

**台灣的醫療開支及  
融資安排**

**1998年6月24日**

**劉騏嘉女士  
李兆麟先生**

**臨時立法會秘書處  
資料研究及圖書館服務部**

**香港中區花園道3號  
萬國寶通銀行大廈5樓  
電 話 : (852) 2869 7735  
圖文傳真 : (852) 2525 0990  
網 址 : <http://legco.gov.hk>  
電子郵箱 : [library@plc.gov.hk](mailto:library@plc.gov.hk)**

# 目錄

	頁
表索引	
圖索引及附錄索引	
鳴謝	
摘要	
<b>第1部 —— 引言</b>	<b>1</b>
背景	1
目標及範疇	1
目標	1
範疇	1
研究方法	2
<b>第2部 —— 台灣的醫療系統</b>	<b>3</b>
醫療系統	3
衛生署	3
醫療系統的主要特點	4
醫療網	5
醫療保健人員的培訓課程	7
提供醫療服務的系統	7
<b>第3部 —— 醫療融資安排</b>	<b>12</b>
醫療融資安排的沿革	12
醫療保健服務的融資安排	13
<b>第4部 —— 全民健康保險計劃</b>	<b>15</b>
全民健康保險計劃(全民健保計劃)	15
全民健保計劃的目標	15
全民健保計劃的主要環節	15
受保人	15
保障範圍	20
特約醫事服務機構	22
安全準備金	22
部分負擔制度	22
保險費	25

---

臨時立法會秘書處歡迎轉載這份研究報告的部分或全文，並歡迎將之譯成其他語文。報告所載資料可隨意複製以供非商業用途，但須註明資料出處為臨時立法會秘書處資料研究及圖書館服務部，並將一份複製文本送交臨時立法會圖書館備存。

全民健保計劃的行政架構	29
衛生署	29
全民健康保險監理委員會	29
全民健康保險爭議審議委員會	30
全民健康保險醫療費用協定委員會	30
中央健康保險局	30
<b>第5部 —— 分析醫療開支及其融資安排</b>	<b>32</b>
醫療開支總額及其融資安排	32
醫療開支總額	32
醫療融資總額	34
政府的醫療開支及融資安排	37
政府的醫療開支	37
政府的醫療融資	40
私人的醫療開支及融資安排	41
私人的醫療開支	41
私人的醫療融資	42
醫療保險制度的開支及融資安排	45
醫療保險制度的開支	45
醫療保險制度的融資	47
摘要	48
<b>第6部 —— 分析全民健保計劃</b>	<b>49</b>
納保人口	49
特約醫事服務機構的數目	50
所承保的醫療服務範圍	50
政府的醫療開支	50
私人的醫療開支	51
中央健康保險局的財務狀況	51
收回成本	52
保險費的負擔比率	52
使用醫療服務的情況	52
候診時間	53
公眾對全民健保計劃的滿意程度	53
香港與台灣的醫療開支、醫療融資安排及居民整體健康情況	55
香港與台灣的醫療開支	55
香港與台灣的醫療融資安排	55
居民整體健康情況	57
<b>第7部 —— 整體分析</b>	<b>58</b>
<b>附錄</b>	<b>59</b>
<b>參考資料</b>	<b>66</b>

## 表索引

		頁
表1	醫療院所的數目	5
表2	培訓課程的數目	7
表3	台灣目前提供的醫療服務	8
表4	嬰兒及產婦死亡率、出生時的平均預期壽命及按人口平均計算的生活空間	9
表5	可供使用的醫療保健資源	10
表6	1995年十大主要死因	11
表7	全民健保計劃實施前各類保險計劃的納保人數	12
表8	全民健保計劃的受保人類別	17
表9	全民健保計劃的參加人數	18
表10	全民健保計劃所承保的醫療服務範圍	21
表11	全民健保計劃門診服務受益人須負擔的部分費用	24
表12	受益人須負擔的部分住院費用比率	24
表13	受益人須負擔的部分住院費用上限	25
表14	全民健保計劃的保險費負擔比率	28
表15	中央健康保險局的編制	31
表16	中央健康保險局的開支總額	31
表17	醫療開支總額	33
表18	醫療融資總額	34
表19	醫療融資佔本地生產總值的百分比	36
表20	政府的醫療開支	38
表21	政府的醫療開支與政府的開支總額	40
表22	私人的醫療開支與私人開銷總額	41
表23	私人醫療融資	42
表24	醫療保險制度的開支	45
表25	醫療保險制度開支的增長率與通脹率	46
表26	按服務類別及醫療院所類別劃分的醫療服務申報費用	47
表27	納保人口	49
表28	特約醫事服務機構的數目	50
表29	中央健康保險局的收支狀況	51
表30	1996年香港與台灣在醫療開支、融資及居民整體健康情況三方面的比較	56

## 圖索引及附錄索引

	頁	
圖1	衛生署的組織架構圖	3
圖2	醫療保健服務的融資安排	14
圖3	按類劃分的全民健保計劃參加人數	19
圖4	按目劃分的全民健保計劃參加人數	19
圖5	全民健保計劃	23
圖6	醫療開支總額及本地生產總值的增長率與通脹率	33
圖7	醫療融資總額	35
圖8	1991年及1996年的醫療融資總額	35
圖9	醫療融資佔本地生產總值的百分比	36
圖10	政府的醫療開支	38
圖11	政府在1991年及1996年的醫療開支	39
圖12	私人醫療融資	43
圖13	私人在1991年及1996年的醫療融資	43
圖14	按服務類別及醫療院所類別劃分的醫療服務申報費用	47
圖15	1996年的醫療融資總額	48
圖16	納保人口	49
圖17	使用醫療服務的情況	53
圖18	公眾對全民健保計劃的滿意程度	54
附錄I	人口及按性別分類的人口數目	59
附錄II	人口及按年齡組別分類的人口數目	60
附錄III	本地生產總值與按人口平均計算的本地生產總值	61
附錄IV	通脹率、失業率及匯率	62
附錄V	提供的培訓課程	63
附錄VI	全民健保計劃：薪金級別上限及每月實際薪金(新台幣)	64
附錄VII	全民健保計劃的行政架構	65

## 鳴謝

臨時立法會秘書處資料研究及圖書館服務部在撰寫本研究報告期間，蒙各界人士鼎力襄助，令研究報告得以順利完成，本部謹此致謝。本部特別向台灣行政院衛生署及台灣中央健康保險局致謝，該署及該局就台灣的健康照護制度，以及該制度的開支模式及融資安排，向本部提供了寶貴的資料及參考素材。此外，香港的光華新聞文化中心亦向本部提供各項有關台灣的統計資料，謹此鳴謝。

## 摘要

1. 本報告旨在闡述台灣的醫療系統(台灣稱之為健康照護系統)，並分析其開支模式及融資安排。
2. 台灣所訂定的醫療融資安排，旨在為台灣全民提供統一的保險保障。全民健康保險計劃(全民健保計劃)屬強制性的健康保險計劃。為促使社會人士珍惜醫療服務資源，全民健保計劃採用部分負擔制度(使用醫療服務者需負擔部分醫療費用)。
3. 台灣的醫療融資財源來自3方面：直接來自政府、直接來自私人，以及間接來自中央健康保險局所收取的保險費。該局為一政府機關，負責向受保人、僱主和政府三方收取保險費。政府以第三方付款人的身份繳納保險費。
4. 政府的醫療融資指政府為以下項目撥出的款項：提供健康保險計劃承保範圍以外的醫療服務、公共衛生教育、研究發展工作，以及行政費和職員費。政府並沒有為應付這些開支而開徵稅項，所有經費均來自一般稅收。
5. 私人的醫療開支則用以支付部分醫療費用(以負擔部分醫療費用的形式支付)，以及應付健康保險計劃承保範圍以外的醫療開支。
6. 根據全民健保計劃的保險制度，政府和私人均須繳納保險費，因此，中央健康保險局以收取所得的保險費間接成為醫療服務的融資來源。推行全民健保計劃後，政府和私人的醫療融資數額均有所減少。不過，由政府及私人向中央健康保險局繳納的保險費並沒有計入用以計算醫療融資總額的數據內。
7. 全民健保計劃已經實施了3年。雖然在現階段對全民健保計劃進行全面評估似乎言之尚早，但無論從納保人口、所承保的醫療服務範圍，以至特約醫事服務機構的數目方面來衡量，全民健保計劃的涵蓋範圍的確較為廣泛。
8. 雖然中央健康保險局在首兩年的運作期間有盈餘，但由於醫療開支不斷劇增，該局將來或會面對財政上的壓力。此外，由於由病人自行負擔的部分費用只佔醫療成本的小部分，可能不足以阻遏濫用醫療服務的情況。
9. 在推行全民健保計劃方面，最令人關注的是繳納保險費會增加納稅人的負擔，因為受保人和僱主均須向全民健保計劃繳納保險費。
10. 另一令人關注的事項，就是需要成立一個政府部門，負責營辦整項保險計劃。這個部門既需要聘請醫學專家，以確保全民健保計劃能提供完善的醫療保健服務，同時又需要聘請其他專家，以評估保險費及醫療開支的水平。這樣或會令有關行業對人手的需求更形殷切。
11. 台灣在推行全民健保計劃方面的經驗，值得有意發展中央保險制度的地區借鑑。

# 台灣的醫療開支及融資安排

## 第1部 —— 引言

### 1. 背景

1.1 臨時立法會衛生事務委員會要求臨時立法會秘書處資料研究及圖書館服務部(下稱“本部”)就本港的醫療開支及融資安排進行研究，並就香港的情況與其他國家或地區的情況作出比較。本研究集中探討台灣的醫療開支模式及融資安排。

### 2. 目標及範疇

#### 目標

2.1 本研究的目標，是闡述台灣的醫療系統(台灣稱之為健康照護系統)，並分析其開支模式及融資安排。

#### 範疇

2.2 本研究的範疇如下：

- 闡述台灣的醫療系統；
- 闡述及分析台灣醫療系統的開支模式如何轉變；及
- 闡述及分析台灣的醫療融資安排，重點分析由中央管理的保險制度。



---

2.3 文件第2部闡述台灣的醫療系統。第3部集中討論醫療融資安排。第4部詳細闡述全民健康保險計劃。第5部分分析醫療開支模式及其融資安排。第6部評估由中央管理的保險制度，而第7部則為整體分析。

### 3. 研究方法

3.1 為取得進行研究所需的各項資料，本部研究人員曾致函台灣衛生署及中央健康保險局查詢有關資料。此外，研究人員亦透過互聯網閱覽台灣衛生署和中央健康保險局的網頁，從中取得一些資料。香港的光華新聞文化中心亦向本部提供各項有關的資料及統計數據。

3.2 在本報告內引用的大部分數字都是以新台幣為單位。在1996年，新台幣的平均匯價為新台幣1元兌港幣0.274元，以及新台幣1元兌0.0354美元；新台幣在1997年的平均匯價則為新台幣1元兌港幣0.263元，以及新台幣1元兌0.0340美元。

## 第2部 —— 台灣的醫療系統

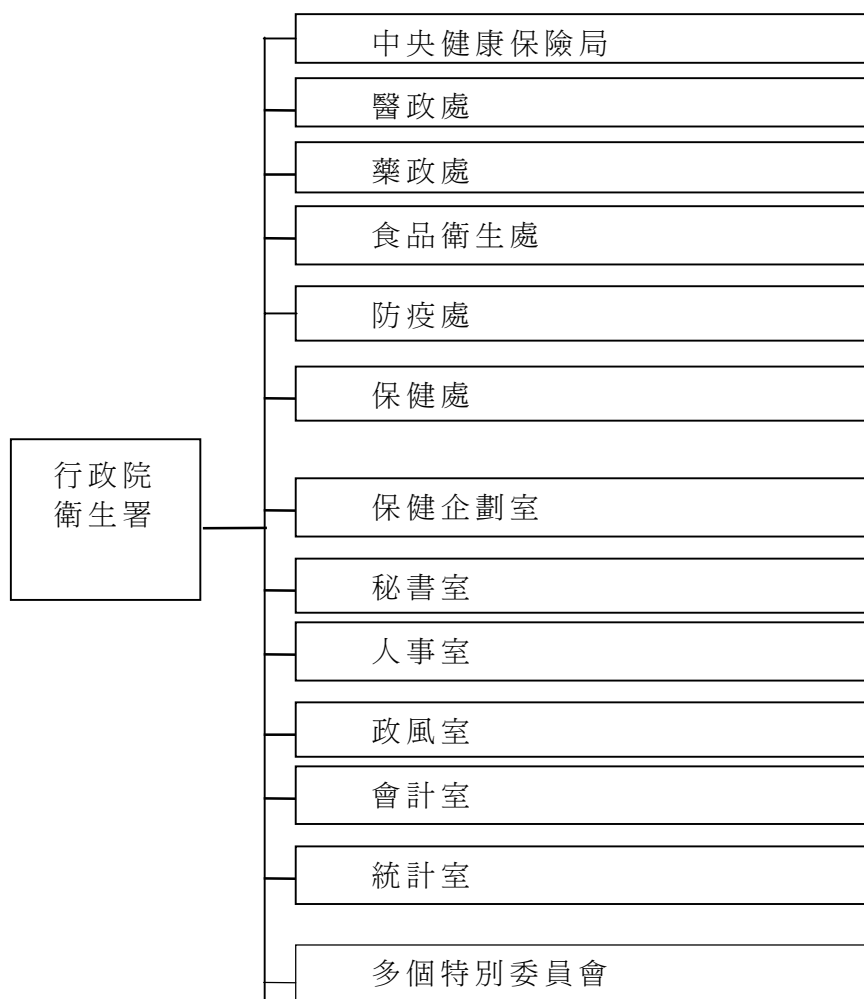
### 4. 醫療系統

4.1 台灣的醫療系統(台灣稱之為健康照護系統)由中央管理。行政院衛生署負責制訂衛生政策及監督醫療保健服務的提供。全民健康保險計劃為台灣九成以上的人口提供中央健康保險。公營機構在提供醫療服務及為這些服務提供經費等方面都擔當重要角色。

#### 衛生署

4.2 衛生署由署長掌管，而署長則由台灣總統委任。衛生署轄下分設1局5處6室，以及24個特別委員會(圖1)。

圖1 —— 衛生署的組織架構圖



資料來源：行政院衛生署，中華民國公共衛生概況。

---

## 目標及政策

4.3 衛生署的目標，是透過減輕民眾的財務負擔令台灣民眾均有機會獲得醫療保健服務、提高醫療保健服務的素質、均衡台灣不同地區的醫療保健服務資源，以及致力令醫療保健服務的人手以合理的速率增長。

4.4 衛生署訂定上述目標，以配合人口增長及經濟發展所帶來的需求。在1990年代，台灣人口以略低於1%的速率穩定增長。其中，年齡介乎15至64歲的人口增長率稍高於平均增長率，約為1%左右。因此，台灣全民的人口供養比率有下降趨勢。同時，台灣的經濟穩定增長，亦令民眾更加關注醫療保健問題。附錄I及附錄II詳細載列台灣人口結構的變化趨勢，而附錄III及附錄IV則為台灣經濟發展的詳細指標。

4.5 為達致上述目標，衛生署建立了一個以區域劃分的醫療網、提供各類培訓課程，以及推行全民健康保險計劃(全民健保計劃)。

## 醫療系統的主要特點

4.6 台灣的醫療系統有以下主要特點：

1. 把台灣分為若干區域及次區域，令提供醫療保健服務的資源得以較為平均分布；
2. 政府為醫療保健人員提供各項培訓課程；
3. 提供各式各樣的醫療保健服務，包括中醫藥及預防保健服務；及
4. 醫療系統的經費由一個中央管理的保險計劃(即全民健保計劃)提供。

## 醫療網

4.7 於1985年7月推行的“建立醫療網計劃”，目的是解決各區域的醫療資源分布不均的問題。由於台灣各主要城市在1960年代及1970年代經濟發展蓬勃，以致醫療資源分布不均的情況日趨嚴重。

4.8 根據這項建立醫療網計劃，台灣共分為17個醫療區域，以分散提供醫療服務的過程。在增加醫療人手及拓展設施時，是以醫療區域為基本單位。為確保提供醫療保健服務的資源得以均衡分布，該17個醫療區域按照其人口及交通設施再細分為63個次區域。在1992年制定的《醫療法》規定，不得在醫療資源過賸的地區開設醫院。又於1994年成立了醫療發展基金，以補助貸款利息的方式，鼓勵私營機構在醫療資源較匱乏的地區開設各類醫療院所。

4.9 為配合這個建立醫療網計劃，各醫療院所按照其規模及設施，從大至小，分類排列如下：醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所。表1分項開列這些醫療院所的數目。

表1 —— 醫療院所的數目(截至該年年底)

	總計	醫學中心 (公營)	區域醫院 (公營)	地區醫院		基層診所 (大部分為 私營診所)
				公營	私營	
1991	13,661	13	44	94	670	12,840
1992	14,468	13	44	94	671	13,646
1993	15,062	14	46	94	656	14,252
1994	15,752	13	45	98	672	14,924
1995	16,109	14	44	95	634	15,322

