

保険・年金 フォーカス

中国保険市場の最新動向(3)

高額な入院費の負担をどうするか。 — 中国における官民共同の取り組み —

保険研究部 研究員 片山 ゆき
(03)3512-1784 katayama@nli-research.co.jp

中国政府は 2008 年から「健康中国 2020」として、2020 年までに国民の健康レベルを先進国(中位)レベルに引き上げることを目標に掲げている。医療保険分野では公的医療保険制度の改革に加えて、昨年からは地方政府と民間保険会社との連携も本格的に進められており、官民一体となった対策がとられている。

1 | 2015 年までに入院費の自己負担を 25% 以下に

中国の医療保険制度について 2008 年以降のこの 5 年間を振り返ってみると、まず挙げられるのが、全ての国民がいずれかの保険に加入できる制度の枠組みが整えられた点であろう。

中国はこれまで都市の就労者を対象とした「都市職工基本医療保険」(1997 年導入)、農村部の住民を対象とした「新型農村合作医療保険」(2003 年導入)に加えて、2007 年には都市部の非就労者を対象とする制度「都市住民基本医療保険」を導入した。都市の学生や子ども、更には高齢者が制度でカバーされたことで、2011 年での都市部の医療保険の加入率(合計)は 89%に達し、農村部の医療保険の加入率は 96%とされている¹。およそ 10 年前の 2003 年時点での都市部の加入率が 55%、農村部が 21%であるのと比較すると、より多くの国民が医療保険でカバーされることになる。

直近、2015 年までの目標として掲げられているのは²、主に医療保険の加入率の向上と医療保険の地域間・制度間格差の是正、医療費の自己負担の軽減である。国務院は 2015 年までに達成すべき指標として(期間は 5 年間)医療保険関係では、各地域で①3 つの医療保険制度(都市就労者、農村住民、都市の非就労者を対象とした制度)の加入率を 3 ポイント引き上げること、②3 つの医療保険制度において、入院費の自己負担を 25%程度までに引き下げること掲げている。

中国では各地域で医療保険制度を運営しており、入院・通院についての自己負担割合や給付内容等も異

¹ 都市部の就労者を対象とする制度は強制加入、都市部の非就労者、農村部の住民を対象とした制度は任意加入である。

² 国務院は 2015 年までの 5 年間で達成すべき 8 つの指標にそれぞれ目標値を設定している(「国務院の衛生事業発展に関する第 12 次 5 ヵ年計画」)。内容としては①健康状態(平均寿命他)、②疾病予防コントロール、③婦女・児童の衛生事業、④衛生監督、⑤衛生資源(医療関連の人材・ベット数の確保)、⑥医療サービス(平均入院日数)、⑦医療費用抛出に加えて⑧医療保障(制度関連)となっている。

なる。特に、入院者の平均入院費は平均月給の 2~4 ヶ月分(地域によって異なる)と負担が大きく、その圧縮が課題となっていた。

比較的早い時期に導入された都市の就労者を対象とした制度では基本医療保険(1階部分)に加えて、高額な医療費の給付が受けられる高額医療保険(2階部分)が整えられている。原則としてはこの2階部分についても一定割合の自己負担が発生し、給付にも限度額が設けられているが、通常自己負担は5~10%と低く抑えられている。

一方、保険料が定額で低く設定され、医療費の給付についても限定的な農村住民や都市の非就労者を対象とした制度では様相が異なる。特に、重大疾病の治療や入院が長引き、医療費負担が高額になった場合は医療保険による給付が限定的なため、自己負担が相対的に多くなる傾向にあった。国務院は農村部住民及び都市の非就労者の高額な医療費部分の自己負担軽減を目指し、2012年8月から新たな取組みとして各地域と保険会社の連携を軸とした「大病医療保険制度」の導入を進めている。

2 | 高額な医療費部分を民間保険でカバー

高額な医療費部分の給付における民間保険会社との連携は、実は2000年から一部地域で実験的に実施されていた。2012年に制度となるまでは主に7つの地域で実施されており、それぞれ提携先の保険会社と連携した独自の運営モデルが導入されている(図表-1)。

図表-1 各地域における先行導入例(2011年まで)

行政区	地域	提携保険会社	開始時期
福建省	アモイ市	平安養老	2000年
江蘇省	江陰市	太平洋保険	2001年
河南省	洛陽市	中国人寿	2004年
広東省	湛江市	人保健康	2007年
雲南省	楚雄市	人保健康	2008年
湖北省	襄樊市	陽光人寿	2009年
江蘇省	太倉市	人保健康	2011年

(出所) 各種報道より作成

2013年6月時点で大病医療保険は、21の省84の地域で中国系の保険会社を中心に導入が進められている。特に医療・傷害保険を専門とするPICC傘下の中国人民健康保険有限公司(人保健康)、中国人寿有限公司(中国人寿)など大手国有系の保険会社とその普及に力を入れている。

その中でも江蘇省太倉市で導入されている大病医療保険は「太倉モデル」として全国展開への期待もかけられており、中国人民健康保険を提携先保険会社としている。太倉市は江蘇省に位置し、(常住)人口は71万人と小規模都市で、人口のおよそ3割は太倉市以外の地域から移り住んだ住民で構成されている。公的医療保険制度について、都市の就労者を対象とした制度は99.1%の企業が加入をしており、都市の非就労

者及び農村住民を対象とした制度においても同様に 99.1%の世帯をカバーしている³。太倉市の大病医療保険導入の背景には、かつて蔓延していた高額な医療費の支払いを原因とする貧困がある⁴。

