

臺北市政府九十二年度員工平時自行研究報告

(全民健保業務之檢討)

姓 名：李宜娟

服務機關：臺北市萬華區公所

臺北市政府九十二年度計畫研究報告提要表

填表人：李宜娟 電話：23064468#311

填表日期：92.12.4

研究項目	全民健保業務之檢討		
研究單位 及人員	臺北市萬華區公所 李宜娟	研究期間	92.01.01— 92.12.04
報告內容摘要	建議事項	建議參採機關	

<p>說明現行全民健保制度</p> <p>探討全民健保的財務負擔制度</p> <p>現行支付制度影響醫療品質</p> <p>從總體及個體層面檢討全民健保財務收支之危機</p> <p>總額預算支付制度之意涵及其實施的目的與時程</p> <p>分析全民健康保險醫療費用部分負擔制度</p>	<p>為維持全民健保長期財務收支平衡所必要的調整方案，包括調整費率、擴大費基、修正部分負擔和檢討給付範圍。</p> <p>實施多元化的支付制度，並要求醫療提供者承擔更多的財務及醫療品質責任。</p> <p>保障弱勢族群的就醫權益，針對經濟困難的民眾提供相關措施。</p> <p>建立健全的健保體制，以期永續經營，照顧全民健康。</p>	<p>中央健保局</p>
--	---	--------------

# 全民健保業務之檢討

## 目錄

第一章	緒論	
	第一節	現行全民健保制度 ----- 1
	第二節	研究動機與研究目的 ----- 2
	第三節	研究的範圍與方法 ----- 2
第二章	文獻探討	----- 3
	第一節	全民健保的財務負擔制度 ----- 3
	第二節	醫療費用的支付方式 ----- 5
	第三節	現行支付結構 ----- 5
	第四節	醫療品質的隱憂 ----- 6
第三章	資料分析	----- 7
第四章	主要發現	----- 7
	第一節	全民健保財務收支危機的檢討 ----- 8
	第二節	總額預算支付制度 ----- 10
	第三節	全民健康保險醫療費用部分負擔之分析 ----- 12
第五章	建議與結論	----- 19
	第一節	未來展望 ----- 19
	第二節	結論 ----- 20
	參考文獻	----- 21

# 全民健保業務之檢討

## 第一章 緒論

### 第一節 現行全民健保制度

政府基於照顧全民健康的理想，提供所有民眾健康的基本保障，毅然決定排除萬難，實施全民健康保險。八十三年七月十九日立法院三讀通過全民健康保險法，同年八月九日由總統公布、十月三日公布增訂強制參加全民健康保險條文，十二月三十日中央健康保險局組織條例正式公布，並於八十四年一月一日成立中央健康保險局籌辦全民健康保險業務，八十四年三月一日全民健康保險正式開辦。

行政院衛生署為全民健康保險的主管機關，目前其下設有四個平行單位，維持整個健保體制的運作，包括負責監理全民健康保險各項業務的『全民健康保險監理委員會』，負責審議全民健康保險各項爭議的『全民健康保險爭議審議委員會』，負責協定全民健保醫療費用的『全民健康保險醫療費用協定委員會』，以及負責執行各項全民健保業務的『中央健康保險局』（以下簡稱健保局）。

全民健保屬於強制性的社會保險，提供全民平等的就醫權益，凡具有中華民國國籍，且在台灣地區設有戶籍滿四個月以上的民眾，都必須依法參加全民健保，成為全民健保的保險對象，而領有台灣地區居留證之非本國籍人士，在台灣居留滿四個月，也應依法參加健保。

被保險人依其就業身分與所屬投保單位分為六類，有所得收入者應透過所屬投保單位投保，沒有工作的人則可透過鄉（鎮、市、區）公所投保。

參加全民健康保險的保險對象，經繳交保險費並領取健保卡後，凡發生疾病、傷害、生育、事故，皆可憑卡至特約醫院及診所、特約藥局、指定醫事檢驗機構等特約醫事服務機構，接受醫療服務。全民健康保險醫療服務包括西醫、中醫、及牙醫門診醫療服務、住院醫療服務及預防保健、分娩等項目。

## 第二節 研究動機與研究目的

全民健保開辦實施至今已逾八年，雖成功的將預防保健服務、門診、住院、居家照護及社區保健等重要措施一一實現，但仍有許多亟待改進的地方，故本研究擬一一探討的主題歸納如下：

