

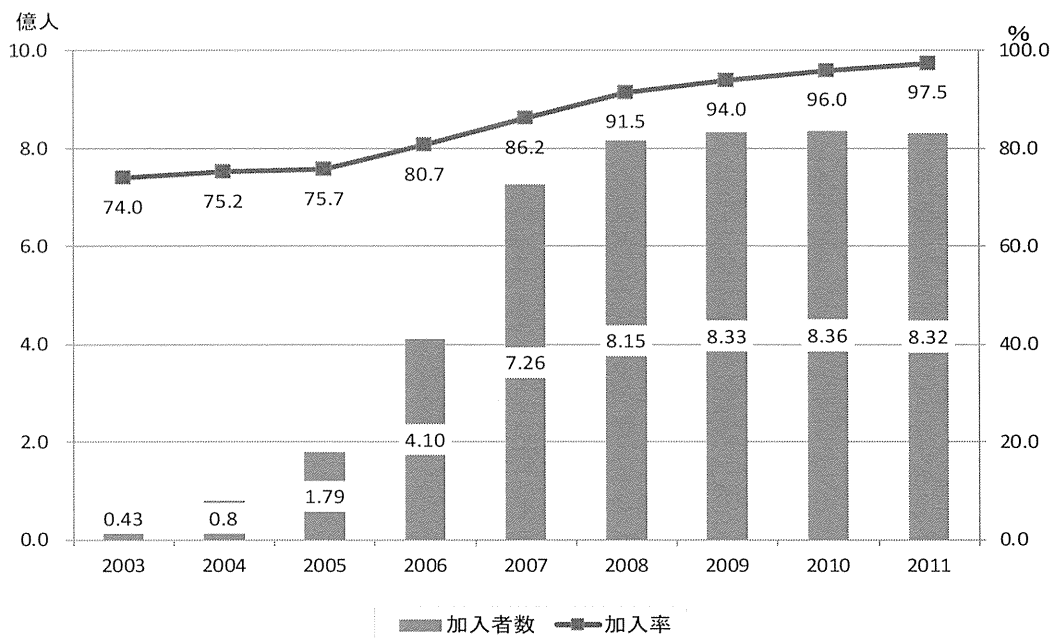
出所: 図 1 と同じ。

図2 都市住民基本医療保険制度の加入状況(2007～2012年)

(2) 中国農村部における公的医療保険制度の実施状況

農村部における公的医療保険制度の実施状況は**図3**で示している。2003年にスタートした新型農村合作医療制度の加入者数と加入率の変遷を表している。加入者数は2005年の1.79億人から2011年の8.32億人へと大幅に増加し、またその加入率(新型農村合作医療制度を試行した地域における加入者数が該当地域の農村人口総数に占める割合)が2005年の75.7%から2011年の97.5%へと大幅に上昇したことが見て取れる。現在、新型農村合作医療制度はほぼ農村戸籍を有する者の全体をカバーしており、その加入率は100%に近い高い値となっている²。

² ここに新型農村合作医療制度の加入率に関しては、政府公表データとマイクロデータによる集計結果が異なることを留意しておく。マイクロデータに基づく集計結果に関しては、Ma(2015)参照されたい。



出所:『中国衛生統計年鑑』2008年、2011年度版に基づき作成。

注:加入率=加入者数/農村人口総数

図3 新型農村合作医療制度の加入者数と加入率(2003~2011年)

(3) 中国全体における公的医療保険制度の実施状況

図1、図2、図3では、都市従業員基本医療保険、都市住民基本医療保険、新型農村合作医療制度の加入状況をそれぞれ考察したが、農村部で公的医療保険制度に加入する者(都市戸籍を有し、農村部で非農業に従事する労働者など)が存在する可能性がある。また、都市部と農村部のいずれにおいても、私的医療保険に加入する者も存在すると考えられる。これらの状況を含め、中国全体における各種の医療保険制度の加入状況を表1にまとめており、以下のことが示された。

表1 中国における医療保険の加入状況(2008年、2011年)

単位:%

	全国		都市部		農村部	
	2008年	2011年	2008年	2011年	2008年	2011年
都市従業員基本医療保険	12.7	14.8	44.2	47.4	1.5	2.9
公費医療制度	1.0	0.7	3	2.2	0.3	0.2
都市住民基本医療保険	3.8	9.5	12.5	25.1	0.7	3.8
新型農村合作医療制度	68.7	69.5	9.5	13.4	89.7	89.9
その他の医療保険	1.0	0.3	2.8	0.9	0.4	0.1
医療保険未加入	12.9	5.2	28.1	10.9	7.5	3.1

出所:中国卫生部『2008年医療サービス調査研究—第4回家庭健康諮問

調査分析報告』および『2011年医改段階性評価調査』に基づき作成。

注:その他の医療保険:商業医療保険、企業補助保険など。

まず、全国の状態をみると、2011年に、医療保険加入者の割合は新型農村合作医療制度加入者が69.5%で最も多い。次いで都市従業員基本医療保険加入者が14.8%、都市住民基本医療保険加入者が9.5%となっている。公的医療保険以外の医療保険加入者の割合はわずか0.3%となっている。

次に、2011年に、都市部で都市従業員基本医療保険加入者と都市住民基本医療保険加入者の割合がそれぞれ47.4%、25.1%で高い。一方、農村で新型農村合作医療制度加入者の割合が89.9%で最も高い。戸籍身分によって加入した医療保険の種類が異なることが示された。

医療保険未加入の状況に関しては、全国で医療保険未加入者の割合は2008年の12.9%から2011年の5.2%へと減少した。また都市部ではその割合が2008年の28.1%から2011年の10.9%、農村部ではその割合が2008年の7.5%から2011年の3.1%へと減少した。近年になるほど医療保険未加入率が低下したが、未加入率は都市部が農村部よりやや高いことが見て取れる。

以上より、都市従業員基本医療保険制度、都市住民基本医療保険制度、新型農村合作医療制度が実施された後、経過年とともに制度の加入者数が大幅に増加し、加入率も上昇したことが示された。これらの公的医療保険制度は国民全体をカバーするため、制度上で「国民皆保険」の目標を達成したといえる。しかし、制度の運営には様々な問題が存在している。以下では、主に医療保障における都市部と農村部間の格差を焦点に当てて検討する。

3. 中国医療保障における都市部と農村部間の格差

本節では医療供給、医療需要と公的医療保険制度における都市部と農村部間の格差問題を取り上げ、中国医療保障における公平性の問題を検討する。

(1) 医療供給における都市部と農村部間の格差

中国では、計画経済期、重工業発展促進政策が実施されていた。そのため、国家財政の多くは主に重工業が密集する都市部に投資し、公的医療制度を含む都市部における社会保障制度を整備させた。農村部で、毛沢東の「医療業務の重点は農村部に置くべき」という方針にしたがって、政府は共済互助の農村合作医療制度を促進し、医療従事者を都市部から農村部へ派遣したが、都市部に比べ、農村部で医療従事者が少なく、医療機関が少なかった。体制移行期に、政府が主導した公的医療保険制度が改革され、新型農村合作医療制度の実施が促進されたが、歴史の「負債」がいまだ残っており、医療供給において都市部と農村部間の格差が依然大きい。

