

日本の医療——制度と政策



阅读日本
书系

日本的医疗

——制度与政策

岛崎谦治\著 何慈毅 吴凯琳 瞿羽 巴梦玲\译

每川日中友好基金
The Sasakawa Japan-China Friendship Fund



南京大学出版社



阅读日本
书 系

日本的医疗

——制度与政策

日本の医療——制度と政策

岛崎谦治\著

何慈毅 吴凯琳 瞿羽 巴梦玲\译



图书在版编目(CIP)数据

日本的医疗:制度与政策 / (日) 岛崎谦治著; 何慈毅等译. —南京: 南京大学出版社, 2016.10

(阅读日本书系)

ISBN 978 - 7 - 305 - 17656 - 2

I. ①日… II. ①岛…②何… III. ①医疗保险—保险制度—研究—日本 IV. ①F843.136.13

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 237949 号

NIHON NO IRYO - SEIDO TO SEISAKU

Copyright © 2011 by Kenji Shimazaki

Chinese translation rights in simplified characters arranged with University of Tokyo Press, through Japan UNI Agency, Inc., Tokyo, and BARDON—Chinese Media Agency, Taipei.

Simplified Chinese translation copyright © 2016 by

Nanjing University Press, Co., Ltd.

All rights reserved.

江苏省版权局著作权合同登记 图字:10-2014-260 号

出版发行 南京大学出版社

社 址 南京市汉口路 22 号 邮 编 210093

出 版 人 金鑫荣

丛 书 名 阅读日本书系

书 名 日本的医疗——制度与政策

著 者 [日] 岛崎谦治

译 者 何慈毅 吴凯琳 瞿 羽 巴梦玲

责任编辑 田 雁 编辑热线:025-83596027

照 排 南京紫藤制版印务中心

印 刷 南京爱德印刷有限公司

开 本 787×1092 1/20 印张 21.6 字数 385 千

版 次 2016 年 10 月第 1 版 2016 年 10 月第 1 次印刷

ISBN 978 - 7 - 305 - 17656 - 2

定 价 78.00 元

网 址 <http://www.njupco.com>

官方微博 <http://weibo.com/njupco>

官方微信 njupress

销售热线 (025)83594756

* 版权所有,侵权必究

* 凡购买南大版图书,如有印装质量问题,请与所购图书销售部门联系调换

阅读日本书系编辑委员会名单

委员长：

谢寿光 社会科学文献出版社社长

委 员：

常绍民 三联书店(北京)副总编辑

张凤珠 北京大学出版社副总编辑

谢 刚 新星出版社社长

章少红 世界知识出版社副总编辑

金鑫荣 南京大学出版社社长兼总编辑

韩建民 上海交通大学出版社社长

事务局组成人员：

杨 群 社会科学文献出版社

胡 亮 社会科学文献出版社

梁艳玲 社会科学文献出版社

祝得彬 社会科学文献出版社

梁力匀 社会科学文献出版社

阅读日本书系选考委员会名单

姓名	单位	专业
高原 明生(委员长)	东京大学 教授	中国政治、日本关系
苧部 直(委员)	东京大学 教授	政治思想史
小西 砂千夫(委员)	关西学院大学 教授	财政学
上田 信(委员)	立教大学 教授	环境史
田南 立也(委员)	日本财团 常务理事	国际交流、情报信息
王 中忱(委员)	清华大学 教授	日本文化、思潮
白 智立(委员)	北京大学政府管理学院 副教授	行政学
周 以量(委员)	首都师范大学 副教授	比较文化论
于 铁军(委员)	北京大学国际关系学院 副教授	国际政治、外交
田 雁(委员)	南京大学中日文化研究中心 研究员	日本文化

前言

社会保障制度审议会宣传公告(1950年10月16日发表的《关于社会制度保障的公告》)是战后建立起来的社会发展保障基础,其开头部分有这样一段话:“每个时代有每个时代的问题。……而各种问题都有其相应的解决办法。……现在我们必须尽自己的努力去解决问题。”这段文字洋溢着当时的时代气息和相关人士的风发意气,承其所言,那么今天我们这个时代存在有什么样的问题,又必须用什么样的办法去解决问题呢?

