

地域格差からみた中国の医療改革

李 為 民
(社会保障研究者)

はじめに

中国では、「老後の生活保障，疾病時の医療保障，失業時の救済」（「老有所養，病有所医，失業有救济」）が社会保障改革の3つの柱となっている。なかでも医療改革は，1987年5月の北京市東城区蔬菜会社の従業員2,500人を対象とする「大病医療保険」を皮切りに，さまざまな改革案がモデル都市において試験的に実施されてきた。1998年12月には，「都市職員・従業員基本医療保険制度の整備に関する国务院の決定」（以下「決定」）が公布される。この決定によって，これまでの「無料医療」を中心とする労働保険制度・公費医療が廃止され，都市部統一の公的医療保険制度が誕生した。医療改革が行なわれた背景には，もちろん，他のアジア諸国と同様に急速に進む高齢化があるが，それ以外にも，無駄を生みやすい旧制度の構造，国有企業改革の進展，および非国有セクターの急成長があげられる。

医療改革によって，1人あたり医療保険給付費の伸び率の低下，医療費急増の抑制および医療効率の改善が図られ，医療改革の効果がすでに現われはじめている。しかし，「決定」は医療改革に関する国のガイドラインにすぎず，具体策は地方政府によって個別に実施されている。そのため，従来の国有企業中心の医療保障制度よりもいっそう，地域格差が広がった可能性が懸念される。中国の医療改革の内容については，日本でもすでに多くの先行研究が蓄積されているが¹⁾，医療の地域格差についての研究分析は皆無に等しい。本稿は，医療の地域格差を検証することが今後の制度改訂の上でも重要になると考え，医療制度・医療水準・医療支出割合・カクワニ指数などの指標を用いて，改革が医療の地域格差に与える影響を分析する。

本稿の構成は以下のとおりである。第1節では，旧医療制度を概観したうえで，医

I 1998年の医療改革

療制度改革のインセンティブと改革の主な内容について総括的に紹介する。第II節では、まず、中国の五大都市を例として、保険対象者比率、保険料率、個人口座規模、自己負担率、退職者拠出年数の下限、および公的補充保険の有無を中心に、医療制度における地域格差を示す。つぎに、人口1,000人あたりの病院数・病床数・医師数などの指標を使って、改革前後の医療水準の変化を明らかにする。最後に、家計の医療費支出割合とカクワニ指数を用いて、改革後の自己負担における地域格差が改善されているかどうかを検証する。第III節では、本稿の結論を述べたうえで、その他の問題点を指摘する。

I 1998年の医療改革

(1) 旧制度のあらまし

従来の都市部における医療制度は、1951年の「中国労働保険条例」の公布によって成立した「労働保険医療制度」と、1952年の「政府・党・団体および所属政府機関の職員に対する公費負担医療と予防措置の実施に関する通達」によって発足した「公費医療制度」から構成されている[張 2001: 388-408; 楊・坂口 2001]。

「労働保険医療制度」の給付対象は、主に国有企業と一部集団所有制企業の従業員および退職者である。従業員の扶養家族に対しても、5割前後の給付が行なわれる。財源が企業の福利基金および営業外支出からなるが、不足部分は企業利益から繰り入れる。簡潔にいうと、「労働保険医療制度」は全額企業負担で、個人負担なしの「無料医療制度」である。

「公費医療制度」は、主に政府機関・事業団体の職員および退職者、大学の在校生および農村居住の2等乙級以上の退役障害軍人を対象とする制度である。財源が国家予算によりまかなわれ、自己負担が少額の受診料に限定されるため、「公費医療制度」もやはり「無料医療制度」である。

今日の医療保険制度がリスク・プーリングや所得再分配の手段として位置づけられているのに対し、中国共産党による「新中国」建国まもなく設立された「労働保険医療制度」と「公費医療制度」は、企業による福利厚生と国家による福祉政策といった色彩が強い。その背景には、「低賃金・高就業・高福祉」という社会政策があるからである。

(2) 改革のインセンティブ

しかしながら、こうした国の社会福祉政策の一環としての医療制度は、市場経済導

入後の経済と社会状況の激変によってしだいに維持できなくなってきた。その主な背景としては、(1) 高齢化の進展、(2) 旧制度の非効率性、(3) 国有企業の改革、(4) 医療格差の拡大の4点があげられる [文 1996; World Bank 1997; 鬮 1999; 鄧 2000; 鈴木・李 2002; 李・湯田 2003]。

①高齢化の進展

中国は、2001年に高齢化国の一員となった。その高齢化の進展速度は日本に匹敵するものと予測され、2050年には高齢化率がピークの26.1%に達するとみられている。医療費は現役世代よりも退職者世代の方が3~4倍高い構造になっているので、高齢化の進展とともに医療保険支出が増加することが予想される。また、都市部における退職者世代の疾病構造をみると、死亡人数に占める三大成人病の人口割合は63.4%（悪性腫瘍24.4%、脳血管病21.3%、心臓病17.7%）に達しており²⁾、すでに先進国とあまり変わらない。医療給付費は、1988年から98年までの約10年間に120元から469元へと（1人あたり年平均名目値）、約4倍になっている。国有セクターの医療給付費総額は、1978~97年の年平均伸び率が19%であり、同期間のGDP成長率の9%や歳入伸び率の11%を大きく上回っている。今後、医療技術の進歩などによって平均寿命がさらに延びていけば、高齢化の進展以上の速さで医療費が増加すると考えられる。

②旧制度の非効率性

「無料医療」を特徴とする旧医療制度は、医療サービスの需要者側と供給者側の双方にモラルハザードを発生させる要素をもっていた。需要者側にとっては、自己負担額がほとんどないため、保険薬を家族で使い回したり、「人情方」（人情処方）で家族分の投薬を依頼したりするといった行為が頻繁に起きていた [鄭 1996: 136-142; 呉・王 1998; 岩田 2001: 112]。また、日本でも問題になっている老人の「社会的入院」も多くみられる。一方、供給者側では、出来高払い制度がとられていたために、高額な医薬品や栄養補助食品、医薬部外品の大量投入や、必要以上の新技術の使用、過剰な検査の強要や入院期間の引き延ばしといった、医療サービスの過剰な提供が随所に発生していた。

③国有企業改革

国有企業の社会保険と福利厚生にかかわる社会保障負担は賃金総額の44%以上（1998年）にのぼっているため、社会保障制度を企業から分離することが国有企業改革の大きな焦点となっていた。改革開放の推進による競争激化は、結果的に国営企業の経営を悪化させ、急増する医療費の負担に耐えられない国営企業を多く生み出した。とくに退職者への医療費の還付を滞納する企業が増加し、大きな社会問題にまで発展した [岩田 2001: 113]。

④医療格差の拡大

旧医療制度の対象は国有セクターに限られる。急成長している非国有セクター³⁾は絶えず無保険者を生み出し、高福祉をめざした旧制度と大きく矛盾している。1981年には全人口の29%であった無保険者の割合は、93年には79%にまで上昇した⁴⁾ [World Bank 1997: 14-15]。

企業の業績は直接に従業員の医療保障に影響を与えているため、同じ国有セクターのなかでも、実質的な医療給付水準が異なる。業績の悪い企業が入院保証金を支払えないため、従業員が治療を受けられなくなるケースがしばしば報道されている。

