

# 中国の皆保険制度に向けたシナリオ

保険研究部門 片山 ゆき  
katayama@nli-research.co.jp

“国民皆保険制度に向けた制度作りがスタート”、昨年の後半から、中国ではこのような報道が散見されるようになった。

中国でいう国民皆保険 = 全ての国民をカバーする医療保険とはいったいどのような制度か、政府のシナリオとそれを取り巻く問題を含めて紹介したい。

## 1. 政府のシナリオ

中国では改革開放政策にともなって、都市部、農村部でそれぞれ別々の医療保険制度が施行されている。

政府は1998年に都市戸籍の被用者、2003年に農村戸籍者を対象とした医療保険制度に関する通知を発し、順次整備を進めている。

昨年7月にはそれまで制度の枠外に置かれて

いた都市部の非就業者（児童・学生・高齢者等）を対象とした「都市住民基本医療保険制度」（以下、都市非就業者保険という）の試行を開始し、これによって、制度の上では全ての国民をカバーできる状態となった（都市部の被用者を対象とした制度では本人のみが保険の対象となり、その扶養家族は含まれていない）。冒頭の報道はそれを受けて行われたものである。

第11次5ヵ年計画が終了する2010年までに制度としてある程度めどをつけ、2020年までに全ての国民をカバーする制度を実現したいというのが政府のシナリオである（図表 - 1）

## 2. 全体の85%が任意加入

制度の枠組みが整ってきたところで、そのなかみを見てみよう。

図表 - 1 都市と農村における公的医療保険制度

	公的医療保険制度		
	都市部		農村部
名称	都市職工基本医療保険	都市住民基本医療保険	新型農村合作医療保険
導入時期	1998年	2007年試行開始	2003年試行開始
加入形態	強制	任意	任意
対象者	都市戸籍の被用者本人 (家族を含まない)	(都市職工基本医療保険適用外の) 学生、児童、高齢者など非就業者	農村戸籍者 (世帯単位)
対象者数	1.9億人(2006年)	2.4億人	8.7億人
加入状況 (2007年)	加入者1.6億人 (2006年)	加入者4068万人 (79の都市で実施)	加入者7.2億人 (85%の県(市・区)で実施)
経過目標	制度の更なる整備	2009年までに全県(市・区)の80% 2010年までに全県(市・区)で実施	2008年までに全県(市・区)で実施
最終目標	2020年までに全国民をカバーした制度の実現		

(注)加入者数については主管庁の発表による  
(資料)関係資料より作成

特徴的なのは、都市の被用者を対象とする保険（以下、都市被用者保険という）は加入が強制となっているが、全体のおよそ85%を占める農村戸籍者、都市の非就業者を対象とした保険では任意となっている点である。

更に、それら農村戸籍者・都市非就業者に対する給付は重大疾病の治療（悪性腫瘍の放射線・化学治療、人工透析等を含む）及び入院費とされている。

つまり、現在の医療保険制度は全国民をカバーする制度とはいえ、加入者の大半が任意加入で、病気や疾病などの給付対象も限定的であるといえる。

一方、強制加入の都市被用者保険であるが、最低給付対象額（現地労働者の平均年収の10%前後）から最高給付対象額（同4年分）の間の医療費については社会プール金から給付され（一部個人負担）疾病等の限定はない。

ここで、1人当たりの年間保険料（加入者・企業又は政府の拠出の合計）について着目してみると、都市被用者保険がおよそ1,200元（18,000円、1元=15円で換算）とされるのに対して、新型農村合作医療保険では50元（750円）とされている。

保険料からもわかるように、都市と農村では病気に対する拠出に大きな差がある。その差は必然的に給付に反映されており、各治療項目の価格が一律で設定されている現状において、所得が相対的に低い農村戸籍者には保障が更に限定的になっているといえる。

仮に、医療費が全体的に低く抑えられており、軽微な病気の診察やケガの治療が安価で行えるのであれば、所得が相対的に低い層に対して、特定の重大疾病の給付を行うことはある程度有効にはたらくのかもしれない。

しかし、中国衛生部によれば、2006年におけ

る総合病院の1人当たりの外来診療費は平均252元（約4,000円）、入院費は12,434元（約190,000円）とされており、更にこれら医療費は毎年7~9%のペースで上昇している。

2006年の農村住民の年収（純収入）が平均3,587元（約54,000円）であることから考えると、外来診療費は年収のおよそ7%、入院費に至っては3.5年分となり、依然として負担が大変大きいことがわかる。

### 3. 医療保障制度の位置づけ

現在、中国はそれまでの経済成長を最優先とする路線から、人々が経済成長の恩恵を平等に享受できる、調和のとれた社会（「和諧社会」）作りを目指している。

また、国内の諸格差が拡大する中で、経済成長の恩恵を分配すべく、社会保障制度の整備も急ピッチで行われている。政府は制度整備において優先順位を設け、順に、最低生活保障、医療保障、年金とし、医療保障制度は2番目に位置づけられている。

このような背景の下、任意加入にも関わらず、農村部での医療保障制度の加入率が80%を超え、また、国民全体でも70%を超えている点については（強制加入も含む）後に続く年金制度構築についても手本となるであろう。

確かに、制度構築の際においても日本のように政府主導でトップダウンとはいかないが、大半の国民が自由意志で加入し、徐々にその加入率を引き上げ、最終的に「全ての国民をカバーする」制度を目指すという点も特徴的である。

今後は、医療保障制度がその枠組みづくりにとどまらず、制度を利用する側の立場に立った医療体制の改革にも期待していきたい。