

全民健保門診部分負擔調漲對民眾與醫療 體系之衝擊影響與關鍵因素探究

劉祥熹¹

國立台北大學合作經濟學系教授

楊啟均

國立台北大學合作經濟學系碩士班研究生

摘要

本文旨在檢驗民國九十一年九月一日中央健康保險局實施新制門診部分負擔措施以來，民眾的就醫行為與醫療體系是否因此受到影響。藉由檢視此措施實行之關鍵因素，再經由建構分析模式，輔以實證探討，以期發掘出具代表性的衝擊因子，具體做成政策建議，提供醫療體系執行全民健保措施與相關單位在擬定全民健保政策時之參考。

因此，本文的重心，將著重於探討新制門診部分負擔調漲措施的合理性、民眾是否因此措施而導正不良的就醫行為而避免醫療資源的浪費，以及該政策實施之後，健保的財務赤字有無有效縮小等三方面的議題之上。在行文的安排方面，第一部份為全民健保之概況分析，其次為文獻探討與實證模型之建構，再為實證結果與分析，最後則是結論與政策建議。

根據本文實證發現，民眾認為「醫療的硬體提升程度與就醫權利應相對增加」、「全民健康保險財務面的改善」、「部分負擔實施的合理性與政策目的之落實」、「醫病互動關係的改進」、「提昇醫療人員的專業」等五項因素，係部分負擔調漲後，對醫療體系所造成影響之關鍵因素 (Critical factors)，亦是民眾希望看到的具體成果。

關鍵字：全民健保、部分負擔、因素分析

¹ 聯繫作者：劉祥熹，國立台北大學合作經濟學系專任教授，台北縣三峽鎮。電話：(02)86715904

壹、導論：

一、研究背景與動機

民國八十四年三月政府實施全民健康保險制度以來，最令社會大眾爭議的問題之一就是財務上的連年虧損，以及未能真正落實醫療分級制度，所造成的醫療資源使用無效率或浪費(鄭文輝、吳偉仲，1998)。因此，連番的保費調漲，不僅難以獲得民眾的認同，更導致專家學者的大加撻伐(鄭文輝，1999)。職是之故，探究其中政策的利弊得失(如最近全民健保部分負擔調漲對民眾與醫療體系所造成之衝擊及影響)就顯得必要且為當務之急。

其實，隨著醫療水準的提升，國人對於健康的重視，都可能造成政府對於健保的支出逐年上升(藍忠孚，1993)。然而，當中的各種弊端，諸如醫療機構浮報健保給付、民眾以健保卡換取日常生活用品、將就醫權利無限上綱的不當行為……等，均使得政府當初以「消除弱勢者與高風險群的財務障礙，提供全民基本醫療保障」的全民健保政策美意遭到扭曲。惡性循環之下，政府勢必不斷調漲健保保費以平衡財務支出，雖縮減了赤字上的漏洞，不過對於正當納保的被保險人，卻是項利益的侵犯。尤有甚者，最近行政院衛生署公告「調整全民健保保險費率」與「調整全民健保保險對象自行負擔門診費用」的「健保雙漲制」，更引起輿論沸揚，對健保調漲的正當性與合理性多所存疑而有深入探討之必要。

然而，儘管學界對於全民健保保費計算上的意見頗多，不過遍尋國內各相關議題的學術論文，其探討的對象不外乎在健保制度下的「道德危機」、「財務風險」等理論性之印證，相形之下，對於民眾最切身的感受及醫療人員的心聲並未多加著墨、瞭解，以致理論與實務間存有嚴重落差。是故，本研究旨在利用實務面的問卷調查與人員深度訪談為出發，並以最近的一次調漲——民國 91 年 9 月 1 日新制門診部分負擔調整之後的十個月，做一抽樣性調查分析，企圖瞭解此一措施執行以來，是否真如政府預期，有效改善健保赤字，並提升醫療水準。以及，究竟在效率(有限醫療資源之利用)與公平(消除就醫障礙)之間，門診部分負擔制度能否有一實質貢獻；其成效究能否如官員般預期來達成、一般民眾對於健保的期許可否實現，且對保險對象所造成何種影響與弱勢者與就醫高風險群又受到什麼衝擊？凡此種種均是本文欲瞭解的內涵。因此，本研究擬針對全民健保民診部分負擔調漲對民眾與醫療體系，所造成之衝擊影響與關鍵因素，做進一步深入的探討，並冀望該項實證結果所歸納之資訊，能利於政府單位政策研擬參考之用。

二、研究目的

本文的研究目的，基本上，依上述所提及之動機與背景，將著重於探討新制門診部分負擔調漲措施的合理性、民眾是否因此措施而導正不良的就醫行為而避免醫療資源的浪費，以及該政策實施之後，健保的財務赤字有無有效縮小等三方面的議題之上。有關本文行文的安排方面，第一部份為全民健保之概況分析，其

次為文獻探討與實證模型之建構，再為實證結果與分析，最後則是結論與政策建議。

貳、全民健保實施之概況分析

本文目的旨在探討全民健康保險部分負擔調漲後，民眾與醫療人員對於此新制度所造成之影響與衝擊的切身感受，與其間的紛爭與質疑，因此有必要對國內的全民健康保險制度實施之大致情形作概括說明。本節將從全民健保的概況分析中，初步瞭解部分負擔調漲後，可能影響的層面，以為之後理論分析所引用的模式提供實證依據，並作為實證結果與實務面相互參照之用。

一、全民健保部分負擔調漲實施後之統計數據²

為促使醫療資源的合理使用，全民健康保險自九十一年九月一日起實施門診部分負擔調整方案，主要目標即希望推動分級醫療，減少醫療資源的浪費。經行政院衛生署中央健康保險局在九二年二月十九日，公布於網上的統計資料顯示：

在調整門診部分負擔前後門診案件占率，醫學中心由九十一年八月的一〇·一％減少為九十一年九至十一月平均的九·四％，件數也從八月份的二六三萬件降到九至十一月平均每月二二九萬件，每月約減少三十四萬件（每月約減少四億八千萬餘元），區域醫院門診案件占率則由一一·〇％減少為一〇·三％，件數也從八月份的二八六萬件降到九至十一月平均每月二五三萬件，每月約減少三十三萬件（每月約減少三億七千萬餘元），顯示門診病人確有往基層院所移動的現象。

西醫輕病（輕病係以適合至基層與次級醫療之疾病）門診案件數比率醫學中心由九十一年八月的三·二〇％減為九十一年九至十一月平均的二·七二％，區域醫院由四·二〇％減為三·七〇％，地區醫院由四·五六％減為四·三九％，基層院所則由四二·四〇％成長為四五·一七％，顯示輕病病患已減少至大醫院就醫。

至於原先各界擔心受影響較多的慢性病患，其西醫門診案件數比率，醫學中心由九十一年八月的七·〇五％下降為九十一年九至十一月平均的六·六一％，區域醫院由六·四一％下降為六·〇四％，地區醫院由三·九三％下降為三·八八％，基層院所由四·七九％下降為四·七七％，顯示慢性病患就醫人次亦有減少的現象，可能該期間中央健康保險局同時實施鼓勵醫師開立慢性病連續處方箋的方案，在慢性病就醫案件中開立慢性病連續處方箋的比率由九十一年八月的四·四〇％成長至九十一年十一月的五·一九％。

依前述數據顯示門診部分負擔調整方案確實發揮功能，減少小病看大醫院的

²詳見行政院衛生署中央健康保險局網上的統計資料：http://www.nhi.gov.tw/00chinese/c_index.asp

浪費，確切做到了合理使用醫療資源，並達成本項政策的部分成效。亦即，本次調整大致符合「大病看大醫院、小病看小診所」的分級就醫的目的，但對外界反映弱勢民眾就醫以及轉診並未落實等現象，衛生署署未來宜以病人就醫權益為導向，積極規劃轉診制度，提供更妥適之醫療服務。

減少醫療浪費，門診部分負擔係一種治標的措施，至於治本的方法，仍應積極提升基層醫療服務品質及減少藥價差，以增加民眾對基層醫療院所的信心，因此，在提升基層醫療服務品質方面，依中央健康保險局的政策進度，已積極規劃「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，目前該草案刻正作業中，俟核定後即可開始辦理，在減少藥價差方面，九十年度全民健康保險藥品支付調整，共調整八千多品項之藥價，預估九十二年度可節省金額五十七億元，該二項作業的完成，將有助於健全健保制度，使健保更能夠繼續穩健經營。惟相關醫療體系之運作與民眾感受則值得更深入探究，本文亦將在實證分析中詳細敘述。

二、我國全民健康保險制度實施概況及其與與各國之比較

由上述「全民健保部分負擔調漲」後之統計數據，可粗略發現該政策對「推動分級醫療，減少醫療資源浪費」之目的，確見成效。惟民眾自費負擔的比例，是否合理，及相較世界同樣實施此一措施的先進國家，額度是否過高，都應加以比較方能闡明。基此，本文將於如下探討我國全民健康保險制度之實施概況及其與各國之比較。

在國際醫療制度比較時，除因可做比對的資料有限外，亦因各國人口、文化、制度、經濟等不同，使得在解釋醫療指標差異時，需小心各種可能的影響干擾因素，(例如：年齡結構、人口密度及分佈、出生率、死亡率、疾病發生率、健保給付範圍、行政效率、醫療執業型態、保險制度設計、民眾醫療行為等)，而在同一指標比較時，又因為各國定義不同，而有不同之計算基礎，諸如對於醫療保健支出應包括那些項目之費用，國際間並無一致看法(如：社會服務、學校醫療保健、醫療環境支出等是否應納入，即頗有爭議)，而對於「醫院」、「療養院」等定義亦無共識，本段僅就全民健保之總體構面(包含納保比率、醫療資源與醫療利用率、醫療保健支出占國民生產毛額、民眾滿意度等面向)加以比較：

一、結構面比較：

我國醫療保健支出占 GDP 比率均較國民保健服務模型(NHS)、社會保險模型(NHI)與美、日、韓等國家為低(見表 1)，表示我國醫療費用支出相對於總體經濟而言，壓力尚不太大。惟就費用的分攤方面，政府負擔 64%，民眾自付費用達 36%，其比率高於其他實施全民健康保險的國家。全民健康保險法定之強制保險人口為 97.5%，仍未達全民接納保的政策目標。每千人病床數(4.7)則較美國、韓國高，較日本低，顯示住院醫療資源應算充足，未來則需加強慢性病床的增設。每千人醫師數(1.29)只較韓國(1.2)佳外，均較美、日等國低，顯示國內醫師數仍略嫌不足。然而，依各國經驗，採論量計酬支付制度之下，如果醫師過量，會更容易產生供給誘發需求之現象，導致醫療費用快速上漲，故對於醫師人數的調

