

# 專題題目：從健保制度看各國醫療品質

學生：吳嘉宜、吳紆儒、江芸瑄、丁翎、胡卜響、袁薪嵐

## 摘要

摘要內文：

以文獻分析法、圖表分析及 PRIDE 分析探討各國健保以及台灣健保的影響與差異、調查分析我國健保不足的地方，希望藉此研究能使台灣健保更加完善。

健保財務一直是最根本的問題，唯有從政府、民眾、醫療，三個面向同時專研其脈絡、解決其問題，才知冰山面貌，只觀於眼前的事物、以偏概全，福利制度兼具理想與現實的國家卻也隱藏了許多詬病及隱憂。

關鍵詞：健康保險, PRIDE

# 壹、前言

## 一、研究動機

全民健保是一個強制性的政策福利，協助民眾在醫療費用方面能夠減輕負擔，健康保險不單只是保險商品，應當成國家醫療政策來檢視，而世界衛生組織(WHO)也將健康定義為生理、心理及社會生活中的完美狀態，疾病無能避免，但我們可以提高醫療衛生保障國家人民，然而提高醫療衛生最顯著的方法，就是一國對於財政系統的政策有無足夠的資源提供人民有更好的醫療環境，如何鑑定國家的醫療品質?全民健保是否與國家醫療品質呈正向發展?這是這次我們要探討的問題。

## 二、研究目的

探討各國健保以及台灣健保的影響，瞭解各國健保和我國健保的差異、調查分析我國健保不足的地方，希望藉此研究能將台灣健保更加完整，以各國健康保險制度作為參考，找出不同的看法和聲音，使台灣健保更加完善，並用以下數據 PRIDE 告訴大家健保的益處。

## 三、研究方法

以文獻分析法、圖表分析及 PRIDE 分析來完成此論文。透過報章雜誌、碩博士論文、衛生局及官方網站的資料搜集和整理，且將之製作成長條圖、折線圖和表格，藉由資料分析做差異比較，來探討各國以健保角度的醫療品質優缺點。

## 四、研究架構



(資料來源：研究者繪製)

圖 1 研究架構

## 貳、正文

### 一、各國健康體系分類

表 1 健康照護體系分類

	社會保險型	國民保健服務型	商業保險型
代表國家	台灣	英國	美國
主要資金來源	稅收 保險費	稅收	雇主 保險費
醫療機構 所有權	政府或私人擁有	政府所有	民間擁有
納保對象	全民	全民	受保險人
優點	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 民眾醫療費負擔低</li> <li>● 國民滿意度較高</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 費用控制較好</li> <li>● 醫療保健支出較國內生產毛額低</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 較能抑制醫療浪費</li> <li>● 國人能自行選擇保險類型</li> </ul>
缺點	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 容易濫用醫療資源</li> <li>● 消費過量醫療費用高漲問題</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 醫療機構效率差</li> <li>● 轉診等待時間過長</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 對於弱勢的人沒有保障</li> <li>● 以自費為主醫療費用高</li> </ul>
相同體系國家	德國、韓國、日本	挪威、瑞典	無

(資料來源：研究者彙整)

### （一）社會保險型－台灣

台灣採用社會保險型，為強制性投保，凡是出生以及國民設籍於台灣六個月以上者皆可享有人人平等的權益，對於外國人亦然如此，以薪資所得、無薪資所得作為第一級分類，為了更落實薪資結構不同的問題，對於有高額獎金、兼職、股利所得……，勞動者進行區分，此項規定更完善了健康保險費的基礎。

而台灣健保以隨收隨付為原則，期望以自負盈虧為目的、不以累積盈虧為原則，為了減少不必要的醫療資源浪費對於醫院、門診醫療採分級的制度，部分負擔以及使用者付費的概念。

### （二）國民保健服務型－英國

國民保健服務型以英國為例，追溯到第二次大戰後，英國通過了國民健康服務法案（National Health Service Act, NHS）為公醫制最早成立的法案，其醫療機構為政府所有，資金來源由稅收為主，小部分來自國家保險，而最主要思想為服務免費，即便是國外遊客也是如此。

國民健康服務法醫療體系分為兩級：基層醫療、醫院醫療。醫療模式以基層醫療為主，而英國的體系包括提供公醫以及私醫制，政府要求人民加入此法案，但亦有民眾額外附加私醫院。基層醫療的醫師為一般自營家庭醫師，每位國民都須自行選擇一位家庭醫師，有如私人管家、量身打造的概念，而醫生的主要薪資收入來源為論人計酬，而額外執行的預防健保以及居家照護，則是以量計報酬，以上兩種都是由政府發放薪資，醫生亦可從私人照護獲取服務所得。醫療醫院醫生薪資固定，依年資薪水會有所提升，為公務員的概念。

### （三）商業保險型－美國

美國早期並無辦理健康保險的觀念，直至經濟大蕭條，雇主為留下職員紛紛以健保留住勞動人口，而勞動人口大多為青壯年，因此身體健康較佳，保費相對來說也較為便宜，因此雇主以此作為誘因，現今此種模式仍持續進行，而保險公司對於吸收疾病風險較低的勞動人口更能說求之不得。

