

全民健康保險監理會未來運作機制規劃之研究

*A Study on the Formation and Operation of the Future National Health Insurance
Supervisory Committee*

委託研究成果報告

計畫主持人

陳敦源 副教授 政治大學公共行政學系

中華民國九十五年十二月

目 錄

第一章	緒論.....	9
第一節	研究緣起.....	9
第二節	文獻檢閱.....	11
第三節	研究目的.....	13
第四節	研究目標與章節安排.....	14
第二章	學理探討.....	15
第一節	公民參與政府決策的需求與理論基礎.....	17
第二節	委員會代表的選擇準則.....	21
第三節	委員會的建立原則與推動策略.....	30
第四節	小結：建構一個制度化的民主參與機制.....	32
第三章	資料蒐集與分析方法.....	35
第一節	資料蒐集方法.....	35
第二節	資料分析方法.....	44
第三節	研究流程.....	48
第四節	小結.....	51
第四章	兩會現制回顧與檢討.....	53
第一節	兩會現況分析與檢視.....	53
第二節	兩會會議紀錄內容分析.....	68
第三節	菁英問卷的綜合分析.....	80
第四節	現制檢討與代表性評估.....	93
第五章	委員會治理機制的國內外經驗.....	97
第一節	國外醫療保險制度的管理體制.....	97
第二節	國外委員會治理的經驗.....	100
第三節	國內委員會治理相關案例.....	111
第四節	政府委員會代表性的衡量與指標性原則建構.....	115
第六章	「兩會合一建議方案」評估意見分析.....	121
第一節	兩會合一的制度設計：問卷綜合分析.....	121
第二節	兩會合一健保監理會治理機制的方案設計.....	132
第三節	焦點團體座談分析.....	137
第四節	兩會合一後的制度選擇.....	152

	155
	155
第二節	政策建議.....	159
第三節	研究限制與後續研究建議.....	168
參考文獻.....		170
附錄一	菁英問卷.....	175
附錄二	開放式問題彙整.....	184
附錄三	問卷樣本次數分配（未加權）.....	188
附錄四	訪談問卷.....	190
附錄五	訪談效度檢核表.....	192
附錄六	訪談逐字稿.....	193
附錄七	焦點團體座談參考資料.....	194
附錄八	參與觀察記錄.....	203
附錄九	深度訪談意見彙整.....	206
附錄十	監理委員會代表出席狀況分配次數.....	208
附錄十一	費協會代表出席狀況分配次數.....	210
附錄十二	期中報告審查紀錄與回應.....	211
附錄十三	期末報告審查紀錄與回應.....	213

表目錄

表 2-1、委員會代表選擇的準則.....	28
表 3-1、問卷設計原則í í	42
表 3-2、受訪者列表.....	43
表 3-3、基本資料次數分配表	46
表 3-4、研究方法示意表.....	51
表 4-1、最近一屆監理與費協兩會代表組成狀況.....	62
表 4-2、監理委員會提案類別分析（N=372）	64
表 4-3、議案類別與決議結果交叉分析表.....	65
表 4-4、提案團體別與議案類別交叉分析表	66
表 4-5、提案團體別與決議結果的交叉分析表	67
表 4-6、歷屆委員例會出席率	70
表 4-7、委員發言比率（每次會議發言數）	72
表 4-8、委員提案比率（每次會議提案數）	73
表 4-9、歷屆委員例會出席率	75
表 4-10、委員發言比率（每次會議發言數）	76
表 4-11、委員提案比率（每次會議提案數）	77
表 4-12、兩會代表積極與不積極與會的整理	79
表 4-13、監理委員會體制架構評估.....	81
表 4-14、監理委員會委員代表性評估	82
表 4-15、監理委員會功能性評估.....	83
表 4-16、監理委員會組織運作評估.....	84
表 4-17、費協會體制架構評估	85
表 4-18、費協會委員代表性評估.....	86
表 4-19、費協會功能性評估	88
表 4-20、費協會組織運作評估	89
表 4-21、兩會綜合評估次數分配表.....	91
表 5-1、保險體制與主要特徵	110
表 5-2、國內委員會治理相關案例比較	114
表 6-1、兩會合一後的授權關係.....	122
表 6-2、兩會合一後的代表性制度設計	124
表 6-3、兩會合一後的各類代表數比例.....	125
表 6-4、兩會合一後組織運作機制設計.....	126
表 6-5、兩會合一後費用協商機制設計	129
表 6-6、兩會合一後費用協商機制設計價值比較表.....	130
表 6-7、兩會合一政策評估	132



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

運作機制設計	133
.....	136
表 6-10、焦點團體座談場次、參與者相關資料.....	137
表 6-11、焦點團體與會者意見彙整表	137
表 6-11、甲乙兩案的優缺點比較.....	151
表 7-1、健保監理會人員組成建議í í í í í í í í í í í í í í í í í	169



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

圖目錄

圖 2-1、利害關係人類型圖	26
圖 3-1、研究流程.....	50
圖 4-1、現行健保組織體制	55
圖 5-1、德國社會保險自治管理機制.....	102
圖 5-2、荷蘭醫療保險運作機制.....	105
圖 5-3、評估與替換人民團體流程圖.....	120

摘 要

本研究接受行政院衛生署全民健保監理委員會「全民健康保險監理會未來運作機制規劃之研究」(A Study on Formulation of Future Operational Mechanism of the National Health Insurance Supervisory Committee) 研究案之委託，以二代健保建議兩會合一為前提，依照委託單位的要求，與研究預計達成兩個研究目的：

- (一) 對於監理會委員代表如何產生，如何選出足具代表性之人民團體參與健保政策，除了檢驗現今委員會組成的代表性，本研究將協助確立更明確的遴選基礎與評比指標，建立選擇機制以供參考。
- (二) 對於監理會爾後的組成與例會議程的運作模式，提出細部建議方案，以協助進一步達成決策的效率與公平性。

本研究依照委託單位的要求，對目前監理委員會與費協會兩會的功能與委員的代表性進行評估，並對兩會合一後的權責如何相符，委員代表性與專業性如何提升，如何評估，會議運作的制度設計進行討論。

以下茲就本計畫研究進度羅列下表，主要研究結果與政策建議則說明如下：

一個政府部門的委員會要運作順暢，不外乎要具備代表性、專業性、效率性等三大原則。就現制的監理委員會與費協會而言，對外最大的問題便是權責不符，對內則對委員代表性和專業性的質疑。從我們的分析中也發現，事實上除了醫事服務機構之外，被保險人與雇主代表的代表性與專業性都遭受到質疑，政府代表的數量與角色也一直被要求縮減。即使如此，目前的監理委員會委員名單與費協會委員名單，仍然呈現了很穩定的結構，既然代表性遭受質疑？又為何主管機關讓其如此穩定？顯見代表性的認定本身就是一個棘手的政治問題。究竟什麼樣的社會團體才能夠足以代表社會的某個群體參與健保的決策，並沒有一個清楚的衡量標準。農會、漁會代表、中小企業代表、銓敘部退輔司等雖然在表面上的代表性很高，但在參與上都不是很積極，發揮功能有限，針對這些不積極的團體便可考慮以漸進的方式來汰換代表。

對於健保審議或費用協定委員會的性質與代表的選擇，世界上並沒有統一的標準，也沒有任何一個理論告訴我們應該如何去明確的指涉誰應該或誰不該進入委員會的決策體系，各國的委員會的制度設計也沒有明確的指涉。每個國

展脈絡與社會文化，制度的起源與形成絕對承載且可確定的是，委員的選擇與委員會所要承擔的

功能有非常大的關係，若是純粹的諮詢性質，專業性的建立絕對是優先的考量，然若是必需要肩負協商或決策的功能，委員的代表性就必須受到重視。

我們過去健保體制內的委員會一直非常希望向德國師法，將社會團體納入決策體系，擴大健保決策的民意基礎，並進而讓民眾能為自己的決策負責。我們並沒有如德國有統合主義運作的背景，代表性的孱弱是我們在制度設計上必須去面對的問題。但我們必須誠實的說，要為社會團體代表性的測量去訂定出相關指標，基本上是不可能的任務，無論以任何公正的指標，反沒有被選擇的團體都會有相對剝奪感，便容易使委員的挑選問題變成政治性的問題。

本研究建議主管機關在挑選社會團體進入健保監理會的決策體系時，可以依循著理性（rational）的原則與漸進（incremental）的原則同步進行。理性的原則，是在於主管機關可以透過一些原則性的標準，先建立適合參與健保監理委員會團體與學者專家的資料庫。在問卷 43 題的分析之中，我們討論了選擇參與健保監理會的社會團體時（被保險人、雇主、醫事機構）必須考慮的指標，大部分的受訪者均表示如下選擇：第一、健保措施會對其造成立即影響之團體應該被納入，這是利害關係人的思考邏輯；第二、團體代表利益愈廣泛，會員愈多愈應該被納入，代表性的邏輯；第三、團體性質具備健保專業，應該被納入，專業性的邏輯；第四、有凝聚內部共識能力的團體，增加會議的效率性，避免委員代表的議事被團體內部推翻。據此，透過這些指標的考量，主管機關可以先從全國性社團中，去選擇適當的團體名錄，整合出參與健保監理會的備選名單。由於現今社會發展日益蓬勃，社團組織如雨後春筍般不斷的建立，故備選名單每隔一段時間就應該檢討一次，看是否以需要增補的部分。

對於兩會合一後的制度設計，本研究所分析的結果是傾向維持現制的設計，也就是健保監理會仍然是衛生署下的一個單位，決策由衛生署長負責，並讓衛生署長去承擔政治的責任。一方面是變動性小，政治可行性高；二方面也是認為，在目前委員會無法有效對決策負責的政治環境下，這樣的組織設計比較符合權責相符的概念。即使如此，雖然目前沒有實行統合主義的環境，本研究並不認為放棄對社會自治的理想，反而應該透過漸進的方式，從社會團體的參與中慢慢的去培養其代表性與專業性的知能，並且讓社會團體也能為其代表性與專業性的不足而負責，為未來的結構轉變預作最好的準備。

關鍵字：監理會、費協會、代表性、兩會合一、公民參與、收支連動

第一節 研究緣起

自 1995 年 3 月 1 日實施全民健康保險，是我國近年來最重大的衛生福利政策，其實施目的在使每位國民於同一制度下，公平分攤保費，及獲得必要之醫療服務，達到危險分散的效果，並促成國民互助的功能。為使健康保險制度能順利推行，全民健康保險（以下簡稱全民健保）係以原公、勞、農保為基礎，將其原有之醫療給付業務及人員部分整合，並擴大保險範圍至全體國民，而成單一健康保險制度，成立中央健康保險局（以下簡稱健保局）掌管健保業務，其保險制度自開辦歷經十年仍沿襲金融保險事業機構型態辦理。¹

我國全民健保至今已邁入第十年，雖然一直維持高度的民眾滿意度，但在實際的改革需求下，仍不斷針對問題，研擬符合我國國情、社會文化及政治環境的改革方案。²全民健保規劃與推動初期主要是由政府主導，民間團體對於公共政策的參與較少，然隨著國內政治與社會環境的快速變遷、政黨政治的多元化以及公民意識的抬頭，相對而言，相關團體積極遊說且參與健保事務的風氣已不可同日而語。就整個學術與實務風潮而言，公民團體參與公共政策的運作機制，已成為現今最重要的核心議題之一，全民健保其攸關全民的政策特質，更無例外³，政策立場的不同，更導致了健保政策利害關係人間競爭或相互衝突的關係。⁴就過去健保相關事務而言，公民團體參與的方式可區別為體制外與體制內，其中體制外的參與模式，最為明顯的便是集會遊行的抗議⁵，或透過遊說的方式影響國會議員的政策立場。而體制內的參與管道，則由現今衛生署轄下全民健保相關委員會及公民會議為主。現行全民健康保險相關委員會，⁶多由各

¹ 中央健康保險局根據《中央健康保險局組織條例》第 27 條，在人事制度上比照公營金融保險事業機構，在事務性質上為非營利組織，多數權責並涉及強制性與公權力之行使。

² 相關改革方案如：全民健保基金會、單一基金會，多元保險人、行政法人等。

³ 近年來，重大全民健保政策議題大多都會透過「公民會議」的機制，吸納民眾意見，促進民眾參與。在二代健保的規劃報告中，事實上也有專書在討論全民健保政策如何透過公民會議的方式實踐審議民主（行政院衛生署，2004c）。

⁴ 相關議題有政策協調（policy coordination）、共同治理（co-governance）、審議民主（deliberative democracy）、公民會議（citizen conference）等等。

⁵ 例如：推動多元保險人政策時的「搶救健保聯盟」，以及推動健保雙漲、或是醫院總額時的相關事件。

⁶ 委員會包含：全民健保醫療費用協定委員會、全民健保爭議審議委員會、全民健康保險監理委

由衛生署遴聘或洽請有關機關（構）、團體推薦，審判，強化行政部門中公共政策的「參與式民主」；惟近幾十年來人民團體蓬勃發展，其參與政策之意願及能力均較過去提高，又各人民團體間規模、屬性差異甚大，或有會員重疊之現象，政策利害關係人難以認定。面對上述改變，全民健保決策機制更面臨了民眾參與的迫切需求，以及對於參與代表性的質疑。

若從歷史上的發展脈絡觀之，台灣過去由於一黨獨大的政治型態，造成了國家機器對於公共政策的運作過度強勢的狀況，也缺乏自主的功能團體作為政府與民眾的中介，因此台灣目前並無成熟的社會統合主義所形成的民主協商機制。即使現今的社會風氣愈趨向開放與民主化，對於民眾參與公共政策的呼聲也愈來愈多，然缺乏社會基礎的情境下，全民健保「參與式民主」的理想如何可能？社會團體參與公共政策能力的提升，以及代表性、回應性、課責性如何可能？以及我們該如何從眾多的政策利害關係人中，去蕪存菁，建立有效的選取與議事規則，將攸關到參與式民主的機制是否能穩定運作，以及醫療決策的品質高低的問題。

衛生署現正研擬推動之二代健保組織體制改革中，將現行全民健康保險監理委員會（以下簡稱監理會）及全民健康保險醫療費用協定委員會（以下簡稱費協會）之功能職掌整併為「全民健康保險監理會」，並擴大功能，將審議保險費率、保險給付範圍與費用協定等重要全民健保決策事項，納為其職權。換言之，擴大功能的同時，健保體系在決策上，將由原本由衛生署科層治理的模式，轉化為委員會的共同治理機制，相對而言其角色與責任也就更加相形重要。由於是社會團體與政府的共同治理，決策正當性的提升，便相當程度必須建立在利益代表性的提升上。利益的代表性愈周延，除了可提升行政決策上的民主正當性，也可提升決策的周延度與民眾對決策的接受度。

因此，我們必須問的是，倘若未來兩會合一的委員會肩負健保決策的重要任務，那其應如何向民眾負責？更重要的是，委員會的權力將更盛於以往，是誰基於什麼樣的法律，決定誰可以參與此委員會？故未來該會委員代表如何產生，如何選出足具代表性之人民團體參與健保政策事務，均須有更為明確之遴選基礎、評比指標或更為充分之理由，以昭公信；又未來全民健保監理會被賦予的多重功能之運作機制，需加以更細部之規劃，以建構完善的課責機制。

本研究有鑑於此，希望透過對兩會合一的變革，以及民間代表如何參與的議題進行系統性的評估，瞭解在現實的目前健保政策的環境中，究竟是何種制度設計及運作體制較能具備政治上可行性及目標上的理想性，以期建構一個權

第二節 文獻檢閱

我國憲法第一百五十七條明文規定，「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度」。憲法增修條文第十條第五項亦明文規定，「國家應推行全民健康保險」，並促進現代和傳統醫藥之研究發展。由此可見，全民健保攸關全民健康，除了是政府的責任，也必須滿足各種紛雜的需求與主張。為滿足多元化的政策主張，在運作上便必須提供相關的管道與制度化的對話機制，藉以提供政策利害關係人（policy stakeholders）參與及影響決策的場域（policy domain）。

本研究是聚焦於體制內的公民參與機制，其中分析的標的便是二代健保中所提出的短程改制建議：兩會合一。所謂公民參與機制，主要是源於一個古老的政治理論核心議題：如何有效促成民主政治的治理。要回答這樣的問題，我們主要可透過兩個理論的基礎：一是透過選舉機制的汰舊換新；另一則是透過統合主義的吸納結構。在二代健保公民參與組的規劃報告中，其認為台灣當前的選舉機制，並無法使政府有效回應公民對於全民健保的政策偏好，也無法充分代表一般公民和公民團體在全民健保政策議題上的異質性偏好；對於統合主義下所建構的體制內參與機制，也由於社會團體的多元化與異質化，面臨了代表性遭受質疑的問題（衛生署，2004c：13-15）。由於統合主義的利益吸納機制，是屬於非經由選舉的利益代表，選擇的思考邏輯是透過「遴選」的制度設計，對於代表性的質疑，便直接反映在監理會與費協會的委員組成的機制上，也就是如何遴選？遴選誰？誰該被遴選的問題。由於社會一直有涉入全民健保決策體系的需求，也因此導致過去保險人的組織體制與課責機制不斷的被研議檢討，希望能找出符合政府、被保險人、雇主與醫事團體多贏的政策協調機制。

事實上，在目前諸多有關健保組織改制的研究報告，大多建議改革幅度不宜過大，因而如何在現有體制下，去增強公民參與的機制，強化財務的收支，便成為實務上最重要的問題，兩會合一便是大多數人都可接受的政策建議（陳敦源，2005）。兩會的成立與功能各有其法源與運作機制，其委員代表也不盡相同，由於兩會合一牽涉到修改《全民健康保險法》，結構性的變動將可能影響到目前既有的權力平衡，將會使兩會合一的法律可行性與政治可行性的難度增高。

如前所述，為因應社會政治結構多元化、民主化，以及健保體制內多元價

有必要提升以民主程序為基礎的專業協調機制。建立「社會團體對全民健保政策正當性參與管道」以及強化其「行動能力」，以作為健保體系內相關政策形成的有效民主協商機制（衛生署，2004a：56），已是當前健保改革一個非常重要的參考指標，兩會合一所揭櫫的功能之一便是社會代表性的建立。過去也有以下報告，曾針對兩會功能上的缺失，以及相關的補救措施，提供政策建議：依據 2000 年「全民健康保險體檢小組」的分析，健保組織體制改革有以下若干缺失：一、現行組織並未給予民眾足夠的決策參與空間，全民健康保險監理委員會，以及全民健康保險費用協定委員會之官方色彩過重；二、全民健康保險監理委員會雖由各界推派代表組成，但政府代表比例過高，雖依法監督及建議健保局之業務執行，但其決議不具約束力，亦無須承擔責任；三、全民健康保險監理委員會，以及全民健康保險費用協定委員會，針對財務收支未能統籌管理，各行其是，不利於全民健保的財務平衡（國家衛生研究院，2001）。

此外，根據衛生署二代健保規劃叢書中所揭櫫的現制問題與改革目標，其也認為現制有以下幾點缺失：一、維持財務平衡之實質權責歸屬未能明確，有礙全民健康保險的永續經營；二、民眾對給付範圍調整與保費負擔方式欠缺參與管道及參與能力，無法適切反應其需求；三、全民健康保險財務管理與醫療品質監控未能分立，不利醫療品質之提升。因而在政策建議上，其也提出了將全民健康保險監理委員會及全民健康保險醫療費用協定委員會合併為「全民健康保險監理會」的短程改革目標。運作過程強調統合主義（corporatism）精神，並希望透過協商的方式取得政府、被保險人、雇主以及醫事服務提供者的共識意見。在二代健保的規劃中，此委員會由相關團體（含社會與醫事團體）的推薦代表、政府代表，以及保險付費者代表所組成，每一類別皆九名代表，並執掌保險費率、部分負擔、給付項目調整、以及費用協定等與民眾權益關切之事項，以符合收支連動之財務平衡的精神（衛生署，2004a：164-165）。

此外，許多學者在過去皆不約而同的指出，監理委員會的成員缺乏代表性、名額分配不公、政府代表過多（鄧宗業、李玉春，2002：325；郝鳳鳴，2004：97；辛炳隆等，2001：100-101；雷文玫，2004：65）。二代健保小組中的公民參與組曾經進行的法人論壇的研究報告指出，與會的 52 個法人團體大多不認為現今的監理會具有社會的代表性，且大多具有參與監理會的意願，也做出了監理會應增加全國性社福團體（含病友團體）的政策建議。因此，在粥少僧多的狀況下，委員會的人數，與代表比例的調配，勢必會影響到監理會整體的代表性與合理性。

綜合全民健康保險體檢小組與二代健保的分析與建議，減低政府代表與增

關研究報告的共識。上述也認為，現今監理會和參與機制不足與財務管理機制不健全。因此，在郝鳳鳴及黃異所主持的《全民健康保險監理組織體制之法律規範》此一報告中，提出了類似監理會與費協會合併的倡議，其認為兩會目前最大的問題，便是兩會成員重複，且實務中各司給付、支付事項之監督，財務平衡的兩面無法分離，所以兩會也常討論相同議題，倘若兩會針對同一事項的決議不同，將使健保局在政策執行上無所適從，因而建議若要從事現制改革，兩會合併並調整監理會內部組織規範，可以收相輔相成之效（郝鳳鳴、黃異，2000：41；陳志豐，2003：151）。然對於委員代表性的分析上，在陳怡仔《全民健保制度化參與模式：以監理委員會為例的分析》（2001）一文中，透過對監理單位人員的訪談，對於現今監理會委員的整體代表性均被予以肯定的態度，可見目前監理會在決策上利益代表性的爭議並不大，是以對於代表性的分析，我們可以以現今監理會的比例為基礎，並接納上述報告中刪減政府代表與增加社會團體代表的建議，進一步做更深入探討。

總結上述，兩會合一的目的有三，一是確保財務收支連動；二是擴大民間參與；三是釐清兩會事權。而成功的制度設計，最主要還是體現在實際上的運作，對於合議制的委員會而言，最大的問題便是委員選擇的代表性，以及相關的議事規定是否能有效降低互動的交易成本，並有助於營造彼此間互動的協商氣氛，建立互信的討論文化。本研究將針對此議題，配合現實政策環境與利害關係人的發展，進行系統化的分析。

第三節 研究目的

本研究依據委託單位的需求，擬針對下述研究目的提供系統化的分析：

- （一）檢視現行健保相關委員會中，人民團體代表是否確有其代表性與正當性，並釐清參與健保政策事務之人民團體應有之特質、屬性及其參與能力。
- （二）瞭解其他國家之人民團體參與健康保險或公共政策事務時，其代表性之產生方式，及政策研訂之結果是否符合民意所趨，以為借鏡。
- （三）衡酌我國國情，建立一套足以評估人民團體代表性之制度化指標，透過清楚、明確、可行的遴選標準與評核方式，提高人民團體代表性之公信

前述指標是否仍符實際之機制或方法。

、給付範圍與費用協定等重要決策事項之運作模式，提出細部建議方案。

(五) 透過各方案優、缺點分析，提出建議與相關配套措施。

第四節 研究目標與章節安排

針對上述研究目的，本研究預計以兩階段為之，所欲達成的研究目標有以下兩點：

- (一) 對於監理會委員代表如何產生，如何選出足具代表性之人民團體參與健保政策，除了檢驗現今委員會組成的代表性，本研究將協助確立更明確的遴選基礎與評比指標，建立選擇機制以供參考。
- (二) 對於監理會爾後的組成與例會議程的運作模式，提出細部建議方案，以協助進一步達成決策的效率與公平性。

根據前述邏輯，本研究共分七章。除第一章緒論之外，第二章主要探討委員會代表選取、參與及運作的相關學理；第三章提出本研究的資料蒐集與分析方法；第四章討論監理會及費協會現制在委員代表的選取，及在整體健保體制運作上可能產生的問題，並將分析的重點放置在目前委員的遴選規則是否具備代表性，並釐清目前參與健保政策事務的人民團體應有的特質、屬性以及參與能力；第五章討論他國的健保監理協商機制的運作經驗，並綜合前章結論提出初步的建議，並提出評估人民團體的制度化指標；第六章則針對本研究的問卷及訪談調查，初步的對於兩會合一在委員的代表性及遴選方式、委員的人數、主任委員如何遴選、決策是否具備法定效力等議題進行分析，並嘗試建構兩會合一運作上可能的制度設計方案；並進一步在建構的可能性方案的基礎上，進行焦點團體資料的內容分析，瞭解各方案的可行性；第七章則為本報告的結論與建議。

第二章 學理探討

公共政策的規劃與執行是實現政府職能的關鍵，對於國計民生與公眾事務具有重大影響，擴大公共決策過程中的社會參與，對於健保政策的發展將具有重要的意義。首先，全民健保作為一攸關全民的公共政策議題，在「人不可能不生病」的現實需求下，勢必要面對民眾對於決策參與的要求。過去對於監理會與費協會的成立，便是要透過社會統合主義的精神，將社會行動者納入決策體系，達到政府與民間的共治；再者，歷年健保改革建議逐漸形成的「兩會合一」制度倡議，主要也是試圖提供一個行政體制內，政策利害關係團體參與政策規劃與監督政策執行的管道；最後，2003年二代健保改革規劃結束以後，衛生署即將兩會合一規劃進入修法階段，也將兩會合一落實在全民健保法的修正案當中，然而，組織運作的細部規劃，在立法院通過修法以前，也必須同步進行，這也是本研究案最主要的目的。

在本章當中，本研究將從兩會合一之後的「健保監理會」的理論基礎出發，了解該會運作的實際問題，亦從建構學理到實務的連結，為本研究中各項評估以及設計工作，找尋堅實的理論基礎。嚴格來說，行政體制中的政策參與，與傳統政治學以地區代表選舉的概念有很大的差異，國內學者黃長玲將這樣的議題，定位在「非經由選舉的利益代表」(non-elected interest representation)，國外政治學者也將這種新的治理概念稱為「非多數決制度」(non-majoritarian institutions, NMIs; Thatcher and Sweet, 2002)，或是一種「非選舉的參與民主」(non-electoral participative democracy; Yeomans and Adshead, 2003)，傳統政府以地區代表選舉加上行政首長選舉的「代議民主」體制，因為決策過程中專業、效率以及代表性的需要，而產生各種公部門諮詢或是法定決策體 (public sector advisory and statutory bodies; Hong Kong Home Affairs Bureau, 2003, 2004)，這些決策體因著法定授權的大小，最小是因著行政首長決策需要，無需經過立法機關立法通過的諮詢委員會，或是通過立法機關立法，具有獨立決策功能的機關，都是以某種集體決策的委員會運作之，可以稱為「委員會治理」(governing through committee)的現象，不論這種機關在台灣被稱為「管制機構」，如行政院金融監督管理委員會，或是「行政法人」⁷，如中正文化中心，內部基本上都是以「委員會」(金管會)或是「董、監事會」(中正文化中心)等集體決策的方

⁷ 該制度原引自日本，也可稱為「準自主公共決策體」(semi-autonomous public bodies; Yamamoto, 2006)。

員會治理可以分爲：(1) 諮詢委員會 (advisory 充治體 (non-departmental public bodies); (3) 管制委員會 (regulatory boards); (4) 訴願會 (appeal boards); (5) 公共基金 (trusts); (6) 公營事業 (public corporations); 以及 (7) 其他類型的董事會與委員會 (Hong Kong Home Affairs Bureau, 2003), 當然, 如果考量更多跨出公部門領域的可能, 英國體制下的「準獨立非政府組織」(Quasi-Autonomous Non-Governmental Organizations, QUANGOs; Greve, Flinders, and van Thiel, 1999)。

就衛生政策相關的委員會治理來看, 行政院衛生署全民健保醫療品質委員會的設制, 其設置辦法乃是依據衛生署組織法第十八條「本署於必要時, 經行政院核准, 得設各種專門委員會, 委員爲無給職; 所需工作人員, 應就本法所定員額內調用之。」而行政院衛生署中醫藥委員會, 則是明定在組織法中第十七條中⁸, 需經立法院同意設立, 另外, 除了組織法當中可以設置各種行政決策體以外, 運作法也可以於法中明定相關決策體的設置, 比方說, 全民健康保險法當中, 明文規定健保監理委員會的設置⁹, 就是一例¹⁰。

從政府管理的角度出發, 委員會的治理已是政府治理不可或缺的形式之一, 如何在委員會中建立代表性利益, 並設計良好的制度, 以提供參與式民主的實踐, 也是目前亟需面對的重要課題, 國外公共行政學界, 對於「委員會治理」的現象也已經開始深入理解 (Mitchell, 1997; Thynne, 2006), 然而, 對於理論與實務之間距離的釐清, 還有很長的路要走; 而行政決策的民主式參與要能夠穩定的運行, 在理論上其實牽涉到公民參與的理論基礎、政策利害關係人的定義與指涉以及委員會運作的相關理論。以下則根據前述鋪陳本研究的理論架構。

⁸ 衛生署組織法第十七條「本署得設疾病管制局、藥物食品檢驗局、管制藥品管理局、中央健康保險局、中醫藥委員會、衛生人員訓練所及國民健康局; 其組織另以法律定之。」

⁹ 全民健康保險法第四條: 「(監理委員會之設置) 爲監理本保險業務, 並提供保險政策、法規之研究及諮詢事宜, 應設全民健康保險監理委員會。前項委員會, 由有關機關、被保險人、雇主、保險醫事服務機構等代表及專家組成之; 其組織規程, 由主管機關擬訂, 報請行政院核定後發布之。」

¹⁰ 然而, 2004 年六月間立法院通過「中央機關組織基準法」以後, 未來「委員會」一詞將有特定用途, 是屬二級機關或獨立機關名稱 (第六條), 這也是健保法的修正案中, 監理委員會與費用協定委員會合一之後的組織, 稱爲「全民健保監理會」的原因。

對於任何一個民主政體而言，最大的挑戰與希望，都是社會的多元性、異質性與自願性（黃長玲，2006），也因此委員會的組織型態，已成為現今政府治理一個相當重要的成分。然而針對行政部門內部決策的利益吸納，現今並沒有受到公行學界的重視，相關的理論也並不清晰，難以有一個絕對的標準，說明什麼樣的委員會型態，代表性的產生指標可以建構一個有效率的政策協調機制。探討公民參與公共政策的理論背景，我們可以從以下三個方面的理論脈絡來闡述：

一、治理觀點：共同治理的民主實踐

從現實的發展來看，政府做出公共決策的方式已產生了重要的變化。過去公共政策是由那些掌握權力的政策菁英，聲稱代表公共利益，但拒絕民眾參與政策過程的少數領導者所制訂的，然現今人民已經不再接受這樣的觀念（Thomas, 1995）。相較於過去，多數國家正面臨傳統政治權力遭受侵蝕的問題。隨著社會朝向多元發展與政府財政上的窘境，政府的角色一直不斷的在退卻，資源也一直不斷萎縮，面對民眾的需求日益增高，決策權力日益分散的發展趨勢，過去由政府單一規劃與執行政策的情況，已逐漸轉變為政府與其他內部或社會團體組織共同合作的「共同治理」模式（co-governance; Bartel, 2001; Radin, 1996; Sullivan and Skelcher, 2002; Williams, 2002; 陳敦源，1999）。

從理論的發展來看，過去預設了僅要憑藉專業官僚的技術理性即可解決問題，甚少探討問題背後形成的原因，也由此發展了許多以決策者為中心的決策模式。¹¹然這樣的決策模式，卻在實際執行上遭受到諸多的困難，也明顯的與現實社會脫節。政策決策者經常處理的是複雜、難以理解且不易解決的社會問題，現今政策的形塑與發展已未必全然是專業官僚運作的結果，而是政府因應環境的需求，透過組織網絡的協調，以及相關行動者的行動三者互動之產物。一方面，由於重大的公共政策往往涉及到多數人的利益和權利，如何能使對個體的傷害降至最低，或是減少利害關係人因無法表達反對而承受的政策「外部成本」（external cost; Buchanan and Tullock, 1962），以成就公共利益（public

¹¹ 諸如廣博理性決策模型、滿意理性的決策模型、漸進決策模型、機關組織決策模型、菁英決策模型等等（林水波、張世賢，1984：16-50）。

公共政策所應考量的重點；另一方面，政策制定受到社會中各種不同政治及經濟力量所左右，若是忽略這些複雜的環境因素，往往亦使研究流於單一直線的思考，僅能將政策作浮面的分析，政策便無法切實解決問題。公共政策之制訂，事實上可視為是一連串的決策過程，而公共政策的研究者所要面對的不僅單純只是技術面的問題，更要對政策的制訂過程、方式及所牽涉到的政治現象等有充分的瞭解。

治理(governance)一詞興起於九〇年代的西方，是自「新公共管理」(New Public Management)以來，面臨環境劇烈變動而對政府角色所做的重新詮釋。治理的定義非常的多元，但確定的是，對內而言，政府並非是單一的行動體，而是許多機構合作協調的綜合體(Bardach, 1998; 陳敦源, 1999)；對外而言，政府並非公共權威與社會控制唯一的中心，而是許多行動者(agents)或是利害關係人(stakeholders)互動的過程(Kooiman, 1993: 2)。學界以及實務界已經體認到，政府政策執行(policy implementation)或服務輸送(service delivery)的相關議題，已經不能僅止於討論政府權力的大小，與政策工具的優劣，因為，政府公權力的運作環境，正在被非政府的行動者所穿透，「沒有政府的治理」(governance without government; Rosenau, 1992)或是「空洞化的政府」(hollowing out the state; Rhodes, 1994: 138-139)，是二十一世紀治理環境最佳的寫照。換言之，政府達成治理目的，行動上最大的挑戰，便是思索與非政府行動者共同分享權力(power-sharing)，並致力於克服政策執行過程中的不確定性(Kettl, 1993: 202)，但是同時能維護統治的正當性(legitimacy)與公共利益。

換言之，制度化的社會參與行政運作機制，不論是決策還是執行的層面，將有助於提高政府的正當性，也能減輕國家的財政負擔，因此，共同治理觀點立基於國家對政策規劃與執行的需求，是一個以行政部門的治理需求為主體的分析觀點，政策規劃參與和政策執行監督在行政體系中落實民主精神，有賴於治理機制(governing mechanism)的設計。就全民健保而言，國家機關與其他社會行動者，在健保體系的職能分工上該如何劃分？在目前國家機關仍擁有較多資源，且在形塑健保決策上擁有較強決定權時，到底社會行動者，特別是受雇者、資方、消費者以及醫療服務提供者是如何看待自己在整體健保體系中的角色？國家與社會行動者如何在監理會的制度機制中，達成共同治理健保體系的目標？通常是治理觀點所關注的問題意識與課題。

對於組織論者而言，決策被視為是一種組織內的運作邏輯，其反映了對內的需求，以及對組織所處環境的適應過程。過去組織論者由於受到社會心理學者的影響，研究的焦點放置在微觀決策的機制，以及目標效率的達成，因此衍生了運用科學管理的古典管理學派等強調封閉系統觀的管理理論，¹²認為組織的運作的存續，僅要透過控制機制便可以減少環境的不確定性。

相較於封閉系統觀，更晚進的發展，是開放系統觀的思考邏輯。開放系統觀認為我們無法完全認識到所有影響組織變量的因素，也不可能預見和控制這些變量，因此，組織與環境之間的關係，成為開放系統觀重要的思考邏輯。也由於如此，對於公共行政而言，組織與環境的相互依存關係，是行政部門必須考量的重點之一（Thompson, 1967: 6）。Denhart（2000）便認為至少有兩個案例，可以說明公共行政的實務愈來愈強調組織與環境間的關係。其一是 Selznick 著名的《田納西河流域管理局及其基層管理活動》（*TVA and the Grass Roots*）（1949），另一則是 Kaufman 的《森林警備隊》（*The Forest Ranger*）（1960）。

Selznick（1949）非常關注田納西河流域管理局的基層政策，其引入了一個核心機制，稱之為「吸納機制」（cooptation）。這意謂著他觀察到田納西河流域管理局在做治理工作時，行政首長必須與周圍團體維持良好的互動關係，這種關係既要協調好外在團體對組織的要求，也要保持組織自身的內在整合。因此，他將吸納機制定義為：一個將一些新的因素吸收到組織的領導或決策結構中的過程（Selznick, 1949: 13）。吸納被視為是一個與組織潛在威脅團體和睦相處的一個技術，通過將這些威嚇性的團體吸納進組織中（例如：將某些團體領導者安置到組織的顧問機構，或是吸收進入決策委員會中擔任委員），組織便可以有效獲得外在社會團體的支持。

Kaufman（1960）的研究是集中於林業管理局所面臨的行政整合問題。其發現組織的上層決策與基層人員的執法上存在著巨大的落差，因此其研究主要目的，是致力於找出基層人員為何偏離組織規範的原因。透過 Kaufman 的觀察，其發現組織分裂化的原因，在於基層的執法人員直接面對環境的需求，容易屈服於組織外的社會經歷，以及當地的社會聯繫所帶給他們的喜好與偏見，致使組織內部的上下層決策與執行產生分離化的現象（Kaufman, 1960: 57）。況且，地方性利益往往介入基層的執法行為，導致基層人員屈從於地方勢力的巨大壓力。

¹² 如：Weber 的官僚制、Taylor 的科學管理等等。

一個攸關全民生活的公共政策議題，在決策及執行化利益的干擾。當初監理會與費協會的成立，便是要透過對多元利益的吸納工作，提升決策的民主正當性。兩會合一作為一個吸納機制，非但有其必須性，更需要透過良善的制度規劃，弭平國家與社會間的政策落差。

三、政策觀點：公民角色日益重要

過去民主政體的治理理論是建立在菁英論者的統治基礎之上，並非是民眾的權益不受到重視，事實上，在美國建立之初，那些主張建立強而有力的政府的人相信，政府權力根本上來自於人民，但大部分的民眾缺乏積極的、建設性的統治能力。國家創建者們相信，政府，至少是中央級的政府應當由頭腦睿智的政治家來掌管，或許可視為一種「哲學家皇帝」的實踐，這樣的統治與各級地方政府所形成相互傾軋的本位主義不同，國家管理者應站在更高的視野，並關注國家的整體利益，也因此建構了一個大而有能的政府機制。

二十世紀七十年代以後，一方面資訊社會的來到，以及網際網路技術的發達，使得民眾有了更多、更便利、更通暢的管道，獲得政府治理績效的相關信息，公民控制信息資源的可能性，導致了民眾具備參與政治與政府管理的基礎條件。另一方面，在歷經了「政府失靈」與「市場失靈」的洗禮之後，單純依靠政府與市場成爲一種幻象，人民開始在選擇政府與市場中間，去尋找第三種可能性，也就是訴諸於「公民社會」。隨著第三部門（NGOs）的廣泛興起，公民開始愈來愈多藉助組織的力量，進入公共政策的決策、執行與評估，藉以表達自身的利益傾向，影響政府的公共政策導向，並做爲政府共同治理的伙伴，承擔著公共服務的責任。

換言之，除卻政府的治理能力在面對複雜的情境所導致的治理能力低落之外，在人類社會綿延的發展中，公民參與卻是國家走向民主政治和政治文明不可分割的部分，是公民進入公共領域生活、參與治理、對那些關係他們生活品質的公共政策施加影響的基本途徑。與此同時，政治學與公共行政學者也爲當代公民參與的推動建立了理論的基礎。「強勢民主」、「積極的公民資格」、「服務型政府」、「社區公民治理」等等的思想，都論證著民主政治中所無法棄絕的一個基本價值，即公民絕對不僅僅是政府提供的公共服務的消極消費者，聽任政府按照政府自己本身的想法供給公共服務，而是富有積極動能精神的公民，是一股表達自身利益，影響公共政策的有生力量，更是與公共管理者一起參與決

火伴。

《公共決策中的公民參與：公共管理者的新技能與新策略》(*Public Participation in Public Decisions: New Skills and Strategies for Public Managers*, 1995) 一書中認為，公民參與已經成為現代政府治理過程和公共管理者日常生活的一部分。不管今天公共管理者承不承認、願不願意、喜不喜歡、歡不歡迎，在今日，公民參與都將在人類的政治社會生活中，扮演著愈來愈重要的角色。書中並提出四類的公民參與途徑：一、以獲取資訊為目標的公民參與；二、以增進政策接受性為目標的公民參與；三、以建構政府和公民間強而有力的合作關係為目標的公民參與；四、新形式的公民參與活動。

事實上，委員會的治理結構，正是上述公民參與途徑中屬於增進政策接受性為目標的公民參與技術。然而，究竟要如何評價公民參與行動的有效性？是否在任何時候，公民參與都是愈多愈好？愈有代表性呢？公共管理者應該如何維持公民參與代表性與政府管理活動效率間的平衡呢？一個完善的委員會治理結構，便是要去積極面對上述的問題，才能有效的連結利益代表性與國家施政間的有機平衡。

第二節 委員會代表的選擇準則

現今政策制訂者必須全面性認定政策系絡當中的利害關係人，方足以制訂符合正義原則之公共政策，否則社會必然興起不平之鳴，政策的推行就會有窒礙難行之處（丘昌泰，1995：16）。換言之，任何有公共性質的政策過程，必然牽涉到不同利益的代表與協商（*interest representation and interest mediation*）。然如前所述，若然將政策所有的利害關係人納入決策體系，勢必造成體系的負載，導致決策成本的增高。據此，指涉關鍵而有效的政策利害關係人來參與政策，對於合議決策體系的運作，便顯得非常的重要。換言之，如何在經驗當中，準確的去指涉政策的利害關係人，將有助於理解政策的政治可行性，對於行政部門本身，也有助於其運用吸納機制，把有影響力與代表性的政策利害關係人吸納入決策體系中。

在 J. C. Thomas (1995) 的書中，認為在由上而下 (top-down approaches) 的技術中，若以政府要主導選擇納入決策體系的團體，管理者應該在公民參與的機制要形成前，廣泛的考慮以下的三個問題：一、哪一類的公民團體可能對某項政策議題感興趣？二、誰會，或者可能會受到決策的直接影響？三、必須在某個地方找出重要和不重要利害關係人的分界線，也就是如何設定參與團體選取的邊界，以排除不重要的利害關係人的問題。

此時，管理者可以透過現有組織團體的名單中去識別、判斷代表公民利益的團體，或者可以採用歷史分析法，從過去對於該政策領域中，較為關注的人民團體中去尋找可能的委員會成員。此外，對於相關利害關係人分界線的選取之中，界定範圍過於排他所產生的風險，可能要大於過於寬泛所產生的風險。換言之，被排斥、被忽視的利益團體對於公共政策所造成的危機，可能會大於過度重視非相關利益團體所產生的危機。由於公民參與的機制是為了在決策上尋求民意的合法性，重要的利益代表被忽略，就會導致政策本身合法性的危機，也會對後續政策執行造成不良的效果。

事實上，由上而下的選擇方向具有極高的侷限性，無論公共管理者在事前多努力、多認真的蒐集相關資訊，也非常難以預先識別出所有的相關團體，更可能會落入有主觀意識選擇的疑慮。這時，便非常需要透過由下而上的方式來相互補充。

二、由下而上的選擇準則

在 J. C. Thomas (1995) 的書中，其提到第二種選取公民參與代表的方式，便是透過由下而上 (bottom-up approaches) 的技術去選取。在這種方法中，管理者採用最主要的途徑，便是讓公民團體自己來界定自己。也就是透過人民團體自己在政策場域中的積極性表現，以及相關團體互選的方式來選擇適當的人民團體進入決策。在運用此一技術之前，公共管理者要將自己當成是一個中立的觀察者，而非具有偏見的主觀意見者，這樣的選擇過程，是透過政府機構本身為自下而上的選擇提供機會，一方面讓公民參與的活動有效的進行，二方面也能促成公眾團體的有效界定。

換言之，從公民對於公共政策議題參與的觀察，來選擇有效的利害關係人，

政策利害關係人的相關界定。一般而言，由下而上的方法可以對於 NIMBY 或 LULUs¹³ 效應提供一個正面積極的解決方法。這方面的觀察，我們可以從團體組織化的程度、內部民主的程度、代表利益的廣泛度以及參與知能的強度來觀察。然而由下而上的方法會面臨到一個極大的問題，便是我們所觀察到、積極的公民團體，究竟代表的是少數孤立人員的意見，還是代表廣泛大眾的意見。因此，客觀性的指標建構，便相對的重要。二代健保的公民參與組中，對於吸納社會團體代表的建言，便提出了代表性、組織強度與內部民主三項指標。

代表性的實質意涵在有限的委員名額中究竟如何體現，一直是委員會治理最大的難題之一。若我們將一個團體的利益分配可以做最細緻的切割，我們必須找出能代表最多利益的代表，在選擇上才能夠具備利益的代表性。例如：現今醫事團體有二十三個科別，若按照四個層級的醫療體系，我們可以把醫事團體的利益，切割為九十二個更為細部的利益團體。因此，在九十二的利益團體中，能夠代表愈多團體利益的團體，便具備了利益集中的代表性。也因此過去都是由醫療體系的四個層級去區別，因為其每個委員都代表了該層級二十三個科別的利益。但必須要說明的是，在現況中並不是每個利益團體都容易切割細部的利益，利益的切割與團體邊界的明確度有關，對於被保險人團體而言，利益的切割與整合的判斷就相對的困難。

組織強度與內部民主其實是揭示了同一個範疇的指標，也就是組織化強度的問題，這兩個指標又深刻的會影響組織代表性的強弱。在李玉春與林蕙卿分析支付標準協商模式的文章中即指出，協商破裂的原因除了客觀資料不足與技術性問題之外，更重要的是付費者與醫事服務機構的代表性問題：這個代表性問題所指涉的意涵，是指團體代表是否事先整合了團體成員的意見？有時同一團體成員間意見並未一致，或是前後非同一代表出席時，更有事後推翻前次之決議，或是有些團體由董事長出席，但亦被其他會員質疑其發言的代表性，影響協商的效率（李玉春、林蕙卿，1996：5）。事實上，衛生署現今也逐漸意識到相關的問題，雖然極力的要求「各團體代表理應先整合團體成員的意見，在凝聚共識後，再由單一代表提出訴求」，但還是會有協商多元紛亂且無效率的狀況

¹³ 「不要在我家後院症候群」(Not-In-My-Backyard Syndrome)，或簡稱「臨避」(NIMBY)症候群，以及 LULUs (Locally Unwanted Land Uses) 的等課題。「臨避」現象經常出現在許多重大的環保爭議中，主要是描述一種反對國家強制某些對社會整體而言是必要的政策，但是在地方上，卻強烈反對將當地作為政策目標的草根運動。「臨避」現象不僅在反對政策分析家以他們的家園作為政策規劃的目標，他們同時也反對政策分析家對問題的界定方式。因此政策的僵局乃是對立的各方，對於如何認定爭議焦點時，存在著明顯的差異，也對於什麼構成事實真相以及評估真相的工具所做的評估，有許多不同的定義及解釋，因而造成激烈的分歧。因此充分顯現出來的，不僅在於居民從自利角度出發，所展現出的捍衛家園的意志與決心；更重要地，是對於管理機制處理問題的方式，表達出深層的不信任(William & Matheny, 1995: 93)。

消極的衝突，無法具有積極解決問題的能力。

示了一個可能的狀況，便是沈默大眾的需求容易被忽略的問題。若從負面的角度來檢視，那些要求廣泛分享決策權力的巨大聲音，有可能試圖透過大嗓門來獲取人數不足可能缺失的權力；但倘若我們從正面的角度來詮釋，積極參與的團體通常參與的知能比較高，也比較清楚要爭取什麼。在我們所能觀察到人民團體的動員中，團體小但凝聚力強的團體，往往對於政策議題的參與採取積極主動的態度，因此容易被視為是應當納入決策體系的選擇。然由於聲音太小而未被聽到的要求，也有可能是代表了大多數人的利益。據此，對於如何關懷弱勢團體或沈默的廣泛大眾的利益，政府必須要去思考，這也似乎是在由上而下的選擇技術中，與由下而上可以互補的方法。

三、政府代表的選擇準則

除卻考慮到公眾的利益之外，管理者也應當考慮到其他的行動者，尤其是政府的行動者，他們可能與決策的問題有充分的利害相關性，也有可能要求參與決策。這些行動者主要是包括：一、同一政府機關的其他部門；二、同一政府層級的其他政府機關；三、其他政府層級的組織（Thomas, 1995）。

現今的政策由於牽涉議題的廣泛性，往往超越了傳統職能部門的界限，衛生署許多的政策都與經建會、環保署、內政部等部會相關。換言之，全民健保的問題，已經不是僅僅依賴某一個單一的政府部門來解決，除了與衛生單位有直接關係之外，與人口有關的內政部，以及財稅方面有關的財政部皆與全民健保的政策議題有直接與間接的關連性。換言之，讓其他相關的政府機關行動者參與解決政策問題，也就是跨部際、跨府際的共同治理關係，往往是現今政府治理過程中一個非常重要的特徵。

據此，當政策問題出現時，公共管理者應當考慮，哪些政府行動者應參與問題的決策。若是公共管理者遺漏掉重要的政府行動者，便會妨礙政府間彼此的合作，而合作正是決策執行必須的條件。

四、利害關係人觀點的選擇準則

「利害關係人」(stakeholder)原本應用在企管領域，用以分析企業生態環境

影響與利基。其真實的意涵意指：「那些能夠對一
或是受到組織目標達成影響的個人或是團體」，¹⁴

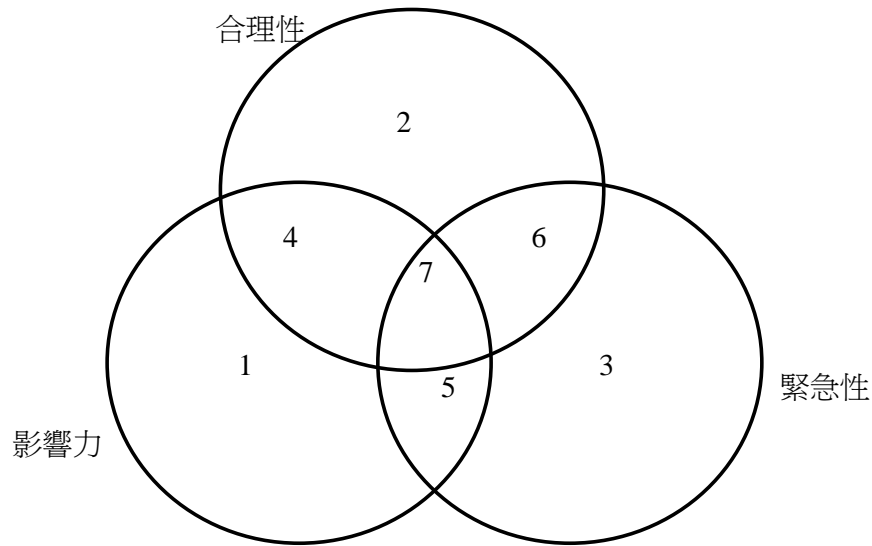
但是，這樣的定義如果應用到公共政策的領域來使用，可能會因為太過寬廣而導致無法有效聚焦的問題。因為政府所作的決策，大部分都是以全民為考量為之，而公共政策與私人公司的生產決策不同，當一項公共政策通過之後，所有的人人都必須遵守，具有由國家政權機關所賦予的強制力，因此，如果要將所有的人民都當作利害關係人，我們又回到了民主理論規範性範疇的原點，對實務工作的幫助可能不大。因此，Brinkerhoff and Crosby(2002: 142)就提出三個標準，來篩選政策利害關係人之間的相對重要性：

- (一) 如果一個組織對於該項政策在民眾支持上能夠產生建設或破壞的影響，這個組織必須被考量。(社會團體)
- (二) 如果一個組織的出現，能夠對政策合法化或是執行單位的正當性產生正面影響，這個組織必須被考量。(政府機關、政治團體)
- (三) 如果一個組織能夠影響政策的內涵與方向，這個組織也必須被考量。(專業團體)

綜括而言，前述的三項標準，主要又可以分為社會(壓力)團體、政府機關與政治團體、以及專業團體等三個找尋回答「誰的意見應該被考量？」問題的大方向。對於健保的兩會而言，最關鍵的問題，又何嘗不是如何指涉有能力、具有代表性的政策利害關係人納入決策圈，建構一個制度化的參與和協商管道。事實上，利害關係人的分析大多與政治可行性 (political feasibility) 的議題相連結，二代健保的規劃過程中，學者陳敦源等也曾經利用利害關係人的分析方法，透過對 52 名健保政策利害關係人的指涉與分析，嘗試找出影響健保政策的影響力機制 (劉宜君等，2005)。

¹⁴ 原文如下：öA Stakeholder is defined as an individual or group that makes a difference, or that can affect or be affected by the achievement of the organization's objects.ö(Brinkerhoff and Crosby, 2002: 141)

1、利害關係人類型圖



資料來源：Mitchell, Agle & Wood, 1997: 874

然若聚焦於政治的影響力，相對而言利害關係人的指涉又太過於遷就政治與菁英性格，無法顧及到社會中弱勢團體的代表性。因此，對於政策利害關係人的定義，在本研究中對政策的影響力僅是指標之一，我們仍需要在經驗中尋找能夠符合現實社會組成的原理原則，促使利害關係人的選擇機制符合社會比例原則。在利害關係人的特性的指涉上，Mitchell, Agle & Wood(1997)在*Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Count*一文中，指出利害關係人的判斷標準在於合理性 (legitimacy)¹⁵、影響力 (power)¹⁶以及緊急性 (urgency)¹⁷等三個標準。並以此三種利害關係人的特性為衡量基礎，建構了利害關係人的分類，如圖 2-1 所示。

最基本的利害關係者，便是僅有身兼合理性、影響力和緊急性特質的其中一種，其中 2 被稱可自由對待的利害關係人 (discretionary)、1 被稱為潛在的利害關係人 (dormant)、3 則被稱之為苛求的利害關係人 (demanding)。在兩兩交會處，也會出現具備兩兩交會特質的利害關係人，其中 4 被稱之為主要的利害

¹⁵ 合理性意指組織認為利害關係人對其權益要求的正當性與適切度，若以全民健保政策而言，被保險人團體或是醫事團體，均可向政府主張權利。

¹⁶ 影響力意指能影響組織原決策結果的能力，若以全民健保政策而言，我們大致可以將所謂的菁英決策者納入此一指標的指涉範圍內。

¹⁷ 緊急性意指利害關係人需要組織對其回應的緊急程度，事實上，大多依賴健保的多屬弱勢族群，相較於弱勢族群以外的民眾，弱勢族群對於健保的需求度較高，也較符合緊急性的指標定義。

為引起危險的利害關係人 (dangerous)、6 則被稱
ident)；其中，最為核心的部分，便是身兼三種
特質的利害關係人，此被稱為是決定性的利害關係人 (definitive stakeholder)。
對於兩會合一後的委員會而言，由於委員會的席次有限，勢必要藉以找出最為
核心的「決定性利害關係人」，也就是其利害關係人所具備的特質愈多，便愈具
代表各方的政策意見的身分。