(3) 都市部統一制度の内容と現状

このような状況から、1980年代に始まった各地の試験的改革をふまえて、1998年12月14日には「決定」が公布された。これまでの労働保険制度と公費医療制度が廃止され、都市部に統一された医療保険制度が誕生した。また、1999年から、薬価基準の大幅引き下げや、薬価リストによる保険使用薬剤の制限、医療機関選択の制限、医療機関の予算管理制、医療行為の標準化といった改正も次々と行なわれてきた [鈴木・李 2002]。

新制度の最大の特徴が、「最低限の公的保障と自己責任の原則」にもとづき、社会医療保険基金に社会プール医療保険基金と個人口座が設けられている点であるが、制度の主な内容は以下のとおりである [労社部 1999; 沙 2000; 劉 2000; 翁 2001; 鈴木・李 2002]。

- ① 保険対象は、都市部すべての法人に所属している従業員および退職者となっている。自営業者、個人企業従業員、自由業者、郷鎮企業従業員が対象外であるが、地域（北京・上海など）によっては任意加入が認められる。
- ② 保険料は労使で負担し、基本的に企業より従業員総賃金の6%、個人より給料の2%が納付され、そのうち個人納入の全額と企業納入の30%が、保険加入者の個人口座（合計保険料の3.8%）へ繰り入れられる。個人口座に預金利息がつき、本人死亡時には残金が遺族によって相続される。また、個人口座のポータビリティが保証されている。なお、失業者、「下崗」者（準失業者）と退職者の個人負担はない。
- ③ 給付については、当該地区の年平均賃金の10%を基準にして、基準以下の医療費については個人口座からの支払いが自費負担となり、基準以上の費用については、一部自己負担を除いて社会プール基金から給付される。最高給付額は、年平均賃金の4倍と制限されており、それ以上は任意加入の民間保険にゆだねる。加入者数は、改革元年の1998年の401.7万人から、2002年6月の7920万人まで増

加し、2002年末には保険対象者の5割の8800万人へと拡大する見通しである⁵⁾。また、基金の収支バランスも維持されており、制度開始時から単年度会計において黒字が保たれ、2002年6月末現在の積立残高は340.9億元となっている。制度始動後3年あまりを経た現在までは、医療費給付の伸び率が抑制され、加入者数が順調に増えている。そのうえ医療保険基金の収支バランスも良い状況にある。その点において改革は評価できる。しかし、医療給付の抑止を中心とした効率重視型の改革によって、新たな格差が発生しているのではないかと疑念がもたれる。そこで、次節においては筆者独自の試算を行なうことにより、改革後の地域格差を中心に医療格差の実態に迫る。

II 医療改革後の地域格差

(1) 五大都市医療制度の比較

「決定」は、医療保険制度に関する政府の基本指針にすぎない。鈴木・李 [2002] (北京市・上海市)、小林 [2001] (モデル都市孝感市) が示したように、保険料の労使負担割合、個人口座への繰り入れ比率、自己負担率、給付水準、高額医療保険制度の有無など、細かい部分については各地の実情によってそれぞれ制度が異なっている。ここではまず、中国の五大都市である上海、北京、重慶、武漢、天津を例として各地の制度の違いを比較し、医療制度から生じている地域格差を分析する。表1には、5都市の医療制度の主な内容が掲げられている。

①保険対象者比率

「決定」の加入対象には1292万の自営業者が含まれておらず、対象者の人口割合が42.8%と都市部人口の半数を割り込んでいる。それに対して、上海と北京は自営業者が加入対象に加えられており、そのうえ、退職者の人口割合も都市部平均より高いため、保険対象者比率はそれぞれ75.8%と61.2%となっている。この割合は、「決定」のみならず、ほかの3都市よりも一段と高いものとなっている。現在、自営業者の加入はまだ一部わずかの都市でしか進んでいない。とくに重慶と武漢など、自営業者が比較的多い都市においては、業種間の格差を是正する意味からも、自営業者の加入問題が今後の医療制度改革の大きな焦点となる。

②保険料率

個人の保険料負担分が5都市とも本人前年平均月給(保険算出用ベース)の2%であるが、企業の負担分は高い順に上海(12%)、北京と天津(11%)、重慶と武漢(10%)となっている。高額医療保険や地方付加保険の企業負担分を加算すると、さらに2%くらい高くなる。いずれの都市の企業負担分は「決定」の指針より高く、と

II 医療改革後の地域格差

表 1 五大都市の

都市部	
実施開始時期	1999年1月より
総人口(万人) ¹⁾	26018.47
就業者の人口割合	33.46%
(内訳) 給与所得者：自営業者	85.16%：14.84%
退職者 ²⁾ の人口割合	14.32%
保険対象者比率 ³⁾	42.82%
保険料率 (内訳)	8%(基金：4.2%，個人口座：3.8%) 雇用側：6%，個人：2% ⁸⁾
個人口座の規模	3.80% 退職者優遇
個人口座の算定基数 ⁴⁾	
給付範囲 ⁵⁾	賃金 ⁹⁾ の10～400% 10%以下：個人口座か自費 400%以上：民間保険
自己負担率 ⁶⁾	明言せず
退職者拠出年数の下限 公的補充保険 ⁷⁾	男女とも10年 ¹⁰⁾ 明言せず
重慶	
実施開始時期	2001年12月
総人口(万人) ¹⁾	843.23
就業者の人口割合	19.27%
(内訳) 給与所得者：自営業者	82.45%：17.55%
退職者 ²⁾ の人口割合	10.55%
保険対象者比率 ³⁾	26.44%
保険料率 (内訳)	10% 雇用側：8%，個人：2%
個人口座の規模	35歳以下：3.3% 35～45歳：3.5% 45歳～退職：3.7% 退職者：4.0%
個人口座の算定基数 ⁴⁾	給：市月賃金/退：同様
給付範囲 ⁵⁾	5%(1級病院)，8%(2級)，11%(3級)～400% スタートライン以下：個人口座か自費 400%以上：高額医療保険
自己負担率 ⁶⁾	スタートライン～5000元：25～30% ¹⁵⁾ (15%) 5,000～1万円：20～25%(10%) 1万～最高給付額：15～20%(5%)
退職者拠出年数の下限 公的補充保険 ⁷⁾	男女とも10年 有

- 注：1) 総人口は2000年12月末のデータである。
 2) 退職者人口は1999年のものである。
 3) 在学大学生や服役軍人などが含まれていない。
 4) 個人口座への企業繰り入れ率の算定基数をさす。「給」は給与所得者，「退」は退職者をさす。または，「市月賃金」は前年度市月平均賃金，「本人月給(退職金)」は本人前年度平均月給(退職金)である。
 5) 括弧内は退職者のものである。
 6) 給付スタートライン以上の自己負担率であり，括弧内は退職者のものである。
 7) 高額医療保険制度，国家公務員医療補助制度，地方附加保険などをさす。
 8) 算定基数は雇用側が従業員総賃金，個人がそれぞれの給与である。
 9) 在住地域(市)の前年度年平均賃金であり，毎年地方政府より公表される。以下「賃金」を略す。
 10) 「決定」によると，退職者であれば，医療保険の対象となるが，通常の「一般退職」は男性60歳，女性55歳(幹部)か50歳(非幹部)で勤続年数10年以上と決められている。
 11) 上海市では，2000年12月31日を境に，退職者の年齢に応じ，給付スタートラインが異なっている。年齢が高いほどスタートラインが低い。

