

論文の内容の要旨

論文題目 『中国の新医療衛生体制の形成－移行期の市場と社会』

吉田治郎兵衛

改革開放後、中国の医療衛生体制は 20 世紀末一応の基本枠組みが形成されたといえるが、その内容の充実は今後の課題となっている。計画経済体制から市場経済体制へ移行され、医療衛生体制がどのように変化し、どのように新しい体制が構築されたかを説明するのがこの論文のテーマであり、中国の医療衛生体制の研究において、医療衛生制度、製薬産業・薬事行政政策、医療保険制度の 3 つの分野を含め、総合的に研究したのがこの論文の特徴である。

本稿は、改革開放以降凡そ 2000 年までの期間にわたる医療衛生体制の改革過程を 1980 年代の請負型市場化、1990 年代半ば以降の医療衛生制度の新しい制度化と市場化への進展による「管理型市場化」の段階と位置づける。この間中国経済は「20 年長期所得 4 倍増計画」のもとに年率 9.6% の高度成長を達成し、GDP は 5 倍以上にもなった。こうした高成長にも関わらず、当初医療衛生体制の改革は高成長の果実を配分する制度設計が適切に行われず、医療衛生問題を社会問題化したといえる。

1985 年農業、工業企業に続いて、「医療単位」の請負責任制が初めて導入された。農業や工業と全くおなじものではなかったが、医療にも市場化を促すものであった。医療衛生体制改革が医療機関の請負型市場化として始まり、医療財・サービスの供給が「独立採算制」のもとに実施され、公的な医療設備投資は抑制されるとともに、都市では医療保険が医療費の高騰に対応できず、農村では人民公社の解体とともに「合作医療体制」の消滅が進んだ。このため「医者にかかれず、医療費は高過ぎる（看病難、医費高）」という庶民の怨嗟の声が中国社会全体を覆ったと言っても過言ではない。

これは中国の改革が 1980 年代は「農業請負責任制」、「企業請負経営責任制」という「二つの請負制」がいわば一律に取られ、公共性の強い医療衛生の財・サービスの部門にも適用されたからである。

医療衛生の財・サービスはそれ自体すべて公共財ないし公共サービスであるとはいえない。医薬品は薬害などをおこさないという安全性を確保するという意味で公共性がある。医療サービスはそれ自体「私的サービス」であるが、サービスの提供者と消費者の

間には情報の非対称性が著しいという意味で、「市場の失敗」を起こしやすい。したがって、医療衛生財・サービスは公共財・サービスの性格が強いといえる。つまりその市場化には適切な公共的関与が必要であるということである。しかしその関与の仕方は、社会や時代によって相違することにも留意しなければならない。

医療衛生分野における「請負型市場化」は適切な国家による関与政策は採らず、むしろ公的関与を後退させ、医療保険体制を機能不全にし、医療コストを医療サービス価格に転嫁する市場化が行われたために社会的問題を激発させたのである。医療費の高騰と低所得階層の医療アクセスの低下が2大病弊といわれるのである。

まず本稿では、社会公益事業としての医療衛生体制に請負型市場化を導入することによってもたらされた「医療費高騰のメカニズム」を解明する。計画経済時代には診療報酬基準が極めて低く抑制され、「人民に奉仕する」医師をはじめとした医療従事者の所得も低い評価のままであった。改革後診療報酬基準は大幅に改定され、約20日間の入院費が平均賃金の6ヵ月分、平均年金額の1年分にも相当する例さえ珍しくなかった。これは国家の補助金が増額されず、「損益自己負担」を求められた病院や医師が診療内容や診療報酬基準を引き上げ、増収を図った結果であった。病院の増収の約6割は薬剤収入に依存していた。1990年代には高価な輸入医薬品を処方する「薬漬け」診療も現われた。この傾向を一掃助長したのが外資系医薬品企業の中国進出であった。

また薬価は国家医薬管理局と国家物価局によって管理されたが、1983年末50種の薬価を自由化し、一部の管理権を地方に移譲した。こうして薬価は変動の時代に入った。薬事行政は医薬品の品質管理という重大な責務があったが、十分な予算を確保できず、放任状態に置かれた。薬事行政において公共政策の重要性の認識はなお薄かった。

