

中国医療提供システムの展開とその課題について

袁 麗 暉

一、はじめに

医療サービスは他のサービスと違って、その不確実性の存在、情報の非対称性などの理由から政府からの広範囲の介入が生じる。従って、医療サービスは市場の調整機能が作用する通常の財やサービスと違って、有限の医療資源の有効活用、医療アクセス及び費用の公平性について、医療制度という社会的仕組みによる調整が必要である。社会経済の発展、進む高齢化による疾病構造の変化、医療技術の進歩等が有限の医療資源の有効活用、医療アクセス及び費用の公平性に影響するため、これらの大きな環境変化に対して医療制度の調整は必至である。1970年代末から中国は社会主義計画経済から市場経済への転換を始め、大きな成果を収めたが経済体制の変化、高齢化等によって旧来の医療制度が社会の発展に合わなくなり、医療アクセスについて大変大きな格差をもたらし、80年代からの一連の医療制度改革の実行にもかかわらず、未だに“看病難、看病貴”（診察を受けることが難しい、医療費が高い）を解決できない状態である。

本稿では中国の現行の医療提供システムの推移・展開を説明したうえ、医療経済理論、医療政策の観点から中国現行医療提供システムの問題点、即ち、医療機関、先端医療設備及び医師の偏在を指摘、それによって現存の三級医療体制の機能が正常に発揮されず、結果として“看病難・看病貴”という社会現象が現れた。そして、これらの問題点を解決するために現在実行されている中国の医療提供体制整備政策と医療機関運営政策を早急に是正する必要があると説いた。

本稿は次のように構成されている。次節では中国の医療提供システムの推

移・展開を説明し、その特徴を明らかにする。第三節では現行医療提供システムの現状を説明したうえ、医療機関、先端医療器械及び医師の偏在問題を指摘し、これらを原因に生まれた医療アクセスの格差を考察し、国の医療提供体制整備政策及び医療機関運営政策こそがその原因であることを証明する。第四節では中国医療改革の私案を提示し、医療機関・医療従事者に正しいインセンティブの付与が出来る政策こそ、医療格差を無くす良薬であることを論じる。

二、中国医療提供システムの展開

本節では中国医療提供システムについて中国衛生統計年鑑の中に“医療機構”として定義されている医療機構を中心に分析する。2009中国衛生統計年鑑によると中国の“医療機構”とは政府の衛生行政部門から『医療機構執業許可証』を取得した医療サービスを提供する単位で、病院、療養院 (Sanatorium)、社区卫生服務センター (Health Service Center for Community)、衛生院 (Health Center)、門診部 (Outpatient Department)、診療所、婦幼保健院 (MCH Center)、救急センター、臨床検査センター等がある。本節では中国医療提供体制の特徴ともいえる三次医療体制の歴史を概観したうえ、その歴史的の成果及び現行の三次医療体制の状況を説明する。さらに、中国の医療機構を分類方法から紹介し、非営利医療機構、特に政府所有する医療機の重要性を強調する。

中国の医療提供システムの体制の特徴は何と言っても三次医療体制である。時期的には、計画経済時期の三次医療体制と市場経済時期の三次医療体制に分けることができる。

1 70年代末までの三次医療体制

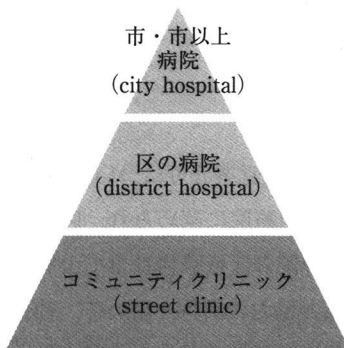
中国は1949年建国時から三次医療体制の設立に乗り出した。図1と図2の

とおり、都市部ではコミュニティ・クリニック、区の病院、市の病院の三次体制と農村部の村衛生室、郷の病院、県の病院の三次医療体制が60年代に殆ど出来上がっていた。全ての医療機関は政府の建設、運営であった。

農村部三次医療体制では、ピラミッドの一番下部の1級では、予防、衛生保健の任務を担うと同時に初歩的な医療サービスも行う。医療サービスを行なう人は郷村医師（85年までは「はだしの医者」という名称）である。症状の重い患者はピラミッドの第2層に送られ、2層は郷鎮（80年代初めまで人民公社）の衛生院であった。一つの病院は大体10-30の病床をもって、1~3万の人口をサービス対象としていた。そこでの医療サービスの担当者は補助医師である。そして最も症状が重い患者が県クラスの病院に移される。県の病院は20~60万人を対象に医療活動を行っていた¹⁾。

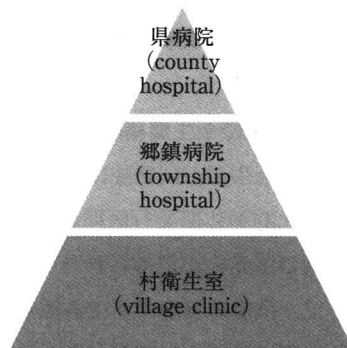
都市部の三次医療体制も農村部に似ていた。しかし、計画経済の下では、同じ三次医療体制でも都市部と農村部との間では大きな区別が存在していた。農村部の三次医療体制の財政を支えていたのは当時の集団経済（人民公社、生産大隊）であって、人民公社と生産大隊は大部分の医療費用とはだしの医者²⁾の給料を支払っていた。都市部では、医療費用は中央・地方政府および企業の福利基金が負担していた²⁾。また、大病院と良い医療設備は殆ど都

図1 中国都市部の三次医療体制



出所：筆者作成

図2 中国農村部の三次医療体制



出所：筆者作成

1) William C.Hsiao 1984 『アジア経済旬報』No.1297

2) 中国国務院発展研究中心「对中国医療衛生体制改革的評価と建議」2005

市に集中していたため、都市部の住民は直接大きい病院に行く場合が多かった。

建国して間もない時期、物質的、人的資源が極めて乏しい状態にある中国にとってはこの三次医療体制の設立は医療サービスの提供、特に8億もある農村人口の医療サービスに大きい役割を果たした。1952年から1982年まで、中国の乳児死亡率は250‰から34.7‰まで下がり、平均余命は35から68に上昇し、流行性マラリアは人口の5.5%から0.3%に下がった³⁾。

