

計畫編號：DOH92-NH-1006

中央健康保險局九十二年度委託研究計畫

總額預算支付制度下民眾自付醫療費用的評估

委託研究報告

執行機構：中國醫藥大學

主持人：紀駿輝 李卓倫

協同主持人：周穎政 蔡淑鈴 林霖

執行期間：九十二年七月一日至九十三年八月三十一日

※本研究報告僅供參考，不代表本局意見※

目錄

摘要.....	1
英文摘要.....	4
第一章 緒論.....	7
第一節 研究緣起.....	7
第二節、研究目的.....	12
第三節、文獻探討.....	13
第二章 研究方法與架構.....	20
第一節、研究設計.....	20
第二節、研究對象與資料收集方法.....	21
第三節、分析方法.....	24
第三章、研究結果.....	31
第一節、抽樣過程及結果.....	31
第二節、樣本基本資料.....	35
第三節、受訪者醫療服務之使用.....	38
第四節、受訪者自付之醫療費用.....	40
第五節、影響民眾自付醫療費用之因素分析.....	45
第四章、討論及政策建議.....	52
第一節、結果討論.....	52
第二節、本研究之限制.....	56
第三節、對未來研究之建議.....	58
第四節、政策建議.....	60
參考文獻.....	63
中文文獻.....	63
英文文獻.....	65
附錄.....	68
附錄一、期末報告審查意見及計畫主持人之回覆.....	68
一、楊執行長志良.....	68
二、鄭副教授守夏.....	72
三、楊副教授長興.....	74

四、施副經理志和.....	77
附錄二、個人基本資料及健康量表.....	79
附錄三、醫療費用紀錄簿.....	84
附錄四、抽樣過程之中選鄉、鎮、市、區.....	86
附錄五、六十個中選村、里列表及發函所屬之戶政 事務所公文.....	108
附錄六、期中報告評審會審表.....	110
附錄七、期中報告審查委員意見之回覆.....	112

表目錄

表 1.研究樣本基本資料表.....	37
表 2.研究樣本兩個月間醫療服務使用次數.....	38
表 3. 研究樣本兩個月間醫療費用發生類別.....	39
表 4.就醫次數分類.....	40
表 5.研究樣本兩個月間自付醫療費用合計.....	41
表 6. 研究樣本兩個月間所付之掛號費.....	42
表 7.研究樣本兩個月間自付之基本部分負擔.....	42
表 8.研究樣本兩個月間自付之藥費部分負擔.....	43
表 9.研究樣本兩個月間自付同一療程之部分負擔.....	44
表 10.研究樣本兩個月間自購中西醫藥費.....	44
表 11. 主要變項的平均值及標準差.....	45
表 12.影響民眾自付醫療費用的一般複迴歸分析.....	47
表 13.影響民眾自付醫療費用的邏輯模式分析.....	48
表 14.影響民眾自付醫療費用因素的第二階段一般複迴歸分析.....	49
表 15.影響民眾自付醫療費用的因素.....	51
表 16. 民眾自付健保給付相關的醫療費用.....	54

圖目錄

圖 1. 比較民眾自付醫療費用外推一年之費用.....	55
-----------------------------	----

摘要

一、研究動機和目的

本研究計畫之產生動機，在於對全民健保制度下，民眾自付之醫療費用所佔比率及成長的關切。

本研究計畫之目的有三個：

第一個目的：為評估全民健保制度下，民眾自付的醫療費用之金額，以及該金額相對於全民健保的醫療支出的大小。

第二個目的：為評估民眾自付醫療費用中屬於「隱性部分負擔」的總金額，以及該金額相對於全民健保的醫療支出的大小。

第三個目的：為建立未來中央健保局瞭解民眾自付醫療費用的例行調查方法。

二、研究方法

本研究計畫所採用的方法有兩個：

第一個方法：家戶訪問調查及每日記錄

本研究將以系統隨機抽樣法，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，並輔以 60 天期間的每日記錄，來收集受訪對象的自付醫療費用。實際的樣本為 1,062 位。

第二個方法：行政檔案分析

為了確保就醫資料及民眾就醫時的自付費用之正確，本研究將就中央健保局中區分局的保險對象就醫檔案來和上述家戶訪問調查的資料比對勾稽。

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，同時也協助中央健保局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。

三、研究結果

本研究的主要發現，包括下列三項。

1. 民眾醫療自付額相當高，平均每人每年達 9,870 元 (相較於每位保險對象每人每年全民健保保費負擔 5,743 元)。其中，佔率最大的為自付病房費，其外推一年的費用平均每人為 2,136 元。其次，民眾自付手術費差額也佔了相當大的比率，達每人每年 1,344 元。
2. 家戶所得和民眾自付醫療費用成反比，由此可推出低所得者之自付醫療費用負擔較重。
3. 有購買健保附加險的民眾其自付醫療費用的金額較低。

四、政策建議

根據本研究結果，我們向中央健保局提出下列的政策建議。

1. 應考慮提升「健保病房」的要求比率。
2. 貫徹執行一項手術若是全民健保有給付的，醫療提供者就不應以任何名義向民眾加收差額。
3. 應深入探討到底是那些檢查項目民眾最常需自付費用。加強宣導全民健保所給付項目。

4. 民眾自付醫療費用與家戶所得成反比，醫療財務負擔公平性值得注意追蹤。
5. 在總額預算制度下，特別加上今年7月推出之醫院卓越計劃，對民眾自付醫療費用的成長應為中央健保局例行監督之指標；同時，民眾自付醫療費用數據之收集，應成為健保局例行收集和報告的數據。

關鍵詞： 自付額，部分負擔，健康保險，醫療財務負擔

英文摘要

Abstract

I. Motivation and Purposes of this Study

The motivation for this study was the concern for the growth of people's health care out-of-pocket payment under Taiwan's National Health Insurance (NHI)

Program. The purposes for this reserach projects are threefolds:

1. to evaluate the amount of out-of-pocket payment for health care under the NHI, and the relative size of it compared with the NHI medical expenditure;
2. to evaluate the size of "hidden cost-sharing", and its relative size to the NHI's medical expenditure; and
3. to help the Bureau of National Health Insurance (BNHI) to establish a routine evaluation method for studying the public's out-of-pocket payment for health care.

II. Research Methods

This project used two methods for studying out-of-pocket payment. The first method is the use of sample households survey and household diary records. By applying systematic random sampling method, we first sampling 600 households from 3 counties and 1 city in central Taiwan under the jurisdiction of BNHI's Central Regional Bureau (Taichun City, Taichun County, Changhwa County, and Nantou County). Within the sample households, we than interviewed every member of the household. The unit of analysis is an individual, and the effective sample size is 1,062 subjects, Besides a face-to-face interview, we also rely on household diary to record the use of health care, and out-of-pocket health care expenditure.

The second method of study applied in this study is the use of claim data. In

order to ascertain the quality and accuracy of data, we supplemented our data with the claim data from the BNHI's Central Bureau, by matching the sample data with claim data.

Based on the data collected, we classify out-of-pocket health care payment into two categories: (1) those determined by health care suppliers, and (2) those mainly determined by consumers. Among them, the first category will be the focus of this study, and we define them as "*hidden cost-sharing*". This study attempt to investigate the trend of *hidden cost-sharing*, and also help BNHI to establish its routine data collectiong and analysis methods.

III. Results

There are three main findings from the results of this study.

1. The estimated out-of-pocket payment for health care is quite substantial. On average, each person's annual out-of-pocket payment for health care is NT9,870 Yuan (USD\$ 293). This amount is especially high when compared to the average insured's annual premium of NT 5,743 Yuan (USD\$ 170). Among the out-of-pocket payment, the largest amount goes to hospital bed (NT 2,136 Yuan per person per year, or USD\$63), followed by surgery of NT 1,344 Yuan per person per year, or USD\$ 40).
2. The estimated out-of-pocket payment for health care is reversly associated with respondent's household income, which suggest that the low-income family have higher financial burden on out-of-pocket payment for health care.
3. Those respondents who purchased supplemental health insurance have lower out-of-pocket health care expenditure.

IV. Policy Recommendations

Based on the results of this study, we propose the following policy to the Bureau of National Health Insurance:

1. to increase the required minimum proportion of contracted beds from each hospital;
2. to ban the practice of balance-billing on covered services;

3. to investigate the popular items of laboratory tests and diagnostic imaging that incur most out-of-pocket payments, and educate the public about what services are covered under the NHI;
4. pay special attention to and monitor the equity in financial burden of health care under the NHI; and
5. under the global budget reimbursement system, and the newly implemented "*Hospital Excellence Program*", BNHI should consider public's out-of-pocket payment for health care as a routine indicator for monitoring its reimbursement system; further, the BNHI should routinely collect data on public's out-of-pocket payment for health care and include it in its annual report.

KEYWORDS: Out-of-pocket payment, Cost sharing, Health insurance, Financial burden of health care

第一章 緒論

第一節 研究緣起

研究動機

中央健康保險局自 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(以下簡稱總額預算制)。至此，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(以下簡稱健保局)得以由過去開辦 8 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。

儘管全民健保的醫療支出在總額預算制下似乎較能有效控制，但健保局以及全體社會必須注意的是，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。我們需特別注意的，是醫療供給者在總額預算制下，因其由健保局所能獲得的支付總額被限制住了，是否將其所期待的財源悄悄的轉移到民眾身上。

本研究計畫之產生動機，在於對全民健保制度下，民眾自付之醫療費

用所佔比率及成長的關切。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. 民眾住院時，非自願升等到二等或頭等病房時所付之差額；
5. 民眾住院時，自願升等到二等或頭等病房時所負之差額；
6. 全民健保不給付的醫療服務之費用，但不包含病房升等之差額；
7. 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；
8. 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；
9. 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；
10. 其他自願性的民眾自付醫療相關費用；
11. 民眾因住院而請看護所花費用；以及
12. 民眾購買醫療附加險之保費。

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，以及對健保局而言，是非常重要的資訊。其主要理由包含以下三點。

第一個理由，作為唯一公營的全民健保制度，以及執行此制度的中央健保局，所應關心的醫療費用，除了全民健保的醫療總支出外，也應關切全國的醫療總支出。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。其背後的原因，一方面是在國際比較上，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，因而令學界懷疑那些醫療花費高的國家，其所花的醫療費用是否值得。[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。在醫療服務投入龐大的資源，在有限的資源下，將減少可供使用於這些活動的資源，終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將受妨礙。

第二個理由則是為了評估總額預算支付制度實施的成果和影響。健保局自 2002 年 7 月開始醫院總額院制度後，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，理論上可以有效的節制全民健保的醫療支出及其成長。但是，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。節制全國醫療支出的重要性已於前面第一個理由中述及；如何去節制，以及如何評估總額預算制度的成敗，則有賴健保局對民眾自付醫療費用多寡及趨勢的瞭解。因為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的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是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。這樣的結果，由健保局的醫療支付觀點，可能會視為總額預算制度的「成功」；由社會的觀點來評估，卻是失敗的。其影響所及，將如前面第一個理由所述，可能導致整個全民健保制度存續的危機。

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，將會逐漸促使民眾提起一個對全民健保制度來說是一個致命的疑問和批判：「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，對我有什麼用處？」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。此時，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發生危機；此正當性危機 (legitimacy crisis) 將會導致存續性危機。這樣的發展，不只是支持全民健保制度的民眾和學界所不樂見，更應是健保局所欲極力防範的。

到目前為止，健保局在其例行的資料收集與統計年報上仍缺乏這方面的資訊。本研究的目的一方面在收集這種資訊，同時也在協助中央健保局建立常規收集此資訊的方法與機制。

本研究的重點之一，也是本研究 and 以往國內外研究較不同的地方，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；又因其無法以完全客觀的方法來定義，因此在學術界也難以有共識。這也是為什麼國內外至今極少有人從事這方面的研究，至少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極缺乏。

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，以及中央健保局的觀點，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。這也是本研究不論對中央健保局的實務，或對學界的知識建構，均有重大意義。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鐘詳述。

第二節、研究目的

本研究的目的，在探討全民健保總額支付制度對民眾自付醫療費用的影響。本計畫為先驅性計畫，目的在協助中央健保局瞭解民眾的自付醫療費用相對於健保局的醫療支出的大小，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，以及建立未來中央健保局例行收集分析民眾自付醫療費用的實施與分析方法。這些研究計畫目的可詳細分為下列三個：

第一個目的： 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，以及該金額相對於全民健保的醫療支出的大小。

這一個研究目的在於瞭解全民健保制度下，民眾自行負擔的醫療費用之多寡。同時，未來若

能建立例行的此項資料收集，可進一步分析民眾自行負擔費用的成長情況。

第二個目的： 評估民眾自付醫療費用中屬於「隱性部分負擔」的總金額，以及該金額相對於全民健保的醫療支出的大小。

這一個研究目的在於分析全民健保制度下，除了法定的部分負擔外，民眾自行負擔的醫療費用中屬於「隱性部分負擔」的費用之多寡。所謂「隱性部分負擔」指的是民眾所自行負擔的醫療費用中，雖不屬於法定部分負擔，但該費用的性質按健康保險學以及衛生經濟學的觀點，均屬於實質的部分負擔。在實施總額預算支付制度後，中央健保局特別需防範醫療供給者在這部分的膨脹。定期追蹤收集此項資料成為監督「隱性部分負擔」膨脹所不可或缺，以及總額協商時之重要根據。

第三個目的： 建立未來中央健保局瞭解民眾自付醫療費用的例行調查方法。

這一個研究目的在協助中央健保局未來建立收集民眾自付醫療費用的例行調查機制與分析方法。

第三節、文獻探討

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：

(1)國家衛生保健支出帳 (National Health Accounts)；及

(2)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。

以國家衛生保健支出帳之研究來看，雖然這是近幾年來國際上，特別是 OECD 國家衛生經濟學研究的一項主要課題。[Bernt & Cutler et al.

