

中国における合作医療保険の整備

石 田 成 則
王 艷 莉

1 はじめに

中国では建国当初から都市と農村を二分して社会保障制度を創設した。政府は都市に対し先進諸国に負けないような政策を実施したが、農村に対しては保障水準が低い合作医療制度及び孤児孤老に対する集団保障制度しか構築しなかった。都市の医療保障制度により都市住民は無料か公的費用で高水準の医療給付を享受した。農村住民はレベルが極めて低い従来型合作医療制度¹⁾による医療給付しか受けられなかった。この制度は疾病に対する保障制度というより、むしろ病気の予防促進にすぎない制度であった。

社会主義の理念は国家の主人公としての国民一人一人が生活の向上を公平に享受し、そこで国や集団に依拠して平等な生活を送ることができることである。このような普遍主義を原則として創設された社会保障制度は当時の財政制約もあったが、都市と農村間の保障の格差が大きく、不公平性の問題が顕著であった。一方、当該制度は都市間の公平性、農村間の公平性を基本的に達成したといえる。

社会保障制度はそもそも所得再分配の機能を発揮することにより、所得平準化を実現するものである。しかし、計画経済時代の中国では、それは都市社会同士の公平と農村社会同士の公平を実現したにすぎない。特に市場経済改革に応じるために、都市の社会保障制度改革は進展した。しかし、農村保障制度はその財源基盤である末端組織の人民公社が崩壊し、農民の多くが一度に無保障の状態になり、かえって不平等は拡大した。

生活保障がほとんどない状況下で、多くの農民に健康問題が起こり、毎年

1) 現行の合作医療制度を区別するために、従来型合作医療制度とする。なお、現行の合作医療保障制度は新型合作医療制度とする。

病気で貧困状態に陥ったり、貧困に逆戻りする者が多く出てきた。この問題を解決するために中央政府は1994年、1997年の2回にわたって「中国農村合作医療制度の改革」に関する公文書を発表し、制度改革を推し進めた。しかし、政府の高官の間では必ずしも問題に対する認識が一致せず、改革が滞っていた。一方、市場経済改革を進めるとともに医療機関の市場化がはじまり、医療費の膨張をもたらし、「農村では入院すべき患者の65%が入院できない」「家で死亡したものは78%を占めた」²⁾ という「看病難・看病貴」の問題が発生した。

この問題は中央高官リーダーの注目を集め、問題の解決を図るために政府は国庫負担の新型合作医療保障制度を構築することを決定した。この制度は2003年の1月から実施され、2008年3月末までに中央及び地方政府の負担額を合わせ1,331億元となった。国の財政から農民の保障制度に負担することは歴史上においてはじめてのことである。当該制度は政府の重視、周知徹底を図ることにより、2008年に全国2,729の県に拡大し、加入者比率は全国農民の91.5%に達した。

本稿はこの新型合作医療制度の仕組みを概説するとともに、制度理念（公平性の問題）の変化を考察し、更に制度の公平性を達成するための改善策を提示する。

2 新型合作医療制度の構築

2.1 新型合作医療制度の仕組み

2002年の「決定」にもとづき、中国政府は2003年1月に「新型合作医療制度の構築に関する意見」（以下、2003年の「意見」）を公布し、新型合作医療制度の具体的な規定を発表した。

- (1) 加入対象は農村戸籍をもつ者の全てとし、家族を単位として加入する。
- (2) 任意加入の制度とする。

2) 景天魁/出和暁子訳 (2008) 「農民の健康問題をめぐって」『転換期中国における社会保障と社会福祉』 p.143

(3) 財源については農民の拠出は10元を基準にし、経済状況がよい地域では拠出水準を引き上げることができる。また、地方政府は10元、中央政府は10元を負担し、年間一人当たり保険料は30元を下回らないことと定められた。その後、政府の負担金は2006年、2008年の2回にわたり引き上げられ、現在は中央政府と地方政府の負担額は40元ずつであり、合わせて80元となっている。そして、農民の20元の拠出を合わせ、保険料の額が一人当たり100元になった。2008年保険料が100元、或いは100元以上になった省は北京、天津、遼寧、上海、江蘇、浙江、福建、広東、安徽、重慶、青海及び新疆である³⁾。

(4) その保障内容は、制度へ参加した農民の一定金額以上の通院費及び入院費を対象に支払われる。経済状況がよいところでは金額の大小にかかわらずかかった医療費を支給する。また、加入した農民が年度内に医療基金を使わなかった場合、一回の健康診断をうけることができる。

(5) 保険資金管理は県を単位として統一的に行う。事業をスムーズに行うために、県の新型合作医療を管理する部門は、合作医療に参加する農民の代表と農村合作医療管理委員会で構成する。事業運営の管理や利害対立を調整するとともに、適正な事業推進のために協力体制をとる。委員会の下に代理機構を設置し、具体的な業務をとり行う。すべての経費は同級財政の予算から交付され、合作医療基金からの拠出は禁止されている。

この「意見」に従い、中国では新型合作医療制度の構築をめぐって地方ごとにさまざまな仕組みが生まれた。

2.2 新型合作医療保険制度の発展状況

新型合作医療保険制度を試行してから、毎年、中央政府は正式な指導的公文書を下し、制度の重要性を強調し、具体的な業務の指導を行ってきた。この制度は政府の積極的な推進により6年間で、加入率は2004年の75.2%から2008年の91.53%に増えた。実施県数は2004年の333県から2008年の2,729の県に拡大し、ほぼすべての県が実施している。積み立てられた資金は26.37億

