

## 中所得国の医療保障改革、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの道のり ～増大する医療費と格差の是正、中国・インドを中心に～

### 目 次

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| I. はじめに                                   | III. 中国およびインドの医療保障      |
| II. 増大する医療費と財源、リスクプール、そしてユニバーサル・ヘルス・カバレッジ | IV. 公的医療保障の拡充と民間医療保険の役割 |
|   | V. まとめ                  |

主任研究員 海老崎 美由紀

### 要 約

#### I. はじめに

世界的に医療費が増加しており対処が求められている。医療費の増加は家計の負担を大きくする。特に経済成長が目覚ましい中所得国では、後回しになってしまった医療保障を拡充し、医療費の自己負担を減らし、家計破綻に至るリスクを軽減することが求められる。事前にファンドを蓄積し、医療保障を通じ医療費支出に対するリスクプールを形成し、経済的なリスクからの保護を拡大していく必要がある。中所得国の中でも2大新興国である中国とインドを取り上げ、医療保障改革の取組みを追いながら、医療保障のカバー範囲を拡大しユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に向けて進む道のりをたどる。

#### II. 増大する医療費と財源、リスクプール、そしてユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

世界的に医療費が増加しており、なかでも中所得国の増加率は高い。中所得国では急速な経済成長や中間層の拡大により医療費の増加は必至である。医療費の財源の中心は公的医療支出であり、WHOは、政策における公的医療支出の優先順位を上げて医療費増加に備えるリスクプールを形成し、また医療保障のカバー範囲を拡大してユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成するよう呼びかけている。

#### III. 中国およびインドの医療保障

中所得国の中核を成す中国、インドが医療保障の改革を進め、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に向けて進む道のりを追う。中国は改革開放後に医療保障のしくみが崩壊したものの2012年には人口の95%以上をカバーした。インドは医療費の自己負担割合が6割を超えているが、貧困層向けの医療保障の大幅なカバー拡大を行っている。それぞれがリスクプールの形成とカバー範囲の拡大に取り組んでいる。

#### IV. 公的医療保障の拡充と民間医療保険の役割

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に向けWHOを中心に議論されている医療保障の論点のいくつかを取り上げる。経済成長はユニバーサル・ヘルス・カバレッジの推進に寄与するが、政府主導で医療保障改革を進め、公的財源を確保し、格差の是正とリスクプールの統合を図っていくことが求められる。民間医療保険は公的医療保障制度で不足する部分を補う役割を担うが、適切な規制が必要となる。

#### V. まとめ

急速な経済発展を遂げる中所得国では、家計における医療支出による経済的リスクからの保護の拡大が重要な課題となっている。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成するために医療保障の改革が進められており、将来に向けてさらなる拡充が必要となる。

## I. はじめに

世界的に医療費が増加しており対処が求められている。医療費の増加は家計の負担を大きくする。特に経済成長が目覚ましい中所得国における医療費の増加が大きい。しかしながら、医療保障の拡充が後回しとなり WHO が目標として掲げるユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成できておらず、医療費支出における家計の自己負担が大きい。したがって中所得国では、医療費支出を削減するよりも国民全体における医療費支出に対し十分なファンドを用意し、家計の自己負担を減らして医療費支出のために家計破綻に至るリスクを軽減することが求められる。

増加する医療費の財源の中心は公的医療支出であり、WHO は政策における優先順位を上げて財源を拡充し医療費支出に対するリスクプールを形成することが重要であるとする。リスクプールは、医療費支出に対して事前にファンドを蓄積し、経済的リスクから家計を保護する働きをする。公的な医療保障や社会保険等の公的財源によるリスクプールが主体となるが、民間医療保険等の私的財源によるリスクプールは、公的医療保障制度で不足する部分を補う役割を果たす。

WHO の目指すところはユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成である。リスクプールに蓄積されるファンドを増やすだけでなく、公平なカバーを保障し、格差を是正する政策を実施する必要がある。

中所得国の中でも2大新興国として中核を成す中国とインドは、とりわけ経済・人口で大きなボリュームを持つ。国内の社会・経済が急速に変化する中で、両国とも医療保障の整備を進めカバー範囲を拡大し、一定の成果を挙げており注目に値する。中国とインドにおける医療保障改革の取組みを追いながら、医療のリスクプールが形成される過程を捉え、さらに民間医療保険の役割にも触れる。

## II. 増大する医療費と財源、リスクプール、そしてユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

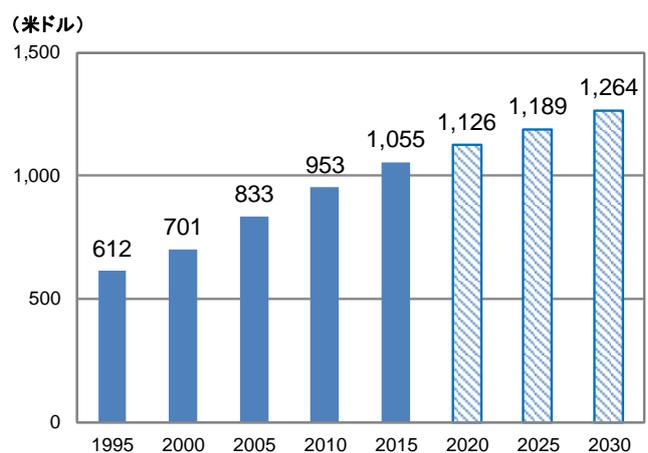
### 1. 世界的に増大する医療費

#### (1) 医療費の増加の状況

2018年に公表されたWHOのGlobal Reportは、医療費がGDPを上回る勢いで増加していることを挙げ、増大する医療費に対して公的医療支出を増やしていくよう呼びかけるものであった<sup>1</sup>。

世界全体の医療費支出総額は2018年に8.3兆米ドルに達したと推定される<sup>2</sup>。これは10年前の1.4倍、20年前の2.1倍である。GDP比では1998年に7.0%であったものが2008年には7.9%、2018年には8.6%に及んだと推定される<sup>3</sup>。医療費の増加は人口の増加によるものだけでなく、《図表II-1》のとおり1人あたり医療費

《図表II-1》世界全体の1人あたり医療費の増加



(出典) IHME, “Global Health Spending 1995-2016” および IHME, “Global Expected Health Spending 2017-2050” より SOMPO 未来研究所作成。

<sup>1</sup> WHO Global Report, “Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends”, 2018.

<sup>2</sup> Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), “Global Expected Health Spending 2017-2050”.

<sup>3</sup> IHME, “Global Health Spending 1995-2016” および IHME, “Global Expected Health Spending 2017-2050”.

も世界全体で増加しており、将来に向かってさらに増加することが予測されている。

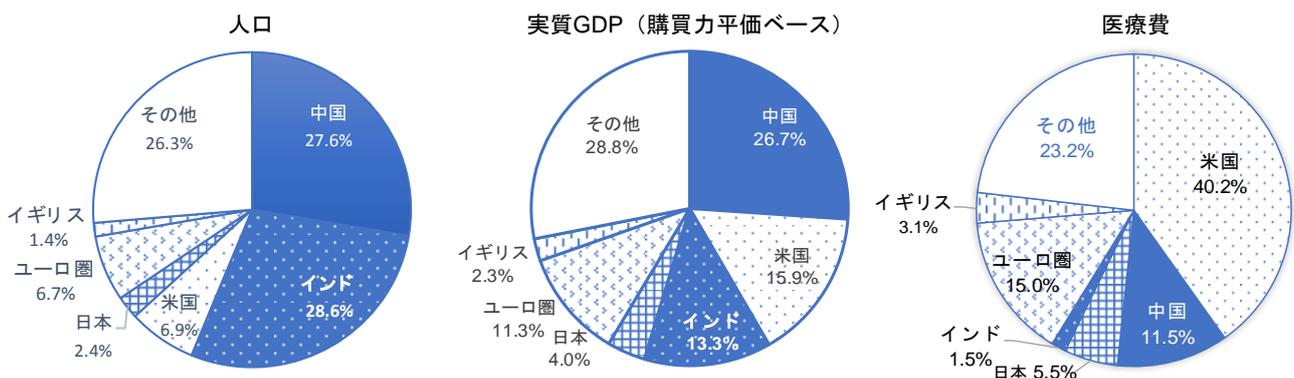
## (2) 所得水準による格差と中所得国における医療費の増加

各国別の医療費をみると、所得水準による格差が大きいことがわかる。2018年推計の1人あたり医療費は、高所得国で5,432米ドルであるのに対し、上位中所得国で521米ドル、下位中所得国で87米ドル、低所得国では41米ドルである。高所得国と低所得国の間には、実に130倍以上の差がある<sup>4</sup>。

将来的な1人あたり医療費増加率を所得水準による国グループ別にみると、特に中所得国において大きくなると予測されている。2030年までの増加率予測を2015年対比でみると、高所得国では1.8%であるのに対し、上位中所得国では4.3%、下位中所得国では4.1%、低所得国では2.0%となっている<sup>5</sup>。国別にみると、中国6.6%、ミャンマー5.8%、バングラディシュ5.2%、インド5.1%、ベトナム5.1%と、これらアジアの5か国は増加率が高い。特に中国は、2030年における1人あたり医療費が2,051米ドルになると予測され、上位中所得国平均の1,796米ドルを上回る<sup>6</sup>。医療費総額は2030年には1.2兆米ドルに達すると予測されている。これは米国の4.2兆米ドルに次ぐ大きさであり、世界全体の11.5%、日本の2倍の規模となる<sup>8</sup>。中国とはかなり差があるが、インドの医療費総額は2030年に1,600億米ドルとなり上位13位となると予想されている<sup>9</sup>。

中国とインドという2大新興国は、《図表Ⅱ-2》に示すように人口が多く、2030年には実質GDPにおいても世界の上位を占めるようになると予測されている。しかし医療費では、増加率が激しいと言ってもGDPほどの存在感はない。2030年には実質GDPで世界1位と3位を占める中国とインドではあるが、医療保障の面ではどのようになっていくのであろうか。

《図表Ⅱ-2》世界全体に占める各国のシェア（2030年予測）



(出典) OECD Economic Outlook: Statistics and Projections, Long-term baseline projections, No. 103 および IHME, “Global Expected Health Spending 2017-2050”より SOMPO 未来研究所作成。

<sup>4</sup> 前掲注3に同じ。

<sup>5</sup> IHME, “Financing Global Health 2017, Funding Universal Health Coverage and the Unfinished HIV/AIDS Agenda”。

<sup>6</sup> 同上。

<sup>7</sup> ミャンマー703米ドル、ベトナム685米ドル、インド502米ドル、バングラディシュ191米ドルと比べると突出している。

<sup>8</sup> 前掲注2に同じ。

<sup>9</sup> 同上。

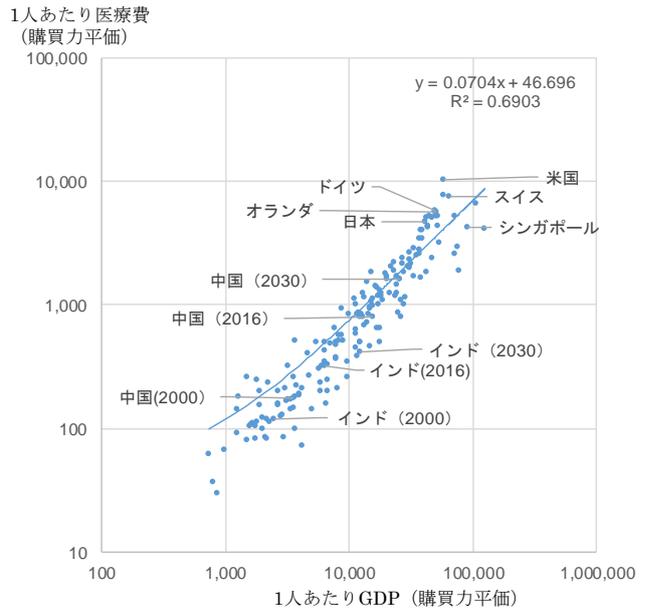
## 2. 経済成長と中間層の拡大

### (1) 経済成長による医療費の増加

経済が成長し GDP が増加すると医療費も増加するという関係が過去の研究で示されている<sup>10</sup>。経済の成長は、所得の増加や消費の拡大、物価の上昇等を伴うものであり、医療人材の人件費や医薬品等の価格も上昇する。

経済成長による医療費の増加は国や地域の医療事情、医療を取り巻く社会・経済の状況、医療保障のしくみ等さまざまな要因によって大小の影響を受けると考えられる<sup>11</sup>。それでも《図表 II-3》に示す世界各国における 1 人あたり GDP と 1 人あたり医療費の関係をみると、おおざっぱな比例関係が見て取れる。中国とインドについて 2000 年、2016 年、2030 年とプロットすると、右上方向に向かって上昇していることがわかる。

