

中国の農村部における公的医療保険制度の展開に関する考察

A Study on Public Medical Insurance System in Rural Areas of China

王 文 亮

はじめに—農村合作医療制度の新旧交代と関連研究

社会主義の旗印を掲げたまま市場原理を導入した中国は、結果的に思いもよらぬ格差社会へ大きく突き進んでおり、中でも特に都市と農村の格差が猛烈な勢いで拡大している。

都市部では社会保障制度が比較的に整っていることもあり、経済の持続的繁栄や住民生活の大幅な向上がもたらされている。それに対して、農村地域では疲弊が進み、住民の生活水準がなかなか改善されない。その大きな要因の一つはほかならぬ貧弱な社会保障にあるとされる。

21世紀に入り、とりわけ胡锦涛—温家宝政権の誕生は、農村部における社会保障制度の構築と充実にこれまでにない大きな転機を与えた。現政権は、国家のあり方に関する中長期ビジョンにおいて「調和社会」という理想的な姿を持った社会の実現を目指すようになった。また、民生重視の政治理念から出発して、「三農（農村・農業・農民）」問題の解決に向けた政策の一環として、農村社会保障制度の整備と充実に意欲的に乗り出した。

現在農村部の社会保障制度は数でも相当増えており、その主なものとして、農村住民最

低生活保障（日本の生活保護）、新型農村合作医療（日本の国民健康保険）、農村社会養老保険（日本の国民年金）、農村社会救済（日本の生活保護）、農村貧困扶助（日本の生活保護）、農村医療扶助（日本の生活保護）、農村「五保戸」扶養（日本の生活保護+老人福祉）などが挙げられる。

本研究の対象である農村合作医療は、1950年代末期から導入された、農村住民を適用対象とし、地域相互扶助の性格を持つ公的医療保険制度であった。しかし、1980年代以降「人民公社」の解体に伴い農村集団組織の弱体化が急速に進んだため、原資調達や、診療報酬の支払いなどにおいて様々な難題が生じ、最終的に全国大多数の地域で同制度が農村住民の日常生活から消えてしまった。その結果、絶対大多数の農村住民は医療費の全額自己負担という最悪の事態に追い込まれていき、一部の地域では、住民の健康状態が後退し、かつて姿を消した風土病や伝染病もふたたび現れ、流行するようになった。

この危機的な情勢を受けて、中央政府の国務院（日本の内閣）は2003年1月16日に「新型農村合作医療制度の確立に関する意見」（以下は2003年「国務院意見」と略称）を通

達した。同「意見」は、全国各省・自治区・直轄市（日本の都道府県に相当）に対して、時期的に2003年から、少なくとも2～3の県・市を選んで試行し、一定の経験を積んだ上で徐々に広げていくことを求めている。つまり、農村合作医療の制度復活を図ることである。

もちろん、それは社会主義計画経済の時代に作られた従来制度の単純なコピーではなく、いくつかの新たな施策を盛り込んだ制度設計となっている（表1を参照されたい）。

表1 農村合作医療制度の新旧対照

	農村合作医療	新型農村合作医療
保 險 者	人民公社または生産大隊、生産隊（村）	県・市
被 保 険 者	農村住民（任意加入）	農村住民（任意加入）
財 源	保険料	保険料+国・市・県の財政補助
給 付	保健、病気予防、軽い病気の治療費	<ul style="list-style-type: none"> ・全国の統一基準なし、顕著な地域差 ・おおむね大病給付が中心 ・自己負担はおおよそ6割以上

出所:筆者作成。

新型農村合作医療は制度試行開始から約8年の歳月が経っており、同制度に関する研究は中国国内ではすでに行われ始め、政策立案や、一部地域での試行状況等に関する調査と検証が進められている。一方、日本の学界では近年中国の社会保障制度に対する関心が非常に高まっており、多くの研究成果が公表されているものの¹⁾ 新型農村合作医療に関する研究調査はいまだに明らかな動きが見当たらない。