2000,

OECD 1998, Rannan-Eliya & Berman et al. 1997] 但是，在這類研究

中，其

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。雖然在資料收集過程中也包含了民眾自付醫療費用的部分，但並未著力於本計畫的重點——隱性部分負擔。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。例如，在盧瑞芬與蕭慶倫的研究中比較 1997 年的資料時[盧瑞芬，蕭慶倫 2001]，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%）。這一點是值得健保局、衛生署、和學界關注的。同時，在一項 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質(regressive)，對低所得者較不利 [Van Doorslaer et al. 1999]。也就是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]。

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計畫參考的就更少了。

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] 供給者之所以有能力誘發醫療服務需求，主要是因醫療市場上的資訊不對稱：一般消費者對其自身疾病狀況、其疾病之診斷、其疾病所需之適當醫療服務、各種醫療服務之品質等等，均缺乏足夠的資訊。相對的，作為供給者的醫師，對這些「醫療產品」所具的資訊，遠遠多於消

費者。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, Mooney 2003, 紀駿輝 1997]。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。

但是，作為美國衛生經濟學界的主流，也是台灣衛生經濟學界的主流 (因為台灣多數衛生經濟學者，特別是經濟學者，都是在美國拿博士學位的)之理論基礎的新古典經濟學派(Neoclassic economics)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。這項行為假設，已成為新古典學派的「基本信仰」，其一切與市場行為相關的經濟分析架構，均建立在這項假設上[Feldstein 1973, Arrow 1976]。如果這項假設不成立，則其吃飯的工具——新古典學派經濟分析，就不能適用於該產業。這也是為什麼新古典學派學者必須否定「供給者誘發需求」；因「供給者誘發需求」完全

違背其對消費者與市場的假設[Rice 2003, Hurley 2000, Reinhardt 1998, Evans 1998, Culyer & Evans 1996]。

本計畫所定義的「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。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論架構下，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。

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 39Ⅲ～XⅡ、41Ⅱ～Ⅳ），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。

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，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，無健康保險者之支出則為 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，占有醫療保健支出 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]的研究則顯示我國在 1998 年平均每人每年自付的醫療費用為美元 202 元。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。

截至目前為止，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，及保險對象自付醫療支出在健保給付項目與非健保給付項目上的分配。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。

第二章 研究方法與架構

第一節、研究設計

本計畫之研究設計同時採用三種方法：

方法一：樣本訪視調查 (Face-to-face Interview)

以系統集束隨機抽樣方法選取 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「資料收集」。

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「資料收集」。

方法三：行政檔案分析 (Administrative Record Analysis)

為了確認保險對象就醫次數及相關費用等資料，本研究將同時採用行政檔案分析。此行政檔案分析將由中央健保局中區

分局的醫療支付檔案來勾稽樣本保險對象的資料，以建立完整準確的民眾自行負擔醫療費用資料。因為此一方法為確保資料正確性所必須，且必須由中央健保局員工來進行，因此本計畫的協同主持人包含了中央健保局中區分局經理。

第二節、研究對象與資料收集方法

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，因本研究預期結果要能推廣到所有保險對象。同時，因本研究為先驅計畫，未來若得以繼續進行，在第二年及第三年實施時，研究對象將推廣到全國的隨機樣本保險對象。

二、樣本及抽樣

本研究母群體為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。本研究所選取的樣本，將不限制年齡層。

抽樣過程採取「抽取率與抽樣單位大小成比率」方法[Levy 1980, Kish 1965]，分四個階段進行。第一個階段先由這四個縣市抽取樣本的行政鄉、鎮、及區。第二個階段自中選的鄉、鎮、區當中各抽取等量的里。第三階段則自中選的里以隨機抽樣方法來選取等量的戶。第四個階段則由樣本戶內以等距系統隨機抽樣方法來抽取樣本保險對象，作為本研究之樣本。

三、訪視調查及日記紀錄

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：一部份為問卷，另一部份為指導樣本保險對象填寫結構性的每次就醫紀錄表。整個資料收集的期間為兩個月。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健康量表等。同時，訪員也指導樣本保險對象如何填寫每次就醫紀錄表。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。

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一門診一次，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。

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、行政檔案

為了確保收集資料的完整性與正確性，本計畫將以中央健保局中區分局的個人歸戶申報檔案來和訪視調查及每次就醫紀錄資料核對。此部份資料的收集主要依賴健保局局內同仁；這部分的工作將由本計畫的協同主持人之一蔡淑鈴經理負責。透過本計畫樣本保險對象歸戶申報檔案的比對，可以幫助本計畫確認民眾就醫資訊。更重要的，行政檔案的分析，是本計畫判定及歸類那些自付醫療費用是屬於法定部分負擔，那些是屬於「隱性部分負擔」時所不可或缺的。在進行資料分析時，本研究主持人將消除受訪者個人身份證號碼，僅以新創的序號代表每一位受訪者，以確保受訪者的隱私權。同時，單獨由本研究建構之電腦分析檔，研究人員將無法追溯到受訪者個人的身份。這些都是本研究為確保受訪者個人隱私權所採取的保護措施。

第三節、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，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 ,

(3) 其他自願性的醫療相關費用 V ，以及

(4) 商業健保附加險之保費 P_{SI} 。

這些所有自付醫療費用 E_O 可以下列公式 1 表示：

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

隱性的部分負擔 C_I 可以由以下的公式 2 表示：

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

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

Bed_{NV} = 民眾住院時，非自願升等二等或頭等病房所付之差額

其他自願性的醫療相關費用 V 可以由以下的公式 3 表示：

$$V = NC_T + Bed_V + OTC + Amed + UC + X_i \quad [公式 3]$$

其中，

NC_T = 全民健保不給付的醫療項目之費用，但不包含病房升等之差額

Bed_V = 民眾住院時，自願升等二等或頭等病房所付之差額

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)

二、行政檔案分析

行政檔案的分析，同樣根據前面述及的架構。也就是將歸戶的申報資料，依據公式 1、公式 2、及公式 3 來分類統計。行政檔案的分析，主要用來協助本計畫判定及分類法定部分負擔 C_E 和隱性部分負擔 C_I 。同時，我們也可求得每一保險對象在兩個月期間由全民健保支付的醫療費用之總額 E_T 。

三、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 。

就本計畫之研究目的而言，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} ，以及隱性部分負擔佔其全民健保醫療支出之比率 R_{CI} 。這兩項數值可以下列公式 4 及公式 5 計算：

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

$$R_{CI} = \frac{\sum_{j=1}^n C_{I_j}}{\sum_{j=1}^n E_{T_j}} \quad [\text{公式 5}]$$

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

以同樣的方法，我們也可算出平均每位保險對象之法定部分負擔額 P_{CE} ，以及法定部分負擔佔其全民健保醫療支出之比率 R_{CE} 。最後，我們可由公式 6 和公式 7 求得平均每位保險對象實質部分負擔金額 P_C 和比率 R_C ：

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

$$R_C = R_{CI} + R_{CE} \quad [\text{公式 7}]$$

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 ，以及隱性部分負擔佔其全民健保醫療支出之比率 R_{CI} 、和實質部分負擔佔其全民健保醫療支出之比率 R_C 這四個數值，可以讓中央健保局瞭解民眾在醫療服務上的財務負擔。這四個數值，應是中央健保局未來長期例行統計監控的數值。

本年度所收集的資料，只是完成整個研究目的的先驅性或基礎資料而已。欲評估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。

四、本計畫之方法與目的和其他類似研究計畫的區別

本研究計畫雖然表面上與衛生署正進行的類似計畫(如鄭文輝教授及台灣社會福利學會之全民健保保險對象財務負擔調查，以下簡稱「衛生署研究」)相似，但是在研究目的和方法上卻有明顯區別。

1. 研究目的之不同

本研究的目的比起衛生署研究之目的更集中。衛生署研究的目的廣泛多重，而民眾自負額僅為其多重目的中之一部份。相對的，民眾自負額在本研究中為集中之重點。同時，衛生署研究中關於民眾自負額的分析是由廣泛的民眾財務負擔之觀點著手；本研究則是集中於比較民眾自負額相對於全民健保總額支付制度下之比率及成長來作分析。衛生署研究中關於自負額部分，目的在評估民眾的財務負擔，並以此來分析民眾付費意願以及若干改革方案，如MSA醫療儲蓄帳戶的可行性等。

相對的，本研究係完全針對2002年完成實施的總額支付制度來評估。在此制度下，總額的設定可有效節制全民健保的醫療支出，但是醫療供給者是否會同時膨脹民眾自負的部分，是值得需要去評估的。否則，總額支付制度雖有效控制了全民健保醫療支出之成長，卻無法節制全國醫療費用之成長，將會使得全民健保的功能遞減。長此以往，可能危害全民健保制度存續。因此，本研究一方面對總額支付制度下的民眾醫療支出做分析，

一方面亦藉此研究建立未來健保局評估民眾自負額相對於總額支出的資料收集與分析機制。

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，也將比衛生署研究中的分類更細。在衛生署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。

在本研究中則包含了：

1. 藥費以外之部分負擔，
2. 藥費之部分負擔，
3. 掛號費，
4. 合法差額負擔(健保不給付範圍)，
5. 非法差額負擔(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。在「合法差額負擔」一項之分析中，本研究將藉由客觀的標準與專家共識，嘗試將合法差額負擔分類為「合理」和「不合理」的差額負擔。其中，歸類為「不合理差額負擔」的費用總額及其成長，是值得注意的發展方向，將建議中央健保局繼續追蹤。

藥費的自負額部分也是本研究的分析重點，在衛生署研究中並未區分

出來。鑑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 and 衛生署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的比率與成長之變動，這些變動對不同所得民眾所造成之財務負擔影響，以及探究「不合理」自負額之成長。

2. 研究方法之不同

本研究所欲收集的資料，完全集中在民眾自付醫療費用。不同於衛生署研究的，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衛生署研究更細的資料。

資料收集方面，本研究將就家戶訪查的資料和健保局內的醫療院所申報資料比對，以獲得更準確的資料，特別是評估「合法」和「非法」的差額負擔。同時，在其他自負額方面，衛生署研究的資料收集僅採用家戶訪查，本研究則同時採用家戶訪查和一個月的家戶日誌。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，和衛生署研究的最大區別。

同時，本計畫主持人過去數年曾對中部地區進行多項的醫療服務使用研究，這些研究成果與經驗，將有助於本計畫的資料收集與分析。

第三章、研究結果

第一節、抽樣過程及結果

本研究母群體為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 1500 位保險對象為研究樣本。

抽樣過程採「機率隨樣本大小成比例 (Probability proportionate to size; PPS)」，分四個階段進行。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。第二個階段自中選的 15 個鄉、鎮、區當中各抽取 4 個村、里。第三階段則由 15 個中選的鄉、鎮、市、區所屬的戶政事務所，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。第四個階段則由樣本戶內以等距系統隨機抽樣方法來抽取樣本保險對象，作為本研究之樣本。各階段抽取數及中選鄉、鎮、市、區與中選村、里見附錄三。發函各中選村、里所屬之戶政事務所公文見附錄四。

有效樣本

本研究的預定樣本由分層隨機抽樣抽取 1500 位樣本。基於樣本合作意願以及其他社會因素(下一段討論)，最終有效樣本為 1,062 位。合計

樣本回收率(response rate) 為 70.8%。但是這些回收的樣本中，在所收集的多項資料中均呈現某些項目的資料缺失。因此在實際數據分析時的有效樣本均低於 70.8%。

樣本合作困難因素

本研究樣本合作及訪視過程所遭遇之困難，可分為下列各點：

1. 地區性因素：

民眾配合度高低與中選村里所屬之地域性有關係，大致可分為下列各類型：

- (1) 中選村里：中選村里愈接近都會區，配合度越低，如台中市。反觀，彰化縣海線部份以及南投、埔里地區配合度較高。
- (2) 戶政所提供之戶籍地址：若屬公寓大樓最困難，訪員至公寓訪視時，
進不了門，直接被受訪戶拒絕。再者，高樓大廈由於有警衛，警衛一律拒絕訪視。
- (3) 生活型態：台中市南區國光里中選之受訪戶，多位於大馬路的商家，
由於要營業，配合度也相當低。彰化縣茄苳里，訪員回報此區不是工廠就是墓地，跑遍全里，找不到幾人願意配合。文教地區，如彰化

師範大學附近的民眾配合度很高，訪員回報由於多數為教師。台中縣大里市中新里，訪員回報此里受訪戶生活水平及教育程度較低，配合度很低，甚至會謾罵訪員。

2. 訪員個人因素：

由於共抽出 60 個村里，為達 1500 位保險對象，要求訪員每個里最少要問到 25 人才終止。但由於一直被拒於門外，挫折感很大，有幾位訪員只問了幾位就草草了事。

3. 問卷題目過多：

受訪者反應，問卷題目太多。

4. 就醫日誌回收問題大：

(1) 費用項目繁雜

(2) 填寫兩個月太麻煩，很多民眾不是忘記填寫就是丟掉，不然就當做什麼都不知道，隨便回答後就直接趕訪員走。

5. 身分證字號：

由於有一半的民眾堅決不願填寫身分證字號，造成無法如預期與健保申

報檔核對。此部分需耗人工比對出真正的受訪者，故拖延了不少時間。

6. 加抽住院病患：

由於健保局提供的 100 位出院病患資料上的地址、電話是投保單位的，訪員親訪時，皆為上班時間沒有人願意配合。再者，地址分散各地，與先前集中於同一村里差別大，多數訪員都不願意做，即使幾位去訪視的訪員也反映，要去訪視前會先打電話過去投保單位找出出院病患，但由於台灣詐騙風氣相當興盛，打電話過去都被認為是來詐騙的，就直接掛斷電話。之後，便改採訪員直接於出院櫃檯訪視，由於誘因很低(小禮物)加上出院病患家屬都提著大包小包忙著回家，幾位訪員花了 1 個星期仍然宣告放棄。

第二節、樣本基本資料

在本研究的樣本中，多數的樣本年齡在 18 至 44 歲之年齡層，佔總樣本之 41.8%。其次為 45 歲至 64 歲，佔總樣本數的 31.4%。樣本的平均年齡為 38.5 歲(表 1)。依據九十一年度的全民健保統計，該年的保險對象中 20 至 44 歲之年齡層人數佔總數的 42.3%，與本研究之樣本在相近的年齡層所佔百分比類似。另一方面，本研究樣本中 45 歲至 64 歲年齡層的人口佔率(31.4%)則高於九十一年度的保險對象中同一年齡層的佔率(20.8%)。同樣的，本研究樣本的平均年齡(38.5 歲)也略高於九十一年度的保險對象之平均年齡(33.98 歲)。在男女比率中，本研究樣本男、女性各佔 49.44%，與九十一年度的保險對象之性別比率(男 49.86%，女 50.14%)非常接近 (表 1)。

