

中国における都市部の医療保険財政 1990年代以後の制度改革を中心に

耿 欣

要 旨

新中国成立 50 多年来, 由于政府的重视和支持, 建立起了公费医疗制度, 劳保医疗制度和合作医疗制度等一整套的医疗保险制度, 对于提高劳动者的身体素质进而促进经济发展和社会稳定具有十分重要的意义。医疗保险制度的建立和推广提高了全民的健康水平, 使中国国民的人均寿命延长, 人口死亡率降低, 各种疾病的发病率大大下降。这些成绩的取得都与中国的医疗保险制度分不开。但是, 随着改革开放, 特别是市场经济体制的建立, 中国原有的医疗保险制度已越来越不适应社会主义市场经济体制和国有企业改革的要求, 难以解决市场经济条件下职工的基本医疗保障问题。本文主要针对医疗保险制度的进一步改革和完善时期(1992年—現在)的医疗保险财政状况, 进行分析和研究。

キーワード……社会保険 企業保険 財政支出 医療費

はじめに

本稿は既発表の拙稿「中国改革開放前の医療保険制度に関する研究」¹⁾「中国における医療保障財政制度改革」²⁾の続編にあたるものである。すでに、先の“2つの論文”で述べたように、新中国建国以来、中国の医療保険制度は、経済発展と国民の健康状態や医療水準の向上にそれなりに貢献したといっている。しかしながら、計画経済体制の時代につくられた医療保険制度(旧医療保険制度)は、市場経済体制への移行に伴って様々な問題が深刻化し、改革の必要に迫られていた。改革前の中国の医療保障は、その絶対水準が低く、また都市と農村の間に大きな格差を内包していた。1970年代末からの市場経済改革の過程では、新旧体制間の矛盾、医療市場の無秩序化によって医療保障における格差の拡大や効率の低下が顕在化し、医療問題はいまや高まる社会的不満の一因となった。

中国の旧医療保険制度は、改革開放後、計画経済体制に慣れた国有企業では企業経営状況の悪化が進み、医療費の負担に耐えられない企業が急増した。経済不振の企業では、経営困難を理由に長期にわたり医療費を滞納し、支払いを拒否するという事態が生じていた。

そんな中で医療保険制度の改革に関しては、1992年の鄧小平氏の南巡講話をきっかけに、中国の経済改革は「社会主義市場経済」の建設を明確な目標を掲げた新たな段階に突入した。社会保障改革についても、1993年11月の『社会主義市場経済の若干の問題に関する中共中央の決定』の中で、「多層的保障体系」、「各制度の独立運営」、「養老・医療保険における個人口座と社会プール（社会統一基金）の結合」などの基本原則が明確化された³⁾。そして、本格的な改革が1998年の「都市部従業員・職員基本医療保険制度の整備に関する国务院の決定」によって、1980年代半ばから始まった医療改革に一つの区切りが付けられ、50年弱存続した労働保険医療制度と公費医療制度が一元的な都市部従業員基本医療制度に代替されるようになった⁴⁾。

1990年代から、中国の医療保険制度は幾つかの改革をしてきた。この過程には2つの段階があった。第1段階は、1980年代半ばから1994年までの時期で、改革目標として医療費の上昇を抑えることであった。内容は個人負担の導入と病院における医療費の抑制であった。第2段階は、1994年に中国の衛生部（日本の厚生労働者に相当する）、財政部、労働部、及び各地の改革の経験をまとめ、都市部従業員に対する医療制度改革を江蘇省の鎮江市、江西省の九江市で試行された⁵⁾。

本論文は、次の3点の解明を目指している。第1に、市場経済化の下で、国営企業の改革が従来の「企業医療保障」を「社会医療保障」に転換せざるを得ない過程を明らかにすること、第2に、医療保険制度の改革時期（1992年～現在）の中国の医療保障制度改革の経緯と問題点、及び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こと、第3に、新しい医療保険制度モデルが直面する諸問題を取り上げ分析することである。

1. 経済改革の加速と医療保険制度改革の背景

以前の計画経済下における、中国の医療保険制度の特徴は、それぞれの起源が社会主義的な発想に基づいて医療サービスを必要に応じて無料で提供することを図った点にあった。しかしそれは、高齢化と市場経済化の進展につれて、様々な問題が顕在化してきた。医療保険料は企業が全額負担であるため、医療費は上昇する一方であった。また、高価な薬剤と最新医療機器を使った過剰検査が行われていた。

計画経済期には国営企業が赤字の場合は、国家財政による補填が行われた。その結果「無料医療」原則の下で生じた過剰受診と医療支出の増加による労働保険負担の増加に対し、国営企業は必ずしも敏感に対応することはなかった。このような医療費の増加は公費医療制度における政府の財政負担も増加させた。そして、医療支出の抑制は1980年代以後、労働保険医療制度と公費医療制度共通の課題となった⁶⁾。

