

## 中国における医療保障制度改革

劉 曉梅

### はじめに

中国における医療保障制度は、中華人民共和国の成立後、逐次整備され、現在では、「公費医療制度」、「労働保険医療制度」<sup>1)</sup>および「農村合作医療制度」から構成されている。この中国特有の制度は、社会主義的な発想によるものであって、福祉の色合いが濃く、かつては「無料医療」と呼ばれていた。しかし、計画経済の時代に整備された医療保障制度であることから、現在の社会主義市場経済のもとで、さまざまな問題に直面し、改革の必要に迫られることになった。このうち労働保険医療制度改革は、各地域でさまざまな方法によっ

て試行されてきたが、1998年末全国的に統一された新しい医療保障制度が構築された。これは1999年1月1日から実施に移され、国務院は1999年末までに完全に旧制度から新制度へ移行すると表明している。本稿では、都市部<sup>2)</sup>の企業医療保障制度改革に焦点をあて、その経緯、改革の展開および新制度の構造と課題について紹介したい。

### I 制度改革の背景

#### 1. 改革開放前の保障制度の特徴と問題点

##### (1) 特徴

改革前の医療保障制度(表1)は、計画経済的な

表1 改革開放前の医療保障制度

	労働保険医療(1951)	公費医療(1952)	農村合作医療(1956)
受給者	国有企業・都市部の一部の集団所有制企業の従業員、その退職者およびその扶養家族	政府機関・事業体の職員および退職者、大学在校生および在宅休養の二等乙級以上の革命障害軍人	農村社会構成員
支給額	従業員は全額を、その扶養家族に対しては、半額給付	全額支給	集団により相違
財源	企業の福利基金および営業外の支出、不足部分は企業の利潤から繰り入れ	国家財政予算から支出、不足部分は各級行政部門から補助	集団(村・人民公社)と個人の拠出
管理機構	企業	地域ごとの公費医療管理機構	村・人民公社の幹部および医師、農民、病院の代表からなる管理委員会

出所：鄭功成 1997『論中国特色的社会保障道路』武漢大学出版社、322～325頁より作成。

考え方に基づいて作られたものであって、特に労働保険医療制度の特徴は以下の通りである。①無料型の医療制度である。②受給者の範囲が国有企業と一部の集団所有制企業に制限される。③財源は個別の国有企業が全額負担する。④管理は各企業に任せる。⑤扶養家族の医療費は半額を支給する。

この制度は建国当初、国民の健康状態と医療水準の向上に大きく貢献したが<sup>3)</sup>、現在すでに継続維持が困難な状態に至っている。すなわち、一方で多くの従業員の基本的な医療が保障されず、他方で、医療サービスの過剰供給に基づく医療費の無駄使いが指摘されている。1988年に公表されたある調査によると、医療保障は国民の最大の関心事であり、しかも最も不満度が高い問題となっている<sup>4)</sup>。

## (2) 問題点

この制度の問題点を例示すると、まず一部の国有企業では、生産性の低下と財務状況の悪化が進行し、従業員の医療保障制度が形骸化する傾向が見られる。企業経営の悪化によって、医療費の負担に耐えられないため、従業員、特に定年退職者に対する医療費の還付も遅れがちになり、その結果、従業員の社会保障を受ける権利が侵害されている場合もある。

1996年大連市西岡区での調査によると、調査対象となった108社の企業のうち38社が、退職者への医療費還付総額622万6800元を延滞しており、この内訳としては遅納期間が5年以上にもなる企業が1社、4年以上4社、3年以上4社、2年以上8社、1年以上11社、半年以上は10社あった<sup>5)</sup>。大連市が全国でも医療保障状況が良い方であることからすれば、内陸部はもっと厳しい状態にあると言える。

一方、「無料医療」を特徴とする医療制度は、医療費の需給バランスによる調整機能が働かないた

め、医療費、医療サービスの無駄使いが指摘されている。医療機関では、利潤を求めため、高額な医薬品や栄養補助食品、医薬部外品を大量投入し、新しい医療技術や施設をやみくもに導入して使用し、また、患者の入院期間を作為的に延ばしたりする現象がみられる。他方、患者の側も自己負担がないため、過剰に医療サービスを求める傾向にある。旧来の医療保障制度のもとにおいて、「家族の中に医療保障を受ける人がいたら、家族全員の薬が賄える」<sup>6)</sup>という言い方がされてきた。さらに、入院患者の中には、大量の薬をもらって売却し、お金を稼ぐ人もいる。

