

中国の医療保険制度における医療格差問題

袁 麗 暉

一、はじめに

70年代末からの「改革開放」によって、中国は目覚ましい経済発展をやり遂げ、人々の生活が豊かになった。一方では、法、制度の整備遅れで所得、教育、消費、就業など至る面で、無視できない格差が生じた。医療格差もその一つである。日本の大手旅行会社が企画した中国人向けの3泊4日107万円の「がん早期発見検診ツアー」が売れる一方¹⁾で、医療費の上昇等を原因に1993年～2003年、未受診率、未入院率が上昇傾向に呈した²⁾。この状況は、まさに、「社会経済的地位の高い人は、健康上リスクとされる行動を避け、健康に投資できる一方、低い人は心理的に抑圧され、医療費抑制のために受診を控える」³⁾という仮説の正しさを証明したのである。しかし、中国の医療格差は所得格差によるものだけではなく、医療制度によるものでもある。例えば80年代から中国政府は財政難を解決するため、公立病院を独立採算事業体への改革を進めた。結果、公立病院は一般企業のように利益追求に走って、医療費が一般人にとって高すぎることになった。

本来、政府が保険者となる医療保険は民間保険で起こりうる逆選択を回避するためのものである。国が医療保険制度を導入することによって、健康で低リスク者で高い保険料の支払いを拒否していた人達にも加入してもらい、保険料の負担能力が低い人々を救済することができた。しかし、中国の現行医療保険制度が導入されても、所得、地域などによる医療アクセスの制限は依然存在していて、無視できない状態といえる。本論文は中国の医療保険制度による医療格差の存在に着目し、その現状を分析したうえ、その是正につ

1) 日本経済新聞 2009年6月25日記事

2) 「中国社会保障発展報告」2007 No.3 P.005

3) 「労働の科学」62巻11号 P.4

いて提言したい。

二、中国の公的医療保険制度

現行の中国の医療制度には「都市従業員基本医療保険制度」⁴⁾、「都市住民基本医療保険制度」⁵⁾、「新型農村合作医療制度」⁶⁾、そして「農民工医療保険制度」がある。

「都市従業員基本医療保険制度」は、1998年12月に中国国務院が公布した「都市職員・従業員基本医療保険制度の整備に関する決定」⁷⁾によって設立され、都市部で働く企業の従業員を加入者対象としている医療保険制度である。又、「都市住民基本医療保険制度」は2007年から試行され、「都市従業員基本医療保険制度」の対象外になっている学生、児童、高齢者など非就業者のための医療保険制度である。「新型農村合作医療制度」は、1993年11月に公布された「社会主義市場経済体制を確立する若干の問題に関する中共中央の決定」をきっかけに、10年近い試行錯誤を経て、2003年公布の「農村衛生工作の増強に関する中共中央及び国務院の決定」によって、一部の省、県で試行され、2008年から全国展開された、農村戸籍を持つ人向けの医療保険制度である。「農民工医療保険制度」は農村戸籍を持つ出稼ぎ労働者のために保険制度である。

ある国の医療保険制度はその国の経済発展に伴って変化する産業構造、就業構造、都市化の進展、家族形態の変化及び人口構造等の社会的変化に対応して整備されるものである⁸⁾とされているように、中国の公的医療保険制度も1949年建国時から、変遷してきている。現行の医療保険制度を分析するに当たって、その発展史を把握する必要があると考えられる。

4) 中国語では城镇职工基本医疗保险制度

5) 中国語では城镇居民基本医疗保险制度

6) 中国語では新型农村合作医疗制度

7) 「关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定」(国发[1998]44号)

8) 大和総研「中国の社会保障制度構築に向けた取り組みに関する調査報告書」H21.3

1 旧医療保険制度の概要

1.1 新型農村合作医療制度の誕生

新型農村合作医療制度の前身は50年代中国の農業合作化運動から誕生した農村合作医療制度である。当時、農業生産合作社と農民、医師の共同出資を利用し、保健所が作られ、任意加入で農民が一人2角の保健費を納付すると、訪問診療、予防保健サービス等が無料で受けられた。保健所経費の財源は農民が納付した保健費以外に人民公社公益金の15-20%、薬品の収入も含まれていた。50年代末から60年代初めの“大躍進運動”と三年自然災害の影響を受け、農村合作医療の発展が停滞したが、国民経済が自然災害の影響から抜け出してから70年代にかけて、農村合作医療制度がさらに発展した。70年代半ば、農村合作医療制度の普及率は90%以上に達し、農民の医療アクセスは大幅に改善された。合作医療制度は農業合作社の保健所および赤脚医生(barefoot doctors)とあわせて当時中国農村部の三大宝物と言われ、1978年にWHOとUNICEFのアルマ・アタ宣言のモデルにもなった。

しかし、1982年に中国政府が人民公社を解散し、「生産請負制」の全面的な普及を宣告し、合作医療制度を担う組織がなくなった。86年農村合作医療制度を採用している行政村は5%にすぎなかった。殆どの農民は自費で医療サービスを受けなければならなくなった。80年代初期の農村経済体制改革が農業労働生産性および農民の収入の上昇をもたらしたが、86年以後、農業収入の増加の減少さらに停滞が見られた。その上、新しい医療制度の不在、医療費用の大幅増加によって農民が病気のため貧困になる、貧困に戻る現象がしばしば現れた。農村合作医療制度の必要性が認められ、1993年中共中央が「關於建立社会主義市場經濟体制若干問題的決定」の中で“農村合作医療の

表2-1 行政村における農村合作医療制度の普及率

	70年代末	1990年	1997年	2002年
全国平均普及率	90%	4.8%	23.5%	12%

出所：丁少群「我国新型農村合作医療制度及其可持續發展研究」

発展と補完”に言及した。1994年中国国務院、衛生部、農業部およびWHOが中国7省14県市で“中国農村合作医療制度”の試行を始めた。しかし、加入自由、低い給付率、給付金の上限金額の低さ、組織能力の欠如等の原因で1990年から2002年まで合作医療制度の普及率が低い(表2-1)状態のままであった。農民にとっての診察難の状況は依然として未解決であった。そして、この問題を解決するため、2003年1月に「農村衛生工作の増強に関する中共中央及び国務院の決定」が公布され、新型農村合作医療が誕生した。

