

改革与借鉴——从日本医疗保险制度改革谈起

吕学静

(首都经济贸易大学)

摘要: 本文主要谈三个问题: 第一、从日本医疗保险制度的内涵、构成、资金来源、费用支付、高额医疗保险制度及国库补贴等方面介绍了日本医疗保险制度的基本概况。第二、阐述了日本医疗保险制度的改革。第三、论述了日本医疗保险制度改革对中国的借鉴意义。主要有: 以渐进方式使医疗保险覆盖全社会; 建立政事分开的医疗保险管理体制; 在医疗保险中强化政府干预发挥中介机构的监督作用; 加强药品(器材)价格和医疗收费标准的管理; 改进医疗费用的支付办法等。

关键词: 日本, 医疗保险, 医疗费用, 医疗保险制度改革

一、日本医疗保险制度的基本概况

从世界范围来看, 日本是一个医疗体制健全、医疗质量和服务水平高、国民的医疗保障做得很好的国家。世界卫生组织发表的 192 个国家的健康指标显示, 2003 年日本人的平均寿命达到 81.9 岁, 位居世界第一。¹另据 2000 年世卫组织公布的 191 个国家的医疗综合评价指标显示, 包括健康水平、对人权的尊重、为患者服务的程度和均衡水平以及费用负担的公平性等指标在内, 日本的医疗保健体制的综合目标实现程度得分最高, 亦名列世界第一。这些成绩的取得, 除了国民生活水平的改善以及医疗技术的进步以外, 当然还与健全的医疗保险体制有着密不可分的关系。

日本是世界上建立医疗保险制度较早的国家之一, 其管理形式吸收了德国的一些做法。战后, 日本在继续开展被雇用者医疗保险的基础上, 1958 年又出台了《国民健康保险法》, 建立起以地区为单位、对全体国民实施医疗保险的“全民皆保险”制度。而最值得提及的是 1961 年, 从此全民皆被覆盖在医疗社会保险制度之下。其后各种健康保险又历经修订和完善, 直至今日。健全的医疗保险体制, 是日本医疗整体水平居世界前列的保障。

(一) 医疗保险的内涵

日本医疗保险制度的主要内涵是通过强制方法, 使全体国民参加某种医疗保险组合, 当其发生疾病、伤残(固工伤残除外)等意外事故时, 能够通过社会互助的方式, 减轻个人负担和损失, 在治疗上得到充分的保障, 以增强国民健康。凡是在日本居住的人都必须加入某种公共医疗保险, 这就是通称的“全民皆保险制度”。

(二) 医疗保险的组成

日本的医疗保险根据参加保险者的种类(包括参加者的家属)来区分包括如下几种:

1. 健康保险。针对的是民间法人企业和各种法人的从业人员和职员。它包括政府掌管

¹ 宋金文:《日本医疗保险体制现状与改革》, 载《社会保障制度》2005 年第 10 期。

的健康保险和组合掌管的健康保险两大类。其中政府掌管部分主要是针对中小企业的从业人员和临时雇员，组合掌管的主要是大企业职员的健康保险。

2. 船员保险。即一定规模以上的客船、货船、渔船等船员加入。

3. 各种共济组合。主要是国家公务员、地方公务员、私立学校教职员分别参加的共济组合保险。

4. 除上述外，以其它一切国民为对象的地域保险，它包括从事农业、自营业及高龄退职后的人员。这样，由于所有的国民必须参加上述其中一种的医疗保险，所以称之为“国民皆保险”。

（三）资金来源

每一位年满 20 岁的日本国民，都要加入到医疗保险体系中来。日本医疗保险组织的基金主要来自投保者缴纳的保险费，包括雇主为雇员缴纳的保险费和投保者缴纳的保险费，赤字部分由国家财政补贴。2000 年日本医疗保险费率为工资收入的 8.5%。对于一般有固定工资收入的工薪阶层，如国家和地方公务员、企业中的被雇佣者等，事先强制性地从工资中扣除个人应缴纳的医疗保险费用；对于农民、个体户等无固定收入者，则让他们每月定期到当地社会保险部门缴纳保险费；失业人员及职工遗属则用失业保险金和遗属年金来缴纳医疗保险费。

