

RDEC-RES-089-006 (委託研究報告)

全民健保部分負擔新制之評估

行政院研究發展考核委員會編印

中華民國八十九年六月

RDEC-RES-089-006 (委託研究報告)

全民健保部分負擔新制之評估

受委託單位：中華經濟研究院

研究主持人：辛炳隆

協同主持人：薛立敏

顧問：周麗芳、盧瑞芬、邱文達

助理研究員：洪嘉蘭

行政院研究發展考核委員會編印

中華民國八十九年六月

目次

目次.....	
表次.....	
圖次.....	
提要.....	XI
第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機與目的.....	1
第二節 研究內容.....	3
第三節 研究方法.....	5
第四節 研究限制.....	10
第五節 章節安排.....	11
第二章 各國健康保險部分負擔制度之實施經驗與我國制度之變革.....	13
第一節 各國部分負擔制度實施概況及實施效益.....	13
第二節 我國健康保險部分負擔制度的實施沿革.....	23
第三節 醫療使用者對部分負擔新制之瞭解程度.....	29
第三章 實施部分負擔新制對醫療資源使用與民眾就醫能力的影響.....	35
第一節 對醫療資源使用的影響.....	35
第二節 對民眾就醫能力的影響.....	45

全民健保部分負擔新制之評估

第三節 本章小結.....	51
第四章 部分負擔之修訂對醫病關係之影響.....	53
第一節 醫病關係的內涵.....	53
第二節 問卷調查結果.....	58
第三節 本章小結.....	68
第五章 民眾與醫療提供者對新制部分負擔的滿意度.....	71
第一節 醫療使用者之滿意度.....	71
第二節 醫療提供者與專家學者的贊成度.....	76
第三節 與其他調查結果之比較.....	80
第六章 實施部分負擔新制對健保財務的影響.....	85
第一節 全民健保財務狀況之分析.....	85
第二節 造成全民健保醫療費用上升因素之分析.....	94
第三節 改善全民健保財務狀況之可行方案.....	100
第四節 本章小結.....	104
第七章 結論與建議.....	107
第一節 結論.....	108
第二節 建議.....	110

附錄	115
附錄一 座談會會議紀錄.....	115
附錄二 行政院研考會研商「全民健保部分負擔新制之評估」期末報告 學者專家座談會紀錄.....	123
附錄三 研究主持人對期末報告學者專家座談會意見之書面說明.....	143
附錄四 行政院研考會第三五八次委員會議對「全民健保部分負擔新制 之評估」報告審議意見.....	146
附錄五 研究主持人對行政院研考會委員會議報告審議意見之書面說 明.....	148
附錄六 問卷題目.....	150
附錄七 附表.....	170
參考文獻	221

表次

表 1-1	醫療使用者之樣本屬性.....	7
表 1-2	醫療提供者之樣本屬性.....	9
表 2-1	各國實施部分負擔制度的內容.....	20
表 2-2	法定醫療費用部分負擔.....	24
表 2-3	全民健保原設計的部分負擔金額門診部分負擔表.....	25
表 2-4	門診部分負擔表.....	27
表 2-5	門診藥品部分負擔表.....	28
表 2-6	門診復健(含中醫傷科)部分負擔表.....	29
表 2-7	醫療使用者對部分負擔新制之瞭解程度.....	32
表 2-8	醫療使用者是否知道自民國 88 年 8 月 1 日起開始加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔與復健部分負擔之迴歸分析.....	33
表 3-1	實施部分負擔新制以後，對醫療使用者使用醫療資源的變動.....	37
表 3-2	醫療使用者對加收部分負擔能否抑制醫療資源浪費的看法.....	40
表 3-3	醫療使用者對加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔與復健部分負擔能否有效抑制醫療資源浪費看法之迴歸分析.....	42
表 3-4	醫療提供者對加收部分負擔能否抑制醫療資源浪費的看法.....	44
表 3-5	專家學者對加收部分負擔能否抑制醫療資源浪費的看法.....	44

表 3-6	醫療使用者對加收部分負擔是否減少民眾就醫能力的看法.....	46
表 3-7	醫療使用者對加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔與復健部分負擔是否會減少民眾就醫能力看法之迴歸分析.....	47
表 3-8	醫療提供者對加收部分負擔是否減少民眾就醫能力的看法.....	50
表 3-9	專家學者對加收部分負擔是否減少民眾就醫能力的看法.....	50
表 4-1	醫療使用者認為新制部分負擔對就醫行為的影響.....	59
表 4-2	醫療提供者曾否告知病患新制部分負擔內容.....	61
表 4-3	醫療提供者曾否在部分負擔實施後建議病患少拿藥的種類、天數及複診次數.....	61
表 4-4	醫療使用者與提供者對對方行為的看法.....	62
表 4-5	醫療使用者認為新制部分負擔對醫病關係的影響.....	64
表 4-6	醫療使用者認為加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔與復健部分負擔是否會影響醫病關係看法之迴歸分析.....	65
表 4-7	醫療提供者認為新制部分負擔對醫病關係的影響.....	67
表 4-8	學者專家認為新制部分負擔對醫病關係的影響.....	69
表 5-1	醫療使用者是否贊成個別部分負擔辦法.....	72
表 5-2	醫療使用者對加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔與復健部分負擔是否贊成之迴歸分析.....	73
表 5-3	醫療使用者整體而言是否滿意部分負擔新制.....	75

全民健保部分負擔新制之評估

表 5-4	一般醫療使用者與復健醫療使用者對新制部分負擔整體滿意度之迴歸分析.....	77
表 5-5	醫療提供者是否贊成個別部分負擔辦法.....	79
表 5-6	學者專家是否贊成個別部分負擔辦法.....	81
表 6-1	全民健保財務收支趨勢(民國八十四年至八十八年).....	86
表 6-2	全民健保財務收支預估(民國八十八年至九十三年).....	87
表 6-3	醫療費用金額及成長率指標(民國八十四年至八十八年).....	88
表 6-4	全民健保特約醫事服務機構門診費用申報狀況—按層級別分.....	90
表 6-5	88年8月新制部分負擔實施總體效益分析.....	93
表 6-6	醫療提供者與專家學者對造成醫療費用上升之各因素的影響力評估.....	95
表 6-7	醫療提供者與專家學者認為對醫療費用上升最具影響力的因素..	97
表 6-8	醫療提供者與專家學者認為對醫療費用上升最不具影響力的因素.....	99
表 6-9	醫療提供者與專家學者認為各種改善全民健保財務狀況方法之優先順序.....	101
表 6-10	醫療提供者及專家學者認為對改善全民健保財務狀況最優先的方法.....	103
表 6-11	醫療提供者及專家學者認為對改善全民健保財務狀況最不優先的方法.....	105

附表 2-1	一般醫療使用者是否知道自民國 88 年 8 月 1 日起開始加收藥品部分負擔與門診高診次部分負擔費用？.....	170
附表 2-2	一般醫療使用者是否知道實施部分負擔新制後，用醫師所開的慢性病連續處方箋拿藥，仍可以不用加付部分負擔費用.....	172
附表 2-3	復健醫療使用者是否知道自民國 88 年 8 月 1 日起對重複使用同一療程者加收復健部分負擔.....	174
附表 2-4	醫療使用者是否知道醫療院所開的收據上要有藥品總價、各項部分負擔費用及民眾自付總額等？.....	176
附表 2-5	醫療使用者是否知道實施部分負擔新制以後，急診、榮民及低收入戶，或是至山地離島地醫院所門診就診，以及採簡表申報的六歲以下兒童就醫，可免收額外的健保部分負擔？.....	178
附表 3-1	實施加收藥品部分負擔以後，一般醫療使用者每次看病所拿藥的種類之變動.....	180
附表 3-2	實施加收藥品部分負擔以後，一般醫療使用者每次看病所拿藥的天數之變動.....	182
附表 3-3	實施加收門診高診次部分負擔後，一般醫療使用者平常看病次數之變動.....	184
附表 3-4	實施加收復健部分負擔之後，復健醫療使用者接受同一療程次數的變動.....	186
附表 3-5	一般醫療使用者認為實施加收藥品部分負擔對減少用藥浪費的影響.....	187

全民健保部分負擔新制之評估

附表 3-6	一般醫療使用者認為加收高診次部分負擔費用對減少醫療資源浪費的影響.....	189
附表 3-7	復健醫療使用者認為加收復健部分負擔對減少醫療資源浪費的影響.....	191
附表 3-8	一般醫療提供者認為實施加收藥品部分負擔對減少醫療浪費的影響.....	193
附表 3-9	一般醫療提供者認為實施加收高診次部分負擔對減少醫療浪費的影響.....	194
附表 3-10	復健醫療提供者認為實施加收復健部分負擔對減少醫療浪費的影響.....	195
附表 3-11	一般醫療使用者認為實施加收藥品部分負擔對民眾就醫能力的影響.....	196
附表 3-12	一般醫療使用者認為加收高診次部分負擔費用，對民眾就醫能力的影響.....	198
附表 3-13	復健醫療使用者認為加收復健部分負擔對民眾就醫能力的影響..	200
附表 3-14	一般醫療提供者認為實施加收藥品部分負擔對民眾就醫能力的影響.....	202
附表 3-15	一般醫療提供者認為實施加收高診次部分負擔對民眾就醫能力的影響.....	203
附表 3-16	復健醫療提供者認為實施加收復健部分負擔對民眾就醫能力的影響.....	204
附表 4-1	一般醫療使用者認為藥品部分負擔費用對醫病關係的影響.....	205
附表 4-2	一般醫療使用者認為高診次部分負擔費用對醫病關係的影響.....	207

附表 4-3	復健使用者認為復健部分負擔對醫病關係的影響.....	209
附表 4-4	一般醫療提供者認為加收藥品部分負擔對醫病關係的影響.....	211
附表 4-5	一般醫療提供者認為加收高診次部分負擔對醫病關係的影響.....	212
附表 4-6	復健醫師認為實施復健部分負擔對醫病關係的影響.....	213
附表 5-1	一般醫療使用者整體而言對部份負擔新制措施滿意不滿意.....	214
附表 5-2	復健使用者對部分負擔新制整體滿意程度.....	216
附表 5-3	一般醫療提供者是否贊成加收藥品部分負擔.....	218
附表 5-4	一般醫療提供者是否贊成加收高診次部分負擔.....	219
附表 5-5	復健醫療提供者是否贊成加收復健部分負擔.....	220

圖次

圖 4-1 Szasz and Hollender 醫病關係模式表.....	55
--	----

全民健保部分負擔新制之評估

提要

一、研究緣起

醫療費用巨幅成長造成全民健保入不敷出，是我國全民健保欲永續經營所面臨之最大挑戰。為能抑制醫療費用的持續膨脹，減少醫療資源的浪費，衛生署遂於去年六月公告修正全民健康保險保險對象應自行負擔之門診費用，並自八月一日起開始加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔與復健部分負擔。雖然此一修訂獲得部分民眾與專家學者的支持，但亦有不少人質疑加收部分負擔不僅無法有效抑制醫療浪費，甚至會損及弱勢強群的就醫能力，使其因財務障礙而無法獲得必要的醫療服務。此外，亦有專家學者擔心此次部分負擔的修訂會使國內醫療糾紛增加，醫病關係惡化。

部分負擔是全民健保制度設計之重要一環，其所牽涉的層面包括醫療資源的有效使用、民眾就醫權利的保障、醫病關係的維持、以及全民健保的財務安全。有鑒於部分負擔的重要性，以及社會各界對衛生署新修訂的部分負擔制度有若干質疑之處，而現存相關文獻又未能對這些質疑有所答覆，因此，本計畫之研究目的就是要對衛生署新修訂的制度進行評估，以瞭解其對醫療資源的使用、民眾就醫能力、醫病關係與健保財務的影響，以及民眾對此制度的看法。根據評估結果，本計畫進一步針對如何抑制醫療浪費，改善我國全民健保財務，提出具體可行的改進意見，以下就本計畫之研究結果，提出結論與建議方案，供政府研擬相關政策之參考。

二、研究方法

- (一) 以問卷調查方式調查醫療使用者、醫療提供者與專家學者對實施部分負擔新制對醫療使用、民眾就醫能力、健保財務狀況的影響，以及對新制之滿意度。此外，也調查醫療提供者與專家學者對如何抑制醫療費用上升的看法。
- (二) 蒐集國內外有關健康保險部分負擔的文獻，以吸收其他國家實施部分負擔的經驗，並加強對本計畫各研究議題的瞭解。
- (三) 召開座談會的方式，邀請政府官員、醫療提供者、勞工團體代表與專家學者對本計畫所獲致的初步結論與建議，進行檢討，以提高本計畫研究成果之政策價值。

三、重要發現

- (一) 民眾對部分負擔新制之瞭解程度

雖然衛生署與中央健保局曾大力宣導，本計畫對醫療使用者所做面訪調查結果發現，有三成以上受訪者不知道自去年 8 月 1 日起已開始實施部分負擔新制，而不知道用醫師所開的慢性病連續處方箋拿藥，仍可以不用加收藥品部分負擔者，更高達七成。由此可見民眾對部分負擔新制之瞭解程度仍有待提升。

(二) 實施部分負擔新制對醫療資源使用的影響

不論是加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔或復健部分負擔，都僅能使不到二成受訪的醫療使用者減少對醫療資源的使用，大多數受訪者表示其醫療行為並不會因此而改變。雖然如此，受訪的醫療使用者對實施部分負擔新制能否有助於抑制醫療浪費，則有超過六成以上是持肯定態度。相較於醫療使用者，醫療提供者的看法則較為保留，持肯定態度者占受訪者的比例皆低於醫療使用者，其中尤以對加收藥品部分負擔的看法最為悲觀。至於受訪的專家學者對此議題的看法則較醫療使用者樂觀。

(三) 實施部分負擔新制對民眾就醫能力的影響

實施部分負擔新制是否會損及民眾就醫能力，確實令人擔憂。有超過四成以上的受訪醫療使用者認為加收部分負擔會使民眾就醫能力降低，其中尤以對加收復健部分負擔的看法最為悲觀。而受訪的醫療提供者與專家學者中認為民眾就醫能力會因此降低者，所占比例更是高於醫療使用者。

(四) 實施部分負擔新制對醫病關係的影響

在醫療使用者的認知上，實施部分負擔新制對醫病關係的影響不大，有超過八成以上受訪者認為沒有影響。但從醫師的角度來看，則較不樂觀。有超過五成受訪的一般醫療提供者認為加收藥品部分負擔或門

全民健保部分負擔新制之評估

診高診次部分負擔會使醫病關係惡化，而有超過七成受訪的復健醫療提供者認為加收復健部分負擔會使醫病關係惡化。至於專家學者的看法則介於醫療使用者與醫療提供者之中。

(五) 對部分負擔新制的滿意度

雖然受訪的醫療使用者對部分負擔新制表示滿意與非常滿意的比例，高於表示不滿意與非常不滿意的比例，但相較於歷次對全民健保滿意度調查，本計畫受訪的醫療使用者對部分負擔新制的滿意度相對偏低，尤其是對加收復健部分負擔的滿意度，更是不到四成。在受訪的醫療提供者方面，其對部分負擔新制的滿意度，除了對加收復健部分負擔比醫療使用者更不滿意之外，其餘與醫療使用者相差不大。至於專家學者對三種部分負擔新制的滿意度則均高於醫療使用者與醫療提供者。

(六) 實施部分負擔對健保財務的影響

在受訪的醫療提供者與專家學者的認知上，支付制度不合理與分級轉診制度未能實施，是造成全民健保醫療費用上升的二項最重要因素，而部分負擔太低對醫療費用上升的影響力不大。因此，若以改善全民健保財務狀況的角度來看，加收部分負擔不僅未能對症下藥，反而可能會因制度設計不當，增加民眾前往大型醫療院所看病的誘因，而使分級轉診制度更難以落實，進而助長醫療費用的上升。

四、主要建議事項

(一) 立即可行之建議

- 1.加強對部分負擔新制的宣導(主辦機關(機構):衛生署中央健保局)
- 2.定期檢討加收部分負擔對弱勢族群就醫能力的影響(主辦機關(機構):衛生署中央健保局)
- 3.加強對醫事機構查核及監控(主辦機關(機構):衛生署中央健保局)
- 4.落實分級轉診制度(主辦機關:衛生署,協辦機關(機構):衛生署中央健保局)
- 5.訂定合理之醫療費用支付標準及藥價基準(主辦機關(機構):中央健保局)

(二) 長期性建議

- 1.實施多元化支付制度(主辦機關(機構):衛生署中央健保局)
- 2.實施多元保險承攬人(multiple carriers)制度(主辦機關:衛生署,協辦機關(機構):衛生署中央健保局)
- 3.調整保費計算方式,積極開發補充性財源(主辦機關:衛生署,協辦機關機構:財政部、銓敘部、中央健保局)

全民健保部分負擔新制之評估

第一章 緒論

第一節 研究動機與目的

我國自民國八十四年開辦全民健保以來，國人對醫療資源的使用大幅增加。根據中央健保局的統計資料顯示，全民健保保險對象平均每人每年門診次數已由民國八十四年的 10.6 次連續上升至民國八十七年的 15.0 次。另一方面，國內門診每一處方平均所開藥品項高達 4.1 項，較其他先進國家高出甚多，導致國人每人每年平均藥費高達三千元，而八十七年全民健保門診藥費佔門診費用之比率高達 29.4%，僅次於日本而高居全球第二。由於國人就診次數的增加與用藥的浮濫，不僅使門診申報費用在過去四年間增加七成，其占全民健保總申報醫療費用的比率亦由 65% 增加為 68%。

為能抑制醫療費用的急速上升，減少醫療資源的浪費，衛生署於去年六月九日公告修正全民健康保險保險對象應自行負擔之門診費用，並自八月一日起實施。根據修正過的規定，民眾所增加的自行負擔可分為三類：門診藥品費用、門診復健費用、門診高利用者之負擔費用。其中，在門診藥品費用方面，除在山地離島地區就醫者、持慢性病連續處方箋調劑者、接受牙醫醫療服務者、接受論病例計酬項目服務者、以及六歲以下兒童採簡表申報者之外，一般民眾每次門診藥品費用若在 100 元以上，則依藥品費用高低，必須自行負擔 20 元至 100 元不等之費用。在門診復健費用方面，除在山地離島地區就醫者與診療項目為支付標準所訂之中度治療及複雜治療者之外，一般民眾若接受復治療及中醫傷科治療相同療程二次以上，則每次必須自行負擔 50 元。在門診高利用者自行負擔方面，除了在地離島地區就醫者與持兒童健

全民健保部分負擔新制之評估

康手冊就診者之外，一般民眾今年門診自第 49 次至第 156 次，每次增加 50 元，自第 157 次起，每次增加 100 元。

基本上，衛生署此次之所以修訂部分負擔制度是希望藉由以價制量的方式，建立抑制醫療資源浪費的機制。雖然此一修訂獲得部分民眾與專家學者的支持，但亦有不少民眾持反對意見。根據中央健保局委託 TVBS 於今年 5 月所做的民意調查結果顯示，有超過四成七的民眾「不太贊成」或「非常不贊成」以加收藥品部分負擔費用的方式，來減少藥品浪費情形，而「非常贊成」或「還算贊成者」不及四成五。除了一般民眾之外，部分專家學者也對此次的修訂有所批評，包括質疑門診次數增加是否就表示醫療資源的浪費，而且即使是浪費，是否可以完全歸責於需求面的不當使用？供給面是否也應負擔部分責任？況且以國內醫療資源的需求彈性不高的情況來看，以價制量是否能奏效？因此衛生署與健保局應同時對供給面採取抑制浪費的措施。亦有專家學者認為全民健保的宗旨在增進全體國民健康，提供醫療服務保健，若過度重視財務問題而打算以價制量來減少醫療資源的使用，則可能導致真正需要醫療服務者因財務障礙而無法就醫，如此就違反實行全民健保的宗旨。此外，有些專家學者指出藥費激增不是來自服務量的成長，而是來自藥品單價的拉抬，如果任由醫療機構賺取藥品差價，卻要民眾自行負擔藥價，不僅違反社會公平，也非解決藥費上升的根本之道。

除上述經濟面與財務層面的考量之外，有些專家學者則擔心此次部分負擔的修訂會損及國內的醫病關係。因為根據新的規定，持慢性病連續處方箋調劑者可以免除自行負擔部分藥費，如此將誘使患者要求醫師開出慢性病連續處方箋，此時如果醫師基於專業的判斷，或者為了多收取診察費而不願答應患者的要求，勢必會引發醫病雙方的對立。此外，增加門診高利用者的部

分負擔也可能增加醫病雙方對醫療過程的爭議。

雖然自政府有關部門開始規劃全民健保以來，部分負擔的設計一直是各界關注的焦點，而由政府委託研究或專家學者自行研究的文獻也時有所見，惟這些研究大都是在全民健保實施之前就進行，其研究重點大都在探討民眾對實施部分負擔的看法，或是利用模擬分析的方式預估實施部分負擔對醫療資源使用的影響，僅有少數研究是在全民健保實施之後再利用問卷調查或次級資料分析，探討原有部分負擔制度的影響。至於衛生署此次所公布的新規定則因剛實施不久，目前尚未見有專家學者對此進行較嚴謹的評估。因此，以現存相關的研究文獻，尚無法回答對上述各專家學者之質疑。

部分負擔是全民健保制度設計之重要一環，其所牽涉的層面包括醫療資源的有效使用、民眾就醫權利的保障、醫病關係的維持、以及全民健保的財務安全。有鑒於部分負擔的重要性，以及社會各界對衛生署新修訂的部分負擔制度有若干質疑之處，而現存相關文獻又未能對這些質疑有所答覆，因此，本計畫之研究目的就是要對衛生署新修訂的制度進行評估，以瞭解其對醫療資源的使用、民眾就醫能力、醫病關係與健保財務的影響，以及民眾對此制度的看法。根據評估結果，本計畫將進一步針對如何抑制民眾浪費，改善我國全民健保財務，提出具體可行的改進意見，以供政府研擬相關政策之參考。

第二節 研究內容

為達成上述研究目的，本計畫具體的研究內容包括：

(一) 實施部分負擔新制對醫療資源使用的影響

此部分的研究重點除了評估新修訂的部分負擔制度能否有效抑制

全民健保部分負擔新制之評估

醫療資源的不當使用之外，更重要的是瞭解民眾的基本就醫權利是否會因增加部分負擔而受損。

(二) 實施部分負擔新制對醫病關係的影響

此部分的研究重點在於瞭解醫病雙方對增加部分負擔所可能採取的回應措施，並依此研究判其對醫病關係的影響。

(三) 民眾對部分負擔新制的支持度

此部分的研究重點在於調查民眾對增加部分負擔的支持度，而為有別於現存的文獻，本計畫的調查對象將偏向較常使用醫療資源者。

(四) 實施部分負擔新制對全民健保財務安全的影響

此部分的研究重點在於剖析造成全民健保醫療費用上升的因素，並以此為基礎，配合保險對象就醫行為之可能改變，分析增加部分負擔能否改善全民健保日益惡化的財務狀況。

(五) 替代方案之說明與比較

此部分的研究重點在於分析除了提高部分負擔，在抑制醫療資源浪費及財務處理上，是否有更適宜之替代方案存在，並比較該替代方案與部分負擔新制之相對優缺點。

(六) 政策建議

此部分的研究重點在於根據上列各研究內容所獲致的結果，針對

如何改善我國全民健保之部分負擔制度及健保財務狀況，研擬具體可行的政策建議。

第三節 研究方法

由於民眾醫療資訊的缺乏，使得民眾往往必須依賴醫師做為代理人，由其來為自己決定醫療利用的內容與數量。因此，欲有效抑制醫療資源的不當使用，除了提高部分負擔等抑制需求措施之外，更重要的是對供給面有所規範，以減少由醫療提供者所誘發的不當需求，包括中央健保局目前正極力推動的總額預算制或 DRGs 機制都是由供給面來減少醫療資源的浪費。限於時間與人力，本計畫僅探討提高部分負擔的成效，供給面措施並未納入本計畫研究範疇，惟在擬定政策建議時，亦將其列入考量。

由於我國全民健保部分負擔新制實施未滿半年，其影響尚無法反映在實際統計資料上。此外，中央健保局的被保險人醫療資源使用電腦資料檔因資料蒐集有時間落差，無法供本研究進行分析。因此，本計畫對新制的評估主要是依據問卷調查的結果。本計畫問卷調查對象有三類：醫療使用者、醫療提供者、專家學者。其中，醫療使用者與提供者又各自分為一般醫療與復健醫療。各類調查對象所使用的問卷，請參閱附錄七。

本計畫對醫療使用者的調查是由工作人員至台大、長庚、萬芳與博仁等四家醫院之候診室，親自面訪候診的患者。問卷調查時間為八十八年十一月。由於研考會、衛生署、中央健保局等單位已完成一般民眾對部分負擔新制之意見調查，為與這些調查有所區隔，本計畫對醫療使用者的調查希望能較偏向高診次、高用藥量等易受部分負擔新制影響者。因此，本計畫所面訪之一

全民健保部分負擔新制之評估

一般醫療使用者是以一般內科、神經內科、泌尿科、新陳代謝科及心臟科的患者為主。

本計畫面訪的一般醫療使用者有 237 位，其中有 26 位是免除部分負擔；復健醫療使用者有 70 位，其中有 17 位是免除部分負擔。表 1-1 所列為這些樣本之基本屬性。由於抽樣設計，使得調查樣本之中高年齡者與高診次患者所占比例不低。以一般醫療使用者而言，45 歲以上者占 37.6%，而所使用的健保卡是 D 卡或 D 卡以上者占 24.1%。此外，31.6% 的受訪者是經醫師診斷之慢性病患者。在復健醫療使用者方面，45 歲以上者占全部樣本的 54.3%，使用 D 卡或 D 卡以上者占 35.7%。

本計畫對醫療提供者的調查是採郵寄問卷方式，而所使用的抽樣方法為分層抽樣，亦即先依門診量大小決定四級醫療院所所欲抽取的樣本數，其次再對每一級醫療院所進行隨機抽樣。本計畫所使用的抽樣母體為台灣省各縣市、台北市、高雄市醫師公會會員名冊。由於本計畫原先預定醫療提供者的有效樣本數為 100 份，為避免問卷回收率太低，無法達到預期目標，本計畫對一般醫療提供者與復健醫療提供者分別寄出 581 與 121 份問卷，實際回收一般醫療提供者 85 份，回收率為 14.6%；復健醫療提供者 41 份，回收率為 33.3%。二者合計回收 126 份，超過原訂 100 份有效樣本數。

表 1-2 所列為受訪醫療提供者之基本屬性。就所屬醫院的屬性而言，一般醫療提供者與復健醫療提供者皆以私人醫院所占比例最高，前者占 49.4%，後者占 54.2%。就所屬醫院的等級而言，一般醫療提供者以基層診所所占比例最高，為 39.3%，其次為醫學中心，占 26.2%；復健醫療提供者則以區域醫院所占比例最高，為 40.8%，其次為醫學中心，占 26.5%。在所屬專

表 1-1 醫療使用者之樣本屬性

單位：人（%）

	一般醫療使用者	復健醫療使用者
合計	237 (100)	70 (100)
<u>按性別</u>		
男性	102 (43.0)	32 (45.7)
女性	135 (57.0)	38 (54.3)
<u>按年齡</u>		
34 歲(含)以下	101 (42.6)	20 (28.6)
35-44 歲	47 (19.8)	12 (17.1)
45-54 歲	44 (18.6)	10 (14.3)
55-64 歲	22 (9.3)	15 (21.4)
65 歲(含)以上	23 (9.7)	13 (18.6)
<u>按學歷</u>		
國小(含)以下	29 (12.2)	11 (15.7)
國中	18 (7.6)	2 (2.9)
高中 / 職	59 (24.9)	27 (38.6)
專科	55 (23.2)	13 (18.6)
大學(含)以上	76 (32.1)	17 (24.3)
<u>按工作身分</u>		
雇主	6 (2.5)	1 (1.4)
自營作業者	29 (12.2)	7 (10.0)
受雇於政府單位 (含公營事業)	15 (6.3)	4 (5.7)
受雇於私人機構	75 (31.6)	9 (12.9)
家管	48 (20.3)	21 (30.0)
學生	34 (14.3)	4 (5.7)
退休	18 (7.6)	17 (24.3)
其他	12 (5.1)	7 (10.0)

表 1-1 醫療使用者之樣本屬性(續)

單位：人(%)

	一般醫療使用者	復健醫療使用者
按投保身分		
本人	182 (76.8)	52 (74.3)
眷屬	55 (23.2)	18 (25.7)
按個人年收入		
30 萬元以下	123 (51.9)	39 (55.7)
30-60 萬元	53 (22.4)	17 (24.3)
60-100 萬元	41 (17.3)	11 (15.7)
100 萬元以上	20 (8.4)	3 (4.3)
按所使用之健保卡		
A 卡	75 (31.6)	9 (12.8)
B 卡	63 (26.6)	17 (24.3)
C 卡	42 (17.7)	12 (17.1)
D 卡	27 (11.4)	8 (11.4)
E 卡	12 (5.1)	4 (5.7)
F 卡(含)以上	18 (7.6)	20 (18.6)
按最常去的醫療院所等級		
醫學中心	94 (42.5)	27 (39.1)
區域中心	41 (18.6)	20 (29.0)
地區中心	24 (10.9)	8 (11.6)
基層診所	62 (28.1)	14 (20.3)
按是否有經醫師診斷之 慢性病		
有	75 (31.6)	-
沒有	159 (67.1)	-
不知道	3 (1.3)	-

資料來源：本研究。

表 1-2 醫療提供者之樣本屬性

單位：人（%）

	一般醫療提供者	復健醫療提供者
合計	78 (100)	41 (100)
<u>按所屬醫院的屬性</u>		
公立醫院	20 (27.0)	9 (22.0)
私人醫院	36 (48.7)	22 (53.7)
財團法人	18 (24.3)	10 (24.4)
<u>按所屬醫院的等級</u>		
醫學中心	21 (27.3)	12 (29.3)
區域醫院	19 (24.7)	17 (41.5)
地區醫院	8 (10.4)	5 (12.2)
基層診所	29 (37.6)	7 (17.1)
<u>按所屬專科</u>		
復健科	-	41 (100)
心臟科	2 (2.7)	-
內科	21 (28.0)	-
外科	8 (10.7)	-
婦科	6 (8.0)	-
耳鼻喉科	5 (6.7)	-
皮膚科	2 (2.7)	-
家醫科	9 (12.0)	-
其他	22 (29.3)	-
<u>按是否擔任醫療院所內的行政職務</u>		
有	39 (52.9)	21 (51.2)
沒有	36 (48.0)	20 (48.8)

資料來源：本研究。

註：一般醫療提供者有 4 位未填答所屬醫院的屬性，有 1 位未填答所屬醫院的等級，有 3 位未填答所屬專科，有 3 位未填答是否擔任行政職務。

全民健保部分負擔新制之評估

科方面，一般醫療提供者以「其他」所占比例最高，為 29.3%，其次為內科，占 28.0%。就擔任醫療院所內的行政職務而言，受訪的一般醫療提供者與復健醫療提供者所占比例皆略高於一半。

本計畫對專家學者的調查亦採郵寄問卷的方式。郵寄對象包括在各大專院校公共衛生等相關系所的老師，全民健保監理委員會與費用協定委員會的委員，以及政府官員代表。本計畫對這些專家學者寄出 179 份問卷，實際回收 80 份，不僅超過本計畫預訂的 50 份有效樣本數，回收率更高達 44.7%。

除了問卷調查之外，本計畫亦蒐集國內外有關健康保險部分負擔的文獻，以吸收其他國家實施部分負擔的經驗，並加強對本計畫各研究議題的瞭解。此外，本計畫亦藉由召開座談會的方式，邀請政府官員、醫療提供者、勞工團體代表與專家學者對本計畫所獲致的初步結論與建議，進行檢討，以提高本計畫研究成果之政策價值。有關座談會的會議記錄，請參閱附錄一。

第四節 研究限制

問卷調查對象不夠普及是本計畫主要研究限制之一，尤其由於研究經費與時間的限制，本計畫問卷調查對象限於北市四個大中型醫院，故受訪者的社經背景較其他地區的民眾高，而此差異可能會使本計畫問卷調查結果低估實施部分負擔新制對民眾就醫行為的限制。

自全民健保實施以來，除醫療資源過度使用危及財務安全之外，其產生的衝擊尚包括醫療資源集中於大型醫院，造成社區醫療品質日漸低落，基層醫療日益萎縮，以及專科醫生出現斷層。此外，預防保健不彰與地方政府長期欠繳保費等問題也是全民健保所面臨的重大難題。雖然這些問題亦直接或

間接與部分負擔的設計有關，但限於研究人力與時間無法將其納入本計畫之研究範圍，這是本計畫之另一個研究限制。

第五節 章節安排

本報告共分七章。除本章緒論之外，第二章說明加拿大、美國、法國、瑞典、日本與德國等國家實施部分負擔的經驗，以及我國全民健保部分負擔之制度變革；第三章分析實施部分負擔新制對醫療使用與民眾就醫能力的影響；第四章探討實施部分負擔新制對醫病關係的影響；第五章分析醫療使用者、醫療提供者與專家學者對部分負擔新制的滿意度；第六章探討實施部分負擔新制對健保財務的影響，並針對改善健保財務，研擬更佳的替代方案；第七章為本計畫的結論與建議。

全民健保部分負擔新制之評估

第二章 各國健康保險部分負擔制度之實施經驗與我國制度之變革

本章旨在於介紹其他國家實施部分負擔的經驗，以及我國自健保開辦以來部分負擔制度之演變過程，與民眾對部分負擔新制的瞭解程度，雖然部分負擔制度已廣被使用，但是限於資料的取得，本研究僅能介紹加拿大、美國、法國、瑞典、日本與德國等國實施健康保險部分負擔制度的現況與檢討這些國家的實施效益。

第一節 各國部分負擔制度實施概況及實施效益

大多數在實施醫療費用部分負擔制的國家，偏好採用混合型態之部分負擔制。例如門診方面較多國家採用定率負擔制（例如：美國、法國、日本）；住院方面，除採用免費的國家外，大多採定額負擔制（例如：美國、法國、德國、瑞典）；在藥劑方面，則以自負額配合定率或定額的部分負擔制。也有部分國家在採用部分負擔制時限定負擔上限以避免民眾負擔過重。

一、各國制度介紹

（一）加拿大

加拿大的全民健保是採各省分制，始於 1971 年，是由聯邦政府設定基本架構，但各省仍可依其特色與差異而彈性的制訂規定。其財源多來自聯邦

全民健保部分負擔新制之評估

政府與省政府的一般稅收。其健康保險體系主要是由 10 個省政府和 2 個領土政府構成健康照護制度。範圍皆為涵蓋全體人民。

在部分負擔的規定方面，因門診費及住院服務皆免費，故無自負額與部分負擔的規定；但牙醫服務、處方藥劑及私立醫院病床則未涵蓋在保險範圍內，故多數人會以購買私人保險來補足未涵蓋於全民健保的部分。之所以在門診費與住院服務方面沒有另外支付額外費用的原因，是因為在加拿大 1977 年所實行的「既有計劃融通」(Established Programmes Financing) 中，將支付方式改為總額補助，民眾在就醫時必須另行支付「使用者費用」以及支付醫生額外費用 (extra billing)。

個人負擔方面，非處方藥項設有每年 200 元之自負額；65 歲以上之被保險人及其受扶養親屬，訂有每年每一家庭 600 元之自負額及 2000 元之上限額，自負額亦配合定率制部分負擔；換句話說，若家庭藥項支出超過 600 元則保險人支付 70%，若超過 2000 元之家庭自負額上限，則以 100% 給付之。在接受醫療服務救助家庭部分，則一旦超過自負額即採 100% 給付。而低收入戶與 65 歲以上的老人為例外，可享有免費藥劑與眼鏡。

另外在醫院方面，加拿大所採取的是單一支付體制 (single-payer system)，並根據多年的經驗，發展出一套控制醫療服務價與量的政策工具，是以總額預算制度作為對醫院的支付方式，即是逐年由個別醫院與省的衛生當局根據計劃中的年度服務提供量商定年度預算。加拿大之所以可以實施總額預算制度而無重大妨礙，應該其多為公家醫院有關。

第二章 各國健康保險部分負擔制度之實施經驗與我國制度之變革

而在醫院以外的醫師，其執業精神仍著重自由醫療，其管制費用的方式包括有：在加拿大多數省份內均對醫師的人數、支付標準、看診次數等有所管制。尤其醫師的人數部分，是以限制國外醫師進入國內醫療市場，以及減緩醫學生進入體系之速度，鼓勵退休等措施來控制。另有設定預算目標及醫師所得上限之規定。

(二) 美國—聯邦健康保險制度 (Medicare)

由美國聯邦政府所辦，被保險人僅包括了 65 歲以上老年人、殘障者及腎功能損壞者。該保險制度可分為兩部分；Part A 為強制性的住院保險 (Hospital Insurance)，皆有部分負擔的規定，以其中的住院及護理之家服務為例，除了採自負額制度外，也採行了定額制度，如隨著住院時數的增加自負額負擔也增加；Part B 為自願投保的輔助性醫療保險 (Supplemental Medical Insurance)，即住院服務以外的醫療服務，除了臨床實驗服務及居家照護外，其餘各項皆有每年 100 美元自負額的規定，以及 20% 的定率負擔。

在 1970 年代，因經濟不景氣及醫療費用的上漲，也發展出從供給面控制醫療費用的作法，例如管制硬體擴張的「需要核證制度 (certificate of need)」，管制服務輸送流程的「利用審查 (utilization review)」以及醫療服務價的「價格管制 (rate regulation)」等。

在費率管制的部分有兩種措施，一種是 1982 年實施診斷關係群 (DRGs) 制度，另一種是自 1992 年開始逐年引進由美國哈佛大學發展出來，針對醫師費用的 RERBS (resource-based relative value scale) 制度。RERBS 是根

全民健保部分負擔新制之評估

據美國政府在 1989 年所制訂的「執業數量標準 (volume performance standard)」，將醫師所提供的服務點數轉換為金額。

(三) 法國

法國實行之醫療給付方式採醫療費用核退制。一般而言，門診費用採行定率負擔制，核退率為 75%，也就是病患須自費 25%。而在住院部分則採定額負擔制，每日每人自付 55 法郎，例外為兒童、殘障、因戰爭受傷、職業傷害住院者及孕婦產前四個月的醫療服務。在藥品負擔部分則分成三種給付程度：生命危急狀況下使用之藥物，保險為全額給付；而不嚴重的疾病用藥即保險給付 35%；介於其中之用藥，保險給付為 65%。

(四) 瑞典

在北歐國家，如瑞典，因採地方分權制，故由地方政府來決定其健康照護政策，可分成兩種。一種是如同英國所採用的「混合式市場」，即地區健保局由經營權獨立的醫院、屬健保局的醫院以及任何私人醫院中選擇最適提供某項服務且最具效率的醫院與之簽訂提供服務的契約。另一種則是採用「公共競爭」的策略，其意義為在公共醫療機構方面是以服務品質競爭，民眾則依消費者主權來選擇其行使消費的對象。

瑞典的健保制度在門診部分是採定額負擔，但牙科部門例外是採定率負擔，住院則是完全免費。至於藥劑費部分瑞典是採用自負額制度，與之相同的有芬蘭及澳大利亞。病患的第一張處方簽得自行負擔 120 瑞典幣，每增

加一張得定額負擔 10 瑞典幣。另外，其健保給付亦涵蓋就醫時的交通費，以補貼民眾就醫時的交通成本，尤其是針對居住較偏遠，就醫不便的居民，不過也同時實施自負額制度，為 35 瑞典幣。

（五）日本

日本的健保制度在各項服務部門都是採用定率負擔制，其保險分成三層：老人保險、國民健康保險及職業健康保險。老人保險的對象為 70 歲以上或 65 歲以上但生病臥床的老人。國民健康保險又分成三個體系，由個別市級政府所管理的國保、由聯業團體所組成的國保組合以及退休人員保險，涵蓋了無一定雇主、失業者或 5 人以下小企業的雇主及受雇者，依照日本法律規定，凡是沒有在其他保險中投保的，一定要在由個別市政府所管理的國保中投保。至於職業健康保險也分成四個子系統，分別為由中央政府、會社（大企業）所經營的保險，以及被保險人為海員及其眷屬、政府之公務員、教職員及其眷屬。

而國民健康保險的門診、住院及藥劑規定負擔比率皆為 30%。職業健康保險（有一定雇主者）被保險人部分負擔率為 10%，眷屬部分部分負擔率較高，門診為 30%、住院為 20%。並採用了最高負擔上限，以避免民眾負擔過重造成財務困難，每病例每月自付最高限額為 60,000 日圓，低收入戶則最高負擔上限較低，為 33,600 日圓。在藥品費用的部分負擔，除上述三種保險規定之部分負擔外，尚按每張處方之藥品品項另計，隨藥品劑數增加，民眾所負擔的金額也遞增。

日本的健保由大型企業及政府所組合而成，優點為可享有範圍廣泛之附加給付，但有被視為「分立而不平等」的現象（陳孝平，1995）。其解釋為除了在被保險人與眷屬享有不同的給付之外，由財務狀況良好的被保險人所組成的系統，其部分負擔僅為 10%；但人口眾多的國民健康保險部分，因其給付少、費用高，配上 30%高部分負擔的措施，使社會保險中風險分擔的美意大打折扣；而由大型企業員工所組成的醫療系統，尚有附加給付，故形成「分立而不平等」的現象。

另一點值得注意的是，日本健保體系與「雙軌雇用制度（dual labor market）」互為表裡，故雖有「分立而不平等」的現象，未來卻不會有太大變化。這是因為在日本的大企業與中小企業構成一個雙元的就業市場，大企業運用「轉包」的生產方式，將景氣循環的風險轉嫁到由中小企業來負擔，而使中小企業較具風險及不穩定性，故大企業可自行為其員工提供健保，但中小企業就需委託政府，其福利自然不若大企業員工。在日本經濟體系不發生基本變化的前提之下，這一套制度就會持續下去（Chen，1995）。

（六）德國

德國統一於 1990 年，而統一之前的時期，東西德則是採行兩套不同的健保制度。西德的健保制度自首相俾斯麥以降，其結構並無重大變革。而東德則是為政府出資並提供醫療服務的制度，統一之後，則以西德的制度整合兩者。

德國的醫療服務主要是由公營和民營的業者提供。根據 1990 年代的一

第二章 各國健康保險部分負擔制度之實施經驗與我國制度之變革

般平均數據看來，約有 88%的人民是以「公共契約」的方式加入健保，並有「疾病基金」(sickness funds) 與私人保險的存在，故德國是以「公共契約」為主，自願契約與自願付費制度為輔。德國的體系為組合主義，即有關健保相關事宜的決定是採用各來自於承保機構與醫療提供者各自的代表做協商。承保機構在經過 1998 年的大規模合併之後，大約有 700 多個疾病基金，其代表協商的管理階層則由付費者仿其付費比率選舉代表組成；在醫療提供者方面，主要則是由「保險醫師協會」代表進行區域性的協商，其內容主要就門診方面的總額支付水準進行談判。政府則是扮演監督及營造一公平協商環境的角色。而規範承保機構與醫療提供者之間的談判秩序的重要機制是「醫療照護協同行動」，談判的數據則是參考每年開會二次的「協調行動委員會」所制訂的醫療支出調漲率。

德國的健康保險，僅在住院服務及藥劑處方採用定額負擔制，在門診部分並未採行部分負擔制，民眾可享有免費的醫療服務。在住院部分，民眾若住院超過 14 日則每日定額負擔 5 馬克，藥劑則每劑定額負擔 3 馬克。自 1993 實施藥品預算 (Drug budget) 規定當年的超支由保險人負擔，故民眾的部分負擔為藥劑費用超過藥品參考價的部分，而依治療性質不同，部分負擔的金額各異；即慢性病處方日份藥品之單位自付額較多日份為高，反之亦是。而病患免部分負擔之條件，為：老年人、窮人、慢性病患者、十八歲以下之兒童及懷孕婦女。