1.2 都市従業員基本医療保険制度と都市住民基本医療保険制度

都市従業員基本医療保険の前身は1951年2月に公布された「中華人民共和国労働保険条例」によって創設された労働保険医療制度と1952年6月に公布された「關於全国各級人民政府、党派、団体及所属事業單位的国家工作人員实行公費医療予防的指示」によって実行された公費医療である。

労働保険医療の加入者は企業の被用者およびその被扶養者である。加入者から保険料の拠出がなく、全て企業が負担していた。1956年労働保険医療に加入していた被用者の人数は2300万であり、全国企業の従業員の94%⁹⁾を占めた。

公費医療は公務員を対象としていた。労働医療保険と同様に加入者からの拠出がなく、実質上は無料医療保険であった。

しかし、労働保険医療と公費医療は加入者からの拠出がない点から同じ無料医療保険と言えたが、両者の財源には大きい違いがあった。表2-2に示したように、公費医療が国の予算で賄うことに対し労働保険医療は企業が保険金の支払いをしていた。ある意味では、労働保険医療は医療保険制度より企業による福利厚生に近いものであって、この制度の持続性がすべて企業の持続性に依存しており、一般にいわれる医療保険制度の意味合いからかなり離れていた。

9) 陳佳貴「中国社会保障發展報告1997-2001」

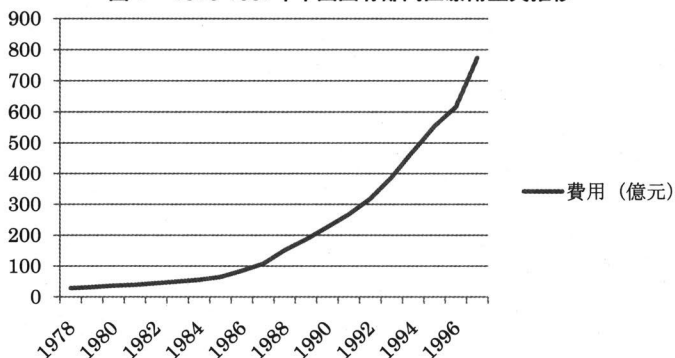
表2-2 公費医療と労働保険医療の比較

	財源	運営主体	加入者	無料医療項目	有料医療項目
公費医療	国の財政予算	政府衛生部門	公務員, 大学生, 公務員の退職者, 2級障害を持つ復員軍人	治療, 薬代, 検査費用, 入院費用, 手術費用, 出産費用, 外地での治療のための交通費, 特殊貢献者に入院中の食費,	受付料等
労働保険医療	企業の福利金	企業	企業の被用者およびその直系親族, 退職した被用者	同上	受付料, 家族診察代の半分, 家族の入院費用, 外地での治療のための交通費

出所：中国社会保障発展報告（1997-2001）

1978年に中国が市場経済を導入してから、社会面および経済面では多くの変化が生じた。例えば、人口の高齢化による老年慢性病の増加、医療技術の向上、物価の上昇および病院の件数増加など、これらの変化は医療衛生費の大幅増加につながった。（図1）、国有企業に企業改革による経営悪化が生じ医療費の負担ができなくなった。また、労働医療保険は国有セクターに限定されたため、急成長した非国有セクターからたくさん無保険者が生まれた。

図1 1978-1997年中国国有部門医療衛生費推移



出所：「中国社会保障発展報告1997-2001」データより筆者作成

以上のことに加え、旧制度による医療サービスの需要者側と供給者側にモラルハザードも発生して、過剰医療は大きな社会問題となっていた。以上の変化に労働保険医療と公費医療が対応しきれなくなり、医療保険制度の早急な改革が求められた。改革は80年代から試験的に中国の全国各地で行われて、1993年に「中共中央關於建立社会主義市場經濟主義若干問題的決定」にて新型被用者保険の枠組みが決められ、94年から試行が行われた。1998年12月国務院が「關於建立城鎮職工医療保險制度的決定」を公布し、全国範囲での実行に踏み切った。

しかし、医療制度変更前の公費医療あるいは労働保険医療の恩恵を受けてきた23%の都市人口は医療制度の変更によって医療保障を受けられなくなった。この23%の都市人口はもっとも医療保険制度の力を必要としている高齢者、児童、低収入者でもあった。この問題を解決するため2007年に「国務院關於開展城鎮居民基本医療保險試点的指導意見」が公布され、都市従業員基本医療保険制度でカバーできなかった学生、児童、高齢者など非就業者向けの医療保険制度が生まれた。

1.3 農民工医療保険制度

農民工は中国の農村からの出稼ぎ労働者に対する呼称である。農民工の出現は中国の二元経済の結果であり中国の都市化の進展の現れでもあった。流動性大、就業状態が不安定、新型農村合作医療保険の特性からそれに加入する現実性はゼロに近い。90年代から各地域は農民工の医療保障問題を解決するために各自の農民工医療保険制度を実験的に設立した。地域によって制度の内容が違うが2つに大別出来る。一つ目は農民工の移入地（農民工の働く所在地）の医療制度に加入するものである。これはさらに2パターンに分かれる。パターン1では移入地政府が農民工だけのために総合保険制度をつくる。上海市と成都市はこのパターン1を実行している。パターン2では農民工が都市就業者医療保険の対象になる。北京市と深圳市はこのパターン2を実行している。二つ目は農民工の移出地（農民工の原籍所在地）の医療制度に

加入すること、すなわち新型農民合作医療保険に加入するものである。2006年の「關於開展農民參加醫療保險專項擴面行動的通知」(勞社發[2006]11号)において農民工の医療保険への加入を全面的に押広めることが指示された。

