

# 中国新型農村合作医療保険と 都市部住民基本医療保険の統合 ——その経緯と狙い

袁 麗 暉

## 一 はじめに

1970年代末、中国は経済体制改革をスタートさせた。改革がもたらした経済社会の変化は旧医療体制に問題をもたらし、1990年代から中国は医療保険システムの再構築に取り組み始めた。1951年から実施された公務員を対象とする公費医療制度、1952年から実施された都市部従業者を対象とする労働保険制度は1998年に実施された従業者基本医療保険制度と2007年に実施された都市部住民基本医療保険制度に変わり、1950年代から農村部で実施された農村合作医療制度は2003年から新型農村合作医療保険制度に生まれ変わった。この三つの制度は実施開始後保険加入率の向上に努め、2012年、三つの制度でカバーされた人口は総人口の96%に達し、中国医療制度の皆保険が実現された。加入率の向上とともに、各制度は保障対象の見直し、保障内容の充実にも力を入れ、制度が実施された当初に比べ、格段の改善改革が図られている。しかし、制度には都市部と農村部の格差や、実質給付率の低下など、看過できない多くの問題が残されている。

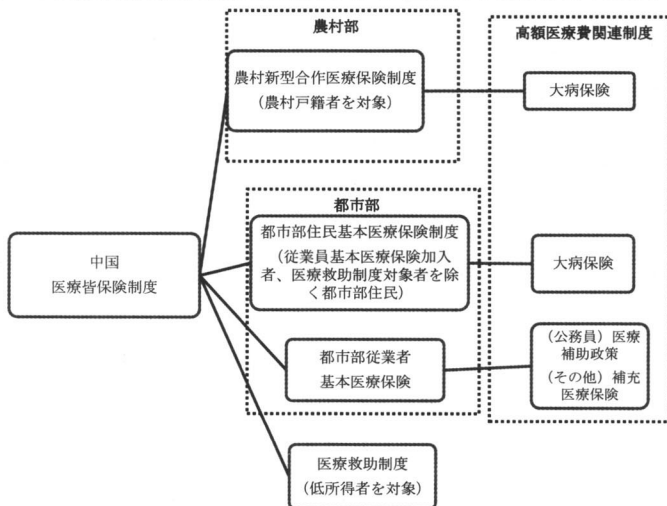
2016年1月、中国国務院が「都市部と農村部住民基本医療保険制度の統合に関する意見」を公布し、2003年から実施しはじめた新型農村合作医療保険と2007年から実施しはじめた都市部住民基本医療保険を統合し、城郷住民基本医療保険をスタートさせることになった。本論文はこの統合までの経緯をまとめ、その背景と狙いを分析し、その前景を展望するものとなる。

## 二 統合までの新型農村合作医療と都市部住民基本医療保険制度

### 1 統合までの中国医療保険制度の構図

新型農村合作医療制度と都市部住民基本医療保険制度が統合されるまでの中国医療保険制度の構図は図1のとおりである。都市部では、1998年から都市部の被用者（定年退職者を含む）を対象に都市部従業者基本医療保険が実施されていて、2007年から従業者の家族、学生、都市部の無職者を対象に都市部住民基本医療保険が実施されている。農村部では、2003年から農村戸籍者を対象に新型農村合作医療制度が実施されている。2012年に中国の医療保険制度の人口カバー率が96%に達し、皆保険を達成した。2014年では、都市部従業者基本医療保険の加入者数は28,296万人<sup>1)</sup>で、都市部住民基本医療保険の加入者数は31,451万人<sup>2)</sup>、新型農村合作医療保険の加入者は7.36億人<sup>3)</sup>である。

図1 中国医療保険制度のイメージ図  
(2016年農村新型合作医療保険制度と都市部住民基本医療保険の統合まで)



