

赴日內瓦參加第五十四屆世界衛生大會  
並赴荷蘭宣達我國加入世界衛生組織意願

出國人	服務機關：	行政院衛生署
	職稱：	署長
	姓名：	李明亮 等十人

出國地點：瑞士

出國期間：中華民國九十年五月十一日至二十四日

報告日期：中華民國九十年八月二十三日

出國人員名冊：

<u>服務機關</u>	<u>職稱</u>	<u>姓名</u>
行政院衛生署	署長	李明亮
行政院衛生署	技監	蕭美玲
行政院衛生署	副處長	賴幼玲
行政院衛生署	簡任技正	阮娟娟
行政院衛生署	秘書	周素珍
行政院衛生署	副研究員	馬文娟
行政院衛生署	科長	葉公杰
行政院衛生署中央健康保險局	總經理	張鴻仁
行政院衛生署中央健康保險局	副理	李少珍
行政院衛生署疾病管制局	科長	韓世寧

## 摘要

世界衛生組織（WHO）第五十四屆年會於本（二〇〇一）年五月十四日至二十二日在瑞士日內瓦舉行，本署、外交部協同台灣民間醫療衛生團體，第五度組團前往，宣達我國加入世界衛生組織的意願和希望能善盡國際社會責任之期望。而由友邦所提邀請我國以觀察員身份參與世界衛生大會之議案，因受到中共之阻擾，仍未能列入大會議程。

我加入世界衛生組織政策之推動，在政府與民間之共同努力後，終於在本年有許多值得注意之進展，但未來如何突破目前會員對我之無形支持，進升到採取行動的有形支持，須要採取長期扎根性的作法。

本報告分就參與外交部支援團工作、第五十四屆世界衛生大會進行情形及推動進展提出簡要說明，並對未來本案之推動工作提出建議。

1. 加強向美國及歐盟國家之洽助工作：1. 爭取各國國會對我案之支持並建立與各國衛生部門合作機制 2. 規劃無任所大使參與遊說及推動工作。
2. 推動人道援助工作：加強對落後國家之衛生醫療援助工作，無論有邦交與否；並加強國際緊急救難援助、醫療團及物資捐贈等工作之進行。
3. 加強國際衛生合作：針對世界衛生組織、聯合國及國際關心之重要衛生議題，如愛滋病、瘧疾、菸害防治等，加強參與國際衛生合作計畫，並配合辦理相關國際研討會。
4. 加強國際文宣工作：積極洽邀全球性知名報社、醫學雜誌之主編或負責人來台參訪，加強國際媒體瞭解並報導本案。

## 目次

壹、目的 p.5

貳、過程 p.5

參、心得與建議 p.6

肆、荷蘭健康保險制度介紹及考察心得 p.7

## 壹、目的

為凸顯我國遭聯合國體系各組織排除之不合理現象，並展現我參與國際組織之極高度意願，自民國八十六年起，政府即積極推動參與WHO案，並採務實作法，以申請觀察員為先期目標。

世界衛生組織(WHO)第五十四屆年會於本(二〇〇一)年五月十四日至二十二日在瑞士日內瓦舉行，本署、外交部協同台灣民間醫療衛生團體，第五度組團前往，宣達我國加入世界衛生組織的意願和希望能善盡國際社會責任之期望。本年在行政院張院長指示下，成立行政院推動參與世界衛生組織(WHO)專案小組，由行政院衛生署署長擔任召集人，外交部部長為協同召集人，專案小組成員由衛生署、外交部、經濟部、僑委會、陸委會、新聞局、文化建會等相關部會及國內民間團體、海外華人組織、無任所大使共同組成，並於四月三十日召開第一次專案小組會議，確定本年之工作策略。