計画経済時期における中国の医療機構の目的は営利的ではなく大衆の健康水準の向上と明確に設定され、目標通り、当時の3級医療体制がその役割を果たした。原因として、まず、その時期の三次医療体制の構造にあった。即ち、主幹部分が政府部門の直轄医療機構、末端組織が集団経済所有医療機構であって、政府の医療に関する計画が円滑にできる構造になっていた。つぎに、医療事業が円滑に運営できる資金を政府が投入していた。第三に、医療機構の医療サービスによる収入が医療サービスに従事している人員の経済利益とは無関係となっていた。

1978年からの経済体制改革につれ、中国の医療衛生改革も幕を開け始めた。計画経済に適応していた医療体制を市場経済に対応するものに転換していく目的で、一連の改革が行なわれ、中国の三次医療体制に変化をもたらした。

2 経済体制改革による三次医療体制の変化

2-1 医療衛生機構所有制の変化

1980年衛生部が国務院に提出した「個人開業医の営業許可についての請訓」（「關於允許個體開業行医問題的請示報告」）が国務院に認められ、医療機構所有制の多元化が認められた⁴⁾。それまで、中国の医療機構は全て公有制であって、政府の管理の下で各医療機関は分業と協力の関係を用いて、社会公益の実現の目標を追求してきた。医療所有制の多元化が認められてから、農

3) 82年の乳幼児死亡率は2004年中国衛生統計提要によるものの、他の数字はWilliam C.Hsiao 1984 「アジア経済旬報」No.1297によるものである。

4) 中国社会文献出版社、2008年、「發展和改革藍皮書：中国改革開放30年 1978-2008」

村部では、前述したとおり、農村三次医療体制の基盤の担い手ははだしのお医者さんであるが、経済改革によりはだしのお医者さんを雇う側の人民公社（生産大隊）が解体され、はだしのお医者さんの数が減少した。78年から82年の間はだしの医者数は180万から120万までに低下した。村衛生室が「営利化」になり、営利を目的としている医者個人が現れた。唐衷（2001）が中国河北省辛集市で行った調査結果によると1991年から1995年、全市の338村に全て衛生室を設置しているが、村が運営している衛生室は82個、残った衛生室はすべて「営利性」の個人運営衛生室であった⁵⁾。それまではだしの医者が提供した初歩の医療サービス、薬の配合、衛生の指導などが得られなくなり、農民の医療負担増に繋がった。都市部では、個人病院、外資との合資病院が現れ、それらの病院に公立病院と違う医療サービス価格体制が認められ、同じサービスでは公立病院価格の10-20倍になっている⁶⁾。

2-2 医療衛生への財政支出の変化

計画経済時代、医療衛生機構が必要な資金は国から支出してきた。1979年、“市場手段を用いて衛生事業を運営する”の目的で衛生部、財政部、国家労働総局連名で「加强医院经济管理试点工作意见」の公文書が発表され、公立病院に対する財政定額補助が実験的に行われた。地方の発展インセンティブの向上のため、1980年2月、國務院は「國務院關於实行“划分收支，分級包幹”财政管理体制的通知⁷⁾」を公布し、79年までの中央集権的な「中央統収・統支」を廃止し、地方財政請負制度に轉換した。それまで主に中央財政から支出していた医療衛生費用は主に地方財政から支出することになって、地域財政状況格差より医療衛生発展の格差が生じ、医療衛生財政投入の減少

5) 唐衷等、「家庭承包制实施以后农村村級医療衛生服務提供体系變遷研究」、『中国農村經濟』、2001年8月

6) William C.Hsiao, 1995, Soc.Soi.Med, Vol.41-8, “The Chinese health care system: lessons for other nations”

7) 国發〔1980〕33号、「國務院關於实行“划分收支，分級包幹”财政管理体制的通知」

8) 中国政府が1980年代に導入し地方財政請負制度より豊かな地域と貧しい地域の間に財源・負担の大きな格差が生まれ、中央政府も財政収入の低下により極度の財政難に陥って、マクロ経済を調整する術を失った。中央政府の財政調整力を高めるために1993年末に政府が「分税制」を導入した。「分税制」の下では、税金を種別毎に、中央政府に帰属する税、地方政府に帰属する税および中央・地方政府が共同で享受する税に区分される。

に繋がった。94年に「分税制⁹⁾」が行われた後にもこの状態の改善はなかった。医療衛生について、執行を地方政府に委ねることは多くの国で実行されているが、中国のように国民生活に欠かせない重要な公共サービスを地方財政に委ねているのは珍しいものである⁹⁾。国の医療財政の変化によって医療機構の医療行為の変化をもたらした。

2-3 医療機構の医療行為の変化

国の医療財政政策の変化により、公立医療機構は安定的な事業費収入を得られなくなった。90年代以後、政府が公立病院に与える事業費は職員の基本給与も支払えない少ない金額であった。ひどいところは職員の基本給与のところが病院運営に必要な水電光熱費の総額にも達しない金額であった¹⁰⁾。1989年8月、国務院が「医療衛生サービスの拡大に関する意見」（「關於擴大医療衛生服務有關問題的意見」¹¹⁾）を公布し、公立医療機構の部分的営利性医療行為を認め、医療機構の医療サービスの提供による収入で運営を維持することにした。殆どの医療機構は収入をできるだけ多くするために、職員の労働意欲を高める手段として、職員のボーナスなど個人収入と医療サービスの収入を結び付け、医療の商業化、市場化に繋がった。

三、中国医療提供システムの現状と問題点

1980年代からの医療体制改革は、30年が経過した。しかし、“看病難、看病貴”の状況が改善されたとは言い難い。医療提供システムにおいて、医療機関の数量、病床数、医療従事者数等は当該国国民の医療サービスの受けやすさの指標となっている。この節では、中国の医療提供システムの各指標の推移と現状を説明し、問題点としての医療格差と三級医療体制の効率低下問題を説明していく。