3) 毛郡安 (2008) 「増加補助門診統籌 全国31省份實現新農合全覆蓋」

http://www.china.com.cn/news/txt/2008-07/10/content_15986095.htm

元から662.31億元に増え、給付金を受けた農民は累積にして5.85億人に達し、一部の農民の医療費負担の軽減に貢献してきた。

図表 1 新型合作医療保険制度の発展状況

	実施県数 (個)	加入者数 (億人)	加入割合 (%)	該年度の基金による支払 (億元)	受給者数 (億人次)
2004	333	0.80	75.2	26.37	0.76
2005	678	1.79	75.66	61.75	1.22
2006	1451	4.10	80.66	155.81	2.72
2007	2451	7.26	86.2	346.63	4.53
2008	2729	8.15	91.53	662.31	5.85

出所) 中国衛生年鑑より筆者作成。

2.3 制度の効果

近年になり、農村部の「看病難、看病貴」が原因で、農民は病気になっても病院に行けず、入院すべき患者は入院できないことが社会問題となっていた。そこで、制度の効果を検証するために、一つの指標として農民の通院件数の増加の有無を取り上げる。以下では農民が利用する医療施設の実態を把握する。

「2002年の決定」にもとづいて、農民の「看病難」を解決するために、農村三級医療体制の構築を実現した。農村三級医療の構築とは農民医療の利便性を高めるために、中央財政の投資を中心に、地方政府も一定の財政負担により、県、郷鎮、村の医療施設の改善・新築などの医療インフラを整備することである。県の医療施設は農村保健予防及び医療サービス業務の指導センターであり、農村の保健予防、基本医療、下部からの転院、救急、下部医療職員の訓練、業務指導の責任を負わなければならない。郷鎮の医療施設は公共衛生サービスの提供を中心に、総合的に予防、保健及び基本医療などのサービスを提供し、かつ県の医療施設の委託を受け公共衛生管理の職能を発揮しなければならない。村の医療施設は衛生行政部門から委託された農民の予防・保健の責任を負い、日常の怪我、病気の初級診療の実施が義務づけられた。

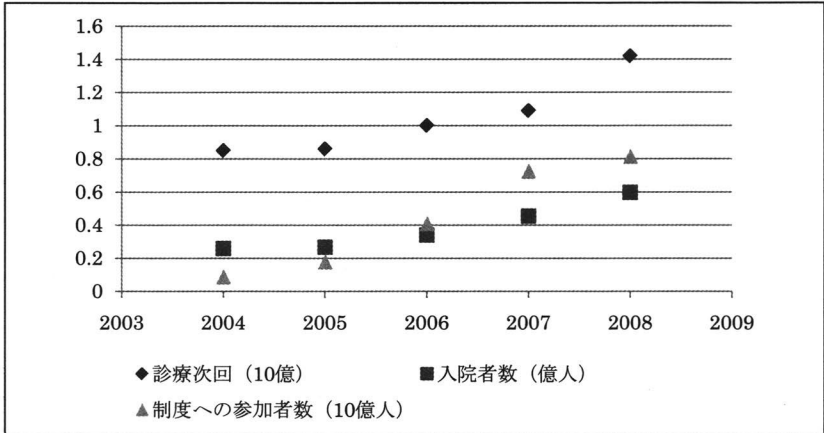
この政策に呼応し、新型合作医療制度は初級医療施設、つまり郷鎮の医療施設での診療を促進するため、その給付の割合が県の医療施設、省の医療施設より高く設定されている。2010年河南省の「新型農村合作医療統籌法案」の規定を例にすると当該郷鎮の認定された保険医療施設で受診する場合、最低給付基準額は100元、医療費の70%が給付される。県級、市級、省級の認定された保険医療施設で受診する場合、給付となる医療費の基準額はそれぞれ、300元、600元、800元、さらに当該省以外の医療施設で診療する場合、1000元の基準額を設定している。保障水準は県の施設では治療費の60%、県以上の施設では50%に設定されている⁴⁾。

したがって農民が診察を受ける施設は三つの機関が想定できる。最も便利な場所は所在地の村の衛生室で、入院・通院に至る病気の場合は郷鎮の医療施設か、県の医療施設を選択するのが圧倒的である。そこで、県級以下の医療施設へのアクセス状況を見れば、農民の「看病難、看病貴」の問題が緩和されるかどうか、すなわち合作医療保険の制度効果がわかると考えられる。図表2はそれを表示したものである。これをみると、制度の進展に応じて診療回数と入院者数の増加と正の相関を表わすようになってきた。もちろん、すべてが合作医療制度の進展によるものでないものの、制度の発展が「看病難・看病貴」の問題を一定程度緩和したと推測できる。

4) 新農合信息网「河南省新型農村合作医療統籌法案」

<http://www.ccms.org.cn/article.aspx?id=223>

図表2 合作医療制度の進展と診療・入院者数の関係



出所) 衛生部『衛生事業発展状況』より筆者作成。

3 医療保険の公平性に対する評価

3.1 医療保険における公平性の問題

中国医療保険制度では都市と農村の格差が存在するだけでなく、同一地域内の格差も存在する。ここで合作医療保険と都市従業員基本医療保険を比較しながら問題点を考察する。その上で、農村間の保障格差問題を取り上げ、制度発展のあり方について検討する。

(1) 都市と農村医療保険の格差

中国の社会保険制度は医療保険制度だけではなく、そのすべては都市部に向けて優遇措置をとり、選別的な政策をとっている。医療保険制度は、都市部の従業員医療保険制度（以下は都市医療保険とする）と農村部の新型農村合作医療保険（新型合作医療とする）に分けることができ、制度の違いは以下の通りである。

加入体制 まず加入体制について都市医療保険は都市部のすべての企業（国有企業、集団所有企業、外資企業、私営企業、郷鎮企業など）の従業員

を対象として強制的に加入させる体制を採用している。新型合作医療は農村戸籍を有するすべての農民を対象とするが、加入するかどうか個人の意思によるものであり、任意加入の制度である。このような設定は主に農民の経済状況を考慮したものであるが、任意加入である限り、逆選択を避けることができない。

