

中国医療保障制度の現状 ハルビン市基本医療保険財政政策を中心に

耿 欣

要 旨

1998年12月、中国政府发布了《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，要求在全国范围内建立覆盖全体城镇职工的基本医疗保险制度，明确了改革的任務，基本原则和政策框架，开始了全新的中国城市职工医疗保险制度改革探索。其中，哈尔滨市医疗保险工作从2001年4月正式启动。哈市积极扩大基本医疗保险覆盖面，强化基金征缴力度，妥善解决了困难企业职工和退休人员的医疗保障问题，加强了基本医疗保险管理，推进了医疗保险工作的顺利开展。目前，哈市建立了基本医疗保险费用由个人单位和职工双方共同负担的缴费机制及包括大额医疗救助、公务员医疗补助在内的多层次职工医疗保险的补充机制，实行了医疗保险基金社会统筹和个人帐户相结合的制度。本论文主要围绕哈尔滨市基本医疗保险财政状况，进行分析和研究。

キーワード……基本医療保険 社会医療保険 医療費 財政支出

はじめに

中国では1950年代の初期に、公費医療制度と労働医療制度が確立された。しかし、1978年改革開放以後、国有企業改革の進展につれ、既存の医療制度では労働者の基本医療保障問題を解決することが困難になってきていた¹⁾。そのため1988年、中国政府は行政機関と事業体の公費医療制度と国有企業の労働保険医療制度に対する改革を開始した²⁾。

1998年、中国政府は「都市部職員・労働者の基本医療保険制度の確立に関する決定」を公布し、全国で都市部職員・労働者基本的医療保険制度を確立させた³⁾。つまり、この『決定』の制定により、中国の医療保障制度の基本的枠組みが整った。改革後、基本医療保険費用は個人と雇用企業または機関の双方が負担することになり、基本医療保険基金は社会プールと個人の銀行口座から支出されることになった⁴⁾。

2006年現在、国有企業、集団企業、外資企業、私営企業、国家機関、事業機関など、すべての事業団体が医療保険への加入を義務付けられている。制度上、都市企業労働者は強制加入しなければならないことになった。だが、必ずしもすべての都市企業労働者が加入しているわけではない。また、日本と異なり、実施の内容も全国一律なわけではない。すなわち、管理運営

は、地級市（各省の下にある比較的大きな都市）、地区（場合によってはその下にある市や県）及び北京、天津、上海、重慶市の直轄市が行っているが、具体的な内容は各地域の事情等を考慮して各省政府（直轄市の場合は市政府）が独自に決定し、実施することとなっている⁵⁾。

本稿の課題は、主に中国の基本医療保険制度におけるハルビン市の実践を検証することにある。まずその前提として、中国の基本医療保障制度の現状を検討し、その内容と枠組及び成果と問題点を解明する。次に、ハルビン市の基本医療保険制度の現状を明らかにする。そして、ハルビン市の基本医療保険財政政策が生み出している問題や限界を析出する。最後に、ハルビン市の基本医療保険制度が直面する諸問題を取り上げ分析する。

1. 中国基本医療保険制度の現状

中国の基本医療保険制度は、社会プールと個人口座結合の二本立て形式をとっている。基本的医療保険基金は、原則的には地区・市クラスの社会プール制を実施している。基本的医療保険は、原則、都市部のすべての雇用部門とその職員・労働者をカバーしている。「すべて」の企業、国の行政機関、事業体とその他の部門およびその職員・労働者が基本的医療保険料を納める義務を履行しなければならない⁶⁾。中国都市部の労働者基本医療保険制度の主な内容は表1の通りである。雇用部門の保険料負担率は賃金総額の6%前後、個人の保険料負担率は本人の賃金の2%である。ただし、経済発展に伴い、雇用部門と労働者の納付率は社会統籌（社会保険の取り扱う機関は一定の範囲内で統一管理、統一調整）により、また個人の支払い範囲や労働者の年齢などの条件により変更されている。雇用部門の納める基本的医療保険料の一部分はプール基金の設立に用いられる。また、一部分は個人口座に振り向けられる。個人の納める基本的医療保険料は個人口座に入れられる。プール基金と個人口座がそれぞれ異なる医療費用支払い責任を担っている。プール基金は主に入院と一部慢性病の外来診察での治療の費用を支払うのに用いられる。また、プール基金には支払いの基準、最高支払額が設けられている。それに対して、個人口座は主に一般の外来診察費用の支払いに用いられる。

医療保険金の給付は、実際に要した医療費用と「給付スタートライン」「最高給付ライン」との大小関係によって決まる。医療費が給付スタートラインに達しない場合は、医療保険基金から給付はしない。個人の医療保険口座から支払うか、自費で支払うことになる。口座の残高が無くなった場合、患者の自己負担となる。医療費用が給付スタートライン以上で最高給付ライン未満の場合には、医療保険基金からほぼ補填されるが、本人も一部を負担しなければならない。最高給付ラインを超えた医療費用は、全額自己負担となる⁷⁾。こうしたリスクに備える手段としては、企業補充医療保険、個人貯蓄医療保険、商業健康保険や民間医療保険への加入が存在する。もちろん、雇用側の経営状況が良ければ、企業側が高額の医療費用に対して若干の

