

英國

全民健康保險制度簡介

英國於一九一一年五月間國會才通過第一部國民保險法（National Insurance Act），該法係屬於強制投保的社會保險，其保障對象，僅對所有受僱者及部份低收入者提供免費醫療。

一九四二年，威廉·貝佛里奇爵士（Sir William H. Beveridge）提出「社會保險與有關服務報告書」（Report on Social Insurance and Allied Services），成為日後英國建立社會安全制度的藍圖。

I、概況

一、適用對象

英國於一九一一年制定國民保險法，創辦健康保險，當時適用對象僅限於一部份國民。

一九四六年改制為國民保健服務，一九四八年正式付諸實施，凡全國國民及境內居民，一律納入保障範圍。

二、行政機構：

英國政府為有效利用醫療保健資源，集中事權，於一九七四年四月間依據一九七三年七月間制度的國民保健服務重組法（National Health Service Reorganization Act），由衛生社會安全部主管全國國民保健服務業務，統籌有關政策的擬訂，並負監督之責。

在衛生社會安全部下設有區域保健局（Regional Health Authority，簡稱 RHA），專司負責保健服務及保健服務的策劃、資源分配及審核地區保健有關計畫等事宜。

地區保健局（Area Health Authority，簡稱 AHA）負責各地區的保健服務事宜。

有關保健服務的提供仍依照其類型區分為開業醫師服務、醫院與專科醫師服務以及社區

保健福利服務等三大部門。至於保險費收繳及現金給付則由各地方機構辦理，再集中送至衛生社會安全部，由該部交付區域保健局，最後支付給各醫療服務機構或醫師。

另由家庭醫師委員會負責與衛生社會安全部長進行診療報酬的協議，並支付診療報酬予已開業醫師（多為一般科家庭醫師）。至目前各區醫療小組的機構為社區保健協會，係一自治團體，其目的在反映社區居民的需要，為社區居民的需要，為社區居民爭取權益。

三、醫療給付

（一）給付條件：

凡英國國民及境內居民均可獲得國民保健服務。

（二）給付內容：

根據 NHS 所提供的醫療，大致可區分為：一般家庭醫師（General Practitioner）服務、藥劑、齒科眼科服務、醫院及專科醫師服務、及其他服務等。英國的醫療供給體制與我國相異，是由國家負責供給醫療，同時由國家控制供給形態。換言之，英國的醫生不得任意開業，患者也不能任意看醫生受診。

患者要想利用 NHS 診療的話，首先非前往自己所登記的一般家庭醫師的地方不可。一般家庭醫師沒有住院設備，因此若要住院，或有必要進一步做專科診療，只有家庭醫師轉介到當地醫院求醫。原則上醫院不接受門診，其醫療行為是由專科醫師來承擔。

四、診療報酬給付方式

英國現行醫師報酬，主要是依據一九六五年公布的「家庭醫師服務憲章」（Charter for the Family Doctor Service），而由衛生社會安全部長與開業醫師代表交涉後協定之（註四），足見與早期的人頭報酬制大有

不同。至於牙醫師報酬支付方式，則採按量計酬制（fee-for-service），惟仍需依照牙醫公會與衛生社會安全部長協定的標準支付之。

II、財務概況

一、國民保健服務

英國國民保健服務財源，大多來自國庫。根據一九七六年統計，百分之八十八來自國庫，百分之八來自國民保險的保險費，百分之三點五由受益者負擔，其他佔百分點五（註五）。

有關國民保險保持綜合保險費率制，包括老年、殘廢、死亡、生育、傷害、疾病及失業等項，由勞資雙方共同負擔。政府對於國民保險所需費用，每年約負擔18%。

二、財務收支情形

英國國民保健服務費用以一九七〇至一九七五年間增加最為快速，年平均增加率為21.2%。一九七六年以後，已採行若干抑制國民保健服務費用的措施，因此，一九七六年至一九七八年間，年平均增加率降低為12.7%。

由於國民保健服務財源約90%來自稅收，支出必須受國家預算比例的節制，因此，尚無收支不平衡的困擾。

至於國民保險的財務情形，以往發生過收支不平衡的現象，但是自從一九七五年以來却一直有結餘，尤其一九七八年四月間開始實施所得比例年金制，規定受僱者及其僱主必須按所得比例繳納保險費（除非受僱者已參加職業年金制度），因此，保險費提早調整，增加保險費收入，而使得國民保險財務未再發生赤字。