當然，以上僅是一個非常粗略的區分方法，若作為本研究指涉利害關係人的
標準則略嫌不足。然而，政策利害關係人的分析對於本研究的意義，便是要
協助我們界定出利害關係人的範圍與數量，尤其委員會的組成必須兼具社會的
利益代表性，對於委員被選擇指標的建構，會直接影響到委員會的代表性與課
責性，也會影響到決策的品質。據此，我們應當從經驗的現象中，以理論為基
礎去尋找適合我國狀況的具體指標，以滿足二代健保中擴大社會參與的政策需
求。在本研究中，對於經驗現象的分析，主要便是透過如衛生署般行政院下的一
級單位內部的委員會，從事全面性對於代表產生與運作機制的比較分析與調
查。

五、小結

本研究的目的是之一，便是要協助委託單位找出足以判準參與委員會的選擇
指標，以建立有效的政策參與機制，政策利害關係人的確實定義與指涉，是委
員會成功運作的有效基礎。過去在二代健保的公民參與組中，便提出了在體制
內增加社會福利團體的建議，選擇的條件，便認為應該要選擇於內政部登記的
全國性社會團體，這些團體更應該具備代表性、組織強度與內部民主性的要件。
此外，本研究也認為，參與團體的專業性（參與知能）與對整個委員會運作的
效率性，也是選擇的要件之一。然對於社會科學的研究而言，任何的指涉與分
析，皆不必然對等於政治現實。由於民主政治有其浮動性，對於重要相關人民
團體的指涉結果，可能會因為人事調動(包括選舉)、環境因素改變(經濟景氣)、
或其他相關政策的變動而變動。因此，除了找出判斷的原則性指標外，對於利
害關係人分析的動態認知，是保持該分析價值最重要的原則。

根據前述，本研究初步彙整了四種現今較常使用指涉具有利益代表性人民
團體的準則，整理如下：

表 2-1、委員會代表選擇的準則

由上而下	公共管理者	主觀認定	<ol style="list-style-type: none"> 1、哪一類公民對政策問題感興趣？ 2、誰會？或者可能會受到決策的影響？ 3、劃定重要與不重要利益團體的分界線。 	<ol style="list-style-type: none"> 1、人民團體參與政策的積極性(與由下而上的方法配合)(專業性)。 2、政策產出所影響標的團體的範圍(代表性)。 3、依主客觀因素設定範圍,並在範圍中認定重要的行動參與者(代表性)。 	公共管理者無法廣泛的理解到誰重要誰不重要,往往容易忽略真正重要的團體。
由下而上	民間團體 專家學者 公共管理者	客觀指標	<ol style="list-style-type: none"> 1、人民團體自己本身對於公共政策參與的積極性(參與知能)。 2、人民團體自己本身的組織績效(組織強度)。 3、人民團體是否能有效整合內部意見(內部民主)。 4、其他人民團體對於該團體代表性的相互評比。 	<ol style="list-style-type: none"> 1、公聽會中屬於某個人民團體的出席人數與次數(專業性)。 2、公開發表政策意見的積極性(專業性)。 3、人民團體的組織績效。 <ul style="list-style-type: none"> ● 團體有多少固定成員,代表何種利益(代表性)。 ● 是否是內政部登記之全國性社團(代表性)。 ● 團體的組成規章、是否定期集會(組織強度)。 ● 是否有專任的行政人員與固定會址運作(組織強度)。 ● 團體的會議是否合於民主程序,是否能有效凝聚共識(內部民主)。 4、其他利害關係人對於該人民團體的代表性的看法(同類別推舉)。 	無法清楚釐清何者才是重要的利害關係人。會選就在表面上的可觀察性。人民團體間可能因為利益衝突不易協調。
政府代表	公共管理者	主觀認定	決策涉及到的跨部際與府際關係的單位。	無協同行動會妨礙政策達成的相關單位(效率性)。	若忽略可能造成跨部會層級治理的失敗。

利害關係人	公共管理者	主觀認定 客觀指標	<ol style="list-style-type: none"> 1、影響力。 2、合理性。 3、緊急性。 4、並從三者間相互重疊的多寡判斷利害關係人重要性。 	<ol style="list-style-type: none"> 1、如果一個組織對於該項政策在民眾支持上能夠產生建設或破壞的影響，這個組織必須被考量(社會團體)。 2、如果一個組織的出現，能夠對政策合法化或是執行單位的正當性產生正面影響，這個組織必須被考量(政府機關、政治團體)。 3、如果一個組織能夠影響政策的內涵與方向，這個組織也必須被考量(專業團體)。 	利害關係人的指涉又太過於遷就政治與菁英性格，無法顧及到社會中弱勢團體的代表性。
-------	-------	--------------	---	---	---

資料來源：本研究

五原則與推動策略

監理會與費協會作為一個行政部門內部的委員會，基於社會「統合主義」(Schmitter, 1974; 丁仁方, 1999)的理想性格，主要的目的是提供一個體制內的決策參與管道，並吸納社會團體進行政策協調與討論的空間。然而統合主義的治理機制，一直存在著嚴重的代表性問題（衛生署，2004c：14），統合主義的理想，在經驗層次上也沒有一個明確指涉的標準可供參照。因此，在理論操作的意義上，政策利害關係人的定義與指涉，Buchanan and Tullock 的「最適多數決」(optimal majority)原理，¹⁸以及委員會的組成和運作，事實上與統合主義所形成的參與機制是息息相關，環環相扣的理論意涵。委員會組成與運作最大問題，便在於委員會的人數與質量，其中委員的人數牽涉到決策與外部成本的高或低，以及決策的效率，委員的質量是在於利害關係人的指涉是否能夠有助於我們解決實務上的需求。因此，彼此間的理論意涵建構了遙相呼應的連結。

事實上，委員會已成為行政部門公共治理的一部份，然對於委員會的功能和形式，仍有諸多的疑問。問題在於：這些委員會機構代表了誰的利益？他們是否做出代表公共利益的決策？是代表委任其擔任委員的行政首長的意志？或是代表了特定社會、經濟以及政治的利益和要求？也遭致了對委員會管理模式的諸多疑竇（Corkery & Wettenhall, 1990；Mitchell, 1997）。在 Mitchell 的 *Representation in Government Boards and Commissions* (1997) 一文中，認為行政部門內委員會的組成，大致上建立在以下四種形式：

- (一) 委託代表制 (Trustee Representation)：認為委員的組成與運作，必須價值中立，才能遠離政治的紛擾，制訂有利於民眾的政策。
- (二) 授權代表制 (Delegate Representation)：認為委員的組成與運作，都應該為其任命他們的官員效力，因此任命者與委員是建立在委託代理的關係形式上。

¹⁸ 決策的集體行動，被 Buchanan and Tullock 建構為所謂的「最適多數決」(optimal majority)原理。其遵循經濟學尊重個人「自願交換」(voluntary exchange)的傳統，思考公共決策的強制力(coercive power)，應該在什麼樣的決策制度之下，才可被視為是正當的？他們初步的答案是「全體同意」(unanimity rule)，理由是公權力如果是在全體同意的狀況之下實行，每個人因公權力對自己所產生的「外部成本」最小，也就是說，沒有一個人是被迫接受統治的狀態之下，社會集體的福祉就是極大化。然而，Buchanan and Tullock(1962)也認為，個人參與決策的行動本身，也會耗費資源的，也就是說，越多的人參與，所耗費的「決策時間成本」將會越高，因此，最適社會「共識」(consensus)的產生，是一個平衡外部成本與決策成本的計算(calculus)，因為，讓越多的人參與公共決策，雖然能夠降低公共決策的外部成本，但是，卻會增加決策成本，而「最適參與」就是極小化兩種成本的總合。

representation)：認為委員會應該賦予公民參與決策少數及弱勢族群開機會之窗，委員會的組成，應兼顧社會的利益多樣性。

- (四) 象徵代表制 (Symbolic Representation)：這個觀點的學者，大多認為委員會的組成，其功能不過是橡皮圖章，僅在為政府部門的政策背書。

由於行政部門委員會在執行的過程中，常感失效無能，推其癥結所在，不外是主管機關對其授權不足，或是議事的委員人數、代表性及規程不符合委員會性質。對社會團體而言，委員會提供的是一種是體制內政策的參與感，對行政部門而言，是政策與行政合法化的依據。進言之，委員會機制的設計，會促使原本被拒絕在體制外的利害關係人，因為參與感（或稱政策效能感）的提升，導致決策較容易為社會大眾所接受，降低決策的外部成本。然委員會也有可能因為制度設計的問題，導致決策成本增高，由於妥協性的結果，若政策效果不理想，也容易導致推諉塞責的情況。

從 E. C. Hirzy 的 *Non-profit Board Committees: How to Make Them Work?* (1993) 一書中，也認為委員會的人數，應當要隨委員會的目的，需求與責任來選擇，若委員人數過多，有些委員會沒有參與感，若過少，又會代表性不足。在 R. W. Crawford 的 *On Board: Guiding Principles for Trustees of Not-for-Profit Organizations* (1991: 13) 一書中，也提及委員會的人數沒有一個絕對的標準，必須要視委員會的功能而定，但委員若超過 23 個，議事就有無效率的可能。在 Mitchell (1997) 的研究中，其認為委員會的人數，會與上述以身分代表制的原則所建立的委員會有正向的關係，尤其以身分代表制為主的委員會，人數大多有九人以上，且身分代表制的委員會，其建立的目標也較著重在政策制訂的功能。

委員會的成員，應由其設置的目標來決定，對於兩會合一，最重要的便是財務收支連動與擴大社會參與，在理論上，應該是偏向身分代表制的組成原則。然關於委員會的大小，並沒有一個可資借用的理論和原則(彭文賢，1996: 176)。哈佛大學的社會關係研究所 (The Laboratory of Social Relations at Harvard University)，仍然針對委員會的組成，訂出四項有效的指引原則：

- (一) 只要不需包括各種觀點和消息情報因素時，委員會的委員最好不要超過七個，因為人數愈多，溝通愈困難，目標愈分歧。
- (二) 如果委員之間，因為嚴重的政策爭議而發生權力衝突時，人數最好不要僅有兩到三人組成，因為在衝突的狀況下，人數多有助於權力的妥

導者和數個屬員組成，最好由兩個領導者組成，一個負責工作進行的工作領導者（task leader），一個負責妥協和整合的社會領導者（social leader）。選擇委員時，最好採取多元的領導。

- (四) 委員應該從所有利害關係人中選出，從最核心的組織到中庸，再到被動人選。若委員會全部都由最核心的人員組成時，便容易發生激烈衝突的現象，但若全部由被動的人選組成時，一方面是代表性有疑慮，二方面是決策可能缺乏專業用心，導致暮氣沈沈。

就現實的政府決策而言，現今充斥著諸多「委員會治國」的現象，導致傳統以來由政務人員負責決策，事務人員負責執行的現象產生的極大的變化，特別是「民主課責」(democratic accountability; Przeworski, Stokes, and Manin, 1999)的問題，更是引起行政學界的注目，也開始在思考應如何完備委員會治國的正當性。委員會的運作，並不能脫離憲政框架的規範，也非是行政部門逃避民眾責難的策略，委員會所應具備的實質權力與責任，都應立足於權責相符的制度環境下，才有可能進行良善的治理。這部分的文獻，將於後續研究時補綴並整理，以供後續研究參考。

回歸到本研究的議題，若要提升兩會合一的決策成效，除了委員人數與素質外，還有議事規則與領導人員的問題，但議事規則並沒有一個放諸四海皆準的準則，仍須視委員會的性質而定。然相關的制度設計，本研究將配合對利害關係人的問卷與焦點團體訪談，再作更進一步的確認。

第四節 小結：建構一個制度化的民主參與機制

隨著民主化的浪潮襲捲台灣，行政部門運作的正當性的產生重大變化，單一權威決策體系的時代已然過去，取而代之的是一個充滿各種利害關係人的政策環境，在這樣的政策環境中，政府必須同時具備回應性與責任性。一方面是對於社會的偏好做出必要的回應，另一方面則是具備洞燭機先的能力，主動積極而非被動瞭解人民需求。據此，瞭解、涉入、吸納並引導社會的脈動，已成爲當今政府部門不可或缺的核心能力之一。透過社會統合主義的基本治理原則，政府部門中設立委員會以吸納社會的不同利益，監理會與費協會的成立便是其中之一，兩會合一的政策倡議更是要強化社會參與機制，使委員會具備代

透過政策利害關係人的指涉與定義，來找尋委員
下制度設計的理論意涵，若以政策利害關係人的
指涉為核心，我們可以歸納為以下幾點：

- 第一、政策利害關係人的參與，已是一個不可阻擋的潮流，政府與民間團體在政策場域中共同治理的政策協調機制，已愈發成為現今政府擴大民意基礎的制度設計，其中之一便是具有政策規劃參與和決策執行監督的功能委員會。
- 第二、與其讓民間團體利用體制外的方式影響政策，不如透過行政部門主動吸納的方式，可以減少決策的外部成本。
- 第三、政策利害關係人對於決策的參與，並非愈多愈好，愈多行動者吸納入決策體系，便會造成決策體系的負載，增高決策的時間成本，但倘若人數不足，又會無法降低決策外部成本。
- 第四、從政策利害關係人的角度而言，要有效管理政策利害關係人的關係，便要有效指涉最核心的利害關係人，並將之吸納入決策體系。吸納入決策體系的利害關係人，便是委員會管理的問題。
- 第五、委員會的人數、運作規則，並沒有一個放諸四海皆準的標準。制度設計上是因時、因地、因人，必須放置於其系絡來檢視。台灣的全民健保體系有其政治環境與獨特性，若要進行理性（rationalism）的分析，在政治可行性上似乎較不可行，現實上可能僅能針對現狀的委員組成做漸進式（incrementalism）的調整。

事實上，綜合上述的原則來看，委員會運作的成功與否，委員選擇是否具備代表性是第一個要被考慮的因素，代表性的完備性是委員會決策合法性的基礎。此外，便是委員的效率性與專業性功能，這分別代表了委員選擇必須被考慮的因素，還有人數的問題以及參與能力的問題。這些指標與一個委員會的運作良窳息息相關。

以上是本研究從理論的梳理中，所歸納有關為達本研究分析目的的原理原則。兩會合一既屬於政策協調與監理機制，擴大行政決策的民主化參與，建立權責相符的監理制度，一直是制度設計的最高指導原則，也是本研究所欲解答的研究問題。



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

本研究從實用的角度，以現有文獻蒐集、菁英問卷調查以及焦點團體訪談作為本研究的資料蒐集方法，並透過前述資料的分析以解答本研究所欲回答的問題。在操作上，運用的資料蒐集與分析方式分述如下：

第一節 資料蒐集方法

一、現有文獻蒐集

為使對研究議題有一基本之瞭解，首先必須進行靜態文獻的蒐集、檢閱與分析。一方面是建立理論的基礎，另一方面則是希望透過基本的文獻可以先對我國全民健保相關組織體制與制度運作的歷史背景有一初步的瞭解。因而在資料蒐集方面，現有及第二手資料的蒐集可分為以下三個部分：

- (一) 蒐集分析利害關係人指涉與委員會理論，以及過去的相關研究文獻。尤其是監理會與費協會相關的研究報告方面，更要蒐集到直接與運作現狀和改革主張相關的研究報告、期刊論文、報紙媒體等文獻。上述資料的取得，本計畫主要是透過「國內圖書館虛擬聯合目錄」、「國家圖書館之博碩士論文索引系統」、「國家圖書館之中華民國期刊論文影像系統」與「政治大學之英文期刊電子全文資料庫」中的摘要資料庫、ARL 全文期刊清單系統、各大報全文搜尋系統、以及國會議事系統來搜尋。此外，對於全民健保制度的研究報告，本計畫主要蒐集自衛生署、健保局及國民健康局相關的研究報告。
- (二) 蒐集我國全民健保有關監理、費協改革方向，現行的制度法規以及國外相關的制度運作設計。例如：《全民健康保險法》、《全民健康保險監理委員會組織規程》、《全民健康保險醫療費用協定委員會組織規程》等法規條文

門的改革方案，包括全民健保體檢小組、二代健保方案，以作為分析我國全民健保體制內社會參與的基礎。

- (三) 蒐集監理會與費協會自開議以來，所有會議的會議紀錄內容，從當中進行內容分析，以瞭解各代表的出席率，發言狀況與參與度，以及相關的討論議題。藉以客觀評估過去監理、費協兩會運作的狀況。其中監理會的部分，我們蒐集到從第一次至今總計 132 次的會議紀錄；費協會的部分，則蒐集了 118 次的會議紀錄。監理會的部分，我們還會將過去監理會歷年來的提案做一深入的分析，以瞭解過去監理委員會功能的運作情形。

二、菁英問卷調查

從上述的文獻檢閱中，對實務部分的分析而言，有助於本研究瞭解我國全民健保組織體制發展的歷史背景，兩會合一的需求與改革方向。然對於整體制度運作的評估、政策利害關係人的指涉、以及對於未來制度設計的方向，我們仍需要借重過去曾經參與過監理與費協委員會，以及其他重要利害關係人的問卷調查，以作為本研究判斷的基礎。

(一) 問卷設計

以問卷調查的方式作為對監理會研究的基礎，在過去已有辛炳隆所主持的《全民健保保險組織體制與運作模式之探討》，以及郝鳳鳴及黃異所主持的《全民健康保險監理組織體制之法律規範》等兩個研究。辛炳隆的報告中所設計的問題，區分為現制評估與組織體制改革兩部份，大部分的問題都是類別尺度的問題，主要想瞭解受訪者贊成不贊成的觀感，最大的好處是受訪者在填答問卷時好選擇，較不易有負擔。此外，郝鳳鳴及黃異的報告中所設計的問題，大多是屬於開放式的題目，較可以詳盡的表達受訪者對問題的意見，但其缺點是卻容易造成受訪者回答問題上的壓力，作答時間也會較長，也會造成訪員施測的成本，回收率可能較差。本研究以上為基礎，在格式上，採取兩者之長，有些問題以類別尺度來分析，在比較少數需要詳解的問題上，才使用開放式的問題，當中並就一些態度性的問題分析順序尺度的題目，希望不至於造成受訪者過大的負擔。在整體的架構上，皆以委員會的代表性、效率性與專業性，以及是否



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

的制度設計等標準為基礎進行設計。主要的分析
評估，二是對未來兩會合一後監理會的組織設計
的意見。相關設計原則請詳見下表，問卷請詳見附件一。

<p>代表性</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 政策產出所影響標的團體的範圍。 2. 依主客觀因素設定範圍，並在範圍中認定重要的行動參與者。 3. 是否是內政部登記之全國性社團。 4. 其他利害關係人對於該人民團體的代表性的看法。 	<p>題 2、監理委員會的委員中，您覺得哪一類的委員會有代表性不足的問題？</p> <p>題 14、費協會的委員中，您覺得哪一類的委員有代表性不足的問題？</p> <p>題 36、您認為兩會合一後健保監理會成員總人數應該是多少？應該包括哪些人？人數各應為多少？專任比例？（請衡量總人數是否為理想人數）</p> <p>36-1. 總人數為：_____人</p> <p>36-2. 成員分類與人數</p> <p><input type="checkbox"/> 1.專家學者，_____人</p> <p><input type="checkbox"/> 2.被保險人，_____人</p> <p><input type="checkbox"/> 3.雇主代表，_____人</p> <p><input type="checkbox"/> 4.醫事服務機構，_____人</p> <p><input type="checkbox"/> 5.相關政府機關代表，_____人</p> <p><input type="checkbox"/> 6.其他，請說明：_____，_____人</p> <p>36-3. 就委員的專兼任而言，您覺得上述委員總的來說應該有_____ %是專任委員。</p> <p>題 37、承上題，您認為兩會合一後的健保監理會，若面臨必須投票表決的議案時，哪些委員應具備投票權？</p> <p>題 43、您認為選擇參與健保監理會的社會團體（被保險人、雇主、醫事機構）時應考量哪些指標？</p> <p>題 46、您認為健保監理會委員代表應如何產生？</p>
<p>效率性</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 無協同行動會妨礙政策達成的相關單位。 2. 如果一個組織對於該項政策在民眾支持上能夠產生建設或破壞的影響，這個組織必須被考量。 3. 如果一個組織的出現，能夠對政策合法化或是執行單位的正當性產生正面影響，這個組織必須被考量。 4. 如果一個組織能夠影響政策的內涵與方向，這個組織也必須被考量。 5. 委員會議人數與運作機制。 	<p>題 9、委員人數是議事效率的關鍵，監理委員會目前的委員數 29 人，您認為是否恰當？</p> <p>題 23、委員人數是議事效率的關鍵，費協會目前的委員數 27 人，您認為是否恰當？</p> <p>題 11、有人認為監理委員會在開會時無法充分討論與交流各方意見，您認為原因有哪些？</p>

專業性	<ul style="list-style-type: none"> 1、公聽會中屬於某個人團體的出席人數與次數。 2、公開發表政策意見的積極性。 3、團體參與健保政策的專業知能。 	<p>題 3、參與能力為委員考量標準之一，在監理會的委員中，您覺得哪一類別代表較不具備健保議題相關知識？</p> <p>題 15、參與能力為委員考量標準之一，在費協會委員，您覺得哪類代表健保議題相關知識較為不足？</p> <p>題 26、您認為參與費協會的委員應具備下列哪些專業背景？</p>
內部民主	<ul style="list-style-type: none"> 1、團體的會議是否合於民主程序，是否能有效凝聚共識。 	<p>題 43、您認為選擇參與健保監理會的社會團體（被保險人、雇主、醫事機構）時應考量哪些指標？</p> <p>題 45、您認為健保監理會委員代表應如何產生？</p>
權責相符	<ul style="list-style-type: none"> 1、兩會的法理上的權限、運作與決議，是否符合權力愈大，責任愈高的原則？ 	<p>題 1、現今監理會附屬於行政院衛生署，是否適當？</p> <p>題 13、現今費協會附屬於行政院衛生署，是否適當？</p> <p>題 28、您是否同意，現行組織體制下，監理會有決定健保收入的權力？</p> <p>題 29、您是否同意，現行組織體制下，費協會有決定健保支出的實質權力？</p> <p>題 30、您是否同意，現行組織體制下，監理會與費協會之間能夠對收支議題進行有意義的互動？</p> <p>題 35、您認為兩會合一後健保監理會組織隸屬關係為何？</p> <p>題 41、您認為兩會合一後健保監理會的決議是否應對衛生署決策具有約束力？</p> <p>題 42、如果健保監理會決議對衛生署具約束力，是否贊成主任委員應到立法院備詢？</p>

<p>制度設計</p>	<p>以權責相符為原則，並測量受訪者在代表性、專業性與效率性對各評比方案的態度。</p>	<p>題 38、現今監理委員會與費協會委員任期皆為 2 年，您認為兩會合一後健保監理會委員的任期應為幾年？ _____年</p> <p>題 39、現今監理委員會與費協會主任委員皆為兼任，您認為兩會合一後健保監理會之主任委員是否應為專職？</p> <p>題 40、現今監理委員會與費協會主委為主管機關指派，您認為兩會合一後的健保監理會主任委員應如何產生？</p> <p>題 44、您認為進入健保監理會之後委員的議事，應以何種指標衡量其表現？</p> <p>題 47、您認為健保收支財務操作應該遵循哪些原則？</p> <p>題 48、您認為兩會合一後監理會會議運作模式應該採取？</p> <p>題 49、兩會合一後健保監理會應多久召開一次？</p> <p>題 50、若遇重大決議事項，認為有擴大參與之必要時，健保監理會是否具有啟動公民參與機制的權力？</p> <p>題 51、承上題，如果具備啟動公民參與機制的權力，應該以何種形式為之？</p> <p>題 52、您認為兩會合一後，就支援專任委員的行政資源而言，應包含哪些項目？</p> <p>題 53、兩會合一後的監理會與健保小組間的業務關係，應調整為？</p> <p>下列為兩會合一後可能的費用協商機制四個方案：</p> <p>類型 A：健保監理會所有委員包含買賣雙方一同於委員會議中協商。</p> <p>類型 B：在健保監理會下，另設一費用協定小組討論費用協定，包含數量相等的買賣雙方委員。健保監理會委員會議不能推翻費用協定小組對於費用協議的決議。</p> <p>類型 C：在健保監理會下，另設一費用協定小組討論費用協定，包含數量相等的買賣雙方委員。健保監理會委員會議有權力推翻費用協定小組的決議。</p> <p>類型 D：健保監理會僅由買方委員組成（被保險人、雇主），並與委員會以外醫事團體所組成的協商代表進行對等協商。</p> <p>題 54、您認為上述類型在費用協商效率方面最具有效性為何？</p> <p>題 55、上述類型在收支連動方面最具有效性為何？</p> <p>題 56、上述類型在對等協商方面最具有效性為何？</p> <p>題 57、上述類型在公民參與方面最具有效性為何？</p> <p>題 58、以下請您對兩會合一後費用協商四個價值（費用協商效率、收支連動、對等協商、公民參與），做出相對重要性的評價。</p>
-------------	--	---

功能評估	以目前費協會與監理委員會應具備的功能從事受訪者態度的分析。	<p>題 4、以監理委員會的政策諮詢與建議功能而言，您覺得衛生署對監理委員會所提之決議的採納程度為何？</p> <p>題 5、有人說衛生署並不重視監理委員會的決議，您認為其主要原因為何？</p> <p>題 6、以監理委員會的監理功能而言，您覺得監理委員會對健保局的業務是否能充分發揮監理功能？</p> <p>題 7、有人說監理委員會無法充分發揮監理健保局的功能，您認為未能發揮足夠正面效益的主要原因為何？</p> <p>題 16、費協會的主要功能之一是協定醫療給付支出總額，請問該功能的運作？</p> <p>題 17、醫療支出總額的決定過程中，哪類委員的影響力最大？</p> <p>題 18、費協會另一個主要功能是總額支出分配，請問該功能的運作？</p> <p>題 19、醫療總額分配需要醫事團體的協商能力，以保障團體權益，請問哪類委員的協商能力最強？</p> <p>題 20、醫療總額分配需要醫事團體的自我組織能力，以落實分配到的預算，請問哪類團體的自我組織能力最強？</p> <p>題 21、總額預算制度是否能有效節制醫療資源的浪費？</p> <p>題 22、您是否認為「費協會委員確實能代表其單位，對全民健保的總額分配盡充分協商責任？」</p> <p>題 24、您是否認為「費協會委員開會時意見皆能充分討論與交流？」</p> <p>題 25、有人認為費協會在開會時無法充分討論與交流各方意見，您認為原因有哪些？</p> <p>題 27、現行健保組織下收支關係的互動，監理會與費協會是否有協調溝通不良的問題？</p> <p>題 31、現行健保的組織體制當中，監理會與費協會之間的互動是否順暢？</p> <p>題 32、現行健保的組織體制當中，健保小組與監理會之間的互動是否順暢？</p> <p>題 33、現行健保的組織體制當中，健保小組與費協會之間的互動是否順暢？</p>
其他		<p>題 34、您是否贊成二代建保修法中，將監理會與費協會合併成爲一個「全民健康保險監理會」(兩會合一)的作法？</p>

資料來源：本研究

於問卷可以一次性的針對所有的政策菁英進行意見蒐集上具有更強的普遍性。在菁英問卷的設計上，透過初步的蒐集、檢閱相關文獻，理解研究問題之後，本研究團隊建構了問卷的初稿。初稿的部分透過具備健保議題專業學者專家與行政人員共計五名進行前測，修正了若干題意不清的部分，進一步完備問卷問題的精準性與可測性。在樣本的選擇上，本研究將從文獻中與現實考量採取立意抽樣的方式，擇取相關的政策菁英進行問卷調查與深度訪談。由於兩會合一的議題頗具特殊性與專業性，大多數的民眾並不見得理解，故將不以一般的民眾為訪談與問卷調查的對象。

（二）問卷抽樣與回收

本研究菁英問卷分析的母體大致上可以區分為三部分：一是監理、費協的現在與過去的委員，扣除掉重複的部分，¹⁹總數共有 120 人；二是與兩會有關的行政部門人員，這一部份包含了監理會、費協會、健保小組以及健保局，共計 38 人；三則是從二代健保後曾參與過兩會合一設計方案的學者專家，這個部分共計 20 人，整個母體共有 178 人。原則上，本研究希望以普查的方式為主，但因涉及回收率的問題，本研究初估可獲得的最小樣本數為現任監理會與費協會的委員，再加上一些行政人員與專家學者，共計約 50 人。在發放問卷時，本研究透過監理會的協助拿到受訪者的名單，並進一步再擴及到過去的監理會委員。本研究團隊於 2006 年十月左右透過監理會郵寄發放第一波問卷，費協會與學者專家的部分則透過本研究團隊自行寄送，並於 11 月 3 日進行回收，因回收率不甚理想，因而將回收展延至 11 月 30 日，並在 11 月 25 日左右進行信件催收。到 11 月 30 日為止總計回收 59 份，回收率為 33% (59/178)。問卷中開放式的問卷問題，本研究將各受訪者答案整理詳列附錄二。

三、深度訪談

深度訪談在本研究中一方面是設計問卷的前置作業，二方面又可補充問卷調查結果的不足。初期的訪談以瞭解兩會運作的問題為主，訪談的對象則是以

¹⁹ 此處重複的部分指涉兩種狀況，第一、歷年來的委員代表有重複的，以一人計算；第二、監理與費協有重複的，也是以一人計算。

主任委員、委員、行政幕僚、或是曾經有相關問題則是針對兩會合一後的運作，委員可能的組成與代表性的問題進行評估。對於訪談稿的信效度的掌握，本研究擬在繕打逐字稿之後，將初稿與訪談校度評核表再寄回給受訪者檢驗，務必經過受訪者再一次的確認之後，才會定稿。深度訪談的問卷及效度評核表詳見附錄四及附錄五，逐字稿詳見附件六。若在資料分析過程中覺得前述的分析有缺漏的地方，也會再進一步透過更多的訪談後續補足，訪談人數因為時間與資源的關係，以不超過十人為原則。相關受訪者羅列如下：

表 3-2、受訪者列表

A	行政部門人員	受訪者辦公室	2006/08/02	參與監理會	v
B	監理會委員	受訪者辦公室	2006/08/07	參與監理會	v
C	監理會委員	立法院議事廳	2006/08/15	參與監理會	v
D	監理會委員	受訪者辦公室	2006/08/22	參與監理會	v
E	教授	受訪者辦公室	2006/10/24	學者、行政部門	v
F	監理會委員	咖啡廳	2006/11/09	參與監理會	v
G	費協會委員	受訪者辦公室	2006/11/13	參與費協會	v
H	費協會前委員	受訪者辦公室	2006/11/14	曾參與費協會	v
I	教授	受訪者辦公室	2006/11/16	學者、行政部門	v
J	行政部門人員	受訪者辦公室	2006/11/28	行政部門	v

資料來源：本研究

四、焦點團體座談

本研究採取焦點團體訪談，主要是基於問卷與訪談有一初步結果之後，依據此一分析的結果，進一步規劃兩會合一後的運作方案，再針對一些細部的問題，以團體討論的方式凝聚共識，以作為本規劃研究最後政策建議的參考。本研究的焦點團體對象，將立基於文獻檢閱、問卷調查與深度訪談後的分析結果來選取焦點團體，原則上仍不脫離過去曾參與過監理會或費協會的委員、各類別團體代表、政府部門的相關人員、專家學者等等。每一次的焦點團體座談，

的成員與會，不會偏廢任何一個委員會。焦點團
以兩會的委員為主，時間為 2006 年 11 月 24 日，
地點在衛生署 604 會議室，第二場則是以曾經參與過二代健保制度設計的學者
專家為主，時間為 2006 年 12 月 8 日，地點為政治大學社科院選舉研究中心的
焦點團體研討室。

在進行焦點團體訪談之前，會依據之前問卷與訪談的經驗與結果，先初步
規劃兩個可供討論的方案，並設計相關的討論題綱，讓不同焦點團體對於委員
會成員的選取、指標與代表性的建立，委員會的組成與運作，如何平衡權責的
設計，還有其與其他健保業務相關部門的關係等議題，一一表達其看法，座談
的相關參考資料請參照附件七，所蒐集的資料將成為本研究提出政策建議的基
礎。

五、參與觀察

本研究也希望於費協、監理兩會委員會開會時，能夠以研究者的身分列席
參與會議的進行，並進一步透過實際的觀察，瞭解兩會的運作，以及現今委員
會開會的實際狀況，以彌補文獻之不足。透過參與觀察的方式，可以較為細緻
的觀察到會議進行時委員真實互動的狀況，發言的情形，以及討論的內容，開
會的氣氛等等，真實的互動狀況無法透過會議紀錄的內容分析所無法瞭解，僅
有在真實的情境下去理解。

有關於參與觀察的結果，在研究進行中會將其融入菁英問卷、訪談及焦點
團體討論的問題，對於本研究團隊瞭解兩會互動上問題的癥結有極大的幫助。
相關記錄詳見附件八。

第二節 資料分析方法

一、內容分析

內容分析法作為分析資料的引導方針。內容分析法，從分析的內容作有效的推論而及於背景涵義，是針對文字形式的傳播媒介進行分析的一種研究工具（王石番，1991）。因此，對於文字內容的解讀與分類，研究者依據資料的內容，將文件中的文字，或是焦點團體的訪談結果，以理論的方法歸類成很少的幾個內容類別，以客觀系統化的步驟，把文件內容所傳達的訊息加以分類統計，並根據這些分類的資料作敘述性的解釋。

根據內容分析法的原理原則，本研究主要的整理和分析步驟如下：

1. 謄寫逐字稿

將個案訪談的錄音帶，並以忠於訪談者的用語為原則，完成逐字的謄寫。

2. 進行編碼（open coding）

本研究採取開放編碼的方式，在筆者詳細閱讀受訪者的回答之後，依照研究目的從訪談逐字稿中圈出關鍵字句與受訪者所要表達的意念，於記錄空白處寫下評注與感想，並對這些關鍵意義給予命名，或分別註明類別。

3. 建構類屬

初步先以訪談大綱問題為架構，根據每位受訪者回答該問題的特質，按性質分類，形成分析的主題。從各個受訪者中的紀錄找出對同一事件共同的描述，並依序對同一分析主題下的相同或不同情形做歸納整理。

4. 文獻印證

在質性的研究中，蒐集、回顧文獻的工作應是一持續性（ongoing）的工作，除了在研究初期文獻蒐集階段之外，在資料分析的階段仍須持續蒐集與本研究個案有關之文獻，與訪談資料做比較與印證，同時也協助筆者在進行分析工作時補充訪談不足之處，並隨時引發研究者更多的思考與創造。

5. 建構類型與概念化

將上述歸納之結果，依據所涵蓋的意義與內容，統一賦予一個適當的概念名詞。

6. 資料的引證與呈現

引用受訪者自我陳述的第一手資料，來作為研究中的引證實例，藉此來輔

本研究將深度訪談稿的內容透過同意上述的邏輯彙整，各受訪者的意見的結構性整理請詳參附錄九。透過對文本資料內容分析法的解讀步驟，能給予研究者一個計畫性的架構，以及一個新的研究過程，相對而言，也減少研究者本身在處理資料上的主觀性，增強研究結果的信、效度。

二、量化分析

針對兩會會議內容的分析，以及回收的有效問卷，本研究係以 SPSS for Windows 11.5 及 Excel 的套裝軟體來進行資料分析。在樣本比例的掌握上，本研究將配合發送母體的委員、行政人員與學者專家各類別比例與回收樣本的比例，進行加權。其中兩會內容分析會依照會議內容，與本研究所欲探討的變項找出委員的出席率、每次會議的發言數以及每次會議的提案數，進行資料過錄與分析；問卷的部分，考量研究變項的性質差異，問題的複雜度，以及統計方法的適用性等問題，除卻基本的資料分析之外，將著重於對受訪者提供半開放式的問卷分析，在分析的複雜度上也會增加許多。

在資料處理上，本研究將一整大題未作答的問卷，或是有相當大比例未作答的問卷，視為是無效問卷，本研究回收的 59 份問卷皆無此情形，故都視為有效問卷。本研究先將回收的問卷以委員、行政部門人員與專家學者三個部分作次數分配，結果發現原本的分配 (26: 24: 5) 與母體的 120: 38: 20 相去甚遠，無法推估母體的意見，以無母數檢定的 p 值過於顯著 ($p=0.000\sim, <0.05$)，故決定使用加權的方式，讓整個回收的問卷樣本符合母體比例 ($p=0.624, >0.05$)。經過加權調整，整個樣本比例的分配狀況如下²⁰：

表 3-3、基本資料次數分配表

性別	男	41	68.7
	女	16	27.2
	遺漏值	2	4.1

²⁰ 未經加權的次數分配請詳見附錄三。

		0	0
		3	4.8
	專科	1	1.7
	大學	13	21.2
	碩士	28	47.2
	博士	15	25.1
	遺漏值	0	0
年齡	20 歲以下	0	0
	20-29 歲	0	.8
	30-39 歲	13	21.6
	40-49 歲	18	30.2
	50-59 歲	18	31.2
	60 歲以上	10	16.2
	遺漏值	0	0
最高學歷領域	經濟財務	4	6.5
	醫療保險	9	15.4
	公共行政與政策	6	10.4
	法律	2	3.2
	保險	2	4.2
	醫院管理	11	18.3
	公共衛生	6	9.5
	社會福利	8	13.0
	其他	6	10.6
	遺漏值	5	8.9
參與委員會	只有監理會	18	30.7
	只有費協會	3	4.8
	兩者皆有	19	32.4
	兩者皆未	19	32.1
	遺漏值	0	0
代表委員身分	專家學者	6	9.7
	被保險人	4	7.3
	雇主代表	4	7.3
	醫事服務機構	9	14.5
	相關政府機關代表	14	24.2
	非委員代表(行政部門人員)	12	19.9
	非委員代表(專家學者)	6	10.5
	其他	1	1.7
	遺漏值	3	5.1

次數最多回覆意見者。

表 3-2 可以瞭解本問卷回收樣本的基本資料結構，以性別比例而言，受訪者當中男性有 41 位（68.7%），女性有 16 位（27.2%），可見整個與監理、費協兩會有關的委員、行政部門人員與學者專家是以男性居多；以教育程度來說，最多的是碩士學歷，佔了 28 位（47.2%），博士佔了第二高的順位，共計有 15 位（25.1%），其餘的大學有 13 位（21.2%），專科 1 位（1.7%），高中高職 3 位（4.8%），可見受訪者中，高學歷的比重非常的明顯。

以年齡來講，受訪者沒有人在 30 歲以下，30-39 歲的佔 13 名（21.6%），40-49 的歲佔 18 名（30.2%），50-59 歲也佔 18 名（31.2%），60 歲以上則佔 10 位（16.2%），可見大部分的受訪者皆是中壯年以上的社會菁英，從 30 歲以上的分佈也相當的平均；在受訪者的專長領域上，醫院管理的部分佔 11 位（18.3%），是比例中最高的，此外醫療保險的專業佔有 9 名（15.4%），是在比例中佔第二高，第三高的則是社會福利方面的專業，共計有 8 名（13.0%），公共行政與政策有 6 位（10.4%），其餘的在比例分配上則不超過十；在委員會的參與上，只參與過監理委員會的有 18 名（30.7%），只參與過費協會的有 3 名（4.8%），兩者皆參與過的有 18 名（32.4%），兩者皆未參與過的也有 18 名（32.1%）；在身分別的比例分配上，相關政府代表佔回答人數比例最高，有 14 名（24.2%）；非委員的行政部門人員則有 12 名（19.9%），醫事服務機構則有 9 名（14.5%）。

第三節 研究流程

綜上所述，本研究之進行流程如下圖所示。本研究之進行可概分三個階段，第一階段為背景資料及文獻的蒐集與探討，並建立觀念性架構，觀念性的架構主要如前述所論，梳理有關公民參與政策決策、利害關係人的定義與指涉，以及行政部門委員會的運作的相關文獻，進一步建構具可操作性的研究設計與導引。除了理論與過去背景的瞭解外，在第一階段中，也將檢視國外的民眾參與委員會的相關機制，進行一個經驗現象的理解，以期能歸納一些初步的指標，以供後續的分析。

建立起觀念性架構後，本研究以其為基礎，開始進行第二階段的工作。第二階段為問卷設計，焦點訪談、菁英問卷調查與回收，並透過對監理、費協兩

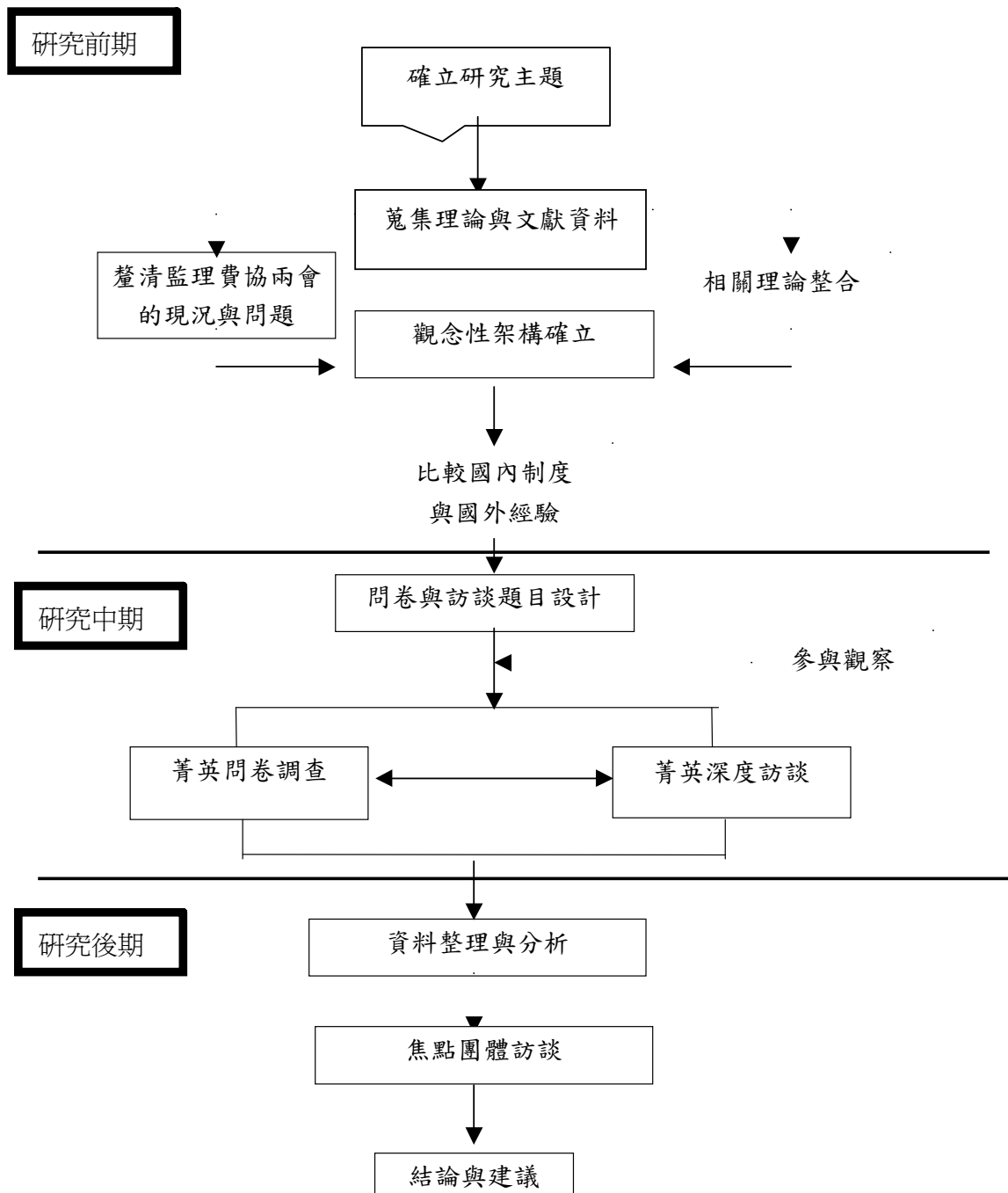


*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

進一步釐清文獻的描述中所缺乏的部分。這個部
呈，在問卷設計與施測上，主要是透過前述的分
析所累積的基礎知識，進行立意抽樣的問卷調查分析。在問卷回收的過程中，
本研究也將初步瞭解大多政策菁英對兩會合一相關議題的想法，進而整理並設
計焦點團體訪談的討論題綱，並進一步進行焦點團體訪談。

圖 3-1、研究流程



資料來源：本研究

第三階段為問卷以及焦點團體訪談的資料整理與分析，問卷的資料在經過

軟體進行進一步的分析。焦點團體訪談的結果，與內容分析的方式予以歸納，並撰寫報告，最後提出本研究結論與建議。

第四節 小結

綜合上述，整個研究所使用的每一種資料蒐集與分析方法，將會在本研究的不同階段不斷被使用，本研究歸納相關研究問題與研究設計，並將相關的資料蒐集方法與資料來源說明如下：

表 3-4、研究方法示意表

檢視現行健保相關委員會中，人民團體代表是否確有其代表性與正當性，與其相關屬性	<ul style="list-style-type: none"> ● 文獻蒐集與分析 ● 兩會會議紀錄內容分析 ● 菁英問卷調查 ● 深度訪談 	<ul style="list-style-type: none"> ● 中英文學術期刊論文 ● 中英文研討會論文與專書 ● 兩會會議紀錄（監理與費協兩會） ● 兩會的委員、相關單位人員及學者專家
他國經驗，代表性之產生方式，及政策研訂之結果是否符合民意所趨	<ul style="list-style-type: none"> ● 文獻蒐集與分析 	<ul style="list-style-type: none"> ● 中英文學術期刊論文 ● 中英文研討會論文與專書 ● 各國政府網站與出版品
建立一套足以評估人民團體代表性之制度化指標	<ul style="list-style-type: none"> ● 文獻蒐集與分析 ● 菁英問卷調查 ● 深度訪談 	<ul style="list-style-type: none"> ● 中英文學術期刊論文 ● 中英文研討會論文與專書 ● 兩會的委員、相關單位人員及學者專家
針對該會審議保險費率、給付範圍與費用協定等重要決策事項之運作模式，提出細部建議方案	<ul style="list-style-type: none"> ● 文獻蒐集與分析 ● 菁英問卷調查 ● 深度訪談 ● 焦點團體 	<ul style="list-style-type: none"> ● 中英文學術期刊論文 ● 中英文研討會論文與專書 ● 兩會的委員、相關單位人員及學者專家
透過各方案優、缺點分析，提出建議與相關配套措施	<ul style="list-style-type: none"> ● 焦點團體訪談 	<ul style="list-style-type: none"> ● 兩會的委員、相關單位人員及學者專家

資料來源：本研究

承上，本研究的分析方法將隨研究流程所擬之步驟流程，在後文的處理上陸續回答本研究所欲解答的問題，後續的鋪陳如下：

獻資料、內容分析以及深度訪談、菁英問卷調查，依照前述理論中所建立的分析準則，對其外在

功能與內在的運作功能進行評估，同時也透過會議資料的內容分析，對代表性進行評估工作，此章將針對問題一進行解答。

(二) 第五章透過資料蒐集的方式，針對國內外的醫療保險體制，監理委員會的治理模式，以及國內委員會治理的模式進行介紹，並瞭解其選擇代表性的方式與指標，藉以整合學理與前一章的內容，對本研究的問題二及問題三進行解答。

(三) 第六章透過文獻資料的分析，菁英問卷的調查與分析，深度訪談與焦點團體的分析，對兩會合一後的運作機制，委員選擇的方式，進行一系列的分析。並藉此回答問題四與問題五。

根據上述學理的分析，本研究所欲討論的委員會性質，應是屬於身分代表制的委員組成性質，也就是委員會的組成與運作，相當注重委員本身利益的代表性。但委員會功能上是否能有效運作，又牽涉到所有委員本身利益代表是否具備完整性，以及委員本身對於健保議題的知能及參與的熱誠度，還有整個委員的人數與運作的規則，以及是否有權有責的問題。以下將從整體內外法理上的制度環境、實際運作上、以及受訪者對於上述議題的自我評估，根據第二章的學理，來檢視現今委員會的運作狀況。

第一節 兩會現況分析與檢視

一、健保組織體制分工的制度性評估

自我國全民健保政策規劃以來，有關組織體制的議題，一直備受社會各界的關注與討論。過去曾有的改革倡議，從連戰擔任行政院長時期的全民健保基金會，到蕭萬長時期的單一基金會、多元保險人以及多元保險人方案，然後再到二代健保時期的兩會合一與行政法人，在在都顯示了組織改革的調整的重要性，以及與健保其他改革議題息息相關。在陳敦源的《全民健保組織體制未來改革方向之回顧性研究》（2005）中，過去牽涉到大幅度變動的改革方案，由於社會爭議性大，沒有共識，更難在國會中獲得支持。根據研究，目前的健保體制並不需要幅度過大的改革，現制的改革在政治上也較具可行性，因此若非涉及結構性的組織調整，兩會目前在健保政策中的定位，如何改革，強化健保組織體制整體的運作功能，便相對的重要。

整體而言，依據《全民健康保險法》第三條規定，行政院衛生署為健保主管機關，並由行政院衛生署聘請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士 15 到 21 人組成「精算小組」，審查保險人（中央健康保險局）精算之保險費率（同法第二十條）。設全民健康保險監理委員會，監理全民健康保險的業務，並

諮詢事宜（同法第四條）。設全民健康保險爭議審理委員會、投保單位及保險醫事服務機構對保險人核定案件發生的爭議事項（同法第五條）。設醫療費用協定委員會，協定與分配醫療費用（同法第四十八條）。設中央健康保險局為保險人，辦理健保業務（同法第六條）。此外，由於衛生署組織法尚無建立全民健康保險業務之幕僚單位，有關全民健保的法令解釋、政策制訂與評估等工作亟待進行，因而衛生署奉行政院核定之《行政院衛生署全民健康保險小組設置要點》設立「全民健康保險小組」。

若從圖 4-1 觀之，健保局與監理委員會、費協會及爭審會同為我國全民健康保險制度運作之核心組織，四個單位皆隸屬於行政院衛生署，基於組織間上下隸屬關係而言，健保局、監理委員會、費協會與爭審會應受上級單位之行政監督，故此四單位同受衛生署垂直之行政監督。此外，四者皆屬於衛生署下的一級單位，故三會與健保局間的層級屬於水平的行政關係，但監理委員會對於健保局的業務有監督之責。監理委員會依據《全民健康保險監理委員會組織規程》（以下簡稱監理委員會組織規程）第二條規定，其主要任務包括：一、審議事項：審議保險年度計畫與業務報告，審議保險預算，結算與決算；二、檢查與稽核事項：檢查保險業務與稽核保險財務、帳務；三、諮詢事項：保險政策提供及保險業務興革之研究事項。依據過去的研究，長久以來監理委員會的主要功能是政策諮詢，並非是一個決策單位，也未有實質的人事權或預算權，其業務上的平行監督能對健保局的施政發揮多少的影響力，在制度上並未有明確的保障（郝鳳鳴、黃異，2000：9）。

現今監理委員會它在組織系統上是衛生署的所屬單位，那當然它委員的代表是來自各方，就委員的獨立性當然比較高，但是就整個監理委員會的運作在健保法之下的話它還是一個主管機關的重要諮詢單位。就是說嚴格來講它並不是一個決策機構，它是一個諮詢還有管理的平台（受訪者：A）。

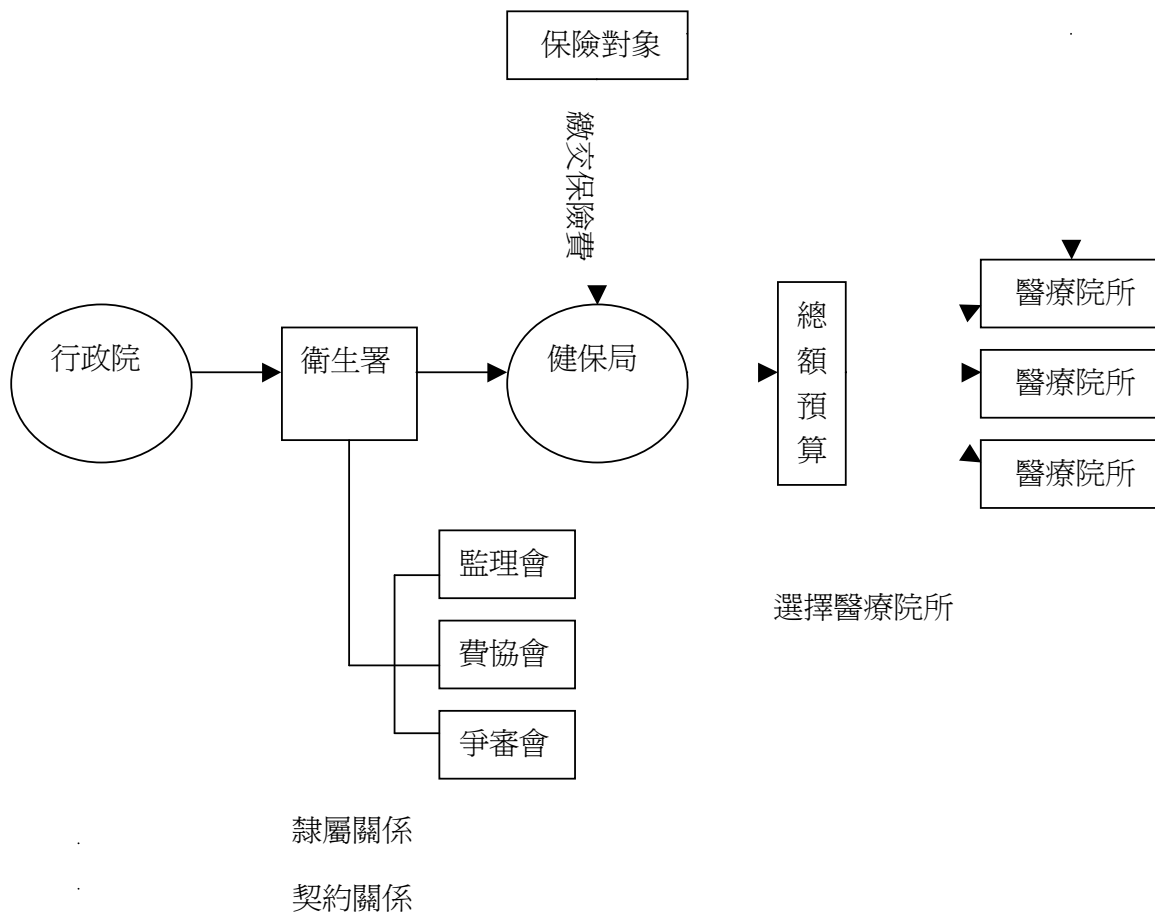
此外，根據受訪者的說法，除了上述的原因之外，監理委員會之所以無法成為一個決策機關，一是因為監理委員會的委員較為多元，各具立場，有時在討論健保相關政策時意見繁多，雖然討論上可充分表達各代表利益的觀點，但由於每個委員對於健保政策的瞭解程度不同，有時討論的決策會讓行政部門內部，產生是否具備可行性的疑慮。再者，由於健保政策攸關全民利益，對於將政府視為父母官的民眾來說，政府應當對健保政策的良窳負責，一直是根深蒂固的觀念，過去曾經討論過組織改革體制時，對於將民眾引入決策，社會自治的倡議，便遭致社會團體批評政府要卸責，要使健保財團化。據此，即使監理委員會掌握健保政策的決策權，做不好民眾仍是會要政府相關部門，也就是衛生署負責任，這也就

