

(研究ノート)

# 中国の財政における医療衛生支出の地域格差に関する実証分析

李 華<sup>†</sup>、李 鳳 月<sup>‡</sup>、李 国 軍<sup>‡</sup>

## 【要 約】

本稿は、近年の中国における医療衛生分野に関わる政府財政支出に注目し、実証分析を行った。中国の医療制度改革は、市場経済化の進展を背景に1980年代から着手され、2009年から新医療制度改革が実施されてきた。そこで本研究では中国における医療制度改革を踏まえた上で、政府の公共医療衛生支出とその財源構成を考察した。中国の医療衛生分野に関する財政支出の大部分は地方財政で賄われるため、実証分析を通じて中国の各地域における医療衛生分野の地域間格差の現状および地域医療衛生支出の影響要因を分析した。

【キーワード】 医療制度改革、医療衛生支出、地域間格差

## 1. はじめに

中国経済は、改革開放以降高度成長を維持している一方で、多くの分野において格差も存在している。近年、中国における公共サービスの格差についてしばしば指摘されているが、その中で医療分野の格差問題に関しては、所得階層間、地域間、都市・農村間などさまざまな形で存在していることが多くの研究で示されてきた。医療分野の格差に関する先行研究では、医療の制度・仕組みや負担率などに着目するものが多いが、公的財政面からの検討はほとんどない。そこで本研究では近年の中国における医療衛生分野に関わる政府財政支出に注目し、実証分析を行う。

中国では、改革開放政策の実施に伴い、各地域の経済発展に関わる自主決定権が拡大することで、地方政府主導の資源配分が可能となってきた。福祉、教育、医療など主要な公共サービスの提供は地方政府に委ねられている。一方、中央政府から地方政府への財政移転は地域間の所得格差を縮小させるには十分でない。このことも地域の経済力

や財政力の格差が医療・公衆衛生などの公共サービスの不均等につながっていると考えられる。このように中国においては地域格差が広がっており、医療サービスの不公平の問題が指摘されている。たとえば、2000年に世界保健機関が発表した医療制度の評価報告書（WHO 2000）において、中国の医療制度におけるもっとも重要な課題の一つは公平性にあると指摘されている。

中国の医療制度改革は、市場経済化の進展を背景に1980年代から着手され、2009年から新医療制度改革が実施されてきた。それらの改革により医療分野の公平性の問題がどの程度改善されているかについて、中間的な評価を行う必要がある。そこで本研究は中国の医療制度改革を踏まえた上で、財政面における医療衛生支出の地域間格差に関して2009年以降の現状を分析する。実証分析を通じて、各地域に対して医療財政支出・医療衛生資源が公平的に配分されているかどうかを考察する。そのため、主に政府部門の支出、医療衛生資源の地域間配置、各地域の健康水準などに関する評価指標を用いて、医療衛生分野における地域間格差の現状および医療衛生支出の影響要因を分析する。

## 2. 中国の医療制度とその改革

中国の医療制度は、高齢化と市場経済化の進展

<sup>†</sup>上海财经大学公共经济・管理学院教授

li.hua@mail.shufe.edu.cn

<sup>‡</sup>上海海洋大学人文学院講師

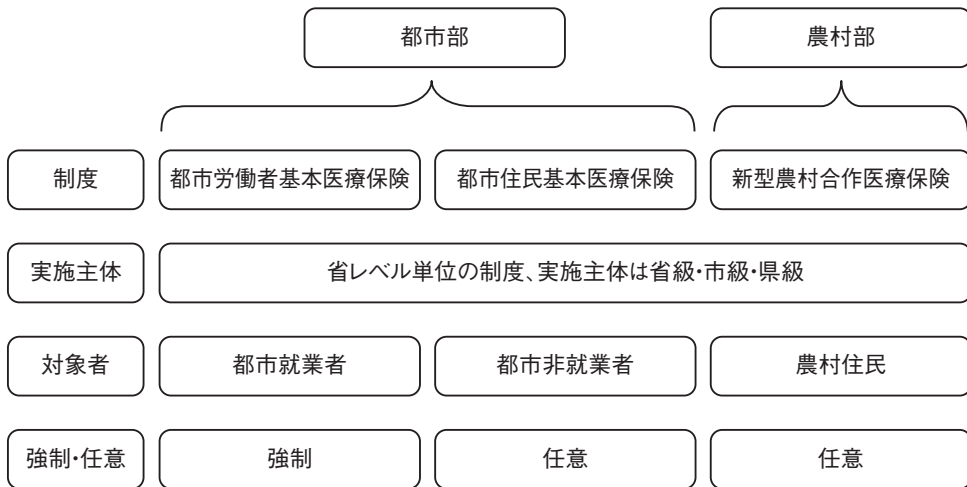
fyli@shou.edu.cn

<sup>‡</sup>上海海洋大学人文学院講師

を背景に1980年代から改革が着手され、2000年前後から医療制度改革の一環として、3つの医療保険制度が整備された。すなわち、①都市労働者基本医療保険（1998年）、②新型農村合作医療保険