まず、**表2**によると、千人あたり医師数は1980年に都市部が3.22人、農村部が0.76人、両者間の格差(都市部/農村部の倍率)が4.44倍、2012年に都市部が8.55人、農村部が3.41人、両者間の格差が2.51倍となっている。千人あたり看護師数は1980年に都市部が1.83人、農村部が0.20人、両者間の格差が9.15倍、2012年に都市部が3.65人、農村部が1.09人、両者間の格差が23.35倍と拡大している。体制移行期に、医師数における都市部と農村部間の格差が徐々に縮小しているが、看護師供給で両者間の格差は拡大している。

次に、医療機関の病床数(**表3**)に関しては、千人あたり病床数は1990年に都市部4.18、農村部1.55、郷鎮診療所0.81、それぞれの格差(都市部/農村部の倍率、都市部/郷鎮診療所の倍率)は2.70、5.16となっており、2012年に都市部6.88、農村部3.11、郷鎮診療所1.24、それぞれの格差(都市部/農村部の倍率、都市部/郷鎮診療所の倍率)は2.21、5.55となっている。1990年から2012年にかけて、医療機関の千人あたり病床数における都市部と農村部間の格差が大きく縮小せず、むしろ都市部と郷鎮診療所間の格差は拡大している。

表2 医療従事者における都市部と農村部間の格差(1980~2012年)

単位:人/千人あたり

	医療技術者			医師			看護師		
	合計	都市部	農村部	合計	都市部	農村部	合計	都市部	農村部
1980	2.85	8.03	1.81	1.17	3.22	0.76	0.47	1.83	0.20
1985	3.28	7.92	2.09	1.36	3.35	0.85	0.61	1.85	0.30
1990	3.45	6.59	2.15	1.56	2.95	0.98	0.86	1.91	0.43
1995	3.59	5.36	2.32	1.62	2.39	1.07	0.95	1.59	0.49
1998	3.64	5.30	2.35	1.65	2.34	1.11	1.00	1.64	0.51
1999	3.64	5.24	2.38	1.67	2.33	1.14	1.02	1.64	0.52
2000	3.63	5.17	2.41	1.68	2.31	1.17	1.02	1.64	0.54
2001	3.62	5.15	2.38	1.69	2.32	1.17	1.03	1.65	0.54
2002	3.41	-	-	1.47	-	-	1.00	-	-
2003	3.48	4.88	2.26	1.54	2.13	1.04	1.00	1.59	0.50
2004	3.53	4.99	2.24	1.57	2.18	1.04	1.03	1.63	0.50
2005	3.50	5.82	2.69	1.56	2.46	1.26	1.03	2.10	0.65
2006	3.60	6.09	2.70	1.60	2.56	1.26	1.09	2.22	0.66
2007	3.72	6.44	2.69	1.61	2.61	1.23	1.18	2.42	0.70
2008	3.90	6.68	2.80	1.66	2.68	1.26	1.27	2.54	0.76
2009	4.15	7.15	2.94	1.75	2.83	1.31	1.39	2.82	0.81
2010	4.39	7.62	3.04	1.80	2.97	1.32	1.53	3.09	0.89
2011	4.61	6.68	2.66	1.83	2.62	1.10	1.67	2.62	0.79
2012	4.94	8.55	3.41	1.94	3.19	1.40	1.85	3.65	1.09

出所:『中国統計年鑑 2012』第 21-3 表に基づき作成。

注:合計を計算するとき、分母は以下の通りである。

2005年以前:戸籍人口(都市戸籍人口+農村戸籍人口)

2005年およびその以降:居住地に6カ月以上に居住する人口

表3 医療機関の病床数における都市部と農村部の格差(1990~2012年)

単位:床/千人あたり

	都市部	農村部	郷鎮診療所	都市/農村	都市/郷鎮診療所
1990	4.18	1.55	0.81	2.70	5.16
1995	3.50	1.59	0.81	2.20	4.32
2000	3.49	1.50	0.80	2.33	4.36
2001	3.51	1.48	0.81	2.37	4.33
2002	3.40	1.41	0.74	2.41	4.59
2003	3.42	1.41	0.76	2.43	4.50
2004	1.64	0.75	0.76	2.19	2.16
2005	3.59	1.43	0.78	2.51	4.60
2006	3.69	1.49	0.80	2.48	4.61
2007	4.90	2.00	0.85	2.45	5.76
2008	5.17	2.20	0.96	2.35	5.39
2009	5.54	2.41	1.05	2.30	5.28
2010	5.94	2.60	1.12	2.28	5.30
2011	6.24	2.80	1.16	2.23	5.38
2012	6.88	3.11	1.24	2.21	5.55

出所:『中国統計年鑑 2012』第 21-7 表に基づき作成。

注:人口:居住地に6カ月以上に居住する人口。

(2) 医療需要における都市部と農村部間の格差

中国で、医療供給で都市部と農村部間の格差が大きいと同時に、医療需要における両者間の格差も存在している。以下では、死亡率、主観的健康状態、重症患者率・重症患者入院日数における都市部と農村部間の格差を数量的に把握する。

まず、妊産母・乳幼児死亡率(表4)に関しては、1991年から2012年にかけて新生児死亡率、乳幼児死亡率、5歳以下児童死亡率、妊産母死亡率のいずれも農村部が都市部より高い。たとえば、2012年に、新生児死亡率は農村部(8.1%)が都市部(3.9%)の2.1倍、乳幼児死亡率は農村部(12.4%)が都市部(5.2%)の2.4倍、5歳以下児童死亡率は農村部(16.2%)が都市部(5.9%)の2.7倍、妊産母死亡率は農村部(10万人あたり25.6人)が都市部(10万人あたり22.2人)の1.2倍とそれぞれなっている。

表4 都市部と農村部における妊産母・乳幼児死亡率(1991～2012年)

