

中國醫藥大學  
醫務管理學研究所碩士論文  
編號：IHAS-302

全民健康保險下民眾自付醫療費用之評估  
Out of Pocket Medical Care Payments under National  
Health Insurance



指導教授：李 卓 倫 博士

研 究 生：何 姍 珊 撰

中華民國九十三年六月

## 中文摘要

健保局無法得知民眾的自付醫療費用，故本研究之產生動機為，對於全民健保制度下，民眾自付醫療費用多寡的關切。本研究最主要為評估民眾自付醫療費用之金額，以及民眾自付醫療費用中屬於「隱性部分負擔」的金額。同時建立未來瞭解民眾自付醫療費用的例行調查方法，並進一步執行統計檢定，探討影響民眾自付醫療費用之因素。

本研究母群體為中央健保局中區分局轄區內四縣市(台中市、台中縣、彰化縣及南投縣)之 1,500 位保險對象。研究方法採家戶訪問調查，並輔以兩個月期間的就醫記錄。根據前述蒐集所得資料，將民眾自付醫療費用粗略的區分為，主要由醫療供給者所決定的醫療服務之相關費用；及主要由民眾自願選擇並決定的醫療服務之相關費用。其中醫療供給者所決定的醫療服務之相關費用為本研究的重點，並將其定義為「隱性部分負擔」。

研究結果顯示，兩個月期間，所有自付醫療費用之總金額為 192,287 元以及民眾自付醫療費用中屬於「隱性部分負擔」的總金額為 30,850 元。且就醫次數愈多者以及商業健保附加險之保費愈高者，自付費用愈高，達到統計學上顯著相關 ( $p < 0.01$ )。就醫比率為 32.2%、平均就醫次數為 2.68 次，以及平均自付醫療費用為 951.16 元。平均每位保險對象之隱性部分負擔額為 29.05 元，以及實質部分負擔額為 83.24 元。而本研究所蒐集或計算之「民眾自付醫療費用」項目，並不包含住院部分，只討論門診部分。

**關鍵詞：** 自付費用、部分負擔、全民健保

## Abstract

Given that there is no way for the Bureau of National Health Insurance to know the out-of-pocket payment for medical care, the motive of this research is originated from the concern for the money that out-of-pocket payment for medical care under National Health Insurance system. The major task of this research is to evaluate the absolute of out-of-pocket payment, and to assess the absolute of hidden cost-sharing; meanwhile, we also seek to establish the mechanism and method for routine collection and analysis of out-of-pocket payment in the future; and also to conduct further statistic examination, so as to analyze and discuss factors that might effect this out-of-pocket payment.

This project method is a combination of face-to-face interview survey and diary. This method will study sample population from the jurisdiction of Central Regional Bureau of BNHI, which include Taichung City, Taichung County, Changhwa County, and Nantou County, from which a sample of 1,500 individuals will be interviewed and supplemented with diary record. From the data we collected, all out-of-pocket payments for medical care will be classified into two categories. The first category is for all out-of-pocket payments that were predominantly determined by providers; the second category is those out-of-pocket payments that were largely determined by the insured. Among these two categories, the first one is also defined as hidden cost-sharing, and is the focus of this project.

Research result indicates that, within two months, the total sum of this absolute of out-of-pocket payment is 192,287 dollars, and that of the “hidden cost-sharing” is 30,850 dollars. Besides, the more frequent a patient receive medical treatment, and the higher the premium for the accessory risk part in the commercial health insurance; the higher “out-of-pocket payment” one will have to pay; this agrees to the “significant co-relation” in Statistics.(  $p < 0.01$  ) The rate for receiving medical treatment is 32.2%; the average times for hospital-going is 2.68, and the average “out-of-pocket payment” is 951.16 dollars. The average “hidden cost-sharing” for each insured is 29.05 dollars, and the substantial cost-sharing is 83.24 dollars. The “out-of-pocket payment” discussed and analyzed in this research does not include inpatient fee, but only the ambulatory (outpatient) service.

**Key-words: out-of-pocket, cost-sharing, National Health Insurance**

## 致 謝

兩年前的一個選擇，卻因為這個選擇，改變了我人生的際遇...

首先，我要感謝我的指導教授李卓倫博士，謝謝老師這兩年來對我的包容與照顧。獨立思考、自主學習、培養「對事情的處理能力」以及「對專業的態度」這正是老師用心教予我最大的收穫。能夠順利畢業，對恩師除了感謝、還是感謝！

口試期間，承蒙鄭文輝老師以及周麗芳老師精闢的見解，提出了許多專業上的寶貴意見，指點我這個門外漢不少迷津，而使論文能更加完善。在此，對兩位老師致上最誠摯的謝意！

研究期間，謝謝遠在美國奧瑞岡州立大學任教的紀駿輝老師，透過郵件指正我執行上的盲點，深深對紀老師做學問的專業態度感到敬佩。同時也要感謝我昔日的恩師，逢甲企管系的劉平文老師，在我遇到挫折、不知所措的時候，總會給我莫大的勉勵。老師所說的字字句句，我都銘記在心。

再來，我要感謝德宗和曉慧，這兩位同窗摯友，在這七百多個日子來給予我諸多的幫忙及照顧，對你們的感激之心實在是溢於言表；大學好友大山、侑瑜、恭豪和可秀，你們往往在我最需要幫忙的時候，適時的伸出援手，真的非常謝謝你們；還要謝謝崇佑對我的關心與支持。最後，僅以此論文獻給辛苦扶育我長大的爸爸、媽媽！

再次謝謝所有幫助過我的人。謝謝老天爺！

何姍珊 謹誌  
2004年7月

# 目 錄

中文摘要 .....	
英文摘要 .....	
致 謝 .....	
目 錄 .....	
表 目 錄 .....	
圖 目 錄 .....	
第一章、緒論 .....	1
第一節 研究動機 .....	1
第二節 研究目的 .....	6
第二章、文獻探討 .....	7
第一節 全民健康保險制度 .....	7
第二節 總額預算支付制度 .....	10
第三節 自付費用簡介 .....	12
第四節 部分負擔制度介紹 .....	16
第五節 門診費用部分負擔 .....	23
第六節 住院費用部分負擔 .....	29
第七節 差額負擔 .....	30
第八節 國內外關於民眾自付醫療費用之研究與探討 .....	33
第三章、研究方法 .....	39
第一節 研究架構 .....	39
第二節 研究設計 .....	40
第三節 資料來源 .....	41

第四節 變項說明及統計分析 .....	49
第五節 自付費用分析方法 .....	51
第四章、結果 .....	55
第一節 描述性統計資料 .....	55
第二節 t-test 檢定與 ANOVA 檢定 .....	62
第三節 迴歸分析 .....	69
第四節 綜合分析 .....	71
第五章、討論 .....	73
第一節 研究目的之討論 .....	73
第二節 研究方法之討論 .....	74
第三節 研究結果之討論 .....	74
第六章、結論與建議 .....	77
第一節 結論 .....	77
第二節 建議 .....	78
第七章、研究限制 .....	79
參考文獻 .....	80
附錄 問卷及抽樣結果 .....	85

## 表 目 錄

表 2-1、不同保險類別下非保險給付之自付費用	14
表 2-2、部分負擔的類型及其優缺點比較表	18
表 2-3、門診基本部份負擔	23
表 2-4、1995 年 4 月實施之門診部分負擔	24
表 2-5、門診藥品部分負擔	25
表 2-6、復健治療(含中醫傷科)部份負擔	26
表 2-7、檢驗部分負擔	27
表 2-8、高診次部分負擔	28
表 2-9、住院部份負擔	29
表 3-1、SF-36 各題目設計分數	45
表 3-2、八個量表題目、最高、最低分數及間距	46
表 3-3、各量表之平均值、標準差及因素得分係數	47
表 3-4、各變項說明	49
表 4-1、個人特性之基本描述性統計	55
表 4-2、個人特性各變項之分佈情形	56
表 4-3、受訪者健康狀態	58
表 4-4、SF-36 健康量表的信度及量表間的相關程度	58
表 4-5、就醫紀錄之基本描述性統計	60
表 4-6、就醫各變項之分佈情形	60
表 4-7、就醫縣市分佈情形	60
表 4-8、醫療利用分佈情形	61
表 4-9、自付醫療費用分佈情形	61
表 4-10、比較不同性別在個人特性、就醫紀錄與 SF-36 之關係	63

表 4-11、比較有無商業保險在個人特性、就醫紀錄與 SF-36 之關係	63
表 4-12、月收入與個人特性、就醫紀錄及 SF-36 之關係	64
表 4-13、健康狀態整體分數在個人特性、就醫紀錄之關係	67
表 4-14、影響自付費用因素之迴歸分析 ( Model 1 )	70
表 4-15、影響自付費用因素之迴歸分析 ( Model 2 )	70
表 4-16、自付醫療費用分析	72
表 4-17、部分負擔分析	72
表 5-1、比較本研究與國內自付醫療費用之相關研究	76

## 圖 目 錄

圖一、研究架構圖.....	39
圖二、SF-36 計分流程.....	44

# 第一章 緒論

## 第一節 研究動機

我國於 1995 年 3 月開始推行全民健康保險(以下簡稱全民健保)，健保財務問題一直是個關鍵性的焦點。全民健保的實施大幅降低了民眾就醫的財務障礙，增加民眾就醫的可近性及選擇性，使全國人民都能獲得最基本的醫療保障，同時更帶動了醫療費用上漲(Cheng & Chiang,1997)。從 1999 年 3 月開始，全民健保財務亮起了紅燈，同年 8 月實施部分負擔新制，加重被保險人就醫之負擔，至今平均每月仍然出現 20-40 億之赤字，引起各界注意。

全民健保推行之初，為了避免民眾因保險制度下，減少醫療費用的負擔而產生道德危機，造成不必要的醫療浪費，在秉持著使用者付費的原則下，推行了部分負擔制度。即便已經實施了部分負擔制度，醫療支出仍然不斷的上漲，全民健康保險財務於 1998 年首度出現赤字，次年赤字更高達 210.13 億元，顯示部分負擔制度似乎未達到預期的效果(林慧修, 2002)。於是中央健康保險局(以下簡稱健保局)乃於 1999 年 8 月起實施新制部分負擔，特別針對高診次、藥費及復建(含中醫傷科)三方面對利用程度高之保險對象加收部分負擔。2002 年 9 月再實施檢驗檢查部份負擔。之後，衛生署委託學者專家研究發現，高利用部分負擔並無具體成效，於是便於 2003 年 12 月 1 日公告，自 2004 年 1 月 1 日起，取消門診高利用部分負擔及在醫學中心及區域醫院實施之門診檢驗檢查部分負擔。此外，健保局訂定不同層級醫療院所之部分負擔金額不同，目的是為了落實醫療網所推行之轉診制度，但全民健保實施以來，轉診制度並未如預期的推展順利。

健保局自 1998 年 7 月開始推行牙醫種額預算支付制度，並逐步加入其他醫療部門，到 2002 年 7 月開始實施醫院總額預算制度時，已經將全民健保給付的所有醫療服務部門納入總額預算支付制度。全民健康保險費的收取，是以「量出為入」的方式為主，因此對醫療費用的掌握，是全民健保財務的重要工作。我國的全民健保制度下的醫療費用之成長，在總額預算制下得以有效的控制。在總額預算制下，中央健康保險局由過去開辦 9 年來以控制醫療費用的成長為政策重點，逐漸轉移到醫療品質的提升。

全民健保的醫療支出在總額預算制下似乎較能有效控制，但總額預算制僅能控制「中央健保局」的醫療支出，而非我國的整體醫療支出。醫療供給者在總額預算制下，因健保局所能獲得的支付總額被限制住了，是否會將其所期待的財源悄悄的轉移到民眾身上，仍是值得探討之問題。

本研究之產生動機有兩點：第一、對於全民健保制度下，民眾自付醫療費用多寡的關切。第二、健保局無法得知民眾自付醫療費用。本研究之重點 — 「民眾自付醫療費用」包含了下列項目：

1. 全民健保法規所定之自行負擔 (部分負擔) 的醫療費用；
2. 醫療院所之掛號費；
3. 全民健保有給付的醫療項目，但被醫療供給者以「健保不給付」為由而收取的費用；
4. 全民健保不給付的醫療服務之費用；
5. 民眾購買非處方藥之費用，但不含非治療相關之維生素及補品；
6. 民眾使用西醫及中醫以外之非主流醫學的醫療服務及醫療相關藥品或器材所付之費用；
7. 民眾使用未與中央健保局契約之醫療院所之醫療服務所付之費用；

8. 其他自願性的民眾自付醫療相關費用；以及
9. 民眾購買醫療附加險之保費。

本研究所蒐集之「民眾自付醫療費用」項目並不包含住院部分，只討論門診部分。上述這些民眾自付醫療費用之多寡及其成長，就全民健保制度來看，是非常重要的資訊。其主要理由包含以下三點：

第一個理由，全民健保制度為一公營之社會保險制度，在所有由政府或公共部門負責醫療財源籌措的國家，包括所有實施全民健保制度的國家，均面臨同樣的挑戰。也就是當公共財源限制了該國醫療支出的成長時，醫療供給者往往轉而向私財源—也就是民眾自付醫療費用方向去擴充。[Evans 1998, 1996a, 1996b] 若政府未能有效抑制此趨勢時，將會使國家的總醫療支出快速成長。國家總體醫療花費的成長，已成為多數國家共同關心的議題。而原因是，一方面在國際比較上，醫療花費越多的國家，其國民的平均健康指標不一定優於其他國家，那些醫療花費高的國家，其所花的醫療費用是否值得仍令人懷疑。[WHO 2000] 另一方面，當一個國家將很多的資源投入醫療服務時，將會擠壓其他民生所需以及經濟發展所需的資源。同時，以促進國人健康為目的來看，醫療服務並非影響健康的唯一因素。其他如環境衛生，職業衛生、交通安全、公共安全、飲食衛生、教育、...等等，均對國人健康有很大的影響，同時也需要社會（公共財源及私財源）投入資源。若在醫療服務投入大量的資源，在其有限的資源下，會減少可供使用於這些活動的資源，且將對國人健康造成負面影響。此外，當私財源佔一個國家的總醫療支出的比重逐漸增加，即使有全民健保制度，民眾就醫的可近性仍然受到妨礙。

第二個理由則是健保局自 2002 年 7 月開始醫院總額制度後，已將全民健保的醫療支出全面納入總額預算支付制度。在此制度下，可有效的節制全民健保的醫療支出及其成長。但有效的節制全民健保醫療支出並不等於有效的節制全國醫療支出。尤其當總額預算制度限制了醫療供給者的公共財源後，醫療供給者要增加財源的方式自然會轉向保險對象的私財源。如果未對保險對象自付醫療費用成長加以監督管制，則實施總額預算制度的結果將會使全民健保的醫療支出得以有效節制，但卻讓民眾自付醫療費用快速成長。

第三個理由，是在全民健保制度下，若任憑醫療服務的私財源(民眾自付醫療費用)成長，將會促使民眾對全民健保制度提出一個嚴正的疑問和批判：「我繳了保費，卻還要付出那麼多的醫療費用，這樣的全民健保，對我有何用處？」當多數的民眾都有這樣的疑問時，將會是動搖全民健保制度的時刻。屆時，多數的民眾將會減低或失去對全民健保制度的支持，使得全民健保制度的正當性產生危機，而終將導致存續性危機，故健保局更應極力的防範。

本研究的重點之一，也是本研究和以往的研究較不同的地方，是收集並分析民眾自付醫療費用中「隱性部分負擔」的數據。所謂「隱性部分負擔」(hidden cost-sharing)並沒有統一的定義；也無法以完全客觀的方法來定義。這也就是為什麼極少有人從事這方面的研究，且在已出版的中英文學術文獻中幾乎找不到相關的實證研究；即使是理論的討論也相當缺乏。

本研究將焦點放在「隱性部分負擔」，並為其下定義的目的，在將民眾自付醫療費用進一步區分開來探討。本研究將民眾自付醫療費用粗略的區分為二類：

- (1) 主要由醫療供給者所決定的醫療服務之相關費用；及
- (2) 主要由民眾自願選擇並決定的醫療服務之相關費用。

在這二類中，第一類即為本研究所定義的「隱性部分負擔」。隱性部分負擔是在法定的部分負擔以外，民眾難以控制的額外醫療部分負擔。由廣義的部分負擔(cost-sharing) 來看，法定的部分負擔加上隱性部分負擔才是總共的部分負擔，或實質的部分負擔，因為這些財務負擔是民眾在就醫時無法、或難以避免的財務負擔。

由社會的觀點，這項廣義的部分負擔才是我們應密切監督的。一方面它深深影響到在全民健保制度下，民眾就醫的可近性；同時，它也對全國總醫療總支出有很大的影響。在過去，不論國內外，均已有不少的實證研究分析法定的部分負擔及其影響。但是，針對隱性部分負擔的分析，或廣義的部分負擔的研究卻極少；若是以個人為單位來分析隱性部分負擔，則文獻上幾乎找不到。關於「隱性部分負擔」的操作定義及測量，將在研究分析方法一節中詳述。

## 第二節 研究目的

本研究的目的，在評估目前全民健保下民眾自付醫療費用之多寡及民眾醫療費用負擔，建立總額預算支付制度下民眾自付醫療費用的基準線，以及建立未來例行收集分析民眾自付醫療費用的實施與分析方法，更探討影響民眾自付醫療費用的因素。這些研究目的可詳細分為下列三個：

第一個目的：

探討影響民眾自付醫療費用之因素。

第二個目的：

建立民眾自付醫療費用的例行調查方法。

第三個目的：

評估全民健保制度下，特別是總額預算支付制度實施後，民眾自付的醫療費用之總金額；以及評估民眾自付醫療費用中屬於「隱性部分負擔」之總金額。

## 第二章 文獻探討

本章首先從整個健保體制的外在環境即全民健康保險開始深入介紹，由第一節、『全民健康保險制度』切入；接著由第二節、『總額預算支付制度』描述其實施狀況；第三節為『自付費用』；第四節『部分負擔制度』、第五節『門診費用部分負擔』、第六節『住院費用部分負擔』及第七節的『差額負擔』；最後第八節則以『國內外關於民眾自付醫療費用之研究與探討』作為本章結尾。

