

第二章 醫療費用支付制度現況分析

本章主要對目前費用支付制度的現狀作一檢視。首先回顧國內醫療費用支付制度之相關文獻，對醫療費用支出上漲因素進行分析，簡介醫療費用支付設計理念、制度沿革與種類，最後就現行醫療費用支付制度下醫療專業角色進行檢討。

第一節 國內醫療費用支付制度之相關文獻探討

自全民健康保險開辦以來，與其相關的研究主題持續進行迄今；其中，中央健康保險局與行政院衛生署贊助之研究計畫佔據了相當大的比例。本研究將著重討論國家/社會及財務分析的角度之文獻，及整理各篇探討費用支付制度之博、碩士論文。

以下為作者自行整理與本研究相關之文獻：

壹、 相關文獻

一、 以國家/社會的觀點切入：

林國明（民 86）在其「國家與醫療專業權力：台灣醫療保險體系費用支付制度的社會學分析」論文中觀察台灣保險體系長期的問題，主要來自醫療專業無法在政治上被制度性地整合進入決策體系，而使這群技術專家的專業權力受到集體性力量的制約。他認為：在一個國家主義模式的健保體系下，政府對醫療服務資源的使用具有壟斷性的支配權力，若缺乏政治整合的安排將國家與醫療專業關係制度化，將提供絕大部分的醫師誘因以極大化個人私利，而不會成為集體責任和制度改革的倡議者。

呂建德（民 92）在其研究中，除肯定了全民健保對就醫財務障礙一定程度排除的貢獻，也肯定全民健保在所得重分配層次上的效果。但亦提到如醫療給付

內容、部分負擔、擴大費基、中央與地方政府保費分攤等重要問題；他主張全民健保作為一種「社會」保險機制，應該透過公共化的方式加以治理，以確保一個與弱勢者團結的機制，以支付制度的建立來節制醫療專業權力；也認為即使全民健保雖然存在若干改善空間，但現有的集中化制度設計可以達到維持社會基本公平正義的要求。

二、以財務分析面觀點切入：

江東亮（民 88，115-133）研究 1980-1994 年間台灣的醫療費用支出，發現相較於美國、加拿大、日本、英國、西德等國家，台灣不但名義醫療費用的成長率¹最高，而且實質的醫療費用成長率亦最高；其次發現公、勞、農保每人醫療給付支出成長大都發生在 1980 年代初期及 1990 年代初期，而 1985-1990 年間的成長率則偏低。

謝啟瑞等（民 87）應用共積理論與誤差修正模型等發法，來探討 1965-1994 年間台灣醫療健保支出上漲的因素，研究發現平均每人國民所得的成長與健保制度中被保險人口的增加，是台灣平均每人醫療支出增加的主因；所得成長與制度因素以能解釋絕大部分醫療支出成長之原因，剩餘未能解釋的部分僅佔少部分比例。也就是說，制度因素（如健康保險制度的擴張）對醫療支出的成長產生顯著的影響。

陳雅慧（民 88）指出，因老年人口的增加以及醫療技術的進步，使得健保成本日漸提高。健保財務的來源以保費收入為主，但跟隨薪資調漲幅度而調整健保收入成長率每年僅有 3.3%，然而健保醫療費用支出的成長率，以民國八十七年為例來看，其已接近 9%，使健保財務失衡的情形雪上加霜。她認為若健保制度維持論量給付制度且無法抑制民眾和醫療機構的「第三者付費」心態，任何修正將無法產生任何效果。

賴美淑（民 88）則從健保制度的收入面與支出面探討健保財務問題。她認

¹ 名義醫療費用的成長因素有：超額醫療通貨膨脹、一般通貨膨脹、人口成長及服務質量改變等。

為健全全民健保財務制度在收入面方面必須：加強輔導納保及投保金額的查核、提高保費的收繳率、爭取補充財源；就支出面則必須：加強檔案分析及違規查核、改革支付制度、加重實施部分負擔等。

在醫療費用上升部分，邱永仁（民 89）認為民眾的就醫心態、醫療資源的浪費、醫療體系的錯誤導向、保費欠收、藥價差問題，是醫療支出暴漲的重要原因。黃明和等（民 90）也指出健保醫療上漲的原因可歸因於被保險人的有：人口的成長與受益人口的增加、人口組成的推移、慢性病增加、社會變遷鼓動醫療保健服務、就醫行為積極化；歸因於醫療提供者的有：醫療資源增加、醫療品質提升、醫療技術進步、醫療糾紛的防止與努力、防禦醫學的普遍、專科化醫療；歸因於健保支付制度則有：論量計酬支付制度的實施、醫療給付項目增加。

而陳孝平、陳歆華（民 86）則指出，健保制度下的論量計酬支付、第三者付費、低給付的保險制度設計，是構成健保財務危機的三大癥結，此三者構成「一張空白支票」機制，將使醫療費用快速上漲。

針對上述文獻檢閱的結果，在國家/社會層次的討論上，林國明與呂建德均認為，國家為達到節制醫療專業權力濫用的目的，遂行其對醫療專業進行政治控制，醫療支付制度的建立無疑是最有效的手段。在財務分析的面向上，相關文獻著重以實證的角度探討台灣醫療費用支出上漲的成因，及針對健保實施後醫療支出快速上漲做出描述與歸納其相關成因；並瞭解全民健保實施後，整體醫療支出有大幅上升之跡象，同時伴隨而來的醫療資源浪費及詐領保險給付等不法情事亦有所聞，因而，我們可合理推論醫療支付制度與醫療費用上漲，兩者之間存在相當程度之關連。

