

中国における医療保障財政制度改革 改革開放初期を中心に

耿 欣

要 旨

1978年、党的十一届三中全会の勝利召开、标志着中国进入了改革开放的历史新时期。随着各项制度的改革和发展，中国的医疗保险制度也作了一些相应的改革。改革的主要内容是：针对医疗费用全部由国家，企业包下来的弊端，控制不合理的需求，将医疗费用适当的与个人挂钩，区分情况，由个人承担少量费用。同时，进行医疗费管理形式的改革。劳保医疗制度的改革，除了医疗费用与个人挂钩外，还实行了职工大病，重病医疗统筹，以解决中，小企业无力支付大病医疗费用的问题，保障了企业职工的基本生活需要，稳定了社会秩序。本论文主要针对医疗保险制度的初步改革时期(1978～1992年)的医疗保险财政情况，进行分析和研究。

キーワード……医療費 財政支出 社会医療保障 企業医療保障

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」の続編にあたるものである¹⁾。すでに、先の“第1論文”で述べたように、「無料医療」を特徴とする中国の旧医療制度は、医療サービスの需要者・供給者ともに、医療費の無駄使いが生じやすい制度となっていた。また、医療技術の進歩に伴い、各種新薬が開発され、新しい医療器材が次々に現れている。輸入医療器材と輸入薬剤費が高く、治療検査の項目を増やし、医療費の増加に拍車をかける結果となっている。医療費の高騰は治療を受ける機会が困難となる問題を引き起こし、国民の健康維持に対する心理的不安を大きく煽いている。

また、伝統的な企業保障制度がとられていた計画経済の下では、国有企業に働く労働者・従業員は解雇されることが、つまり、失業することがなかった。したがって、雇用・失業保険は存在しなかった。しかし、改革・開放が徐々に浸透する下で、企業でのリストラが実施され、失業率が上昇した。かくして、雇用・失業保険制度の採用が日程にのぼった。と同時に、医療や年金などの諸制度も、従来の企業保障制度から社会保障制度に移行することになった。

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、高まる社会不満の一因となった。そこ

で医療保険改革はすでに 1980 年代中ごろから行われてきたが、1990 年代に入ってから本格的な改革が始まった。

計画経済期の中国の医療保障はその絶対水準が低く、また都市部と農村部の間に大きな格差が存在したとはいえ、比較的低いコストで大多数の国民の基本医療需要にこたえつつ、経済発展と国民の健康状態や医療水準の向上に大きく貢献した。そしてやがて、中国は計画経済から市場経済への移行に伴い、旧制度の改革あるいは新制度の創設を始めることになった。

本論文は、次の 3 点を目盛している。第 1 に、市場経済化に向かう下で、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、改革・開放初期（1978～1992 年）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、中国の医療保障制度の概要を紹介し、日本の医療保障制度と比較して、その特徴を明らかにすること。

1. 計画経済下の医療保険制度の特徴

中国の医療保険制度は、新中国成立後、逐次整備された。中国の医療保険制度は、大きく 3 つの制度から構成されている。それは、公費医療制度、労働保険医療制度（労保医療制度）²⁾、そして、農村における合作医療制度である。公費医療制度と労保医療制度は、政府と企業が管掌する組織内の福利制度の一部である。元来この制度は、社会主義的発想によるもので、社会保険というよりは、福祉の色合いが濃く「無料医療」と呼ばれていた。また、農村における農村住民の任意加入による共済医療形態である「合作医療制度」は、保険ではなく「個人の負担の少ない福祉」を意味していた。これらの制度は新中国建国当初、経済発展と国民の健康状態や医療水準の向上に大きく貢献した³⁾。

(1) 公費医療保険制度の特徴

中華人民共和国は誕生と同時に、新生社会主義国家に相応しい新たな社会保険制度を制定する必要に迫られた。

そこで政府は、1952 年 6 月 17 日に、政務院（國務院の前身、日本の総理府に相当する）の「全国各級人民政府・党派・団体及び所属部門の国家機関の職員に公費負担医療と予防措置を実施することに関する指示」⁴⁾を公布した。これによって、国家機関と事業団体の職員の公費医療制度が正式に制定された。

公費医療制度の適用対象者は、各級政府機関・共産党とその他党派の管理部門、人民団体及び文化、教育、科学技術、衛生などの事業部門の職員、研究者及び退職幹部に限られるが、大学の在校生及び退役した二等乙級以上の革命障害軍人も適用対象者である⁵⁾。公費医療の財源は、政府分担については国家財政予算の中から単独でその項目が設けられている。この予算は

各級財政担当部門の配分案に沿って、衛生部（日本の厚生省に相当）、財務部（日本の財務省に相当）を通じて公費医療管理機関に支給され、被保険者本人には一切負担させなかった。給付は診療費、手術費、薬代のすべてである。入院時の給食費、通院時の交通費は患者の自己負担となるが、経済的に困難があって負担できない場合には、勤務先に申請して「困難補助金」の受給が可能であった。