実際、労働保険医療の場合、医療費の総額と一人当たり医療費は、1978年にはそれぞれ28.3億元と37.98元であったものが、1990年では226.4億元と218.83元、1996年には615.7億元と547.58元に増加している。1996年は1978年よりそれぞれ22倍と14倍に増加した。(表2)

## 2. 市場経済の進展による課題の顕在化

経済体制の改革の進展にしたがって、旧制度のもとでの「完全雇用」あるいは「終身雇用制度」は、ある意味で崩壊したと言える。つまり、国有企業の民営化と競争の激化による企業淘汰の結果、余剰人員の問題が顕在化し、「一時帰休」の従業員も増大している。1997年の登録済み失業者は570万人で完全失業率は3.1%、一時帰休者は815万人で就労可能な人口の4.1%を占めている。したがって、登録済み失業者と一時帰休者の合計は、就労可能人口の約7.2%を占めることになる<sup>7)</sup>。国有企業改革を円滑に進め、社会の安定化をはかるためには、雇用政策を含む社会保障制度の整備が必要とされる。

さらに、企業がその従業員の医療費を全額負担し、医療サービスを提供しているため、業績が良い企業は、その従業員のために、よりよい医療サービスを提供することができる。一方、経営不

表2 労働保険医療の医療費支出状況

年度	医療費総額 (億元)	医療費 賃金総額 (%)	医療費 保険福利費用総額 (%)	医療費 GDP (%)	一人あたり 年間医療費 (元)
1978	28.3	6.04	42.30	0.78	37.98
1980	36.4	5.79	31.38	0.81	45.39
1985	64.6	6.07	24.21	0.72	71.86
1987	107.5	7.19	26.43	0.90	111.35
1990	226.4	9.74	29.40	1.22	218.83
1992	318.2	10.30	29.28	1.19	292.22
1994	472.8	9.13	29.03	1.01	421.62
1995	554.7	9.12	28.29	0.95	492.59
1996	615.7	9.06	27.05	0.91	547.58

注：中国社会保険編集部「職工医療保障費用支出与控制述評」『中国社会保険』1998年10月を参照。

振の企業では、医療費の還付が完全に実施されないおそれがあるなど、十分な医療サービスを提供することができない。企業間の医療サービスの格差が大きくなることにより、労働力の移動が妨げられているという問題が生じている。

市場経済のもとで、企業は行財政への依存から独立採算制へ転換してきたにもかかわらず、従業員の年齢構成と従業員の労働内容などの要因によって、企業間で医療費負担に格差が生じる。つまり、退職者あるいは高齢の従業員を多く抱えている企業は、医療費負担が重く、逆に若い世代の従業員数が多い企業の医療費負担は比較的軽い。それゆえ、企業間に営業外の要因による不均衡が生じて、個々の企業は対等な条件のもとでの競争ができない。そのため、特に伝統的な国有企業と新しく進出した外資企業との格差が大きくなった。

非国有企業の医療保障問題も顕在化している。国有企業の民営化と個人企業、私営企業および外資企業の創設に伴い、非国有企業が増えている。非国有企業の従業員数は1997年の時点で3903万人<sup>8)</sup>、全体の約3分の1を占めており、今後も一層増加することが推測される。こうした企業の従業員は、制度的な医療保障の対象となっていない。そ

のため、この部門の従業員を包みこむ新たな医療保障制度の導入が急務とされる。

## II 制度改革の展開過程

医療費支出の抑制と保障対象の拡大を目指した医療保障の改革は、さまざまな困難な課題をはらみながらも、他の社会保障制度の改革と共に80年代に始まった。しかし、年金保険、失業保険の改革に遅れをとって、いまだに旧制度から新制度への移行段階にあることからしても、医療保障制度の改革の難しさを窺い知ることができる。この改革は中央政府主導型の改革である。つまり、中央政府がモデルを示し、各地方で試行を繰り返すという過程を経てきた。その過程を概観すると、以下のおよそ三つの段階に分けることができよう。

### 1. 先駆段階

中央政府は、1984年から、急速に膨張しつつある医療費の抑制を目指して、まず医療費の個人負担制の導入を指導した。具体的には、指定された病院で受診する場合、個人が医療費の15%を負担し、逆に非指定病院で受診する場合は、医療費

