

日本健康保险制度演变历程及启示

朱 坤^{1*} 张小娟¹ 刘春生²

1. 中国医学科学院医学信息研究所 北京 100020

2. 北京协和医学院医学信息研究所 北京 100730

【摘要】对日本医疗保险制度实现全民覆盖的历程以及现状进行分析,发现日本的健康保险制度演变有以下特点:以法律为依据,逐步实现全民覆盖;建立了健康保险基金的合理分担机制;不同保健制度覆盖人群的服务包逐渐趋同、补偿水平逐渐统一;不同保险方案之间建立了风险分担和资金转移机制;加强对供方的约束力,控制医药费用快速上涨。最后针对日本健康保险制度的演变特点给出我国医疗保险制度改革的政策建议:健全医疗保险的法律法规;调整筹资机制,逐步提高个人筹资责任;推进不同医保制度覆盖人群保障待遇的统筹和统一;建立不同健康保险制度之间的风险分担机制;积极探索支付方式改革,控制医药费用快速上涨。

【关键词】全民覆盖;居民健康保险;职工健康保险;卫生改革;演变

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.03.008

Evolution of health insurance system in Japan and its implications for China

ZHU Kun¹, ZHANG Xiao-juan¹, LIU Chun-sheng²

1. Institute of Medical Information, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

2. Institute of Medical Information, Peking Union Medical College, Beijing 100730, China

【Abstract】 This paper summarizes the evolution of health insurance system in Japan, analyzes its status quo, and finds some characteristics as below: based on the law, Japan achieved universal health coverage gradually; established reasonable financing mechanism between employers and employees; the insured from different pooling had the same benefit; established a sharing and financial transfer mechanism among different health insurance funds; increased control for providers to contain the rapid growth of medical expenditure. Finally, some implications were given to medical insurance reform in China: China should perfect health insurance related laws and regulations; adjust financing system and strengthen the responsibility of the insured; make great effort toward same benefit for people covered across different health insurance system; build risk sharing mechanism among different health insurance system; explore ways of payment reforming to contain the rapid growth of medical expenditure.

【Key words】 Universal coverage; Community based health insurance; Employees based health insurance; Health reform; Evolution

日本是较早实现医疗保险制度全民覆盖的发达国家之一,也是世界上卫生系统绩效最好的国家之一,2009年其国民的平均寿命达83岁(男性和女性分别为80岁和86岁),为世界最高。^[1-2]但其卫生支出的总体水平并不高,其卫生总费用占GDP的比例

为8.5%,低于世界上大多数发达国家,在经济合作发展组织国家中排在第20位。^[3-5]而且与其他发达国家相比,日本健康公平性也较好。这些健康结果的取得都与日本实现健康保险的全民覆盖密切相关。^[6-8]本文对日本医疗保险制度实现全民覆盖的历

* 基金项目:中央级公益性科研院所基本科研业务费(11R0202)

作者简介:朱坤,男(1973年—),博士,副研究员,主要研究方向为农村卫生与医疗保障。E-mail:zhukun@imicams.ac.cn

程以及现状进行分析,试图为我国建立健全全民覆盖的基本医疗保险制度提供借鉴。

1 日本社会健康保险制度的演变历程

日本社会健康保险制度由职工健康保险、居民健康保险、老人健康保险和长期保健保险几个部分组成。日本现在的健康保险制度是逐步调整的结果,而不是基于某次根本性的重建,因此,要正确认识日本目前的健康保险制度,需要了解其演变过程(图 1)。

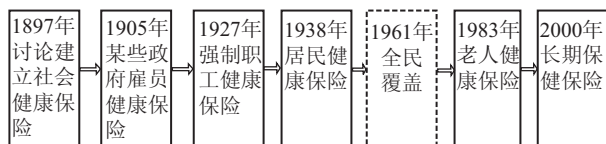


图 1 日本强制健康保险的发展历程

1897 年日本卫生部门领导人学习德国经验,尝试建立德国俾斯麦模式的社会健康保险。^[9]当时日本建立健康保险制度的目的是要改进工业生产率,缓解劳动力的不稳定^[10];但在建立健康保险制度之初,遭到全面反对:雇主因为保险增加了劳动力成本而反对,雇员因为必须支付一定比例的保险费而反对,医生因为必须接受更低的收费标准而反对。这些问题最终全部得以解决,如医生之所以愿意接受新的收费标准,在一定程度上是因为病人参加保险后不会拖欠费用,而且医生可以继续对未参加保险的病人收取较高的费用。^[11]

