

## 中国

## 1 社会保障制度の概要

中国の社会保障制度は、1951年に「労働保険条例」が制定され、都市部において、政府機関や国有企業等といった単位の従業者に対する年金給付、医療給付等が制度化されたことに起源を有する。また、農村部においては人民公社等の生産団体毎の集団内における互助制度のような形で社会保障が整備されてきた。その後、改革開放政策の導入や経済発展に応じて制度は修正されてきたが、基本的には、都市戸籍と農村戸籍という戸籍による区分、公務員、企業従業者、農民といった職業による区分を基本として制度化が進められており、現在でもその区分は概ね維持されている。

中国は、広大な国土と膨大な人口を抱えていることや経済格差の拡大など国民生活の状況は一様ではなく、日本のような単一的な社会保障制度の構築は難しい状況にある<sup>(注1)</sup>。従来、社会保障制度の対象となる層は、都市部の経済水準の高い沿岸地域の者が中心である一方で、農村部や社会的弱者層(老人、障害者、失業者、無・低収入者、出稼ぎ者、農民等)に対する社会保障制度は整備が遅れており、それらへの対応が喫緊の課題となっている。

## 2 社会保険制度

都市部では主な労働者を対象にして、年金、医療、失業、労災、出産の各分野において社会保険制度がある<sup>(注2)</sup>。介護保険制度はない。加入者数は、新たに都市住民基本医療保険制度が発足した医療を筆頭にここ数年増加している。転職等に伴う年金のポータビリティの確保や、農民工(地方から都市への出稼ぎ従業者)やフリーター等への社会保険の適用範囲の拡大が課題<sup>(注3)</sup>であり、政府は関連制度の整備を進めつつ、積極的に加入を促進している<sup>(注4)</sup>。

農村部においては、年金のみ社会保険制度が実施されている(医療については農村合作医療制度が実施されているが、上記の数字には含まれていない)。

〈表2-119〉中国の都市部における社会保険制度(2008年末時点)

|                | 年金                   | 医療                   | 失業                 | 労災                   | 出産                  |
|----------------|----------------------|----------------------|--------------------|----------------------|---------------------|
| 加入者<br>(前年比)   | 21,891万人<br>1,754万人増 | 31,822万人<br>9,511万人増 | 12,400万人<br>755万人増 | 13,787万人<br>1,614万人増 | 9,254万人<br>1,479万人増 |
| 基金収入           | 9,740億元<br>(14.6兆円)  | 3,040億元<br>(4.6兆円)   | 585億元<br>(8,775億円) | 217億元<br>(3,255億円)   | 114億元<br>(1,710億円)  |
| 基金支出           | 7,390億元<br>(11.1兆円)  | 2,084億元<br>(3.1兆円)   | 254億元<br>(3,810億円) | 127億元<br>(1,905億円)   | 71億元<br>(1,065億円)   |
| 基金積立金          | 9,931億元<br>(14.9兆円)  | 3,432億元<br>(5.1兆円)   | 1,310億元<br>(2.0兆円) | 335億元<br>(5,025億円)   | 168億元<br>(2,520億円)  |
| 保険料率 企業<br>従業者 | 20%<br>8%            | 10%<br>2%+3元         | 1.5%<br>0.5%       | 平均0.5%<br>-          | 0.8%<br>-           |

(注1) 1元を15円で換算、保険料率は毎月の賃金に占める比率

(注2) 料率は北京市の例

〈表2-120〉中国の農村部における社会保険制度(2008年末時点)

|          | 年金                 |
|----------|--------------------|
| 加入者(前年比) | 5,595万人(424万人増加)   |
| 基金収入     | 未公表                |
| 基金支出     | 56.8億元<br>(852億円)  |
| 基金積立金    | 499億元<br>(7,485億円) |

(注) 1元を15円で換算

## (1) 年金制度

## a 制度の類型

公的年金制度には、都市従業者基本年金、公務員年金、農村年金があり、都市従業者基本年金の補完として企業年金がある。都市部では強制加入となっているものの、適用から漏れている労働者も多く、加入の徹底が課題となっている。