医療保険制度比較

上海	北京
2000年12月	2001年4月
1127.22	974.14
53.48 %	43.70 %
98.73 % : 1.27 %	95.34 % : 4.66 %
22.28 %	17.50 %
75.77 %	61.20 %
12 % (自 : 8 %)	11 % (自 : 7 %) ¹⁴⁾
雇用側 : 10 % (自 : 7 %), 個人 : 2 % (自 1 %)	雇用側 : 9 %, 個人 : 2 %
35歳以下 : 2.5 %	35歳以下 : 2.8 %
35~45歳 : 3 %	35~45歳 : 3 %
45歳~退職 : 4.5 %	45歳~退職 : 4 %
退職~75歳の退職者 : 4 %	退職~70歳の退職者 : 4.3 %
75歳以上の退職者 : 4.5 %	70歳以上の退職者 : 4.8 %
給 : 市月賃金 / 退 : 同様	給 : 本人月給 / 退 : 市月賃金
外来・救急 : 10~400 % (2~400 %) ¹¹⁾	10~400 %
外来大病・家庭病床 : 0~400 % (同様)	10 %以下 : 個人口座か自費
入院・救急観察室 : 10~400 % (最低 5~400 %)	400 %以上 : 高額医療保険
外来・救急 : 30~100 % (10~55 %) ¹²⁾	1級病院 : 3~15 % (1.8~9 %)
外来大病・家庭病床 : 15 % (8 %)	2級病院 : 3~18 % (1.8~10.8 %)
入院・救急観察室 : 15 % (8 %)	3級病院 : 5~20 % (3~12 %)
男女とも15年 有	男性 : 25年 / 女性 : 20年 有
武漢	天津
2001年11月	2001年11月
740.2	601.01
27.58 %	34.62 %
73.47 % : 26.53 %	95.39 % : 4.61 %
11.58 %	14.61 %
31.85 %	47.63 %
10 %	11 %
雇用側 : 8 %, 個人 : 2 %	雇用側 : 9 %, 個人 : 2 %
35歳以下 : 3.1 %	45歳以下 : 2.8 %
35~45歳 : 3.4 %	45歳~退職 : 3.2 %
45歳~退職 : 3.7 %	退職~70歳の退職者 : 3.8 %
退職~70歳の退職者 : 4.8 %	70歳以上の退職者 : 4.4 %
70歳以上の退職者 : 5.1 %	
給 : 本人月給 / 退 : 本人月退職金	給 : 従業員月平均賃金 / 退 : 市月賃金
10~400 %	10~400 %
10 %以下 : 個人口座か自費	10 %以下 : 個人口座か自費
400 %以上 : 高額医療保険	400 %以上 : 高額医療保険
1級病院 : 12 % (9.6 %)	15 % (10 %)
2級病院 : 15 % (12 %)	
3級病院 : 18 % (14.4 %)	
男性 : 30年 / 女性 : 25年 有	男性 : 25年 / 女性 : 20年 有

12) 上海市では、2000年12月31日を境に、在職者（退職者）の年齢に応じ、1~3級ごとに自己負担率が異なっている。若いほど自己負担率が高い。

13) 自営業者には個人口座が設けられていない。

14) 給付範囲内の医療費金額に応じて異なる。

15) 重慶市では、45歳を境に自己負担率が異なる。

出所 : 「就業者人口割合」, 「退職者人口割合」はそれぞれ『中国城市統計年鑑』2001年版と『中国労働和社会保障年鑑』2000年版より、筆者が計算。

「國務院関與建立城鎮職工基本医療保険制度的決定」『国発44号』國務院, 1998年12月14日。

「上海市城鎮職工基本医療保険辦法」『上海市人民政府令92号』上海市人民政府, 2000年10月20日。

「北京市基本医療保険規定」『北京市人民政府令68号』北京市人民政府, 2000年10月24日。

「重慶市人民政府関與印發重慶市城鎮職工基本医療保険市級統籌暫行辦法的通知」『渝府発120号』重慶市人民政府, 2001年12月5日。

「武漢市城鎮職工基本医療保険辦法」『武漢市人民政府令126号』武漢市人民政府, 2001年10月31日。

「批転市労働和社会保障局擬定の天津市城鎮職工基本医療保険規定的通知」『津政発80号』天津市人民政府, 2001年10月29日。

くに高齢化率が高い都市ほど企業の負担が重い。

③個人口座

個人口座の規模⁶⁾は、各都市とも年齢階層に応じて2.5～5.1%と設定が異なっており、地域格差も大きい。たとえば、高齢化がもっとも進んでいる上海では、35歳以下が2.5%となっており、もっとも高い重慶より0.8%も低い。また、5都市のなかでは武漢がもっとも退職者を優遇しており、70歳以上の退職者であれば個人口座の規模が5.1%と設定しており、最下位の重慶より1.1%も多い。高齢者は若年者に比べて多額の医療費を支出しているため、個人口座の規模が高齢者人口比率に応じて設けられるのはやむをえないが、地域格差がここまで大きくなると制度の公平性の点で問題が生じるであろう。

つぎに、個人口座への企業の繰り入れ比率⁷⁾は都市別・年齢別に異なっているのみならず、繰り入れ比率の計算に使用する基準もさまざまである。在職者（給与所得者）の算定基準は3種類となっている。a) 前年度市月平均賃金（上海、重慶）、b) 本人前年度平均月給（北京、武漢）、c) 勤務先従業員の月平均賃金（天津）。また、退職者については、d) 前年度市月平均賃金（上海、北京、重慶、天津）、e) 本人前年度月平均退職金（武漢）、の2種類がある。

他の条件を一定とし、企業の繰り入れ比率 a)～e) について、35歳以下の在職者と70歳以上の退職者という2つのケースの年間個人口座積立規模を試算⁸⁾すると、下記の結果が得られる。

35歳以下の在職者（A氏）の場合：

a) 前年度市月平均賃金を基準とする上海と重慶に在職なら、年間の個人口座積立額が231.55元となる。

b) 北京と武漢の場合、A氏の月給が市平均賃金より1%低く（高く）なるごとに、個人口座の規模は上海・重慶に勤務するより0.31%縮小（拡大）される。

c) b) と似て、A氏の勤務先従業員の月平均賃金が天津の平均賃金より1%低い（高い）と、個人口座は0.31%縮小（拡大）する。

70歳以上の退職者B氏の場合：

d) 上海、北京、重慶、天津の退職者の年間個人口座積立額は364.1元との計算となる。

e) 武漢の場合、B氏の退職金が市平均賃金より1%低く（高く）なるごとに、個人口座の規模が1%縮小（拡大）される。

このように、b)、c)、e)の個人口座の規模が、それぞれ本人の月給、企業の1人あたり業績および本人退職金に依存しているため、所得格差と企業間業績の格差は直接に加入者の個人口座に影響を与える。さらに、都市間の所得格差およびほかの要