1980年代から1990年代初期にかけての改革は、主に、急速に膨張しつつある医療費の抑制

を目指した。1984年10月、中国共産党第12期中共中央委員会、第2回全体会議の開催後、医療保険制度改革の実践は全面的に展開された。中共中央政府は、急速に膨張しつつある医療費の抑制を目指して、医療費の個人負担制の導入を指示した⁷⁾。

1980年代、全国では約90%以上の企業はそれぞれ個人負担の割合を決めて医療費を支払させた。医療費の個人負担制の実施は大きな成果を収めた。初期段階の医療保険改革を通じて医療費を個人負担と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。ただし、初期段階の医療保険改革による医療費を抑制することができたが、医療保険費用の調達問題、基金の管理運用体制に関わる諸問題を根本的に解決することができなかった⁸⁾。

1980年代後半から各地で断片的に医療保険制度改革が試みられ、1989年には中央政府の指導で遼寧省丹東市、吉林省四平市、湖北省黄石市、湖南省株洲市の4都市を選んで公費医療改革の試験地点とし、医療保障制度の総合的改革が実験的に行われることになった⁹⁾。しかしこれらの実験は、いくつかの貴重な経験は積み上げたものの、全国に普及可能なモデルの模索までに至らず失敗に終わってしまった。

1980年代の医療保険改革がもつ限界は、経済改革の段階によって規定されたものである。旧制度の部分的、応急的修正ではなく全く新しい医療保険に向けての改革は、1992年以後の経済改革の深化を待たなければならなかった。

1992年、鄧小平氏の南巡講話をきっかけに、中国の経済改革は「社会主義市場経済」の建設を明確な目標に掲げた新たな段階に突入した。1992年5月4日、國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『労働者・職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、重病社会統一基金の負担を個人、企業及び国家の三者によるものとするを明らかにした¹⁰⁾。そして、1993年11月の『社会主義市場経済の若干の問題に関する中共中央の決定』の中で、「多層的保障体系」、「各制度の独立運営」、「養老・医療保険における個人口座と社会プールの結合」などの基本原則が明確化された。このように、中国の改革開放政策は市場経済に対応しながら、社会保障の一翼である医療保険制度改革を進めたのであった。

2. 改革試行都市の指定及び関連政策

1994年から、地域毎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で実験が開始された。1994年3月、國務院は江蘇省鎮江市、江西省九江市を全国の労働者・職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、「労働者・職員医療制度改革の試行地に関する意見」を発表し

た。この方式は、老齢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時は、まず個人口座から支払い、それを超える部分は、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。

1996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、1997年末時点で、全国の労働者・職員295.4万人と退職者73.9万人がこの制度に参加している¹¹⁾。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た。その代表的なモデルは、次のようにまとめうるであろう。

（1）両江モデル

鎮江市と九江市が打ち出した医療保険制度の改革方案は共通した内容を持っているため、「両江モデル」と呼ばれている。

その財源は、企業が労働者・職員の賃金総額の10%、個人が給料の1%を保険金として納入する仕組みになっている¹²⁾。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踏み込まれる。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、市レベルで設置された社会医療保険機構が調整して使用し、あわせて基金の管理運用も行う。個人医療保険口座の元金と利息は労働者・職員の所有となり、現金で引出すことや他の目的に使用することはできないが、翌年度に個人医療保険口座の残金は繰返して使用することはできる。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。個人負担の額が一定の水準を超えた場合には、社会プールから費用が補填されることになる¹³⁾。

従来の医療保険制度に比べ、「両江モデル」は、医療保険基金の社会プールと個人口座の結合という新しいモデルを形成し、社会医療保険の適用範囲を拡大し、安定した医療資金の調達方式を確立した。また企業の負担を均等化し、医療保険の社会化水準を高め、医療費急増の勢いのある程度抑えることができた。その結果、財政・職場・個人の経済負担をある程度軽減しえた。

1995年における九江市全市従業員の1人当りの医療費は370.14元であった。これは、改革前の1994年より実績で66.74元、率にして18.08%減ったことを意味している。1994年九江市従業員の医療費支出総額は19億818.79万元であったが、改革後の1995年は16億791.22万元（従業員個人負担分1,215.70万元を含む）に減った。また衛生部門の統計によると、1995年における九江市の薬品の消費量は前年度より4.81%減った。具体的にはとりわけ貴重薬品や輸入薬品の消費量減少が目立った。ほかに、大型設備による検査と治療を受ける人数と回数も明らかに減っている。鎮江市の統計によると、1995年全市CT検査を受ける人数と回数は1994年

