

出國報告(出國類別：出國考察)

考察日本醫療保險制度

服務機關：行政院衛生署中央健康保險局

出國人員職稱及姓名：黃三桂局長

蔡淑鈴主任秘書

沈茂庭組長

張鈺旋副組長

廖哲慧專門委員

出國地區：日本東京

出國期間：102.01.13~102.01.20

報告日期：102.04.16

目次

第一部分 前言

- 一、背景 3
- 二、日本醫療保險制度簡介 4

第二部分 考察行程與機關簡介

- 三、考察行程 8
- 四、拜訪機關簡介 10
 - (一)厚生勞動省 10
 - (二)健康保險組合連合會 14
 - (三)國民健康保險連合會與國保中央會 16
 - (四)社會保險診療報酬支付基金 17
 - (五)公益社團法人地域醫療振興協會 17
 - (六)製藥工業協會及中外製藥株式會社研究所 19

第三部分 考察內容總體說明

- 五、日本公部門醫療保險制度 21
 - (一)醫療保險制度之變遷及其立法 21
 - (二)醫療保險制度現行體系 22

(三)保險財源及健保費計算	25
(四)保險給付種類	31
六、日本醫療支付制度（支付標準/診療報酬/藥價）	33
(一)日本醫療支付制度簡介	33
(二)日本 DPC 支付制度簡介	34
(三)日本醫療費用審查及支付制度	38
(四)日本藥價基準	40
七、心得	40
(一)重要議題	42
(二)建議	51
第四部分 附錄	
八、相關活動照片	54
九、中央健康保險局黃三桂局長演講	57
「台灣全民健康保險制度實施與挑戰」（如附件一）	
（台湾全民健康保險制度の実施状況及び挑戦）	
十、中央健康保險局沈茂庭組長演講	57
「臺灣藥品支付制度介紹」（如附件二）	
（台湾における薬品の支払制度について）	
參考資料	57

第一部分 前言

一、背景

台灣與日本不論在地理環境或是歷史淵源上有相當密不可分的關係，再者，台、日雙方不論在醫療保險制度或是藥價支付制度，亦有許多相似或參考之處，二者都是遵行德國俾斯麥(Bismarck)社會保險模式，社會保險從以工作人口為保障對象發展為職域社會保險。日本於 1922 年率先在亞洲建立醫保制度，直至 1961 年提出要所有國民都有義務加入國民健康保險，從而日本實現了全民皆保險的目標；台灣則於 1950 年、1958 年及 1985 年開辦勞工保險、公務人員保險及農民健康保險，均為綜合性保險，有醫療保險及退休年金保險，醫療保險部分於 1995 年整合全民健康保險，並於 2013 年實施二代健保，二國皆致力為全體國民的健康而持續就健康保險制度進行改革。

為加強台、日兩國為台日經濟文化交流，社團法人日本交流協會(以下稱日本交流協會)台北辦事處副代表中佐先生親自邀請本局黃三桂局長及相關部門主管赴日本東京進行演講，分別是「台灣全民健康保險制度實施與挑戰(台湾全民健康保險制度の実施状況及び挑戦)」及「臺灣藥品支付制度介紹(台湾における薬品の支払制度について)」專題演講，並安排本局黃三桂局長親自拜訪日本厚生労働省醫政局原德壽局長及醫政課等相關官員，進行實質健保外交高峰會談，非常難能可貴。此外此次考察之行，

亦由日本交流協會安排考察日本醫療保險相關機關或法人，討論台、日雙方在醫療保險制度、醫藥分業及藥價調整機制等問題，獲得許多寶貴收獲。

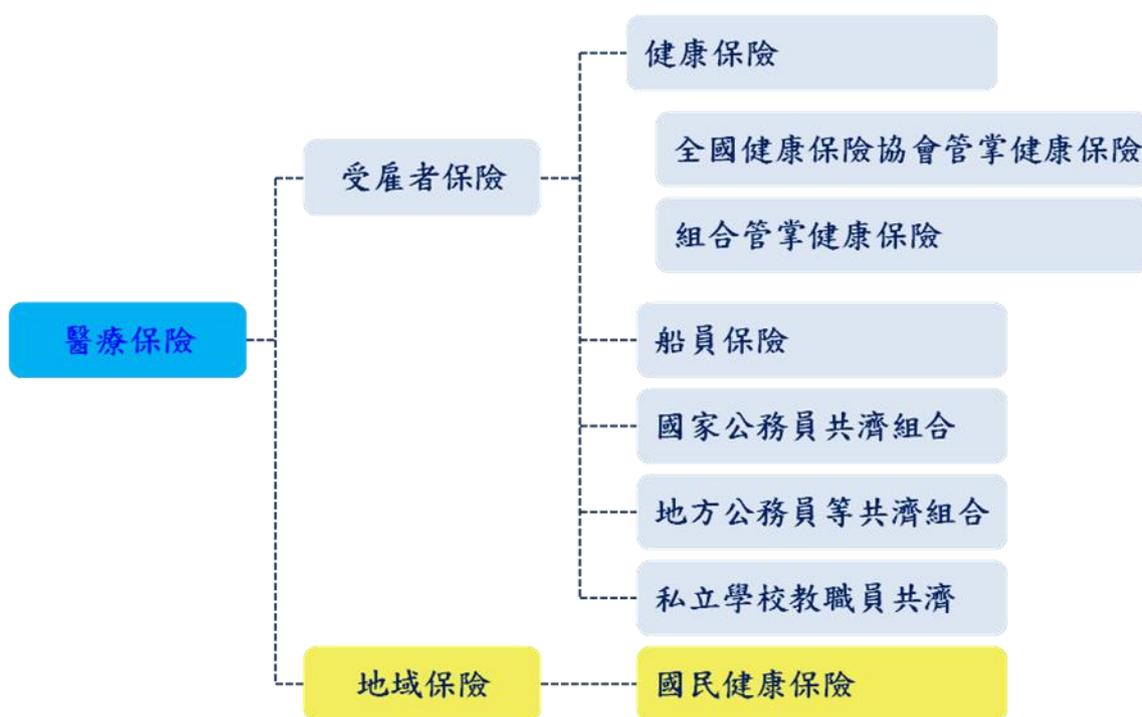
二、日本醫療保險制度簡介

德國俾斯麥政府頒布「疾病保險法」實行社會醫療保險；之後，英國、法國、奧地利、比利時、荷蘭等國紛紛仿效德國，頒布法律建立醫保制度。日本於1922年率先在亞洲建立醫保制度，隨著健康保險法的制定，日本首先建立了以受僱者為對象的醫療保險制度，其後又於1938年頒布了國民健康保險法，建立了以自營業者、農民為對象的國民健康保險制度，1961年所有國民都有義務加入國民健康保險，從而日本實現了全民皆有醫療保險。日本的醫療保險與養老保險，構成日本社會保險的兩大支柱，對於日本國民而言非常重要。

日本醫療保險制度，係採「個別立法」方式成為一完整體系，即依保險對象之不同，分為：(一)受僱者保險(職域保險)與(二)國民健康保險(地域保險)二大類。「受僱者保險」，係以受僱者為主要對象，依不同職業種類又可分為適用「健康保險法」之「一般民間受僱者健康保險」、適用「船員保險法」之「船員健康保險」，以及適用「國家公務員共濟組合(互助會)法」、「地方公務員等共濟組合法」、「私立學校教職員共濟法」等各種共濟組合之健康保險。「國民健康保險」則以地方住民為對象，適用國民健康保險法。

日本醫療保險的資金來源為保險費和稅金混合併用，醫療保險原則上應由投保人繳納的保險費支付醫療費，但日本的醫療保險的資金來源由保險費和稅收兩部分構成，即國家補貼和國庫負擔部分是由稅收來彌補的。國家財政對醫療保險的補貼也因制度不同而有所區別。本文於第三部分考察內容總體說明—「五、日本公部門醫療保險制度」，會有詳細介紹內容：

圖一 日本醫療保險制度體系圖



(一)受雇者保險

受雇者保險的分類比較複雜，根據保險對象職域的不同，分為健康保險、船員保險和共濟組合 3 大類，其中共濟組合中又分為國家公務員共濟組合、地方公務員共濟組合和私立學校教職員共濟。每項制度的建立都有相應的法律依據。

1. 健康保險

健康保險是 1922 年隨著健康保險的頒布建立起來的，其意義代表日本醫療保險制度的創立。健康保險法規定，受雇於 5 人以上企業的勞動者及其家屬都必須加入健康保險，其中包括一般受雇者和日受雇者。一般受雇者保險中 700 人以上規模企業的健康保險營運主體為企業自行建立的健康保險組合，而中小企業受雇者(如一般受雇者和日受雇者)的健康保險由政府(全國健康保險協會)營運。截止 2011 年 3 月，參加組合掌管健康保險的人數為 2,961 萬人，參加全國健康保險協會的人數為 3,485 萬人。

2. 船員保險

船員保險是考慮到船員工作的特殊性，依船員保險法於 1939 年專門創立的醫療保險制度，該制度的營運主體為政府，截止 2011 年 3 月參加船員保險的雇員為 13.6 萬人。

3. 公務員和私立學校教職員(共濟組合)的醫療保險

日本國家公務員和地方公務員的醫療保險分別由依照國家公務員共濟組合法和地方公務員共濟組合法建立的共濟組合管理營運。共濟組合具有特殊法人資格，與行政機關關係密切，同時受國家和地方政府的監督。法律規定公務員必須加入共濟組合，即只要成為國家或地方公務員，無論個人意願如何，從法律上便取得了會員資格，必須承擔繳納保險費的義務，也有權享有相應的待遇。私立學校振興共濟事業團與公務員共濟組合一樣具有特殊法人資格，接受日本文部省的監督。保險對象是所有私立學校的教職員及其家屬。截止 2011 年 3 月參加共濟組合保險的人數為 919 萬人。

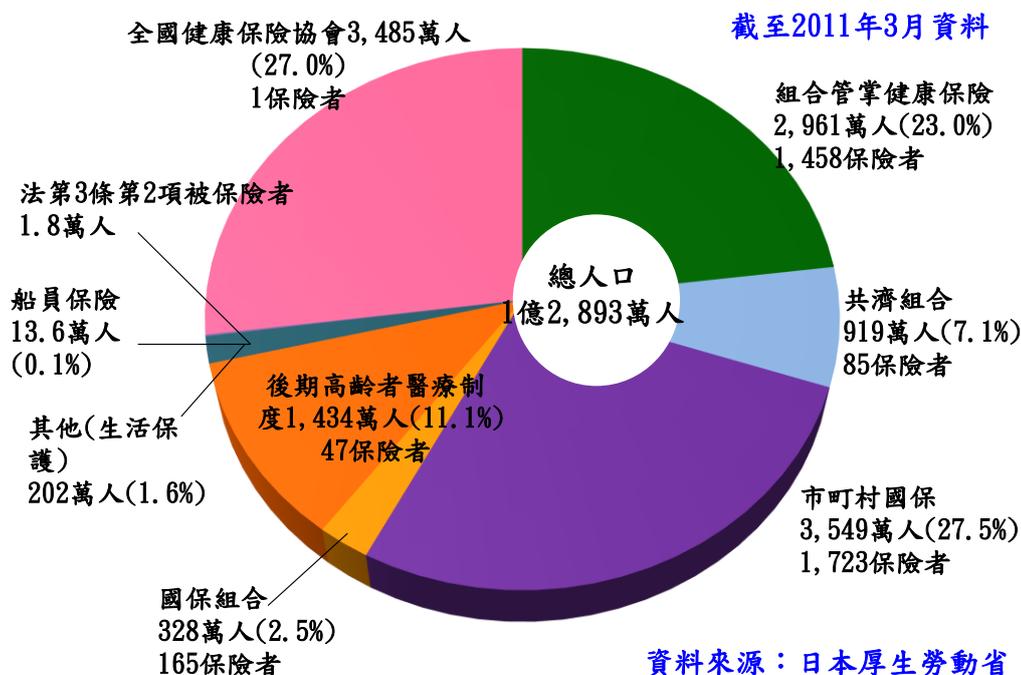
(二)地域保險

地域保險是依照國民健康保險法與 1958 年建立的國民健康保險制度，該制度的營運主體即保險人是全國市町村（特區）和國民健康保險組合。被保險對象分為兩大部分：一是普通國民包括農民、自營業者；另一部分是一般受雇者保險的退休人員。截止 2011 年 3 月國民健康保險的被保險者為 3,549 萬人。