### 第一節 全民健康保險制度

#### 一、全民健康保險之特色

我國全民健康保險制度有下列特色：(陳聽安，2003)

##### (一) 強制保險

全民健康保險是以達成社會政策為目的，為一種非商業性的健康保險，又稱社會性的健康保險，除非靠政府的公權力，否則便不易達成。

##### (二) 全民健保

依據全民健康保險第十條規定，可知我國全民健保並非百分之百的將在台灣居住的人民都納入保險。由於 2001 年 2 月已將軍人納入全民健保範圍，又依據全民健康保險法第十一條規定，可知至今受刑人並不列入全民健保範疇。

##### (三) 公營事業

即中央健康保險局，負責經營辦理此項社會保險業務，以非營利為目的，但人員的職稱、待遇、會計記載，多比照一般公營之金融機構。

#### (四) 單一體制

全民健保開辦以後將之前，公、勞、農等自成獨立的體制變為一體適用的單一體制，表面上是一個單一體制，但不同類別之被保險人的保險費負擔比例各不相同，很難說它是純正的單一體制。

#### (五) 大、小病都保

- 1.大、小病都保。
- 2.中、西醫均提供醫療服務。
- 3.長、短期治療都保。

## 二、全民健康保險之缺失

我國全民健康保險之缺失：(陳聽安，2003)

### (一) 缺乏競爭

世界上絕大多數的公營事業缺乏競爭、效率不彰也是事實，尤其是具有獨占性的公營事業。(陳聽安，1997)

### (二) 道德危機

健康保險制度下，道德危機的產生來自兩方面：( Pauly,1968 )

- 1.需求面：被保險人增加了不必要的醫療資源及醫療服務，因而造成醫療費用支出不斷的增加。
- 2.供給面：由於醫療資訊的不對稱，醫師常誘導被保險人做不必要的檢查或治療，增加不必要的門診次數。

### (三) 醫療資源分布不均

台灣的醫療資源，都位於或居住在都市地區，偏遠地區或離島，醫療設備差、病床不足，就連醫師也十分缺乏。

### (四) 轉診制度未能建立

大型醫學中心，常常門庭若市，而基層的小型診所卻門可羅雀，無法發揮它應有的功能。

#### (五) 投保薪資低報

全民健保將被保險人分為六大類，投保金額愈大，級距愈高，所需繳交的保險費就愈多，除非有嚴格的稽查，否則低報的情形是很難避免的。

#### (六) 保險制度福利化

社會保險是由雇主與受僱者共同分散風險；社會福利是政府為增加全民福祉。全民健保財務制度參雜了社會福利制度的觀點，使得健保制度趨向福利化。

## 第二節 總額預算支付制度

所謂總額預算制度係指付費者（即保險人）與醫療提供者（即醫療相關機構院所），就特定的醫療服務提供部門（如住院服務或門診服務）或整體醫療服務，預先以協商方式訂定未來一段期間內健康保險醫療服務的支出預算，以酬付該服務部門或服務在此協定期間內所有提供的醫療服務費用。

總額預算制度可同時控制價格及醫療服務的成長量，使醫療費用支出不超過預先設定之年度預算，達成保險財務收支平衡的目標。總額預算制度在國外已行之有年，但總額預算制度只是一個概稱，各國在制度設計上會因特性、需求、對象及實行目標的差異，而呈現出不同的總額預算配套制度。（陳楚杰，2002）

總額預算制度依「支付單位」可分為兩大類(李玉春，1998)：

- (一) 以「組織」為支付單位，如以醫院或醫院之某一部門為單位訂定預算。保險機構根據醫院的財務報表，參考醫院之類別、床數及佔床率等指標，並考慮該院過去的實際成本，直接訂定總額預算，而不考慮支付期間醫院實際服務病人的人數、疾病種類，或提供醫療服務的項目及數量的多寡。
- (二) 針對「服務類別(service type)」以全包方式訂定預算，如依提供者型態(如門診、住院)及服務型態(如西醫、牙醫、中醫)加以區分，但個別醫師費用之分配仍依據申報之服務量或論人際酬決定。

總額預算制度依「支付型態」亦可區分為兩類，即「支出目標制(expenditure target)」及「支出上限制(expenditure cap)」，分別說明如下：(李玉春，1998)

#### (一)支出目標制

預先設定醫療服務支付標準及服務量，當服務量低於預先設定之目標時，實際支出將少於支出目標，即有剩餘。當實際利用量超過上限時，超出部分將打折支付，實際支出將超出原先設定的目標。

#### (二)支出上限制

依據預估醫療成本及服務量，預先設定健康保險，支出之年度預算，醫療服務費用的支付以相對點數反應各項服務之成本，但每點支付金額採回溯性由總預算除以實際的總服務量（以點數計算），當服務量超出原先協議之預算總量時，每點，支付金額將調降，反之則增加，故可精確控制醫療費用支出於總額預算範圍內。

牙醫門診於 1998 年 7 月 1 日起先行辦理總額支付制度，中醫門診總額支付制度於 2000 年 7 月 1 日起實施，西醫基層總額支付制度也於 2001 年 7 月 1 日起實施，而醫院總額支付制度更於 2002 年 7 月 1 日起實施，屆時全民健保給付的所有醫療服務部門皆已經納入總額預算支付制度。

### 第三節 自付費用簡介

「自付費用」之定義，即是未被健康保險所「給付」或「涵蓋」的費用，稱之為自付費用(Out-Of-Pocket)。也就是說，係指因為疾病接受醫療照護，所有費用扣除健康保險給付之費用後結餘的花費，如：電話費用、膳食費用、交通費用(含停車費用)、托嬰費用、購買非處方藥物、或失去工作造成的收入損失皆是自付費用的項目，也有不少學者將工作損失列入自付費用計算(Begley & Guidry,1995；Cohen & Carlson,1994；白淑芬，2001)。

本研究所探討的「自付費用」，即「被保險人需自掏腰包所付的一切醫療費用，包括健保有給付與不給付之醫療服務」作為費用依據。同時本研究所蒐集之「自付費用」項目並不包含住院部分。

謝啟瑞、陳肇男，(1993)以經濟學分析法在「健康保險與老年人自付醫療費用之探討」中提到老年人自付醫療費用的決定因素有：(1)健康保險的給付程度，(2)醫療服務的價格，(3)就醫的次數。同時，也提到其他影響自付醫療費用的因素有：健康保險給付條件、就醫時間與醫療機構分佈的限制、健康保險支付制度、以及健康保險的部分負擔制度等因素。

#### 一、自付費用與收入之探討

柬埔寨有一項相關的研究，其研究目的是「要找出健康自付支出如何造成柬埔寨平窮鄉村的債務」。研究報告中指出，健康自付支出的價格與家庭尋求照顧緊緊相關，每戶家庭要給私人醫療機構 103 美金，若是結合公立和私人醫療機構則要付 32 美元，而只給公立醫院卻只要付 8 美元。

由於這些家庭都相當貧困，無法給付醫療費用，即使欠一年都無法償還( 每個月利息介於 2.5%至 15%間 )。(Van Damme W et al. , 2004)

Gross(1997)的研究發現年齡超乎 65 歲以上的老人，健康照護自付費用的支出佔個人年收入之 20%，年收入愈低者，健康照護自付費用佔總收入的百分比則愈高。到底自付費用佔家庭收入的百分比為何？Gross(1997)的研究中平均家庭總收入為 34,473 美元為基礎。

## 二、自付費用的額度與不同的保險類別之探討

美國一項 Consumers Union 研究發現，美國私人保險市場並不能有效地降低民眾的自付費用，且多數家庭每年花在保險費用、部分負擔、自負額上的費用佔家庭年收入的 10%以上。研究更顯示，自 1981 年起，民眾反而花更多的保險費用(約增加 40%)。而美國每人每年的健康照護成本為 3,778 美元，家庭所得每年介於 30,000 美元和 40,000 美元之間，平均家戶花在保險的費用為 1,500 美元，自付費用並不包括在內。( Best's Review / Life-Health Insurance Edition , 1998 )

在 1990 年代中期，健康保險人極力採用 Gatekeeping 的因素去控制價格，且先前的許多證據卻顯示醫療費用支出是減少的。醫療保險者所收的保費與實際支付的費用相差小於 1% ( \$ 887 及 \$ 881 )，在 Gatekeeping 中的保險受益人得到的保險賠償利益是 636 美元，而其他一般的保險賠償為 595 美元。Gatekeeping 計劃會比較有保障，參與這個計劃的自付醫療費用比一般的保險賠償計劃自付金額平均少 62 美元。(Susmita & Steven et al.2003)

Gross(1997)發現有 HMO 保險給付的保險人，一年的自付費用為 802 美元，但只有 Medicare 給付的保險人，自付費用就高於 HMO 的保險人(見下表 2-1)。

表 2-1、不同保險類別下非保險給付之自付費用(Gross,1997)

保險類別	OOP(mean) <sup>a</sup>
HMO	802
Employer	908
Medicare only	1,228
All	1,032

註 a：單位為美元。

### 三、不同健康服務下不同年齡層與自付費用相關探討

Stewart ST (2004) 針對不同的健康服務研究不同年齡層與自付費用之間的相關性。研究發現，雖然長期照護支出會隨著年齡增加，但大部分醫療服務的自付費用成本並不會增加。只有當護理之家被包含在內時，總自付費用成本會隨著年齡而增加。

### 四、自付費用與民眾就醫行為探討

Peele et al. (2003) 研究「保險支出兩極化的問題(即日後造成臨床醫療和風險的問題)」，針對僱主對健康醫療所花的醫療費用和支出的行為及病人向國家健康保險局索取賠償的行為做研究。研究結果顯示，所有個案的 7.5%有這個行為會去申請健康醫療費用的賠償，但是所有計劃支出的 12.4%裡面有 3%是確定有兩極化的問題，因為兩極化問題，病人必須每年自費 568 美元。比所有保險索賠人所支出的 232 美元多出 2 倍多。而住院的病人，也因為兩極化問題造成住院費率比所有一般索賠的住院病人高。佔 39.1%比一般 4.5%高。也就是說，醫療服務費用花在兩極化病人身上比被診斷出有病的真正生病的病人還多。

## 五、自付費用與健康照護利用探討

Donlop et al. (2003) 曾針對老人關節炎的健康照護利用加以探討, 評估患有關節炎的老人在連續兩年間, 關節炎對健康服務及自付費用的影響。研究結果顯示, 這些患有關節炎的老人幾乎都有去看醫生這個(odds ratio [OR]3.0), 而住院的(OR 1.6); 有進行手術的(OR 1.3); 回家照顧的(OR 1.6); 自付費用成本大於 5000 美元的(OR 1.6)。這些比較是跟有相同人口統計的經濟資源(教育程度 收入 健康保險及財富)做比較(但是並不包括關節炎)。

Moon et al. (2001) 也針對成人的先天性心臟病健康照護的支出及其資源的應用做研究, 先天性的心臟病可能是慢性的, 為了要延長病人的壽命及品質, 所以這些病人是充分利用到健康照護的資源。然而, 資料卻顯示先天性心臟病利用醫療資源是很少的。從醫院給的資料中有 20.3%的病人平均住院是 5 天, 在 1997 年健保平均支付每一個病人是 1794.5ECU(菲律賓貨幣)而每一個病人自付費用是 189.5ECU, 平均的償還費用(Reimbursement)和自付費用分別是 78ECU 和 20ECU, 先天性心臟病病人的支出比一般的族群還高出 411.7ECU。而上述這些價差只能解釋一群先天性心臟病患的八分之一。

## 第四節 部分負擔制度介紹

### 一、部分負擔制度的意義

我國全民健康保險的三大目標為：一、達成社會公平，照顧弱勢人口；二、控制醫療費用，平衡財務；三、節制醫療浪費。為達到第二項目標，政府在實施健保的策略中明確指出，醫療給付應在「不浪費」、「不虧損」的二十大原則下，採行部分負擔制度，以提高病人就診時的正確成本意識。

部分負擔 (cost-sharing) 原意為成本的部分負擔，即病人在使用醫療照護(health care service)後，需自行負擔其部分成本，而非完全由第三者(third party)代為支付。也就是指健康保險制度中，被保險人必須自掏腰包給付之部分或全部之醫療費用，其內涵又有狹義和廣義之別。狹義的部分負擔指的是：「被保險人在健保有給付的醫療服務中，必須自掏腰包給付之部分醫療費用」；廣義的部分負擔則是指「被保險人自掏腰包所付的一切醫療費用，包括健保不給付之醫療服務」。以我國的全民健保的部分負擔為例，目前已實施的門診、住院、藥費以及復健等部分負擔都是狹義的部分負擔；而各醫院、診所收的「掛號費」，醫院向民眾收取的「非保險病床差額費用」，以及用各種名目向病人收取的差額或額外的醫療費用，即是所謂廣義的部分(紀駿輝，1999)。

而本研究所探討的部分負擔，則是以廣義的部分負擔：「被保險人自掏腰包所付的一切醫療費用，包括健保不給付之醫療服務」作為本研究「自付醫療費用」的依據。

## 二、部分負擔的型式

由各國的實施情形觀察，部分負擔實施的方式主要有二：直接支付方式（direct payment method）及核退方式（reimbursement method）。前者如西德、英國的醫藥費等，係由患者直接支付所需負擔部分的醫藥費用給予醫療機構，其餘由醫療機構檢具單據向保險業者請求支付。後者是由患者預先支付醫療費用給予醫療機構，再由保險人按一定比率費用核退給受益患者（陳聽安、徐偉初、周麗芳，1997）。

我國開辦全民健保之初即有採行「部分負擔制度」，一般門診、急診、牙醫及中醫的部分負擔費用採院所層級定額差別課徵；住院則依住院日數多寡定率部分負擔，並訂有每次住院及每年住院自行負擔金額的上限。

部分負擔的類型有：定額部分負擔(co-payment)<病人每次看病，不論實際醫療費用多少，均負擔固定金額的費用>、定率部分負擔(co-insurance)<病人負擔固定百分比的醫療費用>、總額部分負擔(deductible)<每人或每一個家庭，每年在健康保險機構開始給付前，要自己付出一定金額的醫療費用>、最高限額(maximum limit of sharing)<被保險人每次或某段時間內，在未超過最高限額之時，需全額負擔；若超過該限額後，則由保險人全額負擔>、以及最高給付額(ceiling of reimbursement)<被保險人每次或某段時間內，在最高給付額內完全免費；若超過該限額，則須由被保險人自行負擔超過之費用>。國際間則多採行混合型態。其中定率負擔制使保險對象負擔的費用與實際醫療花費成正比，可增加其成本意識，抑制功能最佳(方玫文，1997；紀駿輝，1997)。部分負擔的類型及優缺點比較，如下表 2-2 所示：

表 2-2、部分負擔的類型及其優缺點比較表

類 型	優 點	缺 點
定額部分負擔 (co-payment)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 被保險人較能預估負擔金額，心裡上較有安全感。</li> <li>2. 對無病或小病的就醫者，抑制效果較佳。</li> <li>3. 受益患者負擔相同的額度，行政作業簡便。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 合理定額費用不易訂定，太高則喪失保險功能，太低則失去抑制醫療浪費的作用。</li> <li>2. 定額費用需隨醫療費用成長而適時調整，造成作業困擾。</li> <li>3. 對所得分配有逆進效果。</li> <li>4. 負擔之金額與醫療成本無絕對關係。</li> </ol>
定率部分負擔 (co-insurance)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 被保險人負擔的費用與實際醫療費用成正比，最能增加其成本意識。</li> <li>2. 收繳費用的行政作業尚稱簡便。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 被保險人無法事先預估負擔的金額。</li> <li>2. 低收入戶若預期費率高，可能造成就醫障礙。</li> <li>3. 適當的部分負擔率不易決定。</li> </ol>
總額部分負擔 (自負額) (deductible)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 減少處理小額度申請按之行政費用。</li> <li>2. 由於小額費用必須全額自負，有達到抑制浮濫使用資源的效果。</li> <li>3. 修正降低保險費負擔比率，能減少低使用醫療者的負擔比率，對高使用者亦得以獲得保障。</li> <li>4. 能預知自行負擔醫療費用的上限，可緩解重症及慢性患者因經濟壓力產生不安。</li> <li>5. 由於能預知就醫必須自行負擔及負擔費用的上限，在心裡及財物上，能事先妥善準備。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 行政作業必須抑制高效能的電腦聯繫，行政成本，作業繁瑣。</li> <li>2. 符合需求理論的最高限額不易訂定，過低則降低部分負擔的功能，增加保險單位的財務壓力，過高則降低應就醫的意願，會抑制正常的就醫行為，喪失保險意義。</li> <li>3. 醫療費用接近最高限額時，無論醫療供給者或醫療消費者，均可能有增加醫療費用的支出。</li> </ol>

資料來源：陳聽安、徐偉初、周麗芳，1998；許光宏，1998

表 2-2、部分負擔的類型及其優缺點比較表(續)

類 型	優 點	缺 點
最高限額 (maximum limit of sharing)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.對於重症患者與長期病人,可免除經濟上之沉重壓力。</li> <li>2.因負擔金額有最高限度,故可事先準備費用,因此心理較有安全感。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.合理的最高限額不易訂定,若訂的太低,則失去部分負擔的功能;若訂的太高,則造成就醫之經濟障礙。</li> <li>2.易誘導被保險人增加醫療利用至最高限額以上,如此便增加醫療費用支出。</li> </ol>
最高給付額 (ceiling of reimbursement)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.由於每次就醫均訂有最高給付額,利於保險財務的控制。</li> <li>2.行政作業簡單明瞭。</li> <li>3.無分疾病嚴重程度,均予相同之最高給付額,有助於被保險人「預防重於治療」的觀念,鼓勵輕病及早就醫治療,以免延誤病情釀成重病,就醫反須自付高額費用。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.最高給付額制形同「保小病、不保大病」,對於罹患重病及長期治療病患造成就醫障礙。</li> <li>2.「保小病、不保大病」,不僅模糊定義及資源合理分配的觀念,亦喪失健康保險的基本精神。</li> </ol>

資料來源：許光宏，1998；張嘉珍，2003

### 三、部分負擔的目的與功能

健康保險醫療費用部分負擔制度的主要目的在於抑制被保險人過度或不當的醫療需求，特別是起因於健康保險所誘發的「道德危機」(moral hazard)行為。若是在合理的醫療需求情況下，則是希望藉助提高被保險人的成本意識，使用內容(component)能朝向廉價的方向改變。(周麗芳，1999)