《図表 II-3》 1 人あたり GDP と医療費の関係



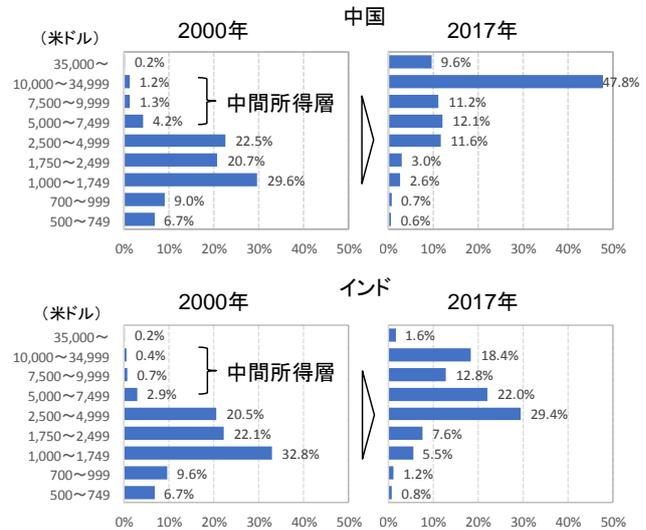
(出典) IHME, “Global Health Spending 1995-2016” および世界銀行データバンク World Development Indicators より SOMPO 未来究所作成。中国、インド以外は 2016 年の数値。

### (2) 中間層の拡大

所得が上昇するにつれて、それを上回って医療サービスの消費が増加することが知られている<sup>12</sup>。経済成長により所得水準が高まり、一般的に生活の質が上がれば医療に対する需要も増加し、それが医療費の増加につながると言われている<sup>13</sup>。中所得国では、経済成長により貧困層から中間層へと世帯所得分布が移っていく。世帯所得が上昇すると、これまで経済的な理由から受けられなかった医療サービスを受療するようになる。

本稿で注目する中国とインドの世帯所得分布の変化を《図表 II-4》に示す。両国とも急速に中間層が拡大している。2 つの国を比べると、中国の方が所得水準の上昇において一歩先を行っていることが読み取れる。

《図表 II-4》 世帯所得分布の変化



(出典) 経済産業省「医療国際展開カントリーレポート、新興国等のヘルスケア市場環境に関する基本情報、中国編・インド編」(平成 30 年度国際ヘルスケア拠点構築促進事業(国際展開態勢整備支援事業)、2019 年 3 月)より SOMPO 未来究所作成。(原典はユーロモニター)

<sup>10</sup> 古典的な Joseph Newhouse, “Medical-Care Expenditure: a Cross-National Survey”, The Journal of Human Resources, Feb. 1977 が有名であるが、その他にも国の GDP と医療費の関係を分析したさまざまな研究がある。

<sup>11</sup> 広井良典「医療費増加と経済成長—アクセス・技術革新・高齢化」(医療経済研究 Vol.1、1994)。

<sup>12</sup> B. マックペイク他著、大日康史、近藤正英訳、「国際的視点から学ぶ医療経済学入門」(東京大学出版会、2004 年)。

<sup>13</sup> Fredrik Erixon and Erik van der Marel, “What is driving the rise in health care expenditures? An Inquiry into the Nature and Causes of the Cost Disease”, European Centre for International Political Economy, Working Paper No.05, 2011.

### 3. 医療費の財源とリスクをシェアするしくみ

#### (1) 医療費の財源確保の要請

1. および2. でみてきたように、中所得国の医療費は将来的に増加していくと予測されている。しかしながら、医療保障がまだまだ行き届いていない中所得国では、増大する医療費を削減するというよりも、その財源を確保することによって医療水準を向上させることが求められる。

特に貧困層に対する医療保障については政府の医療支出に大きく頼ることとなる。限られた国家財政の中で医療費の財源の優先順位を上げ、医療保障のカバー範囲を拡大して医療費の自己負担を減らすことにより貧困層の経済的な保護に努めるよう WHO は各国に呼びかけている<sup>14</sup>。

#### (2) 医療費財源の推移

世界で医療のために支出される額は2016年に8兆米ドルとなり、2030年には15兆米ドルに達すると予想される。その医療費の財源として中心となるのは税金等から充てられる政府からの支出や公的社会保険への拠出等の公的医療支出であり、2016年において世界全体の医療費財源の74.0%を占める。これに続いて家計の自己負担が18.6%、民間医療保険等の私的事前医療支出が7.2%、医療開発支援や援助が0.2%を占める。(《図表Ⅱ-5》参照)

高所得国と中・低所得国では、医療費財源の内訳の傾向が異なる。公的医療支出の割合は2016年において高所得国は79.6%であるのに対し、上位中所得国53.9%、下位中所得国32.1%、低所得国26.3%と低い。代わって大きな割合を占めるのが家計による自己負担であり、高所得国が13.8%であるのに対し、上位中所得国35.9%、下位中所得国56.1%、低所得国42.4%であり、所得水準が低いほど自己負担割合が高い傾向にある<sup>15</sup>。

《図表Ⅱ-5》医療支出を賄う財源（2016）

<p>世界で 医療のために 支出される額 8兆米ドル (2016)</p>	<p>公的医療支出 74.0%</p>	<p>公的医療制度のインフラおよび 政府が提供する医療保険のために 支出される額</p>	<p>医療費のために プールされる ファンド</p> <p>この部分がしっかり 確保されることが重要</p>
	<p>私的事前医療支出 7.2%</p>	<p>私的医療保険および 非政府機関から提供されるサービス のために事前に拠出される額</p>	
	<p>医療開発支援 0.2%</p>	<p>ユニセフなどの機関を通じて中・低所得国 に健康増進の目的で贈られる寄金</p>	
	<p>自己負担 18.6%</p>	<p>ヘルスケアのサービスを受ける際に 個人が健康の維持・回復・増進に費やす額 (健康保険の自己負担部分を含み、健康保 険料を含まない)</p>	

(出典) IHME, “Financing Global Health 2018” より SOMPO 未来研究所作成。

<sup>14</sup> 前掲注1に同じ。

<sup>15</sup> 低所得国の自己負担割合が下位中所得国よりも低くなっているが、低所得国では国際的な支援・援助が医療費財源の25.4%を占めていることを注記しておく。なお、中所得国では経済成長に従い、国際的な支援頼みから自国内財源への切り替えが進んでいる (IHME and University of Washington, “Financing Global Health 2018, Countries and Programs in Transition”, 2019.)。

中国・インドの医療費財源内訳の推移を《図表Ⅱ-6》に示す。中国では、1990年代から2003年にかけて公的医療支出が30%を切っており、私的事前医療支出も減少し、2003年には自己負担割合が61%にもなっていた。2008年以降は急速に公的医療支出を増やしており、世界平均の74%に少し近づいている。インドの自己負担割合は中国に比べてもさらに高く70%を超えていた。2008年以降、徐々に公的医療支出を増やしており、さらに私的事前医療支出の割合も少しずつ増加しているが、依然として自己負担割合が64%とかなり高い。

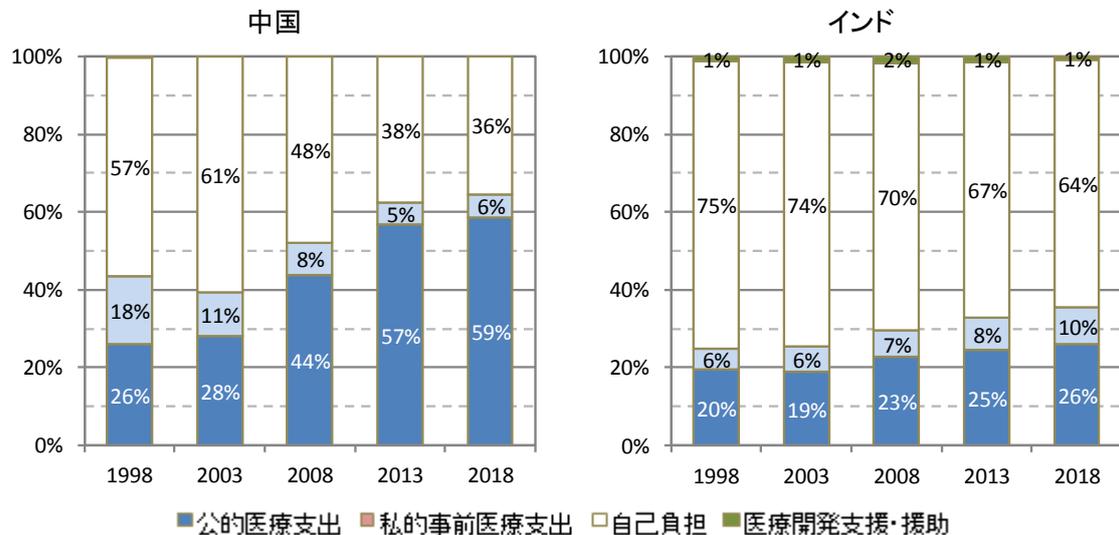
### (3) 医療費の自己負担と家計破綻リスクに備える医療リスクプール

WHOが問題視しているのは中・低所得国における医療費の自己負担の大きさである。医療費の増加は家計の負担を大きくする。世界では8億人が家計消費（または家計所得）の10パーセントを超える医療費負担を経験している。また、毎年1億人近くが医療費の支出のために極度の貧困<sup>16</sup>に追いやられていると推定される<sup>17</sup>。

医療費の支出によって家計が破綻するリスクを回避するためには、リスクが発現する前に事前の積み立てを行い、ファンドをプールして備えることが必要となる<sup>18</sup>。個人が不健康な状態に陥り、医療サービスを必要とする状態になる可能性やタイミングはなかなか予測がつかない。事前のファンドの蓄積がないか、それまでの貯蓄を払底させてしまうような医療費の支出があった場合、家計が破綻し貧困状態に陥ってしまう。この貧困状態に陥るリスクを吸収し平準化を行うのがリスクプールの機能である。

個人単位では予測が困難な経済的リスクが、リスクプールによって集団を形成すると大数の法則が働き、一定の確率で発生することが予測可能となる。医療リスクをリスクプールのメンバーの間で分散さ

《図表Ⅱ-6》 医療費財源内訳の推移



(出典) IHME, “Global Health Spending 1995-2016”および IHME, “Global Expected Health Spending 2017-2050”より SOMPO 未来研究所作成。

<sup>16</sup> 1日わずか1.90ドル未満での生活を余儀なくされる状態。

<sup>17</sup> 前掲注1に同じ。

<sup>18</sup> WHO The World Health Report, “Health systems financing, The path to universal coverage”, 2010.

せることになる<sup>19</sup>。医療のコストを平等に分担することにより、リスクプールに属するメンバー間の所得の格差や健康の格差（疾病にかかりやすいか否か）を埋め、リスクの平準化を行うことができる。公的な医療保障制度では、税収入を財源として各個人の拠出額に関わりなく医療サービスの提供を行うことで所得の再分配が行われる<sup>20</sup>。

#### （４）医療保障のリスクプールの方式

医療保障のリスクプールには《図表Ⅱ-7》のとおり、公的財源として公的医療保障制度および社会保険、私的財源として民間医療保険および共同体による医療の大きく4つの方式がある。国際復興開発銀行のスタッフが作成した実務家向けガイダンスノート<sup>21</sup>では、4つの方式にはそれぞれにメリット・デメリットがあり、リスクプールの形成とファンドの蓄積にあたり、どのような財源によって構成するかは為政者の判断によるとしている。それよりも、リスクプールと事前積立てを通じて経済的リスクに対する保障を用意し、公平で負担が少なく持続可能な医療保障を実現することの重要性を強調している。医療費の財源確保、リスクプールの形成の目的は、WHO が提唱するユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成である。

《図表Ⅱ-7》医療保障のリスクプールの4つの方式比較

	方式	特徴
公的財源	健康を所管する官庁による運営 または国営の医療保障制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 国の一般財政から拠出</li> <li>● 国民全員をカバー</li> <li>● 医療サービス提供機関は公営</li> </ul>
	社会保険	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 独立した保険ファンドの形成</li> <li>● 賃金支払いから強制的に拠出（勤労者から次第に他へ拡大）</li> <li>● 通常非営利団体により運営</li> </ul>
私的財源	任意または民間医療保険	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 公的制度の不足する部分を補う</li> <li>● 任意加入</li> </ul>
	共同体による医療（コミュニティ型 <sup>22</sup> ）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 共同体による医療サービスの提供</li> <li>● 任意参加</li> </ul>

（出典）Pablo Gottret and George Schieber, “*Health Financing Revisited*”, The World Bank, A Practitioner’s Guide 37091, 2006 より SOMPO 未来研究所作成。

<sup>19</sup> Pablo Gottret and George Schieber, “*Health Financing Revisited*”, The World Bank, A Practitioner’s Guide 37091, 2006.