各國實施部分負擔的內容，整理門診與藥品部分負擔制度如表 2-1。

表 2-1 各國實施部分負擔制度的內容

	門診	藥品	備註
加拿大	醫師診療費免費	處方藥劑自費 非處方藥劑每年 200 元自負額，65 歲以上及受扶養親屬訂每一家庭自負額 600 元，配合定率制	住院免費
美國	超過 \$100，則定率負擔 20%	-	-
法國	定率負擔 25%	定率負擔 30%	檢驗費：定率負擔 30%
瑞典	按醫院決定定額負擔：公立 100 瑞典幣，私立 200 瑞典幣，急診 250 瑞典幣	每一處方箋自負額為 120 瑞典幣，超過再付定額費用 10 瑞典幣	住院服務免費，牙醫採定率負擔制，隨費用增加而遞減
日本	國民健保：定率負擔 30% 職業健保被保險人：定率負擔 10%	國民健保：定率負擔 30% 職業健保被保險人：定率負擔 10%	同一疾病，門診每月醫療自負額上限日元 60,000，低收入為日元 33,600
德國	-	每劑定額負擔 3 馬克	門診免費

資料來源：本研究

二、部分負擔制度的實施效益

Hurley & Johnson (1991) 提出在實施部分負擔制度時，會因實施的市場不同而有不同的效果。若在醫療市場實施使用者付費，即病患使用愈多醫師的看診服務 (physician services) 就需付愈多費用時，病患會降低對醫療照護的需求，但此部分負擔的效果會受到醫師供給面的影響。因為病患減少對醫師看診的服務量，就會直接影響到醫師的所得，使醫師的所得下降。

第二章 各國健康保險部分負擔制度之實施經驗與我國制度之變革

假設醫師的效用是來自其所得，則醫師在維持一定所得的動機下，就會誘使病患多看診因應，故部分負擔制度的效果就會因供給面的因素而抵銷；若在藥品市場實施病患用愈多藥就需負擔愈高費用的政策時，其效果是直接影響了製藥廠商的所得，但製藥廠商因不能直接面對病患，故沒有誘使病患多使用藥的影響力，故部分負擔制度的效果不會因供給面的因素而抵銷。我國之全民健保部分負擔新制中的高診次與復健部分負擔效果與醫療市場有關；而藥品部分負擔則與藥品市場有關。

理論上，部分負擔制度的實施可以產生三個效果：(1)部分負擔藉由增加民眾的支出，使其由醫療服務的效用減少進而減少使用醫療資源；並將保險人原負擔的財務責任移轉給民眾負擔；(2)部分負擔可以使醫藥資源更趨於合理的使用；(3)因民眾需要多負擔費用，故會去尋找較低價格的處方藥，使得藥品市場的競爭力提高，進而提昇技術效率。

在各國實施部分負擔制度的效益方面，本研究依不同部分負擔的制度整理如下：

(一) 定率部分負擔

Beck & Horne (1980) 對加拿大的 Saskatchewan 進行部分負擔制的評估，結果發現 33%的門診定率負擔制度，使得每年平均家庭門診就診率減少 5.66%；但是在住院方面，則無明顯效果。

(二) 定額部分負擔

Nelson et al. (1984) 發現南卡羅萊納州 Medicaid 被保險人，因藥劑定額部分負擔的實施，而減少了藥劑利用率。Reeder (1985) 也利用南卡羅萊納州 Medicaid 被保險人，來研究 1977 年實施的藥劑部分負擔制（每劑定額負擔 50 cents）後，對 10 種處方劑使用量變化的探討。其結果顯示除了止痛劑及鎮痛劑無顯著變化外，其他 8 項皆產生立即顯著的變化—減少了這些藥劑的使用。

Soumerai (1993) 等人的研究指出，即使部分負擔每處方只有一元，藥品使用量也會下降 5% 至 10%，同時並無確切證據顯示 Medicaid 的受益人健康狀態受損，或是導致其他費用的升高。

（三）自負額

Manning et al. (1987) 利用美國的 HIS (The Rand Health Insurance Study) 的樣本資料，經研究結果指出，自負額水準大小會對醫療需求產生顯著的負影響，當自負額由 \$1~1000 時，總醫療水準支出減少 31%。

而自負額制度多用於醫療費用較低的項目，因若費用低的項目不加以控制，將造成使用過度的現象，除了避免使用過度的目的之外，尚可減少許多行政上申報處理的費用。故自負額制度大部分是在金額低、數量大的部分實施，例如門診、藥劑及交通費。故不適用於金額較大的住院醫療費用，否則就無法達到減輕民眾患病時的財務風險，且住院申報的金額大但數量相對較少，採用自負額達不到減少行政費用的目的。若自負額訂得過低，因住院費用較高也無法降低住院數量，若自負額訂得過高又無法達到保險風險分散的

目的，故大部分國家少在住院部分使用自負額制度。

第二節 我國健康保險部分負擔制度的實施沿革

我國自民國 83 年底所通過的全民健保法中，即有部分負擔的規定，全民健保法第三十三條第一款規定：「保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之四十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之五十。」而部分負擔制度的設計是為要達到二個目的：一是抑制不當的醫療資源浪費，二是為了分級醫療的目的。因為實施健保之後，會使原有的就醫價格偏低，民眾在負擔較輕的情況下，有可能會有一些不必要的利用產生，而造成醫療資源的浪費。故採用部分負擔制度，使得病人就醫時，因考量費用的支出，減少不必要的醫療資源使用。而部分負擔雖可挹注健保部分財源，但比重並不重大，故部分負擔主要目的，仍在藉用民眾自我負擔部分費用，以培養節約資源的習慣。

分級醫療為部分負擔立法的第二個目的，其原意在區分各層級醫療院所之特定功能，即是小病在診所就診，大病在醫院就診，病情愈嚴重者就到愈高層級的醫院去診治，亦在矯正民眾的就醫型態。因為由以往勞、農保時代開始，民眾相信醫院的醫療品質較高，設備較完善，公、勞、農保對醫院的支付也較好，所以無論大小病都會至醫院就診，造成大醫院門診病患與基層診所病患分配不均的現象。故民國 83 年的全民健康保險法，將醫療機構分成四級：即基層診所、地區醫院、區域醫院及醫學中心，規定被保險人就醫，

全民健保部分負擔新制之評估

門診需自行負擔醫療費用的 20%，不經轉診就醫者，加重 30%至 50%不等的部分負擔（見表 2-2）。

表 2-2 法定醫療費用部分負擔

醫療層級	門診	
	轉診	不轉診
基層診所	20%	-
地區醫院	20%	30%
區域醫院	20%	40%
教學醫院	20%	50%
超過全國每人每年平均次數 12 次者 100%自行負擔		

資料來源：《全民健康保險法》。

而第 34 條所規定的「連續兩年如全國平均每人每年門診次數超過 12 次，即應採行自負額制度」的自負額條款，則從未實施過。

我國法定的部分負擔採定率制，但是主管機關考量行政作業的方便，又設計採定額型之部分負擔，如表 2-3 所示。

而全民健保開辦不久，因多數民眾對差別式的部分負擔及轉診制度無法適應，而調整制度。一方面是因為許多民眾弄不清那些醫院是醫學中心，那些醫院是區域醫院、地區醫院；而且有些民眾以為一定得經過層層轉診，才能至醫學中心就診。而有些醫療院所趁機調漲掛號費，造成部分民眾產生未

第二章 各國健康保險部分負擔制度之實施經驗與我國制度之變革

蒙先受其害的錯覺，導致爭議聲音四起（羅紀瓊，1997）。經檢討之後，於民國 84 年 5 月 1 日起暫予實施，而簡化規定為：基層診所及地區醫院之門診負擔一律 50 元；區域醫院及醫學中心之門診部分負擔一律 100 元。此種差距甚小之兩級制部分負擔，已難以發揮醫療院所分工的職能。另外，為加強照顧山地離島居民的醫療服務，同時亦實施在山地離島之醫院診所就醫者，均免部分負擔的規定。

表 2-3 全民健保原設計的部分負擔金額門診部分負擔表

	一般門診		慢性病專案門診	
	未轉診	轉診	未轉診	轉診
基層診所	210 元	80 元	510 元	210 元
地區醫院	150 元	80 元	350 元	180 元
區域醫院	80 元	50 元	190 元	130 元
教學醫院	50 元		110 元	

資料來源：中央健康保險局（1995），全民健康保險手冊，第 34 頁。

除全民健保部分負擔由四級制變二級制的修正，使其分工職能無法發揮之外，原健保母法為抑制醫療資源浪費而採用的定率部分負擔機制，亦未能完全發揮。原規定保險對象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院所前一年平均門診費用及前項所訂定率，規定以定額方式收取，亦每年公告之。事實上，主管機關充其量只是概略式的公告等值金額，且部分負擔的金額過低下，部分負擔的實施或多或少已失去定率負擔制的基本精神。而又於民國 86 年 5 月 1 日起，為避免造成病患就診兩極化的就診型態，

全民健保部分負擔新制之評估

故又將醫學中心的部分負擔提高至 150 元。

民國 88 年 4 月通過的全民健保法案中，因考量醫療環境及應逐步使民眾的接受程度提高，不宜硬性規定定率部分負擔制，故第三十三條第一款規定以定額方式收取醫療費用；以及為減輕民眾負擔，將部分負擔下限降為 15%，故民眾自行負擔門診或急診費用由 15%至 30%。

行政院衛生署 88 年 6 月 9 日公告，修正全民健康保險保險對象應自行負擔的門診費用，自 88 年 8 月 1 日起實施。這次修正包含了門診藥品、復健（含中醫傷科）及高利用者三個部分，本研究即以此次新制的實制效果為主要的研究目的，試分述如下：

1、「門診高利用者加收部分負擔」具體措施

自民國 88 年 8 月 1 日起至 12 月 31 日止，保險對象持健保卡就醫，卡別若為 H 卡（即為第 49 次開始）至 Z 卡，除收取原門診部分負擔金額外，另需加收 50 元部分負擔；卡別如為 AA 卡（即第 157 次開始）以後，除收取部分負擔金額外，另加收 100 元部分負擔。自民國 89 年 1 月 1 日起，卡別若為 E 卡（即為第 25 次開始）至 Z 卡，除收取原門診部分負擔金額外，另需加收 50 元部分負擔；卡別如為 AA 卡（即第 157 次開始）以後，除收取部分負擔金額外，另加收 100 元部分負擔，即民國 89 年起，從 E 卡的使用開始加收門診高診次部分負擔。

門診部分負擔的總額詳如表 2-4。

表 2-4 門診部分負擔表

層級 \ 次數	88.8.1~88.12.31			89.1.1 起		
	1-48 次 (A 卡至 H 卡)	49-156 次 (I 卡至 Z 卡)	156 次以上 (AA 卡以上)	1-24 次 (A 卡至 D 卡)	25-156 次 (E 卡至 Z 卡)	156 次以上 (AA 卡以上)
醫學中心	150	200	250	150	200	250
區域醫院	100	150	200	100	150	200
地區醫院與 基層診所	50	100	150	50	100	150

不計收部分負擔：

- (1) 符合全民健康保險法第 36 條各款情形之一者，如重大傷病（本次就診屬該重大傷病範圍者）、分娩、預防保健。
- (2) 至山地離島地區院所門診者。
- (3) 兒童健康手冊就診者。
- (4) 榮民、低收入戶保險對象，其部分負擔費用已由相關單位支付者。
- (5) 急診（已收取急診部分負擔者）不加收高利用部分負擔。

資料來源：《健保速訊》，88 年 6 月 15 日。

2、「門診藥品部分負擔」具體措施

特約醫療院所不分層級，除收取原門診部分負擔金額外採分段定額的部分負擔方式加收，門診藥費 100 元以下不加收，超過 100 元者，區分為五階段，門診藥費部分負擔加收最高上限為 100 元，住院藥費不加收部分負擔，詳如表 2-5。

表 2-5 門診藥品部分負擔表

處方藥品費用	藥費部分負擔金額
100 元以下	0 元
101 元—200 元	20 元
201 元—300 元	40 元
301 元—400 元	60 元
401 元—500 元	80 元
501 元以上	100 元

不計收藥品部分負擔的情形：

- (1)符合全民健康保險法第 36 條各款情形之一者。
- (2)至山地離島地區院所門診者。
- (3)急診（已收取急診部分負擔者）不加收藥品部分負擔。
- (4)開給慢性病連續處方箋，不加收藥品部分負擔。
- (5)牙醫已實施總額支付制度，開始藥品加收藥品部分負擔。
- (6)榮民、低收入戶保險對象，其部分負擔費用已由相關單位支付者。
- (7)門診論病例計酬案件。
- (8)六歲以下兒童就醫，於診所就醫並採簡表申報者

資料來源：《健保速訊》，88 年 6 月 15 日。

3、「復健（含中醫傷科）同一療程，第二次就診需加收部分負擔」具體措施

復健物理治療及中醫傷科以六次以內之治療視為同一療程：第一次仍依原有部分負擔規定(醫學中心就診民眾需支付部分負擔 150 元，區域醫院 100 元、地區及基層診所 50 元)；同一療程在第二次以後就診不分層級一律於每次就診加收 50 元。詳如表 2-6。

表 2-6 門診復健（含中醫傷科）部分負擔表

	同一療程 第一次	同一療程 第二次至第六次
醫學中心	150 元	50 元
區域醫院	100 元	50 元
地區醫院與基層診所	50 元	50 元
不計收復健部分負擔的情形： (1)符合全民健康保險法第 36 條之重大傷病，且本次治療屬該重大傷病範圍者。 (2)至山地離島地區院所門診者。 (3)實施複雜治療者。 (4)榮民、低收入戶保險對象，其部分負擔費用已由相關單位支付者。 (5)急診（已收取急診部分負擔者）不加收藥品部分負擔。		

資料來源：《健保速訊》，88 年 6 月 15 日。

第三節 醫療使用者對部分負擔新制之瞭解程度

上述高診次、藥品及復健三種部分負擔新制，係自民國 88 年 8 月 1 日開始實施，儘管衛生署與健保局大力宣導，根據本研究所做面訪調查，發現民眾對部分負擔新制之瞭解程度仍有待提升。

由表 2-7 可知，在受訪的 237 位一般醫療使用者中，有近三分之一不知道自民國 88 年 8 月 1 日起開始實施加收藥品部分負擔，而不知道用醫師所開的慢性病連續處方箋拿藥，仍可以不用加收藥品部分負擔者，更高達七成。至於不知道自民國 88 年 8 月 1 日起開始實施加收門診高診次部分負擔的比例，亦將近一半。在受訪的 70 位復健醫療使用者中，有超過四成不知道自民

全民健保部分負擔新制之評估

國 88 年 8 月 1 日起開始實施加收復健部分負擔。而在全部受訪的 307 位醫療使用者中，有近三分之一不知道醫療院所開的收據上面要有藥品總價、各項部分負擔費用及民眾自付總額等。

為比較不同屬性之醫療使用者對部分負擔新制的瞭解程度，本計畫除了進行簡單的交叉分析之外（見附表 2-1 至 2-5），更以羅吉特模型（logit model）進行嚴謹的迴歸分析。模型中的被解釋變數為受訪者對上述部分負擔新制各主要項目之瞭解程度，解釋變數則是受訪者的性別、年齡、學歷、工作身分、所得、健保使用次數等個人屬性。表 2-8 所列是分析醫療使用者是否知道自民國 88 年 8 月 1 日起開始加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔與復健部分負擔之迴歸結果。整體而言，受訪者的年齡與教育程度是決定其是否知道已開始實施部分負擔新制的關鍵因素。其中，年齡所對應的迴歸係數在表中三個模型皆為正值，其平方項的係數則為負值，而且都通過統計上的顯著測驗，表示隨著年齡的增加，受訪者知道實施部分負擔新制的比例增加，惟對於年齡超過 50 歲以上的受訪者而言，年齡愈高，知道實施部分負擔新制的比例則愈低。另一方面，在表中所列三個模型中，受教育年數所對應的迴歸係數皆為正值，亦皆十分顯著，表示教育程度愈高的受訪者，知道實施部分負擔新制的比例愈高。

除年齡與教育程度之外，受訪者看病的頻率是另一個影響其是否知道實施部分負擔新制的重要因素。如表中所列，個人使用健保卡數所對應的迴歸係數在分析是否知道加收藥品部分負擔與加收門診高診次部分負擔的模型

第二章 各國健康保險部分負擔制度之實施經驗與我國制度之變革

中，皆為正值，且通過顯著測驗，表示看病次數愈多的受訪者中，知道實施這二項新制度的比例愈高。惟此項因素對受訪者是否知道加收復健部分負擔，則無顯著影響。至於受訪者的性別、工作身分、投保身分、所得、最常去的醫療院所等級、以及是否有經醫師診斷之慢性病等各項因素，對於其是否知道實施上述三項部分負擔新制，亦無顯著影響。

為瞭解民眾對全民健保部分負擔新制的看法，行政院研考會曾於去年九月委託「全國意向調查研究中心」，對 1072 位年滿 20 歲民眾，進行電話訪問。其中，有關民眾對部分負擔新制瞭解程度的問項與本計畫的問項類似，故特別就這些問項將該調查的結果與本計畫調查結果，做一比較。首先，就是否知道加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔、與復健部分負擔而言，該調查發現有八成二的受訪者表示知道，高於本計畫受訪者中知道的比例，推測造成此差異的原因係來自問卷題目設計的不同所致。本研究設計係各項部分負擔題目獨立，且問及如何加收的規定，故面訪中表示知道的民眾較少。此外，在是否知道免收健保部分負擔之特定對象方面，該調查受訪者中知道的比例為 44.7%，亦略高於本計畫的 38.4%。然而，在是否知道拿醫師所開的慢性病連續處方箋拿藥仍可以免收藥品部分負擔，以及是否知道醫療院所開的收據上要有藥品總價、各項部分負擔費用及民眾自付總額等方面，該調查受訪者中表示知道的比例分別為 25%與 47.6%，低於本計畫的 31.6%與 67.4%。因本研究係採用訪員至醫院面訪病患的方式，且為了解部分負擔對高診次民眾的影響效果，亦特別著重於慢性病患可能較多的內科門診，可能因此面訪民眾會特別注意此方面的規定，故表示「知道」的民眾比例較高。

全民健保部分負擔新制之評估

表 2-7 醫療使用者對部分負擔新制之瞭解程度

單位：人（%）

	知道	不知道
是否知道實施加收藥品部分負擔 ¹	162 (68.4)	75 (31.7)
是否知道用醫師所開的慢性病連續處方箋拿藥，仍可以不用加收藥品部分負擔 ¹	75 (31.6)	162 (68.4)
是否知道實施加收門診高診次部分負擔 ¹	124 (52.3)	113 (47.7)
是否知道實施加收復健部分負擔 ²	41 (58.6)	29 (41.4)
是否知道醫療院所開的收據上要有藥品總價、各項部分負擔費用及民眾自付總額等 ³	207 (67.4)	100 (32.6)
是否知道急診、榮民及低收入等特定對象，可以免收額外的健保部分負擔 ³	118 (38.4)	189 (61.6)

資料來源：本研究。

註：1 調查對象限為一般醫療使用者。

2 調查對象限為復健醫療使用者。

3 調查對象包括一般醫療使用者與復健醫療使用者。

全民健保部分負擔新制之評估

表 2-8 醫療使用者是否知道自民國 88 年 8 月 1 日起開始加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔與復健部分負擔之迴歸分析

	藥品部分負擔	門診高診次部分負擔	復健部分負擔
常數項	-2.35 (1.58)	-5.12** (1.56)	-8.57** (3.36)
性別			
男性	-0.65* (0.34)	0.03 (0.32)	-0.57 (0.81)
女性	—	—	—
年齡			
年齡	0.13** (0.06)	0.15** (0.06)	0.30** (0.12)
年齡平方項	-0.001* (0.001)	-0.002* (0.001)	-0.003** (0.001)
教育			
受教育年數	0.009* (0.06)	0.09* (0.05)	0.22* (0.13)
工作身分			
薪資受雇者	0.001 (0.37)	0.60* (0.34)	-0.55 (0.83)
非薪資受雇者	—	—	—
投保身分			
本人	0.40 (0.41)	-0.24 (0.39)	-0.15 (0.81)
眷屬	—	—	—

表 2-8 醫療使用者是否知道自民國 88 年 8 月 1 日起開始加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔與復健部分負擔之迴歸分析 (續)

	藥品部分負擔	門診高診次部分負擔	復健部分負擔
個人年所得			
100 萬元以上	-0.51 (0.67)	-0.36 (0.63)	-2.20 (1.69)
60-100 萬元	0.48 (0.59)	-0.70 (0.51)	-2.05* (1.10)
30-60 萬元	-0.51 (0.45)	0.07 (0.43)	-0.63 (0.96)
30 萬元以下	—	—	—
看病的頻率			
個人所使用的健保卡數	0.17* (0.10)	0.30** (0.10)	0.06 (0.12)
最常去的醫療院所			
基層院所	-0.45 (0.36)	0.08 (0.35)	-0.48 (0.36)
地區醫院	-0.09 (0.53)	-0.09 (0.49)	0.87 (1.32)
區域醫院	0.53 (0.48)	-0.07 (0.41)	-1.68* (0.87)
醫學中心	—	—	—
健康狀況			
有經醫師診斷之慢性病	0.08 (0.37)	0.56* (0.34)	—
沒有經醫師診斷之慢性病	—	—	—

資料來源：本研究。

註：括弧內為標準差。 **與*分別表示通過 5%與 10%顯著水準測驗。

第三章 實施部分負擔新制對醫療資源使用與民眾就醫能力的影響

全民健保實施部分負擔的主要目的在於藉助提高被保險人的成本意識，以抑制其過度或不當的醫療需求，特別是肇因於保險所誘發的「道德危機」(moral hazard) 行為。雖然如此，過高的部分負擔可能會使弱勢族群因財務障礙，而無法獲得必要的醫療服務，進而損及全民健保所強調之社會互助精神。因此如何在抑制醫療資源浪費與維護民眾就醫權力之間取得平衡點，是設計全民健保部分負擔制度所應審慎考量。本章的主旨便是以此為著眼點，評估實施部分負擔新制對國內民眾醫療資源使用與民眾就醫能力的影響。

第一節 對醫療資源使用的影響

自全民健保實施以來，部分負擔能否有效抑制醫療資源的浪費，一直是各界關注的焦點，相關的研究報告亦時有所見。其中，李竹芬(1994)利用行政院主計處民八十年家庭收支調查原始資料，估計門診服務使用量與住院服務使用量的價格需求彈性。結果顯示門診服務使用量的價格彈性介於-0.27與-0.28之間，至於住院服務使用量的價格需求彈性則為0。根據此結果，作者進一步模擬分析當部分負擔為10%，可使公保醫療給付減少24.9%，勞保給付減少12.3%，農保給付減少8.2%。因此，作者認為全民健保門診採部分負擔制，一定可以抑制門診醫療資源的不當使用。

楊長興(1995)透過電話訪談，訪問到1055個年滿二十歲民眾之醫療資源的使用情形，以及影響醫療資源使用的因素。其結果顯示，民眾住院次數明顯受到部分負擔的影響，亦即需部分負擔者的住院次數明顯低於毋須部分

全民健保部分負擔新制之評估

負擔者。在門診方面，雖然雙變項分析結果顯示免部分負擔者的門診使用次數明顯高於須部分負擔者，但在多變項分析時，二者並無顯著差異。

陳聽安等人（1997）利用 1995 年綜合所得稅申報資料和 1996 年全民健保局承保資料的合併檔，估計門診與住院的價格彈性。其迴歸分析的結果顯示我國全民健康保險醫療門診支出對有效部分負擔率之彈性為-0.82，住院為-0.7。作者據此認為實施部分負擔對醫療需求量的抑制具有一定程度的功能。

周添城等人（1997）以問卷調查方式，訪問大台北地區 1047 位民眾，結果發覺大台北民眾的就診次數及住院天數，都沒有隨著部分負擔制度的實施而有顯著減少的情形。作者認為這可能是部分負擔的額度過低，也可能是由於給藥天數少，或是檢驗次數增加導致複診次數增加。

綜言之，國內現有文獻對於實施部分負擔能否抑制醫療資源的浪費，並無一致性的結論。此外，上述各研究都是在實施部分負擔新制之前進行，故很難以此判斷新制對醫療資源使用的影響。緣此，本計畫特別針對民眾醫療使用行為在實施新制以後的可能變動，以及對實施新制能否抑制醫療浪費的看法，進行問卷調查。

表 3-1 所列为實施部分負擔對醫療資源使用者使用醫療資源的影響。整體而言，不論是加收藥品部分負擔、門診高診次數部分負擔或復健部分負擔，對減少使用醫療資源的效果都十分有限。在受訪的 237 位一般醫療使用者中，只有 33 位會因實施藥品部分負擔而減少每次看病拿藥的天數，占 14%；而會因此減少拿藥種類者，更只有 22 位，占 9.2%。有將近六成的受訪者表

表 3-1 實施部分負擔新制以後，對醫療使用者使用醫療資源的變動

單位：人

(%)

	減少很多	略微減少	沒有減少	不知道
實施加收藥品部分負擔後，每次看病拿藥天數的變動 ¹	3 (1.3)	30 (12.7)	140 (59.1)	64 (27.0)
實施加收藥品部分負擔後，每次看病拿藥種類的變動 ¹	2 (0.8)	20 (8.4)	143 (60.3)	72 (30.4)
實施加收門診高診次部分負擔後，看病次數的變動 ¹	2 (0.8)	36 (15.2)	175 (73.8)	24 (10.1)
實施加收復健部分負擔，接受同一療程次數的變動 ²	2 (2.9)	9 (12.9)	47 (67.1)	12 (17.1)

資料來源：本研究。

註：1 調查對象限為一般醫療使用者。

2 調查對象限為復健醫療使用者。

全民健保部分負擔新制之評估

示不會因此減少拿藥的天數或種類，另有將近三成的受訪者表示不知道自己拿藥天數或種類會有何變動。至於實施加收門診高診次部分負擔的影響方面，有 38 位受訪者表示會因此減少看病的次數，占 18%，而有 73.8% 的受訪者表示不會因此減少看病次數。在受訪的 70 位復健醫療使用者中，表示會因加收復健部分負擔而減少接受同一療程次數者，僅占 15.8%，而有 67.1% 表示不會減少。

隨著受訪者個人屬性不同，實施部分負擔新制對醫療資源使用的影響亦有所差異。就加收藥品部分負擔而言，年齡與是否事先知道加收藥品部分負擔是決定新制影響力高低的重要因素。根據交叉分析結果（見附表 3-1 與 3-2），年齡在 34 歲以下之受訪者，因實施新制而減少看病拿藥種類與天數的比例，明顯高於其他年齡較長的受訪者，表示年齡較輕者用藥的價格需求彈性較大。在接受本計畫問卷調查以前原本不知道已實施加收藥品部分負擔者，在經由本計畫面訪員說明新制內容以後，表示會因此而減少拿藥種類與天數的比例，比原本就知道實施新制者高，顯示加強部分負擔新制的政策宣導將有助於抑制用藥的浪費。

就加收門診高診次部分負擔對受訪者看病次數的影響而言，個人投保身份與所得可能是較具關鍵性的因素。以本人身份投保者因加收部分負擔而減少看病的比例，高於以眷屬身份投保者。在所得方面，個人年收入在 100 萬元以上之受訪者中，沒有人表示會因加收部分負擔而減少看病次數，反觀其他年收入較低之受訪者，表示會因此而減少看病次數的比例皆在 15% 以上。有關加收門診高診次部分負擔對看病次數影響之交叉分析，請參閱附表 3-3。

就加收復健部分負擔的影響而言，受訪者的年齡、學歷與最常去的醫療院所等級可能是較值得重視的因素。根據交叉分析的結果（見附表 3-4），

第三章 實施部分負擔新制對醫療資源使用與民眾就醫能力的影響

受訪者的年齡在 55 歲以上者會因此而減少接受同一療程次數的比例，比其他較年輕的受訪者低。在學歷方面，國小以下與國中程度的受訪者中，沒有人表示會因此減少接受同一療程的次數，高中(職)程度者有 7.4% 表示會減少，反觀專科或大學程度以上者則有三成表示會減少。在常去的醫療院所方面，等級愈低，減少接受同一療程次數的比例愈低，尤其是最常去基層診所的受訪者中，沒有人表示會減少。

雖然大多數醫療使用者表示不會因實施部分負擔新制而減少醫療資源的使用，但被問及實施部分負擔新制是否有助於減少醫療浪費時，大多數受訪者則持肯定態度。如表 3-2 所列，在 237 位受訪的一般醫療使用者中，20.3% 認為加收藥品部分負擔對減少用藥浪費有很大的幫助，54% 認為有些幫助；在加收門診高診次部分負擔方面，24.9% 的受訪者認為對減少醫療浪費有很大幫助，52.7% 認為有些幫助；而在 70 位受訪的復健醫療使用者中，20% 認為加收復健部分負擔對減少醫療浪費有很大幫助，41.4% 認為有些幫助。此結果似乎反映大多數的民眾認為現行健保制度確實有醫療資源浪費的問題，而實施部分負擔新制有助於減少浪費，惟自己本身並非浪費者，故對醫療資源使用不受新制的影響。

相較於行政院研考會去年九月所做的調查，本計畫受訪的醫療資源使用者對於實施部分負擔新制能否抑制醫療資源浪費的看法較為樂觀。該調查結果顯示，有 15% 受訪者認為加收藥品部分負擔對於減少醫療浪費非常有幫助，而表示還算有幫助的比例為 43.5%，二者低於表 3-2 第一行所列的 20.3% 與 54.0%。即使將該調查表示不知道或無意見之受訪者扣除，表示有「幫助」與「還算有幫助」的比例分別增加為 16.4% 與 48.8%，仍低於本計畫受訪者的比例。在加收門診高診次部分負擔方面，該調查在扣除表示不知道或

全民健保部分負擔新制之評估

無意見的受訪者之後，表示對減少醫療資源非常有幫助的比例為 16.9%，表示還算有幫助的比例為 47.0%，二者皆低於本計畫受訪者的比例。

表 3-2 醫療使用者對加收部分負擔能否抑制醫療資源浪費的看法

單位：人（%）

	幫助很大	有些幫助	沒有幫助
認為加收藥品部分負擔對減少用藥浪費的影響 ¹	48 (20.3)	128 (54.0)	61 (25.7)
認為加收門診高診次部分負擔對減少醫療浪費的影響 ¹	59 (24.9)	125 (52.7)	53 (22.4)
認為加收復健部分負擔對減少醫療浪費的影響 ²	14 (20.0)	29 (41.4)	27 (38.6)

資料來源：本研究。

註：1.調查對象限為一般醫療資源使用者。

2.調查對象限為復健醫療資源使用者。

為比較不同類型民眾對實施部分負擔新制能否抑制醫療資源浪費的看法，本計畫除了進行簡單交叉分析外（見附表 3-5 至 3-7），特別設立羅吉斯緹克模型（logistic model），分別以受訪者認為加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔與復健部分負擔能否有助於抑制醫療浪費為被解釋變數，受訪者個人屬性為解釋變數，進行迴歸分析，所得結果列於表 3-3。其中，受教育年數的迴歸係數在三個模型中皆為正值，且皆通過顯著測驗，表示教育程度愈高者，認為實施上述三項部分負擔新制有助於抑制醫療浪費的機率愈高。此外，個人所用健保卡數的迴歸係數在加收復健部分負擔模型中為負值，且通過顯著測驗，表示看病次數愈多的復健醫療使用者，愈不相信加收復健

第三章 實施部分負擔新制對醫療資源使用與民眾就醫能力的影響

部分負擔能有助於抑制醫療浪費。惟此效果在加收藥品部分負擔與門診高診次部分負擔的模型中，並不顯著。

除上述兩種屬性之外，其餘個人屬性的迴歸係數大都未能通過顯著測驗，表示受訪者對於實施部分負擔新制能否有助於抑制醫療浪費的看法，在這些屬性之間並無明顯差異。

相較於醫療使用者，醫療供給者對實施部分負擔新制能否減少醫療浪費的看法，則較為保留，如表 3-4 所列，雖然認為有些幫助者仍占受訪者的多數，但認為幫助很大者所佔的比例，則大幅減少。其中，尤以對加收藥品部分負擔的看法與醫療使用者的差異最大。如前面所言，醫療使用者認為此項措施對減少用藥浪費有很大幫助與有些幫助的比例分別為 20.3% 與 54.0%，二者合計 74.3%。反觀醫療提供者認為幫助很大與有些幫助的比例，分別為 1.2% 與 57.6%，二者合計不到 60%。若按醫療院所的性質來看，私人醫院的醫師對加收藥品部分負擔能否減少用藥浪費的看法，最為悲觀，有超過一半認為沒有幫助；在加收門診高診次部分負擔方面，私人醫院醫師的看法仍較公立醫院或財團法人醫院醫師悲觀；若按醫療院所等級來看，則以區域醫院與基層診所醫師的看法較為悲觀，前者有 35.0% 認為沒有幫助，後者則有 33.3%（見附表 3-9）；在加收復健部分負擔方面，調查結果與加收門診高診次部分負擔的結果類似，亦以區域醫院與基層診所醫院的看法較為悲觀，前者有 45.0% 認為沒有幫助，後者則有 40.0%（見附表 3-10）。

專家學者對實施部分負擔新制能否減少醫療浪費的看法，則較醫療使用者樂觀。由表 3-5 可知，不論是加收藥品部分負擔、加收門診高診次部分負擔、或加收復健部分負擔，受訪的專家學者認為對減少醫療浪費沒有幫助者占全部受訪者的比例，皆小於醫療使用者。

全民健保部分負擔新制之評估

表 3-3 醫療使用者對加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔與復健部分負擔能否有效抑制醫療資源浪費看法之迴歸分析

	藥品部分負擔	門診高診次部分負擔	復健部分負擔
性別			
男性	-0.06 (0.29)	0.35 (0.29)	-0.34 (0.60)
女性	—	—	—
年齡			
年齡	-0.02 (0.05)	0.05 (0.05)	0.0002 (0.08)
年齡平方項	0.003 (0.0005)	-0.0005 (0.0006)	-0.0001 (0.0008)
教育			
受教育年數	0.11** (0.05)	0.14** (0.05)	0.39** (0.11)
工作身分			
薪資受雇者	0.12 (0.31)	0.26 (0.31)	-1.43* (0.75)
非薪資受雇者	—	—	—
投保身分			
本人	-0.28 (0.35)	-0.28 (0.35)	0.02 (0.64)
眷屬	—	—	—

資料來源：本研究。

第三章 實施部分負擔新制對醫療資源使用與民眾就醫能力的影響

表 3-4 醫療提供者對加收部分負擔能否抑制醫療資源浪費的看法

單位：人（%）

	幫助很大	有些幫助	沒有幫助
認為加收藥品部分負擔對減少用藥浪費的影響 ¹	1 (1.2)	49 (57.6)	35 (41.2)
認為加收門診高診次部分負擔對減少醫療浪費的影響 ¹	2 (2.4)	58 (68.2)	25 (29.4)
認為加收復健部分負擔對減少醫療浪費的影響 ²	0 (0)	36 (73.5)	13 (26.5)

資料來源：本研究。

註：1.調查對象限為一般醫療提供者。

2.調查對象限為復健醫療提供者。

表 3-5 專家學者對加收部分負擔能否抑制醫療資源浪費的看法

單位：人（%）

	幫助很大	有些幫助	沒有幫助
認為加收藥品部分負擔對減少用藥浪費的影響	11 (13.8)	57 (71.2)	12 (15.0)
認為加收門診高診次部分負擔對減少醫療浪費的影響	22 (28.8)	42 (52.5)	15 (18.8)
認為加收復健部分負擔對減少醫療浪費的影響	18 (22.5)	44 (55.0)	18 (22.5)

資料來源：本研究。

第二節 對民眾就醫能力的影響

在衛生署與中央健保局欲以加收部分負擔來減少醫療浪費的同時，民眾就醫能力是否會因此而降低，是另一個值得重視的議題，也是本計畫問卷調查的重點之一。本研究所稱「就醫能力」係指民眾負擔醫療費用的能力。表 3-6 所列是受訪的醫療使用者對加收部分負擔是否減少民眾就醫能力的看法。不論是加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔或復健部分負擔，都有四成以上受訪者認為民眾的就醫能力會因此而減少很多或略微減少。其中，尤以復健醫療使用者的擔憂最深，有 10% 受訪者認為民眾就醫能力會因加收部分負擔而減少很多。由於前面的分析顯示，大多數受訪民眾的醫療行為不會因實施新制而改變，故上述調查結果應反映一般民眾擔心弱勢團體就醫能力可能會因實施新制而降低。

為比較不同屬性之醫療使用者對此議題的看法，本計畫除進行簡單交叉分析之外（見附表 3-11 至 3-13），亦設立羅吉斯緹克迴歸模型（logistic model），以對民眾就醫能力是否會因加收部分負擔而減少的看法為被解釋變數，受訪者的屬性為解釋變數，進行估計，結果列於表 3-7。由該表可知，除了零星幾個解釋變數之迴歸係數通過顯著測驗外，大多數解釋變數的迴歸係數皆不顯著，表示不同屬性之醫療使用者在加收部分負擔是否會減少民眾就醫能力的認知上，並無明顯的差異。

表 3-8 所列為醫療提供者對加收部分負擔是否會減少民眾就醫能力的看法。相較於醫療使用者，醫療提供者對此議題的看法顯得較為悲觀。在受訪的 85 位一般醫療提供者中，僅有 41 位認為加收藥品部分負擔不會減少民眾就醫能力，占 48.2%。認為加收門診高診次部分負擔不會減少民眾就醫能力者更只有 29 位，占 34.1%。在受訪的 49 位復健醫療提供者中，有 41 位

表 3-6 醫療使用者對加收部分負擔是否減少民眾就醫能力的看法

單位：人（%）

	減少很多	略微減少	沒有影響
對加收藥品部分負擔是否減少民眾就醫能力的看法 ¹	13 (5.5)	81 (34.2)	143 (60.3)
對加收門診高診次部分負擔是否減少民眾就醫能力的看法 ¹	10 (4.2)	978 (40.9)	130 (54.9)
對加收復健部分負擔是否減少民眾就醫能力的看法 ²	7 (10.0)	246 (34.3)	39 (55.7)

資料來源：本研究。

註：1.調查對象限為一般醫療使用者。

2.調查對象限為復健醫療使用者。

表 3-7 醫療使用者對加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔與復健部分負擔是否會減少民眾就醫能力看法之迴歸分析

	藥品部分負擔	門診高診次部分負擔	復健部分負擔
性別			
男性	0.26 (0.31)	0.16 (0.31)	-1.60** (0.66)
女性	—	—	—
年齡			
年齡	-0.05 (0.06)	0.06 (0.06)	0.02 (0.08)
年齡平方項	-0.0007 (0.0006)	-0.0008 (0.0007)	-0.0002 (0.0009)
教育			
受教育年數	0.02 (0.05)	0.12** (0.06)	0.10 (0.10)
工作身分			
薪資受雇者	-0.25 (0.33)	-0.18 (0.33)	0.18 (0.75)
非薪資受雇者	—	—	—
投保身分			
本人	-0.16 (0.39)	0.02 (0.39)	-0.28 (0.66)
眷屬	—	—	—

全民健保部分負擔新制之評估

認為加收復健部分負擔會使民眾就醫能力減少很多或略微減少，而認為不會減少者只有 8 位，占 16.3%。

若按醫療院所的性質區分，屬財團法人醫院醫師對加收部分負擔是否會減少民眾就醫能力的看法較為樂觀。例如有超過七成受訪的財團法人醫院醫師認為加收藥品部分負擔不會減少民眾就醫能力，反觀受訪的公立醫院與私人醫院醫師，分別只有 43.5%與 42.5%持相同看法。若按醫療院所的等級區分，地區醫院醫師認為加收藥品部分負擔與門診高診次部分負擔不會減少民眾就醫能力的比例，皆低於其他等級醫院的醫師，第二低的則是基層醫院。然而在對加收復健部分負擔是否會減少民眾就醫能力的看法方面，地區醫院與基層醫院的復健醫師則顯然較為悲觀，所有受訪者皆認為民眾就醫能力會因此而漸少。相關的交差分析結果，請參閱附表 3-14 至 3-16。

表 3-9 所列是專學者對於加收部分負擔是否會減少民眾就醫能力的看法。其中，在加收藥品部分負擔方面，受訪的 80 位專家學者中，有 52.5%認為民眾就醫能力會因此而減少，認為沒有影響者占 47.5%；在加收門診高診次部分負擔方面，認為民眾就醫能力會因此減少者占 70%，認為沒有影響者占 30%；在加收復健部分負擔方面，認為減少者占 66.2%，認為沒有影響者占 33.7%。由此可知，專家學者對維護民眾就醫能力的看法亦較醫療使用者悲觀；而相較於醫療提供者，則除了在加收復健部分負擔方面，專家學者的看法較為樂觀外，其餘兩者的差異不大。

表 3-8 醫療提供者對加收部分負擔是否減少民眾就醫能力的看法

單位：人（%）

	減少很多	略微減少	沒有影響
對加收藥品部分負擔是否減少民眾就醫能力的看法 ¹	6 (7.1)	381 (44.7)	41 (48.2)
對加收門診高診次部分負擔是否減少民眾就醫能力的看法 ¹	11 (12.9)	45 (52.9)	29 (34.1)
對加收復健部分負擔是否減少民眾就醫能力的看法 ²	18 (36.7)	23 (46.9)	8 (16.3)

資料來源：本研究。

註：1.調查對象限為一般醫療提供者。

2.調查對象限為復健醫療提供者。

表 3-9 專家學者對加收部分負擔是否減少民眾就醫能力的看法

單位：人（%）

	減少很多	略微減少	沒有影響
對加收藥品部分負擔是否減少民眾就醫能力的看法	1 (1.3)	41 (51.2)	38 (47.5)
對加收門診高診次部分負擔是否減少民眾就醫能力的看法	2 (2.5)	54 (67.5)	24 (30.0)
對加收復健部分負擔是否減少民眾就醫能力的看法	5 (6.2)	48 (60.0)	27 (33.7)

資料來源：本研究。

第三節 本章小結

綜合上述結果可以發現，大多數受訪民眾對醫療資源的使用，並不會因加收部分負擔而減少。雖然如此，有超過七成受訪的一般醫療使用者對加收藥品部分負擔與門診高診次部分負擔能否抑制醫療浪費，是持肯定態度；有超過六成受訪的復健醫療提供者則肯定對加收復健部分負擔能抑制醫療浪費。相較於醫療使用者，醫療提供者對實施部分負擔新制能否抑制醫療浪費，則較為保留，尤其是對加收藥品部分負擔方面的看法最不樂觀。至於專家學者對此議題的看法，則較醫療使用者樂觀。

儘管如此，有超過四成以上受訪民眾認為加收部分負擔會損及民眾就醫能力，而受訪的醫療提供者與專家學者認為民眾就醫能力會因此減少者，所占比例更高於受訪民眾。因此，政府有關單位實有必要在部分負擔新制實施一年以後，檢討其對弱勢族群就醫行為的影響，如果發現就醫能力受損而無法得到必要的醫療服務，則應考慮擴大免收部分負擔的對象。

全民健保部分負擔新制之評估

第四章 部分負擔之修訂對醫病關係之影響

第一節 醫病關係的內涵

一、醫病關係的意義

和諧的醫病關係 (physician-patient relationship) 是完善醫療中，不可欠缺的基本要素。醫師與病人之間若有好的醫病關係，則治療會較順利，且也較不會發生醫療糾紛。故良好的醫病關係具有治療疾病的潛能 (therapeutic potential)，意指病患在徬徨無助時，醫師能成為其信賴的對象，醫師不但能傾聽病患的細述，並能在情感與意志上予以支持。

醫病關係是指醫師與病人的互動關係，屬於一種兩人的社會系統，醫師與病患有各自的角色，彼此亦互相冀予期許。此種互動是否能良好建立，則取決於雙方的性格 (personality) 及彼此對扮演特定角色的期許。

隨著醫療社會學的發展以及結合當時所流行的社會學理論，學者所觀察到的醫病關係也有所不同。醫療社會學者 David Armstrong (1989) 將醫病關係綜合歸納為：合作 (consensus)、衝突 (conflict) 以及協商 (negotiation) 三種模式 (見劉仲冬，1998)。

(一) 合作模式 (consensual models)

五十年代是功能學派主導的時代，其中以功能主義大師 Talcot Parsons (1951) 的「病人角色理論」，為此時期最好的代表。病人的角色 (義務) 包括：必須追求康復，以及遵從醫師的指導。而醫生的角色即在執病患求醫的目的—治療及痊癒。此理論可引伸用來解釋醫病關係，及醫生與病人間的相互期待與義務責任。