(三)後期高齡者醫療制度

自 2008 年 4 月起，75 歲以上老人醫療保險，由原本的國民健康保險或受雇者保險獨立出來，改加入後期高齡者醫療制度。截止 2011 年 3 月參加後期高齡者醫療制度國民健康保險的被保險者為約 1434 萬人。

圖二：日本醫療保險組合及被保險人概要



第貳部分 考察行程與機關簡介

三、考察行程

(一)演講

日本交流協會為加強台日經濟文化交流，於「2012 年度經濟交流等事業之考察計劃」中，邀請本局局長黃三桂等人赴日參加「台湾情勢セミナー，臺灣全民健康保險研討會」，並在研討會中分別由黃三桂局長及沈茂庭組長進行「臺灣全民健康保險制度實施與挑戰(台湾全民健康保險制度の実施状況及び挑戦)」及「臺灣藥品支付制度介紹(台湾における薬品の支払制度について)」二場專題演講。

(二)拜訪考察

日本交流協會特別安排參訪醫療保險相關機關與單位，包括國民健康保險中央會、地域醫療振興協會、健康保險組合連合會、日本製藥工業協會(含其會員團體之製藥研究機構)及與日本厚生労働省醫政局之保險局官員進行座談等。

(三)行程安排

日期	參訪機構
01.14	台北至東京
01.15	拜會 1. 國民健康保險中央會 2. 地域醫療振興協會
01.16	拜會 1. 健康保險組合連合會 2. 厚生労働省
01.17	1. 拜會社會保險診療報酬支付基金 2. 參加公益社團法人日本交流協會舉辦「台灣情勢セミナー，臺灣全民健康保險研討會」。 ➤ 黃三桂局長演講 「台灣全民健康保險制度實施與挑戰(台灣全民健康保險制度の実施状況及び挑戦)」 ➤ 沈茂庭組長演講 「臺灣藥品支付制度介紹(台湾における薬品の支払制度について)」
01.18	拜會日本製藥工業協會
01.19	參訪日本製藥工業協會會員團體之製藥研究機構 --富士御殿場研究所
01.20	東京返台北

四、參訪機關簡介

(一)厚生勞働省

主管日本之社會福利與勞務事務，包括醫療、衛生、福利、公積金等事務。在人事組成上，有厚生勞働大臣 1人、厚生勞働副大臣2人、厚生勞働大臣政務官2人、厚生勞働事務次官及厚生勞働審議官，約計有3萬2,400餘位職員。在財政方面，2012年度預算總額為26兆6873億2,300萬日圓，其中，醫療保險給付諸費為8兆6,716億4,400萬日圓（佔該省預算32.5%）。主管醫療保險政策相關局處有保險局及醫政局，擇其主要業務說明如下：

1. 保險局

- 企劃課：醫療保險制度之企劃、調查研究。船員保險之企劃與研究、社會保險審查官、社會保險審查會、醫療保險審議會、船員災害防止協會之監督。
- 保險課：健康保險相關企劃與研究、健康保險組合、健康保險組合連合會之監督指導、社會保險診療報酬支付基金之監督指導。國家公務員共濟組合等營運相關指導。
- 國民健康保險課：國民健康保險之企劃與研究、國民健康保險之保險人、國民健康保險組合連合會之監督指導。
- 醫療課：健康保險法、船員保險法、國民健康保險法醫療相關之監督。社會保險診療報酬、訪問看護療養費及眷屬訪問看護療養費之研擬規劃、保險醫療機關、保險藥局、特定承認保險醫療機關、保險醫、藥

劑師及其他醫療保險事業執業者之監督指導、保險醫療機關及保險藥局之指定與取消、保險醫師及保險藥劑師之登錄與取消。指定訪問看護事業者的指定與取消、特定承認保險醫療機關之認可與取消。國民健康保險藥劑師之登錄與取消、中央社會保險醫療協議會、社會保險診療報酬支付基金及國民健康保險組合連合會之審查委員會其醫療技術上之監督指導。

- 調查課：健康保險、船員保險、國民健康保險之統計、健康保險組合掌管之健康保險及國民健康保險之統計、醫療保險制度之調整及統計數字之調查。

2. 醫政局

- 總務課：保健醫療相關基本政策之企劃與執行、醫療提供體制的確保、醫政局所管事務之整合與協調、獨立行政法人福祉醫療機構相關業務、其他醫政局所管業務。

- 指導課：保健醫療之普及與品質提升、醫療監視員、地域保健醫療計畫及醫療法人相關業務、救急醫療及醫缺地區醫療體制之整備、醫事機構之經營管理、醫院安全管理及業務委託、看護師等人材確保、臨床檢查技師與衛生檢查所等相關法律、救急救命士相關證照管理與醫療提供等業務。

- 醫事課：醫師等醫療提供者相關事務、外國醫師之臨床修練、外國醫療關係者中有關外國醫師提供療服務相關業務、大體解剖及保存等業

務。

- 看護課：護理人力確保、指定介護預防服務、介護老人保健施設及設置者之指導、擁有外國護理資格者在日境內提供服務業務。

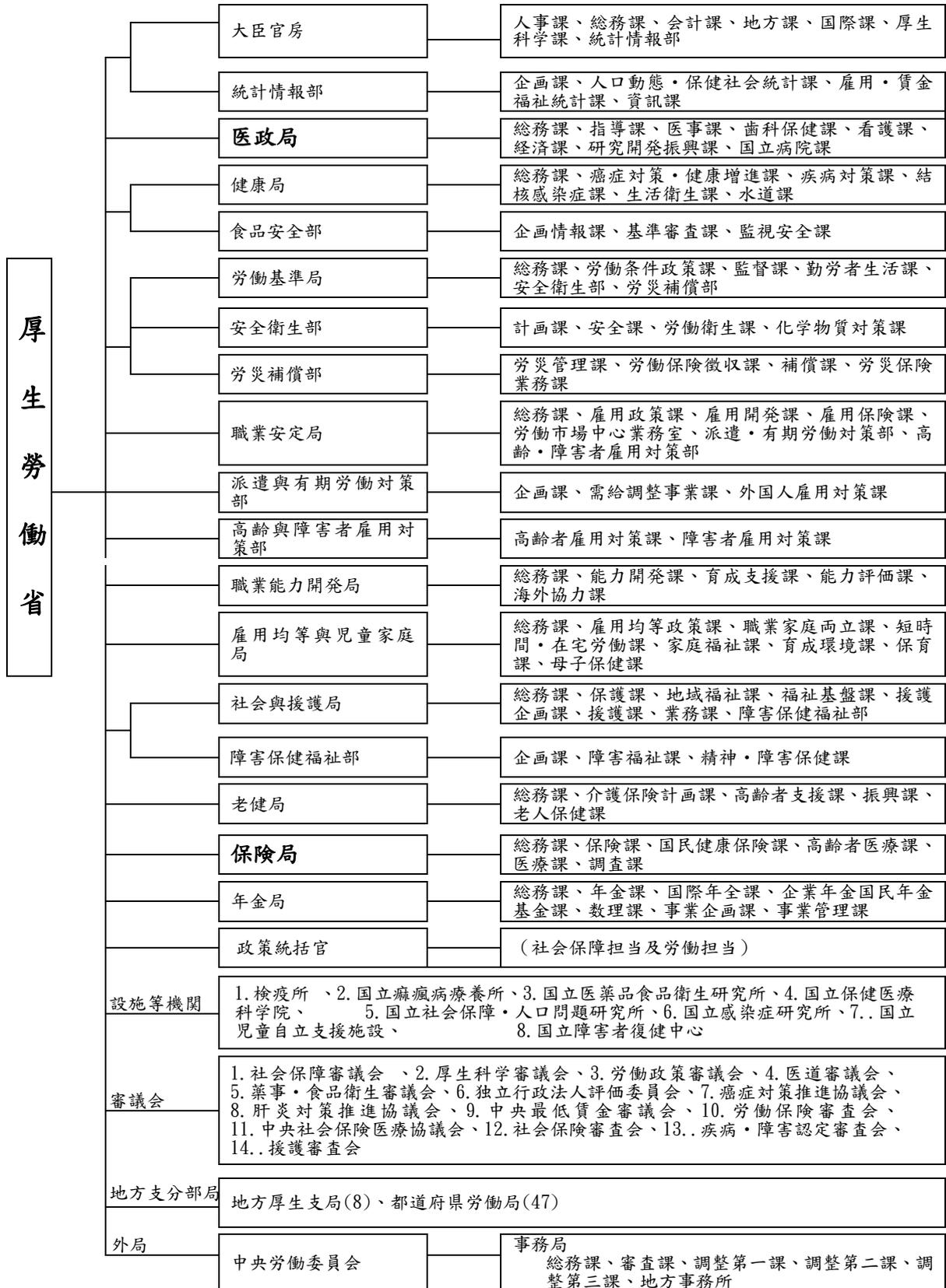
- 試驗免許室：醫事人力(醫師、臨床檢查技師、及義肢裝具士等)試驗及證照管理、外國醫師在日臨床修練相關醫事機構之指定與臨床修練等相關事務。

- 經濟課：醫藥品、醫藥部外品、醫療機器等與其他衛生用品之資源配置與生產、國內外輸出入相關物流。

- 研究開發振興課：醫藥品、醫藥販賣業、販賣業及賃貸業(限研發用)之促進與調整(含體制之建立)、藥用植物之栽培及生產、醫療技術之評價業務。

- 國立病院課：獨立行政法人國立病院機構組織及營運。

圖三 厚生労働省組織圖



(二)健康保險組合連合會

日本實務上各健康保險組合均是擁有700人以上從業員之單一公司行號或以二個以上公司行號（總合健康保險組合）共同組織（被保險人須有3,000人以上）的。至2011年3月止組合總數為1,435個，各健康保險組合組織之最高決策機關為組合會，負責督導監理組合重要業務如收入、支出、預決算、財產管理、規約變更、保險費率訂定以及準備金管理等，其成員有雇主與受雇者被保險人雙方代表。

健保連於1943年4月設立，於日本全國有47支部，即由各都道府縣健康保險組合連會組成。連合會由會員代表173人組成，而以理事會方式營運，理事會設置會長1人，副會長5人，常務理事12人，理事67人。另執行機關下設理事會、事務局，理事由組合會之議員（代表）互選，理事長則由全體理事投票選出，理事長在整個健康保險組合中地位極為重要。至事務局則執行一般保險業務，如被保險人加退保、醫療給付、保費收款、附加保健事業等。

健保連主要業務：以支持保險給付與各會員組合所辦理之保健活動、充實其機能為目的。包括有：監控保險醫療費、推動健保組合間共同事業、支持健保組合運營、健保資訊提供、健保相關調查研究等；另外組合會員所提交基金之營運與管理，分作兩部分：自組合會員徵收之保險費中，提撥50%作為各保險對象之醫療給付用(含醫療費用、醫費審查等事務費用

