

行政院及所屬各機關出國報告

(出國類別：考察)

日本醫療費用控制方案

服務機關：中央健康保險局

出國人職稱：秘書、組長、科員

姓名：吳玲弟、丁增輝、董鈺琪

出國地區：日本東京

出國期間：89年11月13日至11月18日

報告日期：90年2月16日

摘 要

本計畫之考察目的，除瞭解日本有哪些管控醫療費用措施外，亦針對我國目前遭遇的問題如藥費成長等深入瞭解日本在此方面的管控。考察期間自民國 89 年 11 月 13 日至 11 月 18 日止共 6 天，人員三人，參訪機構含括政府主管機關、保險機關、研究機構及醫療院所。日本所採行的醫療費用控制方案包括支付標準/藥價基準調整、部分負擔制度設計、長期照護服務及保險、住院部分支付基準設計、高科技醫療及醫療資源控制等，採漸進式改革，亦即在現有論量計酬支付制度下作逐步調整，故近期內未有隨世界趨勢朝向總額支付制度之規劃。雖與我國規劃欲自 2002 年全面朝向總額支付制度之改革方向，其實不盡相同，但仍有可作為我國借鏡之事項，尤以藥價基準合理範圍及藥品分類群族支付、支付標準價格調控及長期照護保險設計。

關鍵字：日本、健康保險、醫療費用控制

目 錄

| | |
|---------------------------------|----|
| 壹、目的 | 1 |
| 貳、過程 | 3 |
| 參、心得 | 4 |
| 一、日本健康保險系統簡介..... | 4 |
| 二、日本醫療費用控制方案..... | 8 |
| 三、日本社會因素..... | 11 |
| 肆、建議 | 12 |
| 一、醫療費用控制方案..... | 12 |
| 二、社會因素改善..... | 13 |
| 參考資料 | 13 |
| 表 1 主要國家醫療照護產出、資源等指標..... | 2 |
| 表 2 赴日考察醫療費用控制方案參訪行程..... | 3 |
| 圖 1 日本健康保險系統之組成與機制..... | 4 |
| 圖 2 日本健康保險組織概要 | 5 |
| 表 3 日本健康保險制度現況 | 6 |
| 圖 3 日本健康保險給付項目 | 7 |
| 圖 4 日本國民醫療費成長率及其占國民所得比例之趨勢..... | 9 |

壹、目的

我國全民健康保險於八十四年三月實施迄今，在消除就醫障礙，提供健康保障的政策目標上，已獲致初步的成果。然全民健保永續經營的關鍵，在於健全的保險財務規劃，即藉由開源—增加保費收入與節流—減少醫療費用支出等方法，使保險收支得以控制於合理範圍內。自健保開辦後，在保險費率不調整的前提下，收入面的成長有限，欲藉由開源以平衡財務收支，現階段有其困難存在。另就支出面檢討，醫療申請費用金額呈現節節升高的趨勢，自 87 年起出現兩位數的成長，造成收支短絀且差距持續擴大。

有鑑於此，衛生署及健保局無不致力於研擬各項醫療費用節制的對策，其中，即欲透過其他已開發國家的經驗提供我國借鏡。檢視相關文獻資料，發現日本的平均餘命(87 年男為 77.2 歲、女為 84.0 歲)及嬰兒死亡率(87 年為 3.6‰)在先進國家中均有很好的健康產出，然其醫療保健支出占 GDP 比例近年約維持在 7% 僅美國(14%)之一半，且醫療保健支出成長率亦很低(87 年為 1.6%)，致使本局極欲瞭解日本如何在不影響國民的健康水準下亦能控制醫療費用成長，作為我國制訂醫療費用節制措施的參考(表 1)。

因此，本局此次考察日本醫療費用控制方案，除瞭解日本有哪些管控醫療費用措施外，亦針對我國目前遭遇的問題如藥費、保險對象高利用率、高科技醫療及醫療資源成長，深入瞭解日本在此方面的管控，以及未來規劃的醫療費用控制方案。