1.1 职工健康保险

20 世纪初,一些小公司有自愿的互助组织,雇主帮助雇员支付工伤和工厂法规定的某些疾病费用,这是日本职工健康保险的雏形。1905 年日本开始试点职工健康保险,首先覆盖某些特定的政府雇员,如铁路和钢厂工人等。1907 年保险扩大到所有政府雇员。1927 年随着《健康保险法案》正式实施(1922 年通过),强制性职工健康保险制度开始覆盖普通工人。^[12]

职工健康保险制度建立之初只覆盖了当年总人口的 3%,但是这个保险制度却覆盖了小工厂的工人。随后几年,日本的职工健康保险制度随着国家经济的发展而缓慢发展;1934 年,职工健康保险已经

扩展到有 5 个以上全职员工的公司,1939 年扩展到所有职工和他们的家属。^[12-13]

职工健康保险制度有两个独立的管理系统,一个是中央政府管理系统(因为小工厂不足以风险共担或者没有足够的管理能力,因此政府直接为他们提供保险),覆盖中小规模公司(5 名以上全职雇员)的员工;另一个是保险社团管理系统,大规模公司(300 名以上全职雇员)作为独立的保险人。这就是日本拥有数量如此之多健康保险团体的原因。最近,为形成更大范围的风险共担并减少管理成本,新颁布的法律允许大公司与其他公司的健康保险团体合并。^[14]

1.2 居民健康保险

1835 年,日本有了第一个覆盖卫生保健费用的互助合作机制,即村一级的基于缴纳稻米的自愿居民健康保险(或称为“Jyorei”),这是日本居民健康保险的雏形。

1933 年日本的一项调查显示,农村地区大多数家庭都有沉重的债务,而医疗费用是造成债务的主要原因。相对于城市居民,农村居民的健康状况很差,卫生保健需求很高,但多数农村居民无力支付医疗费用;即使能够支付,在农村地区也很难找到医生,导致农村居民健康状况的恶性循环。为改进农村居民的健康状况,日本政府决定引入居民健康保险,这个保险制度的设计就吸取了“Jyorei”的经验。

1935 年日本国会通过居民健康保险方案,这个保险方案最初是为了满足低收入家庭和服务不足农村地区居民的需求,但法律规定所有人都可参加,因此参保人员日益增多。后来,在全民覆盖的趋势下,居民健康保险从自愿参保变成强制参保。^[15]

1938 年《居民健康保险法》正式颁布并实施,日本健康保险制度覆盖人口在短期内迅速增加。到 1943 年,已有 74.6% 的日本居民被居民健康保险或职工健康保险制度覆盖。二战后期以及二战以后几年,由于资源短缺,社会健康保险覆盖面受到很大影响。但是,日本在 20 世纪 50 年代的经济繁荣,使得职工健康保险迅速发展。同期,日本的产业结构也发生了巨大变化,从第一产业为主转向以第二和第三产业为主。随着产业结构的变化,职工健康保险

覆盖的人数逐渐增加,居民健康保险覆盖的人数逐渐减少;这种变化是促使日本实现医保全民覆盖的主要动力。另外,1945—1961年,主要的政党——民主党和社会党争相建立福利国家,而社会健康保险是普遍接受而且明确的目标。因此,健康保险覆盖率迅速从战争和战后的混乱中恢复过来,并进一步扩大。^[15]

在20世纪50年代末,两种健康保险制度(职工健康保险和居民健康保险)已经覆盖了近90%的人口。1961年《国家健康保险法》颁布,规定所有居民必须参加健康保险,因此,在1922年社会健康保险首次立法通过后40年,日本实现了健康保险全民覆盖。^[15]

