

日本国民健康保险制度的构建——统筹城乡医保体系的启示

赵永生*

中国人民大学劳动人事学院 北京 100872

【摘要】国民健康保险作为日本国民皆保险制度的基础,在构建统筹城乡的全民医保制度的过程中发挥了极其重要的作用。国民健康保险因战时需要而构建,因占领军推动而重建,覆盖健康保险所未覆盖的农民、个体经营者、无业人员乃至合法滞留的外国人等群体,经过“全国普及国民健康保险4年计划”的加快推进,终于在1961年完成了国民皆保险体系的构建。其构建的历史过程坎坷曲折,阶段性明显,变迁规律清晰,积累了丰富的历史经验和教训。其立法先行、中央和地方政府责任分担、注重发挥专家学者智囊作用、多制度协调配合等经验和教训,对构建适合中国国情的城乡统筹医疗保险制度具有十分重要的意义。

【关键词】日本;国民健康保险;统筹城乡

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)12-0023-04

The construction of national health insurance system of Japan and its implication to China

ZHAO Yong-sheng

School of Labour and Human Resources, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 The national health insurance is the foundation of Japan's universal health insurance system, which plays the extremely vital role in constructing the city and countryside health insurance system. The national health insurance was constructed in wartime, which was reconstructed by the occupation army's promotion to cover those uninsured population such as farmers, individual operator, unemployed people, legitimate foreigner and so on. Through "the National Health Insurance 4 years plan" being carried out, universal health insurance system was set up finally in 1961. The construction historical process of Japan's national health insurance is rough winding; gradualness is obvious; the vicissitude rule is clear; the rich historical experience and the lesson are accumulated. The experience and the lesson of Japan's national health insurance, which is legislated presently, the central committee and the shared local authority responsibility, the attention to play the experts brain trustee role, the multi-system synchronism, is the extremely vital significance to construct city and village as a whole health insurance which suits China's national condition.

【Key words】 Japan, National Health Insurance, Balancing Urban and Rural Areas

日本不仅是世界上拥有医院数和病床数最多的国家之一,也是世界上最长寿和婴幼儿死亡率较低的国家。据2000年《世界卫生报告》统计,日本健康水平位列世界第1位,卫生筹资的公平性居第8~11位,卫生系统的总体绩效居世界第10位。2003年日本人的平均寿命高达81.9岁,位居世界第一。这些成就的取得,无不归功于自1961年建立的“国民皆保险”制度。^①

国民皆保险制度的基础是国民健康保险。国民健康保险作为地域保险,在构建统筹城乡、覆盖全体国民乃至合法在留外国人的全民医保制度的过程中具有极其重要的意义和作用。

1 国民皆保险及国民健康保险概览

国民皆保险是日本社会保障体系最核心的组成

* 作者简介:赵永生,男(1980年-),日本九州大学法学研究院联合培养博士生,主要研究方向为医疗保障(法)。E-mail: aydzys_2001@qq.com

① “国民皆保险”是“全民医保”的日文表达,特指日本的全民医保制度,要求所有国民都应成为医疗保险的被保险者,在法律上均享有医疗保险的权益。

部分。自国民皆保险制度建立至今,已经走过近半个世纪,当今日本医疗保障制度已经自成一體,它由面向工薪族的职域保险与面向农民和个体工商户的地域保险两大独立的医疗保险体系构成。其中职域医疗保险共分为7大类,它包括面向700人以上的大企业员工的组合掌管健康保险(日本的“组合”相当于中国的工会组织);面向700人以下的中小企业员工的政府掌管健康保险;单独面向临时工、船员、国家公务员、地方公务员以及私立学校员工的健康保险制度等。地域保险主要是指国民健康保险。

据厚生劳动省2008年7月的统计数据显示,目前全国共有12881万人参加各种医疗保险。其中,加入人数最多的为国民健康保险,约有5127万人;其次为政府掌管健康保险,加入人数约3594万;再次为组合掌管健康保险,有3047万人参加;还有944万人参加共济组合保险,约1300万人参加长寿医疗保险;此外,约有16万人参加船员保险,153万人享受其他生活保护制度等。