今天我们这个时代所存在的问题,简而言之就是充满着闭关自守气氛和对将来的不安。然而这也反映了人们对于改革的期待。当然,目前的状况是,由于人口结构的变化和经济全球化,社会经济基本结构发生了巨大变化。一旦社会经济动摇,社会保障就更凸显出其重要的作用。但是,社会保障也是建立在社会经济基础上的一个组成部分,并受到社会经济的制约。而且,人们对于改革的期待也是同床异梦,假如你想要改变利益的均衡状态(status quo),那么就会招致增加了负担的人们的强烈反对。因此,在现实中政策无法做出根本性的调整,于是问题也就一拖再拖,又进一步加剧了人们的闭关自守思想和对将来的不安,造成一种恶性循环。

就拿医疗这个主题而言,医疗政策的基本命题就是如何把握好医疗的质素、就医条件和成本这三方面的平衡。医疗技术的进步和人口老化不可避免地会增加医疗费用,而支撑医疗费用的经济却处于低迷状态。在这样的情况下,提供医疗服务的一方就会

大声疾呼“如果不能大幅度增加医疗费用,就无法维持医疗服务的质量和就医条件了”;而支付费用的一方则强调“巧妇难为无米之炊”,拒绝增加医疗开支;于是国民们就会对医疗服务表示不满。这样的恶性循环将会导致使决策陷于胶着状态的危险。其结果,在医疗提供部门士气下降的同时,值得在世界上骄傲的国民皆保险及其支付额度也会变得日趋贫乏。

那么我们应该如何做才行呢?有人说“围绕医疗的各种问题已经十分清晰,接下来就看我们如何行动了”。我并不这么认为。医疗制度的结构是复杂的,要找出结构组成因素的相互关联,抓住问题的本质,然后制定出相应的措施并不是件容易的事情。政策无法进行大刀阔斧的改革,其最大理由不就是因为大家对于医疗问题本质的认识本身没有达到一致,对改革的必然性和方向性缺乏一个强有力的共识么?如果我这么说有道理,那么即便是大绕弯子也应该回到起点上来,重新确定制定日本医疗制度和政策的“立足点”,着眼于将来,对围绕医疗制度该坚持什么,该改革什么问题进行反复探讨,然后找出“共识”,除此之外别无他法。现在,我们需要做的不正是要建构起一个能够共同来探讨这些问题的平台么?

本书虽然名为《日本的医疗——制度与政策》,但并不是一本对日本的医疗制度和政策进行概括或评论的书。也不是将已经发表的论文汇总编辑而成的论文集,而是从上述问题视点出发,对日本的医疗制度和政策的现状进行系统性的论述。本书的分析视角和结构将在序章中论述,简单介绍的话大致如下:在序章中,以围绕医疗定量配给(设定先后次序)的讨论为素材,弄清有关医疗制度和政策的问题所在。Ⅰ部“历史”,主要介绍日本医疗制度和政策的发展变迁。Ⅱ部“比较”,主要是与各先进国家的医疗制度和政策进行比较。Ⅰ部和Ⅱ部的主要目的是,将历史与比较作为两面镜子,从而清晰地呈现出日本医疗制度的改造和政策课题。Ⅲ部“展望”,大致区分为医疗保险制度与医疗供给制度两个部分,对主要论点进行分析和考察,展望日本医疗制度和政策的未来。而在终章,主要是总结和概括本书的要点、结论及研究课题。本书有以下6个的特点。

第1,内容涉及整个医疗制度。医疗制度由提供服务相关的医疗供给制度和筹措资金、财政预算相关的医疗保险制度两个部分构成。当然,这两个制度并不是独立存在的,是与通过医疗服务在公共保险方面的评估,即诊疗报酬等联系在一起的。但是,这和仅仅依靠财政的退休金制度不一样,它还存在服务性的生产与消费,这就是医疗制度的最大特征。因此,当我们在探讨医疗制度和政策时,有必要对医疗供给制度、医疗保险制度以及诊治报酬进行考察,但是令人感到意外的是在保持三者平衡的基础上进行研究的成果却很少。本书将以三者基本相同的篇幅在对医疗供给制度和医疗保险制度进行探讨的同时,也将对诊治报酬进行详细的论述。

