

Part III

西方及我國 醫療體系 之概況

(I) 對西方醫療體系改革的一些考察

(II) 對我國醫療體系之評估

執編／莊俊義

關於全民健康保險的實行，最近在立法院受到相當熱烈的關切。許多立法委員對於全民健康保險是否真的能於民國83年如期實施的問題，提出多方面的質詢及懷疑。例如此次接受本小組採訪的洪奇昌委員即是一例（詳情請見洪奇昌立委專訪）。

然而衛生署張博雅署長很肯定的公開表示全民健康保險一定會於83年實施（時間的問題只是在83年年初或是年底罷了）。因此我們不免會提出一個疑問，為何立委先生們如此的懷疑政府開出的這張支票——83年實施全民健保——究竟能否如期兌現呢？除了目前農勞保的財務面呈嚴重虧損外，究竟還有那些弊端在阻礙著全民健保的推行呢？反觀張署長卻表示全民健保一定能如期實施，想必其有關單位已做出了完整的全盤考量與規劃。

對於全民健康是否能於83年如期實施，在此我們不做出任何意見。我們只想藉由觀察目前西方各國對醫療保健和醫療體系的改革趨勢，及剖析目前我醫療體系的種種問題所在，期盼在以西方改革趨勢做為參考之時，我

國即將實行的全民健保能順利地解決我國目前種種的醫療問題，以達福民利國之功效。

二次世界大戰以後，由於健康人權的意識抬頭，許多國家為了追求此人權而不斷地努力，一方面積極發展醫療資源，另一方面則擴大社會保險的適用對象或實施公醫制度，所以造成了國民就醫機會的提高及醫療費用的上揚。然1970年代初期，國際經濟景氣持續呈現低迷狀態，醫療費用的高漲已無法為先進國家所承擔，因此世界醫療體系的發展也就由提高醫療可近性的階段轉入控制醫療費用與追求效率的階段。但成效卻是相當有限，最後許多先進國家乃走向醫療體系的整體改革路線。

反觀我國，明末清初的醫療取向，乃以中醫為主導。至1865年馬雅各醫師引進西醫後，台灣才有西醫的出現。然而從1895年，日本佔領台灣後，便極力發展西醫，抑制中醫，且醫療體系與日本相同，都是學自德國的社會保險制度。光復後到民國70年以前，政府對中醫之發展採取曖昧政策，醫療院所以私立為主；公立醫院受人事關係影響頗

深，且公私立醫院對醫師的待遇相差懸殊，使公立醫院之醫師由名義上的專職，轉而成為實際上的兼任醫師；至於基層醫療保健服務方面，我國於民國40年代在各鄉鎮市區普設衛生所，對預防保健的貢獻頗大，然民國60年後其功能則日漸式微了。光復後至民國70年以前，我國的醫療體系並無明顯之功能區分，亦無嚴格之轉診制度，醫藥沒有分業，於醫療體系上卻轉變成以自由市場為取向、競相爭取病人及擴充規模。

目前，正當我國積極發展醫療資源，且將於民國83年實施全民健康保險之時，我國的醫療體系具有許多的特性，諸如醫療資源的總量並無不足，但分佈卻極端不均且有惡化之傾向；醫療品質參差不齊，評鑑合格醫院高度集中化；醫療效率不佳尤以省市立醫院為甚；勞保對醫療院所立支付採個別治定，而缺乏一定標準；醫學中心及區域醫院的興建偏向於醫療資源豐富的都會區，而非醫療資源缺區；另外醫療費用之高漲，保險營運嚴重的逐年虧損，其政策面的解決之道更是當今即將實行全民健康保險時所要特別重視的一環！

由於國內學者對於醫療體系之相關資訊，有相當程度的研究及論文報告，因此，筆者便節錄兩篇學者的論文報導，以使讀者對西方及我國當前的醫療體系有更深入的了解：

第一部分：節錄自 江東亮：「對西方醫療體系改革的一些考察」

（論文發表於全民健康保險相關問題研討會，中央研究院，經濟研究所，中華民國八十一年十月五至六日）。

第二部分：節錄自 楊志良：「對我國醫療體系之評估」，公共衛生新論壇增訂版。

由於原文內容甚豐，因此筆者乃將之濃縮整理，以成下面兩篇文章。

(I)

對西方醫療體系改革
的一些考察

江東亮

本文旨在分析近年來美國、加拿大、德國、英國與瑞典等五個典型國家醫療體系的改革方向，並討論對我國推動全民健康保險的啓示。

■美國、加拿大德國、英國與瑞典等五國的醫療體系之簡介（表一）。

一、美國

美國是一個多彩多姿的國家，1988年大約有2.45億人口，男女平均壽命分別為72歲和78歲。由於資本主義與個人主義盛行，美國的醫療體系一向以多元化著稱，並且無論醫療服務的提供或是醫療財源的籌措，都以自由市場為原則。美國的醫療資源十分豐富，平均每千人有2.3名醫師和6.6張病床，但是地理分布不均的現象仍然相當嚴重。美國的醫院與病床大都屬於民間，而醫師亦大都服務於私立醫療院所。過去，美國政府雖然曾試圖推醫療網計劃，但由於不願意放棄自由市場的原則，所以最後並未成功。一般而言，除了健康維護組織以論人計酬為主外，美國的門診與住診服務大都採論量計酬。1983年，為了控制醫療費用的高漲，美國政府對老人醫療保險的住診服務，改採診斷關係群計酬，研究結果指出此項政策已經發揮部分作用。

美國的醫療財源以民間為主，公共財源只佔全部醫療支出

的42%，為已開發國家中最低者。美國也是目前唯一沒有全民健康保險的先進國家，其政府只提供老人與窮人的醫療安全保障。為了減少就醫的財務障礙，美國人通常選購民間健康保險，但是目前仍有15%左右的美國人沒有任何健康保險。而諷刺的是，美國的醫療費用，居世界之冠，1988年佔國內生產毛額的11.8%，平均每人2354美元。因此，大多數美國人都不滿意自己的醫療體系，極想改革。事實上，美國過去曾採行許多控制策略，但卻大都失敗，現在則追求管理式競爭，冀望能從此控制醫療費用的上漲

二、加拿大

加拿大是一個幅員廣闊但氣候寒冷的國家，1988年只有三千萬人口，男女平均壽命則分別高達73歲和80歲。加拿大與美國毗鄰，彼此的醫療服務提供相似，但醫療財源籌措卻截然不同。1988年，加拿大均每千人有2.2名醫師與6.9張病床。雖然加拿大政府對於醫療資源的管理較美國為嚴，特別是醫院本完全控制在政府的手裡，但是加拿大的醫療服務市場仍然稱得上是自由市場。與美國一樣，加拿大政府擁有的醫院與病床不多，而且大多數的醫師服務於私立非營利性醫療院所。不同的是在支付制度上，加拿大的醫院採預算制度，而開業醫師的服務雖然亦採論量計酬，卻有統一的支付標準表，

且禁止差額負擔。

加拿大自1971年起實施全民健康保險，由各省府負責辦理，而中央政府則運用其配合款，發揮對地方政府的影響力。1988年，公共財源佔加拿大全部醫療支出的75%，其中40%左右來自中央政府。地方政府的財源主要為一般稅收。在實施全民健康保險之前，加拿大醫療費用成長的速度與美國不分軒輊，但之後即大幅緩慢下來。1988年，加拿大的醫療費用佔國內生產毛額的8.6%，平均每人支出1581美元。

