

# 行政院所屬各機關因公出國人員出國報告書 (出國類別：考察)

## 考察日本國民健康保險制度

服務機關：中央健康保險局

職 稱：副總經理 主任 專 員 科 長

姓 名：朱 澤 民 楊德嘉 陳福隆 鄧巽釗

出國地區：日本

出國期間：八十九年十月三十一日至十一月七日

報告日期：九十年三月

## 摘 要

本次赴日本考察其國民健康保險制度，主要係欲實地瞭解各健康保險組織之財務收支及其整體財務運作，各保險體系之財政赤字解決之道，以及呆帳處理情形。日本醫療保險制度中目前約有五千餘個保險人，組織錯綜複雜，保險費率不一。醫療給付（審查）係委託「社會保險診療報酬支付基金」與「國民健康保險團體連合會」二大機構辦理，支付標準則完全一致。現金給付與被保險人醫療費用部分負擔則依各保險人財務情形訂定，惟制度設計上相差無幾。另因各類健康保險中老人所佔比率不均，易造成該保險財務上重大負擔，日本立法制定「老人保健制度」，將老人（70歲以上）之醫療費用經調整計算平均分攤至各保險組合中，以平衡保險人間之財務。保險人收繳保費，發生呆帳，則由各保險人自行依一定程序打銷，列為費用之一，平日並未提存呆帳準備。

# 目 次

壹、考察目的.....	1
貳、考察過程.....	1
一.行前準備.....	1
二.考察行程.....	7
參、考察內容.....	8
一.日本醫療保險制度概要.....	8
(一)醫療保險制度之變遷.....	8
(二)醫療保險制度現行體系.....	9
(三)各保險制度加入者現況.....	9
(四)保險給付種類.....	11
(五)保險財源.....	16
二.厚生省保險局.....	20
(一)組織簡介.....	20
(二)座談摘要.....	21
三.社會保險診療報酬支付基金.....	27
(一)制度與組織概要.....	27
(二)財政狀況與支付標準.....	32
(三)座談摘要.....	32
四.國民健康保險中央會.....	35
(一)制度與組織概要.....	35
(二)國民健康保險制度現況.....	39
(三)財政狀況.....	41
(四)座談摘要.....	45
五.健康保險組合連合會.....	48
(一)制度與組織概要.....	48
(二)財政狀況.....	50
(三)座談摘要.....	52
六.東京都板橋區役所.....	55
(一)板橋區役所簡介.....	55
(二)板橋區役所國民健康保險辦理情形.....	56
1.國民健康保險課組織概要.....	56
2.國民健康保險實務.....	56
3.國民健康保險財政預算.....	59
4.保險費欠費內容與原因.....	60
5.有關今後欠費因應對策.....	61
(三)座談摘要.....	63
肆、考察心得.....	67

伍、建議	70
陸、參考表	
表一 國民健康保險(1997年市町村部分)被保險人規模分佈狀況	73
表二 1993年起6年來保險人單位數、戶數及被保險人人數比較 (國民健康保險)	74
表三 國民健康保險被保險人內容明細表(市町村部分)	75
表四 國民健康保險老人人數與全體被保險人人數比率	75
表五 國民健康保險財政狀況(市町村部分)	77
表六 國保近五年財政狀況(市町村部分)	78
表七 國保近十年收支狀況	79
表八 國保每人平均保險給付金額與保險費開單(核定)金額	80
表九 各年度國保每人平均診療費	81
表十 國民健康保險1998年保費收繳與滯納情形	82
表十一 國民健康保險1998年保險給付狀況表	82
表十二 1999年健保組合之被保險人人數別組合數及所屬被保險人人數	83
表十三 1999年健保組合年齡階級別加入者人數狀況	84
表十四 健保組合近10年加入者人數、投保金額、費率情形	86

## 壹、考察目的

- 一、實地瞭解日本健康保險制度及組織體系。
- 二、實地瞭解日本各健康保險組織之財務收支情形。
- 三、實地瞭解日本各健康保險組織之保險費資料建立、維護及收繳方式之實務。
- 四、探究日本在多元化健康保險制度下，其整體財務運作情形，及如何解決各保險體系之財政赤字。
- 五、實地瞭解日本各健康保險組織之呆帳處理情形。

## 貳、考察過程

### 一、行前準備

本次計畫拜會單位，係由本局函請駐台亞東關係協會、駐台日本交流協會協助聯絡，最後為厚生省保險局、社會保險診療報酬支付基金、國民健康保險組合中央會、健康保險組合連合會、板橋區役所等五單位樂意接受本局拜會。

(一)本小組於行前舉行多次會議，並收集有關日本各類健康保險資料，俾初步瞭解日本之健康保險現今實施概況，於拜會時能針對財務收支之問題進行深入之詢問；並預擬問題先行傳送至日本各拜會單位，俾供各接受拜會之單位可先行準備充份資料，使本次考察可順利達成預期之收穫。

### (二)行前準備預擬問題

#### 1. 厚生省保險局

- 〔 1 〕 國民健康保險整體制度架構為何？有無監理組織？
- 〔 2 〕 國民健康保險有否提列保費呆帳準備及實際呆帳比率為多少？能否提供五年數據？
- 〔 3 〕 保費是否可辦理分期付款？於何狀況之下，方可減免保費？
- 〔 4 〕 目前國民健康保險在管理與經營上，有何最感困難之問題？
- 〔 5 〕 國民健康保險有無保險安全準備之提列？其方式如何？保險財源除保費收入外，是否尚有其他財源？
- 〔 6 〕 中央對地方政府有否補助？當地方政府預算編列不足時，如何因應？

- 〔 7 〕 能否提供有關政府掌管健康保險，對醫療費用補助之最近統計資料。
- 〔 8 〕 有關軍人、受刑人如何加入健康保險體系？
- 〔 9 〕 如政府積欠各類健康保險之醫療補助時，將如何處理？
- 〔 10 〕 各類健康保險如何收取保費？是否有預收保險費？若被保險人未繳交保險費，而健康保險組合已代墊支付醫療費用，如何追回？
- 〔 11 〕 如何查核全國未加入健康保險或國民健康保險人數，這些人員如何協助其加入保險？
- 〔 12 〕 有關健康保險組合或國民健康保險財政發生赤字時，如何處理？
- 〔 13 〕 保險對象欠費時如何控管其醫療給付並催繳保險費？
- 〔 14 〕 保險對象未交保費如何處理？對無法收回之保險費，以何種方式處理？有無逾期保費催收及呆帳打消之作業規定，其內容為何？
- 〔 15 〕 保險對象的就醫憑證是什麼？多久換一次？欠費者如何暫停給付？
- 〔 16 〕 承辦國民健康保險各機構之保險財源係由被保險人繳交之保險費、醫療費用補助及其他，但這些保險收入若還無法支付醫療費用時，各承辦機構如何處理？
- 〔 17 〕 各類健康保險之國庫補助部分約佔總收入多少？若補助不足時，如何處理？
- 〔 18 〕 對中小企業未有健康保險組合之公司，向員工收取保險費後，而未向社會保險事務所定期繳交保險費或遲交（倒閉）時，被保險人是否還可享有各項保險資格？
- 〔 19 〕 對於長久居留在外國之日本國民，有否強制其納保，出國期間保費如何計算？國外就醫醫療給付如何處理？
- 〔 20 〕 對於長期或短期居留日本之外國人士，有否強制其應納保？
- 〔 21 〕 對逾期不交保險費之被保險人，除寄發催繳通知單外，有否其他處理？
- 〔 22 〕 辦理國民健康保險（府都市縣等）之事務費由國庫負擔，須向何單位提出申請，及其實務上如何辦理。全國由政府補助之事務費佔醫療費用之比率？

## 2. 社會保險診療報酬支付基金

- 〔 1 〕 支付基金為平衡財務，曾有調整手續費費率或收取費用之措施否？其依據法定條件為何？
- 〔 2 〕 目前在管理與經營上，有何最感困難之問題？
- 〔 3 〕 支付基金有無呆帳打銷之作業規定，其內容為何？呆帳打銷之處理程序及會計帳務之處理方式為何？呆帳打銷需經哪一單位審查及核准？
- 〔 4 〕 有無呆帳準備金之提列？其方式如何？
- 〔 5 〕 保險醫療費用申報及支付之作業方式為何？有無發生溢付保險醫療費用之情形？該項費用如何追回？
- 〔 6 〕 若公司或工廠等健康組合惡性倒閉，所產生之呆帳，支付基金如何處理？
- 〔 7 〕 當醫療費用支付給醫療院所後，發覺醫療虛報費用時，如何處理？若是密醫時，是否將其移送法院，追繳全部給付之醫療費用？
- 〔 8 〕 對醫療院所溢付款及違約罰款如何訴追？
- 〔 9 〕 醫療給付後才發現不符合投保資格，醫療費用如何收回？
- 〔 10 〕 對於短期居留在外國之日本國民，於國外就醫時其醫療給付如何處理？

## 3. 國民健康保險中央會

- 〔 1 〕 國民健康保險整體制度架構為何？有無監理組織？
- 〔 2 〕 國民健康保險有否提列保費呆帳準備及實際呆帳比率為多少？能否提供五年數據？
- 〔 3 〕 滯納金是否可辦理分期付款？於何狀況之下，方可免徵滯納金？
- 〔 4 〕 保費資料有無集中處理？被保險人出國在外期間算中斷還是在保中？
- 〔 5 〕 目前國民健康保險在管理與經營上，有何最感困難之問題？
- 〔 6 〕 國民健康保險有無保險安全準備之提列？其方式如何？保險財源除保費收入外，是否尚有其他財源？
- 〔 7 〕 中央對地方政府有否補助？當地方政府預算編列不足時，如何因應？
- 〔 8 〕 有關軍人、受刑人如何加入健康保險體系？

- 〔 9 〕 如何查核全國未加入健康保險或國民健康保險人數，這些人員如何協助其加入保險？
- 〔 10 〕 有關國民健康保險財政發生赤字時，如何處理？
- 〔 11 〕 保險對象欠費時如何控管其醫療給付並催繳保險費？
- 〔 12 〕 保險對象的就醫憑證是什麼？多久更換一次？欠費者如何暫停給付？個人有無因欠費而被查封房地產的事件發生？
- 〔 13 〕 保險對象異動時（變更基本資料，加退保）如何申報？資料如何傳輸？是否有重複納保現象發生如何解決？
- 〔 14 〕 承辦國民健康保險各機構之保險財源係由被保險人繳交之保險費、醫療費用補助及其他，但這些保險收入若還無法支付醫療費用時，各承辦機構如何處理？
- 〔 15 〕 國民健康保險之國庫補助部分約佔總收入多少？若補助不足時，如何處理？
- 〔 16 〕 對於長久居留在外國之日本國民，有否強制其納保，出國期間保費如何計算？國外就醫醫療給付如何處理？
- 〔 17 〕 對於長期或短期居留在日本之外國人士，有否強制其應納保？
- 〔 18 〕 辦理國民健康保險（府都市縣等）之事務費由國庫負擔，須向何單位提出申請，及其實務上如何辦理。全國由政府補助之事務費佔醫療費用之比率？

#### 4. 健康保險組合連合會

- 〔 1 〕 健康保險組合連合會整體制度架構為何？有無監理組織？
- 〔 2 〕 各個健康保險組合是否有提列保費呆帳準備及實際呆帳比率為多少？能否提供五年數據？
- 〔 3 〕 公司經營發生困難，而員工尚未離職時，其保費如何徵收？
- 〔 4 〕 目前健康保險組合在管理與經營上，有何最感困難之問題？
- 〔 5 〕 目前費率為多少？多久精算一次費率？費率更改時應經何程序？由何種機構精算費率？
- 〔 6 〕 健康保險組合有無保險安全準備之提列？其方式如何？保險財源除保費收入外，是否尚有其他財源？
- 〔 7 〕 健康保險組合如何收取保險費？是否有預收保險費作業是否摺發收據？若被保險人未繳交保險費，而組合已代墊支付醫療費用，如何追回？



- 〔 8 〕 健康保險組合有無呆帳打銷之作業規定,其內容為何?呆帳打銷之處理程序及會計帳務之處理?呆帳打銷需經哪一單位審查及核准?
- 〔 9 〕 健康保險組合有無呆帳準備金之提列?其方式如何?
- 〔 10 〕 可否提供各健康保險組合最近年度財務報告(含決算),或者資產負債表、損益表等。
- 〔 11 〕 有關健康保險組合財政發生赤字時,如何處理?
- 〔 12 〕 各類健康保險組合投保金額等級距表上、下限如何決定?
- 〔 13 〕 健康保險組合之組員積欠保費時,如何控管醫療給付及催繳保險費?
- 〔 14 〕 健康保險組合之保險對象異動時(變更基本資料,加退保)如何申報?資料如何傳輸?
- 〔 15 〕 為平衡保險財務,各健康保險組合曾有調整保費費率或擴大費基之措施否?其法定條件為何?
- 〔 16 〕 健康保險組合之保費除由被保險人負擔外,是否有政府、雇主或其他的負擔對象?其百分比為何?
- 〔 17 〕 健康保險組合之收入中其國庫補助部分約佔總收入多少?若補助不足時,如何處理?
- 〔 18 〕 健康保險組合之事務費是否全部由政府補助,政府根據組合何種之資料給予補助?
- 〔 19 〕 健康保險組合主要保險收入之來源為何?若保險收入無法支付醫療費用時,組合要如何因應?
- 〔 20 〕 對於逾期繳納保費者有否處罰?有否徵收滯納金(上限)利息、罰款,或停止其就醫權利?
- 〔 21 〕 對逾期不交保險費之被保險人,除寄發催繳通知單外,有否其他處理?
- 〔 22 〕 關於保費收入的應收、已收、催收、呆帳打消之內部帳務如何聯繫?打消呆帳後之列管續催措施為何?

## 5. 板橋區役所

- 〔 1 〕 板橋區役所辦理之國民健康保險整體制度架構為何?有無健保監理組織?
- 〔 2 〕 保險費可否辦理分期付款?什麼狀況下,可以減免保險費?
- 〔 3 〕 保費資料有無集中處理?出國在外期間算中斷還是在保中?欠費通知單是寄到何處?

- 〔 4 〕 可否提供保險收支業務之資訊作業系統流程？
- 〔 5 〕 目前國民健康保險在管理與經營上，有何最感困難之問題？
- 〔 6 〕 目前保險費費率為多少？多久精算一次費率？費率更改時應經何程序？何種機構精算費率？
- 〔 7 〕 可否提供被保險人之欠費原因分析？
- 〔 8 〕 被保險人之保費收繳率為何？
- 〔 9 〕 政府有否積欠補助醫療補助之情況，如何處理？
- 〔 10 〕 如何查核未加入國民健康保險人數，這些人員如何協助其加入保險？
- 〔 11 〕 有無「保險憑證」使用之規定？如何換發？當其失效時，如何確認？
- 〔 12 〕 有無呆帳打銷之作業規定，其內容為何？呆帳打銷需經哪一單位審查及核准？
- 〔 13 〕 有無呆帳準備金之提列？其方式如何？
- 〔 14 〕 有無處理減免保費作業？減免資格可以追溯嗎？
- 〔 15 〕 有關國民健康保險財政發生赤字時，如何處理？
- 〔 16 〕 保險費之收繳方式有那幾種方式，收繳之資料如何傳輸。
- 〔 17 〕 保險對象欠費時如何控管醫療給付並催繳保險費？
- 〔 18 〕 保險對象的就醫憑證是什麼？多久換一次，更換的原因是什麼？欠費者如何暫停給付？個人有無因欠費而被查封房地產的事件發生？
- 〔 19 〕 保險對象異動時(變更基本資料,加退保)如何申報？資料如何傳輸？是自由加保或強制納保？
- 〔 20 〕 為平衡國民健康保險財務，曾有調整保費費率或擴大費基之措施？其法定條件為何？
- 〔 21 〕 個人的加退保及欠費資料有無歸戶？寄發欠費催繳函是由郵差送達或請專人送達？送達不到做何種處理？
- 〔 22 〕 國民健康保險之保險費收入，國庫醫療費用補助等之收入，如無法支付申請之醫療費用及其他費用時，發生赤字要如何處理？
- 〔 23 〕 國庫補助部分約佔國民健康保險總收入多少？若補助不足時，如何處理？
- 〔 24 〕 辦理國民健康保險之事務費是否全部由政府補助，政府根據何種之資料給予補助？
- 〔 25 〕 溢繳的保險費是立即退費或於下一次才計費時互抵？

- 〔 26 〕 對於因窮困而無法繳納保險費之保險對象如何協助其參加保險？
- 〔 27 〕 對於長久居留在外國之日本國民，有否強制其納保，出國期間保費如何計算？國外就醫醫療給付如何處理？
- 〔 28 〕 對於長期或短期居留在日本之外國人士，有否強制其應納保？
- 〔 29 〕 對於逾期繳納保費者如何處罰？有否徵收滯納金（上限）利息、罰款，或停止其就醫權利？
- 〔 30 〕 對逾期不交保險費之被保險人，除寄發催繳通知單外，有否其他處理？
- 〔 31 〕 請說明保費之開單收繳實務（即開單、繳費、收款、銷帳等實際作業程序）？有否委託代收保險費？多久計算一次保險費開單收繳？可否提供繳款單樣本？以前欠費是否與當月應收保費合併寄發？有無利用電話，網路或提款機繳費？
- 〔 32 〕 關於保費收入的應收、已收、催收、呆帳打消之內部帳務如何聯繫？打消呆帳後之列管續催措施為何？

## 二、考察行程

此行計參訪厚生省保險局(該局派一位企劃官於日本交流協會簡報)、社會保險診療報酬支付基金、國民健康保險中央會、健康保險組合連合會、東京板橋區役所等五個單位，期間共與厚生省保險局企劃官岡田太造、支付基金幹事長村上嘉寬、審查業務部第二部部長表正幸、總務部長綱川久夫、國民健康保險中央會理事長北鄉勳夫、常務理事船橋光俊、審議役太鼓地武、企劃部長田中一哉、健康保險組合連合會社會保障研究室室長片岡昭彥、常務理事鈴木久雄、理事扇田熙、東京板橋區役所區長石塚輝雄、厚生部長久保井一正、國民健康保險課課長關口和夫等二十六人於各該單位座談。考察行程安排如下：

10/31(星期二)	台北	東京	
11/01(星期三)	10：00	12：00	厚生省保險局派員簡報
	14：00	16：00	訪問社會保險診療報酬支付基金
11/02(星期四)	10：00	12：00	訪問國民健康保險中央會
	14：00	16：00	訪問健康保險組合連合會
11/03(星期五)			國定假日(文化節)

11/04(星期六)		討論及整理資料
11/05(星期日)		討論及整理資料
11/06(星期一)	09：00 13：00	訪問東京都板橋區役所
11/07(星期二)		結束訪問行程

## 參、考察內容

### 一、 日本醫療保險制度概要

#### (一) 醫療保險制度之變遷

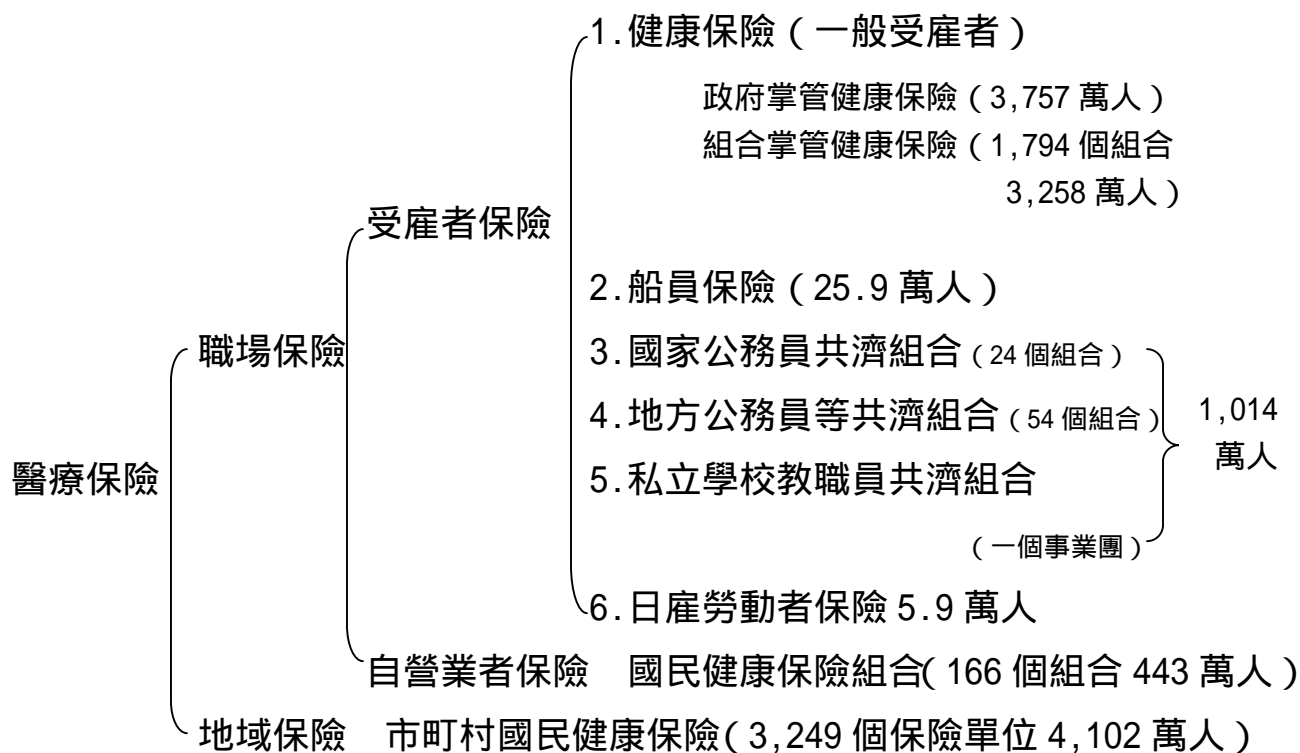
在大正時期（1912 年~1925 年）由於勞動運動抬頭，為立法保護勞工，於 1922 年（大正 11 年）制定「健康保險法」，在此之前僅有少數民間企業自主性組織互助組合，保障工人傷病醫療事宜。期間該法因關東大地震，故延至 1927 年（昭和 2 年）方開始實施健康保險，惟僅適用於從業員 10 人以上之工廠、礦場、交通事業等行業，且年收入超過 1,200 圓者排除在外，其中亦包括職業災害，保險給付限為本人，給付期間為 180 日。1934 年（昭和 9 年）健保法修正，再擴大適用於擁 5 人以上從業員之上述行業。1938 年（昭和 13 年）中央政府設置厚生省，制定「國民健康保險法」以市町村及自營作業業者為保險單位，設立各保險組合。1939 年（昭和 14 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，給付療養費用的十分之八，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。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）。1948 年（昭和 23 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。在 1954 年（昭和 29 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（昭和 36 年）才達成全民納保體制。但是，受石油危機之影響，日本景氣衰退，國家財政逐漸惡化，高齡者醫療費用成長急速，該國認為必需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，故於 1980 年代前期，建立「老人保健制度」與「退職者醫療制度」，使整個醫療保險制度更加完備。