日本は国民皆保険体制を確立してからそろそろ半世紀を迎えることになるが、大変厳しい局面に遭遇し、未曾有の危機に陥っている。一方、発展途上の段階にある中国もこれから国民皆保険体制を目指している。それは当然ながら国民の大半を占める農村住民の健康保障に直結する新型農村合作医療制度の成功如

何に大きくかかっているといえよう。

中国政府は新型農村合作医療制度を2008年までに全国での基本的な普及、2010年までに農村住民全員をカバーするという目標を掲げている。それは果たして成功するだろうかその制度設計の合理性および制度の存立を直接支える財源の確保が大きく問われてくるのである。

筆者は農村合作医療および新型農村合作医療に対して前から高い関心を持っており、先行研究の文献収集だけでなく、複数の著作にわたって同制度の沿革、とりわけ新制度の試行状況についてある程度概観、考察している。さらに文部科学省科学研究費補助金の申請にも成功しており、現在それによる現地調査を行っている。

同研究は、「中国の農村地域公的医療保険制度に関する基礎的研究」（基盤研究（B）、課題番号20402050）というもので、2008年度から2012年度まで計5年間実施する予定である。具体的に、2008年度は準備作業として①制度試行の全体状況把握（統計資料等の収集）、②政府担当部署の担当責任者訪問（インタビュー）、③医療機関訪問（給付手続きについて）を行った。また、2009年度には予備調査（アンケート、聞き取り）、2010年度には本調査（アンケート、聞き取り）、2011年度には追跡調査（アンケート、聞き取り）、2012年度には総括・まとめといった段取りで進めていきたい。2009年度に関しては、夏に調査対象地域に入り、新型農村合作医療の関係医療機関（県病院、郷・鎮衛生院、村診療所）に対する聞き取り、農村の重病患者およびその家族を対象とする聞き取り、農村住民を対象とするアンケート調査を実施した。

なお、同研究は調査対象地域を江西省としている。江西省は中国の中部²⁾に位置し、農業中心で農村住民が人口の大半を占めるよう

な内陸地域である。総面積は16万7000平方キロメートルで、総人口は4368万人（2007年）を擁する。また、同省は11の地区級市、19の市管轄区、10の県級市、70の県を所轄している。同省は面積と人口にしても、経済と生活にしても、中国の平均水準にあたる。したがって、ここの制度試行状況を明らかにすることができれば、全国の平均的な状況も分かることになると思われる。

新型農村合作医療制度の試行および全国的な展開にあたって、中央政府は一応統一された方針と要綱を制定、公布したが、法制化の段階に入っていないため、制度の具体的な設計はすべて各省・自治区・直轄市の政府に委ねられている。

以上のような状況を踏まえて、本研究は、政府の意図や政策的理念などの部分に関しては全国的な動きをマクロ的に捉え、明らかにしていく。一方、制度の設計、実施運営などについては、江西省に研究対象地域を限定して現地調査を行うとする。これまでに、2008年の夏には上饒市広豊県、同年の冬（12月～2009年1月）には広豊県と宜春市袁州区、2009年の夏には広豊県でそれぞれ現地調査を行っていた。

本論文は、そういった研究の成果を踏まえて、新型農村合作医療制度の展開状況および問題点等を検証してみたい。なお、すでに実施した数回の現地調査の名称については、「筆者2008年夏広豊県調査」、「筆者2008年冬広豊県調査」、「筆者2008年冬袁州区調査」、「筆者2009年夏広豊県調査」といった簡略化した表現を使用する。

一、新型農村合作医療制度の構造的特徴

1. 中央政府が示した制度の枠組み

2003年「国務院意見」は各省・自治区・直轄市に対して、2003年から少なくとも2～3の県・市を指定し、そこで制度の試行を施すよう求めた。中央政府が目指すのは、2003年から2010年まで全国の農村住民をほぼカバーすることによって、農村住民の医療費負担の軽減、健康水準の向上を図ることである。その後、中央政府は全国の制度試行の具体的な様子を見ながら、一連の関連公文書を通達することによって、制度の着実かつ健全な運営および財源の充実や給付水準の向上等を進めてきた。