2 現行の制度の内容

上述のように中国は永い年月をかけ、医療保険制度の改革を模索してきたが、現行の医療保険制度特に新型農村合作医療制度について地域によって内容にかなりの違いがある。現行の医療保険制度の内容を表2-3にまとめた。

表2-3 中国における現行の公的医療保険制度の相互比較

項目	新型農村合作医療制度	城鎮職工基本医療保険制度	城鎮住民基本医療保険制度	農民工医療保険
依拠する法規	中国國務院弁公庁『關於建立新型農村合作醫療制度的意見』(国弁發(2003)3号)	『國務院關於建立城鎮職工基本醫療保險制度的決定』[国發(1998)44号]	『國務院關於開展城鎮居民基本醫療保險試點的指導意見』[国發(2007)20号]	『農民工の醫療保險への加入に関する通知』2006年5月見『農民工問題の解決に関する國務院の若干意見』
加入形態	任意	強制	任意	強制
対象者	農村戸籍者(世帯単位)	都市戸籍の被用者本人(家族が含まれない)	城鎮職工基本医療保険制度適用外の学生、児童、高齢者等の非就業者。	農民工 ¹
保険料財源	加入者個人負担: 20元以上/世帯・年 ² 財政補助: 地方財政と中央財政から120元/人・年 ³	原則として被用者が賃金の2%、雇用主が6%を負担し、被用者の保険料全額と雇用主の拠出金の30%を被用者の個人口座に、残った部分は医療保険基金へ積み立て。(雇用主の拠出金割合は地域によって差あり)	加入者負担と財政補助 一般的に18歳以下、18歳~60歳、60歳以上年齢段によって納入金額と財政補助額が違ってくる。	雇用主負担
運営主体	県政府	市政府	市政府	市政府
管轄省	衛生部	労働社会保障部	労働社会保障部	労働社会保障部

保障範囲	主に重病治療費の補償、外来治療費も一部補償	外来治療費は個人口座から支出、入院、重病治療費は医療保険基金から支出	主に重病治療費の補償、外来治療費も一部補償	主に重病の補償
給付方法	被保険者が一部負担(先に立て替え払いがある)	被保険者が一部	被保険者が一部負担	償還払い

出所：筆者作成

¹農村から都会に出稼ぎに出てきている労働者

²制度スタート時10元

³国発 [2009] 12号「国务院关于印发卫生体制改革近期重点实施方案（2009-2011）的通知」

給付の内容について、各保険制度および同じ保険制度のなかでも地域によって複雑であるため、逐次説明していく。

2.1 新型農村合作医療保険制度

新型農村合作医療保険では、殆どの地域は給付するための給付起点、給付金額上限、給付比率を設定している。県単位によって設定された条件が違うが、2005年の調査から東部、中部および西部の状況は表2-4、表2-5、表2-6である。

表2-4 2005年257県の入院治療費給付起点設置状況

	全国		東部		中部		西部	
	給付起点を設置する県の比率 (%)	中位数 (元)	給付起点を設置する県の比率 (%)	中位数 (元)	給付起点を設置する県の比率 (%)	中位数 (元)	給付起点を設置する県の比率 (%)	中位数 (元)
郷病院	68.9	200	56.1	400	81.8	100	72.6	100
県病院	74.7	305	60.7	500	85.2	300	83.9	200
県以上病院	78.6	500	63.6	900	90.9	551	87.1	400

出所：「中国社会保障発展報告2007」 p 87

表2-4から病院のレベルが高いほど給付起点が高いことが確認できる。また、中部地域の給付起点設置比率が東部と西部に比べると高いことも見てとれる。給付起点の設置目的は医療資源の効率的利用の促進と政府が解釈している。

表2-5 2005年257県の入院治療費給付上限設置状況

	全国		東部		中部		西部	
	上限を設置する県の比率 (%)	中位数 (万円)	上限を設置する県の比率 (%)	中位数 (万円)	上限を設置する県の比率 (%)	中位数 (万円)	上限を設置する県の比率 (%)	中位数 (万円)
郷病院	92.2	1	89.7	2	97.7	1	88.7	0.5
県病院	94.9	1	95.3	2	97.7	1	90.3	0.5
県以上病院	94.2	1	93.5	2	97.7	1	90.3	0.535

出所：「中国社会保障発展報告2007」 p 88

表2-5から入院治療費給付上限の設定率はかなり高いことが見てわかる。また、表2-6から、入院給付率は郷病院、県病院、県以上病院の順に低くなっていくことが見てとれる。全体から見ると、2005年の時点で入院給付率は20%~60%に過ぎなかった。

表2-6 2005年257県の入院治療費給付率の状況

	郷病院		県病院		県以上病院	
	最低給付率 中位数 (%)	最高給付率 中位数 (%)	最低給付率 中位数 (%)	最高給付率 中位数 (%)	最低給付率 中位数 (%)	最高給付率 中位数 (%)
全国	35	55	30	50	20	45
東部	30	60	25	50	20	48
中部	30	55	30	50	25	50
西部	45	50	30	45	25	40

出所：「中国社会保障発展報告2007」 p 88

新型農村合作医療制度は入院保障を主な目的にしている。地域によって、入院保障以外に外来診療保障を実施している地域もある。しかし、加入者が低い給付率、低い給付額上限および一年間に給付できる回数が決められている。例えば、安徽省の規定では郷鎮病院での外来診療費用への給付率は20%前後、村の衛生室での診療費用への給付率は25%前後である。郷鎮病院での外来診療費用に対する給付額上限、一回につき8元~10元、村衛生室での外来診療費用に対する給付額上限、一回につき6-8元である。年間外来診療の給付を受ける回数は一人につき7回~9回である¹⁰⁾。