## 貳、過程

### 一、參與外交部支援團工作

本署人員疾病管制局韓世寧及葉公杰二位科長於四月三十日提前赴日內瓦參與外交部支援團工作，工作項目包括：

聯絡及拜會邦交及非邦交代表團，表達我國(台灣)成為世界衛生組織觀察員的意願。

分送晚會邀請卡，並說明邀請參與之目的及誠意。

對有興趣的國家，提供有關我國衛生體系現況及發展說明與資料。

友邦國家衛生首長及其他參加世界衛生組織人員的接機事宜。

署長與友邦國家衛生首長等人之工作餐會會場協助。

與經濟部駐日內瓦WTO代表團聯繫等。

### 二、第五十四屆世界衛生大會

第五十四屆世界衛生大會於五月十四日於日內瓦召開。今年參加爭取加入WHO活動的人員包括本署相關人員、外交部籌組之支援小組外，並有民間團體代表約六十人前往，為歷年之冠。

第五十四屆世界衛生大會於五月十四日開議，總務委員會於當日上午集會，我友邦巴拿馬、帛琉、聖多美普林西比、薩爾瓦多、宏都拉斯、塞內加爾和多明尼加等國提出「邀請台灣以觀察員身份加入WHA」案，在總務委員會中計有宏都拉斯、多米尼克、尼加拉瓜和布吉那法索等四國支持我案，但發言反對者卻有中國、古巴、巴基斯坦等共十國，總務委員會因而決議，不將我加入WHA觀察員案

列入大會議程。嗣後大會全會於當日下午審議總務委員會之報告時，史瓦濟蘭及薩爾瓦多兩國代表發言支持我國，而中國及巴基斯坦則發言反對，最後大會並未動用表決，在全體會員國代表無異議下確認總務委員會決議，我國今年的爭取活動也宣告失敗。

本（第五十四）屆世界衛生大會(World Health Assembly)由於中共之阻擾，我國參與世界衛生組織案雖然再度受挫，但與往年相較仍有諸多進展：

1. 本署李署長於五月十五日，在日內瓦與美國新任衛生部長 Mr. Tommy Thompson 正式會晤，會談氣氛愉悅。Thompson 部長主動表示曾訪華至少五次，自視為我堅定友人。李署長提出盼美方能具體支持我國成為世界衛生組織觀察員，俾有適當管道交換國際衛生資訊及回饋國際社會，希望美國能於適當場合公開發言支持。Thompson 部長表示：(1) 美方願協助我國與世界衛生組織建立聯繫(involve Taiwan in WHO)，(2) 五月十六日將在隆河飯店 American International Club 演講，可適時表達美方支持我國實際參與世界衛生組織工作之立場。
2. 此次為五年來，美國首次於世界衛生大會期間在日內瓦，由衛生部長公開對外說明美國對我參與世界衛生組織案表之支持，為充分瞭解 Thompson 部長記者會之情形，我駐日內瓦辦事處同仁特於五月十六日中午前往記者會現場。
3. Thompson 部長於五月十六日之記者會中表示：台灣參與世界衛生組織案雖未能列入世衛議程，但身為美國衛生部長，其支持台灣在 WHO 中扮演角色(Playing a role)，俾得參加會議及運用專長，以促進台灣之衛生發展。其並保證美國總統亦支持台灣參加 WHO 之會議。
4. 世界衛生大會期間首次有日內瓦當地媒體(通訊報, La Courier)發表專文，支持我國參與世界衛生組織並呼籲各國政府及世界衛生組織正視我國參與之合理權益。「日內瓦新聞俱樂部」並首次邀請本署署長前往發表專題演說，及回答記者發問。

#### 會議之進行及議程

WHA 各項議題之研討，分由 A、B 兩個委員會(Committee A & Committee B)同時進行，議程如附件一。A 委員會主要針對衛生議題，進行觀念溝通及相關技術之研討，以求共識，促使會員國能採取相同之步調處理健康衛生問題，共謀全人類健康之最大福祉。本次大會主要之衛生議題計有肺結核病防治、愛滋病防治、食品安全、嬰幼兒及兒童營養、菸害防治會議組織架構之建立及非傳染性疾病之預防與控制等等。B 委員會則主要針對世界衛生組織財務的收