このような医療費、薬価の高騰に対して、医療保険制度は従来の労働者医療保険制度や公費医療制度の限られた労働者に対する保障に留まっていたばかりか、赤字国有企業的大幅増加は、労働者医療保険制度を機能不全にし、「看病難、医療費高」の社会問題をひどくし、「病気になっても、医者にもかかれない」という人民の不満の声が広範囲に渦巻いた。

医療保険制度の新しい制度化は1995年から試行が始まり、1998年国務院は「都市労働者基本医療保険制度の設立に関する決定」文書を公布し、都市全域の医療保険制度の基本的枠組みを制定し、制度の充実化を図っている。医療保険基金の単位は県・市レベルとされ、比較的小さな地域単位となっている。

1990年代半ば以降、医療衛生行政や薬事行政において、社会的な管理や規制を強化するいわゆる「管理的市場化」といわれる制度と市場の融合した新医療衛生体制の創出を志向された。

この新医療衛生体制の形成は、同時に、1994年から開始された「社会主義市場経済体制」の形成過程でもある。1992年の中国共産党第14回大会における目標モデル「社会主義市場経済体制」の決定決議を受け、翌1993年の実施綱領とも言うべき「社会主

義市場経済体制 50 条」にもとづき、その体制創出過程に入った。その 3 本の柱は国有企業所有改革を核とした市場メカニズムの確立、財政金融制度を中心としたマクロコントロール体制の整備、社会安定を計る「社会保障制度」の創出の一環であり、人民の生活と健康を保障するシステムの構築である。

繰り返すが、本稿の課題は、医療衛生制度、製薬産業・薬事行政政策、医療保険制度の改革・創出過程を分析し、患者、医師・病院、医薬品業者、行政の四つ巴の様態を解明し、そこから中国の医療財・サービスをめぐる公共政策と市場化の制度化のあり方と問題点を明らかにするにある。

本稿が最も重きを置いたのは、衛生省、財政省を初めとする行政官や医科大学、病院、保健所、医薬品検査所、労働社会保障局、医薬品検査所などの医療衛生、薬事行政、医療保険行政の現場で活躍している人々の論文、研究所、報告書、記録類、手引書を広く渉猟し、事実に基づいた研究を心がけたことである。もちろん法律や法令の詳細な分析、広く政府各層にわたる統計資料も収集し活用した。

本稿は、つぎのような各章の内容より構成されている。

第一章では、改革開放後、開業医が認可され、病院に請責任制が導入された過程と経営制度の変貌、農村 3 級医療予防保健網の崩壊と政府のてこ入れ政策、医療財源の各種指標、北京市を例とした医療費の高騰と各種統計指標との比較を分析する。この中でも医療財源の統計資料は、中国の医療衛生政策の全体像を知る上で極めて重要かと自負している。

第二章では、文化大革命期の低品質の医薬品の過剰生産設備の整理、医薬品における直売の開始、医薬品の仕入れと裏リベート問題を分析した。中でも医療費高騰の重要な要因であり、社会問題化した「リベート問題」は、人民の医療機関と製薬産業に対する信頼を裏切る内容となっている。

第三章では、人民公社の解体による合作医療制度の崩壊、国有企業の経営状態の格差に起因する労働者医療保険制度の格差の拡大、大病医療費の社会的共済化、公費医療制度の実態、新医療保険制度の試行について分析した。中でも、僅かな自己負担で高額な医療サービスを受けられる党幹部職員、公務員の公費医療制度に対する政策分析に可能な限りの資料を集めて努力した。

第四章では、1980 年代の過度の市場化により医療費が高騰したことに対する 1990 年代末期の医療費抑制政策、規制緩和から管理強化への政策の変化を分析した。1997 年の中共中央と国务院の決定、各級病院の役割分担の明確化、薬剤収入の分割管理、医薬品の集団入札購入制度、診療報酬基準の改正について論じた。この内、医薬品の集団入札購入制度については力を注いだ。

第五章では、医薬品管理法の施行、市場経済下での薬価高騰のメカニズム、国务院の緊急対策、国家薬品监督管理局の発足について分析した。特に、薬価政策に関しては薬事行政の最重要項目であり可能な限りの資料を集めて解明に力を注いだ。

第六章では、都市労働者医療保険制度の特徴、財務・会計制度の整備状況、診療報酬請求の審査組織、大病共済制度の再普及について分析した。特に、都市労働者医療保険制度の発足により役割を終えたはずの大病共済制度が、再度見直されている実情とその背景を重視した。