在家庭人口數方面，本研究樣本有 49.7%的受訪戶在 4 人以內，43.8%在 5 至 8 人。受訪者的教育程度，以高中職(10 至 12 年學校教育)的 30.9%佔最大多數，其次為小學(0 至 6 年學校教育)佔 27.0%，接下來為大專(13 年及以上之學校教育)佔 22.8%，國中(7 至 9 年的學校教育)則佔 13.6% (表 1)。

健康保險附加險已逐漸普遍。在本研究的受訪者中，有 53.8%回答其購買健保附加險。在有購買健保附加險的樣本中，其保費每年超過 10,000 元者佔最多(77%)，其次為 5,000 元至 9,999 元(12.4%)。

本研究樣本的每月家戶總收入以超過50,000元佔多數(33.1%),其次為30,000元至49,999元(27.4%)。有25.1%之受訪者每月家戶所得為10,000元至29,999元,另有38%受訪者其每月家戶所得低於10,000元。

(表 1)

表 1. 研究樣本基本資料表

變項	人數		%	平均數	標準差	
年齡	合計	1054	99.25	38.53	19.68	
	組距	18 歲以下	173	16.29		
		18-45 歲	444	41.81		
		45-65 歲	333	31.36		
		65 歲以上	104	9.79		
性別	合計	1050	98.87	1.50	0.50	
	男	525	49.44			
	女	525	49.44			
家中人口數	合計	1034	97.36	4.47	1.97	
	組距	4 人以下	528	49.72		
		5-8 人	465	43.79		
		9 人以上	41	3.86		
教育年數	合計	1001	94.26	9.91	4.86	
	組距	6 年以下	287	27.02		
		7-9 年	144	13.56		
		10-12 年	328	30.89		
		13 年以上	242	22.79		
有無健保附加險	合計	994	93.60	1.42	0.49	
	有	572	53.86			
	無	422	39.74			
健保附加險每年保費	合計	453	42.65	36,137.70	63,296.09	
	組距	1,000 元以下	3	0.28		
		1,000-2,999 元	17	1.60		
		3,000-4,999 元	28	2.64		
		5,000-9,999 元	56	5.27		
		100,000 元以上	349	32.86		
家戶每月總收入	合計	949	89.36	3.00	0.91	
	組距	10,000 元以下	40	3.77		
		10,000-29,999 元	267	25.14		
		30,000-49,999 元	291	27.40		
		50,000 元以上	351	33.05		

第三節、受訪者醫療服務之使用

本研究的樣本在受訪記錄的兩個月中，有超過三分之二 (72.98%)的人未曾使用任何的醫療服務。本研究所分析的「醫療服務」之範圍廣泛，包括表 3 所列之十項：西醫門診、中醫門診、牙醫門診、西醫住院、醫療器材行購買醫療器材、檢驗所、西藥局自購西藥、中藥局自購中藥、非傳統方式醫療(如蜂針)、其他傳統、民俗、宗教或非主流醫療措施等。

表 2.研究樣本兩個月間醫療服務使用次數

是否使用醫療服務	人數	%	平均使用人次
有	287	27.02	4.19
無	797	72.98	—
合計	1,062	100.00	1.13

再來看西醫門診。本研究樣本在兩個月間平均每人使用西醫門診 0.29 次，外推可得每年 1.75 次，是低於全國的平均值。若僅看有使用醫療服務的樣本，則平均每人每年門診人次為 6.48 次。中醫門診則平均每人兩個月間使用 0.02 次，外推為一年 0.13 次。牙醫門診平均每人兩個月使用 0.007 次，外推一年 0.04 次。其他的醫療服務項目中，使用較多的有西藥局的 0.02 次；其他傳統、民俗、宗教或非主流醫療措施為 0.01 次。中藥局和非傳統方式醫療則較少，分別為 0.008 及 0.004 次。

表 3. 研究樣本兩個月間醫療費用發生類別

分類項目	人次*	%	使用者平均 使用次數**	樣本平均使 用次數***
0.未曾使用	775	—	—	—
1.西醫門診	310	72.60	1.08	0.29
2.中醫門診	23	5.39	0.08	0.02
3.牙醫門診	7	1.64	0.02	0.01
4.西醫住院	34	7.96	0.12	0.03
5.醫療器材行	0	0.00	0.00	0.00
6.檢驗所	0	0.00	0.00	0.00
7.西藥局	25	5.85	0.09	0.02
8.中藥局	9	2.11	0.03	0.01
9.非傳統方式	4	0.94	0.01	0.004
10.其他傳統、民俗、宗教 或非主流醫療措施	15	3.51	0.05	0.01
1-10 合計	427	100.00	1.49	0.40

* 計算人次為刪除同時使用者二種醫療資源以上之樣本

** 分母為 287 位有使用醫療服務者

***分母為 1,062 個有效樣本

接著來看各項的醫療服務使用頻率。表 4 列出所有樣本就醫(包含本研究
所調查的各種醫療服務之使用)的頻率。計有 775 人(73%) 在兩個月
內未曾使用過任何醫療服務；使用最多者達 60 次。

表 4.就醫次數分類

次數	人數	%	最大值
沒使用	775	72.98	----
1 次	137	12.90	----
2 次	53	4.99	----
3 次	40	3.77	----
4 次	17	1.60	----
5 次	13	1.22	----
6 次	7	0.66	----
7 次	6	0.56	----
8 次	9	0.85	----
9 次	2	0.19	----
10 次(含)以上	3	0.28	----
合計	1062	100.00	60

第四節、受訪者自付之醫療費用

本節將分析本研究樣本在兩個月的期間所自付的醫療費用。在兩個月的資料收集期間，本研究樣本平均每人自付了 1,645 元的醫療費用。以此數值外推，平均每人每年自付 9,870 元的醫療費用，不算低。這其中自付醫療費用最高的為 590,010 元，應該是較不常見，屬 outlier。因受訪者使用醫療服務的差異大，標準差也很大，為 19,263.5 元。當中大多數(782 人，73.6%)的受訪者兩個月間的自付醫療費用為 0 元，這些人多數為兩

個月間未曾使用醫療服務者。其次有 9.9% 的受訪者自付 251 元-1,000 元，4.8% 的受訪者自付 101 元-250 元，4.2% 受訪者自付超過 3,000 元，3.8% 的受訪者自付醫療費用為 51 元-100 元 [表 5]。

表 5. 研究樣本兩個月間自付醫療費用合計

組距	人數	%	平均數	標準差	最大值
0 元	782	73.63	----	----	----
1-50 元	11	1.04	----	----	----
51-100 元	40	3.77	----	----	----
101-250 元	51	4.80	----	----	----
251-1000 元	105	9.89	----	----	----
1001-3000 元	28	2.64	----	----	----
3001 元及以上	45	4.24	----	----	----
樣本合計	1,062	100	1645.0 元	19263.5 元	590,010 元
有使用醫療服務樣本	287	27	6087.1 元	36735.5 元	590,010 元

接下來我們來看受訪者所付的掛號費。就所有樣本而言，其兩個月間所自付的掛號費平均為 29 元。以此外推，平均每人每年 174 元。如果僅就有使用醫療服務的樣本來看，則平均每人自付 107 元的掛號費。受訪者自付的掛號費以 50 元以內(含)的佔稍多，為 5.5%，其次為 51 元-100 元，佔 5.3%，201 元以上者佔 4.0%，101 元-200 元之間者佔 3.6%。[表 6]。

表 6. 研究樣本兩個月間所付之掛號費

組距	人數	%	平均數	標準差	最大值
0 元	868	81.7	-----	-----	-----
1-50 元	58	5.5			
51-100 元	56	5.3			
101-200 元	38	3.9			
201 元及以上	42	4.0			
樣本合計	1,062	100	29.0 元	85.9 元	900 元
有使用醫療服務樣本	287	27.0	107.3 元	137.6 元	900 元

接下來我們來看受訪者在兩個月間自付的基本部分負擔費用。受訪者兩個月間平均自付 112.9 元的基本部分負擔；外推一年則為 677.4 元。若只看有使用醫療服務的受訪者，則平均自付 417.8 元的基本部分負擔。受訪者所付的部分負擔費用，以 50 元以內的佔稍多數(6.1%)，有 3.1%的受訪者其基本部分負擔超過 600 元， 最大值為 10,215 元 [表 7]。

表 7. 研究樣本兩個月間自付之基本部分負擔

組距	人數	%	平均數	標準差	最大值
0 元	854	80.4			
1-50 元	65	6.1			
51-200 元	47	4.4			
201-400 元	46	4.3			
401-600 元	17	1.6			
601 元及以上	33	3.1			
樣本合計	1,062	100	112.9 元	641.5 元	10,215 元
有使用醫療服務樣本	287	27.0	417.8 元	1182.7 元	10,215 元

藥費的部分負擔，在本研究樣本中平均為兩個月 14.3 元，外推一年為 85.8 元。若只看有使用醫療服務的樣本，兩個月間平均藥費部分負擔為 52.9 元，最大值為 620 元。需付部分負擔的樣本中，以 51 元-150 元之間居稍多，為 3.0%，其次為 151 元-300 元，佔 2.3%；有 1.4% 的受訪者其藥費部分負擔超過 300 元[表 8]。

表 8. 研究樣本兩個月間自付之藥費部分負擔

組距	人數	%	平均數	標準差	最大值
0 元	968	91.2	-----	-----	-----
1-50 元	23	2.2	-----	-----	-----
51-150 元	32	3.0	-----	-----	-----
151-300 元	24	2.3	-----	-----	-----
301 元及以上	15	1.4	-----	-----	-----
樣本合計	1,062	100	14.3 元	63.2 元	620 元
有使用醫療服務樣本	287	27.0	52.9 元	118.6 元	620 元

表 9 列出本研究樣本兩個月間自付同醫療程之部分負擔，平均為 0.32 元。若僅算有使用醫療服務者，則平均為 1.18 元，因僅有 3 位樣本需付此部分負擔。

表 9.研究樣本兩個月間自付同一療程之部分負擔

組距	人數	%	平均數	標準差	最大值
0 元	1,059	99.7			
1-100 元	2	0.20			
101-200 元	1	0.09			
樣本合計	1,062	100	0.32 元	6.86 元	200 元
有使用醫療服務樣本	287	27.0	1.18 元	13.23 元	200 元

本研究所收集的民眾自付醫療費用，除了主流的西醫、中醫、牙醫、住院、藥費以外，也包含了民眾自行購買中西醫之藥費。在兩個月期間，本研究樣本平均花了 48 元自購中西藥，外推一年為 288 元。此金額遠高於前面分析的掛號費、藥費部分負擔等。若僅看有使用醫療服務的樣本，則平均每人在兩個月間花了 177.6 元在自購中西藥上，最大值為 5,000 元。較多的受訪者其所花的費用在 2,000 元以下(4.3%)，僅有 0.7% 受訪者其自購中西藥費超過 2,000 元 [表 10]。

表 10.研究樣本兩個月間自購中西醫藥費

組距	人數	%	平均數	標準差	最大值
0 元	1,009	95.0			
1-150 元	13	1.2			
151-500 元	15	1.4			
501-2000 元	18	1.7			
2001 元及以上	7	0.7			
樣本合計	1,062	100	48.0 元	321.4 元	5,000 元
有使用醫療服務樣本	287	27.0	177.6 元	625.7 元	5,000 元

第五節、影響民眾自付醫療費用之因素分析

本節我們將討論用回歸分析模式來檢驗影響民眾自付醫療費用的因

素。首先我們先來看主要變項的平均值及標準差，列於表 11 中。

表 11. 主要變項的平均值及標準差

變項名稱	平均值	標準差	最大值	最小值
年齡	38.5	19.7	91	0.6
性別	1.5	0.5	2	1
家戶人口數	4.5	2.0	16	1
受教育年數	9.9	4.9	28	0
有無健保附加險	1.4	0.5	2	1
每年健保附加險保費	36,138	63,296	1,000,000	0
家戶月收入	3.0	0.9	4	1
就醫次數	0.71	2.39	60	0
住院天數	0.02	0.28	6	0
掛號費	29.0	85.9	900	0
基本部分負擔	112.9	641.5	10,215	0
藥費部分負擔	14.3	63.2	620	0
同一療程部分負擔	0.3	6.9	200	0
自購中西藥費	48.0	321.4	5,0000	0
自付病房費	356.0	6,377.8	203,805	0
自付檢查費	176.6	2,449.0	73,480	0
自付特殊材料費	117.8	2,305.2	68,226	0
自付血液血漿費	86.1	2,745.5	89,450	0
自付手術費	224.0	2,173.4	42,259	0
自付麻醉費	68.1	820.2	15,825	0
自付治療處置費	56.8	639.0	13,840	0
自付血液透析費	11.6	377.4	12,300	0
自費合計	1,645.0	19,263.5	590,010	0
健保申報費合計	157.8	918.0	13,596	0

在進行複回歸分析模式設定時，本研究所選用的列於表 11 的解釋變項，主要是根據兩個條件：

1. 理論上可能影響民眾醫療花費之因素：

主要是人口變項如年齡(年齡愈大者，平均使用醫療服務量愈多)、性別(在生育年齡群，女性平均使用的醫療服務量較男性多)、家戶人口數(雖然分析的單位是個人，但我們預測家戶人口數愈多，個人醫療服務使用量可能愈大，基於受感染傳染性疾病的機率增加)、以及受教育年數(教育年數愈多，使用醫療服務的能力—包括醫療服務資訊收集和運用的能力—愈高，因此使用醫療服務的量，也將愈高)。此外，尚包括經濟變項，主要為有無健保附加險(有附加險的樣本，其醫療服務使用時所需自付的費用將較低)、及家戶月收入(家戶月收入愈高者，較有能力付出自付醫療費用，因此也預期高家戶收入的樣本，其自付醫療費用將比較高)。

2. 變項在數據中之可用性：

本研究在收集民眾使用醫療服務及自付醫療費用的資料時，因遇到程度不小的拒訪率，導致部分數據缺乏。在進行複迴歸分析時，一個樣本若缺乏某一變項時，該樣本會被軟體自動刪除。如此，若選取的變項是許多樣本所缺乏的，在分析時這些樣本均將被刪除，結果將導致實際用來分析的樣本大幅減少，會使的分析(對係數的估

計)的效率大幅降低。因此，變項在樣本中的可用性，也成為本研究在進行複迴歸選取變項的一大條件。

接下來我們來看以一般複迴歸分析模式來檢驗影響民眾自付醫療費用的因素。在此模式中依變項為民眾自付醫療費用總額，分析的單位為個別民眾。我們嘗試以三種不同的一變項組合來比較分析，係數的估計是以最小平方值估計法(least square estimator)，其結果呈現於表 12。