貳、 相關論文

作者將近年來與費用支付制度相關之論文以表列方式呈現：

表 2-1 費用支付制度之相關論文

出版年	作者/出處	題目	摘要
民 92	張淑琦 中正社會福利所	台灣醫界在全民健保衝擊下的學習與成長-以「中華民國醫師公會全聯會」為例	發現台灣醫界在面對健保衝擊的回應有四個階段，包括排斥與反抗、受挫與探索、轉型與成長、合作與新競爭期，其中可能互有重疊或交錯之情形。檢視醫界各階段的學習與成長：第一、醫界與健保局的關係，從健保實施之初緊張對立的關係，隨著總額支付制度的實施有了新的轉變；第二、全聯會從一個職業公會團體，在全民健保制度衝擊下，開始學習以利益團體的身份回應健保政策的過程，有顯著的進步，但是在計畫執行的成效上，成果則優劣參半。第三、影響醫界學習與成長的內外影響，外在因素包括健保體系的影響，像是支付制度、健保體制等；內在的影響則是指醫療團體間的競爭以及醫療團體組織內部之改革等。
民 92	何瑛 長榮醫務管理學系研究所	全民健保牙醫總額預算制度對牙醫師醫療行為之影響	牙醫總額預算制度實施後，牙醫師為追求所得最大化，會有增加服務量或價格的醫療行為。牙醫師增加門診服務量或是提高每件平均申報金額。但是，在齶齒治療服務中，則發現支付價格較高之複合樹脂充填服務量與支付價格較低之銀粉充填服務量的成長速度沒有顯著的不同。
民 92	李俊德 高雄醫學大學口腔衛生科學研究所	全民健保牙科總額支付制度在新竹市縣城鄉醫療服務差異性的探討	探討全民健康保險牙科總額制度實施，對新竹市、縣的城、鄉醫療服務。研究結果發現，北區分局牙科保險委員會一直以單一指標方式來控管四縣市費用，導致：一、費用申請分布曲線改變；二、醫療模式改變；三、新竹縣牙醫師人數幾乎沒有成長；四、新竹縣牙醫門診數下降；五、新竹縣爭議審議案件增加；六、新竹縣牙醫健保申請件數下降。建議衛生主管機關，除監控醫療費用的成長外，應顧

			及費用支付的公平及合理性，進一步瞭解醫療費用改變的原因，並應縮小城鄉醫療利用的差異性，滿足被保險人就醫的方便，以作為政策修訂參考。
民 92	胡紀光 交通大學 管理科學 研究所	全民健康保險藥品給付制度方案選擇之研究	參考英國、日本、美國、加拿大等先進國家的保險藥品給付制度，再以問卷訪談的方式與國內相關業者、學者、專家與消費者訪談，歸納篩選五種藥品給付制度；以 AHP 法建構我國「全民健康保險藥品給付制度方案評選結構圖」，再採用模糊多準則決策評量方法(Fuzzy MCDM)，針對我國全民健保藥品給付制度策略方案進行實證研究評量分析。研究的目的是評選我國最適健康保險藥品給付制度方案，達到以下四個目標（1）達到政府藥品給付政策目標；（2）達到醫療提供者的期望目標；（3）滿足消費者的需求目標；（4）達到藥品供應者經營規劃目標。
民 92	邱俊德 高雄醫學 大學公共 衛生研究 所	西醫基層總額預算制度對高雄市診所醫師醫療行為極其經營策略與滿意度之影響	藉由分析高雄市西醫診所客觀的健保申報資料與主觀的醫師問卷資料，評估總額前後基層醫療診所門診醫療服務量與醫師醫療處置行為、處方行為、因應策略極滿意度之改變情形。總額支付制度實施對診所醫師的醫療行為、因應策略極滿意度的影響，醫師主觀認定改變不大，但客觀資料顯示在每人每次醫療費用、醫療處置行為及處方行為方面，都有明顯的改變。顯示總額支付制度已慢慢導正診所醫師論量計酬的觀念，改變醫師的醫療處置行為，提高處方的適切性，增進診所醫師因應策略的能力，對西醫基層總額支付制度實施的滿意度也沒有下降。
民 92	李伯杰 中央大學	衡量健保論病例計酬制度實施前	研究結果發現，於論病例計酬制度實施後第一年（1998 年），醫療費用皆