而 1950 年代末，西方醫學開始關心病患的心理層面，醫病關係也有了改

全民健保部分負擔新制之評估

變，醫病關係理論亦有所修正。Szasz and Hollender (1956) 提出另一種和諧型的理論，並依病情的輕重緩急將醫病關係分成三類：

- (1)主動—被動式：醫師主動、病人完全被動接受醫療及醫囑，此時的關係類似「父母對嬰兒」，適用於急性重症期，病人像嬰兒依賴父母一樣地完全依賴醫師。
- (2)合作指導式：醫師指導病人合作類似「父母對兒童」。兒童能反應但仍必須仰賴父母的指導。此模式用於輕病或恢復期。
- (3)互補參與式：此關係類似「成人與成人」間的互相參與合作，彼此分享決策，其參與關係是對等且自主的，適用於慢性與長期病患。此三種模式可以圖 4-1 說明。

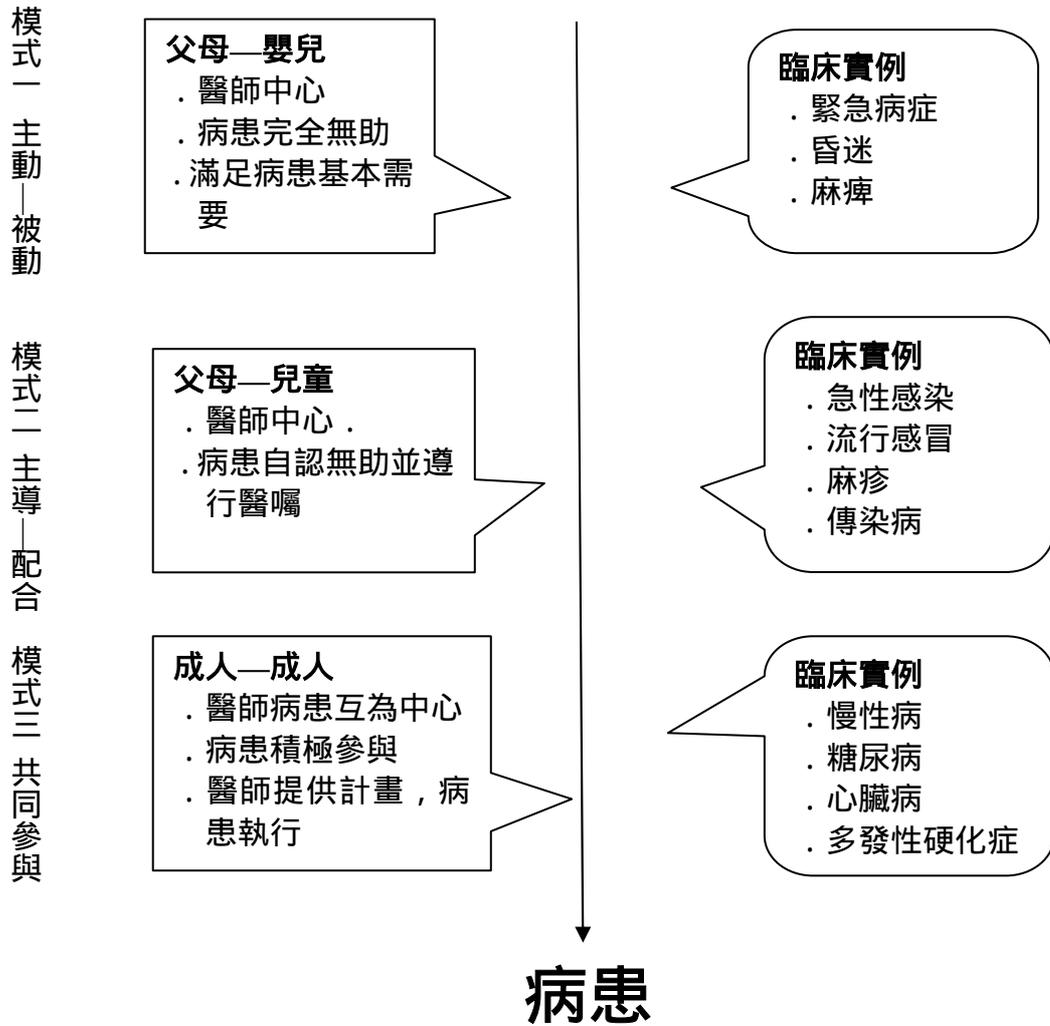
(二) 衝突模式 (conflict models)

1970 年 Freidson 批判傳統的醫病關係理論雖名為「合作」，其實是以醫師為主導中心，Freidson 認為：醫師與病患的觀點基本上是互相抵觸的。在病患眼中的患病獨特經驗，不過是醫師眾多臨床病案的一件個案。故病患會覺得醫師分給自己的關注不夠多，而醫師則覺得病人自我中心，永遠不會饜足。因為有這樣潛在的緊張存在，故 Freidson 認為醫病關係基本上是衝突的。他所看見的醫病關係在地位上是比較對等式的，醫師有主動、指導及參與的三種角色，病患同時也可有被動、參與及領導三種角色。他認為醫病關係中的領導角色可以落在醫師或病人任何一方身上。

(三) 協商模式 (negotiation models)

近年傳統生物醫學模式的限制在醫療上的限制漸趨明顯，加上對通俗

醫師



資料來源：林綺雲，1998。

圖 4-1 Szasz and Hollender 醫病關係模式表

醫療系統的研究發展使學者認知到：醫師的生物醫學觀與病患得自生活經驗的通俗疾病概念，是屬於兩套不同的知識系統。病患或許可以記得醫師於看診時所說過關於診斷的要點，但很少病患可以了解醫師的用意。若是反映在病患是否遵守醫囑方面，若是病患覺得醫師並沒有回答到病患所提的問題，或是覺得醫師的建議並不符合其需要時，也就不會完全遵從醫囑治療。某些醫師意識到此一衝突的存在，開始採用一種比較有彈性且比較寬廣的疾病看法，他們在診病時也會彈性地使用一些策略。例如：嘗試瞭解病人的看法，並使用病人的語彙，以取得病患合作使治療得以順利進行。此時的醫病關係即進入了「協商模式」。

除了醫病關係的數種醫師與病患的互動模式之外，醫病關係尚包涵消費者權益與醫療糾紛等議題。根據尹章華（1997）的分析，我國「消費者保護法」所規範的醫病關係，僅為病患與「醫療機構」的法律關係。「消費爭議」係指消費者（病患）與企業經營者（醫療機構）間因商品或服務所生之爭議；「消費訴訟」係指因消費關係而向法院提起之訴訟。

國人傳統上將醫者擬為具有仁心仁術者（例如「醫者父母心」），以致有醫療、用藥、施術，皆信賴醫者決定，病患及其家屬少有置喙之餘地。晚近，消費意識高漲，病患及其家屬少「知」之權利及「選擇」之權利，日益受到重視。表面上雖然仍十分的尊重與依賴醫師，但在必要時仍會主張自己的權利，以致醫療機構或醫事人員是否善盡其法律義務與責任，屢屢受到質疑。尤以政府開辦全民健保以後，使得醫療費用得以「公開化」、「透明化」，相關病歷資料亦因電腦化而逐漸開放，遂使得醫療界生態漸生變化，醫療糾紛增多。而民眾遇到醫療糾紛改採民事訴訟的比率愈來愈高（八十四年占 21%，

77 年至 84 年的平均值為 7.6%)。而在法院個案審判時，其結果亦可能影響醫事人員從事醫療行為之基本態度，太重會使醫事人員趨於「少做少錯」的心態而怠於任事，太輕則會流於放縱醫事人員而無法提昇醫療品質。可見在台灣傳統醫病關係的本質亦在逐漸改變之中。

二、新制部分負擔影響醫病關係之可能途徑

實施新制部分負擔之後，可能會對病人與醫生的醫療行為發生什麼變化？而經過病人與醫生間的互動之後，對醫病關係又會有什麼影響呢？

首先，在藥品的部分負擔方面，每次取藥超過 100 元要負擔 20 元，超過 500 元要負擔 100 元的部分負擔。因此，在病人方面可能會要求醫師減少給藥，尤其是胃藥等家中可能有存貨的藥。在醫生方面，為了替病人著想可能會改變給藥的種類與天數，也可能會改變給藥藥品的品牌。基層診所的競爭激烈，在實施簡表申報的情況之下，醫生有可能會儘量不加收藥品部分負擔，即使藥品費有超過，也自行交叉補貼予以吸收。為了降低藥費部分負擔，醫生也有可能減少每次給藥的天數，而要求病人增加回診的次數，但是因為回診仍要至少 100 元掛號費與部分負擔費，對病人來說並不划算。

在實施藥品部分負擔的同時，健保局要求醫療提供者應列出藥品的明細，這一方面會增加醫療院所的處理成本，同時使病人的資訊增加。病人的資訊增加多少會影響到傳統醫病關係中醫生主導的地位，醫生會覺得地位受到威脅，使醫病關係產生微妙的改變。這雖與藥品部分負擔沒有直接的相關，但是對醫病關係的影響可能還大於藥品部分負擔。

對於慢性病人，健保局規定如果取得連續處方箋就可免除藥品部分負

全民健保部分負擔新制之評估

擔。過去醫療院所釋出連續處方箋的比例極低，如果病人為免除藥品部分負擔而要求醫生開連續處方箋，會減少醫生的門診業務量，對醫生的收入會有影響，因此對醫病關係也可能有所變化。慢性病人每次拿藥，醫師可以藉機診察病情的變化，如果開立連續處方箋，醫師與病人見面診療的次數減少，醫病關係可能也會有所改變。

對於高診次病患，如果使用慢性病連續處方箋，就可以減少就診次數，其對醫病關係的影響有如上述。

對於復健的部分負擔，可能使較輕症的患者減少復健的次數，這對復健醫師的收入會有直接的影響，可能也會影響醫病關係。

綜上所述，新制部分負擔可能產生醫病關係影響的來源有三：第一，病人可能要求減少給藥或減少複診次數；第二，病人可能要求開立連續處方箋；第三，病人可能要求減少復健次數。這些要求都可能多少會改變原有醫生主導、病人被動接受的互動模式。下一節針對上述問題，分析問卷調查所得到的結果。

第二節 問卷調查結果

一、醫療使用行為

從表 4-1 可看出在實施新制部分負擔之後，對醫療使用者的就醫行為影響極小。在加收藥品部分負擔方面，曾經要求醫師改變開藥行為者在全部樣本中僅有 8 位，占樣本的 3.4%。如果病人要求的話，則 75%（6 位）的醫師會答應要求。在高診次部分負擔方面，曾要求醫師減少複診次數的一般醫療使用者也極少，占 1.8%。復健使用者中，僅有 1 人，占 2.3% 曾要求過醫

表 4-1 醫療使用者認為新制部分負擔對就醫行為的影響

單位：人(%)

	不曾	曾經	合計
一般醫療使用者於實施加收藥品部分負擔後,曾否要求醫師改變開藥行為	229 (96.6)	8 (3.4)	237 (100.0)
一般醫療使用者於實施加收高診次部分負擔後,曾否要求醫師減少複診次數	214 (98.2)	4 (1.8)	218 (100.0)
復健使用者於實施加收復健部分負擔後,曾否要求醫師減少同一療程的次數	43 (97.7)	1 (2.3)	44 (100.0)

資料來源：本研究。

師減少療程次數。而那位要求者，醫師並不同意他的要求。

從醫生的角度來看，新制部分負擔對醫療行為的影響則較大。在告知新制部分負擔內容方面，很少告知或不曾告知病患新制部分負擔內容的一般醫師僅 13%，復健醫療提供者經常告知病人新制部分負擔內容的高達 75%，較一般醫療提供者的 53.6% 為高(表 4-2)。在實際建議病人改變醫療行為方面，一般醫師經常及偶而建議者合計占 49.4%，不曾建議病患改變就醫行為者則占 30.6%。而復健醫師經常及偶而建議病患改變就醫行為者占 30.4%，不曾建議者則為 41.3%。(表 4-3)，所以復健醫師在建議病人改變行為方面比較不積極。

表 4-4 則呈現醫病雙方對對方行為的看法。病人曾經遇到醫師要求調整就醫行為的為數非常少，僅有 14 位，占 6.8%，較表 4-3 中醫師自己回答的要少許多。這 14 位中有 13 位是要求增加複診次數，似乎少部分醫師有用增加複診次數來降低每次開藥份量，以避免病患達到需負擔藥品部分負擔的水準的作法。另一方面，醫師回答曾有病人要求改變行為的則在 70% 以上，曾要求減少開藥種類與天數或複診次數的有 68.2%。曾遇到要求開立慢性病處方箋的有 75%，而曾遇到要求減少復健次數的有 79.6%。

綜合上述可以發現醫療使用者自認部分負擔新制對其就醫行為的改變很小，而醫療提供者則覺得是有所改變。另一方面，醫療提供者認為自己的行為有改變的也較病人所感受到的要多。這種不同可能是因為醫師人數少與病人人數多的不對等關係而造成的。然而這種不同也反映在兩個群體對醫病關係的看法。

二、醫病關係

第四章 部分負擔之修訂對醫病關係之影響

表 4-2 醫療提供者曾否告知病患新制部分負擔內容

單位：人(%)

	經常告知	偶爾告知	很少告知	不曾告知	合計
一般醫療提供者	45 (53.6)	28 (33.3)	6 (7.1)	5 (6.0)	84 (100.0)
復健醫療提供者	36 (75.0)	9 (18.8)	3 (6.2)	0 (0.0)	48 (100.0)

資料來源：本研究。

**表 4-3 醫療提供者曾否在部分負擔實施後建議病患少拿藥的種類、天數及
複診次數**

單位：人

(%)

	經常建議	偶爾建議	很少建議	不曾建議	合計
一般醫療提供者	14 (16.5)	28 (32.9)	17 (20.0)	26 (30.6)	85 (100.0)
復健醫療提供者	3 (6.5)	11 (23.9)	13 (28.3)	19 (41.3)	46 (100.0)

資料來源：本研究。

表 4-4 醫療使用者與提供者對對方行為的看法

單位：人(%)

	不曾	曾經	合計
一般醫療使用者於實施加收藥品部分負擔後,醫師曾否要求您調整複診次數	193 (93.2)	14 (6.8)	237 (100.0)
實施新制部分負擔後,曾否發生病人要求減少開藥種類 天數或複診次數	27 (31.8)	58 (68.2)	85 (100.0)
實施加收藥品部分負擔後,醫療提供者曾否遇到病患要求開立慢性病連續處方箋	21 (25.0)	63 (75.0)	84 (100.0)
實施復健部分負擔後,復健醫師曾否遇到病患要求減少復健次數	10 (20.4)	39 (79.6)	49 (100.0)

資料來源：本研究。

從醫療使用者方面來看，84.8%的受訪者認為藥品部分負擔對醫病關係沒有影響，14.3%認為略有變化，認為有明顯變化的僅有0.8%（2人）。大部分的人也認為加收高診次部分負擔對醫病關係沒有影響，占81.9%，認為略微惡化的有17.7%，明顯變化的0.4%。復健病人認為復健部分負擔對醫病關係沒有影響的占87.1%，略微惡化的有11.4%，明顯惡化的有1.4%（表4-5）。

進一步以醫療使用者的屬性來看，我們可發現在三種新制部分負擔中，男性認為沒有影響的比例低於女性。而教育程度愈高者，認為沒有影響的比例也愈低（見附表4-1至附表4-3）。男性及教育程度高者的獨立性較強，可能比較敢於向醫師表達其要求，因此會影響其醫病關係。

以羅吉斯緹克模型（logistic model）分析醫療使用者的屬性對醫病關係看法的影響，發現並沒有哪一個變數在三項新制部分負擔中都有顯著的影響。在藥品部分負擔方面，男性相對於女性認為醫病關係會惡化的機率較高。在門診高診次方面，受教育年數愈長，認為醫病關係會惡化的機率較高；薪資受雇者，則認為醫病關係會惡化的機率較低。然而，復健醫療使用者中的薪資受雇者卻認為復健部分負擔會使醫病關係惡化的機率較高。（表4-6）

從醫師的角度來看，一般醫療提供者認為藥品部分負擔對醫病關係沒有影響的有41.2%，認為高診次部分負擔對醫病關係沒有影響的有47.1%，復健醫師認為沒有影響的比例是26.5%，較一般醫師為低（表4-7）。

以醫療提供者的屬性來看，在藥品部分負擔及高診次部分負擔這兩項上的結果頗為一致，即是公立醫院認為對醫病關係沒有影響的比例要高於私立醫院及財團法人醫院；而醫學中心及區域醫院認為沒有影響的比例要高於地

表 4-5 醫療使用者認為新制部分負擔對醫病關係的影響

單位：人(%)

	明顯惡化	略微惡化	沒有影響	合計
一般醫療使用者認為實施加收藥品部分負擔對醫病關係的影響	2 (0.8)	34 (14.3)	201 (84.8)	237 (100.0)
一般醫療使用者認為實施加收高診次部分負擔對醫病關係的影響	1 (0.4)	42 (17.7)	194 (81.9)	237 (100.0)
復健使用者認為復健部分負擔對醫病關係的影響	1 (1.4)	8 (11.4)	61 (87.1)	70 (100.0)

資料來源：本研究。

全民健保部分負擔新制之評估

表 4-6 醫療使用者認為加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔與復健部分負擔是否會影響醫病關係看法之迴歸分析

	藥品部分負擔	門診高診次部分負擔	復健部分負擔
性別			
男性	0.74* (0.42)	0.51 (0.40)	2.03 (1.34)
女性	—	—	—
年齡			
年齡	0.05 (0.10)	-0.05 (0.08)	0.03 (0.17)
年齡平方項	-0.001 (0.001)	0.00001 (0.001)	-0.001 (0.001)
教育			
受教育年數	0.10 (0.09)	0.20* (0.09)	0.27 (0.23)
工作身分			
薪資受雇者	-0.72 (0.46)	-1.32** (0.45)	2.60* (1.50)
非薪資受雇者	—	—	—
投保身分			
本人	0.53 (0.55)	0.83 (0.55)	-0.56 (1.18)
眷屬	—	—	—

表 4-6 醫療使用者認為加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔與復健部分負擔是否會影響醫病關係看法之迴歸分析 (續)

	藥品部分負擔	門診高診次部分負擔	復健部分負擔
個人年所得			
100 萬元以上	-1.54 (1.17)	-0.68 (0.93)	-0.28 (2.38)
60-100 萬元	-0.11 (0.65)	0.40 (0.63)	1.34 (1.76)
30-60 萬元	1.00 (0.62)	-0.30 (0.56)	-1.86 (1.71)
30 萬元以下	-	-	-
看病的頻率			
個人所使用健保卡數	-0.02 (0.13)	0.10 (0.12)	0.19 (0.23)
最常去的醫療院所			
基層醫院	0.12 (0.56)	-0.30 (0.55)	5.26 (2.03)
地區醫院	0.32 (0.66)	-0.31 (0.72)	4.13 (1.90)
區域醫院	0.16 (0.47)	-0.33 (0.45)	1.11 (1.47)
醫學中心	-	-	-
健康狀況			
有經醫師診斷之慢性病	-0.14 (0.48)	-0.20 (0.46)	
沒有經醫師診斷之慢性病	-	-	

資料來源：本研究。

註：

- 1.各模型之被解釋變數為對醫病關係之惡化程度。表中係數若為正值，表示具有該屬性勞工認為實施部份負擔新制會使醫病關係惡化的機率越高；反之，若為負值，則機率越低。
- 2.括弧內為標準差。 **與*分別表示通過 5%與 10%顯著水準測驗。

表 4-7 醫療提供者認為新制部分負擔對醫病關係的影響 單位：人(%)

	明顯惡化	略微惡化	沒有影響	合計
一般醫療提供者認為加收藥品部分負擔對醫病關係的影響	14 (16.5)	36 (42.4)	35 (41.2)	85 (100.0)
一般醫療提供者認為實施加收高診次部分負擔對醫病關係的影響	15 (17.6)	30 (35.3)	40 (47.1)	85 (100.0)
復健提供者認為復健部分負擔對醫病關係的影響	7 (14.3)	29 (59.2)	13 (26.5)	49 (100.0)

資料來源：本研究。

區醫院及基層醫院；有在醫院擔任行政職務的認為對醫病關係沒有影響的比例比沒有行政職務的為高。（附表 4-4 及附表 4-5）

以復健醫療提供者的屬性來看，同樣是公立醫院認為對醫病關係沒有影響的比例要高於私人醫院及財團法人醫院；醫學中心及區域醫院認為沒有影響的要高於地區醫院及基層醫院；然而與一般醫療提供者不同的則是，沒有醫院行政職務者認為沒有影響的比例卻要高於有行政職務者，但是由於樣本數太少，此種不同可能並不具有統計上的意義（附表 4-6）。

學者專家認為沒有藥品部分負擔對醫病關係沒有影響的比例是 69.2%，認為高診次部分負擔沒有影響的有 58.4%，認為復健部分負擔沒有影響的有 63.3%（表 4-8）。所以學者專家認為藥品部分負擔對醫病關係的影響最小，其次是復健部分負擔，對高診次的影響則最大。

第三節 本章小結

綜合上述的結果可發現，新制部分負擔對醫療行為與醫病關係的影響，都是醫療使用者認為影響較小而醫療提供者認為影響較大，而學者專家的看法則介於兩者之中。這可能是因為新制部分負擔的設計對大多數的醫療使用者沒有影響（據健保局估計受影響的只有 40% 的被保險人），且病人一向是處於醫病關係中被動與弱勢的一方，所以不覺得有顯著的影響。

而弔詭的是部分負擔是針對使用者而設計的，但是醫療提供者卻覺得受到的影響較大。這似乎顯示醫療提供者尤其是基層診所的競爭激烈，擔心如果照章收取新制部分負擔會使病人流失，以至於對需求者課稅卻有可能部分

全民健保部分負擔新制之評估

表 4-8 學者專家認為新制部分負擔對醫病關係的影響 單位：人

(%)

	明顯惡化	略微惡化	沒有影響	合計
加收藥品部分負擔	0 (0.0)	24 (30.8)	54 (69.2)	78 (100.0)
加收高診次部分負擔	1 (1.3)	31 (40.3)	45 (58.4)	77 (100.0)
加收復健部分負擔	0 (0.0)	29 (36.7)	50 (63.3)	79 (100.0)

資料來源：本研究。

第四章 部分負擔之修訂對醫病關係之影響

移轉為由供給者負擔。如果此種情況發生，則醫療提供者對新制部分負擔的贊成度就會受到影響，這是下一章分析的課題。

第五章 民眾與醫療提供者對新制部分負擔的滿意度

第一節 醫療使用者之滿意度

一般醫療使用者對於藥品部分負擔及高診次部分負擔表示非常贊成與贊成的比例合計均超過 50%，不贊成與非常不贊成的比例合計則在 25% 30% 之間，復健使用者對復健部分負擔贊成與非常贊成合計是 37.1%，不贊成與非常不贊成合計是 38.5%，顯然復健使用者對復健部分負擔的贊成度較低（表 5-1）。

進一步以羅吉斯緹克模型（logistic model）來分析影響對新制部分負擔贊成與否的因素，可看出教育程度是唯一對三種部分負擔均有顯著影響的變數，我們發現，受教育年數愈長者欲傾向於贊成新制部分負擔，這可能是教育程度較高者較能瞭解新制部分負擔對於抑制健保醫療浪費挹注健保財務的意義，因此傾向於贊成。薪資受雇者則傾向於贊成藥品部分負擔，反對復健部分負擔。此外，看病頻率高者傾向反對復健部分負擔。（表 5-2）

整體而言，一般醫療使用者對新制部分負擔的滿意度比例是 57.8%，不滿意與非常不滿意的比例合計是 24.5%，復健使用者對整體部分負擔新制的滿意度，滿意與非常滿意合計有 52.9%，與一般醫療使用者相差不多，不太滿意及非常不滿意合計有 38.5%，略高於一般醫療使用者（表 5-3）。

從一般醫療使用者的屬性來看，45 54 歲及 65 歲以上者的不滿意程度較高，學歷較低者的不滿意程度也較高，學生的滿意度較低。所得愈高則滿意程度愈高；高診次者（使用 F 卡）則有 39% 表示不太滿意及非常不滿意，比例高於其他使用者。（附表 5-1）

表 5-1 醫療使用者是否贊成個別部分負擔辦法

單位：人(%)

	非常贊成	贊成	不贊成	非常不贊成	沒意見	合計
一般醫療使用者 是否贊成加收藥品部分負擔	11 (4.6)	118 (49.8)	53 (22.4)	10 (4.2)	45 (19.0)	237 (100.0)
一般醫療使用者 是否贊成加收高 診次部分負擔	17 (7.2)	115 (48.5)	60 (25.3)	12 (5.1)	33 (13.9)	237 (100.0)
復健醫療使用者 是否贊成加收實 施復健部分負擔	4 (5.7)	22 (31.4)	22 (31.4)	5 (7.1)	17 (24.3)	70 (100.0)

資料來源：本研究。

表 5-2 醫療使用者對加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔與復健部分負擔是否贊成之迴歸分析

	藥品部分負擔	門診高診次部分負擔	復健部分負擔
性別			
男性	0.29 (0.36)	-0.06 (0.34)	-0.65 (0.70)
女性	—	—	—
年齡			
年齡	0.05 (0.06)	0.05 (0.06)	-0.06 (0.08)
年齡平方項	-0.0005 (0.0006)	-0.0004 (0.0006)	0.0008 (0.0009)
教育			
受教育年數	0.14** (0.06)	0.16** (0.06)	0.35** (0.13)
工作身分			
薪資受雇者	0.80** (0.38)	0.25 (0.35)	-2.01* (0.89)
非薪資受雇者	—	—	—
投保身分			
本人	0.13 (0.43)	0.40 (0.40)	-0.007 (0.78)
眷屬	—	—	—

表 5-2 醫療使用者對加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔與復健部分負擔是否贊成之迴歸分析 (續)

	藥品部分負擔	門診高診次部分負擔	復健部分負擔
個人年所得			
100 萬元以上	-0.45 (0.70)	0.53 (0.64)	-0.009 (1.46)
60-100 萬元	-0.53 (0.54)	0.23 (0.52)	0.79 (0.98)
30-60 萬元	-0.84* (0.45)	-0.38 (0.43)	1.05 (0.88)
30 萬元以下	—	—	—
看病的頻率			
個人所使用的健保卡數	0.004 (0.09)	-0.11 (0.09)	-0.35** (0.13)
最常去的醫療院所			
基層院所	-0.53 (0.43)	0.18 (0.40)	0.85 (0.79)
地區醫院	-0.45 (0.51)	-0.10 (0.48)	-1.26 (1.04)
區域醫院	-0.39 (0.38)	-0.14 (0.35)	0.92 (0.85)
醫學中心	—	—	—
健康狀況			
有經醫師診斷之慢性病	-0.02 (0.36)	-0.54 (0.34)	
沒有經醫師診斷之慢性病	—	—	

資料來源：本研究。

註：1.各模型之被解釋變數為民眾對部分負擔新制贊成程度。表中係數若為正值，表示具有該屬性勞工認為贊成部分負擔新制的機率愈高；反之，若為負值，則機率愈低。

2.括弧內為標準差。 **與*分別表示通過 5%與 10%顯著水準測驗。

表 5-3 醫療使用者整體而言是否滿意部分負擔新制

單位：人(%)

	非常滿意	滿意	不滿意	非常不滿意	沒意見	合計
一般醫療使用者	17 (7.2)	120 (50.6)	49 (20.7)	9 (3.8)	42 (17.7)	237 (100.0)
復健醫療使用者	3 (4.3)	34 (48.6)	22 (31.4)	5 (7.1)	6 (8.6)	70 (100.0)

資料來源：本研究。

全民健保部分負擔新制之評估

以復健使用者的屬性來看，大學以上學歷者不滿意的程度最高，不太滿意及非常不滿意合計有 58.9%，然因復健使用者的樣本數較少，屬性差異可靠性需存疑。(附表 5-2)

進一步以羅吉斯緹克迴歸模型來分析，我們並未發現一般醫療使用者與復健醫療使用者有相同的因素來影響其對新制部分負擔整體的滿意度。個別來看，一般醫療使用者的年所得在 100 萬元以上的，較傾向於滿意新制部分負擔；看病頻率高者則傾向於不滿意(表 5-4)。

第二節 醫療服務提供者與學者專家的贊成度

一般醫療提供者對藥品部分負擔表示非常贊成與贊成者合計是 64.7%，對高診次部分負擔表示非常贊成與贊成者合計是 55.3%，因此對藥品部分負擔贊成的比例較高。對藥品部分負擔及高診次部分負擔不贊成與非常不贊成合計分別是 29.4%及 40%(表 5-5)。

復健醫療提供者對復健部分負擔表示非常贊成與贊成的比例僅 20.9%，較復健醫療使用者的贊成度 37.1%為低，不贊成與非常不贊成的則有 75%(表 5-5)。

故整體而言，一般醫療提供者與一般醫療使用者對藥品部分負擔與高診次部分負擔的贊成度是相差不多的。復健醫療提供者對復健部分負擔的贊成度則最低，可能是因為復健醫療者受到復健部分負擔的影響最大，因此不贊成的比例最高。

以一般醫療提供者的屬性來看，不論藥品部分負擔或高診次部分負擔，公立醫院贊成的比例均較私立醫院及財團法人醫院為高。而財團法人醫院

表 5-4 一般醫療使用者與復健醫療使用者對新制部分負擔整體滿意度之迴歸分析

	一般醫療用使者	復健醫療使用者
性別		
男性	-0.004 (0.35)	-0.79 (0.64)
女性	—	—
年齡		
年齡	-0.06 (0.06)	-0.15* (0.08)
年齡平方項	0.0007 (0.0006)	0.002** (0.0008)
教育		
受教育年數	0.07 (0.06)	0.04 (0.10)
工作身分		
薪資受雇者	0.25 (0.37)	-1.26 (0.77)
非薪資受雇者	—	—
投保身分		
本人	0.33 (0.42)	0.52 (0.71)
眷屬	—	—

表 5-4 一般醫療使用者與復健醫療使用者對新制部分負擔整體滿意度之迴歸分析 (續)

	一般醫療用使者	復健醫療使用者
個人年所得		
100 萬元以上	1.38* (0.66)	0.28 (1.41)
60-100 萬元	0.06 (0.56)	0.02 (0.89)
30-60 萬元	-0.18 (0.46)	-0.03 (0.77)
30 萬元以下	—	—
看病的頻率		
個人所使用的健保卡數	-0.23** (0.09)	-0.11 (0.11)
最常去的醫療院所		
基層院所	0.34 (0.42)	0.10 (0.76)
地區醫院	0.07 (0.50)	-0.33 (0.93)
區域醫院	0.42 (0.37)	0.66 (0.76)
醫學中心	—	—
健康狀況		
有經醫師診斷之慢性病	0.35 (0.34)	
沒有經醫師診斷之慢性病	—	

資料來源：本研究。

註：1.各模型之被解釋變數為對整體滿意度之程度。表中係數若為正值，表示具有該屬性勞工認為實施部分負擔新制對整體滿意度愈高；反之，若為負值，則滿意度愈低。

2.括弧內為標準差。 **與*分別表示通過 5%與 10%顯著水準測驗。

表 5-5 醫療提供者是否贊成個別部分負擔辦法

單位：人(%)

	非常贊成	贊成	不贊成	非常不贊成	沒意見	合計
一般醫療提供者 是否贊成加收藥品 部分負擔	11 (12.9)	44 (51.8)	16 (18.8)	9 (10.6)	5 (5.9)	85 (100.0)
一般醫療提供者 是否贊成加收高 診次部分負擔	9 (10.6)	38 (44.7)	25 (29.4)	9 (10.6)	4 (4.7)	85 (100.0)
復健醫師是否贊 成實施加收復健 部分負擔	2 (4.2)	8 (16.7)	29 (60.4)	7 (14.6)	2 (4.2)	48 (100.0)

資料來源：本研究。

全民健保部分負擔新制之評估

不贊成高診次部分負擔的比例高達 66.7%，是值得注意的，可能是財團法人醫院有較多的高診次病人會受到影響。有無擔任醫院行政職務則對新制部分負擔的贊成與否沒有影響。(附表 5-3 及附表 5-4)

以復健醫療提供者的屬性來看，愈是基層的醫院贊成的比例愈低。基層醫院完全沒有贊成者，而醫學中心非常贊成與贊成者合計則有 38.5%。可見基層醫院受復健部分負擔的影響最大。(附表 5-5)

學者專家非常贊成與贊成藥品部分負擔的比例合計是 78.8%，高診次部分負擔的比例是 69.3%，復健部分負擔的比例是 67.1% (表 5-6)。與學者專家對醫病關係的影響的順序相較，同樣是藥品部分負擔的比例最高，因此，顯然學者專家認為實施藥品部分負擔的爭議性是最小的。

綜上所述，一般醫療使用者與一般醫療提供者對藥品部分負擔與高診次的部分負擔的贊成度都在 50% 60%之間，沒有很大差異。而復健病人對復健部分負擔的贊成度則不到 40%，復健醫生對復健部分負擔的支持度更低，僅有約 20%。學者專家對三種新制部分負擔的贊成度則均高於醫療使用者與醫療提供者。

第三節 與其他調查結果之比較

在民國 88 年 5 月，亦即新制部分負擔實施以前，中央健保局曾經委託 TVBS 民調中心進行全民健保相關問題之民意調查，調查對象為全國性的代表性樣本。其中，曾經調查民眾對加收藥品部分負擔的贊成度。其問題是「如果政府為減少藥品浪費情形，如果門診藥費在一定金額以上，將加收藥品部分負擔費用，請問您是贊成還是不贊成？」回答非常贊成的有 22.4%，還算

表 5-6 學者專家是否贊成個別部分負擔辦法

單位：人(%)

	非常贊成	贊成	不贊成	非常不贊成	沒意見	合計
學者專家是否贊成實施藥品部分負擔	15 (18.8)	48 (60.0)	12 (15.0)	4 (5.0)	1 (1.3)	80 (100.0)
學者專家是否贊成實施高診次部分負擔	13 (16.7)	41 (52.6)	17 (21.8)	3 (3.8)	4 (5.1)	78 (100.0)
學者專家是否贊成實施復健部分負擔	14 (17.7)	39 (49.4)	21 (26.6)	3 (3.8)	2 (2.5)	79 (100.0)

資料來源：本研究。

全民健保部分負擔新制之評估

贊成的有 22.4%，不太贊成的有 18.7%，非常不贊成的有 28.3%，不知道的有 8.3%。非常贊成與還算贊成的合計有 44.8%，其比例較本研究的 54.4% 略低。

本研究的樣本屬性高年齡及高診次的醫療使用者較多，受新制部分負擔的影響應該較大，但是整體而言，對部分負擔的贊成度不低於全國性樣本，是值得注意的，這可能是 TVBS 民調的問題不夠明確，並未講明部分負擔為多少所致。其次，TVBS 調查中不贊成者的屬性與本研究的發現則十分接近。

行政院研考會在新制部分負擔實施後的 88 年 9 月 9 日至 11 日亦曾進行電話訪問，訪問對象亦是全國性的樣本。其調查結果在高診次方面，對於「就診次數高過 48 次每次多付 50 元」，表示贊成者為 54.4%，38.8% 表示不贊成，6.8% 無意見。對「就診超過 156 次，每次多付 100 元」贊成者 58.7%，33.5% 不贊成，7.8% 無意見。然而，對於預定自 89 年開始「就診超過 24 次就要多付 50 元」，贊成比例就顯著的降低，37.4% 表示贊成，57.6% 不贊成，4.9% 無意見。

在藥品部分負擔方面，37.5% 受訪者表示贊成，57.1% 表示不贊成，無意見者占 5.4%。在復健部分負擔方面，贊成者為 44.2%，46% 不贊成，9.8% 無意見。

與本研究比較，在高診次方面本研究的發現與研考會的發現相似。在藥品部分負擔方面，本研究受訪者的贊成比例較高，這可能是本計畫調查實施時，一般醫療使用者已經發現新制藥品部分負擔的影響並不如預期的大所致。在復健部分負擔方面，本研究受訪者的贊成比例則較低，這可能是本研究直接以復健醫療使用者為訪問對象，因直接影響其權益所以贊成比例較低。

新制部分負擔對民眾對整體全民健保的滿意度是否有影響呢？本研究並

第五章 民眾與醫療提供者對新制部分負擔的滿意度

未詢問對全民健保的整體滿意度，然而，比較 88 年 5 月與 88 年 9 月新制部分負擔實施前後的整體滿意度，發現實施前滿意度為 63.3%，實施後為 60.9%，差異並不顯著，所以新制部分負擔對整體滿意度似乎並沒有影響。

全民健保部分負擔新制之評估

第六章 實施部分負擔新制對健保財務的影響

雖然根據衛生署與中央健保局的說明，改善全民健保財務狀況並非實施部分負擔新制之最主要目的。然而，藉助提高部分負擔一方面可以抑制民眾的醫療需要，減少醫療給付金額，另一方面可以增加保險收入。在支付金額減少，保險收入增加的情況下，健保財務自然可以獲得改善。也正因為如此，不論是勞工團體代表、醫界代表、或部分專家學者皆認為改善健保財務是中央健保局此次實施部分負擔新制的主要動機之一。緣此，本計畫認為有必要分析實施部分負擔新制對健保財務的影響，並且針對如何改善健保財務狀況，研擬是否有此提高部分負擔更可行的替代方案，而這也就是本章之研究主旨。

第一節 全民健保財務狀況之分析

我國全民健保自開辦以來，實際支付的醫療費用節節上升。根據中央健保局所提供的資料，在民國 85 年至 87 年全民健保實支醫療費用由每年 2173.1 億元，增加為 2618.3 億元，平均年增率為 11.3%。反觀全民健保保費收入在同一期間的平均年增率只有 7.6%（見表 6-1）。由於支出成長率遠大於收入成長率，我國全民健保已自民國 87 年起出現赤字，而且根據中央健保局的預估，在保險費率維持現行 4.25% 的情況下，健保的赤字將逐年增加，到了民國 93 年時，赤字將高達 807 億元（見表 6-2）。

基本上，我國全民健保醫療費用的增加主要來自門診費用。如表 6-3 所

表 6-1 全民健保財務收支趨勢
(民國八十四年至八十八年)

單位：億元，%

	84 年	85 年		86 年		87 年		88 上半年		88 年 7 月至 8 月	
	3 月至 12 月	金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率
校正前保險費收入	1944.1	2324.1	-0.4	2401.2	3.3	2545.8	6.0	1318.9	5.0	438.2	3.5
校正後保險費收入	1695.6	2207.4	8.5	2353.8	6.6	2537.5	7.8	1318.9	5.7	438.2	3.5
實支醫療費用	1585.5	2173.1	14.2	2351.4	8.2	2618.3	11.4	1399.1	10.8	477.1	6.7
校正前收支餘額與 成長率差	358.6	150.9	-14.6	49.8	-4.9	-72.5	-5.3	-80.2	-5.8	-38.9	-3.2
校正後收支餘額與 成長率差	110.1	34.3	-5.7	2.4	1.6	-80.8	-3.5	-80.2	-5.1	-38.9	-3.2

資料來源：中央健保局

註：1、計算 85 年成長率時，將 84 年 3 至 12 月收支調整為全年金額。

2、88 年上半年及 7 至 8 月的成長率為與 87 年同期之比較。

3、校正後保險費收入的金額及成長率為將校正前保險費收入依平均眷口數 0.88 人調整計算。

表 6-2 全民健保財務收支預估
(民國八十八年至九十三年)

年別	88 年	89 年	90 年	91 年	92 年	93 年
保險費收入 (億元)	2640	2754	2898	3050	3216	3386
保險費收入成長率(%)	3.7	4.3	5.2	5.2	5.4	5.3
醫療支出 (億元)	2848	3073	3332	3600	3887	4193
醫療支出成長率(%)	8.8	7.9	8.4	8.0	8.0	7.9
收支差額	-207	-319	-434	-550	-671	-807
安全準備 (權責基礎)(億元)	407	100	-334	-884	-1555	-2362
安全準備占當年醫療費用之比(%)	14.3	3.2	-10.0	-24.6	-40.0	-56.3

資料來源：中央健保局

- 註：1、假設保險費維持在 4.25%。
2、安全準備為該年年底之餘額。

表 6-3 醫療費用金額及成長率指標
(民國八十四年至八十八年)

	84 年	85 年		86 年		87 年		88 上半年		88 年 7 月至 8 月	
	3 月至 12 月										
	單位	單位	成長率%	單位	成長率%	單位	成長率%	單位	成長率%	單位	成長率%
總申報醫療費用 (億元)	1,640.08	2,247.98	14.22	2,414.14	7.39	2,688.20	11.35	1,442.41	11.28	491.88	7.17
校正後 (支付標準調整)	-	-	-	-	5.96	-	8.93	-	-	-	-
平均保險對象人數 (千人)	18,929	19,665	3.85	20,262	3.04	20,611	1.72	20,853	1.47	20,930	1.59
平均每位保險對象就醫費用	8,665	11,431	9.94	11,914	4.23	13,042	9.47	6,917	9.67	2,350	5.50
門診費用 (億元)	1,069.36	1,497.93	16.73	1,634.95	9.15	1,831.43	12.02	989.42	11.62	329.10	6.92
校正後 (支付標準調整)	-	-	-	-	8.37	-	10.87	-	11.42	-	6.91
每年每人次數 (次/人年)	10.67	13.87	8.33	14.49	4.50	15.12	4.33	7.81	1.38	2.45	3.28
平均每次費用 (元/人次)	530	549	3.71	557	1.37	588	5.55	607	8.51	642	1.90
住院費用 (億元)	570.72	750.05	9.52	779.19	3.88	856.77	9.96	453.00	10.55	162.78	7.70
校正後 (支付標準調整)	-	-	-	-	1.32	-	5.06	-	7.31	-	7.44
每年每百人件數 (件/百人年)	10.26	11.94	-2.95	11.74	-1.74	11.93	1.67	6.11	4.04	2.16	2.74
平均每件費用 (元/人件)	29,399	31.935	8.63	32,768	2.61	34,838	6.32	35,580	4.71	35,991	3.18

資料來源：中央健保局

註：1、84 年為 3 月 12 日之統計數據，故在計算 85 年申報醫療費用、就醫次 (日) 數及平均每位保險對象就醫次數之成長率時將 84 年除以 10 乘以 12 計算。

2、88 年上半年及 7 至 8 月的成長率為與 87 年同期之比較。

列，在民國 85 年至 87 年間，全民健保每年門診費用由 1497.93 億元增加為 1831.43 億元，平均年增率為 12.63%。雖然住院費用在同一期間亦大幅成長，但其金額仍不及門診費用的一半。而門診費用之所以會巨幅上升，除了民眾門診次數增加之外，最主要的是每次門診費用的增加。去年上半年民眾每次門診的平均費用為 607 元，遠高於剛實施全民健保時的 530 元。

愈來愈多民眾喜歡到大型醫療院所看病是造成全民健保平均每次門診費用上升的關鍵因素。如表 6-4 所列，自民國 85 年至 87 年間，醫學中心每年申報門診費用的人次由 17303 千人次增加為 21970 千人次，平均年增率 12.8%；區域醫院每年申報的人次亦由 20146 千人次增加為 24096 千人次，平均年增率 9.5%。反觀地區醫院與基層診所在這段期間所申報人次之平均年增率分別只有 6.6% 與 6.1%。由於醫學中心與區域醫院每人每次平均門診費用大約是地區醫院的 1.4 倍至 1.8 倍，是基層診所的 2.8 倍至 3.3 倍，故當民眾往醫學中心與區域醫院看門診的人數相對增加時，整個門診的每次平均費用自然會上升。

