

行政院主計處
(出國類別：考察)

考察英德荷社會醫療保險預算制度報告

服務機關：行政院主計處

出國人員：

職 稱：編 審

姓 名：呂秋香

出國地區：英國/德國/荷蘭

出國期間：89年8月3日至29日

報告日期：90年07月20日

出國報告名稱：考察英德荷社會醫療保險預算制度報告 頁數 含附件：否

出國計畫主辦機關／聯絡人／電話

出國人員姓名／服務機關／單位職稱／電話

呂秋香／行政院主計處／第二局／簡任編審／(02) 3356-7408

出國類別： 1. 考察 2. 進修 3. 研究 4. 實習 5. 其他

出國時間：89年8月3日至8月29日 出國地區：荷蘭、德國、英國

報告日期：90年7月10日

分類號／目：A8 統計主計

關鍵詞：醫療保險預算制度

內容摘要：

壹、考察目的

我國全民健康保險自民國八十四年開辦以來，納保率已高達 96%，民眾滿意度亦高達 70%，可稱是當全民眾接受程度最高之公共政策。然因近年來保費收入成長漸趨停滯，而人口結構正快速老化，罹病率逐漸提高，醫療科技發展日新月異，民眾對醫療技術及醫療水準之需求不斷增加，導致醫療費用成長快速，造成健保財務入不敷出，八十七年度決算即發生保險收支短絀。由於保險費率調增不易，醫療費用成長難以控制，行政經費日趨膨脹，造成政府財務負擔日益沈重，若無適當因應措施，坐視短絀持續擴大，長此而往將有拖垮政府財政之虞。

鑑於荷蘭、德國及英國等歐洲先進國家，社會醫療保險實施多年，累積經驗豐碩，若能吸收其制度之優點，防範其缺點，對改進我國健保制度，解決我國當前健保之窘境或有助益。行政院主計處爰派員赴各該國家實地瞭解其社會醫療保險制度運作情形，及政府相關預算之編列概況，藉以與我國現行健保制度比較其差異，分析其利弊，俾評估我國健保預算制度實施成效之良窳，並據以研提具體改進建議，作為未來政府施政之參考。

貳、考察內容

一、保險種類

- (一) 荷蘭：包括特殊性醫療支出保險、社會健康保險、公務人員健康保險、私人健康保險等四種。

(二) 德國:包括法定健康保險、公務人員健康保險、私人健康保險等三種。

(三) 英國:包括國民健保服務(屬社會福利,而非健康保險)、私人醫療保險等二種。

二、保險人屬性

(一) 荷蘭:特殊性醫療支出保險及社會健康保險均為法定強制性健康保險,均採多元保險人制度,由私人辦理。

(二) 德國:法定健康保險採多元保險人制度,由私人辦理。

(三) 英國:國民健保服務非屬保險性質,故無保險人。

三、保險費率

(一) 荷蘭:1.特殊性醫療支出保險之保險費率採變動式費率,依薪資所得而定,每年由獨立之法人機構社會健康保險基金會估算後向衛生部提出方案核定後實施。現行費率年課稅薪資第一級距4萬8,995荷幣以下之醫療支出保險稅率為10.25%。
2.社會健康保險之保險費率採固定式費率,由獨立之法人機構社會健康保險基金會估算後向衛生部提出方案核定後實施。現行費率8.10%。

(二) 德國:法定健康保險之保險費率係由疾病基金會(保險人)依被保險人薪資所得訂定,由雇主及員工各付半數。現行費率平均約13.50%。

(三) 英國:國民健保服務非屬保險性質,故無保險費率。至辦理該服務所需經費係全數由政府負擔,其經費來源主要為稅收。

四、保險人行政經費

(一) 荷蘭:政府未編列預算補助,而係由雇主與被保險人透過保險費負擔。

(二) 德國:與荷蘭相同。

(三) 英國:國民健保服務相關經費全數均由政府負擔,並編列預算送國會審議,惟因國民健保服務非屬保險性質,故無保險人行政

經費問題。

五、保險人預算型態

- (一) 荷蘭:保險人因屬私人部門，故其年度預算均無須送國會審議。
- (二) 德國:與荷蘭相同。
- (三) 英國:國民健保服務係屬社會福利性質，相關經費全數由政府負擔，應編列預算送國會審議，惟因國民健保服務非屬保險性質，故無保險人預算問題。

六、保險業務監督機制

- (一) 荷蘭:由中央政府設置國家健康照護費率署決定醫療服務提供者收取之費率標準，包括決定醫院之預算。公共衛生事項則歸市政府管轄。
- (二) 德國:由聯邦保險局監督各種保險業務，採自主行政方式，由聯邦政府負責立法，邦政府為裁判，重要事項均由保險醫師協會與各類保險人協會談判達成。
- (三) 英國:國民健保服務業務由英國衛生部監督。

參、考察心得及建議與結論

荷蘭及德國之社會醫療保險暨英國之國民健保服務行之多年，其相關法規及制度完備，實施經驗豐富，綜觀荷蘭、德國及英國之實施情形後，所獲心得及具體建議與結論如下：

一、考察心得：

- (一)英國之國民健保服務係採社會福利性質之免費醫療制度，醫療費用悉由全民繳納之稅捐負擔，而非屬保險制度，致人民拚命要求政府增加醫療服務，提高醫療人員薪資，造成政府沈重之財政負擔，故英國為實現福利國家理想所採行之醫療制度，雖落實了照顧全民之社會福利，惟因其醫療機構間不具競爭機制，造成醫療效率低落及醫療資源浪費，終將拖垮政府財政。
- (二)荷蘭之社會醫療保險分為特殊性醫療支出保險及社會健康保險二種，

均採私人多元保險人制度。特殊性醫療支出保險屬法定強制性全民社會保險，針對需長期照護(一年以上之住院治療)及需高額治療之重大疾病(如精神病)暨慢性病等提供特殊性醫療照護，茲因其保險之財務風險已超過一般被保險人正常合理應承擔之保費範圍，故其保費之計算與一般健康保險不同，係由員工與雇主隨所得稅加徵，具有附加捐性質，並有累進稅率之效果，所得越高者，應負擔之保費越高，旨在責成富裕者應承擔較大之社會責任，俾分擔低所得者無力繳納之保費，以減輕低所得者之財務負擔，並分擔社會責任，雖屬社會保險，惟明顯兼具有社會福利之性質。至社會健康保險亦屬法定強制性社會保險，提供門診、住院(一年以內)、復健等一般性醫療服務，並規定薪資所得低於法定上限者及社會安全福利津貼受益者必須強制參加，保費由雇主與員工按薪資之固定比率分擔，純屬保險性質。故荷蘭所採行之醫療制度能兼顧以富濟貧之社會正義及風險分散之社會保險精神，且採私人多元保險人制度，故亦具有競爭機制，可提升醫療資源使用效率，不失為一良好制度。

(三)德國之法定健康保險亦採私人多元保險人制度，並規定薪資所得低於法定上限者必須參加，薪資所得超過上限者，可選擇參加法定健康保險或私人健康保險，至薪資所得低於法定下限者，則適用社會救助法，統籌納入社會救助範圍。保費全數按被保險人之薪資所得計算，雇主與員工各負擔半數，政府不予補助，目前平均費率高達 13.50%，且年年上漲，人民負擔沉重。故德國所採行之醫療制度，除對低所得者之救助外，純屬保險性質，並具有競爭機制，惟富裕者得不參加，非屬全民保險，且富裕者得不必承擔照顧低所得者之社會責任，不符社會公平及正義之精神。

二、考察建議：

(一)我國全民健康保險制度並無類似荷蘭之特殊性及一般性健康保險之劃分，無論重大或一般疾病，長期或短期病患，其保險風險均採固定費

率，按六類被保險人之身份別計算，其中無力承擔之農、漁民及低收入戶等，政府則予以鉅額補助，依據最近年度資料，政府每年補助之款項共計近 900 億元，占全年醫療資源收入接近 30%，不但使得保險費率低估(計算費率時未包括行政經費補助)，且排擠其他政事支出，並有違保險應由被保險人共同承擔風險之精神。又政府補助以外之保費收入大多來自薪資所得者，造成一般薪資所得之中產階級必須承擔高風險之重大疾病及長期病患之醫療費用，有違社會公平原則。為求改進，建議比照荷蘭，將我國全民健康保險劃分為特殊性醫療支出保險及一般性健康保險二種，特殊性醫療支出保險之保費納入綜合所得稅或其附加捐，以累進稅率方式加徵，讓高所得者承擔較重之社會責任，俾符合以富濟貧之社會正義原則。至一般性健康保險之保費計算，則依薪資所得之高低，按固定費率計算，低收入戶則比照德國，納入社會救助範籌，俾使保險費率趨於合理化，並可避免薪資所得之中產階級，因龐大之特殊性醫療支出，而負擔過多之保費。

(二)我國全民健康保險由政府辦理，人民誤將「社會保險」當作「社會福利」，而拚命要求政府全方位照顧弱勢族群，並抗拒調升保險費率，為避免健保拖垮政府財政，及鑑於國家整體資源有限，民間可以辦理之業務政府即不應辦理，而應交由民間辦理，建議比照荷蘭及德國，改由私人保險人辦理。