支、運用狀況以及其它事項進行研討。

### 參、心得與建議

我加入世界衛生組織政策之推動過程中政府與民間合作無間，可說是未來繼續努力的堅實基礎，雖然中國無所不用其極的封殺台灣，但支持我參與世界衛生組織的國家卻也仍舊的一再支持，五年來，美國與若干歐洲國家均已瞭解本案之推動並表示支持之意。以美國為例，美眾議員 Sherrod Brown 分別於一九九九年五月及二〇〇一年二月提案（HR1794 號法案及 HR428 號法案），支持我「適當且有意義」地參與WHO，而以上二項法案經參、眾二院通過後，於一九九九年十二月七日經柯林頓總統簽署及二〇〇一年五月二十八日經布希總統簽署，成為 Public Law 106-137 及 Public Law 107-10。在歐洲，奧地利醫師公會曾致函我駐奧國代表處，表達支持我國加入WHO為觀察員之立場。另，該公會並致函奧國外交部長、勞工衛生暨社會部長及WHO歐洲地區辦事處主任，籲請支持我國盼參與WHO之訴求。八十八年十二月，英國知名之醫學健康週刊（The Lancet）刊登「台灣：停止隔離的時候到了」（Taiwan: time to end the exile）之社論，呼籲國際社會正視並改善我國因政治因素而被排除於WHO之外的不公平現況及因此所衍生之問題。本年日內瓦當地媒體更首度於世界衛生大會審議我案當日刊登支持我案之專文，另在大會開議期間亦有數篇我案之相關報導，以上情形均顯示我案之訴求在歐美國家已獲得一定程度之支持與瞭解。僅提出以下建議以為相關政策擬定之參考。

1. 加強向美國及歐盟國家之洽助工作：1. 爭取各國國會對我案之支持並建立與各國衛生部門合作機制 2. 規劃無任所大使參與遊說及推動工作。
2. 推動人道援助工作：加強對落後國家之衛生醫療援助工作，無論有邦交與否；並加強國際緊急救難援助、醫療團及物資捐贈等工作之進行。
3. 加強國際衛生合作：針對世界衛生組織、聯合國及國際關心之重要衛生議題，如愛滋病、瘧疾、菸害防治等，加強參與國際衛生合作計畫，並配合辦理相關國際研討會。
4. 加強國際文宣工作：積極洽邀全球性知名報社、醫學雜誌之主編或負責人來台參訪，加強國際媒體瞭解並報導本案。

## 肆、 荷蘭健康保險制度考察心得

### 一、行程

日期	內容	拜會機構、人員
5/15	抵荷蘭	
5/16	1.Mr. Robert Scheerder ( Chairman ) 2.Dr.Wynand van de Van ;  Dr. Niek Klazinga	中央醫療費率制定機構 ( CTG ) Erasmus 大學衛生政策與管理教授  荷蘭大學社會醫學系主任
5/17	1. Nico Oudendijk ( Director-General for Health ) 2. Louw de Graaf ( Chairman ); Remi Langengerg ( Exexutive Secretary )	荷蘭衛生福利及運動部 ( VWS )  健康照顧保險委員會 Health Care Insurance Board ( CVZ )
5/18	離荷返國	
5/19	抵台	

### 二考察內容報告

#### (一) 荷蘭健康保險制度綜觀

荷蘭面積 40844 平方公里，人口 1 千五百七十多萬人，國民年平均所得約 26000 美元，男性平均餘命 75 歲，女性為 81 歲。60 歲以上人口佔全國 18.3 %。第三類服務業人口佔 74 %，醫療費用佔 GDP 的 8.7 %。依世界衛生組織 2000 年報告書荷蘭每人醫療平均支出佔受評 191 個國家的第 9 名，整體醫療體系的表現為第 17 名，較鄰近德國、比利時、英國等國均表現優異。此外安樂死、部分毒品及同志婚姻的合法化在在顯示這個國家的獨特性。

受到 Dekker 委員會各項建議很深的影響，荷蘭今日的健康安全體系分為三層：人人都必須參加的特殊性社會保險 ( AWBZ ) 是為第一層，保的是昂貴長期，私人不願涉入的重大健康照顧風險；與工作就業有關的社會保險 ( ZFW ) 是為第二層，保的是基本急性健康照顧風險；依個人能力任意購買的附加險為第三層保障。荷蘭人及其政府認為她們的健康照顧體系有幾個重要特色 1.公、私混合財源：以第二層保障來看至少 31 % 民眾係以參加名譽保險來確保健康的基本照顧，在 OECD 國家中僅次於美國。2.醫療供給者多為私人屬性：此與醫院的前身多為非營利慈善組織或收容機構有深厚的淵源。3.荷蘭式新法人、社團



