

「市場」から「政府」へ —中国における「全民医療保障」政策の成果と課題—

李 蓮花

■ 要約

医療保障の普遍化するなか「全民医療保障」の実現は、胡錦涛政権期（2002-2012年）の社会保障改革の目玉と言える。農村の医療保障システムの再建から始まった医療改革は、SARSの衝撃や医療の不平等に対する国内外の批判を背景に「全民医療保障」へと深化し、さらに医療制度全体の見直しにつながった。改革開放以後急速に進んだ医療の市場化、国家責任の後退という傾向に歯止めがかけられ、政府の医療支出も大幅に増加された。制度創設という意味において今回の医療保障改革は画期的なものであったが、一方で、公立病院など提供側の改革はほとんど進まなかったため、医療費が高騰し、患者負担の軽減効果も限定的であった。本稿は、「全民医療保障」をキーワードとする2000年代の医療保障改革の背景と経緯、その過程で起きた論争を整理したうえで、具体的なデータを通じて今回の医療改革の効果および残された問題を考察し、2020年の基本的な医療保障の実現に向けた政策の方向性を展望する。

■ キーワード

中国、皆保険、市場化、医療格差、政府補助

I 研究の背景と目的

多くの国において医療保障は社会保障のなかで最も早く制度の整備が進みがちな分野である。それは医療が他の社会的リスクとは異なる特質を持っているからであろう。まず、病気は男女老若問わず誰でもかかりうるという意味でより「普遍的」なリスクと言える。また、検査や手術に代表される西洋医学の普及にともない、病気の治療には多額の費用がかかるようになり、その費用は短期間に家計を破綻させる破壊力を持っている。高齢や失業などに比べ、医療は親族など近代化の初期に残存する伝統的共同体だけでは対応が困難なリスクである。さらに、途上国でいち早く医療保障の整備が進む理由として、それが「健康」という

人的資源のなかの最も基本的な要素と直接かわり、開発主義とも親和的である面も無視できない。

中国も例外ではない。「和谐社会」（調和のとれた社会）の建設を国政スローガンに掲げた胡錦涛政権の社会保障政策のなかで、医療保障は最も早く着手されかつ最も大きな成果を挙げた分野である。すべての国民をカバーする医療保障システムの構築（「全民医療保障」）は社会保障の最重要課題として位置づけられ、様々な制度の創設とともに多くの財源が投入された。その背景には医療における甚だしい不平等と非効率、そして国内外からの強い批判があった。改革開放以来の「国家の後退」傾向が見直され、医療保障における政府責任の強化へと政策が転換した。その結果、2002年と2012年を比較した場合、公的医療保障制度の適用人口は3割未満から95%に増え、総医療費に占

める公的セクターの割合も42.3%から60.4%まで上昇した（後掲の図2を参照）。特に、市場化のなかで衰退の一途を辿っていた農村の医療に大きな改善が見られ、医療保障の欠如によって強く抑制されていた医療ニーズの部分的解放が見られた。一方、制度のカバレッジの急激な拡大の陰で提供側の改革が遅れたため、患者側の実質的負担はあまり軽減されず、逆に医療費全体の膨張を招いてしまった。

本稿では、2000年代の社会保障改革の「目玉」ともいえる医療保障改革に焦点を絞り、改革の背景と経緯を整理したうえで、その効果および残された課題について考察する。その際に、次の3つの問題を中心に議論を展開する：(a) なぜ、2000年代の前半に医療保障政策の方向転換が起きたのか；(b) 地域間、階層間、都市と農村間の格差が大きい中国において、医療保障の普遍化のためにどのような方法が採られたのか；(c) 医療におけるアクセスの問題や重い患者負担は緩和されたのか。

以下、第Ⅱ節では2000年代の医療改革の背景となる90年代までの状況を振り返り、医療問題がいかに緊迫していたかを確認する。第Ⅲ節では2000年代の医療改革のプロセスを、3つの段階に分けて考察する。そして第Ⅳ節では、「量的拡大型」医療保障改革の効果および問題点を考察したうえで、国際比較の視点から中国を医療保障改革の性格を分析する。最後に、中国の医療保障政策が依然として予断を許さない状況にあること、将来が不透明であることを指摘する。

Ⅱ 医療の市場化とその代価

2000年代の医療保障改革がいかなる性格のものかを理解するために、まず、1970年代末から2000年代初めまでの20数年間に起きた劇的な変化を押さえておく必要がある。それは一言で言えば、毛澤東時代のきわめて平等主義、計画主義的な医療

システムの全面的な市場化と、それにとまなう甚だしい医療格差の拡大であった（飯島・澤田2010）。

1. 医療の「市場化」：医療保障および提供システムの激変

改革開放以前の中国の医療保障システムの特徴は、「計画医療」、「二元性」、および「農村重視」にまとめることができる。まず、「計画医療」とは、医療保障および提供システムが国の計画経済システムのなかに深く組み込まれ、基本的には政府の計画と指令によって運営されるということである。医療サービスや薬の値段だけでなく医師や看護師の給料もすべて政府によって決められ、病院の支出は政府の予算によって賄われていた。次に、「二元性」は都市と農村の分断を意味する。戸籍によって都市住民と農村住民を厳格に区分したうえで、基本的な生活必需品の配分や医療や年金など公的保障を都市住民に限定したのである。医療保障制度に関しては、都市の公務員・準公務員には「公費医療制度」、企業の労働者には「労働保険制度」を作り、無料で近い医療保障を提供した。一方、農村には「合作医療制度」という互助の制度が1960年代半ば以降全国に普及されたが、それはあくまでも農村住民の助け合いであって公的な保障制度ではなかった。そして、毛澤東時代の医療システムも最たる特徴は農村の重視であった。毛澤東は、近代的な機械や細分化された専門領域を特徴とする欧米型の医療システムは当時の中国民衆の医療ニーズに合わないと考え、「送医下郷」、すなわち医療スタッフと薬を農村に送りこむ社会運動を提唱した（胡2011）。そこで生まれたのが、「裸足の医者」¹⁾、県・郷・村による三級予防保健システム、および合作医療制度という「3種の神器」である。これらは医療の専門性や質においてはきわめて不十分なものであったが、貧困な農村地域に最低限の保健医療を提供し、伝染病の撲滅や母子保健などにおいて絶大な効果を上げた。