財源 次に財源は、都市従業員基本医療保険において、事業主と従業員の両者が負担することになっている。企業側は従業員賃金総額の6%を、個人は賃金支給額の2%をそれぞれ医療保険料として、所属する市政府あるいは県政府の社会保障の機構に納付する。納入の比率は経済の発展状況により調整することができる。医療保険基金は社会プールの部分と個人口座の部分から構成される。個人口座の部分は個人からの納入分と企業側からの納入の30%をあわせたものである。社会プールの部分は企業から納入の70%を積み立てて形成される。国家負担部分は医療保険基金の救済及び医療保険管理部分の費用にあてる。この保険の徴収方法は日本の被用者医療保険の納付方法と変わりが無い。これに対し、新型合作医療は2002年の試行から個人、地方政府、中央政府が各10元を負担し、合わせて年に30元、2006年からは各負担を20元に引き上げ合わせて年に60元となっていた。さらに2008年からは個人負担を据え置く一方で、中央・地方政府の負担を40元に増やし、1人あたり年間保険料を100元とした。

この保険基金の納付方法について、日本の医療保険制度も被用者医療保険、共済制度、市町村国民健康保険から構成され、保険料の納入方法は賃金比例、応益割・応能割の方式があるから、中国都市部の従業員基本医療保険、新型合作医療保険とあまり変わりが無いと考えられる。

給付 医療費の給付について、都市医療保険は社会プールからの給付と個人口座からの給付に分けて規定されている。社会プールからの給付は最低給付額と最高給付限度額が設定されている。最低基準給付額は当該地域の年平均賃金の10%であり、最高給付限度額は当該地域の年平均賃金の400%となっている。つまり、医療費が発生した場合、その額は当該地域の年間平均賃金

の10~400%間になり、一部分の費用は社会プールから支出されることとなる。個人も一定の割合を負担する。10%以下の場合は個人口座から支出するか、自払いかは個人の自由である。400%を上回る場合、市が運営する高額医療費補充保険制度か商業保険かのいずれかで対処する。一方、新型合作医療の医療費の給付については都市医療保険と同様に上下限度給付額を設定し、個人も一定の割合で医療費を負担する。給付の限度額は当該地域年間収入と関係なく、当該地域の積み立てられた合作医療保険基金の状況と当該地域の経済状況を合わせて地域の政府が決定する。このように両制度はいずれも給付の下限となる基準額と上限となる最高給付限度額を設けている。都市、農村とも地域によって基準額と最高限度額にかなりの差があるため、両者を比較するのは難しいが、以下は貴州省を例にして比較してみよう。

貴州省都市部可処分所得は一人当たり10,678.40元(平均)、10~400%で計算すれば、医療費の1,067.8~42,713.6元は社会プールから給付してもらえらる。一方、農村部では、最低給付額は郷鎮、県、県以上の合作医療保険の認定された医療機関の順で30~50元、100~150元、300~500元、最高給付限度額は10,000~30,000元である⁵⁾。所得比で見れば給付の基準額は郷鎮、県、県以上の合作医療保険の認定された医療機関の順でそれぞれ、1.26~2.11%、4.21~6.31%、12.64~21.06%、最高限度額は4.21~12.64倍である。絶対額からみても所得比からみても、農村部の基準額は都市部のそれより低く、優遇されているように見えるが、都市部は10%以下の場合には個人口座に積み立てられた保険料で払うことが可能であるから、下限の設定がないといってもよいだろう。ところで、新型合作医療保険は、入院の保障に重点を置いているから、小額医療費は自己負担が圧倒的である。2008年一人当たりの入院医療代は4,973.8元であり、新型合作医療の保障比例の50%⁶⁾(中位数)で計算すると2,486.9元、年間貴州省農民所得2,373.99元を上回る。この意味で、家族に一人が病気になるたとすれば、一年の所得がなくなり、保障の水準は依然

5) 安順市衛生局(2008)「貴州省衛生庁財政庁新型合作医療制度の統籌保障方案に関する実施意見」黔衛発96号<http://wsj.anshun.gov.cn/news/show.php?itemid=303>

6) 給付比例は郷鎮、県、県以上の認定された医療施設の順で、60~70%、50~60%、40~50%の比例である。

として低いことがわかる。

3.2 地域間の格差

中国では、医療制度の不統一問題は都市部と農村部だけではなく、農村内でも存在する。その原因は制度を作る場合、各地の経済状況を考慮し、中央政府は基本的な規程を定め、細かい点は地方政府に任せることから生じる。新型合作医療制度では省と省の格差、または省内の県と県の格差も生じている。

例えば、2009年広東省では最低給付基準額は100～200元、最高給付限度額は5万元以下、保障水準は郷鎮、県、県以上の医療施設での給付比例はそれぞれ70%、60%以上、40%以上である⁷⁾。これに対し、同年貴州省は県、県以上の合作医療保険の認定された医療機関の順での最低給付基準額は30～50元、100～150元、300～500元、最高給付限度額は10,000～30,000元の基準で、給付比例は郷鎮、県、県以上の認定された医療施設の順で、60～70%、50～60%、40～50%の比例である⁸⁾。これを見ると、広東省の保障水準は遥かに貴州省より高いことがわかる。なぜかという、広東省は最も経済発展がよい地域であり、地方政府の財政負担が多いからである。同年の広東省の保険料の構成から見ると、財政負担は90元であり、そのうち、中央財政4元、省財政61元、市・県財政25元、これに農民の20元を合わせ110元であった。これに対し貴州省は中央財政40元、地方財政40元、農民20元で合わせて100元しかない。制度間の格差は新型合作医療制度だけに止まらず、すべての保障制度は等しく経済がよい地方ほど、保障水準が高いのが現状である。

3.3 医療資源の公平性

(1) 都市農村医療の格差

中国の医療保険制度は日本の公的医療保険制度のように納入した保険料の金額に関係なく、どこの病院でも平等に受ける権利があるわけではない。従

7) 広東省衛生庁広東省財政部「新型合作医療に関する工作の通知」粵衛「2008」74号
<http://hzylib.gdwst.gov.cn/newslist/newslooks.php?id=2029>

