

(出國類別：考察)

加拿大健康保險醫療費用總額協定制度 考察報告

服務機關：全民健康保險醫療費用
協定委員會

出國人：職 稱：主任委員
姓 名：吳凱勳等二人

出國地區：加拿大

出國期間：90年6月10日至90年6月16日

報告日期：90年10月

摘 要

我國為有效控制醫療費用的上漲，自民國 87 年開始試辦牙醫總額支付制度迄今，除醫院總額部門仍在研議與協商階段外，中醫與西醫基層總額部分已陸續實施中；然面臨人口老化與民眾對高科技醫療的需求日趨殷切，如何因應醫療費用上漲的壓力，維護民眾醫療照護品質與有效整合健保資源，均是我國全民健保所須解決的問題。

經由本次考察加拿大辦理醫院與醫師總額預算制度，瞭解該國為因應人口增加、人口高齡化、醫藥費用不斷上漲與民眾對高科技醫療的需求漸殷等問題，而對總額預算制不斷進行改革，並整合相關的醫療資源，以提昇資源分配公平性與效率性。然對聯邦政府補助經費的縮水，使各省推動健保總額制度的經費受限，不得不以縮小給付範圍與減少醫護人員的開支等措施因應。因此，加國民眾對自付比率漸高與醫院排定手術等待期過久等現象，滋生不滿。

加拿大全民健保體制與總額預算制度已實施四十年，有許多前瞻性的制度興革，可供我國未來全面推動總額支付制度的借鏡參考。

目 錄

一、考察目的.....	
二、考察人員.....	
三、出國期間.....	
四、考察行程.....	
五、考察內容.....	
(一) 背景.....	
1. 人文社會環境.....	
2. 聯邦健康照護體系.....	
3. 健康照護體系的特色.....	
(二) 加拿大健康保險醫療費用總額預算制度.....	
1. 安大略省健康保險計畫 (OHIP).....	
2. 亞伯達省健康保險計畫 (AHCIP).....	
3. 健康保險制度的改革方向.....	
六、心得與建議.....	
(一) 考察心得.....	
(二) 建議事項.....	
參考文獻.....	
附錄一、安大略省醫院總額簡報資料.....	
附錄二、亞伯達省醫院總額簡報資料.....	
附錄三、亞伯達省醫師總額預算協商合約.....	

行政院及所屬各機關出國報告

一、考察目的

為瞭解加拿大醫療費用總額協定制度推動的成效，以供我國全民健康保險實施總額支付制度的借鏡參考。

二、考察人員

姓名	職稱	單位
吳凱勳	主任委員	全民健康保險醫療費用協定委員會
蘇久惠	約聘研究員	全民健康保險醫療費用協定委員會

三、出國期間：

民國九十年六月十日至同年六月十六日

四、考察行程

日期	內容	拜會單位
6/10 (週日)	啟程	抵多倫多
6/11 (週一)	1. 安大略省醫療保健體系 2. 安大略省健康保險計畫 Ontario Health Insurance Plan (OHIP)	1. 安大略省衛生廳 Ministry of Health and Long-Term Care 2. 安大略省健保局
6/12 (週二)	飛亞伯達省	抵愛德蒙頓 Edmonton
6/13 (週三)	亞伯達省醫療保險體系	1. 亞伯達省衛生廳 Ministry of Health and Wellness 2. 亞伯達省健保局
6/14 (週四)	亞伯達省健康保險計畫 Alberta Health Care Insurance Plan (AHCIP)	1. 亞伯達省衛生廳 Ministry of Health and Wellness 2. 亞伯達省健保局
6/15 (週五)	返台	搭機
6/16 (週六)	抵台北	

五、考察內容

(一) 背景

1. 人文社會環境

加拿大人口約 3 千萬人，過去五年間以 1% 的速度緩慢增加，平均餘命為 78.4 歲，其中男性為 75.4 歲，女性為 81.2 歲，粗出生率為 11.0‰，粗死亡率為 7.4‰。加拿大地廣人稀，大部分土地附蓋著冰雪與高山，人口分布極不均勻，大都集中在南邊靠近美國的邊界，其中約有 85% 的人口分別集中在安大略省 (Ontario, 38%)、魁北克省 (Quebec, 24%)、英屬哥倫比亞省 (British Columbia, 13%) 及亞伯達省 (Alberta, 10%) (表一)。

表一 加拿大人口成長趨勢 (1996-2000 年)

單位: 千人, %

年 省別	1996	1997	1998	1999	2000	2000 年 占率
Canada	29,671.9	29,987.2	30,247.9	30,493.4	30,750.1	100%
Newfoundland	560.6	554.1	545.4	540.8	538.8	2%
Prince Edward Island	136.2	136.9	136.9	137.6	138.9	5%
Nova Scotia	931.2	934.5	936.1	939.2	941.0	3%
New Brunswick	753.0	754.2	753.4	754.3	756.6	2%
Quebec	7,274.0	7,302.6	7,323.5	7,349.1	7,372.4	24%
Ontario	11,100.9	11,249.5	11,386.1	11,517.3	11,669.3	38%
Manitoba	1,134.3	1,136.6	1,137.9	1,142.6	1,147.9	4%
Saskatchewan	1,019.5	1,022.0	1,024.9	1,025.7	1,023.6	3%
Alberta	2,780.6	2,837.2	2,907.0	2,959.4	2,997.2	10%
British Columbia	3,882.0	3,959.7	3,997.5	4,028.1	4,063.8	13%
Yukon	31.9	32.2	31.5	31.1	30.7	0.0%
Northwest Territories	41.8	41.8	41.1	41.1	42.1	0.1%
Nunavut	25.7	25.9	26.5	27.0	27.7	0.0%

資料來源：加拿大統計局網站 90/10/02 資料。

<http://www.statcan.ca/english/Pgdb/People/Population/demo02.htm>

加國為加速國家經濟成長，採行寬鬆的移民政策。由外國移民入籍加拿大的趨勢來看，亞州移民的成長速度為其他洲移民之冠，其中又以東亞人（如香港、中國大陸與台灣）的移民成長最速（表二）。截至 1996 年，亞洲移民已占總移民人口比率高達三成，僅次於歐洲移民的四成七，顯見亞洲移民對加拿大的社會、經濟與政治層面的影響將愈來愈大。

表二 加拿大移民的來源地概況（1961-1996 年）

單位：人、%

來源地	移民總數	時 期				
		1960 年前	1961-1970	1971-1980	1981-1990	1991-1996
總數	4,971,070	1,054,930	788,580	996,160	1,092,400	1,038,990
美洲	797,920	465,310	112,880	237,510	224,040	162,675
增加率				110.4 %	-5.7 %	-27.4 %
美國	244,695	450,550	50,200	74,015	46,405	29,025
中南美洲	273,820	6,370	17,410	67,470	105,230	76,335
加勒比海/百慕達	279,405	8,390	45,270	96,025	72,405	57,315
歐洲	2,332,060	953,360	543,840	356,700	280,695	197,480
增加率				-34.4 %	-21.3 %	-29.6 %
英國	655,540	265,580	168,140	132,950	63,445	25,420
其他西北歐	514,310	284,205	90,465	59,850	48,095	31,705
東歐	447,830	175,430	40,855	32,280	111,370	87,900
南歐	714,380	228,145	244,380	131,620	57,785	52,455
非洲	229,300	4,945	25,685	58,150	64,265	76,260
增加率				126.4 %	10.5 %	18.6 %
亞洲	1,562,770	32,580	96,945	328,375	512,160	662,710
增加率				238.7 %	56.0 %	29.4 %
西中亞與中東	210,850	4,975	15,165	30,980	77,685	82,050
東亞	589,420	20,555	38,865	104,940	172,715	252,340
東南亞	408,985	2,485	14,040	111,700	162,490	188,265
南亞	353,515	4,565	28,875	80,755	99,270	140,055
太平洋州/其他	49,025	4,250	9,240	15,420	10,240	9,875