10) 皖衛農 [2007] 89号「安徽省新型農村合作医療門診統籌指導方案（試行）」

2.2 都市従業者基本医療保険と都市住民基本医療保険

新型農村合作医療保険に比べると、従業者基本医療保険の給付内容は比較的統一している。表2-3で示されているように、基本医療保険の保険料は個人口座と医療保険基金の2ヶ所に積み立てられている。外来診療費は個人口座から支出され、入院、重病の治療費は医療保険基金から支出される。外来診療は個人口座の残高が零になるまで指定医療機関の診察をうけること、薬店での薬の購入をすることができる。

重病、入院の医療保険基金による給付標準は原則として、当地就業人員の前年度平均年収の10%前後を給付起点にしている。また、年間給付最高額は当地就業人員の平均年収の4倍である。加入者の自己負担率は3%~20%である。入院、重病にかかった費用が給付起点より低い場合、個人口座による支出が可能である。最高給付額を超える医療費用は商業保険で解決するのが基本原則である。

住民基本医療保険の場合、地方によって保険料金額が違って、財政の補助率も違う。一般的に18歳以下と60歳以上の加入者に対し財政補助率は高い傾向が見られる。給付について、入院より外来診療、レベルの低い病院よりレベルの高い病院での診療が、保険による給付率が低い。また、給付起点と支払い上限を設定することは一般的である。

2.3 農民工の医療保険

農民工の保険料は全て使用者側に支払われる。地域によってパーセンテージが違うが、使用者が毎月納付する保険金額は前年度従業者の平均月収の2%前後である。この制度では重病、入院だけを保障するのが一般的である。給付起点が高く、給付率は大体80%、90%割である。給付上限も設定される。

三、現行医療保険制度から見た医療格差の現状

以上のように多重構造であるが中国では医療保険制度が完備されつつあ

る。現行の制度はある程度の役割を果たしているといえる。例えば、2008年に行われた中国第4回国家衛生服務調査¹¹⁾の結果では、医療保険への加入率の増加、保険給付水準の上昇、受診率の増加、また、未受診率の減少もみられ¹²⁾、住民医療アクセスの改善がみられた。しかし、改善とはいえ、制度自身の設計問題や中国における社会、経済の急激な変化への対応の遅れ等を原因に制度はまだ不完全である。制度によって生まれている医療格差がその不完全さをよく現わしているといえよう。

3.1 無料医療の存在—公務員への優遇

上述したように、1998年都市従業者基本医療保険が設立されから、従来の公務員向けの公費医療が無くなって、公務員も都市従業者基本医療保険の被保険者として、一般企業の被保険者と同じ水準の診療、保険金給付を受けるようになった。しかし、2000年4月、中国労働保障部と財政部が「国家公務員医療補助の実行に関する意見」を各省、県、市区等の政府機関に伝達し、医療制度改革前の公費医療を事実上に回復させた。

「意見」によると、公務員医療補助の対象者は国家行政機関、国家公務員及びそれに準ずる事業部門等の職員及び定年した前職員、いわば殆ど“公費医療”の対象者である。財源は財政支出で賄う。資金は基本医療保険基金と別に管理され、独立決算が行われる。支出標準は“公費医療”制度に準ずる。補助の用途は主に基本医療保険の最高給付額を超過した部分、基本医療保険の最高給付額以下の自己負担分、外来診療で自己負担分等への補助である。地域によってこの補助による支給内容が多少違うが、この「意見」の公布によって公務員が変りなく医療保険制度改革前と同じ無料医療を受けられることになった。

2001年8月に伝達された「北京における中央国家機関公務員医療補助暫定

11) 国家衛生服務調査とは、中国衛生省が主導し、過去5年間における中国の衛生改革と発展状況を把握するための統計調査である。第4回国家衛生服務調査は、①世帯健康アンケート調査②関連部門アンケート調査③医療従事者アンケート調査④課題研究から構成される。全国31の省の94の県(市、区)、470の郷鎮、940の行政村、56400世帯のやく20万人がアンケート調査を受けた。

12) 中国衛生部統計信息中心「2008中国衛生服務調査研究—第四次家庭健康詢問調査分析報告」

的実行方法」¹³⁾の補助内容をみると、公務員の無料医療の実態がよく理解できる。

「北京における中央国家機関公務員医療補助暫定的実行方法」が以下のような医療補助標準を設定している。①一年間に発生した入院医療費の基本医療保険最高支給額を超過した部分に対し、超過金額の5万元以下の部分に対し90%、5万元以上の部分に対し95%を補助する。②一年間に発生した入院医療費の基本医療保険最高支給額以下の部分に対して自己負担した部分について、定年者と司局長級以上公務員に95%、それ以外の公務員に90%を補助する。③一年間に発生した外来診療費の累計が1300元（個人口座で支払った分を含む）を超過した部分に対し、定年者と司局長級以上者に95%を補助、在職者は90%を補助する。したがって、公務員にとっては殆どの医療費の自己負担が極めて軽いのである。

公務員以外の従業者基本医療保険の加入者には“大額医療費用補助¹⁴⁾”という政策が設けられているが、用途は基本医療保険の入院医療最高給付額を超えた部分に限定されていて、これを受けるために少額であるが一定の料金を払わなければならない。

一部地域では都市住民基本医療保険の加入者に対し、住民基本医療保険の給付上限を超えた部分の医療費を保障する“都市住民大病医療補充保険”も存在しているが、“大額医療費用補助”により低い給付上限と低い給付率を設定するのが一般的である。雲南省の昆明市を例に見てみると、昆明市の“大病補充医療保険”では被保険者が最高15万元¹⁵⁾の給付を得られるに対し、昆明市の“都市住民大病医療補充保険”の保険者への給付は最高8万元¹⁶⁾である。