特に合作医療制度は、「総医療費のおよそ20%で総人口の80%を占める農村住民の基本医療問題を解決し、世界保健史上における『中国奇跡』を作った」のである（胡2011：163）。

改革開放にともなう市場メカニズムの導入・拡大は、上の3つの特徴のうち「計画医療」と「農村重視」を大きく変えた。まず農業の個人経営化によって集団農業を制度基盤としていた合作医療が瞬く間に崩壊し、農民は再び病気と医療に対し完全に無防備な状態となった。農村ほどラディカルではなかったものの、都市の医療保障制度も80年代以降縮小しつづけた。私営企業や外資系企業など非国有セクターが増えるなか、従業員の年金、医療から学校、病院までを丸抱えていた国有企業の経営業績がますます悪化し、それらの福祉機能を社会化する試みが80年代後半から各地で行われた。医療保障分野では、90年代前半の「両江モデル」などの実験を経て、1998年末には「都市労働者基本医療保険」が導入され、市場経済に対応した医療保障制度が都市で確立した²⁾。新しい労働者医療保険では保険料の個人負担（賃金の約2%）が導入されると同時に「個人口座」も新設され、個人が拠出した保険料はすべて自分の口座に入る仕組みを採用した。また、社会基金からの給付には下限（「起付線」）と上限（「封顶線」）が設けられた。90年代の改革は基本的に都市部の公的医療保障システムの再編であって、人口の大半を占める農民や正規労働者以外の人々とは無関係であった。また、改革後も総医療費に占める公的セクターの比重が低下しつづけたことから、医療政策の転換とは言いがたい（李2004）。

こうした医療保障制度の縮小または崩壊に並行して、医療の提供サイドへの市場メカニズム導入も急激に進んだ。「放権譲利」（自主権を拡大し、利益を譲る）、「請負経営」など企業改革の論理がそのまま病院経営にも拡大されたのである。80年代半ばから公立病院に対する政府予算が削減さ

れる代わりに、薬剤に一定のマージンを上乘せしたり、新しい検査項目を導入したりすることが認められるようになった（張2014）。1992年からは、建物の建築など初期投資以外は基本的に病院自らの収入で賄うことが求められ、経営責任と営利主義が病院の隅々まで浸透するようになった。しかし、診断、処方、手術など基本的な医療サービスや主要薬品の報酬・価格は政府によって低く統制されていたため、規制外の新しい薬や機械を争って購入し、これらの「過剰処方」「過剰検査」を通じて収益を確保する病院の収入構造が形成・拡大された。

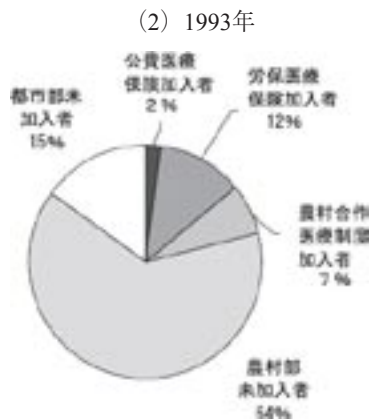
2. 市場化の影響

このような医療の市場化がどのような結果をもたらしたかをいくつかの図を通じて確認しておこう。

図1は、1981年と1993年の医療保障加入状況を比較したものである。1981年は農村の生産請負改革が急速に全国に広がる最中で、すでに3割弱の制度未加入者が発生したが、それでも全人口の約7割は何らの保障制度によってカバーされていた。しかし、1993年になると農村合作医療制度の加入者は7%に激減し、都市の未加入者も15%に増えた。都市と農村を合わせて全人口のおよそ8割が無保険者になったのである。このような状況は2000年代初めごろまで続いた。

(1) 1981年

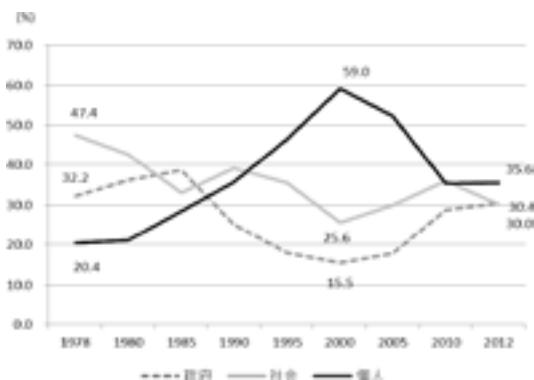




出所：李（2003）より。

図1 医療保障制度の未加入者の増加

次に、図2は改革開放以降の総医療費（中国語では「衛生総費用」）の財源別の割合を示したものである。1978年は政府32.2%、社会47.4%と両者合わせて79.6%を占めていたが、2000年には政府が15.5%、社会も25.6%まで低下した。両者とも90年代の低下が著しい。一方、個人支出の割合は1980年から2000年までうなぎ上りに増え、当初約2割であった個人の割合が2000年には6割近くまで増えた。重要なのは、このような医療保障の個人化が、医療費が経済成長率を上回るスピードで増えるなかで行われた、ということである。その結果、経済が高成長を続けるなか、病気による貧困化が、とりわけ農村においては貧困の最大の原因となった。