表 1 主要國家醫療照護產出、資源等指標

| 年 | 平均餘命(歲) | | | | | | | | | | | |
|------|--|------------|-------------|-------------|------|------|--------------|-------------|------|------|------|------|
| | 台灣 | | 日本 | | 美國 | | 德國 | | 英國 | | 南韓 | |
| | 男 | 女 | 男 | 女 | 男 | 女 | 男 | 女 | 男 | 女 | 男 | 女 |
| 1994 | 71.8 | 77.8 | 76.6 | 83.0 | 72.4 | 79.0 | 73.0 | 79.5 | 73.9 | 79.2 | 67.0 | 75.0 |
| 1995 | 71.9 | 77.7 | 76.4 | 82.9 | 72.5 | 78.9 | 73.3 | 79.8 | 74.1 | 79.4 | 67.0 | 75.0 |
| 1996 | 71.9 | 77.8 | 77.0 | 83.6 | 73.1 | 79.1 | 73.6 | 79.9 | 74.3 | 79.5 | 68.0 | 76.0 |
| 1997 | 71.9 | 77.8 | 77.2 | 83.8 | 73.6 | 79.4 | 74.0 | 80.3 | 74.6 | 79.6 | 69.0 | 77.0 |
| 1998 | 72.2 | 78.0 | 77.2 | 84.0 | ... | ... | 74.1 | 80.4 | 74.6 | 79.6 | ... | ... |
| 1999 | 72.3 | 78.0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 年 | 嬰兒死亡率(⁰ / ₁₀₀) | | | | | | 65歲以上人口比例(%) | | | | | |
| | 台灣 | 日本 | 美國 | 德國 | 英國 | 南韓 | 台灣 | 日本 | 美國 | 德國 | 英國 | 南韓 |
| 1994 | 5.1 | 4.2 | 8.0 | 5.6 | 6.2 | 15.0 | 7.4 | 14.0 | ... | ... | ... | ... |
| 1995 | 6.4 | 4.3 | 7.6 | 5.3 | 6.2 | 15.0 | 7.6 | 14.6 | 12.6 | 14.8 | 14.9 | ... |
| 1996 | 6.7 | 3.8 | 7.3 | 5.0 | 6.1 | 11.0 | 7.9 | 15.0 | ... | ... | ... | ... |
| 1997 | 6.4 | 3.7 | 7.2 | 4.8 | 5.9 | 11.0 | 8.1 | 15.5 | ... | ... | ... | ... |
| 1998 | 6.6 | 3.6 | 7.2 | 4.7 | 5.7 | ... | 8.3 | 16.0 | ... | ... | ... | ... |
| 1999 | 6.1 | ... | ... | ... | ... | ... | 8.4 | ... | ... | ... | ... | ... |
| 年 | 每萬人口醫師數 | | | | | | 每萬人口病床數 | | | | | |
| | 台灣 | 日本 | 美國 | 德國 | 英國 | 南韓 | 台灣 | 日本 | 美國 | 德國 | 英國 | 南韓 |
| 1994 | 13 | 18 | 26 | ... | 16 | ... | 49 | 134 | ... | ... | 49 | ... |
| 1995 | 13 | 18 | 26 | 34 | ... | 11 | 53 | 133 | 42 | 97 | 47 | 44 |
| 1996 | 13 | 18 | 26 | 34 | ... | ... | 53 | 133 | 41 | 96 | 45 | 46 |
| 1997 | 13 | ... | ... | ... | ... | ... | 56 | ... | ... | ... | ... | ... |
| 1998 | 14 | ... | ... | ... | ... | ... | 57 | ... | ... | ... | ... | ... |
| 1999 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 年 | 醫療保健支出占GDP比例(%) | | | | | | 醫療保健支出成長率(%) | | | | | |
| | 台灣 | 日本 | 美國 | 德國 | 英國 | 南韓 | 台灣 | 日本 | 美國 | 德國 | 英國 | 南韓 |
| 1994 | 5.1 | 6.9 | 14.1 | 10.0 | 6.9 | 5.4 | 14.5 | 5.3 | 5.5 | 6.1 | 6.2 | 12.2 |
| 1995 | 5.4 | 7.2 | 14.1 | 10.4 | 6.9 | 5.4 | 16.3 | 5.1 | 4.9 | 8.0 | 5.2 | 16.9 |
| 1996 | 5.5 | 7.1 | 14.1 | 10.8 | 6.9 | 5.9 | 9.9 | 2.9 | 4.9 | 5.9 | 5.4 | 19.8 |
| 1997 | 5.4 | 7.2 | 13.9 | 10.7 | 6.8 | 6.0 | 5.6 | 1.6 | 4.8 | 2.0 | 4.4 | 10.2 |
| 1998 | 5.5 | ... | ... | ... | ... | ... | 9.7 | ... | ... | ... | ... | ... |
| 1999 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