(三)我國全民健康保險採單一保險人制度，不具市場競爭性，且缺乏追求效率之誘因，為提升其經營效能，建議比照荷蘭及德國，改採私人多元保險人制度，並由被保險人自由選擇保險人，使具競爭性。

(四)健保局為辦理該保險之人事、行政經費及設備費等，全數由政府編列預算補助。鑑於該項支出原為辦理保險業務之必要成本，為落實保險係由被保險人共同承擔風險之精神，建議比照荷蘭及德國，保險費率精算時將上開政府補助經費計入，改由被保險人及其雇主共同負擔，俾合理反映真實費率，且可迫使保險人在保險費率調升不易之情況

下，設法抑制醫療費用之成長。

(五)我國全民健康保險制度，除政府每年補助保費及行政經費應編入總預算送立法院審查外，健康局亦應編列年度預算，送該院審查通過後，方能辦理，造成政府補助經費重複審查及業務推動之干預與延擱。有鑑於此，建議比照荷蘭及德國，改由私人保險人辦理。

(六)近年來保費收入成長漸趨停滯，人口結構快速老化，罹病率逐漸提高，醫療科技發展日新月異，民眾對醫療技術及醫療水準之需求不斷增加，導致醫療費用成長快速，造成目前每月平均短絀約 6 億元，衛生署為避免短絀持續擴大，雖已採取醫療費用總額支付制度，惟目前實施範圍僅包括牙醫及中醫門診，至醫療費用所占比率最大之西醫則迄未實施，為避免短絀持續擴大，而拖垮健保財務，建議比照荷蘭，儘速全面實施總額支付制度。

(七)為鼓勵醫療服務機構從事醫學技術研究發展或引進先進醫療技術，俾提升我國醫療水準，建議比照德國，配合國家醫療發展政策，賡續由政府補助其醫療研究發展或引進國外醫療先進技術之相關經費。

三、考察結論：

本次考察受益良多，如上所述，受訪三國之社會醫療保險，在制度及法規上均已極為完備，人民視為必要之生活保障，社會健康保險業者亦多謹守分寸地擔任政府公權力之執行者，而未將其視為賺錢行業，其中荷蘭所採行之制度與我國曾提出之健保法修正草案中，公辦民營之多元保險人方案類似；德國所採行之制度，著重於政府立法及監督，不直接介入社會醫療保險之運作，而係由保險人自行管理；英國所採行之制度則屬社會福利而非社會保險，與保險所衍生之問題不同。

茲因荷蘭、德國及英國之歷史背景、社會文化及政治環境均不相同，故其採行社會醫療保險制度均不相同，上述考察建議係就我國可參採部分研議，而非將其制度整體移植。它山之石可以攻錯，為解決我國全民健康保險財務窘境，似宜參採上述建議，通盤檢討，整體改制。

目錄

壹、前言	1
一、考察目的	1
二、考察行程	1
貳、考察內容	4
一、荷蘭	4
(一) 保險種類	5
(二) 保險人屬性	6
(三) 保險費率	7
(四) 醫療體系	8
(五) 總額分配制度	8
(六) 財務結構	9
(七) 行政經費	9
(八) 監督機制	9
(九) 改革方向	10
(十) 感想	10
二、德國	10
(一) 保險種類	11
(二) 保險人屬性	12
(三) 保險費率	12
(四) 運作架構	13
(五) 財務結構	13
(六) 行政經費	14
(七) 監督機制	14
(八) 改革方向	14
(九) 感想	14
三、英國	15
(一) 制度演進	15
(二) 組織體系	16
(三) 改革方向	17
(四) 感想	18
參、我國健康保險制度	19
一、保險種類	19
二、保險人屬性	19
三、保險費率	19
四、政府負擔	20
五、財務危機	22
六、監督機制	22
肆、我國健康保險制度與荷蘭、德國、英國社會醫療保險制度之比較	23
伍、考察心得及建議與結論	27

壹、前言

一、考察目的

我國全民健康保險自民國八十四年開辦以來，納保率已高達 96%，民眾滿意度亦高達 70%，可稱是當前全國民眾接受程度最高之公共政策。然因近年來保費收入成長漸趨停滯，而人口結構正快速老化，罹病率逐漸提高，醫療科技發展日新月異，民眾對醫療技術及醫療水準之需求不斷增加，導致醫療費用成長快速，造成健保財務入不敷出，八十七年度決算即發生保險收支短絀。由於保險費率調增不易，醫療費用成長難以控制，行政經費日趨膨脹，造成政府財務負擔日益沈重，若無適當因應措施，坐任短絀持續擴大，長此而往將有拖垮政府財政之虞。

鑑於荷蘭、德國及英國等歐洲先進國家，社會醫療保險實施多年，累積經驗豐碩，若能吸收其制度之優點，防範其缺點，對改進我國健保制度，解決我國當前健保之窘境或有助益。行政院主計處爰派員赴各該國家實地瞭解其社會醫療保險制度運作情形，及政府相關預算之編列概況，藉以與我國現行健保制度比較其差異，分析其利弊，俾評估我國健保預算制度實施成效之良窳，並據以研提具體改進建議，作為未來政府施政之參考。

二、考察行程

本次考察實地拜會荷蘭、德國及英國等三個國家，共計十六個機構，接待我方人員及受訪機構人員之層級頗高，且極為熱心，對我方代表有問必答，展現泱泱大國之氣度與風範，尤以英國，其外交部更派遣二名人員全程陪同，令人印象深刻，另感謝協助安排接洽會面之荷蘭駐台貿易辦事處、中德文化經濟交流協會、德國新聞局及英國駐台貿易文化辦事處，使本次考察行程圓滿順利。茲就考察行程列表如下：

考察英德荷行程表

日期	接受考察機構	接待代表
8/3	搭機	啟程
8/4	搭機	抵達荷蘭
8/5-6	確認行程及準備資料	週末
8/7	社會保險基金會 Sickness Funds Council (CVZ)	□ Drs. K.A.J. van Laarhoven, Chief Financing Officer □ Drs. W.P. Elberse
8/8	中央醫療費率制定機構 National Health Tariffs Authority (COTG)	Drs. Robert L.J.M. Scheerder Chairman

8/9	荷蘭保險人協會 Dutch Association of Health Insurers (ZN)	Mr. Walter Anaard Head of Communication and PR
8/10	搭機	前往德國
8/12-13	確認行程及準備資料	週末
8/14	德國聯邦勞工保險局 Federal Bureau of Employee Insurance	Mr. Juergen Meierkord Head of International Cooperations
	德國衛生部 Federal Ministry of Health	Mr. Wilhelm Walzik
8/15	德國私人保險協會 Association of Private Sickness Fund	Mr. Dictz
8/16	德國白領職員疾病基金會 VdAK	Mrs. Eva Walzik Director of Policy, Marketing and Public Affairs
	德國藥商協會 Association of Research-based Pharmaceutical Companies in Germany	Mr. Jan Carels Healthcare System Development
8/17	德國聯邦保險局 Federal Bureau of Health Insurance	□ Mr. Pfohl, Financial Officer □ Mr. Waltz, Deputy Director
8/18	搭機	赴英國倫敦
8/19-20	確認行程及準備資料	週末
8/21	英國衛生部(全天) Department of Health	□ Mr. Tim Brown, Policy Manager, NHS Services for Older People-Mental Health □ Mr. John Allcock, Senior Policy Manager, Mental Health Issues □ Ms. Judy Sanderson, Team Leader, NHS Services for People with Physical and Sensory Disabilities

		<ul style="list-style-type: none"> □ Mr. Raymond Warburton, Section Head, Social Care Needs of Older People □ Dr. Wendy Thorne, Senior Pulich Health Adviser, International and Constitutional Branch
8/22	殘障基金會 Disabled Living Foundation	Advisor
	倫敦西敏市衛生局 Kensington and Chelsea and Westminister Health Authority	Mr. John James Chief Executive
8/23	南丁格爾養老院 Nightingale House	Mr. Andrew Leigh Deputy Director
	Bolingbroke Hospital	Mr. Barnaby Schofield Business Manager
8/24	伯明罕市衛生局 Birmingham Health Authority	<ul style="list-style-type: none"> □ Mr. Richard Miles, Secretary to the BHA □ Mr. Richard Mendlesohn, Consultant in Pulic Health and Health Policy □ Mr. Chris Godfrey, Clinical Effectiveness Project Manager □ Ms. Heather Moorehouse, Senior Finance Manager □ Mr. Brian Toner, Service Director, Adult/Older Adult Services, South Birmingham Meantal Health Trust □ Ms. Jean Trainer, Chairman, South Birmingham Mental Health Trust
	伊利莎白皇后醫院 Queen Elizabeth Psychiatric	□ Prof. Femi Oyebode, Medical Director

	Hospital	□ Mr. David Newnham, Locality Manager
8/25	搭機	前往巴黎
8/26-27	討論及準備回國資料	週末
8/28	搭機	返國
8/29	搭機	返台

貳、考察內容

一、荷蘭

荷蘭之社會醫療保險起源於中世紀，由於荷蘭人民生性不喜風險、具強烈互助精神、主動而不過份仰賴政府，所以由當時各行各業的行業協會（guild），基於會員互助精神，各自成立不同規模之疾病基金會（sickness fund），數目達數百家之多。除此之外，還有由醫師成立之醫師基金會（doctor's fund），其精神在於認為有錢人可自行負擔醫療費用，惟窮人則需要醫療保險以達風險互助，因此只限低收入者參加，而此一概念影響荷蘭社會醫療保險制度甚鉅。