の25%を負担するという内容を内容としているものである。この方法は新しい制度の実施まで、多くの企業に採用されてきた。そのほかに医療費の「個人定額補助制」を導入している地域もある。これは、年ごとに個人医療費を定額支給して、それ以上の支出は補助しない方法である。この方法では、相互扶助の機能が欠落しており、新たな社会問題を引き起こしたので、複数の地方では、実施後まもなく廃止された<sup>9)</sup>。以上の二つの方法は、中央政府の指導を前提としたが、あくまで企業が自発的に試行したもので、医療費の自己負担意識を従業員に持たせる方法の一つとして工夫されたものと考えられる。

## 2. 準備段階

1988年から四川、河北両省を中心に重病医療費社会プールおよび定年退職者の医療費社会プールが一部実施された。これらの方法によって、地方政府が医療保障制度改革を直接指導し、医療費の適正化を目指すことになった。

重病医療費社会プールとは、区、県を基本単位にして、企業から従業員の賃金の3~5%をプール基金として徴収し、重病医療に対して、大部分はプール基金から支払われ、残る部分は企業と個人により負担する制度である。この方法は北京市、成都市などの多くの地方政府に採用され、さらにプールレベルも区、県から「地級市」(すなわち、省と県との中間レベル)に拡大された<sup>10)</sup>。

1992年5月4日、国務院は医療制度改革グループを設けて、全国の医療保障制度改革の推進と指導を担当させることにした。1993年10月8日、労働部は「従業員の医療保障制度改革試行地に関する意見」を公布した。その中で、いままで実験してきた重病医療費社会プールの方法を一部修正した。つまり、重病医療費社会プール基金の負担を個人、企業および国家の三者によるものとするを明らかにした<sup>11)</sup>。

ここまでの過程では、旧制度を修正し、再編することと、新制度の橋頭堡を築くことが同時に達成された。また、この段階では、制度の改革が企業の自発的改革から地方政府、さらに中央政府の直接指導になる改革へと変化が見られた。

## 3. 本格的な社会保険方式による改革段階

1994年から、地域ごとの社会プール医療保険基金と個人の医療保険口座の結合による保険方式の実験が開始された。こうした方法による医療保障制度改革は、労働保険医療の根本的な改革が始まったことを示している。

94年3月、国務院は江蘇省鎮江市、江西省九江市を全国の従業員の医療保障制度改革モデル都市に指定し、翌4月には、国家経済体制改革委員会、財政省、労働省、衛生省の四つの部門が、「従業員医療制度改革の試行地に関する意見」を発表し、前述の方法による実験の開始を言明した<sup>12)</sup>。この方式は、年金保険制度と同様に、企業が負担する保険料の一部を社会プール医療基金に積み立て、その他の部分と個人負担部分の全額を個人医療保険口座に積み立て、医療サービスを受けるときは、まず個人口座から支払い、それを越える部分は、基金から大部分を支払うが、個人も一部負担するというものである。

この方式は、医療費の急増に歯止めをかけ、個人負担によって個人の自己責任意識をも高めることを趣旨としている。「地級市」レベルの医療基金の設立によって、社会的共済と社会的公平の原則をも保つことができるとされた。96年4月、国務院はさらにモデル都市を57に拡大してこの実験を継続し、97年末の時点で、全国の従業員295万人と退職者73.9万人がこの制度に参加している<sup>13)</sup>。この方式については、各地域において多様な試みが行われてきたが、その代表的な実践例として、以下の四つをあげることができる。すなわち「兩江モデル」<sup>14)</sup>、「天津、青島方式」<sup>15)</sup>、「海南方式」<sup>16)</sup>お

よび「深圳方式」<sup>17)</sup>である。

こうした四つの実践例以外に、上海市は1996年5月に入院医療保険、1997年5月に急病通院医療保険を実施しており<sup>18)</sup>、また北京市は1995年4月、成都市は1993年に、ともに重病医療保険を実施している<sup>19)</sup>。1996年末、全国で24の省・自治区・直轄市において、792万人の従業員が重病医療保険に加入した。これは1993年の水準より、およそ2倍増加している<sup>20)</sup>。ただし、重病医療保険の国家、企業、個人のそれぞれの分担割合については、地域によって異なっている。

