

計畫編號：M03E5010

衛生福利部委託研究計畫

「103年度健保學門委託科技研究計畫」

保險費計費基礎之探討

期末報告

計畫委託單位：衛生福利部

計畫執行機構：國立政治大學

計畫主持人：吳文傑

協同主持人：許績天、鄭清霞

研究人員：連賢明、黃勢璋

## 中文摘要

二代健保實施後，除一般保險費係依經常性薪資所得為計費基礎，另針對高額獎金、兼職薪資所得、執行業務收入、股利所得、利息所得及租金收入，以及投保單位(雇主)每月所支付薪資總額與其受僱者當月投保金額總額間之差額，按費率 2%計收個人及單位(雇主)補充保險費，以落實量能負擔的精神，提升保費負擔的公平性。補充保險費實施後，第一年收入約 402 億，高於原先預期，但在執行面引發相當爭議，成為社會關注焦點。本研究使用綜所稅歷年檔、健保承保資料，配合其他國際經驗，從財務穩定性、保費公平性、以及行政效率三面向，剖析補充保險費課徵的利弊得失。根據研究成果，我們對補充性保費提出四點建議。第一，可透過調整不同所得項目扣費上下限，減少行政成本。第二，可提高中低收入戶扣費下限，增加保費公平性。第三，建議補充健保費費基和定義盡量和綜所稅一致。第四，在合併所得項目後，可考慮實施年度結算來提高加行政效率。

關鍵詞：補充保險費、保費公平性，行政效率，財務穩定性



## **Abstact**

After the inception of 2nd generation National Health Insurance (NHI), a supplementary premium, in addition to the regular premium based on their earnings, is levied for 2% on the additional income base for the enrollees and employers. For the enrollees, the taxation base expands to six additional types of incomes, including the cash award (the accumulated value in the year exceeding four-times of the monthly insured premium), salary earnings from part-time jobs, income from professional practice, stock earnings, interest earnings, and rent income. For the employers, the tax base expands to the difference between all manpower related expenses and the sum of NHI enrolled salary. The purpose of this supplementary preimum is to satisfy the principle of ability to pay, and increase the fairness of taxation through enlarging the income base of NHI premium. Although the supplementary premium has generated NHI revenue by 40.2 billions in the first year, an amount higher than orginially expected, the new policy also attracted substantial concerns about how it is collected.

Using the personal income tax records, eligibility files of NHI enrollees, along with experiences from other countries, this project aims to examine the supplementary premium from three different perspectives: financial stability, fairness, and administrative costs. We have four suggestions. First, bureau of national health insuranc (BNHI) can reduce administrative costs by adjusting the lower and upper limit of premium collectiofor each income category. Second, BNHI can enhance the fairness by lifting the lower limit of premium collection for individulas or families below low or middle poverty line. Third, the calculation base of various income categories should be identical to those defined in personal income tax. Finally, BNHI can consider collecting the

supplementary premium on the annual basis, in case that all sources of incomes can be combined and calculated altogether.

Keywords : NHI supplementary premium , financial stability, fairness, and administrative costs.

## 目錄

中文摘要.....	1
Abstract.....	3
目錄.....	5
表次.....	8
圖次.....	10
<b>第一章 前言.....</b>	<b>12</b>
1.1 計畫緣起.....	12
1.2 計畫目的.....	17
1.3 計畫實施時程.....	18
<b>第二章 文獻回顧.....</b>	<b>20</b>
2.1 各國健保制度.....	20
2.1.1 日本健保制度.....	20
2.1.2 韓國健保制度.....	26
2.1.3 新加坡健保制度.....	30
2.1.4 德國健保制度.....	35
2.1.5 荷蘭健保制度.....	38
2.1.6 西班牙健保制度.....	41
2.1.7 加拿大健保制度.....	44
2.2 各國健保制度彙整.....	46

2.3 二代健保檢討報告 .....	49
<b>第三章 財務穩定性 .....</b>	<b>51</b>
3.1 補充保險費和經濟景氣 .....	51
3.2 補充保險費和規避行為 .....	56
<b>第四章 保費公平性 .....</b>	<b>62</b>
4.1 公平性指標 .....	62
4.2 保費公平性文獻 .....	65
4.3 補充保險費公平性研究成果 .....	66
<b>第五章 行政效率成本 .....</b>	<b>79</b>
5.1 行政效率問題 .....	79
5.2 具體改善建議 .....	80
5.3 結算制度討論 .....	86
<b>第六章 結論 .....</b>	<b>91</b>
6.1 研究結果 .....	91
6.2 政策建議 .....	92
<b>參考文獻 .....</b>	<b>95</b>
<b>附錄一：第一次專家諮詢會議紀錄 .....</b>	<b>99</b>
<b>附錄二：第二次專家諮詢會議紀錄 .....</b>	<b>101</b>
<b>附錄三：第三次專家諮詢會議紀錄 .....</b>	<b>103</b>
<b>附錄四：第四次專家諮詢會議紀錄 .....</b>	<b>107</b>

附錄五：第五次專家諮詢會議紀錄 .....	109
附錄六：期中審查建議回饋回覆表 .....	112
附錄七：期末審查建議回饋回覆表 .....	113

## 表次

表 1.1 全民健保財務收支分析表（權責基礎） .....	13
表 1.2 二代健保新增補充保險費項目及影響之保險對象 .....	15
表 1.3 保險對象負擔金額及占率 .....	16
表 2.1 日本醫療保健支出比率 .....	23
表 2.2 韓國醫療保健支出比率 .....	28
表 2.3 新加坡醫療保健支出比率 .....	33
表 3.1 各項補充保險費各年度費基及保險收入金額 .....	54
表 3.1 各項補充保險費各年度費基及保險收入金額（續） .....	54
表 3.2 2005-2012 年補充保險費費基來源所得項目歷年金額 .....	58
表 3.3 補充保險費歷年費基及保險收入金額 .....	60
表 3.4 不同規避模式和實際規避 .....	61
表 4.1 可支配所得分位組平均每人健保及自費項目支出佔可支配所得 .....	69
表 4.2 可支配所得分位組平均每人健保及自費項目支出佔可支配所得比例 .....	70
表 4.3 101 年度綜稅各類所得金額各級距申報統計表 .....	72
表 4.4 現制保費公平性分析 .....	75
表 4.5 補充保險費公平性分析 .....	75
表 4.6 自費項目公平性分析 .....	75
表 4.7 現制保費加補充保險費公平性分析 .....	75

表 4.8 現制保費加補充保險費加自費項目公平性分析.....	75
表 5.1 2009 年不同下限七項補充保險費費基金額及案件數 <sup>A</sup> .....	83
表 5.2 2005-2012 年未納入補充健保費費基來源所得項目歷年金額 .....	84
表 5.3 2005-2012 年推估未納入補充健保費費基來源之保費金額 .....	85

## 圖次

圖 2.1 日本健康保險體系財務狀況 (2009 年) .....	24
圖 2.2 日本健康保險體系財務狀況 (2010 年) .....	24
圖 2.3 韓國醫療支出結構 (STRUCTURE OF TOTAL HEALTH EXPENDITURE) ..	28
圖 2.4 韓國國民健康保險財務收支情形 (1997-2007) .....	29
圖 2.5 新加坡政府醫療保健支出統計表 .....	34
圖 2.6 新加坡政府醫療保健支出統計表 .....	34
圖 2.7 德國健康照護支出占 GDP 百分比趨勢 .....	36
圖 2.8 健保財務來源 .....	39
圖 2.9 西班牙健康照護支出趨勢 .....	43
圖 2.10 健保支出主要組成的比例 (%) .....	43
圖 2.11 收入來源占總支出的比例 (1995-2010) .....	44
圖 2.12 加拿大健康照護支出趨勢 .....	45
圖 4.1 2005 到 2010 年現制保費 RE 值的走勢 .....	76
圖 4.2 2005 到 2010 年現制保費 V 值的走勢 .....	76
圖 4.3 2005 到 2010 年現制保費 H 值的走勢 .....	76
圖 4.4 2005 到 2010 年補充保險費 RE 值的走勢 .....	76
圖 4.5 2005 到 2010 年補充保險費 V 值的走勢 .....	76
圖 4.6 2005 到 2010 年補充保險費 H 值的走勢 .....	76

圖 4.7 2005 到 2010 年自費項目 RE 值的走勢 .....	77
圖 4.8 2005 到 2010 年自費項目 V 值的走勢 .....	77
圖 4.9 2005 到 2010 年自費項目 H 值的走勢 .....	77
圖 4.10 2005 到 2010 年現制保費+補充保險費 RE 值走勢 .....	77
圖 4.11 2005 到 2010 年現制保費+補充保險費 V 值的走勢 .....	77
圖 4.12 2005 到 2010 年現制保費+補充保險費 H 值的走勢 .....	77
圖 4.13 2005 到 2010 年現制保費+補充保險費+自費項目 RE 值的走勢 .....	78
圖 4.14 2005 到 2010 年現制保費+補充保險費+自費項目 V 值走勢 .....	78
圖 4.15 2005 到 2010 年現制保費+補充保險費+自費項目 H 值走勢 .....	78

# 第一章 前言

## 1.1 計畫緣起

臺灣自 1995 年實施全民健保，民眾不論身分皆能在生病時享有妥適醫療照護，也造就臺灣成為世界健保制度典範。然而，在醫療技術進步、人口老化、給付增加、以及藥費居高不下情況下，醫療費用成長率均高於 GDP 成長率；然而在支應醫療費用所需要的健保費費基則以經常性薪資為計算基礎，在薪資所得占國民所得的比率卻逐年遞減趨勢下，健保費收入成長率也因此低於國民所得成長率<sup>1</sup>，自然更遠低於醫療費用成長率（行政院衛生署，2004）。正因上述原因，全民健保醫療費用與保費收入年成長率存在顯著差距，進而造成健保財務缺口。表 1.1 列出歷年全民健康保險以權責為基礎的財務收支狀況。根據表 1.1 可清楚看出，目前全民健康保險的財務收支缺口日益擴大，在 2003 年度時，收支的差距僅 4 億元，不過到 2005 年度，該支出差距便急遽增大至 63 億元，乃至到 2008 年度更高達 139 億元，進而至 2009 年度時，該收支差距已然高達 317 億，其財務收支缺口之大可見一斑。

為因應日益艱鉅的財務困境，國家衛生研究院論壇籌組「論壇健康保險委員會」，針對健保財務議題進行研議；之後國家衛生研究院於 2001 年 2 月完成「全民健康保險體檢小組報告」；為進一步以全面性、宏觀性、前瞻性的新思維，進行全民健康保險中長程改革擘劃工程，行政院於 2001 年 7 月成立二代健保規劃小組，經過長達三年時間，提出以「家戶總所得為費基」方案，並建立收支連動機制，作為健保財務財源改革方向。但 2010 年 12 月經過立法院相關黨團協商後，最終仍因對於此方案執行可行性有所疑慮，因此，改以「個人總所得」為基本精神另行提出修正案，其內容為維持現行收費方式，增列雇主、保險對象之補充保險費。以及，為強化政府

---

<sup>1</sup> 一般認為高所得者多為賺取資本所得，且資本所得成長率較高，但是資本所得並未納入健保費基。

之財務責任，而二代健保新增政府整體經費負擔比率餘扣除其他法定收入後不得低於 36%之規範，且建立收支連動機制，2011 年 1 月修法通過，2013 年正式實施。

表 1.1 全民健保財務收支分析表（權責基礎）

年度	保險業務收入					單位:億元
					保險業務	
	保收費入	呆帳	其他收入	合計	成本	
2002	3,034	36	78	3,076	3,233	
2003	3,278	18	95	3,354	3,358	
2004	3,440	4	86	3,522	3,526	
2005	3,561	41	90	3,611	3,674	
2006	3,680	32	171	3,819	3,822	
2007	3,706	32	200	3,874	4,011	
2008	3,849	31	202	4,020	4,159	
2009	3,858	37	209	4,031	4,348	
2010	4,387	36	258	4,608	4,423	
2011	4,695	36	265	4,924	4,582	
2012	4,829	31	272	5,070	4,804	

資料來源：中央健保局重要統計資料

說明：其他支出=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

雖說二代健保立意良善，但所規劃「家戶總所得」方案造成結構性改變，引發各界疑慮。在立法院審議後決議不採行「家戶總所得」方案，改採保費收入為現制增列補充保險費。所謂補充保險費，在個人方面針對六項所得：高額獎金、兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得及租

金收入等項目，在一定金額上採就源扣繳加計 2%補充保險費；在雇主部分（投保單位）則針對其每月薪資總額與其受雇者每月投保金額總額間差額，計收 2%補充保險費（見表 1.2）。補充保險費自 2013 年課徵後，第一年所得保費收入約為 402 億(見表 1.3)，其中最高為雇主負擔，約佔當年度收入一半；其次為股例所得約 90 億，佔總收入的四分之一，這個保費收入雖高於原先預期，達到費基擴大、提昇公平性的目標，但就健保五千五百億整體收入而言，仍僅為補充性財源性質。

表 1.2 二代健保新增補充保險費項目及影響之保險對象

補充保險費項目	影響之保險對象	案例說明
高額獎金	全年累計超過當月投保金額 4 倍部分的獎金收入	設某員工月薪 3 萬元，年終獎金一次領取 20 萬元，該獎金超過月投保金額 4 倍的部分，按薪資 3 萬元的投保金額為 3 萬 300 元，超過月投保金額 4 倍部分為 7 萬 8800 元，要納入 2% 補充保險費計算(即 20 萬元-3 萬 300 元 x4=7 萬 8800 元)。
兼職薪資所得	兼職薪資所得，但無一定雇主的民眾除外	設某員工於 A 公司工作並投保，同時又在 B 公司兼職，則 B 公司應於每次給付兼職薪資時，扣取 2% 補充保險費。
執行業務所得	兼職之執行業務所得，但以執行業務所得為投保金額者，其執行業務收入，不在此限	假設醫師受雇並加保於 A 醫院，同時於 B 診所兼診，則 B 診所應於給付醫師執行業務收入所得時，扣取 2% 補充保險費。
股利所得	按現金股利扣取補充保險費	設 A 先生取得現金股利 30,000 元，應按補充保險費率 2%，扣取補充保險費 600 元後，再將餘額 29,400 元付給 A 先生。
利息所得	持有銀行、郵局存款、債券者利息所得	設 A 先生原本之 1 年期定存利息為 15,000 元，則銀行應於付息時扣取 2% 補充保險費 300 元後，實付利息餘額 14,700 元付給 A 先生。
租金所得	自然人出租予法人之租金收入	設 A 先生將公寓以每月租金 40,000 租給甲公司當辦公室，則甲公司應於每月支付租金時，扣除 2% 補充保險費 800 元後，再將餘額 39,200 元付給甲先生。

資料來源：全民健康保險雙月刊第 96 期。

更重要的，補充保險費在執行面存在相當大問題，引起相當多的行政爭議。最大問題為補充保險費採就源扣繳，沒有進行年度結算。如此一來，保費計算以單筆為課徵單位誘使民眾規避。這誘因反應在高額獎金上，則將獎金壓低在月投保金額四倍以下，或將給付所得改為非獎勵性質名義，或改為實物給付來規避補充保險費課徵（韓幸紋（2013））。其次，為降低健保補充保險費衝擊，政府針對單筆繳費設立上下限（補充保險費上限統一為單筆一千萬；下限部分，高額獎金月投保金額四倍，兼職所得為最低工資，其餘為單筆五千元），這增加民眾提供規避誘因而來避繳補充保險費。舉例來說，只要將利息所得分拆或改領月息的方式，即可規避補充保險費課徵。

表 1.3 保險對象負擔金額及占率

單位：億元

年	月	投保單位 (雇主)負擔	高額 獎金	非所屬投 保單位給 付之薪資 所得	執行業 務收入	股利所 得	利息所 得	租金收 入	合計
102	1-3	87.28	8.24	5.24	1.64	0.57	3.52	6.53	113.04
102	4-6	31.06	6.24	5.41	1.76	6.98	3.55	6.61	61.61
102	7-9	38.8	14.27	5.89	1.82	49.42	3.41	6.74	120.33
102	10-12	42.43	11.22	8.22	2.41	32.01	3.38	8.33	108
		199.58	39.97	24.75	7.64	88.98	13.68	28.21	402.98

註：本資料取得時間為 103 年 4 月 30 日

再則，補充保險費在許多定義上和所得稅法定義不一致。這問題特別反應在執行業務收入上，由於全民健康保險法規定，未依專門職業及技術人員考試法或其他法規取得職業資格之人員，即不能視之為專門職業及技術人員自行執業者。如此將誘使不符合全民健康保險法上的執行業務身份者（如著作人、表演人等）其成立工作室，並將此類收入轉化為獨資、合夥之營利所得而規避補充保險費的情形（江東亮，2011）。最後，這些補充

保險費問題直接造成健保局業務量大增。這業務量不單純僅是補充保險費所本身案件量，更因補充保險費單次計費規定，使健保局需自行建置資料來收取補充保險費。這幾個重要問題，都使得收取補充保險費成為社會關注的重要焦點。

## 1.2 計畫目的

二代健保原規劃之家戶總所得方案，因變革較大無法凝聚共識，爰秉持「擴大計費基礎、提升負擔公平」之同樣精神，於維持既有計費方式下，將保險對象高額獎金等 6 項可以掌握之其他所得，及雇主未計入投保金額之薪資支付，以補充保險費方式納入計費基礎，實施之後雖已使費基擴大，公平性較過去亦有提升，惟仍有部分執行面與公平性之疑慮，有待進一步檢討改善。

為使全民健康保險財務新制更臻完善，進而使全民健康保險得以永續經營，本計劃預計從三方面：從財務穩定性，收入公平性、行政效率性這三個面向，剖析補充保險費課徵所引發之利弊得失，並提出可改善之處。計畫利用綜合所得稅扣繳憑單歷年檔、綜合所得稅申報檔，健保補充保險費明細檔，健保承保資料檔，及綜合所得稅統計年報進行實證分析，主要包含下列幾點：

- 收集外國健保財源籌措方式。
- 利用學理以及資料分析補充保險費的財源穩定性。
- 利用學理以及資料分析補充保險費的保費公平性。
- 利用專家諮詢會議以及學理探討，討論補充保險費的行政效率。

本計劃擬就補充保險費制度進行評估，提出該制度下可行之改革建議方案。並提出短、中、長期建議方案，作為健保制度改革參考。

### 1.3 計畫實施時程

工作項目	月次												備註
	第1月	第2月	第3月	第4月	第5月	第6月	第7月	第8月	第9月	第10月	第11月	第12月	
蒐集文獻	■												
專家諮詢會議			■										
資料比對			■										
資料分析				■									
撰寫報告								■					



## 第二章 文獻回顧

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點及缺點做為借鏡，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，本研究彙整了日本、韓國、新加坡、德國、荷蘭、西班牙、加拿大共七個國家。其中日本、韓國、德國、荷蘭及西班牙皆屬於社會保險體制的國家，財源的來源主要為保險費。另外，新加坡屬於其他（個人健保帳戶制），由個人與政府合資。加拿大屬於國民保健制度，主要財源為稅收。在許多方面與台灣也有相似之處。所以，本文使用上列國家的建保制度，加以整理作為參考。

本章分為三節，針對台灣與其他國家健保財源籌措之方式簡介，第一節為各國健保籌措方式簡介，包括日本、韓國、新加坡、德國、荷蘭、西班牙、加拿大共七個國家，第二節則將各國制度進行匯整比較。最後，第三節將針對台灣的二代健保提出檢討報告。

### 2.1 各國健保制度

本節我們透過收集各國健康保險的財源籌措方式，透過整理相關各國經驗，以觀察近來各國所提出的改革方向，進而提供相關主管機關未來制度改革時之借鏡。我們參考連賢明（2012）為依據，並以日本、韓國、新加坡、德國、荷蘭、西班牙、加拿大等國家進行資料蒐集，以下分別說明之。

#### 2.1.1 日本健保制度

根據湯澡薰（2009），日本的健康保險制度由 1922 年的《健康保險法》開始，而全民納保則是到 1961 年完成。同時在 2000 年開始實施《長期照護保險法》，在該長期照護保險法之下，日本將老年人的長期照護納入健康照護範圍（湯澡薰，2009）。就制度上，日本的健康保險與德國相仿，

屬於多元保險制度，但政府的力量（介入程度）高於德國（張育嘉等，2010）。

日本的健康保險可以分為兩大體系：受雇者健康保險（Employees' Health Insurance, EHI）和國民健康保險（National Health Insurance, NHI，又稱「地域保險」）。「受雇者健康保險」依適用對象不同區分為「健康保險（為一般受雇者保險）」與「共濟組合（為特定受雇者保險）」兩大類<sup>2</sup>：前者以企業員工等受雇者為主<sup>3</sup>；後者（共濟組合）則主要適用於國家公務員、地方公務員、私校教職員<sup>4</sup>。受雇者健康保險約涵蓋 60% 的日本國民。剩下 40% 民眾則透過「國民健康保險」予以涵蓋，適用對象為未加入受雇者健康保險的民眾，包含自營業者、農夫及退休人員。2002 年日本政府針對 75 歲以上及 65 歲以上 74 歲以下重病或臥病在床的老人，設置了「老人保健制度」（王玫，2003；湯澡薰，2009；羅紀琮，2006）。也因此，日本國民一生之中在前述制度的設計之下，可能參加三種以上不同的健保或醫療制度體系：就業期間由職場的「受雇者健康保險」提供醫療及療養給付；退休後由「國民健康保險」提供退休者醫療給付；75 歲以上或 65 歲以上 74 歲以下的長期臥床老人由「老人保健制度」提供老人醫療給付；受雇者退休後在未滿 75 歲前可以任意加入「退休者健康保險」制度，其給付內容和給付方式與受雇者相同。

在這種多元發展的醫療保險制度下，日本的對應管理單位也有所不同，具體來說，根據張育嘉等（2010）以及連賢明（2012），日本的國民健康保險由地方政府辦理、各種共濟組合由厚生勞動省管理，組合健康保險由勞僱雙方自行管理。而日本醫療保險費用主責之審查機關為社會保險診療報酬支付基金與國民健康保險團體聯合會，前者屬於受雇者健康保險，後者屬於國民健康保險，二者負責審查每個月醫療機構的申報，並支付醫療費用（張育嘉等，2010；連賢明，2012）。日本醫療保險資金來源為保險

---

<sup>2</sup> 又稱「職域保險」。

<sup>3</sup> 包含大企業員工所參加的「組合掌管健康保險」、中小企業員工參加的「政府掌管健康保險」、船員與日雇勞動者參加的「船員保險」以及「日雇勞動者保險」。

<sup>4</sup> 包括「國家公務員共濟組合保險」、「地方公務員共濟組合保險」以及「私校教職員共濟組合保險」。

費及國家財政稅收補助。保險費以保險對象的薪資所得作為計算基準，由雇主及保險對象各負擔一半。保險給付範圍包含大部分的醫療服務項目，也包含處方藥品。醫療服務支付費用由政府制訂統一支付標準，整體支付架構採論量計酬制。另外，視病人的資格而有 10%~30% 的部分負擔。（湯澡薰，2009）

## 日本健保財務簡介

### （一）主要財源

日本的健康保險制度的主要財源根據保險的種類的不同，可以分成「政府掌管健康保險（政管健保）」、「組合掌管健康保險（組合健保）」、「日雇勞動者健保費率」以及「國民健康保險」四大類。在這四大類中，除了「國民健康保險」外，其他的保險費都是透過保險人的薪資扣除，同時透過勞工與資方兩方各自分擔一半的方式進行。在日本的《健康保險法》中，明定「政管健保」的保險費率<sup>5</sup>，「組合健保」的保險費率則於法定範圍內由組合依政令規定決定<sup>6</sup>。

政管健保的保險費方面，從 1993 年起財務收支就開始每年有赤字的現象，因此在 2003 年 4 月日本政府推動「總報酬制」，將其保費率設定為（薪資+紅利獎金）乘上 8.2%，而紅利獎金則以 200 萬為計算上限，薪資的計算採 4、5、6 三個月的平均薪資為基準<sup>7</sup>。

在組合健保的保險費方面，根據王玫（2003），湯澡薰（2009），羅紀琮（2006）以及連賢明（2012）等研究，保費費率大約為 3~9.5% 不等，所有組合平均值約為 8.5%。其中，船員保險費率為 8.8%、國家共濟組合費率為 7.8%、地方公務員共濟組合費率為 8.6%、私立學校教職員共濟組合費率為 8.5%。此外，日雇勞動者健保費率則為標準薪資日額\*8.2%\*1.31（王玫，

<sup>5</sup> 但社會保險廳長於保險費率有不足或結餘時，得請求厚生勞動部長調整保險費率，政府於厚生勞動部長依規定變更保險費率時，則應儘速將其要旨向國會提出報告。

<sup>6</sup> 但仍需經厚生勞動部長認可。

<sup>7</sup> 因此，4、5、6 三個月的平均薪資較高者也會負擔較高的保險費。

2003；湯澡薰，2009；羅紀琮，2006；連賢明，2012）。

至於國民健康保險的計算方式，則是根據市區町村保險對象的家戶所得、資產所得、加入者人數以及戶數的等因素的多寡來進行均分。各市區町村國民健康保險的保險費分攤則根據每戶前一年所得為基礎及依量能與量益的比例定額分配等兩項準則進行區分，因而產生因地而異的現象。根據羅紀琮（2006），其計算方式為「所得比」加上「均等分配比」，「所得比」為各家戶所得需負擔額，「均等分配比」為加入者平均一人需負擔額<sup>8</sup>。

## （二）其他財源

扣除前述的主要財源外，日本的醫療保健制度的其他財源主要為就醫者的部分負擔。而這一部分的費率，則不因其醫療內涵而有所差別，全採用定率的負擔方式進行（羅紀琮，2006；張育嘉等，2010；連賢明，2012）。

### 日本保險財務狀況及財務問題

表 2.1 為日本全國醫療保健支出之情形，2012 年其醫療保健支出占 GDP 的比率為 10.1%，其公部門醫療保健支出占總醫療保健支出高達 82.5%，由前述數據可得知日本無論從醫療保健支出占 GDP 比例或是公部門醫療保健支出占總醫療保健支出，皆會發現該國之醫療支出負擔相對高。

表 2.1 日本醫療保健支出比率

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total expenditure on health as a percentage of GDP	8.0	8.0	8.2	8.2	8.2	8.6	9.5	9.6	10.0	10.1
Private expenditure on health as a percentage of total expenditure on health	19.6	19.3	18.4	20.6	19.6	18.6	18.5	17.9	17.6	17.5
General government expenditure on health as a percentage of total expenditure on health	80.4	80.8	81.6	79.5	80.4	81.4	81.5	82.1	82.4	82.5
Out-of-pocket expenditure as a percentage of total expenditure on health	16.4	16.3	15.4	17.0	16.1	15.1	15.0	14.4	14.2	14.1