美國健保就像一座市場，私營健保種類形形色色，每個人可依照所需要的類型進而投保，然而在多而複雜的種類下，2011年時歐巴馬簽署病患保護與評價醫療法案，

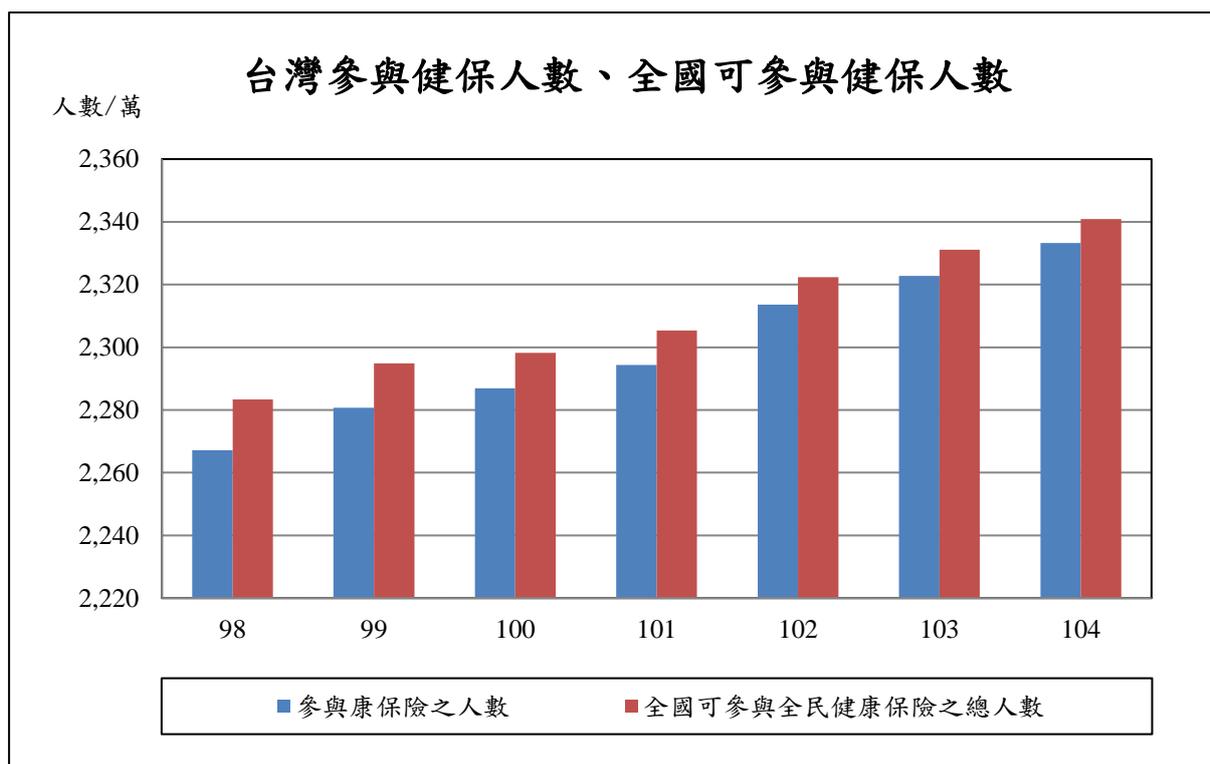
其公營健保內容強制美國國民擁有健保，否則將處以罰款，並建設公開健保市場平台，資訊得以完全揭露，供民眾比價選擇，以下由 Medicaid 健保進行深入探討，Medicaid 以個人薪資做為計算基礎，被保險人須在具備勞動能力時納稅，而歐巴馬頒布的此項法案，擴大健保的蓋括人口並且加強中低收入戶、老年福利的補貼消除了美國國民差別待遇，更禁止保險公司因病拒絕要保、設定理賠額度以及要求健保給付增加。

## 二、台灣健保人口數

健康保險不單只是保險商品，應當成國家醫療政策來檢視，而世界衛生組織 (WHO) 也將健康定義為生理、心理及社會生活中的完美狀態，疾病無能避免，但我們可以提高醫療衛生保障國家人民，然而提高醫療衛生最顯著的方法，就是一國對於財政系統的政策。

校有校規、國有國法，依據各國國情、經濟、人口、文化、價值觀等不同因素，而使得國家在政策的實施有所不同，也無人可說一套制度可以堪稱完美，然而在制度以及實務的演化過程中，「他山之石，可以攻錯」他國的經歷也可成為我國的效仿或是借鏡之處，更能將制度焦距放長、看向世界觀，跳脫舊有的框架，進而達到人們獲得最大健康的高水準制度。

從(圖2：台灣全國可參與、參與全民健康保險人數)可看出每年人數逐漸遞增，98年與104年健保參與人數相較下，攀升數逼近60萬人，觀看全國可參與健保人數與參與健保人數比較，從98年16萬人數的差距，如今已縮減到7萬，也可指出台灣人民對於健保的重視不容小覷。