第2,重视历史。历史既是智慧和经验的结晶,也是教训的宝库。本书将从明治时代初期开始,叙述日本医疗制度和政策的历史沿革。因为无论是就业者保险及地区保险这两个体系,还是自由选择就医,抑或是以私立医疗机构为主的医疗供给体制,日本医疗制度最明显的特征是,其基本架构其实在战前就已经形成了。不过,本书的目的并不是要撰写一部医疗制度的通史。与其去追溯日本医疗制度的基本结构如何形成及如何变迁,不如把着眼点放在清晰地刻画出当今政治课题这一目标上。从这个意义上讲,这个历史是立足于今天人们所关心的问题,属于“剪接过”的历史。

第3,虽然题为“日本的医疗”,但是与各先进国家的医疗制度和政策进行比较的内容也占了相当大的篇幅。理由之一,是因为理清了日本医疗制度的结构和政策以后再进行国际间的比较是很有益处的。本书尝试着对主要国家的医疗制度运作进行比较,同时还将对1990年以后世界医疗政策潮流的变迁进行考察。理由之二,是为了能从外国的医疗制度改革中得到启发。不过本书并没有采取从外国的成功例子中寻找政策性的启示的方法,因为如果不对彼此的制度进行认真细致的结构性分析,就会导致“移花接木”的结果。相比较而言,人们多数是从失败的例子中学习。就举一个例子吧,在缺乏统一的公共医疗保险制度的“自然状态”下将会发生怎样的问题,这可以从美国的例子得到很好的启示。

第4,重视与社会经济的关系。医疗制度并非与社会经济毫无

关系的独立存在。当人口结构、经济结构等基础条件发生变化,当然也会要求对医疗制度进行重新评价。不仅是日本医疗政策的历史,世界医疗政策的历史都证明了这一点。当然,医疗制度不仅是社会经济的上层建筑,它有着影响社会经济的一面。进而言之,医疗制度的建构,不单单是一个技术性问题,也关系到日本想要建立怎样的一个社会形象,也就是“国家形象”的问题。为此,必须要从何为社会保险这个基本问题来解释全民保险的意义。

第5,不仅要俯瞰医疗制度和政策的整体蓝图,而且还要对那些看上去微不足道却很重要的论点进行详细的探讨和研究。这是因为,很多时候制度和政策的本质都潜藏在细节部分。比如,企业进行重组的时候与健康保险业的关系,说健康保险业是替政府做着公共事业这种议论是否妥当,这在研究保险机构的管理结构及作用和功能的时候,是一个非常重要的视点。还有,理论上说得再好,如果不能提到实际政务的议事日程上来的话,那也不可能形成政策。本书也将对这方面进行考察。

第6,要根据问题的内容和性质采取不同的分析手法。既然医疗制度和政策作为一种规则而存在,即便要对其进行批判,其前提也是要对现行法律有一个正确的理解。还要根据需要来进行案例分析。本书主要的分析方法就是法学。但是,本书主要的视点在于政策方面,并不是以现行条文为基础来对形式规范进行论述。比如,有关医生不足的原因及其对策,将通过对数据的分析进行实际论证。还有,有关国民健康保险制度所存在的问题,去尝试对户主的职业、所得的分布变化进行分析,找出问题的本质。

本书是一本关于医疗政策的专业学术书。我现在是在做研究了,原来做过行政官员,从事过政策的规划和起草的工作。不过在转行做研究工作以后仍还隶属于厚生劳动省的政策研究机构,现在只是以政策研究的名义在大学里挂名而已。近十年来我一直在思考这样一个问题,所谓政策研究究竟是什么?它是否可以作为一门专业的研究领域?我的结论是,政策研究虽然有其固有的存在意义,但有必要将政策研究本身具体地展示出来。本书就是一个“医疗政策版”。此书的评价只有任凭读者们的判断了,对我而言,自认为写是为了写出一部具有学术价值的东西而倾注了自己

