

99 年 3 月 25 日（四）商業週刊來訪  
提供醫師公會全聯會代表參考  
「我國全民健保制度總體檢」

一、對於全民健保總額預算制度之檢討及改進建議。

（一）健保總額非協商因素成長率長期失真低估，建議檢討健保總額設定公式參數，以合理反應醫療服務成本，保障民眾就醫品質。(附件 P1-3)

1、健保醫療給付費用總額設定公式

按「99 年全民健保醫療給付費用上（下）限金額」＝98 年全民健保醫療給付費用×（1+99 年全民健保醫療給付費用成長率之高（低）推估值）；「低推估值」以人口結構對醫療費用改變率、醫療服務成本指數改變率及投保人口成長率合併計算；「高推估值」係下限值+調整因素（如：政策推動相關措施、全民健保費率精算報告、民眾付費能力（含整體經濟情勢）、我國整體醫療保健支出）。依據衛生署健保小組報告顯示，99 年「投保人口成長率」按經建會 97 年公佈之「台灣地區 97 年至 145 年人口推估」之中推估計 0.349% 估算，並參考 95-97 年健保投保人口之成長趨勢，及考量 99 年健保納保政策，預估為 0.513%；「人口結構改變率」以 96 年每人醫療給付費用為基礎（97 年資料尚無法取得）計算 97 年對 96 年人口結構對醫療費用之影響為 1.287%；「醫療服務成本指數改變率」計算公式指標分為人事費用、藥品費用、醫療器材費用、基本營業費用及其他營業費用加權計算後得出。

2、建議「人口結構改變率」應「納入不同年齡層每人費用變動權重」，以反映老年人口醫療費用成長貢獻度

前開「人口結構改變率」之計算方式係指 97 年納保人口年齡性別結構相對於 96 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響（以 96 年費用點數為基礎；年齡則以 5 歲一組做調整），亦即假設「不同年齡層有相同的費用成長率」。惟各年齡層的費用點數成長率，事實上隨年齡的增加而有增加情形，除了人口老化的占率增加之外，新增的老

人有較高的意願及能力接受積極的治療或手術，這都使每個世代老年人口的醫療花費較上個世代的老人增加，因此本會建議應「納入不同年齡層每人費用變動權重」，則人口結構改變率方能反映老年人口醫療費用成長貢獻度。整體總額預算的成長率，以 98 年成長率為例，如考慮不同年齡層的費用成長率不同，加權處理，則人口結構改變造成的費用成長率貢獻約為 0.764%較先前計算的 0.612%相差約 0.152%。(附件 P4)

- 3、建議「醫療服務成本指數改變率」之「藥品費用項目」，採健保支付藥價結構變動率計算，較符合院所實際成本(附件 P5-17)

其次有關「醫療服務成本指數改變率」之計算，「藥品費用項目」原採「躉售物價指數(WPI)-藥品類」計算。經本會進一步分析並拜會主計處得知，為衡量企業間商品交易價格水準之變動情形，爰有「躉售物價指數(WPI)」調查，其調查目的非為計算健保藥費成本；WPI 與醫藥相關之查價項目包括「藥品類」14 項、「醫療器材與用品類」4 項、「電腦、電子產品及光學製品」中類下之「量測、導航及控制設備產品類」1 項與「其他電子及光學製品類」2 項，其範圍包括健保給付藥品、健保不給付藥品及中間產品(原料藥等)；WPI 查價方式分為國產內銷品及進出口品，其中藥品類查價項目分為 36 類，國產內銷藥只納入 10 類，其中 3 類為原料藥、動物用藥及中藥製劑，合計占 10.6%，與健保藥品在不同藥理分類的利用情形並不相同；WPI 進口藥占 55.8%，其中含疫苗及試劑等，醫藥製劑並未分類，與健保藥費中原廠藥占 61%以上之權重結構也不相同；WPI 之調查花色更新採立意方式，無法有系統性反映健保新給付藥品的價格影響。綜上，「醫療服務成本指數改變率」之「藥品費用」項目無法充分反映健保藥費成本結構，本會建議採健保支付藥價結構變動率計算，以每年度健保給付之新藥費用變動率做為「醫療服務成本指數改變率」之「藥品費用」，較符合院所實際成本。