表 12. 影響民眾自付醫療費用的一般複迴歸分析

變數	Model 1			Model 2			Model 3		
	係數	標準差	P 值	係數	標準差	P 值	係數	標準差	P 值
常數項	5422.5	9066.49	[.550]	9006.4	7886.26	[.254]	-1511.1	5137.85	[.769]
年齡	110.6	53.67	[.040]	110.6	53.11	[.038]	85.3	38.19	[.026]
性別	1165.6	1973.21	[.555]	1378.6	1925.92	[.474]	985.2	1470.73	[.503]
附加險	-1356.7	1820.51	[.456]	-1386.3	1792.98	[.440]	-1383.5	1517.60	[.362]
收入	-1075.0	985.20	[.276]	-1014.9	962.01	[.292]	-979.4	822.99	[.234]
SF36(PCS)	-166.1	117.37	[.157]	-161.1	115.55	[.164]	---	---	---
就醫滿意	1188.8	1330.81	[.372]	---	---	---	951.9	1098.84	[.387]
	觀察值：N=721； R ² =0.015			觀察值：N=732； R ² =0.014			觀察值：N=858； R ² =0.010		

在表 12 中的 3 個模式中，若就 r^2 來看，以 Model 1 為較佳的模式；但是三個模式的 r^2 值均不佳，最好的僅 0.015。主要的原因為多數依變項值為 0，使得一般複迴歸的估計不是很有效率。若以 $p=0.05$ 為顯著水準，則僅有年齡一變項是顯著的。依 Model 1 的估計係數值，受訪者年齡每增 1

歲，平均兩個月的醫療自付費將增加約 111 元。

為了解決多數受訪者之費用均為 0 的問題，我們也用了二階段迴歸模式(Two-part Model)，即先以 Logit model 來估計有無自付醫療費用之發生；第二階段再以一般複迴歸僅就有自付醫療費發生的受訪者作分析。

Logit model 分析的結果呈現在表 13 中。

表 13. 影響民眾自付醫療費用的邏輯模式分析

變數	Model 4				Model 5				Model 6			
	係數	標準差	P 值	邊際效果	係數	標準差	P 值	邊際效果	係數	標準差	P 值	邊際效果
常數項	-1.53	0.87	[.079]	-0.306	-0.96	0.76	[.208]	-0.190	-2.02	0.55	[.000]	-0.401
年齡	0.01	0.01	[.013]	0.003	0.01	0.01	[.014]	0.003	0.01	0.00	[.002]	0.001
性別	0.13	0.19	[.496]	0.026	0.15	0.19	[.435]	0.029	0.23	0.16	[.141]	0.046
附加險	0.30	0.18	[.090]	0.061	0.27	0.18	[.126]	0.054	0.32	0.16	[.049]	0.064
收入	0.04	0.10	[.683]	0.008	0.04	0.09	[.662]	0.008	-0.01	0.09	[.944]	-0.002
SF36 (PCS)	-0.02	0.01	[.116]	-0.004	-0.02	0.01	[.111]	-0.004	---	---	---	---
就醫滿意	0.16	0.13	[.202]	0.033	---	---	---	---	0.08	0.12	[.489]	0.016
	觀察值: N=721; R ² =0.017				觀察值: N=732; R ² =0.0149				觀察值: N=858; R ² =0.016			

註:邊際效果= $\Delta \text{Pr}(y=1 | X) / \Delta X_k$ 以變數平均值為計算基礎

由表 13 中的 3 個模式來比較，仍然以 Model 4(其自變項和 Model 1 同) 為較佳。若以 $p=0.05$ 為顯著水準，則仍然僅有年齡一項為顯著；每增加一歲，產生自付醫療費用的機率增加 0.003. 若以 $p=0.10$ 為顯著水準，

則增加了附加險的自變項為顯著；平均而言，有附加顯的受訪者，其產生自付醫療費用的機率要比沒有附加顯者多了 0.061。這種結果表面上看起來似乎不合理，但因為本研究的依變項「自付醫療費用」中包含了健保附加險的保費，因此使得有購買附加險的受訪者，即使他/她在兩個月中未使用任何醫療服務，但仍會有「自付醫療費用」發生，因而其發生自付醫療費用的機率，平均而言，要高於沒有購買附加險者。

第二階段的分析將限於有發生自付醫療費用的受訪者，我們以一般複迴規模式來分析。估計值的結果呈現於表 14。

表 14. 影響民眾自付醫療費用因素的第二階段一般複迴歸分析

變數	Model 7			Model 8			Model 9		
	係數	標準差	P 值	係數	標準差	P 值	係數	標準差	P 值
常數項	33483.50	35235.10	[.343]	43845.60	30411.40	[.151]	5622.55	20501.00	[.784]
年齡	230.38	177.84	[.197]	227.51	177.48	[.201]	192.17	127.59	[.133]
性別	645.95	7180.66	[.928]	1129.09	7121.07	[.874]	1926.77	5308.90	[.717]
附加險	-6333.98	6824.12	[.354]	-6629.44	6793.99	[.330]	-6789.94	5667.14	[.232]
收入	-5002.08	3856.89	[.196]	-5031.54	3850.09	[.193]	-3972.61	3118.35	[.204]
SF36 (PCS)	-541.08	418.14	[.197]	-540.46	417.44	[.197]	---	---	---
就醫滿意	2904.72	4963.68	[.559]	---	---	---	2351.08	4241.24	[.580]
	觀察值: N=202 ; R ² =0.041			觀察值: N=202 ; R ² =0.039			觀察值: N=238 ; R ² =0.029		

這三個模式的 r^2 值均不佳，係數的估計值標準差也都很大，可能是觀察值較小的緣故。我們仍然選擇 Model 7 (較佳的 r^2 值) 來嘗試解釋估計值的結果。這些自變項中，對於依變項自付醫療費用而言，年齡、性別和就醫滿意的影響相關都是正相關；附加險、健康指標(SF36)和家戶收入的影響相關則為負相關。

依 Model 7 的估計係數值，受訪者的年齡每增一歲，平均兩個月的自付醫療費增加 230 元。平均男性受訪者比女性多 646 元的自付醫療費。有附加險的受訪者，平均比沒有附加險的受訪者少付 6,334 元自付醫療費。收入每增一級距的受訪者，其自付醫療費少 5002 元。健康指標每增加 1 分(SF-36),其自付醫療費用少 541 元。最後，就醫滿意指標每增 1 分者，其自付醫療費將增 2,905 元。

綜合 Model 4 及 Model 7 的估計值，我們可以歸納出以下的結果列於表 15。由表 15 的結果，可以發現就影響自付醫療費用的機率而言，影響力最大的是健保附加險之有無，其次為性別，再其次為家戶所得。在有發生自付醫療費用的情況下，影響費用之多寡的因素中，影響力最大的因素為健保附加險之有無；其次為家戶所得；在其次為就醫滿意度。

表 15. 影響民眾自付醫療費用的因素

自變項	影響民眾發生自付醫療費用與否的因素 (Model 4)	影響民眾發生自付醫療費用金額的因素 (Model 7)
年齡	每增 1 歲，機率增 0.003*	每增加 1 歲 費用增加 230 元****
性別	女性比男性機率增 0.026	女性比男性增加 650 元
健保附加險	有附加險者機率增 0.061**	有附加險者較無附加險者 減少 6330 元
家戶所得	每增 1 級距機率增 0.008	每增加 1 級距 費用減少 5000 元****
健康指標(SF-36)	每增加 1 個指標分數 機率減少 0.004***	每增加 1 個指標分數 費用減少 540 元****
就醫滿意程度	每增加 1 指標分數 機率增加 0.033	每增加 1 個指標分數 費用增加 2900 元

* $p < 0.05$

** $p < 0.10$

*** $p < 0.15$

**** $p < 0.20$

第四章、討論及政策建議

第一節、結果討論

本研究所分析的「醫療服務」之使用，定義相當廣，因為本研究的主要目的再分析民眾自付醫療費用，而非傳統醫療服務之使用。因此本研究之結果，可能和目前已出版的文獻或已完成的研究報告，很難加以比較。

就廣義醫療服務使用之有無來看，本研究樣本中有約 73% 的受訪者在兩個月的紀錄期間並未使用任何醫療服務。就所有樣本的平均使用人次來外推到一年的平均使用人次，大約是每人每年 1.13 次。若僅看西醫門診，則平均每人每年僅看約 1.75 次，仍然低於全國的平均值。中醫門診則平均每人每年看 0.13 次；牙醫門診平均每人每年看 0.04 次。

為什麼本研究樣本的平均使用人次會低於全國平均值，無法由本研究得知。我們僅能推測下列的幾個可能原因：

1. 研究樣本的紀錄不夠正確；
2. 本研究樣本的代表性與全國人口的特性（如健康需要，或醫療服務的使用行為等）有差異；
3. 參與研究的訪員在記錄的追查上發生錯誤；
4. 訪查記錄再轉載為電腦分析檔案時發生錯誤。
5. 樣本數不夠大或觀察時間不夠長。

以上五點任何一點發生錯誤，均足以造成本分析結果的誤差。因為本研究採用了「日記記錄法」(Diary Method)，這種方法可大量降低受訪員的回溯記憶誤差(recall error)，特別是回溯期長達兩個月。儘管如此，民眾仍然可能疏忽了記載，而造成誤差。

就有使用醫療服務的樣本而言，使用最多的是 1 次，其次是 2 次。以兩個月的期間而言仍然是很低的。

再就本研究重點—自付醫療費用來看，本研究 1,062 樣本兩個月平均發生的醫療費用為 1,645 元，外推一年約為 9,870 元。此金額不算少，特別是當本研究樣本平均使用醫療服務的次數遠低於全國的平均值。其中最大值還高達 590,010 元。

若就健保有給付的項目之民眾自付醫療費用來看，加上和中區健保局串連的數據，則兩個月間最高為自付病房費(多半是病房差額)，達 356 元；外推一年為 2,136 元。其次為自付手術費，平均兩個月每位樣本為 224 元；外推一年為 1,344 元。自付檢查費用兩個月平均每人為 177 元，外推一年為 1,062 元。自付特殊材料費為兩個月平均每人 118 元，外推一年為每人 708 元。基本部分負擔兩個月間平均每人 113 元，外推一年為 678 元。自付血液血漿費兩個月平均每人 86 元，外推一年為 512 元。自付麻醉費兩個月平均每人 68 元，外推一年為 408 元。自付治療處置費兩個月平均每人 57 元，外推一年為 342 元。自購中西藥費兩個月平均每人

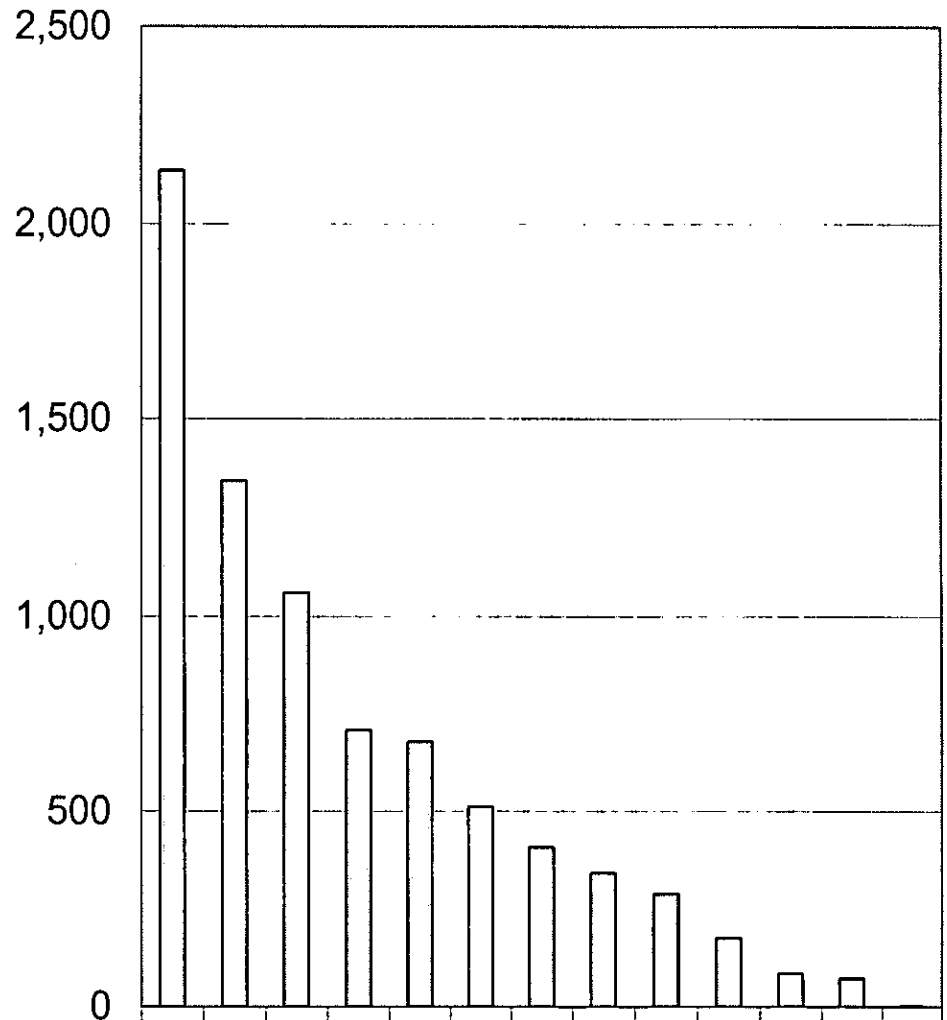
48 元，外推一年為 288 元。掛號費兩個月平均每人 29 元，外推一年為 174 元。藥費部分負擔兩個月平均每人 14 元，外推一年為 84 元。自付血液透西費兩個月平均每人 12 元，外推一年為 72 元。這些結果呈現於表 16。

表 16. 民眾自付健保給付相關的醫療費用

項 目	外推一年之費用	佔 率
自付病房費用	2,136 元	21.6%
自付手術費	1,344 元	13.6%
自付檢查費	1,062 元	10.7%
自付特殊材料費	708 元	7.2%
基本部分負擔	678 元	6.8%
自付血液血漿費	512 元	5.2%
自付麻醉費	408 元	4.1%
自付治療處置費	342 元	3.5%
自購中西醫藥費	288 元	2.9%
掛號費	174 元	1.8%
藥費部分負擔	84 元	0.8%
自付血液透析費	72 元	0.7%
同醫療程部分負擔	2 元	0.02%
合計	9,900 元	100%