三、德國

德國是一個民族主義濃厚的國家，1988年有6100萬人口，男女平均壽命分別為72歲和78歲。德國是世界上最早實施健康保險的國家，但其醫療服務的提供目前仍然依靠市場機能。德國的醫療資源比美國更豐富，1988年平均每千人有2.9名醫師與10.9張病床，因此有醫師人力過剩而病床閒置的現象。然而因為德國為地方分權的國家，醫療資源過剩的問題並不容易解決。例如：德國自1972年起即實施醫院計畫，但地方政府卻未認真執行，反而助長醫院的擴建。就所有權而言，德國公私立病床大約各佔一半，不過醫院硬體投的經費則完全操在政府的手裡。德國醫療體系的一大特色就是，醫院只能提供住診服務，採論日計酬，而門診服務則由開業醫師提供，採論量計酬。

表一·

基本概況

·總人口

·平均

男性

女性

·65歲

醫療資源

·醫師

·病床

·公共

支付制

·總額

·門診

·住院

財源籌

·主要

·公共

醫療費

·每人

·佔國

a 以論

b 主要

c 主要

d 1990

保險

險，

%財

財源

%。

金負

個疾

與勞

期德

快，

算制

慢下

費用

%，

全民健保

PART III

表一·臺灣地區與美國、西德、加拿大、英國及瑞典等五國醫療體系的重要特性比較，1988

	臺灣地區	美國	西德	加拿大	英國	瑞典
基本概況						
· 總人口(百萬)	19.9	245.4	61.1	29.9	57.1	8.5
· 平均餘命(歲)						
男性	71.0	71.5	71.8	73.0	72.4	74.2
女性	76.2	78.3	78.4	79.7	78.1	80.0
· 65歲以上人口(%)	5.7	12.3	15.4	11.1	15.6	17.8
醫療資源						
· 醫師(名/千人)	1.0	2.3	2.9	2.2	1.4	2.9
· 病床(張/千人)	4.4	5.1	10.9	6.9	6.5	12.3
· 公共病床(%)	≈40	≈25	≈50	≈35	≈90	≈95
支付制度						
· 總額預算	—	—	+	+	+	+
· 門診	論量	論量	論量	論量	混合(a)	薪水
· 住院	論量	論量	論日	預算	預算	預算
財源籌措						
· 主要方式	混合(b)	混合(c)	社保	稅收	稅收	稅收
· 公共財源(%)	≈50	42	72	75	87	90
醫療費用						
· 每人支出(美元/年)	360(d)	2140	1250	1581	793	1328
· 佔國內生產毛額(%)	4.6(d)	11.3	8.9	8.6	5.9	9.0

a 以論人計酬為主，但部分服務為論量計酬。

b 主要醫療費用來源為自費醫療與社會保險。

c 主要醫療費用來源為自費醫療、民間健康保險、老人醫療保險與貧民醫療救助。

d 1990年資料。

幾乎所有的德國人都有健康保險，其中90%參加法定保險，8%參加民間保險，其餘2%財接受免費醫療。因此，公共財源大約佔全部醫療支出的72%。德國的健康保險是由疾病基金負責經營，全國大約共有1200個疾病基金，而保險費則由雇主與勞工各負擔一半。1970年代初期德國的醫療費用在成長特別快，但因能即時立法實施總額預算制度，所以到了1980年代即緩慢下來。1988年，德國的總醫療費用支出佔國內生產毛額的8.9%，平均每人1250美元。

四、英國

英國是一個四面環海的古老國家，1988年有五千七百萬人口，男女平均壽命分別為72歲與78歲。現在英國的醫療制度是中央集權的制度，始於1948年，習慣上我們稱之為公醫制度。在先進國家中，英國屬於醫療資源較少的國家，1988年平均每千人只有1.4名醫師及2.8張病床。但由於積極推動醫療網政策，英國可以說是目前世界上醫療資源地理分布最均衡的國家。英國的醫院大都是公立醫院，醫院的醫師為受薪醫師，但是開業醫師則與政府之間只維持特約關係。至於英國的醫療費用支付制度，在1989年大改革以前，醫院的收入是公務預算，但大改革以後開始採用論量計酬，而開業醫師的服務則繼續以論人計酬為主，論量計酬為輔。

公醫制度名稱的由來主要是因為政府以一般稅收支全體國民的醫療費用，所以英國的醫療費用中公共財源的百分比高達87%。在英國，民間健康保險的地位並不重要，目前大約有13%的人購買，而且大都是附加保險。與其他先進國家比較，英國的醫療費用相當低，只佔國內生產毛額的5.8%，1988年平均每人支出793美元。因為是中央政府預算的一部分，所以英國的醫療費用不容易上漲。但由於長期醫療費用偏低，加上中央決策難以滿足地方特殊需要，許多英國人不滿意公醫制度。有鑑於此，柴契爾夫人在1989年元月提出「為病人服務」的白皮書，期待以「內部市場」的機轉提高英國的醫療服務效率。

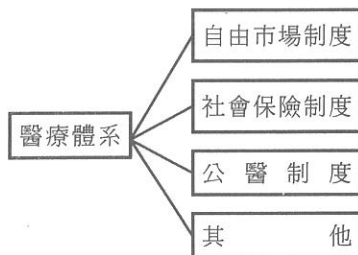
五、瑞典

瑞典是世界上最富有的國家之一，1988年人口850萬，男女平均壽命分別為74歲與80歲。與英國一樣，瑞典也是公醫制度的國家，不過屬於地方分權制度。瑞典的醫療資源特別豐富，1988年平均每千人有2.9名醫師及13.3張病床，因此醫療服務不像英国有長長的等後名單。由於醫療網政策成功，瑞典的醫療資源的地理分布十分均衡。在瑞典，幾乎所有的醫療機構皆公營，而醫師則為受薪階級。遺憾的是，現在瑞典醫師的生產力年年下降。

瑞典的醫療費用中公共財源佔90%，民間健康保險的角色微不足道。由於瑞典70%以上的醫療財源在地方政府，因此不易有效控制醫療費用成長。儘管如此，中央政府仍然設法與地方政府協商，促使瑞典醫療費用佔國內生產毛額的百分比為9.0%，僅次於美國。1988年，平均每名瑞典人的醫療費用為1328美元，其中70%以上支付住診服務。為了緩和醫療費用上漲的壓

力及追求效率，除強調初級醫療服務的重要性外，部分瑞典地方政府正在實驗「公共競爭」的策略。

最後，上述五個國家的醫療體系大致可以歸為三類，即自由市場、社會保險以及公醫制度。美國的醫療體系屬於自由市場制度，無論服務的提供或財源的籌措都以民間部門為主，而且多元化。加拿大與德國的醫療體系屬於社會保險制度，服務的提供由民間部門與政府部門共同負責，但是財源的籌措則以公共部門為主。英國與瑞典的醫療體系屬於公醫制度，無論服務的提供或財源的籌措都以公共部門為主。



圖一、醫療體系的類型

	服務提供的主體	財源籌措之主體	國家代表
自由市場制度	民間部門為主	民間部門為主	美國
社會保險制度	民間部門與政府部門共同負責	公共部門為主	加拿大、德國
公醫制度	公共部門為主	公共部門為主	英國

