

全民健康保險監理委員會九十六年度委託計畫

由各國經驗檢視我國自負額制度可行方案之研究

研究報告

執行機構：國立台北大學

計畫主持人：陳欽賢 教授

協同主持人：劉彩卿 教授、林恆慶 副教授

研究人員：賴裕民、王政裕、陳忠廷、葉峻昱、陳建翔

執行期間：96年5月10日至96年08月07日

摘要

全民健康保險法第 34 條中載明：連續 2 年如全國平均每人每年門診次數超過 12 次，即應採行自負額制度。然而縱使自健保開辦以來，每人每年平均門診次數皆超過 12 次，我國也未採用自負額制度。本研究深入探究國外所採行之自負額制度及其實施的成效與經驗，並利用全民健保資料庫進行醫療資源的利用分析，模擬試算實施自負額制度的影響。結果發現實施自負額制度的國家不多，主要是美國以及歐洲的部分國家，主要項目是門診、住院、藥劑三大項。由於我國門診醫療費用支出長期以來占總醫療的 2/3，且門診醫療的價格需求彈性較大，較能有效率的達到抑制醫療使用的效果。因此，本研究建議可僅就門診醫療採行自負額制度。就可行方案而言，因為民眾平均醫療費用低於 3,000~4,000 元者，約占四成，而且自負額額度設定為 3000 元及 4,000 元下，其醫療費用部分負擔加自負額占總醫療費用比例如依 95 年資料估算，也在三成以下。就健保支出擲節面來看，可以減少 427~534 億元，效益也最高。因此，如欲實施自負額制度，額度設定以 3,000~4,000 元較可行。但由於一旦加入自負額制度，對低所得者，其醫療費用部分負擔加自負額占其所得比例高達 1.49 及 1.83，勢必造成較大的衝擊，因此本研究建議低所得者免付自負額或對其做適當的補助措施。另一方面，由於個人醫療費用部分負擔占個人總醫療費用的比例僅為 0.034，本研究認為如欲實施自負額制度，重大傷病患者亦可考慮納入。再者，如欲將自負額制度與現行的總額預算支付制度搭配，較簡單可行的方式即是先將自負額部分先從總額預算中扣除，剩下的部分再依現行的總額支付制度進行分配。如依 95 年的資料估算，自負額約佔各總額的 8.82~21.75%。最後，為避免民眾醫療費用超過自負額額度後而產生道德危機的現象，本研究建議在超過自負額額度的部分，應加收部分負擔，即維持現行部分負擔制度，這也是各國採行自負額者，必然的配套措施。除此之外，自負額的實行模式可仿照部分負擔制度，由醫療機構代收，以避免產生醫療院所與民眾浮報自負額的情形。

關鍵詞：自負額、全民健保、部分負擔、醫療費用

Abstract

Insurance (NHI) Act article 34: öif national average mandatory risk exceeds three times every year after the implementation of NHI, the deductible system shall be adopted immediately and implementation shall be made by the Competent Authorityö, NHI should impose the deductible system. However, such system has not yet been adopted. Therefore, the purpose of this study is to investigate the experience that this system introduced among western countries, to explore how medical care resources utilized under NHI and to estimate the differences in medical care use occurred as deductibles are imposed. The result shows that there are not many countries introduced the deductible system, except the US and some European countries. Deductibles are mostly adopted in outpatient care, inpatient care and medication. Since outpatient care consists of two-third of total medical expenditures in Taiwan and its demand elasticity was relative high, the adoption of deductibles in outpatient care would be more effective. The amount of deductibles might as well be setting on the range from NT\$3,000 to NT\$4,000 due to the following two reasons. First, people whose average medical expenditures were in this range account for 40% of population and their co-payments (including deductibles) were below 30% of total medical expenditures. Second, this range of deductible resulted in a largest amount of reduction on total medical expenditures (NT\$42.7 billion ö NT\$53.4 billion) for the Bureau of NHI. However, since co-payments (including deductible) consisted of 1.49 and 1.83 of their incomes, low income people should waive the deductibles. Conversely, for those people with catastrophic illness could be included in the deductible system due to their low co-payment rate (0.034). It is noteworthy that the current coinsurance rate needs to be kept as individual outpatient medical expenditures exceed deductibles in order to avoid the problem of moral hazard.

Keywords: Deductible, National Health Insurance, Copayment, Medical expenditure

全民健保未實施前，大致可區分為勞農保及公保兩大體系，僅有六成的民眾受到保障。政府為了落實全體國民皆有接受醫療服務的權利，遂於民國 84 年 3 月開始實施全民健康保險制度，許多民眾因此而受惠，體驗到健保所帶來的醫療福祉，投保率高達 96%。但隨著健保制度實施十年以來，整個制度並非完美無缺，潛在的問題逐一浮現，尤其財務收支不平，已危及到全民健康保險的存續。深究其原因：一方面可能由於健保實施所帶來的道德危機以及論量計酬的支付方式，造成大眾及醫療院所對於醫療資源的過度使用；另一方面則因為醫療給付項目不斷擴大增加、台灣人口老化、醫療科技進步發展等等因素，使得民眾對醫療服務的需求快速成長，醫療費用節節上升，健保的財務漸形惡化。

自民國 87 年起，醫療費用支出已超越保險收入，財務問題因此亮起了紅燈，有鑑於此，健保局陸續推行多項開源節流措施及執行嚴格的財務監控，雖短暫紓緩健保財務之窘境，但財務壓力依舊沉重。依據健保局估計，健保安全準備 96 年 4 月底已用罄，將危及健保的正常運作，因此相關單位積極研擬有效的策略來解決此一問題，避免健保財務赤字持續惡化，其中以自負額制度的落實，最引人側目。根據全民健康保險法第 34 條，「連續 2 年如全國平均每人每年門診次數超過 12 次，即應採行自負額制度」。然而，自健保開辦第二年，門診次數即超過 12 次(如表 1-1)，理應依法實施，未能落實。由統計數字顯示，歷年來每人每年平均門診次數都介於 13~15 次，民國 87 及 88 年一度超過 15 次，近年來雖略為下降，但依舊維持在 15 次左右，95 年為 14.8 次。由此可知，我國門診實際使用次數已明顯超過預期數量。

由於全國平均每人每年門診次數皆超過 12 次，但並未依法採行所謂的自負額制度，而相關單位也已於全民健康保險法修正草案中，將該條文刪除，惟各界對於自負額制度相關議題仍持續關注。到底自負額制度是否可行？對健保財務有無幫助？有待進一步研究。本研究擬深入探究國外所採行之自負額制度及其實施的成效與經驗，用以評估台灣健保施行之可行性。

第一節 研究問題之背景及現況探討

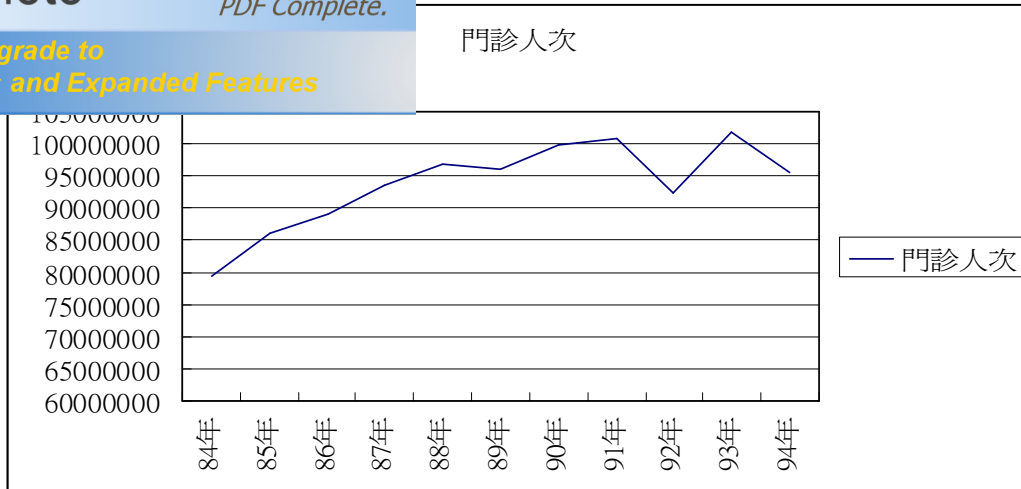
愈嚴重，阻礙健保制度持續的進行，健保局實施二
療費用部分負擔制與總額預算政策。在醫療費用部
應自行負擔之門診費用，除了全民健康保險法以
及相關的法規定免自行負擔費用情形之外，主要分為：門診基本部分負擔、門診
藥品部分負擔、門診復健(含中醫傷科)部分負擔、門診部分負擔免收規定的部分(九
十一年九月一日實施)，依照醫療層級及藥品費用的多寡決定部分負擔的金額如表
1-2 與表 1-3；復健物理治療部分負擔如表 1-4；住院費用部分負擔採定率方式繳納，
比率如表 1-5。但是爲了避免保險對象因住院的醫療費用自付部分過重，對於入住
急性病房 30 日內，慢性病房 180 日內的出院病人，每次住院的部分負擔金額以
24,000 元爲限(94 年適用)/26,000 元(96 年適用)，每人全年的部分負擔如果超過
41,000 元(94 年適用)/44,000 元(96 年適用)的上限，超過的部分可以申請核退(中央
健康保險局，2007)。

總額預算制度方面，行政院衛生署根據健保法第 47 條至 50 條的規定，於民國
八十七年由牙科首先實施總額預算，之後中醫和西醫基層醫療相繼實施，迄九十
一年七月西醫醫院納入後才算完全落實。在總額預算制度下，代表醫療給付的金
額固定，給付的單位價格視服務量而定，一旦低於成本的價格時將由個別醫院自
行承擔。上述兩項政策主要是希望民眾以及醫療機構能夠善用現有的醫療資源，
避免不必要的浪費而造成健保的龐大財務壓力。

由於部分負擔與總額預算制度都是爲了控制醫療資源的使用，分別針對民眾與
醫療機構所因應的對策，但全民健保開辦以來，實施部分負擔制度，即採行所謂
的定率及定額負擔制，門診的使用情形依舊居高不下，甚至逐步上升(周添城、陳
欽賢、劉彩卿，1997)，從民國八十四年健保實施後至九十四年的醫院門診人次變
化如圖 1-1(行政院衛生署，2007)。

門診人次變化

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features



由上圖可以看出，除了民國 92 年可能因為受到 SARS、總額預算制度及加重部分負擔的影響，造成門診人次下降較多外，92 年以前平均的趨勢是上升中的(代表部分負擔效果不大)。此外，楊銘欽、李姣姿、邱尚志(2004)藉由時間序列分析模式，比較 1999 年 8 月實施的新制部分負擔與 2000 年 1 月所實施的醫院合理門診量，對於全民健保門診申報費用、門診人次及總醫療申報費用的影響。研究結果發現，單純就政策介入當月而言，節制醫療提供者的合理門診量比節制消費者的部分負擔效果，在控制醫療費用的效果較顯著。李隆生(2000)則針對中央健保局 1999 年 8 月 1 日實施的高就診次數、門診藥品強化部分負擔作討論，研究結果發現其成效並不顯著，此外，為確保醫療品質、控制醫療支出成長、整合醫療體系，全民健保將來可能朝向公辦民營、多元保險人與論人計酬制度變革。如果制度設計得宜，以「保大不保小」為主軸的新措施應可達到下列目標：1.緩和醫療支出的成長 2.可大幅降低保費 3.增加醫療資源的配置效率 4.民眾就醫的財務風險並不一定會增加。也再度呼應了部分負擔的實施效果並不如當初預期的好，而保大不保小的宗旨與自負額制度的初意卻不謀而合。

此外，總額預算制度實施後，個別醫院間的賽局心理以及政府尚未有效控制個別醫院的最適看診量前，可以發現 92 年後的變化較不穩定，必須繼續追蹤 94 年後的資料而定。如果真的起伏過大，可得知總額預算實施後醫院確實無法有效的管理控制內部最適看診量，也因此可能造成當年度分配到的金額變化過大，無法確實掌握經營的成本，醫療體系很容易因此瓦解。

總額預算制度在表面上似乎只要固定醫療給付時就不會使財務赤字擴大，但可以預期的是，勢必造成醫界間的內鬥，醫院只能默默承擔總額的責任，不但缺

的權利。如果當年度分配到的金額很低，甚至無
會產生問題，德國的保險制度也是因為這樣的考
給醫院的方式，意即不以檢查、檢驗、住院日數及
用藥為醫院「產品」，以避免醫師的專業主導，改以完治一個病患(如盲腸切除、正
常分娩、疝氣手術等當作產品，因為此部分較難創造數量)為給付的參考依據(楊志
良，2005：<http://www.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/094/SS-B-094-003.htm>)。而除了上述的
政策外，尚有些許國家採行健保自負額的制度。

自負額與台灣目前執行的部分負擔制都是希望減少不必要的醫療需求，減少
資源的過度使用造成浪費。但自負額的設計主要是希望小病由民眾自行負擔，大
病才由健保給付。健保自負額制度在台灣雖然尚未執行，但以國外的例子來看，
美國不論在門診或住院醫療，公營或私營健康保險中所採用的自負額政策，目的
是希望輕微的小病由民眾自行負擔，較嚴重的大病才由保險來給付。門診方面瑞
士及冰島兩國也是採用自負額方式；藥劑費的部分芬蘭、瑞典及澳大利亞等國也
有採行(周添城、陳欽賢、劉彩卿，1997)。台灣現有的健康保險環境是否適合採行
此一政策，以及政策內容的擬定，則必須多方面的評估考量。此一政策目前尚未
落實，相關的文獻相對於部分負擔與總額預算的探討亦較少，因此對於此政策的
執行模擬與評估則為此研究計畫的主要目的。

第二節 研究目的

為能提供相關單位對自負額制度的深入瞭解，本研究的目的包括下列幾點：

- 一、對於自負額制度先作理論基礎的介紹，介紹自負額制度的運作以及實施目的，
經由文獻資料的蒐集與整理，從理論的角度探討自負額對醫療支出及健保財務的
影響，研究中亦會比較自負額制度與現行部分負擔制度的異同。因為現行的全民
健保是採行部分負擔制度，由民眾自付一部分就醫時的醫療費用，這與所謂的自
負額制度有何異同？一般民眾不容易區分，因此有其必要比較其不同之處。
- 二、比較各國自負額制度之實施經驗，包括(一)實施自負額的國家(二)實施自負額
的項目(三)實施自負額的成效及經驗(四)綜合比較，藉由資料文獻的蒐集，可以將
世界上採行自負額制度的國家以及各國採行自負額的項目整理並加以比較，了解
其實施的成效及經驗。一方面可以吸收他國的成功經驗，另一方面也可以避免重
蹈覆轍，作為我國制度規劃時的借鏡。