等)，另外的 50%作為「高齡者醫療制度圓滑導入基金」，以支應日本各公部門醫療保險財務平衡。

表一 健康保險組合連合會總會組織概要

名稱	主要業務內容
組織等委員會	強化健保連與各連合會組織、連合會助成金、健保連會費、大阪中央病院運営及施設整備
醫療制度等對策委員會	醫療保險制度及關連諸制度之改善、健保組合營運
業務宣導委員會	健保連業宣活動、協助各連合會與健保組合等業宣活動及資訊連絡
健康開發共同事業委員會	健康開發共同事業企劃、推動各連合會保險事業、特定健診、特定保險指導制度關連
診療報酬對策委員會	對診療報酬與介護報酬之監控與建言、協助醫療提供體制改革、充實改善與支付基金契約管理業務與其審查作業
補助款事業委員會	補助款相關事業規模、高額醫療補助款、組合財政支援補助款之運用、有關財政支援組合等之調查與指導業務
大會企劃委員會	健保組合全國大會會務運作
資訊業務委員會	健保連與健保組合之資訊系統規劃與管理、資料分析業務、特定健診與特定保健指導共同資訊處理系統運作
醫療保障綜合政策調查會	推動醫療保險制度改革相關調查與研究、本會業務政策規劃

(三)國民健康保險連合會與社團法人國民健康保險中央合會（國保中央會）

國民健康保險連合會與社團法人國民健康保險中央合會（國保中央會），其設置的目的，係普及國民健康保險事業及介護保險事業、健全其運營、以提升社會保障及國民保健品質。

1.國民健康保險連合會

國民健康保險連合會為公法人，以非營利目的營運，其會員為各市町村及國保組合等保險人，各都道府縣各設一連合會、日本全國計有 47 國保連合會；此外，還有統合 47 國保連合會的國民健康保險中央會。

在運營資金方面，來自各會員保險人、國庫補助金及各會員所在縣市政府補助金，而辦理審查支付業務之審查費、事務費、人事費等費用由保險人支付。2011 年統計，平均每件 61.9 日圓；各都道府縣金額不同。主要業務有：1.醫療費用的審查與支付，2.支援保健事業，3.處理保險人共同事務，4.辦理國民健康保險相關調查、研究、宣導與研習，5.國保以外審查與支付及 6.基金的管理與運營。

2.國保中央會

國保中央會為公法人，各國保連合會以其所在都道府縣內執行國保事業之保險人為其會員、日本全國共 47 個連合會，由日本全國 47 都道府縣之國保連合會組成國保中央會。

主要業務內容有：為能促成該等保險人達成共同目的、辦理國保相關診療報酬的審查支付業務、保健事業、與國保業務相關調查研究、宣導

活動及高額醫療費用案件的特別審查業務。自 2000 年度起辦理介護保險給付的審查與支付業務，及介護保險給付提供之諮詢服務與建議（含申訴案處理）等業務。

(四)社會保險診療報酬支付基金

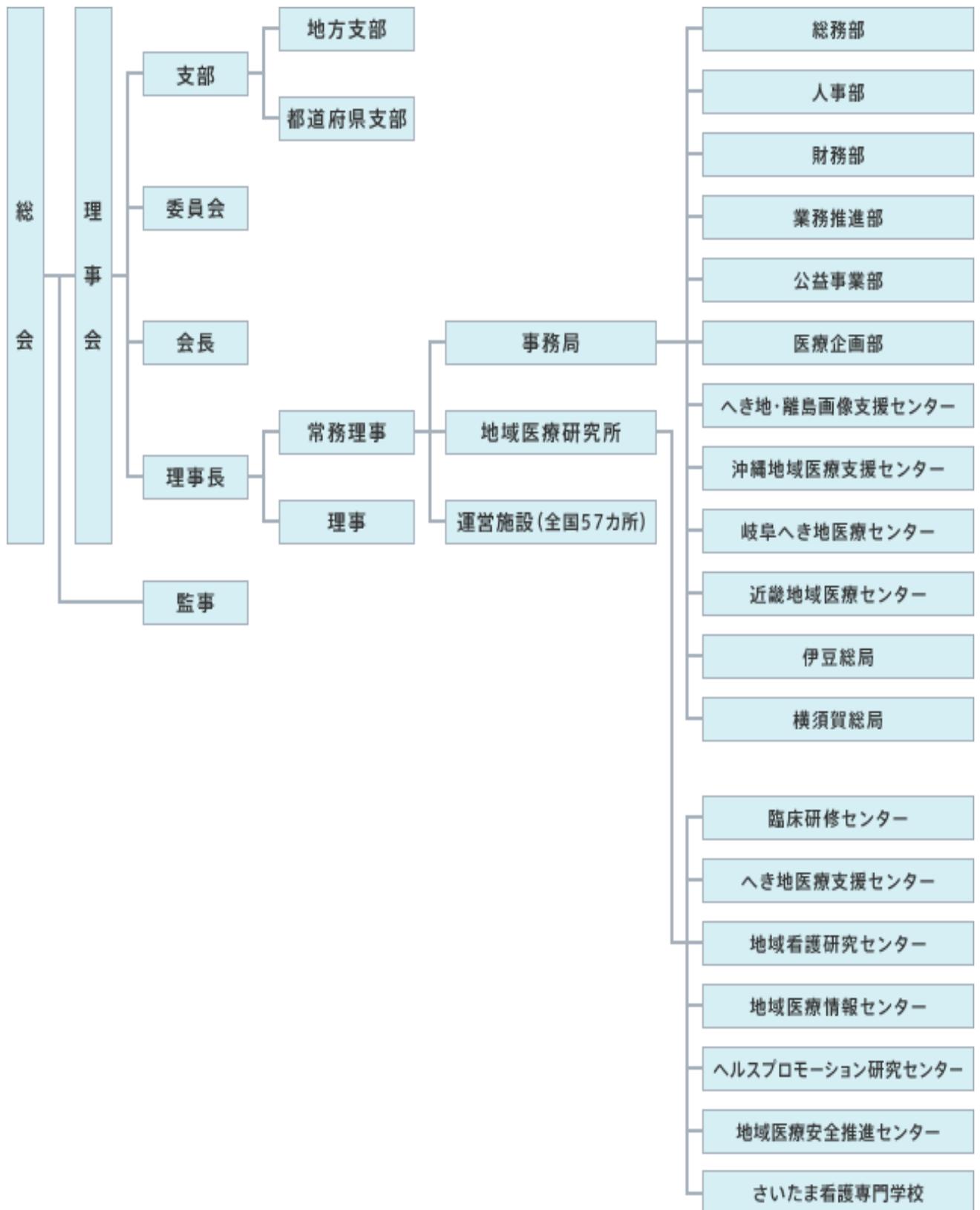
依據特別法「社會保險診療報酬支付基金法」所設立的社會保險診療報酬支付基金，受職域保險保險人委託，係辦理保險醫療費用審查與支付之獨立的專門機構，為民間法人，非營利目的，不是公務機關，但其事業計畫與收支預算須經厚生勞動省認可。

主要業務：辦理審查支付業務，院所使用電子申報比率達 91%，同一病人在同一院所可做歸戶審查，跨院則不能歸戶；院所自申報起約 40 天後可領到核付金額，審查流程中，院所如有不服可申再審，再審申請不限次數，院所亦可向法院申請訴訟，自成立以來僅有 31 件訴訟案，以 2012 年 12 月統計年間醫療費用申報案為例，計有 8 億 9,000 萬件，平均每月有 7,400 萬件。在營運財源方面，基金會辦理審查支付業務之所需之事務費及人事費等項由各保險人支付。

(五)公益社團法人地域醫療振興協會

為因應交通地理環境，縮短都市與山地離島地區等醫缺地區之醫療資源差距，成立地域醫療振興協會，受各都道府縣政府委託，以確保轄內居民醫療可近性及增進地區居民衛生福利，專司確保醫缺地區醫療資源與人力工作，其組織圖如下：

圖四 公益社團法人地域醫療振興協會組織圖



協會組織共有會員 1600 名，直營或受委託經營之醫療機構有 57 個，共 7000 名職員，醫師 820 名。其主要業務內容包括：(1)支援助地區醫療及確保地區醫療所需綜合醫師人力養成，提供醫師專業研習業務；(2)協助偏遠地區醫療設施、保健醫療福祉複合設施之管理與委託經營，2012 年共代管或協助營運 20 家醫院及 5 家設施；(3)派遣醫師支援診療業務，旋招募醫學院學生前往醫缺地區服務，並由都道府縣政府出資成立自治醫科大學養成醫師人力(類似我國公費醫學生)，並確保偏遠地區可近性及便利性，除地域醫療振興協會積極招募醫師登錄以因應嚴重醫缺地區緊急情形醫師調度作業自地域醫療振興協會運營施設派遣醫師或代診醫師支援偏遠地區醫療，平均年間支援日數超過 6,000 日以上，2012 年共支援 12,600 日；(4)提供 JADECOR Flying Doctor System 協助醫師看診交通，例如：自 2011 年 11 月起運用地域醫療振興協會契約直昇機協助接送醫師往返日本九州地區長崎縣離島「NIMAS, Nagasaki Island medical Air System」。

(六)製藥工業協會及其會員所屬中外製藥株式會社富士御殿場研究所

日本製藥工業協會(JPMA, Japan Pharmaceutical Manufacturers Association, 簡稱製藥協)於 1968 年組成，由日本境內以研發為主之 71 家製藥企業，組織活動以對製藥政策之制定建言，健全製藥產業活動並強化國際交流為主。製藥協與、美國研究製藥工業協會(PhRMA, Pharmaceutical Research and Manufacturers of America,)及歐洲製藥團體連合會(EFPIA, European Federation of Pharmaceutical Industries and

Associations) ，同為日美 EU 醫藥品規制調和國際會議主要成員 (ICH, International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use) ，另亦為國際製藥團體聯合會之加盟協會 (IFPMA, International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations) ，致力於世界傳染病預防、醫藥品研發、醫藥品智慧財產權及打擊假藥等工作。

中外製藥株式會社自 1925 年創業以來，一直秉持透過革新的醫藥品及提供患者之治療服務，以貢獻世界醫療及人類健康為宗旨，並以更開闊的國際視野，從事高層次的學術研究與技術開發。旗下設有富士御殿場 (靜岡縣御殿場市)、鎌倉 (神奈川縣鎌倉市)、浮間 (東京都北區) 等 3 間研究所，各有其專業分工，致力新藥研究開發與製品育成研究，其中尤以富士御殿場研究所為其生物技術製藥研究開發之主力研究機構，有許多專業研究人員負責生物技術製藥之研究開發。

第三部分 考察內容總體說明

五、日本公部門醫療保險制度

(一)醫療保險制度之變遷及其立法

1. 自1912年~1925年由於勞動運動抬頭，為立法保護勞工，於1922年制定「健康保險法」，在此之前僅有少數民間企業自主性組織互助組合，保障工人傷病醫療事宜。期間該法因關東大地震，故延至1927年方開始實施健康保險，當時僅適用於從業員10人以上之工廠、礦場、交通事業等行業，且年收入超過1,200日圓者排除在外，其中亦包括職業災害，保險給付限為本人，給付期間為180日。
2. 1934年健保法修正，再擴大適用於擁5人以上從業員之上述行業。
3. 1938年中央政府設置厚生省，制定「國民健康保險法」以市町村及自營作業業者為保險單位，設立各保險組合。
4. 1939年制定「職員健康保險法」，擴大適用設立在市町村10人以上之公司，商店等之受雇薪水階級，原則上為醫療現金給付，給付療養費用的80%，給付期間6個月。同年亦制定「船員保險法」，該保險為包括疾病、傷害、老年、殘廢及死亡之等之綜合性保險制度。
5. 1942年厚生省設置法修正，成立保險局專責健康保險業務，同時導入部分負擔制度（門診、住院、藥劑、手術、注射等皆需定額部分負擔）。
6. 1948年制定「國家公務員共濟組合法」此時各類受雇者保險大抵已全面制度化。