（四）费用支付

在医疗费支出方面主要有普通医疗费支出、家属医疗费支出、高额医疗费支出及现金支付等几种。

2003 年医疗制度改革以前，不同医疗保险制度的支付比例是不同的。例如，被雇用者保险包括组合保险和政府掌管健康保险，对本人的报销比例为 80%，被保险人本人需要向医疗机构支付 20% 的医疗费。家属住院时的报销比例是 80%，门诊的报销比例为 70%。国民健康保险因为是以家庭为单位参加保险，所以支付不分个人和家属，门诊和住院的报销比例一律都是 70%。国民健康保险中属于退休者的，则与被雇用者待遇相同，本人 80%，家属住院为 80%，门诊就诊为 70%。

2003 年 4 月以后，政府通过修改相关法律，对各制度的报销比例进行了调整，目前各制度的报销比例统一定为 70%，3 岁以下儿童个人负担为 20%，70 岁以上老年人为 90%。

在现行制度下，日本人医疗费构成，公费负担占 32.9%（中央财政 24.9%，地方 8%），保险费占 52.5%，个人付费 14.7%。

（五）高额医疗保险制度

当个人负担的医疗费过大而超过承担能力时，可适用对一定额度以上的医疗费给予报销的高额医疗保险报销制度。由保险者根据个人及家庭的收入多少，对超过的部分事后给予偿还支付。根据老年人保健法，对 70 岁以上老年患者，2001 年以前医疗费采取的是定额制，门诊每月四次以内者每次收取 530 日元的费用，住院每天 1200 日元。2001 年 1 月以后，在每月规定限额内统一征收 10% 的医疗负担，超过规定额度以上时，由高额医疗费制度支付。2002 年 10 月以后，老年人医疗费个人负担为 10%，一定收入以上者为 20%。

（六）国库补贴

由于不同行业和地区被保险人性质存在很大不同，因此各保险者之间的财政状况存在

很大的差异。因此，国家在实施补贴时，一般是根据制度的性质，对不同医疗制度按照法律规定给予不同数额或比例的国库补贴。对老年人、财政基础薄弱的保险者采取了一定的倾斜政策，以减轻被保险者的负担，保证各保险者财政方面的平衡。

例如，政府掌管健康保险的加入者主要是中小企业的就业者，收入相对较低，国家负担保险支付的 13%以及老年人保健统筹金的 16.4%。对组合健康保险，因加入者主要是大企业就业者，除特殊情况外，一般不给予国库补贴，只是根据支付费临时补助金制度，对个别财政困难的组合从每年的国家年度预算中给予数量有限的定额补贴(2003 年补贴额为 151 亿日元)。对市町村负责的国民健康保险，因其加入者与其他制度相比，低收入者和年龄较大者较多，国库补贴也最多。根据法律规定，国库负担国民健康保险 50%的支付费，负担国民健康保险组合支付费的 32%。另外，国库还负担各保险者的部分事务费，即向保险者提供用于保险制度运营所需经费的补贴。总体来看，国库对财力较弱、保险费负担重的国库补贴率较高，以保证医疗保险水平和负担的公平性。

二、日本医疗保险制度的改革

从 70 年代后半期开始，日本政府就着手对医疗保险制度进行调整，特别是在 80 年代后，对医疗保险改革的力度明显加大。其原因有两个：一是国家用于医疗保险的财政拨款不断增加，使中央财政负担沉重；二是人口老龄化的加速。日本在 1970 年 65 岁以上人口占总人口的 7.1%，1995 年达到 14.6%，到 2017 年将达到 24.9%，即每 4 个日本国民中将有 1 个为高龄者。