<sup>20</sup> 各国の医療保障制度において、低所得層や高齢層に対して、拠出金や自己負担を少額としたり、または無料で医療サービスを提供したりする社会扶助のしくみが用意されていることが多い。社会保険や民間医療保険では、納付された保険料を蓄積し、医療サービスの必要が生じたときに給付を行うことによって医療リスクの平準化が行われる。

<sup>21</sup> 前掲注 19 に同じ。

<sup>22</sup> 本稿ではコミュニティ型については取り扱わない。コミュニティ型については、Guy Carrin et al., “*Community based Health Insurance Schemes in Developing Countries: facts, problems and perspectives*”, WHO Discussion Paper, Nov. 1, 2003 等に詳しい。

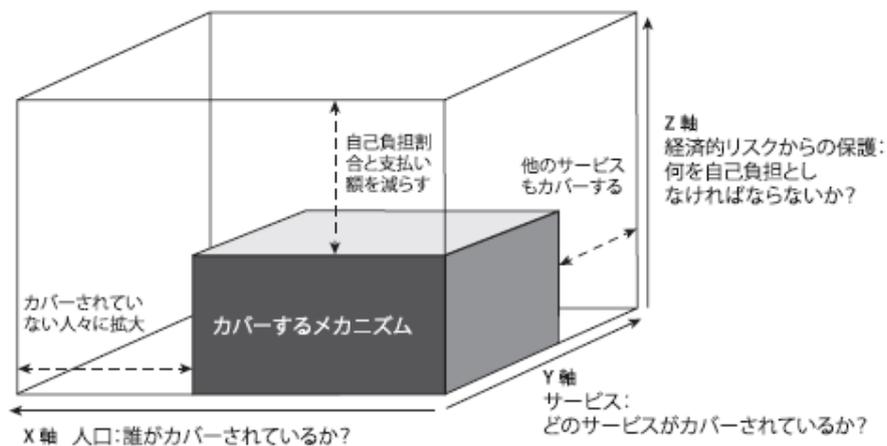
### (5) ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に向けて

WHO は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成において、《図表 II-8》の UHC キューブに図示されているように、①カバーされる人口の範囲の拡大、②カバーされる医療サービスの範囲の拡大、③経済的リスクからの保護の範囲の拡大（上限の引上げ、自己負担割合の引下げ）の3つの方向への拡大を標榜している。

2030年までに達成することを目指して2015年に採択された持続可能な開発目標（SDGs）では、ゴール3（健康と福祉）の中で「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる」ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成が掲げられている。2015年の達成を目指して国際社会が定めたミレニアム開発目標（MDGs）は、先進国が開発途上国を支援するという枠組みであったが、SDGs では、先進国も開発途上国も自国が抱える課題に主体的に関わることを求めている<sup>23</sup>。WHO の目標は低所得国に対する世界各国からの支援を呼びかけるものから、高所得国、中所得国にも自国での取り組みを求めるものになってきている。

次のⅢ. では、中国、インドが医療保障の改革を進め、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成する道のを追う。

《図表 II-8》 UHC キューブ



(出典) 前田明子他「包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ：11カ国研究の総括」

(2014年10月)。原典はWHOウェブサイト掲載のUHC概念図「three dimensions」

<[http://www.who.int/health\\_financing/strategy/dimensions/en/](http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/)>。

<sup>23</sup> ハンガー・フリー・ワールド、ニュース&トピックス、「MDGs から SDGs へ。飢餓をなくす国際社会の約束」(2015年12月28日)。

### Ⅲ. 中国およびインドの医療保障

#### 1. 中国の医療保障

##### (1) 概要

中国は、急速な経済成長を遂げる一方で、健康・医療に関する課題を解決することを求められている。1978年の改革開放以前の中国では都市部と農村部それぞれの医療保障制度が機能していた。しかしながら、「中国では改革開放以降、経済成長志向の改革に重点が置かれ、保健分野の改革はいわば「棚上げ」状態にあった」<sup>24</sup>。中国の医療体制は「改革開放に伴う社会・経済体制の変化によって、都市部、農村部ともに従来の医療保障制度は機能不全に陥」<sup>25</sup>り、「1990年代初めには、農村人口の約9割が無保険状態にあった」<sup>26</sup>とされる。

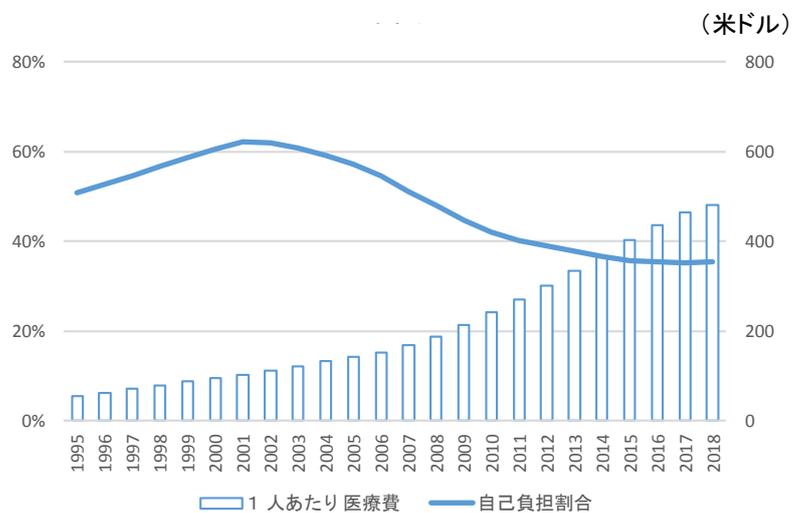
世界銀行は、1997年にまとめたレポート『中国2020』、さらに2012年にまとめた『中国2030』において、中国の将来に向けた戦略的方向性を提示しており、その中で健康・医療を主要課題のひとつとして掲げている<sup>27</sup>。国際的に問題提起を受け、さらに2002年に中国で発生したSARSの流行もあり、中国の医療保障改革が進む。1998年に都市部労働者向けの医療保障制度、2003年に農村部向けの医療保障制度、2007年に都市部労働者の被扶養者に対する医療保障制度が設立された。2012年には人口カバー率を95%まで引き上げることに成功した。

《図表Ⅲ-1》のとおり、1人あたり医療費は1997年に71米ドルであったものが2017年には465米ドルまで増加し、20年間で6.5倍になった。反対に、自己負担はピークとなった2001年の62.1%に対し医療保障制度改革により2017年には35.1%まで減じられた。GDPに対する医療費総額は2000年に4.6%であったものが、2017年には6.4%まで増加した。

政府の医療費支出は2000年から2017年まで毎年100~200億元増加し、政府の拠出や社会保険等の公的医療支出により医療費財源は拡充されている<sup>28</sup>。公的医療支出による医療費支出は2018年に医療費総額の59%を占めるまでになった。

中国では都市部と農村部とで異なるユニバーサル・ヘルス・カバレッジの

《図表Ⅲ-1》 中国の1人あたり医療費と自己負担割合の推移



(出典) IHME, “Global Health Spending 1995-2016” および IHME, “Global Expected Health Spending 2017-2050” より SOMPO 未来研究所作成。

<sup>24</sup> 内村弘子、井伊雅子編「アジアの医療保障制度 4 章中国—制度再構築と医療格差縮小への模索—」(東京大学出版会、2009年)。

<sup>25</sup> 同上。

<sup>26</sup> 同上。

<sup>27</sup> 大橋英夫「政権交代期の中国：胡錦濤時代の総括と習近平時代の展望、第1章中国経済の持続的成長と「二つの罌」」(日本国際問題研究所、2013年3月)。

<sup>28</sup> Qingyue Meng et al., “What can we learn from China’s health system reform?”, The British Medical Journal 2019;365, Jun. 19, 2019.

達成に向けた道のりをたどり、都市部労働者とそれ以外では医療保障に格差が残っている。続く（２）および（３）では、都市部と農村部のたどった道のりをそれぞれに追う。

## （２）都市部における公的医療保障制度改正

改革開放前の都市部における医療は、1951年に発足した『労働保険医療制度』と1952年に導入された『公費医療制度』から成っていた。労働保険医療制度は国有企業および一部の集体企業従業員およびその家族を対象とし<sup>29</sup>、「運用のための費用は全額が企業負担であり、企業と工会<sup>30</sup>の主導のもと政府などの外部機関の関与なく運営され」<sup>31</sup>、「企業の内部で完結する、いわば積立金との色合い」<sup>32</sup>が強いものであった<sup>33</sup>。公費医療制度は政府機関・事業部門の職員等を対象とし、保険料はすべて国が負担、保障範囲内であれば医療費は全額無料であり<sup>34</sup>、「都市部で「国民皆保険」はほぼ実現されていた」<sup>35</sup>。

改革開放後、農村部から都市部へ労働力が流入し、さらに「国有企業の雇用調整によって、都市部で失業者が増加し」<sup>36</sup>、国有企業を対象としていた都市部の医療保障制度の対象とならない人口が拡大した。加えて、「民営化されなかった国有企業では企業の規模や経営状態により」<sup>37</sup>、「医療格差が激しくなった」<sup>38</sup>。また、公費医療制度における財政負担の増加が著しく、1993年には公費医療制度が廃止され、公務員も保険料を負担する都市労働者公的医療保険制度制定の試みが始まった<sup>39</sup>。

1990年代には都市部において企業ごとに分断されたファンドの統合が進められた<sup>40</sup>。1994年からいくつかの地域で医療保険制度の新たなモデルが試行され、その結果をもって1998年に社会プール基金と個人口座の両方のしくみを持つ『都市従業員基本医療保険制度』が設立された<sup>41</sup>。

都市従業員基本医療保険制度の対象は、企業（国有、集団、外資系、民営等）やその他の組織（政府機関、事業部、社会団体、民間非企業等）のすべての従業員である<sup>42</sup>。財源としては雇用側と従業員個人がそれぞれ賃金総額の6%および2%を納付し、雇用側の納付金の7割が社会プール基金へ、雇用側の納付金の残り3割と従業員個人の納付金が個人口座へと振り分けられる。

都市従業員基本医療保険制度では、外来等の比較的低額の医療サービスに対し、該当地域労働者の年間平均賃金の10%前後までは、個人口座から支出される。入院等の医療サービスについては、年間平均

<sup>29</sup> 赤坂真人「中国医療保険制度の歴史的変遷—1949~2017—」（吉備国際大学研究紀要（人文・社会科学系）第27号、1-12、2017）

<sup>30</sup> 工会は、「労働組合」と訳されることが多いが、実態は党の下部組織」であり「労働者の保護機能」を担う（日本労働研究機構「中国進出日系企業の研究—党・工会機能と労使関係—（概要版）」（資料シリーズNO.130、2003年3月）。

<sup>31</sup> ジェトロ北京事務所「中国の社会保険制度と北京市、天津市の実務」（2019年1月）。

<sup>32</sup> 同上。

<sup>33</sup> 「1950年代、企業が保険金を国家に上納していたため、実質的には「国家保険制度」というべきものであった。しかし1967年の文化大革命の勃発により中華全国総工会の管理機能がマヒしたため、国家保険から企業がそれぞれ自己管理する「企業別保険制度」に変化していった」（前掲注29に同じ）。

<sup>34</sup> 前掲注29に同じ。

<sup>35</sup> 馬欣欣「中国の公的医療保険制度の改革」（京都大学学術出版会、2015）。

<sup>36</sup> 同上。

<sup>37</sup> 前掲注29に同じ。

<sup>38</sup> 同上。

<sup>39</sup> 同上。

<sup>40</sup> Qingyue Meng and Shenglan Tang, “Universal Coverage of Health Care in China: Challenges and Opportunities”, WHO, World Health Report Background Paper, 7, 2010.

