

社会保障研究
Social Security Studies
ISSN 1674-4802, CN 42-1792/F

《社会保障研究》网络首发论文

题目：日本医疗费用合理化计划的政策变迁及经验启示
作者：邓世康，王培刚
网络首发日期：2022-10-26
引用格式：邓世康，王培刚. 日本医疗费用合理化计划的政策变迁及经验启示[J/OL]. 社会保障研究. <https://kns.cnki.net/kcms/detail/42.1792.F.20221025.1735.002.html>



网络首发：在编辑部工作流程中，稿件从录用到出版要经历录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿等阶段。录用定稿指内容已经确定，且通过同行评议、主编终审同意刊用的稿件。排版定稿指录用定稿按照期刊特定版式（包括网络呈现版式）排版后的稿件，可暂不确定出版年、卷、期和页码。整期汇编定稿指出版年、卷、期、页码均已确定的印刷或数字出版的整期汇编稿件。录用定稿网络首发稿件内容必须符合《出版管理条例》和《期刊出版管理规定》的有关规定；学术研究成果具有创新性、科学性和先进性，符合编辑部对刊文的录用要求，不存在学术不端行为及其他侵权行为；稿件内容应基本符合国家有关书刊编辑、出版的技术标准，正确使用和统一规范语言文字、符号、数字、外文字母、法定计量单位及地图标注等。为确保录用定稿网络首发的严肃性，录用定稿一经发布，不得修改论文题目、作者、机构名称和学术内容，只可基于编辑规范进行少量文字的修改。

出版确认：纸质期刊编辑部通过与《中国学术期刊（光盘版）》电子杂志社有限公司签约，在《中国学术期刊（网络版）》出版传播平台上创办与纸质期刊内容一致的网络版，以单篇或整期出版形式，在印刷出版之前刊发论文的录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿。因为《中国学术期刊（网络版）》是国家新闻出版广电总局批准的网络连续型出版物（ISSN 2096-4188，CN 11-6037/Z），所以签约期刊的网络版上网络首发论文视为正式出版。

日本医疗费用合理化计划的政策变迁及经验启示*

邓世康 王培刚

(武汉大学人口与健康研究中心,湖北武汉,430071)

摘要:为全面有效缓解医疗费用不合理增长问题,自2008年起,日本已累计颁布实施三期医疗费用合理化计划。日本医疗费用合理化政策历经准备、探索、成形三个阶段,其指标的构建与变更、实施的方向与内容均以国民健康促进和医疗服务效率提升两方面为重点。经过基于当前与预期数据的政策评估,接续推进的多期计划无论是在作为结果的医疗费用指标上,还是在作为过程的细分领域指标上均取得了显著成效,在问题溯源、组合施策、部门联动、服务延伸、对象覆盖方面积累了有益经验,但也存在费用增长归因不够精准、指标设置缺乏指引、地方落实适应性和创新性不足、政策失灵风险较大等突出问题。日本的实践为我国在目标体系、沟通机制、协同体制、评估机制方面创新推进医疗费用合理化提供了重要的政策启示。

关键词:医疗费用;政策过程;健康促进;健康中国;日本

一、引言

“看病难”“看病贵”一直是困扰我国医疗卫生事业发展的难题^[1]。经过两轮医疗卫生体制改革“洗礼”,这两类问题虽得到一定缓解^[2],但还未彻底改观^[3]。如果说,“看病难”问题可以通过增加医疗卫生资源供给、提升基本医疗卫生服务均等化水平加以解决,那么“看病贵”则需要在保障“看病易”的基础上^[4],尽可能抑制医疗费用的失序性膨胀,降低人民群众乃至社会整体的不必要医疗卫生支出,让本该投在科技、教育、生态等领域的财政资源不被医疗费用“黑洞”抽离^[5]。因此,无论是“旧医改”还是“新医改”^①,管控医疗费用不合理增长都是医疗、医保、医药政策必须实现的核心目标之一。

为有效治理医疗费用过度增长,推动医疗卫生资源总量、医疗费用总量与经济发展水平、医保基金支付能力相适应,我国曾开展过大量的政策干预,其内容涵盖需求侧的城乡居民基本医保制度整合、基本医保支付方式改革、医保基金监管制度体系改革,供给侧的分级诊疗制度建设、公立医院综合改革、药品集中带量采购等。其中,2015年,原国家卫生计生委等5部门联合印发《关于控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见》^[6],具体罗列了规范医务人员诊疗行为等8项直接性控费举措,提出了到2017年的阶段性目标。然而,诸如此类政策的措施是否得到及时跟进?实施效果如何?是否实现了各地监测指标的定期公开排序?从目前来看仍留有未知。

* 本文系国家社会科学基金重大项目“全面推进健康中国建设的战略方向与动力机制研究”(21ZDA104)的阶段性成果。

① 1985年4月,国务院批转原卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》,提出“多方集资,开阔发展卫生事业的路子”,这标志着“旧医改”的开始,当年也被称为“中国医改元年”。“新医改”则正式启动于2009年3月,以《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发〔2009〕6号)的出台为标志。

日本在通过专项政策控制医疗费用不合理增长上积累了较为成熟的实践经验,取得了一定的成效。特别自 2008 年起,日本启动实施了三轮全国医疗费用合理化计划(简称“合理化计划”),在多阶段的政策革新中,逐步构建起基于“指标监测—过程管理—效果评估—调整优化”的干预模式。本文通过梳理日本医疗费用合理化政策的历史背景及演进脉络,深入研究日本的经验及教训,为我国加快破解医疗控费深层次难题,促进医疗费用合理化增长提供参考。

二、日本医疗费用合理化计划的历史基础

日本的医疗费合理化政策在经济状况、主导力量、供需结构等因素的变动和交叠影响下产生、发展和演变。如图 1 所示,国民医疗费用与国民总收入的比率(医疗费用占比)呈逐年波动上升趋势,这表示,与国家收入规模相比,国民医疗费用在绝对比重上显著增加(从近 4% 上升到 11% 以上)。不过,这一占比的变动既有相对稳定的时期,也有急速增长的时期:若在医疗费用增长的同时经济保持良性增长,医疗费用占比趋于平稳;反之,若在医疗费用增长的同时经济陷入低迷甚至增长停滞,医疗费用占比则加快上升。此外,结合历次主要医疗费用相关政策的实施时点,可以发现一条显而易见的规律,即当医疗费用占比在经历“保持平稳—快速上升”后,会有新的控费政策引入,医疗费用增长由激增期逐渐转为稳定期,从而新的政策阶段得以形成。据此,可将第二次世界大战后日本的医疗费用合理化政策史大致划分为以下三个阶段^[7]。