整有必要採逐漸緩慢成長方式，依據國內需要，訂定合理目標值。另外文獻資料分析亦顯示 OECD 國家有醫師人力供給過剩的現象，故很難依國際資料比較來確定我國醫師人力是否不足，不過國內尚有醫療資源分布不均的問題，使某些都會以外地區居民就醫可近性受到影響，故何為合理醫師人力？如何均衡醫療資源？以及未來採管理式競爭醫療服務改革之可能性，均值得進一步探討。

表 1 全民健保和國民保健服務模型(NHS)、社會保險模型(NHI)、美、日、韓之整體制度比較：

	比較項目	全民健康保險	國民保健服務模型 NHS	社會保險模型 NHI	美國	日本	韓國
結	1.醫療保健支出占國內生產毛額(GDP)%	5.27	7.6(0.1)	8.6(0.7)	13.8	6.9	5.5
	2.強制保險人口%	97.5	100(0.1)	78(15)	23*	100	95
構 面	3.政府部門醫療保健支出占總醫療保健支出%	64	82(6)	77(0.1)	—	—	—
	4.每千人急性病床數(每千人病床數)	4.7 5.28	3.9(0.7)	5.9(1.2)	3.8 4.4	13.5	3.48
	5.每千人醫師數	1.29	2.6(0.8)	2.7(0.6)	2.3	1.7	1.2
過 程	6.每人每年就醫次數	12.9	5.2(2.8)	7.5(2.4)	5.3	12.9	4.6
	7.每百人每年住院次數	12.3	15.4(3.3)	17.7(4.6)	12.5	13.0	7.1
	8.平均住院日數	9.2	7.1(1)	10.5(2.7)	7.2	15	9.8
結 果	9.民眾滿意度%	60.1 61	24 57(29)	43 90(5)	—	—	—
	10.每千人嬰兒死亡率	6.43	6.6(1.3)	7.1(1)	—	4.5	12.8
	11.平均餘命(歲) 男 女	71.89 77.76	73.2(1.3) 79.9(1)	73.2(0.8) 79.9(1)	73 79	76.6 83.0	67.8 75.7

資料來源：NHS 與 NHI 資料來自：Javier Elola:Health Care System Reforms in Western European Countries:The Relevance of Health Care Organization. International Journal of Health Services, Volume 26, Number 2, Page 239-251, 1996.

註：(1)NHS 國家為丹麥、芬蘭、冰島、挪威、瑞典、愛爾蘭、英國、希臘、義大利、西班牙等十國；NHI 國家為奧地利、比利時、法國、德國、盧森堡、荷蘭、瑞士等七國。

(2)醫療保健支出之資料為 1998 年 OECD 數據，其餘為最近之資料。

(3)括弧內之數據為標準差。

2.全民健康保險為 2001.7 月-2002.6 月之資料，美國為 1998 年資料，日本為 1997 年資料，韓國為 1998 年資料。

3.美國 1998 年之納保率包括 medicare 13%，medicaid 10%，其他商業保險之 63%則不予列入。

4.韓國約 5%低收入戶由社會救助系統保障其醫療照護，另外 95%加入社會保險。

表 2 全民健康保險與各國強制保險人口比率比較：

國名	1960	1970	1980	1990
	強制保險人口%	強制保險人口%	強制保險人口%	強制保險人口%
台閩地區	—	—	—	97.5
日本	88.0	100.0	100.0	100.0
德國	85.0	88.0	91.0	92.2
法國	76.3	95.7	99.3	99.5
義大利	87.0	93.0	100.0	100.0
英國	100.0	100.0	100.0	100.0
加拿大	68.0	100.0	100.0	100.0
澳洲	77.0	79.0	100.0	100.0
奧地利	78.0	91.0	99.0	99.0
比利時	58.0	85.0	99.0	98.0

丹麥	95.0	100.0	100.0	100.0
芬蘭	55.0	100.0	100.0	100.0
希臘	30.0	55.0	88.0	100.0
冰島	100.0	100.0	100.0	100.0
愛爾蘭	85.0	85.0	100.0	100.0
盧森堡	90.0	100.0	100.0	100.0
荷蘭	71.0	86.0	74.6	69.2
紐西蘭	100.0	100.0	100.0	100.0
挪威	100.0	100.0	100.0	100.0
葡萄牙	18.0	40.0	100.0	100.0
西班牙	54.0	61.0	83.0	99.0
瑞典	100.0	100.0	100.0	100.0
瑞士	74.0	89.0	96.5	99.5
土耳其	5.8	26.9	38.4	55.1

資料來源：OECD Health Data File, for the United State, CBO 1998.

註：1. 強制保險人口比率：全國總人口數接受公共醫療保險計畫之百分比。

2. 台閩地區為 2001 年 6 月健保局統計之資料。

二、過程面比較：

目前國內每人每年就醫次數(12.9)較一些先進國家(如美國、英國、德國)為高(表3)，但每百人每年住院率(12.3)則較各國低，門診次數高的原因，一方面可能因為採用論量計酬支付制度和民眾就醫自由，促使就醫頻率較高，未來有必要加強支付制度的改革；另一方面，亦有可能因為國人習於疾病初發即看病，故少住院而多用門診服務。此外，台灣地區急性病床平均住院日數為9.2日(表3)，較瑞典、德國、荷蘭等國家低，但高於美國、英國、瑞典等國。另國內長期照護體系不足，病患於急性期診治之後，無法完全轉至慢性病房或長期照護機構，造成慢性病患占用急性病床的現象，增加了急性病床之平均住院日數，因而健全長期照護體系，將為未來衛生主管單位和健保局局努力的目標。

表3 全民健康保險與各國醫療資源與醫療利用率比較

國名	每千人醫師數 (2001)	每千人急性病 床數(2001)	每百人急性病 床住院率(2001)	急性病床平均住 院日數		平均每人每年 就診次數 (2001)
				2001---	2002	
台閩地區	1.2	4.7	12.3	—	9.2	12.9
澳洲	—	5.5	22.3	5.6	5.2	8.9
奧地利	2.0	6.5	20.8	10.9	9.6	5.8
加拿大	2.2	4.3	13.8	10.5	—	6.8
丹麥	2.7	5.0	20.4	6.7	6.3	5.6
芬蘭	2.3	4.5	16.5	7.3	—	3.5
希臘	3.2	4.0	12.4	7.4	7.4	5.4

冰島	2.7	4.9	19.6	6.3	—	4.2
義大利	1.3	—	—	—	—	11.0
日本	1.6	—	—	—	—	12.9
盧森堡	1.9	7.3	19.5	10.7	10.3	—
紐西蘭	1.9	—	—	—	—	—
挪威	3.1	4.8	14.4	7.8	7.8	—
葡萄牙	2.7	3.7	10.4	8.6	9.3	2.8
瑞典	2.8	4.2	16.4	6.8	6.3	2.8
瑞士	2.9	6.7	13.6	14.0	12.1	—
土耳其	0.8	1.7	—	—	—	—
美國	2.3	3.8	12.5	7.3	7.2	5.3
比利時	3.2 ^a	5.5 ^a	17.0	10.0 ^b	—	7.4
法國	2.5 ^a	5.6 ^a	20.6	7.2 ^b	—	7.8
西德	2.8 ^a	7.6 ^a	18.7	12.4 ^b	—	10.8
愛爾蘭	1.5 ^a	4.7 ^a	16.4	7.0 ^b	—	6.5
荷蘭	2.4 ^a	4.8 ^a	10.4	11.5 ^b	—	5.4
西班牙	3.5 ^a	3.5 ^a	9.0	9.7 ^b	—	4.2
英國	1.4 ^a	3.2 ^a	12.9	7.8 ^b	—	5.2

資料來源：The reform of health care systems—A review of seventeen OECD countries,2001.

註：1.台閩地區為 2002 年健保局統計資料。

2. 'a' 表示 2001 年資料，'b' 表示 2002 年資料。

表 4 全民健保與各國醫療保健支出占國民生產毛額(GDP)比率之比較：

國名	每人平均 GDP (千美元)	醫療保健支出占 GDP 比率%	公共醫療保健支出占 總醫療保健支出比率%
台閩地區	10.74	5.27	64
美國	23.2	14.0	45.7
瑞典	22.3	9.3	67.9
盧森堡	21.8	7.4	91.4 ^a
日本	19.7	7.0	71.2
加拿大	19.1	10.8	72.7
奧地利	18.1	8.8	65.2
丹麥	17.8	6.6	82.0
挪威	17.6	8.0	94.8
義大利	17.5	8.5	75.2
冰島	17.1	8.0	85.2
澳洲	16.8	7.9	67.6
瑞典	16.7	7.9	85.6
芬蘭	14.5	9.4	79.3
紐西蘭	14.4	7.7	79.0

葡萄牙	9.8	6.0	69.8
希臘	6.3	5.4	76.1
土耳其	3.7	4.1	65.7 ^a
德國	20.4	8.7	71.5
法國	18.6	9.4	74.8
比利時	18.2	7.9	88.9
荷蘭	17.0	8.6	76.6
英國	16.3	7.1	84.4
西班牙	12.9	7.5	80.5
愛爾蘭	12.4	7.1	76.1 ^b

資料來源：

(1)The reform of health care systems – A review of seventeen OECD countries. 2001.

(2)The reform of health care – A comparative analysis of seven OECD countries. 2001

註：1.台閩地區為 2002 年健保局統計資料。

2.各國資料多為 2001 年,其中“a”標示者為 2000 年資料,“b”標示者為 1999 年資料。

三、結果面比較：

對於國內全民健康保險整體制度，在民生報於 1996.6.10 所做之全民健康保險滿意程度民意調查發現(表 5)，有 60.1%民眾認為現行透過健保來提供醫療服務的模式已經「不錯，不需再改」或「只要再稍加改善」，而 NHI 國家有 43%認為只需小幅改革，多數均認為需大幅改革或完全改革。在詢問民眾對於制度的滿意與否，根據全民健保民意調查，有 61%民眾認為滿意。而就實施健保後，每千人嬰兒死亡率僅較日本高，平均餘命(男性：71.89 歲；女性：77.76)高於韓國，但較其他國家平均少兩歲。因為嬰兒死亡率、平均餘命等數值與整體經濟、衛生環境等相關，很難於短期醫療保健介入即可看見成果，故需長期監測，但民眾滿意度則是短期內評估介入結果很好的指標，推論調查的結果，目前多數民眾均滿意全民健康保險的實施，然而，對於門診部分負擔調漲仍有相當怨言，此乃因與民眾預期有所落差所致，故仍有相當的改善空間。

表 5 全民健康保險與各國民眾滿意度之比較：

國名	制度良好 只需局部改革 (滿意)	制度尚可 需基礎改革 (尚可)	制度不佳 需全部改革 (不滿意)
台閩地區	60.1% ^a 61.0% ^b	10% ^a	4.3% ^a 27.0% ^a
荷蘭	47%	46%	5%
德國	41%	35%	13%
法國	41%	42%	10%
瑞典	32%	58%	6%

英國	27%	52%	17%
西班牙	21%	49%	28%
義大利	12%	46%	40%
美國 ^c	18%	53%	28%
加拿大 ^c	29%	59%	12%

資料來源：Harvard/cuanter survey,1991;and R.J.Blendon et al:Satisfaction with Health Systems in Ten Nations, Health affairs(Summer 1990):188-189.