（2003年）、③都市住民基本医療保険（2007年）である（図1）。さらに社会保険以外の対応として、都市および農村部の貧困者を対象とした医療扶助制度が整備されている。

図1 中国の医療保険制度



出所：筆者作成。

80年代後半まで中国の医療機関はほぼすべて公立機関であり、公費医療制度（農村戸籍を除く）のもとで国民は無料または低負担で医療サービスを受けることができた。このような公費医療制度は診療の非効率や医療費高騰の要因となり、国の財政状況を悪化させていた。そこで、財政難に直面した政府は、図1のような社会保険としての医療保険制度への移行を試み、同時に、病院などの医療機関に市場原理を導入した改革を進めてきた<sup>1)</sup>。80年代からの医療改革によって医療費の抑制や医療効率の改善に大きな期待が寄せられた。

しかし、医療機関は過度の市場化政策のもとで収益を確保するため、患者の医療費を引き上げてきた。また、もともと不足していた医療人材は収益のよい大きな病院に集中し、それらの病院では混雑し、診療を受けにくくなった。いわゆる「看病難・看病費」<sup>2)</sup>（診療を受けるのが難しい・診療料が高い）といった社会問題が出てきている。

1) 中国の医療機関はほとんど政府によって運営される公立であるが、1980年代後半から政府は医療機関に対する補助金を大幅に削減して「独立予算制」を導入し、各機関に患者から料金を徴収することで運営の自主性を高めることを要求した。

2000年にWHOが発表した191カ国の医療制度の評価報告において、中国は負担の公平性で188位となった。さらに、中国国務院発展研究センターとWHOによる中国医療衛生体制改革に関する共同研究報告書では、「中国の医療衛生の改革は失敗に終わった」という評価を下された（国務院発展研究センター、2005）。

これらのことを踏まえて、中国政府は2009年に「医療衛生体制改革の意見」と「医療衛生体制改革の中期重点実施プラン（2009～2011年）」を公布し、新医療制度改革をスタートさせた。新医療制度改革は、2009年から2011年に90%の国民をカバーする医療保険制度の基本枠組みを構築するという中期目標と2020年にすべての国民をカバーする完全な医療保険制度を確立するという長期目標を掲げている。また、3年間で取り組む重点分野として次の5点があげられている。すなわち、①基本医療保障制度建設の推進の強化、②国家基本薬品制度の基礎構築、③基礎医療衛生サービスシ

2) 中国社会科学院が2006年に行った世論調査によれば、中国国民が深刻と考えている社会問題の中で「看病難・看病費」が第1位（7,061人のうち58%）となっている（汝ほか2006）。

システムの健全化、④基本公衆衛生サービスの均等化の段階的な促進、⑤公立病院改革の推進である。

最近になって医療費急増の抑制や医療効率の改善など、新医療改革の効果が現れてきている。中国の医療衛生総費用（ここでいう衛生とは公衆衛生の意味）も2011年にGDPの5.13%に上昇し、はじめてWHOが提示した中位所得国レベルに達している。また、深刻であった「看病難・看病費」の問題も改善しつつある。中国衛生部（日本の厚生省に相当する政府機関）の統計によれば、医療費用に占める個人負担の割合は、2002年の57.7%から2011年には34.9%になった。

### 3. 中国における医療衛生支出とその財源構成

中国の医療衛生事業を主管する機関は衛生部であり、2013年の省庁改編で、国家計画生育委員会の一部と合併して「国家衛生与計画生育委員会」に改組された<sup>3)</sup>。衛生部による『中国衛生統計年鑑』では医療衛生分野の総費用（衛生総費用と言う）が政府衛生支出、社会衛生支出および個人衛生支出に分けられている。政府衛生支出には政府部門が医療衛生サービスを提供する費用、医療保障補助支出、衛生と医療保障行政管理、人口・計画生育事務支出などが含まれている。社会衛生支出は政府支出以外の機関・組織による衛生事業への支出と定義され、社会医療保険支出、民間健康保険費、民間医療機関支出、民間寄付援助などがある。個人衛生支出は都市と農村の住民が各種の医療サービスを受ける場合の保険支出以外の自己負担金と定義されている。これらのうち本研究では政府医療衛生支出を取り上げ、その地域間格差について考察する。

一般に国家責任のもとで国民に提供される公的医療保障には、財源調達方式により基本的に租税方式と社会保険方式という2種類がある。中国の公的医療保障の財源構成は租税方式と社会保険方

式の混合型を特徴としているが、実質的には税金投入が大きなウエイトを占めている。一方、実際の運営にあたっては国はガイドラインを提示することに止まり、地方政府がそれぞれの地域の実情に合わせて政策を策定し、実施している。