素を加えると、個人口座規模の地域間の開きがますます大きくなる。

④自己負担率⁹⁾

5都市とも異なる自己負担率を設定しており、もっともきめ細かい制度を実施しているのは上海であり、もっとも簡単なのは天津である。以下は重要なポイントを整理してその内容を比較する。

【上海】年齢階層（5段階）、病院規模（3段階）および受診内容（3段階）により異なっており、受診者の年齢が高いほど、病院の規模が小さいほど、受診内容が難しいほど、自己負担率が低くなる仕組みである。なお、制度施行翌月（2001年1月1日）以降から就職した者が、大病、家庭病床を除いた外来医療費（薬代を含む）を完全に自己負担をしなければならない¹⁰⁾。つまり、2001年1月に就職した者が退職を迎えるときに、すべての上海市の在職者が風邪など軽い病気による外来医療費を、完全に自己負担することとなる。このような制度はすでにドイツなど先進諸国において実施されているが、中国においてはまたはじめての試みである。高齢化対策として、今後全国に広がる可能性も少なくない。

【北京】在職の有無（2段階：在職と退職）、病院規模（3段階）、発生した医療費の規模（4段階）、に応じて設定されている。在職者より退職者のほうが、また病院の規模が小さいほど、そして医療費が高いほど、自己負担率が低くなる。

【重慶】「決定」の指針と違って、給付スタートラインは病院の規模別に設定している。スタートライン以下が全額自己負担となり、それ以上の医療費については、年齢階層（3段階）、医療費規模（3段階）によって自己負担率が段階づけられている。

【武漢】在職の有無（2段階：在職と退職）および病院規模（3段階）によって異なっている。

【天津】在職の有無（2段階：在職と退職）によってのみ自己負担率が区別されている。

以上のような基準に従うと、たとえば、2002年4月に就職した上海の24歳の大卒新入社員が風邪で病院へ行くと100%自己負担をしなければならない。武漢で就職した同条件の者は15%の負担のみである¹¹⁾。また、1992年に退職した70歳の患者が二級病院で入院治療を受けて4万円の医療費が発生した場合に、北京では自己負担が2.8%の1,120円となるのに対して、武漢では4,800円、天津では4,000円と、北京の約4倍の負担が求められる。

⑤退職者拠出年数の下限

給付申請のできる退職者（見なし対象者を含む）には、最低拠出年数の制限が設けられている。もっとも短いのは重慶（男女とも10年）であり、もっとも長いのは武漢（男性30年、女性25年）である。

II 医療改革後の地域格差

⑥公的補充保険の有無

ここにあげた5都市はすべて、高額医療制度あるいは地方付加保険制度を設けている。

以上のように、保険対象者比率、保険料率、個人口座規模、自己負担率、退職者拠出年数の下限および公的補充保険の有無を中心に、5都市の医療保険制度を比較することにより、ほとんどの項目について地域の間には格差が存在していることが確認された。

(2) 医療水準の地域格差

国と国、あるいは一国内の地域間の医療格差を計る場合に、医療サービスを利用する際の自己負担率、人口あたりの病院数・医師数、平均寿命、治癒率、死亡率などの指標がよく用いられるが、ここでは、人口あたりの病院数・病床数・医師数をもって、35主要都市間の医療水準の格差を示したい¹²⁾。

① 35 主要都市とは

35都市とは、中国のいわゆる主要都市であり、具体的には、中央直轄市の北京、天津、上海、重慶の4都市、および省政府所在地（ラサを除く）の石家庄、太原、呼和浩特、瀋陽、長春、ハルピン、南京、杭州、合肥、福州、南昌、済南、鄭州、武漢、長沙、広州、南寧、海口、成都、貴陽、昆明、西安、藍州、西寧、銀川とウルムチの26都市、それに5つの大都市の大連、寧波、アモイ、青島と深圳を加えたものである。35都市は全国の各地域に分布しており、平均所得や就業者数などの点でも非常に多様である。したがって、35都市の間における医療格差は、都市部全体の地域格差をおおむね反映していると考えられる。

②医療水準の変化

表2は35都市における改革前（1997年）と改革後（2000年）の医療水準の変化を示している。ここでは、医療水準を計る指標として、人口1,000人あたりの病院数・病床数・医師数を用いる。

まず、都市部全体の平均および35都市の平均でみた医療水準は、改革前より改革後のほうが低下している。具体的には、都市部全体における1,000人あたり病院数・病床数・医師数の平均値は、改革前にはそれぞれ0.08、5.34、3.45であったのに対して、改革後にはそれぞれ0.02ポイント、0.36ポイント、0.44ポイント低下している。35都市平均も同様に0.03ポイント、0.42ポイント、0.51ポイント下落している。病院総数の減少は改革後の病院統廃合によるものである。一方、病床数と医師数の絶対数が増加しているが、人口の増加率を追いつかないため、1,000人あたりの水準が逆

表2 医療水準の変化

都市	病院数		変化	病床数		変化	医師数		変化
	改革前	改革後		改革前	改革後		改革前	改革後	
都市部平均	0.084	0.065	↓	5.34	4.99	↓	3.45	3.01	↓
35都市平均	0.103	0.072	↓	6.28	5.87	↓	4.44	3.92	↓
北京	0.047	0.062	↑	5.75	5.77	↑	4.93	4.57	↓
天津	0.053	0.046	↓	5.83	5.00	↓	4.62	3.66	↓
石家荘	0.048	0.125	↑	6.12	9.12	↑	4.47	4.48	↑
太原	0.055	0.060	↑	8.28	7.92	↓	5.44	4.87	↓
フフホト	0.054	0.052	↓	6.24	5.54	↓	4.09	3.81	↓
瀋陽	0.056	0.055	→	6.88	6.11	↓	3.75	3.67	↓
大連	0.052	0.047	↓	6.79	6.44	↓	3.94	3.57	↓
長春	0.061	0.053	↓	6.38	5.85	↓	4.27	3.60	↓
ハルビン	0.179	0.058	↓	8.52	7.25	↓	4.48	4.55	↑
上海	0.032	0.032	→	5.47	5.69	↑	4.30	3.94	↓
南京	0.072	0.066	↓	5.93	5.72	↓	4.85	2.95	↓
杭州	0.526	0.047	↓	8.91	7.29	↓	5.85	5.05	↓
寧波	0.059	0.057	↓	5.48	5.02	↓	4.04	3.25	↓
合肥	0.054	0.050	↓	7.24	6.86	↓	5.17	4.46	↓
福州	0.054	0.056	↑	8.06	6.79	↓	5.15	4.67	↓
アモイ	0.039	0.038	↑	3.45	4.18	↑	2.46	2.45	↓
南昌	0.094	0.041	↓	7.08	6.20	↓	4.80	4.11	↓
済南	0.561	0.500	↓	6.67	6.50	↓	4.56	4.16	↓
青島	0.040	0.038	↓	4.87	4.99	↑	4.49	4.07	↓
鄭州	0.045	0.041	↓	6.62	6.98	↑	4.73	4.86	↑
武漢	0.028	0.029	↑	4.90	3.78	↓	4.01	3.25	↓
長沙	0.058	0.083	↑	7.35	7.57	↑	4.66	5.32	↑
広州	0.035	0.037	↑	6.16	5.52	↓	4.81	3.83	↓
深圳	0.069	0.062	↓	7.27	7.97	↑	6.76	5.94	↓
南寧	0.035	0.037	↑	6.80	6.90	↑	5.57	5.16	↓
海口	0.286	0.061	↓	9.14	7.86	↓	4.90	3.33	↓
成都	0.059	0.059	→	5.50	8.17	↑	5.22	6.24	↑
重慶	0.062	0.061	↓	4.19	3.31	↓	2.93	2.24	↓
貴陽	0.063	0.054	↓	6.40	5.58	↓	2.51	1.89	↓
昆明	0.966	0.070	↓	11.60	7.57	↓	7.56	5.33	↓
西安	0.097	0.097	→	6.29	5.83	↓	3.19	3.56	↑
蘭州	0.064	0.058	↓	7.01	6.80	↓	4.84	4.18	↓
西寧	0.070	0.239	↑	9.76	8.08	↓	3.92	3.29	↓
銀川	1.289	1.152	↓	5.82	7.32	↑	4.51	3.96	↓
ウルムチ	0.051	0.110	↑	8.20	9.23	↑	3.58	4.42	↑
格差	0.193	0.078	↓	1.527	1.303	↓	1.036	0.986	↓