- 一、 建立公平的財務負擔
- 二、 採取有效的成本控制
- 三、 訂定合理的支付結構
- 四、 提供良好的醫療品質

希望本研究，能對未來健保局邁向永續經營之路，提供部分參考。

## 第三節 研究的範圍與方法

本研究係針對現行全民健保制度實施以來，所產生的缺失，而提出上述四大改革主張。全民健保以照顧全民健康為宗旨，因保費負擔的不公平造成估計仍有 4 % 的人未納保。健保財務自八十七年起已呈逆差，亦即保險支出大於保險收入，而收支之不足，需由安全準備金填補，因此如何有效的控制成本，可是當務之急。各項醫療服務都應得到合理的給付，以提昇醫療服務品質，讓醫病之間有良好的互動關係，因此，研修合宜的給付方式及支付標準是必要的工作。全民健保施行以來，大型醫院門診量不斷增加，部分門診病人看診時間過短，影響醫療服務品質，為促使醫療提供者能提供完整之門診診療服務，藉由調高門診合理量內看診病人之診察費，及降低超出門診合理量之看診病人之診察費方式，以提昇門診醫療品質。

## 第二章 文獻探討

### 第一節 全民健保的財務負擔制度

全民健保是建立在一個社會連帶的前提上：讓健康的、高所得的、年輕的、有工作的、單身的來幫助生病的、低所得者、年老的、失業的、多眷口的。這種社會連帶感的形成，必須在財務制度上建立公平的、量能負擔的原則。但我們的全民健保目前在財務負擔的設計上，卻處處違反量能負擔的原則，製造「劫貧濟富」的社會不滿。筆者以為，造成保費負擔的不公平，在於以下三個制度面的根源：

- 一、現行體制將被保險人以就業身分和職業類別為基礎，作六類十三項的分類，每個類別的被保險人自負保費比率不一，保費課徵的基礎也不同。
- 二、以設定上限的薪資為保費的主要來源，對低薪資者收取的保費過高，對高所得者收取過低，對無固定薪資所得者如雇主、自營作業者、專門技術人員、農漁民與地區人口，不衡量經濟能力，只考慮行政的方便，而訂定同一保費金額。更不合理的是地區人口（多為失業者）的保費，竟是全體被保險人保費的平均數，使得失業者所繳的保費，高達受雇者平均保費的二倍！
- 三、論口計費的方式，使無所得能力的老人、小孩和殘障者也必須繳交保費，增加多眷口的中低收入戶的經濟負擔。衡量財務是否公平的原則，一個簡單的準繩是，每一個家戶所支出的保費，佔其所有所得收入的比例，大約是相等的。但是，全民健保現行的保費負擔方式，卻使得中低所得的家戶，所繳交的保費佔其家戶所得的比率，遠遠超過高所得者；或者使得所得相近的家戶，由於投保身份和眷口數的不同，負擔保費的數額也不一致。總而言之，現行保費的計算方式，處處為違反「量能負擔」的社會公義原則。而不公平的保費負擔方式，也使得一些經濟弱勢團體，被遺漏在全民健保的社會安全網之外。

## 第二節 醫療費用的支付方式

現制仍以論量計酬的方式來支付醫療費用。醫療服務的支付價格，也還不是建立在付費者和醫療提供者都能同意的民主協商程序上，而大抵是由政府片面決定的。醫療提供者由於無法建立集體的管道，來協商他們所認為合理的醫療價格，乃以增加服務量或甚至以舞弊造假、浮濫申報的行為來提高收入。但政府保險機構並未建立有效的服務審查體系，來限制醫療提供者浪費和舞弊的行為。總括來說，雖然政府經營的單一保險機構從理論上說來是比較能夠控制醫療成本的，但由於以上所指出的因素，使得現有的健保體制，在成本的控制上還不是很成功。

## 第三節 現行支付結構

目前支付標準的訂定，缺乏合理的成本分析，不同部門、專科別支付的數額，差異極大。但支付的差異並不是以客觀的成本資料為基礎，這使得不同的醫療服務項目的支付水準，無法反應投入成本的多寡和專業技術的複雜程度，因而產生了許多不公平、不合理的現象，也造成醫療行為的的扭曲。