重大爭議時，衛生署長便會遭受到政治上的壓力與員會掌負太多的決策權力。

主管機關或者是健保局對於監理委員會所建議的事項必須考慮整個政策面在推行的可行性去做一些評估。這也是為什麼監委會它還是不能變成一個決策性的機構，因為其實在那樣的機制之下做出來的決議是不是真的能夠變成一個可以去推動的政策，有時候也還是需要去評估（受訪者：A）。

很多民間的代表都反對說把它變成一個決策機構，他說反對是你政府是不是要卸責？利用這個機制政府就脫離了…就算明文規定說監理委員會就是一個決策機構，所有健保的收支就由監理委員會決定、說的算也沒有用，就算說的算出了問題監理委員會也無法負責（受訪者：A）？

圖 4-1、現行健保組織體制



資料來源：行政院衛生署，2004：212

《費用協定委員會組織規程》（以下簡稱費協會組織規程）第三條規定，其主要任務包括：一、在行政院核定的醫療給付總額範圍之內，協定全民健保的醫療給付費用總額及分配方式；二、協定各地區門診及住院費用之分配比例；三、協定醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務，藥事人員藥事服務及藥品費用等之分配比例及醫藥分帳制度；四、協定門診藥品費用超出預先設定之藥品費用總額時，其超出費用應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除一定之比例；五、其他經主管機關交議之醫療費用審議事項。就目前的健保支付制度而言，健保局是唯一的保險人，也是唯一的醫療服務購買者，也是因為如此，健保局對於醫事服務團體的賣方具有極大的議價權力。但費協會的成立，便是要協助社會自治，讓買賣雙方自行去協商出一個雙方都能接受的結果，這樣的思維更展現在二代健保的政策建議之中。爰此，費協會存在的目的，是爲了協定與分配醫療給付費用，和監理委員會之間的關係，一是負責協定分配醫療給付的支，一是負責保險費用的收入與監理的收，或者是更精確的說，監理委員會是負責收支之間是否合理的問題。

若以體制的架構審視衛生署、健保局、監理委員會與費協會間的關係，由於委員會僅爲衛生署的附屬機關，因此各委員會協商做成的決議並非最終的行政處分，尚須衛生署的核定，始能發揮公法上的效力，甚至可依《全民健康保險法》第四十九條規定，由衛生署進行裁決。事實上，過去便曾有政令已經發布而監理委員會卻沒有討論的案例，監理委員會在此種狀況下，參與權將更加會產生形式化的可能。此外，監理委員會雖然依法可對健保局的業務進行監督，舉凡年度計畫、業務報告、以及預算結算等報告都要先提送監理委員會討論，經過會議審議修改，送下次會議始能送交衛生署，但其法律位階又低於衛生署，現行健保法也未明確規範監理委員會所做的決議具有任何法律上或行政上的效力，變成了任何討論通過監理委員會不過是過個水的狀況。若健保局與衛生署政策方向意見相左時，在健保局也爲衛生署之隸屬單位的狀況下，健保局仍是以衛生署的意見爲重，似乎也不足爲奇（陳怡仔，2001：27）。監理委員會在無權無責的狀況下，其監督功能究竟能發揮到多少，著實令人懷疑（辛炳隆，2001）。因此，監理委員會決策的權限大小，明顯取決於衛生署長授權的多寡，若衛生署長偏向強勢的行政領導，監理委員會的功能就會被相對削弱。

監理委員會如何運作跟主管機關的互動有關，主管機關如果授權比較大的話，那當然如果在會中大家都有共識主管機關大部分都會遵從，那如果授權比較小的話，那很可能主管機關的意見會比較多（受訪者：A）。

費協會後，係將保險財務支出中最重要的分配議
健保監理委員會的監督，以致於保險人的職權受到
限制，同時監理機構的職權於此重要層面無法有效發揮，且在健保監理委員會與
費協會分立的狀況下，當各委員意見不同，或是監理費協兩會對同一件事情的意
見不同時，確實會造成健保局在政策執行上的困擾（張四明、劉宜君，2003），
因此也才有合併兩者的倡議。

可能現在這兩個會的決議有相互矛盾或是相左的狀況，所以健保局或是衛
生署在斟酌這種行政經費或者是人事嘛...人員也是嘛...事實上他現在有
兩組人力也蠻耗大的。那再加上如果這些意見要做一些整合的話，他們想
要合併（受訪者：C）。

費協會於健保法上之任務僅止於總額預算之分配，收入與營業面主要由監理
委員會負責，然因為涉及到最關鍵資源配置的權力，因此功能上相對比監理委員
會更具明確性，掌握的權力相對也比監理委員會大。

我認為費協會的權力是比較大的，因為他是資源分配，因為他不在這個委
員會上分配，他在私底下分配...所以他會把這個衝突都帶到這個會來。大
致是這樣，所以費協會是比較具有實質的功能，那監理委員會來說他就比
較像是一個諮詢上的功能（受訪者：C）。

此外，有關健保法內設計的監理相關單位分工上並不明確，衛生署下更有健
保小組扮演協調健保相關單位與政策研究的幕僚角色，此一功能性的幕僚組織壓
縮了監理委員會政策諮詢功能發揮的空間。若從收支連動的角度看來，監理任務
實際上難以斷然分割為收支兩面，兩會的分立多少造成了溝通上的問題，相對也
對健保局的政策執行造成行政上的成本。因此兩會合一的最大目的之一，便是希
望買方與賣方能夠透過直接的溝通與協商，解決總額該支付多少的問題，而不是
都讓政府一直肩負這個責任。

是希望最主要的當然最直接的目的每年的總額在談這些事情的時候，是付
費者跟醫療提供者雙方面把一些觀念溝通清楚，講好說每年要給多少錢...
因為我覺得將來如果兩會合一以後，審議這一點是很重要的。至於說對健
保那些監督啦的功能我想還是會在，只是說反正監督就買方賣方大家都
來，但是我覺得兩會合一之後它一個很重要的精神應該是讓買方和賣方去
對談，把整個健保的財務面先搞好。（受訪者：A）。

目關問題的角度來看，從過去二代健保的文獻中似乎都抱持了正面肯定的態度，受訪者大多也紛紛表示贊同兩會合一的理念，認為這是一條組織改革上必定要經歷的路途（受訪者：A, C, D, E, F, G, H, I, J）。然在訪談的過程中，也有受訪者認為兩會合一並不能解決相關的問題，尤其在收支連動的議題上，一方面是權責上若兩會合一後的監理委員會沒有決策權，事實上跟現今的監理和費協兩會沒有兩樣；另一方面是有受訪者認為組織上的整併並不是收支連動的主因，而是如何精算才是重點。

將來真的是兩會合一了以後，是新的那個法給那個單位如果比較大的權力的時候，兩會合一我可以接受。若是僅維持目前諮詢的功能的話，這個監理委員會的型態跟費協會的型態要不要兩會合一我認為倒沒有必要（受訪者：B）。

沒關係！我個人覺得沒關係，他只是形式上好像讓你可以收支連動，然後你權責可以相符。管分配的人要管到收的人那邊的立場，管收的人要管到分配的人那邊…。但是其實是很難，重點是你立場不會改變你知道我意思吧！換湯不換藥嘛！我今天主張這樣子的人我不會因為兩會合一之後我的立場就改變，監理委員會委員也是費協會的委員也是。當兩個立場不會改變的人到了一個會場以後，這個會議會變得有挑戰性倒是真的啦！對阿！但是也有可能他的會議變成三角..它耗的時間會比較長（受訪者：C）。

簡言之，法律並未授予監理委員會委員實質的權力，監理的功能也未有明確的定義，且各監理相關單位權責分工上的混亂，更造成了各單位間的溝通與行政成本，整體設計上由於健保局有多重的監督單位，更導致了權責不相符的問題。雖然目前對於監理委員會在整體健保體制角色的批判，皆是著力於權責相符的問題，然而在民主政治的制度下，不可能有一個具備決策權，但無須負任何政治責任的組織存在。由於法規上的限制，全民健保政策的成敗，監理委員會與委員均不需承擔法律或政治責任，目前所有的政治與行政責任皆在衛生署署長身上，因此衛生署對健保行政與財務責任負擔負荷甚重。但倘若要說監理委員會如何在現今的體制下增強其影響力，便是透過委員會的決議形成一股民意，迫使其決策時不能忽略監委會的意見。

政府每次都在講說那是我在負最後決策的責任，對於這種委員會來說你只能說…形成一些輿論，輿論之後能讓政府在解決之上有一些參考，當他做

單可能是什麼?來做這樣的操作才有可能。否則的
我們來說他也是沒有功能的(受訪者:C)。

二、內部組織：兩會代表與監理委員會功能檢視

(一) 兩會代表檢視

健保監理委員會依據《監理委員會組織規程》第三條規定，委員由有關機關、被保險人、雇主、保險醫事服務機構及學者專家等二十九人所組成，其中專家學者五人、被保險人代表六人、雇主代表五人、醫事服務機構五人、政府代表八人，主任委員現在由衛生署長指定學者專家兼任，任期兩年，屬於合議制的委員會組織。在會議中，每一個委員均具平等之代表權，然委員會如何運作，委員人數的分配比例，均是由主管機關自行決定。此外，依照《監理委員會組織規程》的規定，監理委員會主任委員與委員除支領研究費外，均為無給職，任期兩年，期滿得續任。就目前開會的運作方式，則是每月開一次例會，開會需有二分之一以上的委員出席，決議事項須經出席委員半數以上同意，但實際運作上，由於表決的方式容易產生衝突性，監理委員會幾乎從未針對討論事項表決過，大多仍是使用合議制。

訪談中，受訪者大致上對監理委員會目前的委員組成表示肯定，然其中最具爭議的，便是社會團體的代表性如何完備？以及政府代表是否過多的問題。在過去的研究當中，有關社會團體的參與一直被批評為代表性不足，政府部門的受訪者，也對外界對監理委員會委員的代表性有疑慮的問題感到困擾。

比較頭痛的反而是尤其現在團體越來越多，你要找個勞工代表到底找誰，尤其現在勞工團體越來越多，以前一個總工會大家認同，後來因為政治分裂每個人都宣稱他擁有幾百萬個勞工，那到時候怎樣去取捨？…工商團體過去就是三大工商團體，現在越來越多是五大了，很多人越來越想做頭的時候，這山頭越來越多…(受訪者:A)。

在陳怡仔(2001:24)的研究中，認為政府比例代表過高的原因，是因為與全民健保有關的機構至少有八名，怎麼刪也刪不掉，又加上專家委員為衛生署所遴聘，衛生署能掌握的可能接近了一半的席次。上述這些因素，以及制度上衛生

會針對行政部門施政監理的功能確實容易大打折扣。在內部組成上，監理委員會皆對政策的意見沒有太多的強制力，是否尊重監理委員會的審議功能，完全取決於衛生署長個人對行政效率與民主參與兩個價值的權衡，因此民眾的參與，也有可能變成行政決策的橡皮圖章。

似乎長官們有點想要用它當成一個獲取正當性的某種…就是說耶…我經過監理委員會，我不是自己講的而已…他至少他對立法委員說我有經過監理委員會，監理委員會是 29 個各單位的代表，他至少有一番說詞。(受訪者：B) …

醫療費用協定委員會依據《全民健康保險醫療費用協定委員會組織規程》(以下簡稱費協會組織規程)第四條規定，費協會隸屬於行政院衛生署，委員由醫事服務提供者代表、保險付費者代表及專家學者以及相關主管機關代表等三類共 27 人所組成，其中一人為主任委員。其中醫事服務提供者代表包含九人，共有：醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師公會全國聯合會等各一人。消費者代表與專家學者包含：中華民國工業總會、中華民國商業總會、中華民國工商協進會、消費者代表、台灣省農會代表、台灣省漁會代表、全國性工會團體。相關主管機關代表則包含：銓敘部、內政部、財政部、行政院勞工委員會、行政院主計處、台北市政府、高雄市政府及衛生署代表等。

主任委員及前項第二款專家學者委員，由衛生署署長遴聘，前項第一款醫學中心代表，由醫學中心互選之，區域醫院與地區醫院代表，由中華民國醫院協會推薦協調之，基層診所代表，由中華民國醫師公會全國聯合會協調推薦，消費者代表，則由行政院消費者保護委員會推薦之，前項其餘各款委員，由行政院衛生署分別洽有關機關，團體推薦後聘任之。

此外，依照《費協會組織規程》第五條規定，費協會委員任期兩年，代表機關或團體出任者，應隨本職進退。在運作上，費協會每個月開會一次，必要時得舉行臨時會議，開會時需要有二分之一以上的委員出席，由出席委員以協商的方式達成協定。由其決策的方式觀之，費協會相較於監理委員會，議題牽涉到資源配置的敏感問題，更偏向於合議制，實際上在討論費用協定時，不同類別的委員立場不盡相同，同一類別的委員彼此間可能更有競合的關係，討論與決議的過程時更充滿衝突與猜忌，相對之下衛生署由於官方色彩，反而較為受到各委員的信任。因此，在利益衝突過大，無法折衝的時候，受訪者也表示衛生署的角色便是

而且他們彼此也不信任，說句老實話，弄到最後還是覺得說你健保局或衛生署官方比較能夠信任，這種經驗其實蠻多的，所以說總額之下雖然有這種機制，當然我們也不能苛求啦，總額走到這邊，不成熟但我們也從過去經驗中學到許多寶貴的教訓（受訪者：A）。

如下表 4-1 所示，若我們將監理與費協兩會的委員組成做一對照，可以發現兩者間團體代表極具高度的重複性。換言之，監理委員會的五類代表，與費協會的三類代表，其實在內涵上並無不同。只是費協會將監理委員會中專家學者與被保險人和雇主代表合併成一類，其他部分的代表似乎皆是大同小異。從名單上整體比較，兩者間重複的團體數高達十九個，重複的委員數幾佔總數的三分之二以上，比例甚高，委員重複性如此高的兩個委員會，即使委員並非派同一個人，很明顯的在行政上似乎會造成不必要的浪費。前述論及，雖然費協會與監理委員會的功能並不相同，然由於其決策皆對健保局的政策執行有所影響，若又因為組織任務與定位的緣故溝通管道不通暢，重複性如此高的委員會似乎是沒有分開成兩個的必要。從組織運作的成本與效率而言，應可嘗試將兩者的功能合併，選擇同一批委員來運作，或是在同一批委員下，再另外挑出買賣雙方就費協會現今的費用協商機制先進行協商，相關的分析仍須透過菁英問卷來進行。

兩會委員重複性過高，分司兩個委員會又容易造成行政上的溝通成本，若單純以降低溝通和行政的成本來考量，兩者合併似乎是較好的結果。且綜觀歷屆以來的委員組織代表，雖偶有更動，但變動不大，穩定性很高。根據受訪者的解釋，委員名單穩定性高的原因，在於健保政策的專業門檻過高，不是開一兩次會就可以上手，很多的專業經驗都需要不斷的傳承，若是委員的變動性太大，議事也會容易受到影響。

很多事情需要學習跟經驗傳承，如果常換每次來都重新選…健保是很複雜的事絕對不是說我來參加兩次會就都搞的清楚的，搞不好一年都不夠，兩年才入門，所以假設一個委員當了兩三年就開始稱職、很了解過去歷史，再加上自己夠認真，如果說換了一個新的，他剛開始都在新生訓練，磨了幾次之後才開始入門，剛開始可能都是個旁觀者，還搞不清楚遊戲規則也不敢隨便講話（受訪者：A）。

會代表組成狀況

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

專家學者 (5名)	主任委員	政府代表 專家學者 與保險付 費者 (9名)	主任委員
	公衛專家		專家學者代表
	法學專家		
	醫療專家		
被保險人 (6名)	財務專家		
	中國民國全國總工會		中華民國全國勞工聯盟總會
	中國民國全國職業總工會		
僱主 (5名)	康復之友聯盟		全國產業總工會
	中華民國中小企業協會	醫事服務 機構(9名)	台灣醫學中心協會
中華民國工業協進會	中華民國護理師護士會全國聯合會		
醫事服務 機構(5名)			
政府代表 (8名)		政府代表 (9名)	

資料來源：本研究

此外，歷屆委員名單的穩定性高，也揭示了此一委員名單的安排在「政治上」是頗具可行性的，在兩會合併的過程中，若要在委員的裁併與選擇上降低反彈，以現有的名單為基礎似乎是不得不為的選擇。

前述論及，監理委員會依據《全民健康保險監理委員會組織規程》（以下簡稱監理委員會組織規程）第二條規定，其主要任務包括：一、審議事項：審議保險年度計畫與業務報告，審議保險預算，結算與決算；二、檢查與稽核事項：檢查保險業務與稽核保險財務、帳務；三、諮詢事項：保險政策提供及保險業務興革之研究事項。除卻政策諮詢之外，監理委員會的存在更有為人民把關的責任與權力，然實際的成效如何？是否能有效發揮其監理健保業務的功能？長久以來一直為人所質疑。事實上，除卻在制度上衛生署長對健保政策具有決定權，監理委員會作為一制度性社會參與的機制，在行政的程序上落實民眾參與關乎主管機關對於監理委員會的態度。本小節擬透過監理委員會過去對相關提案性質的分析，再輔以深度訪談，檢視監理委員會在功能上發揮的程度。

以表 4-2 所示，若我們將監理委員會歷年的提案作一整理，過去會議中曾經提出 372 案。從提案的性質來看，很明顯政策諮詢的部分佔大多數，共有 219 件（58.9%），其餘就是審議 80 件（21.5%），會內事務討論 47 件（12.6%）、查核僅 26 件（7.0%），由此可見，監理委員會最常發揮的功能便是諮詢功能。若以每一屆的提案數來比較，可以發現提案最多的是第一屆，共計 92 個提案（24.7%），第二多的是第五屆，共計 74 個提案（19.9%），提案最少的是第六屆，²¹僅 35 個提案（9.4%）。若以各提案決議的結果觀之，以通過的比例最高，有 125 案（33.6%），送交衛生署參辦、鑒察或裁決為第二高，有 109 案（29.3%），暫不提出最少，僅有 5 案（2.2%），若不論提案通過的實質提案內容偏向哪一方面，就提案結果送衛生署的高比例便足以證明監理委員會決策功能並不強。就每個提案的提案團體數而言，大多都是一個團體的提案，計有 259 案（69%）。提案的團體別而言，則是監理委員會自己本身的提案最多，共有 132 案（33.1%），其次則是被保險人，共計提案 63 案（16.9%），由此可見監理委員會的運作仍是以保障被保險人的權益為核心。

²¹ 本研究僅蒐集到第 132 次會議，第六屆還在運作中，故其最低提案次數並不代表其與其他屆次績效的差別。

析 (N=372)

監理委員會的提案性質？	會內事務	47	12.6
	諮詢 ²²	219	58.9
	審議 ²³	80	21.5
	查核 ²⁴	26	7.0
各提案提案的屆次？	第一屆	92	24.7
	第二屆	60	16.1
	第三屆	58	15.6
	第四屆	53	14.2
	第五屆	74	19.9
	第六屆	35	9.4
各提案的決議結果？	暫不提出	8	2.2
	通過	125	33.6
	送交衛生署	109	29.3
	再議	78	21.0
	其他	52	14.0
各提案的提案團體數別	1	259	69.6
	2	20	5.4
	3	6	1.6
	4	7	1.9
	5	2	.5
	6	1	.3
	8	3	.8
	無法判斷	74	19.
提案團體類別？	無或不明	73	19.6
	專家學者	16	4.3
	被保險人代表	63	16.9
	僱主代表	17	4.6
	醫界代表	39	10.5
	政府代表	5	1.3
	監理委員會	123	33.1
	健保局	15	4.0
	聯合提案	21	5.6

²² 此處的諮詢，在資料登錄上包含了政策提供、法規及業務興革研究建議、以及其他有關保險業務之監督。

²³ 此處的審議，包含了年度計畫與報告審議，預算及決算審議等事項。

²⁴ 此處的查核，在資料登錄上包含了業務檢查、財務帳務稽核。

次數最多回覆意見者。

再者，我們根據上述幾個變項的交叉分析中，去解釋是否有其他更細緻的現象。從表 4-3 議案類別與決議決果的交叉分析顯示，在 372 個有效樣本中，最多的類別為諮詢提案（219/58.9%），其結論大多是送交到衛生署參辦、鑒察或裁決（78/21.0%），可見政策諮詢功能確實沒有相對的決策實權，會內事務的部分大多是內部通過（27/7.3%），在審議上也大多是內部通過居多（55/14.8%），查核的部分則是大多送交衛生署裁決（14/3.8%）。

表 4-3、議案類別與決議結果交叉分析表

資料來源：本研究

說明：深色底線部分為該題次次數最多回覆意見者。

從表 4-4 議案類別與提案團體別的交叉分析顯示，在總計 372 個有效樣本中，數量最多的諮詢提案（219/58.9%），大多是由被保險人團體代表所提出（50/13.4%）的議案，會內事務（21/5.6%）與審議（62/16.7%）的部分則大多是監理委員會自己內部的提案（123/33.1%），查核的部分在所有類別的案例中，比例算相當的少（26/7.0%），這類的議案則是醫界代表與被保險人團體提得比較多。由此可見，監理委員會內部提的都是審議案居多，諮詢案的提案則是被保險人提得較多。監理會所發揮的功能，大多屬於對年度計畫報告的審議，以及對健保局預算和決算的監理，被保險人團體代表較為關心政策性的議題，因而提案多屬於健保相關措施的建議案與諮詢案。

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

資料來源：本研究

說明：深色底線部分為該題次次數最多回覆意見者。

從表 4-5 提案團體別與決議結果的交叉分析顯示，在 372 份的有效樣本中，再送交衛生署再議（6/1.6%）是專家學者的提案最常發生的結果。被保險人代表也是如此，最多也是送交衛生署再議（24/6.5%）。雇主代表（11/3.0%）與醫界代表（15/4.0%）的提案一樣最多的結果便是送交為衛生署再議。然監理委員會內部本身的提案，大多在監理委員會的例會中通過，可見監理委員會的提案性質與上述各代表的提案性質有明顯的不同，決議的結果也不同，審議案在監理委員會的內部會議確認即可，但諮詢性的提案大多是送交衛生署作施政的參考。若對照表 4-4 觀之，團體代表提案類別大多為諮詢案，而監理委員會本身的提案大多為審議案，議案性質不同處理方式也不盡相同，也凸顯了各類代表與監理委員會

表 4-5、提案團體別與決議結果的交叉分析表

資料來源：本研究

說明：深色底線部分為該題次次數最多回覆意見者。

一個組織的功能彰不彰顯，與其行政幕僚功能是否強大有關，有良好的人力資源與預算資源，一個組織才能有去做更多的事。一般而言，最為普遍的就是去檢視機關的年度預算與編制人力，愈多的表示組織的功能愈被重視。若以監理委員會人力編制而言，法定員額有 30 人，預算員額現有 22 人，但現在有 8 人支援外單位，且多為高階職缺，比例達 34.78%。且與健保小組相比，健保小組的編制員額為 20 人，預算員額為 36 人，但業務人力目前卻達 24 人，比編制數更高。若監理委員會與健保小組相比，52.2%：150%的業務人力，也充分反映了主

度與否。

名委員為核心，但對於如何對健保局發揮監理功能，如何發揮政策諮詢的能力，29 名委員背後必須有強大的行政幕僚支援，協助委員提供資料，蒐集資訊，並在平時業務上能有更積極的作為。然健保問題日益嚴重，尤其財務問題是健保目前急需面對的最大課題，現今監理委員會的行政幕僚僅有 2 人具財務專長的背景，這樣的人力配置對於財務、帳務稽核與監控的業務，並無法充分的發揮功能。此外，對於監理委員會另一項政策諮詢與法規研究之工作，目前現實的人力編制中，並沒有任何一個法務行政專長人員在目前的承辦人員中，將不利於法規諮詢的品質。有受訪者便認為，監理委員會之所以沒有功能，全是因為署的立場並不欲讓其發揮功能。

我覺得監理會他走到今天，我覺得那是署裡故意造成這樣的。就是說你今天要一個委員會有功能，就必須要信任他們，可是署裡從來就不信任他們，對不對？他從來不信任他們。（受訪者：H）

總的來說，從上述的分析得知，我們可以把監理委員會的提案內容與運作形式歸納出三個特點：第一、提案的部分除了監理委員會內部的例行審議健保局業務的事務，就屬被保險人團體最為積極提案，其提案多屬於政策諮詢功能的提案。第二、對健保局業務的審議與監理的相關提案，大多在監理委員會內部便可決策，但政策諮詢的提案則是送到衛生署參考居多，歷年來監理委員會的提案，諮詢方面的佔了將近六成，可見監理委員會的功能主要是在吸收不同社會團體對於健保政策的意見，以供衛生署決策參考。第三、目前監理委員會的人力編制數量明顯不符需求，專業性也明顯不足，無法充分協助委員發揮監理與政策諮詢的功能，在這樣的狀況下，監理委員會並無法充分發揮原有的功能，可謂是「先天不良，後天失調」，若要發揮組織功能，行政幕僚必須先強化。

第二節 兩會會議紀錄內容分析

在郝鳳鳴與黃異所主持的《全民健康保險監理組織體制之法律規範》（2000：15-16）中，曾經針對監理委員會第一次到第六十六次的監理委員會的會議紀錄，提供了相當完整的分析，這當中包含了議案類別與提案次數分析、委員出席概況的評估。其中將監理委員會的任務依照《全民健保監理委員會組織規程》的

五分爲八個細項，三個類別：諮詢事項（政策之提議，其他有關保險業務之監督事項）、查核事項（業務之檢查、財物帳務之稽核）、審議事項（年度計畫與業務報告之審議，預算、結算、決算之審議），提案次數由高至低分別爲諮詢事項（182 次）、審議事項（90 次）、查核事項（39 次），由此可見委員關心的焦點，以及監理委員會功能的發揮，大多是屬於政策性的事務。

此外，若從提案人數比率來看，似乎是被保險人所佔的比率最高，再者是醫界代表，其次是雇主代表，可見在監理委員會的代表的參與積極性中，被保險人的參與度是最強的。然在此一報告整個出席記錄分析中，缺席比率最高的是專家學者、其次是雇主、政府代表機關，代理出席比率最高的是雇主團體，其次是政府機關代表。綜觀報告的分析結果，所有的委員沒有在任何一次委員會全員到齊，最少會有兩個人請假，至多有十二個人請假的狀況，且每次會議代理出席的比率高達兩成。

以上是前述研究所分析的簡要結論，相對而言提供了我們非常重要的對照基礎，以下即針對相關的分析指標進行分析，並對前述研究做一相互對照，以觀察現今委員會的運作狀況與當時有何不同。

一、全民健康保險監理委員會

（一） 委員出席狀況

從總出席狀況來看（表 4-6），至 2006 年 9 月止共有 132 次例行會議。事實上，與郝鳳鳴和黃異的觀察相去不遠，並沒有一次是所有委員全員到齊的狀況，缺席和代理的狀況都相當的普遍。

					代理	
	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
學者專家	180	28.99%	425	68.44%	16	2.85%
被保險人團體	178	25.28%	389	55.26%	137	19.64%
雇主團體	140	13.37%	290	38.06%	245	32.15%
醫事團體	58	8.79%	489	74.09%	113	17.12%
政府單位	184	17.42%	517	48.96%	355	33.62%
主任委員	0	0	112	84.85%	20	15.15%

資料來源：本研究

進一步比較各代表身分委員的出席狀況，就出席的狀況而言，醫事團體的代表出席狀況最好，每次會議出席率達百分之七十四，再來就是學者專家，每次會議出席率達百分之六十八，其餘的如被保險人團體、政府單位代表、雇主團體，出席率的狀況基本上都不是很好，幾乎都不超過五成。整個會議在討論的委員結構上，是以衛生署所聘用的學者專家，以及醫事團體等出席的狀況較好，是否會對會議的討論造成立場上的影響，光從出席的數字無法清楚獲知。此外，從缺席的比例看來，也是學者專家的比例最高，佔百分之二十九，與郝鳳鳴和黃異(2000)的研究結果一致，可見學者專家缺席的狀況，從過去到現在並沒有太大的差異，依據該報告中的解釋，是認為在《監理委員會組織規程》中的第四條第二項中有規定專家學者不得由他人代理出席。然被保險人團體及政府單位代表的比例相較之下也非常的高，這點倒是與郝鳳鳴與黃異(2000)的研究有相當的差異。若以代理出席的狀況來看，代理出席比率最高的政府單位代表，平均每次會議的代理率高達百分之三十三，其次雇主團體也很高，每次會議的代理率也高達百分之三十二，三個雇主團體代表，便有一個使用代理人與會，這點也與郝鳳鳴與黃異(2000)的研究有些許的差異。

若我們更細緻的比較每個類別之內是否有特異的因素，被保險人團體的出席率不高，並非是每個委員都是影響出席率的原因。事實上，總工會、康復之友會、職業總工會的代表出席狀況都不錯，但漁會、農會、消基會缺席的狀況便非常的嚴重，尤其農會在會議總出席次數一百三十二次的狀況下，正常出席次數僅有十五次，請假與代理也都偏高，相對而言把被保險人團體的出席率拉下來。在雇主代表的狀況中，雖然請假缺席的不多，但工業總會、商業總會以及過去經濟部人事處的代表使用代理出席的情況比正常出席會議更多，中小企業的代表則是經常性的缺席。在醫事團體方面，中醫師工會使用代理人出席會議的狀況，明顯相較

²⁵ 更詳盡的監理委員會各類別委員出缺席比較，請參看附件十。

團體則相對較為平均。其中牙醫師工會並未有任何代表，出席率也很低。對於政府單位的相關代表中，銓敘部退輔司、內政部社管司、台北市、高雄市使用代理出席的狀況頗高，在過去一直有縮減政府代表的倡議下，參與的積極度也許可以作為一個參考的指標。

坦白講以現在的委員就有一些人長期不出席，這些人我不明白為什麼要繼續聘他？所以這些人自己可能也不是很看重這個位子，或許他們也覺得參加沒意思（受訪者：C）。

根據受訪者指出，代理情況過多的狀況可能會產生一個嚴重的問題，便是代理者本身若並非與被代理者具備同一個團體的身分時，若對討論議題有自己本身的立場，有時不見得能站在被代理團體的立場去議事，或是代理者本身對狀況不甚了解，或對健保政策的瞭解不深入，也會降低監理委員會會議的品質，造成民眾的損失。

代理的情況其實很嚴重，代理太多也的確不好，就像那個工業總會喔.. 我一直想跟他們講，但是我也跟他們底下的人講過，你們工業總會的那個代表阿，都沒有來過。結果他派底下的那個製藥公會、那個醫材公會，你代表雇主講話你結果在那邊，你在代表什麼製藥廠在講話（受訪者：B）。

但根據本身也是委員代理人的受訪者卻指出，使用代理頻繁並非不好，對於很多工會來說，委員的選擇是基於尊重監理委員會或費協會的重要性，所以都派出層級很高的人。但這些代表平常不是太忙，就是無法將重心放在健保相關議題上，透過使用代理人的方式恰好可以彌補委員用心不足的問題。故在討論上，缺席的問題反而較代理更為嚴重。

這好像也不能這樣講，因為比如說我們商總為什麼會派我們委員，為什麼會派他，因為他是一個老人，他年紀比較大，那我們老闆認為要派一個年紀大的人去，相對來講他是尊重監理會的功能，他派這種年紀的去好像不尊重，但事實上他如果今天去都不講話，那可能不好，但如果我去我都有講話那不是我是代理人反而有講話。（受訪者：F）

由於無論監理委員會委員皆屬兼任制，若要強制出席在實際運作上實殊不易，也因此監理委員會在組織規程中，設計有代理制度。除了專家學者的專業無法代理外，每一位委員都可列出三名可以代表委員團體的代理人，並在委員無法

設計確實有助於增強監理委員會的出席狀況，有上述，便是代理人與委員間的意見是否一致，我們難以確認，僅能從代表團體內部的自我內控來判斷。代理機制的運作，牽涉到委員與代表團體間的課責問題，多重代理的狀況確實會使原本代表團體的目的產生失焦的可能。

(二) 參與狀況

在出席參與狀況的分析上，我們主要從會議紀錄指涉出兩個指標，一是每次會議各類委員的發言比率，一是每次會議各類委員的提案比率。必須要先說明的是，這兩個數字僅能表現出表面上各類委員對於會議的參與度，並無法表現出每個委員的參與品質。在監理委員會中，每個委員均是代表一票，票票等值。如表 4-7 所示，被保險人團體平均每次會議發言的次數平均是 1.03 次，是當中發言比例最高的團體，再者是醫事團體，每次會議也有 0.97 次，最低的是政府團體代表，平均每次會議只發言 0.34 次，雇主團體也不高，僅有 0.38 次，整個委員會的平均每次發言次數是 0.78 次。

表 4-7、委員發言比率（每次會議發言數）

			比率
學者專家	492	621	0.79
被保險人團體	725	704	1.03
雇主團體	278	762	0.38
醫事團體	637	660	0.97
政府單位	359	1056	0.34
主任委員	561	132	4.25
總數	3061	3935	0.78

資料來源：本研究

若更細緻的比較每個類別內的發言比率，被保險人團體中，以總工會與康復之友會的代表發言最為積極，平均每次會議大概都發言到四次之多，農會及漁會則幾乎沒有什麼發言，平均十次會議才發言一次。此外，消基會及產業總工會大致上每次會議均有發言一次，大致上在平均數之上。在雇主代表的狀況中，只有工商協進會及工業總會的發言次數有超過平均值，其餘商業總會、工業協進會、中小企業等團體代表參與度並不是非常的高。此外，在醫事團體當中，則以醫院

高，超過平均的會議發言數，其他如藥師公會、牙醫參與度則相差無幾，平均每次會議大致上有 0.58 次的發言。至於政府單位代表，則沒有任何一個代表發言超過平均值，可見政府單位代表的發言普遍較低，由中尤以銓敘部退輔司、北高兩市的代表發言次數最少，若對照出席率來看，銓敘部退輔司與北高兩市的非但在出席率上普遍較低，對會議的參與度相較於其他同類型代表，也不是那麼的高。

你說政府代表有 8 人，真正比較懂得就是那勞委會跟行政院衛生署的人，其他的什麼台北市高雄市都派那個衛生局長去阿..所以以前他們都說是被設計成是叫做那個地方政府負擔，說什麼中央請客地方買單，說他們修法怎麼樣...我都說鬼扯你們每次都派代表你們都有來，阿只是笨笨的坐在那邊，因為你們都是搞預防的啦..搞那個什麼蚊子啦..抓什麼蟑螂的啦厚...在那邊..阿一講到錢的時候好像就是嘟嘟...批哩啪啦就通過啦(受訪者：B)！！

如表 4-8 所示，若以每次會議的提案次數當作參與度分析的標準，被保險人團體每位委員平均每次會議提案的次數平均是 0.15 次，是當中提案比例最高的團體，再者是醫事團體，每位委員每次會議也有 0.086 次，最低的是政府團體代表，平均每次會議只提案 0.021 次，雇主團體算是略低於平均值，每次會議提案數是 0.63 次，整個委員會每位委員的平均每次提案次數是 0.069 次。

表 4-8、委員提案比率（每次會議提案數）

			比率
學者專家	34	621	0.055
被保險人團體	108	704	0.150
雇主團體	48	762	0.063
醫事團體	57	660	0.086
政府單位	22	1056	0.021
主任委員	0	132	0
總數	258	3935	0.069

資料來源：本研究

若更細緻的比較每個類別內的提案比率，被保險人團體中，以總工會與康復之友會的代表提案最為積極，其中康復之友會目前僅參加十五次會議，但已經提案十次，總工會與會一百零四次，提案數也高達六十次；反的來說，消基會、農

這三個團體從最初監理委員會成立時就一直有提案數加起來沒有超過十次，可見在委員會的提案討論中，消基會、農會與漁會長久以來並沒有發揮其應有的功能。在雇主代表的狀況中，每個團體代表則是相差不多，每個代表均大約提案十次左右，並未有明顯差別。在醫事團體當中，則以醫院協會提案次數是最高的，從過去到現在提案了二十次，其他如牙醫師公會及中醫師公會的提案數則比較少，長久以來大概只有提過四次到六次案。至於政府單位代表，則沒有任何一個代表的提案非常的積極，可見政府單位代表的提案率普遍較其他類別團體低，由中尤以銓敘部退輔司沒有提過任何一次案，若對照出席率與發言比率來看，銓敘部退輔司似乎更是政府相關代表中參與度最低的代表。

從以上三個指標我們可以發現幾個現象，第一、被保險人團體的參與度與動機相較於其他團體都高，其中康復之友會、總工會的代表均非常認真的在議事，但農會、漁會、消基會代表的功能便相對式微，事實上，康復之友會代表的認真議事，幾乎受到受訪者一致的贊同；第二、即使出席率較高，議事及參與明顯較不投入的代表便是政府相關代表，其中銓敘部退輔司、北、高市的參與更是非常的薄弱，發言與提案上也並未有太積極的表現；第三、醫事團體與雇主代表的參與度也很高，整體發言與提案並沒有被保險人團體代表積極，但相對使用代理人的狀況也較多，其中醫事團體仍是有分為較積極的醫院協會與醫師公會與較不積極的牙醫師和中醫師公會，雇主團體也是工商協進會及工業總會較為積極，中小企業代表無論在發言上以及提案上，都明顯不如其他代表。

代表性其實是一個很難被討論的東西，也就是說今天…譬如說好了！被保險人代表我自己代表來說…也就是說，他是要找什麼人代表？他今天是找公會農會漁會，這樣的人看起來是被保險人代表因為他的六類四目就是這樣分的，那…這嚴格看起還好像也不完全是，因為事實上這些人對於健保的發言或是了解事實上都是零星的…就是這樣，發揮了什麼功能？（受訪者：C）。

二、費用協定委員會

（一）委員出席狀況

至 2006 年 9 月止共有 118 次例行會議。與監
團體代表更替率較監理委員會小，雖然團體派的代
表因為內部的組織調整有所不同，但幾乎所有類別的團體都從一開始成立費協會
就參與至今，足見費協會中參與團體的穩定性。

表 4-9、歷屆委員例會出席率²⁶

	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
醫事團體	111	10.45%	665	62.62%	286	26.93%
雇主團體	178	34.75%	389	43.50%	137	21.75%
被保險人團體	111	19.83%	338	57.29%	135	22.88%
專家學者	37	31.36%	81	68.64%	0	0%
政府單位	185	19.60%	399	42.27%	360	38.14%
主任委員	1	0.85%	113	95.76%	4	3.39%

資料來源：本研究

進一步比較各代表身分委員的出席狀況，就出席的狀況而言，專家學者的代表出席狀況最好，每次會議出席率達百分之六十八，再來就是醫事團體，每次會議出席率也達百分之六十二，其餘的如被保險人團體約百分之五十七，從表面的出席比例可以感受到以上團體對費用協定的重視。雇主團體、政府單位，出席率的狀況基本上都不是很好，幾乎都不超過五成。從出席率來檢視，費協會的討論應該是以醫事團體代表與被保險人代表為主。此外，從缺席的比例看來，也是雇主團體的比例最高，佔百分之三十四，從出席率低缺席率高的狀況來看，雇主團體代表在費協會的功能並不彰顯。若以代理出席的狀況來看，代理出席比率最高的政府單位代表，平均每次會議的代理率高達百分之三十八，其次醫事團體也很高，每次會議的代理率也高達百分之二十六，而被保險人代表與雇主代表則大約在百分之二十上下。

若我們更細緻的比較每個類別之內是否有特異的因素，醫事團體呈現了監理委員會與費協會不同的地方。牙醫工會在費協會裡的參與非常的積極，與監理委員會不積極的狀況南轅北轍，醫院各層級的協會雖然出席率低，但代理率很高，整體不若牙醫公會代表來得積極。就出席率低的雇主代表而言，商業總會與工商協進會的缺席率就很高，不若監理委員會中商業總會的代理人來得積極。就被保險人團體而言，農會的代表與監理委員會相同，參與仍不積極，118 次的會議中，真正代表出席的僅有 15 次，代理出席則達 75 次。對於政府的相關代表中，財政

²⁶更詳盡的費協會各類別委員出缺席比較，請參看附件十一。

的出席率頗高，北高兩市則幾乎都使用代理人出席的倡議下，對於出席不夠積極的代表，似乎可以用參與積極度作為一個評估參考的指標。

(二) 參與狀況

在出席參與狀況的分析上，我們主要從會議紀錄指涉出兩個指標，一是每次會議各類委員的發言比率，一是每次會議各類委員的提案比率。必須要先說明的是，這兩個數字僅能表現出表面上各類委員對於會議的參與度，並無法表現出每個委員的參與品質。在費協會中，等同於監理委員會，每個委員也均是代表一票，票票等值。如表 4-10 所示，醫事團體平均每次會議發言的次數平均是 1.53 次，是當中發言比例最高的團體，再者是被保險人團體，每次會議也有 0.67 次，然已經與醫事團體差距甚高。最低的是政府團體，平均每次會議只發言 0.17 次，雇主團體也不高，僅有 0.26 次，整個委員會的平均每次發言次數是 1.269 次。明顯看來，整個費協會的議事應該是醫事團體最為積極。

表 4-10、委員發言比率（每次會議發言數）

			比率
醫事團體	1630	1062	1.53
雇主團體	92	354	0.26
被保險人團體	393	590	0.67
專家學者	45	118	0.38
政府單位	162	944	0.17
主任委員	1720	118	14.58
總數	4042	3186	1.27

資料來源：本研究

若更細緻的比較每個類別內的發言比率，以發言率最高的醫事團體來比較，醫學中心代表、醫院協會代表以及醫師公會代表的發言次數最多，似乎可以說明即使使用代理人與會的機率高，但不影響對費協會議事的參與。雇主代表除了工業總會參與較為積極之外，商業總會與工商協進會的發言次數寥寥可數，若與低出席率相互映證，足見這兩個團體對費協會的議事並不關心。就保險人團體而言，農會是一個很特殊的案例，在監理委員會中，農會非但出席率差，連代表也甚少發言，然費協會的農會代表雖然大多使用代理人出席會議，但發言率是保險

認真。勞工聯盟總會與產業總工會在被保險人團體中，參與度最差的則是漁會，消費者文教基金會的參與度也不是很高。至於政府單位代表，則沒有任何一個代表發言超過平均值，可見政府單位代表的發言普遍較低，其中發言較多的大概僅有行政院衛生署代表。銓敘部、勞委會、台北市、內政部等代表發言非常的消極，若對照出席率來看，發言率低的代表，使用代理的狀況也很多，足見這些代表機關本身並沒有很重視費會協的功能。反而是與其利害相關的醫事團體代表最為積極。

如表 4-11 所示，若以每次會議的提案次數當作參與度分析的標準，仍然是醫事團體的提案率最高，平均每次會議的提案次數平均是 0.110 次，被保險人團體每位委員平均每次會議提案的次數平均是 0.061 次，相較於醫事團體代表已經差了一倍之遙。再者是雇主團體，每位委員每次會議也有 0.059 次，最低的是政府團體，118 次會議以來，沒有任何一個代表提過案，整個委員會每位委員的平均每次提案次數是 0.055 次。

表 4-11、委員提案比率（每次會議提案數）

			比率
醫事團體	117	1062	0.110
雇主團體	21	354	0.059
被保險人團體	36	590	0.061
專家學者	1	118	0.009
政府單位	0	944	0
主任委員	0	118	0
總數	176	3186	0.055

資料來源：本研究

若更細緻的比較每個類別內的提案比率，醫事團體之中，地區醫院協會的代表提案數最高，在 118 次的會議中，共提 37 案，其他的醫事團體約僅有十幾案而已，而護理師工會無論在發言數與提案數都位居醫事團體代表之末。被保險人團體中，則是以產業總工會與工商協進會較為積極，在 118 次的會議中，共提約十幾案，漁會與消費者文教基金會則僅有 5 案以內，可見在費協會的提案討論中，漁會長久以來並沒有發揮其應有的功能。在雇主代表的狀況中，工業總會較其他團體稍高，提案次數為 14 次。至於政府單位代表，在 118 次會議以來，沒有任何一個政府代表提案，可見費用協定與政府代表的利益上衝突較小，政府單位代表的提案率普遍較其他類別團體低，若對照出席率與發言比率來看，大部分的政府代表在費協會中幾乎沒有發揮太多的功能。

發現幾個現象，第一、醫事團體代表的參與度與動議額的費用協定直接影響到各個醫療團體的獲利，對於醫事團體的積極參與一點都不感到意外，尤其在發言上，是以醫師公會與各級醫院協會最為積極；第二、整個費協會的議事，呈現了醫事服務團體代表與被保險人團體代表主導整個會議的情況，政府代表在費協會的內部幾乎無法發揮太多議事的功能；第三、屬於賣方的醫事團體與買方的被保險人和雇主代表的參與度雖然高，但相對使用代理人的狀況也較多，從發言數與提案數觀察，基本上使用代理人的團體在發言與提案上均有表現，可見在費協會的議事上，即使使用代理人，代理人對於議事也並不含糊。

三、小結

上述為監理委員會與費協會兩者的分析結果。體制內的民主參與機制雖然有助於行政部門的決策具備民意的基礎，然畢竟名額有限，在僧多粥少的狀況下，勢必不可能將代表性擴及到社會整體，若又評估團體的組織強度、內部凝聚力、參與知能等條件，委員會社會團體代表的選擇勢必要在盡可能利益廣泛代表的名單中，去尋找適宜的菁英參與決策，如此才能有效提升決策的品質。

任何委員會都是走菁英主義啦！全世界大概都一樣，他不可能走公民式的，那這樣就沒有辦法議決嘛，他不是一個討論的過程，他是一個選擇跟決定的過程。我覺得在公民社會裡討論的過程要公民參與，那決策過程其實是很困難的，因為我想他是一種選擇不是一種討論（受訪者：C）。

從上述的內容分析觀之，事實上有很多參與團體雖然在表面上具備社會成員的代表性，但實際的參與上卻付之闕如，無法達到充分整合社會意見的功能。換言之，許多同一類的委員，特別是醫事服務機構內部的意見都不集中了，結果每次除了與其他類別的委員立場不同外，自己人已鬧內訌。因此，人數的比例並不是重點，任何的委員會的設計都無法滿足讓所有的可代表團體都有機會參與，少數但共識性強的團體，利益集中的團體來議事，都會比代表多但利益不集中的設計來得好。

我個人覺得人數不是那麼重要，就是說代表性是怎麼產生的，還有一個是說，他來開會之前，他有沒有一些機制，就是說，我今天來開會，我代表

不然你來一百個好了，每個人來都是代表自己講，你說醫院代表他們來，然後一大堆人，然後真正開會的時候，據說啦，四個層級的代表就內鬨起來了，奇怪了，別人在講你們家的事情，你們四個在那邊內鬨，沒共識啊，那這怎麼談呢？（受訪者：I）

從訪談得知兩會運作的現況，很多代表都是拿著一本資料坐在那邊，喝茶等著吃便當而已（受訪者：B、D），議事的態度非常的消極。如下表所示，我們將上述針對會議內容分析的結果整理的委員代表的積極狀況整理成表，作為現制評估的參考，也可以與接下來的問卷分析結果作一比對。由於兩會所討論的健保政策議題涉及到會計學、計量經濟、公共衛生學、醫療專業的知識，社會團體的代表相較於醫事團體代表，專業知能明顯的不足，在討論上容易產生知識不對稱的弱勢。非但問卷上都顯示出被保險人代表的專業知能不足，根據受訪者表示：在費協會中討論總額的問題時，大多是醫事團體與政府代表在討論協商總額如何分配，被保險人相對而言就比較插不上嘴（受訪者：C）。若要完備兩會合一後委員的選擇的代表性，降低各團體代表間知識不對稱的問題也必須要納入考慮。

表 4-12、兩會代表積極與不積極與會的整理²⁷

	積極	不積極	積極	不積極
被保險人	康復之友會 產業總工會 職業工會	農會 漁會 消基會	勞工聯盟 產業總公會 (農會)	漁會 消基會
醫事團體	醫院協會 醫師公會	中醫師公會 牙醫師公會	牙醫師公會 醫學中心 醫院協會 醫師公會	護理師公會
雇主代表	工商協進會 工業總會	中小企業	工業總會	商業總會 工商協進會
專家學者	NA	NA	NA	NA

²⁷ 沒有名列期中的團體代表，表示該團體在會議上的表現大致上在平均值上下，沒有特別積極，也非不積極。

敘部退輔司
政部社會司
、高兩市

行政院衛生署
主計處
財政部

銓敘部退輔司
內政部社會司
勞委會
北、高兩市

資料來源：本研究

在過去的研究中，很多政策建議均是導向買賣雙方的對等協商，在我國監理委員會的組織結構中，賣方是指醫事團體代表，買方是指被保險人團體、雇主代表、以及些許政府代表。有受訪者指出，若以參與的積極度而言，確實是攸關利益的買賣雙方最為積極，但若以參與的知能而言，有些被保險人團體的專業知識確實遠不及醫事團體，況且即使是六類十四目中的被保險人團體，其在健保相關措施也沒有體現出應有的積極度。在二代健保的規劃報告中，便提及了擴大民眾參與，買賣雙方協商的最大問題，便是當委員的能力相對不足時，做出來的決策反而比專業的技術官僚更差，傷害的也是廣大民眾的利益。二代健保的政策需求要擴大民眾的參與以尋求治理正當性，達到權責相符社會自治的原則，但又無法避免由主管機關指定的政府相關單位或學者的參與時，可以在專業性與代表性的要求上有一些折衷，或許可以讓委員會中除買賣雙方以外的委員，都僅具有與會討論權，而不具備投票權（受訪者：B）。

第三節 菁英問卷的綜合分析

本節將整理菁英問卷中，對於監理與費協兩會現制評估的主觀意見，進行統計上的描述與分析，在問卷的設計上，共區分為監理委員會評估、費協會評估與綜合評估三部分。以下則針對此三部分進行個別的分析：

一、全民健康保險監理委員會評估

（一）體制架構評估

在監理委員會評估的部分，我們共計設計了十二道題目，就組織定位的問題

現今監理委員會附屬於衛生署是否適當，大部分的受訪者認為適當，超過五成的支持度，足見大多數的受訪者對於監理委員會附屬於衛生署沒有太大的疑義。

表 4-13、監理委員會體制架構評估

1	現今監理委員會附屬於行政院衛生署，是否適當？	是	34	57.4
		否	15	26.3
		無意見	5	9.0
		無法判斷	1	2.5
		遺漏值	3	4.8

資料來源：本研究

說明：深色底線部分為該題次次數最多回覆意見者。

（二）代表性評估

對於委員代表性的評估而言，受訪者認為代表性最容易被質疑的便是被保險人團體代表（30/35.4%），可見現今被保險人的代表性確實有需要進一步的被檢視，在前述分析會議內容的時候，已經瞭解到農會、漁會與消基會在會議參與上是較為消極的，就連消基會也被認為因為沒有草根的機制，所以無法代表廣泛的民眾利益。

民間團體我覺得在這幾年也運作的比較成熟，比如說那幾個社福團體，我覺得也並無不可。那消基會我覺得是已經不太能代表這些人了，他沒有那個草根的機制，你說其他那些社福團體，他們是有機制的，就是說至少他有他的社會力，那我覺得社會力其實是讓這個協商就是拍板定案的一個很重要的機制。（受訪者：H）

對於委員參與知能的評估，從次數分配上來檢視，可發現雇主代表的健保知能最為不足（31/32.3%），被保險人比例也相當的高（29/29.5%），相關政府代表在此測量題目上的比例也不低，共計有 20（20.1%）。上述的結果足見被保險人在代表性與專業性上都遭受到質疑，有其檢討的必要。此外，在監理委員會的委員組成應具備的專業背景上，我們也似乎發現受訪者大多認為醫療保健政策與管理的專業佔最多（45/16.9%），其餘則分別是經濟財務（10/15.1%）、保險

38/14.2)、以及法律(34/12.8%)。在委員的組成

表 4-14、監理委員會委員代表性評估

2	監理委員會的委員中，您覺得哪一類的委員會有代表性不足的問題？（可複選）	專家學者	14	16.8
		被保險人	30	35.4
		雇主代表	9	10.0
		醫事服務機構	16	18.2
		相關政府機關代表	8	9.5
		以上皆非	3	3.9
		無法判斷	5	6.2
3	參與能力為委員考量標準之一，在監理委員會委員，您覺得哪類別代表健保議題相關知識較為不足？（可複選）	專家學者	3	3.0
		被保險人	29	29.5
		雇主代表	31	32.3
		醫事服務機構	5	5.2
		相關政府機關代表	20	20.1
		以上皆非	6	5.9
		無法判斷	4	4.0
12	您認為參與監理委員會的委員應具備下列哪些專業背景？（至多挑五個）	經濟財務	40	15.1
		醫療保健政策與管理	45	16.9
		公共管理與政策	38	14.2
		法律	34	12.8
		保險	38	14.4
		醫院管理	20	7.6
		公共衛生	18	6.9
		社會福利	28	10.6
		其他	4	1.4

資料來源：本研究

說明：深色底線部分為該題次次數最多回覆意見者。

（三）運作功能評估

監理委員會功能的發揮程度的評估，我們設計了 4, 5, 6, 7 幾道題目以供分析。在衛生署對於監理委員會的決策諮詢的採納程度而言，呈現非常極端的現象，支持採納與不採納的各佔三成左右，可見受訪者在衛生署對於監理委員會諮詢與建議的採納程度的印象，呈現意見不一致的狀況，需要再更進一步瞭解意見

衛生署不重視監理委員會的決議的可能理由，多數的受訪者認為是法定執掌不夠明確 (23/16.9%)，委員本位主義過強也是重要的原因之一 (28/19.7%)。在監理委員曾對健保局監理功能的發揮程度而言，約有將近五成的受訪者都認為大部分未發揮 (27/46.4%)，但也有約三成的受訪者認為有所發揮 (18/30.3%)，經由訪談受訪者也認為監理委員會對健保局的監督並不確實，沒有搔到癢處，就連健保局自己的員工也這麼認為 (受訪者：E, J)。進一步詢問為何沒有發揮監理功能的原因，大部分的受訪者仍然認為沒有決策實權 (38/27.6%)，此外尚有法定執掌不夠明確 (23/16.9%)，委員本位主義強 (20/14.6%)，以及衛生署對決議不夠尊重 (19/13.9%)，都約佔了兩成左右的意見。從此可見監理委員會的監理功能不彰，沒有決策實權佔了相當大的因素，權責不相符，委員本位主義過強，與深度訪談中受訪者給予的訊息一致。