。

## (二) 醫療保險制度現行體系

日本現行醫療保險主要可區分為二大類別，其一是以受雇者為對象之受雇者保險，另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）。受雇者保險又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）、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（如圖一）。實際上政府掌管之健康保險之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）。

圖一 醫療保險體系



註：圖中人口數均含被保險人與其眷屬

資料來源：醫療保險制度研究會，醫療保險白皮書 2000 年版 56 頁

## (三) 各保險制度加入者現況

日本醫療保險納保人數，市町村為主之國民健康保險約 4,102 萬人，政府掌管健康保險約 3,757 萬人，組合掌管健康保險約 3,258 萬人，就全體而言，受雇者保險約占 63.9%，國民健康保險約占 36.1%（如表一）。

表一 各制度加入者之構成之比率

1998 年	國保	政管	組合	共濟
	36.1%	29.0%	25.8%	8.0%

船員 0.2%  
日雇者 0.04%

資料來源：醫療保險制度研究會，醫療保險白皮書 2000 年版 66 頁

從 1994 年至 1998 年間各保險制度之被保險人數觀看，政府掌管健康保險 1994 年至 1996 年之間前後年度約成長 1.3%，1997 年、1998 年則為成長降低，組合掌管健康保險除 1966 年外，皆為負成長，而市町村主辦之國民健康保險人數，幾乎年年增加，1994 年與 1998 年比較約增加 280 萬人（如表二）。

表二 被保險人數各年度比較

		1994 年度	1995 年度	1996 年度	1997 年度	1998 年度
政管健保	被保險人人數（萬人）	1,950	1,973	1,998	1,996	1,968
	對前年度比（%）	1.4	1.2	1.3	0.1	1.4
組合健保	被保險人人數（萬人）	1,546	1,539	1,537	1,581	1,565
	對前年度比（%）	0.2	0.5	0.1	2.9	1.0
國保（市町村）	被保險人人數（萬人）	3,820	3,859	3,902	3,981	4,102
	對前年度比（%）	0.6	1.0	1.1	2.0	3.0

註：上表被保險人人數未包含眷屬人數

資料來源：醫療保險制度研究會，醫療保險白皮書 2000 年版 66 頁

日本近幾年來，受雇者被保險人人數逐漸遞減，而市町村國民健康保險被保險人人數卻逐漸遞增，這可能因日本近年來社會景氣低迷，失業者增加，故由受雇者保險轉加入國民健康保險人數亦隨之增加。

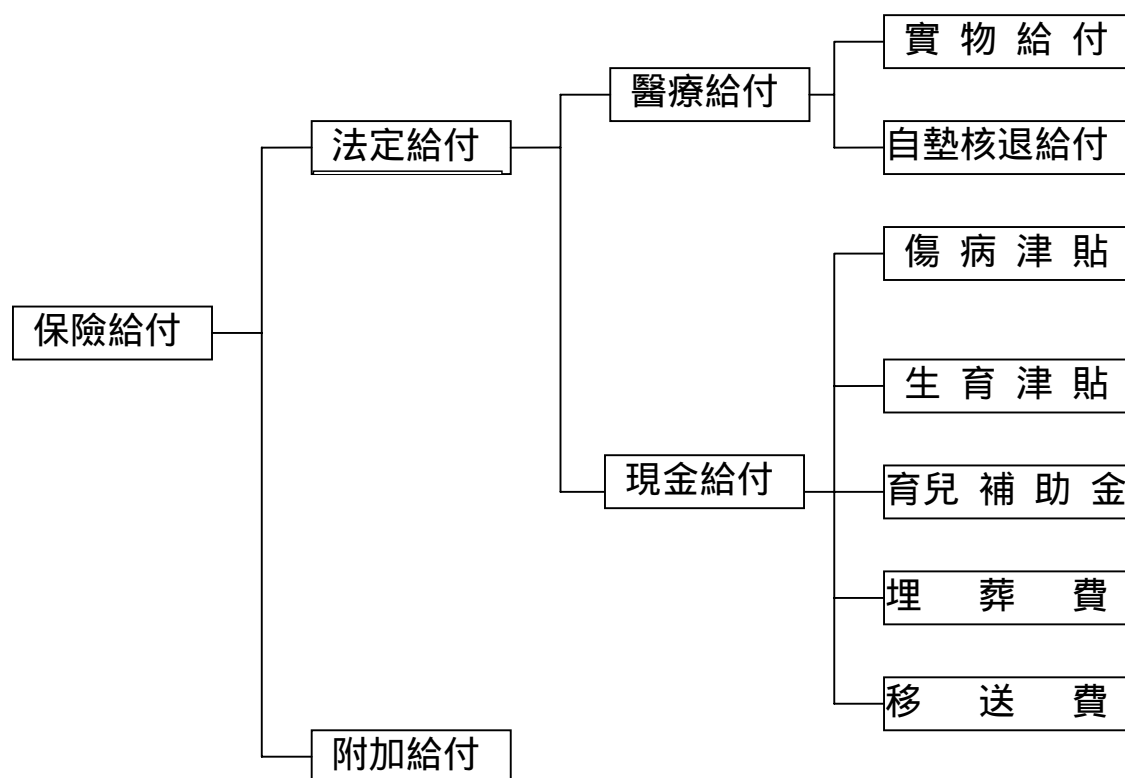
#### (四) 保險給付種類

日本保險給付主要分為法定給付與附加給付二大項如圖二，各保險之法定給付皆依據法律規定，付與保險人一定之義務。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。

法定給付又區分為「醫療給付」與「現金給付」二種，「醫療給付」主要係針對被保險人傷病治療費用之給付，其中「實物給付」係由保險人付予特約醫療機構之被保險人醫療費用，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「自墊核退給付」，日本「法定給付」制度與我國大致雷同。

在「現金給付」方面，則有被保險人由於傷病或分娩生育致停業未有所得，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，這是受雇者保險特有之給付項目，而自營業者因停業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。

圖二 保險給付種類



資料來源：醫療保險制度研究會，醫療保險白皮書 2000 年版 68 頁

有關日本各類保險給付中除高額療養費給付均為相同規定外，其餘醫療給付與現金給付，依保險類型不同，所給付之內容、金額亦相異，其各項保險給付內容如表三。



表三

## 各保險給付詳細內容

1999年9月1日

對象		健康保險		船員保險
		一般受雇者	日雇勞動者	船員
醫療給付	療養給付	本人部分負擔 20% 惟醫療費用在 1,500 日圓以下部分負擔 200 日圓 1,500 2,000 日圓者部分負擔 400 日圓 2,500 3,500 日圓者部分負擔 600 日圓		
	住院時膳食療養費	標準負擔額 一般情形每日負擔 760 日圓 市町村民免納稅戶等，住院前 3 個月每日負擔 650 日圓，第 4 個月以後每日負擔 500 日圓		
	眷屬療養費	住院部分負擔 20%，門診部分負擔 30%		
	訪問看護療養費給付	80%		
	眷屬訪問看護療養費給付	70%		
	高額療養費	自己負擔額 6 萬 3,600 日圓（低所得者 3 萬 5,400 日圓）超過部分保險給付 同一戶眷屬成員在同一個月份其部分負擔為 30,000 日圓（低所得者 21,000 日圓）以上，有二件以上者，可合併計算申請保險給付超額部分 全戶一年期間有申請給付 4 次以上者，第 5 次起部分負擔為 37,200 日圓（低所得者 24,600 日圓） 血友病、洗腎患者部分負擔為 10,000 日圓		
保險給付	傷病津貼	每日給予標準報酬日額 × 6/10 期間 1.5 年	每日給予當年最高所得月份之標準薪資額 × 1/50 期間 6 個月(特定 1.5 年)	每日給予標準報酬日額 × 6/10 期間 3 年
		生育津貼	每日給予標準報酬日額 × 6/10 分娩日前 42 日起算至分娩日後 56 日為止	每日給予當年最高所得月份之標準薪資額 × 1/50 分娩日前 42 日起算至分娩日後 56 日為止
	育兒補助費		300,000 日圓 (政令規定)	300,000 日圓 (政令規定)
	配偶生產育兒補助費	300,000 日圓 (政令規定)		
	埋葬費	標準報酬月額之 1 個月份最低額 100,000 日圓 (政令規定)	最高所得月份之標準薪資額 (最低額 100,000 日圓)	標準報酬月額之 2 個月份最低額 100,000 日圓)
	眷屬埋葬費	100,000 日圓 (政令規定)		標準報酬月額之 2 個月份 × 7/10 (最低額 100,000 日圓)
	移送費	當病患移動困難，經保險人認定後，給付其送醫最經濟之交通費用		
	眷屬移送費	同上		

資料來源：厚生省保險局內部講義，日本醫療保險制度

對象		國家公務員 共濟組合	地方公務員 共濟組合	日本私立學校振興 共濟事業團	
		國家公務員	地方公務員	私立學校教職員	
醫療給付	療養給付	本人部分負擔 20% 惟醫療費用在 1,500 日圓以下部分負擔 200 日圓 1,500 2,000 日圓者部分負擔 400 日圓 2,500 3,500 日圓者部分負擔 600 日圓			
	住院時膳食療養費	標準負擔額 一般情形每日負擔 760 日圓 市町村民免納稅戶等，住院前 3 個月每日負擔 650 日圓，第 4 個月以後每日負擔 500 日圓			
	眷屬療養費	住院部分負擔 20%，門診部分負擔 30%			
	訪問看護療養費給付	80%			
	眷屬訪問看護療養費給付	70%			
	高額療養費	自己負擔額 6 萬 3,600 日圓(低所得者 3 萬 5,400 日圓)超過部分保險給付 同一戶眷屬成員在同一個月份其部分負擔為 30,000 日圓(低所得者 21,000 日圓)以上，有二件以上者，可合併計算申請保險給付超額部分 全戶一年期間有申請給付 4 次以上者，第 5 次起部分負擔為 37,200 日圓(低所得者 24,600 日圓) 血友病、洗腎患者部分負擔為 10,000 日圓			
保險給付	傷病津貼	每日給予標準報酬日額 × 6.5/10	每日給予薪資日額 × 8/10	每日給予標準薪資日額 × 8/10	
		期間 1.5 年(特定 3 年)	期間 1.5 年(特定 3 年)	期間 1.5 年(特定 3 年)	
		生育津貼	每日給予標準報酬日額 × 6.5/10 分娩日前 42 日起算至分娩日後 56 日為止	每日給予薪資日額 × 8/10 分娩日前 42 日起算至分娩日後 56 日為止	每日給予標準薪資日額 × 8/10 懷孕確定日起算至分娩日止
	現金給付	休業津貼	每日給予標準報酬日額 × 5/10	每日給予薪資日額 × 6/10	每日給予標準薪資日額 × 6/10
		生育補助費	標準報酬月額 1 個月份(最低額 300,000 日圓)	薪資之 1 個月份(最低額 300,000 日圓)	標準薪資月額之 1 個月份(最低額 300,000 日圓)
		配偶生育費	標準報酬月額 × 7/10 (最低額 300,000 日圓)	薪資月額 × 7/10 (最低額 300,000 日圓)	標準報酬月額 × 7/10 (最低額 300,000 日圓)
		埋葬費	標準報酬月額 1 個月份(最低額 100,000 日圓)	薪資之 1 個月份(最低額 100,000 日圓)	標準薪資月額之 1 個月份(最低額 100,000 日圓)
		眷屬埋葬費	標準報酬月額 × 7/10 (最低額 100,000 日圓)	薪資月額 × 7/10 (最低額 100,000 日圓)	標準報酬月額 × 7/10 (最低額 100,000 日圓)
		移送費	當病患移動困難，經保險人認定後，給付其送醫最經濟之交通費用		
眷屬移送費	同上				

資料來源：厚生省保險局內部講義，日本醫療保險制度

對象		國民健康保險	
		一般國民（農業者、自營業者等）	受雇者保險之退職者
保險給付	醫療給付	療養給付	部分負擔 30% 本人部分負擔 20% 眷屬住院部分負擔 20% 門診部分負擔 30%
		住院時膳食療養費	標準負擔額 一般情形每日負擔 760 日圓 市町村民免納稅戶等，住院 90 日內每日負擔 650 日圓，超過 90 日以上每日負擔 500 日圓
		訪問看護療養費給付	70% 本人 80% 眷屬 70%
		高額療養費	自己負擔額 6 萬 3,600 日圓（低所得者 3 萬 5,400 日圓）超過部分保險給付 同一戶眷屬成員在同一個月份其部分負擔為 30,000 日圓（低所得者 21,000 日圓）以上，有二件以上者，可合併計算申請保險給付超額部分 全戶一年期間有申請給付 4 次以上者，第 5 次起部分負擔為 37,200 日圓（低所得者 24,600 日圓） 血友病、洗腎患者部分負擔為 10,000 日圓
	現金給付	傷病津貼	市町村未實施
		生育津貼	
		生育補助費	（基準額 300,000 日圓）
		埋葬費	約 1 5 萬日圓
		移送費	當病患移動困難，經保險人認定後，給付其送醫最經濟之交通費用

註：各保險醫療給付藥費部分負擔（老人保健除外）如下：

- ．內服藥
 

1 種類	0 日圓
2 3 種類	3 0 日圓
4 5 種類	6 0 日圓
6 種類以上	1 0 0 日圓
- ．外服藥
 

1 種類	5 0 日圓
2 種類	1 0 0 日圓
3 種類	1 5 0 日圓
- ．指定專用藥 1 種類以上 1 0 日圓

未滿 6 歲之幼童以及低所得者免除藥費部分負擔

資料來源：厚生省保險局內部講義，日本醫療保險制度

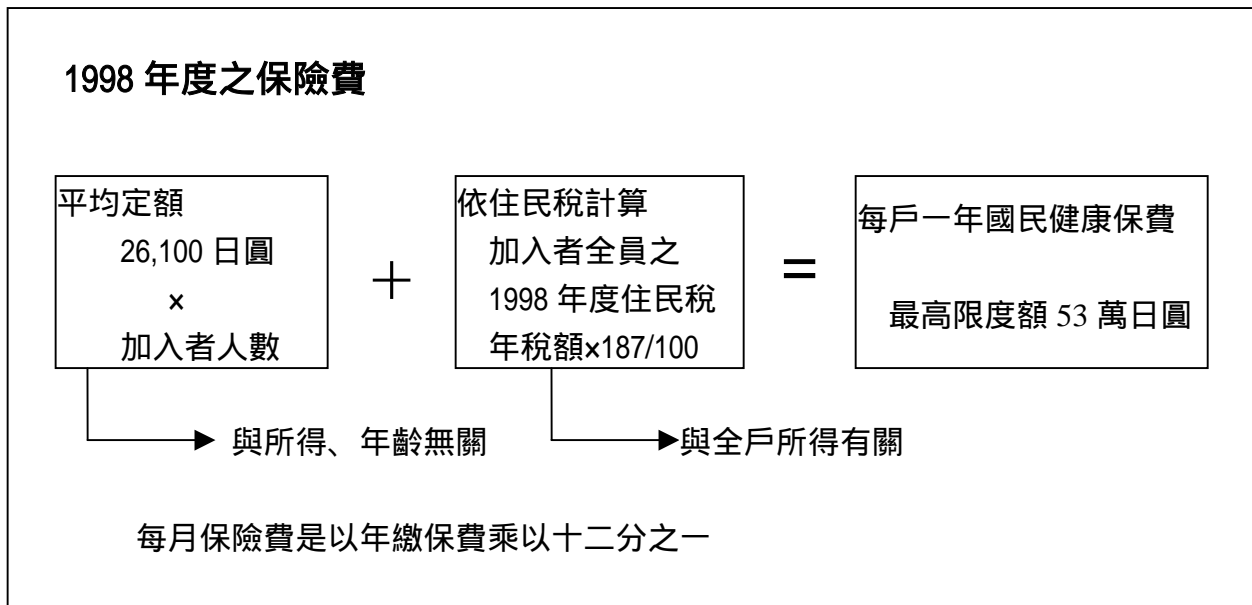
## (五) 保險財源

日本醫療保險主要財源來自被保險人保費與國庫補助，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，亦呈現出不同情形。

### 1. 保險費

- (1) 政府掌管健康保險之保險費是由被保險人之投保金額乘以保險費率按月收取。而投保金額共分為 40 級自 90,000 日圓至 980,000 日圓，被保險人則依其適用級數分別計算保費。費率範圍為 6.6% 至 9.1% 之間，而實際費率經醫療保險審議會之審議通過後，由厚生大臣訂定之，1998 年度之保險費率為 8.5%，被保險人計算出之保費由被保險人與雇主各分擔 50%。這項健康保險，主要為無法成立保險組合之中小企業受雇者設立，其保費收繳主管單位係厚生省社會保險廳設在全國各地之 312 個社會保險事務所。
- (2) 組合掌管健康保險之費率為 3.0% 至 9.5% 之間，由各組合自行訂定之，1999 年 3 月止所有組合之平均費率為 8.512%，保費原則上亦是雇主與被保險人各負擔 50%。又受雇者被保險人負擔最高比率定為 4.5%，由於制約規定致使雇主之負擔比率稍加提高，現今以同月統計所有組合其雇主負擔平均比率 4.790%，受雇者被保險人為 3.722%。又因育兒休業法之制定，育兒休業期間（生產日起一年之內，最長十二個月）之保費可以免繳。
- (3) 船員保險、國家公務員共濟組合、地方共濟組合、私立學校教職員共濟組合之保險費率則為 7.8% 至 8.8%。
- (4) 國民健康保險之保費計算方式依法定有四種，各國民健康保險組合或保險人（市町村等）可依議會決議後自行選定，因保險費是以戶數計算，故全戶每年所繳納之住民稅或固定資產稅多寡，將影響其保險費支出，其中計算公式之一如圖三。

圖三 保險費計算公式



## 2. 國庫補助（負擔）各保險部分醫療給付

自從 1954 年（昭和 29 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（昭和 40 年）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（昭和 48 年）導入國庫定率負擔，以 1970 年（昭和 45 年）225 億日圓與 2000 年（平成 12 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 - 政府掌管健康保險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) 各種共濟組合（如地方公務員等）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。
- (5) 2000 年預算國庫補助各類保險醫療費用情形如表四。

表四

## 國庫補助制度

單位：億日圓

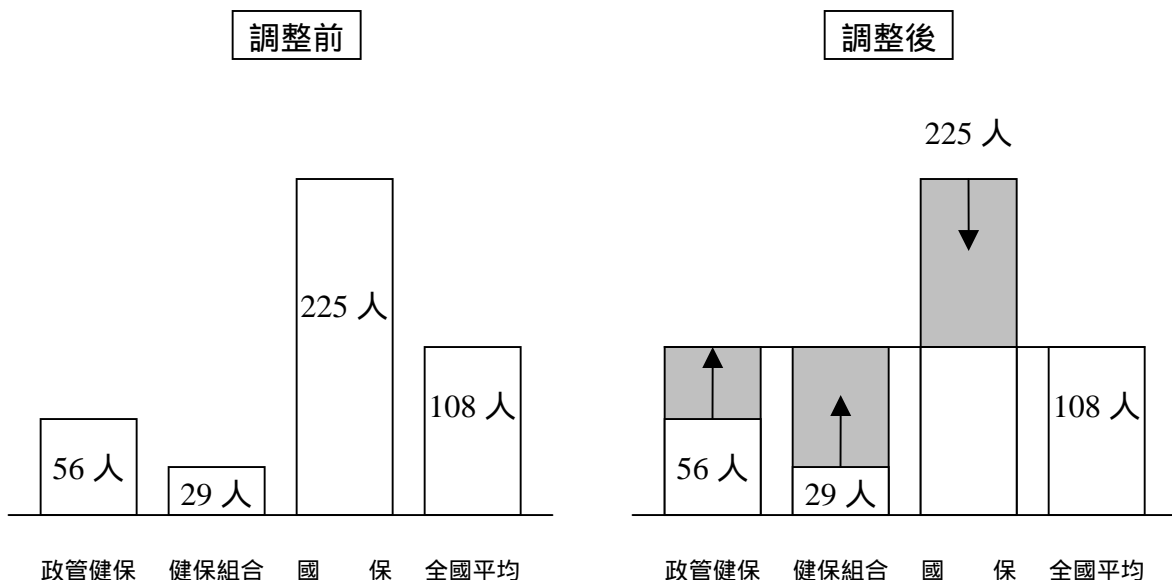
制度名	法源依據	開始年	負擔比率	2000年度預算	
政管健保	法律	1973年 1978年	保險給付之 13.0% 老人保健之 16.4% 獎金等之 0.2%	9148 億日圓	
組合健保	預算	1958年	定額	217	
船員保險 (疾病部門)	預算	1955年	定額	30	
國民健康保險	市町村	法律	1958年	醫療給付等之 50% 保險稅減免部分	28,244
	國保組合	法律	1958年	醫療給付之 32% 52%	2,830
	小計				31,074

資料來源：醫療保險制度研究會，醫療保險白皮書 2000 年版 116 頁

(6)老人保健制度(為 70 歲以上或 65 歲以上未滿 70 歲行動不便長年臥床老人設置之保險制度)，其醫療費用除少部分自己負擔外，大部分由中央政府負擔總額 12/60，各都道府縣政府 3/60，市町村 3/60，以及各保險制度之保險人負擔 42/60(老人保健共同分攤金)計算方式如圖四。