圖 1. 比較民眾自付醫療費用外推一年之費用

比較民眾自付醫療費用外推一年之
費用(元)



□外推一年之費用(元)	2,136	1,344	1,062	708	678	512	408	342	288	174	84	72	2
-------------	-------	-------	-------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	----	---

最後，當我們分析影響民眾自付醫療費用的因素時，我們發現有無健保附加險是一重要影響因素。其對費用發生有無為正面的，主要是因「費用」該變項包含了健保附加險的保費；其對費用發生的多寡為強烈的負面影響，主要因多數的健保附加險會給付部分負擔的費用或健保不給付的醫療項目。值得注意的是佳戶所得對民眾自付費用有無的影響是正面的，但對民眾自付醫療費用的多寡則呈強烈的負面影響。也就是說，我們的研究發現民眾自付醫療費用多寡與家戶所得成反比。這一點在醫療財物負擔的公正性上是很值得進一步追究。

第二節、本研究之限制

本研究受到了多重的限制，使得有些成果不如預期的理想。其中最大的限制是民眾對受訪的接受度很低，導致許多醫療服務使用及費用的數據，原本設計要由訪員做追綜，卻遭到很大的拒訪。如此導致所收集的數據之代表性受了負面的影響。其背後原因，很可能是最近媒體報導了許多歹徒利用民眾資料進行詐騙，導致民眾對調查訪問失去信任。同時，也是本研究在向民眾保證對其隱私資料的保護，未能獲得民眾的信賴。原計劃

中設計了對資料不足之民眾作追蹤訪視，也遭受很大的拒訪，導致大部分資料不齊全的樣本無法補全。

第二個限制，基於同樣的道理，本研究原本設計除了民眾的日誌記錄外，並以下列二項資料來補強數據的可靠性：(1) 民眾就醫付費所獲得的收據；(2) 以民眾的身份證字號來串連健保局內的支付檔。但因民眾對訪員的信任度不足，有許多民眾不願出示收據給訪員。同時，也因民眾對訪員信任度不足，有許多民眾不願提供身份證字號，導致健保局內的串連結果減少了數量。這些均為本研究執行其中所發生的缺陷。希望未來的研究人員能由這些缺陷吸取經驗。

本研究的第三個限制，是樣本收集數目不夠。在樣本數不大，加上偏高的拒訪率或不合作，使得本研究所取得的樣本特性可能偏離母群體。同時，樣本數不夠大時，原應可以較長的觀察期間來彌補；但是本研究之觀察期間為兩個月，就 1,062 位樣本來說，時間顯然不足。

第三節、對未來研究之建議

本研究執行之初，本擬建立一中央健保局收集民眾自付醫療費用的方法及機制。因上一節所述的種種缺陷，使得本研究未能確實建立一「研究模式」供中央健保局以後執行。

我們仍然深信，收集民眾自付醫療費用應成為中央健保局的例行數據收集機制。主要原因，在追縱總額支付制度實施後，以及各種部分負擔制實施後，民眾的財務負擔之變遷。同時，中央健保局也有責任評估民眾自付醫療費用和其所得的相關性，由此來評估民眾財務負擔的公正性。此外，為得知我國的每年總醫療花費，民眾自付的部分有必要做例行的收集。

鑑於本研究的經驗，我們對中央健保局做出如下和本研究相關的建議：

1. 將民眾自付醫療費用列為例行的資料收集，並列入中央健保局的年度統計報告書中。
2. 這項例行研究可以由中央健保局直接委託有公信力的民意調查機構；獲得的數據可由中央健保局局內同仁來進行分析。這是比較節省費用的方式。同時，這項數據並不需要每年收集，可每隔—3年收集一次即可。
3. 另一個較有效率的資料收集方法，為將民眾自付醫療費用的收集併入國民健康局例行收集的國民健康調查。

4. 就樣本而言，應涵蓋代表全國的樣本，並加大樣本數。基於醫療服務使用發生的機率，在兩個月內是很少的；為取得能有效外推一年的數據，應將樣本加大為至少 5,000 人。如此才能收集足夠的每一醫療項目之使用及自付費用。

對於學術界從事和本研究相關的研究，我們也做出如下的建議：

1. 在做家戶訪查時，改善增加民眾信賴與合作的方法；例如訪視前先由學校發公文，並先以電話聯絡。
2. 對於民眾自付醫療費用的研究，將它併入研究民眾醫療財務負擔研究的一部份，和健保保費及所得一起分析。
3. 長期追蹤分析民眾自付醫療費用中不同醫療項目費用之消長，並分析其是否具替代作用或加成作用。
4. 足夠的樣本數。

第四節、政策建議

在提出政策建議之前，讓我們再來歸納本研究的主要發現：

1. 民眾醫療自付額相當高，平均每人每年達**9,870**元（相較於每位保險對象每人每年全民健保保費負擔**5,743**元）[中央健保局 2004]
2. 家戶所得和民眾自付醫療費用成反比，由此可推出低所得者之自付醫療費用負擔重
3. 有購買健保附加險的民眾其自付醫療費用的金額較低

基於本研究所受的限制(如第二節所述)。我們將很保守的提出和本研究相關的政策建議。

首先是民眾自付醫療費用中，佔率最大的為自付病房費。外推一年的費用平均每人為**2,136**元。其背後的原因，有一部份為民眾自願的病房升等；另一部份為醫院以「健保病房以滿」為理由，向民眾多收升等的病房差額。後面這一原因值得中央健保局去深究，並考慮提升「健保病房」的要求比率。以美國為例，各醫院若其健保病房(一般為兩人一間的 semi-private 病房)已滿，醫院責無旁貸的必須予病人免費升等為頭等病房(private room)。這一點值得中央健保局在未來與醫院協商時做修正。

否則，若病人被迫升等而得自付病房差額，會使得病人將埋怨的箭頭指向中央健保局。

其次，民眾自付手術費差額也佔了相當大的比率，達每人每年 1,344 元。這一點值得中央健保局深入探究。一項手術若是全民健保有給付的，醫療提供者就不應以任何名義向民中加收差額，也就是所謂的「差額收費」(balance-billing)，在許多實施全民健保制度的國家，都是禁止的。

第三大項目為民眾自付檢查費，每年每人 1,062 元。這一部份中央健保局應可深入探討到底是那些檢查項目民眾最常需自付費用。如果這些項目確有臨床的必要性，則可考慮未來將之加入給付範圍。若非醫療所必須的檢查，則中央健保局部需就這部分來做回應。

此外有幾個項目所佔比率略高，值得中央健保局注意的。它們包括：自付特殊材料費(每年每人 708 元)，自付血液血漿費(每年每人 512 元)，自付麻醉費(每人每年 408 元)，以及自付治療處置費(每人每年 342 元)。這些項目之所以值得中央健保局去深入探討，乃因這些項目多半為全民健保所給付項目，但在病人資訊不足的情況下，很容易讓醫療供給者以「健保不給付」或「健保給付的特殊材料、血液血漿、麻醉藥、以及其他種種處置較無效」為理由，來向民眾多收差額。

最後，本研究所發現的民眾自付醫療費用與家戶所得成反比，值得中央健保局進一步的探究。在這樣的情況下，使得民眾自付醫療費用的負擔

呈逆公正性(regressive)，這在實施全民健保制度的國家通常會引起深刻的介入。因為實施全民健保制度，除了提供全民就醫的可近性以外，另一個常見的制度目標為促使民眾醫療服務的費用負擔更公平。所謂更「公平」，可以有多種定義。但是多數國家所採行的健保或醫療財務負擔之「公平」，都以「量能付費」(ability-to-pay)為基準，也就是所得愈多，其財務負擔愈高。但是我們在民眾自付醫療費用的分析中，卻發現相反的現象。這一點是中央健保局未來可監控並謀求改善的政策目標。

最後，在總額預算制度下，特別加上今年7月推出之醫院卓越計劃，對民眾自付醫療費用的成長應為中央健保局例行監督之指標。民眾自付醫療費用數據之收集，未來應成為健保局例行收集和報告的數據，以及追蹤監督的項目。

參考文獻

[中文文獻]

中央健康保險局，2004. 數據中心統計資料. 台北：中央健康保險局。

中央健康保險局，2003. 全民健康保險統計 2002. 台北：中央健康保險局。

中央健康保險局，2003. 2001 全民健康保險統計動向。台北：中央健康保險局。

石耀堂，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.

石耀堂，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。

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，台中：中國醫藥學院。

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。

朱澤民，李丞華，沈茂廷，林長友，徐素妙，金葉明，2003. 台灣地區全民健康保險實證研究分類索引：民國八十年至民國九十年。中央健保局研究報告。台北：中央健康保險局。

江東亮，1994. 國民醫療保健調查。台北：衛生署，衛生署委託計畫。

江東亮，1993. 國民健康調查。台北：衛生署，衛生署委託計畫。

李卓倫，1994. 中藥的需求在全民健康保險的影響。台北：衛生署，衛生署委託計畫。

李丞華，2002. 全民健保 1999 年部分負擔新制之五大效應評估。中央健保局研究計畫報告 DOH90-NH-0041. 台北：中央健康保險局。

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. 台北：衛生署。

周麗芳，陳曾基，1999. 剖析健康保險藥品費用部分負擔制度。台灣醫界 42(6):33-44.

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.

張明正：國民醫療保健支出調查。台北：衛生署，衛生署委託計畫，1992。

鄭文輝，葉秀珍，蘇建榮，1998. 全民健保保險對象家庭財務負擔與醫療使用之探討。中央健保局委託研究計畫 DOH87-NH-046, 台北：中央健康保險局。

鄭守夏：全民健保對民眾醫療利用之影響。國科會委託計畫，1995-1997。衛生署，2000. 中華民國公共衛生年報。台北：衛生署。

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。

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。

[英文文獻]

Arrow KJ. 1976. Welfare Analysis of Changes in Health Coinsurance Rates. In: Richard NR ed., *The Role of Health Insurance in the Health Services Sector*, pp.3-23. New York: National Bureau of Economic Research.

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.

Berndt ER, Cutler DM, Frank RG, Griliches Z, Newhouse JP, Triplett JE, 2000. Medical care prices and output. In: Culyer AJ & Newhouse JP eds, *Handbook of Health Economics Vol. 1A*, pp.119-180. Amsterdam: Elsevier.

Blomqvist Å. 1991. The doctor as double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care. *J Health Economics*, 10:411-432.

Culyer AJ, Evans RG. 1996. Mark Pauly on welfare economics: Normative rabbits from positive hats. *J Health Economics*, 15:243-251.

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.

Evans, Robert G., 2000. Financing Health Care: Taxation and the Alternatives. Health Policy Research Unit Discussion Paper Series, HPRU 2000:15D, Vancouver, BC, University of British Columbia.

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.

Evans RG. 1998a. Toward a healthier economics. In: Barer ML, Getzen TE, Stoddart GL eds., *Health, Health Care and Health Economics: Perspectives on Distribution*. New York: John Wiley and Sons, pp:465-500.

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.

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.

Evans RG. 1984. *Strained Mercy*. Toronto, Butterworths.

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.

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.

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.

Feldman R, Dowd B, 1991. A new estimate of the welfare loss of excess health insurance. *American Economic Review* 81:297-301.

Feldstein M. 1973. The welfare loss of excess health insurance. *J Political Economy*, 81(2):251-280.

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.

Kish L, 1965. *Survey Sampling*. New York: John Wiley & Sons, pp. 398-401.

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.

Levy P, 1980. *Sampling for Health Professionals*. Belmont, CA: Lifetime Learning Publications, pp. 398-401.

Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis MS, 1987. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *American Economic Review* 77(3):251-277.

Organization of Economics Cooperation and Development, 1998. *OECD Manual: A System of Health Accounts for International Data Collection*. Paris, OECD.

Pauly MV. 1994. A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand(editorial). *J Health Economics*, 13:369-372.

Rannan-Eliya RP, Berman PA, Somanathan A, 1997. Health accounting: A comparison of the system of national accounts and national health accounts approach. Special Initiative Report 4, Partnerships for Health Reform, Washington D.C.: Abt Associates Inc.

Reinhardt UE. 1998. Abstracting from distributional effects, this policy is efficient. In: Barer ML, Getzen TE and Stoddart GL eds., *Health, Health Care and Health Economics*. Chichester: John Wiley & Sons, pp.1-52.

Reinhardt UE, 1985. The theory of physician-induced demand --reflections after a decade. *Journal of Health Economics* 4:187-193.

Rice T. 2003. *The Economics of Health Reconsidered*, 2nd Edition. Chicago: Health Administration Press.

Rice T, 1992. An alternative framework for evaluating welfare losses in the health care market. *Journal of Health Economics* 11:85-92.

Sen A. 1977. Rational fools: A critique of the behavioural foundations of economic theory. *Phil and Pub Affairs*, 6:317-344.

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 and Social Justice.

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.

Wagstaff A, Van Doorslaer E, Van der Burg H, Christiansen T, et al., 1999. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics* 18:291-313.

World Health Organization, 2000. *The World Health Report 2000*. Geneva: World Health Organization.