部分負擔的功能可分為「客觀功能」(即指部分負擔造成的效果可用實證的方法去檢驗其結果)及「主觀功能」(指部分負擔造成的效果是以主觀的方式來界定及測量的)。(紀駿輝，1999)

部分負擔的「客觀功能」可歸納為：

1. 增加健保機構的財源
2. 減少醫療服務的使用量
3. 減少醫療費用(健保支出)
4. 醫療資源的重分配
5. 改變被保險人及醫療提供者醫療服務之生產及消費型態。

而部分負擔的「主觀功能」較常見的有：

1. 抑制醫療資源的濫用與浪費
2. 抑制不當或過度的醫療服務之使用
3. 提高分配效率，減少社會福利損失(welfare loss)。

#### 四、部分負擔的理論基礎

部分負擔的理論基礎是來自於「新古典經濟學(neoclassic economics)」對消費者行為之一系列假設，當這些假設應用到健康保險及醫療服務時，則衍生出下列幾個假設：(紀駿輝，1999)

1. 消費者(病人)知道什麼醫療服務對自己的福利最佳。
2. 消費者有充份的資訊來選擇醫療服務。
3. 一切的醫療服務之使用完全是由消費者(病人)選擇與決定。
4. 消費者可從使用醫療服務中獲得福利，至於消費者的健康狀況是否需要該醫療服務，則無關緊要。

如接受上述行為假設可以發現，在健康保險的制度之下(不論是公營或民營)，因消費者不必面對實際的市場價格，會傾向於使用超過相當於其意願付費數量的醫療服務，而造成「社會福利損失」。為降低此福利損失，實施部分負擔制度及暫促使消費者面對部分價格，將使那些「意願付費值」較低的人，減少醫療服務的使用。

部分負擔若要能發揮合理抑制醫療費用的功效，應先滿足三項前提條件：(周麗芳，1999)

1. 被保險人確實有道德危險的就醫行為，需求不當的數量或種類的醫療服務：滿足與否，取決於被保險人疾病嚴重程度、醫療需求的急迫性、需求價格彈性與所得彈性。
2. 被保險人擁有足夠的消費者主權(consumer sovereignty)，可以左右醫師的診療行為，使之配合供給過度的醫療服務：滿足與否，取決於醫師與病人之間的互動模式、醫師的供給模式以及診療支付模式。
3. 部分負擔的額度足以影響被保險人的醫療需求行為：則視不同負擔的形式及其額度而定。

由以上所提之部分負擔的理論基礎可知，若要探討部份負擔的實施對醫療服務與費用上的影響，必須是建立在一個假說上：一切的醫療服務之使用(是否就醫及就醫次數)是由病人決定。

## 五、部分負擔制對消費者的影響

部分負擔制度對不同病症的消費者有不同的影響，主要取決於三個因素：(紀駿輝，1999)

1. 該病況的嚴重程度：病況越嚴重，則部分負擔對消費者財務的影響越小。而此所謂的「嚴重度」是很主觀的，由消費者本身決定，因此會因為人的特性(如忍受痛苦、不便之程度，及自我診治的能力等)而異。
2. 替代性療法：如果某些處置的部分負擔加重了，不過卻存在著其他可替代的處置，而這些處置的部分負擔或費用沒有增加，則會促使部分消費者會去使用這些「替代品」。

3. 所得或財富：部分負擔至對民眾造成的財務負擔並不平等。同樣是一次門診需要多付 100 元，對一個月收入 3 萬元和一個 10 萬元的人所造成的負擔是截然不同的。在這種情形下，部分負擔對低所得者在使用醫療服務的抑制作用，必然遠大於較高所得者。同時對於那些較不受部分負擔影響的病症及相關醫療服務的使用，必然也會對低所得者造成較大的財務負擔。

## 第五節 門診費用部份負擔

門診部份負擔：被保險人於健保特約醫院求診時，除了掛號費之外，尚須繳付下列費用：

### 一、基本部份負擔：(依各層級標準收費)

門診基本部分負擔費用依照各醫院層級來收取，健保開辦之初，僅分為兩級，即針對基層診所及地區醫院收取 50 元、區域醫院及醫學中心收取 100 元。直至 1997 年 5 月 1 日起，將醫學中心之部分負擔費用調整為 150 元，自 2002 年 9 月 1 日起，再次將醫學中心調高至 210 元，而區域醫院則調高至 140 元。(張嘉珍，2003)

表 2-3、門診基本部份負擔-覽表

	開始實施日期	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	備註	
一般門診	1995.3.1	80	80	50	50	見表 2-4	
	1995.4.1	未轉診	210	150	80		50
		轉診	80	80	50		
	1995.5.1	100	100	50	50		
	1997.5.1	150	100	50	50		
	2002.9.1	210	140	50	50		
急診	1995.3.1	420	210	150	150		
中醫	1995.3.1	50	50	50	50		
牙醫	1995.3.1	50	50	50	50		

資料來源：鄭文輝，2002；中央健保局網站，2004

表 2-4、1995 年 4 月實施之門診部分負擔

	一般門診		慢性病		特殊檢查(檢驗) 門診手術	急診
	未轉診	轉診	未轉診	轉診		
醫學中心	210	80	510	210	300	420
區域醫院	150	80	350	180	250	210
地區醫院	80	50	190	130	180	150
基層診所	50		110		110	150

資料來源：鄭文輝，2002

註：1.慢性病：

- (1) 現保險人指定之慢性病門診
- (2) 處方給藥 7 天以上
- (3) 醫療費用超過 1020 元以上

2.特殊檢查(驗)及門診手術項目由保險人列舉公告之。

3.牙科定額部分負擔比照基層院所及地區醫院(地區醫院層級以上)二級定額收取。

## 二、藥品部分負擔（醫療院所不分層級，均要收費）

根據健保局統計，我國每年浪費在藥物上高達十億元，其中最重要的原因是：醫生開立許多的藥讓病人服用，通常病人的藥還沒吃完時其病就痊癒了，則將剩餘的藥擱置或丟掉，無形中將造成一部分醫療資源的浪費。(陳脩文，1999)

藥品部分負擔乃藉「以價制量」的方法抑制藥品醫療資源的過度需求。當需求面實施藥品部分負擔後，隨著所領取的藥品價值愈高，民眾部分負擔金額愈大，在拿藥不再是免費的經濟反誘因下，病患將從就醫領取藥品的部分負擔中感受到財務壓力；而保險人透過「使用者付費」的機制，讓更多醫療消費者懂得珍惜健保資源。

1999年8月1日起，不分醫院層級，藥費超過100元開始加收20元部分負擔費用，而藥品部分負擔上限為100元。但自2001年7月1日起，調高藥品部分負擔上限至200元。

表 2-5、門診藥品部分負擔

類型	醫院層級	1999年8月1日		2001年7月1日	
		藥價	部分負擔	藥價	部分負擔
藥品部分負擔	院所不分層級	100元以下	0元	100元以下	0元
		101-200元	20元	101-200元	20元
		201-300元	40元	201-300元	40元
		301-400元	60元	301-400元	60元
		401-500元	80元	401-500元	80元
		501-600元	100元	501-600元	100元
		601-700元	100元	601-700元	120元
		701-800元	100元	701-800元	140元
		801-900元	100元	801-900元	160元
		901-1000元	100元	901-1000元	180元
	1001元以上	100元	1001元以上	200元	

資料來源：鄭文輝，2002；中央健保局網站，2004

註：保險對象有下列情形之一，免依規定自行負擔門診藥品費用：(1999年8月修訂)

1. 於山地離島地區醫院診所門診者
2. 持慢性病連續處方箋調劑(開藥28天以上)者
3. 接受牙醫醫療服務者
4. 接受全民健康保險醫療費用支付標準所訂論病計酬項目服務者
5. 六歲以下兒童就醫，採簡表申報者

### 三、復健治療部份負擔

自1999年8月1日起，被保險人至各層級醫院接受復健治療(含中醫傷科)同一療程(可做六次)，每次簡單或中度治療均收取門診部分負擔費用。同療程第一次應依各層級之基本部份負擔繳付；同療程第二次至第六次僅須繳納50元部分負擔即可(各層級均相同)。

表 2-6、復健治療(含中醫傷科)部份負擔

類型	醫療層級	部份負擔金額	
		同療程第一次 (即基本部份負擔)	同療程第二至第六次
復健治療 (含中醫傷科)	醫學中心	210 元	50
	區域醫院	140 元	50
	地區醫院	50 元	50
	基層診所	50 元	50

資料來源：鄭文輝，2002；中央健保局網站，2004

註：保險對象有下列情形之一，免依規定自行負擔門診復健(含中醫傷科)費用：(1999年8月修訂)

1. 於山地離島地區醫院診所接受治療者
2. 其診療項目為全民健康保險醫療費用支付標準所訂之中度治療-複雜(編號 42010A、42011B、42018C、42012C)及複雜治療(編號 42013A、42014B、42015C、42019C)

#### 四、檢驗部分負擔

自 2002 年 9 月 1 日起，原被保險人至區域醫院及醫學中心求診時，所做檢驗需要再負擔費用，超過 100 元者，開始加收 20 元部分負擔費用，部分負擔費用上限為 300 元。然而，衛生署已於 2003 年 12 月 1 日公告，自 2004 年 1 月 1 日起，正式取消在醫學中心及區域醫院實施之門診檢驗檢查部分負擔。(見表 2-7)

表 2-7、檢驗部分負擔

類型	醫院層級	2002 年 9 月 1 日		2004 年 1 月 1 日	
		檢驗費用	部分負擔	檢驗費用	部分負擔
檢驗部分負擔	醫學中心及區域醫院 需加收成本項費用	100 元以下	0 元	100 元以下	取消
		101- 200 元	20 元	101-200 元	
		201- 300 元	40 元	201-300 元	
		301- 400 元	60 元	301-400 元	
		401- 500 元	80 元	401-500 元	
		501- 600 元	100 元	501-600 元	
		601- 700 元	120 元	601-700 元	
		701- 800 元	140 元	701-800 元	
		801- 900 元	160 元	801-900 元	
		901-1000 元	180 元	901-1000 元	
		1001-1100 元	200 元	1001-1100 元	
		1101-1200 元	220 元	1101-1200 元	
		1201-1300 元	240 元	1201-1300 元	
		1301-1400 元	260 元	1301-1400 元	
		1401-1500 元	280 元	1401-1500 元	
1501 元以上	300 元	1501 元以上			

資料來源：中央健保局網站，2003、2004

## 五、高診次部分負擔

1999 年 8 月 1 日起實施門診高診次部分負擔制度，持健保 I 卡(第 49 次)以上就診者，加收 50 元部分負擔費用；持健保卡 AA 卡(第 157 次)以上就診者，加收 100 元部分負擔費用。但自 2000 年 1 月 1 日起，持健保卡 E 卡(第 25 次)以上就診者，即加收 50 元部分負擔費用；持健保卡 AA(第 157 次)以上就診者，仍維持加收 100 元部分負擔費用。而自 2001 年 7 月 1 日開始，65 歲以上者，放寬自健保卡 I 卡(第 49 次)起開始加收 50 部份負擔費用。直至 2003 年，因健保 IC 卡與紙卡並用，無法計算民眾就診次數，因而暫時取消高診次部分負擔制度。(張嘉珍，2003)

衛生署委託台大醫管所薛亞聖教授之研究發現，高利用部分負擔並無具體成效，建議取消。衛生署參採全民健保監理委員會對於全民健保門診部分負擔之政策建議，已於 2003 年 12 月 1 日公告，自 2004 年 1 月 1 日起，正式取消門診高利用部分負擔。

表 2-8、高診次部分負擔

實施日期	1999.8.1	2000.1.1	2001.7.1	2004.1.1
就醫次數	6 歲以下	6 歲以下	6 歲以下	取消
25 - 48 次	0 元	0 元	0 元	
49-156 次	0 元	0 元	0 元	
157 次以上	0 元	0 元	0 元	
就醫次數	7 - 64 歲	7 - 64 歲	7 - 64 歲	
25 - 48 次	0 元	50 元	50 元	
49-156 次	50 元	50 元	50 元	
157 次以上	100 元	100 元	100 元	
就醫次數	65 歲以上	65 歲以上	65 歲以上	
25 - 48 次	0 元	50 元	0 元	
49-156 次	50 元	50 元	50 元	
157 次以上	100 元	100 元	100 元	

資料來源：張嘉珍，2003；中央健保局網站，2004

註：保險對象有下列情形之一，免依規定自行負擔門診高利用者費用：(1999 年 8 月修訂)

1. 於山地離島地區醫院診所門診者
2. 持兒童健康手冊就診者

## 第六節 住院費用部份負擔

全民健保部分負擔是採用定率及定額部份負擔方式規劃，住院費用是以病房種類和住院日數訂定不同的部份負擔比率。因此住院天數越長，自行負擔比率愈高；而且慢性病房的負擔比率，要比急性病房低。這項規定的目的，是希望民眾生病住院後，經過醫院認為傷病已經治癒，或過了急性期，靜應該回家治療或轉住慢性病房。

住院部份負擔限額部分是為鼓勵民眾盡早治癒後出院及減少住院費用負擔，對於入住急性病房 30 日以下或慢性病房 180 日以下，所應自行負擔費用訂有最高限額，其金額自 2002 年 1 月 1 日起亦做調整：

A.同一疾病每次住院部份負擔上限為 24000 元。

B.同年住院部份負擔上限為 40000 元。

表 2-9、住院部份負擔-覽表

病房別	一般門診			
	5%	10%	20%	30%
急性病房	-	30 日內	31~61 日	61 日後
慢性病房	30 日內	31~90 日	91~180 日	181 日以後

資料來源：全民健保雙週刊，2004

## 第七節 差額負擔

### 一、差額負擔介紹

Philip 等人(1990)提出「差額負擔」(Balance billing)就是當病人就醫之費用超出保險單位所認定給付之最高額，此超過給付額之費用由被保險人自行負擔。也就是當醫師所訂的價格與保險公司所支付的價格有差距時，由病人負擔此額外費用。差額負擔與部份負擔不同在於差額負擔的費用是由醫師決定是否收取，差額之多寡也由醫師決定，不像部份負擔的比率是由保險單位來決定。

國家政策研究基金會(NPF，2002)認為差額負擔制度的實施目的包含以下三點：

- 1.就保險對象的立場而言，能滿足其選擇醫療品質的需求，並配合醫療科技的發展，讓病人有更多選擇的自主權。
- 2.對保險人而言，差額負擔是限制給付範圍，有控制醫療費用的機轉。
- 3.就醫事服務機構而言，可作為支付標準的調節，以反映醫院成本之差異，並產生價格競爭的機構，以提供高品質之醫療服務。

並建議應以漸進方式合理擴大差額部份負擔的使用範圍，應訂定優先順序，從爭議較小及較單純的項目先開放，如藥品、特材、部份論病例計酬項目，應以個案數多，診療模式單純一致，非急診個案為主；如自然分娩，白內障，裝置心律調節器，裝置義肢等均可。

### 二、台灣差額負擔的現況與相關法令規定

公勞保時代保險機構對差額負擔的態度一向是禁止，如果被查封，或申誡不聽，就解除的關係。由政府出面成立的保險公司，對統一的支付標準認為是必要的，如勞保甲乙丙表(韓宗志，2003)。相關法令如下：

## (一) 醫療法

醫療法中相關規定如下：

1. 第十七條：「醫療機構收取醫療費用之標準，由省(市)衛生主管機關核定之。但公立醫療機構之收費標準，由該管主管機關分別核定。」
2. 第十八條：「醫療機構收取醫療費用，應依病人要求，掣給收費明細表及收據，並應備置收費明細表供病人查閱。醫療機構不得違反收費標準，超額收費。」
3. 第七十六條：「違反第十八條第一項處二千元以上一萬元以下罰鍰，並得責令限期改善。但情節輕微者，得予警告處分。」

在勞保特約醫療醫院所合約書第九條規定，不得向被保險人收取費用，不得因病患的要求額外處方。二十六條規定違反第九條者，以書面通知糾正改善。因此，當時差額負擔仍只是契約的行為規範而已，出現了下列問題：

1. 醫師將支付制度變為診治病人的主要考量，而不以臨床需要程度來決定。
2. 「地下收費」心照不宣，差額負擔對醫療資源的消費者-病患而言，是在負擔固定的保險費用之外，再「多付」一些費用，自然希望得到更高品質的醫療照顧。病人常要求醫師給較好的藥，醫生在順應病人的要求，另外收取費用，只是未浮出台面。例如紅包、醫師指定費等。(周偉倪，2003)

## (二) 健保法

健保法中相關差額負擔規定如第 39 條：下列項目之費用不在本保險給付範圍：

1. 依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目。
2. 預防接種及其他由政府負擔費用之醫療服務項目。

3. 藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術。
4. 成藥、醫師指示用藥。
5. 指定醫師、特別護士及護理師。
6. 血液、但緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血，不在此限。
7. 人體試驗。
8. 日間住院。但精神病照護，不在此限。
9. 管灌飲食以外之膳食、病房費差額。
10. 病人交通、掛號、證明文件。
11. 義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具。
12. 其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。

除了上述條件可收取差額或自費費用外，其餘醫療項目，若向病患收去費用時，則會被以違反全民健保法招致健保局指正，其目的不外乎減少健保醫療資源的過度使用，並且有牽制保險對象使用醫療的浪費行為。在「全民健保法」第 33、34、35、36、37、39 條提到保險對象應自行負擔費用之規定。

### 三、差額負擔帶來的問題及醫療行為

無論差額負擔或部分負擔，對病人而言，都是出自個人口袋的金錢，都算是就依財務上的負擔，與所繳的保費都一樣是所得的一部份。而這兩種負擔方式都強調個人要有就醫的成本意識。就部分負擔的想法是抑制道德危害的不當需求。而就差額負擔而言，是品質的追求，也隱含了對醫療資源應當有效率運用。(周偉倪，2003)

## 第八節 國內外關於民眾自付醫療費用之研究與探討

### 一、國外關於民眾自付醫療費用之研究與文獻

以民眾自付醫療費用為主題的研究文獻，在國內外均非常缺乏。相關的文獻，多半在下列兩類的文獻中出現：

- (一) 國家衛生保健支出帳 (National Health Accounts)；及
- (二) 健康保險部分負擔 (health insurance cost sharing)。