7. 1954 年首先由「政府管掌健康保險」開始接受國庫補助10億圓。1961 年達成全民納保體制。

8. 爾後受石油危機、經濟景氣衰退之影響，國家財政逐漸惡化，加之高齡者醫療費用成長急速，日本中央政府認為必須重新檢討醫療保險制度，因各保險人間之高齡被保險人比率不同，醫療費用負擔不均，為減輕國庫負擔，於1980 年代前期，建立「老人保健制度」與「退職者醫療制度」。並因應高齡化社會，於2000年開辦介護保險，2008年開辦後期高齡者醫療制度，使整個社會保障制度更加完備。

(二) 醫療保險制度現行體系

1. 日本現行醫療保險主要可區分為三大類別，其一是以受雇者為主要對象之職域保險；一類為從事農林漁業者、自營業者、退休人士等為對象之地域保險（國民健康保險）；第三類為後期高齡者醫療制度。

(1) 職域保險

以被保險人職業性質不同，分為健康保險（政府掌管之健康保險與組合掌管之健康保險，後經整合更名為協會健康保險，簡稱協會健保）、船員保險、國家公務員共濟組合、地方公務員共濟組合、私立學校教職員共濟組合等。實際上協會健保的被保險人主要是中小企業受雇者，而組合掌管之健康保險則以大企業為主（從業員700 人以上之公司）。

(2) 地域保險

地域保險是依照國民健康保險法與 1958 年建立的國民健康保險制

度，該制度的運營主體即保險者是全國市町村（特區）和國民健康保險組合。被保險對象分為兩大部分：一是普通國民包括農民、自營業者；另一部分是一般受雇者保險的退休人員。截止 2011 年 3 月國民健康保險的被保險者為 3,549 萬人。

(3)後期高齡者醫療制度

自 2008 年 4 月起，75 歲以上老人醫療保險，由原本的國民健康保險或受雇者保險獨立出來，改加入後期高齡者醫療制度。其與原本自 1983 年實施的老人保健法最大的變革，包括有：

- 由市町村組成的後期高齡者醫療廣域連合，為其保險人，辦理決定醫療保險費用及給付作業。
- 明確區分醫療給付的財政來源，後期高齡者醫療制度保險之財源，除部分負擔以外，財源 50%來自政府補助津貼，10%來自 75 歲以上老人所繳保險費，賸下 40%為 0-74 歲被保險人繳給保險人(國家健康保險公會及勞工健康保險公會)之保費所成立的支付基金支應。病患就醫時之部分負擔為 10%，並設有負擔上限(此點與老人保健制度舊制相同)。

表二 日本公部門醫療保險度、適用對象及其保險人

制度分類			保險對象	保險人
職域保險	一般對象	健康保險組合	任職於大企業者及其受扶養人	健康保險組合
		健康保險 協會健保 (舊稱『政管健保』)	任職於中小企業者及其受扶養人	全國健康保險協會
		船員保險	船員及其受扶養人	全國健康保險協會
		共濟組合	國家公務員(國家、地方)、私校教職員及其受扶養人	各共濟組合
地域保險	特定對象	自營業	65歲未滿自營業者及其受扶養人	國民健康保險組合
		從事農林業者 退休人員	65歲未滿不屬前揭職域保險者及其受扶養人	市區町村
	前期高齡者醫療制度	65~74歲未滿，且不屬前揭職域保險者及其受扶養人	市區町村	
後期高齡者醫療制度			75歲以上者	後期高齡者醫療廣域連合

表三 日本醫療保險組合及保險類別統計表

主要保險制度別		保險人數	保險對象數 (含眷屬)	
		(個)	(萬人)	(%)
健康保險	健康保險組合	1,458	2,961	23.00
	協會健保 (舊稱『政管健保』)	1	3,485	27.01
船員保險		1	14	0.10
共濟組合		85	919	7.10
國民健康保險	國保組合	165	328	2.50
	市町村國保	1,723	3,549	27.50
	其他(如生活保護者)	47	204	1.60
後期高齡者醫療制		47	1,434	11.10

資料出處：日本厚生勞動省

資料時間：2011年3月

(三)保險財源及健保費之計算

1. 國庫負擔

日本醫療保險主要財源來自被保險人保險費與國庫補助(公費負擔)，各保險之費率與國庫補助之額度，因保險類別所依據不同之法律或預算，呈現出不同金額與比率。

自從1954年「政府掌管健康保險」開始接受國庫補助10億日圓後，至1965年代急速增加，1970年國庫負擔金額已達3,800億日圓，公元2000年時更暴增10倍以上，特別是政府掌管健康保險在1973年導入國庫定率負擔，以1970年225億日圓與2000年9,100億日圓之國庫補助，這二年度比較而言，實際上約成長40倍。國民健康保險成長率雖未及於政府掌管

健康保險，但在國庫補助金額上遠高於其他保險制度。在2000年醫療保險國庫補助金額全部約4兆日圓，其中國民健康保險約占總體之77%，其次為政府掌管健康保險約占23%，各類保險制度國庫補助情形簡述如下：

- (1)健康保險—協會健保政府掌管國庫補助其醫療給付 13%，老人保健共同分攤金部分之16.4%。各健康保險組合則是國庫編列預算定額補助。
- (2)船員保險—每年國庫補助30億日圓。
- (3)如地方公務員參加的各種共濟組合，是由地方公共團體負擔或部分國庫補助。
- (4)在市町村主辦之國民健康保險國庫補助其醫療給付之50%，至國民健康保險組合國庫補助為其醫療給付之32%，若加上特定補助額部分亦有達52%者。

2. 年收入之計算

以申請日前最近3個月收入，推估申請日以後1年內年收入額度，作為計算健康保險費年收入：

- (1)薪資收入： $\{ (\text{最近3個月的總支出額度合計}) \times 4 \} + (\text{獎金等} \times \text{領取獎金次數})$

※薪資、獎金等、扣除稅金免稅額前之總收入金額（含通勤交通費）

- (2)各種年金收入：介護保險費及稅金免稅額扣除前的金額
- (3)事業收入、雜項收入：總收入減去所屬健保組合所認同之必要經費
- (4)不動產收入：總收入減去所屬健保組合所認定的必要經費

(5)利息、配當收入：税金控除前總收入金額

(6)健康保險的傷病津貼：給付日額×365 日

(7)雇用保險的失業等給付：給付日額×365 日

(8)其他持續性收入：扣除税金免稅額前的總收入金額

表四 日本醫療保險制度之重要統計資料

項目	市町村國保	國保組合	協會健保	組合健保	共濟組合	後期高齡者 醫療制度
保險人數 (2011.3)	1,723	165	1	1458	85	47
保險對象人數 (2011.3)	3,549萬人 (2,037家戶)	328萬人	3,485萬人 ■ 被保險人 1,958萬人 ■ 受扶養人 1,527萬人	2,961萬人 ■ 被保險人 1,557萬人 ■ 受扶養人 1,403萬人	919萬人 ■ 被保險人 452萬人 ■ 受扶養人 467萬人	1,434萬人
保險對象平均年 齡(2010.12)	49.7歲	39.0歲	36.3歲	34.0歲	33.4歲	81.9歲
保險對象平均每 人收入(2010.12)	84萬日圓 ■ 平均每一家戶 145萬日圓	347萬日圓 ■ 平均每一家 戶 743萬日 圓(2008)	137萬日圓 ■ 平均每一家戶 242萬日圓	197萬日圓 ■ 平均每一家戶 372萬日圓	229萬日圓 ■ 平均每一家戶 467萬日圓	80萬日圓
保險對象平均每 人列入保險費計 算額度(2010.12)	68萬日圓 ■ 平均每一家戶 117萬日圓	—	209萬日圓 ■ 平均每一家戶 370萬日圓	281萬日圓 ■ 平均每一家戶 533萬日圓	319萬日圓 ■ 平均每一家戶 651萬日圓	67萬日圓
保險對象平均每 人保險費 (2010.12. 內 含 雇主負擔)	8.1萬日圓 ■ 平均每一家 戶 14.2萬日 圓	12.6萬日圓	9.7萬日圓 (如含雇主負擔 為19.3萬日圓) ■ 平均每 一被保險人 17.2萬日圓 (如含雇主負 擔為34.4萬日 圓)	9.3萬日圓 (如含雇主負擔 為20.7萬日圓) ■ 平均每 一被保險人 17.7萬日圓 (如含雇主負 擔為39.4萬日 圓)	11.2萬日圓 (如含雇主負擔 為22.4萬日圓) ■ 平均每 一被保險人 22.7萬日圓 (如含雇主負 擔為45.5萬日 圓)	6.3萬日圓
			健 保 費 率 10.0%(2012)	健 保 費 率 7.99%(2011)	健 保 費 率 8.25%(2011)	
保險對象平均每 人 醫 療 費 用 (2010.12)	29.9萬日圓	17.6萬日圓	15.6萬日圓	13.8萬日圓	14.0萬日圓	90.5萬日圓
由國庫補助比 (僅為定率部分)	給付費用之 50%	給付費用之 42%	給付費用之 16.4%	對財務緊破 組合採定額 補助	無	約為給付費 用之50%
自國庫補助額度 以2012年預算推估	3兆4,459億日 圓	2,842億日圓	1兆1,822億日 圓	16億日圓		6兆1,774億日 圓

資料來源與時間:厚生勞働省, 2011年3月

表五 日本醫療保險保險費的計算式例

協會健保(職域保險)	國民健康保險組合(地域保險)
<p>一. 「協會健保」，舊稱「政管健保」，自 2008 年起更名。</p> <p>二. 至 2009 年 8 月 31 日止日本全國使用統一費率 8.2%(單一費率)，自同年 9 月 1 日起各都道府縣自行調整健保費率，2011 年 12 月各自治體 9.5 ~10.0%，本案以 9.5%計算</p> <p>三. 被保險人月繳健保費金額之計算</p> <p>(一) 健保費 = 一般保險費 + 賞与額(暫譯補充保險費)</p> <p>(二) 前項金額含眷屬部分，且無關扶養眷數人數即以家戶內各人總收入為計算基礎；本計算式不含介護費。</p> <p>四. 2011 年統計</p> <p>(一) 平均每一加保者之健保費 15.6 萬日圓</p> <p>(二) 加保人數 3485 萬人</p> <p>1. 被保險人 1,958 萬人</p> <p>2. 眷屬 1,527 萬人</p>	<p>一. 日本各都道府縣自以下 4 方式中擇一使用，計算其轄內參加國民健康保險之每一家戶年間健康保險費。</p> <p>(一) 方式一：資產割(依所得或住民稅之比率計算所得割)</p> <p>(二) 方式二：所得割 50%+均等割 50%</p> <p>(三) 方式三：所得割 50%+均等割 35%+平等割 15%</p> <p>(四) 方式四：所得割 40%+資產割 10%+均等割 35%+平等割 15%</p> <p>註：名詞解釋：</p> <p>1. 資產割：以當年度戶內全員資產算出所需固定資產稅額，各都道府縣少用</p> <p>2. 所得割：依所得或住民稅之比率計算</p> <p>3. 均等割：以家戶內人數計算</p> <p>4. 平等割：以家戶為單位計算(不計戶內人數)</p> <p>二. 2011 統計</p> <p>(一) 年平均每一加保者之健保費為 12.6 萬日圓</p> <p>(二) 加保人數 328 萬人</p>