3.2 制度間で生じた格差

第4次国家衛生服務調査の結果から各医療保険制度の加入標準、給付水準

13) 国弁発〔2001〕55号「在京中央国家機関公務員医療補助暫行弁法」

14) 地域によって呼び方が少し異なる。

15) 昆医改〔2001〕02号「关于印发「昆明城镇职工基本医疗保险有关问题的处理意见」等四个文件的通知」

16) 昆政弁〔2009〕152号「昆明市人民政府关于印发昆明市城镇居民大病补充医疗保险实施办法的通知」

の違いによって、制度間では大きな医療格差が存在する。

表3-2-1からみると、都市従業者基本医療保険における給付（外来と入院）を受けた加入者の比率、給付額が実際発生した診療費に占める比率の両方とも他の2つの保険制度よりはるかに高くなっている。都市従業者基本医療保険の加入者の約7割が制度の恩恵を受けている。住民基本医療保険と新型農村合作医療保険は入院、重病への給付を重点しているため、外来の給付率が低いという結果になっているが、入院給付を受ける比率が高いとあって、給付額が入院診療費に占める比率を見てみると、この2つの保険の加入者は入院診療費の半分以上を自払いしていることがわかる。

表3-2-1 第4次国家衛生服務調査による2008年の保険給付状況

	外来診療費への給付を受けた加入者の比率	入院診療費への給付を受けた加入者の比率	入院給付が入院診療費に占める比率
都市従業者基本医療保険	73.7%	94.8%	66.2%
都市住民基本医療保険	34.6%	79.2%	49.3%
新型農村合作医療保険	33.4%	80.2%	26.6%

出所：中国衛生部統計信息中心「第4次家庭健康詢問調査分析報告」より整理作成

表3-2-1と表3-2-2を用いて、2008年農民と都市部住民一回当たりの入院診療費の自己負担額を計算すると、農民は一回当たり自己負担する金額が2738元、住民基本医療保険の加入者が一回当たり自己負担する金額が4541元、従業者基本医療保険加入者が一回当たり自己負担する金額が3028元である。住民基本医療保険の加入者の入院診療負担はかなり重いことが分かる。また、一見して新型農村合作医療の加入者の入院診療負担が軽いと判断しがちであるが、2008年都市部住民一人当たり可処分所得が農民の3.3倍¹⁷⁾であることを考えると、新型農村合作医療加入者の外来診療自己負担が軽いとは言えなくなる。

17) 「中国統計年鑑2009」による全国平均値

表3-2-2 外来診療，入院治療費の推移

	平均外来診療費			平均入院診療費		
	全国平均 外来診療費 (元・1回)	都市部平均 外来診療費 (元・1回)	農村部平均 外来診療費 (元・1回)	全国平均入 院診療費 (元・1回)	都市部平均 入院診療費 (元・1回)	農村部平均 入院診療費 (元・1回)
消費価格指数での調整なしの場合						
1993年	30	49	22	916	1607	541
1998年	63	119	45	2384	4037	1532
2003年	120	219	91	3921	6930	2649
2008年	169	312	128	5058	8958	3685
1993年を基準年として消費価格指数で調整した場合						
1998年	39	74	28	1485	2515	954
2003年	75	136	57	2441	4314	1649
2008年	88	163	67	2643	4680	1925
98-03年 平均増加率 (%)	13.97	12.94	15.28	10.45	11.40	11.56
03-08年 平均増加率 (%)	3.25	3.69	3.29	1.60	1.64	3.15

出所：中国協和医科大学出版社「2008中国衛生服務調査研究－第4次家庭健康詢問調査分析報告」より筆者整理作成

3.3 地域経済発展不均衡による同一制度内に生まれる格差

異なる保険制度間発生している医療格差の存在を明らかにしたが，同じ医療保険制度内でも地域によって個人の保険料納付基準，財政補助基準，保険金給付基準が異なることで医療格差が生じている。

表3-3-1の2007年新型農村合作医療状況からみると，経済発達地域である東部は新型農村合作医療保険の加入者人数が中部と西部に比べあまり変わらないのに対し保険給付金を受けた人数は中部の約2.2倍，西部の1.4倍である。これは中部，西部地域に比較して東部地域の給付起点を設置する県の比率は低い（表2-5），入院の給付率が高いことが原因として考えられる。2007年度の保険料収入額（表3-3-1）を見ると，東部は全国加入者の1/3の加入者を持って，全国保険料収入額の約41%の保険料を確保していた。新型農村合作医療制度は基本的に県を単位として管理運営し，保険料収入に準じて給付水準を決める制度であるため，保険料収入の高い東部地域は他の

地域に比べ給付水準が高いのである。しかし、東部、西部、中部の加入者数には大きな差が存在していないことから、保険料収入の差は農民個人納付する保険料の部分からではなく、地方財政の補助による差であると推測することができる。

表3-3-1 2007年新型農村合作医療状況

地域	県 (市、区)	新型農村合作医療制度 を実行している県 (市、区)	加入者人数 (万人)	給付受けた人数 (万人)	本年度保険料 収入額 (万元)
合計	2859	2729	81517.55	58521.08	7845836.53
東部	889	810	28898.99	27102.60	3198100.23
中部	894	866	27436.52	12534.34	2442204.76
西部	1076	1053	25182.05	18884.15	2205531.54

出所：中国衛生年鑑2009より作成

都市住民基本医療保険にも地域による格差が存在する。東部に位置する上海市と中部に位置する河南省の洛陽市を比較してみる。上海市で実行している住民基本医療保険は給付の起点を設置していない上、給付上限も設定していない¹⁸⁾。洛陽市では給付起点を病院レベルに設置し、給付上限を2万元に設定している¹⁹⁾。上記の給付条件から上海の被保険者に比べると洛陽の被保険者の医療アクセスが不利であることが分かる。

3.4 農民工の医療問題

農民工の医療問題については、先ず医療保険の加入率の問題がある。2009年22978万人の農民工に対して、わずか12.2%の人が医療保険に加入して²⁰⁾、言わば、2億あまりの農民工は自費で医療サービスを受けている状態である。農民工は殆ど経済が比較的発達している都市において就労しているため、農民医療機関より費用の高い都市医療機関の利用は彼らにとって高過ぎるのである。「中国社会保障発展報告2007」によると18.4%の農民工の一番の心配事は病気である。60%の農民工がもしも病気にかかった場合の行動パターン