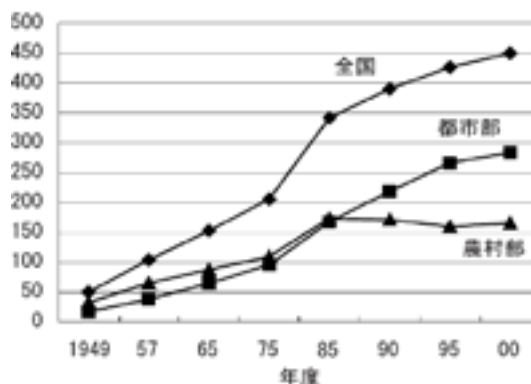


データ出所：『中国統計年鑑2013年』より。

図2 中国の総医療支出の財源構成

さらに、医療の市場化は都市と農村の医療格差を大きく拡大させ、農村の医療システムを荒廃させた。市場メカニズムのもとで資金と人的資源は絶えず都市へ、さらに大都市へと集中し、農村の医療機関は資金と設備、人材の慢性的不足に喘ぐようになった。図3は、医療従事者の人数の推移であるが、1980年代前半までは農村が都市を上回っていたが、1985年前後を境に両者が逆転し、それ以降両者のギャップがますます拡大したことが観察される。これにより、都市住民と農村住民の間で利用可能な医療資源と医療費に大きな格差が生じただけでなく、地域医療の荒廃で患者が必要以上に大病院に集中し、「看病難、看病費」（診察を受けにくい、医療費が高い）という問題が激化した。

(万人)



出所：李（2003）より。

図3 都市と農村における医療従事者の人数

2000年にはWHOによる医療財源の調達と分配の公平性に関する評価で191ヶ国中188位、マクロ的効率性に関しても144位にランクされるほど、市場化の代価は大きかった。

Ⅲ 2000年代の医療保障改革： 「全民医保」と「新医改」

上述した市場化は医療分野だけの傾向ではな

く、教育や住宅といったそれまで計画経済システムのもとで低価格で配分されていた公共サービスでも同じようなことが起きた。その背後の大きな構造的変化として「体制移行」（計画経済から市場経済への転換）があり、困難な移行を遂行するために強い市場イデオロギーが動員されたことも指摘しておく必要がある。さらに、国際的な文脈においては、「ワシントン・コンセンサス」に代表される新自由主義イデオロギーの世界的流行も無視できない。国有企業改革を核心とする意味での改革＝体制移行は、2001年のWTO加盟を以ってほぼ完了した。2002～03年には江澤民・朱鎔基体制から胡錦濤・温家宝体制へと建国以来初めての平和的な政権移行が行われ、「ポスト改革期」が始まった（田多・李2014）。医療保障を含む社会保障改革も、1990年代までの「国有企業改革への補助的改革」（鄭2007）という性格が急速に薄れ、新しい使命が付与された。

1. 2002-2006年：農村医療保障システムの再建

「ポスト改革期」の医療保障における最大の課題は、ますます高騰する医療費と工業化にともなう健康リスクの悪化に完全無防備に晒されている大量の無保険者、特に農民の医療保障の問題であった。農村は、改革初期には個人経営化による生産力の向上で改革を牽引していたが、90年代以降農業の生産性の伸び悩みと公共サービスの荒廃にともなう各種負担の増加⁴⁾によって、都市との格差が再び広がるようになっていた。農民の生活を苦しめる最大のリスクが医療であったことは既述のとおりである。1997年の「衛生改革と発展に関する決定」（国務院）では、農村の医療保障について、「できるだけ2000年までに多数の農村地域で各種形式の合作医療制度を構築し、漸次的に社会化の程度を上げる。…条件のある地方では社会医療保険に過渡する」（傍点一筆者）と言及した（劉2011：52）。これは、農村の医療保障は合

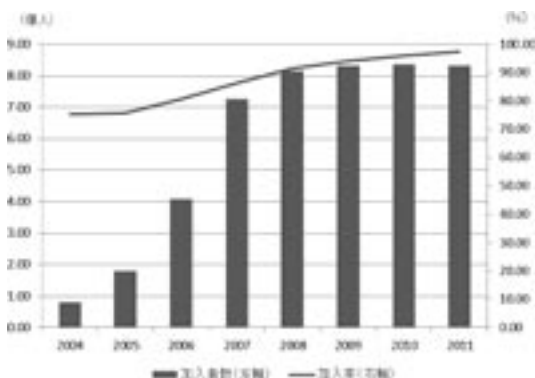
作医療の形を維持するが、それが具体的にどのようなもので、政府はどのような役割を果たすかは全く明記されておらず、基本的には地方の自主性に任せる、ということと理解できる。実際、90年代に実験的に行われ挫折した農村の社会養老保険（年金）と同じく、地方政府の自主性と農民の任意加入に任せる政策はほとんど実質的な成果を挙げることができなかった。

