

Institutional Innovation and Social Governance for
the Bonus from Health Care Reform
——Experiences and Implications from Japan

顾亚明 王小合 著

医改红利的制度创新和社会治理

——日本经验的启示



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS

浙江大学出版社

国家自然科学基金(编号:71273080)资助研究成果

医改红利的制度创新和社会治理

——日本经验的启示

顾亚明 王小合 著



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS

浙江大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

医改红利的制度创新和社会治理：日本经验的启示 /
顾亚明,王小合著. —杭州：浙江大学出版社,2015.10
ISBN 978-7-308-15053-8

I. ①医… II. ①顾… ②王… III. ①医疗保健制度
—体制改革—研究—日本 IV. ①R199.313

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 201615 号

医改红利的制度创新和社会治理——日本经验的启示
顾亚明 王小合 著

责任编辑	张 鸽
校 对	夏湘娣
责任校对	冯其华 潘晶晶 林允照
封面设计	刘依群
出版发行	浙江大学出版社 (杭州市天目山路 148 号 邮政编码 310007) (网址: http://www.zjupress.com)
排 版	杭州星云光电图文制作有限公司
印 刷	浙江印刷集团有限公司
开 本	710mm×1000mm 1/16
印 张	22
字 数	380 千
版 印 次	2015 年 10 月第 1 版 2015 年 10 月第 1 次印刷
书 号	ISBN 978-7-308-15053-8
定 价	66.00 元

版权所有 翻印必究 印装差错 负责调换

浙江大学出版社发行部联系方式:0571-88925591;<http://zjdxcb.tmall.com>

前言

推进国家治理体系和治理能力现代化发展是当前我国全面深化改革的总目标。深化医药卫生体制改革是当前国家治理体系创新的聚集热点命题。其实质是制度变迁或制度创新,即从制度均衡到制度不均衡再到制度均衡的一个过程,并释放改革红利。厘清我国医改的红利空间,有利于进一步明确医改的重点矛盾和关键目标,把释放改革红利作为聚焦点,凝聚改革力量,优化改革路径。本书从比较制度及社会治理的分析视角出发,以释放我国医改红利为出发点,采取先总后分的研究框架,阐述了日本医改制度变迁及其社会治理的典型经验和相关做法,并提出相关治理策略建议。

一、写这本专著的初衷。当前,我国医改体制、机制深层次矛盾日益凸显,改革的系统性、整体性、协同性问题日益突出。日本曾经遇到的或正在积极应对的很多难题与我国的问题具有相似性,如破除“以药养医”、完善医疗服务价格机制、实施大病医疗保险、改革医保支付方式、推行分级诊疗、建立医院法人治理结构、发展健康产业、应对人口老龄化和慢性病挑战等,很多改革举措已经取得了较好的成效。同时,日本是我国的近邻,是一个农业社会历史悠久的国家,与我国一样受“儒学”“佛教”等东亚文化的影响,文化渊源有一定的相通性,其经济社会演化路径与我国也有一定的相似性。所有这些为我国借鉴日本医改相关做法、提高制度创新和改进社会治理方面增加了可比性。2012年9月至2013年3月,本书作者有幸赴日本静冈县健康福祉部研修,查阅了大量中文和日文的期刊、论著、书籍、报告、统计报表等资料,并到日本近100个政府、部门、医疗卫生机构和社会民间组织等进行实地考察,访谈了300多名相关人员。作者回国后,经文献及调查资料的反复整理,设计了300余张图表,在此基础上撰写了本专著。

二、提出了我国医改的六大红利。本专著选择“我国医改红利及日本主要

做法”作为开篇第一章,该章节主要是从我国国情和医改需求出发,让读者了解释放我国六大医改红利的主要领域及其相应的红利空间,即:优化患者流向结构,有20%~30%的改革红利空间;降低不合理用药和不合理检查等医疗浪费,有30%~40%的改革红利空间;实施保健预防策略应对人口老龄化和慢性病加重趋势,预计有1:6的投入产出比;改善不和谐医患关系,医患双方满意度至少可以翻一番;激发和调动医务人员的积极性,可“挖掘”巨大潜力空间;发展健康产业,有5倍以上的潜力等。选择“我国医改红利及日本主要做法”作为第一章,是希望第一时间把本专著的目标导向和核心观点呈现给读者。