補助を行う可能性もある。給付スタートラインは、地方政府（日本の都道府県に相当する）を単位とする現地の職員・労働者一人当たりの年平均賃金の10%前後の水準に設定されており、最高給付ラインは現地の職員・労働者一人当たりの年平均の4倍前後の水準に設定されている。具体的な金額は、各地方政府が定める⁸⁾。

表1 都市部従業員基本医療保険制度の内容

被保険者	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）、公的機関、事業部門、社会团体、民営の非企業部門やそこに所属する従業員。ただし、郷鎮企業及び所属する従業員、自営業者などについては、各地域の政府が決定。また被保険者の被扶養者は保険対象外である。
保険者	原則として、地級以上の行政区（省・市・直轄市）場合によって、県（市）単位も可能。
保険料	雇用部門と被保険者の共同負担による。雇用部門は被保険者の賃金総額の6%前後を、被保険者は月収の2%を納付する。経済発展状況により納付率調整可能。
個人医療口座	従業員個人の納付額 + 雇用部門納付額の30%
医療の社会プール基金	雇用部門納付額の70%
政府の財政負担	社会プール基本の不足と医療保険管理部門経費負担
医療給付	社会プール基金より、当該地の年平均賃金の10~400%（最高限度額）。限度額を超える部分を商業医療保険で補充することができる。個人医療口座について、賃金の10%以内の部分を自費で負担する。

出所：国発〔1998〕44号「都市職員・労働者の基本医療保険制度の整備に関する国務院決定」より作成。

注：国発〔1998〕44号というのは、1998年に中国国務院が発行した44号条例の略語。

中国政府は、基本的医療保険制度に参加した従業員が基本的医療サービスを受けられるように保障することを目指している。だがその反面で、医療費用の速すぎる増加の抑制にも努めている。具体的には、医療サービスに対する管理を強化し、基本的医療保険の薬品目録、診療項目、医療サービス施設基準を制定し、基本的医療保険サービスを提供する医療機構、薬局に対

し資格認定を行っている。基本的医療保険制度に参加した職員・労働者が医療機構を選ぶことを認めている⁹⁾。また、中国政府は基本的医療保険制度の改革に呼応するため、医療機構と薬品生産流通体制の改革を推進している。医療機構間の競争メカニズムと薬品生産流通の市場運行メカニズムの構築を通じて、「相対的に安い費用で比較的優れた医療サービスを提供する」という目標を掲げている¹⁰⁾。社会プール基金の最高支払額を越える医療費用を解決するため、基本的医療保険のほかに、各地で高額医療費用の相互援助制度をあまねく確立している。国は公務員のために医療補助制度を確立した。

「決定」によれば、公務員ではなく企業労働者であっても、一定の条件を満たしている企業であれば、職員・労働者に企業補充医療保険を確立することができる。最近では、臨時工などパート形態の労働者も対象にすることになっている。つまり、雇用先及び当該企業との雇用関係が明確な臨時工が加入することのみならず、臨時工が単独で個人口座を設置し、高額医療費補充医療保険に加入することも認められている¹¹⁾。

中国の基本的医療保険制度の改革は、ほぼ着実に進められていると言ってよいであろう。たとえば、基本的医療保険のカバーする範囲はたえず拡大されている。その結果、2001年未までに、すでに全国の97%の地区と市が基本的医療保険の改革に着手し、基本的医療保険に参加した職員・労働者は7629万人に達している。そのほか、公費医療とその他の形式の医療保障制度が1億人以上の都市部人口をカバーしている。かくして、中国政府は当面、都市人口のすべてを逐次基本的医療保険制度に組み入れるべく努力を重ねていると評しうる¹²⁾。

2. 基本医療保険制度の成果と問題点

既述のように、1998年、国務院は「都市部職員・労働者の基本医療保険制度の確立に関する決定」を公布し、全国統一の都市部職員・労働者基本医療保険制度を確立した。そして、全国各地で多様な方式で基本医療保険制度改革が試みられてきた。そこではある程度の成果を収めることができたと評価できよう。

まず、医療改革によって、医療費急増が抑制された。つまり、1人当たり医療保険給付費の伸び率が下がった。実験段階の医療保険制度改革を通じて医療費を個人が負担するという方法が従業員にも受け入れられるようになり、医療費を節約する従業員の意識がかなり向上したのである。

次に、医療機構の改革も促進された。指定医療機構の管理制度の改革により、医療機構の内部管理が強化され、医療機構の収入構成が改善されたことと並んで、医療サービスも充実した。医療効率の改善が図られ、医療改革の効果がすでに現れはじめている。

他方で、基本医療保険の加入率があがった。加入者数は、改革元年（1998年）の401.7万人から、2002年6月の7920万人まで増加した。また、基金の収支バランスも維持されている。

各単年度会計は制度開始時から黒字が保たれ、2002年6月末までの積立残高は340.9億元となっている。制度始動後4年後あまりを経た現在まで、医療費給付の伸び率がそれなりに抑制され、加入者数が順調に増えている。その点において改革は評価できる¹³⁾。

さらに、医療保険制度の基本原則が確立された。具体的には、医療保険の社会化と一体化、経費財源の多元化、及び社会統籌と個人口座を結合した合理的費用分担や医療保険の管理等がそれである。この基本原則にのっとり、全国的に統一された新型の医療社会保険制度の確立が目指されることになったのであった¹⁴⁾。