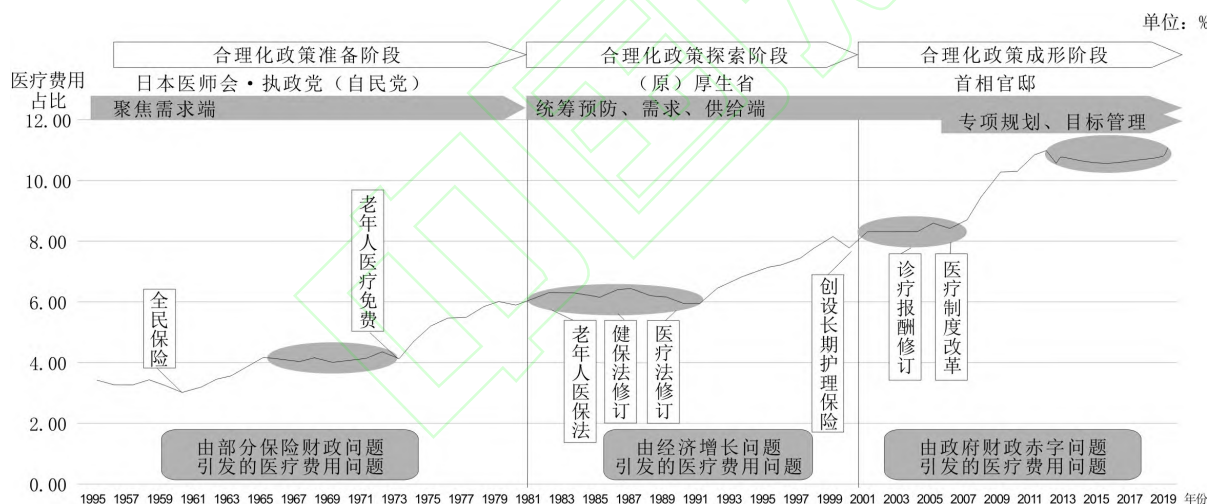


图 1 日本医疗费用合理化政策的历史阶段

资料来源:印南一路. 医療費適正化政策を考える [EB/OL]. (2017-08-01) [2022-08-29]. https://www.myri.co.jp/publication/myilw/pdf/myilw_no94_feature_3.pdf.

第一个阶段是合理化政策准备阶段(20 世纪 50 年代至 70 年代)。第二次世界大战后日本经济开始复苏、腾飞。1961 年,国民全覆盖的健康保险制度正式实施,国民医疗费用增长加快。但由于同期经济增速较高,医疗费用占比相对稳定。1961—1972 年,医保报销范围不断扩大、医保赔付比例提升、医院和医生数量不断扩充。1973 年,日本对 70 岁以上老年人实行免费医疗,这一年被称为“福祉元年”^[8]。然而,同年,石油危机爆发,日本经济从高速增长期(近两位数增速)过渡到平稳增长期(增速仅有 4% 左右),老年人医院和病床数量呈现过剩状态,以老年人医疗费用为主的总体医疗费用激增。第一阶段的医疗费用政策主要聚焦需求侧,其主导权由日本医师会和执政党掌握。虽然医疗费用不合理问题已有所显露,但只体现在部分保险类

型的赤字问题中,如政管健保(现在的协会医保)、国民医保等^①。

第二个阶段是合理化政策探索阶段(20世纪80年代至21世纪初)。受世界范围内重建社会保障理念的影响^②,日本根据1981年第二次临时行政调查会^③的资政意见,调整了全国医疗费用的国民负担比例^④,并接连实施医疗法修订、地区医疗计划制定、病床总量控制、医学院招生名额削减等措施。此后,日本进入泡沫经济时期,医疗费用占比趋于稳定。1991年,泡沫经济崩溃,日本经济开始从平稳增长期向低速增长期过渡。此时,医疗费用没有停止增长,加之因政权不稳定,政府未能实施有力连贯的医疗费用控制政策,日本的医疗费用占比急剧上升,此情形与70年代末期极为相似。与第一阶段需求侧导向相比,第二阶段的医疗费用政策采取了统筹预防、需求、供给的策略,且行政部门(厚生省)开始掌握主导权,医疗费用膨胀得到一定程度抑制。然而,在经济陷入低迷后,医疗费用不合理问题呈现扩大化倾向。

第三个阶段是合理化政策成形阶段(21世纪初至今)。小泉内阁在内阁府经济财政咨询会议意见基础上,采取了削减诊疗报酬^⑤、实施药价制度改革、推动制定地区医疗构想等强有力的举措。仅从延续至今的药价制度改革可以看出,作为医疗费用政策的指导性意见,历次经济财政咨询会议提出的“骨太方针”(经济财政管理改革基本方针)^⑥对厚生劳动省的政策议程仍具有较强的影响力。在开展医疗制度改革后,2008年,日本制定并实施了第一期医疗费用合理化计划,设定了特定健康检查实施率和平均住院天数的目标值。与过去两个阶段相比,第三阶段导入了专项规划和目标管理制度,政策实质主导权上升至首相官邸^⑦^[9],医疗费用不合理问题与政府累积财政赤字问题紧密关联。

三、日本医疗费用合理化计划的实践过程

为执行上位法——《老年人医疗保障法》(《高齢者の医療の確保に関する法律》)^⑧的要求,第一期(2008—2012年)、第二期(2013—2017年)、第三期(2018—2023年)医疗费用合理化计划旨在运用编制、实施、检查、评估、改善的政策循环流程(如图2所示),制定国家在维护国民健康和促进医疗保健有效提供两方面的目标及措施,有序推进国民医疗费用支出的全面规范化。

① 目前,日本国民全覆盖公共医疗保险制度由3种保险类型组成,分别是覆盖75岁以上老人的高龄医保,覆盖正式雇员的雇员医保,以及覆盖非正规雇员、自我雇佣者、老年人及其他人群的国民医保。其中,雇员医保又被细分为覆盖公务员的共济医保,覆盖大型企业雇员的组合医保,以及覆盖中小企业雇员的协会医保。

② 受20世纪70年代以来全球石油危机爆发带来的严重经济滞胀影响,福利国家财政不堪重负,包括撒切尔政府、里根政府在内的主要西方国家政府开始改革社会保障制度,削减福利开支,降低社会福利水平。

③ 为适应经济社会形势变化,调查审议行政管理改善事项,日本于1961年设置临时行政调查会,其委员须经两院同意,由内阁总理大臣任命。第二次临时行政调查会于1981年召开,为达成铃木善幸内阁提出的“非增税财政”目标,开展了关于国有企业民营化、消解3K(米价、国有铁路、健康保险)赤字等方面的审议。

④ 例如,在1927年日本实施公共医保制度时,雇员医保的被保险人无需自付。1943年开始,制度要求被保险人实行定额自付。1984年被保险人需要按固定费率负担10%,1997年需负担20%,2003年至今需负担30%。

⑤ 诊疗报酬是指结合医疗保险机构等的诊疗行为和服务的点数评价结果,医疗保险基金按照特定换算比例支付的报酬。在公共医疗保险适用范围内的诊疗行为和服务拥有各自对应的点数,1点数的单价为10日元,某项诊疗行为的报酬则等于单价乘以其在《诊疗报酬点数表》中对应的点数。

⑥ 这一基本方针由经济财政咨询会议决定,其具体执行策略由行政部门制定。2001年,时任财务大臣宫泽喜一将咨询会议的结论比作“骨太”(含有骨骼和主轴的隐喻),由此该方针被称为“骨太方针”。

⑦ 这里的“首相官邸”并不是指具体的建筑物、地点,而是指以首相及其直属机构为代表的权力中枢,它包括首相、内阁主要成员、执政党最高层以及首相辅佐机构(如内阁官房、内阁府)等。