(二) 實施健保總額以來，西醫基層總額自 92 年至 97 年實際使用醫

療費用與每年協商總額預算費用缺口已達 458 億點（附件 P18-23）；醫院總額已達 1636.6 億點（附件 P24）。一直由醫療提供者承擔，醫界承受莫大壓力，並非長久之計。西醫基層診所自 94 年起陸續實施「每月看診十次」、「每月合理申報日數」共 22 項不予支付指標；西醫醫院歷年財政缺口皆達百億以上（其中尚未包含醫院自行吸收部分），高達數百項不予支付指標等同儕制約，專業自主管控措施，以期達到健保支出面趨緩（附件 P25-26）。

## 二、對現行牙醫、中醫、西醫基層、醫院等各部門醫療費用總額分配比率是否合理之看法。

現階段健保總額最大的問題不在於牙醫、中醫、西醫基層、醫院等各部門醫療費用總額分配比率，而是在於大總額之預算因前揭計算公式長期失真，無法反應實際醫療支出之成本，導致各部門總額預算呈現前開不合理情形。

## 三、對於各總額部門將總額分配至「小總額」之看法。

無論是「科總額」或是「醫師個人總額」均有影響醫療品質之虞：

（一）「科總額」：若以「科」為單位分配健保總額醫療費用，則各科受限其費用總額之因素下，勢必影響各科間之合作及各科生態之平衡。尤其對以「全人照護」為導向之基層醫療來說，恐與提升醫療品質之目的背道而馳；且若實施「科總額」，對於診治季節性或急性期疾病之科別而言，因該類疾病並無法預期，爰該總額對該科並不公平。以新型流感（H1N1）為例，雖由政府以公務預算支付克流感藥物費用，但整體來說，98 年第 3 季西醫基層一般流感人數成長率分別為 10.18%，醫療費用成長 11.59%（附件 P27）。

（二）「醫師個人總額」：不同科別診治疾病類別不同，其疾病性質亦不相同。有以慢性病居多者、有以急性或季節性疾病居多者，若以「醫師」為單位分配總額醫療費用，恐將影響各科之醫療照護品質及保險對象就醫權益。

## 四、對於支付標準所訂醫療項目及給付點數具體之看法或意見。

現行總額預算制度下，基於預算中平原則，醫療費用支付標準之項目及點數之新增或修訂，均需提出財務評估方案。多是在費協會已確認通過新增預算之情形下，支付標準才得新增或修訂；惟部分不符成本點數過低之項目（例如：婦科及產科超音波現行支付點數 450、550 點，依醫婦產科醫學會 98 年提出成本分析建議調整為 643、882 點，預估 99 年合計點數為 97,696,725 點、45,046,501 點；現行基層急診診查費支付點數為 478 點及精神科急診診查費支付點數 505 點，其夜間加成率若由現行 20% 提高至 50%，預估增加 137 萬點；新生兒中重度病床護理費及嬰幼兒處置，因照護較困難且原支付點數較低，若加成 10%-30%，預估增加 198667-568726 點），礙於總額預算資源有限，尚無法予以調整。目前總額下的財務風險係由醫界以一點不足一元的方式承擔，若長久如此，恐影響醫療品質，應慎重看待此問題，及早因應。

依大法官會議解釋，全民健保係屬「社會保險」性質。爰健保係提供一般治療，至於高價藥品或新醫療科技，使用上應依個人病情需求而異。行政單位應加強教育民眾「使用者付費」及「差額負擔」的觀念，避免發生醫療糾紛，增加民眾就醫使用新藥、新科技的速度。

## 五、針對過度檢查或過度用藥造成醫療浪費之看法。

醫師依病人病情需要及其專業判斷，審慎評估其醫療處置及用藥。由於我國健保醫療相關法令，並無拘束民眾逛醫院之限制。據健保局統計，部分病人或因免部分負擔及免掛號費（如：榮民及低收入戶）門診利用率明顯高於一般需付部分負擔民眾約 20-40 倍。

建議應徹底落實使用者付費精神，依健保法第 34 條實施自付額制度；就部分高使用率之免部分負擔患者（如：重大傷病患者、榮民或低收入者）加強輔導。但對門診高診次保險對象輔導無效者，雖有全民健康保險法醫療辦法第 42 條：……除情況緊急外，不予給付規定，但不易執行。行政單位應以公權力介入的方式，得以維持制度的公平合理性。