8) 安順市衛生局、前掲資料

業員の医療保険制度も新型合作医療保険制度も当該地域の医療施設でのみ利用することが提唱されている。つまり、新型合作医療制度の加入者が病気になった場合、当該地域の郷鎮医療施設を利用することにより医療費の償還比率が最も高くなる。県、県以上の医療施設を利用する場合、医薬費の償還比率が逐次に低下していく。

そのために、都市と農村の医療資源の配分が不平等で、都市住民と農民の受ける医療サービスの質も違ってくる。医療資源は大都市、特に少数の特大都市に過度に集中する一方、広大な農村地域では医者や薬不足が深刻である⁹⁾。

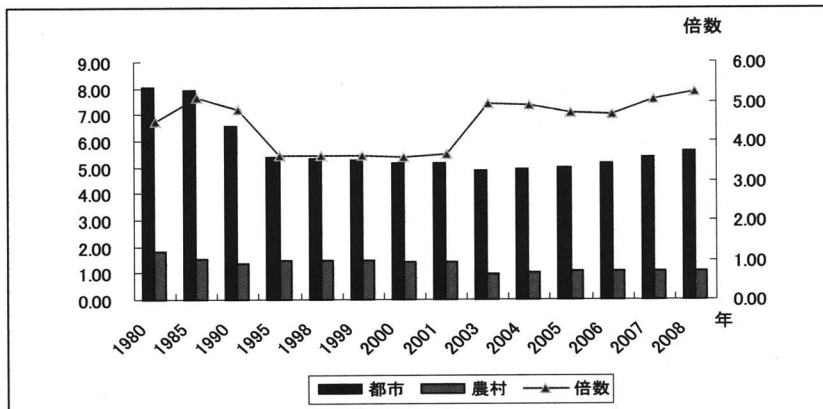
図表3は都市農村における医療技術者数の格差を表している。これを見ると、都市農村の医療技術者数の格差は以前から存在し、近年になって農村「三級医療体系」¹⁰⁾の構築を中央政府が提唱したにもかかわらず、この状況は依然として改善されていないことがわかる。2008年都市千人当たり医療技術者数は5.58人であるのに対し、農村はわずか1.06人しかいない。また、図表4は医師の教育水準を表したものである。これを見ると、中国医師の教育水準は都市も農村も全体的に低いものの、都市は専門学校38.27%、専門短大31.43%、学士20.29%であり、農村は専門短大20.29%、専門学校58.71%、高校10.33%である。農村医療技術者の教育水準は都市より低いことがわかる。中国の医療資源はその80%が大都市に集中し、また、そのうちの80%が大病院に集中するという現象が生じている¹¹⁾。そのため、医療資源の不公平問題を円滑に解決できない限り、新型合作医療制度は効果的に農民の健康を守っているとは言いがたい。

9) 景天魁/出和暁子訳 (2008), p.124

10) 県の病院, 郷の衛生室, 村の衛生室

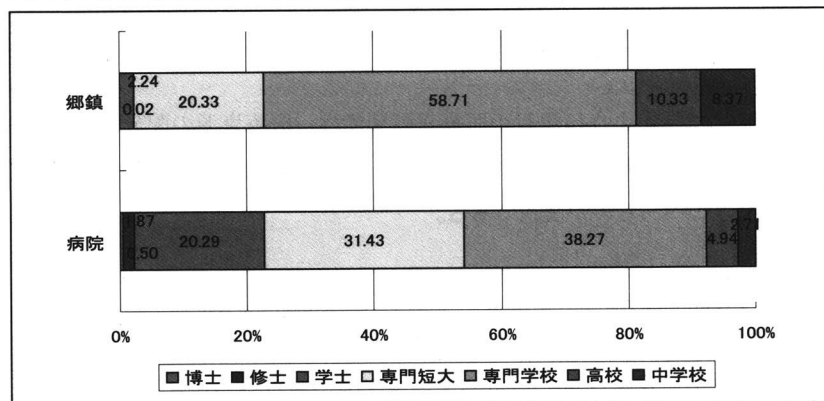
11) 景天魁/出和暁子訳 (2008), p.124

図表3 都市農村における医療技術者数の格差



出所) 中国衛生年鑑2009年より作成
 注) 農村のデータは県を基準にしている。

図表4 都市と農村医師の学歴の差異 (2005)



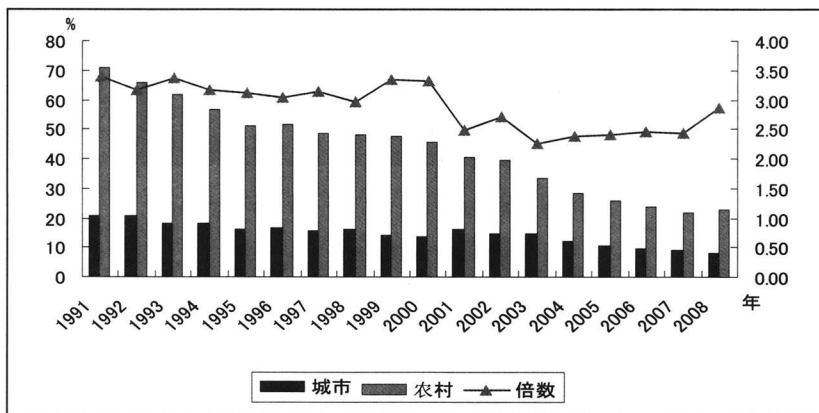
出所) 衛生部「2009年中国衛生統計年鑑」

(2) 医療資源の不公平配分による影響

中国は都市農村の医療資源の不公平配分により、期待寿命の差異、産婦死亡率の差異、児童の死亡率の差異などをもたらした。図表5は都市農村5歳児死亡率の推移を表したものである。これを見ると、都市と農村の5歳児死亡