## b 都市従業者基本年金制度

都市企業従業者に対する老後所得保障については、企業負担の軽減、個人負担を含む財源を背景にした安定的給付の実現(国有企業の年金財政の破綻<sup>(注5)</sup>が背景)、国有企業以外の企業従業者等の老後保障等を目的として、1997年以降全国統一的な新たな年金制度(都市従業者基本年金制度)の普及・移行が進められている。個人口座(積立方式)と基金(賦課方式)の二本立ての仕組みとなっている。加入者数は、21,891万人(うち在職者16,587万人(前年比1,404万人増)、退職者5,304万人(前年比350万人増)である(2008年

末)。基本的仕組みは次の通り。

管理運営：原則として各省・自治区・直轄市

財 源：個人口座に納付する保険料、基金(各地域において社会的にプールされる会計)へ納付する保険料及び政府の補助金

個人口座分：原則として従業員負担分で、賃金の8%を拠出

基金分：原則として企業負担分で、賃金の20%を拠出

納付方法：企業が従業員分を含めて銀行等に納付

政府補助金：2006年中央・地方政府補助額計は1,157億元(前年比186億元増)で基金収入の15%

適用対象：企業(国有企業、集団企業、株式会社、外資企業、私営企業、個人商店等)に勤務する者

給付要件：本制度開始後に就業し15年以上保険料を納め、退職年齢(一般的に男性60歳、女性50歳(幹部級55歳))に達した者<sup>(註6)</sup>。本制度実施前に就業した者で、10年以上納付した者も保険料納付期間に応じ、減額されるものの受給できる

給付内容：個人口座分からの給付及び基金からの給付によって構成。なお、以前は企業や管理機関が給付業務を行っていたが、給付用積立金の流用等の問題が深刻化したことや経営状況等に左右され迅速に給付されなかったことから、現在は銀行等を通じて給付する。制度実施前に既に退職している者、制度実施前に就業し、制度実施後に退職した者については、経過的年金を給付する。

### c 農村年金

経済発展に地域差があること及び公費補填や財政調整が困難であること等から、全国統一的な年金制度の整備に至っておらず、人口の54.3%(2008年)を占める農村部住民に対しては公的年金制度が十分カバーしていない。都市年金制度の農村部への適用拡大について政府は否定的である<sup>(註7)</sup>。

一方、経済水準が高い農村部では、1991年以降、国が導入した農村年金を実施する地域もある。これは、郷鎮企業<sup>(註8)</sup>や私営企業従業者も含めた任意加入、積立方式(個人口座)による年金保険であり、政府機関による年金貯蓄の支援・代行、自主的な防貧対策の喚起、個人口座への補助といった面が重視されている。この農村社会年金への加入者数については、一人っ子政策により家庭扶養力が低下しているにもかかわらず、1998年(加入者8,025万人)から30%以上も減少し、2008年末で5,595万人に留まり、加入率は約10%(2005年末)である。公的社会保険制度の中で最も普及が遅れている。農村部における公的年金制度加入の低さの原因としては次の点が考えられる。

- ・ 経済発展が遅れている地域では保険料負担の経済的余裕がない
- ・ 農村部の生産方式が個人請負方式となったことから老後も家庭の責任との意識が高い
- ・ 財政投入が少なく加入のメリットがない
- ・ 基金管理が徹底されておらず、住民の理解、信用が得がたい

### d 企業年金制度

都市年金の第二の柱として、企業の人材確保や労働意欲の向上を目的として、企業と個人の共同納付による個人口座方式の企業補充年金制度が推進されている。資本市場整備の遅れ、資金運用人材の不足、従業者の高い貯蓄志向等から、加入者数は、3.3万社、1,038万人(2008年、前年比109万人増)で、公的年金に比べると加入者数は少なく、加入数拡大も遅い。普及は、沿岸地域の優良企業に限られている。この他、個人納付による貯蓄型年金もある。

### e 最近の動き

#### (a) 年金を中心とした社会保険の適用拡大に向けた動き

改革開放後、農民工(農村部からの出稼ぎ労働者)の都市部への大量流入に代表されるように労働市場の流動性が高まり、地区をまたいで就業移動するのが一般的となっているが、農民工に対する年金保険の適用は必ずしも進んでいない。既に現在の都市従事者基本年金は農民工を加入対象としているが、実際は2,416万

人しか加入しておらず全体の17%に過ぎない。この原因には、農民工に特化した制度になっていないこと、収入の低い農民工及び農民工を使用する事業所は現在の高い保険料(事業所20%、従業員個人8%)を支払うのが難しいこと、移動の激しい農民工に対して、移動後も継続される制度となっていなかったことがあげられている。また、中国の都市従事者基本年金制度は県レベルを基礎として発展してきたため、都市部従業員が省をまたいで移動して就業する場合も、保険関係が継続される仕組みがうまく機能していなかった。