資料來源：世界衛生組織（WHO）— Global Health Observatory Data Repository

<sup>8</sup> 舉例而言：橫濱市每人 1 年國民健康保險費為所得比率 3.4%加上均等分配比 42,440 日圓。

另外可從圖 2.1 及圖 2.2 了解日本國民健康保險之財務狀況，圖 2.1 及圖 2.2 分別日本厚生勞動省所提供的最新兩年財政狀況，由圖中可了解日本之國民健康保險仍有明顯的財政赤字情況。

<b>Overview</b>		<b>Finance Status of the Health Insurance System (FY2009 Settled Account)</b>				
(Unit: ¥100 million)						
		Government-managed Health Insurance/ JHIA-managed Health Insurance	Society-managed Health Insurance	National Health Insurance (municipalities)	Seamen's Insurance	Late-stage medical care system for the elderly
Operating revenue	Premium (tax) revenue	59,555	59,671	27,955	348	8,565
	State subsidy	9,678	39	29,246	30	35,842
	Late-stage elderly subsidy	-	-	-	-	47,235
	Early-stage elderly subsidy	-	-	26,690	-	-
	Others	501	2,007	30,024	-	19,837
	<b>Total</b>	<b>69,735</b>	<b>61,718</b>	<b>113,914</b>	<b>378</b>	<b>111,480</b>
Operating expenditure	Insurance benefit expenses	44,513	34,385	85,550	251	110,403
	Late-stage elderly support coverage	15,069	12,685	15,776	64	-
	Levies for early-stage elderly	10,961	11,094	45	47	-
	Contributions for retirees	2,742	2,851	-	12	-
	Others	1,343	5,938	18,633	0	571
	<b>Total</b>	<b>74,628</b>	<b>66,952</b>	<b>120,005</b>	<b>374</b>	<b>110,974</b>
Balance of ordinary revenue and expenditure		▲4,893	▲5,234	▲6,090	3	505

資料來源：Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW), “Annual Health, Labor and Welfare Report 2012”

圖 2.1 日本健康保險體系財務狀況（2009 年）

<b>Overview</b>		<b>Finance Status of the Health Insurance System (FY2010 Settled Account)</b>				
(Unit: ¥100 million)						
		Government-managed Health Insurance/ JHIA-managed Health Insurance	Society-managed Health Insurance	National Health Insurance (municipalities)	Seamen's Insurance	Late-stage medical care system for the elderly
Operating revenue	Premium (tax) revenue	67,343	61,405	27,362	284	8,907
	State subsidy	10,543	40	29,910	32	37,857
	Prefectural contribution	-	-	8,109	-	11,270
	Municipal contribution	-	-	8,224	-	10,003
	Grants for late-stage elderly	-	-	-	-	49,730
	Grants for early-stage elderly	-	2	27,142	-	-
	Retirement grants	-	-	5,977	-	-
	Others	230	1,409	14,761	5	137
	<b>Total</b>	<b>78,116</b>	<b>62,856</b>	<b>121,485</b>	<b>321</b>	<b>117,903</b>
Operating expenditure	Insurance benefit expenses	46,099	35,372	88,291	197	117,340
	Late-stage elderly support coverage	14,214	13,014	14,518	56	-
	Levies for early-stage elderly	12,100	11,190	25	47	-
	Contributions for retirees	1,968	2,093	-	9	-
	Others	1,250	5,342	18,560	6	661
	<b>Total</b>	<b>75,632</b>	<b>67,011</b>	<b>121,395</b>	<b>316</b>	<b>118,001</b>
Balance of ordinary revenue and expenditure		2,484	▲4,156	90	5	▲97

資料來源：Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW), “Annual Health, Labor and Welfare Report 2013”

圖 2.2 日本健康保險體系財務狀況（2010 年）

由於老齡化的問題，日本的醫療保險制度老人醫療費用的持續增加，使得整體醫療費用的也隨之成長。事實上，日本政府認為到了2025年，日本老人醫療費用將佔總醫療費支出的50%，而此高額的醫療費用將因此成為拖垮整體醫療保險系統的推手（郭躍民，2009；羅紀琮，2006）。

根據郭躍民（2009）以及羅紀琮（2006），日本老人醫療保健制度一開始針對70歲以上老人提供免費的診療服務，不過隨社會健保制度的財務問題，同時該制度直接或間接助長了「濫給濫用」、「社會性住院」等非必要性醫療浪費，因此後續日本的制度在改革上開始要求高齡者就醫時需負擔定額部分的醫療費用，希望透過這樣的作法能讓老人對醫療成本的概念有所更改，不過，這項改革的部分負擔仍採低費定額制度，因此成效不彰。其後日本也透過修法將對保險對象所提供之保險給付向下修正<sup>9</sup>。同一時間，也開始透過稅收等公費挹注政府掌管健康保險等所需之財源。唯獨在1990年代日本泡沫經濟加速崩解，長期的經濟不景氣致使醫療費用成長率高於國民所得成長率，進而醫療保險財務營運困難。根據郭躍民（2009）以及羅紀琮（2006），在此環境之下，日本社會健康保險制度開始積極地採取各種抑制支出之財政改革手段，包括降低保險醫療給付佔全部醫療費用之比例、調高部分負擔之數額、提高高齡者就醫時之部分負擔比率與享有高齡者醫療給付之年齡門檻等。進而在2002年日本國會修正《健康保險法》，明確要求政府應就保險人之重行調整、新高齡者醫療制度之創設、醫療費用及政府掌管健康保險構造進行必要之檢討措施（郭躍民，2009）。2006年日本國會正式通過《健康保險法》等相關法律之修正，並將分階段陸續實施，對日本社會健康保險制度進行根本性之重大改革，並以「綜合性追求醫療費用之妥適化」、「新高齡者醫療制度之創設」及「保險人之重行調整與統合」等三部分為主要內容（郭躍民，2009）。

整體而言，日本政府為解決國內因高齡化所導致之醫療費用高漲，進

---

<sup>9</sup> 1984年將《健康保險法》中對保險對象所提供之保險給付從往昔之全額給付向下修正為八成給付。

而造成財務困難的問題，為解決財務困境，日本有過針對藥品訂價、診療報酬制度、高齡者醫療制度及醫療提供體系方面，進行全面改革。其改革內容主要以節流方式，追求醫療費用的妥善分配，並著眼於減少可能產生高額醫療費用支出的慢性病預防措施，以達到抑制醫療費用成長之目的。

### 2.1.2 韓國健保制度

韓國的健保制度自 1976 年起修訂《醫療保險法》並隨著經濟發展較為健全、社會財富累積速度增加後有明顯的改進<sup>10</sup>。而其醫療保險的參與者隨年逐步跨大，1977 年醫療保險參加者主要為 500 名員工以上的大型企業之員工與家屬，其後在 1979 年擴大範圍到包含 300 名員工以上的中型企業，1987 年起涵蓋 100 名員工以上的小型企業，最終在 1988 年將 5 人以上的小型公司亦納入保險範圍<sup>11</sup>。

之後，韓國於 1999 年制定《國民健康保險法》<sup>12</sup>，以解決農村人口沒有涵蓋進入醫療保險範圍、地區性與職業性的差異而使得醫療保險尚存在差異的問題，並將社會醫療保險改稱為國民健康保險。2000 年起將先前的國民醫療保險與區域單位保險整合為國民健康保險，擴大全民納保的人數，目前的納保人數為全國的 96% 以上，其餘不到 4% 的低收入弱勢者由政府醫療補助制度提供基礎醫療保障 (Jeong, 2005; 韓國保健福祉部, 2012; 韓國國民健康保險公團, 2012)

#### 韓國健保財務簡介

韓國健康保險制度屬於社會保險、單一保險人制。其財政來源主要來自於保險費收入以及政府補助，而政府的補助則包含一般稅收以及菸草稅收<sup>13</sup>。根據 2013 臺日韓全民健保研討會會議資料，保險費收入占健保財源

<sup>10</sup> 1963 年韓國制定《醫療保險法》，但因國家財政困難以及民眾收入過低，而無法真正實施。

<sup>11</sup> 而公務人員的醫療保險，則是依據 1977 年《公務員以及私立學校教職員醫療保險法》，主要範圍為政府公務人員以及私立學校教職員及其家屬，1980 年則涵蓋了職業軍人，1981 年則再擴大政府退休人員。

<sup>12</sup> 同時廢除先前的《醫療保險法》以及《公務員以及私立學校教職員醫療保險法》。

<sup>13</sup> 以 2008 年為例，保險費收入約為 86%，而政府補助約佔 14%（一般稅收為 10.6% 以及菸草稅收為

的 85.7%，另有 13.2% 為國庫資助金及國民健康增進基金。保費費率則由國民保險政策協商委員會負責制定<sup>14</sup>。韓國的健康保險對象的身分若為企業員工，則保險費用由員工（保險對象）與企業主各負擔一半；倘若保險對象為公務人員或是農民，則保險費用由保險對象與政府各負擔一半<sup>15</sup>。（韓國保健福祉部，2012；韓國國民健康保險公團，2012）

### 韓國健保財務問題

由下頁表 2.2 可得知韓國在醫療保健支出之情形，2012 年其醫療保健支出占 GDP 的比率為 7.5%，同時，其公部門醫療保健支出占總醫療保健支出為 54.4%，其家庭自付醫療保健支出占總健保支出則約 36.1%，相關數據請詳表 2.2，由前述數據可得知韓國醫療保健支出中公部門佔的比例較高，而人民所負擔之醫療保健支出比例與多數亞洲國家相仿，約為總醫療支出的三分之一。

另外可由下頁圖 2.3 了解韓國之詳細醫療支出結構，由該圖表可得知韓國之醫療保健之初主要係由社會健康保險（Social security fund）及人民自付額（Out-of-pocket expenditure）兩塊所涵蓋，且社會健康保險涵蓋範圍逐年上升。

另根據圖 2.4 可了解韓國國民健康保險之財務收支情形，由圖中可發現韓國之國民健康保險在 1997 年至 2001 年間有明顯的財務赤字情況，尤其在 2000 年前後因為整合國民健康保險及擴大全民納保的人數而導致支出大幅增加，韓國因此於 2002 年至 2006 年，實施全民健康保險財務平衡特別法，藉此解決長期以來的赤字問題。

---

3.4%)。

<sup>14</sup> 根據符合國民健康保險中財務穩定特別條款制定保險費率，委員會被授權訂定的保險費率不得高於每月工資的 8% 保險對象的保費以 2012 年為例，為保險對象月總薪資的 5.80%，其月總薪資不包含退休金、收入稅法中所規定的非課稅勞動收入。

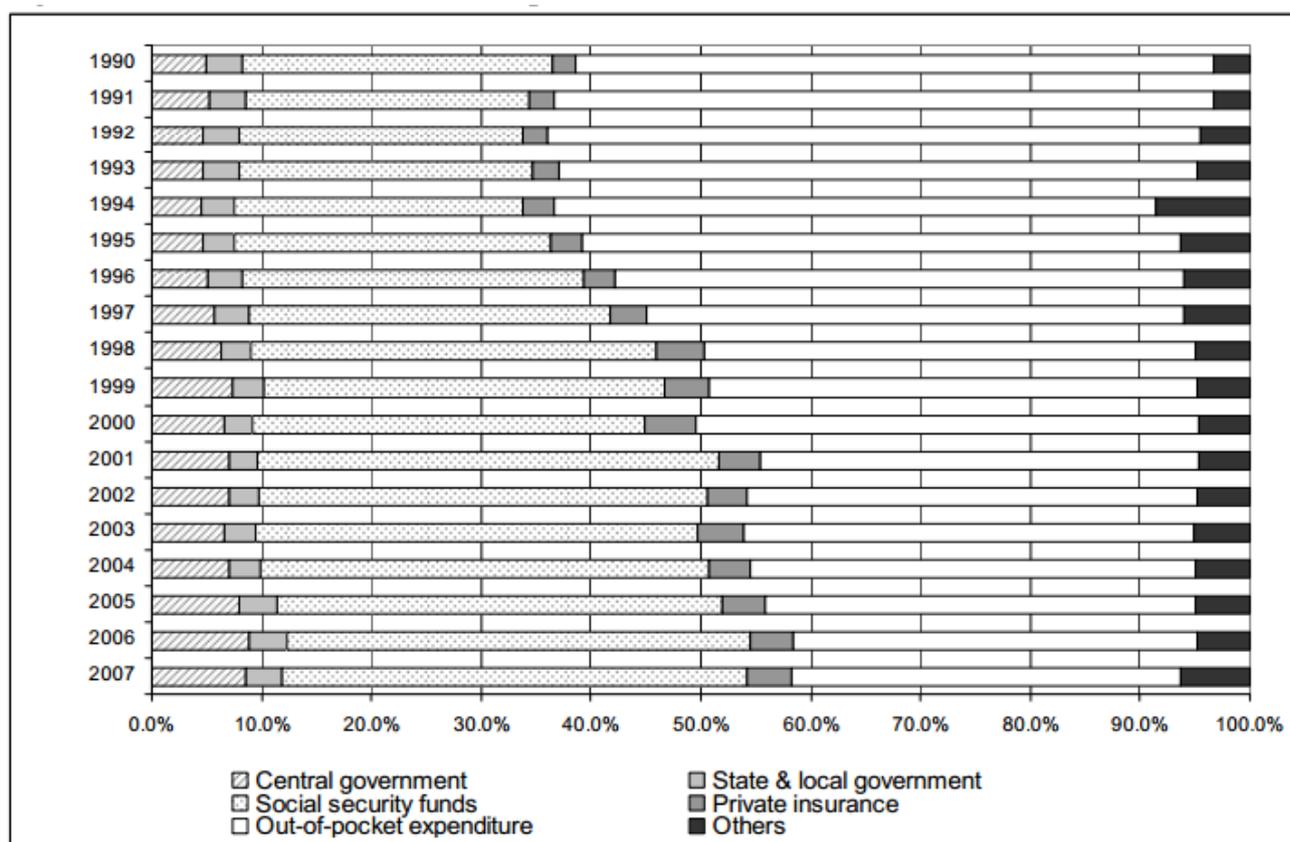
<sup>15</sup> 偏遠地區、離島居民及在國外工作保險對象而其眷屬居住在韓國者適用月保費減免 50%。免付保險費者為保險對象居住在國外且沒有眷屬在韓國、警察、短期義務性兵役中從事秘密服務者、軍校生及保險對象被拘留在矯正訓練的地方或其他機構。

表 2.2 韓國醫療保健支出比率

單位：%

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total expenditure on health as a percentage of gross domestic product	5.2	5.2	5.6	6.1	6.4	6.6	7.1	7.3	7.4	7.5
Private expenditure on health as a percentage of total expenditure on health	47.4	47.1	46.7	45.2	44.9	45.2	43.3	43.5	44.7	45.6
General government expenditure on health as a percentage of total expenditure on health	52.6	52.9	53.3	54.8	55.1	54.8	56.7	56.5	55.3	54.4
Out-of-pocket expenditure as a percentage of total expenditure on health	37.8	37.9	37.5	36.3	35.6	35.5	34.2	34.2	35.2	36.1

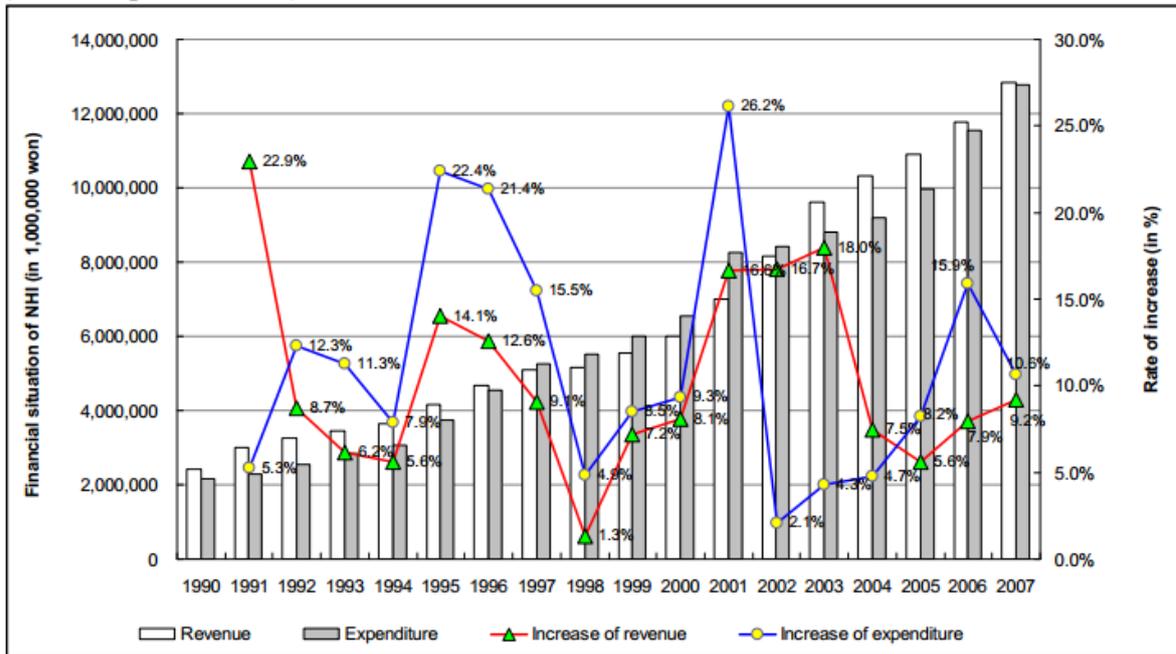
資料來源：世界衛生組織（WHO）－ Global Health Observatory Data Repository



資料來源：An analysis of the health financing system of the Republic of Korea and options to strengthen health financing performance. Geneva: World Health Organization.

圖 2.3 韓國醫療支出結構（Structure of Total health Expenditure）

Fig. 7.1. Financial situation of NHI (revenues and expenditure from 1990 to 2007) (constant prices, 1990)



Source: NHIC (1990-2008)

資料來源：An analysis of the health financing system of the Republic of Korea and options to strengthen health financing performance. Geneva: World Health Organization.

圖 2.4 韓國國民健康保險財務收支情形 (1997-2007)

另外，韓國於 1999 年推動醫藥分離政策也是造成國民健康保險財政赤字的原因之一，雖然此一制度因醫生、藥劑師以及消費者團體的各自利益無法達成共識，而延後至 2000 年 7 月才施行醫藥分離，然而在醫生團體的強力抗議下，韓國政府乃決定提高門診費用，導致門診費用逐年調漲<sup>16</sup>。同時，在醫藥分離之後，治療費用、個人部分負擔以及健保支出大幅增加，進而使得韓國的健保出現嚴重赤字。2005 年 5 月，韓國政府為了解決健保赤字問題，推動診療費用與處方藥費合一，限制高價用藥的使用，並且實施藥品價格參考制度，同時實施保險財政總額預算制度，才使韓國國民健康保險之財務情形漸趨改善 (Lee, 2003; Kwon, 2003; Jeong, 2005)。

韓國健康保險在 2000 年之前是依據產業以及區域等型態的不同，而有著不同的醫療保險涵蓋，在 2000 年之後，韓國才統一為國民健康保險。另

<sup>16</sup> 2005 年門診費用就佔健保財政赤字的 45.8%，並且部分醫生與藥劑師會故意增加就診次數、不必要的檢查、任意開立高價藥品以及增加服藥次數來賺取健保支付費用。

韓國的健康保險的財源籌措方式比較傾向於類似社會保險的能力比例負擔原則，在此原則之下，韓國必須要對國民經濟能力與收入水準有相對精準的掌握，如此才有可能正確徵收到相關的保險費用。但在韓國的健康保險發展演變過程中，由於早先區域性醫療保險的投保人大部分屬於農民以及漁民、乃至於不足 5 人的小型公司員工或是臨時工等，這類的被保險人，政府無法一如公司企業與公務人員等民眾可以有效的掌握到其確定的收入與所得狀況，因此韓國無法按照月薪報酬來徵收相關的費用，進而對其健保的財政面向上產生負面的影響（Lee, 2003; Kwon, 2003; Jeong, 2005），因此雖然韓國政府自 2002 年起陸續透過政策以改善其國民健康保險財務問題，但未來其健保穩定性仍須持續關注。此外，韓國政府近年也致力於強化醫療供給體系的效率性及公共性，依地區階段性採用病床數總量制、調整護理醫院與長期療養住院設備間的作用及功能、保健醫療人力供需合理化及培訓專業人力、加強醫療設備等，以提升其整體醫療體系之完善度。

### 2.1.3 新加坡健保制度

新加坡的健保包含保健儲蓄計畫（Medisave）、健保雙全計畫（Medishield）以及保健基金（Medifund）三部分。根據 Pauly（2001）以及 Eiff et al.（2002），新加坡的健保制度特點在於使用者付費，而非免費享受醫療資源。同時在此思維之下，新加坡的醫療費用由民眾與政府共同負擔。基於此一思維之下，倘若被保險人需要較高的醫療照護，那他必須支付較高的金額。

#### 新加坡健保財務簡介

新加坡的健保財源籌措方式隨著三項計畫的實施方式不同而有所區別，如保健儲蓄計畫（Medisave）之財源籌措方式便以民眾之強制儲蓄款項為主，健保雙全計畫（Medishield）及保健基金計畫（Medifund）則有較大比例是透過所得稅的方式進行籌資，以此支付相關的醫療建設以及公立醫

療服務機構以及建立醫療基金。主要健保支付方式為政府對於新加坡國立健康集團和新加坡醫療服務集團進行補貼<sup>17</sup>。同時，新加坡政府也針對社會福利機構提供資金支援（Pauly，2001；Chia，2005）。以下將分別說明其健保計畫運行方式及其財務來源：

### （一）保健儲蓄計畫（Medisave）

該計畫是一種國家強制醫療儲蓄計畫，於1984年由政府設立保健儲蓄基金，強制民眾將部分所得存入帳戶，所有在職人員皆須由僱主、僱員雙方按照工資的一定比例（6%~8%）供款，用以支付個人和家庭成員的住院及部分門診費用。1984年保健儲蓄帳戶僅能在公立醫療院所使用，之後有放寬到私立醫療院所，2002年允許使用在特定門診，如化學治療與放射線治療等，但是初級衛生保健、長期住院護理和中藥被排除在外。即使在可以支付的範圍，帳戶持有人也需要承擔較高的自付額度。（Pauly，2001；Eiff et al.，2002；Chia，2005）

年收入在六千新幣以上的公民才能有保健儲蓄帳戶，並依照不同年齡所強制儲蓄的比例也有所差異<sup>18</sup>。擁有此帳戶的民眾可以透過此帳戶來支付戶主或其直系親屬在新加坡任何醫院的住院費和某些門診費用，其使用有一定限額，不同醫療服務使用限額不同，支應的部分亦設有最高限額。此一最高限額的設定則是為了避免儲蓄過度耗費，鼓勵患者選擇與自己經濟實力相稱的病房（Pauly，2001；Eiff et al.，2002；Chia，2005）。目前約有80%的新加坡公民擁有保健儲蓄帳戶，總規模超過300億新幣，平均每人儲蓄1.3萬新幣。

### （二）健保雙全計畫（Medishield）

1990年新加坡政府實施健保雙全計畫以彌補前述儲蓄計畫所無法支應

---

<sup>17</sup> 主要用於支付病患門診醫療費用以及各等級病房的政府補貼。新加坡的健保支出中，政府補貼約佔25%，以住院病人與門診病人為例，住院病房區分為5個等級，每個等級的補貼為A級（0%）、B1級（20%）、B2+級（50%）、B2級（66%）以及C級（80%）；門診病人依照種類不同而有所差異，依照綜合門診為例，成人補貼50%，未成年人（18歲以下）補貼75%，老年人（65歲以上）補貼75%。

<sup>18</sup> 小於35歲者需要支付所得6%，35歲至44歲者則須支付所得7%，而大於45歲者則須支付8%。

的重病患者所需的醫療服務缺口，為採用自願參加制的社會保險。為鼓勵更多的人參加，保費相對較低，不同的年齡段支付不同保費，從 30~705 新幣不等。此計畫的醫療費用的申報取決於三方面，其一為是否符合補償條件，而補償條件則只對住院、手術、外科植入和通過認可的一些特殊醫療服務和門診醫療進行支付；其二則是低於規定的醫療費用標準，則健保雙全計畫不支付該醫療費用，而醫療費用標準通常較高，一般為 5,000 新幣以上；最後使用共付比例，在此雙全計畫之下支付醫療費用金額的 80%~90%，投保人只需支付剩下的 10%~20%（Pauly，2001；Eiff et al.，2002；Chia，2005）。

### （三）保健基金計畫（Medifund）

根據 Pauly（2001），Eiff et al.（2002）以及 Chia（2005），該計畫是 1993 年由政府設立的保健信託基金，根據財政收入和國家經濟狀況，政府每年撥 1 億~2 億新元持續對於醫療基金挹注相關資金，基金的利息收入則是用來幫助無力支付醫療費用的低收入民眾或保健儲蓄仍不足以支付醫療費的國民，每間公營醫院均設有「醫院保健基金委員會」，需要幫助的病患可以各公立醫院的醫療基金委員會申請補助（Pauly，2001；Eiff et al.，2002；Chia，2005）。

新加坡健保制度透過上述三種不同的計畫建構多層次且廣範圍的醫療保障體系，其健保制度包含強制性及自願性兩種不同的方式，並以不同的計畫使絕大多數公民都可以享受到醫療保障體系的覆蓋。其制度強調個人責任，由政府強制民眾將薪資的某一固定比例存入個人帳戶（保健儲蓄計畫 Medisave），以供本人及家屬未來醫療費用之所需；另成立醫療保險（MediShield）來保障民眾面臨重病或傷害的高額的醫療需求；且在前述二重保障都不足時，復以公務預算成立的醫療基金（MediFund）做為最後的安全網。

### 新加坡健保財務狀況及財務問題

在新加坡健保體系強調小病自費，高額門診及住院才以保險給付之做法下，新加坡醫療保健支出占 GDP 的比率是所有先進國家中最低的，根據世界衛生組織（WHO）統計數據，2012 年其醫療保健支出占 GDP 的比率僅 4.7%，同時，其公部門醫療保健支出占總醫療保健支出僅 37.6%，其家庭自付醫療保健支出占總健保支出則約 58.6%，相關數據請詳表 2.3。