資料來源：行政院衛生署，中華民國公共衛生概況。

4.10 在台灣各類醫療院所中，以規模和設施論，醫學中心的規模最大，設施最多；其次是區域醫院。與另外兩類醫療院所比較，醫學中心和區域醫院不但規模較大，設施較多，它們所提供的醫療服務種類亦較廣泛。這兩類醫療院所通常位於大城市，而且由政府營辦。下一層級為地區醫院，大部分均由私營機構營辦(表1)。規模最小的是基層診所，幾乎全部均由私營機構營辦。

4.11 總括而言，政府負責在大城市為居住的人口提供一般的醫療服務及較先進醫療技術的服務，而私營機構則發揮輔助作用，在發展較慢的地區提供較普通的醫療服務。此外，私營醫療院所亦會提供一些公營醫院不開設的醫療服務，例如一些非醫學上必要的美容外科手術、人工協助生殖技術及變性手術。

### 規管醫療院所

4.12 為確保醫療服務素質優良，台灣自1978年起實施醫院評鑑制度。根據這個評鑑制度，各間醫院(包括政府營辦及私人營辦的醫院)所提供的服務水平逐漸拉近。在評鑑醫院的服務水平時，是以醫院的醫療人員素質，以及其設施和管理工作的品質為根據，同時亦會考慮醫院各部門的醫療服務素質，如外科醫療服務、放射性診斷服務、化驗服務、保健作業、藥事作業、病房管理、急診醫療服務及精神科治療等。經評鑑合格的醫院，其資格有效期限為3年。有關醫院必須於有效期限屆滿後重新申請評鑑。至於經評鑑後不獲發給3年資格效期的醫院，其合格效期只有1年，並須每年進行覆檢。

4.13 基層診所無須接受評鑑，但卻必須向當地主管衛生的有關當局申領執照。簽發執照的要求準則由當地主管衛生事務的有關當局訂定，包括該診所內的醫療設施素質，以及醫療人員的水平。基層診所獲發執照後，有關當局會定期派員視察診所情況。

### 政府及私營機構所發揮的作用

4.14 總括而言，在醫療系統內，政府所發揮的主要作用是管理醫療系統及健康保險制度、提供醫療保健服務、提供有關醫療保健的培訓課程，以及向民眾推廣公共衛生知識。同時，私營機構亦發揮輔助作用，大部分的私營醫療院所均在發展較慢的地區開設，為居民提供一些不太複雜的醫療服務，並提供一些政府不開設的服務。

## 醫療保健人員的培訓課程

4.15 台灣政府與國立台灣大學於1987年攜手創辦了全民公共衛生培訓中心，為不同層級的醫療保健行政人員及工作人員提供培訓課程，以提高他們的專業技巧，同時加強他們在公共衛生方面的常識(表2)。參加這些培訓課程的人士包括醫生、牙醫、護士、精神科醫生、物理治療師、藥劑師及主理公共衛生工作的行政人員。

表2 —— 培訓課程的數目

	1991		1992		1993		1994		1995	
	班數	人數	班數	人數	班數	人數	班數	人數	班數	人數
總計	12	321	16	447	25	797	22	763	22	759
公共衛生 基礎班	3	86	3	84	2	61	2	65	2	67
專題班	9	235	13	363	23	736	20	698	20	692

註：各專題班的詳細分項資料載於附錄V。

資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。

4.16 培訓課程旨在促進醫療保健人員對現行衛生政策的了解、幫助他們應付所遇到的各項問題、改進他們推行保健計劃的知識及技巧、加強在不同層級工作並分屬不同專科的醫療保健人員之間的溝通，以及提高醫療保健人員的整體素質。大部分這類培訓班及培訓課程均免費供醫療保健人員修讀。不過，由於主管當局沒有另行開立有關開辦這些培訓課程的開支數額，因此未能計算這方面的開支佔醫療開支總額的比例。

## 提供醫療服務的系統

### 由各類醫療院所提供的醫療保健服務

4.17 公、私營醫院所提供的醫療保健服務的範圍相當廣泛，包括住院診療、門診、急診、牙科診療、中醫藥、藥事診療、居家照護、精神科治療、化驗及X光檢驗服務、物理治療及血液透析等(表3)。此外，又會為某些特定的對象提供預防保健服務。所有這些醫療保健服務均在全民健保計劃的保障範圍內。

表3 —— 台灣目前提供的醫療服務

提供服務的醫療院所	服務類別	病人對象
公營及私營醫療院所	住院	所有居民；不設特定的病人對象
	門診	所有居民；不設特定的病人對象
	急診	所有居民；不設特定的病人對象
	牙科診療	所有居民；不設特定的病人對象
	中醫藥	所有居民；不設特定的病人對象
	藥事診療	所有居民；不設特定的病人對象
	居家照護	所有居民；不設特定的病人對象
	精神科治療	所有居民；不設特定的病人對象
	化驗及X光檢驗	所有居民；不設特定的病人對象
	物理治療	所有居民；不設特定的病人對象
	血液透析	所有居民；不設特定的病人對象
	分娩	孕婦
	預防保健服務：	
	• 子宮頸抹片檢查	• 年滿30歲或以上的婦女
	• 身體檢查	• 兩個組別 ☞ 年齡介乎40歲至64歲的人士：每隔3年接受一次身體檢查；及 ☞ 年滿65歲或以上的人士：每年接受一次身體檢查
• 產前及產後護理服務	• 孕婦	
• 幼兒身體檢查服務	• 4歲以下小童	

資料來源：互聯網，中央健康保險局網頁，網址是 <http://www.nhi.gov.tw/>  
互聯網，行政院衛生署網頁，網址是 <http://www.doh.gov.tw/>

4.18 表4至表6為有關台灣的若干健康情況指標。表4顯示，台灣居民的死亡率有下降趨勢，而平均預期壽命則不斷增加。表5顯示台灣的醫療資源一直有增無減，而表6則為台灣地區於1995年的10大死亡原因。

表4 —— 嬰兒及產婦死亡率、出生時的平均預期壽命及按人口平均計算的生活空間

	死亡率(每10萬次分娩所涉及的死亡數目)		出生時的平均預期壽命		按人口平均計算的生活空間(平方呎)
	嬰兒	產婦	男	女	
1971	1 551	39.69	67.19	72.08	97.2
1972	1 402	34.72	67.56	72.30	108.0
1973	1 408	40.33	67.57	72.48	122.4
1974	1 294	32.35	67.80	72.76	133.2
1975	1 257	24.75	68.27	73.42	147.6
1976	1 060	29.53	68.70	73.59	156.4
1977	1 147	29.56	68.69	73.85	162.5
1978	991	22.48	69.15	74.32	174.3
1979	955	17.28	69.36	74.47	183.2
1980	983	16.66	69.56	74.54	191.8
1981	986	19.38	69.74	74.64	201.1
1982	808	19.06	69.86	74.86	211.1
1983	764	17.01	69.90	75.08	220.0
1984	686	14.06	70.46	75.53	228.9
1985	678	9.85	70.82	75.81	232.9
1986	629	9.41	70.97	75.88	245.0
1987	508	8.94	71.09	76.31	259.3
1988	534	9.09	70.99	76.21	267.1
1989	571	12.72	71.10	76.48	277.1
1990	527	11.94	71.33	76.75	288.9
1991	505	7.78	71.83	77.15	295.4
1992	518	6.85	71.79	77.22	308.9
1993	480	8.92	71.62	77.59	313.2
1994	507	8.05	71.83	77.82	326.8
1995	543	7.59	71.93	77.79	336.8

資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。



表5 —— 可供使用的醫療保健資源(截至該年年底)

	每項醫療保健設施所服務的面積範圍 (平方公里)	每項醫療保健設施所服務的人次	每名醫生所服務的面積範圍 (平方公里)	每名醫生所服務的人次	醫院每張病床的使用人次
1971	5.1	2 087	4.6	1 892	619
1972	5.0	2 119	4.5	1 900	589
1973	4.8	2 050	4.3	1 844	542
1974	4.4	1 912	3.9	1 686	558
1975	3.9	1 732	3.4	1 492	526
1976	3.9	1 748	3.2	1 437	503
1977	3.7	1 733	3.0	1 377	444
1978	3.6	1 711	2.9	1 360	464
1979	3.5	1 663	2.7	1 314	477
1980	3.3	1 624	2.7	1 323	446
1981	3.2	1 610	2.6	1 318	408
1982	3.1	1 575	2.5	1 272	342
1983	3.0	1 556	2.5	1 268	324
1984	3.0	1 559	2.4	1 243	302
1985	3.0	1 553	2.1	1 130	258
1986	3.0	1 608	2.0	1 086	239
1987	3.0	1 613	1.9	1 016	228
1988	3.0	1 629	1.7	967	225
1989	2.9	1 639	1.7	965	232
1990	2.8	1 578	1.6	913	228
1991	2.6	1 505	1.5	870	222
1992	2.5	1 434	1.4	831	215
1993	2.4	1 394	1.4	802	208
1994	2.3	1 344	1.3	776	204
1995	2.2	1 326	1.3	777	190

資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。

表6 —— 1995年十大主要死因

死因	死亡人數			百分比		
	總計	男	女	總計	男	女
所有死亡原因	117 768	73 047	44 721	100.0%	100.0%	100.0%
惡性腫瘤	25 788	16 616	9 172	21.9%	22.8%	20.5%
腦血管疾病	14 117	8 301	5 816	12.0%	11.4%	13.0%
事故傷害	12 963	9 683	3 280	11.0%	13.3%	7.3%
心臟疾病	11 207	6 569	4 638	9.5%	9.0%	10.4%
糖尿病	7 223	3 306	3 917	6.1%	4.5%	8.8%
慢性肝病及肝硬化	4 456	3 322	1 134	3.8%	4.6%	2.5%
腎炎、腎徵候群及腎變性病	3 515	1 909	1 606	3.0%	2.6%	3.6%
肺炎	3 068	1 984	1 084	2.6%	2.7%	2.45
高血壓性疾病	2 613	1 340	1 273	2.2%	1.8%	2.9%
支氣管炎、肺氣腫及哮喘	1 990	1 270	720	1.7%	1.7%	1.6%
其他所有死因	30 828	18 747	12 081	26.2%	25.7%	27.0%

資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。

### 第3部 —— 醫療融資安排

#### 5. 醫療融資安排的沿革

5.1 台灣政府的醫療融資目的，是透過推行全民健保計劃，為台灣全民提供統一的保險保障。全民健保計劃於1995年3月1日施行，屬強制性的健康保險計劃。台灣當局把於1995年之前已經推行的所有保險計劃整合為一，成為全民健保計劃。

5.2 全民健保計劃於1995年3月1日實施之前，台灣已有若干個中央管理的健康保險計劃。第一個是於1950年推行的勞工保險計劃，隨後於1958年推行公務人員保險計劃，以及於1989年推行農民健康保險計劃。尚有若干個規模較小的其他保險計劃。

5.3 於1994年年底，這些保險計劃的納保人數為全台灣人口的59.4%（表7）。換言之，尚有40.6%的人口沒有健康保險的保障，並且以孩童及長者居多。這兩類人口既對醫療保健服務的需求殷切，但又缺乏經濟能力應付這些開支。

表7 —— 全民健保計劃實施前各類保險計劃的納保人數（截至1994年年底）

計劃	人數	百分比
公務人員保險計劃	1 796 793	8.5%
勞工保險計劃	8 415 224	39.7%
農民健康保險計劃	1 740 653	8.2%
其他社會保險計劃	626 382	3.0%
<b>小計</b> ：各項保險計劃的納保人口	12 579 072	59.4%
並未投保的人口	8 617 133	40.6%
<b>總計</b>	21 196 205	100.0%

資料來源：互聯網，中央健康保險局網頁，網址是 <http://www.nhi.gov.tw/>

#### 全民健康保險計劃(全民健保計劃)

5.4 全民健保計劃旨在減輕民眾的財務負擔，在民眾患病、受傷或生育時，為全民提供完善的醫療服務。全民健保計劃由衛生署轄下一個**公營機構**負責管理，這個公營機構就是中央健康保險局。受保人、僱主和政府三方均須每月繳納保險費。所有保險費均可在計算稅款時予以扣除。

## 6. 醫療保健服務的融資安排

6.1 圖2顯示台灣的醫療保健服務的融資來源如下：

- 政府；
- 個人及僱主(即來自私人的財源)；及
- 承保人，即中央健康保險局。

6.2 政府的醫療融資就是政府為以下項目撥出的款項：提供健康保險計劃承保範圍以外的醫療服務<sup>1</sup>、開辦醫療保健的培訓課程、公共衛生教育、研究發展工作，以及衛生當局的行政費和職員費。政府並沒有為應付這些開支而開徵特定稅項，所有經費均來自**一般稅收**。

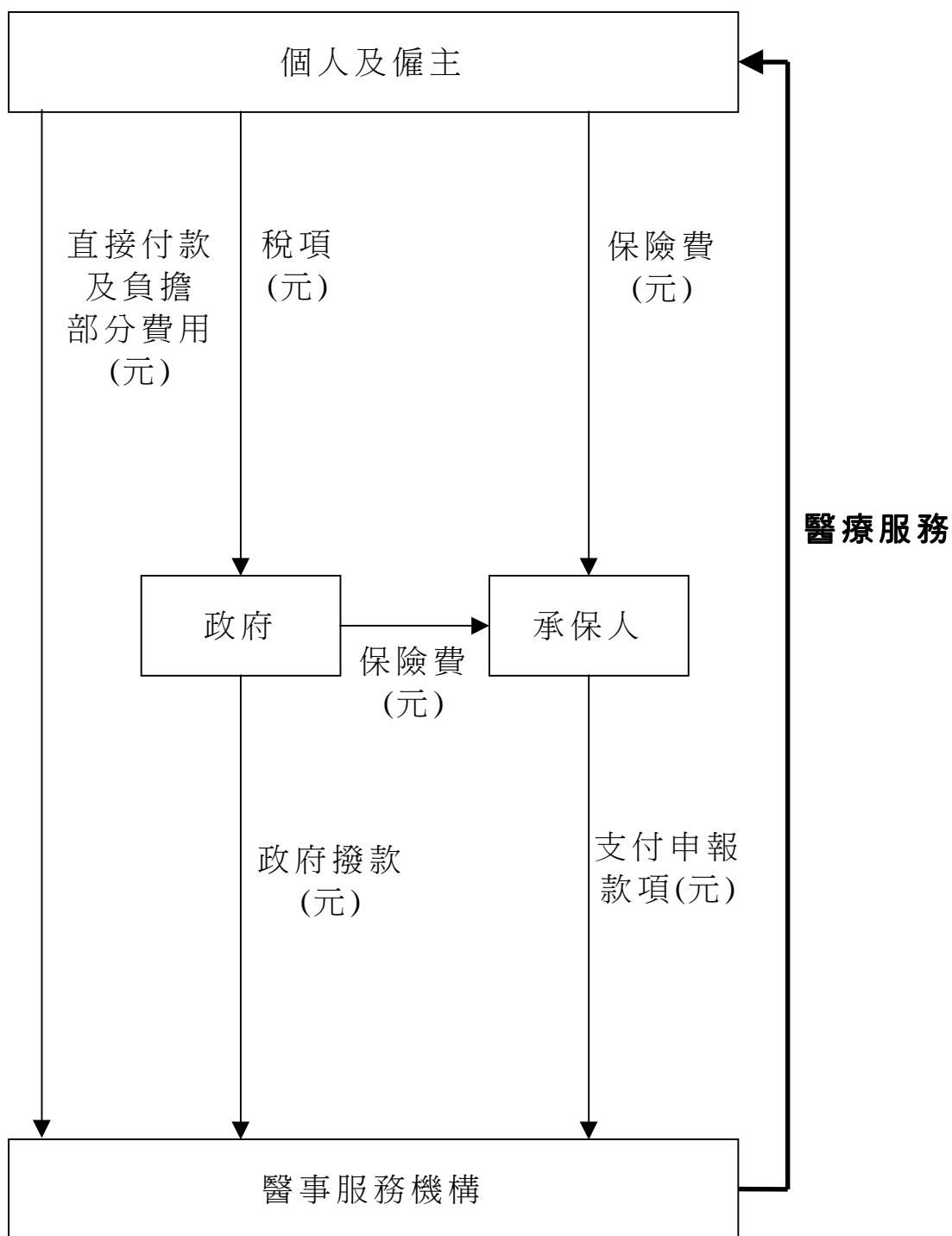
6.3 私人的醫療融資則用以支付部分醫療費用(以負擔部分醫療費用的形式支付)，以及應付健康保險計劃承保範圍以外的醫療開支。

6.4 特約醫事服務機構為受益人提供醫療服務後，便會向中央健康保險局申報，而中央健康保險局則負責核退該等醫療費用予特約醫事服務機構。中央健康保險局亦負責收集由政府及私人(包括受保人及僱主)繳納的保險費，以支付上述醫療費用。因此，中央健康保險局間接成為醫療保健服務的融資來源。由中央健康保險局向政府及私人(包括受保人及僱主)徵收的保險費，並不計入政府的醫療開支之內，亦不計入私人的醫療開支內，以免出現雙重計算的現象。有一點值得注意，**就是政府以第三方付款人身份繳納保險費予中央健康保險局**。

