

天下沒有 白吃的 午餐

談醫學生

對全民健保應有的認知

撰文／蔡哲安

一、前言：

醫師一向享有崇高的社會地位與令人欣羨之收入，曾幾何時，隨著社會不斷地變遷、資訊科技之快速發展、民衆教育及生活水準不斷地提升，加上人口結構（老年人口的增加）與疾病型態之轉變（慢性病患者人數驟增）等因素，使個人利用醫療服務之機會無形中增加，整體醫療成本大幅上漲，以上種種因素，導致醫師的生存空間減少。尤其明年（八十三年）全民健康保險開辦在即，身為醫學生的我們，對於自己切身的問題，應該有所認識和了解，因此本專題將站在醫學生的角度來看醫療保險制度。

二、健康保險之基本概念：

「保險」，應從「社會安全」立場來看，社會安全之維護與國家社會經濟發展和國民生活福祉兩者密切相關，若實施全民健康保險，可以用合理的方法聚集基金，將發生特定危險所產生的傷害、損失，分散於全體成員，共同來負擔此一風險，也就是以自助互助和風險分擔的原則，達到經濟安全的目的。

健康保險制度之整體結構中有四個組成要素，分別為：承保機關、投保單位、被保險人（醫療消費者），醫療提供者。其中承保機關，在目前的公勞保體制下，係指勞保局和公保處；而投保單位則為被保險人之服務單位或所屬團體；至於被保險人和醫療提供者，則分別指加入保險的一般消費大眾及提供醫療服務的

特約醫療院所。

健保正常運作之關鍵，在於健全之財務狀況及適當的醫療服務品質與績效。健保的財務主要來自保費，依據社會互助原則，保險費是由政府、雇主與被保險人三者來共同分攤的。而保費的收取方式、分擔比率及財源籌措方式，攸關保險財務的健全及穩定。由於保費是由於承保機關統籌辦理，當被保險人利用醫療資源時，由承保機關支付醫療費用，在這種第三者付費的模式中，由支付制度來決定醫療服務的報酬，而付費的標準如何訂定，有待另一套完善的審查制度，以審核醫療院所申報的費用是否正確、合理，有無造假作帳的情形發生。因此，支付制度和審查制度的合理與否，也是影響保險財務的重要因素之一。此外，醫療的服務量及利用率，不僅和醫療成本有關，同時也影響整個醫療服務的品質。所以健康保險理想的經營方式，應在固定財源的情況下量入為出，且在控制醫療成本的同時，既不影響醫療服務品質，又能提高服務的績效。

三、全民健康保險的特性：

1. 強制投保
2. 團體入保
3. 單一體制
4. 中央政府主辦
5. 保險費為主要的財源
6. 財務責任制
7. 綜合醫療服務
8. 部分負擔
9. 總額預算支付制
10. 部分安全準備

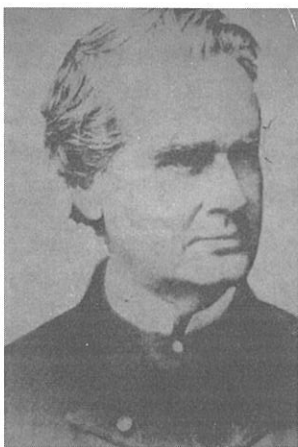
四、全民健康保險的目標：

台灣目前之醫療服務屬自由就醫之型態，且醫療服務本身即是一種具有高度專業性、封閉性的市場。在這樣的醫療交易市場中，病患多是扮演被動者的角色，亦即所有診療過程中的各項活動及花費，幾乎完全由醫師決定，且所接受服務的質與量，亦無法如其他商品般，可加以互相比較或判斷其合理性。因此全民健保的實施，即是由政府介入醫療市場，於全體國民均為被保險人（醫療消費者）的前提下，使政府在醫療提供者與醫療消費者之間，扮演第三者（保險人）的角色，向醫療消費者收取合理的保費，以支付醫療提供者在提供醫療服務時所應得的報酬。並配合各項相關措施，控制醫療消費於合理之範圍內，減少民衆就醫時財務的障礙，有效利用醫療資源及提昇國民適當醫療服務。