出所：著作作成

1) 「中国統計年鑑2015」, 中華人民共和国国家統計局

2) 同上

3) 同上

## 2 統合までの新型農村合作医療制度

新型農村合作医療保険制度は2003年に中国全国で展開されたもので、その前身は1950年代からいくつの地域で実行され、1960年代から全国に普及された農村合作医療保険制度<sup>4)</sup>である。農村合作医療制度は人民公社・大隊・農民個人で構成され、自由加入の医療保障制度で、保障レベルが低いという難点を抱えていたものの、同じ時期に普及された医療サービスを提供する大隊保健ステーション、はだしの医者（赤脚医生）と一緒に、当時の医療資源が大変乏しい中国農村部の保健医療に大きく貢献した制度である。

しかし、中国の経済体制改革に伴い、農村合作医療制度の存立基盤である人民公社・生産大隊が解体されると、薬価の高騰等の原因もあって、農村合作医療制度の加入比率が急速に低下し、1990年には加入率はわずか4.8%にまで低下した（表1）。

表1 中国行政村における農村合作医療保険の加入率

	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：袁，2010

農村合作医療制度の事実上の解体がもたらした農村部医療・衛生状況の悪化を改善すべく、90年代から中国政府はいくつの地域で農村医療保険制度改革を試みた。2003年、中国衛生部・財政部及び農業部は「新型農村合作医療制度の設立に関する意見」<sup>5)</sup>を公布し、新型農村合作医療制度の全国範囲での実施に踏み切った。

新型農村合作医療制度の内容は表2のとおりで、

4) 農村合作医療保険制度は1950年代から中国一部の農村地域で現れ、60年代から全国的に普及された。その起源について、いくつの説があり、著者は1930年代中国共産党延安時代の合作医療説が有力説と考える。

5) 2003年1月10日

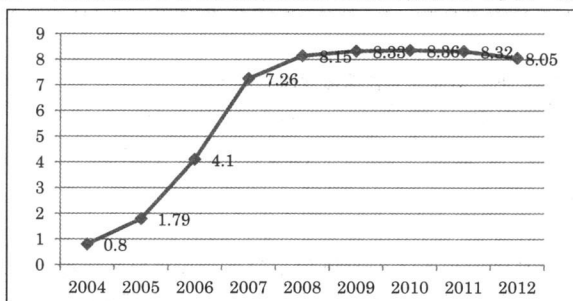
表2 新型農村合作医療制度内容

制度名	被保険者	保険者	加入者数	医療給付の一部負担	財 源	
					保険料(定額)	保険料への財政補助
新型農村合作医療制度	農村戸籍者	市町村	7.36億人	入院及び重病外来医療費の25%以下	570元/年・人 <sup>6)</sup>	420/年・人 <sup>7)</sup>

出所：中国衛生部、財政部、農業部「新型農村合作医療保険の設立に関する意見」、2003「中国統計年鑑2015」、中華人民共和国内力資源和社会保障部「人力資源和社会保障事業發展統計公報」、2015 より作成

新型農村合作医療保険が実行されてからその加入率は右肩上がりで、農村部人口をほぼカバーできるようになった(図2)。

図2 中国新型農村合作医療制度加入者数の推移図(単位：億人)



出所：中国統計年鑑2007, 2013より作成

### 3 統合までの都市部住民基本医療保険制度

中国医療保険制度改革の皮切りは1998年の都市部従業員基本医療保険制度の設立であった。この制度の前身は1952年に設定された労働保険で、被保険者は企業の従業員及びその家族であった。しかし、経済体制改革につれ、国営企業に経営状況が悪化するケースが増え、そういう企業では従業員の医療

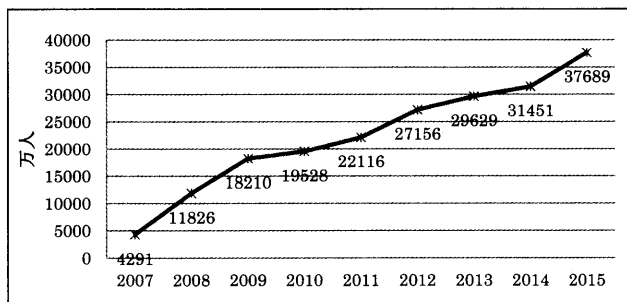
6) 2016年のデータ

7) 同上

保障が困難に陥ることに、また、改革によって非国有セクターの企業が増え、これらの企業では労働保険の適応がなかった。都市部では医療アクセスの悪化が目立った。この問題を解決するために、1998年、国務院が「都市部従業員基本医療保険制度の設立に関する決定」を公布し、都市部従業員を対象<sup>8)</sup>とする都市部従業員基本医療保険を誕生させた。