---

<sup>1</sup> 根據全民健保計劃，不在承保範圍內的醫療服務包括非醫學上必要的美容外科手術、人工協助生殖技術、變性手術、成藥、眼鏡、拐杖及輪椅等。

圖2 —— 醫療保健服務的融資安排



## 第4部 —— 全民健康保險計劃

### 7. 全民健康保險計劃(全民健保計劃)

#### 全民健保計劃的目標

7.1 推行全民健保計劃的目標如下：

1. 全民納保，令所有民眾在獲取醫療保健服務方面享有平等機會；
2. 減輕個人財務負擔，以及令保險計劃得以保持財務平衡，永續經營；及
3. 提升醫療素質，促進台灣民眾的健康。

#### 全民健保計劃的主要環節

7.2 全民健保計劃的主要環節包括：

- 受保人；
- 保障範圍；
- 特約醫事服務機構；
- 安全準備金；
- 部分負擔制度；及
- 保險費。

#### 受保人

##### 投保資格

7.3 為達致全民健保計劃下的全民納保目標，在台灣設有戶籍滿4個月的人士均合資格投保，而且必須向全民健保計劃投保。保險對象如不參加全民健保計劃，要處新台幣3,000元至15,000元不等的罰款。僱主如不為僱員投保，又如受保人不為其眷屬投保，會就其所欠付的保險費金額處以4倍的罰款。新生嬰兒無須達到設有戶籍滿4個月的規定，亦合資格投保。具有外國國籍的僱員亦須投保。

7.4 所有保險對象均獲發一張全民健康保險卡，4歲以下小童則獲發兒童健康手冊。受保人每次前往各特約醫事服務機構就診時，均須出示該保健卡或手冊，證明就診人是全民健保計劃的受益人。

7.5 全民健保計劃的保險對象包括受保人本身及其眷屬，而眷屬則包括配偶、父母、子女、祖父母、外祖父母、孫子女及外孫子女。本身合資格投保的人士不得以眷屬身份投保。眷屬必須隨受保人一同參加全民健保計劃。由於全民健保計劃與工作身份有關，因此失業人士在失業期間無須繳納保險費，而仍然合資格獲得全民健保計劃的保障。但這段無須繳納保險費而仍享保障的時間不得超過6個月，同時受保人必須在失業之前參與全民健保計劃最少達兩年。遇到這些情況，中央健康保險局會向特約醫事服務機構支付該機構提供醫療保健服務的費用。

#### 豁免範圍

7.6 軍人及囚犯不在全民健保計劃的納保範圍內，因為國防部負責為軍人提供醫療服務，而法務部則負責為囚犯提供醫療服務。具有外國國籍的僱主亦獲豁免，無須以受保人身份(並非以其僱主身份)參加全民健保計劃。

#### 受保人的類別

7.7 受保人共分6類，在6類之下再細分13目。保險對象以下述兩種身份參加全民健保計劃：第1類至第4類人士以其工作身份投保，第5類及第6類人士以其民眾身份投保。合資格以工作身份投保者，不得以民眾身份投保。在全民健保計劃內，以工作身份投保者佔九成，而以民眾身份投保者則佔一成。

表8 —— 全民健保計劃的受保人類別

類別	受益人	投保身份
<b>第1類</b>		
第1目	政府機關人員及公私立學校的全職人員	工作
第2目	公私營事業或機構的僱員	工作
第3目	有一定僱主的僱員	工作
第4目	僱主或自營作業者(即自僱人士)	工作
第5目	專門職業及技術人員自行執業者	工作
<b>第2類</b>		
第6目	無一定僱主或自營作業而參加職業工會者	工作
第7目	海員	工作
<b>第3類</b>		
第8目	無一定僱主或自營作業的農會及水利會會員，或年滿15歲而自營農業工作者	工作
第9目	無一定僱主或自營作業的漁會會員，或年滿15歲而自營漁業工作者	工作
<b>第4類</b>		
第10目	軍眷	工作
<b>第5類</b>		
第11目	低收入戶	民眾
<b>第6類</b>		
第12目	榮民(台灣稱退伍軍人為榮民)及榮民遺眷	民眾
第13目	其他	民眾



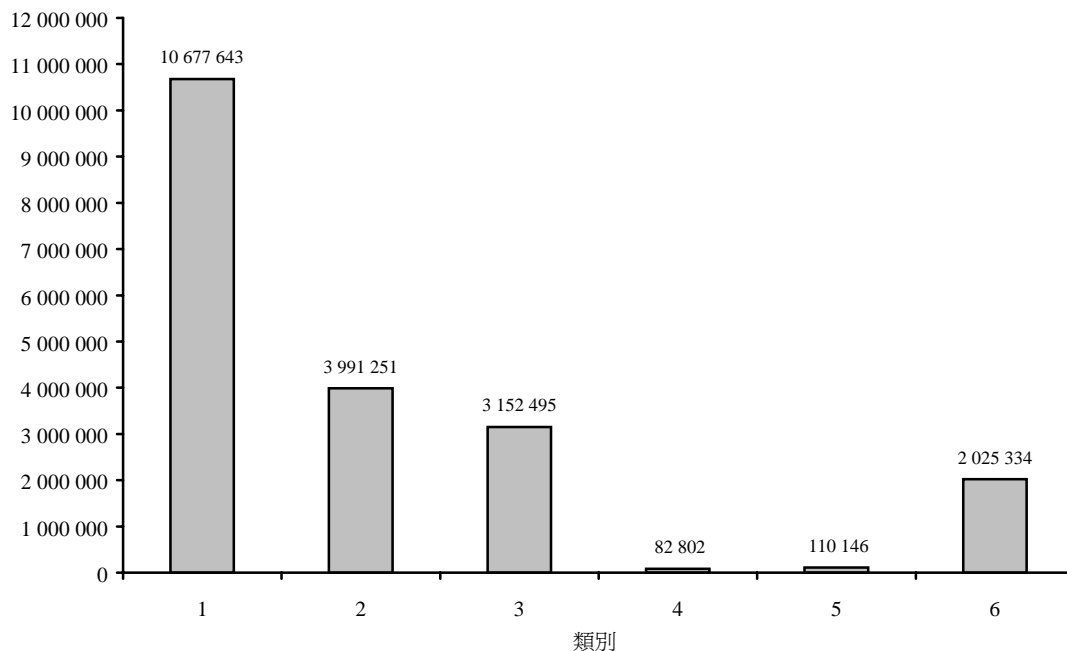
7.8 截至1996年年底，在全民健保計劃的參加者當中，以第2目“公私營事業或機構的僱員”的人數最多，達870萬人，佔整項計劃投保總人數的43%（見表9）。其次就是第6目“無一定僱主或自營作業而參加職業工會者”，參加人數為400萬，佔總參加人數的20%。位列第三的是第8目“無一定僱主或自營作業的農會及水利會會員，或年滿15歲而自營農業工作者”，參加人數為280萬，佔總參加人數的14%。這三類投保人士共1504萬人，佔總參加人數的77%。有一點值得注意，就是這三類投保人士很可能是以往一些大型工會的會員，而這些工會本身已經設有中央管理的健康保險計劃（請參閱第5.2段的內容）。

表9 —— 全民健保計劃的參加人數(截至該年年底)

類	目	1995		1996	
1	1	1 200 289	(6.3%)	1 216 449	(6.1%)
	2	8 507 771	(44.5%)	8 677 573	(43.3%)
	3	428 809	(2.2%)	437 890	(2.2%)
	4	300 470	(1.6%)	345 731	(1.7%)
	5	0	(0.0%)	0	(0.0%)
	小計	10 437 339	(54.6%)	10 677 643	(53.3%)
2	6	4 029 494	(21.1%)	3 991 092	(19.9%)
	7	222	(0.0%)	159	(0.0%)
	小計	4 029 716	(21.1%)	3 991 251	(19.9%)
3	8	2 652 042	(13.9%)	2 769 634	(13.8%)
	9	346 397	(1.8%)	382 861	(1.9%)
	小計	2 998 439	(15.7%)	3 152 495	(15.7%)
4	10	69 059	(0.4%)	82 802	(0.4%)
5	11	111 452	(0.6%)	110 146	(0.5%)
6	12	593 614	(3.1%)	634 319	(3.2%)
	13	883 659	(4.6%)	1 391 015	(6.9%)
	小計	1 477 273	(7.7%)	2 025 334	(10.1%)
總參加人數		19 123 278	(100.0%)	20 039 671	(100.0%)

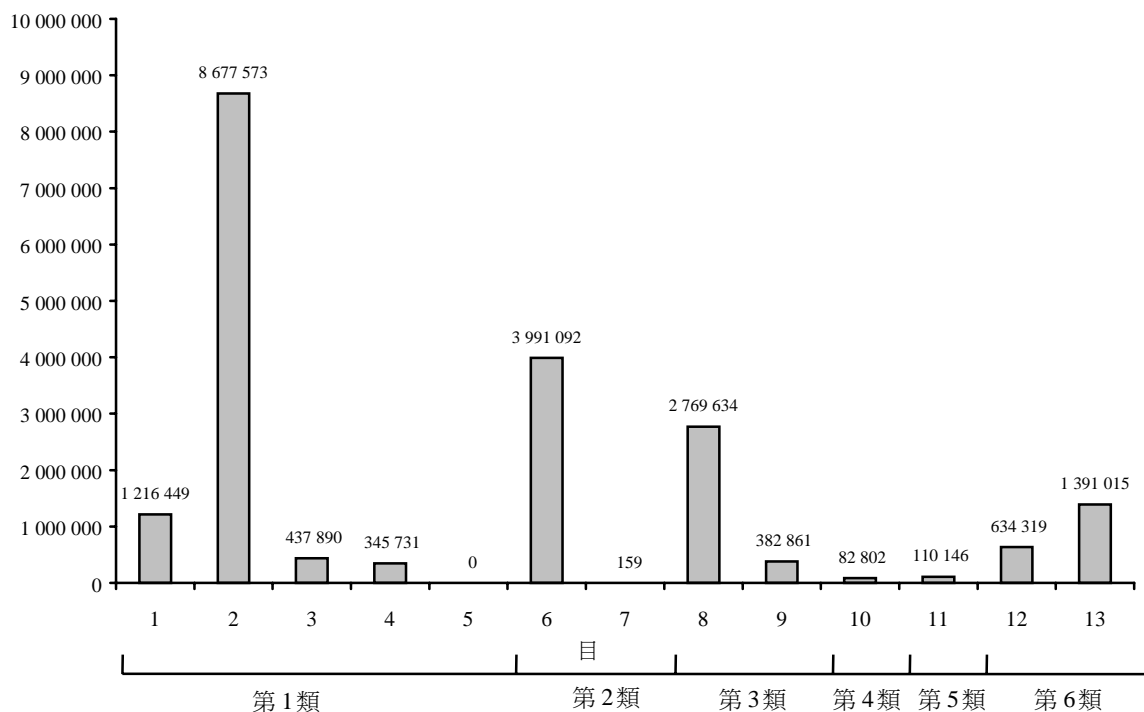
註：括號內的數字為佔整體的百分比。參加人數包括受保人及其眷屬。  
資料來源：經濟建設委員會，台灣統計數據手冊1997。

**圖3 —— 按類劃分的全民健保計劃參加人數(截至1996年年底)**



資料來源：經濟建設委員會，台灣統計數據手冊1997。

**圖4 —— 按目劃分的全民健保計劃參加人數(截至1996年年底)**



資料來源：經濟建設委員會，台灣統計數據手冊1997。

7.9 另一點值得注意的是，在1995年及1996年，並無任何受保人以第5目“專門職業及技術人員自行執業者”的身份投保。在以工作身份投保的參加人數當中，以第4目“僱主或自營作業者”的人數最少，只有30萬名參加者，佔總參加人數的1.7%。這兩個細目的參加者數目明顯較其他類別少的現象，可能是由於政府並不就這兩個細目的參加者以第三方支付人的身份繳納保險費。(有關政府繳納保險費的詳細資料，請參閱第7.29段及表14)。

### 保障範圍

7.10 設立全民健保計劃的宗旨，是保障受益人(包括受保人本身及其眷屬)於患病、受傷或生育期間，獲得公營及私營的特約醫事服務機構提供醫療服務。表3已詳細列出這些醫療服務，包括住院、門診、急診、牙科診療、中醫藥、藥事診療、居家照護、精神科治療、化驗及X光檢驗服務、物理治療、血液透析、分娩及其他預防保健服務。

7.11 全民健保計劃所承保的醫療保健服務範圍，較以往的保險計劃所承保的範圍廣泛。表10比較各保險計劃所承保的醫療服務範圍。

表10 —— 全民健保計劃所承保的醫療服務範圍

	全民健康 保險計劃	勞工保險 計劃	公務人員保險 計劃及農民健康 保險計劃
住院	✓	✓	✓
門診	✓	✓	✓
急診	✓	✓	✓
牙科診療	✓	✓	✓
中醫	✓		
藥事診療	✓		
居家照護	✓	✓	
精神科治療	✓		
先天性畸形矯形手術	✓	✓	
腹腔鏡檢查	✓	✓	
膽囊切除術	✓	✓	
伽瑪刀	✓	✓	
物理治療	✓		
磁力共振影像	✓	✓	
分娩	✓	✓	
子宮頸抹片檢查	✓	✓	
身體檢查	✓	✓	
產前及產後護理	✓	✓	
幼兒身體檢查	✓		

資料來源：互聯網，中央健康保險局網頁，網址是 <http://www.nhi.gov.tw/>  
互聯網，行政院衛生署網頁，網址是 <http://www.doh.gov.tw/>

### 特約醫事服務機構

7.12 截至1996年年底，在台灣的所有醫療院所當中，有91.3%為全民健保的特約服務機構。這些特約醫事服務機構每月向中央健康保險局提交申報文件，申請核付每月的醫療開支。如病人遇有緊急傷病而需要在位於台灣的非特約醫事服務機構就醫，或在位於海外的合法醫療機構接受緊急治療，則受益人可於接受治療後向中央健康保險局申請核退醫療費用。

7.13 其餘8.7%的醫療院所由私人營辦，主要提供全民健保計劃並不承保的醫療保健服務，例如一些非醫學上必要的美容外科手術、人工協助生殖技術及變性手術。這些醫事機構的財源來自病人直接支付的費用。

### 安全準備金

7.14 為確保中央健康保險局能夠保持收支平衡，並為避免該局因財務上的短期變動以致無法給付醫療費用，《全民健康保險法》規定，應循以下途徑提列一筆安全準備金：(a)每一保險年度的收支結餘；(b)保險費滯納金；及(c)運用全民健康保險安全準備金所得的收益。

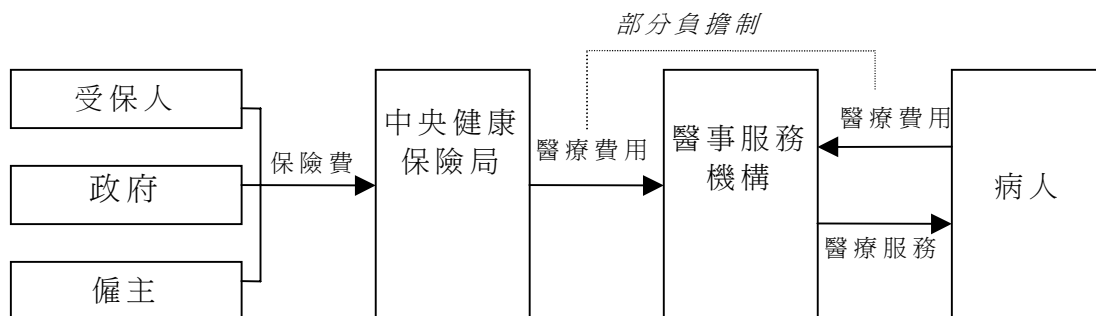
7.15 《全民健康保險法》第66條規定，安全準備金得以下列方式運用：

- (a) 公債、庫券及公司債的投資；
- (b) 就翻修特約醫院或擴充特約醫院設施而提供貸款；及
- (c) 其他經衛生署核准為有利於全民健保計劃的任何其他投資。

### 部分負擔制度

7.16 為促使社會人士珍惜醫療服務資源，全民健保計劃採用部分負擔制度。根據這個制度，病人(受益人)須與中央健康保險局分擔醫療開支(圖5)。

圖5 —— 全民健保計劃



### 支付標準

7.17 台灣所有醫事服務機構均按照由衛生署訂定的支付標準表來收取服務費用。訂定支付標準表的目的是訂定支付款額的準繩，從而反映醫療資源的成本，並減少申報弊端。支付標準表分為“西醫及牙醫”和“中醫”兩類。截至1996年年底，支付標準表所收納的醫事項目共有3 290項。

### 由受益人負擔部分門診醫療費用

7.18 根據部分負擔制度，病人須就傳統中醫藥和牙科診療支付新台幣50元的費用(表11)。如病人前往特約診所或地區醫院就醫，部分負擔金額為新台幣50元。如病人到區域醫院就醫，部分負擔金額是新台幣100元，醫學中心則為新台幣150元。假如病人罹患傷病需要緊急救治，病人所須負擔的醫療費用由新台幣150元至420元不等，視乎病人前往就診的醫療院所的種類而定。以收回成本的概念而言，這類由病人負擔的部分費用佔醫療成本的5%至13%不等，視乎醫療院所的種類而定。

表11 ——全民健保計劃門診服務受益人須負擔的部分費用(新台幣)