これらを解決するため、中国政府は本年2月に都市部で就業する農民工に対する年金制度について規定する「農民工基本養老保険加入法」と、企業年金の省間転居時の取扱等について規定する「都市部企業従業員基本養老保険移動継承暫定法」の概要を公開し、広く国民の意見を募集するパブリックコメントを実施している。農民工基本養老保険加入法では、事業所の保険料率を12%と8%引き下げ、農民工の保険料率についても4~8%と幅を持たせている。また、農民工が移動した場合も、きちんと養老保険の権益が継続して守られるような制度を提案している。

さらに、2008年末には、中国の社会保険各制度の基本法となる「社会保険法」の草案を公開して法制化に向けた準備を進めている。これまで中国においては社会保険制度に共通する基本法がなく、年金、医療、失業、労災、出産の保険制度ごとに条例等に基づいて実施されてきた。今回の社会保険法は、制度の基本的な枠組みを定め、支給条件や、執行機関、社会保障基金の管理、運営、監督などを定めるものである。

これらの各法律の制定の動きは、社会保険のカバー範囲を拡大し、都市部と農村部をカバーする社会保障システムの確立を目指すものであり、第11次5カ年計画(2006~2010年)で示された「社会的公平を一層重視し、すべての人民に改革・発展の成果を共有させるべき」との方針や、金融危機の影響で貧困層の生活不安が高まっていることへの懸念が背景にあると考えられる。

### (b) 新型農村年金制度の試行

これまでの制度運営が順調でなかった点を踏まえ、新たな農村年金制度の実施を図ることとしており、

2009年6月の国务院常务会议において、2009年中に全国の県(市・区)の10%で新型農村年金制度を試行することが決定された。新たな制度は、個人口座(積立方式)と基金(賦課方式)の二本立ての仕組みで、学生及び都市従業者基本年金の加入者を除き、16歳から加入し、60歳から支給される仕組みとなっている<sup>(注9)</sup>。

### (c) 企業年金制度に係る法整備

2004年から企業年金試行弁法が施行され、設立要件、費用負担、給付等が規律された。同時に企業年金基金管理試行弁法が施行され、資金運用に係る責任が規律された。また、2005年、企業年金の資金運用機関として37金融機関が指定された<sup>(注10)</sup>。

## (2) 医療保険制度等

### a 制度の類型

都市企業従業者及びその退職者に対する都市従業者基本医療保険制度、公務員に対する公務員医療補助制度<sup>(注11)</sup>、農村住民に対する農村合作医療制度がある。都市部と農村部では、医療保障機能及びカバー率に格差がある。また、新たに都市住民(非就業者)に対する都市住民基本医療保険制度が導入されることになり、2008年末で全国317都市において試行的に実施された結果(加入者数11,826万人)、2009年中に全国で実施されることとなった。

### b 都市従業者基本医療保険制度

都市企業従業者に対する医療保障については、都市企業従業者に対する年金保険と同様(2(1)b)の目的で設けられ、個人口座(個人積立)と基金(社会保険方式)の二本立てとなっている。また、一応強制加入とされているが、実態は異なる。加入者数は、在職者及び退職者合計で1999年末は2,100万人であったがその後急増し、2008年末には19,996万人(うち在職者14,988万人)、退職者5,008万人)となっている。

管理運営：原則として直轄市、市

財源：個人口座(銀行等に開設)に納付する保険料及び基金に納付する保険料<sup>(注12)</sup>

個人口座分：原則として、従業員負担分、賃金の2%、企業負担分、賃金の約2%を拠出

基金分：原則として、企業負担分8%を拠出  
退職者の個人保険料：原則として、退職者本人は  
保険料を納付せず、企業が負担  
適用対象：企業(公的機関、集団企業、株式会社、外  
資企業、私営企業、個人商店、自営業者  
等)に勤務する都市従業者であるが、被  
扶養者は対象外であり、したがって児童  
は非加入  
給付方法：個人口座分については償還払(一旦全  
額を支払い、後で口座に請求)、基金分  
については、現物給付(患者負担分を病  
院に支払い病院が給付分を基金に請  
求)  
給付内容：個人口座と基金によって構成され、基金  
の最高給付限度額以上の費用につい  
ては、高額医療費補充医療保険や商業医  
療保険等によって対応