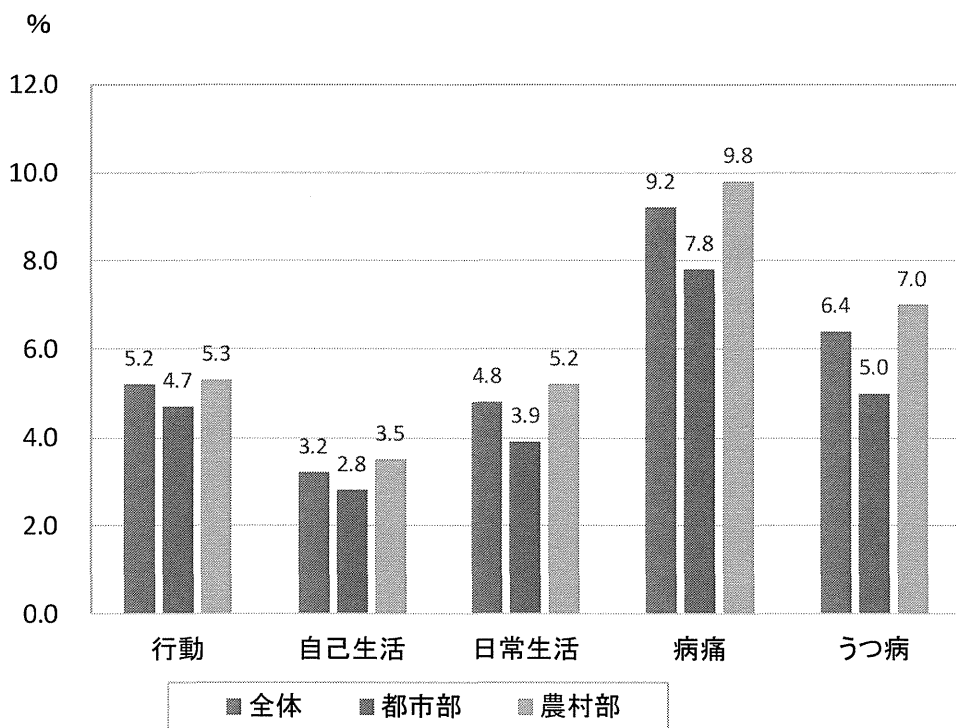
年代	新生児死亡率 (1千人あたり)			乳幼児死亡率 (1千人あたり)			5歳以下児童死亡率 (1千人あたり)			妊産母死亡率 (10万人あたり)		
	合計	都市部	農村部	合計	都市部	農村部	合計	都市部	農村部	合計	都市部	農村部
1991	33.1	12.5	37.9	50.2	17.3	58.0	61.0	20.9	71.1	80.0	46.3	100.0
1992	32.5	13.9	36.8	46.7	18.4	53.2	57.4	20.7	65.6	76.5	42.7	97.9
1993	31.2	12.9	35.4	43.6	15.9	50.0	53.1	18.3	61.6	67.3	38.5	85.1
1994	28.5	12.2	32.3	39.9	15.5	45.6	49.6	18.0	56.9	64.8	44.1	77.5
1995	27.3	10.6	31.1	36.4	14.2	41.6	44.5	16.4	51.1	61.9	39.2	76.0
1996	24.0	12.2	26.7	36.0	14.8	40.9	45.0	16.9	51.4	63.9	29.2	86.4
1997	24.2	10.3	27.5	33.1	13.1	37.7	42.3	15.5	48.5	63.6	38.3	80.4
1998	22.3	10.0	25.1	33.2	13.5	37.7	42.0	16.2	47.9	56.2	28.6	74.1
1999	22.2	9.5	25.1	33.3	11.9	38.2	41.4	14.3	47.7	58.7	26.2	79.7
2000	22.8	9.5	25.8	32.2	11.8	37.0	39.7	13.8	45.7	53.0	29.3	69.6
2001	21.4	10.6	23.9	30.0	13.6	33.8	35.9	16.3	40.4	50.2	33.1	61.9
2002	20.7	9.7	23.2	29.2	12.2	33.1	34.9	14.6	39.6	43.2	22.3	58.2
2003	18.0	8.9	20.1	25.5	11.3	28.7	29.9	14.8	33.4	51.3	27.6	65.4
2004	15.4	8.4	17.3	21.5	10.1	24.5	25.0	12.0	28.5	48.3	26.1	63.0
2005	13.2	7.5	14.7	19.0	9.1	21.6	22.5	10.7	25.7	47.7	25.0	53.8
2006	12.0	6.8	13.4	17.2	8.0	19.7	20.6	9.6	23.6	41.1	24.8	45.5
2007	10.7	5.5	12.8	15.3	7.7	18.6	18.1	9.0	21.8	36.6	25.2	41.3
2008	10.2	5.0	12.3	14.9	6.5	18.4	18.5	7.9	22.7	34.2	29.2	36.1
2009	9.0	4.5	10.8	13.8	6.2	17.0	17.2	7.6	21.1	31.9	26.6	34.0
2010	8.3	4.1	10.0	13.1	5.8	16.1	16.4	7.3	20.1	30.0	29.7	30.1
2011	7.8	4.0	9.4	12.1	5.8	14.7	15.6	7.1	19.1	26.1	25.2	26.5
2012	6.9	3.9	8.1	10.3	5.2	12.4	13.2	5.9	16.2	24.5	22.2	25.6

出所:『中国統計年鑑 2013』第21-18表に基づき作成。

次に健康状態における都市部と農村部間の格差に関しては、主観的健康状態(図4)からみると、「行動」、「独立生活」、「日常生活」、「病痛」、「うつう」には問題があると回答した者の割合の

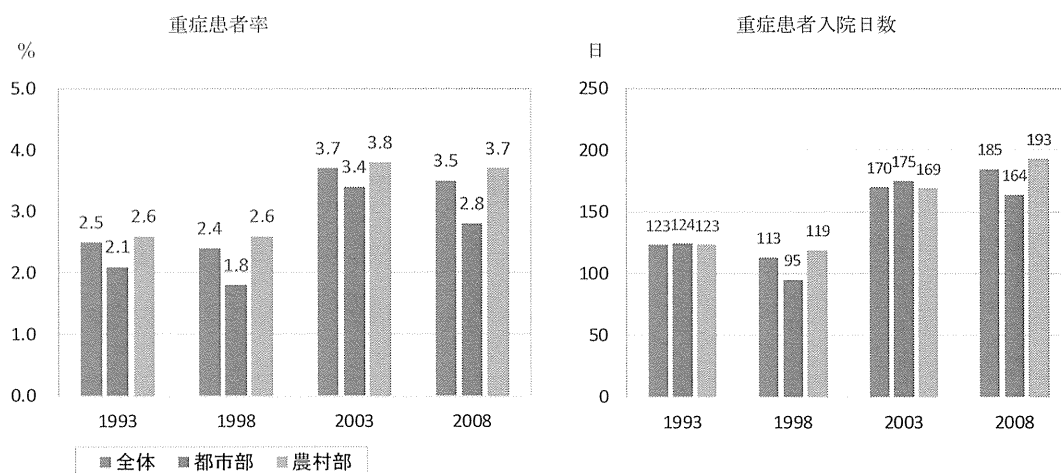
いずれも農村部が都市部より高い。たとえば、「病痛」と回答した者の割合は農村部(9.8%)が都市部(7.8%)より 2.0%高く、日常生活に問題があると回答した者の割合は農村部(5.2%)が都市部(3.9%)より 1.3%高い。

また、1993年から2008年までに、重症患者率(図5)のいずれも農村部が都市部より高く、重症患者入院日数のいずれも農村部が都市部より長い。たとえば、2008年に重症患者率は農村部(3.7%)が都市部(2.8%)より0.9%高く、重症患者入院日数は農村部(193日)が都市部(164日)より約1カ月(29日)長いことを見て取れる。



出所:中国卫生部(2009)『2008年医療サービス調査研究—第4回家庭健康諮問調査分析報告』表3-1-1に基づき作成。

図4 主観的健康状態における都市部と農村部間の格差(2008年)