<sup>41</sup> 前掲注35に同じ。

<sup>42</sup> 同上。

賃金の 10%を超え、4 倍前後までは社会プール基金から給付される<sup>43</sup>。社会プール基金から給付される部分でも 2 割から 3 割の自己負担がある。医療サービスが年間平均賃金の 4 倍を超えてさらに高額となると自己負担となり、民間医療保険等が手当てされていればそこからの給付を受けることとなる。(《図表Ⅲ-2》参照)

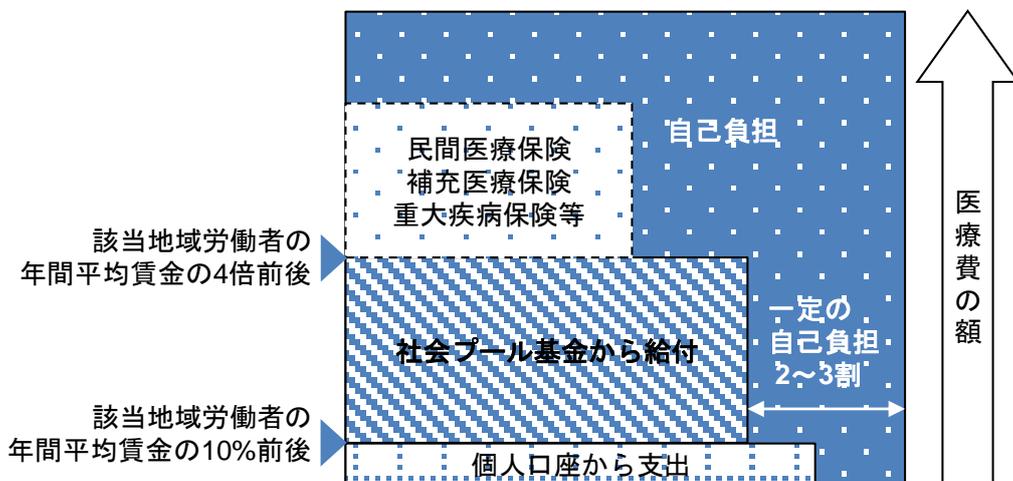
その後、2007 年に子供や高齢者を中心とする都市部の非労働者を対象とした『都市住民基本医療保険制度』が導入された。都市住民基本医療保険制度は任意加入であり、中央政府と個人からの拠出を財源としている。なお、都市従業員基本医療保険制度は入院と外来ともにカバーされているが、都市住民基本医療保険制度では、当初入院給付のみであった。

### (3) 農村部における公的医療保障制度改正

農村部における医療は 1930 年代後半に設立された互助共済制度『医療合作社』に遡り、1959 年には政府により共済医療保険制度『合作医療制度』が設立された。この時期の農村合作医療制度は「財源調達は人民公社や農民自身となり、中央政府による公的投資はほとんど行われていなかった」<sup>44</sup>。

改革開放後は、農村部の人民公社が解体し、医療保障制度も崩壊状態となった。農村合作医療制度の普及率は 1970 年代には 90%と推定されたが、1985 年以降は 5%にまで急激に低下した<sup>45</sup>。「その結果、実質的には多くの農民が完全自費で医療費を支払」<sup>46</sup>う状況に追い込まれた。

《図表Ⅲ-2》中国の都市従業員基本医療保険における給付パターン



(出典) 馬欣欣「中国の公的医療保険制度の改革」(京都大学学術出版会、2015) より SOMPO 未来研究所作成。

<sup>43</sup> 都市従業員基本医療保険制度では、救急医療費、外来医療費、入院費、薬品購入費が対象となる。社会プール基金への納付金から毎月一定金額が、従業員個人が保有する医療カードに還元される。還元された医療費の用途は限定されており、残高を現金のかたちで引き出すことは、通常認められない。医療費が発生すると、まず医療カードで決済され、残高が不足する場合は基本的に個人負担となる。入院費は社会プール基金が一定の限度内で負担し、不足する場合は個人負担となる。外部薬局での医薬品購入には、医療カードの利用が認められる (ジェットロ北京事務所「中国の社会保険制度と北京市、天津市の実務」(2019 年 1 月))。

<sup>44</sup> 前掲注 35 に同じ。

<sup>45</sup> Xingzhu Liu and Huaijie Cao, "China's Cooperative Medical System: its historical transformations and the trend of development", 1992.

<sup>46</sup> 塔林図雅「中国の医療保険制度をめぐる官民役割分担—公的医療保険改革と民間保険会社参画の意義—」(生命保険論集第 182 号、2013 年 3 月)。

都市部における医療保障制度改正が先行し、また経済的に格差が拡大する中、農民の無保険者は 7.2 億人、中国総人口の 79.1%を占めるまでになり、政府にとって喫緊の課題となった<sup>47</sup>。そこで、2003 年に『新型農村合作医療制度』が導入され、主に中央政府・地方政府からの拠出によって財源が確保されることとなった。任意加入ではあったが、新型農村合作医療制度の普及により、農村部において満たされていなかった入院ニーズ<sup>48</sup>は、2003 年の 34.5%から 2008 年には 27.9%へと縮小した<sup>49</sup>。

新型農村合作医療制度の財源には、①中央政府、②地方政府、③個人からの拠出の 3 つのソースがあり、全体に徐々に引き上げられてきている。2003 年の発足当時は拠出の基準額 30 元を中央政府、地方政府、農民個人がそれぞれ 10 元ずつ負担するというものであったが、2012 年には中央政府と地方政府を合わせて 240 元、農民個人は 60 元と政府の拠出割合が増え、合計も 300 元と 10 倍になっている<sup>50</sup>。「政府は経済発展のレベルと農民所得水準の変化にあわせて資金調達基準を模索しており、また農村部と都市部における医療保障の格差問題を解決するため、農村部における公的医療保険制度により多くの公的資金を支出していることがうかがえる」<sup>51</sup>。

新型農村合作医療制度では、地域の状況に合わせて、小さな単位（郷および鎮）からより大きな単位（県および県級市）におけるリスクプールに段階的に移行していく手法がとられた<sup>52</sup>。

旧農村合作医療制度がプライマリーケアを中心とした医療保障制度であったのに対し、新型農村合作医療制度は入院や重篤な疾病に関する保障を提供することを主な目的としている。給付の対象は地域によって差異があり、外来については個人負担となる地域がある。給付には上限が設けられており、一定の金額までは家庭口座から支出され、社会プール基金から給付される場合も一定の自己負担がある<sup>53</sup>。農民個人も拠出する必要があり、また、限度額を超えたときは自己負担が大きいしくみとなっている。そこで、貧困層には一定の補助金を支給して医療保険への加入を促進し、重篤な疾病に罹患した際には一部の医療費を償還する医療扶助制度が導入された<sup>54</sup>。

#### （４）公的医療保障制度改正の成果とさらなる目標

都市部と農村部両方の公的医療保障制度改正により、2008 年には新型農村合作医療制度により農村人口のほぼ 90%が、都市従業員基本医療保険制度および都市住民基本医療保険制度により都市人口の 73%<sup>55</sup>がカバーされ、合計 87%の人口をカバーするまでに至った<sup>56</sup>。しかしながら制度間でカバー範囲に格差があり、都市従業員基本医療保険制度は入院も外来も対象とするのに対し、新型農村合作医療制度では 2008 年の時点で 30%の地域で入院のみの給付となっていた<sup>57</sup>。さらに対象とする医薬品のリス

<sup>47</sup> 前掲注 35 に同じ。

<sup>48</sup> 入院が必要とされながら入院できなかったもの。

<sup>49</sup> 前掲注 40 に同じ。

<sup>50</sup> 2015 年には合計額はさらに 500 元まで引き上げられている。

<sup>51</sup> 前掲注 35 に同じ。

<sup>52</sup> 旧農村合作医療制度の運営主体である村が約 2000 人程度の集団であったのに対し、郷は 2～3 万人、県となると 20 万人から 100 万人程度となる（前掲注 35 に同じ。）。

<sup>53</sup> 前掲注 35 に同じ。

<sup>54</sup> 同上。

<sup>55</sup> United Nations Research Institute 等の資料より SOMPO 未来研究所が計算。

<sup>56</sup> 前掲注 40 に同じ。

<sup>57</sup> 同上。

トも、都市型では平均で 2000 種類であるのに対し農村部ではわずかに 400 種類であった<sup>58</sup>。都市部と農村部の格差を小さくする改正が進められているが、《図表Ⅲ-3》のとおり 2012 年においても保険料の水準や還元率について大きな格差がある。企業やその従業員からの拠出に基づく都市従業員基本医療保険制度は、政府の拠出に依存している他の 2 制度に比べて給付が充実している。

WHO は、2003 年以降の中国の医療保障改革を受けて 2010 年にまとめた中国の医療保障に関するレポート<sup>59</sup>で、特に農村部において急速に対象人口が拡大したことを一定評価している。一方で、都市部と農村部の医療保障制度の分断と格差に着目し、その保険料水準の差が埋まらなければ統合は困難を伴うとした。対象とする人口が国民の相当な割合に達した後は、今度はカバレッジの深さや高さに着目し、効率的に医療を提供していくよう給付パッケージを検討すべきとしている。

2009 年に「中国政府は、「医薬衛生体制改革の意見」と「医薬衛生体制改革の中期重点実施案（2009～2011 年）」と題した政策を公布し、並々ならぬ決意で新医療制度改革をスタートさせた」<sup>60</sup>。さらに、2011 年には第 12 次 5 ヶ年計画の中で医療制度に関する 7 つの目標が設定された。（《図表Ⅲ-4》参照）

このような推進策により、中国は 2012 年に医療保障の人口カバー率を 95%以上<sup>61</sup>とし、2020 年までにユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成するという目標の第一段階をクリアした。また、医師に病院での治療が必要であると診断を受けたが入院しなかった割合が 2003 年に 29.6%だったものが 2008

《図表Ⅲ-3》医療保険制度の比較（2008 年／2012 年）

制度		都市従業員基本医療保険制度		都市住民基本医療保険制度		新型農村合作医療制度	
対象者		都市の企業従業員		都市住民（子供・高齢者）		農村部居住者	
リスクプールの単位		県級市		県級市		県・郷	
年		2008	2012	2008	2012	2008	2012
加入者数（億人）		2.00	2.65	1.18	2.72	8.15	8.05
普及率		81%	94%	64%	93%	91.5%	98%
保険料 （元）	一人あたり保険料	1,443	2,230	120	300	120	300
	政府補助基準額	—	—	80	240	80	240
	個人拠出基準額	賃金の 2-3%	賃金の 2-3%	40	60	40	60
	雇用側拠出基準額	賃金の 6-8%	賃金の 6-8%	—	—	—	—
給付	還元率	67%	75%	44%	55%	38%	55%
	外来カバー	個人口座から	個人口座から	—	50%	—	50%
	給付上限	平均賃金の 4 倍	平均賃金の 6 倍	—	平均所得の 6 倍	—	平均所得の 8 倍

（出典）United Nations Research Institute for Social Development, “*Universal Health Coverage, The Case of China*”, Working Paper 2014-2015, Nov. 2014 等より SOMPO 未来研究所作成。

<sup>58</sup> 前掲注 40 に同じ。

<sup>59</sup> 同上。

<sup>60</sup> 劉波他「中国新型農村合作医療保険制度の現状と DEA モデルによる制度運営効率の測定」（保険学雑誌第 613 号、2011 年 6 月）。

<sup>61</sup> United Nations Research Institute for Social Development, “*Universal Health Coverage, The Case of China*”, Working Paper 2014-2015, Nov. 2014.

年には25.1%に減少し、2013年までにさらに8ポイント減少した<sup>62</sup>。また、病院にかかる必要があったが経済的な理由でできなかった患者は2008年の17.6%から2013年には7.4%に減少した<sup>63</sup>。第12次5カ年計画の総括<sup>64</sup>では、都市部・農村部住民の基本医療保険加入者数が13.3億人（対目標101%）となったとしている。なお、都市部住民と農民の医療保障の統合は進行中である。都市部従業員と都市部・農村部住民の医療保障の統合は企画されていない<sup>65</sup>。

2017年に公表された第13次5カ年計画では、都市部労働者と都市部・農村部住民の「基本医療保険加入率は95%以上で安定させ、社会保険、社会福祉及び社会救済等の社会保障制度と公益慈善事業を効果的に連携させ、高齢者の基本的な生活、基本的医療、基本的看護等のニーズを適切に保障する」<sup>66</sup>という発展目標を掲げ、基本医療保険制度の維持を謳っている。

#### (5) 民間医療保険による公的医療保障制度の補完

中国は公的医療保障制度の改正を進めてきたが、給付の上限が定められており、それを超える部分の医療費は自己負担となる。人口の95%以上をカバーするようになったが、カバーする金額として十分かというところとは言えず、巨額の医療費支出を生じた際に不足するという設計になってしまっている。《図表II-8》のUHCキューブでいえば高さ、経済的リスクからの保護が足りていない。

