

## 摘 要

本會本次赴日本、韓國考察之目的如下：

- (一)健保組織與運作現況。
- (二)監理作業之運作現況、健保稽核及監督事項。
- (三)健保制度的改革措施。
- (四)可供參考學習之處。

考察之心得及建議包括：

- (一)日本及韓國健保制度中辦理保險業務之保險人太多，組織複雜，應予統合：日本的醫療保險制度中有五千餘個保險人，韓國醫療保險之保險人亦有二百多個，組織太過複雜。我們在推動保險人多元化時，仍應避免重蹈覆轍，注意不應有太多的保險人。
- (二)日韓二國均出現保費負擔不公平的問題，採加強查核，以求公平：保費負擔不公，受薪者與自營業者，因不公平的收入依據，或無法掌握其確實收入，造成保費負擔的不公平現象，目前台灣的保費負擔亦有同樣的不公平現象。應加強勞工與自營業者所得之掌握，以改善此不公平現象，也藉此增加健保收入，解決部分的財務負擔。
- (三)健保財務負擔及老人問題均衝擊日韓二國的健保政

策，應未雨綢繆：日本於 1985 年建立「老人保健制度」，十年來，此項支出占年總醫療費用之比率，由 1985 年之 25.2%，提升至 1994 年之 30.4%，可見人口老化對醫療費用所造成之壓力。另國庫補助政府掌管健康保險由 1960 年之 2.0% 升至 1996 年的 13.4%，政府對於健康保險補助之增加，方可能成為台灣健康保險要面臨的課題。醫療保險的財務赤字，在世界各國都為難解的問題，台灣亦同，而其中老人醫療保險給付及重大傷病的給付，更造成健保財務的沉重負擔，應及早因應。」

(四)偏遠地區的保費及醫療問題均考驗日韓二國的健保制度，足為我國之前車之鑑：日本醫療保險對於鄉村地方或偏遠地區，不以降低偏遠地區或離島的保險費為主要對策，而以提高偏遠地區及離島之醫療水準為目標。如因政府無法提供與都市地區相同之醫療設備，急症或重病患者之移送費應由健保給付，不應由偏遠離島居民自行負擔。

(五)診療報酬申報制度的健全化：日本的醫療機構依規定向審查單位申請費用，如審查報酬申報有誤，只核減多餘的部分，不加倍處罰或回推，健保局對於多數不實申報者，如為累犯應列管，其餘應加強宣導導正其誠實申報，以逐漸減少

「回推加倍處罰」之情形和健保局與醫療單位的爭執，專業審查亦應朝著發展 Practice

guidelines 及 Clinical paths 等，增設醫療品質的標準治療程序，以確保制定合理的診療報酬，以求公正公平。

(六)藥價基準及藥價差落實：日本自 1967 年 10 月 1 日修正藥價基準後，藥品的總費用逐年降低，醫師從藥價差所獲取的利益也逐年減少。自 90 年代，因藥價差的縮小，醫師自行調劑或聘藥師調劑不合經濟利益，而民眾對醫療權益的覺醒及醫療糾紛層出不窮，導致處方箋釋出率提升，醫師在此情況下，才不反對醫藥分業。健保局在調整藥價時，應明查暗訪，調查出實際之交易價，以便訂出之藥價基準更符合市場價，藉藥價基準的公布縮小藥價差。

(七)應設全民健保研究所，從事研究與改革：日本政府為了研究健康保險的問題，在社會保險廳下，設有社會保險大學，專門研究健保有關的問題及訓練全國各地的工作人員。另於厚生省下，也獨立設有公眾衛生研究所，對於職災、環保、婦幼衛生、健康照護、營養、藥學及核能健康等均各設有研究部門從事研究，作為厚生省的諮詢部門。健保局或衛生署可參考日本厚生省之做法設立獨立之研究機構，或在現

有國家衛生研究院體制內進行相關研究，研究健保的各種問題，以供制訂政策參考。

(八)日本、韓國之醫療保險制度中，並無如同我國在衛生署下設有健康保險的監理機關，對於保險人之監督管理，主要為醫療保險主管機關之執掌。日本方面，由厚生省保險局負責監督指導各項保險制度及組織的運作，並由各健保組合自行管理；而在韓國方面，依據醫療保險法第 81 條及施行細則第 94 條規定，將指導及督導職責委託給市、道負責人。

在中央主管機關保健福祉部內，年金保險局的保險政策科只負責督導保險人經營政策的變更及特殊狀況，實務上之督導是由醫療保險聯合會負責，日韓的分散式監督，是否盡到督導責任？有待繼續觀察。

(九)醫療保險制度的改革：在醫療費用快速成長但保費成長卻趨緩的壓力下，日本的醫療保險體系面臨非常嚴重的挑戰。因此自 1997 年修訂一些具體措施以改善現況，例如調高病人部分負擔、藥品實施部分負擔、提高政府掌管健康保險之保險費率、改革老人保健制度。然而這些僅以提高病人部分負擔的暫時性策略將無法持久，因此此一政府的修正案正遭受到嚴重的批評。

(十)韓國之醫療保險制度是採高部分負擔(住院部份：20%，門診部份：30-40%)，而醫療給付範圍則僅限於非高科技及非高額之基本醫療服務之項目，因此在此次金融風暴中，所受財務影響並未顯著，值得繼續觀察此一制度之演變。