可行方案，包括(一)全民健保醫療資源利用分析：醫療資源的利用分析，搭配國外實施自負額制度的經濟效益評估。(二)提出自負額制度之各種可行方案：根據上述分析結果，提出可能實施自負額制度的項目或方案，並進行各方案的優缺點分析，同時針對各方案先評估其對民眾、醫療院所以及健保局三方面的影響及衝擊，並研擬相關的配套措施。(三)具體之優先政策建議：就可行之自負額方案，評估導入現行總額預算制度之優先順序，俾能作為決策單位未來健保政策規劃的重要參考依據。

表 1-1 台灣地區醫療保險人口每人每年平均門診就醫次數

79 年	10.6	10.9	10.6	10.6	δ
80 年	12.1	12.1	10.5	11.8	δ
81 年	13.5	10.4	22.8	14.5	δ
82 年	13.5	13.0	21.1	14.6	δ
83 年	14.4	14.9	25.1	16.0	δ
79-83 年	12.8	12.3	18.0	13.5	δ
84 年	δ	δ	δ	δ	10.6
85 年	δ	δ	δ	δ	13.6
86 年	δ	δ	δ	δ	14.3
87 年	δ	δ	δ	δ	14.8(15.0)
88 年	δ	δ	δ	δ	14.7(15.3)
89 年	δ	δ	δ	δ	14.5(14.7)
90 年	δ	δ	δ	δ	14.3(14.5)
91 年	δ	δ	δ	δ	14.5(14.5)
92 年	δ	δ	δ	δ	14.2(14.4)
93 年	δ	δ	δ	δ	14.8(15.5)
94 年	δ	δ	δ	δ	14.7(15.5)
95 年	δ	δ	δ	δ	14.0(14.8)

參考網站：

85 年以前資料—*中央健保局統計資料; *周添城、陳欽賢、劉彩卿(1997)〈全民健康保險推行自負額之可行性研究〉，《中央健保局八十六年度委託研究計畫》

86 年以後資料—*行政院衛生署 http://www.doh.gov.tw/cht2006/index_populace.aspx; <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計重要指標/94/7.xls> (上述兩個網站資料有些許誤差)

院所層級	部分負擔		門診基本負擔 (牙醫)	門診基本負擔 (中醫)
	(西醫) 未經轉診	經轉診		
醫學中心	360	210	50	50
區域醫院	240	140	50	50
地區醫院	80	50	50	50
基層院所	50	50	50	50

2.持身心障礙手冊之保險對象，門診基本部分負擔一律 50 元

※ 資料來源：中央健保局

表 1-3 門診藥品部分負擔

1.計收方式

藥品費用	門診藥品部分負擔
100 元以下	0 元
101~200 元	20 元
201~300 元	40 元
301~400 元	60 元
401~500 元	80 元
501~600 元	100 元
601~700 元	120 元
701~800 元	140 元
801~900 元	160 元
901~1000 元	180 元
1001 元以上	200 元

2.接受門診論病例計酬項目服務者、接受牙醫醫療服務者及持慢性病連續處方箋調劑者(應符合本局規定之慢性病範圍，可連續調劑二次以上，且每次在二十八天以上者(包括中醫))，免收門診藥品部分負擔。

3.持藥品處方至特約藥局調劑者，其藥品部分負擔由特約藥局收取。

復建物理治療 (含中醫傷科)	醫學中心	同療程第一次 (同基本部分負擔)	同療程第二至第六次
	區域醫院	360 元	50 元
	地區醫院	240 元	50 元
	基層診所	80 元	50 元
	基層診所	50	50 元

※ 資料來源：中央健保局

表 1-5 住院費用部分負擔比率表

病房別	部分負擔比率			
	5 %	10 %	20 %	30 %
急性病房	--	30 日內	31-60 日內	61 日後
慢性病房	30 日內	31-90 日內	91-180 日內	181 日後

註：保險對象以同一疾病(ICD-9-CM 前三碼相同)於同一醫院出院後，14 日內再住院者其住院日數合併計算

※ 資料來源：中央健保局

制度之異同

由於全民健保開辦後，實施部分負擔制度，民眾到醫療院所就醫時，必須自負一部分的醫療費用，因此現行的制度常易被誤認為就是所謂的自負額制度。雖然二者皆為減少不必要醫療需求的方法，但在本質上卻是完全不同的制度設計。現行的部分負擔制不管是門診的定額負擔或者是住院的定率負擔，消費者在就醫時，從醫療費用的第一塊錢開始，保險也跟著開始運作，亦即所謂的 *first-dollar coverage*，消費者只是自行負擔一部分的醫療費用而已，不能稱得上是所謂的自負額(*deductible*)制度。在真正的自負額制度下，保險並不馬上介入，而是先由消費者完全負擔所有的醫療費用，直到超過自負額額度之後，保險才開始給付。因此，自負額制度具有保大病不保小病的作用，對於醫療費用較低的診療，消費者得完全自行負擔，保險不涵蓋，費用較高時才由保險承擔。現行的部分負擔制則是大小病都有保險加以涵蓋，二者是不相同的。

何謂自負額(*deductible*)？依據陳欽賢、劉彩卿、周添城(1998)的研究可清楚得悉其意義。我們可透過圖 2-1 加以說明，縱軸代表消費者實際支付的醫療費用 ME_c (*out-of-pocket medical expense*)，橫軸代表醫療提供者所索取的醫療費用 ME_s ，消費者的醫療花費可由 L 拗折線表示。當 $ME_s \leq 2,000$ 元時， $ME_c = ME_s$ ，L 為一條 45° 直線，代表消費者的實際醫療支出等於醫療提供者的索價，保險無需支付任何醫療費用。在 $ME_s > 2,000$ 元時，L 則為一條平行線，表示消費者至多只需支付 2,000 元，超過的部分保險會支付。舉例說明，當 $ME_s = 2,500$ 元， $ME_c = 2,000$ 元，則保險必需支付 500 元(2,500–2,000 元)。當然，在 $ME_s > 2,000$ 元時，保險可能再搭配部分負擔，則 L 不是一條平行線，而是一條呈正斜率的射線。

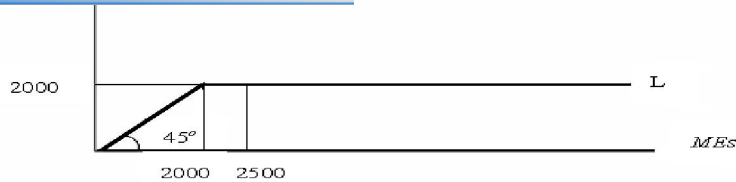


圖 2-1 自負額制度下，消費者實際支付之醫療費用與醫療供給者索價之關係 (陳欽賢、劉彩卿、周添城，1998)

第二節 文獻回顧

由於台灣健保自負額政策仍在評估階段尚未實施，因此國內相關的研究文獻並不多，參考國內外的相關文獻後，將研究方向大致歸類如下：

一、各國自負額制度實施情況介紹

本研究整理有採用自負額制度的國家，並依各國健康保險體制的模式歸納整理。

(一)私人保險為主

美國

Hall (1966) 指出，當藍十字計畫 (Blue Cross plans) 在1930年代被發展出來時，美國的國家的社會安全法規才算是被法令化。在許多的協助和補償下，當時得以將健康保護放入社會法規中，近來連老人的醫療照護也被涵蓋在這個社會保險機制裡。影響健保成長的速度的主要原因為稅和規章考量—尤其是團體契約。在二次大戰及韓戰時，美國政府所採取的穩定薪資政策刺激團保的成長。除此之外，稅的折扣也使得大家受惠。另一個使健保成長的重要因素為團體協商的福利待遇。儘管面對沈重的外在的壓力，私人健康保險企業在過去的25年間仍昂首闊步。在1940年時，約一千兩百萬人投保；但在1964年時，投保人數已達到一億四千九百萬，且投保人所得到的總收益已超過80億美元。

大，但主要議題為「服務 vs. 賠償」及「第一塊錢」。由於領導者 Blue Cross 採取「第一塊錢」，所以其餘「第一塊錢」為服務主體。但真正包含了自負額（自負額）和部分承擔準備（percentage participation provisions）的保險是出現於 50 年代。且這兩者為近來保險業務成長最迅速的部分，但之前就已有的保險商品仍根深蒂固。許多因素都會刺激醫療承保範圍的成長與發展，但到底哪些因素較重要，仍莫衷一是。但對於許多保險業者而言，自負額和部分承擔準備可以讓業者免於破產。這篇文章最大的結論乃是，定率部分負擔（coinsurance）和自負額制度（deductible provisions）對於健康照護服務和設施的利用乃是難以量化的。有許多證據顯示，這兩者對於照護利用有「踩煞車」的效果。但卻也有許多例子顯示，這兩者似乎只是轉換了照護利用的部分而已。例如，實施了定率部分負擔和自負額後，原先只需看門診的病人會轉而申請住院。但別忘了，實施這些政策的目的是，並非減少該有的醫護利用，而是要減少不必要的利用。那麼究竟該不該繼續實施這兩項政策呢？目前看來，承保的範圍會越來越大，限制會越來越小。這兩項政策必須會越來越偏向「純財務」— 成本會越來越小，不管是誰支付較多，若政府也介入其中，更可控制照護的利用。然而政府介入通常也會對保險產業產生壓力和過度的負擔。

Baicker et al. (2006) 研究發現，美國健康支出佔 GDP 的百分比逐年上升，例如：在 1965 年是 6%；2004 年是 16%；預期 2015 年是 20%。於是才設計了 Health Saving Accounts (HSA) 與高自負額健康保險¹ 來因應，希望透過這兩個制度，讓民眾更感受到醫療支出的成本，並提供租稅優惠來鼓勵民眾參與此一計畫 (Borger et al. 2006)。作者認為健康支出上升之中，有一些比例是被浪費掉的。這是由於民眾在使用醫療服務上的邊際成本與邊際利益不相等所造成。計算下發現，HSA 的設計對於患有慢性病的民眾比較不利，他們的醫療花費不高不低（只要年度醫療費用介於美金 1,600~13,000，皆使得民眾需要付出較過去更高醫療費用），無法充分享

¹ 最低自負額(deductible)單身為\$1,100 家庭為\$2,200；最高單身支付額(out of pocket)為\$5,500 家庭為\$11,000 (http://en.wikipedia.org/wiki/High_Deductible_Health_Plan ~OECD 網站)

可以由政府全額補助，他們的自負額費用會多數由保險者的估計，如果另外取消由雇主所支付保險費用，則實際成本與邊際效益更為接近，將可以使得醫療服務使用的無效率降低，並使得選擇 HSA 的民眾得以降低 5% 的醫療支出。美國實施部分負擔方案中主要有 A、B 方案，介紹如下表 2-1。

表 2-1 美國 A 方案、B 方案介紹表

醫療服務項目		受益者的費用分攤
醫院服務	住院服務(90 天/每次疾病發作)	A 方案有自負額(US\$912/每次疾病發作)；定率部分負擔(US\$228/第 61~90 天；US\$456/第 91~150 天)
	門診服務	B 方案有自負額(US\$110/每年)；定率部分負擔是 20%
	精神科住院服務	A 方案有自負額；定額部分負擔 (US\$228/第 61~90 天；US\$456/第 91~150 天)
	急診服務	B 方案有自負額；定率部分負擔是 20%
急救後的有限照顧	技術性的護理設備照顧 (100 天/每次疾病發作)	A 方案有自負額；定率部分負擔 (US\$114/第 21~100 天)
	家庭看護	在 A 方案，B 方案之下都沒有
	職業病治療、語言治療	B 方案有自負額；定率部分負擔是 20%
安養院	(需具合格證明的安養院)	定率部分負擔是 5%(藥費上限為 US\$5/每次，緩和治療部分負擔 5%/每次)
生理治療	門診、醫院、外科服務、牙醫、小兒科	B 方案有自負額；定率部分負擔是 20%(需低於心理門診服務)
心理治療	特定心理健康門診	B 方案有自負額；定率部分負擔(大部分的門診服務，有效率的定率部分負擔是所涵蓋費用的 50%)
醫務設備/供給	醫務設備(持久性)	B 方案有自負額 (假如在 A 方案之下沒有提供)；定率部分負擔是 20%
	復健與義肢的裝置	B 方案有自負額 (假如在 A 方案之下沒有提供)；定率部分負擔是 20%
	醫務服務(如:外科包紮)	B 方案有自負額 (假如在 A 方案之下沒有提供)；定率部分負擔是 20%
血液		A 方案每年自負額為 3 品脫的費用；B

		方案有自負額（假如在之下沒有提供）；定率部分負擔是 20%
		沒有
		B 方案有自負額；定率部分負擔是 20%
預防性服務	乳房 X 光(40 歲以上婦女/每年)	定率部分負擔是 20%
	婦科的預防性檢查(每兩年一次;高風險性則更頻繁)	定率部分負擔是 20%
	糖尿病檢測(一年不超過兩次)	B 方案有自負額；定率部分負擔是 20%；lab 檢測不被包含
	青光眼檢測(每年一次)	B 方案有自負額；定率部分負擔是 20%
	心血管疾病(兩年一次)	B 方案有自負額；定率部分負擔是 20%；lab 檢測不被包含
	直腸癌檢測(每年一次/年齡 50 歲以上)	B 方案有自負額；定率部分負擔是 20%
	骨骼密度測量(每年兩次)	B 方案有自負額；定率部分負擔是 20%
	前列腺癌檢測(每年一次/年齡 50 歲以上)	B 方案有自負額；定率部分負擔是 20%；PSA 檢測不被包含
	流感疫苗(每年一次)	沒有
	肺炎疫苗(僅一次)	沒有
	B 型肝炎疫苗(僅一次)	B 方案有自負額；定率部分負擔是 20%

*資料來源：Center for Medicare and Medicaid Services Medicare & You, 2005；CMS Medicare website www.medicare.gov；CCH, Inc., 2004 Medicare Explained, Chicago: CCH, Incorporated, 2004. p1-2

*美國自負額每項疾病 110 美元並非累計金額

(二)社會保險

瑞士

Gerfin and Schellhorn (2006)研究指出，從 1996 年的改革開始，瑞士的健康保險法中明定，民眾有義務參加基本健康保險，並且民眾可以有五種的自負額金額可以選擇，金額分別由 230CHF~1500CHF，而較高的自負額所負擔的保費則相對較低。但是若發生逆選擇以及道德危機的情況，則此 Deductible 的設計就不能發揮作用。只有當自負額可以讓人們對價格更加敏感時，才能發揮作用。此一健康保險是由相互競爭的保險公司來提供，並涵蓋清楚定義的保險範圍，保費也是受到

費會因為居住的州/ 區域有所差異，但不因年齡、或是同一州內不同區域的保費差異很大，例如：保費，平均為 CHF\$245，但是在 Appenzell 州只須付 CHF\$159，在 Geneva 州則要支付 CHF\$264，差異主要是由於不同的成本結構與風險承受所造成。而民眾在每一年的開始可以轉換保險公司與自己的自負額選擇。