費用範囲は表 1 にみられるように、基本的に国家などが指定した医療機関であれば、かなり自己負担を少額に抑えることができた。端的に言えば、初診料を自己負担すれば、表 1 の自己負担部分の 4・5 以外、無料に近かった⁶⁾。

表 1 公費医療の費用負担

| 政府の費用負担 | 個人の費用負担 |
|---------------------------|------------------------------|
| 1 診療、入院での薬・検査・治療・手術・ベッド代等 | 1 売薬などは自費による |
| 2 計画出産における医薬代 | 2 初診料、往診料、入院の際の食費や暖房・クーラー代など |
| 3 医療機関が認めた国産・輸入医療器具に対する費用 | 3 予防接種などの費用 |
| 4 器官における移植の費用 | 4 美容整形などの費用 |
| 5 公傷による医薬代 | 5 指定病院以外における治療費 |
| 6 重病にあって救済すべき高価な医薬代 | 6 交通事故などの関する治療費 |

出所：朱芳芳『“安全網”和“減震器”——中国社会保障問題』，中国国际广播出版社，2001 年，88 頁。

被扶養親族の医療給付については、1955 年 9 月 17 日に衛生部、財政部と政務院人事局が連名で公布した「国家機関職員の子供の医療問題について」によって、2 種類の実施方法が打ち出された。1 つ目は、統一徴収制度である。この制度は、公費医療の規定に基づいて医療給付を受ける扶養親族が納付した掛け金を当該機関が統一的に管理し、使用するという低いレベルの医療統一準備基金制度である。扶養親族は、公費医療指定病院で治療を受けることができ、足りない分について機関が補充することになっていた。2 つ目は、医療掛け金の統一徴収が難しい場合の「機関福利費」から拠出する方法、あるいは、被扶養親族が医療費の 50%を負担し、機関が 50%を負担するという半額医療制度の方法である⁷⁾。

公費医療制度を実施した当初（1952 年）には、同制度の適用者がわずか 400 万人にすぎなかったが、1990 年には約 2486 万人（このうち、退職者などが、約 1693 万人）となっていた⁸⁾。

(2) 労働医療保険制度の特徴

労働医療保険制度は、1930年、（中央ソビエト管轄地域における「労働暫定法」の実施によって）長期被用者が疾病で死傷の場合、その医療費・見舞金は雇用主が負担することから始まった。その後、内戦期の1948年、全国労働大会決議によって、労働保険条例が実施され、各企業は毎月賃金総額の3.5%を労働保険基金として取り出し、従業員の疾病死傷に使用することになった⁹⁾。

建国後の1951年2月に、政府は「中華人民共和国労働保険条例」を公布し、企業従業員の医療待遇について関連規定を定めた。「中華人民共和国労働保険条例」に定められた医療給付水準は大変低いものとはいえ、それにより企業従業員の労働保険医療制度が確立されたことを意味した。一方、医療サービスの提供は、当時の財政力がまだ弱かったため、非常に限られた範囲でしか行えなかった。その後、国民経済の復興と国家財政の好転にともなって、政務院は1953年に、1951年の「労働保険条例」に対して修正を加え、これによって、社会保険の適用対象が拡大され、老齢・疾病給付の水準も改善され、国有企業を中心とした労働医療保険制度が正式にスタートした¹⁰⁾。

その給付対象は、主に国有企業・都市の一部集団所有制企業の労働者・職員及び退職者である¹¹⁾。また、公費医療制度と違って、その労働者・職員の扶養家族に対しても、5割前後の給付が行われた。受給者数は、1953年の時点で1100万人にすぎなかったが、1990年代初めに、1.37億人に達した¹²⁾。

労働医療保険の資金は企業自身が管理する。中華全国労働組合総会は全国労働保険事業の最高指導機関であり、各級人民政府の労働行政機関がその監督機関である。労働医療保険金は、1951年の実施開始時は賃金総額の3%であったが、1957年に4.5%～5.5%に引き上げられた。1969年、財政部は企業の奨励基金・医薬衛生費を合わせて「企業従業員福利基金」とし、賃金総額の5.5%を徴収して、コストに算入した。もしコストから引き出した医療資金が不足する場合、税金を引いた後に残された福利基金から補充することができる。企業の福利基金及び営業外支出からなるが、不足部分は企業利潤から繰り入れる。これは、労働者・職員の医療費を全額企業負担する個人無料医療制度であり、企業福利である¹³⁾。

(3) 農村合作医療制度の特徴

農村合作医療制度は、農村住民が自主的につくった農村互助共済医療保険である。この制度の成立は遅い。すなわち、合作医療制度は、1956年の「高級農業生産合作社模範章程」によって設立されている。それは、伝統的な医療保障制度であり、農村の主要な社会保障項目である。成立当時、農村互助合作運動の進展につれて、一部地域の農民は病気治療難を解決するために、農業生産協同組合保健ステーションをつくり、毎年1人あたり数角（1元＝10角、2004年現在、