	企業管理 研究所	後特定疾病之相對診療效率與生產力變動	下降。雖醫療費用於 1999 年稍微回升，但 1999 2001 年醫療費用之變化差異不大。值得注意的是，白內障門診手術所有醫事機構之平均醫療費用較接近健保局對此治療所訂定之給付標準，而尿路結石門診手術所有醫事機構之平均醫療費用則明顯低於給付標準。在診療效率部份，白內障門診手術以基層診所的表現最理想，且不同層級間之診療效率大都有顯著差異；尿路結石門診手術則無此現象。而醫事機構無效率之主要原因為給藥天數與藥費過高所造成。由生產力變動指數可以發現，白內障與尿路結石門診手術之技術變動皆是生產力變動的主要原因，顯示該診療對醫療技術之改變極為敏感。
民 92	賴昭月 高雄第一 科技大學 研究所	健保制度改變影響總體醫療費用及就醫行為模式之動態分析	以統計方法聚類結果對醫療費用群聚的變動過程加以分析，並探討部分負擔制度改變及總額預算支付制度對於醫療費用及保險對象就醫行為的影響。同時，對照某特定保險對象之 ACG，探討此醫療費用支出變動的原因，究來自於醫師之誘發性需求，或動態情況下保險對象本身健康風險程度之改變，抑或其就醫行為改變。
民 92	陳怡蒼 台北醫學 大學醫務 管理學系 研究所	醫師對論病例計酬醫療品質認知之探討	以大台北地區的地區教學醫院層級以上的外科、骨科、婦產科及泌尿科醫師為研究對象，採取分層隨機抽樣，進行結構性問卷調查。研究結果發現高達 63.9%的醫師認為目前論病例計酬項目疾病之整體醫療品質有下降的現象，只有 19.8%的醫師認為醫療品質有提昇。對於目前中央健康保險局論病例計酬支付制度的品質監控系統，認為不好的醫師佔 55.5%，認為好的只有 6.4%。醫師認為重要之論病例計酬品質監控指標依序為併發症或合併症

			之產生、設定高額除外案例、出院健康狀態、住院死亡率、病患滿意度、院內感染率、推趕病人或拒收病人、風險校正後死亡率及病歷記載完整性。對於目前論病例計酬支付制度實施下，認為對醫療品質造成影響的認同度最高為會造成推趕病人或拒收病人，其次為會造成疾病編碼取巧行為及會提高醫療糾紛發生比率。而認為病患滿意度會提昇者最低。
民 91	黃志峰 中正大學 企業管理 研究所	牙醫師對總額支付制度滿意度之研究	透過對牙醫師的問卷調查及深度訪談，瞭解牙醫師對總額支付制度各項措施的實際感受與心聲。進而分析與總額支付滿意度相關的諸多因素，如公會活動參與、公會瞭解、公會認同、總額瞭解、總額認同、總額滿意、個人特質、工作滿意度與個人背景資料對總額滿意度的影響，以作為往後改進的參考，並可作為中醫、西醫基層與醫院總額施行的借鏡。
民 91	田麗雲 中國醫藥 學院醫務 管理研究 所	西醫基層診所實施總額支付制度前後之醫療服務品質分析與探討—以中部四縣市為例	為了解西醫基層總額支付制度實施後的醫療品質改變情形，本研究設計「西醫基層門診醫療服務品質指標問卷」，選取平均數最高的十一個指標加以統計、分析。其中四個指標(每萬人之診所數、每萬人之醫師數、四項費用占率及成人預防保健)，實施前後期間有顯著差異，其他七項指標則無顯著差異，整體而言，民眾就醫可近性(Accessibility)、醫療資源使用的效率性(Efficiency)及效益性(Effectiveness)並未因西醫基層總額支付制度的實施而下降。

資料來源：作者自製。

自表 2-1 中，作者在將各篇論文內容主旨彙整如下各項：

1. 將「費用支付制度」談判視為互動過程：以張淑琦的論文為例，主要將焦點置於國家與醫療專業團體間的互動，尤其以總額支付制度之實施，使國家與

醫事服務提供者均將費用支付制度視作談判工具，以此將醫療資源適當分配。

2. 醫療支付制度的細部探討：將費用支付制度更細分、更具體的聚焦於費用支付制度的各別種類。如胡紀光企圖為藥品給付制度做最適方案評選；另李伯杰與陳怡蒼均針對論病例計酬制度，分別討論特定疾病之診療效率與生產力、對醫療品質認知作研究。
3. 費用支付制度對醫療行為之影響：此類研究有針對制度總體面進行分析者，如賴昭月比較了部分負擔制度的改變 及總額支付制度實施後醫師的醫療及病患的就醫行為是否有變動。如以何瑛論文為例，研究主題亦有將鎖定小範圍到僅討論牙醫部分的醫療行為。
4. 費用支付制度實施成效檢討：此類研究主題數量最多，多以先後採行的牙醫及基層西醫為討論對象，討論總額支付制度實施後對其產生之影響（見李俊德、邱俊傑、黃志豐、田麗雲等的研究論文）。

整體來說，醫療費用支付制度的各篇研究論文，其主題多從醫療專業的角度出發，做現象面的探索性研究，較少從公共政策的角進行醫療費用支付制度面的分析。另外，作者所檢視的各篇論文內容主題亦多傾向於集中討論總額支付制度、論量計酬制度等的單一變項，缺乏就整體費用支付制度的政策宏觀面分析，為費用支付制度的政策選擇進行詮釋，也欠缺對醫事服務者在費用支付制度上濫用專業權力的探討。因此本研究將嘗試以以公共行政的角度出發，討論醫療專業在費用支付制度中所扮演的角色及應受之節制。

第二節 醫療支出上漲因素分析

本研究的主要問題之一，在於討論醫療支出上漲與醫療支付制度存在相當關係之連結，因此，本節先就醫療支出上漲的現狀及原因進行分析，並據以推論醫療支出上漲與醫療費用支付制度所具有的關連性。