協會健保(職域保險)	國民健康保險組合(地域保險)
<p>五. 試算例</p> <p>(一)以 38 歲月薪 35 萬日圓，且前一年年終獎金 100 萬日圓男性加保者計算，其有未就業配偶 1 名及 2 名未成年子女，該家戶每月應繳健保費=</p> <p>A 一般保險費+B 賞与額=</p> <p>17,100 日圓+3,958 日圓= 21,058 日圓</p> <p>(二)各細項計算式說明如下：</p> <p>A. 一般保險費</p> <p>1. 公式：</p> <p>(1)標準報酬月額(月投保金額)×保險料率 (9.5%)，又雇主與受僱者各負擔 50%</p> <p>(2)月薪 35 萬日圓，屬投保薪資 36 萬日圓級</p> <p>2. 一般保險費計算：</p> <p>360,000 日圓× 9.5% x 50% = 17,100 日圓</p> <p>B. 賞与額(暫譯補充保險費)</p> <p>1. 公式</p> <p>(1) 屬租金收入、津貼及獎金等與勞務有對價關係者，年間給付 3 次(含)以內者列賞与額徵收對象。同名稱項目給付 4 次以上者(含)列一般保險費徵收項目。</p> <p>(2) 屬賞与額徵收額度(標準賞与額)訂有上限，年間累計額 540 萬日圓；未滿 1,000 日圓者免徵。</p> <p>(3) 賞与額算式為，標準賞与額×保險料率 (9.5%)，又雇主與受僱者各負擔 50%，以月計之。</p> <p>2. 賞与額計算</p> <p>年終 1,000,000 日圓× 9.5% x 50% ÷ 12 個月 = 3,958 日圓</p>	<p>四. 試算例</p> <p>以東京都 23 区為例，採所得割+均等割，以前一年の年収為計算基礎</p> <p>計算式如下：</p> <p>所得割(被保險者全員其對應之住民稅額×1.03) + 均等割 (39,900 日圓×被保險者數)</p>

*資料出處：節自日本厚生勞動省及東京都廳全球資訊網(2013 年 1 月)作成

(四)保險給付種類

1. 日本保險給付主要分為法定給付與附加給付二大項，各保險之法定給付皆依據法律規定。附加給付則為法定給付之外，由各保險人自行衡量經營情況再予附加之給付，如休憩場所住宿補助、健康檢查費及定額補助交通費等，目前經主辦官廳核准辦理附加給付之保險人有「健康保險組合」、「共濟組合」、「國民健康保險組合」等。
2. 法定給付又區分為「醫療給付」與「現金給付」二種，「醫療給付」主要針對被保險人傷病治療費用之給付，其中「實物給付」由保險人付予特約醫療機構的被保險人醫療費用，病患至醫院僅需支付部分負擔即可接受診療。另外「自墊核退給付」則為被保險人至特約醫療機構就診需支付全額醫療費用（高額療養費），再向保險人申請「自墊醫療費用核退給付」，日本「法定給付」制度與我國全民健保大致相同。
3. 在「現金給付」方面，則有被保險人由於傷病或分娩生育致停止工作未有所得，而給予傷病津貼、生育津貼、育兒補助、埋葬費等現金補償之給付，這是職域保險特有之給付項目，而其中列為國民健康保險類的自營業者因停止工作所遭受所得損失較難以確定，故傷病津貼、生產津貼等並未納入保險給付範圍。

表六 保險對象別部分負擔比

保險對象別	部分負擔比※
1.75 歲以上無工作、無收入者	10%
2.75 歲以上有工作、有收入者	30%
3.70-74 歲無工作、無收入者	20%※※
4.70-74 歲有工作、有收入者	30%
5.開始義務教育起~69 歲	30%
6.義務教育前	20%

※實施時間:自 2008 年 4 月起

※※ 2013.1 目前為 10%

六、日本醫療支付制度（支付標準/診療報酬）

（一）日本醫療支付制度簡介

日本醫療支付標準，不分保險別，採全國一致方式，保險醫療支付標準及藥價，為單一支付制度，保險醫療行為於支付標準表中均以點數計之，原則每點 10 日圓；其中對嬰幼兒及急診等類之診療項目多採加成給付計算。

每 2 年修訂支付標準，需經中央社會醫療協議會審議，支付標準之修訂方式係厚生勞働省召集包括學者在內的各方人士，組成中央社會保險醫療協議會審議，而實際上由厚生勞働省主導，而非德國模式由基金會聯合會與保險醫師公會聯合會協商訂定。

日本醫療支付標準原則採論量計酬為主，但為避免醫療資源浪費，從而達到醫療品質的提升，自 2003 年 4 月起開始實施 DPC 制度(日本版 DRG 制度)，目標項目有 2241 項，已實施 516 項。

此外，日本為促進醫藥分業，有相關之配套措施，包括有：(1)支付標準定有支付處方箋費，給釋出處方的保險醫療院所（現為 68 點/件，分別表列於醫科及牙科支付標準表；又開立 7 種以上內服藥時則以 40 點/件）；(2)給調劑的保險藥局，有支付調劑技術費、藥學管理費及藥劑費等合計之費用；(3)釋出處方院所，不可對患者指定調劑的保險藥局；(4)行政機關對保險藥局之設置有嚴格規定，遏止門前藥局之設立。

(二)日本 DPC (Diagnosis Procedure Combination)支付制度簡介

日本自 2000 年開辦介護保險制度，試著藉由病人出院後可在長期照護設施或家中的妥善照料來提早出院，以縮短長期以來病人平均住院天數居高不下情形，但成效仍有限。因此於 2003 年 4 月導入實施 DPC (Diagnosis Procedure Combination，日本版 DRG)支付制度，讓醫院制定自己的臨床路徑來縮短住院天數，避免醫療資源的浪費從而達到醫療品質的提升。

不過對於全國的醫療院所而言，從原有的醫院做多少醫療服務便申報多少醫療費支付的論量計酬【FFS (Fee For Service)】支付制度轉變成 DRG 支付制度，勢必會造成相當大的衝擊，因此日本政府經過諸多試辦計畫後發現，以 1 治療案件整體醫療花費與以一治療案的每日醫療花費等 2 個對照組發現二者差距不大，為免支付新制造成困擾，目前係採 FFS 制與 DPC 併行的支付制度。

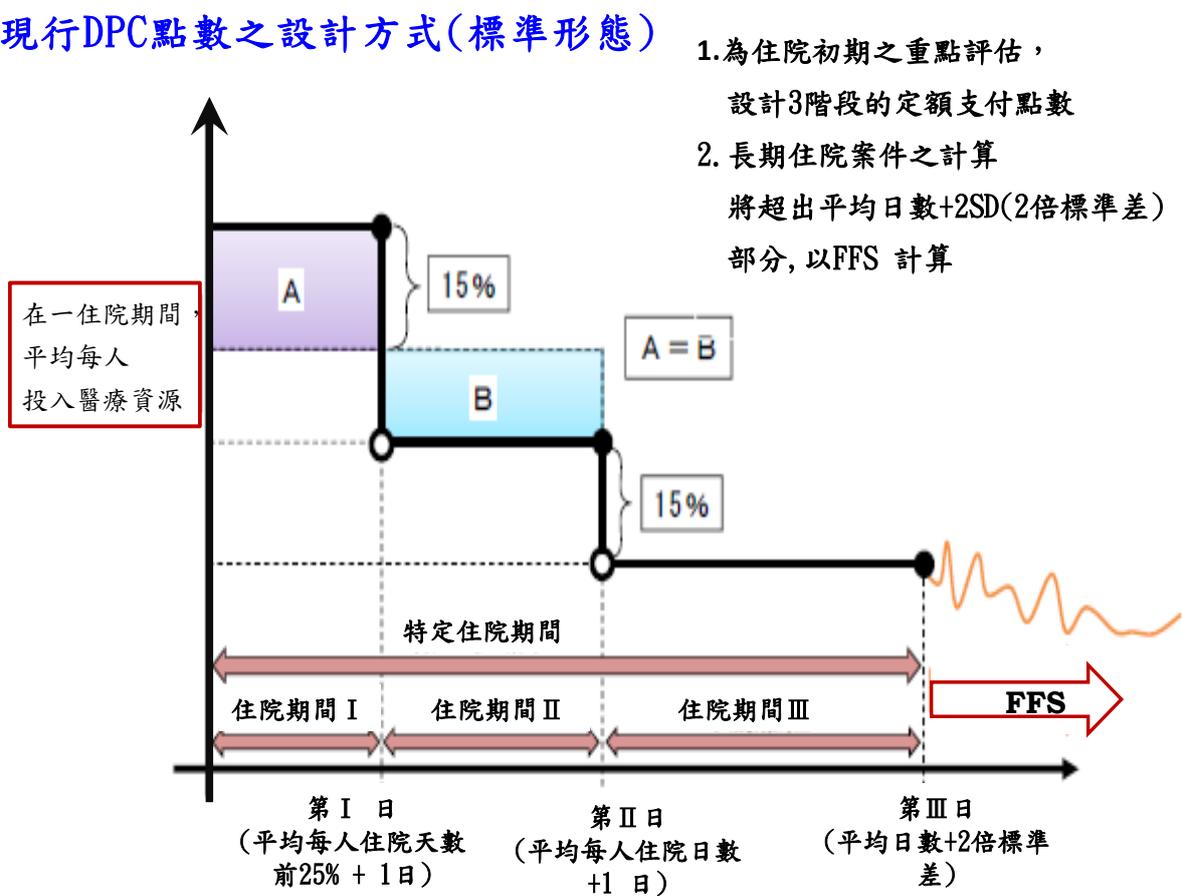
1. 實施內容

- (1)所謂 DPC 是日本厚生勞動省針對各個疾病診斷分類做成的新的分類形式，其依①投入最多醫療資源的疾病名，②手術和處理的選擇，③根據併發症或疾病的嚴重程度來決定其他輔助性醫療行為等 3 層的分類標準。
- (2)現階段的 DPC 只針對住院患者，根據各個疾病分類已設定好的一天診療費用，依病患住院天數的情況，來確認每天支付金額。換言之，如果該病患的住院天數是主要診斷疾病別的平均住院天數以上，其超過平均

住院天數的隔天，診療報酬點數將減算 15%；反之，該病患住院後，其住院天數在尚未超過主要診斷疾病別的平均住院天數的 0.25 倍時，每天的診療報酬將是以加算 15%的金額支付。

圖五 日本 DPC (Diagnosis Procedure Combination)設計方式

現行DPC點數之設計方式(標準形態)



1. 為住院初期之重點評估，設計3階段的定額支付點數
2. 長期住院案件之計算
將超出平均日數+2SD(2倍標準差)部分，以FFS 計算

2. 實施成效

導入初期設定各個疾病分類的平均住院天數是以日本全國各醫院在該疾病分類的平均住院天數做基準來設定，為避免政策實施將對習慣於 FFS 支付制度的醫療院所造成過大衝擊，因此在 2003 年實施時先選定全國 82 家國立醫院做為試辦醫院，而其餘的醫療院所可自行決定是否加入 DPC 支付制度。

(1) 醫療院所間能力可能擴大差距

①由於參加 DPC 支付制度院所可以藉由檢視院內醫療流程，制訂標準臨床路徑，並加強與地區診所間之轉診連繫，初期確有使住院病患住院日數大幅下降，且病患出院後能直接由社區中診所照護，無形中增進病患對該醫院的治療能力的信賴，從而該醫院建立起在地區中的醫療競爭力。