より 8.1%減った¹⁴⁾。

1999年、鎮江市区医療保険に加入した従業員の医療費は18億946.69万元であった。その構成比は次のようになっている。個人口座からの支払額は(前年度より20.18%減って)38.9%、社会プール基金からの支払額は(前年度より17.27%減って)44.6%、個人負担額は(前年度より72.57%増えて)16.5%を占めた。全年度保険基金の残高は1,052.6万元で、そのうち、個人口座は469.34万元、社会プール基金は583.26万元であった¹⁵⁾。

「両江モデル」は政府が促進し推奨している医療保険制度改革の改革方案でもある。1996年4月、国務院はこの「両江モデル」試行の上で医療保険制度改革の試行地を全国の57都市に拡大した¹⁶⁾。拡大された試行地のうち、大多数の都市はこの「両江モデル」を採用している。

(2) 天津・青島モデル

1995年、青島市政府は『青島市従業員の医療保険の暫定方法』を公布した。天津・青島の両市で採用されている方式は、個人口座と社会プール基金以外に「企業共済基金」を設けたことから、別称「3金管理〔方〕式」と呼ばれた¹⁷⁾。その長所は雇用側が医療費の管理にかかわるよう促すところにあるだが、他方で、それは職場の管理コストを増やし、医療保険の社会化という原則に逆行する面のあることも否定できない。

天津・青島モデルの特徴は、納められた保険料は一定の比率で個人口座、企業共済基金、社会プール基金に配分され、個人口座と企業共済基金は企業が管理する。個人医療保険口座と社会プール医療保険基金の間に、企業による補充基金を設置するところに特徴がある。労働者・職員は、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%までが自己負担になる、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、社会プール医療保険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、社会プール医療保険基金と本人が一定の割合により共同で支払う¹⁸⁾。

見方によれば、天津・青島モデルは、医療保障を企業から一挙に社会に移す時に発生しうる混乱を回避するための過渡的措置であった。そのため、医療保障における企業の関与を温存させ、企業保障の弊害を完全に克服することができなかつた¹⁹⁾。

(3) 海南モデル

1995年7月海南省人大常委では「海南省経済特区都市従業員医療保険条例と実施細則」を公布した。海南式は、個人医療保険口座と社会プール医療保険基金は連動せず、別々で運用する方式である。すなわち、社会プール基金は、入院あるいは緊急治療病気項目に載っている病気の種類に基き、その医療費は2カ月の平均給料を超えた部分をランクとして85%、91%と95%の割合で精算する。その全体の従業員に適用する²⁰⁾。

海南モデルの社会プール保険料は雇用側と従業員が共同納付する。雇用側は従業員の毎月賃

金総額の10%とし、個人は月給の1%、個人経営者は本人の月収入の11%としてそれぞれ保険料を納める。城鎮私営企業の従業員は収入の11%の保険料を納めるが、そのうちの1%ポイントは採用側、残る1%ポイントは従業員本人が納める。保険料の計算における従業員本人の月給額は所在地市・県・自治県従業員の平均月給を下回ってはならない。従業員本人の月給額が所在地市・県・自治県前年度従業員の平均月給の60%を下回る場合、本人が納付すべき保険料は雇用側が代わって納める。従業員本人の月給額が所在地市・県・自治県前年度従業員の平均月給の300%を超えた部分は保険料を納めず、個人口座の定額を定める基数ともしない。従業員が離職休養（引退幹部を指す）や定年退職した場合、1ヶ月目から、本人と職場は保険料を納める必要がなくなる。

社会プール基金は、個人口座と共済口座を分けてそれぞれ運営管理する。個人口座はICカードで管理される。個人口座は現金を引出したり、貸越したりしてはならないが、残高の繰り越しはできる。ほかの改革方案に比べ、海南モデルは個人口座を本当の個人資産として見なししているところに、その鮮明な特徴がうかがえる。

（4）深圳モデル

経済特区である深圳市は計画経済時代の負の遺産が少なく、住民の年齢構成も若いだけでなく、企業の経営業績が良好であるといった好条件が揃っていた。そして、1989年に社会保障制度の総合改革実験地として指定された。1992年5月「深圳市社会保険暫行規定」「深圳市社会保険暫行規定医療保険実施細則」を公布し、社会保険局と医療保険局を設立、全市を対象とする公費・労保医療制度の一体化にむけて取り組み始めた。1996年に「深圳市基本医療保険暫行規定」を公布し、深圳市が1996年から本格的医療保険改革を開始した。

深圳モデルは、出稼ぎ労働者と失業者を対象とする「入院医療保険」、深圳市の戸籍を持つ従業員と退職者を対象とする「総合医療保険」、そして休職者と障害軍人を対象とする「特殊医療保険」の3制度から構成された²¹⁾。