中国では、1994年の「分税制」<sup>4)</sup>実施後、現在の中央財政と地方財政の役割分担が基本的に確定された。財政改革の地方分権化の推進は、地方政府の自己責任を伴う自己決定権の拡大をもたらした。中国の現在の財政システムでは歳出に占める中央政府のウエイトが若干大きいものに対して、歳出は地方のウエイトが高い<sup>5)</sup>。特に医療、教育、福祉などの社会サービスの提供は地方に委ねられており、これらの分野の歳出に占める地方政府の割合は非常に大きい。こうして地域経済発展の格差によって、医療・公衆衛生サービスの格差が大きくなることが考えられる。こうした問題が生じた財政上の制度的要因として、分税制導入以後の中央政府と地方政府との間における事務権限配分と財源配分とのアンバランスの問題があるとしばしば指摘されている<sup>6)</sup>。

一方、社会保障や医療衛生などの政府機能が地方にシフトされていることに伴い、地方の歳出を補うため、中央から地方への財政移転支出（一般補助金、専項補助金、税収返還金）が年々増加してきた。しかし、これらの財政移転支出は地域の所得格差を縮小させるには十分でないことも指摘されている（厳 2003）。中央から地方への財政移転支出の中で専項補助金（特定補助金）と一般補助金は人口一人当たりGDPが低い地域に多く配分されており、財政調整機能を果たしていると考えられるが、税収返還金（地方政府の既得権益を確保する意図で設定された地方税収の減少分を一定の比率で還付する仕組み）は人口一人当たりGDPが多い省に多額が配分されているため、財政調整機能をほとんど発揮していない。

3) 国务院機構改革实施方案(2013)によれば、国家衛生与計画生育委員会の主な職務は、医療衛生および計画生育（一人っ子政策）の資源配置を統一的に調整し、国家基本薬物制度を組織的に制定し、計画生育政策を策定し、公共衛生および医療サービスを監督管理し、計画生育管理およびサービス任務に責任を負うことである。

4) 中央と地方の事務権限を明確にして、歳入・歳出のそれぞれの範囲を明確に区分し、税収を中央税、地方税、中央・地方の共有税に分けて、それぞれ徴収する制度である（張 2009）。

5) 例えば、2010年に政府歳入に占める中央政府の比率は51.1%、地方政府の比率は48.9%である。一方、歳出においては中央と地方の比率はそれぞれ17.8%、82.2%である。

6) 兪（2009）、倪（2006）、吉岡（2008）などを参照。

医療衛生分野以外も含めた財政移転をみると、中国財政部の統計によれば、2010年には3.2万億元で、そのなかで一般補助金が1.3万億元、専門補助金が1.4万億元、税込返還金が0.5万億元であり、合計すると地方歳出の43.8%を占めている。このうち医療衛生分野の財政移転歳出については、表1に示されているように、2011年の総額は1,677億円で医療歳出全体の26.1%を占めている。この財政移転の部分を中央政府の医療衛生歳出として取り出してみると、医療分野の歳出において中央政府が27.2%、地方政府が72.8%であり、依然として地方政府の財政責任が中央政府より大きい。このように地方の財政力が各地方の医療サービス提供体制を左右していると言える。

さらに、2009年に始まった新医療制度改革も中

央による調整・協調のもと、地方政府が進めることとされ、各地域でモデル事業を展開することが奨励された（李、2012）。新医療制度改革にかかわる3年間（2009～11年）で総額8,500億元の財政支出を行うこととされた。そのうち中央政府と地方政府はそれぞれ3,318億元と5,182億元を支出し、中央政府の支出比率が大幅に拡大されたにもかかわらず、当制度改革においてはやはり地方の財政責任が大きいと言える。

以上のように、中国の医療衛生分野に関する財政支出の大部分は、地方財政で賄われるため、各地域の財政の実力が地域の医療サービスの質と量を決めることになる。経済発展水準の高い地域ほど財源が豊かで、医療サービスの水準も高い。結果として、医療分野の地域間格差が生じている。

表1 中央政府、地方政府別医療衛生支出（億元、%）

年度	2008年		2009年		2010年		2011年	
	支出	構成比	支出	構成比	支出	構成比	支出	構成比
中央支出	46.8	1.7	63.5	1.6	73.6	1.5	71.3	1.1
財政移転	780.0	28.3	1,209.7	30.3	1,411.8	29.4	1,676.5	26.1
地方支出	1,930.2	70.0	2,721.0	68.1	3,318.8	69.1	4,681.7	72.8
総支出	2,757.0	100.0	3,994.2	100.0	4,804.2	100.0	6,429.5	100.0

出所：中国統計年鑑により作成。

#### 4. 医療分野の地域間格差

中国の国家財政は中央予算と地方予算からなる。各級政府は独自の予算を実施すると規定されているため、省、市、県、郷政府はそれぞれ独自の予算をもつ。合わせて全体で「5級予算」がある。もっとも範囲の広い地方政府は省級であり、省、自治区と直轄市などがある。そこで本稿では、中国の31の省レベルの医療衛生支出や医療サービス水準を比較し、問題点の摘出に努める。分析単位として省を選定する理由は、省が中国の一級行政区であり、政策の立案や実施をする際のもっとも基本的な行政単位であるため、地域格差を概観する上で有意義だからである。

