

我國全民健保之權責與 亞太地區國家健保之比較

中華民國藥師公會全國聯合會常務理事 林振順

重興藥局藥師 林重興

信德藥局藥師 林宥燦

壹、前言

我國健保制度實施迄今邁進第十三年，雖然健保財務天天叫窮，醫療界的先進也被健保點值逼得欲哭無淚。整個健保總額分為西醫醫院、西醫基層、牙醫總額、中醫總額、洗腎總額五區塊，在五個總額中其點值最高者，應屬牙醫總額，蓋牙醫師公會對於特約牙醫診所之自律自清與同儕制約做了很好的管控，致點值居高不下；相反的，其點值最低者，應屬醫院總額，我們常聽說，某醫院因健保點值太低快倒閉了，不知真實情況如何？還好，在健保局苦心經營之下，健保不但沒倒且民眾滿意度仍維持在高檔。

貳、全民健保組織體系及架構

行政院衛生署為主管機關，設有幕僚單位：健保小組，負責健保相關單位之溝通協調與健保局執行情形之督導建議。其下設有：(1)根據健保法第四條設全民健康保險監理委員會(監理會)。(2)根據健保法第五條設全民健康保險爭議審議委員

會。(3)根據健保法第六條設中央健康保險局(保險人)，其下又設台北分局、北區分局、中區分局、南區分局、高屏分局、東區分局、台北聯合門診中心、高雄聯合門診中心¹。(4)根據健保法第48條設全民健康保險醫療費用協定委員會(費協會)。

參、全民健康保險法定業務範圍

1.法規研訂與解釋：健保法及其相關法規之研議訂定，健保業務之推動與執行，健保法規與政策之解釋。2.承保業務：被保險人的投保資格、身份、效力，各投保單位之投保事宜、人員停保及退保等相關業務。3.保險財務：各種健保財務制度之訂定，健保保費費率之精算與調整，被保險人投保金額之審核，投保單位或被保險人保費之收繳。4.保險給付：訂定各科別之保險給付範圍，保險給付重大傷病之審定與給付制度，訂定與收繳保險醫療費用所衍生之被保險人應負擔的部分金額。5.醫療費用支付：協商各醫療單位之年度總額，各醫事服務機構醫療品質之確保與監測，各給付類別支付標準之訂定

與藥材給付之藥價基準公布，各醫事服務機構申請費用之審核與支付。6.保險醫事服務機構：各類符合健保特約條件之醫事服務機構的特約事宜及其管理機制，各醫事服務機構執行醫療過程中違法不實行為之輔導與訪查，各醫事服務機構有違約或不法行為之處理。7.其他：有關健保財務與安全準備金之規畫與管理，因個別之疏失導致健保給付額外的支付依法提出代位求償，對於醫事服務機構違法或違約所受之停約罰則之裁定與執行。

肆、衛生署、監理會與健保局之互動

一、衛生署 - 監理會

衛生署針對健保相關法規或健保政策有疑義時，得將相關法規或意見提交監理委員會研議，取得共識後送回衛生署署參辦；監理會也得適時提出健保法或施行細則之修法案，對於健保保險費率、門診部分負擔、給付範圍之調整或變更監理會於委員會研議後，交由衛生署參辦，但當監理會提出之決定會影響健保財務時，應同時提出相對的財務平衡方案，供衛生署研辦。監理會對全民健康保險法規及健保相關業務之興革得隨時向衛生署提出其研究報告或建議

二、監理會 - 健保局

監理會對於中央健保局其業務之執行有監督的意義，諸如：健保局年度計畫及業務報告之審議；健保局每年預算、結算、決算之審議；健保局財務、呆帳、帳

務之稽核與審議；健保局各相關業務之檢查。

三、衛生署 - 健保局

衛生署是健保局的直屬機關，對於各健保政策之訂定及業務督負完全責任，健保局執行業務所需之法規及對相關條文之解釋皆有衛生署負責訂定或說明；健保局是衛生署所屬的執行單位。

伍、健保局與其他機關或單位之互動

衛生署為使醫藥品質與公共衛生政策更加落實，各單位基於醫藥衛生業務之推動或其他相關機關基於簡政便民之需要，常與健保局間建立合作關係甚或委託其代辦一些與醫療機構相涉之業務。

1.管制藥品管理局：對於醫事服務機構管制藥品使用之審核。2.國民健康局：對於國民之預防保健相關業務之代辦，如：婦女子宮頸抹片檢查、乳癌檢查、孕婦產前檢查、兒童預防保健等預防工作之推動。其次：代辦對於戒煙治療之費用補助與宣導；民眾慢性疾病改善計畫之研究；罹患罕見疾病之治療等各項與國民健康有關之預防保健工作。3.醫事處：對民眾醫療品質改善之推動(如醫療品質策進委員會)，各種醫療資源之配置，家庭醫師制度之推動，代辦嚴重精神病患強制送醫住院之醫療費用補助。4.藥政處：對醫藥分業各項指標之監督。5.照護處：推動山地離島醫療服務之改善。6.國際合作處：健康保險成就與經驗之國際交流研討。7.內政部：三歲以下兒童就醫部分負

擔之補助。8.行政院退輔會：榮民就醫部分負擔之補助。9.勞保局：代辦勞工職業災害就醫之醫療費用。10.疾病管制局：各種傳染病防治之配合，代辦傳染病強制隔離治療之醫療費用補助及流感預苗接種