註：1.台灣地區資料來源:

a.全民健康保險民意調查(第三季),2002,5。調查內容：對目前透過健保來提供全民醫療服務制度，您認為：(1)制度不錯，不需要再改變；(2)只要再稍加改善就可以；(3)需要一些重大改變；(4)需要徹底改革。本欄資料合併(1)、(2)列於只需局部改革。

b.民生報之全民健康保險民意調查,1996.6.10，調查內容：對於全民健康保險的滿意程度。

2.標示“c”之資料來源：Harvard/Harris/Robert Wood Johnson Foundation,1994。

三、全民健保部分負擔調漲之影響

總之，依據如上的概況分析，實施全民健保部分負擔調漲之後，確實仍有許多未盡民眾期待之處。因此，本文初探其影響擴及於大眾的就醫行為、健保的財務狀況、醫療軟體水準、醫療硬體水準及綜合性評價等方面，並據以設計問卷選項。然若要發掘部分負擔調漲之後，真正造成影響的關鍵因素，則有待第四部分所建構之實證引用模式加以探討。唯在實證模式建構之前，需先對本文研究涉及的相關文獻與基本理論先行回顧與闡釋。

參、基本觀念與文獻回顧

本研究主要探討「全民健康保險部分負擔調漲」此一新制度實施後，對民眾與醫療體系之衝擊影響與關鍵因素探究，因而，需對相關理論進行瞭解，以建構實證引用模式。以下，將分別論述部分負擔之財政效果、道德危機與價格彈性等基本觀念，並輔以國內外相關文獻以為參考基礎。

一、基本觀念

(一) 部分負擔之財政效果

全民健康保險中，有關於被保險人在部分負擔上之措施，實則為避免醫療資源的濫用與預防「道德危機」。不幸的是，相同部分負擔額度，對不同所得收入的人，所造成的財務壓力也不同，進而間接剝奪了弱勢族群的就醫權利，引發社會公義與公平的論戰。國內關於此方面的理論論述，以陳聽安等（1998）年的說明較為詳盡：

「部分負擔制度是否能發揮成效，取決於部分負擔額度是否能對病人產生醫療利用抑止的效果。又有效部分負擔額度的臨界點，取決於病人對健康財的需求價格彈性大小，因健康財不具連續性，因而，如何能使病人至少減少一單位健康財需求量的價格變動，即為有效部分負擔額度的臨界點。然而，病人間存在相當

大的變異性。因而，如何訂定一合理的部分負擔額度，相當困難。」

準此，對社會上低所得群而言，部分負擔制度造成了就醫的財務障礙，使之未能消費合理醫療需求量，也有可能在未来造成更大的就醫成本，也違背了政府的政策美意。又倘若降低部分負擔門檻或甚至取消，無疑將造成醫療資源浪費、以富人之所得補貼政府財務漏洞之失，亦不合理。因此，也使得其間對錯難以定論。據此，本文在分析與探討全民健康保險部分負擔調漲對民眾與醫療體系之衝擊影響與關鍵因素時，將考慮調漲後的財務效果，是否如政府預期，以維護社會公平。

(二) 道德危險與價格彈性

全民健康保險制度實施以來，由於被保險人在醫療資源上的過度使用與浪費，使得財務赤字逐漸擴大。為了抑制道德危險(Moral Hazard)與反向選擇的行為，因而有部分負擔制度的實施。

道德危險一詞源自於保險學，它是一種資訊不對稱所產生不確定的狀況。當已對財產或個人生命投保時，投保者可能因而採取較具風險的行為，如此一來，會增加危險事件發生的機率。因此在保險制度裏，可能使邊際社會成本超過邊際私人成本，產生外部效果，而造成非最適情況產生，即所謂市場失靈。(吳偉仲，1999)。Pauly (1968) 就曾先提出醫療保險上道德危險的觀念，它本身和道德無關，也不是危險的行為，而是種預測性的概念；道德危險其實是預測一位理性消費者在價格下降時所作的反應。消費者因為實際支付(out-of-pocket)費用的下降，而有醫療資源過度使用之虞，進而助長了醫療費用支出不斷膨脹。醫療資源超額消費的結果，創造了福利損失(welfare loss)，抵消因保險之減少風險而產生的福利淨獲得(Feldstein, 1993 ; Phelps, 1992)。

基本上，影響社會福利損失的大小，民眾就醫時的價格彈性佔有相當重要的地位。如果需求曲線富有彈性，那麼因為保險給付而改變的醫療需求就或比較多，福利損失也比較大。相對的，如果需求彈性小，社會福利損失也比較小。我們可以說，醫療需求彈性愈大的項目，相形之下它的保險較不被期待，理由是較大價格反應會創造出較大的福利損失。理論上，如果醫療需求曲線完全對價格沒有彈性(需求彈性為零、需求曲線垂直)，那麼沒有任何部分負擔的保險才會是最好的方式。

根據上述基本觀念，有關本文探討的主題，擬以此為立論基礎，並融入稍後之問卷問項之中，而做成原始分析面向，並經由實證分析，歸納出最後及果之關鍵因素。

二、文獻回顧

就部負擔對醫療總支出的影響來看，較具代表性的研究為 RAND 健康保險實驗(Rand Health Insurance Experiment, HIE)，是美國衛生暨人類服務(U. S. Department of Health and Human Service)於1974年贊助的大型計劃。該實驗由Newhouse等人主持，自同年11月至1982年1月年間，從美國6個地方隨

機抽取 2,756 個家庭 (7,760 人) 為實驗對象。這些家庭分別被分配至不同型的保險計劃中：部分負擔率有 0%、25%、50%、及 95% 四類，並且依家庭收入之 5%、10% 及 15% 訂定其部分負擔之上限，最高額至每年 1,000 為止；以及自負額計劃中門診負擔 95%、住院免費，個人以 150 美元、家庭以 450 美元為其部分負擔上限。該實驗之中間或最後結果所蒐集到的資料，為許多學者陸續發表其研究成果。

Newhouse (1981) et al. 及 Manning et al. (1987) 均以 RAND 的醫療保險實驗資料做為研究。Manning et al. 發現：(1) 免部分負擔者的被保險人其平均每人醫療總支出高過 95% 部分負擔的被保險人 45 個百分比；而其中門診就診率高出 63 個百分比、門診費用則高出達 67 個百分比，其差異更是明顯。消費面的道德危險確實存在。(2) HMO 實驗組的每人醫療支出為論量計酬制的 72%，顯示 HMO 有 "花小錢、省大錢" 的保健方式節約醫療費用，供給面的道德危險獲得控制。(3) 在部分負擔 0%~31% 間，價格彈性約為 -0.2，比先前其它研究估計的還小一點。

部分負擔對低所得者的研究結果雖不一致，但較多研究支持部分負擔對低收入群體影響較大。Scitovsky and Synder、Beck、Newhouse et al. (1981) 發現除非部分負擔率是依收入來制定，否則在一般情況下，部分負擔對於低收入者的影響較大。Lohr et al. (1986) 以 HIE 的資料發現，有部分負擔的低所得兒童，其接受醫療服務的機率僅有無部分負擔的低所得家庭兒童的 33%~68%；而此一比例在非低所得者中約為 65%~219%。Wolfson et al. (1982) 以美國 CCD (Crippled Children's Division) 計劃參加者為研究之對象，結果認為部分負擔對於低收入者，並不至於造成阻礙。O'Grady (1985) 顯示，就急診部門的費用而言，部分負擔對高低收入的影響，並無顯著差異。

蔡宏毅 (1992) 之研究目的為詮釋台灣地區實施全民健康保險的理論基礎，以及政府介入的必要性，並說明目前我國健康保險實施的現況與財務虧損的嚴重情形，以及探討醫療費用快速上漲的可能成因與解決之道。該文利用實證所做的敏感度分析，說明勞工保險、公務人員保險、以及農民健康保險醫療給付的部分負擔在各種不同負擔比例下，以 1990 年之資料做現況模擬，進而推估 1994 年實施全民健康保險時，福利損失變化的情形，作為全民健保政策制訂的參考。該文的實證工作，主要引用 Feldstein (1973) 之福利損失公式，利用台灣地區的時間數列資料，估計醫療保健的價格彈性，再利用彈性中其他參數 (部分負擔、保險後醫療照護之毛價格比、在原醫療照護需求量下，消費者所願意支付的醫療照護價格的變動對成本變動的比例) 的設定，代入福利損失的公式中，推估福利變化的情形。再就不同的制度規劃下：(1) 以勞保為基礎推展全民健保。(2) 勞、公、農保混合制下之全民健保，推估 1994 年實施全民健保時，部分負擔制對福利改善的情形。主要結果為，在 1994 年全民健保實施時，若採部分負擔制，負擔比率自 10% 上升至 20%，將會有 100 至 300 億的福利利得，若自負率增加為 50%，則上述利得增為 342 億到 679 億之間。隨著比率的提昇，經濟福利損失將不斷下降，但下降幅度是遞減的。

再者，李竹芬（1994）的研究在部分負擔實施效果方面得到的結果則為：門診價格與住院價格皆缺乏彈性；但門診與住院間有替代效果存在，及門診為正常財且彈性值不大。

最後，依鄭文輝、吳偉仲於「全民健康保險自行負擔實施影響之研究」（1999）一文中所得到的實證研究結果，部分負擔對門診（次數、費用及就診率）、住院（日數、費用及住院率）、急診費用、藥品費……等方面而言，均能有效的影響醫療利用。

肆、基本模式之建構

一般而言，醫療水準的衡量難以量化估計。尤其，醫療行為不能以營利為主要考量，必須兼顧醫療人員的認知與病患間的感受，兩相比較之後，才能有一客觀標準。因此，本研究擬引用 Parasuraman, Zeithaml and Berry (1985) 所列之服務品質觀念性模式，作為實證模式建構之基礎，並依此設計問卷，然後再利用因素分析法與主成分分析法，萃取出可解釋「新制門診部分負擔」實施後，民眾與醫護人員對此一新制度看法的重要變數，進行統計分析。