壹、 全民健保醫療支出趨勢

前文曾經提到，醫療費用支出成長率就遠高於保險費用之成長率，自民國 88 年起，財務收支已經開始出現赤字。自民國 85 至 88 年實際保費收入成長率平均值約 3.1%，但實際醫療費用成長率平均則高達 10.7%，此一現象造成了所謂「全民健保造成嚴重政府財政負擔」的推論，但是，若從更多的數據資料來詳加分析，結果卻顯示這樣的說法是有瑕疵存在，這可以從以下的說明來解釋。

在許多衛生經濟學的醫療總支出國際比較中，都建議將平均國民所得之成長列為影響該國總體醫療支出的最主要因素（OECD，1987），換句話說，若我國的醫療支出成長率與國民所得之成長率相近，即與一般國際經驗類似，而非異常現象。台灣醫療保健支出占 GDP 的比率，除了在全民健保民國 84 年甫實施時，從 5.1% 成長到 5.4%，但此後幾年，持續維持在 5.4%-5.5% 之間（田弘茂，民 90：27）。若以 OECD 主要國家醫療保健支出占 GDP 的比重作參考（見圖 2-1、2-2、2-3），台灣與各國均存在有不小的差距（甚至低於最低的英國）；也就是說，台灣的醫療保健支出總額和總體經濟資源之間的比率，並沒有造成過度失控的結果，而形成整體資源配置扭曲的危機。

自表 2-2 及 2-3 中可觀察到，在全民健保實施之前（也就是在民國 79 到 83 年之間），台灣的醫療保健支出呈現出高度成長的狀態。而在全民健保實施之後，政府部門的醫療保健支出，不論就成長率及金額上，都出現了驚人的下滑趨勢，尤其在民國 85 年後更出現了負成長現象（參見圖 2-2）；也就是說，全民健保的實施並未「拖垮政府財政」。雖然政府部門增加了補助保費的負擔，卻在同時間也紓解了對榮民免費就醫的補助，並大幅減少過去每年農民健康保險高達兩百億

的虧損補貼(田弘茂,民 90:27);另外,從紀駿輝等(民 90)的相關研究中亦指出,因全民健保的實施,加上經濟成長率的趨緩,使得醫療保健支出成長率得以減緩,而得到如下的結論:「全民健保的實施,使得我國的醫療保健支出的成長率得以趨緩」(紀駿輝等,民 90:25)。經由以上的資料分析,我們可以合理的推論,全民健保的財務危機,是出自於本身保險體系收支失衡,而非醫療費用支出的過度膨脹佔據過多總體資源所造成。收入面的短缺卻無法有效開源,僅能從支出面來考量,顯見在政治考量下,選票的重要性扭曲了醫療資源分配政策的理性思維。