資料來源：衛生統計 88、OECD Health Data 99

貳、過程

本團此次赴日考察醫療費用控制方案，希望能從多方角度總覽，故預計參訪相關單位，包括政府主管機關、保險機關、研究機構及醫療院所，瞭解各相關單位在控制醫療費用方案的研擬措施、執行或配合情形及成效評估等。再透過台灣亞太協會及日本東亞協會的聯繫安排之後，進行為期六天(89年11月13日至18日)之參訪，行程如表2所示。

表2 赴日考察醫療費用控制方案參訪行程

| 月 | 日 | 起訖或駐留地點 | 工作記要 |
|----|----|---------|-------------------------------------|
| 11 | 13 | 啟程 | |
| 11 | 14 | 東京 | 拜訪厚生省保險局(中央社會保險醫療協議會)、社會保險診療報酬支付基金會 |
| 11 | 15 | 東京 | 拜訪財團法人醫療經濟研究·社會保險福祉協會 |
| 11 | 16 | 東京 | 拜訪厚生省保險局 |
| 11 | 17 | 東京 | 拜訪東京大學醫學部附屬醫院、聖路加國際醫院 |
| 11 | 18 | 回程 | |

參、心得

一、日本健康保險系統簡介

(一) 健康保險系統之組成與機制

日本健康保險系統主要由四種要素組成，包括被保險人(及其眷屬)、保險人、社會保險診療報酬支付基金及保險特約醫療機構。其機制係被保險人及其眷屬赴保險特約醫療機構就醫得到保險醫療給付時，需部分負擔；同時保險特約醫療機構向社會保險診療報酬支付基金請求診療報酬；以及經由社會保險診療報酬支付基金審查通過後，向保險人請求支付給保險特約醫療機構之診療報酬；最後藉由保險人向被保險人及其雇主依負擔比例收繳之保險費，交給社會保險診療報酬支付基金再由其支付給保險特約醫療機構，如此構成一個健康保險系統之運轉(圖 1)。

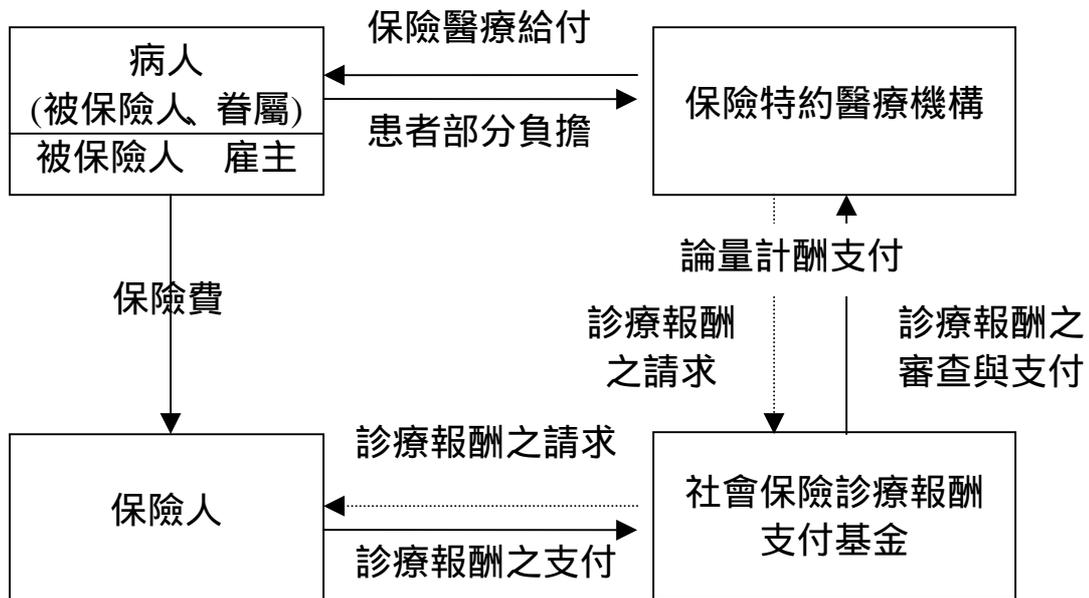


圖 1 日本健康保險系統之組成與機制
資料來源：健康保險組合聯合會，2000

(二) 保險人之分類及其財源

日本健康保險組織係為多元保險人(共超過 5000 個保險人)，依投保人

有無僱主可粗分成職域保險及地域保險，其中職域保險可再依投保單位不同歸類成政府管掌健康保險(投保單位為民間小公司之員工)、組合管掌健康保險(投保單位為民間大公司之員工)、船員保險、國家公務員等共濟組合、地方公務員等共濟組合、私立學校教職員共濟，而地域保險則為國民健康保險(投保單位為各市町村)(圖 2)。