根據 Parasuraman, Zeithaml and Berry (1985) 所提出的服務品質模型，左右服務品質的因素共計有五項缺口，其中，來自於消費者方面的缺口，應為型五缺口，也就是預期的服務與認知服務之差距，其餘四項因為探討的為組織與管理之關係，較不能應用於醫療水準的衡量上，根據變數精簡原則，在此加以捨去。準此，其間服務差距落差可表示為：

$$PSQ=PS-QS$$

且，

PSQ=perceived service quality，代表醫療服務品質績效，又稱認知缺口；

PS=perceived service，代表認知的醫療服務；

ES=expected service，代表期望的醫療服務。

如上所述，本研究擬以此作為問卷設計的核心構面，亦即，在問卷的勾選項目，分為「重要程度」與「對現狀之滿意度」兩構面 (Martilla and James, 1977)，分別代表「認知」及「期望」的醫療服務，如此，可衡量出健保要保對象在新制門診部分負擔推行時，所感受的醫療水準差距，(問卷如附錄所示)，並依兩者的差距值做為因素分析的憑據。其中值得說明的是，其間差距可繪製成為重要度與滿意度矩陣圖 (圖 1)，第一象限表示醫療人員對服務屬性重視程度高且醫療體系的執行績效佳，在此區域之服務應該維持現狀；第二象限表示醫療人員對服務屬性重視程度高，但醫療體系執行績效不佳，故此區應加強服務；第三象限表示醫療人員對服務屬性重視程度低且醫療體系執行績效不佳，故此區醫療體系可暫停服務避免醫療資源浪費；第四象限則表示醫療人員對服務屬性重視程度低，但醫療體系的執行績效良好，故此區可酌量減少資源投入，因為對此區的投入無益於服務品質的提昇，健保政策制訂者應該把資源投入需加強的部分，如此方能提

昇整體滿意程度。

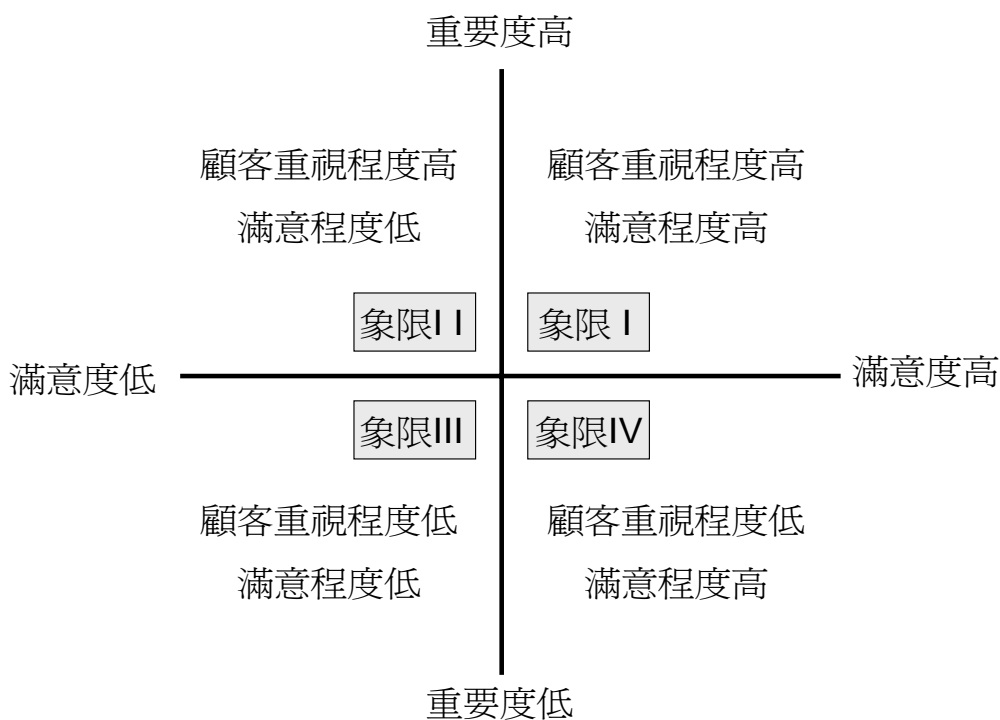


圖 1 重要程度與滿意度矩陣圖 資料來源：Marr,1986

再者，依據 RAND 健康保險實驗 (RAND Health Insurance Experiment, 1974) 對部分負擔所造成的醫療利用影響之研究指出，其至少會同時對社會大眾行為、政府福利政策和醫療體系產生衝擊，換句話說，吾人可以具體從此三方面加以著手探討。當然，考量我國社會現實狀況，亦參酌其他具參考價值之推論因子，始成本研究實證引用之模式，詳述於後：

1. 關於大眾就醫行為方面：

如保護民眾就醫權利、避免醫療資源浪費、教育民眾善用醫療資源、告知民眾各項健保措施、遏止民眾投機行為等因素。

2. 關於健保財務狀況方面：

對於增加民眾投保率、妥善規劃調漲幅度、改善健保赤字、帳目透明化等均有影響。

3. 關於醫療軟體水準方面：

包括醫生問診態度親切、等候時間不致太久、醫病間互動良好、醫護人員素質整齊、以病人立場設想、領藥時解說詳細等因子。

4. 關於醫療硬體水準等方面：

涵蓋提昇硬體設備、設施滿意度、器材乾淨安全、充滿人性化設計、場所空氣清新、化妝室通風與否等方面。

5. 關於綜合性評價方面：

諸如就醫權利上升、病人抱怨次數減少、調漲利益、政府承諾醫療品質提升、照顧弱勢族群、健全福利政策等因素。

依上述之實證引用模式分析可知，全民健保部分負擔調漲受影響因素之初探可分為「民眾認知」、「政府部門」與「醫療體系」三構面，並藉由文獻歸類為「大眾就醫行為」、「健保財務狀況」、「醫療軟體水準」、「醫療硬體水準」、「綜合性評價」等五個面向。引用此間關係，可再將其中的相關因素繪製成如下的實證引用模式架構（如圖 2）：

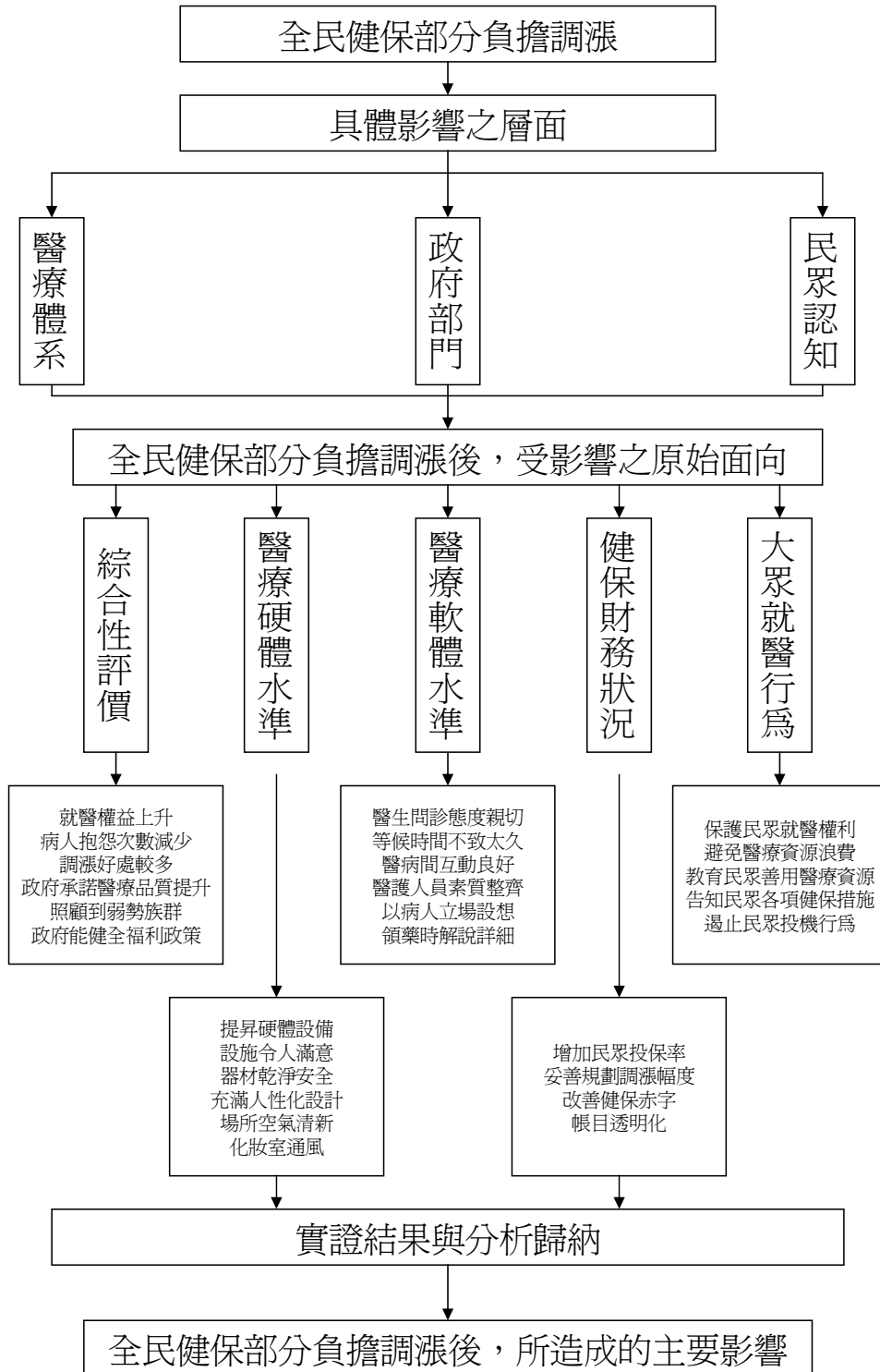


圖 2 實證引用模式之架構

藉由全民健保部分負擔調漲的實證引用模式，可以找出調漲後可能影響之因素群組，但是哪些才是真正影響的主要因素，則必須透過問卷設計與實際調查，才能達到上述之分析目的。故本研究採問卷設計作為歸納全民健保部分負擔調漲所影響主要因素之資訊來源。茲將本問卷在設計上欲衡量的因素與構面繪於如下的研究變數一覽表（表 6）與影響變數關連圖（圖 3）。

本研究基於萃取問題因素之目的，主要採封閉式問卷答題，並以李克特（Likert）式態度量表見（見 Rardis, 1969 一文）要求受訪者就重要程度與對現況滿意度，表達主觀認知上的感受；此外，問卷內容仍留有開放式的空間，讓受訪者能提供更多意見。故問卷設計之題目僅就五大層面中，需特別加以考慮之各項重要指標，進行分析研究變數工作。