世紀転換期には「三農問題」（農村の荒廃、農業の低生産性、農民の貧困）への関心と医療への不満がますます高まり、胡錦濤新政権が直面しなければならない最大の社会問題となった。2002年10月、共産党中央と国務院は連名で「農村衛生工作に関する決定」を発表し、重大疾病の保障を主な目的とする「新型農村合作医療制度」（以下、新農合と略す）を全面的に構築することを決めた。それに基づき、翌年の2003年1月に国務院から「新型農村合作医療制度の構築に関する意見」が発表され、新制度の目標、基本原則、組織管理体系、財源調達基準、基金管理、医療サービス管理など制度の細部設計が明らかになった。主なポイントは、（社会保障や民政部門ではなく）衛生部門を監督省庁にしたこと、農村個人と集団からの拠出以外に政府の財政補助を導入すること、農民は世帯を単位に任意加入すること、県単位で基金を運営することである。同文書は、2010年までに全国で大多数（80%以上）の農民をカバーすることを目標に掲げ、そのために、2003年から各省（日本の県に当たる）から2～3の県をパイロット事業の実施地として選び、実験的に制度を実施することを決めた（陳・張2013）。

中国および世界を恐怖に陥れたSARS（重症急性呼吸器症候群）が大流行したのはちょうどその矢先、2003年春であった。この非常事態により新農合パイロット事業は数か月遅れてしまったが、その半面、成長第一主義・市場主義のもとで医療システム、とりわけ伝染病の予防体制や農村

の公衆衛生システムが如何に荒廃し、機能不全に陥っているかを白日の下に晒したという意味で、SARSは医療改革の促進剤となったと言える。

SARSが一段落したあと、2003年7月から2004年にかけて全国で333の県が実験地域として選ばれ、新農合の全面普及に向けた試行が始まった。2005年には試行地域と対象者数がさらに678の県、2.36億人に広がり、管理組織、農民の拠出方法、給付範囲、監督体制などにおいて様々な経験が生まれた。2006年には新農合の実施状況に対する中間評価が、北京大学や社会科学院、農業部などの専門家からなるチームによって実施された。このような試行段階を経て、2006年から新農合は全面普及の段階に突入した。2008年までのわずか3年のあいだに、制度の加入者数は2億弱から8億を越え、制度実施地域における加入率も当初の75.2%から91.5%へと向上した(図4)。

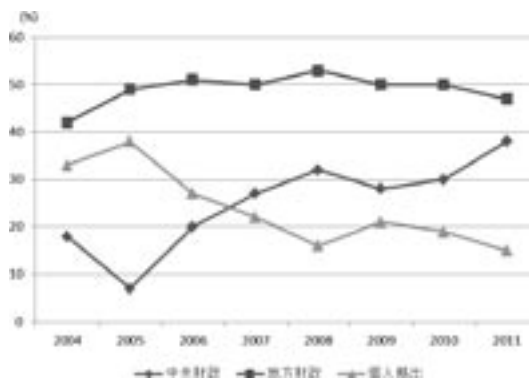


データ出所：陳・張(2013:59)より。

図4 新型農村合作医療制度の加入者数と実施地域の加入率

新農合の驚異的な普及を可能にしたのは、2006年以降の政府の財政補助の強化、特に中央政府による補助の拡大である。図5を見れば、全体の財源に占める地方財政の比率は5割と比較的安定しているのに対し、中央財政の比率は当初の2割以下から3割前後に増え、それに応じて農民の個人拠出の割合が4割近くから2割以下へ低下した。さらに、地域別の中央財政の割合では(経済発展水

準の高い)東部が10%以下であるのに対し、中西部の場合は約4割となっている(陳・張2013:65-66)。つまり、財政力の弱い中西部に傾斜的に補助することで、トップダウン式に制度を拡大させたのである。



出所：陳・張(2013:62)より。

図5 新農合の財源構成の推移(2004-2011年)

新農合の全面普及の効果と問題点については次節で検討することにし、ここでは旧合作医療制度との違いを強調しておきたい。まず、従来の制度がその本質において農業の集団化を基盤とした農民の助け合いであったのに対し、新農合は政府の責任(実施、管理、財政など)を前面に出した公的な制度である。第二に、旧制度が病気の治療や医療費の負担よりも保健教育や予防接種、家族計画などに重点をおいたコミュニティ・ヘルス・システム(「社区卫生体制」)であったのに対し(胡2011:160)、新農合は主として医療費負担(特に重大疾病)の軽減を目的とした医療保障システムであった。

2. 2007-2009年：「全民医療保障」体系の構築

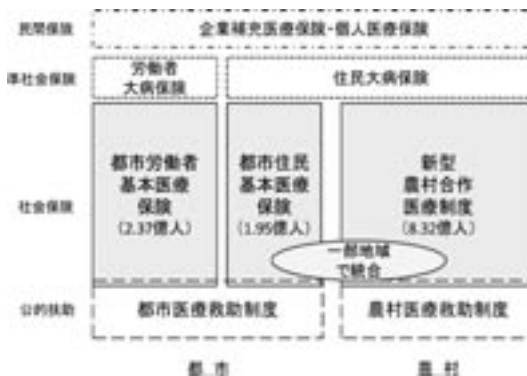
2006年は新農合の飛躍の年であっただけでなく、医療改革全体にとっても転換点となった年であった(李2007)。すなわち、農村住民だけでなく都市の未加入者をもカバーする「全民医療保障」体系の構築が医療改革の全体的な目標として明確

に提起されると同時に、医療サービスの公益性と政府責任の強化が改革の方向として確認されたのである。2002年の新農合の実施決定から始まった医療政策の方向修正が、ここにきて決定的なものとなったと言える。そのきっかけの1つに、2005年に発表された国務院発展研究センターとWHOの研究プロジェクトの報告書による「中国の医療改革は不成功」であり、「医療の商品化、市場化は間違っている」という厳しい批判があった(葛・貢2007)。政府の研究機関による公式な批判は社会的に大きな反響を引き起こし、前例のない大論争を巻き起こした。医療保険未加入者の問題だけでなく、すでに制度に加入している人たちも、大病院の混雑による受診の困難、医療費の非合理的な高さに大きな不満を募らせていたのである。2006年6月には、呉儀副総理をリーダーとし、11の省庁を跨る省庁横断的タスクフォース(「医療改革協調小組」)が発足し、医療システム全体の見直しが始まった。