ここでは2003年「国務院意見」の中で示された重要なポイントを要約し、現行制度の枠組みを整理してみる。

まず、目標と原則に関して、新型農村合作医療制度は政府が組織、指導、支持し、農村住民が自分の自由意思で任意加入し、個人、集団組織（住民自治組織である村民委員会）と政府の共同出資で主に大病治療の給付を行うものとされる。ここで言っている「共同出資」とは、農村住民は世帯単位で任意加入して必要な保険料を納めるうえ、郷・鎮政府と集団組織は補助、中央と地方の財政は一定の拠出を行うというものである。

次は管理運営の体制だが、①県・市単位で資金を集める。条件の不十分な地域では、スタートの段階において郷・鎮単位で資金を集めてもよい。その後、県・市のレベルへ移行していく。②省・自治区・直轄市と地区レベルの政府では衛生、財政、農業、民政、会計監査、貧困撲滅といった関連部門からなる農村合作医療調整グループを立ち上げるほか、各レベルの衛生行政部門はそれぞれ農村合作医療管理機関を作らなければならないが、原則としてスタッフの増員を行わない。

そしてもっとも重要な財源調達の方法と基準については以下のように定めている。

必要な財源は加入者の納めた保険料、集団組織と政府の補助によって構成される。具体的には、①1人あたりの保険料は年間10元以上とするが、経済条件のよいところではそれを適切に引き上げてよい。郷鎮企業の労働者が加入するかどうかについては、県政府の判断に委ねる。

②条件の整った地域では、集団組織が一定の補助を行わなければならない。具体的な補助基準は県政府が定める。補助分の資金は農村住民から強制的に徴収してはならない。また、民間団体と個人からの寄付を奨励する。

③地方政府の財政による加入者への補助は年間10元以上とする。補助基準と負担比率は省・自治区・直轄市政府が定める。経済が発達している東部地域では、地方政府の財政は補助を適切に増やしてもよい。2003年から、中央財政は毎年、移転支出によって中部と西部の新制度に対して、加入者1人あたり10元という基準で補助を拠出する。

以上のように、新型農村合作医療は自主性と互助性を原則とする一方、政府が一定程度の補助を行うと約束した。実際、2003年の制度試行当初から、中央財政と地方財政は加入者の数でそれぞれ一定額の補助を拠出している。この財政補助こそは旧制度および従来の再建策になかった新しい措置であり、大きな前進であるともいえる。

また、財源調達の難しさや農村住民の意識と負担能力を考慮するという一方で、2003年「国務院意見」は主に大病治療を保障するが、軽い病気の治療費に対してもできれば一定の給付を行うといった方針を示している。さらに基金運営のリスクを最小限に留め、基金管理をきちんと行うためには、県を資金プールの基本単位とする。これらも旧制度より一定

の改善である。過去においては保障の重点は軽い病気の治療にあって大病の治療を保障しなかったが、新制度は高額治療費や入院治療費の給付を重点としている。

ところで、制度の具体的な運営方法などについては、2003年「国務院意見」の中でまったく触れていない。そのため、制度発足の仕方や、運営の仕組みなどは事実上、各地方政府（基本的に各省・自治区・直轄市政府）の判断と裁量に委ねられることとなった。その結果、各地域ではそれぞれ独自の取り組みが展開されていき、地域間格差も早い段階から浮き彫りとなった。

2. 財源の構成と調達

当初の制度設計では、財源は加入者が納める保険料、集団組織（住民自治組織である村民委員会）の補助および政府の財政拠出など3つの部分からなる。その後、集団組織の補助は安定性が非常に欠けているという認識の下、それが廃止され、財源は保険料と政府の財政補助から賄われるようになった。

また、保険料および財政補助の金額は2003年時点で1人あたり年間30元（加入者の保険料10元、中央財政10元、地方財政10元）に設定されたが、その後、給付水準の引き上げと同時に増やされてきた。特に財政補助額はほぼ年々増加しており、2006年には1人あたり年間50元（加入者の保険料10元、中央財政20元、地方財政20元）、2008年には1人あたり100元（加入者の保険料20元、中央財政40元、地方財政40元）となった。