以 2002 年的情況來看，民眾分別有以下五種可以選擇：(1) 自負額 CHF\$230，保費最高 (2) 自負額 CHF\$400，較最高保費少 CHF\$8 (3) 自負額 CHF\$600，較最高保費少 CHF\$15 (4) 自負額 CHF\$1200，較最高保費少 CHF\$30 (5) 自負額 CHF\$1500，較最高保費少 CHF\$40。超過自負額之後，有 10% 的定率部分負擔，定率部分負擔以 CHF\$600 為限。為了減輕民眾的負擔，瑞士政府嘗試進行補貼，也就是當保費超過家庭收入的一定比例之後，政府會補助，在 2001 年時，約有 1/3 的家庭接受補貼。民眾就醫時，可直接且自由選擇門診的醫生科別，除了緊急狀況的住院需要醫生的轉介之外，民眾沒有選擇醫院內的不同醫生的權利。但是可以在州內特約醫院之間做選擇。但有另外投保補助性醫療險的民眾則可以得到近 100% 的醫療保障與選擇。

根據 Swiss Health Survey (2002) 的調查，低/ 中/ 高自負額的選擇民眾類型有以下的差異：(1) 選擇高自負額的民眾主要是男性、年紀較輕、教育程度較高、收入比較高、認為自己的健康狀況不錯、患有慢性病的比例十分低，前一年度醫療費用超過自負額限額的比例低、2002 年的就醫比例(0.40)與就醫次數(1.32)都比較低。(2) 選擇中自負額的民眾仍以男性較多，而年齡、教育程度、收入皆居中，前一年度醫療費用超過自負額限額的比例比較接近低自負額，2002 年的就醫比例(0.58)較選擇低自負額(0.64)的民眾為低，但是就醫次數(中 2.52 vs. 低 2.88)差不多。

勞工醫療給付方面，提供依法定之綜合醫療服務給付項目。或者透過補充保險提供額外的醫療給付，無持續時間的限制。病患負擔 100% 成本至上限為止，而標準上限為 300 法郎，超過此上限另有定率部分負擔規定(10%)，至每年設定之最高金額為止。生育照護不須負擔任何成本。此外，病患住院每日須負擔 10 法郎。

保險屬於個人之保險，被保險人領取本身之給付。給付的給付，無持續時間限制。成本負擔：病患負擔為 300 法郎)，超過此上限成本之 10%至每年設定之最高金額為止。住院每日須負擔 10 法郎(但被保險人和其至少一名親屬同住者除外)。生育照護則不須負擔任何成本。(勞工保險局，2004)

荷蘭

Van Kleef, et al. (2006) 指出，荷蘭於 2006 年開始實行強制性的基本健康保險，採用「社會共同體評價」的保費設計，此一設計中保費與健康狀況、個人風險程度無關，另外也搭配有自願性的自負額方案可以選擇。而作者企圖透過這篇文章呈現出「在精確的風險之下，社會共同體評價的保費設計，將不斷引起逆選擇的發生，最後導致沒有人會選擇有自負額的保費方案，同時無法避免道德危機」。

荷蘭的基本健康保險制度中，保費的計算分為兩點：(1)民眾必須向政府的中央基金繳交保費，而保費是根據所得計算可分為公司支付及自己支付兩種不同的費率。公司支付部分以薪水 p 30,015 為限，費率為 6.5%，每年最高為 p 1,950；自己支付部分依據薪資的 4.4%計算，每年最高為 p 1,320。(2)可向保險公司繳交一筆固定的名目保費，一年大約是 p1,100。而中央基金會根據每一家保險公司所承保的民眾組成，決定補貼保險公司或是向保險公司收取另外的費用。計算方式是根據年齡、性別、診斷成本分群、藥品成本分群、都市化程度、身分分類加以評估。

Gardiol et al. (2005) 以 Swiss 健康保險為對象的研究中，得出高自負額可以較低自負額降低 33.6%的支出，其中 17.1%來自自我選擇效果，另外 16.5%是來自於道德危機的降低。Van Vliet (2001, 2004)指出 Netherland 私人健康保險中，平均保費為 p1,072 的方案，在 p50-p800 的自負額設計之下，支出分別降低 8-14%。另外，值得一提的是，私人健康保險的投保人通常是有較高收入的人，不能將其與基本健康保險一視同仁。根據研究機構 Nivel (Netherlands Institute for Health Services Research) 的統計，92%的荷蘭民眾選擇了沒有自負額設計的基本健康保險，而有 95%的民眾同時也選購了額外的健康保險。

表示，在德國，社會健康保險體系可區分成兩個部分：私營的與公營的。法定健康保險 Statutory Health Insurance(SHI) 屬於公營保險中的一種。關於選擇性自負額的問題一直是爭論焦點。雖然國家賦予成年人有選擇健康保險涵蓋的範圍，但是自負額制度的設定卻會影響整個社會保險的體制上的健全運作。SHI 是一個開放性的系統，就多數 OECD 國家言，此一制度是很特別的。德國(智利也是)某些族群可以選擇強制性的社會健康保險或是轉換成私人保險系統。這些特權族群包括：公務員、老闆以及所得超過上限的員工。這些潛在消費者數量超過 1,100 萬人，而且都是公營保險與私營保險爭取的目標族群。當私人保險提供以年齡計算或是比例的自負額時，SHI 保費計算的基礎卻是工資，而非風險考量。而且因為是公營保險，受到法律限制，不能對特定族群提供保費折扣，造成每年都有很多人從 SHI 轉成私營保險，間接造成了 SHI 財務上的惡化。TK 是前幾大的公司，有超過 570 萬的被保險人。

爲了要研究比例性的自負額對 SHI 的影響，Techniker Krankenkasse(TK)在 2003 年 1 月推了一個新的方案。這個計畫從 2003 年開始，原則上 18 歲以上才可以參加。如果答應每年支付最多 p300 的自負額，每年有 p240 的紅利。例外的是，醫師診療費定額負擔：p20、牙科：p40 以及對藥物及住院病床的法定部分負擔。未滿 18 歲的醫療使用則不被計入自負額中。

德國的健康保險制度創立於 1883 年，僅涵蓋藍領階層，直至目前涵蓋了 90% 的人口。保險給付項目包括：住院、門診、牙科、藥物、醫療器材，例如：按摩器、義肢、助聽器、假牙等。2000 年保險給付上限是每月 p3,525，或是每年 p42,300。在 2005.7 之前，雇主與員工分擔總保費的比例不同，分別為 42% 及 58%。另外，因為被保險人的風險結構不同，所以配合風險調整系統，針對年齡、性別、所得等做調整。每年有超過 30,000 人從 Techniker Krankenkasse(TK) 轉換成私人保險。這不但損害 TK 的財務結構，也造成整個 SHI 的損害。因為少了一個好的繳費者與造成更高的風險。造成了每年平均每人 p3,200 的損失。人們會比較想自己去決

支持選擇性的自負額。不過因為法令的限制，自負額則不能超過 5 年。

自負額延遲延遲醫療的付在，抑制醫療的使用。研究結果會發現這個方案會比較吸引沒有家庭負擔的年輕人。此外，此一研究也發現，在每次看診的自負額為 $\text{p}20$ 下，造成家醫科門診量下降 23.5%與專科醫師門診量下降 42%。2003 年時 TK 對每次看診的索價是 $\text{p}18.14$ ，減少 3.5 次造成在醫療的成本上節省了 $\text{p}63.49$ ，如果放在 10,155 個參與者上，理論上會節省 $\text{p}645,000$ 。在 2003 年，TK 在醫院治療，住院的每人總成本為 $\text{p}752.5$ ，因為這個方案，減少了 $\text{p}168.4$ ，所以若套用在 10,155 的參與者上，TK 可以節省 $\text{p}1,710,000$ 。結論是選擇性的自負額會抑制醫療服用利用。

奧地利

勞工醫療給付方面，醫療服務通常由與疾病保險基金訂定合約之醫院、醫師與藥劑師負責，並由疾病基金直接支付，有些保險基金會自己獨立經營醫院或診所。給付項目包括醫藥(含精神治療)、牙科診療、生育、住院治療、藥劑、醫療輔助器材、家庭護理、預防性檢查和交通費用等。其成本分擔：每份處方箋由病患支付 $\text{p}4.35$ ，部分牙醫照護成本以及最高 20%的醫療輔助器材成本為止。對於輔助器材而言，其成本分擔至少為 $\text{p}23$ ，以有限方式提供病患例外，給付期限無受限(勞工保險局，2004)。

澳大利亞

目前僅實施藥品處方箋自負額 \$4.7 元(單位:美元)。

(<http://bmc.ub.uni-potsdam.de/1743-8462-2-20/1743-8462-2-20.pdf> 澳洲與紐西蘭

健康政策)

(三)國民保健服務(NHS)

芬蘭

勞工醫療給付方面，在原來疾病保險方案下，可依其預先訂定的支付表，針

。醫療項目費用包括私人醫師費用的 60%、私人
規定治療超過p13.46 部分的 75%可以扣除；藥劑費
重或長期疾病藥費超過p5 的部分可退還 75%至
100%，若每年醫藥費用超過p604.72 則全數退還之)；超過p9.25 交通費用的 100%(若
每年可扣除費用超過p157 則全數退還之)。疾病保險也支付因雇主所造成之職業疾
病的健康照護費用 50%。在市府的健康服務中心裡接受治療時，每年第一次看病
需支付p22，第二次之後的求診均免費。醫院照護原則是免費的，但每次門診病
人需支付p22 醫療費用，住院治療每天支付p26，手術治療則每天p72 (勞工保險局，
2004)。

冰島

勞工醫療給付方面，支付醫師出診的最低費用。公立醫院的住院是免費的，
部分慢性疾病醫藥也免費；其他醫藥需支付最低醫療費用。產房住院照護免費，
但病人必須支付最低 X 光費用與交通旅費。未滿十五歲之子女可退還牙醫照護費
用 75%，而年金領取者則接受 50%至 100%的退費(依實際所得調查而定) (勞工保
險局，2004)。

挪威

勞工醫療給付方面，醫療給付可獲得償還部分還是全部醫療費用視情況而
定，或由與基金簽約的醫療服務者提供醫療服務。醫療服務項目包括部分的醫師
診斷費(大部分的情形下，病人每次的看診費用需自行負擔\$117 kroner)，公立醫院
也提供免費的醫療服務，但病患須負擔必要醫藥 36%的費用(每一處方箋最多負擔
\$450 kroner)，實驗診斷費以及每趟超過\$110 或\$220 kroner 的交通費用(由醫師轉介
後可自由選擇醫院)。病患自行負擔的費用部分，包括為其七歲至十六歲子女之費
用與除特殊疾病外的醫療費用，2004 年時最多負擔費用為\$1,550 kroner。政府每年
會訂定醫療費用的高限。當病患自負額已達上限時，該年度所餘日數，病患得享
受免費之醫療就診服務。未滿六歲之子女不用負擔醫療費用。年金給付會自機構
照護的第二個月開始扣減，疾病給付則自第四個月開始扣減。給付期間則無受限(勞

勞工醫療給付方面，給付項目包括部分交通費用之退還、基本與預防性牙科照顧補助、未滿二十歲子女之免費牙科照護、對義肢之治療有高成本受限以及免費的胰島素治療。每次醫師問診負擔\$60 至\$300 kronor 費用(視情況而定)。公立醫院的住院診療(包括生育病房在內)，病患至多一天支付\$80 kronor(低所得者酌減費用)。此外，病患負擔其他藥品的所有費用，最高在十二個月內以\$900 kronor 為上限；之後病患可針對其他藥品負擔部分費用，但一年則不超過\$1,800 kronor。其他醫療服務類型，每年必須不超過\$1,800 kronor。每年其他醫療服務的最高費用則以\$900 kronor 為準(勞工保險局，2004)。

二、制度的可行性評估

陳欽賢、劉彩卿、周添城(1998)認為自負額制度實行的效果會受到自負額額度大小、累計時間長短與消費者對醫療照護的需求彈性的影響。以目前國外的經驗觀察，美國是主要的實行國家，瑞士、澳大利亞、冰島與北歐三國也有採行，且主要是針對醫療需求彈性大、費用較低且使用頻繁的醫療項目。建議如果我國要實施自負額制度可以從門診開始執行，除了可以降低行政費用，亦可減少健保的支出。不過由於民眾的負擔會加重所以不宜將額度調過高，弱勢團體更應該免付自負額，同時保費也必須降低。對於自負額制度的設計仍配合目前的全民健保制度，以就醫次數為單位並以其他規範為輔，以避免新制度造成的衝擊。

李隆生(2000)的研究分析指出強化部分負擔的效果不大，主張門診與住院費用可朝向「保大不保小」為主軸的方式進行健保制度改革，其大概的構想有下列幾點：(1)保費收取保持現行量能徵收的原則。(2)維持住院給付：支付制度多元化(擴大論病例計酬與合理化論量計酬部分支出的點數)、控管醫療內部資源、合理控制醫療費用與提高醫療專業自主性間取得平衡。(3)門診部分實施高自負額，若被保險人每年門診(含急診)累計之費用，未達到限度金額時自行承擔，超過時健保局才依某一比率給付。(4)給付效益明顯大於成本的預防保健項目。(5)對於弱勢族群，政府

解決就醫障礙。消費者選擇理論為基礎，配合被保險人全戶的醫療費用自負額制度，假設使被保險人不再繳交保險費，並且將目前所繳交的費用移轉為全戶門診自負額的作法，對健保財務赤字、社會整體醫療資源與社會福利的影響。在各種所得彈性、價格彈性與平均掛號費用的前提下，研究結果發現，實施該建議方案後門診次數減少的幅度約佔總門診次數的 4.6~17.6%，健保局所增加的財務負擔佔全部門診醫療費用的 14.5~17.1%，換句話說，此方案雖能抑制醫療資源的使用卻無法解決健保的財務問題，而且實施後的社會福利將減少。

Bakker(1995)探討國民健康保險裡，處方藥採自負額制度，有別於以往的健保支付方式。為何要提出自負額制度，作者認為有幾個重要的因素，預期自行支付費用(expected out-of-pocket payment)、逆選擇(adverse selection effects)、道德危機(moral hazard effects)和管理費用(administration cost)。本文主要探討前兩個因素影響，由荷蘭有投保健保的 17,242 筆資料中，顯示從預期自行支付費用可觀察出，自負額和年齡、性別有很大的關係，以及身體健康狀況不佳的人相對於身體健康狀況佳的人而言，他們所需支付的健保保費可減少很多，因此顯示出現逆選擇的問題，解決這樣的問題可使用一般的自負額。但若想要採行自負額，減少健保保費是一個很重要的因素。

Bakker et al.(2000)分析自負額相對於全額保險，公平精算保費的減少受到個人部分負擔的多少、道德危險、管理成本和逆選擇的影響。這篇文章就是要分析這些因素的部分效果和全部的效果。在自負額上，道德危機和逆選擇對於預期的健康照顧成本有很顯著的影響，但是對於預期的個人負擔支出效果卻不大。在模型裡指出在自負額金額範圍比較大的情況下，公平精算保費減少的額度會比自負額來的多。