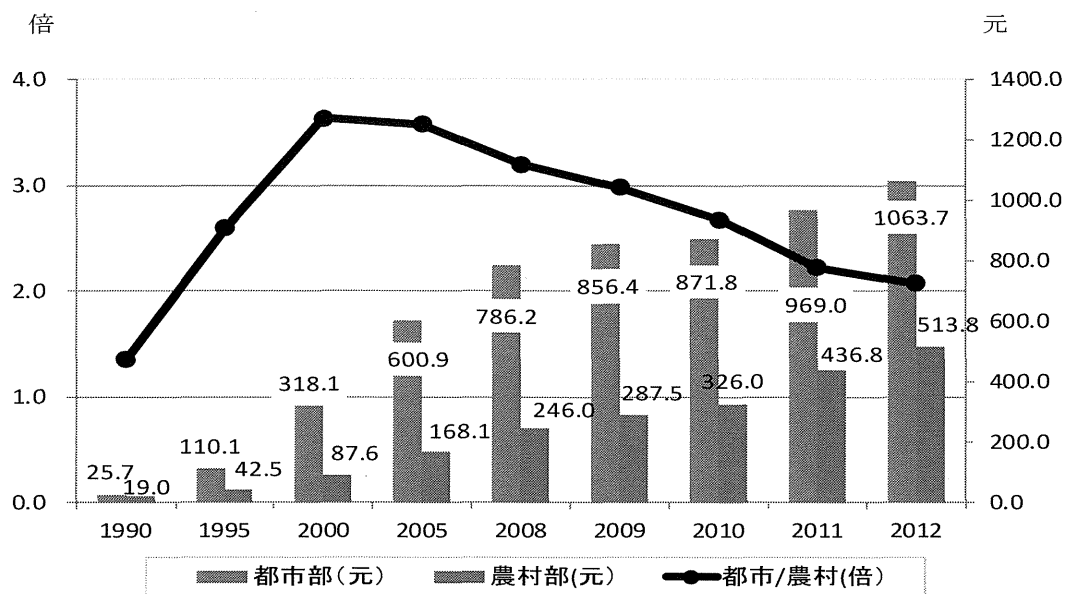


出所: 中国卫生部(2009)『2008年医療サービス調査研究—第4回家庭健康諮問調査分析報告』表3-2-11、表3-2-12に基づき作成。

図5 重症患者率・重症患者の入院日数における都市部と農村部間の格差 (1993～2008年)

さらに、医療需要は農村部が都市部より多い一方で、医療費支出は都市部が農村部より大きい。図6によると、1990年から2012年までに、1人あたり医療費支出は都市部が農村部より低いことがわかる。1990年から2000年までに両者間の格差は1.35倍(1990年)から3.63(2000年)倍へと拡大し、その後、格差が小幅縮小したが、2012年に1人あたり医療費支出は都市部が農村部の約2倍であり、両者間の格差が依然として大きい。

なぜ、医療需要は農村部が都市部より高い一方で、医療費支出は農村部が都市部より低いのか。制度などの原因によって、農村部で医療サービスに対して過小需要の問題が存在することが、一つの理由として挙げられる。この点については、以下では、公的医療保険制度による医療保険財源・医療費給付の格差問題を考察する。



出所:『2013年中国衛生統計年鑑』表 4-1-5 に基づき作成。

注: 1) 1人あたり年間医療費支出は各年度の名目値である。

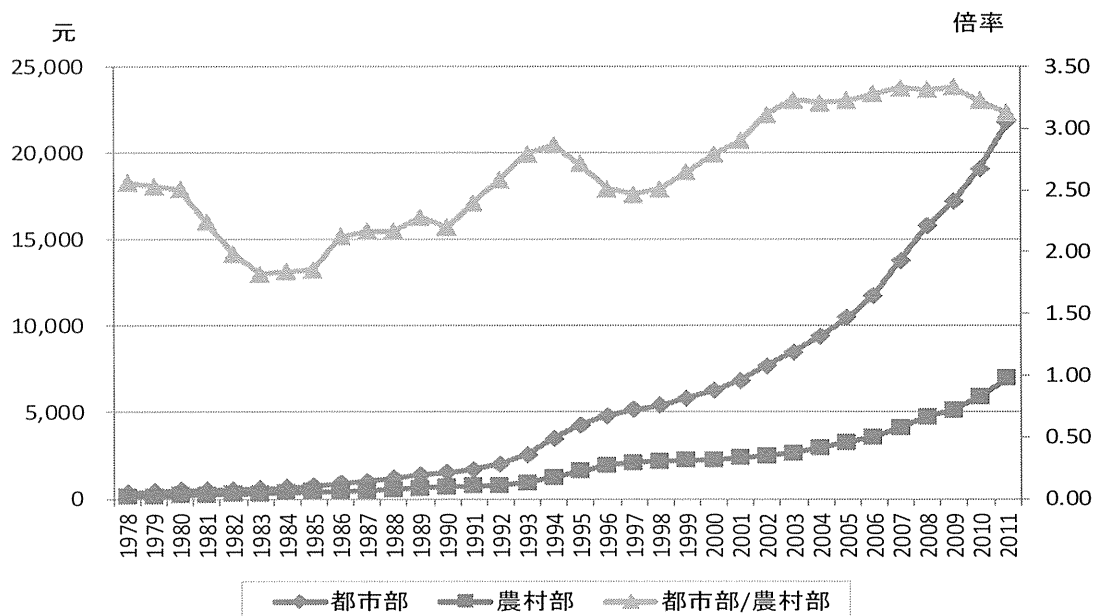
2) 都市/農村(倍率)は都市部年間医療費支出を農村部医療費支出で除して算出。

図6 1人あたり年間医療費支出における都市部と農村部間の格差(1990~2012年)

(3) 医療保険財源・医療費給付における都市部と農村部間の格差

中国で計画経済期に戸籍制度によって、原則として農村戸籍を持つ者は就業する目的で都市に移動することが制限されていた。1980年代以降、戸籍制度の規制緩和が行われ、出稼ぎ労働者が徐々に増えてきたが、所得・消費水準、社会保障の面で農村部と都市部間の格差は依然として大きい。

図7に都市部と農村部における世帯一人あたりの年間所得の推移を示す。経過年とともに、農村と都市のいずれにおいても、一人あたり所得が上昇しているが、その上昇率は都市部が農村部より大きいため、都市部と農村部間の所得格差が拡大している。たとえば、一人あたりの所得における都市部対農村部の比率を都市部と農村部間の所得格差の代理指標とすると、所得格差は1978年の2.56倍から1983年の1.82倍まで縮小したが、その後には拡大しており、2011年に3.13倍となっている。