表 6 全民健保部分負擔調漲主要影響因素之研究變數一覽表

面向	指標	衡量變數	問卷題目
大眾就醫行為	合理價格	價格	為保障就醫權利，政府宜訂定調漲的合理價格
	教育宣導及告知	善用健保資源	應教育及宣導民眾善用醫療資源
		告知措施	詳細告知有關健保部分負擔調整的各項措施
	人民行為反應	遏止民眾投機行為	該措施可遏止民眾轉往急診就醫的投機行為
		民眾瞭解程度	民眾能體認政府調整部分負擔措施之目的
		醫療資源的利用	民眾應考慮症狀輕重，選擇合適醫療院所（如大病看大醫院、小病找小醫院），以避免醫療資源浪費
健保財務狀況	公開帳目	財務透明度	公開健保局帳目資料，使其透明化是先決條件
	妥善規劃	保費漲幅	妥善規劃健保自負額調漲幅度
	政府行政能力	赤字改善	可考驗政府是否致力改善健保赤字
		健保投保率	有利健保財務健全，增加民眾投保率
	價格與費用	收費標準	宜以病人立場為重，並收取相對費用
醫療軟體水準	醫療道德	問診態度	醫生問診態度親切有禮
		醫師良知	可促進醫師發揮問病良知
	就診等候	等候時間	就診時等候時間不致過久
	醫病互動	醫病關係	醫病間關係互動良好
		以病人為考量	能以病人立場設想
	醫護人員素質	藥物說明	領藥時解說詳細
		專業程度	醫護人員其職位與專業間互相配合
人員信賴度		醫療場所之人員令人信賴	
醫療硬體水準	提升設備	設備完善度	部分負擔調漲後，各醫療場所能提升硬體設備
	設施滿意	設施滿意度	醫療場所能提供之儀器設施令人滿意
	器材安全	安全性	各種器材乾淨安全
	人性設計	人性化程度	就診場所充滿人性化設計
	環境感觀	整齊清潔	醫療場所空氣清新、環境整潔
	衛生設施	化妝室	化妝室通風且舒爽
	醫療處理	醫療廢棄物處理	處理醫療廢棄物合乎規定
價性評 綜合	就醫權利	權益增幅	自負額調漲後，民眾就醫權益應相對上升
	病患抱怨	抱怨次數	自負額調漲後，病人抱怨次數應相對減少

	政府承諾及擔當	醫療品質改善	政府及醫療單位能承諾醫療品質可同時提升
		照護弱勢	全民健保能照顧到真正的弱勢族群
	福利措施	健全福利	民眾能感受政府健全福利政策的誠意
	民眾感觀	保費漲幅恰當性	調漲幅度符合人民預期
	整體評價	民眾是否真正獲益	整體而言，調漲的結果民眾得到較多好處

資料來源：本研究整理

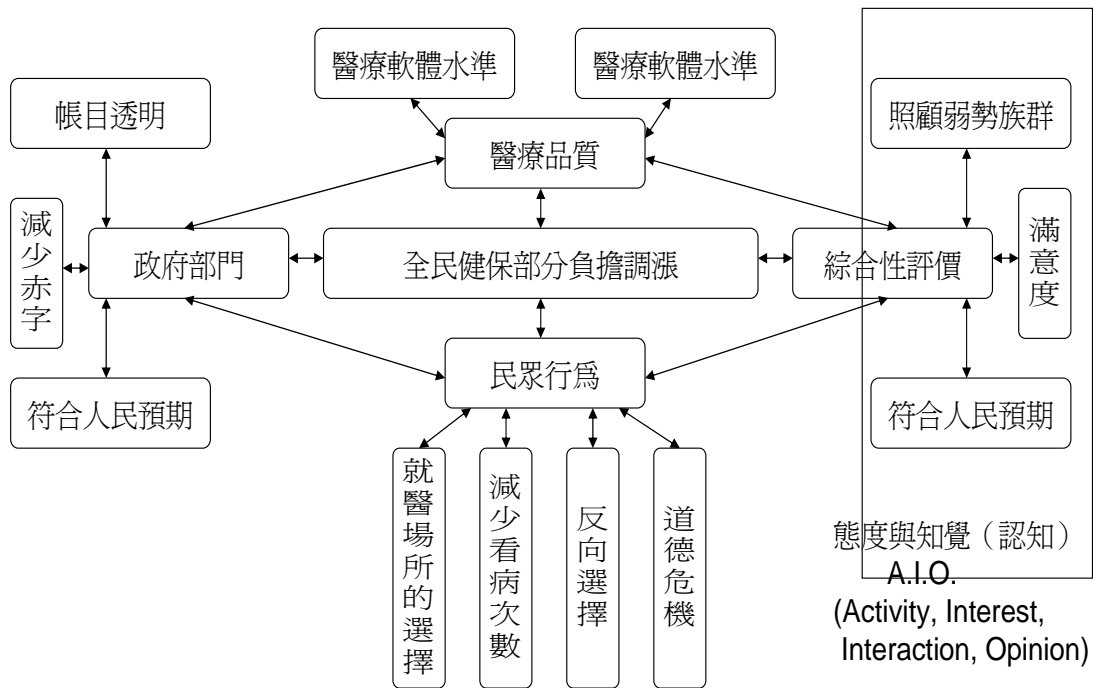


圖 3 全民健保部分負擔調漲之影響因素關連圖

伍、實證結果與分析

依據第肆節的實證引用模式，即可依相關構面與因素設計問卷（附錄 1），並進行問卷調查。本節將對實證的結果加以探討、分析，以利後面的結論撰寫，並冀望所獲得的資訊能提供有關單位在健保政策擬定時之參考。

一、問卷設計之成效分析

為掌握理論模式所形成的問卷，於回收後符合社會科學研究之基本假設，本部分有必要介紹問卷發放及回收情形，並分析問卷之信度與效度。

1. 問卷對象

本研究礙於人力、財力及時間條件的限制，無法對我國國民做全面性的普查，故僅以大台北地區之執業醫師、醫療院所內候診之病患以及中央健康保險局之官員作為問卷調查之主要對象，是以，本研究在樣本的取樣上採「立意抽樣法」(purposive sampling)，乃依據研究者的主觀見解與判斷，抽取符合需要的代表性個體為樣本。

準此，本研究調查對象為：(1) 醫界：以中央健康保險局公佈之大台北地區特約醫療院所資料，選取 85 家並實際訪問執業醫師。(2) 全民健保投保對象：為考量病人對於部分負擔調漲的感受，在拜訪醫生的同時，也訪問了診間的候診民眾共計 49 位。(3) 學者專家：主要是中央健康保險局內之官員，並輔以大專院校之社會福利相關系所教師為對象，此部分共 13 位。

2. 問卷發放與回收情形

為提高實證結果的準確性，本研究之問卷在設計完成後，先經由專家學者的預測，並修正若干語意不清的項目之後，才於本(92)年三月至五月間進行實測調查。

實測的方式主要是以人員的面訪為主，其目的主要為避免統計上的誤差，並提高問卷的回收率。基此，本研究實際發放問卷 147 份，回收 145 份，只有 2 份因受訪人員漏填選向或不願作答而作廢，故整體回收率為 98.64%。至於回收樣本之基本結構，詳見表 7。依表 7 所示，受訪者的教育程度普遍均有大專程度以上，佔 84.83%，更可說明其填答品質應較一般為高，也可確保本研究在做統計推論時，不致與現實結果差距太遠。此外，樣本的年齡分佈，並無特別集中情形，亦代表本研究應可反映出各年齡層對本政策實施後之意見。

表 7 本研究之樣本結構

項目	類別	人數	比例 (%)	總計
性別	男性	95	65.52%	145 (100%)
	女性	50	34.48%	
年齡	20 歲以下	6	4.14%	145 (100%)
	21-30 歲	27	18.62%	
	31-40 歲	35	24.14%	
	41-50 歲	23	15.86%	
	50-60 歲	41	28.28%	
	60 歲以上	13	8.97%	

教育程度	高中/職(含以下)	5	3.45%	145 (100%)
	專科	17	11.72%	
	大學	71	48.97%	
	碩士以上	52	35.86%	
婚姻狀況	未婚	18	12.41%	145 (100%)
	已婚	123	84.83%	
	鰥寡	4	2.76%	
	分居	0	0.00%	
	離婚	0	0.00%	
每月收入	15000 元以下	6	4.14%	145 (100%)
	15001~30000 元	12	8.28%	
	30001~45000 元	12	8.28%	
	45001~60000 元	23	15.86%	
	60001~75000 元	77	53.10%	
	75001 元以上	15	10.34%	

3. 問卷分析的方法

為有效發掘全民健保部分負擔調漲後，所造成的具體衝擊與影響，本研究擬採取多變量分析技術中的因素分析法 (factor analysis)。因素分析法的主要優點，在於它能將一群相關性的變數 (variable) 結合在一起，形成幾個有意義的因素 (factor)，因此不但可以保留原始資料的大部分資訊，又可符合將眾多變數化繁為簡之科學原則，故有助於複雜資料的分析與解釋 (張劭勳、林秀娟，民 85；黃俊英，民 84；楊國樞等，民 84)。據此，本實證研究針對 33 個全民健保部分負擔調漲後，所造成之主要衝擊變數，進行問卷調查，並結合醫界與學界的整體意見做成因素分析，以期將 33 個重要變數縮減成幾組向度 (dimension)，得到少數主要之獨立性關鍵成功因素。

再者，為獲得更進一步資訊，必須再對各因素加以分析，不過，對一群變數進行因素分析的統計方法多不勝數，而其中最常使用的是主成份分析法 (principal analysis)。透過主成分分析法，可初步決定因素的數目，其衡量標準是以 Kaiser 法則中，特徵值 (eigenvalue) 大於一的因素，作為判定是否為關鍵影響因素的依據 (張紹勳、林秀娟，民 85)。而因素出現的先後順序即為解釋變異量大小的次序；易言之，第一因素是所有因素中最具解釋力的。基於前述分析的準則，本實證研究進行因素分析後，特徵值大於一的因素共有 9 項，累積解釋變異量為 84.93% (表 8)。

表 8 因素分析後特徵值大於一之因素

因素	特徵值	解釋變異量 (%)	累積解釋變異量 (%)
----	-----	-----------	-------------

一	9.50781706	46.21%	46.21%
二	2.90640248	11.63%	57.84%
三	2.83415558	9.30%	67.14%
四	2.19104084	6.91%	74.05%
五	1.64692661	5.82%	79.87%
六	1.58195756	2.34%	82.21%
七	1.48748613	1.14%	83.35%
八	1.21841493	0.95%	84.30%
九	1.06360733	0.63%	84.93%