随着日本老年人口的不断增加儿童出生率持续下降，日本近年来出现了投保人数下降而享受医疗保险服务的人数不断增加的情况。更由于存在着药价定得过高及部分投保者过度医疗等方面的问题，使得日本医疗保险费 2000 年达到 30 万亿日元，平均每人医疗费达到 23.9 万日元。2003 年度国家财政的 16.3%被用于补贴医疗保险费用支出的不足。据 2000 年的统计，平均每个老年人所花费的医疗费是年轻人的 5.1 倍。在所有市町村中，2000 年赤字保险者的比例达到 62.2%。2002 年度政府掌管保险医疗费赤字达到创记录的 6321 亿日元。²

在这种背景下，90 年代以来日本一直对保健医疗体系、诊疗报酬体系、医疗保险制度等进行改革。

（一）运用多种方式控制医疗费用

目前，日本医疗保险改革主要是运用多种方式控制医疗费用的增长速度，具体为以下几个方面：

1. 在老人医疗费方面

与人口的老龄化相对应，日本政府于 1982 年制定了老人保健法。制度规定 70 岁以上老人的医疗费，由医疗保险的有关制度共同负担。1984 年修改健康保险法时又规定：60--70 岁的老人是受雇者医疗保险适用对象，当其退休就医时、受雇者医疗保险要对其费用提供援助；同时，把当时补助医疗费 100%的标准，降为 90%；也就是说，对 70 岁以上老年人的医疗费用支付方法，原来全部免费，1983 年以后改为自己负担一部分费用。1986 年和 1991 年两次对老人保健法进行了修改，制定了全体国民负担老人的医疗费制度。

² 宋金文：《日本医疗保险体制现状与改革》，载《社会保障制度》2005 年第 10 期。

考虑到老人一般就诊次数多，住院时间较长，对于老人医疗保险，相反地采用个人负担固定金额制，门诊一个月 1000 日元，住院一天 700 日元，规定由自己负担。由于个人负担金额固定，老人可安心就医。然而，这种措施也产生了年轻人与老人之间的不平衡，为此，1995 年之后，老人的负担额采用了随物价变动而定期改动的政策。

2. 在医疗保险费用支出方面

医疗保险费用的支付，遵循必要、最小限度的基本原则。比如，住院时医院提供的伙食费用可由保险支付，但如个人另外加菜，则所加部分自己负担。住院时，原则上病房是四人一间，平均每人标准面积为 6.4 平方米以上；如并无治疗需要而要求住单间病房，其费用追加部分由患者个人负担。此外，齿科治疗中需要镶牙时，若使用一般材料由保险支付，但如果使用金、银等特殊材料，则差额部分由个人负担。通过以上方法努力抑制医疗保险费支出的过度膨胀，减轻中央财政负担。

3. 在提高患者负担比例方面

据日本《朝日新闻》报道，从 2003 年 4 月 1 日开始，日本实施经过修改的医疗保险法，工薪者医疗费用自己负担的比率将从 20% 提高到 30%。由于人口老化问题加速，高龄老人的医疗费用支出迅速增加，日本各个医疗保险机构均出现了巨额赤字。为此，日本政府除了决定增收工薪阶层的医疗保险费、要求医药生产厂家降低药价外，还决定提高医疗费中患者自己负担的比率。

（二）医疗服务的制度化改革

1985 年 12 月和 1992 年 6 月日本两次修改了医疗服务法。1985 年的修改（第一次修改）的目的是为在医疗机构间调剂和合作打下基础，同时也为控制由供给带来的需求增长以及由此而来的医疗费用增长。通过这次修改，地区有责任根据本地区的医疗需求，确定医院所需病床的数量。

1992 年的修改（第二次修改）是为了建立有效提供高质量和病人所要求的医疗的体制。这次修改确定了三种医院：提供高级医疗的特殊功能医院，主要用来接纳长期病人；有许多用于康复的床位的一般医院；以及其他一般性医院。通过这些变化，预期会给病人提供足够的医疗。