三、梳理日本释放医改红利的制度创新和社会治理。本书采用先总后分的编著方法。第一章,围绕我国六大医改红利的需求导向,系统梳理分析了日本医改的相关做法;第二和第三章,着重研究分析了日本医改的主要特色及社会保障与医药卫生总费用情况,希望让读者对日本医改有一个整体框架性的认识;第四和第五章,从医保的角度,以比较制度和制度演化分析的视角阐述了日本医疗保障及支付方式的变化路径;第六和第七章,从医药的角度,研究阐述了日本药品和医疗服务定价机制以及破除“以药养医”机制的有关政策;第八、九、十和十一章,从医疗卫生服务体系的角度,研究阐述了日本分级诊疗、公立医院法人治理、非公立医院发展、偏远地区医疗服务等四个方面的做法;第十二和十三章,从公共卫生的角度,研究阐述了“健康日本21”和肿瘤防治的有关政策和对策;第十四、十五和十六章,从健康产业角度,研究阐述了日本健康产业、老年长期护理照顾、食品安全监管等相关做法。当然,日本医改还有很多难题尚未得到很好的破解,如人口少子老龄化、慢性病等疾病谱变化、城市化聚集、环境食品安全等对医疗保障体系、医疗卫生服务体系、财政可持续保障等提出了严峻的挑战,希望读者能科学、客观、正反两面地评价日本医改的做法。

四、提出了释放我国六大医改红利的相关治理策略与建议。在上述研究分析日本医改的典型经验和主要做法的基础上,结合我国医改国情及红利需求,本专著的第一章从宏观和微观两个层面,提出了有关治理策略建议。从宏观上,提出了以释放医改红利为方向和评价维度,注重各项改革措施的“有用功”导向;实施集权和分权的协同治理模式,其中集权重点在于目标设定、优先级设置、核心资源配置、宏观协调、政府问责等,分权重点在于简政放权和减少对微观事务的干预,提高社会各方资源参与度,保持“软推动方式”改革(如引导性、自愿性等);实施释放医改红利三步骤改革路径。在围绕释放我国六大医改红

利的具体对策上,一是针对优化医疗卫生资源配置,提出“两纵两横”策略;二是针对破除“以药养医”机制,提出“1+4”最小一揽子改革方案;三是针对预防保健策略等,提出重点人群、重大疾病、重点健康危险因素、重点要素配置等重点行动计划;四是针对改善不和谐医患关系,提出“一高一低”(提高未来预期、降低医患双方“张力”)策略;五是针对激发和调动医务人员的积极性,提出医院组织行为和医务人员个体两个层面的激励机制;六是针对发展健康服务业,提出大力发展医疗医药器械、养老养生、多样化健康服务、健康保险、智慧健康产业等。

本专著是国家自然科学基金项目(编号 71273080)研究取得的阶段性成果,其能顺利地出版凝聚了项目组主要成员的集体努力和智慧。本专著采用先总后分、图文并茂的著作体例,希望能有助于读者阅读。特别感谢浙江省卫生计生委罗华标同志利用 2014 年赴日研修时间对第十二和十六章的资料进行补充及撰写。感谢参与本项目研究的硕士生冯婉、方文凤和钱宇三位同学对部分章节文献资料的整理、图表设计及撰写和校对。感谢日中医学协议会理事长安达勇博士、日本静冈县理事(医疗卫生负责人)鹤田宪一博士、日本静冈县健康福祉部宫岛好史部长、静冈县立医院彭怡小姐、静冈县企画广报部松永工先生等在调研及数据资料收集方面给予的帮助。特别感谢杭州师范大学科技处在项目申报、管理及著作出版方面给予的指导,感谢浙江省卫生发展研究中心、浙江省基层卫生研究中心的大力支持。感谢浙江省卫生计生委杨敬主任、王国敬副主任、马伟杭副主任、朱耀传副巡视员、沈堂彪处长、胡玲处长、徐叶青小姐等的大力支持。