##### 4.1 医療歳出の格差

まず、中国の医療における格差の現状をみてみよう。図2は各地域の人口一人当たりの医療衛生支出（2011年）を示しているもので、ばらつきが大きいことがわかる。31の省を東部・中部・西部

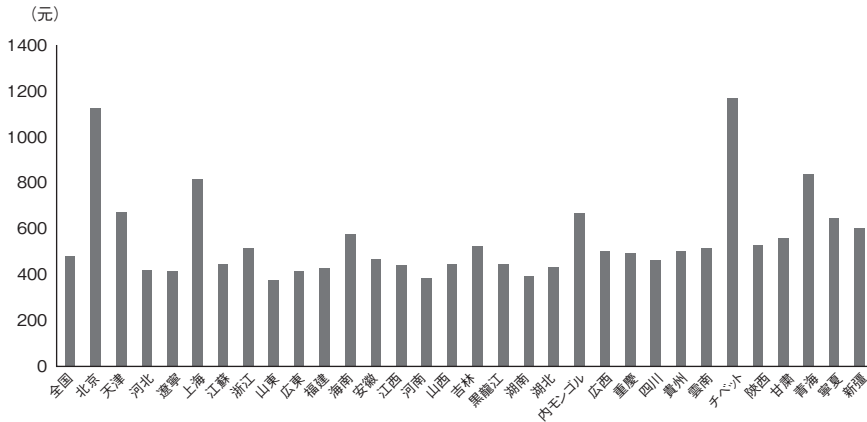
に分けて比べてみると<sup>7)</sup>、全般に西部地域がやや高い。その中で、一人当たり医療衛生支出がもっとも高い地域はチベットであるが、チベットは中央政府が医療費用を全額保障している唯一の地域のためである。その次に高いのは北京、上海と青海である。

図3は2001年、2008年および2011年の31省ごとの一人当たり医療衛生支出をみたものである（全国=1）。2011年のデータからみると、北京、上海、チベットを除けば、あまり大きな差はみられない。しかし、新医療改革前の2008年および10年前の2001年と比較してみると、数字が著しく縮小して

7) 中国を3大経済地域に分類することは一般的である。東部は北京、天津、河北、上海、遼寧、江蘇、浙江、山東、広東、福建、海南の11省・直轄市であり、もっとも発展している地域である。中部は安徽、江西、河南、山西、吉林、黒龍江、湖南、湖北の8省である。西部は内モンゴル、広西、重慶、四川、貴州、雲南、陝西、甘肅、青海、寧夏、新疆、チベットなどの12省・直轄市・自治区である。

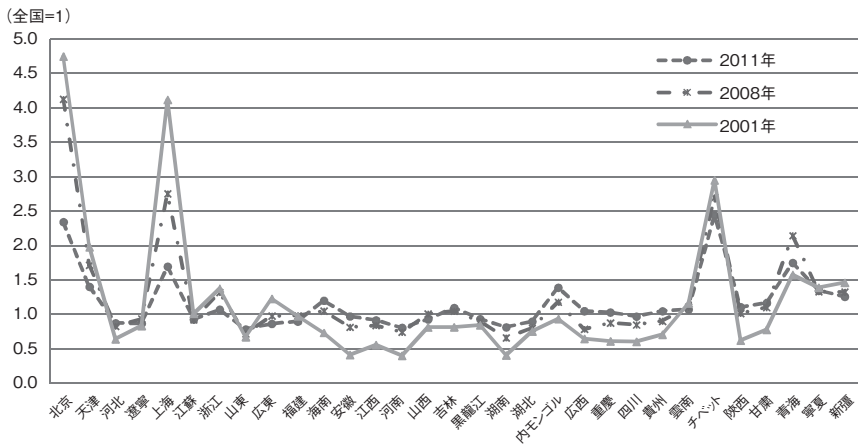


図2 人口一人当たり医療衛生支出 (2011年)



出所：中国統計年鑑により作成。

図3 人口一人当たり医療衛生支出の比較



出所：中国統計年鑑により作成。

いる。特に2001年の数字の差が大きい。当時の医療支出は東部地域に偏在しており、北京、上海の一人当たり医療衛生支出は全国平均の4倍以上であった。しかも2001年の地域内各省の格差をみると、東部地域内各省の差が著しく大きかった。

以上、人口一人当たりの医療衛生支出についての考察を通じて中国における医療衛生支出の地域間格差は全体として縮小していることが確認できた。2009年にスタートした新医療改革は、地域間医療財政分配の公平性において一定の成果を挙げたと言えよう。にもかかわらず、地域格差は依然として存在している。

中国における医療衛生分野の地域間格差の現状を考察するために、タイル尺度を用いて、中国の3つの地域における医療衛生支出の格差について

不平等度を分析した。タイル尺度は格差の状況を「グループ間格差」と「グループ内格差」の2つに分解するものである。それを用いて、医療衛生支出の格差を「地域間格差」と「地域内各省の格差」の2つに分解することができる。また、地域間の格差の寄与度と地域内各省の格差の寄与度を計算できるため、全体の格差がどのような要因で変化しているかを考察することができる。中国の医療衛生支出について、2001年から2011年のデータをもとに計算した結果は表2に示されている。