注：1) 「改革後」と「改革前」はそれぞれ2000年と1997年のデータが用いられている。

2) 病院数、病床数、医師数は1,000人当たりの値である。

3) 矢印が1997年に対する2000年の変化をあらわし、「↑」は増加、「↓」は減少、「→」は横ばいを意味する。

4) 「格差」とは、2000年と1997年それぞれの標準偏差値である。

出所：『中国城市統計年鑑』1998年版、2001年版より計算作成。

に低下している¹³⁾。

そして、35都市それぞれについてみると、医療水準が低下している都市は改善されている都市より多く、医療費抑制、医療サービス効率化を柱とする医療改革が大都市の医療水準の低下をもたらしたことを浮き彫りにしている。人口1,000人あたりの病院数は、改革前と比べて20都市で減少、5都市で横ばい、10都市で増加している。病床数は、23都市で減少しており、12都市で増加している。医者数については、28都市で減少し、7都市のみで増加している。

一方、医療水準の地域間格差についてみると、改革前より改革後のほうが縮小していることがわかる。病院数・病床数・医師数における都市間の格差は、それぞれ0.19ポイントから0.08ポイント、1.53ポイントから1.30ポイント、1.04ポイントから0.99ポイントへと縮小しているのである。

(3) 医療支出の地域格差（カクワニ指数による）

公的医療保険は、所得の違いによる医療アクセシビリティの格差を縮小する機能をもっている。本稿では35都市間の所得格差から生じた医療格差が改革によって改善されているかどうかを検証する。医療支出の指標として、家計の医療支出（自己負担分）、家計の医療支出が所得に占める割合（医療支出割合）、およびカクワニ指数を用いる¹⁴⁾。

①医療支出割合の変化と地域格差

ここで医療支出割合とは、35都市家計において医療関連支出¹⁵⁾が可処分所得に占める比率である。図1が示しているように、医療支出割合は1997年以来だいに上昇してきており、1999年と2000年にはとくに高い伸び率（約12%と約17%）を記録した。その結果、2002年¹⁶⁾の支出割合は1997年の約1.5倍に上昇している。一方、都市別支出割合の標準偏差からみた地域格差は1999年を境にいったん縮小傾向をみせたが、その後やや拡大する傾向に転じている。

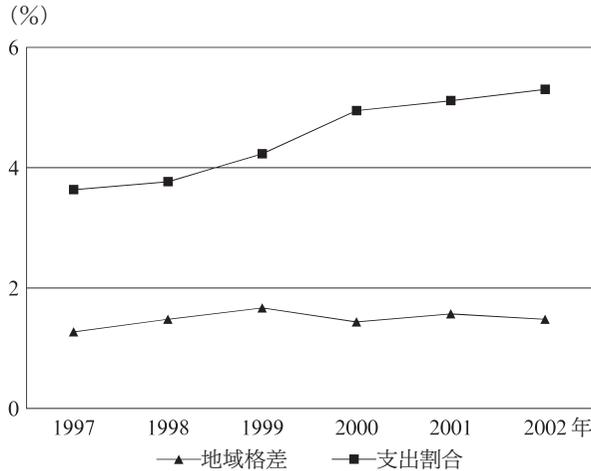
②医療支出割合の国際比較

先進諸国の医療支出割合は大体1%から2%台にある。たとえば、イギリスが1.1%、ドイツが1.8%、日本が1.7%、カナダが1.8%、アメリカが2.8%となっている。一方、中位所得国の韓国は3.2%とむしろ高くなっている¹⁷⁾。それに対して、中国は1997の3.6%から2001年の5.1%へ上昇し、韓国よりさらに高い割合を示している。データの性格の違いもあり一概にはいえないが、少なくとも中国の大都市については、医療支出割合の水準は先進諸国や中位所得国よりはるかに高いといえる。

③医療支出割合の上昇要因

医療支出割合の上昇要因としては、自己負担率の上昇、定額自己負担率の上昇、医

図1 支出割合と地域格差



注：1) 「支出割合」の比率は各年度の家計の可処分所得に占める医療支出割合をさす。

2) 「地域格差」の比率は各年度の都市別支出割合の標準偏差値である。

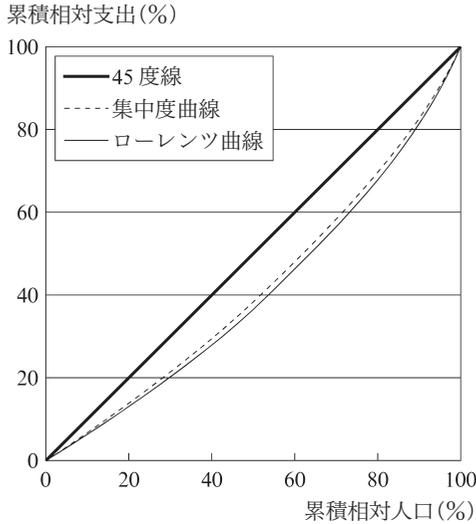
出所：China Monthly Statistics, 中国国家统计局, 2001年6月～2002年5月より計算作成。

療コストの上昇、所得の低下、の4つがあげられる。35都市の所得の年間伸び率は、1998年から2001年までの各年度で14.8%、8.9%、9.0%、8.9%となっており、可処分所得は年々着実に増加している。そして、医療改革の一環として、薬価基準の大幅な引き下げや、薬価リストによる保険使用薬の制限、医療機関選択の制限、医療機関の予算管理制、医療行為の標準化といった改正も次々に行なわれたため、医療コストは改革前より大幅に低下している[鈴木・李 2002]。したがって、35都市における医療支出割合の上昇は、自己負担率の上昇および定額自己負担率の上昇によるものと考えられる。