但是，這兩類的文獻，其研究重點，均與本研究不同，所能供參考者很有限。然而，國家衛生保健支出帳雖未著力於本研究的重點—隱性部分負擔，但這當中比較值得參考的研究結果，是比較不同國家間其家戶自付醫療費用佔該國家總醫療保健費用之比率。

國家衛生保健支出帳，是近幾年來國際上，特別是 OECD 國家衛生經濟學研究的一項主要課題。研究重點在於計算一個國家的公、私部門合計的總醫療花費以及財源籌措來源。OECD 國家的醫療保健公正性之長期研究中也發現，絕大多數國家的自付醫療費用均呈現累退性(regressive)，對低所得者較不利。(Van Doorslaer et al.1999) 一個國家其醫療制度若包含越多的自付醫療費用，其醫療服務的財務負擔對低收入者愈重。(Stoddart & Barer et al 1998,Barer & Evans et al 1994,紀駿輝 1997) 盧瑞芬，蕭慶倫(2001)，比較 1997 年的資料時，發現台灣的該項數據為 34.5%，比起其他 OECD 國家來說屬偏高。在列入比較的 8 個其他 OECD 國家中，僅韓國(44.8%)和美國(50.9%)高於我國；多數國家均低於 20%。我國的民眾自付醫療費用比美國和韓國低是理所當然的：美國沒有全民健保制度；韓國雖

有全民健保制度，但其制度卻素以高部分負擔著稱（其大部分醫療服務之部分負擔為 50%）。

至於健康保險部分負擔的研究，絕大多數文獻均偏重在兩類：一為部分負擔對醫療服務使用及支出的影響；[Manning & Newhouse et al. 1987] 一為部分負擔如何降低福利損失(welfare loss)[Feldman & Dowd 1991]，這部分的文獻可供本研究參考的就更少了。

在探討部分負擔與福利損失的研究輿論辯中，有一理論對本計畫建構「隱性部分負擔」概念提供重要的理論基礎，也就是供給者誘發需求 (Supplier-Induced Demand, SID)理論。此理論強調，民眾就醫時，有相當大的一部份醫療使用其決策在於供給者，而非消費者。[Labelle & Stoddard et al. 1994, Rice 1992, Blomqvist 1991, Reinhardt 1985, Evans 1974]

在資訊不對稱的醫療市場裡，醫師藉著其在資訊上的優勢，影響病人對醫療服務的需求，以滿足醫師自身的利益，此即稱為是「供給者誘發需求」(Supplier-induced demand, SID)，也就是 Roemer(1960)所稱的「A built bed is a filled bed.」。在其他狀況皆相同下，醫師所提供給病人之服務，如果在病人具有同等之專業知識時能予以拒絕者，即為醫師誘發需求。

而國內學者藍忠孚也對「供給誘發需求」之行為提出不同的看法：

- 1.在「醫師創造需求」假說中，認為醫師具有醫療服務代理人的權威，便必定可以誘使病人增加需求，此論點似乎把醫師的權威過度膨脹了。
- 2.求醫行為中，初診是由病人或病人家屬決定，只有部分複診才是由醫師決定。

3.往往醫師人數的增加是病人求醫總次數增加情形而定，所以是醫師創造需求量或是需求量促使醫師數增加仍有爭議之處。(陳仁惠，1994)

一般而言，當地區醫師數增多時，病人交通時間與等候時間將會相對降低，這便可能促使病人醫療需求增加(Andersen,1976；Andersen & Aday,1978 Harris,1975)。

也就是說，當消費者決定要去就醫後，接下來所發生之醫療行為，多半是由醫師來決定，或影響消費者來決定。例如：要使用那種診斷措施及設備、要使用那種治療措施、要服用什麼藥及其量之多寡、需不需要作某種手術、需不需要住院、需不需要複診...等等，這些醫療「消費」，主要的決定權多在醫師。在這樣的情況下，除了初次就醫的決定多由消費者決定以外，絕大多數的醫療服務之使用，都是由醫師來決定，或指導消費者作決定的(Evans 1984, Evans 1974, 紀駿輝 1997)。

而本研究所定義的「隱性部分負擔」—主要由醫療供給者所決定的醫療服務之相關費用—之主要條件就是建立在供給者誘發需求的理論基礎上。而美國衛生經濟學界的主流(也是台灣衛生經濟學界的主流)之理論基礎的新古典經濟學派及其學者，卻多否定供給者誘發需求的存在[Pauly1994]。新古典經濟學派學者之所以否定供給者誘發需求，與其學術「基本信仰」有關。新古典經濟學派的最基本行為假設之一，乃是「消費者主權」(consumer sovereignty)；也就是只有消費者知道其福利與偏好(效用函數 utility function)，因而一切的消費行為(需求 demand)均由消費者做決定。因此，本研究所依賴的衛生經濟學理論，不是建立在主流的新古典學派，而是依據非主流，由 Sen 所主導(Sen 1977)，由 Culyer 及 Evans 加以發揚的「外福利經濟學」(extra-welfarism)之分析架構(Culyer 1989, Culyer

& Evans 1996, Hurley 2000, Evans 1983, Evans & Wolfson 1980)。在外福利經濟學的理论架構下，消費者不一定是唯一的決策者，特別是當市場資訊不對稱時，供給者對消費決策可以有相當程度的影響力。在這樣的架構下，「供給者誘發需求」是可能發生的。(紀俊輝，1997)

## 二、國內民眾自付醫療費用之研究與文獻

於現行全民健康保險體制下，民眾自付醫療費用的情況可依「全民健保給付與否」以及「醫療機構收取費用的合法性」分為下列兩大類：

### 1. 全民健保不給付者

非屬全民健康保險給付範圍內之醫療項目(全民健保法 39、41 )，醫療機構依法得向就醫民眾就該項目收取費用。包括特定手術、成藥、病房費差額、掛號費等。

### 2. 全民健保有給付者

這一部份可再分為醫療機構合法收取與非法收取兩部分：

- (1) 醫療機構合法收取者：在健保給付範圍內，民眾亦應自行負擔一定比率之門、急診及住院費用(健保法 33、35)，即所謂部分負擔制度。
- (2) 醫療機構非法收取者：包括健保給付但因該項目核退率高而事前向民眾收取，以及健保給付下醫療機構自立名目向被保險人收取者兩種情況。前者健保法第四十二條、第五十三條規定醫療機構應自行負責經審核而不為給付之項目，後者同法第五十八條禁止醫療機構在健保給付範圍內向民眾收取費用。

### 三、目前國內相關研究之研究方法及研究結果

保險對象醫療費用自付額之資料除部分負擔於全民健保申報資料中可取得，來源較正確可靠外，其餘全民健保不給付項目及醫療機構非法向民眾所收取之資料均難獲得較正確之估算值。目前有下列三種獲得資料之方式：(1) 主計處「國民醫療收支調查」(行政院主計處 2000)：資料收集頗為完整一致，但醫療支出並非其主要調查項目，缺乏更詳細之資料，且囿於回憶誤差，有低估醫療支出之現象；(2) 國民醫療保健支出調查；(石耀堂及葉金川等 1992, 1994；江東亮 1994) (3) 發放問卷：受限於樣本數及回憶期長短，誤差可能相當大。

目前國內對於保險對象自付醫療費用之研究包括，全民健保實施前，石耀堂及葉金川等人(1992)以衛生署於 1992 年 4 月至 6 月進行的「國民醫療保健支出調查」為資料，調查以全台灣地區現行住戶為母群體，共抽樣 5500 戶，採結構式問卷面訪調查。推算 1992 年台灣地區民眾自付醫療費用為 10,088 元，是全人口平均自付費用 6,340 元的 1.6 倍。謝啟瑞、陳肇男(1993)以 1989 年主計處舉辦之「老人狀況調查」為資料，觀察三個月，發現平均每位老人於就醫時自付 4,691 元的費用，有健康保險者自付 3,143 元，無保險者之支出則為 6,704 元，佔全數醫藥費用的 20% 30%。全民健保實施後之研究，盧瑞芬、蕭慶倫 (2001) 利用主計處「國民醫療收支調查」以及 13 組醫療保健支出之相關研究資料，經過檢測與調整，以直接推算法估出 1998 年民眾每人每年自付醫療費用為 6,902 元，佔所有醫療保健支出 34.5%。依衛生署之統計 (衛生署 2000)，我國在 1999 年的家庭醫療保健支出佔該年總醫療保健支出的 30.75%。李丞華和周穎政(2000)彙整分析國內全民健康保險費用明細及醫令明細的資料檔，以及國內衛生統計、醫療機構服務量調查、與國內其他統計年報，研究結果則顯示我國

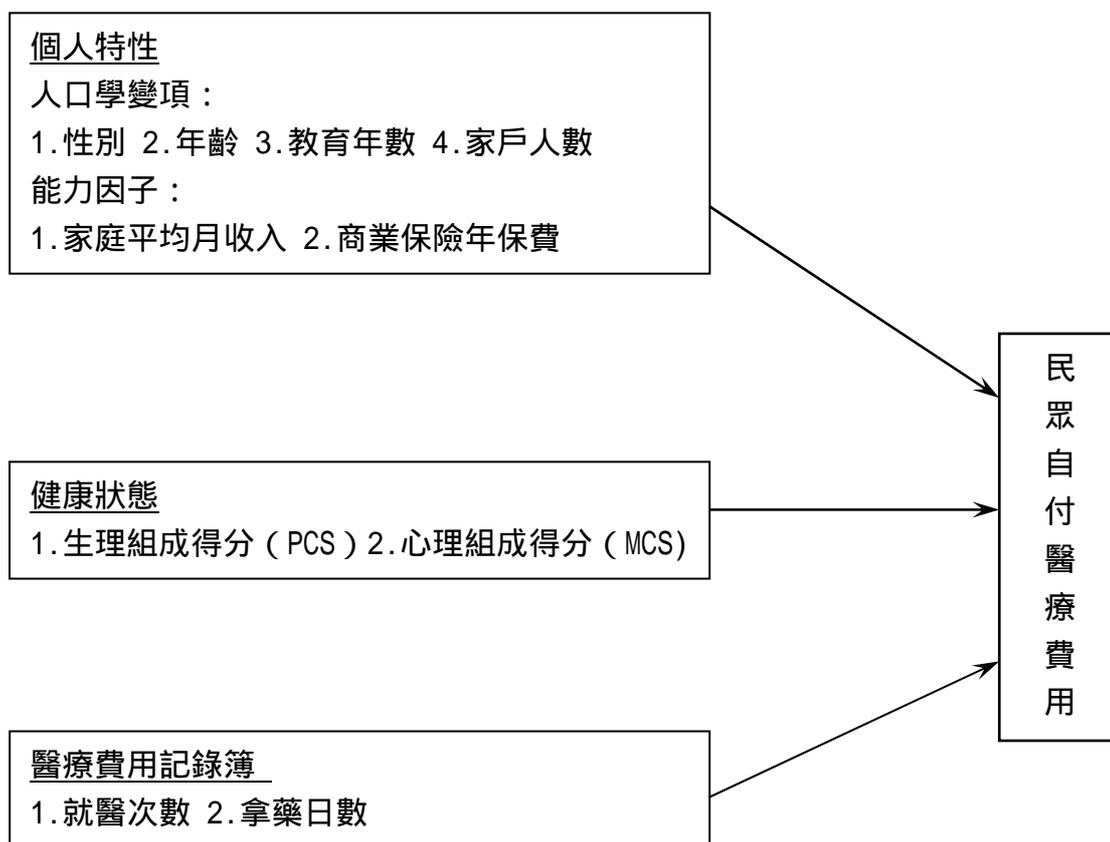
在 1998 年平均每人每年自付的醫療費用為美元 202 元，即新台幣 6,755 元 [1998 年新台幣對美元銀行間成交之收盤匯率為 33.44 (中央銀行網站，2004)]。白淑芬 (2002) 則以問卷進行癌症病患就醫自付費用資料之收集，樣本數 204 人，研究結果顯示癌症病患於 2001 年年平均自付醫療費用為 308,744 元。

至目前為止，尚未有國內研究獲取誤差較小且完整之民眾醫療費用自付額資料，以估算保險對象自付醫療費用之總額。醫療機構非法向民眾收取自付額之估算亦有其政策評估與改革上的重要性。

### 第三章 研究方法

#### 第一節 研究架構

本研究將影響民眾自付醫療費用的因素分為三大部份，個人特性、健康狀況以及醫療費用紀錄，探討十個變項影響民眾自付醫療費用的關係。此外，依據自付費用之登陸情形，進而分析平均每位保險對象之隱性部分負擔額、實質部分負擔額這兩個數值。



圖一 研究架構圖

## 第二節 研究設計

本研究設計同時採用二種方法：

### 方法一：樣本訪視調查 ( Face-to-face Interview )

本研究將以系統集束隨機抽樣方法，以戶為單位，在中央健保局中區分局轄區的四個縣市(台中市、台中縣、彰化縣及南投縣)居民中抽取 600 戶，對全戶人口作家戶訪問調查，以選取 1500 位保險對象，由訪視員進行兩次的結構性訪視來收集資料。詳細辦法請看下一節「資料來源」。

### 方法二：日記記錄 ( Diary Method )

因本研究所欲收集的民眾自行負擔醫療費用之項目非常繁雜，單依賴訪視調查所獲得的資料之可靠性低。為獲得較準確的資料，本研究將同時採行日記記錄方法，由樣本保險對象每次就醫(含自購藥品、民俗療法等全民健保不給付的醫療項目)時，記錄該次就醫所有醫療費用項目。詳細辦法請看下一節「資料來源」。

根據上述收集所得資料，本研究將民眾自付醫療費用粗略的區分為二類：

- (1) 主要由醫療供給者所決定的醫療服務之相關費用；及
- (2) 主要由民眾自願選擇並決定的醫療服務之相關費用。

其中第一類為本研究的重點，並將其定義為「隱性部分負擔」。藉著本研究，一方面瞭解隱性部分負擔的變動，同時也建立未來例行收集與分析隱性部分負擔資料的機制與方法。

### 第三節 資料來源

#### 一、研究對象

本研究對象為中央健保局中區分局轄區內四個縣市(台中市、台中縣、彰化縣、南投縣)之保險對象，經抽樣後所選取之樣本保險對象，本研究的對象不限年齡。但若遇不滿十八歲之受訪者時，訪員則不須問 SF-36 健康量表。

#### 二、樣本及抽樣

本研究母群體為中央健保局中區分局轄區內四縣市(台中市、台中縣、彰化縣、南投縣)之保險對象。為了取得研究所需之樣本保險對象，以集束抽樣 ( Cluster Sampling ) 等機率的方法對這四縣市的保險對象抽戶，再以戶內選樣方式抽取 1,500 位保險對象為研究樣本。這個樣本數的決定因素，在於研究經費及時間的限制。

抽樣過程採「機率隨樣本大小成比例 ( Probability proportionate to size; PPS )」，分三個階段進行。第一個階段以不分區的方式由四縣市中所屬的 68 個鄉、鎮、市、區中抽取 15 個鄉、鎮、市、區，先依累積戶數欄位，隨機抽選出第一個號碼所代表之地區，之後依等距抽樣(組距之計算以總累積戶數除以 15 得出)。第二個階段依戶數及人口數資料，以第一階段相同之方式，自中選的 15 個鄉、鎮、區當中各抽取 4 個村、里。第三階段則分別與 15 個中選的鄉、鎮、市、區所屬的戶政事務所聯繫，取得同意後，惠請戶政所以隨機抽樣方法自中選的村里中提供 50 戶之戶籍資料，此階段考慮戶政單位提供資料上的工作限制。本研究以戶內全查之方式進行調查訪問，訪員在訪查期間必須以戶政所提供之戶長姓名名冊依序訪問。如

遇樣本戶堅決不配合時，才可以繼續下一戶訪查，每個里訪查人數達 25 人即停止該里的訪問。抽樣結果之中選鄉、鎮、市、區及 60 個村、里（見附錄三）

### 三、研究工具及訪視內容

研究工具為研究者參與相關文獻並經過多次修正及指導後設計之結構式問卷，以及 SF36 健康量表。本研究之訪視方式為訪員親訪樣本戶兩次，訪視內容分為兩大部分：

#### (一)第一部份：

為問卷部分，在兩個月的開始前一天，由訪員親訪樣本戶保險對象，以訪問的方式用結構性的問卷收集保險對象的基本資料及個人健康狀態之衡量表(SF-36)等。

#### (二)第二部分：

為就醫紀錄簿，為指導樣本保險對象填寫結構性的每次就醫紀錄表，同時輔以兩個月期間的每日記錄，訪員也指導樣本保險對象如何填寫每次就醫紀錄表。每次就醫紀錄表依每次分列醫療利用類別、醫療利用之機構名稱、自付醫療費用之類別、以及自付醫療費用之金額等。如果受訪者在同一天就醫超過一次，則該天依就醫次數而填寫相當就醫次數的份數之紀錄表。例如某受訪者在同一天看西醫門診一次，牙醫門診一次，又自行到藥局買非處方藥一次，則該受訪者當天應填寫 3 張就醫記錄表。然後由訪員留下相當兩個月份的每次就醫紀錄表，由受訪者自行填答接下來兩個月的所有就醫資料，尤其包括自付金額及自行買藥的資料，這也是本研究的主要目的。兩個月後再由訪員回收日記，並檢查紀錄之完整與否。

結合訪視問卷資料及每次就醫紀錄表所得的資料，將為本研究所欲分析的最重要基本資料。

#### 四、SF-36 健康量表

本研究對於受訪者之生理健康及心理健康之測量乃藉由 SF-36 量表來獲取相關資料。此量表示目前世界上公認具有較高信度和效度的普遍性生活品質評價量表，亦廣為使用的健康評量表。