	門診診療	牙科診療	中醫藥	急診
基層診所 (佔實際開支的百分比)	50 (12.74%)	50 (5.07%)	50 (10.60%)	150 (12.74%)
地區醫院 (佔實際開支的百分比)	50 (6.05%)	50 (6.05%)	50 (6.05%)	150 (6.05%)
區域醫院 (佔實際開支的百分比)	100 (7.35%)	50 (7.35%)	50 (7.35%)	210 (7.35%)
醫學中心 (佔實際開支的百分比)	150 (5.95%)	50 (5.95%)	50 (5.95%)	420 (5.95%)

資料來源：互聯網，中央健康保險局網頁，網址是 <http://www.nhi.gov.tw/>

#### 由受益人負擔部分住院費用

7.19 住院方面，病人須負擔費用的比率依照病人所住病房的性質(急性或慢性病房)及病人住院日期長短而有所不同(表12)。此舉旨在鼓勵病人於病情穩定後轉往慢性病房或回家療養，以減少醫療開支。以收回成本的概念而言，這類由病人負擔的部分費用佔醫療成本的5.91%。

7.20 為減輕病人的財務負擔，對於病人須負擔的部分住院費用定有最高限額。病人入住急性病房30日以下及／或入住慢性病房180日以下，其所應自行負擔的費用上限為：因同一疾病每次住院的部分負擔上限為新台幣17,000元及同年住院的部分負擔上限累計為新台幣29,000元(表13)。

表12 —— 受益人須負擔的部分住院費用比率

病房	住院日數	部分負擔比率	佔實際開支的百分比
急性	第1至30日	10%	5.91%
	第31至60日	20%	5.91%
	第61日及以後	30%	5.91%
慢性	第1至30日	5%	5.91%
	第31至60日	10%	5.91%
	第61日至180日	20%	5.91%
	第181日及以後	30%	5.91%

資料來源：互聯網，中央健康保險局網頁，網址是 <http://www.nhi.gov.tw/>

表13 —— 受益人須負擔的部分住院費用上限

病房	受益人須負擔的部分住院費用上限	
急性	少於或合共30天：每次住院的負擔上限為新台幣17,000元	一整曆年的累計上限為新台幣29,000元
慢性	少於或合共180天：每次住院的負擔上限為新台幣17,000元	一整曆年的累計上限為新台幣29,000元

資料來源：互聯網，中央健康保險局網頁，網址是 <http://www.nhi.gov.tw/>

### 豁免受益人負擔部分費用

7.21 在下述情況下，受益人得獲豁免負擔部分費用：分娩、預防保健服務、同一療程的跟進治療、低收入戶、榮民及其眷屬，以及居於山地離島的居民。此外，凡持有由中央健康保險局核發的重大傷病證明卡者亦獲豁免，無須負擔部分醫療費用。重大傷病包括心臟疾病及糖尿病。遇有上述情況，受益人原應負擔的部分費用由政府支付。

### 保險費

7.22 全民健保計劃的經費來自受保人、僱主及政府三方所繳納的保險費。由受保人及僱主繳納的保險費可免列入計稅範圍。僱主須每月從僱員的薪金扣除僱員應付的保險費，連同僱主應繳納的保險費如數繳付中央健康保險局。保險費的金額以雙軌制計算：

- 受保人所須繳納的保險費金額採用**論眷屬**計費的方式來計算(即受保人所繳納的保險費按**眷屬人數**計算，以符合受益者付費的原則)；
- 僱主及政府所須繳納的保險費金額則採用**論受保人**計費的方式來計算(即僱主及政府所繳納的保險費按**僱員人數**計算，並非按僱員的眷屬人數來計算，以免僱主不公平對待眷屬人數多的僱員)。



---

---

### 受保人所須繳納的保險費

7.23 受保人所須繳納的保險費按以下方程式計算：

$$\text{保險費} = \text{保險費率} \times \text{薪金級別上限} \times \text{負擔比率} \times \\ (\text{受保人本人} + \text{眷屬人數(超過5人亦以5人計算)})$$

### 僱主所須繳納的保險費

7.24 僱主所須繳納的保險費按以下方程式計算：

$$\text{保險費} = \text{保險費率} \times \text{薪金級別上限} \times \text{負擔比率} \times \\ (\text{該僱員} + \text{眷屬平均人數})$$

### 政府所須繳納的保險費

7.25 政府以第三方付款人身份所須繳納的保險費按以下方程式計算：

$$\text{保險費} = \text{保險費率} \times \text{薪金級別上限} \times \text{負擔比率} \times \\ (\text{該僱員} + \text{眷屬平均人數})$$

7.26 從上述方程式可見，保險費的金額以下列因素為計算基礎：

- 保險費率；
- 薪金級別上限；
- 負擔比率；及
- 受益人數目，包括受保人本人及其眷屬。

### 保險費率

7.27 自全民健保計劃於1995年3月1日推行以來，保險費率一直為4.25%；按照規定，保險費率可以提高至最高的6%。保險費率由政府負責釐定，而政府在釐定保險費率時，則以中央健康保險局的財務狀況為依據。由於中央健康保險局自成立至今一直有盈餘，政府遂決定把保險費率維持在4.25%的水平。

---

---

### 薪金級別上限

7.28 在全民健保計劃之下，薪金共分28級，由新台幣15,360元至53,000元，按照僱員的實際薪金決定其所屬級別(詳情請參閱附錄VI)。

### 負擔比率

7.29 受保人、僱主和政府三方所負擔的保險費比率，因應不同類別的受保人而有別(表14)。有一點值得注意，就是政府會以第三方支付人的身份為所有受保人繳納保險費，惟僱主、自營作業者、專門職業及技術人員自行執業者除外(即第4及第5目)。此外，低收入戶(第11目)及榮民(第12目)無須繳納保險費。

表14 —— 全民健保計劃的保險費負擔比率(百分比)

類	目	受保人		受保人	僱主	政府
1	1	政府機關人員及公立學校教職員	受保人及其眷屬	40	60	0
	1	私立學校教職員	受保人及其眷屬	40	30	30
	2, 3	公私營事業或機構的僱員及有一定僱主的其他僱員	受保人及其眷屬	30	60	10
	4, 5	僱主、自營作業者、專門職業及技術人員自行執業者	受保人及其眷屬	100	0	0
2	6, 7	無一定僱主而參加職業工會的會員、外僱船員	受保人及其眷屬	60	0	40
3	8, 9	農會、漁會或水利會會員	受保人及其眷屬	30	0	70
4	10	軍眷的住戶代表	受保人及其眷屬	40	0	60
5	11	低收入戶	受保人及其眷屬	0	0	100
6	12	榮民遺屬的住戶代表	受保人	0	0	100
			其眷屬	30	0	70
	13	其他	受保人及其眷屬	60	0	40

資料來源：互聯網，中央健康保險局網頁，網址是 <http://www.nhi.gov.tw/>

---

## 8. 全民健保計劃的行政架構

### 衛生署

8.1 衛生署轄下的全民健康保險小組為全民健保計劃的主管機關，負責制訂全民健康保險的政策，以及處理各項有關全民健康保險的監管、督導及評估事宜。全民健康保險小組目前編制為召集人1人、副召集人1人及組長4人，均由衛生署署長遴派現職衛生署人員或聘請署外專家兼任。衛生署轄下共有3個相關的委員會(附錄VII)：

- 全民健康保險監理委員會；
- 全民健康保險爭議審議委員會；及
- 全民健康保險醫療費用協定委員會。

### 全民健康保險監理委員會

8.2 全民健康保險監理委員會的職能如下：

- 就保險政策提出建議；
- 審議保險業務及會計事項；
- 稽核保險財務；及
- 就相關法規及學術研究事宜提出建議。

8.3 全民健康保險監理委員會現有委員29人，主任委員由衛生署副署長兼任，委員包括醫藥保險專家5人、受保人代表5人、僱主代表5人、特約醫事服務機構代表5人及政府代表8人。所有委員均由衛生署委任。

---

---

### 全民健康保險爭議審議委員會

8.4 全民健康保險爭議審議委員會的任務是審議受保人與特約醫事服務機構之間的爭議。該委員會共有委員15人，由衛生署委任一名資深醫藥專家擔任主任委員，其他委員包括保險專家2人、法學專家4人、醫藥專家6人及衛生署代表2人。

### 全民健康保險醫療費用協定委員會

8.5 全民健康保險醫療費用協定委員會負責釐定及覆檢醫療給付費用。該委員會由衛生署委任的精算師擔任主任委員，其他委員包括保險費付款者代表9人、專家學者9人及各相關政府機關代表9人，合共委員27人。

### 中央健康保險局

#### *設立中央健康保險局*

8.6 中央健康保險局為一政府機關，負責辦理全民健保計劃。中央健康保險局根據《全民健康保險法》第6條的規定設立，共設有5處、5室及2會(附錄VII)。僱主須每月從僱員的薪金扣除僱員應付的保險費，連同僱主應繳納的保險費如數繳付中央健康保險局。

8.7 中央健康保險局的總局設於台北，並於17個醫療區域分設12間分局。截至1996年年底，中央健康保險局共有員工1 762人(表15)。中央健康保險局總局負責業務規劃、督導、研究發展、人力培訓、資訊管理及稽核工作。各分局則直接辦理承保作業、收納保險費，以及審查核付特約醫事服務機構的醫療費用。

表15 —— 中央健康保險局的編制(截至1996年年底)

	職員數目
中央健康保險局總局	340
中央健康保險局12間分局	1 422
總計	1 762

資料來源：互聯網，中央健康保險局網頁，網址是 <http://www.nhi.gov.tw/>

#### 中央健康保險局的行政費及職員費

8.8 表16載列中央健康保險局的醫療開支、行政費及職員費。醫療開支指中央健康保險局就特約醫事服務機構所申報的醫療費用所給付的開支。在1995年3月至1996年12月期間，醫療費用的開支達新台幣3,695.74億元，佔中央健康保險局支出總額的96.3%。行政費及職員費佔開支總額的3.7%。

表16 —— 中央健康保險局的開支總額(新台幣百萬元)

	款額	比例
行政及職員費用	14,200	3.7%
醫療開支(支付醫療保健服務的申報款項的開支)	369,574	96.3%
<b>中央健康保險局的開支總額</b>	<b>383,774</b>	<b>100.0%</b>

註：上述為1995年3月至1996年12月期間的數字。

資料來源：互聯網，中央健康保險局網頁，網址是 <http://www.nhi.gov.tw/>  
 互聯網，衛生署網頁，網址是 <http://www.doh.gov.tw/>

---

## 第5部 —— 分析醫療開支及其融資安排

### 9. 醫療開支總額及其融資安排

#### 醫療開支總額

9.1 醫療開支總額指以下各項的總和：(a)政府為提供與全民健保計劃無關的醫療保健服務(如若干成藥、健康教育工作、研究發展等)所動用的開支；(b)私人就全民健保計劃承保範圍以外的醫療保健服務(如人工協助生殖技術及若干美容外科手術)所支付的開支，以及私營醫院為興建醫療設施所支付的開支；以及(c)提供全民健保計劃承保範圍內所有醫療服務所涉及的費用(詳情請參閱表10)及保險計劃的行政費。

9.2 醫療開支總額的增長率不但高於台灣本地生產總值的增長率，同時亦高於通脹率。導致這個現象的部分原因，是台灣的經濟發展迅速，民眾自然越來越重視健康護理。在1996年，台灣的醫療開支總額達新台幣4,098.28億元(折算約為港幣1,122.93億元)，較1991年的醫療開支總額增加85.3%。在1996年，醫療開支總額為台灣的本地生產總值的5.4%，同一比率於1991年為4.6%。表17載列於1991年至1996年期間，台灣的醫療開支總額的詳細資料。

#### 分析

9.3 表17及圖6就醫療開支總額增長率、台灣本地生產總值增長率及通脹率作出比較。由上述圖表可見，台灣的醫療開支總額的增長率較其本地生產總值的增長率及其通脹率為高。這個現象與醫療保健設施的增加及人手數目增長的情況相符。不過，自全民健保計劃於1995年推行以來，台灣的醫療開支總額增長率已逐漸放緩，主要原因在於全民健保計劃實行部分負擔制，從而阻遏了濫用醫療服務的情況。

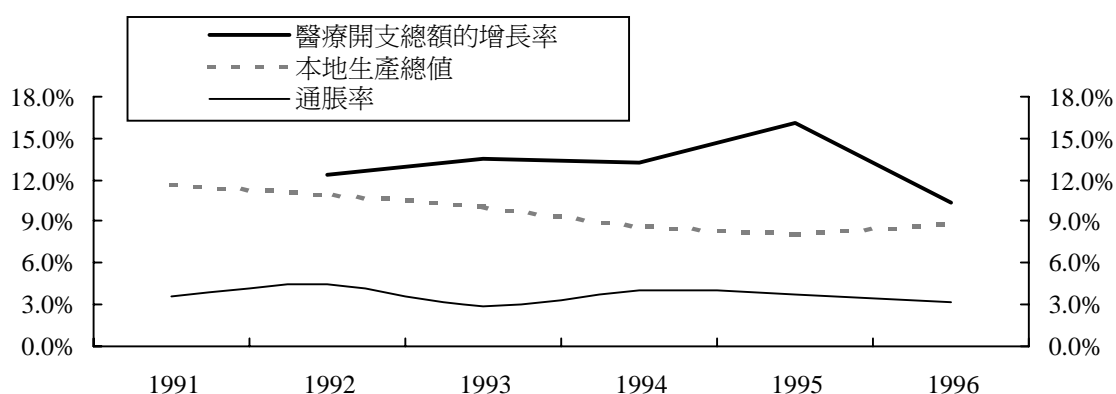
9.4 同樣，以人均計算的醫療開支增長率亦較人均本地生產總值增長率及通脹率高。在1996年，以人均計算的醫療開支為新台幣19,114元，較1991年的數字增加76.7%。這個增長率較人均本地生產總值的增長率高，同期的人均本地生產總值增長率為46.0%。換而言之，以平均計，台灣居民用於醫療方面的開支較前為多。

表17 —— 醫療開支總額

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
醫療開支總額 (新台幣百萬元)	221,214	248,598	282,420	319,733	371,220	409,828
本地生產總值 (新台幣百萬元)	4,810,705	5,337,693	5,874,513	6,376,498	6,892,046	7,497,677
醫療開支佔本地生產 總值的百分比	4.6%	4.7%	4.8%	5.0%	5.4%	5.4%
人口(千人)	20 454.9	20 654.7	20 848.3	21 086.6	21 267.7	21 441.4
按人口平均計算的醫 療開支(新台幣)	10,815	12,036	13,546	15,163	17,455	19,114
按人口平均計算的本 地生產總值(新台幣)	234,018	257,213	280,487	301,832	323,509	349,200
<b>增長率</b>	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>
醫療開支總額	-----	12.4%	13.6%	13.2%	16.1%	10.4%
本地生產總值	11.7%	11.0%	10.1%	8.6%	8.1%	8.8%
人口	1.2%	1.1%	1.0%	1.2%	0.9%	1.1%
按人口平均計算的醫 療開支	-----	11.3%	12.5%	11.9%	15.1%	9.5%
按人口平均計算的本 地生產總值	10.6%	9.9%	9.0%	7.6%	7.2%	7.9%
通脹率	3.6%	4.5%	2.9%	4.1%	3.7%	3.1%

資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。  
經濟建設委員會，台灣統計數據手冊1997。

圖6 —— 醫療開支總額及本地生產總值的增長率與通脹率



資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。  
經濟建設委員會，台灣統計數據手冊1997。



醫療融資總額

9.5 台灣的醫療融資來源如下：

- 直接來自政府(以一般稅收的形式)；
- 直接來自私人(即個人及僱主以直接付款方式或部分負擔方式支付醫療費用)；及
- 間接來自保險費。

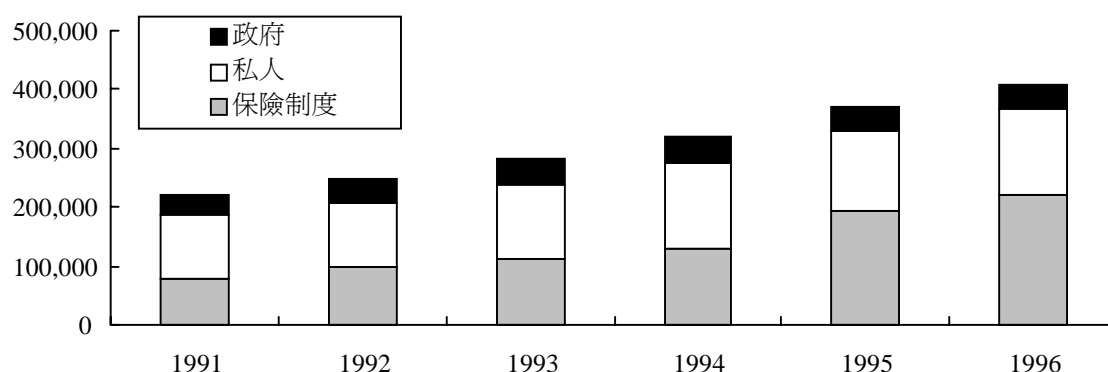
表18、表19、圖7、圖8及圖9顯示台灣由1991年至1996年間的醫療融資模式。