しかし、都市部従業員基本医療保険制度の被保険者は従業員本人に限られているため、労働保険に適応された従業員の家族は都市部従業員基本医療保険制度の適応から外され、無保険となり、問題となった。また、都市部の無職者等の医療保障問題を解決すべく、2007年国務院は「都市部住民基本医療保険の試験的实施に関する意見」を公布し、都市部住民基本医療保険の全国範囲での実施をスタートさせた。都市部住民基本医療保険が設立されてから、加入人数は逐年上昇し、2015年に加入者は37,689万人に達した(図3)。その内容は表3のとおりである。

図3 都市部住民基本医療保険加入者数推移図



出所：中華人民共和國人力資源社会和社会保障部「人力資源和社会保障事業發展統計公報」2015-2008、中華人民共和國人力資源社会和社会保障部「労働和社会保障事業發展統計公報」2007、より作成

8) 後に、公費医療に適応していた公務員もこの医療保険の被保険者になった。

表3 中国都市部住民基本医療保険内容

制度名	被保険者	保険者	加入者数	医療給付の一部負担	財 源	
					保険料(率)	保険料への財政補助
都市部住民基本医療保険	都市部従業者基本医療保険の被保険者以外の人(医療扶助を受ける者を除外)	市町村	37,689万人	入院医療費の約25% 外来約50%	(2016年現在) 都市部 約540元/年・人	420元/年・人

出所：中華人民共和人力資源社会和社会保障部「人力資源和社会保障事業発展統計公報」2015、国务院「2016年医業衛生体制改革の推進に関する重点任务」, 2016 より作成

#### 4 大病保険の設立

都市部住民基本医療保険と新型農村合作医療保険の被保険者の高額医療費負担を軽減するため、2015年、この二つの保険の被保険者を対象に、全国範囲で大病医療保険制度が実施された。これは二つの保険制度の付随的な制度で、公的医療の一部と考えられる。

大病保険の保険料は二つの保険の保険料から一定の割合あるいは一定の額が当てられ、被保険者が新たに保険料を納付する必要がない。都市部住民基本医療保険と新型農村合作医療保険と同じく、免責金最高還付額があり、2015年の保険給付率は5割以上となっている<sup>9)</sup>。また、大病保険の加入者は市町村で、被保険者は二つ制度の被保険者で、市町村は大病保険の運営を入札通じて民間の保険会社に委託しているため、大病保険の保険者は民間の保険会社となっている<sup>10)</sup>。

#### 5 新型農村合作医療制度と都市部住民基本医療保険制度の特徴

新型農村合作医療制度と都市部住民基本医療保険制度は約10億7千万の人口をカバーし、被保険者の医療需要をある程度満たしたと言えよう。二つの制度には以下の特徴を有している。

9) 袁, 2016.3

10) 大病保険の詳しい記述、分析について、拙著の「中国大病医療保険制度」、山口大学経済学会、2016.3.31をご参考ください。

## (1) 格差が存在する

新型農村合作医療制度と都市部住民基本医療制度の間に格差が存在する。その格差は保険の給付水準・医療アクセス面等で現れている。

表4と表5を比べてわかるように、北京市の新型農村合作医療保険の一般外来給付率・3級病院で入院した場合の給付率は住民基本医療保険の給付率より低くなっている。

また、北京のように住民基本医療保険の医療アクセスは病院等級の制限がなく、新型農村合作医療保険の場合、給付率・免責金によって制限をされていることは二つの表で見取れる。

表4 北京市都市部住民基本医療保険制度給付基準

給付内容	被保険者	免責金(元)	給付率	最高給付額(万元)
一般外来	都市部高齢者	650	50%	0.2
	都市部無職者	650	50%	0.2
	学生, 児童	650	50%	0.2
入院	都市部高齢者	1300	70%	17
	都市部無職者	1300	70%	17
	学生, 児童	650	70%	17