Solanki(1999)利用年齡在 18 至 64 歲之間的 10872 個員工資料分析，有使用費用分攤(cost-sharing)和無使用費用分攤(non cost-sharing)的不同。結果顯示，有使用費用分攤(cost-sharing)相對於無使用費用分攤(non cost-sharing)會隨著百分比的改變受影響，與 copayment 相比自負額有更大的負效果。

帳 (HSAs) 於 2004 年開始實施。原先的動機是為出一點時間在醫療照顧的花費上多留意，也多一點訓練呈現成長的趨勢。第二個動機是爲了要使經濟個體在隨著時間而累積要去支付醫療照顧的基金可以更加地簡單。在 2005 年三月時，登記 HSAs 的人已經超過一百萬人。而對於 HSAs 貢獻最多的是經濟個體或勞動者。既不是貢獻也不是撤回品質醫療照顧花費受到聯邦稅的限制。未曾使用過的基金可以移轉到下一年度或下一個勞動者去使用：這種特徵使的 HSAs 相較於其他形式的醫療支出帳戶更加地受到歡迎。而當 HSAs 必須與高階的扣除條款醫療計畫配搭時，在每年的 HSAs 貢獻與最小的扣除額之間差額的自負額已經使得人們在醫療支出的決定上更加地留意了。HSAs 的原形是在私部門中嘗試，並且只提供某一些的服務給適合的 HSAs 登記如醫療照顧支出的形式以及時間；醫療結果；經濟個體、勞動者以及提供者的影響。

三、全民健保門診最適自負額的價量模擬分析

李隆生 (2000) 建立一單期數學模型：模型假設政府在健保財務收支平衡情況下、被保險人爲風險趨避者、社會上的所得分配不均下，求取被保險人的最大預期效用，研究結果導出每人之最適門診年自負額約爲數千元，其建議被保險人每年門診次數累計達五次，且累計費用超過四千元者健保才給付，而對於低所得者的門診醫療費用以配套措施減免。

Gollier (1996) 公平的自負額保險制度不會使得最適的產出量增加，可使產出量達到最適值。在產出的價格上有公平的自負額保險制度，會使得一些風險厭惡者減少最適的產出量，若爲風險中立者，價格爲公平的自負額制度會達到最適值。

四、保險採用自負額後的風險評估

Mahul (2000) 當保險客戶面臨有保障或無保障的風險時，最適的保險政策會被制訂出來。依照實際的行爲假設，顯示若取消自負額，無保障的損失變的更有風險，層級優勢也消失，將會失去更多的有保險人。

，假如一個經濟個體本身是屬於保險收斂的情形，預防的行動的誘因是較少的。在這篇文章裡，將進一步分析自負額的取捨。事實並不能延伸至醫療保險的領域的。

五、不同保險制度間對病患治療的影響比較

Dormuch et al. (2006) 主要是分析在不同的公共醫藥保險制度下使用人工呼吸器的影響。資料採用 1997-2004 年 65 歲以上有使用類固醇、促效劑和人工呼吸器並且有投保的老人。三個保險政策包括全額給付、自負額和定率部分負擔。採用複迴歸分析，其結果顯示病人被診斷出有氣喘或是慢性肺部疾病其初期治療使用類固醇的機率，自負額和定率部分負擔比全額保險要來的低 25% 的醫療使用。另外，當採用部分負擔時，使用類固醇的慢性患者會有 47% 停止治療，而採用自負額的部分負擔會有 22% 停止治療。

Fronstin and Collins (2006) 主要是在比較消費者導向的健康計畫(CDHPS)，高自負額的健康計畫(HDHP)及綜合健康計畫(CHP)三種不同型態對健康醫療消費者的行為及態度的衝擊。CDHPS: 個人有 1000 的自負額，家庭有 2000 的自負額，且有醫療儲蓄帳戶；HDHP: 個人有 1000 的自負額，家庭有 2000 的自負額；CHP: 個人及家庭都沒有自負額。結果發現：(1)在 CDHPS 中比在 CHP 的有比較好的健康且有較少的慢性病，單身，大學畢業。(2)在 CDHPS 及 HDHP 的個人在他們的不同健康計畫的部分比在 CHP 有較少的滿足。(3)預防性的服務在有自負額的計畫是不被渴望的。(4)CDHPS 及 HDHP 比 CHP 會因為花費的關係而延遲或避免有必要的醫療。(5)CDHPS 及 HDHP 比 CHP 就個人方面，會引起較大的財務上的負擔。(6)CDHPS 及 HDHP 比 CHP 就醫療決定方面，前二者比後者具有成本上的敏感度。(7)未保險者加入 CDHPS 有百分之十，加入 HDHP 有百分之二十，加入 CHP 有百分之二十四。

根據調查顯示，相對於傳統的综合性保險，CDHP 及 HDHP 的投保人對醫療費用(看醫生、處方)的成本意識較高。雖然在健康照護的使用並沒有顯著的差異，但是有 35% 的 CDHP 及 31% 的 HDHP 使用者表示他們會避免或是延遲去看醫生(傳

會這樣做)；相對於傳統綜合性保險，3 倍的 CDHP 超過收入的 5%；另外，僅有 46% 的 CDHP 及 30% 他們的保險計畫 (傳統綜合性保險則有 60% 有意願繼續)。

CDHPS 是會增加消費者對本身健康醫療上的消費的控制及增強本身對醫療選項資訊上的了解，但若在高自負額健康計畫的之下，對中低所得的家庭及家庭之中有小孩需要特別的照護上會造成財務上的危機，且也影響人們去延遲或避免尋求醫療，當所要支付的金額未達到自負額的規定，且會有較低的比率在預防上和免疫上的醫療、會有較少的在需順從建議上的治療、也會較少使用慢性疾病的服務，所以在高自負額的健康計畫下所作的決定，可能會有成本及品質相互抵換的情況。

Joel et al. (2007) 說明美國未保險的人總共有 4,600 萬人，且健康保險的保費及全部的成本是三至四倍的在擴張，主要解決方法有醫療的管理(managed care)、單一付款人支付系統(Single-payer)和有高自負額的健康醫療的儲存帳戶(HSAs)，但此篇文章主要是調查明尼蘇達州的醫生對健康照護支付上的偏愛，在三百九十位中，有百分之六十四偏愛單一付款人支付系統、有百分之二十五偏愛 HSAs、有百分之十二的人偏愛醫療的管理，且有百分之八十六同意政府應確保每個人都使用良好的醫療照護。

Ginsburg (1996) 主要是介紹醫療儲存帳戶及說明它的好處，在一般的醫療儲存帳戶和高自負額連在一起之下可以讓 MSAs 成本的敏銳度在病患使用醫療照護的決定上，且會增加競爭的壓力而讓醫療照護的成本下降。但 MSAs 會對低所得者及失業的人會有負面的影響。在健康照護成本上有(1)健康照護的支出上可能會下降，因消費此服務更加有效率。(2)健康保險的保費可能會下降，因消費對支出成本有敏銳的知覺，所以對僱主及員工有較低的成本。而在使用健康照護上有(1)有一部分沒有保險乃是因健康的或年輕的個人，可能會開始去累積帳戶以便將來的健康照護使用，特別是長期的照護。(2)MSAs 是個人的帳戶，不隨著工作的變動而變動。(3)在低的自負額中可能不會有預防性的醫療、長期的照護醫療等其他

情願去用這些醫療，假如要從他們的 MSAs 中去

比較消費者導向的健康計畫(CDHPS)，高自負額的健康計畫(HDHP)及綜合健康計畫(CHP)三種不同型態對健康醫療消費者的行為及態度的衝擊。研究發現：(1)在少於 50,000 所得及健康方面有問題者，用 CDHPS 及 HDHP 比 CHP 會有較大的財務上的負擔，所以也會少用醫療照護。且在 CDHPS 所少用的比例是 CHP 的二倍。(2)CDHPS 及 HDHP 在用醫療照護比 CHP 較具有成本的敏感度。所以會在用醫療照護會詳細考慮。(3)個人在 CDHPS 及 HDHP 比在 CHP 較不滿意它們的健康計畫。

Fronstin and Collins (2006)在投保者的人口變項上，三種保險的差異在於：(1) CDHPs 與 HDHPs 的投保人年紀較輕，已婚的比例較低。(2) CDHPs 與 HDHPs 的投保人中，白人的比例較高，少數族群的比例較低。(3) HDHPs 的投保人相對來說，收入也比較低。(4) CDHPs 的投保人，自己評價的健康狀況最理想。

整體來說，CDHPs 與 HDHPs 滿意度不如綜合性保險 (1)綜合性保險的滿意度 (67%)顯著高於 CDHPs(37%) 及 HDHPs(37%)。(2)另外，若在可以選擇的情況之下，投保人願意繼續留在目前投保的保險比例，HDHPs(30%)與 CDHP(36%) 也低於綜合性保險的 60%。

CDHPs 與 HDHPs 的投保人也相對付出更高的醫療支出，有 22%的 CDHPs 及 23%的 HDHPs 投保人表示他們在一年內，家庭的醫療支出超過美金\$5,000，但同樣的情況在綜合性保險上則只有 8%。在對投保者的就醫行為的影響上，投保三種保險的就醫頻率並沒有顯著的不同，有差別的是 CDHPs 與 HDHPs 的投保人在使用儀器檢查上與掛急診的次數比較少。值得注意的是，收入較低的族群，不論是投保綜合性保險或是 HDHPs 都顯著的較少去看診、接受儀器檢查與醫生處方。研究中也發現，先前擔心 CDHPs 與 HDHPs 可能對於慢性病患的權益造成受損的情況並沒有發生，投保 CDHPs 與 HDHPs 的慢性病患仍就接受了適量的藥物治療，與綜合保險的投保人並沒有顯著的差異。在預防性檢查上，三種保險的投保人，差異不大。研究中對於投保者的就醫態度也有所涵蓋，其中有 33%的 HDHPs 及

在過去的一年有因為成本的考量而延遲或避免去接
19%。
1%的 CDHPs 表示他們有因為成本的考量，而避免
拿藥或者是減少每日吃藥的次數讓藥可以吃久一點，這在綜合性保險上只有
22%。也有 73%的 CDHPs 與 61%的 HDHPs 的投保人同意，他們在考慮有關醫療
的決策時(比如：是否去看醫生、是否要拿藥)，會因為保險的條款而更注意成本
的問題，然而只有 46%的綜合性投保者同意他們會有這樣的考量。另外在藥品的處
方上也有顯著的差異，39%的 CDHPs 與 41%的 HDHPs 的投保人，會要求醫生開
立比較便宜的藥品，綜合性保險的投保人只有 31%會這樣做。甚至，有 60%的
HDHPs 投保人會要求醫生開立學名藥即可，不要開立還在專利期的藥品。

Schellhorn (2001)指出，為了包含醫療保健的成本，在健保中採用消費者誘因
在很多國家都被了解與支持。1996 年，瑞士的健康系統採用了對醫療服務中，自
負額可選擇的方式，在他們的強制性基本健康保險中。本文估計對醫療服務利用
做選擇帶來的影響。針對內生性，利用 GMM estimator 去解決內生性產生的高估
問題。大部分觀察可看到，看診數量的減少，個人間選擇一個高自負額似乎造成
個人間自我選擇的結果，在分別的保險合約且不會引起利用行爲的改變。

本文將自負額資料的樣本分成三組：(1)懷孕會增加參予高自負額的機率，原因在
於懷孕相關的醫療費用是免自負額與部分負擔的，與同齡婦女相較，身體狀況也
會比較好。(2)吸煙是很顯著的行爲變數。(3)藥物利用行爲對女性比較顯著。藥
物成癮的人對參予高自負額比較有意願。較高所得的人顯著的增加參予高自負額
的可能性。高保費的地區，實施高自負額的機率也會比較高。

如果目的主要是降低道德危機，那麼這樣(降低成本)做是失敗的。高自負額的選
擇對利用行爲似乎不夠成影響。若僅是對風險做調整，則是成功的。在瑞士，因
為健保強制，所以私人保險中逆選擇的問題並不重要。與一個健保系統相比，每
個人將付出相同的保費，自負額的選擇導致貨幣的重分配，由高風險的人移到低
風險的人。

Tollen (2003) 採用精算模型(MHBVC 模型)，計算出刪除 5 種承保範圍(預防醫

備、心理醫療、藥物濫用)後，可以節省雇主 22% 成本節省，亦可以經由將 US\$15 元的自付額調整為 50 元的自負額來達成。結論主要就是支持透過增加投保人的財務責任，來抑制醫療費用的增加。

Van Vliet (2001) 針對荷蘭作研究，研究目的為估計加入自負額後，對於 6 大醫療類別需求的價格敏感度。作者在文章開頭便指出，若以原始資料直接估計價格敏感度，是一個不適當的作法。原因有二：(1)能蒐集到的資料通常並非支出，而是使用次數。使用次數是一個間斷的變數，以傳統 OLS 估計似乎不妥。(2)研究者通常只將一小段期間內的支出(例如兩個月)，直接乘上一個倍數(例如乘以六)後，便以此為一年的支出。作者認為這是一個有問題的算法。因此為了排除這兩個問題，作者便採取其它方式來估計敏感度。經估計後得到的結果，綜合醫療需求的價格彈性為 -0.079。若分別以醫療類別來看，最高者為物理治療類 (physiotherapy)，彈性為 -0.12；其次為普通開業醫生 (GP)，彈性為 -0.085；最不顯著的類別是住院，其彈性為 -0.007。

Bakker F.M. and Van Vliet (1995) 研究荷蘭處方用藥與自負關係，文中討論兩個問題：(a)保險費的減免 (premium reduction) 是否該依投保者健康風險高低而不同？(b)若是在自由投保的情形下，逆選擇的情形是否可以會出現？是否可以避免？結果發現保險費是應依性別和年齡來訂定。另外，在自由投保的情形下，逆選擇會出現。但若保險費依性別和年齡訂定時，逆選擇會降低很多。

Schut and Van de Ven (2005) 檢視的是，荷蘭在 1980-2000 年間所實施的醫療照護政策的目標和影響。這段期間的政策有兩項特徵：(1)逐漸緊縮的成本封鎖政策 (2)持續追求市場導向的革新。第一個特徵的目標是降低人力成本。在這方面，供給和價格控制政策相當成功，但卻使一般人享受健康服務的情形陷於危險。第二個特徵的目標是增加系統效率和增加對病人需求的敏感度。這個目標的可行性依賴以下幾項的實行：風險調整，產品分類，品質衡量，消費者資訊系統和有效的競爭政策。然而對已實行這些項目的荷蘭而言，市場的角色仍舊不彰。

Wilensky (2006) 研究美國 Consumer-Driven Health Plans，其研究結果發現：(1)

