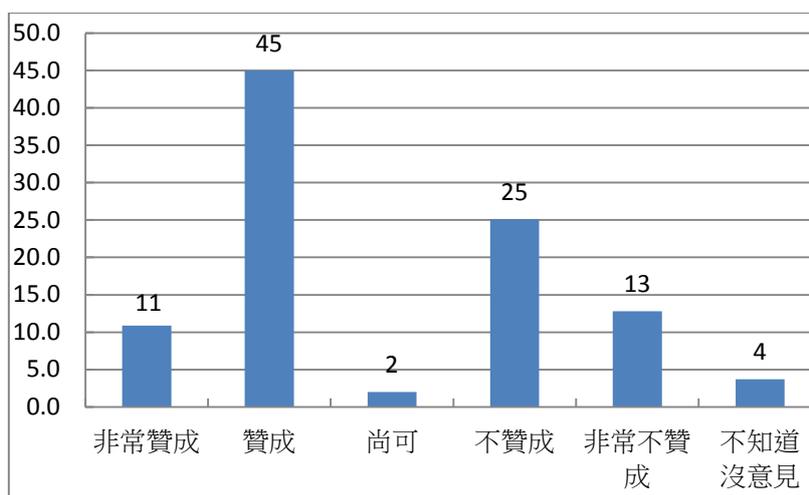


圖 26 差額負擔方式推廣到其他昂貴醫療器材的贊成度

昂貴藥品如標靶藥物，若以差額負擔方式進行推廣，有 53% 的民眾對表示贊成(含非常贊成者的 12% 及贊成者的 41%)，高於表示不贊成者有 41%(含不贊成者的 28% 及非常不贊成者的 13%)。

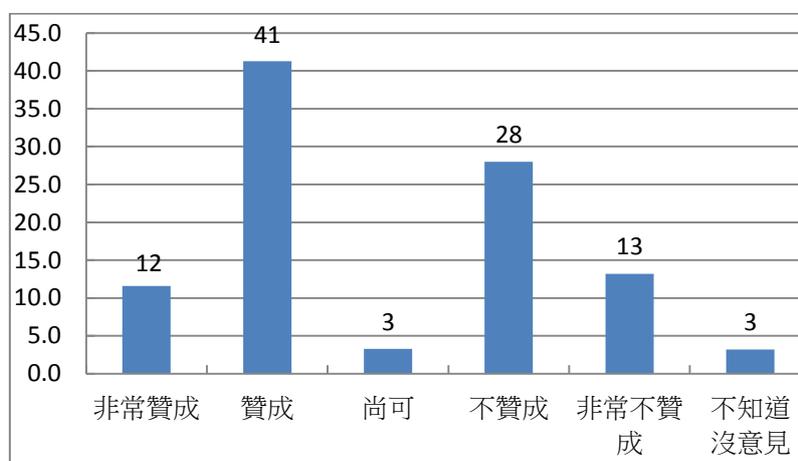


圖 27 差額負擔方式推廣到某些昂貴藥品的贊成度

(三) 健保財務改革：增加收入

在增加健保收入上，問卷主要詢問了提高 1% 「營業稅」及陸生來台就學期間可加保健保，民眾的支持度為何。其結果如下：

● 大多數人表示贊成提高 1%「營業稅」來支應健保財務

五成(53%)民眾表示贊成(含非常贊成的 17%及贊成的 36%)提高 1%「營業稅」來支應健保財務，高於表示不贊成(不贊成的 27%及非常不贊成的 13%)者的 40%。

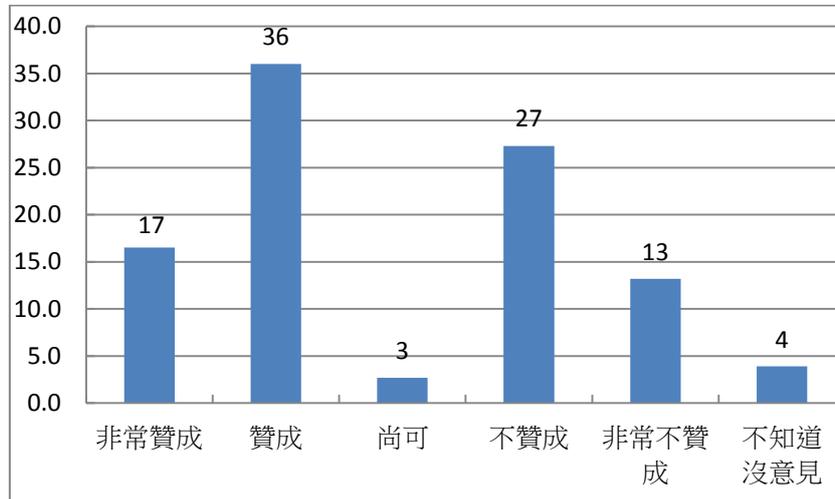


圖 28 提高 1%「營業稅」來支應健保財務的贊成度

● 大多數人表示不贊成陸生來台就學期間可加保健保

表示不贊成(含不贊成的 27%及非常不贊成的 37%)「陸生來台就學期間可加保健保」的比例占 64%，高於表示贊成(含非常贊成者的 5%及贊成者的 27%)者的 32%，另有 1%表示尚可，3%表示不知道、沒意見。另外，女性較男性更不贊成陸生來台就學期間可加保健保。

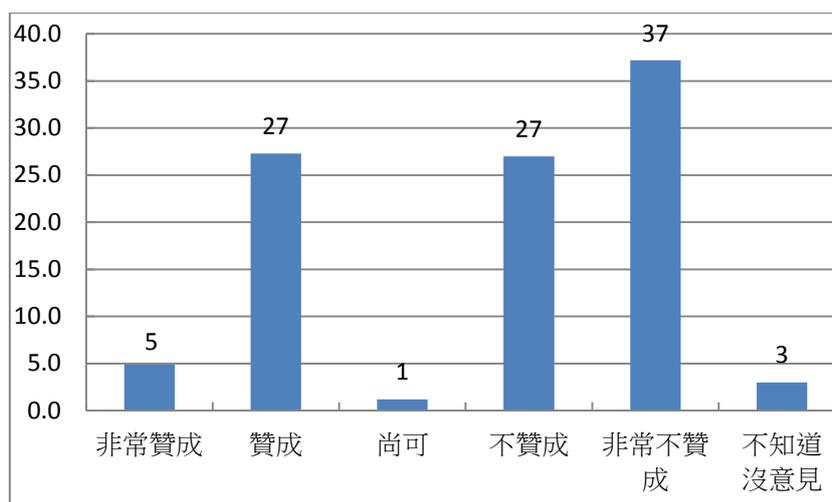


圖 29 「陸生來台就學期間可加保健保」的贊成度

(四) 補充保費問項

從 2013 年 1 月開始，健保保費除現行制度外，另針對六類所得課徵 2% 的補充保費。另外，補充保費在課徵時，對股利、股息、執行業務收入等項目都有最高金額的限制，當單筆股利或利息收入超過 1 千萬元部分以 1 千萬元計算；補充保費在課徵時為簡化行政程序與降低稽徵成本，針對股利、利息、執行業務收入等項目有最低金額的限制，當單筆股利或利息收入低於 5,000 元不予課徵。由於缺乏申報結算，這些措施不免引發民眾採用手段來規避補充性保費，問卷中針對這些進行調查。

● 健保收費制度的調整訊息有普遍宣導

80% 的民眾表示知道這個有關健保收費制度的調整訊息，高於表示不知道者的 20%。其中，年長者比年輕人更知道有關健保收費制度的調整訊息。教育程度越高者越知道有關健保收費制度的調整訊息。

● 補充保費制度實施並不被大眾所接受

有 60% 的民眾表示不贊成（含非常不贊成的 26% 及不贊成的 34%）補充保費制度的實施，高於表示贊成（含非常贊成的 4% 及贊成的 28%）者的 32%。其中，年輕者比年長者更不贊成補充保費制度的實施，20-29 歲的人有 74.3% 不支

持補充保費制度的實施，而 60-69 歲的人卻只有 47.1% 不支持。教育程度越低者較不贊成補充保費制度的實施。

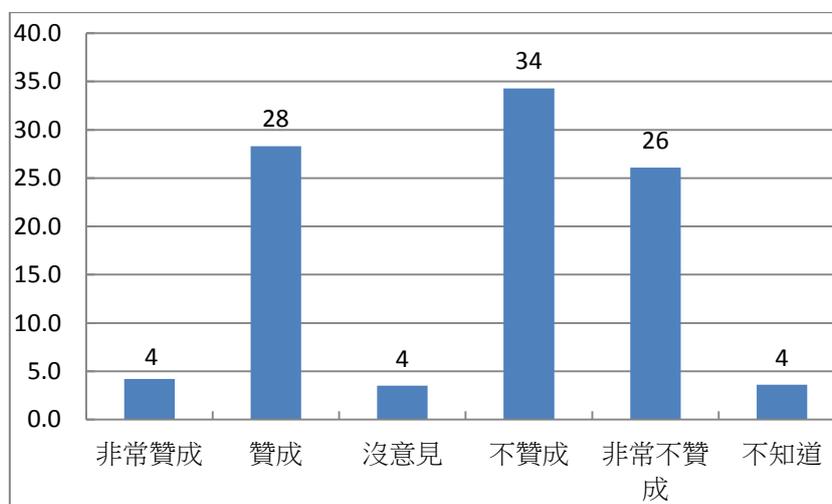


圖 30 補充保費制度實施的贊成度

● 民眾贊成補充性保費上限不變

有 37% 的民眾認為應維持此最高金額限制不變，其次是認為應提高至 5 千萬元者和不知道者，分別有 16% 和 17%，認為應下降至 1 百萬元者的 8% 比例最低。其中，女性較男性更認為應維持補充保費最高金額限制不變，有 37.9% 的女性認為應維持不變，有 31.6% 的男性認為應維持不變；有 28.9% 的女性認為應提高，有 23.7% 的男性認為應提高。年輕人比年長者更認為應維持補充保費最高金額限制不變，年齡層介於 20-29 歲的人有四成（46.0%）認為應維持不變，但年齡層介於 50-59 歲的人僅有三成（29.0%）認為應維持不變。

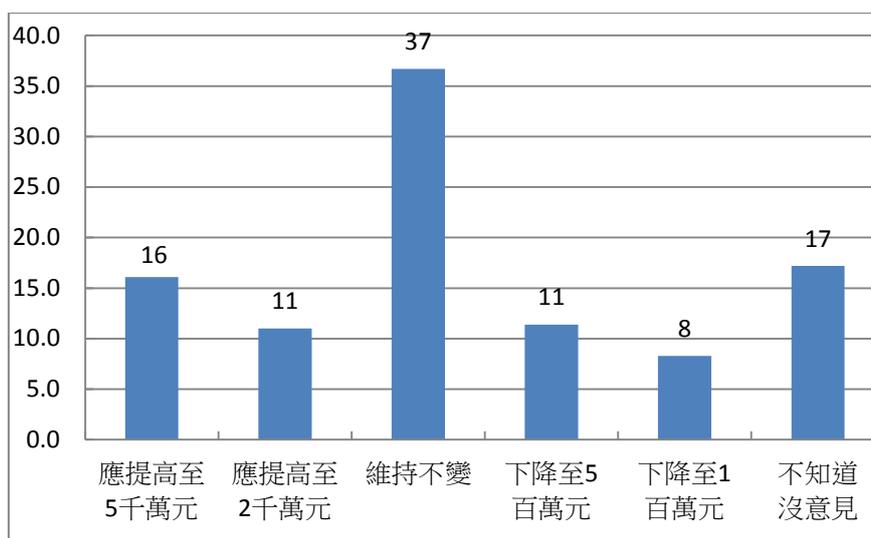


圖 31 補充保費的最高金額限制

● 民眾贊成提高補充性保費下限

有關補充性保費下限，40%的民眾認為應提高至2萬元，其次是維持此金額不變的35%，再次是認為提高至1萬元的12%。其中，女性較男性更認為應提高補充保費最低金額限制。另外，男性女性各有三成認為應維持不變。年長者比年輕人更認為應提高補充保費最低金額限制，年齡層介於40-49歲的人有六成（59.1%）認為要提高，但年齡層介於20-29歲的人卻有五成（55.8%）認為應維持最低限制不變。教育程度越高者較認為應提高補充保費最低金額限制，有66.7%的博士學歷者認為應提高，有61.1%的碩士學歷者也認為應提高，高中職學歷者則有47.6%的人認為應提高限制。收入越高者較認為應提高補充保費最低金額限制，平均月收入介於15-20萬者有75%認為應提高，次為介於8-10萬者有70%認為應提高，而平均月收入介於1-2萬元者僅有44.8%的人認為應提高，平均月收入介於3-4萬元者則有50.3%的人認為應提高。

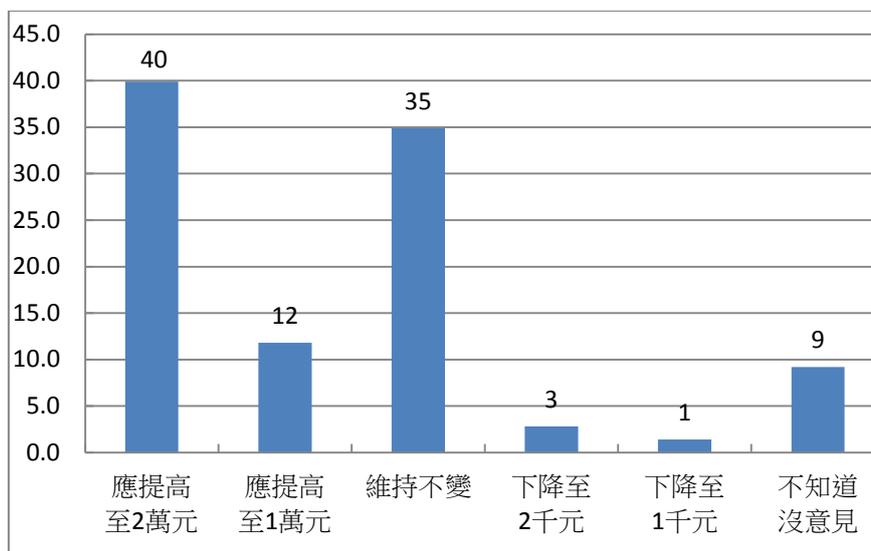


圖 32 補充保費的最低金額限制

● 多數民眾贊成將補充性保費合併於綜所稅結算申報

未來如果將目前補充保費的單筆收入最高金額與最低金額的限制廢除，改合併於年度綜合所得稅時統一結算申報。有 63%的民眾表示贊成（含非常贊成的 11%及贊成的 52%），高於表示不贊成者（含不贊成的 20%及非常不贊成的 10%）的 30%。

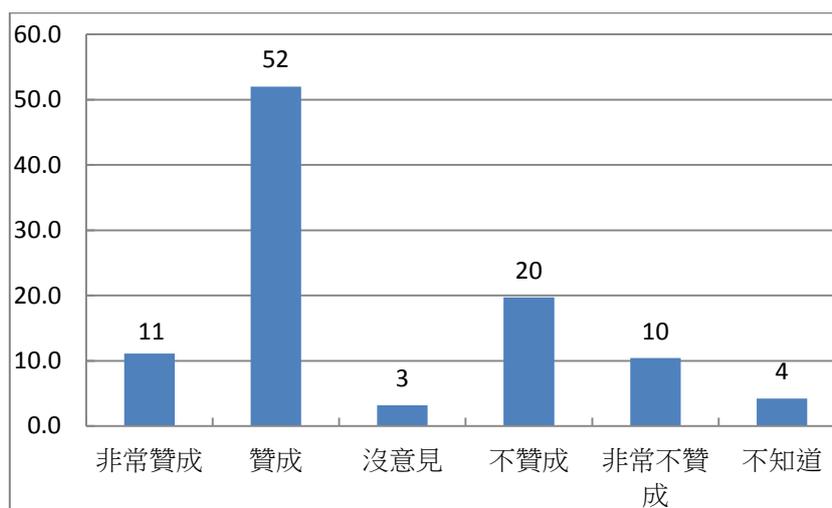


圖 33 合併年度綜合所得稅統一結算申報贊成度

（五） 補充保費執行問題

補充保費收取會影響多少家戶呢？本部分問項詢問民眾是否有六類（如年終獎金、兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得，及租賃收入）中各類所得，再詢問民眾對補充性保費支持與否。