日本在实现医保制度的全民覆盖后,随着人口老龄化逐渐加重,其健康保险基金的运行压力也逐渐增加。为了缓解人口老龄化带来的挑战,日本在职工健康保险和居民健康保险制度的基础上,又逐渐建立健全老人健康保险和长期保健保险制度(long-term care)。^[15]

1.3 老人健康保险

该制度主要针对75岁以上的老人或者65岁以上的卧床老人。早在1963年日本的老年人福利法中就已经规定为老年人(65岁以上)提供免费健康保健。从那以后直到20世纪80年代,老年人的健康保险受益范围逐渐扩大。为老年人支付医疗保健费用对老人的健康和整个日本的健康保险系统产生了很大的影响。在健康保险制度下,老人(65岁以上)可以得到免费的医疗保健服务,医疗服务的可及性大大改善;但诸多问题也随之出现,如过度服务、保险基金运行压力增大等。基金运行压力对居民健康保险的影响尤为明显,因为老年人多被居民健康保险制度覆盖。为解决这些问题,日本于1982年颁布了《老年人健康和医疗服务法》,在此基础上于1983年建立老年人健康保险制度,使不同的健康保险基金共同分担老年人的医疗保健费用,并在老年患者中引入费用分担机制,以减轻健康保险基金的压力。^[16]

1.4 长期保健保险

长期保健保险严格意义上不是一种健康保险制

度,更像一种福利制度。但是长期保健保险与健康保险制度,尤其是老年人健康保险的关系非常密切。为给老年人提供综合的医疗服务并减少老年人长期住院治疗费用,日本于1997年颁布《长期保健保险法》,并于2000年正式实施。该制度覆盖65岁以上老年人的护理服务和40~65岁但需要护理和支持人群(需要被健康保险覆盖)的长期机构保健。长期保健保险将长期护理保健费用与其他医疗支出分开,但是仍然由健康保险支付。^[17]

2 日本健康保险制度的现状

目前,日本约有3500个保险方案,大约一半是职工健康保险,一半是居民健康保险。每个日本公民必须参加而且只能参加一种健康保险制度,保险方案的选择首先基于雇佣状况,其次根据居住情况,个体不能自由选择;家属(除75岁以上的老人)都要求被户主参加的保险覆盖;雇主必须为所有雇员提供健康保险(除工作时间少于全勤工作时间3/4的员工和75岁以上的员工)。所有未被职工健康保险覆盖的,包括退休人员,必须参加当地政府的居民健康保险(小于75岁)或者参加老人健康保险(75岁以上),除非他们在公共补助范围内。每个保险方案的保险费率、税收补贴、共付率都由国会通过立法确定。在职工健康保险中,保费按一定的比例从工资中扣除,雇主支付至少一半(平均55%)。居民健康保险,由每个城市自行设定保费缴纳标准,总体上一半基于工资(有时是财产),另一半每个参保人(有时是一个家庭)有一个固定金额,保费交由市政府管理。^[16]

政府是日本最大的保险管理者,而不是保险方案的协调者或唯一的保险者,这是日本健康保险系统最为突出的特色。因此,政府在与提供者谈判中发挥主要作用,而且减弱了不同社会保险方案之间的独立性。但是跟其他税收体制的健康保险不同,日本政府并不直接负责筹资。^[15]

除了强制性健康保险之外,日本还有营利性的私人健康保险,覆盖私立医疗机构的卫生费用并且允许使用者付费和共付。但是私人健康保险并不能作为社会健康保险的补充,因为病人在私立机构就

诊并不能得到社会健康保险的报销。因此,病人必须选择被社会健康保险覆盖的机构(和服务)才能得到社会健康保险的报销,要么利用私立机构的服务自己付费或者利用私立保险。^[15]