的心血。同时,衷心希望不仅是学者与医疗相关人士,普通社会人士以及学生也能够读一下这本书。因为医疗制度是国民的共同财产,要建立怎样一个医疗制度,最终还是归结于国民的选择。因此,我在写作时注意在用词和表达方面尽量做到简洁明了。比如,读者读了序章和第Ⅰ部,就可以大致了解有关医疗的问题所在和日本医疗制度及政策的概要。然后在此基础上再阅读第Ⅱ部,就可以全方位把握到日本医疗制度和政策的特点了。第Ⅲ部或许会感到有些难度,但我在自己觉得比较难以理解的地方会多用一些篇幅来仔细叙述。还有,在各部各章的开头都会介绍一下该部该章所要论述的内容要点,同时在必要的地方还对所做的论述进行整理和概括。再有就是,有些事项对于专家们而言是重要的,但对一般读者而言则显得烦琐了,这时我会加些注释,做一些平衡。

围绕医疗政策问题的变化令人眼花缭乱。但既然是出版一本书那就必须要设定某一个时间段,这也是出版有关政策问题图书的宿命。此书虽然尽可能去反映最新的法令法规的信息,但由于出版校对等原因,最新的数据也是2010年底之前的数据。不过,①本来应该都改用最新数据的,但一些不会引起争论的数据,即便有点旧也还是照搬使用了。②有关国外的医疗制度改革,原则上是根据2010年6月之前的信息,请各位务必谅解。另外,我在书中不顾自己才疏学浅,论及许多方面,在这方面的各位专家看来,肯定有许多地方把握不正确、叙述有误,或忽略了重要文献资料等等,还请各位方家不吝赐教,直言不讳地批评指正。

这本书的出版得到了各方人士的支持与帮助,由于关系到此书写作及出版的全过程,所以感谢之辞将在后记里再表述了,不过,在此我首先要感谢东京大学出版会以及编辑部的宗司光治。该书的出版比原定的日期推迟了很多,页数也大大超过了预计的篇幅,而且到了最后的阶段我还要求调换章节。如果没有东京大学出版会宗司光治的理解和宽容,该书也不可能以这样的形式付梓出版。在此谨表深深的感谢。

岛崎谦治

2011年2月

目 录

前言 / 1

序章 问题所在与分析视角 / 1

1 问题所在 / 1

2 本书的分析视角 / 18

第 I 部

历史——日本医疗制度的沿革

第 1 章 医疗制度基础的形成期 / 29

1 概况 / 29

2 医疗制度的制定及意义 / 30

3 医院数量变化与日本医院、医学教育等的特征 / 31

4 健康保险法的创设 / 35

5 国民健康保险法的创设 / 40

6 医疗实施组织及诊疗报酬的支付方式 / 43

7 战时体制下医疗供给体制和医疗实施组织等的改革 / 45

第 2 章 医疗制度的建立与发展时期 / 48

1 概况 / 48

2 GHQ 主导的医疗改革及其评价 / 49

3 战后各种审议会的建议及其意义 / 51

4 实现国民皆保险的进程 / 54

- 5 实现国民皆保险后改善支付与保险财政的恶化 / 60
- 6 有关实现国民皆保险后进行医疗保险制度彻底改革的讨论 / 62
- 7 保险医疗实施组织及诊疗报酬 / 64
- 8 医学教育改革与医疗关系身份法 / 69
- 9 医疗机构的配备——由以“公”为主向以“私”为主转换 / 71

第3章 医疗制度改革期 / 75

- 1 概况 / 75
- 2 国民健康保险的变化与老人保健制度等的建立 / 76
- 3 医疗供给结构的变化与修改医疗法 / 84
- 4 1980年代后半到现在为止的医疗制度改革 / 99
- 5 日本医疗制度的结构 / 109

第Ⅱ部 比较

——医疗制度和政策的国际比较

第4章 医疗制度与政策的国际性比较——总论及德国的医疗制度改革 / 117

- 1 国际比较的意义及本章的结构 / 117
- 2 从国际比较视角评价日本医疗制度 / 118
- 3 各先进国家医疗制度改革趋势 / 123
- 4 德国的医疗制度改革 / 131
- 5 国际比较所看到的日本医疗制度和政策的课题与焦点 / 145