● 高額獎金部分

大多數民眾過去一年曾領取年終獎金、績效獎金，有 32% 的民眾表示過去一年未曾領取年終獎金、績效獎金等等，有領取的民眾，領取未滿 5 萬元、5~10 萬元者各有 27%，領取 10~30 萬元者有 10%。而大多數民眾贊成高額獎金納入補充保費課徵。

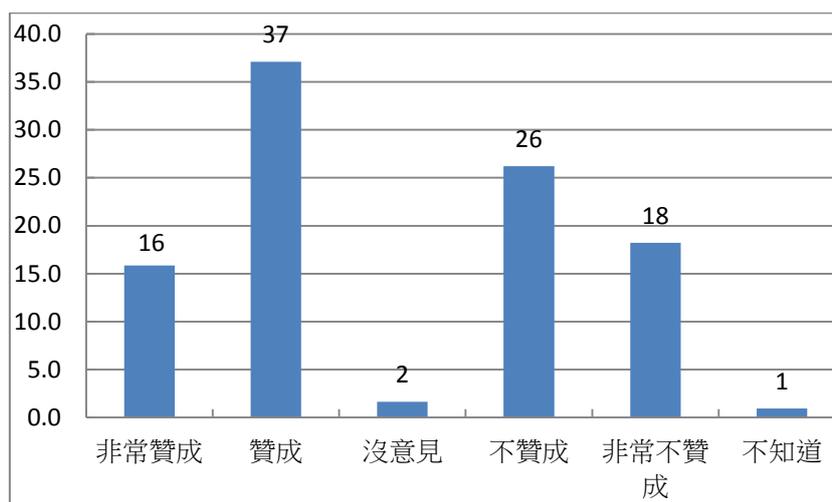


圖 34 高額獎金納入補充保費的贊成度

有 53% 的民眾對「高額獎金納入補充保費課徵」表示贊成（含非常贊成的 16% 及贊成的 37%），高於表示不贊成的 44%（含不贊成的 26% 及非常不贊成 18%）。其中，年長者比年輕人更贊成高額獎金納入補充保費課徵，60-69 歲的人有 68.9% 的人贊成，50-59 歲的人有 62.0% 的人贊成，但 20-29 歲的人僅有 39.8% 的人贊成。教育程度越高者較贊成高額獎金納入補充保費課徵，博士學歷者有 88.8% 的人贊成，碩士學歷者有 62.0% 的人贊成，高中職學歷者有 58.8% 的人贊成。

● 兼職所得部分

大多數民眾過去一年不曾領取兼職所得，有八成（87%）的民眾過去一年不曾領取兼職所得，而且大多數民眾也不贊成兼職收入納入補充保費課徵。

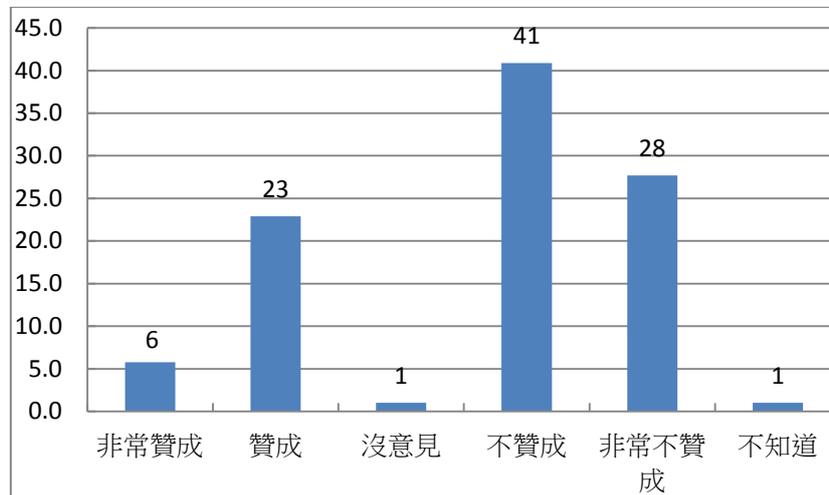


圖 35 兼職收入納入補充保費的贊成度

有 29% 的民眾對「兼職收入納入補充保費課徵」表示贊成（含非常贊成的 6% 及贊成的 23%），低於表示不贊成的 69%（含不贊成的 41% 及非常不贊成 28%），另有 1% 表示沒意見，1% 表示不知道。其中，女性較男性不贊成兼職收入納入補充保費課徵，有 71.6% 的女性不贊成，有 61.8% 的男性不贊成。年輕人較年長者不贊成兼職收入納入補充保費課徵，20-29 歲者有八成（78.8%）不贊成，高於 60-69 歲者有六成（57.9%）不贊成。教育程度越低者較不贊成兼職收入納入補充保費課徵。

● 執行業務收入

大多數民眾過去一年沒有領取過執行業務收入，有 96% 的民眾表示過去一年沒有領取過版稅、演講鐘點費或身為會計師、律師執行業務所賺取的執行業務收入，高於有領取者的 4%，而且大多數民眾贊成執行業務收入納入補充保費課徵。

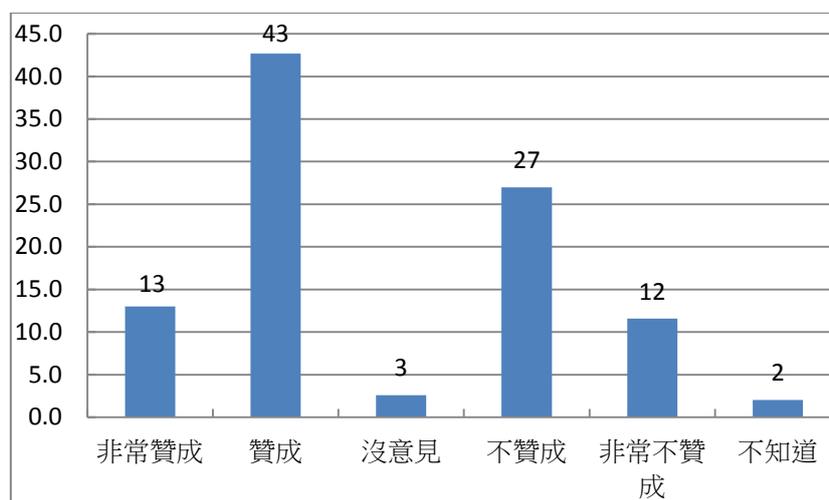


圖 36 執行業務收入納入補充保費的贊成度

有 56% 的民眾對「執行業務收入納入補充保費」表示贊成（含非常贊成的 13% 及贊成的 43%），高於表示不贊成的 39%（含不贊成的 27% 及非常不贊成 12%）。其中，年長者較年輕人贊成執行業務收入納入補充保費課徵，60-69 歲者有七成（69.7%）贊成，50-59 歲者也有七成（69.3%）贊成，但 20-29 歲者卻只有四成（41.5%）贊成，30-39 歲者則為六成（60.3%）贊成。

● 股利所得

大多數民眾過去一年沒有領取過股利收入，有 67% 的民眾表示過去一年沒有領取過股利收入，19% 的民眾領取未滿 5 萬元，領取 5~10 萬元的有 9%。對於「股利及現金股利皆須課徵 2% 的補充保費」有 46% 的民眾表示贊成，有 50% 的民眾表示不贊成，但二者在統計上並無顯著差異。

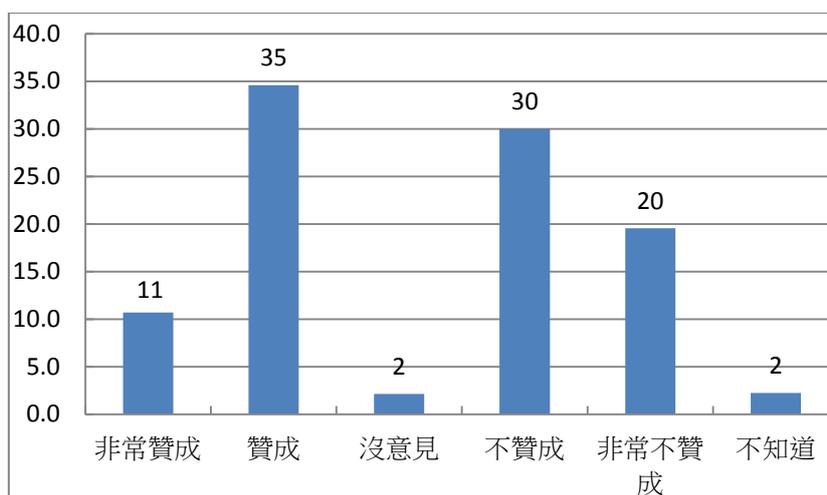


圖 37 股利及現金股利納入補充保費的贊成度

● 利息所得部分

大多數民眾過去一年曾領取利息所得，僅有兩成（22%）的民眾過去一年不曾領取利息所得，有領取的民眾，以未滿 5 千元、5 千~2 萬元最多，各占 33%、29%，其次是 2~5 萬元、超過 5 萬元，各占 5%。另外，大多數民眾不贊成利息收入納入補充保費課徵。

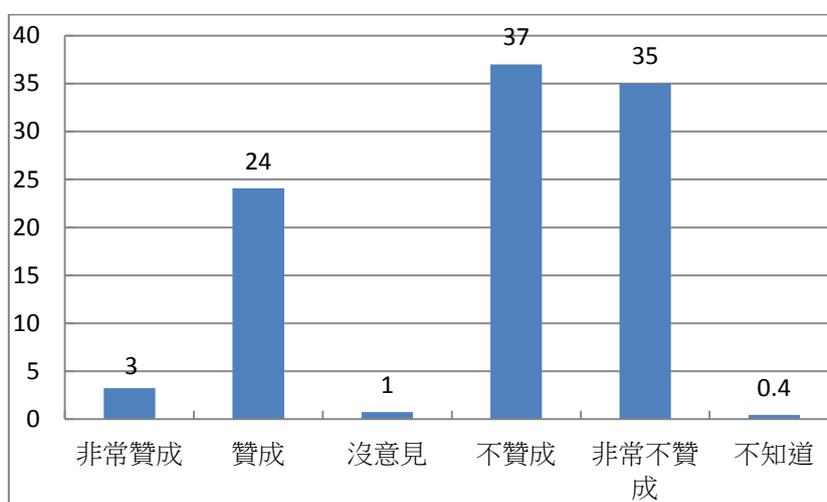


圖 38 股利及現金股利納入補充保費的贊成度

有 72% 的民眾對於「利息收入須納入補充保費課徵」表示不贊成(含不贊成的 37% 及非常不贊成的 35%)，高於表示贊成的 27%(含非常贊成的 3% 及贊成 24%)。其中，女性較男性不贊成利息收入納入補充保費課徵，女性有 76.8% 的人不贊成，男性有 62.9% 的人不贊成。年輕人比年長者更贊成利息收入納入補充保費課徵。20-29 歲者有高達八成(81.4%)不贊成，30-39 歲者也有七成(73.7%)

不贊成，相對地，60-69 歲者卻只有五成（54.6%）不贊成。

● 租金收入部分

九成（92%）的民眾過去一年不曾領取租金，有領取租金收入的民眾，有 3% 的民眾領取 5~10 萬元，其次是有 2% 的民眾領取 10~30 萬元，再次為領取未滿 5 萬元及領取超過 30 萬元，各有 1%。此外，大多數民眾贊成租金收入納入補充保費課徵。

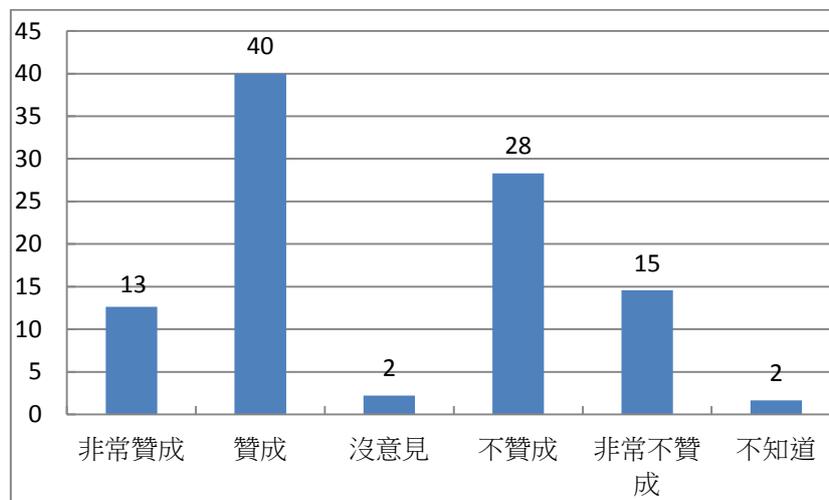


圖 39 租金收入納入補充保費的贊成度

有 53% 的民眾對「租金收入納入補充保費課徵」表示贊成（含非常贊成的 13% 及贊成的 40%），高於表示不贊成的 43%（含不贊成的 28% 及非常不贊成 15%）。其中，男性較女性贊成租金收入納入補充保費課徵，男性有六成（61.3%）的人贊成，女性則有五成（53.2%）的人贊成。年長者較年輕人贊成租金收入納入補充保費課徵，60-69 歲者有六成（64.7%）的人贊成，50-59 歲者也有六成（60.2%），高於 20-29 歲者的 44.3%。

（六）補充保費規避行為

補充保費制度可能導致民眾為避稅而改變收入取得方式，例如民眾可能會因此改變兼職時數，可能會在股利發放前賣出股票，可能將其收入拆單分開以

小筆或改變租金計算方式。問卷對規避行為調查結果如下。

● 兼職所得部分

在兼職所得部分，我們想詢問受訪者是否會因此變動兼職工作時數，由於健保局明年對於「兼職所得須課徵 2% 補充保費」，目前有兼職收入者有 56% 表示未來不會變動兼職工作時數；無兼職收入者有 52% 的比例認為一般民眾不會考慮，但有 48% 認為會，兩者在統計上無顯著差異。

● 股利所得部分

有股利收入者有 48% 會考慮於發放股利前賣出股票(不參加除權息)，有 52% 不會考慮，但此兩者在統計上無顯著差異；無股利收入者有 70% 的比例認為一般民眾會於發放股利前賣出股票。由於補充保費亦針對股票股利進行課徵，若公司分配股利時，沒有現金供扣取補充保費時，後一年度由健保局開單收取，過去一年曾領取股利收入的民眾，有 63% 表示會影響自身選股考量，高於不會的 37%。過去一年未曾領取過股利收入的民眾，79% 認為補充保費對股票股利進行課徵會影響一般人的選股考量，有 21% 表示不會。

● 利息所得部分

關於利息所得，問卷主要是詢問受訪者是否會因規避補充保費而考慮將利息收入拆單。對於利息所得單筆給付 5000 元以上須課徵 2% 補充保費，有利息收入者有 9% 已經調整透過拆單方式規避補充保費的繳納，有 55% 表示正在考慮；無利息收入者有 89% 的比例認為一般民眾會考慮拆單。

● 租金收入部分

針對租金收入部分的規避行為，我們詢問了受訪者是否為規避補充保費考慮將租金計算或付租方式加以調整的問題，由於租金收入單筆金額達 5000 元以上須課徵補充保費，有租金收入者有五成（50%）會考慮將租金計算或付租方式調整；無租金收入者有 83% 的比例認為一般民眾會為規避補充保費而考慮調整租金計算方式。

（七）行政執行問題

本部分主要在討論補充保費執行時可能面臨到的個資法爭議。由於健保局針對前述六項收入須課徵 2% 補充保費，但每一項皆有排除對象，例如低收入戶可免繳補充保費，問卷中詢問受訪者是否贊成給付(扣繳)單位可透過網路查詢獲知其為排除對象，若不贊成給付單位可直接透過網路查詢身份，再詢問受訪者是否贊成事後由健保局統一開單，無須繳納補充保費的對象亦需事後才可進行退費。

由問卷調查顯示，大多數民眾贊成扣繳單位可透過網路查詢獲知民眾是否為補充保費排除對象。有 60% 的民眾對「扣繳單位可透過網路查詢獲知民眾是否為排除對象」表示贊成（含非常贊成的 13% 及贊成的 47%），高於表示不贊成的 36%（含不贊成的 20% 及非常不贊成 16%）。其中，年輕人較年長者贊成扣繳單位可透過網路查詢獲知民眾是否為補充保費排除對象。20-29 歲者有七成（71.7%）的人贊成，高於 50-59 歲者有五成（54.4%）贊成。