率の差異は2000年の3.87倍から2008年の2.87倍になっているが、依然として格差が大きい。

図表5 都市農村5歳児死亡率の推移



出所) 衛生部「中国衛生事業発展状況簡報」各年版

以上を見てきたように現行の医療保障制度は、医療資源の配分において、都市農村の不公平問題が存在するだけでなく、都市間でも農村間でもその格差が開きつつあるのが実状である。

3.4 「大病統籌」

衛生部は1993年から5年に一度、国家衛生服務に関する調査を行い、2008年に四回目が実施された。この調査によると、農村において病気の自覚があるにもかかわらず医療機関に行かない人の割合は35.7%、入院すべき未入院の割合は20%、そのうち、経済的理由で医療機関に行かない人の割合は14.9%、入院できない割合は70.3%と高い¹²⁾。

一方、中国の医療保険制度には農村部だけに問題が多いのではなく、都市部でも問題が深刻である。図表6、7を見ると、都市部の受診できない者数、

12) 中国疾病预防控制中心 (2009)「第四次国家衛生服務調査主要結果」

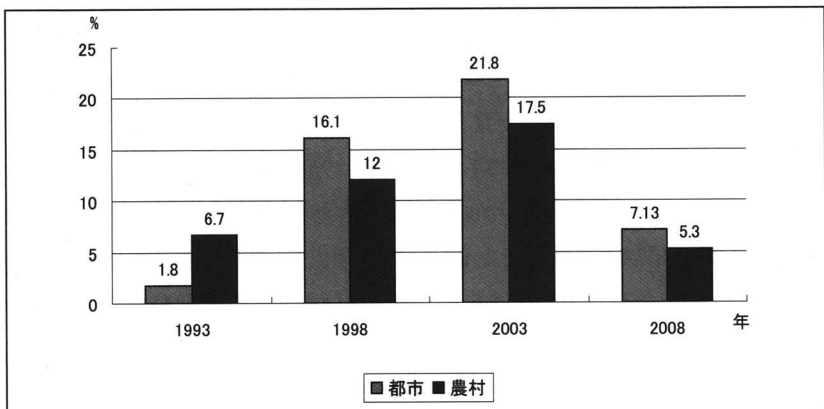
<http://www.chinacdc.net.cn/n272442/n272530/n272742/29573.html>

入院できない者数は農村部のそれより高いことがわかる。これに関しては、都市部の現行の医療保険制度には従業員を対象とする従業員医療保険制度と従業員以外の学生、児童、無職者を対象とする基本医療保険制度がある。この両制度を合わせ、2009年加入者数は40,061万人であり、都市部総人口の64.4%しかカバーしていない。都市部の無保険者数が農村部より高いことから、受診できない割合、入院できない割合も農村部より高くなっている。

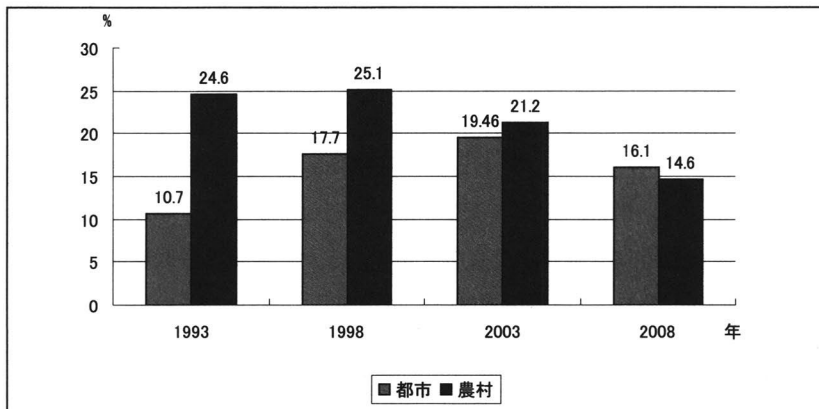
当該制度の保障は入院費に重点が置かれ、また、最低保障基準額、最高給付限度額が定められ、自己負担率は6割(平均値)近くになっている。したがって、保険に加入していても軽い病気にかかった場合は外来の保障がないため、医療機関に行かない人が依然として多い。また、入院する場合、保障比例が低く、また一定の金額を超えた病気、つまり重篤な病気の場合、高額の治療費が必要であるにもかかわらず、新型合作医療制度は上限となる金額を設定しているため、保障範囲外になり自己負担を求めることになる。

したがって、制度の設計は“小病は保護せずに、大病も保護できない”“病気にかからないものは必要がない”という状況になり、制度の公平性も効率性もよくないと言わざるをえない。

図表6 経済的理由で受診できない人数の割合



図表7 経済的理由で入院できない人数の割合



出所) 1993年、1998年のデータは劉曉梅「中国都市部の医療保障制度改革」『転換期中国における社会保障と社会福祉』2003年、2008年のデータは衛生部「国家衛生服務調査報告書」

3.5 医療費の高騰

保険事業として成立するには、納めた保険料の総額と保険金の総額は相等しなければならない。これはいわゆる保険の「収支相等の原則」である。つまり保険料は被保険者の病気・事故の起きる確率とその病気・事故が起きたときの損失額＝治療費の大小の均等を達成しなければならない。合作医療制度も同じである。2003年の「意見」においてこの点について明確に定めている。そのため医療保険を研究する場合、医療費の検討が必要である。

図表8は一人当たり受診医療費と一人当たり入院医療費の推移を表したものである。これを見ると、1999年から2008年の10年間で、一人当たり受診の医療費も入院の医療費も倍に増加し、検査治療費は受診の場合3倍、入院の検査治療費も2倍以上に増えている。一方、図表9は薬価の伸び率の年次推移を表したものである。これを見ると、薬価格は際立った上昇がなく、西欧薬に関してはむしろ下落の傾向にある。そのため医療費の高騰は薬価の上昇によるとは考えにくい。医療費の高騰は医療技術の進歩と関係があるものの、最も考えられるのは過剰医療における「検査漬け、薬剤漬け」の問題であろう。

