

# 日本高额疗养费制度改革发展及借鉴\*

周绿林<sup>①</sup>, 戴宇践<sup>①</sup>, 和田康纪<sup>②</sup>

**摘要** 日本于1973年创设了高额疗养费制度,有效解决了罹患重大疾病导致家庭灾难性卫生支出的问题,对于我国目前正在开展的城乡居民大病保险制度有重要的借鉴意义。文章通过介绍日本高额疗养费制度的形成发展、主要内容和改革历程,以期为我国完善大病保险制度提供参考。

**关键词** 大病保险;高额疗养费制度;日本

中图分类号 R1-9; R19-0 文献标志码 A 文章编号 1003-0743(2016)02-0092-05 DOI 10.7664/CHE20160228

The Reform and References of Japan's High-cost Medical Care Benefit System/ZHOU Lü-lin, DAI Yu-jian, Yasunori Wada//Chinese Health Economics, 2016,35(2):92-96

**Abstract** Japan's high-cost medical care benefit system was established in 1973, which effectively solved the problem of catastrophic health expenditure caused by serious diseases. It provided important references for implementing urban and rural resident catastrophic medical insurance in China. It introduced the formation development, main content and reform process of Japan's high-cost medical care benefit system so as to provide references for implementing catastrophic medical insurance system in China.

**Key words** catastrophic medical insurance; high-cost medical care benefit system; Japan

**First-author's address** Department of Public Enterprise Management, School of Management, Jiangsu University, Zhenjiang, Jiangsu, 212013, China

**Corresponding author** DAI Yu-jian, E-mail: 27547669@qq.com

我国大病保险工作才刚刚开始,面临的问题很多,研究日本的高额疗养费制度,吸取其40多年的改革经验,对我国大病保险制度的建设有着重要的借鉴意义。

## 1 日本高额疗养费制度的发展历史

日本于1961年实现了“国民皆保险”,在经济发展 and 保险给付率逐渐提高的基础上,1973年第71次国会上通过的《健康保险法部分修正案》标志着高额疗养费制度的建立。高额疗养费制度创立之始,只覆盖了被抚养者这一部分弱势群体。

日本医保制度的动向在1981年发生了转变,这一时期由于医保制度的变化即被保险人从免费医疗到被要求定额负担医药费,1981年3月起,高额疗养费制度开始覆盖被保险人中的低收入者。再者,考虑到当时被抚养者医疗费负担比例远远大于被保险人,同年下调了被抚养者的住院负担比例(从30%降到20%),并根据收入将被抚养者中的低收入者划分出来,降低其高额疗养费的上限额。

1984年,被保险者的负担额从定额负担提高到定率负担(10%),同年10月,高额疗养费制度覆盖了所

有人群。由此可见,日本高额疗养费制度的建立是一个循序渐进的过程,从覆盖小部分群体发展到保障全体国民,根据国情和其他制度的调整一步一步取得阶段性成果,耗时11年得以最终确立。

## 2 日本高额疗养费制度的主要内容

日本的高额疗养费制度是指为防止病人负担过重的医疗费对家庭的经济状况造成威胁,患者在医疗机构或药局支付自己负担的费用超过限度额的情况下,保险人以月为单位对医保合规范范围内超出的金额进行事后偿还,一定程度上减轻患者医疗费负担的制度。

该制度与健康保险、国民健康保险、共济组合和后期高龄者医疗制度四大公共基本医保制度相衔接,以自己负担限度额为门槛,经过基本医保补偿之后仍超过限度额以上的部分由高额疗养费制度支付,不设封顶线。各基本医疗保险对负担上限额的设定是一致的,但也存在个别基本医保制度单独设立补充给付的情况。

### 2.1 保险者与被保险人

日本高额疗养费制度的保险者与基本医保制度的保险主体一致,由非营利性保险组织构成,基本医保制度的保险者不仅处理基本医保工作,也同时负责处理各自覆盖范围内发生的高额疗养费工作。截至2013年3月末,市町村国保、协会健保、组合健保、共济组合和后期高龄者医疗制度的保险人数分别为1 717人、1人、1 431人、85人和47人。