附錄

附錄一、期末報告審查意見及計畫主持人之回覆

一、楊執行長志良：

1. 文字暢通清晰。

[計畫主持人回覆]

謝謝指正。

2. 原研究設計似相當嚴謹，但所獲之樣本似與一般人口組成不同，且住院病患訪問失敗，故結果似令人失望。(樣本代表性不佳)

[計畫主持人回覆]

本研究之樣本設計，已採用嚴謹的集束抽樣等機率的方法對研究區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。所獲之樣本似與一般人口組成不同的主要原因，在於接近 30% 的樣本拒絕受訪。其背後主要原因，在於本研究訪視期間，國內的詐欺案件已盛行，甚至有假冒中央健保局名義來進行詐欺者。因此使得一般民眾對訪視研究及訪員的信任度大減，以致於拒訪率偏高。雖本研究嘗試對拒訪者或資料不齊全的研究對象進行追蹤(follow-up)，仍然遭受很高比率的拒訪。

3. 結果之可用性不高，至為可惜。

[計畫主持人回覆]

雖然本研究的樣本和一般人口的組成略有差異，其結果無法直接推論到全體保險對象，但是本研究結果仍有對全民健保政策可參考的地方。由本研究結果和全民健保統計比較，可知本研究對象的醫療使用率及量偏低。即使如此，本研究仍發現民眾每一年自付醫療費用金額相當可觀(平均每人每年 9,870 元，相較於平均每位保險對象每年繳交的保費 5,743 元高出許多)。因本研究對象之醫療使用率較一般民眾偏低，就此而言，本研究的估計值 9,870 元可將之視為低估值(lower-bound)。即使是此低估值，都值得中央健保局警惕：民眾自行負擔醫療費用已高到不容忽視的地步，因過高的自付醫療費用，將引起民眾懷疑全民健保之功能，進而危及民眾對全民健保制度的支持。同樣的，本研究的另一重要發現——民眾自付醫療費用之金額和家戶所得成反比，也值得中央健保局的關注。實施全民健保制度的重要目的之一，在於減輕低收入者，及多病者的醫療財務負擔。但本研究卻發現低收入者的醫療財務負擔反而較重。這一項發現，對於未來全民健保的給付範圍和部分負擔制度的改進，應有所啟示。

此外，本研究所提出的理論架構，特別是關於「隱性部分負擔」的觀念與分析，對於中央健保局未來的評估，以及學術界之研究，應仍具很大的參考價值。

4. 建議研究者進一步提出方法上改進之道。

[計畫主持人回覆]

本研究的重要目的之一，在於提供中央健保局未來進行相關研究的方法之參考。雖然本研究的結果未如預期，但由本研究所遭遇的困難和阻礙，仍能提供未來中央健保局和學術界進行類似研究的改進之道。

〈對中央健保局進行類似研究的建議〉

- (1) 將民眾自付醫療費用列為例行的資料收集，並列入中央健保局的年度統計報告書中。
- (2) 這項例行研究可以由中央健保局直接委託有公信力的民意調查機構；獲得的數據可由中央健保局局內同仁來進行分析。這是比較節省費用的方式。同時，這項數據並不需要每年收集，可每隔3年收集一次即可。
- (3) 另一較有效率的資料收集方法，為將民眾自付醫療費用的收集併入國民健康局例行收集的國民健康調查。
- (4) 就樣本而言，應涵蓋代表全國的樣本，並加大樣本數。基於醫療服務使用發生的機率，在兩個月內是很少的；為取得能有效外推一年的數據，應將樣本加大為至少5,000人。如此才能收集足夠的每一醫療項目之使用及自付費用。

〈對學術界進行類似研究的建議〉

- (1) 在做家戶訪查時，改善增加民眾信賴與合作的方法聯絡。
- (2) 對於民眾自付醫療費用的研究，將它併入研究民眾醫療財務負擔研究的一部份，和健保保費及所得一起分析。
- (3) 長期追蹤分析民眾自付醫療費用中不同醫療項目費用之消長，並分析其是否具替代作用或加成作用。
- (4) 收集足夠的樣本數，並給予受訪者一些合作的誘因，以提高樣本回收的比率及資料完整的比率。

5. 本議題十分重要，建議健保局再度公開稱徵求研究計劃。

[計畫主持人回覆]

由中央健保局內部來對本研究主題——「民眾自行負擔之醫療費用」定期監控，原是本計畫主持人對中央健保局的建議。由於詐欺案日趨普遍，甚至於93年間還包括假借中央健保局名義進行詐欺，導致一般民眾對訪視員日漸缺乏信任，這是未來學術研究進行類似本研究抽樣訪視將面對的阻礙。因此，由中央健保局針對建立互信的保險對象來做長期追蹤調查，應是未來較可行的方法。

二、鄭副教授守夏：

本研究的目的是最主要在調查健保總額支付制度下，民眾醫療自付費用的情形，並建立未來健保局可以進行例行調查的方法。很可惜，本研究報告似乎沒有達成原訂的研究目的，由於計畫已經執行完畢，以下幾點意見僅供參考。

1. 本研究的抽樣方法合理又嚴謹，然而資料蒐集的方式並不理想，以家庭日記的方式進行，因為過於繁瑣，許多民眾乾脆不填，才會出現七十三%的民眾在兩個月內沒有醫療利用，而推估每人每年就診小於二次，使得結果的可信程度大打折扣。

[計畫主持人回覆]

採用日記方式(diary method)蒐集醫療服務使用資料本研究並非第一次。本研究的兩位共同主持人曾於 1995 年及 1996 年以同樣日記記錄方式收集醫療服務使用資料，獲得的資料相當完整。本研究計畫在採用相同的方法收集醫療服務使用資料時，所遇到的困難，如同前面及報告中提及，主要在民眾對研究人員，特別是訪視員不信任，因而合作的意願很低。加上在過去，在採用日記方式收集資料時，若遇有研究對象所填資料不齊全時，訪員在第二次訪視時，多可由追蹤訪問來填補不齊全的項目。但是本研究在作追蹤訪視時，遇到很高的拒訪率，使得追蹤資料的進行遇到很大阻力。究其原因，是從去年到今年，特別是本研究正在進行資料收集之際，國內接連發生多起的詐欺案件，甚至假借中央健保局名義進行詐欺，使得民眾對家庭訪視研究採取高度警戒，甚至不願意合作。

2. 相同的，因為醫療利用次數的不可信，連帶的使得整體自付費用的調查結果也不可靠。建議可以針對有看診或住院的樣本作分析，至少可以看到一次門診或住院的自付費用金額為何。

[計畫主持人回覆]

本研究在對所收集的數據進行分析時，均已同時進行兩種分析：一為外推所有樣本的平均自付費用；一為僅就有使用醫療服務的樣本來計算其平均自付的醫療費用。

3. 本研究主題有其重要性，健保總額後醫院診所有比較強的誘因去創造自費市場，例如整型美容或是健康檢查，但是在不合法或不合理的部份，則健保局有責任去調查瞭解並加以監測。而本研究調查結果顯示，民眾配合調查的意願不高，填答結果不理想，這是健保局需要再思考的地方。

[計畫主持人回覆]

的確，在總額預算制度之下，醫療機構將有誘因來擴充民眾自費的醫療財源。對這方面的監督調查，應是中央健保局的例行責任。前面提及，本研究進行中民眾配合調查的意願不高，其主要原因之一，在於這一年來的詐欺案頗多，讓民眾對外人缺乏信任。未來我們建議由健保局來進行此調查，並藉由和就醫民眾建立長期互信的關係，來對同一群民眾作長期的追中調查，應可避免本研究所遇到的障礙。

4. 未來在的調查方法上，基於樣本與調查資料取得的效率考量，建議將門診與住院的費用分開調查，與健保相關不高的其他醫療服務可以暫不考量。

[計畫主持人回覆]

在這一點我們的觀點略有不同。本研究的原目的，是調查民眾所有自付的醫療費用，不只是全民健保有給付相關的醫療項目。為求得完整的民眾自付醫療費用，在進行此類調查研究時，有必要對「醫療服務」作完整的定義及測量。其主要原因，在於實施全民健保制度的國家，其負責全民

健保的主管當局，有責任去監督兩方面的醫療支出：一為和全民健保給付相關的醫療支出；一為全民健保給付外的醫療支出。否則，若全民健保主管當局僅將注意力集中在全民健保有給付的相關醫療支出，醫療供給者可能會在健保局壓縮支付金額的同時(例如我國目前的總額預算支付制度)，不斷擴充全民健保不給付的醫療財源。這些「全民健保制度外」的財源，若任其擴張，民眾將逐漸發出疑問：「我交了全民健保保費，為什麼還要付那麼多的醫療費用？」如果越來越多的民眾有此疑問，將危害到全民健保制度的正當性。因此，我們仍主張，未來健保局進行類似調查時，應同時廣泛調查民眾的自付醫療費用。

關於門診與住院醫療費用分開調查，我們認為值得商榷。因為以我國最近的醫療生態來看，門診與住院有相當大的重疊，彼此之間可轉換替代。因此，要分析醫療費用，或民眾自付費用，必須門診和住院的費用一起來調查併同時分析。

三、楊副教授長興：

審查意見：本研究主題頗有重要性，且有趣，應是值得多鼓勵之研究，唯有下列幾點或可再加澄清或改善：

1. 本研究有關問卷訪視之部分不知問了哪些問題，結果如何？是否可以交待清楚。

[計畫主持人回覆]

關於本研究問卷訪視部分所問的問題，在期末報告的「附錄」中有詳細將原問卷列出，敬請查考。

2. 抽樣對象以及日記填寫者係以個人為單位或家戶為單位，當初為何如此抽樣，似可列入說明。

[計畫主持人回覆]

本研究抽樣對象是先以「家戶」為抽樣單位，被抽中的家戶內之所有成員，皆自動成為本研究的樣本。日記填寫也是以樣本家戶的所有成員為對象；未成年、沒有能力填寫、或不識字的樣本，則由同戶中有能力填寫的樣本代填。

當初之所以採用以「家戶」為抽樣單位，是為了將有限的研究資源作最大的運用，節省訪視員必須在眾多家戶來進行訪視所需的時間和資源。

3. 樣本之醫療利用率似乎比過去任何調查都偏低許多，是否因為觀察效應所導致，如果這麼偏低的利用率做出來的結果與推論是否會有一些不正常。研究團隊是否具體建議下次若有後續研究可以如何改進？

[計畫主持人回覆]

前面的回覆曾提及，本研究樣本醫療利用率偏低許多，其背後的主要原因，是樣本的合作配合意願偏低。至於是否為「觀察效應」所致，我們並無證據顯示；同時，醫療服務的使用及自付費用，在大多數的情況下，並非敏感性的問題，即使有「觀察效應」其影響應不大。在這樣的情況下，作出來的結果當然對全國的推論就受很大的限制了。因此，我們建議，將

本研究所得結果之推估，視為民眾自付醫療費用的「估計值下限」(lowerbound)，如此仍具參考價值。

對於未來進行類似研究可如何改進，請參考前面計畫主持人針對楊執行長志良審查意見 4 所作的回覆，在此不再重覆。

4. 表十一（第四十一頁）主要變項的決定，以及後續影響民眾自付醫療費用因素決定的理論依據可否在文中予以交待。

[計畫主持人回覆]

本研究已依楊教授的意見，在期末報告修訂版中，加入對主要變項選取的決定因數之理論依據的討論（請參考修訂版第 46 - 47 頁）。

5. 圖表之目錄以及內文之圖的名稱與編號是否可補列。

[計畫主持人回覆]

在修訂版中已加入圖表之目錄以及內文之圖的名稱與編號。

6. 中文摘要篇幅不小，但是對於結果以及討論建議均未提及，另外英文摘要似可補上。

[計畫主持人回覆]

在修訂版之中文摘要內已加入對於結果及討論建議的敘述，同時也補上英文摘要。

7. 英文文獻之字體大小、大小寫及其他重要格式未書一致，建議修改。

[計畫主持人回覆]

英文文獻字體大小、大小寫、及其他重要格式在原期末報告初稿中未書一致，係因文字傳輸及轉檔時電腦程式造成之格式改變。在期末報告修訂稿中以針對這些問題作修正。

四、施副經理志和：

1. 問卷的選取數量與家戶落點，均因事前無法預定，而造成代表性、完整性與認知性的差誤，這是學術研究與經費限制的先天缺失，欲改善此一缺點，建議局內成立專責單位，定期監控「隱性負擔」。

[計畫主持人回覆]

由中央健保局內部來對本研究主題——「民眾自行負擔之醫療費用」定期監控，原是本計畫主持人對中央健保局的建議。由於詐欺案日趨普遍，甚至於 93 年間還包括假借中央健保局名義進行詐欺，導致一般民眾對訪視員日漸缺乏信任，這是未來學術研究進行類似本研究抽樣訪視將面對的阻礙。因此，由中央健保局針對建立互信的保險對象來做長期追蹤調查，應是未來較可行的方法。

2. 創見「隱性負擔」是此篇的最大成就。

[計畫主持人回覆]

謝謝指正。

3. 自總額預算制全面實施後，同時監視民眾「荷包外的醫療負擔」是保險人的職責。建議全局可考慮把「隱性負擔」的調查，列入常設單位，可依比例原則選定固定人選進行日常額外醫療付出日記簿的紀錄，再由主管單位每一季舉辦研討會的方式彙整以為決策面之修正參考。

[計畫主持人回覆]

如同對許副經理審查意見 1 的回覆，本計畫主持人建議中央健保局未來應將民眾自行負擔之醫療費用，特別是本研究所定義之「隱性部分負擔」，列為局內例行收集並分析的資料。同時，將資料分析的結果，做為未來修改支付制度及部分負擔制度時的重要參考。

4. 本篇從技術面，可再細分的是隱性負擔的內涵與定義，從收集資料的職前共識性，再加強其一致性，其他系統性的誤差與其他學術性的研究性論文相同，是否可考慮以參數的方式進行修正。

[計畫主持人回覆]

本研究因較高的拒訪率，使得收集的數據和分析結果難以推論到全體民眾。在口頭期末報告當中，主席曾提及未來可考慮由中央健保局中區分局，就本研究的樣本，依其就醫申報檔案追蹤分析，以補強本研究結果之不足。這一部份有賴未來本研究團對繼續和中區分局來合作進行，但來不及在本修訂版中加入。

附錄二、個人基本資料及健康量表

總額預算制度下民眾自付醫療費用之評估

委託單位：中央健康保險局

執行單位：中國醫藥大學

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() _____ 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

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

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)

9. 下列各項問題是關於過去一個月內您的感覺及您對周遭生活的感受，請針對每一問題選一最接近您感覺的答案。在過去一個月中有多少時候.....