④カクワニ指数

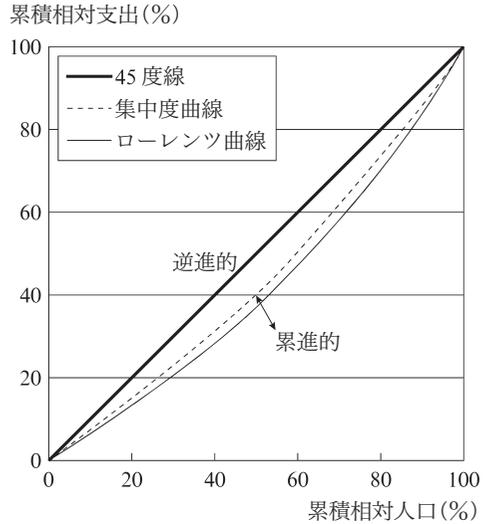
医療制度の公平性は、医療支出割合そのものよりも支出割合の変化と所得との関係に現われる。ジニ係数が所得分配の不平等度を表わす指標として用いられるのに対して、カクワニ指数は、医療費自己負担の累進度と逆進度を計測する指標¹⁸⁾として使用できる[IHEP 2001]。税金の累進度と逆進度と同様に、高所得の都市が所得に比してより多くの医療費を負担する場合は累進的といい、逆の場合は逆進的という。改革により、低所得の都市ほど医療支出の対所得割合が低下しているのであれば(逆進度の改善)、新医療制度による所得再分配の機能が働いていると考えられる。一方、高所得の都市ほど医療支出割合が低下しているのであれば、地域間の所得格差から生じ

図2 医療の地域格差：改革前



出所：China Monthly Statistics, 『中国城市統計年鑑』より計算作成。

図3 医療の地域格差：改革後



出所：図2に同じ。

た医療格差が拡大されることとなる。ここではカクワニ指数を用いて中国の医療費自己負担¹⁹⁾の累進度と逆進度を計ったうえで、さらに改革後の地域格差の変化を解明するためにカクワニの改善度の計測を行なう。

カクワニ指数 (K) は医療支出の集中度係数 (G_M) から所得のジニ係数 (G_Y) を引いたものである。ジニ係数の計算に使用する所得データを医療費支出に置き換えて、ほかはそのまま残して計算すると集中度係数が得られる。そして、 $K_{\text{改革前}}$ は医療改革施行前のカクワニ指数、 $K_{\text{改革後}}$ は施行後のカクワニ指数を表している²⁰⁾。式に書き換えると以下ようになる。

$$K_{\text{改革前}} (K_{\text{改革後}}) = G_M - G_Y \quad ;$$

また、 $K_{\text{改革後}}$ から $K_{\text{改革前}}$ を引いたものがカクワニ指数の改善度である。

$$\text{改善度} = K_{\text{改革後}} - K_{\text{改革前}} \quad ;$$

カクワニ指数が「0」より大きければ、医療費の自己負担は所得に対して累進的となり、「0」より小さければ逆進的となる。改善度が正数であれば、改革後の制度は改革前より公平になったこととなり、負数であればより不公平になったこととなる。ローレンツ曲線はジニ係数を表わしているが、カクワニ指数も同様に集中度曲線の図によって確認できる。カクワニ指数の見方が下記のとおりである。

図2と図3の横軸には所得の低い都市から高い都市へと累積相対人口比率をとり²¹⁾,

縦軸には累積相対所得比率（ローレンツ曲線）と累積相対支出比率（集中度曲線）をとる。ジニ係数（ G_Y ）はローレンツ曲線と45度線との間の面積の2倍であるのに対し、集中度係数（ G_M ）は集中度曲線と45度線との間の面積の2倍である。ローレンツ曲線が45度線に近づけば近づくほど、35都市間の所得配分が平等であり、集中度曲線がローレンツ曲線より右下に向かって膨らんでいるほど、高所得の都市が所得に比してより多くの医療費を負担しており、累進的ということになる。

結果的には、 $K_{改革後}$ と $K_{改革前}$ はそれぞれ、 -0.04 と -0.02 となっており、改革後も改革前も、医療支出は所得に対して逆進的である²²⁾。図2と図3では、集中度曲線がローレンツ曲線より左上にある。そして、改善度は -0.02 となる。これは、カクワニ指数から計った制度の公正性が悪化し、低所得の都市の所得に占める医療支出割合が改革前より増え、地域格差が広がっていることを意味する。

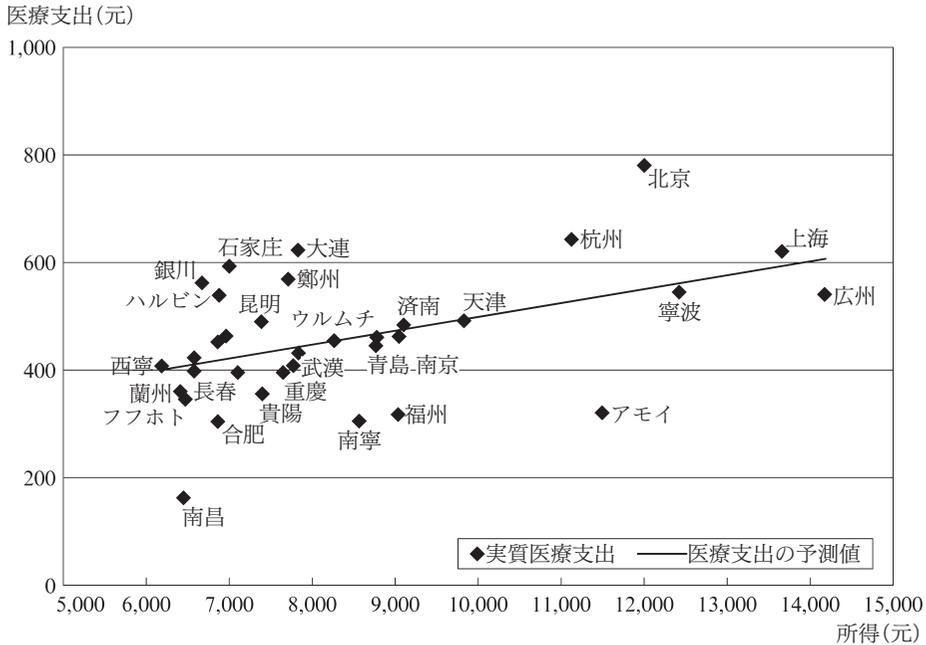
⑤カクワニ指数の低下要因

通常、地域間の所得格差の拡大、混合医療の禁止、および地域間の医療支出の均等性などの要因によって逆進性が強化されるため、カクワニ指数の低下をもたらしている²³⁾ [IHEP 2001]。しかし、この3つの要因はいずれも中国にはあてはまらない。

まず、都市間の所得格差については、改革後のジニ係数は0.18であり、改革前より0.02ポイント低下しており、所得格差が縮小されている。つぎに、私的医療制度がいずれの都市においても整備されておらず、混合医療に関する規定はいまだに公布されていない。したがって、混合医療による低下要因が考えられない。最後に、日本・カナダ・スウェーデンなどの国では、所得階層間の医療支出に格差があまりないことが逆進性の高さの原因とされている。これは所得格差のある地域間に応用しても、同様なことが考えられる。しかし、中国の場合は、医療需要と支出の所得弾力性が高く²⁴⁾ [Mocan, Tekin and Zax 2000; 李・湯田 2003]、地域間所得格差が存在している限り、地域間の医療支出の均等性は認められない。