⑧ 日本于1982年8月出台该法,于2006年、2008年对其进行修订,旨在通过保障老年人的适当医疗和保健服务、调整医保费用负担等,增进老年人的健康福利。

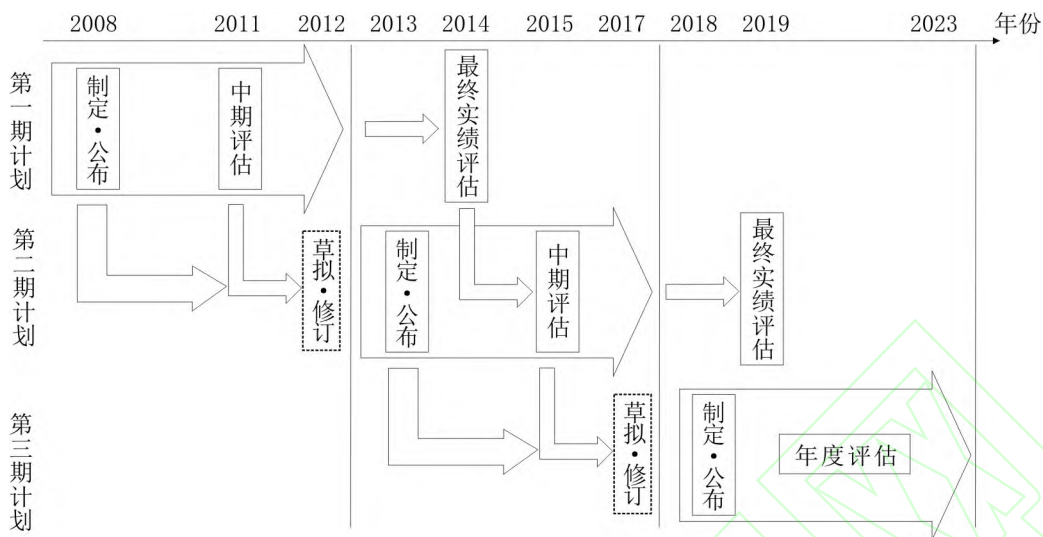


图2 日本医疗费用合理化计划的政策过程

资料来源：厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室. 医療費適正化計画担当者説明会（全般）[EB/OL]. (2012-08-06) [2022-08-29]. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000190967.pdf>.

（一）政策指标的设计与变更

为实现医疗费用在合理区间内增长，日本计划兼顾当前与长远，统筹实施了覆盖人群全生命阶段的控费策略。一方面，着眼长期的国民健康促进，从较早生命阶段开始预防慢性病，减少国民前往医院就诊的需求，并进一步抑制重症化和并发症产生的可能性，减少潜在住院人数，从而降低门诊治疗率和住院治疗率。另一方面，着眼中短期的医疗服务提供效率，对疾病急性期住院需要和慢性期住院需要分别施策。针对急性期住院，主要是推进医疗机构的功能分化和交叉合作；针对慢性期住院，则主要将疗养病床中主要需要长期护理的高龄住院患者的病床转设为护理保险设施，以缩短住院时长、控制病床数量、节约医疗费用。

如表1所示，基于上述两方面，第一期计划设置的指标包括：与国民健康促进相关的特定健康检查实施率、特定保健指导实施率^①、代谢综合征患者及高危人群的减少率，与促进医疗服务有效提供相关的平均住院天数、疗养病床的数量。由于从疗养病床向护理保险设施的转换工作难以取得实际进展，第二期计划不再对疗养病床进行机械性削减，而是通过分化医院职能和强化病床功能、推进家庭诊疗、地区护理等方式缩短医疗机构的住院时间。此外，第二期计划没有改变特定健康检查实施率、特定保健指导实施率的目标值，但提升了代谢综合征适用人群及高危人群减少率、平均住院天数的目标值水平，增加了预防癌症、循环器官疾病等慢性病的控烟对策指标（未设定数值目标），将疗养病床数量替换为仿制药使用比例。第三期计划在国民健康促进方面新增了预防接种、慢性病重症化预防以及支持保险机构发展保健事业等定性指标，在医疗服务提供效率方面删去了平均住院天数指标，新增推进医药品合理使用的指标。

综合三期计划的指标内容，可以发现如下变化：指标的绝对数量及其对应目标水平稳中有升；指标属性方面，从过去严格以定量指标为主转变为定量与定性指标相结合；管理对象方面，由侧重医疗服务提供和硬件设施配备环节转变为侧重医用药物的使用和分配环节。

^① 向参保人提供特定健康检查和特定保健指导是各保险机构的法定义务。

表 1 日本医疗费用合理化计划的指标体系

第一期医疗费用合理化计划(2008—2012年)	
国民健康促进相关指标	1.特定健康检查实施率达到70%以上;
	2.特定保健指导实施率达到45%以上;
	3.代谢综合征患者和高危人群减少率达到10%以上
医疗服务效率提升相关指标	1.各都道府县平均住院天数和由长野县保持的最短住院天数记录的差距缩小1/3;
	2.减少疗养病床数量
第二期医疗费用合理化计划(2013—2017年)	
国民健康促进相关指标	1.特定健康检查实施率达到70%以上;
	2.特定保健指导实施率达到45%以上;
	3.代谢综合征患者和高危人群减少率达到25%以上(相较于2008年);
	4.控烟对策
医疗服务效率提升相关指标	1.平均住院天数由各都道府县依据本地医疗计划中的基准病床数等指标自主设定;
	2.仿制药使用比例达到60%以上(到2017年末)
第三期医疗费用合理化计划(2018—2023年)	
国民健康促进相关指标	1.特定健康检查实施率达到70%以上;
	2.特定保健指导实施率达到45%以上;
	3.代谢综合征患者和高危人群减少率达到25%以上(相较于2008年);
	4.控烟对策;
	5.预防接种;
	6.慢性病的重症化预防(预防糖尿病重症化等);
	7.其他疾病预防和健康促进措施(如对个体的激励措施)
医疗服务效率提升相关指标	1.仿制药使用比例达到80%以上;
	2.推进药品合理使用(规范重复用药等)

资料来源:石橋未来.医療費適正化計画は地域の課題を解消するか:地域の実情に応じて予防などの取組を着実に進めることが求められる[EB/OL].(2018-06-04)[2022-08-29].https://www.dir.co.jp/report/research/policy-analysis/social-securities/20180604_020129.pdf.