鉴于作者水平有限、中日文化和医改国情及政策差异、时间仓促等原因,本专著还存在一些观点不成熟、不完善的地方,敬请广大读者给予批评指正和宝贵意见。

著者,于杭州西子湖畔
2015 年 10 月

目 录

第一章 我国医改红利及日本主要做法	(1)
一、选择日本医改为典型研究的理由	(2)
二、我国医改的红利和日本相应的做法	(4)
三、释放我国医改红利的对策建议	(15)
第二章 日本医疗卫生体制改革的特色	(27)
一、日本的政治、经济、社会概况	(27)
二、日本医疗卫生体制改革的特色	(30)
三、日本医疗卫生体制改革给我国医改的几点思考	(44)
第三章 日本社会保障和医药卫生总费用分析	(46)
一、日本社会保障制度的基本概况	(46)
二、日本社会保障总费用收支分析	(50)
三、日本医药费用收支分析	(53)
四、日本社会保障和医药卫生总费用分析的几点启示	(62)
第四章 日本医疗保障制度演化及对我国基本医疗保险制度改革的 启示	(65)
一、日本现行的医疗保障制度概况	(66)
二、日本医疗保障制度的几个演化	(82)
三、对我国医疗保障制度改革的启示	(86)
第五章 日本医疗保险支付方式改革模式演化及其对我国的借鉴	(94)
一、日本医保支付方式改革的背景	(96)
二、日本医保支付方式改革制度演化的几个阶段	(98)

三、日本 DPC/PDPS 医保支付方式概要	(102)
四、日本 DPC/PDPS 医保支付方式对我国的借鉴	(112)
第六章 日本药品和医疗服务定价机制研究	(118)
一、日本药品和医疗服务定价机制概况	(118)
二、日本药品和医疗服务定价的具体做法	(123)
三、日本药品和医疗服务定价对我国的启示	(129)
第七章 日本破除“以药养医”机制的做法及我国破除“以药养医”机制演化路 径的设想	(133)
一、为什么选择日本破除“以药养医”机制为研究对象	(134)
二、日本破除“以药养医”机制的整体设计	(137)
三、日本破除“以药养医”机制的具体做法	(142)
四、我国破除“以药养医”机制演化路径的设想	(153)
第八章 日本分级诊疗制度及其对我国的启示	(158)
一、选择日本作为典型样本的理由	(158)
二、日本分级诊疗的主要做法	(159)
三、对我国分级诊疗的建议	(163)
第九章 日本静冈县立医院集团化法人治理及其对我国公立医院法人治 理改革的启示	(167)
一、日本静冈县立医院集团化法人化管理的概况	(169)
二、对我国公立医院法人治理改革的启示	(184)
第十章 日本非公立医院发展及其对我国的启示	(191)
一、日本医院的产权分类	(192)
二、日本非公立医院的几个特征	(195)
三、日本非公立医院改革对我国的启示	(200)
第十一章 日本偏远地区医疗卫生提供体制及其对我国的借鉴	(203)
一、日本偏远地区医疗卫生提供体制的整体框架	(205)
二、日本偏远地区医疗保健计划的演化	(210)
三、日本自治医科大学	(212)
四、日本地域医疗振兴协会	(216)
五、对我国偏远地区和欠发达地区医疗卫生提供体制的建议	(217)

第十二章 “健康日本 21”及其对我国健康促进的启示	(224)
一、“健康日本 21”产生背景及发展历程	(224)
二、“健康日本 21”具体做法	(230)
三、对我国健康促进工作的思考和建议	(259)
第十三章 日本肿瘤防治对策及其对我国的启示	(261)
一、日本肿瘤发病情况	(261)
二、日本肿瘤防治的主要措施	(263)
三、几点启示	(277)
第十四章 日本健康产业研究及其对我国的启示	(278)
一、日本健康产业概况	(278)
二、日本主要的六大健康产业	(279)
三、日本健康产业对我国的几点启示	(295)
第十五章 日本介护保险制度演化及其对我国老年护理制度的启示 ..	(297)
一、现行的日本介护保险制度概况	(299)
二、日本介护保险制度的几个演化和特色	(308)
三、对我国老年护理制度改革的启示	(309)
第十六章 日本食品安全监管体系研究及启示	(313)
一、日本食品产业及安全现状	(313)
二、日本食品安全监管体系	(318)
三、基于风险分析框架的食品安全监管现状	(330)
四、日本食品安全监管体系特点及启示	(335)
索 引	(339)

第一章

我国医改红利及日本主要做法



本章摘要

医改的实质是制度变迁或制度创新,即从制度均衡到制度不均衡再到制度均衡的一个过程,并释放改革红利。我国医改已进入“深水区”,公立医院改革等难题亟待顶层设计和扎实推进。比较制度研究是破解这些难题的一个路径,即把具有相似路径依赖的国家作为典型,用制度演化的视角总结先行探索者“破题”的策略,可以为我国制度路径设计提供帮助。本章围绕选择日本医改为典型研究的理由、我国医改的红利及日本相应的做法、我国医改红利的对策建议等进行阐述,重点提出了我国医改优化医疗卫生资源配置、降低不合理用药和不合理检查等医疗浪费、实施保健预防策略应对人口老龄化和慢性病挑战、改善不和谐医患关系、激发和调动医务人员的积极性以及加快发展健康产业等六大红利,并提出了释放这六大医改红利的政策建议。