国民健康保险是以农民、个体经营者和无业人员等作为保障对象,由被保险人所居住的市町村提供保险服务,当被保险人遭遇生病、负伤(非工作原因)、分娩或者死亡等情况时,被保险人及其被抚养家属可以从保险机构或第三方医疗机构获得医疗救治和经济补偿的制度。

国民健康保险的主体有两种形式,同行业的自营业者(如医师、牙科医师和药剂师等)组合的国保组合和市町村国保。其中市町村国保是国民健康保险的主体,截至2008年7月市町村国保的保险者数有1818个,参保人数为4738万人,占全国医疗保障总参保人数的36.8%,而同期参加国保组合的只有389万人。

所谓市町村国保,是指在市町村的区域内拥有住所并且没有参加其他医疗保险制度的人,除正在接受生活保护的人外,全民不管个人意愿如何均自动地参加所在市町村的健康保险(依据《国民健康保险法》第5条、第6条规定),也就是法律上规定的强制加入。另外,该制度虽然叫做“国民”健康保险,但是居住在市町村一年以上的外国人如果办理了登记并取得了合法在留资格,原则上也成为国民健康保险的被保险人。

在国民健康保险中,作为保险人的市町村,必须向户主等征收国民健康保险费(依据《国民健康保险法》第76条规定)。但是,征收国民健康保险费(依据《地方税法》703条第4款规定)的不在此限,也就

是说,各市町村可以选择是以保险费形式征收还是以保险税形式征收。

国民健康保险费率根据个人和家庭的收入水平进行调整。另外,市町村之间也有一些差异。2006年市町村国保的总收入为83075亿日元,总支出为81676亿日元,当年结余1399亿日元。2008年中央国库给予国民健康保险事业的补助金预算为2兆8096亿日元。^[1-2]

2 统筹城乡国民健康保险制度的构建

国民健康保险源于二战期间的战时保障机制。1938年在陆军“健兵健民”政策影响下,日本制订了以农民和个体经营者为对象的《国民健康保险法》。国民健康保险制度建立之初,由于市町村可以任意设立保险组合,全国只有20%左右的地区建立了该制度,保险者所负担的诊疗费也只有30%~50%。

二战期间,为了保护战争中日益疲敝的农村生机,国民健康保险被作为一项长期制度固定下来。这一时期,除了以地区为单位的一般国民健康保险组合外,还设立了以行业为单位的特别国民健康保险组合。

太平洋战争爆发的第二年,日本政府对国民健康保险法作出重大修订,规定各市町村可以要求国民健康保险强制设立、强制加入。这一时期,全国城乡95%的地区设立了国民健康保险,全民医疗保险的目标在制度上基本达到了。然而,限于战时人员及物资奇缺,由于医师和药品的不足,医疗保险医院往往无法保障国民健康保险被保险者的医疗救治,许多国民健康保险组合陷入了停滞不前的状态。

第二次世界大战以后,因战败和其后出现的通货膨胀,日本经济出现了前所未有的衰退,国民健康保险制度也濒临崩溃。由于医疗费飞快上涨,医疗保险医院公然拒绝被保险者的诊疗,国民健康保险的公信力显著降低。加上经济衰退导致的国民收入水平的急剧下降,被保险人人数很快降低到二战时参保总数的一半以下,国民健康保险处于难以为继的状态。

1948年,在美国社会保障调查团的督促下,为切实推动健康保险和国民健康保险的战后重建工作,日本政府制定了《社会保险治疗报酬支付基金法》,同时对《国民健康保险法》进行了修订,确立了市町村国民健康保险公营化的原则,并规定国民健康保险组合虽然可以随意设立但是必须强制加入。全国随即掀起了国民健康保险重建的高潮,医疗保险医

院的受诊率也开始逐步上升。

同年,在美国社会保障调查团的支持下,由专家学者组成的社会保障制度审议会得以创立。社会保障制度审议会经过审慎的调查研究后,于1950年向政府提出“关于社会保障制度的报告”,指出政府应由战后的医疗救助等社会救助工作转向包括医疗保险制度在内的社会保障体系的构建。1951年,社会保障制度审议会又进一步提出了“关于推进社会保障制度的建议”,敦促政府尽快建立普遍、全面的社会保障制度。