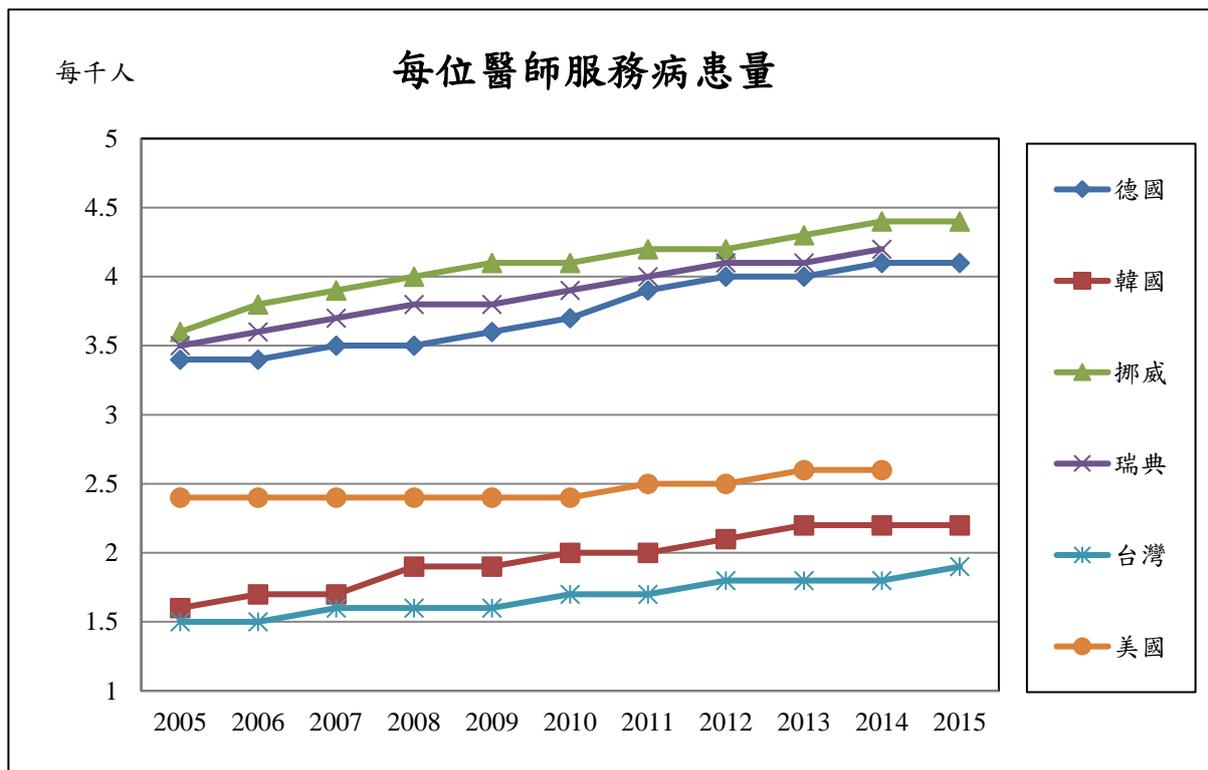
(資料來源：永續會，PRIDE系統編號：SD10401-0221；SD10401-0222)

圖2 台灣參與健保人數、全國可參與健保人數

### 三、醫療服務品質

#### (一) 醫療服務量

對於歷年來人民健康的議題越來越重視，要保人也越來越多，也意味著需求量增加，而供給如未達到市場均衡產量，就會產生問題，然而從醫療人力、物資、無形有形成了醫療保障的殺手，因此服務量的控管成了最主要的項目。



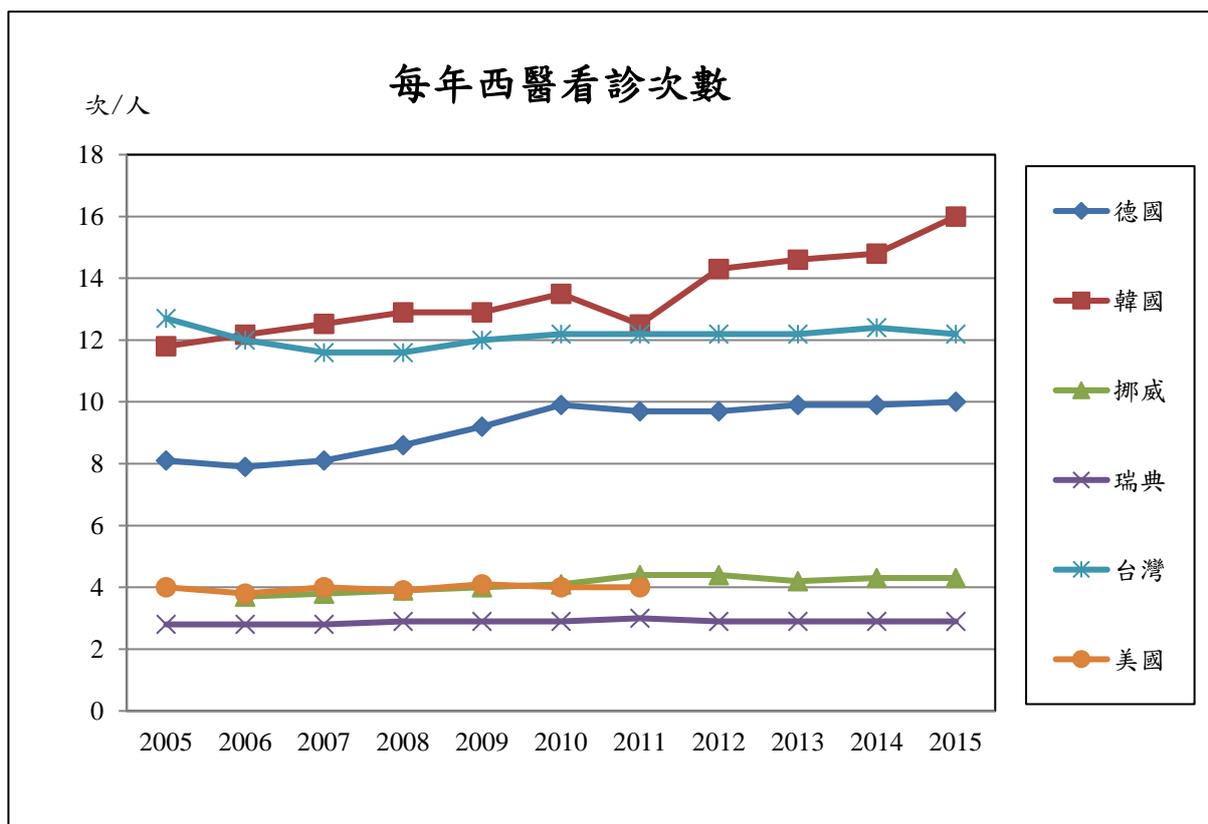
(資料來源：衛福部，PRIDE 系統編號：MH10306-0054)