入院医療保険の保険料は使用側または失業保険機構が平均賃金の2%を拠出し、入院の際に患者が医療費の10%を負担するが、外来診療が含まれていない。総合医療保険は「両江モデル」と同じ個人口座と社会プール基金を設置し、保険料は使用側7%、被保険者の2%の比率で拠出する。ただし、社会プール基金は主に入院診療（個人負担10%）に、個人口座は外来診療に使い分ける。個人口座額を超えた外来診療は自己負担となるが、超過部分が地域平均賃金年額の10%を超えると、社会プール基金から超過部分の65 - 75%が払い戻される。

深圳モデルの長所は、以下の点にある。地元の現状に応じて多層的（三層式）医療保険を考案し実施していること、労働者の多様な医療ニーズを満たしていること、保険の適用範囲を拡大し、保険料の徴収率を高めていること、複数の支払方式を用意し、医療費支出の抑制を強化し、個人口座に対して改善を行ったこと、個人口座と共済口座との間の自己負担分

を拡大して、共済口座の貸越しと個人口座の大量残高という状況を緩和し、失業者の医療費支払を保証したことである。

(5) その他の地域

両江モデル、天津・青島モデル、海南モデル、深圳モデル以外にも、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²²⁾、また北京市は1995年4月、成都市は1993年ともに重病・大病医療保険を実施している²³⁾。

社会医療保険の運営状況は表1にみるように、1993年、全国で267.6万人の労働者・職員、22.5万人の退職者が社会医療保険（重病・大病医療保険を含む）に加入したが、1999年末に全国で1039.6万人の労働者・職員、431.8万人の退職者が社会医療保険に加入し、およそ4倍増加している²⁴⁾。ただし、社会医療保険の国家、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。

表1 社会医療保険の運営状況

年度	保険に加入する人数 (万人)		基金の運営状況 (万元)		
	労働者・職員	退職者	収入	支出	累積余剰
1993	267.6	22.5	11,355.0	13,335.0	4,343.0
1994	374.6	25.7	31,561.0	29,113.0	7,115.0
1995	702.6	43.3	96,667.0	72,835.0	30,982.0
1996	791.0	64.5	190,084.0	162,336.0	64,403.0
1997	1,082.3	173.1	294,073.0	234,002.0	127,027.0
1998	1,107.6	78.1	605,924.0	532,980.0	199,971.0
1999	1,039.6	431.8			

出所：『中国労働統計年鑑2000』2000年11月、中国統計出版社、480頁。

3. 1990年代医療保険制度改革の成果と諸問題

1990年代、中国各地で多様な方式で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たことができたと評価できよう。

まず、従業員の基本医療を保障したことがあげられる。鎮江市の調査によると、従業員の2週間以内の受診率は、1994年の69.5%から、1997年には81.2%まで引き上げられた。経済的理

由で入院治療ができない割合は、1994年の26.5%から1997年には5%まで引き下げられた。以前鎮江市では経営難の企業労働者と小中学校教師の医療費延滞が蔓延していたが、改革後は困窮家庭でも基本的な医療について保証することができるようになった²⁵⁾。

次に、各種改革案によって医療費の急速な上昇に一定程度の抑制はきかせることができた。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。

そして、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。

さらに、新しい社会保険制度の基礎が確立された。医療保険の社会化と一体化、経費財源の多元化、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）と個人口座が結合した合理的費用分担や医療保険の管理等が全国で統一された新型の医療社会保険制度を成立させる基本原則となった²⁶⁾。

1990年代の医療保険制度改革を通じて、人々の医療保険に対する意識は次第に変化している。つまり、人々は病気を治療するためにはお金を支払う必要がないという時代は、再びやって来ないことを認識しつつある。

中国の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おり、そのため、幾つかの問題点が現れている²⁷⁾。

第1に、医療保険のカバー範囲が依然として限られている。改革開放以後、企業の所有制の構造は非常に大きな変化が発生した。現在進められている改革は企業の労働者・職員を対象としたものであり、社会構成員の大多数（例えば、外商投資企業、私営企業、自営業など）に対しては基本的な医療保障が実現していない。従って医療を受ける機会の平等保障は未解決である。統一的な基準で徴収される費用の負担は、企業にとって重い、保障の水準は期待したほどではないという問題もある。

第2に、医療の提供体制が整っていない。現在の改革は医療の提供体制にまで踏み込んで行われているとはいえない。中国のほとんどの医療機関は政府機関によって運営される非営利的組織である。しかし、実際には、必要な経費の政府からの配分は不足していた。そして、医療機関が自ら収益をあげて経費の不足分を補わざるを得ない状況にあて、医療機関の「商業化」を引き起している。また、公費医療、労働保険医療の患者の入院期間を人為的に延ばしたりする現象がみられる²⁸⁾。