表二、三種醫療體系的比較

改革方向

大體而言，上述五個國家的醫療體系的主要改革方向為：美國追求管理式競爭，加拿大限制總醫療支出，德國實施總額預算，英國提倡內部市場，瑞典實驗公共競爭，扼要說明如下：

本質上，美國的管理式競爭在於利用既有的工具，建構消費者選擇健康保險的成本意識，再藉消費者對續優健康保險的選擇，達到追求公平而有效率提供醫療服務與籌措醫療財源的目的。Enthoven認為目前美國的醫療市場缺乏公平而有效率的競爭，主要原因在於健康保險市場的失敗，而造成健康保險市場失敗的理由則包括逆選擇、市場區隔、差別給付、偏誤資訊、終止續保與寡頭壟斷等，因此建議贊助者或買方（包括雇主與政府）

可以利用既有工具幫助消費者謹慎選購健康保險，例如：經驗費率、標準給付、開放投保、續保權利、支持競爭以及監視績效等。近年來，美國組織式健康保險（如健康維護組織和優先提供者組織）不斷成長，顯示管理式競爭的升高，但是否能達到增加提供效率與控制費用上漲的目的，則有待考驗。

加拿大限制總醫療支出的策略是逐步發展而來。首先，實施全民健康保險被認為是加拿大能成功控制醫療費用上漲的根本原因。加拿大在實施全民健康保險之後，即由多重付費者身分轉變為單一付費者身分，大幅提高控制醫療費用的能力。其次，政府不但控制醫院的資本投資，而且對醫院的經營採預算制度。第

三，地方政府與開業醫師協商統一支付標準，並且禁止差額負擔。最後，中央政府對地方的補助由比率分攤改為定額分攤，且視國民生產毛額的成長而定。固然加拿大的醫費用控制非常成功，但醫療提供者與付費者之間的利益衝突壓力卻越來越大。

德國的總額預算制度受到重視，是因為它發揮了控制醫療費用上漲的作用。1970年代後期，西德政府利用醫療費用上漲的危機，凝聚了社會共識，通過醫療費用控制法案，首先對門診醫師與藥品實施總額預算，接著又在1980年代中期通過聯邦醫院費用支付條例，對醫院實施總額預算。為了實施總額預算，德國政府在聯邦層次設有協商委員會，由相關利益團體代表組成，每年協商醫療費用的成長上限與修定支付標準表，做為地方疾病基金聯合會與疾病基金醫師公會聯合會以及醫院之間的協商原則。德國與加拿大一樣，雖然控制了醫療費用的成長，卻助長了不同利益團體之間的衝突，而且論量計酬制度似乎已誘使醫師提供過多的服務。

英國的公醫制度在柴契爾夫人發表「為病人服務」白皮書之後已經產生蛻變，服務提供與財源籌措結為一體的現象從此不復存在。在「內部市場」政策之下，地區衛生局成為醫療服務的買方，向醫院與開業醫師購買醫療服務，而英國政府為了進一步區別買賣雙方，更允許醫院自主，成立醫院基金，自設董事會，不再直屬地區衛生局或區域衛生處，而開業醫師亦可持有基金，向醫院直接購買服務。地區衛生局的預算與當地人口多寡有關，而與醫療服務的購買量無關。但是錢跟著病人跑，醫院的預算則決定於其提供服務的數量與銷售量。因此，「內部市場」政策可以獎勵地區衛生局謹慎購買醫療服務，刺激醫院有效率地提供醫療服務，且造成不同醫院之間發生競爭。因為到1991年四

月英國公醫制度才完成蛻變，實際的衝擊須要再等一段時間。

從瑞典部分郡市開始推動的「公共競爭」政策，目的是為了尋求計畫醫療與市場醫療之間的平衡。實務上，首先將公立醫療院所重新定位為「公共廠商」。其次，與英國一樣，讓錢跟著病人跑，而且病人可以自由選擇「公共廠商」接受服務。第三，「公共廠商」的預算應與其公共市場的佔有率結合。如此，為了市場佔有率以維持收入及人事，公立醫療院所將彼此互相競爭。「公共競爭」與一般市場競爭不同的地方，在於這些「公共廠商」皆為瑞典醫療網計畫下已存在的醫療院所。由於瑞典的「公共競爭」政策目前仍處於實驗階段，結果亦有待進一步觀察。

有趣的是，配合前面醫療體系的分類，可以發現同一類型國家的改革目標相似。自由市場制度的國家追求公平而有效率的競爭，社會保險制度的國家重視總醫療費用的控制，而公醫制度的國家則冀望提高醫療服務的效率。另一方面，儘管每一類型國家仍然維持原有特色，但是不同類型國家之間已經彼此互相學習，例如：公醫制度的國家借用自由市場制度國家與社會保險制度國家的市場概念，以提高醫療服務的效率，而社會保險制度國家則借用公醫制度國家的預算概念，以控制總醫療費用的高漲。但無論那一類型的醫療體系，醫療費用支付制度都是改革的核心，即使「內部市場」政策或「公共競爭」政策亦然。

4.6%，平均每人360美元，顯著低於先進國家。目前由於只有50%的居民有健康保險，而醫療資源又多為民間所有，臺灣地區的醫療體系屬於自由市場主義制度，但是1994年實施全民健康保險以後，即轉為社會保險制度。

根據上面的分析，社會保險制度國家的改革方向在於以預算概念控制總醫療費用的成長。臺灣地區的醫療體系因採開放性論量計酬制度，以致難以控制醫療費用的上漲，因此未來亦應推動總額預算制度。目前全民健康保險的規劃正以此為目標，可說是符合西方國家的改革潮流。不過值得注意的是，在全民健康保險第一期規劃時並未將醫院資本投資的控制與其作業預算分離。將來為了使醫院費用控制順利，建議應予以分離，而且由中央衛生主管機關主控醫院的資本投資，以利醫療網的推動。此外，對於總額預算下，因論量計酬而發生過量提供醫療服務以及不同團體之間利益衝突升高的現象，亦應多加關切。

其次，為了提高醫療服務效率，市場概念非重要。目前臺灣地區醫療服務的提供以民間部門為主，建議未來應維持現況，醫療院所與全民健康保險之間採特約關係，以利市場機能的運作。公立醫療院所部分，則建議應吸取英瑞兩國的改革經驗，實施彈性預算制度，亦即醫院的預算隨其實際提供的服務量而調整，以誘使提高服務效率。至於醫療資源地理分布不均的問題，建議應結合全民健康保險醫療費用支付制度的力量以強化醫療網功能，例如：提高偏遠地區診療報酬的支付水準，以鼓勵醫師前往開業。

橘越淮而為枳，說明了移植的困難。從西方醫療體系改革經驗而來的啟示，是否適合臺灣地區呢？由於我國的政治、經濟、社會與文背景，與西方國家顯然不同，上述建議仍有值得深思之處。

	改革原因	改革方向
美國	健康保險市場的失敗	管理式競爭
加拿大	醫療費用的上漲	限制總醫療支出
德國	醫療費用的上漲	總額預算制
英國	醫療服務效率低落	內部市場
瑞典	計畫醫療與市場醫療間之不平衡	公共競爭