圖 3 每位醫師服務病患量

從上述體系介紹來看，挪威、瑞典國家的醫療制度和英國同屬於國民保健服務型，他們保健習慣是屬於先自行購買成藥服用治療，如病情無好轉的趨勢，再預約自己的家庭醫師，醫師判斷過後無法用現成的設備進行治療，才轉至大醫院進行就醫。

從體系來看歐美地區的病患較無直接就醫的觀念，因此分子醫師人數多，分母病患量少的情形，因而造成亞州與歐美地區數據如此懸殊由（圖 3 每位醫師服務病患量）挪威、瑞典國家平均每位醫師每年服務四、五千位的病患，由此可見此制度可區分小病往大醫院就診的病患，省去過多不必要的醫療資源浪費，但也可能造成每位病患，因自行服藥而病情加重，在經過家庭醫師至醫院治療，反而畫蛇添足反成重病。

然而台灣與歐美地區截然不同的觀念是，市場診所多、便利性高，分子醫師人數多、分母小病就醫的問題日益嚴重病患因此病患人數更甚，數據看來台灣 10 年內病患量成長人數僅增至 5 百人。

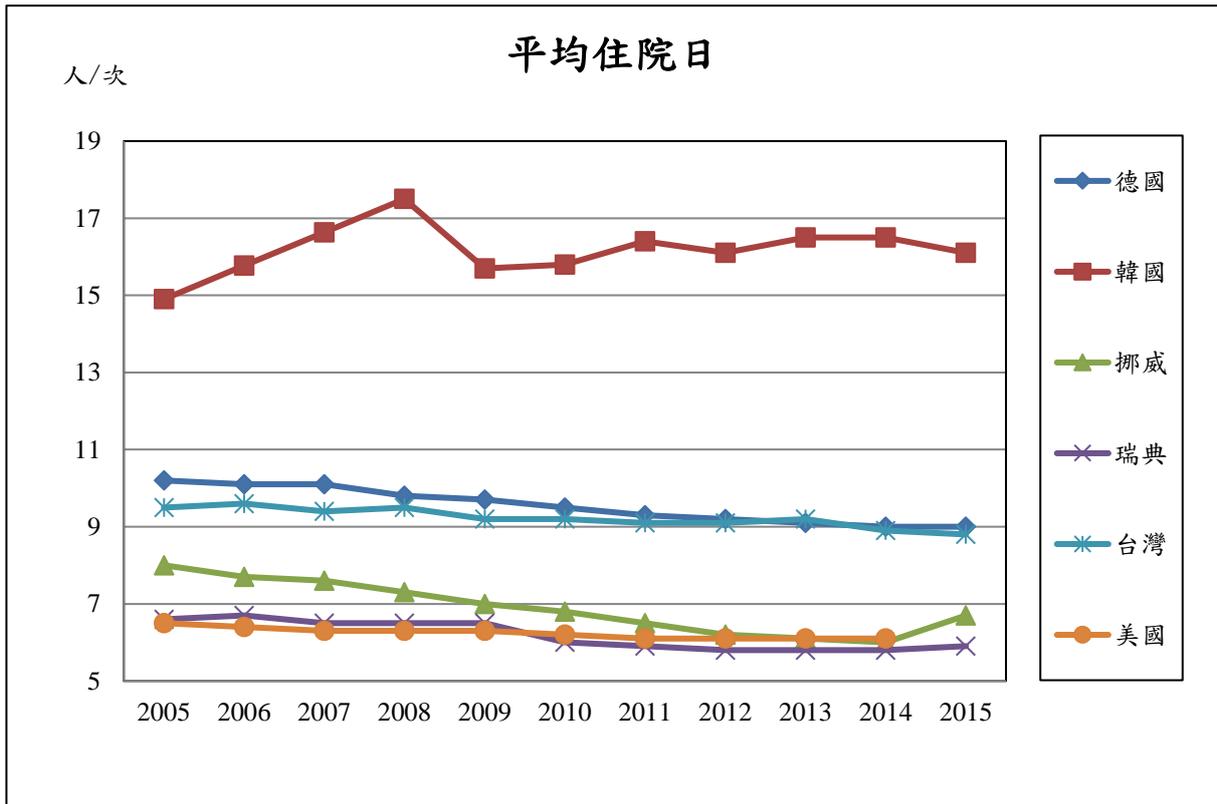


(資料來源：衛福部，PRIDE 系統編號：MH10306-0057)

