

## 民眾免繳保險費的全民健康保險制度

不當的健保制度設計，導致嚴重醫療浪費及違法勾結詐財

依據全民健康保險局的統計，我國實施全民健保至今，平均每人每年門診就醫次數已高達十五・四次，不但居於世界之冠，而且遠高於美國和荷蘭的五・五次，以及澳洲的八點八次。與此同時，我國健保一年支出的藥品費多達八百億元，佔全部醫療支出二千八百三十八億的百分之二十八，同樣也是比OECD國家的平均百分之十四高出一倍。從如此高的門診頻率，以及如此巨額的藥費支出不難可以看得出來，其中確實潛藏著極多非必要的醫療，以及過度和重複的檢查、檢驗，除此之外，在用藥與用料方面也是存在嚴重的浪費情形，如果不盡速予以改善，長此以往，不但必然會造成全民健保的破產，損及國人醫療照護權益，甚至影響國家財政平衡，傷害國家整體競爭力。

另依健保局民國八十五年的統計，國人全年累計醫療費用在一萬元以內者，約佔全部被保險人口的百分之七十五，其耗用之醫療資源佔健保全年總支出的百分之三十二；而年醫療費用達四萬元以上者，僅佔被保險人口的百分之五，其耗費的醫療資源高達百分之二十九。五。由此統計顯示，真正需要依賴健保來協助負擔其醫療費用的人口，實際並未超過百分之二十五。另一方面，民國八十七年健保局全年之保險費收入為二千四百八十七億元，被保險對象有二千零六十一萬人，以被保險人自行負擔的保險費是佔總保險費的百分之三十九估算，即平均每人每年負擔保費約四千七百元。而實際上，每年使用之醫療費用低於四千七百元者約佔保險人口的百分之六十，表示有過半數的人，其使用健保醫療的費用比自己所繳交的保險費用還低。在健保門診部份負擔金額並不算高的情況下，就人性上基於「撈本」的動機，難免會造成其盡可能多看醫師，或是看病時要求醫師多做檢查、檢驗，或是多給藥。再因為當前醫療資訊未能充分交流，因此也導致民眾前往不同的醫院重複就診，作重複的檢查和檢驗，以及重複給藥，形成更大的醫療浪費情形。除此之外，在當前論量計酬的支付制度之下，不但無法促使醫療提供者主動排除非必要的醫療行為，甚至可能鼓勵其跟隨國人的就醫習性，多做診察或多給藥，既能滿足病人的需求，又

可增加自己的收入。由於凡此等等之過度醫療及診察行為，均不致造成病人保費的增加，因此醫病之間往往樂於相互配合，更助長了浪費的嚴重情形。

根據統計資料所顯示，百分之七十五的人口無需依賴健保

基本上，設法幫助罹患重症或需要長期診療的病患，使其免於龐大醫療費用負擔，因而造成家庭經濟問題，本來即是政府照顧民眾健康福祉，規劃全民健保制度的主要精神所在，以及必須著力的重點。因此，重新檢討設計全民健保制度，促使醫療提供者與被保險人共同節制醫療浪費，確保醫療資源能夠有效率的用於照顧真正需要醫療照護的人，乃是不容再有任何猶豫拖延的當務之急。而其最直接且有效的方法，乃是取消繳納健保費，由一般疾病的病患在其經濟能力範圍內自付醫療費，如此，病人基於費用的負擔問題，就會自我節制，不致要求非必要的醫療；醫師在其專業上提供周到的醫療服務之際，也會顧慮病人的接受程度，不致作出過度的診察或給藥。在此情況下，醫病雙方均會主動節制醫療行為，當前的嚴重浪費情形即可以有效杜絕。另一方面，取消繳納健保費以後，相關事務即可望獲得精簡，當前健保局的行政事務費用也可以大幅減少。[訂購單](#)