我国医药卫生体制改革(简称医改)已进入“深水区”,深化公立医院改革、鼓励社会力量办医、建立大病医疗保障制度、破除“以药养医”机制、完善支付方式改革、发展健康服务业、加强慢性病防治等各个难题亟待我们去破解。围绕这些亟待破解的难题,以具有相似路径依赖的国家为典型,用制度演化的视角总结“过来人如何破题”,可以为我国未来制度路径的设计提供一定的帮助——“比较开眼界,比较长知识,比较启智慧,比较出真理”。

一、选择日本医改为典型研究的理由

日本的医改经验对我国具有较大的参考价值,其原因有以下四个方面。

一是文化渊源相通。日本是我国的近邻,与我国一样受“儒学”“佛教”等东亚文化的影响,文化上的渊源对制度的设计和选择有不可低估的影响。相比于欧洲和美洲国家来说,日本的经验对我们更具有参照性。

二是经济社会演化路径相似。医改的制度设计必须在特定的政治、经济、文化背景下开展研究。除文化外,日本经济社会演化路径与我国相似。日本是一个农业社会历史悠久的国家。明治维新(1868年开始)后,日本工业才逐渐发展起来。在其漫长的工业化进程中,城乡结构发生深刻变化,各项社会制度也随之改变。

三是日本具有很高的卫生绩效。评价一个国家卫生绩效的主要维度是公平性、可及性、效率性和效果性。根据2000年世界卫生组织(the World Health Organization, WHO)报告,日本卫生整体效果和国民健康期望寿命位列全球第1位,健康公平性位列第3位,反应性水平(尊重自主权和隐私权,及服务满意度等)位列第6位,卫生筹资公平性位列第8位,卫生系统总体绩效位列第10位(见表1-1)。

四是日本历史上遇到的医改难题与我国相似,而且很多医改措施取得了较好的成效。如日本历史上的“以药养医”问题与目前我国的大致相似(见图1-1和图1-2)。1981年,日本药品费占医药卫生总费用的38.7%;1991年,医院药品购销差价达到23.1%。但经过综合改革,1999年,两者分别下降到19.6%和8.4%。鼓励社会力量办医是近期我国医改的热点。第一次世界大战以来,日本医院的产权类别经历了从以公立为主、以民营为主到以医疗法人为主的演化。2011年,日本法人治理结构的医院占到了66.4%。推进大病医疗保障也是我国医改的重点。日本在1961年建立医保全民覆盖的基础上,为减轻患者的高额医药费用负担,于1975年起创设了高额医疗保险制度,并于1984年、2000年、2006年等进行了数次完善,患者平均负担只有14%左右(见图1-2)。改革医保的按项目付费方式也是目前我国医改的难点。日本于1958年确立了按项目付费方式,经过1983年老年人病院注射费和部分检查费项目打包定额,到1998年试点日本版DRG/PPS,到2003年改为试点疾病诊断分组DPC/

PDPS,2012 年实施日本版 DPC/PDPS 的病床数已占全国一般病床数的 53.1%。当然,日本还有很多难题没有得到很好的破解,如人口老龄化、慢性病等疾病谱变化、城市化聚集、环境食品安全等,对医疗保障体系、医疗卫生服务体系、财政可持续保障等提出了严峻的挑战。这也是我国面临的难题,日本的经验和教训对我国寻找“破题良方”也会有所启示。

表 1-1 2000 年世界卫生组织报告中卫生系统绩效评价排名前 10 位的国家^①

排名	整体效果 (Overall goal attainment)	健康期望寿命 (DALE)	健康公平性(Health distribution)	反应性水平 ^② (Responsiveness)	卫生筹资公平性(Fairness of financial contribution)	卫生系统总体绩效(Overall health system performance)
1	日本	日本	智利	美国	哥伦比亚	法国
2	瑞士	澳大利亚	英国	瑞士	卢森堡	意大利
3	挪威	法国	日本	卢森堡	比利时/吉布提/丹麦	圣马力诺
4	瑞典	瑞典	挪威	丹麦		安道尔
5	卢森堡	西班牙	波兰	德国		马耳他
6	法国	意大利	希腊	日本	德国/荷兰	新加坡
7	加拿大	希腊	以色列	加拿大/挪威		西班牙
8	荷兰	瑞士	奥地利		日本/芬兰/英国	阿曼
9	英国	摩纳哥	圣马力诺	荷兰		奥地利
10	奥地利	安道尔	瑞士	瑞典		日本
	美国(15) 中国(132)	英国(14) 美国(15) 中国(81)	中国(101)	英国(26) 中国(88)		英国(18) 美国(37) 中国(144)