表三、各國醫療體系其改革原因與方向的比較

對全民健康保險的啟示

西方醫療體系的改革經驗，帶給我們什麼啟示呢？臺灣地區是新興的工業國家，1988年大約有兩千萬人口，男女平均壽命分別為71歲與76歲，但是65歲以上老人人口只有5.7%。與美國一樣，臺灣地區醫療服務的提供主要依靠市場機能，醫療資源比英國還少，1988年平均每千人有一名醫師和4.4張病床。臺灣地區民間病床約佔40%，且80%以上的醫師服務於民間醫療院所。雖然自1985年起開始推動醫療網計畫，但是醫療資源地理公



病理解剖學之父——G.B.莫千尼

布不均的現象仍然嚴重。無論門診或住診服務，在臺灣地區皆採論量計酬。1990年臺灣地區的醫療費用大約佔國內生產毛額的

(II)

對我國醫療體系之評估

楊志良

本文乃以系統分析之觀點，依據我國醫療體系之歷史背景及當前醫療生態環境，逐一的討論各種大因素對醫療體系的影響。

我國將在民國 83 年達成全民健康保險，而實施全民健康保險的政策目標，即在提供全體國民適切的醫療保健照護，以保障社會安全，增進國民健康。因此在規劃全民健康保險之時，必須對現行醫療體系加以評估，本研究的目的即在探討：

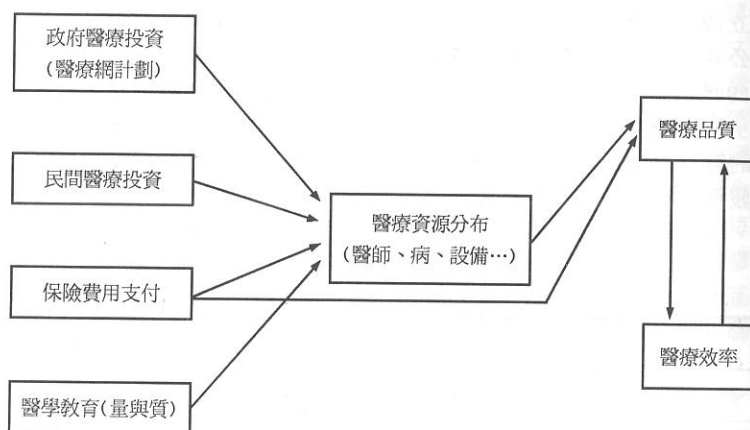
1. 研討目前及未來醫療資源的數量與分佈，及分析其是否能滿足全民健康保險的需求。

2. 評估目前的醫療品質，並探究此品質水準是否大略可為國民所接受。

3. 探討目前醫療體系的效率。亦即以同樣的費用支出，是否可獲得更多更好的醫療照護；或是否可以更少的代價，以獲得與目前相同質與量的醫療照護。

4. 本研究嘗試以系統分析的方法探究影響我國醫療資源分佈、品質與效率的重大因素，以做為未來改善我國醫療體系決策時之參考。

對於「影響我國醫療體系重大因素的分析」現以系統分析的觀點，依據我國醫療體系的歷史背景與當前醫療生態環境，發展出圖一及圖二的系統架構，並以之逐一討論各重大影響因素對醫療體系的影響。



圖一 影響臺灣地區醫療資源分佈、醫療品質與醫療效率之基本架構

■ 影響醫療體系的因素

一、目前及未來醫療資源的數量與分佈

總量並無不足，但分佈偏頗，且有惡化的傾向。

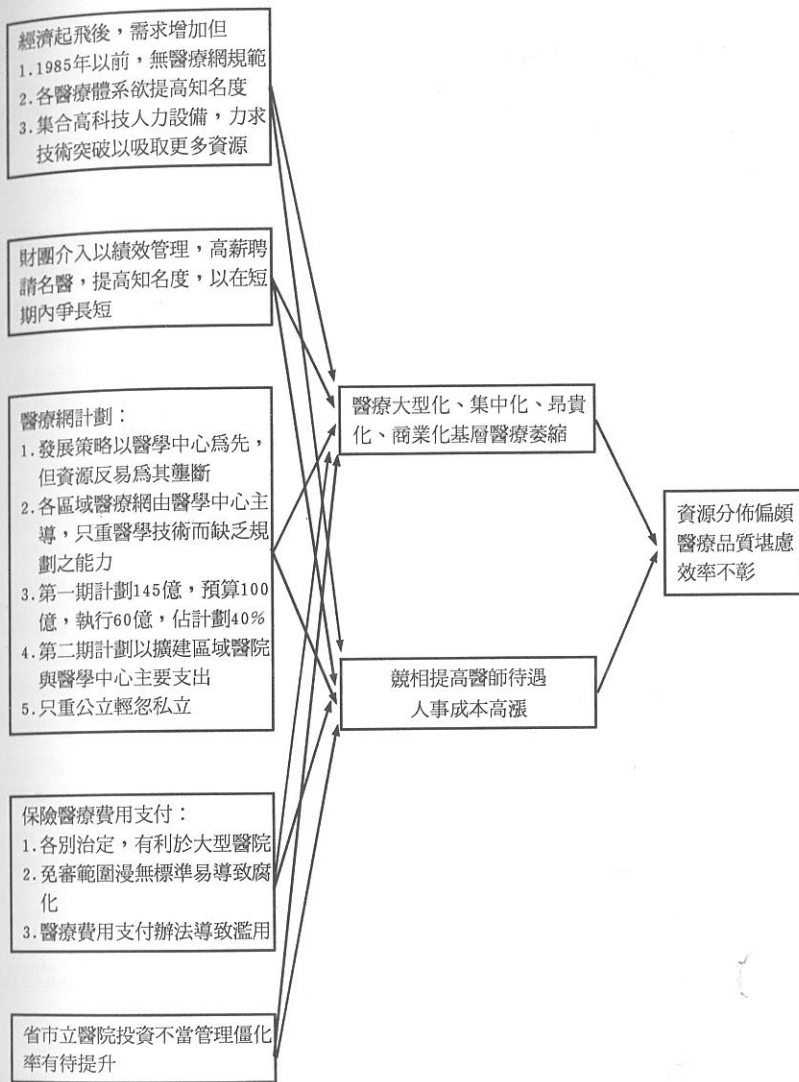
醫療資源不外乎醫事人力及醫療設施。醫事人力種類甚多（醫師、牙醫師、護理人員、藥師等等），但本研究為求簡只限於探討其中最重要醫師人力，而醫療設施則以病床為主。至 78 年底，台灣地區執業中之醫師人數約為 18,600 人（尚不包括中醫師），且以每年 1,000 人以上的速率增加中。又因為近十年來醫師外流至為有限，外籍華人醫師反而有加速流入的傾向（最三年

每年平均流入 150 名以上），因此衛生署計劃至民國 89 年每年 750 人口，即有一名醫師的目標約略可以達成。

至於病床方面，目前（77 年底）全台灣地區每萬人口有 28.5 張一般病床，9 張慢性病床，雖距衛生署預定至 89 年每萬人口 40 張一般病床，15 張慢性病床尚有差距，但目前並無嚴重不足的現象。

數目龐大的百床以下中小醫院，空床情形至為嚴重。故以全國而言，除少數「明星級醫院」一床難求，一般醫院病床的供應並無明顯不足。

然而在醫療資源的分佈方面，卻相當偏頗。以縣市別比較之，則民國 78 年之資料顯示台



圖二 影響臺灣地區醫療體系重大因素之系統分析架構(1975-1990)