自一九〇六年起，中產階級者也開始察覺醫療費用支付的困難，因此私人企業開始開辦保險公司，但因當時國會在立法時一直無法達成共識，故政府對其並無任何法律規範，直至第二次世界大戰，德國占領期間，由德國在一九四一年立法規定，凡是年收入在 4,000 荷幣以下的民眾均必須參加社會健康保險（Social Health Insurance ZFW）。

德國統治之前，各個保險人疾病基金會均為自由企業型態，可以營利為目的，亦有破產之風險，惟在德國統治一九四一年立法之後，疾病基金會成為政府公權力之執行單位，由政府依薪資所得制定社會醫療保險費率及特殊型醫療支出保險稅率，統籌收取保險費後再分配給各個保險人。大約於十年前，為增加疾病基金會的效率，政府引進競爭機制，即每年僅撥付 90.00% 之財源予各個疾病基金會，另 10.00% 由疾病基金會自行訂定定額保險費（flat premium）直接向被保險人收取，另為加強競爭力，疾病基金會亦可自行裁量減免收取該項定額保險費。茲就荷蘭健康保險制度分述如下：

(一) 保險種類

荷蘭之健康保險係社會保險與私人保險之綜合體，其保險種類包括特殊性醫療支出保險 (Exceptional Medical Expense Insurance AWBZ)、社會健康保險 (Social Health Insurance ZFW)、公務人員健康保險 (Civil Servant Health Insurance)、及私人健康保險 (Private Health Insurance) 等四大體系，茲就其性質分述如下：

1. 特殊性醫療支出保險 (Exceptional Medical Expense Insurance WABZ)

特殊性醫療支出保險係法定強制性全民社會保險，提供例外性醫療照護，保險給付範圍包括長期照護 (一年以上的住院治療)、需高額治療費的重大疾病，如精神疾病、慢性病，其等財務風險已超過個人所能承擔之保費。

特殊性醫療支出保險之保險費係來自薪資所得稅，由員工與雇主共同負擔，隨所得稅徵收，所得不同應負擔之保險費亦不同，例如年課稅薪資第一級距 4 萬 8,995 荷幣以下之健康保險稅率為 10.25%，15 歲以下兒童或無收入者免徵此稅。自雇者擔負自己所有保險費，領取退休金者免付保險費。

特殊性醫療支出保險費從稅收收取後，轉入特殊性醫療支出保險之中央基金，再分配給各地之 care office，這些 care office 就是各健康保險保險人。

以前特殊性醫療支出保險只有疾病基金保險人可以辦理，但現在私人保險公司也可承辦。病人不必負擔費用，但如留住於醫療機構或養護機構就需負部分負擔，此部分負擔是 income-related。

特殊性醫療支出保險之財源 88.00%來自保險費，11.90%為部分負擔，0.10%為國家補助。

2. 社會健康保險 (Social Health Insurance ZFW)

社會健康保險亦屬法定強制性社會保險，提供一般性醫療服務依荷蘭衛生部二〇〇〇年規定標準，年收入低於 6 萬 4,000 荷幣者及社會安全福利津貼受益者必須強制參加該保險，超過 65 歲以

上者，無論其收入為多少，如其以前已有加保者皆可繼續加保。保險給付項目包括一般門診、住院（一年內）、藥品、復健、送醫交通、生育等。

社會健康保險保險費是依員工薪資而定，保險費由雇主與員工共同負擔，費率採固定式，二〇〇〇年之保險費率為 8.10%，其中雇主負擔 6.35%，員工負擔 1.75%，附加保險之眷屬則免計保險費，被保險人每年可選擇一次保險人參加保險。領取退休金者依其退休金金額，給予優惠費率（reduced rate）。

社會健康保險之財源 90%來自依薪資比率的保險費（income-related premium）10%來自定額保險費（flat premium）。其參加保險之人數約占該國總人口數之 64%。

3. 公務人員健康保險（Civil Servant Health Insurance）

公務人員健康保險係指該國公務人員及其眷屬依法可選擇參加之保險，其保險之給付項目與社會健康保險相同。其保險費亦依所得收入而定，由政府（雇主）與公務人員（受雇者）共同負擔。公務人員健康保險的參加保險人數約占該國總人口數之 5%。

4. 私人健康保險（Private Health Insurance）

依社會健康保險法規定，年收入高於衛生部所訂定金額者（二〇〇〇年之標準為 6 萬 4,000 荷幣），必須參加私人保險，不得參加社會健康保險，公務人員則可選擇參加公務人員健康保險或私人健康保險。其保險之給付項目除包括社會健康保險給付之範圍外，可依個人需要而增加。

私人保險的財源來自於依保險內容及個人風險而收取之定額保險費，並依法規定每人每月保險費最高不得收取超過 280 荷幣，但依健康保險法（WTZ）規定，參加私人健康保險者每月須另付約 40 荷幣，以分攤私人保險市場中高風險者之費用。參加私人健康保險人數約占該國總人口數之 31%。

（二）保險人屬性

荷蘭健康保險係採多元保險人制度，由私人辦理，目前共有 77

家保險人，被保險人可自由選擇保險人參加保險，保險人在其營業區內不得拒絕民眾投保，民眾每年可重新選擇保險人一次，茲就保險人種類、屬性及保險類別列表如下：

保 險 人	保 險 類 別	家 數	
種 類	屬 性		
疾病基金會 (Sickness Fund)	私人	特殊性醫療支出保險/ 社會健康保險	27
私人保險公司	私人	特殊性醫療支出保險及年收入高 於衛生部規定金額者之健康保險	47
公務人員保險公司	私人	公務人員健康保險	3
總計			77

*資料日期：二〇〇〇年八月

上述 77 家保險人除了公務人員保險公司外，共同組成荷蘭保險人協會 (Dutch Association of Health Insurers)，由其代表這些保險人與政府及醫療機構協商、推動法案、顧問諮詢、對外資訊溝通及研究發展等。

(三) 保險費率

特殊性醫療支出保險之保險費率採變動式費率，依薪資所得而定，每年由獨立之法人機構社會健康保險基金會估算，向衛生部提出方案核定後實施。現行費率，年課稅薪資第一級距 4 萬 8,995 荷幣以下之健康保險稅率為 10.25%，不同課稅距，保險稅率亦不相同。

社會健康保險之保險費率採固定式費率，由獨立之法人機構社會健康保險基金會(Sickness Fund Council)估算，向衛生部提出方案核定。二〇〇〇年之保險費率為 8.10%，其中雇主負擔 6.35%，員工負擔 1.75%。衛生部制定下年度醫療保險支出總額，並向財政部提出補助社會安全福利津貼受益者等所需之經費需求，經議會通過後實施。衛生部每年補助社會健康保險中央基金約 20 至 25 億元荷幣，保險費及政府補助款收取後，由社會健康保險基金會統籌管理運用，並依投保人數、年齡、健康、經濟狀況、地區、人口密度、疾病種類等因素調整後，通知每家疾病基金會下年度預算，每月分二次撥付，各

家疾病基金會再依該預算基礎，訂定其定額保險費。年終總結帳時，保險人有盈餘則可留做儲備金；但如保險人年中發生財務短絀，可向中央基金借貸，年底結帳時，在合理情況下，基金會將撥款補助，否則須由保險人以第二年調高定額保險費來彌補，但這類情形很少發生，多數可由保險人的儲備金解決，唯一可能發生的情況是小規模的保險人發展太快，需要較多資金時，才會調高保險費。

醫師之支付標準及醫院之經費預算則由另一個獨立法人－中央費率制定機構（National Health Tariffs Authority）制定後，向衛生部提出建議方案。

（四）醫療體系

荷蘭社會健康保險之醫療體系可分為診所及家庭醫師、專科醫師、醫院等三部分。診所大多係個人執業，群體執業者並不多。家庭醫師之計費方式係採論人計酬制，民眾生病時必須先至家庭醫師看診，經家庭醫師轉診才可至醫院治療，故家庭醫師扮演健保守門員之角色。專科醫師之計費方式係採按量計酬制，其大多在醫院執業，但不屬於醫院員工。醫院大部分（約 88%）為私立非營利性機構（法律規定醫院不得有營利性質），小部分（約 12%）為公立醫院，醫院中之醫師約 90%為自雇者（Self-employed），10%屬受雇者（Salaried employed）。