(neocorporatism) 組織或團體的興起。1970's 及 1980's 年代無論醫事團體、僱主團體或受雇者組織在政策形成時，均有許多顧問團體 (advisory bodies) 拉力與推力的出現，導致“成本高、決策慢”社會容忍度逐漸的降低。1993 年國會甚至接受 De Jong 委員會的建議，限制顧問團體的數量與範疇。除此之外，尚有：急、慢性照顧統一支付標準、計畫性醫療機構能量及健康照顧品質的監督等特色。

以下就實施背景、保險本質、承保對象、行政、給付、財源、實施管理監督及抱怨申訴等方面列表簡述 AWBZ、ZFW、民營保險及公務人員保險等四個重要保險。

## 1. 特殊社會保險 (AWBZ)

### 實施背景

1962 醞釀對重大疾病造成嚴重財務負擔者，提供保險。1967 年 12 月 14 日通過特殊醫療支出法 (EMEA)，1968 年 1 月 1 日實施。

### 保險本質

強制保險。因信仰或其他因素不願加保者，加重所得稅。

### 承保對象

荷蘭居民及繳薪資稅的外勞。歐盟互惠國居民。(約 1600 萬人)

### 行政

以現行一般健康險的保險人為保險人，一年登記一次，不續約時必須在兩個月內告知。

### 給付

包括護理照顧、精神醫療照顧、殘障照顧及預防醫療。某些情況需要部分負擔如心理治療、機構治療、護理之家照顧及居家照護。部分負擔依個人或其配偶收入而定。被保險人享有的具體醫療服務包括：營養諮詢、365 天後的住院治療、入住護理之家、殘障機構或 Arnhem “Het Dorp” 殘障居所區、殘障人士招待所、殘障人士日間照顧中心、護理之家門診治療、居家照顧、復健、精神病院精神照顧、普通或教學醫院精神病房照顧、區域心理衛生門診照顧服務、區域庇護收容中心服務、精神科或神經科醫師的心理治療服務、門診診所的精神科照顧、部份時段的精神治療、盲人或弱視者的健康照顧、聾子或重聽者的健康照顧、智障者的照顧、智障者的日間照顧安置、智障者的招待所照顧、孕婦 B 型肝炎檢查、孕婦新生兒健康照顧、先天性代謝疾病檢查、及疫苗注射等內容。

## 財源

來自被保險人。受雇者繳交薪資稅，由雇主扣給財稅單位，再轉入由健康照顧委員會（CVZ）管理特殊醫療支出一般基金；非受雇者保費由財稅單位認定繳交；15 歲以下及 15 歲以上無獨立繳稅所得者免繳保費。某些情況病人有部分負擔，由疾病基金會保險人收取彙入。1998 年稅率為 9.6%，財源中來自稅收佔率為 88%，病人部分負擔佔率為 11.96%，政府補助僅 0.1 %。

## 實施管理監督

特殊社會保險（AWBZ）同社會保險（ZFW）由衛生福利運動部（VWS）主管，由健康照顧保險委員會（CVZ）監督。醫療採實物給付（benefit in kind）為主。除了保險人外，得由全國 31 個健康照顧辦公室（regional health care office）代為與院所簽約、收取病人部份負擔以及提供區域諮詢服務。依法保險人不可自營院所。保險人代表與醫療供給者代表協商合約內容，協商失敗由 CVZ 訂定標準合約（model contract）

## 抱怨申訴

抱怨途徑有二：依行政程序法向原執行單位保險人提出，仍不滿意可向 National Ombudsman 或行政法院上訴；另外亦可逕向 CVZ 提出。CVZ 可就此提供執行單位指引或眾多反映時向部長提出報告。