2008年まで続いたこの医療大論争は、中国社会保障史上前例のないほど利害対立が前面に出た論争であったが(尾崎2008)、少なくとも全国民をカバーする医療保障システムの構築、および政府の財政投入の増加の必要性に関しては大きな分岐がなかったため、論争の最中でも制度の拡大が続けられた。2007年には、第三の基本医療保障制度として「都市住民基本医療保険」が新設され、漸次実施された⁵⁾。この制度も新農合と同じく主な財源は政府の財政補助であったが、都市の生活水準を反映し、保険料と給付水準は新農合より高めに設定された。

これにより、都市労働者基本医療保険、都市住民基本医療保険、新型農村合作医療制度を三本柱とし、それに都市と農村の「医療救助制度」(公的扶助)と「大病保険」⁶⁾を補完とする「中国版皆保険システム」の枠組みが出来上がった。企業や個人が自発的に加入する民間医療保険まで付け

加えると、図6のような四つの層からなる多層的な医療保障体系である。その後、2009年から重慶市など一部の地域では都市と農村の住民保険を「住民基本医療保険」(「城郷居民基本医療保険」)に統合し一元的に運営する試みが広がりつつある。



出所: 筆者作成

図6 中国の医療保障システム (2011年)

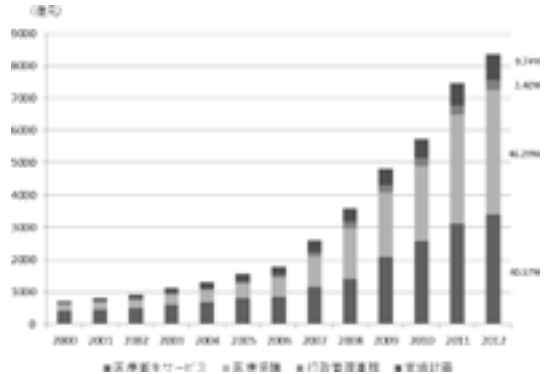
3. 2009-2011年: 「新医改」

年金や失業など所得保障と違って、医療においては医療費の保障制度だけではなく、医療提供体制のあり方も重要な意味を持つ。上では「看病難・看病貴」問題の原因の1つに病院の営利志向や過剰処方・過剰検査の日常化を挙げたが、この問題を如何に解決するかが2000年代半ばの医療大論争の核心であった。中国における基幹的な医療機関は都市の公立病院である。公立病院の収入に占める財政補助の割合は現在10%以下であるが、所有権・人事権・監督権は依然として政府が握っており、完全な市場主体ではない。このような現象を顧昕は「偽市場化」と呼び、曖昧な性格こそ公立病院の歪んだ構造の元凶であると指摘した(顧2012)。医療改革をめぐる論争でも、公立病院を再び「再行政化」するのか、それとも政府とは完全に独立した経済主体にするのか、言い換えれば「政府vs. 市場」という古典的な構図が見られた。なお、病院の主な収入源となっていると同時に患者側にとっては大きな不満であった薬剤費の問題

から、薬品流通システムの改革も議論の焦点の一つであった。

およそ3年間続いた論争を経て決定されたのが、2009年4月の「医薬衛生体制改革の深化に関する意見」、いわゆる「新医改方案」である。そこでは医療システムを医療保障システム、医療提供システム、薬品供給システム、および公衆衛生システムからなる総合的なものと定義したうえで、それぞれの分野の改革案が提示された。新医療改革の主な原則は、(a) 基本医療制度を公共サービスとしてすべての国民に提供する；(b) 薬の購入・流通に対する政府介入を強化し、「基本薬品目録制度」の新設と統一購入・統一配送を通じて薬価差を削減する；(c) 農村や都市の基層（末端）医療を充実させ、政府の財政支援は基層医療機関に集中させる、などである。「新医改方案」と同時に、2009～11年の重点改革課題として、基本医療保障制度の整備、基本薬品目録制度の導入、基層医療体制の改善、公衆衛生サービスの均等化、公立病院改革の試行の5つの課題が挙げられ、そのために8,500億元（約12兆円）の特別経費が計上された。

図7は、2000年以降の政府の医療支出の推移とその内訳を示したものである。「全民医療保障」の目標が明確になった2006年以降、政府の医療支出が大きく増えていることが観察される。政府の財政支出に占める医療支出の割合は、2002年に4.12%まで低下していたが、2012年には6.65%まで増えた。また、その内訳を見ると、2000年には提供側への支出（医療衛生サービス）が57.69%で、医療保障は29.74%であったが、2012年には前者が40.57%、後者が46.29%を占めるようになった。医療保障制度の普及とともに、需要側への支出（医療保険・医療救助制度への政府補助）が医療支出の主な形となりつつあることを示す。



データ出所：『中国衛生統計年鑑2013年』より。

図7 中国における政府の医療支出の推移

IV 考察と分析

以上、2000年代、とりわけ胡錦濤政権期で大々的に行われた医療保障改革の背景と経緯を考察した。それでは、これらの改革は実際どのような効果があったのか。患者負担の軽減や医療格差の縮小は実現されたのか。本節では現時点で入手できるデータに基づいてこれらの疑問を検証するとともに、国際比較を通して中国の医療保障システムの特徴と今後の課題を確認する。