在此種保險體制下的被保險人，完全無年齡的限制，只要符合資格均應加入。將原有保險給付項目中的老年、死亡、殘障等三項與未來規劃中的健康保險分開，使財務責任得以釐清、保險財務更易掌握，使民衆就醫時多一層保障，更可確保醫療品質。

五、全民健保歸劃內容：

全民健保的規劃工作自民國七十七年於經建會成立規劃小組，民國七十九年七月一日奉行政院指示，由衛生署繼續接辦第二期規劃工作，為使全民健保於全面實施時，能兼顧到各相關層面，乃依據規劃重點區分成財務制度、支付制度、醫療體系、體制法令及教育宣導等五個分組，且由全民健康保險規劃指導委員會



現代婦科之父——西孟士

來監督各組規劃工作和進度，並延攬資深的醫療、保險、公共衛生、財務、經濟等專家學者為顧問，以提供意見並指導各組推動工作。同時也聘請許多國際知名的學者專家為健保規劃小組的外籍顧問，以提供各國寶貴的經驗，期能使我國的全民健康保險制度能趨於健全。以下簡述全民健保規劃小組現階段之規劃重點，使同學能充分瞭解全民健保的發展方向，對於醫學生的角度扮演有更深一層的認知：

(一)研擬並設計中央承保機關之體制和組織條例，同時訂定「全民健康保險法」草案，以作為推展全民健保之基本組織架構及實施準則。

(二)明訂保險給付項目及保險對象，考慮保險財務負擔能力及醫療保健供需配合條件，避免重複浪費醫療資源，增進醫療保健的效率和成果。保險對象以全體國民為原則（軍人除外），採強制投保方式，由政府、雇主、被保險人分擔保費。

(三)部分負擔措施之設計與推動，目的在避免醫療資源的濫用與浪費，去除過當的醫療供給和消費行為，抑制醫療費用快速上漲，避免整體社會資源分配的不公平，此構想的精神與原則如下：

1. 基本負擔一

被保險人須自行負擔住院費用的百分之十，門診費用的百分之二十；其中的門診負擔額，為簡化行政作業，節省行政成本，擬採定率精神、定額作法，將負擔額化為定額費用向受益者收取；而住院的自付額則依實際醫療費用的百分之十計算。

2. 越級負擔一

為減少被保險人越級就醫，造成醫療資源不當的利用，對於未依轉診規定而越級就醫者，加重其部分負擔的比率。

3. 弱勢團體一

對於老人、兒童、殘障同胞、低收入戶者，將由社會救助機關以醫療費用補助方式全額核退，但越級醫療者不予以補助；生育、重大疾病或經指定的預防性保健服務，均免除其部分負擔。

4. 設定部分負擔總額上限一

在保險原則及社會福利之雙重考慮之下，為了避免被保險人就醫時財務負擔過重，將訂定被保險人最高負擔的金額。

(四)設計各種財務相關制度：包括財務責任及精算制度、保費計算制度、投保薪資合理化研究、保險基金之運用與管理，慢性病療養由保險支付的可行性研究等，使保險財務更趨健全，以達到公平就醫、不虧損、不浪費的目標。

(五)根據公勞保資料分析醫療利用型態、類別、費用，並進行醫療支出調查，以便預估全民健保實施後國民醫療所需的費用，並藉此了解全民健保實施後，國民醫療利用的影響程度，以作為全面推展之參考。