資料來源：加拿大統計局網站 90/10/02 資料。

<http://www.statcan.ca/english/Pgdb/People/Population/demo25a.htm>

加拿大的行政區劃分為十個省與三個自治區，行政組織則分為聯邦與省二個層級。聯邦政府負責全國有關花費龐大的事務，如運輸建設、貨幣制度、國防外交、公民事務等；省政府則負責行政轄區內的教育、衛生、醫院經營、社會福利與天然資源等事項。由於行政分工的不同，致加拿大的健康照護服務，須仰賴各行政區負責組織與執行。

2. 聯邦照護體系

因體認普及健康保險的必要性，並維護加拿大人民基本的健康，1966 年加拿大政府通過「醫療保險法案」(Medicare Insurance Act)，提供願意加入全民健康保險的各省政府財務誘因，確立醫療照護支出上，中央與地方政府「對等成本分攤」原則。加拿大的全民健康保險制度，簡稱 Medicare。

當時並確立以下四項迄今仍適用的基本原則：

(1) 全民性 (Universality)

各省健康保險必須對全省的居民提供一致的醫療服務。

(2) 綜合性 (Comprehensiveness)

每個人在投保條件相同下，皆享有必要的醫療與醫院照護。

(3) 公營性 (Public Administration)

由加拿大省政府或其所委任的非營利組織負責

經營。加拿大不允許私人保險公司將必要的醫療照護納入承保業務範圍。

(4) 通用性 (Portability)

醫療保險的權益可轉至加拿大境內各行政區行使。加拿大境外就醫的費用，以加拿大境內的醫療費用金額計算。

1977 年通過「聯邦 / 省政府財務處理及施政計畫法案」(Federal-Provincial fiscal arrangement and established Program Financial Act , EPF ACT), 規範中央政府採「整額撥款」方式撥付地方政府，以代替過去的成本分攤方法。

由於聯邦政府財務緊縮，1977 年以後將其補助地方的額度減半，且持續減少，致許多省分尋求既不犧牲醫療品質又能維持健保體系運作的方法，如亞伯達省 (Alberta) 與英屬哥倫比亞省 (British Columbia) 採行收取醫療保險費，紐芬蘭省 (Newfoundland)、魁北克省 (Quebec)、安大略省 (Ontario)、緬尼托巴省 (Manitoba) 則分別徵收薪資稅來支付部分醫療費用，其他省分則考慮重新檢討全民健康保險的給付範圍。

之後，因健保緊縮支付項目，致愈來愈多的醫師以「差額付費」增加收入。聯邦政府認為「差額付費」破壞民眾就醫的公平性與可近性，而於 1984 年通過加拿大健康法 (Canada Health Act), 除重申前述四項基本原

則（普及性、綜合性、公營性與通用性）外，更增列第五項可近性原則，明定每一加拿大人民均可自由選擇全民健康保險下的任何醫療服務，不論其居住地點、身分地位或經濟收入。此項新原則即明令禁止醫師另行收費，並公告違反第五項原則的懲罰條款。

3. 健康照護體系特色

此後，加拿大的健康照護體系大致確立，並具以下特點：

（1）衛生行政

聯邦設立衛生福利部，統籌全國衛生及社會福利事宜，包括疾病感染的監控、藥品與醫療設備使用的核可、全國健康促進方案的擬訂與推動、提供衛生服務及偏遠地區醫療補助方面的研究計畫。聯邦還負責海員、原住民、中央公務人員的健康服務、藥物食品出售的立法規定，直接支付各省原住民及軍隊的醫療費用、間接支付各省及地方的部分健康保險費用，並協助各省募集健保照護資金。

各省則設衛生部門或衛生暨社會服務部門，負責制定健康保險計畫、處理一般國民健康問題、負擔醫院、養護所、慈善機構等的興建與管理。此外，加拿大的醫院大部分為公立體系。

（2）服務體系

各省規劃的健康保險制度不一，但大致可分三類：

醫療服務（含診所、醫院的門診及出診服務）、醫院服務（含門診、急診、住院及復建等治療）、其他服務（含療養院、養老院與長期照護機構等）。

（3）財務體系

整體而言，加拿大健康照護體系的主要財源為一般稅收、薪資稅、保險費、聯邦補助款（由所得稅轉移或現金支付給地方政府）。1995年聯邦政府通過「整額撥款」方案（The Canada Health and Social Transfer, CHST），使地方政府更有彈性運用中央補助款，以強化加拿大有關「健康促進」與「疾病防治」的政策方向。

（4）支付體系

加拿大維持單一支付體系，分為醫師費支付制度、醫院支付制度及藥物支付制度三大類。

支付醫師的方式有二種：論量計酬與薪資制，不論是一般科或專科的開業醫師，均以論量計酬支付；薪水制的醫師絕大部分為就職於醫院工作的見習醫師與住院醫師、在醫學院任教的醫師及社區醫療中心與偏遠地區的專任醫師。論量計酬的支付標準是根據省政府衛生廳所編的醫師服務支付標準表（Schedule of Benefits for Physician Services），醫師收費的標準一般依據省醫師公會與省衛生廳協商所達成的協議。

醫院部分，由政府採總額預算方法支付，政府依據醫院類別、服務人口數、所屬服務地區的人口年齡與性

別分布、健康狀況的差異（城鄉或貧富）、偏遠地區、轉診型態、工作負荷量加以加權；以及教學計畫/重症醫療照護等因素，訂定年度總額預算。至購買昂貴儀器與醫院建築的擴建，則不包括在總額預算內。

藥品部分，目前僅薩克萬省的健保給付部分藥費，其他省則沒有給付。

（二）加拿大健康保險醫療費用總額預算制度

本次業務考察分別前往加拿大安大略省與亞伯達省的衛生廳與所屬健保局進行拜會，除相互交換有關雙方實施全民健康保險的經驗與資訊外，並探討加拿大總額預算實施問題。以下將分別就兩省的整體社會概況與健康保險體制分別介紹，健保部分則以問答方式進行。

1.安大略省健康保險計畫（OHIP）

Q1：國民對加拿大保健法(Canada Health Act,1984)規定五項基準 -Universality、Portability、Comprehensiveness、Accessibility & Public Administration 的評價程度為何？其中是否以 C 或 PA 的評價較低，其原因為何？