現在の医療機関は、市場経済改革が進むに伴い、その市場化が明確にされた。まず、政府は医療衛生サービスに対する公共負担の割合を削減し、また、医療機関の「医療収益による運営」を許可したために、医療の収益と医療従事者の収入が直接つながることになった。その結果、医療費が高騰すると同時に医療機関は予防への関心を薄め、臨床治療を重視することになる。1990年から2002年まで患者の医療費に占める検査治療費用の比率は、過剰検査により28%から36.7%まで上昇した¹³⁾。したがって、中国政府は合作医療保険制度を円滑に進展させるためには、医療費高騰の問題を真っ先に解決しなければならない。

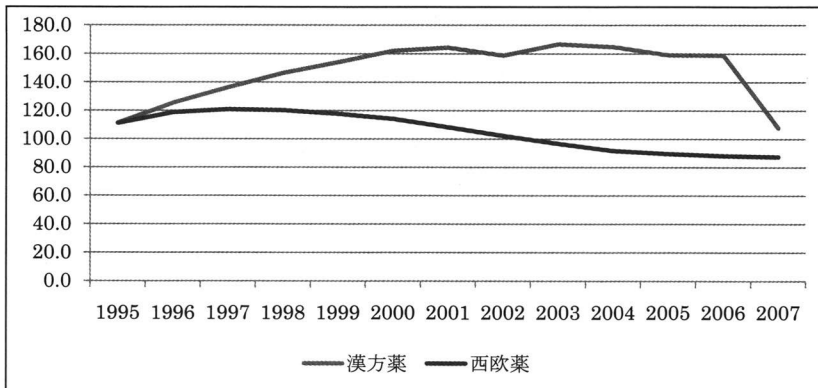
図表8 一人当たり医療費の年次推移

年次	受診一人当たり医薬費			入院一人当たり医薬費		
		薬費	検査治療費		薬費	検査治療費
1999	79.0	47.4	14.4	2891.1	1363.6	859.5
2000	85.8	50.3	16.8	3083.7	1421.9	978.5
2001	93.6	54.0	18.8	3245.5	1475.9	1014.2
2002	99.6	55.2	27.9	3597.7	1598.4	1320.7
2003	108.2	59.2	30.8	3910.7	1748.3	1411.6
2004	118.0	62.0	35.1	4284.8	1872.9	1566.3
2005	126.9	66.0	37.8	4661.5	2045.6	1678.1
2006	128.7	65.0	39.9	4668.9	1992.0	1691.3
2007	136.1	68.0	42.4	4973.8	2148.9	1734.6
2008	146.5	74.0	45.3	5463.8	2400.4	1887.0

出所) 衛生部「中国衛生統計年鑑」各年版より筆者作成。

13) 劉曉梅 (2008) 「中国都市部の医療保険制度改革」『転換期中国における社会保障と社会福祉』 p.198

図表9 薬価の伸び率の年次推移



出所) 衛生部「中国衛生統計年鑑」各年版より作成

注) 薬価は1994年 = 100で計算

4 都市部及び農村部における医療制度の性格の差異による問題点

4.1 都市部及び農村部における医療制度の性格の差異

社会保険の特徴は①保険の原理・技術を用いた仕組み, ②保険加入は政府の定める規則に従い, 原則として強制, ③被保険者及び雇い主の保険料負担, ④保険料納入の義務と医療費負担の責任¹⁴⁾ など四つに纏めることができる。これを当てはめると中国都市従業員基本医療保険制度は強制加入性, 保険料徴収の所得比例かつ被用者と雇い主の共同負担, 加入者の給付に対する権利性などの特徴があり, 社会保険における所得再分配の機能を持っている。したがって, 当該制度は社会保険の特徴をもっていることが明らかである。

一方, 新型合作医療ではその加入が任意であり, 保険料は2008年現在20円で定額である。その上に政府が大幅に負担することが特徴である。しかし, 任意加入性, 保険料定額性となっており, 社会保険の要素を欠いている。2002年の「決定」によると, 新型合作医療制度の構築は政府の指導の下で「民弁公助」¹⁵⁾ と自己責任を原則とすることを強調した。つまり, 当該制度は

14) 岩村正彦著 (2001)『社会保障法 I』弘文堂 pp.40~43

15) 農民を主体として取り扱うが, 政府は援助する。

個人主義・自己責任・自己救済を提唱している。そのため、当該制度は社会保険の再分配要素を欠いていることが明らかである。また、都市従業員基本医療保険の主管官庁は社会保障部であるのに対し、新型合作医療の主管官庁は衛生部である。社会保障部は国務院の一部であり、全国の社会保障制度の企画、法律・法案の設定、実施、管理・監督などの責任を負う管理機関である¹⁶⁾。衛生部も国務院の一部であり、全国の衛生事業の発展、医療に関する法案の設定、管理、監督などに責任をもつ管理機関である¹⁷⁾。これを見ると中国政府は新型合作医療制度を社会保険制度の範疇に入れておらず、保険料の補助は単に政府の加入促進に過ぎず、依然として農民間の相互共済制度に位置づけている。

4.2 逆選択の問題

特に当該制度は重篤な病気を重視し、軽い病気にかかった場合、医療費が発生しても基準額に達しない限り保険金の償還がない。しかし若者や健康の方は重篤な病気にかかる確率も低く、かかることを予期しないから、保険への加入を避けるのが一般的である。逆に病気になりやすい層や高齢者などは若干保険料を出しても、病気になる場合は保険金の形で戻ってくるから、常に制度への加入を選択する。これは保険理論上の逆選択である。この問題が発生すると保険における再分配の機能が十分に発揮されない。