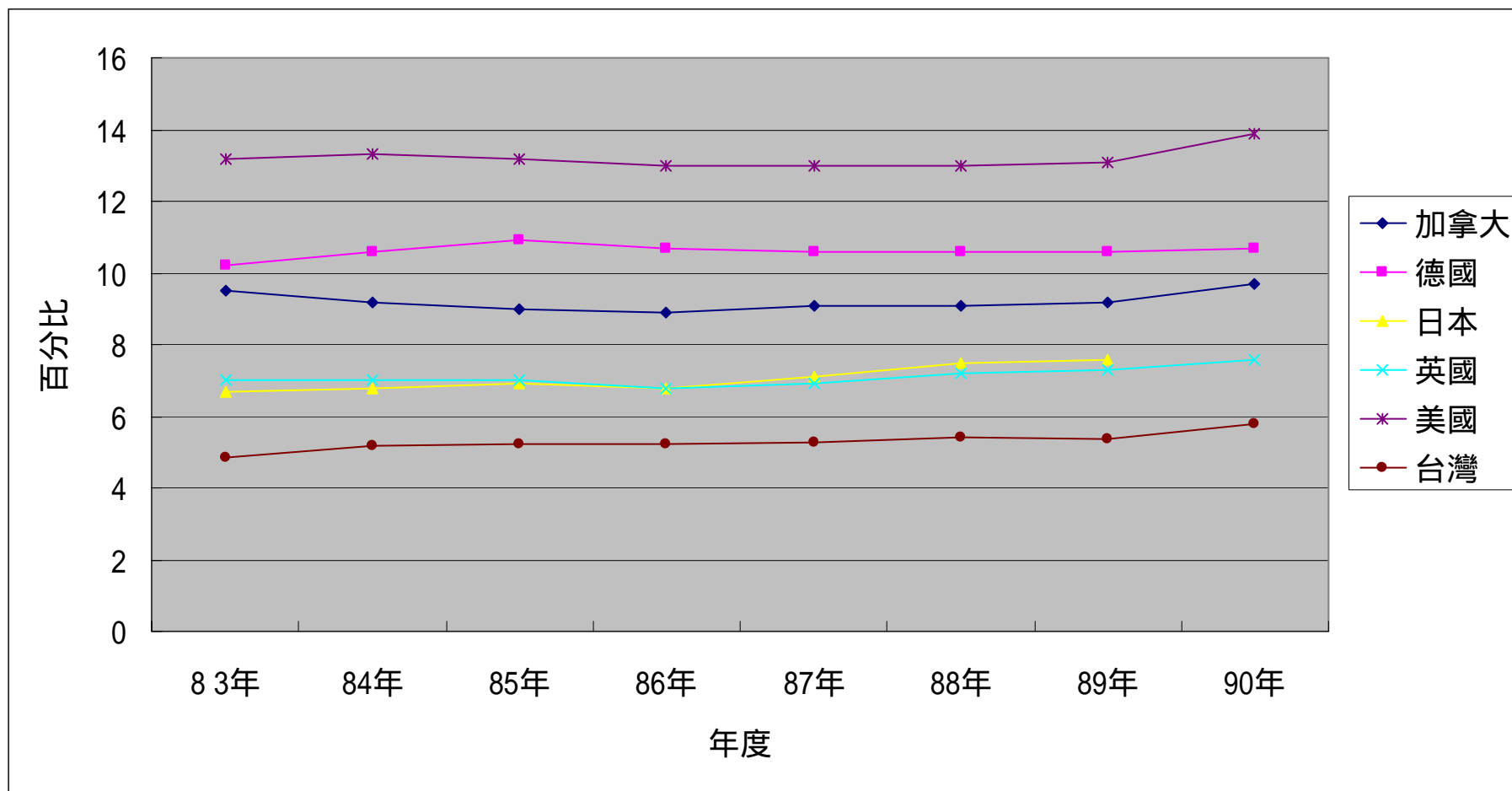


圖 2-1 主要國家醫療保健支出占 GDP 比率

資料來源：OECD Health Data 2001，衛生署衛生統計，作者自製。

全民健保醫療支出與GDP成長率比較

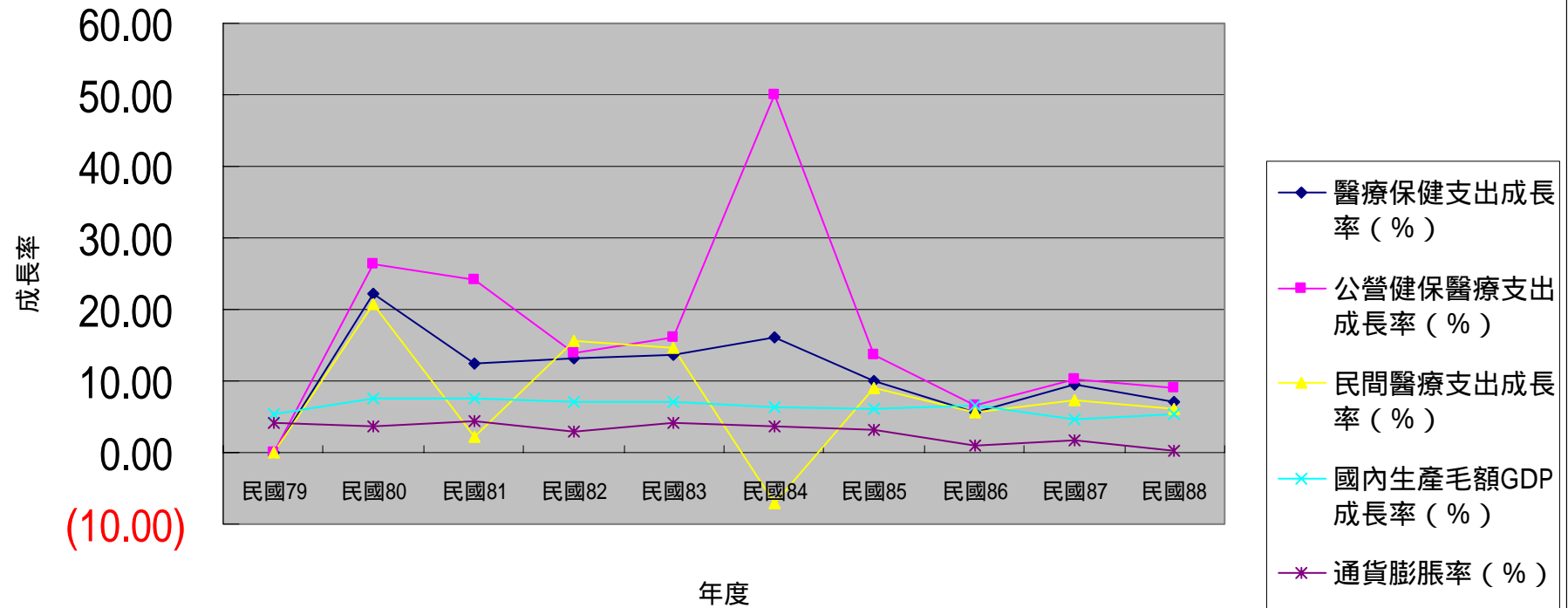


圖 2-2 全民健保醫療支出與 GDP 成長率比較

資料來源：修改自紀駿輝等（民 90：24）。

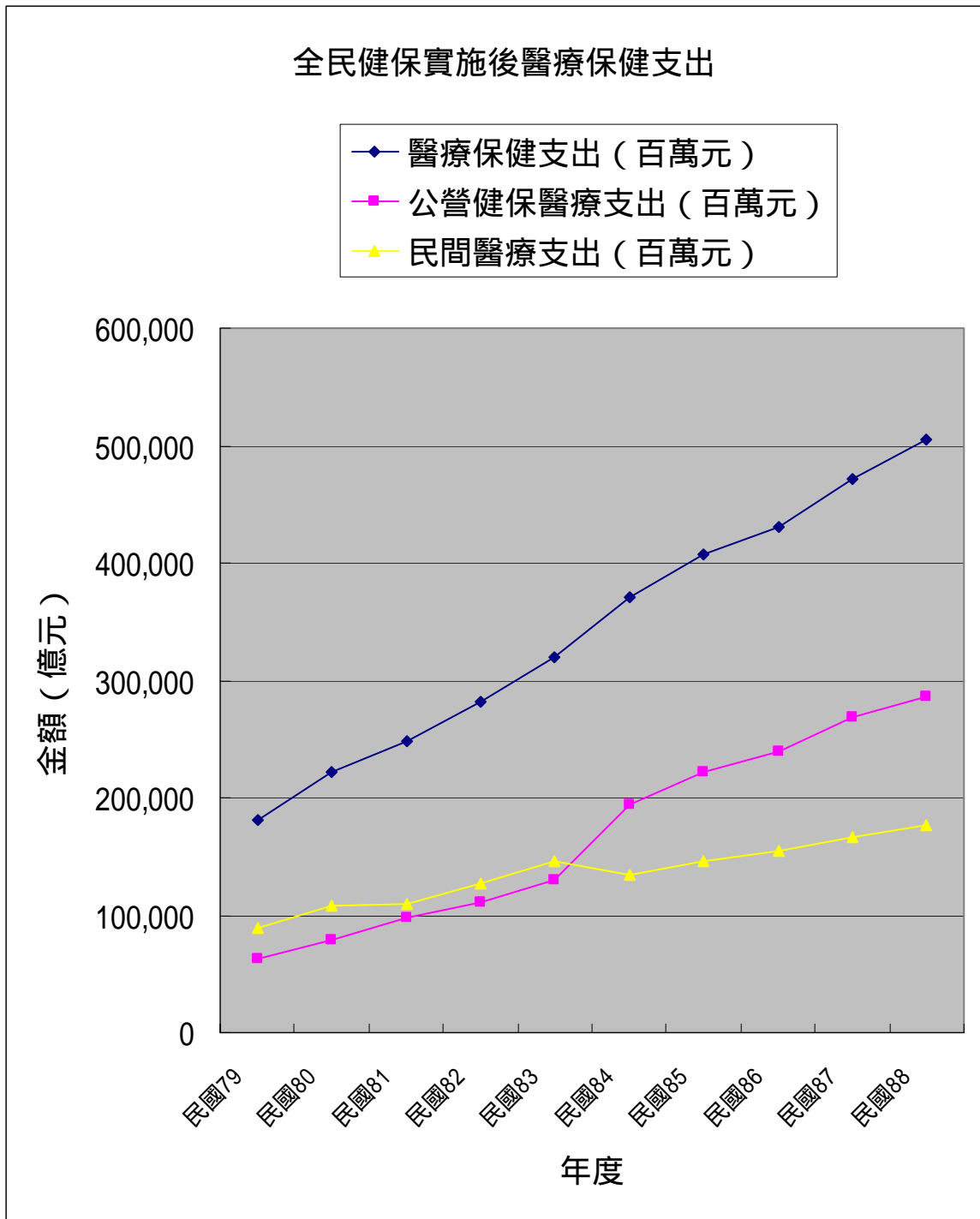


圖 2-3 全民健保實施後醫療保健支出

資料來源：修改自紀駿輝等（民 90：23）。

表 2-2 我國醫療保健支出與平均國民所得及通貨膨脹之比較

	醫療保健支出 (百萬元)	公營健保醫療 支出(百萬元)	民間醫療支出 (百萬元)	國內生產毛 額 GDP (億 元)	通貨膨脹 率(%)
民國 79	180,959	62,776	89,097		4.12
民國 80	221,214	79,253	107,569		3.63
民國 81	248,597	98,422	109,887	53,390	4.46
民國 82	281,419	111,506	127,129	59,184	2.94
民國 83	319,734	129,584	145,857	64,636	4.04
民國 84	371,221	194,455	134,330	70,179	3.68
民國 85	407,971	221,193	146,506	76,781	3.07
民國 86	430,813	238,824	154,903	83,288	0.90
民國 87	471,755	269,120	166,348	89,390	1.68
民國 88	504,947	286,844	176,545	92,899	0.18

資料來源：紀駿輝等（民 90：21）。

表 2-3 我國醫療保健支出成長與平均國民所得成長及通貨膨脹之比較

	醫療保健支 出成長率 (%)	公營健保 醫療支出 成長率 (%)	民間醫療支 出成長率 (%)	國內生產毛額 GDP 成長率 (%)	通貨膨脹率(%)
民國 79	—	—	—	5.39	4.12
民國 80	22.25	26.25	20.73	7.55	3.63
民國 81	12.38	24.19	2.15	7.49	4.46
民國 82	13.20	13.92	15.69	7.01	2.94
民國 83	13.61	16.21	14.73	7.11	4.04
民國 84	16.10	50.06	(7.09)	6.42	3.68
民國 85	9.90	13.75	9.06	6.10	3.07
民國 86	5.60	6.60	5.73	6.68	0.90
民國 87	9.50	10.30	7.39	4.57	1.68
民國 88	7.04	9.10	6.13	5.42	0.18