一方、各地方政府の関連規定を見渡すと、財源構成にも一定の相違が確認できる。ここでは江西省政府が制定、公布した関連規定を取り上げて明らかにしたい。

2006年11月8日に公布、施行された省統一の給付基準案に関する「指導意見」および、

翌年11月2日に公布された省統一の給付基準案の改善に関する「指導意見」では、1人あたりの年間財政補助額は中央財政20元、省財政14元（国家指定貧困県17元）、市財政3元（国家指定貧困県0元）、県・区財政3元となっているが、保険料は1人あたり年間10元以上とする。

また、2008年2月21日公布、施行の給付基準案の「補充規定」によれば、1人あたりの年間財政補助額は中央財政40元、省財政34元（省の直轄県34元）、市財政3元（省の直轄県0元）、県・区財政3元にそれぞれ増やされた。

こうして、財源の負担比率において中央と地方は1：1であるが、地方は基本的に3級財政からなり、その負担比率は省5.7：市1：県1となっている。これまでの社会保障財源における地方財政負担比率の推移を見ると、省・自治区・直轄市が財源の大部分を担うことはほとんどなく、下級政府は大きな負担を強いられるのが一般的であった。この点においても、農村社会保障制度の整備と充実に対して示している現政権の堅い意思が見て取れる。

江西省の北東に位置し人口80万人を超した広豊県（上饒市の管轄下）は同制度の試行を2006年1月1日から正式にスタートさせた。同県の制度試行状況に関して、筆者は2008年9月1日に県衛生局の中に設けられている新型農村合作医療管理局（農医局と略称）の局長（県衛生局の副局長を兼任）Wさんにインタビューした。

Wさんの説明によると、2006年度と2007年度、財政補助額は中央20元、省14元、市・県それぞれ3元、計40元であった。08年度には中央40元、省34元、市・県それぞれ3元、計80元に増やされた。加入者が納める保険料は、06年には15元、うち10元は大病プール基金、

5元は家庭口座に積み立てられた。07年には家庭口座が廃止され、大病プール基金の10元となった。一方、07年、広豊県は独自で保険料を10元から20元に引き上げた。これで1人あたりの財源は財政補助の80元と合わせてちょうど100元となった。

財源の調達において、財政補助の部分に関しては基本的に毎年中央政府が定めた額を割り振ることになっており滞ることなく配分されている。大きな問題になっているのが加入の勧誘およびそれに伴う保険料の徴収である。保険料の納付は現段階まで金融機関による振り込みがまったく行われておらず、すべて村民委員会のメンバーが住民を1軒1軒家宅訪問し現金を集めなければならない。これは制度運営のコストを必要以上に高めてしまった最大の要因ともいえる。農村人口が多く、経済的には必ずしも豊かではなく、学歴が低く、保険意識が弱い。そのうえ、政府や政策への不信感、抵抗も強い。このような現状の中で、保険料の徴収には必然的に莫大な労力、財力、時間がかかるのである。

広豊県農医局長Wさんによれば、制度に対する住民の認知度を高めるために、持続的かつ大々的な宣伝は必要不可欠である。これについて、①県のテレビ局で「新型農村合作医療講座」を数回開講した。②「県共産党委員会、県政府から県民のみなさんへの公開手紙」、「新型農村合作医療宣伝年画」といった資料を作成し、農村の各世帯に配布した。③県の責任者はそれぞれ指定した郷・鎮、郷・鎮の責任者はそれぞれ指定した村、村の責任者はそれぞれ指定した組、組の責任者はそれぞれ指定した世帯を請け負って、農村住民への宣伝と啓発を担当している。④新型農村合作医療ホットラインを設けて、農村住民からの問い合わせや相談を随時受け付けている。