2.1 日本社会健康保险制度的筹资

日本健康保险制度的筹资来源主要有个人缴费、雇主缴费和税收补贴三部分,但不同保险制度的筹资来源和比例不同。

职工和雇主共同缴纳保费是职工健康保险的主要筹资方式,不同保险方案的缴费比例不同,平均约占工资的 8%,由职工和雇主平均分担;税收补贴主要补助覆盖中小企业职工的健康保险制度。^[15]居民健康保险主要基于收入水平以家庭为单位征缴保费,但是在不同地区征缴方式不同。^[15]老人健康保险基金主要来源于保险人缴费(居民健康保险或职工健康保险基金的划拨)以及税收。两大健康保险基金共同出钱建立老人健康保险基金,并保证每个保险基金都不会过度承担老人的费用。每个保险制度为老人健康保险筹资(划拨)比例的确定基于每个保险制度下老年人的数量以及以往医疗保健费用支出的记录。^[15-16]

利用税收补贴健康保险基金是日本健康保险制度筹资的一个特点,但不同健康保险制度得到税收补助的比例不同;通过税收补贴以及不同保险方案间保险基金的转移(来平衡老年人的医疗费用),使得所有社会健康保险方案都能覆盖相同的服务。日本根据参保人的平均收入将保险方案可以分为四层,前三层,每层覆盖 30% 的人口,第四层覆盖剩下的 10% 人口。第一层是覆盖大公司(300 名以上员工)职员的 1 497 个方案(社团管理的健康保险)和覆盖公共部门工作人员的 77 个方案(互助协会)。第二层只有 1 个方案,准公共国家健康保险组织(2008 年从政府管理健康保险组织重组),覆盖在中小公司工作,收入低于第一层方案的参保人。第三层是自由职业者、不规律工作者和 75 岁以下退休人员的居民健康保险,由 1 788 个市政府管理,还有自由职业群体的(包括私人执业的医生、理发师和建筑工人)165 个居民健康保险联盟(包括这层约 1/10 的参保人)。第四层是老人健康保险,75 岁以上的老人

必须参加,不管他们的雇佣情况和家属的情况,在 47 个辖区内由市政府的同盟会管理。^[15]

为增加医保基金,日本政府通过税收为第二至第四层的保险方案提供补贴,约占整个卫生支出的 1/4。这些补贴约占第二层所有支出的 16.4%,第三层的 50% (经济发达城市 40%,经济贫困城市 80%),第四层的 50%。另外,为了平衡老年人的卫生费用,所有医保方案,每个参保人都要将一定比例的保险费转移到老人健康保险。这些转移保费占到老人健康保险所有支出的 40%,并且补贴参加其他保险方案的 65 ~ 74 岁的老人(图 2)。^[16]

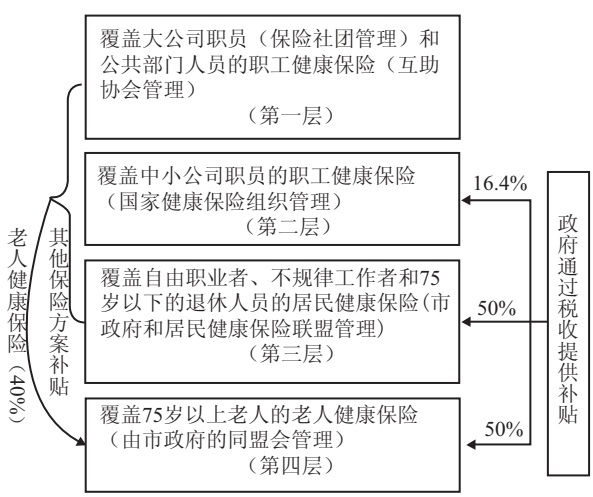


图 2 不同健康保险制度的税收补贴及保费转移情况

2.2 日本社会健康保险的支付与费用控制

2.2.1 针对供方

日本健康保险对于供方支付以前主要采用的是按项目付费,为了控制费用,1998 年在急诊服务中试点按病种付费(diagnosis related groups, DRGs)。因为日本的住院天数很长,而且差异很大,而按病种付费不考虑住院天数,因此日本未采用这种支付方式。^[15]

2003 年起日本开始探索新的支付方式改革,即诊断—诊疗结合支付方式(diagnosis procedure combination, DPC),之所以称为诊断—诊疗结合支付方式是因为病人是根据诊断和诊疗过程分类的。DPC 不是按病种付费,而是基于病人的分类按床日付费。根据住院天数,医院按照一定的比例得到支付,住院天数越长,支付的比例越低。住院天数分为三段:第一段,病人住院时间低于平均住院天数时,医院能得