以上概観したように、十数年にわたる医療保障制度の改革の試みは、個人負担の導入に始まり、企業保険から社会保険へと変遷してきた。各地での試行は、改革担当者に貴重な教訓を与えると同時に、なお多くの解決すべき課題をも浮き彫りにした。朱鎔基首相は、医療保障制度の改革を政府の五大改革の一つにあげており、同時に1998年度改革の重点項目としている<sup>21)</sup>。それを受けて国務院はこれまでの改革の経験に基づいて、1998年12月14日、「都市従業員の基本医療保険制度の整備に関する国務院の決定」(以下「決定」という)を公布した<sup>22)</sup>。これによって、50年代初頭から制度化されてきた公費医療、労働保険制度に代わって、全国的に統一された医療保障制度が実施されることになった。新制度への移行は99年度までに完了させると国務院は表明している<sup>23)</sup>。

### III 新しい全国統一の医療保障制度の概要

新しい医療保障制度は、多元的で多くの選択肢をもつ医療保障を備えており、それらが総合的に連携して、中国の都市部従業員の医療保障体系を支えることになる。新しい医療保障制度は社会医療保険(基本医療保険)、商業(補充)医療保険<sup>24)</sup>および社会医療救助制度<sup>25)</sup>を内容とする三重構造の医療保障制度である。

社会医療保険は、すべての都市部従業員をカバーする。社会医療保険は中央政府が管掌する社会保険で、政府が法律に基づき強制的に実行するため、すべての都市部従業員が加入しなければならない。保険資金の財源は、政府が徴収する税および雇用主と従業員からの保険料収入である。保険に加入した従業員の受けるサービスは、基本的に同一である。まずここで、社会医療保険制度の内容を概観しておきたい。

#### 1. 社会医療保険制度の仕組みと財源

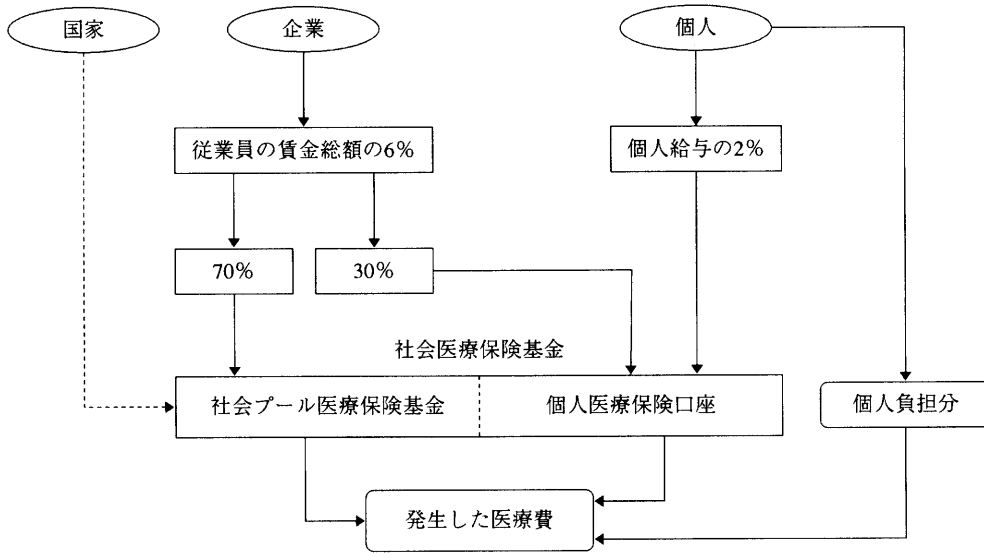
##### (1) 適用者

社会医療保険の適用者は、都市部のすべての企業(国有企業、集団所有制企業、外資企業、私営企業などを含む)、行政機関、事業団体、社会团体、民間の非企業団体およびそれらの従業員である。また個人経営者、郷鎮企業とその従業員にも適用することができる。

保険者は、原則的には市以上の行政単位となるが、県を単位に実施することもできる。北京をはじめとする四つの直轄市では、全市を一つの単位として実施する。

##### (2) 財源

社会医療保険基金の保険料については、事業主と従業員が共に負担することになっている。企業は従業員の賃金総額の6%を、個人は賃金受給額の2%をそれぞれ納付する。ただし、経済の発展いかんによっては、事業主と個人の納入比率は調整することができる。社会医療保険基金は社会プール医療保険基金と個人口座からなる。個人の納入部分は、すべて個人口座に入る。企業の納入部分は30%を個人口座に入れ、残る部分(70%)を社会プール基金に積み立てる。国家負担部分は、医療保険基金の救済と税金の免除および医療保険管理部門の経費に充てられる。



出所：国務院 1999「都市従業員の基本医療保険制度の整備に関する国務院決定」『中国社会保険』1999年2期, 12～13頁により作成.