18) 滬府発〔2007〕44号「上海市人民政府关于印发上海市城镇居民基本医疗保险实行办法的通知」

19) 2007年「洛陽市城鎮居民基本医療保険暫行弁法実施細則」

20) 中国国家统计局「2009年農民工監測調查報告」

を、町の小さい診療所に行く、自分で薬を買う、我慢するの3項目を選んで
いる。

農民工の特徴として“流動性大”という言葉はよく知られている。流動性
大の原因として、農民工がよりよい条件の仕事を求めて、次から次へ企業を
渡り歩いていることがあげられるが、勤めている工場の倒産、人員削減で度々
失業することも一つの原因である。失業後の農民工は農民工医療保険の被保
険者でなくなったため、次の仕事を見つけるまで、病気は完全に自費になる。

3.5 貧困者の医療扶助

中国経済の目覚ましい発展にも関わらず、中国では約4007万の貧困人口が
存在している²¹⁾。貧困者が病気にかかった場合、病気によって所得が減少、
喪失するだけでなく、診療費用の出費は家計に打撃を与え、経済状況を悪
化させる一方である。従って、医療扶助は生活扶助と同様に国として公的扶
助の最も重要な一環にしなければならない。

中国の医療扶助制度は医療保険制度と同様に農村と都市部に分けられてい
る。都市部貧困住民への医療扶助は90年代から現れ、2001年国務院の通知²²⁾
を機に各地方では医療扶助政策が実行された。都市部の医療扶助に比べ、農
村部の医療扶助の現れは2002年であった。国務院の「農村衛生事業の強化に
関する決定」²³⁾の中に、初めて農村部における医療扶助制度の設立について
言及されている。2003年民政部、衛生部、財政部から「農村医療扶助の実施
に関する意見」が伝達され、農村医療扶助の目標、原則、対象者、資金等につ
いて、詳しい説明が行われた。

中国の医療扶助は都市部も農村部も貧困者に医療保険の保険料を保障する
ことによって貧困者を医療保険に加入させることを主な目標としているもの
で、貧困者が被保険者になり、入院等の医療費の自己負担が重過ぎると判断
される場合、医療扶助が受けられることになる。すなわち、貧困者が医療保
険料の補助を受け、被保険者になった、後は、他の被保険者と同じ条件で医

21) 「山口経済雑誌」58-5「プロ・ブアーツリズムによる中国の貧困削減について」P142

22) 国弁発〔2001〕87号「国务院办公厅关于进一步加强城市居民最低生活保障工作的通知」

23) 中発〔2002〕13号「中共中央、国务院关于加强农村卫生工作的决定」

療保険制度を使用しなければならない。結果として、表3-5-1が示しているように、2008年社会扶助を受けている農村人口は4926.3万²⁴⁾もあって、農村医療扶助を受けた人数は農村社会扶助を受けた人数の17.6%しかない。都市部の医療扶助を受けた人も都市部社会扶助を受けた総人数の19%に過ぎないという状況になって、医療制度の恩恵を受けている貧困者が極めて限られている。

表3-5-1 2008年中国医療扶助状況

	単位	2008年
(一) 都市部医療補助		
その中：都市医療費を受けた総人（回）数	（万人）	443.6
都市医療扶助平均支出	（元/人）	483.5
医療保険料の補助を受けた人数	（万人）	642.6
(二) 農村部医療扶助		
その中：合作医療保険料補助を受けた人数	（万人）	3432.4
合作医療の平均支出	（元/人）	20.7
医療を受けた人数	（万人）	759.5
医療扶助の平均支出	（元/人）	360.3

出所：中国民政部 「2008年中国民政事業発展統計提要」

四、現行医療保険制度の是正

1 都市従業者基本医療保険と住民基本医療保険の「個人化」の是正

現在実行している都市従業者医療保険と住民基本医療保険は世帯ではなく、個人の加入になっていて、家族の役割を無視している形になる。家族はもともと、高齢や病気、失業などの理由により最低限度以下の生活に陥るリスクをプールするという経済的機能がある²⁵⁾。個人単位で医療保険を加入する場合、家族に依存できる高齢者、子供とそうではない高齢者、子供との間に格差が生じる。高齢者、子供等を一律に「弱者」と想定して、一律の高齢者保険料と子供保険料、さらに一律財政補助を行うことは“格差大国”の中国の現状にふさわしくないやり方である。したがって、有限な財政補助をもつ

24) 中国民政部「2008年中国民政事業発展統計提要」

25) 小塩 隆士「社会保障の経済学 第2版」日本評論社

とも援助を必要とする対象に行き渡るため「個人化」の是正が必要である。

2 給付起点, 給付率, 病院指定の問題

現行の医療保険制度では、特例でもない限り、保険が使える病院はその保険を運営する県（市、区）内の病院に指定されている。

2.1 医療資源の有効利用からみる給付起点, 給付率の問題

発展途上国としての中国では、医療衛生へ回すことができる財政支出には限界が存在している。又、病院によって医療設備や医師、技師、看護師等医療にたずさわるスタッフのレベルにも大きな差が存在している。中国政府は医療保険制度を設計する際これらの状況を踏まえ、極めて有限な医療資源の有効利用を求めて、医療保険が使える病院を指定するとともに医療保険に給付起点、給付率を設けた。