圖 2 日本健康保險組織概要
資料來源：健康保險組合聯合會，2000

保險人財源係保險費及稅收之混和模式，在保險費方面，主依投保金額乘以保險費率及負擔比例而定，各保險人之保險費率並不相同，約在 7% 至 10% 之間，而負擔比例多屬被保險人及僱主各佔一半，但船員保險則約為被保險人佔 1/3、僱主佔 2/3；在稅收方面，國庫負擔大部分為全部或部分之行政費用及醫療給付費用之特定比例(表 3)。除此，由於國民健康保險之保險對象老年人口所佔比例最高，故虧損亦高，因此規定職域保險之各保險人需依老人保健醫療費釀金計算方法提撥基金，作為老人醫療費之平準基金。

表 3 日本健康保險制度現況

| 制度 | | 健康保險 | | | 船員保險 | 國家公務員等 共濟組合 | 地方公務員等 共濟組合 | 私立學校教職 員共濟 | 國民健康保險 | | |
|------------------|------------------|---|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------------------|------------------|--|
| 對象 | | 工廠、製造業及公司之員工 | 日雇勞動者 | 船員 | 國家公務員 | 地方公務員 | 私立學校職員 | 農業者、自 營業者等 | 退休者 | | |
| 經營主體 (保險人) | | 中央政府 (社會保險廳) | 健康保險組合 (1,794) | 中央政府 (社會保險廳) | 中央政府 (社會保險廳) | 各省廳等共濟 組合(24) | 各市町村職員 等共濟組合 (54) | 日本私立學校 振興 共濟事 業團 | 市町村 (3,249) | 市町村 組合(166) | |
| 被保險人 眷屬 | | 19,684,859 17,889,980 | 15,650,147 16,928,252 | 38,212 20,392 | 93,869 164,866 | 1,133,175 1,510,647 | 2,960,016 3,709,791 | 445,195 380,172 | 45,454,003(合計) | | |
| 財 源 | 費率% | | 第 1(13)級(天) | | | | | | 一戶平均一年金額 ¥ 156,952 (1997 會計年度) | | |
| | 合計 被保險人 雇主 | 8.50 4.25 4.25 | 130(2,640) 50(1,010) 80(1,630) | 19.50(主要) 5.85 13.65 (含失業保險) | 7.80(平均) 3.90 3.90 | 10.00(平均) 5.00 5.00 | 8.550 4.275 4.275 | 8.550 4.275 4.275 | | | |
| 國庫負擔 | | 全額行政費 醫療給付費之 13.0% | 部分行政費 部分營運費 | 全額行政費 醫療給付費之 13.0% | 全額行政費 ¥ 13 億給付費 補助 | 全額行政費 | 全額行政費 | 部分行政費 | 醫療給付 費:市町村 50%、組合 32%-52% | 無 | |
| 保 險 給 付 | 被保險人 | 80% | | | | | | | 70% | 80% | |
| | 眷屬 | 住院：80% 門診：70% | | | | | | | | 住院 80% 門診 70% | |
| | 高額費用 | 病人部分負擔超過 ¥ 63,600 部分(低收入病人 ¥ 35,400) | | | | | | | | | |
| | 藥劑 部分負擔 | 內服藥：1 種類：¥ 0/天、2-3 種類：¥ 30/天、4-5 種類：¥ 60/天、6 種類以上：¥ 100/天； 外用藥：1 種類：¥ 50、2 種類：¥ 100、3 種類以上：¥ 150；頓服藥：1 種類：¥ 10 | | | | | | | | | |
| 現金 | | 傷病津貼、分娩費、懷孕津貼、埋葬費 (健保組合、共濟組合提供附加給付) | | | | | | | 任意給付、分娩費、 埋葬費、育兒費等 | | |