(二) 政策实施的方向与内容

1. 国民健康促进:以开展特定健康检查和特定保健指导为重点

特定健康检查和特定保健指导旨在通过低成本的健康诊断、健康教育等二级预防手段,实现慢性病的早期发现和早期干预,从而减少因罹患慢性病而被迫前往医疗机构就诊甚至住院的可能性,其实施对象覆盖全国40岁以上至75岁以下的医疗保险参保人。两项措施的关联在于:在完成特定健康检查约1~2个月后,保险机构会向参保人(或被扶养人)提供健康检查结果,并根据结果生成的生活习惯改善建议。此外,按照原先设定的筛选基准,如果个体被判定为代谢综合征患者或高危人员,所在的医疗保险机构还会定向为其推送关于参与后续特定保健指导的通知^[10]。

在上述措施中,保险机构负责制定健康数据计划,存储参保人群的健康诊断数据,并将这些数据运用到以下具体情形。一方面,开展面向个体的干预引导。基于参保人健康诊断数值的历时变化,测量特定健康检查指标的改善情况,验证保健指导的实际效果(而非评价开展次数是否达标)。另外,掌握应诊未诊或长期中断就诊、重复或频繁就诊、非高危但有健康风险等人群的情况,通过访问指导促使其及时与合理就诊。另一方面,开展面向整体的评估示范。结合对数据和实践案例的分析,重新评估并修订特定健康检查项目、特定保健指导标准,与此同时,由保险机构协议会负责收集并公布在特定健康检查实施率、参保人生活习惯改善率等指标上有显著提高的示范案例,表彰成绩突出的保险机构。

为推动保险机构配合医疗费用合理化计划进程,实施高质量健康检查和保健指导,政府提供三个方面的支持。一是协作平台组织支持。国家层面,成立以政府、保险机构、医疗机构合作为主线,以发展健康促进事业为目标的日本健康会议^[11];地方层面,成立都道府县保险机构协议会,其负责支援成员单位开展保健业务、协调联络政府和参保人、联合开展医疗费用分析和评估等事务。二是事业人才经费支持。对参与保健指导的基本人力资源(医生、保健师和注册营养师)进行培训,协助保险机构培养能够规划、实施和评估保健业务的高层次人才,为实施健康检查和保健指导提供财政补助。三是合同标准框架支持。为高效整合保健事业资源,方便更多参保人及被扶养人能够在家附近或工作场所享受特定健康检查服务,协助保险机构签订“职域—地域”集体合同。

除健康检查和保健指导外,合理化计划中需要国家、都道府县一并推进的健康促进工作还包括制定控制吸烟对策和预防接种对策。具体内容包括:支援意愿戒烟者戒烟,预防未成年人吸烟和被动吸烟,宣传普及吸烟和戒烟对健康的影响;推进预防接种科技研发,保障疫苗供应,并通过执行疫苗接种副作用报告制度,提高预防接种的有效性和安全性。

2. 医疗服务效率提升:以优化医疗设施配置和医药用品供给为重点

随着日本医疗卫生技术的发展,医疗服务提供的选择不断丰富,如在住院病床方面,既有针对急性病患者的诊疗病床,也有相当数量针对慢性病患者的疗养病床。然而,医疗服务选项的多样化并不必然带来医疗服务耗费的高效率,非必要医疗设施(病床、机构)的过度扩张、过度区隔以及医药用品的过度消费均可拉低医疗服务效率,进而推高医疗费用。因此,日本计划以各都道府县政府、医疗机构、医保机构为主体,推进医疗设施合理配置和医药用品合理供给。

首先是医疗床位功能的转换重组。医疗机构通过将现有床位中医疗必要性较低的患者住院病床(疗养病床)转换为长期护理床位,平衡医疗保险和长期护理保险支出,提供符合患者状况的适当服务。为保障转换的顺利进行,利用医疗保险基金中的病床转换专项资金等补贴转换所需的整备费用,并面向经营性医疗机构进行年度所得税特殊扣除,设立疗养病床转换支援基金,为因转换而导致资金周转困难的医疗机构(集团)提供融资。另外,降低病床功能转换门槛,放宽病床转换需遵循的固定设施和硬件设备标准,创新设置过渡性疗养病床类型,例如,由医疗保险基金资助设置长期护理准备病床和由长期护理保险资助设置渐进式疗养病床。

其次是医疗机构职能的协同联结。在国家医疗计划中,围绕癌症等5种疾病和急救医疗等5类项目,提出着眼于医疗功能分化的协作体制和从发病到住院、再到回归社区(家庭)的无缝医疗服务模式。一方面,都道府县制定了作为医疗计划延伸的地区医疗构想,其规划内容包括本地区内各类医疗服务未来的需求量、医药机构合理设置数目。另一方面,推进居家医疗和社区护理,完善社区护理服务设施,推广适老化住宅,构建地区综合护理体系,使老年患者尽可能在熟悉的社区继续生活,在提高生活质量的同时缩短总住院时长,进而节省医疗费用。

再次是医用药物耗费的调整优化。为使医务人员和患者放心使用仿制药,在都道府县层面,通过医疗机构、医保机构、政府部门等参与的促进仿制药使用协议会,向广大医务人员、医保机构、参保人推送鼓励使用仿制药的宣传材料,如通知参保人自费负担仿制药和原研药的差额。此外,推进医药品合理使用,通过保险机构协议会支持保险机构与药剂师、处方医生等展开合作,依托点数检查,对参保人用药进行横向品类和纵向时间次数核验,纠正重复过度用(供)药,对于已接受多种药品治疗的参保人,获知其服药状况,及时发现不合理的联合用药。

(三) 政策评估的过程与用途

日本按医疗机构所在地、居民所在地、保险机构所在地三类口径对全国医疗费用进行统计。为从根本上把握计划最终目标的达成进度,国家与地方需定期评估医疗费用的当前值、主要构成、增长情况、变动原因,比较计划期末值的起点预测值和终点实际值。首先是获取基础数据。各都道府县负责从国家提供的来源中^①,提取本地区按性别、年龄及疾病分类的就诊件数或就诊天数、主要疾病治疗率、人均住院天数等现成数据。与此同时,自行收集汇总本地区所属医疗机构数、病床数,以及按保险机构所在地划分的关于实施特定健康检查和特定保健指导的非现成数据。其次是分析使用数据。其流程包括:第一,计算都道府县医疗费用基期值;第二,计算医疗费用合理化前都道府县医疗费用的增长率;第三,估计合理化前都道府县医疗费用的末期值;第四,估计各门类合理化举措的单项贡献值;第五,计算实施医疗费用合理化措施后的总贡献值;第六,估计合理化后都道府县医疗费用的末期值;第七,(本期计划结束后)计算合理化后都道府县医疗费用的末期值;第八,将本地区医疗费用与全国平均值及其他都道府县的值进行比较,分析自身与医疗费用增长速度较低的都道府县及附近都道府县的差异及其产生的原因,总结政策成效。

计划第一期和第二期时,都道府县在计划期第三年开展中期评估^[12],在计划期末年的下一年度开展最终评估,向厚生劳动大臣报告并公布评估结果,厚生劳动省则在各都道府县评估结果的基础上进行全国整体性评估。然而,到计划第三期时,厚生劳动省不再要求各都道府县开展中期评估,而是将每年的内部进度管理改为年度公开评估(不包括计划期末年和最终评估年)。不过,无论是中期(年度)评估还是末期评估,均需进行以计划举措执行情况为核心的进展评估和以细分目标实现情况为中心的实绩评估,以进一步考察目标达成和措施执行之间的因果关系,检验计划真实成效。