日本円で10～15円に相当)の資金を出し合った。そして、病気治療の時に薬代だけは個人が支払い、受付料、往診料等は無料であった¹⁴⁾。

合作医療の財源は、主に村または郷、鎮を単位に、農民が自主的に納める一定額と集団経済の公益から支出される一定額の補助金からなる。合作医療に加入すれば、医療費の一部を合作医療団体が負担する。医療には、主に「赤脚医者」(裸足の医者)¹⁵⁾があたり、医務室は生産大隊に設けられている。一般の軽い病気は生産大隊の医務室で「赤脚医者」に見てもらい、中度の病気は公社病院で見てもらい、重度の病気は県(市)病院で見もらうようになっていた。

1968年、毛沢東主席は、湖北省の長陽県楽園公社が実施した合作医療運営の経験を高く評価した。それをきっかけとして、全国各地の人民公社は当時熱狂的政治雰囲気の中で一気に実施されるようになり、文化大革命中に本格的に普及した。1978年3月、合作医療は当時の憲法にも盛り込まれた。そして、1979年12月15日に衛生部・農業部・財政部は連名で「農村合作医療規定(試行草案)」を公布し、政府の行政命令でそれを実施していた。それゆえ、農村合作医療も社会医療保険の範疇にはいるが、ただその強制力や権威的性格は労働保険医療と職員の公費医療には及ばなかった¹⁶⁾。

2. 旧医療保険制度の問題点と医療保険改革の必然性

(1) 旧医療保険制度の問題点と医療保険改革の背景

公費医療と労働医療、管理運営の過程において多くの問題を顕在化させてきた。たとえば、北京市内の約2万人を擁する工場の社員寮で、毎月ゴミ箱から数百キログラムの未開封の薬が出てくるということもあった。だから、あまりにも日常的にゴミ箱から薬が出回るため、専門の「薬品の回収」業者が出てきたといわれていた。こうした労働医療制度が労働者に対して費用意識や節約意識を失わせ、自らの浪費意識すらもっていなかったのであった。多くの省・市の調査によれば、浪費は全国的に約30%、およそ140億元もあった¹⁷⁾。

以上のように、公費医療と労働保険医療における管理運営の実態はあまり変わらず、共にその病根は同じような現象を示していた。とくに、両者の医療保険制度は社会主義の優越性を強調したこともあって、浪費の一因は個人の費用負担を基本的に無料化にしていたことにあった。それが人々のリスク意識を弱め、コスト意識を希薄化させ、国民の約30%(都市住民)の人々に無料型医療保障を実施していた。そのことが伝統的なモデルの矛盾を発生させ、つまり、医療の過剰を高める大きな要因になっていたが、逆に、企業の負担が増大するということにもつながったのである。

農村の場合、合作医療保険は農村医療の発展に大きく貢献してきた。だが、人民公社の解体、農村過程請負制の実施に伴い、集団経済は弱体化しつつあり、集団経済の合作医療への投資は

大幅に減少し、合作医療の存続は厳しい状況に直面している。前述したように、1979年時点では全国の90%以上の生産隊が合作医療を実施していたが、農村の家庭請負制実施後の1989年には、全国でわずか4.8%の行政村しか合作医療を実施していなかった。その後、政府の呼びかけで、合作医療は少し回復したが、依然として全国行政村の10～15%という低い水準にとどまっている¹⁸⁾。

合作医療の危機はまた個人病院の乱立を助長している。合作医療がなくなった農村では、個人病院が数多く現れている。個人病院は、農民の医療需要を満たすという面では、積極的な役割を果たしている。しかしその反面、農民への医療費の勝手な徴収が酷く、農民の医療費負担増が深刻な問題として指摘されていた。

旧医療保険制度は、国民の健康維持に大きな役割を果たしてきた一方で、1980年代から改革・開放等の経済体制改革や社会主義市場経済の進展に適応できなくなった。その要因として、3点を挙げうる。

医療提供体制の不効率と医療費が急増しやすい体質

旧医療保険制度の下で、被保険者としての従業員・職員には本来果たさなければならない保険料の納付義務が課せられていなかった。その上、医療費はほとんど無料になっていたため、権利だけを知り、医療費節約の意識は全くなかった。患者は受付料さえ支払えば、直接医療・薬品の消費領域に入り、医療保険資源の分配に参加し、しかもその消費金額は制限されない。結局、軽い病気を重い病気として治療し、病気がなくても治療を受け、「大处方箋」や「人情処方箋」で必要以上の多くの薬と高価の薬を手に入れる¹⁹⁾。また、“医療保障を受ける家族がいれば、その家族全員の医療問題が解決できる”といわれるように、保険薬を家族の間で使い回したり、家族分の投薬を依頼したりするという行為も頻繁に起きていた。しかも、無制限な医療消費は、一部地域で医者と患者の結託による不正行為の蔓延をもたらした。一部の患者は病院で薬をもらって、すぐ薬局で現金に引き換える。一部の病院のすぐそばには、いつも薬品を買い付ける店が多数存在している。医療過程での浪費行為、道徳退廃、制度と機能の欠陥等も医療費の急増をもたらした重要な原因である。関係部門の調査分析によると、医療費の不正支出はなんと医療費総額の約20～30%を占める²⁰⁾。