第3に、医療資源配分の不均衡。中国の大都市に最も優秀な医療従事者と最新の診療設備が集まる一方、中小都市と農村地域では医療従事者と診療設備の不足が目立っている。現在も一部の地域では病気予防と防疫対策が低下している²⁹⁾。

第4に、従業員の医療保障は企業の経営状況による。企業が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ので、経営状況が良い企業は、従業員のためにより良い医療サー

ビスを提供することができるが、一方、経営不振に陥った企業では、十分な医療サービスを提供することができない事実である。

以上の問題の原因は、次のように考えられる。まず、医療消費のニーズと当該企業の財務能力の関係を充分把握していなかったため、高いレベルで保険料率が設定されたことである。次に、保険機関の担当者が旧制度（公費医療、労働保険）の簡単な管理方法になれていたため、医療改革後の保険基金の徴収、管理及び支払などの経験がなお不十分で、その意味では、新制度の運用する人材面での整備が完成していないと言えよう。また、医療機構改革の遅れも、医療保障制度の改革を難航させるものとなっている³⁰⁾。

4. 全国統一の医療保険制度改革の始動

全国各地での試行は、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。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」と省略する）を公布した。これによって、1950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、全国の都市部（都市と鎮を含む）従業員に統一して適用される医療保険制度が実施されることになった。また、この新旧制度の転換は1999年末までに完了させると国務院は表明していた³¹⁾。

1998年3月にはそれまで先送りされてきた国有企業改革を最大課題に掲げた朱鎔基内閣が登場し、国有企業改革のための環境整備が急がれた。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年改革の重点項目としている。その改革とは、1999年の一年間にすべての事業主と都市部の勤労者をカバーすること、事業主と勤労者の双方が保険料を負担すること、社会プール医療基金と個人の医療保険口座を結びつけた方式を実施すること、社会医療保険、補充的医療保険と商業的医療保険及び医療救済を含む多元的な医療保障体系を打立てることである。

新しい「都市部基本医療保険制度」は、基本的に「両江モデル」の枠組みを維持しながら具体的な数字において大幅な修正を加えたものである。表2は「両江モデル」と「決定」を比較したものである。新たな全国統一の医療保険制度は、“最低限の公的保障と自己責任の原則”に基づき、社会統一徴収医療保険基金と個人口座を結びつけた制度が導入され、保険料を労使で負担することになった。保険対象は、都市部すべての企業（国有企業、集団所有制企業、外資企業、私営企業などの職員・労働者を含む）および政府機関、政府・民間の非営利団体の職員・労働者およびその退職者である。都市部に入らない郷鎮企業の職員・労働者や自営業者は対象であるが、地域によってこれらも対象としている場合もある。

新制度は「保険料の国家・企業・被用者による三者負担」を基本原則に掲げ、被保険者の保険料拠出を「両江モデル」よりさらに強化した。すなわち、「決定」では、被保険者の保険料率

が1%から2%に引き上げられながら、他方、使用側の保険料率が10%から6%へと4ポイントも引き下げられたのである。一方、「三者」の中の国家の財政責任は必ずしも明確でなく、その負担は、公務員や事業団体職員の使用側分の拠出と管理費の一部に限られていた³²⁾。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。給付スタートラインは、地方政府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%前後であり、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賃金の4倍前後である。最高給付ラインを超えた医療費用は、全額個人負担となる。その結果、都市部の医療保険は無料医療を特徴とする従来の「国家・企業保障」から、個人の保険料義務と医療保険制度の自立性を強調する「社会保険」へと変身した³³⁾。

表2 「両江モデル」と「決定」の比較

共通点	<ul style="list-style-type: none"> ・適用対象は都市部の全ての企業、政府機関、事業体、非営利組織とその従業員 ・保険料は使用側と従業員双方が負担する ・社会プール基金と個人口座を結合する ・既に退職した従業員は新しい制度に加入するが、保険料の個人部分を免除され、なお個人口座への繰入率などは優遇 ・離職休養者、旧紅軍、二等乙級以上の革命障害軍人は従来制度を維持する 		
		「両江モデル」	「決定」
相違点	保険料率	初年度、使用側10%、被保険者1%	使用側6%前後、被保険者2%前後
	使用側拠出の保険料の配分	40%は個人口座へ、60%は社会プール基金へ	約30%は個人口座へ、約70%は社会プール基金へ
	社会プール基金による給付のスタートライン	地域平均賃金年額の5%	地域平均賃金年額の10%
	社会プール基金による給付の上限	なし	地域平均賃金年額の約4倍

出所：李蓮花「医療保険改革」、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、2004年、91頁。

表2の「決定」側の数字に「約」「前後」などが多くつけられたことから分かるように、「決定」は全国画一的な制度の成立を意味するものではない。地方政府に残された政策空間は、上記の個人口座と社会プール基金の結合方式を含めかなり大きい。