まず、2001年から2011年にかけての格差全体の変化をみてみよう。全国の格差は2001年の0.171から2010年の0.026まで低下しており、3地域間の格差は大きく改善したと言えよう。地域間格差も地域内格差も解消しつつある。特に2009年前後

表2 医療衛生支出の地域間・地域内格差に関するタイル尺度と寄与度

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
全 国	0.171	0.16	0.161	0.162	0.145	0.132	0.104	0.076	0.049	0.039	0.026
地域間 寄与度	0.023 13.2%	0.023 14.5%	0.026 16.1%	0.024 14.9%	0.021 14.2%	0.017 12.6%	0.006 6.1%	0.004 5.8%	0.001 1.4%	0.003 7.0%	0.003 10.0%
地域内 寄与度	0.149 86.8%	0.137 85.5%	0.135 83.9%	0.138 85.1%	0.124 85.8%	0.116 87.4%	0.097 93.9%	0.072 94.2%	0.048 98.6%	0.036 93.0%	0.024 90.0%
東 部 寄与度	0.223 58.1%	0.199 54.3%	0.191 50.6%	0.201 55.0%	0.184 56.0%	0.174 58.9%	0.154 64.9%	0.123 71.9%	0.082 67.9%	0.06 63.7%	0.041 64.5%
中 部 寄与度	0.045 11.7%	0.044 12.1%	0.06 15.9%	0.043 11.8%	0.041 12.4%	0.03 10.2%	0.017 7.1%	0.01 6.0%	0.013 10.7%	0.006 6.6%	0.004 6.5%
西 部 寄与度	0.065 17.0%	0.07 19.1%	0.066 17.4%	0.067 18.3%	0.057 17.3%	0.054 18.3%	0.052 21.9%	0.028 16.4%	0.024 20.0%	0.021 22.8%	0.012 19.1%

出所：中国統計年鑑により作成。

にその変化が著しい。これは新医療制度改革の効果だと考えられる。次に、地域間格差より地域内格差が大きいがわかる。寄与度からみると、全体の格差の約90%は地域内格差によるものとみられる。さらに3地域それぞれの寄与度をみると、地域内格差の多くは東部地域の寄与によるものであり、もっとも経済が発展した同地域において各省の間の格差がまだ大きいことを示している。

ここ十年来、中央政府は医療サービス提供が大きく遅れていた中部地域と西部地域を中心に地方財政を補助する政策をとっているため、医療支出における地域間格差が改善したことが見て取れる。にもかかわらず、全体の格差に大きく寄与した東部地域内の格差の縮小はまだ課題となっている。

以上、本節では中国における医療分野に投入した政府の財政支出について分析し、その格差が小さくなったことが確認できた。次にアクセスの公平性に着目し、医療資源配分の格差について考察する。

#### 4.2 医療資源の格差

中国における各地域の医療従業者など医療資源の投入量を考察してみると、人口千人当たりの医療技術スタッフの数は2011年時点で、最高の北京が14.2人であるのに対して、最低の貴州は2.7人に過ぎない。地域間の医療資源の格差について、タイル尺度の分析を行った。中国の3大地域における医療施設ベッド数と医師数について、不平等度を分析した計算結果は表3の通りである。

表3から、ベッド数の格差（タイル尺度は0.0235）より医師数の格差（同0.0386）が大きい。

表3 医療資源配置のタイル尺度と寄与度(2009年)

	ベッド数	医師数
全 国	0.024	0.039
地域間 寄与度	0.003 13.54%	0.005 11.76%
地域内 寄与度	0.020 86.46%	0.034 88.24%
東 部 寄与度	0.010 40.86%	0.014 35.39%
中 部 寄与度	0.005 22.13%	0.014 36.82%
西 部 寄与度	0.006 23.47%	0.006 16.03%

出所：中国統計年鑑により作成。

(注) ベッド数と医師数の格差は人口千人当たりで計算した。

地域間格差の寄与度より地域内の寄与度がかなり大きく、両者とも80%を超えていることがわかる。これらのことから格差は地域内格差の寄与によるものとみられる。また、地域内格差の多くは東部地域と中部地域の寄与によるものであり、経済が比較的発展している地域において地域内各省の間の格差が大きいかを示している。このような医療資源の格差は治療に対する患者のアクセスの公平性にかかわるため、同じ地域の中でも資源配分の問題があることが推察される。

#### 4.3 健康水準の格差

医療衛生分野の格差に関しては、健康水準からも説明できる。健康指標として出生時平均寿命を用いて以下のように考察した。2010年の平均寿命は上海が80.3歳であるのに対して、雲南は69.5歳で、両者には10歳以上の差がある。図4は中国各