差別（台北區比雲林區）仍達2.9倍，若只論受過正式醫學教育者，則高低相差3.7倍（表2）。

病床方面，以縣市別而言，每萬人口病床數高低間相差9.5倍（表3），以醫療區論之，則為2.5倍（表4）。若只計算通過衛生署醫院評鑑之病床，則地區間差距更大。

由於若干重大醫院增擴建工程（如台大、榮總、新光等）將陸續完成，而第二期醫療網完成後（民國84年），依衛生署的估計，區域間病床分佈的差距非但不會減小，且可大擴大（表4）。由於醫院對醫事人力，特別是年輕醫師，有巨大吸引作用（僅台大整建完成，即預定增加559名專任醫師），且目前較偏遠地區醫師普遍老化，未來將大幅退休或死亡，若無具體有效的措施，則未來醫事人力分佈仍將逐步惡化。

醫療資源分佈不均將導致「有保險無醫療」的發生，雖然台灣地區多數城鄉間交通便捷，但相對於都會區居民，村居民就醫所費之時間與交通成本仍高出甚多，易於造成社會甚至政治紛爭。因此各實施全民健康保險或公醫制度的國家均致力於醫療資源分佈之改善。（如德國規定區域間相差不得超過二倍，英國將區域劃分為資源過多、適當及不足區，過多地區不准新的一般科醫師開業，對前往不足區開業則加以贊助。而醫院幾乎全屬公設，地區間分佈均勻。）

北市每萬人口有16.8名醫師，而最少的嘉義縣只2.6名，相差6.4倍。因國內尚有近3,000名未受過正式醫學教育的醫師，其醫療功能有限，若只計算受過正式醫學教育的醫師，則每萬人口台北市為14.3名，嘉義縣為1.5名，相差達9.6倍（表1）。

故在實際醫師功能的發揮上，地區別的差異至為嚴重，若將全台灣地區依衛生署規劃之17個醫療區計算，則因區域範圍較大，區域內之縣市間差別相互抵消，故區域間差別必然較縣市間為少，但醫師人數在區域間高低



人體解剖學先驅——偉沙流斯

表1 每萬人口醫師數依醫療區域分

區域別	人口數	執業醫師數	執業醫師人口比	差距比	正式訓練醫師數	正式訓練醫師人口比	差距比
台北	5,511,650	6,124	11.11	2.85	4,790	8.69	3.67
基隆	467,202	332	7.11	1.82	245	5.24	2.21
桃園	1,301,457	1,368	10.51	2.69	966	7.42	3.13
新竹	685,531	451	6.58	1.69	284	4.14	1.75
宜蘭	447,032	313	7.00	1.79	202	4.52	1.91
苗栗	543,914	281	5.17	1.33	159	2.92	1.23
台中	1,960,609	1,854	9.46	2.43	1,221	6.23	2.63
彰化	1,232,040	806	6.54	1.68	538	4.37	1.84
南投	532,238	310	5.82	1.49	192	3.61	1.52
雲林	758,466	296	3.90	1.00	180	2.37	1.00
嘉義	806,404	512	6.35	1.63	344	4.27	1.80
台南	1,682,611	1,225	7.46	1.91	869	5.16	2.18
高雄	2,467,172	2,186	8.86	2.27	1,578	6.40	2.70
屏東	888,468	472	5.31	1.36	291	3.28	1.38
澎湖	96,610	62	6.42	1.65	39	4.04	1.70
花蓮	350,644	283	8.07	2.07	183	5.22	2.20
台東	257,855	138	5.35	1.37	84	3.26	1.38

說明：1.七十八年年中人口數。

2.根據七十八年六月行政院衛生署醫事人員資訊系統醫師資料。

表2 每萬人口醫師數依縣市別分

區域別	人口數	執業醫師人數	執業醫師人口比	差距比	正式訓練醫師數	正式訓練醫師人口比	差距比
台北市	2,699,636	4,533	16.79	6.41	3,847	14.25	9.56
高雄市	1,369,827	1,542	11.26	4.30	1,200	8.76	5.88
基隆市	349,400	332	9.50	3.63	245	7.01	4.70
新竹市	316,856	287	9.06	3.46	212	6.69	4.49
台中市	741,337	1,182	15.94	6.08	842	11.36	7.62
台南市	673,635	791	11.74	4.48	608	9.03	6.06
嘉義市	256,206	368	14.36	5.48	262	10.23	6.87
台北縣	2,929,816	1,591	5.43	2.07	943	3.22	2.16
桃園縣	1,301,475	1,368	10.51	4.01	966	7.42	4.98
新竹縣	368,675	164	4.45	1.70	72	1.95	1.31
宜蘭縣	447,032	313	7.00	2.67	202	4.52	3.03
苗栗縣	543,914	281	5.17	1.97	159	2.92	1.96
台中縣	1,219,272	672	5.51	2.10	379	3.11	2.09
彰化縣	1,232,040	806	6.54	2.50	538	4.37	2.93
南投縣	532,238	310	5.82	2.22	192	3.61	2.42
雲林縣	758,466	296	3.90	1.49	180	2.37	1.59
嘉義縣	550,198	144	2.62	1.00	82	1.49	1.00
台南縣	1,008,976	464	4.60	1.76	261	2.59	1.74
高雄縣	1,097,345	644	5.87	2.24	378	3.44	2.31
屏東縣	888,468	472	5.31	2.03	291	3.28	2.20
澎湖縣	96,610	62	6.42	2.45	39	4.04	2.71
花蓮縣	350,644	283	8.07	3.08	183	5.22	3.50
台東縣	257,855	138	5.35	2.04	84	3.26	2.19

說明：1.七十八年年中人口數。

2.根據七十八年六月行政院衛生署醫事人員資訊系統醫師資料。

3.根據七十七年度醫院評鑑資料。

全民健保

PART III

表3 每萬人口病床數依縣市別分

縣市別	人口數	病床數	病床人口比	差距比	通過評鑑病床數	通過評鑑病床人口比	差距比
台北市	2,681,857	12,360	46.09	4.39	11,302	42.14	11.45
高雄市	1,362,086	6,209	45.58	4.34	2,979	21.87	5.94
基隆市	346,872	1,570	45.26	4.31	1,504	43.36	11.78
新竹市	314,626	1,593	50.63	4.82	966	30.70	8.34
台中市	730,376	4,242	58.08	5.53	2,717	37.20	10.11
台南市	667,622	3,335	49.95	4.76	852	12.76	3.47
嘉義市	255,994	2,555	99.81	9.51	906	35.39	9.62
台北縣	2,888,326	5,867	20.31	5.93	1,707	5.91	1.61
桃園縣	1,288,626	4,549	35.30	3.36	3,093	24.00	6.52
新竹縣	368,228	1,148	31.18	2.97	0	0.00	0.00
宜蘭縣	447,643	2,578	57.59	5.48	1,010	22.56	2.13
苗栗縣	545,978	1,355	24.82	2.36	201	3.68	1.00
台中縣	1,210,475	2,122	17.53	1.67	1,235	10.20	2.77
彰化縣	1,232,492	2,839	23.03	2.19	956	7.76	2.11
南投縣	533,763	1,894	35.48	3.38	452	8.47	2.30
雲林縣	765,443	1,804	23.57	2.24	566	7.39	2.01
嘉義縣	554,537	582	10.50	1.00	0	0.00	0.00
台南縣	1,009,287	2,532	25.09	2.39	460	4.56	1.24
高雄縣	1,095,330	2,929	26.76	2.55	617	5.63	1.53
屏東縣	892,057	3,230	36.21	3.45	544	6.10	1.66
澎湖縣	97,744	403	41.23	3.93	130	13.30	3.61
花蓮縣	352,577	1,799	51.02	4.86	987	27.99	7.61
台東縣	260,073	731	28.11	2.68	430	16.53	4.49