III、保險費用增加原因

英國醫療費用增加的原因，主要鑒於人口老化、人事費用的上漲、保健服務項目的增加以及國民保健知識水準的提高等因素所致。

除上述醫療費用上漲問題之外，英國政府已將醫療資源的有效分配及公平使用等列為另一重要課題，並針對國民保健服務制度的缺失加以探討，研擬若干方案，用以解決醫療服務中所遭遇的問題，加強為民服務，保障國民的健康。

IV、保險費用抑制對策

一、抑制藥費

英國政府於一九七七年一月公布預算白皮書宣稱，自一九七六年度至一九七九年度間預計削減藥劑費、事務費等約二億四千萬鎊。為達成此目標，衛生社會安全部對於家醫師所開的處方箋嚴加督導，促其在同一種類的藥劑中選擇最低廉的開列處方。另對於製藥公司、藥劑師的利益及藥商廣告費等均予以約制，避免藥劑成本大量增加，並減少政府在藥劑方面的預算支出。

然而藥劑的增加率，似乎沒有明顯的降低趨勢。因此，目前衛生社會安全部已將抑制對策的重點，轉移至調高患者部份負擔醫療費用方面。

二、預算的有效分配

英國政府自一九七四年間經營組織重組後，對於醫療資源的適當分配及各部门間的優先順序的設定已逐漸重視，此乃鑒於各地區的醫療資源分布不均。

為期各國醫院資源分配的有效起見，英國政府並於一九七六年設置資源分配委員會（Resource Allocation Working Party, RAWP），釐定醫院收入的計算公式，調查各醫院的費用支出，各地區的人口密度、老人住院次數、精神病患者及殘障者人數等資料，俾作為預算分配的參考。

醫院保健服務各部门間的預算分配，依據理患者的需要而擬定其優先順序與分配其增加比率。

在預算額方面，若超過實際支出額，則下年度的預算額中心必須扣除其溢支數額；若預算尚有剩餘，則下年度只能增加原預算的1%（至多五十萬英鎊），其餘的分配給資源較缺乏的地區，用以縮短各地區間資源分配的差距。

三、組織重組

英國政府為計畫與有效率地利用醫療資源，以收到社會與地理分布的均等化，早於一九七三年制度「國民保健服務重組法」，由社會

安全部統一擬定全國醫療保健政策並負監督之責，其下設有區域保健局，負責每一區域內的保健服務工作，在每一區域之內又分為數個地區保健局，每一地區又劃分為許多的區醫療小組，也就是實際負責保健服務工作的機構。

一九七四年復根據該法設置下列四種新機構

(一)保健服務監理委員會 (Health Service Commission) 由政府任命委員，以處理人民陳情及訴願等案件，達成監察與伸張正義的功能。

(二)懲戒委員會 (Disciplinary Commission) 由醫界與非醫界人士為委員及政府任命的主任委員所組成，處理有關家庭醫師所遭遇的難題。

(三)醫院諮詢服務 (Hospital Advisory Service)，處理住院患者的問題，醫師與職員工作條件的改善，以及建議醫院業務的改進等。

(四)社區保健協會 (Community Health Council)，為代表國民、消費者、患者利益的地方團體，也是國民保健服務制度的監督者，其秘書公開競選，委員採代議制，以加強社區居民參與保健計畫的責任，並向地方保健當局提出建設性的建議。

四、其他對策

一九七七年七月間，皇家協會提出有關國民保健服務的報告，其中對於經營機構中區域

保健局權限的強化，地方保健局與區醫療小組機能的統合和工作簡化，以及廢除家庭醫師委員會等事項均有所建議，用以提高國民保健服務的經營效率。

此外，皇家協會對於現行制度的看法，一致肯定：(一)現行財務方式仍應以一般稅收為主；(二)私人診療制度對於國民保健服務並不具有重要的意義，故有關自費住院的存廢問題並無關緊要。

英國政府除針對上述各項對策提出檢討外，亦逐漸提高患者部分負擔的費用，並考慮縮小處方免費受益的對象，預計一九八〇年至一九八一年間可增加收入二億一千二百萬英鎊，用以充實保健財源。