現行支付結構，不管是在住院還是在門診方面，由於專業報酬偏低，藥品與檢驗的支付數額偏高，鼓勵用藥與檢驗的浮濫。在住院服務方面，目前的支付結構，對重症複雜病例和病房費的支付數額偏

低，變相鼓勵醫院不斷擴充成本較低的服務項目，例如增加門診量，來提高收入，並以提高病房費差額的方式來彌補支付數額的不足，增加住院病患的經濟負擔。在門診服務方面，現行支付結構對基層醫療來說，由於專業報酬偏低，以及缺乏彈性的門診費用設限，一方面使基層診所相對於大醫院較缺競爭性，另一方面誘使他們增加門診次數，或向病患濫收費用來達到目標收入，以致造成就醫的浮濫，民眾的不便與負擔，以及醫病關係的衝突。

#### 第四節 醫療品質的隱憂

保險體系的費用支付制度創造經濟誘因，影響醫療提供者的行為，也因而影響了醫療的品質。目前全民健保的費用支付制度，卻在某些方面扭曲醫療行為，造成醫療品質的低落。例如，由於專業報酬過低，鼓勵醫療院所「以量制價」的行為，大量提高服務量，造成民眾就醫的多次奔波與擁擠不便，以及診療的短促、敷衍，嚴重影響醫療的品質。又如，某些治療項目的支付數額偏低，醫療院所抱怨不敷成本，而無法提供適當的醫療服務，因而危及醫療品質。

在醫療服務市場，個別的病患由於資訊的不足，通常不太有能力去判斷醫生所做的醫療服務是否適當，因此保險機構作為病患的付費代理人，應該藉由服務審查程序，來監督醫師的治療行為，確保醫療品質。但全民健保目前的醫事服務審查制度，比較偏重費用的控制，

而忽視從評估醫療過程的適當性來確保醫療品質。

### 第三章 資料分析

全民健保精神在於讓全體民眾都能享有完善的醫療照顧，因此保障弱勢族群就醫權益是重要政策之一，對於經濟困難的民眾，健保局目前提供之措施包括：

- 一、辦理分期攤繳保險費。
- 二、健保經濟困難民眾保護傘全面展開。

九十二年六月六日立法院三讀通過健保經濟困難民眾納保修法案，以對經濟困難民眾緩繳或免除過去欠費的優惠方式，減輕其欠費壓力，讓這些民眾重新回到健保體系，獲得健保之醫療照護。並於七月十日發布實施「全民健康保險經濟困難及經濟特殊困難者認定辦法」。

- 三、緊急醫療保障措施。

無力繳納健保費民眾如因傷病需住院、急診或重症、急診門診醫療，經里長開具證明者，均可專案以健保身分就醫。

- 四、轉介公益團體補助健保費。

### 第四章 主要發現

## 第一節 全民健保財務收支危機的檢討

### 一、 總體層面

#### (一) 醫療支出方面

醫療支出的成長導因於人民對醫療需求的增加與品質要求的提升，以及人口老化與醫療科技的進步，再加上就醫的方便性，醫療支出的成長率遂高於國內生產毛額的成長率。根據國內外學者研究分析與實證經驗，醫療需求的所得彈性不小於一，亦即醫療需求的增加率會大於國民所得的增加率；另一方面，由於醫療科技的進步與國民所得的增加，致使國民的壽命越來越長，老年人口比重越來越高，亦會導致醫療需求進一步的增加。

#### (二) 保費收入方面

計算保費收入的投保金額以受雇者的經常性薪資為基礎，由於我國非農業部門經常性薪資成長率低於國內生產毛額成長率；另一方面投保金額有上限的規定，薪資超過上限者，不必計列保費，計算保費之下限又以基本工資為依據，近年來其調升幅度不大，是以在費率不變情況下，保費收入成長速度低於國內生產毛額的成長率。健保開辦初期，保費收入高於醫療支出，在保費收入基期較高情況下，縱使醫療支出成長率高於保費收入成長率，健保財務尚能