圖 4 每年西醫看診次數

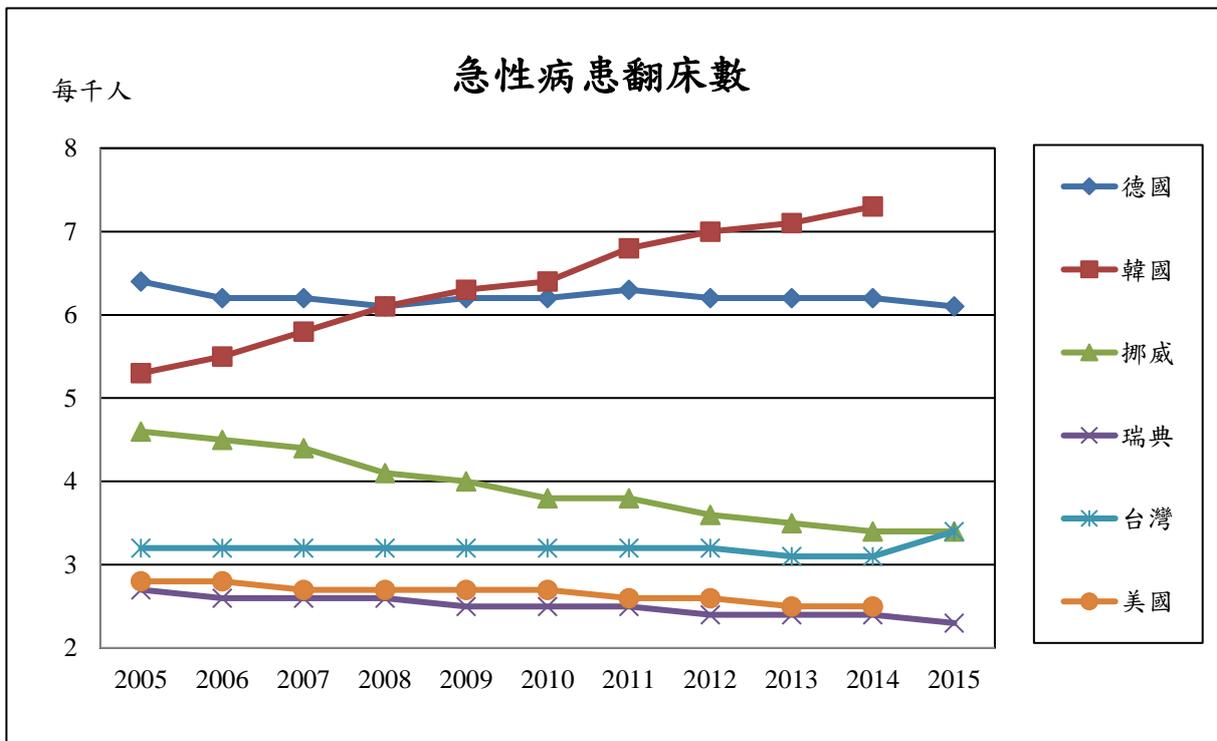
在台灣 2.3 千萬人口數下，每人每年平均看診次數卻高達 12 次，由（圖 4 每年西醫門看診次數）可看出每年 3 億次的門診量，從醫生角度來看，醫師每年需面對這麼多的病患，但為了使每位民眾享有醫療資源，醫師則必須縮減每位病患看診時間，無法鉅細靡遺的理解每位病患的需求，因此服務品質低落，然而在我國低健保費的制度下，以及便利性高、門診數多的市場內，從病患角度而言，醫療資源便利的體系下，可能造成病患肆無忌憚就醫的情形，形成醫療資源浪費的問題。

相同體系下的韓國亦然如此，甚至更甚從 2005 年到 2015 年，十年期間病患就診次數增至四人來到每年平均門診數量高達 16 人。歐美地區國家在家庭醫師這位守門員的照護下，可先由家庭醫師進行診療，因此可區別嚴重性，門診數量相對台灣、韓國而言較沒那麼可觀。



(資料來源：衛福部，PRIDE 系統編號：MH10306-0058)