9) 津上俊哉, 2004, RIET, Discussion Paper Series 04-J-020

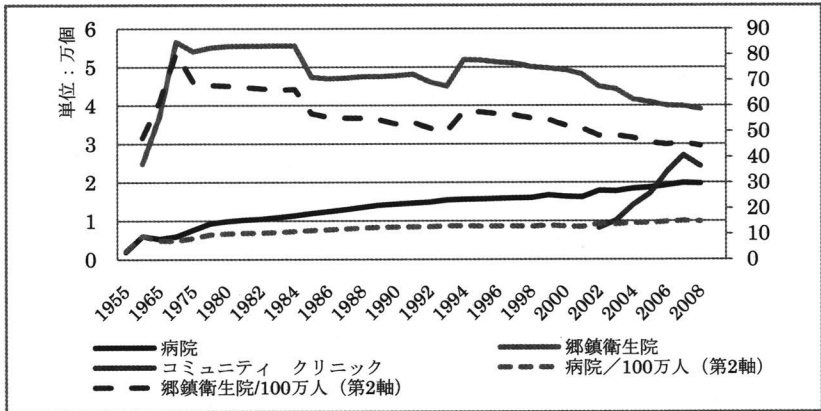
10) 中国国務院発展研究中心, 「对中国医療衛生体制改革的評価与建議」, 2005

11) 国発 [1989] 10号

1 現在の医療提供体制と国際比較

図2のとおり、90年代から中国の病院数及び100万人当たりの病院数は増加し、病院数は1949年建国時の2,600ヶ所から2008年の19,712ヶ所に、100万人当たりの病院数も1955年の5.94ヶ所から14.84ヶ所に増加した。対照的に郷鎮衛生院の数は建国時から70年の56,568ヶ所をピークに、総数と100万人毎の数が減少し、2008年の1万人当たりの郷鎮衛生院数は65年の数字より低いものとなっていた。

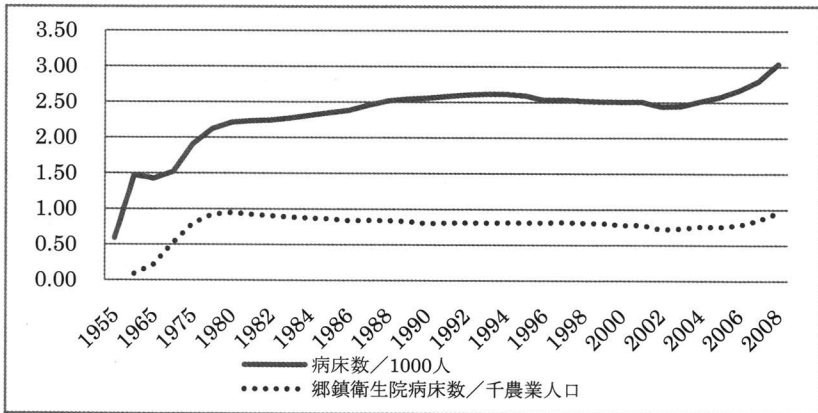
図2 病院・郷鎮衛生院等の数量推移



出所：「中国衛生統計年鑑2009」より作成

そして、図3から、病床数は全国的に千人当たりの数は1955年0.06床から2008年の3.04床に上昇してきたものの、郷鎮衛生院の千農業人口当たりの病床数が50年代の0.09床から2008年0.96床と増えたものの、1970年代から横ばい低水準で推移していることがわかる。

図3 病床数の推移



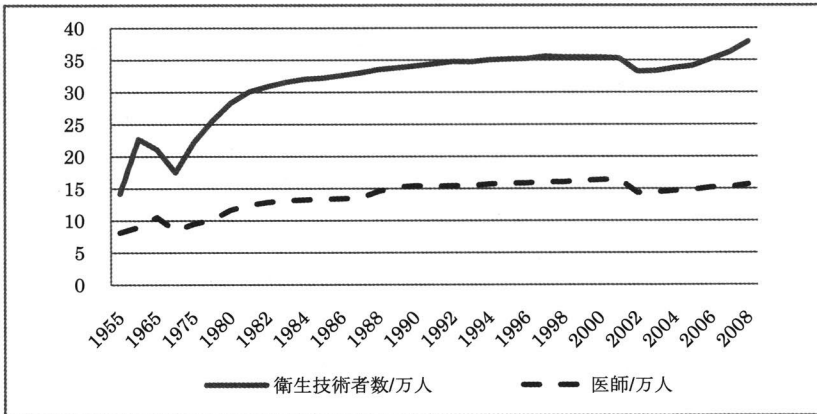
出所：「中国衛生統計年鑑2009」より作成

また、1万人当たりの医療衛生に従事している技術者¹²⁾と医師の数は図4のとおり、増加傾向を呈していて、2008年の医師数（助理医師を含む）は2,082,258人に達している。

これらのデータから中国の医療提供体制の整備が着々と進んでいることがわかる。さらに諸外国と比べても、中国の医療提供体制の著しい発展がわかる。図5と図6は2008年中国に近い一人当たり国民所得を持つ10ヶ国を選んで、一万人当たりの病床数と医師数を図にしたものである。中国はいずれの指標について11カ国中高い数字を示している。また、2008年のアジア諸国及びLower middle income国の平均データ（図7と図8）と比べてみると、中国は千人当たり病床数、医者数はいずれLower middle income国の平均より高く、アジアでは日本と韓国に続いて3番目の高さになっている。

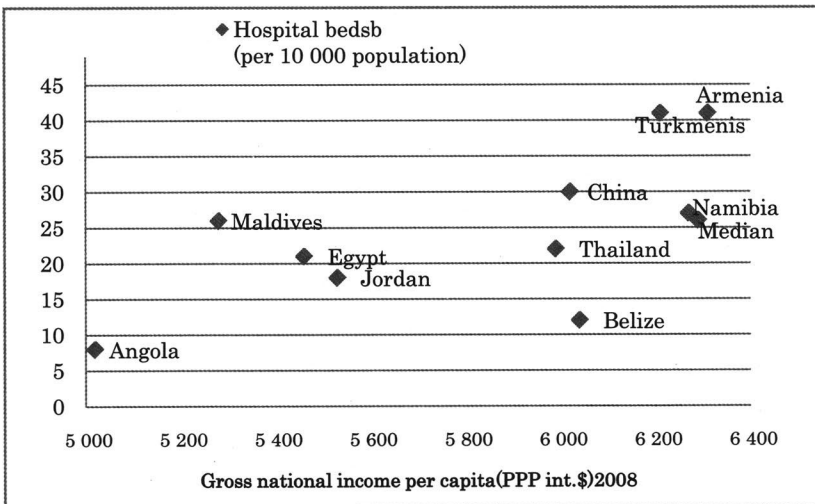
12) 「中国衛生統計年鑑2009」により衛生技術者には医師（助理医師を含む）、看護師、薬剤師、検査技師が含まれる。医師：「中華人民共和国執業医師法」により、医師は執業医師と執業助理医師を指す。助理医師：「中華人民共和国執業医師法」第二章、第10条によると、医学専門短期大学あるいは医学中等専門学校を卒業し、執業医師の指導の下で、医療、予防、保健機関で1年間勤務した者に対し「執業助理医師」試験を受ける資格が有する。この試験に合格すると、執業助理医師になる。医師は同法の第九条によると、①大学医学部を卒業し、医療、予防、保健機関で1年間勤務した者②短大卒の執業助理医師、執業助理医師の資格を得た後、医療、予防、保健機関で2年間勤務した者③専門学校卒の執業助理医師、執業助理医師の資格を得た後、医療、予防、保健機関で5年間勤務した者が執業医師国家試験に合格すると、執業医師になる。