**表18 —— 醫療融資總額(新台幣百萬元)**

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
醫療融資總額	221,214	248,598	282,420	319,733	371,220	409,828
政府(一般稅收)	34,392	40,288	43,784	44,293	42,435	42,129
百分比	15.6%	16.2%	15.5%	13.9%	11.4%	10.3%
私人(直接付款及 部分負擔款項)	107,569	109,887	127,129	145,856	134,330	146,506
百分比	48.6%	44.2%	45.0%	45.6%	36.2%	35.7%
保險制度(受保 人、僱主及政府所 繳納的保險費)	79,253	98,422	111,507	129,584	194,455	221,193
百分比	35.8%	39.6%	39.5%	40.5%	52.4%	54.0%
<b>增長率</b>	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>
醫療融資總額	-----	12.4%	13.6%	13.2%	16.1%	10.4%
政府	-----	17.1%	8.7%	1.2%	-4.2%	-0.7%
私人	-----	2.2%	15.7%	14.7%	-7.9%	9.1%
保險制度	-----	24.9%	13.3%	16.2%	50.1%	13.8%
本地生產總值	11.7%	11.0%	10.1%	8.6%	8.1%	8.8%

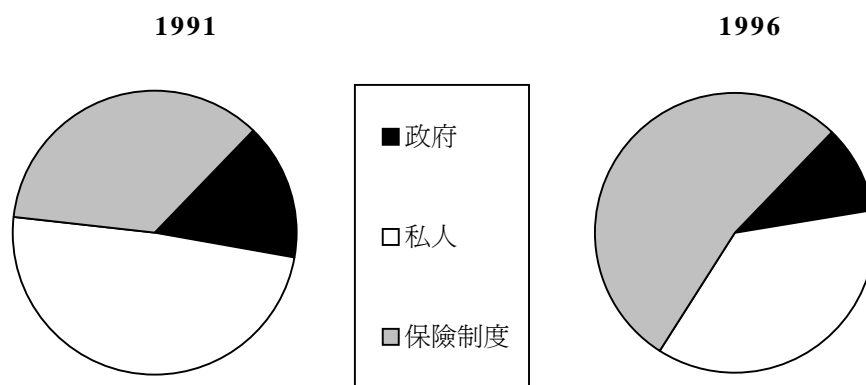
資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。

圖7 —— 醫療融資總額(新台幣百萬元)



資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。

圖8 —— 1991年及1996年的醫療融資總額



資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。

9.6 自全民健保計劃於1995年推行以來，向中央保險制度支付的保險費成為醫療融資的最重要財源。這方面的數額自1995年起便一直增加。在1996年，向中央保險制度支付的保險費為新台幣2,211.93億元，佔醫療融資總額的54.0%(表18)。保險費佔融資總額的比例激增，主要是由於推行全民健保計劃，把全民皆納入保障範圍所致。在推行全民健保計劃之前，台灣只有六成人口投保。

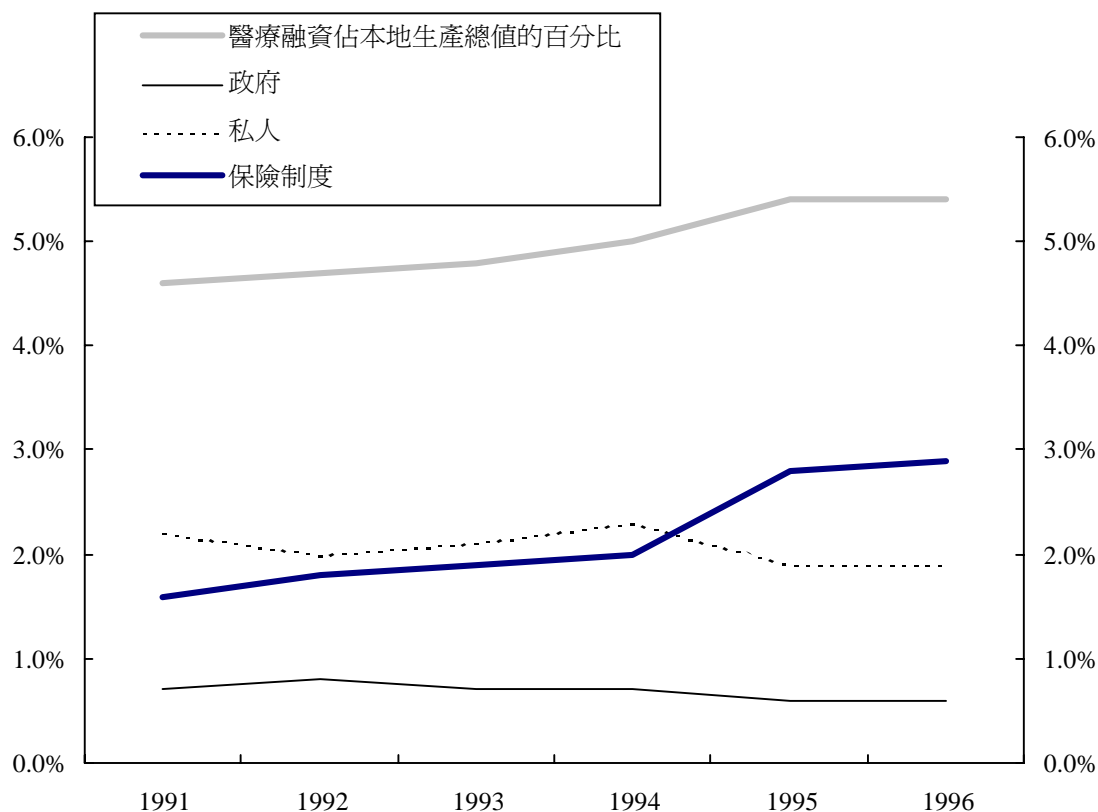
9.7 由於全民健保計劃的納保人數較多，而承保的醫療服務範圍較廣泛，該計劃有助於減輕政府及私人的融資負擔。以往需要政府或私人支付的若干服務，現時都無須政府或私人負擔。在1995年及1996年，政府融資下降至低於1994年的水平。同期，私人融資佔醫療融資總額的比例，亦由原來的45%下降至35%。同時，透過全民健保計劃而提供的保險融資則由原來佔醫療融資總額的45%，上升至54%。

表19 —— 醫療融資佔本地生產總值的百分比

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
醫療融資總額佔本地生產總值的百分比	4.6%	4.7%	4.8%	5.0%	5.4%	5.4%
政府	0.7%	0.8%	0.7%	0.7%	0.6%	0.6%
私人	2.2%	2.0%	2.1%	2.3%	1.9%	1.9%
保險制度	1.6%	1.8%	1.9%	2.0%	2.8%	2.9%

資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。

圖9 —— 醫療融資佔本地生產總值的百分比



資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。

9.8 全民健保計劃於1995年推行，而台灣於該年的醫療融資總額增長率亦達至最高的16%。全民健保計劃全面推行之後，醫療融資總額的增長率於1996年回落至10.4%，但仍然高於1996年台灣本地生產總值的8.8%增長率，而醫療融資總額佔本地生產總值的比例更高達5.4%，創歷年新高。雖然政府及私人的醫療融資增長率均見下降，但醫療保險制度的融資部分卻呈持續增長的趨勢，以致保險融資佔本地生產總值的比例，於1996年創歷年新高。由於在本報告所研究的期間，台灣的全民健保制度只是推行了短短兩年，因此現時仍未能肯定，到底這個現象是否意味全民健保制度會形成財政上的負擔。

## 10. 政府的醫療開支及融資安排

### 政府的醫療開支

10.1 政府的醫療開支包括以下各項：

- 醫院及基層診所的開支；
- 行政費的開支；及
- 研究發展開支。

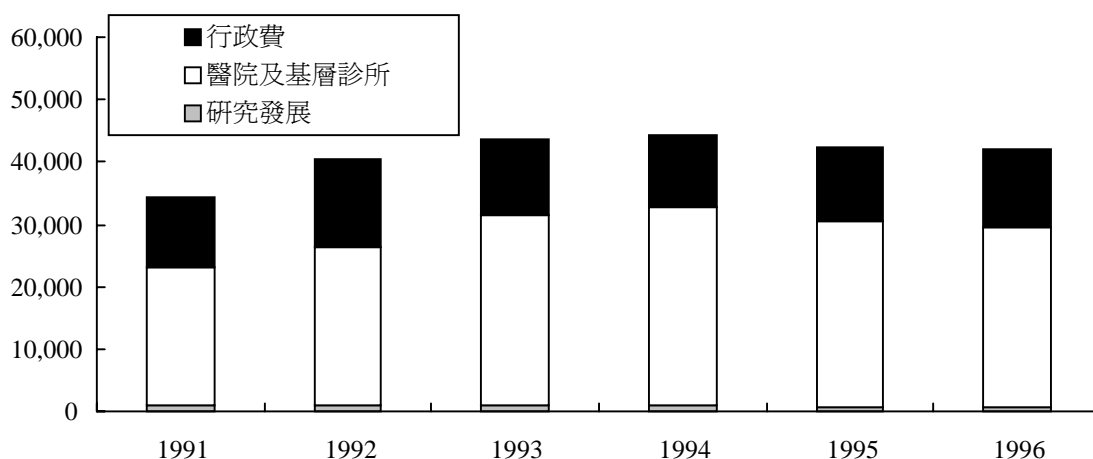
10.2 政府用於醫院及基層診所方面的開支，指由政府提供全民健保計劃承保範圍以外的醫療服務所需動用的費用，例如提供成藥、眼鏡、拐杖、輪椅、健康教育及促進公眾衛生的工作等。政府的行政費開支包括行政費及職員費。表20、圖10及圖11顯示政府醫療開支的詳情。

表20 —— 政府的醫療開支(新台幣百萬元)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
政府的醫療開支	34,392	40,288	43,784	44,293	42,435	42,129
行政費	11,476	13,845	12,363	11,569	11,840	12,716
百分比	33.4%	34.4%	28.2%	26.1%	27.9%	30.2%
醫院及基層診所	21,834	25,446	30,547	31,855	29,883	28,738
百分比	63.5%	63.2%	69.8%	71.9%	70.4%	68.2%
研究發展	1,112	997	875	869	712	674
百分比	3.2%	2.5%	2.0%	2.0%	1.7%	1.6%
<b>增長率</b>	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>
政府的醫療開支	-----	17.1%	8.7%	1.2%	-4.2%	-0.7%
行政費	-----	20.6%	-10.7%	-6.4%	2.3%	7.4%
醫院及基層診所	-----	16.5%	20.0%	4.3%	-6.2%	-3.8%
研究發展	-----	-10.3%	-12.2%	-0.7%	-18.1%	-5.3%

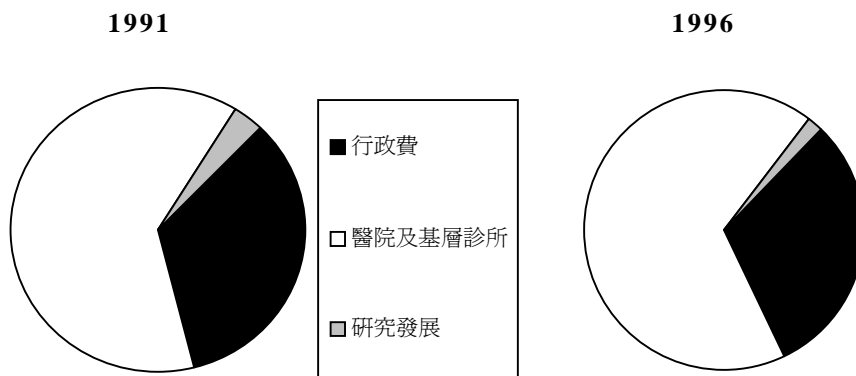
資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。

圖10 —— 政府的醫療開支(新台幣百萬元)



資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。

圖 11 —— 政府在 1991 年及 1996 年的醫療開支



資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。

10.3 由於全民健保計劃所納保的人口比例增加，而所承保的醫療服務範圍亦較為廣泛，因此政府用於醫院及基層診所方面的開支遂相應減少。當全民健保計劃於1995年開始推行之後，政府於該年用於醫院及基層診所方面的開支便減少了6.2%。到了1996年，這方面的開支再減少3.8%。在政府的醫療開支當中，以用於醫院及基層診所方面的開支佔最大部分。因此，當後者的開支減少，前者亦相應減少。

10.4 政府的行政費開支包括行政費及職員費。推行全民健保計劃並沒有大幅減少這方面的開支。在1996年，行政費佔政府醫療開支總額的30.2%，1994年則為26.1%。

10.5 在本報告所研究的期間，即1991年至1996年，政府用於研究發展工作的開支大致呈下降趨勢。這方面的開支於1995年大幅下降，跌勢於1996年仍然持續。即使1991年至1996年間有通脹的因素，但1996年用於研究發展的開支卻只及1991年的61%。本部未能找出引致這個趨勢的原因。

### 分析

10.6 在1994年之前，政府的醫療開支不斷增加。增加趨勢與醫療融資的增幅一致(表17)。全民健保計劃於1995年3月1日推行，由於該計劃的納保人口較多，承保的醫療服務範圍亦較廣泛，因此政府用於這方面的開支便有所減少。在1995年，政府的醫療開支減少至新台幣424.35億元，到1996年，這方面的數額更進一步下降至新台幣421.29億元(表21)。相反，同期的政府整體開支總額卻持續增加。醫療開支佔政府整體開支總額的百分比由1994年的2.2%下降至1996年的1.8%。換句話說，政府可以在其他政策範疇增加開支。

表21 —— 政府的醫療開支與政府的開支總額(新台幣百萬元)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
政府的醫療開支	34,392	40,288	43,784	44,293	42,435	42,129
增長率	-----	17.1%	8.7%	1.2%	-4.2%	-0.7%
政府的開支總額	1,633,511	1,920,180	1,977,784	2,046,082	2,078,789	2,282,062
增長率	-----	17.5%	3.0%	3.5%	1.6%	9.8%
政府的醫療開支 佔政府的開支總 額的百分比	2.1%	2.1%	2.2%	2.2%	2.0%	1.8%

資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。  
經濟建設委員會，台灣統計數據手冊1997。

### 政府的醫療融資

10.7 由政府提供的醫療經費主要來自**一般稅收**。政府並沒有就醫療服務的經費開徵特定稅項。

10.8 由於全民健保計劃的納保人口較多，承保的醫療服務範圍亦較廣泛，因而令政府的醫療開支減少。因此，政府從一般稅收撥款支付醫療開支的數額亦相應減少。政府用作醫療開支的撥款數額於1994年為最高，隨後於1995年開始下降，至1996年再進一步下降。

10.9 由於全民健保計劃的納保人口較多，政府以第三方付款人及僱主身份向該計劃繳納的保險費亦相應增加。不過，政府支付保險費的開支並沒有計入政府的醫療開支內。由於缺乏這方面的財務資料細目，因此未能確定政府的整體財務負擔有否增加及其增幅如何。

## 11. 私人的醫療開支及融資安排

### 私人的醫療開支

11.1 私人醫療開支包括以下各項：醫療院所為提供健康保險計劃沒有承保的醫療服務(如進行人工協助生殖技術及若干美容外科手術)所支付的開支、醫事服務機構為提供健康保險計劃所承保但受益人須負擔部分費用的醫療服務所支付的開支、私營醫院在設置新醫療設施方面的開支，以及非牟利機構在提供醫療服務方面的開支。

### 分析

11.2 在1994年之前，私人的醫療開支一直不斷增加。自全民健保計劃於1995年3月1日推行以後，由於該計劃的納保人口較多，承保的醫療服務範圍亦較廣泛，因而令私人用於醫療方面的開支於1995年減少7.9%。雖然有關開支於1996年回升，但該項開支佔私人開銷總額的比例卻持續下降。在1996年，私人醫療開支佔私人開銷總額的3.2%，1994年的同一比例則為3.9%(表22)。

表22 —— 私人的醫療開支與私人開銷總額(新台幣百萬元)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
私人醫療開支	107,569	109,887	127,129	145,856	134,330	146,506
增長率	-----	2.2%	15.7%	14.7%	-7.9%	9.1%
私人開銷總額	2,635,459	2,988,804	3,345,885	3,772,529	4,123,356	4,515,194
增長率	-----	13.4%	11.9%	12.8%	9.3%	9.5%
私人醫療開支 佔私人開銷總 額的百分比	4.1%	3.7%	3.8%	3.9%	3.3%	3.2%

資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。  
經濟建設委員會，台灣統計數據手冊1997。



## 私人的醫療融資

11.3 私人醫療融資指由住戶及僱主就健康保險計劃不承保的醫療服務(例如進行人工協助生殖技術及若干美容外科手術)所直接支付的款項。私人醫療融資亦包括住戶及僱主就健康保險計劃所承保但受益人須負擔部分費用的服務所支付的款項。此外，亦包括私營醫院為應付設置新醫療設施的開支而獲得的收入，以及非牟利機構為提供醫療保健服務而獲贈的捐款。