A1：安大略省民對於 Canada Health Act 規範各省應提供的保險計畫須涵蓋五項原則，未見有很大的反對聲浪；目前約有八成的民眾對該省的健保制度

感到滿意，然而也有八成的民眾對現行的健保體制感到憂心。

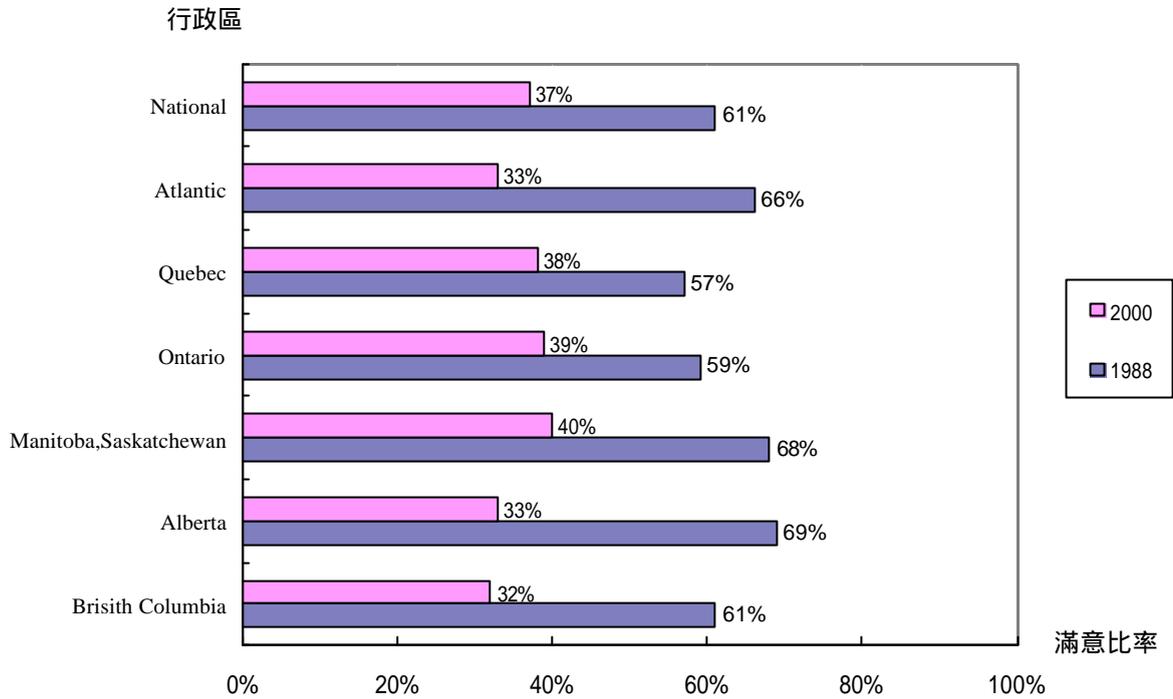
Q2:最近幾年消費者對醫療品質的滿意度有何變化？其中最滿意與最不滿意的項目為何？近年這方面的調查報告可否提供參考？

A2: 安大略省衛生廳為瞭解省民對健保體制的滿意情況，每年委託多倫多市柏格人口健康監控公司 (Berger Population Health Monitor) 針對全國民眾進行抽樣問卷調查。該問卷內容係針對健保照護服務的可近性 (access)、品質(quality)與可獲得性(availability)，進行民眾的滿意度調查。依據2000年進行的調查結果顯示：

(1) 品質部分：

2000年各省的滿意度均較1988年的結果低許多，其中安大略省由59%(1988年)降為39%(2000年)，降幅較少；亞伯達省則降的最多，由69%降為33%(見圖一)。然對整體的健保服務品質，有82%的安大略省省民認為優異或良好(excellent or good)，較全國80%的平均值略高。

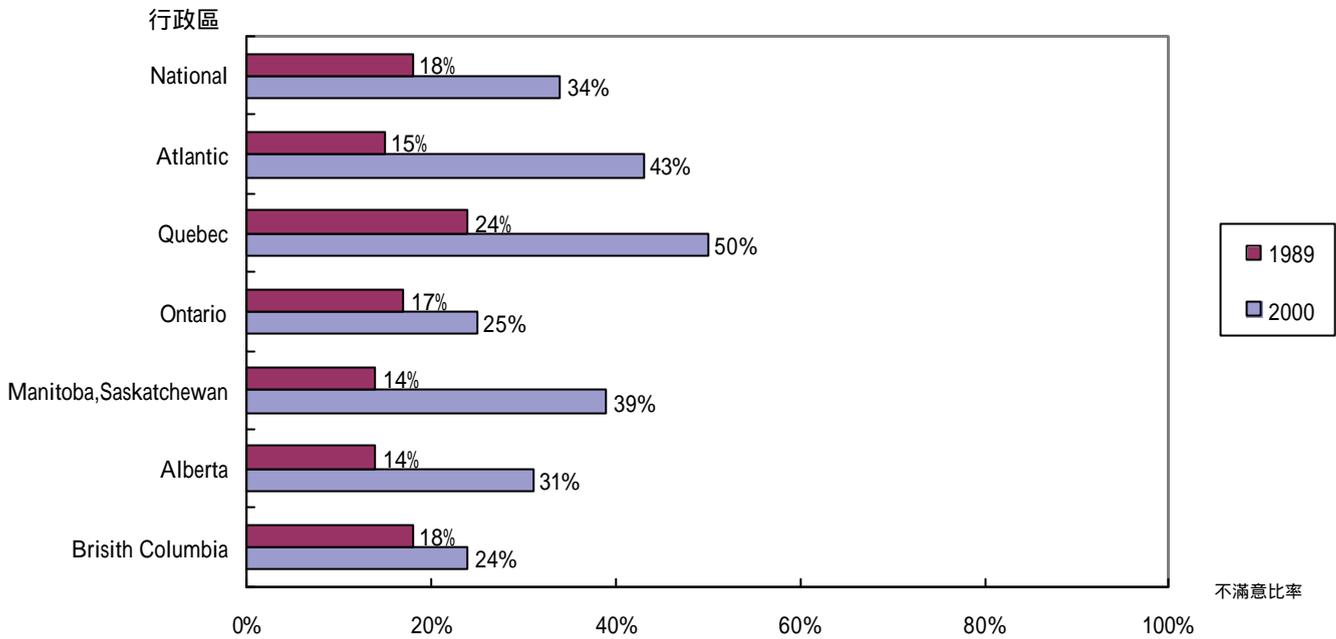
圖一 照護品質滿意情況



(2) 可近性部分：

比較 1989 年與 2000 年的調查結果顯示，加拿大人對健保服務可近性的不滿意度有上升的趨勢，安大略省自 1989 年的 17%，上升至 2000 年的 25%。亞伯達省則由 14% 遽增為 31%（全國比率由 18% 增加為 34%）（見圖二）。然 2000 年的調查結果也顯示：有高達 74% 的安大略省省民認為沒有困難接獲健保服務。