1. 「全民医療保障」の成果

必要な医療サービスへのアクセシビリティの保障は医療保障における最も核心的な問題である。アクセシビリティには地理的な意味でのアクセス（身近いところに利用可能な医療機関が存在するかどうか）と、経済的な意味でのアクセス（必要な医療費を支払うことができるかどうか）という2つの側面が含まれる。経済的保障に関しては、社会保険方式を採用する国では制度のカバレッジが重要な意味を持つ。その意味で、「全民医療保障」体系の構築、具体的にはそれまで公的保障から排除されていた農民や都市無業者、非生産年齢人口への制度適用が重大な意味を持つことは言うまでもない。中国の膨大な人口と都市と農村の格差を

考えると、「全民医保」の達成はまさに画期的なことであり、前世紀の農村合作医療制度と同じく国際的にも重要な含意を持っている。

今回の医療保障改革のもう1つの意義は、改革開放以来、縮小・後退の一途を辿っていた政府の役割と責任を大きく強化したことである。医療を市場に全面的に任せることが如何に深刻な社会問題をもたらすかを、SARSをはじめ多くの事件、統計を通じて政策担当者および国民が痛感し、政策理念のレベルで方向転換が行われたのである。図2の総医療費の財源別構成の変化は、このような政策変化を如実に表している。改革以降増えつづけてきた個人負担の割合が2000年代前半を境に低下しはじめた。特に2000年代後半には低下のスピードがさらに加速し、5年間で20ポイント近くも減少した。代わりに、政府と社会からの支出の割合はU字カーブを見せ、なかでも政府負担の割合は2倍ほど増えたのである⁷⁾。

無保険者に対する公的医療保障制度の適用は、経済的アクセシビリティを部分的に保障することによってそれまで抑制されていた医療ニーズを一部解放させた。図8は、医療保障制度の拡大が如何に医療機関へのアクセスを促進したかを示す。2003年以降、入院・外来とも受診患者数が大きく増えているが、受診抑制が発生しやすい外来の増加ぶりが特に顕著である。新農合実施後の農村の医療サービスの利用実態に関する調査からは、新農合の実施と農村医療機関への財政支援により、郷鎮衛生院など農村医療機関が患者数や病床利用率などにおいて一定の回復を見せていることが報告されている⁸⁾。



データ出所：『2009年社会統計数拠』 (<http://www.stats.gov.cn/tjsj/qtsj/shtjnj/2009/>) より。

図8 医療機関へのアクセスの改善

2. 「量的拡大型」医療改革の限界と問題

繰り返しになるが、2000年代の中国の医療保障改革の重点は、新しい医療保障制度の導入・拡大を通じた無保険者の解消であり、そのために採用されたアプローチが政府財政補助の大量投入である。これにより短期間に公的医療保障のカバレッジを劇的に上げることができた。一方、一部の改革の兆しはあるものの、提供側に対する改革は大きな成果を上げていない。特に、都市部の公立病院の改革はほとんど進んでおらず、改革の方向性も不明確である（李2010；顧2012）。長らくその歪みが指摘されていた病院の収入構造やインセンティブ・メカニズムに本格的にメスを入れないま

ま、保険側に多額の税金が投入されたのである。その結果、投入された財源の大半は、続々登場する新薬や新しい検査項目を通じて、医療機関と薬品・医療機器関連の業界に流れ、患者負担の実質的軽減にはあまりつながらなかった。

このことを総医療費と個人負担医療費の推移から確認してみよう。総医療費は、2006年には9,843億元であったが、2010年にはその2倍以上の1兆9,980億元となり、さらにわずか2年後の2012年には2兆7,847億元まで膨れ上がった。政府と社会セクターからの支出も大幅に増えたが、個人負担の医療費も2006年の4,854億元から2012年には9,564億元と、約2倍増加したのである。調査会社の「零点調査」が2013年10月に行った調査によると、「医療費が高い」と答えた人の割合は95.6%と依然として高く、「とても高い」と答えた人も約半数の46.6%に上った。さらに、87.4%の人が「4年前より高くなった」と答えたのである⁹⁾。総医療費が急激に増えるなかで、個人が支払う医療費の相対的割合は減ったものの、実際の負担感はあまり変わらない、場合によってはむしろ重くなっているのが現状であろう。2000年代の医療改革がいままでも疎外されていた地方や農村に傾斜したため、都市住民の方が農村住民より改革への評価が低い傾向がある。

中国の医療保障制度が抱えているもう1つの問題は、都市と農村、および制度間の大きな格差である。「二元性」は旧制度の特徴の1つであったが、新しい「中国版皆保険」システムの中にも都市と農村の格差は残存しており、同じ地域保険でも都市と農村には別々の制度が作られたのである。表1は、2008年の時点で入院医療費の給付率が都市労働者、都市住民、新農合の順に低くなっていることを示す。特に新農合の給付水準は当時3割以下しかなく、1回の入院でかかる医療費の負担が年収の半分以上を超えてしまう。新農合の財源調達規模は近年目覚ましいスピードで大きくなっている

が、それでも給付率が半分に満たないところが多い。

表1 制度別給付率の格差（入院医療費、2008年）

制度区分	一回当たりの入院医療費	給付額	患者負担	給付率	一人当たり平均年収	患者負担／一人当たり平均年収
	(元)	(元)	(元)	(%)	(元)	(%)
都市労働者基本医療保険	10783	6988	4067	63.2	12776	31.8
都市住民基本医療保険	6947	3425	3522	49.3	9215	38.2
新型農村合作医療	3417	909	2503	26.6	4473	56.0