表 4-15、監理委員會功能性評估

4	以監理委員會的政策諮詢與建議功能而言，您覺得衛生署對監理委員會所提之決議的採納程度為何？	全部採納	0	0
		大部分採納	19	32.8
		無意見	10	17.6
		大部分未採納	20	33.2
		從未採納	0	.8
		無法判斷	9	14.8
		遺漏值	0	.8
5	有人說衛生署並不重視監理委員會的決議，您認為其主要原因為何？（可複選）	法定執掌不夠明確	16	11.1
		沒有決策實權	34	23.9
		官派委員比例過高	20	13.7
		專業知識不足	17	11.8
		衛生署對決議不尊重	18	12.4
		委員本位主義強	28	19.7
		其他	10	7.2
6	以監理委員會的監理功能而言，您覺得監理委員會對健保局的業務是否能充分發揮監理功能？	發揮	1	2.4
		大部分發揮	18	30.3
		無意見	8	13.5
		大部分未發揮	27	46.4
		從未發揮	1	1.7
		無法判斷	3	4.9
		遺漏值	0	.8
7	有人說監理委員會無法充分發揮監理健保局的功能，您認	法定執掌不夠明確	23	16.9
		沒有決策實權	38	27.6

官派委員比例過高	15	10.8
專業知識不足	17	12.7
衛生署對決議不尊重	19	13.9
委員本位主義強	20	14.6
其他	5	3.4

資料來源：本研究

說明：深色底線部分為該題次次數最多回覆意見者。

(四) 組織運作評估

在組織的運作評估方面，我們設計了 8, 9, 10, 11 四道問題以供分析。在第八題中，我們問到委員是否能代表其團體盡監督之責，受訪者的答案呈現了非常兩極化的現象，同意與不同意的人數大致相差不遠，表示這個問題受訪者間並無定論，為何沒有定論，需要在一步的探析。再者，若是單就會議人數而言，過多與剛好的受訪者差不多，但甚少人回答過少，可見目前 29 名的監理委員已經沒有增加的空間，可以作為設計的標準。對於會議進行是否能充分意見交流，雖然同意的人數稍多 (24/41.1%)，然此一答案也呈現非常兩極化的現象，同意與不同意差距並不大，意見並不一致。最後，我們問到會議進行無法充分交流的原因是什麼，大部分的受訪者選擇了未認真議事 (28/29.3%) 與缺乏健保知識 (28/28.9%)，若與上一節所做的會議內容分析對照，不難發現會議上甚少發言，出席較低的委員代表，一方面是很穩定，二方面是這些代表委員參與的積極度與專業性都被質疑，與問卷分析所得到的結果有吻合之處。尤其是在專業性上最被質疑的被保險人團體與雇主代表，未認真議事者應該要有退場的機制。此外，有一個奇特的現象，這一題選擇其他的受訪者很多 (19/20.2)，在仔細比對其理由，又發現政治力的介入與委員間的本位主義也是會議意見交流的殺手。

表 4-16、監理委員會組織運作評估

8	有人說「監理委員會委員確實能代表其單位，對全民健保的相關措施盡監督之責」，您是否同意？	非常同意	0	0
		同意	24	40.3
		無意見	8	13.9
		不同意	23	39.2
		非常不同意	2	4.2
		無法判斷	1	2.5
		遺漏值	0	0

		過多	<u>24</u>	<u>40.3</u>
		剛好	<u>24</u>	<u>41.3</u>
		過少	1	2.4
		無意見	7	11.4
		無法判斷	3	4.6
		遺漏值	24	40.3
10	您是否認為「監理委員會開會時委員意見皆能充分討論與交流？」	非常同意	1	2.4
		同意	<u>24</u>	<u>41.1</u>
		無意見	8	13.1
		不同意	<u>20</u>	<u>33.5</u>
		非常不同意	2	4.1
		無法判斷	3	5.8
		遺漏值	1	2.4
11	有人認為監理委員會在開會時無法充分討論與交流各方意見，您認為原因有哪些？（可複選）	不具代表性	5	5.0
		未認真議事	<u>28</u>	<u>29.3</u>
		缺乏健保知識	<u>28</u>	<u>28.9</u>
		缺席率高	16	16.5
		其他	19	20.2

資料來源：本研究

說明：深色底線部分為該題次次數最多回覆意見者。

二、費用協定委員會評估

（一）體制架構評估

在費協會評估的部分，我們設計了十二道題目就組織定位的問題而言，整理如表 4-16 所示：現今費協會附屬於衛生署之下是否適當，大部分的受訪者都覺得適當（26/43.4%），適當的意見約佔了將近五成，足見大多數的受訪者對於費協會附屬於衛生署沒有太大的疑義。

表 4-17、費協會體制架構評估

13	現今費協會附屬於行政院衛生署，是否適當？	是	<u>26</u>	<u>43.4</u>
		否	15	25.8

無意見	11	17.8
無法判斷	5	8.2
遺漏值	3	4.8

資料來源：本研究

說明：深色底線部分為該題次次數最多回覆意見者。

（二）代表性評估

對於委員代表性的評估而言，與監理委員會相同的是，受訪者認為代表性最容易被質疑的便是被保險人團體代表（30/35.4%），可見現今被保險人的代表性無論在監理或費協兩會確實有需要進一步的被檢視，然在社會團體中，無論是監理或費協會，雇主代表所遭受到的質疑都是最少的。對於委員參與知能的評估，從次數分配上來檢視，可發現雇主代表的健保知能最為不足（29/31.4%），被保險人比例也相當的高（28/30%），相關政府代表在此測量題目上的比例也不低，共計有 14（15.4%），這個結果與監理委員會非常的一致，代表性在兩會均有同樣的問題存在。此外，在費協會的委員組成應具備的專業背景上，我們也發現受訪者大多認為醫療保健政策與管理（43/16.9%）與經濟財務（45/17.5%）的專業佔最多，保險（39/14.9）、公共管理與政策（28/11.0）、以及醫院管理（37/14.2%）。與監理委員會不同的是，其原本的法律換成了醫院管理，似乎也可反映出兩者組織性質與功能的不同需求。

表 4-18、費協會委員代表性評估

14	費協會的委員中，您覺得哪一類的委員會有代表性不足的問題？（可複選）	專家學者	14	15.7
		被保險人	24	27.8
		雇主代表	10	11.9
		醫事服務機構	16	18.6
		相關政府機關代表	9	9.9
		以上皆非	3	3.9
		無法判斷	11	12.2
15	參與能費協會委員，您覺得哪類別代表健保議題相關知識較為不足？（可複選）	專家學者	6	6
		被保險人	28	30
		雇主代表	29	31.4
		醫事服務機構	4	4.7
		相關政府機關代表	14	15.4
		以上皆非	3	3.6

景？（至多挑五個）

無法判斷	8	8.9
經濟財務	45	17.5
醫療保健政策與管理	43	16.7
公共管理與政策	28	11.0
法律	21	8.2
保險	39	14.9
醫院管理	37	14.2
公共衛生	17	6.6
社會福利	25	9.7
其他	3	1.1

資料來源：本研究

說明：深色底線部分為該題次次數最多回覆意見者。

（三）運作功能評估

費協會費用協定功能的發揮程度的評估，我們設計了 16, 17, 18, 19 幾道題目以供分析。對於費協會協定醫療給付支出總額的運作評估，將近五成的受訪者都認為運作還算順利（28/47.3），這與我們訪談所得到的結果不謀而合。若進一步詢問費協會的各類委員之中以哪一類委員的影響力較大，多數的受訪者選擇醫事服務機構（23/39.5%），這也與我們在訪談過程中，大部分的受訪者認為費協會的運作是由醫事服務機構的委員在主導一致（受訪者：E, G, H, J），以上一節費協會會議紀錄的內容分析結果，便可看出在會議發言與提案上最積極的大多是醫事服務機構，可見醫事服務機構的代表在費協會確實較為活躍。

對於費協會總額支出分配的功能，五成以上的受訪者也大多認為還算順利（33/56.6%），對於醫療總額分配上各醫療團體代表的協商能力，個別有三成的受訪者認為是西醫醫院代表（19/32.65）與牙醫團體代表（18/31.1%）的協商能力最強。但若對照深度訪談結果來看，毫無疑問的是牙醫團體在印象中一直是協商能力非常強的單位，但西醫醫院一直認為自己沒有那麼的有影響力，卻是比較不一致的地方。若進一步再詢問哪一類的醫療團體代表內部的組織能力最強，大部分的受訪者認為牙醫團體的組織凝聚力最強（42/70.7%），共佔有七成以上的意見。然若我們對總額預算制度是否能有效抑制醫療資源浪費作一評估，此問題的答案呈現兩極化的現象，可以與不可以約各佔兩成半左右，可見總額預算制的成效目前並不為所有人所認可，相關原因為何，還需要更進一步探究。



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



資料來源：本研究

說明：深色底線部分為該題次次數最多回覆意見者。

(四) 組織運作評估

在組織的運作評估方面，我們設計了 22, 23, 24, 25 四道題目以供分析。在第 22 題中，我們問到委員是否能代表其團體盡協商之責，與監理委員會不同的是，受訪者的答案持較為肯定的態度 (25/42.8%)，肯定者約佔四成以上。再者，若是單就會議人數而言，過多與剛好的受訪者差不多，但甚少人答過少，可見目前 27 名的費協會委員已經沒有增加的空間，這個結果與監理委員會非常一致。對於會議進行是否能充分意見交流，此一答案也呈現非常兩極化的現象，同意與不同意差距並不大。最後，我們問到會議進行若無法充分交流的原因是什麼，大部分的受訪者選擇了缺乏健保知識 (21/27.8%)，若與參與知能那一題相互對照，可以發現若缺乏專業知識是會議進行無法充分交流的主因，被保險人代表與雇主代表在費用協定的議題上，不夠專業的討論可能較容易降低會議的議事效率。與監理委員會相同的是，這一題選擇其他的受訪者很多 (25/34.0%)，反而比缺乏專業知識此一選項來得高，在仔細比對其理由之後，又發現政治力的介入與委員間的本位主義也是會議意見交流的殺手，可見費協會由於其牽涉到資源配置的敏感問題，政治力的介入與委員間為爭取資源的本位主義影響會議的進行甚深。

表 4-20、費協會組織運作評估

22	您是否認為「費協會委員確實能代表其單位，對全民健保的總額分配盡充分協商責任？」	非常同意	1	2.4
		同意	25	42.8
		無意見	8	13.1
		不同意	17	28.0
		非常不同意	1	1.7

		無法判斷	7	11.1
		遺漏值	0	.8
		過多	21	35.4
		剛好	17	29.4
		過少	3	4.8
		無意見	9	16.1
		無法判斷	7	11.1
		遺漏值	2	3.2
24	您是否認為「費協會委員開會時意見皆能充分討論與交流？」	同意	20	34.2
		無意見	9	14.6
		不同意	19	33.0
		無法判斷	9	14.9
		遺漏值	2	3.2
25	有人認為費協會在開會時無法充分討論與交流各方意見，您認為原因有哪些？（可複選）	不具代表性	9	12.4
		未認真議事	12	15.9
		缺乏健保知識	21	27.8
		缺席率高	7	10.0
		其他	25	34.0

資料來源：本研究

說明：深色底線部分為該題次次數最多回覆意見者。

三、綜合評估

本研究設計了八個問題來綜合討論兩會目前整體的運作狀況，以及與其他相關單位的關係。如下表所示：第 27 題主要在詢問監理委員會與費協會在收支上是否有溝通不良的狀況，四成的受訪者都選擇了確定的答案（24/40.0%），與相反的意見差距甚高，此一結果與我們文獻蒐集所得，以及訪談蒐集的資料沒有太大的差別，大部分的訪談也認為兩會之間的分立，確實會造成溝通不良的問題（受訪者：F）。談到收支連動，都會認為監理委員會管的是收，費協會管的是支，因此在測量上，我們將此兩個相當然爾的印象作了實際的分析，發現在監理委員會是否有權決定健保收入的問題上，不同意加上非常不同意的部分（25/41.0%）約佔四成以上，會比同意加上非常同意的多（20/36.8%），但差距並不大，顯見在監理委員會有權掌管收入這個面向，並沒有得到認可，意見較為分歧。反觀費協會是否有決定實質支出的權力，五成以上的受訪者表示贊同（35/58.3%）。

27	現行健保組織下收支關係的 互動，監理委員會與費協會是 否有協調溝通不良的問題？	是	24	40.0
		否	10	17.0
		無意見	15	25.7
		無法判斷	9	14.9
		遺漏值	1	2.4
28	您是否同意，現行組織體制 下，監理委員會有決定健保收 入的權力？	非常同意	1	2.4
		同意	20	34.4
		無意見	8	13.0
		不同意	17	29.0
		非常不同意	9	15.4
		無法判斷	2	3.3
		遺漏值	1	2.4
29	您是否同意，現行組織體制 下，費協會有決定健保支出的 實質權力？	非常同意	2	2.9
		同意	33	55.4
		無意見	5	8.1
		不同意	14	23.7
		非常不同意	2	4.1
		無法判斷	3	5.8
		遺漏值	2	2.9
30	您是否同意，現行組織體制 下，監理委員會與費協會之間 能夠對收支議題進行有意義 的互動？	非常順利	4	7.3
		還算順利	16	27.5
		無意見	14	22.9
		不怎麼順利	15	25.7
		非常不順利	2	3.4
		無法判斷	6	10.9
		遺漏值	1	2.4
31	現行健保的組織體制當中，監 理委員會與費協會之間的互 動是否順暢？	非常順暢	1	2.4
		順暢	13	22.7
		無意見	19	32.0
		不順暢	17	28.0
		非常不順暢	1	1.7
		無法判斷	8	13.3
		遺漏值	1	2.4
32	現行健保的組織體制當中，健 保小組與監理委員會之間的 互動是否順暢？	非常順暢	2	3.2
		順暢	21	36.0
		無意見	17	28.7

		不順暢	10	17.0
		非常不順暢	7	12.7
		無法判斷	1	2.4
		遺漏值	2	3.2
33	現行健保的組織體制當中，健保小組與費協會之間的互動是否順暢？	非常順暢	0	.8
		順暢	21	36.0
		無意見	17	29.4
		不順暢	8	13.7
		非常不順暢	10	16.8
		無法判斷	2	3.2
		遺漏值	0	.8
34	您是否贊成二代建保修法中，將監理委員會與費協會合併成爲一個「全民健康保險監理委員會」(兩會合一)的作法？	贊成	41	69.6
		不贊成	7	11.8
		無意見	10	17.7
		無法判斷	0	.8
		遺漏值	0	0

資料來源：本研究

說明：深色底線部分爲該題次次數最多回覆意見者。

再者，我們若深入詢問監理委員與費協兩會是否能在收支議題上進行有意義的互動，結果呈現的是兩極化的結果，同意與不同意的意見各佔一半，爲何如此分歧，可能需要更進一步的分析與解釋。然若問及兩會間的互動是否順暢，回答不順暢的佔較多數（17/28.0%），可見認爲兩會間互動給予人主觀上的感覺並不理想，這方面也與我們訪談的結果非常的一致（受訪者：E）。然在健保小組與兩會互動關係的評估上，大部分的受訪者都一致認爲還算理想，無論是監理委員會或費協會，與健保小組的互動都沒有太大的問題。對於二代健保兩會合一政策的贊同與否，將近七成的受訪者也都對兩會合一表示了贊同（41/69.9%），可見兩會合一的政策支持度很高，這也與我們訪談的結果非常一致，大多受訪者都認同兩會合一的主張（受訪者：A、C、D、E、F、G、H、I、J），認爲兩會合一是未來該走的方向。但實際而言，若以反對的人數來說，仍有一成的人（7/11.8%）反對兩會合一，無意見的也有約佔一成五以上（10/17.7%），這些受訪者所代表的意見，可能會成爲將來兩會合一時實質的阻力。反對的意見，也建議能進一步的評估與蒐集，以減少兩會合一時的阻力。

憲政民主國家中，主權屬於全體國民所有，國家行使公權力的正當性，來自於人民的同意。一般而言，人民的權利的展現，往往是透過代議制度所組成的國會來行使，行政權若動用公權力限制人民的權利與義務，必須獲得國會的授權。但由於政府面對事務日益龐雜，以國會的議事效率，事事仰賴立法機關決策，勢必無法因應施政上的需求。因此，許多亟需專業與效率的議題，便需要國家機關的行政官僚在裁量的範圍內進行專業的治理。行政機關的決策為了具備民意的基礎，開始透過在體制內建立類似委員會的參與管道，使決策能收民意背書之效。監理委員會的存在，除了擴大社會大眾參與健保事務的合法性管道，最重要的目的，更是要為衛生署在健保政策上的施政背書。強化公民參與行政決策，似乎是不可阻擋的潮流。

目前監理委員會在整體健保政策的運作機制，對外與對內的運作功能都面臨到極大的問題，費協會由於其目標明確，任務清楚，故外在的組織架構上，並沒有太大的疑慮，因此外部健保體系與組織定位的問題，主要是以監理委員會所要面對的問題為主，內部監理與費協其實都面臨了一致的問題，也就是代表性與專業性該如何去權衡的問題。我們大致上可以將問題簡列如下：

一、外在整體健保體系的問題

就外在的運作問題而言，監理會的問題可羅列如下：第一、無權無責：從訪談、問卷與內容分析皆顯示目前監理委員會僅發揮諮詢的功能，有沒有權責端看衛生署長是否授權，因此若該會決議與衛生署的政策相左時，健保局會優先尊重衛生署的意見；第二、雖然菁英問卷的統計結果對溝通不良的問題意見紛歧，倘若兩會分立造成溝通不良，彼此間的決策若不一致時，會對執行政策的健保局造成困擾，造成行政上的成本；第三、民眾一直不斷的認為政府該為健保政策負責，若為了強化民眾參與之由，授權監理委員會對於健保政策具備決策的權力，社會團體也會覺得政府有卸責的可能，況且就現今行政與立法的運作關係，健保政策的決策成敗確實也是由衛生署長負政治責任；第四、就是在名義上可能會影響收支連動，但對於此，有些受訪者是抱持保留的態度，即使在問卷的分析上，對於是否影響收支連動意見也非常的分歧，偏好並不明顯。

二、內在運作機制的問題

言，無論是監理委員會或是費協會都面臨到代表性第一、對代表性的疑慮：醫界、勞工界、雇主團體等社會團體透過監理委員會與費協會參與健保的決策，雖然是一個制度性的參與管道，但對於代表性的疑慮，卻致使缺乏一個所有人都能夠信賴且對公益負責的民主協商制度，這些社會團體是否能夠反映民眾的意見，以及參與辯論的品質如何，值得商榷（鄧宗業、李玉春，2002：325；郝鳳鳴，2004：79；雷文政，2004：59）；第二、參與知能與內部組織化的問題：組織化不足的民間團體，又缺乏參與能力或制度性的參與管道，難以維持其利益，故長期以來，無論是民間還是官方，對於監理委員會與費協會委員的代表性，皆有一定的疑慮存在，所制訂的決策在可行性上也頗有疑慮，這樣的狀況也明顯的反映在問卷的分析結果：對於被保險人團體代表的代表性存疑；第三、委員出席缺席或代理狀況太過頻繁，有些委員在會議中的參與度也不高，諸如：農、漁會代表、中小企業代表、銓敘部退輔司等雖然在表面上的代表性很高，但在參與上都不是很積極，發揮功能有限，這個狀況在兩會皆然；第四、兩個委員會的團體代表重複性太高，分開兩會議事容易增加行政的成本，又加上兩會之間的溝通不良，便會導致無法協調的狀況產生；第五、即使吸納社會團體相關代表有助於完備公民參與決策的機制，然現今監理委員會主管機關所指派的代表多達將近一半，會使監理委員會的代表性受到質疑；第六、委員的變動會引發協調成本，因此大部分的委員團體名單，都具備相當高的穩定性，這個狀況在費協會尤其明顯，若這些代表本身所代表的利益不具備完備性，變動上又不可行時，便容易傷害委員會的代表性與合法性。代表性是體制內民主參與最重要的合法性機制，若現今的委員組成無法滿足合法性的需求，無論在監理或費協兩會的權責運作上皆會遭受挫折。

除了二代健保中所述收支不連動與權責不相符的問題外，以上針對兩會運作現況的分析與歸納，確實在實務上的改革更具確實的感受。目前參與團體的代表性確實遭受到相當大的質疑，尤其是被保險人的部分，又加上對兩會運作實質功能的評估，更凸顯了現今兩會運作代表性與專業性的問題。

若我們進一步針對監理委員會與費協會的代表性現況做更進一步的評估，可得初步結果如下：

一、參與不積極的委員應可考慮替換

對於代表性的要求，並不是要把現在的委員全部推翻重新選擇，事實上，健保監理委員會與費協會行之有年，勢必有留下好的運作模式，也有認真的參與團體一直關注健保的議題，認真議事的參與（受訪者：A）。本研究並不透過否

的正當性，而是希望以現制中好的組合為基礎，
求能夠比現制更圓滿。

從分析方法來檢視，一個團體究竟是否具備代表性，可以從由上而下的主觀認知，或是由下而上的組織評估來理解。由上而下是主管單位主觀上認為健保政策對那個標的群體的影響較大，則在委員的代表性上便必須考量該群體的利益，但這並不表示此一群體在客觀上的參與度很高。爰此，由下而上便可透過組織團體的活動積極性（參與的知能）與組織強度（內部民主）來評估其是否具備客觀的代表性，與由上而下的指涉方式達互補之效。在本章中對於監理委員會與費協會過去會議內容出席率的分析，再綜合問卷的分析與訪談，便可從現今委員的投入程度得到參與積極度的驗證。農漁會的委員代表以及有些政府代表，雖然主觀上代表廣大的農民與漁民團體的利益，以及政府相關部會的權益，但長久以來在參與的積極度上一直普遍偏低，實質上對委員會的功能並無多大的助益，初步來看，可以考慮將參與較為不積極的委員考慮剔除於名單之外，或是彈性的作一些調整。但至於調整的方式是什麼，本研究將在參酌國內外其他委員會治理的經驗後，提出一些可行的準則。

二、委員的選擇應朝向統合化（代表多重利益）、菁英化（具備知能）

由於體制內的民主參與機制員額有限，面對廣大的社會團體，勢必要走向菁英化、統合化的委員代表的選擇。一方面要能代表廣大的標的團體，具有代表性，並能有效整合相關團體的意見，成為在健保監理會討論的統一窗口，另一方面則是團體所派代表要具備健保政策相關的專業知能，具有專業性，如此才能有效的維護團體利益，也不至於在討論時與醫事團體間有明顯知識不對稱的問題，決策也才更具可行性。還有就是兩會合一後健保監理會的組織定位究竟是否肩負決策功能？政府角色是否退縮？在整個健保政策的體制中都極富影響，政府角色的退縮，也要考慮到民眾是否覺得政府卸責的批評，因此有無權責與民眾認為健保政策應由誰負責的態度息息相關。

此外，根據統計，對於監理委員會與費協會委員專業背景上的需求，大致上醫療政策與管理、經濟財務、保險、公共管理與政策、以及法律與醫院管理應該被納入考量。醫療政策與醫院管理的專業有其傳統，經濟財務與保險的專業可以對費率的問題提供專業性的建言，至於公共管理與政策還有法律，有助於兩會從比較宏觀的角度來檢視政策環境與健保政策的問題。這些專性背景，也可以一併納入監理委員會中代理人制度運作考量。就目前監理委員會與費用協定委員會的委員組成，全為兼任委員，並沒有強制性的規定必須要參加例行會議，代理人制度的運作，一方面可以增強會議的出席率；二方面也可以讓社會

來代理出席，爭取權益。

團體是否具備代表性的相關指標，在本節大致上皆用來檢證現今兩會運作的狀況與可能的問題，並對現今委員的參與績效作一評估。過去委員會成員的選擇，大多基於主管單位對代表性主觀的判斷，屬於由上而下的指涉方式。對於政府代表的委員選擇，也多基於決策涉及到跨部會的單位的認知來選擇。然現今社會團體的發展日益蓬勃，對於自己本身所關心議題的參與需求又日益高漲，在社會團體組織變多之後，對於監理委員會委員的考量更是不易。也因此由下而上的選擇技術就日益重要，透過客觀的團體表現的指標，來決定哪些團體具備參與的需要與能力。因此，團體委員參與的知能、組織的強度、內部的民主等在表 2-1 提到的標準，都會成為讓委員會的組成更具效率性、專業性、代表性的必要條件。

下一章則透過對國外相關委員會的運作，與委員代表選擇標準的分析做一對照，然後再綜合前述的分析，對於如何選擇代表的準則與方法提出操作性的建議。

以下則針對外國健保的管理體制，以及委員會治理的運作經驗做一介紹。在本節中，本研究將會先統整性的歸納國外目前的醫療保險治理機制，進一步選擇適當的討論案例。但必須要說明的是，每個國家的文化背景與政策系絡不同，本研究所選擇的分析案例，並不一定以與台灣的健保制度運作方式相當的個案，而是找出在他國有委員會治理形式存在的健保制度中，該機構是如何運作？委員的組成原則為何？最後並總結上一章的討論，綜合國內外經驗，以期建構一個可以完整、公平指涉委員會委員代表性的指標，也可以給下一步的研究問題具體的參考與建議。

第一節 國外醫療保險制度的管理體制

各國由於政治、經濟、文化和歷史背景的不同，醫療保險體制的實施原則與管理體制也不盡相同，概括起來，一般可區別為政府治理與社會自治模式，細分來說，大致尚可分為三個模式²⁸（易云霓，1995：17-18）：

第一、政府治理：社會保障部門主管模式

這種模式的特點醫療保險並未從社會保障部門中獨立，醫療保險屬於社會保障制度下的一環。換言之，是社會保障部門（包括勞工部、社會福利部、社會保險部、社會事務部門等）（相當於我國的內政部）擁有體系內的醫療保險系統，透過統一制訂有關的施政方針與政策，並共同治理有關醫療保險的相關業務。這類的治理模式，政府通常不僅自行以徵稅的方式籌措和管理資金，並且自行組織公立的醫療服務提供機構，也從社會上購買部分的醫療服務。這種模式從開發資源提供醫療補助發展而來的，多出現在拉丁美洲與其他的發展中國家。這些國家在實施醫療保險制度時，基本的醫療資源相對的貧乏，分佈也極不合理，採用這種模式能快速的促進醫療衛生系統的發展，有效的提供初級的醫療服務，避免政

²⁸ 在醫療保險體制的分類上，若以運作組織體制來分類，可分為：國民健保服務機制（NHS），社會保險機制（NHI），以及私人保險。

助其統治的正當性，也利於控制醫療保險的費用，調整醫療資源配置，並滿足社會變化的需求。然其缺點是：一、社會保障部門所隸屬的醫療保險機構與國家其他的衛生部門功能容易重複，不利於實施行業管理與區域衛生規劃，主要依靠社會保障部門內部人員和設施，不能充分利用社會上已經有的衛生醫療資源；二、醫院、急救站、所有的物資設施都歸國家醫療保險機構所有並支配，行醫自主權往往受到限制，醫師的報酬是固定領國家薪資，積極性不高；三、以治療為主，受保人僅能在醫療保險系統內部的醫療機構看病，否則醫療費用無法報銷，選擇醫療的自由也受到限制。實施這種方式的關鍵，要協調好各部門所屬的醫療系統，防止資源的配置不當，造成浪費，並要調整好對醫療機構的補助與相關人員的工資，增強醫療機構與人員的積極誘因。

第二、政府治理：衛生部門主管模式

特點是國家醫療保險計畫與政策，是透過專門的衛生部門來實踐。衛生部門負責分配醫療資源，又負責組織提供醫療服務，醫療服務的供給可以來自公立的或私立的醫療服務團體。由國家財政直接資助的醫療保險制度均採用此種模式，如：英國、加拿大、瑞典、紐西蘭，甚至台灣等等，美國聯邦政府資助下的老年醫療保險制度，也是由衛生和人類服務部下設的衛生財務管理署負責。這種模式將衛生與福利結合起來，在提高醫療保險資源經濟效率和加速實踐衛生保險目標有許多的好處：一、有利於實施一條鞭的行政管理與衛生資源配置的規劃，充分利用有限的衛生資源，減少行政成本，避免由社會保障部門統籌所造成醫療服務資源配置的重複建設；二、以總額預算制或工資制的方式，作為主要的補償與支付方式，國家機構對於醫事服務團體的議價能力強，利於成本控制；三、有利於預防與治療的相互結合，以專業且獨立的方式治理醫療保險業務；四、被保險人能夠平等的享受醫療服務，醫療的普及性高。然而實施此種治理模式，醫療保障水平與醫療衛生事業的發展，在經濟上與政治上有其條件存在，其中經濟上的條件是醫療保險的供給深受政府財政的影響，若財政緊縮容易造成供給上的緊縮；在政治上，需要有較強的監督機制，才能保證被保險人的權益能獲得適當、滿意的醫療服務。再者，還需要有完善的預算與分配制度，既能調整醫事服務團體的積極誘因，又能加強費用控制。

總的來說，這種治理模式，通常國家的衛生醫療部門必須要有很強的專業官僚，通曉有關醫療事務與保險精算等相關專業知識，並能在服務的提供與支付的配置上，能與醫事服務團體做有效的議價與協商。在這種治理機制中，除卻在制

向與建議權的相關委員會外，通常對於衛生保險的負責的機制。因此，目前台灣的主管機關是行政院衛生署，衛生署長作為醫療保險政策的最高負責人，也必須為健保制度的成敗向國會負責，監理委員會的功能自然會被削弱。

第三、社會自治：社會統合主義下的治理模式

這種模式是政府透過制度性的調控，設定醫療保險部門與醫事服務機構部門的分工合作模式。其特點有：一、政府並不直接治理，只制訂強而有力的法律框架，並通過某個主管部門對全國的醫療保險服務，提供調控的制度機制；二、在政府的法律框架內，各機構擁有自主權，醫療保險部門由許多相對獨立的公共機構所組成，自行籌募資金、支付費用，醫事服務機構負責提供醫療服務，無論公立或是私立醫院都是自主經營；三、透過市場機制的自我調節，並非透過國家機器的力量介入醫療保險的服務。換言之，醫療保險部門與醫事服務團體各自獨立，相互協商，透過簽訂合約，執行契約規定的服務內容及支付辦法產生經濟的連鎖關係，保障內保險人的健康。這種模式大致上發生在社會醫療保險之前，私人醫療服務的市場與機制就相對健全的工業化國家，主要分佈在歐洲，尤其以德國、法國的制度最為典型。其優點是：一、國家醫療保險制度透過與市場機制的有機結合，保障社會穩定，又能增強服務的供給，促進經濟的發展；二、比較靈活，可以依據醫療保險的需求調整資金的籌集，並透過支付制度的改善調整服務的供給；三、保險和服務機構獨立核算、職權分明，雙方依據各自的成本效益考量相互制約，有利於衛生資源合理的有效利用；四、病人就醫的自由度較高，對服務質量滿意度較高。

這種制度並非完全無缺點，事實上，實施這種模式的治理機制，需要非常發達的醫療服務市場，也需要有比較完善的支付制度，同時，政府也需要適時的提供調控與監督的功能。否則，在醫療市場不發達的地方，做為市場主體的醫療保險方的買方和醫事服務團體的賣方不健全，這種模式無法實施，目前發展中國家也較少使用此一模式。或者，若醫療市場非常發達，但支付制度並不合理，醫療保險團體無法對支付作有效的監督與協商時，若再加上政府干預不力，便會導致醫療費用難以控制，醫療品質下降。例如美國的保險制度，政府甚少干預，沒有統一的強制性醫療保險，私人醫療保險間的相互競爭也削弱的賣方的議價能力，各醫療保險機構對於費用的支付也不統一，不合理，過度服務和費用轉移的現象非常嚴重，全國總醫療費用增長很快，目前已經佔國民生產總值 12% 以上。

總的來說，目前台灣的健保體制屬於由國家衛生部門的治理機制，整個健保

與衛生政策的推動，都是透過健保局的行政執行、立法部門的國會監督。目前台灣的健保制度創造了高度的滿意度與納保率，在行政成本與醫療服務的供給上都傲視全球，然近年來也面對了健保財務日益拮据的窘境，政府本身面對民眾對健保服務供給的責難也日益加深。在二代健保的組織體制的改造方案中，便建議引進社會力量的參與，達到社會自主管理與權責相符的可能性，也是在從政府治理的方向往社會自治的方向前進，但在保險人的體制上，由於我國特殊的政經背景，仍是維持單一的健保局作為執行的機構。

兩會合一後的健保監理委員會，甚至二代健保所欲實踐的全民健保行政法人基金會，基本上都想仿造德國等社會自治，自主協商的方式進行組織的調整，並收其財務自主，自行監理與協商之效，以下則根據國外相關的經驗的介紹，希望能為做為我國全民健保制度發展之借鏡。

第二節 國外委員會治理的經驗

一、德國健保體制與治理制度

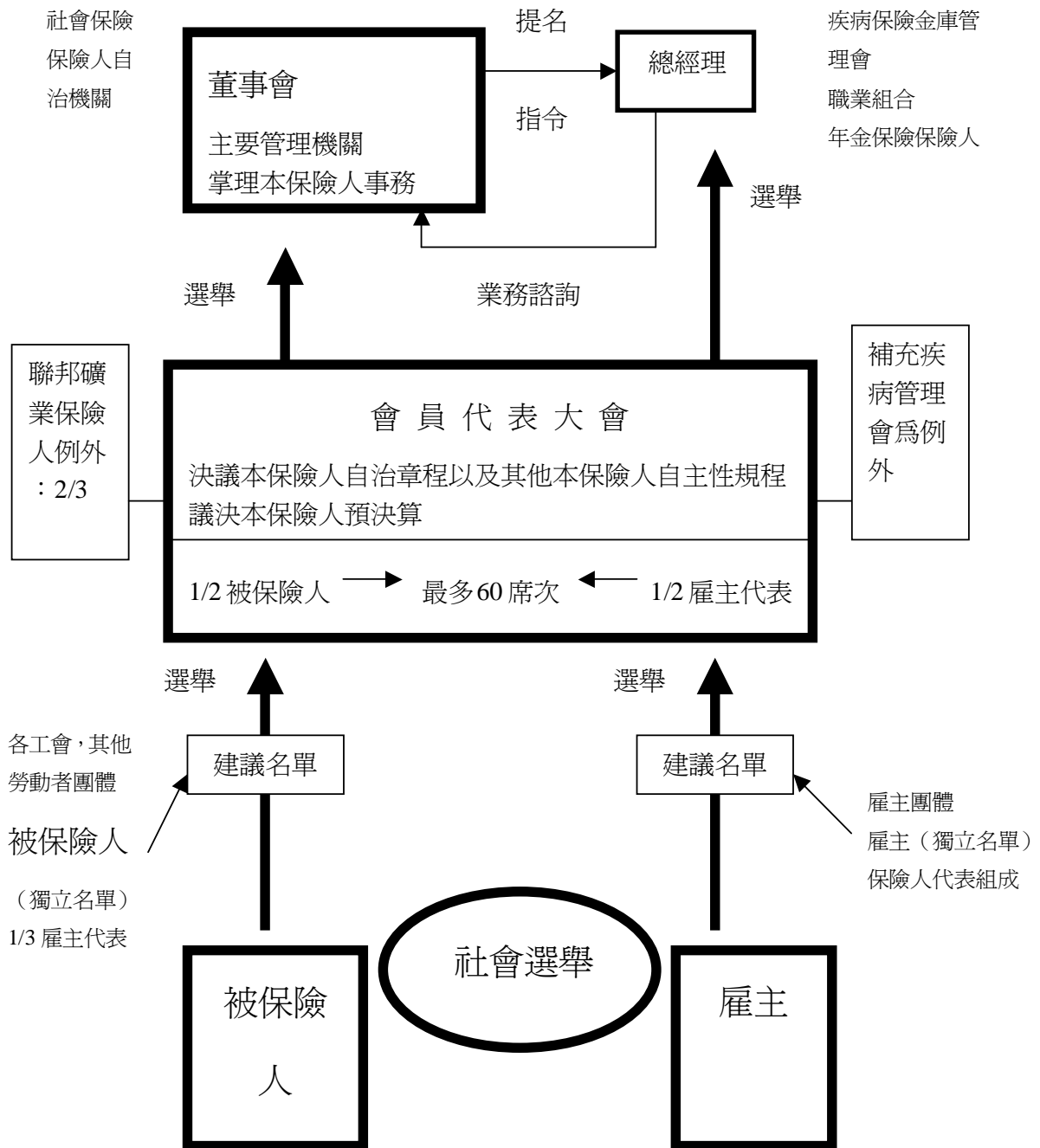
德國的健康保險係以自治管理作為組織體制，發展至今已逾百年，可以說是歐洲發源最早的社會醫療保險制度之一，也是世界上第一個以社會立法的形式實施社會保障制度的國家。保險的體制目前包含法定健康保險（Statutory Health Insurance）、公務人員健康保險及私人健康保險三大類（呂秋香，2001：11）。法定健康保險規定凡薪資低於法定上限者，依法必須參加法定健康保險，薪資所得超過上限者，則可選擇參加法定健康保險或私人健康保險。公務人員的健康保險則意指該國公務人員與眷屬可以依法參加之保險。一般而言，大部分的民眾皆是納保法定健康保險，這一類的民眾約佔總保險人數將近百分之九十。

德國的法定健康保險，採用的是多元保險人制度。這種社會保障制度，由社會上相同組織集結成保險集團，從而通過這些組織的聯合，避免疾病帶來的貧困。換言之，保險集團由私人辦理，組織上屬於特設的公法人，原則上類似我國二代健保政策建議下的行政法人基金會的組織形式，這樣的制度發展，與過去政治、經濟、文化、社會等發展息息相關。由於德國在正式的強制性保險法案問世之前，其實就已經有些許與勞工相關的醫療保險，況且 1883 年成立的《勞工疾

組織傳統的彙總，促使勞工與雇主在健康保險的運作上，德國的健康保險體系基本上是由下而上發展的邏輯，整個保費支付與政策監理的運作方式，也呈現由社會自行組成的疾病健保基金會與醫療團體進行協商。在一百餘年的發展過程中，疾病基金會經過類別內的整合、兼併、經營規模不斷擴張，逐漸地成立了全國性組織和類別內的協會組織，在 1993 年時原有 1221 家疾病基金會，1999 年僅剩 443 家疾病基金會，到 2002 年為止，更縮減到 355 家全民健保基金會（林志鴻，2006：88）。即使如此，整個組織體制的發展，還是以「被保險人與雇主的參與」、「健保機構之獨立自主性」為內涵。

如圖 5-1 所示，德國政府並不直接介入法定健康保險之運作，重要的事項均由保險醫師聯合會與各類保險人聯合會，自主談判訂定合約的方式運作，並由聯邦保險局監督各種保險業務，採自主行政的方式進行（黃富源、葉肖梅，2000：9）。做為保險人的疾病保險基金會的部門主要有三：代表大會、董事會與經理人（李君玉，2000；郝鳳鳴、黃異，2001）。代表大會是健保機構的決策單位，代表的選擇，係由被保險人與雇主透過直接選舉的方式而成立，這樣的選舉採取的是比例代表制的選舉。選舉的方式是透過工會或其他的受雇者團體及雇主聯盟提出建議名單，個別的被保險人與雇主也可尋求一定人數的連署提供相關名單。此一會員代表大會最多六十席，每六年改選一次，採均等的原則組成，也就是被保險人和雇主代表各佔一半，保費的收取與支出，原則上也是雇主與被保險人各出一半。疾病基金會的組織模式，符合德國一貫社會統合主義的運作邏輯，即是透過組織性強且高度內部民主化的組織自己舉薦代表的方式，相較於僅由國家以權威性的任命方式組成治理委員會，反而更具民主的意涵，也頗有促進社會自治、降低政府財政負擔的功能。國家的意義，便僅有體現在制訂保險制度的框架，而各項保險制度則由各個保險基金會負責營運。

德國社會保險自治管理機制



資料來源：BMA, 1995: 688

擬為健保機構中的立法機關，這恰好也是在二代
所賦予的運作功能。其得以在法律的授權範圍內，
訂定自治的規章，制訂規範健保機構內部關係的相關規章，除此之外，代表大會
也負責決定年度行政預算，與其他疾病基金會合作等問題。董事會負責平時疾病
基金會的行政運作，對外代表保險機構，由於董事會的組成是透過代表大會所選
出的人員所組成，在內部的組織治理上，代表大會有權對董事會的運作進行監
督，聽取董事會的報告（李君玉，2000：61）。

在保費的協商與支付制度上，各個基金會的財務皆採自給自足制，中央政府
並不負擔保險費用（林志鴻，2006）。德國法定醫療保險投保人繳納的保險費主
要取決於經濟收入，而享受的醫療保險並不因為繳納保費的多寡而有所不同，這
也是其所引以為豪的「高收入幫助低收入、富人幫助窮人、團結互助、社會共濟、
體現公平」的德國醫療保險的宗旨。因此，在保費的協商上，醫院個別自行與疾
病基金會進行醫療費用的協商，疾病基金會也更有動機保障納保人的權益，政府
實質上無須介入。1977 年前德國的健保支付制度是以論量計酬為原則，亦即保
險人支付個別醫療提供者報酬，是按照法定給付項目與個別單價的乘積。論量計
酬制容易誘使服務提供者增加服務量，導致醫療費用暴增。為解決此一問題，於
1977 年後逐漸有前瞻式集體協商分項總額預算之實施。這樣的支付制度先預定
了給付的額度，類似我國的健保總額協商制度，在各邦與聯邦的層級上，透過付
費者代表（保險人）、保險醫師、牙醫師協會、官方代表等集體對等協商確定總
額，並作為各邦時值總額議定之參考。

德國醫療保險系統的特色是組織多元化，市場競爭機制強，這點與台灣有非
常明顯的不同。然自由選擇投保，政事分離，買賣雙方共同管理的德國醫療保險
運作模式確實有利於其健保運作的有效性與平衡性。由於社會自主管理的機制行
之有年，在會員大會的成員代表性上也沒有出現過代表性不足的問題，其總額協
商與相關政策的訂定與執行也以納保人的利益為依歸。然台灣若要將健保政策運
作的權責讓與民間團體所組成的委員會或基金會，在現實上並不具備政治的可行
性，然德國的監理制度的運作模式確實值得我們借鑑。

二、荷蘭健保制度與治理體制

荷蘭的全民健康保險制度奠基於 1960 年代的兩個法案：1964 年的《全民健
康保險法》（National Health Insurance Act，簡稱 ZFW），《全民特殊醫療成本法》
（Sickness Fund Act，ZFW），以及 1967 年的《全民特殊醫療成本法》（The

et, AWBZ)。這幾個法案將荷蘭的健保推向三級保
險，政府負有全面責任。儘管這樣，現行的衛生體制仍是以
公共和私人混合型為特點，服務由私人、非營利性醫院提供。大多數醫生：包括
通科醫生和專科醫生--是以私人開業的形式工作。許多荷蘭人以發展了這樣一個
有實效的「混合型」衛生保健制度而驕傲，這一制度集英國的社會職責、斯堪的
那維亞的公共體制和美國的企業效率為一身。

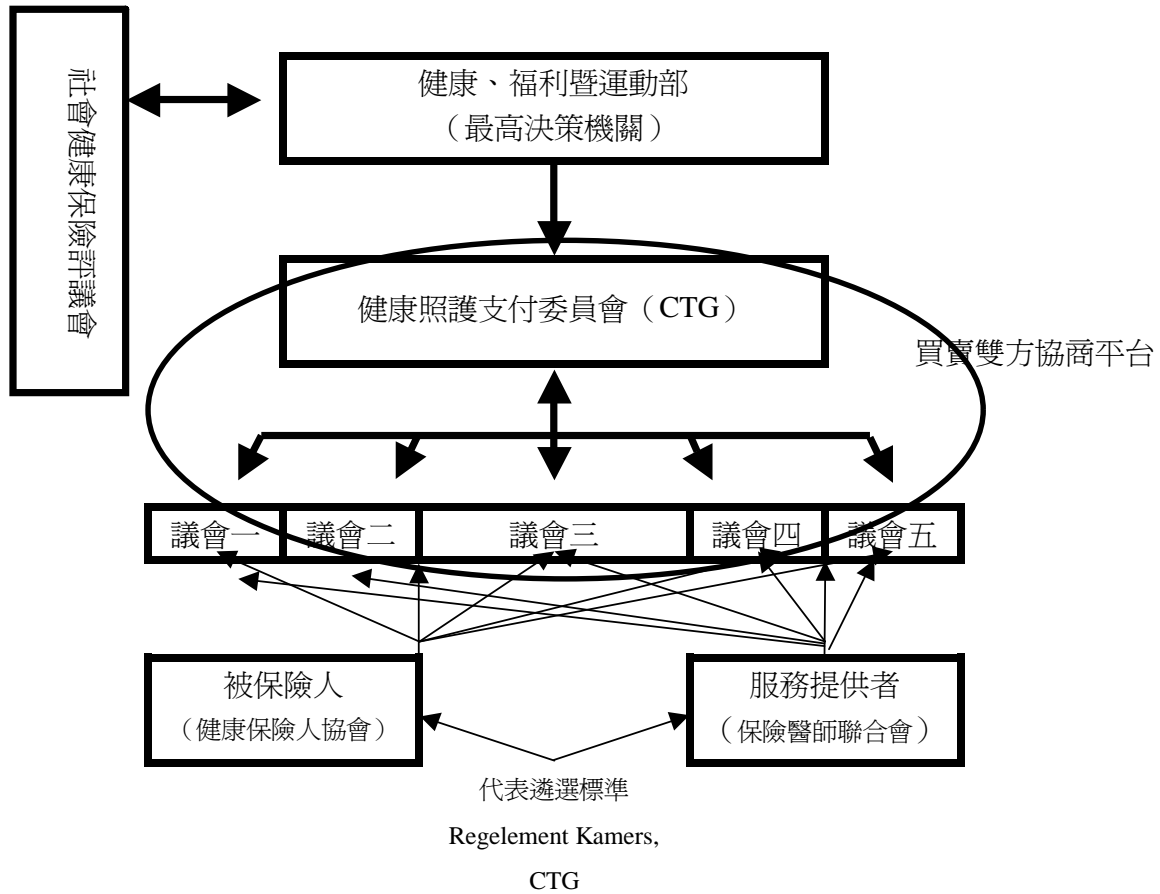
荷蘭類似德國，一樣採用的是多元保險人制度。荷蘭政府在 1990 年之後的
健康保險制度改革中，特別引進了保險人間的市場競爭機制，相關的措施包括
1992 年廢除疾病基金與照護提供者間的強制締約義務，目的在於創造服務提供
者的競爭誘因，以及提高服務品質的動機。為了提供疾病基金會間相互的競爭，
在 1990 年後的改革中也把原來疾病基金會職業的地理限制廢除，現在已經有了
許多全國性營業的疾病基金會，彼此之間形成競爭關係。

目前荷蘭約有 50 個健康照護保險人，其中有 22 個疾病基金會以及三個公立
健康的照護保險機構，大致上可以區分為區域性疾病基金、全國性健康照護保險
人及全國性的保險人。這些疾病基金並不完全以非營利的組織為主，區域性的疾
病基金只提供該基金所在區域居民之疾病保險，這類基金以非營利為取向。全國
性的健康照護保險人則是營業範圍擴及全國的疾病基金會，或是由疾病基金及疾
病成本保險人所合併而成的企業，部分為營利，部分為非營利。

雖然荷蘭政府對衛生政策負有政治責任，但 Dekker 委員會的報告卻讓荷蘭
的健康保險走向競爭之路，特別是讓投保的各疾病基金會自負財務風險，進而改
善效率，控制醫療費用的成長。在全民健康保險支付制度的治理機制方面，荷蘭
政府在衛生、社會福利與運動部（Health, welfare and Sport Ministry）的管理下，
建構了《全國健康照護支付標準法》（College Tarieven Gezondheidszorg, WTG）
的運作框架，並以健康照護支付標準委員會（CTG）為運作的平台。此一委員會
為一個公立、自主管理的機構，功能類似台灣的費用協定委員會，在此委員會下
並設立五個議會（Kamer），這些議會負責照護的部門與參與者和代表組織明訂
在 Regelement Kamers, CTG 的附件 A 與 B 中。

基本上，如下圖所示，與德國相同的是，荷蘭的支付標準主要是由服務提供
者與保險人協商決定。協商的方式是 CTG 每年度會提出所謂的政策規則
（beleidsregels），這個政策規則是藉由保險人與服務提供者在五個議會中的協商
所得出的結論而決定，最後再經由健康、福利暨運動部的部長同意，成為年度支
付費用協商的法定依據。換言之，此一協商平台在費用的協定上並沒有實質的
法定權力，仍需要透過部長的同意才具法定的效力，在費用的協定上的程序與台灣
較不相同的，但整個決策的機制卻與監理委員會類似。部長同意每年的費率之

圖 5-2、荷蘭醫療保險運作機制



資料來源：本研究

此外，在荷蘭社會健康保險的制度下，為了執行《全民健康保險法》與《全民特殊醫療成本法》，社會健康保險評議會（Social Health Insurance Council）扮演了重要的監理角色，此一機構是公法機構，共有 37 個委員，分別由勞工工會代表、雇主代表、醫事服務機構代表、保險人代表、消費者代表，以及衛生部推薦之公正人士所組成，一個月開會一次，主要負責的功能與台灣的監理委員會無異，肩負政策諮詢與審議的功能。

就整體的成效而言，荷蘭的衛生保健支出高于國際標準，但其服務的標準與成效也被公認是好的。一般來說，病人都能獲得內容廣泛的服務，在服務提供者之間有很大的選擇。公民的健康水平很高，平均期望壽命長而嬰兒死亡率處于世

上引進了競爭機制，但 CTG 仍然明顯的在公部門
決議，最後也需要部長的同意，與台灣費協會的運
作有異曲同工之妙。

三、日本健保制度與監理機制

日本的醫療保險始於 1922 (大正 11 年) 制訂的健康保險法，當時受到社會、經濟發展與環境的考量，醫療保險是採取「政府與保險組並行的方式」，主要保障的是一般受雇者，保險人為社會保險廳、雇主與受雇者共同組成之健康保險組合。其後又于 1938 年頒布了國民健康保險法，建立了以自營業者、農民為對象的國民健康保險制度。1961 年提出要所有國民都有義務加入國民健康保險，從而日本實現了全民皆保險。日本社會保障體制的發展，是由各職業別為基礎而發展，並強調雇主責任，同時因發展而時間互異，因而醫療保險保險的各類制度往往就在立法目的、保險人、保險對象、保險給付、保險財源均不盡相同 (郝鳳鳴，2000：72)。

從醫療保險種類本身來看，分為受雇者保險和地區保險兩部分，兩大部分又分別由健康保險、國民健康保險、船員保險和互助組合四大部分組成 (郝鳳鳴，2000：74；李光廷，2006：29)；從制度運作來看，有分別由國家公務員、地方公務私立學校教職員參加的互助組合式的運營，有由 700 人以上大企業參加的健康保險組合式的運營，也有面向一般受雇者的以政府為投保人的政府掌管的運營和面向一般公民的國民保險運營，種類繁多，體制上並不統一，保險人間並沒有明顯的競爭機制，仍須仰賴政府主導的宏觀調控措施 (李光廷，2006：29)。

進一步言之，就醫療保險整體的運作制度看來，日本的醫療保險採用互助組合自主管理和政府管理並用的混合管理模式。互助組合最早是以企業為單位發展起來的，先由會員交納一定的互助金，企業相應配備同比例的資金，用于積累，待職工生病、死亡、退職時使用。健康保險組合原則上以企業為單位建立，企業在成立健康保險組合時，要將會員參加範圍、組合的組織概要、保險費有關情況、組合其他事業規劃告知會員。組合成立時，要將確定的保險費率、第一年的收支預算報厚生大臣批准。

國民健康保險組合原則上按地區成立，一個地區可以成立一個或多個組合。國民健康保險組合的成立須經所在都道府縣知事的批准，組合本身具有法人資格，且醫療保險制度的運作，在法律上受厚生大臣或各都道府縣知事的監督。換言之，日本的醫療保險體系仍然建立在國家負責的運作機制之下，負責醫療保險

臣，以及轄下負有政策執行功能的保險局與健康

在醫療保險政策的監理上，日本厚生省有一類似我國健保監理委員會的單位，名稱爲「社會保障審議會」，此一社會保障審議會爲厚生省內的政策諮詢單位。審議會的成員爲以不超過 30 名爲原則，任期兩年，連選得連任，裡面的成員爲具備學識與經驗的專業委員，由厚生大臣遴選並任命，故與台灣不同的是，此一監理單位純粹以專業性爲考量，並不以代表性的功能爲要。此外，審議會與厚生省並未有隸屬關係，雖然日本有關醫療保險政策最後都由厚生大臣決策，但厚生大臣在實施重大決策前會諮詢審議會的意見，因此諮詢功能是否能有效影響國家政策，端賴厚生大臣對於社會保障審議會決議的接納程度而定。

在醫療保險的支付制度上，主要立基於兩個系統。第一、具備法人人格的社會保險診療報酬支付基金（social insurance medical fee payment fund），此一基金隸屬於厚生省下的社會保險廳，主要的功能在於醫療適當審查與迅速適當支付兩大功能，此一支付基金介於保險人（健保組合、共濟組合）與醫療院所（醫院、診所）之間，作爲全國受雇者保險的審查機關與保險醫療費的決算機關，角色十分重要，爲健康保險制度營運的守門員（李光廷，2006）。也因爲責任重大，故基金章程的設定或變更需要厚生大臣的認可，基金的理監事由被保險人代表 4 人、保險人代表 4 人、醫療服務提供者代表 4 人以及公益代表 5 人推薦而組成，並由厚生大臣所任命，基金的業務也是直接由大臣監督與負責。此外，國民健康保險團體中央會（國保中央會）與各地所成立的 47 個國民健康保險團體連合會（國保連），也肩負了醫療保籌的審查與支付，以及健保相關調查研究的功能。

爲求政府能有效的控制醫療服務提供者的服務提供品質以及營運狀況，厚生大臣和各都道府縣知事在認爲必要時，可要求醫療保險掌管運單位提交事業及財產狀況報告，或派員現場調查。發現問題時，可採取必要措施，責令改正；如發現組合負責人有違抗改正命令時，有權罷免其職務，或部分更換組合成員。在發現組合違抗改正命令或其事業繼續經營困難時，有權命令解散組合及其他醫療保險運營機構。

相較於台灣而言，日本的制度更趨向於中央集權，無論是提供事前諮詢功能的社會保險審議會，還是負責支付醫療保險費用的診療報酬支付基金與國民健康保險連合會，其理監事的遴選與任命權都在厚生大臣的權限範圍之內。況且社會保險審議會的建議權，在厚生大臣必須擔負政治責任的狀況下，若審議會的意見與內閣相左，便有可能束之高閣。負責財務支付的單位，雖然納入保險人、被保險人及醫療服務提供者、公益團體代表等四方合議，本身也受限於最後決策必須由厚生大臣來負責，行政指導的運作機制影響甚深，並不如想像中獨立。



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

不同的國家，因為不同的社會環境與政治文化，而發展出不同的醫療保險體系與管理制度。德國是員工數在 1000 人以上的公司，且保證永久經營者，即可申設保險人，是在國家監督，但不直接涉入的多元保險人體制。荷蘭的保險人則是區分為全國性的疾病基金與區域性的疾病基金，組成了全國約 50 個健康照護保險人，屬於國家監督下行自治管理的多元保險人體制，主管部門是衛生、福利暨運動部。英國的 NHS 為公醫制，無論是財務或是健康照護服務，都是由國家來提供，醫院與醫生都是國家的組織與公務員，因此產生了效率極差的惡名。至於日本的保險人體系，則分為聯域保險與地域保險兩大體系，一樣是屬於多元保險人的體系。至於台灣，由於過去國家制度設計的關係，至今仍然是以公辦公營，單一保險人的體制在運作，所有的被保險人都僅能與健保局投保。