然而，依 Kaiser 法則所擷取的九個因素中，自第六個因素以後，其能解釋的變異成平滑下降，故遵照陡坡檢定 (screen test)，將因素七、因素八、因素九此三者加以捨去，而僅開列六項重要影響因素。

一般而言，要以最初的因素分析結果 (即所得到的原始因素矩陣) 加以解釋何者為重要解釋變數與命名因素是相當困難的，需再經過因素轉軸 (rotation) 的過程，才能使各個變數在因素中的意義顯得更為清晰與更具說服力，因此本研究採用之轉軸法為最廣泛應用之最大變異法 (varimax)，其可使轉軸後的因素結構較為單純，且易於命名與解釋。最後，依轉軸所得出之因素負荷量數值，作為因素命名與結果解釋的依據。

4. 信度與效度之檢測

至於信度 (reliability) 與效度 (validity) 部分，分別顯示問卷調查結果的可靠性 (或稱為內在一致性) 與正確性。其中，信度是效度的必要條件，而非充份條件，兩者對於實證結果之分析亦有一定的影響程度。故本研究先將回收問卷以「Cronbach' s α 係數」作一致性的檢定；再以因素分析法中的主成份分析法來檢視問卷的效度。

(1) 信度之檢測: 根據 Guilford (1954) 之見解，若 Cronbach' s α 係數值大於 0.7 表示問卷結果具有高信度，若介於 0.7 至 0.35 時，則表示尚可。從表 9 可看，本研究問卷各面內部一致性之 Cronbach' s α 係數值於 0.75 以上，顯示出此研究具有良好的信度。

(2) 效度之檢測: 有關效度方可分為內容效度 (content validity)、準則效度 (criterion-related validity) 與建構效度 (construct validity) 三種。由於本研究所用之量表，均係根據理論基礎而來，且問卷於正式實施前曾經預試與修定，故本研究有一定程度之內容效度。至於建構效度之衡量，採因素分析法中的主成份分析法來檢視問卷的效度，根據 Zaltman & Burger (1985:500-509) 的建議，當特徵值大於一，每個變數的因素負荷量大於 0.3 且能解釋 40% 以上的變異量時，因素分析的結果便相當可取。

表 9 研究問卷各面向內部一致性分析

問題面向	重要程度之Cronbach' s α 係數	對現況滿意度之Cronbach' s α 係數
大眾就醫行為方面	0.80152	0.82695
健保財務狀況方面	0.89665	0.84412
醫療軟體水準方面	0.76142	0.78426
醫療硬體水準方面	0.87745	0.85238
綜合性評價方面	0.82109	0.83349
總題項	0.91564	0.92876

二、主要影響因素之分析結果

依據前述實證引用模式中之五大因素構面所設計出 33 個題項的問卷，以 SAS 8.2 版電腦統計套裝軟體，對問卷項目中滿意度與重要程度的差距質，進行因素分析，並依主成分分析法萃取出六個特徵值大於一的因素，後運用最大變異法進行因素轉軸，以求出變數與因素間的負荷量表（表 10），同時，當因素負荷量大於 0.4 時，始為關鍵影響因素命名之主要依據。總括而言，因本問卷的一致性高達 92.876%，累積解釋變異量為 82.21%，故在做因素命名時之結果，應有相當高的可信度。

以下則為本研究經實證研究過程所得到之具體結果，並依因素命名整理於表 12，以確立在民國九十一年九月一日中央健康保險局實施新制門診部分負擔以來，所造成之主要影響與衝擊及關鍵因素命名：

(1)「醫療的硬體設施程度與民眾就醫權利」是普遍為受訪者所最重視的因素，可由其特徵值最高（9.50781706）、解釋變異程度最佳（46.21%），來得到實務上的證據。此外，在醫療場所的人性化設計、硬體設施的滿意程度及政府保障民眾就醫權益與消弭病患抱怨等變項上，則為最需要再加以改進的地方。

(2)「全民健康保險收支狀況與政府財務透明度」此一因素（特徵值 2.90640248，解釋變異量為 11.63%），在新制部分負擔調漲後，也具有相當程度的重要性。換句話說，民眾多繳納的費用，是否為政府專款專用，從而縮小健保赤字，都是大家關心的重點。不過，從問卷的回收結果看來，在「政府是否致力縮小健保赤字」、「公開健保帳務資料」、「妥善規劃健保部分負擔調漲幅度」等方面，並不能獲致投保人的認同，其也可看出為何健保調漲政策在推動時，為何招致社會上如此大的反彈。故政府實應充分解釋與說明，來消除大眾疑慮。

(3)承上，「部分負擔實施的合理性與政策目的明確化」因素（特徵值 2.83415558，解釋變異量為 9.30%）同時也反映出政府在制部分負擔調漲時行政力不彰的事實。易言之，在相關配套措施（如教育及宣導民眾善用醫療資源、防範及遏止民眾投機行為）並未十分完善，且政策正當與否並未獲致共識便草率實施，在一年後的今天觀之，確實造成民眾對於現狀十分不滿意。

(4)「醫病互動關係」因素在此次調漲之後，為民眾諸多重視變項中，所感到較

滿意的。(特徵值 2.19104084，解釋變異量為 6.91%) 從民眾對於醫生的問診態度、等待看病的候診時間、醫務人員是否為病人設想等方面的感觀而言，此次措施在實行之後，的確收到部分成效。一方面，醫生可藉由調漲得到較優渥的待遇，從而較有意願耐心看護病人，另一方面，消費者意識的抬頭，使得一般民眾對於自身權益更為關心，敦促政府監督醫療品質與軟體的提昇，也是股不容忽視的力量。

(5)「醫療人員的專業與醫療體系的軟體水準」因素反映出民眾對於部分醫療從業人員的素質有所質疑。(特徵值 1.64692661，解釋變異量為 5.82%) 尤其，在最近發生許多的重大醫療糾紛(如台北縣北城醫院護士置錯藥品事件，導致多名嬰幼兒及孩童受到傷害，及 SARS 風暴其間，台北市和平醫院及仁濟醫院隱匿疫情不報等)，更令人對於健保費率的高漲是否等同伴隨專業人員的素質普遍揚升？如若不然，則難杜社會大眾悠悠之口，遑論民眾更加信任醫護人員。

(6)「社會公義與人民預期」因素(特徵值 1.58195756，解釋變異量為 2.34%) 包括有符合人民預期、民眾從中獲得較大利益、政府落實健全福利政策的承諾及真正照顧到弱勢族群等變數。此部分代表社會對於公平與正義的期許，同時，也是全民健康保險自 84 年開辦以來，例行的政策目標，因此，新制度的上路，能否順應大多數人的意見，從而對健保整體性評價有正面影響，是一重要的關鍵因素構面。

表 10 轉軸後之因素負荷量表

變數	因素 1	因素 2	因素 3	因素 4	因素 5	因素 6
21 設施滿意	0.79231*	0.06172	0.01415	0.30138	0.11130	0.10156
24 環境整齊	0.77664*	0.14776	0.14375	0.23431	0.04099	-0.05818
23 人性設計	0.71228*	0.08666	0.13527	0.05412	0.10318	-0.03357
25 衛生設施	0.68441*	-0.30958	0.35294	0.28932	-0.03565	-0.11161
22 器材安全	0.66051*	0.24736	0.15261	0.20475	0.21258	-0.26647
28 病患抱怨	0.62771*	0.22144	0.08562	0.12990	0.28040	-0.26561
26 醫療處理	0.60210*	0.17670	0.13309	-0.13413	0.28945	-0.31224
27 就醫權利	0.55345*	0.33695	0.01031	0.03348	0.28277	-0.06821
20 提升設備	0.45232*	0.39621	0.03537	-0.15037	0.01475	0.00838
08 妥善規劃	0.19320	0.79633*	0.09263	0.08830	0.25667	-0.11449
07 公開帳目	0.24476	0.76968*	0.21087	-0.07764	-0.01719	0.03898
09 改善赤字	0.04865	0.62732*	0.38222	0.09703	0.02768	0.10243
06 避免浪費	-0.06965	0.60942*	-0.15101	0.20877	0.38023	-0.21733
10 健全財務	0.32821	0.59704*	0.24068	0.12877	-0.30988	0.00010
05 民眾瞭解	0.21582	0.55711*	0.33643	0.21148	-0.04428	-0.29770
04 遏止投機	-0.10466	0.34884	0.71390*	0.00344	0.18116	-0.16658

03 充分告知	0.26211	0.17125	0.70284*	-0.24563	-0.05645	0.04065
01 合理價格	0.31623	-0.14310	0.60721*	0.33729	0.01635	0.16319
11 重視病患	0.34830	0.32618	0.51213*	0.10991	-0.18647	0.11791
02 教育宣導	0.08652	0.30320	0.48072*	-0.02070	0.31704	0.14163
16 設想病人	0.23409	0.03680	0.09873	0.79892*	0.08794	0.11665
13 促進醫德	0.14008	0.04156	-0.06826	0.75989*	-0.04555	-0.10367
15 醫病互動	0.11270	0.12784	0.15276	0.63012*	0.14424	-0.41917
12 問診親切	0.26520	0.39025	-0.02252	0.45900*	0.35978	-0.16807
14 就診等候	-0.00590	0.38443	-0.16477	0.44118*	-0.12172	-0.41751
19 醫護素質	0.30129	0.08208	0.19238	0.13999	0.73705*	-0.22086
18 人員專業	0.34568	-0.04651	0.20714	0.15730	0.63294*	0.13994
29 政府承諾	0.31318	0.13541	0.08973	0.39176	0.44611*	-0.03776
17 藥物說明	0.27232	0.08451	0.37837	0.15185	0.42326	-0.09701
31 健全福利	-0.24102	0.09445	-0.26926	-0.07620	-0.02714	0.74466*
32 調漲幅度	0.02717	-0.18348	0.08977	-0.04097	-0.01626	0.72179*
33 民眾獲益	-0.10580	0.03421	0.12391	-0.05689	-0.18427	0.56556*
30 照顧弱勢	-0.01888	-0.03562	0.11257	0.30917	-0.53465	0.53388*