表 2.3 新加坡醫療保健支出比率

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total expenditure on health as a percentage of gross domestic product	3.7	3.2	3.8	3.7	3.6	4.0	4.5	4.2	4.2	4.7
Private expenditure on health as a percentage of total expenditure on health	62.7	67.5	73.1	72.5	72.7	69.8	65.3	66.3	66.7	62.4
General government expenditure on health as a percentage of total expenditure on health	37.3	32.5	26.9	27.5	27.3	30.2	34.7	33.7	33.3	37.6
Out-of-pocket expenditure as a percentage of total expenditure on health	58.5	62.9	69.5	69.2	69.1	66.3	61.9	62.6	62.8	58.6

單位：%

資料來源：世界衛生組織（WHO）－ Global Health Observatory Data Repository

另圖 2.5 及圖 2.6 分別為新加坡政府部門之醫療保健支出相關數據及三項健保計畫財務情形，由統計數據可得知新加坡三項健保計畫逐年趨勢如下：保健儲蓄計畫（Medisave）之帳戶數、總金額及帳戶平均金額皆逐年上升；健保雙全計畫（Medishield）之參與人數亦逐年成長，而保健基金計劃（Medifund）每年核准補助案件數及補助金額更顯著成長。新加坡之醫療保健支出逐年成長的同時，其各項醫療保健計劃亦隨之成長，並無顯著的財務困難情形，雖根據研究指出，在 2007 年至 2012 年間，保健儲蓄計畫（Medisave）中有多達 40% 之帳戶擁有者並未在其 55 歲前在帳戶中存入 Medisave Minimum Sum，雖然由於保健儲蓄計畫（Medisave）之支付規定相對嚴謹，因此該計畫並為面臨帳務赤字之問題，不過隨著採用該計畫之人口逐漸高齡化，未來亦將可能產生財務問題。至於健保雙全計畫（Medishield），其截至 2011 年底之人口覆蓋率為 92%，但有高達 35% 之 75

歲以上高齡人口並未涵蓋在內，且根據統計該計畫在 2007 年僅能負擔高齡人口醫療支出最高 10% 中之 40%，表示高齡人口之醫療支出仍有部分比重無法被此計畫涵蓋，極有可能須靠保健基金計畫（Medifund）支付，因而加重保健基金計畫（Medifund）之負擔。綜上所述，隨著全球高齡化趨勢的發展，新加坡的健保計畫支出可能逐年加重，但目前新加坡之健保財務仍算健全。

GOVERNMENT HEALTH EXPENDITURE								
	FY06	FY07	FY08	FY09	FY10	FY11	FY12	FY13 <sup>3</sup>
• Operating Expenditure (\$m)	1,840	2,020	2,379	2,920	3,258	3,489	4,066	5,083
• Development Expenditure (\$m)	96	185	337	711	485	453	605	725
• Government Health Expenditure <sup>1</sup> (\$m)	2,010	2,283	2,814	3,735	3,846	4,077	4,809	5,959
• Government Health Expenditure <sup>1</sup> (as % of GDP)	0.8	0.8	1.1	1.3	1.2	1.2	1.4	1.6
• Government Health Expenditure <sup>1</sup> (as % of Total Government Expenditure)	6.7	6.9	7.4	8.1	8.2	8.2	9.5	10.7
• Government Health Expenditure per person <sup>1,2</sup> (\$)	457	498	581	749	758	787	905	1,104

Notes:  
1 - Includes expenditure from endowment funds  
2 - Total Population  
3 - Estimated

資料來源：Singapore Health Facts, Ministry of Health, Singapore

圖 2.5 新加坡政府醫療保健支出統計表

HEALTHCARE FINANCING								
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
• <b>Medisave</b>								
No. of Accounts (m)	2.7	2.8	2.9	2.9	3.0	3.0	3.1	3.2
Total Medisave Balance (\$b)	36.9	39.3	42.4	45.8	50.2	54.8	60.0	64.9
Average Balance per Account (\$)	13,600	14,100	14,900	15,700	16,900	18,200	19,400	20,600
Amount Withdrawn for Direct Medical Expenses (\$m)	435	519	588	661	732	761	768	779
• <b>MediShield &amp; Integrated Shield Plans</b>								
No. of MediShield Policyholders ('000)	2,760	2,870	3,076	3,299	3,390	3,500	3,541	3,593
No. of MediShield Policyholders with Private Integrated Shield plans ('000)	1,510	1,660	1,790	1,930	2,068	2,200	2,318	2,404
• <b>Medifund</b>								
No. of Applications Approved <sup>1</sup> ('000)	301	357	370	410	481	518	587	766
Grants Disbursed to Institutions (\$m)	40.7	50.3	73.7	75.0	80.0	84.3	98.2	130.0

資料來源：Singapore Health Facts, Ministry of Health, Singapore

圖 2.6 新加坡政府醫療保健支出統計表

雖然新加坡健保財務相對健全，相較於本研究其他國家並無顯著的財務困難問題，但該國之健保體系面臨的問題卻是人民的負擔比例相對高，

根據 (Lee Kuan Yew, 2013) 及表 2.3 統計數據，新加坡全國之醫療支出中高達三分之二是由人民自付 (out of pocket expense)，相較於亞洲其他已開發國家之人民自付額僅 30% 左右，新加坡之國民醫療支出負擔偏高；另根據媒體 Mindshare 於 2012 年所做的調查，高達 72% 的受訪者認為他們並因醫療支出過高而無法承擔生病的風險，顯示新加的健保體系雖在財務穩定性及永續性無重大疑慮，但其問題卻存在在如何減輕人民負擔並使人民獲得更全面的醫療保險給付。

此外，新加坡使用者付費原則的健保制度相對於其他的財源籌措方式，比較容易造成醫療資源公平性的損失，原因在於在此帳戶之下，無法將健康與患病、高所得者與低所得者等不同群體進行所得再分配，也無法透過共同負擔的方式，將健康風險轉移減少。事實上，在該帳戶的設計之下，高所得者，在累積醫療儲蓄帳戶時，也產生了規避稅收的狀況，相較於經濟弱勢者 (如長期失業者以及與低收入者)，則無法支付相關的醫療費用，雖然說新加坡有對應的健保基金提供的相關的基本醫療服務，不過對於弱勢族群同時罹患重大傷病者而言，卻可能需要支付較為龐大的醫療費用 (Lim, 2004; Kwon, 2009)。

另外，保健儲蓄帳戶另一方面可能造成社會福利與效率上面的損失，原因在於在此制度下健康風險必須自己承受，雖然減少過度消費以及消除了醫療的必要消費，特別是面對重大疾病或是慢性疾病的高額費用的情況下，但形成了社會福利與效率上面的損失，無法有效地達到人人公平且有效率的享受到醫療資源 (Lim, 2004; Kwon, 2009)。

#### **2.1.4 德國健保制度**

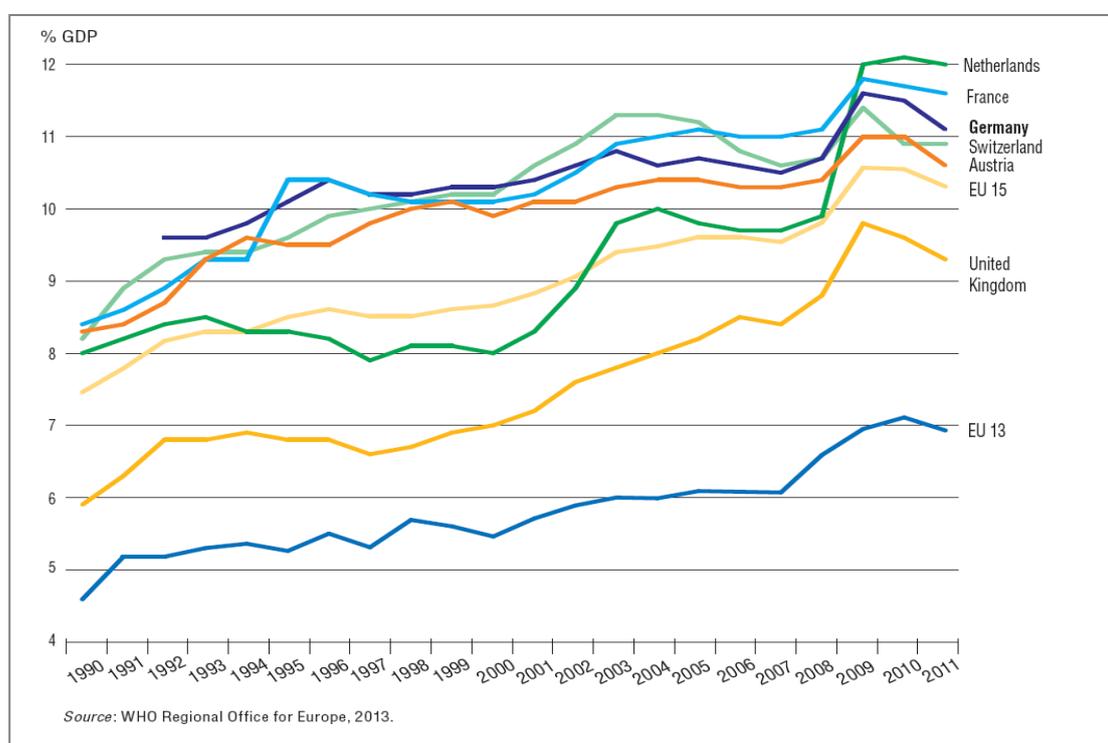
德國是世界上最早實施社會保險的國家，其實施的時間可以追溯到 1833 年，德國透過社會保險制度建構其國民健康保障體系。當然，與其他 OECD 國家相同的是，在 1970 年代後德國也面臨國民健康費用急遽擴張的

健康保險政策的相關財務赤字問題。乃至於 1980 年代雖然還可以有效控制社會保險保費費率，不過在兩德統一的 1990 年代，由於承擔東德國民的健保負擔，以及德國人口老化，整體醫療費用仍然不斷呈現上漲<sup>19</sup>（周怡君、林志鴻，2008；周怡君，2010）。

2005 年德國內閣提出了以「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，隔年底此健保改革方案陸續在內閣以及國會中通過確定，並在 2007 年部分措施開始實施，並於 2009 年實施健保基金（周怡君、林志鴻，2008；周怡君，2010）。

### 德國健保財務簡介

根據聯邦統計局提供有關健康照護支出的最新數據顯示，德國於 2012 年總支出為 3004 億歐元，相當於 GDP 的 11.4%。圖 2.7 顯示，德國健康照護支出占 GDP 的比例相對於其他歐盟國家是較高的。



資料來源：WHO regional office for Europe, 2013

圖 2.7 德國健康照護支出占 GDP 百分比趨勢

<sup>19</sup> 當然，2004 年的健保改革後翌年所帶來的費率下降除外。

德國的健康保險屬於多元保險人制度。基本上可以分成公、私兩個方向。也就是說，德國的保險人一個是法定保險系統（gesetzliche Krankenversicherung, GKV），另一是私人保險系統（PKV）。前者針對薪資低於年薪 49,500 歐元或月薪 4,125 歐元者均強制納保；後者的投保對象為年薪高於 49,500 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）。

### （一）健保基金

#### 1. 稅收挹注兒童健保支出

德國健保中每年大約需要 160 億元的兒童健保支出。因此，聯合政府決定自稅收中來支付該項支出。德國在 2007 開始的兩年，分別投入 25 億元義助兒童健保支出，並於 2009 年則投入 40 億元（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

目前德國中央政府的決策部門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）。而健保基金匯集保費與稅收之後，再根據每個健保保險人所有的保險對象數，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）。由於在改革中設定每個保險對象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，可自行向健保保險對象（雇主不需共同負擔）收取「附加保費」（Zusatzprämie 或 Zusatzbeitrag）（BMG，2007）（周怡君、林志鴻，2008；周怡君，2010）。若保險對象需要在健保所提供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）<sup>20</sup>。

### 德國健保制度問題

德國健保改革的重點是希望透過財務風險修正機制，以一致性標準分配保費給保險人，希望能夠達到重分配的效果。有學者認為這是在收支主體的轉移，過去由保險人自主決定費率時，是以「量出為入」(Ausgabeorientierte Einnahmepolitik) 的模式，進行保費的調整，但改由健保基金調節時，保險人的收入則須仰賴國家給予的保費，因此轉為「量入為出」(Einnahmeorientierte Ausgabepolitik) 模式 (Altindal, 2008)。

德國的公立醫院約佔其整體醫院的一半。不過德國並未實施 gatekeeper 的制度，因此民眾可以自由選擇醫師來就醫。德國門診採取論量計酬方式，醫療費用不斷上漲，由於相關醫療費用由負擔保險費的疾病基金會負擔，因此相關疾病基金相對不易承受，故疾病基金會與保險醫師公會協商總額預算。事實上，根據張育嘉與劉見祥等 (2010)，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。另外，根據張育嘉與劉見祥等 (2010) 德國近年改革，將支付醫院的論日計酬逐漸改為論病計酬的 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。

#### **2.1.5 荷蘭健保制度**

荷蘭健保體制包含了特殊醫療費用的全民健康保險 (Exceptional Medical Expenses); 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)，以及自願的補充性健康保險。荷蘭的健康、福利及運動部 (The

---

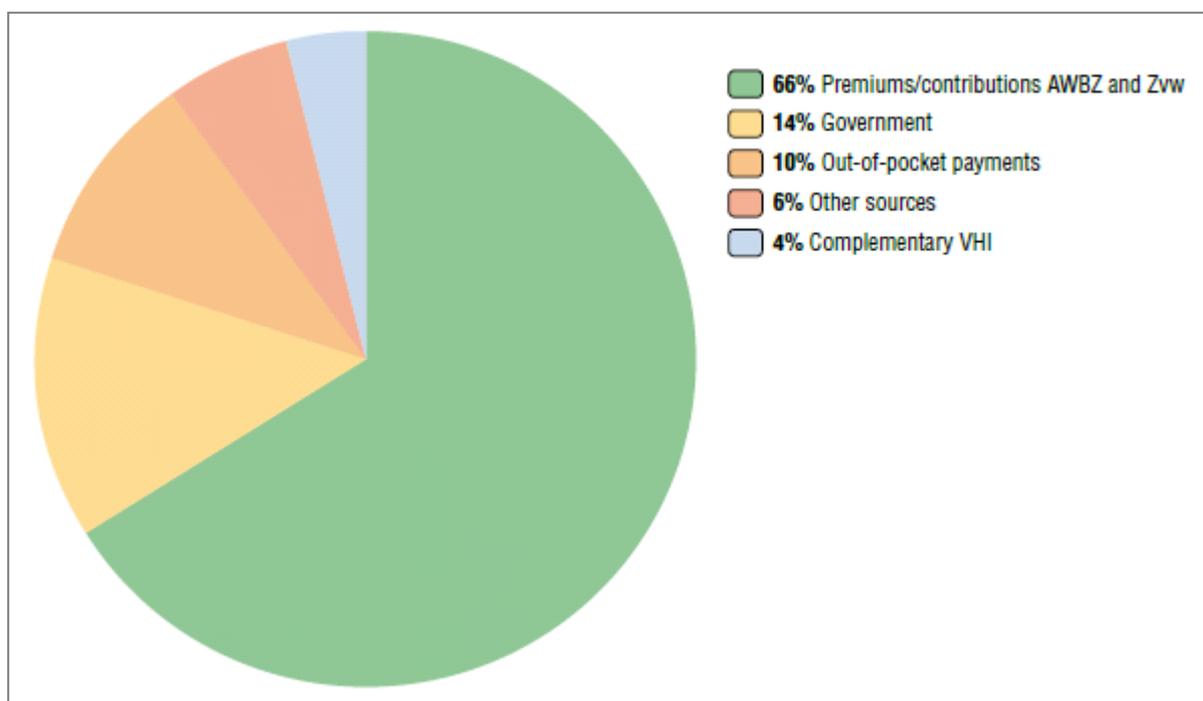
<sup>20</sup> 目前德國健保給付的疾病種類大約是在 50 到 80 種之間 (周怡君、林志鴻, 2008; 周怡君, 2010)。此外，保險人每季需支付 10 歐元給當季的初次門診醫生，住院需支付每天 10 歐元 (上限為 280 歐元/月)，處方用藥需支付 10% 部分負擔 (兒童處方用藥免支付) (Turquet, 2012)。

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, 2010)。

在 2006 年荷蘭政府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。在此改革之下, 保險費率變成直接由政府來制定的統一費率<sup>21</sup>。此健康保險制度涵蓋了荷蘭全民, 並提供該國所有國民基礎必要的給付, 因此, 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 (Turquet, 2012; 周怡君, 2010)。

#### 荷蘭健保財務簡介

健保 66% 的經費來源是強制性分擔金及保費 (其中 36% 來自 ZVW、31% 來自 AWBZ), 其次是私人支出 (14%) 和政府 (14%)。



資料來源: Statistics Netherlands 2008a

圖 2.8 健保財務來源

<sup>21</sup> 原本是與薪資相關而定的保險費率。

荷蘭健康保險制度主要法條依據如下：

(一) 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 (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<sup>22</sup> (Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005；Schäfer et. al, 2010；周世珍，2006)。

(二) 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，保險對象直接繳交基本保費給保險公司，其保險費與所得無關，若基本保險費對保險對象所得而言造成沉重負擔，保險對象向政府請求保險費補助津貼<sup>23</sup> (Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005；Schäfer et. al, 2010；周世珍，2006)。

此外，Health Insurance Act 規定保險對象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保險對象負擔一部份費用；而某些藥品或醫療處置也會要求個人部分負擔

<sup>22</sup> 以 2008 年為例，其保險費率為薪資所得的 12.15%，最多以 3,838 歐元為限；另外，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 歲以上保險對象需負擔 (以資產調查決定)。

<sup>23</sup> 以 2008 年為例，個人所得一年不滿 32,502 歐元以及家戶所得一年在 47,880 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 1,461 歐元。

(Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005；周世珍，2006)。

### 荷蘭健保財務問題

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。此外，在荷蘭的改革之中，也導入了以消費者導向 (Consumer-Driven) 為基礎，加強保險對象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)<sup>24</sup>。

### **2.1.6 西班牙健保制度**

西班牙的全民健保制度是由政府所主持，其擔保範圍幾乎為 100% 的西班牙國民。依法規定，65 歲以下保有西班牙健保的民眾不需支付看診費用，僅需支付醫生處方藥物零售價的 40%，65 歲以上則不需支付任何費用。

為了使健保制度更加普及以及確保民眾能夠獲得健保的保護，西班牙政府於 2002 年將全民健保制度的大部分管理權由中央政府移交至其 17 個自治區的地方政府，由各自治區的地方政府自主管理該地區的健康保險開銷，而管理權的移交，也加強了各地區的醫療品質與效率，卻也造成了各地區民眾的稅金增加。

西班牙的健保制度包含了三大組織：

(1) 中央政府 Central (Organizacion de la Administracion Central)：西班牙

---

<sup>24</sup> 資料來源：Westert GP et al. eds (2008). Dutch health care performance report 2008. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)

牙政府中主要負責健康保險的機關為 The Ministry of Health and Social Policy，主要負責該國健保制度的計畫與決策，以及配合政府防止非法藥物的販賣。

(2) 17 個自治區 Autonomous Community (Organizacion Autonómica)：由各自治區的健保機關負責該自治區的健保體系，各自治區政府必須配合各地醫院、診所及其他服務機構提供整合的醫療服務。

(3) 自治區底下的地方當局 Local (Areas de Salud)：為西班牙健保體系結構下最基礎的單位，負責執行及提供各自治區健保機構的醫療決策及服務。

西班牙另外有私人健康保險制度，在西班牙的私人醫療機構中，醫療費需由民眾自行負擔，但大部分民眾會選擇投保私人健康保險來給付醫療費用。其中投保私人保險最大的優點是可以避免在有公家健保給付的醫院中長時間等待接受醫療服務的時間，私人的醫療機構也提供了更快更福利的醫療服務，舉例來說，私人醫療機構提供了私人的病房，透過 E-mail 或簡訊和病人進行病情追蹤的服務等等。

### 西班牙健保財務簡介

西班牙的健保財源主要來自於稅收、薪資與雇主提撥及提供公務人員所需的共同基金 (MUFACE, MUGEJU and ISFAS) 三部分，其中稅收占了 94.07%，薪資與雇主對於因工作或職業而造成的傷害與疾病所提撥之金額占 2.53%，公務人員的共同基金部分占 3.4%。

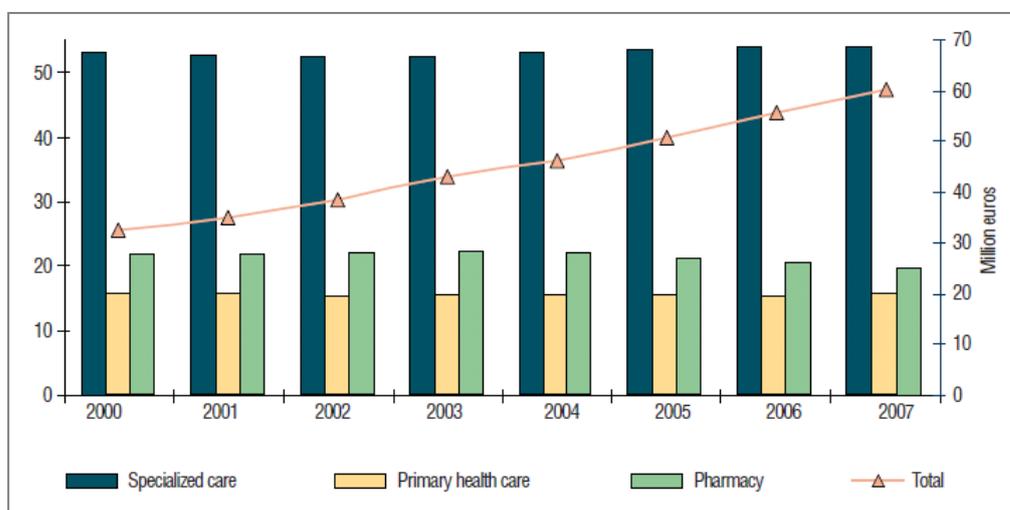
西班牙健康照護的支出與國際趨勢相仿，呈現快速增加的趨勢。大部分的開支來自公共部門，此比例於 1980 年至 2000 年逐步下降，並保持穩定在約 71% (詳圖 2.9)。

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007
Total expenditure on health per capita \$US PPP	363	496	872	1 193	1 536	2 267	2 466	2 671
Total expenditure on health % GDP	5.3	5.4	6.5	7.4	7.2	8.3	8.4	8.5
Public expenditure on health % total exp. on health	79.9	81.1	78.7	72.2	71.6	70.6	71.2	71.8
Private insurance % total health expenditure	3.2	3.7	3.7	3.4	3.9	5.9	6.0	5.9
OOP payments % total health expenditure	n/a	n/a	n/a	23.6	23.6	22.4	21.5	21.0
OOP payments per capita US\$ PPP	n/a	n/a	n/a	281	362	507	530	562

資料來源：：OECD2009b

圖 2.9 西班牙健康照護支出趨勢

若將支出細分，可以看出專業照護（醫院及門診）占總支出超過 50%，其次為藥品（參圖 2.10）。



資料來源：MSPS2009

圖 2.10 健保支出主要組成的比例（%）

### 西班牙健保財務問題

西班牙近年來面臨國債問題，政府被迫縮減社會保險的預算，而同時，許多疾病的增加，造成了國內人民對於醫療服務需求的增加，導致西班牙政府正面臨資金不足的問題，而導致失業及罹患精神疾病的人口數不斷的增加。

2012 年 9 月，西班牙政府提出了 Royal Decree-law (Real Decreto-ley)，增加國內民眾對藥物的負擔費用，65 歲以上有領年金的高所得民眾，必須負擔 10% 的處方藥物金額，其他 65 歲以上有領年金的非高所得民眾，每個月必須按年金多寡負擔 €8 到 €60 的固定金額。尚在工作者將依照他們的所

得負擔最多到 60% 的處方藥物費用，年收入低於€18,000 必須負擔 40% 的處方藥物金額，同時，自行負擔費用的範圍也擴大到義肢、減肥產品以及非緊急狀況下搭乘救護車的費用。此外，藥物的購買也必須被集中管理。對於西班牙底下的 17 個自治區之間的醫療保險預算差異也重新將重新分配。

### 2.1.7 加拿大健保制度

1984 年加拿大通過《加拿大健康法》(Canada Health Act，以下簡稱 CHA)，增列第五項可近性 (Accessibility) 原則，明定每一加拿大人民均可自由選擇全民健康保險下的任何醫療服務，不論其居住地點、身分地位或經濟收入。此項新原則即明令禁止醫師另行收費，並公告違反第五項原則的懲罰條款。亦即加拿大健保不收使用費、差額負擔、部份負擔的方式，但並未包括藥品保險。在此立法之後，加拿大健康法取代醫院保險和診斷服務行動，以處理醫療必要性及醫院和醫師服務管理和支付制度 (吳凱勳，2001；楊昇燦，2010)。

#### 加拿大健保財務簡介

加拿大健康照護體系的主要財源為一般稅收、薪資稅、保險費、聯邦補助款 (由所得稅轉移或現金支付給地方政府)。根據吳凱勳 (2001)，加拿大聯邦政府於 1995 年通過的「整額撥款」方案 (The Canada Health and Social Transfer, CHST)，使地方政府更有彈性運用中央補助款。

	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
General taxation	71.2	70.4	70.2	69.8	70.2	70.5	70.6	70.5
OOP	15.9	15.9	14.6	15.0	14.7	14.6	14.6	14.7
PHI	10.3	11.5	12.6	12.4	12.6	12.7	12.7	12.8
Social insurance funds	1.1	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.3	1.3

資料來源：OECD(2011a)

圖 2.11 收入來源占總支出的比例 Sources of revenue as a percentage of total expenditure on health, 1995–2010 (selected years)

加拿大的健康照護總支出正在快速增長（參圖 2-7-2）。該國的健保支出，七成來自於政府部門，但由各省政府負責管理。另外約三成則是來自於私人衛生支出<sup>25</sup>，這些約 27%的支出則用以給付牙科和視力保健服務，支付一些處方藥物及其他補充性藥物及治療、給付若干家庭護理、社區保健及長期照護服務或設備支出。剩餘 3%是來自於社會保險基金（Marchildon，2005）。

	1995	2000	2005	2010
THE \$US PPP per capita	2 054.1	2 518.9	3 441.9	4 478.2
THE as % of GDP	9.0	8.8	9.8	11.3
Public health expenditure as % of GDP	6.4	6.2	6.9	8.0
Public health expenditure as % of THE	71.2	70.4	70.2	70.5
Private expenditure on health as % of THE	28.8	29.6	29.8	29.5
Private expenditure on health as % of total government spending	40.4	42.1	42.4	41.9
OOP payments as % of THE	15.9	15.9	14.6	14.7
OOP payments as % of private expenditure on health	55.2	53.7	49.1	49.7
PHI as % of THE	10.3	11.5	12.6	12.8
PHI as % of private expenditure on health	35.8	38.8	42.3	43.3