一方面,评估结果可用于修订本期计划。中期(年度)评估结果侧重于反映既定目标的可完成性及其对应实现措施的合理性。若发现计划中存在难以达成预期效果的指标,则要分析其主要原因,对实现此类目标已采取的措施进行审查,分别对计划的目标值及其举措进行更新和调整。另一方面,评估结果可用于制定下一期计划。与中期(年度)评估结果不同,最终评估结果侧重于反映目标框架设计的科学性,若上一期计划中存在无法实现国民健康促进或医疗有效提供的目标,进而无法促进医疗费用合理化,则要在新一期计划编制中考虑对原目标体系进行修改乃至大幅度更换^②。

四、日本医疗费用合理化计划的实效、经验与不足

(一) 日本医疗费用合理化计划的实效

本文以目前厚生劳动省公开的最近评估结果为例(见表2),分析日本医疗费用合理化计划的实效。第二期计划制定时,假设在未推行医疗费用合理化计划的情况下,以2012年度推测医疗费为基准,推测2017年度的医疗费约为47.0兆日元;反之,在进行医疗费用合理化相关措施后,推测2017年度的医疗费减至约45.96兆日元;第二期计划结束时,2017年度的医疗费预期实绩约为43.1兆日元,与第二期医疗费合理化计划的差额约为2.86兆日元。即使在修正2012年度和2017年度的医疗费用,实际值与推算值的差距(2.23兆日元)仍然明显,这表明第二期计划控制医疗费用增长的效果已超出预估水平。

① 推算都道府县医疗费用所使用的数据来源包括但不限于:患者统计、国民医疗费、医院报告(厚生劳动省政策统括官提供);医疗费动向、后期高龄者医疗事业年报、国民健康保险事业年报、健康保险·船员保险事业年报(厚生劳动省保险局提供);各都道府县未来估算人口(国立社会保障·人口问题研究所提供);人口普查、估算人口(总务省统计局提供)。

② 除上述两者外,评估结果还被用于优化合理化计划外的相关医疗政策。例如,厚生劳动省在与都道府县就各地诊疗报酬设定协议进行会商时,从各都道府县间公平提供适当医疗的原则出发,参考合理化计划评估结果,实施诊疗报酬差异化给付,都道府县可结合自身绩效争取政策倾斜。

表 2 最终评估:医疗费用推测值与实绩的差异(第二期计划)

单位:万亿日元

2012 年度的医疗费用	
推测值(第二期计划制定时的推测值)	39.76
实际值(修正值)	39.21
2017 年度的医疗费用	
推测值:合理化前(第二期计划制定时的推测值)	47.00
合理化后(第二期计划制定时的推测值)	45.96
合理化后的修正值	45.33
实际值:以 2016 年度实绩为基础的预期值	43.10
2017 年度的推测值与实际值的差异	
实际值与修正前推算值的差异	-2.86
实际值与修正后推算值的差异	-2.23

资料来源:厚生労働省.第 2 期医療費適正化計画の実績に関する評価(実績評価)[EB/OL].(2019-03-01)[2022-08-29].<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000517336.pdf>.

说明:考虑到 2012 年度医疗费用的预期值与实际值存在差异,表中以 2012 年度的实际值为基础,对 2017 年度合理化后的估计值进行修正。

此外,合理化计划的实效还反映在细分政策指标上。以过往三期计划中设置的主要定量指标为例:2008—2020 年,与国民健康促进相关的特定健康检查实施率从 38.9% 提升至 53.4%,特定保健指导实施率从 7.7% 提升至 22.7%^①,代谢综合征患者及高危人群减少率为 10.9%,习惯性吸烟人群比例从 21.8% 降至 16.7%,表明参与国民健康促进的人群比例不断提升,健康促进举措的实施效果不断显现;此外,与医疗服务效率提升相关的平均住院天数从 33.8 减少到 28.3(已达成第二期计划目标),仿制药使用占比从 18.9% 增加到 82.1%,表明核心医疗资源负担有进一步减轻的趋势,医药品费用获得进一步削减的空间。

(二) 日本医疗费用合理化政策的经验

1. 问题溯源:医疗费用不合理增长的要因

要获得抑制医疗费用过度膨胀的理论依据,必须首先厘清医疗费用增长的主要来源构成。根据厚生劳动省对 2001—2017 年日本医疗费用增长率的因素分解结果(如表 3 所示)可知:“人口增长”和“诊疗报酬调整”^②负向影响医疗费用增长率,是推动医疗费用下降的要因,因而国家人口数量增长并不必然导致医疗费用的膨胀,并且,厚生劳动省对诊疗报酬的定期调整有利于减少国民医疗费用;“人口老龄化”“其他”(医疗技术进步、患者自费比例等)是促使医疗费用增长率上升的要因,人口结构变化、高价值服务出现、患者自费比例扩大等很有可能通过正向影响众多个体和家庭的医疗支出而推高国民医疗费用。

“人口老龄化”始终是合理化计划的出发点和落脚点,其缘由在于:住院医疗费方面,家庭医疗供给缺口的存在使得老年人居家看护疗养率低下,住院疗养用病床数增加,进而导致人均住院医疗费用上涨;门诊医疗费方面,中老年群体慢性病患者和高危人群规模扩大,使得慢性病门诊就诊数量增加,加之慢性病患者平均病程延长,门诊医疗费用上涨^[13]。综上,人口老龄化背景下国民医疗费增长大部分来自老年人医疗费的增长。厚生劳动省预计,到 2025 年,老年人医疗费在国民医疗费中的占比还将继续增加到 50% 左右^[14]。

① 不过,此结果与第一期计划就已定下的目标(特定健康检查实施率达到 70%,特定保健指导实施率达到 45%)仍存在 20 个百分点左右的差距。

② 所谓诊疗报酬修正,是指对医疗保险支付给医疗机构的报酬进行重新调整,重新评估各诊疗行为的基准和点数。诊疗报酬原则上每两年调整一次,药费每年调整一次,由厚生劳动省公布调整方案。

表3 日本国民医疗费用增长的主要因素分解(2001—2017年)

单位:%

	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年
医疗费用增长率	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	-0.5	2.3
人口增长贡献率	-0.1	-0.1	0.0	-0.2	-0.2	-0.2	-0.2	-0.1	-0.1	-0.2
人口老龄化贡献率	1.3	1.4	1.6	1.2	1.4	1.3	1.2	1.0	1.0	1.2
诊疗报酬调整贡献率	-0.82		0.19		0.004		0.1		-1.33	
其他贡献率	1.5	2.2	2.1	2.1	0.4	1.1	0.7	2.9	-0.1	1.3

资料来源:厚生労働省.第2期医療費適正化計画の実績に関する評価(実績評価)[EB/OL].(2019-03-01)[2022-08-29].<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000517336.pdf>.