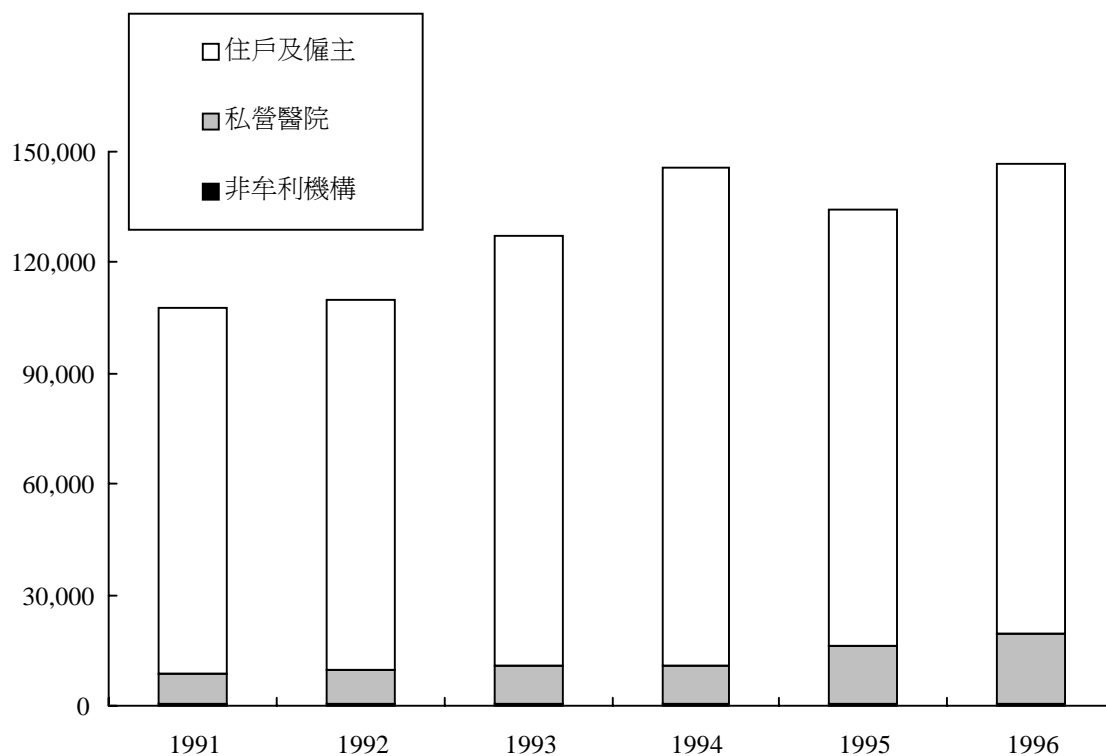
11.4 由於全民健保計劃的納保人口較多，承保的醫療服務範圍亦較廣泛，因此在1995年3月1日之後，若干醫護服務已無須住戶和僱主直接支付費用。由此之故，住戶和僱主直接支付的開支於1995年減少7.9%。在私人醫療融資當中，以由住戶和僱主直接支付的費用佔最大部分；因此，當後者的數額減少，前者亦相應下降(表23、圖12及圖13)。

表23 —— 私人醫療融資(新台幣百萬元)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
私人醫療融資	107,569	109,887	127,129	145,856	134,330	146,506
住戶及僱主	98,691	99,954	116,480	134,913	117,850	127,098
百分比	91.7%	91.0%	91.6%	92.5%	87.7%	86.8%
私營醫院	8,604	9,646	10,328	10,587	16,041	18,913
百分比	8.0%	8.8%	8.1%	7.3%	11.9%	12.9%
非牟利機構	274	287	321	356	439	495
百分比	0.3%	0.3%	0.3%	0.2%	0.3%	0.3%
<b>增長率</b>	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>
私人醫療融資	----	2.2%	15.7%	14.7%	-7.9%	9.1%
住戶及僱主	----	1.3%	16.5%	15.8%	-12.6%	7.8%
私營醫院	----	12.1%	7.1%	2.5%	51.5%	17.9%
非牟利機構	----	4.7%	11.8%	10.9%	23.3%	12.8%

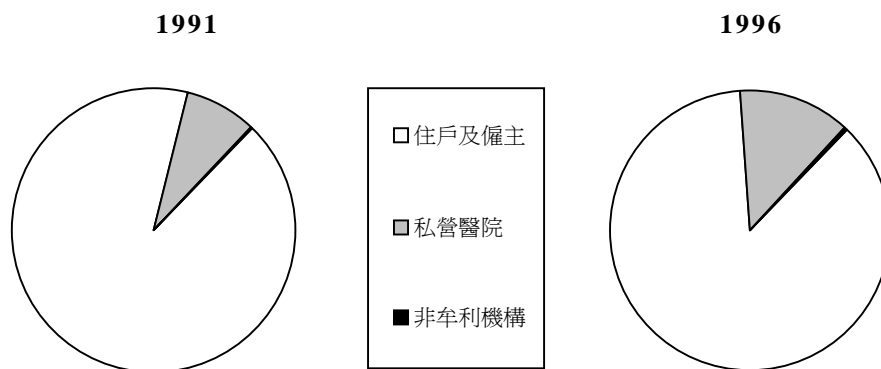
資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。

圖 12 —— 私人醫療融資(新台幣百萬元)



資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。

圖 13 —— 私人在1991年及1996年的醫療融資



資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。

---

11.5 由於在1994年成立了醫療發展基金，以協助私營機構在較偏遠的地區開設醫療院所(詳情請參閱第4.8段)，因而令私營醫院為應付設置新醫療設施的開支而獲得的收入，在1995年大幅增加。在1996年，從這方面獲得的融資數額佔私人醫療融資總額的12.9%，1994年則為7.3%。

11.6 此外，在本報告所研究的期間，非牟利機構為提供醫療服務而獲贈的捐款亦有所增加。在1996年，這些捐款佔私人醫療融資的0.3%。

11.7 由於全民健保計劃的納保人口較多，私人向該計劃繳納的保險費亦相應增加。不過，私人支付保險費的開支並沒有計入私人醫療融資總額內。由於缺乏這方面的財務資料細目，因此未能確定私人的整體財務負擔有否增加及其增幅如何。

## 12. 醫療保險制度的開支及融資安排

### 醫療保險制度的開支

12.1 醫療保險制度的開支包括按特約醫事服務機構所申報的醫療服務費用所核付的開支，以及保險計劃的行政費用。

12.2 在全民健保計劃實施之前，台灣約有10個不同的健康保險計劃。較主要的是公務人員保險計劃、勞工保險計劃及農民健康保險計劃，在1994年，這3項保險計劃的開支分別佔整個保險制度的總開支的17.7%、58.8%及21.6%，合計為98%(表24)。

表24 —— 醫療保險制度的開支(新台幣百萬元)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
由醫療保險制度支付的開支	79,253	98,422	111,507	129,584	194,455	221,193
全民健康保險計劃	0	0	0	0	162,581	221,193
百分比	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	83.7%	100.0%
公務人員保險計劃	12,684	16,022	19,546	22,873	5,150	0
百分比	16.0%	16.3%	17.5%	17.7%	2.6%	0.0%
勞工保險計劃	48,349	58,551	64,775	76,144	18,074	0
百分比	61.0%	59.5%	58.1%	58.8%	9.3%	0.0%
農民健康保險計劃	17,203	21,940	24,765	27,926	6,846	0
百分比	21.7%	22.3%	22.2%	21.6%	3.5%	0.0%
其他保險計劃	1,017	1,910	2,420	2,640	1,804	0
百分比	1.3%	1.9%	2.2%	2.0%	0.9%	0.0%

註：全民健保計劃在1995年3月1日正式推行。由於這項計劃涵蓋以往各項保險計劃，所以在1995年3月至12月的開支實為中央健康保險局的開支，而同年1月及2月的開支則為以往其他所有保險計劃的開支。

資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。

## 分析

12.3 由於全民健保計劃涵蓋台灣超過九成的人口，因此自該計劃於1995年3月推行以來，透過醫療保險制度而支付的開支大幅增加(1995年的增長率為50%)(見表25)。除納保的人口增加以外，全民健保計劃所承保的醫療服務範圍亦較為廣泛。因此，保險制度的開支增長率較通脹率為高。換而言之，這方面的開支於同期有實質增長。

表25 —— 醫療保險制度開支的增長率與通脹率

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
保險制度的醫療開支	79,253	98,422	111,507	129,584	194,455	221,193
增長率	-----	24.9%	13.3%	16.2%	50.1%	13.8%
通脹率	3.6%	4.5%	2.9%	4.1%	3.7%	3.1%

資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。  
經濟建設委員會，台灣統計數據手冊1997。

#### 就提供醫療保健服務而申報的費用

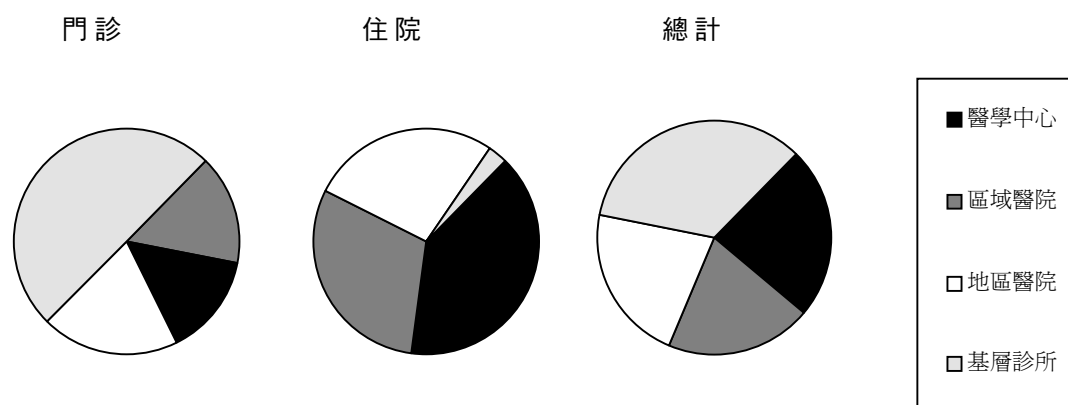
12.4 在1996年，就提供醫療服務而申報的費用達新台幣2,128億元，其中66.6%為門診服務費用而其餘33.4%則為住院診療費用。表26及圖14按服務類別及醫療院所的類別，列出有關提供醫療服務所申報的費用。

表26 —— 按服務類別及醫療院所類別劃分的醫療服務申報費用(百分比)

	門診	住院	總計
醫學中心	10.3	13.2	23.5
區域醫院	9.8	10.2	20.0
地區醫院	13.0	9.1	22.1
基層診所	33.5	0.9	34.4
總計	66.6	33.4	100.0

資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。  
經濟建設委員會，台灣統計數據手冊1997。

圖14 —— 按服務類別及醫療院所類別劃分的醫療服務申報費用



資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。  
經濟建設委員會，台灣統計數據手冊1997。

### 醫療保險制度的融資

12.5 醫療保險制度的經費來自由中央健康保險局向受保人、僱主和政府三方所收取的保險費。不過，由於中央健康保險局並沒有備存三方所支付的保險費的分項數字，故此無法深入了解中央健康保險局過去3年的保險費繳納模式。

### 13. 摘要

13.1 1996年的醫療融資總額高達新台幣4,098.28億元(佔本地生產總值的5.4%)。這些融資的財源來自以下各方面(圖15)：

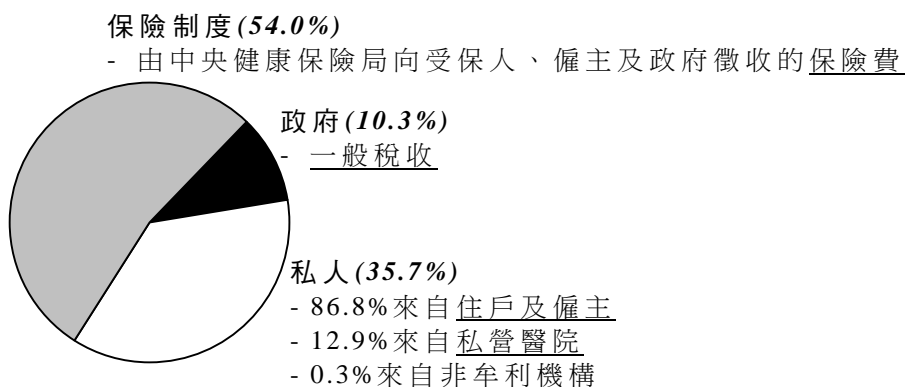
- 政府佔10.3%；
- 私人佔35.7%；及
- 保險制度佔54.0%。

13.2 台灣政府由一般稅收調撥款項應付所有醫療開支。政府並沒有為醫療開支開徵特定稅項，。

13.3 私人的醫療融資主要來自住戶及僱主(86.8%)，另一個主要融資來源為私營醫院(12.9%)，其餘(0.3%)則來自非牟利機構。

13.4 醫療保險制度的融資則來自由中央健康保險局向受保人、僱主和政府三方所收取的保險費。

圖15 —— 1996年的醫療融資總額



資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。

## 第6部 —— 分析全民健保計劃

### 納保人口

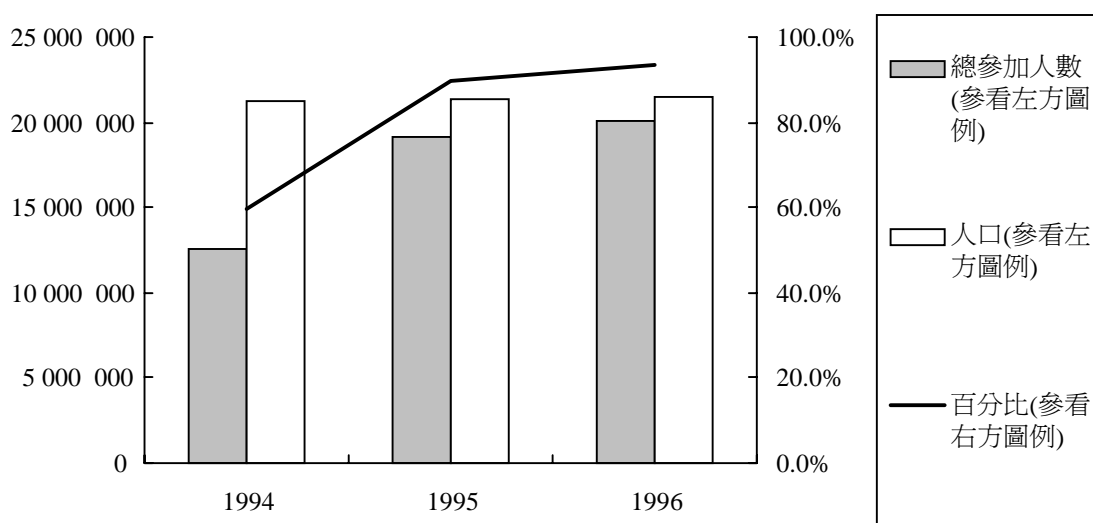
14.1 自全民健保計劃於1995年3月1日實施以來，納保人口大幅增加：在1994至1996年間，獲得保險計劃保障的受益人數增加了550萬人。截至1996年年底，參加全民健保計劃的人數達20 039 671人，佔台灣總人口的93.4%。在1994年年底，參加各項健康保險計劃的人口僅佔總人口的59.4%(表27及圖16)。

表27 —— 納保人口(截至該年年底)

	1994	1995	1996
總參加人數	12 579 072	19 123 278	20 039 671
人口	21 196 205	21 304 000	21 471 000
百分比	59.4%	89.8%	93.4%

資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。  
經濟建設委員會，台灣統計數據手冊1997。

圖16 —— 納保人口(截至該年年底)



資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。  
經濟建設委員會，台灣統計數據手冊1997。



### 特約醫事服務機構的數目

14.2 截至1996年年底，共有15 429間醫院及診所(佔總數的91.3%)成為全民健保計劃的特約醫事服務機構。也就是說，病人在罹患傷病及生育時，有更多特約醫事服務機構可供選擇。表28為有關特約醫事服務機構的分項資料。

表28 —— 特約醫事服務機構的數目(截至1996年年底)

	總計	醫院	基層診所	中醫醫院	中醫診所	牙醫診所
醫療院所的總數	16 909	695	9 094	97	2 073	4 995
特約醫事服務機構的總數	15 429	661	8 094	88	1 727	4 859
特約率	91.3%	95.1%	89.0%	90.7%	83.3%	97.3%

資料來源：互聯網，中央健康保險局網頁，網址是 <http://www.nhi.gov.tw/>  
 互聯網，衛生署網頁，網址是 <http://www.doh.gov.tw/>

### 所承保的醫療服務範圍

14.3 全民健保計劃所承保的醫療服務範圍較以往的保險計劃更廣泛(表10)，把以往各項保險計劃所承保的醫療服務全數納入保障範圍內。全民健保計劃是一個中央管理的保險計劃，把較多受保人集中在一個計劃之下，既能集中資源，又能分擔風險。

### 政府的醫療開支

14.4 政府的醫療開支在1995年有所減少，在1996年再進一步下降(第10.3至10.5段及表20)，部分原因是實施了全民健保計劃。由於全民健保計劃的納保人口較多，承保的醫療服務範圍亦較廣泛，若干服務已無須政府提供經費，因而令政府的醫療開支亦相應減少。不過，政府以第三方付款人或僱主身份向中央健康保險局繳納的保險費，並沒有計入政府的醫療開支內。如果把保險費的開支計入政府的醫療開支內，則很難確定政府的整體醫療開支是否較推行全民健保計劃之前為高。

### 私人的醫療開支

14.5 私人的醫療開支在1995年有所減少(第11.2段及表22)。部分原因是實施了全民健保計劃。由於全民健保計劃的納保人口較多，承保的醫療服務範圍亦較廣泛，若干服務已無須由私人付款，私人醫療開支自然亦相應下降。不過，由個人和僱主向中央健康保險局繳納的保險費並沒有計入私人的醫療開支內。如果把保險費的開支計入私人的醫療開支之內，則很難確定私人的醫療開支是否較推行全民健保計劃之前為高。