資料來源：Calculated based on OECD(2011a)

圖 2.12 加拿大健康照護支出趨勢

加拿大的支付體系採用單一醫療支付體系的制度，其中又分為醫師費支付制度、醫院支付制度及藥物支付制度三大類。支付醫師的方式有二種，包含論量計酬以及薪資制兩種。前者以一般科或專科的開業醫師為主，後者則以絕大部分為就職於醫院工作的見習醫師與住院醫師等為主。

醫院的部分，則是採總額預算的方法支付，總額的權數則是根據醫院類別、服務人口數、所屬服務地區的人口年齡與性別分布、健康狀況的差異（城鄉或貧富）、偏遠地區、轉診型態、工作負荷量等因素來加以加權；同時透過教學計畫、重症醫療照護等因素，訂定年度總額預算（吳凱勳，2001）。

<sup>25</sup> 包括民眾自掏腰包支出（15%）或是購買私人醫療保險（12%）。

## 加拿大健保財務問題

加拿大是世界上僅有的明確禁止兩類衛生保健體制存在的較大的工業化國家。加拿大衛生保健系統不允許補充性的私立保險購買被省政府保險所覆蓋的衛生服務。因此，對於加拿大居民無論其收入高低，都可以獲得同等水平的衛生保健服務。在加拿大衛生法中，公平性準則被具體化為五項標準。

加拿大健保財務穩定的原因是「全民健康保險」制度採行醫院的「總額預算」制度，使得醫院只能在定額的預算下活用，因此若干醫院不得不減少病床，擴展門診醫療，減少高科技醫療的使用，以控制日益上漲的醫療費用，而新的高科技醫療設施僅在教學醫院才能置備。

加拿大健保在近年來由於提供醫療服務交付方式的改變、政府財政的緊縮、戰後嬰兒潮的老齡化及新技術成本提升，因此使得該國的健康保險制度也必須持續的改革。加拿大政府朝向以下幾個目標發展，包括：基層醫療、減少等待期間、網路醫療（eHealth）、以及病人安全等幾大方向改進。

## **2.2 各國健保制度彙整**

以財源籌措方式區分，各國現行健康照護制度主要可分為二大類：社會保險制度及國民保健制度。此次調查研究所選取的國家為日本、韓國、新加坡、加拿大及荷蘭。其中日本、韓國、荷蘭皆屬於社會保險體制的國家，財源的來源主要還是保險費。另外，新加坡及加拿大屬於國民保健制度，主要財源為稅收。在許多方面與台灣也有相似之處。所以，本文使用上列國家的建保制度，加以整理作為參考。

表 2.4 各國制度比較

國家	體制	保險對象	支付制度	主要財源	其他財源
日本	社會保險	1. 受雇者 2. 自營業者、農夫及退休人員 3. 75 歲以上及 65 歲以上 74 歲以下重病老人	論量計酬	保險費	國家財政稅收補助、部分負擔
韓國	社會保險	受雇者及其眷屬為主	論量計酬	保險費	國家財政稅收補助（一般稅收以及菸草稅收）、部分負擔
新加坡	3M	使用者	政府對於新加坡國立健康集團和新加坡醫療服務集團進行補貼	醫療儲蓄帳戶（強制提部所得一部分入基金）	部分負擔
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	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	私人保險、部分負擔、政府補助

西班牙	國民保健	西班牙國民	論量計酬	稅收	薪資與雇主提撥、 公務人員共同基金
加拿大	國民保健	加拿大人民	支付醫師的方式：論量 計酬與薪資制	一般稅收、薪資稅、聯 邦補助款	保險費

---

說明： 3M 健保制度為保健儲蓄帳戶、健保雙全計畫、健保基金，三個項目組成。

比較特別的是新加坡是保健儲蓄帳戶、健保雙全計畫及健保基金三個項目所組成的 3M 健保制度，為利用保健儲蓄帳戶、健保雙全計畫及健保基金做為籌措財源方式，並且，採使用者付費的方式支付健保費用。另外，加拿大以一般稅收為財源主要來源，並且不收取部分負擔亦為一特殊健保制度。表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。

### 2.3 二代健保檢討報告

二代健保在健保財務方面最重要變革就是增加補充保險費。透過補充保險費，將健保計費基礎擴大至 9 成以上的綜合所得，使所得相同者保險費負擔盡可能相近，強化社會保險量能負擔精神；然而，健保財務新制在實行後造成不少問題，引起各界關注和討論。在外界批評聲中，衛服部成立二代健保檢討小組，所提出檢討報告也針對補充保險費新提出許多現有問題和改革建議。若根據檢討報告列出重點，明顯可看出這些問題集中在保費公平性和行政效率性兩方面。為方便後續討論，我們將檢討報告彙整成兩部分：補充保險費所引發問題和政策改善建議。

#### 補充保險費問題

1. 補充保險費以「單次給付」為扣費基礎，衍生諸多執行上的問題及公平性爭議。例如，單次給付難以認定、民眾刻意拆單拆筆，以降低每筆支付金額，導致扣費義務人增加許多行政成本，以及因未達扣費標準而免扣之總金額會受給付筆數影響，使總所得相同者，保險費的負擔不同。
2. 僅有單筆上限金額，無全年繳費上限之規定，所得能力與保險費繳交狀況未必一致。例如，補充保險費是以單筆計費，且計費上限金額為 1 千

萬元。若有單筆 3 千萬元之所得，因僅採計 1 千萬元，其負擔將會是 3 筆 1 千萬元所得者之 1/3。

3. 一般保險費與補充保險費費率不同。衍生出相同的薪資所得，因支付來源不同，導致負擔不同，產生不公平的現象。例如，一般保險費費率為 4.91%；受僱者負擔比率為 30%，因此實質負擔率為 1.47% (4.91%×30%)。但若為兼職薪資所得，費率卻為 2%。
4. 補充保險費對六大類免扣取之規定不一，造成負擔不一致。由於一般保險費與補充保險費之部分費基重疊，但僅有部分類目被保險人已計費所得可免除計收補充保險費，部分非以所得能力計收一般保險費者，卻無法免除扣費，導致無法達到水平公平的目標。

#### 補充保險費建議

二代健保檢討報告針對財務問題，分別提出短期和長期建議。

1. 短期研議補充保險費納入年度結算機制之可行性。

補充保險費採逐筆就源扣費且不結算之方式，所引發的公平性質疑，以及投保單位按月計費之合理性疑義，透過年度結算機制，並酌修計費基礎與計費方式後，多數問題可獲解決。惟結算有其限制及問題，規劃時應有嚴謹的評估與因應策略。

2. 長期應研議更穩健之財務制度

補充保險費制度在解決現行相關問題後，未來應進一步擴大計費基礎，同時提高計費上限，並研議更健全的計費制度，惟被保險人職業類目（6 類 15 目）保留與否，牽涉的層面極廣、複雜度極高，有待未來更審慎周全之規劃。另外，雇主之保險費收繳方式應朝負擔一元化改革；未來可研議繼續擴大計費範圍，並整合一般與補充保險費，且將雇主支付之薪資所得皆以一般保險費方式收取等，以杜絕現制爭議。

### 第三章 財務穩定性

根據衛福部初步估計，補充保險費實施第一年收入（2012年）約為402億元，較原先健保署對補充保險費的收取預估，第一年收入保費是落在原先預估保費收入的高標範圍（連賢明等（2012））。補充保險費實施後雖達到保險費基擴大，提昇保費公平性的部份目標，但作為全民健保保險收入的一個重要補充財源，補充保險費須再進一步維持財務穩健來滿足保險收入穩健性條件。

在財務穩定性上，補充保險費會受到兩方面影響。第一是經濟景氣波動的影響。相較於一般保費以個人薪資所得或定額保費為主要費基，補充保險費則針對薪資所得以外六項所得，對個人收取補充保險費，其中有關高額獎金、執行業務所得和股利所得均容易受景氣波動影響；而雇主部分（投保單位）針對人事費用和投保薪資間差額所課徵補充保險費，相當程度也和高額獎金有關，也有可能是在景氣好壞下，對健保財務穩定性造成影響。

第二，目前補充保險費採就源扣繳制度，經濟個體會因這制度設計而產生規避行為。在現有補充保險費扣繳項目上，除高額獎金以全年累計扣徵外，其餘兼職所得、執行業務收入、租賃收入、股利及利息所得等所得項目皆以單次給付為計徵單位，並設定補充保險費設定扣繳上下限（單次扣繳金額上限為1,000萬，下限為5000元）。這制度設計會使民眾透過分散或集中所得來規避補充保險費課徵；其次，現行法規設計也使得保險人透過轉換投保身份以規避補充補費。為清楚分析補充保險費的財務穩定性，本章分別針對補充保險費如何受經濟波動影響，以及補充保險費的規避行為為兩部分來進行影響分析。

#### 3.1 補充保險費和經濟景氣

根據陳聽安（2003）、韓幸紋（2012）、以及 Pablo and Schieber（2006）

等研究有關財源穩定性的學理說明。一個好的社會保險財源應隨人口、醫療費用等增加而增加，而不應受到景氣而有過大的衝擊。但補充保險費所課徵收入項目為非薪資所得（如利息所得、租金收入、股利所得、執行業務收入），這些項目多半與經濟景氣相關；特別非薪資所得常隨經濟景氣變差而減少。但經濟景氣循環有週期性，一個週期通常要 6-8 年，現有補充保險費僅有一年收取資料，無法用來分析補充保險費和經濟景氣波動關係。我們因而採 2005-2010 年綜合所得稅所得歷年檔，以此為基礎計算該年度補充保險費各項所得費基以及所收取補充保險費金額。

在呈現這些結果前，需要說明的是這方式所得推算和實際補充保險費仍有相當差距。在綜合所得稅所得歷年檔上，這資料是依據扣繳憑單內容建檔，再根據現有單筆扣繳的上下限（上限一千萬，下限 5000 元）計算而得。基於單張扣繳憑單金額有可能包含多筆給付，和補充保險費採單筆扣繳有所不同，特別是現有補充保險費費基中，除雇主負擔及高額獎金外，兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得，及租賃收入均以單筆給付為單位，也因此採綜合所得稅所得檔來推算，結果會和實際補充保險費扣繳有所出入。

根據表 3.1 發現，排除年度中非保險對象及投保身份曾為低收入戶者，兼職所得排除第二類保險對象、執行業務所得排除及投保類目曾為 15 及 21 者、股利所得排除年度中投保身份曾為雇主者、高額獎金之下限為投保金額四倍、以及雇主負擔無下限等條件下，依據 2005-2010 年所得資料模擬得到健保新制七項所推估費基金額。其中，推估 2007 年費基總金額為 22,765 億元，而七項細項費基之推估金額則分別為：兼職所得 3,627 億元、執行業務所得 1,036 億元、股利所得 3,101 億元、利息所得 3,308 億元、租賃收入 1,395 億元以及高額獎金 2,700 億元。

在 2008 年的健保新制費基推估金額方面，推估之費基總金額為 23,156 億元，較 2007 年所推估的 22,765 億元，增加了 1.72%。而 2008 年七項費

基之細項推估金額則分別為：兼職所得 3,574 億元，較 2007 年下降 1.46%；執行業務所得 594 億元，較 2007 年下降 42.66%，為七項費基當中衰退最重的一項所得收入；股利所得 3,684 億元，較 2007 年上升 18.8%；利息所得 3,602 億元，較 2007 年上升 8.89%；租賃收入以及高額獎金收入的部份，分別為 1,415 億元及 2,707 億元。

表 3.1 各項補充保險費各年度費基及保險收入金額

(上限 1000 萬，下限 5,000) 單位：億元

年度	兼職所得	執行業務 收入	股利所得	利息所得	租賃收入	高額獎金	雇主負擔	政府為雇主 負擔	總計
2005	4,216.8	946.8	2,835.8	2,356.0	1,276.2	2,761.5	7,117.3	782.2	22,292.5
2006	3,672.1	892.7	2,773.8	2,878.9	1,341.7	2,395.0	6,430.9	754.8	21,139.9
2007	3,627.3	1,035.9	3,101.7	3,308.2	1,394.6	2,700.3	6,876.6	720.2	22,764.8
2008	3,574.2	593.5	3,683.7	3,601.7	1,415.0	2,707.0	6,892.8	687.9	23,155.9
2009	3,266.1	573.9	2,309.8	2,791.6	1,402.0	2,002.0	5,524.9	639.3	18,509.6
2010	3,073.5	131.1	3,458.8	2,136.5	1,414.3	2,556.8	6,887.5	615.8	20,274.3

表 3.1 各項補充保險費各年度費基及保險收入金額 (續)

(上限 1000 萬，下限 5,000) 單位：億元

保費收入									
年度	兼職所得	執行業務 收入	股利所得	利息所得	租賃收入	高額獎金	雇主負擔	政府為雇主 負擔	總計
2005	84.3	18.9	56.7	47.1	25.5	55.2	142.3	15.6	445.8
2006	73.4	17.9	55.5	57.6	26.8	47.9	128.6	15.1	422.8
2007	72.5	20.7	62.0	66.2	27.9	54.0	137.5	14.4	455.3
2008	71.5	11.9	73.7	72.0	28.3	54.1	137.9	13.8	463.1
2009	65.3	11.5	46.2	55.8	28.0	40.0	110.5	12.8	370.2
2010	61.5	2.6	69.2	42.7	28.3	51.1	137.7	12.3	405.5

資料來源：連賢明等 (2011) 健保新制財務規劃之研究 (2005-2010)

在 2009 年的健保新制費基推估金額方面，推估之總金額為 18,510 億元，較 2008 年所推估的 23,156 元，大幅下降了 20.06%，此應是受到金融海嘯之影響。由此亦可看出，補充保險費費基受到景氣相當程度影響。而 2009 年七項費基之個別推估金額則分別為：兼職所得 3,266 億元，較 2008 年下降 8.61%；執行業務所得 574 億元，較 2008 年下降 3.37%；股利所得 2,309 億元，較 2008 年大幅下降 37.32%；利息所得 2,792 億元，也較 2008 年下跌達 22.49% 的幅度；高額獎金收入則是下跌 26.04% 的幅度，來到 2,002 億元；僅租賃收入受影響幅度較小，仍維持在 1,400 億元附近的水準。

在 2010 年的健保新制費基推估金額方面，推估之總金額為 20,274 億元，較 2009 年所推估的 18,510 億元，上升了約 9.53%。由此亦可看出，補充保險費費基受到景氣相當程度影響。而 2010 年七項費基之個別推估金額則分別為：兼職所得 3,074 億元，較 2009 年下降 5.88%；執行業務所得 131 億元，較 2009 年下降 77.18%；股利所得 3,459 億元，較 2009 年大幅上升 49.74%；利息所得 2,137 億元，較 2009 年減少 23.46% 的幅度；高額獎金收入相較於 2009 年則是增加 27.72% 的幅度，來到 2,557 億元；僅租賃收入受影響幅度較小，仍維持在 1,400 億元附近的水準。由這幾年數據可知，補充保險費受到景氣波動影響不小，特別是在股利所得、高額獎金、雇主負擔上，波動最大可達到 20%，但 2009 年為金融海嘯，為數十年難得一件的景氣低潮，一般來說，景氣波動對補充保險費影響在費基上可達 10% 左右。

表 3.1 另呈現 2005~2010 年我國七項保費收入金額。根據現有規定補充保險費率以 2%，單次收取上限為一千萬，下限為五千元，按這個上下限標準，2007 年健保新制保費收入推估總金額為 455 億元，而七項費基之保費收入推估金額分別為：兼職所得 72.5 億元、執行業務所得 20.7 億元、股利所得 62.0 億元、利息所得 66.2 億元、租賃收入 27.9 億元以及高額獎金 54.0 億元。

2010 年健保新制保費收入推估總金額為 406 億元，而七項費基之保費

收入推估金額分別為：兼職所得 61.5 億元、執行業務所得 2.6 億元、股利所得 69.2 億元、利息所得 42.7 億元、租賃收入 28.3 億元以及高額獎金 51.1 億元。除了 2009 年因金融風暴影響，造成補供性保費落到 370 億外，其他年度均在 400 億以上。總體來說，補充保險費變化和費基變化類似，嚴重不景氣時，補充保險費減幅可達 20%；但一般景氣波動影響約在 10% 左右。值得注意的是，即使 10% 的變化，也較一般健保保費變化多在 5% 內來的劇烈。

### 3.2 補充保險費和規避行為

根據陳聽安（2003），王正（1993），以及 Pablo and Schieber（2006），在探討健康保險財源籌措的原則，從學理上其基本原則有五項，分別為公平性、中立性、充足性、穩定性、以及節約性。其中，公平性可區分為垂直公平與水平公平，垂直公平是指不同所得者應負擔有不同保費負擔；水平公平是指相同所得者負擔相同保費負擔。中立性則是指健保財源籌措應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，因此亦稱為效率性。健保財源需穩定地支應健康保險支出所需，為達充足性則需選取寬廣的計費基礎。節約性則是追求徵納成本極小化。徵納成本包含因徵收而新增的人事與機器等費用，以及申報繳納所引起的各項損失。在這五項原則之下，其中中立性以及穩定性與本研究計畫的財務穩定性高度相關，而此一為本研究計畫的此一研究面向所欲著墨者。

韓幸紋（2012）認為現行全民健康保險法中，由於相關補充保險費的收取的設計，可能存在其財源籌措會因個別保險者的經濟行為而有所影響，進而影響財源的穩定性。首先，在現行的法規下，可能產生透過分散或集中給付規避補充保險費。根據全民健康保險法第 31 條，應計費項目除了高額獎金以全年累計數計徵之外，其餘兼職所得、執行業務收入、租賃收入，股利及利息所得等所得項目皆以單次給付為計徵單位，並設定上下

限，單次給付金額逾新台幣 1,000 萬元之部分及未達一定金額者，免予扣取補充保險費。但如此設計將另外產生誘因使得民眾可能以分散或集中所得的方式規避補充保險費的課徵，而民眾規避的可能性高低，則視規避行為成本大小而定。舉例而言，利息所得受領五次 1,000 萬元者，相對一次受領 5,000 萬元者，前者須扣取 100 萬元的補充保險費，後者僅被扣取 20 萬元，差距達五倍之多。另外，利息所得單次給付 4,999 元（含以下）者，則免扣取補充保險費。由此可知，對大額存戶而言，有其誘因使民眾集中存款，對於小額存戶而言，則有其誘因分戶或分單儲存。

另外，兼職薪資所得須被扣繳補充保險費，但無一定雇主或自營作業而參加職業工會，及參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員（第二類被保險人）者，如有超過其月投保金額之薪資（或兼職薪質），卻不必繳納補充保險費，如此可能誘使保險對象改以職業工會身份進行投保，亦出現影響民眾投保行為的改變，而違反中立性原則，進而在此經濟行為的影響下，可能對健保的財源籌措的穩定性產生一定的衝擊。最後，現行法規也可能產生民眾變更所得給付名目以規避補充保險費。根據全民健康保險法第 31 條規定，被保險人獎金年累計數須超過月投保金額四倍以上者才需課徵補充保險費，將可能誘使保險對象（或投保單位）把高額獎金變更為其他給與項目以規避補充保險費的課徵（韓幸紋，2012；朱澤民，2011）。

前述學理探討可說明補充保險費的規避行為會對健保穩定性造成一定衝擊。若要分析規避行為大小，理想狀態是使用 2013 年的綜所稅稅務資料和 2013 年度的補充保險費實際資料交叉比對（見表 1.3），透過不同保險對象、雇主特性、和所得項目的應繳納金額，對照實際繳納的補充保險費金額探討其可能的規避現象來進行財務穩定性的探討。然而，基於資料限制，本計劃無法取得 2013 年的綜所稅稅務資料，只能退而求其次透過其他資料來推估規避行為的嚴重性。

我們透過不同資料比對來推估規避行為的大小。我們首先使用 2005

到 2012 年所得稅申報核定統計專冊內容中各項所得項目金額，以此為基礎推算該年度補充保險費各項所得費基。這資料是現有資料中唯一包含到 2012 年不同所得項目補充保險費費基總額，雖說所得稅申報核定統計專冊資料，如同歷年所得稅扣抵憑單資料，並沒有考量到單次扣繳，更無法納入保費扣繳上下限進行分析，所推算金額和補充保險費實際收繳金額會有一定誤差，但這個總額金額可提供最近的一個基準點，藉以了解補充保險費扣費費基的歷年變化。我們在後面會說明如何透過所得稅核定統計專冊資料，推估出 2011-2012 這兩年補充保險費應收取金額。

表 3.2 2005-2012 年補充保險費費基來源所得項目歷年金額

單位：億元

年度	各類所得金額						
	合計	薪資所得	執行業務所得	股利所得	利息所得	租賃及權利金	他類所得
2005	42,015.40	30,979.70	729.6	5,129.20	2,259.40	896.8	2,020.60
2006	42,987.20	31,515.00	737.1	5,138.20	2,736.90	937.9	1,922.20
2007	45,966.90	33,251.50	768.6	5,873.30	3,126.90	961.2	1,985.30
2008	47,689.00	33,869.10	778.6	6,951.90	3,384.30	971	1,734.10
2009	42,357.80	31,797.00	606.6	4,581.50	2,580.50	941.7	1,850.50
2010	46,020.90	34,513.00	867.7	5,794.90	1,863.70	986.8	1,721.80
2011	49,944.30	36,702.00	812.6	7,261.20	2,063.80	1,037.80	1,904.90
2012	53,647.60	40,758.00	600.16	6,625.00	2,328.20	1,075.10	1,087.40

資料來源：財政部財稅資料中心綜合所得稅申報核定統計專冊

說明：他類所得=營利所得+自力耕作所得+財產交易所得+機會中獎所得+其他所得+稿費所得+未能歸類所得，因此非補充保險費討論項目，整併為他類所得。

表 3.2 則是根據財政部財稅資料中心綜合所得稅申報核定統計專冊內容，彙整出 2005-2012 年補充保險費費基來源所得項目歷年金額。由於補充保險費費基中，高額獎金與兼職所得與薪資所得有關，因此本表將薪資所得、執行業務所得、股利所得、利息所得、租賃所得分別列出，其餘整併為他類所得。由此表 3.2 整理我們可以發現，在 2009 年金融風暴時，執行

業務所得、股利所得、利息所得金額皆大幅下滑，佔率亦為下降趨勢，他類所得無論金額或佔率皆上升。2010 年景氣較為回升，執行業務所得、股利所得亦隨之回升，但利息所得卻持續下降中。

高額獎金、兼職所得，以及雇主負擔皆與薪資所得息息相關，薪資所得從 2005 年的 3.1 兆逐年成長至 2008 年的 3.4 兆，2009 年受到金融海嘯衝擊影響，降至 3.2 兆，較 2008 年減少了 6%。執行業務收入減除相關成本及必要費用後為執行業務所得，執行業務所得從 2005 年 730 億，至 2008 年 779 億，三年之間成長 6.71%，2009 年則降低 22%。股利所得從 2005 年的 5,129 億左右，大幅成長至 2008 年近 7,000 億，但是遭遇 2009 年金融海嘯，大幅縮減約 35%，僅 4580 億元，利息所得也有類似的趨勢。租賃收入減除合理而必要的損耗和費用後即為租賃所得，在綜合所得稅租賃及權利金該項所得當中，權利金所得所佔比例相當低，且非屬補充保險費費基，租賃所得很特別的地方是在 2009 年金融海嘯時，衰退比例為各類所得中僅 3%。由表 3.2 可知這個趨勢和表 3.3 採用所得稅扣繳憑單資料在趨勢上類似，說明使用統計專冊資料應有其準確性。

為推估補充保險費規避行為，我們先以表 3.3 中 2012 年我國補充保險費七項費基及保費收入金額。然後以 2012 從所得項目各項金額中選擇和過去歷年（2005-2010）最近所得各項總額金額，選出後再對照表 3.3 採用財政部所得扣繳資料歷年檔所推算保費金額，來推估出 2012 年的補充保險費應收總額。舉例來說，2012 年的執行業務所得為 600 億，和 2009 年的費基相近，可推估 2012 年補充保險費在執行業務所得也應收取 11.4 億元；2012 年的股利所得約為 6625 億和 2008 年的股利所得 6951 億相近，將兩者比例差距稍作調整後則可推估 2012 年的股利所得為 70.2 億左右，採用此方法來計算股利所得，執行業務所得，和租賃所得在 2012 年的補充保險費扣繳金額。

表 3.3 補充保險費歷年費基及保險收入金額

(上限一千萬，下限 5,000) 單位：億元

保費收入								
年度	兼職所得	執行業務收入	股利所得	利息所得	租賃收入	高額獎金	雇主負擔(含政府)	總計
2005	84.3	18.9	56.7	47.1	25.5	55.2	157.9	445.8
2006	73.4	17.9	55.5	57.6	26.8	47.9	143.7	422.8
2007	72.5	20.7	62	66.2	27.9	54	151.9	455.3
2008	71.5	11.9	73.7	72	28.3	54.1	151.7	463.1
2009	65.3	11.5	46.2	55.8	28	40	123.3	370.2
2010	61.5	2.6	69.2	42.7	28.3	51.1	150	405.4
2011	65.4	2.4	77.0	43.0	29.8	54.3	157.5	429.4
2012	72.6	11.4	70.2	48.5	30.8	60.3	165.4	459.3
<b>2013</b>	<b>24.75</b>	<b>7.64</b>	<b>88.98</b>	<b>13.86</b>	<b>28.21</b>	<b>39.97</b>	<b>199.58</b>	<b>402.99</b>

資料來源：連賢明等 (2011) 健保新制財務規劃之研究 (2005-2010)

財政部財稅資料中心綜合所得稅申報核定統計專冊 (2011-2012)

2013 年資料為健保署公布實際收支費用

比較麻煩的是高額獎金、兼職所得和雇主負擔這三個項目，這三個所得項目都和薪資所得有關，但在財政部所得稅申報核定統計專冊並沒有獨立出來，僅有一個薪資所得總額。我們於是假設高額獎金、兼職所得和雇主負擔這三個項目成長幅度，和全體薪資總額成長幅度相仿，以此計算 2012 年高額獎金、兼職所得和雇主負擔應收取補充保險費資料。

表 3.3 為所推估 2005-2012 年的補充保險費收取金額。這個表中前五年所得金額為使用所得稅扣繳憑單資料，後兩年則使用所得稅統計專冊資料而得。雖說 2012 年和 2013 年兩年資料可能存在差距，但這已是現有資料能推估最靠近的資料。若將 2012 年的保費收取推估金額，和 2013 年實際收取保費金額，可知道在補充保險費在不同類目上的規避行為大小。從表 3.3 可知，雇主負擔上 2012 年所推估數據為 165.4 億，而 2013 年所收取金額為 199.58 億，兩者所造成差距相當有限，這可能因為雇主負擔在補充保險費收取並無上下限規定，廠商和民眾規避誘因有限。在租賃所得上，2012 年所推估數據和 2013 年所收取金額相差無幾，這可能是因為租賃所得僅針對法人收取，法人機構在租賃上租金收入較大，規避成本過高所致。而在