(每行請僅圈選一項答案)

	一直都是	大部分時間	經常	有時	很少	從不
a. 您覺得充滿活力？	1	2	3	4	5	6
b. 您是一個非常緊張的人？	1	2	3	4	5	6
c. 您覺得非常沮喪，沒有任何事情可以讓您高興起來？	1	2	3	4	5	6

d.您覺得心情平靜？	1	2	3	4	5	6
e.您精力充沛？	1	2	3	4	5	6
f.您覺得悶悶不樂和憂鬱？	1	2	3	4	5	6
g.您覺得筋疲力竭？	1	2	3	4	5	6
h.您是一個快樂的人？	1	2	3	4	5	6
i.您覺得累？	1	2	3	4	5	6

10. 在過去一個月內，您的身體健康或情緒問題有多少時候會妨礙您的社交活動（如拜訪親友等）？

(請僅圈選一項答案)

- 一直都會.....1
 大部分時間會.....2
 有時候會.....3
 很少會.....4
 從不會.....5

11. 下列各個陳述對您來說有多正確？

(每行請僅圈選一項答案)

	完全正確	大部分正確	不知道	大部分不正確	完全不正確
a. 我好像比別人較容易生病	1	2	3	4	5
b. 和任何一個我認識的人來比，我和他們一樣健康。	1	2	3	4	5
c. 我想我的健康會越來越壞	1	2	3	4	5
d. 我的健康狀況好得很	1	2	3	4	5

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

(IQOLA SF-36 Taiwan Standard Version 1.0)

附錄三

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
是否有因沒有普通病房而被迫付差額而升級住二等或頭等病房？____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	特殊材料費	元	診察費	元
就診部分負擔	元	管灌飲食費	元	放射線診察費	元
藥費部分負擔	元	藥事服務費	元	手術費	元
療程部分負擔	元	精神科治療費	元	麻醉費	元
病房費	元	注射技術費	元	血液透析費	元
伙食費	元	病程照護費	元	復健治療費	元
檢查費	元	生活照護費	元	自購中西藥費	元
治療處置費	元	證明書費	元	看護費	元
血液血漿費	元	救護車相關費	元	其他_____	元
電話費	元	健康檢查費	元	其他_____	元

附錄四

抽樣過程之中選鄉、鎮、市、區

鄉鎮市區	戶數	累積戶數	中選號碼
線西鄉	3,780	3,780	999
集集鎮	3,939	7,719	
石岡鄉	4,304	12,023	
竹塘鄉	4,354	16,377	
和平鄉	4,484	20,861	
仁愛鄉	4,613	25,474	
大安鄉	5,015	30,489	
二水鄉	5,018	35,507	
信義鄉	5,057	40,564	
中寮鄉	5,129	45,693	
大城鄉	5,284	50,977	
魚池鄉	5,392	56,369	
鹿谷鄉	5,912	62,281	
芬園鄉	6,745	69,026	
國姓鄉	6,946	75,972	
水里鄉	7,045	83,017	
新社鄉	7,069	90,086	83,210
田尾鄉	7,195	97,281	
外埔鄉	7,715	104,996	
埤頭鄉	7,813	112,809	
伸港鄉	7,882	120,691	
中區	8,116	128,807	
溪州鄉	8,174	136,981	
埔鹽鄉	8,240	145,221	
秀水鄉	8,569	153,790	
埔心鄉	8,773	162,563	
北斗鎮	9,140	171,703	165,421
大村鄉	9,213	180,916	
芳苑鄉	9,579	190,495	
永靖鄉	9,608	200,103	
福興鄉	10,807	210,910	
名間鄉	11,231	222,141	
社頭鄉	11,307	233,448	
花壇鄉	11,510	244,958	

田中鎮	11,707	256,665	247,632
二林鎮	13,434	270,099	
溪湖鎮	13,770	283,869	
后里鄉	13,966	297,835	
梧棲鎮	14,137	311,972	
大肚鄉	14,260	326,232	
神岡鄉	15,954	342,186	329,843
東勢鎮	16,283	358,469	
竹山鎮	17,280	375,749	
霧峰鄉	17,337	393,086	
烏日鄉	17,486	410,572	
龍井鄉	17,836	428,408	412,054
沙鹿鎮	18,652	447,060	
大甲鎮	19,696	466,756	
鹿港鎮	20,078	486,834	
和美鎮	21,280	508,114	494,265
清水鎮	22,410	530,524	
東區	22,472	552,996	
大雅鄉	23,135	576,131	
埔里鎮	26,206	602,337	576,476
草屯鎮	27,600	629,937	
潭子鄉	27,706	657,643	
南投市	30,547	688,190	658,687
員林鎮	33,553	721,743	
南區	35,379	757,122	740,898
西區	39,358	796,480	
南屯區	43,508	839,988	823,109
豐原市	44,191	884,179	
太平市	49,990	934,169	905,320
北區	51,535	985,704	
大里市	52,639	1,038,343	987,531
西屯區	59,190	1,097,533	1,069,742
彰化市	64,042	1,161,575	1,151,953
北屯區	71,595	1,233,170	

總數 1,233,170

$1,233,170 \div 15 = 82,211.3$

1~82,211 亂數取：999

$999 + 82,211 = 83,210$

中選之各鄉鎮市區，再以系統抽樣方法抽出4個里。

龍井鄉中選村、里

村里	戶數	累積戶數	中選號碼
福田村	315	315	
南寮村	407	722	366
龍西村	551	1273	
麗水村	734	2007	
龍崗村	744	2751	
龍東村	814	3565	
三德村	823	4388	
竹坑村	874	5262	4825
田中村	893	6155	
忠和村	1287	7442	
龍津村	1365	8807	
新東村	1468	10275	9284
山腳村	1516	11791	
龍泉村	1608	13399	
新庄村	1661	15060	13743
東海村	2776	17836	

總數 17836

$17836 \div 4 = 4459$

1~4459 亂數取：366

$366 + 4459 = 4825$

中選之村里內，再隨機抽取 50 戶。

線西鄉中選村、里

村里	戶數	累積戶數	中選號碼
溝內村	310	310	
德興村	311	621	572
頂庄村	343	964	
塭仔村	356	1320	
下犁村	472	1792	1472
線西村	583	2375	2372
寓埔村	593	2968	
頂犁村	634	3602	3272

總數 3602

$3602 \div 4 = 900.5$

1~900 亂數取：572

$572 + 900 = 1472$

中選之村里內，再隨機抽取 50 戶。

彰化市中選村、里

村里	戶數	累積戶數	中選號碼
田中里	231	231	
竹巷里	239	470	
茄苳里	258	728	500
三村里	290	1018	
光復里	331	1349	
寶部里	336	1685	
石牌里	346	2031	
快官里	351	2382	
中山里	352	2734	
安溪里	358	3092	
中央里	362	3454	
福田里	364	3818	
光華里	364	4182	
富貴里	393	4575	
萬壽里	394	4969	
永福里	398	5367	
福安里	415	5782	
信義里	433	6215	
大同里	444	6659	
忠孝里	452	7111	
民權里	478	7589	
南美里	481	8070	
長樂里	523	8593	
竹中里	527	9120	
永生里	543	9663	
南安里	560	10223	
成功里	570	10793	
光南里	616	11409	
文化里	620	12029	
民生里	635	12664	
中正里	654	13318	
華北里	664	13982	
興北里	677	14659	
東興里	684	15343	
新華里	706	16049	
陽明里	708	16757	16528

國聖里	751	17508	
茄南里	762	18270	
中庄里	778	19048	
古夷里	803	19851	
桃源里	838	20689	
和調里	855	21544	
香山里	877	22421	
磚瑤里	880	23301	
華陽里	891	24192	
西興里	945	25137	
牛埔里	970	26107	
大竹里	971	27078	
建寶里	973	28051	
荊桐里	978	29029	
西勢里	991	30020	
介壽里	1000	31020	
龍山里	1012	32032	
東芳里	1022	33054	32556
卦山里	1068	34122	
忠權里	1084	35206	
西安里	1139	36345	
彰安里	1187	37532	
平和里	1309	38841	
向陽里	1351	40192	
五權里	1365	41557	
延和里	1370	42927	
下部里	1411	44338	
台鳳里	1423	45761	
萬安里	1577	47338	
復興里	1598	48936	48584
新興里	1603	50539	
崙平里	1817	52356	
福山里	2051	54407	
南興里	2133	56540	
阿夷里	2351	58891	
南瑤里	2557	61448	
延平里	2666	64114	

總數

64114

$$64114 \div 4 = 16028.5$$

1~16028 亂數取：500

$$500 + 16028 = 16528$$

中選之各鄉鎮市區，再以 S. R. S. 抽樣方法抽出 4 個里。

神岡鄉中選村、里

村里	戶數	累積戶數	中選號碼
山皮村	321	321	
庄前村	543	864	775
庄後村	583	1447	
圳堵村	677	2124	
三角村	720	2844	
北庄村	733	3577	
神洲村	745	4322	
溪洲村	800	5122	4704
圳前村	819	5941	
岸裡村	854	6795	
神岡村	934	7729	
新庄村	1181	8910	8633
大社村	1383	10293	
社南村	1412	11705	
社口村	1878	13583	12562
豐洲村	2134	15717	

總數 15717

$15717 \div 4 = 3929.25$

1~3929 亂數取：775

$775 + 3929 = 4704$

中選之村里內，再隨機抽取 50 戶。

埔里鎮中選村、里

村里	戶數	累積戶數	中選號碼
成功里	152	152	
史港里	241	393	
向善里	253	646	434
一新里	263	909	
溪南里	338	1247	
南門里	367	1614	
珠格里	375	1989	
福興里	389	2378	
籃城里	411	2789	
麒麟里	416	3205	
桃米里	429	3634	
廣成里	445	4079	
房里里	480	4559	
大湍里	487	5046	
南村里	506	5552	
薰化里	510	6062	
合成里	567	6629	
愛蘭里	593	7222	6994
鐵山里	691	7913	
泰安里	839	8752	
同聲里	878	9630	
牛眠里	919	10549	
杷城里	972	11521	
北門里	1000	12521	
北梅里	1003	13524	
蜈蚣里	1107	14631	13554
水頭里	1250	15881	
東門里	1257	17138	
西門里	1307	18445	
北安里	1363	19808	
清新里	1483	21291	20114
大城里	2366	23657	
枇杷里	2583	26240	

總數

26240

$$26240 \div 4 = 6560$$

1~6560 亂數取：434

$$434 + 6560 = 6994$$

中選之村里內，再隨機抽取 50 戶。

南屯區中選村、里

村里	戶數	累積戶數	中選號碼
新生里	431	431	
鎮平里	537	968	754
春安里	1204	2172	
大誠里	1244	3416	
向心里	1261	4677	
文心里	1337	6014	
永定里	1365	7379	
大興里	1438	8817	
中和里	1464	10281	
寶山里	1536	11817	11631
楓樹里	1553	13370	
黎明里	1705	15075	
大同里	1728	16803	
溝墘里	1742	18545	
田心里	1801	20346	
同心里	1965	22311	
春社里	2077	24388	22508
南屯里	2209	26597	
三厝里	2266	28863	
惠中里	2269	31132	
三義里	2271	33403	33385
文山里	2339	35742	
大業里	2493	38235	
三和里	2528	40763	
豐樂里	2745	43508	

總數 43508

$43508 \div 4 = 10877$

1~10877 亂數取：754

$754 + 10877 = 11631$

中選之村里內，再隨機抽取 50 戶。

南投市中選村、里

村里	戶數	累積戶數	中選號碼
東山里	167	167	
彰仁里	179	346	
仁和里	213	559	
永興里	247	806	643
光輝里	251	1057	
鳳鳴里	260	1317	
南投里	284	1601	
千秋里	330	1931	
三民里	361	2292	
龍泉里	397	2689	
鳳山里	420	3109	
崇文里	424	3533	
內新里	487	4020	
康壽里	619	4639	
福山里	632	5271	
光華里	667	5938	
嘉興里	676	6614	
振興里	719	7333	
營南里	771	8104	
光榮里	807	8911	8286
光明里	822	9733	
漳興里	967	10700	
永豐里	968	11668	
福興里	1011	12679	
三和里	1138	13817	
嘉和里	1278	15095	
軍功里	1561	16656	15929
新興里	1581	18237	
平山里	1754	19991	
三興里	1877	21868	
營北里	2020	23888	23572
內興里	2092	25980	
平和里	2181	28161	
漳和里	2411	30572	
總數	30572		

$30572 \div 4 = 7643$

1~7643 亂數取：643

$643 + 7643 = 8286$

中選之村里內，再隨機抽取 50 戶。

南區中選村、里

村里	戶數	累積戶數	中選號碼
長春里	990	990	900
江川里	1011	2001	
長榮里	1108	3109	
和平里	1115	4224	
德義里	1179	5403	
積善里	1185	6588	
平和里	1280	7868	
西川里	1423	9291	
城隍里	1460	10751	9744
南門里	1464	12215	
福興里	1465	13680	
崇倫里	1483	15163	
福順里	1490	16653	
永和里	1516	18169	
國光里	1632	19801	18588
工學里	1787	21588	
新榮里	1849	23437	
福平里	1968	25405	
南和里	2087	27492	27432
永興里	2271	29763	
樹德里	2378	32141	
樹義里	3238	35379	

總數 35379

$35379 \div 4 = 8844.75$

1~8844 亂數取：900

$900 + 8844 = 9744$

中選之村里內，再隨機抽取 50 戶。

和美鎮中選村、里

村里	戶數	累積戶數	中選號碼
和南里	166	166	
竹園里	240	406	
地潭里	251	657	561
還社里	255	912	
中寮里	340	1252	
湖內里	390	1642	
大霞里	391	2033	
雅溝里	396	2429	
頭前里	449	2878	
好修里	486	3364	
塗厝里	496	3860	
面前里	500	4360	
源埤里	504	4864	
和北里	509	5373	
嘉犁里	515	5888	
嘉寶里	531	6419	5889
南佃里	539	6958	
詔安里	626	7584	
犁盛里	667	8251	
鎮平里	755	9006	
新庄里	783	9789	
鐵山里	793	10582	
四張里	805	11387	11217
柑井里	809	12196	
中園里	866	13062	
月眉里	896	13958	
和西里	1125	15083	
糖友里	1259	16342	
和東里	1351	17693	16545
竹營里	1518	19211	
山犁里	2103	21314	

總數 21314

$21314 \div 4 = 5328.5$

1~5328 亂數取：561

$561 + 5328 = 5889$

中選之村里內，再隨機抽取 50 戶。

田中鎮中選村、里

村里	戶數	累積戶數	中選號碼
龍潭里	223	223	
東源里	230	453	
大社里	268	721	571
香山里	293	1014	
三光里	295	1309	
碧峰里	351	1660	
頂潭里	410	2070	
東路里	416	2486	
梅州里	441	2927	
大崙里	448	3375	
南路里	448	3823	3502
平和里	480	4303	
復興里	528	4831	
沙崙里	529	5360	
三民里	532	5892	
三安里	549	6441	6433
中潭里	588	7029	
中路里	758	7787	
新庄里	775	8562	
西路里	815	9377	9364
北路里	1047	10424	
新民里	1303	11727	

