

＜日本総合研究所＞ 失敗から始まった **中国医療改革の行方**

国民“皆保険”の実態

第 2 回

2012 年 9 月中国国務院が主催した記者発表会で、元中国衛生部部長の陳氏が「11 年末で、わが国の基本医療保険カバー率が 95%を超えた」と発表した。04 年に行われた第 3 回国家衛生服務調査では、都市住民で約 5 割、農村住民で約 8 割が医療保険に入っていない状況であった。この急速に普及した中国の国民“皆保険”の実態はどうなっているのか。またこの“皆保険”により医療市場にはどのような影響が生じるかについて説明する。

基本医療保険加入率

中国の基本医療保険は主に(1)新農合医療保険、(2)都市労働者基本医療保険、(3)都市住民基本医療保険の 3 つがある。保険ごとに財源も給付基準も異なる。

表 1 中国 3 大基本医療保険の比較

保険種類	農村型医療保険		都市型医療保険	
	①新農合医療保険	②都市労働者基本医療保険	③都市住民基本医療保険	
加入対象	農村居住者 (戸籍が農民)	都市部の会社員 (含む、退職者)	都市居住者 (児童、学生、 失業者)	
加入者数(2011年)	8.32億人	2.5億人	2.2億人	
加入率	97.5%(2012年)	97.0%(2010年)	97.0%(2010年)	
強制/任意	任意	強制	任意	
納付金額 ※省で異なる	個人 〈個人〉 最低50元/年	〈従業員〉 基準月収の2%~ (退職者は納付なし)	〈個人〉 最低50元/年	
	政府/雇用 機関 〈地方政府〉 240元/人(2012年 基準額)	〈雇用機関〉 基準月収の6%~	〈地方政府〉 240元/人 (2012年基準額)	
保険給付 ※省で異なる	外来	個人積立口座から 支払い 超過分は年齢に応じ て一部給付あり	一定額を超えた 場合、年齢 に応じて一部 給付あり	
	入院	指定医療機関にて 控除額を超えた分 について一部給付 あり(上限あり)	控除額を超えた分の 85%(上限あり)	50%~70% (上限あり)
	特定疾病 治療	この3つの医療保険とは別に大病保険で別途カバーする ように実証中		
制度導入年	2003年	1998年	2007年	
実行体制	省(直轄市、自治区)レベルでガイダンスを策定し、 各地級市、県レベルで詳細内容を決める			
政府管轄部門	衛生および計画生 育委員会	人力资源および社会保障部		

(出所: 各種公開情報に基づき筆者にて作成)

2003 年から発足した新農合医療保険は現在中国の 6 割以上の人口をカバーしているが、給付範囲は主に入院治療が対象になっている。外来給付は、自身の戸籍がある地元

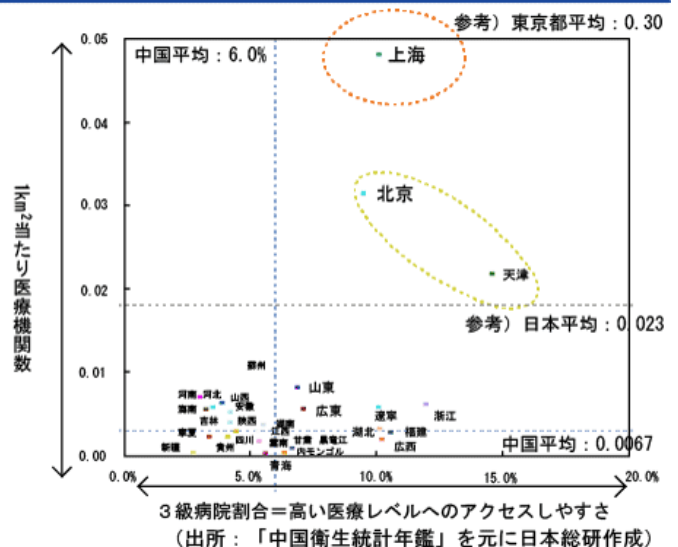
の衛生室/衛生院といった基層医療機関に限り一部給付があり、かつ 1 回当たりの給付上限は 10 元から数十元程度で設定されている。一方、07 年から開始した都市住民基本医療保険は、都市部の約 2 億人の学生や無職の人々への保険カバーができるようになったが、新農合医療保険と同様で、財源は中央政府、地方政府の補助がメインなので、給付範囲も主に入院治療になっている。外来については 1 回あたりの支払額が 300~1,000 元(年齢によって差異)を超えないと給付の対象にはならない。

3 つの保険の中で、給付水準が最も高いのは全人口の 2 割未満をカバーする都市労働者基本医療保険である。この保険では、毎月被保険者が納付した基準月収の 2%と、企業が支払った保険金の 30%が当該被保険者の個人保険口座に積み立てられて、外来の支払いに使える。また、この口座に残高がある場合は、政府指定の保険適用薬局において保険を使って薬を購入することも可能である。

上記のように構築された中国基本医療保険体系においては都市労働者保険以外では、実質的にまだ入院治療に傾注していることになる。また、保険の管轄行政機関は省ごとに分けているので、戸籍の所属地域を超えると、保険の適用対象外になってしまう。さらに中国の大型医療機関は大都市に集中しているため(図 1)、難病治療のため、地方の住民が上海、北京などの大病院に行くと、医療費用がほぼ 100%自己負担になってしまう。