V、結論

英國國民保健服務係採國營方式，雖然可透過預算用以抑制醫療費用，但在資源分配與服務效率等方面仍有若干缺失。尤其面對當前經濟情況普遍不景氣，英國首相柴契爾夫人，已致力改變國家預算支出的優先順序，將經濟生產置於社會福利之前，用以削減社會服務等支出。

至於英國國民保健服務是否繼續維持獨佔的局面，或是民營保險業會在協助下快速成長，逐漸消除國民保健服務的獨佔，仍屬未知之數。但不容否認的，英國現行醫療保健制度歷經數十年的檢討與改進，與醫療社會化理想的差距已日趨縮短。

日本 健康保險簡介

日本在一九二二年（大正十一年）為了保護受僱勞工的健康，首先制定健康保險法，於一九二七年付諸實施，將適用工廠法與礦業法的工廠、礦場等僱用勞工滿十人以上者，均強

制納入健康保險保障範圍，其他從事生產性工業等員工則可自願投保。另鑒於農村及都市地區的低收入國民無任何法定的保障，遂於一九三八年（昭和十三年）制定國民健康保險法，係以地區為單位的地域性保險制度，屬於自願

安全部統一擬定全國醫療保健政策並負監督之責，其下設有區域保健局，負責每一區域內的保健服務工作，在每一區域之內又分為數個地區保健局，每一地區又劃分為許多的區醫療小組，也就是實際負責保健服務工作的機構。

一九七四年復根據該法設置下列四種新機構

(一)保健服務監理委員會(Health Service Commission)由政府任命委員，以處理人民陳情及訴願等案件，達成監察與伸張正義的功能。

(二)懲戒委員會(Disciplinary Commission)由醫界與非醫界人士為委員及政府任命的主任委員所組成，處理有關家庭醫師所遭遇的難題。

(三)醫院諮詢服務(Hospital Advisory Service)，處理住院患者的問題，醫師與職員工作條件的改善，以及建議醫院業務的改進等。

(四)社區保健協會(Community Health Council)，為代表國民、消費者、患者利益的地方團體，也是國民保健服務制度的監督者，其秘書公開競選，委員採代議制，以加強社區居民參與保健計畫的責任，並向地方保健當局提出建設性的建議。

四、其他對策

一九七七年七月間，皇家協會提出有關國民保健服務的報告，其中對於經營機構中區域

保健局權限的強化，地方保健局與區醫療小組機能的統合和工作簡化，以及廢除家庭醫師委員會等事項均有所建議，用以提高國民保健服務的經營效率。

此外，皇家協會對於現行制度的看法，一致肯定：(一)現行財務方式仍應以一般稅收為主；(二)私人診療制度對於國民保健服務並不具有重要的意義，故有關自費住院的存廢問題並無關緊要。

英國政府除針對上述各項對策提出檢討外，亦逐漸提高患者部分負擔的費用，並考慮將小處方免費受益的對象，預計一九八〇年至一九八一年間可增加收入二億一千二百萬英鎊，用以充實保健財源。

V、結論

英國國民保健服務係採國營方式，雖然可透過預算用以抑制醫療費用，但在資源分配與服務效率等方面仍有若干缺失。尤其面對當前經濟情況普遍不景氣，英國首相柴契爾夫人，已致力改變國家預算支出的優先順序，將經濟生產置於社會福利之前，用以削減社會服務等支出。

至於英國國民保健服務是否繼續維持獨佔的局面，或是民營保險業會在協助下快速成長，逐漸消除國民保健服務的獨佔，仍屬未知之數。但不容否認的，英國現行醫療保健制度歷經數十年的檢討與改進，與醫療社會化理想的差距已日趨縮短。

日本 健康保險簡介

日本在一九二二年(大正十一年)為了保護受僱勞工的健康，首先制定健康保險法，於一九二七年付諸實施，將適用工廠法與礦業法的工廠、礦場等僱用勞工滿十人以上者，均強

制納入健康保險保障範圍，其他從事生產性工業等員工則可自願投保。另鑒於農村及都市地區的低收入國民無任何法定的保障，遂於一九三八年(昭和十三年)制定國民健康保險法，係以地區為單位的地域性保險制度，屬於自願