第5章 美国的医疗制度改革——奥巴马总统的改革与政策性启示 / 150

- 1 序言 / 150
- 2 美国医疗制度的基本结构 / 151
- 3 医疗制度改革法的内容及今后的展望 / 159
- 4 美国医疗制度改革在政策上对日本的启示 / 167

5	结束语	/ 173
---	-----	-------

第6章 瑞典的医疗制度改革对日本的启示 / 174

1	序言	/ 174
2	医疗制度的基本结构与宣传评价	/ 175
3	1990年代初至今的医疗制度改革	/ 180
4	瑞典医疗制度改革对日本在制定政策上的启发	/ 188
5	结束语	/ 192

第Ⅲ部 展望

——医疗制度改革的方向与政策选择

第7章 医疗保险制度的基本问题 / 195

1	序言	/ 195
2	社会保险方式的本质、意义及论点	/ 196
3	就业人员保险与地方保险两大支柱体系	/ 205
4	医疗费财源	/ 216
5	有关混合诊疗探讨的本质与政策论	/ 227
6	结束语	/ 240

第8章 各医疗保险制度的结构及政策课题 / 243

1	序言	/ 243
2	就业人员保险制度	/ 245
3	国民健康保险制度	/ 259
4	高龄者医疗制度	/ 272
5	结束语	/ 285

第9章 医疗供给制度的结构与改革的方向性 / 287

1	序言	/ 287
2	以患者为中心的医疗以及医师与患者的关系	/ 288
3	医疗机构的分工与合作,家庭医生的意义和必要性	/ 296
4	确保医生及护士等人力资源与重新认识职能范围	/ 305

5 医院的创办主体及其管理——以公立医院改革为中心 / 322

6 结束语 / 337

第10章 医疗供给制度的改革方法 / 339

1 序言 / 339

2 医疗供给制度改革的困难性和改革方法的分类 / 339

3 通过医疗报酬进行的改革 / 344

4 诊疗报酬以外的医疗供给改革方法 / 355

5 结束语 / 371

终章 总结——摘要、结论及今后的课题 / 373

1 归纳与结论 / 373

2 课题 / 384

参考文献 / 387

序章 问题所在与分析视角

1 问题所在

(1) 俄勒冈计划与定量配给问题

让我们追溯到 20 多年前的 1987 年。当时,在美国俄勒冈州,一位名叫科比的身患白血病的儿童由于未能接受骨髓移植手术而不幸夭亡。美国是发达国家中唯一一个缺乏统一的全民医疗保障制度的国家。不过,美国设立了由联邦政府负责的以老年人为对象的医疗护理制度,以及由联邦政府和州政府共同运作的以低收入者等为对象的医疗补助制度。少年科比一家那时正是医疗补助的对象。然而,当时俄勒冈州以财政困窘为由,限制发放与器官移植相关的医疗补助。科比一家以及帮助他们的好心人士向政府申请解除对骨髓移植手术相关医疗补助的限制,但未成功。于是他们发起募捐活动以筹措手术所需的资金。遗憾的是就在募捐活动进行的过程中科比病情恶化,结束了 7 年短暂的生命。

这一事件被在全美报道,引起了很大反响。俄勒冈州议会议长基斯哈柏(John Kitzhaber,急诊医学专家,后为俄勒冈州州长)积极面对这一问题,并促成了从议会到草根市民阶层对其的广泛探讨。之所以这么做,是因为这一问题触及了医疗政策的根本——何为医疗资源的合理分配。随后,在 1989 年的俄勒冈州议会上,各方人士超越了党派分歧,共同总结制定了如下法案:① 扩大医疗补助对象的范围,将联邦政府设定的贫困标准线以上的孕妇等人群也纳入医保对象中;② 要求雇主承担提供基础保险的义务;③ 为因有病史而难以加入商业保险的低收入者设立“高风险者基金”

(The high-risk pool);④ 将成本效果低的医疗项目从医疗补助支付的对象中排除。其中①到③项内容改善了低收入者等人群的就医条件。这一法案并非单纯以削减医疗补助为目的,但是引起医疗相关人士高度关注的是第④部分(以下将其简称为“俄勒冈计划”)。其中的成本效果测定及先后排列次序是根据 Box 0-1 所示的方法实行的,而其最基本的思路是将医疗行为的成本效果进行数量化,并按数据排列出先后次序,然后再根据预算限制,把一定基准线以上的医疗措施纳入补助支付的范围,而将基准线以下的排除在补助对象之外。简而言之,俄勒冈计划的本质其实就是医疗资源的定量配给(rationing:定量配给·设定先后次序)①。