## 2. 社會保險（ZFW）

### 實施背景

1964 年 10 月 15 日健康保險法（The Health Insurance Act ZFW）通過，1966 年 1 月 1 日實施。

### 保險本質

合乎條件者強制加保。反對加保者，加重所得稅。

### 承保對象（約 1000 萬人）

1. 傷病給付法規定的 65 歲以下年薪 64600 荷幣的受僱者（2000 年）或領有失業、失能保險給付相當上限金額者；
2. 領有遺族、失能保險或津貼等福利補助者；
3. 參加失能保險、65 歲以下課稅收入低於 41200 荷幣之自營作業者；（2000 年）
4. 健保法規定的某些領有退休年金或給付等特殊群體；
5. 前述人口至 65 歲以上時原則上繼續加保；
6. 從沒參加過健保基金各項計劃 65 歲以後，收入低於某一水準者亦可

自願參加。

7. 被保險人 65 歲以下的眷屬（含共同居住的合法配偶、登記同居人、同志配偶、親身子女、繼子女、領養子女及配偶前次婚姻子女）
8. 歐盟訂有條約國荷蘭居住者亦可適用。

### 行政

疾病基金會接受全國民眾的登記（海員及旅居國外者登記受限），除非基金會中途改變定額保費，否則登記有效期為一年，改變登記應兩個月前通知。登記後發給醫療憑證。醫療或給付服務機構必須經 CVZ 的核准與保險人個別簽約。荷蘭亦有非特約院所或境外就醫的特殊規定。

### 給付

家庭醫師照護、輔助治療（paramedical care）產科照顧（助產士為主）牙科（成人以預防服務為主）藥品（俗名藥之外差額自負）專科醫師照護（若需住院支付最基本病房費、365 天以後由 AWBZ 付費）特材、交通、產後在宅服務、聽力、遺傳中心服務、洗腎中心或居家洗腎、呼吸器依賴治療與服務、復健、血栓預防服務及另外經 CVZ 批准的政府補助服務（人工生育、職業病門診治療等）

### 財源

1. 與被保險人收入有關的保費，2000 年保費費率為 8.1 %（雇主 6.35 %；員工 1.75 %）。為 ZFW 的主要財源。
2. 定額保費（nominal contribution）：2000 年被保險人及其配偶平均年繳 310 荷幣（採月繳方式）1995 年 1 月 1 日起子女免繳。65 歲及 65 歲以上退休人員由社會保險銀行年金支付中扣繳。
3. 政府依據健保基金老人聯合補助法案（Joint Funding of older people insured by the health Insurance Funds Act 簡稱 MOOZ）徵收的補助款，即所謂的分攤保費（apportionment contribution）。為私人保險被保險人對強制險有過多老人的事實進行風險的分擔另外繳交的定額保費補助。2000 年 20 歲以下被保險人每人 111 荷幣，20 歲到 65 歲被保險人每人 222 荷幣，65 歲以上被保險人每人 177.6 荷幣。
4. 1986 年前參加老人健康險基金計劃及志願健康險計劃者，因計劃廢止後轉入 ZFW 者，其保費由政府逕行補助。

### 實施管理與執行

Zfw 的執行由疾病保險基金會辦理，必須符合 Zfw 的各項要求。截至目前疾病基金會不能自營醫療院所，對 GP 能選擇性簽約，對醫院則必須全面性簽約。基金會除了貸款外只能提供跟被保險人與醫療供給者有利

的健康照顧有關的服務。近來 VWS 希望放寬基金會的營運範圍。事實上部分基金會被允許提供藥材。90 % 的基金會均登記經營附加險，如產後照顧、牙醫、在宅服務、假器、助聽器、替代藥品及境外就醫費用等。ZFW 體制中，CVZ 與 CTU 負責監督與管理。兩個單位的功能與任務容後做較清楚的介紹。

抱怨與申訴

同前述 AWBZ

### 3. 私人保險（第二層保障部分 Wtz）

實施背景

1986 年 Medical Insurance Access Act（WTZ）與陸續修正的相關法規於 1998 年彙整為 WTz 法案。新舊法的差異在新法包括了分攤保費的設計、保險公司可有準備金的規定、行政程序法對爭議事件的適用，對私人保險公司執行 WTz 保險行政監督與規範及行政成本支付與設定