除了到大型醫院看門診的人數相對增加之外，根據中央健保局的分析，造成門診費用上升的因素中，尚有下列三項值得特別重視：

一、藥品部分

依據民國 87 年資料顯示西醫門診看診案件開藥率達 93.43%，每次門診開藥種類達 4.1 項，而其他國家平均每處方之藥品品項僅約為 1.7 至 1.9 項；

表 6-4 全民健保特約醫事服務機構門診費用申報狀況—按層級別分

	民國 85 年	民國 86 年	民國 87 年
醫學中心			
人次 (4 次)	17303	20563 (18.8%)	21970 (6.8%)
金額 (百萬元)	23158	27111 (17.1%)	29634 (9.3%)
每人次平均費用 (元)	1338	1318 (-1.5%)	1349 (2.4%)
區域醫院			
人次 (4 次)	20146	21192 (5.2%)	24096 (13.7%)
金額 (百萬元)	22594	23185 (2.6%)	27969 (20.6%)
每人次平均費用 (元)	1121	1094 (-2.4%)	1161 (6.1%)
地區醫院			
人次 (4 次)	36488	40011 (9.7%)	41353 (3.4%)
金額 (百萬元)	27302	29423 (7.8%)	32568 (10.7%)
每人次平均費用 (元)	748	735 (-1.7%)	788 (7.2%)
基層醫院			
人次 (4 次)	198806	211580 (6.4%)	223868 (5.8%)
金額 (百萬元)	76610	83326 (8.8%)	91759 (10.1%)
每人次平均費用 (元)	385	394 (2.3%)	410 (4.1%)
藥局			
人次 (4 次)	288	2069 (618.4%)	5334 (157.8%)
金額 (百萬元)	130	495 (280.8%)	1125 (127.3%)
每人次平均費用 (元)	449	239 (-43.8%)	211 (-11.7%)

資料來源：中央健保局，全民健康保險統計。

註：括弧內為年增率。

另外同年資料亦顯示全年藥品支出比例約佔門診醫療費用 30%，全世界僅次於日本。其中開藥一至三天約佔全部案件的 45.97%，開藥十四天以上者約僅佔全部案件的 8.88%。

二、復健治療部分（包括中醫傷科同一療程）

現行實施復健治療以牽引、治療性冷 / 熱敷、紅外線、超音波等簡單項目占 90% 治療為多，其中又以關節炎、扭挫傷、頭部、下背部症候群等佔多數。分析復健治療醫療費用若以民國 85 年為基準，門診民國 86 年門診醫療費用成長 26.70%，而件數成長 26.52%。由此可知，復健治療除有逐年高額成長外，在使用上，亦以簡單治療之輕症病患占絕大多數，如此顯然有醫療濫用及重症病患之醫療需求被排擠之情形。

二、門診高利用率部分

87 年度保險對象人數之成長率為 1.72%，但是門診案件數之成長率卻高達 4.09%。另統計全部保險對象民國 87 年每年平均門診次數已達 15.08 次。

針對上述三項因素，中央健保局遂於去年 8 月 1 日起實施部分負擔新制，加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔與復健部分負擔。為瞭解實施新制的成效，中央健保局曾依據最近三個月（未實施新制前之月份）之年移動平均趨勢預估民國 88 年 8 月份的醫療費用，再與當月份實際醫療費用進行比較，結果發現當月份實際申報門診醫療費用金額為 15831 百萬元，比預估值減少 994 百萬元，但實際申請的件數為 25425 千件，比預估值增加 704 千件。

全民健保部分負擔新制之影響

若按醫療院所的等級區分，則可發現實際申請件數多於預估件數的情形主要發生在西醫的基層院所。去年 8 月其所實際申請的門診件數為 13736 千件，比趨勢預估值高出 1060 千件，惟實際總申請費用卻比趨勢預估值少 84 百萬元（見表 6-5），此外，根據中央健保局所提供資料，以 88 年 8-10 月份特約醫療院所申報費用實際值與趨勢預估值比較，門診件數減少約 107 萬件，門診費用減少 38 億元；再以 88 年 8-10 月份藥品費用與去年同期比較，成長率已大幅下降，共計約節省藥費支出 13 億元。此現象是否意味著西醫基層院所為避免加收藥品部分負擔，而減少每次看病拿藥的天數，但增加複診次數，有待進一步分析。

雖然根據中央健保局的計算，部分負擔新制的實施使去年 8-10 月份民眾自付費用約增加 12 億元，使醫療院所及藥商短收了近 26 億元，合計減少全民健保 38 億元的支出，但根據國外的經驗，此種效果是短期性的，一旦民眾的就醫行為與醫師的診療行為因應新的部分負擔而有所調整之後，此種效果即變得微乎其微。因此，長期而言，實施部分負擔新制對改善全民健保財務狀況的效果十分有限。此外，由本計畫問卷調查結果可知，多數民眾、醫療提供者與專家學者認為加收部分負擔會損及民眾的就醫能力，故就改善健保財務而言，政府有關單位實有必要研擬其他更可行的方案。

表 6-5 88 年 8 月新制部分負擔實施總體效益分析

	西醫		牙醫		中醫		合計	
	申請次數 (千)	申請費用 (百萬)	申請次數 (千)	申請費用 (百萬)	申請次數 (千)	申請費用 (百萬)	申請次數 (千)	申請費用 (百萬)
醫學中心								
(1)88 年 8 月實際值	2,017	2,824	62	66	49	23	2,128	2,913
(2)88 年 8 月趨勢預估值	2,057	3,003	61	65	51	24	2,168	3,093
實際-預估[(1)-(2)]	-40	-179	1	0.45	-2	-2	-40	-180
區域醫院								
(1)88 年 8 月實際值	2,017	2,396	57	62	40	17	2,115	2,475
(2)88 年 8 月趨勢預估值	2,100	2,698	55	58	47	22	2,201	2,778
實際-預估[(1)-(2)]	-83	-302	3	3.59	-6	-5	-86	-303
地區醫院								
(1)88 年 8 月實際值	3,381	2,722	48	48	18	8	3,448	2,778
(2)88 年 8 月趨勢預估值	3,358	2,925	47	46	25	12	3,431	2,982
實際-預估[(1)-(2)]	22	-203	1	2.01	-7	-4	17	-205
基層醫院								
(1)88 年 8 月實際值	13,736	4,922	1,899	1,913	2,099	831	17,734	7,666
(2)88 年 8 月趨勢預估值	12,676	5,006	1,867	1,934	2,377	1,033	16,921	7,972
實際-預估[(1)-(2)]	1,060	-84	32	-21.01	-278	-202	814	-307
合計								
(1)88 年 8 月實際值	21,151	12,864	2,067	2,088	2,207	879	25,425	15,831
(2)88 年 8 月趨勢預估值	20,191	13,631	2,030	2,102.89	2,500	1,091	24,720	16,825
實際-預估[(1)-(2)]	960	-767	37	-15	-293	-212	704	-994

資料來源：中央健保局。

註：1、趨勢預估值為依最近三個月（未實施新制部分負擔前之月分）之年移動平均趨勢預估之值。

2、藥局費用未列入計算。

第二節 造成全民健保醫療費用上升因素之分析

隨著全民健保醫療費用的急速上升，探討造成費用上升的因素已成為重要的課題，有關的研究文獻亦時有所見（許光宏、盧瑞芬，1999；李鍾祥，1997；陳孝平，1997；陳孝平等，1999；李隆安等，1999；謝啟瑞等，1998）。

總括來看，較常被提及的因素有下列九項：

- 一、藥品價格過高
- 二、支付制度不合理
- 三、分級轉診制度未實施
- 四、部分負擔太低
- 五、保險給付項目的範圍過大
- 六、醫療設備價格與人事費用上升
- 七、人口結構老化
- 八、民眾健康意識提高
- 九、重複就診嚴重

為瞭解這些因素之相對影響力大小，本計畫特別在對醫療提供者與專家學者的問卷調查中，列出這些因素，並請受訪者依影響力大小對各因素給予 1 至 10 的評分，影響力愈大，所給的分數愈高。表 6-6 是各因素所獲得的平均分數。在一般醫療提供者的看法，「分級轉診制度未實施」是造成醫療費用上升的最主要因素，平均分數 8.42 分，為各因素中最高者；其次是「支

表 6-6 醫療提供者與專家學者對造成醫療費用上升之各因素的影響力評估

	藥品價格過高	支付制度不合理	分級轉診制度未實施	部分負擔太低	保險給付項目的範圍過大	醫療設備價格與人事費用上升	人口結構老化	民眾對健康意識的提高	重覆就診嚴重
一般醫療提供者	5.70 (2.51)	7.67 (2.46)	8.42 (2.21)	5.62 (2.86)	5.11 (3.04)	6.86 (2.73)	7.13 (2.46)	6.17 (2.70)	7.19 (2.41)
醫學中心	5.77 (2.45)	7.33 (3.04)	8.05 (2.30)	6.32 (3.33)	6.55 (2.84)	6.32 (2.77)	6.95 (2.65)	6.31 (2.95)	7.29 (2.22)
區域醫院	6.00 (2.25)	8.55 (1.85)	7.20 (2.46)	6.25 (2.31)	6.15 (3.42)	7.15 (2.30)	6.95 (2.58)	5.95 (2.52)	7.15 (2.30)
地區醫院	7.00 (2.24)	6.78 (2.59)	7.50 (2.45)	5.78 (2.22)	5.44 (2.24)	7.33 (2.74)	8.11 (1.76)	7.78 (1.72)	8.00 (2.65)
基層診所	5.13 (2.74)	7.52 (2.29)	9.58 (1.28)	4.72 (2.90)	6.03 (3.24)	6.82 (2.97)	7.06 (2.49)	5.81 (2.82)	7.00 (2.60)
復健醫療提供者	5.34 (2.31)	7.36 (2.62)	7.85 (2.58)	4.56 (2.57)	5.04 (3.00)	6.06 (2.76)	7.35 (2.51)	6.45 (2.19)	7.47 (2.47)
醫學中心	4.92 (2.78)	6.850 (3.02)	7.69 (1.97)	6.08 (3.01)	5.92 (3.28)	6.08 (2.81)	7.07 (3.23)	5.86 (2.21)	8.21 (2.55)
區域醫院	5.53 (1.74)	8.53 (1.81)	6.68 (3.18)	4.16 (2.46)	4.32 (3.20)	6.12 (2.48)	7.84 (1.71)	7.00 (2.24)	7.00 (2.29)
地區醫院	5.00 (2.37)	7.00 (1.67)	8.83 (1.33)	4.50 (1.05)	4.50 (1.76)	6.67 (3.08)	6.50 (3.56)	6.50 (2.74)	8.50 (1.87)
基層診所	5.78 (2.82)	5.89 (3.26)	9.70 (0.95)	3.40 (2.17)	5.60 (2.80)	5.50 (3.34)	7.30 (2.58)	6.20 (1.75)	6.70 (2.83)
專家學者	6.46 (2.08)	7.61 (2.21)	6.90 (2.51)	5.61 (2.25)	5.84 (2.61)	7.04 (2.16)	7.06 (2.43)	5.44 (2.38)	6.84 (2.54)

資料來源：本研究。

註：1、表中的值愈大者，影響力愈大。

2、括弧內為標準差。

付制度不合理」，平均分數 7.67 分。至於「部分負擔太低」的平均分數只有 5.62 分，僅高於「保險給付項目的範圍過大」的 5.11 分。若按醫療院所的等級區分，則醫學中心、區域醫院與基層診所受訪者的看法十分接近，都認為「分級轉診制度未實施」與「支付制度不合理」是造成醫療費用上升的最具影響力的前二項因素，而地區醫院受訪者則認為是「人口結構老化」與「重複就診嚴重」。

在復健醫療提供者的看法，「分級轉診制度未實施」也是造成醫療費用上升的最重要因素，其次是「重複就診嚴重」與「支付制度不合理」。至於「部分負擔太低」的平均分數，則是各因素中最低者，其次是「保險給付項目的範圍過大」。若按醫療院所等級區分，醫學中心與地區醫院受訪者的看法較為接近，都認為「分級轉診制未實施」與「重複就診嚴重」是造成醫療費用上升最重要的二項因素，而區域醫院受訪者認為是「支付制度不合理」與「人口結構老化」。至於基層診所醫師則認為「分級轉診制度未實施」與「人口結構老化」是最具關鍵的前二項因素。

在專家學者的看法，「支付制度不合理」是造成醫療費用上升的最重要因素，其次是「人口結構老化」與「醫療設備價格與人事費用上升」，而最不具影響力的前二項因素是「部分負擔太低」與「民眾對健康意識的提高」。

除了比較各因素的平均分數之外，本計畫亦由各受訪者的評分中找出其所認為最具影響力與最不具影響力的因素，並進行次數分配的分析。由表 6-7 可知，在受訪的一般醫療提供者中，有二成三認為「分級轉診制度未實施」

表 6-7 醫療提供者與專家學者認為對醫療費用上升最具影響力的因素

單位：人（%）

	藥品價格過高	支付制度不合理	分級轉診制度未實施	部分負擔太低	保險給付項目的範圍過大	醫療設備價格與人事費用上升	人口結構老化	民眾對健康意識的提高	重覆就診嚴重
一般醫療提供者	10 (5.3%)	32 (17.1%)	43 (23.0%)	11 (5.9%)	18 (9.6%)	19 (10.2%)	20 (10.7%)	14 (7.5%)	20 (10.7%)
醫學中心	2 (3.7%)	10 (18.5%)	9 (16.7%)	7 (13.0%)	6 (11.1%)	4 (7.4%)	5 (9.3%)	6 (11.1%)	5 (9.3%)
區域醫院	3 (7.5%)	10 (25.0%)	6 (15.0%)	1 (2.5%)	6 (15.0%)	5 (12.5%)	5 (12.5%)	1 (2.5%)	3 (7.5%)
地區醫院	2 (10.0%)	2 (10.0%)	3 (15.0%)	0 (0.0%)	1 (5.0%)	2 (10.0%)	3 (15.0%)	3 (15.0%)	4 (20.0%)
基層診所	3 (4.1%)	10 (13.7%)	25 (34.2%)	3 (4.1%)	5 (6.8%)	8 (11.0%)	7 (9.6%)	4 (5.5%)	8 (11.0%)
復健醫療提供者	6 (5.9%)	16 (15.8%)	20 (19.8%)	4 (4.0%)	7 (6.9%)	8 (7.9%)	12 (11.9%)	9 (8.9%)	19 (18.8%)
醫學中心	2 (6.7%)	4 (13.3%)	3 (10.0%)	3 (10.0%)	4 (13.3%)	2 (6.7%)	3 (10.0%)	1 (3.3%)	8 (26.7%)
區域醫院	2 (4.4%)	11 (24.4%)	6 (13.3%)	1 (2.2%)	3 (6.7%)	4 (8.9%)	6 (13.3%)	5 (11.1%)	7 (15.6%)
地區醫院	1 (6.7%)	1 (6.7%)	4 (26.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (13.3%)	1 (6.7%)	2 (13.3%)	4 (26.7%)
基層診所	1 (9.1%)	0 (0.0%)	7 (63.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (18.2%)	1 (9.1%)	0 (0.0%)
專家學者	9 (6.4%)	36 (25.5%)	20 (14.2%)	5 (3.5%)	11 (7.8%)	14 (9.9%)	20 (14.2%)	4 (2.8%)	22 (15.6%)

資料來源：本研究。

全民健保部分負擔新制之影響

是造成醫療費用上升的最主要因素，而認為「支付制度不合理」是最主要因素的比例為一成七。至於認為是其他因素最重要者所占比例，除了「醫療設備價格與人事費用上升」、「人口結構老化」與「重複就診嚴重」之外，其餘皆低於 10%。在復健醫療提供者方面，認為「分級轉診制度未實施」是最具影響力者最多，占 19.8%；其次是「重複就診嚴重」與「支付制度不合理」，分別占 18.8%與 15.8%。在專家學者方面，則以「支付制度不合理」這項因素所占比例最高，為 25.5%，其次是「重複就診嚴重」與「分級轉診制度未實施」，分別占 15.6%與 14.2%。

另由表 6-8 可知，有 20.6%的一般醫療提供者認為「部分負擔太低」是對醫療費用上升最不具影響力的因素，是各因素中比例最高者。在復健醫療提供者方面，亦以這項因素所占比例最高，為 27.1%。在專家學者方面，則以「民眾對健康意識的提高」所占比例最高，占 21.1%；其次是「保險給付項目的範圍過大」與「部分負擔太低」，分別占 18.0%與 15.6%。

綜言之，在上述九項因素中，「支付制度不合理」、「分級轉診制度未實施」是最被醫療提供者與專家學者公認為對全民健保醫療費用上升最具影響力的因素，而「部分負擔太低」則是被公認為最不具影響力的因素之一。以此觀之，去年開始實施的部分負擔新制對改善健保財務而言，不僅未能對症下藥，反而會因加收藥品部分負擔有上限規定，導致到大型醫院看病拿藥的有效部分負擔率相對較低，使分級轉診制度更難落實，進而助長醫療費用的上升。

表 6-8 醫療提供者與專家學者認為對醫療費用上升最不具影響力的因素

單位：人（%）

	藥品價格過高	支付制度不合理	分級轉診制度未實施	部分負擔太低	保險給付項目的範圍過大	醫療設備價格與人事費用上升	人口結構老化	民眾對健康意識的提高	重覆就診嚴重
一般醫療提供者	20 (15.9%)	6 (4.8%)	8 (6.3%)	26 (20.6%)	23 (18.3%)	9 (7.1%)	7 (5.6%)	20 (15.9%)	7 (5.6%)
醫學中心	6 (17.1%)	3 (8.6%)	1 (2.9%)	6 (17.1%)	5 (14.3%)	4 (11.4%)	3 (8.6%)	5 (14.3%)	2 (5.7%)
區域醫院	2 (7.4%)	1 (3.7%)	3 (11.1%)	2 (7.4%)	7 (25.9%)	1 (3.7%)	2 (7.4%)	7 (25.9%)	2 (7.4%)
地區醫院	2 (12.5%)	0 (0.0%)	3 (18.8%)	4 (25.0%)	3 (18.8%)	1 (6.3%)	1 (6.3%)	1 (6.3%)	1 (6.3%)
基層診所	10 (20.8%)	2 (4.2%)	1 (2.1%)	14 (29.2%)	8 (16.7%)	3 (6.3%)	1 (2.1%)	7 (14.6%)	2 (4.2%)
復健醫療提供者	13 (15.3%)	4 (4.7%)	6 (7.1%)	23 (27.1%)	18 (21.2%)	11 (12.9%)	3 (3.5%)	4 (4.7%)	3 (3.5%)
醫學中心	4 (21.1%)	2 (10.5%)	1 (5.3%)	4 (21.1%)	4 (21.1%)	2 (10.5%)	1 (5.3%)	1 (5.3%)	0 (0.0%)
區域醫院	3 (7.5%)	1 (2.5%)	5 (12.5%)	11 (27.5%)	11 (27.5%)	5 (12.5%)	1 (2.5%)	2 (5.0%)	1 (2.5%)
地區醫院	3 (30.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (30.0%)	2 (20.0%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)
基層診所	3 (18.8%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)	5 (31.3%)	1 (6.3%)	3 (18.8%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)	2 (12.5%)
專家學者	12 (9.4%)	6 (4.7%)	10 (7.8%)	20 (15.6%)	23 (18.0%)	9 (7.0%)	9 (7.0%)	27 (21.1%)	12 (9.4%)

資料來源：本研究。

第三節 改善全民健保財務狀況之可行方案

針對日益惡化的保財務，國內專家學者已提出許多節流方案，其中可行性較高者有下列十一項：

- (一) 提高部分負擔比重
- (二) 採用自負額制度
- (三) 實施分級轉診制度
- (四) 加強醫事機構查核及監控
- (五) 採行論人計酬制度
- (六) 採行論病例計酬制度
- (七) 採行醫療儲蓄帳戶制度
- (八) 醫師或病床量供給的抑制
- (九) 擴大適用總額預算制度的範圍
- (十) 採行多元保險人制度
- (十一) 設定醫師每日門診量上限

為解瞭這些方案之優先順序，本計畫亦在對醫療提供者與專家學者的問卷調查中，列出這些方案，並請受訪者依優先順序，對每項方案給予 1 至 10 的評分，愈優先的方案，所給的分數愈高。表 6-9 所列是各項方案之平均分數。在一般醫療提供者的看法，「實施分級轉診制度」是最優先的方案，平均分數 8.29 分；其次是「採用自負額制度」，平均分數 6.81 分。至於優先順序最後的二項方案則是「設定醫師每日門診量上限」與「採行論人計酬制度」，

表 6-9 醫療提供者與專家學者認為各種改善全民健保財務狀況方法之優先順序

	提高部分負擔比重	採用自負額制度	實施分級轉診制度	加強醫事機構查核及監控	採行論人計酬制度	採行論病例計酬制度	採行醫療儲蓄帳戶制度	醫師或病床量供給的抑制	擴大適用總額預算制度的範圍	採行多元保險人制度	設定醫師每日門診量上限
一般醫療提供者	5.82 (2.69)	6.81 (2.80)	8.29 (2.43)	5.44 (2.81)	4.59 (2.74)	5.33 (2.72)	5.33 (2.94)	4.89 (2.63)	4.99 (2.72)	5.23 (3.22)	4.27 (2.96)
醫學中心	6.65 (3.03)	6.90 (3.19)	7.55 (2.82)	5.70 (2.60)	5.48 (3.49)	5.76 (3.21)	6.71 (3.23)	5.95 (2.89)	5.75 (2.86)	7.10 (2.79)	5.52 (2.99)
區域醫院	6.15 (2.13)	7.40 (2.54)	7.00 (2.70)	5.79 (2.84)	4.50 (2.52)	5.45 (3.03)	5.32 (2.94)	4.12 (2.16)	5.50 (2.65)	6.10 (2.95)	3.37 (2.77)
地區醫院	6.56 (2.24)	7.78 (2.22)	7.22 (2.49)	6.89 (2.57)	4.43 (2.23)	6.22 (2.17)	5.89 (2.03)	5.78 (2.77)	4.33 (2.60)	6.67 (2.96)	6.78 (2.82)
基層診所	4.91 (2.75)	6.16 (2.82)	9.76 (0.75)	4.65 (2.90)	4.07 (2.41)	4.77 (2.32)	4.00 (2.53)	4.37 (2.54)	4.29 (2.68)	2.90 (2.40)	3.23 (2.46)
復健醫療提供者	4.94 (2.67)	5.35 (2.57)	7.83 (2.58)	5.66 (2.61)	4.33 (2.29)	4.85 (2.21)	5.32 (2.61)	5.31 (2.85)	4.77 (2.06)	5.98 (2.82)	5.06 (2.96)
醫學中心	6.77 (2.52)	7.00 (2.52)	7.31 (2.56)	6.14 (2.88)	4.15 (2.58)	5.38 (2.43)	4.86 (2.63)	5.77 (2.77)	4.62 (2.22)	6.71 (3.07)	5.54 (3.33)
區域醫院	4.89 (2.47)	5.63 (1.89)	7.10 (2.71)	5.58 (2.19)	4.47 (1.98)	4.74 (1.79)	6.21 (2.35)	4.58 (2.91)	5.16 (2.12)	6.37 (2.56)	5.21 (2.66)
地區醫院	4.17 (2.04)	4.00 (2.83)	7.83 (2.99)	7.00 (2.37)	5.17 (2.86)	4.33 (1.63)	5.00 (2.61)	6.33 (1.63)	5.00 (1.00)	5.33 (1.86)	6.50 (2.81)
基層診所	2.89 (2.15)	3.50 (2.32)	9.90 (0.32)	4.00 (2.83)	3.80 (2.30)	4.70 (3.02)	4.25 (3.01)	5.50 (3.41)	4.10 (2.18)	4.60 (3.17)	3.30 (2.71)
專家學者	5.52 (2.40)	5.69 (2.67)	6.56 (2.79)	7.74 (2.28)	6.13 (2.41)	6.50 (2.31)	5.90 (2.71)	4.96 (2.59)	7.21 (2.56)	5.60 (2.74)	5.78 (2.74)

資料來源：本研究。

註：1、表中的值愈大者，順序愈優先。

2、括弧內為標準差。

全民健保部分負擔新制之影響

平均分數分別為 4.27 分與 4.59 分。若按醫療院所的等級區分，區域醫院、地區醫院與基層診所受訪者皆認為「採用自負額制度」與「實施分級轉診制度」是應最優先採行的二項措施，而醫學中心受訪者則認為是「實施分級轉診制度」與「採行多元保險人制度」。其中，特別值得注意的是基層診所受訪者對「採行多元保險人制度」的支持度明顯低於其他等級醫療院所之受訪者。究其原因，可能是基層診所醫師擔心一旦實施多元保險人制度以後，其診療行為與診所收入將受制於大型醫學中心。

在復健醫療提供者的看法，「實施分級轉診制度」亦是應最優先採行的方案，平均分數 7.83 分；其次是「採行多元保險人制度」，平均分數分別為 4.33 分與 4.77 分。若按醫療院所的等級區分，各級醫療院所受訪者給予「實施分級轉診制度」的平均分數皆是所有方案中最高者，至於得分次高者則各級醫療院所不同，醫學中心是「採用自負額制度」，區域醫院是「採行多元保險人制度」，地區醫院是「加強醫事機構查核及監控」，基層診所是「醫師或病床量供給的抑制」。

在專家學者的看法，「加強醫事機構查核及監控」是應最優先採行的措施，平均分數 7.74 分；其次是「擴大適用總額預算制度」，平均分數 7.21 分。至於優先順最後的二項措施則是「醫師或病床量供給的抑制」與「提高部分負擔比重」，平均分數分別為 4.96 分與 5.52 分。

除了比較各因素的平均分數之外，本計畫亦由各受訪者的評分中找出其認為優先順序最前與最後的方案，並進行次數分配的分析，結果列於表 6-10

表 6-10 醫療提供者及專家學者認為對改善全民健保財務狀況最優先的方法

單位：人（%）

	提高部分負擔比重	採用自負額制度	實施分級轉診制度	加強醫事機構查核及監控	採行論人計酬制度	採行論病例計酬制度	採行醫療儲蓄帳戶制度	醫師或病床量供給的抑制	擴大適用總額預算制度的範圍	採行多元保險人制度	設定醫師每日門診量上限
一般醫療提供者	12 (15.0)	14 (17.5)	42 (52.5)	4 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.5)	1 (1.3)	0 (0.0)	5 (6.3)	0 (0.0)
醫學中心	5 (27.8)	3 (16.7)	6 (33.3)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (11.1)	0 (0.0)
區域醫院	4 (20.0)	8 (40.0)	7 (35.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
地區醫院	2 (22.2)	1 (11.1)	2 (22.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (11.1)	0 (0.0)	3 (33.3)	0 (0.0)
基層診所	1 (3.0)	2 (6.1)	27 (81.8)	3 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
復健醫療提供者	6 (12.8)	4 (8.5)	24 (51.1)	1 (2.1)	2 (4.3)	0 (0.0)	1 (2.1)	0 (0.0)	1 (2.1)	5 (10.6)	3 (6.4)
醫學中心	4 (30.8)	2 (15.4)	3 (23.1)	1 (7.7)	1 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (15.4)	0 (0.0)
區域醫院	2 (11.1)	2 (11.1)	7 (38.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.6)	0 (0.0)	1 (5.6)	3 (16.7)	2 (11.1)
地區醫院	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (66.7)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)
基層診所	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
專家學者	5 (6.2)	6 (7.4)	18 (22.2)	23 (28.4)	4 (4.9)	5 (6.2)	5 (6.2)	0 (0.0)	10 (12.3)	3 (3.7)	2 (2.5)

資料來源：本研究。

與表 6-11。在優先順序最前的方案方面，受訪的一般醫療提供者與復健醫療提供者中各有超過一半選擇「實施分級轉診制度」，而受訪的專家學者中亦有 22.2% 選擇此項方案，僅低於選擇「加強醫事機構查核及監控」的 28.4%。

在優先順序最後的方案方面，各受訪者的看法顯然較為分歧。受訪的一般醫療提供者中，有 16.5% 選擇「採行論人計酬制度」，是各方案中比例最高者；其次有 12.7% 選擇「提高部分負擔比重」。受訪的復健醫療提供者中，則以選擇「提高部分負擔比重」的比例最高，有 29.8%；其次為「採用自負額制度」，有 14.9%。至於專家學者也是以選擇「提高部分負擔比重」的比例最高，有 20.0%；其次為「醫師或病床量供給的抑制」，有 17.5%。

第四節 本章小結

綜合上述的結果可發現，「支付制度不合理」與「分級轉診制度未實施」是造成全民健保醫療費用上升之最主要因素。因此，政府決定單位若有意抑制醫療費用的增加，改善全民健保財務狀況，當務之急應是先回歸全民健康保險法第三十三條有關轉診的規定；其次是改善支付制度，包括擴大實施論病例計酬項目與總額預算制度的實施等。此外，多元保險人制度也是未來可以考慮採行的措施。至於去年實施的部分負擔新制，對改善全民健保財務的效果將十分有限，甚至可能因設計不當而助長醫療費用的上升。

表 6-11 醫療提供者及專家學者認為對改善全民健保財務狀況最不優先的方法

單位：人（%）

	提高部分 負擔比重	採用自負 額制度	實施分級 轉診制度	加強醫事 機構查核 及監控	採行論人 計酬制度	採行論病 例計酬制 度	採行醫療 儲蓄帳戶 制度	醫師或病 床量供給 的抑制	擴大適用 總額預算 制度的範 圍	採行多元 保險人制 度	設定醫師 每日門診 量上限
一般醫療提供者	10 (12.7)	2 (2.5)	4 (5.1)	9 (11.4)	13 (16.5)	7 (8.9)	4 (5.1)	8 (10.1)	7 (8.9)	7 (8.9)	8 (10.1)
醫學中心	3 (15.8)	1 (5.3)	1 (5.3)	2 (10.5)	4 (21.1)	2 (10.5)	0 (0.0)	2 (10.5)	2 (10.5)	0 (0.0)	2 (10.5)
區域醫院	1 (5.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	2 (10.0)	2 (10.0)	3 (15.0)	3 (15.0)	2 (10.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	3 (15.0)
地區醫院	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (22.2)	1 (11.1)	1 (11.1)	1 (11.1)	1 (11.1)	0 (0.0)	1 (11.1)	2 (22.2)	0 (0.0)
基層診所	6 (19.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (12.9)	6 (19.4)	1 (3.2)	0 (0.0)	4 (12.9)	3 (9.7)	4 (12.9)	3 (9.7)
復健醫療提供者	14 (29.8)	7 (14.9)	3 (6.4)	5 (10.6)	5 (10.6)	2 (4.3)	3 (6.4)	5 (10.6)	1 (2.1)	0 (0.0)	2 (4.3)
醫學中心	2 (15.4)	1 (7.7)	1 (7.7)	2 (15.4)	2 (15.4)	0 (0.0)	3 (23.1)	1 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.7)
區域醫院	7 (38.9)	1 (5.7)	1 (5.7)	2 (11.1)	3 (16.7)	1 (5.7)	0 (0.0)	2 (11.1)	1 (5.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
地區醫院	2 (33.3)	3 (50.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
基層診所	3 (30.0)	2 (20.0)	0 (0.0)	1 (10.0)	0 (0.0)	1 (10.0)	0 (0.0)	2 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (10.0)
專家學者	16 (20.0)	10 (12.5)	8 (10.0)	4 (5.0)	3 (3.7)	3 (3.7)	8 (10.0)	14 (17.5)	1 (1.3)	8 (10.0)	5 (6.2)

資料來源：本研究。

全民健保部分負擔新制之影響

第七章 結論與建議

醫療費用巨幅成長造成全民健保入不敷出，是我國全民健保欲永續經營所面臨之最大挑戰。為能抑制醫療費用的持續膨脹，減少醫療資源的浪費，衛生署遂於去年六月公告修正全民健康保險保險對象應自行負擔之門診費用，並自八月一日起開始加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔與復健部分負擔。雖然此一修訂獲得部分民眾與專家學者的支持，但亦有不少人質疑加收部分負擔不僅無法有效抑制醫療浪費，甚至會損及弱勢族群的就醫能力，使其因財務障礙而無法獲得必要的醫療服務。此外，亦有專家學者擔心此次部分負擔的修訂會使國內醫療糾紛增加，醫病關係惡化。

部分負擔是全民健保制度設計之重要一環，其所牽涉的層面包括醫療資源的有效使用、民眾就醫權利的保障、醫病關係的維持、以及全民健保的財務安全。有鑒於部分負擔的重要性，以及社會各界對衛生署新修訂的部分負擔制度有若干質疑之處，而現存相關文獻又未能對這些質疑有所答覆，因此，本計畫之研究目的就是要對衛生署新修訂的制度進行評估，以瞭解其對醫療資源的使用、民眾就醫能力、醫病關係與健保財務的影響，以及民眾對此制度的看法。根據評估結果，本計畫進一步針對如何抑制醫療浪費，改善我國全民健保財務，提出具體可行的改進意見，以下就本計畫之研究結果，提出結論與建議方案，供政府研擬相關政策之參考。

第一節 結論

一、 民眾對部分負擔新制之瞭解程度

雖然衛生署與中央健保局曾大力宣導，本計畫對醫療使用者所做面訪調查結果發現，有三成以上受訪者不知道自去年 8 月 1 日起已開始實施部分負擔新制，而不知道用醫師所開的慢性病連續處方箋拿藥，仍可以不用加收藥品部分負擔者，更高達七成。由此可見民眾對部分負擔新制之瞭解程度仍有待提升。

二、 實施部分負擔新制對醫療資源使用的影響

不論是加收藥品部分負擔、門診高診次部分負擔或復健部分負擔，都僅能使不到二成受訪的醫療使用者減少對醫療資源的使用，大多數受訪者表示其醫療行為並不會因此而改變。雖然如此，受訪的醫療使用者對實施部分負擔新制能否有助於抑制醫療浪費，則有超過六成以上是持肯定態度。相較於醫療使用者，醫療提供者的看法則較為保留，持肯定態度者占受訪者的比例皆低於醫療使用者，其中尤以對加收藥品部分負擔的看法最為悲觀。至於受訪的專家學者對此議題的看法則較醫療使用者樂觀。

三、 實施部分負擔新制對民眾就醫能力的影響

實施部分負擔新制是否會損及民眾就醫能力，確實令人擔憂。有超過四成以上的受訪醫療使用者認為加收部分負擔會使民眾就醫能力降低，其中尤

以對加收復健部分負擔的看法最為悲觀。而受訪的醫療提供者與專家學者中認為民眾就醫能力會因此降低者，所占比例更是高於醫療使用者。

四、 實施部分負擔新制對醫病關係的影響

在醫療使用者的認知上，實施部分負擔新制對醫病關係的影響不大，有超過八成以上受訪者認為沒有影響。但從醫師的角度來看，則較不樂觀。有超過五成受訪的一般醫療提供者認為加收藥品部分負擔或門診高診次部分負擔會使醫病關係惡化，而有超過七成受訪的復健醫療提供者認為加收復健部分負擔會使醫病關係惡化。至於專家學者的看法則介於醫療使用者與醫療提供者之中。

造成醫療使用者與醫療提供者對此議題看法分歧的原因，可能是因為部分負擔新制的設計對大多數醫療使用者沒有影響，而且病人一向是處於醫病關係中被動與弱勢的一方，所以不覺得有影響。相反的，醫師在醫病關係中一向是處於主控地位，故對醫病關係的改變較為敏感。

五、 對部分負擔新制的滿意度

雖然本計畫受訪的醫療使用者對部分負擔新制的滿意度相對偏低，尤其是對加收復健部分負擔的滿意度，更是不到四成，但由受訪的醫療使用者對部分負擔新制表示滿意與非常滿意的比例，高於表示不滿意與非常不滿意的比例，亦可看出支持部分負擔新制的民眾仍居多數，在受訪的醫療提供者方面，其對部分負擔新制的滿意度，除了對加收復健部分負擔比醫療使用者更

全民健保部分負擔新制之評估

不滿意之外，其餘與醫療使用者相差不大。至於專家學者對三種部分負擔新制的滿意度則均高於醫療使用者與醫療提供者。

六、 實施部分負擔對健保財務的影響

在受訪的醫療提供者與專家學者的認知上，支付制度不合理與分級轉診制度未能實施，是造成全民健保醫療費用上升的二項最重要因素，而部分負擔太低對醫療費用上升的影響力不大。因此，若以改善全民健保財務狀況的角度來看，加收部分負擔不僅未能對症下藥，反而可能會因制度設計不當，增加民眾前往大型醫療院所看病的誘因，而使分級轉診制度更難以落實，進而助長醫療費用的上升。

第二節 建議

針對如何改善全民健保部分負擔制度與財務狀況，本計畫認為有下列立即可行的政策建議，可供決策單位參考：

一、 加強對部分負擔新制的宣導（主辦機關(機構)：中央健保局）

根據本計畫的調查，仍有三成以上民眾不知道已開始實施部分負擔新制，而這些民眾一旦瞭解部分負擔新制的內容以後，其對醫療資源使用的減少程度將大於其他民眾。因此，如果加收部分負擔新制是既定政策，而且此政策的主要目的是抑制醫療浪費，則中央健保局應再加強相關的政策宣導。

二、 定期檢討加收部分負擔對弱勢族群就醫能力的影響（主辦機關(機構)：

中央健保局)

加收部分負擔是否會損及民眾就醫能力，是各界關注的焦點。為能化解各界的疑慮，中央健保局宜定期檢討加收部分負擔對弱勢族群就醫能力的影響，一旦發現有因財務障礙而未能獲得必要醫療服務的問題，則應考慮擴大免收部分負擔的對象，以避免政府改善健保財務的政策美意尚未落實之前，就已有弱勢族群的就醫權益受損。

三、 加強對醫事機構查核及監控（主辦機關(機構)：中央健保局)

由於對醫事機構查核及監控工作未能落實，使得部分醫療院所有機可乘，以浮報費用方式賺取不當利益。如此不僅浪費健保資源，更容易因核減申報費用造成中央健保局與醫事機構的對立。因此，中央健保局宜一方面調整相關制度設計與增加人力，以加強對醫事機構的查核及監控；另一方面則尋求各醫事團體的協助，發揮同儕壓力，減少浮報費用現象之發生。此外，衛生署可以考慮成立一超然獨立的審查機關負責對醫事機構查核及監控的工作。為提高公信力，該機關不宜隸屬中央健保局。

四、 落實分級轉診制度（主辦機關：衛生署，協辦機關(機構)：中央健保局)

分級轉診制度未能落實是造成全民健保醫療費用急速上昇的重要因素。雖然解決此問題的最佳方法是回歸全民健康保險法所明文規定的四級轉診制度，亦即藉由擴大部分負擔的差異，降低民眾逕至前往大型醫院所就醫的意

全民健保部分負擔新制之評估

願。惟在民眾就醫行為尚未改變之前，貿然實施四級轉診制度可能會引起民眾反彈，故建議政府在實施之前應加強宣導四級轉診制度的優點，以及改善基層醫療院所的醫療品質，以增加民眾的接受度。此外，中央健保局應調整現行支付制度，減少大型醫療院所的門診給付，以鼓勵大型醫療院所將業務重心放在住院治療與教學研究上。因此，衛生署宜展現行政魄力，儘速公告實施四級轉診制度，並交由中央健保局嚴格執行。

五、 訂定合理之醫療費用支付標準及藥價基準(主辦機關(機構):中央健保局)

由於支付標準及藥價基準的不合理，不僅扭曲醫師的醫療行為，更養成醫療院所不實申報費用的惡習。因此，中央健保局應儘早委由公正單位訂定成本分析及藥價基準，使各項醫療費用支付標準更趨合理。

除上述立即可行的政策建議之外，尚有下列需要修法加以配合，或需經試辦階段而定案的政策建議，可供政府決策單位參考：

一、 實施多元化支付制度(主辦機關(機構):中央健保局)

現行「論量計酬」的支付制度容易誘導醫事機構提供更多醫療服務，以獲得更多的報酬。為達到合理控制醫療費用、提高醫療專業自主性，中央健保局已開始局部性試辦多元化支付制度，包括實施「論病例計酬」、「論人計酬」與「總額支付制度」。一旦試辦成效良好，即可擴大適用範圍。

二、 實施多元保險承攬人(multiple carriers)制度(主辦機關:衛生署，

協辦機關（機構）：中央健保局）

為引進自由市場競爭機制，並避免重蹈美國多元保險人（HMO）制度所產生之高保費問題，未來我國全民健保組織架構宜朝單一保險人，多元保險承攬人的方向改革。為了配合此一改革方向，中央健保局現有業務宜一分为二，亦即將保險人與保險承攬人的角色釐開。

三、調整保費計算方式，積極開發補充性財源（主辦機關：衛生署，協辦機關機構：財政部、銓敘部、中央健保局）

現行保費計算方式不符合公平與效率原則，且不利於健保財務收入。因此，衛生署宜儘速完成修法工作，調整保費計算方式，包括公教人員改以全薪投保，其自行負擔比率同時降為 30%；齊一各類有固定雇主之受雇者的勞、資、政分擔比率為 30：40：30；提高投保金額分級表的上限等。惟此舉雖能提高保費負擔的公平性，卻可能使政府負擔大幅增加，在政府財政狀況日益惡化之際，此舉的實施時機仍有待進一步研究。此外，在保費收入增加不易的情況下，有關單位應積極開發補充性財源，以消彌健保財務赤字。

全民健保部分負擔新制之評估

附錄一 「全民健保部分負擔新制」座談會會議紀錄

一、時間：民國 89 年 1 月 7 日上午九時三十分

二、地點：中華經濟研究院

三、出席人員：考試委員陳聽安教授

中興大學經濟系陳欽賢教授

基層醫療協會石賢彥理事長

勞工陣線聯盟郭國文祕書長

政治大學財政系周麗芳教授

長庚大學醫管系盧瑞芬教授

中央健保局醫管處吳賢邦科長

中央健保局醫管處張溫溫專員

中央健保局財務處林明珠專員

消基會代表（書面意見）

四、會議要點：

（一）實施部分負擔新制對醫療資源使用的影響

陳聽安

- 1、部分負擔制度的實施不是為了財源挹助，而是希望可以抑制醫療資源的浪費。健保之後，門診數量攀升，在台灣的健保資源分配中，門診佔了 2/3，而住院為 1/3，與國外剛好相反，為一奇特的現象。
- 2、部分負擔制度在各文獻中，皆顯示在剛開始實施時，對於醫療資源的抑制有效，但經過長期之後，其效果會疲乏。對於調查部分負擔新制對醫療行為影響的問卷中，在詢問門診的複診次數是否有改變方面，應區分成長期與短期兩種情況，因在不同的時間前提下，醫療行為的改變會有不同的答

案。

- 3、建議在政策的擬定上，若能得知部分負擔新制實施之後，新制的負擔歸宿到底落於哪些人身上，對於改進之道的檢討就更有幫助。而最適的部分負擔比例已有研究為 20% 左右為最適的結論，若是 30% 的部分負擔就過高了。

陳欽賢

- 1、部分負擔新制在藥品與復健醫療費用的抑制較為有效，而在減少高診次的醫療費用則效果有限，因高診次的病患人數佔健保總人數內比例很低，故財務改善效果固定。但採用高診次部分負擔新制的實施對於看診次數的降低與否的答案是令人存疑的。因為複診多次的病患，不少是以檢查的情況居多，尤其是醫學中心的病患，故對其而言，相對於檢查所花費的數千元醫療費用，部分負擔以增加的五十元、一百元來抑制高診次，其實效果不大。因為實質的部分負擔率過低，醫病雙方皆無抑制誘因。因此，除了需求面應改採定率部分負擔外，分擔一部分財務風險給醫療提供者，才能雙管齊下，抑制不必要的醫療浪費。

郭國文

- 1、在醫療使用者問卷方面，雖然病患會因部分負擔的實施而加重本身負擔，應該在本身利益受損下使滿意度下降，但病患仍有高比例的贊成部分負擔實施或高滿意度，其可能解釋為：醫療使用者期待健保的財務狀況可因此而改善，或是希望健康保險制度可以存續下去。
- 2、對於部分負擔的實施令人擔憂的是，健康保險的本意為社會互助的精神，若是依照此部分負擔的方向繼續發展，有可能會扭曲健保的原意而傾向由受益者付費。

石賢彥

- 1、部分負擔比例規定的太低或太高都不適當。太低的部分負擔比例效果有限，太高的部分負擔比例則民眾會反彈，故求取最適的部分負擔比例極為重要。並希望透過部分負擔制度來調整民眾重覆就診的醫療行為。
- 2、部分負擔制度的實施是合理的，而由問卷所得到的結論，醫療提供者會對此制度能否減少醫療浪費持較悲觀的看法，或許是因為部分負擔是採「定額」或「有上限」，而非「定率」或「無上限」的方式，以及沒有互相配合的配套措施（例如轉診制度的實施）有關。因為若是採「定額」或是「有負擔上限」的做法，病患仍會有浪費醫療的行為出現，因其認為在付相同費用下，當然要使用到最多的資源。但在實施部分負擔制度時，對於弱勢團體則要自付費者中排除。