Box 0-1

俄勒冈计划的优先次序排列方法

俄勒冈计划中优先次序排列方法的要点如下。

1. 按“症状与相应治疗措施的配套”(例如:阑尾炎与阑尾切除手术)划分诊断程序(1989年的原方案中为696种。之后修改为709种,1995年修订版中为745种)。

2. 对各“症状与相应治疗措施的配套”,就治疗后的QWB (quality of well-being:健康状态质量)与未进行治疗的QWB之间的差进行计算。

QWB的计算方法如下:

$$QWB = \text{健康状态的效用} \times \text{特定健康状态的发生率}$$

健康状态的效用是指对效用进行一个评分,以阑尾切除手术为例:完全治愈(1),生存但伴有腹痛(0.747),生存但伴有呕吐等症状(0.63),死亡(0)。特定健康状态的发生率是指完全治愈、后遗症、死亡的发生概率。

① 由于定量配给一词带有负面的语感,因而有不少人使用“设定先后等级次序”(priority setting/prioritization)一词。有许多与定量配给相关的文献。关于俄勒冈计划,除本书以引用、介绍的久繁(1992)的研究之外,还请参阅 Strosb et al. (1992)、李(1998)、Oberlander(2006)。关于各国优先次序的讨论请参阅 Ham and Robert(2003)、东北大学大学院医学系研究科(2000)。关于理论性的问题点等请参阅桥本(2005)、福井等(2003)、儿玉(2005)。另外,“效果”(effectiveness)正确的说法也许应该是“效用”(utility),不过分析名称并不一定有统一的定义(请参照桥本,2005,26页以下)。

3. 将治疗后的 QWB 与未进行治疗的 QWB 的差乘以时间(生存年数),从而计算出治疗的“效果”,再将其除以“费用”,从而使成本效果数量化。

4. 然而,若只是单纯地按成本效果排列,则会使一些挽救生命的治疗得到的评价过低(例如:由于阑尾切除手术的费用远高于补牙费用,导致其被排在补牙手术之下)。因此,俄勒冈州根据民意调查等的结果,在原来的基础上加入了社会重要性的要素。具体来说就是将 696 种“症状与相应治疗措施的配套”分为 17 项(三大类),并在① 必要服务(其中等级最高的是“急性·致命性病症的治疗”项);② 重要服务;③ 对部分群体有价值的服务(其中,等级最低的是“对 QWB 改善效果最低或对改善毫无裨益的治疗”)这三大类中进行等级划分。

5. 通过上述过程,将 696 种“症状与相应治疗措施配套”的成本效果由高到低按序排列,当次序出现与直觉相反等不合理的情况时,再进行调整(“人工手动”调整高低次序),确定次序。至于到哪一顺序为止可享受补助(补助配给的界限)则由议会决定。

(注)上述信息是以久繁(1992)、岛崎(1994b)研究成果为基础整理归纳出来的。

笔者曾于 1994 年 4 月与基斯哈柏会过面,也曾斗胆向他请教说“俄勒冈计划会不会分得太简单了”。他这样回答道:“这确实是个伤脑筋的问题。可是我们也不能将税款光用在医疗上,而且州民们都反对加税。这样一来,我们还能有什么选择呢?举个例子,假设这里只有 10 万美金,那么是将这笔钱支付高额的医疗费用来救治一个人,还是用于孕妇医疗项目从而挽救 100 个母婴呢?在这种两难的窘境下,我们也只能选择后者了吧。”

令人感到意外的是,州内对于俄勒冈计划并没有太大的反对声(Henderson, 2005, p.427)。然而,俄勒冈计划却在全美一石激起千层浪。比如,1992 年 8 月布什总统要求停止实行这一计划。理由是,这一计划的判断基准重视治疗行为对“生活质量”的影响,使得可能造成功能性障碍后遗症的治疗行为排名很低。而这违反了