保險本質

私人保險公司提供標準保單，對被保險人損失進行補償。

承保對象

符合 1998WTz 法中各類被保險人（Categories of People）資格者，依規定為標準保單的適用與簽約對象。包括先前參加過已廢止健保計劃者或公務人員公法醫療花費計劃者，65 歲以上老人及居住荷蘭但無投保任何醫療保險者及其眷屬。

行政

合乎規定標準保單承保對象，當合於資格之日起應於四個月內向私人保險公司提出申請。有特殊理由者亦可於半年之內提出申請。1998 年 WTz 法及投保私人保險事後核退規定標準保單的醫療費用範圍。基本上其支付標準與 ZFW 相同，在病人自負額部分留有差異。就某種意義而言 ZFW 及 AWBZ 是健康照顧險，而標準保單是損失補償險。

給付

被保險人可自由選擇醫院、專科醫師、口腔外科牙醫、齒列矯正、家庭醫師、牙醫、助產士、生育助手、物理治療師、職能治療師、及語言治療師等醫事人員服務。若要得到專科門診治療償付，必經家醫、專科醫師及牙醫的轉介，若要償付復健治療要有家醫及專科醫師的轉介。此外就醫交通花費亦給付。國外旅遊、出差及受訓期間的就醫亦可申請償

付，至多補償國內醫療費用的 2 倍，365 天內的住院費用。刻意國外住院或手術、治療是不給付的。依據 1998 年四月歐洲法庭 2 個判例，只要具承保資格，在歐盟簽約國就醫視同荷蘭境內就醫，具有同樣的給付水準與償付。

## 財源

### 分攤保費

WTz 法案下，允許私立保險人對接受標準保單被保險人理賠與保費收入之間的差異計入分攤計劃。為私立保險人之間財務風險的調整。2000 年所有私人保險 65 歲以下的被保險人每年繳交分攤保費為 20 歲以下者 198 荷幣、20 至 65 歲者 396 荷幣。

### 保費

標準保單部分在一定上限下由各個保險人自訂各類被保險人的定額保費。2000 年的情形為：前曾參加健保基金會 65 歲以下者為 200.90 荷幣；65 歲及 65 歲以上者每人每月 251 荷幣；65 歲以下者亦為每人每月 251 荷幣；被保險人的 18 歲以下及 18 至 27 歲全職學生子女付被保險人保費的一半；學生補助法補助對象及其配偶每人每月 74 荷幣，其子女每人每月 9.97 元，至多計收 3 口。

### 實施

除特准不辦標準保單者外，荷蘭境內的私人保險公司均應依規定提供。分攤風險部分的執行由 WTz 分攤計畫執行委員會（WTz Apportionment Scheme Implementation Council SUO）負責。

### 監督

保險管控委員會（Insurance Control Board）依保險產業監督法（Insurance Industry Supervision Act）為之。監督範圍僅為與保險人清償債務能力。標準保單保費等事項由 VWS、經濟部及財政部負責。

### 抱怨與申訴

與償付有關的爭議可提民事訴訟。承保受理爭議依普通行政程序法處理。爭訟機關有健康照顧保險加保爭訟委員會（Access to Health Care Insurance Act Appeal Committee）及規範產業組織訴訟法庭（Regulatory Industrial Insurance Organization Appeal Court）。

## 4. 公務人員保險

## 實施背景

傳統上公務人員及警察另有獨立保障系統。1981 年 1 月 1 日起中央政公務人員及現任教職人員參加公僕醫療支出計劃 ( Public Servants' Medical Expenses ZVO ); 地方及 Limburg 省屬公務人員參加公僕健保協會 ( Civil Servants Health Insurance Institute IZA ); 省屬公務人員加入省主管健保計劃 ( Provincial Authorities Health Insurance IZR )。IZA 及 IZR 依據聯合規定法 ( Joint Regulation Act ) 辦理。警察人員規定加入 ( Police Medical Service DGVP ) 計劃。雖為不同單位辦理，其被保險人保費分擔比例及給付水準與 ZFW 相近。