在社会保障制度审议会的建议下,1950年日本开始在农村普及国民健康保险,然而由于战后农民收入极低,与之对应征收的国民健康保险费也就很少,许多国民健康保险组合的财政陷入了危机状态。1951年日本创设国民健康保险费,试图提高国民健康保险费的缴纳率,但是国民健康保险的财政状况还是不稳定。在市町村的要求下,日本政府才同意用国库补助市町村行政机构的部分事务性费用。1953年之后,市町村行政机构又从中央政府取得了贷款。1955年日本国库正式补助国民健康保险,当年补助了医疗费费的2成、行政机构事务费的1成,并把这一比率的国库负担法定化。这样,采取国库补助方式支持国民健康保险的做法就一直延续下来,而且国库补助在国民健康保险资金来源中所占比重也日益扩大。

1955年10月厚生省公布了著名的医疗福祉改革“七人委员会报告”,报告指出解决医疗保险财政赤字的关键在于扩大保障对象的范围,唯一有效的方法是建立以全民医疗保险为目标的医疗保障体制,因此建议国家积极推进医疗保险覆盖的全民化。

1956年8月,为了综合讨论医疗保障改革问题,由厚生省设立的医疗保障委员会提出了构建全民医疗保险的报告。同年11月社会保险制度审议会在“关于医疗保障制度的劝告书”中,强烈要求政府应尽快实现全民医疗保险,提出要在年度计划中强制实施国民健康保险。

当全国对有关全民医疗保险的讨论日益高涨的时候,过去曾试图以全面推行国民健康保险来实现全民医疗保险的厚生省,在1957年制定了扩大国民健康保险的“全国普及国民健康保险4年计划”,经过医疗保障委员会的论证和支持,厚生省起草了增加“强制实施、强制加入国民健康保险”内容的新国民健康保险法草案,并于1958年9月获得日本国会通过。至此,作为一项法定义务,全国市町村必须在“全国普及

国民健康保险4年计划”的最后一年即1961年4月前全面施行国民健康保险,不在职域医疗保险适用范围内的国民,一律应加入国民健康保险。

根据新的国民健康保险法,除了职域医疗保险所适用的对象,农民、家庭主妇、自由职业者以及个体经营者和经常雇用工人在5人以下的小企业的被雇用者都成为强制加入国民健康保险制度的对象。该制度以家庭为保障单位,以在职或具有劳动能力的家庭成员为法定参保对象,其他的家庭成员则作为被抚养者加入。参保者的保险负担率为100%,被抚养者的保险负担率为50%。被保险者的医疗费个人负担被限定在总费用的50%以内。1963年国民健康保险又制定了被保险者医疗费30%的个人负担制度。从1968年起被保险者的被抚养家属也开始享受医疗费30%个人负担的待遇。对那些因贫困等原因无力缴纳保险费的国民,则通过医疗救济制度予以救助。

为了实现全民医保的目标,缩小健康保险与国民健康保险的待遇差,1957年日本政府对《健康保险法》进行修改,引入门诊、住院费个人部分负担机制;明晰被雇佣者家属的范围;建立保险医疗机构和保险医师指定制度等。此外,为提高国民参保国民健康保险的积极性,《国民健康保险法》在1968年全面实施医疗给付额由此前50%提高到70%的给付制度,并在1963年取消了医疗给付期限制度和疗养给付范围制度,1969年取消了限制用药制度等。

为更好的实施国民皆保险制度及协调各医疗保险制度之间的差距,1962年厚生省设置社会保险厅专司负责医疗保险等社会保险工作,并于1964发布了《医疗保险综合调整草案》,1965年又设置医疗保险基本问题对策委员会统筹各制度安排。1984年《健康保险法》对健康保险相比国民健康保险过高的医疗给付待遇进行了重大修改:被雇佣者的医疗保险给付从发生额的100%降为80%,退休者门诊、住院费用个人负担20%,被雇佣者家属门诊费用个人负担30%、住院费用负担20%。