出所：北京市社会保険査尋網<http://beijing.chashebao.com/yiliao/12149.html>  
アクセス日20161117

## (2) 自由加入でありながら、高い加入率を保持している

二つの保険は公的医療保険制度でありながら、強制加入ではなく、被保険者の自由加入を認めている。しかし、自由加入にも関わらず、二つの保険の加入率は高い。その原因として、表2と表3で表しているとおり、保険料の自己負担が小さいことが考えられる。

表5 北京新型農村合作医療保険給付基準

	診療機関	免責金 (元)	給付率	最高給付額 (元)
一般外来	一級病院	100	50%	3000
	二、三級病院 (中院医院)	550	40%	
	二、三級病院 (その他医疗机构)	550	35%	
入院等	一級病院	300	75%	18万
	二級病院	1000 - 2万	65%	
		2万 - 5万	70%	
		5万以上	80%	
	三級病院	1000 - 2万	55%	
		2万 - 5万	60%	
5万以上		67%		

出所：同表4

### (3) 低負担・低給付・保険料の政府財政負担大

従業者基本医療保険の場合、保険料は所得比例で徴収され、一般的に使用者側から被用者月給の6%、被用者から2%を拠出することになっている。北京市2014年被用者の平均年収は52,902元<sup>11)</sup>であるため、従業者基本医療保険の年間保険料は大よそ4,232元<sup>12)</sup>である。新型農村合作医療保険と都市部住民基本医療保険の場合、保険料は定額となっていて、2014年、新型農村合作医療保険制度の保険料は年間一人410元<sup>13)</sup>で、都市部住民基本医療保険制度の保険料は年間ひとり410元<sup>14)</sup>で、従業者基本医療保険制度と比べると、低負担であることが明らかである。また表4、表5と表6の給付率を比べると、二つの保険は低給付であることもわかる。

2014年の二つの保険の保険料に対する政府財政補助金は年間一人320元<sup>15)</sup>で、保険料の八割弱が政府の財政に依存していることがわかる。

11) 「中国統計年鑑2015」

12) 同上

13) 「2015年度人力资源和社会保障事业发展统计公报」

14) 同上

15) 同上



表6 北京市従業者基本医療保険給付標準

対象者	対象となる医療費	免責金 (元)	基本医療保険の給付率 (%)			最高支給額 (万元)
			1級病院	2級病院	3級病院	
在職者	免責金～3万元	1300	90	87	85	10
	30001元～4万元		95	92	90	
	40001元～10万元		97	97	95	
	支払い額10万元～30万元		85 (大額医療費用互助資金)			20
退職者	免責金～3万元	1300	94	92.2	91	10
	30001元～4万元		97	95.2	94	
	40001元～10万元		98.2	98.2	97	
	支払い額10万元～30万元		90 (大額医療費用互助資金)			20

出所：北京市社会保険査尋網<http://beijing.chashebao.com/yiliao/12149.html>  
アクセス日20161117

#### (4) 新型農村合作医療保険では世帯全員一括で加入する

中国の医療保険制度には被扶養者という概念がなく、すべての保険は個人を対象としている。しかし、個人を対象としていながらも、新型農村合作医療保険の場合、世帯全員一括で加入するのがルールである。このルールが設定された理由として、以下のことが考えられる。まず、その前身である農村合作医療保険の加入条件は世帯一括加入であった。次に、管理しやすく、加入率の向上にもつながることが考えられる。

#### (5) フリーアクセスではない

新型農村合作医療保険と都市部住民基本医療保険はフリーアクセスではなく、原則的に、加入地域での診療しか認められない。

上述したように、新型農村合作医療保険と都市部住民基本医療保険は高い加入率をもって、低負担、低給付であるが、加入者の基本的な医療アクセスの保障を実現できた。しかし、2016年1月、中国国務院が「都市部と農村部住民基本医療保険制度の統合に関する意見」<sup>16)</sup>を公布し、全国範囲で二つの制度の統合をスタートさせた。

