

安全部統一擬定全國醫療保健政策並負監督之責，其下設有區域保健局，負責每一區域內的保健服務工作，在每一區域之內又分為數個地區保健局，每一地區又劃分為許多的區醫療小組，也就是實際負責保健服務工作的機構。

一九七四年復根據該法設置下列四種新機構

(一)保健服務監理委員會 (Health Service Commission) 由政府任命委員，以處理人民陳情及訴願等案件，達成監察與伸張正義的功能。

(二)懲戒委員會 (Disciplinary Commission) 由醫界與非醫界人士為委員及政府任命的主任委員所組成，處理有關家庭醫師所遭遇的難題。

(三)醫院諮詢服務 (Hospital Advisory Service)，處理住院患者的問題，醫師與職員工作條件的改善，以及建議醫院業務的改進等。

(四)社區保健協會 (Community Health Council)，為代表國民、消費者、患者利益的地方團體，也是國民保健服務制度的監督者，其秘書公開競選，委員採代議制，以加強社區居民參與保健計畫的責任，並向地方保健當局提出建設性的建議。

四、其他對策

一九七七年七月間，皇家協會提出有關國民保健服務的報告，其中對於經營機構中區域

保健局權限的強化，地方保健局與區醫療小組機能的統合和工作簡化，以及廢除家庭醫師委員會等事項均有所建議，用以提高國民保健服務的經營效率。

此外，皇家協會對於現行制度的看法，一致肯定：(一)現行財務方式仍應以一般稅收為主；(二)私人診療制度對於國民保健服務並不具重要的意義，故有關自費住院的存廢問題並無關緊要。

英國政府除針對上述各項對策提出檢討外，亦逐漸提高患者部分負擔的費用，並考慮將小處方免費受益的對象，預計一九八〇年至一九八一年間可增加收入二億一千二百萬英鎊，用以充實保健財源。

V、結論

英國國民保健服務係採國營方式，雖然可透過預算用以抑制醫療費用，但在資源分配與服務效率等方面仍有若干缺失。尤其面對當前經濟情況普遍不景氣，英國首相柴契爾夫人，已致力改變國家預算支出的優先順序，將經濟生產置於社會福利之前，用以削減社會服務等支出。

至於英國國民保健服務是否繼續維持現狀的局面，或是民營保險業會在協助下快速成長，逐漸消除國民保健服務的獨佔，仍屬未知之數。但不容否認的，英國現行醫療保健制度歷經數十年的檢討與改進，與醫療社會化理想的差距已日趨縮短。

日本 健康保險簡介

日本在一九二二年（大正十一年）為了保護受僱勞工的健康，首先制定健康保險法，於一九二七年付諸實施，將適用工廠法與礦業法的工廠、礦場等僱用勞工滿十人以上者，均強

制納入健康保險保障範圍，其他從事生產性工業等員工則可自願投保。另鑒於農村及都市地區的低收入國民無任何法定的保障，遂於一九三八年（昭和十三年）制定國民健康保險法，係以地區為單位的地域性保險制度，屬於自願

投保。一九五八年為實現全民健康保險的目標，除參加受僱者保險以外的國民，均一律強制納入國民健康保險範圍。所以，日本在一九六一年即有實施全民健康保險之實，為東方建立最完整社會保險制度的國家。

I、概況

一、適用對象

日本於一九六一年起實施全民健康保險。目前健康保險制度計有：(一)以一般受僱者為對象的健康保險，因保險人的不同，分由事業主單獨或共同設立的組合健康保險，以及由政府經營的政府掌管健康保險兩類。根據一九八〇年三月底統計，前者適用對象（包括眷屬）達二千七百零三萬人，後者達三千零六十萬人，二者合計約五千七百六十三萬人，幾佔全人口一億一千六百萬人的一半；(二)以特殊職業受僱者為對象的船員保險（適用對象約六十八萬人）、日雇勞動者健康保險（五十四萬人）、國家公務員共濟組合（三百零六萬人）、地方公務員共濟組合（六百七十七萬人）、公共企業體職員等共濟組合（二百一十一萬人）、私立學校教職員共濟組合（五十八萬人）等約有一千三百七十四萬人；(三)以一般國民為對象的國民健康保險，適用對象計四千四百五十五萬人。