維持結餘；但在醫療支出成長率會高於保費收入成長率的情況，近年來醫療支出已高於保費收入。

## 二、 個體層面

除了總體層面因素外，尚有其它因素會影響健保財務，茲以保費收入與醫療支出說明之：

### （一） 保費收入方面 → 平均眷口數降低：

雇主與政府負擔之保費或補助款係以平均眷口數計，開辦初期平均眷口數以一·三六人計算，由於此數字與實際數字有所差距，八十五年一月首次調降為 1.1 人，又於八十五年十月調降為 0.95 人，後又於八十七年三月調降為 0.88 人。目前計費適用之平均眷口數為 0.78 人，雇主迭有反應希望調降平均眷口數，而平均眷口數每降低 0.05 人，每年將會影響保費收入約四十億元，對健保財務衝擊甚大。且軍公教未調薪，連帶影響民間受雇者之調薪幅度，導致受雇者投保金額調升幅度甚小，以及第二類保險對象（職業工會會員）已連續兩年未對其調整投保金額，連帶第三（農、漁會會員）、五（低收入戶成員）、六類（未就業及未能依附於其他類目為眷屬者）保險對象亦未調整其應負擔之保費：造成近年保費收入成長緩慢，影響保險財務甚大。

## （二）醫療支出方面 → 門診利用率過高：

九十年全民健保之平均門診力用率為每人 14.4 次，全民健保開辦至今，醫療費用之所以上漲，門診次數增加應為主要因素之一，而每人每年門診利用率增加則為門診次數增加的重要因素。

## 第二節 總額預算支付制度

為達到合理控制醫療費用，提高醫療專業自主性等目的，促使醫療提供者承擔醫療品質及保險財務責任是支付制度改革之關鍵因素，因此衛生署與健保局提出總額預算支付制度，作為全民健康保險支付制度的改革方案。

### 一、總額支付制度意涵

是指付費者與醫療供給者，就特定範圍的醫療服務，如牙醫門診、中醫門診，或住院服務等，預先以協商方式，訂定未來一段期間（通常為一年）內健康保險醫療服務總支出（預算總額），以酬付該服務部門在該期間內所提供的醫療服務費用，並藉以確保健康保險維持財務收支平衡的一種醫療費用支付制度。

目前全民健康保險的醫療費用主要採用論量計酬，兼採論病例計酬（50 項）及論日計酬（精神病住院及社區服務）等方式，由於醫事服務提供者缺乏分擔財務風險的誘因，致使醫療費用支出節節高

漲，醫療資源配置也受到扭曲。而總額支付制度具有協商機制，利於解決「資源有限」的基本問題，以及消弭付費者與醫事服務提供者之間的利益衝突；並可透過醫療費用總額預算的重新分配，解決資源分配不均的問題，促使付費者與供給者共同分擔健康保險的財務風險。

## 二、實施目的與時程

實施總額支付制度主要有下列幾種目的：

- (一) 鑑於醫療費用的急速成長，公勞農保時期採論量計酬支付制度，造成財務嚴重虧損，同時為確保自給自足的財務責任制度奠定基礎，全民健康保險在第一期及第二期規劃時，將實施總額支付制度納入規劃重點，於全民健康保險法（以下簡稱健保法）第四十七條至第四十九條、第五十四條明文訂定。
- (二) 透過集體協商解決消費者與供給者利益衝突，減少政治干預。
- (三) 以協商預算引導醫療服務提供，取代由醫療支出決定保費籌措，藉此合理控制醫療費用。
- (四) 將品質或民眾健康納入預算協商公式，導正醫療行為，提昇醫療服務品質及國民健康。
- (五) 藉由同儕制約促進醫療服務價量的合理提供，提昇專業自主權，如研擬支付標準、審查制度、負責專業審查、規範醫療資源合理使用等。

推動總額支付制度的預定時程為何，依據健保法第五十四條規定：總額支付制度得分階段實施，其施行日期，由主管機關定之。目前除牙醫於八十七年七月一日起先行試辦總額支付制度，中醫門診總額支付制度於八十九年七月一日起實施外，也自九十年度開始實施全民健康保險總體醫療費用目標總額支付制度，做為中央健康保險局醫療費用支出控管目標。