(六)組成全民健保醫療費用支付標準表研究小組，以現行公勞保支付標準表為架構，以作為全民健保支付標準表訂定的基礎，採行單一管道的支付制度。

(七)分析現有公勞保的病患資料，以發展合理的醫療服務審查與稽核制度，使各醫療院所能發揮其功能，提供適切合宜的醫療服務，確保其服務品質。

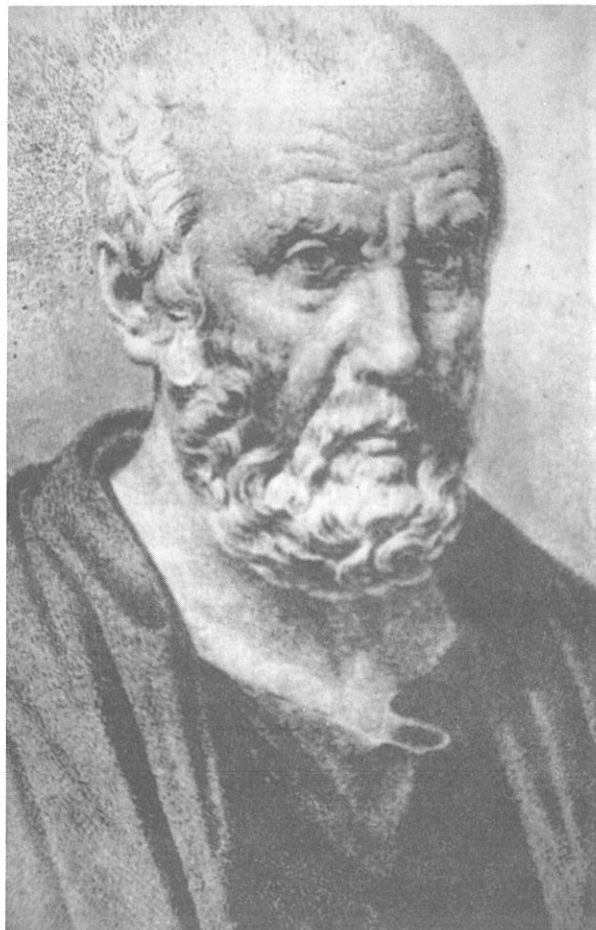


第一位
流行病學家——
法拉卡斯多羅

- (八) 成立醫藥分業規劃小組，推動並試辦醫藥分業，以提升施藥品質，健全藥品流通管理體系，防止藥物濫用，建立診察費與藥品費用分別列帳制度，控制醫療費用于合理的範圍內。
- (九) 評估各區域醫療資源的數量、分布及醫療需求的多寡，配合醫療網的推行，促進醫療資源合理分布，俾使健保實施後，讓民衆就醫更便捷，節省交通往來所花費的時間與金錢。
- (十) 規劃全民健康保險資訊系統，發展出一套適用於全民健保的資訊網路系統，加強各醫療院所與相關單位間的連繫，有利於醫療費用申報及審核制度的落實，轉診制度的實施，人員設施的交流、支援與管理，同時也可使醫療業務的推展效率提高。
- (十一) 擬定長期人才培訓計畫，並逐步從師資培養、學校教育、國家考試、在職訓練，及國內外研究進修等途徑，培養全民健保所需相關人才。
- (十二) 透過各種媒體如報章雜誌電視廣播，實施教育宣導工作，使所有民衆了解全民健保的實施原則與措施，並能加以配合。

六、結論：

推行全民健康保險，關係國家發展及國民福祉甚鉅，而醫療保險制度越趨健全，民衆所受醫療照顧也就越周全，對社會安定及生產力之提昇，有莫大助益。此一制度實施之成敗，一方面取決於事前是否有妥善的規劃與評估及政府相關政策的配合；另一方面，則視國民對全民健保是否



醫學之父——希波克拉提斯



解剖學之父——加林

有正確的認知，利用醫療資源的行為和態度是否正確。因此，政府在辦理保險時，仍要注意合理之費率和給付，避免虧損而造成財務上之沉重包袱，而國人也應建立正確的保險觀念，畢竟天下沒有白吃的午餐，不可一味擴大投保人權益而不盡義務，一再壓低保費；倘若社會保險一旦被扭曲，財務無法求得平衡，導致整個全民健保制度崩潰，到頭來吃虧的還是國人自己。另外醫界面臨全民健保所帶來的衝擊如擬實施的醫療網、轉診制度、醫藥分業制度等重大變遷，日後如何因應調整醫療院所經營型態及管理方式，並維持醫療品質，則是當務之急。