二、保險給付

（一）給付條件

根據日本健康保險法規定，離職的受益人在喪失被保險人資格的一年內仍可繼續享有醫療給付。另外，現金傷病給付自第四天開始申請。

（二）給付內容

日本健康保險給付項目繁多，現金給付除包括生育給付、傷病給付外，尚有各種休業津貼、喪葬補助費、災害慰問金；並在各類保險

制度財力容許範圍內，自辦各種休閒康樂活動、保健預防、檢診等各種福利活動及提供附加給付，用以彌補法定給付的不足。

1. 現金傷病給付

根據健康保險法規定，現金傷病給付標準係以被保險人罹患傷病時前三個月內平均投保薪資的60%計算，最高給付期間為十八個月。

2. 現金生育給付

健康保險制度規定，凡被保險人本人生育時可申領生育津貼，其給付額為投保薪資的60%，給付期間為產前產後各六週共十二週。此外，被保險人或配偶生育時，均一次發給分娩費半個月薪資育兒薪貼。

3. 醫療給付

受益人於傷病時可享有下列各項醫療給付，包括診療、手術、牙醫照顧、處置、藥劑、治療材料及其他治療等。惟受益人須負擔部分醫療費用。根據一九八一年健康保險修正法規定，初診費須由被保險人負擔八百圓，住院最初一個月每日自負五百圓，嗣後減為二百五十圓。眷屬須自負門診費用的30%，住院的20%。另有關高額醫療費有自最高自負額的限定，被保險人本人規定最高為一萬五千圓，眷屬為三萬九千圓。

三、行政組織

鑒於日本健康保險制度的適用對象不同，立法建制十分紛歧，其主管機關及業務營運機構亦相當錯綜複雜。目前健康保險、日雇勞動者健康保險、船員保險及國民健康保險等制度的中央主管機關為厚生省保險局，國家公務員共濟組合為大藏省主計局，地方公務員共濟組合為自治省行政局，私立學校教職員共濟組合為文部省管理局，公共企業體職員等共濟組合為大藏省大臣官房、運輸省鐵道管理局及郵政省大臣官房等三個機關分別主管。

四、診療報酬方式

日本健康保險的診療報酬，是先由醫師公

會及牙醫師公會依照各種診療行為的難易度，分別用點數來評定其價值，由厚生省大臣公佈每點單價，再以每點單價乘以點數，此種計算方式稱為點數單價計酬制。又將各種診療行為的點數列舉為一覽表，附錄於「健康保險法所定醫療所需費用計算方法」內，故簡稱為點數表。

一般而言，診療報酬支付方式由中央另設一社會保險診療報酬支付基金，此為日本健康保險制度特色之一。該支付基金於一九四八年成立，為一特殊法人，除受保險機構委託支付保險醫療機關所請求支付的費用外，並兼審查診療報酬之責，該審查委員會係由保險機構、專家及醫事人員代表等組成。至於國民健康保險則設一國民健康保險團體連合會負責診療報酬的支付與審查事宜，由保險醫師、保險機構及公益代表三方同額組成。

II、財務概況

一、保險財源

日本健康保險財源係由被保險人、雇主與政府三方負擔，依各類制度受益對象不同而負擔率有所差異。茲分述如左：

根據一九八一年三月底統計，健康保險制度中政管健康保險保險費率為 8.5%，由被保險人及雇主各半負擔，政府補助全部行政事務費及醫療給付、傷病津貼等費用的 16.4%；組合健康保險前因各組合營運情況而有別，同期間平均保險費率為 7.948%，每一被保險人負擔 3.392%，雇主負擔 4.556%，國庫補助給付費用十五億圓及全部行政事務費。

船員保險的保險費率為 6.2%，由勞資雙方各半負擔，政府補助醫療給付十五億圓及負擔全部行政事務費。共濟組合保險費率亦均由勞資雙方各半負擔，其中，國家公務員保險費率依受益對象不同，分別訂為 6.4 至 10.35% 間不等，公共企業體職員等共濟組合亦由 7.7