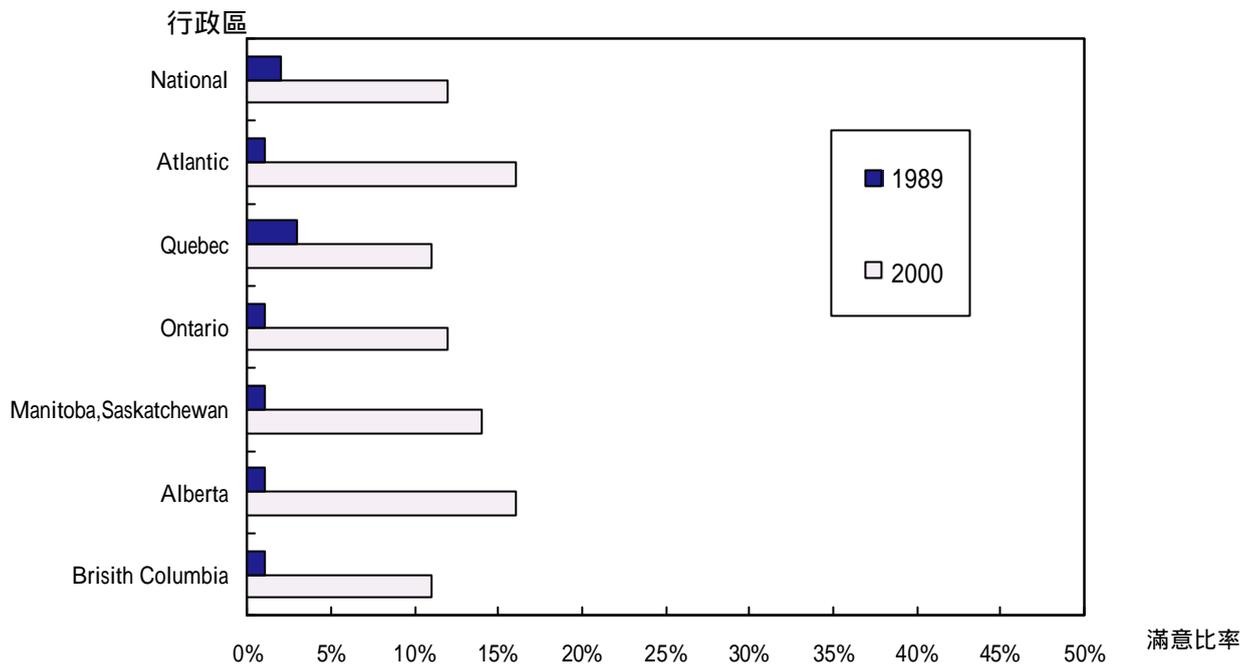
圖二 醫療服務可近性不滿意情況



(3) 可獲得性部分：

比較 1989 年與 2000 年的調查結果顯示，有愈來愈多的加拿大人認為當需要醫療服務時，無法立即獲得。安大略省由 1989 年的 1%，遽增為 2000 年的 12%，亞伯達省則由 1% 增加為 16%。（全國比率由 2% 增加為 12%）。（見圖三）

圖三 醫療服務可獲得性情況



另對安大略省民眾對其醫院所提供服務的滿意度相關調查結果，可上網查詢醫院報告（The Hospital Report）的網站，網址為 <http://www.oha.com>。

Q 3：處方藥品不在保險給付範圍，是否符合 Comprehensiveness 原則？一般患者對此有何反應？患者自付藥費占醫療費用的比率多少？

A3：由於 Comprehensiveness 原則乃指必要的醫療服務，而省政府則負責界定何者為「必要的醫療服務」。因此 OHIP 不給付處方藥，並不違反上述原則。一般患者對藥品不給付的規定，未見有負面的反應。

安大略省的健康保險 (Ontario Health Insurance Plan) 雖不給付處方藥 , 但對 65 歲以上或領社會救助金的民眾 , 提供另一種給付處方藥的保險 (Ontario Drug Benefits) , 但每年須自付 100-200 加幣的部分負擔 , 每次處方藥仍需自負 6.11 加幣。此外另提供省民一種保險 (Trillium Drug Programs) 給付藥費 , 保險費率約為薪資的 4% , 一家庭自負額 (deductible) 一年約為 500 加幣。

至 1999-2000 年 , 安大略省藥品費用占整體醫療支出的比率為 6.5%。

Q 4 : 為因應過度利用 , 有無恢復患者部分負擔 (User Charge) 的打算 ? 或者加強國民衛生教育 , 其推動效果如何 ?

A4 : 患者部分負擔 (User Charge) 違反加拿大保健法 (Canada Health Act) 的可近性原則 , 違者受罰。加強國民的衛生教育 , 乃聯邦政府的權責 , 聯邦政府對推動國民的衛生教育一向不遺餘力 , 對改善民眾的健康則有不錯的成績。

Q 5 : 醫院總額 (hospital budget) 與醫師總額 (GP budget) 的協商機制及基礎有何不同 ?

A5 : 2000/2001 年前 , 安大略省的醫院總額預算是由各醫院分別提出營運計畫 (Operating plan) 與下

年度預算額度，經衛生廳所設的基金會(Board of Trustees and Medical Staff) 審查是否符合該醫院所屬地區的醫療需求原則，再呈送省財政廳審核批准。公立醫院整年的財務運作必須受限於在所核定的預算內；營運有赤字時，醫院必須自己負責籌措資金。公立醫院的財源有 85% 來自省政府總額預算，另 15 % 則自行籌措(如醫院停車場收費、醫院出租場地的租金收入與民間捐款等)。預算額度是以歷史資料為主，再依據營運成本的增加與對高科技醫療利用率的需求增加等因素調整。各醫院的建築設備增修費用依比率由省政府另編預算支應。醫院總額預算制採 closed-ended 方式，該方式易產生就醫等候期增長與營運赤字。

96%的醫師費用採論量計酬方式，支付點數是由省衛生廳與醫師公會(Ontario Medical Association) 協商訂定；但因採 open-ended 預算方式，費用成長較難控制。其他 4%的醫師費用則採彈性計酬(依合約內容計酬)、薪水制(適用於社區保健中心的醫師)、論人計酬(適用於健康服務組織 Health Service Organizations 的醫師) 等。協商醫師服務支付標準表(Schedule of Benefits of Physician Services) 時，醫師公會與

省衛生廳通常是以通貨膨脹作為最基本的指標，再考量其他經濟情況。醫師公會不僅代表其會員與省政府談判論量計酬，同時也涉及醫師福利與醫學院教學醫師的薪資問題。雙方協商過程中，若無法達成協議，依法由省高等法院指定一位仲裁人解決。

Q 6: 安大略省有關醫院總額預算的分配方式，及決定分配的結構因素或指標為何？

A6：2000/2001 年的醫院總額預算，是依各醫院的營運計畫與歷史資料加以編列。由於營運計畫長期性難以預測，來自政府的財源分散，有分階段撥付(base funding)、一次撥付(one-time funding)及依政府的重點推動業務撥付(priority program funding 等三種方式)，以及人口增加與高齡化等因素，致撥付各醫院預算的總額呈現不甚公平。因此有新的醫院總額 (Integrated Population-Based Allocation, IPBA) 公式產生 (見附錄一)，並預定於 2001/2002 年實施。IPBA 公式是依醫院應診類型，區分為急診住院、同一天手術、持續性照護、門急診 (Outpatient component of emergency)、復健、電療與舒緩疼痛等 (畫底線者限於小型醫院)，再依各醫院服務量與價的因素，加以調整各醫院的總額預算。價的因素分為

邊遠地區 (isolation)、醫院規模 (size)、教學活動、照護層次與三級照護 (tertiary)；量的因素含病患的年齡/性別、死亡率、社會經濟狀況、原住民看診比率、鄉村地區、生育率與初生兒不足體重等。由於新的醫院總額預算公式預定於今年實施，本次參訪過程中，尚未有實施的成效資料可供參考。

Q 7:醫院總額預算是否採取確保品質的支付制度 (quality-based payment)?

A7:安大略省為確保公立醫院的醫療品質與保障省民的健康，建立以下監控機制：

(1) 建立醫院通報卡制度(Hospital Report Cards)：

安大略省醫院聯盟 (Ontario Hospital Association)2001 年版的 Hospital Report，依醫院的住院急診照護系統、急診服務系統、複雜性持續性照護系統、可行性研究與相關指標(如復建、精神醫療、看護、婦科醫療)等進行一系列的問卷調查，以評估所屬醫院的服務成效 (performance)。

(2) 建立病患契約

明定安大略省民參加全民健保的權利與義務，並由民眾共同監督醫院的服務品質。

(3) 獎勵表現優良的醫院

以提供獎勵金方式，獎勵服務績效優良的醫院。

今年預定推動整合性醫院總額預算制 (Integrated Population-Based Allocation, IPBA) 是依醫院的服務類型與服務人口分配預算，其中醫院服務類型指標，含有品質確保的精神。

Q 8: 在醫院總額預算中，有無所謂重點政策考量，對於小規模的社區醫院給予特別保障？

A8: 新的醫院總額預算公式，對於小規模的醫院 (small hospitals) 方面，予以特別考量其復健、電療 (eldcap) 及舒緩性疼痛等照護類型。

Q 9: 何項指標對總額預算的成長影響最大？其中，人口老化及平均住院日數對醫院總額預算的影響如何？

A9: 人口成長與人口老化因素對總額預算的成長影響最鉅。平均住院日有逐漸下降趨勢，即自 1990/91 年的 8 日降為 98/99 年的 6 日，對總額預算影響不大。至人口老化部分，依據衛生廳的估計：2041 年，65 歲人口占總人口比率將達 23%，較 2000 年的 12.5%，遽增一倍，未來對總額預算成長將造成極大的壓力。