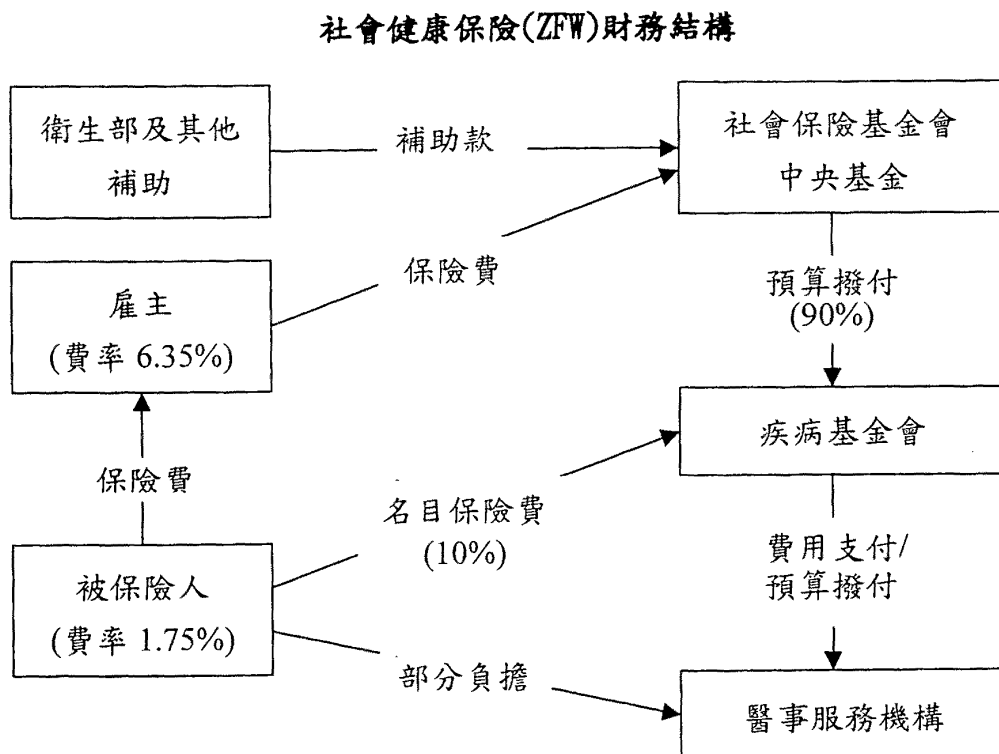
（五）總額分配制度

荷蘭之社會健康保險之醫療資源採總額分配制度，由政府參考歷史資料及衡酌醫療政策等因素，先行估算全年度醫療費用總額，再由社會健康保險基金會依投保人數、年齡、健康、經濟狀況、地區、人口密度、疾病種類等因素，計算可分配之醫療資源額度，透過協商方式分配予保險人（疾病基金會）、家庭醫師、專科醫師、醫院、藥師及牙醫師等。

協商方式分為全國性及地區性二階段進行，全國性協商內容包括醫療服務內容、提供服務義務、地區性協商程序、資料交換協定、品質要求、仲裁條件及程序等。地區性協商內容則包括付費約定、服務

量及資料交換協定等。如協商無法達成共識，則以衛生部訂定之標準合約為準。協商結果或衛生部訂定之標準合約均應經政府核准後實施。

(六) 財務結構



(七) 行政經費

荷蘭各類健康保險保險人所需之人事、行政經費或設備費，政府均未編列預算補助，而係由雇主與被保險人透過保險費負擔。

(八) 監督機制

中央政府對於健康保險採取管制措施，有關強制保險、醫院管控以及費率之訂定，均由中央政府負責管理。惟近年來已逐步走向市場機能管理。中央政府盡量讓醫事服務機構與保險人負擔責任，從政府計畫管理逐漸轉向自我管理。

中央政府對於全國健康保險總支出扮演直接管控角色，由政府設置國家健康照護費率署 The Central Agency for Health Care Tariffs（或稱 National Health Tariff Authority, COTG）決定醫療服務提供者收取之費率標準，包括決定醫院之預算。公共衛生事項則歸市政府管轄。

至保險人及醫療服務提供者因皆屬私部門，故其年度預算均無須送國會審查。

(九) 改革方向

最近荷蘭各界正熱烈討論之改革議題是希望政府將現行之社會健康保險改制為全民之社會健康保險或基本健康保險，亦即取消超過薪資上限不能參加該保險之規定，惟私人保險公司及高所得者均不贊成。另該國藥費成長快速及醫院等待看病之病人人數不斷增加，亦為該國政府亟待改善之社會醫療保險問題。

(十) 感想

荷蘭之社會醫療保險已實施多年，為一成熟醫療保險體制，在保險費負擔方面，每個荷蘭具工作身分之國民都必須繳交薪資所得 10.25% 以上之健康保險稅於特殊醫療支出保險，及薪資所得 1.75% 之保險費於社會健康保險(雇主則負擔薪資所得 6.35%)，或另依個人需要支付私人健康保險費，每人負擔之保險費甚鉅，惟因荷蘭人不喜歡風險，遵守法制，故雖然保險費負擔沉重，每逢保險財務需要而合理調漲保險費率時，民眾尚大多能夠支持。

在醫療費用控制方面，荷蘭醫療體系存有家庭醫師之守門員制度，中央醫療費率制定機構總裁 Mr. Scheerder 表示，依據研究，80% 病人可由家庭醫師治癒。該制度對於抑制醫療費用成長頗有助益。

在經營成果方面，無論私人保險或疾病基金會每年均虧多盈少，惟因辦理健康保險的主要誘因在於爭取健保客戶參加其辦理之勞工保險、退休保險等，俾以勞工保險、退休保險之盈餘抑注健康保險之虧損。當保險人發生虧損或財務困難時，大多以準備金支應，如仍不足支應則可向政府借貸，再於下年度調高保險費率等方式因應。

二、德國

德國之健康保險緣於一八八一年，由宰相俾斯麥於該國健康服務系統宣言中提出，渠主張該國應建立完善之健康服務系統，該國國會遂於一八八三年通過社會保險法，對社會保險詳加規範，其中醫療保險是該國社會保險中最早發展形成者，該法中並強制規定，國民所得未達法

定上限之工作者，必須強制參加法定健康保險，成為世界上第一個發展醫療保險的國家。

(一) 保險種類

德國之健康保險種類，包括法定健康保險、公務人員健康保險及私人健康保險等三大類。茲就其性質分述如下：

1. 法定健康保險(Statutory Health Insurance)

凡薪資所得低於法定上限者(二〇〇〇年:西德 7 萬 7400 馬克;東德 6 萬 3900 馬克)依法必須參加法定健康保險，薪資所得超過上限者，則可選擇參加法定健康保險或私人健康保險，年收入低於法定下限者，適用社會救助，統籌納入社會救助範圍，即使自願參加法定健康保險，保險人亦不得接受。目前全國約有 88%的人口參加法定健康保險(其中 74%為強制投保者，14%的人薪資雖超過規定，但選擇繼續參加法定健康保險)，(如果原已參加法定健康保險者，後來因薪資收入增加而超過規定，仍可選擇繼續加保，惟如從未參加法定健康保險之高所得者，則不得選擇參加法定健康保險，當其收入下降，負擔不起保險費時，由保險公司補助其保險費)。

法定健康保險之給付項目由法律訂定，包括門診、住院、牙科、藥品、醫療器材、居家照護、復健、健康檢查、健康促進、生病期薪資支付(六星期以上的病假)、交通費、產假期薪資支付(產前八週及產後六個月)。

法定健康保險之保險費係按被保險人之所得收入計算，雇主與員工各負擔半數，政府不予補助。門診可自由就醫，但住院及護理之家須由醫師轉診，就醫時須繳納部分負擔。惟 18 歲以下者、孕婦及慢性病患可免除部分負擔。

2. 公務人員健康保險

德國之公務人員健康保險係指該國公務人員及其眷屬依法可選擇參加之保險，其保險之給付項目與法定健康保險大致相同。

3. 私人健康保險

凡薪資所得高於法定上限者可自由選擇參加私人健康保險或法定

健康保險，另外法定健康保險者亦可參加私人健康保險之附加保險，前者被保險人約 730 萬人，後者約 840 萬人。對於私人健康保險而言，80%以上收入仍來自於高所得者之保險費，但辦理附加保險具有爭取未來客戶之潛力。其保險之給付項目，除包括法定健康保險給付之範圍外，可依個人需要而增加。

私人保險之財源來自於依保險內容及個人風險而收取之定額保險費，參加私人健康保險人數約占該國總人口數之 9%。

(二) 保險人屬性

德國之法定健康保險亦採多元保險人制度，由私人辦理，根據德國一九九九年的資料，該國共有 52 家私人保險公司(保險人)，負責 710 萬之被保險人，及 433 家非營利性質之疾病基金會(保險人)，負責 7,200 萬之法定健康保險被保險人(其中眷屬占 2,130 萬人，約 30%)，疾病基金會依其性質共分為六類：

1. 17 家一般區域基金會，稱為 Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)
2. 13 家替代性基金會，稱為 Ersatzkassen
3. 359 家公司企業基金會，稱為 Betriebskrankenkassen (BKK)
4. 42 家行業協會基金會或手工業基金會，稱為 Innungskrankenkasse (IKK)
5. 1 家礦工基金會，稱為 Bundesknappschaft
6. 1 家海員基金會，稱為 See-Krankenkasse