とはいえ、1998年制定された基本医療保険制度改革は、いまだに実験と模索の段階に留まっていることも否定できない。すなわち、幾つかの問題点が現れているのである¹⁵⁾。以下、その点を検討してみる。

医療資源の全体的な不足と都市・農村における格差

WHOの公表数字によると、中国の保険衛生における公平性は世界で188位、下から数えて4番位となっている。他国に比べ、中国の公平性は極めて低い。視点をかえてみると、中国の人口は世界の22%を占めるにもかかわらず、医療衛生の資源はわずか世界の2%しか占めていない。しかも、そのうち相当な部分の資源の水準は低く、良質の治療ができていない。そのうち、80%の医療資源は都市部にあり、農村部は20%しかない。すなわち、全国民の20%の都市人口が全国の80%の医療資源と施設を利用し、80%の農村人口は20%の医療資源や施設を利用しているにすぎない。のみならず、この都市と農村の格差はさらに拡大しつつある。表2が示しているように、1995年の場合、都市住民1人当たりの医療費用は農村住民の2.6倍であったが、2001年には3.6倍に格差が拡大している。そういう次第であるから、衛生資源の不公平な分配、医療体制の不備を医療問題の第1として指摘しなければならない。

医療保険の範囲の狭さ

労働・社会保障部発表の「2004年度 労働・社会保障事業発展統計公報」によると、2003年の基本医療保険への加入人数は12,404万人であり、2002年より1,502万人増加した。医療保険基金収入は1,141億人民元(前年比20.5%増)、支出は862億元(同比31.6%増)であった。そのうち、統一基金収入は623億元(同20.5%増)、支出は464億元(同22.5%)となっている。年末基本医療保険基金の残金は累計で958億元、うち統籌基金は553億元、個人口座は405億元となっている。

一見順調に増加している数値である。だが、上述とも関連するが、公平な医療保険の享受という観点からみれば、深刻な問題が見えてくる。というのも、都市部人口の44.8%と農村部人口の79.1%が、医療保険に全く入っていないからである。高騰する医療費の影響もあって、農民は病気になっても医者にはかかれず、市販の安価な売薬頼みで、しかも薬効がなければ、

死を待つのみという状況にある。これに対して都市部では、確かに 2004 年末時点で 1 億 2400 万人と比較的高い割合の人が基本医療保険に加入している。だが、これら都市の住民であっても、一定限度までの医療費が補助されるにとどまっている。また、医療費の高騰により医療保険に加入している恩恵に浴している人々でさえ、医者にかかれぬ状況も出現している¹⁶⁾。2004 年の場合、実は保険加入対象者の 65.7% が依然として医療保険の保障を受けていない。

表2 衛生支出の都市・農村における格差

項目 \ 年	1990	1995	1997	1998	1999	2000	2001
衛生事業費（億元）	79.5	163.3	209.2	225.1	235.6	272.2	313.5
衛生事業費の財政支出に占める率（％）	2.30	2.39	2.27	2.08	1.79	1.71	1.66
都市住民の一人当たり医療費（元）	25.7	110.1	179.7	205.2	245.6	318.1	343.3
農村住民の一人当たりの医療費（元）	- -	42.5	62.5	68.1	70.0	87.6	96.6
都市 / 農村住民の一人当たり医療費（％）	- -	2.6	2.9	3.7	3.5	3.6	3.6

出所：中華人民共和国国家統計局『中国統計年鑑』中国統計出版社、2003年より作成。

注：衛生事業費は中医事業費、衛生科学研究経費や医学教育経費を含んでいない。

高い医療費と医療難

1998 年から 2003 年の 5 年間に医療費が急増している。それを都市部住民 1 人あたりの平均診療費で示してみると、85%、そして入院費用では 88% も増大している。2003 年の場合、1 人あたりの平均金額で診療費が 219 元、入院費用が 7,606 元となっている。この伸び率でみる限り、農村部の方が都市部より更に深刻である。同じ 5 年間、農村部の医療費は診療費 103% (2003 年平均額 91 元)、入院費 73% の増であった。それを実額で示せば、2003 年の平均額は 2,649 元であるが、これは 2003 年の農民平均年収に相当する水準である¹⁷⁾。このような医療社会状況は、必然的に「軽い病気は我慢して、重病は医者にかかるのを遅らせる」行動パターンを国民に余儀なくさせている、と言わざるをえない。

事実、衛生部が発表した第 3 回 (2003 年) 全国衛生サービス調査データによると、病気になっても治療をうけられない住民が 48.9%、入院が必要だが入院できない住民が 29.6% に上がる。中国の医療体制改革は、再び岐路に立たされている。

以前の医療保険制度では、都市部の労働者は企業や集団に所属していれば、その所得水準に

関わらず、公費で治療を受けられた。だが、1998年の改革以後では、医療支出のかなりの部分が個人負担に求められている。その結果、所得水準の低い人にとって、医療費の負担が、以前と比べて重くなっている¹⁸⁾。

小さな公費負担

元来、公衆衛生及び医療サービスは、非営利で公共性の高いものでなければならない。中国の現状はいかがであろうか。2005年、中国の厚生総費用のうち、国民の自己負担は60%で、会社などの負担が25%であるのに対し、政府の負担はわずか15%に過ぎない。現在の医療保険制度は、病院に対する規制が厳しく、医薬品リスト、診療項目、医療行為など、非営利病院は医療保険政策にかなり制約されている。一方、長期にわたって、国の財政から病院への医療資金の投入不足により、過半数の病院は自身の医療サービス料を値上げすることによって、次第に上昇する病院の経費を補っているのが実情である。かくして、医療費高騰がさらなる悪循環を招いている、と言わざるをえない。