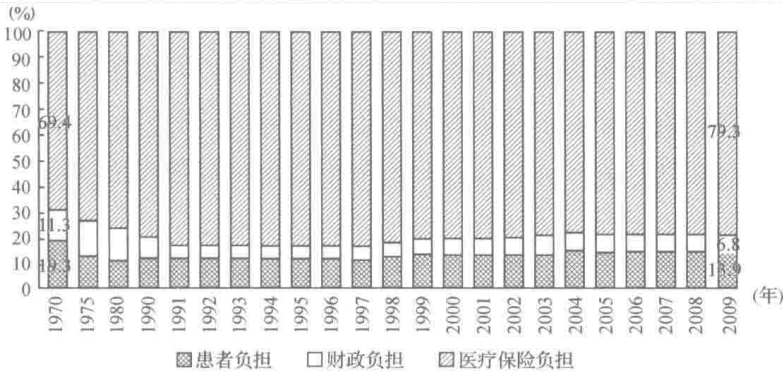


图 1-1 日本 1970—2009 年医疗总费用的组成^③

① 2000 年,世界卫生组织(WHO)报告 <http://www.who.int/whr/2000/en/>。

② 反应性水平包括两个方面的内容:尊重个人尊严、个人(含家庭)对自己健康和治疗的自主权和隐私权;对患者的反应能力,包括服务满意度,是否及时注意患者的要求,社会支持网络的利用,卫生机构的基本设施和环境,及有无选择卫生服务提供者的可能性。

③ 数据来源:厚生劳动省, www.mhlw.go.jp。

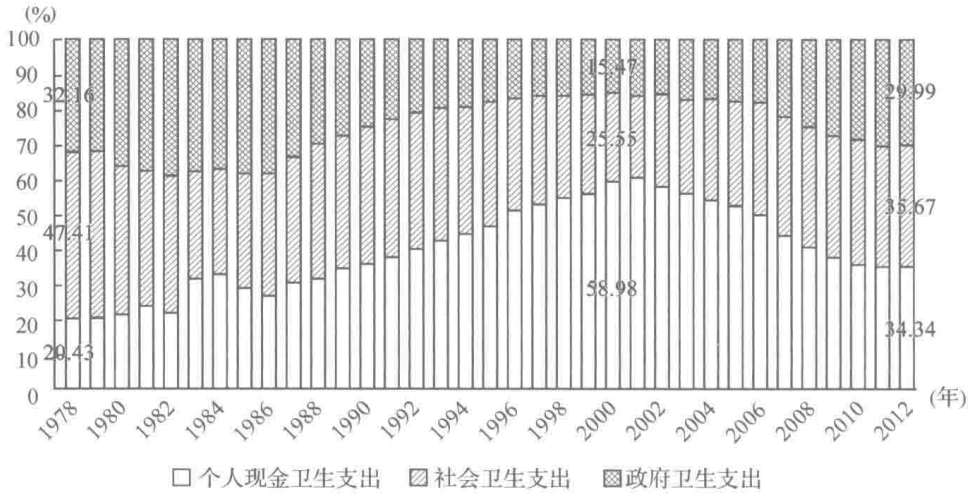


图 1-2 我国 1978—2012 年卫生总费用结构

二、我国医改的红利和日本相应的做法

2012 年,我国卫生总费用为 28119 亿元,占国内生产总值的 5.41%,人均卫生总费用为 2076.67 元(见图 1-3),是 1978 年(人均卫生总费用为 11.45 元)的 181 倍,但群众对医改的切身感受并未随之获得改善,群众看病就医的经济负担(2012 年个人负担占 34.3%,见图 1-2)、心理负担仍比较大,医改仍面临着巨大挑战,医改的公平性、效率性、可及性、效果性等有待进一步提高。新一届中央政府提出,改革是我国的最大红利,改革的空间和潜力仍然十分巨大。结合医药卫生领域,厘清我国医改的红利空间,有利于进一步明确医改的重点矛盾和关键目标,找出制度(含体制和机制)上的根源,并设计最小的一揽子改革方案和中间制度,凝聚共识,激发力量,克服存在的各种阻力和障碍,把改革落到实处,切实让广大老百姓获得“改革红利”。