圖 5 平均住院日

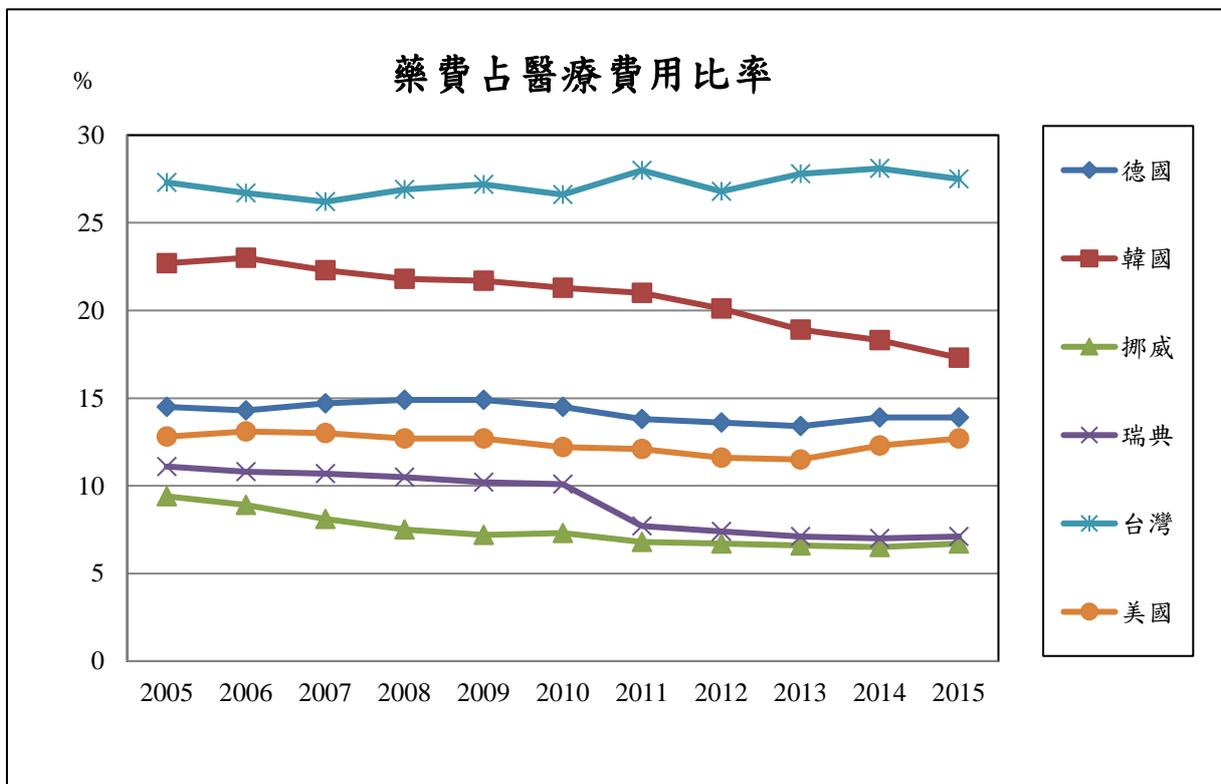


(資料來源：衛福部，PRIDE 系統編號：MH10306-0053)

圖 6 急性病患翻床數

從（圖 5 平均住院日）來看，指的是每個人每次住院的天數，美國的平均天數較其他國家低，可能因為美國醫療費用較高，民眾經濟負擔較高。然而韓國每人住院天數較高的原因可能是，小病不治拖至重病才就醫治療，從（圖 6 急性病患翻床數）來看韓國急診病床數從 2005-2015 人數逐漸增長翻床次數高達 7 千多人，因為重病，急診人次增多、床數增加，因重病轉而至住院治療天數過長，而形成（圖 5 平均住院日）平均住院天數高達 16 天。

相對台灣而言小病跑診所、大病送醫院，進而對於大醫院的需求較低，正面看可以讓真正有急症需求的人使用、不必浪費過多的醫療資源，使醫療得以有效利用，而反面向來看更影響著醫療健保給予醫院配額，而醫師為衝高醫院業績，造成高效率、低品質的效果，而醫生的門診數多（圖 4 每年西醫看診次數），讓病患看診時間變短，反而無法多了解病患的情況，甚至讓醫療服務人員超時工作，無法有適當的休息時間，成了健保大垢病。



（資料來源：衛福部，PRIDE 系統編號：MH10306-0062）

圖 7 藥費占醫療費用比率

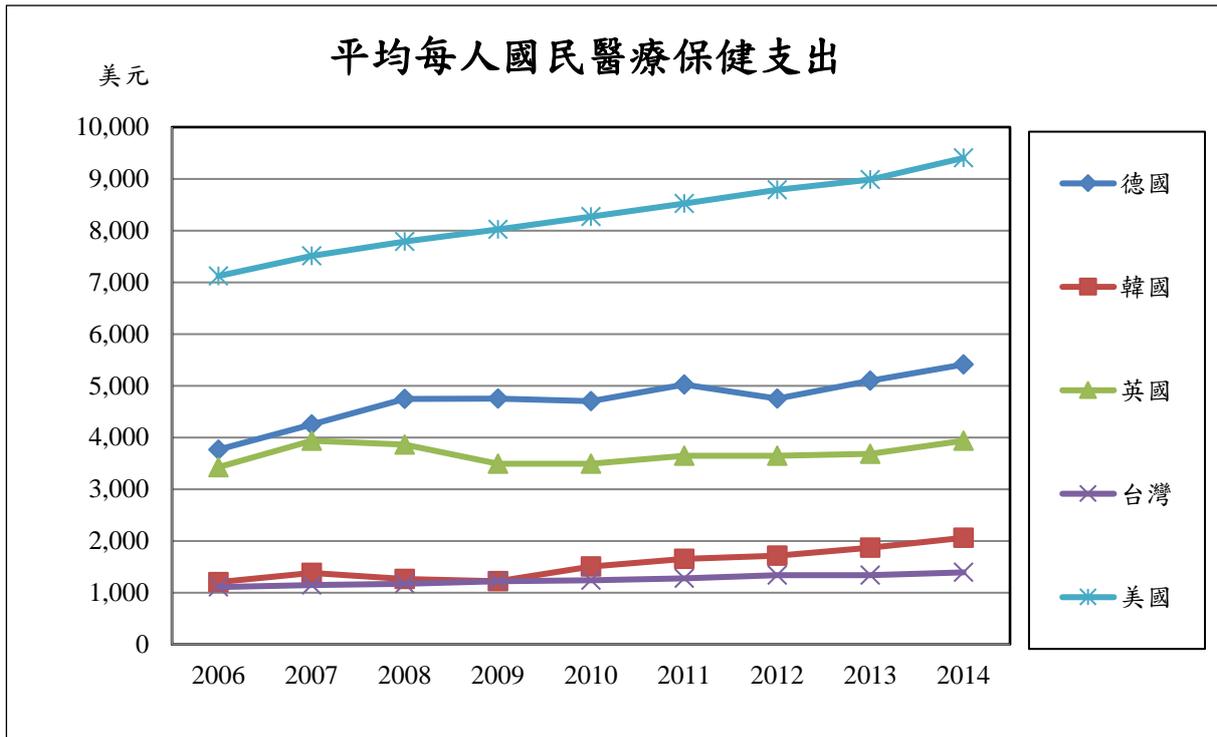
從（圖 7 藥費占醫療費用比率）資料顯示六個國家當中，台灣藥費佔醫療費用比率從 2005 年到 2015 年來 10 年當中百分比落在 25 - 30 之間，而相較於其他大部分國家，數值都在 15 以下，台灣卻仍居高不下，而與台灣相同健康照護制度的韓國，藥費雖高但每年趨勢下降。