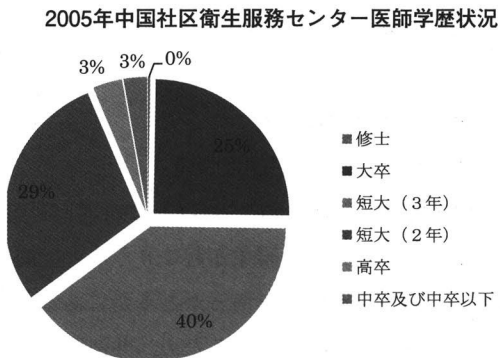
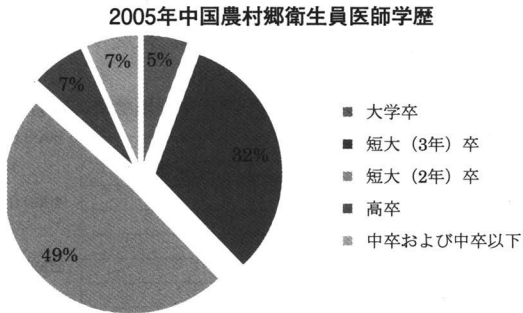
表2-4, 2-6で分かるように、病院の級別が高い程給付起点が高く、給付率が低くなる。これはできるだけ被保険者に軽い病気時に小さい、級別の低い病院へ、重い病気時には大きい、級別の高い病院での受診を促すものになる。表2-4, 2-6は新型農村合作医療関係のものであるが都市従業者基本医療と住民基本医療も似たような規定が存在している。

しかし、医療サービスに「情報の非対称性」が存在するため、被保険者は医療サービスに関する情報を十分にもっていないのが現実である。自分の病気が重い病気であるか、軽い病気であるか、一般の患者として判断し難いであろう。また、被保険者は医療サービスの需要側として差し迫った形で医療サービスを求めることが多いから、店を巡って最も良い買い物を探し求めることは十分にできないことである。結果、医療資源の有効利用の目的を達成できない可能性が極めて大きく、被保険者の負担を増加することになる。本来、この方法は医療保険におけるモラルハザードの抑制手段として先進国ではよく使われている。すなわち、まずGPの診察を受け、必要ではない場合、専門医と大病院での直接の受診を控えてほしいということになる。しかし、

中国の場合、先進国のGPに相当する農村部の郷の衛生院、都市部の社区卫生服務センターの医療サービスの質が問われている。医療設備はもちろんのこと、医者も心配されている。図2のとおり、農村の場合大卒の医師は5%しかなく、都市でも25%に過ぎない。人々がその医療サービスの質を心配して、直接大病院に行くことが多い。

以上ことから、医療資源の有効利用のために病院の等級ごとに給付起点、給付率を設定することは現時点、中国での実行は殆ど無意味であり、撤廃すべきである。

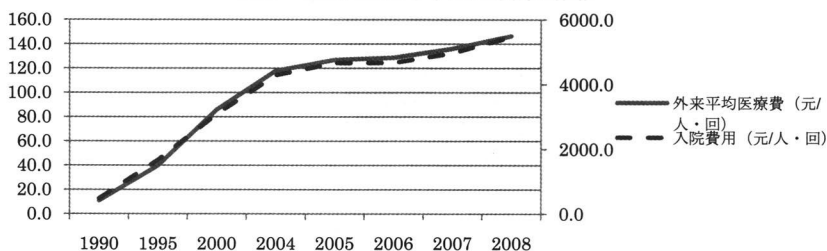
図2



2.2 病院の指定問題

中国の現行医療保険は保険を使える病院を指定している。それは特例で認められた場合を除いて、被保険者は医療保険の加入地の病院で診療を受けなければならないということである。2.1でも説明したが、医療サービスが「情報の非対称性」の特殊性をもつ。医療サービスの提供側が、利潤動機を持った場合に、供給者誘発需要が生じる可能性がある。供給誘発需要から過剰医療が発生し、医療費が高騰した場合、被保険者に大変な経済負担がかかる。この過剰医療を抑制するため、考えられる方法の一つは競争原理を導入することである。しかし、加入地の病院以外で医療保険を利用する診療を受けられないことはまさに地域間病院の間の競争の妨げになる。現実には、中国の医療費は年ごとに高い増加率(図3)で高くなり、患者にとって大変な負担になっていることが事実であるし、加入地病院指定による競争制限が医療費高騰の一因と考えられ、この制度を早急に撤廃すべきである。

図3 1990-2008年中国医療費の推移



出所：「2009中国衛生統計年鑑」より筆者作成

3 新型農村合作医療の持続性

3.1 新型農村合作医療の逆選択問題

新型農村合作医療制度について、しばしば逆選択問題の有無が出てくる。民間医療保険であれば逆選択の現象が起こりうる。民間医療保険と社会医療保険の区別の一つは加入が強制であるかどうかにある。中国の新型農村合作医療制度について、加入が自由であるため、共済医療保険に近い保険制度で

あって、社会医療保険以外の保険制度になる。したがって、逆選択の問題が起こりうる。表3-1を見る限り、農民の加入比率が大変高いため、新型農村合作医療には逆選択問題がないと見えた。中央政府は新型農業合作医療制度について“加入自由”の原則を掲げているが、もう一方では新型農業合作医療への参加率を各地方政府の業績評価の一項目としている。ある調査で5つの県の1320世帯の中で、自ら保険料を納入した世帯は54.6%、政府職員が家庭訪問して保険料を徴収された世帯は41.2%もあった。さらに、保険料徴収が困難の場合、政府から立て替え払い²⁶⁾の状況もある。したがって、原則“加入自由”の新型農村合作医療であるが、実際には強制加入に近い制度になっていて、高い加入率が得られたといえる。しかし、家庭訪問による保険料の徴収は大変コストがともなうことである。さらに将来農民納入保険料が引き上げされる場合、徴収の難易度の増加が予想でき、同時に地方政府の立て替え払いもできなくなって、新型農村合作医療の加入率の大幅な下落を予想でき、制度の持続性が疑われる。この問題を是正するため加入自由から強制加入に切り替える必要がある。

表3-1 新型農村合作医療加入状況

年	新型農村合作医療制度を実行している県（市、区） （個）	参加者人数 （億人）	加入率 （%）
2004	333	0.80	75.20
2005	678	1.79	75.66
2006	1451	4.10	80.66
2007	2451	7.26	86.20
2008	2729	8.15	91.53