企業経営悪化による保険料の支払い拒否

一部の国有企業では、老朽化・経営悪化によって、医療保険制度の維持ができなくなっている。つまり、職員・労働者および定年退職者が立て替えた医療費の請求に対し、会社が経営困難を理由に、その支払いを拒否し、医療保険による医療費用支払義務を果たせない状態が続いている¹⁹⁾。

3. ハルビン市医療保険制度の基本状況

既述の如く、「都市部職員・労働者の基本医療保険制度の確立に関する決定」によって、改革の目標、方針、主要政策及び統一的な制度の仕組みが明らかにされたが、実施方法と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政策に基づいて、当該地域の経済状況と医療消費状況を踏まえて、保険基金の統一統籌、使用、管理を行う²⁰⁾。では基本医療保険制度のより具体的な現状はどのようなものなのか。ここでは、ハルビン市の基本医療保険制度実施状況を取り上げ、分析してみる。

ハルビン市は黒龍江省の省都である。中国東北地方の政治、経済、科学技術、文化、交通の中心で、7区12県(市)を管轄している。全市面積53,068 km²、総人口は954.31万人(2003年)、ハルビン市の国内生産総値(GDP)は1414.80億元(第1次産業222.00億元、第2次産業524.50億元、第3次産業668.30億元)であった²¹⁾。

ハルビン市およびハルビン市が管轄した直轄県においては、2001年に基本医療保障制度が導入され、2003年には80.9%の都市部企業労働者が基本医療保険に加入した²²⁾。

すでに述べてきたように、中国は、1998年に「都市労働者基本医療保険制度の確立に関する国務院の決定」に基づき、都市労働者の加入を義務づけている。実際の運用は、各省市の運用により、かなりのばらつきが出ているが、基本的には、労働者を雇用する経済主体（政府部門、個人部門を含む）が対象であり、保険料は、事業主、従業員双方がそれぞれ負担する。事業主負担は賃金支給総額の6%前後におさえ、本人負担は賃金の2%となっている。ハルビン市の場合、基本医療保険制度は2001年4月1日に正式にスタートした。

2001年末、ハルビン市都市部基本医療保険の参加人数はすでに51.2万人に達し、全市職員人数の24.3%を占めている。全市における基本医療保険参加企業は2003社、参加者数は28.2万人で、全市従業員人数比重の17.8%を占めている。そのうち、在職従業員参加者数は20.5万人で、全市在職従業員人数比重の15.9%を占めており、退職者参加人数は7.7万人に達した。医療保険費徴収金は1.15億元である。そのうち、基本医療保険費が9665万元、高額医療救助金が818万元、公務員医療救助金が993万元であった。また、医療保険費支出は5806万元であるが、そのうち、個人口座支出が1604万元、公務員医療救助支出が836万元であった。余剰による累積黒字は5670万元である。そのうち、社会統籌金余剰が1431万元、高額救助金余剰が542万元、公務員補助余剰が157万元、個人口座累積黒字が3540万元であった²³⁾。表3にみるように、全国の場合、基本医療保険基金収支及び累計余剰が年々増える傾向にある。また全国の場合、2002年における基本医療保険金の収入が607.8億元、支出が409.4億元、当年の余剰が198.4億元、累積黒字が450.7億元となっている。基金徴収と未納基金の追徴することを強化させたことによって、基金徴収率は当初の70%から現在の90%までに増加した。

2004年末、ハルビンの全市基本医療保険の参加者は150.4万人である。2003年度より7%増え、年平均増加率26.7%で、基本医療保険に参加する企業は80.9%に達した。医療保険費徴収金が7.36億元で、医療保険支出金が6.46億元であった。参加人数も増え続けている。全市における基本医療保険参加者は2003年に435万人、2004年4月末には（2003年末より54万人増えて）489万人となった。そのうち、2003カ所の中央・省所属企業・部門が基本医療制度に参加し、参加者は9.5万人となっている²⁴⁾。

市所属企業における離休（古参幹部の退職休養）・退職者の医療費も全市統一調達、統一運用の制度を導入した。参加者は34万人、参加すべき人の24%を占めている²⁵⁾。

統一基金運用の面では、管理を強化した結果、基金は多少余剰が残っている。管理の例を若干紹介してみよう。ハルビン市労働・社会保障局は、企業の医療保険参加者に対して5種類の慢性病、公務員の医療保険参加者に対して13種類の慢性病の外来患者医療費補充策を完備している。また、慢性病患者に一人あたり1200元の補助を与えている²⁶⁾。

表3 全国基本医療保険基金収支及び累計余剰

(単位：億元)

年	基本収入	基本支出	累計余剰
1993	1.4	1.3	0.4
1994	3.2	2.9	0.7
1995	9.7	7.3	3.1
1996	19.0	16.2	6.4
1997	52.3	40.5	16.6
1998	60.6	53.3	20.0
1999	89.9	69.1	57.6
2000	170.0	124.5	109.8
2001	383.6	244.1	253.0
2002	607.8	409.4	450.7