從社會保險制度來看，台灣醫療保費低、給付多，從受保險人需求面來看，錢花的少、醫療資源豐富，而造成醫藥濫用的情形越來越嚴重，從供給面來看醫院為獲取保費補助與實際藥品之間的差價，卻造成藥費有增無減，受害的卻是健保。

## 參、健保與 GDP 之關係

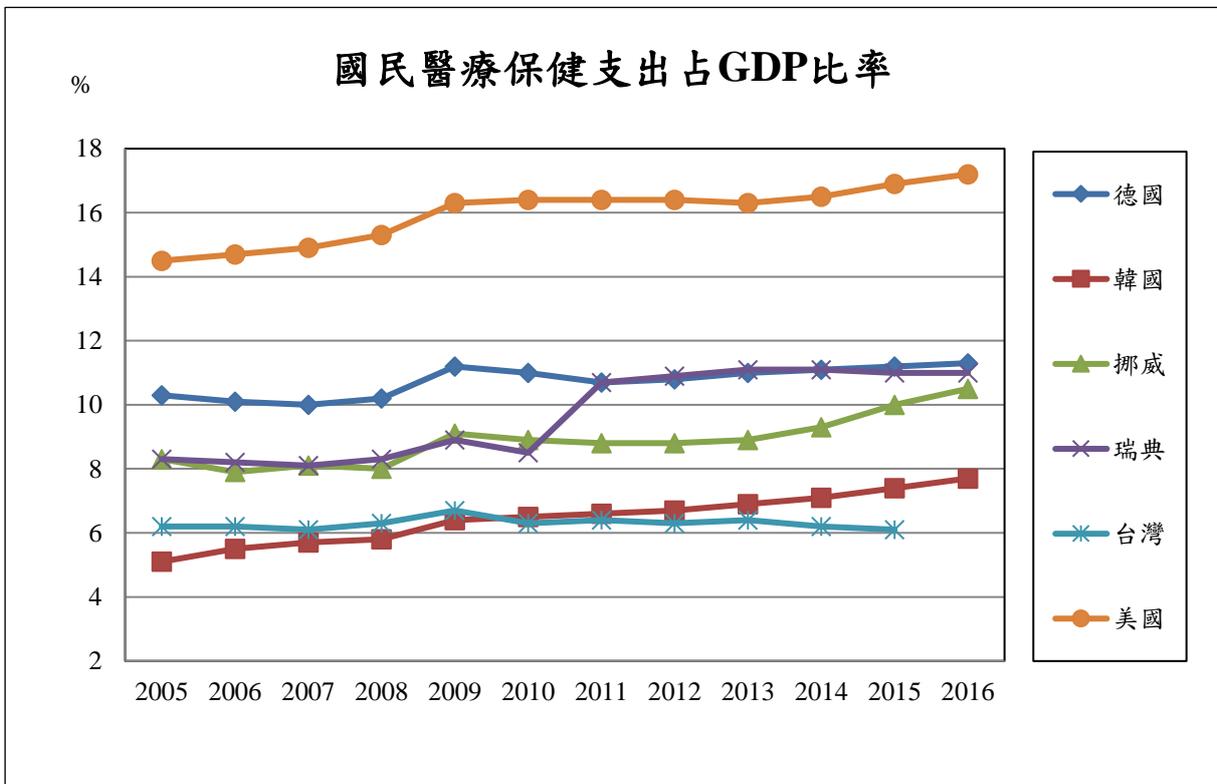
GDP 影響一國對於此經濟體系的成長率，也意味著國民生活品質受到影響。美國每人醫療費用一直是大家聞風喪膽的對象從（圖 8 平均每人國民醫療保健支出）可看到相隔 9 年的時間支出直線上升從 7 千增長到 9 千 5 美元，價值也呈現在（圖 9 國民醫療保健支出佔 GDP 比率）的數據上，每年醫療 GDP 產量總是獨佔鰲頭，而瑞典、挪威、韓國也持續在跟進。

然而台灣投入資金與產出的價值仍然平平，因為台灣低廉的醫療健保從（圖 8 平均每人醫療保健支出）2006 至 2014 增長不到 500 美元的支出，每單位服務量的投入卻不足已承受民眾所需的醫療保障、服務品質，從數據上來看與美國 2 仟 5 美元的差距相當懸殊。



(資料來源：World Bank；衛福部，PRIDE 系統編號：WB10205-0577)

圖 8 平均每人國民醫療保健支出



(資料來源：衛福部，PRIDE 系統編號：MH10306-0049)

圖 9 國民醫療保健支出占 GDP 比率

## 肆、結論

體系的背後往往都是制度改革的變遷、演化，為的是要架構一個完美的整體，但沒有一個制度是完美的透過與其他國家健保，體系的認知與比較，我們更可以從中而知哪裡可以效仿、避免。