之補助。

陸、亞太地區之健保概況（表一）²

亞太地區已實施全民健康保險制度的國家有日本、韓國、蒙古共和國、台灣、

表一 亞太地區健保概況比較

特質因素/國別	日本	南韓	蒙古	台灣
實施年代	1961	1989	1994	1995
保險人口	127.4百萬	48.1百萬	2.5百萬	22.5百萬
每人年占GDP[US\$]	31.181[2002]	15.916[2001]	450	12.726
醫療費用占GDP	7.8[2001]	5.9[2001]	6	6.26
每人平均費用[US\$]	2.558[2001]	931[2001]	25	808
每千新生兒死亡率	3.0[2002]	5.4[2001]	23.5	4.9
平均壽命	M：78.3[2002] F：85.2	M：72.8[2001] F：80.01	M：60.8 F：66.5	M：73.3 F：79
納保比率%	99	97	78 [5%自願參加 73%強制]	99
未納保比率%	1 [窮人用社會救助方式]	3 [窮人用健保醫療補助]	有工作能力但沒工作，窮人補助保費	季節性失業、原住民、游民、國外僑民、逃犯
健保前制度	勞、公保	勞、公保	公醫制度	勞、公保
健保經營	多重付費[正式健保、國民保險兩主流]	單一付費[整合370個社會保險]	單一付費[分強制性與自願性兩種]	單一付費[國民健康保險局]
額外補貼	低所得	窮人	有工作能力但沒工作者	沒有[低收入戶補助]
健保費基礎	薪資	薪資[自雇業者由其所得及資產併計]	薪資	薪資
健保費匯率	8.2%	4.48%	6%	4.55%
政府支出占健保比率%	34.7 不含政府為雇主身份之支出	19.5 含政府為雇主身份之支出	20 不含政府為雇主身份之支出	28.3 不含政府為雇主身份之支出
占政府財政比	15.9%	10.9%	43%	8.84%
占社會保險比	65.4%	43.5%	29%	51.78%
民眾自付比	16.9% 係醫療院所要求之自付額	37.3% 因其健保給付類別少	28%	30.15% 健保給付類別多及部分負擔
占私人保險比	0.3%	2.2%		8.9% 因健保保障多，相對支出少，致參與私人保險也多
其他個人支出	1.5%	6.1%		0.33%
窮人風險	交互補貼	一般風險	一般風險	一般風險
政府補助	50%	部分雇主補助	低收入及弱勢	全數支付 低收入榮民軍人勞工再補助
公私病床比	18:82	15:85	90:10	35:65
病人門住診比	60:40	73:27	3:97 因門診只提供處方藥	66:34
相同的費用	是	是[補助低收入及窮人]	是	是
部分負擔機制	有	有	有[付給醫院或醫師]	有
病人自行負擔	10% 20% 30%	30-55%門診 20% 住診	0.36-0.72美元 10-15%住院	5-8美元門診 10% 住診
部分負擔上擔	有	有	否	有
指定醫師費用	無	有	有	無
支付其他差額	有，但很少	無	無	無

泰國，共五個國家。

以2003年，日本、南韓、蒙古、台灣四個國家的實施概況及其特質做比較。

柒、未來之規劃

依據二代健保法之規劃，將目前負責收入審議之健保監理委員會與負責支出協定與分配的健保醫療費用協定委員會合併為全民健保監理會全權負責所有健保之收支連動；建立保費的公平費率與收入機制及以醫療品質為給付原則的醫療給付制度，讓民眾得到最高品質的醫療照護。

捌、結語

我國之健保已歷經十二年的經驗，在政府的苦心經營下，奠立民眾的好口碑，多年來滿意度均居高不下，可說造就不少低收入戶民眾的生命，減少因重病而造成的家破人亡，真是功德無量。

觀之我國健保制度之情況，無論就醫類別或給付內容皆比鄰近之亞太地區任何國家的健保政策更優質。雖然政府常為了健保費率的問題傷腦筋，健保財務準備基金總是赤字，不過健保品質仍然不變，除了政府的睿智之外，各醫事服務基構的任勞任怨，只求民眾就醫品質，不計成本的醫療行為，共同造就了今日全民健保的口碑。

日本、韓國、台灣的健保皆以原有的勞保為基礎推展出現有的機制，也均有社會保險的模式；而蒙古卻是由原來的公醫制度轉變成健保機制，因政府財務因素致以社會保險為主軸。亞太各國除蒙古外

其實施之健保納保率皆幾近百分之百。對窮人的照顧也都有政府利用社會福利政策來補助，沒有富人因病致窮。整個健保財務機制政府占主要角色，我國與日本相同主要有健保費和政府的專款基金來統籌分配，蒙古有政府基金負責給付門診醫療費用。

我國健保權責機制概依全民健康保險法之規定推動與執行，幾年來，因時機不同需求不同，法規也有窒礙難行或不合時宜之處，因此所謂二代健保法草案以積極溝通協調送立法院審議中，願未來的健保法能讓我國的健保制度永續經營，造福全民。

參考資料：

1. 中央健康保險局監理委員會研討會資料
2. 長庚大學醫管所盧教授瑞芬亞太地區之健保概況演講