《図表III-4》第12次5カ年計画における医療制度に関する7つの目標（2011年）

基本医療保険がカバーする範囲の拡大 基本医療保険のレベル向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 公的医療保険制度の加入率を95%まで引上げ</li> <li>● 都市住民基本医療保険制度および新型農村合作医療制度の補助金基準を年間1人あたり240元まで引上げ</li> <li>● 公的医療保険制度の給付額上限額を該当地域労働者の年間平均賃金の6倍以上、都市部住民の1人あたり税引後所得の6倍以上、全国農村戸籍住民の1人あたり純収入の8倍以上に引上げ（最高給付基準6万元以上）</li> <li>● 外来と入院間の差異を縮小</li> </ul>
医療費給付制度の改革	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療機関に対する医療費給付の方法を改革し、支払総額のコントロールを強化</li> <li>● 医療機関の総費用、疾病種別医療費用の抑制、個人負担の軽減制御、医療サービス品質等の内容を医療保険評価システムに追加</li> <li>● 医療保険機関および医療従事者の管理・監督を強化</li> </ul>
医療救済レベルの向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療費の支払が困難な貧困者の保護機能を強化</li> </ul>
重篤な疾病に対する医療保険体制の確立	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 重篤な疾病に対する民間医療保険や補充医療保険の購入の促進</li> <li>● 重篤な疾病に対する医療保険の対象疾病の拡大（12種類）</li> </ul>
基本医療保険の管理機能向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療保険基金の収支管理を強化</li> <li>● 都市部医療保険と農村部医療保険の統一を模索</li> <li>● 民間医療保険機関への医療保険業務委託</li> </ul>
商業医療保険（民間医療保険）の発展	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 民間医療保険商品の開発による多様化を促進</li> <li>● 税制優遇政策によって民間医療保険加入を促進</li> </ul>

（出典）馬欣欣「中国の公的医療保険制度の改革」（京都大学学術出版会、2015）より SOMPO 未来研究所作成。

<sup>62</sup> Qingyue Meng et al., “What can we learn from China’s health system reform?”, The British Medical Journal 2019;365, Jun. 19, 2019.（原典は National Health and Family Planning Commission, “An analysis report of national health services survey 2013”, Center for Health Statistics and Information, Peking Union Medical College Press, 2015.）

<sup>63</sup> 同上。

<sup>64</sup> 国務院「国務院の「第13次五カ年計画」国家高齢者事業発展及び養老体系の構築計画の印刷配布に関する通知」、JICA 中華人民共和国事務所訳（国発〔2017〕13号、2017年2月28日）。

<sup>65</sup> 前掲注28に同じ。

<sup>66</sup> 前掲注64に同じ。

中国政府は、公的医療保障の上限の引上げを図るとともに、重大疾病保障において民間医療保険の活用を進めている。重大疾病保険は《図表Ⅲ-2》のように公的医療保障の上乗せとして機能する。「政府の選定した保険会社のみが販売できる制度」<sup>67</sup>となっており、「政府主導のもとで民間保険会社が公的医療保障の限界を補う役割を果たしている」<sup>68</sup>。2011年に公表された第12次5ヵ年計画では重大疾病保障について民間医療保険や補充医療保険<sup>69</sup>によってカバーする方針を打ち出している。さらに、2012年8月に中華人民共和国国家発展改革委員会が重大疾病保障の導入に関するガイダンスを発表し、2014年の時点で25の省が導入している<sup>70</sup>。このような政府の促進策を受け、2014年以降、民間医療保険が急速に伸びている（《図表Ⅲ-5》参照）。

また、国務院が2016年に発表した『健康中国2030計画』の中では、「2030年までに現代的な商業医療保険サービス産業はさらに発展し、商業医療保険の支払いは医療支出総額の中で大きな割合を占めるようになる」<sup>71</sup>としている。2017年に公表された第13次5ヵ年計画においても、都市部・農村部住民大病医療保険制度を整備するとともに、補充医療保険および民間医療保険の発展を奨励することに触れている。

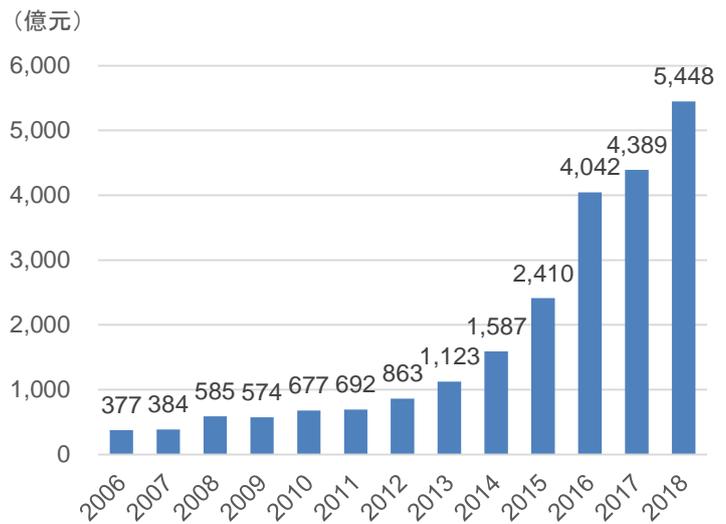
重大疾病保険や補充医療保険以外の民間医療保険の販売量はまだまだ小さいとされる<sup>72</sup>。中国政府は、民間医療保険商品の多様化を図り、加入促進のために税制上優遇する政策を打ち出している<sup>73</sup>。

## （6）中国の医療保障改革におけるカバー範囲の拡大とリスクプールの拡充

（2）から（5）では中国の医療保障改革の進捗を追った。これをユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に向けたカバー範囲の拡大とリスクプールの拡充という2点でまとめておく。

まず、カバー範囲の拡大であるが、1990年代以降の中国の医療保障は、体制の移行と経済成長の影響を受けてきた。いったんは自己負担率が60%を超えたものの、中央政府の強力な指導の下で公的医療保障制度改正を進め、2012年には人口の95%以上をカバーするようになった。《図表Ⅱ-8》のUHCキューブにおいて①カバーされる人口の範囲はほぼ目標を達成した。②カバーされる医療サービスの範囲をみ

《図表Ⅲ-5》 中国の民間医療保険料の推移



（出典）中国保険監督管理委員会「保険統計データ報告 2018」より  
SOMPO 未来研究所作成。

<sup>67</sup> 前掲注 46 に同じ。

<sup>68</sup> 同上。

<sup>69</sup> 補充医療保険は、企業等の団体が公的医療保険を補完する目的で従業員のために用意するものである。

<sup>70</sup> Pengqian Fang et al., “The effect of critical illness insurance in China”, *Medicine* Volume 97 – Issue 27, Jul. 2018.

<sup>71</sup> 中華人民共和国中央人民政府「中共中央 国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》」（2016年10月25日）。

<sup>72</sup> Boston Consulting Group, “Opportunities Open Up in Chinese Private Health Insurance”, Aug. 24, 2016.

<sup>73</sup> EY, “White Paper on China Commercial Health Insurance”, 2018.

ると、入院が中心であったものから外来もカバーするように拡大している。しかしながら、③経済的リスクからの保護の範囲をみると、中国の医療保障には給付の上限があり、これを引き上げつつあるものの、上限を超えて巨額となる医療費が自己負担となる。上乘せとして重大疾病保険への加入を促しているが、追加の保険料を必要とするものであり、給付対象となる疾病も限定されている。この部分は公的医療保障制度には含めず、民間医療保険の利用拡大が政府の目標として掲げられている。

また、中国の医療保障では、比較的低額である外来医療については個人口座や家庭口座から支出されるが<sup>74</sup>、これは個人・家庭単位の積立てとなり、リスクプールとして他の人たちとリスクをシェアするしくみにはなっていない。事前に積み立てられているものの口座残高が足りなければ自己負担となり、貧困層においては低額であっても家計破綻に至るケースがある。このような自己負担部分に対する政府からの扶助制度が用意されているが、利用の範囲が限られている<sup>75</sup>。

次にリスクプールの拡充の点では、改革開放後の体制の移行により、都市部の公的負担による『無料医療』や、農村部におけるコミュニティ型の医療が成り立たなくなり、リスクプールが一旦機能しなくなっている。再構築の過程で、都市部では雇用側と従業員が共に拠出する社会保険型のリスクプールが、農村部では政府、個人が拠出する任意加入のリスクプールが形成された。都市部ではもともとあった企業単位の小さなリスクプールから、県級市単位の大きなリスクプールへと統合が進められた。農村部においても、人口規模の小さな村単位のリスクプールから郷や県単位の大きなリスクプールへとまとめられ、より安定した運営を行えるよう規模の拡大を図っている（《図表Ⅲ-6》参照）。

新たな医療保障制度は都市部と農村部とは別のものとして形成され、2者間で医療保障のカバー範囲に格差が生じた。中国政府は、これを縮小する努力を続けている状況である。新型農村合作医療制度と都市住民基本医療保険制度の統合は進められているが、保険料水準や給付が大きく異なる都市従業員基本医療保険制度との統合は難しいとされている<sup>76</sup>。

《図表Ⅲ-6》中国の公的医療保険制度の新旧比較

	年代	制度	財源	プール単位	強制・任意	タイプ
都市部	～1990年代	企業単位の労働保険医療制度	企業負担	企業単位	全員対象	現物給付型 （『無料医療』）
		公費医療制度	政府負担	—		
	2000年代	都市従業員基本医療保険制度	企業・従業員負担	県級市単位	強制加入	社会プール基金
		都市住民基本医療保険制度	政府・個人負担	県級市単位	任意加入	
農村部	～1990年代	農村合作医療制度	加入者負担	村・郷単位	任意加入	コミュニティ型の 相互扶助的な制度
	2000年代	新型農村合作医療制度	政府・個人負担	県単位	任意加入	社会プール基金

（出典）内村弘子、井伊雅子編「アジアの医療保障制度 4 章中国—制度再構築と医療格差縮小への模索—」（東京大学出版会、2009年）より SOMPO 未来研究所作成。

<sup>74</sup> このような個人口座を比較的低額の医療サービスにおいて利用するやり方は、米国やシンガポール等に前例を見ることができ。これは自己負担を意識することによって過剰な医療サービスの消費を回避しようというものである。

<sup>75</sup> 前掲注 35 に同じ。

<sup>76</sup> 都市と農村の2つの集団は戸籍によって分断されており、一方の保障がよいからといって加入先を選択できるようにはなっていない。

## 2. インドの医療保障

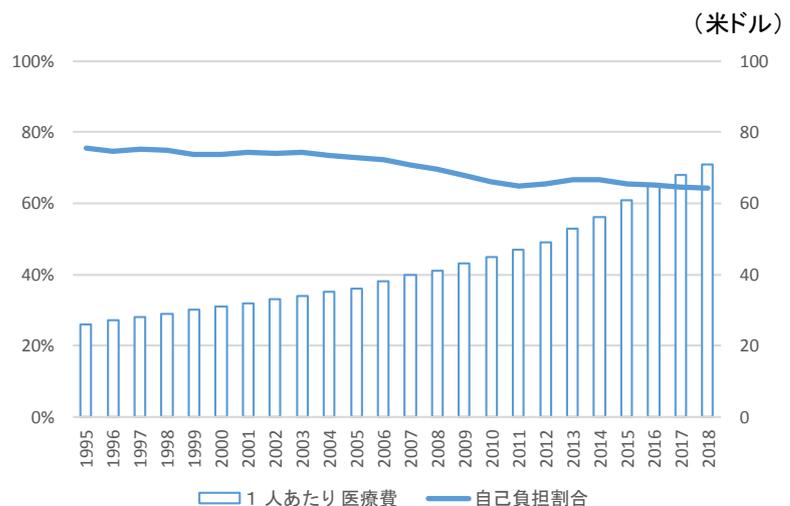
### (1) 概要

インドの医療保障制度は自己負担の大きさ、カバー範囲の不足が顕著である。2017年における公的医療支出は総医療費の26%、GDPに対してわずかに0.8%にとどまっている。1人あたり医療費は1997年に28米ドルであったものが2017年に68米ドルと2.4倍になっているが、金額としてはかなり小さく、必要な医療が十分に行われていない可能性を示唆している。しかも国民の自己負担は総医療費の65%に及ぶ（《図表Ⅲ-7》参照）。インドのNational Health Authorityは、家計の収入や貯蓄では不足、借金や財産の処分を余儀なくされ、総人口の4.6%が医療費支出のために貧困状態に陥っているとしている<sup>77</sup>。

中国と並んで2大新興国といわれるインドは、急速な経済成長の陰で、格差の拡大、行き届かない社会保障を大きな課題としてひきずっている。貧困人口比率の削減ピッチにおいて、インドは中国に後れを取る<sup>78,79</sup>。国民所得が上昇してきているとはいえ、インドにとって貧困対策は喫緊の課題となっている。そこで政府は、従来は50億ルピー程度と公的医療支出の中でも小さな額であった貧困層向けの医療保障予算を2018年から大幅に拡大し、640億ルピー（約9億米ドル）を対策費として計上している。

政府の医療費財源は貧困対策に向けられており、拡大しつつある中間層に対する医療保障については民間保険に委ねられている。しかしながら、私的事前医療支出の医療費総額に占める割合は、2017年で10%程度であり決して大きくはない。2016年に民間保険に対する規制改正が行われ、今後の普及や保障範囲の拡大が促進されている。

《図表Ⅲ-7》インドの1人あたり医療費と自己負担割合の推移



(出典) IHME, “Global Health Spending 1995-2016” および IHME, “Global Expected Health Spending 2017-2050” より SOMPO 未来研究所作成。

### (2) 公的医療保障制度のカバーする範囲

インドでは国民皆保険制度は導入されておらず、国民の62.6%が医療保障を受けられない<sup>80</sup>。低所得層向けの医

<sup>77</sup> National Health Authority, “About Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana” (PM-JAY) <<https://pmjay.gov.in/about-pmjay>> (visited Aug. 7, 2019).