## 六、對於國內新藥、新科技醫療器材引進速度應加快或暫緩之看法。

現行總額預算制度下，基於預算中平原則，新藥、新科技醫療器材引進，均需提出財務評估方案。多是在費協會已確認通過新增預算之情形下，才得納入健保給付項目；惟我國 **1.重大傷病人數不斷攀升**，截至 99 年 1 月為止，有 839546 人領有重大傷病證明，與 84 年健保開辦當時 22 萬人相比，平均每年增加 4 萬人，與 97 年底(790621 人)比較，成長率達 6.2%，其中癌症 37 萬 6 千 9 百 40 件最高(健保開辦初期約占總人口的 1.5%，現在已經高達 3.1%)。以致健保總醫療費用逐年增加。據健保局數據顯示，89 年重大傷病患者醫療費用 536 億元，97 年則升至 1303 億元，較 96 年成長 7.85%，占健保總醫療費用 26.20%。**2.台灣人口結構快速老化**，84 年大於 65 歲老年人口佔 7.6%，但至 97 年大於 65 歲老年人口升至 10.43%。據統計，一個老人所耗需之醫療費用為一般人之 3.3 倍。**3.近年台灣人口結構改變，生活型態改變，國人疾病型態改變，慢性疾病增加，民眾對醫療照護的需求日趨殷切。**慢性病急速增加，根據健保局資料顯示，97 年第 4 季西醫門診慢性病申請點數為 252.9 億餘點，較前一年同期增加 12.12%；慢性病件數 1,677 萬餘件，較前一年同期增加 3.67%。

(一) 爰此，新醫療科技（包括藥品、特材及新增項目）之引進更顯重要。查 86-95 年新藥新科技增加 556 項，高達 1231.29 億元(附件 P28)。其醫療成效可顯示於下列層面：

- 1、平均餘命之延長：台灣醫療品質之提升，醫療技術之發達，充分反映在台灣人民愈來愈長壽之事實上。根據統計，84 年國人平均餘命為 74.5 歲（男性 71.9 歲、女性 77.8 歲），截至 98 年底，國人平均餘命為 78.97 歲（男性已達 75.88 歲、女性達 82.46 歲）。(附件 P29)
- 2、腦血管疾病死亡率之下降：據統計，腦血管疾病死亡率 84 年 66.45%降為 93 年 54.48%，此為預防性篩檢、醫療水準提升及新藥新科技發展等因素使然。
- 3、新生兒死亡率之下降：嬰幼兒健康係為衡量國家醫療水平之重要指標。比較 84 年至 96 年婦幼健康指標，嬰兒死亡率由 5.1%降至 4.51%，此為台灣長期耕耘婦幼衛生工作之成果。
- 4、提升老人預防接種率：為降低老人因罹患流感導致嚴重併發

症或死亡之機率，以維護老人健康，減少醫療費用支出，政府遂於 90 年實施 65 歲以上老人全面免費接種流感疫苗。據數據顯示，衛生署自 87 年推動高危險群老人接種，接種率為 9.9%，至 2005 年 65 歲以上老人接種率已至 65%，醫療成效彰著。

#### 七、洗腎支出占相當比例，有無其它替代方案可減少病人或支出。

中央健保局 98 年 4 月公布前廿大門診疾病，洗腎列為門診疾病榜首，根據數據顯示，洗腎 97 年醫療費用高達 338 億，較前一年成長 8.71%，占健保總額費用之 7.2%。台灣洗腎人口逐年增長，從 86 年 20,937 人，成長到 97 年 58,726 人。洗腎人數增加在於社會高齡化、健保免費醫療、洗腎品質良、病患存活率高等因素，由於醫療技術卓越，台灣末期腎臟病患接受洗腎治療長期存活率為世界第一，洗腎死亡率僅約 6%至 8%。洗腎替代方案為換腎，估計每年腎臟移植約 240 人，換腎後使用抗排斥年約 17.7 萬元，較洗腎年約 57.4 萬元為低。

對於腎臟病高危險族群-糖尿病、高血壓積極防治，定期追蹤管理，可有效控制疾病變化以降低合併症之發生，避免病情惡化為洗腎所花費之費用。

#### 八、對健保特別之意見。

- (一) 建議應回歸法制面之精神，依「全民健康保險法」第 20 條及第 67 條規定，當安全準備餘額低於一個月之醫療給付費用(約 300 億)時，就需要調高健保費率。