ところが、統計を見てみると2008年に制度の普及率は既に91.53%に達し、逆選択の問題をほとんど抱えていない。私的保険の特性から考えても、制度の構造から考えてもこのような高加入率に疑問を持っている学者がほとんどである。では、なぜこうした高加入率になったのだろうか。

まず、中央政府の関与である。制度の発展に対し、中央政府は連続して6年間で毎年全国範囲の会議を開催し、制度の普及成果の報告、制度の改善、次年度工作の内容など具体的に指導した。制度の目標として、2010年までに、全国で普及しなければならない。これを実現するために、王氏の調査による

16) 社会保障部ホームページ

17) 衛生部ホームページ

と¹⁸⁾、中央政府は毎年年次目標を設けて、省・自治区・直轄市の政府に命令を下す。そして、省・自治区・直轄市はその管轄区域の下級政府に対して厳しいノルマを課している。①郷鎮の幹部が村、村の幹部が組¹⁹⁾、組の幹部と共産党員が農民に加入を勧誘する。また、出稼ぎの農民まで勧誘の連絡をとり、加入の説得を行う。②賞罰制度の導入である。一部の郷鎮は保険料の徴収が期間通りに達成したかどうかの数値は幹部に対する年度業績と連動し、その奨励と罰則の根拠になっている。③任意加入性と厳しいノルマの設定は下級政府及び末端組織としての住民自治組織に多大なプレッシャーを与えた。そのために、一部の下級政府では加入者の名簿まで偽造されている。このような推進の方法による高加入率の実現は長い目で見ると不安定であり、最終的に制度を推し進める上で障害になる。なお、調査研究によると、農民一人当たり純収入が高い地域の加入率は必ず高いとは限らず、収入が低い地域でも加入率が高い場合もある。加入率と農民一人当たりの純収入との関係があまりなく、最も影響するのが地方政府の宣伝と推進方法である²⁰⁾。この研究結論は王文亮の調査結果とも一致しているといえる。

4.3 逆所得再分配の問題

既述したように現在の合作医療保険制度は任意加入性を採用しているにもかかわらず、加入率はすでに91.53%に達した。この高加入率の実現は強制的な勧誘手段を使ったことにあると考えられる。しかし、制度がかなり普及したといっても、図表6、図表7のように経済の原因で病気になっても病院に行けない、入院すべき者は入院できないケースが依然として存在する。なぜかという、新型合作医療制度の仕組みで示したように、医療費が最低保障基準にならないと医療費が償還されない。また、保障の割合が2003年の医療費の25%から2008年の41%に増えたにもかかわらず、自己負担の割合が依然

18) 王文亮「自由意思の加入と加入率のノルマ—中国農村医療保険制度のジレンマ」

http://news.searchchina.ne.jp/dispcgi?y=2009&d=1021&f=column_1021_002.shtml

19) 自然村の規模

20) 王延中ら(2007)「新型合作医療制度的建立和發展」

http://www.china.com.cn/news/txt/2007-06/01/content_8329082_3.htm

として高い。また、入院費の最高限度額を定めているから、農民は経済上負担ができない。そのゆえ、貧困な農民が保険制度を利用する頻度は遥に富裕層より低い。したがって当該制度の再分配は富裕層から貧困層への流れではなく、貧困層から富裕層の方向に流れている可能性もある²¹⁾。

5. 制度改善への考え

中国第11次5ヵ年計画では社会的公平性を一層重視し、すべての人民に改革・発展の成果を共有すべきであると強調した。これはまさに、本文の冒頭に論述した社会主義理念の堅持であると考えられる。そこで新型合作医療保険制度の実施は社会的公平性を実現するための先行制度の一つであるといえる。しかし、本論の検証したところ、当該制度の実施は逆所得再分配の問題をもたらす一方で、社会的不公平性がますます進む恐れがある。この節では安定的な制度を構築するため、また社会的公平性を実現するため、どのような制度を確立すればいいかという政策提言を試みる。

5.1 強制加入制を採用する社会保障制度の構築

まず、加入体制は任意加入から強制加入へと改正することである。加入体制は任意加入性を採用する限り、逆選択の問題を避けることができないと同時に医療保障の公平性問題をも解決することができない。確かに現在全国の加入率は91.53%を実現し、このような問題は顕在化していないが、この高加入率の持続を保証できるかどうか問題である。なぜなら、この高加入率の実現は本稿の4.2で指摘したように下級政府が厳しい行政命令の下で強力的に推進政策を行った結果であると考えられる。では、なぜ高層政府は下級政府に政策推進のプレッシャーを与えるか、次にこれについて言及する。

現在の中央政府は新型合作医療保険制度を非常に重視し、制度をスムーズに推進するために、財政支援を提供する一方、年次改革目標をも設定し、厳しい行政命令を下層政府に課している。例えば、この制度は今後の目標とし

21) 三浦有史 (2009) 「中国の医療格差と医療制度改革」『太平洋ビジネス情報』RIM, Vol.9 No.33, p.32

て(2009~2011年)の三年間で「全国民皆保険」を実現することである。具体的な措置はまず、新型合作医療保険制度と新型合作医療保険制度と同じ任意加入を採用している都市住民の基本医療保険制度とを統合し、いずれも9割以上の加入率に引き上げないといけないことである。同時に、当該制度では薬価の見直し、農村医療機関の整備、基本医療サービスの均等化、公立病院の改革の取り組みについても強調されている。これを実現するために各級政府は3年間で8,500億元(そのうち、中央財政は3,318億元)の財源を投入し、制度の改革を確保すると定めた²²⁾。