図4 衛生技術者、医師数の推移図



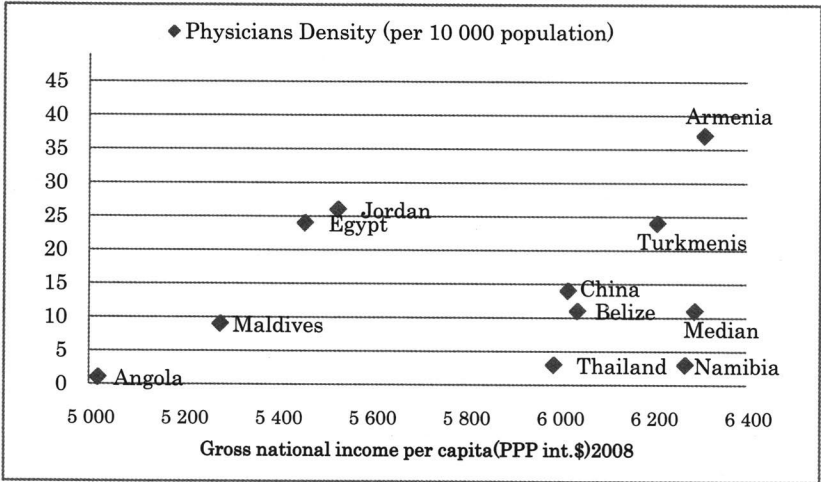
出所：「中国衛生統計年鑑2009」より作成

Figure 5



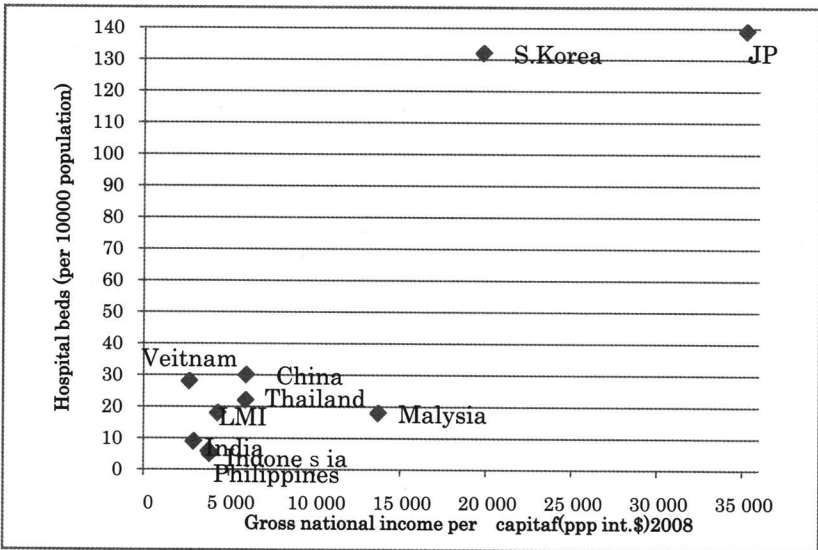
Data Source: WHO World Health Statistics 2010

Figure 6



Data Source: WHO World Health Statistics 2010

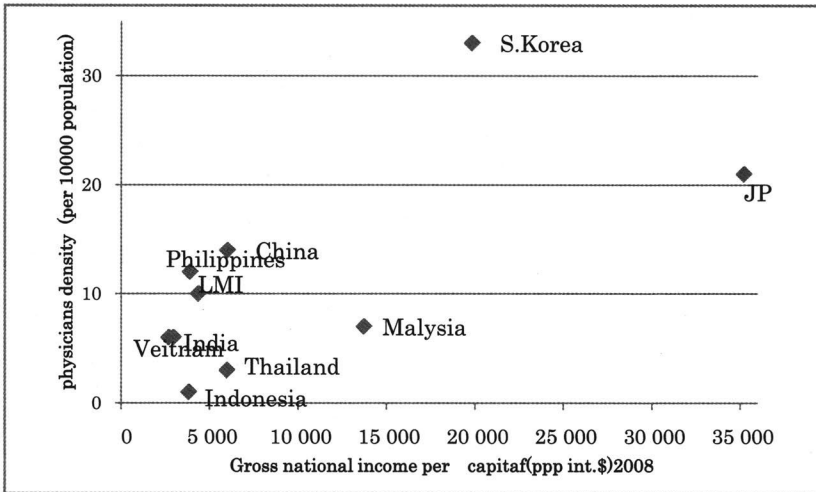
Figure 7



Data Source: WHO World Health Statistics 2010

LMI : Lower middle income

Figure 8



Data Source: WHO World Health Statistics 2010
 LMI : Lower middle income

しかし、WHOが発表した「The World Health Report 2000」では、中国の衛生システムに対する評価は低いものであった。とくにFairness in financial contribution, Over goal attainment 及び Overall health system performance の指標について191の成員国中181位、132位、144位になっているもので、インド (42-44位、133位、112位)、タイランド (128-130位、64位、47位)、マレーシア (122-123位、93位、49位) のランキングよりも低くなっていた。国内からみても、80年代から中国医療制度の欠陥の現れとして“看病難、看病貴”問題が芽生え、一連の医療制度改革の実行にも関わらず、2007中国社会科学院が出版した「2007年:中国社会形勢分析与予測」の中では“看病難、看病貴”は“失業問題”、“経済格差問題”を超え、社会問題の首位となったことが指摘されている。“看病難、看病貴”は具体的に現存の医療格差と医療費の高騰として現れている。中国の医療格差と医療費高騰の主な原因の一つとして医療提供システムの問題と考えられる¹³⁾。