<sup>78</sup> MDGsで掲げられた貧困人口の減少目標について、インドは1990年の47.8%から2011-2012年には21.9%とし緩やかに達成した(UNDP India ウェブサイト<<http://www.in.undp.org/content/india/en/home/post-2015/mdgoverview.html>> (visited Sep. 4, 2019.)). 中国は2000年に10.2%であった貧困層の人口を2010年までに2.8%とした(MDG Achievement Fund ウェブサイト<<http://mdgfund.org/content/china/news/ChinainfirstdevelopingcountrytoreachMDGofhalvingitspovertyrate>> (visited Sep. 8, 2019)).

<sup>79</sup> Brookings 研究所によると、インドは急速に最貧困層人口を減らしてきており、2016年の1億2,500万人から2019年末には4,000万人までになると推測されている。2016年には世界で最も最貧困層人口が多い国であったが、2018年にはナイジェリア、コンゴに次いで3位にまで改善してきている。(Homi Kharas et al., “The start of a new poverty narrative”, Brookings, Jun. 19, 2018).

<sup>80</sup> 前掲注 77 に同じ。

療保険のカバーする人口の割合が大きいですが、医療保険に加入している場合でも十分な治療が受けられないという問題がある<sup>81</sup>。

インドの公的医療保障制度としては、中央政府関係者を対象とした医療保険（Central Government Health Scheme : CGHS）の他、一定以上の規模の企業で働く低所得の労働者を対象とした従業員国家保険（Employees' State Insurance Scheme : ESIS）と、貧困層を対象とした国家医療保険制度（Rashtriya Swasthya Bima Yojana : RSBY）がある<sup>82</sup>。CGHS や ESIS は 1950 年代に早々と設立されているが、貧困層向けの医療保険である RSBY の導入は 2008 年まで待たなければならない。（《図表 III-8》参照）

2008 年に導入された RSBY は貧困層をターゲットとした先鋭的なプログラム<sup>83</sup>であり、医療費支出により貧困に陥るのを防ぐよう、経済的リスクからの保護を与えるものとされた<sup>84</sup>。英国のシンクタンク ODI の行った調査<sup>85</sup>では、RSBY には入院に対する家計支出を下げる効果が認められ、家計が負債を抱える可能性をわずかであるが下げると期待されるとしている。一方で、RSBY には所得を保障するような給付はなく、疾病により就労ができない日数を減じたり、医療に関する支出を抑えることで収入を得る活動に振り向けたりする効果は同調査では認められなかった。

《図表 III-8》インドの主要な医療保険制度

運営主体	制度	概要	付保人口/給付規模	
公的医療保険	中央政府職員保険（CGHS） （1954年）	・中央政府被雇用者およびその家族等を対象 ・デリー・チェンナイ・ゴア等 15 の都市をカバー	350 万人 （2019年8月）	
	従業員国家保険（ESIS） （1952年）	・従業員数 10 名以上（一部の州は 20 名以上）の企業の被雇用者およびその家族を対象 ・月収 21,000 ルピー以下の労働者 ・賃金の一定割合（企業 4.75%、従業員 1.75%）を拠出 ・33 の州および連邦直轄領で運営されている	8,300 万人 （2016年3月末） 611 億ルピー （2015年）	
	中央政府 州政府 民間保険	国家医療保険制度（RSBY） （2008年） ⇒国家国民医療保険制度 （PM-JAY）に統合 （2018年）	・政府が定める貧困ライン以下の貧困層向けの公的医療保険制度 ・中央政府が 75%、州政府が 25% を拠出 ・加入者は年間 30 ルピーの手数料を支払う ・29 の州および連邦直轄領で運営されている	約 1 億 5,000 万人 49.9 億ルピー （2015年）
	州政府	一部の州政府によって独自の健康保険が運営されている	—	
民間医療保険	雇用主による団体医療保険	大企業等の被雇用者およびその家族が対象	—	
	個人医療保険	中小企業の従業員、個人が対象		

（出典）経済産業省「医療国際展開カントリーレポート、新興国等のヘルスケア市場環境に関する基本情報、インド編」（平成 30 年度国際ヘルスケア拠点構築促進事業（国際展開態勢整備支援事業）、2019 年 3 月）（原典は明治大学国際総合研究所「平成 25 年度新興国マクロヘルスデータ、規制・制度に関する調査」、みずほ総合研究所「平成 25 年度新興国での新中間層獲得による日本再生事業我が国製品販売拡大」（2002 年））および各制度のウェブサイトより SOMPO 未来研究所作成。

<sup>81</sup> 経済産業省「医療国際展開カントリーレポート、新興国等のヘルスケア市場環境に関する基本情報、インド編」（平成 30 年度国際ヘルスケア拠点構築促進事業（国際展開態勢整備支援事業）、2019 年 3 月）。

<sup>82</sup> 厚生労働省「第 6 章南アジア地域にみる厚生労働政策の概要と最近の動向、第 1 節インド (2) 社会保障施策」、2017 年海外情勢報告<<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/18/dl/t6-02.pdf>>（visited Aug 7, 2019）。

<sup>83</sup> RSBY は貧困層に配慮した制度である。提供される医療サービスは無料であり、キャッシュレスで受診できる。インドは識字率の低い国であるが、銀行口座の開設と Aadhaar card というスマートカード発行により、病院での受付から完了まで書類に何かを記載する必要もなく済ませることができる。

<sup>84</sup> Prateek Rathi et al., “Rashtriya Swasthya Bima Yojana, Evaluating Utilisation, Roll-out and Perceptions in Amaravati District, Maharashtra”, Economic & Political Weekly Vol. XLVII No 39, Sep. 29, 2012.

<sup>85</sup> ODI, “How does social protection contribute to social inclusion in India? Evidence from the National Health Insurance Programme (RSBY) in Maharashtra and Uttar Pradesh”, 2014.

さらに、RSBYはカバー範囲や普及活動に不足があり十分ではないと評された。2009年から2010年にかけてMaharashtraのAmaravati地区で行われた調査<sup>86</sup>は、カバー範囲の不足の一例として、RSBYの医薬の提供が5日までであり、もっと長い期間の投薬を必要とする慢性病や重症患者において不足があることを示している。さらに、年間3万ルピーの上限があるため、医療費総額が大きくなりがちな慢性病や重篤な疾病について病院が医療保障制度による治療を回避し、医療費の回収が確実な軽症の患者に集中しがちであることを指摘している。その結果、慢性病や重篤な疾病を患う患者が相変わらず自己負担を余儀なくされているとしている。

また同調査では、下位のカーストや部族に対する普及がなされていない可能性が高いとしている。普及率は地域によって11.4%から55.7%とばらつきがあることが明らかになった。大きな町村等アクセスしやすい地域に対して普及活動が行われがちであり、ターゲットとすべきカーストや部族が集中しているとされる小さな村が取り残されている傾向がある。それは、アクセスのしやすい地域であろうとそうでなかろうと業務を委託された保険会社に対して支払われる保険料が一律であるため、普及活動がしやすい地域を選びがちであるからではないかとしている。

一方、CGHSやESISのカバー範囲は幅広い。CGHSは、西洋医学療法に基づく入院・外来医療だけでなく、検診や妊産婦に対するケア、さらにアユールベーダやヨガ等のインド特有のケア・投薬も対象としている<sup>87</sup>。ESISは、入院、外来、往診、専門家への相談、投薬、義手・義足、補助具、装具、ワクチン接種、救急搬送等をカバーする<sup>88</sup>。また、CGHSやESISには疾病による就業不能を保障する給付がある<sup>89</sup>。

### (3) モディケアによる医療保障制度改正

RSBYにとって代わる新たな国家健康保護計画（通称『モディケア』<sup>90</sup>、Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana : PM-JAY）が、2018年3月に政府によって承認された。PM-JAYがうまく実施されれば、約1億世帯、5億人ほどを対象とし、国民の40%をカバーするとされる<sup>91</sup>。対象者の拡大だけでなく、給付の上限も引き上げられた。インド政府は、初期投資として2020年までに1,000億ルピー、2019年予算として640億ルピーを割り当てるとした<sup>92</sup>。PM-JAYは、計画どおり進むと世界で最も大きな医療保険制度になる。（《図表Ⅲ-9》参照）

PM-JAYは、基本的にRSBYの枠組みを変えるものではないが、制度の対象拡大を実現するためにさまざまな施策が繰り広げられている。財政は中央政府と州政府が負い、PM-JAYの施行にあたっては、対象とする世帯の状況（例：16歳から59歳の成人がいない）、経済的状況（例：家がない）、職業（例：物乞い）等ターゲットを明確にしている。新旧制度の切り替えにあたっては、RSBYからPM-JAYへの

<sup>86</sup> 前掲注84に同じ。

<sup>87</sup> インド政府ウェブサイト, Central Government Health Scheme, Ministry of Health & Family Welfare <<https://cghs.gov.in/index1.php?lang=1&level=1&sublinkid=5782&lid=3660>> (visited Aug. 29, 2019).

<sup>88</sup> インド政府ウェブサイト, Employees' State Insurance Corporation (Ministry of labour & Employment <<https://www.esic.nic.in/scale-of-medicals-benefit/>> (visited Aug. 29, 2019).

<sup>89</sup> 前掲注84に同じ。

<sup>90</sup> モディ首相の選挙対策のために打ち出されたものと言われ、オバマケアを真似てモディケアと通称されている。

<sup>91</sup> The Washington Post, "India launches 'Modicare,' the world's biggest government health program", Sep. 23, 2018.

<sup>92</sup> Business Today, "Budget 2019: Government to allocate Rs 6,400 crore for Ayushman Bharat Scheme", Jul. 3, 2019.

《図表Ⅲ-9》 貧困層を対象とした国家医療保険制度の新旧比較

	旧制度 RSBY	新制度 PM-JAY
対象	政府の定める貧困ライン以下（家族5名まで）	地方：一定の貧困状態カテゴリーにあてはまる世帯 都市：下層職種11種に該当する世帯 RSBYで取り残された世帯（主な州・地域を明示） （いずれも家族人員数制限なし）
世帯数・人口	3,633万世帯／約1.5億人（貧困層の約60%）	推定1億世帯／5億人（インドの人口の40%）
給付上限	1家族年間3万ルピー	1家族年間50万ルピー
被保険者の手数料	30ルピー	30ルピー
財源	支出総額49.9億ルピー（2015年） 中央政府75% 州政府25%	中央政府予算640億ルピー（2019年） 中央政府60% 州政府40%

（出典）厚生労働省、海外情勢報告および各制度のウェブサイト等より SOMPO 未来研究所作成。

移行キャラバンが大々的に実施されており<sup>93</sup>、23の州および連邦直轄領において、各ブロックの99.5%、各村の90%をカバーしている<sup>94</sup>。2019年7月23日現在で、1億740万世帯が被保険者となっている<sup>95</sup>。

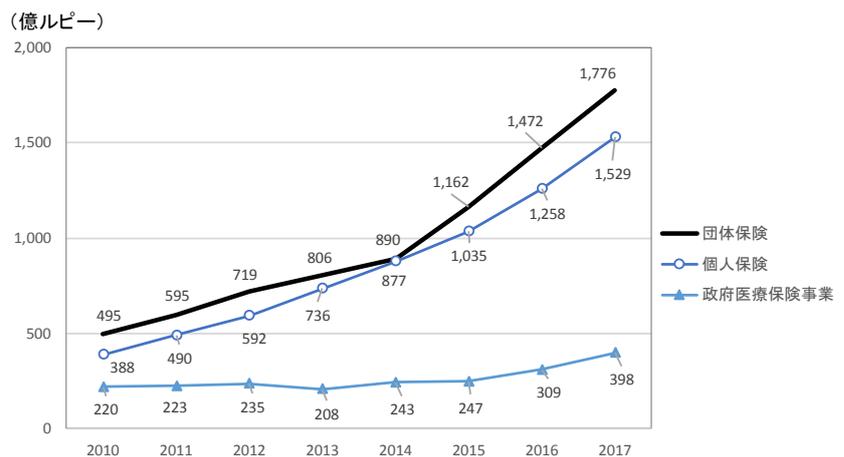
給付の上限を3万ルピーから50万ルピーへ引き上げたことが医療費総額に与える影響は大きい。2018年9月から2019年5月の間に行われたPM-JAYの給付200万件について統計<sup>96</sup>がとられている。それによると、3万ルピーを超える医療は15万件（全体の7%）、そのうち10万ルピーを超えるものが21,400件（全体の1%）であり、全体に占める件数の割合は低いが、給付金額では総額307億ルピーのうち、3万ルピーを超える医療が32%、うち10万ルピーを超えるものが9%を占める。

#### （4）医療保険の発展と規制改正

インドの公的医療保障は、中央政府職員と貧困層をターゲットとしたものとなっており、中間層以上で公的医療保障でカバーされない人口を残している。それを埋め合わせるように国営、民営の保険会社が、一定規模以上の企業やそこで働く労働者に対して幅広い保障の医療保険を提供している。

インドの損害保険事業における医療保険料の推移（《図表Ⅲ-10》参照）をみると、近年、団体保険や個人保険が政府の保険事業の請負部分をはるかに上回って急速に伸びていることがわかる。

《図表Ⅲ-10》 インドの損害保険業における医療保険料の推移



（出典）Insurance Regulatory and Development Authority of India, Annual Report.より SOMPO 未来研究所作成。

<sup>93</sup> 地域において RSBY のカードや ID カードを確認しインターネットで PM-JAY への登録を行い、新たなカードを発行する。

<sup>94</sup> National Health Agency, “Orientation Training Programme”

<<https://pmjay.gov.in/sites/default/files/2018-09/AB%20PM-JAY%20Overview.pdf>> (visited Aug. 7, 2019).