〈表2-121〉中国の都市従業者基本医療保険制度の給付内容

| 給付区分     | 給付内容等   |
|----------|---|
| 個人口座分    | 外来費用及び薬局における医薬品購入費用並びに入院費用の一定標準額以下の費用について、個人口座から支払う。個人口座の残高が不足した場合には、別途、全額本人負担となる。  |
| 基本医療保険基金 | 入院費用(急診に係る入院前7日分の外来費用を含む)及びがんの放射線治療・化学療法、腎臓透析、腎臓移植後の投薬治療に係る外来費用が対象となる。交通事故等の賠償責任の対象となる治療や労災保険の対象となる治療等は対象にならない。なお、費用のうち、原則的に一定標準額以上(各地域の平均年間賃金の10%程度)から最高給付限度額(各地域の平均年間賃金の4倍程度)までの費用を給付する。北京市では、一定標準額は1,300元となっており、同一年度内で複数回入院した場合には、2回目より650元となっている。また、最高給付限度額(年回累積給付額の限度)は5万元となっている。基金による給付に係る診療については患者自己負担を要することとなり、患者自己負担額は受診病院の種類及び医療費の額によって異なる。 |

資料出所 中国政府資料

(a) 各種保険適用目録

「医療保険医薬品目録」、「診療サービス項目目録」、「医療サービス設備支払基準」に基づき給付される<sup>(註13)</sup>。院内生活費用、救急車移送を含む移送費(救急車についても原則即時の支払いを要する)、付添看護費、医療以外の病院内設備利用費、食費等は給付対象外である。価格は、医療保険部局ではなく、物価部局が決定している。

(b) 指定病院制度

医療保険給付の対象となる病院及び薬局は政府が

指定しており、指定病院・薬局以外でサービスを受けた場合は保険の対象外である。被保険者は指定病院の中から、3～5か所の病院を選択・登録する。社区卫生サービスステーションやかかりつけ医を選択し、次に、専門病院、総合病院、中医(漢方医)病院を選択する。病院数の多い都市では、患者獲得競争が激化している。医療費の自己負担率は、小規模病院ほど低く設定され、小規模病院の利用へ誘導されている。

〈表2-122〉中国北京市における医療費の患者自己負担割合

| 受診病院    | 医療費       | 患者自己負担(%) | 退職者自己負担(%) |
|---------|-----------|-----------|------------|
| 三級病院を受診 | 一定標準額～1万元 | 20        | 12         |
|         | 1万超～3万元   | 15        | 9          |
|         | 3万元～4万元   | 10        | 6          |
|         | 4万元超      | 5         | 3          |
| 二級病院を受診 | 一定標準額～1万元 | 18        | 10.8       |
|         | 1万超～3万元   | 13        | 7.8        |
|         | 3万元～4万元   | 8         | 4.8        |
|         | 4万元超      | 3         | 1.8        |
| 一級病院を受診 | 一定標準額～1万元 | 15        | 9          |
|         | 1万超～3万元   | 10        | 6          |
|         | 3万元～4万元   | 5         | 3          |
|         | 4万元超      | 3         | 1.8        |

資料出所 中国政府資料

(注) 病院の規模(ベット数)に基づき、規模の大きい順に三級から一級まで定められている。

c 医療費補充保険制度

医療費補充保険制度は、被保険者の自己負担額が足りなくなった場合、当該医療費負担を補充するため、基本医療保険とは別に設けている制度で、管理運営は市が行っている。近年、本制度を実施する地域が増えている。ここでは北京市の例を紹介する。

財源：企業は賃金の1%、従業員と退職者は月3元を負担。不足時は、市が補填。

適用対象：基本医療保険に加入している者

d 特定困窮者医療扶助制度

最低生活保障制度対象者や収入が低く基本医療保険制度に加入できない者は、医療費保障を受けられず、都市困窮層における深刻な問題となっている。こうした状況を受け、一部の地域では、困窮者に対して、社会保険以外の対応として、医療扶助制度を整備している<sup>(註14)</sup>。

e 新型農村合作医療制度

集団経済当時は、人民公社等が集団的に医療を含めた生活保障を担っていたが、生産請負方式や市場経済導入以降、農村合作医療は急速に衰退し(1985

年には実施農村の占める割合は約5.0%に低下)、各家庭は自らの負担で医療を受けざるをえなくなった。

政府は、農村合作医療の再建を奨励するものの、沿海部等の比較的経済水準の高い地域では普及が進んでいるが、中西部を中心に再建が困難な状況になっている。近年の中国政府による農村重視施策の他、SARS（重症急性呼吸器症候群）流行時において農村の医療保障が改めて課題となったことから、農村合作医療の再建に向けた動きが活発化した。