（三）医疗开支的合理化改革

虽然很难确定医疗开支的适当规模，但必须设计出使其合理化的措施。由于医药和检查在医疗开支中占很大的比重，一些医疗机构在诊断和治疗上过分浪费，还有一些医疗机构放弃了作为保险机构的许可证，这使合理化更为必要。

合理化的措施之一是每两年修改一次社会保险医疗费。在过去几次修改中，鉴于自动血液分析仪和其他检查设备的广泛运用，确定了特殊检查的收费限额，以防止浪费。为了缩短医院停留时间，实行根据病人停留时间减少全面医疗费用的政策。另外，近年还建立了家庭医疗和护理服务。

为了按照医疗服务法的个性使医疗费体制与机构的职能保持一致，在最近几次修改中已采取措施填补医生、护士和其他职务的位置，增加有大量工作人员的机构的医疗管理费和护理费。经过 1990 年修改，接纳很多老年人并由此已经增加护理人员的医院有可能选择每天给被老年人服务方案覆盖的人一个固定数额的办法。尽管这只是很小的一步，但这一固定数

额制度的引入本身很重要，显示了医疗费用方案改进的方向。

（四）2003 年的最新改革

2003 年 3 月小泉内阁确定了《关于医疗保险制度体系及诊疗报酬体系的基本方针》。从改革的基本方向看，小泉内阁沿袭了历届内阁的做法，即对医疗制度进行综合的、分阶段的改革，控制医疗费用的上升，明确医疗机构的功能，提高医疗机构的效率。

小泉内阁的此项医改方案主要包括如下三点：

1. 扩大财源，做到“宽进”。新方案规定，将一般工薪者医疗费用的负担从 20% 提高到 30%，高龄者个人负担仍为 10%，但其中高收入者个人负担从 10% 提高到 20%，看病时的定额保费部分上调，家族成员（家庭年收入 360 万日元以上）看病住院均上调至 30%。个人缴纳的保费也做小幅上调，如参加中小企业的政管健康保险的个人缴纳保费从平均 7.5% 上调到 8.2%，工薪者原来按每月基本工资征收 4.25% 的保费，新方案把奖金（每年大约 4～5 个月份）也作为征收基数，按比例征收保费。另外，在医院、诊疗机构、医生等收取医疗费用方面，政府采取修改计价的方法，控制医方收费，控制医药费，从制度上降低收费。

2. 提倡医药分家，做到“严出”。日本政府在药政管理上提倡医药分家，现已达到 43%，但没有法律明确规定必须分家。按新方案，政府的做法有两个方面，一是对新药药价的审查极为严格，使医院、药店不能随意高价售药。二是对医方收费实行点数控制。如一般看病 60 点，某项大手术 12500 点等，点数计算明确具体。医方按政府规定的点数计点，特殊法人社会保险诊疗报酬支付基金审查计点是否合乎规定，然后支付现金。

3. 普及大众用药。日本在医药品生产方面，通过政府行政指导，把医疗用药和大众用药分开，并对大众用药做出明确具体法律规定。如药品适用疾病的范围和主要症状、用药方法，使家庭主妇和个人不一定事事去医院，自己按说明服药后就可疗伤治病。体温计、血压计、棉纱、棉球、纱布、消毒酒精等，都作为一般健康用品推广到每个家庭。结合日本防地震、防火灾等措施，日本普及了家庭药箱，内装多种必备的大众药品、救急药品和体温计、血压计、消炎膏药等，以便随时取用。大众用药的普及，既节约了家庭医疗费用的开支，又推进了药品生产的发展。

目前，日本医疗保险改革的主要思路是：运用多种方式控制医疗费用的增长速度，如增加个人负担医疗费用的比例；对医院的医疗行为实行定额承包制；强化国家对药品价格的监督管理；整顿全国具有医疗保险资格的医院、诊疗所，减少床位数等等。³