今後、制度の運営が安定化に向かうのにつ

れて、制度の周知などに必要な経費が節約されるかもしれないが、住民の信頼を十分に得られるような取り組みは決して緩んではならないという。

わずかの保険料を集めるのにこれだけ高いコストをかける必要があるのか、こういった疑問の声が早くも末端の担当者から上がっている。財源構成の中で保険料は20%しか占めていないという状況を踏まえて考えれば、保険料の徴収を止めてすべて財政補助で賄うようにするという考え方にも一理ある。そうすれば、運営コストの削減は可能であるのみならず、現行制度に対する農村住民の支持と理解を一気に高めることにもなるだろう。

二、新型農村合作医療制度の試行と農村住民の医療費負担軽減

1. 加入状況

新型農村合作医療制度の試行は2003年からスタートしたが、現政権の政治理念およびそれに伴う一連の政策が強く働いた結果、同制度の全国普及は急速、かつ順調に進んでいるように見える。こうした判断は主に、①試行地域の拡大、加入者数と受給者数の増加、②財政補助の増額、③給付水準の引き上げといった点によるものである。

2008年6月24日付の「人民日報」は、2007年末の時点で、全国で同制度を作った県・市・区は2451で全国の県・市・区総数の85.6%を占め、加入者は7億2600万人に達した。2003年から2007年にかけて、給付を受けた住民は累計9億2000万人に上ったと報じている。

また、中央省庁である衛生部が発表した「2009年中国衛生統計提要」によれば、2008年には、全国合わせて2729の県・市・区において同制度が試行されており、加入者は8億1500万人、加入率は91.5%に達した。一方、当該年度には総額785億円の財源を集めるこ

とができ、保険基金の支出額は662億元に上った。そしてこれまでに5億8500万人の農村住民が新型農村合作医療から給付を受けた。表2は2004年から2008年まで同制度試行の進捗状況をまとめたものである。

表2 全国新型農村合作医療制度の試行状況

	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年
試行地域 (県・区・市)数	333	678	1451	2451	2729
加入者数(億人)	0.80	1.79	4.10	7.26	8.15
加入率(%)	75.2	75.7	80.7	86.2	91.5
当該年度財源総額 (億元)	40.3	75.4	213.6	428.0	785.0
当該年度1人あたり 財源(元)	50.4	42.1	52.1	58.9	96.3
当該年度保険基金支 出額(億元)	26.4	61.8	155.8	346.6	662.0
保険給付受給者数 (億人)	0.76	1.22	2.72	4.53	5.85

出所:衛生部「2009年中国衛生統計提要」より作成。

2004年の試行地域は333県・市・区、加入者は8000万人であったことを考えると、制度普及の速度は決して遅くないといえる。

続いて、江西省の試行状況をもう少し詳しく見ると、2008年12月31日現在、加入者は前年より436万8600人増で2930万1700人に達した。加入率も前年より3.85%増えて91.32%になった³⁾。これはあくまでも省内の平均数字であるが、市・県の間で一定の格差が生じているのも実情である。例えば、地区級市であり1区、3市、6県を管轄する宜春市では、加入率がもっとも高いのは上高県の97.87%で、もっとも低いのは高安市の86.80%である。両者の開きは11.07ポイントに達する。また、同じ地区級市の上饒市が管轄する1区、1市、10県の中で、加入率において最高の上饒県93.74%と最低の徳興市86.03%を比べると7.71ポイントの差がある⁴⁾。

それにしても、任意加入であるにもかかわらず、これだけ高い加入率が達成できたのは評価すべきであろう。ただし、それがどうし

て可能になったのか、多くの研究者の間でも疑義を持たれているところである。関連報道や現地調査などを総合的に見れば、その背後にはどうやら以下のようなことが隠されているようである。

制度設計上、確かに住民の自由意思で任意加入となっただけのもの、中央政府が設けている年次目標を実現するためには各省・自治区・直轄市の政府はやむなくその管轄区域の下級政府（市、県級市・区・県、郷・鎮）および住民自治組織である村民委員会（または居民委員会）に対して一定のノルマを課せざるをえなくなった。