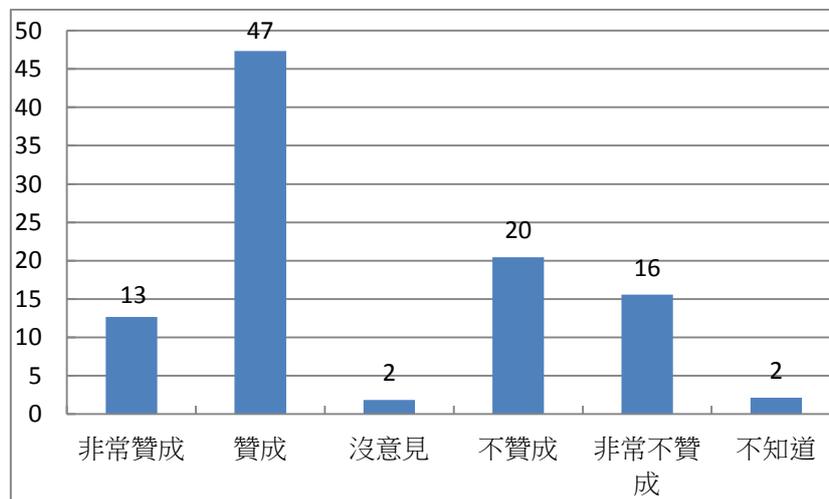


圖 40 透過網路查詢是否為補充保費排除對象的贊成度

問卷調查也顯示出，大多數民眾認為無須繳納補充保費者需事後進行退費。事後由健保局統一開單，無須繳納補充保費的對象須事後進行退費，有 51% 的

民眾表示贊成（含非常贊成的 10%及贊成的 41%），高於表示不贊成的 44%（含不贊成的 28%及非常不贊成 16%）。其中，男性較女性認為無須繳納補充保費者需事後進行退費。男性有 55.9%的比例贊成，女性則有 49.9%的比例贊成。

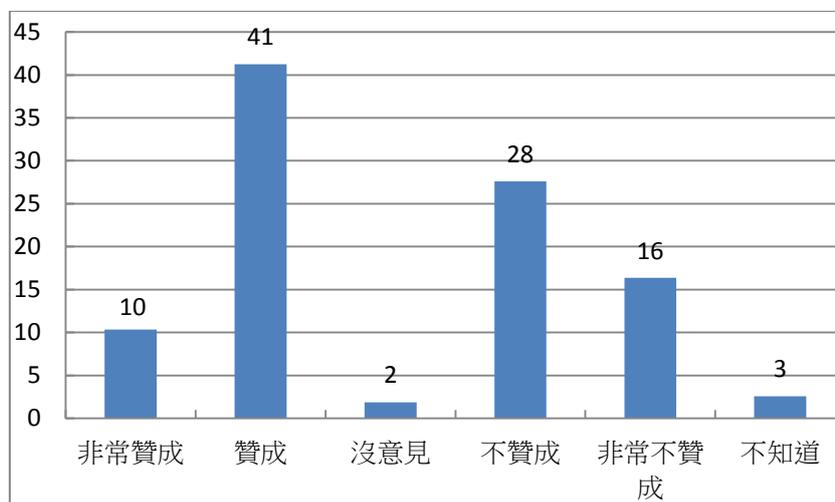


圖 41 無須繳納補充保費者需事後進行退費的贊成度

3.3 兩次問卷比較

(一) 健保財務改革方案

在兩次問卷中，在降低健保支出上針對差額負擔進行調查。在兩次問卷中，皆有五成以上民眾贊成推廣到其他昂貴醫療材料（兩次贊成比例分別為 51% 和 56%），特殊昂貴藥品的贊成度波動較大（兩次贊成比例分別為 44% 和 53%）。而在增加健保收入上，皆有近五成的民眾贊成提高 1%「營業稅」來支應健保財務（兩次贊成比例為 48% 和 53%）。最後，陸生來台就學加保健保贊成度則兩次都超過五成（兩次不贊成比例分別為 55% 和 64%）。

(二) 補充保費問項

對 2011 年 1 月公布的二代健保法，第二次問卷調查的民眾其對於健保收費制度的調整訊息的認知度有提高（80%），較第一次問卷調查（72%）更高，表示有更多人知道有關健保收費制度的調整訊息。但約六成民眾表示不贊成補充保費制定的實施，（兩次不贊成比例分別為 59% 及 60%）。另外兩次皆有約六成的民眾贊成補充保費合併於年度綜合所得稅時統一結算申報。

表 18 兩次問卷結果比較

	第一次問卷	第二次問卷
第三部分：健保財務問題		
差額負擔方式推廣到其他昂貴醫療材料的贊成度	51% 贊成	56% 贊成
差額負擔方式推廣到某些特殊昂貴藥品的贊成度	44% 贊成	53% 贊成
提高 1%「營業稅」來支應健保財務的贊成度	48% 贊成	53% 贊成
「陸生來台就學期間可加保健保」的贊成度	55% 不贊成	64% 不贊成
第四部分：補充保費問題		
健保收費制度調整訊息的認知度	72%	80%
是否贊成補充保費的實施	59% 不贊成	60% 不贊成
合併年度綜合所得稅統一結算申報贊成度	59% 贊成	63% 贊成

第四章 結論與立法建議

4.1 結論

目前全民健康保險財務收支缺口日益擴大，2009 年度累積虧損近 700 億，2010 年健保局將費率由 4.55% 調整至 5.17%，但累積虧損仍近 500 億。為使全民健康保險降低虧損，2013 年 1 月 1 日起健保保費除了維持現制外，另針對高額獎金（如年終獎金等）、兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得，及租賃收入，課徵 2% 的補充保費。本研究透過兩波問卷調查，並實施兩波問卷調查，了解民眾對各項方案看法，提供台灣未來健保財務改革方向參考。綜合兩波問卷結果，在健保財務改革和補充性保費兩部分得到下列結論。

（一） 補充性保費

補充保險費以單筆給付且無結算申報，採就源扣繳為主，並設有上下限規定（上限為 1 千萬，下限為 5000 元），導致雇主及民眾規避誘因大增，在稽徵上成本高，本研究針對補充性保費制度是否為民眾所接受，及民眾對於補充保險費規避行為看法進行調查。

- 民眾最贊成之項目為執行業務所得和高額獎金，最反對之項目為租金收入和兼職所得。

有 53% 的民眾支持「高額獎金」課徵補充保費；56% 的民眾對「執行業務收入納入補充保費」表示贊成；對於「股利及現金股利皆須課徵 2% 的補充保費」有 46% 的民眾表示贊成；72% 的民眾對於「利息收入須納入補充保費課徵」表示不贊成；僅 29% 的民眾贊成「兼職所得」課徵；兼職所得最為特殊，持有民眾僅 13%，卻僅 29% 贊成課徵，可能是因為一般認為賺取兼職所得者應為經濟較為窘迫者之故。

- 過半民眾認為補充保險費規避行為會相當普遍。

有股利收入者有 48% 會考慮於發放股利前賣出股票（不參加除權息）；無股

利收入者有 70% 比例認為民眾會於發放股利前賣出股票；有利息收入者已有 9% 已拆單，有 55% 考慮中；有租金收入者有五成會考慮將租金計算或付租方式調整；由此可知，股利、利息、租金收入的規避行為可能會相當普遍。唯一比較少的是兼職所得，有兼職收入者有 56% 表示未來不會變動兼職工作時數。

- **約六成民眾反對補充性保費。**

第一波調查約 70% 民眾知道課徵補充保險費的訊息，第二波略微提高至 80%，顯示隨著補充性保費開徵時間越來越近，越多民眾知道這個消息。在兩波調查中，皆有超過一半(約六成)民眾反對這個制度設計。

- **約六成民眾認為應該納入所得稅結算申報。**

在調查中僅有四成民眾支持現有上下限設計，六成民眾支持未來應比照綜合所得稅於年度結算申報，來降低收取補充性保費的行政成本。

(二) 健保財務改革

- **八成民眾認定健保財務虧損來自醫療浪費。**

第一波問卷調查結果發現，在醫療資源浪費及人口老化兩題問項中，高達八成民眾認定醫療資源浪費導致健保財務問題惡化主因，且認為醫療資源浪費來自「常有民眾拿藥卻未服用」、「民眾有逛醫院的習慣」、「民眾無論大小病都往大醫院跑」。

- **在降低健保支出上，僅差額負擔獲得較高支持。**

在降低健保支出，七成民眾反對「保大不保小」；而要提高部分負擔，調查結果顯示須提高到醫學中心部分負擔到 600 元時(目前為 360 元)，也就是增加近 70%，才會抑制醫療資源浪費效果。僅差額負擔，但此方案贊成比例僅略高於不贊成比例，亦非被民眾普遍接受的方案。

- **在增加健保收入上，擴大費基獲得支持高過提高費率。**

解決健保財務問題也可從擴大健保財務來源：提高現有保險費率、擴大費

基、增加其他財源三方面著手。有 69% 的民眾表示不贊成提高費率，且高收入者較不贊成；僅 24% 反對擴大費基，在贊成擴大費基的民眾中，在股票股利、利息所得、高額獎金及非薪資所得項目中，以高額獎金取得過半贊成。

- **增加其他財源上，健康捐和營業稅獲得較高支持。**

開徵酒品健康捐、檳榔健康捐、加徵菸品健康捐等選項僅兩成以下的民眾反對。此外，提高 1% 營業稅也獲得過半支持。

4.2 立法建議

根據學理依據、專家諮詢會議及調查結果，分別針對補充保費及未來健保財務改革方案提出下列建議：

(一) 補充保險費方面：

- **增加結算申報設計。**

根據近來報導可知補充保險費課徵方式不僅稽徵成本高、且雇主及民眾規避誘因大，更有違保費負擔公平原則，更有高達六成民眾反對，本研究建議未來補充保險費可增加結算申報設計，且各項費基定義比照綜合所得稅法相關規定，調查結果中亦顯示高達六成民眾贊成加入結算申報設計。

- **由健保局統一扣（退）費。**

補充保險費並未對所有對象課徵，各項費基需排除不同身份：例如兼職所得排除投保類別為第二類者；執行業務收入排除以執行業務身份投保者，故扣費單位需查核給付對象身份，得透過網路進入健保局建置查詢專區，此有違個人資料保護法之虞。再者，「全民健康保險扣取及繳納補充保費辦法」中規定利息所得低於兩萬元以下由健保局代為扣費，但現行「全民健康保險法」中健保局並非扣費義務人，此規定存在違反母法之虞。

綜合上述兩點疑慮，本研究建議未來補充保費應改以結算申報為主，就源扣繳為輔，並於母法中規定健保局為扣費義務人，改由健保局統一扣費。不僅

降低稽徵成本及雇主與民眾規避誘因，更可提升保費負擔公平性，亦避免扣費單位透過網路查核給付對象身份，而存在個人資料外洩之疑慮。本研究建議未來應積極進行修法。

（二） 健保財務改革

● 民眾對健保降低給付的接受度不高，唯一較高支持為差額負擔。

以民眾普遍相信健保赤字主因為醫療浪費來看，未來健保局勢必需針對醫療資源浪費的問題提出適合改善方案。在幾個可能方案中，「保大不保小」與現行健保給付範圍差異過大，有相當高比例民眾表示不贊成。提高部分負擔的部分，需在增加近 70% 才會稍有抑制醫療資源浪費的效果。唯有差額負擔這政策贊成比例略高於不贊成比例，但非被民眾普遍接受的方案。本研究建議未來推動相關改革時，或可以差額負擔為可行方案，但仍需有妥善的配套措施解決經濟弱勢族群將面對的就醫財務障礙的問題。

● 在健保增加收入上，擴大費基支持度高於提高費率。

調查結果顯示高達 69% 的民眾表示不贊成提高保險費率。在目前健保平衡費率即將突破法定費率上限 6%，除非未來修法提高費率上限，否則在維持現有計費基礎下，難以僅賴提高費率解決健保財務問題。相較之下，調查中顯示贊成擴大費基較提高費率比例高出許多。推測民眾對於現有保費以經常性薪資為主的計費基礎存在反對意見，若可完全將所有所得項目納入，相對降低薪資所得者保費負擔，相信可獲得相當程度民眾支持。

● 適度藉由增加其他財源以增加保險收入亦為可行方案。

根據民調結果，開徵酒品健康捐、檳榔健康捐、加徵菸品健康捐，僅兩成以下的民眾反對。提高 1% 營業稅亦取得過半支持。可知提高 1% 營業稅及健康捐為民眾較能接受的方式，可納入未來健保改革方向。

綜合上述三點，本研究建議健保財務改革在短期上以修正補充保費相關規定為主；中期則可考慮將補充性保費費基擴大為個人總所得，並透過其他財源

來挹注健保收入；長期則建議將收費制度進行全面性改革，以原有二代健保精神，將健保收入改成以個人或家戶總所得為基礎計費。至於以個人或家戶總所得為計費基礎，則看能否同時改變繳費下限問題。否則改以個人總所得為計費基礎，若仍存在繳費下限，對於家中完全無賺取所得能力人口越多的家庭造成越重負擔。

參考文獻

一、 中文部分

1. 王正：我國社會安全財源籌措之理念與原則。社會安全問題之探討，1993。
2. 王政，2004。「以法國健保為鏡--解讀法國健康保險制度」。行政院衛生署健康保險雙月刊，50，頁 21-24。
3. 朱澤民：新健保法修正內容與會計、稅務相關問題。2011年3月24日演講稿。
4. 行政院：全民健康保險費率精算報告。台北：中央健康保險局，2012。
5. 行政院：第一階段規劃報告。台北：衛生署二代健保規劃小組，2002、2003。
6. 行政院衛生署：二代健保規劃叢書-全民健保財源籌措改革規劃。台北：衛生署，2004。
7. 吳再益、曾巨威：酒品健康福利捐開征之可行性及其影響層面之研究，行政院衛生署委託研究計劃，2010。
8. 吳再益等：全民健保補充性財源可行性與合理性之研究，行政院衛生署委託研究計劃，2011。
9. 李卓倫：探討課徵檳榔健康捐及檳榔管理可行方案研究---以中部地區為例，行政院衛生署委託研究計劃，2004。
10. 周怡君，2010。從與荷蘭健保制度之比較論德國「健保基金」實行對德國社會保險原則轉變的可能性，行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告。
11. 周怡君、林志鴻，2008。「從德國最新健保改革論其對德國社會保險典範轉變之意義」。社會政策與社會工作學刊，12（2），1-39。
12. 美國社會福利局網站。<http://www.socialsecurity.gov/>
13. 徐偉初、周麗芳、翁文恆、洪明皇：二代健保規劃叢書-民眾保險費分擔方

式變更之公平性評估。台北，行政院衛生署，2004。

14. 張育嘉、劉見祥、邱尚志、陳俊宏、劉人尹、林書郁等人，2010。「台灣與 OECD 國家健保制度之績效比較研究」。行政院衛生署中央健康保險局委託研究報告。
15. 梁正德、韓幸紋：全民健保擴大費基方案對財務負擔之影響分析。保險專刊 2002；18（2）：1-24。
16. 許績天、韓幸紋、連賢明、羅光達：部分負擔調整對醫療利用的衝擊：以 2005 年政策調整為例，台灣衛誌 2011；30（4）：326-336。
17. 連賢明、李妙純、鄭清霞：健保新制財務規劃之研究。行政院衛生署委託研究計畫，2011。
18. 陳聽安、張慶輝、鄭文輝、梁正德、蘇建榮：我國全民健康保險財務規劃之研究。保險事業發展中心，1993。
19. 陳聽安：健康保險財務與體制。台北，三民出版，2003。
20. 曾巨威：課徵檳榔捐之捐稅制度建構，行政院衛生署國民健康局九十四年度委託研究計畫，2005。
21. 劉錦龍：空氣污染防制政策對新生兒健康影響評估，經濟論文叢刊 2007，35（4）：477-511。
22. 德國聯邦衛生部網站。<http://www.bmg.bund.de/>
23. 蔡貞慧、張鴻仁、王本仁：2002 年調整保費及部分負擔對全民健康保險財務公平性之影響。人文及社會科學集刊 2005；17（1）：1-31。
24. 蔡貞慧：我國全民健康保險的所得重分配效果：1995~2000。社會政策與社會工作學刊 2004；8（1）：221-250。
25. 鄭文輝、葉秀珍、蘇建榮：全民健保保險對象家庭財務負擔與醫療使用之探討。行政院衛生署委託研究計畫，1998。

26. 鄭清霞、陳正芬、王靜怡、陳明芳：長期照護保險費用估算、費率精算及調整機制之探討。行政院衛生署委託研究計畫期中報告，2011。
27. 盧瑞芬、蕭慶倫：臺灣國民醫療衛生保健帳戶的建立，經濟論文叢刊 2001，29（4）：547-576。
28. 薛政文，2009。「比利時健康保險制度之研究」。淡江大學歐洲研究所碩士論文。
29. 羅紀琮，2006。「健康保險制度：日、德、法、荷的經驗與啓示」。臺北市：巨流出版社。

二、 英文部分

1. Gottret, Pablo and George, Schieber: Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. Washington, DC, World Bank, 2006.
2. Hirsch, Donald and Philip, Spiers: Funding Care: How Can Each Generation Pay Its Fair Share? York: Joseph Rowntree Foundation, 2010.
3. Kutzin, Joseph: Conceptual Framework for Analyzing Health Financing Systems and the Effects of Reforms. in Joseph Kutzin, Cheryl Cashin and Melitta Jakab (Eds.), Implementing Health Financing Reform : Lessons from Countries in Transition World Health Organization 2010; 3-24.
4. Merlis, Mark: Long-Term Care Financing: Models and Issues. Retrieved November 20, 2004.
5. Stone, E. and C., Wood: A Funding Settlement that Works for People, Not Services," Joseph Rowntree Foundation, Accessed July 14, 2011.
6. Holstein, Adora and Patrick Litzinger, 2008. "Health Care System Financing and design_convergent Trends in North America and Europe". International & Economics Research Journal, 7(10):15-20.
7. Kenneth E. Thorpe, "Estimated Federal Savings Associated with Care Coordination Models for Medicare-Medicaid Dual Eligibles." America's Health

Insurance Plans, September 2011.