說明：1.七十七年年底人口數。

2.根據七十七年度醫院評鑑資料。

3.病床數指一般病床數，資料來源為中華民國七十七年衛生統計。

表4 每萬人口病床數依醫療區域分

區域別	人口數	病床數	病床人口比	差距比	通過評鑑病床數	通過評鑑病床人口比	差距比
台北	5,451,158	17,980	32.98	1.43	13,009	23.89	6.48
基隆	467,697	1,817	38.85	1.69	5,504	32.16	8.74
桃園	1,288,626	4,549	35.30	1.53	3,093	24.00	6.52
新竹	682,854	2,741	40.14	1.74	966	14.15	3.85
宜蘭	447,643	2,578	57.59	2.50	101	22.56	6.13
苗栗	545,978	1,355	24.82	1.08	201	3.68	1.00
台中	1,940,851	6,364	32.79	1.42	3,952	20.36	5.53
彰化	1,232,492	2,839	23.03	1.00	956	7.76	2.11
南投	533,763	1,894	35.48	1.54	452	8.47	2.30
雲林	765,443	1,804	23.57	1.02	566	7.39	2.01
嘉義	810,531	3,137	38.70	1.68	906	11.18	3.04
台南	1,676,909	5,867	34.99	1.52	1,312	7.82	2.13
高雄	2,457,416	9,138	37.19	1.61	3,596	14.63	3.98
屏東	892,057	3,230	36.21	1.57	544	6.10	1.66
澎湖	97,744	403	41.23	1.79	130	13.30	3.61
花蓮	352,577	1,799	51.02	2.22	987	27.99	7.61
台東	260,073	731	28.11	1.22	430	16.53	4.49

說明：1.七十七年年底人口數。

2.根據七十七年度醫院評鑑資料。

3.病床數指一般病床數，資料來源為中華民國七十七年衛生統計。

二、醫療品質

品質堪慮，參差不齊，評鑑合格醫院高度集中，導致病人就醫困難。

醫療品質的評定相當困難且具爭議性。但一般認為醫療品質包括三個層面，即醫療結構（醫院的組織、醫事人員資格、醫院硬體設施等）、醫療過程及醫療結果。在醫療結構的品質確保方面，衛生署實施醫院評鑑多年，其標準雖較 OECD 國家寬鬆，但在全國 800 餘家醫院中，通過評鑑者只 122 家（分為醫學中心、區域醫院及地區醫院三級）。且通過評鑑醫院之分佈甚為集中。至 79 年 2 月底止，只 4 個縣市有醫學中心，15 個縣市有區域或準區域醫院，有 4 個縣市尚無任何評鑑合格的地區醫院。此係民衆必須往都會區集中就醫，若干醫學中心每日門診幾近上萬人次，而若干地區之醫院、診所卻門可羅雀等奇特現象主因。

在醫療過程方面，民國 78 年對勞保門診處方箋的大規模抽樣研究顯示醫師對 91% 的病人開藥（美國約 70%），每一處方箋平均 4.1 種藥（診所平均達 5 種以上），而 OECD 國家除日本外，均在二種以下。又開抗生素的比率在診所高達 71%，在區域醫院與醫學中心亦有 26%。由於過度用藥、濫用抗生素，與濫施注射至為明顯，目前雖缺乏具體研究，但可推論所產生的藥物傷害必不在少數。（表 5）

由於上述的發現，加以勞工險醫療費用有所謂免審範圍，且醫師診查費又偏低（78 年 11 月以前在診所為 50 元，現調為 100 元），醫療院所必須拼湊費用（診所免審範圍為 140 元，扣除診查費 50 元，則湊 90 元之藥物，餘類推）。以此推論，因醫院免審範圍金額高，又可申報檢驗及手術，故用藥種類雖較診所少，卻以更昂貴之檢驗及手術拼湊，濫施檢查及手術似為必然。

三、醫療效率

效率不佳，尤以省立醫院為甚。

醫療效率必然受到資源分佈與醫療品質的影響。例如用藥與注射浮濫若能加以減少，則以較少的費用即可獲得同等質與量的醫療服務，或以同樣的費用可獲得更多質與量的醫療。又如醫療資源若能在地區別及級別有較佳的分佈，效率必然可大幅提升。

醫療效率的另一項指標則為對各類醫療院所的醫療成本加以分析與比較，主要可發現如下數點：

1. 公立醫院均是虧損，且近三年來虧損加劇。教會醫院均尚有盈餘，但三年來大多逐漸減少。
2. 省市立醫院對公勞保病人收費高於自費病人，教會醫院反之。
3. 在生產力方面，每名教會醫院的專任醫師每年平均照顧門診人次比省市立醫院者多 50% ~ 100

表 5. 樣本醫療院所勞保七十八年八月門診費用申報內科最前 100 張處方箋之用藥及注射情形

省立醫院	北部準區域醫院			中部地區綜合醫院			中部準區域醫院			南部地區綜合醫院			未評鑑醫院		
	所有 診斷	呼吸 系統	消化 系統	所有 診斷	呼吸 系統	消化 系統	所有 診斷	呼吸 系統	消化 系統	所有 診斷	呼吸 系統	消化 系統	所有 診斷	呼吸 系統	消化 系統
處方箋張數	100	10	21	100	7	38	100	10	37	100	16	47	100	10	37
用藥種類數(含抗生素)															
>= 1種(%)	90.0	100.0	100.0	90.0	100.0	84.2	98.0	100.0	97.3	96.0	100.0	93.6	94.0	80.0	94.6
平均值	3.2	3.3	2.2	3.4	4.0	2.7	4.2	4.7	3.6	2.8	4.9	1.7	2.8	3.6	1.9
抗生素使用量															
>= 1種(%)	4.0	20.0	4.8	3.0	42.9	0.0	12.0	50.0	0.0	12.0	50.0	0.0	4.0	10.0	0.0
平均值	0.04	0.20	0.50	0.03	0.43	0.00	0.12	50.0	0.0	0.12	50.0	0.0	0.04	0.10	0.00
用藥天數															
平均值	7.0	4.5	5.1	5.5	3.3	4.9	8.2	4.3	7.8	4.7	3.6	4.0	6.5	2.0	6.1
肌肉及靜脈注射															
>= 1針(%)	3.0	0.0	4.8	11.0	14.3	10.5	6.0	0.0	8.1	0.0	0.0	0.0	13.0	50.0	2.7
平均值	0.03	0.00	0.05	0.12	0.14	0.13	0.07	0.00	0.08	0.00	0.00	0.00	0.23	0.60	0.03
其中															
肌肉注射															
>= 1針(%)	3.0	0.0	4.8	3.0	0.0	2.6	6.0	0.0	8.1	0.0	0.0	0.0	13.0	30.0	2.7
平均值	0.03	0.00	0.05	0.03	0.00	0.03	0.07	0.00	0.08	0.00	0.00	0.00	0.13	0.30	0.03
靜脈注射															
>= 1針(%)	0.0	0.0	0.0	9.0	14.3	10.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.0	30.0	0.0
平均值	0.00	0.00	0.00	0.09	0.14	0.11	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.10	0.30	0.00