一方、新たに保険対象となった外資系・私営企業の被用者は選択的未加入率が高く [周 2003]、自営業者も、北京、上海、深圳などごく少数の都市を除いては、まだ制度の対象となっていない。いいかえれば、制度的な要因によって、高所得層ほど制度から排除されているのである。平均所得の高い都市ではこのような高所得層の就業率が高いので、現在の医療サービス内容ではこの階層の医療需要が誘発されにくい。これがカクワニ指数の低下のひとつの原因である。また、無料医療によって支えられてきた医療需要が、改革にともなう自己負担率の上昇によって大幅に抑制されており、それもカクワニ指数の低下に拍車をかけている。したがって、中国におけるカクワニ指数の低下要因は、医療保険の加入率の低さと医療需要の抑制によるものと考えられる。

図4 都市別実質医療支出の乖離度



出所：図1に同じ。

⑥実質医療支出乖離の地域格差

家計の医療費支出が所得に比例するため、所得の上昇とともに支出も上昇するのが一般的である。しかし、所得に見合った支出の上昇は必ずしもすべての都市にみられていない。これまで、カクワニ指数をもって、都市間所得格差から生じた医療格差の分析を行なっている。ここでは、所得水準に見合う支出（医療支出の予測値）からの乖離度合を計測し、実際の医療支出と比較し、これをもって医療水準の向上に関する今後の研究への布石にしたい。

具体的には、China Monthly Statistics の2001年6月から2002年5月まで1年間の各月の都市別家計調査データから、深圳を除いた34都市²⁵⁾それぞれの年間可処分所得および年間医療費支出を計算し、回帰分析を行なった。その結果として、各都市の所得に見合う1人あたり年間医療費支出の予測値は以下のように表すことができる。

$$\text{医療費予測値 (年間)} = 239.5 + 0.03 \times \text{可処分所得}; \quad (\text{単位: 元})$$

つまり、所得と医療費支出の間には正の相関があり、所得が1単位増えれば、家計の医療費支出は約0.03単位増加する。予測値は、固定支出（約239.5元）に可処分所得の約3%を加えたものである。図4は34都市における実質医療費の予測値からの乖離度合²⁶⁾を表わす。各都市の実質値が予測値直線に集中して点在しており、家計医

療支出のかなりの部分が家計の所得によって決められていることがわかる。しかし、各都市の乖離度合にはまた一定の格差もみられる。たとえば、予測値をもっとも大きく下回っている南昌市をもっとも大きく上回っている北京市との間には473元の開きも生じている。ちなみに、34都市のなかで、予測値を上回っているのは15都市であり、残りの19都市は予測値以下の支出となっている。

予測値は、所得の増加にともなって右上がりの傾向を示しているが、各都市の乖離度合が所得格差と一致しないのが興味深いことである。たとえば、広州、寧波、アモイは所得水準が高いのに、予測値を大幅に下回る支出をしている。逆に、西寧、銀川などの都市は所得が低いのに、多く支出している。それは、支出の一定割合が所得以外の原因によって左右されていると考えられる。高齢化率、労働力率などの社会的要因以外に、医療改革による自己負担率の上昇と家計の負担能力とのバランスにより、家計における医療行動の抑制に変化が生じている可能性がある。そのほかに、高額医療制度の有無や、医療サービス供給体制の整備などの制度的要因と、民間療法の有無、健康重視の度合などの伝統的要因などが考えられる。これらの要因と医療支出との関係についての分析、および各都市の改革内容と乖離度合の比較検討は今後の研究課題としたい。

本節においては、地域別に医療制度を比較した上で制度の格差による影響を分析し、さらに、医療水準と医療支出の地域格差について検証した。その結果を要約すれば、地域別の医療制度自体が地域格差を生じさせており、医療水準の地域格差はやや拡大する傾向をみせている。そして、高所得の都市ほど医療支出の対所得割合が低くなっており、地域間の所得水準の違いによる医療アクセシビリティの格差は改革前よりも広がっていることが指摘できる。都市間の医療格差を縮小するには、以下の3つが重要な政策としてあげられる。まず、医療制度における地域格差の是正が必要である。つぎに、加入率を引き上げ、保険対象者の範囲を拡大する。最後に、所得再分配の機能を制度に取り入れる。たとえば、所得比例の個人口座の見直し、社会的弱者（乳幼児、高齢者、障害者など）に対する医療補助制度や高額医療費の還付制度の導入、家計の医療支出に対する税控除の実施などが考えられる。

おわりに

中国の医療保険制度は、高齢化と市場経済化の進展を背景に、1980年代から改革が着手され、1998年に都市部統一の医療保険制度が公布された。改革後、医療費急

注

増の抑制や医療効率の改善など、医療改革の効果が現われてきている。しかし、地方ごとの医療制度の違いや所得格差などによって、改革後の地域格差がかえって広がっていることが浮き彫りにされた。

もとより、医療改革は社会経済構造の全面的な変革とともにいまだ進行中である。たとえば、若くて収入の高い自営業者の選択的未加入は、保険制度の角度からみればモラルハザードに違いないが、それは同時に、社会経済構造のなかに新しい就業形態をどう位置づけるべきかという問いに、中国社会がまだ解答を見いだしていないことを意味する。本稿が論じた都市部の地域間格差のほか、都市部と農村部の間にも大きな格差が存在している。農村部では医療制度が皆無に近いため、都市と農村の格差は都市間の格差よりさらに大きい。この問題については、三農問題（農業・農村・農民）に対する中国政府の長期的な社会政策目標と切り離して考えることはできない。今後、医療改革を推進していくにあたっては、本稿のように、まず現状に関する地道な実証研究を行なうことが求められよう。

【注】

- 1) たとえば、日本労働研究機構 [1998, 1999, 2001], 劉 [2000, 2001: 68-89], 沙 [2000], 城本 [2000], 王 [2001a, 2001b], 岩田 [2001], 翁 [2001], 小林 [2001], 于 [2002], 鈴木・李 [2002] などがあげられる。
- 2) 『中国統計年鑑』2001年版。
- 3) 私営企業・外資系企業など非国有企業の従業員が全国就労者数に占める割合は、1978年の21.7%から1997年（新制度の前年）の45.4%へと上昇した。『中国労働統計年鑑』1998年版。
- 4) 無保険者の内訳は都市部が15%、農村部が64%となっている。これは農村合作医療制度の廃止による増加とみられる。一方、同年の都市部の保険加入者比率は14%（公費医療2%、労保医療12%）である。
- 5) 労働社会保障部の「1998年労働と社会保障事業発展年度統計広報」および「2002年上半年労働と社会保障事業発展年度統計広報」による（<http://www.molss.gov.cn/tongji/gb/>）。
- 6) 個人口座への個人拠出分と企業の繰り入れ分の合計を指す。
- 7) 個人拠出分の2%を除くと、企業の繰り入れ比率となる。
- 8) 試算基準：1) 個人口座は、35歳以下と70歳以上がそれぞれ5都市平均値の2.9%と4.56%とする。2) 前年度市月平均賃金=5都市1999年度月平均可処分所得（665元）=本人前年度平均月給=本人前年度月平均退職金とする。
- 9) ここで自己負担率は、給付スタートライン（たとえば、北京では、前年度市年平均賃金の10%を超えた分の医療費から給付する）以上の医療費に対する個人負担分の割合である。したがって、スタートライン以下の医療支出を加えて考えると、個人の実質自己負担率は、表1の値よりさらに高くなる。
- 10) 具体的には、人工透析、悪性腫瘍に対する化学・放射線治療に関わる外来大病の医療費、家庭病床による医療費、救急観察中に発生する医療費を除いた外来医療費のすべてが、自己負担の対象となる。
- 11) 年間医療費がスタートライン以上という条件のもとでの試算である。