こうした医療提供体制の不効率助長した医療費の急増は、企業に多大な負担をかけており、とりわけ一部の経営難企業は医療費負担に耐えられないため、医療資金の一部あるいは全部を従業員に振り分け、個人請負の措置に変えてしまった。結局、医療保障制度が形骸化し、互助共済の役割が完全に消失した。とくに、経営難に陥った国営企業の場合、従業員が重病にかかっても治療を受けられず、医療費を精算することができない状況が多発している。

高齢化の進展と定年退職者の急増

高齢者と定年退職者が増えるにつれて、心臓病、癌、慢性病患者がますます多くなってきた。しかも、これらの病気治療には長い期間が必要であり、医療費の支出も当然多くなる。国有部

門を例にみれば、1997年に国有部門の定年退職者が2610万人で、それは在職者1億766万人の24.2%にすぎないけれども、定年退職者の医療衛生費総額が240.6億円で、在職者医療衛生費総額(423.4億円)の56.9%を占めている。一人当たり医療費支出の比較では、定年定職者が1997年に921.8円で、在職者(393円)の2.4倍に相当する²¹⁾。しかも、定年定職者が国有企業に集中しているため、国有企業の医療費負担を圧迫している。

企業経営の悪化と企業の医療保険負担額の増加

改革開放後、市場経済推進の下で国営企業の経営が急速に悪化している。しかも、急増する医療費の負担に耐えられない企業を多く生み出すことになった。とくに、退職者の医療費を支払えない企業が増加し、社会問題化している。一方、新生の郷鎮企業や外資系企業などの職員・労働者は医療保障にカバーされていないため、無保険者が存在するという制度の矛盾も現れてきた。それゆえ、企業単位の医療保障を医療保険化する必要が生じ、医療費の一部個人負担が導入された²²⁾。

現在、財政と企業の医療費支出はいずれも膨大である。企業の医療費支出はすべて福利基金を使い果たした上で、さらに生産資金・流動資金を蝕んでおり、企業の生き残りや発展に直接的に影響している。国家機関と事業体の医療費の支出が、財政支出の中に占める割合は終始高い上昇傾向にあり、各級政府財政難の重要な原因の一つになっている。

以上は旧医療保障制度の果たした役割および構造的欠陥であるが、このすでに歴史的使命をほぼ果たした医療保険制度は、今の改革開放の大潮流に適合させるために、政府は断固たる措置を採らなければならなかった。それに対する初期段階の改革は1980年代から始まった。

(2) 改革開放後の医療保険制度改革の必然性

改革開放前、ほとんどの医療サービスが公的に提供され、薬品や設備も不足していたので、医療費はさほど大きな問題にならなかった。しかし、需要側の改革を伴わない医療の供給側のみ市場化は、公的医療費の需要と供給双方に医療費抑制のインセンティブが働かないため医療費の急増を招いた。なかでも労働医療保険制度の医療費の増加は激しく、企業の従業員賃金総額に対する医療費の比率は1978年の6%から1992年の10%に跳ね上がった。公費医療に関しても、1980年代の年平均増加率20.8%は財政総支出の年平均増加率13%を遥かに上回るものであった²³⁾。

旧医療保険制度は、国民の健康維持に大きな役割を果たしてきたと言っていい。だが、1980年代から改革・開放等の経済体制改革や社会主義市場経済の進展に適応できなかった。医療保障制度は市場経済への転換につれて、改革の必要に迫られた。「中国特有の社会主義経済体制」の進展にともなう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、「下崗」(レイオフ)の従業員も増大している。さらに、企業がその従業員に対して医療費や医療サービスを提供している。地域間、企業間の医療サービスの格差が大きく、労働力

の移動が妨げられているという問題もある。

労働部の統計によると、医療保障は国民の最大の関心事であり、しかも最も不満の高い問題である。一方で多くの従業員の基本的な医療が保障されず、他方で医療費、医療サービスの無駄使いが指摘されている。一部の国有企業には、生産性の低下と財務状況の悪化により、従業員の医療保障制度が有名無実となる傾向がみられる。企業経営の悪化で医療費の負担に耐えられないため、従業員、とくに定年退職者に対する医療費の支払いも遅れがち、その結果従業員の医療保障を受ける権利が侵害されている場合もある。なぜならば、職員・労働者及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、その請求を拒否し、医療保険による医療費用支払い義務を果たせない状態になった。

一方、公費医療保険制度は、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、収入の増加を図るため、高額な医薬品や栄養補助食品、医薬部外品を大量投入し、新しい医療技術や医療器材をやみくもに輸入して使用し、また、公費医療、労働医療保険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。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消費する傾向がある。

労働医療保険の場合、医療費用の総額と1人当たり医療費は、1978年にはそれぞれ28億3000万元と40元だったが、1990年には226億4000万元と219元へと激増した。1996年末の労働医療保険の総額は554億7000万元で、1990年の水準より245%増加した。1997年には、全国の従業員の医療費用は773億7000万元で、改革初期の78年に比べて28倍となり、年平均増加率は19%だった。それに対し、同期の財政収入はわずか6.6倍で、年平均増加率は11%しか増えなかった²⁴⁾。つまり、従業員医療費の増加速度は同期財政の増加速度をはるかに超えている。このように膨張し続けている医療費は、すでに中国の現在の経済水準では、企業財政と国家財政が負担しきれないところまで来てしまった。