②由於日本 DPC 支付制度與 FFS 支付制度並行，日本政府藉由提供支付醫療費用上利潤的誘因，由醫院經由成本分析自行判斷，以引導醫院改變現有醫療行為，選擇更有效率方式照護病患。但並非所有醫療院所都有能力改變其疾病治療與醫院經營模式。因此醫院整體執行能力的強弱逐漸日益分明（包括完善的臨床路徑的制定，醫院與地區中診所間的互動，電子病歷的完備等），同時影響病人到該醫院的就醫意願。

(2) 運用一致的國際疾病分類、加強案件審查、促使醫療院所資訊公開

①新制度的實施與落實到醫院的實際作業上也出現許多問題，其中最重要的莫過於疾病群組編碼的對照與判定。各國實施 DRG 即運用一致的國際疾病分類(ICD)，整合在手術與處理上編碼輸入與判定。雖然日本 DPC 制度是使用 ICD-10 的編碼，然而在手術及處理上，因編碼上整合的不完全，常使得手術的編碼判定上有可討論的空間，這也會造成醫療院所刻意將病患歸類到給付定額較高的 DPC 案件。在日本，除了加強案件的審查之外，並透過診療情報管理士學會(執行 DPC 編碼案件的專業人員)的繼續教育來達成共識。

②由於疾病群組的分類適用於各個醫院，因此經過統計整理後，各醫院之間的比較也呈顯各疾病群組的特性，進而了解醫院在 DPC 編碼上的準確性。因這情形涉及醫院內部資訊公開，因此厚生勞働省主導，委請研究團隊進行資訊統合。而各醫院可以將分析結果公布在網路上，使得病人能夠取得醫院在治療成果等資訊做為其就醫選擇參考。

3. 檢討

不過在出院後追蹤服務的部分，則依然維持著介紹到院內的門診為主。至於實施 DPC 後是否會提供誘因使醫院提早讓病人出院而造成醫療品質下降的部分，檢視醫院的再入院率發現確實有上升的趨勢，因此厚生勞働省在 2008 年的健保給付改定中，規定三天內以同一疾病再入院時，與之前的入院視為同一入院，並將三天延長為七天的方案做為下次改訂時的檢討指標之一。

(三)日本醫療費用審查與支付作業

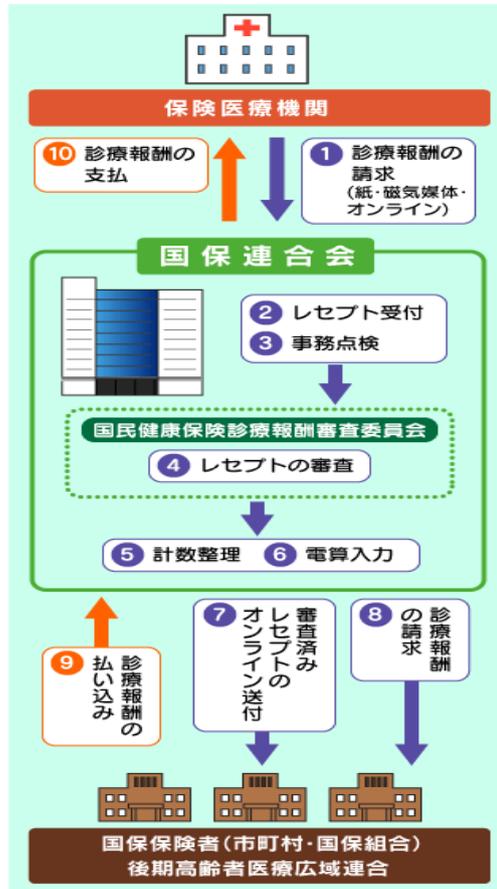
日本之健康保險的承保體系為多元保險人制，但醫療服務審查醫療費用申報與審查，係委託第三者集中辦理，保險人不直接介入則是依保險人的屬性，職域保險由「社會保險診療報酬支付基金」辦理，地域保險為「國民健康保險團體連合會」辦理。各審查委員會由醫療服務提供者、保險人及學者專家各1/3組成。

另外，有關國保連合會其診療報酬之審查流程與社會保險診療報酬基金大致相同

圖六 日本醫療保險當事人關係圖



圖七 國民健康保險醫療費用審查與支付流程圖



圖八 社會保險診療報酬支付基金審查與支付流程



(四)日本藥價基準

1.藥價調整作業

台灣藥價調整作業係參考日本制度，所以台、日兩國作業多為相似，日本的藥價基準是每兩年調整一次，新藥藥價算定組織由學者組成，將其檢討結果送中央社會保險醫療協議會審議，由厚生勞働省公告實施。

日本藥費占率曾高達醫療費用之 30%，經過控管及相關配套措施之採行，2000 年時下降至 18%，目前大約為總醫療費用之 20%左右，未來期待透過持續逐次的藥價差（R zone）每兩年調整，藥費占率能從 20%再下降至 10%。厚生勞働省之鼓勵措施包括有：(1)只要醫師於開出的處方上有一學名藥則多給 2 點(約 20 日圓)；(2)請藥師對患者說明學名藥的好處，原在支付標準分別設有調劑費 30 點，說明費 15 點，自 2012 年 4 月起二者合計 41 點，且要在對患者有說明的事實下方支付 41 點，否則不予支付。並自 2008 年起鼓勵醫師多開學名藥，當時開立學名藥僅佔藥品品項的 15%，目前達 23%。

2.藥價訂定

日本藥價訂定在策略上，採取多元誘因及管控措施，目前辦理藥價調查已壓低 R 值至 2%，目前價差尚約有 8%。有關措施如下：(1)在誘因及管控措施上，厚生勞働省除推動醫藥分業降低醫師主控力量外，另外又指導藥局不可殺價太多致藥價過低。(2)專利期限內藥品，其價差百分比小於總

平均百分比時，則 2 年不調價。(3)因應世界 PIC/S GMP 之潮流，日本國內藥廠刻正調整以為因應。

3.醫藥分業政策

日本依據 1956 年醫師法、齒科醫師法、藥事法（1960 年改名為藥劑師法），醫師、齒科醫師的釋出處方箋，原則上成為義務，可是到 1965 年為止，醫藥分業的處方箋釋出率只有 1% 程度。醫藥分業法修訂實施是 1956 年，至 1970 年 6 月間的處方箋釋出率是 1%，從 1990 年代醫藥分業化開始有進步。本次參訪過程，日本認為醫藥分業可以解決藥價差問題，透過誘因及管控措施，厚生勞働省推動醫藥分業降低醫師主控力量，並且 R zone 每兩年調一次，從 15%、13%…逐次到至 2%，因為調整藥價的時程表已明訂，因此可以導引藥商之商業策略。另外，讓醫院有誘因釋放相當之處方費，並輔以社區藥局藥品物流系統，如此醫藥分業及藥價問題皆可有效處理。

但我國與日本國情不同，在台灣醫藥分業是雙軌制，醫院自設藥局亦屬醫藥分業，因此醫院醫師仍主控藥品，除了專業考量外，亦有醫院經營策略之運用；再者，台灣的病人對於醫師較為信賴，長期以來，在醫院看病並在醫院拿藥，民眾很方便，不易改變民眾拿藥習慣。

九、心得

(一)重要議題

1. 面對人口老齡化社會，總體醫療費用應如何有效管控議題

根據聯合國人口統計，預計 2012 年將達到 70 億，2025 年達到 80 億，2045 年達到 90 億，已開發國家與未開發國家之人口趨勢差異顯著，面對全球人口老化問題，已開發國家不足以保證世代人口更替。在亞洲地區，日本、新加坡、台灣、香港、南韓等國家都面對著不同程度的人口老化危機，再過 20 年的時間，整個亞洲地區的人口老齡化的現象將會給這一地區的經濟、社會，以及未來的發展帶來嚴重的影響。當然除了健康的議題外，各國政府面對的是國家以及民眾的財務儲蓄是否夠用，勞動力是否充足，以及照顧老年人的醫療設施和退休配套設施是否健全的嚴峻挑戰，這些必須從國家政策整體架構施行。

表七 各國人口高齡化及超高齡社會所需時間比較表

國別	到達65歲以上人口比率之年次					倍化期間(年數)		
	7%	10%	14%	20%	30%	7%? 14%	10%? 20%	20%? 30%
台灣	1993	2005	2017	2025	2040	24	20	15
新加坡	2000	2010	2016	2023	2034	16	13	11
南韓	2000	2007	2017	2026	2040	17	19	14
日本	1970	1985	1994	2005	2024	24	20	19
中國	2001	2016	2026	2036	-	25	20	-
美國	1942	1972	2015	2034	-	73	62	-
德國	1932	1952	1972	2009	2036	40	57	27
英國	1929	1946	1975	2026	-	46	80	-
義大利	1927	1966	1988	2007	2036	61	41	29
瑞典	1887	1948	1972	2015	-	85	67	-
法國	1864	1943	1979	2020	-	115	77	-

資料來源：1.內政部，中華民國臺灣地區人口統計(自95年起改名為中華民國人口統計年刊)，各年。

2.內政部，簡易生命表，各年。

日本是目前全世界人口最老化的國家，在 2005 年 65 歲之人口比率達 20%，預計 2024 年 65 歲之人口比率達 30%，因此日本為紓緩醫療保險財務窘境問題，自 2008 年 4 月起，75 歲以上老人醫療保險，由原本的國民健康保險或受雇者保險獨立出來，改加入後期高齡者醫療制度，明確區分醫療給付的財政來源，後期高齡者醫療制度保險之財源，除個人部分負擔以外，財源 50%來自政府補助津貼，10%來自 75 歲以上老人所繳保險費，賸下 40%為 0-74 歲被保險人繳給保險人(國家健康保險公會及勞工健康保險公會)之保費所成立的支付基金支應。病患就醫時之部分負擔為 10%，並設有負擔上限。

反觀台灣，依據內政部人口統計推估(內政部統計處 2013 年 1 月『101 年底人口結構分析』)，臺灣從進入高齡化國家至邁入高齡社會僅約 24 年左右(1993 年 65 歲以上人口佔率為 7%，2012 年 12 月 11.2%，老化指數為 76.2%，近 10 年間已增加 32.0 個百分點)，推估到 2017 年 65 歲以上人口占率將達 14%，遠較歐美先進國家在 50~100 年時間中演進至今的老齡社會為短，也因此台灣在因應人口老化所能預作準備的時間也較為短促。日本近年因應高齡化社會，積極發展、改革社會保障政策，其已累積十數年的經驗，值得我國借鏡參考。

表八 扶養比、老化國際指數比較表

民國101年底

國 別	年齡結構百分比(%)			扶養比 (%)	老化 指數 (%)
	0-14歲	15-64歲	65歲以上		
全世界	26	66	8	51.52	30.77
已開發國家	16	68	16	47.06	100.00
開發中國家 ^②	29	65	6	53.85	20.69
中華民國 ^①	15	74	11	34.74	76.21
美國	20	67	13	49.25	65.00
加拿大	16	70	14	42.86	87.50
英國	18	65	17	53.85	94.44
法國	19	64	17	56.25	89.47
德國	13	66	21	51.52	161.54
日本	13	63	24	58.73	184.62
南韓	16	73	11	36.99	68.75
中國大陸	16	75	9	33.33	56.25
新加坡	17	74	9	35.14	52.94
馬來西亞	27	68	5	47.06	18.52
菲律賓	35	61	4	63.93	11.43
澳洲	19	67	14	49.25	73.68
紐西蘭	20	66	14	51.52	70.00