了預防醫療與慢性病照護系統的使用情況。(2) 未
醫院，使得醫院在價格透明化及定價一致化上產
估計在 2005 年的 3 月，約有 100 萬人是採用
HSA+HDHP 的制度，人數約是 2004 年 9 月的 2 倍。(4) HRA 與 HSA 的差異在於，
HRA 是屬於雇主所有，勞工離職後仍為雇主所有，為不可攜的帳戶。HSA 則是為
勞工所有，可以攜至任何的工作。(5) 在 2004 年年底，Mercer 公佈了一份針對僱
主的調查，發現 CDHP 相對於 HMO，可以省下雇主每年 US\$ 600 的保險成本（若
與傳統的保險比較會省下更多 US\$5,233 vs. \$6,707）。(6) Humana 提供給員工及家
屬 CDHP+HRA，而順利控制了醫療支出的成長，原本趨勢下的成長率約 15%，實
施後為 4.9% (2002) 及 2.7% (2003)。(7) 文章中亦提及 RAND HIE 指出，對於貧
窮的人與生病的人，此醫療費用的降低，會導致死亡可能性的提高。另外，也使
得沒有明顯症狀的慢性病照護受到損害，例如：高血壓。(8) 但在 2003 年開始實
施 HDHP 之後，根據保險公司 Aetna 的資料，糖尿病患接受定期標準檢查的比例
並沒有降低，另外高血壓、氣喘、心血管患者的藥物治療比例也沒有降低。相對
於 2002 年，則有更高的比例採行了預防醫學。(9) 根據 McKinsey and Company
的調查，也顯示民眾接受預防醫學的比例升高了(例如：定期檢查、乳房 X 光攝影、
前列腺檢查)，相對於傳統保險來說，大約提高了 20% 的健康計畫(由雇主提供)的
參與率。同時，CDHP 也提高了某些慢性病患對療程的順從性，例如：高血壓患者
(51% vs. 31%)，文章中亦提醒，此 McKinsey and Company 的調查由受訪者自行回
答，無法佐證，可能與事實不符。(10) 病患的不滿意多來自於資訊不足，不了解
新 CDHP 的制度究竟為何。

Remler and Glied (2006) 研究結果發現，綜合性保險相對於高自負額的健康計
畫(無醫療儲蓄帳戶) 扣除醫療費用超過 2,500 美元之後，綜合性保險的成本分
攤比例較高。綜合性保險相對於高自負額的健康計畫(包含醫療儲蓄帳戶) 扣除邊
際成本介於醫療花費為 US\$351- US\$2,500 之間是呈現上升的，而平均成本介於
US\$700- US\$6,100 之間亦是上升的。從綜合性保險改變至高自負額健康計畫加上
醫療儲蓄帳戶的結果，使得佔了 50% 的支出比例的高醫療費用支出者的平均成本

醫療費用支出者的負擔。(如表 2-2)

為便於國際比較分析，本研究根據上述國外文獻，整理出已實行自負額制度之國家，其實行項目於表 2-3。由表 2-3 可知，實行門診自負額的國家主要有美國、瑞士、芬蘭、冰島、挪威等國家；住院方面採行的國家有美國、奧地利、芬蘭及瑞典等；藥劑方面則有奧地利、芬蘭、挪威、瑞典、澳大利亞等國家實行。除了此三大項目外，美國在輸血上亦採行自負額制度，奧地利、芬蘭、冰島等國家在交通費用上的限度規定亦在落實此項政策，更細項如冰島的 X 光費用、德國與奧地利的牙科診療費用等，皆已實施自負額制度。

而根據以往國內外研究文獻看來，Gardiol et al.(2005)認為高自負額可以較低自負額降低 33.6%的醫療支出，Van Vliet(2001，2004)研究發現在 $\leq 50-800$ 的自負額設計下，醫療支出可降低約 8-14%。Pütz and Hagist (2006)研究指出，在每次看診的自負額為 ≤ 20 下，會造成看診量下降 23.5%-42%，看診成本也會有所節省。Tollen(2003)認為自負額的推行可節省僱主的保費支出，透過增加投保人的財務責任，達到抑制醫療費用的增加效果(如果調高為 US\$250 元，僱主可省下約 22%的保費支出)。但亦有持相反論點者，林振輝、羅紀琮(1999)研究認為，門診實行自負額後，門診次數會減少約 4.6~17.6%，但仍無法解決財務負擔問題，因為不交保費反而會增加 14.5~17.1%的財務負擔。Schellhorn(2001)認為如果採行自負額主要目的在降低道德危機，則認為效果不彰。

醫療儲蓄帳戶的結果 6 最高自負額的設計

醫療支出 (美金)	(%)	支出比例 (%)	邊際成本分擔的 改變	平均成本分擔 的改變
≤350	30.2	1.3	↓	↓
\$351-700	13.5	2.6	↑	↓
\$701-2,500	30.2	16.1	↑	↑
\$2,501-6,100	15.9	23.5	↓	↑
\$6,101-7,600	2.5	6.5	↓	↓
超過 7,600 (中位數: 12,066)	7.7	50.0	0	↓

※資料來源： Remler and Glied (2006) 採用 2001 年的醫療支出固定樣本資料 (Medical Expenditure Panel Data) 6 所有樣本皆為 18-64 歲的成年人，有雇主提供的保險的民眾。成本分攤的改變是由作者計算的。

*匯率依不同期間變化可能不同(以所蒐集資料當時公布匯率為準)

參考資料：

1. Center for Medicare and Medicaid services Medicare &You ， 2005 ; CMS Medicare website www.medicare.gov; CCH ， Inc. ， 2004 Medicare Explained ， Chicago: CCH ， Incorporated ， 2004. p1-2

美國	自負額：\$110 超過定率負擔 (定率部分負擔)20%	60 天內：\$912 61~90 天：(定 率部分負擔)US\$228 91~150 天：(定 率部分負擔)\$456	—	輸血： 自負額 3 品脫	以私人保險為 主，另有老人 保險與貧民保 險(社會保險)	—	\$ 44,970
瑞士	230~1500SF 自 負額，超過後 定率負擔 10%(以 600SF 為限)	230~1500SF 自 負額，超過後 定率負擔 10%(以 600SF 為限)	—	—	社會保險	一美元可兌換 1.27 francs (法 郎)	\$ 57,230
荷蘭	ƒ50~800	ƒ50~800	—	—	社會保險	兌換匯率:一美 元可兌換ƒ0.80	\$ 42,670
德國	300	300	—	ƒ 300(有ƒ240 的紅利，一般 ƒ20，牙科ƒ40) ~ 十八歲以上 始可參加	社會保險	兌換匯率:一美 元可兌換ƒ0.80	\$ 36,620
奧地利	—	—	(針對勞工而 言) ƒ 4.35	—	社會保險	兌換匯率:一美 元可兌換ƒ0.80	\$ 39,590
澳大利亞	—	—	\$4.70	—	社會保險	(已用美元計 價)	\$ 35,990
芬蘭	每次門診ƒ22	住院治療每天 ƒ26	藥劑費用超過 ƒ10 部分定率 負擔 50%	交通費用自負 額ƒ9.25；手術 治療每天ƒ72	國民保健服務	兌換匯率:一美 元可兌換ƒ0.80	\$ 34,810
冰島	超過自負額部 分採定率負擔	免費	採定額加定率 負擔，有負擔 上限	必須支付最低 X 光費用與交 通旅費	國民保健服務	兌換匯率:一美 元可兌換 72.25 IKr	\$ 35,980

			每一處方箋最多負擔 50kroner	實驗診斷費及每趟超過 110 或 220 kroner 的交通費(由醫師轉介後可自由選擇醫院)	國民保健服務	兌換匯率:一美元可兌換 6.74 kroner	\$ 66,530
瑞典	每次醫師問診負擔 60 至 300 kronor 費用	對於公立醫院的住院治療(包括生育病房在內),病患最多一天支付 80 kronor(低所得者酌減費用)	病患負擔其他藥品的所有費用,最高在十二個月內以 900 kronor 為限;此後,病患可針對其他藥品負擔部分費用,但一年不超過 1,800 kronor。其他醫療服務類型,每年必須不超過 1,800 kronor。每年其他醫療服務的最高限度以 900 kronor 為準。	部分退還	國民保健服務	兌換匯率:一美元可兌換 7.31 kronor	\$ 43,580

附註: 美國自負額每項疾病 110 美元並非累計金額; 英國為國民醫療保健服務, 日本與韓國皆為社會保險, 採用部分負擔。

*各國平均個人所得為 2006 年最新資料

*匯率依不同期間變化可能不同(以所蒐集資料當時公布匯率為準)

*參考資料:

- Center for Medicare and Medicaid services Medicare & You, 2005 ; CMS Medicare website www.medicare.gov; CCH , Inc. , 2004 Medicare Explained, Chicago: CCH, Incorporated, 2004. p1-2
- Gerfin and Schellhorn (2006) , "Nonparametric bounds on the effect of deductibles in health care insurance on doctor visits - Swiss evidence" , *Health Economics* , 15(9) , 31
- Van Kleef et al. (2006) , "A VOLUNTARY DEDUCTIBLE IN SOCIAL HEALTH INSURANCE WITH RISK EQUALIZATION: "COMMUNITY-RATED OR RISK-RATED PREMIUM REBATE?" , *Journal of Risk and Insurance* , 73(3) , 529-550
- Pütz and Hagist (2006) , "Optional deductibles in social health insurance systems finding from Germany" , *The European Journal of Health Economics* , 7(4) , 225-230
- 各國社會安全制度要覽-2004 年歐洲版
- www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_3086_1_chi11-08.doc
- <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf>

本研究擬針對被保險人的社會特質，探討其與醫療使用之關聯，以進一步評估現行全民健保體制下，推行自負額制度對醫療使用的影響。由於實施全民健保制度的主要目的即在於降低民眾就醫時的財務負擔以及提高就醫的可近性，使所有需要醫療服務的民眾，都能獲得所需的醫療照護；因此，自負額制度的推行，對於不同群體醫療使用衝擊的評估有其政策必要性及重要性。職是之故，本研究將分別依照所得、家庭大小、年齡、投保身分、性別、分局別(居住地)、偏遠地區、重大傷病者等社會特質，分析其醫療使用狀況，包括總醫療費用、門診、住院費用、就診次數、住院日數等，同時將從西醫、中醫、牙醫三大類別，分別探討醫療使用狀況。此外，鑑於上述許多國外文獻在藥品及血液費用採行自負額制度，本研究亦有所研析。

本研究也將利用本土醫療使用資料，計算我國各項醫療費用以及次數的使用狀況，一方面可以了解我國醫療使用之分配狀況，另一方面更可以與其他國家作跨國比較。期能進一步評估我國民眾在高度健保滿意度狀況下，自負額制度的推行是否使得民眾的醫療使用更趨有效。本研究之分析結果在健保制度從事改革之際，勢必有助於新計畫或制度的擬定與實施。

本研究所使用的資料來自財政部財稅資料中心的綜合所得稅檔，以及中央健康保險局所提供的保險對象承保檔與醫療使用檔。綜合所得稅檔為民國 88 年的資料，包含約 491 萬戶的已申報戶及 640 萬戶的未申報戶，合計共約 1,131 萬個家戶母體資料。然後依照家戶總所得作十等分位組之區分，各組再隨機抽取五分之一，因此本研究的樣本資料共有 226,280 個家戶以及 584,316 個人。另一方面，由中央健康保險局提供民國 88 年保險對象的承保檔以及民國 88 年至 90 年的醫療使用檔，透過保險對象的身分證字號予以連結後加密，並與上述綜合所得檔作歸戶整理，作為本研究的分析樣本。

第二節 研究方法

三年來，我國醫療服務使用情況，分別應用統計
分析、統計醫療層級進行深入討論，同時依據一些可能之影響因素；例如：
地區差異、支付政策變數¹等，做個別探討及趨勢分析。

二、除了採統計描述分析（Descriptive analysis）外，本研究也擬針對不同的投保
身分別、性別、年齡層以及區域別等等，作為醫療資源利用分析以及不同自
負額金額所產生的影響評估。俾能更深入的了解自負額制度的實施，對不同
的民眾所可能產生的不同衝擊，並能事先研擬相關的配套措施，以避免實施
後造成不公平的現象。

三、為了評估各種自負額制度方案實施下民眾的負擔情形，本研究也將分別探討
民眾現有部分負擔占總醫療費用的比例。以及加入自負額後占總醫療費用的
比例。除此之外，民眾的負擔比例也會依所得及是否為重大傷病進一步深入
探討負擔的公平性問題。

四、提出自負額制度之各種可行方案：根據上述分析結果，提出可能實施自負額
制度的項目或方案，並進行各方案對民眾、醫療院所以及健保局三分面的影
響及衝擊，並研擬相關的配套措施。最後則評估導入現行總額預算制度之影
響，俾能作為決策單位未來健保政策規劃的重要參考依據。

診醫療使用、牙醫門診醫療使用、中醫門診醫療使用、藥費使用與住院醫療使用的情況，作敘述性統計分析如下：

一、個人醫療使用: 個人醫療費用和就醫次數

如表 4-1 所示，民國 88 年至 90 年個人醫療費用皆以 5,000-9,999 元者比例佔最高，其次為 10,000-19,999 元與 0 元者。門診次數以 21 次以上者比例最高，其次為 1-3 次與 4-6 次。民國 88 年約有七成左右的民眾其醫療費用在 10,000 元以下，3,000 元以下者也佔了 37.61%。而的就醫次數方面以 21 次以上者比例佔最高(24.79%)，不過也有將近四成的民眾其就醫次數在 6 次以下。民國 89 年亦約有七成左右的民眾其醫療費用在 10,000 元以下，其中醫療費用為 3,000 元以下者佔了 37.07%。而就醫次數亦以 21 次以上佔比例最高(23.89%)，同樣 6 次以下者約佔四成。民國 90 年亦有七成左右的民眾其醫療費用在 10,000 元以下，其中醫療費用為 3,000 元以下者佔了 36.73%。而的就醫次數也以 21 次以上佔比例最高(22.70%)，約四成的民眾其就醫次數在 6 次以下。三年的比較，可知醫療費用方面在 0 元、4,000-4,999 元及 30,000 元以上呈現遞增的趨勢；1-999 元與 20,000-29,999 元則呈現遞減；平均醫療費用三年為遞增現象。在就醫次數方面可知在 0 次、4-6 次、10-12 次及 13-15 次是呈現遞增的趨勢，1-3 次及 21 次以上者呈遞減現象，就整體而言平均就醫次數有下降的趨勢。

二、西醫門診醫療使用

如表 4-2 所示，個人在西醫門診每年平均費用是呈現遞增的趨勢由 88 年的 8,100 元上升至 90 年的 8,344 元。個人在西醫門診每年的費用 4,000 元以下約占五成，10,000 元以下大約占八成。大部分個人每年的醫療費用大都集中在 10,000 元以下。10,000 元至 19,999 元、級距 20,000 元至 29,999 元是緩慢的下降，但級距 30,000 元以上似乎有上昇趨勢。由門診次數而言，在每人每年平均次數方面是呈