1998年末で医療保険に参加している企業労働者は1509.7万人、退職者は368.98万人である。

社会保障省の目標は1999年6月末までに各省の改革案を練り上げ、少なくとも20%の統籌地区で実施することであった³⁴⁾。1999年7月には、関連政府部門が共同作成した医療保険制度改革に関する基本的内容が確定された。

5. 新しい全国統一の医療保障制度

都市部従業員の基本医療保険制度の確立、即ち新旧制度の交替は、1999年のはじめにスタートし、「決定」は規定し、年末にほぼ完成している。「決定」は改革の任務と原則、カバー範囲と徴収方法、基本医療保険統籌基金と個人口座の設立、保険基金管理と監督機構、医療サービス管理強化、関係人員の医療待遇の改善、組織指導の強化など7つの分野から成っており、改革目的は単位と労働者の共同徴収メカニズムをつくり保険基金を集めることによって、都市労働者の基金的な医療を保障し、医療費の膨張を抑制することである³⁵⁾。

「決定」によると、医療保険制度改革の主な任務は、都市部従業員の基本医療保険制度を確立する、すなわち、社会主義市場経済体制に適応し、財政、企業と個人の負担能力に基づき、従業員の基本医療需要を満たすための社会医療保険制度を確立することである。「決定」の内容をまとめると以下ようになる。

1、カバーする範囲。社会医療保険は、全ての都市部従業員・職員をカバーする。社会医療保険は中央政府が管掌するため、政府が法律に基づき強制的に実行するため、全ての都市部従業員・職員が参加しなければならないである。社会医療保険の適用者範囲は、都市部の全ての企業（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、事業単位、社会团体、民営非企業団体及びとそれらの従業員・職員である。また個人経営者、郷鎮企業とその従業員・職員をカバーすることができる。

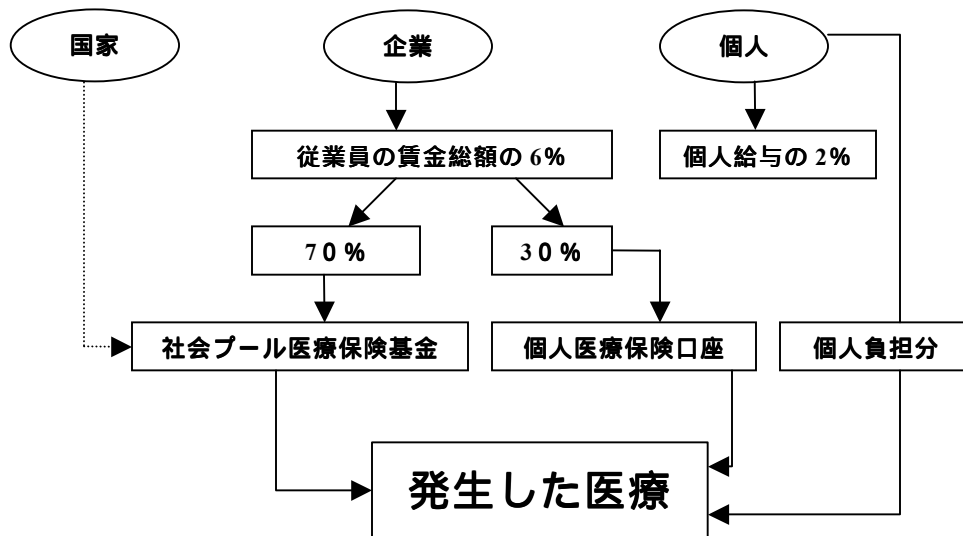
2、所在地管理を行う。「決定」によって、改革の目標、方針、主要政策及び統一的な制度の仕組みが明らかにされたが、実施方法と具体策の決定権は各地方政府である。各地方政府は国家の政策に基づいて、当該地域の経済状況と医療消費状況を踏まえて、保険基金の統一統籌、使用、管理を行う。

3、医療保険基金は社会統一徴収医療保険基金と個人口座より構成される。新しい都市労働者基本医療保険制度は図1にみるように、単位納付率は労働者基金総額の6%前後、労働者納付率は本人給与収入の2%とする基本医療保険基金は統籌基金と個人口座から成り、個人口座の徴収費用以外に単位納付額の30%、すなわち労働者給与総額の1.8%程度も個人口座に入れられ、単位納付の70%、すなわち労働者給与総額の4.2%が統籌基金にあてられる。基金と口座の各自の支出範囲を定め、別個に計算される³⁶⁾。

4、医療保険サービスの管理を強化する。まず、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。国は基本医療保険サービスの範囲、基準と医薬費用の精算方法を定め、基本