## 保險本質

這些保障計劃屬於公務人員就業條件之一。反對參加者得報主管單位核准後免除。

## 承保對象

受僱公務工作時數到達主管機關規定即可，與薪資、國籍及是否荷蘭居住無關。被保險人遺族或殘障、退休年金領取人員得自願參加。

## 行政

由被保險人提供資料，經雇主向承辦單位辦理。

## 給付

採現金核退做法。給付內容大致與 ZFW 相同，較優厚之處如：牙冠、牙橋，眼鏡、隱形眼鏡、替代藥品及整脊治療部分補助。國外急性必要治療不論是短期工作或旅遊亦可申請核退。

## 財務

採薪資分級 ( 10 級 ) 費率制。原由被保險人及雇主對半負擔。1989 年 1 月 1 日起改採定額保費，雇主部分採定額比例制。財務赤字由政府相關單位補貼。

## 實施監督管理

IZA、IZR 及 DGVP 分別辦理。內政及皇家關係部長監督。

爭訟被保險人向承辦單位申覆無效後，得向轄區地方法院提出、中央訴訟法院 ( Central Appeal Court ) 上訴。據 CVZ 主任秘書 Langenberg 表示荷蘭健保發展至今，碰到以下各項挑戰：醫療需求日增，醫療資源受限；保險立法備受壓力；歐盟敞開國界；政府規制減少的呼聲；疾病基金會合併規模是否恰當；AWBZ 等待名冊待解決；與 GP 的衝突；疾病基金會與醫療院所預算的改進；廢止全國性協定，增加區域協議；ZFW 係實

物給付，再供給者協議之下似不需部分負擔以及健保是否仍有其他的機會與風險？

## （二）參訪機構簡介：

### 1. 荷蘭衛生福利及運動部（VWS）

部長與國務卿（State Secretary）下為主任秘書及副主任秘書，其下分衛生司、照顧司以及福利與運動司。衛生司有司長負責兩個政策部門一個掌管治療身心照顧、藥品事務、公共衛生業務；另一個掌管總體經濟政策與勞工關係、迫害反抗犧牲及戰爭受害民眾部門；照顧司由司長負責一個政策部門，掌管在宅照顧及老年政策、殘障政策及健康保險；福利與運動司司長負責一個政策部門，掌管心理衛生與藥癮政策、社會政策、青年政策及運動政策。

1. 該部 2000 年健康照顧預算編列重點，開宗明義揭示在縮短照顧等待名冊、擴增照顧工作能量。企待改善的等待名冊包括治療性身心健康照顧入院治療、精神科照顧、殘障照顧、居家照顧（23000 人等待）及護理之家照顧（20000 人等待）。

### 2. 健康照顧保險委員會 Health Care Insurance Board（CVZ）；

1999 年 1 月健康執行機構法（Health Executive Agencies Act）實施後原健保基金委員會（Health Insurance Fund Council）更名為 CVZ。為監督 AWBZ 與 ZFW 之法人機構。原 45 位委員減縮為 9 位獨立專家委員，由部長任命。其職掌與任務如下：

- 協調 AWBZ 及 ZFW 的執行；二保險與其他社會安全與衛生領域政策、法規的協調；
- 提供保險人、醫療供給者及被保險人健保資訊
- 報告部長兩個保險相關試辦計劃的可行性與效果
- 提醒部長兩個保險實際走向
- 評鑑核准健保基金會與私立保險人（1999 年 7 月 1 日以後新任務）
- 核准基金會工作負荷或責任的委外
- 訂定標準合約，核准諮詢結果
- 評鑑核准醫療照顧機構（1999 年 7 月 1 日以後新任務）
- 在不給付爭議程序中提供某些意見
- 管理 AWBZ 及 ZFW 基金（分別為 AFBZ 及 AK）
- 應部長要求報告兩基金的財務能力
- 依部長指示訂定基金會、保險人預算分配政策原則
- 支付基金會
- 依 VWS 規定補助新照顧服務

## ● 執行國際支付交易及聯絡

### 疾病基金會預算分配

ZFW 各基金會醫療支出大總額預算由 VWS 設定與訂定分配原則，再由 CVZ 負責分配至各基金會。預算分配以外及不足的部分由各基金會向被保險人收取定額保費。經營盈餘時提為準備金。2002 年起荷蘭將對準備金規定上限。預算分配從 1996 年起發展出風險調整的分配模型，其中考慮的變項，彙整如下：