出所：中華人民共和国国家統計局『中国統計年鑑』中国統計出版社、2003年、897頁。

ハルビン市の医療衛生機構、病床及び衛生技術人員は、表4(1949～2003年)のように推移してきた。これによると、2003年には、ハルビン市の医療、保健、疫病予防などの衛生医療機関は1401カ所に達し、病院のベッド数は34,738床、医療関係者は32,498人に上っている。

医療保険の給付については、医療保険給付の対象となる132カ所の指定病院及び薬局が定められているが、指定病院以外の医療機関等で受診した場合には保険給付の対象にならない。被保険者は、ハルビン市が発行する「ハルビン市郷鎮職工基本医療保険証」を提示すれば、132カ所の指定病院のどこでも受診できる。そして、病院をあらかじめ選択・登録し、基金の確認を受ける。132カ所のうちから、社区卫生サービスステーション、専門病院、総合病院、中医医院(漢方医院)などを総合的に選択できるので患者獲得のための競争が激化している²⁷⁾。入院の場合の基準給付は、表5のように、病院医療機関の分類基準によって変わる。一級病院は300元、二級病院は600元、三級病院は900元である。同年度以内2回目入院する場合は、給付額が15%削減される。

表 4 主要年度ハルビン市医療衛生機構、病床及び衛生技術人員

年	機構数		病床		衛生技術	
	(個)	病院	(位)	病院	人員(人)	医者
1949	157	49	1712	1618	2933	1208
1952	325	78	3239	2369	5647	1899
1957	862	142	9448	6817	12669	4419
1965	1467	193	14978	11406	19373	8208
1970	1526	249	18329	15129	20226	7807
1980	2016	411	26464	20712	37516	13726
1990	1400	496	35254	32939	48515	20151
1994	1229	335	36820	33905	49393	20850
1995	1200	337	35492	32872	49782	21601
1996	1105	228	35749	28859	48402	20713
1997	1243	224	35913	29423	49026	21168
1998	1237	222	35357	28926	48454	20959
1999	1270	231	34819	28864	48245	21317
2000	1178	230	35263	28774	46939	21008
2001	1128	225	35335	28890	47176	21386
2002	1506	224	35943	31012	39962	15892
2003	1401	212	34738	29961	38832	15796

出所：中華人民共和国国家統計局『哈尔滨统计年鉴』中国統計出版社、2004年、522頁～523頁。

注：2002年以後ハルビン市衛生機構、病床及び衛生技術人員から医療機構、病床及び衛生技術人員に変更した。

表 5 病院医療機関の分類基準

等級	分類基準
一級病院	地域密着型病院
二級病院	地域を越えたややレベル高い、救命救急機能が充実した病院
三級病院	最新技術と最新設備を備える総合病院

出所：中華人民共和国衛生部「医院分級管理弁法」(試行草案)2004年5月24日より作成。

給付方法は、個人口座分については償還払（一旦全額を支払い、後で口座に請求）となっているが、基金分については、現物給付（患者負担分を病院に支払い病院が給付分を基金に請求）となっている。表6に示されているように、通院・救急にかかる費用の個人負担比率は在職・退職と給付ラインによって変わる。

表6 通院・救急による基本医療保険の個人負担費用比率表

(単位：%)

0～5000元		5000～1万元		1万～2.6万元		2.6万～10万元		10万～15万元	
在職	退職	在職	退職	在職	退職	在職	退職	在職	退職
10	7	14	11	16	13	15	15	10	10

出所：「哈尔滨市城镇基本医疗保险暂行办法」（哈尔滨市政府令第146号）より作成。

注：ハルビン医科大学付属第一病院、ハルビン医科大学付属第二病院と黒龍江省病院に入院治療する患者は、個人負担費用比率基準の3%を上回る。

4. ハルビン市基本医療保険の効果と問題点

(1) ハルビン市基本医療保険の効果

2006年現在の統計を見る限りでは、ハルビン市が2001年に基本医療保険制度改革を導入してから5年が経過している。では、この間に改革はどのような成果を収めることができたであろうか。その評価は難しい。しかし、以下の4点は挙げうると思われる。

第1に、ハルビン市の基本医療保険制度は社会保障制度の中核をなしている。つまり、社会保障事業を発展させると同時に、社会安定の維持、健康で文化的な市民生活の実現をはかる上で、大きな役割を果たしてきた。ハルビン市の医療事業の発展を推進する上で、積極的な貢献をしてきた²⁸⁾。第2に、2001年以来、ハルビン市は基本医療保険を実施し、基金の徴収、医療保険給付の対象となる132カ所の指定医療機構の管理、医療機構の内部管理、薬品生産流通体制の改革とコンピュータ・ネットワークのシステム建設などの方面に著しい成果を収めた。そして、病院内部の管理体制の整備を促進し、サービスの質が向上した。