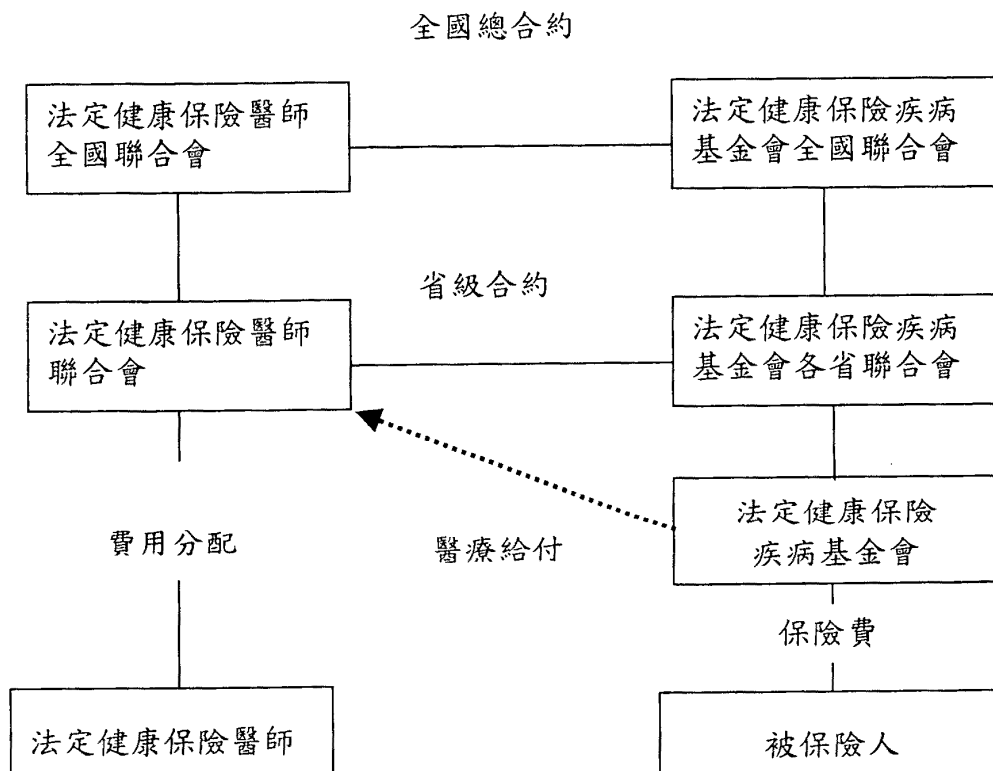
傳統上被保險人依其居住所在地區或職業類別參加當地疾病基金會。一九九三年時原有 1,221 家疾病基金會，嗣經立法，不同類別疾病基金會陸續開放給所有法定健康保險被保險人參加投保，惟因經營不善，而大量合併，例如一般區域基金會由 269 家合併成 17 家，企業基金會由 744 家合併成 359 家，行業協會基金會或手工業基金會由 169 家合併成 42 家，政府亦立法規定除了企業基金會及行業協會基金會或手工業基金會外，其他種類不准再成立新的疾病基金會，迨至一九九九年僅剩 433 家保險人。

(三) 保險費率

法定健康保險之保險費率，係由疾病基金會（保險人）依被保險人薪資所得，訂定費率計算，由雇主及員工各負擔50%，無收入之眷屬則無須負擔。因保險費率係由疾病基金會自行訂定，故每一疾病基金會之費率均不相同，每年均逐步調升，目前平均費率約13.50%。茲因保險費率年年上漲，政府常須透過立法來降低保險費率，惟隔年又立即回升。

(四) 運作架構

德國政府不直接介入法定健康保險之運作，重要事項均由保險醫師聯合會與各類保險人聯合會，訂定合約方式運作，由聯邦保險局監督各種保險業務，採自主行政方式，運作架構如下：



(五) 財務結構

法定健康保險之財務係採隨收隨付方式，各個疾病基金會間因風險不同，盈虧差距頗大，例如區域性基金會(AOK)因參加之被保險人多數為低收入戶及老人等，所以年年虧損，幾乎倒閉，盈餘最多者係

公司企業員工之疾病基金會，故自一九九四年起，政府訂定風險結構補償(Risk Structure Compensation)機制，每年於各家疾病基金會結算財務後，由聯邦保險局採取財務平衡措施，經風險調整計算，聯邦保險局將有盈餘之疾病基金會之盈餘，撥出部分補助虧損之疾病基金會，平均每年經由風險結構補償之金額約200億馬克，該項補償金有逐年遞增之趨勢，一九九六年為全部疾病基金會醫療支出之8.10%，至一九九八年時已成長至9.20%。

(六) 行政經費

德國之法定健康保險，保險人所需之人事、行政經費或設備費，政府均未編列預算補助，而係由雇主與被保險人透過保險費負擔。惟德國政府為提升該國醫療水準，每年均編列預算補助醫院建設所需經費，每年補助金額約占該國衛生總支出預算之12%，計630億馬克。

(七) 監督機制

由聯邦保險局監督各種保險業務，採自主行政方式，由聯邦政府負責立法，邦政府為裁判，重要事項均由保險醫師協會與各類保險人協會談判，以訂定合約方式辦理。

(八) 改革方向

德國衛生部認為該國醫療支出年年上漲，其主要原因是醫院興建過多，收費標準不一所致。茲因政府常常為了選票而大量興建醫院，而造成供過於求，目前該國醫院實際利用率僅約70%，醫療成本因而增加，收費標準亦相對提高，故該國二〇〇二年預定實行之改革方案中有700餘項，係預計針對醫院診療服務相關項目進行改革，俾統合各醫院之收費標準。另該國政府亦將重新評估醫院之經營能力，經營不善者將予以合併或裁撤，使達合理醫院數量，俾減少醫療資源之浪費。

(九) 感想

德國社會健康保險之業務多數由法律規範，政府不直接干預，也不補助相關經費，醫療供給者與保險人間之運作係由雙方協會代表協商，訂定合約辦理。

德國法定健康保險費率平均約13.50%，高低範圍介於9.30%至15.60%之間，由雇主及員工各負擔50.00%。依其費率觀之，似乎遠高於我國之4.25%，惟德國之法定健康保險對無工作之眷屬則無須繳納保險費，且除醫療給付外，尚有現金給付，例如員工因病請假超過六個星期以上時，其薪資由保險人支付，職業婦女產假期間（產前八週及產後六個月）的薪資亦由保險公司支付，在一九七九年出生前之被保險人可享有假牙費用補助，在醫療器材方面亦給付眼鏡及隱形眼鏡等，故該國之健保費率雖遠高於我國，惟其給付範圍及項目亦大於我國。

三、英國

大英帝國(United Kingdom)係由英格蘭、蘇格蘭、威爾斯及北愛爾蘭所組成，一九九一年以前政府係身兼醫療服務購買者及提供者雙重角色，一九九一年實施新修正之國民保健服務及社區照護法後，政府之角色及功能作了重大調整，將家庭醫師成立之基金持有者（GP Fundholders）調整成為醫療服務購買者，並將原屬政府經營之醫院獨立組成國民保健服務信託基金(National Health Service Trust Funds)，調整為醫療服務之提供者，於是形成具有競爭機制之內部市場。茲就其國民保健服務(National Health Service)之制度演進、組織體系、改革方向及感想等分述如下：

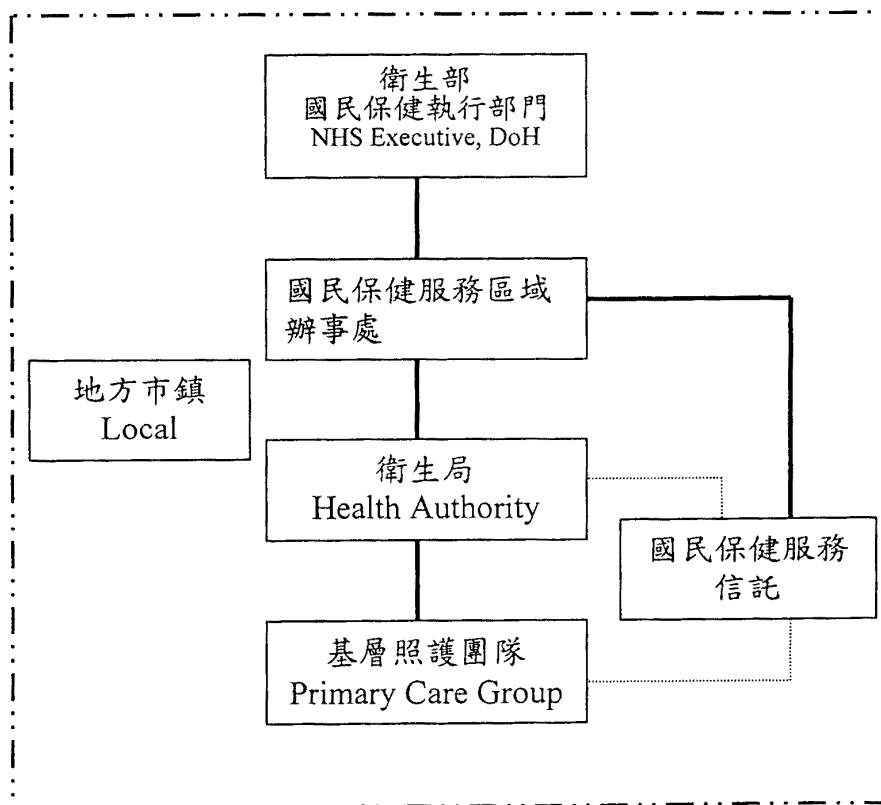
(一) 制度演進

英國在第二次世界大戰時形成建立國民保健服務之政策共識，其國民保健服務法於一九四六年訂定，並自一九四八年開始實施，其主要精神在於提供全民免使用費的醫療服務（free at the point of use），以使全民均可享受平等的醫療服務，在此精神下，民眾就醫或住院時無須負擔費用。舉凡正當居住在英國者均可享受國民保健服務之醫療服務，包括本國人及國外旅客均可享受國民保健服務之醫療服務，其費用由當地衛生局訂定，歐盟國家之國民亦可享受緊急醫療服務，且無須支付費用。