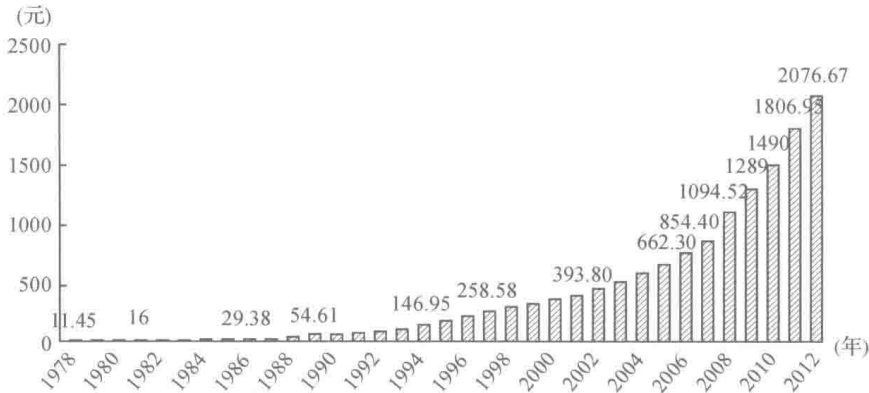


图 1-3 我国 1978—2012 年人均卫生总费用

1. 优化医疗卫生资源配置,有 20%~30% 的改革红利空间可释放。要提高区域和整体的医疗资源使用效率,关键是根据疾病的轻重缓急实现分级诊疗、梯度消费、合理消费,引导一般诊疗下沉到基层,使疾病的“金字塔”分布与医疗资源利用的“金字塔”分布相吻合和配套。但目前我国门诊和住院患者的流向结构呈现明显的“倒金字塔”现象,大医院专家看“普通病”,既造成“人满为患”,又浪费医药费用和大医院的人才、技术等资源,政府花大力气强化的基层医疗卫生资源也没有得到充分利用。

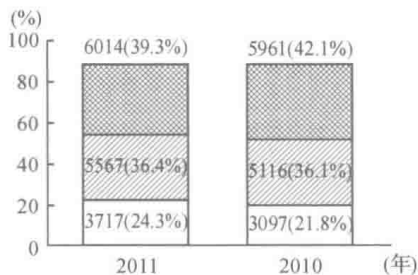
首先,门诊医药费用流向的调整空间有 20%~30%。其理由可以从以下两个方面验证。一是根据 2010 年日本公立医院门诊诊疗人次与住院人次比为 1.94 推算,2011 年我国二、三级医院理想的诊疗人次为 1.8 亿(住院人数为 9284 万 $\times$ 1.94=1.8 亿),而我国实际为 18.9 亿人次,调整空间为 17.1 亿人次(占当年全国总诊疗人次总数 62.7 亿的 27.3%)。二是根据原卫生部 2011 年中国卫生统计提要报告,2011 年全国诊疗人次为 62.7 亿,其中基层医疗卫生机构占 60.8%(见图 1-4)。按世界卫生组织等估计,基层医疗卫生机构诊疗人次一般达到 80%~90%左右较为合理,其调整空间为 20%~30%。

其次,住院医药费用流向的调整空间有 20%~30%。一是根据原卫生部 2011 年中国卫生统计提要报告,2011 年全国住院总人数为 15298 万,其中三级医院为 3717 万(占 24.3%,见图 1-5),如果能够达到国家医改规划提出的县域内诊疗比例达到 90%的要求,县外住院人数比例将控制在 10%左右。因此,全国住院患者县外流向比例的调整空间为 14%,加上三级医院住院均次费用为二级医院和乡镇卫生院的 2 倍和 3 倍(2011 年,全国三者分别为 10936 元、4564 元和 3121 元),预测住院医药费用流向的调整空间为 20%~30%。



□ 医院 □ 基层医疗卫生机构 □ 其他

图 1-4 我国门诊诊疗人次流向 (亿人次)



□ 三级医院 □ 二级医院 □ 其他

图 1-5 我国住院人数流向 (万人)