表 11 全民健保門診部分負擔調漲所造之衝擊與影響因素內容彙總一覽表

因素命名	題項	因素負荷量	特徵值	解釋變異量	累積解釋變異量	Cronbach's α 係數
醫療的硬體設施程度與民眾就醫權利	20. 部分負擔調漲後，各醫療場所能提升硬體設備 21. 醫療場所能提供之儀器設施令人滿意 22. 各種器材乾淨安全 23. 就診場所充滿人性化設計 24. 醫療場所空氣清新、環境整潔 25. 化妝室通風且舒爽 26. 處理醫療廢棄物合乎規定 27. 自負額調漲後，民眾就醫權益應相對上升 28. 自負額調漲後，病人抱怨次數應相對減少	0.45232 0.79231 0.66051 0.71228 0.77664 0.68441 0.60210 0.55345 0.62771	9.50781706	46.21%	46.21%	0.90501
全民健康保險收支狀況與政府財務透明度	5. 民眾能體認政府調整部分負擔措施之目的 6. 民眾應考慮症狀輕重，選擇合適醫療院所（如大病看大醫院、小病找小醫院），以避免醫療資源浪費 7. 公開健保局帳目資料，使其透明化是先決條件 8. 妥善規劃健保自負額調漲幅度 9. 可考驗政府是否致力改善健保赤字 10. 有利健保財務健全，增加民眾投保率	0.55711 0.60942 0.76968 0.79633 0.62732 0.59704	2.90640248	11.63%	57.84%	0.85766
部分負擔實施的合理性與政策目的明確化	1. 為保障就醫權利，政府宜訂定調漲的合理價格 2. 應教育及宣導民眾善用醫療資源 3. 詳細告知有關健保部分負擔調整的各項措施 4. 該措施可遏止民眾轉往急診就醫的投機行為 11. 宜以病人立場為重，並收取相對費用	0.60721 0.48072 0.70284 0.71390 0.51213	2.83415558	9.30%	67.14%	0.83249
醫病互動關係	12. 醫生問診態度親切有禮 13. 可促進醫師發揮問病良知 14. 就診時等候時間不致過久 15. 醫病間關係互動良好 16. 能以病人立場設想	0.45900 0.75989 0.44118 0.63012 0.79892	2.19104084	6.91%	74.05%	0.87389
醫療人員的專業與	17. 領藥時解說詳細 18. 醫護人員其職位與專業間互相配合	0.42326 0.63294	1.64692661	5.82%	79.87%	0.86329

醫療體系的軟體水準	19. 醫療場所之人員令人信賴	0.73705				
	29. 政府及醫療單位能承諾醫療品質可同時提升	0.44611				
社會公義與人民預期	30. 全民健保能照顧到真正的弱勢族群	0.53388	1.581957 56	2.34%	82.21 %	0.84355
	31. 民眾能感受政府健全福利政策的誠意	0.74466				
	32. 調漲幅度符合人民預期	0.72179				
	33. 整體而言，調漲的結果民眾得到較多好處	0.56556				

陸、結論與建議

自民國 84 年全民健康保險制度開辦以來，我國的社會福利水準，無疑地大幅提昇。然而，政府在照顧國民的健康與健保連連的虧損間，實有其不得不面對的兩難之處。一則是醫療品質不能因財源不足而打折扣，再則是帳面上的赤字已使得健保成為政府的負擔，無奈的是，一旦宣布保費調漲，又不免面臨重重阻力。不過，不禁使人疑惑，是否有其兩全其美的解決之道？以及，政府、學界、民眾及醫療從業人員間是否真正彼此瞭解，相互滿足需求？會不會政府所提供的是民眾所不重視的？亦或是民眾迫切需要而政府沒有做到的盲點在哪？均是吾人可以思考的改進方向。是故本研究以民國 91 年 9 月 1 日新制門診部分負擔調漲為例，探討影響此次新措施實施後的關鍵影響與衝擊因素，並指出民眾認為亟待改進的項目，做為政策研擬的思考方向。

基於以上認知，本研究乃區分為三個方向進行，一為分析全民健康保險在我國推行之概況，以瞭解現行健保所面臨的癥結問題，進而尋求解決與改善的關鍵因素；二為建構新制門診部分負擔調漲後，所造成之衝擊與影響的實證引用模式，進行實證分析，並萃取出具解釋力的關鍵因素；三為依據實證分析的結果，擬定全民健保保費調漲時相關政策建議，作為政府決策單位參考之依據。

茲將本研究所獲之結論與建議扼述如下：

一、結論

1. 關於「醫療的硬體設施程度與民眾就醫權利」方面：

依據本研究之實證結果，民眾普遍認為付費的提高應具體見到醫療的硬體水準有顯著提昇，並且，就醫權利也需受到保障與尊重。因此，政府應普設醫療機構、消弭病患抱怨、明訂健保政策而不致存有灰色地帶，以符合人民預期。

2. 關於「全民健康保險收支狀況與政府財務透明度」方面：

近年來，由於健保的財務赤字日益擴大，再加上中央財政困難，無法足額支應全民健保的虧損，方有調漲門診部分負擔的政策產生。然而，經由實證結果分析，顯示出民眾對於政府的行政效率不彰充滿極度反感，連帶使得調漲費用後的收入能否專款專用於解決全民健保的赤字，不無莫大疑慮；政府唯有公開健保局的帳務資料，使其透明化才能取信於民。

3. 關於「部分負擔實施的合理性與政策目的明確化」方面：

部分負擔調漲之目的，其中一部份固然是為了解決健保的財務黑洞，另一部份則是「落實醫療分級，杜絕醫療資源浪費」。也就是說，透過差別取價的方式，

使得較大型的醫療機構，相對收取較多費用，以提昇醫療服務水準，並防止民眾小病往大醫院跑的陋習。不過，這樣的政策立意，是否無形中形成就醫障礙，以及政策目的是否如官員預期般達成，都無法妄加定論。反倒是經由實證得出，人民不知此一背後政策意涵者眾，甚至質疑政策合理性。

4. 關於「醫病互動關係」方面：

此因素為實證中，民眾感受最深的。在部分負擔調漲之後，醫生所獲之待遇確較以前優渥，同時，一部份的政策目的也逐漸顯現，使得民眾對於至大醫院就醫的候診時間、醫生問診時的自身感覺、醫務人員服務態度等方面，均認為較以往進步。在此方面，民眾多肯定政府的努力，亦即，打官腔的高炮理論，並不見得討喜，回歸基本面的照顧民眾，才是正本清源之道。

5. 關於「醫療人員的專業與醫療體系的軟體水準」方面：

自去年以來，一連串的醫療糾紛，紛紛打擊民眾對於醫務人員所抱持的信心。特別是今年甫發生的 SARS 風暴，相關人員隱匿疫情，任由疾病擴散的態度，尤令人失望。這可由實證中，民眾普遍不滿於醫療人員的專業涵養與道德，看見端倪。中央健康保險局在調升費率的同時，也應嚴格篩選執照醫師與醫護人員的資格，並嚴懲失職人員，否則實難對大眾交代。

6. 關於「社會公義與人民預期」方面：

此一因素具體反映出「全民健保部分負擔調漲」該政策實施的成敗。我們可以說，在價格調漲的同時，民眾同等要求政府能實際照護到弱勢族群，以及希望從中獲取較大利益，而非繳了保費，肥了醫生、官員荷包，卻又不能真正有實質上的意義與作為。這也是長久以來，公共政策在制訂與施行時，長此以往的詬病。執政者若要兼顧政策的效果，並避免民眾的反感，實不應輕忽與冒進。也唯有真正符合民意的政策，方能得到社會及輿論的支持。

二、政策建議

基於以上的實證結果與分析，本文對於「全民健康保險部分負擔調漲」此一議題，做成下列幾項政策建議：

1. 公開健保局帳務資料，使其帳務透明化，同時減輕人民疑慮。
2. 儘速修改不合時宜的法令規章，建立完善的醫療照護系統。
3. 致力提昇醫療從業人員的專業素質。
4. 凝聚社會共識，結合民間專業團體，重新檢驗「部分負擔制度」實施後的衝擊與影響。
5. 加強教育與宣導，使民眾善用醫療資源。
6. 確保弱勢團體的就醫權利，消弭就醫障礙。
7. 妥適規劃健保財務、消弭赤字，合理分配醫療資源。

柒、參考文獻

一、中文部分

1. 中央健康保險局(民 91),「全民健康保險與各國健康照護服務系統現況比較」,網站公布資料。
2. 行政院衛生署(1998),全民健康保險實施二年評估報告。
3. 李竹芬(1994),「我國全民健康保險部分負擔之財務效果推估」,國立政治大學保險研究所碩士論文。
4. 吳偉仲(1999),「全民健康保險自行負擔實施影響之研究—保險對象類別之探討」,國立中正大學社會福利研究所碩士論文。
5. 邱永仁(1999),「門診藥費部份負擔制度之探討」,台灣醫界,42(6),頁45-46。
6. 紀駿輝(1997),「健康保險之部分負擔制度理論基礎之探討」,公共衛生第23卷第四期。
7. 洪嘉聲(1997),「存款保險之逆向選擇與道德危機」,國立中正大學國際經濟研究所碩士論文。
8. 陳孝平、鄭文輝、林芸芸(1997),「從財務制度評估全民健康保險的各種改革方案」,衛生署八十六年度委託研究計畫。
9. 陳孝平、周麗芳、紀駿輝(1999),「影響全民健康保險醫療費用因素之探討(供給面)」,中央健康保險局八十七年度委託研究計畫。
10. 陳欽賢、劉彩卿、周添城(1998),「自負額制度之探討」,經濟研究(Taipei Economic Inquiry),35:1,頁83-117。中興經濟學系出版。
11. 陳淑貞(1998),「影響全民健康保險醫療費用支出分配可能因素之探討」,國立中興大學財政學研究所碩士論文。
12. 陳聽安、徐偉初、周麗芳(1998),「國全民健康保險醫療費用部分負擔經濟效果分析與制度改進之研究」,行政院衛生署全民健康保險監理委員會八十六年度委託研究計畫。
13. 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」,中央健保局八十七年度委託研究計畫。

二、外文部分（以英文字第一字母順序排列）

Andersen A. S. and Lakk P., (1987), "A model for Physician Utilirion within 2 weeks : Analysis of Norwegian Data, Medical Care" ,26, 982-991.

Beck, R. W. & Rosko, M. D., (1987), "The Demand for Health Insurance and Health Care : A Review of the Empirical Literature, Medical Care Review" , 45(2), 291-338.

Brian L. Harris, MPH, Andy Stergachis, PHD, and L. Douglas Ried, PHD, (1990), "The effect of drug co-payments on utilization and cost of pharmaceuticals in a Health Maintenance Organization" , Medical Care, 28(10), 907-917.

Dean G. Smith, (1993), "The Effects of Copayments and Generic Substitution on the us and costs of prescription drugs" , Inquiry Vol. 30, 189-198.

Donaldson, Can and Gerard, Karen, (1993), "Market Failure in Health Care, Economics of Health Care Financing : theVisible Hand."

Earl P. Steinberg, Benjamin Gutierrez, Aiman Momani, Joseph A. Boscarino, Patricia Neuman, and Patricia Deverka, (2000), " Beyond Survey Data: A Claims-Based Analysis Of Drug Use And Spending By The Elderly" , Health Affairs, 19(2), 198-209.