2008年末で、8.14億人が制度的に参加し、加入率は91.5%に達しており、政府は、2010年までに全国農村でカバーするとの目標を定めている。基本的な負担額は毎年一人100元で、うち政府負担が80元（中央政府40元、地方政府40元）、個人負担が20元となっている。また、支払われる医療費は、各地方の農家の平均月

収の6倍が基準となっている。

#### f 公費医療制度

2004年の伝染病防治法改正において、農村部を中心とする医療保障制度の遅れが感染症流行につながっていることを受け、貧困な生活困難者に対して伝染病治療に係る公費助成を行う旨規定された。

#### g 最近の動き(医療制度改革の動き)

本年4月、中国政府は中国における今後の医療衛生制度改革の方向を示すものとして、「中共中央國務院の医薬衛生体制改革の深化に関する意見」(以下「意見」。)と、それに基づく「医薬衛生体制改革の当面の重点実施方案(2009—2011)」(以下「実施方案」。)の2つを公表した。内容は以下のとおりである。

### 中国の医療制度改革

#### 1. 改革の背景

- (1) 今回の改革の背景には、現在の不十分な医療衛生体制に対する国民の不満がある。改革開放後急速に発展した経済社会制度のひずみともいえるこの不満を表現した中国語が「看病難、看病貴」であり、「診察を受けるのが難しく、治療費用が高い」という意味で、現在の中国の医療事情を端的に示している。
- (2) 新中国成立以来、医療保障は政府が中心となって整備をすすめ、政府は都市部住民の医療費用の90%以上、農村部住民の基礎的な公衆衛生費用の全てを賄っていた。しかし、改革開放によって経済が成長し1980年代になると、政府の医療機関に対する補助は減り、医療機関はより高い報酬が得られる投薬、検査を増やし、結果、一般市民にとって医療はとて高価な場所になった。衛生部の統計によれば、医療費用に占める個人負担の割合は、1980年の21.2%から2007年には45.2%になる一方で、政府の補助は36.2%から20.3%へと半減している。
- (3) 医療体制の不備は、都市と農村の医療資源の格差拡大<sup>(注15)</sup>、脆弱な医療保障制度及び公衆衛生サービス、医療費の個人負担の増大といった様々な問題を包含しており、最重要の民生問題となった。庶民は医療費に備えるため貯蓄を増やし、これにより個人消費が抑制されているという効果も指摘されるようになった。
- (4) こうした中で、1997年、國務院は医療制度改革を

目指し、その後の10年間で都市部労働者の基本医療保険の整備、農村医療制度改革などを段階的に実施した。しかし、これらの一連の改革はうまくいかず、2005年には政府自身も「基本的には成功しなかった」と認めざるを得なかった。

#### 2. 「意見」及び「実施方案」の策定経緯

- (1) 2006年6月、國務院は新たに医療衛生問題に対応するため、国家発展改革委員会や衛生部、財政部、人力資源社会保障部等の16の部門から成る「医薬衛生体制改革横断作業チーム」を新たに設け、改革案の検討を開始した。
- (2) 現指導体制の成立後は、李克強 副総理がチームのトップとして検討を重ね、社会各層から幅広く意見を聴取したのち、2008年10月には「意見」全文のパブリックコメントを実施した。この結果、原「意見」は約190か所が修正され、あわせてより具体的な目標及び重点的な措置を定めるため新たに「実施方案」が制定されることとなった。
- (3) 「意見」及び「実施方案」は2009年1月に國務院常務会を、2009年2月には中共中央政治局常務委員会を原則通過して公表された。

#### 3. 「意見」の概要

- (1) 目標  
冒頭で改革全体の目標として、短期と長期の以下の2

つを示している。

- a 2011年までに基本医療衛生サービスの普及率を高め、住民の医療費負担を軽減し、「看病難、看病貴」問題を緩和すること。
- b 2020年までに都市・農村をカバーする基本医療衛生制度を確立する。