總數 11727

$11727 \div 4 = 2931.75$

1~2931 亂數取：571

$571 + 2931 = 3502$

中選之村里內，再隨機抽取 50 戶。

北斗鎮中選村、里

村里	戶數	累積戶數	中選號碼
重慶里	243	243	
五權里	273	516	
新政里	340	856	566
中和里	368	1224	
七星里	475	1699	
居仁里	499	2198	
光復里	579	2777	
新生里	599	3376	2850
大新里	616	3992	
西安里	617	4609	
大道里	654	5263	5134
東光里	654	5917	
中寮里	752	6669	
文昌里	920	7589	7418
西德里	1548	9137	

總數 9137

$9137 \div 4 = 2284.25$

1~2284 亂數取：566

$566 + 2284 = 2850$

中選之村里內，再隨機抽取 50 戶。

大里市中選村、里

村里	戶數	累積戶數	中選號碼
夏田里	296	296	
西湖里	824	1120	999
樹王里	972	2092	
東昇里	1010	3102	
大里里	1142	4244	
日新里	1286	5530	
大元里	1337	6867	
大明里	1421	8288	
立德里	1582	9870	
立仁里	1610	11480	
國光里	1697	13177	
中新里	1710	14887	14167
健民里	1836	16723	
仁德里	1903	18626	
西榮里	2024	20650	
永隆里	2174	22824	
仁化里	2177	25001	
新仁里	2391	27392	27335
東興里	2439	29831	
祥興里	2456	32287	
內新里	2524	34811	
塗城里	2566	37377	
長榮里	2631	40008	
東湖里	2762	42770	40503
新里里	2960	45730	
金城里	3338	49068	
瑞城里	3606	52674	

總數 52674

$52674 \div 4 = 13168.5$

1~13168 亂數取：999

$999 + 13168 = 14167$

中選之村里內，再隨機抽取 50 戶。

太平市中選村、里

村里	戶數	累積戶數	中選號碼
黃竹里	359	359	
東汴里	465	824	498
頭汴里	1236	2060	
德隆里	1414	3474	
光隆里	1779	5253	
新福里	1842	7095	
太平里	1949	9044	
建國里	2196	11240	
興隆里	2335	13575	12997
中平里	2492	16067	
中山里	2639	18706	
坪林里	2945	21651	
中興里	3149	24800	
光華里	3201	28001	25496
長億里	3401	31402	
東平里	3821	35223	
新光里	3954	39177	37995
宜欣里	5363	44540	
新坪里	5457	49997	

總數 49997

$49997 \div 4 = 12499.25$

1~12499 亂數取：498

$498 + 12499 = 12997$

中選之村里內，再隨機抽取 50 戶。

西屯區中選村、里

村里	戶數	累積戶數	中選號碼
鵬程里	35	35	
龍潭里	321	356	
大石里	474	830	797
廣福里	745	1575	
福安里	919	2494	
林厝里	1005	3499	
潮洋里	1005	4504	
福聯里	1019	5523	
福中里	1099	6622	
大福里	1176	7798	
福瑞里	1233	9031	
何厝里	1237	10268	
大河里	1250	11518	
福和里	1347	12865	
何明里	1411	14276	
何德里	1417	15693	15594
協和里	1462	17155	
西墩里	1495	18650	
上安里	1498	20148	
福恩里	1511	21659	
至善里	1547	23206	
上石里	1633	24839	
何福里	1633	26472	
西安里	1637	28109	
何南里	1675	29784	
上德里	1687	31471	30391
逢甲里	1771	33242	
大鵬里	1779	35021	
福雅里	1866	36887	
逢福里	1894	38781	
福林里	1959	40740	
何安里	2003	42743	
港尾里	2026	44769	
何仁里	2219	46988	45188
西平里	2308	49296	
何源里	2340	51636	

永安里	2430	54066
惠來里	2470	56536
何成里	2654	59190

總數 59190

$59190 \div 4 = 14797.5$

1~14797 亂數取：797

$797 + 14797 = 15594$

中選之村里內，再隨機抽取 50 戶。

附錄五

六十個中選村、里列表及發函所屬之戶政事務所公文

台中市	南區	長春里
台中市	南區	城隍里
台中市	南區	國光里
台中市	南區	南和里
台中市	南屯區	鎮平里
台中市	南屯區	寶山里
台中市	南屯區	春社里
台中市	南屯區	三義里
台中市	西屯區	大石里
台中市	西屯區	何德里
台中市	西屯區	上德里
台中市	西屯區	何仁里
彰化縣	彰化市	茄苳里
彰化縣	彰化市	陽明里
彰化縣	彰化市	東芳里
彰化縣	彰化市	復興里
彰化縣	線西鄉	德興村
彰化縣	線西鄉	下犁村
彰化縣	線西鄉	線西村
彰化縣	線西鄉	頂犁村
彰化縣	北斗鎮	新政里
彰化縣	北斗鎮	新生里
彰化縣	北斗鎮	大道里
彰化縣	北斗鎮	文昌里
彰化縣	田中鎮	大社里
彰化縣	田中鎮	南路里
彰化縣	田中鎮	三安里
彰化縣	田中鎮	西路里
彰化縣	和美鎮	地潭里
彰化縣	和美鎮	嘉寶里
彰化縣	和美鎮	四張里
彰化縣	和美鎮	和東里

南投縣	南投市	永興里
南投縣	南投市	光榮里
南投縣	南投市	軍功里
南投縣	南投市	營北里
南投縣	埔里鎮	向善里
南投縣	埔里鎮	愛蘭里
南投縣	埔里鎮	蜈蚣里
南投縣	埔里鎮	清新里
台中縣	太平市	東汴里
台中縣	太平市	興隆里
台中縣	太平市	光華里
台中縣	太平市	新光里
台中縣	大里市	西湖里
台中縣	大里市	中新里
台中縣	大里市	新仁里
台中縣	大里市	東湖里
台中縣	新社鄉	月湖村
台中縣	新社鄉	福興村
台中縣	新社鄉	大南村
台中縣	新社鄉	協成村
台中縣	神岡鄉	庄前村
台中縣	神岡鄉	溪洲村
台中縣	神岡鄉	新庄村
台中縣	神岡鄉	社口村
台中縣	龍井鄉	新庄村
台中縣	龍井鄉	新東村
台中縣	龍井鄉	竹坑村
台中縣	龍井鄉	南寮村

附錄六

中央健康保險局九十二學年專業委託研究計畫「總額預算支付制度下民眾自付醫療費用之評估」計畫(計畫編號 DOH92-NH-1006)

期中報告評審會審表

壹、外部審查委員審查意見：

甲審查委員：

1. 「評估全民健保下，特別是在總額支付制度預算實施後，民眾自付醫療費用…」，但如何瞭解健保實施前及總額前之自付費用？如何瞭解健保效應及總額效應？如無法在本研究評估，是否有文獻可比較？
2. 抽樣方法正確，可達到 PPS 但如果對象是小孩或失能者，則由誰代答(這些人也是保險對象，也使用醫療)，問卷上需由其就醫代理者填答，故請增加此方面之安排，並註明與保險對象之關係。
3. 如何提升受訪者正確記錄之動機，有何鼓勵措施？如何 check 填答之正確性？
4. 「紅包」亦為醫療支出，應列入。
5. 收入為何以 3 萬或 5 萬為基準？為何不問「每月平均收入加起來約幾萬幾千？」。

乙審查委員：

1. 在總額預算制度後，對民眾自付醫療費用進行調查，有其實質上的重要

性。

2. 計畫中在文獻整理與理論推演的說明十分清楚亦屬合理。
3. 計畫擬進行的抽樣，是摘要中的 600 戶或是方法段中的 (p16) 的 1500 人，應確定之。
4. 由於樣本人數約 1500 人，一年內住院人數大約為 150 人，在住院自付費用的估算上，恐有困難。
5. 在自付費用調查表上，許多項目十分細緻，受訪者恐不易回答，應注意。

貳、內部審查委員審查意見 (中區分局)：

1. 本研究係對民眾自付醫療費用採日記帳調查，應能有效處理回憶性偏差。
2. 預估樣本人數中住院者可能僅幾十人，在住院自付醫療費用的估算上，應設想補救方式，以避免推論時受侷限。

附錄七

中央健康保險局九十二學年專業委託研究計畫「總額預算支付制度下民眾自付醫療費用之評估」計畫 (計畫編號 DOH92-NH-1006) 期中報告審查委員意見之回覆

壹、外部審查委員審查意見：

甲審查委員：

1. 「評估全民健保下，特別是在總額支付制度預算實施後，民眾自付醫療費用…」，但如何瞭解健保實施前及總額前之自付費用？如何瞭解健保效應及總額效應？如無法在本研究評估，是否有文獻可比較？

回覆：

本研究的目的是(請參閱原計畫書中「貳、計畫摘要」中之敘述)是在評估目前全民健保下民眾自付醫療費用之多寡，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，但也均非本研究重點。

本研究的重點，如同計畫書中所言，在為中央健保局建立一常規數據收集與分析方法，俾便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。這項資料理應成為中央健保局例行收

集的統計資料，但自開辦全民健保以來，一直未曾建立此機制。因此本計畫之最主要目的是在協助健保局建立此機制；同時也建立第一套的基礎數據(baseline data)以供未來之比較分析用。

基於同樣的理由，本研究將於完成後，建議中央健保局未來將民眾自付醫療費用列入其例行收集的統計資料並公開給社會大眾瞭解。

因為此項資料到目前為止相當缺乏，很難作前後之比較。過去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。但是本研究將於完成時，在撰寫討論時，嘗試就可能找到的類似資料作比較。

2. 抽樣方法正確，可達到 PPS 但如果對象是小孩或失能者，則由誰代答(這些人也是保險對象，也使用醫療)，問卷上需由其就醫代理者填答，故請增加此方面之安排，並註明與保險對象之關係。

這方面已作好安排，如果對象是小孩或失能者，由戶長或該樣本戶內的成人對象代答。代答者與樣本對象之關係也會在問卷上註明。

3. 如何提升受訪者正確記錄之動機，有何鼓勵措施？如何 check 填答之正確性？

為提升受訪者正確記錄之動機，本研究已由中國醫藥大學提供獎勵品予受訪者。理想上應給予受訪者金錢的酬勞，但是衛生署之研究計畫不允許此類研究支出。

關於填答之正確性，一方面由訪員在收回問卷時當場檢視填寫內容，同

時也要求訪員檢視受訪者醫療服務使用之收據。若是受訪者使用了全民健保給付之醫療項目，本研究將與中區健保局之支付資料核對。此核對工作將由健保局員工協助執行，因此非健保局員工及本研究人員將不會直接接觸到健保局的檔案。所有個人隱私之保密工作均在本研究執行的設計內。

對於缺乏單據，又非全民健保給付項目之醫療服務使用時，其資料之確認僅能依賴訪員對受訪者的確認。本研究瞭解這方面之限制。

4. 「紅包」亦為醫療支出，應列入。

謝謝您的意見。在原設計問卷中並未加入紅包一項。本研究會在後續資料收集中考慮加入此項。但是在收到此審查意見時，問卷的收集已經開始進行，為使資料收集一致，本研究將研議於部分未開始收集的問卷加入「紅包」支出一向之可行性。若屬可行，本研究將加入「紅包」一項支出的收集。同時，對「紅包」支出的收集，因無法取得單據(沒有人收紅包會給收據的)來加以確認，加上其敏感性質，其資料的準確性通常值得存疑。

5. 收入為何以 3 萬或 5 萬為基準？為何不問「每月平均收入加起來約幾萬幾千？」。

由過去的研究經驗得知，「收入」是非常敏感的資料，多數受訪者不願

透露。若問「每月平均收入加起來約幾萬幾千？」可能多數受訪者會將此欄空白不填。為了降低此問題之敏感性，本研究採折衷辦法（這也是國內外大多數問卷調查在問收入時所採方法）以封閉式選項讓受訪者選填。同時，本研究也瞭解，在缺乏確認證據的情況下，所做的家戶收入調查之準確性均受限。在這樣的情況下，也更不需要去問受訪者其收入為某特定數目。

乙 審查委員：

1. 在總額預算制度後，對民眾自付醫療費用進行調查，有其實質上的重要性。

謝謝審查委員的意見。

2. 計畫中在文獻整理與理論推演的說明十分清楚亦屬合理。

謝謝審查委員的意見。

3. 計畫擬進行的抽樣，是摘要中的 600 戶或是方法段中的 (p16) 的 1500 人，應確定之。

計畫進行的抽樣，是先抽 600 戶，再由每一樣本戶中的人口全部選取為樣本。因此 1500 人是估計的總樣本數，實際的樣本數會與此數字略有出入。

4. 由於樣本人數約 1500 人，一年內住院人數大約為 150 人，在住院自付費用的估算上，恐有困難。

謝謝審查委員的指正。本研究將依據您的意見，稍加修正，增加由本研究母群體地理區(中央健保局中區分局轄區的縣市)內之醫院，於本研究期間的住院患者抽取 50-70 人。由這額外的住院患者之訪查資料，可以補足本研究住院樣本不足的缺陷。在估計住院自付費用時，這些多抽取的住院患者之費用，必須以加權調整來估計母群體費用。

5. 在自付費用調查表上，許多項目十分細緻，受訪者恐不易回答，應注意。

本研究之研究人員會對樣本戶作兩次的訪視。第一次為教導樣本如何填寫調查表，以及收集基本人口資料。第二次訪視為收回調查表，並檢驗調查表填寫之完整與正確，包括對照醫療支出單據。在這樣的措施下，應可確保資料填寫的完整與正確。

貳、內部審查委員審查意見（中區分局）：

1. 本研究係對民眾自付醫療費用採日記帳調查，應能有效處理回憶性偏差。

謝謝審查委員的意見。

2. 預估樣本人數中住院者可能僅幾十人，在住院自付醫療費用的估算上，應設想補救方式，以避免推論時受侷限。

本研究將依據您的意見，稍加修正，增加由本研究母群體地理區（中央健保局中區分局轄區的縣市）內之醫院，於本研究期間的住院患者抽取50-70人。由這額外的住院患者之訪查資料，可以補足本研究住院樣本不足的缺陷。在估計住院自付費用時，這些多抽取的住院患者之費用，必須以加權調整來估計母群體費用。