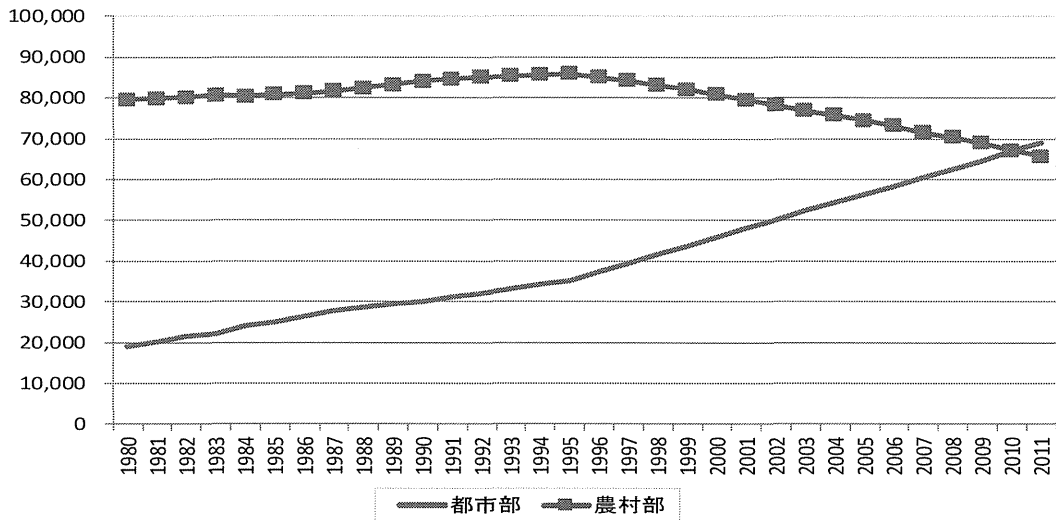
出所:『中国統計年鑑 2012』に基づき作成。

注:都市部:世帯一人あたりの可処分所得。

農村部:世帯一人あたりの純収入。

図7 都市と農村間の所得格差の推移(1978~2011年)

都市部と農村部における所得格差が拡大すると同時に、医療保障における両者間の格差も拡大している。まず、農村部人口数が都市部人口数より多い(図8)にもかかわらず、政府の公的医療費支出総額は都市部が農村部より多い。図9によると、政府の公的医療費支出総額は都市部が1990年の396.0億元から2011年の18,542.4億元へ上昇し、農村部が351.4億元から2011年の5,726.4億元へ上昇したが、上昇幅は都市部が農村部より高い。その結果、都市部と農村部の格差(都市部と農村部の比率)は1990年の1.13倍から2011年の3.24倍へと大幅拡大した。また、政府の一人当たり公的医療費支出(図10)は都市部が1990年の158.8元から2012年の2,969.0元へ上昇し、農村部が38.8元から2012年の1,055.9元へ上昇したが、1990年から2012年までに一人当たり公的医療費支出における都市部と農村部間の格差は3.0~4.0の水準で推移し、両者間の格差がまだまだ高い。



出所:『中国統計年鑑 2012』に基づき作成。

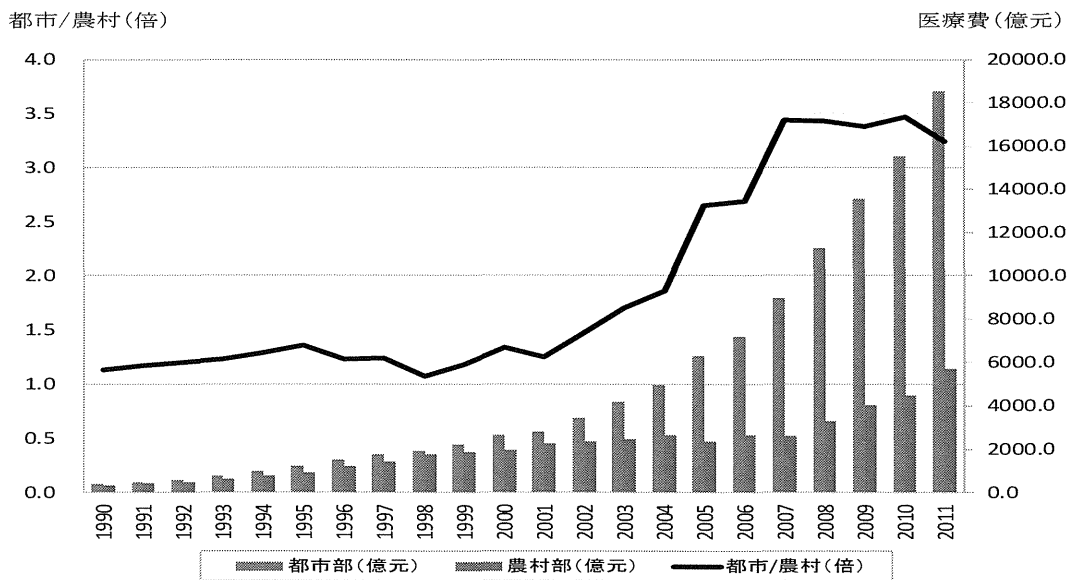
注:1)1981年以前:戸籍統計データ。

1982、1990、2000、2010年:人口センサス調査

その他:人口抽出調査

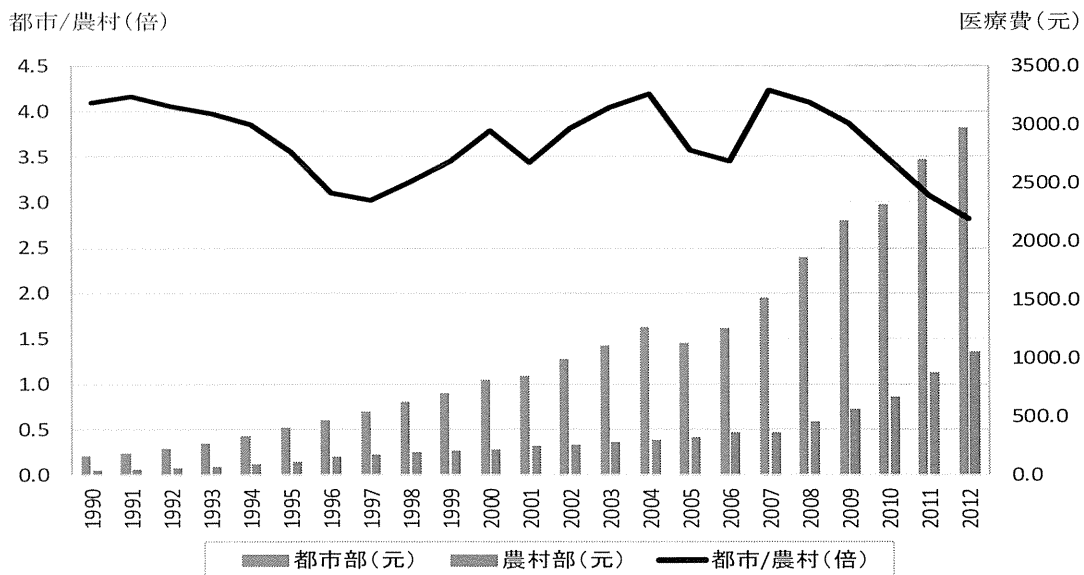
2)現役軍人を含む(都市人口として計上)。

図8 都市部と農村部における人口数の推移(1980~2011年)