在一九九〇年代，英國國民保健服務實行改革，引進內部市場機制 (internal market)，將醫療服務購買者及醫療服務提供者的責任區分，主要的購買功能歸屬地方衛生局以及部份家庭醫師基金持有人 (GP Fundholders)，而醫療服務的提供由國民保健服務信託負責，信託間要彼此競爭以獲得購買者的合約。但自工黨執政後，新的國民保健服務白皮書，則以規劃、合作、伙伴關係為重點，取代了以市場為基礎的競爭機制。

(二) 組織體系

國民保健服務政策係由中央衛生部制定，衛生部長須向國家秘書長 (Secretary of the State) 負責，在衛生部下設有 100 家地方衛生局 (Health Authorities) 負責管轄當地簽約的基層照護團隊 (Primary Care Group) 及國民保健服務信託 (即醫院) 及預算分配，其體系結構圖如下：



————— 法定責任關係 (Statutory Accountability)

..... 服務責任關係(Service Accountability)
—...—...— 健康改善計畫(Health Improvement Program)

在國民保健服務改革計畫下，衛生局之功能已逐漸轉型成規劃性質，而由基層照護團隊承擔較多服務責任，但衛生局必須與當地醫療體系及地方市鎮合作，規劃當地健康改善計畫事宜。

英國之醫療服務財源及保障較其他國家簡單。國民保健服務之財源，來自一般稅收及部分國家保險保費收入(National Insurance)。以一九九六年度為例，國民健保服務所需之財源81.50%來自於一般稅收，12.20%來自國家保險2.10%由使用者負擔者，其餘4.20%來自其他財源。

衛生部之醫療支出預算及其他相關部門預算，均由財政部先行諮詢、協商，再行編列與分配，為中央政府總預算支出計畫之一部份。資本投資及醫療支出之財源均由中央控管。每年衛生部之國民保健服務執行部門，依當地人口數目、年齡、性別等加權計算，並撥付每一地方衛生局應分配之預算，再由衛生局就其所得之金額，分配其管轄內的基層照護團隊及國民健保服務信託。

(三) 改革方向

英國政府於二〇〇〇年三月公布國民保健服務改革十年計畫預算，並於同年六月由首相公開宣布其內容，目前衛生部各部門也正在擬訂新改革方案之應變措施。

此次改革之重點，主要是民眾認為政府應補充更多醫療人員、改善其薪資及工作環境、縮短病人等待名單、及改善當地醫院與診所。然而政府却認為國民保健服務之所以無法滿足民眾需求，主要係因經費不足及醫療人員不夠所致，並有下列缺點：

1. 欠缺國家標準。
2. 舊式的職員劃分及服務障礙。

3. 缺乏明確的獎勵及改善績效的機制。
4. 過於中央集權化且未賦予病人權力。

依據二〇〇〇年三月通過之政府預算顯示，國民保健服務未來五年之經費將增加5%，預計將有更多的經費投注於國民保健服務設施上，且社會福利部門將與國民保健服務共享資源，並且加強對老人保健服務及長期照護，主要改革重點如下：

1. 增加醫院及中途之家 7,000 床病床。
2. 至 2010 年興建 100 家以上的新醫院及 500 家綜合基層照護中心。
3. 整修 3,000 家庭醫師診所及增加 250 個新的掃描器。
4. 提供乾淨摩登的病房及改善醫院食物。
5. 協助醫院及診所擁有現代化的資訊科技系統並照顧其員工。
6. 增加 7,500 醫療顧問及 2,000 名以上的家庭醫師。
7. 增加 20,000 名護士及 6,500 位治療醫師。
8. 在 1,000 家以上的醫學院增加國民健保服務之育兒服務及 100 家托兒所。

(四) 感想

英國之國民健保服務系統目前最為民眾垢病者，莫過於冗長之病人等待名單(Waiting lists)，故一九九七年大選時，該國政府承諾：

1. 病人住院等候期不得超過 18 個月。
2. 在下次選舉前將一九九七年五月的等候名單減少十萬人。

惟新政府上台後，僅讓等待期時間小於12個月之病人稍微減少，等待12至18個月間之病人卻反而增加。此外，英國等候第一次門診已超過13週之病人數目亦在增加中。

一九九七至一九九九年英國等候住院病人人數 單位：千人

日期	1997 年 03 月	1997 年 06 月	1998 年 03 月	1998 年 12 月	1999 年 02 月
等待期間					
小於 12 個月	1127	1144	1230	1118	1068
12 至 18 個月	31	46	68	56	52
總計	1158	1190	1298	1174	1120

由於國民保健服務財源，在徵收一般稅收時並未分開計算，故無

法獨立計算其成長比率，個人繳稅金額與獲得醫療服務間之關係，其透明度甚低。英國二〇〇〇年國民健保服務改革方案中，將大幅增加國民保健服務預算，希望以擴增之醫療資源及較高之醫療人員薪資，改善其已施行五十年之國民保健服務系統，此一計畫與德國政府希望減少醫院家數之政策不同，而且有趣的是此一改革方案，主要係由國家秘書長（Secretary of the State）所撰寫，並於六月間突然由首相宣布，事後才發行書面版本給相關部門，以致衛生部及衛生局內部官員亦尚在解讀其內容及準備因應措施中，並認為此一方案應會再隨時間作修正。

參、我國健康保險制度

一、保險種類

我國政府早期並無全民健康保險制度，有關人民之健康保險，公務人員及一般勞工係分別參加公務人員保險及勞工保險，其餘人民則自願參加私人保險公司相關保險。為使國人之健康及醫療得到良好保障，政府乃自八十四年三月起開辦全民健康保險。依全民健康保險法規定，全民均應納保，屬法定強制保險。目前我國健康保險種類，可分為全民健康保險及私人保險二種，茲因私人保險係屬個人自願之市場經濟行為，故以下僅就全民健康保險制度作探討。

二、保險人屬性

如上所述，我國全民健康保險係屬法定強制保險，全民皆應納保，由主管機關設立中央健康保險局為保險人辦理之，並設全民健康保險監理委員會監理之。故我國全民健康保險係由公設之保險人辦理，採單一保險人制，以國營事業型態編列預算。

三、保險費率

依我國全民健康保險法第二十條規定，全民健康保險之保險費率係由保險人精算。精算結果，如保險費率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；或該保險之安全準備降至最低限額（一

個月之保險給付總額)者；或該保險增減給付項目、給付內容或結付標準，致影響保險財務者，由主管機關重行調整擬訂保險費率，報請行政院核定。目前費率訂為4.25%，自健保開辦以來，迄未調整。

全民健康保險之保險費是由政府、雇主與被保險人三個群體依法定比率並同分擔，被保險人自付保險費約占總保險費收入39%，雇主負擔其受雇員工保險費占33%，而政府負擔則占28%。

四、政府負擔

(一)行政經費

依我國全民健康保險法第六十八條規定：保險人為辦理本保險所需之人事及行政管理經費，以當年度醫療費用總額百分之三點五為上限，由政府編列預算辦理。保險人為辦理本保險所需之設備費用及週轉金，由中央政府撥付。故健保局為辦理該保險之人事、行政經費及設備費等係由政府編列預算辦理，並未反應於保險費率中，其最近五年受政府補助之行政經費如下：

單位：新台幣億元

項目 \ 年度	86 年度 決算數	87 年度 決算數	88 年度 決算數	88 下 89 年 度 決算數	90 年度 預算數
政府補助收入	48.26	53.72	55.00	89.46	82.30
醫療費用	2,298.32	2,489.70	2,782.80	4,254.07	3,174.00
政府補助收入 占醫療費用%	2.10	2.16	1.98	2.10	2.59
設備費及 週轉金					1.50

(二)保費補助

依我國全民健康保險法第八條規定，被保險人依身份別共分為六類（第一類為公職人員、受雇者、雇主或自營（執）業主（者），第二類為無一定雇主或自營作業而參加職業工會者或外雇船員，第三類為農、漁民，第四類為軍人，第五類為低收入戶，第六類為榮民及其他身分者），政府對各類被保險人之保費補助，分別從全額、70%、40%、30%至10%等不同比率，予以補助，詳如下表：

政府對各類被保險人保費補助表

被保險人類別		保費負擔比率		
		被保險人及其眷屬	雇 主	政府補助
第一類	(一)政府機關、公立學之專任有給人員或公職人員	40%	60%	-
	(二)私立學校之專任有給人員或公職人員	40%	30%	30%
	(三)公、民營事業、機構之受雇者及上述【含(一)(二)】以外有一定雇主之受雇者	30%	60%	10%
	(四)雇主或自營業主、專門職業及技術人員自行執業者	100%	-	-
第二類：無一定雇主參加職業工會或外雇船員		60%	-	40%
第三類：農民、漁民		30%	-	70%
第四類：軍人及替代役		-	-	100%
第五類：低收入戶		-	-	100%
第六類	(一)榮民	-	-	100%
	(二)榮民之遺眷家戶代表	30%	-	70%
	(三)以上(含第一至第五類)以外之家戶戶長或代表	60%	-	40%