高额疗养费制度的被保险人即为加入公共基本医疗保险的人群,截至2013年3月末,市町村国保、协

\* 基金项目:国家社会科学基金资助项目(12BGL110)。

① 江苏大学管理学院公共事业管理系 江苏 镇江 212013

② 日本三重大学人文学部 日本 三重 津市 514-8507

作者简介:周绿林(1964-),男,博士学位,教授,博士生导师;研究方向:医疗保险和卫生政策;E-mail: zll62@126.com。

通讯作者:戴宇践, E-mail: 27547669@qq.com。

会健保、组合健保、共济组合及后期高龄者医疗制度的加入者数量分别为3 466、3 510、2 935、900和1 517万人。根据2009年的推算，一年中发生高额医疗费用的人数为670万人，占当年所有被保险者的5.3%<sup>[3]</sup>。

## 2.2 限度额标准和设定依据

2.2.1 限度额标准。高额疗养费制度限度额的设定以年龄和收入为维度，首先以70岁为分界线，将被保险者分成未满70岁人群和70岁以上人群两部分；其次划分收入等级，分别设定限度额与之——对应。特别的是，在70岁以上被保险者的负担上限中单独设立了一列仅限门诊的费用上限（表1）。最新的一轮修改于2015年1月起实施，将未满70岁人群的收入等级由三层细化至五层（表2）<sup>[4]</sup>。

表1 不同收入等级的高额疗养费制度限度额标准(70岁以上人群适用)

| 收入等级               | 日元         |                     |
|--------------------|------------|---------------------|
|                    | 每人每次门诊费用上限 | 每月负担上限              |
| 仍在工作者 <sup>①</sup> | 44 400     | 44 400 <sup>④</sup> |
| 一般收入者              | 12 000     | 44 400              |
| 低收入者               |            |                     |
| I <sup>②</sup>     | 8 000      | 15 000              |
| II <sup>③</sup>    | 8 000      | 24 600              |

注：①示月收入28万日元以上；医疗保险负担30%；②示仅有养老金的情况下，养老金年收入80万日元以下，没有其他收入来源；③示在②以外的低收入者；④示80 100+（总医疗费-267 000）×1%。

表2 不同收入等级的高额疗养费制度限度额标准(未满70岁人群适用标准)

| 收入等级                   | 每人每月的自己负担限度额      |
|------------------------|-------------------|
| 年收入超过1 160万日元          | 252 600+          |
| 健保：标准月收入83万日元以上        | (医疗费-842 000) ×1% |
| 国保：年收入901万日元以上         | (多回合算：140 100)    |
| 年收入约770~约1 160万日元      | 167 400+          |
| 健保：标准月收入53万日元以上83万日元以下 | (医疗费-558 000) ×1% |
| 国保：年收入600万日元以上901万日元以下 | (多回合算：93 000)     |
| 年收入约370~约770万日元        | 80 100+           |
| 健保：标准月收入28万日元以上53万日元以下 | (医疗费-267 000) ×1% |
| 国保：年收入210万日元以上600万日元以下 | (多回合算：44 000)     |
| ~年收入约370万日元            | 57 600            |
| 健保：标准月收入28万日元以下        | (多回合算：44 400)     |
| 国保：年收入210万日元以下         |                   |
| 住民税非课税                 | 35 400            |
|                        | (多回合算：24 600)     |

2.2.2 设定依据。高额疗养费自己负担限度额（包括

多回合算）的设定依据与收入密切相关，未满70岁人群的限度额约为与各自收入等级相匹配的总月收入的25%左右，中高收入者的收入等级按每400万日元一级设定（表3）；70岁以上人群的限度额则以未满70岁人群的限度额标准为基准进行设定（表4）<sup>[5-6]</sup>。

## 2.3 财政状况

由于急速的高龄化和医疗水平的快速发展，日本医疗费增速已大大超过了GDP的增速。较之国民医疗费，高额疗养费的增速更为迅猛。高额疗养费给付额从2001年的8 312亿日元扩张到2010年的19 789亿日元，十年间激增2倍以上，同年占国民医疗费比例从2.7%提高至5.3%<sup>[5]</sup>。

日本高额疗养费制度不需要国民单独缴费，也没有独立的资金列项，给付额直接从基本医保账户中划拨。各公共基本医保制度的保险费金额、财源构成比例不尽相同，基于此，很难精确统计出高额疗养费制度的财源构成。据2011年社会保障改革集中研讨会的数据，预计2015年的医疗费用财源构成为：保险费48.4%、公费37.3%、自己负担额14.3%<sup>[5]</sup>。