下降至 90 年的 11.1 次。近五成的民眾西醫門診看
西醫門診看診次數不超過 20 次。門診次數 21 次以
上的比率呈現遞增再遞減，而位於平均次數以下的各
組，隨時間呈現比率上升的趨勢。

三、牙醫門診醫療使用

如表 4-3 所示，個人在牙醫門診每年的費用 0 元大約占了七成左右，而低於 2,999 元的大約占了九成左右，而在 3,000 元以上大約占了一成左右。所以大部分個人每年的牙醫門診醫療費用大都集中在 2,000 元以下。而在 30,000 元的是零次的。除了級距 0 元是呈現下降的趨勢其它的級距都是呈現上升的趨勢，其中以級距 5,000-9,999 上升較多，有百分之零點八。在個人在牙醫門診每年平均費用方面，由 88 年的 1.01 次略升至 90 年的 1.07 次。所呈現的變化是不大。由門診次數而言，在每人每年平均次數方面是呈現變化不大。每人每年門診次數 0 次大約占了七成，而在個人每年門診次數在 6 次以下大約占了九點五成左右，而 7 次以上占不到零點五成。其中每人每年門診次數在 0 次以上是有下降的趨勢，級距 1-3 次及 4-6 有上升的趨勢，但又以級距 1-3 次增加百分之二點一為最明顯。

四、中醫門診醫療使用

如表 4-4 所示，個人在中醫門診每年平均費用變動幅度方面，並不明顯。個人在中醫門診每年的費用，級距 0 元的部分占了 73.7%，級距 1 元至 999 元的部分占了 11.8%，級距 1,000 元至 1,999 元的占了 5.7%，顯示近九成民眾醫療費用都是在 1,999 元以下的。醫療費用方面，級距 0 元以下呈現遞減、級距 1 元至 999 元較為不明顯外，其餘各組呈現緩慢上升的趨勢。每人每年門診次數而言，在每人每年平均次數方面是呈現遞減的趨勢，由 88 年的 1.29 次略降至 90 年的 1.24 次。每人每年門診次數 0 次大約占了 73.67%，6 次以下大約占了二成左右，兩者合計近九點五成左右。每人每年門診次數 1-3 次、4-6 次 7-9 次及 10-12 次是上升的趨勢，

1 次以上的是下降趨勢。

如表 4-5 所示，從費用級距來看，三個年度都是集中在 0 元的級距，但逐年遞減，亦即實際上支付的藥劑費用越來越高；88 年到 89 年時，費用增加的幅度很大，原先不用負擔藥劑費用的人從 95%減少至 83%，顯示有 12%的人，原先不必支付藥劑費用，但因各種原因(如原先有給付變成沒有給付)，使得個人藥費上升。比較 88、89 兩年，除 0 元級距外，其他級距的百分比是增加的，其中以 1~99 的這個級距增加最多(5.07%)，其次是 100~199 (2.74%)，400 以上 (2.14%)，200~299 (1.25%)，最後是 300~399 (0.81%)。比較 89、90 兩年，除 0 元級距外，其他級距的百分比也是增加的.但增加的幅度不如 88-89 時.其中以 1~99 增加較多(1.18%)，其次是 400 以上 (0.56%)，100~199 (0.46%)，200~299(0.28%)，最後是 300~399 (0.15%)。平均費用差異並不大，但 89-90 年度時，減少的較多(\$22)。大約有 95% 的人在負擔在 399 元以下。

六、血液使用

如表 4-6 所示，從費用級距來看，歷年來近九成集中在 2,000 元以下，顯示使用這項服務的人並不多，而年度平均費用呈遞增趨勢，極大值也是逐年擴大。除了費用級距 0(未使用)，與費用級距 1~999 外，其餘各組都呈現增加的趨勢，顯示長期來說，用的人有增加的趨勢。扣除費用級距 0(未使用)的部分，其餘各組呈現雙峰的趨勢。這是否意味著，使用的人都是某些特定的疾病或是狀況?這點值得我們去探討。

七、住院醫療使用

如表 4-7 所示，個人在西醫住院每年平均費用是呈現遞增的趨勢，由 88 年的 4,296 元上升至 90 年的 4,769 元。個人在西醫住院每年的醫療費用 0 元大約占了九

了 3%左右，而在 10,000 元至 19,999 元以上大約
每年的西醫住院醫療費用大都集中在 0 元。88 年至
醫療費用的變動是不明顯。由西醫住院住院次數而
言，在 88 年至 90 年每人每年平均次數方面是呈現一樣的趨勢。每人每年住院次
數 0 次以大約占了九成，而在 1 次以上約只占了 2%左右。88 年至 90 年之間各個
級距在西醫住院次數的變動是不明顯。個人在西醫住院每年平均天數是由 88 年的
0.85 天略升至 90 年的 0.88 天。每人每年住院天數 3 天以下大約占了九點五成，而
在 14 天以上約只占了 1%左右。88 年至 90 年之間各個級距在西醫住院天數的變動
是不明顯。

費用及就醫次數之次數分配表(%)

		民國 88 年	民國 89 年	民國 90 年
		12.08	12.27	12.48
醫療費用 (單位:元)	\$1-\$999	8.48	7.91	7.54
	\$1,000-\$1,999	9.06	8.90	8.92
	\$2,000-\$2,999	7.99	7.99	7.79
	\$3,000-\$3,999	6.76	6.72	6.79
	\$4,000-\$4,999	5.85	5.93	6.00
	\$5,000-\$9,999	19.66	20.13	19.97
	\$10,000-\$19,999	15.62	15.65	15.63
	\$20,000-\$29,999	5.65	5.61	5.53
	\$30,000 以上	8.85	8.89	9.15
平均費用		\$14,149	\$14,518	\$15,072
門診次數	0	12.14	12.34	12.56
	1-3	13.63	13.14	13.06
	4-6	12.78	13.14	13.61
	7-9	10.57	10.49	10.83
	10-12	8.95	9.40	9.62
	13-15	7.47	7.49	7.57
	16-20	9.68	10.11	10.05
	21以上	24.79	23.89	22.70
平均次數		14.4	13.9	13.5

資料來源：中央健康保險局

		門診醫療使用分配狀況(%)		
		民國 88 年	民國 89 年	民國 90 年
		15.10	15.24	15.42
醫療費用 (單位:元)	\$1-\$999	13.08	12.63	12.55
	\$1,000-\$1,999	12.38	12.54	12.91
	\$2,000-\$2,999	9.39	9.66	9.90
	\$3,000-\$3,999	7.33	7.44	7.54
	\$4,000-\$4,999	5.85	5.96	5.94
	\$5,000-\$9,999	16.86	17.09	16.53
	\$10,000-\$19,999	11.28	10.84	10.43
	\$20,000-\$29,999	3.88	3.75	3.69
	\$30,000以上	4.85	4.85	5.10
	平均費用	\$8,100	\$8,179	\$8,344
門診次數	0	15.10	15.24	15.42
	1-3	17.50	17.22	17.52
	4-6	14.00	14.37	14.98
	7-9	10.58	10.64	10.94
	10-12	8.30	8.60	8.72
	13-15	6.66	6.87	6.85
	16-20	8.29	8.62	8.42
	21以上	19.56	18.43	17.14
	平均次數	12.1	11.6	11.1

資料來源：中央健康保險局

		門診醫療使用分配狀況(%)		
		民國 88 年	民國 89 年	民國 90 年
		67.8	66.7	65.2
醫療費用 (單位:元)	\$1-\$999	8.7	8.7	8.9
	\$1,000-\$1,999	6.9	7.0	7.3
	\$2,000-\$2,999	4.5	4.7	4.9
	\$3,000-\$3,999	3.1	3.2	3.4
	\$4,000-\$4,999	2.3	2.4	2.5
	\$5,000-\$9,999	5.1	5.6	5.9
	\$10,000-\$19,999	1.5	1.7	1.9
	\$20,000-\$29,999	0.1	0.1	0.2
	\$30,000 以上	0	0	0
	平均費用	\$1,053	\$1,135	\$1,208
門診次數	0	67.8	66.7	65.2
	1-3	22.2	23.2	24.3
	4-6	6.6	6.8	7.1
	7-9	2.2	2.1	2.2
	10-12	0.7	0.7	0.8
	13-15	0.3	0.3	0.3
	16-20	0.1	0.1	0.1
	21以上	0.1	0	0
	平均次數	1.01	1.03	1.07

資料來源：中央健康保險局

		門診醫療使用分配狀況(%)		
		民國 88 年	民國 89 年	民國 90 年
		73.67	73.22	73.11
醫療費用 (單位:元)	\$1-\$999	11.79	11.91	11.71
	\$1,000-\$1,999	5.69	5.85	5.94
	\$2,000-\$2,999	2.95	3.05	3.06
	\$3,000-\$3,999	1.7	1.77	1.81
	\$4,000-\$4,999	1.12	1.15	1.19
	\$5,000-\$9,999	2.24	2.24	2.32
	\$10,000-\$19,999	0.75	0.7	0.74
	\$20,000-\$29,999	0.08	0.08	0.10
	\$30,000 以上	0.02	0.02	0.02
	平均費用	\$606	\$608	\$630
門診次數	0	73.67	73.22	73.11
	1-3	15.85	16.41	16.74
	4-6	4.67	4.78	4.82
	7-9	2.18	2.18	2.22
	10-12	1.23	1.23	1.25
	13-15	0.75	0.74	0.73
	16-20	0.73	0.70	0.70
	21以上	0.92	0.74	0.71
	平均次數	1.29	1.24	1.24

資料來源：中央健康保險局

		醫療費用使用之分配狀況(%)		
		民國 88 年	民國 89 年	民國 90 年
		95.38	83.35	80.72
醫療費用 (單位:元)	\$1-\$99	1.04	6.11	7.29
	\$100-\$199	0.78	3.52	3.98
	\$200-\$299	0.5	1.75	2.03
	\$300-\$399	0.34	1.15	1.30
	\$400 以上	1.97	4.11	4.67
	平均費用	\$92	\$105	\$118
	標準差	1,659	1,714	1,605
	極小值	0	0	0
	極大值	\$54,429	\$56,784	\$67,367

資料來源：中央健康保險局

表 4-6 民國 88 年至 90 年個人血液費用使用之分配狀況(%)

		民國 88 年	民國 89 年	民國 90 年
醫療費用 (單位:元)	\$0	88.94	87.96	87.25
	\$1-\$999	0.66	0.68	0.61
	\$1,000-\$1,999	4.30	4.55	4.87
	\$2,000-\$2,999	1.86	2.03	2.23
	\$3,000-\$3,999	1.03	1.09	1.16
	\$4,000 以上	3.21	3.69	3.88
	平均費用	\$603.03	\$683.61	\$735.40
	標準差	4,071.79	4,485.37	4,924.84
	極小值	0	0	0
	極大值	\$195,050	\$249,810	\$290,795

資料來源：中央健康保險局

		住院醫療使用分配狀況(%)		
		民國 88 年	民國 89 年	民國 90 年
醫療費用 (單位:元)	\$0	92.0	92.1	92.1
	\$1-\$4,999	0.5	0.4	0.4
	\$5,000-\$9,999	1.1	1.1	1.1
	\$10,000-\$19,999	2.2	2.2	2.1
	\$20,000-\$29,999	1.2	1.3	1.2
	\$30,000 以上	3.0	3.0	3.1
	平均費用	\$4,296	\$4,489	\$4,769
住院次數	0	92.0	92.1	92.1
	1	6.1	6.0	5.9
	2	1.2	1.1	1.1
	3	0.4	0.4	0.4
	4	0.4	0.4	0.4
	平均次數	0.11	0.11	0.11
	住院天數	0	92.1	92.1
1-3		2.8	2.9	2.8
4-7		2.5	2.5	2.5
8-13		1.2	1.1	1.1
14 以上		1.4	1.4	1.4
平均天數		0.85	0.85	0.88

資料來源：中央健康保險局

醫療資源服務使用的初步敘述性統計分析之外，

本章則進一步依所得、性別、偏遠地區、分局別、投保類別、重大傷病作分類，針對這些樣本民眾於民國 90 年各類就診醫療費用與就醫次數作細部探討(88 及 89 年表格省略)。

一、所得

由於財稅資料檔是以家戶而非以個人作單位，但醫療利用是以個作單位，因此為估算個人所得時，必須考慮家戶的規模經濟效果，故是以約當每人所得=家戶所得÷(戶內人數^{0.72})作調整(鄭文輝等 2002)，然後再依個人所得就所有樣本人數，從最低所得到最高所得區分為十等分，據以分析所得與醫療利用之關聯性。由[表 5-32-1&表 5-32-2]我們可以看出民國 90 年沒有花費任何醫療費用者，以所得在第一分位者所佔比例最高(15.22%)；而醫療費用在 5,000 元以下，各分位約佔四至五成左右，5,000-10,000 元、10,000-20,000 元者，分配較為平均，各所得分位約佔一成左右，但越高所得者稍偏高。至於醫療費用為 20,000-30,000 元以及 30,000 元以上者，則皆以所得為第十分位(13.08%與 13.36%)所佔比例較高。約略可以看出醫療費用較高者，多來自於所得較高的族群，這與民國 88、89 年情況類似。而在就醫次數方面[表 5-33-1&表 5-33-2]，每一所得分位 9 次以下者所佔比例頗高，約四至五成左右。另外，無就醫記錄者，低所得(所得為第一、二、三分位)約佔 38.03%，高所得(所得為第八、九、十分位)佔 23.33%；就醫次數在 10-20 次與 21 次以上者，高所得較低所得者比例稍偏高。

二、性別

在性別方面，[表 5-34-1&表 5-34-2]不論男女之醫療費用都以 5,000 元以下者居多數，佔四至五成左右，醫療費用無以及介於 2,000 至 30,000 元之間以女性所佔比例較高，1 至 2,000 元及 30,000 元以上則以男性所佔比例較高。[表 5-35-1&表 5-35-2]顯示男性女性 9 次以下就醫次數者，各接近五成及四成。就醫次數在 21 次

生為 15.80%兩者差別不大。不過與民國 88、89 年比例有逐年稍微下降的趨勢。

三、偏遠地區

再看到是否為偏遠地區的影響，由[表 5-36-1、表 5-36-2&表 5-37-1、表 5-37-2]可知不論是否為偏遠地區其醫療費用 5,000 元以下所佔比例頗高約接近五成，其中非偏遠地區約佔 48.88%；偏遠地區佔 46.63%。在就醫次數部分，仍舊以 9 次以下者居多，非偏遠地區約佔 43.51%，偏遠地區則佔 40.57%。偏遠地區 21 次以上者比例佔 26.71%較非偏遠地區高。