## 三、實施總額支付制度的好處

全民健康保險建構在自給自足的財務責任制度下，自開辦迄今已滿八年，以權責基礎而言，財務收支尚能維持平衡；惟近二、三年來，每月保險費收入多不敷醫療費用支出，且醫療費用成長遠高於保險費收入。因此，就長期而言，健保財務要維持穩定，在收支方面都要有良好的控制機制。現階段總額支付制度的實施，乃被視為解決財務收支兩面問題，及健全保險財務制度的有效機制之一。依據總額支付制度的理念原則，經全民健康保險醫療費用協定委員會協定後陳報行政院衛生署核定的年度全民健保所需醫療費用總額，理應向全民籌足保險費以資支應，即經由精算暨法定程序，檢討保險費率的適當性；倘符合法定調整要件時，可在法定上限（6%）內調整保險費率，否則可考慮相對減少保險給付項目，以維持財務收支平衡。因此，總額支付制度與財務責任制度兩相扣連，落實執行，才能使全民健保永續經營。

### 第三節 全民健康保險醫療費用部分負擔之分析

#### 一、部分負擔制度之規範

在全民健保實施前的公、勞、農保健康保險時代，除了公保體系有規定被保險人就醫時，必須部分負擔門診藥劑費的 10% ，而其餘的各種健康保險皆無部分負擔的相關規定。由於被保險人在就醫時，實際支付的醫療費用幾乎等於零，因此，造成門診及住院的使用率不

斷增加，醫療費用也急速的上漲。結果使得公、勞、農等健康保險制度，產生嚴重的財務壓力，形成政府財政的一大負擔。

有鑑於此，政府在八十四年推行全民健康保險採用了醫療費用部分負擔制度，減少不必要的醫療資源使用，促使全民健保醫療資源能作更有效率的運用，提升整個社會的福利。

自八十三年底所通過的全民健保法中，即已有醫療費用部分負擔的有關規定，此部分負擔條款之訂立，除了抑制不當醫療資源的浪費之外；「分級醫療」為部分負擔制度立法的另一目的，其原意在區分各層級醫療院所之特定功能，也就是依疾病之嚴重程度，選擇醫療院所的層級，使每一種層級的醫療院所都能發揮最大的功能，同時亦在矯正社會大眾的就醫行為。以往公、勞、農保時代開始，民眾一般認為大醫院的醫療品質都較診所及一般小醫院來得完善，因此不論大小病都會至大醫院就診，造成大醫院門診病患與基層診所門診病患分配不均的現象。故於全民健保法中，將我國醫療院所區分成四個層級，包括基層診所、地區醫院、區域醫院及醫學中心。民眾就醫時，門診需部分負擔醫療費用的 20% ，若未經轉診就醫者，則加重 30%至 50% 不等的部分負擔比率。

## 二、部分負擔制度之效果

理論上，全民健康保險醫療費用部分負擔既增加病患的財務支出，自能產生挹注全民健保財源的財務效果；然而，實施部分負

擔的更重要目的，在抑制醫療資源的濫用以提高醫療服務的福利和效率，而全民健保部分負擔制欲能發揮合理抑制醫療費用的功效，應先滿足下列三項前提條件：

- (一) 被保險人確實有需求不當數量或種類等醫療服務的道德危險。
- (二) 被保險人擁有足夠的消費者主權，可以左右醫師的診療行為，使之配合供給過度的醫療服務。
- (三) 部分負擔的額度足以影響被保險人的醫療需求行為。

前提一的滿足與否，取決於被保險人疾病嚴重程度、醫療需求的急迫性、需求價格彈性與所得彈性；前提二的滿足與否，取決於醫師與病人之間的互動情況、醫師的醫療供給模式以及診療報酬支付模式；至於前提三，則視不同部分負擔的型式及其額度而定。

就住院醫療給付而言，依據全民健保法第三十五條之規定：「保險對象應自行負擔住院費用如下：一、急性病房：三十日以內，百分之十；第三十一日至第六十日，百分之二十；第六十一日以後，百分之三十。二、慢性病病房：三十日以內，百分之五；第三十一日至第九十日，百分之十；第九十一日至第一百八十日，百分之二十；第一百八十日以後，百分之三十。」可見全民健保有關住院醫療費用部分負擔率，依急、慢性病房及住院天數長短而有不同。