Q 10: 省政府在醫院總額預算之外，對於醫院的資本支出（設備投資）另編列預算給予補助，其補助比

率多少？又此項規定是否適用於非公立醫院？

A10：省政府對公立醫院的建築與設施進行經費補助。對核可的新建築物的計畫補助 5 成經費，對核可的擴建或整修建物的經費補助 7 成。對非公立醫院的經費補助規定，則無資料可尋。

Q 11:分配地區預算(regional budget)時，是否採風險校正論人計酬(risk-adjusted capitation)?並考量如年齡、性別、標準死亡比(SMR, standardized mortality ratio)等因素？

A11: 受訪人員表示該省已不採 SMR 為校正指標。

Q 12:安大略省對於醫師總額的超過請求部分做何處理？超過請求的醫師人數占率及費用占率各有多少？在全國各省此項占率中的排序為何？

A12：由於論量計酬支付標準點數是由衛生廳與省醫師公會（Ontario Medical Association, OMA）共同協商完成，醫師依規定可申報費用。然逢政府財政困難之際，與 OMA 協商的結果，醫師費用的成長率定為 2%，若超過此項成長率，申報費用達一個額度時，即採折價支付方式（income thresholds for holdbacks）。若整體費用超過預設的額度時，由準備基金支付（reserve fund）；2001/2002 年的準備基金為 10 億加幣，但近年來準備基金少被動用。

對超過請求的醫師人數占率、費用占率與在全國各省占率中排名等統計，安大略省尚無此項資料可提供。

Q 13:基於 Portability 原則，人民可以越省就醫，則其醫療費用依何標準計算及如何支付？各省是否有不同的規範？

A13：對越省就醫的醫療費用支付標準是以就醫省分的費用為準；然若屬安大略省所未給付的項目者（如處方藥、救護車費用與長期照護費用等），則須由被保險人自付。各省每月就跨省（跨進與跨出）醫療費用加減結算一次。各省對跨省就醫費用的給付原則大同小異。

Q 14:目前安大略省非保險醫師的占率有多少？此項占率的增減趨勢為何？

A14：未有相關資料。

Q 15: 安大略省規定公辦健康保險提供給付或不給付項目之標準（即醫療上非必要的服務項目）為何？

A15：安大略省以立法方式規定公辦健保提供給付或不給付項目，在 Health Insurance Act 法案中規範 OHIP（安大略省健保）的給付範圍、Health Care Accessibility Act 法案中禁止對必要醫療服務額外收費、Independent Health Facilities Act 法案允

許非醫院型診療設施的使用，但禁止醫師對病人收取診療費（technical components of diagnostic fees）。

Q 16: 安大略省（或全國）民間健康保險的醫療給付金額占總醫療費用的比率為何？

A16: 安大略省 2000 年的整體醫療支出為 373 億加幣，其中有 32%(118 億加幣)來自私部門，含蓋私人保險（third-party insurers）與民眾自付，民眾自付花費在處方藥、牙科與眼科診療服務。加拿大全國私部門醫療支出占總支出約為 29%。

Q 17: 總額預算的實施，對醫療費用成長及其結構比有何變動影響？

A17：安大略省的醫療費用成長趨勢來看，1990-1998 年間的醫療費用成長控制在 18 億加幣左右，管控十分得宜；然 1999 年以後，醫療費用成長快速，2000 年遽增至 23.7 億加幣。

Q 18: 貴省或貴國在醫療費用不斷上昇當中，醫師與病床的供給量增加，高科技醫療的進步開發，以及人口高齡化因素，對於總額預算制度的衝擊為何？

A18：安大略省 1998/1999 與 2000/01 年間的醫療費用成長約 17.8%，然 2001/02 年預估醫療費用成長僅為 5.4%。未來將持續面臨人口自然成長快速

(預估 2000/05 成長 6.2%) 人口老化、服務利用率增加 (尤其是藥品與論量計酬部分)、新醫療科技產生、服務強度的增加、醫療服務的變革、醫療照護的公營化、民眾對新醫療服務的需求增加，以及醫療人力日漸短缺等因素，均將造成總額預算額度擴增的壓力。

Q 19:總額預算的成長，對於政府財政的壓力如何？尤其經濟衰退時期，由於政府財力減弱，對總額預算制度的推展有何影響？

A19：由於總額預算的成長壓力，造成聯邦政府採取調降補助各省健保經費比率的措施，自 1994/95 年以來，由 18% 調降為 14%。醫師為因應預算縮減的情形，紛紛採取威脅集體罷工、拒絕提供超時服務，及爭取提高薪資待遇等措施；醫院則以延長病人手術等候時間 (long waiting list) 予以因應。

Q 20:由於經濟低成長，聯邦財政困難及醫療費用上昇等因素，聯邦支出權(spending power)所要確保各省制度的同質性與同等性以及 EPF(Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act)對於各省的財源補助及控制影響力是否逐漸弱化，那麼安大略省對此有何因應對策？

A20：自 1994/95 年以來，聯邦政府持續調降對各省政府衛生保健經費補助的比率，自 1994/95 年的 18%，安大略省 2001/02 年調降為 12%。各省政府的首長們紛紛要求聯邦政府將補助各省的經費比率回復至 1994/95 年的水準（18%）。安大略省的省長則直接要求聯邦政府補助新計畫經費的 50%。

Q21:CIHI (Canadian Institute for Health Information)開發的 CMGs (Case Mix Groups) RIWs(Resourse Insensity Weights)，以及貴省開發的 OCCP(Ontario Case Cost Projects),可否提供最新版資料以資參考？

A21：已提供所需的書面資料。

Q 22:請約略介紹 1994 年起實施的多倫多醫療服務供給體系五年改革計畫的政策重點及其成效（如能提供書面資料更好）。

A22：醫療服務改革委員會（Health Services Restructuring Commission, HSRC）成立於 1996 年 4 月，為任務編組的組織，預定於四年內作出重整（restructuring）安大略省公立醫院的決策，並向省衛生廳長提出再投資與改善省屬整體衛生體系的建議，朝向建立優質的衛生保健體制的目標（該委員會雖有權決定那幾家醫院要關閉，

但醫院總額預算部分仍屬衛生廳的權責)。該委員會業於 2000 年 3 月 28 日提出 219 頁的建議報告書，並宣告解散，該報告資料已收錄於 HSRC 的網站 (www.hsrc.gov.on.ca)。該報告所提的具體建議與成效如下：

- (1) 決定那些醫院應關閉或合併。有 22 個社區 (communities) 接受 HSRC 的指導，一旦所屬醫院完成重整作業，將關閉 31 個公立醫院、6 個私立醫院與 6 個省屬精神療養醫院，另自其他公司接收 4 個醫院。
- (2) 整合各衛生部門與組織的聯繫與管理。如建立 18 個位於偏遠/北邊地區的醫院網 (hospital networks)，並建立多樣性的區域與省屬網路。
- (3) 改革精神醫療照護。1999 年 3 月 12 日衛生廳長接受 HSRC 的建議，建立區域性的精神衛生執行小組，重整精神醫療照護體系。由於重整精神醫療院所的所有權與管理權十分費時，使得本項改革的速度緩慢。
- (4) 增加其他醫療照護部門的投資 (如精神醫療、長期照護與居家照護)。1998 年 4 月 28 日省政府宣佈增加 20 億加幣的預算，投資於加強居家照護與長期照護。