## 2.4 支付方式

高额疗养费的支付方式有两种。一种是在通常情况下，患者支付总医疗费用的30%，若超过限度额标准，事后向保险者提出申请，由保险者补偿超过限度额的患者自费部分；另一种是在事先有收入等级认定证的情况下，患者只需支付与自己收入等级相应的限度额，由医院向保险者申请高额疗养费的给付（图1）。

## 2.5 减负措施

为完善高额疗养费制度，进一步减轻患者负担，在制度设计中还额外添加了一系列的减负措施，并随着对制度修改的不断研究推进，考虑追加年上限额的设计方案以解决制度漏洞问题。

2.5.1 家庭合算。家庭合算是为了避免患者多次就诊或多名家庭成员就诊造成灾难性卫生支出，即使患者一次性自付的医疗费用没有达到高额疗养费的限额，也可以按月对患者或同一医保范围内的家庭成员发生的多笔医疗费用进行合算，相加得到的自己负担费用若超过限度额，超过的部分由高额疗养费偿付。值得注意的是，在家庭合算的基础上设有合算对象基准额21 000日元，对于未满70岁人群，只有超过21 000日元的自付费用才能被视作高额疗养费的合算对象进行相加计算；而对于70岁以上人群则没有要求，即便低于基准额的医疗费用也能进行合计。

2.5.2 多回合算。在最近的12个月中，同一家庭的成

表3 不同收入等级的高额疗养费自己负担限度额的设定依据(未满70岁适用人群)

| 收入等级  | 必要条件   | 自己每月负担限度额(日元)   |     | 收入等级、限度额的设定依据   |
|-------|--|-----------------|-----|---|
|       |  | 门诊              | 门诊外 |   |
| 高收入者  | 年收入约1160万日元  | 252 600②+       |     | ①示2003年的家计调查显示,将家庭收入分成五等分之后,最高一等分的定期收入约53万日元<br>②示标准月收入对应的总月收入的25%<br>③示年间最大负担额(最初三个月+多回合算九个月)=各自等级的总月收入×2      |
|       | 健保:标准月收入83万日元(总月收入(医疗费-842 000)×1%入101万日元)以上       | (多回合算:140 100)③ |     |   |
|       | 国保:年收入901万日元以上                                     |                 |     |   |
| 一般收入者 | 年收入约770~约1160万日元                                   | 167 400②+       |     | ④示2004年的平均标准月收入283 208日元对应的总月收入(约32万日元)的25%<br>⑤示年间最大负担额(最初三个月+多回合算九个月)=总月收入32万日元×2<br>⑥示80 100日元和35 400日元的中间值。 |
|       | 健保:标准月收入53万日元以上①(医疗费-558 000)×1%(总月收入67万日元)83万日元以下 | (多回合算:93 000)③  |     |   |
|       | 国保:年收入600万日元以上901万日元以下                             |                 |     |   |
| 低收入者  | 年收入约370~约770万日元                                    | 80 100④+        |     | ⑦示1984年修改的低收入者负担限额为3万日元,后来结合收入的提高、消费者物价指数的增长等情况,适当提高了限度额。平成元年、3年、5年都有所增加,之后基本无变化                                |
|       | 健保:标准月收入28万日元(总月收入(医疗费-267 000)×1%入32万日元)以上53万日元以下 | (多回合算:44 000)⑤  |     |   |
|       | 国保:年收入210万日元以上600万日元以下                             |                 |     |   |
| 低收入者  | 年收入约370万日元以下                                       | 57 600⑥         |     |   |
|       | 健保:标准月收入28万日元以下                                    | (多回合算:44 400)   |     |   |
|       | 国保:年收入210万日元以下                                     |                 |     |   |
| 低收入者  | 住民税非课税   | 35 400⑦         |     |   |
|       |  | (多回合算:24 600)⑦  |     |   |