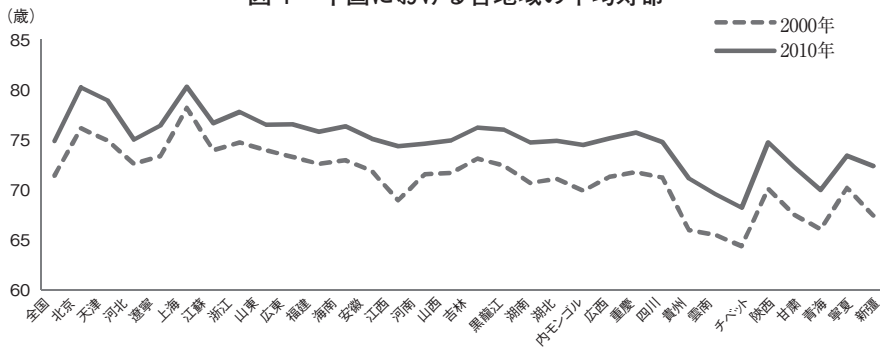
省の人口平均寿命を示したものである。2000年に比べ、2010年には全国平均は3.4歳延びた。その変化をみると、おおむね東部地域が高く、中部と西部地域が低い傾向にあり、最高の省と最低の省の間には10歳以上の差がある。

次に、各省の一人当たりGDPと平均寿命を2000年と2010年でプロットしてみた。図5に示されるように、回帰線の傾きが緩やかになっていることから、平均寿命格差は縮小する傾向にあることがわかる。また、平均寿命のばらつきを示す変動係数は2000年が0.045であるのに対して、2010年は

0.037となっており、小さくなっている<sup>8)</sup>。

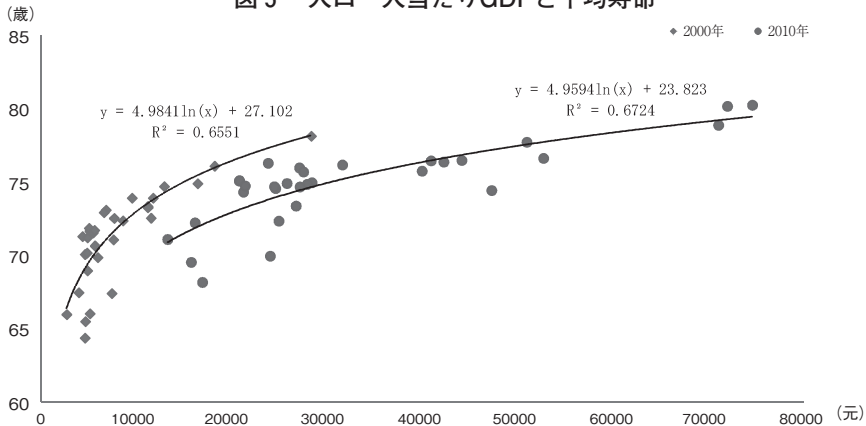
以上のように、中国においては地域間の医療衛生支出の格差や健康水準の格差は縮小する傾向にあるにもかかわらず、格差そのものは依然として大きいことが確認できた。全体として、東部地域の健康水準がもっとも高く、西部地域は低く、平均寿命に約10歳の差がある。なお、西部で少数民族が集中する地域の乳幼児の死亡率も高いことから、それらの地域へ医療衛生分野の資源配分を多く行うことが重要と考えられる。

図4 中国における各地域の平均寿命



出所：中国統計年鑑により作成。

図5 人口一人当たりGDPと平均寿命



出所：中国統計年鑑により作成。

8) 人口一人当たりGDPの変動係数は2000年の0.649から2010年には0.505に縮小している。

## 5. 医療支出の影響要因の分析

上述の分析から、中国における医療分野の地域間格差は近年縮小しているものの、依然として存在していることがわかった。そこで、中国における地域の政府医療衛生支出はどのような要因に影響され、どのように変化するかについて検討してみよう。

中国では、医療衛生に関する財政支出の大部分は地方財政で賄われるため、各地域の財政力がその地域の住民が受けられる医療サービスの質と量を決めていることが考えられる。また、経済発展水準の高い地域ほど財政力が豊かで医療サービスの水準も高いことも指摘されている。さらに人口高齢化の程度、地域の医療資源の多寡も医療支出に影響を与えると考えられる。このような考えをもとに、地域の経済発展水準、財政力、人口高齢化、医療施設といった要因が地域の医療支出に対してどのような影響を与えるかを分析する。

まず、地域の経済力について、人口一人当たり

地域内総生産pgdpを用いて考察する。次に、医療支出が地方財政に大きく依存しており、地域の財源の規模がその地域の医療支出に影響を与えると考えられるため、一人当たり地方財政収入ppfiを用いる。また、医療支出は高齢者人口によって押し上げられると考えられるため、人口高齢化を表す指標として65歳以上高齢者人口の比率oldrを説明変数に加えた。医療施設の増加は、医療サービスの供給量を増大させ、医療支出の増加に大きな影響力を及ぼしていると考え、人口千人当たりのベッド数bedsを変数として分析する。以上の仮定をもとに2007～2011年のパネルデータを用いて回帰分析を行った。