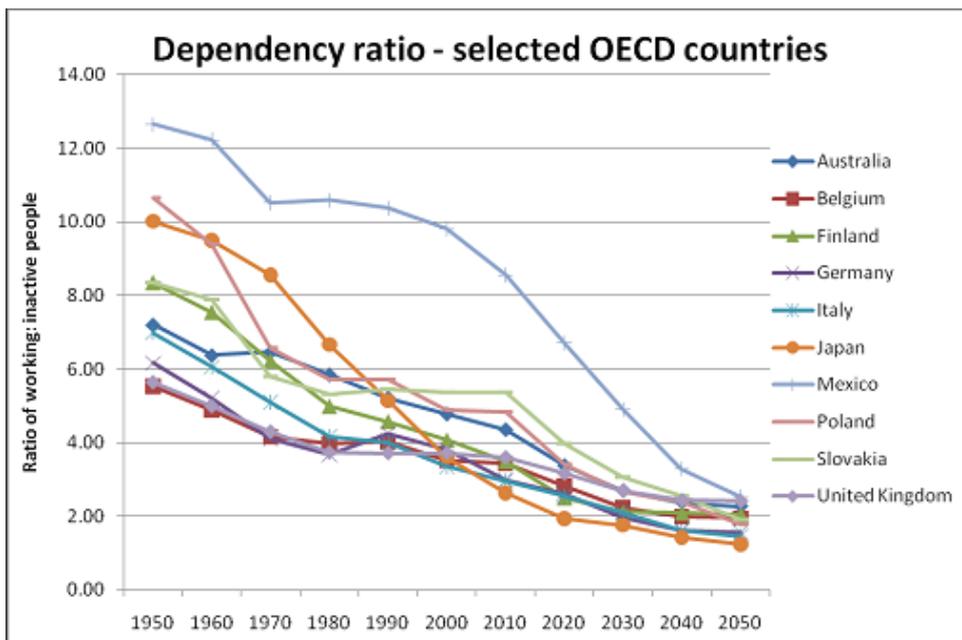
資料來源：2012年世界人口估計要覽。

說 明：扶養比、老化指數之計算方法同表一、說明5,8。

附 註：①我國扶養比及老化指數係採實數計算。

②表中開發中國家含中國大陸，若不計入中國大陸，則0-14歲、15-64歲及65歲以上之年齡分別為32%、63%及5%，扶養比58.73%，老化指數15.63%。

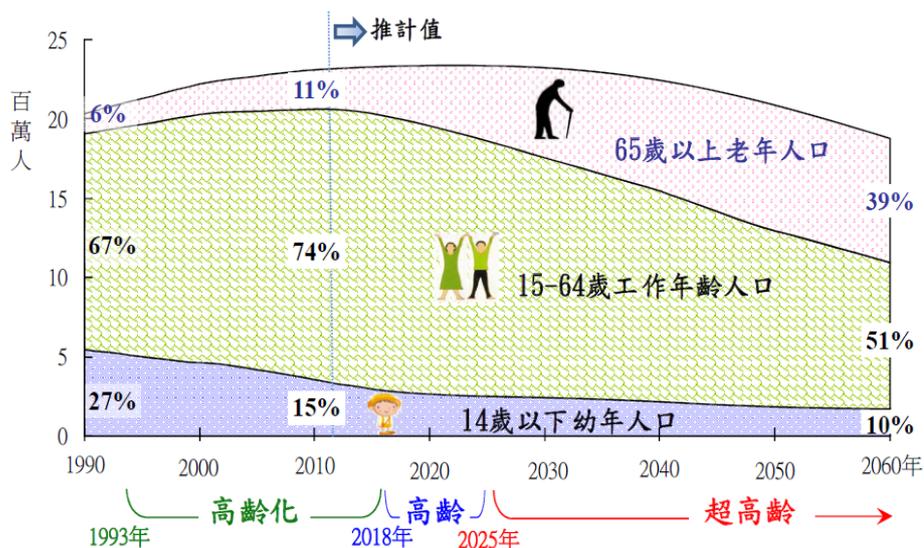
圖九 OECD 主要國家之人口扶養比趨勢圖



By 2050, there will be fewer than two workers to support each non-worker in most OECD countries - around half as many as now.

資料來源: http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_182.pdf

圖十 我國人口結構變動趨勢圖



資料來源: 經建會「中華民國2012年至2060年人口推計」報告

2. 對於山地離島及偏鄉醫療地區居民之醫療照護議題

健康照護為維持個人尊嚴與發揮潛能的基本需求，自 20 世紀初福利國家思潮興起以來，人權概念擴及至社會基本權後，健康權(health right)或醫療人權(rights of health care)便不斷地被討論。如世界人權宣言(Universal Declaration of Human Rights, UDHR)第 25 條規定，醫療人權之觀念逐漸自人權體系中獨立出來，早於 1946 年「世界衛生組織憲章」(Constitution of the World Organization)前言即確認「可達到的最高水準(highest attainable standard)」之健康狀態為不分種族、宗教、政治信仰、經濟及社會地位之基本人權。而在醫療平等的議題上，WHO 世界衛生組織憲章宣示，「人人能享有獲得最高標準的健康基本權利，不因種族、宗教、政治信仰、經濟或社會狀態而不同」；另外，2010 年 WHO 的目標是「增加偏鄉醫療可近性(Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention)」，2012 年 WHO 主題是「邁向普及化的全民健康照護(Towards Universal Coverage)」，在在說明平等的健康照護是醫療人權，也是各國政府應致力的目標。

日本與台灣皆為多山地與多離島之國家，在不同地區居民之人民由於地理環境限制及生活習慣差異，渠等享有之醫療資源亦會與一般地區不同，日本主要為解決無醫地區或醫療缺乏地區民眾就醫之可近性，以縮短都市與山地離島地區等醫缺地區之醫療資源差距，由厚生勞動省設一公益社團法人地域振興協會積極協助各都道府縣政府確保醫師人力、確保地區

醫療提供體制(如代診醫師派遣與調度、代經營縣市立醫院等)，並協助醫療人力的養成，專司確保醫缺地區醫療資源與人力工作。日本自 1956 年起迄 2013 年止日本政府已進行 11 次「偏遠地區保健醫療計畫」，藉結合公共衛生政策致力提升醫缺地區醫療資源與品質。

反觀台灣，國內山地離島偏遠地區因受到地理環境限制及生活習慣差異之影響，其醫療資源明顯與一般地區不同，在全民皆健康(Health for All)的目標下，國家有責任引導好的健康政策與積極性作為，以避免造成山地離島或偏鄉地區民眾「有保險，無醫療」的不平等現象，健保自1999年實施「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫，IDS」，藉由較具彈性的支付誘因導入豐富且多樣化之醫療資源，以改善山地離島地區整體健保醫療服務品質，以提供當地居民中較佳之醫療照護，目前公告之離島鄉皆已納入IDS計畫，共有48鄉，共25家特約院所承作29項計畫，支援當地醫療服務；另外對於醫療資源不足地區亦有改善方案及醫療服務提昇計畫，強化民眾就醫在地化，提升民眾就醫品質。

圖十一 IDS實施計畫



圖十二 醫缺地區醫療照護情形



3. 日本與我國全民健保法制之比較

日本醫療保險採多元保險人制度，因組織錯綜複雜，保險費率不一，故保費計算方式亦差異極大，雖由厚生勞働省負責指導各項保險制度及組織之運作，但各保險人係一單獨個體，自主性極高。在醫療給付方面，除各個保險所訂被保險人部分負擔百分比不同外，其餘給付大致相同。我國單一保險人制度，且支付與審查作業集中，享有全國健保資料庫，能夠進行全體保險對象及特約院所之輔導與資料勾稽，行政費用僅占醫療費用1.4%，發揮很好之行政效率。有關日本與我國健保制度法律關係及後續行政救濟途徑之比較，請參看如下：

表九 日本與我國全民健保法制之比較表

	日 本	我 國
法律體系	以各種法律制度，整合為一個醫療保險體系。不同制度適用不同對象，有不同給付標準，保險費有不同計算方式。	統合全民健康保險為一「全民健康保險法」。
保險人	依各個制度有不同保險人，健康保險法所規定之保險人，為政府與健康保險組合二者。國民健康保險以市町村(包括特別區)及國民健康保險組合為保險人，特定職業(公務員、私立學校教職員)尚有共濟組合形式之保險人。	保險人為行政院衛生署中央健康保險局。
保險對象	日本依各個法規而有不同之適用對象，受僱者保險有被保險人與受扶養人(眷屬)之區分，惟現實上於決定扶養關係時，除民法上身分關係外，並輔以被保險人與受扶養人間之生計維持關係、戶籍同一關係等為判別基準。市町村國民健康保險之被保險人係以於市町村區域內有住所者為被保險人，但以未參加受僱者保險為必要，國民健康保	全體國民一律投保，區分為被保險人與眷屬，被保險人之分類由法律規定，眷屬原則上以有親屬關係、未成年或無謀生能力為主。

	險組合則以其組合員及其世帶為被保險人。國民健康保險適用對象則無受扶養人，因以所有住民皆保險為原則。	
保險費	健康保險保險費負擔比例，政府掌管健保由雇主與勞工各負擔二分之一，健康保險法保險費之計算，係以「標準報酬月額」為計算基礎。國民健康保險保險費繳納義務人在國民健康保險組合為組合員，市町村國民健康保險為世帶主，世帶主如非被保險人亦不影響其義務。市町村國民健康保險之保險費，係以地方稅法之國民健康保險稅方式徵收。	保險費以投保金額計算，保險費負擔比例，依被保險人種類，就被保險人、投保單位、政府規定有不同負擔比例。
保險給付	一般區分為醫療給付與現金給付。	僅有醫療給付。
保險醫療機構	採保險醫療機構指定與醫師登錄雙重指定方式。此一雙重指定方式，使保險醫療機構與實際提供醫療保險醫師之責任區分明確化。	採保險醫事服務機構特約或指定方式，目前一般均採訂定特約方式，特約由保險人與特約醫事服務機構間訂定，監督則由衛生署與保險人為之。對於實際從事醫療行為之醫師，僅能依醫療法或醫師法等相關法規監督。
醫療費用支付	日本設有第三者機關(社會保險診療報酬支付基金或國民健康保險團體聯合會)，由其與保險人訂定委託契約，以自己之名義處理醫療費用之審查與支付。	醫療費用係由保險醫事服務機構向保險人申請，由保險人審查並支付之。
醫療費用爭議處理	對於第三者機關之審查決定如有不服，得向第三者機關提出再審查請求，對於再審查決定仍不服時，得直接向普通法院提起民事訴訟。	關於健保局之醫療費用核付事項如有不服，得向爭審會請求審議，就審議決定得提起行政爭訟。
行政爭議處理途徑	受僱者保險中關於被保險人資格、標準報酬、保險給付處分有不服者，設有社會保險審查官與社會保險審查會處理，其他行政處分，則依一般行政不服審查法為聲明不服。國民健康保險法對於保險給付(保險證交付請求與返還)、保險費等徵收處分，設有國民健康保險審查會審查，其他行政處分，依行政不服審查法為聲明不服。就審查或再審查決定，如有不服，得提起行政訴訟。	於行政院衛生署下設全民健康保險爭議審議委員會處理全民健保所發生之爭議，對爭審會處理之決定有不服時，得依法提起行政爭訟。

(二)建議

1. 面對老齡化社會，加強彼此醫療保險經驗分享

台灣與日本不論在地理環境或是歷史淵源上有相當密不可分的關係，再者，台、日雙方不論在醫療保險制度或是藥價支付制度，亦有許多相似或參考之處；此外，日本是目前全世界人口最老化的國家，為紓緩醫療保險財務窘境問題，自 2008 年 4 月起，75 歲以上老人醫療保險，由原本的國民健康保險或受雇者保險獨立出來，改加入後期高齡者醫療制度，明確區分醫療給付的財政來源。