## (2) 4つの体系

上記の目標を踏まえ、2020年の基本医療衛生制度の確立に向け4つの体系を構築する。

- a 公衆衛生サービス体系の構築
  - 疫病予防、健康診断、母子保健、救急医療、精神医療、健康教育といった基礎的な公衆衛生サービスの充実、提供を目指す。
- b 医療サービス(供給)体系の構築
  - 農村における県病院、郷鎮衛生院、村衛生室の整備、都市部病院と社区卫生機関の分担強化など、都市及び農村の医療資源の整備によるサービス向上や効率化を目指す。
- c 医療保障体系の構築
  - (a) 都市・農村住民をカバーする医療保障体系の確立を目指すもので、これにより住民は以下の4つのいずれかによってカバーされる。
    - ア 都市労働者基本医療保険…都市部労働者が対象
    - イ 都市住民基本医療保険…都市部住民が対象
    - ウ 新型農村合作医療…農村部住民が対象
    - エ 都市・農村医療救助…都市及び農村部の貧困者が対象
  - (b) また、現在、必ずしも十分な保障が受けられていない以下の者については、次のとおり整理してカバーする。
    - ア 廃業・破産した国有企業、困難企業等の職員及び退職者、非公有制経済組織の就業者…都市労働者基本医療保険
    - イ 老人、障害者、児童、大学生…都市住民基本医療保険
    - ウ 農民工(企業と安定した労働関係を有する場合)…都市労働者基本医療保険
    - エ 農民工(上記以外)…戸籍地の新型農村合作医療または勤務地の都市住民基本医療保険
  - (c) 都市と農村間で流動している農民工や退職後に帰郷している労働者などに対して、4つの医療保障制度間の移転、接続ができるよう整備する。
- d 薬品供給保障体系の構築
  - 国家基本薬物リストの作成、基本薬物の生産供給システムの確保、指導薬価の制定等を通じて、国民が必要とする薬物を適正な価格で入手できるよう目指す。

## 4. 「実施方案」の概要

2009年から2011年までに5つの重点項目に取り組む。

### (1) 基本医療保障制度の構築の加速

(具体策)

- a 全ての都市・農村住民を対象にした基本医療保障制度を整備し、その中核となる都市労働者基本医療保険、都市住民基本医療保険、新型農村合作医療の加入率は3年以内に90%以上<sup>(注16)</sup>を達成することとする。
- b 2年以内に閉鎖企業・倒産企業の退職者と困窮企業の労働者、非公有制経済組織の就業者、農民工は都市労働者基本医療保険に加入する。それが困難な場合には省級人民政府の許可を得て都市住民基本医療保険に加入する。加入が困難な農民工は、戸籍地の新型農村合作医療または勤務地の都市住民基本医療保険に加入する。
- c 2009年に都市住民基本医療保険を本格的に実施<sup>(注17)</sup>し、大学生も対象とする。
- d 都市・農村医療救助制度<sup>(注18)</sup>が全国全ての困窮家庭をカバーする。
- e 2010年に各財政部門から都市住民基本医療保険と新型農村合作医療の加入者に対する補助基準額を年間1人120元<sup>(注19)</sup>にアップする。
- f 各保険によって支払われる医療費の支払上限を、それぞれ現地の労働者・農家の年間平均の月収の6倍に引き上げる(現在はおおむね4倍)。
- g 保険加入者の「共通カード」の利用を普及させ、保険機関と医療機関の直接精算を実現する。保険加入地域外で診療を受ける際の移転手続の簡略化や医療費の精算手続の確立により、農民工等の流動人口が基本医療を受ける際の移転手続の問題を解決する。

### (2) 国家基本薬物制度の基礎の確立

(具体策)

- a 国家基本薬物目録を2009年初に公布する。
- b 基本薬物については、全ての薬局と医療機関が配備し、販売できるようにする。政府は、国家の備蓄制度を整備するなど安定した供給が図られるようにする。
- c 国は基本薬物の小売指導価格を制定し、省級人民政府は国の指導価格の範囲内において管轄区内の統一購入価格を決定する。
- d 2009年から、政府が設置した医療・衛生機関は全て基本薬物を配備し使用する。使用される基本薬物は全て省級人民政府の指定機関が公開入札により調達し、統一的に配送する。

**(3) 基本医療衛生サービス体系の健全化**

(具体策)