至 9.6%，地方公務員為 9.07%，私立學校職員為 7.55%。至於政府負擔方面與船員及險相同，惟私立學校政府僅補助部分行政事務費。

國民健康保險的保險費在一九七九年度每戶平均年額七八、二二五圓，每戶平均年所得約一三九萬圓，佔率為 5.6%。國庫補助全部行政事務費，醫療給付 40% 及其他 5% 的財務調整補助費。

二、財務收支情況

鑒於日本醫療保險制度的紛歧，各被保險人間的受益不均，各類制度營運狀況不同，政管健康保險在一九七二年以來至一九八〇年間，除了一九七八年有一百二十六億圓結餘外，年年均為赤字；至一九八〇年時累積赤字已達一千三百九十餘億圓。

至於組合掌管健康保險因大多數由大企業組成，被保險人較具社會意識，且平均投保薪資較政府掌管健康保險為高，故營運效率較佳，醫療弊病和浪費較少。

在營運條件良好的情況下，多數組合財務基礎較為健全，近年來發生財務赤字的組合百分比每年大多在 30% 以下，甚至有時不超過 10%。

其次，日雇勞動者健康保險與政管健康保險財務狀況均較惡化，尤其前者被保險人因中高年齡層居多，故給付支出增加快速，年年有赤字，截至一九八〇年度末所累積赤字已高達五千零三十二億圓，實為日本政府財政上的沉重包袱。

船員保險方面，截至一九七九年度末已累積基金有三千九百七十五億圓。由於該制度包括失業、年金與健康保險等三大部門，故表面上準備基金十分充裕，實際上健康與失業保險財源並不充裕，前者至一九七九年度累積赤字達二百八十七億餘圓，後者為十七億餘圓。

國民健康保險方面，惟自一九七三年一月實施老人醫療給付制度以來，醫療給付支出顯

著增加，一九七五年發生赤字組合高達二百六十餘所，一九七七年度以來雖已逐漸減少，然不可遽然下斷語，保證此種好轉狀況會持續下去。尤其是國民健康保險被保險人中達七十歲以上者所佔比率約在8.5%左右，較政管健康保險的3.8%高出一倍以上。今後日本人口老化的現象將日趨嚴重，對於醫療費用的抑制對策難免會有負面影響。

Ⅲ、費用增加原因及探討

根據統計，日本醫療費用支出，一九七五年為六兆四千七百七十九億圓（佔GNP的4.2%），至一九七八年時達十兆四十二億圓（佔GNP的4.8%），顯然已逐漸趕上歐美先進各國（歐美國家自一九七〇年以來，醫療費用支出均達GNP的5%以上）。茲將日本醫療費用增加的原因分述於后：

一、人口老化

根據厚生省老人保健課統計資料顯示，老人醫療費佔國民醫療費的比率，一九七六年為14.1%（老年人口佔率8.1%），一九七八年為15.9%（老年人口佔率8.6%）；同時，預測今後該項比率將隨人口老化的趨勢而逐年遞增。預計日本於一九九〇年時，年滿六十五歲以上的人口將佔總人口的11.0%。

二、住院日數偏長

根據統計，日本一般醫院每件平均住院日數約三二天，與英國的一四天，法國、西德的一八天，瑞典的一三天，美國的九天比較，顯然高出甚多。

三、藥劑消耗增加

一般而言，藥劑費用的增加是各國共同的趨勢。歐洲國家如西德、英國，均規定被保險

受益患者需負擔部分藥劑費用，用以抑制藥劑過量消費，故醫療費用中藥劑費所佔比率已有下降的趨勢。惟日本的藥劑費佔醫療費的比率仍相當高。

四、公害問題

日本自一九六〇年代以來，經濟發展極為快速，逐成為世界上經濟大國之一。但公害却隨著經濟迅速的成長而日趨嚴重，造成國民罹患傷病的醫療費用，較一般病症為高。

五、醫療制度不健全

惟日本醫療院所功能未劃分明確，輕病患者拼命擠到醫院去看門診，既浪費候診的時間，亦增加醫療單位成本，促使醫療費用的上漲。因此，日本醫療專家常提出改革醫療院所功能分化不明確的建議，用以增加醫療機構營運的經濟效益。