说明:表格第三至第六行数据分别是人口增长、人口老龄化、诊疗报酬调整、其他等四类因素对当年医疗费用增长率的贡献率。

在具备上述理论依据后,厚生劳动省从合理化计划措施的各细分领域入手,编制如何削减中老年人医疗费用的“反向”预算。以第三期计划为例,到2023年度,可提前预估的医疗费用合理化总额(可减少的总金额)达6000亿日元,这一总额的具体构成包括:若特定健康检查实施率达到70%,特定保健指导实施率达到45%,可减少200亿日元医疗费用;若仿制药使用比例达到80%,可减少4000亿日元医疗费用;若40岁以上糖尿病患者人均医疗费用与人均医疗费用的差额减半,可减少1000亿日元医疗费用;若重复供药者(涉及3个医疗机构以上)和用药过多者(65岁以上个体同病程用药15种以上)减半,可减少600亿日元医疗费用^[15]。

2.组合施策:健康、医疗、医保规(计)划的协调推进

在日本,国家与地方政府并非孤立地制定与实施医疗费用合理化计划,而是将其与健康促进规划、医疗计划、长期护理保险事业支援计划、国民健康保险事业运营方针等组合推进^[16],体现出政策内容的互通性和推进周期的协同性。

首先是与健康促进规划相协调。各都道府县实施的健康促进规划(如“东京都健康促进21”)旨在提高国民健康预期寿命,缩小地区间和人群间的健康差距,其上位政策是日本健康国家战略——“健康日本21”。规划中与慢性病对策相关的目标以及配套措施,和合理化计划中促进国民健康的目标及措施的内容高度一致,例如同样支持保险机构实施特定健康检查和特定保健指导。

其次是与医疗计划相协调。都道府县为执行国家医疗法,结合当地医疗提供情况制定了医疗计划^①,主要目的是缓解医疗资源空间分布不均、推进辖区内各类医疗机构合作。医疗计划的实施重点——“5疾病6事业”^②和家庭医疗,与合理化计划中关于提供高效医疗服务的工作内容相呼应,例如两个计划共同支持医疗床位功能转换。

再次是与长期护理保险事业支援计划^③相协调。该支援计划中提到的关于长期护理保险设施建设等措施,大量反映在合理化计划关于医疗机构职能分化与协同的举措中。

最后是与国民健康保险运营方针相协调。2018年后,都道府县成为运营国民医保的责任主体,而合理化计划的目标和措施内容恰好为都道府县制定运营方针提供了基本依循,有助于都道府县及其下辖市町村完善保险基金管理举措,减少运营财政风险。

① 该计划首次出台于1985年,截至目前已进行到第8期。

② “5疾病6事业”分别指代癌症、中风、急性心肌梗塞、糖尿病和精神疾病等5种疾病,以及紧急医疗、灾害医疗、偏远地区医疗、围产期医疗、儿童医疗以及新发传染病医疗等6项事业。

③ 该计划首次出台于2000年,截至目前已进行到第8期。

3. 部门联动: 供方、需方、第三方的业务合作

面向作为需求方的地区居民(被保险人),都道府县分别与作为服务提供方的健康诊断·保健指导机构、医疗机构及护理服务经营者等,以及作为第三方的各保险机构、保险机构理事会、地区医疗审议会展开合作,实现信息共享,开展协作(如图3所示)。具体举措包括:在保险机构制定特定健康检查实施计划时,都道府县提供来自地方保健所的疾病信息;市町村发送癌症检查等数据,并向被保险人提供指南;健康诊断和保健指导机构实施特定健康检查等事业的人力资源培训;都道府县通过保险机构理事会,了解当地保险机构运营情况,听取参保企业需求;都道府县国民健康保险主管科就保险机构职能履行情况展开研究,比较分析上位保险机构^①和其他保险机构的措施差异,进而提出具有推广价值的建议,以提高特定健康检查、特定保健指导实施率。

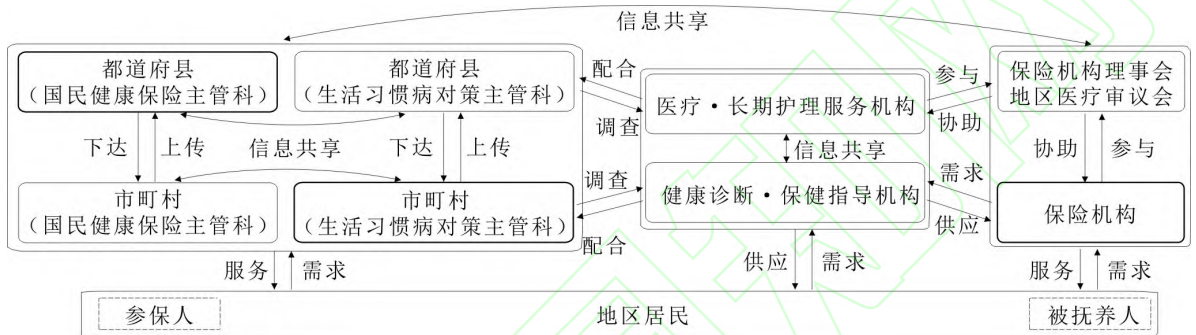


图3 日本医疗费用合理化计划的地方协作

资料来源:厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室.医療費適正化計画担当者説明会(全般)[EB/OL].(2012-08-06)[2022-08-29].<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000190967.pdf>.

4. 服务延伸: 家庭和地区医疗能力的补充提升

除了从医疗机构本身的运营入手控制医疗花费,都道府县依托各地医疗计划、长期护理保险事业支援计划等,将原本中大型专业机构的部分医疗或护理职能转出并下放至个体所居住的社区、家庭,整合现有的地区(社区)医疗卫生设施,并向市町村投放必要的医疗或护理服务资源,构建地区全面护理系统。在优化住院和门诊医疗服务效率的同时,强化作为出院患者康复“下一站”的家庭和社区的医疗或护理,完善适应出院患者各类状态的可持续健康服务提供体制,尽可能维系出院患者在日常习惯居住社区、家庭的生活能力。

另外,合理化计划所涉及的健康促进服务还能惠及家庭成员(医保被抚养人)。例如,由保险机构负责引导雇员医保被抚养人参与特定健康检查和特定保健指导,通过同时实施多类健康检查等提高被抚养人的参与便利度,增强被抚养人接受保健服务、提前干预自身健康隐患的意愿。

5. 对象覆盖: 全人群全生命周期的预防保健

都道府县不仅依照合理化计划中已明确数值目标的合理化举措,提高特定健康检查实施率、仿制药使用率等,还依托本地区健康促进规划,推进贯穿居民生命全过程的疾病预防和健康管理的^[17]。一方面,开展针对劳动力人口的预防保健。通过开展健康检查、饮食教育、亲子活动等,协助青壮年家庭提升婴幼儿的健康生活质量;与饮食供应企业合作,推广健康饮食生活;完善劳动力人群保健和长期护理预防事业,对特定健康检查参与者的生活习惯、检查结果、医疗费用负担等进行纵向调查分析,明确保健指导的基本方向、慢性病预防效果以及护理预防效果。另一方面,开展针对老年人口(退休人群)的预防保健。鼓励老年人参与社会活

① 上位保险机构具体指特定健康检查实施率保持在50%~80%以上的保险机构。

动,保障老年人的就业、终身学习机会;支持与个体老年化阶段相适应的体育活动,帮助预防运动综合征、骨质疏松症;维护牙齿和口腔健康,完善老年口腔护理体制,普及家庭牙科医生和定期牙科检查,预防吸入性肺炎、营养不良等。