股利所得上，2013 年所收取金額甚至超過 2012 年推估金額，這個應該是當年廠商配發股利較高所造成。

相反的，有許多所得項目可發現規避行為扮演相當大的角色。表 3.4 中，利息所得所推估金額和實際所收取金額存在相當差距，2012 年預計能收取約 48.5 億，但實際僅收取約 29%，可見就源課繳和上下限規定引發民眾透過拆單來避繳補充保險費，而類似的行為也在兼職所得和執行業務所得上發現。在執行業務所得若使用 2012 來推估，應收取 11.4 億元，但 2013 年僅得 7.6 億元。兼職所得 2012 年推估應得 72.6 億，但實際上則僅得約 34%，這幾類所得的規避行為明顯，由此可知，補充保險費採就源扣繳並設定上下限的規定，對幾個較容易規避的所得項目上，這些行為使得保費收取不及原設定目標的一半。若將這個實施後規避比例，對照連賢明等(2011)有關補充保險費規避比例推估預測(請見表 3.4)，可知和當初在規避推估時採有相當差距。在雇主負擔、租賃所得，股利收入上面，或因規避不易或無扣繳上下限項目，實際規避比例列入當初補充保險費所推估的低規避左右；但執行兼職所得和利息所得，規避情況相當明顯，這個情況，有可能隨著補充保險費實施時間，民眾越來越能夠掌握補充保險費就源扣繳的漏洞而日益惡化。

表 3.4 不同規避模式和實際規避

	執行業務所得	股利所得	利息所得	租賃所得	兼職所得	高額獎金	雇主負擔
2013 推估可能規避	67%	127%	29%	91%	34%	66%	121%
高規避	85%	85%	25%	85%	50%	60%	60%
中規避	90%	90%	50%	90%	70%	80%	80%
低規避	95%	95%	90%	95%	85%	90%	90%

資料來源：連賢明等(2011)健保新制財務規劃之研究(2005-2010)

## 第四章 保費公平性

補充保險費一方面較一般性保費擴大稅基，形成保費雙軌制度。但一般性保費實施上有身分別的問題，補充保險費比照排除部分投保人身分免於扣取保費，產生外界對保費公平性質疑。舉例來說，補充保險費課徵對象排除以執行業務所得申報保險人，但第一類和第二類（公勞保）仍須繳納補充保險費；補充保險費免除社會救助法規定的低收入戶成員，對於其他經濟弱勢族群，諸如身心障礙人士，70 歲以上中低收入戶老人等仍須繳納，這些規定均引發保費公平性質疑。為探討這議題。在保費公平性上分兩部分研究，其一是針對保費公平性指標，以及台灣現有保費公平性文獻進行說明；其二是以實際資料進行分析，分析在保費公平性的表現。

### 4.1 公平性指標

文獻上衡量一個租稅公平性時常以基尼係數進行分析，基尼係數為一介於 0 至 1 之值，係數愈大表示整體所得分配愈不平均。另有多位學者提出不同的衡量指標，例如卡克瓦尼指數，這些指標多以基尼係數的概念作為基礎加以修正。Musgrave (1959) 最早提出水平公平 (horizontal equity) 及垂直公平 (vertical equity) 概念，所謂垂直公平就是對所得不同者課徵不同的租稅 (保費)，水平公平就是對所得相同者課徵相同的租稅 (保費)。Feldstein (1976) 提出水平公平須使納稅義務人 (租稅經濟歸宿) 稅前、稅後效用水準的排序不變。

Atkinson (1970) 另行提出艾金森指數 (Atkinson index)，其主要的優點在於重視所得重分配的效果，特別是將社會福利函數具體呈現在不均度指標中，將社會對於不公平的厭惡程度納入考量 (Lynch et al., 1998)，因此相較於基尼係數，可加強呈現低所得階層分配不均情形，其計算公式如下：

$$I = 1 - \left[ \sum_{i=1}^n (Y_i / \bar{Y})^{1-\varepsilon} f_i \right]^{1/(1-\varepsilon)}$$

$I$  表示艾金森指數； $Y_i$  表示在所有  $n$  個所得組中第  $i$  組的所得之和； $f_i$  表示第  $i$  個所得組佔家庭所得總數的比例； $\bar{Y}$  表示所得的平均值； $\varepsilon$  代表權重。 $I$  值介於 0 跟 1 之間，當  $I$  值越接近 0，表示社會不均程度越低，越接近 1 表示社會不均程度越高。 $\varepsilon$  則是反映社會期待公平的參數（parameter the reflects society's preference of equality）或稱不均厭惡程度（the degree of inequality-aversion）（Lynch et al., 1998；張清溪，1984）。 $\varepsilon$  在計算艾金森指數時是最關鍵的參數，當  $\varepsilon$  越大表示所得轉移至低所得家戶的重要性越高。由於  $I$  值大小端看社會福利函數決定，因此可能得出與吉尼係數不同的結果。

Plotnick (1981) 進一步提出水平公平須使所有納稅義務人（租稅經濟歸宿）所得排序不可變動，水平不公平來自課稅後所得排序發生變動緣故，實際上 Plotnick 所謂水平不公平的定義屬於排序扭曲的概念 Aronson、Johnson 及 Lambert (1994) 則依循 Plotnick 的概念，AJL 模型利用稅前與稅後吉尼係數的改變，計算出重分配效果（redistributive effect, RE），再分解成三種效果。一為垂直效果（vertical effect, V），是指有效所得稅稅率級距結構對納稅者效用之影響；二為水平不公平效果（horizontal effect, H），此為所得相同者負擔不同的稅負的部份；三為重排序效果（reranking effect, R），所指的是在繳納租稅之後，所得排序產生變動的情形（Plotnick, 1981）。此模型特點在於不僅可拆解出水平及垂直公平，此外還可觀察是否出現排序扭曲的現象。

假設政府課徵累進所得稅制， $x$  為家戶（稅前）所得， $T(x)$  為所得稅， $T(x)/x$  隨著  $x$  增加而增加，且  $T'(x) < 1$ ， $T^h$  為家庭所得  $x$  的家戶  $h$  所得稅稅負：

$$T^h = T(x) + \varepsilon^h(x) \quad (1)$$

$\varepsilon^h(x)$  為干擾項，呈現出相同所得者的稅負差異，此部份包含水平不公平及

排序扭曲效果。

整個重分配效果可由比較稅前吉尼係數 ( $G_x$ ) 與稅後吉尼係數 ( $G_{x-T}$ ) 相減得出。分解式為：

$$RE = G_x - G_{x-T} = V - H - R \quad (2)$$

稅後吉尼係數為：

$$G_{x-T} = G_0 + \sum \alpha_x G_{F(x)} + R \quad (3)$$

其中  $G_0$  是子群組間的吉尼係數， $\alpha_x$  是當稅前所得為  $x$  時考量人口及所得下之權重， $G_{F(x)}$  是當稅前所得為  $x$  在扇形範圍時的吉尼係數，而  $R$  是由相等式反推得出。將稅前吉尼係數  $G_x$  代入上式，可得出：

$$RE = [G_x - G_0] - \sum \alpha_x G_{F(x)} - R \quad (4)$$

第一項是在相同所得家戶稅負無差異情形下，衡量不同所得家戶間分配不平等的效果，即為垂直效果  $V$ ，而經由累進性的標準化處理，可將垂直效果改寫為：

$$V = \frac{g}{1-g} K_T = \frac{g}{1-g} [C_T - G_x] \quad (5)$$

卡瓦尼指標 ( $K$ ) 是衡量累進性的指標，為租稅集中係數減去稅前所得吉尼係數， $g$  是衡量所得中用來支付租稅的比例。

(2) 式的第二項為衡量水平不公平，即對相同所得者繳交不同租稅的效果，由各子群組的吉尼係數  $G_{F(x)}$  的加權和得出：

$$H = \sum \alpha_x G_{F(x)} \quad (6)$$

最後，排序扭曲效果 ( $R$ ) 則是稅負存在差異進而產生排序扭曲時才會存在。RE 是呈現重分配效果， $RE > 0$  表示累進， $RE < 0$  表示累退； $V$  則是垂直公平指標， $V > 0$  為累進， $V < 0$  為累退； $R$  排序扭曲指標， $R \in [0,1]$ ，值越大顯示排序扭曲程度越高； $H$  為水平不公平指標， $H \in [0,1]$ ，值越大顯示水平不公平程度越高。

## 4.2 保費公平性文獻

目前台灣文獻中以補充保險費進行相關公平性實證分析文章有韓幸紋，徐偉初，鄭文輝（2012），以及趙秀珍（2014）的大學個案研究。韓幸紋等（2012）比較保費現制（含補充保險費）以及二代健保規劃小組提出保費新制方案，觀察保費新制是否使得養育兒童家戶健保財務負擔公平性獲得具體改善。韓幸紋等學者根據健保費用檔等資料，利用 AJL 模型評估健保財務負擔公平性。結果發現在新制保費計徵方式可大幅減輕養育兒童家戶健保財務負擔，且有效提升其公平性，此結果可供主管機關改革時之參考。

韓幸紋等（2012）文章中，其利用前述的 AJL 模型，將重分配效果拆解分為垂直效果、水平效果，以及排序扭曲效果，以此比較不同保費計徵方式對於健保財務負擔公平性的影響。他們發現就家戶健保財務負擔率進行觀察。保費現制論口計費的設計，對於多眷口的養育兒童家戶較為不利，養育兒童家戶平均健保財務負擔率高於非養育兒童家戶，且養育兒童家戶中以單薪及單親家戶負擔較重。若進一步將樣本區分為高、中、低所得組，保費現制使得低所得多眷口家庭健保財務負擔較為沉重。其次，該文也發現，以全部家戶來看，保費現制呈現累退現象，且存在水平不公平的問題。

若增加補充保險費後，加徵補充保險費後雖可改善保費負擔累退程度，但卻因部分所得另行計徵補充保險費，使得不同所得來源適用差別費率，造成水平不公平程度更加惡化。此外，保費現制使得養育兒童家戶的保費負擔累退性及水平不公平情形較非養育兒童家戶嚴重，而補充保險費對於養育兒童家戶保費負擔公平性改善有限。若進一步將養育兒童家戶依其家庭所得高低、子女數加以區分，低所得多眷口的養育兒童家庭保費負擔累退及水平不公平現象最為嚴重，而所得越低排序扭曲程度愈高。另外，其研究在 AJL 的基礎下，透過  $t$  檢定中的成對檢定，發現保費新制確實顯著提升保費負擔累進性，改善水平不公平，且降低排序扭曲效果。整體而

言，韓幸紋等（2012）認為，就保費負擔公平性的角度來看，未來健保保費計徵方式仍應考慮持續朝向以「家庭總所得」為費基的二代健保改革方案進行改革，才可大幅改善養育兒童家戶保費負擔公平性的問題。

趙秀珍（2014）則以某國立大學為個案進行深度訪談，由於其採用的方法與本研究不同，屬質性研究，因此我們介紹其研究結果，根據該文，其發現目前各大學支付兼任教師鐘點費，係依每週授課時數乘以每節鐘點費（約 575~795 元）計算，每學期鐘點費僅支給 18 週（寒暑假未上課）。兼任教師如無其他正職，僅倚賴大學授課之鐘點費維生者，則一年只有 9 個月有收入來源。雖然兼任教師鐘點費標準在歷經 10 餘年均無調整之窘境後，終於在各教師團體奔走、極力爭取下，即將於 2014 年 8 月份起提高，然與專任教師之待遇福利比較，依舊相去甚遠。由於兼任教師鐘點費收入微薄，為維持生計，大多奔波於數所大學兼課。兼任教師鐘點費收入扣除交通成本及支付生活費用，原本即已所剩有限，政府實施二代健保後，又必須額外負擔 2% 的補充保險費。兼任教師與專任教師均同樣擔任大學授課工作，而兼任教師所負擔的補充保險費 2%，卻比專任教師健保費自付額費率 1.473%（ $=4.91\%*0.3$ ）為高。補充保險費設計之中心思想，應為所得較高者負擔較高額之補充保險費，以符合社會公平正義原則。然而在兼職所得之補充保險費課徵方式規範下，卻發生所得較低者，反而負擔較高費率之補充保險費，造成不公平現象，背離公平性原則。

#### 4.3 補充保險費公平性研究成果

補充保險費在個人方面針對六項所得：高額獎金、兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得及租金收入等項目，在一定金額上採就源扣繳加計 2% 補充保險費；在雇主部分（投保單位）則針對其每月薪資總額與其受雇者每月投保金額總額間差額，計收 2% 補充保險費。在補充保險費實施前，這些所得項目均排除在健保保費費基（薪資所得）外，保費新制實

施後對理當對改善補充保險費公平性有幫助，特別是過去常因所得項目差異，造成所得較高者反而繳較少保費現象，透過補充保險費新制，只要一般健保保費費基（薪資所得）和補充保險費費基高度相關，則補充保險費應能改善這種針對所得不同者課徵不同的租稅（保費）的情況，亦即一般所謂垂直公平。以下先從敘述統計的表格與呈現方式，討論補充保險費實施之後，在公平層面所產生的效果。

為了解補充保險費費基和一般保費費基的相關性，我們採取兩個方式。一個是透過所得稅資料比較補充保險費和一般保費間的相關性，一個則是透過所得稅公布資料，了解不同所得項目和薪資所得間相關性。表 4.1 使用綜合所得稅家戶（申報戶）中，按稅前所得高低平均分為五等分位組，計算各分位組平均家戶健保保費（現制保費及補充保險費）。為降低極端值可能影響，值我們將最高和最低 5% 的樣本刪除。由表 4.1 可知，在 2010 年年中，隨著家戶所得差異所繳交現制保費也明顯不同。所得分組最低一組，在一般健保保費中繳交 7202 元；而所得分組最高一組，則繳交 28130 元的一般保費，約為最低分組的四倍，而第二和第四所得分位分組所繳交的一般保費，分別為 8848，12519，和 18008 元。顯示家戶所得越高的所得分組，所繳交的一般保費也隨之增加。在歷年綜所稅申報資料上（2005-2010），均可發現這類似趨勢。

表 4.1 同時列出按不同家戶所得分組，各所得分組下的補充保險費金額比例。在 2010 年年中所得分組最低一組，在補充保險費中繳交 817 元；而所得分組最高一組，則繳交 5077 元的補充保險費，約為最低分組的六倍，而第二和第四所得分位分組所繳交的補充保險費，分別為 1029，1564，和 2542 元。同樣顯示家戶所得越高的所得分組，所繳交的補充保險費也隨之增加。這個趨勢也在歷年綜所稅申報資料上（2005-2010）出現，可知一般保費和補充保險費呈現高度相關。表 4.2 進一步將平均家戶健保保費（現制保費及補充保險費）以稅前所得比例加以呈現。就現制保費來看，所得越

高保費佔其所得比例越低，第2到第4個分位組平均佔率幾乎相同，但第1個分位組則高出其他分位組許多，這應是受到保費設有上下限所致。但在補充保險費方面則相當接近比例稅。

表 4.1 可支配所得分位組平均每人健保及自費項目支出佔可支配所得

單位：元

項目	分位組	2005	2006	2007	2008	2009	2010
現制保費	1	6,470.3	6,699.5	6,938.4	7,269.0	7,591.8	7,202.2
	2	8,709.1	8,983.2	9,260.7	9,456.6	9,414.7	8,848.4
	3	12,024.4	12,382.5	12,638.4	12,904.6	12,898.7	12,518.6
	4	16,900.2	17,412.4	17,781.3	18,038.0	17,952.2	18,007.9
	5	24,919.5	25,965.7	26,416.5	26,911.1	27,196.6	28,130.3
補充保險費 <sup>b</sup>	1	971.8	902.1	934.2	951.0	890.9	817.3
	2	1,360.2	1,281.2	1,331.7	1,338.1	1,147.6	1,028.5
	3	2,011.7	1,923.8	2,003.2	2,005.1	1,702.5	1,563.9
	4	3,175.7	3,108.7	3,237.6	3,280.0	2,674.2	2,541.9
	5	6,339.8	5,929.3	6,312.3	6,254.5	4,860.2	5,077.1

說明：資料來源：連賢明等（2011）健保新制財務規劃之研究（2005-2010）

a. 將最低所得 5%與最高所得 5%家戶刪除，依不同可支配所得百分位均分五組。

b. 補充保險費除高額獎金之外，以 5,000 元為下限，利用財稅資料模擬推估得出。

表 4.2 可支配所得分位組平均每人健保及自費項目支出佔可支配所得比例

項目	分位組	2005	2006	2007	2008	2009	2010
現制保費	1	4.2%	4.3%	4.4%	4.6%	5.4%	5.4%
	2	3.0%	3.1%	3.1%	3.1%	3.2%	3.0%
	3	2.8%	2.8%	2.9%	2.8%	2.9%	2.8%
	4	2.5%	2.6%	2.6%	2.5%	2.7%	2.6%
	5	2.1%	2.2%	2.1%	2.1%	2.3%	2.3%
補充保險費 <sup>b</sup>	1	0.5%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%
	2	0.4%	0.3%	0.4%	0.3%	0.3%	0.3%
	3	0.4%	0.4%	0.4%	0.3%	0.3%	0.3%
	4	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.3%	0.3%
	5	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.3%	0.3%

說明：資料來源：連賢明等（2011）健保新制財務規劃之研究（2005-2010）

- a. 將最低所得 5%與最高所得 5%家戶刪除，依不同可支配所得百分位均分五組。
- b. 補充保險費除高額獎金之外，以 5,000 元為下限，利用財稅資料模擬推估得出。

表 4.3 說明 101 年度不同級距下各類所得及每戶平均各類所得。由表 4.3 可知，由最低級距到最高級距，平均每戶各類所得呈現越來越高的趨勢。這也代表補充保險費的稅基隨著所得級距增加，所需繳交的補充保險費也隨之增加。同時，這增加不論是在執行業務所得、股利所得、利息所得、或是租賃所得，金額隨之增加，顯示各項所得和薪資所得的確呈現正相關。這結果和過往文獻的發現大致類似：保費新制對垂直公平現象有所改善。也因此，越來越多研究將分析重點著重在保費新制能否顯著改善水平公平性，並了解是否存在排序扭曲的問題（徐偉初等，2004；楊媛棋，2005；鄭保志、李宜，2010）。

表 4.3 101 年度綜稅各類所得金額各級距申報統計表

單位：億元

級距:萬元	合計	薪資所得	執行業務所得	股利所得	利息所得	租賃及權利金	他類所得
NET=0	342	264	3	21	30	6	16
0-50	672	569	6	36	30	10	21
50-113	1,389	1,130	15	114	52	26	51
113-226	2,340	1,783	31	285	82	55	105
226-423	3,862	2,603	58	747	120	120	215
423-500	5,555	3,437	97	1,355	150	187	330
500-1000	7,657	4,154	130	2,410	182	279	502
1000 以上	31,316	7,601	473	19,907	394	715	2,226

- 一、說明：
- (一) 各欄項之金額係取千元後四捨五入。
  - (二) 合計欄為綜合所得總額，金額為各欄位實際值加總後再取千元四捨五入後得之。
  - (三) 各類所得為歸戶之各類所得。
  - (四) 歸戶大於申報為歸戶綜合所得總額大於申報綜合所得總額之數值。
  - (五) 薪資淨所得為薪資所得減去薪資特別扣除額之餘額。
  - (六) 按薪資淨所得計算之綜合所得為綜合所得總額減去薪資特別扣除額之餘額。
  - (七) 稿費收入為未減去十八萬之稿費免稅之稿費總收入。

本統計之所得為課稅資料，未納入「政府移轉支出」各戶所得、免稅所得、分離課稅所得等資料，故不宜逕作為衡量所得差距之參據，相關所得資料應以行政院主計總處公布之資料為準。

從敘述統計的方式了解補充保險費實施以來，它在公平性的架構下，確實逐漸改善垂直公平，使之更加量能課徵，讓比較有能力的人繳交比較多的費用。接下來將以更加精確的 AJL 模型做為公平性指標討論補充保險費在重分配效果 (RE)、垂直公平 (V)、水平公平 (H) 以及排序扭曲 (R) 四項。

首先，我們先就現制保費來看重分配效果 (參考表 4.4)。在現制下，2005~2010 年間 AJL 模型中的 RE 值皆為負，介於 -3‰~-3.4‰之間，顯示保費公平性呈現累退現象，此結果與國內外文獻發現相符 (Wagstaff and Doorslaer, 1997; Wagstaff et al., 1999; 鄭文輝等, 2000; 徐偉初等, 2004; 蔡貞慧、周穎政, 2002)。我們進一步將重分配效果拆解為垂直效果、水平效果，及排序扭曲效果，以垂直效果來看，V 值為 -2.9‰~-3.3‰，顯示現制保費呈現累退現象；以水平效果來看，H 值為 0.08‰左右，可知存在水平不公平的問題。現制保費下 R 值為零，表示無排序扭曲的現象。

再者，我們模擬未來徵收補充保險費時對公平性的影響(參考表 4.5)。結果發現，徵收補充保險費整體呈現累進現象，RE 值與 V 值約為 0.2‰~0.4‰，雖然課徵補充保險費亦有上下限限制，但因上限為單筆金額一千萬，下限為單筆金額五千元，有捉大放小之效，就整體分配狀況而言仍為累進現象。但依舊存在水平不公平現象，H 值約為 0.01‰。雖然補充保險費費基來自股利所得、利息所得等為高所得者較易產生的所得來源，但是補充保險費僅針對股利所得、利息所得等項目另行課徵 2% 的費率，反而造成相同所得但所得來源有所差異的家戶，負擔不同金額的保費，使得仍有水平不公平問題。同樣地補充保險費無排序扭曲的現象。

本研究再針對自費項目進行分析 (參考表 4.6)，就垂直效果來看，自費項目財務負擔呈現累進性，基本上家庭所得越高者，愈加有能力選擇非健保給付的自費項目，因此財務負擔越高，反之低所得家庭較無能力使用

自費項目，因此財務負擔越低。但因相同所得家庭其健康狀況或醫療使用偏好有所差異，導致自費項目財務負擔有所不同，而有水平不公平現象。整體重分配效果於 2005-2006 年間雖為累退，到 2007 年後則轉為累進。

本研究在分別呈現現制保費加補充保險費（參考表 4.7），以及現制保費加補充保險費加自費項目（參考表 4.8）的分配狀況。前者可觀察來自健保財務負擔分配情形，可供主管機關未來研擬健保收費制度之參考；後者則為家庭對於健康維護所付出的支出分配情形。基本上，即使同時考量現制保費及補充保險費負擔分配情形，其重分配效果仍為累退，水平不公平現象亦未因補充保險費的課徵而有所改善。若是再加上自費項目，累退現象雖有改善，但因相同所得家庭的健康狀況及醫療使用偏好差異，水平不公平現象更加明顯。

本研究進一步將 RE、V、H 值以數列圖加以呈現，以方便比較該值歷年變化趨勢。由於無論現制保費、補充保險費、自費項目皆未出現排序扭曲現象，在此則略過 R 值歷年變化分析。先就現制保費來看，RE 及 V 值從 2005 年開始逐年下降，也就是累退程度越來越高，直到 2010 年才出現反彈現象，應是與 2010 年 4 月將保險費率調高至 5.17% 有關。H 值則是呈現上升趨勢，值得主管機關密切注意。再就模擬補充保險費來看，RE 及 V 值從 2005 年開始逐年下降，也就是累進程度逐年縮小，特別是在 2009 年時明顯下降，可能受到金融風暴導致經濟負成長有關，但為何導致此現象，需後續研究進一步加以深入分析。至於水平不公平現象則逐年趨緩。至於自費項目，整體重分配效果累退程度逐漸縮小，甚至 2007 年之後反轉為累進情況。

表 4.4 現制保費公平性分析

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
RE	-3.066‰	-3.102‰	-3.279‰	-3.344‰	-3.418‰	-3.124‰
V	-2.987‰	-3.023‰	-3.201‰	-3.269‰	-3.331‰	-3.036‰
H	0.079‰	0.079‰	0.077‰	0.075‰	0.087‰	0.088‰
R	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰

表 4.5 補充保險費公平性分析

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
RE	0.426‰	0.371‰	0.373‰	0.359‰	0.248‰	0.348‰
V	0.443‰	0.386‰	0.390‰	0.374‰	0.263‰	0.361‰
H	0.017‰	0.016‰	0.018‰	0.014‰	0.015‰	0.013‰
R	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰

表 4.6 自費項目公平性分析

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
RE	-0.667‰	-0.056‰	0.223‰	0.224‰	0.390‰	1.159‰
V	1.164‰	1.340‰	1.408‰	1.588‰	1.927‰	1.422‰
H	1.831‰	1.396‰	1.185‰	1.364‰	1.537‰	0.262‰
R	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰

表 4.7 現制保費加補充保險費公平性分析

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
RE	-2.640‰	-2.732‰	-2.909‰	-2.986‰	-3.170‰	-2.773‰
V	-2.548‰	-2.641‰	-2.817‰	-2.901‰	-3.073‰	-2.675‰
H	0.092‰	0.091‰	0.092‰	0.085‰	0.097‰	0.098‰
R	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰

表 4.8 現制保費加補充保險費加自費項目公平性分析

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
RE	-3.352‰	-2.819‰	-2.707‰	-2.762‰	-2.760‰	-1.597‰
V	-1.476‰	-1.375‰	-1.477‰	-1.337‰	-1.150‰	-1.219‰
H	1.876‰	1.444‰	1.230‰	1.425‰	1.609‰	0.378‰
R	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰

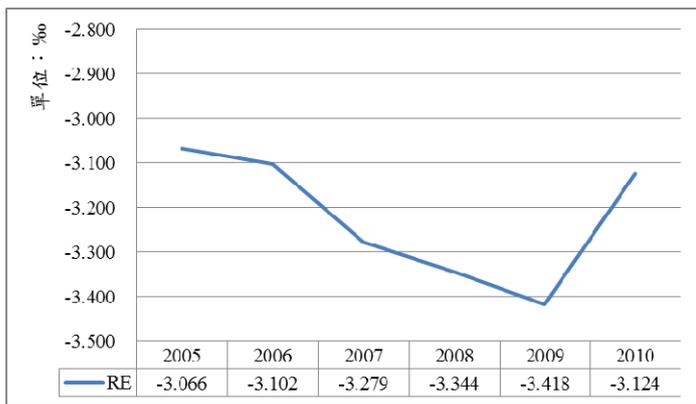


圖 4.1 2005 到 2010 年現制保費  
RE 值的走勢

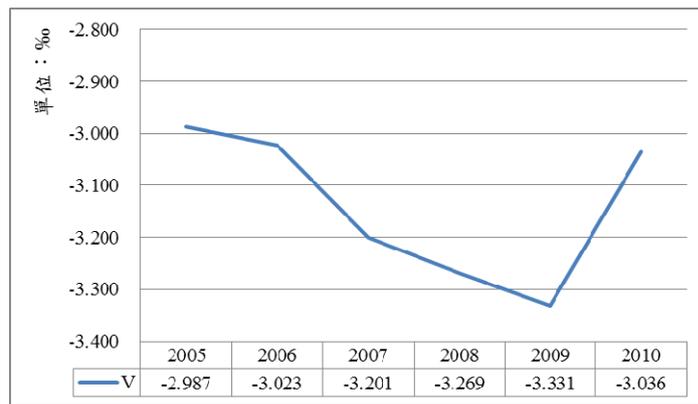


圖 4.2 2005 到 2010 年現制保費  
V 值的走勢

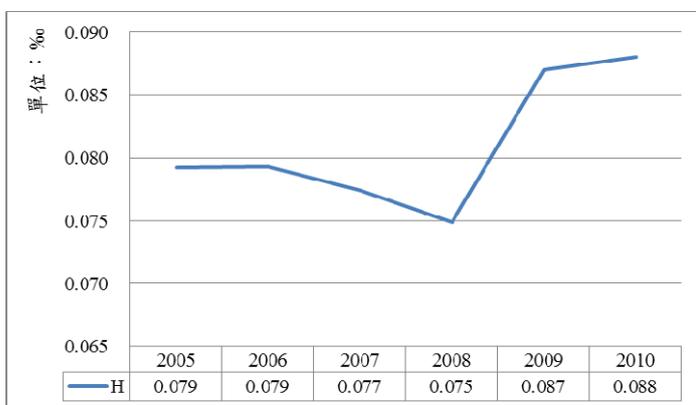


圖 4.3 2005 到 2010 年現制保費  
H 值的走勢

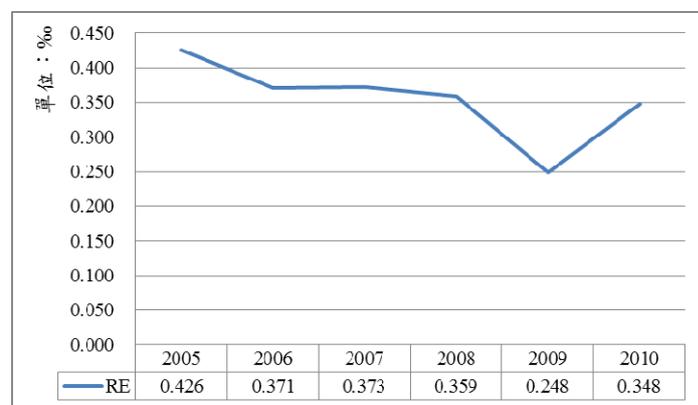


圖 4.4 2005 到 2010 年補充保險費  
RE 值的走勢

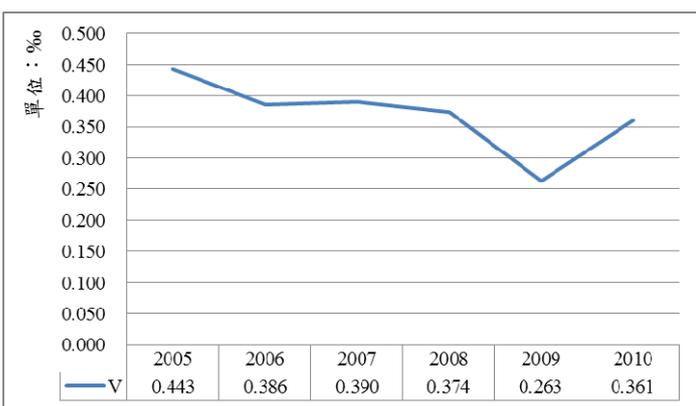


圖 4.5 2005 到 2010 年補充保險  
費 V 值的走勢

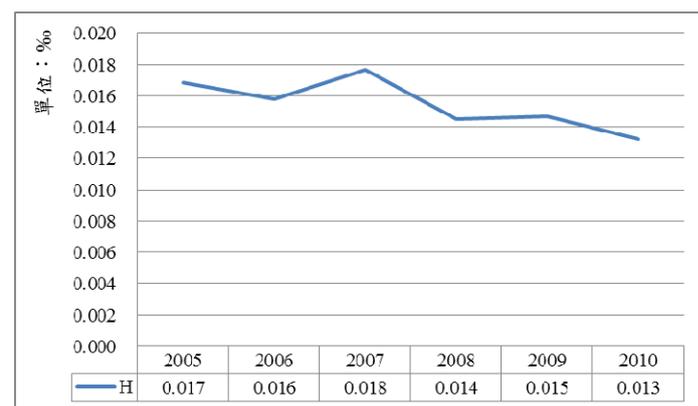


圖 4.6 2005 到 2010 年補充保險費  
H 值的走勢

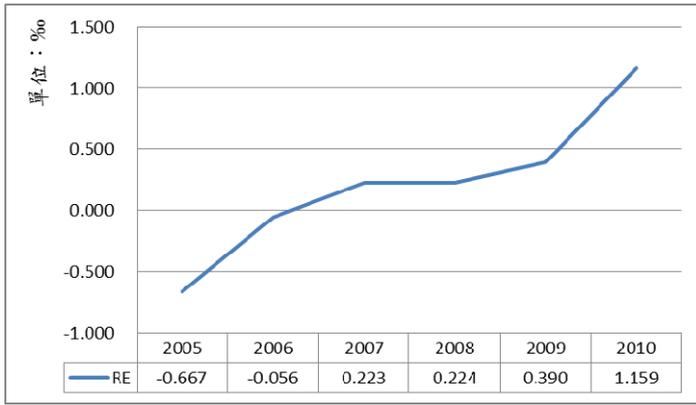


圖 4.7 2005 到 2010 年自費項目  
RE 值的走勢

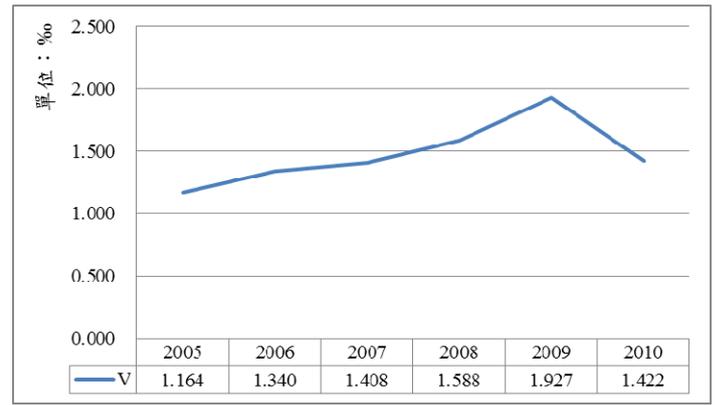


圖 4.8 2005 到 2010 年自費項目  
V 值的走勢

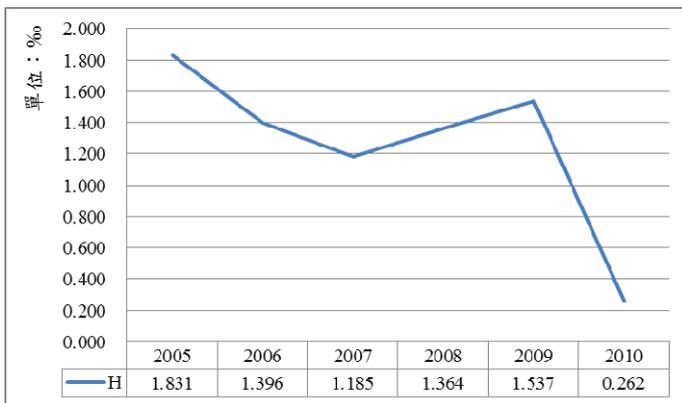


圖 4.9 2005 到 2010 年自費項目  
H 值的走勢

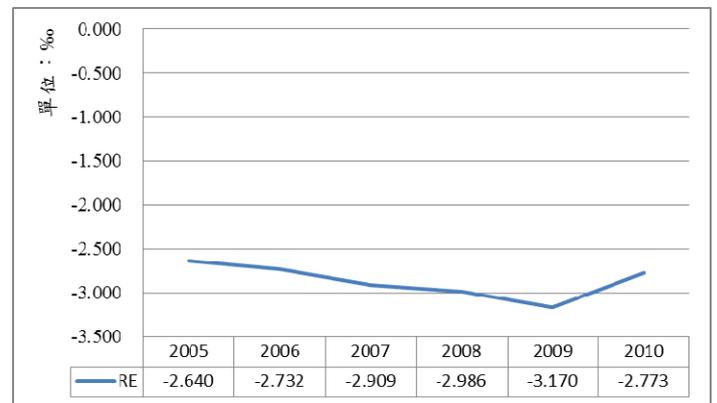


圖 4.10 2005 到 2010 年現制保費  
+ 補充保險費 RE 值走勢

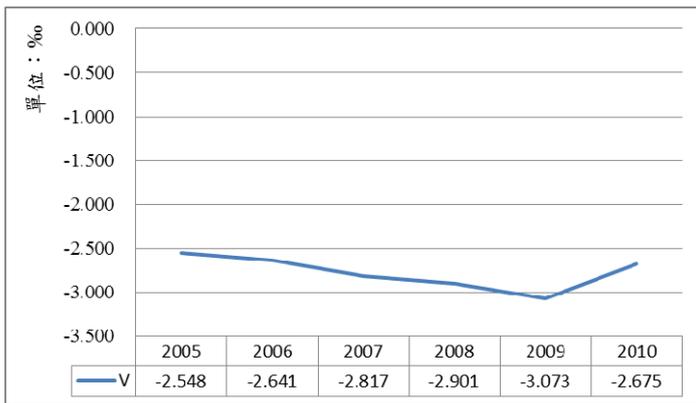


圖 4.11 2005 到 2010 年現制保費  
+ 補充保險費 V 值的走勢

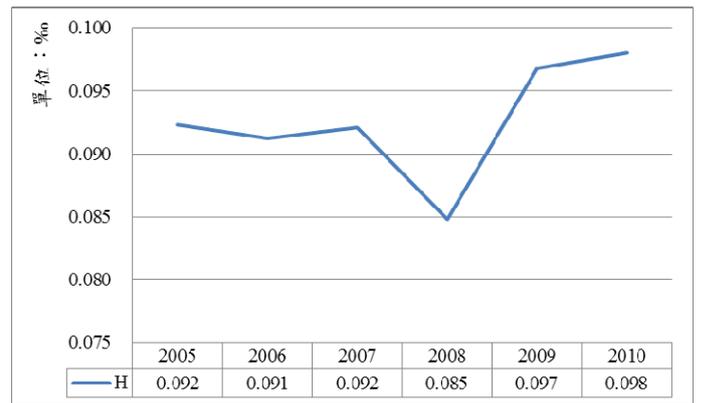


圖 4.12 2005 到 2010 年現制保費  
+ 補充保險費 H 值的走勢

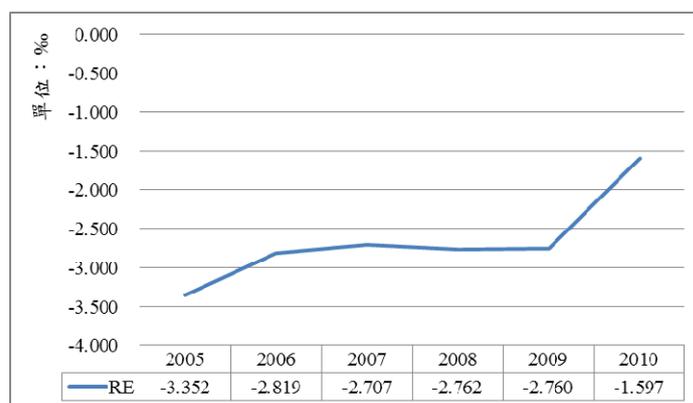


圖 4.13 2005 到 2010 年現制保費+補充保險費+自費項目 RE 值的走勢

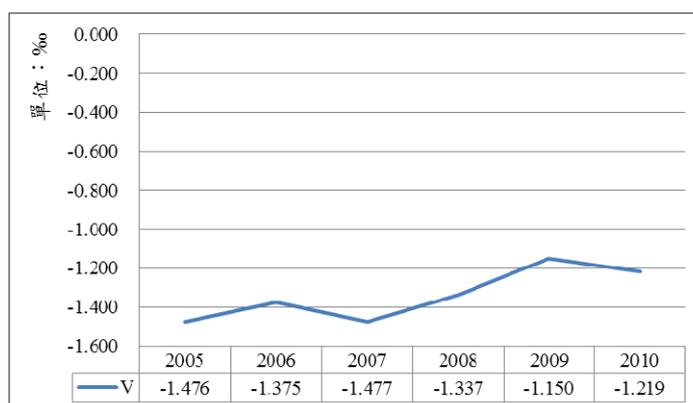


圖 4.14 2005 到 2010 年現制保費+補充保險費+自費項目 V 值走勢

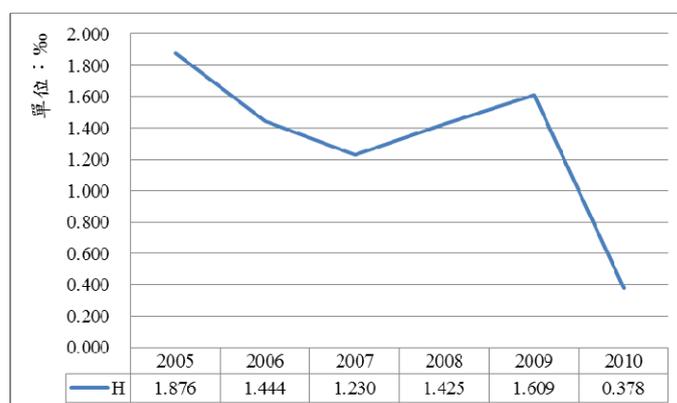


圖 4.15 2005 到 2010 年現制保費+補充保險費+自費項目 H 值走勢

## 第五章 行政效率成本

補充保險費最被詬病的即是行政效率成本。從二代健保捨棄「家戶總所得」方式，改採補充保險費來擴大健保費基、增加健保財務收入，這點就引發外界的許多批評；在實施過程中，不同社會團體（如銀行工會）也因補充保險費衍生的行政紛擾而向衛福部表示抗議。也因此行政效率也是二代健保檢討報告中，針對補充保險費被討論最多問題。本章先討論補充保險費的行政效率可能問題，然後將多次專家學者會議、二代健保檢討報告當中，所提出可能行政效率改善方案加以討論。

### 5.1 行政效率問題

根據韓幸紋（2012）和二代檢討報告，補充保險費導致行政成本提高主因有三。首先，補充保險費除高額獎金以全年累計數計徵之外，其餘均採就源扣繳，係由扣費義務人針對單次給付達一定金額者予以扣取，而投保單位方面，則針對每月支付薪資所得總額超過其受僱者當月投保金額總額之部分，由其自行計繳補充保險費。由於扣繳設定上下限，且實務給付樣態多元，認定常有模糊空間，便提供民眾規避補充保險費的課徵之誘因。以及，在單筆給付上、下限之規範下，負擔金額可能會受給付筆數之影響，民眾刻意拆單拆筆，以降低每筆支付金額，導致扣費義務人增加許多行政成本。也導致總所得相同者保險費負擔卻可能不同，不只產生行政不效率，還引發公平爭議。舉例來說，利用拆單可將原單筆超過 5,000 元之所得，拆開成多筆低於 5,000 元之所得，由於現行制度下採單筆扣繳，金額未達 5,000 元則免予扣取補充保險費。

第二，於補充保險費課徵與綜合所得稅規定有相當差異，造成扣費義務人不僅需另行瞭解補充保險費相關規定，且因補充保險費起扣點較低，缺乏結算制度，使得案件量大為增加。以及，單次給付時常難以認定，不僅扣費義務人迭有疑義，且易與民眾產生爭執。這些爭執也連帶引發不同的規避行為，特別是一些自營工作者（如藝人、模特兒、直銷商、代書等），則可藉由加入工會成為第二類被保險人，此非屬二代健保

補充保險費之課徵範圍，進而達成規避補充保險費之效果。

第三，補充保險費採就源扣繳，健保局無法藉由綜所稅資料進行查核，需自行建置資料，使得扣費單位及健保局皆因資料建置緣故，稽徵成本大為提高。而且按月就源扣繳的方式，使總薪資超過總投保金額之月份須負擔補充保險費，並且還要由投保單位自行計算繳納補充保險費，對投保單位也是一大行政作業負擔。租金部分亦然，租金繳付之金額及時間多屬固定，卻要每月列印補充保險費繳款單，凡此皆增加扣費義務人之行政成本。也就是說，無論扣費義務人或健保局皆因課徵補充保險費增加相當龐大的行政作業成本。

為清楚說明這些行政成本，趙秀珍（2014）以深度訪談方式，以某國立大學為分析個案，實際探討補充保險費的課徵，對該大學所引發的可能行政執行衝擊。發現在大學經常舉辦之演講、專題講座等課外活動，由於演講者所支領之演講費為「9B」所得項目，其所領取之演講費單筆金額大於 5,000 元者，亦應依補充保險費率（2%）計算應扣繳之補充保險費。這種類似支出案件，每月發生筆數龐大，學校行政人員需逐筆判斷是否已達扣費標準並計算應扣繳金額。除扣繳補充保險費之責任外，扣費義務人還必須辦理其他多項行政事務，如給付日次月底前繳納補充保險費、扣取補充保險費後通知保險對象、溢繳退費、短繳補扣、於每年 1 月 31 日前，將上一年度向保險對象扣取之補充保險費金額，填報扣費明細彙報保險人、提供保險對象扣費憑單及保存帳冊及扣費明細至少 5 年...等。這些都因為補充保險費採逐筆扣繳方式，造成承辦業務人員行政作業相當程度之困擾。受訪人均深感補充保險費造成各校行政作業繁瑣，增加大量行政成本。

## 5.2 具體改善建議

有關如何改善補充保險費行政效率上，學者專家在多次會議中提出相當多建議，其中結算制度引起了相當多討論。由於增加結算制度也是二代健保檢討報告的主要改革建議，下面將結算制度討論獨立為一節，此節專門討論非結算的其他政策建議。

## ● 透過調整扣費上下限，減少行政成本

在多次專家學者會議中，所提供建議多半需牽涉全民健保法修法。以目前台灣立法院修法效率來看，能迅速修法來調整補充保險費問題的可能性並不高。換言之，健保署能掌握最有效工具就是透過扣費上下限調整來緩和補充保險費問題。到目前為止，衛生福利部已經調整過兩次的補充保險費扣抵下限。第一次是 103 年 9 月 1 日起，將現行民眾領取非所屬投保單位給付的薪資所得(俗稱兼職所得)，單次未達 5,000 元無須扣取補充保險費的門檻，提高到單次受領兼職所得未達基本工資(目前為 19,273 元)。根據健保署統計資料估計，兼職所得扣取補充保險費下限門檻提高後，約有 58 萬人無須再扣繳補充保險費，每年健保費收入將減少 7 億元。第二次調整是今年 12 月 12 日，衛福部宣布將中低收入戶的補充保險費扣費標準，從兼職所得放寬至股利、租金、利息和執行業務所得，扣繳下限從目前的 5000 元，調高至基本工資 1 萬 9273 元，這個保費下限調整估計有 80 多萬中低收入戶民眾受惠。初估健保每年所少收補充保險費不會太多，但實際金額還要計算。雖說這兩次的調整主要目的不見得是為了增進行政效率，而是改善保費的公平性；但很明顯的，調整補充保險費扣繳下限成為健保署最常用的政策工具。

為說明調整下限對行政效率影響，表 5.1 列出使用 2009 年的所得稅扣繳憑單所應扣繳的件數和費基，討論在不同扣繳下限時應繳件數和費基。由表 5.1 可知，當補充保險費各項費基及保險收入金額，從 1,000 元大幅提高至 10,000 元時，分別來自兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得、租賃收入的補充保險費費基依序減少-1.4%、-3.3%、-11.0%、-8.4%、-0.7%（高額獎金以月投保金額四倍作為下限、雇主負擔則未訂有下限，因此不受影響）。在這些所得項目中，下限提高時對於股利所得及利息所得費基影響最為顯著，但也僅 11%與 8%，合計影響 3%。若以費基絕對金額來看，下限從 1,000 元大幅提高至 10,000 元時，總計影響費基 600 億，影響補充保險費收入僅 12 億。但是案件數卻大幅減少近六成（約 1600 萬件）。由此可知，下限調高能顯著降低課徵案件數，但對補充保險費費基影響有限。若不考慮保費公平性，提高補充保險費

上限應能有效提高行政效率。

表 5.1 2009 年不同下限七項補充保險費費基金額及案件數<sup>A</sup>

單位：億元、百萬件

年度	下限金額	兼職所得 <sup>b</sup>	執行業務收入 <sup>c</sup>	股利所得 <sup>d</sup>		利息所得		租賃收入		高領獎金 <sup>e</sup>	雇主負擔 <sup>f</sup>	政府為雇主負擔 <sup>f</sup>	總計 <sup>g</sup>
				股利所得	利息所得	利息所得	利息所得	扣繳憑單為單位					
2009	0	3,570.0	607.0	2,480.0	2,990.0	1,400.0	1,980.0	5,520.0	612.0	18,547.0			
		3.8	1.3	21.2	13.1	0.9	0.9	7.7	0.5	48.9			
	1000	3,570.0	607.0	2,450.0	2,990.0	1,400.0	1,980.0	5,520.0	612.0	18,517.0			
		3.6	1.1	11.4	11.8	0.8	0.9	7.7	0.5	37.3			
	2000	3,570.0	605.0	2,420.0	2,960.0	1,400.0	1,980.0	5,520.0	612.0	18,455.0			
		3.2	1.0	8.8	10.0	0.8	0.9	7.7	0.5	32.4			
	3000	3,560.0	603.0	2,380.0	2,940.0	1,400.0	1,980.0	5,520.0	612.0	18,383.0			
		2.9	0.8	7.2	9.0	0.8	0.9	7.7	0.5	29.4			
	5000	3,540.0	597.0	2,310.0	2,890.0	1,400.0	1,980.0	5,520.0	612.0	18,237.0			
		2.5	0.7	5.3	7.7	0.8	0.9	7.7	0.5	25.6			
	10000	3,520.0	587.0	2,180.0	2,740.0	1,390.0	1,980.0	5,520.0	612.0	17,917.0			
		2.1	0.5	3.3	5.7	0.7	0.9	7.7	0.5	21.0			
	15000	3,490.0	579.0	2,080.0	2,570.0	1,390.0	1,980.0	5,520.0	612.0	17,609.0			
		1.9	0.4	2.4	4.3	0.7	0.9	7.7	0.5	18.3			
	20000	3,470.0	572.0	2,000.0	2,430.0	1,380.0	1,980.0	5,520.0	612.0	17,352.0			
		1.8	0.4	1.9	3.5	0.7	0.9	7.7	0.5	16.9			

說明：

<sup>a</sup> 上限皆為單筆給付一千萬。排除年度中非為保險對象者。

<sup>b</sup> 排除年度中投保身份曾為第二類者。

<sup>c</sup> 排除年度中投保身份曾為低收入戶及投保類目曾為15及21者。

<sup>d</sup> 排除年度中投保身份曾為低收入戶及雇主者。由於96-97年間所得檔中關於現金股利金額建檔未臻完善，故在此未能呈現。

<sup>e</sup> 下限為投保金額之四倍

<sup>f</sup> 無下限

<sup>g</sup> 執行業務收入、股利所得、利息所得、租賃收入、兼職所得、高領獎金、雇主負擔等七項金額加總數。

● 維持保費雙軌收費，但將保費費基擴大。

目前綜合所得稅有十大類所得，而補充保險費只有六類所得（高額獎金、兼職薪資所得、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入），很容易造成民眾與企業有誘因將所得類別進行移轉，產生扭曲行為。因此，可考慮將需目前需繳稅但不需繳費所得的剩下四項所得類別納入費基，這樣不但較符合公平原則，也能夠增加行政上的效率。

未納入的四項所得類別分別是營利所得、財產交易所得、中獎所得以及其他所得。營利所得可以將股利以外之所得納入。財產交易所得也可以取得申報資料，隔年發單徵收。中獎所得既然為不勞所得，於中獎時扣費之犧牲感也較低，也無洩密問題，只要委請給付人於給付時扣費即可，例如樂透中獎須扣繳 20% 稅款，一併扣費 2%，也無洩密問題，金額也較大。其他所得應列入費基，如此可以避免企業將薪資所得轉為其他所得，且可以對補習班負責人負責人之所得(其他所得)、結構型商品交易所得與檢舉獎金等分別扣費或發單徵收。

表 5.2 2005-2012 年未納入補充健保費費基來源所得項目歷年金額

單位：億元

年度	各類所得金額				
	合計	營利所得	財產交易所得	機會中獎所得	其他所得
2005	1312.4	807.48	101.05	29.02	374.85
2006	1433.62	831.95	110.76	30.45	460.46
2007	1705.02	866.21	121.44	33.77	683.6
2008	1455.16	861.56	115.61	37.56	440.43
2009	1416.54	734.21	165.93	31.93	484.47
2010	1657.64	821.52	178.53	43.12	614.47
2011	1756.18	919.42	186.39	53.66	596.71
2012	1072.44	312.42	168.7	52.38	538.94

資料來源：財政部財稅資料中心綜合所得稅申報核定統計專冊（2012 為初步核定專冊）

表 5.3 2005-2012 年推估未納入補充健保費費基來源之保費金額

單位：億元

年度	各類所得金額				
	合計	營利所得	財產交易所得	機會中獎所得	其他所得
2005	26.25	16.15	2.02	0.58	7.50
2006	28.67	16.64	2.22	0.61	9.21
2007	34.10	17.32	2.43	0.68	13.67
2008	29.10	17.23	2.31	0.75	8.81
2009	28.33	14.68	3.32	0.64	9.69
2010	33.15	16.43	3.57	0.86	12.29
2011	35.12	18.39	3.73	1.07	11.93
2012	21.45	6.25	3.37	1.05	10.78

