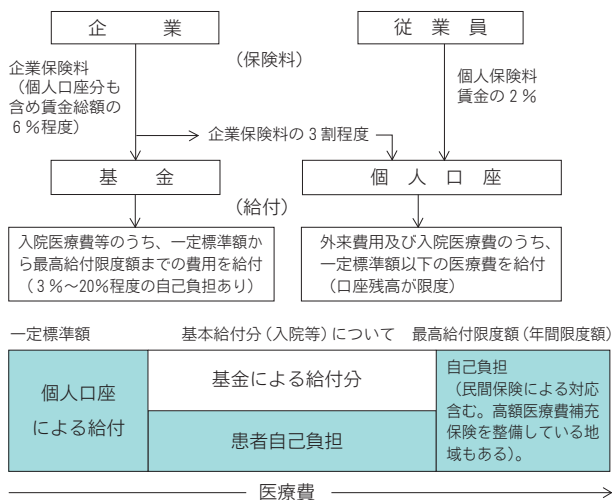


b 都市従業者基本医療保険制度

都市企業労働者に対する医療保障については、都市企業労働者に対する年金保険と同様(2(1)b)の目的で設けられ、基本的な仕組みは、個人口座(個人積立)と基本医療保険基金(社会保険方式)の二本立てとなっている。また、強制加入とされているが、実態は異なり、加入者数は、在職者及び退職者合計で1億2,404万人(うち在職者9,045万人、退職者3,359万人、都市部就業者の34%、退職者の72%が加入)となっている(2004年末)。毎月約100万人増加しており、政府は、2.6億人の全員加入を目指している。

〈図2-5〉中国の都市従業者基本医療保険制度の仕組み



資料出所 中国国政府資料

管理運営：地級市(各省区の下にある比較的大きな都市)、地区及び直轄市が行っており、具体的内容は各地域の事情等を考慮して各地方政府が決定している。

財源：個人口座(銀行等に開設)に納付する保険料及び基本医療保険基金に納付する保険料である^(注8)。

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)に勤務する都市労働者であるが、被扶養者は対象外であり、したがって児童等は非加入である。最近では、雇用関係が明確な臨時工が加入することのみならず、臨時工が単独で個人口座を設置することが認められるようになった。各区域内の農村部の郷鎮企業従業者や個人経営体(自営業者)に勤務する従業者への適用については各地方政府が決定する。

〈表2-83〉中国の都市従業者基本医療保険制度の保険料等

保険料の区分等	保 険 料 等
個人口座の保険料	企業は賃金(当該従業者の前年平均月額賃金)の1.8%程度、従業員本人は賃金の2.0%を負担する。ただし、保険料率や分配は各地域の裁量により異なり、従業員の年齢によって企業負担の保険料に差異を設けるなどの措置を行っている地域もある。
基本医療保険基金の保険料	企業が賃金の4.2%程度を負担。ただし、各地域の裁量により異なる。もともと、本制度は都市労働者及びその退職者を対象にしているという意味で、いわゆる企業労働者等に特化した「突き抜け型」であり、かつ企業保険料から退職者個人口座に対する企業負担もあることから個人ベースでの「突き抜け型」の要素が強い。一方、基金への企業拠出保険料率は統一されており、この部分は各企業の年齢構成を勘案しない共同負担となっている。
低賃金労働者及び高賃金労働者の保険料調整	従業者の賃金が各地域の平均賃金の60%より低い場合には、平均賃金の60%をもとに保険料を算定する。また、前年賃金が各地域の平均賃金の300%を超える場合には300%を超える部分について保険料算定の対象としない。
退職者の個人保険料	原則的に退職者本人は保険料を納付せず、企業が負担する一括保険料から各地域の規定に基づき一定額を退職者の個人口座に納入する。年齢に応じて個人口座に充当する企業負担分の保険料額を多くする措置を講じている地域も多い。新制度施行前に就業し、施行後に退職した者のうち、保険料納付期間が25年間(女性は20年間)に達しない者は不足額を支払うことによって給付を受けることができる。ただし、連続就業年限等が国家规定に合致すれば、保険料納付期間とみなすことができる。
納付	企業は従業員分を含め企業が口座を開き社会保険運営機構が委託する銀行に納付する。

資料出所 中国国政府資料

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)であるが、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)となっている。

給付内容：個人口座と基本医療保険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する。

〈表2-84〉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)及びガン(放射線治療・化学療法、腎臓透析、臓器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(年間累積給付額の限度)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っており、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 中国国政府資料

(a) 各種保険適用目録

「基本医療保険医薬品目録」、「基本診療項目目録」、「医療サービス設備支払基準」に基づき給付される^(注9)。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。価格は物価担当部局が決定する。基本医療保険では価格をも勘案して「目録」収載を決定し、低価格品等の使用を誘導する狙いもある。

〈表2-85〉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～1万円	20	12
	1万超～3万円	15	9
	3万超～4万円	10	6
	4万円超	5	3
二級病院を受診	一定標準額～1万円	18	10.8
	1万超～3万円	13	7.8
	3万超～4万円	8	4.8
	4万円超	3	1.8
一級病院を受診	一定標準額～1万円	15	9
	1万超～3万円	10	6
	3万超～4万円	5	3
	4万円超	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。

(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・登録し、基金の確認を受ける。選択に際して、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、患者獲得のための競争が激化している。

c 高額医療費補充保険制度

高額医療費補充保険制度は、被保険者の自己負担額が高額になった場合、当該医療費に係る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：企業は従業員総賃金の1.0%、従業員と退職者は月3元を負担する。不足を生じた際、市が補填する。
適用対象：基本医療保険に加入している者である。

給付内容：次のとおりである。

〈表2-86〉高額医療費補充医療保険制度(北京市)の給付内容

費用の区分	給付内容	
外来等の費用	現役労働者	1年間の外来費用等が2,000元を超えた場合、その超過額の50%を給付する。 年間給付額上限は2万元。
	70歳未満の退職者	1年間の外来費用等が1,300元を超えた場合、その超過額の70%を給付する。 年間給付額上限は2万元。
	70歳以上の退職者	1年間の外来費用等が1,300元を超えた場合、その超過額の80%を給付する。 年間給付額上限は2万元。
基金に係る最高給付限度額(50,000元)を超える入院費用等	現役労働者	最高給付限度額超過額の70%を給付する。 年間給付額上限は10万元まで。
	退職者	同上。

資料出所 中国政府資料

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地域もある。北京市の場合、条件を満たした生活困窮者に対して、手術費、入院費、高額検査費について20～50%割引し、また、重病時の医療費が年間1,000元を超えた場合、年間1万元を限度として医療費の50%を給付する。

e 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つつある。2004年10月現在、1億人を制度的にカバーし、実際の加入者は約8,000万人である^(注10)。