- 12) 中国医療改革は施行後3年あまりしか経ておらず、かつ公表データが限られているため、治癒率や死亡率による地域間の比較は現段階では不可能である。また、自己負担率についても、都市間の制度的な格差が大きく、統一的な指数化は困難である。
- 13) 改革前に対する改革後の35都市総人口の増加率は14.19%であるのに対し、病院数・病床数・医師数の伸び率がそれぞれ19.47%、6.62%、と0.98%である。
- 14) 以下は、明記しない限り、35都市に関する所得、医療支出のデータのすべてが *China Monthly Statistics* によるものである。
- 15) 医療費支出は、医療サービスと薬剤（西洋薬・漢方薬）に対して実際に支出された費用を指し、病院や診療所への支払額に加え、大衆薬などの購入費も含んでいる。
- 16) 2002年の支出割合は1月から5月までのものである。
- 17) IHEP [2001] より筆者計算。
- 18) カクワニ指数は、もともと税金の累進度と逆進度を計る指標として作られた [Kakwani 1977]。
- 19) 本稿では、家計の医療支出と等しい。
- 20) 改革前と改革後は、それぞれ1997年と2000年のデータを用いている。
- 21) ジニ係数を計算するには、通常、所得階層別データより累積世帯比率が用いられる。ここでは、地域格差を計るために、都市別の総可処分所得に対応する累積人口比率に置き換えている。
- 22) 35都市の所得格差は小さいが、中小規模の都市、さらに所得水準の低い農村部を加えた中国全土の場合を考えると、ジニ係数が低下するため（ローレンツ曲線が右下へ下がる）、所得に対する支出割合が上昇し、カクワニ係数の逆進性が上昇する（集中度曲線が左上へ上がる）と考えられる。
- 23) 「地域間所得格差」および「地域間の医療支出割合」について、IHEP [2001] ではすべて所得階層間のものとしている。
- 24) 医療需要の所得弾力性は0.3となっており [Mocan, Tekin and Zax 2000]、医療支出の所得弾力性も短期的に0.688、長期的に1.105とかなり高い [李・湯田 2003]。
- 25) 都市部の実態をより正確に反映するために、非正常値にある深圳を除いた。
- 26) 予測値と実質医療費の差。

【参考文献】

- IHEP（医療経済研究機構）[2001]「医療費自己負担の分析：支出比率とカクワニ指数の国際比較と時系列分析」『報告書』3月。
- 王文亮 [2001a]『21世紀に向けた中国の社会保障』日本僑報社。
- [2001b]『中国の高齢者社会保障：制度と文化の行方』白帝社。
- 翁曉松 [2001]「中国の国務院決定にもとづく基本医療保険制度改革：定額控除後定率控除制と個人医療口座」『経営研究』第52巻第3号。
- 岩田奇志 [2001]「中国における医療保障の変貌と医療保険の現状：市場経済化のインパクト」『日本福祉大学社会福祉論集』第104号。
- 沙銀華 [2000]「中国社会保険制度の現状と問題」『海外社会保障研究』第132号。
- 周燕飛 [2003]「医療保険の未加入者と家計の医療支出：中国広東省の家計データを用いて」未発表。
- 小林照直 [2001]「中国における医療保険制度改革」『アジア研究所紀要』第27号。
- 城本るみ [2000]「中国の医療制度改革」『人文社会論叢』（社会科学篇）第4号。
- 張紀濤 [2001]『現代中国社会保障論』創成社。
- 中江章浩 [1998]『21世紀の社会保障：日本と中国の現状と課題』第一書房。
- 日本労働研究機構 [1998]『中国の労働・社会保障システムの基礎的研究（I）』日本労働研究機構。
- [1999]『中国国有企業改革調査資料：中国の労働・社会保障システムの基礎的研究（2）』日

参考文献

- 本労働研究機構。
—— [2001]『中国国有企業改革のゆくえ：労働・社会保障システムの変容と企業組織』日本労働研究機構。
- 楊開宇・坂口正之 [2001]「経済改革以降の中国都市部における医療保険制度改革の歴史的展開：公費・劳保医療制度から『基本医療保険制度』へ」『大阪市立大学生活科学部紀要』第49号。
- 劉曉梅 [2000]「中国における医療保障制度改革」『海外社会保障研究』第130号。
—— [2001]「医療制度改革」中国研究所編『中国は大丈夫か？：社会保障制度のゆくえ』創土社。
- 鈴木亘・李為民 [2002]「中国医療保険改革の現状と課題」大塚正修・日本経済研究センター編『中国社会保障改革の衝撃：自己責任の拡大と社会安定の行方』勁草書房。
- 李為民・湯田道生 [2003]「中国医療制度改革の効果に関する実証分析」未発表。
- 于洋 [2002]「中国の医療保障制度の展開：市場経済と関連させて」『経済学研究』第54号。
- 王延中・瀋志漁・杜瑩芬 [1999]「医療保険制度改革中の『“两江” 模式』」復印報刊資料『社会保障制度』第11号。
- 吳遠村・王仲文 [1998]「医療浪費十大原因」『中国社会保険』第6号。
- 国家統計局・労働社会保障部編 [1998]『中国労働統計年鑑』（1997年版）中国統計出版社。
- 蔡仁華主編 [1998]『中国医療保障制度改革実用全書』中国人事出版社。
- 宋曉梧・張中俊・鄭定錠 [1998]『中国社会保障制度建設20年』中州古籍出版社。
- 陳佳貴主編 [2001]『中国社会保障発展報告』社会科学文献出版社。
- 鄭功成 [1996]『從企業保險到社会保險』遼寧人民出版社。
- 文武 [1996]『中国社会保障制度問答』企業管理出版社。
- 労働和社会保障部編集 [1999]『中国医療保険制度改革政策与管理』中国労働社会保障出版社。
- 俞衛・任明輝 [1999]「社会理想和現実利益の衝突：中国城鎮社会医療保険制度改革中の矛盾和問題」徐瀟慶・尹尊声・鄭玉歆編『中国社会保障体制改革：'98年中国社会保障國際研討會論文選』經濟科学出版社。
- 鬲向前 [1999]『'99 医療大改革』改革出版社。
- 鄧大松 [2000]『中国社会保障若干重大問題研究』天山出版社。
- Kakwani, N. C. [1977] 'Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison', *Economic Journal*, Vol. 87.
- Mocan, H. N., Erdal Tekin and Jeffrey S. Zax [2000] 'The Demand for Medical Care in Urban China', NBER, Working Paper 7673.
- World Bank [1997] 'Financing Health Care', Washington, D. C.: World Bank.