



· 在线咨询 ·

- 蘑菇的种植
- 下层民众的切身利
- 人口普查是为什么
- 该中心与研究生培养有关么
- 中国农村调查·2010年..

· 中心动态 ·

- 村民自治暨合寨村村民委员..
- 湖北省委常委、纪委书记黄..
- 全国政治学专家团莅临中心..
- 吉林大学周光辉教授莅临中..
- 中国社会科学院陆学艺研究..
- 中心主任徐勇教授赴福建永..

· 新农学院 ·

· 调研基地 ·

《农村研究通讯》

《中国农村研究》

《中国农村调查》

· 新书推荐 ·

[农民家庭内部分工及其专业化演进对农村土地制度变迁的影响研究](#)您现在的位置是: [首页](#)>>[海外农村经验](#)>>

日本农村医疗保险的经验与启示

作者: 李巧莎 来源: 《日本问题研究》 发布时间: 2010年5月14日

一、日本农村医疗保险概述

(一) 政府强制性的国民健康保险

日本的农村医疗保险在20世纪30年代就已经有所萌芽,战时颁布的《国民健康保险法》开始把健康保险的范围普及到农村的农民。根据战局的发展,1941年日本修改了《国民健康法》,把自愿参加保险改为强制性参加,这样日本开始进入了全民保险的第一阶段。但战争结束后,国民健康保险的参加人数只有战前总人数的40%左右,为了扭转农村医疗保险的困境,政府采取了一系列措施,并于1958年9月颁布1959年开始实施新的《国民健康保险法》,它的主要宗旨是解决农民及小手工业者无医疗保险的问题,缩小城乡之间、企业之间在保险覆盖率和保险待遇上的差距。到1961年,日本进入了全民医疗保险的时代。随着情况的变化,《国民健康保险法》又几经修改以适应经济发展和人们医疗保障的需要。

国民健康保险由国家和地方政府直接管理,农民、个体手工业者、自由职业者等都属于其保险对象,国民健康保险的第一保险者是政府,但政府并不直接经办保险,而是交给“国民健康保险团体联合会”(简称“国保联”)经办。它是由市町村联合举办的一个公营组织,负责保险的实施运作。

国民健康保险的保险费根据各个家庭收入水平的不同交纳的水准也有所不同。为了保证国民健康保险的持续运营,国家和地区一般都给予补助。具体的补助比例视市町村的财政情况而定。对低收入者减免的保险费,按照国家1/2、都道府县1/4、市町村1/4比例分担;对医疗费用过高的市町村,由都道府县和市町村两级政府进行费用审核。过高的医疗费,除用保险基金补偿外,国家、都道府县和市町村三级政府各分担1/6。2002年,在医疗保险制度的修订中,对个人负担比例作了调整,修订后的个人负担比例为:70岁以上者自负10%医疗费用(收入在一定水平以上者要自负20%);3至69岁者自负30%;3岁以下者自负20%。

保险费应按缴纳期限到区市町村银行邮局的窗口缴纳或通过银行帐户自动转帐,保险给付主要是医疗费度的给付,一般需自己负担医疗费度的30%,医疗保险组织负担70%。此外,还有分娩育儿一次性补助金、高额疗养费、丧葬费等。

(二) 互助保险组合

20世纪50年代中期。日本农村的农产分散、生活贫困,虽然国民健康保险可以报70%的医疗费用,但一些农民仍无法支付另外30%的医疗费用,甚至有的不能支付国民健康保险的保险费。而国家财政此时全额负担农民的保险费用也不可能。日本针对这种小农经济社会出台了一些基本政策:政府以立法的形式要求分散的小农户组成全国统一的互助团体和发展地方网络,全国团体就互助医疗、互助养老等问题与政府直接对话,并在协商决策后通过其地方网络全面推行。日本的农民互助保险组合既不同于商业保险,也不同于政府举办的社会医疗保险。它的资金由所有成员交纳的会费及保险费构成。而且它不需要像商业保险一样由保险代理人推销。因为参加保险的人相互之间比较熟悉,他们交的钱全部用在了自己的身上,通过他们之间的互助,极大的减轻了个人的就医负担。现在,日本几乎人手一份互助保险。