筆者が2008年9月1日広豊県における現地調査で県人民病院から入手した「広豊県2007年新型農村合作医療の郷・鎮の経験」という資料によれば、加入率を上げるために、県では、第一に、郷・鎮の幹部が村、村の幹部が組、組の幹部と共産党員が世帯に、といった形で、加入の勧誘に責任を持つことにした。また、出稼ぎ労働者との連絡にも担当者を割り振っている。出稼ぎ労働者が保険料を郵送、または帰郷の人に携えて、地元の合作医療に加入するように説得しなければならない。

第二に、「通報」制度を導入している。中国では、共産党や政府機関、社会团体などが所属機関・団体に活動状況または経験や教訓を知らせる文書を回す習慣がある。それは「通報（回状や回報）」と呼ばれる。例えば、一部の郷・鎮は各週の金曜日に各居民委員会と村民委員会における幹部担当の保険料徴収状況を「通報」し、ワースト3の居民（村民）委員会の幹部に対して批判を行う。

第三に、賞罰制度を導入している。一部の郷・鎮は保険料の徴収を期限内に達成できた居民（村民）委員会の幹部に対して「通報」で表彰し、さらにこの業績を幹部の年度表彰の主な根拠とする。期限内に達成できなかった

幹部に対して、関連規定に基づいて組織内での罰則を科する。

これらの措置が講じられているため、県内各郷・鎮において農村住民の加入は急速に進んでいるという。

こうして任意加入と厳しいノルマの間に板挟みとなった下級政府および住民自治組織は保険料徴収の時期になると、大変なプレッシャーを感じる。そして上級政府から課せられたノルマを達成したかのように報告できるために、ほとんどの村では保険料の立替が行われ、一部の村では加入者の名簿すら偽造されている。このことに関して、「筆者2008年広豊県調査」、「2008年冬広豊県調査」、「2008年冬袁州区調査」、「2009年夏広豊県調査」でも、多くの当事者がそう語ってくれた。

なぜこのような好ましくない状態が多発するのか、それは同制度の任意加入という基本原則と無関係ではない。任意加入だから、農村住民には加入する権利と加入しない権利が双方とも与えられているはずである。特に共産党政権の従来の農民いじめ政策に対する不信感や、社会保険意識の低さが強く働いているため、最初の段階において加入したくない住民のほうがむしろ多かった。この状況は下級政府と住民自治組織を見事に板挟みの状態に陥れてしまったのである。

つまり、任意加入だから、加入したくない住民を強制的に加入させるわけにはいかない。かといって、そのままにしておくと、上級政府から課せられた加入者数のノルマを達成できなくなる。このジレンマから抜け出すための方便として講じられているのが、加入者名簿の偽造や、保険料の立替といった方法である。

保険に逆選択は付き物である。それを防ぐには、“大数の法則”に基づき、強制加入や、国庫負担といった方法が必要不可欠である。

新型農村合作医療にも当然“大数の法則”が存在する。しかし、実はいまだに相当数の農村住民が政府の思惑に反して保険加入を躊躇している。2009年の夏に広豊県の下溪鎮と呉村鎮で実施したアンケート調査の結果によれば、被調査対象369世帯のうち、未加入世帯は28世帯で、非加入率は7.59%である。

現在財源の構成においては財政補助の部分が80%を占めており、国庫負担によって加入意欲を高めるといえる点は高く評価できる。もちろん、社会保険をこれまでまったく経験しなかった農村地域において住民の意識や認識は根本的な変革ができていないこともあり、国庫負担の保障だけはまだ不十分である。同制度の安定的、持続的な運営を保障するため、また、現在中国政府が目指している「全国国民医療保障（日本の国民皆保険）」という広大な構想を実現するため、任意加入から強制加入へ切り替えていく必要があると思われる。

2. 医療給付の抑制

農村住民の間には昔から大病によって貧困に転落するという悪循環があった。大病の治療と軽い病気の治療を同時に保障するのは、より多くの加入者に対して給付を行うことになるが、大病治療への対応が手薄くなり、貧困防止の機能が弱まる。現在の規模の財源では、すべての病気治療を保障することは明らかに困難である。こうした背景では、政府関係者や学識経験者の間では、現在大病治療を重点的に保障すべきだという見方が主流である。中央政府も、主に加入者の高額医療費と入院治療費を支払うが、条件の整ったところでは少額医療費の給付も行ってもよいとしている。

