

# ＜日本総合研究所＞ 失敗から始まった中国医療改革の行方

## 公立病院の“医薬分離”が進まない真相

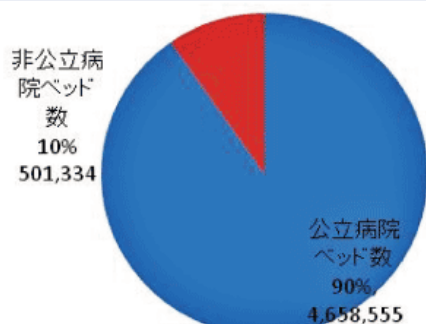
### 第 3 回

今年 7 月、英製薬大手であるグラクソ・スミスクライン（以下、GSK）が売り上げ拡大と薬価高騰を目的に、6 年にわたり中国政府関係者や医師に対して総額約 5 億米ドル（約 513 億 5,000 万円）を贈賄し続けていた容疑で、同社中国現地法人の 4 人の幹部が当局に逮捕された。この事件が医薬業界に大きな波紋を広げている。その後、他の大手外資系製薬メーカーにも中国当局が立ち入り検査をしていることや、当局が病院で待ち伏せして、医薬情報担当者（MR）の贈賄現場を取り締まっていることが次々とインターネットで報じられた。一方、「中国の公立病院にとっての賄賂は経営の潤滑油であり、こうした違法な支払いがなければ医療制度自体が機能不全に陥るだろう」という声が病院関係者や業界専門家から聞こえてくる。では、なぜ公立病院にもかかわらず、このような事態に陥ってしまうのか。本稿は中国の公立病院の実態を説明しながら、病院が“薬依存”の体質からなかなか脱却できない本質を探究してみたい。

### 1. 中国公立病院の実態

公立病院は政府が出資した病院で、政府の財政予算管理の範疇に含まれる病院を指す。中国において、公立病院は 13 億人向けの医療サービス供給の大半を担っている。2009 年の新医療改革を実施して以来、政府は民営病院の数を増やそうとしてきたが、現状のベッド数でみると、11 年時点では公立病院は依然として 9 割を占めている。（図 1）

図 1 中国病院のベッド数（2011年）

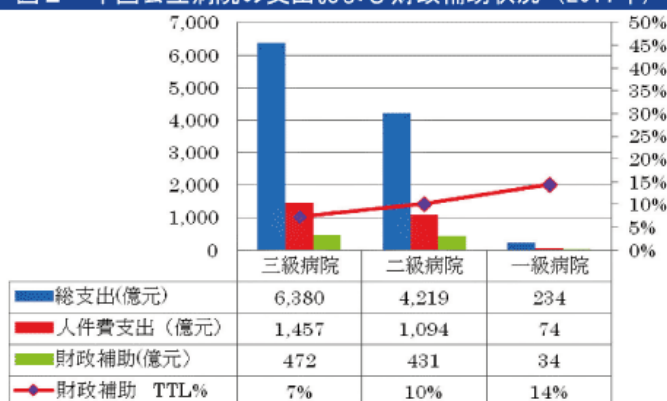


（出所：「2012中国衛生統計」に基づき筆者作成）

一方、公立病院は公立という名にも関わらず、病院

自力で資金繰りをしなければならない状況にある。図 2 に示すように、中国衛生部が公表した 12 年の衛生統計によると、高度医療を担っている 3 級病院（3 級が最も高度）では、総支出に対して、政府からの財政補助は 7% に過ぎず、病院の人件費支出に対しては 3 分の 1 しか依存できないといった状況である。残りの 3 分の 2 の人件費およびその他の支出金額はすべて病院自身で調達しなければならない。