### 中央健康保險局的財務狀況

14.6 中央健康保險局能夠應付本身的開支。在1995年及1996年，中央健康保險局分別有新台幣374.79億元及新台幣229.81億元的盈餘(表29)。這些盈餘會結轉至安全準備金，以備中央健康保險局一旦出現虧損，仍可應付開支。由於中央健康保險局能夠保持財務狀況穩健，故此政府一直無須提供資助。

表29 —— 中央健康保險局的收支狀況(新台幣10億元)

	每年		每月		
	1995*	1996	1995	1996	增長率
<b>收入</b>					
總計	200.1	244.2	20.01	20.35	1.7%
保險費	194.2	239.5	19.42	19.96	2.8%
其他	5.9	4.7	0.59	0.79	33.9%
<b>開支</b>					
總計	162.6	221.2	16.26	18.43	13.3%
醫療	156.8	212.8	15.68	17.73	13.1%
其他	5.8	8.4	0.58	0.70	20.7%
<b>餘額</b> (結轉至安全準備金)	37.5	23.0	3.75	1.92	不適用

註：\* 由於全民健康保險計劃在1995年3月開始推行，所以有關1995年的各項數字其實是指1995年10個月份所得的數值。

資料來源：互聯網，中央健康保險局網頁，網址是<http://www.nhi.gov.tw/>  
 互聯網，衛生署網頁，網址是<http://www.doh.gov.tw/>

14.7 雖然中央健康保險局在1995年及1996年均有盈餘，但由於醫療開支不斷劇增，該局將會在未來幾年面對財政上的壓力。在1996年，平均的保險費收入每月增加2.8%，但同年的醫療開支卻以每月平均13.1%的速率增加(表29)。

14.8 另一個影響到中央健康保險局的財務狀況的因素，是有關失業人士的保險問題。失業人士在失業期間無須繳納保險費，而仍然合資格獲得全民健保計劃的保障。這段無須繳納保險費而仍享保障的時間不得超過6個月，同時受保人必須在失業之前參與全民健保計劃最少達兩年。截至1996年年底，共有1550萬名受益人(佔77%)以與工作有關的身份參加全民健保計劃，因此一旦出現經濟放緩，便會對中央健康保險局的財務狀況構成壓力。

### 收回成本

14.9 由病人負擔的部分費用只佔醫療成本的一小部分，可能不足以阻遏濫用醫療服務的情況。就住院治療的服務而言，病人所負擔的部分費用僅為成本的5.91%。至於門診服務方面，病人在地區醫院、區域醫院和醫學中心就診而負擔的部分費用佔成本約6%至7.5%。假如病人前往基層診所就診，其所負擔的部分費用只佔成本的5%至13%。

### 保險費的負擔比率

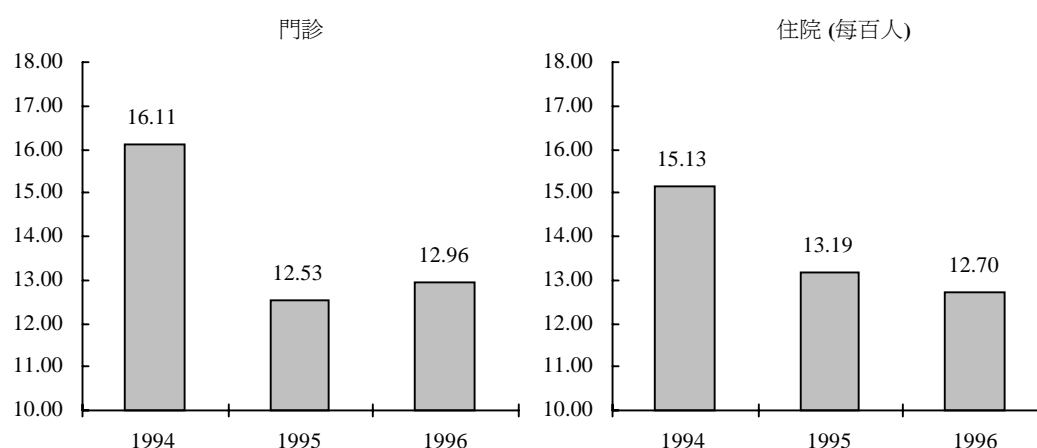
14.10 政府以第三方付款人的身份向全民健保計劃繳納保險費，但所負擔的保險費比率，則因應不同類別的受保人而有所不同。其中，第4目的“僱主或自營作業者”類別及第5目的“專門職業及技術人員自行執業者”類別，政府不會就這兩個細目的參加者以第三方付款人的身份繳納保險費。由於中央健康保險局並沒有備存三方繳納保險費的詳細分項數字，本部未能深入了解過去3年來，政府向中央健康保險局繳納保險費的模式。

### 使用醫療服務的情況

14.11 在1990年至1994年間，門診服務的人均每年求診次數的平均年增率為9.9%。在1994年，門診服務的人均求診次數為16.11次(圖17)。自全民健保計劃於1995年3月實施以來，門診服務的人均求診次數於1995年減至12.53次。導致求診次數減少的原因是引入了病人須負擔部分費用的制度，以及保險制度受益人對全民健康保險卡尚未熟習。在1996年，使用率輕微上升至12.96次，主要因為民眾開始熟習使用健康保險卡。

14.12 住院治療服務的使用率亦有下降。出現這個現象可能是由於引入了部分負擔制度(第7.19段)。住院就診的人次亦見下降，在1994年，每百人每年的住院人次為15.13，1995年下降至13.19人次，而到了1996年更下降至12.70人次。圖17分項顯示住院治療及門診服務的使用情況。

圖17 —— 使用醫療服務的情況(門診為人均每年接受診治的次數，而住院則為每百人每年住院人次)



資料來源：中央健康保險局

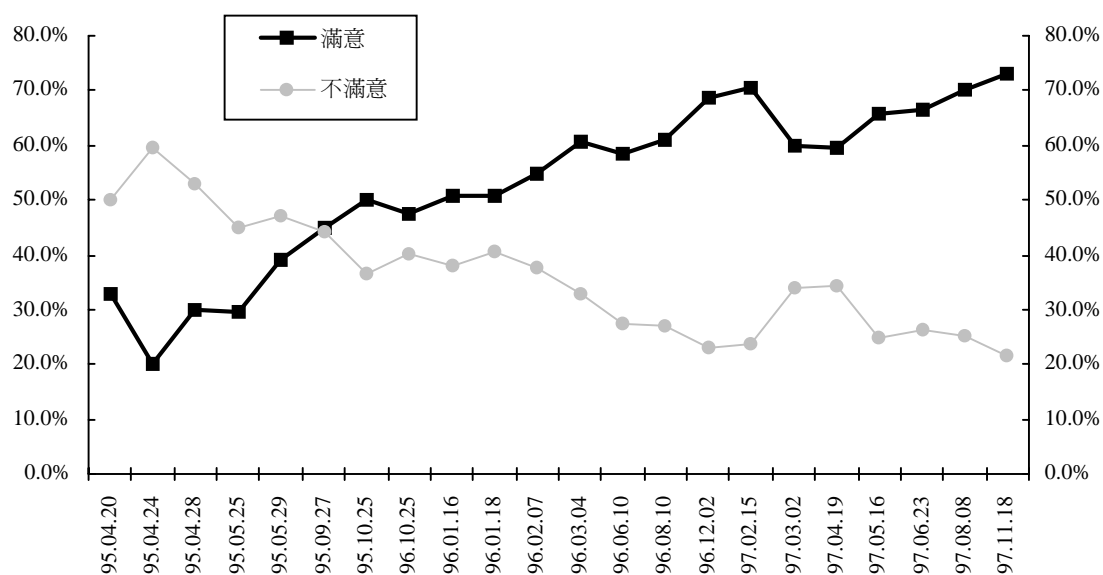
### 候診時間

14.13 有一點值得注意，無論是門診或住院診療，台灣大部分醫療院所均沒有候診時間過長的報告。這個現象或許與台灣在過去多年來擴建醫療設施及增加醫療人員有關(表5)。

### 公眾對全民健保計劃的滿意程度

14.14 傳播媒介曾經進行民意調查，以評估公眾對全民健保計劃的支持程度。據民意調查結果，對全民健保計劃表示滿意的公眾數目不斷增加，而對該計劃感不滿的公眾數目則有下降趨勢(圖18)。

圖 18 —— 公眾對全民健保計劃的滿意程度



資料來源：中央健康保險局

14.15 對全民健保計劃表示不滿意的公眾主要有以下意見：

- 保險費率過高；
- 受保人既要支付保險費，又須在求診時負擔部分醫療費用；
- 服務素質；及
- 診症時間過於短促。

---

## 15. 香港與台灣的醫療開支、醫療融資安排及居民整體健康情況

### 香港與台灣的醫療開支

15.1 1996年，香港的醫療開支總額為港幣596.61億元，約相等於台灣醫療開支總額的一半(表30)。然而，香港在1996年的人均醫療開支為港幣9,455元，較台灣的港幣5,237元為高。至於醫療開支佔本地生產總值的百分比方面，在1996年，香港的醫療開支佔本地生產總值的4.8%，台灣的醫療開支則佔台灣本地生產總值的5.4%。不過，由於香港及台灣在人口數目、人口結構及地理環境方面均有很大分別，要直接比較兩者的情況實在非常困難。此外，香港與台灣兩地亦依據截然不同的基礎來計算醫療開支。舉例說，香港並沒有把興建醫療設施、進行醫學研究、推行保險計劃的行政經費計入醫療開支之內，但台灣卻把這些開支都列入醫療開支之內。

### 香港與台灣的醫療融資安排

15.2 在醫療服務的融資安排方面，香港與台灣的情況亦有很大分別。在1996年，香港的醫療融資有58.0%來自私人，其餘42.0%則來自公營機構。然而，有一點值得注意，香港的醫療融資數額並不包括由保險公司及慈善團體間接提供的醫療融資。假如把這些財源亦列入醫療融資數額之內，香港由私人提供的醫療經費所佔的百分比便會較高。同時，假如在計算公營機構提供的醫療經費時，把興建醫療保健設施及進行醫學研究的費用亦計算在內，公營機構的融資百分比亦可能較高。

15.3 相反，台灣的醫療融資相當依賴由中央管理的保險制度。在1996年，透過保險制度提供的經費佔整體醫療融資的54.0%，私人的醫療融資佔35.7%，其餘10.3%的融資數額則來自政府。雖然全民健保計劃在提供台灣的醫療服務經費方面擔當舉足輕重的角色，但由於政府及私人(包括個人及僱主)均須向全民健保計劃繳納保險費，因此全民健保計劃只是間接提供醫療服務的經費。假如可以分項列出各方繳納保險費的數額，便可以知道政府醫療融資與私人醫療融資的相對比重。

表30 —— 1996年香港與台灣在醫療開支、融資及居民整體健康情況三方面的比較

	香港 <sup>1</sup>	台灣 <sup>2</sup>
<b>醫療開支</b>		
醫療總開支(港幣百萬元)	59,661	112,293
按人口平均計算的醫療開支(港元)	9,455	5,237
醫療總開支／本地生產總值(%)	4.8	5.4
公共醫療開支／本地生產總值(%) <sup>3</sup>	2.0	0.6
私人醫療開支／本地生產總值(%)	2.8	1.9
醫療保險制度的開支／本地生產總值(%)	不適用	2.9
<b>醫療融資</b>		
醫療融資總額(港幣百萬元)	59,661	112,293
公共醫療融資／醫療融資總額(%) <sup>3</sup>	42.0	10.3
私人醫療融資／醫療融資總額(%)	58.0	35.7
保險制度的醫療融資／醫療融資總額(%)	不適用	54.0
<b>居民整體健康情況<sup>4</sup></b>		
出生時預期壽命(年)：男	76.3	71.9
女	81.8	77.8
嬰兒死亡率(每1 000名新生嬰兒)	4.1	5.4
粗死亡率(每1 000名人口)	5.1	7.6
主要死因	1. 惡性腫瘤 2. 心臟疾病 3. 肺炎 4. 腦血管疾病 5. 受傷及中毒	1. 惡性腫瘤 2. 腦血管疾病 3. 事故傷害 4. 心臟疾病 5. 糖尿病

- 註：1. 有關香港提供醫療服務的制度，以及醫療開支及融資安排的詳盡分析，可參看編號RP01/PLC及RP06/PLC這兩份文件。  
2. 在1996年，新台幣平均匯價為新台幣1元兌港幣0.274元。  
3. 以台灣的情況來說，“公共”一詞的意思相當於“政府”，因為台灣所有醫療衛生當局都在衛生署的規管下運作，而香港的醫院管理局則是一所公營機構。  
4. 有關台灣居民整體健康情況的數字為1995年的數字。

資料來源：資料研究及圖書館服務部，文件編號RP01/PLC《香港的醫療開支及融資安排》。

行政院衛生署，衛生統計摘要1996。

互聯網，衛生署網頁，網址是<http://www.doh.gov.tw/>

互聯網，中央健康保險局網頁，網址是<http://www.nhi.gov.tw/>

---

---

### 居民整體健康情況

15.4 表30顯示，香港的居民整體健康情況較台灣優勝。用以進行比較的健康情況指標顯示，香港居民的平均預期壽命較長、嬰兒死亡率較低，而粗死亡率亦較低。不過，居民整體健康情況不一定與當地的醫療服務融資安排有直接關連。舉例說，預期壽命及死亡率受到多個因素影響，如當地的醫療保健服務的技術水平、暴力罪行的猖獗程度，以及出現嚴重意外的數目等。舉例說，在台灣，事故傷害是導致死亡的五大原因之一。



---

## 第7部 —— 整體分析

16.1 全民健保計劃已經實施了3年。雖然在現階段對全民健保計劃進行全面評估似乎言之尚早，但截至1996年(即實施全民健保計劃的頭兩年)的數據卻顯示，無論從納保人口、所承保的醫療服務範圍，以至特約醫事服務機構的數目方面來衡量，全民健保計劃的涵蓋範圍的確較為廣泛。

16.2 自實施全民健保計劃之後，政府和私人的醫療融資數額都有所下降，但必須注意，這個融資數額並未包括向全民健保計劃繳納的保險費。如果把保險費亦計入醫療融資數額內，則難以確定整體的醫療融資數額到底有否增加及其增幅如何。

16.3 雖然中央健康保險局在首兩年的運作期間有盈餘，但由於醫療開支不斷劇增，該局將來或會面對財政上的壓力。此外，由於由病人自行負擔的部分費用只佔醫療成本的小部分，可能不足以阻遏某些人不理會醫療服務的成本而濫用醫療服務的情況。

16.4 在推行全民健保計劃方面，最令人關注的是支付保險費會增加納稅人的負擔，因為受保人和僱主均須向全民健保計劃繳納保險費。

16.5 另一令人關注的事項，就是需要成立一個政府部門，負責營辦整項保險計劃。這個部門既需要聘請醫學專家，以確保全民健保計劃能提供完善的醫療保健服務，同時又需要聘請其他專家，以評估保險費及醫療開支的水平。這樣或會令有關行業對人手的需求更形殷切。

16.6 台灣在推行全民健保計劃方面的經驗，值得有意發展中央保險制度的地區借鑑。

## 附錄 I

## 人口及按性別分類的人口數目(截至該年年底)

	人數(千人)			人口密度 每平方公里
	總計	男	女	
1952	8 128	4 156	3 972	226.03
1955	9 078	4 647	4 431	252.43
1960	10 792	5 525	5 267	300.11
1965	12 628	6 491	6 137	351.17
1968	13 650	7 030	6 620	379.59
1969	14 335	7 554	6 781	398.62
1970	14 676	7 733	6 943	408.11
1971	14 995	7 895	7 100	416.74
1972	15 289	8 037	7 252	424.91
1973	15 565	8 175	7 390	432.58
1974	15 852	8 315	7 537	440.57
1975	16 150	8 464	7 686	448.83
1976	16 508	8 641	7 867	458.79
1977	16 813	8 794	8 019	467.16
1978	17 136	8 957	8 179	476.13
1979	17 479	9 127	8 352	485.51
1980	17 805	9 288	8 517	494.58
1981	18 136	9 449	8 687	503.76
1982	18 458	9 606	8 852	512.72
1983	18 733	9 740	8 993	520.36
1984	19 013	9 876	9 137	528.12
1985	19 258	9 994	9 264	534.95
1986	19 455	10 087	9 368	540.40
1987	19 673	10 190	9 483	546.46
1988	19 904	10 302	9 602	552.88
1989	20 107	10 398	9 709	558.54
1990	20 353	10 516	9 837	565.36
1991	20 557	10 615	9 942	571.02
1992	20 752	10 708	10 044	576.46
1993	20 944	10 797	10 147	581.78
1994	21 196	10 880	10 316	586.83
1995	21 304	10 962	10 342	591.78
1996	21 471	11 037	10 434	596.43

資料來源：經濟建設委員會，台灣統計數據手冊1997。

## 附錄 II

人口及按年齡組別分類的人口數目(截至該年年底)  
(千人)