3. 改革開放初期の医療保険制度改革

医療保障の改革は、他の社会保障制度の改革とともに1980年代に始まった。しかし、老齢年金保険、失業保険の改革よりも遅れ、いまだに旧制度から新制度に完全に移行できてはいない。このことから、その改革の難しさを窺うことができる。この改革は徹底して中央政府主導型改革である。つまり、完全に中央政府の指導の下に、各地方で試行を繰り返すという過程を経てきた。

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。医療保険制度改革は1979年から行われてきたが、改革の歩みを以下の2つに分けてみることができる。

(1) 医療保険改革の初期段階（1979～1988 年）

改革開放前の農村医療制度が人民公社という人為的共同体と強力な社会主義イデオロギーを存在基盤としたとすれば、「生産リンク請負制」の実施とイデオロギーはこの基盤を根本から揺るがすものであった。1980 年代以後、農村合作医療制度の復活の必要性が政府や学者によって度々主張されてはいるものの、上海の郊県、江蘇の呉県等など比較的裕福な地域で新しい制度として生まれ変わったのを例外として、大部分の農村地域では自由放任的な市場原理が医療を支配するようになった²⁵⁾。

1980 年代、医療保障制度改革の重点が農村から都市へシフトされた。1980 年代から 1990 年代の初頭にかけて、各地で実施された改革の試みは主に医療費の急増問題に対する措置であり、基本的に従来の医療保険制度の枠を超えなかった。

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、まず、医療費の個人負担の導入を指示した²⁶⁾。医療費の個人負担には様々な形態が採られている。なかでも、医療費と従業員個人の利益と結びつけることを目的とする「個人定額補助制」方式が中心である。主として、次のようなシステムである。「個人定額補助制」とは、

企業は医療給付費用を勤務年数と年齢に応じて定額を従業員に分配する。未超過分は返還する必要はなく、この金額を超過した医療費については個人が負担し、その全部あるいは一部が企業から償還される。個人負担の具体的な方法は地域によって異なるが、医療費の 5～20%の自己負担や定額医療負担を実施した。企業は定額給付費を支払うことで、提携先の医療機関に従業員の医療をすべて請け負わせる。「公費医療」に関して、管理部門は個別の行政機関や非営利事業体などに給付費を一括支給しそれで賄わせる。その他。

具体的には、国家機関や事業部門は、財政部門から交付された医療経費を職員数に応じて支出総額を決め、毎月職員に一定金額の医療手当金²⁷⁾を給与と一緒に個人に支給する。医療サービスを受ける時、個人は給付された医療費を直接病院に支払うが、年度内の精算で年間医療費の支給額が医療手当金の総額を超えた場合、前もって設定された支出額の上限²⁸⁾を超えた分について、保険者である機関に請求し、保険者から払い戻し・償還を受ける。入院費についても、同様な償還方式が採用される。その逆に医療費を節約した場合、その節約した部分が自分のものになる。このように「個人定額補助制」方式は、国有企業がこれまでに実施してきた、請負生産責任制度を医療費の使用に適用した医療費の請負責任制度だともいえる。「個人定額補助制」方式がまもなく国営企業にも導入された。企業の経営状態や地域によって医療費請負責任制度の形態がそれぞれ異なっている。経済効率の悪い企業では療養に要した費用とは関係なく、前もって決められた範囲内で精算する場合が多い²⁹⁾。一部の地方や企業では、医療費の予算を個人ごとに平均分配し、それ以上の部分はすべて自己負担とする極端な措置も採られた。こうした平均分配が、医療保険の目的であるリスク分散の役割をまったく果たせないことは言うま

でもない。

1980年代、全国では約90%以上の企業は程度違い医療費の個人負担制を実施して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³⁰⁾。

(2) 医療保険制度改革の実験期（1988～1993年）

医療費の個人負担制の導入は、ある程度の医療費抑制効果をもったとされている。しかし、企業単位で個別に運営される医療保険の統合、自営業者や外資企業従業員などの医療保険未加入問題の解決、医療費や保険料の個人負担制の導入、医療保険機構の設置などが課題として残されている。1988年3月には、担当官庁である衛生部が中心となり、労働部、財政部、体制改革委員会や総工会などの関連部門が参画して、国家医療改革研究チームが設立され、効率的で効果的な医療保障体制の確立に向けた改革が模索されている³¹⁾。

改革開放後経済改革の加速と医療保険改革

1989年の天安門事件以後、一時その前途が憂慮された中国の経済改革は、1992年年頭における鄧小平氏の南巡講話をきっかけに再び足取りを早めた。10月に開かれた共産党第14回全国大会では経済目標を「社会主義市場経済」の建設に定め、翌1993年11月には「社会主義市場経済の若干問題に関する中共中央の決定」を発表した³²⁾。医療保険改革は、養老（年金）保険改革、失業保険改革とならんで、社会主義市場経済のための不可欠な一環としての重要性が認定されたのである。