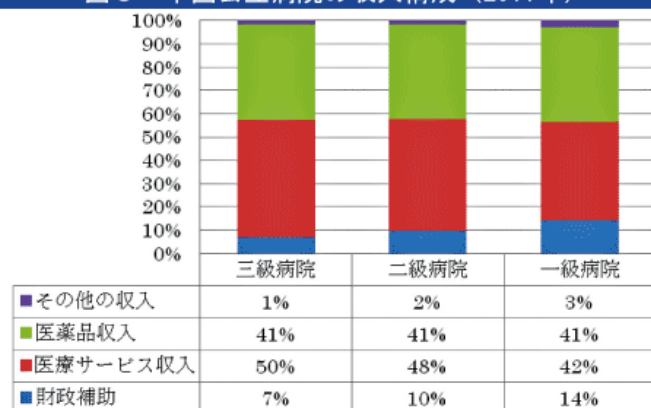
図 2 中国公立病院の支出および財政補助状況（2011年）



（出所：「2012中国衛生統計」に基づき筆者作成）

収入実態をみると、公立病院では、（１）医療サービス収入（診察料、検査代、手術代など）（２）医薬品の販売差益——が重要な収入源となっている。12 年の衛生統計によると、公立病院での医薬品収入が病院総収入の 4 割を占めている。（図 3）

図 3 中国公立病院の収入構成（2011年）



（出所：「2012中国衛生統計」に基づき筆者作成）

公立病院として、より多くの国民が医療サービスを受けられるように、各種医療サービスの標準診療報酬を省ごとに設定している。医薬品について、販売価格

の上限を設定しているものの、財政補助の少なさを補填するため、公立病院に対して、医薬品を病院が仕入れた価格の 15%までは、患者に上乗せして請求することができるという“政策的補助”を許容している。

## 2. 公立病院の制度に起因する問題

国のこうした限定的な財政補助や配慮政策は各種の医療問題の原因の一つにもなっている。

その典型的なケースとして、「過剰医療による医療費の上昇」および「医患矛盾（医師と患者との間のトラブル）の激化」が挙げられる。

医療サービスごとの診療報酬は一律に低く抑えられているため、医師は所属している科室の収入を上げるために、患者に対して場合によっては必要でない、もしくは必要以上の検査、治療を実施するという、診療報酬の数量稼ぎの泥沼に陥っている。

また、診療報酬が一律になっている医療サービスとは別に、「単独で費用徴収できる高価格医療消耗材の濫用」が起きていることも、一つの社会的問題になっている。

第 14 回中国全国心血管病学会では、中国の心臓病専門家である胡教授も「心臓ステントの濫用」について厳しく批判を展開している。

胡教授の臨床で把握しているデータから、「12%の患者は過剰治療されていて、38%の患者はステントを使う必要性について再判断する必要がある。多くの患者は 1 回の手術で 3 個以上のステントを入れられていて、一部の患者は体の中で十数個のステントも埋め込まれている。それは医師の不合理な推薦と直接関係している」と指摘した。

もう 1 つは、本稿の冒頭でも言及した医薬品に関連する賄賂問題である。本来は価格を抑えるために実施している医薬品の政府入札は、企業が病院の購買候補リストに入るための「入場券の争奪戦」と化しており、賄賂の温床にもなっている。

また、単価の高い医薬品に 15%の上乗せをして患者に請求した方が利益が大きいため、病院は患者に最も適する薬を処方するよりは、単価の高い薬を処方することを好むという傾向も出ている。結局、このような背景から、「価格は低いが高効果の薬」は市場から自然消滅しつつある。

賄賂がはびこる理由の 1 つとして、「中国の医師の収入は、他国と比べると、非常に低い」という事実がある。中国最大の医学サイトの丁香網が実施した「2012～13 中国医師報酬調査」のデータによると、中国医師の平均年収は約 6 万 7,000 元（約 107 万円）であり、より身近にある基層医療機関の全科医師（総合医）になると、平均年収は約 4 万 9,000 元である。ただし、6 割以上の医師の 1 日の平均労働時間は 9～12 時間になっている。マンションの 1 平方メートル当たりの平均単価が既に 3 万円を超えている上海、北京のような大都市では、上記の年収ではやはり無理がある。そこで、