表4 不同收入等级的高额疗养费自己负担限度额的设定依据(70岁以上适用人群)

| 收入等级  | 必要条件               | 自己每月负担限度额(日元) |                                     | 收入等级、限度额的设定依据  |
|-------|--------------------|---------------|-------------------------------------|--|
|       |                    | 门诊            | 门诊外                                 |  |
| 仍在工作者 | 后期、国保:课税收入145万日元以上 | 80 100⑨+      |                                     | ⑧示根据未满70岁一般收入者的多回合算限度额设定<br>⑨示根据未满70岁一般收入者的自己负担限度额设定     |
|       | 健保:标准月收入28万日元以上    | 44 400⑧       | (总医疗费-267 000)×1%<br>(多回合算:44 400)⑧ |  |
| 一般收入者 | 仍在工作者、低收入者         | 12 000⑩       | 44 400⑧                             | ⑩示2002年10月起,老人负担医疗费用的10%之后,维持不变<br>根据未满70岁低收入者的多回合算限度额设定 |
| 低收入者  | I、II以外的人群          |               |                                     |  |
|       | II                 | 8 000⑩        | 24 600                              |  |
|       | I                  |               | 15 000⑩                             |  |

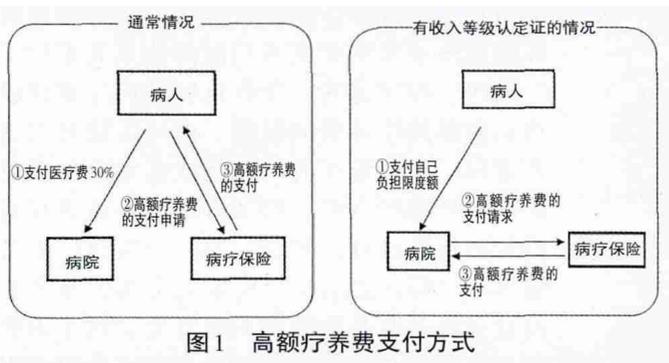


图1 高额疗养费支付方式

员如果发生了三次以上高额疗养费偿付的情况,则从第四个月开始下调其自己负担上限额,新的限度额如表1、表2所示。据2010年数据推算,在所有满足高额疗养费偿付的人群中,一年中有约30%~60%的患者符

合多回合算的条件,在这部分人群中,有约40%~60%的患者超过10个月都发生了高额疗养费偿付的情况<sup>[7]</sup>。

2.5.3 特例措施。高额疗养费制度的特例措施针对医疗费用昂贵且必须接受长期治疗的疾病,如血友病、慢性肾衰竭、艾滋病等,对于特例措施适用范围内的患者,原则上自己负担上限额调整为每月1万日元。2010年以来,在关于完善高额疗养费制度的讨论中,其中一项迫切希望是要尽快追加更多符合特例措施条件的病例<sup>[8]</sup>。

2.5.4 年上限额的提案。由于自己负担上限额按月支付,可能会出现部分患者的月医疗费没有达到负担上限,但综合下来年医疗费用很高却得不到高额疗养费偿付的情形。为解决上述问题,考虑以多回合算方式下的自己负担限度额为基准,设置年负担上限额,当

一年内实际负担医疗费额的合计超过年上限额时，超过部分由保险者事后补偿。

但是引入年上限额会导致保险者给付费用的大幅提高，弥补财政支出的来源尚存在争议，加上预计设定年上限额而对信息系统进行必要的重新设计与维护需要花费1年~1年半的时间，且花费费用达到数百亿日元，因此这一提案尚在探讨阶段，还未真正落实。

### 3 日本高额疗养费制度的改革与发展

日本高额疗养费制度自1973年设立至今，其间经历了多次修改，最主要的几次制度改革是在1984年、2001年和2002年，最近的一次修正是在2015年1月<sup>[9]</sup>（表5）。

#### 3.1 1984年改革

随着被保险人负担费用的提高，高额疗养费制度实现了全民覆盖。为减轻患者及家庭的负担，从1984年10月起，制度中添加了两种合算方式和一项特例措施，即家庭合算、多回合算和高额长期疾病的特例措施。同时在家庭合算中，设立了合算对象基准额，即对于一般收入者和低收入者的医疗负担费用分别达到30 000日元和21 000日元以上，才可以进行合算。

#### 3.2 2001年改革

2001年1月的改革对高额疗养费制度作了两处修正。一是针对高收入者医疗费用的实际负担率较低的情况，将高收入人群从一般收入者中划分出来，提高了他们的负担上限额。二是出于代际公平和唤醒患者