##### 1. 健保費率重行調整之必要性：

全民健保自 84 年開辦迄今，僅於 91 年調升過一次費率，健保局當時以兩年平衡周期計算，將健保費率由 4.25% 調漲為 4.55%。據中央健康保險局 97 年 3 月「民國 96 年全民健康保險費率精算報告」指出，保險費率之精算係採「量出為入」方式，參考美國聯邦醫療服務中心之醫療費用分析模式，就未來人口成長及年齡結構變化對醫療費用之影響進行推估，依據前開模型推估，自 97 年至 101 年之法定最低

平衡費率爲 5.18%，與現行保險費率 4.55% 相差幅度達 13.85%。全民健康保險法（以下簡稱健保法）第 20 條第 3 項第 1 款規定，精算之保險費率，其前五年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五者，由主管機關重行調整擬訂，是以，現階段之費率自有重行調整之必要。

再者，安全準備自 96 年起業已用罄。健保法第 67 條明定：「本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付總額爲原則；超過三個月或低於一個月者，應調整保險費率或安全準備提撥率」；爰此，現行健保費率已符合重行調整之情形。依據健保局數據顯示，截至 98 年 12 月底，待安全準備填補之短絀數業達 587.51 億元，在保險收支短絀數高達近 600 億之情況下，衛生署調整健保費率係依法行政，於法有據。

## 2. 健保財務短缺日漸擴大

健保財務入不敷出，近年來政府實施多項「多元微調」開源措施，例如調高菸品健康捐、公共衛生費用回歸公務預算、擴大代位求償範圍等，惟仍不足以彌補健保財務罅隙。歸究於健保財務惡化之因有下：

### （1）台灣人口結構快速老化：

過去十年，台灣老年人口增加 33.7%，1996 年老年人口數 169 萬，2006 年則有 226 萬人，以醫療需求暨健康狀態來看，健保開辦初期台灣 65 以上人口比率爲 7.6，97 年則升至 10.43；而推估在民國 108 年老年人口比例即增加至 14%，成爲真正的高齡國家(aged nation)。相較於歐美各國與日本，我國推估將成爲世界人口老化最快的國家。再以醫療費用而言，一名老人所耗需之醫療費用爲一般人之 3.3 倍。95 年至 97 年，65 歲以上人口增加 7%，同期同一年齡層醫療費用增加 16%。

### （2）重大傷病人數不斷攀升：

國人平均壽命延長，造成慢性病與重大傷病患者不斷增加。依據健保局數據顯示，截至 99 年 1 月底止，歸戶後重大傷病實際有效領證人數爲 839,456 人，較

97 年底(790,621 人)成長 6.2%；爰此，國內重大傷病患者人數持續攀升，以致健保總醫療費用逐年增加，據統計，89 年重大傷病患者醫療費用 536 億元，95 年至 97 年重大傷病者增加 13 萬人，同期重大傷病醫療費用增加 194 億元。97 年則升至 1303 億元，較 96 年成長 7.85%，占健保總醫療費用 26.20%。也就是說，每 100 位投保民眾中，就有 3 人為重大傷病患者，國人繳交的保費中，每 100 元就有 26 元是用來照顧重大傷病患者，其中癌症、洗腎及血友病患，更佔重大傷病健保醫療給付的大宗（附件 P30）。

**（二）總額前務實「量出為入」之精神；總額後務實「量入為出」之精神。**

衛生署於每年 1-4 月擬定年度總額範圍時，應參考前一年實際醫療支出，依各總額部門成長目標值訂定（量出為入）；衛生署全民健保醫療費用協定委員於每年 8-12 月應採「量入為出」之精神，協定各部門總額及分配（附件 P1-3）。

**（三）落實健保法第 33、35 條，門診、住院自行負擔費用以定率計算，以避免醫療資源之濫用；其他免部分負擔規定，應以社福預算支應，以減少健保財務負擔。**

全民健康保險立法時，已制定保險事故範圍，限於疾病、傷害、生育事故之醫療給付，第 33 條並規定民眾應自行負擔門診或急診費用 20%。如民眾就診不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔 30%；逕赴區域醫院門診者，應負擔 40%；逕赴醫學中心門診者，應負擔 50%。依據國內外以及健保局研究報告顯示，基於使用者付費原則，民眾應自行負擔門診費用 25%，才能有效的控制醫療費用暴增及浪費。惟目前民眾於基層診所就醫時，自行負擔門診費用僅約 12%；民眾於醫院就醫時，自行負擔門、住診費用僅約 9%，明顯少於法定額度，主要的原因是，衛生署及健保局考量到過高的部分負擔，將會造成民眾的就醫障礙，故捨定率而採取定額的部分負擔。