綜合上述，得出結果如下：

- 1、在所有價格彈性下，部分負擔比例愈高，全民健康保險的被保險

人分攤比例愈高則道德危險引起醫療服務浪費的情形也就減少，社會福利利得將增加，從整個社會觀點而言，資源不當配置的情形也會減少。

- 2、由於社會福利損失的減少，係隨部分負擔比例的增加而增加，但其增加的比率卻呈遞減，表示部分負擔比例與社會福利損失之間，應有一均衡或最適點存在，當此部分負擔比例接近或等於均衡點時被保險人與社會福利損失當可趨於最適。如此一來，方能使全民健康保險醫療費用部分負擔制發揮最大的效果。
- 3、醫療支出愈多，實施部分負擔制之福利效果愈大，隨著醫療照護價格的上漲，全民健康保險投保對象為全體國民，被保險人數量激增，全民之門診或住院的總醫療支出大幅增加，因此實施醫療費用部分負擔制不僅重要而且必要。

### 三、部分負擔制度之檢討

全民健保實施至今，醫療費用支出逐年遞增，除了如物價上漲、老年人口增加、疾病型態轉型等不可抗力之自然增長因素外，更重要的原因在於民眾的道德與心理危險因素所造成不必要或不當的浪費。

基於資源共享，風險共同分擔的原則下，如何使社會有限的醫療資源能夠被妥善、適切的利用，一直以來都是全民健保管理的首要問題，全民健保有鑑於以往我國所開辦之各種健康保險所面臨的財務窘境，因此，不論在門診、急診、住院醫療等各方面均實施醫療費用部

分負擔，但部分負擔制似乎未能完全有效地達到減少醫療使用的預期效果，探究其原因很多，諸如部分負擔的額度大小。醫療照顧市場的供需狀況等問題，都會影響到部分負擔效果的大小。除此之外，全民健保特約醫療院所的普及也是重要的因素之一，醫療給付範圍比過去要大，項目也逐年增加，自然而然地促使民眾的就診次數上升。如此一來，就可能出現部分負擔的作用大打折扣的情形。

全民健保雖欲以醫療費用部分負擔制來減少民眾的就醫頻率，不過也有如上述增加民眾就醫頻率的因素產生，勢必會抵銷部分負擔的效果，但更重要的是我國全民健康保險現行實施的醫療費用部分負擔制是否有設計上的缺失或不足之處，有待檢討之必要。

#### 四、部分負擔制度之改進與配合措施

醫療費用部分負擔制，一直都是各國認為在抑制醫療費用不斷膨脹上最具有相當成效的方式之一，但除了對醫療需求面實施有效部分負擔制外，尚須有醫療供給面及政府有關單位的改進與配合，方能使醫療費用部分負擔制發揮最大的功效。醫療照護需求面、醫療照護供給面及政府相關單位（中央健保局）等三方面所可能產生的問題有：

- 一、全民健康保險的介入，使得民眾價格意識薄弱，以致產生「道德危險」。
- 二、在醫療服務的提供上，由於存在於醫療服務市場的醫療資訊不對稱，以致容易產生「醫師誘發的需求」。
- 三、保險人不易詳實審查申報資料，且須面對醫界的抗爭。
- 四、由於社會大眾大多不了

解保險的精神，以致保費不足以支付醫療費用的相關支出。五、一旦全民健保財務入不敷出，就應調高保費，以挹注醫療費用的增加，但調高保費易招民怨。

因此，擬針對醫療照護需求面、醫療照護供給面及政府有關單位等三方面，提出以下幾點有關我國醫療費用部分負擔制應有的改進與配合措施：

#### (一) 醫療照護需求面應有之改進

##### 1、門診部分負擔由定額負擔制回歸定率負擔制

在現行定額部分負擔制下，只要負擔某一固定金額的部分負擔，就能享有全民健保提供的任何服務，如此一來，被保險人缺乏正確的成本觀念，對於醫療院所所提供的醫療服務會希望多多益善，無形中增加許多不必要的醫療浪費。因此，若能改採全民健保法所規定之定率負擔，則多消費醫療服務就須多付費，將更能落實「使用者付費」的精神，有效抑制醫療資源不當使用，如此才能真正發揮部分負擔的效果，爲了使被保險人不致於因過重的部分負擔金額而造成就醫經濟障礙，可擬定部分負擔上限。

##### 2、門診醫療自負額制度的採用

由於門診醫療申報件數多，每件申報金額小，因此，可採自負額制減少小額的理賠，降低全民健保的行政事務費，且由於被保險人在規定的自負額範圍內，須自行負擔全額之醫療費用，被