第3に、ハルビン市労働・社会局の調査によると、医療保険制度改革について、多くの人々が満足を表し、満足度は83%に達した²⁹⁾。

第4に、2004年、基本医療保険に加入した企業は80.9%に達し、基本医療保険基金の確保が進んでいる。

（2）ハルビン市基本医療保険の問題点

しかしながら、ハルビン市の基本医療保険制度は、いまだに実験と模索の段階に留まっていることも否定できない。事実、以下のような幾つかの問題を指摘しうるのである。

第 1 に、いぜんとして医療保険のカバー範囲が低い。2003 年末における、全市の基本医療保険参加企業は 2003 社、参加者数は 28.2 万人である。そのうち、在職従業員参加者数は 20.5 万人であるが、これは全市在職従業員人数の 24.3% に過ぎない。全市在職従業員の 1/4 にも達していないのである。そのうえ、従業員の扶養家族として、0～18 歳の幼児、青少年の医療費がカバーされていない。一部の収益の良い企業や、企業部門では、扶養家族として、未成年者の医療費の一部を負担しているが、ほとんどの場合、企業補充医療保険や商業医療保険に頼るか、自己負担になる³⁰⁾。

第 2 に、医療体制の不備による超高額医療費問題が発生している。例えば、2005 年 8 月に黒龍江省のハルビン医科大学付属第 2 病院で死亡した 75 歳のある男性患者の例をあげてみよう。彼は、ガンで 5 月に同病院の高級幹部病棟に入院した後、6 月に ICU 病棟に移されている。この患者は ICU で 68 日間にわたる延命治療を受けたが、その甲斐も無く 8 月 6 日死去した。この患者の場合、その後、病院から家族に請求された金額は、入院費用が 142 万元、薬品代が 400 万元、したがって合計 542 万元（日本円約 8000 万円に相当する）であった。当然ながら、この金額に対して家族はとて納得できず、病院に明細を示すよう要求した。その結果、医療費の高騰は医者による診察・治療費の乱脈徴収や大量の高価な薬品使用による割戻しなどに起因していることが判明した。そして、この事実はメディアの取り上げるところとなり、2005 年 12 月 15 日「新世紀ネット」が「超高額医療費事件」として報道した。この事件を契機として、中国国内で類似の超高額医療問題が多数提起され始めた。医療体制全般に対する庶民の怨嗟の声は日増しに高まりつつある。中国の格差は医療にも大きな影を落としていると言わざるをえない³¹⁾。

第 3 に、出稼ぎ労働者（農民工）の医療保険制度そのものが存在していない。改革開放後の経済急速な発展に伴い、農村部耕地が少なくなり、都市部労働力が不足したために、ハルビン市は徐々に戸籍制限から黙認へと緩和し、農民が都市で工場就労をするようになった。「出稼ぎ労働者」が出現したのである。しかし、農民工は依然として都市労働者と同様の身分と社会保障を享受する権利を得ることはできなかった³²⁾。多くの企業で農民工の社会保険を納付しないという状況があり、ハルビン市政府もこれについて黙認してしまった。

第 4 に、自己負担率が高い。全国の基準は個人の保険料納入の比例は本人の賃金の 2% であるのに対して、表 7 にみるように、ハルビン市郷鎮住民の医療保険納付基準は全国基準と比べると、かなり個人負担率が高いのである。

表 7 2006 年ハルビン市郷鎮住民医療保険納付基準一覧表

年齢	納付比率	医療保険費（元）		高額医療補助費（元）		合計（元）		入院場合の医療基金負担率
		月間個人負担	年間個人負担	月間個人負担	年間個人負担	月間個人負担	年間個人負担	
男性 60 歳未満、女性 55 歳未満	9.5%	130.38	1564.56	5	60	135.38	1624.56	100%
	6.5%	89.21	1070.49	5	60	94.21	1130.49	100%
	5%	68.62	823.45	5	60	73.62	883.45	100%
	2.5%	34.31	411.73	5	60	39.31	471.73	50%
男性 60-75 歳、女性 55-75 歳	8%	19762.60		—	60	19822.60		100%
	4%	9881.30		—	60	9941.30		50%
75 歳以上（75 歳も含む）	8%	13175.20		—	60	13235.20		100%
	4%	6587.60		—	60	6647.60		50%

出所：「哈尔滨市城镇居民参加医疗保险暂行办法」より作成。

注：男性 50 歳未満、女性 45 歳未満の保険者の納付比率は 6.5%である。

5. 当面の進展と今後の課題

基本医療保険において、ハルビン市はすでに雇用企業（単位）と従業員（職工）の双方が共に負担する納付メカニズム、及び高額医療補助、公務員医療補助など多方面の従業員医療補助メカニズムを作り上げ、そして医療保険基金社会プールと個人口座結合する制度を実施している。又、医療保険管理・サービスを強化・完備し、医療費の不合理な増加に対する制御を強化しつつある。さらに、多層的医療保障システムの構築、保険加入者の個人負担の軽減、指定医療機関の監督検査などにも力を注いでいる。それらの強化と実施は、ハルビン市基本医療保険制度の順調な進行に欠かせない前提条件である³³⁾。

今後の課題として、引き続き基本医療基金の管理・運営および保険医療の監督を強化し、安定的に社会医療保険制度の更なる改革を推し進めていくことが残されていると思われる。その辺に関し、2005 年、ハルビン市労働・社会保障局は次の 6 つの課題を強調している³⁴⁾。

第 1 に、基本医療保険制度の全面的な普及。すなわち、市区全域において新参加者を増加させ、基金徴収率すなわち制度の普及率を 99%に向上させる。新たに創出された中小企業、中央所属企業、経営難企業等を中心に、基本医療保険の加入率を向上する。臨時工などパート形態の労働者も基本医療保険被保険対象にする。