(三) “赤脚医生”培养制度

尽管日本农民可以享受国家规定的医疗保险和其自发组织的互助保险,但是还有一部分地区基本处于“有保险、无医疗”的状态,农民就医比较困难,因为这些地区没有人愿意去当“赤脚医生”,为农民提供医疗服务。政府可以在资金上支持这些地区的医疗保健工作,但是,要如何动员医师去这些地区工作成为一大难题。基于此,日本在32年前成立了“自治医科大学”,专门培养去偏僻地区工作的医生,该学校毕业的学生读书时的学费由政府财政负担,毕业后可以享受公务员待遇。但必须去农村工作9年,而且有5年要在偏僻地区。目前,其毕业生遍布全国各地。工作满9年的,愿意继续留在农村地区工作的很少。因此,这一方法还有待改进。

另外,日本人口的老龄化问题日益严重,为了迎接逐渐到来的老龄化及消除地区之间医疗水平的差距,日本大力发展远程医疗,并于2000年推出了老人介护保险制度。介护保险的对象主要是65岁以上的老人,如果需要介护,先由本人向市町村提出书面申请,经过与医生谈话、派调查员调查等一系列手续后,如被确定需要介护,就会有专业的介护师来帮助申请人制定介护计划。一般在实施半年后,再进行调整。

二、日本农村医疗保险的发展经验及启示

日本的农村医疗保险历经挫折，从无到有、从低覆盖到高覆盖，最终建立了既有国家强制保险又有农民自己互助合作保险的保险保障体系。日本的经验对我国建立新型农村合作医疗有重要的启示作用：

（一）在农村医疗保险发展过程中注重政府的作用

医疗保障是公共卫生保健，是典型的社会“公共物品”。而公共物品一般具有非排他性和非竞争性的特点，因此公共物品的提供一般都以政府为主。而且，农民是弱势群体，完全靠自己的力量根本无法解决其医疗保障问题，这也使得政府必须承担相应的责任。日本的农村医疗保险发展过程中政府发挥了重要作用。在政府强制性的保险中政府是第一保险人，它既参与农民医疗保险的组织、经营和管理，又为农村医疗保险提供财政补贴。而互助保险组合，虽然是农民自发组织的机构，但是它的设立、运作完全按照国家相关的法律和内部规章，接受政府和协会成员的监督。可以看出，无论是政府强制保险还是互助保险，政府在其中都承担了相关的责任，保障了农村医疗保险的正常有序的运行。

（二）在农村医疗保险发展过程中注重法律的作用

法律可以保证制度的稳定性、权威性，避免制度的随意性，增强制度的可信性，日本在20世纪30年代就颁布了《国民健康保险法》，之后又随着时间的推移、环境的变化，几次修改《国民健康保险法》，以适应保险发展的需要。除了《国民健康保险法》，日本还指定了其它一系列相关法律法规，以保障农村医疗保险的发展。而且，日本的“国民健康保险”在整个管理经营监督过程的每个环节都有法律的制约，法律制约的效应远大于权力制约效应，保证了机构运行畅通无阻。上升到法律层次，使农民对农村医疗保险的认识有了提高，增强了其对保险的信任程度。

（三）农村医疗保险覆盖面广，保障全面

日本的农村医疗保险在全国范围内实行，甚至1961年就进入了全民医疗的时代，具有覆盖面广、参保人数多的特点，这符合保险学的基本原理——大数原则。而且，农村医疗保险给付除了医疗费、入院时的饮食费、疗养费、高额医疗疗养费、特定医疗疗养费等费用外，还给付包括生育养育补助费、丧葬费在内的其它一些费用。这种广泛覆盖、全面保障的农村医疗保险使得农民的就医负担大大减轻，不必“有病不治”或担心“因病返贫”，因为参加保险的每个人都有受益的机会。

（四）老人的医疗保险相对独立

日本迎来了老龄化的高潮，为了迎接这种高潮的到来，以及解决日益增加的老人医疗费用等问题，日本把老人的医疗保健从一般人的健康保险体系中剥离出来，形成了相对独立的体系。老人的医疗费用有个人、政府和保险机构共同负担。超过70岁的一般老人，负担医疗费用的10%，有一定收入的老人负担20%，剩余部分由政府 and 保险机构按比例分担。一般保险机构负担比例较大，但政府会不时给予补贴以弥补其损失。这就很大程度上减轻了老人的就医负担，使他们能够在支付很少比例的医疗费用的情况下得到较好的治疗。