到既定支付标准的 115% ;第二段,病人住院时间超过平均住院天数时,医院能得到既定支付标准的 85% ;第三段,病人住院天数继续增多,超过某特定值时不再按 DPC 支付,而按项目付费。DPC 仅仅用于病床、护理和实验室检查等费用,手术、康复等费用依然采用按项目付费。采用 DPC 后病人的平均住院时间有所缩短。但 DPC 实施的最大困难是缺乏详尽的费用和诊断信息。^[15]

除了进行支付方式改革外,日本还通过实行统一的价目表加强对供方的谈判和约束力。日本政府规定了健康保险的福利包和价目表,不同健康保险制度的保障范围是统一的。健康保险覆盖的服务和药品有一个清楚的列表,这些服务和药品的价格也都列在国家的价目表中。^[15] 因此,尽管日本有多个支付方(3 500 多个保险方案),但是日本只有一个在全国通用的支付制度。这种结构有利于改进公平性,而且有利于加强对供方的约束、提高医保基金的使用效率,并降低管理成本。^[18]

2.2.2 针对需方

日本健康保险对于需方的支付方式改革主要包括调整共付率、设定起付线和封顶线,目的是缩小不同健康保险制度覆盖人群的医保待遇的差距,提高医保待遇的公平性。

尽管早在 1961 年,日本公民就已基本被健康保险覆盖,但当时不同保险制度覆盖人群的共付率差异很大。职工健康保险覆盖人员(雇员)几乎不需共付,但是其家属共付率却高达 50%,而居民健康保险的户主和家庭成员都要共付 50%。这意味着不同保险制度覆盖人群的保障待遇差别较大。从那以后,共付率不断调整,居民健康保险方案参保人和职工健康保险方案参保人家属的共付率逐渐下降,而职工健康保险方案参保人的共付率逐渐上升。最后,居民健康保险参保人和职工健康保险参保职工家属的共付率降到了 30%。1980 年职工健康保险参保人家属的住院报销比例更是提高到了 80%。^[19]

另外,很多城市开始利用普通税收来覆盖老人 30% 的共付。1973 年,政府因此被迫立法确保老年人(70 岁以上)免费(没有共付)享有医疗保健。同年,在所有健康保险方案中引入重大疾病保险,例

如,每月的费用超过了封顶线(83 美元),就不需共付。因此,1973 年的社会保障制度改革被认为是走向福利国家的划时代改革。^[15-16]

20 世纪 80 年代,日本的健康保险制度进行了多次针对需方的支付方式改革。1984 年,日本重新修订了《健康保险法》,在职工健康保险中引入了起付线或者 10% 的共付,还引入了家庭封顶线。1984 年,健康保险法案修订后,雇员的共付率变为 10%,随后又有所增长,1997 年增长到 20%,2003 年增长到 30%。^[20] 老人的共付率也逐步增长,2003 年,收入低于平均收入水平的老人共付率增长为 10%,高于平均水平的共付率增长为 20%,并在 2006 年进一步增长为 30%。^[21] 目前,除了收入低于平均水平的 70 岁以上老人(占有老人的 93%)共付率是 10% 和 6 岁以下儿童的共付率是 20% 外,其余所有参保人的共付率都是 30%。

3 日本健康保险制度演变的特点

日本健康保险制度经过多年的发展和完善,逐步实现全民覆盖,其演变发展过程中形成了诸多特点。

3.1 循序渐进,以法律为依据,逐步实现医保制度的全民覆盖

日本尽管 1905 年就开始健康保险制度试点,但经过 56 年的时间(1961 年)才真正实现健康保险制度的全民覆盖。而且日本均以法律为依据,确保健康保险制度的强制性。如 1922 年通过《健康保险法案》,为职工建立健康保险制度;1938 年颁布并实施《居民健康保险法》,为居民建立健康保险制度;1961 年颁布《国家健康保险法》,规定所有居民必须参与健康保险;1984 年日本重新修订《健康保险法》。