また、新型農村合作医療の給付基準は中国のその他の医療保険制度と同様、最大の特徴は、①給付スタートライン（医療保険の免責

制度）、②給付限度額を設けるところにある。

世界中、一部の国では医療保険の免責制度が存在する。それは、医療機関でかかった医療費のうち、定められた金額以下を患者の全額自己負担とし、それ以上の医療費については定められた割合で給付されるというものである。中国の新型農村合作医療など医療保険制度の中に設けられている給付スタートラインも、医療保険の免責制度といえる。

また、給付限度額とは、年間の医療保険給付に限度額を設けて、それを超えた分はすべて自己負担するという制度である。こうした制度はいずれも医療費の効果的な抑制を狙っていると考えられる。

ところで、給付スタートラインと給付限度額および給付割合をどう設定すべきかについては、全国各地でさまざまな制度が乱立し、大きな格差が生じている。ここでも江西省政府が制定、公布した関連規定を見ることにする。

①入院給付スタートラインについて、2005年の規定はそれを3級に分けている。郷・鎮の病院は100元～200元、県・市の病院は300元～400元、県外の病院は600元～800元とする。その後、2007年の規定は4級に分けるようにした。郷・鎮の指定病院は100元、県の指定病院は300元、県・区外の指定病院は600元、県・区外の非指定病院は800元とする。

②給付スタートラインを超えた部分は給付対象となるが、全額給付ではなくて、一定の割合で給付されるのである。江西省の入院給付割合に関して、2005年の規定は郷・鎮の病院が県の病院より、県の病院が県外の病院より高くする方針で給付割合を定めている。各級病院の入院給付割合の格差は10%～20%とする。

また、2007年の規定は同級病院が同一の給付割合を設けるとする。郷・鎮の指定病院は

60%、県の指定病院は50%、県・区外の指定病院は40%、県・区外の非指定病院は30%とする。各級病院の入院給付割合の格差は10%以内に制限しなければならない。

③入院給付限度額に関しては、2005年の規定では、大病プール給付額の1年間での累計額は1万～1万5000元を限度額とし、実際の給付累計額で計算する。外来診察料の限度額は家庭口座の積立金総額とする。また、2007年の規定では限度額を1万5000元とし、1年間の合計受給額で計算する。

2008年の規定では、郷・鎮の指定病院、県の指定病院、県・市・区外の指定病院と非指定病院の給付割合は従来の60%、45%、35%、25%からそれぞれ75%、60%、40%、30%に引き上げる。給付限度額は従来の1万5000元から2万元に引き上げる（表3）。

表3 2008年江西省新型農村合作医療の給付基準

医療機関	給付スタートライン	給付割合 (スタートラインを超えた部分)	給付限度額
郷・鎮指定病院	100元	75%	年間2万元（一部の地域は3万元。中央政府の規定では2009年下半期から住民年収の8倍以上とする。）
県（市、区）指定病院	300元	60%	
県（市、区）外指定病院	600元	40%	
県（市、区）外非指定病院	800元	30%	

出所：2007年11月2日「江西省關於完善新型農村合作医療統籌補償方案的指導意見」、2008年2月21日「江西省新型農村合作医療統籌補償方案補充規定」より作成。

広豊県の場合、県農医局長Wさんへのインタビューによれば、同県では給付スタートラインは徐々に下げられてきた。2006年には郷・鎮の衛生院180元、県の病院380元、県外の病院800元であったが、2007年にはそれぞれ郷・鎮の衛生院100元、県の病院300元、県外の病院600元となった。一方の給付割合は、2006年には郷・鎮の衛生院55%、県の病院45%、県外の指定病院35%、県外の非指定病院25%