（五）比较完善的医疗服务体系

日本的医疗机构必须经保险组织审核，合格者才能提供医疗保险服务。为了更好的服务于医疗保险，日本政府授权都道府县政府机构负责制定社区的医疗计划，包括医疗服务区域的设定、病床数的设定、确保充足的医务人员等，并且。对医疗法人的经营范围加以明确，并加强监督管理，定期对其服务质量进行审查、认定。为了解决偏远地区特别是山村地区就医难的状况，建立了“自治医科大学”，其毕业生须到农村服务9年，其中偏远地区5年。这一系列措施使得日本的农村医疗保险得以顺利开展。

三、借鉴日本经验，完善我国新型农村合作医疗

我国的新农村合作医疗从2003年9月1日开始试点工作，截至2007年9月30日，全国开展新型农村合作医疗的县（市、区）达到2448个。占全国总县（市、区）的85.53%，参加新型农村合作医疗人口7.26亿，参合率为85.96%。可见，我国的新农村合作医疗制度建设取得了显著成效，但不可否认，在建设过程中还存在一些不足，需要我们去认识、去改进。

（一）我国新型农村合作医疗建设中存在的问题

1 政府的作用没有充分发挥

农村医疗保险作为社会保障的一部分，是一种“公共物品”，政府在其中应当起重要作用。但就我国目前的情况看，政府的作用远没有充分发挥：一是中央政府的财政资金投入虽然逐年增加。但是与城镇相比，农村居民享有的医疗卫生资源要少得多。而地方财政多是吃饭或补贴财政，在资金投入上也远远不够；二是没有上级政府的监督和有效激励机制，地方政府没有主动解决农民医保问题的动力。再加上在推行新型农村合作医疗的过程中，时间紧，任务重，政策宣传和引导工作不够深入。一些地方政府把推行新型农村合作医疗作为“形象工程”，工作方法不得当，使得农民对参保新型农村合作医疗产生了抵触情绪，缺乏参保积极性。

2 相关法律法规不规范

农村合作医疗不能持续、稳定发展的一个主要原因是法律的缺位。法律所具有的强制性、稳定性，不仅使法律所规定的参加合作医疗各方的权利和义务得以实现和履行，而且可以避免人为随意性。而我国关于农村社会保障的立法是一个长期被忽略的领域，甚至在许多方面仍属空白，其中，关于新型农村合作医疗的除《国务院关于建立新型农村合作医疗制度的指导意见》外，具体指导基层实践的法律法规还没有颁布，这与农村居民占国民的绝大多数、农业是国民经济基础不太相称。

在这种法规规范不明确、可操作性不强的情况下，这一工作更多地是以行政命令的方式来推行的，而这种推行方式使得各参与主体缺乏工作的积极性，工作上有很大的随意性，如果地方不重视，工作不抓实、抓细。工作方法简单，片面赶进度、求数量，就会造成不好的影响。

3 实施过程存在逆向选择和逆向转移支付

新型农村合作医疗的实施是为了让农民看得起病，避免因病致贫、因病返贫，不论男女老幼，缴纳的保险费均相同，在这种情况下。就可能出现逆向选择和逆向转移支付，

人们的健康状况不同，他们对医疗服务的需求也不同。年轻的身体健康的人不愿意花钱参加合作医疗，认为自己得病的可能性比较小，参加合作医疗只是交钱替别人做贡献，自己不会得到好处；经济条件比较好的家庭又认为合作医疗保障的水平低，保障面窄，不能满足自己的需要，因此宁愿去参加商业保险而不愿意参加合作医疗。而年老的或年幼的、健康状况比较差、经济收入比较低的家庭则会积极购买这种保险，因为这些家庭的成员得病的几率比较高，需要参加保险。而低收入又使得他们没有更多的资金去参加商业保险，合作医疗正好符合了他们对保险的需要。即使如此，也会有一部分家庭负担不起这部分费用。人心不齐加上允许自愿参与，这导致合作医疗面临严重的逆向选择问题。

目前在我国部分农村地区实行的是政府补贴与自愿参加相结合的医疗制度，同时实行医疗费用报销制，而且设立了较高的自付率，也就是说自己需要支付比较高的费用。在这种情况下，一部分贫困家庭仍然会因为无力支付大额的医疗费用而放弃求医。这种状况不仅导致部分人口无法受益，而且还会导致逆向转移支付。因为富人相对来说更有能力支付政府补贴后余下的需要自付的费用，也就更有可能参加保险，进而享受政府提供的补贴以及相应的医疗保障。这样富人既富又有保障，穷人越穷越没有保障，违背了社会保障制度应当对贫困者转移支付和缓解社会不平等的基本原则。