推定式は以下ようになる。yは人口一人当たりの医療衛生支出、添え字のiは各省、tは年次(2007～2011年)を表している。 $\beta_0 + \gamma_i$ は定数項、 $\varepsilon$ は誤差項である。

$$y_{i,t} = \beta_0 + \gamma_i + \beta_1 \cdot pgdp_{i,t} + \beta_2 \cdot ppfi_{i,t} + \beta_3 \cdot oldr_{i,t} + \beta_4 \cdot beds_{i,t} + \varepsilon_{i,t}$$

表4 説明変数と基本統計量

変数	説明	平均値	標準偏差	最小値	最大値
$Y_{i,t}$	一人当たり医療衛生支出(元)	278.8	199.0	38.7	1,116.8
$pgdp_{i,t}$	一人当たり地域内総生産(元)	26,802.9	16,885.8	5,383.7	83,448.6
$ppfi_{i,t}$	一人当たり財政収入(元)	2,636.5	2,636.3	485.3	14,892.9
$oldr_{i,t}$	65歳以上高齢者人口比率(%)	12.4	2.3	7.4	18.6
$beds_{i,t}$	人口千人あたりベッド数(床)	3.4	1.1	1.7	7.6

出所：『中国統計年鑑』『中国財政統計年鑑』各年版により作成。

Hausman検定の結果、固定効果モデルが選択された。推定結果は表5に示されている。まず、一人当たり地域内総生産という地域経済発展の度合いを示す変数は地域の医療衛生支出と正の相関がみられ、仮説通りの結果となった。次に、地域の財政力を示す変数である一人当たり財政収入は医療衛生支出と正の相関で、各地域の財政力が地域の医療サービスの量を定めることになる。さらに、65歳以上高齢者人口の比率が地域の医療衛生支出の増減に影響している。人口千人当たりのベッド数も医療衛生支出と正の相関で、医療施設が多いと医療衛生支出も多いという結果となった。

表5 推定結果

	回帰係数	t 検定
$\beta_1(pgdp_{i,t})$	1.28	5.83***
$\beta_2(ppfi_{i,t})$	0.34	2.13**
$\beta_3(oldr_{i,t})$	0.57	4.55***
$\beta_4(beds_{i,t})$	0.73	4.71***
$\beta_0 + \gamma_i$ (定数項)	-12.32	-12.36***
R-square	0.5496	
サンプル数	210	

(注) 31省レベルの地域からチベットを除いた。

データの差異が大きいため、自然対数にして計算した。

決定係数は自由度調整済み。

記号は有意差検定結果。\*\*は95%水準、\*\*\*は99%水準である。



以上のように、2007～2011年のデータを用い、地域の医療衛生支出について回帰分析を行った。その結果、経済が発展している地域ほど医療衛生支出も大きいことから、地域の発展によって医療サービス水準の格差が生じると考えられる。また、高齢者人口が医療衛生支出の増加にかかわっていることが示された。医療施設へのアクセスが有利な地域において、医療施設の存在が医療サービスや医療支出に大きな影響を与えているとみられる。

## 6. 結びに代えて

本稿は医療財政支出の地域間格差について考察した。中国は広大であり、地域によって医療サービスの格差が当然大きい。そのため、格差を縮小するには政府間の財政調整が必要と考えられる。一方、中国の政府間財政関係は、これまで10回を超える変革を経て、基本的に中央集権から分権化に向かうという方向に沿って変革が進められてきた(倪、2006)。財政改革の地方分権化の推進は、地方政府の自己責任を伴う自己決定権の拡大をもたらす。特に医療、教育、福祉など主要な社会サービスの提供は地方に委ねられている。

本稿では中国の医療分野の格差の現状および格差に影響するとみられる要因を考察することで、地域間の格差が縮小していることが確認できた。それは医療改革、特に2009年の新医療改革の効果や中央政府から地方政府への財政移転などを通じて、医療制度における地域格差の是正に一定の成果を挙げたと考えられる。今後、質量ともに格差のない医療衛生サービスを提供するには、中央と地方の財政関係の設計が依然として重要な課題として考えられる。

一方、医療格差を生むもう一つの要因は制度上の要因であることがしばしば指摘されている。中国の公的医療保険は地方政府が管理、運営し、基本医療保険制度の基金は基本的に地域ごとに徴収、管理されるため、地域間で財政調整をすることが難しい(楊・坂口 2006)。地域間での財政調整によって格差を是正することが重要であるが、制度自体における地方政府の自主権が強いため、実現は容易ではないと指摘されている(江藤 2011)。

中国では、80年代後半から政府による財政支出が不足する中で、医療機関へ市場原理の導入が試

みられた。しかし、本来国民に対する良質で基本的な医療サービスは公平かつ効率的に提供されるべきであるが、中国はこの点では依然として多くの問題を抱えている。医療費の抑制や医療効率の改善に大きな期待が寄せられているが、地方ごとの医療制度の違いや財政力・所得格差などによって、改革後の地域格差がかえって拡大することになった(楊・坂口 2006)。