3.2 建立了健康保险基金的合理分担机制,强调个人筹资责任

日本在健康保险制度筹资方面,确立了合理的筹资分担机制,强调个人的筹资责任,个人的平均筹资比例接近 50%,其余部分由雇主或政府税收承担。这既有助于参保人员树立费用控制意识,也有助于减轻雇主的负担,保证健康保险制度的可持续

发展。

3.3 不同保健制度覆盖人群的服务包逐渐趋同、补偿水平逐渐统一

日本尽管健康保险方案多样化、经办主体多元化,但不同健康保险方案的保障待遇基本一致,不同保险方案的服务包和共付比例基本相同。目前,日本除了收入低于平均水平的 70 岁以上老人(共付率是 10%)和 6 岁以下儿童(共付率是 20%)外,其余所有参保人的共付率均为 30%。

3.4 不同保险方案之间建立了风险分担和资金转移机制

日本健康保险方案经办主体多元化,不同保险方案面临的风险有所差异。为了降低基金风险,日本在不同保险方案之间建立风险分担和资金转移机制,同时也有利于实现不同保险方案保障待遇的一致性。

3.5 加强对供方的约束力,控制医药费用快速上涨

日本不同保险方案实行统一价目表,加强了对供方的约束力和谈判能力,确保医药费用的上涨速度控制在合理范围内;另外,DPC 的改革也在约束供方的行为方面取得了一定的效果。

4 日本健康保险制度改革对我国的启示

日本与我国文化同源,于 1961 年日本就实现了全民覆盖,当时其人均 GDP 为 5 000 美元左右,与我国现在的人均 GDP 接近,因此,借鉴日本健康保险制度的演变历程,对我国的医保制度改革具有重要意义。

4.1 逐步健全法律法规,为完善我国健康保险制度提供保障

我国尽管城镇职工和居民医疗保险分别于 2000 年和 2007 年在全国全面推开,但《社会保险法》于 2010 年才正式颁布^[22],且对于城镇居民参保没有法律强制性要求;而针对农村居民的新型农村合作医疗制度,至今未能出台国家层面的管理条例,明显滞后于新农合制度的发展,也使该制度的建立健全缺乏强制性。由于缺乏强制性,全国至今仍有 5% 左右的城乡居民未能被医疗保险制度覆盖。^[23]因此,我国

应该尽快健全医疗保险制度的法律法规,确保医疗保险制度的强制性,真正做到医疗保险制度覆盖我国的所有居民。

4.2 改善筹资分担机制,逐步提高个人筹资责任

我国即使确定了筹资分担机制,但过于强调雇主的筹资责任,个人的筹资分担不足;如城镇职工医疗保险,大多城市的个人筹资比例仍维持在工资总额的 2% 不变,而雇主的筹资比例则在 6% 以上,高的甚至达 10% 以上,雇主的筹资责任明显高于参保职工;对于城镇居民医疗保险和新农合,个人筹资比例也较低,大多仅占筹资总额的 20% 以下。这样的筹资机制,尽管有助于扩大医保的覆盖面,但是对于雇主来说,负担相对较重,对于参保人员来说,也不利于他们树立费用控制的意识。因此,我国在完善医保制度过程中应逐步改善筹资分担机制,适度增加个人的筹资比例、降低雇主和政府补助的分担比例。

4.3 推进不同医保制度覆盖人群保障待遇的统筹和统一

目前,我国的医疗保险制度主要包括三个制度,但有 3 000 多个基金统筹单位,不同基金统筹单位的保障待遇差别较大,尤其是城镇职工医保与城镇居民医保和新农合之间的待遇差距甚大。建议我国在改革医保制度过程中,借鉴日本的经验,通过缩小不同医保制度之间的保障待遇差距,提高医保的公平性,逐步实现保障待遇的统筹和统一,而不仅仅是将重点放在提高统筹层次(人群和地区)上。