4 农村医疗卫生机构条件落后，人员素质比较低

虽然全国大部分省市的乡镇都有卫生院，村里有诊所，但是相对来说，设备比较简陋，医务人员素质比较低，并不能满足参合农民的就医要求。目前，农村的卫生基础设施不容乐观：一是医疗设备落后，财政投入比较少。较少的财政投入使得农村的医疗机构没有足够的资金购入先进的设备。这样，他们就只能对一些大病进行诊治，而对那些急症、危症就束手无策了；二是医务人员素质低。由于农村地区相对比较艰苦，高素质的医务人才一般不愿意去，而原有的医务人员一般都没有经过系统的培训，技术水平有待提高；三是用药不合理，进药渠道混乱。由于乡村医生的收入与药费挂钩，因此他们常常会给病人开贵药以赚取差价，导致农民就诊费用过高。而且他们的进药渠道比较混乱，可能会有假药充斥市场。

5 没有考虑全部的流动人口

当前我国每年都有一亿左右的农村流动人口，越来越多的农村人口流入城市，这是促进经济增长的重要因素，但是，这也随之带来一个问题，就是这些人员的医疗保险怎么办。在《关于完善新型农村合作医疗统筹补偿方案的指导意见》中指出“在一些农民工集中生活的城镇地区，农民工输出地合作医疗管理机构应与输入地有关部门协商，指定参加合作医疗农民工就诊的定点医疗机构，并签订协议，方便农民工就近看病就医，为外出务工的农民提供良好服务”。这解决了农民工比较集中的地区的农民工的就医问题，但是那些农民工相对比较分散的地区的农民工可以说正处在一个医疗保险的真空地带——由于没有正式户籍，他们没有资格参加城市医疗保险，而若参加了新型农村合作医疗就可能需要返回原住地去看病才能报销相应的费用，因此，从经济学和医疗保障需求的角度出发，我们还需进一步探讨农民工参加社会医疗保障的理论依据，探讨建立与本地经济发展水平相适应的外来人口医疗保障制度途径，促进农村医疗保障体系的完善和发展。

(二) 借鉴日本经验，完善我国新型农村合作医疗

1 充分发挥政府在推动新型农村合作医疗建设中的作用

一方面农村医保体系建设中，中央政府要建立稳定长效的农村医保政策。以法律和规章制度的形式明确各级财政负担的比例，并加大对农村基本医疗保障的投入力度。公共卫生防疫、妇幼保健以及传染病多发病等等是农村医保制度建设的重点。根据经济学的最小投入最大产出标准，预防疾病应该优先于治疗疾病。据专家测算，心血管病预防花上1元钱，医疗费就能省8.59元，在农村基本医保的资金投入上财政是可以承担的，以我国近4万亿财政收入来看，即使各级政府对10亿农民进行转移支付，以人均20元的标准计，全国各级财政转移支付为200亿元，只占预算的0.05%，对财政的压力不会很大。政府为农民在基本医保制度上投入不仅在经济上高效可行，而且也减少了农民由于预防意识不足进而得病甚至恶化的概率，保障农民享受基本医疗保障。同时，还可以通过国家的投入引导社区经济、企业、慈善机构、外资机构及个人等方面资金的注入，拓展资金的来源渠道，尤其是在发达地区提倡和开展社会捐助行为，给予捐助的企业和个人一定的税收减免政策，激励他们充实农村合作医疗基金。

另一方面地方政府要提高推动农村医保的积极性，农民群众是医保的最终受益者，要加强农民的思想宣传工作，让广大农民意识到这种制度是在政府的帮助、主导下的一项农民互助共济保障制度，它不是政府的一项恩惠，也不是农民的一项负担。只要耐心、细致、扎实地做好工作，农村医保制度就能赢得广大农民群众真心支持和拥护，农民也一定会自愿参加。各级政府应强化宣传作用，利用下发文件、广播、电视、报纸等喜闻乐见的形式向农民广泛宣传参加医保的好处，让农民对自己的权利义务、医保经费筹集和使用、医药费用报销等问题有所了解，提高农民自我保健