伴随日本在20世纪70年代进入老龄社会,而且被雇佣者退休后,退出健康保险纳入国民健康保险,这一年龄层的老人又是疾病罹患的高发期,从而对国民健康保险基金造成了极大压力,保险财政连年赤字,也大大加重了其他国民健康保险被保险者的负担。为了平衡健康保险与国民健康保险的基金负担率,1980年《健康保险法》将住院时对家庭的医疗给付提高到8成,并修订标准报酬等级表上限浮动范围和保险费的上限。与此同时,又先后相继创设

了“特例退休被保险者制度”、“退休者国民健康保险制度”和“特定行业健康保险制度”等。根据这些新制度,退休者的医疗费用,由单独创设的健康保险基金拨付,以降低国民健康保险基金的压力。除此以外,修订的《国民健康保险法》在1988年又创设了“保险财政调剂制度”和“特别调整制度”等。

伴随1961年国民健康保险的全国覆盖,日本终于在短短20年间实现了“国民皆保险”制度,也是继挪威之后,世界上第四个实现全民医疗保险的国家。^[3-4]

3 日本统筹城乡医保体系的启示

3.1 立法先行是统筹城乡医保体系构建的基础

纵观日本统筹城乡医保体系的构建之路,无论是二战期间国民健康保险的创设,还是战后健康保险和国民健康保险的重建,都是在充分论证的基础上先行出台相应的法律,随后再依据法律构建制度安排。经过国家最高立法机关充分辩论与论证后颁布的医疗保障法律充分考虑了各种因素,并充分反映了国民中各群体的利益诉求,加上国家立法的强制性,决定了制度法案一经颁布,就可以在全国得到迅速实施。

3.2 中央和地方政府责任分担

国民健康保险虽然由各市町村运营,但是中央政府也承担了部分补助和事业运营的管理费用。中央政府和地方政府分级承担医疗保障的财权和事权。中央和地方政府的责任分担有效调动了地方政府的积极性,降低了中央财政的压力,并在国民中树立了地方政府的威信,强化了国民对地方和中央政府的信任。

3.3 注重发挥专家学者等智囊的作用,充分调查论证,科学决策

在战后国民健康保险的重建中,政府充分发挥了由专家学者所组成的社会保障制度审议会及医疗保障委员会的决策咨询作用,经过专家学者充分调查研究论证后,政府在此基础上所作出的决策才更具合理性和科学性,在法律的制定、论证和推行的过

程中也才会更切合实际,得以顺利实施。

3.4 构建统筹城乡的医保体系需要相关制度的配合、协调,乃至牺牲

为了鼓励国民加入国民健康保险,政府通过修改法律缩小了健康保险与国民健康保险的待遇差距,实际上是将健康保险的待遇降低、将国民健康保险的待遇提高以平衡两种制度之间的差距。虽然医疗保险制度具有刚性发展的特征,但是在反复论证、科学决策的情况下,又通过法律修改的形式推动制度的改革,虽然还是会遇到阻力,但是却为制度的“倒退”提供了可能,为福利的进一步提升打下了坚实的基础。

3.5 主体多元、多头管理引致的弊端应加以避免

日本在统筹城乡医保的构建中,由于没有理顺健康保险制度,而将全民医保的希望全部寄托在国民健康保险制度上,毕其功于一役。结果在国民皆保险实现的同时,也形成了主体多元、多头管理、条块分割的格局,医疗保障体系非常庞大,管理及调整工作十分复杂,而且分别施行的各种医疗保险给付,往往造成了被保险人之间的不平等。所以在国民皆保险实现的第一天,日本全民医保制度就面临着一元化的改革,不过,直至今日,医疗保障一元化改革仍没有取得实质性的进展。

参 考 文 献

- [1] [日]日本厚生劳动省. 我国医疗保险制度概要[R]. 2008.
- [2] [日]国立社会保障人口问题研究所. 社会保障统计年报[R]. 2008.
- [3] [日]吉原健二,和田胜. 日本医疗保险制度史(第四版)[M]. 东京:东洋经济新报社, 2001: 577-598.
- [4] [日]坂脇昭吉,中原弘二. 现代日本的社会保障[M]. 京都:ミネルヴァ書房, 1997: 115-150.

[收稿日期:2009-10-30 修回日期:2009-11-13]

(编辑 薛云)