Ⅳ、保險費用抑制對策

一、調高費率

一九七三年政管健康保險保險費率由7%調高至7.2%，並規定最高費率可調高至8%；組合健康保險由8%調高至9%，投保薪資上限由月給十萬四千圓調高至二十萬圓。一九八一年三月正式施行健康保險修正法，規定政管健康保險的保險費率上限由8%提高至9.1%，組合健康保險由9%提高至9.5%。

二、財務補助

日本組合掌管健康保險財務狀況雖未發生惡化，但發生赤字的組合數已達五分之一以上。為補助財務窮困組合，一九七五年度起採行，健康保險組合連合會根據醫療費超過一定數額的案件予以補助，至一九七九年已調高至六

十五萬圓。此外，為強化組合健康保險的財政自主，由一九七八年度起，復針對財務發生窮困且合乎一定條件的組合，由財務調整補助金項下予以補助。一九七九年度接受補助的組合有九十三所，補助額約四十二億一千四百餘萬圓。

三、增加受益患者部分負擔

根據健康保險法規定，被保險人本人初診費在一九七〇年時須自負二百圓，住院每日自負六十圓；一九七八年修正為初診費六百圓，住院每日自負二百圓，超過一個月繼續療養者每日自負一百圓；至一九八一年實施的新修正案規定初診自負額提高至八百圓，住院每日自負額五百圓，繼續療養者每日自負二百五十圓。

四、診療報酬制度的修正

日本現行診療報酬制度，牽涉至單價的決定，不僅保險機構與醫師團體間常發生爭論，醫師彼此之間也難免有矛盾存在。儘管利害關係雙方為此爭論不休，但每年醫療費用支出大幅增加的事實，却無可置辯。此外，一九七七年間厚生大臣提出改革醫療保險制度的基本修正案，共有十四項，其中建議藥物、注射與技術應分開計算，診療報酬的改善應強調技術費。另有部分學者曾建議日本政府考慮仿行西德的總額分配方式，即由保險機構與保險醫師團體決定每年的醫療費用總額，再交由醫師團體負責分配所屬醫師或醫療機構的診療報酬，用以減少醫師與保險機構間的紛爭。

五、老人問題

老人醫療保障的強化已漸受到各國的重視，惟其費用的巨額支出亦深為各國政府所擔憂。

此外，厚生省於一九七六年間曾提出設置

「老人醫療保健問題諮詢委員會」建議案，社會安全制度審議會於一九八〇年間因應人口老化的社會需要，亦提出老人醫療保健有關的基本對策，一九八一年五月向日本國會提出「老人保健法案」。其主要內容包括加強實施綜合性醫療保健，尤其是預防方面的健康教育、健康諮詢、健康檢查、訪視指導及復健方面的機能訓練等。另為緩和醫療費用的劇增，有部分負擔的設定，即門診每月每科自負四百圓，住院最初二個月內每日自負三百圓。

六、修正藥價

日本社會保險用藥係依據厚生省藥價調查結果，採行 90 % 生產成本界線水準 (bulk-line) 方式，計算基藥價基準。惟藥價調查的不徹底，往往導致實際販賣價格較藥價基準偏低的情況，大醫院等大量購入，所獲利潤甚高。因此，日本呼籲全面修正藥價基準的聲音十分響亮。

過去全面修正藥價基準的結果，雖使藥價基準略有下降（一九七五年 1.1 %，一九七八年 5.8 %），但其中以一九八一年五月間全面修正藥價基準成效最為顯著，降低 18.6 %。主要是此次採行嚴格手段，將抗生素、肝臟患者常用的藥劑以及維他命、消炎止痛劑等常用藥品大幅修正其基準。

V、結論

目前日本醫療保險界普遍認為，醫療保險制度雜亂無章，給付標準無法統合，醫藥分業不徹底，醫師公會無法捐棄私利，醫療營運欠缺合理化等缺失，遂使醫療社會化成為一空洞的名詞，其理念亦趨於形式化。故如何消弭各制度間給付不公平的現象，如何強化民衆的社會意識，不但是醫療保險今後應努力的課題，同時也是推展社會保險制度的主要動力。