成本意识的考虑，调整新的上限额为原先负担限度额再加上扣除定额医疗费费的1%。

#### 3.3 2002年改革

从2002年10月起，高额疗养费制度主要有三项变化。其一，对于70岁以上患者住院发生的高额疗养费进行即时结算；其二，上调与平均标准报酬月收入相对应的自己负担限度额（月收入的22%提高至25%）；其三，下调中高收入人群的合算对象基准额，从30 000日元降至21 000日元。

#### 3.4 2015年改革

基于2013年第67、68次社会保障审议会医疗保险部门会议上提出的完善高额疗养费制度的设想和中低收入人群的变化，厚生劳动省通过了新一轮的制度改革，并从2015年1月起实行。改革方案维持70岁以上人群收入等级不变，将未满70岁人群的收入等级由三个细分至五个，并分别设定限度额。实施新方案对财政产生的不利影响通过结合提高70岁至74岁老人的医疗费负担比例来消除。

### 4 对我国的启示

日本高额疗养费制度在保障重大疾病方面作出了卓越的贡献，根据收入、年龄来设定限度额，不仅避免家庭发生灾难性卫生支出，进一步强化了基本医保制度的安全网功能，而且在制度设计方面使收入不同者负担不同的限度额，有利于促进社会公平正义。

虽然从制度属性来看，中日两国的大病保险制度

表5 高额疗养费制度的主要改革历程

| 制度改革施行年月 | 高额疗养费制度的改革内容   | 其他主要制度的改革   |
|----------|--|---|
| 1973年10月 | 基于患者负担巨额医疗费的情况很多，创设了针对被抚养者的高额疗养费制度   | 下调被抚养者自己的负担比例（50%→30%）  |
| 1981年3月  | 高额疗养费制度开始覆盖被保险人中的低收入者划分被抚养者中的低收入者的收入等级   | 下调被抚养者的负担比例（入院30%→20%）<br>上调被保险人的一部分负担费（定额）                             |
| 1984年10月 | 低收入被保险人以外的人也被纳入高额疗养费制度中<br>开创家庭合算方式<br>※合算对象基准额（一般30 000日元、低收入者21 000日元）<br>开创多回合算方式<br>创设高额长期疾病的特例措施（血友病、慢性肾不全） | 被保险人定率负担（10%）的引入<br>退休者医疗制度的创设  |
| 1996年6月  | 追加艾滋病为高额长期疾病特例措施的对象  |   |
| 2001年1月  | 考虑到高收入者实际负担率较低，划分了高收入者的等级<br>将扣除一定额医疗费费的1%添加到自己负担限度额中计算  | 调整一般保险费率  |
| 2002年10月 | 对70岁以上患者住院时发生的高额疗养费进行即时结算<br>以平均标准月收入为尺度，提高自己负担上限额（22%→25%）<br>下调中高收入者的合算对象基准额（30 000日元→21 000日元）                | 引入保险费总报酬制（奖金和标准月收入都要按照保险费率赋税，2003年4月起施行）<br>调整被保险者的负担比例为30%（2003年4月起施行） |
| 2007年4月  | 对未满70岁患者住院时发生的高额疗养费进行即时结算  | 上调仍在工作的高龄老人的自己负担比例（20%→30%）   |
| 2012年4月  | 对门诊时发生的高额疗养费进行即时结算   |   |
| 2015年1月  | 收入等级、自己负担限度额的细化  | 70~74岁患者负担特例措施的过渡   |

同属基本医疗保障的有益补充,但是在统筹层次、筹资机制、保障内容、承办方式等诸多方面存在较大差异。因此不能盲目照搬照抄日本的做法,只能吸收日本高额疗养费制度内容中的合理部分,借鉴制度改革历程中的经验,为建立并完善符合国情、与我国经济发展水平相适应的城乡居民大病保险制度提供参考。

#### 4.1 起付线按收入水平细化

日本高额疗养费制度分别将未满70岁和70岁以上人群的限度额基于划分好的收入等级细分为5种和4种,患者根据自己的收入水平支付相应的负担限度额。因为重大疾病产生的高额医疗费用对于中低收入家庭可能是灾难性的,而对于高收入家庭则未必,以收入作为制定多重起付线依据的做法,有利于引导有限的大病保险资金流向真正需要救助的家庭,平衡不同收入水平人群之间的负担,提高了保障大病的精准性。因此各地应结合实际情况,科学厘定收入等级,细化与之对应的起付线,真正意义上贯彻大病保险解决群众因病致贫、因病返贫的政策初衷。