図 1 新医療保険制度のイメージ図

### (3) 社会プール医療保険基金と個人の医療保険口座による医療費の支出

社会プール医療保険基金と個人医療保険口座の用途についても、明確に規定されている。つまり、軽い病気の医療費は自己負担とし、重い病気のそれは社会プールから拠出するということである。また、社会プール医療保険基金と個人医療保険口座を別々に運営し、相互の流用を行うことは禁止されている。医療費が発生した際には、まず個人の医療保険口座から支払い、口座の残高を超える部分は患者の個人負担となる。個人負担の額が当該地区の年平均賃金の10%<sup>26)</sup>を超えた場合には、大部分が社会プール医療保険基金から支払われるが、個人も一部負担する。社会プール医療保険基金の最高支出額は、当該地区の年平均賃金の400%<sup>27)</sup>となっている。400%を超えた部分は、商業保険により解決するものとされている。個人負担と社会プール基

金の負担額および比率は、各地域が収支均衡の原則にしたがって定めるとされている。

### 2. 医療サービスの管理

医療サービス改革については、具体的には、①医療保険サービスの範囲と基準を明らかにすることである。国の基本医療保険の対象となる薬剤のリスト、診察項目および使用する検査の基準とその管理方法を定める。②社会医療保険は、指定医療機関と指定薬局で実施するとともに、競争原理を導入し、指定医療行為を標準化して、医療衛生資源の利用効率を高める。③科学的で合理的な方法で行った場合の基準医療費を示すことによって、医療費の総額をコントロールする。④医療サービスシステムの構造的な調整を行い、いわゆる医薬分業を進めることによって、医療行為担当範囲の規範化を促進する。

以上のことを制度化するために、労働・社会保障省と中央関連行政部門は、1999年4月「都市従業員基本医療保険の指定小売薬店管理暫定方法」、1999年5月「都市従業員基本医療保険の指定医療機関管理暫定方法」、同「都市従業員基本医療保険の薬品使用範囲管理暫定方法」を公布した<sup>28)</sup>。これら三つの「暫定方法」によって、投薬は保険対象薬品リストによりコントロールされ、医療機関は3～5機関からの選択制に移行することにより競争原理が働くよう工夫され、さらに薬の調剤において、医薬分業が導入された。これらが一体的に運用されることにより、徐々に医療費の冗費の是正が目指されている。

### 3. 社会医療保険基金の管理と監督

基本医療保険基金は、勤労者の健康にかかわるものであるだけに、その安全と合理的かつ効率的な利用が求められ、確固たる基金の管理と監督の体制を整えることが必要である。これはまさに医療保険制度の成否に深くかかわっているといえる。上記「決定」によると、社会医療保険基金の管理と監督を強化するために、基金管理機関は次のことを求められている。①基本医療保険の事務管理と事業を分離すること。②医療保険基金は財政専門口座での管理を行い、従業員の医療以外の目的には使用しない。③社会保険機構の事務的経費は、当該地区の一般会計によって賄い、医療保険基金から引き出すことを禁止する。④社会プール医療保険基金においては、収支均衡の原則にしたがって、収入額により支出額が決まる。⑤社会保険機構は、予算と決算を計上する財務会計制度および内部監査制度を完備する。⑥監査部門は、定期的に医療保険基金の収支状況および医療保険機構の管理状況を監査する。⑦行政、従業員、医療機関、労働組合およびこの分野の専門家となる監督組織を設立する。

### 4. 例外人員の医療保障

建国の過程や社会主義の帰結として、中国に固有の例外的制度も並存している。この例外的制度は、以下のようになっている。①すでに定年を迎えている「幹部退職者」「老紅軍」(建国前革命に参加した老幹部)は、社会医療保険制度の対象から除外されており、旧来の医療保障制度を適用する。支出の財源が足りない場合は、地方政府が負担する。その具体的な医療管理方法は政府が決定する。②二等乙級以上の革命障害軍人の医療保障も旧来の制度を適用する。そして、制度自体は社会保険部門によって単独管理する。財源が足りない部分は地方政府が負担する。③一般退職した人は、「幹部退職者」と異なり、基本医療保険に加入するが、個人としては保険料を納入しない。彼らは在職者より医療費の負担が軽くなっている。④国有企業をレイオフされた従業員の場合、企業負担分と個人負担分を合わせ、再就職サービスセンター<sup>29)</sup>が、所轄地域従業員の平均賃金の60%をもとにして、保険料を納付する。