<sup>95</sup> The Economic Times, “10.74 crore families benefited under Ayushman Bharat: Harsh Vardhan”, Jul. 26, 2019.

<sup>96</sup> National Health Authority, “Raising the bar; Analysis of PM-JAY high-value claims”, Jul. 2019.

かつては国営の保険会社が主体であったが、近年民間保険会社の伸びが著しい。2017年における国営の損害保険会社4社<sup>97</sup>の合計マーケットシェアは58%であり、前年の63%から5ポイント落ちている<sup>98</sup>。代わって民間の損害保険会社のマーケットシェアが19%から21%、医療保険専門会社が18%から21%へと伸びている。

インドの保険会社による医療保険には、近年様々な変化が起こりつつある。まず、医療が予防的に働くよう早期に診断を受けるために、外来についても補償対象とする医療保険が増え、多くの商品で定期検診をプログラムに加えるようになった。インドの伝統的医療であるアユールヴェダに対する給付を行い、重大疾病として既存の11疾病に新たに11疾病を追加し、入院前後の一時的な費用を給付する等、給付の範囲を拡大する動きがある。また、糖尿病、喘息、高血圧といった慢性病の既往がある患者にも保障を提供し、これらの病状に対する処方薬についても保障対象に加えている商品がある。さらに、加入直後の待ち期間、無保障期間、保険金削減期間等既往症に対して保障がカットされていた部分を小さくしたり、なくしたりするような商品も提供されている。さらに、精神病による入院、不妊治療、幹細胞治療等の先進医療、ロボット手術や肥満に対する外科治療、サイバーナイフ手術、腹膜透析等、これまでにない給付対象への拡大が行われている<sup>99</sup>。

このような変化が医療保険に生じているなかで、医療保険に関する専門委員会の勧奨報告があり、2016年に規制改正が行われ、医療保険の変化をさらに後押しする形となっている。専門委員会の勧奨報告では、①医療保険の商品のイノベーションを促すこと、②被保険者による健康増進的な活動に何らかの報奨を与えること、③商品認可のプロセスを簡略化すること、④医療保険の中でウェルネスと予防的特性を促進することの4点が挙げられている。勧奨報告に従い医療保険に関する規制の見直しが行われ、2016年7月にIRDAI (Health Insurance) Regulations 2016 およびガイドラインが示された。ガイドラインには、(1)5年間の期間限定で既存商品にない保障を盛り込んだパイロット商品の認可、(2)医療保険にウェルネスや予防的要素を取り入れ、定期的な運動等についてインセンティブを与えることを促進、(3)団体保険のユース&ファイル<sup>100</sup>による商品認可、(4)体況改善時の割増の見直し、保険金支払いがなかったときのボーナス支給、体況の悪い被保険者の引受け、重複契約が存在する場合に支払い保険会社は被保険者の選択によるものとする等、被保険者の利便性の向上、(5)保険会社や保険金支払いのプロセスを担う第三者機関において保険金請求時の不正行為防止システムの導入等が盛り込まれている<sup>101</sup>。

## (5) 公的医療保障における民間保険会社の役割

インドの保険会社は、自らの保険商品を販売するだけでなく、貧困層を対象とする公的医療保障において運営を委託され、普及活動や保険金支払い業務を行ってきた。しかしながら、公的医療保障における民間保険会社の役割に変化が生じている。PM-JAYの導入に際し、多くの州政府は信託方式とし、保

<sup>97</sup> 2018年3月末現在でインドの保険会社は68社、うち生命保険24社、損害保険27社、医療保険専門6社、再保険11社である。また、68社のうち8社は公的機関であり、民間は60社である。

<sup>98</sup> Insurance Regulatory and Development Authority of India, "Annual Report 2017-2018".

<sup>99</sup> Insurance Regulatory and Development Authority of India, "Annual Report 2016-2017" および Insurance Regulatory and Development Authority of India, "Annual Report 2015-2016".

<sup>100</sup> 一定の条件を満たせば、時間がかかる認可を経ずに届出だけで保険商品の販売を認めるもの。

<sup>101</sup> 前掲注99に同じ。

険会社を通さずに第三者機関によって募集や保険金支払いを行うことを選択した<sup>102</sup>。保険会社は医療保険を運営する経験値が高く、不正請求への対処も心得ている。一方で、急速に支払率が上昇した場合は突然に保険料を引き上げたり、保険金支払いを渋ったりするという批判がある。貧困層向けの医療保障における州政府の第一の目的は、貧困層をできる限り制度に取り込むことである。医療保障事業全体の収支を均衡させようとする保険会社の事業運営とは方向性が異なる。信託方式では州政府自らが医療保障制度の運営を行っていくことになるが、まだ実施まもなく評価するまでには至っていないようである。

## (6) インドの医療保障におけるカバー範囲の拡大とリスクプールの拡充

インドの医療保障における課題は高い自己負担比率の低減とカバー範囲の拡大である。中国と同様に、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に向けたカバー範囲の拡大とリスクプールの拡充という2点でまとめておく。

まずカバー範囲の観点でみると、《図表 II-8》の UHC キューブにおいて①カバーされる人口の範囲が足りておらず、公的医療保障の対象となっても公的医療保障が利用できていない貧困層の人々と、公的医療保障の対象から外れ保険会社の医療保険にも加入していない人々が存在する。貧困層に対する公的医療保障の設立が遅く、これまでは普及が不十分であった。現在は、貧困層向けの医療保障の普及拡大を図っている段階である。また、医療保険に加入していない中間層に対する公的な社会保険等の手当てがなされておらず、保険会社が販売する団体保険や個人保険の医療保険に頼っている。今後拡大が見込まれる中間層に対して何らかの公的医療保障制度を必要とするのではないかと。

一方、保険会社の医療保険では、アンダーライティングが行われ慢性病等の既往症を持つ人が取り残される可能性がある。2016年に示されたガイドラインでは、体況が悪い人でも医療保険による引受けを行うよう促している。このような規制がどこまで有効に機能するかが問題となる。

次に②カバーされる医療サービスの範囲をみると、貧困層向けの公的医療保障と公務員等に対する医療保障および保険会社の医療保険を比べると、保障の範囲に差異があり、貧困層において高額な医療費を要する慢性病や重篤な疾病をカバーしきれていなかった。メディケアによる上限の引き上げによってこれまで十分にカバーされてこなかった疾病に対しても保障が行われていくことを期待する。

リスクプールの拡充という観点から見ると、インドでは所得水準によりリスクプールを分けている。貧困層のリスクプールにおいては、税金等の公的財源から拠出を行っており、政府の財政において巨額の拠出金を確保していく必要がある。一方中間層以上では、企業や個人が保険会社の医療保険の保険料を拠出することによってリスクプールを形成している。この保険会社の医療保険に委ねた部分では、リスクプールを形成する強制力はなく、企業や個人の努力に頼っている。また、この大きく2つに分かれ、給付も運営も異なるリスクプールが統合されるとは考え難い。

<sup>102</sup> The Times of India, "Ten concerns on Ayushman Bharat: Universal healthcare is coming, here's why those worries are mistaken", Jul. 26, 2019.

#### IV. 公的医療保障の拡充と民間医療保険の役割

##### 1. 公的医療保障の拡充、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの道のり

III. では、中所得国のなかでも経済や人口のボリュームが大きく、経済成長が著しい中国とインドが、公的医療保障制度を改正し、医療保障のカバー範囲を拡大し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に向けて進む過程を追った。この2国の事例に照らしながら、WHOを中心とした医療保障に関する論点のいくつかを取り上げる。

##### (1) 経済成長と貧困・社会的格差の是正のための政策のバランス

中国、インドともに急速な経済成長を遂げつつある国である。経済成長が先になり、深刻化する貧困問題や都市・農村の格差問題に対処する形で公的医療保障の整備が進められている。医療保障を含めた貧困対策と歩調を合わせた経済成長を目指すべきなのか、経済成長を先行させ国を富ませてから貧困対策にその富を投じるべきなのか。2国とも後者の道を進んだようにみえる<sup>103</sup>。ただ、経済成長は社会の中で格差を拡大するというひずみを生み、それを修正するためには政府主導の医療保障改革が必要であった。前田らは中・低所得国11カ国におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成のための政策に関する分析研究を行い、「経済成長はUHC（ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）の推進に寄与するが、公平なカバーを保障するにはそれだけでは不十分である。各国は、資源を再配分し、手の届く料金で質の高い医療へのアクセスにおける格差を是正する政策を実施する必要がある」<sup>104</sup>ということをメッセージのひとつとして発信している。

##### (2) 社会的格差の是正とリスクプールの統合

人口の95%以上をカバーするようになった中国では、次のステップとして都市住民と農村住民という2つのリスクプール間の格差是正とリスクプールの統合が進められている。少なくともひとつの国家の下で国民の平等を追求するならば、ひとつのリスクプールで公平にリスクをシェアするというのが理想といえるのかもしれない。

格差是正が望まれるところであるが、あまりにも大きな格差はなかなか埋めがたい。中国においては農村および都市住民（勤労者以外）の医療保障において政府の支出割合を増やしており、水準を引き上げる努力を続けているが、都市勤労者との差は未だに大きい。インドの貧困層向け医療保障もほとんど政府の拠出により、拠出額を増加させているものの、給付は限定的であり、これと保険会社の医療保険や公務員の医療保障と統合することは考え難い。前出の前田らは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に向けた発展の過程で異なる人口集団をカバーするようになるため、複数のリスクプールを生み出すことが多く、「これらを併合したり、統合したりすることは、必然的に一部の利益集団が特権を失う

<sup>103</sup> 笠井は、2013年のノーベル経済学受賞者アマルティア・センとコロンビア大学教授のジャグディーシュ・バグワティ間における論争を引き、センが主張する「再分配や権利の保障を通じた貧困の改善と均質のとれた成長」とバグワティの主張する「開発主導の経済成長」を対比している。その上で、モディの経済政策は鄧小平の「先富論」に通じるところがあるとする。「先富論」とは、鄧が改革開放を推進するなかで、「先に豊かになれるものから豊かになれ」と呼びかけたもので、「先に豊かになった者には遅れた者を助けるという義務がある」と続く。「富裕層がさらに豊かになれば、その恩恵が貧困層にも行きわたるという、経済学で「トリクル・ダウン（均霽）理論」と呼ばれる考え方にも近い」とする（笠井亮平、「モディが変えるインド、台頭するアジアの巨大国家の「静かな革命」」（白水社、2017年））。

<sup>104</sup> 前田明子他「包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ：11カ国研究の総括」（2014年10月）。

ようなトレードオフが伴うため、政治的に難しくなってしまう」と指摘している<sup>105</sup>。

また、リスクプールは規模が大きくなるほどリスクをシェアする機能がよりよく働き、規模の利益から効率的になるとされる。国際復興開発銀行のスタッフが作成した実務家向けガイダンスノートでは、多くの国が複数の公的・私的リスクプールのシステムを有しており、政府は分断されたシステムを統合する方向に進むべきである、それにより管理コストを引き下げ、より効果的なリスクプールシステムを構築すべきである、としている<sup>106</sup>。

中国やインドの例をみると、格差が大きい社会で、公的な医療保障を設計するとき、全国民を統一したリスクプールの形成は現実的ではないのかもしれない。どのように切り分けられるのか。またそれぞれのリスクプールに対する政府からの拠出はどの程度であるべきか。いったん形成された複数のリスクプールを統合すべきか、統合するとしたらどのような段階を踏んで統合するか。さまざまな問題が想定される。今後医療保障の拡充を必要とする中・低所得国が、その国の医療のリスクプールを形成・拡充していくこと考える際には、将来的な方向性をしっかりと見据えて政策決定していく必要があるといえる。

### (3) 公的医療支出の増加とリスクプールの財源

中所得国がユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に向けて努力を続ける中で、WHOはリスクプールの形成における公的医療支出が果たす役割が大きいとしている<sup>107,108</sup>。公的医療支出に含まれるのは、公的医療保障に対して政府から行われる拠出および公的社会保険に対する企業やその従業員からの拠出である。

中国、インドとも一部の公的機関の従業員を中心とした医療保障はあった。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に向けて、リスクプールとしてまず機能させやすいのは企業とその従業員からの拠出に基づく社会保険である<sup>109</sup>。早期に確立され、企業や従業員からの拠出によりファンドが蓄積され、比較的給付内容も充実している。しかしながら、中所得国においては企業に雇用されている人口が総人口に占める割合は必ずしも大きくない<sup>110</sup>。2000年代にはいって、それまで対象になっていなかった農民や貧困層に向けた医療保障制度が設立された。そこでは財源を企業や賃金からの拠出に頼ることはできず、

<sup>105</sup> 前掲注 104 に同じ。

<sup>106</sup> 前掲注 19 に同じ。

<sup>107</sup> Matthew Jowett and Joseph Kutzin, *“Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy makers”*, WHO Health Financing Policy Brief No.1, 2015.