	總計	年齡組別			受供養人口比率 (百分比)	人口老化指數 (百分比)
		15歲以下 (A)	15至64歲 (B)	65歲及以上 (C)		
1952	8 128	3 442	4 483	203	81.3	5.9
1955	9 078	3 941	4 915	222	84.7	5.6
1960	10 792	4 904	5 620	268	92.0	5.5
1965	12 628	5 667	6 626	335	90.6	5.9
1968	13 650	5 794	7 474	382	82.6	6.6
1969	14 335	5 806	8 125	404	76.4	7.0
1970	14 676	5 821	8 426	429	74.2	7.4
1971	14 995	5 805	8 737	453	71.6	7.8
1972	15 289	5 796	9 013	480	69.6	8.3
1973	15 565	5 769	9 292	504	67.5	8.7
1974	15 852	5 733	9 586	533	65.4	9.3
1975	16 150	5 705	9 881	564	63.4	9.9
1976	16 508	5 723	10 186	599	62.1	10.5
1977	16 813	5 705	10 465	643	60.7	11.3
1978	17 136	5 699	10 755	682	59.3	12.0
1979	17 479	5 713	11 042	724	58.3	12.7
1980	17 805	5 714	11 329	762	57.2	13.3
1981	18 136	5 731	11 606	799	56.3	13.9
1982	18 458	5 763	11 857	838	55.7	14.5
1983	18 733	5 768	12 090	875	54.9	15.2
1984	19 013	5 737	12 353	922	53.9	16.1
1985	19 258	5 696	12 589	973	53.0	17.1
1986	19 455	5 640	12 788	1 027	52.1	18.2
1987	19 673	5 583	13 001	1 089	51.3	19.5
1988	19 904	5 562	13 200	1 142	50.8	20.5
1989	20 107	5 527	13 383	1 197	50.2	21.7
1990	20 353	5 510	13 579	1 264	49.9	22.9
1991	20 557	5 412	13 804	1 341	48.9	24.8
1992	20 752	5 347	13 994	1 411	48.3	26.4
1993	20 944	5 266	14 193	1 485	47.6	28.2
1994	21 196	5 156	14 483	1 557	46.4	30.2
1995	21 304	5 062	14 616	1 626	45.8	32.1
1996	21 471	4 970	14 819	1 682	44.9	33.8

註：受供養人口比率 =  $\frac{A+C}{B} \times 100$ ；人口老化指數 =  $\frac{C}{A} \times 100$

資料來源：經濟建設委員會，台灣統計數據手冊1997。

## 附錄 III

## 本地生產總值與按人口平均計算的本地生產總值

	本地生產總值(新台幣百萬元)		按人口平均計算的 本地生產總值(新台幣元)	
	按當時價格	按1991年價格	按當時價格	按1991年價格
1952	17,251	183,090	2,122	22,526
1955	29,981	237,045	3,303	26,112
1960	62,507	327,896	5,792	30,383
1965	112,627	515,628	8,919	40,832
1968	169,904	678,758	12,447	49,725
1969	196,845	739,495	13,732	51,587
1970	226,805	823,581	15,454	56,118
1971	263,676	929,784	17,584	62,006
1972	316,172	1,053,607	20,679	68,913
1973	410,405	1,188,812	26,367	76,377
1974	549,577	1,202,625	34,667	75,866
1975	589,651	1,261,896	36,511	78,136
1976	707,710	1,436,804	42,871	87,037
1977	828,995	1,583,209	49,306	94,166
1978	991,602	1,798,427	57,867	104,950
1979	1,195,838	1,945,430	68,416	111,301
1980	1,491,059	2,087,472	83,744	117,241
1981	1,773,931	2,216,116	97,813	122,194
1982	1,899,971	2,294,815	102,935	124,326
1983	2,100,005	2,488,657	112,102	132,849
1984	2,343,078	2,752,443	123,236	144,766
1985	2,473,786	2,888,758	128,455	150,003
1986	2,855,180	3,225,062	146,758	165,770
1987	3,237,051	3,635,979	164,543	184,821
1988	3,523,193	3,921,060	177,009	196,999
1989	3,938,826	4,243,891	195,893	211,065
1990	4,307,043	4,472,799	211,617	219,761
1991	4,810,705	4,810,705	234,018	234,018
1992	5,337,693	5,136,014	257,213	247,495
1993	5,874,513	5,460,471	280,487	260,718
1994	6,376,498	5,817,402	301,832	275,367
1995	6,892,046	6,186,052	323,509	290,370
1996	7,497,677	6,519,942	349,200	303,663

資料來源：經濟建設委員會，台灣統計數據手冊1997。

## 附錄IV

## 通脹率、失業率及匯率

	通脹率 (百分比)	失業率 (百分比)	匯率 (一單位美元兌新台幣)
1952	-	4.4	10.28
1955	-	3.8	15.60
1960	18.5	4.0	36.23
1965	-0.1	3.3	40.05
1968	7.9	1.7	40.05
1969	5.0	1.9	40.05
1970	3.6	1.7	40.05
1971	2.8	1.7	40.05
1972	3.0	1.5	40.05
1973	8.2	1.3	38.00
1974	47.5	1.5	38.00
1975	5.2	2.4	38.00
1976	2.5	1.8	38.00
1977	7.0	1.8	38.00
1978	5.8	1.7	36.00
1979	9.7	1.3	36.03
1980	19.0	1.2	36.01
1981	16.3	1.4	37.84
1982	3.0	2.1	39.91
1983	1.4	2.7	40.27
1984	0.0	2.5	39.47
1985	-0.2	2.9	39.85
1986	0.7	2.7	35.50
1987	0.5	2.0	28.55
1988	1.3	1.7	28.17
1989	4.4	1.6	26.16
1990	4.1	1.7	27.11
1991	3.6	1.5	25.75
1992	4.5	1.5	25.40
1993	2.9	1.5	26.63
1994	4.1	1.6	26.24
1995	3.7	1.8	27.27
1996	3.1	2.6	28.25

資料來源：經濟建設委員會，台灣統計數據手冊1997。

## 附錄 V

## 提供的培訓課程

	1991		1992		1993		1994		1995	
	班數	人數	班數	人數	班數	人數	班數	人數	班數	人數
總計	12	321	16	447	25	797	22	763	22	759
基本公共衛生課程	3	86	3	84	2	61	2	65	2	67
專題課程	9	235	13	363	23	736	20	698	20	692
衛生行政	1	25	1	30						
文件及數據的處理	1	19	1	20	1	34	1	31	1	33
數據處理與統計分析			1	23	1	34	1	32		
醫院管理	1	28	1	31	1	32	1	33	1	33
健康保險	1	24	1	26	2	64	2	60		
精神健康	1	30	1	30						
基層醫療護理									1	66
職業健康					1	33	1	33		
控制傳染病			1	27	1	31	1	32	1	34
健康教育	1	26					1	32		
遺傳健康	1	31								
緊急醫療護理	1	27	1	30	1	34	1	32	1	34
脊髓灰質炎的控制			1	31	1	33				
醫療資訊網絡			1	30						
法例與規例			1	30	3	95	1	34	1	32
衛生政策及管理					1	24	1	28		
醫療服務網絡規劃					1	34	1	30		
對愛滋病帶菌者／愛滋病人的輔導					1	32				
為愛滋病帶菌者／愛滋病人提供心理輔導					1	26				
醫學圖書館					1	36	1	33	1	32
公司的衛生管制					1	32	1	32	1	33
精神健康行政					1	31	1	29	1	33
慢性病的控制					2	67	1	34		
衛生規劃及評估	1	25	1	25	1	30	1	31	1	32
健康教育與溝通			1	30	1	34	1	32		
口腔衛生							1	31	1	34
衛生推廣與健康教育							1	32	1	34
控制皮膚試驗劑量與愛滋病							1	34	1	32
死亡分類的原則							1	33		
老人健康與長期醫療服務									1	33
糖尿病病人的健康教育									1	33
藥物管制									1	33
公立醫院的管理									1	32
婦女衛生									1	34
醫療服務成本分析									1	32
職業疾病的控制									1	33

資料來源：行政院衛生署，衛生統計摘要1996。

## 附錄 VI

全民健保計劃  
薪金級別上限及每月實際薪金(新台幣)

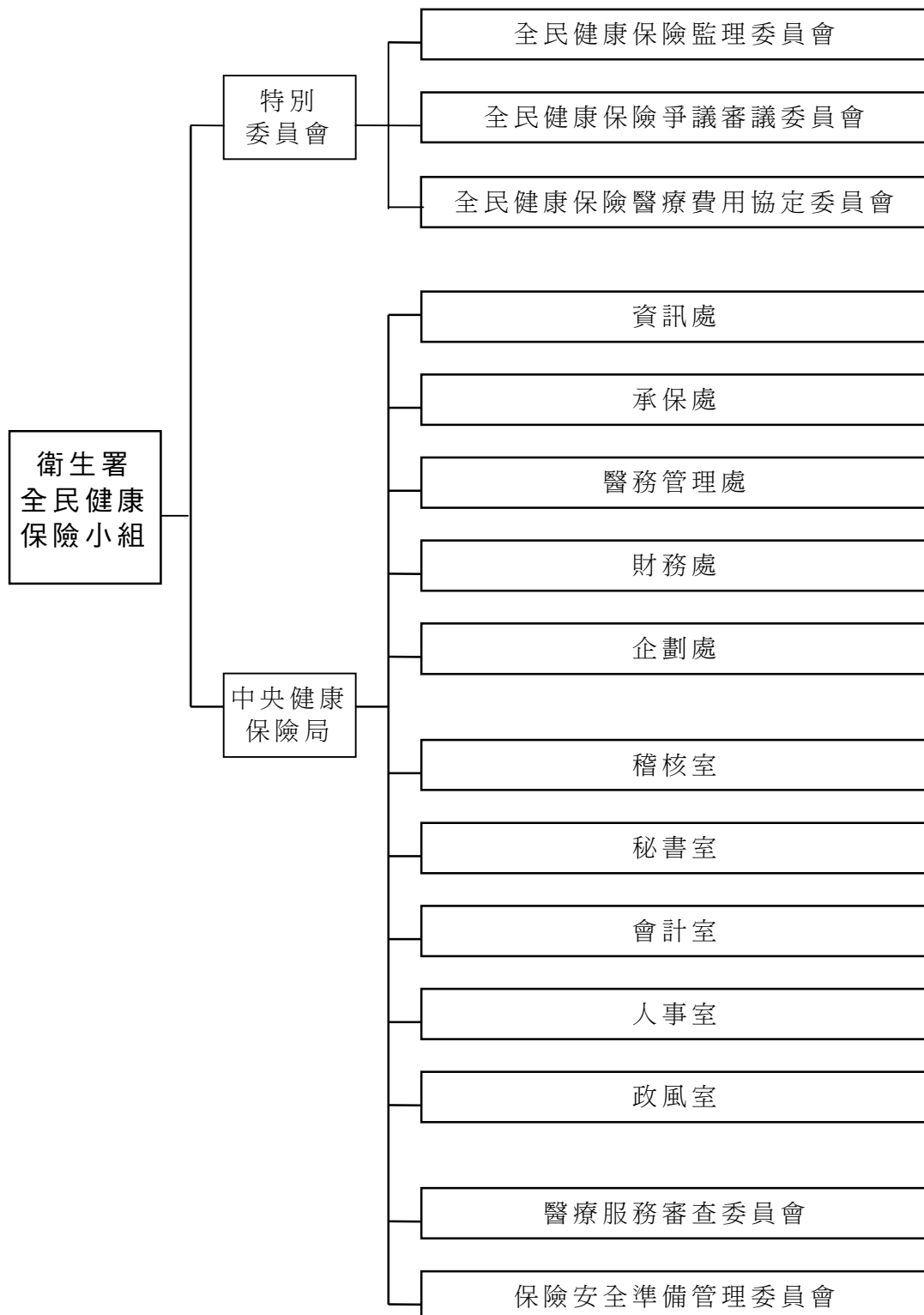
每一級別的金額為對應薪金範圍內的薪金上限。

級別	薪金級別上限	每月實際薪金
1	15,360	15,360及以下
2	15,600	15,361 - 15,600
3	16,500	15,601 - 16,500
4	17,400	16,501 - 17,400
5	18,300	17,401 - 18,300
6	19,200	18,301 - 19,200
7	20,100	19,201 - 20,100
8	21,000	20,101 - 21,000
9	21,900	21,001 - 21,900
10	22,800	21,901 - 22,800
11	24,000	22,801 - 24,000
12	25,200	24,001 - 25,200
13	26,400	25,201 - 26,400
14	27,600	26,401 - 27,600
15	28,800	27,601 - 28,800
16	30,300	28,801 - 30,300
17	31,800	30,301 - 31,800
18	33,300	31,801 - 33,300
19	34,800	33,301 - 34,800
20	36,300	34,801 - 36,300
21	38,200	36,301 - 38,200
22	40,100	38,201 - 40,100
23	42,000	40,101 - 42,000
24	43,900	42,001 - 43,900
25	45,800	43,901 - 45,800
26	48,200	45,801 - 48,200
27	50,600	48,201 - 50,600
28	53,000	50,601及以上

資料來源：中央健康保險局，[全民健康保險手冊](#)。

附錄 VII

全民健保計劃的行政架構



資料來源： 互聯網，中央健康保險局網頁，網址是 <http://www.nhi.gov.tw/>  
互聯網，衛生署網頁，網址是 <http://www.doh.gov.tw/>



---

---

## 參考資料

1. Bureau of National Health Insurance, Department of Health, The Executive Yuan, *National Health Insurance in Taiwan: Current Status and Future Challenges*, 1997.
2. Bureau of National Health Insurance, Department of Health, The Executive Yuan, National Health Insurance Profile, 1997.
3. Central Trust of China, The Executive Yuan, Statistical Data for Government Employees' Insurance Republic of China Reports from January 1996 to December 1996, July 1997.
4. Council for Economic Planning and Development, The Executive Yuan, Industry of Free China, October 1995.
5. Council for Economic Planning and Development, The Executive Yuan, Taiwan Statistical Data Book 1995.
6. Council for Economic Planning and Development, The Executive Yuan, Taiwan Statistical Data Book 1996.
7. Council for Economic Planning and Development, The Executive Yuan, Taiwan Statistical Data Book 1997.
8. Council for Economic Planning and Development, The Executive Yuan, The Six-Year National Development Plan for Taiwan, Republic of China (1991-1996): 20 Questions, December 1991.
9. Department of Health, The Executive Yuan, Health and Vital Statistics 1995, 1996.
10. Department of Health, The Executive Yuan, Health and Vital Statistics 1996, 1997.
11. Department of Health, The Executive Yuan, *National Health Insurance Act*, 9 August 1994.
12. Department of Health, The Executive Yuan, Public Health in the Republic of China, November 1996.
13. Department of Statistics, Ministry of Finance, The Executive Yuan, Monthly Statistics of Finance November 1997.
14. Economic and Social Research Institute, *Financing the Health Care System : Is Private Financing an Alternative?*, Dublin, October 1988.
15. Government Information Office, The Executive Yuan, The Republic of China Yearbook 1995.
16. Government Information Office, The Executive Yuan, The Republic of China Yearbook 1996.
17. Government Information Office, The Executive Yuan, The Republic of China

- 
- Yearbook 1997.
18. International Symposium on Health Care Systems, *World Trends in Health Care Financing and Delivery*, Taiwan, December 1989.
  19. Internet, BNHI Homepage - <http://www.nhi.gov.tw/>.
  20. Internet, Department of Health Homepage - <http://www.doh.gov.tw/>.
  21. Organisation for Economic Co-operation and Development, *Financing and Delivering Health Care*, 1987.
  22. Watson Wyatt Data Services, Benefits Report - Asia/Pacific, Vol. 1, 1996.
  23. Watson Wyatt Data Services, Benefits Report - Asia/Pacific, Vol. 2, 1996.
  24. Watson Wyatt Data Services, Benefits Report - Asia/Pacific, Vol. 3, 1996.
  25. World Health Organization, *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services*, Geneva, 1993.
  26. 中央健康保險局，全民健康保險簡介。
  27. 中央銀行經濟研究處，中央銀行年報，中華民國八十五年。
  28. 中央健康保險局，全民健康保險法規要輯，中華民國八十六年三月。
  29. 中央健康保險局，全民健康保險手冊 1997，中華民國八十六年八月。
  30. 行政院衛生署，醫療保健計劃 — 籌建醫療網計劃(核定本)，中華民國七十五年四月廿六日。
  31. 行政院衛生署，醫療機構現況及醫院醫療服務量統計摘要表，中華民國八十二年六月。
  32. 行政院衛生署，「建立醫療網第二期計劃」核定本，中華民國八十二年九月十五日。
  33. 行政院衛生署，「建立醫療網第三期計劃」，中華民國八十五年十二月。
  34. 行政院衛生署，醫療機構現況及醫院醫療服務量統計摘要表，中華民國八十三年七月。
  35. 行政院衛生署，醫療機構現況及醫院醫療服務量統計摘要表，中華民國八十四年五月。
  36. 行政院衛生署，中華民國公共衛生概況，中華民國八十四年三月。
  37. 行政院衛生署，中華民國公共衛生概況，中華民國八十六年五月。
  38. 行政院衛生署，醫療機構現況及醫院醫療服務量統計摘要表，
-

中華民國八十五年六月。

39. 行政院衛生署，醫療管理法規，中華民國八十五年十二月。
40. 行政院衛生署，醫療機構現況及醫院醫療服務量統計摘要表，中華民國八十六年六月。
41. 行政院衛生署，醫療機構設置標準，中華民國八十六年十月。