四、分局別

若以分局別來看，各分局之醫療費用約五成左右都在 5,000 元以下，3,000 元以下比例較高。與各區分局相較，其醫療費用為零者、20,000-30,000 元以及 30,000 元以上者以東區分局較高，分別為 16.29%、4.71%與 6.05%(與 88、89 年情況類似且相較 89 年稍有提高)；北區分局有 52.50%醫療費用在 5,000 元以下，較其他分局來得高；而高屏分局有 18.01%醫療費用為 5,000-10,000 元，比例上高於其他分局；南區分局則是在醫療費用為 10,000-20,000 元(佔 11.59%)比例上較其他分局高(89 年為中區分局，但兩者差異不大)[表 5-38-1&表 5-38-2]。在就醫次數方面[表 5-39-1&表 5-39-2]，各分局 9 次以下者都佔四成以上，台北分局最高佔 46.76%。與其他分局相較，其就醫次數為零者以東區分局的 16.29%較高；10-20 次者以南區分局的 25.52%高於其他分局；21 次以上者亦以南區分局佔 20.27%比例較高(與 88、89 年情況類似但比例逐年下降)

五、投保類別

在投保類別方面，[表 5-40-1、表 5-40-2&表 5-41-1、表 5-41-2]顯示投保類別為公教公營事業人員、民營、職業工會、農漁、低所得者、地區者其醫療費用 5,000 元以下者所佔比例頗高，分別佔 50.26%、55.15%、52.03%、44.81%、49.48%與

分佈情形類似，皆以民營比例最高，地區最低。在
之就醫次數都以 9 次以下者居多，除地區類別外，
分皆為地區人口的無就醫次數比例較高，但逐年
下降。不過可約略看出投保身分為地區人口者之就醫次數較少。

六、重大傷病

重大傷病患者的醫療費用支出，以 30,000 元以上居多數，約佔 40.21%，而醫療費用在 20,000 元以上的比例(52.54%)，仍舊高出無重大傷病患者(7.57%)許多[表 5-42-1&表 5-42-2]。在就醫次數方面[表 5-43-1&表 5-43-2]，罹患重大傷病患者以 10-20 次與 21 次以上者所佔比例(25.27%、49.39%)較高，無重大傷病患者以 9 次以下比例(44.30%)較高，這與民國 88、89 年的情況類似，但重大傷病患者的無就醫次數比例逐年明顯增加許多(由 2.92%增加 6.56%再增加為 12.68%)。

七、結語

以三年的統計資料看來(88 及 89 年表格及討論省略)，似乎所得較高的族群其醫療費用與次數相對於低所得者亦較高；男性與女性的醫療費用與使用次數差異較不明顯，但 21 次以上就醫次數的男女比例逐年稍微下降中；偏遠地區的醫療就醫費用與次數較非偏遠地區略高；分局別的各项分類統計差異也不大，21 次以上者以南區分局比例較高但逐年下降中；投保類別以地區保險身分者無使用醫療費用占最大比例，但三年比例逐漸下降中；重大傷病患者的醫療使用費用及次數相對於非重大傷病患者則明顯偏高，但重大傷病患者的無就醫次數比例逐年明顯增加許多。

		民國 90 年醫療費用 (單位：元)				
		無	1 至 999 元	1,000 至 1,999 元	2,000 至 2,999 元	3,000 至 3,999 元
約當每 人所得 十分位	第一 個數	13720	6682	6870	4974	3880
	分位 列百分比(%)	23.48	11.44	11.76	8.51	6.64
	行百分比(%)	15.22	9.11	9.11	8.60	8.81
第二	個數	10715	7192	7149	5573	4211
	分位 列百分比(%)	18.34	12.31	12.23	9.54	7.21
	行百分比(%)	11.89	9.81	9.48	9.64	9.56
第三	個數	9841	7544	7626	5761	4236
	分位 列百分比(%)	16.84	12.91	13.05	9.86	7.25
	行百分比(%)	10.92	10.29	10.11	9.96	9.62
第四	個數	9939	7724	7920	5841	4378
	分位 列百分比(%)	17.01	13.22	13.55	10.00	7.49
	行百分比(%)	11.03	10.53	10.50	10.10	9.94
第五	個數	8837	7784	8083	6179	4649
	分位 列百分比(%)	15.12	13.32	13.83	10.58	7.96
	行百分比(%)	9.81	10.62	10.72	10.68	10.56
第六	個數	8803	7816	7847	6116	4539
	分位 列百分比(%)	15.06	13.38	13.43	10.47	7.77
	行百分比(%)	9.77	10.66	10.41	10.58	10.31
第七	個數	7240	7321	7847	6098	4624
	分位 列百分比(%)	12.39	12.53	13.43	10.44	7.91
	行百分比(%)	8.03	9.98	10.41	10.54	10.50
第八	個數	6740	7342	7572	5998	4691
	分位 列百分比(%)	11.53	12.56	12.96	10.26	8.03
	行百分比(%)	7.48	10.01	10.04	10.37	10.65
第九	個數	6807	7139	7460	5754	4548
	分位 列百分比(%)	11.65	12.22	12.77	9.85	7.78
	行百分比(%)	7.55	9.74	9.89	9.95	10.33
第十	個數	7481	6779	7039	5535	4283
	分位 列百分比(%)	12.80	11.60	12.05	9.47	7.33
	行百分比(%)	8.30	9.25	9.33	9.57	9.73
總和	個數	90123	73323	75413	57829	44039
	列百分比(%)	15.42	12.55	12.91	9.90	7.54
	行百分比(%)	100	100	100	100	100

		民國 90 年醫療費用 (單位：元)					總和
		4,000 至 4,999 元	5,000 至 10,000 元	10,000 至 20,000 元	20,000 至 30,000 元	30,000 元以上	
約當每 人所得 十分位	第一 個數	3027	8597	5574	2142	2966	58432
	分位 列百分比(%)	5.18	14.71	9.54	3.67	5.08	100
	行百分比(%)	8.73	8.90	9.15	9.93	9.96	10
第二 個數	分位 列百分比(%)	3220	9282	5936	2125	3028	58431
	行百分比(%)	5.51	15.89	10.16	3.64	5.18	100
	分位 列百分比(%)	9.28	9.61	9.74	9.85	10.16	10
第三 個數	分位 列百分比(%)	3431	9377	5784	1997	2834	58431
	行百分比(%)	5.87	16.05	9.90	3.42	4.85	100
	分位 列百分比(%)	9.89	9.71	9.49	9.26	9.51	10
第四 個數	分位 列百分比(%)	3420	9215	5525	1834	2638	58434
	行百分比(%)	5.85	15.77	9.46	3.14	4.51	100
	分位 列百分比(%)	9.86	9.54	9.07	8.50	8.86	10
第五 個數	分位 列百分比(%)	3554	9660	5661	1722	2299	58428
	行百分比(%)	6.08	16.53	9.69	2.95	3.93	100
	分位 列百分比(%)	10.25	10.00	9.29	7.98	7.72	10
第六 個數	分位 列百分比(%)	3543	9893	5663	1860	2356	58436
	行百分比(%)	6.06	16.93	9.69	3.18	4.03	100
	分位 列百分比(%)	10.22	10.24	9.29	8.62	7.91	10
第七 個數	分位 列百分比(%)	3654	10099	6454	2192	2898	58427
	行百分比(%)	6.25	17.28	11.05	3.75	4.96	100
	分位 列百分比(%)	10.54	10.45	10.59	10.16	9.73	10
第八 個數	分位 列百分比(%)	3619	10284	6504	2370	3314	58434
	行百分比(%)	6.19	17.60	11.13	4.06	5.67	100
	分位 列百分比(%)	10.43	10.64	10.68	10.98	11.12	10
第九 個數	分位 列百分比(%)	3691	10281	6764	2512	3476	58432
	行百分比(%)	6.32	17.59	11.58	4.30	5.95	100
	分位 列百分比(%)	10.64	10.64	11.10	11.64	11.67	10
第十 個數	分位 列百分比(%)	3523	9926	7062	2822	3981	58431
	行百分比(%)	6.03	16.99	12.09	4.83	6.81	100
	分位 列百分比(%)	10.16	10.27	11.59	13.08	13.36	10
總和	個數	34682	96614	60927	21576	29790	584316
	列百分比(%)	5.94	16.53	10.43	3.69	5.10	100
	行百分比(%)	100	100	100	100	100	100

得與民國 90 年就醫次數交叉表

		民國 90 年就醫次數			
		無	1-3 次	4-6 次	7-9 次
約當每 人所得 十分位	第一 個數	13720	9345	7865	5446
	分位 列百分比(%)	23.48	15.99	13.46	9.32
	行百分比(%)	15.22	9.13	8.98	8.52
	第二 個數	10715	9925	8469	6083
	分位 列百分比(%)	18.34	16.99	14.49	10.41
	行百分比(%)	11.89	9.70	9.67	9.52
	第三 個數	9841	10527	8750	6191
	分位 列百分比(%)	16.84	18.02	14.97	10.60
	行百分比(%)	10.92	10.28	9.99	9.69
	第四 個數	9939	10726	8955	6299
	分位 列百分比(%)	17.01	18.36	15.32	10.78
	行百分比(%)	11.03	10.48	10.23	9.85
	第五 個數	8837	10660	9223	6663
	分位 列百分比(%)	15.12	18.24	15.79	11.40
	行百分比(%)	9.81	10.41	10.53	10.42
	第六 個數	8803	10744	9019	6531
	分位 列百分比(%)	15.06	18.39	15.43	11.18
	行百分比(%)	9.77	10.50	10.30	10.22
	第七 個數	7240	10191	9033	6863
	分位 列百分比(%)	12.39	17.44	15.46	11.75
	行百分比(%)	8.03	9.96	10.32	10.74
	第八 個數	6740	10305	8776	6695
	分位 列百分比(%)	11.53	17.64	15.02	11.46
	行百分比(%)	7.48	10.07	10.02	10.47
	第九 個數	6807	10028	8808	6708
	分位 列百分比(%)	11.65	17.16	15.07	11.48
	行百分比(%)	7.55	9.80	10.06	10.49
	第十 個數	7481	9916	8653	6439
	分位 列百分比(%)	12.80	16.97	14.81	11.02
	行百分比(%)	8.30	9.69	9.88	10.07
總和	個數	90123	102367	87551	63918
	列百分比(%)	15.42	17.52	14.98	10.94
	行百分比(%)	100	100	100	100

得與民國 90 年就醫次數交叉表

民國 90 年就醫次數

		10-12 次	13-15 次	16-20 次	21 次以上	總和
約當每 人所得 十分位	第一 個數	4482	3561	4316	9697	58432
	分位 列百分比(%)	7.67	6.09	7.39	16.60	100
	行百分比(%)	8.79	8.89	8.78	9.68	10
	第二 個數	4835	3805	4642	9957	58431
	分位 列百分比(%)	8.27	6.51	7.94	17.04	100
	行百分比(%)	9.49	9.50	9.44	9.94	10
	第三 個數	4953	3902	4652	9615	58431
	分位 列百分比(%)	8.48	6.68	7.96	16.46	100
	行百分比(%)	9.72	9.75	9.46	9.60	10
	第四 個數	4945	3748	4649	9173	58434
	分位 列百分比(%)	8.46	6.41	7.96	15.70	100
	行百分比(%)	9.70	9.36	9.45	9.16	10
	第五 個數	5175	3931	4763	9176	58428
	分位 列百分比(%)	8.86	6.73	8.15	15.70	100
	行百分比(%)	10.15	9.82	9.69	9.16	10
	第六 個數	5288	3967	4868	9216	58436
	分位 列百分比(%)	9.05	6.79	8.33	15.77	100
	行百分比(%)	10.38	9.91	9.90	9.20	10
	第七 個數	5233	4168	5167	10532	58427
	分位 列百分比(%)	8.96	7.13	8.84	18.03	100
	行百分比(%)	10.27	10.41	10.51	10.51	10
	第八 個數	5373	4339	5306	10900	58434
	分位 列百分比(%)	9.19	7.43	9.08	18.65	100
	行百分比(%)	10.54	10.84	10.79	10.88	10
	第九 個數	5326	4333	5453	10969	58432
	分位 列百分比(%)	9.11	7.42	9.33	18.77	100
	行百分比(%)	10.45	10.82	11.09	10.95	10
	第十 個數	5356	4285	5363	10938	58431
	分位 列百分比(%)	9.17	7.33	9.18	18.72	100
	行百分比(%)	10.51	10.70	10.91	10.92	10
總和	個數	50966	40039	49179	100173	584316
	列百分比(%)	8.72	6.85	8.42	17.14	100
	行百分比(%)	100	100	100	100	100

別與民國 90 年醫療費用交叉表

		民國 90 年醫療費用 (單位：元)					
		無	1 至 999 元	1,000 至 1,999 元	2,000 至 2,999 元	3,000 至 3,999 元	
性別	個數	57810	30936	35930	29748	23544	
	女性	列百分比(%)	18.52	9.91	11.51	9.53	7.54
		行百分比(%)	64.15	42.19	47.64	51.44	53.46
男性	個數	32313	42387	39483	28081	20495	
	列百分比(%)	11.87	15.57	14.50	10.32	7.53	
		行百分比(%)	35.85	57.81	52.36	48.56	46.54
總和	個數	90123	73323	75413	57829	44039	
	列百分比(%)	15.42	12.55	12.91	9.90	7.54	
		行百分比(%)	100	100	100	100	100

表 5-34-2 性別與民國 90 年醫療費用交叉表

		民國 90 年醫療費用					總和	
		4,000 至 4,999 元	5,000 至 10,000 元	10,000 至 20,000 元	20,000 至 30,000 元	30,000 元 以上		
性別	個數	19372	55021	33830	11455	14464	312110	
	女性	列百分比(%)	6.21	17.63	10.84	3.67	4.63	100
		行百分比(%)	55.86	56.95	55.53	53.09	48.55	53.41
男性	個數	15310	41593	27097	10121	15326	272206	
	列百分比(%)	5.62	15.28	9.95	3.72	5.63	100	
		行百分比(%)	44.14	43.05	44.47	46.91	51.45	46.59
總和	個數	34682	96614	60927	21576	29790	584316	
	列百分比(%)	5.94	16.53	10.43	3.69	5.10	100	
		行百分比(%)	100	100	100	100	100	100

別與民國 90 年就醫次數交叉表

民國 90 年就醫次數

		無	1-3 次	4-6 次	7-9 次	
性別	個數	57810	42326	42033	33774	
	女性	列百分比(%)	18.52	13.56	13.47	10.82
		行百分比(%)	64.15	41.35	48.01	52.84
男性	個數	32313	60041	45518	30114	
	列百分比(%)	11.87	22.06	16.72	11.07	
		行百分比(%)	35.85	58.65	51.99	47.16
總和	個數	90123	102367	87551	63918	
	列百分比(%)	15.42	17.52	14.98	10.94	
		行百分比(%)	100	100	100	100