第2に、医療保険政策をいっそう充実させ、流動人口（出稼ぎ農民）の基本医療保険制度を策定すること。（出稼ぎ農民の医療保障を一層進めるため、2006年6月1日、ハルビン市労働・社会保障局は基本医療保険加入を促す行動を拡大することを決定した。）特に、出稼ぎ農民の重い病気の医療保障問題の解決を重点として、出稼ぎ農民を基本医療保険制度に積極的に加入させる必要がある³⁵⁾。

第3に、統一基金の管理を強化し、統一基金余剰率を向上させること。基礎的なデータの管理を強める。それによって、重点的に、レイオフによる給付停止・半ば停止されている基本医療保険参加者の保存書類を整理し、個人・私営企業参加者の保険費の納付、振替を全面的に検査する。それでもって、納付と給付を対応させる。

第4に、指定医療機関の監督を強めること。指定医療機関と指定薬屋への監督検査・審査を強化する。また、医療保険基金管理、基金徴収、費用納付基数審査、基本的医療保険費用審査、医療保険基金支出監視制御に力を入れ、基金を着実化し、従業員家族の医療保障を解決する。さらに、社区卫生サービス機関の役割を重視し、病院衛生資源の最適な配置を促すとともに医療衛生資源の効率的利用につとめ、医療サービスコストの合理的統制と医療サービスの質を向上させる。

第5に、病院の計量的な審査方法を完備させること。医療保険病院に指定された病院の計量的な審査方法を完備させ、コンピュータによる適時管理システムをもとに、医療監督を強化させる。また、入院医療費単独決算の病気の範囲を拡大させ、適当的に決算指標を調整し、実際費用超過の補充方法を細かく策定する。

おわりに

1998年に都市部統一の基本医療保険制度が公布された。基本医療保険制度実施後、医療費急増の抑制や医療効率の改善など、医療改革の効果が現れてきている。しかし、地方ごとの医療制度の違いや所得格差などによって、改革後の地域格差がかえって広がっていることが浮き彫りにされた³⁶⁾。

いかにも中国の経済は発展し、医療費総額も急増しつつある。だが、政府および公的医療保険の比重が次第に低下し、その代わりに個人負担の割合がますます増えているという低所得者にとって憂慮すべき傾向が強まっている。したがって、国家が主導した医療改革は、国の財政支出の削減を主眼とした改革であると言わざるをえない。今の段階ですでに現れた問題点として、医療保険財政の不安定、企業参加意欲の低迷、高齢者の医療費問題、個人口座資金の流用などを指摘せねばならないだろう³⁷⁾。

また、少子高齢化もさらに一歩進んで巨大な養老年金と医療費用の支払いが大きな問題となっている。大規模な都市化により、都市と農村間での健全で連携した社会保障制度が更に必要

となった。就職形態の多様化により、現行制度の枠に入らない従業員と自営業者が依然として多数残っている。中国の社会保障制度の安定した運行と社会保障事業の持続発展するため、新しく有効なシステムの建設が必要である³⁸⁾。

2002年3月に開かれた第9期全国人民代表大会第5回会議で、次のような指摘がなされている。「農業・農村・農民問題は改革・開放と現代化建設の全局にかかわる最も重要な問題である。農村の改革を深化させ、農村の発展を速め、農村の安定を維持すれば、全局の活動の主導権を握ることができる」。また、対策としては、都市と農村を切り離す医療保険制度を打ち破り、都市部の出稼ぎにきた農工を逐次統一した社会保障システムに組み入れることが重要である³⁹⁾。「2004年中国現代化プロセス中の人口遷移流動と都市化学術会」で発表されたデータによると、中国の流動人口は1.4億に達しており、総人口の1/10を超えた。中央政府は、2006年1月に「国務院の農民工問題の解決に関する若干意見」を公布し、農民工の緊急重要課題である社会保障の要望に基づいて、「分類指導、安定推進の堅持、段階的養老・医療保険問題の解決」を掲げた。そして、2006年6月から、全国範囲で農民工の医療保険カバー率を上げつつある。

2006年現在、中国はまだ医療保険制度の改革と発展段階にある。経済力と社会発展の現状からみると、早急に全国統一の医療保険制度を構築するのは困難であると判断せざるをえない。だが、制度の改革を積み重ねてゆくことによって、全国統一を構築すること、これが中国の最終課題であると考えられる。日本の医療制度にも問題はあろう。しかし、その点も踏まえつつ、中国は参考にしうるし、せねばならないであろう。