意识和健康风险意识，让农民自觉自愿参保。

2 政府尽快出台相关法律法规，为新型农村合作医疗的顺利实施提供法律支持

我国农村合作医疗的实施主要是依靠高度集中统一的行政干预和行政政策，缺乏法律的权威性和强制性，要保证我国农村合作医疗保险制度的顺利实施，同样必须有健全的法律法规作为后盾。

目前我国农村保障覆盖率低，筹资困难，保障形式不一且管理比较混乱。在初级卫生保健、卫生管理体制、服务体系、乡镇卫生院改革、农民健康保障办法和药品管理等方面的配套法规政策至今尚未出台，这使得农村医保体系的健全和完善仍存在法律机制上障碍，从而造成农村医疗保障制度缺乏强有力的法律保障。因此，政府应尽快出台关于农村医疗保障制度的法律法规，以法律的稳定性、强制性和权威性加强各部门对合作医疗制度的心理预期和农民对合作医疗制度的信心，在此基础上规范和引导农村医疗保障制度的建立和运行，通过立法对农村医疗保障模式、保障制度形式、保障基金筹集、农村医疗机构、药品管理、医疗费用及支出范围、农民的权利和义务、管理机构等方面加以规定。

另外，由于我国农村地域广阔，地区之间经济发展和社会结构等方面存在不平衡，因此，各地区可根据当地农村实际情况制定相应的地方性法规和规章，这些地方性法规和规章必须与全国性法律、法规不抵触，并且利于当地新型农村合作医疗保险工作更好地开展。

3 改善农村医疗卫生服务条件，提高医疗人员素质

对于广大农民来说，农村医疗卫生机构如乡、镇卫生院等是最便捷现实的医疗卫生服务场所。新型农村合作医疗保险要吸引农民参加，关键一点就是要为他们提供便利、快捷并且高水平的服务。然而我国农村基层医疗机构无论是在设施还是从业人员素质上都处于比较落后的阶段。因此，国家应该加大对基层医疗设施的投资，加强对基层医务人员业务素质的培训。而农村医疗机构自身也应注意服务方式的改善和人员素质的提高，首先，国家要加大对农村卫生事业的投入，为它们配备X光机、B超、心电图等大型医疗设备，甚至可以配备救护车，改善农村医疗卫生的条件；其次，农村卫生服务机构应从参保农民的角度出发，深入调查研究，真正了解不同农民的需要与需求，开发多层次卫生服务产品，以提高参保农民的满意度；最后，加强对农村医疗人员的培训，培养高素质的农村医疗卫生队伍：一是加强在职乡村医生的培训，可以采取培训与进修相结合的办法，组织现有医务人员到县级以上医院进修或进行专业短期培训和岗位技能培养，二是积极鼓励和引导城市优秀人才支援农村的医疗建设，对他们进行现场指导，以提高农村医疗人员的专业知识和技能，三是提高农村卫生人员的待遇水准，把物质激励与精神激励有机地结合。以保留现有人员，吸引卫生人才，激发他们的热情和创造潜能，使他们更好地为推动新型农村合作医疗顺利开展、改善农村健康环境作贡献。

4 为流动人口提供适当的合作医疗服务

由于农村人口流动越来越多，他们有的长期在外打工，有的农闲时外出打工，要参加农合时通常找不到这些人，即使找到，由于合作医疗的报销一般局限在当地的指定医院等多种原因，他们对于在当地参加合作医疗常常也没有太大的兴趣。合作医疗制度如何与外出人员实现对接，还没有理想的解决办法，从长远的角度来考虑，随着城乡差别的逐步弱化，将中国所有居民纳入一个统一的全民医疗保险体系是大势所趋，正如其它国家，包括菲律宾、泰国和越南，已经实现或正在进行的那样。但是，我国现在还不能建立全民保险。在这种情况下，可以尝试在全国设立一批新型农村合作医疗定点医院。在这些医院就诊的人员都可以持参加新型农村合作医疗的有效证件报销相关费用。另外，流动人口与用人单位建立劳动关系后，由用人单位为其办理医疗保险手续，用人单位和个人共同承担缴费的义务。

本网站为纯公益性学术网站，无任何商业目的。因部分文章来源于网络，如有侵权请来邮或来电告知，本站将立即改正。

Copyright 华中师范大学中国农村问题研究中心 鄂ICP备05015407号

Tel: 027-67865845 Fax: 027-67865189 Mail: newccers@yahoo.com.cn