(三)日本医疗费用合理化政策的不足

1.费用增长归因不够精准

厚生劳动省之所以选择公开按年龄、都道府县、服务方式(住院或门诊)划分的医疗费用走势,并将医疗费用不合理增长的要因归于人口增长、人口老龄化、诊疗报酬修订等方面,是因为这样既可以较为清晰地展示医疗费用各细分层次的变动情况,又能结合社会人口发展形势,降低国民理解并配合合理化计划的难度。但这些分析很大程度上只表明了医疗费用增长的外在原因,没能追溯至医疗费用膨胀的源头^[18]。有学者认为,促使医疗费用增加的关键因素既非人口老龄化,也不是诊疗报酬、病床数,而是医生数量,即医生增加才是医疗费用膨胀的基础动力^[19]。

2.新增指标缺乏设置指引

为了协同推进合理化计划与健康促进规划,厚生劳动省在第二期、第三期合理化计划的基本方针中添加了“控制吸烟”“预防接种”“预防慢性病重症化”等指标及相关举措,指出不再由国家统一给出定量指标值,各都道府县可参考国家政策,在结合当地实际的基础上各自设定目标。对此,经济界从合理化计划颁布之初就提出了严厉批评意见,如日本经济团体联合会在咨询报告《关于社会保障制度改革方式的建议》中指出:“以控制医疗费用增长为目的的医疗费用合理化计划机制实际上形同虚设,在制定第二期计划时,都道府县的目标几乎是任意设定的^[20]。”

3.地方政策落实的适应性和创新性不足

有学者在汇总分析都道府县公布的医疗费用合理化计划文本后指出:大部分都道府县制定的内容与国家公布的基本方针和措施高度一致;与过去两期计划相比,部分都道府县的第三期计划措施几乎没有变化;人均医疗费用较高地区和较低地区的政策举措虽略有区别,但总体上差异不大^[21]。以上结果表明,除少部分地区外,多数都道府县既没能根据每期合理化计划的实施效果适时调整计划内容,也未能在制定计划时有效兼顾当地实际和国家要求,丰富创新现有合理化举措,这也最终导致各地指标完成情况乏善可陈且均衡性不足。例如,虽然国家层面设立了“将各地人均医疗费用与全国平均水平差距减半”的指标,然而从过去多期合理化计划的执行实效来看,各地合理化举措进展的差距难以进一步缩小,有不断固化的趋势。

4.存在“下有对策”的政策失灵风险

有研究对计划实施背景下的医疗费用变动进行了分析,认为合理化计划很可能导致“人均医疗费用”的不合理增长^[22]。人均医疗费用由三要素组成:人均件数^①、每件天数、每日医疗费用。其中,人均件数是间接反映参保人健康状况的指标,如果人均件数增加,可以认为该参保人的健康状况有恶化趋势。合理化计划中的缩短平均住院天数、调整诊疗报酬等合理化举措有助于缩短每件天数,但从“目标—收入”假设出发,面对合理化计划缩短每件天数的“上有政策”,医疗机构为维持经营稳定,以及医生群体为保证收入不减,将诱导患者增加医疗需求,此类“下游对策”的手段包括增加单次健康检查数目、提升日均用药投入密度、加大返院复诊频率等。由此造成人均件数、每日医疗费用增加,进而致使人均医疗费用的增加^②。

① 此处的件数是指参保人每个月报销时提交的明细书(诊疗报酬明细书或配药报酬明细书)的张数,1张为1件,“每件天数”中的“件”与此同义。

② 据测算,2008—2013年,人均件数、每件天数、每日医疗费用对于国民医保、协会医保、共济医保、高龄医保等四类医保的医疗费用变动总和的效应值分别为8562亿日元、-15992亿日元、45547亿日元。

五、日本医疗费用合理化政策对我国的启示

在日本国民医疗费用的财源构成中,医疗保险费约占60%,剩下近40%为一般税收和国债。随着少子化、老龄化程度的加剧,日本现役劳动力群体的减少将导致社会税费征收体量的萎缩,未来政府举债支付压力不断加大,从而进一步危及医疗保险制度运行的可持续性。因此,日本着眼于医疗服务支出端,连续实施多期医疗费用合理化计划,这对维护全民医保而言至关重要。

与日本情况类似,过去数十年,我国在医疗市场“供强需弱”的基本格局下,通过建立起整合型基本医疗保险制度做强“需方”,以社会医疗保险进行第三方支付,从而实现服务提供与费用支付的分离^[23]。然而,由于缺乏对医疗费用不合理增长的有效控制,我国不少地区陆续出现医保基金亏损的现象。且近年来,受新冠肺炎疫情、经济下行压力等因素影响,部分地区还面临医保基金穿底的风险。为提前应对日益加剧的老龄化^[24]、缓解医疗费用支付压力,除了强化医保基金监管等执法性手段,我国还应把推进医疗(卫生)费用合理化作为“三医联动”改革的重要落脚点,推出医疗卫生费用合理化系列政策(简称“合理化政策”)势在必行。

首先,探明关键因素,编制合理化政策目标体系。日本政府提倡的医疗费用合理化既非反对增加卫生投入、单纯地控制医疗费用增长率,也非一味地鼓励医保支出扩张、可保尽保,而是以国民基本生命健康需求为立足点,确定医疗保障的费用投入优先次序,保留必要投入,削减不合理支出,以减少医疗服务过度提供和不必要就医行为。然而,影响医疗费用增长的因素不胜枚举、错综复杂。我国可参考日本经验,开展国家级实证研究,分析并选取最为显著且可操作化的因素,按照国民健康促进与医疗服务效率提升并行的思路建构合理化政策指标框架,特别是在当前常态化疫情防控背景下,将防疫相关公共卫生支出事项纳入合理化政策的关注范围。

其次,推进机构联动,形成合理化政策沟通机制。日本三期合理化计划实施过程中,医疗服务供给方(医疗机构、医药企业、保健所)、需求方(参保企业、居民)、第三方(保险机构、保险主管科)的信息沟通与经验共享机制不断走向成熟,三方有效联动事实上促成了以共同降低医疗运营(给付)成本为目标的良性利益共同体。不过,在我国过去的医疗卫生控费实践(例如付费方式改革、价格谈判、指标管理、基金监管等)中,医保部门“独木难支”的局面仍未发生根本性改变。对此,应以全国统一医保信息平台全面建成为契机,加强对医保大数据中居民医疗行为记录及相关费用数据的汇集和分析,逐步实现“纵向”四级医保经办机构之间,以及“横向”医保和其他政府部门(如卫健、人社、民政、税务部门)、社会机构(如医疗机构、药店)之间的信息互联互通和有序共享^[25]。

再次,实现内容匹配,构建合理化政策协同体制。结合医疗费用不合理增长的主要因素,日本合理化计划在制定过程中充分融合了健康促进规划、医疗计划、长期护理保险事业支援计划等政策的目标举措,使合理化计划不再是“另起炉灶”的边缘政策,而是成为领衔多种政策,规划干预医疗费用问题的中心方案。我国也可参考相关做法,在合理化政策中纳入保健预防、康复护理等方面内容,通过联合健康促进、家庭(地区)医疗等方面的政策,在医疗服务链首端和末端疏解费用负担压力,降低医疗运行成本。一方面,深入开展健康中国行动,提高民众生活质量,延长人均健康预期寿命;另一方面,树立以家庭为中心的全人群全生命周期健康理念,整合基层医疗、养老资源,加快发展医养结合、居家医疗服务。