<sup>108</sup> さて、どれくらいの規模や割合が必要なのかという点、1人あたり86米ドル(2012年基準)またはGDPの5%(Chatham House, *“Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services”*, Mar. 1, 2014.)、GDPの6%(WHO, *“Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage”*; 53rd Directing Council 66th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas, Resolution CD53.R14, Oct. 2014.)、または国家財政の15%(WHO, *“The Abuja Declaration: Ten Years On”*, 2011)等という数字が示されているが、実際のところ定説はない。公的医療支出の割合が高い国が相対的によりよい医療保障を維持できているが、同じ程度の所得水準、同じ程度の公的財源の割合を持つ国であっても、医療保障の水準にはばらつきがあるとされる(前掲注 107 に同じ)。

<sup>109</sup> 前田らは、中・低所得国11カ国を対象としてユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に向けたステップの分析を行い、その中で「最初に公務員やフォーマルセクターの労働者がカバーされる傾向があること」を指摘している。その理由として、「それらの集団は対象に含めやすく、政治への関心が高く、既存の医療施設に近い都市部に居住し、納税を通じて政府との制度上の結びつきがあるため」としている(前掲注 104 に同じ)。

<sup>110</sup> 前掲注 107 に同じ。

財源の中心は政府からの支出となる<sup>111</sup>。国家財政による財源確保は、通常、財政の懐が深く安定しているが、他の国策との優先順位が問題となり、医療保障の優先順位を高く保つことが必要となってくる<sup>112</sup>。

#### (4) 民間医療保険の活用

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成において、公的医療保障に加えて、私的なしくみ、民間医療保険の利用も行われている。世界全体で見ると私的事前医療支出が医療費総額に占める割合は 7%程度である。中国やインドでもそれほど大きくはないが、公的医療保障でカバーしきれない部分について民間医療保険の活用を促進していこうとしている。

中所得国では、医療費における自己負担の割合が高い傾向にあり、その自己負担部分のリスクを吸収し、経済的保障を用意するしくみとして民間医療保険の利用が考えられる<sup>113</sup>。中・低所得国において、民間医療保険はリスクプールを形成する唯一の手段となることがあり、早くから様々な形で医療保障が発達した先進国とは民間医療保険の位置づけが異なることを WHO も認めている<sup>114</sup>。

しかしながら、WHO 等の国際機関では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成において民間医療保険の活用は打ち出していない。むしろその利用についてメリット・デメリットを示しながら注意を喚起している。2. では、民間医療保険の役割について、リスクプールのしくみとしてどのように位置づけられるかを整理する。

## 2. リスクプールのしくみとしての民間医療保険の役割

### (1) 民間医療保険の役割の類型

医療のリスクプールを形成することを考えるとき、まずは公的医療保障を拡充することが優先するが、公的財政の手当てや公的医療保障のインフラが十分に整わないとき、民間医療保険の利用が考えられる。本稿では中国およびインドの医療保障の発展を追った。中国では公的医療保障の上限を超える部分で、巨額の医療費支出のリスクを吸収するものとして民間医療保険が用意されている。インドでは、公的医療保障制度が対象としない人口において民間医療保険の利用がみられる。現時点で国全体の医療保障に占める割合は小さいものの、民間医療保険の将来的な利用拡大が見込まれている。

公的医療保障制度のギャップを埋める民間医療保険の役割を《図表IV-1》のように類型化することができる。公的医療保障制度が、財政的な問題等のために、通常であればカバーされるであろう医療サービスの一部を適用除外としているような場合、それを補足するために民間医療保険が利用される。中国における重大疾病保障がこれにあたる。公的医療保障制度の適用除外となる集団が存在したり、公的医療保障制度からオプトアウトすることが認められていたりするとき、公的医療保障制度の代替として民間医療保険が利用される。インドにおいて一定以上の所得がある等の理由で公的医療保障制度の対象とならない人たちが利用する民間医療保険がこれにあたる。また、公的医療保障制度で提供される医療サー

<sup>111</sup> 前掲注 107 に同じ。

<sup>112</sup> 前掲注 19 に同じ。

<sup>113</sup> 公的医療保障が整備されている先進国において、より快適な医療サービスを求める消費者のために、選択肢として公的医療保障制度と重複したり、補完したりする民間医療保険が提供されている状況とは異なる (WHO, Discussion Paper, "Private Health Insurance: Implications for Developing Countries", Nov. 3, 2004.)。

<sup>114</sup> 前掲注 113 の文献に同じ。

《図表IV-1》民間医療保険の役割

役割のタイプ	公的医療保障のギャップ	民間医療保険における保障
公的医療保障の補足 (Complementary)	・公的医療保障のカバーの範囲や深さが不十分であるとき	・公的医療保障で除外されている医薬品や医療サービスに対する保障 ・公的医療保障における自己負担部分に対する保障
公的医療保障の代替 (Substitute)	・公的医療保障の適用除外者がいるとき ・オプトアウトが認められているとき	・公的医療保障の適用除外者 一定額以上の所得者 一定の年齢以下
公的医療保障の補完 (Supplementary)	・公的医療保障のサービス品質に対して加入者の不満があるとき (公的医療保障制度からのオプトアウトなし)	・医療に対するアクセスの代替手段 (より幅広い選択肢、アクセスの早さ、快適さ) ・公的医療保障では提供しない範囲・深さの医療サービス

(出典) Thomas Foubister et al., “Private Medical Insurance in the United Kingdom”, European Observatory on Health Systems and Policies, 2006 から SOMPO 未来研究所作成。

ビスの品質が優れておらず、よりよい品質の医療サービスを人々が求めるとき、それを補完するものとして民間医療保険を通じて、求める品質のサービスが提供されることがある<sup>115</sup>。

実際の民間医療保険の利用をみると、必ずしもひとつの類型にだけあてはまるというものではなく、たとえば民間医療保険で提供される医療サービスの範囲の方が幅広く、アクセスが良いということになれば、公的医療保障制度を補完するとともに補完の役割も果たすことになる。

## (2) 民間医療保険の活用における課題

民間医療保険は、企業に雇用されている人、保険料を支払うことができる人、直接に医療保障のコストを賄える人の医療保障に対する需要が増加する際に、それを吸収する私的ファンドとして機能する<sup>116</sup>。中所得国で拡大する中間層が、ある程度の経済的余裕を手に入れ、基本的な給付に留まっている公的医療保障に満足せず、より質の高い医療サービスを求めるようになると、民間医療保険に対するニーズは高まると考えられる。翻って言えば民間医療保険は、貧困層やハイリスク集団に対して医療保障を提供する手段とはならない<sup>117</sup>。

民間医療保険は、適切に規制が行われるのであれば、公的財源によるカバーが十分に拡大するまでは、医療費の事前積立てを行い、リスクプールを形成する一つの方法たりえるのではないかという意見がある<sup>118</sup>。自分で費用を賄うことができる人たちには民間医療保険による保障を利用してもらい、公的財源をまずは社会的弱者に向ければよいのではないかというのである。インドはこの考え方を採用しているといえる。

一方で、民間医療保険は経済的に余裕のある富裕層中心となったり、逆選択<sup>119</sup>、クリームスキミング<sup>120</sup>

<sup>115</sup> このような民間医療保険について本稿ではあまり記載しなかったが、実際に中国では、中間層から富裕層を対象とした『ハイエンド医療』と呼ばれる民間医療サービスが存在し、公的医療保障制度では提供されない品質の医療サービスを提供している。

<sup>116</sup> 前掲注 113 の文献に同じ。

<sup>117</sup> 同上。

<sup>118</sup> 同上。

<sup>119</sup> 保険における逆選択とは、健康状態が良好でない人の方が医療保険に加入することを選択しがちであり、その結果、保険集団のリスクが想定されたものよりも高い状態となること。

<sup>120</sup> 保険におけるクリームスキミングとは、保険者が健康状態が良好な人ばかりを選んで加入させることにより、健康状態が良好でない人が保険集団から排除されること。

等によってリスクプールの構成が偏ったりしてしまうリスクがある<sup>121</sup>。前出のガイダンスノートでは、規制や保険者に引受けや保険料設定において一定の義務を負わせることにより、このようなリスクを小さくすることができるとしている<sup>122</sup>。インドの民間医療保険において保険引受の義務を課す等している部分がそれにあたる。

同時に、このような規制は策定・施行が難しく、規制側のリソースや政治的後ろ盾、金融・保険市場が良好に機能していることが求められる。また、アクセスと公平性のバランスを適切に保つこと、効率的で競争的な市場形成を促すことが重要であるとしている<sup>123</sup>。中国とインドの政府が、民間医療保険の活用を促進する方針を打ち出しており、今後どのようにコントロールを行い、医療保険市場を活性化させながら、同時に適正な医療保障の拡大を図っていくのか注目したい。

## V. まとめ

世界的に医療費が増加しており、対処が求められている。中所得国においては経済成長に伴う医療費の増加は避けられない。医療保障が充実していない中所得国では、公的な医療費支出を増やして医療費の財源を拡充させていく必要がある。医療費支出により家計が破綻するリスクを軽減するため、リスクプールを形成してリスクを平準化することになる。さらに、医療保障のカバーする範囲を拡大し、WHOが提唱するユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成することが求められている。中国とインドは、異なる歴史的背景を持ち、経済の発展段階に違いがあるが、どちらもユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に向けて歩みを進めている。

その道のりは決して平たんではない。経済成長はユニバーサル・ヘルス・カバレッジの推進に寄与するが、所得格差を拡大し、企業の従業員とそれ以外、都市と農村といった異なる集団間において、リスクプールが分断されることもある。貧困層等の経済的に弱い立場の集団については、政府からの拠出という公的資金の投入が必須となり、国家の財政の中で優先順位を高くする必要が生じる。リスクプールの統合も含めて、医療保障制度の方向性を見据えて、公平なカバーを保障し、格差を是正する政策を実施する必要がある。さらに、公的医療保障では埋められない穴を、民間医療保険によって埋めるということも考えられ、その場合は加入者集団の公平性を確保するよう、規制によるコントロールが必要となる。

本稿では中所得国の医療保障について、リスクプールの拡充とカバー範囲の拡大という点にしぼり、中国とインドの2カ国がどのようにしてユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成しようとしてきたかをみた。急速な経済発展を遂げるこの2つの国では、経済成長が先行し所得格差が拡大し、中国であれば農村部、インドでいえば貧困層に対する医療における経済的リスクからの保護が重要な課題となっている。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成するために医療保障の改革が進められており、将来に向けてさらなる拡充が求められている。

<sup>121</sup> 前掲注 19 に同じ。このような逆選択やクリームスキミングは、民間医療保険が往々にして加入が任意であり、加入者側にも保険者側にも選択する権利があるので生じるものとし、その任意性を問題にする議論がある (Inke Mathauer and Joseph Kutzin, "Voluntary Health Insurance, Potentials and Limits in Moving towards UHC", WHO Health Financing Policy Brief No.5, 2018.)。

<sup>122</sup> 前掲注 19 に同じ。

<sup>123</sup> 同上。