健保財務一直是最根本的問題，唯有從政府、民眾、醫療，三個面向同時專研其脈絡、解決其問題，才知冰山面貌，否則只不過是瞎子摸象，只觀於眼前的事物、以偏概全，福利制度兼具理想與現實的國家卻也隱藏了許多詬病及隱憂。

表 2 各國制度優缺點

國家	優缺點
英國	從優點來看公務人員擁有完善的醫療資源提供，因此在沒有任何經濟因素的迫使，專業可以看見、也較能有自主性，但缺點就是公務人員的官僚化，醫療效率品質低落、資源無法節制，有著嚴重的轉診制度，人民須先透過自己的家庭醫生進行診斷，如有需求才能轉至醫院，雖然可以達到醫院資源不必要的浪費，但卻有可能耽誤病情的一大成因，因此有經濟能力的民眾紛紛投靠至私人醫院進行就診，便形成貴族醫院興起的趨勢。
美國	看似福利完善的法令、自由多元的風氣，卻因為政府的介入背後卻帶來反效果，青壯年身體狀況佳，相對保費低，寧可罰款也不願投保，擴大後造成變向漲價的健保，健保的擴大也意味著加重財政的負擔，政府政策的改革，為求精進固然好，但為尋求立即見效、全面性整頓，並未能引起全民性的帶動，如同還不會走路的嬰孩迫使他跑步，貿然的干預造成民眾反彈，而其中美國民意反對大政府的出面，政策改革不易，也可能成為其一大主因，而這些負擔無從下手，消費者則成了待宰殺的羔羊。

台灣	<p>健保的制度固然好，可減輕民眾對於醫療的負擔，台灣健保保障台灣人民的健康，但是在低健保的制度上可說是蜜糖，同時也可能是毒藥，然而從病患角度來看，因為有健保的給付，造成民眾貪小便宜的心態，因而向醫療機構大量索取藥物，造成過多不必要支出，成了一大詬病。</p> <p>從醫生角度來看醫師為解決醫療費用的開銷，以大病的方式治療小病，種種行為造成了許多的醫療資源浪費的問題，但健保給付大病不概括小病的制度仍然存在許多問題，正面向來看病患於小病時就近選擇診所治療，但光看診所服務量每年高達三億次，行政費用上的支出也遠遠高過醫院，為節省醫療財務上的花費，其中犧牲了從事醫療人員的時間及薪資，從反面向來看，更可能因為保大不保小的策略，病患因自費問題延誤就醫拖成重病，正反兩面的困境難以解決，大病小病問題界定無法謀合，成了健保的一大課題。</p>
----	---

(資料來源：研究者彙整)

## 伍、參考文獻

### 參考文獻

黃游軒(無日期)· 美麗糖衣，還是穿腸毒藥？· 取自

[https://ymmedmagazine.blogspot.com/2015/05/blog-post\\_22.html](https://ymmedmagazine.blogspot.com/2015/05/blog-post_22.html)

衛生福利部統計處· 取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-2156-113.html>

瑞典概況\_衛生保健(無日期)· 平等機會-瑞典人健康的關鍵· 取自

<https://sweden.se/wp-content/uploads/2013/11/Health-care-Chinese-high-resolution.pdf>

高添富(2012, 9月)· 醫事法律· 對北歐不責難補償制度之期許· 取自

[http://www.tma.org.tw/ftproot%5C2012%5C20120925\\_10\\_23\\_56.pdf](http://www.tma.org.tw/ftproot%5C2012%5C20120925_10_23_56.pdf)

維基百科· 全民健康保險· 取自 <https://zh.wikipedia.org/wiki/>

洪益欣(無日期)· 全民健保知多少？從納保、給付、支付談起(上)· 取自

<https://ymmedmagazine.blogspot.com/2015/06/blog-post.html>

洪益欣(無日期)· 全民健保知多少？從納保、給付、支付談起(下)· 取自

[https://ymmedmagazine.blogspot.com/2015/06/blog-post\\_7.html](https://ymmedmagazine.blogspot.com/2015/06/blog-post_7.html)

衛生福利部中央健康保險署(無日期)· 全民健康保險雙月刊第101期· 取自

<http://www.nhi.gov.tw/epaper/ItemDetail.aspx?DataID=3337&IsWebData=0&ItemTypeID=3&PapersID=290&PicID>

黃以敬、林惠琴(2018年, 10月)· 健保署長李伯璋：今年短絀260億 健保急需減少浪費· 取自 <http://news.ltn.com.tw/news/life/paper/1239397>

林嘉琪、王昶閔、陳梅英(2009年, 7月)· 中研院建議書健保佑GDP比例應增至7.5%· 取自 <http://news.ltn.com.tw/news/life/paper/319231>

醫病平台(2017年, 11月)· 從新加坡醫療財務制度談健保的醫療浪費· 取自

<https://tw.news.yahoo.com/-042932710.html>

吳亮儀(2018年, 9月)· 減少浪費健保資源／落實分級醫療、雲端查核開藥· 取自

<http://news.ltn.com.tw/news/life/paper/1234172>

黃漢華(2005年, 5月)· 全民健保 少不了又養不起· 取自

<https://www.gvm.com.tw/article.html?id=10216>

余宜歡(2016年, 8月)· 外國學不起來也不敢學的台灣健保：是國外醫療貴，還是台灣醫療太廉價？· 取自 <https://www.thenewslens.com/article/45518>

陶曉嫻(2009 年，11 月)·借鏡日、德經驗 搶救台灣健保·取自

<https://www.businesstoday.com.tw/article/category/80392/post/200911050016/>