全体から見て、社会医療保険は医療保障体系の基礎部分をなしており、政府の管轄する事務である。商業(補充)医療保険は、それぞれ企業と個人が主体となる保険である。このようなピラミッド型の構造は、異なった企業や個人の医療需要にこたえ、都市従業員の生活水準を高めるためのものである。政府は法令によって三者の関係を調整し、全体の体系が、中国の国情にあった従業員の健康と疾病予防に役立つものとなるよう整備に取り組んでいる。

## IV 新制度への評価

これまで見てきたように、社会主義市場経済への移行に連動して、新医療保障制度もまた根本的な変革が行われてきたといえる。その特徴は以下のようにまとめることができるだろう。

### 1. 企業保険から社会保険への移行

個人負担の導入に始まった改革が、結果的に医療保険制度の設立までに至った。新制度では、保険料が企業と個人により負担される。個人負担の導入は医療費増大の抑制を目指してのことであったが、はからずも、発展途上にあった中国の医療保障制度を国家の恩恵から社会サービスへと変化させ、被保険者をサービス享受の主体にまで押し上げた点で、まさに「社会保険」化したと言える。これは、市場経済導入の当然の帰結とも言えるが、先進各国では難航するであろう個人負担の導入が素早く導入されるどころに、中国の制度改革の特徴を見ることができる。しかし、個人負担によって、どの程度まで医療費の増大を抑制できるのか、また、個々人の負担の割合をいかに適切に規定するか、あるいは、どの程度個人負担が可能なのかは、今後の推移を見ていかなければならない。いずれにしても、こうした複雑で、困難な課題はこれから解決していかなければならないと考えられる。

### 2. 「低水準、広範囲」の原則

「低水準」とは、基本医療保険の水準が財政と企業の能力を考えて、医療保険の財源が「いくら必要かではなく、いくらなら可能か」が出発点であることを指す。社会医療保険の「広範囲」とは、保険の大数法則にしたがって、できるかぎりすべての事業主と従業員を含むということである<sup>30)</sup>。旧来の医療保障制度の保障内容や保障水準が無原則、無秩序であったのに対して、新制度では、前述のように基本的な薬剤・医療技術・基本的なサービス施設および社会プール保険基金の最高支給額などの点について、詳細に規定されていることから、「広く、浅く」という低水準・広範囲原則に基づいていることがわかる。医療費支出の抑制と適用対象の拡大を推進する中で、次項3にあげる「社会保険」の限界も表面化することとなった。

### 3. 多元かつ多層的な医療保障構造

基本医療保険によると、医療保険基金の最高支出額は、従業員平均賃金の4倍と規定される。しかし、ガン、心臓病、高血圧などの治療には、一般的に従業員平均賃金の5倍の金額が必要とされている<sup>31)</sup>。この部分の医療費の解決は、商業(補充)医療保険および社会医療救助制度に依存する。つまり、公的な医療保障の縮小にしたがって、私的保障の拡大が必要となる。今後は、最低水準保障から十分な保障まで、各自の経済能力や生活設計に応じた多元かつ多層的な保障構造の整備が迫られている。しかし、現在中国における商業保険の状況は、必ずしも満足できるものではない。したがってその環境整備も急務といえる。

### 4. 制度の国家的な統一と地方ごとの 具体策の決定権

「決定」によって、改革の目標、方針、主要政策および統一的な制度の枠組が明らかにされたが、その具体策の決定権は各地方政府にある。各地方政府は、国家の方針および政策に基づいて、当該地区の経済レベルと医療消費レベルを踏まえ、十分に財政、企業・個人の負担力を考慮し、その地区の事情に即した措置をとることになっている<sup>32)</sup>。

しかし、この政策は、なお、特定地域つまり都市部に限定されたものにとどまっている。医療保障は本来国家が統一的に細部のサービスまで律し、国民共通の基盤を整備する最も重要な政策として、最終的には国民皆保険を目指すべきである。具体策の地方委任はすみやかに縮小し、ナショナルミニマムとしての医療保障の確立を国民も国際社会も求めているのではないだろうか。