資料來源：紀駿輝等（民 90：22）。

從中央健保局提供的數據中可得知，全民健保制度的財務出現短絀，明顯地是健保保費收入成長率低於醫療支出的成長率所造成（參見表 1-1）。許航瑞（民

90：66-69) 依據全民健康保險保費計算公式²的分析，對影響全民健保財務收入的因素進行整理研究指出，由於地方政府積欠保費、保費基數相對穩定、費率無法調整、平均眷口數不斷下降等原因，使全民健保在開源方面成就相當有限。而田弘茂亦強調致使全民健保保費成長緩慢的根源，在於平均眷口數的調降、納保人口數的成長率降低、投保金額調升緩慢等三方面(田弘茂，民 90：29-33)。但因健保保費的收入面分析已超出本研究的預定範圍，且在實際政策運作上，由於民主政治的運作特性及消費者意識抬頭等因素影響，使「節流」的實益將重於「開源」的考量，因此作者將不對收入面的問題作深入討論，而將焦點置於健保醫療費用支出的現象探究。

貳、 全民健保醫療支出組成分析

醫療支出的組成，可以細分為門診支出與住院支出。在大多數的 OECD 國家中，其住院支出約佔整體醫療支出的 50% 以上，門診支出約佔整體醫療支出的 35% 左右；我國的全民健保醫療支出中，佔率最高的卻是門診支出(參見表 2-4)。

² 全民健康保險保費計算公式如下：

薪資所得者	被保險人	投保金額*費率*負擔比率*(1+眷口數)
	投保單位或政府	投保金額*費率*負擔比率*(1+平均眷口數)
地區人口 (無所得收入者)	被保險人或政府	全體保險對象每人平均保險數*負擔比率*(1+眷口數)

說明：

1. 平均眷口數自 90 年 1 月 1 日起改為 0.78 人。
2. 自 88 年 7 月 1 日起，眷口數超過 3 口者以 3 口計。
3. 自 87 年 12 月起全民健保每人平均保險費為 1007 元，依自付 60%、政府補助 40% 之規定來計算，地區人口每人每月應繳保險費 604 元。

資料來源：中央健康保險局網站。

表 2-4 各國門診與住院醫療費用概況

	加 拿 大 (1994)	美 國 (1995)	日 本 (1995)	德 國 (1995)	荷 蘭 (1996)
總計	50,832	745,732	24,543,274	246,154	46,349
住院總計	33,740	421,924	10,214,174	124,557	30,142
住院佔 總百分比	66.35%	56.58%	41.62%	50.60%	65.03%
門診總計	17,112	323,808	14,329,100	118,248	16,207
門診佔 總百分比	33.65%	43.42%	58.38%	48.04%	34.97%

註：金額計算以各國貨幣單位為主。

資料來源：The OECD Health Data；轉引自中華民國醫療品質協會（民 87：19）。

表 2-5 全民健保實施後門診與住院醫療支出狀況

	門診				住院			
	費用		佔總醫療費用		費用		佔總醫療費用	
	費用 (億元)	成長率 (%)	佔率 (%)	成長率 (%)	費用 (億元)	成長率 (%)	佔率 (%)	成長率 (%)
1995	652.36	—	64.17	—	364.31	—	35.83	—
1996	1,639.01	25.6	68.75	7.1	745.03	2.3	31.25	(12.8)
1997	1,786.98	9.0	69.66	1.3	778.16	4.4	30.34	(2.9)
1998	2,003.25	12.1	69.12	(1.8)	894.96	15.0	30.88	1.8
1999	2,176.22	8.6	69.13	0.01	971.80	8.6	30.87	(0.01)
1996- 1999 平均	1,907.37	9.9	69.16	0.18	847.49	9.3	30.59	(0.41)

資料來源：中央健康保險局，轉引自紀駿輝等（民 90：23）。

從表 2-5 及圖 2-4 中可以看出我國全民健保醫療支出的門診部分支出，始終維持在每年整體醫療支出的 65%-68%，而住院支出則約佔總醫療支出 31%-35% 間，與前述 OECD 國家的狀況不盡相同。