上述《基本方针》指出了日本医疗保险制度体系及诊疗报酬体系改革的基本方向，是小泉内阁在医疗改革方面的集大成。但它还只是一个框架，更具体的措施与对策还在制定当中。日本政府计划最终在 2008 年实现《基本方针》的目标。⁴ 小泉内阁的医疗制度改革实际上是上个世纪 90 年代以来日本医疗改革的延续，以增加患者的责任分担和优化医疗机构为主要内容。从中长期看，改革可以控制医疗费用的持续增长，增加国民对医疗保险制度的信任，消除人们在健康医疗方面的不安，从而有助于日本经济的发展。

³ 《覆盖全体国民的日本医疗保险制度》，载《中国劳动保障报》2001 年 4 月 19 日。

⁴ 《日本的社会保障制度及改革走向》，载《中国社会科学院院报》2003 年 3 月 26 日。

三、日本医疗保险制度对中国的借鉴

我国现行的医疗保险制度与社会主义市场经济目标模式有较大差距。主要问题有：国家和企业的负担过重，医疗保险的覆盖面窄，人们的自我保障意识差，社会化管理服务程度低，管理体制不顺，医疗保险基金使用不合理等等。笔者认为，日本的社会保障的改革在以下方面对中国有一定的借鉴之处：

（一）以渐进方式使医疗保险制度覆盖全社会

日本仅有一亿多人口，从提出《健康保险法》到实现全民皆医疗保险用了 27 年；我国是一个拥有 13 亿人口的大国，要使医疗保险覆盖全社会绝不是短时间能解决的。应该借鉴日本的做法，由易到难，逐步推进。先逐步覆盖工薪阶层，然后再覆盖非工薪阶层。在工薪阶层中，可以按照所有制、行业或职业等分别进行统筹，成熟一类，实行一类。然后可以打破所有制、行业或职业界限，逐步实行统一制度。城乡非工薪阶层可以按照地域进行统筹。待医疗保险覆盖全社会后，可以通过调整逐步扩大统筹范围，实行省级统筹。

（二）建立政事分开的医疗保险管理体制

在医疗保险管理体制中，可以借鉴日本的做法：（1）建立中央和地方两级医疗保险政府行政管理机构。中央医疗保险机构的职能主要是调查研究，进行预测，提出有关医疗保险的法律草案，提供人大讨论和立法；制定规划、政策和有关标准；对医疗保险事业实行进行指导、检查和监督。地方医疗保险机构分管与中央医疗保险机构对应的地方医疗保险行政管理工作。（2）建立中央和省、市、县四级医疗保险管理机构。这些机构应是相对独立的、事业性的、非盈利的法人机构。根据国家的有关法律和政策，具体运作医疗保险业务。（3）建立医疗保险基金的监督机构，监督医疗保险基金的收支和管理。实行上述医疗保险管理体制，使有关部门和机构职责分明，各司其职，互相制约和监督。

（三）在医疗保险中强化政府干预，并发挥中介机构的监督作用

日本是市场经济发达的国家，市场在资源配置中发挥了重要作用，但政府并非对市场放任自流，而是制定了一些必要的规范。如在日本，医疗保险的投保者可以任意选择有接治被保险人资格（这种资格厚生省认可发证）的医院看病。所发生的医药费用，个人按照有关规定付一部分，剩余部分，由医院向保险公司开具标准化的催款明细帐单索取。催款单先送到基金联合会，基金联合会集中了一批医疗专家，他们依照国家有关药品和医疗收费规定，对每一张催款单进行审查。没有问题的催款单，将被送到投保人所属保险公司，保险公司按照催款单的要求，将医药费通过银行转到有关医院。对有问题的催款单，则提出质疑返回医院，重新办理。为了保证医疗保险的顺利实施，政府还统一制定了药品价格和医疗收费标准，并将医疗机构划分等级，允许不同级别医疗机构的医疗收费可以按照一定比例浮动。这样做有效地抑制了不法行为，维护了广大投保者的利益。