出所:『中国衛生統計年鑑』各年度版に基づき作成。

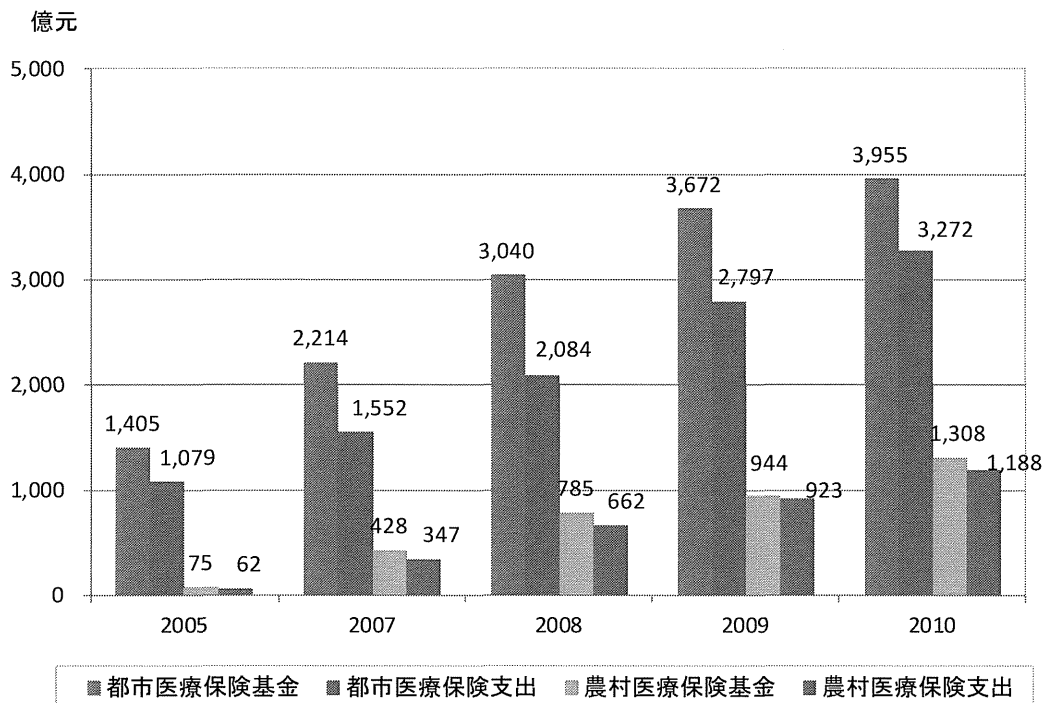
図9 政府医療費支出総額における都市部と農村部間の格差(1990~2011年)



出所:『中国衛生統計年鑑』各年度版、『中国統計年鑑』各年度版に基づき作成。

図10 政府一人あたり医療費支出における都市部と農村部間の格差
(1990～2011年)

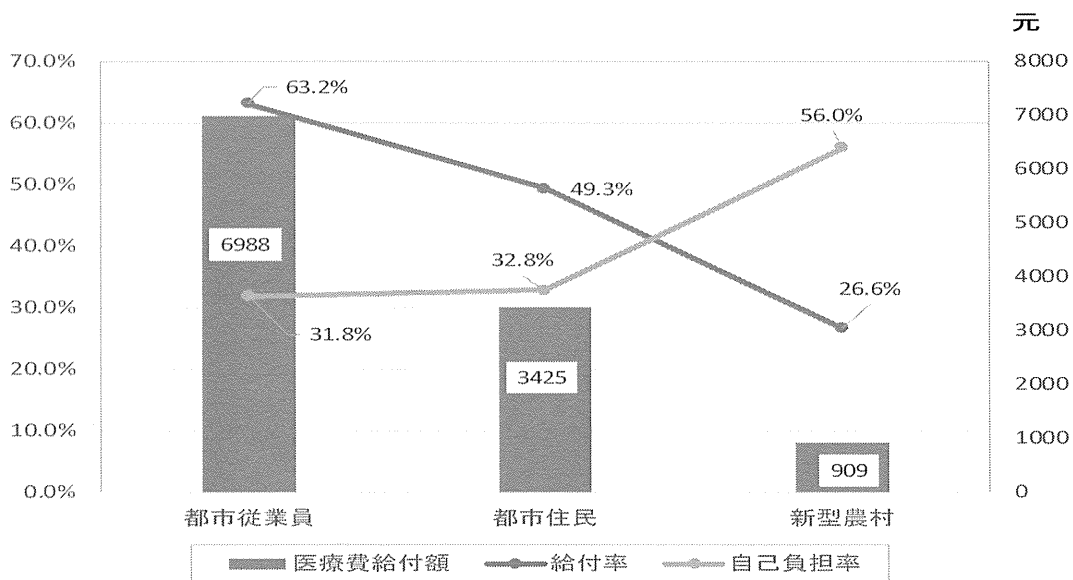
次に、医療保険基金の金額(徴収した保険金と政府補助金の合計、以下では「医療保険基金」と略称)においても、都市部と農村部間の格差が存在している。図11によると、2010年に、医療保険基金は都市部が3,955億元であり、農村部(1,308億元)の約3倍である。また医療保険支出は都市部が3,272億元である一方で、農村部が1,188億元で都市部の36.6%となっている。医療保険基金の財源には都市部と農村部間の格差が大きいことが示された。



出所：『2012年中国衛生統計年鑑』、『中国統計年鑑2012』に基づき作成。

図11 医療保険財源における都市部と農村部間の格差(2011年)

また、都市部と農村部でそれぞれ実施されている公的医療保険制度の仕組みが異なるため、医療費給付および医療費の自己負担額で都市部と農村部の格差も大きい。図12によると、(1)平均医療費給付額は都市従業員基本医療保険加入者が6,988円で最も多く、都市住民基本医療保険加入者が3,425元であり、新型農村合作医療制度加入者が909元で最も少ない。(2)給付率は都市従業員基本医療保険加入者(63.2%)、都市住民基本医療保険加入者(49.3%)、新型農村合作医療制度加入者(26.6%)の順に少なくなる。(3)医療費の個人負担率(医療費の自己負担金額が一人あたり平均年収に占める割合)は都市部が約3~4割(都市従業員基本医療保険加入者31.8%、都市住民基本医療保険加入者32.8%)であるが、農村部が約6割で最も高い。1990年代以降、流行語となっている「看病貴」(医療費は高い)の問題は、農村部が都市部に比べてより深刻化していることがうかがえる。その結果、公的医療保険制度に加入しても、重大な病気になると、すぐ貧困層に陥るリスク(中国語で「因病変貧」)は農村戸籍住民が都市戸籍住民より高いと推測できる。



出所: 中国卫生部(2009)『2008 年中国医療サービス調査研究—第四次家庭健康訪問調査分析報告』54—65 頁。

注: 都市従業員: 都市従業員基本医療保険加入者

都市住民: 都市住民基本医療費加入者

新型農村: 新型農村合作医療保険制度加入者

図12 医療費給付と医療費負担における都市部と農村部間の格差(2008 年)

4. まとめ

中国では、計画経済期に公的医療保険制度(労働保険医療制度、公務員公費医療制度)、共済互助医療(農村合作医療)が実施された。体制移行期に、国有企業の改革、農村土地請負制度の改革が促進されるとともに、公的医療保険制度として、都市従業員基本医療保険制度(1998年)、都市住民基本医療保険制度(2007年)、新型農村合作医療制度(2003年)が制定・実施された。経過年とともにそれらの制度の加入者数が大幅に増加している。国民全員は3つの公的医療保険制度によってカバーされるため、制度上で「国民皆保険」の目標を達成したといえる。