，在住院人日數上多 20%~40%。在生產值上，教會醫院每名醫師每年平均 520 萬至 600 萬，比省市立醫院每名醫師之平均 200 萬至 450 萬高出甚多。

4. 專任醫師的年薪（包括醫院發給的正式薪水及服務獎勵金）平均約為 100 萬至 130 萬，醫院間相差不大，醫師的收入比醫院其它人員之薪資相差比一般 OECD 國家為高（多為 2 至 3 倍）。

5. 現行保險對公立醫院之費用支付尚比對同級教會醫院給付為高，而教會醫院必須自給自足，但省市立醫院卻須鉅額公務預算貼補。

6. 省市立醫院效率不佳，醫院方面除抱怨制度僵化外，另外的理由是：(1) 優待免費太多。(2) 省市立醫院除一般醫療外，尚有若干義務，如支援巡迴醫療、保健站。

總而言之，醫院間，特別是公立與私立醫院間，效率相差很大，而沒有任何證據顯示同一評鑑等級之公立醫院的醫療品質高於私立醫院，也沒有任何證據顯示私立醫院有將重病病人推往公立醫院之現象。公立醫院常有病床、儀器、藥品閒置不用的嚴重現象。因此幾乎可以斷言公立醫院效率不佳。若不加改革，而第一期、第二期醫療網政府又以大幅預算擴建公立醫院，對私人醫院缺乏輔導鼓勵措施，保險給付對私立醫院又有偏低的現象，中小型私人醫療院所必然逐漸萎縮，則醫療體系的整體效率必然逐漸降低。

四、影響台灣地區醫療資源分佈、品質與效率重大因素的分析

為改正醫療資源分佈的偏頗，增進醫療品質與效率，必先探究醫療體系問題之成因，才能謀取對策。影響醫療體系運作的社會生態體系相當複雜，現以系統分析的觀點，簡要討論之。

影響醫療體系運作，特別是資源分佈，最重要者莫如對醫療體系的投資（圖一）。此投資可分為政府投資與民間投資。而民間的投資（目前私立醫療體系約占總醫療資源的 70%），則受到政府投資與保險費用支付制度的影響。政府及民間醫療投資合併保險費用支付三者，再加上教育機構對醫事人力的培育，共同影響醫療資源的分佈、品質及效率。

若再依據我國近代醫療發展的重大事件與趨勢，則可將圖一的架構進一步推演為圖二的系統架構，亦即：

(1) 1975 至 1985 年間，並無醫療網的規範，因此競爭相在大都會中建立（擴建）醫學中心，包括台大、榮總、三總、高雄榮總等等。這些擴建目前將陸續完成，且將導致醫療資源的再集中，而非醫療網第二期計畫中宣稱的改善（醫療網第二期計畫中稱 73 年至 78 年間醫療資源分佈有所改善，但該報告並未將前述即將完成的醫學中心病床及將進用的醫師數等影響加以評估計算）。

(2) 長庚、新光、亞東、國泰等財團紛紛介入醫療體系，財團法人醫院的擴張十分快速。民國 77 年財團法人醫院佔勞保住院診療日數之 27.1%，給付金額佔 37.2%，已為各體系之冠，而萎縮最劇者為一般私立醫療院所。

(3) 醫療網的策略為先發展醫學中心，再由醫學中心輔導區域醫院，區域醫院輔導地區醫院，最後為基層醫療。理論上相當理想，但醫學中心易於接近及掌握政治資源。因此若無嚴謹的規劃與執行，資源每易為醫學中心所壟斷。第二期醫療網計劃費用之分配，若依醫療網之目標，則應以在醫療資源缺乏地區增設地區醫院及基層醫療為主，並強調發展預防保健工作，但實際情形卻以高比率之經費在醫療資源已相當充沛之地區，擴建省立台北、桃園、台中及台南醫院（詳表 6、表 7）。

觀察近年來（74 年至 77 年）省市立醫院公務預算之決算可發現在 74 年，省市政府用於醫療資源充足地區的經費是用於不足區的 7 倍，但至 77 年漸擴大為 9.4 倍，此對於醫療資源的分佈，也必有不利的影響。

表 6 全國醫療網第二期計劃(草案)預算百分比

項 目	衛生署	退輔會	台灣省	台北市	高雄市	合 計
一、建立區域醫療體系	2.70%	0.00%	0.10%	0.01%	0.02%	0.74%
二、增設或擴充醫療	22.47%	69.73%	53.69%	64.17%	45.47%	50.51%
三、加強基層醫療保健						
服務	22.28%	0.00%	10.29%	2.79%	0.08%	10.65%
四、加強特殊醫療服務	20.37%	30.27%	33.38%	32.41%	50.99%	30.19%
五、加強預防保健服務	9.04%	0.00%	1.62%	0.50%	1.07%	5.61%
六、醫療網人力規劃	6.67%	0.00%	0.92%	0.13%	2.37%	2.17%
七、健全醫療品質管制						
制度	0.41%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.11%
八、本計畫之管考、評						
估	0.09%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.01%
合 計 %	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
費用(仟萬)	1,044	854	917	795	234	3,852

說明：行政院衛生署醫政處提供

增設或擴充醫院：1,960 仟萬，佔 51%。

表 7 全國醫療網第二期計劃省市重大醫院投資經費分配(百萬元)

臺灣省部份		3891.2	5040.0
區域醫院及以上			
省立桃園醫院擴建	1227.5		
省立台北醫院科技大樓	200.0		
省立台南醫院擴建	448.7		
省立台中醫院重建	767.3		
省立台北醫院科分院遷建	747.7		
北區醫院		1149.4	
省立竹東、中興、旗山、縣立三重醫院			
台北市部份			5045.8
興建醫院		4745.6	
繼續整建市立和平、中興、婦幼、萬芳醫院	3287.1		
新建市立牙醫醫院	985.0		
重建市立天母中醫醫院	482.5		
特殊疾病防治			
改建性病防治所	291.2		
高雄市部份			1102.7
繼續興建、整建市立民生、大同、婦幼中醫、小港醫院	1102.7		
總計		11189.1(9748.5)	

1. 第二期全國醫療網計劃經費為38,526.4百萬。

2. ()內之9,748.5百萬為省市擬興、擴建醫學中心、區域醫院或大都都會區。

醫院之費用面用於地區醫院或醫療資源不是地區之費用為1,440.6百萬。

(4)勞保目前對醫院之支付採個別洽定，僅門診一項對醫學中心之支付高達每人千元以上，而診所在78年11月以前只140元，目前調整為180元；又個別洽定缺乏一定的標準，非但同級醫院間有巨大差異，不同級間也無一定規則。

(5)省市立醫院，其組織、人事、會計與一般公務機關相同，實無法應付今日民衆對其日增之服務需求。

(6)如圖二所示，各體系卻一爭長短，以吸取更多資源，財團介入、醫療網計劃執行不夠周全、保險費用支付有利大型醫院、省市立醫院投資不當、效率不佳等五項重要影響醫療體系因素，均導致醫療之大型化、集中化、昂貴化與商業化，及中小型醫療院歷歷可見之萎縮。