データ出所：衛生部統計信息中心（2009）『2008中国衛生服務調査研究：第四次家庭健康訪問調査分析報告』、54-65頁より。

もう1つ、中国の社会保障制度全体の特徴とも言える「セグメント化」（「碎片化」）も医療保障の均等化を妨げる制度的要因である。現在、都市の保険制度は市を単位に、新農合は県を単位にして運営されているが、それぞれの管理当局が保険料だけでなく給付率、患者負担割合、給付範囲などを決める権利を有する。さらに、医療機関の等級によって給付率が異なるなど、制度間・地域間に統一した給付基準がなく、医療保険基金の財政状況によって恣意的に変更可能である。制度のセグメント化により、地域外の医療機関を受診すると給付を全く受けられないか、受けられるとしてもきわめて低い水準になってしまう。特に広範囲にわたって移動する農民工はセグメント化による制度の制約を強く受けてしまう。適用人口の範囲に関しては「皆保険」に近いが、給付の水準や実質的なアクセス保障に関しては十分な保障にはまだ程遠いと言わざるを得ない。

3. 国際比較からみる中国の医療保障改革

最後に、本稿で中国の国内的文脈のなかで時系列で考察した中国の医療保障改革を、国際的な視点から捉え直してみたい。

民間医療保険を中心とするアメリカなど例外を除き、医療の社会化を実現した社会における医療保障システムは、税方式または社会保険方式に大別される。また、必ずしもすべてではないが、前者は公的医療機関、後者は民間医療機関を中心とする医療提供体制とセットになっている場合が多い。後者の典型が日本であり、社会保険方式と民間中心の医療提供体制を組み合わせながら、自由なアクセス、負担と給付における公平、そして相対的に少ない総医療費を実現している。韓国と台湾も、パフォーマンスにおいては若干劣るが、制度的には日本と同じタイプに属する¹⁰⁾。それに対し、イギリスや北欧、南欧などの多くの国は税方式に基づいた公的保健サービスを通じて住民に基本的な医療サービスを提供する。東アジアでも香港やシンガポールでは、一次医療は開業医や民間病院が多いが、二次医療に関しては公立病院が大きな役割を果たしている。既述のとおり、中国の公立病院はその財源や経営責任において「民間」に非常に近く、医療システムとしては日本や韓国、台湾の方式に近づいたと言える(李2011b)。2012年以後医療改革の焦点となっている診療報酬や社会保険の支払制度改革などに関しても、日本や韓国、台湾の経験は中国にとって大いに参考に値するのである。

ところで、社会保険方式を採用する国にとって制度拡大の重大なハードルとなるのが、収入が低い不安定な農民や自営業者への制度拡大である。特に途上国の場合はこうしたインフォーマルな部門の人口の比重が大きく、ハードルがいったい高い。そのため、多くの途上国では被用者には社会保険、農民や零細自営業には税方式の保健サービスという「デュアル・システム」を採用することが多い。タイの「30パーツ制度」を想起すれば容易に想像できるだろう。2000年代初頭、農村医療保障システムを再建する際、保険方式にするか税方式にするかをめぐり議論が分かれた。税方式にした方が少ない財源で平等な医療サービスを

提供できるという主張もあったが、最終的には、保険料が少額ではあるものの、社会保険方式を保留することになった。ただ、財源の8割を財政補助が占めるなど、日本や韓国の地域保険に比べても財政への依存度が高い。こうした制度の性格をどう判断すればいいのか、中国の地域保険が韓国や台湾のように職域保険と統合されるのか、それとも日本と同じく地域保険として残るのか、今後の動向に注目しながらもっと精緻な分析が必要である。

V おわりに

中国の医療保障システムは2000年代に入ってから劇的に変化した。人口のおよそ8割が医療保険の未加入者であった時代は終わり、13億人のほとんどが、何らの公的医療保障制度によってカバーされるようになった。制度間の大きな格差、まだまだ低い保障水準、医療機関の非合理的な収入構造など問題が山積していることは事実だが、それ以前の剥き出しの市場化や他の途上国の医療保障制度などと比較した場合、今回の医療保障改革は、少なくとも制度面においては、大きな進歩として評価できるのではなかろうか。しかし、本文でも指摘したように、今回の改革は医療保障システムの普遍化に集中しており、提供側に対する改革はまだ緒に就いたばかりである。提供側に対する抜本的な改革がなければ、多額の政府補助をともなう医療保障制度の整備は無駄な医療費のさらなる膨張と患者負担の増加に終わってしまう可能性がある。「2020年までに基本医療保障を実現する」という医療改革の目標を達成できるかどうかは、公立病院や医薬業界に対するこれからの改革如何にかかっている。

習近平政権(2013年～)に代わってから、いまのところ医療保障分野では特に目立った進展が見られない。むしろ、今年(2014年)に入ってから公立病院以外の各種社会資本による医療分野への

参入や、民間医療保険の促進への言及が頻度を増している。特に民間医療保険に関しては、補完的保障機能の強化による医療改革への貢献が繰り返し強調されている¹¹⁾。政府負担が急激に増えるなか、政府だけに頼るのではなく、「市場」の力を積極的に発揮させ、「基本的」な医療保障以上の部分は民間保険に任せようとしているように見える。もしそうであれば、医療格差は今後も引き続き残り、公的医療保障は最低限の不十分なものに止まってしまう恐れがあり、この点も注意深く見守る必要がある。