医療保険の薬品目録、診療項目、医療サービス施設及び相応の管理方法を定める。次に、保険加入者が必要とする医療を受けることができるよう保証して非合理的な医療費支出を抑えて、基本医療保険基金の利用効率を向上させる。そして、医療サービスシステムの構造的な調整を行い、医療機構と薬局の内部管理を強化し、医療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ことである。

図 1 新しい都市労働者基本医療保険制度の仕組み



出所：王文亮『9億農民の福祉』中国書店、2004年、494頁。

第5に、関係人員の医療待遇を適切に解決する。中国特殊の事情として、中国に固有の特殊制度も並存している。すでに定年を迎えている「離休者」³⁷⁾「老紅軍」³⁸⁾、二等乙級以上の革命傷痍軍人は社会医療保険制度の対象から除外されており、旧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。一部特定の業種の従業員の医療消費水準が下がらないために、基本医療保険に加入する上で、過渡措置として企業補充医療保険の設立を許可する。企業補充医療保険料は、賃金総額の4%以内の部分に従業員福利費の中から支出する。国有企業一時帰休従業員の基本医療保険料は、すべて再就職サービスセンター³⁹⁾が当地前年度従業員の現金給料の60%をもとにして納付する。現在（2004年）全国には4000万人あまりが特別待遇措置の対象となっている。

都市部の医療保険の加入者はこの数年間で急速に伸びている。医療保障制度の人口構成は表3にみるように、1998年に40余りの都市で500人余りであったものが、2001年には全国

349の地区レベル以上の医療保険統一管理区のうち、88%の307地区で5026万人が加入している。しかし、この加入者数は公費医療の適用される政府機関・事業体の職員を除いた都市就業人口2億340万人の24.7%でしかなく、まだ加入率は低い⁴⁰⁾。

表3 医療保険制度の運営状況

(単位:万人、億元)

	カバー地域	参加者	基金収入	基金支出	繰越残高
1998	40余り都市	509.3	19.5	15.6	9.8
2000	284統一管理地区・市(地区クラス以上)	4,332	170	124	89
2001	307統一管理地区・市(地区クラス以上)、1055単独統一管理市・県	5,026			

出所:労働和社会保障部、『中国労働和社会保障年鑑 2001』中国労働社会保障出版社、2001年、522頁。上海財経大学公共政策研究中心、『2002中国財政発展報告 社会保障公共政策研究』上海財経大学出版社、2002年、352頁。

労働・社会保障部と国家統計局から出された「1998年労働と社会保障事業発展の年度統計公報」によると、1998年全国でこの新しい医療保険に加入した在職従業員は401.7万人、離職休養・定年退職者は107.6万人であり、前年度よりそれぞれ36%と45.7%も増えた。基金収入は19.5億元、支出は15.6億元であった⁴¹⁾。

「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、国家の方針及び政策に基づいて、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⁴²⁾。

おわりに

中国が計画経済から市場経済への劇的な転換を始めてからすでに20年以上が経った。そして、2001年における世界貿易機構(WTO)への加盟と2008年オリンピック招致の成功に象徴されるように、中国はいまその目覚ましい経済発展によって世界の注目を浴びている。様々な深刻な問題を抱えてはいるものの、極端な社会混乱を引き起さずに市場経済へのソフトランディングを果たした中国の経験は、体制移行経済の成功モデルとして語られる場合が多い。ところが、市場経済があらゆる面において効率を高め、社会的厚生を増大に貢献したかといえ

必ずしもそうではない。そのひとつが医療保険制度の問題である⁴³⁾。

中国の医療保険制度改革は、医療費の高騰の抑制を目指し、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、医療費の社会プールを創設した。また、市場経済の導入に従って、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。高齢化と市場経済化の進展を背景に、1980年代から改革が着手され、1998年に都市部統一の医療保険制度が公布された。改革後、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⁴⁴⁾。

「決定」で2000年までに全国で確立させる予定であった新医療保険制度は、2001年に入りようやく北京、上海など大都市で実施され始めた。そのため現時点で新制度の効果を評価することは時期尚早であるが、実験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が指摘される⁴⁵⁾。

経済の発展に伴って増加すべき医療費総額に占める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憂慮すべき傾向が強まっている。

また、人口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り、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り、就職形式の多様化により旧医療保険制度の枠に入らない従業員と自営業者が社会保障のカバー範囲に入っている等、これらがすべて中国の社会保障制度の安定した運行と社会保障事業が持続発展するための長期間有効なシステムの建設という新しい要求に繋がるのである⁴⁶⁾。新制度の実施がこのような方向性を変えられるかどうかは、今後の展開と医療保険制度のさらなる改革を待たなければならない。また、今後、国の実情に合わせて社会全体の健康増進と生活の質の向上を目指さなければならない。

現在の中国では、財政上の条件に制約されて、医療保険改革には相当に時間がかかるであろう。いずれにしても、中国政府による、医療保障制度改革の前途には、多くの困難が待ちうけていることを否定することはできない。