13) 医療格差と医療費高騰のもう一つの原因として中国健康保険制度が挙げられる。この健康保険制度による医療格差の問題については拙著の「中国健康保険制度における医療格差」(「山口経済学雑誌」59巻1号)を参照されたい。

2 医療提供システムによる中国の医療格差, 医療費高騰の問題

2-1 医療格差

医療提供システムによる格差の主な表現として経済発達地域と経済発展の遅れている地域, 農村部と都市部間に存在する医療格差である。

2009中国衛生統計年鑑によると, 2008年, 非営利性医療機構数¹⁴⁾, 非営利性病院数, 三級病院数, 三級甲病院数, ベッド数800床以上の病院数について, 経済発展している東部地域に集中していることがわかる(表1)。また, 人的資源を見ても, 表2のとおり, 都市, 農村に関わらず, 経済発達している東部に集中していることがわかる。さらに, 省(直轄市)単位でみれば, 千人当たりの衛生技術者数について全国で一番多い北京の12.21人に対し一番少ない貴州省では2.21人しかなく, 千人当たりの医者数についても北京では4.79人, 先進国¹⁵⁾に遜色しない数字であったが, 貴州省では0.90人, Low Middle Income 国の平均¹⁶⁾に及ばない状態であった。

表1: 2008年中国東, 中, 西部医療機構分布

	非営利性病院数	非営利性医療機構数	三級病院数	病床数800床以上の病院数
東部	5,930	55,234	581	275
中部	5,170	37,190	319	118
西部	4,550	33,346	292	95

出所: 「2009中国衛生統計年鑑」より整理作成

14) 中国医療機関の経営目的, 服務任務の内容, さらに, 適応する税収政策, 価格政策, 財務会計制度によって営利性医療機構と非営利性医療機構に分けられている。非営利性医療機構は政府運営とその他運営に分けられ, いずれも, 基本医療サービス, 少量の非基本医療サービスおよび災害等非常事態時政府が下った任務等がその業務内容になっている。ただ, 政府運営の非営利性医療機構が非常時だけでなく, 政府が下した任務を実行している。営利性医療機構は営利を目的に需要による自主的な医療サービスを行ない, 利益は投資者へ分配できる。

又, 中国の病院は規模によって, 1級, 2級, 3級に分けられている。病床数は20-99床まで1級病院, 100-499床まで2級病院, 500床以上は3級病院である。各級は, さらに甲(高いレベル), 乙, 丙に分けられる。

15) OECD Health Data 2010 - Version: June 2010のHEALTH CARE RESOURCESの2008年のデータと比べたもの。

16) WHO World Health Statistics 2010の6. Health workforce, infrastructure and essential medicinesと比べたもの。

表2：2008年中国医療衛生人的資源の分布

	衛生技術者数 (人)	衛生技術者数 /1000人	医師(助理医師 含む)数/1000人	郷鎮衛生院人 員数/1000人	郷村医師 ¹⁷⁾ ・衛生 員数/1000人
東部	2,239,598	4.57	1.87	1.44	1.23
中部	1,552,799	3.46	1.41	1.24	1.07
西部	1,237,641	3.24	1.39	0.98	0.90

出所：『2009中国衛生統計年鑑』より整理作成

前述のとおり、80年代の市場経済への転換に伴った医療提供システムの改革に伴い、農村部の医療衛生への財政投入が都市部に比べると大変遅れてきて、農村部の三級医療体制の機能が大きく弱まって、都市部との医療格差が生じてきた。表3のとおり2008年の医療衛生機構数、医療衛生技術員数、医師数、千人当たり医療衛生技術員数、千人当たり医師数全ての項目について都市部は農村部を圧倒している。

表3：2008年中国都市部、農村部医療衛生資源分布表

	医療衛生機構数	医療衛生技術者数	医師数	医療衛生技術 者数/1000人	医師数 /1000人
都市部	216,255	4,313,618	1,425,688	5.58	2.28
農村部	105,536	1,855,432	656,570	2.21	0.94

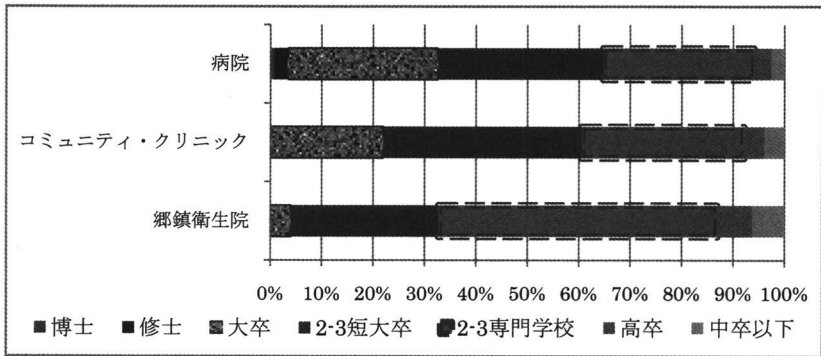
出所：『2009中国衛生統計年鑑』より整理作成

又、農村部と都市部、大病院と小規模医療機構の医療技術者の教育レベルに大変な差が存在している。図9のとおり、郷鎮衛生院で勤めている医師の内、大卒以上の学歴を持つ医師が全体の3.9%すぎない。コミュニティ・クリニックの場合は21.9%、全国の平均は32.7%であることや、第4次国家衛生服務調査(2008年)の結果から郷村医師の短大卒以上の率が3.7%¹⁸⁾であることから、区、市、県、県以上の病院の勤務医の大卒率が32.7%より高いことが推測できる。