8. Kaiser Family Foundation, Medicare Chartbook. Fourth Edition, 2010
9. Cleemput, I., & Kesteloot, K. 2000. "Health technology assessment in Belgium." *International journal of technology assessment in health care* , 16 (2):325-346.
10. Corens, D. 2007. "Health system review: Belgium." *Health Systems in Transition*, 9 (2):1-172.
11. Crainich, D., & Closon, M. 1999. "Cost containment and health care reform in Belgium." In E. Mossialos, & J. Le Grand (Eds.), *Health care and cost containment in the European Union*. U.K.: Ashgate.
12. Dixon, Anna and Mossialos, Elias. 2002. "*Health care systems in eight countries: trends and challenges*." London School of Economics and Political Science, London, UK. ISBN 075301548X.
13. Turquet, P., 2012. "Health insurance system financing reforms in the Netherlands, Germany and France: Repercussions for coverage and redistribution." *International Social Security Review*, 65.
14. Bartholomé, Y. and Maarse H., 2006. "Health insurance reform in the Netherlands," *Eurohealth*, 12, 2, 7-9.
15. Exter, A., Hermans, H., Dosljak, M. & Busse, R. (2004). *Health care systems in transition: Netherlands*. European Observatory on Health Systems and Policies.
16. Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W. and van Ginneken, E. (2010). *The Netherlands: Health system review*. *Health Systems in Transition*, 12(1):1–229.
17. Westert GP et al. eds (2008). *Dutch health care performance report 2008*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)

貳、計畫工作項目

一、會議摘要

(一) 專家諮詢會議

會議名稱：第一次專家諮詢會議

(1) 辦理目的：第一波問卷設計問項之討論

(2) 辦理時間：中華民國 101 年 7 月 26 日(六)14:00-16:00

(3) 參與人員：連賢明教授、朱澤民教授、金世朋教授、徐偉初教授、蘇建榮教授、鄭清霞教授、李妙純教授、許績天教授、梁景洋教授、林晏如教授、陳俊志教授、汪志勇教授、韓幸紋教授。

(4) 重要結論：

問卷用字宜改較淺顯易懂的方式，例如醫療浪費問項中「保大不保小」的贊成程度，可舉例感冒不付，使受訪者較容易理解。

在開拓健保其他財源問項中，除了菸/酒品健康捐、檳榔健康捐、飲料稅、富人稅外，可增加「調高營業稅徵收率」的問項。

問卷調查方式，可為電話訪問及問卷訪問，並應避免樣本過度集中某一地區而造成抽樣誤差的問題發生。

會議名稱：第二次專家諮詢會議

(1) 辦理目的：第一波問卷結果討論，及第二波問卷設計之改善

(2) 辦理時間：中華民國 101 年 11 月 15 日(四)16:00~17:00

(3) 參與人員：劉錦添教授、連賢明教授、楊葉承教授、金世朋教授、徐偉初教授、朱澤民教授、陳俊志教授、林晏如教授、韓幸紋教授、許績天教授、程智男教授。

(4) 重要結論：

多數民眾對於營業稅可能有錯誤認知，常會與營所稅搞混，誤以為營業稅是企業雇主負擔，所以贊成比例高

民眾對健保的本質未必了解，其看法不一定能做為政策參考。健保存在的本質乃希望降低重大傷病病患負擔，但若問卷結果是希望提高重大傷病的保費，就違背健保設立目的，這問題並不恰當。

第二波問卷個人基本資料不宜太多，交叉分析會過於複雜。高額獎金及執行業務所得，在詢問之前應先定義清楚。以執行業務者投保以及擁有股票股利的民眾不多，樣本抽取不易。

二、 計畫績效指標及人力投入

(一) 績效指標說明

■ 量化成效			
指標構面與項目		場數	說明或附錄別
會議	其他-專家諮詢會議	2 場次	附錄別：附錄二與附錄四

(二) 參與人力簡歷

編號	姓名	職稱	最高學歷	聘任期間	總支用經費
1	劉錦添	計畫主持人	美國范德堡大學經濟學博士	101/4/1~101/12/31	\$3,500*9(月)=\$31,500 元
2	連賢明	協同主持人	美國波士頓大學經濟學博士	101/4/1~101/12/31	\$3,500*9(月)=\$31,500 元
3	韓幸紋	協同主持人	政治大學財政學博士	101/4/1~101/12/31	\$3,000*9(月)=\$27,000 元
4	林政澤	研究助理	台灣大學經濟所碩二	101/4/1~101/7/31	\$7,000*4(月)=\$28,000 元
5	劉皓中	研究助理	台灣大學經濟所碩二	101/8/1~101/12/31	\$7,000*5(月)=\$35,000 元
6	劉淑慧	研究助理	政治大學財政所碩二	101/4/1~101/12/31	\$7,000*9(月)=\$63,000 元
7	巫婉萍	研究助理	政治大學財政所碩二	101/4/1~101/12/31	\$7,000*9(月)=\$63,000 元

參、附錄

附錄一、第一波問卷調查

你好

感謝您撥冗回答此次問卷調查。此調查主題為「健保財務改革方向：民眾意向調查」。這是一份由台灣大學公共政策與法律研究中心委託進行，關於民眾對於目前全民健保財務問題及改革方向看法的調查。您所提供的每一答案，對這個訪問而言，都是非常寶貴而且重要的資料。您所提供的任何資料也將僅提供學術研究使用，而不會有其他商業用途。因此希望您可以據實回答下面相關問題。非常感謝您的幫忙。謝謝

台灣大學公共政策與法律研究中心

劉錦添 敬上

第一部分：基本資料

題組 1：個人資料部分

1 請問您是民國幾年出生的？（民國 36~81 年出生的民眾）※（若受訪者有疑問：因我們只能訪問年齡 20~65 歲的民眾，所以才跟您確認您是民國幾年次）

1_1 請問您現在有沒有工作？

- 1 有全職工作
- 2 有兼職工作（結束訪問）
- 3 不固定（打零工）（結束訪問）
- 4 為家庭事業工作（結束訪問）
- 5 目前沒有工作（結束訪問）
- 6 已經退休
- 7 家庭主婦且沒有工作（結束訪問）
- 8 學生（結束訪問）

2 請問您目前所從事的行業是什麼？（已經退休者，請針對「退休時的那份工作」來問）

- 1 農、林、漁、牧業
- 2 礦業及土石採取業
- 3 製造業
- 4 電力及燃氣供應業
- 5 用水供應及污染整治業

- 6 營造業
- 7 批發及零售業
- 8 運輸及倉儲業
- 9 住宿及餐飲業
- 10 資訊及通訊傳播業
- 11 金融及保險業
- 12 不動產業
- 13 專業、科學及技術服務業
- 14 支援服務業
- 15 公共行政及國防;強制性社會安全
- 16 教育服務業
- 17 醫療保健及社會工作服務業
- 18 藝術、娛樂及休閒服務業
- 19 其他服務業

3 請問您的教育程度是?

- 1 無 (不識字)
- 2 自修 (識字、私塾)
- 3 小學
- 4 國 (初) 中、初職
- 5 高中、高職
- 6 五專
- 7 二專、二技
- 8 三專
- 9 軍警 (士官學校)
- 10 軍警專修班
- 11 軍警 (大專、官校)
- 12 四技與大學
- 13 碩士
- 14 博士
- 15 其他 (請說明並紀錄)

4 請問您的婚姻狀況是?

- 1 未婚
- 2 已婚或同居
- 3 離婚或分居
- 4 喪偶

題組 2：家庭結構

5 請問您有小孩嗎？

- 0 沒有（跳至第 7 題）
- 1 一個
- 2 兩個
- 3 三個
- 4 四個（含以上）

6 請問您有幾個 6 歲以下的小孩？

- 0 沒有
- 1 一個
- 2 兩個
- 3 三個
- 4 四個（含以上）

題組 3：配偶部分

7 請問您的配偶現在有沒有工作？（第 4 題回答 1、3、4 不問此題）

- 1 有全職工作
- 2 有兼職工作（跳答第 9 題）
- 3 不固定（打零工）（跳答第 9 題）
- 4 為家庭事業工作（跳答第 9 題）
- 5 目前沒有工作（跳答第 9 題）
- 6 已經退休
- 7 家庭主婦且沒有工作（跳答第 9 題）
- 8 學生（跳答第 9 題）

8 請問他（她）目前所從事的行業是什麼？（已經退休者問第 7 題時，請針對「退休時的那份工作」來問）（第 4 題回答 1、3、4 不問此題）

- 1 農、林、漁、牧業
- 2 礦業及土石採取業
- 3 製造業
- 4 電力及燃氣供應業
- 5 用水供應及污染整治業
- 6 營造業
- 7 批發及零售業
- 8 運輸及倉儲業

- 9 住宿及餐飲業
- 10 資訊及通訊傳播業
- 11 金融及保險業
- 12 不動產業
- 13 專業、科學及技術服務業
- 14 支援服務業
- 15 公共行政及國防;強制性社會安全
- 16 教育服務業
- 17 醫療保健及社會工作服務業
- 18 藝術、娛樂及休閒服務業
- 19 其他服務業

9 請問您配偶的教育程度是？（第 4 題回答 1、3、4 不問此題）

- 1 無（不識字）
- 2 自修（識字、私塾）
- 3 小學
- 4 國（初）中、初職
- 5 高中、高職
- 6 五專
- 7 二專、二技
- 8 三專
- 9 軍警（士官學校）
- 10 軍警專修班
- 11 軍警（大專、官校）
- 12 四技與大學
- 13 碩士
- 14 博士
- 15 其他（請說明並紀錄）

題組 4：家庭背景

10 請問您父親是哪裡人？

- 1 台灣閩南人
- 2 台灣客家人
- 3 台灣原住民
- 4 中國大陸各省市/外省人
- 5 其他（請說明並記錄）

11 請問您母親是哪裡人？

- 1 台灣閩南人
- 2 台灣客家人
- 3 台灣原住民
- 4 中國大陸各省市/外省人
- 5 其他（請說明並記錄）

12 請問您父親的教育程度是？

- 1 無（不識字）
- 2 自修（識字、私塾）
- 3 小學
- 4 國（初）中、初職
- 5 高中、高職
- 6 五專
- 7 二專、二技
- 8 三專
- 9 軍警（士官學校）
- 10 軍警專修班
- 11 軍警（大專、官校）
- 12 四技與大學
- 13 碩士
- 14 博士
- 15 其他（請說明並紀錄）

13 請問您母親的教育程度是？

- 1 無（不識字）
- 2 自修（識字、私塾）
- 3 小學
- 4 國（初）中、初職
- 5 高中、高職
- 6 五專
- 7 二專、二技
- 8 三專
- 9 軍警（士官學校）
- 10 軍警專修班
- 11 軍警（大專、官校）
- 12 四技與大學
- 13 碩士

- 14 博士
- 15 其他（請說明並紀錄）

14 如果整個社會由上而下分為 10 個階層，第 1 層代表社會地位最低，第 10 層代表社會地位最高。請問您認為自己的社會地位大概屬於第幾層？

15 請問您現在個人平均每個月收入多少元？（含：薪資、紅利、加班費、執行業務收入、自營收入、退休金等）

- 1 無收入（不提示此選項）
- 2 未滿 1 萬元（不提示此選項）
- 3 1~未滿 2 萬元
- 4 2~未滿 3 萬元
- 5 3~未滿 4 萬元
- 6 4~未滿 6 萬元
- 7 6~未滿 8 萬元
- 8 8~未滿 10 萬元
- 9 10~未滿 15 萬元
- 10 15~未滿 20 萬元
- 11 20~未滿 30 萬元
- 12 30 萬元以上
- 99 不知道/拒答（不提示此選項）

16 包括各種收入來源，您全家人的所有總收入，每個月大約多少元？

- 1 無收入（不主動提示此選項）
- 2 未滿 1 萬元（不主動提示此選項）
- 3 1~未滿 2 萬元
- 4 2~未滿 3 萬元
- 5 3~未滿 4 萬元
- 6 4~未滿 6 萬元
- 7 6~未滿 8 萬元
- 8 8~未滿 10 萬元
- 9 10~未滿 15 萬元
- 10 15~未滿 20 萬元
- 11 20~未滿 30 萬元
- 12 30~未滿 40 萬元
- 13 40~未滿 50 萬元
- 14 50 萬元以上
- 99 不知道/拒答（不主動提示此選項）

17 請問去年您或您配偶有沒有申報個人綜合所得稅？個人收入：

- 1 有
- 2 沒有

題組 5：居住縣市

18 請問您目前居住在哪个縣市？

- 1 新北市
- 2 宜蘭縣
- 3 桃園縣
- 4 新竹縣
- 5 苗栗縣
- 6 彰化縣
- 7 南投縣
- 8 雲林縣
- 9 嘉義縣
- 10 屏東縣
- 11 臺東縣
- 12 花蓮縣
- 13 澎湖縣
- 14 基隆市
- 15 新竹市
- 16 臺中市
- 17 嘉義市
- 18 臺南市
- 19 台北市
- 20 高雄市
- 21 金門縣
- 22 連江縣
- 99 拒答

18_1 請問是新北市的哪一行政區？

- 1 板橋區
- 2 三重區
- 3 中和區
- 4 永和區
- 5 新莊區

- 6 新店區
- 7 樹林區
- 8 鶯歌區
- 9 三峽區
- 10 淡水區
- 11 汐止區
- 12 瑞芳區
- 13 土城區
- 14 蘆洲區
- 15 五股區
- 16 泰山區
- 17 林口區
- 18 深坑區
- 19 石碇區
- 20 坪林區
- 21 三芝區
- 22 石門區
- 23 八里區
- 24 平溪區
- 25 雙溪區
- 26 貢寮區
- 27 金山區
- 28 萬里區
- 29 烏來區
- 99 拒答

18_2 請問是宜蘭縣的哪一鄉鎮市？

- 1 宜蘭市
- 2 羅東鎮
- 3 蘇澳鎮
- 4 頭城鎮
- 5 礁溪鄉
- 6 壯圍鄉
- 7 員山鄉
- 8 冬山鄉
- 9 五結鄉
- 10 三星鄉
- 11 大同鄉

- 12 南澳鄉
- 99 拒答

18_3 請問是桃園縣的哪一鄉鎮市?

- 1 桃園市
- 2 中壢市
- 3 大溪鎮
- 4 楊梅市
- 5 蘆竹鄉
- 6 大園鄉
- 7 龜山鄉
- 8 八德市
- 9 龍潭鄉
- 10 平鎮市
- 11 新屋鄉
- 12 觀音鄉
- 13 復興鄉
- 99 拒答

18_4 請問是新竹縣的哪一鄉鎮市?