資料來源：健康保險組合聯合會，2000

(三) 健康保險給付之項目及部分負擔

日本健康保險雖為多元保險人且保險費率不同，但經由稅收補助，使各保險人之保險給付大致相同，以達到給付平等。保險給付可分為醫療給付及現金給付，醫療給付包括門診照護(及一些預防照護)、住院照護、指示用藥、長期照護等；現金給付包含育兒費、傷病津貼等(圖 3)。

除此，保險對象每次就醫時亦需部分負擔，大致而言，被保險人每次部分負擔 20%，眷屬則分為住院 20%及門診 30%，以及保險對象每人每月上限 ¥ 63,600，低收入者則為 ¥ 35,400(表 3)。



註：醫療支出(□)、保險給付主要項目(■)

圖 3 日本健康保險給付項目

資料來源：http://www.jpma.or.jp/12english/02healthcare/

(四) 未分級之健康照護提供

日本的醫療照護機構大致分成醫院及診所，而病人可自由選擇就醫場所，並未有一套轉診制度。除此，亦無強制性醫藥分業制度。

(五) 健康保險之支付制度

日本健康保險支付制度，不分醫院或診所均適用相同的支付標準，而在支付基準上，門診部分主要為論量計酬，及診所有少部分試辦論人計酬；住院部分則為論日計酬但按日遞減，及十家醫院試辦論病例計酬以疾病診斷關係群(diagnosis-related groups, DRGs)分類。除此，藥品係根據藥價基準支付。

二、日本醫療費用控制方案

日本國民醫療費成長率並非一直維持很低。在 1961 年將全民納入健康保險至 1970 年末期間，每年國民醫療費成長率均為 10% 以上，平均約為 19%，及同期國民所得成長率平均約 15%，尚可維持國民醫療費的高成長，故國民醫療費占國民所得比例不超過 6%。然自 1970 年末，日本經濟成長趨緩，國民醫療費占國民所得比例逐年升高，為防止此一情勢，厚生省開始針對全民健康保險漸進實施醫療費用控制措施，致國民醫療費成長率從 1980 年代平均 6.1% 下降至 1990 年代平均 4.4%，但由於日本經濟泡沫化，故國民醫療費占國民所得比例於 1995 年超過 7% (圖 4)。本報告將日本採行的醫療費用控制方案茲分述如下：

(一) 支付標準/藥價基準調整

日本自 1980 年起能有效控制醫療費用成長，首推支付標準/藥價基準調整之方案。此方案之主要精神即在於價量調控，針對利潤高或成長快速之服務項目調降單價，再將省下之金額回饋至其他項目之單價調升，如此整體醫療費用成長才較為緩慢。