	1997	1998	1999	2000
醫院服務固定部分	hisc	hisc	hisc	hisc
醫院服務變動部分	A ; G ; R ; IW	A ; G ; R ; IW	A ; G ; R ; IG	30 % 過去成本 ; 70 % A ; G ; R ; IG
其他服務	A ; G ; R ; IW	A ; G ; R ; IW	A ; G ; R ; IG	30 % 過去成本 ; 70 % A ; G ; R ; IG
專科服務		A ; G ; R ; IW	A ; G ; R ; IG	A ; G ; R ; IG

hisc : historical costs per health insurance fund per insured person

A : age ; G : gender ; R : region ; IW : incapacity for work ; IG : insurance ground

## 2. 中央醫療費率制定機構 (CTG)

荷蘭在醫療費用控制上，有兩個重要的法：一為新醫院計畫法 (New Hospital Planning Act WZV) 在控制醫院服務量，另一為全國健康支付標準法 (National Health Tariffs Act WTG) 在控制醫療服務價格。CTG 為一個獨立法人執行 WTG 法所交付的任務。VWS 部長任命 9 位獨立委員，下設 5 個議事組，員工 100 名，負責醫療費率協商架構政策規定的制定、訂定及核定各健康照顧部門收費標準以及重要新試辦計畫的執行。

從 1983 年起綜合醫院採行預算制，1984 年起其他醫療機構亦採行。依據政策原則由保險人及醫療供給者協議後得到。預算包含有參數可計算的規範部分及參考過去實際成本的非規範部分。凡場所成本 (location cost) 固定成本 (fixed cost) 半固定成本 (semi-fixed cost) 及變動成本 (variable cost) 均計入。除成本外，仍訂有約 1600 多項的醫院支付標準 (auxiliary tariff) 以及按日支付的護理支付標準。此外荷蘭業發展依醫療服務產出定義的病例組合支付標準 (diagnosis treatment combination DBC)，類似美國的 DRGs，約 400 到 500 項。有可能取代目前的支付標準。

至於家醫的支付，於 1985 年起參照副部長級薪水作為薪資標準



( standard income ) 加上標準成本 ( standard cost ) , 除上標準工作量 ( standard workload ) 求出每位病患的支付單價。1999 年為每人 61 荷幣, 64 歲以上的病患每人為 71 荷幣。( subscription rate ) 當家醫提供其他非病患服務時另外支付 ( module rate )。

### (三) 心得與省思

不同國家健康照顧制度定有不同。差異形成最大原因來自不同歷史背景、文化生活方式、社會結構與社會價值。他山之石, 未必可以攻錯, 但絕對可以為創意進步的泉源。荷蘭健保制度發展至今, 幾項建構有發人深省、借鏡與進一步探討之處:

1. 民眾選擇權與社會連帶責任的重視與平衡: 不願參加強制險者可以繳交較高稅賦即可如願, 減少憲法人權之爭議。
2. 社會保險與健康保險及私人保險之間的銜接與整合
3. 公、民營被保險人之間風險分擔的調整, 有極佳的風險校正經驗。
4. 民營保險人之間風險分擔的調整, 降低逆選擇的可能性
5. 高收入者不參加強制一般社會保險, 似能減少高所得者醫療需求提昇造成整體需求被迫提昇的壓力。
6. 所得相關保費隨稅徵收, 減少行政成本, 所得無關保費採定額收取亦使行政成本降低。
7. 私人保險標準保單如何明確醫療給付範圍? 又如何在私人保險承保爭議循行政公法系統處理? 其法律關係如何? 值得進一步了解。
8. 定額保費賦予保險人之間市場競爭力, 滿足消費者自由選擇權。
9. 醫療體系轉診制度的把關, 將正確利用資源的責任由專業醫師執行是否更能確保醫療品質與效率?
10. 各種社團法人之出現係制度進步的推力或阻力? 雖不明確, 但至少滿足民眾參與的基本民主精神。
11. 荷蘭健保實施某種程度的總額預算, 其醫療照顧上的最大問題似乎為等待名冊。為總額預算國家的通病。值得我們密切觀察, 未雨綢繆。