1980年代から徐々に医療保険制度の改革が行われている。その主なものは、医療費の個人負担制の導入である。各地では、公費医療・労働保険医療と個人負担を結びつけるべく、大病医療費社会プール、入院治療費社会プール、離職休養・定年退職者医療費社会プールといった新しい構想と方法を相次いで打ち出した。特に重病（大病）のリスク分散を図るために、従業員の大病医療費社会プールと離職休養・定年退職者の医療費社会プールを実施している。

重病（大病）医療費用の地域統一基準基金は、一定の比率に応じて、徴収された医療費用を社会保険期間が統一的に管理し、被保険者が重病（大病）にかかった時にその費用を支払うというものである。1987年5月に北京市東城区野菜会社は、従業員の重病（大病）医療費問題を解決するために、会社の中で重病（大病）医療費の統一徴収制度を実施し始めた。その後、同社の経験が全国に紹介され、多くの省、市は現地の実情を踏まえた上で、この方法を導入した³³⁾。1992年9月、労働部は「従業員の重病（大病）医療費統一徴収の試行に関する意見」を公布し、全国範囲に重病医療費の統一徴収方式を広げた。

重病医療費（保険料）の統一徴収の具体的なやり方は、都市部の区（日本の町に相当する）

と農村部の県を徴収単位とし、各企業は賃金総額の 3～5% に相当する費用を重病医療保険料として、区または県に納付する。企業から徴収した費用を地域でプールし、社会保険期間はそれを統一的に管理する³⁴⁾。従業員が重病の治療に要した費用については、社会保険機関は病気の種類に応じて医療費の大部分を支給するが、一部は個人と企業が負担することになる。この方式を実施する多くの地域は医療保険料を個人から徴収していないが、従業員に対する意識付けのために、企業が毎月職員・労働者 1 人当たり 2～4 元（福利基金から支出）、退職者 1 人当たり 5～10 元（企業の「営業外支出」から支出）の保険料を個人から徴収する地域もある。重病医療費給付の最低基準が地域、医療時期によって異なる。大体中小都市では 300 元～500 元、大都市では 1000 元～2000 元となっている³⁵⁾。給付基準は現地の医療消費水準と統一徴収範囲などの実情によって決められている。保険基金は市レベルでプールを実施しているが、その代表的な地域は北京と四川省成都である。

離休（老幹部）・定年退職者医療費の社会統一準備基金は、重病医療費用の地域統一準備基金と類似している。離休・定年退職者の医療費用を地域的にプールし、かかる医療費を企業ではなく、地域の社会保険管理機構が統一的に管理し、給付するものである。離休・定年退職者は在職の時と同じように全額公費医療制度を享受し、彼らの医療費は在職者の 2～4 倍になっている³⁶⁾。

1989 年 3 月から遼寧省丹東市、吉林省四平市、湖北省黄石市、湖南省株州市が公費医療制度の改革「モデル都市」に、そして、深圳市と海南省が「総合改革モデル都市」に指定され、実験的な改善に着手した³⁷⁾。しかし、これら地域の改革は、原則の不明確、行政部門間の利害衝突、企業側の消極的態度などが原因となって、全国に普及できるモデルの模索までには至らず、実験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。

全国統一の医療保険制度改革の始動

1992 年 5 月 4 日、国務院は全国医療保険制度改革の推進と指導を担当させる目的で医療保険制度改革グループを設けた。そして翌年 10 月 8 日、労働部は「従業員の医療保険制度改革の試行地に関する意見」を公布し、これまで地方と企業で実験を繰り返してきた、重病医療費社会プール基金を個人・企業・国の三者が共同で負担する方針を明らかにした。さらに 1993 年開かれた、中国共産党第 14 期中央委員会第 3 回全体会議では、「都市部従業員の養老と医療保険料は職場と個人が共同で負担し、社会プールと個人口座の結合を実施する」よう求めた。こうした一連の動きから、医療保険制度改革が企業の自発的改革から中央と地方政府の直接指導によるものへと大きく変化したことが分かる³⁸⁾。

1993 年開かれた、中国共産党第 14 期中央委員会第 3 回全体大会の決定に基づき、1994 年の

初め、国務院は、まず江蘇省鎮江市と江西省九江市で医療保険制度改革を試行することに決定した。そして同年4月、国家体制改革委員会・財政部・労働部・衛生部が共同で「従業員の医療保険制度改革の試行地に関する意見」を制定し、14日江蘇省と江西省政府に通達した。江蘇省鎮江市と江西省九江市はこの国務院に承認された「意見」に基づき、半年の準備段階を経てそれぞれ実施法案を提出した。そして、両市の試行法案は国務院に承認され、1994年2月から実施した³⁹⁾。

1993年の医療保険制度改革は中央と地方政府の指導の下で、医療費の急増に歯止めをかけるべく、個人負担分の明確化によって個人の自己負担責任意識を高めることを主旨とする。そしてこの改革は、数多くの指定都市での試行をステップにやがて全国統一の医療保険制度改革がスタートにつながっていく。