八十九年實際執行結果，政府補助各類保險人之保費共計 802 億元，約占全年保費收入之 28%，如加計政府以雇主身份負擔之保費，則高達 981 億元，約占全年度保費收入之 34%，又九十年度起軍人納保後，政府對各類保險人之補助亦隨同增加，對政府造成沈重之財務負擔，故除中央政府外，各級政府對健保補助款大多無力繳納，造成嚴重欠費，截至九十年六月底止，各級政府累積欠費金額高達 235 億元，無力償還。

(三)上述八十九年實際執行結果，政府對健保保費補助及行政經費補助共計 862 億元，約占收入 2,937 億元【保費收入 2,877 億元加計政府行政經費補助 60 億元(計算費率時未包括在內)】之 29.35%，即醫療資源收入來自政府補助 29.35%，除不符保險人共同承擔風險之精神外，行政經費補助於計費率時未包括在內，顯示現行費率之計算偏低。

五、財務危機

目前我國全民健康保險，納保率已高達 96.00%，獲得大多數國人肯定與支持（民眾滿意度約 70.00%），惟其財務卻潛藏諸多危機，以其最近五年經營成果觀之，醫療費用平均成長率約 10.70%，遠高於保費收入每年平均成長率 3.10%。且自八十七年三月起，保險財務收支即發生短絀，目前每月平均短絀約 6 億元，截至九十年六月底止累計短絀高達 311 億元，以原累積之安全準備加以填補，其最近五年之淨填補數額如下：

單位：新台幣億元

項目	年度	86 年度	87 年度	88 年度	88 下 89 年 度	90 年度	
		決算數	決算數	決算數	決算數	預算數	截至 6 月實際數
保險收支賸餘(短絀)		125	39	(188)	(99)	(278)	(24)
收回安全準備淨填補數							
每月平均賸餘(短絀)		10	3	(16)	(6)	(23)	(4)
安全準備期末餘額		647	686	498	399	121	375

依全民健康保險法第六十七條規定，保險安全準備總額低於一個月之保險給付（九十年年度預估約 264 億元）時，應調整保險費率，九十年年度預算預計截至九十年十二月底全民健保安全準備餘額僅餘 121 億元，折合保險賠款與給付約 0.46 個月，依該法規定，必須調高費率，或增加以部分負擔，或調降給付項目等，增加保費收入或減少醫療支出，俾使健保維持財務平衡。

六、監督機制

依全民健康保險第三條規定，衛生署為全民健康保險之主管機關，同法第四條規定，為監理本保險業務，並提供保險政策、法規之研究及諮詢事宜，應設全民健康保險監理委員會。第八十三條規定，該保險之財務收支，由中央健康保險局以營業基金方式列入年度預算辦理，故我國全民健康保險之保險人中央健康保險局，向均編列國營事業預算，經立法院審查後，方予執行。又其執行悉依政府相關法令規定辦理。準此，我國全民健康保險業務須受行政院、立法院及監察院（審計部）之監督。

肆、我國健康保險制度與荷蘭、德國、英國社會醫療保險制度之比較

以下除保險種險種類外，其餘項目僅就各國法定健康保險制度之現況比較之。

一、保險種類

- (一) 我國:包括全民健康保險及私人健康保險二種。
- (二) 荷蘭:包括特殊性醫療支出保險、社會健康保險、公務人員健康保險、私人健康保險等四種。
- (三) 德國:包括法定健康保險、公務人員健康保險、私人健康保險等三種。
- (四) 英國:包括國民健保服務(屬社會福利，而非健康保險)、私人醫療保險等二種。

二、保險人屬性

- (一) 我國:全民健康保險為法定強制性保險，採單一保險人制度，由政府設置中央健康保險局辦理。
- (二) 荷蘭:特殊性醫療支出保險及社會健康保險均為法定強制性健康保險，均採多元保險人制度，由私人辦理。
- (三) 德國:法定健康保險採多元保險人制度，由私人辦理。
- (四) 英國:國民健保服務非屬保險性質，故無保險人。

三、保險費率

- (一) 我國:全民健康保險之保險費率係由保險人精算。精算結果，如保險費率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；或該保險之安全準備降至最低限額（一個月之保險給付總額）者；或該保險增減給付項目、給付內容或結付標準，致影響保險財務者，由主管機關重行調整擬訂保險費率，報請行政院核定。現行費率為 4.25%。
- (二) 荷蘭:1. 特殊性醫療支出保險之保險費率採變動式費率，依薪資所得而定，每年由獨立之法人機構社會健康保險基金會估算

後向衛生部提出方案核定後實施。現行費率年課稅薪資第一級距 4 萬 8,995 荷幣以下之醫療支出保險稅率為 10.25%。

2. 社會健康保險之保險費率採固定式費率，由獨立之法人機構社會健康保險基金會估算後向衛生部提出方案核定後實施。現行費率為 8.10%。

(三) 德國:法定健康保險之保險費率，係由疾病基金會(保險人)依被保險人薪資所得訂定，由雇主及員工各付半數。現行費率平均約 13.50%。

(四) 英國:國民健保服務非屬保險性質，故無保險費率。至辦理該服務所需經費係全數由政府負擔，其經費來源主要為稅收。

四、保險人行政經費

(一) 我國:健保局為辦理該保險之人事、行政經費及設備費等，全數由政府編列預算補助。

(二) 荷蘭:政府未編列預算補助，而係由雇主與被保險人透過保險費負擔。

(三) 德國:與荷蘭相同。

(四) 英國:國民健保服務相關經費全數均由政府負擔，並編列預算送國會審議，惟因國民健保服務非屬保險性質，故無保險人行政經費問題。

五、保險人預算型態

(一) 我國:健保局編列國營事業預算，須經立法院審議通過後據以辦理。

(二) 荷蘭:保險人因屬私人部門，故其年度預算均無須送國會審議。

(三) 德國:與荷蘭相同。

(四) 英國:國民健保服務係屬社會福利性質，相關經費全數由政府負擔，應編列預算送國會審議，惟因國民健保服務非屬保險性質，故無保險人預算問題。

六、保險業務監督機制

(一) 我國:全民健康保險業務須受行政院，立法院及監察院之監督。

(二) 荷蘭:由中央政府設置國家健康照護費率署決定醫療服務提供者收

取之費率標準，包括決定醫院之預算。公共衛生事項則歸市政府管轄。

(三) 德國:由聯邦保險局監督各種保險業務，採自主行政方式，由聯邦政府負責立法，邦政府為裁判，重要事項均由保險醫師協會與各類保險人協會談判達成。

(四) 英國:國民健保服務業務由英國衛生部監督。

七、優缺點

(一) 優點

1. 我國:
 - ①全民皆可享有健康保險之醫療服務，且可任意選擇醫療服務機構，滿足民眾選擇醫事服務機構及醫師就診之需求，符合公平原則。
 - ②保險費率目前僅 4.25%，遠較德國及荷蘭為低。
2. 荷蘭:
 - ①採多元保險人制度，並由私人辦理，較具競爭性。
 - ②採醫療資源總額分配制度，較有利於抑制醫療支出之成長。
 - ③政府無須編列預算補助保險人行政經費，亦無須編列預算補助醫療服務機構之研究發展或醫療設備經費，減少政府之財政負擔。
 - ④保險人之年度預算無須送國會審議。
3. 德國:
 - ①採多元保險人制度，並由私人辦理，較具競爭性。
 - ②法定健康保險之保險費率係由保險人自行訂定，費率調整容易，並符合市場機能原則（如費率調整不合理則被保險人會重新選擇其他保險人）。
 - ③政府無須編列預算補助保險人行政經費，減少政府財政負擔。
 - ④保險人之年度預算無須送國會審議。
 - ⑤政府對保險人及醫療服務機構之管理及監督採自主行政方式，較具市場機能，並有追求效率之誘因。
4. 英國:
 - ①落實福利國家社會福利政策。
 - ②全民皆可享有國民健保服務，符合公平原則。

(二) 缺點

1. 我國：
 - ①近年來政府每年補助健保保費及行政經費近 900 餘億元，占醫療資源收入近 30%，不但使得保險費率低估（行政經費補助於計算費率時未包括在內），且排擠其其他政事，並有違保險應由被保險人共同承擔風險之精神，又地方政府財政拮据，地方基本政事需求已無法將滿足，尚須仰賴中央政府補助，何來經費補助健保，致欠費高達 235 億元，無力償還，顯見我國現行健保制度極不合理。
 - ②採單一保險人制度，且由政府辦理，政府為球員兼裁判，不具市場競爭性，缺乏追求效率之誘因。
 - ③保險人由政府辦理，人民容易誤將「社會保險」當作「社會福利」，而拚命要求政府全方位照顧弱勢族群，並抗拒調升保險費率，如未能盡速解決，未來將拖垮整個健保制度。
 - ④健保局須編列預算送立法院審查通過後方能辦理，常造成業務推動之延擱。
2. 荷蘭：
 - ①採醫療資源總額分配制度，致家庭醫生未依病人之病情需要而浮濫轉診，而醫事機構於受分配之醫療資源限額外，則不願多接受病人，致慢性病患必須長久等候，無法立即就診，影響病人就醫之權利。
 - ②政府未補助醫事機構之研究發展或醫療設備經費，致醫療水準難以提升，據受訪者告稱，該國近五年之醫學技術停滯成長。
 - ③各醫療機構為使醫療支出控制在受分配之醫療資源額度內，而降低醫療服務品質。
 - ④社會健康保險非全民皆可享有，有違公平原則。
 - ⑤因有家庭醫師及轉診制度之限制，無法任意選擇較佳醫療服務機構，未能滿足民眾選擇醫師就診之需求，有違公平原則。
3. 德國：
 - ①保險費率由保險人自行訂定：年年上漲，目前平均費率高達