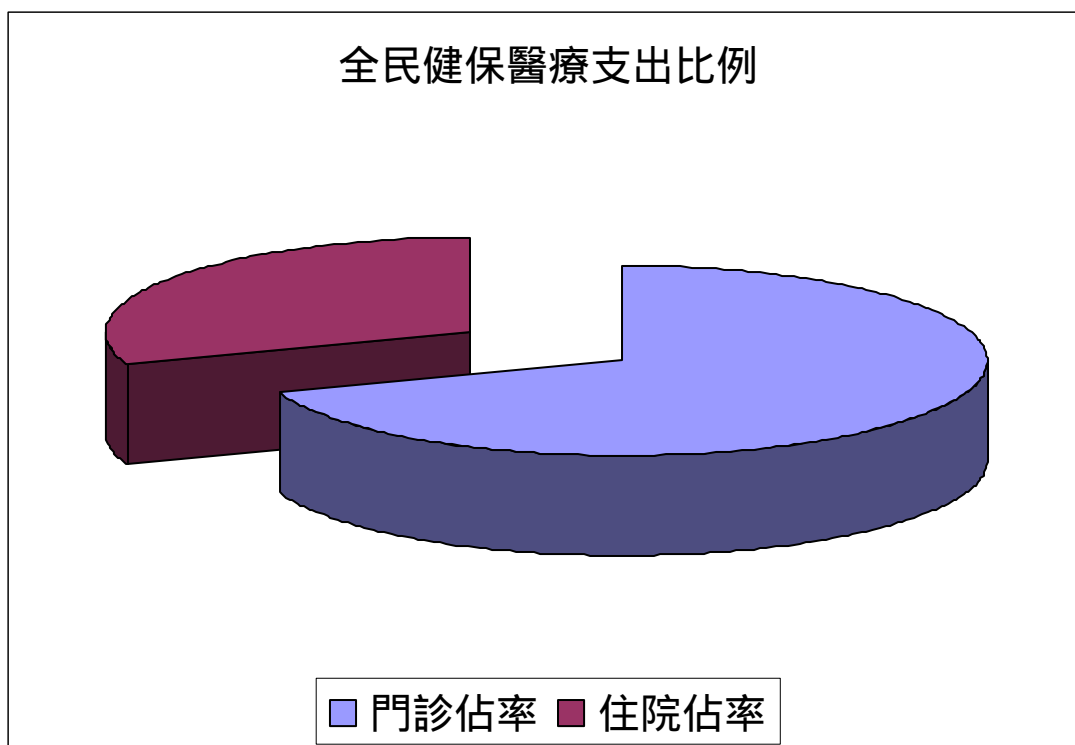


圖 2-4 全民健保醫療支出比例圖

資料來源：紀駿輝等（民 90：33）；作者自繪。

表 2-6 全民健保實際門診與住院醫療支出對醫療支出成長的貢獻率

	醫療支出 較前一年 增加金額 (億元)	門診醫療 支出較前 一年增加 金額 (億元)	門診醫療 支出對健 保醫療支 出成長的 貢獻率(%)	住院醫療 支出較前 一年增加 金額 (億元)	住院醫療 支出對健 保醫療支 出成長的 貢獻率(%)
1996	1,367.37	986.65	72.2	380.72	27.8
1997	181.10	147.97	81.7	33.13	18.3
1998	333.07	216.27	64.9	116.80	35.1
1999	249.81	172.97	69.2	76.84	30.8
1997-1999 平均	254.66	179.07	71.9	75.59	28.1

註：

1. 門診醫療支出對健保醫療支出成長的貢獻率

$$= \text{門診醫療支出較前一年增加金額} / \text{醫療支出較前一年增加金額}$$
2. 住院醫療支出對健保醫療支出成長的貢獻率

$$= \text{住院醫療支出較前一年增加金額} / \text{醫療支出較前一年增加金額}$$

資料來源：轉引自紀駿輝等（民 90：35）。

以全民健保醫療支出成長的貢獻率面向來看(參見表 2-6),自民國 86 至 88 年門診醫療支出的成長遠高於住院醫療支出的成長,門診平均貢獻率高達 71.9%;換言之,在全民健保的總醫療支出中,門診是最主要的貢獻項目。在胡德偉(民 88;轉引自許航瑞,民 90:72)的研究中顯示,門診支出的成長原因,60%是由於門診量的成長,40%是由於門診價格的成長。前者成長的最主要原因,在於平均每人每年就診次數的增加,與少部分被保險人數的增加;後者成長的主要原因在於門診藥費的增加。而住院支出面成長的原因,65%是因為價格的成長,35%是因為住院人次的增加。住院價格的上升主要原因,是中央健保局於民國 86 年調整醫院病床的評鑑等級分類,這樣的政策造成了更多的保險病床得以與醫學中心與區域醫院擁有相同的支付標準,得到較佳的給付金額。

綜合以上所得的初步結論,我們發現門診支出是影響全民健保醫療總支出的最主要因素。從醫院的成本來看,住院支出佔 90%、門診支出佔 10%;從收入面來看,則醫院門診與住診支出卻各佔 50%,因此醫院自然重門診而輕住院(費協會,民 86:64)。雖然過多的門診診療是普遍的現象,但當勞保開始提供門診給付時,以榮總為例,民國 59 年時每日門診量為 1,000 人次;民國 67 年時每日門診人次增加為 3,200 人;至民國 71 年則更高達 7,200 人。民國年 77 年 4 月 16 日,榮總甚至在一天之內看了 9,600 位門診病患,平均每人的門診診療時間僅為三分鐘³。這些數字讓我們必須檢討,以醫療費用支付制度作為分配物質報酬給醫師的誘因結構時,是否在設計上具有瑕疵?也不得不懷疑是否在不當的制度下,存在不當誘因而促使醫師進行過多醫療行為?既然支付制度是造成這些現象的關鍵因素,因此,本研究有必要對支付制度的內涵作進一步的深入瞭解與討論

³ 參見民生報醫藥版,民國 69 年 8 月 15 日、71 年 7 月 25 日、77 年 4 月 17 日。