2005年以降、中央政府もこれまでの市場化を進めた医療制度改革の失敗を認めた。そこで、2009年に新たに医療制度の改革をスタートさせた。この新医療改革の実施により「看病難・看病貴」の問題や医療格差はある程度緩和できたが、従来の制度的な問題、財政的な問題および医療管理監督の問題などにより、「看病難・看病貴」という医療問題を完全に解決するには相当な努力と時間が必要と考えられる。

さらに、現在の中国の医療保険は戸籍制度に基づき、農村部と都市部の間で大きな違いがある。総人口の7割近くを占める農村部では都市部と異なる医療制度が実施されているため、その格差も大きな課題である(李 2012、王 2011、劉ほか 2011を参照)。中国政府は2020年までに基本的医療衛生制度をすべての国民にカバーするという目標を掲げているが、さらなる医療サービスの充実を図っていくには、公平かつ効率的な医療制度の長期的視野からの制度設計や財政支出の増額が避けられないと考えられる。さらに地域間での経済力や財政力に大きな格差があり、中央政府と地方政府の間でどのように財源分担をしていくのかということも大きな課題となる。

### [謝辞]

本稿は日本地方財政学会第21回大会での研究発表「中国における医療衛生支出の地域格差とその対策」(2013年5月、専修大学)を加筆・修正したものです。同大会で貴重なご意見・ご示唆をいただいた方々に感謝申し上げます。含まれる誤謬の一切の責任は筆者にあります。

## [参考文献]

- 江藤宗彦 (2011)、「成長する中国の医療市場と医療改革の現状」、富士通総経済研究所『研究レポート』No.369、pp.1-26
- 船橋恒裕 (2005)、「医療費支出の地域的特性の分析 - 近畿圏における医療費支出の特性について -」、『経済学論叢』第56巻第4号、pp.117-132
- 倪紅日 (2006)、「中国における政府間財政移転支出制度の現状、問題点とその整備」、財務省財務総合政策研究所・中国国務院発展研究中心『「中央と地方の役割分担と財政の関係」に関する共同研究最終報告書』
- 王崢 (2011)、「中国農村部における多層的医療保障体系の構築」、『大阪経大論集』第62巻第2号、pp.87-105
- 李宣 (2012)、「中国の医療と農村の光と影 - 各種調査結果からみる新医療制度改革の現状と課題 -」、『横浜国際社会科学研究所』第16巻第6号、pp.27-49
- 劉波、劉曉梅、久保英也 (2011)、「中国における医療格差の多面的考察」、『生命保険論集』第176号、pp.21-42
- 斎藤観之助 (1996)、「医療サービスの公平性測定に関する一考察」、『川崎医療福祉学会誌』第6巻第2号、pp.251-260
- 山田篤裕 (2004)、「医療サービスへの公平なアクセス」、『海外社会保障研究』第149号、pp.17-28
- 吉岡孝昭 (2008)、「中国における社会保障と中央・地方関係に関する分析」、『国際公共政策研究』第13巻第1号、pp.291-306
- 楊開宇、坂口正之 (2006)、「中国における医療制度改革とその影響」、『生活経済額研究』第22・23巻、pp.195-209
- 俞嶸 (2009)、「中国における地方財政構造の現状と問題点 - 浙江省の財政構造を通して -」、『愛知大学国際問題研究所紀要』第133号、pp.121-144
- 国務院発展研究中心課題組 (2005)、「対中国医療衛生体制改革の評価と建議」、『衛生政策』、2005年第9期、pp.4-9
- 歐陽琼・丁日佳 (2011)、「中国社会保障地区差異研究」、『首都経済貿易大学学报』2011年第5期、pp.28-34
- 汝信ほか (2006)、『2007年:中国社会形勢分析与予測』社会科学文献出版社
- 徐曉莉、白極星、宋高燕 (2012)、「地方財政社会保
- 障支出区域差異的影響因素及効応探分析」、『湖南財政经济学院学报』第28巻第137期、pp.103-107
- 趙建国、苗莉 (2008)、「中国医療衛生支出公平性的実証分析」、『財政研究』2008年第7期、pp.44-47
- WHO(2000), *World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization, Geneva.

# Empirical Studies on Regional Differences in the Health Care Expenditures of China

Li Hua<sup>†</sup>, Li Fengyue<sup>‡</sup>, Li Guojun<sup>‡</sup>

## Abstract

The reform of health care systems has been promoted in China along with the economic development. But there are much differences by region because each local government principally must provide health care services on their own responsibility. The level of services in a region depends upon its level of economy and public finance. This paper intends to examine the actual conditions and their factors of regional differences in the public financial expenditures of health care services.

**Key words:** Health care systems of China; Public finance expenditures; Regional differences

---

<sup>†</sup> Professor, School of Public Economics and Administration, Shanghai University of Finance and Economics  
li.hua@mail.shufe.edu.cn

<sup>‡</sup> Lecturer, School of Humanities, Shanghai Ocean University  
fyli@shou.edu.cn

<sup>‡</sup> Lecturer, School of Humanities, Shanghai Ocean University