吳賢邦

- 1、病患的部分負擔費用按定率計算，是健保局在原來規畫的一個方向。但若是完全按此方向實施，會有許多人無法負擔較高額的自付部分醫療費用，故規劃有很多豁免措施如山地離島、低收入戶、重大傷病、急診及藥品部分的一百元以下處方及慢性病連續處方箋等。
- 2、另需強調的是，部分負擔制度主要是一種抑制醫療浪費的政策，而非以此制度來挹注健保財源，因此措施在財務的效果很有限。說明現存的現象為，一年內看診數百次以上不合理浪費醫療資源的高診次的族群，其中包括低收入戶、榮民及重大傷病等，雖然目前這族群的比重極少，但卻是在成長中，故需要研究對策來抑制此種不合理的成長。

盧瑞芬

- 1、部分負擔制度在抑制醫療資源方面的效果，一般咸信限於短期，因為一開始實施時醫療提供者亦會採觀察態度，觀察病患的反應；但隨著病患適應性漸增，醫療提供者的執業行為亦會回復過去的型態，這是為何所觀察的效果限於短期。此外，醫療提供者所扮演的角免實不容忽視，新加坡及大

全民健保部分負擔新制之評估

陸兩處的個人醫療儲蓄帳戶未能有效控制醫療費用成長率，即是因為該制度未能影響療提供者的執業行為。因此強調供給面的改善，仍應是改革重點。本研究計畫僅以三個月的時間來觀察，未能衡量長期效果，實屬可惜。然而問卷調查結果仍有有趣發現，及醫療使用者認為新制是否有效的部分，使用者認為部分負擔新制的實施有效果，但問及個人行為是否會因此改變時，又表示不會受新制實施的影響。

周麗芳

- 1、研究計畫之問卷結果似乎皆與直覺上的推論相近。
- 2、回應石賢彥醫師所言，在採用部分負擔費用以定率計算時，應以明細列出較具意義，因為總額內包括了價格、數量與結構三項要素，若以總額為定率計算的基礎則無意義。
- 3、另提出一點，在部分負擔新制的排外部分，若只因顧及基層診所的申報金額剛好介於加收部分負擔的邊緣，故僅對採簡表申報六歲以下兒童免除部分負擔，而非對同是六歲以下兒童全體免除，似為一奇特的規定。

消基會

- 1、所有問題及方案均在管制消費者，沒有任何管理醫師或醫療院所的辦法。因此建議所有就診的收據都應列明醫師診療費、藥費、自付額及院方向健保局申報的費用等明細，讓消費者一目瞭然。

(二) 部分負擔之修訂對醫病關係之影響

陳聽安

- 1、台灣所特有的掛號費制度，應也要納入衛生署管理的範圍。另外，醫師若

因擔心病人因看診的負擔加重而跑掉，有可能會以不收部分負擔或打折做為應對方法之一，也應加以注意。

- 2、在改善基層診所的困境方面，健保局的醫療網花了幾百萬的經費，在於加強台大、榮總等的高科技醫療技術，若是下一期的醫療網致力於提昇民眾對基層診所以及醫師用藥的信心，則會對此困境有所幫助。

陳欽賢

- 1、部分負擔的醫病關係中，由問卷的回收資料中，病人不擔心新制的影響，倒是醫師卻有些在意，擔心病人的不悅，似乎顯示透過需求面的抑制手段，還是可以對供給者產生一些影響，不過對於醫師擔心病人跑掉的心理負擔，或許經過長期之後又會逐漸恢復。

石賢彥

- 1、在審核制度的訊息不對稱下，在審核過程中，若高於一般水準的藥費申報就會被刪減，反倒連民眾要求用較貴藥品的權利都可能間接造成違法，因為醫師可能需另想辦法才能申報到較貴藥品的費用。

(三) 改善全民健保財務狀況之可行方案

陳聽安

- 1、醫療資源的過度使用，是否全要歸咎於醫療使用者呢？其實提供者也有責任，例如支付制度的不合理也會有影響。另外，做為健保費用計算基礎的投保薪資若是成長低於健保支出的成長，則自然會造成健保財源不足的情況。
- 2、醫療費用的審查制度應為一與保險人無關且獨立超然的審查制度。此外，對於弱勢團體的同情心應要配合上理性的頭腦，否則過度氾濫的同情心反會適得其反，使其他人受損。

郭國文

- 1、採用高診次部分負擔來抑制醫療資源的浪費，因高診次僅佔使用者當中的一小部分，其成效有限，可否由大方向來著手？例如長庚一家醫院就佔了全年的醫療資源 10%，故應由供給面來著手，不應只有需求面。

石賢彥

- 1、在採用部分負擔來調整民眾重覆就醫嚴重行為的政策設計方面，為避免弱勢團體的反彈過大，可以採用從稅中扣抵的方式，將已繳交的健保費用自應稅所得內扣除。
- 2、一般民眾都有貪少便宜的心態，覺得在基層診所就診不如去大醫院就診來得划算，在「吃到飽」的心態下，個人若能儘量使用醫療資源就多使用，加上轉診制度在健保實施不久後就停辦，對於民眾的此種心態就更無抑制的可能。
- 3、要達到抑制健保醫療資源浪費的目的，由醫療提供者方面切入來得比從二千三百萬的廣大民眾切入來得容易。例如實施合理門診量的控制，即是隨著醫師看診的病患人數愈多，每個病患的給付額也隨之遞減，以減少醫師增加看診人數的誘因。但是在執行合理門診量的控制時，卻只限制基層診所部分而已，並未對醫院的門診量加以限制，如此一國兩制的做法是不合理的。
- 4、依目前健保局審核醫療費用的方式，將會演變成基層診所的醫師未來只會做一般的看診處理而已，也不會提專案。因為若申報較複雜看診處理的費用，就會因超過基層診所的一般費用水準而遭到刪除，我國的審核並不是以客觀的處理疾病類型做標準，而是以層級為標準。
- 5、建議在供給面的改善財務措施方面，若是採用總額預算制，應注意不能完全以自由市場的想法為主，而是需要主事者透過對醫療體系有整體的考量與了解下，有一套完整且縝密的規劃。例如對未來醫師人數的規劃、病床

數目的限制等，因為供給的確是會創造需求的，此點不能不注意。

- 6、在現行制度下，要有效解決藥價黑洞不是簡單的事，此與醫療院所是否為大批購進或小額購買所造成的價差有關。以目前健保局所訂的藥價，基層診所可能買不到其所需藥品，建議未來可以由公家或民間團體以統一的單價來提供藥品。

吳賢邦

- 1、對轉診制度的不實施加以解釋，因若是照原健保法所規定的強制轉診制度實施的話，恐引起民眾的反彈。
- 2、在供給面的改善措施或稱節制措施方面，健保局已漸由醫療提供者無須負擔財務責任的論量計酬制，朝向論病例計酬制及論人計酬制前進，且除了牙醫部分已實施一年多的總額預算制之外，正在推動中醫與西醫採用總額預算制，但時間表則完全決定在溝通的成效如何。

盧瑞芬

- 1、在問卷結果關於醫療提供者與專家學者認為「造成醫療費用上升之各因素」以及「各種改善健保財務狀況方法之優先順序」的分析方面，因各專家學者無統一共識而使各方法之優先順序歧異且平均值差異不大，建議於分析時，可以將各因素或各方案結合成供給面、需求面以及個體面與總體面等角度切入，應有助於清楚分析改善健保財務之方法順序。

林明珠

- 1、實施新制部分負擔之目的，應是為了節制醫浪費，雖可減少健保財務小部分的短絀，但絕非如報告所言，“改善健保財務狀況是此次實施部分負擔新制的最主要目的”。
- 2、根據健保局財務經驗數據顯示：保費收入年成長率(經平均眷口數調整後)

全民健保部分負擔新制之評估

平均約在 6.6%~6.7%，而醫療費用成長率在 10%近 11%左右，支出成長大於收入成長，要如何達到收支平衡，一直是健保局努力的目標。

- 3、費率調整有一定期間，目前以五年為一平衡週期，前幾年有盈餘，後幾年虧損，所以目前健保開辦第五年有短絀是可以預期的。為了減少短絀，健保局很努力致力於各項開源節流措施，除尋求補充財源外，收入面在考量保費之公平性下，透過修法，盡量擴大費基（投保金額），並保持收入的彈性，例如：軍公教人員以全薪投保、提高投保金額上限及二三五六類保費指數連動調整等；支出面加強醫療費用監控、支付制度多元化等。另根據國外經驗，醫療費用成長不低於 GDP 成長，本國 GDP 成長率約 8%左右，超過保費收入之成長，長期要維持收支平衡，除非重新檢討給付範圍或實施總額支付制度，否則未來調整費率是不可避免的。

消基會

- 1、各種健保的改制方案，應具備各方的研究報告、實驗或模擬的過程，再經由審慎評估後予以定案，而非一味仿倣國外的制度，缺乏本土性的考量。
- 2、目前健保藥價黑洞的問題並未解決，提高自付額的合理性有待商榷，應從解決藥品浮濫的問題著手，使為正策。

附錄二 行政院研考會研商「全民健保部分負擔新制之評估」期末報告學者專家座談會紀錄

一、開會時間：八十九年二月二十九日（星期二）上午九時三十分

二、開會地點：行政院研考會七樓簡報室

三、主席：蔣副主任委員家興 記錄：石慧芳

四、出（列）席人員：

學者專家（依姓氏筆劃順序排列）：

石賢彥先生（中華民國基層醫療協會理事長；羅副秘書長秋明代）

林志鴻先生（中正大學社福系副教授）

林國明先生（台灣大學社會學系副教授）

吳運東先生（中華民國醫師公會全國聯合會理事長）

陳聽安先生（政治大學財政系教授）

楊志良先生（行政院衛生署副署長；健保小組李副召集人丞華代）

賴美淑女士（中央健保局總經理；江經理宏哲代）

蕭玉煌先生（內政部社會司長；楊科長錦青代）

羅紀瓊女士（中央研究院經濟研究所研究員）

蘇錦霞女士（中華民國消費者文教基金會秘書長）

研究小組

辛研究員炳隆（研究主持人）

薛研究員立敏（協同主持人）

邱院長文達（顧問；林研究員志榮代）

周副教授麗芳（顧問）

全民健保部分負擔新制之評估

洪研究助理嘉蘭（研究小組）

本會人員

楊處長秀娟

林副處長秀雲

廖專門委員麗娟

吳視察瑞蘭

張科長文蘭

石副研究員慧芳

五、主席致詞：略

六、研究小組報告：略

七、發言要點（依發言順序）：

陳教授聽安：

- 1.在問卷調查的樣本中，一般醫療使用者二百三十七位，復健醫療使用者七十位，是否已將免除部分負擔者，例如被保險人中之第五類，及重大傷病患者剔除，必須加以說明。
- 2.提供有關日本部分負擔的資料供參考，自一九九七年起：藥品--按藥品種類及使用日數計算，本人與眷屬相同。門診--國民健康保險：一般被保險人30%；退休人員20%；眷屬30%。職業健康保險：本人20%；眷屬30%。住院--國民健康保險：一般被保險人30%；退休人員及眷屬20%。職業健康保險：本人20%；眷屬30%。
- 3.部分負擔對民眾就醫能力之影響，必須視 部分負擔的高低； 對不同水準的民眾有不同程度的影響。 長短期而定，短期會有若干影響，長期則影響更小或失去影響。
- 4.強化對醫事機構之查核與監控尚不足抑止醫療費用之浮報虛列或灌水，而

且此種作法容易引起醫事機關之反彈，認為過於挑剔，職是之故，成立一超然獨立的審查機關，既非隸屬中央健康保險局，亦非代表被保險人，審查應該較有公信力，日本即是如此作法。

5. 醫療院所分級與轉診制度之推行與部分負擔無一定關聯，但須訂定時間表與宣導等配套措施。
6. 報告中既發現受訪民眾對醫療資源之使用，並不會因加收部分負擔而減少，卻又同時指出，有七成受訪者對加收藥品部分負擔與門診高診次部分負擔抑制醫療資源浪費持肯定態度，兩項問卷結果似乎有矛盾存在。需作進一步解釋，否則，問卷調查之可信度令人質疑。
7. 第17頁，有關德國疾病基金之內容與文字宜再查證與修改。
8. 第41、66頁與第75頁中logistic model之中文譯名不一致，請改為一致。
9. 第35頁第十五行，「價格需求彈性」誤寫為「家格需求彈性」。

林教授志鴻：

1. 就計畫題目而論，本報告若再加上「部分負擔在健康保險費用抑制上的角色與功能」，以及「衛生署全民健保部分負擔新制政策目的、實施方式與內涵」兩項，當更具週全，也較不易引起下述之問題。其中政策內涵包括部分負擔新制可能對被保險帶來之財務負擔，即經濟面之效果。
2. 本報告結論建議包括如何改善全民健保部分負擔制度與財務狀況等，超出研究題目範圍。報告資料中看不出「健保財務制度」與「保險人體制」亦列為研究重點。建議是否修改題目，或修正結論建議部分。
3. 本報告內容越後面，越能見出「部分負擔」制度對抑制健保費用高漲、以及醫療資源浪費的功能有限，而且其功能較偏向於防範不當醫療資源使用，而較非用為抑制費用高漲的手段。本人以為這種見解應該在報告本文

- 緣起或理論部分，即應事先加以說明，而不應將「部分負擔」制度功能視為有效抑制費用高漲之唯一措施，因為將健保制度「費用高漲」完全歸責於需求面使用不當，是不對的。如何抑制費用高漲尚有其他重要措施，也應一併加以考量。故應該配合供給面之防範與抑制措施加以說明，以便對部分負擔之功能與性質加以定位，且衛生署或健保局也在實施部分負擔之同時，推動建立如總額預算制度以及其他從供給面進行費用抑制的機制。
4. 報告第四章提出部分負擔對醫病關係之影響分析，甚值肯定。不過，所引美國學者以及國內學者之資料，並未觸及「醫療權」問題。在我國等實施社會保險制國家，其醫病關係在本質上應是有變化的，亦即國家或公共手段的介入，使得醫病關係形成宏觀、中層，以及個體微觀之多面向、多層次關係。而此介入，使得醫病關係不像以往定位於醫生與病人之間而已，此一面向在本報告中並未提及，而這正是衛生署實施「部分負擔新制」基礎所在。美國社會健康保險僅及於退休者，非一般人口群，其理論可能因此而僅止於一般醫病關係，較少論及於「社會權（健康權）」，與我國不同，建議加以說明。
 5. 本研究以「問卷方式」，對「使用者」、「醫療給付提供者」以及「學者專家」進行訪問。或可再補以「分析架構」，包括「費用抑制之理論（或主要面向）與實務（報告本文已經對主要國家經驗加以說明）」，分供給面與需求面部分。然後強調本研究僅限於「需求面抑制」措施與分析，不及於供給面。如此，即可免於第1頁敘述「為能抑制醫療費用的急速上升，減少醫療浪費，衛生署……公告……應自行負擔之門診費用」，讓人誤以為，醫療費用急速上升與資源浪費，是「需求面」不當使用結果，供給面沒有貢獻。且在政策實務上，健保局也在大力推動「分項總額預算制」以及台灣版的DRGs機制，也可解決本報告於「結論建議」部分，出現前面並未分

析，但報告結論建議卻出現之銜接問題。所以建議本報告將此部分略加說明。

6.本人同意本報告「政府：：如果發現就醫能力受損而無法得到必要的醫療服務，則應考慮擴大免收部分負擔的對象」，或「就改善健保財務而言，政府有關單位實有必要研擬其他更可行的方案」，或可能是「導致到大型醫院看病拿藥的有效部分負擔費率相對較高，使分級轉診制度更難落實，進而助長醫療費用的上升」的結論。

7.報告中尚需作相關修正補充部分，說明如下：

第二章，關於加拿大部分，第12頁：每一個.....範圍皆為涵蓋全「國」人民，應為....全「體」人民。

第二章，關於美國部分，第三段之內容不清楚，尤其在時間數列上不合邏輯，1989年制訂之「職業數量標準」怎麼可能用於轉換1992年才開始實施的RERBS機制。推論上，擬為1992年開始推廣的RERBS機制是用以轉換1989年制訂之「職業數量標準」。請查明。

第二章，關於瑞典部分，瑞典屬於公醫制度，故與英國體制同，不應稱「保險政策」（第14頁），或可稱「健康照護政策」。

8.第二章，關於德國部分：

第17頁：「75%的人民」，此資訊是指何年數據？以1998年而言約在88%左右，且為1990年代之一般平均數據。

第17頁：「承保機構目前大約有一千一百個」，此資訊是指何年數據？以1998年而言約在七百七十個左右，這是因為1996年起，AOK進行大規模合併的結果。

「移動性醫療」德文應指ambulanten，或可譯為「門診」，或逕指「醫師診療」。

全民健保部分負擔新制之評估

第17頁第三段所指之「西德」，應為統一後的「德國」。固然德國的部分負擔「額度」因為東西德所得水準不同，而有不同的額度規定。但是統一後之德國無論東西，皆實施部分負擔。

9.第19頁第二段，部分負擔理論上的三個效果，提到「將政府原負擔的財政.....」，是否為「政府」負擔，頗值探究。對於採保險制國家，基本上保險收支與政府財政無關，應由被保險人所負擔之費率調整因應。

10.第41頁第一段，「為比較不同屬性勞工」，經查該報告表3-5至3-7並未出現以「不同勞工屬性」加以分析的字眼，是否為：「不同被保險人屬性」或如第45頁用「不同屬性之醫療使用者」，表3-3與3-7所用概念為：工作身份，分為薪資受雇者，非薪資受雇者，也非「不同勞工屬性」。

11.報告中錯別字部分僅訂正如下：

第11頁：「西德」，現在應稱德國。

第14頁：瑞典部分，：：地區「保」健保局，擬為：：地區健保局。

第17頁：「重」據，擬為「數」據。

第23頁第一行，全民健「康」，應為全民健「保」；第三行「期」且，應為「而」且。

第35頁：「已」抑制，應為「以」抑制。「家」格需求彈性，應為「價」格需求彈性。

第38頁第三段，「有關力收」門診，應為「加收」。

第58頁第三段，「施術」，是否為「手術」之誤。

第115頁第九行，「可容易」或為「更容易」。

12.本研究第三點建議「加強對醫事機構查核及監控」，於前文並未進行較深入之分析與說明。至於第四點「落實分級轉診制度」，未能落實分級轉診制度是否為健保費用急速上升的最重要原因，在前文並未見深入分析，而

且是否尚有其他因素介入，必須另行研究。此外，措施上又該有何配套建制，亦應加以妥善研究。

- 13.對於本研究第五點建議「訂定合理醫療費用支付標準及藥價基準」，個人以為同病同酬原則並未落實，甚至大醫院因為規模經濟因素，於門診部門成本應比小醫院或診所低，不過健保局給付補償卻反其道而行，應加以調整，方才合理，且或可抑制大醫院急速擴張門診部門趨勢。
- 14.至於藥價基準問題，本研究報告並未加以深入分析檢討，德國1993年成立醫藥研究所對健保藥品包裝規格、標示、健保用藥、價格訂定等，進行一連串合理化、透明化、標準化措施，頗值得借鏡。
- 15.本報告建議實施單一保險人，多元保險承攬人制度。但並未對此制度進行分析與說明。尤其何謂保險人？承攬人？就我國現制，保險人即是中央健保局，承攬人即是醫療給付提供者，如果是如此，我國現行制度即是如此，何需改變？在社會保險體制下，如果於保險人和醫療機構之間再成立所謂的承攬人，於組織結構上豈不多出另一類組織，平添行政成本，而在行政與財務責任分派上，保險人、承攬人與醫療機構之間如何加以規範？恐將引發更錯綜複雜的關係，結果可能導致行政責任與財務責任不明確問題。健全保險人制度應該行政責任與財務責任合一，方為上策。若將之分離，恐比現行制度要糟。如果允許多元承攬人，即其組織體制適用原則各異，恐將造成一國多制，民眾參加社會保險，轉換時該如何應對？

吳理事長運東：

- 1.本計畫選取赴台大、長庚、萬芳及博仁醫院就診的病患進行調查，上述醫院淨為醫學中心、區域醫院及地區醫院，而未包括赴基層院所看診的病患，是否可能造成偏差？以八十七年基層院所申報費用為例，慢性病申報金額

全民健保部分負擔新制之評估

高達四百五十億，占總申報金額的30.25%；件數高達四千一百多萬件，占總件數的15.92%。且上述醫院皆集中於台北，缺乏地區之平衡性，無法推及各地區。本研究僅以醫院病患為研究對象，可能造成研究結論無法推論至一般病患，醫師和病患間的互動和醫病關係的影響亦限於「醫院醫師」和「醫院病人」。

2. 本研究對醫療使用者以問卷的方式進行調查，但未詳細描述抽樣時間及方法（是哪幾天進行面訪？如何選面訪對象，是每一位候診病患？）此外，對於面訪的工作人員是否有事前進行一致性的面訪訓練，俾提高問卷之效度？本研究對醫療提供者的調查採取分層抽樣，依各層級院所門診量大小抽取樣本數，而非以各層級院所醫師數抽取樣本數，有無特殊功能或原因？此外，醫療提供者方面亦無針對樣本及母體進行一致性檢定，無法得知樣本是否具有足夠的代表性。
3. 本研究有個有趣發現，醫師對部分負擔制度的反彈比醫療使用者來的大，用以控制需求面的手段間接對供給面亦造成影響，供給者甚至會改變醫療行為。觀察各國部分負擔的經驗，以部分負擔抑制浪費的成效相當短暫，在度過適應期後，無論醫療提供者或使用者皆會衍生出對應之道。本研究調整乃在採行部分負擔之初期進行，僅能觀察部分負擔制度的短期效應。
4. 本研究之建議可行性甚高，尤其以增加對民眾的宣導教育、定期檢討對弱勢族群就醫的影響及訂定合理支付制度及藥價基準三項。本研究針對醫療供給者調查如何改善健保財務的各項方法中，查核及監控居於末座，況目前健保亦朝向總額支付制度發展，一旦實施總額支付制度後，醫界自律、自治、自審，又何需以外力之監控查核箝制醫療之發展！
5. 本研究第101頁表6-7有明顯的計算錯誤，且與第100頁中文字的描述有所差異，請予以更正。

- 6.本研究文獻部分和研究結果併陳，雖有助於相互間的比較分析，但可能造成讀者之混亂印象，建議還是將文獻和研究結果分置。
- 7.本研究由於醫療提供者樣本數合計僅有一百二十六位，再分成一般醫療提供者與復健醫療提供者後，樣本更形縮小，再分四層級之後，甚至僅剩個位數字，故無法進行推論性統計分析，而僅能進行描述性統計，致為可惜。建議後續研究可擴大樣本數，以茲做更深入的分析。
- 8.在非都會區的病患，或者是較偏遠地區的病患還是會要求醫生多開點藥，例如胃藥等，有時候開點胃藥對病人有心理治療效果，這是相互的，不能說是醫生主導。
- 9.分級轉診制度要有配套措施的配合才能落實，也才能讓醫療體系回復到金字塔型。

江經理宏哲：

1. 調查對象包括使用者、提供者及學者專家三個層面，顯示研究設計嚴謹完整。但使用者方面以台大、長庚、萬芳、博仁之病人為對象，應說明原因或所欲涵蓋之層級，尤其面訪對象集中在以慢性病為多之醫療科別等，似應多加說明，以避免讀者有selection bias之印象。
2. 中醫傷科是需求彈性較大的科別，也是本次新制設計的重點，可惜沒能一起研究。
3. 一般醫療提供者，問卷回收率只有14.6%，雖合計達到一百份預計有效樣本數，但應於討論處說明樣本代表性是否充足。
4. 研究調查之期間應明確交待，尤其是本研究屬cross-sectional study，民調的反應會隨時間變化。
5. 本研究發現不知八月一日起實施部分負擔制者占三成，與TVBS九月份為

全民健保部分負擔新制之評估

23.6%，十月份為32%，屬相當接近，但亦稍有差異，因此，更應明確交待調查時間，以資比較。

6. 有超過四成以上民眾認為加收部分負擔會使民眾「就醫能力」降低，所謂「就醫能力」應謹慎加以定義，否則每個人認知不同。此處是指affordability or willingness to pay？就民眾對醫療資源使用之影響所得結論而言，「大多數民眾表示其醫療行為不會因此而改變」，似與就醫能力降低之結論有些矛盾，應交待清楚。
7. 是否可能請研究者對本次新制部分負擔提供幾個看法或評論：
 - 新制部分負擔對民眾的affordability or willingness to pay是否有影響。
 - 新制部分負擔三項中，那一項或那幾項對浪費抑制的機制較明顯。
 - 是否有跡象顯示新制部分負擔具抑制浪費之功能？
8. 健保局於新制部分負擔設計之初即對某些特定族群考慮減少其衝擊，如六歲以下小孩等，建議中所謂「弱勢族群」請加以定義，以利執行。
9. 建立多元化支付制度或多元保險承攬人之建議，是否有可能會因費用控制而更加重部分負擔之設計？（請參考第二章，世界各國之介紹）

蘇秘書長錦霞：

1. 消費者文教基金會本身亦接受健保局委託，針對健保部分負擔設置諮詢專線，分從北中南區域來看，北部的問題與中南部的問題，確實有很大的差別。北部的部分是對制度面抱怨，南部方面則較針對個案問題。是以，本報告對醫療使用者問卷數除採樣不足外，且對象不均。
2. 報告中說明部分負擔的目的在改善醫療浪費，但是醫療浪費應以消費者、健保局及醫療提供者三方面來看。醫生是站在專業的立場，不是病人要求開什麼藥，就開什麼藥，對於病人醫療知識的建立，應該是從醫病間的關

係來建立，要讓病人有正確的用藥觀念。從報告中可以知道，部分負擔並沒有改善醫療浪費的效果，因此，也贊成加強對部分負擔新制的宣導。就控制面部份，並未就健保局對於醫院診所的控管部分作調查，其對部份負擔新制影響如何？對於醫療浪費是否有影響。

羅副秘書長秋明：

- 1.基層醫療院所基本上贊同合理比例的部份負擔，但部份負擔若太輕，對醫療資源的節約無明顯效果，太重，則易引起民眾的反彈，因此對於尚不足的部份負擔比率，宜採逐步調升方式，減少民眾的反彈。
- 2.對於部分負擔的比率，必需要有好的規劃與設計。以八十七年度以前為例，各層級醫療機構門診之實質部份負擔率，醫學中心8.03%，基層12.22%，比較之下，基層部分負擔的比率高出醫學中心甚多。當對民眾就診沒有約束力時，造成民眾往大醫院看病，連帶造成基層萎縮，打擊了基層的空間。而就目前的新制（八十八年部分負擔新制）而言，醫學中心10%，基層13.18%，雖然其差距略有改善，但還不甚理想，仍有待修正，使差距趨於公平。
- 3.部份負擔應由定額走向定率，但負擔的金額可設上限，超過一定負擔金額後不再收取。主要是對弱勢團體如殘障、低收入戶、重大傷病 等的排除，或有一合理的部份負擔率，以免影響其就醫能力。
- 4.基層比較贊成以現制改革，以多元支付制度如論病計酬、總額預算制等，這樣的多元支付制度是由民眾與醫療提供者共同協商，而非只有保險人之間的競爭，民眾與醫療提供者不能參與其中。應落實分級轉診制度，以利長遠的有效使用醫療資源，減少浪費。

羅研究員紀瓊：

- 1.本研究的研究團隊能在短短三月中完成這樣的一本報告實屬難能可貴，然而也因為研究時間太短，研究方法上難免有可改善之處。
- 2.本研究對醫療使用者、醫療提供者及學者作調查，所調查的醫療使用者主要集中在四個醫院。調查結果發現大多數人都不會改變醫療行為，然對此一新制度持肯定態度，同時認為病患的就醫能力會受影響。第7頁表1-1顯示最常去的醫療院所等級中，醫院佔了七成二，其中醫學中心佔了四成二，這樣的比例與健保局實際就醫的資料有極大差距，樣本代表性顯有不足。
- 3.到醫院看病的病患原則上是比較有經濟能力的，他們對部分負擔新制的看法，當然會偏向沒有影響，可是想像中這樣的措施會對別人有影響。由於調查訪問的對象不同，會得到不同的結果。如果用目前的分析結果來作政策評估，似乎不宜。
- 4.調查訪問的時段，早上或晚上會影響訪問的對象，間接影響到問卷的結果，此次調查訪問的對象，以被保險人本人居多，與想像中有些差距。
- 5.處理問卷時要先瞭解問卷對象對這問題本身的認知如何。報告中提到大多數人對部分負擔新制認知不足，在此情況下，去問他們的行為，代表性應予斟酌。理論上應是將認知不足的人排除，或者分為兩組來作比較。通常我們聽到的大都是有聲音的人的聲音，如果就以為這是所有人的聲音，是比較危險的。專家學者或許會有所謂的絕對標準，然而醫療提供者可能會有選擇性，有強烈表達意願的人才會回答。因此，可能不能以他們的意見為全部的意見，另一方面民眾認知不足時，會對醫生有壓力，但這個現象應該是短暫的，以後應該會消失。然就制度本身而言，醫病關係的變化值得深入探討，究竟是健保制度本身，或是部分負擔制度本身，還是部分負擔新制的影響，還分不清楚的時候，光是用這樣小的樣本，特別是僅用一

個問題來問醫病關係變化，即來作結論，是否恰當？或許可考慮另案委託研究，作更多的討論。

6. 問卷應該只是輔助性的，部分負擔對醫療行為改變的影響應該參考健保局實際醫療資料的分析。醫療浪費的原因，供需雙方都有責任，不能說只有供給面的抑制措施是好的，需求面的抑制措施是不好的。需求面的抑制措施被認為不好，是因為它會對弱勢族群造成影響，不公平。但是只要適度排除弱勢團體的適用，這兩個抑制措施應該是可以同時考量的。
7. 用「分級轉診」的說法會比用「四級轉診」的說法，較恰當些。另外，藥費部分日本目前不到百分之二十五，我們已超越日本，成為世界第一，不是第二。
8. 報告中八十四年的每人年平均門診人次是十個月的數字；可能不適宜直接與八十七年相比較，建議調整為全年數字後再予比較。
9. 如要以研究結論當作政策建議，調查研究期間應予延長，俾作更完整的分析，這樣才比較周全。

林教授國明：

1. 本研究採用問卷調查的方式，探問受訪者的主觀評價，以及自我報告的行為（self-reported behaviors）。這樣的資料雖然有豐富的訊息，但所觀察的畢竟不是實際發生的行為的變遷，這對了解本研究主要想探討的一些重要問題，如部份負擔新制是否有效地節制醫療浪費，以及是否造成特定群體的就醫障礙，有所不足。建議可結合健保局門診實際使用狀況的病人資料檔，分析特定群體（如高診次和復健醫療使用者），在部份負擔新制實施後，醫療使用次數的變化，以及哪些屬性的民眾的醫療使用狀況發生變化。這部份的資料所觀察的是實際行為的變遷，可補本研究現有資料的不足與

限制。

2. 結論部份既已指出部份負擔新制沒有引起預期的節制成本的效果，又可能損及特定群體的就醫權益。那麼在具體政策建議上，應該通盤檢討部份負擔新制，而不只是追蹤檢討加收部份負擔對弱勢族群就醫能力的影響。有關實施多元保險承攬人的建議，與本研究的發現並無邏輯上的必然關係，在報告中也缺乏論理討論，建議刪除。
3. 根據本研究的發現，雖然有不少受訪者對部份負擔新制表示滿意，並且以為實施部份負擔能夠抑制醫療浪費，但在政策建議上不應據此而認為部份負擔新制是可被接受的政策，而不需要通盤檢討。特別受部份負擔新制影響的，集中在少數就醫群體，如高診次和復健病患，以及昂貴藥品使用者，多數民眾不受影響或影響有限，自然不會表示不滿的意見。而以為實施部份負擔能夠抑制醫療浪費，畢竟是主觀的預期，是否真的如此，需要客觀資料的審慎評估。至少就本研究的發現而言，部份負擔抑制醫療成本的效果是有限的。
4. 在文獻部分，各國健康保險部分負擔制度之實施經驗，以加拿大、美國、法國、瑞典和德國為例介紹各國制度。不知為何挑選這六個國家，應有所說明。如果目的只是在介紹各國實施部分負擔的概況，建議參酌引用OECD近年對醫療政策改革所做的報告，其對各國部分負擔的實施狀況有詳盡的描述與整理。另外，在部分負擔實施後果的文獻上，都是著重（經濟）效益的研究，宜增加一些評估部分負擔的實施是否損及民眾（或特定社會群體）就醫權利的文獻（就我所知，這方面的文獻可能很少。在R.B.Saltman,et.al.,eds.1998.Critical Challenges for Heath Care Reform in Europe. Buckingham: Open University Press一書中討論部分負擔的篇章所引用的文獻可供參考）。

5.在既有的研究限制下，個人以為本研究有幾點重要發現。雖然有不少受訪者以為實施部分負擔能夠抑制醫療浪費，但同時也認為加收部分負擔會使民眾就醫能力降低；另外，根據受訪者（醫療使用者）自我報告的行為，部份負擔新制並未使他們減少對醫療資源的使用，也並不因此要求醫師改變開藥行為、減少複診次數和減少復健的同一療程。根據這樣的發現，本研究指出部份負擔新制節制成本的效用有限。在既有的資料性質上，這樣的結論大致是合理的。這樣的結論也具有重要的政策意涵。如果部份負擔新制沒有引起預期的節制成本的效果，又可能損及特定群體的就醫權益，那麼部份負擔新制應該通盤檢討，尤其是高診次加收部份負擔。高診次就醫群體中，可歸諸於極度浪費的不必要醫療者，應屬少數，這部份的群體應該可以找出來，追蹤輔導。不應該因為少數人的浪費行為，而以加重部份負擔的方式來懲罰大多數有實際醫療需要的高診次就醫人群。這些高診次的群體，有許多是屬於老年慢性病患者。以經濟負擔懲罰高風險的社會群體，是有違社會保險的互助精神的。

楊科長錦青：

- 1.抽樣調查方法中，對於醫療使用者（民眾）之代表性宜加強：因現有樣本都集中於台大等大醫院，缺少「一般診所」，且地區均衡性不足（如多集中於都市，鄉村使用者缺乏）。
- 2.本研究目的既強調評估加收部分負擔，會否損及弱勢族群之就醫能力，是以，樣本之經濟能力應列為自變數，或是應有某樣本群代表弱勢族群接受研究調查，則該類族群之實況方能反應於研究中。
- 3.第二章名為「各國 之實施經驗」及第一節名為「各國部分負擔制度實施概況及實施效益」，惟於研究中僅見對於各國之實施規定有所描述，卻

全民健保部分負擔新制之評估

缺所謂「實施經驗」之陳述，又其間第二段有關效益之說明，只提及美、日，建議參照第一節之「各國」而加列德、日、瑞、法等國。

- 4.第96頁第9行所提及「根據國外經驗，此種效果是短期的」，建議對該國外經驗，再增多描述，或加述於第二章文獻探討，以求論理上之完整。第96頁提及健保局因新制實施，而增加收入及減少支出，但「根據國外經驗，此種效果是短期的」，惟查健保局當初提出新制之說詞，主要論點在於想抑制資源浪費，但既然國外現有經驗已昭然可揭，除非健保局認為在我國將有特殊效果出現，否則似乎該措施之推出，顯然已背道而行且易生民怨。是以，本類研究應有繼續辦理，對此措施持續評估之必要。

- 5.報告中相關細節修正如下：

第35頁第2行：「已」抑制，改為「以」抑制。

第41頁第6行：弱勢「強」群，改為「族」群。

第28頁第16行「整體而言」起至第29頁第3行整段重複。

第96頁第10行：效果「極」變得，改為「即」。

第28頁及第41頁：有關logit Model及logistic Model譯名及原文寫法，請改為一致。

李副召集人丞華：

- 1.研究方法採取對就診病患及醫療供給者進行對健保部分負擔新制的認知與態度的調查，問卷內容詳盡且具政策實務價值，有助於政府部門對健保部分負擔新制之檢討調整，尤其是實證資料後再邀專家座談，更有利於判讀實證結果。
- 2.本研究若能加上對第六章所述各項健保可行措施，亦進行相同或類似內容之問卷調查，以利瞭解民眾對不同替代方案之認知態度，有利於比較。若能加上健保新制實施後之財務估算，更有助於結果與推論。

- 3.研究建議中有二個相關替代方案，其中之一為依健保法三十三條實施轉診制，此制度曾實施十七天，因民眾反彈甚大而停止，由於此制對較無知之消費者予以限制就醫權，若進行類似問卷調查，其滿意結果恐不見得較部分負擔新制為佳。其中之二健保支付制度之改革，此建議重要可行，且已為衛生署健保局之施政重點。
- 4.第22頁，有關健保法第三十四條之自負額條款，文字內容恐有誤植現象，應做調整。

周教授麗芳：

- 1.新制的藥品部分負擔，對於誘導民眾正確的用藥習慣及合理的就醫行為，其精神是值得肯定。但對於高診次部分倒較令人憂心，社會保險是具輔助性質的，對於高風險以及發生費用較高時，更凸顯其給付的迫切性及必要性，在這一部份的民眾中究竟哪些是黑羊，應該是不難稽核出來的，如果因為這些少數黑羊而損及多數被保險人的權益，同時折損健保同舟共濟的精神，這是值得商榷的。
- 2.如果部分負擔的目的是導正民眾用藥行為，也就是鼓勵民眾有病時尋求專業諮詢，而不是亂投藥。那麼對高診次民眾如果他們不是濫用，可是卻因財務因素而使其減少就醫，使其就醫行為傾向自我診療方式，那麼縱使部分負擔的效益不是短期，而是長期的話，其目的性仍是值得商榷的。
- 3.保證民眾知的權利是目前實施藥品部分負擔的精神之一，但是高價的費用不見得是浪費，可能是單價高或數量大，或者是結構性問題，各級醫療診所除將藥費總價列出外，亦應將各藥項明細列出。另外，可考量從同一類療效的藥品的使用來檢核是否有浪費的情形（不同藥，但相同療效的藥，其藥費單價高低不同時），而不是單從總藥費去衡量部分負擔，才能真正

全民健保部分負擔新制之評估

落實部分負擔的精神。

本會意見：

- 1.本報告在各國實施效益部分只提到美國及加拿大之數據，宜再補充法國、瑞典、日本與德國等相關實施效益。
- 2.東、西德統一後，東德係採用西德健保制度，報告中有關德國現行健康保險制度乙節，其敘述文字宜一致稱為德國，不宜再用西德字眼。
- 3.報告中有關翻譯名詞，宜請補列原文，例如頁17；另報告中有多處錯別字，宜一併訂正。
- 4.建議事項部分有關主、協辦單位乙節，由於中央健保局是屬事業機構，請修正為主辦機構；而各有關醫療公、學、協會，因非屬行政機關，無須列為協辦單位。
- 5.建議事項中有關實施多元化支付制度，以及實施多元保險承攬人乙節，宜再作補充說明。
- 6.有關建議事項中所提積極開發補充性財源乙節，建議舉例說明。

八、研究小組說明：

辛研究員炳隆：

- 1.沒有去基層診所進行調查的原因，一來是基層診所配合意願不高，二來考量成本效益問題，如果去基層診所訪問，一天可能沒辦法訪問幾人。至於中南部原想去辦座談會，但後來將經費移至辦理催收醫療提供者及學者專家的問卷上。樣本的誤差將再補充說明。
- 2.由於委託單位希望除了對部分負擔新制作評估外，對有關財務等問題能否再提出其他替代方案。所以，結論部分才會有一些前面未討論到的問題，

不過，我們會再找一些相關文獻作補充說明。

- 3.中醫傷科部分經我們考量的結果，已納入復健部分一起作問卷調查。
- 4.各位其他的寶貴意見，我們會儘量去作補充修正。

薛研究員立敏：

- 1.由於TVBS已對部分負擔制作一般性調查，為了避免重複作調查，所以本次問卷樣本集中在高診次者。到大醫院是因為較能找到慢性病患者及高診次患者，並對復健者單獨作調查。從所做的交叉分析中，可以看出就診次數較高者，其滿意度及醫療使用行為較受影響。
- 2.有關結論建議宣導部分將再作補強，特別是高就診次者及慢性病者拿連續處方簽乙節，有百分之七十的民眾不知道可以經由此途徑免除部分負擔。

九、主席結論：

今天各位學者專家所提的意見，經整理後，將送請研究小組作為修正報告的參考，並送請各位與會來賓。再次感謝各位學者專家所提出的寶貴意見。

十、散會（下午十二時三十五分）。

全民健保部分負擔新制之評估

附錄三 研究主持人對期末報告學者專家座談會意見之書面說明

項次	審 查 意 見	修 正 說 明
一	報告中宜說明問卷調查的樣本中，是否剔除免除部分負擔者。	本研究所調查的一般醫療使用者有26衛士免除部分負擔，占11.0%；復健醫療使用者有17位，占24.3%。由於這些受訪者對於部分負擔新制的看法也是本研究欲瞭解的部分，故未將其剔除，但已依評審意見在報告中說明（見頁5）。
二	應成立超然獨立的審查機關來加強對醫事機構的查核與監控。為提高公信力，該機關不宜隸屬中央健保局，亦非代表被保險人。	已將評審意見納入本研究的建議中（見頁15）。
三	報告中既發現受訪民眾對醫療資源的使用不會因加收部分負擔而減少，卻又指出有七成受訪者認為加收部分負擔可抑制醫療資源浪費，兩者似乎有矛盾存在，需做進一步解釋。	已依評審意見於報告中對此結果有所解釋（見頁39）。
四	第17頁有關德國疾病基金會之內容與文字宜再查證與修改。	已依評審意見修改。
五	第66頁與75頁中logistic model之中文譯名應改為一致。	已依評審意見修改。
六	第35頁第15行，「價格需求彈性」誤寫為「家格需求彈性」。	已依評審意見修改。
七	本報告結論建議包括如何改善全民健保財務狀況與保險人體制等，超出研究題目範圍，因此，建議是否修改題目或修正結論建議部分。	由於實施部分負擔新制的目的之一是改善全民健保財務狀況而全民健保財務狀況與保險人體制有關，故本研究將其納入政策建議並未超出研究題目範圍。
八	應在本報告研究緣起部分，說明不應將「部分負擔」制度功能視為有效抑制費用高漲的唯一措施，因為將健保制度「費用高漲」完全歸責於需求面使用不當，是不好的。	已將評審意見納入第一章第一節研究動機與目的中（見頁2）。
九	本報告第四章提出部分負擔對醫病關係之影響分析，甚值肯定，惟宜增加對「醫療權」與「健康權」的論述。	由於本計畫研究期間僅三個月，而且研究重點在於實際瞭解國內醫療使用者與供給者對實施部分負擔新制的看法，故有關「醫療權」與「健康權」的論述將留待後續研究。
十	建議增加「分析架構」，說明抑制醫療費用之理論，分供給面與需求面兩部分，然後強調本研究僅限於「需求面抑制」措施之分析，不及於供給面。	已將評審意見，在第一章研究方法中說明抑制醫療資源的不當使用應由供需雙方面著手，但限於人力與時間，本研究僅探討需求面的抑制措施（見頁4）。