17) 郷村医師：1985年までは「はだしの医者」と呼ばれていた。

18) 中国協和医科大学出版社『中国基層衛生服務研究』、2009

図9 2005年医療機関医師の教育レベル



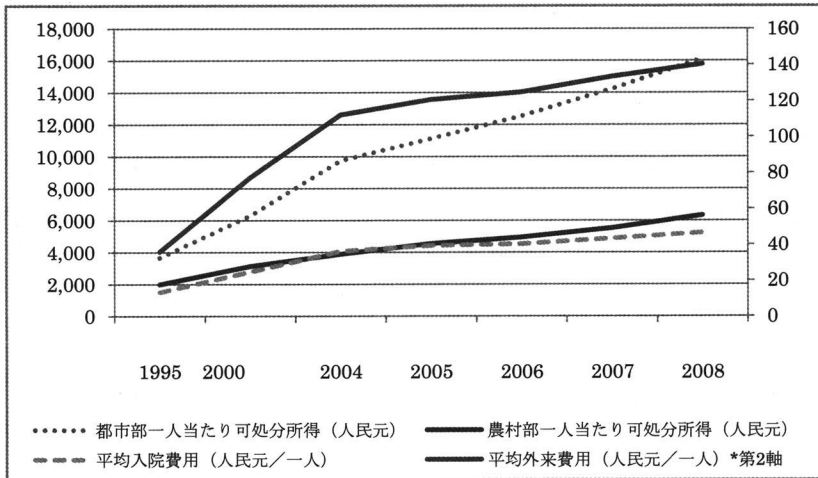
出所：『2009中国衛生統計年鑑』より作成。

2-2 医療費問題

“看病貴”という言葉の意味は医療費が高いという意味である。図10のとおり、外来診療費、入院治療費はいままでずっと上昇傾向であった。外来診療費の上昇速度は国民の可処分所得の上昇速度を超え、入院の一人当たり平均費用は農村部の一人当たり年可処分所得とほぼ同じ金額になっている。中国衛生部2008年に行なわれた第四次国家衛生服務調査の結果によると、“未就診率¹⁹⁾”は2008年に37.6%で、経済的原因で診療を諦めた人の比率は24.4%もある。又、入院患者が自ら退院を求める人が退院患者数全体の36.8%を占め、その中で経済的原因で自ら退院した人の比率は54.5%である。さらに、入院すべきと診断されて入院しなかった人の比率は25.1%であり、その中で、経済的に困難の人が70.3%も占めていた。入院患者の病院に対して不満を感じた項目の中で“医療費用”の項目がもっとも多く27%であった。

19) 調査を受ける日までの2週間内に、体調不良と感じた人が何らかの原因で医療機関での診療を諦めた人の数と体調不良と感じた人数の比率。

図10 中国医療費と可処分所得の推移図



出所：『2009中国衛生統計年鑑』より整理作成

2-3 “看病難，看病貴”問題の原因

中国の“看病難，看病貴”問題の根本的な原因は国の医療提供体制の整備政策と医療機構の運営政策にあると筆者は考えている。

まず、国の医療提供体制整備政策についていえば、80年代の医療、財政、税制改革により国が医療衛生への財政投資を地方政府に委ねることになり、結果は都市部が農村部より、経済発達地域が非発達地域に比べより多くの財政投入ができたので、病院の規模、病床数、先進的な医療器械などの項目について大きな格差が生まれたと考えられる。医療サービスの特性として、「情報の非対称性」がある。患者として、自分の病気がどういう病気であるか、どの程度の病気が、どういう治療が必要であるか等医学に関する情報は極めて欠如している。第2節で言及したように医療機構によって先進的医療器械、医療技術者の教育レベルの格差が大きい状況の下では、先進的な医療器械が多く揃えて、かつ専門家が多く存在している大病院での受診を希望する患者が多くなる。しかし、中国現行の医療保険制度では、医療資源を有効利用する目的から三級医療体制の1級から3級までの免責金額が高くなり、保険

よりの医療費支払い金額が少なくなる仕組みが殆どである。例えば、表4では郷の病院と診察を受ける際の免責金（給付起点）は東部地域で400元、県以上の病院で診察を受けると900元と高くなる。また、保険の給付率について、表5のように中国の東部地域では郷の病院で診療を受けて、最高医療費の60%が保険から支払いがされることに対し、県以上の病院で診療を受ける場合、一番低い場合治療費の20%しか保険より支払って貰えない。この500元と40%の差がしばしば“看病費”の一因となっている。

表4：2005年257県の新型農村合作医療保険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：袁「中国の医療保険制度による医療格差」『山口経済学雑誌』59-1・2, 2010

表5：2005年257県の新型農村合作医療保険入院治療費給付率の状況

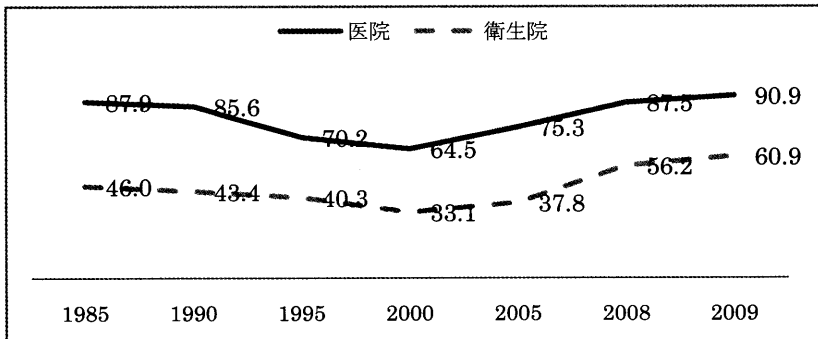
	郷病院		県病院		県以上病院	
	最低給付率 中位数 (%)	最高給付率 中位数 (%)	最低給付率 中位数 (%)	最高給付率 中位数 (%)	最低給付率 中位数 (%)	最高給付率 中位数 (%)
全国	35	55	30	50	20	45
東部	30	60	25	50	20	48
中部	30	55	30	50	25	50
西部	45	50	30	45	25	40

出所：袁「中国の医療保険制度による医療格差」『山口経済学雑誌』59-1・2, 2010

又、病院における設備、人的資源の格差、患者の大病院志向によって、三級医療体制の上部にある医療機関こそ、患者が多く集まることから、受診するまで長い時間を待たされ、実際に診察を受ける時間がわずかという現象が起きている。于広軍等（2007）が上海三つの三級甲病院の患者に対してアンケート調査を行なったところ、患者が受診する際、市レベルの病院を選択

する比率は65.53%であり、区レベルについて15.34%、三級医療体制の基礎となっているコミュニティ・クリニックは15.73%であって、大病院志向がよく伺える。診察の待ち時間30分以上である患者の比率が38.9%であるのに対し、診察時間5分以下である患者の比率が43.21%であることが同調査で分かった。さらに、専門家²⁰⁾の診察を受ける際受付だけで2時間以上かかる患者の比率が27.3%である。また、病院ベッドの利用率からでも“看病難”の現象が覗える。中国の病院のベッド数は病院の直接管轄機関により決められているのであるが、多くの大病院は決められている病床数の110%以上の病床を使用している。それでも、図11のように2009年病院のベッドの平均使用率は90.9%になっている。しかし衛生院のベッド使用率は60.9%しかない。三級医療体制の目的から見れば、80%の患者は第1級、2級の医療機関の受診、残った20%の重病、難病患者が第3級医療機関での治療が理想的であるが、実際には80%の患者が第3級医療機関で受診することになって²¹⁾、医療資源の効率的な利用が出来ていない状態で、三級医療体制の目的に反することになっているといえる。