(7)前述五項重大影響醫療體系之因素，導致競相提高醫師待遇。私立地區醫院，特別是偏遠

地區，則必須付出比醫學中心、省市立醫院及群體醫療執業中心更高的薪資才能聘請醫師，但保險對其費用的支付卻又偏低，導致經營困難、萎縮，或從事多數勞保單等違規行為。

總而言之，目前醫療體系不論在資源分佈、品質及效率上似乎均不能因應全民健康保險的需求。進一步以系統分析的方法，發現有五項重大因素導致醫療體系的大型化、集中化與商業化，也導致醫師待遇與人事成本的高漲(圖二)。這些因素又共同影響醫療體系資源之分佈、醫療品質與醫療費用，而形成惡性循環的完整系統。任何單一支節的改革必然將導致失敗與體系的更形惡化。

■ 初步建議

一、基本策略

調整市場導向的醫療制度為規劃導向的醫療保健制度，並落實醫療網計畫。

根據各國實施經驗及上述對我國現況的探討，純粹依賴市場競爭，無法達成就醫的公平性、醫療費用上漲的合理控制，及醫療資源的合理分佈與運用。由於醫療具高度專業性，一般國民甚難判定其價格及品質，且病人在面臨病痛及憂慮下，更無從理性的選擇及使用醫療服務，因此醫療服務使用的決定權，實際上多操在醫師之手。戰後西方各國長期以來的經驗，不僅印證上述，同時也認為市場導向的制度，無從達成合宜的醫療保健體系，以保障全民的健康。因此我國以市場主導的醫療制度，必須改為在整體規劃調節下，再由各醫療院所相互競爭。同時，醫療網的規劃及實施必須進一步加強及落實。

二、改善醫療資源之分佈

1. 將目前公立各醫療體系統合由中央及地方衛生主管機關管理；亦即不論省市立醫院、榮民醫院、軍醫院民衆診療部、醫學院附設醫院等，均由衛生主管機關統一從事資本投資。

2. 由中央衛生主管機關依醫療網計劃規劃醫療資源缺乏區，及在各區內應設立醫療院所之地點、種類及規模，再由各體系提出申請設立(民間優先)。非依此計劃設立者，不視為保險特約醫療院所(如加拿大、瑞典、德國等)。

3. 依前述1、2之原則，第二期醫療網計劃必須重新規劃，對醫療資源充沛之都會區停止投資增擴建醫學中心及區域醫院，而將經費用於資源不足地區增擴建地區醫院及診所。

4. 研訂鼓勵民間投資於醫療資源貧乏地區之辦法，如：

(1) 協助土地取得。
(2) 設立基金，貼補貸款利息，對辦理優良者，給予贈款，以從事資本投資。

(3) 由政府建立醫院，訂定辦法交由民間經營（例如市立台南醫院）。

5. 對醫療資源貧乏區及基層醫師（包括群醫中心）優先給予特約及較高的醫療費用支付標準，以促使醫師分佈在區域間及級別間之合理化（即英國及日本採行之模式）。

三、增進醫療品質與效率可採行之措施

1. 統合醫療保健服務體系與醫療保健財務體系，以增進二者的配合及效率。目前衛生署主管醫療保健服務體系，勞委會、銓敘部等主管醫療財務體系。今後二者非整合為一，無從增進效率及促進醫療保健體系的正常發展。

2. 檢討各公立醫院體系之角色與功能，並評估其在全民健康保險實施後的功能定位，以為改革公立醫院的依據。

3. 增進公立醫院（特別是省市立醫院）績效可能的辦法為：

(1) 組成公法人經營之。由醫院內推選醫事人員代表、地方民意代表、衛生機關代表、學者專家等組成董事會，必須依照政府規定提供一定質與量的醫療服務，但享有人事、財務及管理之自主權（英國正進行的改革模式）。

(2) 大幅改革醫院之人事、會計制度，使有較高之彈性（即相近於中鋼模式）。

(3) 直接交由民間競標辦理，自負盈虧。

4. 醫藥分業，但同時調整診查費。如此使醫師不因多開處方而獲利。由藥師審查醫師用藥及調劑，可提高醫療品質。而減少用藥所節省之費用，可彌補一部份調整診查費及支付藥師調劑費之開支。

5. 改進醫療費用支付制度：短期內門診採行同一級醫療院所、同一免審範圍的論次計酬制，而取消目前的論量計酬制併免審範圍制。

四、其他配合措施

1. 檢討醫學中心的角色與功能，對醫學中心從事教學與研究給予合理的財務支持，而非以無限制擴大服務量維持財務平衡。

2. 進一步改進醫學教育，研討在招考醫學生時，對於醫療資源缺乏之鄉鎮地區的高中生給予保障名額（日本採行的辦法）。並進一步加強家庭與社區醫學訓練。

適當的分配及普及化。例如，效益高而費用低的小兒麻痺接種，或高血壓、糖尿病的篩檢與治療，若尚不能充分普及，就不應對心臟移植之類的高科技醫療予以保險給付。因此對昂貴而效果不確的醫療新科技的引進，必然受到某些限制。

四、醫療行為受到影響

例如醫療費用支付辦法，可能從目前的論量制改為論件或論人計酬制，因此醫事人員必須注重成本，加強服務品質及保健措施，相同藥效者應使用較低價位藥品等。

五、醫療特約的全面性

因係全民健康保險，將來必是全面醫療院所均予特約。

六、醫療資訊量大增

因幾乎全部的醫療服務均需申報費用及接受承保機關的監督，不論病歷、處方、檢驗等資料，均需詳盡及正確，電腦也必將為醫院所廣泛使用。

七、醫療服務的分工

為達到增進成本效益與普遍性的目的，必然重視醫療服務的分工。因此，不得不採行分級醫療與轉診制度，甚至醫藥分業。

八、保健服務與居家護理將逐漸成為健康照護的主流

醫療服務對病患可造成震撼性的功效，但根本之道仍在提供綜合性、持續性的保健照護，因其成本低、功效高。未來如採行論人計酬制，則報導民眾戒煙，適當均衡飲食等健康生活模式（life style）都將成為醫療給付的重要部份。

■ 實施全民健康保險對醫療體系的影響

全民健康保險實施後，對現有醫療院所與醫事人員的影響及衝擊，可約略歸納為下列數點：

一、醫療服務需求量的增加

因保險可免除就醫經費上的障礙，以目前情況言，公、勞、農保被保險人就診次數與住院日數，遠大於未參加保險者。全面實施健康保險後，就醫需求量必然大增；且亦有利於轉診制度的實施，因醫學中心及區域醫院雖不看門診但住院病人可以增加而不致過份影響其財務收入。

二、減少選擇開業地點的自由

為使醫療資源分佈平均，政府可用保險合約的機轉，促使醫師至偏遠地區開業，而在無形中限制選擇開業地點的自由。

三、重視醫療的成本效益

由於醫療資源有限，必須強調其效率與品質，因此在保險制度下強調的是提供病患最適切的醫療，而非最昂貴的醫療。過去醫療服務只要求品質好，重視開發創新及點的發展，未來則要求