(3) 1980年代医療機構の改革

1980年代半ば、都市部の公費医療と労保医療を取り巻く環境にも市場経済化の影響が出始めた。しかし、1980年代は医療保険制度改革だけではなく医療供給側の改革、すなわち医療機構の自主権の拡大と財源の市場化によって特徴を付けられる。

計画経済の最大の弊害は労働インセンティブの不足であると認識されたため、初期的都市部の経済改革は経営者と労働者の経営および労働インセンティブの強化から着手した。しかし、一部の商品に対する政府統制の緩和は医療資材価格の急上昇を招き、その結果医療機構のコスト増と大幅な赤字が目立つようになった。その原因は医療サービスの価格は市場化されなかった。政府は、インセンティブ強化の面で国営企業の「請負経営」方式をそのまま病院に導入することによって政府の財政負担を軽減しようとした⁴⁰⁾。

1985年以後、政府は医療保険契約管理制度と医療機関の引き受け管理制度が導入した。医療保険契約管理制度は、病院側と患者側の合法的權益を保障できるよう、社会保障管理機構また企業、国家機関部門が病院側と医療保険契約を締結し、病院の内部管理を強化し、医療サービスの質を高める制度である。医療保険契約には医療サービスの量的・質的基準、医療費の精算方法、契約期間などが記入されている。この制度の導入によって、医療サービスの提供者と需要者の双方の利益が守られ、病院と患者の矛盾が緩和されるのである。

医療機関の引き受け管理制度では、公費医療の範囲内で医療経費の一部またはその全額を病院に委託管理させ、病院に設けられる公費医療管理部門と専任スタッフが公費医療対象者に対して、医療サービスを供給する制度である。この制度を導入することによって、公費医療管理に対する病院側の積極性が引き起こされ、医療費の増加を有効に抑えることができた。1989年、医療機関に公費医療経費の運営管理を委託した企業、国家機関部門は、公費医療制度の適用対象機関の31%、従業員の20%を占めている⁴¹⁾。1990年以後、この制度の実施範囲が徐々に拡大されている。

4. 医療保険制度改革の成果と問題点

1980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、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。

次に、医療費用の急増が抑制された。第1段階（医療保険改革の初期段階）の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。

さらに、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。

医療費の自己負担の導入に従って、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。

こうした1980年代の医療保険制度改革は、いまだに初期の実験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。

第1に、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。

第2に、元々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。

第3に、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。

第4に、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。

第5に、重病になったとき、社会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。

現在の中国の医療福祉サービスはまだ貧弱だから、このまま高齢社会になると、とても間に合わない。いまのうちから福祉制度の整備をして、来るべき高齢社会に対応しなければならない。

また、農村の場合は、集権的計画経済体制時代に形成された、いわば医療費互助制度としての「農村合作医療」は、経済改革に伴う集団経済の弛緩により、1970年代末期以後は解体に瀕していた。まず、1980年代初期には、当面は合作医療を復活させるという緊急課題があり、その後は「農村合作医療」の運営を郷・村から県のレベルへと上昇させて財政基盤を強化することと同時に、斬新な農村医療保障モデルの模索が主要なテーマとなったのである。総体には、

全農村社会に統一的な医療保険制度の制定には消極的で、国庫負担なしという大前提で、地域的な経済格差や異質性を考慮して、個別の社会経済条件に適合するタイプの医療保障制度を築くというのが当面の課題であると思う。

おわりに

改革・開放後の医療保険制度改革は、都市住民を中心に行なわれている。医療保険制度改革では、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、今後も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、従来の全面的な無料保障からすれば根本的な転換であるといえる。

医療保険制度改革の中に、高齢者の医療保障が含まれている。日本の場合は、高齢者の医療保障は老人医療保険制度によってカバーされている。この制度は、既存の被用者保険と国民健康保険等によって支えられているが、近年老人医療保険支出の増大に伴い、構造的な財政困難に直面しているばかりでなく、抛出と給付の関係が不明確である、などといった問題を抱えている。中国の方式は1つの組織で高齢者も包摂することになっており、日本の方式と比べて単純で分かりやすい仕組みになっている。

1980年代、中国の医療保険の状況は日本の1950年代の医療保険の状況と類似している。日本では、1950年代の前半に医療保険の骨格ができあがったといえるが、まだこのときには農民や自営業者さらに中小企業従事者等医療保険に加入していない者が多数存在しており、加入者と未加入者との間の不公平の是正が重大な問題となっていた。現在の中国の医療保険は、それと同じような状況にみえる。従って、日本の経験を吸収するとすれば、今の改革の下で、中国の実情を考慮しながら、中国特有な医療保険改革をとるべきだと思う。