### むすびにかえて

医療保障制度の改革は、医療費の高騰の抑制を目指し、また、医療費の滞納を解決するために、



個人負担の導入からスタートし、また、医療費の社会プールを創設した。さらに、市場経済の導入にしたがって、社会プール医療保険基金と個人の医療保険口座の結合による社会医療保険制度が確立された。新しい制度では、公的医療保障が縮小され、その部分は私的保障に委ねられたが、今後この方向で改革が進められていくと思われる。したがって、このことは、従来の全面的な公的無料保障からすれば根本的な転換であるといえるだろう。

しかし、始まったばかりの新制度は、実際の運用の中ではじめてその成否が問われ、さらなる改善へ向けての努力が必要とされる。すでに、幾つかの問題点が現れている。例えば、①保険料の負担により、黒字から赤字に転落する企業が出てきたこと、②もともと赤字だった企業の保険料の徴収がますます困難になったこと、③また旧制度の医療費よりも、新制度の保険料の方が高くなる企業もあり、競争力を失った企業もあること、④企業が保険料を納入しないため、その企業の従業員が医療保険を享受することができないケースが生じ、医療保険自体への不信が生じてきたこと、⑤重病になったとき、商業保険に加入していないと、十分な治療ができなくなるケースも多いことなどである。

これらはすべて、市場経済への転換が産み出した必然の帰結ともいえるが、その解決なしに、社会主義市場経済の成功はない。こうした問題の詳細な検討は、今回、紙幅の都合で行えないが、他日を期したい。

(平成11年10月投稿受理)

注

- 1) 「労働保険医療制度」は「保険」ではなく、「個人の負担のない企業内福利厚生制度」を意味する。
- 2) ここでの「都市」には、農村の中心部にある小規模な町「鎮」が含まれている。
- 3) 特に国民の体質の改善、死亡率の低下、公害病と伝染病の抑制および医療衛生事業の発展などに役立った。(鄭功成 1997『論中国特色的社会保障道路』武漢大学出版社, 326～329頁を参照)

- 4) 尹力 1998「職工医療保険制度改革醞釀全面啓動」『瞭望』1998年10月12日第41期, 14頁。
- 5) 大連市退職者管理委員会・大連労働保険公司 1996「大連市人民代表大会的報告書」
- 6) 吳遠村・王仲文 1998「医療浪費十大原因」『中国社会保険』1998年6期, 26頁。
- 7) 『中国統計年鑑1998年』1998年127頁。
- 8) 『中国労働統計年鑑』1998年3頁。
- 9) 鄭功成 1997『論中国特色的社会保障道路』武漢大学出版社, 334頁を参照。
- 10) 劉学民 1998『医療保険291問』人民法院出版社, 29～30頁を参照。
- 11) 中国社会保険編集部 1998「職工医療保険制度変遷的軌跡(中)」『中国社会保険』1998年7月, 10頁。
- 12) 中国社会保険編集部 1998「職工医療保険制度変遷的軌跡(下)」『中国社会保険』1998年8月, 20頁。
- 13) 「1997年労働事業發展統計公報」『中国経済時報』1998年6月16日。
- 14) このモデルは、政府が推奨し、江蘇省鎮江市と江西省九江市が指定されている。企業が従業員の賃金総額の10%、個人が給料の1%を保険金として納入する。企業納入部分は、一定の割合で社会プール医療保険基金と個人の医療保険口座にそれぞれ振り込まれる。個人納入部分は、個人口座に入れる。社会プール医療保険基金は、「地級市」レベルで設置された社会医療保険機構が管理運用も行う。個人医療保険口座の元金と利息は、現金で引き出すことや他の目的に使用することはできないが、翌年度に繰り越して使用することはできる。
- 15) 天津、青島の両市で採用されている方式は、個人医療保険口座と社会プール基金の間に、企業による補充基金を設置するところに特徴がある。従業員は、まず個人医療保険口座の積立金を使用し、足りないときは前年度の本人賃金の5%までが自己負担する。それを超える部分については、企業補充基金と本人が一定の割合により共同で支払う。また、社会プール基金の支給基準を超える場合は、その超える部分について、社会プール基金と本人が一定の割合により共同で支払う。
- 16) 海南式は、個人医療保険口座と社会プールは連動せず、別々で運用する方式である。個人医療保険口座は通院時に使用し、口座内の積立金がなくなると、すべて自己負担になる。社会プール基金は、もっぱら入院治療のみに使用することになり、この基金から支払われる疾病の治療費用については、この基金と個人が一定の割合により共同で支払う。
- 17) 深圳方式は、「両江」のモデルに類似しているが、相違点としては、まず離職幹部には旧制度が適用され、個人医療保険口座を作らないこと。そして、「臨時住