16) 中国語：「国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见」国发【2016】3号

なぜ、統合が必要であるのか、その狙いは何なのか、以下は統合の背景と狙いについての分析である。

### 三 新型農村合作医療と都市部住民基本医療保険制度の統合の背景と狙い

#### 1 背景

##### (1) 新型都市化

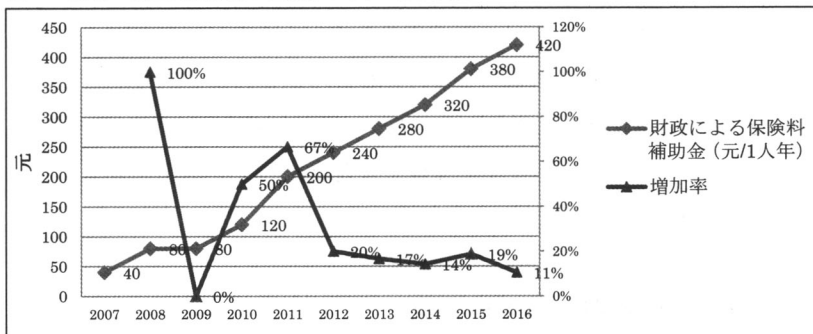
2014年中国政府は「国家新型都市化計画（2014-2020）」を公布し、2020年までに中国常住人口の都市化率を2013年の53.7%から60%に、戸籍での都市化を2013年の36%から45%に引き上げることを計画している。計画の設計によれば、2020年まで、約1億人の農村移動人口が都市部に定住することになり、中西部の約1億人の農村人口が戸籍所在地の近くの都市部で定住するようになる<sup>17)</sup>。農村戸籍の人は新型農村合作医療保険に加入していて、都市部に定住すると（都市化によって戸籍が都市戸籍になる）都市住民基本医療保険への変更手続きが必要である。新型農村合作医療保険の管轄部門は中国衛生部で、具体的な手続きは各地の衛生局で行われる。一方、都市部住民基本医療保険の管轄部門は中国人力資源社会保障部で、具体的な手続きは各地の社会保障局で行われる。二つの保険のシステムは別々となっていて、このままだと、新型都市化による医療保険の変更手続きが膨大な仕事になりかねない。

##### (2) 保険の重複加入の深刻化

一方、両保険が設立されて以降、給付率を高めるために、中央と地方財政による保険料への補助金が設立当時の40元/1人・年から2016年の420元/1人・年に、高い増加率で年々増えている（図4、5）。入院に対する保険の給付率について、両保険ともに75%に達し、さらに、外来診療に対しても保険からの給付を始め、2015年から高額医療費を対象に大病保険を展開した。

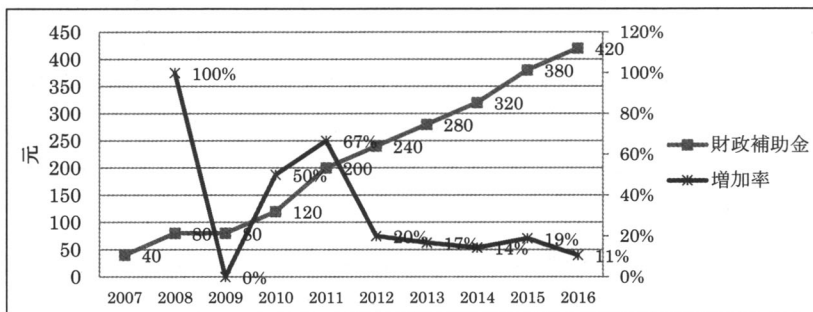
17) 中国国務院 2014「国家新型都市化計画（2014-2020）」

図4 財政の新型農村合作医療保険に対する保険料補助金及びその増加率の推移 (元/1人・年)



出所：2008-2015年度各年版「人力资源和社会保障事业发展统计公报」1998-2007各年度版「劳动和社会保障事业发展统计公报」1996-1997各年度版「劳动事业发展统计公报」1994-1995各年版「劳动事业发展年度公报」の内容より作成

図5 中央地方財政の都市住民基本医療保険に対する保険料補助金推移 (単位：元/1人・年)