- 1 竹北市
- 2 竹東鎮
- 3 新埔鎮
- 4 關西鎮
- 5 湖口鄉
- 6 新豐鄉
- 7 芎林鄉
- 8 橫山鄉
- 9 北埔鄉
- 10 寶山鄉
- 11 峨眉鄉
- 12 尖石鄉
- 13 五峰鄉
- 99 拒答

18_5 請問是苗栗縣的哪一鄉鎮市?

- 1 苗栗市
- 2 苑裡鎮

- 3 通霄鎮
- 4 竹南鎮
- 5 頭份鎮
- 6 後龍鎮
- 7 卓蘭鎮
- 8 大湖鄉
- 9 公館鄉
- 10 銅鑼鄉
- 11 南庄鄉
- 12 頭屋鄉
- 13 三義鄉
- 14 西湖鄉
- 15 造橋鄉
- 16 三灣鄉
- 17 獅潭鄉
- 18 泰安鄉
- 99 拒答

18_6 請問是彰化縣的哪一鄉鎮市？

- 1 彰化市
- 2 鹿港鎮
- 3 和美鎮
- 4 線西鄉
- 5 伸港鄉
- 6 福興鄉
- 7 秀水鄉
- 8 花壇鄉
- 9 芬園鄉
- 10 員林鎮
- 11 溪湖鎮
- 12 田中鎮
- 13 大村鄉
- 14 埔鹽鄉
- 15 埔心鄉
- 16 永靖鄉
- 17 社頭鄉
- 18 二水鄉
- 19 北斗鎮

- 20 二林鎮
- 21 田尾鄉
- 22 埤頭鄉
- 23 芳苑鄉
- 24 大城鄉
- 25 竹塘鄉
- 26 溪州鄉
- 99 拒答

18_7 請問是南投縣的哪一鄉鎮市？

- 1 南投市
- 2 埔里鎮
- 3 草屯鎮
- 4 竹山鎮
- 5 集集鎮
- 6 名間鄉
- 7 鹿谷鄉
- 8 中寮鄉
- 9 魚池鄉
- 10 國姓鄉
- 11 水里鄉
- 12 信義鄉
- 13 仁愛鄉
- 99 拒答

18_8 請問是雲林縣的哪一鄉鎮市？

- 1 斗六市
- 2 斗南鎮
- 3 虎尾鎮
- 4 西螺鎮
- 5 土庫鎮
- 6 北港鎮
- 7 古坑鄉
- 8 大埤鄉
- 9 莿桐鄉
- 10 林內鄉
- 11 二倫鄉
- 12 倫背鄉

- 13 麥寮鄉
- 14 東勢鄉
- 15 褒忠鄉
- 16 台西鄉
- 17 元長鄉
- 18 四湖鄉
- 19 口湖鄉
- 20 水林鄉
- 99 拒答

18_9 請問是嘉義縣的哪一鄉鎮市？

- 1 太保市
- 2 朴子市
- 3 布袋鎮
- 4 大林鎮
- 5 民雄鄉
- 6 溪口鄉
- 7 新港鄉
- 8 六腳鄉
- 9 東石鄉
- 10 義竹鄉
- 11 鹿草鄉
- 12 水上鄉
- 13 中埔鄉
- 14 竹崎鄉
- 15 梅山鄉
- 16 番路鄉
- 17 大埔鄉
- 18 阿里山鄉
- 99 拒答

18_10 請問是屏東縣的哪一鄉鎮市？

- 1 屏東市
- 2 潮州鎮
- 3 東港鎮
- 4 恆春鎮
- 5 萬丹鄉
- 6 長治鄉

- 7 麟洛鄉
- 8 九如鄉
- 9 里港鄉
- 10 鹽埔鄉
- 11 高樹鄉
- 12 萬巒鄉
- 13 內埔鄉
- 14 竹田鄉
- 15 新埤鄉
- 16 枋寮鄉
- 17 新園鄉
- 18 崁頂鄉
- 19 林邊鄉
- 20 南州鄉
- 21 佳冬鄉
- 22 琉球鄉
- 23 車城鄉
- 24 滿州鄉
- 25 枋山鄉
- 26 三地門鄉
- 27 霧台鄉
- 28 瑪家鄉
- 29 泰武鄉
- 30 來義鄉
- 31 春日鄉
- 32 獅子鄉
- 33 牡丹鄉
- 99 拒答

18_11 請問是台東縣的哪一鄉鎮市？

- 1 台東市
- 2 成功鎮
- 3 關山鎮
- 4 卑南鄉
- 5 鹿野鄉
- 6 池上鄉
- 7 東河鄉
- 8 長濱鄉

- 9 太麻里鄉
- 10 大武鄉
- 11 綠島鄉
- 12 海端鄉
- 13 延平鄉
- 14 金峰鄉
- 15 達仁鄉
- 16 蘭嶼鄉
- 99 拒答

18_12 請問是花蓮縣的哪一鄉鎮市？

- 1 花蓮市
- 2 鳳林鎮
- 3 玉里鎮
- 4 新城鄉
- 5 吉安鄉
- 6 壽豐鄉
- 7 光復鄉
- 8 豐濱鄉
- 9 瑞穗鄉
- 10 富里鄉
- 11 秀林鄉
- 12 萬榮鄉
- 13 卓溪鄉
- 99 拒答

18_13 請問是澎湖縣的哪一鄉鎮市？

- 1 馬公市
- 2 湖西鄉
- 3 白沙鄉
- 4 西嶼鄉
- 5 望安鄉
- 6 七美鄉
- 99 拒答

18_14 請問是基隆市的哪一行政區？

- 1 仁愛區
- 2 中正區

- 3 信義區
- 4 七堵區
- 5 暖暖區
- 6 安樂區
- 7 中山區
- 99 拒答

18_15 請問是新竹市的哪一行政區？

- 1 東區
- 2 北區
- 3 香山區
- 99 拒答

18_16 請問是台中市的哪一行政區？

- 1 東區
- 2 西區
- 3 南區
- 4 北區
- 5 中區
- 6 南屯區
- 7 西屯區
- 8 北屯區
- 9 豐原區
- 10 東勢區
- 11 大甲區
- 12 清水區
- 13 沙鹿區
- 14 梧棲區
- 15 后里區
- 16 神岡區
- 17 潭子區
- 18 大雅區
- 19 新社區
- 20 石岡區
- 21 外埔區
- 22 大安區
- 23 烏日區
- 24 大肚區

- 25 龍井區
- 26 霧峰區
- 27 太平區
- 28 大里區
- 29 和平區
- 99 拒答

18_17 請問是嘉義市的哪一行政區？

- 1 東區
- 2 西區
- 99 拒答

18_18 請問是台南市的哪一行政區？

- 1 東區
- 2 南區
- 3 北區
- 4 安南區
- 5 安平區
- 6 中西區
- 7 新營區
- 8 鹽水區
- 9 白河區
- 10 柳營區
- 11 後壁區
- 12 東山區
- 13 麻豆區
- 14 下營區
- 15 六甲區
- 16 官田區
- 17 大內區
- 18 佳里區
- 19 學甲區
- 20 西港區
- 21 七股區
- 22 將軍區
- 23 北門區
- 24 新化區
- 25 善化區

- 26 新市區
- 27 安定區
- 28 山上區
- 29 玉井區
- 30 楠西區
- 31 南化區
- 32 左鎮區
- 33 仁德區
- 34 歸仁區
- 35 關廟區
- 36 龍崎區
- 37 永康區
- 99 拒答

18_19 請問是台北市的哪一行政區？

- 1 松山區
- 2 信義區
- 3 大安區
- 4 中山區
- 5 中正區
- 6 大同區
- 7 萬華區
- 8 文山區
- 9 南港區
- 10 內湖區
- 11 士林區
- 12 北投區
- 99 拒答

18_20 請問是高雄市的哪一行政區？

- 1 楠梓區
- 2 左營區
- 3 鼓山區
- 4 鹽埕區
- 5 前鎮區
- 6 旗津區
- 7 三民區
- 8 新興區

- 9 前金區
- 10 苓雅區
- 11 小港區
- 12 鳳山區
- 13 林園區
- 14 大寮區
- 15 大樹區
- 16 大社區
- 17 仁武區
- 18 烏松區
- 19 岡山區
- 20 橋頭區
- 21 燕巢區
- 22 田寮區
- 23 阿蓮區
- 24 路竹區
- 25 湖內區
- 26 茄萣區
- 27 永安區
- 28 彌陀區
- 29 梓官區
- 30 旗山區
- 31 美濃區
- 32 六龜區
- 33 甲仙區
- 34 杉林區
- 35 內門區
- 36 茂林區
- 37 桃源區
- 38 那瑪夏區
- 99 拒答

18_21 請問是金門縣的哪一鄉鎮市？

- 1 金城鎮
- 2 金湖鎮
- 3 金沙鎮
- 4 金寧鄉
- 5 烈嶼鄉

- 6 烏坵鄉
- 99 拒答

18_22 請問是連江縣的哪一鄉鎮市？

- 1 南竿鄉
- 2 北竿鄉
- 3 莒光鄉
- 4 東引鄉
- 99 拒答

19 請問您根據工作取得何種職業保險？若退休人員，請問您退休前為何種職業保險？

- 1 公保
- 2 勞保
- 3 農保
- 4 漁保

題組 6：健康行為

20 請問您目前有沒有吸菸（過去一星期抽超過一包）？

- 1 有
- 2 沒有

21 請問您有沒有食用檳榔（最近一星期曾嚼過檳榔）？

- 1 有
- 2 沒有

22 請問您有沒有喝酒習慣（每週至少飲用二瓶啤酒或一瓶紅酒）？

- 1 有
- 2 沒有

23 請訪員輸入受訪者性別

- 1 男
- 2 女

第二部分：健保保費繳交及醫療使用情況

題組 1：關於健保費用繳納情況

- 24 請問您是透過那個單位取得全民健保的投保資格?
- 1 受雇人員 (透過服務機關、學校、事業、機構或雇主)
 - 2 職業工會
 - 3 農會、水利會或漁會
 - 4 內政部指定之單位 (例如：替代役男)
 - 5 戶籍所在地區鄉 (鎮、市、區) 公所 (例如：低收入戶成員、榮民、榮民眷屬以及其他)
 - 6 安置單位
- 25 請問您有沒有其他親屬，依附在您的全民健保?
- 1 沒有 (跳至第 29 題)
 - 2 1 位
 - 3 2 位
 - 4 3 位 (含以上)
- 26 請問您的父母親有沒有依附在您的全民健保?
- 1 沒有
 - 2 1 位
 - 3 2 位
- 27 請問您的配偶有沒有依附在您的全民健保? (第 4 題回答 1、3、4 不問此題)
- 1 沒有
 - 2 有
- 28 請問您的子女有沒有依附在您的全民健保? (第 5 題回答 0 沒有不問此題)
- 1 沒有
 - 2 1 位
 - 3 2 位
 - 4 3 位
 - 5 4 位 (含以上)
- 29 請問您每個月平均每個人要繳交多少健保費? (或請問每個月總健保費除以納保人數)。
- 1 未滿 500 元以下
 - 2 500 元~未滿 700 元
 - 3 700 元~未滿 1,000 元

- 4 1000 元~未滿 2000 元
- 5 2000 元以上
- 6 不清楚

題組 2: 關於醫療利用情形以及醫療利用滿意度

30 在過去一年中，請問您家人有沒有人曾經住院？

- 1 有
- 2 沒有（跳至第 32 題）

31 若曾經住院的話，請問過去一年住院幾次？（單次進出醫院算一次）

- 1 1 次
- 2 2 次
- 3 3 次
- 4 4 次
- 5 5 次
- 6 6 次以上

32 過去一年，請問您家人曾使用過「急診門診」幾次？

- 1 無就醫
- 2 5 次以下
- 3 6-10 次
- 4 11-15 次
- 5 16-20 次
- 6 21 次以上

33 過去一年，請問您個人「西醫門診」就醫使用幾次？

- 1 無就醫
- 2 5 次以下
- 3 6-10 次
- 4 11-15 次
- 5 16-20 次
- 6 21 次以上

34 過去一年，請問您個人「中醫門診」就醫使用幾次？

- 1 無就醫
- 2 5 次以下
- 3 6-10 次

- 4 11-15 次
- 5 16-20 次
- 6 21 次以上

35 過去一年，請問您個人「牙醫門診」就醫使用幾次？

- 1 無就醫
- 2 5 次以下
- 3 6-10 次
- 4 11-15 次
- 5 16-20 次
- 6 21 次以上

36 整體來說，請問您對於全民健保制度的滿不滿意？

- 1 非常滿意
- 2 還算滿意
- 3 尚可
- 4 不太滿意
- 5 很不滿意

第三部分：健保財務問題

目前全民健康保險的財務收支缺口日益擴大，2009 年度累積虧損近 700 億，2010 年健保局將費率由 4.55% 調整至 5.17%，但累積虧損仍近 500 億。為使全民健康保險得以永續經營，健保財務問題亟待解決。

題組 1：醫療資源浪費議題

37 請問您贊不贊成「醫療資源浪費」是導致健保財務虧損的重要原因？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 尚可
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

38 請問您認為造成醫療浪費的主要原因是？（可複選）【逐項詢問受訪者】

- 1 民眾有逛醫院的習慣
- 2 常有民眾拿藥卻未服用
- 3 民眾無論大小病都往大醫院跑

- 4 進行過多不必要的檢查
- 5 醫療院所經營績效不佳
- 6 其他（說明並記錄）

39 根據您觀察周遭朋友就醫行為，請您以 0-5 分表達浪費醫療資源的程度，5 分為非常浪費，0 分為非常不浪費，請問您要打幾分？

- 1 5 分
- 2 4 分
- 3 3 分
- 4 2 分
- 5 1 分
- 6 0 分

40 行政院長陳冲提出「小病健保不予涵蓋」的「保大不保小」（例如：感冒不給付）概念，請問您贊不贊成？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 尚可
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

41 目前在大醫院（如：台大、榮總）看病的部分負擔為 360 元，診所為 50 元。請問您平常去大醫院看病（門診）的頻率為何？

- 1 幾乎在大醫院
- 2 常常去大醫院
- 3 一半去大醫院
- 4 偶爾去大醫院
- 5 從來不去大醫院

42 如果將大醫院（如：台大、榮總）看病部分負擔增加為（隨機出示 450 元，500 元，550 元，600 元），請問您會增加或維持、減少去大醫院就醫頻率

- 1 增加現有次數
- 2 維持現有次數
- 3 小幅降低現有次數
- 4 大幅降低現有次數
- 5 自此不去大醫院

題組 2：人口老化議題

43 請問您贊不贊成「人口老化」是導致健保財務虧損的重要原因？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 尚可
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

44 請問您贊不贊成應針對醫療使用量大者（如重大傷病）增加健保保費？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 尚可
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

45 請問您贊不贊成應針對造成醫療費用較高使用者（如抽煙或酗酒或吃檳榔）增加健保保費？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 尚可
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

題組 3：技術進步議題

46 目前健保針對心臟支架有採差額負擔方式。健保僅給付基本支架，民眾若想要品質較好的塗藥支架，則需自費多付差額（三萬元）。請問您贊不贊成這種收費方式推廣到其他昂貴醫療材料？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 尚可
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

47 請問您贊不贊成這種差額負擔方式，推廣到某些特殊昂貴藥品（如癌症標靶藥物）？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 尚可

- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

題組 4：以薪資所得為費基議題

48 全民健保的收費以個人薪資所得作為主要的保費計費基礎，但近年來台灣薪資所得並無明顯成長，以致健保保費無法顯著增加。為穩定健保保費，請問您贊不贊成固定提高保險費率來增加保費？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 尚可
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

49 解決健保財務問題除提高現有保費外，另外的方式為擴大費用基礎，請問您認為下列何項應納入費用基礎計算？【可複選，請逐項詢問受訪者】

- 1 股票股利
- 2 利息所得
- 3 高額獎金（高額獎金指的是領取超過四個月的年終或績效獎金）
- 4 綜合所得稅中除薪資外的其他所得項目（如財產所得）
- 5 不贊成擴大費用基礎

50 健保局如要更積極開拓其他財源，請問您贊不贊成提高 1% 的「營業稅」來支應健保財務？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 尚可
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