##### (一) 健康量表簡介

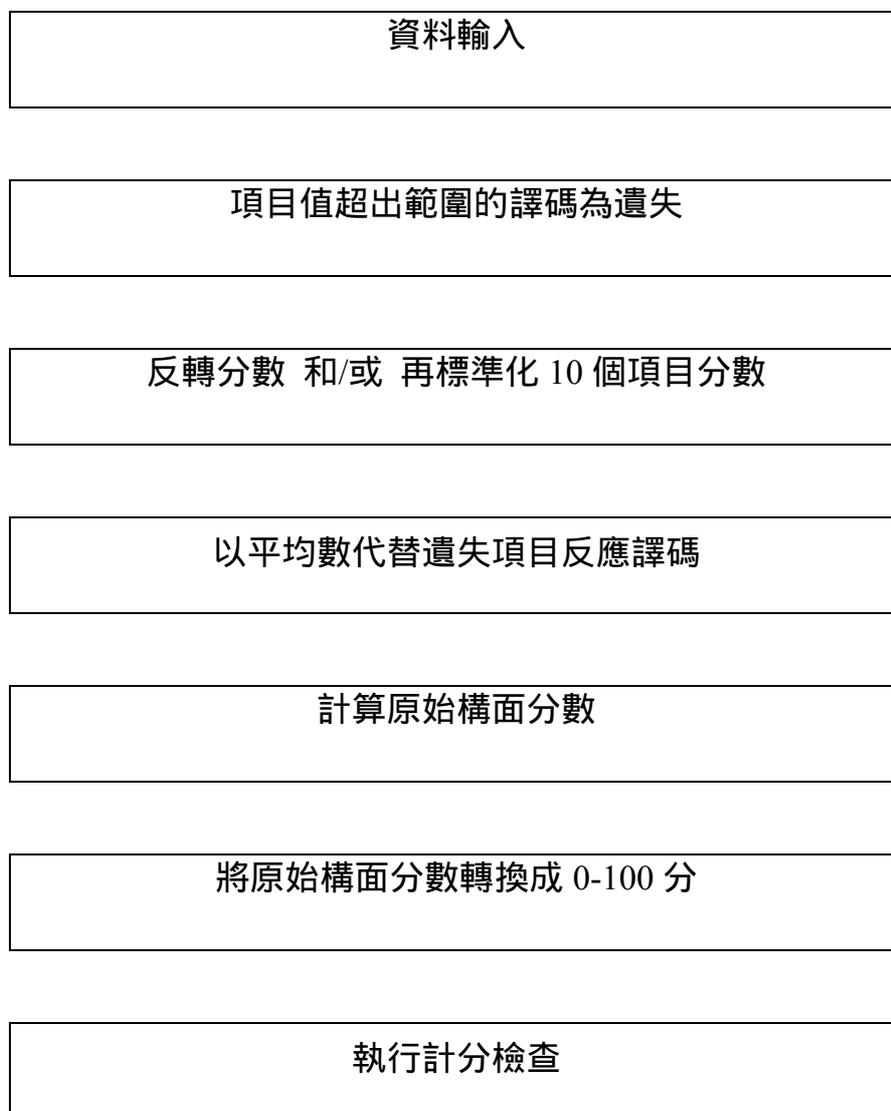
SF-36 主要測量八個面向(Ware JE, 1996)，而其八個面向又可分為兩大構面。八個面向分別為：生理功能(physical functioning, PF)、因身體健康問題所導致的角色扮演受限 (role-physical, RP)、身體疼痛 (bodily-pain, BP)、一般自覺健康 (general health, GH)，上述四個面向歸屬於生理構面 PCS 值；而下述四個面向則歸類於心理構面 MCS 值，分別為活力狀況 (vitality, VT)、社會功能 (social functioning, SF)、因情緒問題所導致的角色扮演受限 (role-emotional, RE)、心理健康 (mental health, MH)。

由於本研究對象不分年齡層，故若遇不滿十八歲之受訪者時，訪員則不須問此量表。

##### (二) SF-36 健康量表的分數計算 (見表 3-1、3-2、3-3)

分數計算係依據 SF-36 健康量表使用及說明手冊上的計分方式，計算各量表中題目與選項的分數。依手冊的說明而重新計分，此目的除了達到量表化的第一假設也就是「選項應為等距」。八個量表的計分經轉換後，分數範圍介於 0 到 100 分，0 分表示健康狀態最差，100 分表示健康狀態最佳。若每個健康量表中的題目，有一半以上的遺失值時，則這個健康量

表的計分視為遺失值。若每個健康量表中的題目未達一半的值遺失，則遺失值以沒有遺失值的題目取平均值代入。SF-36 計分流程如下圖所示：



資料來源：圖二 SF-36 計分流程  
( Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B, 1993 )

表 3-1、SF-36 各題目設計分數

題號(面向量表)	選項題號	得分值
1 ( GH )	1	5.0
	2	4.4
	3	3.4
	4	2.0
	5	1.0
3a~3j ( PF )	1	1
	2	2
	3	3
4a、 4b、 4c、 4d ( RP )	1	1
5a、 5b、 5c ( RE )	2	2
6 ( SF ) 11b、 11d ( GH )	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
7 ( BP )	1	6.0
	2	5.4
	3	4.2
	4	3.1
	5	2.2
	6	1.0
8 ( BP )	( 8 ) =1 且 ( 7 ) =1	6
	( 8 ) =1 且 ( 7 ) =2-6	5
	( 8 ) =2 且 ( 7 ) =1-6	4
	( 8 ) =3 且 ( 7 ) =1-6	3
	( 8 ) =4 且 ( 7 ) =1-6	2
	( 8 ) =5 且 ( 7 ) =1-6	1
	( 8 ) =1 且 ( 7 ) =無回答	6.0
	( 8 ) =2 且 ( 7 ) =無回答	4.75
	( 8 ) =2 且 ( 7 ) =無回答	3.5
	( 8 ) =4 且 ( 7 ) =無回答	2.25
	( 8 ) =5 且 ( 7 ) =無回答	1.0

資料來源：

SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide,2000；盧令儀，2000

表 3-1、SF-36 各題目設計分數 ( 續 )

題號(面向量表)	選項題號	得分值
9a、9e ( VT )	1	6
9d、9h ( MH )	2	5
	3	4
	4	3
	5	2
	6	1
9b、9c、9f ( MH )	1	1
9g、9i ( VT )	2	2
	3	3
	4	4
	5	5
	6	6
10( SF ) 11a、11c( GH )	1	1
	2	2
	3	3
	4	4
	5	5

資料來源：

SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide,2000；盧令儀，2000

表 3-2、八個面向量表題目、最高、最低分數及間距

面向量表	題目	最高分數	最低分數	間距
PF	3a ~ 3j	30	10	20
RP	4a ~ 4d	8	4	4
BP	7、8	12	2	10
GH	1、11a~11d	25	5	20
VT	9a、9e、9g、9i	24	4	20
SF	6、10	10	2	8
RE	5a ~ 5c	6	3	3
MH	9b、9c、9d、9f、9h	30	5	25

資料來源：

SF-36 Health Survey : Manual and Interpretation Guide,2000；盧令儀，2000

## 公式

$$\text{反轉分數} = \frac{\text{各面向量表實得總分} - \text{各面向量表最低可得分數}}{\text{各面向量表可得分的間距}} * 100$$

SF-36 健康量表之兩個綜合性的分數：整體生理功能量表(Physical component summary scales, PCS)和整體心理功能量表(Mental component summary scales, MCS) ，此分數為將 SF-36 健康量表之八個量表分數經標準化後，在將標準化後的各面向量表得分再乘以因素得分係數( factor score coefficients )對八個量表所擷取兩構面的標準化係數，加總後所得之分數，可概括區分生理和心理層面，分數轉換值對照表(如表 3-3)及換算公式如下：

表 3-3、各量表之平均值、標準差及因素得分係數

面向量表	平均值	標準差	因素得分係數	
			生理健康構面	心理健康構面
PF	89.6620	16.9567	0.42402	-0.2299
RP	78.9222	36.9851	0.35119	-0.12329
BP	80.6594	21.1692	0.31754	-0.09731
GH	64.7487	20.0000	0.24954	-0.01571
VT	64.1773	17.0808	0.02877	0.23534
SF	82.4139	18.7790	-0.00753	0.26876
RE	77.9337	37.9579	-0.19206	0.43407
MH	70.1020	15.3305	-0.22069	0.48581

資料來源：SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A Manual for Users ,2001。

## 公式

$$\text{標準化面向量表得分} = \frac{\text{各面向量表得分} - \text{各面向量表平均值}}{\text{各面向量表標準差}}$$

生理健康構面分數

$$= \sum (\text{各標準化次量表得分} * \text{各生理健康構面因素得分})$$

心理健康構面分數

$$= \sum (\text{各標準化次量表得分} * \text{各心理健康構面因素得分})$$

轉換生理組成分數 (PCS) = 50 + (生理健康構面分數\*10)

轉換心理組成分數 (MCS) = 50 + (心理健康構面分數\*10)

## 五、效度

本研究問卷之效度係採用專家效度，參閱相關文獻評估工具，在擬定問卷初稿之後，請具有公共衛生及健康保險相關研究背景的專家及實務工作者協助進行內容效度的評估、提供類似於建構效度的評估意見，並依專家指示及建議多次修訂問卷內容，再進行問卷的發放與資料收集。

## 六、訪員訓練

本研究資料收集期間為 2004 年 2 月初至 4 月初（不含農曆春節）為止，共計兩個月的工作期。為使訪查過程可達一致性，故由一位訪員獨立完成兩次家戶問卷訪查。訪員背景除一名職業藥師及三位健保局同仁外，其餘皆為醫學院及公衛學院在學學生。受訪對象若是小孩或失能者，則由戶長或該樣本戶內的成人對象代答。

## 第四節 變項說明及統計分析

依本研究目的(探討影響民眾自付醫療費用之因素)與研究架構，將資料詳細內容與定義如下：

表 3-4、各變項說明

變數	說明	性質
性別	性別為男或女	N
年齡	民國 93 年減去出生年	C
教育年數	正式學校教育年數	C
家戶人數	居住同一地址之直系家人	C
有無商業保險	有或無參與任何健康保險或人壽險的附加醫療險	N
保費	每年商業健保附加險之保費	C
月收入	家戶平均月收入未超過一萬、一至三萬、三至五萬、超過五萬	N
PCS	生理健康構面得分	C
MCS	心理健康構面得分	C
就醫次數	受訪者於 2004 年 1 月至 3 月間，總就醫總次數	C
拿藥日數	受訪者於 2004 年 1 月至 3 月間，門診總拿藥日數	C
自付費用	受訪者於 2004 年 1 月至 3 月間，總自付醫療之費用	C

C：連續變項      N：類別變項

所有資料取得後，先加以整理、檢視、譯碼鍵入電腦後，再以 SPSS 10.0 中文版統計套裝軟體進行統計分析。

### 一、描述性統計

對受訪者基本資料之描述，包含性別、年齡、教育年數、家戶人數、有無商業保險及其保費、家戶平均月收入、拿藥日數、就醫次數與就醫縣市等，以個數及百分比呈現。

對年齡、家中人數、教育年數、就醫次數、商業保險年保費、及自付費用等連續變項，計算其平均數與標準差。

將所有案件中醫療利用，如：西醫門診次數、中醫門診次數、牙醫門診次數、西醫住院次數、檢驗所、西藥局、中藥局、醫療器材行、非傳統方式購中西藥與其他傳統、民俗、宗教或非主流醫療措施等，計算其平均數、標準差與最大值、最小值。同時將所有案件中自付醫療費用，如：西醫門診費用、中醫門診費用、牙醫門診費用、西醫住院費用、醫療器材費用、檢驗局、西藥局、中藥局、非傳統方式購中西藥與其他傳統、民俗、宗教或非主流醫療措施之費用也計算其平均數、標準差與最大值、最小值。

## 二、t-test 檢定與 ANOVA 檢定

檢定本研究中連續性變項（如：年齡、自付費用、家戶人數、教育年數、保費、PCS 得分值、MCS 得分值、拿藥日數、就醫次數）於不同類別（群組：性別、有無商業保險、月收入）之平均值是否一致。倘若群組分為兩組則採用 t-test 進行統計檢定，若群組為兩群以上則使用單因子變異數分析( One Way A NOVA )進行統計檢定。

## 三、迴歸分析

本研究之迴歸分析部分，將受訪者填答之自付醫療費用為依變項 ( dependent variable )，自變項( independent variable )則包含受訪者之年齡、性別、家戶人數、教育年數、保費、月收入、等個人特性相關變項，與就醫次數、與拿藥日數等醫療利用情形之相關變項，以及生理組成分數 ( PCS )、心理組成分數 ( MCS ) 等健康狀態的指標。

## 第五節 自付費用分析方法

### 一、民眾自付醫療費用的分析架構

本研究中所欲分析的重點—民眾自付醫療費用(不包含住院部分，只討論門診部分)，是根據以下的分析架構。首先，民眾的所有自付的醫療費用  $E$ ，是由 3 個部分所組成：

- (1) 全民健保之法定部分負擔  $C_E$  (顯性的部分負擔),
- (2) 隱性的部分負擔  $C_I$ ，以及
- (3) 其他自願性的醫療相關費用  $V$

這些所有自付醫療費用  $E_O$  可以下列公式 1 表示：

$$E_O = C_E + C_I + V \quad [\text{公式 1}]$$

隱性的部分負擔  $C_I$  可以由以下的公式 2 表示：

$$C_I = R + NC_F \quad [\text{公式 2}]$$

其中，

$R$  = 醫療院所之掛號費

$NC_F$  = 全民健保有給付的醫療項目，但被醫療供給者以「健保不給付」為理由而收取的費用

其他自願性的醫療相關費用  $V$  可以由以下的公式 3 表示：

$$V = NC_T + OTC + Amed + UC + X_j \quad [\text{公式 3}]$$

其中，

$NC_T$  = 全民健保不給付的醫療項目之費用

$OTC$  = 民眾購買非處方藥之費用，但不含非治療相關之維生素及補品

$AMed$  = 民眾使用西醫及中醫以外之傳統醫學的服務及藥品\或器材所付費用

$UC$  = 民眾使用未與中央健保局契約之醫療院所之醫療服務所付之費用

$X_i$  = 其他與醫療相關之直接費用(direct costs)

另外，

民眾自付醫療費用項目，除上述分析之所有項目外，尚有「商業健保附加險之保費 ( $P_{SI}$ )」，由於此費用住院部分使用居多，門診部分較少利用，故本研究將「商業健保附加險之保費 ( $P_{SI}$ )」此項予以單獨討論。

## 二、綜合分析

綜合前述分析結果，我們可以算出每一保險對象在兩個月期間的所有自付醫療費用  $E$ ，以及其中所包含的法定部分負擔  $C_E$  和隱性部分負擔  $C_I$ 。

就本研究目的而言，最重要的分析在於隱性的部分負擔  $C_I$ 。藉著前述分析結果，我們可以求得平均每位保險對象之隱性部分負擔額  $P_{CI}$ ，以及平均每位保險對象之法定部分負擔額  $P_{CE}$ 。這兩項數值可以下列公式 4 及公式 5 計算：

$$P_{CI} = \frac{\sum_{j=1}^n C_{I_j}}{n} \quad \text{[公式 4]}$$

$$P_{CE} = \frac{\sum_{j=1}^n C_{E_j}}{n} \quad \text{[公式 5]}$$

其中，

$n$  = 總樣本保險對象人數

$j$  = 標示每一位樣本保險對象值

最後，我們可由公式 6 求得平均每位保險對象實質部分負擔金額  $P_C$ ：

$$P_C = P_{CI} + P_{CE} \quad \text{[公式 6]}$$

由此分析中所得之平均每位保險對象之隱性部分負擔額  $P_{CI}$ 、實質部分負擔額  $P_C$ ，這兩個數值，可以瞭解民眾在醫療服務上的財務負擔。

## 第四章 結果

本研究共發出 1500 份問卷,第一部份(個人基本資料)回收份數為 1062 份,回收率為 70.8%。第二部分(就醫日誌)回收份數為 823 份,回收率為 54.9%,在這兩個月的工作期間,共 32.2% 民眾有去就醫。以下將逐步介紹分析結果。

### 第一節 描述性統計資料

描述性統計資料為表 4-1 至表 4-9 等九個表格,其內容包括基個人特性、健康狀態及就醫紀錄等。

#### 一、個人特性

由表 4-1 及表 4-2 可知,受訪者男性佔 49.5%與女性相當(49.4%)。平均年齡為 38.56 歲,其中以 18-35 歲的人最多(28.1%),36-50 歲的人次之(27.3%)。平均家戶人數為 4.47 人,超過六成以上為 4-6 人居多。在教育程度方面,平均教育年數為 9.91 年,以 10-12 年相當於高中職的人數最多(30.8%),而 0-6 年相當於國小的人次之(27.0%)。有參與商業保險的人佔 53.8%較沒有參與商業保險(39.7%)的人為多。商業健保附加險之年保費平均為 34,075.12 元,且年保費在一萬元以下最多佔 24.9%,三萬元以上次之佔 21.9%。月收入以超過五萬元最多(佔 33%),三至五萬間居次佔 27.4%。

表 4-1、個人特性之基本描述性統計

變項名稱	個數	平均數	標準差
年齡	1052	38.56	19.66
家戶人數	1033	4.47	1.97
教育年數	1000	9.91	4.86
商業健保附加險之年保費	451	34075.12	44191.74

表 4-2、個人特性各變項之分佈情形

變項名稱	人數	百分比(%)
性別		
男	526	49.5
女	525	49.4
遺失值(Missing)	11	1.0
年齡		
17 歲以下	171	16.1
18~35 歲	298	28.1
36~50 歲	290	27.3
51~65 歲	194	18.3
66 歲以上	99	9.3
遺失值(Missing)	10	0.9
教育年數		
6 年以下	287	27.0
7~9 年	144	13.6
10~12 年	327	30.8
13~16 年	197	18.5
17 年以上	45	4.2
遺失值(Missing)	62	5.8
家戶人數		
1~3 人	262	24.6
4~6 人	680	64.0
7 人以上	91	8.6
遺失值(Missing)	29	2.7
有無參加商業保險		
有	571	53.8
無	422	39.7
遺失值(Missing)	69	6.5
年保費		
一萬元以下	142	24.9
一萬~兩萬元	104	18.2
兩萬~三萬元	80	14.0
三萬元以上	125	21.9
遺失值(Missing)	120	21.0

表 4-2、個人特性各變項之分佈情形(續)

變項名稱	人數	百分比(%)
月收入		
未超過一萬	40	3.8
一 ~ 三萬	267	25.1
三 ~ 五萬	291	27.4
超過五萬	350	33.0
遺失值(Missing)	114	10.7