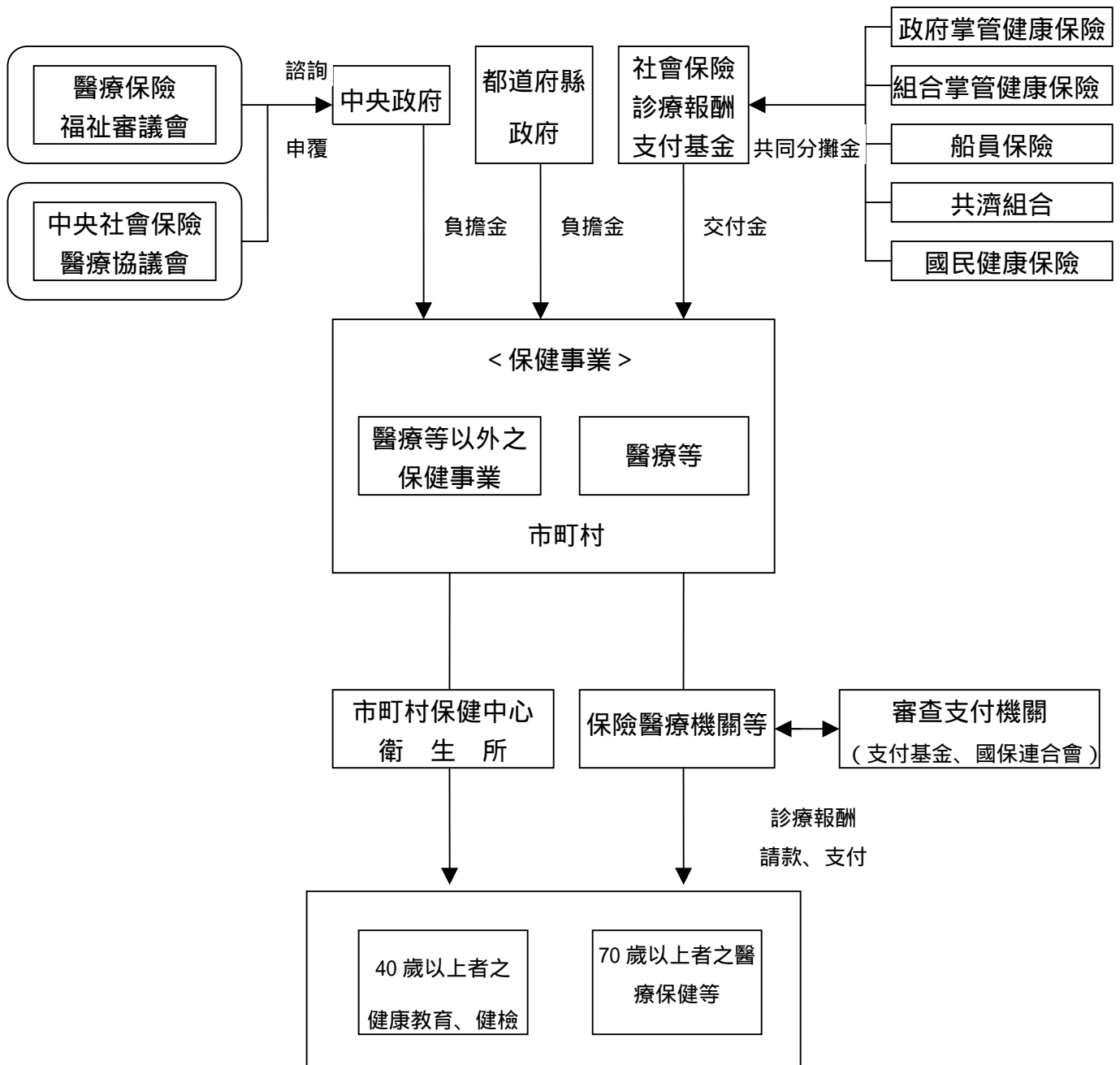
圖四 (資料來源：醫療保險制度研究會，醫療保險白皮書 2000 年版 132 頁)

【共同分攤金計算方式(每 1,000 人中老人加入者人數)(1998 年度預計實績)】



由圖四可知全國每千人平均老人被保險人約占 108 人，故各保險制度之被保險人每千人未達 108 人者，則需繳交差額，如政管健保每千人需繳交  $(108 \text{ 人} - 56 \text{ 人}) \times 80 / \text{千日圓}$ （1998 年每一老人平均醫療費）之老人保健共同分攤金。各類保險老人保健共同分攤金與國庫補助（負擔）之部分其資金流向如圖五。

圖五



資料來源：醫療保險制度研究會，醫療保險白皮書 2000 年版 130 頁

另有關各類保險事務費除健康保險組合與私校教職員共濟組合等為部分國庫補助外，其餘保險制度之事務費則由國庫編列預算全額撥補。2000年健保組合與國保組合部分之國庫補助事務費預算就有92億日圓。

## 拜會單位介紹

### 二、厚生省保險局

#### (一) 組織簡介

該局為全國健康保險主管機關，主管醫療保險政策。其下設有五課：

1. 企劃課：醫療保險制度之企劃、調整、調查研究。船員保險之企劃、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。
2. 保險課：健康保險相關企劃、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。
3. 國民健康保險課：國民健康保險之企劃、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。
4. 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。
5. 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。



## (二) 座談摘要

### 1、日本之健康保險整體制度架構為何？(厚生省保險局企劃官岡田太造)

厚生省保險局企劃官岡田太造：國民健康保險之保險制度，係由地域住民為對象參加之地域醫療保險，實施的主體為市町村(同一地域或同一業種自營業者則參加之國民健康保險組合)。保險者單位數為 3,249 個市町村及 166 國民健康保險組合，保險對象人數佔全國總人口三分之一強，約 4,545 萬人(平成 12 年醫療保險白皮書第 56 頁)。

### 2、日本國民參加醫療保險如何分類？

厚生省保險局企劃官岡田太造：參加地域保險之保險對象含有農民、小商店及失業者，如果沒有辦法參加地域保險之受雇者，則加入由政府管掌之健康保險，由政府掌管自營業者參加之國民健康保險組合係五人以上者。

### 3、日本的國民健康保險整體制度架構有無監理組織？

各市町村設有監查委員，監查委員監理有關國民健康保險之業務，並具有向都道府縣報告徵收情形的權責，另國民健康保險之補助金等使用情況由會計檢查院檢查，厚生省保險局則是與民間討論保險制度實施事宜及參考第一線作業人員意見提出有關法律的修正作業。

### 4、參加現行參加醫療保險制度體系的納保率是不是很高？

日本未參加保險的比率約在三到三點五百分比中間，因資料散在各組合中無法做到正確的估計，能確定的是受雇者加保情況，受雇者的保險費從薪資中扣帳，於離職時公司或組合會將保險憑證收回，離職後自己要到市町村報到，否則就無保險憑證可以看病。

### 5、有沒有平時不參加健康保險，生病時才來加保的現象？

身體健康在沒生病時不參加健康保險，等生病時再來加保使用醫療費用，這樣的現象在都市比較多鄉村比較少。

### 6、對於因窮困而無法繳納保險費或中斷沒有加保之保險對象如何協助其參加保險？

被保險人被發現中斷沒有加保，其原因如果係屬故意不加保則追溯二年保險費。政府對低所得繳不起保險費者，有減輕其保險費的制度，對災害保險費有減免制度，這些是屬於生活保護及社會救助的項目。

- 7、保險對象的就醫憑證是什麼?多久換一次,更換的原因是什麼? 欠費者如何,更換就醫憑證?

保險憑證每一年檢查且蓋章一次,每二年更換一次,在市町村及偏遠地區更換保險憑證是件很煩惱的事。有因欠費而沒有來換卡的情形發生。

- 8、欠費的保險對象如何暫停給付?

支付基金審查就醫資料時,發現不符合投保資格者是不予給付,其損失由該醫事服務機關自行負責,此後醫事服務機關即把這樣的對象列入黑名單中於下次就醫時查核,並停止其以保險憑證就醫。

- 9、是否有與戶籍資料相互交查保險對象在不在保並且輔導納保?

國民健康保險之保險對象資料並未與戶籍資料相互交查,只能由支付基金於與各組合及保險者在就醫給付時,查核加保資料是否正確。

- 10、在日本保險憑證是否已電子化,譬如規劃 IC 電子卡?

日本現在仍未使用保險憑證 IC 電子卡,也從來沒有實驗使用過,近年來只是有這樣的構想,但二年內是沒有實現的可能,推動保險憑證電子化,讀卡機是最大的問題,政府掌管的業務可能可以做到連線作業,但還目前沒有到達可以實施的階段。

- 11、現行保險制度體系的保險費率是多少?

保險費率是由各組合或保險者,在百分之三點零至九點五間自行訂定,調整費率時和台灣一樣會引起不少的抗爭。

- 12、企業之受雇者其投保金額以多報少的現象是否嚴重?

中小企業被保險人之投保金額,極少部分有發生高薪低報的情形,也有將薪水當獎金發放以降低薪資所得的現象,但問題不大,這樣的事情會由稅務組來查核薪資所得。

- 13、居住在日本的外國人是否是強制納保?

外國人居住在日本是有強迫納保的規定,也就是說外國人屬於被雇用者一定要參加國民健康保險,沒有被雇用之外國人若預定要居住在日本超過一年以上時,可以選擇加入國民健康保險,一年以下者基本上是不能加入。

14、對於長久居留在外國之日本國民，有否強制其納保，出國期間保費如何計算？

日本人到國外工作時，可以選擇退保或繼續加保，但戶籍地址遷出以後一定得退保，回國後再加保不用有四個月的等待期。

15、在日本是否有雙重國籍的問題？

在日本沒有雙重國籍的問題，戶籍一遷入國內，即刻可參加國民健康保險，但是戶籍必須由國民主動申報，要認定是否具有日本國籍就是以有無設戶籍為根據。

16、對於長久居留在外國之日本國民，出國期間在國外就醫其醫療給付如何處理？

被保險人參加國民健康保險且繳納保險費，因出國於國外就醫時可以申請核退醫療費用，核退金額是依國內計算方式給付。

17、因有外勞的關係最低投保薪資較難提高，在日本對外勞最低薪資如何計算？

日本並無引進外勞的措施，日本的外勞都是因為觀光而非法滯留的外國人，所以最低投保薪資與外勞無關，國民健康保險的投保薪資是訂有上下限，各地區每年都可能調整。

18、歷史悠久的公司老人多，新公司年輕人多，讓他們共同分配醫療資源這樣好像比較不公平？

各組合中歷史悠久的公司其員工中老年人可能佔多數，與年輕人比較多數的公司，共同分配使用醫療費用，確實是有欠公平，這也是日本國民健康保險的大問題，因此才發展出老人保健制度來負擔老人醫療費用。

19、受雇者因退休而離職後如何再加入保險？

退職者全部透過市町村加入國民健康保險，七十歲以上者、六十五歲以上未滿七十歲之一定殘障者及長期臥病不起者都可參加老人保健制度。

20、老人保健制度的醫療費用是如何補助？

老人保健制度之醫療費用是由市町村負責支付，其中社會保險診療報酬支付基金補助百分之七十，都道府縣負擔百分之五，市町村負擔百分之五，國庫負擔百分之二十。

21、偏遠地區醫療品質比較不好，所收保險費卻與其他地區相同似乎有失公平？

偏遠地區醫療水準比較差，所徵收的保險費有適度的減免因此被保險人應付保險費也比較低。

22、由政府補助的補助款有沒有欠繳現象？

政府補助款有時也會因財政不好無法提撥，但不多見。

23、如何提列安全準備金之金額？

為穩定醫療保險費用之支付，設有提列類似安全準備金之金額，其提撥比率為前三年醫療費用平均值的百分之五，額度不足一個月的醫療保險費用，安全準備金之投資是要受限制的，不能用來買賣股票，只能做比較有安全保障的投資。

24、組合不以平均眷口數來計算保險費，那麼眷口數多的員工找工作可能比較困難，公司是否較不喜歡這樣的員工？

公司組合於雇用新進員工時，對於眷屬比較多的人員是有歧視的現象發生，但不是很大的問題，如果該類人員使用醫療資源太多時，公司會加以注意。

25、軍人、受刑人如何加入健康保險體系？

軍人在醫療保險是參加防衛廳的共濟組合，受刑人則是由法務省來照顧，因此軍人及受刑人兩者並沒有特殊處理。

26、領日薪的勞工有別於一般受雇者，如果加保？

日雇者年薪在 130 萬日元以上，應參加一般受雇者健康保險組合，如果為了減少繳納保險費而選擇薪資等級較少的身份投保，在日本資格審查很嚴格。

27、地方政府有否補助醫療保險費？當地方政府預算編列不足時，如何因應？

地方政府因財政不好無法適時提撥補助之保險費時，中央或多或少會借款給地方政府，另外地方政府也可利用郵政儲金及地方交付稅來做調整，在日本也是多數人認為醫療保險費用的補助應該是屬於中央的事，補助保險費也應該由中央來負責任。

28、日本醫療保險共有數千個組合其給付申請書是否都相同？

醫療費用給付申請書，數千個組合都由組合自行訂定，因此略有不同，但是大小則完全一致，參加老人保健制度者就醫時有可能必須要持有兩張憑證。

29、保險費的繳納是否一定要持繳款單到銀行繳款？

經由公司行號參加醫療保險者保險費的繳納方式，係在發薪時即自行扣繳，透過市町村加入國民健康保險者，保險費的繳納方式都是由各市町村訂定，但目前仍未使用網路或便利商店繳交保險費者。

30、國民健康保險保險費計算是否具有財產重分配的功能？

國民健康保險之被保險者所應繳納之保險費，是依照被保險者所享受之利益、住民稅、固定資產及被保險者的能力來課征，因此造成所得高者保險費負擔也高，略有所得重分配的功能。

31、受雇者身體大多比較健康少生病，所以所得高繳費高者反而使用醫療少？

受雇者約百分之三十很少生病，所以在醫療使用方面所得高者使用少，所得較低者反而使用得多，國民健康保險之醫療使用方面比較麻煩的問題是精神病症候群、長期慢性病，但因為這些人大都是無法工作，因此都是參加市町村的國民健康保險，不會影響受雇者的醫療費用。

32、退休人員如何參加健康保險是否要自行負擔醫療費用？

退職者的健康保險是特別從國民健康保險制度中分出來，醫療費用自行負擔百分之二十較參加市町村的國民健康保險自行負擔百分之三十為低，退職者係指受雇二十年以上者，可以參加退職者的健康保險一直到七十歲，退職者應繳保險費與原來一樣，使用醫療費用不夠的部分由原來單位負擔。

33、實施介護保險遭遇到的最大的困難是什麼？

介護保險是獨立的保險，因為是剛剛開辦，大家都希望能儘快地上軌道，目前最大的問題是收取保險費有很大的困難。

34、高齡化社會中老人人數越來越多約佔所有被保險人多少百分比？

目前六十五歲以上的老人約佔所有被保險人的百分之五強，需要由介護保險來照顧的人一直在增加中，醫療機構不足是一個很大的問題，費用一個人一個月平均約日幣三十萬元左右。

35、高齡化社會醫療費用持續在增加中？

老人的醫療費用持續在增加中，因此增加了大家的負擔，醫療制度本身也讓醫療費用高漲，另外醫生比較不願意公開自己的醫療資訊是國民健康保險制度除了財務問題外最急需要解決的問題。

36、解決醫療費用的持續增加是否有調整增加保險費收入的計劃？

國民健康保險制度在收入方面，一直無法增加，但是醫療費用持續在成長中，且差距愈來愈大，需要調整費率及慢慢增加保險費，很多人對這一點很不滿意。

37、為平衡保險財務，曾有調整保費費率或擴大費基之措施否？有沒有很大的困難或限制？

在日本調整費率是由各組合及各市町村自行決定，因此是個別的問題，不會成為全國性的問題，但是由政府掌管的國民健康保險組合如果要調整費率，仍然必須經過國會的同意才能調整，所以提高費率和台灣一樣也會受到很大的反對，在調整費率同時得提出一套抑制醫療費用的方法，並且費盡很多心力說服國會。

38、目前費率多久精算一次或調整？

由政府掌管之國民健康保險組合已經十年沒有調整費率了，財政計劃是二年為一期，也就是說二年須精算調整一次，日本因十年前的泡沫經濟使得薪水的增加遠超過醫療費用，那時累積了一兆日幣老本，是目前醫療費用持續在成長中，與收入方面差距愈來愈大，而沒有調整費率的原因。

39、保險費的繳納是否一定要持繳款單到銀行繳款？

經由公司行號參加醫療保險者保險費的繳納方式，係在發薪時即自行扣繳，透過市町村加入國民健康保險者，保險費的繳納方式都是由各市町村訂定，但目前仍未使用網路或便利商店繳交保險費。

40、有無逾期保費催收及呆帳打消之作業規定，其內容為何？

在於呆帳打銷作業，組合是直接由薪資中扣因此不會有這方面的問題，但是由政府掌管之國民健康保險，是在擬年度預算時即提出一些將來會收不到的保費，由準備金來做調整其差異，因為不是企業會計因此不能當作費用來報銷，這件事是由社會保險廳來辦理。經由公司行號參加醫療保險者保險費的繳納方式，係在發薪時即自行扣繳，透過市町村加入國民健康保險者，保險費的繳納方式都是由各市町村訂定，但目前仍未使用網路或便利商店繳交保險費。

### 三、社會保險診療報酬支付基金

#### (一) 制度與組織概要

1. 社會保險診療報酬支付基金於 1948 年 (昭和 23 年) 依據「社會保險診療報酬支付基金法」所設立之公法人組織 (如圖六、七)。該組織為介於健康保險組合及共濟組合業保險人與醫事服務機構間之橋樑。

2. 主要業務有三：

審查、支付業務 審查醫事服務機構申報之診療費用申請書，及核付醫事服務機構醫療費用。

老人保健相關業務 向由各類保險人所收取之老人保健醫療費共同分攤金交予市町村公所，以及特別保健福利事業等運用。

退職者醫療相關業務 由受雇者保險業保險人所收取之退職者醫療共同分攤金交予市町村公所等運用。

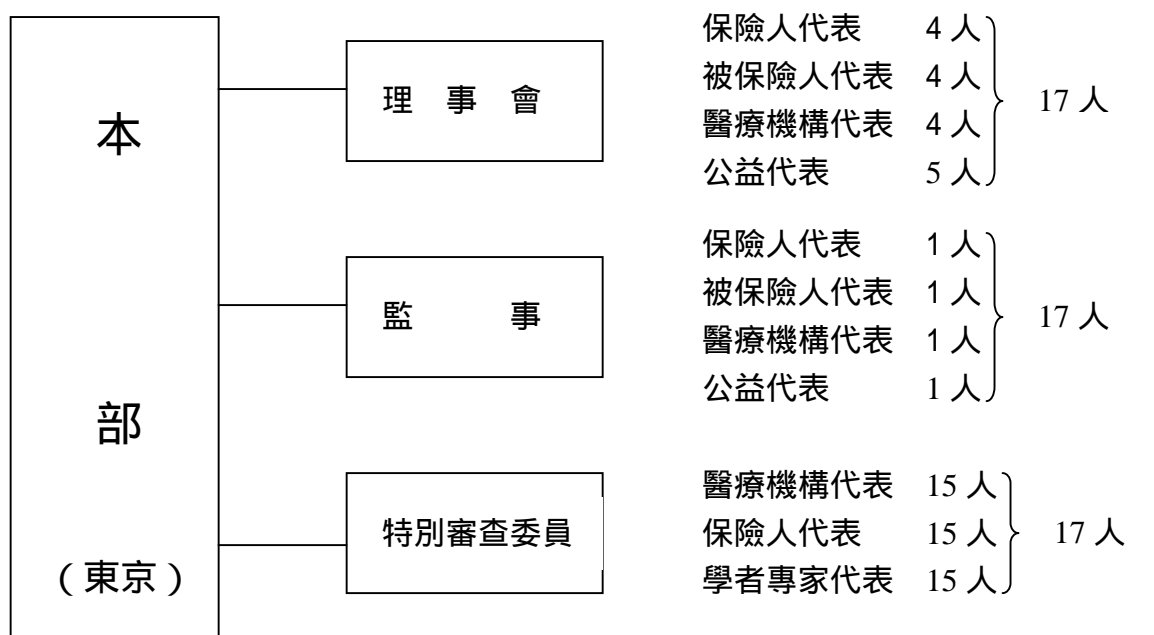
3. 於 1999 年該基金總處理件數為 7 億 5,052 件，總支出金額為 19 兆 9,010 億日圓。其各項明細如下：

社會保險等醫療費用	11 兆 1,574 億日圓
老人保健、退職者醫療共同分攤金	8 兆 6,744 億日圓
事業費共同分攤金	201 億日圓
特別保健福祉事業費補助金	491 億日圓

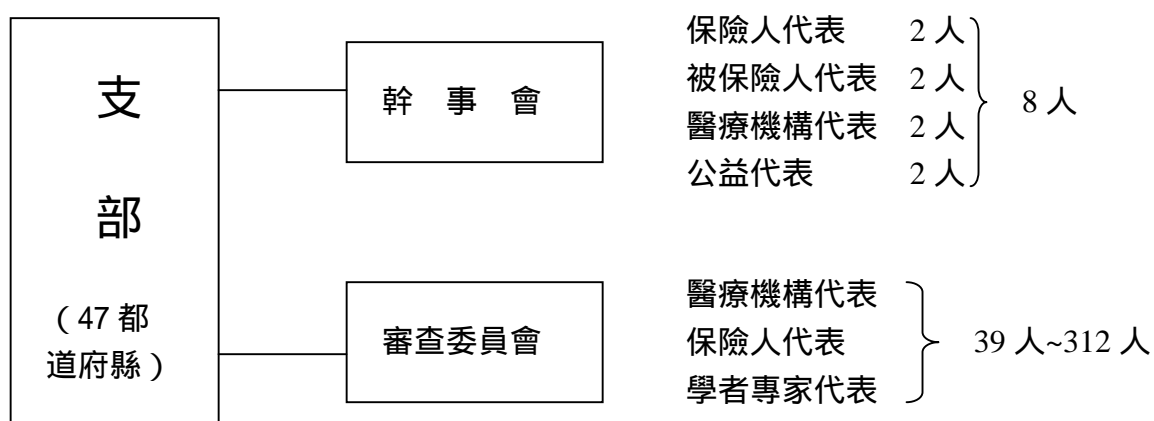
4. 編制人員 (1999 年)

正式職員	6,495 人	審查委員	4,527 人 (其中專任 584 人)
------	---------	------	----------------------

圖六 社會保險診療報酬支付基金組織架構圖



審查西醫 42 萬點以上，牙醫 20 萬  
點以上之專案(每 1 點為 10 日圓)