資料來源：財政部財稅資料中心綜合所得稅申報核定統計專冊（2012 為初步核定專冊）

如表 5.2 所示，自 2005 年起至 2011 年，營利所得、財產交易所得、機會中獎所得與其他所得之合計金額不斷攀升，由 2005 年的 1312.4 億元上升至 2011 年的 1756.18 億元，相當於上升 33.81%。若直接將之乘以補充健保費費率 2%，則推估 2011 年可以再徵收到 35.12 億元的補充保險費。營利所得則由 2005 年的 807.48 億元，上升至 2011 年的 919.42 億元，相當於上升 8.61%。財產交易所得則是由 2005 年的 101.05 億元至 2011 年的 168.7 億元，相當於大幅上升 66.95%，並且目前已經改成房地合一、實價登錄的計算基礎，未來財產交易所得費基有望再繼續向上攀升。剩下的兩項所得，機會中獎所得則是由 2005 年的 29.02 億元至 2011 年的 53.66 億元，相當於上升 84.91%；而其他所得則是平均而言有約 500 億元的費基基礎。

最後，雖然在金融海嘯衝擊效果最強的 2009 年，營利所得大幅下降，由 2008 年的 861.56 億元成為 2009 年的 734.21 億元，下降幅度 14.78%，以及機會終獎所得也下降 15%；但是財產交易所得卻在同時保持上漲趨勢，相較於 2008 年其上漲幅度 43.53%，其他所得也是同時上漲 10%。因此誠如之前針對已納入健保補充保險費之六項所得討論，雖其涵蓋所得金額九成以上，但是其受到經濟景氣循環與規避誠度影響甚鉅，產生波動較大之隱憂。而未被納入之四項所得中，財產交易所得一直呈現穩定成長，即便身處金融海嘯重創經濟時期亦然，相對而言將成為補充保險費穩定而豐厚

的費基來源。

● 補充保險費費基應盡量與綜所稅一致。

補充保險費雖擴大保險費基，但在費基項目定義與綜合所得稅相異，造成認定和稽核上困難，民眾也必須花費額外的精神與時間了解兩者差異，無形中造成保險人、被保險人、扣費義務人負擔，也提高錯誤的機率。也因此，現行 6 項應計收補充保險費之所得或收入項目，分屬所得稅法 5 項所得（獎金與兼職薪資所得皆屬薪資所得），因遷就就源扣費且不結算收繳方式，造成保險計費基礎和所得稅有相當差異。建議將補充保險費費基和所得稅所得定義調整成一致，降低補充保險費在稽查的行政成本。特別是執行業務收入以收入額為計費基礎，與財稅資料是以扣除成本及費用後之所得額計稅不同，導致實質費率較其他所得為高。租金所得也有相同問題，補充保險費以收入計算保險費，無法扣除必要成本，與財稅資料中之所得額不符，且實質費率較高，這些所得定義上的差別會導致健保署在收取補充保險費產生許多困擾。

### 5.3 結算制度討論

補充保險費採就源扣費卻不結算，原始目的希望能扣繳簡便，但卻衍生相當問題。最常被提出的就是民眾可透過不同規避行為來降低補充保險費繳納，這一方面增加了對保費公平性質疑，另一方面則提高行政成本。也因此許多學者均建議透過修法納入結算機制，來解決許多現有問題。採用結算制度不只可避免拆單、拆筆問題，也能降低相同所得卻因不同項目或給付筆數，所導致保險費負擔不同。主因是若民眾刻意拆單、拆筆所得只能免除給付時的就源扣費，年度各項所得加總後仍須補繳保險費，也因此結算能降低民眾拆單誘因，減少行政成本。其次，結算若採年度結算也可大幅降低扣費義務人須申報資料。特別是企業因計費期間與所得稅資料一致，藉由所得稅資料之運用，可考慮減少投保單位需自行繳納之次數，並可節省健保局與扣費義務人的行政作業成本。

然而，補充保險費制度若增加結算，不免會加重行政機關負擔。健保署採結算制度預計會增加下列成本。第一，若採納入結算制度，健保局除需要現在各所得項目的

扣繳明細外，還需要建置資料庫來收取民眾各項所得項目的年度總金額，才能進行年度結算。目前健保署尚未與財稅資料合作交換資料，也沒有跟財政部討論如何合作來建立補充保險費結算制度。這結算制度建置的行政成本不可輕忽。第二，若採結算制度，健保署需將補繳資訊傳達到投保民眾。目前所有六類十五目的健保費中，健保署只有第六類的健保費才有列明細的業務與需求，其它的並無相關規定，也因此對許多通訊地址部分無法掌握。有些人會因為工作關係搬家，即便與戶政單位合作也只能拿到戶籍地址，無法拿到即時的通訊地址。

楊葉承（2012）探討補充保險費採用年度結算在行政上優缺點。根據楊葉承（2012），假設實施年度結算制度，扣費義務人平時只扣取大額所得，並於當年度最後一次給付時，結算該年累計給付金額達一定金額者，全數依 2% 費率計算當年應納補充保險費總額，再減除當年度已預扣之保費，當年度最後一次所得不足扣除者，應補扣補充保險費轉由健保署發單徵收。此一流程可採取和綜合所得稅課徵類似方式，目前所得稅即是依據課稅單位會先依據扣繳義務人所得，先扣繳一個比例的所得稅應納金額。納稅義務人在繳納綜合所得稅時，則依據前一所得年度期間，全部各類所得總額減除免稅額與扣除額後計算全年應納稅額，就不足部分補繳其應納稅款；如有溢繳，則辦理退稅。如此應可大幅減少健保署的行政作業程序以及成本。

而在健保署的行政成本上面，則採兩個方式來降低。第一，請扣費義務人將每年扣繳資料除上傳至財政部財稅中心外，也上傳到健保署資訊中心。年度結算時，健保署除可根據上傳資料，單獨計算補充保險費年度應繳金額外，也應和財政部財稅中心資料交叉比對，確定補充保險費年度結算金額。而在通知民眾扣繳上，則可透過公權力寄到戶籍地址，或在就源扣繳時留下相關資訊，或可和財政部合作，因透過財稅資料取得大多數人的通訊地址等。透過這些措施來使結算制度能切實節省大幅行政成本，

前面已經討論完結算制的行政優缺點，但實務上面要如何將結算制納入目前補充保險費架構，在專家學者會議討論，應該有幾個模式。第一，保留目前扣繳規定，針對各項所得分別實施結算。第二，取消目前扣繳規定，針對各項所得分別實施結算。

第三，保留目前扣繳規定，合併各項所得實施結算。第四，取消目前扣繳規定，直接實施結算制。有關各項方式的優缺點，下面逐一分項討論。

●保留目前扣繳規定，針對各項所得分別實施結算

根據專家諮詢會議（參見附錄會議記錄），與會專家學者認為，採年度結算優點為節省扣費單位行政成本並和提高保費公平性。但若將各項所得分別實施結算，一來此時需針對各項所得建置不同的結算作業流程，所節省行政成本相當有限，二來這樣結算制度無法解決相同所得金額，卻因不同所得項目或筆數而被扣繳不同金額的保費公平性，也因此若無法將所得合併計算後再行結算，則採用年度結算的意義不大，建議不同透過調整單筆扣繳上下限來降低行政效率。

●取消就源扣繳，僅就部分所得實施結算

在目前針對個人所課徵補充性保費費基六項所得中，不同所得項目在取得完整資料上存在差異。舉例來說，金融機構保有完整利息所得資料，若進行結算利息所得，行政成本明顯較低。也因此，也有學者建議在幾項所得項目中，選擇資料較充裕項目先進行結算，其他部分則待資料建置完成後，再進行合併所得結算。雖說這不失為一個折衷方法，但會議中與會專家認為這方法有幾點需注意。第一，實施結算需透改全民健保法，而修法工程相當浩大。若修法後僅針對某些所得進行結算，如此是否值得有待商榷。第二，採單項結算仍不免會造成相同所得（但不同所得項目）繳納不同保費問題。也就是說，採部分所得結算無法改善水平公平。第三，若選擇性將不同所得項目進行結算，不但健保署行政成本無法降低，如何說服社會大眾接受這些措施，也是另一個挑戰。

●調整目前扣繳規定，合併各項所得實施結算。

根據專家諮詢會議（參見附錄會議記錄），與會專家學者認為，採取年度結算的優點為可避免民眾規避補充保險費，節省扣費單位行政成本，但考慮兼職所得及執行業務收入課徵需考量一般保險費投保狀況，若以年度中曾有排除身份即全年度排除，將可能形成新的不公平，建議補充保險費應不分類別全部結算，例如將六項費基加總後

超過一定金額（如 10 萬元）才扣費。

此外，考量目前扣費標準符合扣費的所得筆數相當多，增加了許多行政上成本。若考量到行政效率，可以調高扣費門檻，扣費義務人平時只需課徵補充保險費之六大類所得單筆給付額達 20,000 元扣取 2%之補充保險費，次月（年）底再將被保險人累計達 5,000 元之六大類所得總額與已扣保費之金額，按類別分別上傳至健保署，由健保署發單補徵之。相較於第一種方案，此屬於平時大額扣費的做法，對於扣費義務人而言減少許多申報次數與行政成本，對於健保局而言也不用寄發多次，查核時單據比數下降，亦是減輕許多行政作業成本。

●取消就源扣繳，改採年度結算制。

目前為實施就源扣繳，需考量單筆金額，若比照一般課稅原則中量能付費下，的確應取消上下限規定，此時扣費方式類似所謂「個人總所得」制度。在維持補充保險費收取金額不變情況下，允許一定金額的年度扣除額，如此可降低扣繳機關行政成本，也可透過年度扣除額來減少對低收入族群的保費課取，不需透過更改單筆扣底下限來調整對中低收入戶的扣費。但全民健保畢竟是社會保險而非社會福利，補充保險費也並非全然所得稅，若僅討論量能付費原則，要求高所得比例課稅，是否會符合社會保險功能。則需進一步討論商榷。

最後，不論是維持就原扣繳的方式，配合透過調整扣費上下限、保費費基擴大、調整補充保險費費基定義或認定與綜合所得稅之規定一致，亦或是逐步改變成年度結算的徵收方式，都將減輕許多行政成本。政府方面可以減少單筆扣繳之業務量，相對地民眾亦然，可以減少許多遵循成本。民眾不需要花費額外的時間與精力了解一般健保費與補充健保費之差異，還有兩套（補充健保費與綜所稅）十分相近卻不相同的定義與繳費方式，減少許多錯誤的機率。以及，民眾可以減少因為單筆扣繳造成的遵循成本，如給付日次月底前繳納補充保險費、扣取補充保險費後通知保險對象、溢繳退費、短繳補扣、於每年 1 月 31 日前，將上一年度向保險對象扣取之補充保險費金額，填報扣費明細彙報保險人、提供保險對象扣費憑單及保存帳冊及扣費明細至少 5 年...

等之延伸出來的行政細項事務。最後，由於現行制度設計存在使民眾產生規避的誘因，扭曲經濟個體行為，在民眾規劃眾多規避行為與手法的過程中，不論是一般民眾、投保單位，或是提供財務服務的金融機構、會計事務所、法律事務所等都需額外花費人力滿足他人的規避需求。因此在制度逐漸改善後，更可以讓這些公司或服務機構投入一般的本業當中，增加人力資源發揮與公司營運的效率。

## 第六章 結論

2013 年二代健保正式實施，在保費收入上除維持現制保費外，另針對被保險人增列高額獎金、兼職薪資所得、執行業務收入、股利所得、利息所得、及租金收入等六項收入作為費基；針對雇主，則以投保單位（雇主）每月所支付薪資總額，與其受僱者當月投保金額總額間差額，按費率 2%計收個人及單位（雇主）補充保險費。這改變健保保費由單軌的一般保費制，轉變為雙軌的補充保險費和一般性保費合併制。補充保險費雖達到增加健保保費收入目的，但也因補充保險費費基增加了許多新的問題。為使全民健康保險財務新制更臻完善，進而使全民健康保險得以永續經營，本計劃從三方面：從財務穩定性，收入公平性、行政效率性、等三個面向，剖析補充保險費課徵所引發之利弊得失，並提出可改善之處。

可惜的是，本研究計劃原計畫使用健保補充保險費扣繳明細，綜所所得稅扣繳所得歷年檔，及健保承保資料檔來進行分析補充保險費利弊，透過這些資料交叉比對，了解補充保險費優缺點。但受限於無法取得資料使用許可，僅能透過所得稅統計年報，過去有關補充保險費報告等公開資料來討論這些議題。下面將研究成果區分三個部分：研究結論和政策建議兩部分說明。

### 6.1 研究結果

- 依據 2005-2010 年所得扣底資料所推估健保補充保險費費基金額，其中 2007 年費基總金額為 22,765 億元，2008 年為 23,156 億元（較 2007 年增加 1.72%）。2009 年為 18,287 億元（較 2008 年大幅下降 20.06%）。就財務穩定性，補充保險費受景氣影響較一般健保保費變化為大。
- 2013 年補充費保費全年收取約 402 億，達到健保署原先預估金額。但補充保險費才開始實施，要正確推估規避模式有其困難。以 2012 年補充保險費推估值和 2013 年實際值相比較，不同所得項目規避行為差異頗大。利息所得，兼職所得，及執行業務所得所規避行為比例，較原先預估的規避行為為嚴重，可見就源課繳和扣繳上下限規定，引發民眾透過規避行為來避繳補充保險費。

- 一般性保費在較低所得分組中累退狀況特別嚴重。這可能和一般保費投保上限設定有關係；而補充保險費中隨著所得分組越高，其補充保險費的累進程度越高的現象。這應該和所得越高持有六種補充保險費費基所得越高的緣故。整體而言，補充保險費改善保費的垂直公平。
- 根據 2009 年的所得稅扣繳憑單所應扣繳的件數和費基，當補充保險費單筆扣繳下限由 1000 調整為 10000 時，對保費費基及收入影響不大（僅約 12 億），但對扣繳案件數目卻大幅減少近六成（約 1600 萬件）。若不考慮保費公平性，提高補充保險費上限應能有效提高行政效率。
- 根據專家諮詢會議，在合併所得項目前提下，實施年度結算應能提供行政效率，增加保費公平性；但若不合併各項所得，分別針對不同所得項目實施結算，此時所節省行政成本相當有限，對公平性改善也有限。

## 6.2 政策建議

有關補充性保費政策建議，我們區分為短、中、長期三部分來討論政策建議。

### ● 短期不涉及修法建議事項

- (1) 建議健保署可透過調整扣費上下限，減少行政成本。根據 2009 年的所得稅扣繳憑單資料，提高單筆扣繳下限對補充保險費費基影響有限，卻能大幅降低扣筆件數，降低行政成本。健保署可依據不同所得項目行政成本，適度調整單筆扣繳下限。
- (2) 建議健保署可依據投保人身分（如低收入戶）調整扣費上下限，藉以改善保費公平性。根據目前補充保險費收取規定，健保署可透過由表 5.1 分析可知，提高單筆扣繳下限對補充保險費費基影響有限，卻能大幅降低扣筆件數，降低行政成本。健保署可依據不同所得項目行政成本，適度調整單筆扣繳下限。
- (3) 補充保險費實施後，雇主額外人事費用需課徵 2%，相當程度降低雇主高薪低報健保投保薪資的誘因，一般保費收入也因此而有所增加。健保署應分析補充保險費對一般保費是否造成增加，以及可能的影響效果。

(4) 二代健保除補充性保費外，另要求政府整體經費負擔比率不得低於 36%。雖說這規定相較過去增加約 2%，能增加健保財源穩定性。但目前政府財政匱乏，主計單位和健保署對何種收入屬政府經費在定義上有所爭執。為強化政府對全民健保財務責任，建議兩單位宜盡速釐清政府收入定義，使健保財務體制更加明確完善。

#### ● 中期考慮修法調整下列事項

(1) 擴大補充保險費費基與綜所稅一致。目前綜合所得稅有十大類所得，而補充保險費只有六類所得（高額獎金、兼職薪資所得、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入），很容易造成民眾與企業有誘因將所得類別進行移轉。可考慮將需目前需繳稅但不需繳費所得的剩下四項所得類別納入費基。

(2) 調整補充保險費費基定義與綜所稅一致。補充保險費在許多費基定義與綜合所得稅相異，造成認定和稽核上困難，民眾也必須花費額外的精神與時間了解兩者差異，無形中造成保險人、被保險人、扣費義務人負擔，也提高錯誤的機率。建議將補充保險費費基和所得稅所得定義調整成一致，降低補充保險費在稽查的行政成本。

(3) 在合併所得項目下考慮實施年度結算。專家學者認為，若將補充保險費六項所得合併計算，採取年度結算可避免民眾規避補充保險費，節省扣費單位行政成本，並能兼顧保費的公平性。此外，考量目前扣費標準符合扣費所得筆數相當多，可調高扣費門檻降低單據比數，減輕行政作業成本。

#### ● 長期下如何健全健保財務

長期來說，在解決現有補充保險費相關問題後，應開始研議更健全的健保財務制度。這些主要重點需包含下列幾點。首先，長期來說，健保財務需考量要實施二代健保原先設定的「家戶總所得」制，或考慮修正後「個人總所得」制？這些不同制度牽涉到是否保留一代健保中的保險人投保類目（俗稱 6 類 15 目），也牽涉到在對眷屬和不同投保身分保費計算部份，這些議題牽涉複雜度極高。其次，目前健保保費包含一般保費和補充保險費的雙軌收費，長期是否要將保險費收繳方式合併，採單軌收費方

式改革？此時所收取費率如何訂定？收取費基如何計算？需要更多時間和資料，來確定長期改革方向。

## 參考文獻

- Aronson, J.R., P. Johnson, and P.J. Lambert (1994), “Redistributive Effect and Unequal Tax Treatment,” *Economic Journal*, 104, 262-270.
- Atkinson (1970), “On the measurement of inequality.” *Journal of Economic Theory*, 2 (3), pp. 244–263.
- Dickey, D. A., & Fuller, W. A. (1979), “Distribution of the Estimators for Autoregressive Time Series with a Unit Root,” *Journal of the American statistical association*, 74 (366a), 427-431.
- Engle, R. F., & Granger, C. W. (1987), “Co-integration and Error Correction: Representation, Estimation, and Testing,” *Econometrica: journal of the Econometric Society*, 251-276.
- Feldstein, M. (1976), “Temporary Layoffs in the Theory of Unemployment,” *The Journal of Political Economy*, 84 (5), 937.
- Granger, C. W., & Newbold, P. (1974), “Spurious Regressions in Econometrics,” *Journal of econometrics*, 2 (2), 111-120.
- Iyer, G. S., and Seetharaman, A. (2000), “An evaluation of Alternative Procedures for Measuring Horizontal Inequity,” *Journal of the American Taxation Association*, 22(1), 89-110.
- Marchildo, G. P. (2005), “Health System in Transition: Canada,” Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health System and Policies.
- Musgrave, R. A. (1959), *Theory of Public Finance; a study in public economy*.
- Phillips, P. C., and Perron, P. (1988), “Testing for a Unit Root in Time Series Regression,” *Biometrika*, 75 (2), 335-346.
- Plotnick, R. (1982), “The Concept and Measurement of Horizontal Inequity,” *Journal of Public Economics*, 17 (3), 373-391.
- Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Van der Burg, H., Christiansen, T., Citoni, G., Di Biase, R.,

- and Winkelhake, O. (1999), "The Redistributive Effect of Health Care Finance in Twelve OECD Countries," *Journal of Health Economics*, 18 (3), 291-313.
- Lee, Kuan Yew (2013), "Healthcare Financing: How should Singapore's Ministry of Health shift costs from private pockets to the public purse?"
- 王正 (1993), 評論「全民社會醫療保險重分配效果之探討」, 全民健康保險相關問題研討會, 台北: 中央研究院經濟研究所。
- 行政院經建會 (2012), 《中華民國 2012 年至 2060 年人口推計》, 台北: 行政院經建會。
- 行政院衛生署 (2004), 《二代健保規劃叢書: 全民健保財源籌措改革規劃》, 行政院衛生署。
- 周世珍 (2006), 「荷蘭健康保險制度」, 《長期照護雜誌》10(2), 136-153。
- 周怡君 (2010), 「台灣輔具給付制度現況與困境分析」, 《身心障礙研究季刊》, 8(2), 122-135。
- 徐偉初、周麗芳、翁文恆、洪明皇 (2004), 《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。
- 張清溪 (1984), 「所得不均度與流動測度」, 《經濟論文叢刊》, 12 (5), 95-116。
- 陳聽安 (2003), 《國民年金制度》, 台北: 三民。
- 梁正德、周麗芳、鄭文輝、陳俊全、劉宜君 (2001), 《以所得稅收取健保費之可行性》, 行政院衛生署, 九十年年度委託研究計畫。
- 連賢明、李妙純、鄭清霞、韓幸紋、汪志勇 (2012), 健保新制財務規劃之研究 (第二年), 台北: 健保局。
- 楊昇燦 (2010), DRGs 審查制度之探討, 台北: 中央健康保險局。
- 楊媛棋 (2005), 「我國社會保險所得重分配效果於不同職業別之影響」, 國立政治大學財政所學位論文。
- 趙秀珍 (2014), 「辦理補充健保費業務之個案研究—以某大學為例」, 淡江大學會計學系碩士在職專班學位論文。

- 鄭保志、李宜（2010），「台灣政府各項移轉收支的重分配效果比較: 1976—2006 之全面性與局部性分析」，《經濟論文叢刊》，38(2)，233-288。
- 韓幸紋、梁景洋（2013），以家戶總所得為健保費基方案相關爭議之反思，臺灣公共衛生雜誌，32（6），526-536。
- 羅紀琮主編（2006），《健康保險制度：日、德、法、荷的經驗與啟示》，台北：巨流圖書公司。



## 附錄一：第一次專家諮詢會議紀錄

壹、時間：2014 年 7 月 9 日(三)

貳、地點：綜合院館北棟 12 樓 271201

參、出席人員：朱澤民教授、徐偉初教授、蘇建榮教授、楊葉承教授、廖興中教授、林晏如教授、吳文傑教授、連賢明教授、羅光達教授、梁景洋教授、韓幸紋教授

肆、會議結論：

1. 關於民眾規避態樣，市面上有眾多教導民眾節省補充保險費的書籍，建議可從中瞭解。
2. 採取年度結算的優點為可避免民眾規避補充保險費，節省扣費單位行政成本，但考慮兼職所得及執行業務收入課徵需考量一般保險費投保狀況，若以年度中曾有排除身份即全年度排除，將可能形成新的不公平，建議補充保險費應不分類別全部結算，例如將六項費基加總後，超過 10 萬元才扣費。但是目前衛福部傾向將兼職所得下限提高至基本工資，使得不同種類的補充保險費下限不一致，將使得未來推動不分類結算的困難度，建議主管機關審慎評估。



## 附錄二：第二次專家諮詢會議紀錄

壹、時間：2014 年 7 月 11 日(五)

貳、地點：渡對餐廳（嘉義縣民雄鄉東榮路 21 號）

參、出席人員：鄭文輝教授、陳孝平教授、呂建德教授、李妙純教授、吳文傑教授、連賢明教授、鄭清霞教授、王靜怡教授、韓幸紋教授

肆、會議結論：

本計畫主要是針對現有的補充保險費進行評估，提供改革方案；特別是如何降低行政成本。行政成本方面最大的問題是結算及後續退費的問題。未來健保署進行結算時會遭遇下列問題：第一，只有大約五分之一的人繳納補充保險費，收 250 億左右，加上雇主負擔的部分則約 400 億。若為了退費建立個人帳戶不符成本；第二，民眾工作遷徙，通訊地址掌握不易，蒐集個人通訊方式不符合成本，目前健保署僅掌握第六類保險對象之通訊地址。即便是與戶政體系串連資料庫，主要得到的是戶籍地址，最有可能擁有通訊地址的可能是警政署；；第三，另一個可能是透過投保單位退費，但將會出現扣費明細不知如何寄發的問題。此外，如果由健保署退費，且若以年度結算的話，還要詳細記錄民眾的職業轉換。總而言之，雖然就學理上補充保險費實施結算制度可以改善公平性及民眾規避問題，但是保險費計費方式仍採雙軌制，補充保險費基本上這個制度設計就不易減少行政成本。理想狀態是和財政部合作，雖然明細問題仍有待解決，但是退費相關事宜可以在申報所得稅時一併處理，因為所得退稅時就是民眾提供帳戶即可。



### 附錄三：第三次專家諮詢會議紀錄

會議時間：民國 103 年 09 月 26 日下午 5：00～6：00

會議地點：綜合院館南棟 12 樓 271243 會議室

主席：連賢明老師

與會者：朱澤民老師、徐偉初老師、蘇建榮老師、楊葉承老師、廖興中老師、林晏如老師、韓幸紋老師、許績天老師、胡偉民老師、梁景洋老師

列席長官：程穆專委、陳素芬專委、吳昕、蔡佩玲科長、溫怡珺視察

記錄者：李宜儒

#### 主席報告

本計畫為三年期計畫，第一年是二代健保的評估，第二年是預估財務，第三個則是因應高齡人口不斷上漲趨勢，是否重新調整健保的相關計算方式？第一年計劃主要是針對補充保險費。根據二代健保的體檢報告摘要版顯示，有兩個最主要的建議：第一、補充保險費單筆扣繳引發的公平性爭議，希望透過年度結算與修改計費方式及基礎的改變加以調整，其他並沒有具體解釋可能是寫在完整版中。第二、長期而言應該採取更加穩健財務制度，因此欲擴大計費基礎，不過在摘要版中也沒有寫上如何擴大計費基礎，以及可以考慮取消目前六類十四目的分類方式，重新建立新的分類方式，不過因為比較複雜需要未來再多加討論。還有整合一般與補充保險費，至於是個人或是家戶為單位，在摘要版中沒有看到。

#### 健保補充保險費中引發公平性爭議

目前健保署已經將計費基礎進行稍微調整，最主要的是將兼職所得調高至基本工資，也就是若是兼職所得單筆金額未達到基本工資的話就不需要扣除二代健保的補充保險費。其他部分該如何調整以及配合公平的相關問題再討論，例如：第一個上下限的部分是不是需要再調整，第二個是兼職所得進行調整，那其他所得或是性質相類似所得是不是也需要跟著調整呢？另外，在補充保險費中還有一個非常有公平性爭議的問題，就是有些類別不用繳交補充保險費，但是有些則是需要繳交，例如會計事務所會計師的執行業務所得無論如何都不需要繳交補充保險費。但是會產生一些逃漏或是扭曲的行為，例如同時成立兩家公司用兼職所得的名義發放薪資，而且沒有投保單位在