しかし、現行の制度には様々な問題が存在している。本稿では、政府統計データを活用し、医療供給体制、医療需要、医療保険金財源・医療費給付において、都市部と農村部間の格差が大きいことを明らかにした。医療需要は農村部が都市部より多いにもかかわらず、1人あたり医療費支出は農村部が都市部の約二分の一(2008年)となっている(図6)。なぜ、その現象が存在しているのか。以下の2つの理由があげられる。まず、医療供給側の視点から考えると、医療供給体

制には都市部と農村部間の格差が存在することは1つの理由となる。農村部で医師・医療機関が相対的に少なく、農村部住民が受ける医療サービスの量が少ない(表 2、表3)。また、医療需要側の理由の1つとして、流動性制約問題が存在すると考えられる。具体的に説明すると、1人あたり年間所得は農村部が都市部の約三分の一となっている(図7)。一方、医療技術、医薬品の価格が政府によって決められるため、医療・医薬品の価格には都市部と農村部間における大きな格差がない。さらに、医療費給付(医療費償還)は都市従業員基本医療保険制度が新型農村合作医療制度よりかなり多いため、医療費の自己負担率は農村部が都市部より高い(図12)。したがって、都市部に比べ、農村部で医療需要が相対的に多いが、受けられる医療サービスの量が少ないと考えられる。現行の医療保障制度には公平性の問題が存在することがうかがえる。中国の公的医療保険制度の改革における公平性の問題を含め、制度効果に関するより厳密的計量分析は今後の課題としたい。

参考文献

【中国語文献】

中国国家統計局『中国統計年鑑』各年度版。

中国衛生部『中国衛生統計年鑑』各年度版。

中国衛生部(2009)『2008年中国医療サービス調査研究—第四次家庭健康訊問調査分析報告』

顧海・李佳佳(2013)『中国城鎮化進程中統籌城鄉医療保険制度研究—模式選択与効応評估』

北京：中国労働社会保障出版社。

何平(2005)「中国医療保険制度評估与展望」『社会保障研究』2005年第2期。

李和森(2005)『中国農村医療保障制度研究』北京：経済科学出版社。

李鴻敏(2012)『新型農村合作医療改革与發展研究—基于統籌城鄉視点』北京：中国社会科学出版社。

【日本語文献】

久保英也(2014)『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。

馬 欣欣(2013)「中国における社会保障制度の変遷と医療保険制度の改革(その1)」『ファーマテクジャパン』第29巻第14号、39-43頁。

——(2014a)「賃金政策—体制移行と部門間賃金格差」中兼和津次編著『中国経済はどう変わったか—改革開放以後の経済制度と政策を評価する』第13章、国際書院、419-457頁。

- (2014b)「中国における社会保障制度の変遷と医療保険制度の改革(その 2)—都市部における医療保険制度の変遷」『PHARM TECH JAPAN』第 30 巻第 1 号、91-96 頁。
- (2014c)「中国における社会保障制度の変遷と医療保険制度の改革(その 3)—農村部における計画経済期の医療制度」『PHARM TECH JAPAN』第 30 巻第 2 号、135-138 頁。
- (2014d)「中国における社会保障制度の変遷と医療保険制度の改革(その 4)—農村部における市場経済期の医療制度」『PHARM TECH JAPAN』第 30 巻第 3 号、129-133 頁。
- (2014e)「中国都市戸籍住民における医療保険の加入行動の要因分析—医療保険加入の類型およびその選択の決定要因」『アジア経済』第 55 巻第 2 号、62-94 頁。
- (2016)『中国の公的医療保険制度の改革』京都大学学術出版会(2016 年 2 月出版予定)。
- 徐林卉(2008)『医療保障政策の日中比較分析—中国農村部医療保障の健全化に向けて』晃洋書房。
- 王崢(2012)『中国農村における包括的医療保障体系の構築』日本僑報社。

【英語文献】

Ma Xinxin (2015) “Population Aging and Public Health Insurance Reform in Rural China” present in the International Seminar on “Comparative Study on Population Aging in Eastern Asian Low Fertility Countries” organized by the National Population and Social Security Institute on February 19-20th, 2015, Tokyo and Kyoto.

中国における公的医療保険制度が医療費の自己負担に与える影響 —都市部と農村部の比較

馬 欣欣（京都大学）*

要旨

本稿では、中国健康と栄養調査のパネルデータ(CHNS2000、2004、2006)を活用し、サンプル・セレクション・バイアスおよび個体間の異質性問題を考慮した実証分析を行い、公的医療保険制度の加入がどの程度医療費の自己負担額に影響を与えるのか、また都市部と農村部によって公的医療保険制度の実施効果が異なるのかを明らかにした。分析結果より、全体に公的医療保険制度の加入が医療費の自己負担額に与える影響は統計的に有意ではない。また、都市部と農村部に分けて分析した結果、公的医療保険制度が都市部と農村部におけるそれぞれの医療費の自己負担額に与える影響は統計的に確認されなかった。分析結果により、都市部においても、農村部においても、公的医療保険制度が医療費の自己負担額を軽減する効果を持っていないことが明らかになった。公的医療保険制度が所得再分配政策の1つとしてその果たすべき役割を評価すると、1990年代後期に実施された公的医療保険制度の改革が成功しなかったことが示された。

キーワード：中国公的医療保険制度の改革、都市部と農村部、医療費の自己負担額

1. はじめに

体制移行期、政府は医療市場には競争市場原理を導入し、医療機関が利潤最大化を追求した結果、「薬漬け」、「医療機器漬け」の医療機関が多くなり、医療費が高騰してきた。特に1990年以降、「看病難、看病貴」（医療サービスを受けるのは難しいこと、医療費が高いこと）といわれたように、重篤な疾病にかかった者が貧困層に陥ったケースが多くなり、健康格差の問題がますます深刻化していた。

90年代後期以降、中国では公的医療保険制度が改革され、都市部で都市従業員基本医療保

* 本稿は馬(2016)の一部に基づいて作成したものである。詳細な内容に関しては、馬(2016)第5章「中国における公的医療保険制度が家計消費に与える影響—都市部と農村部の比較」を参照されたい。

険制度および都市住民基本医療保険制度、農村部で新型農村合作医療制度が実施されている。欧米や日本などの先進国で実施されている公的医療保険制度のように、公的医療保険制度は所得再分配政策の一部として機能すると、その制度の実施が所得格差による医療格差の問題を一定程度に是正することができると考えられる。はたして、公的医療保険制度の改革によって「看病費」(医療費が高いこと)の問題を解決できたのか。中国で公的医療保険制度の実施効果を評価し、また今後の政策立案を提言するため、新たな公的医療保険制度が医療費の自己負担額にどの程度影響を与えるのかに関する実証研究は、重要な課題となる。