注

- 1) 「裸足の医者」(中国語では「赤脚医生」)は、毛澤東時代に農村の医療スタッフの絶対的不足を補うために短期間の教育によって養成した、簡単な診断と処方、注射などができる農村の非正規医者を指す。多く場合、農民の身分のまま、農業生産にかかわりながら医療や保健活動に従事した。
- 2) 「両江モデル」の詳細や1990年代の医療保障改革については、李(2004)を参照されたい。
- 3) ここでの「社会」には、社会保障のほか企業からの支出や民間保険なども含まれるので、OECDのpublic/privateの区分とは異なる点に注意が必要である。
- 4) 1994年の「分税制」改革(国税と地方税の分離)によって、地方政府とりわけ県以下の地方政府の収入が減り、様々な名目を立てて農民から集金する現象が蔓延した。新農合が強制加入ではなく任意加入となった理由の1つに、こうした政府の資金集めに対する農民の強い不満がある。
- 5) 中国では、計画経済時代から共働きが一般化していたため、労働者保険をはじめ各種社会保険は基本的に個人単位で、被扶養者という仕組みがない。そのため、都市住民保険が導入される前、子どもや無職の人々は無保険者であった。
- 6) 「大病保険」(地域によって名称が異なる)は、基本医療保険の給付上限額以上の医療費負担を軽減するために、基本医療保険とは別途作られた補完的な医療保険である。都市労働者保険に加入している人は強制的に大病保険に加入させられることが多い。都市と農村の住民に関しても、2012年から基本医療保険の上に大病保険を追加することが政策決定された。ただ、住民大病保険の管理運営は民間の保険会社に委託することになり、現在11の保険会社が25の省で大病保険を実施し、3.6億人が加入しているという(<http://news.xinhuanet.com/>

fortune/2014-08/30/c_1112290769.htm)。

- 7) ここでの総医療費(中国語で「衛生総費用」)は必ずしも実際にかかった医療費だけではない。保健医療関連の行政費用や家族計画、公衆衛生、医療機関への補助なども含まれている。したがって、総医療費のなかの個人負担の割合がそのまま実際の患者負担と同じわけでないことを指摘しておく。
- 8) 例えば、久保編(2014)のなかの夏論文も、農村医療機関の再生を報告している(夏2014)。
- 9) 中国官営の通信社「新華社」のニュースサイトより(http://news.xinhuanet.com/youqing/2013-10/29/c_125617427.htm)。
- 10) ただ、医療保険に関しては日本より歴史が浅く、中央政府のトップダウン力も強かったため、皆保険実現と同時にまたは数年後に1つの健康保険制度に統合された。韓国と台湾の医療保険政策の歴史的展開については、李(2011a)で詳しく考察した。
- 11) http://news.xinhuanet.com/fortune/2014-09/03/c_126948229.htmより。

参考文献

<日本語>

- 飯島 渉・澤田ゆかり(2010)『高まる生活リスク—社会保障と医療』岩波書店
- 王 文亮(2010)「中国『新型農村合作医療制度』の実施効果と課題」『賃金と社会保障』No. 1515, pp. 51-73
- 尾崎春生(2008)「医療改革—政府と市場」関志雄・朱建榮編『中国の経済大論争』勁草書房
- 夏 敬(2014)「大連市新型農村合作医療制度の実証分析」久保英也編『中国における医療保障改革—皆保険実現後のリスクと提言』ミネルヴァ書房
- 田多英範・李蓮花(2014)「福祉国家化する経済大国：中国」持田信樹・今井勝人編『ソプリン危機と福祉国家財政』東京大学出版会
- 張 瑩(2014)「中国の医療提供システムの変化と病院経営」久保英也編『中国における医療保障改革—皆保険実現後のリスクと提言』ミネルヴァ書房
- 鄭 功成(2007)「中国社会保障制度の変遷と発展」広井良典・沈潔編『中国の社会保障改革と日本』ミネルヴァ書房
- 李 蓮花(2011a)『東アジアにおける後発近代化と社会政策—韓国と台湾の医療保険政策』ミネルヴァ書房
- 李 蓮花(2011b)「社会政策における『東アジア的な道』」社会政策学会『社会政策』3(2), pp. 110-120
- 李 蓮花(2004)「医療保険改革—体制移行からみたその背景、特徴と限界」田多英範編『現代中国の社会保障制度』流通経済大学出版社
- 李 蓮花(2003)「中国の医療保険制度改革—経済体制

改革との関連を中心に」アジア経済研究所『アジア経済』44 (4) pp.2-19

<中国語>

- 李 玲 (2007) 「2006年—我国医改の転折点」『中国衛生経済』2007年4月
- 李 玲 (2010) 『健康強国—李玲話医改』北京大学出版会
- 顧 昕 (2008) 『走向全民医保—中国新医改の戦略与戦術』中国労働社会保障出版社
- 顧 昕 (2012) 「医改三年—医保改革突飛猛進 医院改革前途不明」『中国社会保障』2012年第1期
- 鄭 功成編 (2011) 『中国社会保障与改革与發展戰略 (医療保障卷)』人民出版社
- 胡 宜 (2011) 『送医下郷—現代中国的疾病政治』社会科学文献出版社
- 劉 波 (2011) 『中国新型農村合作医療公平性与効率性研究—以遼寧為例』中国社会科学出版社
- 陳 竺・張 茅編 (2013) 『中国新型農村合作医療發展

報告2002-2012年』人民衛生出版社

葛 延風・貢 森 (2007) 『中国医改—問題・根源・出路』中国發展出版社

<英語>

- Duckett, Jane (2013), *The Chinese State's Retreat from Health: Policy and the Politics of Retrenchment*, Routledge
- Qian, Jiwei and Blomqvist, Ake (2014), *Health Policy Reform in China: A Comparative Perspective*, World Scientific Publish
- World Bank (1997), *China 2020, Issues and Options for China: Financing Health Care*, Washington D.C.: World Bank.
- WHO (2010), *The World Health Report: Financing for Universal Coverage*, World Health Organization

(Lianhua Li 静岡大学准教授)