保險人爲追求效用最大，必會慎選醫療院所，試著了解所作的診療及所拿取的藥物是否必須。可避免醫師濫診或開立多餘的處方，藉由對醫療照護需求面的抑制來約制醫療照護供給者對醫療資源的過度使用，間接促使醫療院所追求高品質的醫療服務及高效率的管理制度。

### 3、門診醫療合併採行定率負擔制及自負額制

門診醫療可搭配實施自負額制及定率負擔制，不僅能夠降低目前龐大的門診申報件數、減少小額賠款的處理、節省行政費用；同時因一旦超過自負額並非完全由保險單位支付，而是改採定率負擔制，被保險人仍須負擔某一比率的醫療費用，例如被保險人每次就診自負額 500 元，超過部分則採 20% 定率部分負擔制。

如此一來，被保險人將沒有濫用醫療資源的誘因，能夠有效的發揮部分負擔的精神。在此種搭配採行的部分負擔混合制下，加重了被保險人就診時醫療費用部分負擔的責任，能夠減少全民健康保險的醫療給付，因此，須降低保險費率及訂立最高負擔上限，避免形成被保險人過重的財務壓力以利推行。

#### (二) 醫療照護供給面應有之改進

部分負擔制雖然提供了抑制需求面濫用行爲之鑰，但卻不是解決整個社會醫療資源浪費的唯一方法。因爲醫療體系的運作包括醫療需求者、醫療供給者及政府三方面的制度與配合措施，因此，

需求面的部分負擔制對於控制醫療費用日趨上漲的效果是有限的，特別是在醫療科技日益發展，醫療單位日漸形成龐大的組織之時，醫療供給者掌握醫療資源，其對醫療資源利用或濫用的機會與權力是不容忽視的，所以亦須對供給面進行節制，使醫院及醫師能有成本效益的意識，如此相輔相成，醫療費用部分負擔制才能得到最好的發揮。

### (三) 政府及其他相關單位應有之改進與配合措施

針對中央健保局如何改善全民健康保險部分負擔制度與財務狀況，本文提出以下幾點之看法：

- 1、加強對醫事機構查核及監控。
- 2、老年醫療照護制度的建立。
- 3、加強宣導並教育民眾正確對醫療費用部分負擔的正確認識。

## 第五章 建議與結論

### 第一節 未來展望

我國全民健保實施已滿八年，雖然總體醫療費用管控良好，多年來整體醫療保健支出占 GDP 的比重維持平穩，然而保費收支成長低於醫療費用成長，民國 92 年必須面對維持長期財務收支平衡所必要的財務調整。這些可能的調整方案，包括調整費率、擴大費基、修正部分負擔和檢討給付範圍。為了使醫療費用合理成長，支付制度的

改革是主要的方向。健保局除依照服務種類的特性，實施多元化的支付制度外，另爲了賦予醫療提供者更多的專業自主權，同時也要求醫療提供者承擔更多的財務及醫療品質責任，預計未來的改革方向有下列幾項：

- 一、檢討論病例計酬制度
- 二、實施牙醫門診總額支付制度
- 三、研擬門診手術病人組群
- 四、研擬論人計酬支付制度
- 五、研擬中醫總額支付制度
- 六、研擬醫院總額支付制度

## 第二節 結論

全民健保制度經過近幾年來的實施，已證明對國人的健康及醫療作出具體貢獻，儘管存在財務不健全缺失，但仍然瑕不掩瑜。調漲保費固然是最直接，也是最有效的改善財務對策，但在藥價黑洞及負擔不公的疑慮未能有效釐清前，費率絕對不宜貿然提高，因爲台灣加入WTO之後，失業問題可能會是常態，經濟成長率也將不再維持以往高成長的態勢，若保險費必須上調以支應給付支出，則欠費問題可能會更惡化。所以期待衛生署能夠針對健保財務不健全缺失，擬訂妥善因應方案，從而建立健全的二代健保體制，以期永續經營，照顧全民

健康。

#### 參考文獻

- 1、 中央健康保險局，(<http://www.nhi.gov.tw>)
- 2、 全民健康保險法，(2001 年)
- 3、 全民健康保險法施行細則，(2001 年)