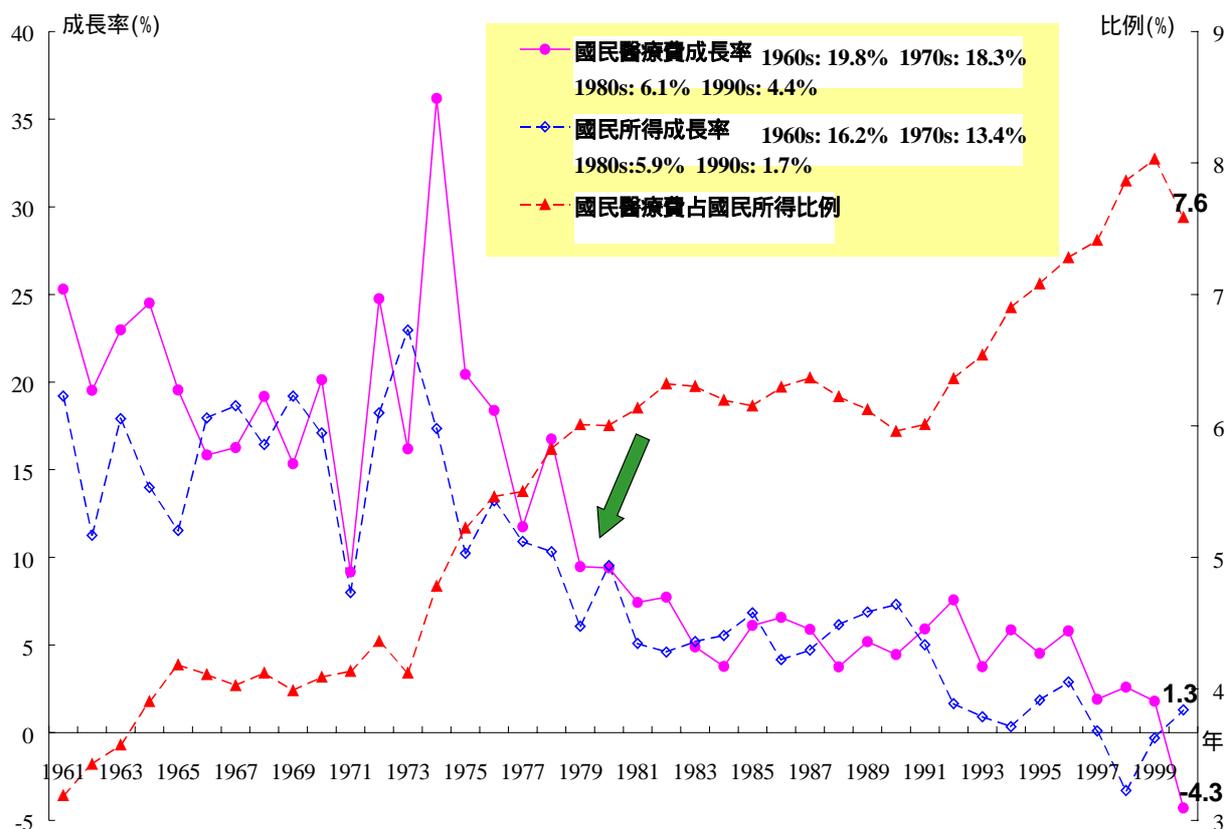


圖 4 日本國民醫療費成長率及其占國民所得比例之趨勢

資料來源：中央社會保險醫療協議會關係資料，2000

註：2000 年數據係預估數，其中國民醫療費係健康保險之醫療支出，故 2000 年開辦之長期照護保險支出並不包括在內。

支付標準/藥價基準調整每兩年一次，其步驟可分三階段：

1. 第一階段：依據目前的市場價格調查決定藥價需減少多少。市場價格調查係透過對供給者的調查及實地至銷售點視察，正常而言，會發現因市場競爭關係價格往下降，故將藥價基準調降為平均市場價格再加一個合理比例，此合理比例即稱合理範圍(the reasonable zone, “R” zone)。而調降藥價所省下的金額即可作為支付標準調升的財源。除此，未來進一步欲推行藥品分類群族支付。
2. 第二階段：決定支付標準淨增加程度。技術上，即加權服務量之平均增加，分析之資料係自數個來源，包括來自健保申請之各項目每年服務量統計、

透過政府定期研究醫院及診所財務狀況計算其生產成本增加程度；除此，實務上，調整幅度亦受目前經濟成長、預算考量及日本醫師公會要求強度影響。

3.第三階段：決定支付標準中各項目(超過 3000 個項目)可分配之調整幅度(升或降)。調升或調降之差異基本目的是為了控制醫療費用及次要用意是影響醫療提供者行為朝向政策想要之方向。例如，當低初生率意謂有較少的年輕病人時小兒科診察費調升。

因此，透過藥價基準合理範圍之逐漸調降由 20% 下降至 5%，使得藥費佔醫療費用之比例由 1975 年 37.8% 下降至 1998 年 21.6%(與其他先進國家相較仍屬偏高，其主因係病人習慣看病吃藥之故)，以及透過支付標準的價量調控使得醫療費用成長控制於合理範圍。

(二) 部分負擔制度設計

有鑑於需求面造成的醫療資源過度使用，日本自 1984 年起實施 10% 定率部分負擔，且於 1997 年提高至 20% 及同時採行藥劑部分負擔(表 3)，冀望減少民眾因「道德危險(moral hazard)」所造成的濫用醫療資源，進而能控制醫療費用的成長。因此，1997 年時，整體部分負擔占國民醫療費由之前約 10% 提高至 12%，而國民醫療費成長降為 1.9%(圖 4)。

(三) 長期照護服務及保險

為紓解老年人(高利用率者)因慢性病等因素長期利用急性醫療，造成國民醫療費成長快速，日本自 1986 年開始大幅增加長期照護服務，並於 2000 年開辦長期照護保險，致國民醫療費 2000 年成長預估為-4.3%，及占國民所得比例從 1999 年 8% 下降為 7.6%(但如包含長期照護保險支出則 2000 年預估為 8.6%)。