この課題に対して、(1)都市部を対象とする研究において、Wagstaff *et al.*(2009)、Shi *et al.* (2010)、Xiao *et al.* (2010)、Lu *et al.* (2012)、Li *et al.* (2014)は、新型農村合作医療制度が農村部住民の医療費の自己負担額を軽減する効果を持っていないことを明示している。(2)農村部を対象とする研究では、黄・甘(2010)は 2002、2005 CLHLS(Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey)の 22 省を対象としたパネル調査の個票データを活用し、都市従業員医療保険制度に加入したグループで医療費の自己負担額が低い傾向にあることを示している。(3)都市部および農村部を対象とした実証研究については、Wagstaff *et al.*(2008)は、医療保険制度が加入したグループで総医療費が高い傾向にあることを明示している。劉・蔡・李(2011)は、医療保険制度加入グループで医療費の自己負担額が低いと指摘している。一方、Li and Zhang (2013)は、公的医療保険制度が医療費の自己負担額に有意な影響を与えていないことを示している。上記の先行研究には、いくつかの課題がまだ残っている。それに対して、本稿の特徴は以下の通りである。第 1 に、先行研究では、一時点の調査データを用いた実証分析であるため、経過年とともに医療費の自己負担になる確率の変化が明確となっていない。それに対して、本稿では、CHNS2000、2004、2006 のパネルデータを用い、時間とともに制度効果の変化を考察することができる。第 2 に、医療サービスの利用と医療費支出行動で、個人間の異質性の問題が存在すると考えられる。先行研究では、このような個人間の異質性の問題が考慮されていないのに対して、本稿ではパネルデータを活用し、ランダム効果モデルを用いてより厳密な分析を行う。第 3 に、Wagstaff *et al.*(2008)は個人間の異質性の問題に対処したが、用いた CHNS パネルデータが 1991～2000 年であるため、2003 年以降、実施された新型農村合作医療制度の実施効果に関する分析が行われていない。それに対して、本稿では、CHNS2000、2004、2006 のパネルデータを用いて NCMS を含めて 2000 年代における公的医療保険制度の実施効果に関する実証分析を行う。これらの分析結果によって公的医療保険制度の加入状況およびその医療費の自己負担額に与える影響に関する最新情報を得ることができる。

本稿の構成は以下の通りである。第2節で、データから観察された公的医療保険制度の加入状況と医療費の自己負担額を考察し、第3節で計量分析の枠組を説明し、そして第4節で計量分析の結果を説明し、最後に本稿から得られた結論および政策示唆をまとめる。

2. データから観察された公的医療保険制度の加入状況と医療費の自己負担額の分布

(1) 公的医療保険制度の加入状況

公的医療保険制度の加入状況を表1にまとめている。全体(都市部+農村部)、都市部と農村部に分けて集計した。医療保険制度の類型は、①公務員医療保険、②従業員医療保険、③農村合作医療保険、④商業保険、⑤家族保険、⑥統括保険、⑦その他の保険の7つに分けられている。以下のことが示された。

第1に、全体的にみると、(1)医療保険未加入者の割合は2000年の80.4%から、2004年の72.6%、2006年の51.9%へと低下した。経過年とともに医療保険制度に加入した者の割合が高くなっているが、2006年まで医療保険制度がまだ整備されていなかったことがうかがえる。

(2)公務員医療制度加入者の割合は2000年の6.9%、2004年の7.5%から2006年の2.8%へと低下した。一方、従業員基本医療保険制度加入者の割合は2000年の3.6%、2004年の4.1%から2006年の16.2%へと上昇した。1998年に公費医療と労働保険医療制度を統合する目的とした従業員基本医療保険制度が実施された後、公務員を対象とした公費医療制度の改革が遅れていたが、近年になるほど両制度の統合が進展していることがうかがえる。

(3)農村合作医療保険制度に加入した者の割合は2000年4.8%、2004年7.5%から2006年27.7%へと大幅に上昇した。2003年にNCMSが実施されたことによって、農村合作医療保険制度の加入率が高くなっていることが見て取れた。

(4)商業保険(私的医療保険)に加入した者の割合は2000年1.6%、2004年2.5%、2006年0.7%で少ない。体制移行期に、私的医療保険が発展し、それが公的医療保険制度の補完となっているが、その加入者はごく一部の中・高所得層であるため、私的医療保険制度によってカバーされる対象者がいまだ少ない。

第2に、都市部、農村部によって加入した各類型の医療保険制度に加入した者の割合が異なっている。たとえば、(1)2006年の場合、従業員基本医療保険制度に加入した者の割合は都市部が35.6%で農村部(2.3%)に比べて高い。一方、農村新型医療保険制度に加入した者の割合は農村部が41.1%で都市部(9.0%)に比べて高い。その主な理由は、前述したように、医療保険

制度の適用対象は農村戸籍と都市戸籍によって異なり、つまり全国で統一する公的医療保険制度が実施されていないことにある。

(2) 都市部で、従業員基本医療保険制度加入者の割合は 2000 年の 5.5%、2004 年の 8.8% から 2006 年の 35.6% へと上昇した。農村部で、農村合作医療保険制度に加入した者の割合は 2000 年 4.5%、2004 年 10.7% から 2006 年 41.1% へと大幅に上昇した。都市部、農村部のいずれにおいても、近年になるほど、公的医療保険制度に加入した者の割合が多くなっている。

(3) 医療保険未加入者の割合は、都市部(2000 年 75.0%、2004 年 56.2%、2006 年 47.5%) が農村部(2000 年 84.8%、2004 年 84.8%、2006 年 55.0%) に比べて低い。ただし、2006 年までに都市部、農村部のいずれにおいても、医療保険制度未加入者の割合が約 5 割で多かった。2007 年以降、都市部で都市住民医療保険制度が実施され、また農村部で新型合作医療保険制度の実施が促進されている。公的医療保険制度の加入者が増加することにつれて、医療保険制度の未加入者が減少しているのだろう。公的医療保険制度の実施状況を把握するため、今後、2007 年以降のデータを用いて考察する必要がある。

表1 都市部、農村部における医療保険制度の加入状況

	2000年			2004年			2006年		
	全体	都市部	農村部	全体	都市部	農村部	全体	都市部	農村部
公務員医療保険	6.9%	9.7%	4.6%	7.5%	15.8%	1.4%	2.8%	5.3%	1.0%
従業員基本医療保険	3.6%	5.5%	2.3%	4.1%	8.8%	0.6%	16.2%	35.6%	2.3%
農村合作医療保険	4.8%	5.4%	4.5%	7.5%	3.1%	10.7%	27.7%	9.0%	41.1%
商業保険	1.6%	1.1%	1.5%	2.5%	3.5%	1.7%	0.7%	0.9%	0.5%
家族保険	0.2%	0.6%	0.1%	0.5%	0.9%	0.1%			
統括保険	0.4%	0.2%	0.2%	4.8%	10.4%	0.6%			
その他の医療保険	2.1%	2.4%	1.9%	0.5%	1.2%	0.1%	0.8%	1.7%	0.1%
医療保険未加入	80.4%	75.0%	84.8%	72.6%	56.2%	84.8%	51.9%	47.5%	55.0%

出所：CHNS2000、2004、2006に基づき計算。

(2) 医療費の自己負担額の Kernel 密度分布

図1で医療費の自己負担額の対数値の Kernel 密度分布を表している。公的医療保険制度に加入したグループとその制度に加入しなかったグループに分けて集計した結果、(1) 都市部で公的医療制度未加入グループに比べ、加入グループで医療費の自己負担額が低い域にある割合の分布がやや多くなっているが、医療費の自己負担額の分散には両グループの差異が小さい。(2) 一方、農村部で、公的医療制度未加入グループに比べ、加入グループで医療費の自己負担額の分散がやや小さく、またその平均値がやや高いことが観察された。