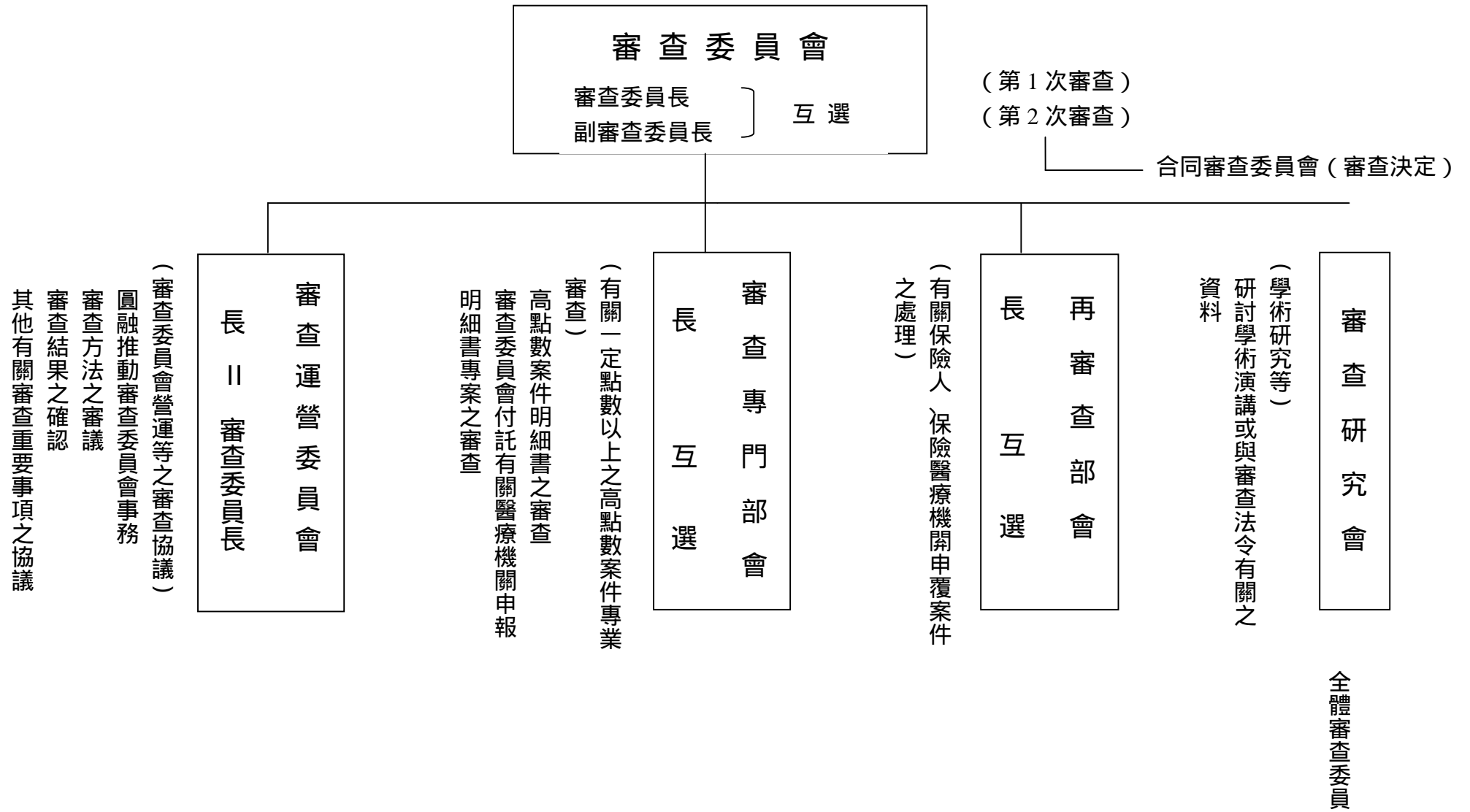


- 註：1. 以上各代表任期皆為 2 年。  
 2. 理事會會長、審查委員會會長皆為互選。

資料來源：社會保險診療報酬支付基金內部提供



圖七 審查委員會組織架構圖

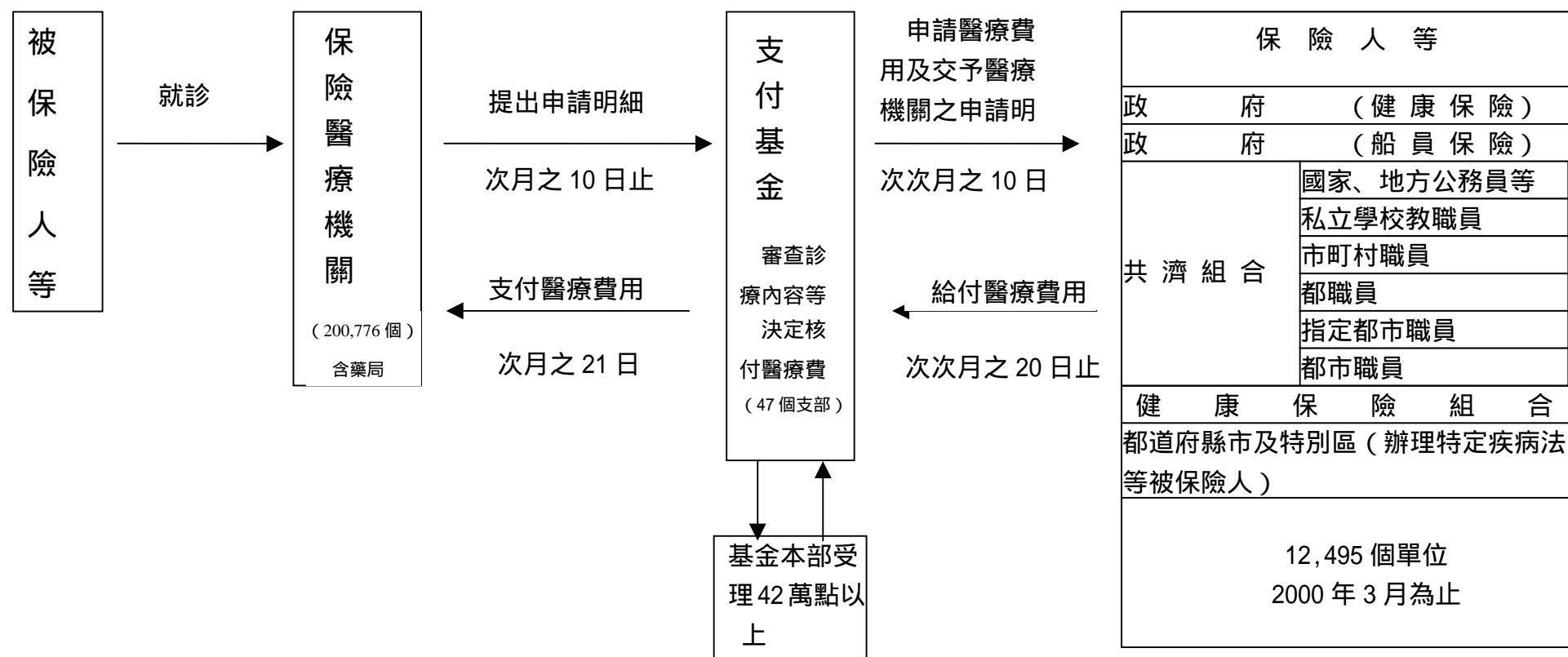


資料來源：社會保險診療報酬支付基金內部提供

## 5. 診療報酬（醫療費用）審查與支付流程

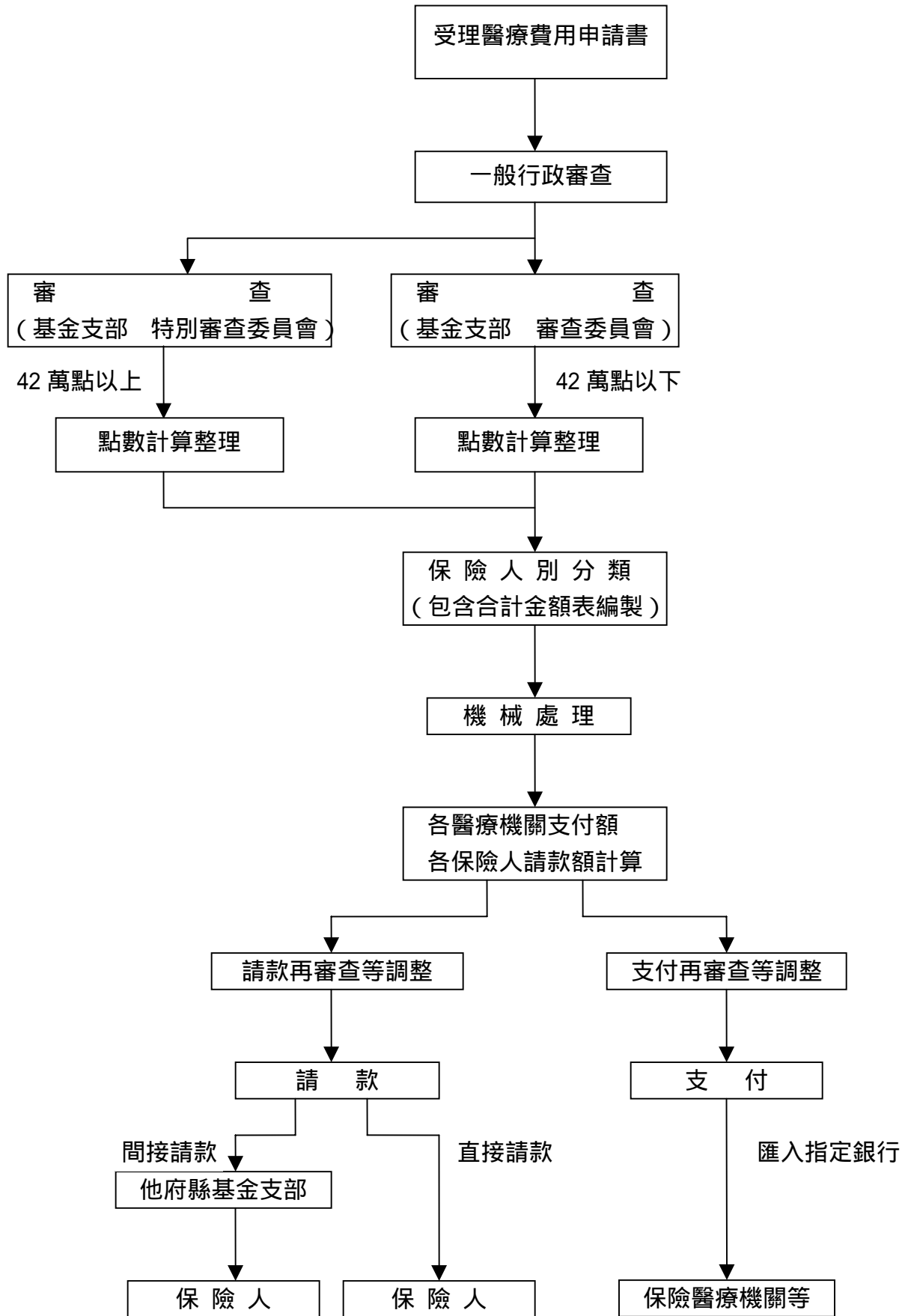
日本醫療保險制度雖是多元化，惟醫療費用之支付標準是全國一致，除國民健康保險部分是經由國民健康保險組合連合會負責其醫療費用之審查與支付外，其餘皆由社會保險診療報酬支付基金負責。其申請明細表之審查與醫療費用之支付流程如圖八。

圖八 醫療費用支付流程



資料來源：社會保險診療報酬支付基金內部提供

## 6. 支付基金內部事務處理之流程



資料來源：社會保險診療報酬支付基金內部提供

由上圖事務處理之流程可知支付基金對醫療機構之醫療費用申報，尚未普及電腦連線或以媒體申報，大部分之過程仍為書面行政作業。

## (二) 財政狀況與支付標準

1. 行政事務費 保險人對每件醫療費用申報案件支付手續費作為支付基金之行政事務費（1997年為116.80日圓/件），而藥品因未審，故每件僅支付一半手續費。
2. 診療報酬支付標準 係指診察、藥劑、注射、手術、檢查等各項診療項目及病房費等之費用，每二年左右修正一次，醫療費用支付標準以點數表示，一點等於10日圓。診療報酬是由厚生大臣經諮詢中央社會保險醫療協議會審議後訂定之。住院膳食費及訪問看護療養費則由厚生省決定。
3. 藥價基準 每兩年舉行一次藥價調查，據以修訂藥價基準。藥價係依品牌別訂定以調查所得交易價格之加權平均值，加算一定比率而得。

## (三) 座談摘要

- 1、日本之支付基金所處理的業務內容為何？（支付基金幹事長村上嘉寬）  
社會保險診療報酬支付基金的業務內容為診療報酬請求書的審查及支付、老人保健相關業務、退職者醫療相關業務。
- 2、社會保險診療報酬支付基金支付醫療費用給醫事服務機關流程如何？（審查業務部第二部部長表正幸）  
保險醫療費用之支付流程，首先由患者（事業主、被保險者、被扶養者）至保險醫事服務機關就診，患者必須支付部份負擔給醫事服務機關，另外醫事服務機關再向社會保險診療報酬支付基金提出診療報酬之請求，請求之資料經支付基金審查後，由支付基金通知保險者繳納，保險者將醫療費用繳交支付基金，支付基金才將此項醫療費用支付給醫事服務機關。
- 3、診療報酬請求之資料如何審查？  
社會保險診療報酬支付基金會對於保險醫事服務機關請求受付書，先作人工事務檢點，對於不合理的用藥情事，以貼上標籤方式處理，送回醫事服務機關處理修改或請醫事服務機關人員到基金會來說明，因此事務檢點人員，都必須具備有基本的醫學知識也要經常接受訓練，讓他們學習更多醫學知識。

4、對於受付書上請求診療報酬之點數或金額有差異或核刪時如何調整？

在計算整理給付點數時，對於請求受付書上之點數有增減時，支付基金會都得通知醫事服務機關做適當的修正，保險者對於支付基金會所請求的醫療費用，認為非保險者所應給付的資料(如未加保)，可退回支付基金會並且不予支付此時如果已完成支付作業，則可於次月作調整。

5、請求受付書上資料如何鍵入？(審查業務部第二部部長表正幸)

社會保險診療報酬支付基金會對於保險醫事服務機關請求受付書，是依照保險者來分類，媒體資料是以重複鍵入兩次互相交查，減少可能發生的錯誤。

6、醫事服務機關對於支付基金會的審定有異議時如何處理？(審查業務部第二部部長表正幸)

社會保險診療報酬支付基金會之業務處理流程中，有再審查的功能，醫事服務機關對於支付基金會的審定有異議時可以提出重新審查，經由再審查後來決定是否調整，目前提出再審查的案件後，決定是要調整的數量越來越多的現象。

7、如何將醫事服務機關送來之請求費用分別送給保險者？(總務部長綱川久夫)

社會保險診療報酬支付基金會對於保險醫事服務機關送來之請求受付書，係依保險者來分類彙整在一起，送交保險者以憑繳納醫療費用，其分類作業是利用執行 OCR 作業來完成，但 OCR 的不正確率為百分之二。

8、審查醫師如果篩選？(審查業務部第二部部長表正幸)

社會保險診療報酬支付基金會的審查醫師來源有三，一是保險者透過醫師公會的推薦代表保險者當審查醫師，二是診療執行者的醫師代表，三是學術經驗豐富者代表人數在三十九人至三百一十二人間，這樣是非常公平的組合。

9、醫事服務機關從請求到取得支付金額須多少時間？核刪率大約多少？(審查業務部第二部部長表正幸)？

保險醫事服務機關向支付基金會提出請求受付書後，約五十天才可以拿得到醫療費用，醫事服務機關是有一點缺錢的壓力，但都還能接受，經審查後的刪除比例一直在 1.5%左右，目前仍然沒有變化。

10、審查受付書因為量大是否使用抽審方式處理？對於違規醫院是否有擴大回推處罰的作法？(審查業務部第二部部長表正幸)

社會保險診療報酬支付基金會審查保險醫事服務機關請求受付書，並沒有像台灣一樣於抽審抓到有問題時有擴大回推的作法，支付基金會是依據醫事服務機關以往的資料分成三種等級 A 級是最壞的等級，A 級抽查百分之四十，B 級抽查百分之三十，C 級抽查百分之三十。

11、 審查委員是否專職審查？再審查案件必須更正的情況如何？

社會保險診療報酬支付基金會的審查委員上班時間與一般職員差不多，特別審查委員則每月有固定幾天上班，保險醫事服務機關向支付基金會提出再審查的案件有 70%維持原議。

12、 審查時發現醫事服務機關違規如何處理？

社會保險診療報酬支付基金會對於惡質的保險醫事服務機關沒有處罰權，但依據法律基準來處理審查作業時，發現違規情事會請醫事服務機關注意改善，如果是累犯則會傳喚到會說明，約談情形會一一向行政單位報告(如厚生省)，由行政單位做處理。

13、 保險者積欠醫療費用情況如何？

到目前為止沒有保險者積欠保險費的現象發生，只是有時偶而繳款比較慢一點而已，對保險者遲延繳納保險費，沒有要罰滯納金的規定。

14、 藥價基準及給付點數是如何訂定？(審查業務部第二部部長表正幸)

支付藥價基準及給付點數都是由厚生省來訂定，支付基金會只是依據所訂定的法律審查保險醫事服務機關送來之請求受付書，給付醫療費用。

15、 是否有調整藥價基準及給付點數以抑制醫療費用成長率？

近年來因為調整支付藥價基準、給付點數及醫療費用部份負擔，才使得醫療費用成長率延緩上升，藥價基準及給付點數每二年做一次修正，所以都是以修正案來抑制醫療費用的成長，保險醫事服務機關對於因修法所產生的衝擊並沒有很大的反彈。

16、 被保險人就醫時如何查核加保資格及欠費情形？

被保險人離職時投單位都會將其保險憑證收回，支付基金會也會向投單位宣導被保險人離職一定要收回保險憑證，被保險人就醫時保險醫事服務機關只檢查保險憑證，對於被保險人是否在保或欠費並沒有查核作業，審查時若得知不在保而使用醫療費用時基金會會將請求受付書退回保險醫事服務機關，所受損失由保險醫事服務機關自行負擔。

17、門診就診率是不是很高？

被保險人到新單位加保時投保單位就會給予新的保險憑證號碼，被保險人每人每年門診就診率約為十五到十六次間，台灣的門診就診率和日本一樣都是屬於高就診率的地區，就診率的分析在日本是由厚生省來作業。

18、社會保險診療報酬支付基金會是否也處理國民健康保險的醫療費用？

保險者需要處理許多種的保險，國民健康保險的醫療費用是由國民健康保險連合會辦理，社會保險診療報酬支付基金會的基金並沒包含處理國民健康保險的醫療費用。

19、日本之支付基金整體制度架構為何？

社會保險診療報酬支付基金會是依據社會保險診療報酬基金法所成立的特殊法人組織，是為準公務員，審查是獨立出來一個單位，基金會是有一個很大的會議室可供審查醫師三百一十二人，是一起開會，分醫療科別討論。

20、年度醫療費用發生赤字時如何處理？(總務部長綱川久夫)

年度財務發生赤字時，即以平日提列之基金來填補處理，如果有結餘，則存放於基金中，為穩定醫療保險費用之支付，設有提列類似安全準備金之金額，其提撥比率為前三年醫療費用平均值的百分之五，額度不足一個月的醫療保險費用，基金之投資是要受限制的，不能用來買賣股票，只能做比較有安全保障的投資，基金的運用，由理事會決定。

#### 四、國民健康保險中央會

##### (一)制度與組織概要

社團法人國民健康保險中央會(簡稱國保中央會)係以發展國民健康保險事業，普及介護保險事業，提昇國民保健為目的設立之團體。國保中央會成員係設立於全國 47 都道府縣之公法人國民健康保險團體連合會(簡稱國保連合會)。

國保連合會是以保險人為會員，執行國民健康保險事業。其主要業務為診療報酬之審查支付、保健事業、國保事業之調查研究、國保宣導活動等，以及 2000 年方起步辦理之介護保險診療報酬審查支付，介護保險之諮詢、指導等。

國保中央會之運作方式是以大會為最高議決機關，而大會是由各地國保連合會代表所組成，執行機關則由大會中各地國保連合會代表推選出理事，並與學者專家共組成理事會。

國保中央會成員與組織如下：

主要幹部：

會長	齊藤十朗	(參議院議員)
會長代理	持永和見	(眾議院議員)
副會長	山田豐三郎	(滋賀縣大津市長)
副會長	山本文男	(福岡縣添田町長)
理事長	北鄉勳夫	
常務理事	船橋光俊	
理事(專任)	門田悅司	
監事(專任)	北場 勉	
顧問	西田信一	(前參議院議員)

組織編制與職掌

#### 1. 總 務 部

總務課	大會 理事會開會之秘書工作、定款 諸規程之管理、人事、檔案管理、職員福利等。
會計課	預算、決算、會計事務、監事會開會之秘書工作。
研修課	國保連合會職員以及國保關係者之研修、企劃等。

#### 2. 企 劃 部

企劃調查課	醫療保險制度與關連事項之調查、研究、國保制度之改善企劃、國民健康保險統計之調查、分析等。
事業課	推動國保制度之改善、都道府縣間診療報酬業務之管理、超高額醫療費共同事業之實施、國民健康保險對策基金事業之推動。

#### 3. 保健介護部

保健事業課	國民健康保險保健事業之企劃、調查、研究、國保連合會事業之指導、支援保險人(市町村)之保健事業、老人保健等、在宅醫療等推進支援情報提供等。
介護保險課	介護保險關係業務之準備以及調查、檢討(介護保險審查支付開發、研究會 研修以及說明會之實施、介護保險關連之資訊)。

#### 4. 宣 導 部



廣報 1 課 機關報「國保新聞」、「月刊國民健康保險」、「國保情報」之發行。支援國保連合會之宣導活動。

廣報 2 課 各種出版物之企劃、發行。

#### 5. 資 訊 部

資訊管理課 申報明細電腦處理系統、保險人事務共同資訊處理維護管理等、審查支付機械化之研究開發等。

#### 6. 審 查 部

審查管理課 診療報酬審查支付制度之研究、診療報酬審查支付業務、本會與國保連合會之連絡 調整事宜等。

審查業務課 有關國保連合會審查診療報酬明細案件，專審每月西醫超過 20 萬點、中醫超過 4 千點之案件。

有關國民健康保險團體連合會（國保連合會）因考察時間緊湊無法排入本次行程中，惟該會與國民健康保險中央會關係密切且組織龐大，謹簡述如下：

1. 組 織 國保連合會係以都道府縣為單位，會員包括區域內各保險人。

2. 主要業務 (1) 診療報酬之審查與支付。  
(2) 保險人共同事業、國保營運資金之融資、保健業務、其他有關國保事務之調查、研究。

3. 連合會人數 (1) 審查支付事務職員 4,694 人，其他 1,132 人  
(1999 年 4 月 1 日止) (2) 審查委員 3,137 人

4. 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，不再贅述，僅比較二者審查人數、件數、申報金額等如下表：