這三個國家都是屬於多元保險人的體系，保險人之間彼此有競爭關係，與國家機關間的關係也不相同。在德國，國家僅負監督之責，費用的協定與健保業務的執行，完全是靠買方所成立的健保基金會與賣方的醫事服務機構對等協商而運作。在荷蘭，費用的協商是透過身為保險人代表的健康保險人協會與醫事服務提供者的醫師聯合會，在健康照護支付委員會下的平台進行的，然與德國不同的是，荷蘭的費用協商機制並非具有最後的決策權，最終的決策權是掌握在健康、福利暨運動部的部長手上。對於日本來說，行政指導的意涵也很明顯，社會保險診療報酬支付基金與國保連介於醫療機構與保險人之間，負責財務的運作，整個基金的委員組成保險人代表 4 人、保險人代表 4 人、醫療服務提供者代表 4 人以及公益代表 5 人推薦而組成，並由厚生大臣所任命，基金的業務也是直接由大臣監督與負責。故與荷蘭相同的是，日本醫療體系的支付制度決策權也是掌握在國家手上。

就監理制度而言，德國由於完全交由買方所組成的疾病保險基金會運作，故此一基金會本身便負健保運作之責，財務的衡平也是由及疾病基金會負責，聯邦保險局則負責監督疾病基金會的運作狀況。疾病基金會透過雇主代表與被保險人團體透過選舉的方式所組成，是一個由下而上的組織。荷蘭的監理制度，在於其在健保醫療體制下，創設了社會健康保險評議會作為健康、福利暨運動部監理與政策諮詢的單位，委員會的組成共有 37 個委員，分別由勞工工會代表、雇主代表、醫事服務機構代表、保險人代表、消費者代表，以及衛生部推薦之公正人士所組成，比例在法規中並沒有詳定，也沒有說明選擇的標準為何，因此這些團體僅是原則性的規範。在日本的厚生省下，有一個諮詢的委員會為社會保障審議會，此醫審議會的委員組成都是由厚生大臣所任命，大部分的成員都是專家學

豐富的專家，因此審議會組成具有高度的專業性，功能，甚至厚生省在修改健保相關法規，推動新政策的時候，都要事先徵詢過社會保障審議會的意見。

總的來說，上述國家的相關制度設計整理如表 5-1 所示，台灣的費用協商機制費協會與監理機制監理委員會，與上述國家的制度設計可說有雷同之處，也有相異之處。然委員如何被選擇的問題，並沒有太多的著墨，荷蘭與日本的費協協商機制均非常注重代表性，但監理機制上，日本的制度設計便非常的著重專業性，且也很明確的定位在政府部門的諮詢單位，或可供台灣借鏡。

台灣	社會保險	公辦公營，健保局為國營事業機構，衛生署為主管機關。	保險人為健保局，各醫事服務機構，各醫事服務機構有協會與公會。	總額協商制度，論量計酬，總額分成四個部分，牙醫、中醫、西醫基層與西醫醫院，以健保總額支付委員會負責審查與支付。	以費協會為協商機制，委員組成以醫事服務機構，被保險人與政府單位代表為主，各以 1：1：1 比例組成。每年約九月至十月協商明年度總額。	主管機關為衛生署，協商與監理委員會並不具決議的權力，仍須以首長的意見為最後決策的考量，其決議僅供諮詢。
德國	社會保險	多元保險人體系，在國家監督下行自治管理。	七大類別疾病基金會，約 380 個保險人，多元開放競爭。	總額預算與家醫轉診的論量計酬制。	集體對等協商原則。	主管機關不涉入協商機制，僅建構一法律上的協商平台。
荷蘭	社會保險	在國家監督下行自治管理與新統合主義的原則，衛生、福利暨運動為主管機關。	多元保險人與醫療提供者，管理式競爭。	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。	集體對等協商，健康照護支付委員會下設五個議會，分別由被保險人與醫事服務提供者協商共同協商，訂定年度的政策規則。	衛生、福利暨運動部長仍是握有最後的決策權，換言之，健保仍是以國家衛生部門為主導。
日本	社會保險	健保連（全國都道府設有支部）。社會保險廳（各都道府縣設有地方保險局或社會保險事務所）國保中央會（社團法人）於全國都道府縣設國保連。	多元保險人，區分為職域（受雇者保險）與地域（國保）。	醫療費以論量計酬為主，部分醫院導入 DRG/PPS 制計費，特定機能醫院則導入 DPC 制。保險人分別委託支付基金與國保連審查支付業務。	基金的理監事由被保險人代表、保險人代表、醫療服務提供者代表以及公益代表推薦而組成，並由厚生大臣所任命，基金的業務也是直接由大臣監督與負責。	日本的制度更趨向於中央集權，無論是提供事前諮詢功能的社會保險審議會，還是負責支付醫療保險費用的診療報酬支付基金與國民健康保險連合會，其理監事的遴選與任命權都在厚生大臣的權限範圍之內。

資料來源：本研究；羅紀琮，2006：354

治理相關案例

本節將提出勞保監理委員會與環保署環境影響評估委員會為例，說明國內其他以委員會治理公共事務的案例，提供相關經驗與制度設計，作為本研究學習效法的對象。²⁹使用此兩者為相關案例的原因，一是因為這兩個委員會以遴選委員的方式組成，與監理委員會和費協會類似；二是成立的目的均是有民間參與的制度意涵，為行政部門的內部決策開了一個公民參與的窗口；三是代表的選擇，一樣注重其專業性質與代表性。以下則根據這些委員會與主管機關的關係、委員如何組成、組織如何運作等三個面向探討之。

一、勞保監理委員會³⁰

勞工保險為我國最早開辦，涵蓋行業範圍最廣的社會保險，歷經多次的修正與改革。按《勞工保險條例》規定設立勞工保險局辦理勞保業務。為監督勞工保險業務與審議保險爭議事項，由有關政府代表、勞工代表、資方代表、及專家學者組織而成勞保監理委員會，執行勞工保險業務、財務的監理工作以及爭議審議等功能。依照現行勞保條例，由勞保局為保險人承辦業務及管理財務，行政院勞委會為其中央主管機關。為監督勞保業務及審議保險爭議，依《勞工保險條例》第五條，設置勞保監理委員會，隸屬於勞委會。與過去不同的是，過去勞保監理委員會與勞保局是上下監督關係，現今則轉變為行政層級與勞保局平行。

勞保監理委員會自民國 39 年勞工保險正式開辦，成立「勞工保險管理委員會」，至今歷經四次的改革。勞工保險攸關廣大勞工的利益，勞保監理委員會自然以維護勞工權益為最高宗旨，因而委員的組成，也偏重勞工團體在委員中的代表性。依據《勞保監理委員會組織條例》第二條，勞保監理委員會成員為：置主

²⁹ 在行政部門相關的委員會非常的多，大致上可以區分為臨時性的（非常設性的），以及常設性的法定組織，由於數量繁多，故本研究僅納入具代表性的勞保監理委員會與環境影響評估委員會討論。事實上，非常設性的委員會大多因應臨時事項召開會議，委員大多由主管機關的首長指派，如交通部的費率審議委員會。常設性的法定組織如本節所討論的兩委員會外，對於費率的討論尚有如：台北市有線廣播電視系統費率審議委員會，此一委員會設置委員 11 人，委員組成方式為消費者團體代表兩名（消費者保護團體）、律師代表一名（律師公會）、會計師代表兩名（會計師工會）、傳播、財經、會計專家學者三人（台北市政府指派）、政府代表三人（台北市政府指派），決議有三分之二以上出席，出席委員過半數始得同意行使之，出席門檻高可窺見費率審議功能的重要性。

³⁰ 依據《勞工保險監理委員會組織條例》，委員會全名為「勞工保險監理委員會」，本文簡稱勞保監理委員會。

三委之外，其名額分配為：專家四人，其中三人為
四人，政府代表二人。相較於以前的組織規程（以
前的比例為專：勞：資：政 = 6：7：7：8），其委員的總數減少為十七人，勞方
比例增加，政府代表比例下降。委員任命方面，除專家學者由勞委會遴聘外，其
他委員皆由有關機關團體報請行政院核定聘任（勞保監理委員會組織條例第二
條），主任委員則由勞委會保請行政院核定聘任（勞保監理委員會第三條）。而且
在業務執掌方面，現今的勞保監理委員會對於爭議的處理權限較大，也有權限對
保險業務與財務帳戶的考核及保險重大業務的審議事項進行審議。

就勞保業務的制度設計而言，勞保監理委員會對勞保局平行監督，業務興革
與財務業務的審議意見直接送勞保局參採，但監理委員會若要同意勞保局之提案
事項，或提出法規及業務革興建議，需報請勞委會鑒核（郝鳳鳴、黃異，2000：
59）。但實際上來說，若勞保局本身執行的業務愈專業，不對稱的專業知識與訊
息將使勞保監理委員會的監理功能愈不容易發揮。且就實際的決策權而言，目前
勞保監理委員會雖然實際負擔決策的責任，但現有的委員卻缺乏相對的權力，以
致於仍然傾向做為主管機關諮詢建議的功能與角色。這樣的問題其實反映在勞保
監理委員會做為勞工監理事項的負責單位，但對勞工保險監理委員會的政策建
議，以及其對勞保局所做的諸般意見，小至預算送查，大至資金運用，費率之修
訂，似並未全力加以支持；又加上勞保監理委員會既無實權，上級機關對其意見
並不一定加以採納，此一現象如同全民健保監理委員會一般，勞保監理委員會的
實權會因為勞委會對於其決議的尊重而有不同。

二、環境影響評估委員會³¹

我國由於經濟發展迅速，人口不斷增加與工商業的快速成長，導致對環境造
成諸多負面的影響，甚至使環境遭到不可回復的破壞。因此，環境保護應由消極
的事後補救，轉為積極的事前預防，故我國於民國 83 年參酌國外法例，並針對
國情需要，通過《環境影響評估法》，以預防或減輕開發行為對環境造成的不良
影響。

根據《環境影響評估法》的規定，我國的環境影響評估分工為中央與地方兩
個層級，是對應的「目的事業主管機關」層級而定，審查採取「一級一審」制，
由目的事業主管機關轉送同級之「環保主管機關」審查。評估作業程序採「二階
段方式」進行。第一階段於完成環境調查評估後提出「環境影響說明書」，若無

³¹ 依據《行政院環境保護署環境影響評估審查委員會組織規程》的定義，委員會全名為「行政院環境保護署環境影響評估審查委員會」，本文簡稱環境影響評估委員會。

案，惟若發現開發行為與環境間可能有重大影響必
須進行環境影響評估，完成後提送「環境影響評估書
初稿」以供審查。環境影響評估委員會再將對評估書的審查意見送核定機關作為
是否許可開發行為之參據（環境影響評估法第六條到第十九條）。據此，環境影
響評估委員會肩負者為環境把關的功能，對於開發案的審查必須具備有一定的專
業性。

在委員會的組成與運作上，依據《環境影響評估委員會組織規程》的制度設
計內涵，明訂該委員會設置 21 為委員，其中七名是政府代表，十四位為專家學
者，任期為兩年，由主任委員就具有環境影響評估相關學術專長及實務經驗的專
家學者中聘任，連選得連任一次，足見環境影響評估的業務執行功能以專業性為
首要的考量。關於兼聘專家學者委員之遴選程序，環保署另訂有遴選要點，在要
點中規定由政府代表、及環保署長所兼聘的專家學者五人組成遴選委員會進行遴
選。遴選的原則是依據該要點第四條，只要確定該委員會具備環評相關學術專長
或實務經驗即可。³²主任委員由環保署長兼任，副主任委員由副署長兼任，可見
環境影響評估委員會的運作，仍是服膺環保署的政策為主。

整個會議的運作程序上，遴選要點第七條第一項規定遴選委員應有全體二分
之一出席始得開會，並應得出席委員過半數同意，始得做出決議。若正反票數一
致的時候，主席有權力做出裁決（環境影響評估委員會組織規程第九條），因此
主席的在決策權上具有制度的制高點。然若以權責相符原則觀之，形式上環保署
仍應負最後的責任。因此，雖然環保署長原則上尊重學者專家的多數共識，但在
法律上與政治上，環保署長仍是有變更決議的可能性存在。

三、小結

勞保監理委員會、環境影響評估委員會、與衛生署所屬的監理委員會會與費
協會，都是行政部門基於社會參與的理念，吸納具代表性或專業性的社會團體代
表進入到決策機制進行討論與協商的機制。然而因為性質與功能上的不同，所以
有其相同，也有其相異之處。如下表所示：相同之處如下：第一、行政部門內部
委員會性質的決策大多不具備最終的決策權限，勞保監理委員會的決議仍然需要
勞委會的尊重與否，在法律上，環境影響評估委員會的決議，對環保署也僅具有

³² 此七項要件分別是：從事環評相關項目之技師滿五年以上者、大專院校教授、行政機關簡任
級以上從事環評相關項目職務滿三年以上者、曾任環保公益團體負責人滿三年以上、曾任各機關
環評委員會委員滿兩年以上、曾任學術研究機構環評相關項目研究員、及其他特殊專長，經遴選
委員會專案認定者，最後一款可另外專案認定，無須受前六款的拘束。

性無法推翻的法定權力。第二、不論是勞保還是費協會均隸屬於同一個主管機關，在行政層級平行的時候，監理委員會的運作似乎不可能取得獨立性，如何不受主管機關的干擾而獨立的表達意見，在制度設計上是值得深思的問題。

表 5-2、國內委員會治理相關案例比較

		勞工委員會	環保署	衛生署
外部關係	主管機關	勞工委員會	環保署	衛生署
	監理對象	勞保局		中央健保局
	組織法依據	勞工保險監理委員會組織條例（法律）	環保署環境影響評估委員會組織規程	全民健康保險監理委員會組織規程（行政規章）
	監理關係	平行監督		平行監督
內部組織設計	委員總人數	16	21	29
	代表比例	專家：勞方：資方：政府 = 4：6：4：2	政府：專家 = 1：2	專家：被保險人：雇主：醫事團體：政府 = 5：5：5：5：8
	主委產生方式	主管機關報請行政院核定	環保署長兼任	衛生署長遴選
	是否專職	專家學者 3 人專職	未規定	未規定
角色功能	角色定位	對主管機關為諮詢單位 對監理對象為監理機關	審議開發案，對主管機關為諮詢單位	對主管機關為諮詢單位 對監理對象為監理機關

資料來源：本研究；郝鳳鳴，黃異，2000：64

不同之處也有以下幾點：第一、每個委員會的組成不盡相同，在勞保監理委員會，其委員組成的設計明顯是以保障勞方的利益為主，故勞方在委員數的設計上明顯的較其他委員也多；環境影響評估委員會則是以專業諮詢的功能為主，故其委員的組成除必要的主管機關之外，其餘都是具專業性的學者專家所組成，兩者人數比差距 1：2，可見得環評委員會功能性的考量；而衛生署的監理委員會及費協會的制度設計，則是希望能吸納社會各方的代表性利益完善行政決策的民意支持度。第二、人數的設計不同，勞保監理委員會僅有 16 人，然環境影響評估委員會有 21 人，監理委員會與費協會的人數最多，高達 29 人與 27 人。對於委員人數的設計，一般而言，以功能的不同作為區隔的考量。監理與費協兩會人

相關議題能盡量容納社會各利益代表為組織設計，因為人數過多，本位主義過盛而導致無法有效的議決。第三、主任委員的設計也明顯的不同，但其實都指涉了委員會與主管機關的關係，勞保監理委員會的組織條例雖然位居法律的位階，修改需經過立法院的修正通過，主任委員的遴選也是勞委會報請行政院同意後任命，然任名權仍然掌握在勞委會手中；環境影響評估委員會的主任委員則是由環保署長兼任；監理與費協則是由衛生署長遴選，同樣在主任委員的選擇上都無法獨立於其主管機關。

第四節 政府委員會代表性的衡量與指標性原則建構

透過前述理論的耙梳、菁英問卷與訪談的分析，國內外委員會治理經驗的探討，本小節將委員會代表性的衡量與運作機制做一綜合性的整理，並期望能設計出相應實用的指標性原則。在設置這些指標性的準則的同時，本研究認為指標的設定應符合以下幾個原則：一、科學性原則：指標應該能科學化的反映出委員會的組成所具有的內含與運行狀況，具辨別性；二、可操作性原則：指標的數據容易蒐集，可量化，適於主管單位簡便操作與分析，減少主觀臆斷所產生的誤差；三、可比較性原則：指標能在不同的團體間進行客觀的比較。

一、他國經驗不見得能有效複製到國內的制度設計

對於健保審議或費用協定委員會的性質與代表的選擇，世界上並沒有統一的標準，也沒有任何一個理論告訴我們應該如何去明確的指涉誰應該或誰不該進入委員會的決策體系，各國的委員會的制度設計也沒有明確的指涉。每個國家與社會都有其特殊的制度發展脈絡與社會文化，制度的起源與形成絕對承載著每個不同系絡的歷史遺緒。但可確定的是，委員的選擇與委員會所要承擔的功能有非常大的關係，若是純粹的諮詢性質，專業性的絕對是優先的考量，然若是必需要肩負協商或決策的功能，委員的代表性就必須受到重視。就拿德國來說，德國從俾斯麥建立健保制度以來，便透過由下而上的商會、與職業工會，自行的組織職業性的保險體制，獨立性高，幾乎不用政府介入，逐漸演變成現今買賣雙方對等協商的自治委員會。其他的國家，則大多都是偏向國家機器掌握最後決策權的制度模式，費用協定機制與監理機制僅是聊備一格，作為政策諮詢之用，能不能對政策發揮實質的影響，端看執政當局對於建議案的態度與接受與否。

選擇上，大多不脫離買賣雙方的成員，只是要如何檢視的國家的制度中並沒有很明確的說明，法規裡頂多只說明了需要找哪些人，至於怎麼找？找誰？則是看主事者本身對於監理與費用協定功能發揮的需求程度，不同國家會有不同國家彈性的作法。拿日本的社會保障審議會來說，其作為一厚生省的政策諮詢與健保業務監理單位，厚生大臣對委員的任命具有高度的自主性，法規也明確規定委員應該找具備專業知識與經驗的專家學者來擔任，德國則是由下而上透過工會選舉的方式選擇代表。我們過去的體制一直非常希望向德國師法，學習將社會團體納入決策體系，擴大健保決策的民意基礎，並進而讓民眾能為自己的決策負責。然在台灣沒有社會統合主義發展歷史的環境下，這樣的制度設計是否能在台灣彰顯其優勢，不無疑問（受訪者：J）。再者，從台灣過去的監理與費協會的委員名單來看，整個團體的代表穩定性非常的高，若現今委員的代表性不足，何以名單的穩定性仍如此之高？可見在團體代表的選擇上，仍然展現了某種程度的制度固著化（institutional entrenchment）的狀況，導致委員轉換（rethrenchment）政治可行性過於低落。

二、代表性與專業性的權衡

綜合前述文獻檢閱、理論耙梳、問卷分析、深度訪談的結果，健保監理會的組成最需要滿足的是代表性：以有利於吸納各方利益團體，整合各方意見，再來是專業性：健保是高度專業的議題，代表沒有專業性，如何能發揮議事的功能？也如何能保護其代表團體的利益？滿足了代表性與專業性，會議進行的效率性便能水到渠成。然而最受爭議的保險人代表該選誰？雇主代表、醫事服務機構該選誰納入健保監理會的決策體系？政府代表該不該縮減？這都是我們在制度設計上必須去面對的問題。但我們必須誠實的說，要為社會團體代表性的測量去訂定出相關指標，基本上是不可能的任務，無論以任何公正的指標，反沒有被選擇的團體都會有相對剝奪感，便容易使委員的挑選問題變成政治性的問題。

由於現今社會環境的發展，愈來愈多的社會團體應運而生，主管機關在選擇適當的團體進入委員會的過程也日益複雜，愈來愈多的社會團體也有興趣加入健保的議事。本研究建議主管機關在挑選社會團體進入健保監理會的決策體系時，可以依循著理性（rational）的原則與漸進（incremental）的原則同步進行。理性的原則，是在於主管機關可以透過一些原則性的標準，針對目前全國性的社會團體，先建立適合參與健保監理委員會團體與學者專家的資料庫。在問卷 43 題的分析之中，我們討論了選擇參與健保監理會的社會團體時（被保險人、雇主、醫事機構）必須考慮的指標，大部分的受訪者均表示如下選擇：第一、健保措施

該被納入，這是利害關係人的思考邏輯；第二、團體應該被納入，代表性的邏輯；第三、團體性質具備健保專業，應該被納入，專業性的邏輯；第四、有凝聚內部共識能力的團體，增加會議的效率性，避免委員代表的議事被團體內部推翻。據此，透過這些指標的考量，主管機關可以先從全國性社團中，去選擇適當的團體名錄，整合出參與健保監理會的備選名單。由於現今社會發展日益蓬勃，社團組織如雨後春筍般不斷的建立，故備選名單每隔一段時間就應該檢討一次，看是否以需要增補的部分。

再者，由於健保議題極具專業性，代表也需要一段時間的參與才能進入狀況，本研究並不建議現今參與的社會團體需要大幅度的調整，事實上歷年的運作經驗，無論是監理委員會或是費協會，都形成了一種很穩定的委員會治理模式，即使被批評沒有代表性，沒有專業性，但還是一樣運作得很穩固，也沒有出過太大的問題。大幅度的變動在政治可行性上幾乎是不可能的事，然這並不表示我們就可以容許消極的團體代表佔據議事代表的資格，但可透過對現今委員議事的表現的分析與資訊的公開，形成一退場汰換的機制。就前述分析所示：被保險人團體的代表性與專業性遭受到非常大的質疑，政府機關代表也因為不積極議事而被認為應該縮減名額。本研究建議，對於漸進式的微調，應該以委員代表每年開會的績效表現作一分析並公布，主管機關應該確實的公開委員每年議事的情況，與會不理想、不積極的委員，可以請代表團體改派另一名代表與會，若一年後的績效評比仍不理想，則主管機關可以從同性質的團體名錄中，再去挑選其他的團體代表以供選擇。

三、主管機關如何管理的建議流程

若更細緻的說明相關流程，如圖 5-3 所示：第一、主管機關可以根據前述四個指標，以全國性的社團為基礎，分別以醫事團體、雇主團體以及保險人團體建立參與健保監理會的名錄，具備的條件愈多，則順位愈前面。第二、以現有的監理委員會與費協會的委員結構為基礎，針對參與績效不好的委員代表，進行漸進式的微調。漸進式的微調作法如下：首先、每次的會議紀錄與內容要充分的對代表團體公開，除了與會的委員代表有資料外，主管機關也要將會議紀錄寄送給每個團體，使他們確實瞭解其單位代表在會議中的發言；再者、每年針對委員的出席率、會議發言數與會議提案數三者進行評估並公布，³³同一類別的代表與同一

³³ 上一章針對兩會會議出席率、發言與提案率的内容分析，僅能初步的表現委員的參與積極度，但對於更為實質的參與績效，卻需要更積極的方法去檢測。例如：提案的內容是否為署所接受？發言是否對健保的相關議題具有建設性？或僅是提出批評？其發言是否根據其所代表的團體利益？或是委員在例行會議以外法定執掌的參與狀況？這些都可以透過平時的觀察與紀錄來執

的代表，採漸進調整的方式請該團體改派另一位
不理想，則從參與團體的名錄中尋找另一個可以
參與的團體替換。舉例來說，上一章我們分析各團體代表的參與度，發現農會、
漁會、中小企業、以及一些政府代表的參與都不積極，第一年可以擇請該團體單
位更換代表人選繼續參與議事，若第二年還是不積極與事，便可考慮更換其他的
團體參與。這樣的變動比例，每次以不超過三分之一為原則，以增強健保監理會
的穩定性與經驗傳承。此外，本研究也建議對於專家學者代表的挑選，甚至是各
個社會團體代表的挑選，都應該注意本研究第 12 與第 26 題問卷中關於委員專業
性的調查，經濟財務、醫療保健政策與管理、保險、醫院管理、法律與公共管理
與政策都是參與健保監理會所應考量的專業背景。

四、代表性與專業性的要求，是政府也是民間團體的責任

二代健保擴大公民參與，吸納民眾意見的政策，便是希望未來健保的運作能
變成政府與民間共治的方式，或是甚至讓民間自行運作，政府僅要輔導或監督即
可。因此對於代表性與專業性的要求，除了是主管單位的責任之外，被選擇的社
會團體同樣要負起責任，因為社會團體室為其所代表的利益群體服務，其健保權
益不能因為怠惰的社團與漫不經心的代表而折損。在此，主管機關最起碼必須
做到資訊公開化的要求，讓參與的團體與廣泛的大眾自己內部有資訊判斷其所派
代表在健保監理會內的表現與發言，是否有滿足代表團體的利益？換言之，團體
所指派的代表對委員本身就有監督其績效的責任，受派的委員更要對代表團體的
利益做出回應（responsibility）與課責（accountability）。回應性與課責性的關鍵
在於降低委託人（代表團體）與代理人（受派委員）間的資訊不對稱，主管機關
本身更要協助社會團體有能力培養為決策負責的觀念。本研究建議主管單位應該
公開委員議事實錄的資訊，除了要發給代表團體以外，更要公開公告在健保監理
會的網站上，讓那些來參與委員會的代表，回去要面對團體對其參與的質疑，進
一步的去培養社會團體負責的能力與態度，並進一步為二代健保中遠程的社會自
治目標做準備。對於代表的要求，不是只有政府的責任，社會團體同樣應該要負
起責任。

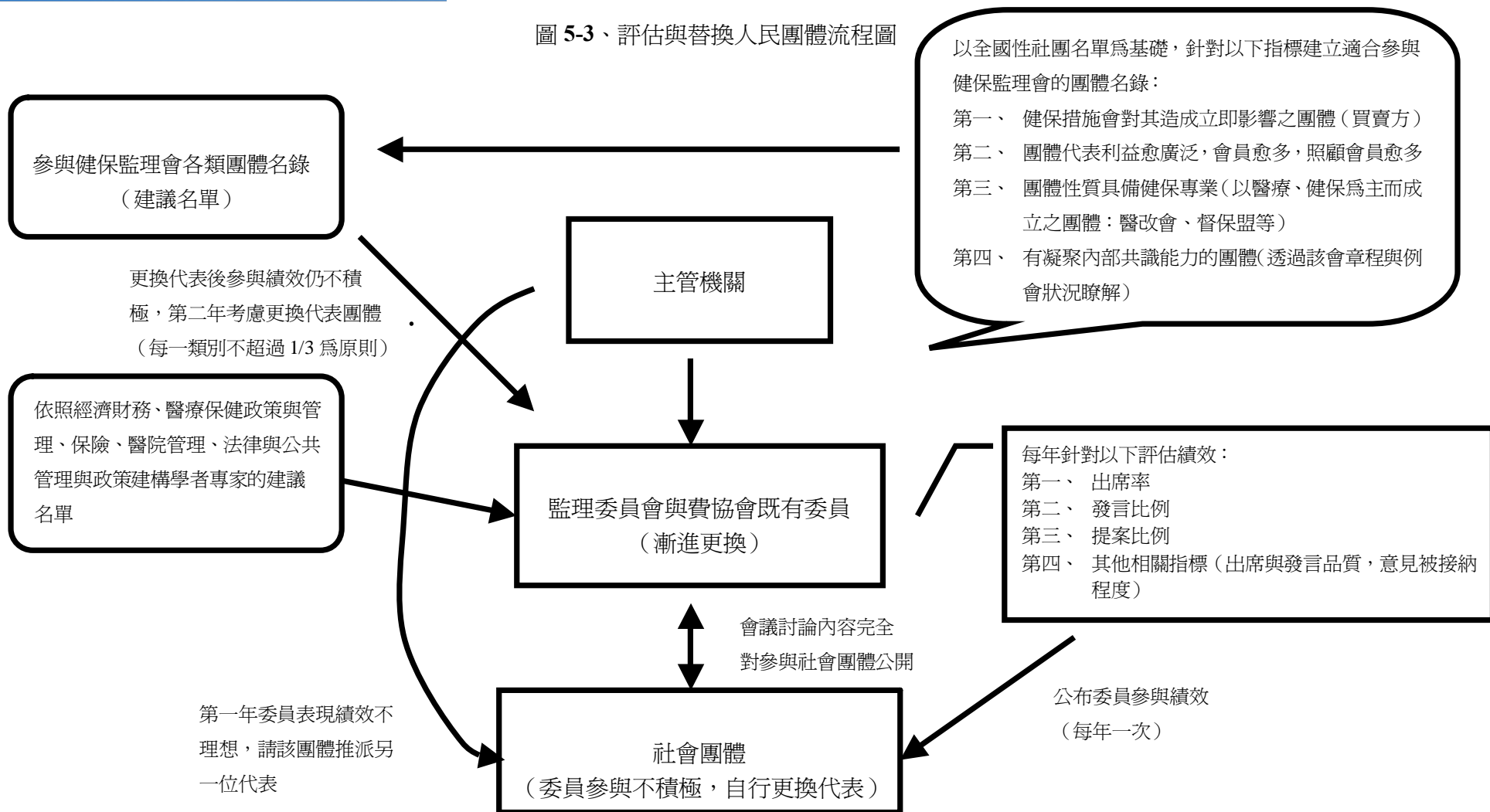
行。因此，若要更完備委員代表替換的標準，主管機關或可考慮在上述三個基礎指標上，更深入
的去瞭解委員的發言內容與被署接受的程度去評斷，相關的評估訊息也可以直接提供給其代表團
體，降低委員、健保監理會與代表利益團體間的資訊不對稱，有利於代表團體本身對於代表的選
擇與替換。但本研究仍要說明的是，出席率與積極度的表現，仍是委員積極度評斷的基礎。

³⁴ 此為意指被保險人團體代表不與醫事機構的代表比，委員間的比較宜以同一類別為基準，若
必須更動代表團體，除非相關團體代表均議事狀況明顯偏差，否則同一類別則不要超過三分之一
以上為原則（若被保險人有 6 名，每次變動不要超過 2 名以上），以兼顧穩定性與經驗傳承的考
量。

回歸到主管機關的立場，對於委員代表性確認的需求，建立代表性的制度化機制，可以從積極方式，也可從消極方式來處理。積極便是如果本研究設計的方式，主管機關要主動提供資訊，並嘗試更換參與不積極的委員代表。消極的方式便是整理出足以參與健保監理會的團體名錄，讓同一類別團體自行磋商參與監理會的順序與代表。設計委員會委員的退場機制，無非是為了讓績效卓著的委員能夠繼續為委員會服務，讓績效不好，無心參與的委員，能夠不要佔著毛坑不拉屎，反而讓一直有心參與的團體無法參與。若兩會合一後要如何選擇委員代表，本研究則建議至少要以目前兩委員重複的十九個團體代表為核心，剔除掉與會不積極的團體，再加入重複的十九個以外，但過去參與非常積極的團體代表來組成。

本研究必需要說明的是，過去監理委員會與費協會代表性與專業性的考量一直迭有衝突，若仍維持兩會分立的狀況下，委員勢必無法大幅度的更動，想要衡平兩者的問題，短期內是非常困難的，唯有透過漸進的方式才有可能。然這個退場流程的運作，仍要視兩會合一後的健保監理會的主管機關為何？若是衛生署的話，則委員代表的積極與否當然應由衛生署自己負責，倘若是獨立性的機制，那委員的退場機制便要由健保監理會自行處理，衛生署等於是站在協助或配合的角色。當然，以目前的狀況而言，主管機關若要慢慢推動委員的更替汰換，也要慢慢的將遊戲規則說明清楚，並有決心切實的執行退場機制以淘汰消極參與者，並請團體盡量選擇具備健保專業的代表前來開會，再經過一些漸進的微調之後，相信積極與會的團體代表便會非常穩定。

圖 5-3、評估與替換人民團體流程圖



「建議方案」評估意見分析

本章將以菁英問卷與焦點團體的訪談為主進行相關議題的分析。本章主要討論三個議題：

- 第一、在兩會合一後，健保監理會於整體健保組織的定位與權責機制為何，此部分我們將對權責相符機制與收支連動在組織運作上的意涵作一分析。
- 第二、委員會組成的制度設計，在代表的選擇、委員會的運作、主任委員的選擇、決策的方式、以及費用協商的機制進行探討，我們將整合前述分析的結果，建構兩會合一後組織設計與運作機制。
- 第三、針對兩會合一後組織設計與議事的方式進行探討。

兩會合一後健保監理委員會的政策諮詢與費用協商的功能，可能會因為組合方式的不同而不同，以下則根據菁英問卷與焦點團體的座談資料進行分析。

第一節 兩會合一的制度設計：問卷綜合分析

一、兩會合一後的權責關係

針對兩會合一後的權責關係，本研究設計了 35, 36, 37, 38, 39 五個問題測試受訪者的態度，次數分配整理如下表所示：首先，對於兩會合一後健保監理委員會的組織隸屬，大部分的受訪者認為應該隸屬於衛生署（31/52.7%），這樣的意見約佔五成多，但也有受訪者認為應該隸屬於行政院（21/35.9%），約佔三成五。這個答案牽涉到委員會組織層級與權責對等的問題，倘若是隸屬於衛生署，整個權責上勢必仍是由衛生署長負最後的政治與決策責任，與現制無異；倘若要隸屬於行政院，等於是像獨立的 NCC 委員會一樣，兩會合一後的健保監理委員會便要直接面對立法院的壓力。由此可見大部分受訪者希望維持現狀，但仍有些受訪者希望把層級拉高。

35	您認為兩會合一後健保監理委員會組織隸屬關係為何？	隸屬於行政院	21	35.9
		隸屬於衛生署	31	52.7
		隸屬於經建會	1	2.4
		其他	4	6.6
		遺漏值	1	2.4
39	現今監理委員會與費協會主任委員皆為兼任，您認為兩會合一後健保監理委員會之主任委員是否應為專職？	是	41	70.2
		否	9	15.2
		無意見	7	12.2
		無法判斷	1	1.7
		遺漏值	0	.8
40	現今監理委員會與費協會主委為主管機關指派，您認為兩會合一後的健保監理委員會主任委員應如何產生？	主管機關首長兼任	5	8.9
		主管機關副首長兼任	7	11.4
		主管機關首長從委員中指派	19	32.8
		委員互選	20	34.6
		其他	6	10.7
遺漏值	1	1.7		
41	您認為兩會合一後健保監理委員會的決議是否應對衛生署決策具有約束力？	是	38	64.8
		否	10	17.4
		無意見	4	6.5
		無法判斷	6	10.6
		遺漏值	0	.8
42	如果健保監理委員會決議對衛生署具約束力，是否贊成主任委員應到立法院備詢？	應該	32	54.2
		不應該，還是由主管機關首長去備詢即可	21	36.0
		其他	4	7.4
		遺漏值	1	2.4

資料來源：本研究

說明：深色底線部分為該題次次數最多回覆意見者。

再者，對於兩會合一後健保監理委員會的主任委員是否應為專職，七成受訪者認為應該是專職比較好（41/70.2），這與過去健保體檢小組、二代健保的建議一致，也與大多數受訪者的看法雷同（受訪者：A, B, C, D, E, F, G, H）。對於兩會合一後健保監理委員會主任委員如何產生的問題，受訪者一方面認為應由委員互選（20/34.6%），另一方面也認為主管機關首長從委員中指派（19/32.8%），與健保監理委員會的組織位階來比對，從委員中指派最後的決策權仍然在主管機關

對而言的獨立性便比較高，兩者皆有受訪者支持。委員會的決議是否應對衛生署決策具有約束力，約有六成以上的受訪者認為應該具有決策效率（38/64.8%）。且在進一步詢問若決策員約束力，健保監理委員會的主任委員是否應該到立法院備詢，大部分的受訪者也都同意此觀點（32/54.2）。可見得有五成以上的受訪者仍是傾向若健保監理委員會握有決策實權，就應該為自己的決策負責，而非由政府機關來擔負執行健保的責任。這在制度設計上，若將兩會合一後的健保監理會設計為行政院下的獨立機關，健保監理會就必需要面對政治監督的問題；若是設計成衛生署下的一個民間參與的費率與政策諮詢協商平台，便由衛生署長負最後的政治責任。

二、兩會合一後委員代表性制度設計

在兩會合一後代表性運作的制度設計上，本研究設計了 37, 43, 44, 45 四個問題測試受訪者的態度，次數分配整理如下表所示：首先、兩會合一後的健保監理委員會的每個委員是否應具備投票權，約有七成的訪者者皆認為所有的委員應該都要具備投票權（41/69.0%），可見得有七成左右的受訪者皆認為不論是什麼身分的委員，都是每人一票，票票等值。社會團體的代表性一直為人所詬病，因而兩會合一後監理委員會的組成應該以哪些標準作為考量？以高於一成的意見來說，最多人支持的有健保措施對其造成直接影響的團體（44/19.3%）、再者是團體代表的利益非常廣泛（35/15.3%）、團體性質具備健保專業（32/14.1%）、有凝聚內部共識的能力（31/13.8%）。

在評估健保監理委員會的議事品質後，希望能進一步瞭解委員個別的議事表現。總的來說，受訪者的意見認為衡量議事表現，以是否具備健保專業知識為最高（49/35.7%），其他例如團體出席率高（42/30.4%）也是一種議事的表現。若談到健保監理委員會代表如何產生的問題，以選擇同類別的委員自行推派協調（24/40.3%）和同類別團體先協調名單，主管機關再從中遴選（23/39.1%）的比例相差不多。由於由團體自行推派代表的方式是模仿德國制度所組成的治理委員會，相較於由主管機關遴選的方式較具有獨立性，兩者比例相去不遠也反映了有些受訪者希望兩會合一後，新的健保監理委員會能比現在更為獨立，也有些受訪者也支持維持現有的模式。這些意見會反映在我們皆下來所設計的方案中。

度設計

37	您認為兩會合一後的健保監理委員會，若面臨必須投票表決的議案時，哪些委員應具備投票權？	所有類別委員都應該具備投票權	41	69.0
		除買（被保險人、雇主）賣（醫事服務機構）雙方之外，其他委員只	6	11.0
		除買賣雙方之外，再加上政府機關代表（政府機關也算買方），其他	5	8.6
		其他	6	9.8
		遺漏值	1	1.7
43	您認為選擇參與健保監理委員會的社會團體（被保險人、雇主、醫事機構）時應考量哪些指標？（可複選）	團體代表利益廣泛	35	15.3
		團體會員多	19	8.4
		社會聲望高	22	9.9
		團體確實有定期集會	18	7.9
		有凝聚內部共識能力	31	13.8
		參與健保相關活動	14	6.2
		有在公共刊物發表對健保政策意見的能力	11	4.7
		健保措施對其造成直接影響之團體	44	19.3
44	您認為進入健保監理委員會之後委員的議事，應以何種指標衡量其表現？（可複選）	團體性質具健保專業	32	14.1
		其他	1	0.6
		開會出席率高	42	30.4
		代表發言數高	28	20.2
		提案率高	15	10.8
45	您認為健保監理委員會委員代表應如何產生？	具備健保專業知能	49	35.7
		其他	4	2.8
		由同類別的團體自行協調推派	24	40.3
		由主管機關自行按照43題原則自行判斷遴選之	10	16.4
		由同類別的團體先協調名單，主管機關再從中遴選	23	39.1
		其他	2	3.4
		遺漏值	0	.8

資料來源：本研究

說明：深色底線部分為該題次次數最多回覆意見者。

我們從問卷的調查中去計算受訪者對於兩會合一後
健保監理委員會的理想組成狀況，就理想的總人數來說，最小值是 11 人，最大
值是 50 人，平均計算下來的結果是 28.10 人。這樣的結果與現今監理委員會與
費協會的總人數相去不遠，在前述評估監理與費協兩會的問題中，對於總人數的
分析也認為不宜過多，因此可以以 29 或 27 人的設計為基礎進行設計。若我們以
28.10 為基礎來設計各個類別團體代表的比例，專家學者：被保險人：雇主代表：
醫事服務機構：相關政府代表：其他，約等於 19.32：19.89：17.69：23.31：17.76：
10.53，以 27 人為總人數的設計原則，上述比例約可以換算成 5：5：4：7：4：2；
若以 29 人為基礎來設計比例分配，則可換算成 5：6：5：7：4：2。深度訪談的
結果，受訪者均一致同意政府相關代表的比例過高，在兩者的設計中，政府代表
均大幅度的縮減。在受訪者填答的問卷中，填寫其他的多是列舉社會公正人士或
民間監督健保的相關非營利組織，故 2 個名額又可歸類在被保險人團體裡面。若
我們以費協會現在的分類為基礎，被保險人與雇主代表歸為付費者代表，相關政
府代表與專家學者歸為一類，醫事服務機構為賣方自己一類，在總人數為 27 的
組合上，便會由原本的 9：9：9，變成 11：9：7；在總人數為 29 的組合上，便
會變成 13：9：7。若再以專任委員比例為 28.66% 的比例來設計，總人數 27 人的
健保監理委員會，專任委員比例有 7 人，總人數 29 人的健保監理委員會，專任
委員總人數有 8 人。

表 6-3、兩會合一後的各類代表數比例

				28.10	100		
				5.43	19.32		
				5.59	19.89		
				4.97	17.69		
				6.55	23.31		
				4.99	17.76		
				2.96	10.53		
				28.66			

資料來源：本研究

³⁵ 在填其他的受訪者中，指涉的大多是增加社會公正人士，或是民間監督健保組織等相關團體，在分類上是可以歸類在被保險人的類別中。

就兩會合一後健保監理委員會的組織運作機制的設計，我們設計了八個題目來檢測受訪者對於健保監理委員會組織設計的想法。就討論費用協定的功能來說，應該要有哪些類別的委員，醫事服務機構的比例是最高的（53/23.0%），再者是被保險人（52/22.6%），專家學者（48/20.6%），以及雇主代表（45/19.2%），相關政府代表的比例是裡面最低的。就健保財務收支操作的原則，支持度最高的選項是量入為出的操作設計（28/47.6%），約佔將近五成的比例，然量出為入的制度設計也有約三成的人支持。兩會合一後健保監理委員會的會議表決模式，大部分的受訪者希望以共識決的方式來進行（30/50.5%），約佔五成，但也有將近四成的人同意投票表決的方式來進行（23/39.8%）。開會的頻率，則是有七成以上的受訪者支持一個月開一次會（44/73.9%）。

表 6-4、兩會合一後組織運作機制設計

46	若就討論費用協定而言，應包含下列哪些委員：（可複選）	專家學者	48	20.6
		被保險人	52	22.6
		雇主代表	45	19.2
		醫事服務機構	53	23.0
		相關政府代表	34	14.6
		其他	0	0
47	您認為健保收支財務操作應該遵循哪些原則？	量入為出	28	47.6
		量出為入	18	30.6
		其他	10	17.7
		遺漏值	2	4.1
48	您認為兩會合一後監理委員會會議運作模式應該採取？	共識決	30	50.5
		主席裁決	3	5.7
		投票表決	23	39.8
		其他	0	.8
		遺漏值	2	3.2
49	兩會合一後健保監理委員會應多久召開一次？	一個月	44	73.9
		兩個月	6	10.5
		一季	4	7.4
		其他	3	4.9
		遺漏值	2	3.2
50	若遇重大決議事項，認為有擴大參與之必要時，健保監理委	是	49	83.3
		否	3	5.7

		無意見	2	2.9
		無法判斷	3	5.7
		遺漏值	1	2.4
51	承上題，如果具備啓動公民參與機制的權力，應該以何種形式爲之？（可複選）	公聽會	44	32.0
		說明會	15	11.1
		民調	29	21.4
		法人論壇	15	11.0
		公民會議	29	21.4
		其他	4	3.2
52	您認爲兩會合一後，就支援專任委員的行政資源而言，應包含哪些項目？（可複選）	獨立辦公室	36	31.4
		個人研究助理	36	32.0
		配置座車	2	1.7
		委託研究計畫的預算	34	29.6
		其他	6	5.3
		遺漏值	0	0
53	兩會合一後的監理委員會與健保小組間的業務關係，應調整爲？	健保小組合併到兩會合一的監理委員會下，變成監理委員會的幕僚單位		
		兩會合一後，縮減健保小組與監理委員會重疊的功能	16	27.2
		兩會合一後，維持原本健保小組於衛生署中的功能與編制	15	25.0
		其他	2	4.1
		遺漏值	1	1.7

資料來源：本研究

說明：深色底線部分爲該題次次數最多回覆意見者。

在遭遇重大決議事項與啓動公民參與機制方面，有八成以上的受訪者贊成健保監理委員會有啓動公民參與機制的權力（49/83.3%）。在啓動公民參與的運作形式方面，受訪者選擇以公聽會的方式運作所佔的比例最高（44/32.0%），再者是運用民調的方式蒐集民意（29/21.4%），公民會議的資料蒐集方式也頗受受訪者青睞（29/21.4%）。因此，上述三種方式大致上可以作爲日後健保監理委員會啓動公民參與機制的參考方式，民調更是可以每隔一段時間，或是有重大討論議題時蒐集民衆的想法。此外，兩會合一之後，若有專任委員的設計，該提供什麼樣的行政資源來支援專任委員，受訪者大致上偏向具有個人的專屬研究助理

(36/31.4%)，委託研究計畫的預算也受到約三成後若有專人委員的設計，這些資源的供給都應該

納入考量。在組織間的關係上，兩會合一後與健保小組應該維持什麼樣的關係，大多數的受訪者希望將健保小組合併到兩會合一的健保監理委員會下，變成健保監理委員會的幕僚單位（25/42.0%），然也有將近兩成七的比例支持兩會合一後僅縮減健保小組與監理委員會重疊的功能（16/27.2%），也有相當的比例支持健保小組應該維持原本的編制與功能（15/25.0%）。

四、兩會合一後費用協商機制設計

在問卷設計當中，我們在費用協商的機制方面，綜合過去文獻資料與訪談結果，設計了以下的四種費用協商的機制與運作關係，作為分析兩會合一後費用協商機制設計的基礎。我們將所有可能的協商方式列為 A、B、C、D 四種，其中類型 A 是在所有委員都參與的狀況下協商，類型 B 是在健保監理委員會的委員會下，另設計一個費用協定小組討論費用協定，健保監理委員會無法推翻費用協定小組的決議，類型 C 與類型 B 類似，只是類型 C 的設計委員會可以推翻費用協定小組的費用協定決議，類型 D 則完全仿造德國的委員會模式，參與者全部由買方組成委員會，與醫事團體協商費率，雖然是我國最希望學習的運作模式之一，然這種模式需要有組織化與草根化的社會團體為基礎。以下則為問卷中的原選項：

類型 A：健保監理委員會所有委員包含買賣雙方一同於委員會議中協商。

類型 B：在健保監理委員會下，另設一費用協定小組討論費用協定，包含數量相等的買賣雙方委員。健保監理委員會委員會議不能推翻費用協定小組對於費用協議的決議。

類型 C：在健保監理委員會下，另設一費用協定小組討論費用協定，包含數量相等的買賣雙方委員。健保監理委員會委員會議有權力推翻費用協定小組的決議。

類型 D：健保監理委員會僅由買方委員組成（被保險人、雇主），並與委員會以外醫事團體所組成的協商代表進行對等協商。

如表 6-5 所示：若從費用協商效率的考量上來檢視，類型 B 的制度設計是最受到受訪者所青睞的（28/48.0%），大約將近五成的比例，可能是因為費用協商

子，若健保監理委員會無法否決費用協定小組的決定，則其通過的機率會少更多。以收支連動的價值來說，類型 A 是最受受訪者青睞的制度設計（22/36.7%），約佔三成五，然類型 C 也有將近二成七的受訪者支持（16/27.0%），類型 A 與類型 C 的制度設計都隱含了一個共通點，便是收支連動的運作需要更嚴格的把關才能有效推動。在對等協商方面，是以類型 B 的選項所佔比例最高（19/31.7%），約佔三成的比例，其餘的類型 A、類型 B 與類型 C 則約佔兩成，足見在對等協商方面，僅要買賣雙方的數量相等，其他的設計便不是那麼的重要。在公民參與方面，則是以類型 A 得到的比例最高（23/38.9%），約佔了將近四成的比重，很明顯的類型 A 所有委員都參與費用的協定更能滿足愈多民間團體對健保事務的參與。

表 6-5、兩會合一後費用協商機制設計

54	您認為上述類型在 <u>費用協商效率</u> 方面最具有效性為何	類型 A	9	15.2
		類型 B	28	48.0
		類型 C	10	16.8
		類型 D	7	11.0
		無法判斷	3	5.7
		遺漏值	2	3.2
55	上述類型在 <u>收支連動</u> 方面最具有效性為何？	類型 A	22	36.7
		類型 B	8	13.9
		類型 C	16	27.0
		類型 D	7	12.7
		無法判斷	4	6.6
		遺漏值	2	3.2
56	上述類型在 <u>對等協商</u> 方面最具有效性為何？	類型 A	13	22.5
		類型 B	19	31.7
		類型 C	12	19.6
		類型 D	11	17.9
		無法判斷	1	2.5
		遺漏值	3	5.7
57	上述類型在 <u>公民參與</u> 方面最具有效性為何？	類型 A	23	38.9
		類型 B	4	7.3
		類型 C	7	12.7
		類型 D	9	15.9
		無法判斷	10	17.1
		遺漏值	5	8.1

資料來源：本研究

說明：深色底線部分為該題次次數最多回覆意見者。

交之，整理如表 6-6 所述：費用協商效率與收支連動的重要性是一樣的（26/43.9%），約有五成的受訪者同意這樣的觀點。在費用協商效率與對等協商方面，約有六成的受訪者同意兩者間的價值是相差無幾的（36/61.0%），可見費用協商效率、收支連動與對等協商在受訪者的眼中大致上一樣重要。在費用協商效率與公民參與方面，受訪者對於費用協商效率的重視更甚於公民參與（21/36.4%），然兩者差不多重要的意見也約有三成的支持度。在收支連動與對等協商的比較上，約有五成的受訪者認為兩者間的重要性是一致的。在收支連動與公民參與的比較上，受訪者明顯的認為收支連動的滿足要比公民參與更為重要（3：1, 25/41.5%），比一樣重要的選項多了百分之十的支持度。在對等協商與公民參與的比較上，公民參與的重要性仍然略遜於對等協商（3：1, 25/42.9%）。可見公民參與的價值在費用協定的運作中不若費用協商效率、收支連動與對等協商的價值，在制度設計上，或許以類型 B 或 C 的組織運作方式是較為符合上述的運作邏輯。

表 6-6、兩會合一後費用協商機制設計價值比較表

58-1	費用協商效率 vs 收支連動	5:1	3	5.7
		3:1	7	11.9
		1:1	26	43.9
		1:3	15	25.8
		1:5	6	9.6
		遺漏值	2	3.2
58-2	費用協商效率 vs 對等協商	5:1	0	.8
		3:1	8	12.8
		1:1	36	61.0
		1:3	7	11.8
		1:5	6	10.3
		遺漏值	2	3.2
58-3	費用協商效率 vs 公民參與	5:1	7	12.7
		3:1	21	36.4
		1:1	19	32.8
		1:3	5	8.3
		1:5	2	4.1
		遺漏值	3	5.7
58-4	收支連動 vs 對等協商	5:1	6	9.6
		3:1	18	30.5
		1:1	31	51.9

	1:3	1	2.4
	1:5	1	2.4
	遺漏值	2	3.2
58-5 收支連動 vs 公民參與	5:1	10	16.2
	3:1	25	41.5
	1:1	19	32.4
	1:3	4	6.6
	1:5	0	0
	遺漏值	2	3.
58-6 對等協商 vs 公民參與	5:1	4	6.2
	3:1	25	42.9
	1:1	23	38.6
	1:3	4	6.6
	1:5	1	2.4
	遺漏值	2	3.2

資料來源：本研究

說明：深色底線部分為該題次次數最多回覆意見者。

五、兩會合一的政策評估

最後，對於兩會合一此一短程改造工程的整體性評估，二代健保的目的便是要落實收支連動、擴大社會參與、凸顯政策的民意基礎，以減輕立法院的不當干預。在收支連動方面，受訪者認為兩會合一後的健保監理委員會的確有助於收支連動的運作（40/67.5%），這樣的意見比例佔將近七成，若再加上非常同意，則會接近八成，足見受訪者對於兩會合一後對收支連動的運作有極大的信心。在兩會合一是否有助於公民參與方面，約有四成的受訪者對此沒有意見（24/41.1%），同意與不同意的意見比重也相去不大。對於兩會合一後公民參與是否能達成此一問題，受訪者的意見非常分歧，並沒有明顯的偏好。對於兩會合一之後是否能促成權責相符，約有四成六的受訪者同意這樣的觀點，若非常同意和同意的比例加起來，大致上會超過五成以上，足見兩會合一後受訪者對促成權責相符也極具信心。在費用協商效率方面，同意與非常同意兩者加總的比例約佔四成以上（25/42.7%），不同意與非常不同意則大約在將近三成左右（18/30.8%），認為費用協商效率有提高的受訪者還是略高於不同意者，但我們仍不能忽視有三成左右的意見是認為兩會合一無助於費用協商的效率。

59	兩會合一後有助於收支連動	非常不同意	3	5.7
		不同意	8	13.8
		無意見	2	3.2
		同意	40	67.5
		非常同意	4	7.4
		遺漏值	1	2.4
60	兩會合一後有助於公民參與	非常不同意	2	3.2
		不同意	14	24.3
		無意見	24	41.1
		同意	16	26.5
		非常同意	1	2.4
		遺漏值	1	2.4
61	兩會合一後有助於權責相符	非常不同意	4	6.5
		不同意	12	19.9
		無意見	9	15.2
		同意	27	46.5
		非常同意	6	9.4
		遺漏值	1	2.4
62	兩會合一有助於費用協商效率	非常不同意	5	8.9
		不同意	13	21.9
		無意見	14	24.1
		同意	22	36.9
		非常同意	3	5.8
		遺漏值	1	2.4

資料來源：本研究

說明：深色底線部分為該題次次數最多回覆意見者。

第二節 兩會合一健保監理會治理機制的方案設計

在蒐集各方意見後，本節根據前述的資料分析，對兩會合一後健保監理會治理機制的設計提供相關的建議。換言之，本小節所設計的健保監理會的組織設計方案，主要是取材自上述研究的建議，設計的焦點主要集中在三個方面：第一、與主管機關的關係？究竟是隸屬於衛生署？或是形成一獨立機關？權責如何相符？第二、各類別委員代表比例如何調配？如何使健保監理會的設計更具備專業