雇主的地方也不用再繳交雇主負擔的保費。這些事項與規定產生公平性的爭議，而且漏洞可以逃避保費的繳納。

### 年度結算是一個可行的方案以及其他配套措施

在年度結算中有能會在行政業務上造成行政人員的負擔，因此健保署並不會想要做這件事情，所以要如何解決這件事情。但是若是沒有年度結算的部分，則無法真正掌握錢，無法真正實行公平，只能限於 5000 元、2000 元、最低工資等話題。不過結算之後有最低工資，例如目前的兼職所得採用方式，可能會無法回頭的困境。即結算之後金額不需要拉高，所以即便只有兩千塊、五千塊都可以掌握。所以要公平的話應該是最底免的金額要低，然後進行結算掌握大家的所得與要繳交的保費，這樣反而可以達成公平的目標。因此目前健保署的一些作為與期許是相互矛盾。

另外，建議年度結算應該真正執行，將補充保險費中「收入」的名稱改為「所得額」，而所得額的相關資訊，財政部都有大家的個人綜合所得稅資料，以及對於執行業務所得、租金收入所得等項目的百分比都有相關登記與比例，目前健保署都是用一個表格去計算他的執行業務收入與租金收入的比例到底是要多少，但是財政部每一年都有公佈，直接用財政部每一年都更新的資料就可以計算出精確數字。若是採用結算的話需要分成六類嗎？若是可以真正實行年度結算，就可以不用再分成六類十四目，直接跟個人綜合所得稅相串連就可以明確掌握大家的所得，而是按個人綜合所得稅申報並不是家戶申報。如果不分類就直接回歸綜合所得稅申報，真正純二代健保提案家戶或個人，其實也是二代健保的初衷。

只是牽連個人綜合所得稅並且採用個人為申報戶時，無法即時扣繳的困境。有些人必須再進行開單，非常麻煩。因此建議採用年度結算可以當場即時就源扣繳的方式，然後年度結算時再多退少補。外界都認為年度結算是要讓大眾多繳錢，但其實這是非常錯誤的觀念，年度結算動作為了公平多退少補，還有為了掌握其他逃漏的方式，把這些漏洞補起來。只是這個方法需要與財政部合作，以及行政人員業務會稍微增加，例如明細處理、通訊地址等操作細節，在行政上也會有許多困難。

## 年度結算在實務上解決明細寄送

目前的行政上都會有開立明細的業務，當民眾想要知道我為什麼多退少補的時候，健保署有義務要告訴民眾所有的明細事項逐條列出，並寄至被保險人手中。只是這樣的做法面臨到最大的困難就是沒有掌握被保險人的地址。一般而言，由雇主繳交雇主的部分，民眾的部分很多是透過投保單位幫忙一併繳交，但是寄明細帳單時，如果寄給投保單位，公司沒有義務要轉交給員工，這是法律上沒有明確規定的雇主的義務，因此產生明細可能會無法確實轉交到被保險人手中的風險，或是員工離職時健保署的明細應該寄給誰。

另外，在資料上健保署沒有這麼多人的地址，在所有六類十四目的健保費中，健保署只有第六類的健保費才有列明細的業務與需求並沒有相關規定，因此通訊地址的部分無法掌握，所以當要轉交一類或二類的明細時會出現困難，需要投保單位的全力配合，只是若法令無規定，實務上很難達到這樣的效果。並且，有些人會因為工作關係搬家，即便與戶政單位合作也只能拿到戶籍地址，無法拿到通訊地址，因此設年度結算的行政作業過程中最實際會遇到的問題。除了個人的通訊地址不清楚之外，其實對於投保單位的通訊地址也無法確切掌握。目前為止許多投保單位或單筆資料的資訊並不給政府，因為在法律不處罰這個部分，因此多數投保單位都不提供明細資料，因此健保署在查核財務資料時時常無法正確掌握。

建議通訊地址的部分可以透過公權力寄到戶籍地址，或是未來在就源扣繳時留下相關資訊，不論是 ID、地址等。還有跟所得稅合作之後，基本上可以知道大多數人的通訊地址或聯絡方式，雖然實務上會出現有人需要繳所得稅，有些人則因為不用繳所得稅而缺失資料者，但是在選擇交健保費時，可以規定或挑出本來就可以就源扣繳所得，因為這些所得一定擁有對應的聯絡地址，至於無法就源扣繳的所得可以放棄，這個情形應該不是多數。而明細的部分則是透過法律的相關刑責修改增加公權力的執行力量，目前雖然明細中沒有地址，但是有身分證字號，還是可以從電腦中找到相關的地址資料。目前股利所得的 300 元以上的利息、5000 元至 9999 元的方式是這樣，如果

有指定地址就寄指定地址，沒有指定地址就寄資料檔中曾經留有的通訊地址，沒有通訊地址的就寄戶籍地址。目前寄出去的每年約 150 萬人，所以理論上可以擴大實施。

### 假設不改變六類維持限制進行年度結算

這樣的話不公平也多此一舉，如果已經都建立起很多上下限的限制，那乾脆就把每一類都再設立上下限，然後取消年度結算的方案。有點像是由綜合所得稅改為分類所得稅。

### 假設不改變六類維持限制維持公平

那一定得擴大費基，不只有把所得或人事費納入，還有一大堆成本費用也比需納入，不然有很多公司都用成本費用的方式逃漏繳交保費或降低投保金額。

### 假設第二類都不用繳兼職所得的部分如何改正

二類有一個自營作業者，可以加入職業工會，投保的項目可以是執行業務所得，但是自營者把自己的其它薪水用為兼職所得，所以一毛錢都課不到，這是目前實務上的一個難題。投保金額的執行業務所得就是寫零，所以法規上從頭到尾都是有問題的。基本上要公平只有結算一途，因為結算要總額，有總額才會有公平。另外一個方法是被保險人實際領到多少錢，減掉執行業務所得的錢，剩下的金額全部必須繳納補充保險費，所以不論他在執行業務所得的項目寫上多少金額，或多或少都還是可以從它身上課到一定的保險費。不過這個方法只有二類用嗎？因為他們可能會說其它類別應該也要跟進。

## 附錄四：第四次專家諮詢會議紀錄

會議時間：103 年 10 月 3 日(五) 下午 4：00～下午 5：00

會議地點：綜合院館南棟 12 樓 271243 會議室

主 席：吳文傑老師

與會專家：周德宇老師、鄔汝康老師、蔡慶謹老師、連賢明老師、楊葉承老師、羅光達老師、許鈴宜、王旭龍、劉松明、王勝弘、沈家琳、莊嘉恆、林毅智、林學宏、洪仲林

列席長官：羅世江科長

記錄人員：莊嘉恆

### 主席報告

社福司也是針對二代健保，那社福司想要問的是按照道理應該是三年期的計劃：第一年是針對現在有的補充性保費進行評估，提供改革方案；第二個是假設要改用不同的計費方式，他們目前有三個計費方式：個人總所得、家戶總所得、限制或有其他的參考，分別討論；第三個是指台灣的人口變化得非常快，若是按照現在的計算方式未來的費率應該會非常驚人，那制度方面是否要進行調整，為了將來的人口劇烈變遷的時候準備的。今天只討論第一個部分，即對補充性保費的評估，以及如何降低行政成本。

### 高額獎金

所謂高額獎金，假設超過四個月的投保所得，這個時候超過的部分要按造 2%課徵補充保費，健保署根據投保金額來看，差異過大的單位，作為輔導的階段，實際查核是不是真的能取得財稅資料，健保署跟財政部相異，財政部計算基礎是看統一編號，健保署是看投保單位，以個人為基礎，看說假設獎金高過投保金額四倍以上，發現到同樣一個單位比較有問題，就列為查核的對象。

### 如何區分薪資所得與執行業務所得

提出薪資所得和執行業務所得，會看它事雇傭關係還是承攬關係，公司可能會避免國稅局查。如何減少薪資轉換使補充保險費得以規避，可以參考營所稅申報書第九頁的部分，有很多公司在申報費用上面來講，薪資有扣繳，相對上會有最後的欄位，可以透過這些勾稽出你所要選查的公司，這些欄位通常都是，為了作申報的時候，在國稅申報的後段，類似資料的東西，就是憑單，不過我們也沒有資料可以提供，憑單過來我們建檔，財稅中心才会有資料。

又或是，可以從兼職所得的做法來了解。現在各類所得扣繳率標準，兼職所得，有一個起扣點，到了起扣點以上要扣繳，我們會去判斷有沒有漏扣繳，或是扣繳稅款跟給付總額是否不正常。這也可以是一個做法。

### 股利所得

股利的部分，財政部通過員工分紅可以緩課，歸類薪資內，健保認定的沒有，現在要有一個單獨的帳戶，依據扣繳憑單單獨課徵。只有少數幾家公司時常規避，其餘無，且一般公司也不會拆成好幾次股東會，太不效率。

### 租金所得

營所稅租金部分，還是以扣繳憑單為主，包含法人跟自然人，在營所稅申報書第九頁一個表，有一個調節項目，透過這個排除就可以排除異常的案件，預付租金有可能分年預付，不太可能幾千萬一次給房東，也有可能房東比較強勢的，在補充保費 102 年度前，先一次預付，法律提前適用的行為。只是還有一個問題，例如，如果我們發現契約訂定的承租人受租人，跟扣繳憑單對象不同時，以扣繳憑單為主，那國稅局該如何處理。目前，稅捐稽徵法有實質課稅原則，那是不是可以在健保裡面做實質課稅或實質扣費的概念，不符商業實質，法源就是說濫用法律形式的要件，要查 5000 塊一萬塊是很困難，沒辦法做這樣的問題，另外國稅局有一個扣繳檢查的條文或是方法，看扣繳檢查了哪些東西，同時了解誰沒有扣費。

## 附錄五：第五次專家諮詢會議紀錄

會議時間：103年10月17日(五) 下午4:00~下午5:00

會議地點：綜合院館南棟12樓271243會議室

主席：吳文傑老師

與會專家：朱澤民老師、徐偉初老師、蘇建榮老師、楊葉承老師、廖興中老師、林晏如老師、韓幸紋老師、許績天老師、胡偉民老師、梁景洋老師、程智男老師、陳嘉雯老師、許鈴宜、王旭龍、劉松明、王勝弘、沈家琳、莊嘉恆、林毅智、林學宏、洪仲林

列席長官：蔣翠蘋科長、廖凱婷

記錄人員：莊嘉恆

### 主席報告

本案於日前取得二代健保體檢報告摘要跟財務的部分與補充保險費兩個部分相關資料，第一、建議說納入結算討論結算的部分，第二、建議要不要提高計費的上限，是否要朝向一元化，不過保險類目的調整複雜度其實非常的高。討論怎麼樣才可以降低它們的行政成本，年度結算要怎麼配套，把計費基礎往上拉，目前其實已經拉過，7月21日衛福部規定兼職所得原來是五千元下限，現在往上拉到基本工資，有些老師是反對要討論維持六類結算，還是要合併結算是很複雜的。

### 年度結算目前維持兩種方法

如果要用年度結算，可維持的方法有兩種，一種是現在六大類所得不變，就把每年度到年底，強制他到了年底付了多少補充保險費的明細上傳類似扣繳憑單的概念，上傳後健保署就把名下的兼職所得加在一起，你有一百萬沒扣到，就補繳一百萬乘以2%，依據個人身分資料就把它彙整出來，只是修法要有一個結算的機制，如果沒有結算請把獎金和其他所得納入備基。其他所得大多數都有扣繳單位，為何要把它排除，這兩個應先納進來，把決算制度維持，甚至你給資料平常讓他上傳，這樣對健保署反而比較省事，這部分用年度來算的話，資料會比較完整，是不是要有一個實質扣費原則。

目前是六類所得分開處理，而現在決算六個合併，怎麼計算他到底要繳多少，那合併的話，原先的下限就沒有用了，還是說是在立新的下限，平常是大額扣費，到年底再把小的資料上傳到健保署，這對健保署是大工程，這個概念就很像個人總所得，薪資所得去交一般保費，其他所得交補充保險費，這個概念上比較簡單，但是電腦設備可能要在增加，第二，到底有沒有能力真的把這些明細寄給每一個人，他們要怎麼樣去連絡到每個人，所得合併計算就沒有所謂六大項，這個東西就會牽涉到，假設很多身分別的不同，這個情況下還要不要維持類別。你是依照扣繳單位他給我所得明細的加總當他當年所得的合計，需要成立一個像財稅資訊中心這麼大的中心來處理。

提到年度結算，法律責任是健保署要去做，健保署就會考慮到有沒有這麼多人力去做這樣的事情，事實上沒有那麼大的人力，結算是課費單位去評估，分六類來分類還比較簡單，結算的方式是比較合理，至於說要總和或是六類是比較枝微末節的東西，分六類就痛苦感比較不同，兩個是有差距的，不太一樣的。結算好像是合理而且容易做，如果這麼容易早該做了，那個技術上的問題沒有解決的話，就做不下去，先不分六類，十類也沒有關係，擴大費基有潛在的利益在，未來考慮家戶總所得一定會討論到這個問題，可以建議說，特別就這個問題，把他列出來等於說是一個研究計畫。

### 無法處理兩類所得

十大類所得有兩類不能做，退職所得是不能做，財產交易所得也不是扣繳所得，最多只有八類所得可以做，結算是很簡單的，修法讓稅目增加反而是難關，貿然跨到結算的代價也蠻大的，結算一定要修法，不修法只能動上下限。我原先最早的概念，其實在繳所得稅多一欄就好了，不過財政部絕對不會同意的，只能健保署自己做，以健保署來講，在一類的部分跟二類的部分，只記到投保單位，他們不記到個人，假設這個人工作轉換是不是要像勞保一樣，有一個帳戶可以同時看，這是技術性的問題，還有假設是眷屬要怎麼做。健保署的資料和財稅中心的資料不能夠連通，健保如果結算在年底，稅是五月份申報，就有時間上的落差，沒有辦法用共同的資料去處理，在電腦上會面臨到比較多的困難。

## 補充保險費的概況

現在補充保險費還有一個問題，一代健保的存在，要看有沒有重複扣到。二代健保總檢討也有在做這些事情，希望就不同的專家學者，就補充保險費的架構下，結算就是一個重大的問題，也有可能用試辦模擬的方式，光是利息的試辦就有很大的困擾，第一開單的動作，第二是積少成多的問題。用試辦的方式請投保單位先傳上來用這種方式去做試算，利息會這麼多，因為按次一直丟，如果一年只用一張就很輕鬆，現在是積少成多就很難做，問題是後面的階段。

假設跟稅法一樣就省了很多行政，問題是健保署跟稅捐機關不一樣，不用作這麼多的事，但是卻已經做了稅捐機關類似的工作，很多問題都是實作後才碰到。如果每年扣繳資料上傳到資訊中心後，國稅局計算民眾稅額時，將健保署二代健保補充保險費計算方式一併算入，則後續將寄發作業交給郵局，沒有增加任何人力後端執行才需要增加人力。

## 附錄六：期中審查建議回饋回覆表

期中審查建議	期中審查建議回覆
一、依計畫內容進度穩定執行中，並依期中報告進度，大致完成預定之工作。	本計畫將如計畫書中的時程表，分析資料至9月份，往後開始撰寫期末報告書。
二、期中報告未說明資料來源或抽樣方法，以及取得資料遭遇之困難；另請留意少數文句因注音輸入法產生錯別字之情形。	已將資料來源列在1.2 計劃目的章節中，且眾多表格亦同，也附上資料來源在下方。抽樣方法於解釋表格時一併附上。
<p>三、建議納入期末報告之內容：</p> <p>1. 文獻探討可更深入分析各國財務之穩定性及公平性，並補入各該國近年之財務狀況，以瞭解其財務永續性，當更有參考價值；另目前之文獻整理偏重於制度之介紹，缺乏制度之衝擊與影響。</p> <p>2. 利用資料分析探討公平性問題為本計畫之重點，此部分之分析尚待期末報告呈現。另保費公平性，可與整體賦稅、個人綜所稅進行比較，否則不知改以其他財源支應，是否更公平。</p> <p>3. 請於報告封面呈現研究重點「保險費計費基礎之探討」，以協助閱讀者快速掌握報告主軸及方便未來查閱。</p>	<p>1. 目前文獻探討中以荷蘭、韓國、日本、新加坡和加拿大為例，並在每一個國家中分點呈現該國健保制度、健保財務簡介與健保財務問題三大項目。而制度之衝擊與影響主要陳述於健保財務問題的討論中。</p> <p>2. 補充健保費之公平性討論為期末報告書第四章，分成公平性指標、保費公平性文獻與補充保險費公平性三節。另2005-2010 由連賢明等（2011）見保心制財務規劃之研究的綜所稅資料與政府之101 年度綜所稅資料，共同討論公平相關議題。</p> <p>3. 已將封面標題與書背標題補上研究重點「保險費計費基礎之探討」。</p>

## 附錄七：期末審查建議回饋回覆表

期末審查建議	期末審查建議回覆
<p>一、期末報告之封面(含書背)請呈現研究重點「保險費計費基礎之探討」，並於摘要中呈現本年度研究成果，以協助閱讀者快速掌握報告主軸。</p>	<p>已將封面標題與書背標題補上研究重點「保險費計費基礎之探討」。</p>
<p>二、本研究團隊對本議題有相當深入了解並累積過去受委託經驗，政策建議分短、中、長期，相當清楚。惟二代健保補充保險費相關陳述，僅涵蓋個人及雇主部分，未見政府總負擔比率由約 34%提升至 36%之部分，建議補入，俾使讀者得知改革全貌。</p>	<p>政府負擔比率由 34%提升至 36%的陳述，已經陳述在「1.1 計畫緣起」的第二段末「以及，為強化...2%以上」，以及「第六章結論」中的第一段「以及，為強化...明確完善。」兩處。</p>
<p>三、第二章文獻回顧各段落之順序應按第一段之說明編排，第 21 頁有關本計畫為何蒐集日本等 5 國資料之說明，建議移列至第一段陳明較符邏輯性，並注意各國介紹篇幅多寡之平衡性。第 9 頁及第 23 頁文中說明擬以德國為例，惟後續未有該國文字說明。有關其他國家健保財務問題之探討，除新加坡外，皆於末段敘明未來各國政府之改革目標及政策，請考慮補入該國資訊，另第 21 頁敘及該國「屬於國民</p>	<p>已將第 21 頁有關本計畫為何蒐集日本等 5 國資料之說明與第一段說明結合，並按照第一段說明之順序編排。文獻探討部分確定只有討論以日本、韓國、新加坡、德國、荷蘭、西班牙和加拿大七國，並加註新加坡未來政府之改革目標及政策。另，第 21 頁敘及該國「屬於國民保健制度，主要財源為稅收」一節也已修改並且與文獻探討之第一段說明結合。</p>

<p>保健制度，主要財源為稅收」一節，似有疑義，建請再酌。各國制度介紹文字有重複之處，亦請檢視修正。</p>	
<p>四、期中報告審查曾建議深入分析各國財務之穩定性及公平性，並補列各該國近年之財務狀況，以瞭解其財務永續性。期末報告雖已整理多國之財源籌措方式，惟仍偏向制度面之介紹，若能以研究單位所提之三面向深入探討，將對委託單位更具參考價值；並可著重於各國除薪資所得外，如何將其他所得納入健保費基。</p>	<p>本計劃欲從財務穩定性、收入公平性與行政效率三方面討論，關於各國制度介紹，已將日本、韓國、新加坡、德國、荷蘭、西班牙和加拿大七國討論，融入此三方面的資料呈現。</p>
<p>五、本報告在公平性之論述，已利用健保署及財政部之公開資料，輔以學理分析，提出補充保險費制度對垂直公平性之貢獻；惟在水平公平性礙於資料限制未能提出，是否能比照垂直公平性之處理方式，提出相關分析與論述，應更具參考價值。另探討保險費累退議題時，亦可考量應扣除醫療支出，探討淨利益(net benefit)，若不同家戶所得分組之醫療支出差距不大，則累退效果將降低。</p>	<p>本計劃已經在學理部分，於「4.1 公平性指標」中第 62 和 63 頁就公平指標進行詳述說明，並介紹 AJL 模型。並且在「4.3 補充保險費公平性研究成果」中第 73 至 78 頁使用 AJL 模型討論所得重分配、垂直公平、水平公平和排序扭曲效果，並且以圖形輔助之。</p> <p>有關淨利益部分，現有財稅資料僅含所得收入和自費醫療部分，並沒有健保醫療費用部分；而所串連健保資料也僅有投保費用，不涵蓋醫療支出部分。礙於資料限制，無法討論健保在不同所得分組下淨利益以</p>

	及可能累退效果。
<p>六、報告建議將綜合所得中未納入補充保險費計費基礎之其他所得納入費基，惟現行補充保險費之計費基礎已涵蓋9成以上的綜合所得，而保險費之徵收除考量公平性外，亦應顧及效率性，故是否能就該等所得在有結算及未結算制度下，分別探討應納入的計費項目，並於實務面可行性及保險費收入增加之實質效益多加論述，俾利參考。</p>	<p>目前未納入補充健保費之所得項目為營利所得、財產交易所得、機會中獎所得以及其他所得四項，根據財稅資料中心申報核定統計專冊之統計資料，關於此四項之2005-2010 歷年費基，以及推估之2%的補充健保費，已呈現在表 5.2 與表 5.3。真對結穗與未結算的討論也增加在「5.2 具體改善建議」與「5.3 結算制度介紹」的章結之中。</p>
<p>七、針對補充保險費採「完全結算」或「部分項目單獨結算」議題，建議納入立法面和行政面之可行性衡量後，做較可行的建議。另研究團隊雖建議完全結算，然考慮跨項目所得移動困難，部分容易避費但無結算困難之所得項目是否可先採行之。此外，行政效率成本議題，應不僅限於結算制度的討論，應有其他概念，建議就其他面向及議題再進一步討論。</p>	<p>針對納入立法面和行政面之可行性衡量，在考量之後的建議已呈現在「6.2 政策建議」之短期不涉及修法建議事項之中。針對分開結算之討論，呈現在「5.3 結算制度討論」中第三的分項「取消就源扣繳，針對各項所得分別實施結算」中。最後，除了政府面的行政效率討論，關於一般民眾之行政效率討論於「5.3 結算制度討論」章結中最後一段加以討論說明。</p>
<p>八、第 25 頁及第 31 頁皆提及被保險人透過轉換投保身分規避補充保險費一事，相關案例(執行業務者透過成立工</p>	<p>原第 25 頁及第 31 頁之不適用案例已檢討刪除，以及對於法條之錯誤理解論述，也全數檢討並撤除，只剩下正確理解以及合</p>

<p>作室將收入轉為獨資合夥之營利所得)與規避保費關聯性低，該等轉換並無法節省保險費，建議改以更適當之案例呈現。依健保法規定自營業者，以執行業務所得為投保金額，並非只有具專技人員身分者才能以此為投保金額，第 31 頁所舉之文獻，論述內容對現行法規有所誤解，引用前請再確認。</p>	<p>適之案例說明。</p>
<p>九、本科技計畫第 2 年係就不同計費制度進行比較分析，其中包括家戶總所得制之探討，而本報告指出補充保險費受景氣的影響甚大，從報告第 33 頁亦看出歷年之綜合所得變動幅度大，故建議在探討不同計費制度時，除就公平性及效率性進行探討外，亦能就財源穩定性進行分析，以求周延。另 102 年所得稅資料統計預計可於 104 年初由財政資料中心提供，宜列為下年度實證資料分析重點，期望納入 104 年期中報告內容。</p>	<p>本計劃第 1 年得到補充保險費受到景氣影響，變動幅度相較於一般保費為大。第 2 年進行不同計費制度分析時，會按照評審建議，將財源穩定性列入重點。並根據財稅資料中心公布之 102 年度所得稅資料，嘗試提出不同的計費方式，以求使健保補充保險費可以更加穩定，利於全民健保整體之財務穩健性與永續發展性。</p>
<p>十、報告中有提及「補充性保費」及「補充保費」，建議統一採用「補充保險費」，避免與補充性財源混淆。此外，報告內容數據引用亦有不一致之現</p>	<p>已將文中 165 處提及補充性保費與 58 處提及補充保費，合計 223 處更名為補充保險費。補充保險費第一年收入約為 420 億元，因此將中文摘要之 340 億元改成 400</p>

<p>象，例如中文摘要提及補充保險費第一年收入約為 340 億，英文摘要卻為 400 億，請再確認內文有關數據、專有名詞或機關名稱之一致性。</p>	<p>億元。</p>
<p>十一、第 28 頁表 3-1 各項補充保險費各年度費基及保險收入金額與第 26-29 頁文字說明不吻合，請檢視修正，若為次級資料分析，建議另以表列呈現分析結果。第 33 頁文中說明 2003 年之相關數據，惟表 3-2 係提供 2005-2012 年補充保險費費基來源所得項目歷年金額，請檢視修正。第 55 頁建議健保署可依據身分調整扣費上下限，改善保費公平性一節，相關論述似與公平性關聯性低，且內容與減少行政成本一節多有重複，請再確認或考量整併。</p>	<p>第 52-53(原 26-29)頁文中說明表 3.1 之文字，已全數修改與表 3.1 相符合。而第 59(原 33)頁文中說明表 3.3 之文字也已將 2003 年改成符合表之 2005-2012 年說明與數據。第 92(原 55)頁已修改成「依據特殊身分調整扣費上下限」。</p>
<p>十二、請全面檢視及修正文中錯別字、疏漏字、標點符號等錯誤及內容與現況不合之情形。以下案例請參考：</p> <p>(一)第 26 頁第 5 行，「非薪資所得」不應包含「高額獎金」，另利息所得和租金收入等非薪資所得卻未納入。</p> <p>(二)第 48 頁第 7 行，衛福部宣布第二次調整扣費標準的時間為 103 年</p>	<p>計劃已重新流覽與檢查相關錯別字、疏漏字、標點符號等錯誤及內容與現況不合之情形，並附上圖表單位與圖表資料來源。以下案例請參考：</p> <p>1. 第 52 頁第 3 行(原 26 頁第 5 行)，「非薪資所得」已排除高額獎金，並另加入利息所得和租金收入等非薪資所得之項目。</p>

<p>12月12日(並非12月22日)。</p> <p>(三)第24頁第8行，兼職薪資所得費率為2%(不是2)。第25頁倒數第5行及第31頁第2段第1行，「保險人透過轉換投保身分...」，應為「被保險人...」。</p> <p>(四)第51頁第2段第6行，「六類十四目」應為「六類十五目」。</p>	<p>2. 第81頁第8行(原48頁第7行)，衛福部宣布第二次調整扣費標準的時間為103年12月12日。</p> <p>3. 第50頁第6行(原24頁第8行)，已將兼職薪資所得費率改為2%。原第25頁及第31頁之不適用案例已檢討刪除，以及對於法條之錯誤理解論述，也全數檢討並撤除，只剩下正確理解以及合適之案例說明。</p> <p>4. 將第87頁第1段第4行(原51頁第2段第6行)之「六類十四目」改為「六類十五目」。</p>
---	---