

韓國

聯邦醫療保險制度

大約西元 1960 年時，由於社會快速的變遷及其所帶來的問題，韓國政府考慮召集專家學者著手研究社會安全制度；但由於當時韓國國民平均所得尚不到 100 元美金，故該政府在 1960 年代初期僅由一個民間互助團體組織，以 BUSAN 勞工醫院的名義，負起醫療照顧的工作。

1963 年，醫療保險法已具雛型，該計劃以自發為原則：僱主和僱員平均分擔費用；自僱者則完全自行負擔，再由政府補助行政費用。

1970 年，韓國經濟加速起飛，出口總值有十億元美金，政府訂下國民平均所得為一千美金的目標。社會經濟改革方面有所謂「SAERAUL 新村落」的成立。

1976 年修訂過的醫療保險法規定，強制將擁有 500 人以上員工的企業納入醫療保險，此法之優點在於：一、納入更多擁有固定薪資的民衆。二、利用有效的組織力量。三、逐漸將保險範圍擴大至中小型的企業。

1976 年，醫療保險法中新規定，擁有 300

人以上員工之企業也必須參與醫療保險；此外，許多公務人員及私校的教職售也納入醫療保險。因承保範圍的擴大，醫療機構不再只向某一簽約團體提供服務，而是全國性適用，提高效率。

1980 年，醫療保險範圍擴大納入擁有 100 人以上員工之企業。同時醫療服務的供需雙方成立醫療保險聯合組織，以為互相溝通之橋樑。

1981 年，韓國政府展開三個自僱者所試行的計劃。

1982 年，推行三個地區性的試行計畫及一個同一工作性質之自僱者的新制度；另外，外籍人士亦同時被納入保險。此時，保險承保範圍由擁有 16 人以上員工之企業發展至凡只要有 5 位受僱之員工與其僱主雙方取得共識後，即可加入保險。

1984 年，被保險人之配偶、雙親也納入為受益者；並展開小規模中醫醫療保險的試行計畫。

1986 年，成立一個因應全國性保險實施之特別組織。

II、承保範圍

1988年，醫療保險已將鄉村地區及漁村人民納入。

未來展望是將都會區無僱主者也能被納入保險，使每一國民都可獲得醫療上的照顧。

I、醫療保險制度組織

目前韓國醫療保險的勞工成員可分為二類：有僱主僱員及無僱主者。

有僱主僱員又細分：

一、一般普通員工：在5人以上之公司團體者，該員工及其眷屬享受有保險的保障。但賺取每月工資者，其工作時期未連續達二個月以上者不在此限。

二、公職人員及私校職員：公職人員、私校教職員、軍職人員、退休人員等皆有專設之保險類別予以規劃。

無僱主者：1988年初始有農漁業人員之保險計劃，1990年初再將都會區之無僱主者納入保險。

專業職業人員之保險始自1981年。至1987年底，共計有心類團體人員享受有醫療保險的保障。

醫療保險制度下有四個保險體，包括法人團體和公司組織。其中公司組織是韓國醫療保險公司(KMIC)；法人團體則包括企業團體、地區性團體及專業團體。保險體所負職權及功能是檢審被保險人及其眷屬之資格、收取保費、收取被保者應付之醫療服務費用，以及其他有關業務之執行。所有保險體均為韓國國家醫療保險局(NFMI)——負債審核給付之申請、實際之給付、醫療機構之指派以及監督所屬成員。

包括受益人及其眷屬，目前所謂眷屬是指配偶、雙親、子女、子女配偶、兄弟姐妹等需依靠被保險人之收入者，其資格認定標準有薪資收入及倚親之程度。

III、保險利益範圍

基本保險利益有二種：一般利益以及附加利益。

一般利益包括醫療給付、生育給付。附加利益有喪葬津貼、分娩津貼、補助金等。此外，在緊急情況下，尚有現金給付。

一般而言，所有的保險皆包括上述的給付利益，目前為了穩健財務和管理，對於給付有以下限制：

一、被保險人必須負擔部分醫療費用以免濫用醫療資源。

二、醫療給付成本標準化。

三、牙齒診治的限制，如高價物料之設限，及矯正和填補牙之給付等除外。

四、除外項目包括輕微病痛、健康檢查、預防接種、美容手術、輕微皮膚病、特別門診、住房費超出規定者等。

五、其他如因犯罪所導致身體上之傷害、非外力所致之意外，或被保險人已從他處獲得給付等。

六、利益終止是指服役期間、出國期間及在復健矯治機構護理期間。

IV、財務狀況

保險之財務來源有：

一、僱主及被保險人繳交的費用。

二、政府補助。

保險費率依保險種類及被保險人薪資而定。保險費基本上是由各個不同的團體按基自身的財務狀況來決定，一般而言，被保險人約負擔其收入之3%~8%。勞工保險僱主與僱員在無政府補助下各負擔50%保費；私校職員保險則是被保險人負擔50%，學校負擔30%，政府負擔20%；農漁業無僱主者之保費計算是以其收入及財產的範圍及受益倚親的人數而定，政府補助一部分保費及行政費用；專業職業團體之保費計算是依其收入及倚親人數而定，保費几乎全部自行負擔，政府只予極微補助。