1998 年度

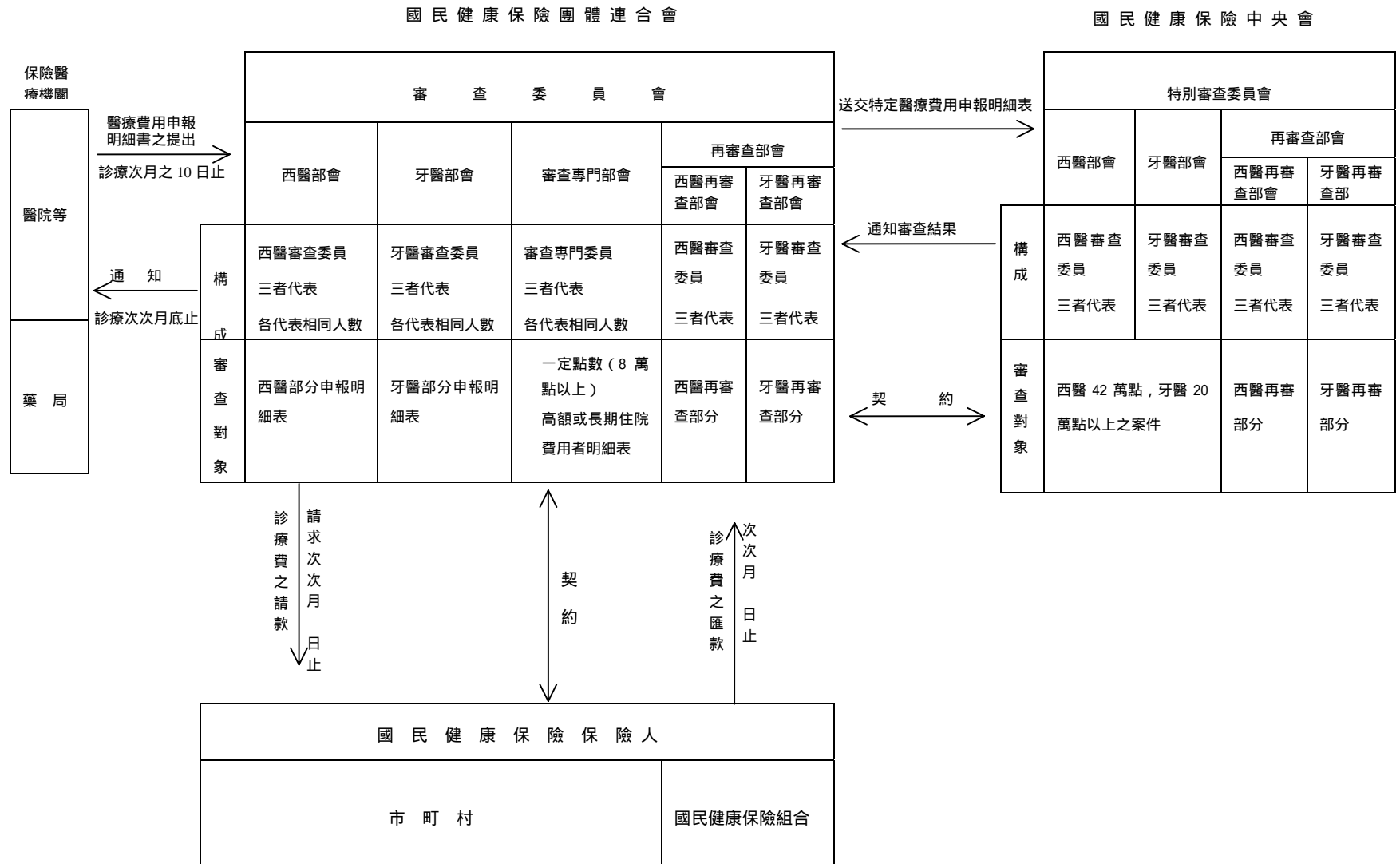
	社會保險診療報酬支付基金	國民健康保險團體連合會
職 員 數 (審查、支付業務)	5,333 人	4,655 人
審查委員數	4,527 人	3,204 人
處 理 件 數	739 百萬件	554 百萬件
申 報 金 額	12 兆 6,239 億日圓	13 兆 363 億日圓

註：申報金額僅包括西醫、牙醫

資料來源：國民健康保險中央會內部提供

5. 各醫療院所每月向國民健康保險團體連合會（國保連合會）提出醫療費用明細表申請診療報酬，其中西醫申報點數超過 42 萬點，牙醫點數超過 20 萬點之案件，則送交國民健康保險中央會審查，二者之分工關係如圖九。

圖九 國民健康保險團體連合會與國民健康保險中央會審查診療報酬分工體制

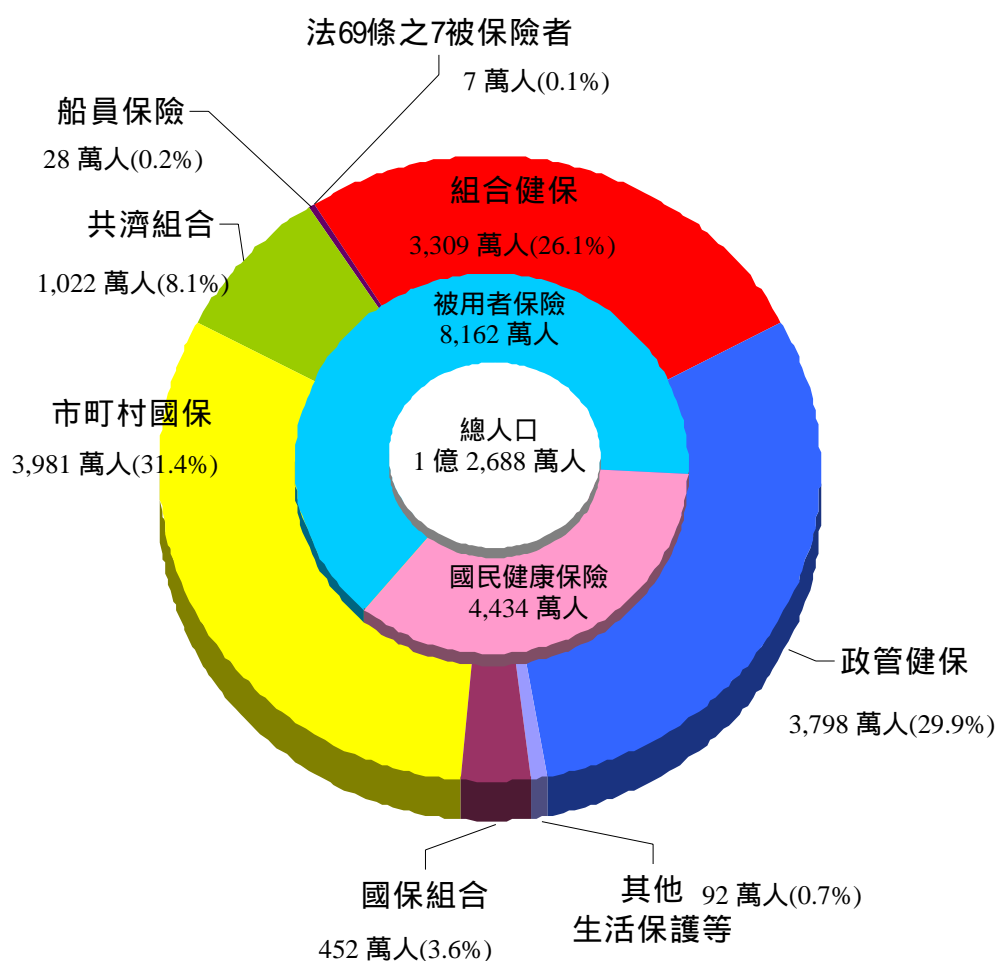


資料來源：國民健康保險中央會內部提供

## (二) 國民健康保險制度現況

國民健康保險制度為貫徹全民納保之目的，將未加入其他醫療保險者強制納入國民健康保險，故高齡者與低所得者(低收入戶)必然較其他保險比率增加。1997 年底在市町村加入國民健康保險約 3,981 萬人，國保組合約 452 萬人，占全國人口 35% 左右（如圖十）。

圖十 日本醫療保險制度各被保險人所占比率



註：上圖人口數均含被保險人及其受扶養人人數

資料來源：國民健康保險中央會內部提供

在加入市町村國民健康保險人口部分 3,981 萬人中，老人所占比率約 23.8%，與無業者 46.0%，這些低收入戶人口皆較其他保險為高，亦是造成國保赤字主要原因如表五。

表五 國保（市町村）現況

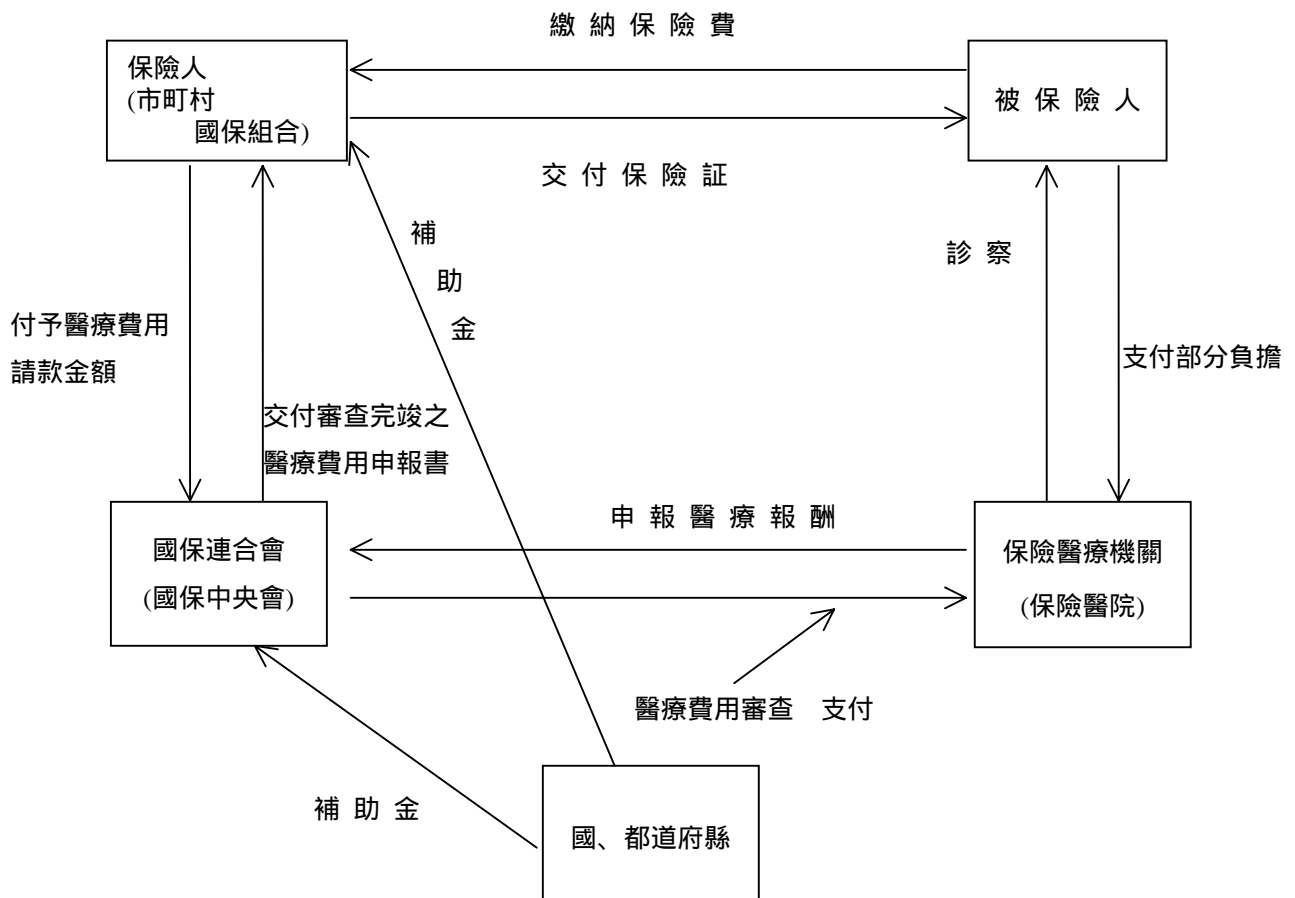
		1997 年
被保險人數（年度末）		3,981 萬人
	對全國民數比率	31.7%
每戶被保險人數		2.1 人
老人加入比率		23.8%
戶長職業	農林水產業	6.6%
	自 營 業	22.0%
	受 雇 者	23.0%
	無 業 者	46.0%
	其 他	2.4%
每一人醫療費用（老人除外）		186,000 日圓
每一人保費平均調定開單額		73,440 日圓

資料來源：國民健康保險中央會內部提供

### (三)財政狀況

1. 國民健康保險保費收繳流程與診療報酬(醫療費用)給付流程如圖十一。

圖十一 國民健康保險制度保費收繳與醫療費用給付流程



資料來源：國民健康保險中央會內部提供

2. 在 1998 年全國國民健康保險(市町村部分)單年度決算，即使包括法定外一般會計轉入之預算(類似預備金)3,060 億日圓，尚且赤字虧損 1,020 億日圓(如表六)，主要係因日本步入高齡化社會致醫療費用年年增加，加上日本長期景氣低迷，保險費收入、收繳率每況愈下(如表七)，滯納金額亦年年擴增(如表八)，已造成影響市町村國民健康保險財政上之運作。

表六 國保(市町村一般被保險人部分)收支情況

	1994 年度	1995 年度	1996 年度	1997 年度	1998 年度
收入(註)	5 兆 5,276 億日元	5 兆 7,708 億日元	6 兆 455 億日元	6 兆 2,101 億日元	6 兆 3,425 億日元
支出	5 兆 6,646 億日元 (1 兆 6,748 億日元)	5 兆 8,798 億日元 (1 兆 7,734 億日元)	6 兆 1,609 億日元 (1 兆 9,260 億日元)	6 兆 2,393 億日元 (1 兆 9,959 億日元)	6 兆 4,445 億日元 (2 兆 1,050 億日元)
(含老人保健供同分攤金)					
收支餘絀	-1,370 億日圓	-1,090 億日圓	-1,154 億日圓	-292 億日圓	-1,020 億日圓
法定外一般會計轉入金	2,585 億日圓	2,916 億日圓	3,108 億日圓	2,864 億日圓	3,060 億日圓

註：收入係包括國庫補助、保險費收入

資料來源：國民健康保險中央會內部提供

表七 市町村保險費收繳率

	1995 年度	1996 年度	1997 年度	1998 年度
市之部分	92.33	92.02	91.36	90.78
未滿 5 萬被保險人之單位	93.36	93.14	92.66	92.23
5 萬以上未滿 10 萬被保險人之單位	91.73	91.52	91.18	90.72
10 萬以上被保險人之單位	91.86	91.42	90.74	89.69
12 大都市以及特別區	91.42	91.06	90.04	89.46
町村部分	96.26	96.09	95.70	95.23
全國平均 (市町村)	93.32	93.00	92.38	91.82
政管健保之收繳率	98.2	98.1	97.9	97.7

資料來源：國民健康保險中央會內部提供

表八 保險費核定金額、實收金額、收繳率、滯納金額  
(市町村部分)

(單位：億日元、%)

年度	核定額 (開單金額)	實收額	收繳率	滯納金額
1987	22,208	20,855	93.91	1,353
1988	23,179	21,817	94.13	1,361
1989	23,940	22,514	94.04	1,426
1990	24,369	22,949	94.17	1,421
1991	25,147	23,679	94.16	1,467
1992	25,520	23,953	93.87	1,567
1993	26,075	24,371	93.48	1,704
1994	26,511	24,723	93.27	1,788
1995	27,143	25,325	93.32	1,818
1996	28,529	26,526	93.00	2,003
1997	30,240	27,925	92.38	2,314
1998	30,791	28,261	91.82	2,530

資料來源：國民健康保險中央會內部提供

2. 另 1998 年全國市町村辦理國民健康保險 3,249 個單位中，財政赤字者約佔 56%，有盈餘者計 1,432 個保險人，共計盈餘 521 億日圓，而赤字者計 1,817 個單位，共計虧損 1,541 億日圓。由表九該保險與其他保險比較，老人加入比率偏高，保險費率偏低，每戶平均所得亦低，而每人平均診療費卻高於其他保險，在在皆顯出造成國民健康保險虧損之多重原因。

表九 國保（市町村）、政管健保、組合健保之比較

	市町村國保	政管健保	組合健保
加入者人數	3,902 萬人	3,821 萬人 本人：1,998 萬人 眷屬：1,823 萬人	3,198 萬人 本人：1,537 萬人 眷屬：1,660 萬人
加入者平均年齡	50.4 歲 (42.6 歲) 註 1	36.6 歲 (34.2 歲) 註 1	33.4 歲 (32.0 歲) 註 1
老人加入比率	22.9%	5.4%	2.9%
平均標準報酬月額 (年度間平均)		28.8 萬日圓	35.7 萬日圓
每戶年平均所得	186 萬日圓	236 萬日圓	379 萬日圓
每戶保險費	15.3 萬日圓	14.4 萬日圓 (28.8 萬日圓) 註 2	15.3 萬日圓 (34.7 萬日圓) 註 2
國庫負擔	醫療給付費之 50% 免除部分保險費之 1/2	醫療給付費之 13.0% (老健共同分攤金 16.4%) 註 3	定額
1999 年度預算	2 兆 8,376 億日圓	9,330 億日圓	103 億日圓
每 1 人診療費	16.3 萬日圓	12.9 萬日圓	10.6 萬日圓
保險費率	8.2%	6.1% (12.2%) 註 4	4.0% (9.2%) 註 4

註 1：未包括 70 歲以上老人

註 2：包括雇主負擔部分

註 3：未包括老人保健、退職被保險人

註 4：包括雇主負擔部分

資料來源：國民健康保險中央會內部提供



4. 國民健康保險本身財政基礎與其他保險相較之下，顯得異常脆弱，雖然國庫負擔之醫療費用占該保險醫療支出 50%左右，但各市町村為安定鞏固保險財政，大部分皆採取從一般會計編列預算來彌補支應。不過該保險老人比率居高，無所得戶數亦占 24%，且因產業結構變遷，小型規模之國民健康保險組合增加，被保險人未滿 3,000 人之保險人比率，從 1965 年占 10% 增加至 1997 年占 38.2%，各種突發性醫療給付費用帶來莫大之影響，加上醫療水準之地域性差距，保費收入因區域性所得不同亦顯出收入高低不均，這些已形成國民健康保險必須探討解決之問題。

#### (四) 座談摘要

- 1、國民健康保險的整體制度架構為何？有無健保監理組織？（企劃部長田中一哉）

國民健康保險的整體制度架構分為由市町村辦理及由國民健康保險組合辦理兩種，屬於市町村辦理部分的監理組織是議會，係由議會加以監督，保險費的調整受議會的牽制，屬於國民健康保險組合辦理的部分，係由同業公會組成監理組織相互約束。

- 2、國民健康保險保險費的計算基礎包括那些收入？

受僱用者及非受僱用者的保險費是由所得來計算其保險費，國民健康保險是用被保險人總收入來計算其保險費，總收入包括所得、固定資產及住民稅。

- 3、屬於市町村辦理的部分保險費用如何計算？

國民健康保險保險費用是由市町村來決定計算方式，目前可分二、三、四方式計算其保險費，大多數市町村採用四方式計算，被保險人出國不能算是中斷，但被保險人如果欠繳保險費可處分其財產。

- 4、目前經營國民健康保險上最大的困難是什麼？

目前經營社會保險最大的困難是欠費者及醫療費用越來越多，但是保險費收入卻是越來越少，其中被保險人結構高齡化、低所得者增加、所得高低地域間差異太大都是造成困難的原因。

- 5、有無精算作業及逾期保費催收呆帳打銷之作業規定，其內容為何？

國民健康保險保險之保險費無精算作業，也沒有呆帳打銷問題，收入和支出是每年計算一次，提高保險費時當然會有抗議，雖然很難執行，但三千二百四十多個單位沒有被否決而不通過的例子發生。

6、醫療費用不足時如何解決財源問題？

市町村於支付醫療費用不足時，財務是透過特別會計（與國家和地方分離），主要決策由市町村村長決定，至於實際業務則由主辦課長主持、決定，從其他財源中撥出款項支付醫療費用，對於已確定不能收回的保險費，要盡力催討後仍不能收回時才能報列呆帳。

7、請說明保費之開單收繳實務（即開單、繳費、收款、銷帳等實際作業程序）？有否委託代收保險費？多久計算一次保險費開單收繳？可否提供繳款單樣本？（企劃部長田中一哉）

在日本收繳保險費的方式有三種，一種是直接用劃撥方式從存款簿轉帳扣錢，一種是由存款簿中直接扣，另一種是持繳款單到銀行繳納如果透過這三種方法還是遲延繳納的話，由市町村發函去催繳，催繳的方法和時間是由市町村決定。

8、對欠費之被保險人有無限制就醫權利？（企劃部長田中一哉）

對欠費者經催繳後仍然一直不繳納者收回保險憑證，只發給短期的保險憑證，短期的保險憑證類似資格證明書，資格證明書與保險憑證的差別在於有保險憑證者於就醫時僅僅要付擔自行付擔的部份醫療費用，拿資格證明書就醫者要先全額付擔醫療費用後再申請退費。

9、個人有無因欠費而被查封房地產的事件發生？

對於無所得收入者因欠費必須要查封其資產或房子時，是市町村第一線工作人員最頭痛的問題，但是如果確認這樣執行才是公平的話，市町村還是會去做。

10、加退保及欠費資料有無集中處理？

在日本有幾千個組合，組合的資料無法集中查核，參加組合（公司）的被保險人公司即會代為辦理加退保，但是在參加國民健康保險組合方面的人如果沒有來申報加保的話就無法得知不在保。

11、在需要時就醫時才加入健康保險的現象在日本多不多？

在需要時就醫時才加入健康保險，法律上是有規定不能這樣，平時即並沒有強硬的追查是否中斷不加保的作業，但如果被查到有不加保的情形，可以追溯二年要補繳保險費，期間所使用的醫療費用基本上是不給付。

12、健康保險投保金額與退休年金保險投保金額是否一致？有何差異？

國民健康保險和國民年金是分開的二個不同的制度，年輕的是比較有不加入國民年金的這種情形發生，國民健康保險和國民年金制度現在慢慢的出現收繳率漸漸降低的現象。

13、保險對象異動時(變更基本資料,加退保)如何申報?納保率許多少?

在日本國民健康保險已有 60 年的歷史,所以國人已普遍認為健康保險是一生下來就有的權利與義務,在意識上就覺得加入健康保險是理所當然的事,所以全國皆保險納保率應該是 100%,經轉換工作來續保或特殊行業至不加保約有 4% 左右,低所得者日本地方政府有做補助醫療費用。

14、外國人加保條件如何?

居住在日本之外國人住滿一年就可以選擇加入健康保險,沒有雙重國籍及生病時才回國就醫的問題。

15、保險對象的就醫憑證是什麼?多久換一次,更換的原因是什麼?

保險憑證原則上是一年更換一次,但何時更換及更換方式由各市町村自行決定,持保險憑證即可到各保險醫事服務機關就醫,保險憑證的大小樣式是全國統一的,有記載有效期間。

16、處理保險費欠費的業務是否有關說的問題?

市町村的區長為了選舉也不願意得罪太多人,對於欠費者實在不好處理,尤其對於惡質的欠費被保險人更加困難,但第一線的工作人員仍然必須很盡力的去處理,其中如果又有民意代表關說確實是一件很頭痛的問題。

17、保險對象異動或欠費資料是否常有送達不到的問題?

保險對象在轉入轉出時居民都會主動的到市町村辦理資料的變更及確認戶籍地址,保險費繳款單如果寄不到的話可能是搬家時還來不及登記會再退回來。

18、現今醫療費用及保險費收支是否平衡?

在日本醫療費用十年來的平均成長率是 5% 經濟成長率為 1% 其中有 4% 的差距。所得沒有增加,但醫療費用在持續的增加,特別是 70 歲以上老人醫療費用由保險者共同負擔的部份佔全體醫療費用的百分之四十,七十歲以上的醫療費用為七十歲以下的 5.2 倍。

19、高齡化老人每年成長率多少?