Q 23:安大略省是少數向省民收取保險費的省分，請問從財源籌措方式而論，加拿大能否稱為實施全民健康保險的國家？

A23：安大略省 10 年前已停止向省民收取保險費。加拿大應可稱為實施全民健康保險的國家。

Q 24:貴省健康保險體制是否考慮朝 NGO 或民營化方向改革發展？

A24: 尚在研議中，未有定案。

Q 25:根據貴省的實際經驗，對於台灣實施總額預算制度有何建議？

A25：未表示意見，若有需要其他相關資料，可以電子郵件方式詢問本次受訪人員或進入該省網站搜尋（www.gov.on.ca）。

2.亞伯達省健康保險計畫（AHCIP）

Q 1：國民對加拿大保健法(Canada Health Act,1984)規定五項基準 -Universality、Portability、Comprehensiveness、Accessibility & Public Administration 的評價程度為何？其中是否以 C 或 PA 的評價較低，其原因為何？

A1：亞伯達省民對 Canada Health Act 所規範的五個原則表示贊同，然近年來對公立醫院手術有較長等候期之滿意度有下降趨勢。

Q 2:最近幾年消費者對醫療品質的滿意度有何變化？

其中最滿意與最不滿意的項目為何？近年這方面的調查報告可否提供參考？

A2: 依據亞伯達省 1995-1999 年的調查(Alberta Health Survey) 結果顯示：省民對醫療服務的品質評價有微幅下降趨勢(自 1995 年的 78 % 降為 1999 年的 75 %)、個人對使用的醫療服務的滿意度評為優異與良好(excellent or good) 的比率有明顯下降趨勢(自 1995 年的 87 % 降為 1999 年的 78 %)。

對醫療服務的可近性(access) 評價結果：對社區內醫療服務的可獲得性(availability) 的評價在 1996-1999 年間起伏不大、對醫療服務可近性評價優異或良好，則由 1996 年的 80 % 降為 1999 年的 73 %、對需要醫療需求卻無法取得的部分評價優異或良好者有 1996 年的 6 % 增加為 1999 年的 9 %。

另外對柏格人口健康監控公司(Berger Population Health Monitor)針對各省民所做的調查結果可參考安大略省部分的 A2。

Q 3 : 處方藥品不在保險給付範圍，是否符合 Comprehensiveness 原則？一般患者對此有何反應？患者自付藥費占醫療費用的比率多少？

A3 : 亞伯達省對處方藥的給付另關一種保險給付，稱

之 Non-Group Alberta Blue Cross 。此保險的給付範圍涵蓋 7 成的處方藥費、救護車服務費、臨床精神服務費、居家照護費與其他。Blue Cross 的費率，個人按月付\$20.5 加幣；家庭按月付\$41 加幣。另 Blue Cross 免費給付 65 歲以上省民的眼鏡配置費、牙醫費與處方藥費，經費由省衛生廳全額補助。

Q4：為因應過度利用，有無恢復患者部分負擔(User Charge)的打算？或者加強國民衛生教育，其推動效果如何？

A4：由於加拿大保健法（Canada Health Act）明令禁止向患者收取必要醫療服務的部分負擔，因此各省均依法不得收取。然對加強國民衛生教育，在 2000/2001 年的預算中，亞伯達省撥付 1.68 億加幣（占衛生廳總預算的 2.9 %）推動宣導健康與疾病防治的重要性。由一項針對 15-19 歲青少年抽煙率的調查顯示，該年齡層的抽煙率由 1996 年的 29 %，降為 1999 年的 25 %，顯示亞伯達省對保健的宣導教育不遺餘力。

Q5：醫院總額(hospital budget)與醫師總額(GP budget)的協商機制及基礎有何不同？

A5：亞伯達省的醫院總額依其 17 個地區的衛生主管機關（Regional Health Authorities）轄區內的人

口比例計算，計算基礎分為醫院營運成本、服務區內的人口量、醫院住院檔、長期照護、急診照護與居家照護五種基礎計算。

醫師總額採論量計酬，支付點數是由省衛生廳與醫師公會三年一次（Alberta Medical Association）共同協商訂定。預算訂定的基礎，考量人口的數量與醫師供給量增加所造成的費用增加等因素。協商的機制是由省衛生廳與醫師公會各派三位代表成立財務委員會（Finance Committee）進行協商下三年度的費用、費率、分配與是否納入新的服務項目等事宜。雙方若無法達成協議，將由雙方各指派至少二位代表再進行磋商。財務委員會至少每季開會一次，檢討實施的進度與概況。最近的一次協商完成於 1998 年 4 月 20 日，協商有效期包括 1998/99 年度、1999/2000 年度與 2000/2001 年度的醫師總額。醫師預算總額採上限制（Hard Cap），上述三年度的上限分別為 1.7%、1.6% 與 1.6%。上限調整的基礎，為反映當年度 10 月 1 日實際人口的增減數。另為使醫師總額預算制度運作順暢，每年度另設 5 百萬加幣額度的創新基金（Innovation Fund），約為該年度總預算的 0.5%，不含在上限額度內。若該預算在年度內未能分配完畢，則額

度自動消失，不可移為下年度使用。

Q6: 亞伯達省有關醫院總額預算的分配方式及決定分配的結構因素或指標為何？

A6: 亞伯達省醫院總額的分配方式自 1997/98 年度開始改依 17 個區域衛生主管機關(Regional Health Authorities) 進行區域預算的分配，不再有個別醫院總額預算。區域總額預算的分配，主要以該區人口數決定預算額度的多寡；此一分配方式稱為 Population based funding。同時依該區人口的組成成分（如年齡層、性別、收入額度等）與提供該區域的醫療服務型態。新的預算分配方式可確保公平分配各區域醫療資源。

Q7: 醫院總額預算(hospital budget)是否採取確保品質的支付制度(quality-based payment)?

A7: 醫院總額預算是以 17 個區域總額預算統籌分配轄區內的全部醫院的預算，分析該區域醫院的服務類型（如緊急住院、門診照護、長期照護予居家照護），雖未有明確的品質確保方案，但各醫院的營運績效與病患的就診型態均列入主要因素考量，形同將醫療品質的確保併入考量。

Q8: 在醫院總額預算中，有無所謂重點政策考量，對於小規模的社區醫院給予特別保障？

A8: 對區域醫院總額預算分配中，不特別考量小型社

區醫院，但為確保偏遠地區居民的醫療照護，以偏遠地區的距離加權該地區的醫院。亞伯達省約有 99,000 人居住在北方邊遠地區，對於離人口密集的鄉鎮 50-80 公里者，以每人醫療費用(per capita rate) 預算加成 25 % ；距離超過 80 公里者每人再加成 25 % 。

Q 9: 何項指標對總額預算的成長影響最大？其中，人口老化及平均住院日數對醫院總額預算的影響如何？

A9 : 外來移民增加與人口老化對總額預算的成長影響最大，尤其人口老化對費用成長造成很大影響，導致預算被迫有逐年增加的壓力。至平均住院日，並未對醫院總額造成很大影響。

Q 10: 省政府在醫院總額預算之外，對於醫院的資本支出（設備投資）另編列預算給予補助，其補助比率多少？又此項規定是否適用於非公立醫院？

A10 : 由於經營偏遠地區的醫療院所在營運、設施與交通成本較高，對北方五個衛生主管機關轄區內醫院，加成 20 % 的區域內醫院的預算。

Q 11: 分配地區預算(regional budget)時，是否採風險校正論人計酬(risk-adjusted capitation)? 並考量如年齡、性別、標準死亡比(SMR, standardized mortality ratio)等因素？