民]および失業者は、入院医療保険に加入させ、通院医療などはすべて自己負担になることである。

- 18) 翟志軍・張衛忠 1999 「上海医療保険制度改革定位的思考」『上海市労働保障』1999年第12期, 26頁。
- 19) 鄭功成 1997 『論中国特色的社会保障道路』武漢大学出版社, 343, 344頁を参照。
- 20) 労働部社会保険事業管理局編 1997 『中国社会保険年鑑1997』中国人事出版社, 1997年12月, 131頁。
- 21) 中国社会保険編集部 1999 「都市従業員の基本医療保険制度の整備に関する決定」『中国社会保険』1999年2期, 12～13頁。
- 22) 中国社会保険編集部 1998 「中国医改面臨的挑戰」『中国社会保険』1998年6期, 4頁。
- 23) 『北京青年報』1998年12月5日。
- 24) 補完的な医療保障については、2種類の仕組みが用意されている。一つは補充的医療保険であり、これは国家の社会医療保険のもとに、社会医療保険の保障水準が十分でないという欠陥を補うために、政府が法律の規定によって、税制等の優遇政策を行い、雇用主や業界が独自で資金を調達し、従業員のために追加して保険に加入する。これにより社会医療保険の範囲外の医療保健サービスをカバーする。補充的医療保険においては企業単位で民間の保険会社と保険契約を結ぶことができる。大企業や公的機関あるいは業界独自で、基金やそれに相応した管理機構を設立することもできるが、これらは非営利目的でなければならない。

もう一つは、商業的医療保険であり、これは個人が自らの収入状況および目的に応じて、自発的に商業的医療保険に加入することになる。商業的医療保険の経営機構は営利企業であり、市場の需要に応じて保険の種類と保険料額を設定している。政府は法律によって商業的医療保険を経営する保険会社を指定する。保険会社は、対象を限定せず、基本医療を保証する保険サービスを提供するほか、被保険者に快適で先進的な医療保険サービスを用意している。例えば、高級な病室、高度で最新鋭の診療設備や医薬品などである。現在のところ、商業的医療保険が扱っている保険の種類は多くないが、契約者が増加傾向にある。

社会医療保険のもう一つの補完形式として、商業医療保険における単一病種保険(ガン保険など)、疾病補助(発病後一定額の保険金を支給)があり、個人によって異なる医療保険ニーズにこたえろといった面で、市場の潜在的需要が見込まれている。(『中華工商時報』1998年5月10日)

- 25) 医療救済は、貧しい都市で貧困状態にある人々を対象として行われる無償の医療援助である。ただし、この制度はなお具体的な実施段階に至っていない。
- 26) 1997年における全国従業員の年平均賃金6470元をもとに計算すれば、賃金の10%(647元)は従業員が負担できる金額であると、労働・社会保障省の医療保険司長・烏日図は説明した。(『工人日報』1998年12月29日)
- 27) この最高支出額は高額医療人数の分布状況によって算出された。全国40あまりの都市を対象としたサンプル調査によると、1997年の従業員の年間医療費が3万元を超える人数は、従業員総数の0.5%を超えなかった。全国平均賃金の400%は2.6万元であるので、最高支出額を平均賃金の4倍にしたことにより、大多数の従業員の高額医療費を解決することができるからである。(『工人日報』1998年12月29日)
- 28) 関連部門：国家計画委員会、国家経済貿易委員会、財政部、国家薬品监督管理局。(中国社会保険編集部1999『中国社会保険』1999年7期, 38頁)
- 29) 一時レイオフされた人を対象とし、企業内で設置した臨時的なマネジメントの部門である。その役割は再就職のための技能の育成、再就職の斡旋、レイオフされた人員の生活費の支給および保険料の納付である。
- 30) 『工人日報』1998年12月29日
- 31) 『中国保険報』1999年2月9日
- 32) 例えば、上海市では、1996年5月1日に「上海市城鎮企業の従業員の入院医療保険暫定方法」、1997年5月1日には「上海市城鎮私営企業、個人経営者およびその従業員の医療保険暫定方法」が実施された。湖南省政府は1999年7月5日、「湖南省城鎮企業の従業員基本医療保険制度を創立する実施意見」を公布した。(『湖南経済日報』1999年7月22日)

(Liu Xiao mei 広島大学大学院博士課程後期)