## 二、健康狀態

從表 4-3 我們可以看到，八個構面的平均分數範圍在 64.17 分至 89.68 分，其中以「身體功能」構面的分數最高，「活力」構面的分數最低。

表 4-4 為整體 SF-36 健康量表的信度及量表間的相關程度，發現身體功能、角色身體、疼痛及一般健康的分數和 PCS 較相關( $r$  分別為 0.82, 0.77, 0.74, 0.62)，和 MCS 相關性較低( $r$  分別為 0.11, 0.31, 0.31, 0.50)；而活力狀態、社會功能、角色情緒及心理健康的分數則是和 MCS 較相關( $r$  分別為 0.75, 0.61, 0.71, 0.85)，和 PCS 相關性較低( $r$  分別為 0.41, 0.51, 0.28, 0.18)。而八個構面的 Cronbach's  $\alpha$  值為 0.84 屬於高信度係數，且高於 Nunnally 所設定 0.7 的標準，表示此健康量表在回答時都能達到相當水準的信度。

另外，在做單因子變異數分析及多變項迴歸分析時，要去比較及解釋 SF-36 的八個構面分數是非常困難的，因此我們以生理組成分數 (PCS) 及心理組成分數 (MCS) 來作為健康狀態的指標。

表 4-3、受訪者健康狀態

健康狀態	個數	平均分數	標準差	最小值	最大值
PF	783	89.68	16.96	0.00	100.00
RP	783	78.93	37.01	0.00	100.00
BP	783	80.63	21.17	0.00	100.00
GH	783	64.72	20.00	5.00	100.00
VT	783	64.17	17.09	0.00	100.00
SF	783	82.39	18.78	0.00	100.00
RE	783	77.91	37.98	0.00	100.00
MH	783	70.07	15.31	12.00	100.00
PCS	783	50.00	9.19	7.45	65.38
MCS	783	49.98	9.57	17.59	73.83

註 1： PF=身體功能、RP=角色身體、BP=疼痛、GH=一般健康  
 VT=活力狀態、SF=社會功能、 RE=角色情緒、MH=心理健康  
 PCS=生理組成分數、MCS=心理組成分數

註 2：

- (1) RP (角色身體)：因身體健康問題所導致的角色扮演受限( role-physical )
- (2) RE (角色情緒)：因情緒問題所導致的角色扮演受限 ( role-emotional )

表 4-4 、 SF-36 健康量表的信度及量表間的相關程度

量表	各量表間的相關								
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS
PF									
RP	0.577								
BP	0.511	0.623							
GH	0.492	0.513	0.612						
VT	0.439	0.512	0.563	0.671					
SF	0.492	0.582	0.676	0.553	0.599				
RE	0.446	0.623	0.484	0.343	0.464	0.549			
MH	0.300	0.393	0.489	0.558	0.723	0.601	0.426		
PCS	0.804	0.799	0.776	0.726	0.533	0.581	0.372	0.309	
MCS	0.251	0.452	0.480	0.476	0.729	0.703	0.779	0.836	0.230

註 1：信度及量表間的相關程度：不含遺漏值，按成對方式排除。

註 2：Reliability Coefficients 8 items ; Cronbach's  $\alpha = 0.8355$

### 三、就醫紀錄

由表 4-5、4-6 可知，在這兩個月的工作期間，共有 265 位民眾有去就醫(就醫比率為 32.2%)，平均就醫次數為 2.68 次，就醫一次的人最多佔 45.3%，就醫兩次次之(20.8%)，另外也有 14%的民眾就醫五次以上。平均拿藥日數為 15.52 日，拿藥日數以 14 日以下最多(69.7%)，平均自付費用為 951.16 元(不含保險費)。而表 4-7 也顯示就醫縣市的分佈情形，以彰化縣居冠共 251 次(35.2%)，台中市以 190 次(26.6%)居次。

兩個月間發生之醫療利用分佈情形，如表 4-8，以西醫門診次數最高，平均 2.53 次；中醫門診次之，平均 2.08 次。牙醫門診平均 1.86 次，西醫住院平均 1.4 次，而至西藥局(包括如康是美、屈臣士等連鎖店)平均購藥 1.11 次；中藥局平均購藥 1.5 次；非傳統方式購中西藥(如：透過網路或電話郵購藥品，或托人到國外購藥等)平均 1.1 次；其他傳統、民俗、宗教或非主流醫療措施(如雷射、推拿、蜂針、電療、水療等)平均 3.1 次。

由表 4-9 自付醫療費用分佈情形來看，以西醫住院費用最高，平均 18,466.67 元，牙醫門診費用居次，平均 2,142.86 元，西醫門診平均費用 425.56 元；中醫門診平均費用 225.41 元；至西藥局購藥平均花費 674.87 元；至中藥局平均 459.38 元；非傳統方式購中西藥平均 1,952 元；其他傳統、民俗、宗教或非主流醫療措施平均 900 元。

表 4-5、就醫紀錄之基本描述性統計 (duration : 2 month)

變項名稱	個數	平均數	標準差
就醫次數	265	2.68	4.07
拿藥日數	264	15.52	21.25
自付費用	260	951.16	3045.29

表 4-6、就醫各變項之分佈情形 (duration : 2 month)

變項名稱	人數	百分比(%)
就醫次數		
1 次	120	45.3
2 次	55	20.8
3 次	37	14.0
4 次	15	5.7
5 次以上	38	14.3
拿藥日數		
14 天以下	184	69.7
15~30 天	43	16.3
31~45 天	14	5.3
46~60 天	8	3.0
61 天以上	15	5.7
遺失值(Missing)	1	0.0

表 4-7、就醫縣市分佈情形 (duration : 2 month)

就醫縣市	次數	百分比%
台中市	190	26.6
台中縣	141	19.8
彰化縣	251	35.2
南投縣	82	11.5
其他	20	2.8
遺漏值(Missing)	29	4.1

表 4-8、醫療利用分佈情形 (duration : 2 month)

變項名稱	人數	平均次數	標準差	最小值	最大值
西醫門診次數	195	2.53	4.19	1	56
中醫門診次數	37	2.08	1.82	1	7
牙醫門診次數	21	1.86	1.98	1	10
西醫住院次數	5	1.40	0.55	1	2
醫療器材行	0	0	0	0	0
檢驗所	0	0	0	0	0
西藥局	38	1.11	0.51	1	4
中藥局	8	1.50	1.41	1	5
非傳統方式購中西藥	10	1.10	0.32	1	2
其他傳統、民俗、宗教 或非主流醫療措施	10	3.10	0.88	1	4

表 4-9、自付醫療費用分佈情形 (duration : 2 month)

變項名稱	人數	平均費用	標準差	最小值	最大值
西醫門診費用	190 <sup>a</sup>	425.56	502.03	0	4360
中醫門診費用	37	225.41	207.33	50	780
牙醫門診費用	21	2142.86	7725.63	0	35100
西醫住院費用	3 <sup>b</sup>	18466.67	3557.15	14400	21000
醫療器材費用	0	0	0	0	0
檢驗局	0	0	0	0	0
西藥局	38	674.87	763.84	30	3000
中藥局	8	459.38	435.06	25	1200
非傳統方式購中西藥	10	1952	1310.83	50	4000
其他傳統、民俗、教 或非主流醫療措施	10	900	1211.06	100	4000

註 a : 遺漏值為 5 ; 註 b : 遺漏值為 2

## 第二節 t-test 檢定與 ANOVA 檢定

本研究利用獨立樣本 T 檢定來看是否不同性別和其他連續變項（如：年齡、自付費用、家戶人數、教育年數、商業健保附加險之年保費、PCS 得分值、MCS 得分值、拿藥日數、就醫次數）有所差異(表 4-10)，結果發現不同性別在自付費用、家戶人數、商業健保附加險之年保費、就醫次數、教育年數並沒有什麼差別；但是在年齡、拿藥日數、生理組成分數(PCS)、心理組成分數(MCS)等變項卻有顯著的差異。男性平均就醫次數 2.29 次較女性(3.06 次)少，這和 Wallen al. (1980) 的實證結果是一樣的；但平均拿藥日數 10.06 日卻較女性(6.94 日)多，男性拿藥日數多、藥品費用自然就會比女性高，這也和洪明皇(2001)的實證結果一致。

同樣利用獨立樣本 T 檢定來看是否有無保險和其他連續變項（如：年齡、自付費用、家戶人數、教育年數、PCS 得分值、MCS 得分值、拿藥日數、就醫次數）有所差異(表 4-11)，結果發現有無保險在年齡、教育年數、家戶人數、生理組成分數(PCS)等有顯著差異。在拿藥日數、就醫次數、自付費用、心理組成分數(MCS)等變項並沒有什麼差別。

表 4-10、比較不同性別在個人特性、就醫紀錄及健康狀態整體分數之關係

	男			女			p-value <sup>a</sup>
	個數	平均數	標準差	個數	平均數	標準差	
年齡	522	39.83	21.10	522	37.42	19.14	0.047
教育年數	501	10.09	4.68	491	9.73	5.06	0.248
直系家人	513	4.36	1.98	511	4.56	1.96	0.103
年保費	220	33425.45	39556.74	227	35063.85	48608.32	0.697
拿藥日數	108	10.06	10.68	129	6.94	7.15	0.008
就醫次數	122	2.29	1.84	140	3.06	5.30	0.125
自付費用	119	895.00	2234.55	138	1013.24	3580.79	0.758
PCS	394	50.70	8.50	384	49.25	9.83	0.028
MCS	394	51.13	8.98	384	48.85	10.04	0.001

註 a：t-test 之 p 值

表 4-11、比較有無商業保險在個人特性、就醫紀錄及健康狀態整體分數之關係

	有			無			p-value <sup>a</sup>
	個數	平均數	標準差	個數	平均數	標準差	
年齡	569	35.71	17.13	418	43.76	21.37	0.000
教育年數	541	10.46	4.75	399	9.22	4.87	0.000
直系家人	563	4.61	1.88	414	4.21	2.05	0.002
拿藥日數	145	7.46	8.67	81	9.64	9.46	0.080
就醫次數	154	2.50	2.26	95	3.02	6.12	0.339
自付費用	151	923.23	3426.49	93	995.65	2602.72	0.861
PCS	414	51.06	7.87	327	48.86	10.36	0.001
MCS	414	49.73	9.79	327	50.58	9.29	0.230

註 a：t-test 之 p 值

上表 4-10 以及表 4-11 為獨立樣本 T 檢定之分析結果，而表 4-12 為描述單因子變異數分析的結果，內容包括了月收入與個人特性、就醫紀錄及健康狀態整體分數之關係，以及表 4-15 所呈現的為健康狀態整體分數在個人特性與就醫紀錄的關係。

## 一、月收入與個人特性、就醫紀錄及健康狀態整體分數之關係

表 4-12 為月收入與個人特性、就醫紀錄及健康狀態整體分數的關係，發現收入與家戶人數、自付費用、拿藥日數、就醫次數及心理組成分數(MCS)無顯著關係外，與其餘的變項(如：年齡、教育年數、生理組成分數(PCS)及商業健保附加險之年保費)都有關係。另一方面，發現隨著收入愈高、平均年齡愈低，收入超過五萬元以上的平均年齡為 36.96 歲。相對的隨著收入愈高、平均教育年數也愈高，收入在五萬元以上的平均教育年數為 11.14 年。收入在一至三萬的人，商業健保附加險之年保費最低(20,880.02 元)。收入也與生理組成分數(PCS)成有相關，收入月高、生理組成分數愈高，最高有 50.07 分。

表 4-12、月收入與個人特性、就醫紀錄及健康狀態整體分數之關係

變項名稱	個數	平均數	標準差	F 值	P 值
年齡				5.038**	0.002
< 1 萬	39	41.23	24.17		
1-3 萬	265	42.93	20.50		
3-5 萬	288	38.59	18.98		
> 5 萬	348	36.96	18.32		
教育年數				14.957**	0.000
< 1 萬	39	6.69	5.54		
1-3 萬	237	9.21	4.88		
3-5 萬	277	9.79	4.53		
> 5 萬	344	11.14	4.87		
家戶人數				1.205	0.307
< 1 萬	40	3.93	2.43		
1-3 萬	259	4.47	2.13		
3-5 萬	288	4.47	1.84		
> 5 萬	345	4.33	1.84		

\* P<0.05    \*\* P<0.01

表 4-12、月收入個人特性、就醫紀錄及健康狀態整體分數之關係 (續)

變項名稱	個數	平均數	標準差	F 值	P 值
年保費				5.967**	0.001
< 1 萬	7	24639.86	18936.54		
1-3 萬	64	20880.02	29018.46		
3-5 萬	129	29437.19	36906.08		
> 5 萬	195	45013.76	54499.12		
PCS				2.771*	0.041
< 1 萬	29	47.04	11.00		
1-3 萬	213	48.94	10.36		
3-5 萬	216	49.93	9.11		
> 5 萬	262	50.89	7.63		
MCS				0.317	0.813
< 1 萬	29	48.84	10.27		
1-3 萬	213	49.38	9.46		
3-5 萬	216	49.95	10.09		
> 5 萬	262	50.07	9.16		
拿藥日數				0.738	0.530
< 1 萬	10	11.30	10.25		
1-3 萬	54	9.31	9.33		
3-5 萬	61	7.56	8.31		
> 5 萬	89	8.02	9.44		
就醫次數				0.049	0.985
< 1 萬	10	2.60	1.26		
1-3 萬	63	2.70	7.30		
3-5 萬	64	2.95	2.16		
> 5 萬	102	2.75	2.62		
自付費用				0.346	0.792
< 1 萬	10	520.00	434.84		
1-3 萬	61	730.74	2615.93		
3-5 萬	64	1205.31	3172.09		
> 5 萬	99	1117.65	3685.50		

\* P<0.05    \*\* P<0.01

## 二、健康狀態整體分數在個人特性與就醫紀錄的關係

為了簡化分析及傳達重要訊息，所以在表 4-13 中僅僅只有列出生理組成分數 (PCS) 及心理組成分數 (MCS)，並沒有出現 SF-36 健康量表等八個構面的分數。

PCS 會受到性別、年齡、教育年數、月收入、家戶人數、有無商業保險及拿藥日數的影響，我們發現男性的 PCS 得分高於女性 (50.70 分 vs. 49.25 分)；隨著年齡越高，PCS 得分越低；相對的隨著家戶每月平均收入月高，PCS 得分就越高。教育年數以 13-16 年的 PCS 得分最高 (52.20 分)；而有無商業保險在 PCS 的得分 (51.06 vs. 48.86) 有參與商業保險者得分較高；另外拿藥日數以小於 14 天者，PCS 得分最高 (48.53 分)。

MCS 卻只受性別的影響，研究發現男性的 MCS 得分高於女性 (51.13 分 vs. 48.75 分)。MCS 與年齡、教育程度年數、家戶人數、家戶平均月收入、有無商業保險、商業健保附加險之年保費、拿藥日數及就醫次數皆無顯著關係。

表 4-13、健康狀態整體分數在個人特性、就醫紀錄之關係

	個數	PCS				MCS			
		平均數	標準差	F 值	P 值	平均數	標準差	F 值	P 值
性別				7.36**	<0.01			4.96*	0.03
男	394	50.70	8.50			51.13	8.98		
女	384	49.25	9.83			48.85	10.04		
年齡									
18-35	255	53.72	5.60	65.05**	0.00	48.84	9.21	1.72	0.14
36-50	259	51.46	7.26			49.98	10.08		
51-65	173	48.13	9.14			50.77	8.61		
> 65	88	38.38	12.30			51.45	10.77		
教育年數				22.17**	0.00			0.44	0.78
0- 6	167	44.83	11.80			50.22	9.71		
7- 9	93	51.90	7.32			51.13	9.94		
10-12	268	51.57	7.61			49.76	9.31		
13-16	176	52.20	6.78			49.70	9.59		
> 17	38	51.49	5.89			49.78	9.39		
家戶人數				3.29*	0.04			1.88	0.15
1-3	216	48.65	10.26			50.50	9.62		
4-6	487	50.55	8.64			49.49	9.47		
> 7	65	50.46	9.46			51.59	10.03		
月收入									
< 1 萬	29	47.04	11.00	2.77*	0.04	48.84	10.27	0.32	0.81
1-3 萬	213	48.94	10.36			49.38	9.46		
3-5 萬	216	49.93	9.11			49.95	10.09		
> 5 萬	262	50.89	7.64			50.07	9.16		
有無商業保險				21.83**	0.00			1.11	0.29
有	414	51.06	7.87			49.73	9.79		
無	327	48.86	10.36			50.58	9.29		

註：F 值是假設在變異數相等的情況下求得； \* P<0.05 \*\* P<0.01

表 4-13、健康狀態整體分數在個人特性、就醫紀錄之關係 (續)

	個數	PCS			MCS				
		平均數	標準差	F 值	P 值	平均數	標準差	F 值	P 值
年保費				0.11	0.95			0.37	0.77
< 1 萬	94	51.52	8.86			50.23	8.83		
1-2 萬	69	51.65	6.89			50.00	10.61		
2-3 萬	71	51.29	7.44			49.23	11.43		
> 3 萬	105	51.04	6.68			48.87	9.95		
拿藥日數				3.46**	<0.01			0.55	0.70
< 14	125	48.53	10.28			48.41	10.08		
15-30	29	45.99	8.95			45.78	9.17		
31-45	11	40.27	10.73			49.59	10.25		
46-60	8	47.71	8.27			50.08	12.35		
> 61	14	39.90	15.59			48.73	11.65		
就醫次數				1.95	0.11			0.46	0.76
1	87	49.15	8.96			48.97	10.21		
2	40	45.75	12.10			48.66	10.34		
3	28	45.89	9.93			46.96	10.30		
4	10	41.96	12.67			46.02	11.48		
>5	23	44.60	13.68			46.87	8.77		

註：F 值是假設在變異數相等的情況下求得； \* P<0.05 \*\* P<0.01

### 第三節 迴歸分析

表 4-14 (Model 1)為本研究對自付費用進行迴歸分析的結果，發現影響民眾自付醫療費用的因素，在「就醫紀錄」方面，就醫次數愈多者，自付費用愈高，達到統計學上顯著相關 ( $p < 0.01$ )，此結果為常理，就醫次數愈多者，本來自付費用就會愈高。於是本研究剔除：「就醫次數」與「拿藥日數」這兩個變項，對自付費用再次進行迴歸分析。