七十歲以上的人口,每年增加 4.5% 七十歲以下人口每年減少 0.2%,老人的醫療費用每年成長 9%,成長非常大是急需解決的問題希望二年後的改革案能夠做適當的處理。

## 五、健康保險組合聯合會

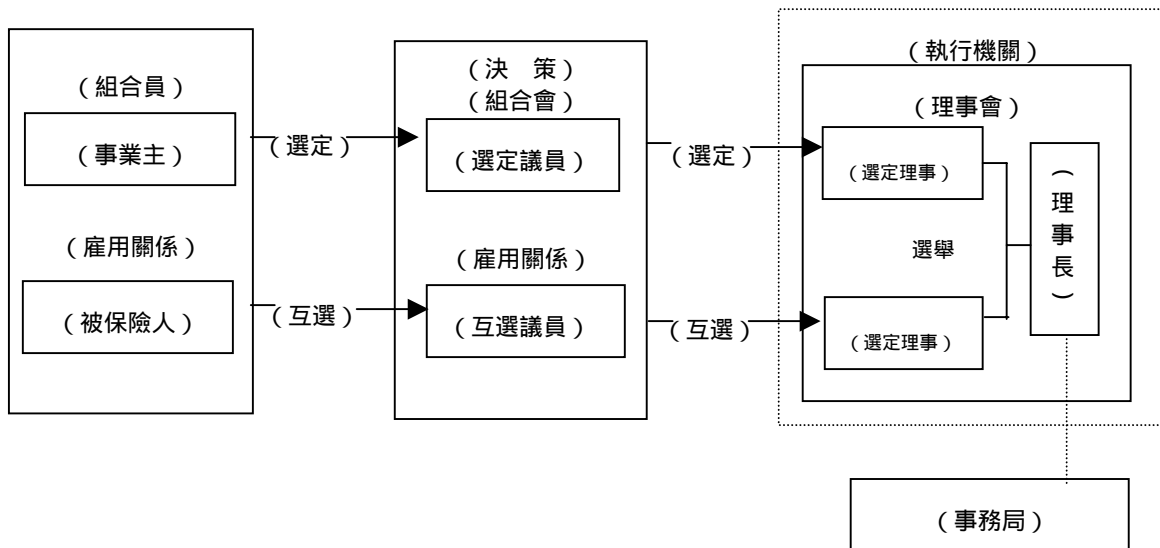
### (一) 制度與組織概要

#### 1. 健康保險組合

健康保險組合在前述日本醫療保險制度中係屬受雇者保險之一種，雖在法律上允許擁有 300 人以上從業員之公司行號，祇須向厚生勞動省申請取得許可即可自行設立健康保險組合，但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 3000 人以上）的。至 1999 年 9 月止組合總數為 1,787 個，其中總合健康保險組合有 310 個，總計 15,648,575 人。

各健康保險組合組織之最高決策機關為組合會，其成員有雇主與受雇者被保險人雙方代表，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。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。

圖十二 健康保險組合組織



資料來源：國民健康保險中央會內部提供

#### 2. 健康保險組合聯合會

該組織係於 1932 年依據健康保險法所設立公法人團體，其主要任務為健康保險組合與醫師會或其他團體締結(履行)契約時，居於仲介之角色。

連合會代表組合積極從事組合保險業務與改革健保組合醫療保險制度。

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。連合會除東京本部事務所外，在各地都道府縣亦設置地方性連合會。東京本部組織與主要幹部如下：

主要幹部

會長	千葉一男	(王子製紙株式會社顧問、日本經營者團體連盟特別顧問)
副會長	安田健保組合 岡澤 元大	(健保連大阪連合會會長)
	北海道農業團體健保組合 出版健保組合	
副會長、常務理事 顧問	下村 健	日本經營者團體連盟會長 經濟團體連合會會長 經濟同友會代表幹事 日本商工會議所會長

本部組織與職掌

總務部	人事、文書檔案、預決算、會計及設施管理等
設施部	健保會館、大阪中央醫院等之營運與管理，健保組合與連合會間資訊之建構、支援。
企劃部	調查、研究醫療保障制度與相關事項之企劃、新立健保組合之指等與養成、健康組合之各項統計、分析等。
宣傳部	健保組合報之發行、電視宣傳之企劃、出版物之發行、各健保組合宣導活動之支援等。
保健部	保健事業之指導、開發健康共同事業、增進老人健康保健事業等。
醫療部	有關醫療制度與醫療費用之調查研究、支付基金之締約等。
共同事業部	有關高額醫療費以及財政窮困之組合交付金之交付業務。
組織協力部	與各相關團體之連絡、協調、以及有關健保組合職員之研修工作。

於 1999 年 2 月健康組合連合會以追求社會保險原理，考量介護與年金制度之周邊問題等綜合觀點，特別發表「確保 21 世紀國民健康與醫療品質」新的建言。其中針對改革高齡者醫療制度、診療報酬體系、藥價制度等較特殊之課題簡述如下：

高齡者醫療制度 - 廢止現行老人保健制度，有必要活用年金制度之結構，而被保險人應將受雇者團體與地域保險團體分開，創設新高齡者醫療保險制度。

診療報酬體系 - 對於住院醫療給付中之慢性疾病採取一定期間之定額制，而急性疾病住院應以疾病別給付（按病例計酬）；至於門診部分亦應以定額支付。

藥價制度 - 廢止現行藥價制度，應採設藥劑保險給付上限之新「日本型參照價格制度」。

以三項政策主張健康保險組合連合會正努力地爭取實現。

## （二）財政狀況

1. 健康保險組合總體 1998 年決算經常收入總金額 5 兆 9,579 億 6,391 萬 8,000 日圓，經常支出總金額 5 兆 9,175 億 274 萬 2,000 日圓，盈餘 404 億 6,117 萬 6,000 日圓（如圖十三）。在 1996 年之前尚出現巨額赤字，直至 1997 年修正健保法產生效應，赤字縮小到 17 億日圓，1998 年即轉為黑字盈餘，惟全部組合中仍有半數以上（54%、966 個組合）之經常收支依然赤字，赤字組合之虧損總金額為 1,428 億（如圖十四）。1998 年決算主要收支增減如下：

- (1) 經常收入面-保險費收入較上年度小幅增加 351 億元，約僅增加 0.61%，主要係因提高保險費率之組合減少，與被保險人數減少（較上年度減少 19 個組合）所致。
- (2) 經常支出-醫療給付費較上年度減少 1,350 億日圓，主要係受 1997 年修正健保法與診療報酬降低給付標準之影響。另附加給付費較上年度減少 90 億日圓，保健事業費亦減少 61 億日圓，這些皆是健保組合節省開支所致。
- (3) 共同分攤金部分-老人保健共同分攤金較上年度增加 1,428 億日圓，退職者給付共同分攤金亦較上年度增加 128 億日圓，特別是老人保健共同分攤金占各種共同分攤金之比率最高約 36.18%，保費收入中三分之一以上充當為共同分攤金，此對健康保險組合財政衝擊不小。
- (4) 每 1 人平均保險費收入為 36 萬 4,136 圓，每 1 人平均法定醫療給付費為 18 萬 580 日圓，每 1 人平均共同分攤金為 13 萬 1,736 日圓，每 1 人平均事務費為 9,006 日圓，1998 年國庫負擔事務費部份僅占總收入之 0.7%。
- (5) 對財政拮据之組合，健保組合連合會則以各組合之共同分攤金中撥付部分給予援助。

圖十三 1998 年度健保組合決算經常收支狀況(總額)

(單位：千日圓)

		1998 年度決算	1997 年度決算	增減比較金額	增減比率 (%)
經常收入	健康保險收入	5,792,497,020	5,758,618,365	33,878,655	0.59
	保險費	5,759,471,038	5,724,360,551	35,110,487	0.61
	特別保險費	28,583,826	28,520,448	63,378	0.22
	國庫負擔金收入	4,402,908	5,703,052	-1,300,144	-22.80
	其他	39,248	34,134	4,934	14.38
	退休及離職儲金轉入	5,636,876	5,244,073	392,803	7.49
	醫院診療所收入	57,721,027	56,528,292	1,192,735	2.11
	訪問看護事業收入	92,409	49,106	43,303	88.18
	老人保健設施收入	627,163	361,469	265,694	73.50
	雜項收入	101,389,423	104,067,506	-2,678,083	-2.57
		合 計	5,957,963,918	5,924,868,811	33,095,107
經常支出	事業費	143,138,039	142,451,380	686,659	0.48
	保險給付費	3,215,098,465	3,358,523,764	-143,425,299	-4.27
	法定給付費	3,120,028,820	3,254,462,862	-134,434,042	-4.13
	醫療給付費	2,870,002,169	3,005,012,097	-135,009,928	-4.49
	其他給付費	250,026,651	249,450,765	575,886	0.23
	附加給付費	95,069,645	104,060,902	-8,991,257	-8.64
	共同分攤金	2,093,653,496	1,938,365,659	155,287,837	8.01
	老人保健共同分攤金	1,710,665,086	1,567,834,184	142,830,902	9.11
	退職者給付共同分攤金	382,249,961	369,347,881	12,902,080	3.49
	按日計酬者共同分攤金	738,449	1,183,594	-445,145	-37.61
	保健事業費	359,087,847	365,187,304	-6,099,457	-1.67
	醫院診療所支出	80,996,921	80,146,612	850,309	1.06
	訪問看護事業費	100,491	48,496	51,995	107.22
	老人保健設施費	811,493	428,724	382,769	89.28
	再審查調整金	9,708,517	13,435,148	-3,726,631	-27.74
	其他	14,907,473	27,998,646	-13,091,173	-46.76
	合 計	5,917,502,742	5,926,585,733	-9,082,991	-0.15
經常收支餘絀		40,461,176	-1,716,922	42,178,098	

資料來源：健康保險組合連合會編，組合 1998 年決算概況報告 35 頁

圖十四 經常收支餘絀狀況

	經常收支餘絀			經常收支黑字組合			經常收支赤字組合			赤字組 合比率 (%)
	組 合 數	總額 (千日圓)	平均每 人金額 (日圓)	組 合 數	黑字金額 (千日圓)	平均每 人金額 (日圓)	組 合 數	赤字額 (千日圓)	平均每 人金額 (日圓)	
單一組合	1,484	55,552,104	5,232	731	146,531,921	22,753	753	-90,979,817	-21,775	50.74
總合組合	310	-15,090,928	-2,861	97	36,723,970	15,001	213	-51,814,898	-18,332	68.71
組合合計	1,794	40,461,176	2,546	828	183,255,891	20,618	966	-142,794,715	-20,385	53.85

資料來源：健康保險組合連合會編，組合 1998 年決算概況報告 37 頁

### (三)座談摘要

#### 1、健康保險組合連合會的整體制度架構為何？

健康保險組合連合會係採特殊法人之組織，組合之結構係由勞、資雙方同額方式產生，由各組合提撥一定金額至組合連合會，以便支援及救濟財務發生危機的組合。

#### 2、高齡化的社會中老人人數越來越多對組合影響如何？

老年人的醫療費一直在增加，應該由誰來負責這個紅字費用的問題現在已成為討論的中心，因為這個問題的產生引發各界討論日本醫療制度是不是要做根本上的改革，但執行時間仍然未確定預定二年左右完成。

#### 3、根本上的改革是不是要透過修法？

健康保險組合連合會今年要提案對健康保險法規部分修改，仍須要經過國會的審議，但是目前已經預定成效都無法達成，修法程序是眾議院同意後還要送到參議院進行議決。

#### 4、依實務運作經驗修法的困難為何？

健康保險連合會立場對於現行的健康保險制度希望能夠做徹底的改革，但是幾個與醫療保險有關的團體，因利益關係一直是採取對立的狀況，且意見非常分歧，連合會打算從共識及可行部分先執行。



5、關於保費收入的催收作業與國民健康保險中央會是否相同？

健康保險組合聯合會的性質不同於國民健康保險中央會，聯合會是處理組合(公司)方面的體系，收繳保險費的問題較國民健康保險中央會來得少，但所受到的限制卻比較多。

6、屬於聯合會掌管的醫療費用佔多少？

日本在西元 1961 年即已經達成全民皆保險的制度，分為受雇者保險及非受雇者保險(地域保險)，健康保險組合聯合會是掌管受雇者組合保險(未含政府掌管健康保險)，醫療保險適用者屬於聯合會掌管的費用佔百分之二十五點八。

7、組合(公司)要加入健康保險組合聯合會的條件是什麼？

員工人數長期保持在 300 人以上的企業，向厚生省申請經許可後才可以加入組合，但為了分擔風險，單一企業要加入組合掌管必須要是 700 人以上的企業，二個以上的企業要共同成立一個組合的話要 3000 人以上。員工人數長期保持在 300 人以上的企業，向厚生省申請經許可後才可以加入組合，但為了分擔風險，單一企業要加入組合掌管必須要是 700 人以上的企業，二個以上的企業要共同成立一個組合的話要 3000 人以上。

8、被保險人加入健康保險組合是否有選擇權選擇比較適合自己的？

健康保險組合聯合會所掌管的組合分成二種，一種是單一保險組合，另一種是綜合保險組合，受雇者必須要加入健康保險組合，沒有選擇不加入的權利，綜合保險組合又分成同業種組合及同一地域組合二種，總共 1780 個組合中有 1470 個單一組合，2 個地域異業種組合。

9、加入健康保險組合聯合會被保險人之眷屬的條件是什麼？

受雇者加入健康保險組合，其被眷屬包括配偶、同居人、三等親也一併加入。

10、健康保險組合其保費如何計算？全國平均保險費率是多少？

健康保險組合主要財源來自保險費，保險費是由被保險者及事業主雙方負責，計算方式是月薪資所得乘以保險費率，目前保險費率在 3%到 9.5%之間，由各組合自行訂定原則上被保險者及事業主各負擔 50%，去年全國平均保險費率是 8.51%，事業主負擔 4.790%被保險者負擔 3.722%。

11、國民健康保險組合連合會業務，係由誰處理？

國民健康保險組合連合會是由被保險者及事業主雙方推薦代表所構成，執行部門是理事會，理事會是執行組合連合會所決議的案件，事務局是支援理事會處理事情。

12、日本之國民健康保險組合連合會理事會的架構為何？

國民健康保險組合連合會是依據國民健康保險法所成立的一個法人組織，全日本的組合都加入國民健康保險組合連合會，連合會有 173 名議員，會長、副會長、常務理事是由連合會議員推選出來。

13、健康保險組合連合會主要的業務內容？

健康保險組合連合會主要是處理健康保險政策方面的工作，譬如醫療費用合理化、健全保險組合、提撥共同分攤金及補助高額醫療費用及財政困難的組合。

14、加入健康保險組合之被保險人及其眷屬如何計算保險費？

健康保險組合是以受雇者的薪資所得來計算保險費，眷屬人數不計算保險費，所以沒有眷口數的問題，但年收入在 130 萬日幣以上之眷屬不能依附加保。

15、將薪水當獎金發放以降低薪資所得的現象是否有查核？

間隔三個月以上的獎金就不列入計算薪資所得裡面，薪資所得包括基本薪資、加班費、三餐補助款及提供的住宿費，因此在日本薪水所得包括了很多項目是逃不掉的，五、六、七月的投保薪資是使用四月份的薪資所得來推算，但薪資所得如果跳動二級以上者馬上會修正投保薪資，因此加班費不會全部放在非推算基準月份上，以避開高投保薪資。

16、如何得知該組合的財政是困難？

保險者是多元化的情況下，每個組合在營運上有固定的費用，每年都有標準的營收依此計算該組合的財源率，財源率超過千分之十五且保險費率超過百分之八點五，就定義為財政困難的組合，國庫會給予補助金，補助金不用還給國庫。

17、由政府掌管之健康保險組合收繳率大約多少？

由政府掌管之健康保險的小公司收繳率大約百分之九十七到百分之九十八之間，保險費率是百分之八點五一(二三年以前是百分之八點四)，保險費率沒有規定多久要調整一次，是否要調整是依據收支狀況來決定。

18、組合人數少分散風險的功能是否比較差？

單一企業的組合規定人數要超過七百人以上，在日本目前最大的組合人數有三十萬人，整體來說因為人數少所以很難有分散風險的功能。

19、投保薪資如何分級？何時調整？

組合的薪資等級分成四十級，最高等級與最低等級相差大約十倍，最低一級與最低工資相近，但最低工資的調整各地區不同，由勞動省來處理，當最高等級的人數超過百分之三時就得調整薪資等級。

20、是否有醫師強迫被保險人使用健保不給付的藥品？

被保險人同意醫師開立健保不給付的藥品時，則是由被保險人自付，截至目前為止未發生過因自付藥品費用而產生糾紛的事件，主要原因是醫師在開立健保不給付的藥品前都會先與被保險人溝通達成協議，只是有發生過醫事服務機關使用便宜的藥品而以較貴的藥品請求給付違規事情。

21、對於很少使用到的藥品（孤兒藥）如何給付？

孤兒藥是很少使用的藥品，若醫事服務機關平時就有準備，可能好幾年都無法使用到這種藥品，造成醫療浪費，對於這種藥品在藥事法內有規定是由公費來負擔，但是否列為保險使用藥品必須經過中央醫學審議會評估。

22、目前多久精算一次費率？費率更改時應經何程序？何種機構精算費率？

由政府掌管之健康保險的小公司，精算其費率可以維持多久的作業是由中期財政計劃來執行，但是沒有規定多久就要調整保險費率，保險費率的調整只要醫療保險福祉審查會議的同意即可，無須國會通過。

23、保險組合對於殘障者是否有補助？

健康保險組合的保險費率是由組合自行選定，對於殘障者的補助不是在於保險費方面，而是補助醫療費自付部分。

## 六、東京都板橋區役所

### （一）板橋區役所簡介

板橋區為東京都 23 區之一，人口約 496,761 人(2000 年 4 月 1 日止)，其中男性 248,313 人，女性 248,448 人，總戶數為 236,349 戶。該區一切政策事務最高決議機關為區議會，議員總數 50 人，其中推選議長一名。另執行行政事務機關為區役所，由區民選出區長一人掌理行政事務，區役所組織共設有企劃部、總務部、區民文化部、健康生涯部（含保健中心）、厚生部、兒童女性部、資源環境部、都市整備部、

土木部等九個部，及教育委員會、選舉管理委員會、農業委員會、監查委員事務局、區議會事務局等，上述人員合計 4,476 人。其 2000 年財政預算為 2,441 億 8,100 萬日圓，包括一般行政預算 1,576 億 1,000 萬日圓，國民健康保險事業特別預算 368 億 6,000 萬日圓，老人保健醫療特別預算 346 億 9,100 萬日圓，介護保險事業特別預算 150 億 2,000 萬日圓。

## (二) 板橋區役所國民健康保險辦理情形

1. 國民健康保險課組織概要 - 該課係屬厚生部之一，辦理該區國民健康保險業務，下設管理股(5 人)、保險給付股(15 人)、資格審查股(14 人)、保險費收繳股(23 人)，另委託特約徵收職員 22 人。

### 2. 國民健康保險實務

(1) 國民健康保險加退保手續—因國保雖是強制性保險，惟並非自動給予辦理區內國民加保手續，而必須由本人或戶長於保險異動 14 日以內，親自持有(駕駛執照、護照、公共費用之收據等)至區役所國民健康保險課或區內出差地點辦理各項手續。若是由代理人辦理手續，則需另持被保險人本人委託書與代理人印鑑。又加保手續未辦理完備，而急至特約醫療院所就診時，該醫療費用應由被保險人自行全額負擔，且需追繳取得資格當時月份之保費。另退保手續未辦理完竣，又持該保險證至特約醫療院所就診時，則需繳當月份雙重保費(國保與欲加入另一保險之保費)。

(2) 保險證發行—國民健康保險保險證(如圖十五)，以戶為單位，一戶交予一張保險證，供一家族全員赴特約醫療院所時持用，保險證上並已註明部分負擔為 30%。另符合退職者醫療制度者，則另予發放不同顏色之「國民健康保險退職被保險者證」；保險證發放皆以郵寄方式辦理。對已加入保險之被保險人，若尚未接到保險證時，可至區役所辦理「資格證明書」憑以就診。

## 圖十五 國民健康保險證樣本

本樣本係影本無法傳輸資料

資料來源：板橋區役所內部提供

- (3) 保險費之繳納—保費之計算方式係分二部分,其一係每人一律以 26,100 日圓計算之均等比率額,另一部分為以加入保險之全家族住民稅乘以 194/100 之所得比率額,二者相加則為當年度之應繳保費,惟每一戶最高繳交保費限額為 53 萬日圓(請參考圖三)。保費繳款單每年分三次以戶長為收件人郵寄至各被保險人住所,於 4 月中旬郵寄第一次(4、5、6 月份)保費繳款單,7 月中旬郵寄第二次(7、8、9、10 月份)保費繳款單,11 月中旬則郵寄第三次(11、12、1、2、3 月份)保費繳款單,繳納期限為每月月底。被保險人可至銀行或板橋區役所辦理轉帳方式或直接至關東地區及附近縣市各地銀行、合作社、農會、郵局繳交保費。因保費可扣抵所得稅,該收據若不慎遺失,無法再予補發。又保費於繳費期限內未繳納時,期限後即寄催繳函通知補繳保費,惟在催繳函指定應繳納期限內仍未繳納者,區役所即派遣特約徵收員前往該戶調查訪問,給予適當催繳處理。若保費長期未繳者,將請其歸還保險證。
- (4) 保險費減免制度—由於天然災害或因家庭特別事故,導致生活顯著困苦,保費無法繳納情形,可在繳費期限前 7 日,由戶長本人提出申請減免保費。另對低於一定所得之低收入戶,在保費均等比率額部分,亦可申請部分減額。
- (5) 保險給付—有關國民健康保險之各項保險給付請參考表三保險給付詳細內容。