（四）加强药品（器材）价格和医疗收费标准的管理

目前，我国的药品价格和医疗收费相当混乱，药品流通多环节、多渠道，导致开支增加，浪费严重。甚至假、伪、劣医药用品泛滥，严重威胁人民的健康。解决这个问题，可以借鉴日本对药品管理的经验，首先是坚决实行由国家统一确定药品价格和医疗收费标准，并对药品流通实行国家专营。另外，加强对各医疗机构的管理。可采用合理的打分制和发放接治享受医疗保险许可证的方法，对其进行监督和制约。对乱开方、乱收费的医院实行减分、降级、

取消许可证等处罚措施。截至 2000 年底，日本共有 9.9 万家医院、诊疗所经医疗保险组织审核批准，取得为被保险人提供医疗服务的资格。已经投保的日本国民可持医疗保险卡到其中任何一家医院、诊疗所就诊。医疗费用报销范围总的来说，包括医生的诊疗费和药费两部分。医生诊疗的每个行为和用药的价格都由国家确定，政府还经常根据物价因素等对诊疗项目及用药的价格进行调整。

（五）改进医疗费用的支付办法

日本值得我们借鉴的做法有：

1. 计分办法。医疗保险组织按统一标准向医疗机构支付医疗费用。该标准由厚生省中央社会保险协会制定，费用计算方法采用计分累计法。具体措施是，政府根据医疗成本和医务人员工资等情况，经过周密的调查和计算，将各种医疗项目分数值标出，医疗机构每完成一个医疗服务项目就获得一定的分数，每一分值为 10 日元，最后按一定时期内的总分向医疗保险组织结算费用。政府对各种医疗项目制定分数表，共分四种分数表，即甲分数表、乙分数表、牙科分数表、药房药品换算表，根据医院和诊所的规模性质，有的实行甲分数表，有的则实行乙分数表，实行哪种分数表由地方政府决定。政府还经常根据物价等因素对项目分值进行调整公布。保险者持医疗卡可以在允许范围内选择机构（属医疗保险合同医疗）就诊。就医时除按各医疗保险组织规定个人负担的一定比例外，大部分由医疗保险组织报销。

2. 报销办法。日本医疗费用的报销方法主要是记帐办法，即患者除自付少量费用外不直接与医院发生经济关系，由医院定期向保险组织提出结算清单，医疗保险组织委托社会保险诊疗报酬支付基金会和国民健康保险团体联合会进行审查并支付费用。

总之，有必要借鉴日本的有关成功经验，使我国的医疗保险体制的改革更加有效。

参考文献：

- [1] 吕学静：《日本社会保障制度》，经济管理出版社 2000 年版。
- [2] 吕学静：《现代各国社会保障制度》，中国劳动社会保障出版社 2006 年版。
- [3] 沈洁：《日本社会保障制度的发展》，中国劳动社会保障出版社 2004 年版。
- [4] 魏大名：《日本医疗及社会保障制度》，上海远东出版社 1997 年版。
- [5] 厚生劳动省监修：《厚生劳动白皮书》，晓星社 2004 年日文版。

Reform and Reference: Discussions about the Japanese Medical Insurance System Reform

Lv Xue jing

(Capital University of Economics and Business)

Abstract: This article mainly includes three parts. Firstly, it introduced the general situation of Japanese medical insurance system from the content, constitute, the funds source, expenses payment, the large financial subsidy etc. The second, elaborated the reform of the Japanese

medical insurance system Finally, the paper discussed the reference meaning of Japanese medical insurance system reform for China.It mainly include that making the medical insurance cover the whole society gradually,building up the medical insurance management system that politics separated,enhancing the government intervention in the medical insurance,exerting the supervision function of intermediary organizations,strengthening the management of the drugs and device price and the standard of medical charge,improving the payment method of medical expenses etc.

Key words: Japan, medical insurance, medical expense,medical insurance system reform