運作？會議如何進行？如何使會議的運作具有效率

根據二代健保的政策建議，兩會合一的主要目的有三，一是權責相符，二是擴大社會參與，三是收支連動。本研究依據上述目的，進行兩會合一後方案制度的設計，並整理如下表所示：首先、在權責相符的制度設計方面，根據上述蒐集的資訊，大部分的受訪者都希望能維持衛生署負責的狀況，但也有三成左右的受訪者希望能獨立於衛生署之外，使其變成獨立的機關，因此本研究據此設計出兩個方案，甲案是獨立性高的，乙案是維持現行制度的版本。在擴大社會參與，凸顯民意決策基礎方面，主要是重新調整委員代表的比例，使設計上更具代表性與專業性，俾使更符合公民參與的決策邏輯，也可提升決策的品質。這部分本研究以現在監理與費協的比例為基準，與前述訪談、問卷的資料作一對照，消滅掉一些政府代表，並把專家學者與政府代表放在同一類，讓被保險人與雇主代表的名額變多，以落實擴大社會參與的政策美意。

表 6-8、兩會合一後健保監理會運作機制設計

目標	可能影響層面	替選方案		
		現制	獨立性高甲案	維持現制乙案
權責相符	監理委員會的定位影響醫藥政策與健保政策間的行政運作良窳度，若獨立後與衛生署可能會變成雙頭馬車，維持現狀的狀況下，健保監理會進維持諮詢審議的功能	隸屬衛生署下，主任委員由署長遴選	直屬行政院之獨立委員會，主任委員由委員互選，行政院長任命	隸屬於衛生署下，主任委員由署長遴選，或署長或副署長兼任
擴大社會參與	委員比例的調整會影響到現今團體在健保事務的影響力，委員的調整極富政治性，宜採漸進方式，剔除掉參與度不高的現任委員	監理委員會： ³⁶ 學者專家：6 被保險人代表：6 雇主代表：5 醫事保險服務機構：5 政府相關單位：7 費協會： 主管機關：9 付費者與專家：9 醫事服務機構：9	以現制為基礎： 付費者代表(不包含政府)9人(社5，雇4) 醫事服務機構代表9人 政府與學者專家代表9人(政5，學4) 三類委員各自互推專任代表一名，以學者專家優先	以現制為基礎： 付費者代表(不包含政府)9人(社5，雇4) 醫事服務機構代表9人 政府與學者專家代表9人(政5，學4) 三類委員各自互推專任代表一名，以學者專家優先

³⁶ 95年10月13日公布修正監理委員會組織規程，學者代表、被保險人代表、雇主代表、醫事保險服務機構代表、政府代表人數比為6：6：5：5：7人，總人數仍為29人，自96年3月1

連動	務的意義上並不明顯，應考量量入為出或量出為入	委員會負責收入，但未有實權 支：費協會負責協定與非配醫療費用 收支不連動？	收：委員在法定範圍內有權力提案增加保險費率，愈重大的議案則愈應啓動公民參與機制，增加決策民意正當性 支：買賣雙方對等協商	收：健保監理會可以提供建議，但決策權仍由署長負責 支：買賣雙方對等協商
運作設計	與現制相去不大，唯一注意的是，兩會合一的健保監理會是否將費用協定的功能另立一個協商小組討論	監理會： 每月一次例會，過二分之一出席，決議事項需出席委員二分之一以上同意 費協會： 每月一次例會，過二分之一出席，決議事項由出席委員以協商方式為之	討論事項： 每月一次例會，過二分之一出席，決議事項需出席委員二分之一以上同意 費用協定： 委員二分之一以上出席，出席委員以協商為之	討論事項： 每月一次例會，過二分之一出席，決議事項需出席委員二分之一以上同意 費用協定： 委員二分之一以上出席，出席委員以協商為之

資料來源：本研究

就落實收支連動方面，主要的設計在於配合權責相符的制度設計，在收的方面，若採取獨立性較高的制度設計，委員或署長則可在健保法的授權範圍內親自提案，並在健保監理會的會議中議決保費調整方案，但若遇重大決議事項時，必須啓動公民參與機制，以強化決策正當性，並且要接受立法院的質詢。但倘若是維持現制的狀況，決定收入費率的權責就不在健保監理會，健保監理會可以提出建議案，但決策權仍由衛生署長負責，若衛生署長依法要調整費率，監理委員會也僅有建議權，沒有否決的權力。

此外，在支出的部分，無論是獨立性較高的制度設計，或是維持現制的狀況，都是偏向於讓買賣雙方對等協商，這是無論用問卷的分析，或是訪談的共識，只是在組織運作的設計上，應該是要讓所有的委員都參與？或是另外成立一個費用協定的委員會，讓買賣雙方對等但人數較少的委員組成協商機制，在費用協定之後，可區隔為大會可以否決與不能否決兩種方式。在針對費協會委員的訪談上與問卷的分析上，均提到兩會合一後的可能問題，便是監理委員會委員的加入有可能破壞原本順暢的費用協定功能，更有兩位受訪者指出，真正有實權的功能，也能有效發揮功能應該是費用協定，而不是諮詢審議，故兩會合一後應該首重於費用協商功能的是否能有效運作（受訪者：G、H）。

有權就是有能力嘛，所以在這裡面就，如果以小的層面來看，他合起來有的人就會說，那沒有效率跟有效率合在一起，到最後會變成沒有效率（受

日起實施。



PDF Complete

*Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

事實上目前監理與費協兩會，主要是由在會議流程的設計上，則與過去監理委員會和費協會的方式並無二致，只是當兩會合一後，原本費用協定的功能是否需要獨立出一個資源配置小組專責討論，健保監理會的大會是否有權力否決費用協定小組所協商的費率，都可以再討論。

以上是我們從訪談、問卷分析、文獻等資料分析所歸納出來的意見。無論是對內或是對外，整個最根本的問題還是委員是否具備代表性與專業性的問題，具備代表性與專業性的委員，對外才能得到民眾與其他配合單位的信任，對內也才能運作的更有效率。本研究在前章已提出相關建議，若將來兩會合一後，或許可以以現在兩會中重疊的社會團體為基礎，再以表 6-8 中的比例為選擇的範圍去吸納社會團體的參與。總之，健保監理會的運作，最根本的仍是要解決參與團體代表代表性與專業性的問題。我們更細緻的將上述的原理原則規劃成兩個方案，相關設計請參照表 6-9。

委員組成	設計原則：在具備代表性的基礎上，增加專業性(增加學者專家與專職委員)、以買、賣及政府專家三方等量設計代表性、減少政府代表，其中方案甲偏向運作獨立的設計，方案乙則是仍由主管機關主導專任委員的遴選	
1. 人數與分布 2. 專任人員 3. 主任委員產生	2. 付費者代表(不包含政府) 9 人(社 5，雇 4) 醫事服務機構代表 9 人 政府與學者專家代表 9 人(政 5，學 4) 3. 三類委員各自互推專任代表一名，以學者專家優先 4. 主任委員由委員從三名專任委員中投票選舉之	1. 付費者代表(不包含政府) 9 人(社 5，雇 4) 醫事服務機構代表 9 人 政府與學者專家代表 9 人(政 5，學 4) 2. 三類委員各自互推專任代表一名，以學者專家優先 3. 署長由專任學者專家委員中遴選一人出任主委，或自行兼任，或副署長兼任
組織角色	設計原則：甲方案健保監理會在健保收支上有實權(收支連動、強化幕僚、負財務全責)，乙方案乃現狀組合	
1. 與署長關係 2. 與健保小組關係 3. 與健保局關係	1. 署長將保費變動與費用協定權力下放，由健保監理會負全責，主任委員得就健保收支議題到立院備詢 2. 健保小組併入監理會下成其幕僚機構 3. 為上下級單位，與署長共同監督健保局	1. 署長負健保最終責任 2. 署內平行行政單位 3. 為平行單位，健保推動監理單位，協助署長監督健保局
組織功能	設計原則：考慮費率變動的政治性及必要性，強化公民參與	
1. 一般健保議題 2. 健保收入議題 3. 健保支出議題 4. 決策規則	1. 討論或是決議後，提供署長決策參酌，同樣衛生署在制訂或更動健保相關政策時，必須先徵詢健保監理會的同意 2. 在健保法授權範圍內，由署長或由委員自行提案，議決保費費率調整方案，期間得啟動公民參與機制，強化決策正當性 3. 總額協定與分配醫療費用 4. 需 1/2 委員出席始成會，決議事項須經出席委員過半數同意	1. 討論及議決署內提案，提交署長決策參考，同時若衛生署有制訂或更動健保相關政策時，視情況徵詢健保監理會的意見 2. 討論及議決署內提案，提交署長決策參考 3. 由三種團體各推五人成立費協小組，專任委員為當然小組成員，協商結果交大會確認，有兩種選擇： B-1 大會僅對決議追認，不得推翻 B-2 大會擁有權否決其決議 4. 需 1/2 委員出席始成會，決議事項須經出席委員過半數同意

資料來源：本研究

分析

綜合前述文獻檢閱與分析，深度訪談，與問卷分析的結果，我們設計了甲與乙兩個制度設計方案供焦點團體座談討論。本小節選擇了監理委員會與費協會的委員及對此議題曾有接觸或關注的專家學者兩類人士進行焦點團體座談，針對甲、乙兩案的與主管機關的關係與委員的人數比例、委員的組成方式與組織的運作設計進行評估。本研究於 11 月底與 12 月初分別各舉辦一場焦點座談，並分別由本研究的計畫主持人、博士班研究助理主持討論，各座談的場別、舉辦時間、地點、主持人與參與者詳列如下：

表 6-10、焦點團體座談場次、參與者相關資料

類別	日期	主持人	地點	與談人	與談人身份
委員	2006/11/24	王光旭	衛生署 604R	與談人 A1 與談人 A2 與談人 A3 與談人 A4 與談人 A5	學者專家代表 醫事機構代表 雇主團體代表 政府單位代表 被保險人團體代表
學者專家	2006/12/08	陳敦源	政治大學選舉研究中心 焦點團體室	與談人 B1 與談人 B2 與談人 B3 與談人 B4	政治大學社工研究所教授 世新大學行政暨管理學系副教授 台北大學社工系助理教授 開南大學行政管理學系副教授

資料來源：本研究

本研究將焦點團體座談整體的意見歸納如下表：

表 6-11、焦點團體與會者意見彙整表

議題	意見彙整
一、委員代表性	<p>※找偏向他們理念的學者來當他們的代表。(與談人 A1)</p> <p>※是不是能夠適度的讓這個醫事服務機構的代表能夠減少啦！北高市政府雖然不發言可是你也要尊重他們要參與的機會。在付費者的部份，建議要採雙數，雇主跟被保險人的部份這個至少要一比一，這樣才能夠公平。(與談人 A3)</p> <p>※表現較不積極的委員之退場機制，因為一般他們可以委託出席嘛，其實我看過有些委員會的規定蠻嚴格的，就是要親自出席，兩次無故請假就視同辭職，它規定的條文蠻嚴格。(與談人 B4)</p> <p>※需要研究者去決定到底在台灣這種統合主義的決策機制有沒有可能去發展？還是說它不可能達到真正統合的功能？我們就正視這個問題然後朝另外的管道，可能就是諮詢的功能。(與談人 B1)</p> <p>※剛談到統合主義被保險人代表性，二代健保假設是用所得而不是用職業類別的</p>

<p>二、兩會合一後主任委員產生方式</p>	<p>代表可以從對保費的貢獻結構來看，政府 28、雇主 32、被保險人 40 3)</p> <p>※我認為署長應該是這個監理委員會到最後的決策跟負責承擔的責任，而主任委員的遴選應當由署長找跟專家學者出來主持，不宜由署長自己來兼。(與談人 A2)</p> <p>※主任委員的話，我看起來似乎還是由署長來遴選會比較適當一點。(與談人 A4)</p> <p>※如果說今天副署長來擔任主委，可以出席很高的情況下，我是建議應該由副署長來擔任主委這個職位、這個角色。(與談人 A3)</p> <p>※我也認為這個署長確實不適合直接兼任主委，因為其他的決策需要一些思考，而且他必須要負政治責任，所以在那種委員會的壓力下面，他確實也會沒辦法周延。(與談人 A5)</p> <p>※我的經驗主委應該副署長來兼比較適合，像健保陳副署長他就負責這個我覺得就職務上來講是很好。(與談人 B1)</p> <p>※我是想委員互選啦，不過這互選的過程就是要公開，因為醫院的人可能會去拉票，我是擔心衛生署兼任可能會影響委員會¹。(與談人 B4)</p>
<p>三、收支連動問題</p>	<p>※原來所謂收支連動，就是要讓消費者代表去決定說我要花多少錢，那監理委員會他本來就是收支都有的考慮的嘛！那費協會只是在分那筆錢、錢該怎麼分配嘛？現行的法令沒有所謂的收支連動的概念。(與談人 A1)</p> <p>※收支連動的一個階層應該要納入未來健保的一個運作模式裡面，否則一定會產生像現在這樣無法平衡，健保局要去借錢的一個窘境裡面去了。(與談人 A4)</p>
<p>四、甲乙方案問題</p>	<p>※在我認為是怎麼樣，乙方案變動幅度小，甲方案的時候，他還會牽連到將來整個健保政策跟衛生政策，到底會不會雙頭馬車呢？我個人是比較偏向乙方案。(與談人 A1)</p> <p>※不管是甲方案還是乙方案，都是減少這個政府的代表。我想這個未來的設計就是說，盡量由醫療提供者跟消費者去協商。(與談人 A4)</p> <p>※我也基本上贊成方案乙。(與談人 A3)</p> <p>※它如果是一個完全專任的話那它跟衛生署健保局的關係要怎樣去區隔。所以這個設計必須要去思考說到底它的下一步是什麼。(與談人 B3)</p> <p>※我是覺得委員會的責任如果這麼大還有負政治責任的話，我是覺得不是很適合啦，應該還是由署長來負責。(與談人 B4)</p>

資料來源：本研究

以下則根據座談會主題進行討論：

一、委員會組成方面

(一) 代表人數的配置

參與座談的部分委員認為人數不能太多，會影響 23 個，就如我們前述理論寫的一致。但大多數的與談人對於人數並沒有太大的意見，只覺得不要太多就好，較為重要的是，各種團體代表的比例該如何分配。

人數哦，我想你們比我更清楚，一般認為超過二十二個人就很多了啦！對這個是我們，呃，是你們考量到人數的問題（與談人 A1）。

由於甲、乙兩方案的設計是建立在費協會原本的基礎上作調整，希望讓買賣雙方有對等協商的機制，因此讓被保險人與醫事服務機構各有九名代表。然而與會者指出這樣的配置是為遷就買賣雙方對等協商，但原本監理會的功能是不能用對等協商解決的。換言之，原本在監理會的設計之下，被保險人團體幾乎是醫事服務團體的兩倍之多，監理的功能也是為了讓付費者代表能夠對醫療品質與醫事服務表達意見，進行監督，若讓兩邊人數對等，原本監理會的功能就會受到影響，因此有代表仍然建議在健保監理會應該維持快 2：1 的比例。然而，這樣的建議馬上引來了醫事服務機構代表的反對，其認為還是 1：1 的比例比較恰當。

我對代表人數有一些意見啦！因為這個，三個都是九人，看起來好像比較於傾向於，偏向目前那個費協會的那個方式來運作，那尤其是強調付費者跟醫事服務機構要這個一比一啦，但是要問題是說，未來這個兩會合一以後阿，這個監理會的這個職能他是除了這個支出的決定之外，還有很多奇奇怪怪的，像比方說像今天監委會就有很多這個討論的議案，那這些議案裡面，如果說照這個方式的話，這個醫事服務機構代表可能太多阿，所以我建議是說，是不是能夠適度的讓這個醫事服務機構的代表能夠減少啦！（與談人 A3）

其實還有蠻多醫療提供者沒有參與，所以如果說買賣雙方沒有付費者代表是兩倍的話，我想對醫療、醫事機構這邊在執行上會有點…所以我想一比一應該是比較適當一點的。（與談人 A2）

但也有與會者認為若是二代健保後並非以職業別為被保險人的分類，勢必在挑選兩會合一後健保監理會的代表，便要以另一個機制來設計。或許可以從不同類別出資的比例來設計委員彼此間的比例。

人代表性，二代健保假設是用所得而不是用職業類
以從對保費的貢獻結構來看，政府 28、雇主 32、
被保險人 40。（與談人 B3）

（二）代表的資格

就代表的選擇應符合的資格，除了代表性是基本必備的條件外，對於委員本身是否具備健保的專業，與會座談的委員一直覺得很有意見。在問卷的分析中，被保險人代表的專業性無論在監理委員會或費協會，一直遭受到非常大的質疑，就連代表性本身也有問題。然為了顧及被保險人的代表性，與會座談的委員認為專業性較為不足的團體，可以找立場與團體較為接近的專業學者來代表開會，這樣也比較不會因為專業的不足而損及自身團體的利益。

付費者代表，他也是找不出來啦，因為真正懂的人也沒幾個啦！所以說那個希望將來能開會，能夠在你們在寫的時候，那個付費者代表他可以聘請專家學者做他的代表，所以說像類似的付費者代表的話，或者說醫事機構代表的話，也不一定是要那個醫院的代表啦！就是由那個醫事機構他們怎麼樣？去找，偏向他們理念的學者來當他們的代表，那這個應該是可以被接受的（與談人 A1）。

至於前章對於代表的檢討，也有論及政府代表在目前兩會所佔比例過高，政府代表議事效率不彰的問題，與會的座談者也認為政府的代表過多，其功能應該再予以調整，慢慢的讓政府的角色逐漸退出費用協商的機制，讓費用的協商逐漸轉移到買賣雙方的協商。

就是說在這個設計上，就是減少這個政府的代表，不管是 A 方案還是 B 方案，都是減少這個政府的代表。我想這個未來的設計就是說，盡量由醫療提供者跟消費者去協商。我想從這個從國外的經驗來講，這個政府應該是盡量在這邊角色應該漸漸退出來啦！（與談人 A4）

至於政府相關部門因為也有付費，短期之內要完全減少政府的代表是不太有可能的。但若要讓買賣雙方的代表能夠逐漸的為總額的協商負責，政府角色的退出與作為一個協調者是必然的方向。但並非所有的政府代表都要退出，與會的座談者便一致認為內政部與勞委會是一定要留下來的單位，但財政部、退輔會、地

就連行政院衛生署其實也不需要代表，因為衛生署對話，所以一定會有溝通。至於沒有留下來的單位，行政院衛生署也可以蒐集相關單位的意見，再帶到會上來討論，似乎不需要那麼多的政府代表參與。

將來政府的角色是，我是覺得盡量站在兩者的一個協調者的角色辦理。那現在是因為政府也有在付費啦！所以政府好像也像是變成一個付費者的樣子，那我想將來政府的角色應該是慢慢退出來，慢慢退出來，就是盡量由付費者跟醫療提供者去協商，保費也好、保險所要 cover 的範圍也好，盡量由這兩者作為一個主體，那政府的介入應該是漸漸退出，除非他們沒有辦法去取得協議的時候，再由政府的角色來做一個介入，這樣子。（與談人 A2）

我是認為內政部跟勞委會一定要留下來，阿那個什麼出錢的單位是主計單位，或是什麼財政部，我是覺得那都不是理由，那個地方政府阿，我也覺得沒有必要，因為那個出錢的時候厚，我覺得說，因為那個是依法律他就該給啦，那個沒有說什麼…因為依法律他給了沒有什麼好講話的餘地啦！因為在我認為，就是內政部、勞委會，因為那個是這兩個單位很重要，其他的單位要不要我覺得沒有什麼意見，那我甚至認為連衛生署都不要。他就是署長最後做決的阿，你又加一個衛生署進來做什麼，對不對（與談人 A1）？

公家機關我認為是勞委會跟內政部就可以了，真的，你如果今天再搞個健保小組的代表、北高兩市代表…，我認為是沒什麼功能啦，只要署長下令下去，那北高兩市講的都是廢話，還是署長最有決策…（與談人 A2）

我也覺得地方政府確實在監理會裡面特別的突兀啦，因為他們確實在，像我之前，我就看一堆，確實北高兩市喔，就是出席或發言都非常的少，發言也不會提出什麼樣的建議。那這裡面當然可能就是凍省的關係，所以直轄市跟中央政府都有派代表，如果是這樣的話，其實我覺得直轄市是可以考慮停掉的。那就是部會的部分喔，因為我們現在就是建議內政部跟勞委會，（與談人 A5）

但有其他與會的代表認為北、高兩市是付錢的單位，即使沒有講話，但剝奪

因為有的時候也會討論到北、高兩市問題，若沒有付錢也說不過去。況且協商也不是只有醫事服務機構與被保險人和雇主來協商，買賣雙方協商之後，還是要有政府來買單，若在費用協定上排除政府的角色，其實於情與理都不合。當然這牽涉到是不是有付錢的單位都一定要有代表的問題，或是代表性的維持在實務上比專業性更為重要的問題。在深度訪談之中，也有受訪者認為有些代表雖然不講話，但在的目的不過是請他來為那個參與的團體背書，至於要不要參與，並沒有辦法管到當事人的行為。據此，代表性與專業性間的考量與拉距，形成了一個難解的問題。

我是覺得…其實我是覺得付費者也是…就是說北高市政府至少也要有代表阿，那雖然感覺上開會好像他們出席、發言的狀況並不是很踴躍，但是不管怎麼樣，也多多少少討論到跟他們有關的一些事情，就是說直轄市跟縣市政府的部份，那至少要推舉一個代表來參加啦！或者是北、高、台灣省這樣輪流派，或者是北、高、台灣省各一個，我認為因為至少有些議題跟他們有關，雖然不發言可是你也要尊重他們要參與的機會（與談人 A3）。

政府在這個全民健保的角色裡面厚，他也是一個付費者，就是說不是由醫事機構，醫療機構跟被保險人這樣去協商。因為他協商出來的結果，政府就要去買單，所以政府應該也是參與這個裡面的一個成員之一（與談人 A4）。

（三）主任委員的任命

若按照委員會獨立性與否的制度設計，主任委員產生的方式是一個判斷的標準。本研究在此設計了兩種主任委員任命方式，甲案是由委員互選專任委員所產生，而且主任委員的身分應該以學者專家為限；乙案則是由主管機關首長遴選，或是由主管正副首長兼任。大部分與會的座談者，都認為健保是一個極富政治性與複雜的議題，對於兩會合一後的健保監理會是否能肩負如此大的責任，與會者皆表示懷疑。事實上，若機關要獨立有權，主任委員的任命就必須獨立於行政部門之外，也需要直接面對政治壓力。

我對於那個主任委員的選擇，我認為應該是由署長來遴選。我一直擔心現在進立法院，你進立法院很多決議出去說白一點其實就是國會的模式，他根本不重視你，那現在我們怎麼把這兩會合併出來，加重他的決議的重要

點，像現在講了半天，那回去還要參考辦理的話，十麼功能（與談人 A4）。

大部分的與會座談者，都認為乙方案的變動性少，推動起來應該較具可行性，也比較不會跟現有的體制相衝突，所以似乎比較贊同乙方案的方式，也就是由署長遴聘，或是政府首長兼任。但倘若要以委員互選的方式，就必須在公正公開的狀況下來互選，並防止立場較為偏頗的委員有拉票的行為（與談人 B1）。然在乙方案的可能選項之間，幾乎全部的與會者都不贊同由署長兼任主任委員，因為署長一方面很忙，二方面又不是僅有處理健保的事情，還有許多藥政、醫政的相關業務，比較適合站在一個制高點來看問題，全盤的考量健保與其他醫藥相關政策配合的問題，因而不適合直接對健保政策作決定。因此，不讓署長當主任委員，也可以替署長形成一種緩衝。

不宜由署長自己來兼。現在一個健保小組由副署長來兼委員，來開過幾次會，二次，這大家委員都知道，都是選其他人來開，那你由署長自己來當主任委員的話，我想一年搞不好他自己主持會議不到一次，那是沒有意義。而且署長那麼多的事情，由他自己來兼，可能他分身乏術，那你有個專門的主任委員可以提綱挈領來跟他做報告，來跟他做一些說明可能會更好一點（與談人 A2）。

對於說主任委員的話，我看起來似乎還是由署長來遴選會比較適當一點啦（與談人 A4）！

我也認為這個署長確實不適合直接兼任主委，因為其他的決策需要一些思考，而且他必須要負政治責任，所以在那種委員會的壓力下面，他確實也會沒辦法周延啦，因為你們立場各異嘛，你一定要他表態的話，他其實場面會很難看我覺得。（與談人 A5）

然對於副署長兼任健保監理會的主委，卻是有與會者表示贊同的。因為一方面副署長與署長的接觸較為頻繁，溝通上比較不會有落差；二方面副署長的角色恰好也可以替署長作一緩衝器，幫署長蒐集意見，做為主管機關與健保監理會的橋樑者。只是在也有座與會者認為過去副署長作為代表的時候，來開會的次數寥寥無幾，對於議事沒有興趣的首長來當主委，不見得能對運作有所幫助。然總的來說，所有的與會者都贊同乙案的制度設計。

說這個副署長的出席率不太高，那是因為你讓他當委員坐在那裡沒事幹，所以我想他不願意出席啦！所以如果他今天自己來擔任主任委員的話，一來他跟署長的關係比較近，當然也不是說現任的監理會的石主委做的不好，他也做的不錯，但畢竟因為是遴聘的，好像感覺比較有點外圍，感覺署長和監理會之間的關係就比較不是那麼緊密。所以如果說今天副署長來擔任主委，可以出席很高的情況下，我是建議應該由副署長來擔任主委這個職位、這個角色。(與談人 A3)

我的經驗主委應該副署長來兼比較適合，像健保陳副署長他就負責這個我覺得就職務上來講是很好。(與談人 B1)

二、組織角色與功能方面

(一) 權責相符

過去健保業務最讓人詬病的，便是政治力的介入太深，非但健保局本身的業務受到政治力的影響，監理委員會與費協會也不例外。過去諸多的改革方案，思考的方向都集中在如何讓組織的運作能夠遠離立法院的政治干預，讓健保政策回歸專業。因此，監理委員會與費協會的設計，似乎是為了向立法院證明衛生署的政策是有民意背書，讓行政部門遠離政治干預的藉口。然對於兩會合一後的健保監理會來說，層級應該多高？應該肩負什麼樣的功能？如何對政策負起責任？都是在設計組織時所應考量的。與主管機關的互動模式為何，與主任委員如何被決定息息相關，當主任委員偏向由委員互選時，健保監理會的獨立性較強，若層級與衛生署平行，則基於權責相符的原則，主任委員便應該到立法院為政策備詢。與會者便認為，若要讓甲案的運作可行，就要讓兩會合一後的健保監理會如行政院下的獨立機關，並賦予其充分的權力與資源。

獨立單位，就是怎麼樣，政府錢就撥進來，然後怎麼樣，那個單位就是怎麼樣，強迫民眾要加入那個單位，類似它是一個獨立的法人一樣，獨立的一個法人一樣，然後就是怎麼樣，他就有充分的權力，那就是可以方案甲，但是裡面還是要跟署啦！就…就把它拿掉，就是說，我的意思是說方案甲

樣，獨立在行政體系之外，阿政府就是有義務喔，
(與談人 A1)

況且若要讓兩會合一後的健保監理會轉變成甲案的結構，依據權責相符原則，就必須要讓主任委員親上火線，面對立法院的監督與質詢，就要更直接去面對政治力的干預。況且若監理委員會可以決定健保政策，每一位委員所肩負的責任會比現在大很多，面臨的政治環境也會不同，是否有這個能力與擔當來承受膨脹過後的權力與責任，不無疑問。據此，有實質決策權力是否等同於專業決策的展現，我們不禁也要打上問號。況且獨立機關的主任委員，本身就是一個具有決策權的政務官，即使立法院再如何不理性，也不能以專業的藉口來躲避民主政治的最高指導原則。

當然官員你就要被人家罵嘛，對不對？那個本身你進來想當政務官你就要被人家罵，因為你被人家罵的時候，你應該是只有一個人，就是那個最後做決策的人，我們不能夠是說，欸，就是說這個監理委員會有權力，但是我卻不用去立法院負責，這個我是不贊同的。這個立法院再爛，他還是民選的機構阿！我們必須去尊重他，我們不能夠說我們立法院不管，我們自己去成立一個單位，因為那個更沒有代表性。(與談人 A1)

假設現在真的要討論調漲費率，我相信，我們沒有人敢舉手說，我出去以後絕對沒有，絕對沒有辦法交代啦，就算有人他認為說的確是應該漲，但是只要其中有一個人，他覺得說不應該漲來給你丟雞蛋的時候，但時候就會被渲染，會下不了台，所以，我想這個責任的部份，這個委員，阿，我覺得現行的運作當然有很多的缺陷存在，可是也的確沒有辦法想出一個可以取代他的一個更好的方案出來啦，所以，我覺得可能沒有辦法，還是，以小幅度的變動為主。(與談人 A3)

然而與會者大多認為方案甲僅是一個理想，在民主的時代，不可能有任何機關掌握資源，但又無需要民意的監督。況且以現在的整個政治環境而言，若要讓健保監理會變成甲案的設計方向，便要影響到整個衛生政策的權力結構，在政治可行性上並不允許，變動太大(與談人 A1)。且讓健保監理會轉變成與衛生署平行的獨立機關，便會陷入健保政策與原本衛生政策雙頭馬車的狀況，到時候誰該為健保政策的運作負最後的責任？彼此之間責任認定與權責無法配合又該如何？損害的又是人民的利益。

子設計後，我就搞不清楚為上下級單位與署長共同監管健保局，然後署長他一定要進立法院嘛！對不對？主任委員也可以到立法院，他們將來就容易變成，就是會容易變成說，到時候兩個人就這樣推來推去，對不對？…你不能說兩個都是，通通都是怎麼樣左右共治，這沒有喔，因為最後是什麼，總要有人要被罵啦！總要有人被罵，如果你這樣子寫上下級單位那就是應該是署長負責了啦！（與談人 A1）

我是認為這個民主時代喔，任何機構都不能脫離民意機關的監督啦！要不然，誰敢保證說這個機構一但獨立以後，那他不是腐敗的根源。（與談人 A3）

方案甲在施行上會不會跟現行的法令會衝突，會不會比較多一點…（與談人 A4）

況且若是甲方案主任委員由委員互選，萬一選到的是醫事團體代表，以後就一天到晚加保費救醫院，若是給保險人代表當主任委員，就會一天到晚壓制醫事服務機構的立場，反而會容易使議事僵著，爭議性很大。而且互選若不公開，就會容易導致換票、買票的操作，對組織的運作不會有利。

像這個甲方案的話，到時候如果選出來的人，比如說選出來的一個主任委員是付費者代表，他一定要把費率降低嘛，那你到時候說署長、健保局這邊沒有錢又不能管，那不是造成這樣，雙方面僵在那邊，我不知道那甲方案怎麼進行。那如果選出去一個醫療機構天天都在漲，跟署長哥倆好的話，那對付費者代表會難以執行。所以，方案甲可能會有比較大的爭議性。（與談人 A2）

互選的過程就是要公開，因為醫院的人可能會去拉票，我是擔心衛生署兼任可能會影響委員會…。（與談人 B4）

況且，原本監理委員會與費協會的性質不同，若要將兩個單位的人員與業務全部整合在一個單位中，還是有可能會有適應不良的情況產生。況且因為議題的不同，不同的委員也有不同的功能。例如：若要監理醫療服務品質時，醫事服務機構的代表便沒辦法負責，若要討論調漲費率，這會變成醫事服務機構要負責

完全由委員來負政治責任，基本上並不太可能，背支持。因此，在健保政策目前仍無法脫離大政府的心態之下，乙案仍是比較可行的設計。

我覺得像這個負責的問題阿，我也曾經想過這個問題，我想，付費者對於調漲費率，付費者都不能負責，但是醫事服務機構都可以負責。那但是有關於這個醫療浪費的議題，醫事機構都不能負責，我們付費者都可以負責，所以這個就很奇怪。所以不管怎麼樣，我想這個制度上一定要有個公權力的介入。(與談人 A3)

我是覺得委員會的責任如果這麼大還有負政治責任的話，我是覺得不是很適合啦，應該還是由署長來負責。(與談人 B4)

也有與談人認為目前監理委員會的功能連橡皮圖章都不如，若兩會合一後偏向乙案的設計仍然會使健保監理會在面對衛生署時如現在的監理委員會一樣。便認為應該要把健保監理會定義在有實質的決策權，但讓署長對健保監理會的決策有否決權即可。這方一方面可以兼顧健保監理會的諮詢、決策功能，二方面更能夠讓整個政治責任不致於混淆不清。

他不要把他定位為諮詢單位，而是真的決策單位，但是署長有... 怎麼樣，否決權。就是這樣子而已，他是一個管理抉擇的一個單位，但是署長有否決權，我是認為應該是這樣子的。(與談人 A1)

(二) 一般議案討論與表決

現在監理委員會與費協會的會議流程，都是要求二分之一委員的出席，在決議的部分，因為監理委員會與費協會的性質和目的不同，因此決議的流程也不同。在監理委員會的部分，除了二分之一委員的出席之外，尚要半數委員的同意才能通過，因此在監理委員會的設計上，是有多數決的機制。然在費協會的設計上，由於費用是透過協商與談判，勢必需要合議與合意才能達致共識，故費協會的設計並沒有投票表決的選項。事實上，在我們參與觀察兩會議事的過程中，發現兩會甚少動用到表決的狀況，大多是合議的方式進行。菁英問卷分析的結果，大多也希望兩會合一後能夠朝向合議制方向設計。

即使如此，與會的座談者仍是希望表決制的精神要納入組織運作的設計，以

表決的時候。一方面是會議人數的門檻是否可以再
分之一的出席人數便可決定，倘若出席的委員以某
一類代表居多數，便容易做出偏頗的決定，特別是調整保費與財務的變動，都應
該要確保強制多數人參與才能決策；二方面是表決制的使用不應該成為常態，平
常的運作仍應以合議制的方式為主，但制度設計上，仍應該保有投票制的精神與
設計。

比如說你說二分之一委員出席成會決議事項半數同意的部份，其實有些議
題是不能只有二分之一委員同意。因為，事實上有些包括…恩…保費。費
率的調整後，整個財務的變動，或調整這些都要強制多數，也就是說至少
要…像人民團體很多重大議案都要三分之二出席，出席二分之一同意他其
實是一個具有表決制的精神只是我們不用，我們大部分都是用共識決來處
理這個事情，但是他事實上他有表決制的精神哪。(與談人 A5)

因為這個是一個合議制的東西厚，就是說，跟立法院一樣啦。就是說平常
是儘量不要有表決啦，用表決的以後當然會…很…對了！但是如果是有人
要求表決，要給他表決啦。(與談人 A1)

在重大事項上面，在座的與談人認為應該要有三分之二以上的出席，出席人
數一半以上的同意才能通過。但至於什麼叫做重大事項，定義便非常的模糊，但
健保收支的議題非常明確就是重大事項(與談人 A5)。也有與談人認為只要是會
議中討論的事項都非常的重要，每一個議案若要動用表決制，就應該符合三分之
二出席，出席人數二分之一以上的同意。

就是要二分之一出席，可是要有人提議啦，對，可是什麼是重大事項那就
很難講了啦！(與談人 A1)

不是只有重大議案，是說所有的議案，全部要求表決。(與談人 A3)

(三) 費用協定功能

在問卷與深度訪談的結果中，對於費協會費用協定功能的運作，大致上都抱
持著肯定的態度，甚至認為費協會的運作較監理委員會更為清楚，目標明確，費
用協商的機制目前也愈來愈穩定。因此也有相關意見表示，若兩會合一之後，監

會原本暢通的費用協定功能造成影響不無疑問。據此，便傾向於如何在兩會合一的組織下保留原本費協會運作的機制。

二代健保後組織設計上的費用協定功能，強調的是買賣雙方如何對等協商的機制。買賣雙方對等協商一方面與委員組成的結構有關係，二方面則與費用協定的機制設計有關係。據此，在甲乙方案之中，我們設計了兩種方式以供選擇，一是讓所有的委員都參與費用協定，這樣的設計也較符合問卷第 37 題與 46 的分析結果，也就是所有類別的委員都應該參與費用協商；二則是在既有的健保監理會下，設立一個專門討論費用協定的小組，由醫事服務機構、被保險人團體、以及政府與學者專家代表三種團體類別的挑出五人為小組討論成員，專任委員為當然代表。費用協商小組的決議，與大會的關係又可分為兩種，第一種是大會僅作追認，不能推翻費用協商小組所做的決議，二則是大會對費用協商小組的決議具有否決權。

與談者認為在人多的時候，一方面增加決策成本，二方面又容易有「搭便車的人」(free rider)，議事不見得比較有效率，因此贊成費用協定可以由買賣雙方對等但比例較小的方式運作，然後大會應該要對費用的協定有否決的權力。

那個我沒有意見。但是我比較偏向於是做什麼事情的時候，因為我憑良心講，如果那個委員人變成很多的話，我希望有一個小組，然後比較專門去研究，就像我們現在會議的一個小組一樣，有一個小組專門去做一個研究。否則人多厚，就像我們講的那個搭便車的問題啦。就是大家說事不關己啦，就比較不會配合，所以我也主張應該有專任委員的理由在這裡。你弄個小團體喔，他就比較會去注意，然後喔，那個小團體的時候，就是欸，我每一個付費者阿、政府阿、學者阿、或者是那個什麼醫療團體阿，都各有兩個、兩個，或者是一個、一個在裡面，他就可以怎麼樣，比較密切的注意，而且他也不敢怎麼樣，因為他要很慎重阿！如果他做出違背那個團體的話會怎麼樣，他會被罵阿！（與談人 A1）

在我認為當然可以否決阿！就跟那個什麼立法院在開會一樣，委員會嘛！有沒有他有各個委員會，國防委員會、外交委員會、台政委員會…阿委員會是所謂的一讀嘛，阿二讀、三讀你可以推翻，因為最後的權力在大會。（與談人 A1）

但也有與談人認為若最後決定的權力在大會，那又何必去設計一個資源配置

你說有一個小組然後對等協商，然後到時候到大會來，大會還有這個否決權力，那如果是這樣子的話我是覺得這個說，脫褲子放屁，因為，對，因為你等於這樣到最後還是到那個大會去表決。(與談人 A3)

(四) 組織間關係

對於健保小組的定位與目前監理委員會和費協會的關係，呈現了業務與功能上重疊的狀況，以致於削弱了監理委員會本身的政策研究與諮詢功能。健保小組在衛生署下，也是署長的政策諮詢與研究單位，為尊重監理委員會的職權，研議規劃方案後便會交予監理委員會表示意見，然這樣的功能與目前監理委員仍有重疊之處。

由於目前的監理委員會與費協會都沒有什麼幕僚，沒有強大的行政支援，因此政策諮詢與研究的功能並不強。在前兩小節問卷分析的結果發現，有四成以上的受訪者，也是最多的受訪者比例認為，健保小組應該納入兩會合一後的健保監理會。與會的座談人大多建議兩會合一的健保監理會若要有更強的諮詢與政策建議功能，除了具備代表性與專業性的委員外，有行政資源也是相當的重要，有幕僚可以協助委員進行健保政策的研究。(與談人 A4)

健保小組都可以撥到監理委員會去，變成他的幕僚單位。(與談人 A1)

我認為是應該由署長負最後的責任。健保小組納入，我是覺得應該要納入機構。因為現在委員都沒有什麼幕僚，資料都要自己去處理自己去找。(與談人 A3)

三、小結：甲乙兩案的優缺點評估

透過本章問卷的分析與焦點團體的座談，對於兩會合一後健保監理會的制度設計，我們歸納了甲乙兩案以供參考討論。根據討論，將其優缺點歸納如下表所示：

優點	<ul style="list-style-type: none"> ● 獨立性高，讓民眾對健保議題有自治的機會。 ● 資源較多，委員的權力較大，可以解決原本監理委員會無權無責的窘境。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 以現狀為基礎，變動性小，運作上的政治可行性高。 ● 權責關係清楚，由衛生署長肩負政治責任，健保監理會僅有諮詢與費用協定的功能。
缺點	<ul style="list-style-type: none"> ● 與衛生署的平行關係會讓衛生政策與健保政策形成雙頭馬車。 ● 獨立的健保監理會是否在實質上能為健保政策負起責任？不無疑問。 ● 主任委員由委員互選，若選擇的主任委員立場過於偏頗，將不利組織的運作與決策。 ● 在委員的治理模式上，仍會有代表性與專業性被質疑的問題，若代表專業性不夠，其決策所導致的負外部性將比政策來主導更為危險。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 兩會合一後可能會造成費用協定功能運作不如以前順暢。 ● 代表性與專業性仍有可能被質疑。 ● 無決策實權，委員代表意見仍有可能在政治的考量下被架空。

資料來源：本研究

甲案的方式是讓兩會合一後的健保監理會走向獨立化，讓其為健保政策的成敗負責。然整體來看，其運作上的缺點多於優點，且所造成的負面效果嚴重性不可一般而語。例如：若衛生署與健保監理會的決策變成無法配合的雙頭馬車，民眾的權益應如何被保護？若健保監理會的委員專業性不足，是否能做出比政府目前更好的決策？讓健保運作得比現在政府經營得更好？在目前大政府的環境與思維仍存的狀況下，人民是否能接受一個沒有政府在背後奧援，完全由一群社會團體所組成的買賣雙方代表進行協商？

總的來說，無論是第一場或是第二場的與會座談人，皆偏向兩會合一後的健保監理會仍然需以乙案的設計為主，也就是健保監理會仍然是衛生署下的一個單位，決策由衛生署長負責，並讓衛生署長去承擔政治的責任。一方面是乙案的變動性小，政治可行性高；二方面也是認為，在目前委員會無法有效對決策負責的政治環境下，乙案的組織設計比較符合權責相符的概念。然在細部運作的討論上，我們仍有許多沒獲致共識的問題尚待解決。例如：委員代表的組成應該要讓買賣雙方 1：1，還是以目前監理委員會的運作方式為基礎，讓被保險人約略等於醫事服務機構的兩倍？再者，政府代表角色的退縮是共識，然應該留下幾個名額給政府代表？北高兩市是否仍應該有代表權？或者是讓其列席，在討論到北高

意見？第三、主任委員的選擇方式，若以乙案為主，應如何配合的人，或是由副署長兼任？第四、費用協商功能是否需要從大會中獨立出一個費用協商小組？還是讓費用協商的功能在大會中運作？據此，上述這些問題仍待進一步的釐清。

兩會合一後的健保監理會若以乙案的設計為主，目前監理會的政策諮詢功能仍會有不夠彰顯的可能，會落入到仍然無權無責的窘境。因而有受訪者認為兩會合一後的運作應該以完備費用協商的機制為優先考量，讓兩會合一後的委員會的功能專責在費用的協商。然大部分的受訪者仍是覺得應該要強化兩會合一之後監理會功能的決策權。

第四節 兩會合一後的制度選擇

透過前述的討論，我們可以歸納出最大共識，就是兩會合一後的健保監理會應該要以我們所設計的乙案為優先的考量，除非有甲案適合運作的客觀條件存在，乙案的整體優點仍然多於甲案的制度設計。在這樣的前提下，與主管機關的關係是上下隸屬關係，由衛生署長負最後的決策責任便無庸置疑，但也有爭議的地方目前尚待釐清。

一、委員會的人數與組成應同時符合監理與費協的功能與需求

綜合前述的分析，就委員組成的理想的總人數來說，最小值是 11 人，最大值是 50 人，平均計算下來的結果是 28.10 人。這樣的結果與現今監理委員會與費協會的總人數相去不遠，在前述評估監理與費協兩會的問題中，對於總人數的分析也認為不宜過多，因此總人數 27 人或 29 人的共識接受度應該很高。若我們以 28.10 為基礎來設計各個類別團體代表的比例，專家學者：被保險人：雇主代表：醫事服務機構：相關政府代表：其他，約等於 19.32：19.89：17.69：23.31：17.76：10.53，以 27 人為總人數的設計原則，上述比例約可以換算成 5：5：4：7：4：2；若以 29 人為基礎來設計比例分配，則可換算成 5：6：5：7：4：2。又加上在受訪者填答的問卷中，填寫其他的多是列舉社會公正人士或民間監督健保的相關非營利組織，故 2 個名額又可歸類在被保險人團體裡面。若我們以費協會現在的分類為基礎，被保險人與雇主代表歸為付費者代表，相關政府代表與專家學者歸為一類，醫事服務機構為賣方自己一類，在總人數為 27 的組合上，便

：9：7；在總人數為 29 的組合上，便會變成 13：

8.66%的比例來設計，總人數 27 人的健保監理委員會，專任委員比例有 7 人，總人數 29 人的健保監理委員會，專任委員總人數有 8 人。

對於專任人數的比例，大部分的受訪者並沒有定見，僅是覺得專任委員的存在可以讓健保監理會中至少有人專責健保的政策事務。在我們設計的乙案中，我們便將醫事服務機構：被保險人代表：政府與專家學者代表的比例呈現 1：1：1 的關係。然由於原本兩會分立狀況下的監理委員會與費協會的任務不同，功能不同，因此組成比例的不同也反映了上述任務功能的差異。首先、監理會的主要目的在諮詢與監理，自然要以被保險人的意見為主，故保險人的比例幾乎是醫療團體的兩倍之譜。然費協會中著重的是買賣雙方如何對等協商，買方與賣方的比例則約等於 1：1。因此乙案的設計若以 1：1 來設計，在焦點座談中被遭到棄守監理功能的質疑。但若遷就 2：1 的設計，又會讓與會者覺得破壞原本費用協商的功能。據此，本研究認為若要同時滿足原本監理與費協的功能，又要在乙案的架構下兩會合一，以大會的方式處理諮詢與審議的事務，然後再以對等但小比例的買賣雙方另立費用協定小組協商保費的支出，或許可以視為一種不傷害費協功能的，但又能滿足原本監理委員會的功能。

二、重大議案（費率討論）應提高出席門檻，並納入表決制精神的制度設計

在乙案的設計下，雖然健保監理會不具備決策實權，然兩會合一後的健保監理會是體制內一個民眾參與健保政策的管道，其目的是希望能在有限的委員名額裡面，去創造出決策最大的社會代表性，並符合專業性的需求。因此其所討論的議案雖不具決策的權力，但勢必會時常討論到重大的議案，特別是有關審議保險費率，給付範圍的收支議題。

在焦點座談的與會者中，大部分的人都認為討論重要議案時，應該將合法的出席人數門檻拉高到三分之二，並且以出席人數二分之一的同意為主。但表決制的設計是制度上的設計，平時仍應該以合議制的方式來議事，以凝聚所有委員的共識為前提，表決制盡量是設而不用。高門檻的制度設計可能會讓議事產生非常大的制度障礙，使決議成功的成功率下降，但總體來說，重要議案必須具備有特別門檻，特別是攸關全民利益的費率調整，即使最後的決策權不屬於健保監理會的權責，仍是是需要嚴謹的討論與決議過程。

三、兩會合一後應強化幕僚功能，提供委員充足的行政支援

對於監理委員會與費協會現制的幕僚功能，認為應該有其改善的空間。目前監理委員會與費協會的委員在議事時，因為行政支援的缺乏，導致很多資料的蒐集必須自行蒐集。由於專業性本身的落差，也會讓有些有心的委員不見得能很正確的找得到方向。因此提升幕僚的功能，給予委員在議事上有充足的支援，是非常重要的事。

本研究大多數大多數所蒐集的意見都支持健保小組應該納入兩會合一後的健保監理會，一方面讓功能重疊的組織能後合併，減少行政成本，二方面也可以藉由原本健保小組的人員來強化幕僚群的行政作業能力。然而這樣的設計是否在衛生署內部的組織調整上具備可行性，並不是本研究所觸碰的議題。故本研究在此僅反映出資料的分析呈現了這樣的需求，但至於現實的可行性如何，還需要在更進一步的研究與評估。

章 結論與建議

本研究依照委託單位的要求，對目前監理委員會與費協會兩會的功能與委員的代表性進行評估，並對兩會合一後的權責如何相符，委員代表性與專業性如何提升，如何評估，會議運作的制度設計進行討論。本研究綜合文獻分析、深度訪談、菁英問卷與焦點團體的資料貫穿全文，主要是想藉由上述這些資料，解答委託單位的研究問題。在本章中，本研究以綜合性的論述，回顧本研究的發現與結果，並嘗試提出政策建議，希望能為兩會合一的政策提供一個重要的經驗反省與教訓啟示。

第一節 研究發現

綜合本研究的資料與分析結果，本研究希望透過以下五個研究問題，釐清自有兩會合一的政策建議以來，在概念上與實際上應如何被設計與運作。

問題一、檢視現行健保相關委員會中，人民團體代表是否確有其代表性與正當性，並釐清參與健保政策事務之人民團體應有之特質、屬性及其參與能力。

一個政府部門的委員會要運作順暢，不外乎要具備代表性、專業性、效率性等三大原則。從理論的整理中，大致上可以歸納選擇委員會代表的幾個重要要素，分別為：政策產出的結果是否對標的團體造成影響、社會團體對於公共政策參與的積極性、組織的績效、以及與其他人民團體代表性的相互評比（每個團體均會多寡，代表整個大團體的團體代表，必須在該類別團體中能有效整合意見，統一對話窗口）。除了組織績效外，其餘的標準皆與代表性有直接關係，組織績效的標準，從文獻中我們大致上可以看出團體中有多少的固定成員、是否有組織章程與定期集會、團體的會議是否合於民主程序、是否能有效整合團員的共識等等。

就現制的監理委員會與費協會而言，於內於外都面臨了一些運作上的問題。

對內則對委員代表性和專業性的質疑。醫界、勞工、農會、漁會、中小企業代表、銓敘部退輔會、勞工監督委員會與費協會參與健保的決策，雖然是一個制度性的參與管道，但對於代表性的疑慮，卻致使缺乏一個所有人都能夠信賴且對公益負責的民主協商制度，這些社會團體是否能夠反映民眾的意見，以及參與辯論的品質如何，值得商榷。從我們的文獻檢閱、深度訪談與問卷分析中也發現，事實上除了醫事服務機構之外，被保險人與雇主代表的代表性與專業性都遭受到質疑，政府代表的數量與角色也一直被要求縮減。即使如此，目前的監理委員會委員名單與費協會委員名單，仍然呈現了很穩定的結構，既然代表性遭受質疑？又為何主管機關讓其如此穩定？顯見代表性的認定本身就是一個棘手的政治問題。究竟什麼樣的社會團體才能夠足以代表社會的某個群體參與健保的決策，並沒有一個清楚的衡量標準。農會、漁會代表、中小企業代表、銓敘部退輔會等雖然在表面上的代表性很高，但在參與上都不是很積極，發揮功能有限，針對這些不積極的團體便可考慮以漸進的方式來汰換代表。

由於體制內的民主參與機制員額有限，面對廣大的社會團體，勢必要走向菁英化、統合化的委員代表的選擇。一方面要能代表廣大的標的團體，具有代表性，並能有效整合相關團體的意見，成為在健保監理會討論的統一窗口；另一方面則是團體所派代表要具備健保政策相關的專業知能，具有專業性，如此才能有效的維護團體利益，也不至於在討論時與醫事團體間有明顯知識不對稱的問題，決策也才更具可行性。

問題二、瞭解其他國家之人民團體參與健康保險或公共政策事務時，其代表性之產生方式，及政策研訂之結果是否符合民意所趨，以為借鏡。

對於健保審議或費用協定委員會的性質與代表的選擇，世界上並沒有統一的標準，也沒有任何一個理論告訴我們應該如何去明確的指涉誰應該或誰不該進入委員會的決策體系，各國的委員會的制度設計也沒有明確的指涉。每個國家與社會都有其特殊的制度發展脈絡與社會文化，制度的起源與形成絕對承載著每個不同系絡的歷史遺緒。但可確定的是，委員的選擇與委員會所要承擔的功能有非常大的關係，若是純粹的諮詢性質，專業性的建立絕對是優先的考量，然若是需要肩負協商或決策的功能，委員的代表性就必須受到重視。就拿德國來說，德國從俾斯麥建立健保制度以來，便透過由下而上的商會、與職業工會，自行的組織職業性的保險體制，獨立性高，幾乎不用政府介入，逐漸演變成現今買賣雙方對等協商的自治委員會。其他的國家，則大多都是偏向國家機器掌握最後決策權的制度模式，費用協定的機制與監理機制的設計僅是聊備一格，作為政策諮詢之

響，端看執政當局對於建議案的態度與接受與否。選擇上，大多不脫離買賣雙方的成員，只是要如何選擇？指標是什麼？在我們所檢視的國家的制度中並沒有很明確的說明，法規裡頂多只說明了需要找哪些人，至於怎麼找？找誰？則是看主事者本身對於監理與費用協定功能發揮的需求程度，不同國家會有不同國家彈性的作法。拿日本的社會保障審議會來說，其作為一厚生省的政策諮詢與健保業務監理單位，厚生大臣對委員的任命具有高度的自主性，法規也明確規定委員應該找具備專業知識與經驗的專家學者來擔任，從名單來看，大多是都道府縣的官員，或是大學裡面的教授。德國則是由下而上透過工會選舉的方式選擇代表，透過統合主義的方式，雇主與被保險人自然會形成一種選擇的機制。然而在日本，整個健保政策的決策權仍然掌握在厚生大臣的手中，審議保障委員會的僅是厚生大臣的政策諮詢單位，但由於日本的傳統，審議保障委員會的意見厚生大臣大多予以尊重。德國透過由下而上的方式運作疾病金金會，其基金會決策本身便是民眾透過自行組織且按照自己的利益考量制訂的，更不可能不符合民意的趨勢。

我們過去健保體制內的委員會一直非常希望向德國師法，將社會團體納入決策體系，擴大健保決策的民意基礎，並進而讓民眾能為自己的決策負責。然在台灣沒有社會統合主義發展歷史的環境下，這樣的制度設計是否能在台灣彰顯其優勢，不無疑問。再者，從台灣過去的監理與費協會的委員名單來看，整個團體的代表穩定性非常的高，若現今委員的代表性不足，何以名單的穩定性仍如此之高？可見在團體代表的選擇上，仍然展現了某種程度的制度固著化（institutional entrenchment）的狀況，導致委員轉換（rethrenchment）政治可行性過於低落。

問題三、衡酌我國國情，建立一套足以評估人民團體代表性之制度化指標，透過清楚、明確、可行的遴選標準與評核方式，提高人民團體代表性之公信力，並建立可作為檢視前述指標是否仍符實際之機制或方法。

從文獻檢閱的結果，政府部門吸納社會團體的委員會治理模式，其社團代表團體的選擇技術大致可分為由上而下的選擇、由下而上的選擇、政府代表的選擇以及利害關係人的選擇技術，除卻政府代表的選擇之外，對於社會團體的選擇，各種分析技巧有其優點，也有其缺點。由上而下與由下而上的分析技術需要綜合的使用，但現今由下而上的選擇技術相對日益重要。

綜合前述文獻檢閱、理論耙梳、問卷分析、深度訪談的結果，健保監理會的組成最需要滿足的是代表性：以有利於吸納各方利益團體，整合各方意見，再來是專業性：健保是高度專業的議題，代表沒有專業性，如何能發揮議事的功能？

益？滿足了代表性與專業性，會議進行的效率性便
保險人代表該選誰？雇主代表、醫事服務機構該選
誰納入健保監理會的決策體系？政府代表該不該縮減？這我們並沒有如德國有
統合主義運作的背景，代表性的孱弱是我們在制度設計上必須去面對的問題。但
我們必須誠實的說，要為社會團體代表性的測量去訂定出相關指標，基本上是不
可能的任務，無論以任何公正的指標，反沒有被選擇的團體都會有相對剝奪感，
便容易使委員的挑選問題變成政治性的問題。