出所：同上

しかし、経済発展につれて、流動人口が増え、医療アクセスが加入地域に制限され、新型農村合作医療保険では世帯での一括加入、新型農村合作保険と都市部住民基本医療保険の被保険者の保険料低負担等を原因に、流動人口の医療保険に重複加入している状況が増えてきた。例えば、出稼ぎ労働者のAさんは戸籍所在地で新型農村合作医療保険に加入しているが、出稼ぎ先でも都市部従業者基本医療保険に加入している。大学生のBさんは大学所在地の都市部住民基本医療保険に加入しているが、出身地の新型農村合作医療保

険にも加入している。2012年中国監査署が公表した監査結果報告ではこの重複加入問題を指摘し、2011年の医療保険重複加入者数は1086.11万人で、重複加入のための財政保険料補助金は17.69億元であることを明らかにした<sup>18)</sup>。その後も重複加入問題が深刻化する一方で、2014年8月15日の「経済参考報」の報道によると、中国の医療保険重複加入人数はすでに1億人を超え、それに対する財政の補助金は200億元を超えている。

### (3) 都市部医療保険基金不足の現れ

医療保険給付率の向上、給付範囲の拡大等を原因に、都市部の医療保険基金の支出の増加率が連続2年収入の増加率を超えた。2013年都市部基本医療保険（従業者基本医療保険と住民基本医療保険）の収入と支出はそれぞれ8248億元、6801億元であり、前年に比べ増加率は18.9%と22.7%である。2014年では、収入と支出は9687億元と8134億元で、増加率は17.4%と19.6%である。このままだといずれ基金全体の資金不足が現れると専門家が推測している<sup>19)</sup>。2013年、すでに108の地域の都市部住民基本医療保険基金の支出は収入を上回った<sup>20)</sup>。

上述した新型農村合作医療保険と都市部住民基本医療の特徴及び統合の背景から、統合の狙いを以下のように分析することができる。

## 2 統合の狙い

### (1) 新型都市化の動きに合わせる統合

二つの基本医療保険の統合は新型都市化の動きに合わせるものと考えられる。新型都市化計画の設計によれば、2020年まで、約1億人の農村移動人口が都市部に定住することになり、中西部の約1億人の農村人口が戸籍所在地の近くの都市部で定住ようになる。都市部での定住ということは戸籍を

18) 中华人民共和国审计署「审计结果公告」2012年第34号

19) 2015年6月11日「華夏日報」2面

20) 同上

農村戸籍から都市戸籍になるということで、社会保障も戸籍に合わせて都市部の社会保障に変更する必要がある。従って、少なくとも2億人の社会保障変更手続きを行う必要が出てくる。しかし、二つの医療保険制度を統合することで、変更手続きを省くことができる。いずれ、経済社会の発展に連れ、2020年後にも中国の都市化率が高くなると推測でき、今回の統合は「一勞永逸」と言える。

### (2) 重複加入問題の解決

医療保険の重複加入問題について、原因はいくつかある。一番大きい原因として、新型農村合作医療保険の世帯で一括加入ルールと原則的に保険が加入地域でしか使えないことにある。統合によって、少なくとも同じ保険地域での新型農村合作医療保険と都市部住民基本医療保険の重複加入を無くすことができ、さらに、統合後の住民保険の情報システムを全国各保険包括地域で共有することを実現すれば、重複加入問題をかなり解決できると考えられる。

### (3) リスクの調整

現行医療保険制度の財政運営は保険包括地域が独自に行っており。地域間での調整が行われていない。しかし、二つの保険の統括地域の大部分は県を単位としていて、地域によって人口構成の偏りがあり、リスク分散には不利であることはしばしば指摘されている。これも、都市部住民基本医療保険基金が一部の地域で赤字が現れた原因の一つと指摘されている。統合をすれば、保険包括地域での加入者が増え、人口構成の偏りがある程度調整され、リスクの分散を期待できる。