そのため、現状中国の“皆保険”は日本のような“国民皆保険”とはまだ距離がある。

図 1 中国の大型医療機関分布図



新基層医療市場

(1) 保険の普及から形成されつつある新医療市場
給付水準はまだ低いレベルではあるものの、新農合保険および都市住民保険の導入に伴い、新たに 10 億人に保険給

付されることになった。また、その中の 8 割以上は農民であり、“基層（医療）を保障すること、基層（医療機関）を強化すること”が中国新医療改革の中心的な考え方でもある。前者は基本医療保険の拡大を表し、後者は基層医療機関の建設、設備投資、人員強化を表している。その背景には、農村部での低い病院受診率と基層医療機関側の低い医療サービス水準がある。09 年に行った第 4 回国家衛生服務調査では 2 週間罹病者の未受診率は 38.2%あり、約 4 割の方が病気を自覚してもすぐには病院を受診しない状況がある。また、衛生部の統計によると、10 年に中国では基層医療機関の核である県級病院は 9,621 軒あり、病院全体数の 46%を占めているが、県級病院の収入は全医療機関の 21%しかなく、設備投資や人員強化が十分には進められてこなかった。これらの背景を基に、09 年から 11 年の 3 年間で中国政府が医療に投資した金額は 1 兆 2,000 億元に上り、主に農村、都市無職者への保険の普及、および県級病院をはじめとする基層医療機関への拡大投資がなされた。このような政策促進の下で、新たな基層医療市場が形成され、拡大している。

(2) 医薬品メーカーにもたらす“影”

国民“皆保険”の推進に伴い、これまで抑制されていた医療ニーズが解放されつつある。過去 3 年間で県病院や社区病院の医療収入の年平均成長率は 30%を超えている。ただし、この成長する医療新市場が医薬品企業にもたらすのは“光”だけではない。

保険カバー率を上げたが故に、限られた財源の中で国民に適切な医療保障を提供するかが中国政府の直面している大きな課題である。保険費用を抑制するため、保険適用リスト(表 2)が策定されており、基層医療機関では、さらにコストを抑えるために医薬品の公開入札による集中購買制度も導入している。

表 2 主要医療保険適用リスト					
目録名	公表年 改訂年	主要適用医療保険			保険給付状況
		農村型医療保険 新農合医療保険	都市型医療保険 都市労働者基本医療保険	最新版の 医薬品 収録状況	
(1)-a 国家基本医療保険目録	初回公表 2000年 改訂 2004年 2009年	○	○	○ 甲類：503種類 乙類：1,624種類	甲類： 保険償還対象 乙類： 労働者保険： 10~20%自己負担を してから償還対象 住民保険： 各省で決める
(1)-b 国家基本医療保険補充目録	—	○	○	○ 省、直轄市、自治区で決める 国家基本医療保険の15%以内	国家基本医療保険目録の乙類と同様
(2) 国家基本薬品目録	初回公表 2009年 改訂 2012年	○	○	520種類	全額保険償還対象 国家基本医療保険目録の甲類に収録

(出所：各種公開情報に基づき筆者にて作成)

(3) 政府購買リストに入るための医薬品メーカーの戦い
保険適用リストに収録されているのは医薬品の通用名、

剤型、規格になる。また基本医療保険目録((1) — a, b)も、国家基本医薬目録((2))も、一部は全国一律で、一部は各省にて策定される。そのため、医薬品メーカーは自社の医薬品がリストに収録されるよう、販売ターゲットとする省でのマーケティング活動が欠かせない。その一方で、リストに通用名、剤型が収録されること自体は単なる販売活動の第一歩にすぎない。収録後は各省の集中入札に応札・落札し、病院の購買候補リストに入らないと実際の購買にはつながらない。

また、「どのような価格で落札したのか」が今後の販売展開に大きく関わっている。残酷な“価格競争”を回避するには、いかに各省の「医薬品優待優待リスト」(優れた医薬品の特別価格リスト、漢方薬がメイン)や「医薬品単独定価リスト」(化学医薬品がメイン)に収録されるのが医薬品メーカーにとって重要な取り組みになる。これに収録される医薬品は、製造メーカー名および剤型、規格が明記され、販売価格も国家指導価格(国が決める最高価格)の制限を受けないことが可能である。今まで外資系医薬品メーカーは国産品と差別化するため、このリストへの収録に注力してきた。しかし、国際的に医薬品の特許切れのピークが到来し、中国国産医薬品メーカーの中で高まっている“外資系医薬品への優遇の見直し”といった抗議もあり、各省では「医薬品単独定価リスト」に掲載している医薬品の強制的な価格引き下げや、資格取り消しが相次いで発表されている。また、7月に摘発された GSK 賄賂事件の余波も収束に向かっておらず、サノフィやノバルティスなどの外資系医薬品メーカーの賄賂に関する摘発報道もあり、波紋がさらに拡大している。「単独定価がその賄賂資金を作っている」、「これは政府の外資系医薬品に対する価格引き下げ活動の一環だ」と一部のメディアは指摘している。

上述のように、“皆保険”によって形成されつつある新医療市場への参入には、「保険リストへの収録」、「集中購買入札での落札」、「優待優待リスト、単独定価リストへの収録」などの“入場券”の入手が欠かせないのだが、その入手難易度は日々高くなっている。また、これから最も量的成長が期待できる県級病院を代表とする基層医療市場は、3級病院を代表とするハイエンド病院市場に比べて、政府の干渉が強く、中国で戦っている外資系医薬品メーカーにとっては光と影の両面がある。アクセルとブレーキのバランスをどうとるかが問われる局面に入ってきている。

< 筆者紹介 >

嚴華 / YanHua (げんか)

株式会社日本総合研究所 総合研究部門 社会・産業デザイン事業部 ヘルスケアイノベーショングループ マネジャー

神戸大学大学院経営学研究科博士前期課程終了(経営学修士)。商社、外資系コンサルティング会社を経て、2008年に株式会社日本総合研究所入社。11年より中国現地法人に出向中。主に中国の市場進出支援、中国市場におけるマーケティング戦略立案および営業力強化のコンサルティングに従事。