**（四）多管齊下改善門診高診次保險對象就醫次數。**

分析顯示，門診高診次保險對象與其免部分負擔及部分免掛號費有關。爰此，除應啟動健保法第 34 條自負額制度（連續兩年如全國平均每人每年門診次數超過 12 次，即應採行自負額制度），落實使用者付費觀念外，對門診高診次保險對象輔導無效時，雖得啟動全民健康保險法醫療辦法第 42 條「...未依保險人輔導於指定之保險醫事服務機構就醫者，除情況緊急外，不予給付」規定，但實務上執行不易，爰建議行政單位應以公權力介入的方式，得以維持制度的公平合理性。

進一步分析，門診高診次保險對象大多數為重大傷病患者、3 歲以下兒童及部分縣市第 3 胎，其需求性確實較一般民眾為高，過度使用醫療資源之問題較少，惟其免部分負擔部分宜由社福部門支應；至於榮民及低收入戶部分，則為醫療資源耗用較多之族群，此與其免部分負擔且部分免掛號費有關，該類別占率亦較上述二大類民眾利用率為高，達 20 至 40 倍。依健保法第 37 條規定，若其不依第 33 條規定轉診就醫者，該應自行負擔之費用是否由其自行支付，或由社福預算支應？！

**（五）外籍人士來台健保納保，侵蝕健保，宜儘早修法，採最高級距納保；海外民眾停保復保制度，亦應修法，可避免一些投機者，不當利用台灣國內的健保資源。**

外籍專業人士來台，目前每個月只要繳 659 元健保費就可以健保吃到飽，侵蝕健保。外國人參加台灣健保的資格若與台灣人民一樣，既不公平也不合法，宜儘速修法，外籍專業人士應以雇主及自營作業身份納保，其健保自負比率為 100%，一律採最高級距納保或民間保險。可以減少部分外籍專業人士利用台灣健保「俗擱大碗」的特色，「呷好通相報」。

每年估計近 20 萬旅外民眾停保又復保，其中約有一萬二千人可能是專程自國外返台辦理復保就醫，這些人估計至少花掉一億元以上的醫療費用，其中約有三分之一是用在治療牙齒疾病，且治療心臟疾病及白內障的也不在少數。對於住在台灣的民眾極不公平，應一併修法，至少需居住滿 4 個月以上才能辦理復保，可以避免一些投機者，不當利用台灣國內的健保

資源。

#### (六) 西醫基層「簡表」制度之檢討與改善機制

- 1.簡表制度係沿襲勞保時代，採用「論件次」「定額」方式（3天藥費給付75元一日藥費25點，最多給付3日），讓醫師依病人病情需求及專業判斷，以「最適合的藥物與價錢」，提供醫師較大的用藥診療空間，節省不必鼓勵減少非必要之用藥，達到治療的效果。同時，可減少健保審查行政作業成本。
- 2.簡表是以兼具 DRG 的精神，具體落實在基層醫療院所，應予以正面鼓勵，其性質與一般藥品不同，爰其給付額度不宜僅從藥價考量。不應懲罰性調降簡表費用。
- 3.若調降簡表申報，原簡表（01）案件轉成專案（09）案件申報，申報內容將影響藥費支出，可能有更多醫師偏向使用原廠藥，將對國內藥界產業之生態產生衝擊：

依 97-98 年基層總額申報資料分析，01 案件平均每件藥費為 75.21-75.64 元，09 案件則為 78.14-78.22 元。若廢除簡表制度，增加之藥費約至少為 2.23 億元-2.49 億元。

（三）健保政策或支付相關規定（如：支付標準或藥物劑型）之改變，將影響健保財務負擔甚鉅。以 97 年第 3 季實施之「12 歲（含）以下處方原瓶包裝口服液劑」政策為例，政策實施後，1 年內約增加藥費 1.5-2 億元：

2.分析 97 年第 4 季較 96 年第 4 季，12 歲以下基層每張處方醫令藥費增加 37,311,692 元；98 年第一季較 97 年第一季，增加 47,086,374 元。