A11：區域總額預算以風險校正論人計酬方式（risk-adjusted capitation payments）計算，並以年齡與性別為主要考量因素，目前正在研擬將診療（diagnoses）與過去利用情形（previous utilization）列入風險校正的考量因素。

Q 12：亞伯達省對於醫師總額的超過請求部分做何處理？超過請求的醫師人數占率及費用占率各有多少？在全國各省此項占率中，貴省的排序為何？

A12：由於亞伯達省對醫師總額預算採上限制，超出請求部分將由準備基金（reserve pool）支付，由於省衛生廳與醫師公會就醫師總額部分進行充分協商，因此醫師公會自 1997 年 8 月底以來，未發現有超出額度的情形。

Q 13：基於 Portability 原則，人民可以越省就醫，則其醫療費用依何標準計算及如何支付？各省是否有不同的規範？

A13：對越省就醫的醫療費用標準係以就醫省分的費用為準，然若 Alberta 省所未給付的項目者，須由被保險人自付差額。各省的規範大致相同。

Q 14：目前亞伯達省非保險醫師的占率有多少？此項占率的增減趨勢為何？

A15：無相關資料提供。

Q 15: 亞伯達省規定公辦健康保險提供給付或不給付項目之標準（即醫療上非必要的服務項目）為何？

A15: 醫師總額的協商機制，是由省衛生廳與省醫師公會共同組成一個財務委員會（Finance Committee）協商下年度的預算額度、收費標準與決定給付與不給付項目。評估是否新增給付的項目的基礎為服務內容、服務價值（value of the service）、服務方式、與預估的服務利用量。新給付項目的經費來自創新基金（innovation fund），決定納入給付項目後，經費由創新基金移入預算上限額度中管控。

Q 16: 亞伯達省（或全國）民間健康保險的醫療給付金額占總醫療費用的比率為何？

A16: 1996-2000 年間，亞伯達省民間部門醫療費用占總醫療費用的比率維持在 31-33%，至全國民間部門醫療費用佔總醫療費用比率則自 30% 稍微下降為 29%。

Q 17: 總額預算的實施，對醫療費用成長及其結構比有何變動影響？

A17: 總額預算實施因採上限制，對醫療費用成長控制在協商範圍內，然對人口老化與民眾需求高科技醫療日漸殷切之情況下，總額的額度勢必有增加

的壓力。

Q 18: 亞伯達省或加國在醫療費用不斷上昇當中，醫師與病床的供給量增加，高科技醫療的進步開發，以及人口高齡化因素，對於總額預算制度的衝擊為何？

A18: 為因應高科技醫療的進步開發以及人口高齡化對醫療費用成長的衝擊，在醫師總額部分，採嚴加控制醫師人力的成長與總額額度不超過上限的措施。在區域總額部分，除區域預算外，另設立小規模的基金以提供區域轄區內醫院高費用、高科技與維持生命（life-sustaining）的服務如心導管手術、骨髓移植、頭顱切開術（craniotomies）、心臟瓣膜手術（cardiac valve procedures）、血管再造術（angioplasties）、洗腎治療等，予以因應高科技醫療與人口高齡化的衝擊。

Q 19: 總額預算的成長，對於政府財政的壓力如何？尤其經濟衰退時期，由於政府財力減弱，對總額預算制度的推展有何影響？

A19: 由於總額預算的成長壓力，造成聯邦政府採取調降補助各省健保經費比率的措施，自 1994/95 年以來由 18% 調降為 14%。醫師為因應預算縮減的情形，紛紛採取威脅集體罷工、拒絕提供超時服務與爭取提高薪資待遇等措施；醫院則以延長病

人手術等候時間 (long waiting list) 予以因應。

Q 20 : 由於經濟低成長，聯邦財政困難及醫療費用上昇等因素，聯邦支出權(spending power)所要確保各省制度的同質性與同等性以及 EPF(Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act)對於各省的財源補助及控制影響力是否逐漸弱化，那麼亞伯達省對此有何因應對策？

A20 : 自 1994/95 年以來，聯邦政府持續調降對各省政府衛生保健經費補助的比率，自 1994/95 年的 18%，調降為 2001/02 年的 13%。各省政府的首長們紛紛要求聯邦政府將補助各省的經費比率回復至 1994/95 年的水準 (18%)。

Q 21 : 推動『鼓勵醫師前往偏遠地區應診計畫』(Rural Physician Action Plan)的成效如何？

A21 : 本次受訪中未有相關資料顯示，但由於區域總額預算制對偏遠地區的醫院有加成給付，相對鼓勵醫師前往偏遠地區服務。

Q 22 : 由網站資料上顯示，Alberta 省正發展一套評估健康與健保制度的標準與指標？是否已具雛形？

A22 : 亞伯達省衛生廳下設健康監控部門 (Health Surveillance Branch) 監控人口的健康統計相關資

料，並將統計結果提供省衛生廳擬定、執行與評估衛生政策與醫療照護政策的依據；並確立健康的優先順序與整合相關議題；與提出民眾目前健康狀態的報告。為評估政府的衛生政策的實施成效與民眾的健康狀態，該部門建立相關的指標，此次訪查尚未有相關資料呈現。

Q 23: 貴省正在發展醫療網(alberta we/net)，以結合醫療提供者、醫院、藥局、診所、醫療團體與省衛生廳，共同改善病患照護、衛生體系管理與衛生研究等方面，請問該醫療網的架構如何？

A23：亞伯達省自 1998 年開始建置 alberta we/net 醫療網，預計於 2006 年建構完成。建構目的為整合與管理全省醫療資訊系統，希望藉由整合與分享醫療提供者、醫院、藥局、診所、醫療團體與省衛生廳等機構的醫療資訊，並強化衛生體系的管理，進而共同改善病患照護療效，並節省相關成本的花費(如醫師診療費、長期照護費與住院)。詳細資料亦可參考 alberta we/net 網址：
<http://www.albertawellnet.org/index.htm>.

Q 24: 貴省自 1996 年患者負擔設施利用費敗訴後，政府方面迄今採取何種加強自律性策略措施，以為因應？對醫療費用的監控產生何種效用？又民間對此有何反應？

A24：未有相關資訊提供。

Q 25：貴省是少數向國民收取保險費的省份，請問從財源籌措方式而論，加拿大能否稱為實施全民健康保險的國家？

A25：亞伯達省的整體健康照護預算中有 72 % 來自公務預算、15 % 來自保險費收入、13 % 源自聯邦政府的補助，個人保費每月須繳交\$20.5 加幣，一個家庭保費每月為\$41 加幣。加拿大目前除亞伯達省外，僅有 BC 省尚收取保險費，其餘省分則自稅收中支付保險支出。加拿大應可稱為實施全民健康保險的國家。

Q 26：貴省健康保險體制是否考慮朝 NGO 或民營化方向改革發展？

A26：尚在研議中。

Q 27：根據貴省的實際經驗，對於台灣實施總額預算制度有何建議？

A27：未表示意見。

3. 健康保險制度的改革方向

(1) 安大略省

為因應目前與即將面臨高科技的發展與人口結構改變的壓力，並確保健保制度的永續經營，安大略省政府體認未來須進行健保體制的改革，其方向如下：

確保聯邦政府提供安大略省公平的健康照護補助預算比率。

為解決北方與偏遠地區醫師人力的短缺問題，將訂定鼓勵措施與提供訓練課程。

將強化安大略省的家庭健康網 (Ontario Family Health Network)，以維護省民的健康照護。

推廣電訊醫療服務 (Telehealth service)，以補助北方與偏遠地區民眾醫療照護不足的地方。

倡導 (introduce) 健康資訊隱私的立法。

(2) 亞伯達省

為因應人口結構改變 (人口增加與高齡化)、高科技醫療的日新月異與醫療費用的上漲等壓力，並確保健保制度的永續經營與維護民眾醫療品質，亞伯達省政府未來將持續進行健保體制的改革，其方向如下：