- a 基本的な医療・衛生機関の設置を強化し、3年間でサービス体系の整備を終える。具体的には以下のとおり。
  - ・中央政府は3年間で2,000カ所の県級病院の建設を重点支持する。これにより、各県に少なくとも1カ所の県級病院が整備される。
  - ・2009年に中央政府は2.9万カ所の郷鎮衛生院の建設を支持し、また計5,000カ所(各県1-3カ所)の郷鎮衛生院の拡張・改善を支持する。
  - ・村衛生室の整備を進め、3年以内に全ての村に衛生室があるようにする。
  - ・都市では、3年以内に3,700カ所の社区卫生サービスセンターと1.1万カ所の社区卫生サービスステーションの整備(改造を含む)を行う。
  - ・中央政府は、貧困地域における2,400カ所の社区卫生サービスセンターの建設を支持する。
  - ・資格をもつ個人による診療所の開設を奨励する。
- b 農村地区を念頭において医療従事者の育成、研修を図る。(各地の医療機関従事者を中心に3年間で述べ189万人<sup>(注20)</sup>)
- c 都市部病院の農村地区への支援制度を設け、全ての都市の3級病院が3カ所程度の県級病院と長期的な協力関係を構築する。
- d 2009年から、中西部地区の郷鎮衛生院で3年以上のボランティアを行う大学医学部生に対して国が学費と奨学金返済を負担する。
- e 基本医療機関の運営コストは、サービス対価の徴収と政府からの補助でまかない、薬価差益のゼロを実施した後は、医薬品販売による収入は経費の補助にならない。

**(4) 基本公共衛生サービスの平等化の促進**

(具体策)

- a 国家が基本公共衛生サービスの項目を制定し、病気予防、母子保健、健康教育等の分野の各項目について2009年から段階的に都市・農村部で実施する。
- b 2009年より、新たに「個人健康ファイル」の作成を全国で統一的是はじめる。
- c 65歳以上の老人(3年間で1.1億人)に対し定期的に健康診断を行い、3歳以下の幼児(3年間で4,800万人)には成長発育検査を行う。妊婦(毎年1,600万人)には産前産後の訪問を行う。
- d 高血圧(1.6億人)、糖尿病(4,000万人)、精神疾患

(849万人)、エイズ(7万人)、結核(336万人)等の患者に予防・治療サービスを提供する。

- e 2009年に中央テレビに健康チャンネルを開設する。
- f これまでのワクチン接種プログラムに加え、2009年から15歳以下の住民にB型肝炎ワクチンを接種する。
- g 農村地域の妊婦に対する産前産後の葉酸の服用、貧困にある白内障患者の視力回復等を実施する。
- h 基本公共衛生サービスを実施するための必要経費を保障する。具体的には、一人当たり平均の経費算定の基準を、2009年に15元以上、2011年に20元以上とする。中央財政は移転支出を通じて貧困地域を補助する。

**(5) 公立病院<sup>(注21)</sup>の改革テストの推進**

(具体策)

- a 公立病院の管理体制、運営体制、監督体制を見直し、患者の待ち時間の短縮等のサービスの向上を図る。
- b 院長の選抜、人事評価制度の改善等の人事制度改革を推進する。
- c これまでの病院の主な収入源であった「サービス対価、薬価、政府の財政補助」のうち、政府の補助(従来は平均して収入の7-8%程度)を増やす一方で、薬価はゼロを目指す。具体的には、医薬分業を実施して、医薬品と検査の費用による利益をなくし、これに伴う収入減少分を、医療サービス価格の引上げや、新たに医療保険内に「薬事サービス費」の設定、政府の補助の増加により補てんする。
- d 公立病院は、全医療サービスの提供に占める特別医療サービス(VIP病棟、特別外来等)の割合を10%以下とする。
- e 民間資本が非営利病院を設立することを奨励し、許可や管理監督、医療保険の指定、事業の実施等の面で公立病院と同等の扱いとする。また非営利病院に対する税制の優遇を実施する。
- f 公立病院改革は、2009年からテストケースを開始し、その評価を踏まえて2011年に拡大させる<sup>(注22)</sup>。

**(6) 財政措置**

- a 5項目の重点改革を実施するため、各級政府は2009年から2011年の3年間で計8,500億元を投入する。うち、3318億元は中央政府が投入する(国:地方=4:6<sup>(注23)</sup>)。
- b 8,500億元のうち、需要側(保険料補助等)に三分の二、供給側(医療機関整備等)に三分の一を投入する。また投入に当たっては中西部地区に重点的に投入する。