最后,整合监测口径,完善合理化政策评估机制。日本合理化计划属于渐进式执行计划,而非一以贯之的指导性文件,具体采用了中期评估与最终评估、过程评估与结果评估相结合的方案,形成“指标监测—过程管理—效果评估—调整优化”闭环。相比之下,我国对医疗费用的政策控制大多只实现了“指标监测—过程管理”环节,且因为政策各自分立、互不隶属,类似或相同指标被重复考核、多头考核的情况屡见不鲜,相

关部门缺乏对结果的分析以及对原有举措的调整,导致了“局部有序、整体失序”的现象发生。对此,在政策设计层面,应形式上严格划定政策周期(如采取五年规划形式),按阶段推进医疗费用合理化,内容上整合目前分散的指标管理渠道,统筹评估医疗服务价格改革、医保药品目录调整、支付方式改革等现行政策对医疗费用变动的真实影响;在信息公开层面,应严格落实按地区、按医疗机构划分的医疗费用及其主要过程指标的公开和排序;在结果运用层面,除了根据指标完成情况制定下一期计划外,还要结合实施效果对支付方式改革等协同政策进行修订和调整。

参考文献:

- [1]袁迎春.“看病难、看病贵”的话语变迁:1978-2012——以《人民日报》为例[J].安徽师范大学学报(人文社会科学版),2017(2):236-244.
- [2]王朝才,查梓琰.综合医改试点缓解了“看病难”和“看病贵”问题吗?[J].财政研究,2021(12):79-92.
- [3]杨磊.中国医改进程中健康不平等的演变趋势与反思[J].学习与探索,2020(9):38-45.
- [4]王文娟,曹向阳.增加医疗资源供给能否解决“看病贵”问题?——基于中国省际面板数据的分析[J].管理世界,2016(6):98-106.
- [5]刘军强,刘凯,曾益.医疗费用持续增长机制——基于历史数据和田野资料的分析[J].中国社会科学,2015(8):104-125+206-207.
- [6]国家卫生计生委,等.关于控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见[EB/OL].(2015-10-27)[2022-08-29].<http://www.scio.gov.cn/32344/32345/33969/34689/xgzc34695/Document/1480556/1480556.htm?from=singlemessage>.
- [7]印南一路.再考・医療費適正化一実証分析と理念に基づく政策案[M].东京:有斐閣,2016.
- [8]刘晓梅,楚廷勇.日本社会医疗保险全覆盖的经验——兼评我国的医改方案[J].探索与争鸣,2010(7):63-67.
- [9]邵建国,张择旭.日本政治已是“首相官邸主导”模式了吗?——基于数据的实证分析[J].国际论坛,2018(6):60-66+76.
- [10]福利のたより.あなたは『積極的支援』?『動機づけ支援』??[EB/OL].(2015-09-09)[2022-08-29].https://www.kouritu.or.jp/mie/content/files/about/kanko/fukuri/27_09/p9.pdf.
- [11]日本健康会议.「日本健康会議2025」が目指すもの[EB/OL].(2015-01-01)[2022-08-29].<https://2025.kenkokaigi.jp/#vision>.
- [12]厚生労働省.全国医療費適正化計画の進捗状況に関する評価(中間評価)[EB/OL].(2011-03-01)[2022-08-29].<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001a65z-att/2r9852000001a6t9.pdf>.
- [13]厚生労働省.2 医療費適正化計画の推進[EB/OL].(2006-01-31)[2022-08-29].<https://www.mhlw.go.jp/wp/seisaku/jigyuu/05sougou/dl/1-a4-7.pdf>.
- [14]厚生労働省.医療費適正化に関する施策についての基本的な方針[EB/OL].(2008-3-31)[2022-08-29].<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000190960.pdf>.
- [15]厚生労働省保険局.第3期全国医療費適正化計画について(報告)[EB/OL].(2019-06-12)[2022-08-29].<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000517333.pdf>.
- [16]厚生労働省.医療費適正化に関する施策についての基本的な方針[EB/OL].(2017-12-19)[2022-08-29].<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000190697.pdf>.
- [17]厚生労働省.高齢者の医療の確保に関する法律第八条第一項の規定に基づき定める計画[EB/OL].(2019-03-20)[2022-08-29].<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000490743.pdf>.
- [18]印南一路.医療費適正化政策を考える[EB/OL].(2017-08-01)[2022-08-29].https://www.myri.co.jp/publication/myilw/pdf/myilw_no94_feature_3.pdf.
- [19]印南一路.「再考・医療費適正化一削る医療から守る医療へ」[EB/OL].(2018-10-09)[2022-08-29].<https://ikss.net/wp-content/uploads/2018/11/248.pdf>.

[20] 日本経済団体連合会. 社会保障制度改革のあり方に関する提言[EB/OL]. (2012-11-20) [2022-08-29]. https://www.keidanren.or.jp/policy/2012/081_honbun.pdf.

[21] 石橋未来. 医療費適正化計画は地域の課題を解消するか: 地域の実情に応じて予防などの取組を着実に進めることが求められる[EB/OL]. (2018-06-04) [2022-08-29]. https://www.dir.co.jp/report/research/policy-analysis/social-securities/20180604_020129.pdf.

[22] 本田豊. 国民医療費増加要因の分析と医療費適正化政策の検証[EB/OL]. (2016-10-01) [2022-08-29]. <https://core.ac.uk/download/pdf/76064032.pdf>.

[23] 鲁全. 中国医疗保险管理体制变革研究: 府际关系的视角[J]. 中国行政管理, 2022(2): 77-82.

[24] 中共国家卫生健康委党组. 谱写新时代人口工作新篇章[J]. 求是, 2022(15): 46-51.

[25] 吴晶, 薛鹏. 全国统一医保信息平台将带来什么[N]. 中国纪检监察报, 2022-05-27(004).

Policy Changes and Experience of Japanese Medical Expense Rationalization Plan

DENG Shikang WANG Peigang

Abstract: In order to comprehensively and effectively alleviate the problem of unreasonable growth of medical expense, since 2008, Japan has promulgated and implemented three-period rationalization plan of medical expenses. The rationalization of medical expense in Japan has gone through the stages of preparation, exploration, and formation, and the construction and change of its indicators, the direction and content of its implementation are focused on the promotion of national health and improvement medical service efficiency. After policy evaluation based on current and expected data, the successive multi-period plans have achieved remarkable results both in terms of medical cost indicators as an outcome and sub-field indicators as a process, and have accumulated beneficial experience in terms of problem tracing, combined policy implementation, departmental linkage, service extension, and target coverage, but there are also problems such as inaccurate attribution of expense growth, lack of guidance for indicator setting, inadequate adaptability and innovation of local implementation, and high risk of policy failure. Japanese practice provides important policy inspiration for China to innovate and promote the rationalization of medical expenses in terms of target system, communication mechanism, coordination system, and evaluation mechanism.

Key words: medical expense, policy process, health promotion, Healthy China, Japan

(责任编辑:H)