<注>

- 1) 詳細は、拙稿「中国改革開放前の医療保険制度に関する研究」『新潟大学大学院現代社会文化研究』2004年11月発行、第31号を参照。
- 2) 詳細は、拙稿「中国における医療保障財政制度改革」『新潟大学大学院現代社会文化研究』2005年7月発行、第33号を参照。
- 3) 詳細は、拙稿「中国における都市部医療保険財政」『新潟大学大学院現代社会文化研究』2006年3月発行、第35号を参照。
- 4) 王文亮『21世紀に向けた中国の社会保障』日本僑報社、2001年、97頁。
- 5) 『湖南経済日報』1999年7月22日の掲載による。
- 6) 国務院「国務院閣と建立城鎮職工基本医療保険制度的決定」『国発44号』国務院、1998年12月14日。地方政府の裁量権は、中央政府の統一規定に従って使うべきであり、大幅に統一規定を逸脱することはまだ許されていない。
- 7) 沙銀華「中国社会保障の生成と展開に影響を与える5つの要因に関する考察」『ニッセイ基礎研究所報』2002年、Vol. 24、35頁。
- 8) 「中国の社会保険制度の改革」ニッセイ基礎研究所。
(<http://www.nli-research.co.jp/report/life/li0002.html>)(アクセス日:2006年7月23日)。
- 9) それぞれ「都市部従業員基本医療保険の指定小売薬局に関する暫定方法」1999年4月、「都市部従業員基本医療保険の薬品使用範囲の管理に関する暫定方法」1999年5月、及び「都市部従業員基本医療保険指定の医療機関管理に関する暫定方法」1999年5月である。
- 10) 中華人民共和国国務院広報室「中国の社会保障状況と政策」2004年9月。
- 11) 阮凤英主編王慎民李和森『社会保障通論』山东大学出版社、2004年、132-133頁。
- 12) 中華人民共和国国務院報道弁公室「中国の労働と社会保障状況」2002年4月。

中国医療保障制度の現状（耿）

- (<http://www.pekinshuho.com/2002-20/file20-1.htm>)(アクセス日：2006年8月2日)
- 13) 李為民「地域格差からみた中国の医療改革」『東アジアの福祉システム構築』東京大学社会科学研究所、2003年、149頁。
 - 14) 城本るみ「中国の医療制度改革」弘前大学人文学部『人文社会論叢』(社会科学編)第4号、2000年8月、13頁。
 - 15) 張紀濤『現代中国の社会保障論』創成社、2001年、429頁。
 - 16) 王延中「试论国家在农村医疗卫生保障中的作用」『战略与管理』中国战略与管理研究会、2001年3月号、21～23頁。
 - 17) 財団法人 日中經濟協會 現地事務所 北京事務所、2005年5月。
(<http://www.jc-web.or.jp/DATA/ONLINE/REP/BEIJING/BEIJING0505.HTM>)(アクセス日：2006年8月5日)
 - 18) 李蓮花「中国の医療保険制度改革 經濟体制改革との関連を中心に」『アジア經濟』2003年、第44巻第4号、16頁。
 - 19) 汝信・陸学芸・単天倫主編『社会藍皮書 1998年：中国社会形勢分析与予測』社会科学文献出版社、1998年、265頁。
 - 20) 钟为民・張扬著『基本医疗保险与自我保健知识读本』黑龙江科学技术出版社、2001年、19頁。
 - 21) 哈尔滨统计局『哈尔滨统计年鉴』中国統計出版社、2004年、1～13頁参照。
 - 22) 哈尔滨统计局「2004年我市劳动就业和社会保障体系建设取得新进展」2005年3月1日。
(<http://www.stats-hlheb.gov.cn/more.jsp?type=302&cpage=6>)(アクセス日：2006年8月10日)。
 - 23) 沈玉新「我市医疗保险工作有待进一步完善」哈尔滨市统计局社会处、2002年10月28日。
(<http://www.hrbllss.gov.cn/>)
 - 24) 哈尔滨统计局「2005年我市社会保障状况的分析」2006年7月8日。
 - 25) 张桂华「哈尔滨市第二次老龄(退管)工作会议上的工作报告(06-07-03)」2006年06月28日参照。
 - 26) 前掲注23、沈玉新、2002年10月28日。
 - 27) 陳程<四類治療項目基本医療保険不予付費>哈尔滨日报、2006年7月11日記載。
 - 28) 哈尔滨市劳动和社会保障局《哈尔滨市城镇基本医疗保险暂行办法》新闻通报会、2006年5月11日。
 - 29) 哈尔滨市劳动和社会保障局「哈尔滨市基本医疗保险工伤保险宣传咨询活动」2006年5月22日。
(<http://www.hrbllss.gov.cn/2005/zwxxy.htm>)
 - 30) 哈尔滨市统计局《2002年我市居民人均医疗保健消费快速增长》2003年4月30日。
(<http://www.stats-hlheb.gov.cn/more.jsp?page=3&type=304>)
 - 31) 「中纪委能否根治医院乱收费」民主与法制时报、2005年12月07日。(<http://www.sina.com.cn>)
 - 32) 工人日报<哈尔滨将把务工人员纳入医保范围>2006年5月22日。
 - 33) 前掲、沈玉新、2002年10月28日。
 - 34) 哈尔滨市劳动和社会保障局《关于进一步扩大养老保险覆盖面提高基金征缴工作的实施意见》哈劳社发[2005]51号。
 - 35) 黑龙江省哈尔滨市人民政府「哈尔滨市城镇基本医疗保险暂行办法」哈尔滨市人民政府令第146号、2006年4月24日公布された。内容参照。
 - 36) 広井良典・駒村康平『アジアの社会保障』東京大学出版社、2003年、347頁。
 - 37) 楊子林「威海市城鎮職工基本医療保険運行情況及操作要点」『中国労働』6月号。
 - 38) 中華人民共和國國務院広報室「中国の社会保障状況と政策」2004年9月。
 - 39) 高潔華・王韜「中国の農民収入の困難とその対策」『中国図書15(4)』2003年、2頁。

主指導教員（齋藤忠雄教授）、副指導教員（加藤智章教授・真水康樹教授）