- (6) 交通或傷害事故處理—因發生交通事故或受他人傷害需接受傷病治療者，原則上該醫療費用由加害者(肇事者)負擔，惟加害者無支付能力或因傷害賠償官司耗時，則先以「國民健康保險」就診，醫療費用由國保先行墊付，同時需先向區役所、警察局(交通事故)報備，然後區役所再向加害者提出傷害賠償。
- (7) 老人醫療保險制度—對六十五歲至七十歲之間重病臥床無法行動者，以及七十歲以上之老人，日本依據老人保健法給予特別醫療照護，老人保健制度之醫療費用負擔約 30%來自公費(其中中央政府約 20%、都道府縣及市町村約 5%)，其餘 70%由各保險(政管健保、健保組合、船員保險、共濟組合、國保等)以共同分攤金方式共同負擔，另一部分為老人本人之部分負擔。老人赴特約醫療院所就診時，需持有健康保險證與老人健康手冊，其各項部分負擔如下：
- 門診—在基層診所就診負擔醫療費用之 10%，每月合計以 3,000 日圓為上限，若至特約健保藥局取藥，則醫療費用為每月合計以 1,500 日圓為上限。另至醫學中心(200 床以上之醫院)，則醫療費用提高為每月合計以 5,000 日圓為上限，200 床以下之醫院為 3,000 日圓為上限。
- 住院—負擔醫療費用之 10%，每月以 37,200 日圓為上限，低收入戶降為 24,600 日圓為上限。
- 住院膳食費—每日負擔 780 日圓。
- (8) 基本健檢及癌症檢查—板橋區內 35 歲以上區民每年於 6、7、9、10 月份期間，可自由選擇至該區特約醫療院所接受基本健檢一次，檢查項目計有 血液檢查 尿液檢查 心電圖檢查 胸部 X 光檢查 眼睛、血壓、耳、鼻等一般檢查。另有關胃、肺、子宮頸抹片、乳房、前立腺、大腸、咽喉等身體主要器官之癌症預防檢查，區民祇要年滿 30 歲或 50 歲(前立腺、咽喉檢查)以上者，事先以附回郵明信片向成人保健股申請預約，即可接受檢查。
- (9) 指定旅館、飯店等保健設施—為增進被保險人健康，提昇生活品質，板橋區役所特與關東附近縣市之旅館或飯店訂定特約，該區區民至該地區旅遊，在這 28 家特約旅館祇需填寫利用券，即可以特約住宿費投宿。

### 3. 國民健康保險財政預算

(1) 行政事務費與醫療費用國庫補助部分—每年 4 月前將二項預算編製完竣，並交付東京都廳審查再核轉厚生省受理、審查通過後，於每年 5、8、10 月分三次撥付行政事務費，醫療費用國庫補助部分則按月撥付。因行政事務費與醫療費用國庫補助部分係依法國家應予義務負擔，故隔年 6 月會計決算報告提出時，再依決算金額撥補不足或剩餘繳庫。

(2) 板橋區役所國民健康保險 2000 年預算如表十。

(3) 老人醫療保健收入費用係另編預算，與國民健康保險預算完全區隔，有關板橋區役所老人保健醫療特別會計預算(1994 年至 1998 年)如表十一。

表十 東京都板橋區役所 2000 年度國民健康保險事業特別會計預算概要 單位：千日圓

	科目名稱	本年度	前年度	增減	增減率(%)	構成比(%)	說明
歲 入	1 國民健康保險費	13,574,579	12,823,393	751,186	5.86	36.83	均等比率 26,100 圓 所得比率 194/100 保險費上限額 530,000 日圓
	2 手續費	27	24	3	12.50	0.00	保險費繳納證明手續費 90 件 一件 300 日圓
	3 國庫補助金	11,770,486	11,494,749	275,737	2.40	31.93	療養給付費等負擔金 11,770,482 千日圓 他科目在置
	4 療養給付費交付金	4,080,063	3,913,877	166,186	4.25	11.07	退職被保險者等
	5 共同事業交付金	601,960		601,960		1.63	高額醫療費共同事業交付金
	6 都補助金	347,923	1,645,656	1,297,733	78.86	0.95	
	7 財產收入	1	1	0	0.00	0.00	
	8 一般會計轉入	6,214,267	5,594,547	619,720	11.08	16.86	
	9 上期結轉	200,000	200,000	0	0.00	0.54	1999 年度歲計剩餘金
	10 其他收入	70,624	65,753	4,941	7.51	0.19	
	合計	36,860,000	35,738,000	1,122,000	3.14	100.00	
歲 出	1 行政事務費	751,356	761,201	9,845	1.27	2.04	事務諸經費 170,661 千日圓 營運協議會費等 11,169 千日圓
	2 醫療保險給付費	23,973,538	23,821,110	152,428	0.64	65.04	含醫療給付費、高額療養 費、生產津貼、埋葬費等
	3 老人保健共同分攤 金	9,710,302	10,844,397	1,134,095	10.46	26.35	
	4 介護保險支出	1,814,617		1,814,617		4.92	
	5 共同事業分攤金	303,458	474	302,984	63,921	0.82	
	6 保健事業費	52,844	57,011	4,167	7.31	0.14	各項設施保養經費
	7 其他支出	53,885	53,807	78	0.14	0.15	
	8 準備金	200,000	200,000	0	0.00	0.54	醫療給付費之 0.86%
	合計	36,860,000	35,738,000	1,122,000	3.14	100.00	

表十一 東京都板橋區役所老人保健醫療特別會計

單位：百萬圓、%

區 分		1994 年度 預算金額	1995 年度 預算金額	1996 年度 預算金額	1997 年度 預算金額	1998 年度 預算金額
歲 入	支付基金 交付金（註）	18,962	20,342	21,743	23,126	24,416
	國庫補助金	5,639	6,062	6,501	7,182	7,905
	都補助金	1,410	1,515	1,625	1,796	1,976
	上期結轉	1,410	1,515	1,625	1,796	1,976
	其他	100	100	100	100	100
歲入合計		27,521	29,534	31,594	34,000	36,373
歲 出	醫療諸費	27,421	29,434	31,494	33,900	36,273
	其他	100	100	100	100	100
歲出合計		27,521	29,534	31,594	34,000	36,373

註：支付基金交付金係支付基金從各保險人所收取之老人保健共同分攤金，依一定公式比率計算再交予市町村之法定收入。

資料來源：板橋區役所內部提供

4. 保險費欠費內容與原因—板橋區役所國保之保費收繳率欠佳，欠費金額持續增加，詳細分析原因可歸類下列幾項：

- (1) 日本長期經濟低迷，社會景氣欠佳，保費欠繳戶數隨之增加。
- (2) 被保險人對目前之保險制度深存不滿且認為保費過高。
- (3) 被保險人轉入、轉出戶數多，及未住於現址之戶數增加，致保費欠費亦隨之增加。
- (4) 雖積極宣導轉帳繳費，但其比率一直無法提高，致難確保安定之繳費體制。
- (5) 被保險人日夜不在宅者增加，連絡困難，徵收員收款訪談不易。
- (6) 居於日本之外國人了解健保制度稀少，收取保費溝通困難。

板橋區保費欠費金額於 1996 年為 302,950,993 元，而 1999 年則攀升至 520,066,139 元，成長比率達 171.67%(如表十二)。



5.有關今後欠費因應對策—積極整理欠費資料，強化特約徵收職員訪談，努力降低欠費比率。對高額欠費戶將加強實地調查，並對惡質欠費戶實施滯納處分(可依法與處分欠稅者方式相同，由存款、薪資等強制扣繳)。積極加強追蹤催收已轉出而尚欠費者之保費，以及居所不明之被保險人。清查欠費資料，積極整理剔除受生活保護者及轉出加入其他保險之被保險人資料，以減少實際欠費金額。

表十二 板橋區役所保險費欠費情形 (1996~1999 年)

金額單位：日圓

年度 欠費事由	1996 年度				1997 年度				1998 年度				1999 年度			
	戶數	月件數	保險費金額	%	戶數	月件數	保險費金額	%	戶數	月件數	保險費金額	%	戶數	月件數	保險費金額	%
生活窮困	2,717	19,544	237,982,940	78.55	3,195	25,854	326,117,056	83.75	3,464	26,814	350,154,572	81.27	3,863	29,191	422,262,944	81.19
生活保護	106	629	4,446,344	1.47	165	952	6,515,106	1.67	170	1,072	6,117,566	1.42	202	1,412	10,935,888	2.10
失業	181	1,436	8,607,972	2.84	212	1,709	8,756,574	2.25	276	2,173	12,209,916	2.83	149	1,243	8,968,161	1.73
死亡	31	175	1,528,758	0.51	41	207	1,410,671	0.36	51	229	2,579,432	0.59	52	245	2,579,753	0.50
住所不明	50	474	2,763,623	0.91	61	580	3,207,611	0.83	62	614	2,909,182	0.68	33	283	1,290,163	0.25
轉出不明	793	4,898	47,622,356	15.72	925	5,598	43,392,875	11.14	991	6,386	56,885,848	13.21	974	5,782	74,029,230	14.23
合計	3,878	27,156	302,951,993	100.00	4,599	34,900	389,399,893	100.00	5,014	37,288	430,856,516	100.00	5,273	38,156	520,066,139	100.00

資料來源：板橋區役所內部提供

### (三) 東京板橋區役所座談摘要 (區長石塚輝雄)

#### 1、板橋區役所參加國民健康之保險人人數多少？

板橋區役所參加國民健康保險者，現今被保險人數共 188,835 人，佔整個板橋區人口總數的 37.08%，戶數共 107,069 戶佔整個板橋區總戶數的 43.96%，從規模來看是整個東京 23 個地區中的第七大，外國籍人士共有 2,403 戶 4,606 人。

#### 2、目前國民健康保險在管理與經營上，有何最感困難之問題？

收繳率一直沒辦法提高是板橋區役所最麻煩且仍然無法解決的業務，國民健康保險應該是做到收支達成平衡才是正確，但是現在支出大於收入，現今國民健康保險費用不足使用，是由一般會計撥款過來沖抵，佔整個年度預算百分之十六點九，如果一般會計仍然不足時，在非常不得已下才會動用準備金。

#### 3、板橋區役所公務人員參加何種保險？

在板橋地區參加職域保險的狀況是地方公務人員參加共濟組合保險，受雇者就必須參加受雇者保險，不能參加受雇者保險才可以參加國民健康保險，也因為透過這種制度才能達成全國皆保險的體系。

#### 4、健康保險有無健保監理組織？

國民健康保險的監理組織是由各市町村監察委員行使，檢查有關會計及補助金等業務，東京都每年做一次檢查板橋區役所的國民健康保險執行狀況，但來自中央的監察是二、三年一次。

#### 5、板橋區役所收繳率大約多少？

板橋區役所因為高齡化及醫療科技的進步，每年醫療費用都在持續增加中，因此造成財源上很大的問題，保險費的收繳率為百分之八十九，如何順利徵收保險費是解決財源辦法之一。

#### 6、寄發欠費催繳函是由郵差送達或請專人送達？送達不到做何種處理？

板橋區役所為了能順利徵收保險費雇用了 22 位委託人員，委託人員於星期假日或夜間，到被保險人家中直接訪問徵收保險費，凡欠費兩個月以上的欠費者都是訪查對象。

#### 7、國民健康保險保險費的計算基礎包括那些？

板橋區役所的保險費是由均等額(西元 2000 年是 26,000 日幣/年)加上所得額(住民稅的 1.94 倍)計算出來的，例如有一戶共有三口總住民稅是 10,000 圓日幣，應繳保險  $26,000 \times 3 + 10,000 \times 1.94$  日

幣，板橋區役所的保險費率每年修訂一次。

8、介護保險的保險費如何計算？

板橋區役所 40 歲到 60 歲介護保險的保險費，是由均等額為 7,200 日幣加上住民稅的百分之十七。

9、現今費率多久精算一次或調整？

保險費率每年修訂一次，是由東京 23 區區長提案，經過國民健康保險營運協議會通過後實施，不必再經東京都議會同意，東京 23 區的計算方式都相同。

10、國庫是否補助國民健康保險之醫療或業務費用？

國庫補助國民健康保險醫療費用，法律上規為百分之四十，但因為有部份應用在其他業務上，所以實際上補助費用僅百分之三十一點九強，目前辦理國民健康保險的業務費用，是由區的一般事務費支出國庫不補助。

11、有無逾期保費催收及呆帳打消之作業規定，其內容為何？

被保險人因經濟困難或其他原因，欠費兩年以後板橋區役所即將這些欠費金額列入不納金額款項，於年終時提列損失，提列作業並沒有預先報列，是由區長做最後決定。

12、對於殘障或經濟困難者是否有補助措施？

經濟困難、失業、生病或災害可以接受補助是依據生活保護法的規定辦理，係由收入乘以 1.15 倍來推算，再評估是否給予減免資格，減免補助不能追溯到以前，於核准後才開始生效，除以減少均等額來計算保險費外，醫療費用 30% 自付額也可減少自付額度，目前板橋區役所有 40% 的戶數受到補助。

13、保險對象的就醫憑證多久換一次？如何宣導？

板橋區的保險憑證二年做一次更新，大小樣式是根據國民主健康保險法規定辦理，並且每年三、五、十二月在各區辦公室都有辦理商談健康保險的事宜。

14、遲繳保險費是否有開徵滯納金或利息？

延遲繳納保險費是以郵寄方式通知被保險人繳納，如果遭退件的話會再查明戶籍資料重新寄發催繳，區內未繳納的資料可以由終端機查詢，但沒有執行處罰滯納金的作業。

15、在國外就醫醫療費用是否可以申請核退？

出國如果超過一年的話可以報備中斷保險，在國外生病就醫時其他保險也許可以申請核退，但是國民健康是沒有這一項措施即不能核退醫療費用。

16、對於欠費者如何執行強制作業？

如果繳納保險費有不良記錄的話於發放新保險憑證明時，會請欠費者到區的辦公室當面作宣導，目前只做電話申請權的限制，日後考慮計劃對其財產及薪資做扣抵的作業。

17、欠費者的就醫權利是否會受到影響？

欠費者原則是請他到辦公室來取資格證明書，並作宣導，但如果沒有來取的話，區役所還是會把資格證明書寄給欠費者，因此並未強行限制不能就醫。

18、多久計算一次保險費開單收繳？一切繳納是否都是用繳款單？

計費繳款單每年共寄發三次，4月、7月、11月各一次，4月寄發的是繳納4、5、6月份的保險費，現今的繳納方式只有到區役所繳納、持繳款單到金融機構、轉帳扣繳等三種繳款方式，其中有百分之三十五是由銀行戶頭直接轉帳繳費。

19、板橋區役所國民健康保險的收繳率？

國民健康保險的收繳率 1998 年是 89 %，1999 年是 88.33 % 目前是繼續在下降中，收繳款下降的主要原因是長期的經濟不景氣，被保險者對目前的保險制度有所不滿不願意繳納及被保險者遷移不在區役所內無法收繳保險費。

20、雇用的委託徵收人員是否具有公務員資格其安全性如何？

徵收保險費的委託員雖然不是真正公務員但是屬於約聘的一個月工作 16 天是由區長認定的類似公務員，在執行公務時是具有公務員的身份。

21、在東京大部份採何種計算方式？

國民健康保險費的計算方式，在東京大部份採用僅以所得總額及均等額來計算的二方式賦課保險費。

22、欠費催繳是否到一定時間後停止催收？

欠費者如果遷移到其他地區或參加組合，區役所仍然一直依原來的地址催收，直到超過時效以後才停止。

23、被保險者的加退保資料有無集中處理？

在板橋區役所加保的被保險者，其異動資料僅存在於區役所內，全國的資料並沒有全部集中在一起，目前所執行的計劃是將戶籍資料集中管理，因此明年將可以只要持有區役所所發的證明卡，就可以到其他區役所取得戶籍資料，但是國民健康保險的資料仍然未集中。

24、欠費者資料無集中處理所以當欠費者轉移到其他地區加保時仍然可以取得新的保險憑證？

因為沒有集中式的資料庫，從一個地區轉移至其他地區的被保險人有無依其適當的身份加保是沒有辦法得知的事情。對於欠費者，新單位無權拒絕其加入保險，仍然因此可以取得新的保險憑證。

25、呆帳打銷如何作業？

呆帳的轉列是由健保課提列，經區長決定後即可轉銷呆帳，不必經過審計及會計的查核才可打銷呆帳。

26、參加國民健康保險的外國人欠費？如何催討

對於居住滿一年而加入國民健康保險的外國人，如果欠費的話並沒有限制出境的規定，但離境前區役所還是會盡力去催繳，回日本後如果是到別地區加保，那麼就沒有辦法催繳得到了。

27、從被保險人繳費到完成沖銷欠費約需多久？

被保險人繳費後，板橋區役所取得繳費資料並完成與欠費互抵的時間大約要二個星期，因此由於時間的落差會造成被保險人已繳清欠費仍然收到催繳通知的情事發生時，這時候只好向被保險人道歉了，這是系統的問題，到現在還沒辦法改善。

## 肆、考察心得

### 一、多元保險人，保險費率及部分負擔比率不一。

日本醫療保險制度從 1927 年起採漸進式立法，而依據個別法源逐漸擴大實施，終達全民健保，目前約有五千餘個保險人，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。但在現金給付方面，除生育補助費與埋葬費因政令規定有最低額度之限制，其餘各保險亦不盡相同。我國單一保

險人制度雖易受缺乏競爭之評，但較具風險分散機能，且可避免各保險人有「強者愈強，弱者愈弱」之不均現象。

## 二、日本國民健康保險未設全國性資料庫，各保險之被保險人資料無法互相勾稽，加保資料較難全盤掌握。

日本國民健康保險因為沒有集中式的資料庫，所以沒有辦法得知從一個地區轉移至其他地區或從一個類別轉到另外一個類別的被保險人是否有依其適當的身份加保，而且保險對象的資料也未與戶籍資料相互交叉，只能由支付基金於與各組合及保險者在就醫給付時，查核加保資料是否正確，但並不表示全民皆納保，對於未納保的國民無法主動輔導納保，將成為醫療保險制度的邊緣人。

## 三、日本醫療費用成長迅速，整體藥費比率高。

日本國民醫療費用年年急速成長，主要因醫學技術高度提昇，人口高齡化，以及不當醫療資源浪費（如不必要重複檢查、不當就診、醫療費用之虛報等），效率欠佳之醫療體制，另外藥價基準制度亦是其中問題之一，根據 1998 年厚生省統計，藥費占醫療費用平均比率約 24%，門診部分約 32.9%，而老人門診部分更高達 39.3%，超出歐美諸國水準甚多，故於 2000 年 10 月設置「藥劑算定組織」聽取藥品製造業者等各方面意見，厚生省依據這組織算出藥價支付標準，設法將藥價拉至最低範圍之內。

## 四、老年人口多，老人醫療費用負擔沉重。

日本國民保健在先進國家中係屬高水準，依據 1998 年統計日本人平均壽命男性為 77.16 歲，女性為 84.01 歲，男女性皆為世界最高，日本現已步入高齡化社會，這對日本的經濟有極大之影響，因國民醫療費用每年約成長 1 兆 3000 億日圓，而其中老人醫療費用就占三分之一強，1998 年老人醫療費總額約 10 兆 8,900 億日圓，較上年度成長 6.0%，而全體國民醫療費僅較上年度成長 2.1%，老人醫療費用約年輕者之五倍，而主要負擔費用之年輕世代人口卻有遞減之趨勢，這對泡沫經濟崩潰後之日本財政，不啻是一大隱憂，亦無形加重日本國庫負擔。

## 五、日本保險行政事務經費龐大，為我國全民健保每人平均行政事務經費之數十倍。

各保險雖有行政自主之優點，較能照顧其被保險人，但所支付之行政事務費必然龐大，如組合掌管健康保險在 1998 年支用行政事務費

143,130,358 千日圓為 15,892,778 位被保險人服務，每 1 人平均需事務費 9,006 日圓，而該項保險僅接受政府部分之行政事務費補助。而其他如政府掌管健康保險、國民健康保險、船員保險、國家公務員等共濟組合則全部由政府給予補助行政事務費，顯有不盡公平之處。

#### 六、經濟景氣低迷影響保費收繳率，日本健康保險之收繳率與我國十分接近。

日本經過長期經濟低迷，各項景氣振興方案未收實效，亦影響保險費收繳率，除政府掌管健康保險（被保險者 1,968 萬人）為 97.7% 較高，而人口占多數之市町村國民健康保險（被保險者 4,545 萬人）僅為 91.82%，在 1998 年應收保費 3 兆 791 億日圓中，呆帳金額達 2,530 億日圓，由於市町村國民健康保險無業者及老人占多數，致使催繳保費更加困難，因平時保費呆帳帳務處理，並無特別提列備抵呆帳，以充做打銷呆帳之來源，而是以直接列為費用方式處理，在市町村部分祇需簽報首長許可，即可轉列呆帳，行政自主權較強，其他保險亦是類似處理方式列為當年度呆帳支出。

#### 七、健保之政府補助款宜由中央政府負擔，日本目前地方政府有財政困難時，中央政府會借與。

在日本多數人認為醫療保險費用的補助未來應該是屬於中央的事，補助保險費也應該由中央來負責任，現今地方政府也可利用郵政儲金及地方交付稅來做財務上的調整，地方政府因財政不好無法適時提撥補助之保險費時，中央或多或少會借款給地方政府，雖然政府補助款有時也會因財政不好無法提撥但不多見，這對穩定健康保險財務是有正面的意義。

#### 八、保險收支面分由不同單位負責，政策制訂較為客觀。

國民健康保險的整體制度架構承保及保險費的收催繳業務，分別為由市町村及由國民健康保險組合辦理，另外診療報酬請求書的審查及支付、老人保健相關業務、退職者醫療相關的業務則由社會保險診療報酬支付基金，這樣一來收入面與支出面分開由兩個不同的單位來處理，在政策必須改革或修正時能比較客觀也不會有球員兼裁判之嫌，反對力量也比較不會犀利。

#### 九、日本國民守法認為不該欠費，我國宜加強國人健保意識。

國民健康保險在日本已有 60 年的歷史，所以國人已普遍認為健康保險是一生下來就有的權利與義務，在意識上就覺得加入健康保險是



理所當然的事，因此保險費的收繳能夠比較順利，竟然可以把欠費者請到區役所來說明欠費原因並加以宣導繳款，主要原因是日本國民普遍認為積欠保險費是很不應該的一件事，另外軍人及受刑人兩者並沒有特殊處理，軍人在醫療保險是參加防衛廳的共濟組合組合，受刑人則是由法務省來照顧。

#### 十、雇用專人委請催欠保費，頗可借鏡。

為了能順利收取保險費，凡欠費兩個月以上的欠費者都是區役所請雇用的委託人員於星期假日或夜間訪查的對象，到被保險人家中直接訪問徵收保險費，同時便於進一步了解問題並協助解決，能確保委託人員收費的安全及化解被保險人的抗拒實在是很不容易的業務，值得深思這樣委託的好處。

### 伍、建議

#### 一、保費計算方式應可再簡化，並加強納保身份查核。

日本之醫療保險制度過於複雜，各保險之保費計算基礎不一致，自營業者因難以掌握確實收入，易造成所得低報之現象，直接影響保費負擔不公，又如市町村國民健康保險之保費計算方式有四種，其中一種有加入一項以固定資產稅之基礎來計算保費之多寡，而本次所訪問之板橋區役所之國民健康保險之保費並未採此方式，而是以均等額與所得額為計算基礎，若因居住地點之不同，致同一保險之保費之計算方式不同，這種保費負擔方式是較令人質疑。我國全民健保保費計算方式雖未若日本複雜，不過應可再予簡化，尤其高低所得所交保費之級距倍數應可再擴大，而對自營業者所得及從事農業生產者身份應加強查核，或可改善保費負擔不公之部分情況。