項次	審 查 意 見	修 正 說 明
十一	第二章，關於加拿大部分，第12頁：每一個.....範圍皆為涵蓋全「國」人民，應為...全「體」人民。	已依評審意見修改。
十二	第二章，關於美國部分，第三段之內容不清楚，尤其在時間數列上不合邏輯，1989年制訂之「職業數量標準」怎麼可能用於轉換1992年才開始實施的RERBS機制。推論上，擬為1992年開始推廣的RERBS機制是用以轉換1989年制訂之「職業數量標準」。請查明。	已依評審意見修改。
十三	第二章，關於瑞典部分，瑞典屬於公醫制度，故與英國體制同，不應稱「保險政策」（第14頁），或可稱「健康照護政策」。	已依評審意見修改。
十四	第17頁：「承保機構目前大約有一千一百個」，此資訊是指何年數據？以1998年而言約在七百七十個左右，這是因為1996年起，AOK進行大規模合併的結	已依評審意見修改。
十五	第19頁第二段，部分負擔理論上的三個效果，提到「將政府原負擔的財政：：」，是否為「政府」負擔，頗值	已依評審意見修改。
十六	第41頁第一段，「為比較不同屬性勞工」，經查該報告表3-5至3-7並未出現以「不同勞工屬性」加以分析的字眼，是否為：「不同被保險人屬性」或如第45頁用「不同屬性之醫療使用者」，表3-3與3-7所用概念為：工作身份，分為薪資受雇者，非薪資受雇者，也非「不	已依評審意見修改。
十七	本報告所提多項政策建議包括「加強對醫事機構查核及監控」、「落實分級轉診制度」、「訂定合理醫療費用支付標準」、「保險人組織體制」等，在正文中並未有詳細的分析。	這些建議都是經由國內專家學者研究之後，認為可以有效解決健保財務問題的措施。由於這些措施並非本計畫的研究主題，而且報告中已註明這些專家學者的研究文獻，故不再予以詳盡分析。
十八	本研究問卷調查對象僅限於台北地區中、大型醫院，未含蓋基層診所與其他縣市的醫療院所，其樣本可能不具代表性。	由於本研究對於醫療使用者的問卷調查是採面訪方式，故限於預算，僅能挑選台北市中、大型醫院進行。對於因此可能造成的樣本誤差已於報告中說明（見頁8）。惟由受訪者回答的資料可知，有近三成受訪者最常去的醫療院所等級為基層診所，故本調查樣本已涵蓋部分基層診所患者。

項次	審 查 意 見	修 正 說 明
十九	本報告第101頁表6-7有明顯的計算錯誤，且與第100頁的文字描述有所差異，應予以更正。	已依評審意見更正。
二十	本研究對一般醫療提供者的問卷調查回收率只有14.6%，是否具有樣本代表性。	本計畫研究小組對於問卷的催收已竭盡所能。另根據基層醫療協會石賢彥理事長的經驗，對醫師的問卷調查能有15%的回收率已難能可貴。
二一	由於民調的反應會隨時間變化，故應明確交代問卷調查的期間。	已依評審意見於報告中說明問卷調查時間（見頁5）。
二二	應對本報告所提「就醫能力」係指付費能力（affordability）或付費意願（willingness to pay），加以定義。	本研究所稱「就醫能力」係指付費能力（見頁45）。
二三	本研究發現有超過四成以上民眾認為加收部分負擔會降低民眾就醫能力，但大多數受訪者表示其醫療行為不會因此而改變，二者是否矛盾？	此結果可能反映有四成以上民眾擔心弱勢團體（非受訪者本人）的就醫能力會因實施部分負擔新制而降低（見頁45）。
二四	報告中提到大多數受訪民眾對部分負擔新制認知不足，在此情況下，去問他們的行為以及對新制的看法，是否適當？	本研究再進行面訪時是先問受訪者是否瞭解部分負擔新制的內容。若不瞭解，則由訪員詳細說明新制內容後，再調查其他問項，故評審所提問題應不致太嚴重。
二五	部分負擔新制對醫療行為的影響應由健保局實際醫療資料進行分析，問卷調查應該只是輔助性的。	由於健保局的醫療資料有時間落差，故無法提供給本研究進行分析（見頁4）。
二六	在介紹各國健康保險實施部分負擔的經驗時，為何只挑選加拿大、美國、法國、瑞典、日本和德國為例？	本研究挑選者些國家的理由主要是資料的取得。已依評審意見，在報告中說明之（見頁11）。
二七	本報告中第22頁有關健保法第三十四條之自負額條款，文字內容恐有誤植現象，應做修正。	已依評審意見修正。
二八	本報告在介紹各國實施效益部分只提到美國及加拿大，宜再補充法國、瑞典、日本與德國。	研究小組僅能蒐集到這些國家的相關規定，而無分析實施效益的文獻，故無法對此項加以補充說明。
二九	報告中有關德國現行健康保險制度之敘述文字宜一致稱為德國，不宜再用「西德」字眼。	已依評審意見修正。
三十	報告中有關翻譯名詞宜請補列原文，如頁17；另報告中有多處錯別字，宜一併訂正。	本報告中錯別字已依評審意見與本研究小組重新檢查之後，全部予以訂正。惟有些翻譯名詞是參考國內中文資料，故無法知道其原文。
三一	建議事項部分有關主、協辦「單位」，由於中央健保局屬事業機構，請修正為主、協辦「機構」；而各有關醫療公、學、協會，因非屬行政機關，無須列為協辦單位。	已依評審意見修正之。

附錄四 行政院研考會第三五八次委員會議對「全民 健保部分負擔新制之評估」報告審議意見

- 一、本研究題目稍為偏離，部分負擔並非新制，只是自八十八年八月一日起，增加加收藥品部分負擔、高門診次部分負擔與復健及連續處方箋部分負擔等類。對於以上主題未深入探討。
- 二、健保規劃之初是醫療保險，後來將社會保險納入，導致現在健保負擔沉重，制度無法健全。
- 三、健保局與民間應為合約關係，惟現在健保局變成行政單位，片面修法調整，恐未考慮被保險人的立場。
- 四、健保之宗旨已規定於全民健康保險法第一條，為增進全體國民健康，辦理全民健康保險，以提供醫療保健服務。及第二條，保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時依規定給予保險給付。但宗旨已被忽略，而只管財務問題，失去原則及主要目標。
- 五、除財務問題外，目前已發生之衝擊計有：醫療生態改變，造成專科醫生斷層。基層醫療萎縮。由於財務虧損，預防保健不彰。醫療資源集中大醫院，社區醫療品質日漸低落。健保不給付之醫療業務發展快速，例如整型及雷射美容。民代介入嚴重（小型綜合醫院）。衛生單位與健保局之間職責愈來愈模糊。地方政府財務負擔難以解決。
- 六、報告第一百一十三頁提及「雖然受訪的醫療使用者對部分負擔新制表示滿意與非常滿意的比例，高於表示不滿意與非常不滿意的比例，但相較於歷次對全民健保滿意度調查，本計畫受訪的醫療使用者對部分負擔新制的滿意度相對偏低，尤其對加收復健部分負擔的滿意度，更是不到四成。」就個人看法，

部分負擔新制增加民眾負擔，不能期待高滿意度，此次調查表示滿意與非常滿意的比例，高於表示不滿意與非常不滿意的比例已算不錯。

- 七、有關報告第一百一十七頁，公教人員改以全薪投保，目前政策業已確定並朝此一方向修法。齊一各類有固定雇主之受雇者的勞、資、政分擔比率為30：40：30，估計將增加政府負擔在三百億元以上，影響深遠，且此一建議與健保財務及本報告主題無關，是否適當宜請考量。
- 八、研究發現大致包含三方面：多數民眾肯定這個制度；實施部分負擔不會影響研究樣本的就醫行為；但是認為其他人會受到影響。由於樣本來源是北市四個大醫院，樣本可能屬於較高社經背景，因此在推論和後續檢討此制方面，宜注意。
- 九、最重要的是必須強調實施部分負擔的主要功能何在？根據研究報告，主要功能乃是供給面的防範不當醫療資源的使用，而非需求面的抑制醫療浪費；即使是財務方面的節省，也只有短期效益。這可能與健保局的原先期望不盡符合。因此，在防範不當醫療資源使用的目的之下，需要針對較可能受此制影響的群體（高診次、復健病患、昂貴藥品使用者）之權益妥為保護，方不致制度美意未能落實前，先有群體受損了。由座談會紀錄來看，似乎可由稽核方式找出所謂的資源浪費者，如此則不會影響真正的需求，建議健保局深入研究。
- 十、有關「實施轉診制度」之建議，請提供應如何讓民眾接受之作法以及可能帶來之優缺點加以分析，並就如何減少民眾反對之作法加以推演。

附錄五 研究主持人對行政院研考會委員會議報告審議意見之書面說明

項次	審 查 意 見	修 正 說 明
一	本研究題目稍微偏離，部分負擔並非新制，只是八十八年八月一日起，增加加收藥品部分負擔、高診次部分負擔與復健及連續處方簽部分負擔等類，對於以上主題未深入探討。	本計畫之主要研究內容係探討加收藥品部份負擔，高診次部分負擔與復健部分負擔對民眾就醫權益、醫療資源運用與醫病關係的影響，並無題目偏離或未針對主題進行探討之虞。
二	健保規劃之初是醫療保險，後來將社會保險納入，導致現在保險負擔沉重，制度無法健全。	本計畫研究小組贊成此審查意見，惟有關將社會保險納入對全民健保財務的影響並非本計畫之研究範疇。
三	健保局與民間應為合約關係，惟現在健保局變成行政單位，片面修法調整，恐未考慮被保險人的立場。	健保局原本就是具有公權力的行政單位，而根據全民健保法三十三條，衛生署有權調整部分負擔，故應無評審意見所言片面修法的問題。
四	健保之宗旨已規定於全民健康保險法第一條，為增進全體國民健康，辦理全民健康保險，以提供醫療保健服務。及第二條，保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時依規定給予保險給付。但宗旨已被忽略，而只管財務問題，失去原則及主要目標。	已將此評審意見納入(見頁2)。
五	除財務問題外，目前已發生之衝擊計有：1醫療生態改變，造成專科醫生斷層。2基層醫療萎縮。3由於財務虧損，預防保健不彰。4醫療資源集中大醫院，社區醫療品質日漸低落。5健保不給付之醫療業務發展迅速，例如整形及雷射美容。6民代介入嚴重(小型綜合醫院)。7衛生單位與健保局之間職責越來越模糊。8地方政府財務負擔難以解決。	上述衝擊雖亟須解決，惟本計畫限於人力與時間，未能將其納入研究範疇，但已在第一章第四節研究限制中指出這些衝擊的重要性(見頁10)。
六	報告第一百一十三頁提及一雖然受訪的醫療使用者對部分負擔新制表示滿意與非常滿意的比例，高於表示不滿意與非常不滿意的比例，但相較於歷次對全民健保滿意度調查，本計劃受訪的醫療使用者對部分負擔的滿意度相對偏低，尤其對加收復健部分負擔的滿意度，更是不到四成。一就個人看法，部分負擔新制增加民眾負擔，不能期待高滿意度，此次調查表示滿意與非常滿意的比例，高於表示不滿意與非常不滿意的比例已算不錯。	已將此評審意見納入(見頁113)。

項次	審查意見	修正說明
七	有關報告第一百一十七頁，公教人員改以全薪投保，目前政策業已確定朝此一方向修法。齊一各類有固定雇主之受僱者的勞、資、政分攤比率為30：40：30，估計將增加政府負擔在三百億元，影響深遠，且此一建議與健保財務及本報告主題無關，是否適當宜請考量。	已將此評審意見納入(見頁117)。
八	研究發現大致包含三方面：多數民眾肯定這個制度；實施部分負擔不會影響研究樣本的就醫行為；但是認為其他人會受到影響。由於樣本來源是北市四個大醫院，樣本可能屬於較高社經背景，因此在推論和後續檢討此制方面，宜注意。	已依評審意見於第一章第四節研究限制中指明本計畫樣本來源對研究推論可能造成的影響(見頁9)。
九	最重要的是必須強調實施部分負擔的主要功能何在？根據研究報告，主要功能乃是供給面的防範不當醫療資源的使用，而非需求面的抑制醫療浪費；即使是財務方面的節省，也只有短期效益。這可能與健保局的原先期望不盡符合。因此，在防範不當醫療資源使用的目的之下，需要針對較可能受此制影響的群體(高診次、復健病患、昂貴藥品使用者)之權益妥為保護，方不致制度美意未能落實之前，先有群體受損了。由座談會紀錄來看，似乎可由稽核方式找出所謂的資源浪費者，如此則不會影響真正的需求，建議健保局深入研究。	已將此評審意見納入(見頁115)。
十	有關實施轉診制度之建議，請提供應如何讓民眾接受之做法以及可能帶來之優缺點加以分析，並就如何減少民眾反對之做法加以推演。	已將此評審意見納入(見頁115至116頁)。

附錄六 問卷題目

醫療使用者對全民健保部分負擔新制的看法

一、藥品部分負擔新制

- 1、請問您是否知道自今年 8 月 1 日起，一般民眾如果每次使用全民健保拿藥的費用若達到 101 元至 200 元之間，就要加收藥品部分負擔費用 20 元？

知道 不知道

- 2、請問您是否知道自 8 月 1 日起實施新制後，用醫師所開的慢性病連續處方箋拿藥，仍可以不用加付部分負擔費用？

知道 不知道

- 3、請問您覺得加收藥品部分負擔後，您每次看病所拿藥的種類與天數是否因此而變動？

種類： 減少很多 略微減少 沒有減少 不知道

天數： 減少很多 略微減少 沒有減少 不知道

- 4、請問在實施加收藥品部分負擔之後，您在看病時是否曾要求醫師改變開藥的行為以避免部分負擔費用的增加？

不曾；

曾經，那麼請問醫師是否答應您的要求？ 答應 不答應

若醫師不答應您的要求，請問醫師是否有解釋原因？

沒有

有，請問您滿不滿意醫師的回答？ 滿意 不滿意

- 5、請問在實施加收藥品部分負擔之後，醫師是否曾要求您調整複診的次數（若是自 8 月 1 日部分負擔新制實施後初次看診，則免回答此題）？

不曾

曾經，那麼請問醫師是要求您 增加複診次數 減少複診次數

- 6、請問您目前是否有經醫師診斷的慢性病？ 有 沒有 不知道
- 7、請問在實施加收藥品部分負擔之後，您是否曾主動要求醫師開立慢性病連續處方箋？
- 不曾；
- 曾經，那麼請問醫師是否答應您的要求？ 答應 不答應
- 若醫師不答應您的要求，請問醫師是否有解釋原因？
- 沒有
- 有，請問您滿不滿意醫師的回答？ 滿意 不滿意
- 8、請問您認為實施加收藥品部分負擔對減少用藥浪費、民眾就醫能力與醫病關係有何影響？
- 減少用藥浪費： 幫助很大 有些幫助 沒有幫助
- 民眾就醫能力： 減少很多 略微減少 沒有影響
- 醫病關係： 明顯惡化 略微惡化 沒有影響
- (註：民眾就醫能力係指民眾負擔就醫所需的醫藥費用，是否超過其所得所能負荷的能力；醫病關係係指醫師與病人在醫療過程之互動關係，例如：醫師是否耐心的解答病人的問題、是否與醫師有良好的溝通、對醫師是否信任等。)
- 9、請問整體而言，您是否贊成實施加收藥品部分負擔？
- 非常贊成 贊成 不贊成 非常不贊成 沒意見

二、門診高診次部分負擔新制

- 1、請問您是否知道自今年 8 月 1 日起至 12 月 31 日止，一般民眾如果用全民健保看門診的累計次數超過 48 次 (I 卡以上) 至 156 次之間，每次就要加收高診次部分負擔費用 50 元？若超過 157 次，則每次就要加收 100 元？

全民健保部分負擔新制之評估

知道 不知道

- 2、請問您覺得加收高診次部分負擔費用之後，您平常看病的次數是否因此而變動？

減少很多 略微減少 沒有減少 不知道

- 3、請問在實施加收高診次部分負擔費用之後，您在看病時是否曾要求醫師減少複診的次數（若是自 8 月 1 日部分負擔新制實施後初次看診，則免回答此題）？

不曾

曾經，那麼請問醫師是否答應您的要求？ 答應 不答應

若醫師不答應您的要求，請問醫師是否有解釋原因？

沒有

有，請問您滿不滿意醫師的回答？ 滿意 不滿意

- 4、請問您認為加收高診次部分負擔費用，對減少醫療資源浪費、民眾就醫能力與醫病關係有何影響？

減少醫療浪費： 很有幫助 有些幫助 沒有幫助

民眾就醫能力： 減少很多 略微減少 沒有影響

醫病關係： 明顯惡化 略微惡化 沒有影響

- 5、請問整體而言，您是否贊成實施加收高診次部分負擔費用？

非常贊成 贊成 不贊成 非常不贊成 無意見

三、整體印象部分

- 1、請問您知不知道實施部分負擔新制之後，若是急診、榮民及低收入戶、或是至山地離島地醫院所門診就診，以及採簡表申報的六歲以下兒童就醫，也可免收額外的健保部分負擔？

知道 不知道

- 2、請問您是否屬於政府所規定不用加收健保部分負擔的對象（包括：重大傷病、分娩、預防保健、至山地離島地醫院所門診者、榮民、低收入戶、急診）？

是 不是 不知道

- 3、請問您知不知道醫療院所所開的收據上要有藥品總價、各項部分負擔費用及民眾自付總額等？

知道 不知道

- 4、整體而言，請問您對政府辦理部分負擔新制的措施滿不滿意？

非常滿意 還算滿意 不太滿意 非常不滿意 不知道/無意見

四、個人基本資料

- 1、性別： 男 女
- 2、出生：民國_____年生
- 3、最高學歷： 國小(含)以下 國中 高中/職 專科 大學以上
- 4、工作身分： 僱主 自營作業者 受雇於政府單位(含公營事業)
受雇於私人機構 家管 學生 退休 其他

- 5、請問您是以 本人 眷屬 身分投保
- 6、居住地區： 台北縣 台北市 其他_____
- 7、請問您個人的年收入為： 30萬以下 30-60萬 60-100萬 100萬以上
- 8、請問您今年到目前為止，使用的是第幾張健保卡？ A卡 B卡 C

全民健保部分負擔新制之評估

卡 D卡 E卡 F卡 G卡 H卡 I卡(含)以上

- 9、請問您最常去就診的醫療診所為_____ (可複填)

復健醫療使用者對全民健保部分負擔的看法

一、復健部分負擔新制

1、請問您是否曾使用健保接受復健物理治療？

曾經 不曾

2、請問您是否知道自今年 8 月 1 日起，一般民眾如果用健保接受物理治療（含中醫傷科）之同一療程的次數二次以上，每次要加收復健部分負擔費用 50 元？

知道 不知道

3、請問您覺得在實施復健部分負擔新制之後，您接受同一療程的次數是否因此而變動？

減少很多 略微減少 沒有減少 不知道

4、請問在實施復健部分負擔新制之後，您在接受療程時是否曾要求醫師減少同一療程的次數（若是自 8 月 1 日部分負擔新制實施後初次看診，則免回答此題）？

不曾；

曾經，請問復健醫師是否答應您的要求？ 答應 不答應

若醫師不答應您的要求，請問醫師是否有解釋原因？

沒有；

有，請問您滿不滿意醫師的回答？ 滿意 不滿意

5、請問您認為加收復健部分負擔費用，對減少醫療資源浪費、民眾就醫能力與醫病關係有何影響？

減少醫療浪費： 很有幫助 有些幫助 沒有幫助

民眾就醫能力： 減少很多 略微減少 沒有影響

醫病關係： 明顯惡化 略微惡化 沒有影響

全民健保部分負擔新制之評估

(註：民眾就醫能力係指民眾負擔就醫所需的醫藥費用，是否超過其所得所能負荷的能力；醫病關係係指醫師與病人在醫療過程之互動關係，例如：醫師是否耐心的解答病人的問題、病人是否與醫師有良好的溝通、病人對醫師是否信任等。)

6、請問整體而言，您是否贊成實施復健部分負擔費用新制？

非常贊成 贊成 不贊成 非常不贊成 沒意見

二、整體印象

1、請問您知不知道實施部分負擔新制之後，急診、榮民及低收入戶、至山地離島地醫院所門診以及六歲以下的兒童就醫採簡表申報者，也可免收額外的健保部分負擔？ 知道 不知道

2、請問您是否屬於政府所規定不用加收健保部分負擔的對象？（包括：重大傷病、分娩、預防保健、至山地離島地醫院所門診者、榮民、低收入戶、急診）？

是 不是 不知道

3、請問您知不知道醫療院所所開的收據上要有藥品總價、各項部分負擔費用及民眾自付總額等？

知道 不知道

4、整體而言，請問您對政府辦理部分負擔新制的措施滿不滿意？

非常滿意 還算滿意 不太滿意 非常不滿意 不知道/無意見

三、個人基本資料

1、性別： 男 女

2、出生：民國_____年生

3、最高學歷： 國小(含)以下 國中 高中/職 專科 大學以上

- 4、工作身分： 僱主 自營作業者 受僱於政府單位(含公營事業)
受僱於私人機構 家管 學生 退休 其他_____
- 5、請問您是以 本人 眷屬 身分投保
- 6、居住地區： 台北縣 台北市 其他_____
- 7、請問您個人的年收入為： 30 萬以下 30-60 萬 60-100 萬
100 萬以上
- 8、請問您今年到目前為止，使用的是第幾張健保卡？ A卡 B卡 C
卡 D卡 E卡 F卡 G卡 H卡 I卡(含)以上
- 9、請問您最常去就診的醫療診所為_____ (可複
填)

醫療提供者對全民健保部分負擔新制的看法

一、部分負擔新制部分

- 1、請問在實施加收藥品及高診次部分負擔之後，您在病患就診時是否曾告知新制實施的內容？

經常告知 偶爾告知 很少告知 不曾告知

- 2、請問在實施加收藥品與高診次部分負擔後，您曾否建議病患減少拿藥的種類、天數或減少複診次數？

經常建議 偶爾建議 很少建議 不曾建議

- 3、請問在實施加收藥品部分與高診次負擔之後，是否曾發生病患要求減少開藥的種類、天數或減少複診次數的情況？

經常發生 偶爾發生 很少發生 不曾發生

- 4、請問在實施加收藥品部分負擔之後，您曾否遇到病患要求醫師開立慢性病連續處方箋？

經常發生 偶爾發生 很少發生 不曾發生

- 5、請問您認為實施加收藥品部分負擔對減少用藥浪費、民眾就醫能力與醫病關係有何影響？

減少用藥浪費： 幫助很大 有些幫助 沒有幫助

民眾就醫能力： 減少很多 略微減少 沒有影響

醫病關係 ： 明顯惡化 略微惡化 沒有影響

(註：民眾就醫能力係指民眾負擔就醫所需的醫藥費用，是否超過其所得所能負荷的能力；醫病關係係指醫師與病人在醫療過程之互動關係，例如：醫師是否耐心的解答病人的問題、病人是否與醫師有良好的溝通、病人對醫師是否信任等。)

- 6、請問您認為實施加收高診次部分負擔對減少醫療資源浪費、民眾就醫能力與醫病關係有何影響？

減少醫療浪費： 幫助很大 有些幫助 沒有幫助

民眾就醫能力： 減少很多 略微減少 沒有影響

醫病關係： 明顯惡化 略微惡化 沒有影響

7、請問整體而言，您是否贊成實施加收藥品部分負擔？

非常贊成 贊成 不贊成 非常不贊成 無意見/不知道

8、請問整體而言，您是否贊成實施加收高診次部分負擔？

非常贊成 贊成 不贊成 非常不贊成 無意見/不知道

二、改善全民健保財務狀況

1、請標示出下列各因素對造成醫療費用上升的影響力（請依影響力大小由 10 至 1 圈選適當數值，數值愈大表示影響力愈大，若影響力相同，可圈選相同的數值）：

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

- (1) 藥品價格過高
- (2) 支付制度不合理
- (3) 分級轉診制度未實施
- (4) 部分負擔太低
- (5) 保險給付項目的範圍過大
- (6) 醫療設備價格與人事費用上升
- (7) 人口結構老化
- (8) 民眾對健康意識的提高
- (9) 重覆就診嚴重
- (10) 其他_____

2、請就改善全民健保財務狀況的方法而言，標示出下列各方法在實施時的優先順序（請依順序先後由 10 至 1 圈選適當數值，數值愈大表示愈優先，若優先順序相同，可圈選相同的數值。有關各方法之說明，請參閱本問卷最後所附之說明。）：

- (1)提高部分負擔比重
- (2)採用自負額制度
- (3)實施分級轉診制度
- (4)加強醫事機構查核及監控
- (5)採行論人計酬制度
- (6)採行論病例計酬制度
- (7)採行醫療儲蓄帳戶制度
- (8)醫師或病床量供給的控制
- (9)擴大適用總額預算制度的範圍
- (10) 採行多元保險人制度
- (11) 設定醫師每日門診量上限
- (12) 其他_____

三、基本資料部分

- 1、請問貴醫療院所是屬： 公立醫院 私人醫院 財團法人
- 2、請問貴醫療院所的分級是： 醫學中心 區域醫院 地區醫院
基層醫院
- 3、請問您所屬的專科是： 心臟科 內科 外科 婦科 耳鼻喉科 皮膚科 家醫科 其他_____
- 4、請問您是否有擔任醫療院所內的行政職務？
沒有
有，請問那一種職務？ 院長 副院長 部科主任 其他

本問卷第二部分「改善全民健保財務狀況」之第2題，部分方法之說明如下：

自負額制度：設定一醫療給付水準，在此水準之下之醫療支出全部由民眾自行負擔，若超過此水準之醫療支出，則超出部分由保險給付。

論人計酬制度：依據被保險人之人數以及其醫療需要（如被保險人的年齡、健康狀況與性別等），事先決定該年度支付給醫療提供者之總醫療費用。

論病例計酬制度：主要是依病例組合（case-mix）分類訂定付費標準。

醫療儲蓄帳戶制度：每位被保險人設置個人帳戶，每月由本人及雇主提撥一定金額至該帳戶，做為支付其個人與眷屬的醫療費用，若有結餘則歸被保險人所有。若某時期被保險人須頻繁使用醫療資源而導致帳戶存款不足時，可先預支，未來再繳清預支部分，但必須支付利息。

總額預算制度：保險機構與醫療服務提供部門預先以協商方式訂定一段期間內支付之總金額，做為期間內的醫療服務費用，再以由上而下的方式分配提供醫療服務之費用。而較常用的分配方式為**支出上限制**，亦即預先依據醫療服務成本以及服務量之成長設定健康保險支出之年度預算，醫療服務之支付以相對點數反應各項服務之成本，每點支付金額是採回溯性計算，將總預算除以實際之總服務量點數，若服務量超過原先協議目標時，每點支付金額將降低，反之則增加，故可精確控制預算。

多元保險人制度：在相同保險費率條件下，允許多家民營機構承辦中央健保局現有醫務管理業務，被保險人可自行選擇醫療品質優良的保險人投保。

復健醫師對全民健保部分負擔新制的看法

一、復健部分負擔部分

- 1、請問在實施復健部分負擔新制之後，您曾否在病患復健時告知新措施實施的內容？

經常告知 偶爾告知 很少告知 不曾告知

- 2、請問在實施加收復健部分負擔之後，您曾否建議病患減少復健次數？

經常建議 偶爾建議 很少建議 不曾建議

- 3、請問在實施加收復健部分負擔之後，您曾否在提供醫療服務時，遇到病患要求減少復健次數？

經常發生 偶爾發生 很少發生 不曾發生

- 4、請問您認為實施加收復健部分負擔對減少醫療資源浪費、民眾就醫能力與醫病關係有何影響？

減少醫療浪費： 幫助很大 有些幫助 沒有幫助

民眾就醫能力： 減少很多 略微減少 沒有影響

醫病關係 ： 明顯惡化 略微惡化 沒有影響

(註：民眾就醫能力係指民眾負擔就醫所需的醫藥費用，是否超過其所得所能負荷的能力；醫病關係係指醫師與病人在醫療過程之互動關係，例如：醫師是否耐心的解答病人的問題、病人是否與醫師有良好的溝通、病人對醫師是否信任等。)

- 5、請問整體而言，您是否贊成實施加收復健部分負擔？

非常贊成 贊成 不贊成 非常不贊成 沒意見

二、改善全民健保財務狀況

- 1、請標示出下列各因素對造成醫療費用上升的影響力（請依影響力大小由 10 至 1 圈選適當數值，數值愈大表示影響力愈大，若影響力相同，可圈選相同的數值）：

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

- (1)藥品價格過高
- (2)支付制度不合理
- (3)分級轉診制度未實施
- (4)部分負擔太低
- (5)保險給付項目的範圍過大
- (6)醫療設備價格與人事費用上升
- (7)人口結構老化
- (8)民眾對健康意識的提高
- (9)重覆就診嚴重
- (10)其他_____

- 2、請就改善全民健保財務狀況的方法而言，標示出下列各方法在實施時的優先順序（請依順序先後由 10 至 1 圈選適當數值，數值愈大表示愈優先，若優先順序相同，可圈選相同的數值。**有關各方法之說明，請參閱本問卷最後所附之說明。**）：

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

- (1)提高部分負擔比重
- (2)採用自負額制度
- (3)實施分級轉診制度
- (4)加強醫事機構查核及監控
- (5)採行論人計酬制度
- (6)採行論病例計酬制度

全民健保部分負擔新制之評估

- (7)採行醫療儲蓄帳戶制度
- (8)醫師或病床量供給的控制
- (9)擴大適用總額預算制度的範圍
- (10)採行多元保險人制度
- (11) 設定醫師每日門診量上限
- (12)其他_____

三、基本資料部分

- 1、請問貴醫療院所是屬： 公立醫院 私人醫院 財團法人
- 2、請問貴醫療院所的分級是： 醫學中心 區域醫院 地區醫院
基層醫院
- 3、請問您是否有擔任醫療院所內的行政職務？
沒有；
有，請問那一種職務？ 院長 副院長 部科主任 其他

本問卷第二部分「改善全民健保財務狀況」之第2題，部分方法之說明如下：

自負額制度：設定一醫療給付水準，在此水準之下之醫療支出全部由民眾自行負擔，若超過此水準之醫療支出，則超出部分由保險給付。

論人計酬制度：依據被保險人之人數以及其醫療需要（如被保險人的年齡、健康狀況與性別等），事先決定該年度支付給醫療提供者之總醫療費用。

論病例計酬制度：主要是依病例組合（case-mix）分類訂定付費標準。

醫療儲蓄帳戶制度：每位被保險人設置個人帳戶，每月由本人及雇主提撥一定金額至該帳戶，做為支付其個人與眷屬的醫療費用，若有結餘則歸被保險人所有。若某時期被保險人須頻繁使用醫療資源而導致帳戶存款不足

時，可先預支，未來再繳清預支部分，但必須支付利息。

總額預算制度：保險機構與醫療服務提供部門預先以協商方式訂定一段期間內支付之總金額，做為期間內的醫療服務費用，再以由上而下的方式分配提供醫療服務之費用。而較常用的分配方式為**支出上限制**，亦即預先依據醫療服務成本以及服務量之成長設定健康保險支出之年度預算，醫療服務之支付以相對點數反應各項服務之成本，每點支付金額是採回溯性計算，將總預算除以實際之總服務量點數，若服務量超過原先協議目標時，每點支付金額將降低，反之則增加，故可精確控制預算。

多元保險人制度：在相同保險費率條件下，允許多家民營機構承辦中央健保局現有醫務管理業務，被保險人可自行選擇醫療品質優良的保險人投保。

專家學者對全民健保部分負擔新制的看法

一、部分負擔新制

- 1、請問您認為實施加收藥品部分負擔對減少用藥浪費、民眾就醫能力與醫病關係有何影響？

減少用藥浪費： 幫助很大 有些幫助 沒有幫助

民眾就醫能力： 減少很多 略微減少 沒有影響

醫病關係： 明顯惡化 略微惡化 沒有影響

(註：民眾就醫能力係指民眾負擔就醫所需的醫藥費用，是否超過其所得所能負荷的能力；醫病關係係指醫師與病人在醫療過程之互動關係，例如：醫師是否耐心的解答病人的問題、病人是否與醫師有良好的溝通、病人對醫師是否信任等。)

- 2、請問整體而言，您是否贊成實施額外加收藥品部分負擔？

非常贊成 贊成 不贊成 非常不贊成 無意見

- 3、請問您認為加收高診次部分負擔費用，對減少醫療資源浪費、民眾就醫能力與醫病關係有何影響？

減少醫療浪費： 很有幫助 有些幫助 沒有幫助

民眾就醫能力： 減少很多 略微減少 沒有影響

醫病關係： 明顯惡化 略微惡化 沒有影響

- 4、請問整體而言，您是否贊成實施額外加收高診次部分負擔費用？

非常贊成 贊成 不贊成 非常不贊成 沒意見

- 5、請問您認為額外加收復健部分負擔費用，對減少醫療資源浪費、民眾就醫能力與醫病關係有何影響？

減少醫療浪費： 很有幫助 有些幫助 沒有幫助

民眾就醫能力： 減少很多 略微減少 沒有影響

醫病關係 ： 明顯惡化 略微惡化 沒有影響

6、請問整體而言，您是否贊成實施加收復健部分負擔費用？

非常贊成 贊成 不贊成 非常不贊成 無意見

二、改善全民健保財務狀況

1、請標示出下列各因素對造成醫療費用上升的影響力（請依影響力大小由 10 至 1 圈選適當數值，數值愈大表示影響力愈大，若影響力相同，可圈選相同的數值。）：

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

- (1)藥品價格過高
- (2)支付制度不合理
- (3)分級轉診制度未實施
- (4)部分負擔太低
- (5)保險給付項目的範圍過大
- (6)醫療設備價格與人事費用上升
- (7)人口結構老化
- (8)民眾對健康意識的提高
- (9)重覆就診嚴重
- (10)其他_____

2、請就改善全民健保財務狀況的方法而言，標示出下列各方法在實施時的優先順序（請依順序先後由 10 至 1 圈選適當數值，數值愈大表示愈優先，若優先順序相同，可圈選相同的數值。有關各方法之說明，請參閱本問卷最後所附之說明。）：

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

- (1)提高部分負擔比重
- (2)採用自負額制度

全民健保部分負擔新制之評估

- (3)實施分級轉診制度
- (4)加強醫事機構查核及監控
- (5)採行論人計酬制度
- (6)採行論病例計酬制度
- (7)採行醫療儲蓄帳戶制度
- (8)醫師或病床量供給的抑制
- (9)擴大適用總額預算制度的範圍
- (10)採行多元保險人制度
- (11)設定醫師每日門診量上限
- (12)其他_____

本問卷第二部分「改善全民健保財務狀況」之第 2 題，部分方法之說明如下：

自負額制度：設定一醫療給付水準，在此水準之下之醫療支出全部由民眾自行負擔，若超過此水準之醫療支出，則超出部分由保險給付。

論人計酬制度：依據被保險人之人數以及其醫療需要（如被保險人的年齡、健康狀況與性別等），事先決定該年度支付給醫療提供者之總醫療費用。

論病例計酬制度：主要是依病例組合（case-mix）分類訂定付費標準。

醫療儲蓄帳戶制度：每位被保險人設置個人帳戶，每月由本人及雇主提撥一定金額至該帳戶，做為支付其個人與眷屬的醫療費用，若有結餘則歸被保險人所有。若某時期被保險人須頻繁使用醫療資源而導致帳戶存款不足時，可先預支，未來再繳清預支部分，但必須支付利息。

總額預算制度：保險機構與醫療服務提供部門預先以協商方式訂定一段期間內支付之總金額，做為期間內的醫療服務費用，再以由上而下的方式分配提供醫療服務之費用。而較常用的分配方式為**支出上限制**，亦即預先依據醫療服務成本以及服務量之成長設定健康保險支出之年度預算，醫療服務之支付以相對點數反應各項服務之成本，每點支付金額是採回溯性計

算，將總預算除以實際之總服務量點數，若服務量超過原先協議目標時，每點支付金額將降低，反之則增加，故可精確控制預算。

多元保險人制度：在相同保險費率條件下，允許多家民營機構承辦中央健保局現有醫務管理業務，被保險人可自行選擇醫療品質優良的保險人投保。

附表 2-1 一般醫療使用者是否知道自民國 88 年 8 月 1 日起開始加收藥品部分負擔與門診高診次部分負擔費用？

單位：人(%)

	藥品部分負擔		門診高診次部分負擔	
	知道	不知道	知道	不知道
合計	162 (68.4)	75 (31.7)	124 (52.3)	113 (47.7)
按性別				
男性	61 (59.8)	41 (40.2)	51 (50.0)	51 (50.0)
女性	101 (74.8)	34 (25.2)	73 (54.1)	62 (45.9)
按年齡				
34 歲(含)以下	57 (56.4)	44 (43.6)	45 (44.6)	56 (55.5)
35-44 歲	37 (78.7)	10 (21.3)	28 (59.6)	19 (40.4)
45-54 歲	36 (81.8)	8 (18.2)	28 (63.6)	16 (36.4)
55-64 歲	17 (77.3)	5 (22.7)	12 (54.5)	10 (45.5)
65 歲(含)以上	15 (65.2)	8 (34.8)	11 (47.8)	12 (52.2)
按學歷				
國小(含)以下	21 (72.4)	8 (27.6)	15 (51.7)	14 (48.3)
國中	15 (83.3)	3 (16.7)	7 (38.9)	11 (61.1)
高中 / 職	40 (67.8)	19 (32.2)	28 (47.5)	31 (52.5)
專科	37 (67.3)	18 (32.7)	32 (58.2)	23 (41.8)
大學(含)以上	49 (64.5)	27 (35.6)	42 (55.3)	34 (44.7)
按工作身分				
雇主	4 (66.7)	2 (33.3)	3 (50.0)	3 (50.0)
自營作業者	21 (72.4)	8 (27.6)	11 (37.9)	18 (62.1)
受雇於政府單位 (含公營事業)	13 (86.7)	2 (13.3)	9 (60.0)	6 (40.0)
受雇於私人機構	49 (65.3)	26 (34.7)	44 (58.7)	31 (41.3)
家管	38 (79.2)	10 (20.8)	28 (58.3)	20 (41.7)
學生	17 (50.0)	17 (50.0)	14 (41.2)	20 (58.8)
退休	13 (72.2)	5 (27.8)	9 (50.0)	9 (50.0)
其他	7 (58.3)	5 (41.7)	6 (50.0)	6 (50.0)
按投保身分				
本人	130 (71.4)	52 (28.6)	98 (53.9)	84 (46.2)
眷屬	32 (58.2)	23 (41.8)	26 (47.3)	29 (52.7)

資料來源：本研究。

附表 2-1 一般醫療使用者是否知道自民國 88 年 8 月 1 日起開始加收藥品部分負擔與門診高診次部分負擔費用？(續) 單位：人(%)

	一般醫療使用者		復健醫療使用者	
	知道	不知道	知道	不知道
按個人年收入				
30 萬元以下	85 (69.1)	38 (30.9)	62 (50.4)	61 (49.6)
30-60 萬元	30 (56.6)	23 (43.4)	30 (56.6)	23 (43.4)
60-100 萬元	33 (80.5)	8 (19.5)	19 (46.3)	22 (53.7)
100 萬元以上	14 (70.0)	6 (30.0)	13 (65.0)	7 (35.0)
按所使用之健保卡				
A 卡	40 (53.3)	35 (46.7)	32 (42.7)	43 (57.3)
B 卡	44 (69.8)	19 (30.2)	31 (49.2)	32 (50.8)
C 卡	36 (85.7)	6 (14.3)	21 (50.0)	21 (50.0)
D 卡	21 (77.8)	6 (22.2)	15 (55.6)	12 (44.4)
E 卡	8 (66.7)	4 (33.3)	11 (91.7)	1 (8.3)
F 卡(含)以上	13 (72.2)	5 (27.8)	14 (77.8)	4 (22.2)
按最常去的醫療院所等級				
醫學中心	70 (74.5)	24 (25.5)	51 (54.3)	43 (45.7)
區域中心	33 (80.5)	8 (19.5)	23 (56.1)	18 (43.9)
地區中心	16 (66.7)	8 (33.3)	12 (50.0)	12 (50.0)
基層診所	36 (58.1)	26 (41.9)	32 (51.6)	30 (48.4)
按是否有經醫師診斷之慢性病				
有	57 (76.0)	18 (24.0)	49 (65.3)	26 (34.7)
沒有/不知道	105 (68.8)	57 (35.2)	75 (46.3)	87 (53.7)
按是否屬於不用加收部分負擔者				
是	21 (80.8)	5 (19.2)	22 (84.6)	4 (15.4)
不是	123 (68.3)	57 (31.7)	86 (47.8)	94 (52.2)
不知道	18 (58.1)	13 (41.9)	16 (51.6)	15 (48.4)

資料來源：本研究。

附表 2-2 一般醫療使用者是否知道實施部分負擔新制後，用醫師所開的慢性病連續處方箋拿藥，仍可以不用加付部分負擔費用

單位：人(%)

	知道	不知道
合計	75 (31.6)	162 (68.4)
<u>按性別</u>		
男性	26 (25.5)	76 (74.5)
女性	49 (36.3)	86 (63.7)
<u>按年齡</u>		
34 歲(含)以下	27 (26.7)	74 (73.3)
35-44 歲	14 (29.8)	33 (70.2)
45-54 歲	16 (36.4)	28 (63.6)
55-64 歲	9 (40.9)	13 (59.1)
65 歲(含)以上	9 (39.1)	14 (60.9)
<u>按學歷</u>		
國小(含)以下	10 (34.5)	19 (65.5)
國中	8 (44.4)	10 (55.6)
高中 / 職	14 (23.7)	45 (76.3)
專科	19 (34.6)	36 (65.5)
大學(含)以上	24 (31.6)	52 (68.4)
<u>按工作身分</u>		
雇主	3 (50.0)	3 (50.0)
自營作業者	6 (20.7)	23 (79.3)
受雇於政府單位 (含公營事業)	3 (20.0)	12 (80.0)
受雇於私人機構	25 (33.3)	50 (66.7)
家管	19 (39.6)	29 (60.4)
學生	10 (29.4)	24 (70.6)
退休	7 (38.9)	11 (61.1)
其他	2 (16.7)	10 (83.3)

資料來源：本研究。

附表 2-2 一般醫療使用者是否知道實施部分負擔新制後，用醫師所開的慢性病連續處方箋拿藥，仍可以不用加付部分負擔費用（續）

單位：人

(%)	知道	不知道
按投保身分		
本人	58 (31.9)	124 (68.1)
眷屬	17 (30.9)	38 (69.1)
按個人年收入		
30 萬元以下	42 (34.2)	81 (65.9)
30-60 萬元	14 (26.4)	39 (73.6)
60-100 萬元	8 (19.5)	33 (80.5)
100 萬元以上	11 (55.0)	9 (45.0)
按所使用之健保卡		
A 卡	22 (29.3)	53 (70.7)
B 卡	20 (31.8)	43 (68.3)
C 卡	12 (28.6)	30 (71.4)
D 卡	10 (37.0)	17 (63.0)
E 卡	6 (50.0)	6 (50.0)
F 卡(含)以上	5 (27.8)	13 (72.2)
按最常去的醫療院所等級		
醫學中心	32 (34.0)	62 (66.0)
區域中心	16 (39.0)	25 (61.0)
地區中心	6 (25.0)	18 (75.0)
基層診所	20 (32.3)	42 (67.7)
按是否有經醫師診斷之慢性病		
有	31 (41.3)	44 (58.7)
沒有	44 (27.2)	118 (72.8)
按是否屬於不用加收部分負擔者		
是	14 (53.9)	12 (46.2)
不是	56 (31.1)	124 (68.9)
不知道	5 (16.1)	26 (83.9)

資料來源：本研究。

附表 2-3 復健醫療使用者是否知道自民國 88 年 8 月 1 日起對重複使用同一療程者加收復健部分負擔
單位：人(%)

	知道	不知道
合計	41 (58.6)	29 (41.4)
按性別		
男性	17 (53.1)	15 (46.9)
女性	24 (63.2)	14 (36.8)
按年齡		
34 歲(含)以下	9 (45.0)	11 (55.0)
35-44 歲	7 (58.3)	5 (41.7)
45-54 歲	8 (80.0)	2 (20.0)
55-64 歲	8 (53.3)	7 (46.7)
65 歲(含)以上	9 (69.2)	4 (30.8)
按學歷		
國小(含)以下	8 (72.7)	3 (27.3)
國中	1 (50.0)	1 (50.0)
高中 / 職	10 (37.0)	17 (63.0)
專科	9 (69.2)	4 (30.8)
大學(含)以上	13 (76.5)	4 (23.5)
按工作身分		
雇主	1 (100)	0 (0.0)
自營作業者	3 (42.9)	4 (57.1)
受雇於政府單位 (含公營事業)	2 (50.0)	2 (50.0)
受雇於私人機構	3 (33.3)	6 (66.7)
家管	16 (76.2)	5 (23.8)
學生	1 (25.0)	3 (75.0)
退休	11 (64.7)	6 (35.3)
其他	4 (57.1)	3 (42.9)