V、服務規範

各個機構、團體所提供醫療服務系統不盡相同，但一般可分為醫師診所（第一層）、一般醫院（第二層）、及綜合醫院（第三層）。此外，韓國政府在各地皆設有保健中心等機構以照顧社區民衆，另外有藥店、私人助產士及中醫診所分散全國。

1979年以後，NFMI負有指定醫療機構之權責。在1979年6月所進行的鄉村地區計畫中，第一層及第二層的醫療服務，是由各地區保險團體來指定當地之醫療機構負責執行，目的在穩定財務和有效運用一地現有之醫療資源，第三層由NFMI指定，被指定之醫療機構不得拒絕。

醫療費用之審核與給付是依據提供服務及藥品項目之單位成本而定。

給付案件之申請是由NFMI審核委員會來審核。第一層醫療機構的審核工作交由地方審核委員會負責，中央則負責第二、三層的醫療機構審核。NFMI處理勞工保險、專業職業及有關第三層醫療機構給付之申請。

申請給付的案件是經由電腦處理。如果一個診所申請給付占全國平均數之85%或低於全國平均數，則該案審核程序趨簡；否則會

詳加審核：若是任一醫療機構所提申請給付超過全國平均數1.5倍時，則該案被退回予以修正重估，若第二次同情形出現，委員會將採實地調查方法解決。

VI、各類醫療保險制度之介紹

一、勞工醫療保險

(一)承保範圍

政府強制規定擁有16名員工以上之行號納入勞工醫療保險，另外有非強制執行者，可由擁有5名員工以上之行號，由僱主、員双方自行協商納入。其他如被僱用於外國公司行號之人員，政府資助成立的組織人員及外籍工作者均可享受勞工保險。唯以下條件者不得納入勞保：

1. 賺取日薪勞工者。（除非連續工作二個月以上才可納入）。
2. 簽約工作三個月或三個月以下之勞工者。
3. 無固定住所或戶籍之勞工。
4. 季節性之臨時工。
5. 公職人員或教育機構人員。

1988年1月始，若被保險人喪失保險資格，可於14天內提出申請保險期間延展（至多3個月）。

(二)保險利益

被保險人及其倚親者依法均享有保險利益。法定之基本保險利益適於所有被保人，附加利益視各團體而不同，勞工保險在衆多保險中，其保險利益所涵範圍最廣。

(三)財務

勞工醫療保險財務之主要來源為被保險人所繳之保費——由僱員、主平均分擔，其收取標準為各團體之平均報酬所得乘以各團體所定之比率。所謂報酬包括工資薪水、補助金等；保費比費在月報酬之3%~8%之間。

(四)管理

醫療保險團體組織負責管理，勞工保險團體由僱員及僱主組成。

二、公職人員及私校職員之醫療保險

(一)承保範圍

被保險人包括公職人員(含軍職人員)、私校教職員、退休人員以及其倚親眷屬。

(二)保險利益

一般而言，公職人員及私校教職員醫療保險的保險利益與其他險種皆同，唯一不同是此類保險提供健康檢查之給付，喪葬給付為基本給付項目之一。

(三)財務

被保險人不論公職人員或私校教職員皆按相同之費率繳交保費。政府對其僱員負擔 50% 之保費。至於私校教職員則只負擔 20 % 費用，私校教職員之僱主負擔剩餘之 30 %。

(四)管理

此類保險專由 KMIC 管理。關於給付審核之事項，因承保範圍之擴大，目前給付審核工作交由 NFMI 處理。

KMIC 組織的理事會，包括保健社會部之健康保險局主管，行政院社會福利局之主管。

三、地區性醫療保險

(一)承保範圍

被保險人為尚未參加公職人員及私校教職員保險者，參加要件為：

一、必為該地區之居民。

二、被保險人及其倚親者在參加後則喪失其他同類保險之利益。

三、被保險人加入後，喪失其他醫療照顧之權利。

如有下列情況發生，則被保險人資格取消：

1. 死亡。
2. 被遞奪公民權。
3. 遷出該保險區。
4. 保費延遲繳付及被該地區保險團體取消資

格。

(二)保險利益

此類保險之保險利益基本上與其他保險制度相同。在此地區性醫療保險計畫下，醫護人員及地方保健中心負責輕微之疾病，醫院負責主要疾病，綜合醫院則專司高技術層面之醫療工作。

(三)財務

來源為保費收入及政府之補助。保費的計算？

(四)管理

此保險制度下設有管理委員會、理事會、理事及監事。管理委員會會員是由地區執行主管經地方有關團體的建議而指派，其管理與勞工保險制度之管理規程同。

四、專業職業醫療保險

(一)承保範圍

此類團體的成員皆屬於同一種工作性質者，至 1987 年底共有 15 類團體。未來，這些團體成員可能會因都會區自僱者保險計畫之施行而歸併。

(二)保險利益

此類被保險人與勞工保險之被保人享有相同之保險利益；附加利益略不同：大部分之團體無現金給付，住院給付則需在入保後三個月方有。

(三)財務

各團體自行決定一個數目，以利保費之計算，原則是依收入及倚親眷數人數而定保費，但因被保險人皆為自僱者，故需負擔所有保費。

(四)管理

此種保險制度由於有些團體是全國性，有些是地方性，故管理制度須具彈性；但就國家整體發展而言，此種保險制度只是一種暫時性的措施。