(四) 住院部分支付基準設計

日本住院部分之支付基準原係論日計酬，造成平均住院日非常長，因此修正為論日計酬按日遞減，故於 1987 年至 1995 年期間醫院平均住院日平均減少 13%(1995 年平均住院日為 34 天，與其他先進國家相較仍屬很高，其主因係長期照護病人住院之故)。除此，日本於 1998 年在 10 家醫院試辦 DRGs，亦希望未來可擴大試辦。

(五) 高科技醫療及醫療資源控制

日本有關高科技醫療設施如 CT、MRI 並無控制其數量及分佈，而係透過支付標準調整，使其支付價格常低於平均成本之下(但 CT、MRI 比率亦是世界最高，主因係醫武競賽為吸引病人之故)。然在病床上，日本於 1990 年起限制一般病床總數，使其不再成長。

綜上所述可知，日本在醫療費用控制方面，係採漸進式改革，亦即在現有論量計酬支付制度下作逐步調整。因此，其醫療費用控制措施，近期內並未有隨世界趨勢朝向總額支付制度之規劃。

三、日本社會因素

在探討日本醫療費用何以可維持較低水準之文獻，一般均會將社會層面列入重要正向因素之一，因此因素導致民眾之健康水準較好，故醫療需求亦低，所以可用較低的醫療費用維持國民的健康，包括有較低的社會現象(如犯罪率、離婚率、青少年懷孕率、藥物濫用、機動車意外事故率、愛滋病發生率等)、飲食及生活習慣(如較少攝取高脂肪食品、居家衛生、養生等)，以及收入平等即貧富差距不大，故因貧窮導致不健康之機會較低。

然此次赴日參訪機構並未針對此方面進行交流，但經由 6 天的考察行程，與當地社會的接觸，發現日本街道很乾淨、摩托車非常少(因僅有少數行業許可行駛且大眾運輸系統非常方便)，因此民眾多是搭地鐵再步行或騎

腳踏車，故在乾淨的空氣中，走在平坦的路上，真的是很舒服的感覺，且重要的是對身體健康亦有益處(只不過日本吸煙率很高，如降低吸煙率，平均餘命會更高)。

肆、建議

經由此次赴日考察日本醫療費用控制方案，雖發現日本在控制醫療費用的改革方向，仍以現有論量計酬支付制度下作漸進調整，與我國規劃欲自 2002 年全面朝向總額支付制度之改革方向，其實不盡相同，但仍有可作為我國借鏡之事項。

一、醫療費用控制方案

(一) 藥價基準合理範圍及藥品分類群族支付

本局自 85 年 11 月起即採行日本的藥價基準合理範圍方案，亦希望分成幾階段將合理範圍降至 5%，及 2001 年開始推行藥品分類群族支付。

(二) 支付標準價格調控

本局可藉由醫療服務的價量分析，找出成長異常高的醫療服務項目，分析成長原因進而降低其單價，並將省下的金額回饋至必要但成長停滯或萎縮之醫療服務項目的單價調高，此不僅可控制醫療費用，亦可導正醫療行為。

(三) 部分負擔比率提高

我國部分負擔占醫療費用比率，自 1999 年 8 月門診新制部分負擔實施後，提高至約 9%，相較日本 1997 年為 12%，我國仍有調高空間，尤其針對易過度利用的醫療服務項目設計部分負擔方案。

(四) 考察日本長期照護保險設計及實施現況

由於我國亦邁入高齡化社會，長期照護問題勢必日顯重要，且有意以保險方式辦理，因此可再赴日針對長期照護保險設計及實施現況進行考

察。

二、社會因素改善

其實要想降低醫療費用支出的最根本之道，即在降低民眾罹病機會，而由於疾病型態的改變，慢性病是由多重因素導致，其中社會因素即佔了很大的比重，故先進國家無不在力求改善社會因素，希望做到健康城市的構想，而日本亦是我國可借鏡之國家。

參考資料

- 1.平成十二年醫療保險白書 - 醫療保障的現狀課題。醫療保險制度研究會編集，2000。
- 2.中央社會保險醫療協議會關係資料，2000。
- 3.Health Insurance, Long Term Care Insurance and Health Insurance Societies In Japan. National Federation of Health Insurance Societies, 2000.
- 4.Ikegami N.,and Campbell JC. Health Care Reform In Japan: The Virtues Of Muddling Through, Health Affairs. 1999; 18(3): 56-75.