資料來源：本研究。

附表 2-3 復健醫療使用者是否知道自民國 88 年 8 月 1 日起對重複使用同一療程者加收復健部分負擔(續)

單位：人(%)

	知道	不知道
按投保身分		
本人	30 (57.7)	22 (42.3)
眷屬	11 (61.6)	7 (38.9)
按個人年收入		
30 萬元以下	26 (66.7)	13 (33.3)
30-60 萬元	9 (52.9)	8 (47.1)
60-100 萬元	5 (45.5)	6 (54.5)
100 萬元以上	1 (33.3)	2 (66.7)
按所使用之健保卡		
A 卡	2 (22.2)	7 (77.8)
B 卡	10 (58.8)	7 (41.2)
C 卡	7 (58.3)	5 (41.7)
D 卡	5 (62.5)	3 (37.5)
E 卡	3 (75.0)	1 (25.0)
F 卡(含)以上	14 (70.0)	6 (30.0)
按最常去的醫療院所等級		
醫學中心	17 (63.0)	10 (37.0)
區域中心	10 (50.0)	10 (50.0)
地區中心	7 (87.5)	1 (12.5)
基層診所	7 (50.0)	7 (50.0)
按是否屬於不用加收部分負擔者		
是	10 (58.8)	7 (41.2)
不是	28 (62.2)	17 (37.8)
不知道	3 (37.5)	5 (62.5)

資料來源：本研究。

附表 2-4 醫療使用者是否知道醫療院所開的收據上要有藥品總價、各項部分負擔費用及民眾自付總額等？

單位：人（%）

	一般醫療使用者		復健醫療使用者	
	知道	不知道	知道	不知道
合計	160 (67.5)	77 (32.5)	47 (67.1)	23 (32.9)
按性別				
男性	64(62.8)	38(37.3)	20(62.5)	12(37.5)
女性	96(71.7)	39(28.9)	27(71.1)	11(28.9)
按年齡				
34 歲(含)以下	59 (58.4)	42 (41.6)	13 (65.0)	7 (35.0)
35-44 歲	38 (80.9)	9 (19.2)	10 (83.3)	2 (16.7)
45-54 歲	31 (70.5)	13 (29.6)	9 (90.0)	1 (10.0)
55-64 歲	16 (72.7)	6 (27.3)	8 (53.3)	7 (46.7)
65 歲(含)以上	16 (69.6)	7 (30.4)	7 (53.9)	6 (46.2)
按學歷				
國小(含)以下	18 (62.1)	11 (37.9)	4 (36.4)	7 (63.6)
國中	15 (83.3)	3 (16.7)	1 (50.0)	1 (50.0)
高中 / 職	42 (71.2)	17 (28.8)	21 (77.8)	6 (22.2)
專科	34 (61.8)	21 (38.2)	10 (76.9)	3 (23.1)
大學(含)以上	51 (67.1)	25 (32.9)	11 (64.7)	6 (35.3)
按工作身分				
雇主	4 (66.7)	2 (33.3)	1 (100)	0 (0.0)
自營作業者	15 (41.7)	14 (48.3)	6 (85.7)	1 (14.3)
受雇於政府單位 (含公營事業)	10 (66.7)	5 (33.3)	1 (25.0)	3 (75.0)
受雇於私人機構	52 (69.3)	23 (30.7)	6 (66.7)	3 (33.3)
家管	41 (85.4)	7 (14.6)	16 (76.2)	5 (23.8)
學生	18 (52.9)	16 (47.1)	2 (50.0)	2 (50.0)
退休	13 (72.2)	5 (27.8)	11 (64.7)	6 (35.3)
其他	7 (58.3)	5 (41.7)	4 (57.1)	3 (42.9)
按投保身分				
本人	122 (67.0)	60 (33.0)	38 (73.1)	9 (50.0)
眷屬	38 (69.1)	17 (30.9)	14 (26.9)	9 (50.0)

資料來源：本研究。

附表 2-4 醫療使用者是否知道醫療院所開的收據上要有藥品總價、各項部分負擔費用及民眾自付總額等？（續）

單位：人（%）

	一般醫療使用者		復健醫療使用者	
	知道	不知道	知道	不知道
按個人年收入				
30 萬元以下	86 (69.9)	37 (30.1)	25 (64.1)	14 (35.9)
30-60 萬元	34 (64.2)	19 (35.9)	11 (64.7)	6 (35.3)
60-100 萬元	25 (61.0)	16 (39.0)	10 (90.9)	1 (9.1)
100 萬元以上	15 (75.0)	5 (25.0)	1 (33.3)	2 (66.7)
按所使用之健保卡				
A 卡	45 (60.0)	30 (40.0)	7 (77.8)	2 (22.2)
B 卡	44 (69.87)	19 (30.2)	12 (70.6)	5 (29.4)
C 卡	31 (73.8)	11 (29.2)	8 (66.7)	4 (33.3)
D 卡	18 (66.7)	9 (33.3)	3 (37.5)	5 (62.5)
E 卡	6 (50.0)	6 (50.0)	3 (37.5)	1 (25.0)
F 卡(含)以上	16 (88.9)	2 (11.1)	14 (70.0)	6 (30.0)
按最常去的醫療院所等級				
醫學中心	65 (69.2)	29 (30.9)	17 (63.0)	10 (37.0)
區域中心	32 (78.1)	9 (21.9)	10 (50.0)	10 (50.0)
地區中心	14 (58.3)	10 (41.7)	7 (87.5)	1 (12.5)
基層診所	41 (66.1)	21 (33.9)	7 (50.0)	7 (50.0)
按是否有經醫師診斷之慢性病				
有	55 (73.3)	20 (26.7)	-	-
沒有/不知道	105 (64.8)	57 (35.2)	-	-
按是否屬於不用加收部分負擔者				
是	20 (76.9)	6 (23.1)	11 (64.7)	6 (35.3)
不是	120 (66.7)	60 (33.3)	34 (75.6)	11 (24.4)
不知道	20 (64.5)	11 (35.5)	2 (25.0)	6 (75.0)

資料來源：本研究。

附表 2-5 醫療使用者是否知道實施部分負擔新制以後，急診 榮民及低收入戶，或是至山地離島地醫院所門診就診，以及採簡表申報的六歲以下兒童就醫，可免收額外的健保部分負擔？

單位：人(%)

	一般醫療使用者		復健醫療使用者	
	知道	不知道	知道	不知道
合計	90 (38.0)	147 (62.0)	28 (40.0)	42 (60.0)
按性別				
男性	30 (12.7)	72 (70.6)	15 (46.9)	17 (53.1)
女性	60 (44.4)	75 (55.6)	13 (34.2)	25 (65.8)
按年齡				
34 歲(含)以下	30 (29.7)	71 (70.3)	8 (40.0)	12 (60.0)
35-44 歲	20 (42.6)	27 (57.5)	7 (58.3)	5 (41.7)
45-54 歲	19 (43.2)	25 (56.8)	3 (30.0)	7 (70.0)
55-64 歲	12 (54.6)	10 (45.5)	4 (26.7)	11 (73.3)
65 歲(含)以上	9 (39.1)	14 (60.9)	6 (46.2)	7 (53.8)
按學歷				
國小(含)以下	12 (41.4)	17 (58.6)	2 (8.2)	9 (81.8)
國中	11 (61.1)	7 (38.9)	1 (50.0)	1 (50.0)
高中 / 職	24 (40.7)	35 (59.3)	11 (40.7)	16 (59.3)
專科	18 (32.7)	37 (67.3)	5 (38.5)	8 (61.5)
大學(含)以上	25 (32.9)	51 (67.1)	9 (52.9)	8 (47.1)
按工作身分				
雇主	1 (16.7)	5 (83.3)	0 (0.0)	1 (100)
自營作業者	7 (24.1)	22 (75.9)	2 (28.6)	5 (71.4)
受雇於政府單位 (含公營事業)	5 (33.3)	10 (66.7)	1 (25.0)	3 (75.0)
受雇於私人機構	30 (40.0)	45 (60.0)	4 (44.4)	5 (55.6)
家管	25 (52.1)	23 (47.9)	8 (38.1)	13 (61.9)
學生	8 (23.5)	26 (76.5)	2 (50.0)	2 (50.0)
退休	7 (38.9)	11 (61.1)	7 (41.2)	10 (58.8)
其他	71 (58.3)	5 (41.7)	4 (57.1)	3 (42.9)
按投保身分				
本人	74 (40.7)	108 (59.3)	23 (44.2)	29 (55.8)
眷屬	16 (29.1)	39 (70.9)	5 (27.8)	13 (72.2)

資料來源：本研究。

附表 2-5 醫療使用者是否知道實施部分負擔新制以後，急診 榮民及低收入戶，或是至山地離島地醫院所門診就診，以及採簡表申報的六歲以下兒童就醫，可免收額外的健保部分負擔？（續） 單位：人(%)

	一般醫療使用者		復健醫療使用者	
	知道	不知道	知道	不知道
按個人年收入				
30 萬元以下	52 (42.3)	71 (57.7)	12 (30.8)	27 (69.2)
30-60 萬元	16 (30.2)	37 (69.8)	9 (52.9)	8 (47.1)
60-100 萬元	14 (34.2)	27 (65.9)	7 (63.6)	4 (36.4)
100 萬元以上	8 (40.0)	12 (60.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
按所使用之健保卡				
A 卡	21 (28.0)	54 (72.0)	3 (33.3)	6 (66.7)
B 卡	26 (41.3)	37 (58.7)	7 (41.2)	10 (58.8)
C 卡	14 (33.3)	28 (66.7)	4 (33.3)	8 (66.7)
D 卡	11 (40.7)	16 (59.3)	2 (25.0)	6 (75.0)
E 卡	7 (58.3)	5 (41.7)	2 (50.0)	2 (50.0)
F 卡(含)以上	11 (61.1)	7 (38.9)	10 (50.0)	10 (50.0)
按最常去的醫療院所等級				
醫學中心	39 (41.5)	55 (58.5)	14 (51.9)	13 (48.1)
區域中心	23 (56.1)	18 (43.9)	7 (35.0)	13 (65.0)
地區中心	9 (37.5)	15 (62.5)	1 (12.5)	7 (87.5)
基層診所	18 (29.0)	44 (71.0)	6 (42.9)	8 (57.2)
按是否有經醫師診斷之慢性病				
有	29 (38.7)	46 (61.3)	-	-
沒有/不知道	61 (37.7)	101 (62.4)	-	-
按是否屬於不用加收部分負擔者				
是	19 (73.1)	7 (26.9)	13 (76.5)	4 (23.5)
不是	65 (36.1)	115 (63.9)	15 (33.3)	30 (66.7)
不知道	6 (19.4)	25 (80.6)	0 (0.0)	8 (100.0)

資料來源：本研究。

附表 3-1 實施加收藥品部分負擔以後，一般醫療使用者每次看病所拿藥的種類之變動

單位：人

	減少很多	略微減少	沒有減少	不知道
合計	2 (0.8)	20 (8.4)	143 (60.3)	72 (30.4)
按性別				
男性	1 (1.0)	6 (5.9)	63 (61.8)	32 (31.4)
女性	1 (0.7)	14 (10.4)	80 (59.3)	40 (29.6)
按年齡				
34 歲(含)以下	1 (1.0)	13 (12.9)	55 (54.5)	32 (31.7)
35-44 歲	0 (0.0)	3 (6.4)	25 (53.2)	19 (40.4)
45-54 歲	1 (2.3)	2 (4.6)	28 (63.6)	13 (29.6)
55-64 歲	0 (0.0)	1 (4.6)	18 (81.8)	3 (13.6)
65 歲(含)以上	0 (0.0)	1 (4.4)	17 (73.9)	5 (21.7)
按學歷				
國小(含)以下	1 (3.5)	1 (3.5)	18 (62.1)	9 (31.0)
國中	0 (0.0)	1 (5.6)	16 (88.9)	1 (5.6)
高中 / 職	1 (1.7)	4 (6.8)	36 (61.0)	18 (30.5)
專科	0 (0.0)	7 (12.7)	33 (60.0)	15 (27.3)
大學(含)以上	0 (0.0)	7 (9.2)	40 (52.6)	29 (38.2)
按工作身分				
雇主	0 (0.0)	1 (16.7)	4 (66.7)	1 (16.7)
自營作業者	0 (0.0)	3 (10.3)	17 (58.6)	9 (31.0)
受雇於政府單位 (含公營事業)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (53.3)	7 (46.7)
受雇於私人機構	2 (2.7)	6 (8.0)	46 (61.3)	21 (28.0)
家管	0 (0.0)	3 (6.3)	33 (68.8)	12 (25.0)
學生	0 (0.0)	5 (14.7)	14 (41.2)	15 (44.1)
退休	7 (0.0)	1 (5.6)	14 (77.8)	3 (16.7)
其他	0 (0.0)	1 (8.3)	7 (58.3)	4 (33.3)
按投保身分				
本人	2 (1.1)	16 (8.8)	111 (61.0)	59 (29.1)
眷屬	0 (0.0)	4 (7.3)	32 (58.2)	19 (34.6)

資料來源：本研究。

附表 3-1 實施加收藥品部分負擔以後，一般醫療使用者每次看病所拿藥的種類之變動(續) 單位：人(%)

	減少很多	略微減少	沒有減少	不知道
按個人年收入				
30 萬元以下	0 (0.0)	12 (9.8)	76 (61.8)	35 (28.5)
30-60 萬元	2 (3.8)	5 (9.4)	30 (56.6)	16 (30.2)
60-100 萬元	0 (0.0)	2 (4.9)	23 (56.1)	16 (39.0)
100 萬元以上	0 (0.0)	1 (5.0)	14 (70.0)	5 (25.0)
按所使用之健保卡				
A 卡	1 (1.3)	5 (6.7)	43 (57.3)	26 (34.7)
B 卡	1 (1.6)	8 (12.7)	32 (50.8)	22 (34.9)
C 卡	0 (0.0)	4 (9.5)	26 (61.9)	12 (28.6)
D 卡	0 (0.0)	2 (7.4)	16 (59.3)	9 (33.3)
E 卡	0 (0.0)	1 (8.3)	9 (75.0)	2 (16.7)
F 卡(含)以上	0 (0.0)	0 (0.0)	17 (94.4)	1 (5.6)
按最常去的醫療院所等級				
醫學中心	2 (2.1)	7 (7.5)	59 (62.8)	26 (27.7)
區域中心	0 (0.0)	2 (4.9)	31 (75.6)	8 (19.5)
地區中心	0 (0.0)	3 (12.5)	12 (50.0)	9 (37.5)
基層診所	0 (0.0)	7 (11.3)	37 (59.7)	18 (29.0)
按是否有經醫師診斷之慢性病				
有	1 (1.3)	5 (6.7)	53 (70.7)	16 (21.3)
沒有/不知道	1 (0.6)	15 (9.3)	90 (55.6)	56 (34.6)
按是否屬於不用加收部分負擔者				
是	0 (0.0)	3 (11.5)	20 (76.9)	3 (11.5)
不是	1 (0.6)	13 (7.2)	112 (62.2)	54 (30.0)
不知道	1 (3.2)	4 (12.9)	11 (35.5)	15 (48.4)
按是否知道加收藥品部分負擔				
知道	1 (0.6)	8 (4.9)	106 (65.4)	47 (29.0)
不知道	1 (1.3)	12 (16.0)	37 (49.3)	25 (33.3)

資料來源：本研究。

附表 3-2 實施加收藥品部分負擔以後，一般醫療使用者每次看病所拿藥的天數之變動
單位：人
(%)

	減少很多	略微減少	沒有減少	不知道
合計	3 (1.3)	30 (12.7)	140 (59.1)	64 (27.0)
按性別				
男性	1 (1.0)	13 (12.8)	58 (56.9)	30 (29.4)
女性	2 (1.5)	17 (12.6)	82 (60.7)	34 (25.2)
按年齡				
34 歲(含)以下	2 (2.0)	17 (16.8)	52 (51.5)	30 (29.7)
35-44 歲	0 (0.0)	6 (12.8)	26 (55.3)	15 (31.9)
45-54 歲	1 (2.3)	3 (6.8)	27 (61.4)	13 (29.6)
55-64 歲	0 (0.0)	2 (9.1)	17 (77.3)	3 (13.6)
65 歲(含)以上	0 (0.0)	2 (8.7)	18 (78.3)	3 (13.0)
按學歷				
國小(含)以下	1 (3.5)	1 (3.5)	20 (69.0)	7 (24.1)
國中	0 (0.0)	2 (11.1)	14 (77.8)	2 (11.1)
高中 / 職	1 (1.7)	8 (13.6)	35 (59.3)	15 (25.4)
專科	0 (0.0)	10 (18.2)	32 (58.2)	13 (23.6)
大學(含)以上	1 (1.3)	9 (11.8)	39 (51.3)	37 (35.5)
按工作身分				
雇主	0 (0.0)	1 (16.7)	4 (66.7)	1 (16.7)
自營作業者	0 (0.0)	3 (10.3)	17 (58.6)	9 (31.0)
受雇於政府單位 (含公營事業)	3 (0.0)	1 (6.7)	8 (53.3)	6 (40.0)
受雇於私人機構	2 (2.7)	10 (13.3)	43 (57.3)	20 (26.7)
家管	0 (0.0)	5 (10.4)	34 (70.8)	9 (18.8)
學生	1 (2.9)	6 (17.7)	13 (38.2)	14 (41.2)
退休	0 (0.0)	2 (11.1)	14 (77.8)	2 (11.1)
其他	0 (0.0)	2 (16.7)	7 (58.3)	3 (25.0)
按投保身分				
本人	2 (1.1)	26 (14.3)	107 (58.8)	47 (25.8)
眷屬	1 (1.8)	4 (7.3)	33 (60.0)	17 (30.9)

資料來源：本研究。

附表 3-2 實施加收藥品部分負擔以後，一般醫療使用者每次看病所拿藥的天數之變動（續）

單位：人(%)

	減少很多	略微減少	沒有減少	不知道
按個人年收入				
30 萬元以下	1 (0.8)	17 (13.8)	75 (61.0)	30 (24.4)
30-60 萬元	2 (3.8)	7 (13.2)	29 (24.7)	15 (28.3)
60-100 萬元	0 (0.0)	5 (12.2)	22 (53.7)	14 (34.2)
100 萬元以上	0 (0.0)	1 (5.0)	14 (70.0)	5 (25.0)
按所使用之健保卡				
A 卡	1 (1.3)	7 (9.3)	43 (57.3)	24 (32.0)
B 卡	2 (3.2)	9 (14.3)	33 (52.4)	19 (30.2)
C 卡	0 (0.0)	5 (11.9)	24 (57.1)	13 (31.0)
D 卡	0 (0.0)	5 (18.5)	15 (55.6)	7 (25.9)
E 卡	0 (0.0)	3 (25.0)	8 (66.7)	1 (8.3)
F 卡(含)以上	0 (0.0)	1 (5.6)	17 (94.4)	0 (0.0)
按最常去的醫療院所等級				
醫學中心	2 (2.1)	10 (10.6)	59 (62.8)	23 (24.5)
區域中心	0 (0.0)	6 (14.6)	28 (68.3)	7 (17.1)
地區中心	0 (0.0)	3 (12.5)	14 (58.3)	7 (29.2)
基層診所	1 (1.6)	10 (16.1)	36 (58.1)	15 (24.2)
按是否有經醫師診斷之慢性病				
有	1 (1.3)	9 (12.0)	52 (69.3)	13 (17.3)
沒有/不知道	2 (1.2)	2 (13.0)	88 (54.3)	51 (31.5)
按是否屬於不用加收部分負擔者				
是	0 (0.0)	6 (23.1)	19 (73.1)	1 (3.9)
不是	1 (0.6)	21 (11.7)	110 (61.1)	48 (26.7)
不知道	2 (6.5)	3 (9.7)	11 (35.5)	15 (48.4)
按是否知道加收藥品部分負擔				
知道	1 (0.6)	16 (9.9)	106 (65.0)	39 (24.1)
不知道	2 (2.7)	14 (18.7)	34 (45.0)	25 (33.3)

資料來源：本研究。

附表 3-3 實施加收門診高診次部分負擔後，一般醫療使用者平常看病次數之變動

單位：人

(%)	減少很多	略微減少	沒有減少	不知道
合計	2 (0.8)	36 (15.2)	175 (73.8)	24 (10.1)
按性別				
男性	1 (1.0)	16 (15.7)	72 (70.6)	13 (12.7)
女性	2 (0.7)	20 (14.8)	103 (76.3)	11 (8.2)
按年齡				
34 歲(含)以下	0 (0.0)	17 (16.8)	71 (70.3)	13 (12.9)
35-44 歲	1 (2.1)	5 (10.6)	38 (80.9)	3 (6.4)
45-54 歲	0 (0.0)	7 (15.9)	34 (77.3)	3 (6.8)
55-64 歲	0 (0.0)	2 (9.1)	17 (77.3)	3 (13.6)
65 歲(含)以上	1 (4.4)	5 (21.7)	15 (65.2)	2 (18.7)
按學歷				
國小(含)以下	1 (3.5)	4 (13.8)	21 (72.4)	3 (10.3)
國中	0 (0.0)	2 (11.1)	16 (88.9)	0 (0.0)
高中 / 職	0 (0.0)	8 (13.6)	47 (79.7)	4 (6.8)
專科	0 (0.0)	7 (12.7)	40 (72.7)	8 (14.6)
大學(含)以上	1 (1.3)	15 (19.7)	51 (67.1)	9 (11.8)
按工作身分				
雇主	0 (0.0)	1 (16.7)	4 (66.7)	1 (16.7)
自營業者	0 (0.0)	5 (17.2)	22 (75.9)	2 (6.9)
受雇於政府單位 (含公營事業)	0 (0.0)	3 (20.0)	9 (60.0)	3 (20.0)
受雇於私人機構	1 (1.3)	9 (12.0)	57 (76.0)	8 (10.7)
家管	1 (2.1)	8 (16.7)	36 (75.0)	3 (6.3)
學生	0 (0.0)	6 (17.7)	23 (67.7)	5 (14.7)
退休	0 (0.0)	3 (16.7)	14 (77.8)	1 (5.6)
其他	0 (0.0)	1 (8.3)	10 (83.3)	1 (8.3)
按投保身分				
本人	1 (0.6)	31 (17.0)	134 (73.6)	16 (8.8)
眷屬	1 (1.8)	5 (9.1)	41 (74.6)	8 (14.6)

資料來源：本研究。

附表 3-3 實施加收門診高診次部分負擔後，一般醫療使用者平常看病次數之變動(續)

單位:人(%)

	減少很多	略微減少	沒有減少	不知道
按個人年收入				
30 萬元以下	1 (0.8)	18 (14.6)	90 (73.2)	14 (11.4)
30-60 萬元	0 (0.0)	10 (18.9)	38 (71.7)	5 (9.4)
60-100 萬元	1 (2.4)	8 (19.5)	28 (68.3)	4 (9.8)
100 萬元以上	0 (0.0)	0 (0.0)	19 (95.0)	1 (5.0)
按所使用之健保卡				
A 卡	0 (0.0)	7 (9.3)	58 (77.3)	10 (13.3)
B 卡	1 (1.6)	8 (12.7)	48 (76.2)	6 (9.5)
C 卡	0 (0.0)	12 (28.6)	25 (59.5)	5 (11.9)
D 卡	0 (0.0)	6 (22.2)	19 (70.4)	2 (7.4)
E 卡	0 (0.0)	2 (16.7)	10 (83.3)	0 (0.0)
F 卡(含)以上	1 (5.6)	1 (5.6)	15 (83.3)	1 (5.6)
按最常去的醫療院所等級				
醫學中心	1 (1.1)	11 (11.7)	79 (84.0)	3 (3.2)
區域中心	0 (0.0)	8 (19.5)	30 (73.2)	3 (7.3)
地區中心	0 (0.0)	4 (16.7)	17 (70.8)	3 (12.5)
基層診所	1 (1.6)	11 (17.7)	39 (62.9)	11 (17.7)
按是否有經醫師診斷之慢性病				
有	1 (1.3)	13 (17.3)	54 (72.0)	7 (9.3)
沒有/不知道	1 (0.6)	23 (14.2)	121 (74.7)	17 (10.5)
按是否屬於不用加收部分負擔者				
是	0 (0.0)	4 (15.4)	19 (73.1)	3 (11.5)
不是	2 (1.1)	28 (15.6)	135 (75.0)	15 (8.3)
不知道	0 (0.0)	4 (12.9)	21 (67.7)	6 (19.4)
按是否知道實施加收門診高診次部分負擔				
知道	1 (0.8)	19 (15.3)	94 (75.8)	10 (8.1)
不知道	1 (0.9)	17 (15.0)	82 (72.6)	13 (11.5)

資料來源：本研究。

附表 3-4 實施加收復健部分負擔之後，復健醫療使用者接受同一療程次數的變動

單位：人(%)

	減少很多	略微減少	沒有影響	不知道
合計	2 (2.9)	9 (12.9)	47 (67.1)	12 (17.1)
按性別				
男性	2 (6.3)	4 (12.5)	20 (62.5)	6 (18.7)
女性	0 (0.0)	5 (13.2)	27 (71.0)	6 (15.8)
按年齡				
34 歲(含)以下	1 (5.0)	3 (15.0)	10 (50.0)	6 (30.0)
35-44 歲	0 (0.0)	2 (16.7)	6 (50.0)	4 (33.3)
45-54 歲	0 (0.0)	2 (20.0)	8 (80.0)	0 (0.0)
55-64 歲	0 (0.0)	2 (13.3)	13 (86.7)	0 (0.0)
65 歲(含)以上	1 (7.7)	0 (0.0)	10 (76.9)	2 (15.4)
按學歷				
國小(含)以下	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (81.8)	2 (18.2)
國中	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)
高中 / 職	0 (0.0)	2 (7.4)	19 (70.4)	6 (22.2)
專科	1 (7.7)	3 (23.1)	6 (46.1)	3 (23.1)
大學(含)以上	1 (5.9)	4 (23.5)	11 (64.7)	1 (5.9)
按工作身分				
雇主	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)
自營作業者	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (71.4)	2 (28.6)
受雇於政府單位 (含公營事業)	0 (0.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	1 (25.0)
受雇於私人機構	1 (11.1)	1 (11.1)	4 (44.4)	4 (44.4)
家管	0 (0.0)	1 (4.8)	17 (80.9)	3 (14.3)
學生	0 (0.0)	2 (50.0)	2 (50.0)	0 (0.0)
退休	1 (5.9)	1 (5.9)	13 (76.5)	2 (11.7)
其他	0 (0.0)	2 (28.6)	4 (57.1)	1 (14.3)
按投保身分				
本人	1 (3.8)	7 (13.5)	34 (65.4)	9 (17.3)
眷屬	0 (0.0)	2 (11.1)	13 (72.2)	3 (16.7)

資料來源：本研究。

附表 3-5 一般醫療使用者認為實施加收藥品部分負擔對減少用藥浪費的影響

單位：人(%)

	幫助很大	有些幫助	沒有幫助
合計	48 (20.3)	128 (54.0)	61 (25.7)
按性別			
男性	24 (23.5)	51 (50.0)	27 (26.5)
女性	24 (17.8)	77 (57.0)	34 (25.2)
按年齡			
34 歲(含)以下	21 (20.8)	62 (61.4)	18 (17.8)
35-44 歲	9 (19.2)	24 (51.1)	14 (29.8)
45-54 歲	11 (25.0)	22 (55.0)	11 (25.0)
55-64 歲	2 (9.1)	8 (36.4)	12 (54.6)
65 歲(含)以上	5 (21.7)	12 (52.2)	6 (26.1)
按學歷			
國小(含)以下	2 (6.9)	13 (44.8)	14 (48.3)
國中	5 (27.8)	7 (38.9)	6 (33.3)
高中 / 職	12 (20.3)	35 (59.3)	12 (20.3)
專科	10 (18.2)	27 (49.1)	18 (32.7)
大學(含)以上	19 (25.0)	46 (60.5)	11 (14.5)
按工作身分			
雇主	0 (0.0)	3 (50.0)	3 (50.0)
自營作業者	10 (34.5)	12 (41.4)	7 (24.1)
受雇於政府單位 (含公營事業)	3 (20.0)	10 (66.7)	2 (13.3)
受雇於私人機構	17 (22.7)	40 (53.3)	18 (24.0)
家管	5 (10.4)	26 (54.2)	17 (35.4)
學生	6 (17.7)	24 (70.6)	4 (11.8)
退休	4 (22.2)	7 (38.9)	7 (38.9)
其他	3 (25.0)	6 (50.0)	3 (25.0)
按投保身分			
本人	37 (20.3)	97 (53.3)	48 (26.4)
眷屬	11 (20.0)	31 (56.4)	13 (23.6)

資料來源：本研究。

附表 3-5 一般醫療使用者認為實施加收藥品部分負擔對減少用藥浪費的影響
(續)

單位：人(%)

	幫助很大	有些幫助	沒有幫助
按個人年收入			
30 萬元以下	21 (17.1)	67 (54.5)	35 (28.5)
30-60 萬元	13 (24.5)	30 (56.6)	10 (18.9)
60-100 萬元	9 (22.0)	22 (53.7)	10 (24.4)
100 萬元以上	5 (25.0)	9 (45.0)	6 (30.0)
按所使用之健保卡			
A 卡	20 (26.7)	38 (50.7)	17 (22.7)
B 卡	11 (17.5)	36 (57.1)	16 (25.4)
C 卡	4 (9.5)	23 (54.8)	15 (35.7)
D 卡	7 (25.9)	14 (51.9)	6 (22.2)
E 卡	3 (25.0)	8 (66.7)	1 (8.3)
F 卡(含)以上	3 (16.7)	9 (50.0)	6 (33.3)
按最常去的醫療院所等級			
醫學中心	25 (26.7)	50 (53.2)	19 (20.2)
區域中心	7 (17.1)	21 (51.2)	13 (31.7)
地區中心	4 (16.7)	10 (41.7)	10 (41.7)
基層診所	9 (14.5)	38 (61.3)	15 (24.2)
按是否有經醫師診斷之慢性病			
有	17 (22.7)	36 (48.0)	22 (29.3)
沒有/不知道	31 (19.1)	92 (56.8)	39 (24.1)
按是否屬於不用加收部分負擔者			
是	11 (42.3)	7 (26.9)	8 (30.8)
不是	31 (64.6)	105 (58.3)	44 (24.4)
不知道	6 (19.4)	16 (51.6)	9 (29.0)
按是否知道實施加收藥品部分負擔			
知道	31 (19.1)	87 (53.7)	44 (27.2)
不知道	17 (22.7)	41 (54.7)	17 (22.7)

資料來源：本研究。

附表 3-6 一般醫療使用者認為加收高診次部分負擔費用對減少醫療資源浪費的影響

單位：人(%)

	很有幫助	有些幫助	沒有幫助
合計	59 (24.9)	125 (52.7)	53 (22.4)
按性別			
男性	32 (31.4)	52 (50.9)	18 (17.7)
女性	27 (20.0)	73 (54.1)	35 (25.9)
按年齡			
34 歲(含)以下	23 (22.8)	65 (64.4)	13 (12.9)
35-44 歲	14 (29.8)	23 (48.9)	10 (21.3)
45-54 歲	12 (27.3)	23 (52.3)	9 (20.5)
55-64 歲	4 (18.2)	6 (27.3)	12 (54.6)
65 歲(含)以上	6 (26.1)	8 (34.8)	9 (39.1)
按學歷			
國小(含)以下	3 (10.3)	10 (34.5)	16 (55.2)
國中	3 (16.7)	9 (50.0)	6 (33.3)
高中 / 職	16 (27.1)	35 (59.3)	8 (13.6)
專科	13 (23.6)	28 (50.9)	14 (25.5)
大學(含)以上	24 (31.6)	43 (56.7)	9 (11.8)
按工作身分			
雇主	0 (0.0)	4 (66.7)	2 (33.3)
自營作業者	12 (41.4)	11 (38.0)	6 (20.7)
受雇於政府單位 (含公營事業)	6 (40.0)	6 (40.0)	3 (20.0)
受雇於私人機構	22 (29.3)	42 (56.0)	11 (14.7)
家管	7 (14.6)	25 (52.1)	16 (33.3)
學生	6 (17.7)	24 (70.6)	4 (11.8)
退休	4 (22.2)	7 (38.9)	7 (38.9)
其他	2 (16.7)	6 (50.0)	4 (33.3)
按投保身分			
本人	47 (25.8)	95 (52.2)	40 (22.0)
眷屬	12 (21.8)	30 (54.6)	13 (23.6)

資料來源：本研究。

附表 3-6 一般醫療使用者認為加收高診次部分負擔費用對減少醫療資源浪費的影響(續) 單位：人(%)

	很有幫助	有些幫助	沒有幫助
按個人年收入			
30 萬元以下	21 (17.1)	68 (55.28)	34 (64.6)
30-60 萬元	16 (30.2)	28 (52.8)	9 (17.0)
60-100 萬元	14 (34.2)	21 (51.2)	6 (14.6)
100 萬元以上	8 (40.0)	8 (40.0)	4 (20.0)
按所使用之健保卡			
A 卡	25 (33.3)	40 (53.3)	10 (13.3)
B 卡	15 (23.8)	31 (49.2)	17 (27.0)
C 卡	9 (21.4)	21 (50.0)	12 (28.6)
D 卡	5 (18.5)	17 (63.0)	5 (18.5)
E 卡	3 (25.0)	7 (58.3)	2 (16.7)
F 卡(含)以上	2 (11.1)	9 (50.0)	7 (38.9)
按最常去的醫療院所等級			
醫學中心	25 (26.7)	50 (53.2)	19 (20.2)
區域中心	9 (22.0)	21 (51.2)	11 (26.8)
地區中心	4 (16.7)	13 (54.2)	7 (29.2)
基層診所	16 (25.8)	33 (53.2)	13 (21.0)
按是否有經醫師診斷之慢性病			
有	21 (35.6)	29 (38.7)	25 (33.3)
沒有/不知道	38 (23.5)	96 (59.3)	28 (17.3)
按是否屬於不用加收部分負擔者			
是	11 (42.3)	7 (26.9)	8 (30.8)
不是	39 (21.7)	105 (58.3)	44 (24.4)
不知道	9 (29.0)	16 (51.6)	9 (29.0)
按是否知道加收門診高診次部分負擔			
知道	34 (27.4)	60 (48.4)	30 (24.2)
不知道	25 (22.1)	65 (57.5)	23 (20.4)

資料來源：本研究。

附表 3-7 復健醫療使用者認為加收復健部分負擔對減少醫療資源浪費的影響

單位：人(%)

	很有幫助	有些幫助	沒有幫助
合計	14 (20.0)	29 (41.4)	27 (38.6)
按性別			
男性	8 (25.0)	13 (40.6)	11 (34.4)
女性	6 (15.8)	16 (42.1)	16 (42.1)
按年齡			
34 歲(含)以下	3 (15.0)	13 (65.0)	4 (20.0)
35-44 歲	2 (16.7)	6 (50.0)	4 (33.3)
45-54 歲	2 (20.0)	4 (40.0)	4 (40.0)
55-64 歲	2 (13.3)	4 (26.7)	9 (60.0)
65 歲(含)以上	5 (38.5)	2 (15.4)	6 (46.2)
按學歷			
國小(含)以下	0 (0.0)	1 (9.1)	10 (90.9)
國中	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
高中 / 職	5 (18.5)	16 (59.3)	6 (22.2)
專科	5 (38.5)	5 (38.5)	3 (23.1)
大學(含)以上	4 (23.5)	7 (41.2)	6 (35.3)
按工作身分			
雇主	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)
自營作業者	2 (28.6)	4 (57.1)	1 (14.3)
受雇於政府單位 (含公營事業)	0 (0.0)	2 (50.0)	2 (50.0)
受雇於私人機構	1 (11.1)	6 (66.7)	2 (22.2)
家管	4 (19.1)	7 (33.3)	10 (47.6)
學生	0 (0.0)	4 (100.0)	0 (0.0)
退休	5 (29.4)	4 (23.5)	8 (47.1)
其他	2 (28.6)	1 (14.3)	4 (57.1)
按投保身分			
本人	11 (21.2)	23 (44.2)	18 (34.6)
眷屬	3 (16.7)	6 (33.3)	9 (50.0)

資料來源：本研究。

附表 3-7 復健醫療使用者認為加收復健部分負擔對減少醫療資源浪費的影響

(續)

單位：人

(%)

	很有幫助	有些幫助	沒有幫助
按個人年收入			
30 萬元以下	7 (18.0)	13 (33.3)	19 (48.7)
30-60 萬元	4 (23.5)	9 (52.9)	4 (23.5)
60-100 萬元	2 (18.2)	5 (45.5)	4 (36.4)
100 萬元以上	1 (33.3)	2 (66.7)	0 (0.0)
按所使用之健保卡			
A 卡	3 (33.3)	4 (44.4)	2 (22.2)
B 卡	3 (17.7)	10 (58.8)	4 (23.5)
C 卡	1 (8.3)	7 (58.3)	4 (33.3)
D 卡	1 (12.5)	3 (37.5)	4 (50.0)
E 卡	1 (25.0)	1 (25.4)	2 (50.0)
F 卡(含)以上	5 (25.0)	4 (20.0)	11 (55.0)
按最常去的醫療院所等級			
醫學中心	5 (18.5)	13 (48.2)	9 (33.3)
區域中心	6 (30.0)	5 (25.0)	9 (45.0)
地區中心	2 (25.0)	3 (37.5)	3 (37.5)
基層診所	1 (7.0)	8 (57.1)	5 (35.7)
按是否屬於不用加收部分負擔者			
是	4 (23.5)	3 (17.6)	10 (58.8)
不是	10 (22.2)	21 (46.7)	14 (31.1)
不知道	0 (0.0)	5 (62.5)	3 (37.5)
按是否知道實施加收復健部分負擔			
知道	9 (21.4)	18 (42.9)	15 (35.7)
不知道	5 (17.2)	11 (37.9)	13 (44.8)

資料來源：本研究。

附表 3-8 一般醫療提供者認為實施加收藥品部分負擔對減少醫療浪費的影響

單位：人(%)

	幫助很大	有些幫助	沒有幫助	合計
按醫療院所的性質				
公立醫院	0 (0.0)	18 (78.3)	5 (21.7)	23 (100)
私人醫院	1 (2.5)	16 (40.0)	23 (57.5)	40 (100)
財團法人	0 (0.0)	11 (61.1)	7 (38.9)	18 (100)
按醫療院所的分級				
醫學中心	0 (0.0)	15 (68.2)	7 (31.8)	22 (100)
區域醫院	0 (0.0)	13 (65.0)	7 (35.0)	20 (100)
地區醫院	0 (0.0)	6 (66.7)	3 (33.3)	9 (100)
基層醫院	1 (3.0)	14 (42.4)	18 (54.6)	33 (100)
有無擔任醫療院所內的行政職務				
沒有	0 (0.0)	24 (63.2)	14 (36.8)	38 (100)
有	1 (2.7)	22 (50.0)	21 (47.7)	44 (100)

資料來源：本研究。

附表 3-9 一般醫療提供者認為實施加收高診次部分負擔對減少醫療浪費的影響

單位：人(%)

	幫助很大	有些幫助	沒有幫助	合計
按醫療院所的性質				
公立醫院	1 (4.4)	18 (78.3)	4 (17.4)	23 (100)
私人醫院	1 (2.5)	23 (57.5)	16 (40.0)	40 (100)
財團法人	0 (0.0)	13 (72.2)	5 (27.8)	18 (100)
按醫療院所的分級				
醫學中心	1 (4.6)	16 (72.7)	5 (22.7)	22 (100)
區域醫院	0 (0.0)	13 (65.0)	7 (35.0)	20 (100)
地區醫院	0 (0.0)	7 (77.9)	2 (22.2)	9 (100)
基層醫院	1 (3.0)	21 (63.4)	11 (33.3)	33 (100)
有無擔任醫療院所內的行政職務				
沒有	1 (2.6)	26 (68.4)	11 (29.0)	38 (100)
有	1 (2.8)	29 (65.9)	14 (31.8)	44 (100)

資料來源：本研究。

附表 3-10 復健醫療提供者認為實施加收復健部分負擔對減少醫療浪費的影響

單位：人(%)

	幫助很大	有些幫助	沒有幫助	合計
按醫療院所的性質				
公立醫院	0 (0.0)	11 (100)	0 (0.0)	11 (100)
私人醫院	0 (0.0)	18 (69.2)	8 (30.8)	26 (100)
財團法人	0 (0.0)	7 (63.6)	4 (36.4)	11 (100)
按醫療院所的分級				
醫學中心	0 (0.0)	13 (100)	0 (0.0)	13 (100)
區域醫院	0 (0.0)	11 (55.0)	9 (45.0)	20 (100)
地區醫院	0 (0.0)	6 (100)	0 (0.0)	6 (100)
基層醫院	0 (0.0)	6 (60.0)	4 (40.0)	10 (100)
有無擔任醫療院所內的行政職務				
沒有	0 (0.0)	14 (60.9)	9 (39.1)	23 (100)
有	0 (0.0)	22 (84.6)	4 (15.4)	26 (100)

資料來源：本研究。

附表 3-11 一般醫療使用者認為實施加收藥品部分負擔對民眾就醫能力的影響

單位：人

	(%)		
	減少很多	略微減少	沒有影響
合計	13 (5.5)	81 (34.2)	143 (60.3)
按性別			
男性	7 (6.9)	36 (35.3)	59 (57.8)
女性	6 (4.4)	45 (33.3)	84 (62.2)
按年齡			
34 歲(含)以下	5 (5.0)	42 (41.6)	54 (53.5)
35-44 歲	4 (8.5)	13 (27.7)	30 (63.8)
45-54 歲	3 (6.8)	13 (29.6)	28 (63.6)
55-64 歲	1 (4.6)	5 (22.7)	16 (72.7)
65 歲(含)以上	0 (0.0)	8 (34.8)	15 (65.2)
按學歷			
國小(含)以下	0 (0.0)	9 (31.0)	20 (69.0)
國中	0 (0.0)	8 (44.4)	10 (55.6)
高中 / 職	3 (5.1)	20 (33.9)	36 (61.0)
專科	2 (3.6)	19 (34.6)	34 (61.8)
大學(含)以上	8 (10.5)	25 (32.9)	43 (56.6)
按工作身分			
雇主	1 (16.7)	2 (33.3)	3 (50.0)
自營作業者	2 (6.9)	11 (37.9)	16 (55.2)
受雇於政府單位 (含公營事業)	2 (13.3)	5 (33.3)	8 (53.3)
受雇於私人機構	4 (5.3)	26 (34.7)	45 (60.0)
家管	0 (0.0)	13 (27.1)	35 (72.9)
學生	3 (8.8)	11 (32.4)	20 (58.8)
退休	1 (5.6)	6 (33.3)	11 (61.1)
其他	0 (0.0)	7 (58.3)	5 (41.7)
按投保身分			
本人	11 (6.0)	61 (33.5)	110 (60.4)
眷屬	2 (3.6)	20 (36.4)	33 (60.0)

資料來源：本研究。

附表 3-11 一般醫療使用者認為實施加收藥品部分負擔對民眾就醫能力的影響
(續)

單位：人(%)

	減少很多	略微減少	沒有影響
按個人年收入			
30 萬元以下	3 (2.4)	42 (34.2)	78 (63.4)
30-60 萬元	5 (9.4)	21 (39.6)	27 (50.9)
60-100 萬元	4 (9.8)	14 (34.2)	23 (56.1)
100 萬元以上	1 (5.0)	4 (20.0)	15 (75.0)
按所使用之健保卡			
A 卡	5 (6.7)	26 (34.7)	44 (58.7)
B 卡	3 (4.8)	18 (28.6)	42 (66.7)
C 卡	3 (7.1)	18 (42.9)	21 (50.0)
D 卡	1 (3.7)	10 (37.0)	16 (59.3)
E 卡	0 (0.0)	5 (41.7)	7 (58.3)
F 卡(含)以上	1 (5.6)	4 (22.2)	13 (72.2)
按最常去的醫療院所等級			
醫學中心	5 (5.3)	30 (31.9)	59 (62.8)
區域中心	2 (4.9)	15 (36.6)	24 (58.5)
地區中心	0 (0.0)	12 (50.0)	12 (50.0)
基層診所	3 (4.8)	17 (27.4)	42 (67.7)
按是否有經醫師診斷之慢性病			
有	1 (1.3)	20 (26.7)	54 (72.0)
沒有/不知道	12 (7.4)	61 (37.7)	89 (54.9)
按是否屬於不用加收部分負擔者			
是	1 (3.9)	10 (38.5)	15 (57.7)
不是	9 (5.0)	58 (32.2)	113 (62.8)
不知道	3 (9.7)	13 (41.9)	15 (48.4)
按是否知道實施加收藥品部分負擔			
知道	5 (3.1)	54 (33.3)	103 (63.6)
不知道	8 (10.7)	27 (36.0)	40 (53.3)