#### 二、加強分析欠費原因及催欠方法，並積極辦理訪查，轉介善良困苦之欠費者予慈善機構，協助解決困難。

加強分析發生應收保費欠費原因，並就發生之原因研擬可行之措施，以防堵欠費金額擴大，目前雖定期以催繳函方式通知被保險人繳費，後續處理是否可派專人加強電話催收，或仿日本委外特約保費徵收職員去實地查訪，給予被保險人關切與輔導，積極瞭解欠費者情形，如屬惡意欠費者應即時執行訴追並送強制執行，以減少保費欠費情形。

#### 三、我國步入高齡化社會，老人健保應再研究加強。

我國保健制度雖已逐漸完善，由於國民壽命延長，趨向人口高齡化，

這是先進國家必然之現象，但日本因有「老人保健制度」對於高齡者照顧甚佳，一般醫療費用給予優遇給付，老人福利設施完備，並持續在加強老人保健事業，且於 2000 年 4 月市町村實施介護保險制度，主要受益者為 65 歲以上老人，對初期老人痴呆、腦血管障害引起之疾病等，給予居家照護，補助護理用具，定期訪問看護，甚至成立老人養護療養院等。我國目前亦步入類似日本情形，是否可成立一特別小組，專研老人醫療費用、保健、福利與照護等相關問題；並研商長期照護究應另立一保險制度，抑或與國民年金結合，甚或做為全民健保之附加保險。

#### 四、保費呆帳轉銷太繁複，能否加以特別規範簡化。

目前本局呆帳轉銷速度緩慢，主要係行政程序較為謹慎，繁雜，未若日本各保險具行政自主權，如區公所祇需簽報區長許可，當可轉銷部分呆帳，程序簡便，效率自然隨之提高若呆帳轉銷手續緩慢，對催收款項金額較難確實掌握且有虛增情形，本局是否能較具自主權，研擬另一種呆帳轉銷方法，而毋需層層上報，以充分授權來提高行政效率。

#### 五、保費繳納方式可否更多樣管道，繳費資料加強利用 OCR 作業。

保險費的繳納方式只有三種，一種是直接劃撥方式從郵局轉帳扣錢，一種是由銀行存款中直接扣，另一種是持繳款單到銀行繳納，現今尚未計劃利用電話、網路、便利超商等繳費，為了讓被保險人能更方便繳費應該考量多幾個管道，另外被保險者完成繳費動作後到與欠費互抵時間太長，容易造成繳完費再被通知欠費情事發生，目前利用 OCR 執行受付書分類作業，但其他資料的整理及鍵入作業都仍然以人工處理，應可考量將 OCR 的作業應用在資料掃描上，以便減少資料的登打並縮短沖帳時間。

#### 六、加保類別與保費金額若變動不大時，可仿效日本每年寄發三次保費繳款單。

我國如欲比照日本東京都板橋區役所，在每年 4 月、7 月、11 月各計費並寄發繳款單一次，如 4 月寄發的是繳納 4、5、6 月份的保險費，要能如此預開保險費應該是在加保類別及保費負擔金額變動不大的條件下比較能順利執行，若對於加保類別及保費負擔金額經常變動的承保作業，除必須考慮沖抵補收及追溯調整外，更應該考量其適法性的問題以減少民怨與爭議。

#### 七、減少政治干預，回歸專業自主，落實支付制度改革，建立「商議式民主決策模式」讓民眾、醫界與政府「協力合作」，共同分攤財務風險，並致力提高醫療品質。

日本雖為多元保險人制度，組織各自運作，惟厚生省仍為其監督與指導之最高機關，但各保險人自主性極強，各方面等政治干預未若我國嚴重，我國全民健保業務整體運作應儘量降低政治干預，於重新檢討建構健保新運作體制時，應回歸專業自主，落實支付制度改革，建立「商議式民主決策模式」，讓民眾、醫界與政府三方面協力合作，共同分攤財務風險，致力提高醫療品質，與面對人口老化及醫療科技快速發展的長期挑戰。

## 陸、參考表

表一 國民健康保險(1997年市町村部分)被保險人規模分佈狀況

### 保險人單位數

	未滿3千人	3千人以上 未滿1萬人	1萬人以上 未滿5萬人	5萬人以上 未滿10萬人	10萬人以上	合計
保險人單位數(個)	1,242	1,280	589	79	59	3,249
比率(%)	38.2	39.4	18.1	2.4	1.8	100.0
保險人單位數累計(個)	1,242	2,522	3,111	3,190	3,249	-
累計比率(%)	38.2	77.6	95.8	98.2	100.0	-

### 被保險人數

	未滿3千人	3千人以上 未滿1萬人	1萬人以上 未滿5萬人	5萬人以上 未滿10萬人	10萬人以上	合計
總人口(人)	6,095,343	19,770,055	39,032,852	19,789,320	40,880,465	125,568,035
被保險人數(人)	2,245,583	6,945,165	12,024,258	5,795,764	12,451,499	39,462,269
國保加入比率(%)	36.8	35.1	30.8	29.3	30.5	31.4

### 老人加入比率

	未滿3千人	3千人以上 未滿1萬人	1萬人以上 未滿5萬人	5萬人以上 未滿10萬人	10萬人以上	合計
國保老人人數(人)	688,940	1,785,453	2,771,211	1,311,258	2,664,226	9,221,088
老人加入國保比率(%)	30.7	25.7	23.0	22.6	21.4	23.4

資料來源：國民健康保險中央會內部提供

表二 1993年起6年來保險人單位數、戶數及被保險人人數比較

年度別		保險人單位數	戶數	被保險人人數			每戶被保險人人數
				計	老人以外	老人保險醫療給付對象者	
總數	1993年度	3,418	19,354	42,528	34,738	7,790	2.2
	1994	3,417	19,823	42,811	34,613	8,198	2.16
	1995	3,415	20,335	43,240	34,533	8,708	2.13
	1996	3,415	20,840	43,688	34,452	9,236	2.1
	1997	3,415	21,419	44,336	34,549	9,787	2.07
	1998	3,415	22,202	45,454	35,050	10,404	2.05
市町村	1993年度	3,252	17,504	37,971	30,464	7,507	2.17
	1994	3,251	17,927	38,195	30,289	7,906	2.13
	1995	3,249	18,412	38,590	30,185	8,405	2.1
	1996	3,249	18,887	39,019	30,094	8,925	2.07
	1997	3,249	19,519	39,814	30,338	9,476	2.04
	1998	3,249	20,338	41,021	30,931	10,089	2.02
組合	1993年度	166	1,850	4,557	4,274	283	2.46
	1994	166	1,896	4,616	4,324	292	2.43
	1995	166	1,924	4,650	4,348	302	2.42
	1996	166	1,953	4,669	4,358	311	2.39
	1997	166	1,899	4,522	4,211	311	2.38
	1998	166	1,864	4,433	4,119	315	2.38

資料來源：國民健康保險中央會內部提供

表三 國民健康保險被保險人內容明細表(市町村部分)

單位：千人

年度		總數	一般被保險人			退職被保險人		
			計	老人除外	老人	計	本人	眷屬
人數	1996年度	39,019	34,776	25,851	8,925	4,243	2,932	1,311
	1997	39,814	35,382	25,906	9,476	4,432	3,062	1,370
	1998	41,021	36,396	26,307	10,089	4,625	3,193	1,432
構成比率	1996年度	100.0	89.1	66.3	22.9	10.9	7.5	3.4
	1997	100.0	88.9	65.1	23.8	11.1	7.7	3.4
	1998	100.0	88.7	64.1	24.6	11.3	7.8	3.5

資料來源：國民健康保險中央會內部提供

表四 國民健康保險老人人數占全體被保險人人數比率

(單位：%)

年度	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度	1998年度
計	18.3	19.1	20.1	21.1	22.1	22.9
市町村	19.8	20.7	21.8	22.9	23.8	24.6
國保組合	6.2	6.3	6.5	6.7	6.9	7.1

資料來源：國民健康保險中央會內部提供



表五 國民健康保險財政狀況(市町村)

單位：億日圓

科目	1997年度			1998年度(預計)			對前年度 比較增減 金額	對前年度 比較增減 比率	
	合計	一般被保 險人部分	退職被保 險人部分	合計	一般被保 險人部分	退職被保 險人部分			
	億日圓	億日圓	億日圓	億日圓	億日圓	億日圓	億日圓	%	
收入	保險費	28,734	24,659	4,075	29,113	24,948	4,165	379	101.3
	國庫補助數	28,424	28,424	-	28,892	28,892	-	468	101.6
	療養給付費交付金	9,111	-	9,111	10,392	-	10,392	1,281	114.1
	都道府縣補助金	980	980	-	984	984	-	4	100.4
	一般會計預算轉入	6,723	6,723	-	6,787	6,787	-	132	96.6
	基金轉入金	393	393	-	455	455	-	62	115.8
	上期結轉金	2,581	2,475	106	3,184	3,025	159	603	123.4
	其他	1,420	1,385	34	1,363	1,329	34	57	96.0
	合計	78,366	65,041	13,325	81,170	66,420	14,750	2,804	103.6
	支出	總務費	1,889	1,889	-	1,902	1,902	-	13
保險給付費		51,063	38,113	12,949	52,546	39,000	13,546	1,483	102.9
老人保健共同分攤金		19,959	19,959	-	21,912	21,050	863	1,953	109.8
保健事業費		460	460	-	453	453	-	7	98.5
其他		2,059	1,972	88	2,181	2,040	141	122	105.9
合計		76,430	62,393	13,037	78,994	64,445	14,550	3,664	104.7
盈餘	2,936	2,648	288	2,176	1,976	200	760	74.1	
國庫支出金精算額等	360	72	288	284	484	200	644	0.0	
實際盈餘	2,576	2,576	-	2,460	2,460	-	116	95.5	

資料來源：國民健康保險中央會內部提供



表六 國保財政狀況

區分		1994年度	1995年度	1996年度	1997年度	1998年度
收入	保險費	25,464	26,112	27,309	28,734	29,113
	國庫支出數	25,572	26,966	27,841	28,424	28,892
	療養給付費交付金	8,426	8,540	8,889	9,111	10,392
	都道府縣支出金	780	820	946	980	984
	一般會計轉入	5,856	6,457	6,925	6,723	6,787
	基金轉入金	570	578	656	393	455
	上期結轉金	3,018	2,848	2,743	2,581	3,184
	其他	1,275	1,329	1,356	1,420	1,363
	合計	70,961	73,650	76,665	78,366	81,170
支出	總務費	1,821	1,837	1,857	1,889	1,902
	保險給付費	47,445	49,230	50,953	51,063	52,546
	老人保健共同分攤	16,748	17,734	19,260	19,959	21,912
	保健設施費	379	389	411	460	453
	其他	1,991	1,977	1,957	2,059	2,181
	合計	68,384	71,166	74,438	75,430	78,994
收入-支出		2,577	2,484	2,227	2,936	2,176
國庫支出金精算額等		487	406	120	360	284
實際收支差額		2,090	2,078	2,106	2,576	2,460

資料來源：國民健康保險中央會內部提供

表七 國民健康保險10年來收支狀況

		收入決算額	支出決算額	收支差額	收支差額內容			
					黑字保險人		赤字保險人	
					保險人 單位數	盈餘金額	保險人 單位數	虧損金額
總數	1989年	6,490,617	6,294,770	195,847	3,233	276,404	195	80,558
	1990	6,677,582	6,441,353	236,228	3,278	308,696	146	72,468
	1991	6,918,967	6,634,891	284,076	3,310	344,404	111	60,328
	1992	7,278,073	6,965,023	313,050	3,339	363,332	80	50,281
	1993	7,550,035	7,233,349	316,686	3,353	360,355	65	43,669
	1994	7,896,604	7,592,784	303,820	3,353	349,077	64	45,257
	1995	8,206,502	7,907,830	298,672	3,336	344,223	79	45,551
	1996	8,541,555	8,274,230	267,325	3,327	322,605	88	55,280
	1997	8,713,277	8,363,035	350,242	3,345	398,445	70	48,202
	1998	8,996,527	8,718,440	278,087	3,315	346,290	100	68,203
市町村 (部分)	1989年	5,945,127	5,788,899	156,228	3,067	236,786	195	80,558
	1990	6,076,472	5,878,907	197,565	3,112	270,033	146	72,468
	1991	6,263,081	6,015,194	247,887	3,144	308,215	111	60,328
	1992	6,575,633	6,292,250	283,383	3,174	333,632	79	50,249
	1993	6,797,297	6,519,529	277,769	3,187	321,438	65	43,669
	1994	7,096,150	6,838,426	257,724	3,187	302,981	64	45,257
	1995	7,365,036	7,116,600	248,436	3,170	293,988	79	45,551
	1996	7,666,482	7,443,825	222,657	3,161	277,937	88	55,280
	1997	7,836,585	7,542,996	293,589	3,179	341,791	70	48,202
	1998	8,117,016	7,898,127	215,889	3,151	287,040	98	68,151

資料來源：厚生省保險局調查課編，國民健康保險事業年報

表八 國民健康保險每人平均保險給付金額與保險費開單(核定)金額

年度別		每人平均保險給付費		每人平均保險費		(B/A)
		金額A	對前年度比	金額B	對前年度	
總數		日圓		日圓		%
	1993年度	157,160	1.045	71,700	1.033	0.456
	1994	165,311	1.052	73,039	1.019	0.442
	1995	170,857	1.034	74,202	1.016	0.434
	1996	177,523	1.039	77,044	1.038	0.434
	1997	177,261	0.999	80,202	1.041	0.452
	1998	180,678	1.019	79,689	0.994	0.441
市町村 (部分)	1993年度	158,759	1.045	68,708	1.025	0.433
	1994	167,140	1.053	69,591	1.013	0.416
	總數 1995	172,700	1.033	70,620	1.015	0.409
	1996	179,226	1.038	73,438	1.04	0.41
	1997	178,396	0.995	76,630	1.043	0.43
	1998	181,964	1.02	75,918	0.991	0.417
	一般被保險人					
	1996年度	164,523	1.04	71,223	1.038	0.433
	1997	163,947	0.996	74,529	1.046	0.455
	1998	167,715	1.023	73,965	0.992	0.441
	退職被保險人					
	1996年度	298,877	1.023	91,467	1.051	0.306
	1997	293,386	0.982	93,350	1.021	0.318
1998	292,892	0.998	91,120	0.976	0.311	

資料來源：厚生省保險局調查課編，國民健康保險事業年報

表九 各年度國保每人平均診療費

年度別		每人平均診療費				對前年度比			
		計	住院	門診	牙醫	計	住院	門診	牙醫
總數	合計	日圓	日圓	日圓	日圓				
	1993年度	250,235	118,264	113,167	18,803	1.042	1.036	1.054	1.012
	1994	258,144	119,913	118,843	19,389	1.032	1.014	1.050	1.031
	1995	264,086	120,327	123,946	19,814	1.023	1.003	1.043	1.022
	1996	278,922	128,083	129,493	21,346	1.056	1.064	1.045	1.077
	1997	282,287	131,470	129,362	21,455	1.012	1.026	0.999	1.005
	1998	286,698	135,920	128,947	21,832	1.016	1.034	0.997	1.018
	老人保健除外								
	1993年度	167,412	70,965	78,148	18,298	1.031	1.030	1.037	1.006
	1994	170,402	70,703	81,078	18,620	1.018	0.996	1.037	1.018
	1995	171,944	70,037	83,021	18,887	1.009	0.991	1.024	1.014
	1996	178,559	73,042	85,388	20,130	1.038	1.043	1.029	1.066
	1997	178,467	74,211	84,086	20,170	0.999	1.016	0.985	1.002
1998	179,721	75,835	835,269	20,361	1.007	1.002	0.993	1.009	
市町村(部分)	合計								
	1993年度	262,243	125,390	117,962	18,891	1.044	1.038	1.057	1.013
	1994	270,835	127,281	124,031	19,523	1.033	1.015	1.051	1.033
	1995	277,288	127,761	129,558	19,970	1.024	1.004	1.045	1.023
	1996	293,131	136,133	135,449	21,548	1.057	1.066	1.045	1.079
	1997	296,382	139,491	135,242	21,648	1.011	1.025	0.998	1.005
	1998	300,439	143,877	134,512	22,050	1.014	1.031	0.995	1.019
	老人保健除外								
	1993年度	174,143	75,195	80,606	18,342	1.033	1.036	1.04	1.007
	1994	177,360	74,990	83,677	18,693	1.018	0.997	1.038	1.019
	1995	179,070	74,285	85,813	18,971	1.01	0.991	1.026	1.015
	1996	186,080	77,562	88,280	20,237	1.039	1.044	1.029	1.067
	1997	185,899	78,713	86,920	20,266	0.999	1.015	0.985	1.001
1998	186,962	80,278	86,206	20,478	1.006	1.02	0.992	1.010	

資料來源：厚生省保險局調查課編，國民健康保險事業年報

表十 國民健康保險1998年保費收繳與滯納情形表

單位：千日圓

保險費		核定金額	繳納金額	呆帳金額	未收金額	居所不明者部分 追繳中金額
	本年度部分	3,167,054,901	2,920,704,171	76,442	246,274,289	1,369,701
滯納部分	625,162,816	81,118,427	84,871,467	459,172,922	1,040,943	
計	3,792,217,718	3,001,822,598	84,947,909	705,447,211	2,410,644	

資料來源：國民健康保險中央會內部提供

表十一 國民健康保險1998年保險給付狀況表(一般被保險人部分)

(單位：千日圓)

		應付保險給付額	已支付金額	徵收金等	核退未算金額	未付金額
保險給付費	計	3,772,332,824	3,786,283,924	13,872,932	130,642	52,474
	療養給付費本年度部分					52,418
	計	52,587,263	52,665,587	78,092	759	526
	療養費本年度部分					276
	高額療養費	432,770,483	432,957,711	221,933	3,856	38,560
	移送費	25,159	25,159	-	-	-
	其他保險給付費	121,814,365	121,878,672	61,097	3,260	50
老人保健醫療費共同分攤金		2,402,525,410	2,402,496,957	*****	*****	28,453

資料來源：國民健康保險中央會內部提供

表十二 1999年健保組合之被保險人人數別組合數及所屬被保險人

被保險人人數	組合數		被保險人	
	個數	構成比率 (%)	人數(人)	構成比率(%)
未滿500人	54	3.0	17,551	0.1
未滿1,000人	166	9.3	125,841	0.8
未滿2,000人	352	19.7	526,007	3.4
未滿3,000人	242	13.5	601,002	3.8
未滿4,000人	169	9.5	589,327	3.8
未滿5,000人	127	7.1	571,473	3.7
未滿6,000人	104	5.8	569,353	3.6
未滿7,000人	79	4.4	513,509	3.3
未滿8,000人	53	3.0	398,055	2.5
未滿9,000人	48	2.7	406,321	2.6
未滿10,000人	36	2.0	339,490	2.2
未滿20,000人	180	10.1	2,514,973	16.1
未滿30,000人	73	4.1	1,795,125	11.5
未滿50,000人	54	3.0	1,989,763	12.7
未滿100,000人	35	2.0	2,410,640	15.4
100,000人以上	15	0.8	2,280,145	14.6
合計	1,787	100.0	15,648,575	100.1

資料來源：健康保險組合連合會編，健康保險組合現況

表十三 1999 年健保組合年齡階層別加入者人數狀況

年齡階層	被保險者		被扶養者	
	被保險者數(人)	構成割合(%)	被扶養者數(人)	構成割合(%)
0~4 歲			1,943,681	11.92
5~9 歲			1,893,150	11.61
10~14 歲			2,038,820	12.50
15~19 歲	139,542	0.91	2,132,156	13.07
20~24 歲	1,471,885	9.63	1,187,048	7.28
25~29 歲	2,526,925	16.53	691,494	4.24
30~34 歲	2,072,443	13.55	915,810	5.62
35~39 歲	1,716,420	11.23	908,881	5.57
40~44 歲	1,525,713	9.98	830,169	5.09
45~49 歲	1,732,862	11.33	921,823	5.65
50~54 歲	1,787,870	11.69	920,299	5.64
55~59 歲	1,467,171	9.60	612,037	3.75
60~64 歲	583,856	3.82	289,025	1.77
65~69 歲	192,197	1.26	208,573	1.28
70~74 歲	45,271	0.30	214,700	1.32
75~79 歲	16,354	0.11	240,977	1.48
80~84 歲	7,070	0.05	198,818	1.22
85~89 歲	3,267	0.02	118,775	0.73
90 歲以上	1,097	0.01	43,425	0.27
總數	15,289,943	100.00	16,309,661	100.00

資料來源：健康保險組合連合會編，健康保險組合現況





表十四 健保組合近10年加入者人數、投保金額、費率情形

年月	組合數	被保險人數(人)			被扶養者人數(人)	扶養比率(人)	老人加入者數			老人加入比率(%)	平均標準報酬投保金額			保險費率(%)		
		男	女	小計			被保險人	被扶養人	小計		男	女	平均	雇主	被保險人	小計
1990年3月	1,818	10,222,523	3,950,159	14,172,682	17,285,760	1.22	59,424	853,761	913,185	2.90	344,668	192,963	302,385	46.54	35.67	82.81
1991年3月	1,822	10,532,269	4,135,887	14,668,156	17,341,424	1.18	61,995	873,167	935,162	2.92	359,540	202,439	315,243	46.66	35.81	82.81
1992年3月	1,823	10,832,094	4,313,192	15,145,286	17,373,924	1.15	65,161	888,446	953,607	2.93	371,784	211,299	326,079	46.69	35.85	82.81
1993年3月	1,823	11,023,683	4,390,165	15,413,848	1,712,690	1.11	67,694	885,810	953,504	2.93	385,068	219,161	337,815	46.75	35.92	82.81
1994年3月	1,817	11,098,406	4,388,506	15,486,912	17,066,225	1.10	69,728	894,324	964,052	2.96	390,204	223,521	342,971	46.86	36.04	82.81
1994年3月	1,815	11,126,950	4,335,981	15,462,931	17,012,415	1.10	72,211	893,822	966,033	2.97	395,807	227,771	348,688	47.09	36.28	83.01
1996年3月	1,819	11,103,602	4,289,320	15,392,922	16,700,038	1.08	73,951	871,889	945,840	2.95	403,247	231,211	355,308	47.36	36.57	83.01
1997年3月	1,814	11,103,804	4,268,144	15,371,948	16,602,881	1.08	75,613	864,205	939,818	2.94	409,764	234,752	361,170	47.69	36.87	84.01
1998年3月	1,813	11,519,480	4,290,582	15,810,062	17,274,766	1.09	76,049	902,178	978,227	2.96	417,411	239,267	369,066	47.82	37.06	84.01
1999年9月	1,787	11,414,545	4,234,030	15,648,575	16,685,193	1.07	73,807	847,911	921,718	2.85	416,872	241,262	369,357	47.86	37.25	85.01

資料來源：健康保險組合連合會編，健康保險組合現況