3.使用「1-3 瓶處方原瓶包裝口服液劑」之人次占率較政策實施前增加數十倍，以 96 年第 4 季較 97 年第 4 季為例：6 歲以下「使用 1-3 瓶原瓶包裝口服液劑者」占率成長幅度由 0.2%增加至 35.2%；6-12 歲前揭占率成長幅度由 0.03%增加至 14.06%。以 97 年第 1 季較 98 年第 1 季為例：6 歲以

格式化: 縮排: 左: 2 cm, 第一行:  
2.53 字元, 取消項目符號與編號

~~下前揭占率成長幅度由 0.02% 增加至 42%；6-12 歲前揭占率成長幅度由 0.1% 增加至 21.7%。~~

4. 簡表之論次計酬性質，減少病人非健保給付藥品的自費負擔，並且涵蓋大於 3 日以上之門診給藥服務，可減少病人多次回診的診察費支出。

5. 綜上，本會建議簡表藥費不宜斷然調降。

6. 參考數據：

- I. 基層門診每件藥費原為 127-139 元，醫院平均每件藥費 326-1192 元推估，每件將增加 199-953 元。
- II. 依 97-98 年基層總額申報資料分析，01 案件平均每件藥費為 75.21-75.64 元，09 案件則為 78.14-78.22 元。若廢除簡表制度，增加之藥費約為 2.23 億元-2.49 億元。
- III. 以慢性病為例，97-98 年基層慢性病（04 案件）平均每件藥費約為 479 元、慢性病連續處方箋（08 案件）平均每件藥費約為 698-715 元；醫院平均每件慢性病點數為 1797-1870 點，二者差距 1080-1147 點。
- IV. 以 97 年第 3 季實施之「12 歲（含）以下處方原瓶包裝口服液劑」政策為例，分析 97 年第 4 季較 96 年第 4 季，12 歲以下基層每張處方醫令藥費增加 37,311,692 元；98 年第一季較 97 年第一季，增加 47,086,374 元；且使用「1-3 瓶處方原瓶包裝口服液劑」之人次占率較政策實施前增加數十倍，以 97 年第 4 季較 96 年第 4 季為例，6 歲以下使用 1 瓶原瓶包裝口服液劑者成長 32.15%。

## 總結

我國的全民健保是「大小都保」，與世界主要國家相較，我國醫療服務之費用相對低廉。如平均每人每年醫療費用 982 美元，僅不到美國的六分之一、日本的三分之一；醫療費用占國內生產毛額比例，我國為 6.1%，醫療支出年成長率控制在 5% 左右，均亦低於世界多數主要國家。以個別醫療項目之費用比

較，我國冠狀動脈繞道手術費用（包括檢查費、手術費、醫師診察費等項目合計）約為美國的 12%~23%、韓國的 50%、新加坡的 83%，其他如膝關節置換、前列腺手術、胃繞道手術等，其費用亦僅為美國的 11%~29%。在相對低廉之費用下，我國全民健保仍提供合理的醫療品質。例如，國人平均餘命高於美國、英國，嬰兒死亡率則低於美、英；大腸癌、肺癌、乳癌之五年存活率，亦接近美國、澳洲等先進國家；器官移植存活率方面，如腎臟移植、肝臟移植之三年存活百分率，與美國相較毫不遜色。

相較於 OECD 國家，我國健康投資有略顯不足的現象。全民健保提供全體國民優質且方便的醫療服務，但醫療費用相對於世界其他主要國家十分低廉，每人每年花費 982 美元，僅有美國的 15%，日本的 33%。以醫療費用占國內生產毛額計算，我國只有 6.1%，低於絕大多數的國家。自 91 年 7 月全面實施總額支付制度以來，歷年全民健保醫療費用年成長率約為 5%，延緩了保費調整的時間。但長期壓縮醫療費用成長空間，對保險對象的就醫權益與醫療體系的發展是不利的。中央研究院的學者在「醫療保健政策建議書」中，呼籲我們應放遠眼光，不要一味控制費用，而影響人力與產業的發展。諾貝爾經濟獎得主克魯曼，在論及台灣健保為世界首屈一指時，也指出應增加對醫療體系的投入。

本會呼籲惟有合理的醫療投資，才能讓醫療服務體系合理發展，並提供有品質的服務。故穩定健保財務，加強對弱勢民眾的照顧，合理調整支付標準及充足資源投入，才是民眾之福。