Feldstein, M. S., (1973), " The Welfare Loss of Excess Health Insurance" , *Journal of Political Economy*, 81, 251-80.

Forman, B., R. B. Valdez, et al. (1987), "The Effect of Cost Sharing on the Use of Antibiotics in Ambulatory Care: Results From a Population-Based Randomized Controlled Trial" , *Journal of Chronic Disease*, 40:5, 429-437.

Keeler, E. M. and J. E. Rolph (1988) , "How cost sharing reduced medical spending of participants in the Health Insurance Experiment" , *Journal of the American Medical Association (JAMA)* , 249:16 , 337-367.

Lohr , K. N., R. H. Brook and W. M. Dickson (1984) , "The Effect of

Medicaid Drug Copayment Program on the Utilization and Cost of Prescription Service” , Medical Care ,22:8 ,724-736

Manning, W. G., Newhouse, J.P., et al., (1987), ” Health Insurance and the Demand for Medical Care Evidence from a Randomized Experiment” , American Economic Review, 77(3), pp.251-277.

Manning, W.G. ,Newhouse, J.P. , et al., (1988), “Health Insurance and the Demand for Medical Care : Evidence from a Randomized Experiment, American Economic Review” , 77(3), 251-277.

Pauly, M.V., (1968), “The Economics of Moral Hazard : Comment, American Economic Review” ,58, 531-7.

Richard E. Johnson, Michael J. Goodman, Mark C. Hornbrook, and Michael B. Eldredge, (1997), ” The impact of increasing patient prescription drug cost sharing on therapeutic classes of drugs received and on the health status of elderly HMO members” , HSR : Health Services Research 32 : 1, pp.103-122.

Richard E. Johnson, Michael J. Goodman, Mark C. Hornbrook, and Michael B. Eldredge, MS, RPH, (1997), ” The effect of increased prescription drug cost-sharing on medical care utilization and expenses of elderly Health Maintenance Organization members” , Medical Care, Vol.35, Number 11, pp.1119-1131.

Smith DG., (1993), “The effects of Copayment and generic substitution on the use and cost of prescription drugs.” ,The Journal of Inquiry, 30(2):189-98.

捌、附錄

全民健保門診部分負擔調漲所造成之衝擊與影響探究

親愛的民眾：

民國九十一年九月一日中央健康保險局實施新制門診部分負擔措施以來，並沒有相關的研究報告探討您的就醫權益與行為是否因此受到影響。再者，醫療品質是否因此提升也尚待證實。爲了正視此一問題，本研究希望藉由您所填答的問卷，來獲取一些正確訊息以供政策改進之用。

請 您每題都仔細作答。如果問項不夠周全，請加註文字告訴我們補充意見。相信您的熱心參與，必使得全民健康保險制度更臻完善。

在此致上十二萬分的謝意。

敬祝

身體健康

萬事如意

國立台北大學合作經濟學系研究所

教授 劉祥熹

研究生 楊啓均

第一部份：

1. 請問您目前有參加全民健康保險嗎？
有 沒有，理由是_____
2. 大體而言，您瞭解民國 91 年 9 月 1 日新制「健保門診部分負擔措施」的內容是什麼嗎？
很清楚 清楚 還好 不清楚 很不清楚
3. 您目前一個月平均就醫幾次？
0 次 1 次 2 次 3 次 4 次 5 次以上
4. 您最常去就醫的場所是？
醫學中心（如台大、榮總...等教學醫院）
區域醫院（如和平、仁愛等市立醫院）
地區醫院（如衛生署立聯合門診中心）
診所（如各地私人開設的單科診所）

5. 在您心目中，哪一場所的醫療品質最好？

醫學中心 區域醫院 地區醫院 診所

6. 您目前健保卡別為：A B C D E F 其他__（請註明）

第二部分：

請您仔細閱讀以下文字：

民國 91 年 9 月 1 日新制門診部分負擔措施與以往最大不同包括：

1. 區域醫院部分負擔較目前增加 40 元，調整後為 140 元。
2. 醫學中心部分負擔較目前增加 60 元，調整後為 210 元。
3. 至醫學中心及區域醫院門診，進行檢查、檢驗另比照藥品加收部分負擔，上限 300 元。

部分負擔調整前後對照表

單位/元

醫院層級	舊制				新制			
	門診	藥費	檢驗、檢查	單次上限	門診	藥費	檢驗、檢查	單次上限
醫學中心	150	0~200	0	350	210	0~200	0~300	710
區域醫院	100	0~200	0	300	140	0~200	0~300	640
地區醫院	50	0~200	0	250	50	0~200	0	250
診所	50							

註：

1. 「藥品部分負擔」維持現制，上限 200 元。
2. 「檢驗、檢查部分負擔」比照「藥品部分負擔」收取，但上限 300 元。
3. 復健、中醫傷科治療及高診次加收部分負擔維持現制不變。
4. 中醫及牙醫院所就診之基本部分負擔均為 50 元；領有殘障手冊的保險對象，至任何層級院所門診，基本部分負擔均為 50 元。

本次門診部分負擔調整，主要影響醫學中心及區域醫院就醫的保險對象，約 5,500 萬人次（占全部門診就醫人次之 17.9%），另影響檢驗、檢查部分約為 2,100 萬人次（占全部門診就醫人次之 7%）。

讀完了以上文字之後，對於以下的說法您同意嗎？請就您個人的觀察與認知，在空格中勾選最為合適之選項。並依您對現狀之滿意程度，亦勾選一對應選項。

◆ 關於大眾就醫行為方面，在新制部分負擔實施時：

	重要程度					對現狀之滿意度				
	很 不 重 要	不 稍 重 要	很 重 要	極 重 要	重 要	很 不 滿 意	不 滿 意	普 通	滿 意	很 滿 意
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. 為保障就醫權利，政府宜訂定調漲的合理價格..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 應教育及宣導民眾善用醫療資源.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 詳細告知有關健保部分負擔調整的各項措施....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 該措施可遏止民眾轉往急診就醫的投機行為...
5. 民眾能體認政府調整部分負擔措施之目的.....

- | | <u>重要程度</u> | | | | | <u>對現狀之滿意度</u> | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 很 | 不 | 稍 | 很 | 極 | 很 | 不 | 普 | 滿 | 滿 |
| | 重 | 重 | 重 | 重 | 重 | 滿 | 滿 | 通 | 滿 | 滿 |
| | 要 | 要 | 要 | 要 | 要 | 意 | 意 | 意 | 意 | 意 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. 民眾應考慮症狀輕重，選擇合適醫療院所（如大病看大醫院、小病找小醫院），以避免醫療資源浪費..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

◆ 關於健保財務狀況方面，在新制部分負擔實施時：

- | | <u>重要程度</u> | | | | | <u>對現狀之滿意度</u> | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 很 | 不 | 稍 | 很 | 極 | 很 | 不 | 普 | 滿 | 滿 |
| | 重 | 重 | 重 | 重 | 重 | 滿 | 滿 | 通 | 滿 | 滿 |
| | 要 | 要 | 要 | 要 | 要 | 意 | 意 | 意 | 意 | 意 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. 公開健保局帳目資料，使其透明化是先決條件.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 妥善規劃健保自負額調漲幅度..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 可考驗政府是否致力改善健保赤字..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 有利健保財務健全，增加民眾投保率..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. 宜以病人立場為重，並收取相對費用..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

◆ 關於醫療軟體水準方面，在新制部分負擔實施時：

- | | <u>重要程度</u> | | | | | <u>對現狀之滿意度</u> | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 很 | 不 | 稍 | 很 | 極 | 很 | 不 | 普 | 滿 | 滿 |
| | 重 | 重 | 重 | 重 | 重 | 滿 | 滿 | 通 | 滿 | 滿 |
| | 要 | 要 | 要 | 要 | 要 | 意 | 意 | 意 | 意 | 意 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. 醫生問診態度親切有禮..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. 可促進醫師發揮問病良知..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. 就診時等候時間不致過久..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. 醫病間關係互動良好..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. 能以病人立場設想..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. 領藥時解說詳細..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. 醫護人員其職位與專業間互相配合..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. 醫療場所之人員令人信賴..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

◆ 關於醫療硬體水準方面，在新制部分負擔實施時：

- | | <u>重要程度</u> | | | | | <u>對現狀之滿意度</u> | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 很 | 不 | 稍 | 很 | 極 | 很 | 不 | 普 | 滿 | 滿 |
| | 重 | 重 | 重 | 重 | 重 | 滿 | 滿 | 通 | 滿 | 滿 |
| | 要 | 要 | 要 | 要 | 要 | 意 | 意 | 意 | 意 | 意 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	重 要 1	重 要 2	重 要 3	重 要 4	重 要 5	滿 意 1	滿 意 2	普 通 3	滿 意 4	滿 意 5
20. 部分負擔調漲後，各醫療場所能提升硬體設備..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>重要程度</u>					<u>對現狀之滿意度</u>				
	很 不 重 要	稍 重 要	很 重 要	極 重 要	重 要	很 不 滿 意	不 滿 意	普 通	滿 意	很 滿 意
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21. 醫療場所能提供之儀器設施令人滿意.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 各種器材乾淨安全.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 就診場所充滿人性化設計.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 醫療場所空氣清新、環境整潔.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 化妝室通風且舒爽.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 處理醫療廢棄物合乎規定.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆ 關於綜合性評價方面，在新制部分負擔實施後：

	重 要 1	重 要 2	重 要 3	重 要 4	重 要 5	滿 意 1	滿 意 2	普 通 3	滿 意 4	滿 意 5
27. 自負額調漲後，民眾就醫權益應相對上升.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 自負額調漲後，病人抱怨次數應相對減少.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. 政府及醫療單位能承諾醫療品質可同時提升....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. 全民健保能照顧到真正的弱勢族群.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. 民眾能感受政府健全福利政策的誠意.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. 調漲幅度符合人民預期.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. 整體而言，調漲的結果民眾得到較多好處.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第三部分：

此部分問題是請教您個人的基本資料，僅作為統計分析之用，請您安心填寫。

1. 您的性別：男 女
2. 您的年齡：20 歲以下 21-30 歲 31-40 歲
41-50 歲 51-60 歲 61 歲以上
3. 您的學歷：高中／職（含以下）
專科 大學 碩士以上
4. 您的婚姻狀況：
未婚 已婚 鰥寡 分居 離婚
5. 您的每月收入是：
15000 元以下 15001 元～30000 元 30001 元～45000 元
45001 元～60000 元 60001～75000 元 75001 元以上

假使您有補充意見，請您寫在下面：

再一次感謝 您撥空作答！

◎謝謝您的合作，祝您健康快樂◎