建立一個可預期與公平的總額預算制度。

採取相關措施，以因應人口高齡化時代的來臨。

確保新資訊的持續創新與整合。

六、心得與建議

(一) 考察心得

經訪問加拿大兩省的相關單位，並以座談方式交換意見後，對加國實施全民健保總額預算制度等問題，獲得以下心得，並加以評論：

1. 加拿大全民健保業務的執行單位雖為各省政府，但聯邦政府卻負有分擔健保財務的責任，其補助額度逐年縮水，造成各省因經費不足，精減醫護人力，進而影響民眾就醫權益與照護服務品質。相較我國，健保資金近年來調度不甚順暢的主因之一，為地方政府的欠費不斷增加，致健保財務面臨嚴重周轉不靈問題。由加國的經驗得知，各級政府若不執行其財務責任，未來將影響民眾的權益與照護服務品質。
2. 為因應人口老化與民眾對高科技醫療的需求日漸殷切，進而造成醫療費用上漲的壓力，安大略與亞伯達兩省政府紛採改革其健保制度的措施。我國不僅面臨同樣的問題，且為求永續經營，更應持續進行健保體制的改革。未來是否可將長期照護、居家照護獨立成為附加保險個別管理；或對日新月異的高科技醫療項目，建立有效管理與給付的原則等均是考量改革我國健保體制時，列入重要研討的議題之一。

3. 安大略與亞伯達兩省對醫院總額預算近年來不約而同地採取新的計算公式，除因應預算緊縮問題，並以更有效率與公平的方式作預算的分配，如採每人醫療費用方式計算或以區域整體的資源考量等。觀察我國大總額的分配方式，自始即採每年每人醫療費用作為計算基礎，頗符國際的潮流。對 Alberta 省分配醫院預算，採區域總額資源分配方法，整合各區域內的醫院資源，如此可節省多餘的資源移作推動重點業務，照護更多的病患。如此有效運用有限醫療資源的方式，可供我國未來規劃及實施醫院總額支付制度時，頗具重要的參考價值。
4. 亞伯達省的醫師總額協商機制，是採由省衛生廳與醫師公會互推代表進行協商，並設有相關委員會（RVG Commission, Finance Commission, Physician Resource Planning Committee）負責設定未來年度的總額上限額度、支付點數、新給付或不予給付項目，並規劃全省未來醫師人力配置與供需量，乃是結合整體醫療資源與進行健保整體規劃的最佳典範。

我國健保給付範圍廣泛，對給付與不給付項目，未訂明確的原則，至遭受許多各類團體要求擴大給付範圍的壓力，對許多公共衛生範疇與社會福利範圍的項目，也被列入給付範圍，因而造成健保財務負擔的壓力。亞伯達省對給付原則建立特定機

構加以協商的機制，可供我國參考。

由於醫師人力的增加，相對增加醫療費用，因此該省的醫師總額的設計機制，含括供給面有效的控制，值得我國未來健保體制改革的參考。

另對藥費控制措施與共識明訂在合約上，將節省下來的藥費(50%存入 Innovation Fund)作為推動醫師總額業務彈性應用，建立供給者參與控制藥費成長的做法，值得參考。

5. 推動總額預算制度後，為維護病患的權益與醫療照護品質，在醫師總額協商合約中納入品質確保機制 (Clinical Practice Guideline)，對建立品質確保準則所需費用，是由省衛生廳與醫師公會共同負擔（依據 98 年的合約每年度約為 550,000 加幣）；將品質確保方案列入協商合約中，不啻為要求醫師公會切實執行的有效方法。
6. 為利醫療費用總額協商的順遂，資訊分享與對等為必須要件之一。亞伯達省整合所有資訊系統，成立 alberta we//net 資訊網，讓所有相關機關團體與民眾有權共同使用，不但有利資訊資源的有效運用，協助協商過程所需資訊的透明化，並可協助衛生行政單位更有效率運用與集中資源，強化衛生醫療重點業務，值得我國衛生主管機關參考。

(二) 建議事項

1. 為因應人口高齡化與民眾對高科技醫療需求的增加，對影響醫療費用成長最大的長期照護、居家照護，應及早擬定因應措施，或可將部分保險給付項目另外成立附加保險，收取附加保險費用，以專門提供該類醫療服務。
2. 為有效運用醫療資源，對我國未來規劃醫院總額支付制度時，可採區域性預算分配方式，而非個別醫院總額的預算計算。如此將可更有效地整合各區資源，將節省的資源用以照護偏遠地區或推動重點工作，期以照護更多的民眾。
3. 我國健保給付範圍廣泛，在有限的資源與經費下，無法負荷持續醫療費用上漲壓力，建議我國未來應建立健保給付優先順序與原則，以利有效管控醫療費用的成長。
4. 為有效控制我國藥費成長過高，建議可參考亞伯達省醫師總額協商模式，將控制藥費成長的責任，由醫師分擔，以有效抑制不當藥品的使用。
5. 可考慮仿行亞伯達省總額協商機制，由主導總額協商的第三者委員會，同時負責檢討給付項目的適當性，因應保險財務及總額協定結果，調整給付項目或給付標準。

參 考 文 獻

加拿大安大略省衛生廳業務簡報(Ontario Ministry of Health and Long Term Care, Health Care in Ontario: Roles, Responsibilities, Financing, June 7, 2001)。

加拿大安大略省衛生廳醫院總額預算制度簡報資料 (Ontario Ministry of Health and Long Term Care, Overview of Hospital Funding, 2000-2001)。

加拿大安大略省健保局健保業務簡報 (Ontario Health Insurance Presentation, June 2001)。

加拿大安大略省網站資料 , <http://www.gov.on.ca>。

加拿大安大略省健康服務重整委員會 90/10/04 網站資料 , <http://www.hsrb.gov.on.ca>。

加拿大亞伯達省 2000-2001 年醫院總額預算制度簡報資料 (Alberta Health and Wellness, An Overview of Health Services in Alberta, June 2001)。

加拿大亞伯達省 1998 年醫師總額預算合約(The Agreement dated for Reference the 20th Day of April, 1998 Between Alberta and the Alberta Medical Association)。

加拿大亞伯達省省衛生廳簡報 , (Alberta Health and Wellness, 2001)。

加 拿 大 統 計 局 網 站 90/10/02 資 料 , <http://www.statcan.ca/english/Pgdb/People/Population/de>

mo02.htm。

加拿大統計局網站 90/10/02 資料，
<http://www.statcan.ca/english/Pgdb/People/Population/demo25a.htm>。

世界日報 90/07/10 有關加拿大健保訊息的網站資料，
[http://www.chineseworld.com/publish/today/11_0900.4w/c/4wcs\(010710\)03_tb.htm](http://www.chineseworld.com/publish/today/11_0900.4w/c/4wcs(010710)03_tb.htm)。

世界日報 90/08/02 有關加拿大健保訊息的網站資料，
[http://www.chineseworld.com/publish/today/11_0900.4w/c/4wcs\(010802\)03_tb.htm](http://www.chineseworld.com/publish/today/11_0900.4w/c/4wcs(010802)03_tb.htm)。

李卓倫，總額支付制度總額設定公式之研究報告，全民健康保險醫療費用協定委員會八十九年度委託研究計劃，九十年。

呂文峰、李博志，加拿大健康保險之支付制度研究報告，行政院衛生署八十一年度委託研究計劃，八十一年。