#### 4.2 侧重关照高龄者、低收入者

从日本高额疗养费制度的主要内容和改革历程来看,诸多方面都流露出制度设计给予高龄者和低收入者的政策倾斜。日本高额疗养费制度对高龄者的给付率达90%以上,低收入者在高额疗养费制度中所需负担的费用很少,极大程度上减轻了高龄者和低收入者这两大弱势群体的大病负担。在我国,高龄者通常完全依靠养老金过活,经济上相对贫困,一旦罹患重大疾病,因疾病而陷入经济困境的可能性较高,因此在重大疾病保障方面为辛苦一辈子的老年人营造一个让他们安心的环境显得十分必要。同时对于低收入者这部分困难者,要充分发挥大病保险制度的兜底作用,给予一定的政策关照,如对其负担费用进行一部分减免,并与医疗救助制度相衔接,合力提高对低收入者的保障水平。

#### 4.3 引入一系列减负措施

从上述内容可知,家庭合算方式以家庭为单位,允许将多位家庭成员患病发生的高额医疗费用相加计算;多回合算方式应对个人频繁发生多次高额医疗费用的问题,下调个人负担上限额;特例措施考虑了多种高额长期疾病,设定固定的较低负担上限;年上限额的提案则将原来不能享受大病保险却支付着高额医疗费的患者纳入保障范围。我国应学习日本周全考虑发生多种高额医疗费用的情况从而设计添加的一系列减负措施,为参保(合)人提供多重保障,进一步完善大病保险制度。

#### 4.4 注重预防

与生活习惯相关的慢性非传染性疾病(non-communicable diseases, NCD)已逐渐取代传染病成为“头

号杀手”,NCD的类型几乎都是高额长期疾病,严重危害人类健康,容易加重家庭经济负担,而疾病预防是促进健康、缩减医疗费用开支的有效方式。日本在重大疾病预防方面下了不少苦工,除了每年免费的特定健康检查、特定保健指导、癌症检查之外,还在2015财年开始执行数据健康计划。数据健康计划是基于PD-CA循环通过对个人医疗费用明细、体检信息等多类数据进行分析而开展的有效健康活动<sup>[9]</sup>。保险者利用医保信息系统主动对被保险者的各项健康数据进行分析,及早发现问题,然后对需要健康干预的被保险者采取积极的疾病预防措施。我国应重视疾病预防,多部门配合,加强健康教育,宣传预防知识,改变被动接受救治的传统观念,引导人们养成健康的生活习惯,鼓励人民将健康掌握在自己手中。同时将重大疾病预防作为社区卫生服务中心的重点工作内容,提高社区工作人员积极性和社区群众参与率,降低重大疾病发生的可能性。

#### 参 考 文 献

- [1] 詹长春,周绿林.城镇职工重大疾病医疗保障水平及影响因素研究——基于江苏省的实践调研[J].软科学,2013,27(7):78-82.
- [2] World Health Organization. The world health report 2000 - Health systems: improving performance[R]. Geneva: World Health Organization, 2000.
- [3] 日本厚生労働省保険局.高額療養費の見直しと受診時定額負担について,第48回社会保障審議会医療保険部会資料5[R].东京:日本厚生労働省保険局,2011.
- [4] 日本厚生労働省保険局.高額療養費制度を利用される皆さまへ[R].东京:日本厚生労働省保険局,2015.
- [5] 日本厚生労働省保険局.高額療養費の見直しについて,第67回社会保障審議会医療保険部会資料3[R].东京:日本厚生労働省保険局,2013.
- [6] 日本厚生労働省保険局.高額療養費の見直しについて,第68回社会保障審議会医療保険部会資料1[R].东京:日本厚生労働省保険局,2013.
- [7] 日本厚生労働省保険局.高額療養費の見直しと受診時定額負担について,第46回社会保障審議会医療保険部会資料2[R].东京:日本厚生労働省保険局,2011.
- [8] 日本厚生労働省保険局.高額療養費制度について,第38回社会保障審議会医療保険部会資料2[R].东京:日本厚生労働省保険局,2010.
- [9] 日本厚生労働省保険局,健康保険組合連合会.データヘルス計画作成の手引き[R].东京:日本厚生労働省保険局,2014.

[收稿日期:2015-11-09] (编辑:王笑笑,高非)