太倉市の大病医療保険の保険料は、都市の非就労者及び農村住民1人あたり20元、都市の就労者1人あたり50元で算出、その合計額をそれぞれ公的医療保険の保険料を積み立てた基金から拠出し⁵、個人や企業から更なる保険料の徴収はしていない。また、大病医療保険導入による保険料(1階部分)の引上げについては、例えば非就労者では2013年は前年より30元(個人負担分)の引上げにとどまっており、物価の上昇等を考慮すると、実質的な大きな変動は見られない。

太倉市の大病医療保険は公的医療保険(1階部分)の給付限度額を超えた入院費(医療費20万元超)に適用される制度(2階部分)である。1階部分はそれぞれ就労者、非就労者及び農村住民といった対象によって、自己負担は異なるが、2階部分の大病医療保険では対象者によって自己負担割合を峻別しないという特徴を持っている。加えて、入院費用がより高額になるのにもなって、自己負担割合を軽減するとした措置がとられている。また、入院費の給付限度額については、多くの地域で実施されている高額医療保険制度と異なり、その制限を設けていないという点も挙げられる(図表-2)。これらの対策によって、太倉市は高額な入院費の自己負担部分については制度間の公平性の維持を目指している。

図表-2 太倉市における都市の非就労者・農村住民を対象とした医療保険制度と大病医療保険の自己負担割合

【1階部分：都市・農村住民医療保険】					【2階部分：大病医療保険】			
	受診病院	医療費	病院毎の自己負担額(初回)	自己負担割合	大病医療保険	給付限度額を超えた入院費用	自己負担割合	
						入院		
都市・農村住民医療保険	通院	2級(以上)病院	—	60%	大病医療保険	0~1万元未満	100%	
		1級病院	—	50%		1~2万元未満	47%	
		社区診療所	—	50%		2~3万元未満	44.5%	
		—	—	100%		3~4万元未満	42%	
	入院	3級病院	300元以内	1000元		40%	4~5万元未満	39.5%
		2級病院	—	500元		40%	5~6万元未満	37%
		1級病院	300元超~	150元		30%	6~7万元未満	34.5%
		3級病院	1万元以下	1000元		40%	7~8万元未満	29.5%
		2級病院	—	500元		40%	8~9万元未満	27%
		1級病院	1万元超~2万元	150元		30%	9~10万元未満	25%
		3級病院	—	1000元		35%	10~15万元未満	25%
		2級病院	2万元超~8万元	500元		35%	15~20万元未満	22%
		1級病院	—	150元		25%	20~50万元未満	19%
		3級病院	8万元超~20万元	1000元		15%	50万元以上	18%
2級病院	—	500元	15%					
1級病院	—	150元	15%					

(注) 受診病院は3級病院が上位医療機関となる。

右表の大病医療保険の「給付限度額を超えた入院費用」とは、都市・農村住民医療保険の場合、20万元を超える医療費の額を指す。ただし、都市職工基本医療保険の給付限度額はそれと異なる。

(出所) 太倉市住民医療保険管理暫行弁法、社会保険待遇の引上げに関する通知、太倉市人力資源社会保障局ウェブサイト

³ 2012年太倉市国民経済和社会発展統計公報

⁴ 貧困世帯の34.5%が、貧困の原因を疾病やケガの医療費の支払いとした(2008年中国衛生服務研究)。

⁵ 2011年は総額2168万元を拠出。医療基金総額の3.6%。拠出額合計のうち、およそ8割は都市職工保険の基金から拠出されている(加入者数の比率は都市職工が全体の72%を占める)。

この取組みによって、医療費総額に占める自己負担も軽減され、一定の成果もでている。市によると、大病医療保険を利用した入院費用の自己負担比率については、都市の就労者はそれまでの 24.2%から 19.0%に、都市の非就労者・農村住民については 44.3%から 29.9%まで軽減されており、特に非就労者や農村住民への効果が大きかった。

3 | 医療保険マーケット成長への期待も

大病医療保険は全国で順次導入が進められ、提携した生保各社はその運営を担っているが、諸課題も指摘されている。例えば、大病医療保険は公的医療保険制度の範疇にも属するため、太倉市の場合、加入対象者の既往症や健康状態にかかわらず、提携先の保険会社は全ての保険契約を引き受ける必要がある。加えて、給付においては、その限度額を設定しておらず、公的医療保険制度に準じているため、通常の民間の医療保険商品より支払リスクが高まる傾向がある。

また、提携先の保険会社は入札によって決定されるが、大病医療保険は政策としての側面からも、結果的に財務面で体力があり、経験の豊富な大手国有系保険会社に集中している⁶。保険料については地方政府も拠出額を抑えようとする傾向にあり、今後の制度の持続性や保障内容の維持を考慮すると、保険料設定や給付の見直しといった対応が必要となるであろう。

大病医療保険は、本来、保険への加入が相対的に少ない農村部住民や都市の非就労者を主な対象としている。保険会社はこれらの顧客の認知度を高めることによって、都市部以外のマーケットの更なる拡大も視野に入れている。生保会社の収入保険料に占める民間の医療保険の割合は 1 割程度で、前年同期比で 28.0%増(2013 年 7 月時点)とその他の保険と比較しても大幅に増加しているが、その中でも大病医療保険制度はその運営を委託した地方政府のみならず、保険市場を監督する中国保険監督管理委員会としてもその成長に期待を寄せている。

⁶ 太倉市の場合、2011 年では、医療保険基金からの拠出金 2168 万円のうち、給付額は 1840 万円、提携先保険会社である人保健康には運営費として別途 90 万円(拠出額の 4.2%)が支払われた。