4.4 尽快建立不同健康保险制度之间的风险分担机制

我国不同医疗保险制度的基金运行情况有较大差别,城镇职工基本医疗保险的累计基金结余已超过当年的筹资总额,而城镇居民医保和新农合基金结余较少,部分统筹地区甚至出现当年收不抵支现象。建议我国尽快在不同的医疗保险制度之间建立风险分担和资金转移机制,降低不同医保制度的基金运行风险,逐步缩小不同保险制度的待遇差距,保障医保制度的可持续发展。

4.5 积极探索支付方式改革,控制医药费用快速上涨

支付方式改革是医保部门控制医药费用上涨的

重要手段。我国在进行医保支付方式改革时可以借鉴日本的做法,不同医保制度实施统一的服务包和价目表,加强对供方的约束力,积极探索适合中国国情的支付方式改革,尽快缓解目前支付方式碎片化、对供方控制力度较弱的局面,以尽快控制医药费用的快速上涨。

参 考 文 献

- [1] WHO. World Health Statistics 2011[R]. 2011.
- [2] Organization of Economic Cooperation Development, (Health Data 2005)[R]. OECD, 2005.
- [3] Ikegami N. Japanese health care: low cost through regulated fees[J]. Health Affairs, 1991, 10(3): 87-109.
- [4] Ikegami N. Japanese health care in Japan[J]. Science, 1992(258): 614-618.
- [5] OECD. OECD health data 2011[R]. Paris, 2011.
- [6] Whitehead M. The health divide[R]//Whitehead M, ed. Inequalities in health. Harmondsworth, UK: Penguin, 1980.
- [7] Department of Health and Social Security. Inequalities in health[R]. London: DHSS, 1980.
- [8] Editorial. Health inequality: the UK's biggest issue. The Lancet, 1997, 349(9060): 1185.
- [9] Shimazaki K. Health care in Japan: institutions and policies [R]. Tokyo: Tokyo University Press, 2011.
- [10] Campbell J C, Ikegami N. The art of balance in health policy: maintaining Japan's low-cost, egalitarian system [M]. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- [11] Fuse S. History of doctors—Japanese characteristics[R]. Tokyo: Chuou Kouronsha, 1979.
- [12] Ikegami N, Campbell J C. Medical care in Japan[J] New England Journal of Medicine, 1995, 333(9): 1295-1299.
- [13] Campbell J C, Ikegami N, Gibson M J. Lessons From Public Long-Term Care Insurance In Germany And Japan[J]. Health Affairs, 2010, 29(1): 87-95.
- [14] Fukawa T. Public Health Insurance in Japan[R]. Washington D C: World Bank Institute, 2002.
- [15] Tatara K, Okamoto E. Japan: Health system review: Health Systems in Transition[R]. 2009.
- [16] Ikegami N, Yoo B K, Hashimoto H, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges[J]. The Lancet, 2011, 378(9796): 1106-1115.
- [17] WHO. Social Health Insurance: Selected Case Studies from Asia and the Pacific[M]. 2005.
- [18] Cabinet Office. Report on the Evaluation of Structural Reforms Health Care Reform [R]. Tokyo: Cabinet Office, 2005.
- [19] Ikegami N. Should providers be allowed to extra bill for uncovered services? Debate, resolution and sequel in Japan [J]. Journal of Health Politics Policy and Law, 2006, 31(6): 1129-1149.
- [20] Hashimoto H, Ikegami N, Shibuya K, et al. Japan: Universal Health Care at 50 Years 3: Cost containment and quality of care in Japan: is there a trade-off[J]. The Lancet, 2011, 378(9797): 1174-1182.
- [21] Yumiko A, Ikegami N. Health care systems in transition II. Japan, Part I. An overview of the Japanese health care systems[J]. Journal of Public Health Medicine, 1998, 20(1): 29-33.
- [22] 中华人民共和国社会保险法[EB/OL]. (2010-10-29) [2011-12-20]. http://www.china.com.cn/policy/txt/2010-10/29/content_21225907_3.htm.
- [23] 国家发改委:我国基本医疗保险覆盖面已超95%[EB/OL]. (2011-12-29) [2012-01-10]. <http://news.66wz.com/system/2011/12/29/102938394.shtml>.

[收稿日期:2012-02-03 修回日期:2012-02-21]

(编辑 薛云)