図11 中国政府運営病院及び衛生院ベッド使用率 (単位：%)



出所：2010中国衛生統計提要（2010 China's health statistical digest）より作成

20) 中国衛生部の規定によると、中国の医師はその学歴、勤務期間等によって住院医师、主治医师、副主任醫師、主任醫師の四つのランクに分かれている。副主任以上の医師は専門家とも呼ばれて、専門家による診療はその受付料金等が一般医師と比べると10倍以上高いこともある。

21) 「光明日報」2010年05月25日9面記事

次に、医療機関の運営政策についていえば、国は医療機関に必要な財政支援ができないために、それに代って病院の診療行為により運営できる資金を獲得するという自由を与えた。病院としては多くの収入を得るため、医師等医療衛生従事者の収入をその診療行為に結びつけることになり、これも“看病難、看病貴”に繋がることになった。

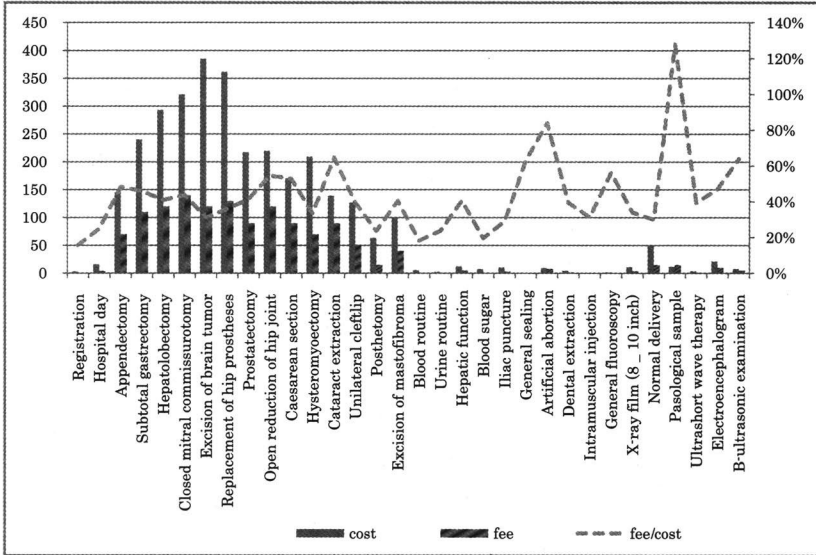
90年代初めから中国政府が医療への資金投入は医療機構年収入の10%しかなかった²²⁾。しかし、政府は医療アクセスを保証するため、医療サービスの価格をコントロールしてきた。90年代から公定価格は計画経済の医療サービス公定価価格より高くなっているが、図12のとおり、依然として医療サービスのコストよりかなり低い価格に設定していた。医療機構は国家財政から10%を除いて年間収入の90%を自分で稼がないといけないことになって、それを達成させるため、政府は先端技術、新しい技術を利用する医療サービスをコスト以上の公定価格で設定し、さらに処方薬に15%のマージンを認めた。結果、黒字、赤字の医療行為が混在している状態になって、医療機関は全体で黒字にするために、不採算の医療サービスの提供を抑制し、採算がとれる先端技術・医療器械を使う医療サービスを過剰に利用し、さらに、病院と製薬会社の癒着が生まれ、病院が製薬企業の薬を処方するたびに企業からのリベートをもらい、このリベートから医師たちのボーナスが出るなど、過剰な薬処方に繋がった。これが医療費高騰の主な原因の一つと言われている。

そして、この医療機構運営政策は、“看病貴”だけではなく、“看病難”の一因にもなっている。計画経済時期の三級医療体制の成功は三級体制の各層の緊密な連携が大きな原因の一つである。しかし、現在の医療機関運営政策によって、三級医療体制の各層間にあるべき連携関係が無くされている。各医療機関は病人の獲得で競争ライバルになっているのである。これも“看病難”の一因になっている。

以上見てきたような現行の医療提供システム整備政策、医療機関運営政策

22) Winnie YIP&William Hsiao “China’s health care reform: A tentative assessment”, 2009

Figure12 : The comparison of average costs of hospital service items with their medical fees in Shandong, China



Soure: Liu (1996)

によって、中小医療機関は資金がないため、先進医療器械に投資できない、又、腕の良い医者が良い収入を求め、大病院へ流出し、患者が減少して、収入が減少し、さらに投資できなくなるという悪循環になって、医療機関間の格差がますます大きくなっていく。この格差で医療アクセスの公正性が低くなり、それを是正するため、制度の早急な改革が迫られている。

四、中国医療改革への私案

医療サービスには「市場の失敗」という経済特性と「医療アクセスの公正性」という社会規範が存在する、このため、市場に委ねておけば効率的な資源配分ができる財・サービスとは一線を画かなければならない²³⁾。すなわち、何らかの形での政府の介入が必要である。中国の医療提供システムについても

23) 西村周三等 勁草書房2006『医療経済学の基礎理論と論点』

例外とはいえない。実際にも、市場の失敗を克服し、医療アクセスの公正性を保つため、現在まで各国政府は色々な政策を取ってきた。これらの政策を「需要サイド・コントロール」と「提供サイド・コントロール」の2種類に分けるとすれば、今後の中国は「提供サイド・コントロール」を強める必要があると筆者は考えている。

1 医療提供体制整備政策の転換

いままで、中国政府は医療提供体制の整備に関して、地方政府に任せ、実際には医療機関の自力に頼ってきた。三節で述べたように、この政策によって、大型医療機関、優秀な医療技術者の偏在・不足が生じ、“看病難・看病貴”という社会問題が生じた。この“看病難・看病貴”の問題を根本的に解決するために、医療体制整備政策を大きく変えなければならない。具体的内容として、医療サービスを充実する国家予算を大幅に増やす、それを実行することによって、病院・医師を利益の追求から脱却させ、医療アクセスの向上を実現させる。理由として、まず、中国は80年代から現在まで高い経済成長率を続けており、将来高い経済成長を見込める状態であることから、医療サービスを充実させる国家予算を増やす選択肢がある。次に、中国の地域の経済格差、個人の経済格差の大きさを考えると、政府の再分配の機能を一層強化することが肝要である。最後に、限られている医療財源の有効利用の点からも、政府による統一の医療計画を進め、盲目の先端医療設備への投資、医療の人的資源の格差、医療設備の格差等が緩和されることが望める。