出所：2009中国衛生統計年鑑P347

3.2 新型農村合作医療保険の負担の公平性問題

医療保険制度の基本目的は必要な医療を受けられる機会を均等化することによって、社会の全ての成員に必要な医療サービスを保障することである。その目的を達成するために医療保険制度は強制加入、適応な政府の介入及び医療保険の給付と拠出による再分配機能を果たせなければならない。

26) 陳佳貴「中国社会保障発展報告2007」P76

医療保険による所得移転は2種類がある。まず、低リスク加入者から高リスク加入者への水平的な所得移転である。次には、高所得者から低所得者への垂直的な所得移転である。新型農村合作医療は事実上の強制加入で水平的な所得移転が実現しているが、保険料は加入世帯の経済能力に関係なく、一律としていることが垂直的な所得移転の妨げとなっている。さらに、高い給付起点、低い給付率の設定によって、貧しい人達は医療保険の恩恵を受け難くなり、結果として、逆所得移転が発生しているといえる。この問題を是正するため、保険料の負担は応能負担を導入すべきである。

3.3 新型農村合作保険の給付方式問題

医療保険の給付方式は主に現金給付と現物給付がある。現在、合作医療の給付方式は現物給付であるが、方法として非保険者が保険者負担すべき部分を先に立て替え払いし、後保険者から現金をもらう形である。先ず、このやり方では、入院、大病時、農民は先に大金を支払わなければならないことが農民にとって大変な経済的負担になる可能性がある。次に、従来、医療サービスの特殊性から医療サービスの提供側が、利潤動機を持った場合に、供給者誘発需要が生じることがあるため、管理された競争が要求される。管理された競争を行なう場合、保険者が被保険者の代わりに医療サービスの品質管理をしなければならない。すなわち、被保険者が医療サービスの需要者として、医療サービスを受けるが、自己負担部分以外の費用について購入者が保険者となり、医療サービスの内容について、適切かどうかを判断する²⁷⁾。しかし、現在中国の現物給付（後払い）は保険者が被保険者に医療費用を支払うことになっていて、医療サービス提供側への部分的な監督機能が失われており、過剰医療を助長し、被保険者の不必要な負担が増加することになる。従って、合作医療被保険者の経済負担を軽減するため、早急に立て替え払いを無くす必要がある。

27) ここでは保険者と医療サービス提供側間に情報の非対称性がないと仮定する。

五、結び

中国では毎年医療保険制度の見直しを行なっている。しかし、13億の人口、長期の発展不均衡による巨大な農村と都市間の経済格差、流動人口等の問題を抱えて、効率と公平を兼ね備えた医療保険制度の確立は簡単なことではない。医療格差を無くすために、当面医療保険制度の見直しだけでなく、医療制度の改革や、医薬品の価格体制の見直し、予防保健衛生支出の増強、医学教育投入の増強等々も当面あるいは将来的課題として考えられるだろう。

参考文献

1. 日本経済新聞 2009年6月25日「中国観光客回復へ追い風」
2. 社会科学文献出版社「中国社会保障発展報告 2007」
3. 社会科学文献出版社「中国社会保障発展報告 1997-2001」
4. 「労働の科学」62巻11号
5. 国発 [1998] 44号「關於建立城鎮職工基本医療保険制度的決定」
6. 大和総研「中国の社会保障制度構築に向けた取り組みに関する調査報告書」
7. 丁少群「我国新型農村合作医療制度及其可持續發展研究」
8. 国弁発 [2003] 3号「關於建立新型農村合作医療制度的意見」
9. 国発 [2007] 20号「國務院關於開展城鎮居民基本医療保険試点的指導意見」
10. 社労発 [2006] 11号「關於開展農民参加医療保険專項扩面行動的通知」
11. 国発 [2009] 12号「國務院關於印發衛生体制改革近期重点实施法案(2009-2011)的通知」
12. 皖衛農 [2007] 89号「安徽省新型農村合作医療門診統籌指導方案(試行)」
13. 中国協和医科大学出版社「2008中国衛生服務調查研究 - 第4次家庭健康詢問調查分析報告」
14. 国弁発 [2001] 55号「在京中央国家機關公務員医療補助暫行弁法」
15. 昆医改 [2001] 02号「關於印發「昆明城鎮職工基本医療保険有關問題的處理意見」等4個文件的通知」

16. 昆政弁 [2009] 152号「昆明市人民政府關於印發昆明市城鎮居民大病補充医療保險實施弁法的通知」
17. 「中国統計年鑑2009」
18. 「中国衛生統計年鑑 2009」
19. 滬府発 [2007] 44号「上海市人民政府關於印發上海市城鎮居民基本医療実行弁法的通知」
20. 2007年「洛陽市城鎮居民基本医療保險暫行弁法實施細則」
21. 中国国家統計局「2009年農民工観測調査報告」
22. 「山口経済雑誌」58-8「プロ・プアーツリズムによる中国の貧困削減について」
23. 国弁発 [2001] 87号「国务院弁公庁關於進一步加強城市居民最低生活保障工作的通知」
24. 中発 [2002] 13号「中共中央、国务院關於進一步加強農村衛生工作的決定」
25. 中国民政部「2008年中国民政事業發展統計提要」
27. 小塩 隆士「社会保障の経済学 第2版」
28. 「中国21」Vol26 嚴善平「農民工と農民工政策の変遷」
29. ニッセイ基礎研REPORT 2008 片山 ゆき「中国の皆保険制度に向けたシナリオ」
30. 「社会政策評論」26 徐月賓 張秀蘭「体制建設視野中的医療衛生体制改革」
31. 「医療と社会」18-1 2008 内村 弘子「中国 動き出した保健医療制度改革—包含的
制度構築に向けて—」
32. 環太平洋ビジネス情報RIM 9-33 2009 三浦有史「中国の医療格差と医療制度改革」