問題四：針對該會審議保險費率、給付範圍與費用協定等重要決策事項之運作 模式，提出細部建議方案。

本研究透過文獻的檢閱、問卷的分析，訪談的整理，進一步依照上述所提供
的資訊來建構甲、乙兩案。甲案的方式是讓兩會合一後的健保監理會走向獨立
化，讓其為健保政策的成敗負責。然整體來看，其運作上的缺點多於優點，且所
造成的負面效果嚴重性不可一般而語。例如：若衛生署與健保監理會的決策變成
無法配合的雙頭馬車，民眾的權益應如何被保護？若健保監理會的委員專業性不
足，是否能做出比政府目前更好的決策？讓健保運作得比現在政府經營得更好？
在目前大政府的環境與思維仍存的狀況下，人民是否能接受一個沒有政府在背後
奧援，完全由一群社會團體所組成的買賣雙方代表進行協商？

無論是第一場或是第二場焦點團體的與會座談人，以及問卷和訪談所蒐集
到的資訊，皆偏向兩會合一後的健保監理會仍然需以乙案的設計為主，也就是
健保監理會仍然是衛生署下的一個單位，決策由衛生署長負責，並讓衛生署長
去承擔政治的責任。一方面是乙案的變動性小，政治可行性高；二方面也是認
為，在目前委員會無法有效對決策負責的政治環境下，乙案的組織設計比較符
合權責相符的概念。然在細部運作的討論上，我們仍有許多沒有共識的問題尚
待釐清。例如：委員代表的組成應該要讓買賣雙方 1：1，還是以目前監理委員
會的運作方式為基礎，讓被保險人約略等於醫事服務機構的兩倍？再者，政府
代表角色的退縮是共識，然應該留下幾個名額給政府代表？北高兩市是否仍應
該有代表權？或者是讓其列席，在討論到北高兩市相關權益時，再請其發表意
見？第三、主任委員的選擇方式，若以乙案為主，應該是由署長遴聘其能夠和
他配合的人，或是由副署長兼任？第四、費用協商功能是否需要從大會中獨立
出一個費用協商小組？還是讓費用協商的功能在大會中運作？據此，上述這些
問題仍待進一步的分析。

分析，提出建議與相關配套措施。

對於廣為大多數人所接受的乙案來說，優點是與現制相去不遠，也比較符合人民對於政府應該對健保政策負責的期待。然最令人質疑的地方，便是原本費協會順暢的費用協商功能，會因為兩會合一之後受到干擾。換言之，監理、費協合併之後，監督單位及費用協定等於在同一個機制下運作，容易造成權責不明，兩者之間有衝突時，運轉的機制應該如何？若以乙案為框架，本研究認為在制度設計上，就必須同時滿足監理與費協功能的運作，但又能讓費用協商的機制保持其純粹性。本研究建議在健保監理會的大會底下，另設一個專責費用協定的小組，並從大會的委員中，遴選或互推等比例的買方與賣方代表，專責進行費用協定的運作。然有一個設計上的困難，便是費用協定小組所協商出來的結果，大會對其是否應具有否決權？若具有否決權，是否應多此一舉設立一個費用協定小組？但倘若不具有否決權，整個健保監理會的運作核心便會落在掌握資源配置的費用協定小組的機能上，反而是健保監理會的大會因為僅有政策諮詢功能，其重要性與角色反而可能會因此萎縮，這也是還必需要進一步釐清的地方。

第二節 政策建議

根據上述的分析，雖然有些細部的問題還尚須要更細緻的分析與討論，本研究綜合前述各章節的建議，仍然提出相關的設計與規劃，並將前述一到三題的問題整合為「健保監理會組成規劃」的建議，四到五題的分析結果整合為「健保監理會運作規劃」建議，並提供初步的規劃藍圖與實施進程：

（一）健保監理會組成規劃

一、現有參與者兩會整併

由於本研究最主要的目的在於委員會委員的代表性應如何被衡量與建構，本研究認為現今兩會委員的結構從政治上是難以打破的，更加上未來二代健保修正之後，職業類別將被家戶所得取代，社會代表結構更需要一個既定的架構，因此，唯一可行的是，以現制的結構為基礎，進行些微的調整，用聯集去掉交集。況且

需要一段時間的參與才能進入狀況，本研究也不建議頻度的調整，事實上歷年的運作經驗，無論是監理委員會或是費協會，都形成了一種很穩定的委員會治理模式，即使被批評沒有代表性，沒有專業性，但還是一樣運作得很穩固，也沒有出過太大的問題。這並不表示我們就可以容許消極的團體代表佔據議事代表的資格，但可透過對現今委員議事的表現的分析與資訊的公開，形成一退場汰換的機制。

二、政府代表減少

在本研究中，最一致的意見便是政府代表必需要減少。在焦點團體的訪問結果中，內政部與勞委會等兩個單位是與談人認為應該留下的，其他中央政府、地方政府以及跨部門的單位，可以在討論與其權益相關的議案時，以列席的方式參與會議的討論。本研究認為，政府代表除了代表官方的意見之外，最重要的應該肩負著付費者的觀點，至於買方的團體代表，則以被保險人團體、雇主代表以及縮減後的政府代表為主。

三、保持三方代表的結構

依據現制，被保險人與雇主代表、醫事團體機構代表、以及政府與學者專家代表在費協會中約佔據 1：1：1 的比例，若要兩會合一後不至於破壞已建立起來的費用協商功能，在費用協商上以對等比例的方式建立協商機制，是有其必要的。且長久以來，大致上是維持著被保險人代表、醫事服務機構代表與政府代表的三方結構，但由於對降低政府代表的呼聲一直不小，本研究建議除了原本的被保險人代表、醫事服務機構代表以外，在政府代表縮減的需求下，本研究建議可擴大專家學者的比例，並將專家學者與政府代表歸為一類。

四、資訊公開與退場機制的建構

以現有的監理委員會與費協會的委員結構為基礎所建構而成的委員名單，並非保證便可運作順利，為了減少因參與度不高，議事不積極而導致委員會的功能退化，針對參與績效不好的委員代表，本研究認為應該進行漸進式的微調。漸進式的微調作法如下：首先、每次的會議紀錄與內容要充分的對與會團體公開，除了與會的委員代表有資料外，主管機關也要將會議紀錄寄送給每個團體，使他們確實瞭解其單位代表在會議中的發言，並將會議實錄公布在健保監理會網站上，

者、每年最起碼針對委員的出席率、會議發言數與
市，或可針對其實質發言內容是否具建設性？是否
為署所接受的比例進行評估，比較的基準與範圍以同一類別的團體代表相互比較
為基礎，換言之，被保險人團體代表僅跟被保險人團體代表比較，醫事服務機構
僅跟醫事服務機構的團體代表相比較，並以每次汰換不超過三分之一以上為原
則，以增加議事的穩定性與經驗的傳承。若參與績效不好的代表，請該團體改派
另一位代表與會，若第二年評估績效仍不理想，則從參與團體的名錄中尋找另一
個可以參與的團體替換。舉例來說，第四章我們分析各團體代表的參與度，發現
農會、漁會、中小企業、以及一些政府代表的參與都不積極，第一年可以擇請該
團體單位更換代表人選繼續參與議事，若第二年還是不積極與事，便可考慮更換
其他的團體參與，以維持委員會的運作順暢。

五、強化專業性與代表性

對於代表的選擇，強化專業性與代表性已經是無庸置疑的政策了。若要提供
積極的作為，本研究認為主管機關首先可以建立起有資格參與委員會的社會團體
名單的名錄，這樣的名錄可以透過以下的指標來建立：

1. 健保措施會對其造成立即影響之團體應該被納入，這是利害關係人的思考邏
輯；
2. 團體代表利益愈廣泛，會員愈多愈應該被納入，代表性的邏輯；
3. 團體性質具備健保專業，應該被納入，專業性的邏輯；
4. 有凝聚內部共識能力的團體，增加會議的效率性，避免委員代表的議事被團
體內部推翻。

本研究也建議對於專家學者代表的挑選，甚至是各個社會團體內部對於代表
與代理人的挑選，都應該注意本研究第 12 與第 26 題問卷中關於委員應該具備何
種專業性的調查，經濟財務、醫療保健政策與管理、保險、醫院管理、法律與公
共管理與政策都是參與健保監理會所應考量的專業背景。此外，本研究也建議三
類的團體代表都要至少選擇一個人作為專任委員，以強化健保監理會的專業能
力。

六、主任委員的產生

大部分的意見傾向將決策的權力仍如現狀運作一
負責任。因此，在這種上下層級的運作關係下，對
於主任委員的產生，也必須尊重衛生署本身政策上的需求。本研究所蒐集到的資
訊，大多傾向由副署長兼任（訪談與焦點團體），以及由主管機關從學者專家委
員中指派（問卷）。以上兩者各有其優缺，大部分選擇副署長的原因，是因為副
署長與署長的關係較一般的專家學者代表接近，非但在公務上較有往來，也比較
瞭解官方的政策，對於綜合委員與官方意見也比較有利。至於選擇專家學者作為
主任委員，則著眼於其專業性與中立的利益立場。

七、促進社會團體共同負責的觀念

二代健保最重要的的政策目的之一是要擴大民眾的參與，讓健保的決策符合
社會的期待，甚至讓民眾能夠自治負責。然本研究要提醒的是，即使主管機關對
於委員選擇上代表性與專業性的考量再如何的周延，指標的建構再如何的精準，
若被選擇的社會團體代表無法相互配合，仍然是事倍功半。因此本研究認為，委
員組成的代表性與專業性的考量，並非僅有主管機關的責任，社會團體一樣要負
起相當大的責任。倘若連社會團體都不關心自己議事的權力，都不發揮自己議事
的功能，無論主管機關作得再好，整個健保監理會的運作一樣是大打折扣，當然
也就不會放心把決策權交付到委員手中。本研究建議除了啟動委員漸退的機制
外，也認為主管機關應該公開的對社會團體、甚至對民眾來宣導社會團體本身也
應該要為自己的權益負責的論述，促使民眾與社會團體能對代表本身在健保監理
會中的表現自我監督，並與主管機關達成共同治理之效。共同負責與治理的機
制，必須要建立在資訊公開的機制之上，特別是要讓代表團體本身非常清楚的瞭
解其所指派的代表，究竟在健保監理會的會議中說了什麼？爭取了什麼權益？故
建議未來會議紀錄或實錄除了於會後給予委員一份，更要分送其所代表團體，並
公開在健保監理會的網站上，提供關心的人或團體查閱，避免委員有隱藏資訊的
可能。

總括來看，本研究引用前述 29 名的組成建議，並綜合深度訪談與焦點團體
座談的分析結果，規劃的健保監理會組成的建議如下表 7-1，新的健保監理會以
舊有兩會合一參與單位的聯集組合而成，並將政府代表縮減為三人，分別是主任
委員（衛生署副署長代表衛生署），以及內政部與勞委會代表，其他原有代表改
以列席代表，另外，增加一名學者專家（公共行政與政策領域），總共二十九人，
而費協小組按被保險人與雇主代表 6 人，醫療提供者 6 人，政府與學者專家代



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

各類代表自己協調產生，其中，被保險人與雇主
法者的兩位專任委員、以及政府與學者專家代表中

的兩位專任委員擔任。

		現時狀態	未來建議		
		費協會(27)	健保監理會(29)	費協小組(15)	專任
被保險人	<ol style="list-style-type: none"> 中華民國消費者文教基金會 台灣省漁會 台灣省農會 中國民國全國總工會 中國民國全國職業總工會 康復之友聯盟 	<ol style="list-style-type: none"> 中華民國消費者文教基金會 台灣省漁會 台灣省農會 中華民國全國勞工聯盟總會 全國產業總工會 中華民國全國工業總會 中華民國全國商業總會 中華民國工商協進會 	<ol style="list-style-type: none"> 中華民國消費者文教基金會 台灣省漁會 台灣省農會 中華民國全國勞工聯盟總會 全國產業總工會 中華民國全國工業總會 中華民國全國商業總會 中華民國工商協進會 中國民國全國職業總工會 康復之友聯盟 中華民國中小企業協會 中華民國工業協進會 	6 (協商決定)	4
雇主	<ol style="list-style-type: none"> 中華民國全國工業總會 中華民國全國商業總會 中華民國工商協進會 中華民國中小企業協會 中華民國工業協進會 				
醫事服務	<ol style="list-style-type: none"> 中華民國醫師公會全聯會 中國民國藥師工會全聯會 中華民國牙醫師公會全聯會 中華民國中醫師公會全聯會 台灣醫院協會 	<ol style="list-style-type: none"> 台灣醫學中心協會 中華民國護理師護士會全國聯合會 中華民國醫師公會全聯會 中國民國藥師工會全聯會 中華民國牙醫師公會全聯會(一) 中華民國牙醫師公會全聯會(二) 中華民國中醫師公會全聯會 台灣醫院協會(一) 台灣醫院協會(二) 	<ol style="list-style-type: none"> 台灣醫學中心協會 中華民國護理師護士會全國聯合會 中華民國醫師公會全聯會 中國民國藥師工會全聯會 中華民國牙醫師公會全聯會(一) 中華民國牙醫師公會全聯會(二) 中華民國中醫師公會全聯會 台灣醫院協會(一) 台灣醫院協會(二) 	6 (協商決定)	2
政府	<ol style="list-style-type: none"> 行政院衛生署 銓敘部 內政部 財政部 行政院勞工委員會 行政院主計處 台北市政府 高雄市政府 	<ol style="list-style-type: none"> 行政院衛生署 銓敘部 內政部 財政部 行政院勞工委員會 行政院主計處 台北市政府 高雄市政府 專家學者代表 	<ol style="list-style-type: none"> 主任委員(衛生署副署長) 內政部 行政院勞工委員會 公衛專家 法學專家 醫療專家 財務專家 公共管理與政策專家 		
學者	<ol style="list-style-type: none"> 主任委員 公衛專家 法學專家 醫療專家 財務專家 				

資料來源：本研究

對於健保監理會的運作，社會上一直有增強獨立性與收支連動的呼聲，如何在我們現有的研究基礎下，去實現增強獨立性與收支連動的目標，以下則分別就兩者提出相關的規劃建議：

一、獨立性強化

雖然自二代健保之後，對於德國由買方所組成的疾病基金會與賣方團體進行自主協商的機制，一直為我國的學者專家以及政府希望達成之目標，但前述論及，台灣目前並沒有實現社會統合機制的環境，除了資源較豐，專業性高的醫事服務機構之外，目前草根且組織縝密代表利益範圍廣的社會團體並不多見，兩相對照之下社會團體與醫事服務機構在議事上容易呈現資源不對稱、專業不對稱的狀況，影響利益的平衡，因此現今的運作上，政府的介入仍有必要。

除了德國有實施社會自治的條件之外，事實上，其他國家對於費用協商機制，都有某種程度的行政指導，甚至仍是由主管機關負全責。然而這並不表示我們就要放棄對社會自治此一方向的期待，政府的角色便是透過成立一個制度化的協商與審議平台，慢慢的讓社會團體從參與的過程中學習，或許將來真有可能會形成政府代表完全退卻的環境，讓透過買賣雙方來運作健保。然目前在增強獨立性的運作上，本研究認為現階段以下建議仍不可免：

(1) 成立初期由衛生署副署長兼任主委

前述論及，副署長擔任主委的好處，一方面是代表官方意見，熟稔整體的健保政策，具備專業性也無庸置疑，因此在帶領健保監理會的時候，可以透過副署長的在會議中的引導，慢慢的讓社會團體學習正確的健保政策的相關知識，並協助其議事。當健保監理會團體協商功能發展成熟，也獲得社會認同的時刻，主委可以改由非政府官員兼任的設計。

(2) 強化行政幕僚功能

給他們資源，給他們人力，委員才能作更多的事情。若什麼資源都沒有，想要引起社會團體的參與基本上也是緣木求魚。事實上，從現今監理委員會的幕僚人力中，實際的業務人力僅有 12 人，僅佔編制人力 30 人不到 50%，可見得主管

不重視。行政幕僚的功能孱弱，相對而言就會使支帶也會影響平時業務的績效。本研究認為在兩會合一後，應該要適度的給予委員相關的資源，並針對健保監理會的業務性質，聘用相關專業背景的行政幕僚。在本研究菁英問卷的 52 題中，大部分的受訪者皆認為獨立辦公室、研究助理及有委託研究計畫預算皆是可以考慮的行政支援，或許對於兩會合一後的專任委員，可以透過這樣的方式強化議事的功能，增強健保監理會的獨立性。

(3) 決策機制

決策的機制仍是以共識協商為主，從強化專業知能強化審議（deliberation）的功能，也就是說，協商的機制是健保監理會必須要具備的。然而，由於許多的政策諮詢與建議，都是透過委員彼此的審議，對於審議的功能，透過代表性與專業性的提升，建立良好的審議環境。此外，多數決的機制有存在的必要，為了因應協商破局而需要動用到表決的時刻，本研究也建議多數決的機制必須明訂在組織規程之中，特別是攸關費率調整的重大議案時，更應該要有三分之二以上的委員出席，出席委員二分之一以上的同意。

(4) 有權啟動公民參與機制

對於重大議案的討論，本研究認為除了上述的決策機制外，更應該要有啟動公民參與機制的權力，強化決策的民意與正當性。至於公民參與的形式，可以應用如本研究問卷第 51 題所討論的，公聽會、民調與公民會議都是可以考慮的作法。

二、收支連動

本研究認為在兩會合一之後，若要落實收支連動，便必須在整體運作機制的調整中慢慢的被實現。但依照目前的體制，要讓兩會合一後的健保監理會具有調整收的權力，在政治與大環境上仍不可行，即使有委員也不敢負政治責任，仍然需要行政介入，但是，短期目標可以將健保財務平衡定位在「落實量入為出」，以總額預算制度下費用協定的功能為基礎，加上某種財務收支平衡的政策要求，就收入與支出方面，則有以下作法以供建議：

費率的調整建議由健保小組(精算小組，健保法第二十條)提案，並必須透過監理委員會的決議通過，才能報請衛生署長決議。現今的制度條件下，我們期望能做到平衡預算的目的，也就是最起碼要真實做到量入為出，配合「給付範圍的決定」，遏止健保的財務危機繼續惡化。等到費率調整的運作機制，在委員的專業性與政治環境逐漸成熟，可以嘗試以量出為入的方式來調整費率，並在調整後透過量入為出的方式控制預算的消耗，以達收支連動。

(2) 以不破壞目前費協會的協商功能為前提

在本研究所蒐集的資料中，大多數的受訪者認為費協會的協商機制運作得比監理委員會的諮詢功能更好，應該在兩會合一後予以適度的保留。本研究認為，費用協商牽涉到總額資源配置的問題，特別是肩負了總額預算下支出的決策。對等協商的內涵必須在機制中被確實的設計。完善的費用協商機制，是確保收支穩定的第一步。

(3) 給付範圍的決定

若健保的收入不敷支出，另一個控制的方式便是縮減給付的範圍。但如何縮減給付的範圍？給付範圍的決定，必需以證據為基礎，從過去的經驗中去發展出整個給付的優先順序，然後在入不敷出的時候，透過給付範圍的調整來弭平預算的缺口。建議健保財務缺口的給付範圍修正案，由健保局向監理會提出，在委員議事的專業性成熟，且組成的代表性也無疑義時，或許可以將給付範圍的決定納入兩會合一後健保監理會的權責範圍。

(4) 收支連動的運作流程

監理會關於健保收支的運作，在合併初期以費協功能作為監理會下設小組的方式為之，其收支決策流程最先由委員會中成立費用協定小組（三方代表等比例，被保險人與雇主、醫事服務機構、政府與學者），每年依照現有費協會機制，協定健保支出總額以及分配，費用協定結果如果沒有財務赤字，監理會依照費協結果通過，如有赤字出現，則分別由健保小組（精算小組）提出預算平衡的費率調整方案，以及由健保局提出平衡預算的給付範圍調整方案，送交監理會大會討

百分比以內，以及不變動分配比例的前提下，議定健保的決定，以達平衡預算的目的。目前由於一方面健保小組內的精算小組仍屬健保法的機制，以及法定的健保財務「資源配置」(priority-setting)機制散見於健保局(醫審小組以及藥材小組等)行政作業當中，未來監理會運作日趨成熟時，可於下設三個小組運作之，包括費用協定小組、費率精算小組、以及資源配置小組運作之。

總括來說，上述是本研究目前針對資料分析所得的結果與建議，對於政策建議的部分，本研究認為可以透過目前兩會聯席會的機制，以本研究的研擬方向進行協商兩會合一後監理會的運作模式，也唯有在現有的制度下，透過兩會意見的磨合，才能確保健保法修正案通過之後，兩會合一的運作效率。

第三節 研究限制與後續研究建議

本研究必須還是要很誠實的表達本研究結果在成果上與預期上的落差，這樣的落差呈現在以下幾個方面：

- 第一、散發出去費協會委員的問卷回收率較低，雖然透過訪談已有彌補，但問卷分析的結果仍可能無法反映出費協會委員真實的意見。
- 第二、由於研究時程的關係，焦點團體的場次僅包含了一次的委員與一次的專家學者，在意見的蒐集上可能會有周延性不足的狀況。

針對本研究可能的後續研究建議，本研究也提出以下數點，建議主管機關進一步釐清相關的問題：

自從健保體檢小組建議兩會合一可以降低監理和費協兩會之間的衝突與行政上重複的成本，並且擴大社會參與，財務收支連動的功能，經過二代健保短程組織改造政策建議的加持，兩會合一似乎已經變成了一種熟悉但又飄渺的名詞與形容詞。一方面是兩會合一的用詞自此出現在健保政策相關文書當中，熟悉的程度令每個人都朗朗上口，但真實的兩會合一是什麼？內涵又是什麼？可行性又是如何？對其知之甚詳者是少之又少，變成一個名詞，各自表述。此外，本研究在蒐集資料的過程中，也接受到一些對於二代健保中兩會合一政策的質疑，認為兩

的效果，仍需要進一步的評估。據此，本研究也建議的
目的是什麼？預期能達到的目標是什麼，是否會比沒有合一運作得更好？仍然需要進一步的研究。

此外，即使兩會合一是一定調的政策，對於兩會合一後原本監理會與費協會的功能是否會相互的影響，受訪者皆提出了這樣的質疑，甚至在實際的運作上，擔心會破壞原本費用協定的功能。據此，雖然本研究提出了區隔大會與專責討論費用協定小組的建議，但如何將不同的功能合併為一，又不產生互斥，這個問題仍然值得委託單位進一步的深思。當然，若要跟進一步提問，我們甚至可以問說監理與費用協定的功能放在一起是否合適？收支連動的目的是否需要透過兩會的整併來達成？兩會合一之後，又要如何達到收支連動的可能性？在國外的經驗中，將監理單位與費用協定單位分立議事的比比皆是，或許在諮詢功能上，也可以如本研究中日本的監理單位，或是我國的環境保護審議單位，建立一個以專家學者為基礎的委員會以供政策諮詢與建議。

參考文獻

一、 中文方面

- 丁仁方，1999，《威權統合主義：理論、發展、與轉型》，台北：時英。
- 王石番，1991，《傳播內容分析法：理論與實踐》，台北：幼獅。
- 行政院二代健保規劃小組，2004，《邁向權責相符的全民健保制度：總結報告》。
- 行政院衛生署，2004a，《全民健保改革綜論》，台北：行政院衛生署。
- _____，2004b，《全民健保組織體制改革規劃：公共行政暨政策的觀點》，台北：行政院衛生署。
- _____，2004c，《公民參與：審議民主的實踐與全民健康保險政策》，台北：行政院衛生署。
- 丘昌泰，1995，《公共政策》，台北：遠流。
- 辛炳隆，2000，《全民健保保險組織體制與運作模式之探討》，行政院衛生署委託計畫。
- _____，2001，〈第四章：組織與體制〉，《全民健保體檢小組報告》，台北：國家衛生研究院。
- 易云霓，1995，〈國外醫療保險制度管理體制比較研究〉，《中國衛生經濟》，144期，頁 17-25。
- 呂秋香，2001，《考察英德荷社會醫療保險預算制度報告》，出國考察報告。
- 林水波、張世賢，1984，《公共政策》，台北：五南。
- 林志鴻，2006，〈德國健康保險制度：社會保險制度鼻祖〉，收錄於羅紀琮編，《健康保險制度：日德法荷的經驗啟事》，頁 87-144。
- 李玉君，2000，〈德國健康保險組織體制的探討〉，《歐美研究》，30(3): 41-88。
- 李玉春、林蕙卿，1996，〈全民健康保險支付標準協商模式之檢討與改革芻議〉，《醫院》，29(1): 1-9。
- 陳志豐，2003，《現行健保體制之研究》，中山大學中山學術研究所碩士論文。
- 陳怡仔，2001，《全民健保制度化參與模式：以監理委員會為例的分析》，中正大學社會福利研究所碩士論文。
- 陳敦源，1999，〈跨域管理：部際與府際合作〉，收錄於黃榮護編，《公共管理》，頁 227-269，台北：商鼎文化。
- _____，2005，《全民健保組織體制未來改革方向之回顧性研究》，行政院衛生署委託研究計畫。
- 陳敦源等，2004，〈政策利害關係人指認的理論與實務：以全民健保改革為例〉，

年會，台南成功大學，9月17~18日。

- 〈全民健保基金會權責設計與落實權責之機制〉，《全民健康保險基金會組織規劃》，台北：行政院二代健保規劃小組，頁39-87。
- 郝鳳鳴，2004，〈簡論全民健保監理制度民主化〉，《中正法學集刊》，14：83-111。
- 郝鳳鳴、黃異，2000，《全民健康保險監理組織體制之法律規範》，全民健康保險監理委員會委託研究計畫。
- 黃長玲，2006，〈彼此鑲嵌，相互形構：轉變中的國家與社會關係〉，《自由主義在台灣》，台北：殷海光基金會（即將出版）。
- 彭文賢，1996，《組織結構》，台北：三民。
- 雷文玫，2004，〈強化我國健保行政決策公民參與制度設計：二代健保先驅性全民健保公民會議的建議方案〉，《台灣民主季刊》，1（4）：57-81。
- 鄧宗業、李玉春，2002，〈提升民眾參與健保決策之機制〉，《行政院二代健保規劃小組第一階段相關技術報告》，頁300-337。台北：行政院二代健保規劃小組。
- 鄧宗業、吳嘉苓，2004，〈法人論壇：新興民主國家的公民參與模式〉，《台灣民主季刊》，1（4）：35-56。
- 國家衛生研究院，2001，《全民健保體檢小組報告》，台北：國家衛生研究院。
- 羅紀琮，2006，〈綜論〉，收錄於羅紀琮編，《健康保險制度：日德法荷的經驗啟事》，頁315-359。
- 劉宜君、陳敦源、蕭乃沂、林昭吟，2005，〈網絡分析在利害關係人概念之應用：以我國全民健保政策改革為例〉，《台灣社會福利學刊》，第4卷，第1期，頁95-130。

二、英文方面

- Bardach, E., (1998) *Getting Agencies to Work Together: The Practice and Theory of Managerial Craftsmanship*. Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Bartel, C. A., (2001) "Social Comparisons in Boundary-spanning Work: Effects of Community Outreach on Member's Organizational Identity and Identification." *Administrative Science Quarterly* 46(3): 379-413.
- Brinkerhoff, D. W. and B. L. Crosby. (2002) *Managing Policy Reform: Concepts and Tools for Decision-makers in Developing and Transitioning Countries*. Kumarian Press, Inc.
- Buchanan, J. and G. Tullock. (1962) *The Calculus of Consent*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

- ... (1962) *The Calculus of Consent: Logical Foundations of Democracy*. Ann Arbor : University of Michigan Press.
- Carver J., (1990) *Boards that Make a difference: A New Design for Leadership in Nonprofit and Public Organizations*, San Francisco: Jossey-Bass Pub.
- Corkery, J. & R. Wettenhall, (1990) "Public Enterprise Boards: A Neglected Area of Governance," *IAAS Working Paper*, Brussels: International Institute of Administrative Science.
- Crawford, R. W., (1991) *On Board: Guiding Principles for Trustees of Not-for-Profit Organizations*, New Mexico: Western States Arts Federation.
- Denhard, R. B., (2000) *Theories of Public Organization* (3^{ed}), Harcourt College Publishers.
- Dimma, W. A., (2002) *Excellence in the Boardroom*, Etobicoke, Ont.: Wiley.
- Greve, C., M. Flinders and A. van Thiel. (1999) "Quangos: What's in a Name? Defining Quangos from a Comparative Perspective." *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, 12(2): 129-146.
- Hirzy, E. C., (1993) *Nonprofit Board Committees: How to Make Them Work?* Washington, D.C.: National Center for Nonprofit Boards.
- Hong Kong Home Affairs Bureau. (2003) "Review of the Role and Function of Public Sector Advisory and Statutory Bodies" download from <http://www.info.gov.hk>, access day 08122008.
- . (2004) "Legislative Council Panel on Home Affairs, Third Progress Report on the Review of Advisory and Statutory Bodies" download from <http://www.legco.gov.hk>, access day 08122006.
- Ingram, R. T., (1996) *Ten Basic Responsibilities of Nonprofit Boards*, Washington, D.C.: National Center for Nonprofit Boards.
- Kaufman, H., (1960) *The Forest Ranger*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Kettl, D. F., (1993) *Sharing Power: Public Governance and Private Markets*. Washington, D. C.: The Brookings Institution.
- Kooiman, J., (1993) *Modern Governance: New Government-Society Interactions*. London Sage Publication.
- Mitchell, J., (1997) "Representation in Government Boards and Commissions," *Public Administration Review*, 57(2): 160-167.
- Mitchell, R., B. R. Agle & D. J. Wood, (1997) "Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts." *Academy of Management Review*, 22(4): 853-886.

- ice III. New York: Cambridge University Press.
- B. Manin, eds. (1999) *Democracy, Accountability, and Representation*. New York: Cambridge University Press.
- Radin, R. A., (1996) "Managing Across Boundaries." In D. F. Kettl and H. B. Milward eds. *The State of Public Management*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Rhodes, R. A. W., (1994) "The Hollowing out of the State." *Political Quarterly*. 65: 138-151.
- Rosenau, J. N., (1992) *Governance without Government: Order and Change in World Politics*. New York: Cambridge University.
- Schmitter, P. (1974) "Still the Century of Corporatism?" *Review of Politics*, Vol.36, pp.35-131.
- Selznick, P., (1949) *TVA and the Grass Roots*, New York: Harper & Row.
- Sullivan, H. and C. Skelcher. (2002) *Working Across Boundaries: Collaboration in Public Services*. Basingstoke: Palgrave macMillan.
- Thatcher, M. and A. S. Sweet. (2002) "Theory and Practice of Delegation to Non-Majoritarian Institutions." *West European Politics*, 25(1): 1-22.
- Thompson, J., (1967) *Organizations in Action*, New York: McGraw-Hill.
- Thomsa, J. C., (1995) *Public Participation in Public Decision: New Skills and Strategies for Public Management*, John Wiley & Sons, Inc.
- Thynne, I. (2006) "Statutory Bodies as Instruments of Government in Hong Kong: Review Beginnings and Analytical Challenge Ahead." *Public Administration and Development* 26: 45-53.
- Willams, P., (2002) "The Competent Boundary Spanner." *Public Administration*, 80(1): 103-124.
- Williams B. & A. Matheny. (1993) *Democracy, Dialogue, and Environmental Disputes: The Contested Languages of Social Regularation*, Yale University Press.
- Yamamoto, Kiyoshi. (2006) "Performance of Semi-autonomous Public Bodies: Linkage between Autonomy and Performance in Japanese Agencies." *Public Administration and Development*, 26: 35-44.
- Yeomans, L. and L. Adshead. (2003) "The Role of Public Relations in Non-electoral Participative Democracy: A Case Study Examining the Effectiveness of District Assemblies within Tameside Metropolitan Borough Council." *Journal of Public Affairs*, 3(3): 245-259.

厚生労働省, <http://www.mhlw.go.jp/>, 查詢日期：2006/12/10.

厚生労働省社会保障審議会、研究会等,

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/index.html#hosho>, 查詢日期：2006/12/10.

社会保険庁, <http://www.sia.go.jp/>, 查詢日期：2006/12/10.

社会保険診療報酬支払い基金, <http://www.ssk.or.jp/>, , 查詢日期：2006/12/10.

健康局, <http://www.mhlw.go.jp/general/work/kenkou.html>, , 查詢日期：2006/12/10.

保険局, <http://www.mhlw.go.jp/general/work/hoken.html>, , 查詢日期：2006/12/10.

国民健康保険団体中央会, <http://www.kokuho.or.jp/>, , 查詢日期：2006/12/10.

The Nederlandse Zorgautoriteit, <http://www.nza.nl/>, 查詢日期：206/12/01.

兩會合一政策與現制評估調查問卷

各位先進您好：

本研究接受行政院衛生署監理委員會委託，擬對現行的監理與費協兩會代表的組成、運作，以及兩會合一後的組成與運作方式，進行深入的探討。素仰 您在全民健保議題之專業素養，希望藉由您協助填答所附問卷，使本研究能對未來兩會合一體制的改進有所貢獻。

本問卷採無記名方式作答，分析結果僅供學術研究之用，敬請依您的真實感受放心作答。從第三頁開始作答，填答時間約需 30 分鐘 左右，請您先看完第二頁有關於兩會的說明。也敬請您於 11 月 1 日之前 將填好的問卷以 所附回郵信封或傳真（02-29391144） 方式擲回。由於此份問卷發出份數有限，所以您的回答對研究結果相當重要，並期望能盡快收到您的回件，感謝您的協助與支持。

本研究團隊將於 11 月中 舉辦兩場焦點團體座談，就兩會合一後細部運作進行探討，座談意見將整合並收納於本研究報告之中，以供委託單位參考。若您有意願參與焦點團體座談會或個別訪談，也請不吝進一步聯繫。

政治大學公共行政學系副教授 陳敦源 敬上

聯絡電話：02-29393091 ext. 51145

E-mail：donc@nccu.edu.tw

計畫名稱：「全民健康保險監理會未來運作機制規劃之研究」

委託單位：全民健康保險監理委員會

【評估與兩會合一重點說明】

一、兩會目前組成、功能與運作方式如下：

法源依據	全民健康保險法第 4 條	全民健康保險法第 48 條
委員數	29	27
組成	學者專家：6 被保險人代表：5 雇主代表：5 醫事保險服務機構：5 政府相關單位：8	主管機關：9 付費者與專家：9 醫事服務機構：9
主任委員	衛生署長指定由學者專家中的一人出任	署長遴選
開會頻率	每月一次	每月一次
組織功能	政策諮詢單位 收入、支出監理	協定與分配醫療費用
組織角色	屬衛生署內的行政單位，決議不具行政處分的效力	屬衛生署內的行政單位，決議不具行政處分的效力
開會方式	二分之一以上委員出席，決議事項須經出席委員過半數同意	二分之一以上委員出席，由出席委員以協商方式達成協定行之

相關批評：收支不連動；被保險人、雇主、醫事服務機構委員會委員代表性不足；政府代表委員人數過多；有些委員健保相關知能較為不足；委員議事參與不積極，出席率，發言率過低；權責不相符。

二、兩會合一目前修正草案意涵如下：

1. 依據全民健保法修法草案第四條：將現行監理與費協兩會功能執掌合併，並擴大功能，審議保險費率及保險給付範圍。其中有關醫療保險給付費用之協議訂定及分配，未來將落實由保險醫事服務提供者代表與付費者代表協商之精神。攸關全民重大利益之事項，具備啟動公民參與機制之權力。
2. 二代健保研究結論：兩會合一有助於落實收支連動，擴大社會參與，凸顯政策民意基礎，以減輕立法院之不當干預。建議短期進行兩會合一改造工程，長期組成全民健保行政法人。

三、兩會合一後，健保監理會與主管機關的關係，如何權責相符？如何有效率的運作？有以下相關原則：

1. 依據民主政治中『權責相符』的理論，權力愈大，要肩負的責任與被監督也就愈大，擁有決策權的單位，必須在民主政治的制度下，為決策的成敗負政治的責任。請思考兩會合一後的監理會，是否走向為政策負責的決策機關，或抑由主管機會負最後決策責任，或可兩者取其中？
2. 依據委員會治理理論，一個委員會運作成功的要件，在於『代表性』（利害關係人）、『效率性』（委員人數與規則）、與『專業性』（具備專業知識），在政府的委員會中，由於必須滿足社會團體的代表性，以有利於擴大社會參與，擴張決策的民意基礎，代表性條件的滿足又比效率及專業性更為重要。然在效率性上，理論上告訴我們過多的委員會造成參與的低效率，大部分的理論告訴我們，人數不可多於 23 人以上。又由於健保相關事務極具專業性，為促進更有意義的討論與決策，對於委員專業背景的要求似乎又必須備考量。

以下，請從以上提供的資訊考慮健保監理會的組成與分配。



第一部分：兩會現制評估

以下為針對兩會現制運作的評估，由於兩會有其各自的組成、功能與運作方式，以下題目分別區隔為監理與費協兩會的問題，但除了您過去直接參與的經驗外，您也可以就所見所聞，或個人觀感進行作答，並不需要受到過去參與經驗的限制。

壹、監理委員會評估：

1. 現今監理委員會附屬於行政院衛生署，是否適當？（單選，無論填是或否都請說明理由）
 1.是 2.否 3.無意見 99. 無法判斷
 理 由 _____ :

1. 監理委員會的委員中，您覺得哪一類的委員會有代表性不足的問題？（可複選）
 1.專家學者 2.被保險人 3.雇主代表 4.醫事服務機構 5.相關政府機關代表 6.以上皆非
 99.無法判斷
3. 參與能力為委員考量標準之一，在監理委員會委員，您覺得哪類別代表健保議題相關知識較為不足？（可複選）
 1.專家學者 2.被保險人 3.雇主代表 4.醫事服務機構 5.相關政府機關代表 6.以上皆非
 99.無法判斷
4. 以監理委員會的政策諮詢與建議功能而言，您覺得衛生署對監理委員會所提之決議的採納程度為何？（單選）
 1.全部採納 2.大部分採納 3.無意見 4.大部分未採納 5.從未採納 99.無法判斷
 請 您 提 出 一 個 例 子 _____ :

6. 有人說衛生署並不重視監理委員會的決議，您認為其主要原因為何？（可複選）
 1.監理委員會法定執掌不夠明確 2.沒有決策實權 3.官派委員比例過高，民眾參與監督機制無法發揮
 4.委員專業知識不足 5.衛生署對監理委員會的決議不夠尊重 6.委員彼此的本位主義太強，難以協調
 7. 其 他 _____ :

6. 以監理委員會的監理功能而言，您覺得監理委員會對健保局的業務是否能充分發揮監理功能？（單選）
 1.充分發揮 2.大部分發揮 3.無意見 4.大部分未發揮 5.從未發揮 99.無法判斷
7. 有人說監理委員會無法充分發揮監理健保局的功能，您認為未能發揮足夠正面效益的主要原因為何？（可複選）
 1.監理委員會法定執掌不夠明確 2.沒有決策實權 3.官派委員比例過高，民眾參與監督機制無法發揮
 4.委員專業知識不足 5.衛生署對監理委員會的決議不夠尊重 6.委員彼此的本位主義太強，難以協調
 7. 其 他 _____ :

8. 有人說「監理委員會委員確實能代表其單位，對全民健保的相關措施盡監督之責」，您是否同意？（單選）
 1.非常同意 2.同意 3.無意見 4.不同意 5.非常不同意 99.無法判斷
9. 委員人數是議事效率的關鍵，監理委員會目前的委員數 29 人，您認為是否恰當？
 1.過多 2.剛好 3.過少 4. 無意見 99.無法判斷
10. 您是否認為「監理委員會開會時委員意見皆能充分討論與交流？」（單選）
 1.非常同意 2.同意 3.無意見 4.不同意 5.非常不同意 99.無法判斷
11. 有人認為監理委員會在開會時無法充分討論與交流各方意見，您認為原因有哪些？（可複選）
 1.不具代表性 2.與會但並未認真議事 3.缺乏健保知識 4.缺席率高 5.其他：_____

貳、費協會評估：

13. 現今費協會附屬於行政院衛生署，是否適當？(單選，無論是否請說明理由)
 1.是 2.否 3.無意見 99.無法判斷
 理 由 _____ :
-
14. 費協會的委員中，您覺得哪一類的委員有代表性不足的問題？(可複選)
 1.專家學者 2.被保險人 3.雇主代表 4.醫事服務機構 5.相關政府機關代表 6.以上皆非
 99.無法判斷
15. 參與能力為委員考量標準之一，在費協會委員，您覺得哪類代表健保議題相關知識較為不足？(可複選)
 1.專家學者 2.被保險人 3.雇主代表 4.醫事服務機構 5.相關政府機關代表 6.以上皆非
 99.無法判斷
16. 費協會的主要功能之一是協定醫療給付支出總額，請問該功能的運作？(單選，填 4, 5 請說明理由)
 1.非常順利 2.還算順利 3.無意見 4.不怎麼順利 5.非常不順利 99.無法判斷
 理 由 _____ :
-
17. 醫療支出總額的決定過程中，哪類委員的影響力最大？(單選)
 1.專家學者 2.被保險人 3.雇主代表 4.醫事服務機構 5.相關政府機關代表 6.同樣重要
 7. 看 狀 況 ， 請 說 明 _____ :
 99.無法判斷
-
18. 費協會另一個主要功能是總額支出分配，請問該功能的運作？(單選，填 4, 5 請說明理由)
 1.非常順利 2.還算順利 3.無意見 4.不怎麼順利 5.非常不順利 99.無法判斷
 理 由 _____ :
-
19. 醫療總額分配需要醫事團體的協商能力，以保障團體權益，請問哪類委員的協商能力最強？(單選)
 1.牙醫團體 2.中醫團體 3.西醫基層 4.西醫醫院 5.差不多 99.無法判斷
20. 醫療總額分配需要醫事團體的自我組織能力，以落實分配到的預算，請問哪類團體的自我組織能力最強？(單選)
 1.牙醫團體 2.中醫團體 3.西醫基層 4.西醫醫院 5.差不多 99.無法判斷
21. 總額預算制度是否能够有效節制醫療資源的浪費？(單選，填答 4,5 請說明理由)
 1.絕對可以 2.可以 3.無意見 4.不行 5.絕對不行 99.無法判斷
 理 由 _____ :
-
22. 您是否認為「費協會委員確實能代表其單位，對全民健保的總額分配盡充分協商責任？」(單選)
 1.非常同意 2.同意 3.無意見 4.不同意 5.非常不同意 99.無法判斷
23. 委員人數是議事效率的關鍵，費協會目前的委員數 27 人，您認為是否恰當？
 1.過多 2.剛好 3.過少 4.無意見 99.無法判斷
24. 您是否認為「費協會委員開會時意見皆能充分討論與交流？」(單選)
 1.非常同意 2.同意 3.無意見 4.不同意 5.非常不同意 99.無法判斷
25. 有人認為費協會在開會時無法充分討論與交流各方意見，您認為原因有哪些？(複選)
 1.不具代表性 2.與會但並未認真議事 3.缺乏健保知識 4.缺席率高 5.其他: _____
26. 您認為參與費協會的委員應具備下列哪些專業背景？(至多挑五個)
 1.經濟財務 2.醫療保健 3.公共管理與政策 4.法律 5.保險 6.醫院管理 7.公共衛生
 8.社會福利 9.其他: _____

參、綜合評估：

與費協會是否有協調溝通不良的問題？（單選）
判斷

決定健保收入的權力？（單選，回答 4,5 請解釋理由）

- 1.非常同意 2.同意 3.無意見 4.不同意 5.非常不同意 99.無法判斷
理由： _____ 由 _____ :

29. 您是否同意，現行組織體制下，費協會有決定健保支出的實質權力？（單選，回答 4, 5 請解釋理由）

- 1.非常同意 2.同意 3.無意見 4.不同意 5.非常不同意 99.無法判斷
理由： _____ 由 _____ :

30. 您是否同意，現行組織體制下，監理委員會與費協會之間能夠對收支議題進行有意義的互動？（單選，回答 4, 5 請解釋理由）

- 1.非常同意 2.同意 3.無意見 4.不同意 5.非常不同意 99.無法判斷
理由： _____ 由 _____ :

31. 現行健保的組織體制當中，監理委員會與費協會之間的互動是否順暢？（單選，回答 4, 5 請解釋理由）

- 1.非常順暢 2.順暢 3.無意見 4.不順暢 5.非常不順暢 99.無法判斷
理由： _____

32. 現行健保的組織體制當中，健保小組與監理委員會之間的互動是否順暢？（單選，回答 4, 5 請解釋理由）

- 1.非常順暢 2.順暢 3.無意見 4.不順暢 5.非常不順暢 99.無法判斷
理由： _____

33. 現行健保的組織體制當中，健保小組與費協會之間的互動是否順暢？（單選，回答 4, 5 請解釋理由）

- 1.非常順暢 2.順暢 3.無意見 4.不順暢 5.非常不順暢 99.無法判斷
理由： _____

34. 您是否贊成二代建保修法中，將監理委員會與費協會合併成爲一個「全民健康保險監理委員會」（兩會合一）的作法？（單選）

- 1.贊成 2.不贊成 3.無意見 99. 無法判斷
理由： _____ 由 _____ :

第二部分：兩會合一後的制度選擇

壹、無論您是否贊成兩會合一，以下請繼續就您意見回答下列問題

35. 您認爲兩會合一後健保監理委員會組織隸屬關係爲何？（單選）

1. 隸屬於行政院 2. 隸屬於衛生署 3. 隸屬於經建會 4. 其他： _____

36. 您認爲兩會合一後健保監理委員會成員總人數應該是多少？應該包括哪些人？人數各應爲多少？專任比例？（請衡量總人數是否爲理想人數）

36-1. 總人數爲：_____人

36-2. 成員分類與人數

1. 專家學者，_____人
 2. 被保險人，_____人
 3. 雇主代表，_____人

_____, _____人
總的來說應該有_____ %是專任委員。

37. 承上題, 您認為兩會合一後的健保監理委員會, 若面臨必須投票表決的議案時, 哪些委員應具備投票權? (單選)

- 1.所有類別委員都應該具備投票權
 2.除買(被保險人、雇主)賣(醫事服務機構)雙方之外, 其他委員只有與會與討論的權力
 3.除買賣雙方之外, 再加上政府機關代表(政府機關也算買方), 其他委員只有與會與討論的權力
 4. 其 他 :

38. 現今監理委員會與費協會委員任期皆為2年, 您認為兩會合一後健保監理委員會委員的任期應為幾年? _____年

39. 現今監理委員會與費協會主任委員皆為兼任, 您認為兩會合一後健保監理委員會之主任委員是否應為專職? (單選)

- 1.是 2.否 3.無意見 99. 無法判斷
理 由 :

40. 現今監理委員會與費協會主委為主管機關指派, 您認為兩會合一後的健保監理委員會主任委員應如何產生? (單選)

- 1.主管機關首長兼任 2.主管機關副首長兼任 3.主管機關首長從委員中指派
 4. 委 員 互 選 , 委 員 _____% 以 上 同 意 通 過 5. 其 他 :
理 由 :

41. 您認為兩會合一後健保監理委員會的決議是否應對衛生署決策具有約束力? (單選, 無論填答是否均請說明理由)

- 1.是 2.否 3.無意見 99. 無法判斷
理 由 :

42. 如果健保監理委員會決議對衛生署具約束力, 是否贊成主任委員應到立法院備詢? (單選, 無論填答是否均請說明理由)

- 1.應該 2.不應該, 還是由主管機關首長去備詢即可 3.其他: _____
理由: _____

43. 您認為選擇參與健保監理委員會的社會團體(被保險人、雇主、醫事機構)時應考量哪些指標? (可複選)

- 1.團體代表利益廣泛
 2.團體會員眾多
 3.社會聲望高
 4.團體確實有定期集會
 5.團體有凝聚內部共識的能力
 6.團體時常參與衛生署及健保局所舉辦的相關活動
 7.團體具有在報章雜誌持續發表對健保政策看法的能力
 8.健保措施對其造成直接影響之利害關係團體(薪資、納保能力等)
 9.團體性質與健保專業相關性高
 10. 其 他 :

44. 您認為進入健保監理委員會之後委員的議事, 應以何種指標衡量其表現? (可複選)

- 1.開會出席率高 2.代表發言數高 3.提案率高 4.是否具備健保專業知識 5.其他: _____

45. 您認為健保監理委員會委員代表應如何產生? (學者專家及政府代表除外)(單選)

- 1.由同類別的團體自行協調推派
 2.由主管機關自行按照 43 題原則自行判斷遴選之
 3.由同類別的團體先協調名單, 主管機關再從中遴選
 4. 其 他 :

(四) 若就討論費用協定而言, 應包含下列哪些委員: (可複選)

- 1.專家學者 2.被保險人 3.雇主代表 4.醫事服務機構 5.相關政府機關代表 6.其他: _____

理 由 :

(單選)

2. 量 出 為 入 3. 其 他 :

理 由 :

(六) 您認為兩會合一後監理委員會會議運作模式應該採取? (單選)

1.共識決 2.主席裁決 3.投票表決,出席委員_____ %以上同意 4.其他:_____

29. 兩會合一後健保監理委員會應多久召開一次? (單選) 1.一個月 2.兩個月 3.一季 4.半年 其他:

30. 若遇重大決議事項,認為有擴大參與之必要時,健保監理委員會是否具有啓動公民參與機制的權力? (單選)

1.是 2.否 3.無意見 99. 無法判斷

理由: _____

31. 承上題,如果具備啓動公民參與機制的權力,應該以何種形式為之? (可複選)

1.公聽會 2.說明會 3.民調 4.法人論壇 5.公民會議 6.其他:

32. 您認為兩會合一後,就支援專任委員的行政資源而言,應包含哪些項目? (可複選)

1.獨立辦公室 2.個人專屬研究助理 3.配置座車 4.有委託研究計畫的預算 5.其他:

53. 兩會合一後的監理委員會與健保小組間的業務關係,應調整為? (單選)

1.健保小組合併到兩會合一的監理委員會下,變成監理委員會的幕僚單位

2.兩會合一後,縮減健保小組與監理委員會重疊的功能

3.兩會合一後,維持原本健保小組於衛生署中的功能與編制

4. 其 他 :

理 由 :

貳、以下將就「費用協商」的相關問題,請繼續就您的意見作答

下列為兩會合一後可能的費用協商機制四個方案:

類型 A: 健保監理委員會所有委員包含買賣雙方一同於委員會中協商。

類型 B: 在健保監理委員會下,另設一費用協定小組討論費用協定,包含數量相等的買賣雙方委員。健保監理委員會委員會不能推翻費用協定小組對於費用協議的決議。

類型 C: 在健保監理委員會下,另設一費用協定小組討論費用協定,包含數量相等的買賣雙方委員。健保監理委員會委員會有權力推翻費用協定小組的決議。

類型 D: 健保監理委員會僅由買方委員組成(被保險人、雇主),並與委員會以外醫事團體所組成的協商代表進行對等協商。

性為何？（單選）
4. 類型 D 99. 無法判斷
單選）
4. 類型 D 99. 無法判斷

56. 上述類型在對等協商方面最具有效性為何？（單選）
 1. 類型 A 2. 類型 B 3. 類型 C 4. 類型 D 99. 無法判斷
57. 上述類型在公民參與方面最具有效性為何？（單選）
 1. 類型 A 2. 類型 B 3. 類型 C 4. 類型 D 99. 無法判斷
58. 以下請您對兩會合一後費用協商四個價值（費用協商效率、收支連動、對等協商、公民參與），做出相對重要性的評價。

例如：以下將對上述幾個價值進行相對重要性的比較。在以下相對評價比較問題中，若您認為相對而言「費用協商效率」比「收支連動」重要，則在 3:1 前的方格打勾；反之，若您覺得相對來說「費用協商效率」比「收支連動」不重要許多，則在 1:5 前的方格打勾；若您認為相對而言「費用協商效率」與「收支連動」同樣重要，則在 1:1 前方格打勾。

題號	左目標	左目標：右目標（相對重要性）					右目標
		重要許多	重要	同樣重要	不重要	不重要許多	
58-1		<input type="checkbox"/> 5:1	<input type="checkbox"/> 3:1	<input type="checkbox"/> 1:1	<input type="checkbox"/> 1:3	<input type="checkbox"/> 1:5	
58-2		<input type="checkbox"/> 5:1	<input type="checkbox"/> 3:1	<input type="checkbox"/> 1:1	<input type="checkbox"/> 1:3	<input type="checkbox"/> 1:5	
58-3		<input type="checkbox"/> 5:1	<input type="checkbox"/> 3:1	<input type="checkbox"/> 1:1	<input type="checkbox"/> 1:3	<input type="checkbox"/> 1:5	
58-4		<input type="checkbox"/> 5:1	<input type="checkbox"/> 3:1	<input type="checkbox"/> 1:1	<input type="checkbox"/> 1:3	<input type="checkbox"/> 1:5	
58-5		<input type="checkbox"/> 5:1	<input type="checkbox"/> 3:1	<input type="checkbox"/> 1:1	<input type="checkbox"/> 1:3	<input type="checkbox"/> 1:5	
58-6		<input type="checkbox"/> 5:1	<input type="checkbox"/> 3:1	<input type="checkbox"/> 1:1	<input type="checkbox"/> 1:3	<input type="checkbox"/> 1:5	

參、以下就兩會合一整體評估，請就您意見回答

非常不同意
不同意
無意見
同意
非常同意

59. 兩會合一後有助於收支連動。í .. 59
60. 兩會合一後有助於公民參與。í .. 60
61. 兩會合一後有助於權責相符。í .. 61
62. 兩會合一有助於費用協商效率。í .. 62

肆、以下就兩會合一進行開放式的意見表述，請就您意見回答

63. 對目前二代健保修草案中組織規劃的部分有何評析？

64. 兩會合一後是否有何窒礙難行之處？

第三部分：個人基本資料

65. 性別： 1.男 2.女
66. 年齡： 1.二十歲以下 2.二十到二十九歲 3.三十到三十九歲 4.四十到四十九歲 5.五十到五十九歲
 6.六十歲以上
67. 教育程度： 1.國初中以下 2.高中、高職 3.專科 4.大學 5.碩士 6.博士
68. 最高學歷的專業領域：
 1.經濟財務 2.醫療保健 3.公共行政與政策 4.法律 5.保險 6.醫院管理 7.公共衛生
 8. 社 會 福 利 (含 社 會 學 或 社 工) 9. 其 他
69. 請問您曾參與的委員會： 1.只有監理委員會 2.只有費協會 3.兩者皆參與過 4.兩者皆未參與
70. 請問您目前(或曾經)代表的委員身分：
 1.專家學者 2.被保險人 3.雇主代表 4.醫事服務機構 5.相關政府機關代表
 6.非委員代表(請選擇： 1.行政部門人員 2.專家學者 3.其他:_____)
71. 請問您(曾經)擔任委員的身分有幾年?(中斷請合計,沒有參與請填0)
監理委員會:_____年。
費協會:_____年。

【問卷到此結束，謝謝您的填答！】

最後，感謝您費心填答這份問卷，您的意見及想法將有助於未來兩會合一後的制度設計，再一次感謝您的協助。若需要進一步瞭解，或參與 11 月中的焦點團體座談會，請留下您的大名與聯絡方式，我們會進一步主動與您聯繫，也歡迎您歡迎主動聯繫與指教。

敬祝 萬事如意

政治大學公共行政學系副教授 陳敦源 敬上
助理：王光旭 096-1300068 Mail: kosaku@nccu.edu.tw

我願意參加焦點團體座談，我的聯絡方式是：

姓名：_____

電話：_____

電子郵件：_____

開放式問題彙整

開放式問題 63：對目前二代健保修法草案中組織規劃的部分有何評析？

開放式問題 64：兩會合一後是否有窒礙難行之處？

【002】：問卷編號

63.