題組 5：開拓其他財源

51 健保局如要更積極開拓其他財源，請問您贊不贊成「開徵酒品健康捐」？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 尚可
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

52 健保局如要更積極開拓其他財源，請問您贊不贊成「開徵檳榔健康捐」？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 尚可
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

53 健保局如要更積極開拓其他財源，請問您贊不贊成「提高菸品健康捐」？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 尚可
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

54 健保局如要更積極開拓其他財源，請問您贊不贊成「加徵其他稅捐（如飲料稅）」？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 尚可
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

55 請問您贊不贊成「陸生來台就學期間可加保健保」？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 尚可
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

題組 6：獲得資訊方式

56 請問您平時最常看那一份報紙？

- 1 中國時報
- 2 聯合報
- 3 自由時報
- 4 蘋果日報
- 5 聯合晚報
- 6 工商時報

- 7 民眾日報
- 8 經濟日報
- 9 青年日報
- 10 台灣時報
- 11 中華日報
- 12 台灣新聞報
- 13 人間福報
- 14 旺報
- 15 沒看或很少看報紙
- 16 其他（請說明並記錄）

57 請問您平時最常看哪一台電視新聞？

- 1 台視
- 2 中視
- 3 華視
- 4 民視（53台）
- 5 TVBS（55台）
- 6 三立（54台）
- 7 東森（51台）
- 8 中天（52台）
- 9 年代（50台）
- 10 八大
- 11 非凡（58台）
- 12 大愛
- 13 公視
- 14 客家
- 15 原住民
- 16 其他（說明並紀錄）
- 17 沒看或很少看電視新聞

58 請問您最常經由那一個網站閱讀電子新聞？

- 1 中時電子報
- 2 聯合新聞網
- 3 自由時報電子報
- 4 Yahoo 奇摩
- 5 MSN
- 6 Google
- 7 Hinet
- 8 Pchome

- 9 新浪台灣
- 10 沒看或很少看
- 11 其他（說明並紀錄）

第四部分：補充保費問項

59 您知道 2011 年 1 月公布的二代健保法，規定從 2013 年 1 月開始，健保的保費除了維持現行徵收制度外，另針對高額獎金（如年終獎金等）、兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得，及租賃收入，課徵 2% 的補充保費。請問您知不知道這個有關健保收費制度的調整訊息？

- 1 知道
- 2 不知道

60 請問您贊不贊成補充保費制定的實施？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 沒意見
- 4 不贊成
- 5 非常贊成

61 補充保費在課徵時採「計次收費」，單筆股利或利息收入超過一千萬元部分以一千萬計算。請問您認為此上限規定應再提高、維持不變或是下降？

- 1 應提高至 5 千萬元
- 2 應提高至 2 千萬元
- 3 維持不變
- 4 下降至 5 百萬元
- 5 下降至 1 百萬元

62 補充保費在課徵時採「計次收費」，單筆股利或利息收入低於 5000 元的不予課徵保費。請問您認為此下限規定應再提高、維持不變或是下降？

- 1 應提高至 2 萬元
- 2 應提高至 1 萬元
- 3 維持不變
- 4 下降至 2 千元
- 5 下降至 1 千元

63 未來如果將目前補充性保費的單筆收入上下限規定廢除，改合併於年度綜合所得稅時統一結算申報。請問您贊不贊成？

- 1 非常贊成
- 2 贊成

- 3 沒意見
- 4 不贊成
- 5 非常贊成

附錄二、第一次專家諮詢會議會議記錄

主題：「健保財務改革方向：民眾意向調查」問卷部分之討論

時間：2012年7月26日（六）14：00-16:00

地點：台灣大學社會科學院經研大樓 2F 公經中心會議室

主持人：連賢明教授

與會人員：

朱澤民教授、金世朋教授、徐偉初教授、蘇建榮教授、鄭清霞教授、李妙純教授、許績天教授、梁景洋教授、林晏如教授、陳俊志教授、汪志勇教授、韓幸紋教授。

討論事項：

連賢明教授：本報告分成四個部分，基本資料；健保保費繳交及醫療使用情況；健保財務問題；補充保費之問項。

基本資料：受訪者的年紀、工作、行業別、教育程度、婚姻狀況以及是否有小孩，了解受訪者本人的基本資料及其家庭結構；配偶的工作、行業別及教育程度；父母親的背景（未來做研究時工具變數可能會用到）、受訪者的社會地位高低程度、所得及居住縣市；職業保險問題；受訪者健康行為的問題，因為後面會有問題是問受訪者是否贊成以課香菸稅或酒捐等其他稅捐來開拓健保財源。

金世朋教授：第一題受訪者出生之年度有誤，應以修正。訪問年齡 20~70 歲的民眾，應為民國 31~81 年出生。

連賢明教授：健保保費繳交及醫療使用情況：受訪者繳交多少健保費，因為繳交多少健保費可能會影響健保財務的一些判斷；透過何種方式投保，整個健保總共有六類十二目；透過何種單位取得投保資格；繳交的健保費是否有眷屬之依附；有誰依附在其下？是父母、配偶還是子女；每個月的總健保費為多少。

關於每月健保費的問題，想問各位是要以金額表示還是要範圍選項？繳交多少健保費大概是健保財務議題中的一個重要變數，資料會是 20 歲到 70 歲，如果受訪者年紀太

大，問卷會問很久。

金世朋教授：通常受訪者應該會知道自己繳了多少金額。

李妙純教授：這份問卷是要電訪還是面訪？如果面訪的話應該比較困難。

連賢明教授：本問卷是電訪，因為面訪的金額龐大。

接下來是醫療利用問題，這部分主要是想了解受訪者對醫療服務的滿意度。首先，問在過去一年中，所納保的家人是否有人曾經住院，其實當初在設計時，一直在考量是「家人」比較好還是「納保的家人」比較好，但用「家人」的話定義會太廣。

金世朋教授：訪問員可以先問受訪者是否有人曾經住院，然後再問其是如何投保的，這樣問可能會更加清楚。

連賢明教授：接下來是問過去一年住院次數，這主要是想知道受訪者的醫療利用狀況；再來是問住院的醫院層級。

金世朋教授：可直接問受訪者是曾住院在那些醫院過。

連賢明教授：對健保的住院服務之滿意程度，區分急診、西醫、中醫、牙醫，問受訪者的利用情形，再問其滿意程度，對於整體全民健保之滿意程度，這部分可與健保局的資料彙整；最後就是就醫方便性之滿意程度。

許績天教授：就醫的行為與健保滿意度的題目是否會混在一起？

連賢明教授：不會，因為前面都是分別問，最後再問整體的滿意度。

蘇建榮教授：這部分要不要加入自評健康狀況的題目？

連賢明教授：健保財務問題，首先，會向受訪者稍微介紹一下健保的財務狀況，再分幾個題組來問問題。

資源浪費議題：問資源浪費的原因；可能造成醫療浪費的主要原因，包括逛醫院、民眾亂拿藥、喜歡去大醫院等一些常見的醫療浪費選項。

李妙純教授：這題可以先問親戚再問朋友。

另外，大部分人可能都會認為自己不浪費而別人浪費。

連賢明教授：或是問你覺得親友間醫療浪費的比例？最主要我們是想了解民眾在認知上面，醫療浪費是不是很嚴重。

再來是問幾個對醫療浪費的挑戰，針對「保大不保小」的贊成程度；提高部分負擔以降低民眾逛醫院的贊成程度；目前部分負擔價格是否合理；最後是假設改變部分負擔數字，是否會降低民眾逛大醫院的習慣，這邊其實有兩種問的方式，一個是問說他到底會不會覺得可以降低；一個是問受訪者你會不會不去大醫院，因為這邊還沒有確定，想問各位這裡要如何問會比較好。

金世朋教授：比方說，如果將大醫院看病部分負擔增加 100 元，診所的部分負擔費用不變，問受訪者是否會降低逛大醫院的習慣。

另外題目的用字可以改較單純簡單些，像是「保大不保小」，就說是感冒不付，這樣受訪者會比較容易理解。

李妙純教授：如果受訪者起先就沒有醫療浪費的問題，那後面的問題是否再問？

連賢明教授：假設他完全都覺得沒有的話，後面的問題就不問。

這個題組，我們只是要問民眾認為什麼方式來降低醫療費用是他們覺得比較好的方式，假如大家都同意降低醫療費用，那到底要怎麼降。是要直接把「保大不保小」的方式拉掉，還是說要提高所有的自付額，有一種是非對稱性的提高，像是大醫院的部分提高，診所的部分不變。

第二個題組是人口老化議題，問受訪者贊不贊成針對老人增加或者是使用量大的人增加健保保費。

第三個題組是技術進步議題，目前健保局提出來的的方式為差額給付，差額給付的概念是在付一般平常會用的藥，對於比較好的或者是比較先進的技術，其差額其實要自己負擔。這邊會問醫療科技進步是否為導致健保財務虧損的主要原因，並將醫療給付分成藥物跟器材來問，如果提高差額負擔之贊成程度。

李妙純教授：這邊舉例是否可以舉一般人比較知道的例子，比如說白內障。

連賢明教授：第四個題組是以薪資所得作為費基的議題。以薪資作為保費的計算基礎；

以調整費率的方式增加保費收入；擴大費基，擴大費基部分，加入股利所得、利息所得、租賃所得、高額獎金，這裡並未擺入執行業務所得及兼職所得；二代健保中，綜合所得稅所有的項目都擺進去保費的計算基礎。問各種方式之贊成程度。

最後一個題組是開拓其他財源，包括酒品健康捐、檳榔健康捐、菸品健康捐或是飲料稅、富人稅等其他財源之贊成程度。

金世朋教授：可增加「調高營業稅徵收率」的問項，那麼增加的部份就是拿來專款專用。

連賢明教授：補充性保費的問項，因為還未上路，故只欲了解受訪者是否知道該資訊。平常的資訊來源，看哪份報紙或是看哪台電視新聞的習慣；補充性保費之贊成程度；最後兩個問題也是補充保費最具爭議的地方，它事實上是單筆收費並有上下限，然後我們會問受訪者是否贊成該上下限，因為還未上路，所以我們也不太清楚要如何問才能知道他們的感受。

另外，本份問卷先設計一個比較長的版本，然後再看各位的建議做刪減，希望可以刪減到問卷時間在十分鐘左右就能問得完。

金世朋教授：問卷調查方式，可為電話訪問及問卷訪問，我們可以在課堂上請有意願幫忙的學生拿回家給家長填寫，這樣會有北、中、南的資料，也可避免抽樣偏差的問題發生。

附錄三、第二波問卷調查

你好

感謝您撥冗回答此次問卷調查。此調查主題為「健保財務改革方向：民眾意向調查」。這是一份由台灣大學公共政策與法律研究中心委託進行，關於民眾對於目前全民健保財務問題及改革方向看法的調查。您所提供的每一答案，對這個訪問而言，都是非常寶貴而且重要的資料。您所提供的任何資料也將僅提供學術研究使用，而不會有其他商業用途。因此希望您可以據實回答下面相關問題。非常感謝您的幫忙。謝謝

台灣大學公共政策與法律研究中心

劉錦添 敬上

第一部分：基本資料

題組 1：個人資料部分

1 請問您是民國幾年出生的？（民國 36~81 年出生的民眾）※（若受訪者有疑問：因我們只能訪問年齡 20~65 歲的民眾，所以才跟您確認您是民國幾年次）

1_1 請問您現在有沒有工作？

- 1 有全職工作
- 2 有兼職工作（結束訪問）
- 3 不固定（打零工）（結束訪問）
- 4 為家庭事業工作（結束訪問）
- 5 目前沒有工作（結束訪問）
- 6 已經退休
- 7 家庭主婦且沒有工作（結束訪問）
- 8 學生（結束訪問）

2 請問您目前所從事的行業是什麼？（已經退休者，請針對「退休時的那份工作」來問）

- 1 農、林、漁、牧業
- 2 礦業及土石採取業
- 3 製造業
- 4 電力及燃氣供應業
- 5 用水供應及污染整治業
- 6 營造業
- 7 批發及零售業
- 8 運輸及倉儲業
- 9 住宿及餐飲業
- 10 資訊及通訊傳播業
- 11 金融及保險業

- 12 不動產業
- 13 專業、科學及技術服務業
- 14 支援服務業
- 15 公共行政及國防;強制性社會安全
- 16 教育服務業
- 17 醫療保健及社會工作服務業
- 18 藝術、娛樂及休閒服務業
- 19 其他服務業

3 請問您的教育程度是?

- 1 無 (不識字)
- 2 自修 (識字、私塾)
- 3 小學
- 4 國 (初) 中、初職
- 5 高中、高職
- 6 五專
- 7 二專、二技
- 8 三專
- 9 軍警 (士官學校)
- 10 軍警專修班
- 11 軍警 (大專、官校)
- 12 四技與大學
- 13 碩士
- 14 博士
- 15 其他 (請說明並紀錄)

4 請問您的婚姻狀況是?

- 1 未婚
- 2 已婚或同居
- 3 離婚或分居
- 4 喪偶

題組 2：家庭結構

5 請問您有小孩嗎?

- 0 沒有 (跳至第 7 題)
- 1 一個
- 2 兩個
- 3 三個
- 4 四個 (含以上)

6 請問您有幾個6歲以下的小孩？

- 0 沒有
- 1 一個
- 2 兩個
- 3 三個
- 4 四個（含以上）

題組 3：配偶部分

7 請問您的配偶現在有沒有工作？（第4題回答1、3、4不問此題）

- 1 有全職工作
- 2 有兼職工作（跳答第9題）
- 3 不固定（打零工）（跳答第9題）
- 4 為家庭事業工作（跳答第9題）
- 5 目前沒有工作（跳答第9題）
- 6 已經退休
- 7 家庭主婦且沒有工作（跳答第9題）
- 8 學生（跳答第9題）

8 請問他（她）目前所從事的行業是什麼？（已經退休者問第7題時，請針對「退休時的那份工作」來問） q7：配偶目前的工作：（第4題回答1、3、4不問此題）

- 1 農、林、漁、牧業
- 2 礦業及土石採取業
- 3 製造業
- 4 電力及燃氣供應業
- 5 用水供應及污染整治業
- 6 營造業
- 7 批發及零售業
- 8 運輸及倉儲業
- 9 住宿及餐飲業
- 10 資訊及通訊傳播業
- 11 金融及保險業
- 12 不動產業
- 13 專業、科學及技術服務業
- 14 支援服務業
- 15 公共行政及國防;強制性社會安全
- 16 教育服務業
- 17 醫療保健及社會工作服務業
- 18 藝術、娛樂及休閒服務業
- 19 其他服務業

9 請問您配偶的教育程度是？（第4題回答1、3、4不問此題）

- 1 無（不識字）
- 2 自修（識字、私塾）
- 3 小學
- 4 國（初）中、初職
- 5 高中、高職
- 6 五專
- 7 二專、二技
- 8 三專
- 9 軍警（士官學校）
- 10 軍警專修班
- 11 軍警（大專、官校）
- 12 四技與大學
- 13 碩士
- 14 博士
- 15 其他（請說明並紀錄）

題組4：家庭背景

10 請問您父親是哪裡人？

- 1 台灣閩南人
- 2 台灣客家人
- 3 台灣原住民
- 4 中國大陸各省市/外省人
- 5 其他（請說明並記錄）

11 請問您母親是哪裡人？

- 1 台灣閩南人
- 2 台灣客家人
- 3 台灣原住民
- 4 中國大陸各省市/外省人
- 5 其他（請說明並記錄）

12 請問您父親的教育程度是？

- 1 無（不識字）
- 2 自修（識字、私塾）
- 3 小學
- 4 國（初）中、初職
- 5 高中、高職

- 6 五專
- 7 二專、二技
- 8 三專
- 9 軍警（士官學校）
- 10 軍警專修班
- 11 軍警（大專、官校）
- 12 四技與大學
- 13 碩士
- 14 博士
- 15 其他（請說明並紀錄）

13 請問您母親的教育程度是？

- 1 無（不識字）
- 2 自修（識字、私塾）
- 3 小學
- 4 國（初）中、初職
- 5 高中、高職
- 6 五專
- 7 二專、二技
- 8 三專
- 9 軍警（士官學校）
- 10 軍警專修班
- 11 軍警（大專、官校）
- 12 四技與大學
- 13 碩士
- 14 博士
- 15 其他（請說明並紀錄）