13.50%，被保險人及其雇主健保費負擔沉重。

- ②政府對保險人及醫療服務機構之管理及監督採自主行政方式，大部分項均由保險醫師協會與各類保險人協會談判達成，當談判不成時方由聯邦政府仲裁，因此協議之達成曠日費時。
- ③政府過度補助醫療服務機構購置醫療設備成本，造成醫療機構投資過剩，醫療設備利用率僅約70%，造成醫療資源浪費。
- ④法定健康保險非全民皆可享有，有違公平原則。
- ⑤開業醫生之醫療資料大部分均無須申報，聯邦保險局收集醫療資料不易。
- ⑥因受家庭醫師及轉診制度之限制，無法任意選擇較佳醫療服務機構，影響民眾選擇醫生之需求，有違公平原則。

4. 英國：①缺乏追求效率之誘因。

- ②政府對健保之財務負擔沉重。
- ③受限於政府財政負擔，醫療品質、水準及技術均難以提升。
- ④為控制醫療支出成長，慢性病患必須長久等候，無法立即就醫，影響病人就醫權利。
- ⑤免費醫療性質與社會福利類似，容易產生醫療資源浪費。

伍、考察心得及建議與結論

荷蘭及德國之社會醫療保險暨英國之國民健保服務行之多年，其相關法規及制度完備，實施經驗豐富，綜觀荷蘭、德國及英國之實施情形後，所獲心得及具體建議與結論如下：

一、考察心得：

(一)英國之國民健保服務係採社會福利性質之免費醫療制度，醫療費用悉由全民繳納之稅捐負擔，而非屬保險制度，致人民拚命要求政府增加醫療服務，提高醫療人員薪資，造成政府沉重之財政負擔，故英國為實現福利國家理想所採行之醫療制度，雖落實了照顧全民之社會福利，惟因其醫療機構間不具競爭機制，造成醫療效率低落及醫療資源浪費，終將拖垮政府財政。

(二)荷蘭之社會醫療保險分為特殊性醫療支出保險及社會健康保險二種，均採私人多元保險人制度。特殊性醫療支出保險屬法定強制性全民社會保險，針對需長期照護(一年以上之住院治療)及需高額治療之重大疾病(如精神病)暨慢性病等提供特殊性醫療照護，茲因其保險之財務風險已超過一般被保險人正常合理應承擔之保費範圍，故其保費之計算與一般健康保險不同，係由員工與雇主隨所得稅加徵，具有附加捐性質，並有累進稅率之效果，所得越高者，應負擔之保費越高，旨在責成富裕者應承擔較大之社會責任，俾分擔低所得者無力繳納之保費，以減輕低所得者之財務負擔，並分擔社會責任，雖屬社會保險，惟明顯兼具有社會福利之性質。至社會健康保險亦屬法定強制性社會保險，提供門診、住院(一年以內)、復健等一般性醫療服務，並規定薪資所得低於法定上限者及社會安全福利津貼受益者必須強制參加，保費由雇主與員工按薪資之固定比率分擔，純屬保險性質。故荷蘭所採行之醫療制度能兼顧以富濟貧之社會正義及風險分散之社會保險精神，且採私人多元保險人制度，故亦具有競爭機制，可提升醫療資源使用效率，不失為一良好制度。

(三)德國之法定健康保險亦採私人多元保險人制度，並規定薪資所得低於法定上限者必須參加，薪資所得超過上限者，可選擇參加法定健康保險或私人健康保險，至薪資所得低於法定下限者，則適用社會救助法，統籌納入社會救助範圍。保費全數按被保險人之薪資所得計算，雇主與員工各負擔半數，政府不予補助，目前平均費率高達 13.50%，且年年上漲，人民負擔沉重。故德國所採行之醫療制度，除對低所得者之救助外，純屬保險性質，並具有競爭機制，惟富裕者得不參加，非屬全民保險，且富裕者得不必承擔照顧低所得者之社會責任，不符社會公平及正義之精神。

二、考察建議：

(一)我國全民健康保險制度並無類似荷蘭之特殊性及一般性健康保險之劃分，無論重大或一般疾病，長期或短期病患，其保險風險均採固定費

率，按六類被保險人之身份別計算，其中無力承擔之農、漁民及低收入戶等，政府則予以鉅額補助，依據最近年度資料，政府每年補助之款項共計近 900 億元，占全年醫療資源收入接近 30%，不但使得保險費率低估(計算費率時未包括行政經費補助)，且排擠其他政事支出，並有違保險應由被保險人共同承擔風險之精神。又政府補助以外之保費收入大多來自薪資所得者，造成一般薪資所得之中產階級必須承擔高風險之重大疾病及長期病患之醫療費用，有違社會公平原則。為求改進，建議比照荷蘭，將我國全民健康保險劃分為特殊性醫療支出保險及一般性健康保險二種，特殊性醫療支出保險之保費納入綜合所得稅或其附加捐，以累進稅率方式加徵，讓高所得者承擔較重之社會責任，俾符合以富濟貧之社會正義原則。至一般性健康保險之保費計算，則依薪資所得之高低，按固定費率計算，低收入戶則比照德國，納入社會救助範籌，俾使保險費率趨於合理化，並可避免薪資所得之中產階級，因龐大之特殊性醫療支出，而負擔過多之保費。

(二)我國全民健康保險由政府辦理，人民誤將「社會保險」當作「社會福利」，而拚命要求政府全方位照顧弱勢族群，並抗拒調升保險費率，為避免健保拖垮政府財政，及鑑於國家整體資源有限，民間可以辦理之業務政府即不應辦理，而應交由民間辦理，建議比照荷蘭及德國，改由私人保險人辦理。

(三)我國全民健康保險採單一保險人制度，不具市場競爭性，且缺乏追求效率之誘因，為提升其經營效能，建議比照荷蘭及德國，改採私人多元保險人制度，並由被保險人自由選擇保險人，使其具競爭性。

(四)健保局為辦理該保險之人事、行政經費及設備費等，全數由政府編列預算補助。鑑於該項支出原為辦理保險業務之必要成本，為落實保險係由被保險人共同承擔風險之精神，建議比照荷蘭及德國，保險費率精算時將上開政府補助經費計入，改由被保險人及其雇主共同負擔，俾合理反映真實費率，且可迫使保險人在保險費率調升不易之情況下，設法抑制醫療費用之成長。

- (五)我國全民健康保險制度，除政府每年補助保費及行政經費應編入總預算送立法院審查外，健康局亦應編列年度預算，送該院審查通過後，方能辦理，造成政府補助經費重複審查及業務推動之干預與延擱。有鑑於此，建議比照荷蘭及德國，改由私人保險人辦理。
- (六)近年來保費收入成長漸趨停滯，人口結構快速老化，罹病率逐漸提高，醫療科技發展日新月異，民眾對醫療技術及醫療水準之需求不斷增加，導致醫療費用成長快速，造成目前每月平均短絀約 6 億元，衛生署為避免短絀持續擴大，雖已採取醫療費用總額支付制度，惟目前實施範圍僅包括牙醫及中醫門診，至醫療費用所占比率最大之西醫則迄未實施，為避免短絀持續擴大，而拖垮健保財務，建議比照荷蘭，儘速全面實施總額支付制度。
- (七)為鼓勵醫療服務機構從事醫學技術研究發展或引進先進醫療技術，俾提升我國醫療水準，建議比照德國，配合國家醫療發展政策，賡續由政府補助其醫療研究發展或引進國外醫療先進技術之相關經費。

三、考察結論：

本次考察受益良多，如上所述，受訪三國之社會醫療保險，在制度及法規上均已極為完備，人民視為必要之生活保障，社會健康保險業者亦多謹守分寸地擔任政府公權力之執行者，而未將其視為賺錢行業，其中荷蘭所採行之制度與我國曾提出之健保法修正草案中，公辦民營之多元保險人方案類似；德國所採行之制度，著重於政府立法及監督，不直接介入社會醫療保險之運作，而係由保險人自行管理；英國所採行之制度則屬社會福利而非社會保險，與保險所衍生之問題不同。

茲因荷蘭、德國及英國之歷史背景、社會文化及政治環境均不相同，故其採行社會醫療保險制度均不相同，上述考察建議係就我國可參採部分研議，而非將其制度整體移植。它山之石可以攻錯，為解決我國全民健康保險財務窘境，似宜參採上述建議，通盤檢討，整體改制。