- (1) 雇主保費負擔率不應與被保險人連動。
- (2) 一定規模以上之醫事服務機構之財務及成本資訊除必須公開外，尚須由會計師簽證並訂有罰則。
- (3) 條文內容偏重收入面的改革，較無支出面的改革，特別是醫療浪費或藥價黑洞該如何遏止，條文內容付諸闕如。
- (4) 主管機關無法確算費率及所得上限倉促推出恐後患無窮。

【003】

- 63.位階難以權責相隨。
- 64.委員代表性較難遴選。

【005】

63.個人以為健保財務需與政府預算盡量脫勾，再追求 *self-regulation* 的精神。可是目前健保局的預算以及拿健保預算去添補一些國民健康局的業務項目經費，讓兩者之間的財務責任無法切割很清楚。由於健保是重大的公共政策議題，基於上述的理由，二代健保若想朝去政治化和 *self-regulation* 方向修正，似乎須對整個醫療政策體系作全盤的改革（例如，預防保健項目的歸屬是健保局還是國民健康局？）

64.也許是個人觀念一直無法轉變過來，我一直認為監理委員會就是要發揮 *audit* 和績效評估之功能，倘若和費協會合一，則誰來監督醫療費用分配之後果？否則還是需要在兩會合一之背後另立一個監督者，是在主管機關身上還是要委由或另立一個特別的健保審計委員會？

【009】

- 63.與原先之二代規劃頗有出入，格局（變化）太小。
- 64.代表如何產生？

【010】

64.兩會合一後其委員產生之代表性、專業性等似仍未改善。又既宜賦予較高決策拘束力，則其課責機制應予建立。

【013】

員參與太多，不具公信力，難以令人信服。專家資料來源幾乎都是一致性。最好能多找幾個專家作則雙方吵來吵去，沒有效率也很難有理想的結果。

【017】

63.二代健保只針對收入面，支出面並未作調整，目前健保問題是在支出面而非收入面，這也是我不看好二代健保的原因。

【018】

63.二代健保應思考去創造一個四贏的局面政策：(1) 政府贏 (2) 消費者贏 (3) 雇主贏 (4) 提供者贏。而不是過去反醫情節去訂定一個總額預算制度（只有消費者贏，計畫經濟共產社會主義—加拿大破產）共產主義—俄羅斯瓦解。違反生物統計中基本資料不同、國情、文化、教育、宗教、種族不同而訂出不合國情的政策。美國是世界超強為何不走總額制？因不適合國情。我國是跟著美國民主主義、自由經濟在走，怎麼會制定一個共產社會主義計畫經濟？怪不得美國健康照護體系專家訪問我國健保，認為是「烏托邦」。我國健保走總額制卻拿自由市場經濟的醫院分級部份負擔手法，為節省資源浪費，真的像「四不像」笑掉人家大牙。

64. (1) 不同組織功能、角色、性質（不同質）合併成功機會率本來就比較高
(2) 不同單位合併—訂需經過磨合期，因不同質，衝擊現象及內耗現象較不具殺傷力。

【019】

64.兩會合一後，功能是否彰顯，端賴組織架構及運作方式的設計，如何收支連動、公民參與、對等協商，都應審慎考量，否則不合一也罷。

【020】

63.未來二代健保改以家戶所得計費，打破 6 類 14 目之分類後，委員會要如何產生被保險人代表？

【022】

63.未來監理委員會雖隸屬行政院衛生署，但其功能運作本於國家改革、全民利益下的理性討論結果，必須受衛生署一定程度之尊重，否則兩會合一最後可能論為莫名其妙的「精省」歹戲。

64.如能賦予合一後的監理委員會一定的「受尊重」決策權，其委員之專業性及理性討論空間充裕，再加上有一定的專業幕僚單位（如健保小組納入其組織）則其功能運作就會比目前好，當然衛生署長對於監理委員會職能的尊重以及監理委員會的理性思辯及公正客觀絕對是兩會合一要能成功的關鍵。

最起碼不像雙頭馬車，而且專業或財務收支無論
司意見。

64.應該沒有。

【024】

64.視官方干涉程度而定。

【026】

63.應確實要求權責相符、資訊透明化，及落實公民參與。

64.醫療品質及給付項目縮水。

【027】

63.仍由大總額決定成長率的做法值得商榷，未落實自主權責相符之實。

64.委員產生及組織運作仍有待斟酌。

【028】

63.只能減少行政成本，無助健保財務。

64.無。

【030】

64.

(1) 主委的人選不易產生。

(2) 議事效率的考量，在共識上的建立不易。

(3) 委員的產生易有爭議。

(4) 專職與兼職委員間在專業知識的平衡與交流上宜加強。

【033】

64.官僚人員之組織文化與心態不易改革，即使兩會合一，其功能與運作是否如
規劃方案，上級及官僚之「尊重」心態十分重要，否則只是形式合一，實質分立。

【036】

63.無。

64.定位，委員如何產生、如何運作？有無實權，如何選取代表？

【037】

63.在財務收支應考量「量入為出」「量出為入」之機制，當收支無法平衡，收不
敷出時，應有機制調整匯率，以免影響病患就醫權益，進而影響品質。

64.監理、費協合併之後，監督單位及費用協定為同一機構，易造成權責不明，

63.有換湯不換藥的感覺。

64.目前還想不到。

【043】

64.兩會不同性質的功能，委員的聘任及運作須再設計。

【048】

63.規劃不夠清楚，無法評析。

64.目前尚不知細部規劃、無法評析。

【049】

63.難脫 DOH 政策的束縛。

64.兩會合一監理委員會如仍附屬於 DOH 下，則仍無法脫離 DOH 政策之執行者的角色而無法真正扮演好照護民眾的工作。

【050】

64.

(1) 委員組成代表性。

(2) 決議之拘束力。

業本次數分配（未加權）

	基本資料變項	個數	百分比
性別	男	34	57.6
	女	23	39.0
	遺漏值	2	3.4
教育程度	國初中以下	0	0
	高中、高職	2	2
	專科	1	1
	大學	12	12
	碩士	32	32
	博士	12	12
	遺漏值	0	0
年齡	20 歲以下	0	0
	20-29 歲	1	1
	30-39 歲	15	15
	40-49 歲	21	21
	50-59 歲	15	15
	60 歲以上	7	7
	遺漏值	0	0
最高學歷領域	經濟財務	4	6.8
	醫療保險	8	13.6
	公共行政與政策	6	10.2
	法律	2	3.4
	保險	4	6.8
	醫院管理	9	15.3
	公共衛生	8	13.6
	社會福利	7	11.9
	其他	6	10.2
	遺漏值	5	8.5
參與委員會	只有監理委員會	13	22.0
	只有費協會	2	3.4
	兩者皆有	14	23.7
	兩者皆未	30	50.8
	遺漏值	0	0
代表委員身分	專家學者	4	6.8
	被保險人	3	5.1
	雇主代表	3	5.1
	醫事服務機構	6	10.2

員代表	10	16.9
行政部門	24	40.7
非委員代表(專家學者)	5	8.5
其他	1	1.7
遺漏值	3	5.1

資料來源：本研究

目錄四 訪談問卷

您好：

本研究接受行政院衛生署監理委員會「全民健康保險監理委員會未來運作機制規劃之研究」研究案之委託，最主要的目的，是爲了協助監理委員會檢視現今監理、費協兩會的組成、運作與功能，並藉以提供未來兩會合一時運作方向之建議。因此，爲了更瞭解上述的研究問題，並提供實際且實用的政策建議，本研究希望能透過以下問題，以期滿足研究的需求。

您的任何意見都將有助於我們回答上述的研究問題，並謝謝您的撥冗回答。

計畫主持人：政治大學公共行政學系 陳敦源 副教授 聯絡電話：02-29393091#51145

研究助理：政治大學公共行政學系 王光旭 博士生

委託單位：行政院衛生署監理委員會

研究單位：政治大學公共行政學系 副教授 陳敦源、博士生 王光旭

研究時間：2006年5月至2006年12月

訪問題綱：

- 一、監理委員會（或費協會）在目前的整體健保體制的組織功能與定位是否合理？其決策是否具有法律效力？或僅是諮詢功能？兩會決策與衛生署長決策間的關係？
- 二、您認爲監理委員會（或費協會）目前在委員組成上，是否具備完整性與代表性的原則？目前的分配比例是否恰當？人數是否公允？在實際參與的積極度上是否有所不同？是否有需要刪減或增加的團體代表？
- 三、在監理委員會（或費協會）的例會中，各代表間的立場是否一致？協調上是否困難？決議多採合議制或投票制？主任委員多爲中立或有其立場傾向？
- 四、若整體評估現今監理委員會與費協會的分工與運作？您會覺得兩會之間的功能與決策會有相互抵觸的狀況嗎？兩會合一是否能解決兩者間的矛盾？
- 五、您覺得兩會合一的運作，應該是把原本監理和費協的功能全部整併在一個委員會之中去討論？還是在一個委員會外，再另外成立一個專門討論費用協定的委員會（委員是否也要有所不同）？只是隸屬於同一個單位之下？
- 六、根據前題，兩會合一後您覺得醫療費用的協商，應該要買賣之間對等協商？還是分開協商？
- 七、就兩會合一後的委員數量、委員組成比率與代表性、主任委員的選取方式、與其和衛生署長間的決策和權力互動關係？應該如何設計？又該如何被監督？進一步言之，就委員選取是否具備代表性的問題，您覺得有何標準可以決定應選擇什麼樣的團體？又可以透過什麼樣的方式來推薦與選擇？



PDF Complete

*Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

一，是否能有效促成收支連動？是否比監理與費協
效率與功能性？兩會合一又可能會面對什麼樣的



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

六 訪談逐字稿

([請親洽研究單位陳敦源教授 donc@nccu.edu.tw](mailto:donc@nccu.edu.tw))

附錄七 焦點團體座談參考資料

委員組成	設計原則：在具備代表性的基礎上，增加專業性(增加學者專家與專職委員)、以買、賣及政府專家三方等量設計代表性、減少政府代表，其中方案甲偏向運作獨立的設計，方案乙則是仍由主管機關主導專任委員的遴選	
4. 人數與分布 5. 專任人員 6. 主任委員產生	5. 付費者代表(不包含政府) 9人(社5, 雇4) 醫事服務機構代表 9人 政府與學者專家代表 9人(政5, 學4) 6. 三類委員各自互推專任代表一名，以學者專家優先 7. 主任委員由委員從三名專任委員中投票選舉之	4. 付費者代表(不包含政府) 9人(社5, 雇4) 醫事服務機構代表 9人 政府與學者專家代表 9人(政5, 學4) 5. 三類委員各自互推專任代表一名，以學者專家優先 6. 署長由專任學者專家委員中遴選一人出任主委，或自行兼任，或副署長兼任
組織角色	設計原則：甲方案健保監理會在健保收支上有實權(收支連動、強化幕僚、負財務全責)，乙方案乃現狀組合	
4. 與署長關係 5. 與健保小組關係 6. 與健保局關係	4. 署長將保費變動與費用協定權力下放，由監理會負全責，主任委員得就健保收支議題到立院備詢 5. 健保小組併入監理會下成其幕僚機構 6. 為上下級單位，與署長共同監督健保局	4. 署長負健保最終責任 5. 署內平行行政單位 6. 健保推動監理單位，協助署長監督健保局
組織功能	設計原則：考慮費率變動的政治性及必要性，強化公民參與	
5. 一般健保議題 6. 健保收入議題 7. 健保支出議題 8. 決策規則	5. 討論或是決議後，提供署長決策參酌 6. 在健保法授權範圍內，由署長或由委員自行提案，議決保費費率調整方案，其間得啓動公民參與機制，強化決策正當性 7. 總額協定與分配醫療費用 8. 需 1/2 委員出席始成會，決議事項須經出席委員過半數同意	5. 討論及議決署內提案，提交署長決策參考 6. 討論及議決署內提案，提交署長決策參考 7. 由三種團體各推五人成立費協小組，專任委員為當然小組成員，協商結果交大會確認，有兩種選擇： B-1 大會僅對決議追認，不得推翻 B-2 大會有權否決其決議 8. 需 1/2 委員出席始成會，決議事項須經出席委員過半數同意

【社會現制評估與兩會合一重點說明】

一、兩會目前組成、功能與運作方式如下：

法源依據	全民健康保險法第 4 條	全民健康保險法第 48 條
委員數	29	27
組成	學者專家：6 被保險人代表：5 雇主代表：5 醫事保險服務機構：5 政府相關單位：8	主管機關：9 付費者與專家：9 醫事服務機構：9
主任委員	衛生署長指定由學者專家中的一人出任	署長遴選
開會頻率	每月一次	每月一次
組織功能	政策諮詢單位 收入、支出監理	協定與分配醫療費用
組織角色	屬衛生署內的行政單位，決議不具行政處分的效力	屬衛生署內的行政單位，決議不具行政處分的效力
開會方式	二分之一以上委員出席，決議事項須經出席委員過半數同意	二分之一以上委員出席，由出席委員以協商方式達成協定行之

相關批評：收支不連動；被保險人、雇主、醫事服務機構委員會委員代表性不足；政府代表委員人數過多；有些委員健保相關知能較為不足；委員議事參與不積極，出席率，發言率過低；權責不相符。

二、兩會合一目前修正草案意涵如下：

3. 依據全民健保法修法草案第四條：將現行監理與費協兩會功能執掌合併，並擴大功能，審議保險費率及保險給付範圍。其中有關醫療保險給付費之協議訂定及分配，未來將落實由保險醫事服務提供者代表與付費者代表協商之精神。攸關全民重大利益之事項，具備啟動公民參與機制之權力。
4. 二代健保研究結論：兩會合一有助於落實收支連動，擴大社會參與，凸顯政策民意基礎，以減輕立法院之不當干預。建議短期進行兩會合一改造工程，長期組成全民健保行政法人。

三、兩會合一後，健保監理會與主管機關的關係，如何權責相符？如何有效率的運作？有以下相關原則：

3. 依據民主政治中『權責相符』的理論，權力愈大，要肩負的責任與被監督也就愈大，擁有決策權的單位，必須在民主政治的制度下，為決策的成敗負政治的責任。請思考兩會合一後的監理會，是否走向為政策負責的決策機關，或抑由主管機會負最後決策責任，或可兩者取其中？
4. 依據委員會治理理論，一個委員會運作成功的要件，在於『代表性』（利害關係人）、『效率性』（委員人數與規則）、與『專業性』（具備專業知識），在政府的委員會中，由於必須滿足社會團體的代表性，以有利於擴大社會參與，擴張決策的民意基礎，代表性條件的滿足又比效率及專業性更為重要。然在效率性上，理論上告訴我們過多的委員會造成參與的低效率，大部分的理論告訴我們，人數不可多於 23 人以上。又由於健保相關事務極具專業性，為促進更有意義的討論與決策，對於委員專業背景的要求似乎又必須備考量。

以下，請從以上提供的資訊，考量前述 A、B 方案，並討論以下題綱。

第六屆委員名單(合計 29 名)

94.03.016 96.02.28

主任委員

衛生政策研究發展中心兼任研究員 石曜堂 續任

專家學者代表(5 名)

國立台灣大學台大雲林分部籌備小組召集人 謝博生 續任
政治大學教授 施文森 續任
國家衛生研究院衛生政策發展研究中心研究員 余玉眉
景文技術學院副教授 朱澤民

被保險人代表(6 名)

中華民國消費者文教基金會董事長 李鳳翹 續任
台灣省漁會總幹事 陳有慶 續任
台灣省農會理事長 劉銓忠 續任
中華民國全國總工會常務理事 林錫維 續任
中華民國全國職業總工會理事長 邱寶安 續任
康復之友聯盟秘書長 滕西華

僱主代表(5 名)

中華民國全國工業總會理事長 陳武雄 續任
中華民國全國商業總會副秘書長 蔡高明 續任
中華民國工商協進會會員代表 柳進興 續任
中華民國中小企業協會副秘書長 林秉彬
中華民國工業協進會理事長 李成家

保險醫事服務機構(5 名)

中華民國醫師公會全聯會理事長 吳南河 續任
台灣醫院協會理事長 吳德明
中華民國牙醫師公會全聯會理事長 詹勳政
中華民國中醫師公會全聯會名譽理事長 林昭庚 續任
中華民國藥師公會全聯會常務理事 林振順

政府代表(8 名)

衛生署副署長 陳時中
銓敘部退撫司司長 呂明泰
內政部參事 蕭玉煌
財政部國庫署主任秘書 簡權長 續任
行政院勞工委員會技監 胡天榮 續任
行政院主計處第一局副局長 李國興 續任
台北市政府衛生局局长 宋晏仁 續任
高雄市政府衛生局局长 韓明榮 續任

見任委員（合計 27 名）

	推 薦 單 位	職 別	姓 名
醫事服務提供者	台灣醫學中心協會	理事長	黃俊雄
	台灣醫院協會	常務理事	張煥禎
	台灣醫院協會	常務監事	謝武吉
	中華民國醫師公會全國聯合會	理事長	吳南河
	中華民國醫師公會全國聯合會	常務理事	陳宗獻
	中華民國中醫師公會全國聯合會	理事長	林永農
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	常務理事	蘇鴻輝
	中華民國藥師公會全國聯合會	理事長	何榮生
	中華民國護理師護士公會全國聯合會	理事	楊麗珠
	台灣醫院協會	常務理事	張煥禎
付費者代表與學者專家	中華民國全國商業總會	副秘書長	賈大駿
	中華民國工商協進會	會員代表	王武林
	中華民國消費者文教基金會	董事長	李鳳翹
	台灣省農會	秘書	謝能
	台灣省漁會	秘書	陳文欽
	中華民國全國勞工聯盟總會	副理事長	陳順來
	全國產業總工會	理事	蔡登順
	行政院衛生署（專家學者）	教授	吳肖琪
相關主管機關	行政院衛生署（主任委員）	教授	鄭守夏
	行政院衛生署	副署長	陳時中
	銓敘部	副司長	王幸蕙
	內政部	司長	曾中明
	財政部國庫署	組長	柯綉絹
	行政院勞工委員會	處長	孟藹倫
	行政院主計處	研究委員	黃耀生
	台北市政府	局長	宋晏仁
高雄市政府	局長	韓明榮	

參考資料四

		個數	百分比
現行健保組織下收支 關係的互動，監理委 員會與費協會是否有 協調溝通不良的問 題？	否	21	36.8
	無意見	9	15.8
	無法判斷	18	31.6
	遺漏值	8	14.0
	非常同意	1	1.8
您是否同意，現行組 織體制下，監理委員 會有決定健保收入的 權力？	同意	1	1.8
	無意見	19	33.3
	不同意	7	12.3
	非常不同意	17	29.8
	無法判斷	9	15.8
	遺漏值	3	5.3
	非常同意	19	1.8
您是否同意，現行組 織體制下，費協會有 決定健保支出的實質 權力？	同意	2	3.5
	無意見	30	52.6
	不同意	4	3.5
	非常不同意	14	24.6
	無法判斷	3	5.3
	非常同意	4	7.0
您是否同意，現行組 織體制下，監理委員 會與費協會之間能夠 對收支議題進行有意 義的互動？	同意	3	5.3
	無意見	14	24.6
	不同意	13	22.8
	非常不同意	14	24.6
	無法判斷	3	5.3
	遺漏值	9	15.8
	非常順暢	1	1.8
現行健保的組織體制 當中，監理委員會與 費協會之間的互動是 否順暢？	順暢	12	21.1
	無意見	18	31.6
	不順暢	15	26.3
	非常不順暢	1	1.8
	無法判斷	10	17.5
現行健保的組織體制 當中，健保小組與監 理委員會之間的互動 是否順暢？	非常順暢	1	1.8
	順暢	20	35.1
	無意見	18	31.6
	不順暢	9	15.8
	非常不順暢	0	0

		8	14.0
		0	0
現行健保的組織體制	無異物	20	35.1
當中，健保小組與費	無意見	18	31.6
協會之間的互動是否	不順暢	7	12.3
順暢？	非常不順暢	0	0
	無法判斷	10	17.5
您是否贊成二代健保	贊成	38	66.7
修法中，將監理委員	不贊成	6	10.5
會與費協會合併成爲	無意見	12	21.1
一個「全民健康保險		1	1.8
監理委員會」(兩會合	無法判斷		
一)的作法？			
	隸屬於行政院	17	29.8
您認爲兩會合一後健	隸屬於衛生署	33	57.9
保監理委員會組織隸	隸屬於經建會	1	1.8
屬關係爲何？	其他	5	8.8
	遺漏值	1	1.8
兩會合一後的健保監	所有	40	70.2
理委員會，若面臨必	買賣雙方	6	10.5
須投票表決的議案	除買賣雙方之外，再	5	8.8
時，哪些委員應具備	加上政府機關代表		
投票權？	其他	4	7.0
	遺漏值	2	3.5
您認爲兩會合一後健	是	39	68.4
保監理委員會之主任	否	8	14.0
委員是否應爲專職？	無意見	7	12.3
	無法判斷	2	3.5
	遺漏值	1	1.8
您認爲兩會合一後的	主管機關首長兼任	4	7.0
健保監理委員會主任	主管機關副首長兼任	5	8.8
委員應如何產生？	主管機關首長從委員	20	35.1
	中指派		
	委員互選	18	31.6
	其他	8	14.0
	遺漏值	2	3.5
您認爲兩會合一後健	是	32	56.1
保監理委員會的決議	否	13	22.8
是否應對衛生署決策	無意見	4	7.0
具有約束力？	無法判斷	7	12.3
	遺漏值	1	1.8

		33	57.9
	由主管	19	33.3
	諮詢即可		
力，是否員或主任安	其他	4	7.0
員應到立法院備詢？	遺漏值	1	1.8
	由同類別的團體自行 協調推派	24	42.1
您認為健保監理委員	由主管機關自行判斷 遴選之	10	17.5
會委員代表應如何產	由同類別的團體先協 調名單，主管機關再 從中遴選	19	33.3
生？（學者專家及政 府代表除外）	其他	3	5.3
	遺漏值	1	1.8
您認為健保收支財務	量入為出	25	43.9
操作應該遵循哪些原	量出為入	18	31.6
則？	其他	11	19.3
	遺漏值	3	5.3
您認為兩會合一後監	共識決	29	50.9
理委員會會議運作模	主席裁決	2	3.5
式應該採取？	投票表決	23	40.4
	其他	1	1.8
	遺漏值	2	3.5
兩會合一後健保監理	一個月	42	73.7
委員會應多久召開一	兩個月	5	8.8
次？（單選）	一季	4	7.0
	半年		
	其他	4	7.0
	遺漏值	2	3.5
若遇重大決議事項，	是	48	84.2
認為有擴大參與之必	否	3	5.3
要時，健保監理委員	無意見	2	3.5
會是否具有啓動公民	無法判斷	3	5.3
參與機制的權力？			
兩會合一後的監理委	健保小組變成監理委 員會的幕僚單位	19	33.3
員會與健保小組間的	縮減重疊的功能	16	28.1
業務關係，應調整	維持原本功能與編制	17	29.8
為？	其他	3	5.3
	遺漏值	2	3.5
您認為上述類型在費	類型 A	9	15.8
用協商效率方面最具	類型 B	27	47.4
有效性為何？	類型 C	8	14.0

		5	8.8
		5	8.8
		1	1.8
	類型 A	19	33.3
上述類型在 <u>收支連動</u> 方面最具有效性為 何？	類型 B	8	14.0
	類型 C	13	22.8
	類型 D	8	14.0
	無法判斷	6	10.5
	遺漏值	1	1.8
	類型 A	13	22.8
上述類型在 <u>對等協商</u> 方面最具有效性為 何？	類型 B	19	33.3
	類型 C	9	15.8
	類型 D	9	15.8
	無法判斷	3	5.3
	遺漏值	1	1.8
	類型 A	22	38.6
上述類型在 <u>公民參與</u> 方面最具有效性為 何？	類型 B	5	8.8
	類型 C	6	10.5
	類型 D	9	15.8
	無法判斷	11	19.3
	遺漏值	1	1.8

點座談討論題綱

請參照參考資料一、二、及初步統計分析，討論下列問題：

討論一：行政部門委員會的公民參與與決策機制，向來學習社會統合主義成熟國家的作法，透過吸納具內聚力、一致性的代表團體進入委員會，達成國家與社會共治、共同分攤責任的效果。台灣目前最令人質疑的便是委員組成的代表性問題，在社會團體蓬勃發展的現狀下，如何挑選具代表性與內聚性的社會團體代表？對於在委員會中表現不積極的委員，應該如何設計其退場機制？

討論二：若以上述 A、B 方案為選擇標準，請討論未來健保監理委員會與衛生署（署長）間的關係，哪一個制度設計才能權責相符，又能發揮現有的功能。在這一議題中請思考兩會合一後主任委員應該由什麼樣的方式產生？（衛生署長或副署長兼任、衛生署指定專家委員、委員互選產生）。誰該為健保的決策負責任？健保委員會是否有對外負政治責任的條件？

討論三：收支連動向來是討論兩會合一議題最為熱門的話題之一。究竟是組織的分立造成收支不連動？還是整個會計、稅務制度的問題。兩會合一後究竟要如何收支連動？是否有決定費率的權力？

討論四：請以 A、B 方案為基礎討論會議行政細節的問題。例如：會議應該經多少委員出席始得開會？行政幕僚應該對委員作什麼樣的配合？會議的資料應該在開會前多久送到委員手中？會議進行時應該採取什麼決議方式？（共識、委員投票、主席裁示）。請描述現行制度在會議中曾經遭遇到的問題，並嘗試思考有何解決的方法。

參與觀察記錄

會議名稱	監理委員會第 133 次會議		
時間	2006/6/30, 9:00-12:00	地點	衛生署 R601
參與觀察者	王光旭	記錄員	王光旭
現場實況			
<p>一、會議開始時，連主席、委員及列席人員，僅有約 20 位左右到場。</p> <p>二、程序一：宣讀與確認上次會議紀錄，均無異議通過，此時約有近 30 位到場。</p> <p>三、程序二：健保局業務報告，健保局總經理劉見祥報告健保局財務營運、納保人口比例等變化趨勢。委員提問時，勞工代表與督保盟（康復之友會）首先提問，並針對內容有疑義之處，提出質疑。健保局有多位中、高階主管在場，以隨時因應委員的提問。</p> <p>四、民間與勞工的代表立場與醫療團體立場相左，勞工代表覺得醫療團體都在 A 錢，但基層醫療協會代表反駁，在醫療團體中，大多都是基層醫療協會代表吳南河發言，藥界代表也有發言一次，此外，雇主代表也有發言，但是針對健保局報告。</p> <p>五、程序三：健保局報告慢性處方簽政策執行概況。都保盟代表首先質疑慢簽政策成效過低，健保局訂定達成目標過於寬鬆。因牽涉醫藥分業，藥界代表也有發言。</p> <p>六、程序四：討論案，中區基層的醫師協會有強制休診內規，民間代表咸認此規定並不合法、合宜。經與基層醫療代表討論，決議應有輪流休診機制，但不能完全休診，罔顧民眾就醫權益。</p> <p>七、散會：11:30。</p>			
觀察心得			
<p>一、討論較費協會激烈，主要針對醫療服務提供問題為主。</p> <p>二、主席的引導性強，也有個人主觀意見。</p> <p>三、位置安排原則上為同一類別安排在一起，由左至右有醫療團體代表、監理委員會代表、雇主代表、民間團體代表、專家學者與政府代表。</p> <p>四、以健保局的討論案為基礎，不似費協會的討論。</p> <p>五、討論還算流暢、平和，有達致共同意見，為合議制，並沒有出現表決情況。</p> <p>六、經私下與與會人員討論，該員建議兩會合一後，在運作上仍然將費用討論的機制與監理委員會區隔會較好，也就是一個會裡，在獨立一個討論費用協定的機制。</p>			

會議名稱			
員用協定委員會第 113 次會議			
時間	2006/5/12, 9:00-12:10	地點	衛生署 R601
參與觀察者	黃書婷、王光旭	記錄員	黃書婷
現場實況			
<p>一、會議開始時，連主席、委員及列席人員，共有 34 位到場。</p> <p>二、程序一：宣讀前次會議紀錄。</p> <p>附帶決議：為增進管理效益與效率，而移列「其他預算」項下之各部門一般醫療服務預算，若該服務於下年度仍屬總額涵蓋範圍，則計算其下年度醫療給付費用總額所採基期費用，不減去該移列「其他預算」項下之額度。</p> <p>三、程序二：討論「全民健保年度醫療給付費用總額」所採基期費用校正方式。</p> <p>決議：於下次委員會議繼續討論。</p> <p>四、程序三：</p> <p>臨時提案（1）陳宗獻委員提案有關「94 年度西醫基層總額支付制度基層醫師至醫療資源缺乏地區服務獎勵措施試辦計劃」，若延續實施至 95 年 1~3 月之巡迴計劃，其經費之支付。</p> <p>決議：部分醫療院所 95 年 1~3 月延續執行「94 年度西醫基層總額支付制度基層醫師至醫療資源缺乏地區服務獎勵措施試辦計劃」，並希望經費由 94 年度西醫基層醫缺計劃專款支應，鑒於該事與本會所司總額協定分配業務無涉，及專款專用項目之預算已經議定自 94 年度起不得以任何理由流用，故本案不予支持。</p> <p>臨時提案（2）蔡登順、陳順來、謝能、李鳳翽、賈大駿委員提案建請健保局報告 95 年度查稽成效，杜絕浪費，以昭公信。</p> <p>決議：各界都希望有限的健保資源發揮最大效用，故期許總額協商機制可納入查核成效。請健保局於下次會議報告查核成效，以利 96 年度總額協商。</p>			
觀察心得			
<p>一、討論氣氛尚屬平和，未見激烈爭吵，亦有共識產生。</p> <p>二、主席主要乃主持流程功能，少見強烈之個人主觀意見。</p> <p>三、發言者多為特定幾個團體，其餘委員並不熱切參與討論。</p>			

會議名稱			
費用協定委員會第 118 次會議			
時間	2006/10/13, 9:00-12:10	地點	衛生署 R601
參與觀察者	王光旭、黃書婷	記錄員	黃書婷
現場實況			
<p>八、九點十分出席人數過半，會議開始。九點二十分將近九成委員已到席。</p> <p>九、程序一：宣讀前次會議紀錄，並報告前次委員議決議（定）事項辦理情形。</p> <p>十、程序二：健保局報告「95 年度中醫門診總額一般服務預算分配方式試辦計畫⁶ 終止辦理之要件指標」。</p> <p>決定：本案中醫師公會全聯會所訂終止要件，含中醫院所之特約限制，依中央健康保險局所建議，併入本次議程討論事項第七案討論。</p> <p>十一、程序三：中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」。</p> <p>十二、程序四：費協會重要業務報告。</p> <p>十三、程序五：進入討論案，謝委員能、蔡委員登順、陳委員順來、陳委員文欽</p> <p>提案：合理調配全民健保總額資源，以提升其效用。林委員永農提出爲了有效分散中醫師人力，落實醫師下鄉政策，有關中醫師人力過度飽和地區限制健保新特約中醫院所乙案，陳委員宗獻提 95 年度西醫基層總額中有關</p> <p>公務預算項目老人流感疫苗注射診察費處理方式，兩案皆移由下次會議討論。</p> <p>十四、十二點十分，散會。</p>			
觀察心得			
<p>七、鄭主委主持會議能力極佳，時間掌控也相當得宜，相關議題不忘讓各委員發表意見，主委個人則盡量維持客觀。</p> <p>八、此次會中並無出現爭吵，委員大多能夠平合地對談。</p> <p>九、仍有少數委員並無積極參與，只是在旁打盹。</p> <p>十、健保局業務報告中出現大量專業用語與數據圖表分析，委員能夠真正聽懂、了解者恐怕居於少數，因此能夠針對關鍵癥結提出看法的委員並不多。</p> <p>十一、相較於監理會，費協會內討論之議案會有實質決策出來。</p>			

深度訪談意見彙整

<p>一、監理會與費協會目前權責。</p>	<p>※雙漲在監理委員會當然無法做成通過。會中一定有很多委員表達不同的意見，在會中要有所謂的同意我相信是很難做成這樣的決議，只是大家有討論過各方面的意見這樣。(受訪者 A)</p> <p>※監理委員會沒有所謂的負責對象。它定位是研究諮詢，然後費協會就是在那邊分錢。(受訪者 B)</p> <p>※監理委員會現有的財務監理跟業務監理阿，我認為只要能夠給他授權讓他有更多一點決策，健保局願意來配合很多的問題都可以解決啦!(受訪者 D)</p> <p>※兩會不太一致的地方是，支出的部分，也就是如何做分配。(受訪者 E)</p>
<p>二、兩會合一後之角色功能與定位。</p>	<p>※現在修法是要讓監理委員會在兩會合一後可以決定要花多少錢，也就是決定要收多少錢。讓他有權力去跟署長做那個建議，是給監理會一個比較大的權利。(受訪者 B)</p> <p>※監理會大部分的時間都是在管它的收支合不合理?有沒有影響到保險人或是被保險人的權益，目前其實監理會與費協會他們組成的人都類似。費協會是比較具有實質的功能，那監理會來說他就比較像是一個諮詢上的功能。(受訪者 C)</p> <p>※兩會合一了以後兩邊協商出來的東西再另外有一個庭他可以按照這個目標去做。(受訪者 D)</p> <p>※兩會合一之後，應該是某種費協的功能在擴大。(受訪者 H)</p> <p>※我現在連 alternative 要哪幾個我都不覺得有，所以我覺得要切到說，alternative 可以提出來，那一個層次才是 negotiation 最重要的。(受訪者 E)</p>
<p>三、委員組成之代表性問題。</p>	<p>※每個委員都是獨立個體，委員所發表的意見當然理論上是站在委員所代表的團體立場，只是有時候委員的意見難免參雜個人的看法，所以在如何取決委員的意見這中間便是重要關鍵。(受訪者 A)</p> <p>※政府不應該有代表。因為這是一個諮詢委員會，本來就是給政府，政府本來都應該列席。(受訪者 C)</p> <p>※原則上應該是以支出金額的多寡來決定分配的人數，大概原則上大概是三分之一、三分之一、三分之一。(受訪者 F)</p> <p>※專家在集思廣益比較能夠周延，他們考慮的會比較長遠、經過國家社會的利益。這是我自己的概念。(受訪者 G)</p> <p>※原來監理委員會被賦予的責任是諮詢，諮詢更不應該是這樣的成員，你怎麼會找醫院的人來諮詢，他至少應該是一些專家而不是代表利益團體。(受訪者 H)</p>

是否能夠有效解決現制下兩會的矛盾？

看將來仍是委員性質的一個衛生暨社會福利部，功能上在兩會結構裡面會更提升，除原有的諮詢功能以外，至少還有兩個很重要的功能，就是給付範圍和費率的審議，不過也還是審議並非決議。（受訪者 A）

※如果說未來這兩會合一了以後，要去讓民眾多一點參與決策，那就是要把現有的署裡面的這些人、業務，要做一個比較清楚的切割。（受訪者 D）

※我會覺得說這其實代表管理者的力量其實夠強，回過來講署長到底有沒有必要在這個部分有那麼大的決定權，我是覺得說蠻值得討論。（受訪者 H）

※未來的兩會合一，你要讓它發揮更好的收支連動的精神的話，那精算小組要納入它的幕僚單位來做。（受訪者 J）

※我覺得最重要的不是組織，最重要的是條例跟規範，就是說你這個 table 談得出來談不出來，要用怎麼樣的方法去談，談得出來的話他往上是怎麼走。（受訪者 E）

五、兩會合一後之制度是否更能有效促成收支連動目標？

※它一個很重要的精神應該是讓買方和賣方去對談，把整個健保的財務面先搞好。真正做了之後能不能達到雖不是那麼確認，不過我覺得它是一個該走的方向，你必須讓這個社會、這個團體、這個環境慢慢地去接受這是我們應該要有的遊戲規則。久了之後它會慢慢比較成熟，至少它是正向的，就是說會讓雙方可以對談。（受訪者 A）

※如果二代健保的收費機制在沒有通過的前提之下，兩會合一做了沒有什麼意義。我個人的觀點是繳費要統一，然後 provider 可以分。（受訪者 B）

※沒有辦法。收支連動跟精算跟分配也有關係。（受訪者 C）

※我是建議政府退到後面來，買方就是被保險人。政府也是其中一個買方，但是最後的決策可以是健保局或是不是健保局，衛生署可以做一個仲裁。（受訪者 D）

※收支連動我覺得有必要，因為我們監理會主要著眼在收入面，但在支出面也會談到，這有時候就不是掌握得很清楚，沒辦法切中要害，而若監理會去接觸到那個技術面的部分，當然就可能比較瞭解了。（受訪者 F）

※在收支連動兩會合一之後，困難度我認為會比現在更高，現在由於收支分離的情況，責任沒有那麼明確，所以在支的方面還約略比較會就需要做個考慮，連動之後因為同一個委員會，反而會把現在支的模式給破壞掉。（受訪者 G）

※審預算或是說稽核那是應該要有另外設計的監督機制，不應該把他跟協商放一起。兩會合一他牽扯到太多感情的問題，其實今天我們在講的是一個非常單純的財務收支的問題，從功能應該是越簡單越好。（受訪者 H）

※操作上硬要這麼做的話只能說是量入為出，可是他是違反保險的精神，因為保險的話是倒過來。（受訪者 I）

※費協會能夠成功的原因是現在沒有收支連動，那如果未來要成功而且要納入收支連動的話，可能就要量出為入，這是醫界比較容易接受的部分。（受訪者 J）

※收支連動是最理想，可是我覺得收支的訊息的 transparent，這個是第一步要做的，收支這兩個其實最重要的就是上面的財務他要做這樣一個平衡的報告，這樣的平衡報告沒有人敢拿出來。（受訪者 E）

資料來源：本研究

員會代表出席狀況分配次數³⁷

學者專家代表	奇美醫院執行長	9 (6.8%)	15 (11.4%)	0	24 (18.2%)
	國衛院	2 (1.5%)	13 (9.8%)	0	15 (11.4%)
	景文	4 (3.0%)	11 (8.3%)	0	15 (11.4%)
	政大	7 (5.3%)	14 (10.6%)	0	21 (15.9%)
	考試委員	10 (7.6%)	37 (28.0%)	0	47 (35.6%)
	健康管理學院	13 (9.8%)	10 (7.6%)	0	23 (17.4%)
	中正大學	5 (3.8%)	18 (13.6%)	0	23 (17.4%)
	中華經濟研究院	13 (9.8%)	9 (6.8%)	1 (0.8%)	23 (17.4%)
	保險學會	13 (9.8%)	56 (42.4%)	1 (0.8%)	70 (53.0%)
	付費者代表				
總工會 (1)		5 (3.8%)	122 (92.4%)	5 (3.8%)	132 (100%)
總工會 (2)		19 (14.4%)	67 (50.8%)	7 (5.3%)	93 (70.5%)
總工會(3)		0	5 (3.8%)	0	0
產業總工會		1 (0.8%)	20 (15.2%)	3 (2.3%)	24 (18.2%)
康復之友		0	13 (9.8%)	2 (1.5%)	15 (11.4%)
職業總工會	1 (0.8%)	34 (25.8%)	4 (3.0%)	39 (29.5%)	
雇主代表	工業總會	7 (5.3%)	60 (45.5%)	65 (49.2%)	132 (100%)
	商業總會	27 (20.5%)	38 (28.8%)	67 (50.8%)	132 (100%)
	工商協進會	17 (12.9%)	98 (74.2%)	17 (12.9%)	132 (100%)
	經濟部人事處	12 (9.1%)	49 (37.1%)	56 (42.4%)	117 (88.6%)
	工業協進會	10 (7.6%)	0	5 (3.8%)	15 (11.4%)

³⁷ 標色為缺席率比例明顯較同類型委員高出許多的代表，標斜體字則是代理率較同類型委員高出許多的代表。

		3%)	116 (87.9%)	13 (9.8%)	132 (100%)
		3%)	109 (82.6%)	18 (13.6%)	132 (100%)
提供者	牙醫師	0	113 (85.6%)	19 (14.4%)	132 (100%)
	醫院協會	16 (12.1%)	98 (74.2%)	18 (13.6%)	132 (100%)
政府機關	健保小組	7 (5.3%)	101 (76.5%)	24 (18.2%)	132 (100%)
	銓敘部退撫司	13 (9.8%)	67 (50.8%)	52 (39.4%)	132 (100%)
	內政部社會司	26 (19.7%)	27 (20.5%)	79 (59.8%)	132 (100%)
	財部國庫署	11 (8.3%)	105 (79.5%)	16 (12.1%)	132 (100%)
	勞委會	29 (22.0%)	85 (64.4%)	18 (13.6%)	132 (100%)
	省衛生處	13 (9.8%)	21 (15.9%)	13 (9.8%)	47 (35.6%)
	主計處	20 (15.2%)	40 (30.3%)	25 (18.9%)	85 (64.4%)
	台北市	28 (21.2%)	37 (28.0%)	67 (50.8%)	132 (100%)
	高雄市	37 (28.0%)	34 (25.8%)	61 (46.2%)	132 (100%)
	主任委員	0	112 (84.8%)	20 (15.2%)	132 (100%)

資料來源：本研究

醫學會代表出席狀況分配次數

醫療提供者	臺灣醫學中心協會	17 (14.4%)	44 (37.3%)	57 (14.4%)	118 (100%)
	醫院協會(區域醫院)	15 (12.7%)	43 (36.4%)	60 (50.8%)	118 (100%)
	醫院協會(地區醫院)	9 (7.6%)	66 (55.9%)	43 (36.4%)	118 (100%)
	醫師公會 1	16 (13.6%)	73 (61.9%)	29 (24.6%)	118 (100%)
	醫師公會 2	8 (6.8%)	91 (77.1%)	19 (16.1%)	118 (100%)
	中醫師	4 (3.4%)	76 (64.4%)	38 (32.2%)	118 (100%)
	牙醫師	5 (4.2%)	107 (90.7%)	6 (5.1%)	118 (100%)
	藥師公會	15 (12.7%)	79 (66.9%)	24 (20.3%)	118 (100%)
	護理師護士公會	22 (18.6%)	86 (72.9%)	10 (8.5%)	118 (100%)
雇主	工業總會	9 (7.6%)	60 (50.8%)	49 (41.5%)	118 (100%)
付費者代表					
	農會	15 (12.7%)	28 (23.7%)	75 (63.6%)	118 (100%)
	漁會	27 (22.9%)	55 (46.6%)	36 (30.5%)	118 (100%)
	全國勞工聯盟總會	14 (11.9%)	100 (84.7%)	4 (3.4%)	118 (100%)
	產業總工會	12 (10.2%)	105 (89.0%)	1 (0.8%)	118 (100%)
學者		37 (31.4%)	81 (68.6%)	0	118 (100%)
政府機關	行政院衛生署	10 (8.5%)	68 (57.6%)	40 (33.9%)	118 (100%)
	銓敘部退撫司	16 (13.6%)	59 (50.0%)	43 (36.4%)	118 (100%)
	內政部社會司	35 (29.7%)	11 (9.3%)	72 (61.0%)	118 (100%)
	財部國庫署	24 (20.3%)	94 (79.7%)	0	118 (100%)
	勞委會	35 (29.7%)	63 (53.4%)	20 (16.9%)	118 (100%)
	主計處	36 (30.5%)	72 (61.0%)	10 (8.5%)	118 (100%)
	台北市	10 (8.5%)	22 (18.6%)	86 (72.9%)	118 (100%)
	高雄市	19 (16.1%)	10 (8.5%)	89 (75.4%)	118 (100%)
	主任委員	1 (0.8%)	113 (95.8%)	4 (3.4%)	118 (100%)

中報告審查紀錄與回應

1	<p>問題可歸納為上、中、下游三個角度去思考：</p> <p>上游：監理會未來與衛生署、健保局之關係，與健保局的定位有關。</p> <p>中游：現行二會之職掌及所審議之事項為何？未來二會合一時，所能審議之權限和事項又是哪些？</p> <p>下游：如何篩選人民團體代表？代表之類別適不適當？政府機關代表那麼多，適不適當？如何選取代表利害關係之人民團體？如何建立指標？</p>	<p>感謝審查委員之意見。</p> <p>本研究已參酌建議，並在問卷、訪談與焦點團體的分析設計上，將上游、中游與下游的問題都參酌設計。</p>
2	<p>解答問題，除參考國外經驗，建議可參考國內健保以外之體制單位，如交通部費率審議委員會(公車票價、捷運票價)、台電回饋基金等，去了解利益分配如何建置？人民如何參與？資源如何分配？費率如何訂定？</p>	<p>本研究已參酌建議，在第五章第三節處理相關議題。</p>
3	<p>先將目前二會所面臨的問題建構出來，以支撐二會合一的正當性。並以二會合一後政策的願景，合理化機關的轉變。合併的正當性和將來運作的正當性，需要界定的很清楚。</p>	<p>感謝審查委員之建議，本研究在接受委託單位計畫委託需求書時，該需求書已內載不探討兩會合一正當性之問題。本研究將其視為衛生署一既定政策，並提出相關的制度設計與規劃方向為本研究目的。</p>
4	<p>有關 citizen participation 的部分，擔心公民會議無任何政策制定的約束力，只是一種諮詢。如何讓公民會議與公民投票制度接軌，這二種制度可彼此互補、協力。</p>	<p>感謝審查委員之建議。</p> <p>本研究已參酌建議，並在問卷設計上，將問題納入設計。</p>
5	<p>對於選取團體評估的標準，應參考 William Dunn 的 6 個觀點：效能性、效率性、充分性、妥當性、回應性和衡平性。</p>	<p>感謝審查委員的建議，本研究並未使用相關概念進行分析，故不予納入。</p>
6	<p>第 40 頁所提權責相符之操作化問題範例，與權責相符 relevance 不高，恐有些落差。</p>	<p>感謝審查委員的建議。本研究已參酌建議，並在問卷設計上重新設計相關問題。</p>
7	<p>資料分析上只作到監理會出席情形，未作到費協會的部分。研究中未分析委員會於實地監督的情形出席率如何？是否真能達到監督的功能？</p>	<p>感謝審查委員之建議。本研究已參酌相關建議，補綴，成果呈現於第四章第二節。</p>
8	<p>建議可針對為什麼費協會委員出席情形較監理會為佳？以及二會委員出席率和發言率進行分析。</p>	<p>感謝審查委員之建議。</p> <p>本研究已針對該建議進行分析，並將分析呈現在第四章第二節。</p>
9	<p>可以監理會和衛生署、健保局的關係探討，進行切入。二會的角色和定位，可由被管理者的角度切入，故可了解健保局會對監理會應該如何運作的想法。</p>	<p>感謝審查委員之建議。</p> <p>已在訪談的對象中，安排健保局相關人員進行訪談。</p>
10	<p>請陳教授檢視現行的支持系統，有沒有給監理委員會或健保局重要的權責範圍？或設定重要的議題？讓大家都去討論。</p>	<p>感謝審查委員的建議。</p> <p>此問題後續將列入本研究訪談的問題當中。</p>
11	<p>確認委員會內部組織的行政人員角色和功能，以協助委員會做決策，以及協助委員提昇監理能力。</p>	<p>感謝審查委員的建議。</p> <p>此一問題已列入期中之後訪談與焦點團體座談的重點。</p>
12	<p>建議無解的部分，應予以切割。</p>	<p>感謝審查委員的建議，對於建議無解的部分，本研究不傾向給予一個明確的解答，而是提出可能的建議。</p>

	對衛生署糾正 這是因監理會 並不是健保或 監理委員會的權責。此引用恐造成誤解，請陳老師再進一步確認修正。	已修正，並納入報告。
14	將研究資料以系統性，質性分析的方式呈現，較能符合林教授的期待。	已採納建議，並將之進行系統性的歸納與分析。
15	註腳不足部分，如第 23 頁「公民社會」、第 25 頁「LULUs」，看起來顯然不能讓人很了解其意，應加註解說明。	已採納建議，詳見期末報告。
16	勘誤的部分，除書面資料所列外，身「份」、部「份」及計「劃」等，併請更正為身「分」、部「分」及計「畫」。所引碩士論文作者陳怡「好」，應為陳怡「仔」。	已修正。

期末報告審查紀錄與回應

1	代理人制度是否適當宜加以論述：有關委員出席狀況乙節 (p.74)，由於本會委員皆為兼任制，為維持會議正常運作，設有代理人制度，可檢討代理人制度，對於委員會的運作上、功能上是否有實質的助益？是否合宜？	已採納建議並在頁 75 添加相關論述。
2	建議增加國內委員會審議費率之相關案例 (p.117)：有關政府部門之審議費率之委員會組織性質上可分為二種，一為臨時性（非常設性）組織，如「交通部費率審議委員會」（交通部運輸研究所為其幕僚單位，召集人和委員由部長指派，必要時召開會議）；一為法定組織，如「臺北市有線廣播電視系統費率審議委員會」，對於上述二類委員會之運作及決策方式，建議考量納入。	相關的論述僅在註腳 29 處處理，主要原因在於政府部門的委員會種類繁多，建議所指涉其兩個委員會並非最具代表性是委員會；再者，這兩個委員會的性質與健保相關委員會的性質有些許差距，尤其是臨時性的委員會差距頗大，台北市有線電視費率審議的委員會業務範圍與格局較監理委員會小，無論是在利益與地域上都較為單純，故僅在註腳處提及。
3	建議增加有關委員會代表團體產生方式之外國經驗：本研究引介國外經驗，但並無呈現有關委員會代表團體如何產生，建議予以探討。	僅在法規，書面的資料看到比例的分配，但並無實質上如何選擇的說明，建議委託單位可針對此議題，編列出國考察預算直接以考察的方式進行資料的蒐集與瞭解。
4	表 4-8 (p.78) 和表 4-11 (p.82) 委員提案比率，主任委員有提案嗎？是否 coding 有誤？	已修正。
5	養成社會團體共同負責的觀念 (p.168) 第二段，雖以表 7-1 呈現，但敘述上不甚清楚，宜再加說明。	表 7-1 的敘述主要在說明本研究建議的健保監理會組成結構，與養成社會團體共同負責的部分是分開處理的，為避免造成誤解，已經有所區隔。
6	有關委員績效評估之建議：本研究建議以委員每年出席率、會議發言數、與會議提案數進行績效評估，但實務上，本會除例行委員會會議外，尚有其他法定職掌，如審議健保局年度預、結、決算、年度計畫及財務或業務檢（訪）查等，有關委員之參與情形，是否也應一併納入？如此，則各項評估比重應如何設計較佳？	已在註 33 有說明，請詳閱頁 121。
7	建議有關委員更替之部分予以著墨：為兼顧議事運作之專業性、穩定性及經驗傳承等考量，每年委員更替比例為多少較為適宜與和諧？	已在第五章的結論與第七章的結論處理。
8	NIMBY 與 LuLus 未加註腳。	已加註，請參閱註 13，頁 26。
9	文字修正部分。	已全部修正完畢。
10	目前二會分立制度在運作上所遭遇的問題，在二會合一後是否即能改善，或仍會存在一些無法解決的問題，這些問題要如何處理？	此一問題並非本研究範圍，建議委託單位後續可針對此一問題進行進一步的委託研究分析。
11	建議摘要的部分補充說明「二代健保中建議二會合一之情形下做此分析」。	感謝審查委員的建議，已在摘要中處理。
12	只參加一次與參加多次者的權重是否相同？宜再加以討論。亦即受訪者和問卷作答者，參與委員會的程度不同，其權重就應不同。	感謝審查委員的建議，本研究將所有的受訪者區分為以下幾個部分：第一、僅參與監理委員會；第二、僅參與費協會；第三、兩者皆參與過；第四、兩者皆未參與。其中兩者皆未參與的受訪者，身份多為業務單位的行政幕僚，對於兩會的運作狀況也不見得不熟稔。若要區隔這些受訪者的權重，本研究並無法用一個很客觀的標準來判斷，是否兩會皆參加的必定比只參加監理會的意見來得正確？或是參加兩屆以上的

		會比僅參加一屆的來得正確？而行政幕僚的經驗是否又不比委員？現任與卸任委員間意見的差異如何權重？這些判斷的標準會牽涉到研究者的個人主觀意思，本研究在此並不針對這樣的權重做處理，因為我們永遠不清楚誰講的話應該最接近現實？或最需受到重視？本研究將在引用處加註以處理此一問題。
13	<p>有關委員遴聘的問題，陳老師設計了一個退場機制，但仍是以出席率、發言率和提案率為評核基準，但為何能以這三項指標為代表？希望能補充說明。</p> <p>對於監理會組織未來的運作和功能角色的扮演，以出席率、發言率和提案率為評估的基準不是很精確，似乎較偏向表面，事實上，委員的提案內容有無參考性或具體之建議性，可能當作功能性還較適當。</p>	此一指標是我們從會議的資料中最容易觀察與分析的指標，可作為判斷委員是否積極議事的基礎，但本研究並不否認尚有更精緻的方法可以判斷委員的議事積極度，以及實質上委員的參與品質，但精細的方法，在資料蒐集與分析上便要相對付出更大的作業成本，且可能會牽涉到判斷者的主觀判斷，相關論述已補綴文中。但本研究仍要強調的是，任何指標的處理皆有其難易處，但出席率與發言率等資訊作為一基本門檻，是最有利於主管機關的資訊處理方式，也是最為公正的，若沒有好的出席率，也不會有好的議事品質。以此為基礎，行有餘力，主管機關可以再思索更細緻的方法。
14	費協會中，農會代表的推選，以理事長為監理會代表、總幹事為費協會代表之慣例，且歷年來二會之代理人皆為同一位，本來為保險主任，該代表陞任秘書後仍繼續出席。自本屆起，該名代理人更成為正式委員，對本會之貢獻非常多。在陳老師的歸類中，委員若正式出席，其參與率是較高的，但農會的情況特殊，希望能於文中農會的部分加以修正。	已於頁 80 修正。
15	現在很多人都認為監理會的存在很重要，但是監理會的 staff 雖編制 30 人、預算員額 23 人，但絕大多數皆支援衛生署其他單位，實際負責業務之同仁僅餘 9 位，衛生署一方面強調監理會很重要，另一方面卻又以「大局為重」將人要走。監理會的功能要強，不只是委員，staff 也很重要，請納入本研究中。	已在頁 71-72 納入討論。