資料來源：本研究。

附表 3-12 一般醫療使用者認為加收高診次部分負擔費用,對民眾就醫能力的影響
單位：人
(%)

	減少很多	略微減少	沒有影響
合計	10 (4.2)	97 (40.9)	130 (54.9)
按性別			
男性	3 (2.9)	47 (46.1)	52 (51.0)
女性	2 (5.2)	50 (37.0)	78 (57.8)
按年齡			
34 歲(含)以下	4 (4.0)	53 (52.5)	44 (43.6)
35-44 歲	3 (6.4)	18 (38.3)	26 (55.3)
45-54 歲	2 (4.6)	18 (40.9)	24 (54.6)
55-64 歲	0 (0.0)	4 (18.2)	18 (81.8)
65 歲(含)以上	1 (4.4)	4 (17.4)	18 (78.3)
按學歷			
國小(含)以下	1 (3.5)	4 (13.8)	24 (82.8)
國中	0 (0.0)	7 (38.9)	11 (61.1)
高中 / 職	0 (0.0)	23 (39.0)	36 (61.0)
專科	6 (10.9)	23 (41.8)	26 (47.3)
大學(含)以上	3 (4.0)	40 (52.6)	33 (43.4)
按工作身分			
雇主	1 (16.7)	2 (33.3)	3 (50.0)
自營作業者	3 (10.3)	10 (34.5)	16 (55.2)
受雇於政府單位 (含公營事業)	0 (0.0)	8 (53.3)	7 (46.7)
受雇於私人機構	5 (6.7)	33 (44.0)	37 (49.3)
家管	1 (2.1)	10 (20.8)	37 (77.1)
學生	0 (0.0)	22 (64.7)	12 (35.3)
退休	0 (0.0)	4 (22.2)	14 (77.8)
其他	0 (0.0)	8 (66.7)	4 (33.3)
按投保身分			
本人	9 (5.0)	75 (41.2)	98 (53.9)
眷屬	1 (1.8)	22 (40.0)	32 (58.2)

資料來源：本研究。

附表 3-12 一般醫療使用者認為加收高診次部分負擔費用,對民眾就醫能力的影響(續)

單位:人(%)

	減少很多	略微減少	沒有影響
按個人年收入			
30 萬元以下	3 (2.4)	43 (35.0)	77 (62.6)
30-60 萬元	3 (5.7)	29 (54.7)	21 (39.6)
60-100 萬元	3 (7.3)	19 (46.3)	19 (46.3)
100 萬元以上	1 (5.0)	6 (30.0)	13 (65.0)
按所使用之健保卡			
A 卡	1 (1.3)	38 (50.7)	36 (48.0)
B 卡	3 (4.8)	19 (30.2)	41 (65.1)
C 卡	3 (7.1)	19 (45.2)	20 (47.6)
D 卡	2 (7.4)	10 (37.0)	15 (55.6)
E 卡	1 (8.3)	4 (33.3)	7 (58.3)
F 卡(含)以上	0 (0.0)	7 (38.9)	11 (61.1)
按最常去的醫療院所等級			
醫學中心	4 (4.3)	40 (42.6)	50 (53.2)
區域中心	1 (2.4)	17 (41.5)	23 (56.1)
地區中心	1 (4.2)	8 (33.3)	15 (62.5)
基層診所	3 (4.8)	25 (40.3)	34 (54.8)
按是否有經醫師診斷之慢性病			
有	3 (4.0)	23 (30.7)	49 (65.3)
沒有/不知道	7 (4.3)	74 (45.7)	81 (50.0)
按是否屬於不用加收部分負擔者			
是	2 (7.7)	7 (26.9)	17 (65.4)
不是	6 (3.3)	77 (42.8)	97 (53.9)
不知道	2 (6.5)	13 (41.9)	16 (51.6)
按是否知道實施門診高診次部分負擔			
知道	6 (4.8)	48 (38.7)	70 (56.5)
不知道	4 (3.5)	49 (43.4)	60 (53.1)

資料來源：本研究。

附表 3-13 復健醫療使用者認為加收復健部分負擔對民眾就醫能力的影響

單位：人

(%)	減少很多	略微減少	沒有影響
合計	7 (10.0)	24 (34.3)	39 (55.7)
按性別			
男性	2 (6.3)	8 (25.0)	22 (68.8)
女性	5 (13.2)	16 (42.1)	17 (44.7)
按年齡			
34 歲(含)以下	1 (5.0)	9 (45.0)	10 (50.0)
35-44 歲	2 (16.7)	6 (50.0)	4 (33.3)
45-54 歲	1 (10.0)	3 (30.0)	6 (60.0)
55-64 歲	2 (13.3)	4 (26.7)	9 (60.0)
65 歲(含)以上	1 (7.7)	2 (15.4)	10 (76.9)
按學歷			
國小(含)以下	1 (9.1)	2 (18.2)	8 (72.7)
國中	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)
高中 / 職	2 (7.4)	12 (44.4)	13 (48.2)
專科	0 (0.0)	5 (38.5)	8 (61.5)
大學(含)以上	3 (17.7)	5 (29.4)	9 (52.9)
按工作身分			
雇主	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
自營業者	0 (0.0)	2 (28.6)	5 (71.4)
受雇於政府單位 (含公營事業)	1 (25.0)	3 (75.0)	0 (0.0)
受雇於私人機構	1 (11.1)	1 (11.1)	7 (77.8)
家管	2 (9.5)	9 (42.9)	10 (47.6)
學生	0 (0.0)	3 (75.0)	1 (25.0)
退休	0 (0.0)	4 (23.5)	13 (76.5)
其他	3 (42.9)	2 (28.6)	2 (28.6)
按投保身分			
本人	5 (9.6)	17 (32.7)	30 (57.7)
眷屬	2 (11.1)	7 (38.9)	9 (50.0)

資料來源：本研究。

附表 3-13 復健醫療使用者認為加收復健部分負擔對民眾就醫能力的影響 (續)

單位：人

(%)	減少很多	略微減少	沒有影響
按個人年收入			
30 萬元以下	2 (5.1)	16 (41.0)	21 (53.9)
30-60 萬元	3 (17.6)	4 (23.5)	10 (58.8)
60-100 萬元	2 (18.2)	3 (27.3)	6 (54.6)
100 萬元以上	0 (0.0)	1 (33.3)	2 (66.7)
按所使用之健保卡			
A 卡	1 (11.1)	3 (33.3)	5 (55.6)
B 卡	2 (11.8)	5 (29.4)	10 (58.8)
C 卡	1 (8.3)	6 (50.0)	5 (41.7)
D 卡	1 (12.5)	3 (37.5)	4 (50.0)
E 卡	0 (0.0)	1 (25.0)	3 (75.0)
F 卡(含)以上	2 (10.0)	6 (30.0)	12 (60.0)
按最常去的醫療院所等級			
醫學中心	3 (11.1)	12 (44.4)	12 (44.4)
區域中心	3 (15.0)	5 (25.0)	12 (60.0)
地區中心	0 (0.0)	4 (50.0)	4 (50.0)
基層診所	1 (7.1)	2 (14.3)	11 (78.6)
按是否屬於不用加收部分負擔者			
是	0 (0.0)	7 (41.2)	10 (58.8)
不是	6 (13.3)	15 (33.3)	24 (53.3)
不知道	1 (12.5)	2 (25.0)	5 (62.5)
按是否知道實施加收復健部分負擔			
知道	3 (7.1)	19 (45.2)	20 (47.6)
不知道	4 (13.8)	6 (20.7)	19 (65.5)

資料來源：本研究。

附表 3-14 一般醫療提供者認為實施加收藥品部分負擔對民眾就醫能力的影響

單位：人(%)

	減少很多	略微減少	沒有影響	合計
按醫療院所的性質				
公立醫院	4 (17.4)	9 (39.1)	10 (43.5)	23 (100)
私人醫院	2 (5.0)	21 (52.5)	17 (42.5)	40 (100)
財團法人	0 (0.0)	5 (27.8)	13 (72.2)	18 (100)
按醫療院所的分級				
醫學中心	3 (13.6)	7 (31.8)	12 (54.6)	22 (100)
區域醫院	0 (0.0)	9 (45.0)	11 (55.0)	20 (100)
地區醫院	2 (22.2)	4 (44.4)	3 (33.3)	9 (100)
基層醫院	1 (3.0)	18 (54.6)	14 (42.4)	33 (100)
有無擔任醫療院所內的行政職務				
沒有	3 (6.8)	19 (50.0)	16 (42.1)	38 (100)
有	3 (6.8)	17 (38.6)	24 (54.6)	44 (100)

資料來源：本研究。

附表 3-15 一般醫療提供者認為實施加收高診次部分負擔對民眾就醫能力的影響

單位：人(%)

	減少很多	略微減少	沒有影響	合計
按醫療院所的性質				
公立醫院	5 (21.7)	10 (43.5)	8 (34.8)	23 (100)
私人醫院	6 (15.0)	23 (57.5)	11 (27.5)	40 (100)
財團法人	0 (0.0)	9 (50.0)	9 (50.0)	18 (100)
按醫療院所的分級				
醫學中心	3 (13.6)	10 (45.5)	3 (40.9)	22 (100)
區域醫院	1 (5.0)	11 (55.0)	8 (40.0)	20 (100)
地區醫院	2 (22.2)	6 (66.8)	1 (11.1)	9 (100)
基層醫院	5 (15.2)	18 (54.6)	10 (30.3)	33 (100)
有無擔任醫療院所內的行政職務				
沒有	6 (15.8)	22 (57.9)	10 (26.3)	38 (100)
有	5 (11.4)	21 (47.7)	18 (40.9)	44 (100)

資料來源：本研究。

附表 3-16 復健醫療提供者認為實施加收復健部分負擔對民眾就醫能力的影響

單位：人(%)

	減少很多	略微減少	沒有影響	合計
按醫療院所的性質				
公立醫院	3 (27.3)	7 (63.6)	1 (9.1)	11 (100)
私人醫院	12 (46.2)	10 (38.5)	4 (15.4)	26 (100)
財團法人	2 (18.2)	6 (54.6)	3 (27.3)	11 (100)
按醫療院所的分級				
醫學中心	3 (23.1)	7 (53.9)	3 (23.1)	13 (100)
區域醫院	6 (30.0)	9 (45.0)	5 (25.0)	20 (100)
地區醫院	3 (50.0)	3 (50.0)	0 (0.0)	6 (100)
基層醫院	6 (60.0)	4 (40.0)	0 (0.0)	10 (100)
有無擔任醫療院所內的行政職務				
沒有	6 (26.1)	12 (52.2)	5 (21.7)	23 (100)
有	12 (46.2)	11 (42.3)	3 (11.5)	26 (100)

資料來源：本研究。

附表 4-1 一般醫療使用者認為藥品部分負擔費用對醫病關係的影響

單位：人(%)

	明顯惡化	略微惡化	沒有影響
合計	2 (0.8)	34 (14.3)	201 (84.8)
按性別			
男性	1 (1.0)	19 (18.6)	82 (80.4)
女性	1 (0.7)	15 (11.1)	119 (88.2)
按年齡			
34 歲(含)以下	1 (1.0)	21 (20.8)	79 (78.2)
35-44 歲	1 (2.1)	7 (14.9)	39 (83.0)
45-54 歲	0 (0.0)	2 (4.6)	42 (95.4)
55-64 歲	0 (0.0)	4 (18.2)	18 (81.8)
65 歲(含)以上	0 (0.0)	0 (0.0)	23 (100.0)
按學歷			
國小(含)以下	0 (0.0)	2 (6.9)	27 (93.1)
國中	0 (0.0)	1 (5.6)	17 (94.4)
高中 / 職	1 (1.7)	7 (11.9)	51 (86.4)
專科	0 (0.0)	10 (18.2)	45 (81.8)
大學(含)以上	1 (1.3)	14 (18.4)	61 (80.3)
按工作身分			
雇主	0 (0.0)	1 (16.7)	5 (83.3)
自營作業者	0 (0.0)	5 (17.2)	24 (82.8)
受雇於政府單位 (含公營事業)	0 (0.0)	4 (26.7)	11 (73.3)
受雇於私人機構	1 (1.3)	7 (9.3)	67 (89.3)
家管	0 (0.0)	6 (12.5)	42 (87.5)
學生	0 (0.0)	10 (29.4)	24 (70.6)
退休	1 (5.6)	0 (0.0)	17 (94.4)
其他	0 (0.0)	1 (8.3)	11 (91.7)
按投保身分			
本人	2 (1.1)	25 (13.7)	155 (85.2)
眷屬	0 (0.0)	9 (16.4)	46 (83.6)

資料來源：本研究。

附表 4-1 一般醫療使用者認為藥品部分負擔費用對醫病關係的影響 (續)

單位：人(%)

	明顯惡化	略微惡化	沒有影響
按個人年收入			
30 萬元以下	1 (0.8)	19 (15.5)	103 (83.7)
30-60 萬元	0 (0.0)	6 (11.3)	47 (88.7)
60-100 萬元	1 (2.4)	8 (19.5)	32 (78.1)
100 萬元以上	0 (0.0)	1 (5.0)	19 (95.0)
按所使用之健保卡			
A 卡	2 (2.7)	11 (14.9)	61 (82.4)
B 卡	0 (0.0)	11 (17.5)	52 (82.5)
C 卡	0 (0.0)	7 (16.7)	35 (83.3)
D 卡	0 (0.0)	7 (16.7)	35 (83.3)
E 卡	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (100.0)
F 卡(含)以上	0 (0.0)	3 (16.7)	15 (83.3)
按最常去的醫療院所等級			
醫學中心	0 (0.0)	13 (13.8)	81 (86.2)
區域中心	0 (0.0)	6 (14.6)	35 (85.4)
地區中心	0 (0.0)	4 (16.7)	20 (83.3)
基層診所	1 (1.6)	9 (14.5)	52 (83.9)
按是否屬於不用加收部分負擔者			
是	1 (3.8)	4 (15.4)	21 (80.8)
不是	1 (0.6)	25 (13.9)	154 (85.6)
不知道	0 (0.0)	5 (16.1)	26 (83.9)

資料來源：本研究。

附表 4-2 一般醫療使用者認為高診次部分負擔費用對醫病關係的影響

單位：人(%)

	明顯惡化	略微惡化	沒有影響
合計	1 (0.4)	42 (17.7)	194 (81.9)
按性別			
男性	0 (0.0)	23 (22.6)	79 (77.4)
女性	1 (0.7)	19 (14.1)	115 (85.2)
按年齡			
34 歲(含)以下	0 (0.0)	29 (28.7)	72 (71.3)
35-44 歲	1 (2.1)	6 (12.8)	40 (85.1)
45-54 歲	0 (0.0)	2 (4.6)	42 (95.4)
55-64 歲	0 (0.0)	4 (18.2)	18 (81.8)
65 歲(含)以上	0 (0.0)	1 (4.4)	22 (95.6)
按學歷			
國小(含)以下	0 (0.0)	1 (3.5)	28 (96.5)
國中	0 (0.0)	1 (5.6)	17 (94.4)
高中 / 職	0 (0.0)	8 (13.6)	51 (86.4)
專科	1 (1.8)	13 (23.6)	41 (74.6)
大學(含)以上	0 (0.0)	19 (25.0)	57 (75.0)
按工作身分			
雇主	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
自營作業者	0 (0.0)	6 (20.7)	23 (79.3)
受雇於政府單位 (含公營事業)	0 (0.0)	2 (13.3)	13 (86.7)
受雇於私人機構	0 (0.0)	10 (13.3)	65 (86.7)
家管	0 (0.0)	6 (12.5)	42 (87.5)
學生	0 (0.0)	12 (35.3)	22 (64.7)
退休	0 (0.0)	3 (16.7)	15 (83.3)
其他	1 (8.3)	3 (25.0)	8 (66.7)
按投保身分			
本人	1 (0.6)	32 (17.6)	149 (81.8)
眷屬	0 (0.0)	10 (18.2)	45 (81.8)

資料來源：本研究。

附表 4-2 一般醫療使用者認為高診次部分負擔費用對醫病關係的影響 (續)

單位：人(%)

	明顯惡化	略微惡化	沒有影響
按個人年收入			
30 萬元以下	0 (0.0)	22 (17.9)	101 (82.1)
30-60 萬元	0 (0.0)	9 (16.9)	44 (83.1)
60-100 萬元	1 (2.4)	9 (22.0)	31 (75.6)
100 萬元以上	0 (0.0)	2 (10.0)	18 (90.0)
按所使用之健保卡			
A 卡	0 (0.0)	17 (23.0)	57 (77.0)
B 卡	0 (0.0)	9 (14.3)	54 (85.7)
C 卡	0 (0.0)	9 (21.4)	33 (98.6)
D 卡	1 (3.7)	2 (7.4)	24 (88.9)
E 卡	0 (0.0)	1 (8.3)	11 (91.7)
F 卡(含)以上	0 (0.0)	4 (22.2)	14 (77.8)
按最常去的醫療院所等級			
醫學中心	0 (0.0)	20 (21.3)	74 (78.8)
區域中心	0 (0.0)	6 (14.6)	35 (85.4)
地區中心	0 (0.0)	3 (12.5)	21 (87.5)
基層診所	1 (1.6)	10 (16.1)	51 (82.3)
按是否屬於不用加收部分負擔者			
是	0 (0.0)	6 (23.1)	20 (76.9)
不是	1 (0.6)	31 (17.3)	148 (82.1)
不知道	0 (0.0)	5 (16.1)	26 (83.9)

資料來源：本研究。

附表 4-3 復健使用者認為復健部分負擔對醫病關係的影響

單位：人(%)

	明顯惡化	略微惡化	沒有影響
合計	1 (1.4)	8 (11.4)	61 (87.1)
按性別			
男性	0 (0.0)	6 (18.7)	26 (81.3)
女性	1 (2.6)	3 (7.9)	34 (89.5)
按年齡			
34 歲(含)以下	0 (0.0)	4 (20.0)	16 (80.0)
35-44 歲	1 (8.3)	2 (16.7)	9 (75.0)
45-54 歲	0 (0.0)	1 (10.0)	9 (90.0)
55-64 歲	0 (0.0)	1 (6.7)	14 (93.3)
65 歲(含)以上	0 (0.0)	1 (7.7)	12 (92.3)
按學歷			
國小(含)以下	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)
國中	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
高中 / 職	0 (0.0)	4 (14.8)	23 (85.2)
專科	0 (0.0)	2 (15.4)	11 (84.6)
大學(含)以上	1 (5.9)	3 (17.7)	13 (76.4)
按工作身分			
雇主	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
自營作業者	0 (0.0)	1 (14.3)	6 (58.7)
受雇於政府單位 (含公營事業)	1 (25.0)	2 (50.0)	1 (25.0)
受雇於私人機構	0 (0.0)	1 (11.1)	8 (88.9)
家管	0 (0.0)	2 (9.5)	19 (90.5)
學生	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
退休	0 (0.0)	2 (11.8)	15 (88.2)
其他	0 (0.0)	1 (14.3)	6 (85.7)
按投保身分			
本人	1 (1.9)	7 (13.5)	44 (84.6)
眷屬	0 (0.0)	2 (11.1)	16 (88.9)

資料來源：本研究。

附表 4-3 復健使用者認為復健部分負擔對醫病關係的影響 (續)

單位：人(%)

	明顯惡化	略微惡化	沒有影響
按個人年收入			
30 萬元以下	0 (0.0)	4 (10.3)	35 (89.8)
30-60 萬元	0 (0.0)	3 (17.7)	14 (82.4)
60-100 萬元	1 (9.1)	1 (9.1)	9 (81.9)
100 萬元以上	0 (0.0)	1 (33.3)	2 (66.7)
按所使用之健保卡			
A 卡	0 (0.0)	1 (12.5)	7 (87.5)
B 卡	0 (0.0)	4 (23.5)	13 (76.5)
C 卡	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (100.0)
D 卡	1 (12.5)	2 (25.0)	5 (62.5)
E 卡	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
F 卡(含)以上	0 (0.0)	2 (10.0)	18 (90.0)
按最常去的醫療院所等級			
醫學中心	0 (0.0)	2 (7.4)	25 (92.6)
區域中心	0 (0.0)	4 (20.0)	16 (80.0)
地區中心	0 (0.0)	2 (25.0)	6 (75.0)
基層診所	1 (7.1)	1 (7.1)	12 (85.8)
按是否屬於不用加收部分負擔者			
是	0 (0.0)	1 (5.9)	16 (94.1)
不是	1 (2.2)	7 (15.6)	37 (82.2)
不知道	0 (0.0)	1 (12.5)	7 (87.5)

資料來源：本研究。

附表 4-4 一般醫療提供者認為加收藥品部分負擔對醫病關係的影響

單位：人(%)

	明顯影響	略微影響	沒有影響	合計
按醫療院所的性質分				
公立醫院	2 (8.7)	7 (30.4)	14 (60.89)	23 (100)
私人醫院	8 (20.0)	20 (50.0)	12 (30.0)	40 (100)
財團法人	4 (22.2)	7 (38.9)	7 (38.9)	18 (100)
按醫療院所的分級				
醫學中心	4 (18.2)	5 (22.7)	13 (59.1)	22 (100)
區域醫院	3 (15.0)	7 (35.0)	10 (50.0)	20 (100)
地區醫院	0 (0.0)	6 (66.7)	3 (33.3)	9 (100)
基層醫院	7 (21.2)	18 (54.6)	8 (24.2)	33 (100)
有無擔任醫療院所內的行政職務				
沒有	10 (26.3)	15 (39.5)	13 (34.2)	38 (100)
有	4 (9.1)	20 (45.5)	20 (45.5)	44 (100)

資料來源：本研究。

附表 4-5 一般醫療提供者認為加收高診次部分負擔對醫病關係的影響

單位：人(%)

	明顯影響	略微影響	沒有影響	合計
按醫療院所的性質分				
公立醫院	2 (8.7)	8 (34.8)	13 (56.5)	23 (100)
私人醫院	10 (25.0)	13 (32.5)	17 (42.5)	40 (100)
財團法人	3 (16.7)	7 (38.9)	8 (44.4)	18 (100)
按醫療院所的分級				
醫學中心	4 (18.2)	6 (27.3)	12 (54.6)	22 (100)
區域醫院	2 (10.0)	8 (40.0)	10 (50.0)	20 (100)
地區醫院	0 (0.0)	5 (55.6)	4 (44.4)	9 (100)
基層醫院	9 (27.3)	11 (33.3)	13 (39.4)	33 (100)
有無擔任醫療院所內的行政職務				
沒有	10 (26.3)	13 (34.2)	15 (39.5)	38 (100)
有	5 (11.4)	16 (36.4)	23 (52.3)	44 (100)

資料來源：本研究。

附表 4-6 復健醫師認為實施復健部分負擔對醫病關係的影響

單位：人(%)

	明顯惡化	略微惡化	沒有影響	合計
按醫療院所的性質分				
公立醫院	1 (9.1)	6 (54.6)	4 (36.4)	11 (100.0)
私人醫院	3 (11.5)	17 (65.4)	6 (23.1)	26 (100.0)
財團法人	3 (27.3)	5 (45.5)	3 (27.2)	11 (100.0)
按醫療院所的分級				
醫學中心	2 (15.3)	6 (46.2)	5 (38.5)	13 (100.0)
區域醫院	2 (10.0)	12 (60.0)	6 (30.0)	20 (100.0)
地區醫院	0 (0.0)	5 (83.3)	1 (16.7)	6 (100.0)
基層醫院	3 (30.0)	6 (60.0)	1 (10.0)	10 (100.0)
有無擔任醫療院所內的行政職務				
沒有	()	()	()	()
有	()	()	()	()

資料來源：本研究。

附表 5-1 一般醫療使用者整體而言對部份負擔新制措施滿意不滿意

單位：人(%)

	非常滿意	還算滿意	不太滿意	非常不滿意	不知道/無意見
合計	17 (7.2)	120 (50.6)	49 (20.7)	9 (3.8)	42 (17.7)
按性別					
男性	11 (10.8)	47 (46.1)	19 (18.6)	3 (2.9)	22 (21.5)
女性	6 (4.4)	73 (54.1)	30 (22.2)	6 (4.4)	20 (14.8)
按年齡					
34 歲(含)以下	5 (5.0)	52 (51.5)	18 (17.8)	3 (3.0)	23 (22.8)
35-44 歲	4 (8.5)	26 (55.3)	9 (19.2)	1 (2.1)	7 (14.9)
45-54 歲	5 (11.4)	20 (45.5)	12 (27.3)	2 (4.6)	5 (11.4)
55-64 歲	0 (0.0)	11 (50.0)	5 (22.7)	1 (4.6)	5 (22.7)
65 歲(含)以上	3 (13.0)	11 (47.8)	5 (21.7)	2 (8.7)	2 (8.7)
按學歷					
國小(含)以下	2 (6.9)	12 (41.4)	8 (27.6)	4 (13.8)	3 (10.3)
國中	1 (5.6)	8 (44.4)	5 (27.8)	0 (0.0)	4 (22.2)
高中 / 職	4 (6.8)	30 (50.9)	12 (20.3)	2 (3.4)	11 (18.6)
專科	5 (9.1)	26 (47.3)	12 (21.8)	2 (3.6)	10 (18.2)
大學(含)以上	5 (6.6)	44 (57.9)	12 (15.8)	1 (1.3)	14 (18.4)
按工作身分					
雇主	0 (0.0)	3 (50.0)	3 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
自營作業者	2 (6.9)	13 (44.8)	4 (13.8)	3 (10.3)	7 (24.1)
受雇於政府單位 (含公營事業)	3 (20.0)	8 (53.3)	3 (20.0)	0 (0.0)	1 (6.7)
受雇於私人機構	4 (5.3)	44 (58.7)	14 (18.7)	1 (1.3)	12 (16.0)
家管	2 (4.2)	25 (52.1)	12 (25.0)	3 (6.3)	6 (12.5)
學生	2 (5.9)	12 (35.3)	11 (32.4)	1 (2.9)	8 (23.5)
退休	4 (22.2)	9 (50.0)	2 (11.1)	0 (0.0)	3 (16.7)
其他	0 (0.0)	6 (50.0)	0 (0.0)	1 (8.3)	5 (41.7)
按投保身分					
本人	13 (7.14)	93 (51.1)	36 (19.8)	5 (2.8)	35 (19.2)
眷屬	4 (7.3)	27 (49.1)	13 (23.7)	4 (7.3)	7 (12.7)

資料來源：本研究。

附表 5.1 一般使用者整體而言對部份負擔新制措施滿意不滿意 (續)

單位：人(%)

	非常滿意	還算滿意	不太滿意	非常不滿意	不知道/無意見
按個人年收入					
30 萬元以下	6 (4.9)	60 (48.8)	30 (24.4)	5 (4.1)	22 (17.9)
30-60 萬元	3 (5.7)	28 (52.8)	12 (22.6)	1 (1.9)	9 (17.0)
60-100 萬元	4 (9.8)	20 (48.8)	5 (12.2)	3 (7.3)	9 (22.0)
100 萬元以上	4 (20.0)	12 (60.0)	2 (10.0)	0 (0.0)	2 (10.0)
按所使用之健保卡					
A 卡	9 (12.2)	36 (48.7)	11 (14.9)	1 (1.4)	17 (23.0)
B 卡	3 (4.8)	32 (50.8)	12 (19.1)	3 (4.8)	13 (20.6)
C 卡	3 (7.1)	20 (47.6)	13 (31.0)	2 (4.8)	4 (9.5)
D 卡	1 (3.7)	16 (59.3)	4 (14.8)	1 (3.7)	5 (18.5)
E 卡	1 (8.33)	8 (66.7)	3 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
F 卡(含)以上	0 (0.0)	8 (44.4)	5 (27.8)	2 (11.1)	3 (16.7)
按最常去的醫療院所等級					
醫學中心	5 (5.3)	49 (52.1)	24 (25.5)	2 (2.1)	14 (14.9)
區域中心	4 (9.8)	21 (51.2)	7 (17.1)	2 (4.9)	7 (17.1)
地區中心	2 (8.3)	11 (45.8)	7 (29.2)	1 (4.2)	3 (12.5)
基層診所	6 (9.7)	30 (48.4)	9 (14.5)	4 (6.5)	13 (21.0)
按是否有經醫師診斷之慢性病					
有					
沒有/不知道					
按是否屬於不用加收部分負擔者					
是	5 (19.2)	14 (53.9)	2 (7.7)	1 (3.9)	4 (15.4)
不是	9 (5.0)	99 (55.0)	38 (21.1)	8 (4.4)	26 (14.4)
不知道	3 (9.7)	9 (22.6)	9 (29.0)	0 (0.0)	12 (38.7)
按是否知道加收藥品部分負擔					
知道					
不知道					

資料來源：本研究。

附表 5-2 復健使用者對部分負擔新制整體滿意程度

單位：人(%)

	非常滿意	還算滿意	不滿意	非常不滿意	沒意見
合計	3 (4.3)	34 (48.6)	22 (31.4)	5 (7.1)	6 (8.6)
按性別					
男性	3 (9.4)	11 (34.4)	14 (43.8)	2 (6.3)	2 (6.3)
女性	0 (0.0)	23 (60.5)	8 (21.1)	3 (7.9)	4 (10.5)
按年齡					
34 歲(含)以下	0 (0.0)	10 (50.0)	7 (35.0)	0 (0.0)	3 (15.0)
35-44 歲	0 (0.0)	4 (33.3)	5 (41.7)	2 (16.7)	1 (9.3)
45-54 歲	1 (10.0)	4 (40.0)	3 (30.0)	1 (10.0)	1 (10.0)
55-64 歲	0 (0.0)	7 (46.7)	6 (40.0)	2 (13.3)	0 (0.0)
65 歲(含)以上	2 (15.4)	9 (69.2)	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (7.7)
按學歷					
國小(含)以下	0 (0.0)	5 (45.5)	3 (27.3)	1 (9.1)	2 (18.1)
國中	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
高中 / 職	1 (3.7)	15 (55.6)	6 (22.2)	1 (3.7)	4 (14.8)
專科	1 (7.7)	6 (46.2)	5 (38.5)	1 (7.7)	0 (0.0)
大學(含)以上	1 (5.9)	6 (35.3)	8 (47.1)	2 (11.8)	0 (0.0)
按工作身分					
雇主	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
自營作業者	1 (14.3)	3 (42.9)	2 (28.6)	0 (0.0)	1 (14.3)
受雇於政府單位 (含公營事業)	0 (0.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	2 (50.0)	0 (0.0)
受雇於私人機構	0 (0.0)	3 (33.3)	5 (55.6)	0 (0.0)	1 (11.1)
家管	0 (0.0)	12 (57.1)	3 (14.3)	2 (9.6)	4 (19.1)
學生	0 (0.0)	2 (50.0)	2 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
退休	2 (11.8)	8 (47.1)	6 (35.3)	1 (5.9)	0 (0.0)
其他	0 (0.0)	4 (57.1)	3 (42.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
按投保身分					
本人	3 (5.8)	24 (46.2)	19 (36.5)	3 (5.8)	3 (5.8)
眷屬	0 (0.0)	10 (55.6)	3 (16.7)	2 (11.1)	3 (16.7)

資料來源：本研究。

附表 5-2 復健使用者對部分負擔新制整體滿意程度 (續)

單位：人(%)

	非常滿意	還算滿意	不滿意	非常不滿意	沒意見
按個人年收入					
30 萬元以下	2 (5.1)	20 (51.3)	10 (25.6)	3 (7.7)	4 (10.3)
30-60 萬元	1 (5.9)	7 (41.2)	6 (35.3)	1 (5.9)	2 (11.7)
60-100 萬元	0 (0.0)	6 (54.6)	4 (36.4)	1 (9.1)	0 (0.0)
100 萬元以上	0 (0.0)	1 (33.3)	2 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
按所使用之健保卡					
A 卡	0 (0.0)	5 (62.5)	2 (25.0)	0 (0.0)	1 (12.5)
B 卡	0 (0.0)	8 (46.1)	6 (35.3)	0 (0.0)	3 (17.6)
C 卡	0 (0.0)	7 (58.3)	4 (33.3)	1 (8.3)	0 (0.0)
D 卡	0 (0.0)	4 (50.0)	2 (25.0)	2 (25.0)	0 (0.0)
E 卡	1 (25.0)	0 (0.0)	3 (75.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
F 卡(含)以上	2 (10.0)	9 (45.0)	5 (25.0)	2 (10.0)	2 (10.0)
按最常去的醫療院所等級					
醫學中心	1 (3.7)	11 (40.7)	12 (44.4)	2 (7.4)	1 (3.7)
區域中心	1 (5.0)	12 (60.0)	3 (15.0)	2 (10.0)	2 (10.0)
地區中心	1 (12.5)	2 (25.0)	4 (50.0)	0 (0.0)	1 (12.5)
基層診所	0 (0.0)	8 (57.1)	3 (21.4)	1 (7.1)	2 (14.4)
按是否屬於不用加收部分負擔者					
是	2 (11.8)	7 (41.2)	5 (29.4)	0 (0.0)	3 (17.7)
不是	1 (2.2)	24 (53.3)	14 (31.1)	5 (11.1)	1 (2.2)
不知道	0 (0.0)	3 (37.5)	3 (37.5)	0 (0.0)	2 (25.0)

資料來源：本研究。

附表 5-3 一般醫療提供者是否贊成加收藥品部分負擔

單位：人(%)

	非常贊成	贊成	不贊成	非常不贊成	無意見	合計
按醫療院所的性質分						
公立醫院	8 (34.8)	9 (39.1)	3 (13.0)	2 (8.7)	1 (4.4)	23 (100)
私人醫院	3 (7.5)	21 (52.5)	7 (17.5)	6 (15.0)	3 (7.5)	40 (100)
財團法人	0 (0.0)	11 (61.1)	5 (27.8)	1 (11.1)	1 (5.6)	18 (100)
按醫療院所的分級						
醫學中心	6 (27.3)	8 (36.4)	4 (18.2)	3 (13.6)	1 (4.6)	22 (100)
區域醫院	2 (10.0)	13 (65.0)	3 (15.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	20 (100)
地區醫院	1 (11.1)	4 (44.4)	3 (32.3)	0 (0.0)	1 (11.1)	9 (100)
基層醫院	2 (6.1)	19 (57.6)	5 (15.2)	5 (15.2)	2 (6.1)	33 (100)
有無擔任醫療院所內的行政職務						
沒有	6 (15.8)	18 (47.3)	9 (23.4)	4 (10.5)	1 (2.6)	38 (100)
有	5 (11.4)	24 (54.6)	6 (13.6)	5 (11.4)	4 (9.1)	44 (100)

資料來源：本研究。

表 5-4 一般醫療提供者是否贊成加收高診次部分負擔

單位：人(%)

	非常贊成	贊成	不贊成	非常不贊成	無意見	合計
按醫療院所的性質分						
公立醫院	7 (30.4)	10 (43.5)	2 (13.0)	2 (8.7)	1 (4.4)	23 (100)
私人醫院	1 (2.5)	19 (47.5)	10 (25.0)	7 (17.5)	2 (4.4)	40 (100)
財團法人	1 (5.6)	5 (27.8)	12 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	18 (100)
按醫療院所的分級						
醫學中心	6 (27.3)	9 (40.9)	4 (18.2)	3 (13.6)	0 (0.0)	22 (100)
區域醫院	3 (15.0)	7 (35.0)	9 (45.0)	0 (0.0)	1 (5.0)	20 (100)
地區醫院	0 (0.0)	5 (55.6)	3 (33.3)	0 (0.0)	1 (11.1)	9 (100)
基層醫院	0 (0.0)	16 (48.5)	9 (27.3)	6 (18.2)	2 (6.1)	33 (100)
有無擔任醫療院所內的行政職務						
沒有	4 (10.5)	16 (42.1)	12 (31.6)	5 (13.2)	1 (2.6)	38 (100)
有	5 (11.4)	19 (43.2)	13 (29.6)	4 (9.1)	3 (6.8)	44 (100)

資料來源：本研究。

附表 5-5 復健醫療提供者是否贊成加收復健部分負擔

單位：人(%)

	非常贊成	贊成	不贊成	非常不贊成	無意見	合計
按醫療院所的性質分						
公立醫院	1 (9.1)	1 (9.1)	9 (81.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100)
私人醫院	1 (3.9)	4 (15.4)	14 (53.9)	5 (19.2)	2 (7.7)	26 (100)
財團法人	0 (0.0)	3 (30.0)	5 (50.0)	2 (20.0)	0 (0.0)	10 (100)
按醫療院所的分級						
醫學中心	1 (7.7)	4 (30.8)	8 (61.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (100)
區域醫院	1 (5.3)	2 (10.5)	12 (63.1)	3 (15.8)	1 (5.3)	19 (100)
地區醫院	0 (0.0)	2 (33.3)	3 (50.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	6 (100)
基層醫院	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (60.0)	3 (30.0)	1 (10.0)	10 (100)
有無擔任醫療院所內的行政職務						
沒有	1 (4.4)	2 (13.0)	15 (65.2)	4 (17.4)	0 (0.0)	23 (100)
有	1 (4.0)	5 (20.0)	14 (56.0)	3 (12.0)	2 (8.0)	25 (100)

資料來源：本研究。

參考文獻

- 1、TVBS 民意調查中心，「全民健康保險民意調查」研究報告，中央健康保險局委託計劃，民國 88 年。
- 2、尹章華，「消費權益論醫病關係」，《軍法專刊》，第 43 卷第 9 期，民國 86 年。
- 3、田健堯，侍台平，「健立和諧的醫病關係」，《國防醫學》，第 17 卷第 1 期，民國 82 年。
- 4、宋承恩，醫療市場之管制與競爭—全民健康保險與醫療費用之抑制，台大法學院碩士論文，民國 82 年。
- 5、李玉嬋，「從醫病關係談醫療諮商實施的重要」，《諮商與輔導》，第 149 期，民國 87 年。
- 6、李竹芬，我國健康保險部分負擔制度之財務效果推估，政大保研所碩士論文，民國 83 年。
- 7、李隆安、藍忠孚、吳肖琪，人口老化對全民健康保險醫療利用與費用影響之評估研究，衛生署委託研究計劃，民國 88 年。
- 8、李鍾祥，全民健保制度面及給付面之探討研究，行政院研考會，民國 86 年。
- 9、辛炳隆、薛立敏、黃耀輝，全民健保第二、三、六類被保險人保費負擔與投保單位功能整合之研究，行政院衛生署八十八年度委託研究計畫，民國 88 年。
- 10、周添城、陳欽賢、劉彩卿，全民健保部分負擔制度成效之評估研究，行政院衛生署八十七年度委託研究計畫，民國 88 年。
- 11、周麗芳、陳曾基，「剖析健康保險藥品費用部份負擔制度」，《台灣醫界》，第 42 卷第 6 期，民國 88 年。
- 12、林綺雲，「醫病關係—人際互動理論的分析」，《諮商與輔導》，第 149 期，民國 87 年。

全民健保部分負擔新制之評估

- 13、邱永仁，「門診藥費部份負擔制度之探討」，《台灣醫界》，第 42 卷第 6 期，民國 88 年。
- 14、研考會，民眾對全民健保部分負擔新制的看法，民國 88 年。
- 15、紀駿輝，「健康保險之部份負擔制的理論基礎之探討」，《公共衛生》，第 23 卷第 4 期，民國 86 年。
- 16、翁世傑，「社會保險醫療費用部分負擔之研究」，逢甲保研所碩士論文，民國 74 年。
- 17、郝鳳鳴，「法國健康保險制度之啟示」，《中國比較法學會會報》，第 16 卷，頁 532-551，民國 84 年。
- 18、張榮貴，我國全民健康保險經營體制選擇之研究，逢甲保研所碩士論文，民國 85 年。
- 19、許光宏、盧瑞芬，全民健康保險藥品差額負擔可行性之研究，行政院衛生署八十七年度委託研究計畫，民國 88 年。
- 20、陳孝平，「建華屋於磐石上：論全民健保應有社會基礎」，《人文及社會科學集刊》，第 7 卷第 2 期，民國 84 年。
- 21、陳孝平，「單一與多元之間：以支付制度為支點的健保改革」，全民健康保險財務問題學術研討會，民國 86 年。
- 22、陳孝平、周麗芳、紀駿輝，影響全民健康保險醫療費用因素之探討（供給面），中央健保局委託研究，民國 88 年。
- 23、陳淑貞，影響全民健康保險醫療費用支出分配可能因素之探討，中興財政所碩士論文，民國 87 年。
- 24、陳欽賢、劉彩卿、周添城，「自負額制度之探討」，《經濟研究》，第 35 卷第 1 期，民國 87 年。
- 25、陳聽安、徐偉初、周麗芳，我國全民健康保險醫療費用部分負擔經濟效果分析與制度改進之研究，衛生署全民健康保險監理委員會委託計畫，民國 86 年。

- 26、黃慧君，全民健康保險醫療費用支出預測及部分負擔影響之研究，逢甲大學保險研究所碩士論文，民國 84 年。
- 27、黃慧珍，全民健康保制度保險對象財務負擔之研究—兼論影響全民健保滿意度之因素，中正社福研究所碩士論文，民國 85 年。
- 28、楊全斌，「德國醫療費用抑制之經驗」，《台灣經濟研究月刊》，第 20 卷第 11 期，民國 86 年。
- 29、楊志良，健康保險，巨流圖書印行，民國 82 年。
- 30、楊長興、賴芳足，全民健保實施對於民眾醫療利用率影響之初期評估，中央健康保險局八十四年度委託研究計劃報告，民國 85 年。
- 31、楊漢泉，「全民健康保險部份負擔制度之規劃」，《研考雙月刊》，第 18 卷第 1 期，民國 83 年。
- 32、楊銘欽、盧美玲、盧胤雯，「全民健康保險對民眾利用醫療服服之影響」，《研考雙月刊》，第 18 卷第 1 期，民國 83 年。
- 33、趙金芳，我國全民健康保險制度醫療費用影響因素之研究，政大保研所碩士論文，民國 82 年。
- 34、劉仲冬，「醫病關係模式」，《醫望》，第 24 期，民國 88 年。
- 35、蔡世滋，「醫病關係」，《臨床醫學》，第 28 卷第 2 期，民國 80 年。
- 36、謝秀宜，我國全民健康保險醫療費用部分負擔制度之研究，逢甲保研所碩士論文，民國 82 年。
- 37、謝啟瑞、林建甫、游慧光，「台灣醫療保健支出成長原因之探討」，《人文及社會科學集刊》，第 10 卷第 4 期，民國 87 年。
- 38、韓揆、趙忠文，「醫療費部份負擔之妥適性—全民健保及 DRGs/PPS 規範之比較」，《台灣醫界》，第 42 卷第 6 期，民國 88 年。
- 39、Beck, R. G. & J. M. Horne (1980), "Utilization of Publicly Insured Health Services in Saskatchewan Before, During and After Copayment", *Medical Care*, 18:8, pp. 787-806.

全民健保部分負擔新制之評估

- 40、Manning, W. G., J. P. Newhouse, N. Duan, E. B. Keeler, A. Leibowitz and M. S. Marquis (1987) , “Health Insurance and Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized experiment”, *American Economic Review*, 77:3, pp.251-277.
- 41、Nelson, A. A., C. E. Reeder and W. M. Dickson (1984) , “The Effect of Medicaid Drug Copayment Program on the Utilization and Cost of Prescription Service”, *Medical Care*, 22:8, pp.724-736.
- 42、Newhouse, Joseph. P.(1996),”Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection”, *Journal of Economic Literature*,34,pp. 1236-1263.
- 43、Soumerai SB, Ross-Degnan D, Fortess EE, Abelson J (1993) , “A Critical Analysis of State Drug Reimbursement Policies: Research in Need of Discipline. *Milbank Quarterly*. 71:217-525.