由表 4-15 (Model 2)發現剔除就醫次數與拿藥日數這兩個變項後，除自付費用的因素外，在「個人特性」方面，商業健保附加險之年保費愈高者，自付費用也愈高，同樣達到統計學上顯著相關 ( $p < 0.01$ )，與年齡、性別、家戶人數、教育年數、月收入、生理組成分數 (PCS) 以及心理組成分數 (MCS) 等項目並無顯著之相關性。而其中，月收入與自付費用無顯著關係探究其原因，可以推知醫療可近性佳是造就此結果之最佳解釋。

表 4-14、影響自付費用因素之迴歸分析 ( Model 1 )

變項名稱	估計值	標準誤	T 值	p-value
常數項	-535.839	1426.502	-0.376	0.709
年齡	8.465	12.733	0.665	0.509
性別	-228.119	271.759	-0.839	0.405
家戶人數	13.741	73.399	0.187	0.852
教育年數	1.019	39.817	0.026	0.980
年保費	-3.281	0.003	-1.213	0.230
月收入	196.863	179.606	1.096	0.278
就醫次數	333.395	50.134	6.650	< 0.001
拿藥日數	7.005	16.361	0.428	0.670
PCS	-5.861	13.797	-0.425	0.673
MCS	-0.614	19.276	-0.032	0.975

R Square=0.512 ; Adjust R Square=0.422 ; F=5.674 ; p<0.001

表 4-15、影響自付費用因素之迴歸分析 ( Model 2 )

變項名稱	估計值	標準誤	T 值	p-value	允差	VIF
常數項	251.32	509.97	0.49	0.62	-	-
年齡	3.24	4.58	0.70	0.48	0.55	1.80
性別	54.55	94.85	0.57	0.56	0.93	1.07
家戶人數	30.67	25.71	1.19	0.23	0.80	1.23
教育年數	9.00	13.93	0.64	0.52	0.52	1.90
年保費	2.67	0.01	2.73	<0.01	0.79	1.26
月收入	62.26	65.04	0.95	0.34	0.62	1.59
PCS	-9.11	6.86	-1.33	0.18	0.64	1.54
MCS	-4.46	4.97	-0.89	0.37	0.77	1.29

R Square=0.411 ; Adjust R Square=0.308 ; F=4.738 ; p<0.01

## 第四節 綜合分析

### 一、自付費用分析 (門診)

本研究中所欲分析的重點—民眾自付醫療費用，是由 3 個部分所組成，即全民健保之法定部分負擔(顯性的部分負擔)、隱性的部分負擔以及其他自願性的醫療相關費用。依據回收之醫療紀錄簿計算出下列費用：

1. 法定部分負擔：分別由[基本部分負擔]、[藥費部分負擔]以及[同一醫療程部分負擔]三者相加而成，共 57,547 元。
2. 隱性部分負擔：則由[醫療院所之掛號費]、[健保有給付之醫療項目醫療供給者「健保不給付」為理由收取之費用]相加所成，共 30,850 元。在計算隱性部分負擔時發現，由於高診次部分負擔已於 2004 年 1 月 1 日廢除，但仍有診所收取此費用，研究者將此費用計入隱性部分負擔內。
3. 其他自願性的醫療相關費用：由[全民健保不給付的醫療相關費用]、[民眾購買非處方藥之費用]、[民眾使用西醫及中醫以外之傳統醫學的服務及藥品或器材]以及[其他醫療相關之直接費用]四項費用相加而計算出 103,890 元。

本研究最重要在於分析隱性部分負擔，依據上述分析結果，求得平均每位保險對象之隱性部分負擔金額為 29.05 元，平均每位保險對象之法定部分負擔金額為 54.19 元，最後，求得平均每位保險對象實質部分負擔金額為 83.24 元。(見表 4-16)

表 4-16、自付醫療費用分析 ( N=265 ; duration : 2 month )

科目名稱	內容	單位 ( 元 )
所有自付醫療費用 E	( 1 ) 全民健保之法定部分負擔 $C_E$	57,547
	( 2 ) 隱性部分負擔 $C_I$	30,850
	( 3 ) 其他自願性的醫療相關費用 V	103,890
<b>Total</b>		192,287

From : 門診

註：掛號費計入隱性部分負擔。

表 4-17、部分負擔分析 ( N=265 ; duration : 2 month )

科目名稱	單位 ( 元 )
每位保險對象之隱性部分負擔額 $P_{CI}$	29.04896
每位保險對象之法定部分負擔額 $P_{CE}$	54.18738
每位保險對象實質部分負擔金額 $P_C$	83.23634

From : 門診

## 二、商業健保附加險之保費分析 (住院)

商業健保附加保險之保費，此費用住院部分使用居多，門診部分較少利用，故本研究將「商業健保附加險之保費 ( $P_{SI}$ )」此費用單獨處理。受訪者所填之保費為「一年期之保費」，其原因為一般壽險公司所銷售之健康保險，通常只有兩種型態，第一種是 1 年期、第二種是 1 年以上的，1 年期的健康保險以醫療費用保險為主，且均是附約方式，如住院日額保險附約、住院醫療日額給付保險附約、高額住院醫療保險附約。但本研究之工作期間為兩個月，故將年保費除以六，兩個月間的保險費用總計 2,565,480 元，故平均每位保險對象兩個月間所負擔之保險費為 2,416 元。

## 第五章 討論

### 第一節 研究目的之討論

本研究的目的比起其他相關研究，最特別的地方是重點都集中在民眾自負額上；關於民眾自負額的分析，多數的研究都是從民眾財務負擔上著手。

此外，對於民眾自負額部分的分類，因是本研究的重點，本研究也將對其所做的分類，其他研究中僅將自負額分為 3 類：

1. 部分負擔，
2. 差額負擔，與
3. 民眾自負項目。

而本研究中則包含了：

1. 藥費以外之部分負擔，
2. 藥費之部分負擔，
3. 掛號費，
4. 合理差額負擔(健保不給付範圍)，
5. 不合理差額負擔(健保有給付範圍)，
6. 民眾自負的部分負擔及差額負擔以外項目：
  - (1) 非處方藥，
  - (2) 健保不給付醫療項目與器材，
  - (3) 其他非中、西醫療法，及
  - (4) 其他屬於醫療服務之自負費用。

這當中之第 4 和 5 項為本研究之重要特點。

藥費的自負額部分也是本研究的分析重點，由於藥費支出佔種醫療支出的比率快速成長，在總額支付制度下，藥費的各種自負額之成長有必要予以評估。

歸納本研究和其他研究在目的上與執行上之差異，主要在本研究集中於評估總額支付制度下民眾自負額之多寡，這對不同所得民眾所造成之財務負擔影響，以及探究「不合理」之自負額。

## 第二節 研究方法之討論

本研究所欲收集之資料，完全集中在民眾自付醫療費用。因本研究集中於自負額，但不收集民眾意願資料，所以本研究在自負額方面得以收集較其他研究更細的資料。

資料收集方面，本研究在其他自負額方面的資料收集，採成家戶訪查，同時更採成家戶訪查和二個月的家戶就醫日誌。配以家戶日誌，得以捕捉在縱面家戶訪查所無法獲得的更詳盡醫療支出資料。家戶日誌的採用，可以說是本研究在資料收集上，和其他研究的最大區別。

## 第三節 研究結果之討論

由於本研究之資料收集採行家戶訪視，礙於社會詐騙行為盛行，同時輔以二個月的家戶就醫日誌，訪視過程中遭遇相當大的困難。受訪者當中高達 239 位民眾不願意配合填寫家戶日誌，但扣除其不配合之份數，兩個月間的就醫比率為 32.2%，相較於李卓倫(1996)民眾八週(兩個月)期間之就

醫比率 37% (平均年齡為 44 歲、訪員為當地公衛護士) 略微低估。而本研究較其低估原因有二：第一、本研究受訪者平均年齡為 38 歲，較為年輕。第二、本研究訪員多為在學學生，對受訪戶當地之地域性並不熟悉，且民眾配合度較低。

本研究於研究目的中曾提及，本研究最重要之目的除建立例行調查方法外，更欲探討及評估：

1. 影響民眾自付醫療費用之因素？

本研究發現「就醫次數愈多者」及「商業健保附加險之保費愈高者」，自付醫療費用愈高，達到統計學上顯著相關 ( $p < 0.01$ )。

2. 全民健保制度下，特別是總額預算支付制度實施後，民眾自付的醫療費用之總金額；以及評估民眾自付醫療費用中屬於「隱性部分負擔」之總金額？

本研究目前已計算出兩個月期間民眾「隱性部分負擔」的總金額為 30,850 元；而自付的醫療費用之總金額則為 2,757,767 元。

文獻探討中曾提及以民眾自付醫療費用為主題的研究文獻，在國內外均非常缺乏。相關的文獻，多半在國家衛生保健支出帳及健康保險部分負擔中出現。因其研究重點，均與本研究不同，這部分文獻供參考者很有限。本研究結果，兩個月間平均自付醫療費用共 951 元，若將兩個月之自付醫療費用乘上六，去推算一年的自付費用則為 5,706 元。最後，下表 5-1 則比較本研究與國內幾位學者對於保險對象自付醫療費用之研究。由表 5-1 可以發現本研究所推算出一年的自付費用 5,706 元皆較其他學者低(石曜堂等人，6,340 元；盧瑞芬等人，6,902 元；李丞華等 6,755 元)，低估原因除不含住院部分外，主要為採家戶訪視且工作期為兩個月，困難度高。

表 5-1、比較本研究與國內自付醫療費用之相關研究

作者	研究設計	結果
本研究	採用家戶訪問調查以及二個月的家戶就醫日誌。自台中市、台中縣、彰化縣及南投縣之保險對象，抽取 1,500 位為研究樣本，由一位訪員獨立完成兩次家戶問卷訪查。	2004 年 2 至 4 月兩個月間平均自付醫療費用共 951 元，推算一年的平均自付醫療費用則為 5,706 元。(討論門診部份，不含住院)
石曜堂及葉金川等人 (1992)	以衛生署於 1992 年 4 月至 6 月進行的「國民醫療保健支出調查」為資料，調查以全台灣地區現行住戶為母群體，共抽樣 5500 戶，採結構式問卷面訪調查。	推算 1992 年台灣地區民眾自付醫療費用為 10,088 元，是全人口平均自付費用 6,340 元的 1.6 倍。
謝啟瑞、陳肇男(1993)	以 1989 年主計處舉辦之「老人狀況調查」為資料，觀察三個月。	發現平均每位老人於就醫時自付 4,691 元的費用，有健康保險者自付 3,143 元，無保險者之支出則為 6,704 元，佔全數醫藥費用的 20% 30%。
盧瑞芬、蕭慶倫 (2001)	利用主計處「國民醫療收支調查」以及 13 組醫療保健支出之相關研究資料。	經過檢測與調整，以直接推算法估出 1998 年民眾每人每年自付醫療費用為 6,902 元，佔所有醫療保健支出 34.5%。
衛生署(2000)	衛生署之統計	我國在 1999 年的家庭醫療保健支出佔該年總醫療保健支出的 30.75%。
李丞華和周穎政(2000)	彙整分析國內全民健康保險費用明細及醫令明細的資料檔，以及國內衛生統計、醫療機構服務量調查、與國內其他統計年報。	我國在 1998 年平均每人每年自付的醫療費用為美元 202 元，台幣約 6,755 元。
白淑芬 (2002)	以問卷進行癌症病患就醫自付費用資料之收集，樣本數 204 人。	研究結果顯示癌症病患於 2001 年年平均自付醫療費用為 308,744 元。

資料來源：自行整理

## 第六章 結論與建議

### 第一節 結論

本研究之主旨，是在評估目前全民健保下民眾自付醫療費用之多寡，觀察 2004 年 2 月初至 4 月初（不含農曆春節）間民眾自付醫療費用之狀況。目的在瞭解民眾自付醫療費用的負擔，同時根據 1062 個保險對象之個人特性（如：性別、年齡、教育年數、家戶人數、有無商業保險、商業健保附加險之保費及家戶平均月收入）、健康狀態（生理組成分數 PCS 與心理組成分數 MCS）以及兩個月的就醫日誌，探討影響民眾自付醫療費用之因素。藉由基本統計分析及迴歸分析，獲得下列三項發現：

- (一) 就醫次數愈多者以及商業健保附加險之保費愈高者，自付費用愈高，達到統計學上顯著相關 ( $p < 0.01$ )。
- (二) 兩個月期間，就醫比率為 32.2%、平均就醫次數為 2.68 次以及平均自付醫療費用為 951.16 元。
- (三) 兩個月期間，平均每位保險對象之隱性部分負擔額為 29.05 元，以及實質部分負擔額為 83.24 元。

另外，由本研究迴歸分析中發現，月收入多寡對自付費用高低並沒有顯著影響，可見全民健保確實增加民眾就醫的可近性。再者，本研究受訪者平均一個月之月收入為 40,063.39 元，而保險對象兩個月期間平均隱性部分負擔額為 29.05 元、平均實質部分負擔額為 83.24 元，由此可知民眾自付醫療費用的財務負擔並不嚴重。

## 第二節 建議

本研究的目的，並非比較全民健保實施前後之自付費用。比較全民健保實施前後之自付費用是一重要研究及政策議題，但此一議題之研究實不在本研究範疇內，且其研究需要不同的數據收集方式及研究方法。同樣的，「健保效應」與「總額效應」也是重要的研究及政策議題，但也由於均非本研究重點，故建議未來對這些議題有興趣者，可朝此方向研究。

本研究所收集的資料，只是完成整個研究目的的先驅性或基礎資料而已，且本研究只討論門診部分並未論及住院費用。故欲評估全民健康保險下之總額支付制度是否增加民眾的自費醫療金額，還需要在兩年或三年之後，在針對相同或相類似的人口群作相同的調查。這些資料是相當標準的 Panel Data。若能繼續進行，未來將可以 Panel Data Analysis 的統計方法來進行分析。

## 第七章 研究限制

本研究的重點，主要在瞭解在全民健保制度下，以及總額預算實施後，民眾自付醫療費用的多寡以及變動。由於過去此項資料到目前為止相當缺乏，很難作前後比較；再者，少數曾收集的民眾自付醫療費用，因定義與本研究所採不同，也很難作比較。此外，將本研究在執行的過程當中所遭遇之限制，可歸納為下列三點：

### 1. 家戶訪視困難

民眾配合度高低與中選村里所屬之地域性有關係，一般而言，中選村里愈接近都會區，配合度越低。受訪戶若居住於公寓或高樓大廈者，最難訪視，訪員根本無法進入。部分受訪戶為位於大馬路的商家，由於要營業，配合度也相當低。再者，受訪戶之生活水平較低者，不願意配合的也居多。

### 2. 住院費用估算困難：

由於受訪者人數為 1062 人，工作期間內住院人數大約為 100 人，而本研究回收問卷發現僅有五位民眾有住院之紀錄，且五位之中有只有三位民眾確實填寫，在整個住院自付費用的估算上，有困難。以致本研究最後僅能探討門診自付費用部分，而剔除住院自付費用項目之估算。

### 3. 無法獲知全民健保醫療支出之大小：

由於民眾堅決不願提供身分證字號，以致目前仍無法與健保局的申報檔核對，便無法得知「隱性部分負擔總金額」以及「民眾自付醫療費用總金額」相對於全民健保的醫療支出的大小，也無法將申報檔與受訪者之醫療費用記錄簿檔案合併為一新檔案，作為分析之依據。

## 參考文獻

### 一、英文部分

1. Andersen, J. G., "A social systems model of hospital utilization," *Health Service Research*, 1976 ; 11 : 271.
2. Andersen, R. A., Aday, L. A., "Access to medical care in the U.S.-Realized and potential," *Medical Care*, 1978 ; 16 : 533.
3. Begley, C.E., Guidry, J. J., "Health expenditures in Texas during 1989 and 1990," *Texas Medicine*, 1995, 91(1), 56-62.
4. *Best's Review / Life-Health Insurance Edition*, Mar98, Vol.98. Issue11. p14,1p.
5. Barer ML, Evans RG, Hertzman C, Johri M. 1998. Lies, Damned Lies, and Health Care Zombies: Discredited Ideas That Will Not Die. Health Policy Institute Discussion Paper #10. Houston: University of Texas-Houston Health Science Center.
6. Blomqvist A , 1991. The doctor as double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care. *J Health Economics*, 10:411-432.
7. Cheng, S.H., & Chiang, T.L., "The effect of universal health insurance on health care utilization in Taiwan: result from a natural experiment," *Journal of American Medical Association*, 1997, 278 (2), 89-93.
8. Cohen, S.B., Carlon, B.L., "A comparison of household and medical provider reported expenditures," *Juournal of Offical Statitics*, 1994, 10(1), 3-29.
9. Culyer AJ, Evans RG. 1996. Mark Pauly on welfare economics: Normative rabbits from positive hats. *J Health Economics*, 15:243-251.
10. Culyer AJ. 1991. The Normative Economics of Health Care Finance and Provision. In: A. McGuire, P. Fenn and K. Mayhew (eds.), *Providing Health Care: the Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery*, pp.65-98. Oxford: Oxford University Press.
11. Dunlop DD ; Manheim LM ; Song J ; Chang RW. *Arthritis and rheumatism [Arthritis Rheum]* 2003 Apr 15 ; 49(2),pp.164-71.
12. Evans RG, 1998. Health for All or Wealth for Some? Conflicting Goals in Health Care Reform. Health Policy Research Unit Discussion Paper Series, HPRU 98:12D, Vancouver, BC, University of British Columbia.
13. Evans RG. 1996a. Sharing the Burden, Containing the Cost: Fundamental Conflicts in Health Care Finance. Health Policy Research Unit Discussion Paper Series, HPRU 96:3D, Vancouver, BC, University of British Columbia.
14. Evans RG. 1996b. Going for Gold: The Redistributive Agenda Behind

- Market-Based Health Care Reform. Health Policy Research Unit Discussion Paper Series, HPRU 96:4D, Vancouver, BC, University of British Columbia.
15. Evans RG, 1974. Supplier-induced demand: Some empirical evidence and implications. In: Perlman M ed., *The Economics of Health and Medical Care*, pp.162-173. New York: John Wiley & Sons.
  16. Evans RG. 1984. *Strained Mercy*. Toronto, Butterworths.
  17. Evans RG, Wolfson AD. 1980. Faith, hope, and charity: Health care in the utility function. Health Policy Research Unit Discussion Paper Series 80-46, Center for Health Services and Policy Research, Vancouver: The University of British Columbia.
  18. Evans RG. 1983. The welfare economics of public health insurance: Theory and Canadian practice. In: Soderstrom L ed., *Social Insurance*, pp. 71-103. Amsterdam: North Holland.
  19. Feldman R, Dowd B, 1991. A new estimate of the welfare loss of excess health insurance. *American Economic Review* 81:297-301.
  20. Gross,D.J., Alexih,L., Gibson,M.J., Corea,J. Out-of-pocket health spending by poor and near-poor elderly medicare beneficiaries. *Health Service Research*. 1999, 34(1), 241-254.
  21. Harris,D.M., Effect of population and health care environment on hospital utilization. *Health Services Research*, 1975 ; 10 : 229.
  22. Hurley J. 2000. An overview of the normative economics of the health sector. In: Culyer AJ, Newhouse JP, eds., *Handbook of Health Economics*, Volume 1A, pp.55-118. Amsterdam: North-Holland.
  23. Labelle RJ, Stoddart GL, Rice TH, 1994. A reexamination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *Journal of Health Economics* 13 (3) : 347-368.
  24. Moons P ; Siebens K ; De Geest S ; Abraham I ; Budts W ; Gewillig M. Cardiology in the young [Cardiol Young] 2001 May ; 11(3),pp.301-13.
  25. Pauly, M. V. 1969 "The Economics of Moral Hazard: Comment," *American Economics Review* vol.58, 531-537.
  26. Peele PB ; Xu Y ; Kupfer DJ. American journal of psychiatry 2003 July ; 160(7),pp.1286-90.)
  27. Philip R Lee, et al., 1990. Physician Payment Reform: An Idea whose time has come. *Med. Care Review*.47:2,137-163.
  28. Pauly MV. 1994. A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand(editorial). *J Health Economics*, 13:369-372.
  29. Reinhardt UE, 1985. The theory of physician-induced demand --reflections after a decade. *Journal of Health Economics* 4:187-193.