2 医療機構の運営政策の転換

現在、政府の医療機関の運営政策によって中国の病院を始め主な医療機関では、医師による過剰医療などが起こり、医療費の高騰の原因とされている。さらに、国が設定する医療サービス価格によって、先端医療設備への過度

投資およびそれを利用する必要のない検査の増加が起きている。また、現在の運営政策の下では、医師の収入がその診療行為による診療収入に結びづけられていることから、先端医療設備が少ない中小医療機構で勤務したい高レベルの医師等の比率は高くなる望みがない。このため、政府の医療提供体制整備政策の転換と同時に、医療機構の運営政策を利益への追求から公益性追求への転換が求められる。この転換により医師偏在の状況は相当程度改善することができる。図4と図9のとおり、中国では、医師不足より、医師の偏在即ち医師のレベルが参差しんしであることが“看病難”のネックになっている。歴史を振り返ると、医師の偏在問題を解決する重要性がよくわかる。

70年代初め、中国では8億の人口に対して、正規大学教育を受けた西洋医の数は2.3万人しかなかったと言われている²⁴⁾。特に農村部では、基本医療の担当者は殆どはだしの医者である。はだしの医者とは、中学校を卒業して大学や研究病院で半年の医療教育を受けて、農村に帰って、医療行為を行なう人達である。しかし、当時の三級医療体制がよく機能を発揮したといわれている。それは、医師の偏在問題をうまく解決したことは重要な原因の一つといえる。1965年毛沢東は当時の中国の衛生部を「都市のだんな衛生部」と批判、全国の医療要員に「医療・衛生活動の重点を農村に置こう」と呼びかけた。その呼びかけに応じ、都市の医務要員と医科大学・医科専門学校の卒業生が農村に定住していった。彼らは全国各地の農村、牧畜地区、島々や辺境地区など巡回医療をしていた。65年から71年まで、累計40万人の医務要員が農村で医療衛生活動を行なったのであった²⁵⁾。それによって、農村部、へき地でも初診で正しい診断ができ、三級医療体制の機能がうまく発揮したのである。

五、結び

現在中国での“看病難・看病貴”問題は医療アクセスの公平性の低さを語っ

24) 高橋暁正 「中国医療における土法思想と科学性」, 『中国研究月報』No.307, 1973

25) 『中国研究月報』(283)「誰による誰のための医療か—中国の新医療—」, 1971

ている。医療アクセスの公平は健康や生命が全ての人にとって平等であるべきという価値規範から合理化されたものだけではなく、公平性の主張から早期治療による医療資源利用の効率化、感染症などの外部性をもつ疾病の対策の面からも重要な意味を持っている²⁶⁾。現行の制度は医療機関の間の競争をもたらしているが、この競争は市場経済での医療サービスの質の向上を巡っての競争ではなく、患者の便益を阻害している競争になっている。いわば、80年代から中国は医療サービス市場の市場原理へのシフトを推進してきたが、その副作用が大きく出たということである。2009年中国国務院『中共中央 国務院關於深化衛生体制改革の意見』と「国務院關於印發医薬衛生体制改革近期重点实施方案(2009-2011年)的通知」の公文書を公布した。それには、“看病難・看病貴”を解決するための医療衛生改革案が提示されていた。しかし、前述した国の医療提供体制整備政策と医療機関運営政策の徹底的な是正をしないかぎり、医療需要の誘発と過剰な投資、またそれによる需要の誘発という悪循環を無くすことができない。医療機関・医療従事者に正しいインセンティブの付与ができる政策の設定が注目されている。

参考文献

- 1 「経済体制改革」2006 No.2
- 2 “The Chinese experience of hospital price regulation”, *Health Policy and Planning*, 15(2) 157-163
- 3 William C.Hsiao, 『アジア経済旬報』, No.1297, 1984
- 4 中国国務院發展研究中心, 「对中国医療衛生体制改革的評価と建議」
- 5 中国社会文献出版社, 『發展和改革藍皮書: 中国改革開放30年 1978-2008』, 2008
- 6 唐衷等, 「家庭承包制實施以後農村村級医療衛生服務提供体系變遷研究」, 『中国農村經濟』, 2001年8月
- 7 William C.Hsiao, 1995 *Soc.Soi.Med*, Vol.41-8, “The Chinese health care system: lessons for other nations”

26) 西村周三等, 勁草書房, 『医療経済学の基礎理論と論点』, P56, 2006

- 8 国発 [1980] 33号, 「国務院關於实行“划分收支, 分級包幹” 財政管理体制的通知」
- 9 津上俊哉, RIET, Discussion Paper Series 04-J-020, 2004
- 10 中国国務院發展研究中心, 「对中国医療衛生体制改革の評價与建議」
- 11 国発 [1989] 10号, 「關於扩大医療衛生服務有关問題的意見」
- 12 OECD Health Data 2010 - Version: June 2010
- 13 WHO World Health Statistics 2010
- 14 WHO, “The World Health Report 2000”
- 15 「光明日報」2010年05月25日9面記事
- 16 Winnie YIP & William Hsiao, “China’s health care reform: A tentative assessment”
- 17 西村周三等, 勁草書房2006『医療経済学の基礎理論と論点』
- 18 高橋暁正, 「中国医療における土法思想と科学性」, 『中国研究月報』, No.307
- 19 『中国研究月報』(283), 「誰による誰のための医療か—中国の新医療—」
- 20 中国衛生部, 2010中国衛生統計提要 (2010 China’s health statistical digest)
- 21 中国衛生部, 『2009中国衛生統計年鑑』
- 22 中国社会科学院, 『2007年 中国社会形勢分析与予測』2007
- 23 中発 [2009] 6号, 「中共中央 国務院關於深化衛生体制改革的意見」
- 24 中発 [2009] 12号, 「国務院關於印發医薬衛生体制改革近期重点实施方案 (2009-2011年) 的通知」