これを見ると、現在の高加入率の実現は政府の積極的な推進政策下で高額な財政支援政策と疑似強制加入性を採用したからであろう。しかし、この高額な財政支援や強制加入性の採用は持続していく根拠がない。なぜなら、現行の制度は互助共済の性質で政府の責任は保証されていない。この意味で、政府による制度へのサポートがあるかどうか、サポートの程度、サポートの期間などが不確実であり、制度の持続性・安定性が問われる。逆に、農民は参加するかどうかは自分の自由であるから、健康な者は自分が知らない疾病者へ経済負担することを必ずしも望まない。したがって、この制度は安定的に持続できるかどうかの問題である。もし持続ができない場合は、農民による政府への信頼を弱める危険性すら存在している。そのため、この制度は安定性と持続性がある社会保険制度に改正すべきであろう。

5.2 保険料の定額制から純収入の比例制度に改正

保険料の定額制度は、健康な者から有病者への所得再分配機能を発揮することができるが、高所得者から低所得者への再分配機能の発揮は不十分である。この点において中国の都市の制度は先進諸国(イギリスを除く。イギリスは税で財源をまかなう)のように所得比例の保険料徴収方式により、再分配の機能を果たしている。現在の農村でも上海のように一人当たり年収10,145元であり、一般の都市より高いところがあれば、甘肅省のように2,328

22) 新華社北京(2009)『医療衛生体系改革の重点と実施方案(2009~2011年)』

http://www.zghrc.cn/show_article.asp?id=471

元で低いところもある。また、県の間で格差、個人差などが存在しているので、一律に定額を設定することでは社会保険の公平性を達成することができない。この問題を改善するために各地方政府は当該地方の具体的状況を考慮し、保険料の収入比例制度の導入を検討すべきである。

5.3 保障水準の見直し

最低保障水準の設定は、医療保険における道徳的危険による過剰医療、重複診査を抑制する機能を持っているが、この設定は困窮な農民の医療機関へのアクセスを防ぎ、貧困農民への保障の意味がなくなる。

既述のように現行の制度は入院に重点を置いているので、最低保障水準を設定している。すなわち少額の医療費用は農民自身が全額自己負担しないとイケない。このことはまさに、逆所得再分配の問題が起こる主要な原因となっている。貧困な農民は制度に加入しても、少額の医療費用の支払いを考慮し、結局、軽い病気に我慢し、我慢できなかつたら、病院に行っても手遅れになる現象が多発する。逆に富裕層は過剰診査、栄養薬の購入などにより医療基金を使い、保険基金の多くは富裕層に流れていく現象が発生する。

この問題を解決するために、生活保護者向けの最低保障水準をなくす省が出てきたが、この制度の改革のスピードアップを図るべきである。また、農民の純収入による最低保障水準の設定は制度の公平性を達成することに更に効果があると考えられる。

本来、社会保障制度は高所得者から低所得者への所得再分配、健康の方から疾病者への所得再分配の機能を果たし、そこで社会の公平性を達成する。現在の合作医療制度を互助共済制度から社会保障制度へ改正しない限り、社会的公平性の実現は難しいと考えられる。

6 まとめ

中国政府は従来の選別的な社会保障制度の理念を改正するために、はじめて政府の財政から高額な支援政策を採り、計画的に新型合作医療政策の推進

に努力している。しかし、制度は次のような構造上の問題が存在するために、制度の公平性を実現することができない。

①任意加入性を採用していること。任意加入性を採用する限り、逆選択の問題が潜在していることになる。②保障基準の設定は入院に重点がおかれ、また、自己負担額が高く、保障の水準が低いこと。この問題は低所得者の医療施設へのアクセスに支障を及ぼす。③保険料を定額に定めていること。この問題は低所得層から高所得層への逆所得再分配をもたらす恐れがある。

これらの問題を解決する近道はまさに社会保障制度への変更である。社会保険料を中心に国の税を合わせることで全国民に平等な保障制度を提供することである。まず、制度を任意加入性から強制加入性への改正する。また、保険料の徴収を定額性ではなく、所得比例で設定し、再分配機能を強化する。さらに貧困層を含める社会保障の公平性を達成するために、制度の最低保障水準を個人の純収入により設定しなければならないと考える。もちろん、現在の経済状態の下で、先進諸国のような保障水準を達成する制度の設計は難しいが、現在の財政状況に見合った保障レベルの設定が必要である。

<参考文献>

王文亮 (2004) 『九億農民の福祉』中国書店

伊藤豪 (2009) 「公的医療保険の保険理論」『保険学雑誌』日本保険学会 第606号

沙銀華 (2005) 「中国農民社会保障の現状と課題」『海外社会保障研究』第150号

孫樹kan (2008) 『社会保険学』中国人民大学出版社

袖井孝子・陳立行 (2008) 『転換期中国における社会保障と社会福祉』明石書店

鄧大松・劉昌平ら (2007) 『新農村社会保障体系研究』人民公社出版社

李秉坤ら (2008) 『社会保険学』経済科学出版社

<参考URL>

安順市衛生局 (2008) 「貴州省衛生庁財政庁新型合作医療制度の統籌保障方案に関する実施意見」黔衛発96号<http://wsj.anshun.gov.cn/news/show.php?itemid=303>

王延中ら (2007) 「新型合作医療制度的建立和発展」

http://www.china.com.cn/news/txt/2007-06/01/content_8329082_3.htm

広東省衛生庁広東省財政部「新型合作医療に関する工作の通知」粵衛「2008」74号

<http://hzylb.gdwst.gov.cn/newslist/newslooks.php?id=2029>

三浦有史「中国の医療格差と医療制度改革」『太平洋ビジネス情報』RIM 2009 Vol.9 No.33

中国疾病予防控制中心 (2009) 「第四次国家衛生服務調査主要結果」

<http://www.chinacdc.net.cn/n272442/n272530/n272742/29573.html>

新農合信息网「河南省新型農村合作医療統躰法案」

<http://www.ccms.org.cn/article.aspx?id=223>

毛郡安 (2008) 「増加補助門診統躰 全国31省份實現新農合全覆蓋」

http://www.china.com.cn/news/txt/2008-07/10/content_15986095.htm

<参考ホームページ>

社会保障部ホームページ

衛生部ホームページ

国家統計局ホームページ