14 如果整個社會由上而下分為 10 個階層，第 1 層代表社會地位最低，第 10 層代表社會地位最高。請問您認為自己的社會地位大概屬於第幾層？

15 請問您現在個人平均每個月收入多少元？（含：薪資、紅利、加班費、執行業務收入、自營收入、退休金等）

- 1 無收入（不提示此選項）
- 2 未滿 1 萬元（不提示此選項）
- 3 1~未滿 2 萬元
- 4 2~未滿 3 萬元
- 5 3~未滿 4 萬元
- 6 4~未滿 6 萬元
- 7 6~未滿 8 萬元

- 8 8-未滿 10 萬元
- 9 10~未滿 15 萬元
- 10 15~未滿 20 萬元
- 11 20~未滿 30 萬元
- 12 30 萬元以上
- 99 不知道/拒答 (不提示此選項)

16 包括各種收入來源，請問您全家所有人的總收入，每個月大約多少元？

- 1 無收入 (不主動提示此選項)
- 2 未滿 1 萬元 (不主動提示此選項)
- 3 1~未滿 2 萬元
- 4 2~未滿 3 萬元
- 5 3~未滿 4 萬元
- 6 4~未滿 6 萬元
- 7 6~未滿 8 萬元
- 8 8-未滿 10 萬元
- 9 10~未滿 15 萬元
- 10 15~未滿 20 萬元
- 11 20~未滿 30 萬元
- 12 30~未滿 40 萬元
- 13 40~未滿 50 萬元
- 14 50 萬元以上
- 99 不知道/拒答 (不主動提示此選項)

17 請問去年您或您配偶有沒有申報個人綜合所得稅？個人收入：

- 1 有
- 2 沒有

題組 5：居住縣市

18 請問您目前居住在哪個縣市？

- 1 新北市
- 2 宜蘭縣
- 3 桃園縣
- 4 新竹縣
- 5 苗栗縣
- 6 彰化縣
- 7 南投縣
- 8 雲林縣

- 9 嘉義縣
- 10 屏東縣
- 11 臺東縣
- 12 花蓮縣
- 13 澎湖縣
- 14 基隆市
- 15 新竹市
- 16 臺中市
- 17 嘉義市
- 18 臺南市
- 19 台北市
- 20 高雄市
- 21 金門縣
- 22 連江縣
- 99 拒答

18_1 請問是新北市的哪一行政區？

- 1 板橋區
- 2 三重區
- 3 中和區
- 4 永和區
- 5 新莊區
- 6 新店區
- 7 樹林區
- 8 鶯歌區
- 9 三峽區
- 10 淡水區
- 11 汐止區
- 12 瑞芳區
- 13 土城區
- 14 蘆洲區
- 15 五股區
- 16 泰山區
- 17 林口區
- 18 深坑區
- 19 石碇區
- 20 坪林區
- 21 三芝區
- 22 石門區

- 23 八里區
- 24 平溪區
- 25 雙溪區
- 26 貢寮區
- 27 金山區
- 28 萬里區
- 29 烏來區
- 99 拒答

18_2 請問是宜蘭縣的哪一鄉鎮市？

- 1 宜蘭市
- 2 羅東鎮
- 3 蘇澳鎮
- 4 頭城鎮
- 5 礁溪鄉
- 6 壯圍鄉
- 7 員山鄉
- 8 冬山鄉
- 9 五結鄉
- 10 三星鄉
- 11 大同鄉
- 12 南澳鄉
- 99 拒答

18_3 請問是桃園縣的哪一鄉鎮市？

- 1 桃園市
- 2 中壢市
- 3 大溪鎮
- 4 楊梅市
- 5 蘆竹鄉
- 6 大園鄉
- 7 龜山鄉
- 8 八德市
- 9 龍潭鄉
- 10 平鎮市
- 11 新屋鄉
- 12 觀音鄉
- 13 復興鄉
- 99 拒答

18_4 請問是新竹縣的哪一鄉鎮市?

- 1 竹北市
- 2 竹東鎮
- 3 新埔鎮
- 4 關西鎮
- 5 湖口鄉
- 6 新豐鄉
- 7 芎林鄉
- 8 橫山鄉
- 9 北埔鄉
- 10 寶山鄉
- 11 峨眉鄉
- 12 尖石鄉
- 13 五峰鄉
- 99 拒答

18_5 請問是苗栗縣的哪一鄉鎮市?

- 1 苗栗市
- 2 苑裡鎮
- 3 通霄鎮
- 4 竹南鎮
- 5 頭份鎮
- 6 後龍鎮
- 7 卓蘭鎮
- 8 大湖鄉
- 9 公館鄉
- 10 銅鑼鄉
- 11 南庄鄉
- 12 頭屋鄉
- 13 三義鄉
- 14 西湖鄉
- 15 造橋鄉
- 16 三灣鄉
- 17 獅潭鄉
- 18 泰安鄉
- 99 拒答

18_6 請問是彰化縣的哪一鄉鎮市?

- 1 彰化市

- 2 鹿港鎮
- 3 和美鎮
- 4 線西鄉
- 5 伸港鄉
- 6 福興鄉
- 7 秀水鄉
- 8 花壇鄉
- 9 芬園鄉
- 10 員林鎮
- 11 溪湖鎮
- 12 田中鎮
- 13 大村鄉
- 14 埔鹽鄉
- 15 埔心鄉
- 16 永靖鄉
- 17 社頭鄉
- 18 二水鄉
- 19 北斗鎮
- 20 二林鎮
- 21 田尾鄉
- 22 埤頭鄉
- 23 芳苑鄉
- 24 大城鄉
- 25 竹塘鄉
- 26 溪州鄉
- 99 拒答

18_7 請問是南投縣的哪一鄉鎮市？

- 1 南投市
- 2 埔里鎮
- 3 草屯鎮
- 4 竹山鎮
- 5 集集鎮
- 6 名間鄉
- 7 鹿谷鄉
- 8 中寮鄉
- 9 魚池鄉
- 10 國姓鄉
- 11 水里鄉

- 12 信義鄉
- 13 仁愛鄉
- 99 拒答

18_8 請問是雲林縣的哪一鄉鎮市？

- 1 斗六市
- 2 斗南鎮
- 3 虎尾鎮
- 4 西螺鎮
- 5 土庫鎮
- 6 北港鎮
- 7 古坑鄉
- 8 大埤鄉
- 9 莿桐鄉
- 10 林內鄉
- 11 二倫鄉
- 12 倫背鄉
- 13 麥寮鄉
- 14 東勢鄉
- 15 褒忠鄉
- 16 台西鄉
- 17 元長鄉
- 18 四湖鄉
- 19 口湖鄉
- 20 水林鄉
- 99 拒答

18_9 請問是嘉義縣的哪一鄉鎮市？

- 1 太保市
- 2 朴子市
- 3 布袋鎮
- 4 大林鎮
- 5 民雄鄉
- 6 溪口鄉
- 7 新港鄉
- 8 六腳鄉
- 9 東石鄉
- 10 義竹鄉
- 11 鹿草鄉

- 12 水上鄉
- 13 中埔鄉
- 14 竹崎鄉
- 15 梅山鄉
- 16 番路鄉
- 17 大埔鄉
- 18 阿里山鄉
- 99 拒答

18_10 請問是屏東縣的哪一鄉鎮市？

- 1 屏東市
- 2 潮州鎮
- 3 東港鎮
- 4 恆春鎮
- 5 萬丹鄉
- 6 長治鄉
- 7 麟洛鄉
- 8 九如鄉
- 9 里港鄉
- 10 鹽埔鄉
- 11 高樹鄉
- 12 萬巒鄉
- 13 內埔鄉
- 14 竹田鄉
- 15 新埤鄉
- 16 枋寮鄉
- 17 新園鄉
- 18 崁頂鄉
- 19 林邊鄉
- 20 南州鄉
- 21 佳冬鄉
- 22 琉球鄉
- 23 車城鄉
- 24 滿州鄉
- 25 枋山鄉
- 26 三地門鄉
- 27 霧台鄉
- 28 瑪家鄉
- 29 泰武鄉

- 30 來義鄉
- 31 春日鄉
- 32 獅子鄉
- 33 牡丹鄉
- 99 拒答

18_11 請問是台東縣的哪一鄉鎮市？

- 1 台東市
- 2 成功鎮
- 3 關山鎮
- 4 卑南鄉
- 5 鹿野鄉
- 6 池上鄉
- 7 東河鄉
- 8 長濱鄉
- 9 太麻里鄉
- 10 大武鄉
- 11 綠島鄉
- 12 海端鄉
- 13 延平鄉
- 14 金峰鄉
- 15 達仁鄉
- 16 蘭嶼鄉
- 99 拒答

18_12 請問是花蓮縣的哪一鄉鎮市？

- 1 花蓮市
- 2 鳳林鎮
- 3 玉里鎮
- 4 新城鄉
- 5 吉安鄉
- 6 壽豐鄉
- 7 光復鄉
- 8 豐濱鄉
- 9 瑞穗鄉
- 10 富里鄉
- 11 秀林鄉
- 12 萬榮鄉
- 13 卓溪鄉

99 拒答

18_13 請問是澎湖縣的哪一鄉鎮市？

- 1 馬公市
- 2 湖西鄉
- 3 白沙鄉
- 4 西嶼鄉
- 5 望安鄉
- 6 七美鄉
- 99 拒答

18_14 請問是基隆市的哪一行政區？

- 1 仁愛區
- 2 中正區
- 3 信義區
- 4 七堵區
- 5 暖暖區
- 6 安樂區
- 7 中山區
- 99 拒答

18_15 請問是新竹市的哪一行政區？

- 1 東區
- 2 北區
- 3 香山區
- 99 拒答

18_16 請問是台中市的哪一行政區？

- 1 東區
- 2 西區
- 3 南區
- 4 北區
- 5 中區
- 6 南屯區
- 7 西屯區
- 8 北屯區
- 9 豐原區
- 10 東勢區
- 11 大甲區
- 12 清水區

- 13 沙鹿區
- 14 梧棲區
- 15 后里區
- 16 神岡區
- 17 潭子區
- 18 大雅區
- 19 新社區
- 20 石岡區
- 21 外埔區
- 22 大安區
- 23 烏日區
- 24 大肚區
- 25 龍井區
- 26 霧峰區
- 27 太平區
- 28 大里區
- 29 和平區
- 99 拒答

18_17 請問是嘉義市的哪一行政區？

- 1 東區
- 2 西區
- 99 拒答

18_18 請問是台南市的哪一行政區？

- 1 東區
- 2 南區
- 3 北區
- 4 安南區
- 5 安平區
- 6 中西區
- 7 新營區
- 8 鹽水區
- 9 白河區
- 10 柳營區
- 11 後壁區
- 12 東山區
- 13 麻豆區
- 14 下營區

- 15 六甲區
- 16 官田區
- 17 大內區
- 18 佳里區
- 19 學甲區
- 20 西港區
- 21 七股區
- 22 將軍區
- 23 北門區
- 24 新化區
- 25 善化區
- 26 新市區
- 27 安定區
- 28 山上區
- 29 玉井區
- 30 楠西區
- 31 南化區
- 32 左鎮區
- 33 仁德區
- 34 歸仁區
- 35 關廟區
- 36 龍崎區
- 37 永康區
- 99 拒答

18_19 請問是台北市的哪一行政區？

- 1 松山區
- 2 信義區
- 3 大安區
- 4 中山區
- 5 中正區
- 6 大同區
- 7 萬華區
- 8 文山區
- 9 南港區
- 10 內湖區
- 11 士林區
- 12 北投區
- 99 拒答

18_20 請問是高雄市的哪一行政區？

- 1 楠梓區
- 2 左營區
- 3 鼓山區
- 4 鹽埕區
- 5 前鎮區
- 6 旗津區
- 7 三民區
- 8 新興區
- 9 前金區
- 10 苓雅區
- 11 小港區
- 12 鳳山區
- 13 林園區
- 14 大寮區
- 15 大樹區
- 16 大社區
- 17 仁武區
- 18 烏松區
- 19 岡山區
- 20 橋頭區
- 21 燕巢區
- 22 田寮區
- 23 阿蓮區
- 24 路竹區
- 25 湖內區
- 26 茄萣區
- 27 永安區
- 28 彌陀區
- 29 梓官區
- 30 旗山區
- 31 美濃區
- 32 六龜區
- 33 甲仙區
- 34 杉林區
- 35 內門區
- 36 茂林區
- 37 桃源區

- 38 那瑪夏區
- 99 拒答

18_21 請問是金門縣的哪一鄉鎮市？

- 1 金城鎮
- 2 金湖鎮
- 3 金沙鎮
- 4 金寧鄉
- 5 烈嶼鄉
- 6 烏坵鄉
- 99 拒答

18_22 請問是連江縣的哪一鄉鎮市？

- 1 南竿鄉
- 2 北竿鄉
- 3 莒光鄉
- 4 東引鄉
- 99 拒答

19 請問您根據工作取得何種職業保險？若退休人員，請問您退休前為何種職業保險？

- 1 公保
- 2 勞保
- 3 農保
- 4 漁保

題組 6：健康行為

20 請問您目前有沒有吸菸（過去一星期抽超過一包）？

- 1 有
- 2 沒有

21 請問您有沒有食用檳榔（最近一星期曾嚼過檳榔）？

- 1 有
- 2 沒有

22 請問您有沒有喝酒習慣（每週至少飲用二瓶啤酒或一瓶紅酒）？

- 1 有
- 2 沒有

23 請訪員輸入受訪者性別

- 1 男
- 2 女

第二部分：健保保費繳交及醫療使用情況

題組 1: 關於健保費用繳納情況

24 請問您是透過那個單位取得全民健保的投保資格?

- 1 受雇人員（透過服務機關、學校、事業、機構或雇主）
- 2 職業工會
- 3 農會、水利會或漁會
- 4 內政部指定之單位（例如：替代役男）
- 5 戶籍所在地區鄉（鎮、市、區）公所（例如：低收入戶成員、榮民、榮民眷屬以及其他）
- 6 安置單位

25 請問您的父母親有沒有依附在您的全民健保?