日本在优化医疗卫生资源配置上有很多特色,一是设定了三级医疗圈。根据人口数、地理、交通等各种因素,适度打破行政区划,设定了层级错位、功能协

同的三级医疗圈,促进医疗资源的适宜配置。三级医疗圈即一次(初期)医疗圈、二次医疗圈(约360个)、三次医疗圈(约50个)。一次医疗圈原则上以市、町、村为单位,为居民提供便捷的门诊服务;二次医疗圈根据交通、人口密度、社会经济等要素进行设立,二次医疗圈的基干医院主要提供住院服务;三次医疗圈原则上以都、道、府及县(除北海道、长野县有2个以上三次医疗圈外)为单位,区域中心医院主要提供高、精、尖的住院服务,除转诊外基本上没有门诊服务。二是医院病床功能分化。日本的医疗法在制定当初(1948年),以急性期疾病为主建立了医疗卫生服务体系。随着人口的老龄化和疾病构成的变化,康复治疗的需求不断上升。医疗法第二次修改时(1992年),对医疗圈内各医疗机构的功能进行详细分工,设立了以医科大学附属医院为主的“特定机能病院”和以老年医疗服务为主的“疗养型病院”(相当于康复医院)。医疗法第三次修改时(1997年),扩充了社区医院慢性病床的数量,设立了地域医疗支援医院制度。医疗法第四次修改时(2001年)^①,明确地将“其他病床”细分为以急性期疾病为主的“一般病床”和以慢性期疾病为主的“疗养病床”。将一般病床的患者和医生比例定为16:1,患者和护士的比例定为3:1,患者与药剂师的比例定为70:1;而疗养病床的患者和医生比例定为48:1,患者和护士的比例定为6:1,药剂师与患者的比例定为150:1。此外,“一般病床”和“疗养病床”的收费价格也不一样。2002年8月,日本厚生劳动省发布了《医疗提供体制改革的基本方向》的中期报告,提出了要以地区需求为中心进行医疗机构功能分化。三是加强分级诊疗和双向转诊建设。日本规定地域医疗支援医院要符合14项条件^②,其中1项为双向转诊率,即来院初诊的患者中,诊所(或其他医院)凭介绍信转诊过来的患者比例达80%以上,或向上转诊比例达到60%且向下转诊比例达到30%,或向上转诊比例达到40%且向下转诊比例达到60%。确定为地域医院支援医院后,将获得相应的财政专项补助和医疗收费加算(入院第一天的入院诊疗费加算1万日元,代码A204)。此外,2002年诊疗报酬制度调整规定,以治疗急性期疾病为主的医院要同时满足3项条件,即门诊患者中转诊比例占30%以上、平均住院日小于20天、门诊患者与住院患者的比例小于1.5(全国约为1.9)等。符合这3项条件的医院的每床日最大可以加收2500日元(门诊转诊加算1000日元,急性期疾病特定入院加算1000日元,门诊转诊特别

① 孟开. 从日本第四次医疗法的修改看医院病床分类[J]. 国外医学:社会医学分册, 2004, 21(3): 120-126.

② 地域医院支援医院一般指较大的区域性医院,如日本静冈县立综合医院。

加算 500 日元),再加上地域医疗支援医院住院诊疗加算,在每年住院患者达 1 万人次的情况下,医院就会多收入 3 亿~4 亿日元^①。除对医疗机构的激励措施外,日本对普通患者也有约束措施,即除了急诊外,患者都需要凭诊所医生的介绍信才能到上一级医疗机构进行治疗。如果患者跳过一次医疗圈而直接选择二、三次医疗圈治疗,则需缴纳额外的一笔费用(全部自费)。不同医疗机构收取的费用不同,一般为 3000~5000 日元(大医院的收费甚至更高,且大医院不接受此类门诊患者)。因此,日本患者一般首选私人诊所或地域内的中小医院(即一次医疗圈)作为初级医疗保健机构,再由一次医疗圈内医疗机构开出转诊文书,并向上级地域医疗机构转诊(见图 1-6)。具体而言,日本的双向转诊有三类。第一类是诊所与诊所间的转诊,日本很多诊所的专科能力很强,诊所间会在地域内进行转诊。第二类是医院与诊所间的双向转诊,一般地域医疗支援医院和特定机能医院都成立“病诊連携室”或“地域医疗連携室”,通过传真、电话、网络等进行预约、转诊等。第三类是医疗机构与养老康复机构间进行转诊,日本养老服务机构种类繁多、层次分明,患者在医院康复期后或者养老康复后病情加重等,可在两级机构间进行转诊。