未來整個亞洲地區的人口老齡化的現象將會給這一地區的經濟、社會，以及未來的發展帶來嚴重的影響，除了健康的議題外，各國政府面對的是國家以及民眾的財務儲蓄是否夠用，以及照顧老年人的醫療設施和退休配套設施是否健全的嚴峻挑戰，這些必須從國家政策整體架構施行。而日本面對人口趨勢之變化性及因應高齡化社會，積極社會保障政策，其已累積十數年的經驗及努力，值得台灣引以為鏡。

為加強與亞洲各國，如日本、韓國等交流，建議多辦理相關議題之國際研討會，邀請各國具相當經驗之專家學者共同分享經驗，促進共同成長。

2. 積極推展台灣健保經驗之國際交流，促展實質外交

全民健保開辦 18 年來，在醫界的配合以及全民的支持下，已逐漸達到減輕民眾就醫負擔的目標，特別是保險費負擔輕、行政經費低及全民納保的經營效率，更在國際上贏得好評。諾貝爾經濟學獎保羅克魯曼（Paul

Krugman) 教授，曾在 2005 年 11 月 7 日紐約時報 (New York Times) 中，以 "Pride, Prejudice, Insurance" 一文，公開讚許臺灣全民健保；2008 年美國公共電視網 (Public Broadcasting Service, PBS) 製作群製作了 "Sick Around the World" 專輯，深入報導英國、臺灣、德國、瑞士和日本 5 個國家的醫療保險制度，其中有關臺灣健康照護服務的內容；2012 年美國有線電視新聞網 (CNN) 專題報導我國、英國及瑞士之健保醫療制度，該報導內容探討及比較各國健保制度優缺點。

臺灣以公平就醫、全民納保、等候時間短、民眾不會因病致貧及行政經費最有節制的成就，獲得各方高度的肯定。臺灣的全民健保不僅保障全體國人的健康，也成為世界各國學習的對象，每年均吸引大量國外專家學者或官方代表前來我國考察健保制度。2011 年健保局共接待全球 22 國、計 437 人次之外賓參訪。2012 年 5 月 22 日我國代表團參與第 65 屆世界衛生大會 (World Health Assembly, WHA) 時，邱文達署長在會上發表「Universal Coverage」演說，與各國分享我國全民健保在執行上的進展及成就；並在同月 24 日受邀於歐盟亞洲智庫 (European Institute for Asian Studies, ELAS) 進行「社會正義—台灣對弱勢者之醫療照護」的演說，分享我國健保政策自 1995 年開辦以來納保率已達 99.6%，讓民眾得以公平就醫，且醫療費用低、醫療品質好、民眾滿意度高達 88.2%，另外獲得國際間高度評價。尤其 2012 年更有四大國際媒體，包括紐約時報、國家地理頻道、時代雜誌及 CNN 電視台報導台灣有世界最好的健保。

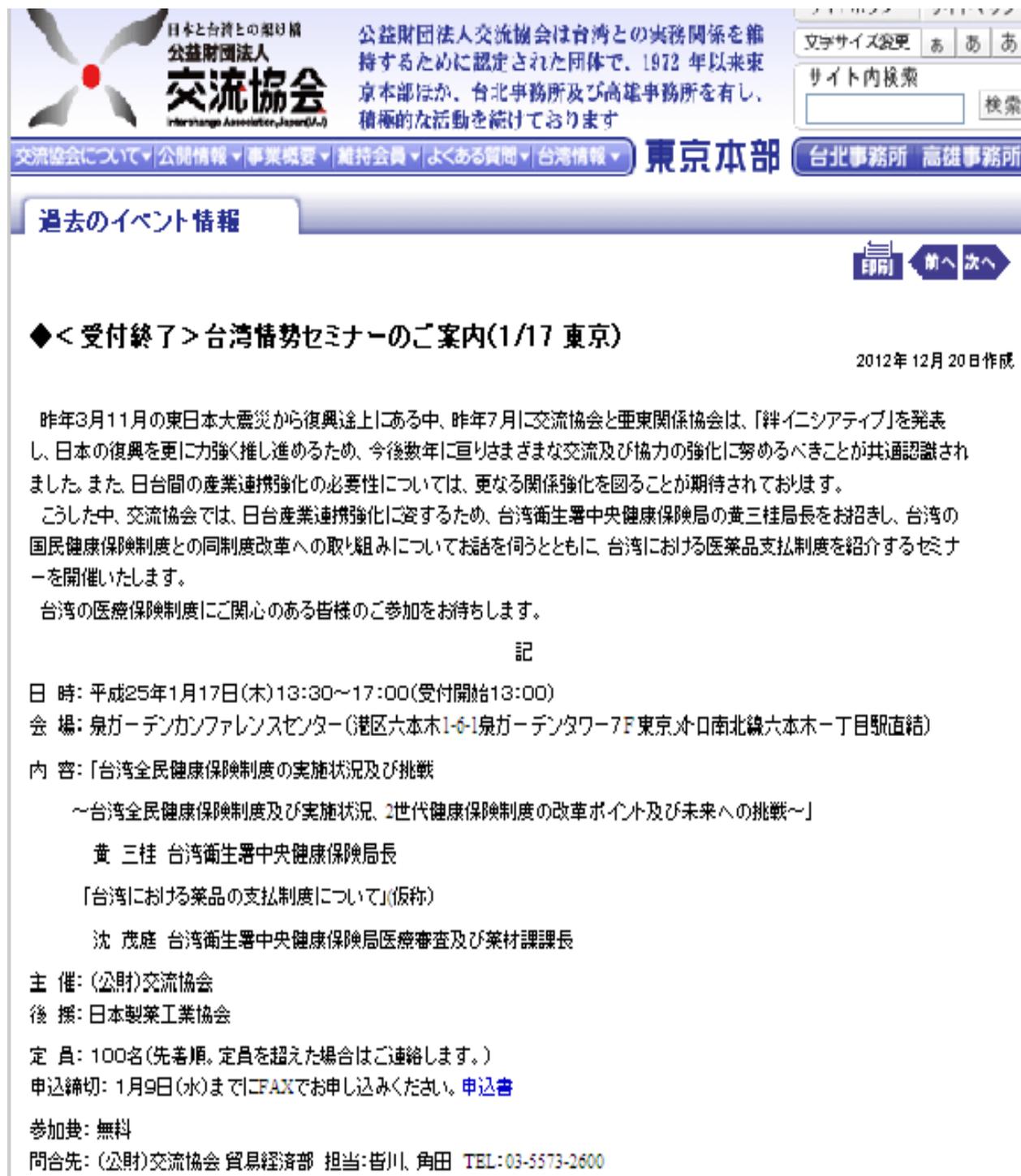
我國為單一保險人體制，臺灣以公平就醫、全民納保、等候時間短、民眾不會因病致貧及行政經費全球最低的成就，獲得高度的肯定，每年吸引大量國外專家學者或官方代表前來我國考察健保制度，為提高我國健保制度於國際舞台的能見度，型塑全民健保的國際形象，未來我國仍應致力參與各項國際會議或藉學術交流，宣揚我國健保制度成就，可從有特色的健保支付制度、健保資訊系統及二代健保改革方案等，將台灣的健保經驗提供予國際分享，進而促展台灣實質外交。

第四部分 附錄

八、相關活動照片

公益社團法人日本交流協會於2013年1月17日舉辦「台灣情勢セミナー、臺灣全民健康保險研討會」全球資訊網網頁文宣網址

http://www.koryu.or.jp/ez3_contents.nsf/Top/7288848F6DC84E8049257ADA001E8DAD?OpenDocument



The screenshot shows the website of the Japanese Exchange Association (JEA). The header includes the JEA logo and name in Japanese and English, along with a navigation menu. The main content area is titled "過去のイベント情報" (Past Event Information) and features a specific announcement for a seminar held on January 17, 2013, in Tokyo. The announcement text is as follows:

◆<受付終了>台湾情勢セミナーのご案内(1/17 東京) 2012年12月20日作成

昨年3月11日の東日本大震災から復興途上にある中、昨年7月に交流協会と亜東関係協会は、「絆イニシアティブ」を発表し、日本の復興を更に力強く推し進めるため、今後数年に亘りさまざまな交流及び協力の強化に努めるべきことが共通認識されました。また、日台間の産業連携強化の必要性については、更なる関係強化を図ることが期待されております。

こうした中、交流協会では、日台産業連携強化に資するため、台湾衛生署中央健康保険局の黄三桂局長をお招きし、台湾の国民健康保険制度との同制度改革への取り組みについてお話を伺うとともに、台湾における医薬品支払制度を紹介するセミナーを開催いたします。

台湾の医療保険制度にご関心のある皆様のご参加をお待ちします。

記

日 時: 平成25年1月17日(木)13:30~17:00(受付開始13:00)
会 場: 泉ガーデンカンファレンスセンター(港区六本木1-6-1泉ガーデンタワー7F東京外口南北線六本木一丁目駅直結)
内 容: 「台湾全民健康保険制度の実施状況及び挑戦
～台湾全民健康保険制度及び実施状況、2世代健康保険制度改革ポイント及び未来への挑戦～」

黄 三桂 台湾衛生署中央健康保険局長
「台湾における薬品の支払制度について」(仮称)
沈 茂庭 台湾衛生署中央健康保険局医療審査及び薬材課課長

主 催: (公財)交流協会
後 援: 日本製薬工業協会

定 員: 100名(先着順。定員を超えた場合はご連絡します。)
申込締切: 1月9日(水)までにFAXでお申し込みください。 [申込書](#)

参加費: 無料
問合せ先: (公財)交流協会 貿易経済部 担当: 皆川、角田 TEL: 03-5573-2600



健保局黃三桂局長於 2013.1.17
於東京進行「台灣全民健康保險
制度實施與挑戰」演講



「台灣全民健康保險制度實施
與挑戰」演講與會現場



健保局黃三桂局長、蔡淑鈴主任
秘書等一行五人在演講會議留
影



健保局與日本厚生勞働省醫政局
原德壽局長及經濟課官員討論總
體醫費用議題



台灣健保局黃局長與日本厚生
勞働省醫政局原德壽局長會談
留影



台灣健保局一行人至日本公
益社團法人地域醫療振興協
會參訪留影

九、公益社團法人日本交流協會 2013 年 1 月 17 日舉辦「台灣情勢セミナー

一，臺灣全民健康保險研討會」

行政院衛生署中央健康保險局局長黃三桂演講資料「臺灣全民健康保險制度實施與挑戰(台灣全民健康保險制度の実施状況及び挑戦)」

(如附件一)

十、公益社團法人日本交流協會 2013 年 1 月 17 日舉辦「台灣情勢セミナー

一，臺灣全民健康保險研討會」

行政院衛生署中央健康保險局醫審及藥品組長沈茂庭「臺灣藥品支付制度介紹(台湾における薬品の支払制度について)」

(如附件二)

參考資料

1. 日本厚生労働省及東京都廳全球資訊網

<http://www.mhlw.go.jp/>

檢視日期：2013 年 1 月 31 日

2. 日本健保連

<http://www.kenporen.com/outline/03.shtml#soshiki>

檢視日期：2013 年 3 月 31 日

3. DRG 參考資料

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002909e.html>

檢視日期：2013 年 1 月 31 日

http://www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=1223

檢視日期：2013 年 1 月 31 日

4. KEMPORN, 2012, *HEALTH INSURANCE, LONG-TERM CARE INSURANCE AND HEALTH INSURANCE SOCIETIES IN JAPAN 2012*.

5. 本次參訪機構之簡報資料