30. Rice T, 1992. An alternative framework for evaluating welfare losses in the health care market. *Journal of Health Economics* 11:85-92.
31. Susmita Pati ; Steven Shea ; Daniel Rabinowitz ; Olveen , 2003. PEDIATRICS Vol.111 No.3 March 2003
32. Stewart ST , 2004 . Gerontologist 2004 Feb ; 44 ( 1 ) ,pp.48-57.
33. Stoddart GL, Barer ML, Evans RG. 1994. User Charges, Snares and Delusions: Another Look at the Literature. Ontario: The Premier's Council on Health, Well-being ad Social Justice.
34. Sen A. 1977. Rational fools: A critique of the behavioural foundations of economic theory. *Phil and Pub Affairs*, 6:317-344.
35. Van Damme W, Van Leemput L, Por I, Hardeman W, Meessen B. , 2004. Trop Med Int Health.2004 Feb;9 ( 2 ) :273-80.
36. World Health Organization, 2000. The World Health Report 2000. Geneva: World Organization.
37. Wagstaff A, Van Doorslaer E, Van der Burg H, Calonge S, et al., 1999. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics* 18:263-290.
38. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey : Manual and Interpretation Guide. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated 2000.
39. Ware JE, Kosinski M. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A Manual for Users of Version 1, second edition, Lincoln, RI: Quality Metric 2001.

## 二、中文部分

1. 中央健康保險局網站, <http://www.nhi.gov.tw>
2. 方玫文, 1997, 全民健康保險制度中抑制道德危險方法之研究, 國立政治大學保險研究所碩士論文。
3. 全民健康保險雙月刊, 2004年5月, 第49期, p23-24。
4. 全民健康保險簡介, 2002。
5. 《全民健康保險法規要輯》, 行政院衛生署中央健保局編印, 1998年6月。
6. 石曜堂, 葉金川, 楊漢泉, 羅紀瓊, 張明正, 1994, 台灣地區國民自付醫療費用調查: 1992年國民醫療保價支出調查之初步發現。中華衛誌 13(6):474-484。
7. 石曜堂, 葉金川, 楊漢泉, 羅紀瓊, 張明正, 1992, 「國民醫療保健支出調查」初步分析報告。台灣省家庭計畫研究所, 衛生署委託研究計畫, 台北: 衛生署。
8. 白淑芬, 2001, 探討癌症病患就醫自付費用、負擔程度及其影響因素。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。
9. 行政院主計處, 2000, 中華民國台灣地區八十年家庭收支調查資料, 台北: 行政院主計處。
10. 江東亮, 1994, 國民醫療保健調查。台北: 衛生署, 衛生署委託計畫。
11. 李丞華, 周穎政, 2000, 全民健康保險統計圖表集與跨國性比較 (第二年)。衛生署委託研究計畫 DOH88-NH-037。
12. 李玉春, 1998, 健康保險支付制度。於楊志良主編《健康保險》, p72-117。
13. 周偉倪, 2003, 病患與醫師對差額負擔的期望差距與相關醫療服務滿意度缺口的探討, 國立中山大學人力資源管理研究所在職專班碩士論文。
14. 邱永仁, 1999, 門診藥費部分負擔制度之探討, 台灣醫界, Vol.42, No6, p45-46。
15. 林慧修, 2002, 部份負擔對不同種類醫療服務之影響分析, 國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文。
16. 財團法人國家政策研究基金會, 2002年7月, 部分負擔及差額負擔制度研究報告。
17. 紀駿輝, 1999, 部分負擔的深度探討, 全民健康保險, 21, p10-14。
18. 紀駿輝, 1997, 健康保險之部分負擔制的理論基礎探討, 公共衛生, 23: 4, p181-196。
19. 紀駿輝, 1997, 健康保險之部分負擔制的理論基礎之探討, 公共衛生, 23(4):181-197。
20. 張嘉珍, 2003, 高診次部分負擔制度對高利用者門診利用之影響, 國立台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文

21. 許光宏、盧瑞芬，1998， 全民健康保險藥品差額負擔可行性之研究 ，衛生署委託研究計畫，台北：衛生署。
22. 鄭文輝、周麗芳、陳俊全，2002， 全民健保財務調整方案對保險對象家庭財務負擔影響之評估 ，台北：衛生署，衛生署委託計畫。
23. 陳聽安，2003， 健康保險財務與體制，p281-294。
24. 陳聽安， 全民健康保險組織屬性之管見 ，《台灣地區實施全民健保二週年紀念特刊》，中華民國醫院協會，p.190-197。
25. 陳仁惠，1994， 影響地區別醫療保健支出因素之分析 ，國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
26. 陳楚杰，2002，《醫院組織與管理》(七版)， p45-47。
27. 陳脩文，1999， 門診藥品部分負擔對民眾醫療利用影響之研究 ，國立台灣大學會計學研究所碩士論文。
28. 韓宗志，2003， 國立中山大學人力資源管理研究所在職專班碩士 全民健康保險制度下住院病患差額負擔可行性分析-以高屏地區之地區醫院為例
29. 盧瑞芬，蕭慶倫：臺灣國民醫療衛生保健帳戶的建立。經濟論文叢刊 2001；29(4):547-576。
30. 盧令儀，2000， 某教學醫院冠狀動脈疾病病患實行心臟相關手術後生活品質之探討 ，長庚大學管理學研究所醫務管理組碩士論文。
31. 謝啟瑞，陳肇男，1993， 健康保險與老人自付醫療費用之探討 。人文及社會科學集刊 6(1)：163-203。
32. 羅英瑛，2001， 門診部分負擔制度對醫療費用及服務量之影響 ，國立中山大學人力資源管理研究所碩士在職專班碩士論文。

# 附錄

## 附錄一、個人基本資料及健康量表 全民健保下民眾自付醫療費用之評估

### 一、個人基本資料

- 1.姓名：\_\_\_\_\_ 身份證號碼：\_\_\_\_\_  
住址：\_\_\_\_\_ 縣市 \_\_\_\_\_ 區 \_\_\_\_\_ 鎮村 \_\_\_\_\_ 路 \_\_\_\_\_ 段 \_\_\_\_\_ 巷 \_\_\_\_\_ 弄 \_\_\_\_\_ 號之 \_\_\_\_\_  
聯絡電話：住宅 ( ) \_\_\_\_\_ 公司 ( ) \_\_\_\_\_  
手機 \_\_\_\_\_
- 2.年齡(實歲)：\_\_\_\_\_歲
- 3.性別： 1.男 2.女
- 4.請問您有無參加全民健康保險？ 1.有 \_\_\_\_\_ 出示健保卡 2.無
- 5.請問您家中目前居住在同一住址且為您直系家人共有幾人：共 \_\_\_\_\_人
- 6.請問您到目前為止受正式學校教育的年數：\_\_\_\_\_年
- 7.請問您有無參加民間任何健康保險或人壽險的附加醫療保險(含您的家人投保但健康保險的受益人包括您)：  
1.有；何種保險：\_\_\_\_\_ 保費每年多少？\_\_\_\_\_元  
2.無
- 8.請問您家中所有成員的每月平均收入加起來有沒有超過三萬？  
超過三萬元；  
有沒有超過五萬元？ 1.超過五萬 2.未超過五萬  
未超過三萬元；  
有沒有超過一萬元？ 3.超過一萬 4.未超過一萬

## 二、健康狀態—SF-36 健康量表(18 歲及以上受訪者回答)

本調查目的在探討您對自己健康的看法。這些資訊將能幫助您記錄您的感受，以及您在執行日常生活功能的能力。

敬請回答下列各問題並圈選一適當答案。如您對某一問題的回答不能確定，還是請您盡可能選一個最適合的答案。在本部份所指『過去一個月內』，係指從今天往前算三十天內。

1. 一般來說，您認為您目前的健康狀況是？

(請僅圈選一項答案)

- |          |   |
|----------|---|
| 極好的..... | 1 |
| 很好.....  | 2 |
| 好.....   | 3 |
| 普通.....  | 4 |
| 不好.....  | 5 |

2. 和一年前比較，您認為您目前的健康狀況是？

(請僅圈選一項答案)

- |              |   |
|--------------|---|
| 比一年前好很多..... | 1 |
| 比一年前好一些..... | 2 |
| 和一年前差不多..... | 3 |
| 比一年前差一些..... | 4 |
| 比一年前差很多..... | 5 |

\* Copyright © 1995 New England Medical Center Hospital, Inc. All rights reserved.

( IQOLA SF-36 Taiwan Standard Version 1.0 )

3. 下面是一些您日常可能從事的活動，請問您目前健康狀況會不會限制您從事這些活動？如果會，到底限制有多少？

(每行請僅圈選一項答案)

活 動	會， 受到很多限制	會， 受到一些限制	不會， 完全不受限制
a. 費力活動，例如跑步、提重物、參與劇烈運動	1	2	3
b. 中等程度活動，例如搬桌子、拖地板、打保齡球、或打太極拳	1	2	3
c. 提起或攜帶食品雜貨	1	2	3
d. 爬數層樓樓梯	1	2	3
e. 爬一層樓樓梯	1	2	3
f. 彎腰、跪下或蹲下	1	2	3
g. 走路超過 1 公里	1	2	3
h. 走過數個街口	1	2	3
i. 走過一個街口	1	2	3
j. 自己洗澡或穿衣	1	2	3

4. 在過去一個月內，您是否曾因為身體健康問題，而在工作上或其他日常活動方面有下列任何的問題？

(每行請僅圈選一項答案)

	是	否
a. 做工作或其它活動的時間減少	1	2
b. 完成的工作量比您想要完成的較少	1	2
c. 可以做的工作或其他活動的種類受到限制	1	2
d. 做工作或其他活動有困難 (例如，須更吃力)	1	2

\* Copyright © 1995 New England Medical Center Hospital, Inc. All rights reserved.

( IQOLA SF-36 Taiwan Standard Version 1.0 )

5. 在過去一個月內，您是否曾因為情緒問題(例如，感覺沮喪或焦慮)，而在工作上或其他日常活動方面有下列的問題？

(每行請僅圈選一項答案)

	是	否
a. 做工作或其它活動的時間減少	1	2
b. 完成的工作量比您想要完成的較少	1	2
c. 做工作或其它活動時不如以往小心	1	2

6. 在過去一個月內，您的身體健康或情緒問題，對您與家人或朋友、鄰居、社團間的平常活動的妨礙程度如何？

(請僅圈選一項答案)

- 完全沒有妨礙.....1  
 有一點妨礙.....2  
 中度妨礙.....3  
 相當多妨礙.....4  
 妨礙到極點.....5

7. 在過去一個月內，您身體疼痛程度有多嚴重？

(請僅圈選一項答案)

- 完全不痛.....1  
 非常輕微的痛.....2  
 輕微的痛.....3  
 中度的痛.....4  
 嚴重的痛.....5  
 非常嚴重的痛.....6

8. 在過去一個月內，身體疼痛對您的日常工作(包括上班及家務)妨礙程度如何？

(請僅圈選一項答案)

- 完全沒有妨礙.....1  
 有一點妨礙.....2  
 中度妨礙.....3  
 相當多妨礙.....4  
 妨礙到極點.....5

\* Copyright © 1995 New England Medical Center Hospital, Inc. All rights reserved.  
 ( IQOLA SF-36 Taiwan Standard Version 1.0 )

## 附錄二

### 醫療費用紀錄簿

醫療使用者姓名\_\_\_\_\_ 填寫者姓名(若非醫療使用者)\_\_\_\_\_

1. 本紀錄簿請填寫八週，但 1 月 18 日至 31 日這兩週請勿填寫。
2. 請於**每次就醫或自購藥品器材時自行紀錄一張，並與收據放在一起。**
3. 如果同一天就醫或醫療費用發生一次以上，請就每一次醫療使用個別填寫一張。例如：同一天您到西醫診所就醫一次，到牙醫診所就醫一次，到中藥局買藥一次，則您該天請填寫本紀錄簿三張。

1. 醫療費用發生日期：\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

2. 醫療費用發生類別：

- 1.西醫門診
- 2.中醫門診
- 3.牙醫門診
- 4.西醫住院
- 5.醫療器材行
- 6.檢驗所
- 7.西藥局(包括如康是美、屈臣式等聯所店)
- 8.中藥局
- 9.非傳統方式購中西藥(如：透過網路或電話郵購藥品，或托人到中國、香港、日本、美國...等國外購買) [7、8 或 9 非處方藥部分請將費用填於下表之自購中西藥]
- 10.其他傳統 民俗 宗教或非主流醫療措施(如雷射、推拿、電療、水療等)以及請看護 (請說明)

3. 就醫縣市： 1.台中市 2.台中縣 3.彰化縣 4.南投縣 5.其他\_\_\_\_\_

4. 院所名稱：\_\_\_\_\_

5. 就醫科別：\_\_\_\_\_

6. 門診拿藥日數：\_\_\_\_\_天

7. 住院天數：\_\_\_\_\_天 請看護： \_\_\_無； \_\_\_有 \_\_\_天

8. 請依收據內容或實際情形登錄**自費**的醫療費用明細，並保留收據供訪員核對：

項目	金額	項目	金額	項目	金額
掛號費	元	病房費	元	手術費	元
基本部分負擔	元	檢查費	元	麻醉費	元
藥費部分負擔	元	伙食費	元	治療處置費	元
同一療程部分負擔	元	放射線診療費	元	血液透析費	元
自購中西藥費	元	健康檢查費	元	其他_____	元
藥事服務費	元	復健治療費	元	其他_____	元
假牙、植牙	元	生活照護費	元	其他_____	元
中藥飲片、貼布	元	救護車相關費	元	其他_____	元
看護費	元	特殊材料費	元	<b>自費合計</b>	元
診察費	元	血液血漿費	元	<b>健保申報合計</b>	元

### 附錄三

## 抽樣結果之中選鄉、鎮、市、區及 60 個村、里

縣市	鄉鎮市區	村里	縣市	鄉鎮市區	村里
南投縣	南投市	永興里	台中市	南區	國光里
南投縣	南投市	光榮里	台中市	南區	永興里
南投縣	南投市	軍功里	台中市	南屯區	鎮平里
南投縣	南投市	營北里	台中市	南屯區	寶山里
南投縣	埔里鎮	向善里	台中市	南屯區	春社里
南投縣	埔里鎮	愛蘭里	台中市	南屯區	三義里
南投縣	埔里鎮	蜈蚣里	台中市	西屯區	大石里
南投縣	埔里鎮	清新里	台中市	西屯區	何德里
台中縣	太平市	東汴里	台中市	西屯區	上德里
台中縣	太平市	興隆里	台中市	西屯區	何仁里
台中縣	太平市	光華里	彰化縣	彰化市	茄苳里
台中縣	太平市	新光里	彰化縣	彰化市	陽明里
台中縣	大里市	西湖里	彰化縣	彰化市	東芳里
台中縣	大里市	中新里	彰化縣	彰化市	復興里
台中縣	大里市	新仁里	彰化縣	線西鄉	德興村
台中縣	大里市	東湖里	彰化縣	線西鄉	下犁村
台中縣	新社鄉	月湖村	彰化縣	線西鄉	線西村
台中縣	新社鄉	福興村	彰化縣	線西鄉	頂犁村
台中縣	新社鄉	大南村	彰化縣	北斗鎮	新政里
台中縣	新社鄉	協成村	彰化縣	北斗鎮	新生里
台中縣	神岡鄉	庄前村	彰化縣	北斗鎮	大道里
台中縣	神岡鄉	溪洲村	彰化縣	北斗鎮	文昌里
台中縣	神岡鄉	新庄村	彰化縣	田中鎮	大社里
台中縣	神岡鄉	社口村	彰化縣	田中鎮	南路里
台中縣	龍井鄉	新庄村	彰化縣	田中鎮	三安里
台中縣	龍井鄉	新東村	彰化縣	田中鎮	西路里
台中縣	龍井鄉	竹坑村	彰化縣	和美鎮	地潭里
台中縣	龍井鄉	南寮村	彰化縣	和美鎮	嘉寶里
台中市	南區	長春里	彰化縣	和美鎮	四張里
台中市	南區	城隍里	彰化縣	和美鎮	和東里