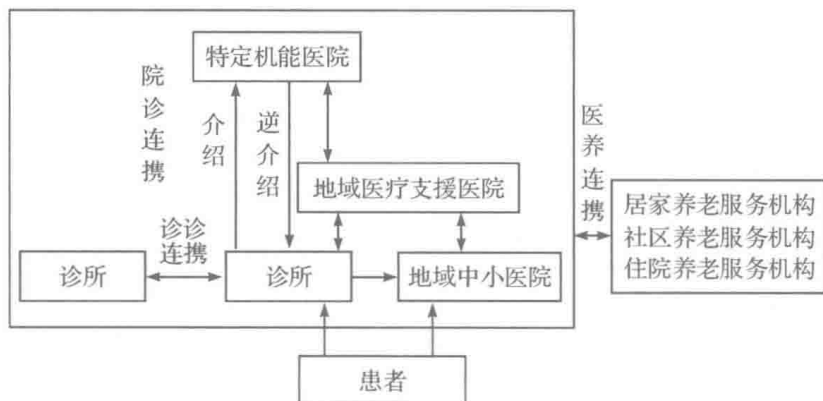


图 1-6 日本双向转诊流程图

随着人口老龄化的推进,日本积极发展居家医疗护理服务,主要政策有如下几种。一是规定居家医疗护理的种类,包括医生定期上门诊疗(与患者协商制订计划)、医生上门急诊、居家注射指导、居家氧气治疗、牙医上门诊疗、居家护理、居家康复治疗、居家营养指导、居民药事指导等 9 个项目,所有项目纳入

^① 田城孝雄. 地域医療連携 MOOK, 平成 18 年の大変革に向けて[M]. 名古屋: 日総研出版, 2004: 10-62.
张莹. 日本医疗机构双向转诊补偿制度的经验与启示[J]. 中国卫生经济, 2013, 32(4): 93-94.

医保范围。其中,后5个项目纳入介护养老保险范围。二是细化居家医疗价格收费标准,主要包括居家氧气治疗指导、居家人工呼吸指导、居家肺高血压症患者指导、居家气管切开患者指导、鼻腔连续呼吸道正压指导、居家导尿指导、居家腹膜透析指导、居家血液透析指导、居家注射指导、居家小儿低血糖患者指导、居家恶性肿瘤患者指导、居家疼痛管理指导、中心静脉营养指导、居家妊娠糖尿病患者指导、出院前居家疗养指导、居家睡眠障碍处置指导、居家难治性皮肤病疾病处置指导、居家心脏起搏器指导、居家迷走神经电刺激治疗指导、医生定期上门诊疗、临终关怀医疗综合诊治、24小时随时应对居家医疗管理等27个诊疗价格收费项目,一些项目还规定了适应证(如居家导尿指导、居家氧气治疗指导),超出范围的需要患者全额负担。三是设置居家医疗支援诊所和上门护理服务机构。日本约有10万家诊所,其中选定了约1.25万家诊所作为居家医疗的支援诊所,可以提供24小时上门诊疗和居家护理等服务,并要求这些诊所配置24小时应对的医生和护士,建立急诊入院、养老护理机构等协调联络机制。日本上门护理服务机构也采取定点设置的方式,1992年设立老年人上门护理服务制度,1994年将上门护理服务制度推广到疑难杂症患者和残疾人。截至2013年6月,日本全国定点的上门护理服务机构有8413所。四是规定居家医疗护理等流程。以上门居家护理为例,患者出院经认定需要居家医疗护理的,由医生出具上门居家医疗护理意见书,然后由专业的居家护理机构派遣相应的护士或保健师上门服务,主要服务内容包括居家医疗处置、居家护理、居家康复、居家营养和药事指导、居家心理辅导和疾病症状观察等。五是强化居家医疗和养老的协同。2014年,日本出台了《医疗介护综合确保推进法》,该方案提出强化居家医疗、居家医疗与养老的协同、儿童居家医疗、重点疾病居家医疗等要求。

2. 降低不合理用药和不合理检查等医疗浪费,有30%~40%的改革红利空间。由于扭曲的医疗服务补偿机制等多种原因,我国“以药养医”“以检查养医”等现象较为严重,既增加了医药费用支出,又降低了患者用药安全,损害了医德医风。根据国家卫生计生委2013年中国卫生统计提要报告,我国公立医院药费约占总医药费用的40.0%(见图1-7),如果要达到2010年经济合作与发展组织(简称经合组织,Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)国家的平均水平(16.6%,见图1-8),我国卫生总费用需降低25.4%。因此,加上药品流通环节以及不必要的“大检查”等浪费的费用,有研