1980年代の医療保険制度は市場経済にいかに対応すべきか、ということから改革を始めた。改革の結果、国務院は1998年11月「都市労働者の基本的な医療保険制度を確定する決定について」を提起した。その「都市労働者の基本的な医療保険制度を確定する決定について」がこれまで地方で具体化され、いろいろな問題を発生させた。そして、その中でも、個人口座は重要な改革の柱であり、改革の意図として、人々の医療費に対する自覚を促すものであった。しかし、まだそれは成果をあげているとはいえない状況である。だが、医療保険制度改革の改革は第一歩であり、過渡的なものであり、市場経済に合わせて今後も変わるものと思われる。また、中国では年金保険が第1で、医療保険は第2という位置付けであるが、今後はそうではなく、年金も医療も同じようなウェイトに位置付けて改革を進める必要があると思われる。

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) 労働医療保険制度は「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。
- 3) 国務院発展研究中心「社会保障課題組」『分離体制軌軌成本、建立持續制度』、社会保障体制改革專題研討會報告、2000 年、1 頁。
- 4) 全国各級人民政府、党派、団体および所属事業部門の国家工作人員（職員）を対象とする、公費医療予防措置の実施に関する指示である。
- 5) 劉学民『医療保険 291 問』人民法院出版社、1998 年、19 頁。
- 6) 陈佳贵、吕政、王延中主編『中国社会保障發展報告（1999～2001）』社会科学文献出版社、2001 年、78 頁。
- 7) 劉学民、前掲書、81 頁。
- 8) 喬勤増「衛生部と社会福祉」、王思斌主編『中国社会福利』香港中華書局有限公司、1998 年 5 月、110 頁。
- 9) 王占臣・仁凡『社会保障法全书』上巻、改革出版社、1995 年、2 頁。
- 10) 烏日图『医疗 工伤 生育保險』中国劳动社会保障出版社、2001 年、16 頁。
- 11) 喬曉春「關於中国農村社会養老保險問題的 analysis」、『人口研究』、1998 年 3 月号。
- 12) 喬勤増、前掲書、100 頁。
- 13) 劉曉梅『中国の改革開放と社会保障』汐文社、2002 年、188 頁。
- 14) 中江章浩『21 世紀の社会保障』第一書房、1997 年、11 頁。
- 15) 蔡仁华『中国医疗保障改革实用全书』中国人事出版社、1998 年、344 頁。「医療・衛生活動に従事する半農・半医の衛生要員。1965 年 6 月 26 日付の毛沢東主席のよびかけ「医療・衛生活動の重点が農村をおこう」にこたえて、1968 年 9 月、上海市川沙県江鎮人民公社にはじめて誕生。以後、全国各地の農村で多数養成され、農村の医療・衛生制度の改革に重要な役割を果たした。一般に、正規の病院の協力を得て、病気の予防活動、衛生知識の宣伝をはじめ、診察、往診、軽い病気の治療、予防注射等の医療活動に従事する。1975 年末には、500 万人余が活躍した」。
- 16) 王文亮『21 世紀に向けて中国の社会保障』日本僑報社、2001 年、19 頁。
- 17) 陈佳贵、吕政、王延中主編、前掲書、79 頁。
- 18) 喬勤増、前掲書、101 頁。
- 19) いわゆる「大処方箋」と「人情処方箋」とは、いずれも患者が医者との知り合い関係を利用して手に入れた処方箋のこと。それらの処方箋には、必要以上に大量かつ高価の薬品が書かれている。
- 20) 劉磊「控制医療保険費過度增長的探討」、『労働理論与实践』、1999 年第 11 期。21 頁。
- 21) 『中国労働統計年鑑 1998』中国統計出版社、1998 年、503 頁。
- 22) 大塚正修『中国社会保障改革の衝撃』勁草書房、2002 年、105 頁。
- 23) 王愛文・劉志勇・朱竜翔・趙国君・趙水・尹力・曾憲樹『编织社会安全网—中国社会保障制度的昨天、今天和明天』広西師範大学出版社、1998 年、148 頁。
- 24) 王文亮、前掲書、80 頁。
- 25) 田多英範『現代中国の社会保障制度』流通經濟大学出版社、2004 年、81 頁。
- 26) 王文亮、前掲書、85 頁。
- 27) 通常 1 人当たり医療費の 25%～40%を超えないことを原則とする。
- 28) 本人賃金総額の 5%または 1 カ月分の平均賃金となる。
- 29) 張紀溥『現代中国社会保障論』創成社、2001 年、413 頁。
- 30) 張紀溥、前掲書、414 頁。
- 31) 楊子林『社会保險』中国劳动社会保障出版社、2002 年、81 頁。
- 32) 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、85 頁。
- 33) 張紀溥、前掲書、414 頁。
- 34) 从长欣『医疗保險解答』改革出版社、2000 年、11 頁。
- 35) 大塚正修、前掲書、105 頁。
- 36) 楊子林、前掲書、81 頁。
- 37) 从长欣、前掲書、11 頁。
- 38) 王文亮、前掲書、87 頁。
- 39) 郑秉文『社会保障体制改革攻坚』中国水利水电出版社、2004 年、59 頁。

中国における医療保障財政制度改革（耿）

40) 田多英範、前掲書、81 頁。

41) 張紀濤、前掲書、416 頁。

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）