### (4) 格差を縮小し、農村部医療アクセスの向上

今回の統合のもう一つの狙いは格差の縮小である。國務院の「城郷住民基本医療保険制度の統合に関する意見」一文では、統合を通じて、「保障内容

の統一」・「医療保険目録<sup>21)</sup>の統一」・「保険診療医療機関の統一」を目標にしている。この三つの内容について、統合まで、新型農村合作医療保険と都市部住民基本医療保険には格差が存在している。一般的に、都市部住民基本医療保険に比べると、新型農村合作医療保険の補償内容が制限されていて、使える保険薬の種類が少ない、保険診療医療機関の数も少なくなっている。統合によって出来上がる新制度の内容は二つの制度の中の高い水準に合わせることになる。従って、統合をすれば、保険の補償内容、医療保険目録、保険診療医療機関はすべて高い標準に統一され、格差はなくなる。

#### 四 結びにかえて

新型農村合作医療保険と都市部住民基本医療保険の統合は、中国の新型都市化に伴う政策であり、統合を実現すれば、いままで一億人あまりの保険重複加入問題の解決ができ、また加入者数の増加、統括地域の拡大によるリスク分散を期待でき、何よりもいままで医療保険制度に存在していた農村部と都市部の格差の一部を解消することができ、農村部住民に大きな利益をもたらすことは間違いない。

しかし、統合によって医療保険に関する内容はすべて二つの保険の高い標準に合わせるとのことになることから、いくつかの問題が生じる可能性がある。

まず、医療費の上昇が考えられる。高い標準に合わせる統合であるので、給付率は二つの保険の高いほうになり、また、保険薬の種類も多くなり、これらの変化は医療費の上昇につなげる可能性がある。しかし、前述したように、最近2年間、医療保険の収支バランスが悪くなり、一部の保険統括地域では赤字現象が現れている。一方で、中国は2002年に高齢者率は7%を超え、高齢化社会に仲間入りしており、2025年辺りで高齢者人口は倍増となり、高齢社会への進展が予想されており、医療費の増加は逃れないシナリオであ

21) 中国の公的医療保険制度には診療費算定に関わる三つの目録がある、「基本医療保険薬品目録」、「診療項目」、「医療サービス施設標準目録」、これを総じて「医療保険目録」という。

る。従って、統合後、いかに医療費をコントロールするかは新制度の重要な課題となるであろう。

二つ目の問題は、統合による都市部医療機関の混雑問題である。中国では患者が大病院に集中する傾向が強い。これを制限するために、医療保険の給付率を大病院程低く設定するが多い。また、新型農村合作医療保険の場合、都市部で診療を受けられる病院数が少なめに設定されているケースも多い。統合をすれば、農村部人口も都市部人口と同じような診療機関に行けるため、いままで混雑している大病院はますます混雑する可能性があり、何らかの措置をとる必要があると考えられる。

統合によって、10億を超える人口をカバーする医療保険制度が誕生し、中国の農村部住民に大きな利益をもたらすことは間違いない。しかし、高齢化社会の下で、医療費問題や、医療機関へのアクセス問題は無視できないことであり、これからの新しい制度の行方を注目する必要がある。

#### 参考文献

- 1 北京社保查詢網 <http://beijing.chashebao.com/yiliao/12149.htm>
- 2 「2015年我が国衛生及び計画生育事業発展統計公報」, 中華人民共和国国家衛生及び計画生育委員会,2016.07.20
- 3 「关于职工医疗制度改革试点意见」体改分 [1994] 51
- 4 「关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定」国发 [1998] 44
- 5 「关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见」国发 [2007] 20
- 6 「关于建立新型农村合作医疗制度的意见」卫生部等2002
- 7 袁麗暉「中国の医療保険制度における医療格差問題」, 2010
- 8 「人力资源和社会保障事业发展统计公報」, 2008-2015 各年
- 9 「劳动和社会保障事业发展统计公報」, 1998-2007 各年
- 10 「劳动事业发展统计公報」, 1996年, 1997年度
- 11 「劳动事业发展年度公報」, 1994年, 1995年
- 12 「中国统计年鉴」2015

- 13 中国国务院「国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见」国发〔2016〕3号
- 14 袁 麗暉「中国大病医療保険制度」, 2016.3
- 15 中国国务院「国家新型都市化計画 (2014-2020)」, 2014
- 16 中華人民共和国審計署「監査結果報告」, 2012年第34号
- 17 「経済参考報」, 2014.8.15
- 18 「華夏日報」, 2015.6.11