- 1 沒有
- 2 1 位
- 3 2 位

26 請問您的配偶有沒有依附在您的全民健保？（第 4 題回答 1、3、4 不問此題）

- 1 沒有
- 2 有

27 請問您的子女有沒有依附在您的全民健保？（第 5 題回答 0 沒有不問此題）

- 1 沒有
- 2 1 位
- 3 2 位
- 4 3 位
- 5 4 位（含以上）

28 請問您每個月平均每個人要繳交多少健保費？（或請問每個月總健保費除以納保人數）。

- 1 未滿 500 元以下
- 2 500 元~未滿 700 元
- 3 700 元~未滿 1,000 元
- 4 1000 元~未滿 2000 元
- 5 2000 元以上
- 6 不清楚

題組 2: 關於醫療利用情形以及醫療利用滿意度

29 請問在過去一年中，您家人有沒有人曾經住院？

- 1 有
- 2 沒有

30 請問過去一年，您家人平均每人急診次數大約幾次

- 1 無就醫
- 2 5 次以下
- 3 6-10 次
- 4 11-15 次
- 5 15-20 次
- 6 21 次以上

31 請問過去一年，您認為你家人每人平均門診次數大約幾次

- 1 相當少 (0-5 次)
- 2 普通少 (5-10 次)
- 3 平均 (10-15 次)
- 4 普通多 (15-25 次)
- 5 相當多 (25 次以上)

32 整體來說，請問您對於全民健保的制度滿不滿意？

- 1 非常滿意
- 2 還算滿意
- 3 尚可
- 4 不太滿意
- 5 非常不滿意

題組 3：獲得資訊方式

33 請問您平時最常看那一份報紙？

- 1 中國時報
- 2 聯合報
- 3 自由時報
- 4 蘋果日報
- 5 聯合晚報
- 6 工商時報
- 7 民眾日報

- 8 經濟日報
- 9 青年日報
- 10 台灣時報
- 11 中華日報
- 12 台灣新聞報
- 13 人間福報
- 14 旺報
- 15 沒看或很少看報紙
- 16 其他（請說明並記錄）

34 請問您平時最常看哪一台電視新聞？

- 1 台視
- 2 中視
- 3 華視
- 4 民視（53台）
- 5 TVBS（55台）
- 6 三立（54台）
- 7 東森（51台）
- 8 中天（52台）
- 9 年代（50台）
- 10 八大
- 11 非凡（58台）
- 12 大愛
- 13 公視
- 14 客家
- 15 原住民
- 16 其他（說明並紀錄）
- 17 沒看或很少看電視新聞

35 請問您最常經由那一個網站閱讀電子新聞？

- 1 中時電子報
- 2 聯合新聞網
- 3 自由時報電子報
- 4 Yahoo 奇摩
- 5 MSN
- 6 Google
- 7 Hinet
- 8 Pchome
- 9 新浪台灣
- 10 沒看或很少看

第四部分：補充保費問項

36 2011年1月公布的二代健保法，規定從2013年1月開始，健保的保費除了維持現行徵收制度外，另針對高額獎金（如年終獎金等）、兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得，及租賃收入，課徵2%的補充保費。請問您知不知道這個有關健保收費制度的調整訊息？

- 1 知道
- 2 不知道

37 請問您贊不贊成補充保費制度的實施？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 沒意見
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

38 在計算補充保費時，對股利、利息、執行業務收入等項目都有最高金額的限制，也就是單筆收入超過一千萬元部分不予課徵。請問您認為此限制應再提高、維持不變或是下降？

- 1 應提高至5千萬元
- 2 應提高至2千萬元
- 3 維持不變
- 4 下降至5百萬元
- 5 下降至1百萬元

39 為簡化行政程序，降低稽徵成本，針對股利、利息、執行業務收入等項目都有最低金額的限制，也就是單筆收入低於5000元部分不予課徵。請問您認為此限制應再提高、維持不變或是下降？

- 1 應提高至2萬元
- 2 應提高至1萬元
- 3 維持不變
- 4 下降至2千元
- 5 下降至1千元

40 未來如果將目前補充性保費的單筆收入其最高金額與最低金額的限制廢除，改合併於年度綜合所得稅時統一結算申報。請問您贊不贊成？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 沒意見

- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

41 目前健保僅對心臟支架給付基本款，想要品質較好的塗藥支架，則需自費多付差額（三萬元）。請問您贊不贊成這種收費方式推廣到其他昂貴醫療材料？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 尚可
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

42 請問您贊不贊成這種差額負擔方式，推廣到某些特殊昂貴藥品（如癌症標靶藥物）？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 尚可
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

43 如果健保局要更積極開拓其他財源，請問您贊不贊成提高 1% 的「營業稅」來支應健保財務？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 尚可
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

44 請問您贊不贊成「陸生來台就學期間可加保健保」？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 尚可
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

第五部分 補充保費執行問題

題組 1：高額獎金部分

45 請問您過去一年領取過多少年終獎金、績效獎金等等？

- 1 無此收入（不主動提示此選項）
- 2 未滿 5 萬元（不主動提示此選項）

- 3 5-10 萬元
- 4 10~~30 萬元
- 5 超過 30 萬元
- 99 不知道/拒答 (不主動提示此選項)

46 請問您贊成超過 4 個月月薪的高額獎金 (如年終獎金) 納入補充保費課徵嗎?

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 尚可
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

題組 2：兼職所得部分

47 請問您過去一年曾領取多少兼職所得?

- 1 無此收入 (不主動提示此選項)
- 2 未滿 5 萬元 (不主動提示此選項)
- 3 5-10 萬元
- 4 10~~30 萬元
- 5 超過 30 萬元
- 99 不知道/拒答 (不主動提示此選項)

48 請問您贊不贊成兼職所得納入補充保費課徵?

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 尚可
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

無此收入者回答 49_1 題

49 健保局明年開始對於兼職所得課徵 2% 補充保費，請問您未來有考慮因此增加或減少兼職工作時數?

- 1 減少 20% 以上
- 2 減少 10-20%
- 3 減少 10% 以內
- 4 不會變動
- 5 考慮增加

49_1 健保局明年開始對於兼職所得課徵 2% 補充保費，請問您認為一般民眾是否會有考慮因此增加或減少兼職工作時數?

- 1 會
- 2 不會

題組 3：執行業務收入

50 請問您過去一年有沒有領取過版稅、演講鐘點費或身為會計師、律師執行業務所賺取的收入？

- 1 有
- 2 沒有

51 請問您贊不贊成執行業務收入納入補充保費的課徵？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 沒意見
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

題組 4：股利所得

52 請問過去一年您所領取多少股利？

- 1 無此收入（不主動提示此選項）
- 2 未滿 5 萬元（不主動提示此選項）
- 3 5-10 萬元
- 4 10~~30 萬元
- 5 超過 30 萬元
- 99 不知道/拒答（不主動提示此選項）

53 股票股利及現金股利皆須課徵 2%的補充保費，請問您贊不贊成此項所得納入補充保費的課徵？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 沒意見
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

無此收入者回答 54_1 與 55_1 題

54 請問您會不會為規避補充保費而考慮於發放股利前賣出股票（不參加除權息）？

- 1 會
- 2 不會

54_1 請問您認為一般民眾會不會為規避補充保費而考慮於發放股利前賣出股票（不參加除權息）？

- 1 會
- 2 不會

55 補充保費亦針對股票股利進行課徵，若公司分配股利時，沒有現金供扣取補充保費時，後一年度由健保局開單收取。請問會不會影響您選股時的考量？（例如選取有配發現金股利的個股）

- 1 會
- 2 不會

55_1 補充保費亦針對股票股利進行課徵，若公司分配股利時，沒有現金供扣取補充保費時，後一年度由健保局開單收取。請問您認為會不會影響一般民眾選股時的考量？（例如選取有配發現金股利的個股）

- 1 會
- 2 不會

題組 5：利息所得部分

56 請問過去一年您所領取過多少利息？

- 1 無此收入（不主動提示此選項）
- 2 未滿 5 千元（不主動提示此選項）
- 3 5 千~2 萬元
- 4 2~5 萬元
- 5 超過 5 萬元
- 99 不知道/拒答（不主動提示此選項）

57 請問您贊不贊成利息所得納入補充保費課徵嗎？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 沒意見
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

無此收入者答 58_1 題

58 利息所得單筆給付 5000 元以上須課徵 2% 補充保費，請問您會不會考慮透過拆單方式規避補充保費的繳納？

- 1 已經調整
- 2 正在考慮
- 3 不會考慮

58_1 利息所得單筆給付 5000 元以上須課徵 2% 補充保費，請問您認為一般民眾會不會考慮透過拆單方式規避補充保費的繳納？

- 1 會
- 2 不會

題組 6：租金收入部分

59 請問過去一年您租金收入多少？

- 1 無此收入（不主動提示此選項）
- 2 未滿 5 萬元（不主動提示此選項）
- 3 5-10 萬元
- 4 10~~30 萬元
- 5 超過 30 萬元
- 99 不知道/拒答（不主動提示此選項）

60 請問您贊不贊成租金收入納入補充保費的課徵？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 沒意見
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

無此收入者答 61_1 題

61 由於租金收入單筆金額達 5000 元以上需課取補充保費，請問您會不會考慮將租金計算或付租方式加以調整？（例如將月租改為日租，透過分散收取租金規避補充保費）

- 1 已經調整
- 2 正在考慮
- 3 不會考慮

61_1 由於租金收入單筆金額達 5000 元以上需課取補充保費，請問您認為一般民眾會不會考慮將租金計算或付租方式加以調整？（例如將月租改為日租，透過分散收取租金規避補充保費）

- 1 會
- 2 不會

題組 7：行政執行問題

62 健保局針對高額獎金（如年終獎金等）、兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得，及租賃收入，課徵 2% 的補充保費。但是每一項皆有排除對象，例如低收入戶可免繳補充保費，請問您贊不贊成給付（扣繳）單位可透過網路查詢獲知您是不是排除對象？

- 1 非常贊成

- 2 贊成
- 3 沒意見
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

63 請問您贊不贊成事後由健保局統一開單，無須繳納補充保費的對象亦需事後才可進行退費？

- 1 非常贊成
- 2 贊成
- 3 沒意見
- 4 不贊成
- 5 非常不贊成

附錄四、第二次專家諮詢會議會議紀錄

主題：健保財務改革方向民眾意向電訪調查

時間：中華民國 101 年 11 月 15 日（四）16:00~17:00

地點：台灣大學社會科學院經研大樓 2F 公經中心會議室

主持人：劉錦添教授

出席人員：連賢明教授、楊葉承教授、金世朋教授、徐偉初教授、朱澤民教授、陳俊志教授、林晏如教授、韓幸紋教授、許績天教授、程智男教授

會議內容：

一、 第一波問卷

連賢明老師：第二波問卷預計問的基本資料很詳細，是否應減少？。第一波問卷欲評估所得或職業別差異是否會影響民眾對補充性保費的看法，所以需要填答人的資訊。第二波是否需要問到這麼詳細？七十個問項中有三十項與個人特性有關。

楊葉承老師：個人特性對顯著性的影響為何呢？

連賢明老師：以第一波結果為例，擴大費基，提高部分負擔問項中，女性反對比例較高；高所得者偏向贊成，低所得者則為反對。

楊葉承老師：對於樣本抽取結果最好列示明細，比如說某個職業別比例過低，可能無法真實反應結果。

連賢明老師：受限於預算研究抽樣採電話抽樣。但其實結果差異較大會在菸品與酒品健康捐，通常抽菸者較反對菸品健康捐，但抽菸人口比例低，問卷結果較無法呈現；飲料較普遍因此飲料稅支持程度比菸品酒品低；而超過半數的人贊成提高營業稅來增加健保收入。

朱澤民老師：許多民眾對於營業稅可能有錯誤認知，常會與營所稅搞混，誤以為營業稅是企業雇主負擔，所以贊成比例高。

林晏如老師：原先抽樣個數有多少？本計劃樣本數為 1,303，完訪率為多少？這些資訊應呈現於報告中。

連賢明老師：這部分我們將呈現在報告中。

楊葉承老師：抽樣特性中，有 1,197 位全職工作者，其他是退休。但二代健保將會影響兼職工作者，能否提高對兼職者樣本的抽取？

連賢明老師：第二波問卷應該要針對兼職工作者，但現實上例如執行業務所得，抽樣不易。

楊葉承老師：從工會員工抽樣，是否較容易抽到執行業務所得者？

連賢明老師：民調公司乃透過電話訪查，除非健保局或是工會特別給予名單，但牽涉個資法，資料收集不易。

林晏如老師：本計劃是否有作「抽出樣本的代表性檢定」？亦即用”卡方檢定”說明抽出樣本和全國資料無顯著差異，表樣本具代表性。因計畫問卷和健保資料庫結果（平均保費）有些差距，此部分應在報告中加以解釋。

連賢明老師：好的，這部分我們在報告中會加強說明。

朱澤民老師：問項應考慮意願跟能力。民眾是否能區分高醫療利用與重大傷病的差異？這兩問項結果應該一樣。民眾對健保的本質未必了解，其看法不一定能做為政策參考。健保存在的本質乃希望降低重大傷病病患負擔，但若問卷結果是希望提高重大傷病的保費，就違背健保設立目的，這問題並不恰當；此外，減少給付內容不等於保大不保小，反對比例很高，是否為民眾誤解？

楊葉承老師：第二波問卷可考慮動用人力針對某些團體進行訪問，並篩選年齡層、階級、不同縣市之樣本。

朱澤民老師：民眾可能會搞不清楚就診次數，這結果可能會有偏誤；第二波問卷建議將基本資料放至最後；民眾通常對於年所得沒有概念，而月所得一定會低估。

二、 第二波問卷

連賢明老師：第二波問卷重點在於補充性保費避稅問題以及行政上執行問題。

林晏如老師：問卷中配偶有問職業，受訪者也可一起問及“職業”。

朱澤民老師：個人基本資料不宜太多，交叉分析會過於複雜；若樣本取樣恰當，用電話訪問即可知現居地；有家庭所得就不要有薪資所得；社會保險項目大家都有，建議刪除。

連賢明老師：因為補充性保費主要針對薪資以外收入課徵；而研究欲透過社會保險項目來推算民眾保費。

楊葉承老師：問職業別即可了解社會保險項目，例如老師是公保。

連賢明老師：第二波問卷將刪除醫療利用相關問項，門診住診急診..等過於複雜

朱澤民老師：可以增加問項，例如時常看病的人是否會支持補充保費？較少看病的民眾也許不支持補充保費，找出類似特性；醫療浪費不需要問，民眾心態認為浪費都是其他人浪費，自己看病則為必須的。

連賢明老師：我們原意是想看醫療利用較高的人是否比較不會覺得醫療浪費？問卷結果發現並沒有。

楊葉承老師：可能沒有抽到真正醫療利用高的樣本，應分幾個階層抽樣，例如到醫院抽樣，也針對老師抽樣。薪資所得者比例高因此隨機抽樣易抽到薪資所得者，可能效果有限。

高額獎金問項

朱澤民老師：某些問題諮詢專業人士更價值。對於民眾則是問大方向的想法，比如說獎金股利要不要課徵。專家可問深入問題。高額獎金金額，每個人認定不一，應先定義清楚：「」所屬投保單位給付全年累計超過當月投保金額 4 倍部分的獎金，但應注意民眾未必了解投保金額的意思；第三題「您認為雇主是否可能將獎金名目改為津貼等其他名目，以規避補充保費的扣取嗎？」員工通常認為雇主是壞蛋，易使民眾胡亂回答，本題最好不要問。

兼職所得

連賢明老師：補充保費對兼職所得課徵會不會改變兼職時數或計時方式？比如說每個星期拿改成每天拿來規避補充保費下限問題。

朱澤民老師：拆單時，會造成雇主行政上的成本，老闆未必要配合員工更改發薪方式。詢問兼職工作 2% 其實影響不大，但可詢問民眾會不會影響工作時數以及拆單。

執行業務收入

朱澤民老師：執行業務所得者樣本較不容易問到，執行業務者投保，可參考職業身分投保。但會計師事務所合夥人中只有一人（所長）是執行業務者，其他人都用受雇者身分投保，而事務所年底分獎金為執行業務所得。這項所得除了所長外其他合夥人都要被課補充性保費，這部分有問題，不然將所有合夥人通通以執行業務者方式課稅。

金世朋老師：我在投保時特別勾雇主身分。會計師與律師、醫師不同，在《會計師法》明定合夥人不能用受雇身分。

朱澤民老師：健保局應讓合夥人可以執行業務身分也可以受雇身分；法條對於執行業務的定義應更明確。

股利所得與利息所得

金世朋老師：拆單可能不會發生 利息改成股利所得即可。

朱澤民老師：第二題：「過去一年您曾領取過股票股利或現金股利？」無須問，許多民眾搞不清楚本身是否持有股票股利。

連賢明老師：詢問股票股利跟現金股利，是想調查課徵補充保費會不會改變除權息之行為。

朱澤民老師：實際擁有股票股利的人不到 10%，抽樣不易

金世朋老師：2% 很少，一萬元中繳交 200 元，不太會改變。

連賢明老師：利息所得拆單，兩萬以上扣繳，兩萬以下結算，利息兩萬以上銀行代扣。

朱澤民老師：沒有結算，還是單筆。股利第四題：「若公司分配股利時，在作業上可能由健保局隔年開單收取。這是否會影響您選股？」不要問，應是向銀行的詢問較清楚。

租金收入

連賢明老師：會不會改變租金計算方式？

朱澤民老師：合約內容改變，比如說月繳 9,000 元租金，合約內容改成半個月繳一次（4,500 元），但私底下達成協議還是以月繳。

行政執行

連賢明老師：為了降低反彈，排除對象如何排除？扣繳單位連線到健保局，是否牽涉到個資法？

朱澤民老師：個人的話需要自然人憑證，但目前憑證尚未普及，擁有人數僅有兩三百萬人。投保單位需要有授權憑證，但這部分也涉及個資法問題，有些人不願將中低收入戶身分曝光。

其他建議

朱澤民老師：有關二代健保的相關規定，健保局有表單可供下載；行政上手續上的麻煩要詢問投保單位，可由工商企業電話簿查詢。

金世朋老師：扣費義務人與扣繳義務人相同，大公司有固定人士，小企業會給會計師或記帳士處理。可以找公會的理監事發問卷。建議健保局能夠加強會計師事務所與記帳士事務所的宣導。另外處罰要有緩衝時間，起碼要一年。

林晏如老師：這些相關問項是採開放性問卷，或是有選項供受訪者選擇？建議採選擇性問卷，有選項供選擇較可避免五花八門答案；另外仍有多數民眾對二代健保規定不甚清楚，設計問卷是否有先將相關規定提供受訪者參考，已避免個人因不了解相關規定，而造成問卷結果的偏誤。

會議結束