表 5-35-2 性別與民國 90 年就醫次數交叉表

		民國 90 年就醫次數				總和	
		10-12 次	13-15 次	16-20 次	21 次以上		
性別	個數	27897	22721	28385	57164	312110	
	女性	列百分比(%)	8.94	7.28	9.09	18.32	100
		行百分比(%)	54.74	56.75	57.72	57.07	53.41
男性	個數	23069	17318	20794	43009	272206	
	列百分比(%)	8.47	6.36	7.64	15.80	100	
		行百分比(%)	45.26	43.25	42.28	42.93	46.59
總和	個數	50966	40039	49179	100173	584316	
	列百分比(%)	8.72	6.85	8.42	17.14	100	
		行百分比(%)	100	100	100	100	100

偏遠地區與民國 90 年醫療費用交叉表

民國 90 年醫療費用
(單位：元)

			無	1 至 999 元以下	1,000 至 1,999 元	2,000 至 2,999 元	3,000 至 3,999 元
是否為偏 遠地區	非偏 遠地區	個數	89434	72091	73923	56520	43049
		列百分比(%)	15.64	12.61	12.93	9.89	7.53
		行百分比(%)	99.24	98.32	98.02	97.74	97.75
偏遠 地區	偏遠 地區	個數	689	1232	1490	1309	990
		列百分比(%)	5.48	9.81	11.86	10.42	7.88
		行百分比(%)	0.76	1.68	1.98	2.26	2.25
總和		個數	90123	73323	75413	57829	44039
		列百分比(%)	15.42	12.55	12.91	9.90	7.54
		行百分比(%)	100	100	100	100	100

表 5-36-2 是否為偏遠地區與民國 90 年醫療費用交叉表

			民國 90 年醫療費用					總和
			4,000 至 4,999 元	5,000 至 10,000 元	10,000 至 20,000 元	20,000 至 30,000 元	30,000 元 以上	
是否為偏 遠地區	非偏 遠地區	個數	33845	93991	59021	20906	28973	571753
		列百分比(%)	5.92	16.44	10.32	3.66	5.07	100
		行百分比(%)	97.59	97.29	96.87	96.89	97.26	97.85
偏遠 地區	偏遠 地區	個數	837	2623	1906	670	817	12563
		列百分比(%)	6.66	20.88	15.17	5.33	6.50	100
		行百分比(%)	2.41	2.71	3.13	3.11	2.74	2.15
總和		個數	34682	96614	60927	21576	29790	584316
		列百分比(%)	5.94	16.53	10.43	3.69	5.10	100
		行百分比(%)	100	100	100	100	100	100

偏遠地區與民國 90 年就醫次數交叉表

			民國 90 年就醫次數			
			無	1-3 次	4-6 次	7-9 次
是否為偏 遠地區	非偏 遠地區	個數	89434	100503	85753	62483
		列百分比(%)	15.64	17.58	15.00	10.93
		行百分比(%)	99.24	98.18	97.95	97.75
	偏遠 地區	個數	689	1864	1798	1435
		列百分比(%)	5.48	14.84	14.31	11.42
		行百分比(%)	0.76	1.82	2.05	2.25
總和		個數	90123	102367	87551	63918
		列百分比(%)	15.42	17.52	14.98	10.94
		行百分比(%)	100	100	100	100

表 5-37-2 是否為偏遠地區與民國 90 年就醫次數交叉表

			民國 90 年就醫次數				
			10-12 次	13-15 次	16-20 次	21 次以上	總和
是否為偏 遠地區	非偏 遠地區	個數	49748	39072	47942	96818	571753
		列百分比(%)	8.70	6.83	8.39	16.93	100
		行百分比(%)	97.61	97.58	97.48	96.65	97.85
	偏遠 地區	個數	1218	967	1237	3355	12563
		列百分比(%)	9.70	7.70	9.85	26.71	100
		行百分比(%)	2.39	2.42	2.52	3.35	2.15
總和		個數	50966	40039	49179	100173	584316
		列百分比(%)	8.72	6.85	8.42	17.14	100
		行百分比(%)	100	100	100	100	100

分局別與民國 90 年醫療費用交叉表

			民國 90 年醫療費用 (單位：元)				
			無	1 至 999 元	1,000 至 1,999 元	2,000 至 2,999 元	3,000 至 3,999 元
分局別	台北	個數	24565	25847	26204	19894	14903
		列百分比(%)	12.84	13.51	13.70	10.40	7.79
		行百分比(%)	35.95	36.11	35.26	34.81	34.21
分局	北區	個數	8661	9836	9883	7305	5639
		列百分比(%)	12.28	13.94	14.01	10.36	7.99
		行百分比(%)	12.68	13.74	13.30	12.78	12.94
分局	中區	個數	12391	13120	13769	10700	8423
		列百分比(%)	11.78	12.47	13.09	10.17	8.01
		行百分比(%)	18.14	18.33	18.53	18.72	19.34
分局	南區	個數	9967	10485	11085	8700	6602
		列百分比(%)	11.59	12.20	12.90	10.12	7.68
		行百分比(%)	14.59	14.65	14.92	15.22	15.16
分局	高屏	個數	10463	10632	11677	9194	7044
		列百分比(%)	11.62	11.81	12.97	10.21	7.82
		行百分比(%)	15.31	14.85	15.71	16.09	16.17
分局	東區	個數	2275	1667	1692	1353	952
		列百分比(%)	16.29	11.93	12.11	9.69	6.82
		行百分比(%)	3.33	2.33	2.28	2.37	2.19
總和		個數	68322	71587	74310	57146	43563
		列百分比(%)	12.27	12.85	13.34	10.26	7.82
		行百分比(%)	100	100	100	100	100

別與民國 90 年醫療費用交叉表

民國 90 年醫療費用

			0,000 至 4,999 元	5,000 至 10,000 元	10,000 至 20,000 元	20,000 至 30,000 元	30,000 元 以上	總和
分局別	台北	個數	11600	31491	19648	7108	10058	191318
	分局	列百分比(%)	6.06	16.46	10.27	3.72	5.26	100
		行百分比(%)	33.77	32.85	32.41	33.03	33.83	34.35
北區	個數	4377	11702	7230	2476	3434	70543	
	分局	列百分比(%)	6.20	16.59	10.25	3.51	4.87	100
		行百分比(%)	12.74	12.21	11.93	11.51	11.55	12.66
中區	個數	6605	18920	11892	3989	5388	105197	
	分局	列百分比(%)	6.28	17.99	11.30	3.79	5.12	100
		行百分比(%)	19.23	19.73	19.62	18.54	18.12	18.89
南區	個數	5204	15291	9963	3662	5001	85960	
	分局	列百分比(%)	6.05	17.79	11.59	4.26	5.82	100
		行百分比(%)	15.15	15.95	16.44	17.02	16.82	15.43
高屏	個數	5799	16214	10377	3624	5008	90032	
	分局	列百分比(%)	6.44	18.01	11.53	4.03	5.56	100
		行百分比(%)	16.88	16.91	17.12	16.84	16.84	16.16
東區	個數	766	2254	1506	658	845	13968	
	分局	列百分比(%)	5.48	16.14	10.78	4.71	6.05	100
		行百分比(%)	2.23	2.35	2.48	3.06	2.84	2.51
總和	個數	34351	95872	60616	21517	29734	557018	
	列百分比(%)	6.17	17.21	10.88	3.86	5.34	100	
	行百分比(%)	100	100	100	100	100	100	

附註：Frequency missing = 27298

局別與民國 90 就醫次數交叉表

			民國 90 年就醫次數			
			無	1-3 次	4-6 次	7-9 次
分局別	台北	個數	24565	36538	30739	22179
		列百分比(%)	12.84	19.10	16.07	11.59
		行百分比(%)	35.95	36.55	35.61	35.06
分局	北區	個數	8661	13381	11215	8243
		列百分比(%)	12.28	18.97	15.90	11.69
		行百分比(%)	12.68	13.39	12.99	13.03
分局	中區	個數	12391	18428	16004	11857
		列百分比(%)	11.78	17.52	15.21	11.27
		行百分比(%)	18.14	18.43	18.54	18.74
分局	南區	個數	9967	14323	12789	9527
		列百分比(%)	11.59	16.66	14.88	11.08
		行百分比(%)	14.59	14.33	14.81	15.06
分局	高屏	個數	10463	14920	13514	10062
		列百分比(%)	11.62	16.57	15.01	11.18
		行百分比(%)	15.31	14.93	15.65	15.91
分局	東區	個數	2275	2376	2072	1389
		列百分比(%)	16.29	17.01	14.83	9.94
		行百分比(%)	3.33	2.38	2.40	2.20
總和		個數	68322	99966	86333	63257
		列百分比(%)	12.27	17.95	15.50	11.36
		行百分比(%)	100	100	100	100

附註：Frequency missing = 27298

局別與民國 90 就醫次數交叉表

			民國 90 年就醫次數				
			10-12 次	13-15 次	16-20 次	21 次以上	總和
分局別	台北	個數	17389	13578	16038	30292	191318
		列百分比(%)	9.09	7.10	8.38	15.83	100
		行百分比(%)	34.42	34.12	32.78	30.32	34.35
分局	北區	個數	6456	4928	6042	11617	70543
		列百分比(%)	9.15	6.99	8.56	16.47	100
		行百分比(%)	12.78	12.38	12.35	11.63	12.66
分局	中區	個數	9541	7699	9489	19788	105197
		列百分比(%)	9.07	7.32	9.02	18.81	100
		行百分比(%)	18.89	19.35	19.39	19.81	18.89
分局	南區	個數	7799	6161	7973	17421	85960
		列百分比(%)	9.07	7.17	9.28	20.27	100
		行百分比(%)	15.44	15.48	16.30	17.44	15.43
分局	高屏	個數	8185	6531	8201	18156	90032
		列百分比(%)	9.09	7.25	9.11	20.17	100
		行百分比(%)	16.20	16.41	16.76	18.17	16.16
分局	東區	個數	1145	898	1184	2629	13968
		列百分比(%)	8.20	6.43	8.48	18.82	100
		行百分比(%)	2.27	2.26	2.42	2.63	2.51
總和		個數	50515	39795	48927	99903	557018
		列百分比(%)	9.07	7.14	8.78	17.94	100
		行百分比(%)	100	100	100	100	100

附註：Frequency missing = 27298

類別與民國 90 年醫療費用交叉表

民國 90 年醫療費用
(單位：元)

		無	1 至 999 元	1,000 至 1,999 元	2,000 至 2,999 元	3,000 至 3,999 元	
投保 類別	公營	個數	4800	6583	7317	5878	4642
		列百分比(%)	8.61	11.81	13.13	10.55	8.33
		行百分比(%)	5.33	8.98	9.70	10.16	10.54
民營		個數	25289	29693	30481	23264	17649
		列百分比(%)	12.14	14.26	14.64	11.17	8.48
		行百分比(%)	28.06	40.50	40.42	40.23	40.08
職業 工會		個數	11340	14299	15329	11841	9022
		列百分比(%)	10.24	12.91	13.84	10.69	8.14
		行百分比(%)	12.58	19.50	20.33	20.48	20.49
農、漁		個數	9872	10439	11006	8513	6625
		列百分比(%)	10.56	11.17	11.78	9.11	7.09
		行百分比(%)	10.95	14.24	14.59	14.72	15.04
低收 入戶		個數	338	350	340	263	173
		列百分比(%)	13.03	13.49	13.10	10.13	6.67
		行百分比(%)	0.38	0.48	0.45	0.45	0.39
地區		個數	38484	11959	10940	8070	5928
		列百分比(%)	33.90	10.53	9.64	7.11	5.22
		行百分比(%)	42.70	16.31	14.51	13.95	13.46
總和		個數	90123	73323	75413	57829	44039
		列百分比(%)	15.42	12.55	12.91	9.90	7.54
		行百分比(%)	100	100	100	100	100

類別與民國 90 年醫療費用交叉表

民國 90 年醫療費用
(單位：元)

		4,000 至 4,999 元	5,000 至 10,000 元	10,000 至 20,000 元	20,000 至 30,000 元	30,000 元 以上	總和	
投保 類別	公營	個數	3590	10303	6782	2483	3352	55730
		列百分比(%)	6.44	18.49	12.17	4.46	6.01	100
		行百分比(%)	10.35	10.66	11.13	11.51	11.25	9.54
民營		個數	13750	36432	19482	5542	6644	208226
		列百分比(%)	6.60	17.50	9.36	2.66	3.19	100
		行百分比(%)	39.65	37.71	31.98	25.69	22.30	35.64
職業 工會		個數	7149	20073	12537	4070	5124	110784
		列百分比(%)	6.45	18.12	11.32	3.67	4.63	100
		行百分比(%)	20.61	20.78	20.58	18.86	17.20	18.96
農、漁		個數	5289	16381	12487	5315	7525	93452
		列百分比(%)	5.66	17.53	13.36	5.69	8.05	100
		行百分比(%)	15.25	16.96	20.50	24.63	25.26	15.99
低收 入戶		個數	158	402	274	101	196	2595
		列百分比(%)	6.09	15.49	10.56	3.89	7.55	100
		行百分比(%)	0.46	0.42	0.45	0.47	0.66	0.44
地區		個數	4746	13023	9365	4065	6949	113529
		列百分比(%)	4.18	11.47	8.25	3.58	6.12	100
		行百分比(%)	13.68	13.48	15.37	18.84	23.33	19.43
總和		個數	34682	96614	60927	21576	29790	584316
		列百分比(%)	5.94	16.53	10.43	3.69	5.10	100
		行百分比(%)	100	100	100	100	100	100

保類別與民國 90 就醫次數交叉表

		民國 90 年就醫次數				
		無	1-3 次	4-6 次	7-9 次	
投保 類別	公營	個數	4800	9445	8827	6684
		列百分比(%)	8.61	16.95	15.84	11.99
		行百分比(%)	5.33	9.23	10.08	10.46
民營		個數	25289	41223	34954	25443
		列百分比(%)	12.14	19.80	16.79	12.22
		行百分比(%)	28.06	40.27	39.92	39.81
職業 工會		個數	11340	19910	17773	13189
		列百分比(%)	10.24	17.97	16.04	11.91
		行百分比(%)	12.58	19.45	20.30	20.63
農、漁		個數	9872	14363	12701	9643
		列百分比(%)	10.56	15.37	13.59	10.32
		行百分比(%)	10.95	14.03	14.51	15.09
低收 入戶		個數	338	475	402	285
		列百分比(%)	13.03	18.30	15.49	10.98
		行百分比(%)	0.38	0.46	0.46	0.45
地區		個數	38484	16951	12894	8674
		列百分比(%)	33.90	14.93	11.36	7.64
		行百分比(%)	42.70	16.56	14.73	13.57
總和		個數	90123	102367	87551	63918
		列百分比(%)	15.42	17.52	14.98	10.94
		行百分比(%)	100	100	100	100