<注>

- 1) 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、第31号。
- 2) 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。
- 3) 鄭秉文『社会保障体制改革攻坚』中国水利水电出版社、2004年、59頁。
- 4) 張曉・劉蓉主編『社会医療保険概論』中国労働社会保障出版社、2004年、149頁。
- 5) 馮傑・韓樹軍主編『中国社会保障』河南人民出版社、2002年、78頁。
- 6) 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、349頁。
- 7) 王文亮『21世紀に向けた中国の社会保障』日本僑報社、2001年、85頁。
- 8) 劉磊「控制医療保険費過度増長の探討」、『労働理論与实践』、1999年第11期、21頁。
- 9) 从长欣『医疗保險解答』改革出版社、2000年、17頁。

- 10) 中国社会保険編集部「職工医療保険制度変遷の軌跡」(中)『中国社会保険』1998年、10頁。
- 11) 「1997年労働事業発展統計公報」『中国経済時報』1998年6月16日。
- 12) 从长欣、前掲書、41頁。
- 13) 九江市の個人負担比率は、医療費が個人年収額の5%を超え5000元までの場合は15%負担、5,000～10,000元の場合9%、10,000元以上の場合2%である。鎮江市の場合は同じ費用区分でそれぞれ10%、8%、2%となっている。遞減原則に基づき、発生した費用が大きいほど個人負担は少なくなる方式である。(張紀濤『現代中国の社会保障論』創成社、2001年、419-425頁参照。)
- 14) 王延中「医療保険改革制度的兩江モデル」『中国工業經濟』1999年、7月。
- 15) 徐機玲・袁建平「鎮江医改初試成功」『瞭望』2000年第13期。
- 16) 張曉・劉蓉主編、前掲書、140頁。
- 17) 張曉・劉蓉主編、前掲書、146頁。
- 18) 劉曉梅『中国の改革開放と社会保障』汐文社、2002年、197頁。
- 19) 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。
- 20) 王文亮、前掲書、95頁。
- 21) 李蓮花「医療保険改革 体制移行からみたその背景、特徴と限界」『現代中国の社会保障制度』流通經濟大学出版社、2004年、89頁。
- 22) 張衛忠「上海医療保険制度改革定位的思考」『上海市労働保障』1999年、12期、26頁。
- 23) 鄭功成『論中国特色的社会保障道路』武漢大学出版社、1997年、343頁。
- 24) 『中国労働統計年鑑2000』中国統計出版社、2000年、480頁。
- 25) 張紀濤『現代中国の社会保障論』創成社、2001年、426頁。
- 26) 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。
- 27) 張紀濤、前掲書、429頁。
- 28) 劉曉梅、前掲書、199-200頁。
- 29) 王文亮、前掲書、83頁。
- 30) 劉曉梅、前掲書、201頁。
- 31) 王文亮、前掲書、97頁。
- 32) 割高の公費医療制度の水準を維持するため、公務員には基本医療保険制度の上に医療補助制度が設けられたが、その財源は中央および政府の予算である。
- 33) 李蓮花、前掲書、92頁。
- 34) 城本るみ、前掲論文、15頁。
- 35) 城本るみ、前掲論文、14頁。
- 36) 鄭秉文、前掲書、59-60頁。
- 37) 中国の退職は「離休」と「退休」の2種類に分けられる。「離休」は1980年および1982年に國務院から出された老幹部を対象とする養老制度で、一般には1949年以前に革命活動に参加した者を指す。
- 38) 紅軍は1928-1937年までの中国工农紅軍の略。現在は建国前革命に参加した老幹部を指す。
- 39) 再就職のための技能訓練、再就職の斡旋、一時帰休者の生活費の支給及び保険料の納付等の部門である。
- 40) 労働社会保障部「社会保障年鑑」2001年、522頁。
- 41) 労働社会保障部「1998年労働と社会保障事業発展年度統計広報」(<http://www.molss.gov.cn/tongji/gb/>)。
- 42) 例えば、上海市では、1996年5月1日に「上海市城鎮企業の労働者・職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、個人経営者及びその労働者・職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、「湖南省城鎮企業の労働者・職員基本医療保険制度を創立する実施意見」を公布した。『湖南經濟日報』1999年7月22日の掲載による。
- 43) 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、2頁。
- 44) 広井良典・駒村康平、前掲書、347頁。
- 45) 例えば、1995年の改革時期に95.85%であった九江市の企業加入率は、経営問題を原因に医療保険脱退あるいは強制停止された企業の増加のため、4年後の1999年には64%まで下がってしまった。威海市の企業加入率も1997年の70%から1999年の58%へと後退した。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。
- 46) 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。

主指導教員(斎藤忠雄教授)、副指導教員(加藤智章教授・真水康樹教授)