医師に対しては灰色収入が欠かせない存在となってしまう。患者側も入院するための病床を確保するにしても、手術を受けるにしても、3 級病院では医師に紅包（お金を包んだ封筒）を渡すのが定例のようなものになっている。（その一方で、多くの病院の待合室には“拒収紅包（紅包を拒む）”と壁に大きく書かれている）。また薬の処方については、医師が処方した数量に比例して、医薬品メーカーが医師にペイバックするのも業界の暗黙のルールになっている。先日も、医薬品メーカーの M R が医師の処方量に基づきペイバックを支払う隠し撮りされたシーンが、何度もニュース番組やドキュメンタリー番組で放送されていた。

## 3. “医薬分離”は進むか

上記のように、医薬品の入札段階、病院の購買段階、および医師の処方段階での価格操作、賄賂・収賄、ペイバックなどの問題に対応するため、“医療サービスの提供と医薬品販売との間の利益チェーンを断絶する”といった“医薬分離”政策は、09 年から始まった新たな医療改革の中で、公立病院改革の重要施策として推進されている。

また、10 年 2 月に旧衛生部が公表した「公立病院改革指導意見」の中で、“医薬分離”については、以下のような推進方針を示している。“医療サービスと医薬品を分離し、公立病院の収入構成を医療サービス収入、医薬品差益収入、政府財政補助の 3 本立てから医療サービス収入と政府財政補助の 2 本立てにしていく。医薬品価格を調整し、段階的に医薬品の利益上乗せ販売政策を取り消していく。その代わりに、薬事サービス料を増設して、医療保険の給付額および政府の財政補助を各地方政府経済状況、住民の収入状況を考案した上、拡大していく。”

こういった政府方針の下、各省はいくつかの市で、病院を選定して、“医薬分離”を試行している。具体的には基層医療機関（1 級病院相当）ではゼロ薬価政策の実施であったり、薬局機能を第三者に委託するなどといった改革を試みている。ただし、病院購買可能な医薬品候補リストが依然として政府関連部門の管轄範囲内であることや、処方権が依然として医師のみにあることから、“医薬分離”を通して、医薬品の価格を下げて、医師の合理的な処方を促すには、効果は限定的である。

公立病院の公益性を確保するために“医薬分離”を実現していくためには、以下の問題についての解決策の検討が必要である。

第一に、財政の補助金額についてである。11 年度の公立病院の医薬品収入は約 4,715 億元あり、もし“医薬分離”を完全に実施すると、仮に全て 15%の差益収入がなされていたと仮定すると、差益分に当たる 615 億元を地方財政がどこまで確保できるのか。また、実態として病院はこの 15%の差益を得ている以外に、別途仕入れ先からディスカウントと称して金銭を得てい

る場合もあり、病院がかぶる損失は上記以上になる。

第二に、医薬品の合理的な価格設定の仕組みについての再検討も必要である。現状の医薬品の価格付けは病院の薬価差益収入源でもあるし、医師のペイバック、医薬品企業／代理店の活動の源泉にもなっている。“ 医薬分離 ” を試行している病院の現状を見ると、処方判断は依然として医師にあるので、医薬品企業の営業は医師に対する営業活動を続けている。また、薬局を第三者に委託経営している病院でも、実態としては、病院が第三者機関から委託した分のペイバックをもらっている。これらの金銭の流れを断ち切るためには、厳格なコスト監査の仕組みの構築や、薬価審査方法の改善が喫緊の課題になっている。最近中国政府が G S K をはじめとする外資系医薬品メーカーを中心に実施している不正調査やコスト調査はその課題に取り組む序幕だとも考えられる。

第三は、医師の収入構成の改善である。病院収入や科室収入が医者ボーナスと連動するといった構図は医師の経済的な側面での処方や過度な検査の原因になる。また医療サービスの項目に基づく診療報酬請求の仕組みも、過度な治療を抑制する仕組みにはなってい

ない。

上述のように、財政の確保や薬価審査の見直し、医師の収入構成の改善は、どれも一朝一夕で解決できる課題ではない。“ 医薬分離 ” を通して、公立病院を本当の意味での “ 公立 ” 病院にしていくにはまだ時間がかかると思われる。

#### < 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。