であったが、2007年には郷・鎮の衛生院60%、県の病院50%、県外の指定病院35%、県外の非指定病院25%のようにそれぞれ引き上げられた。そして給付限度額も2006年度1万3000元、07年度1万5000元、08年度3万元（江西省の統一規定は2万元）のように増やされてきた。

こうして毎年のように調整を行った背景としては、農村住民の医療費負担を確実に軽減していこうとする政策的意図、給付水準はもともと大変低く抑えられていたこと、保険基金の財政状況はいまのところ余裕があることなどが挙げられる。特に財政状況については、給付水準を引き上げても、保険基金へのプレッシャーはそれほど大きいものではないと判断されたためである。現に、政府の財政補助は毎年のように増やされてきており、加入者の保険料も2倍になった。

江西省の新型農村合作医療基金の使用状況については、全体を見れば今のところ、順調に進んでいる感じがする。2008年12月31日現在、基金収入は27億68万7000元で、そのうち中央財政11億4888万元、省財政10億6136万4600元、市級財政3355万5600元、県級財政8805万8700元、郷級財政60万元、保険料3億6085万4800元、利子収入669万3500元、その他66万9800元である。対して、基金支出は22億4073万元で、そのうち外来家庭口座基金1億2996万6500元、入院補償資金20億5105万2200元、外来プール基金512万3500元、入院正常分娩2873万元、特殊病気高額外来2556万7700元、その他28万9700元となっている。プール基金使用率は86.22%である⁵⁾。

給付のスタートラインと限度額をなるべく合理的に定めるためには、農村住民の経済所得、外来診療の平均費用、入院費用の分布、保険基金の規模など、さまざまな要素を総合的に算定する必要がある。スタートラインが

高ければ高いほど、限度額が低ければ低いほど、患者の自己負担が重くなる。逆の場合は、患者の自己負担が軽くなるが、保険財政の逼迫を招きかねない。ところで、財源の調達は比較的低い水準に設定しているため、給付水準も低く抑えるしかない。これは現在全国のどの地域でも見られる一般的な状況である。

筆者が2008年12月24日に江西省宜春市袁州区の農医局長（衛生局副局长を兼任）Hさんに対して行ったインタビューによれば、現在大きな課題の一つは、医療費の非合理的な増加をどうやって効果的に抑制するかということである。基本薬品使用制度がいまだに整備されていない中、病院の診療行為を規制することがなかなか難しい。したがって、2009年度の重点は、指定医療機関への監督監視を強化して医療費の増加を抑えることであるそうだ。

こうした給付スタートラインと給付限度額および比較的低い給付割合の設定によって、医療費がかなり抑制されているといった見方は成り立つだろう。

医療費の使用状況を示すものとして、プール基金使用率（支出額÷収入額×100%）や入院給付割合（給付額÷入院費用総額×100%）などを挙げるができる。

①プール基金使用率を見ると、2008年12月31日現在、全国平均の85.61%に対して、江西省平均は86.22%である。これはつまり、プール基金の14.39%（全国平均）や13.78%（江西省平均）相当分は余っていて次年度に繰り越されることである。もちろん、使用率には大きい地域格差があることも見逃してはならない。江西省の中で最上位3地域は南昌市青山湖区103.29%、安義県99.81%、吉安市吉州区99.43%であり、最下位3地域は星子県67.69%、尋烏県72.08%、贛州市章貢区73.68%である。安義県と吉安市吉州区はほ

ぼ使い果たしており、100%を超えた南昌市青山湖区は赤字である。赤字となった保険基金に対してはいうまでもなく財政からの追加補助が行われる。国が定めたいわゆる指定プール基金使用率は85%~95%だが、江西省の場合、指定使用率範囲内の地域は49県・県級市・区、95%を超えた地域は8県・県級市・区、85%未満の地域は39県・県級市・区である⁶⁾。特に、星子県、尋烏県、贛州市章貢区といった地域は明らかに給付が必要以上に抑制されており、繰越金は多すぎるといえる。

②入院給付割合において、2008年12月31日現在、江西省平均は41.27%で、全国平均の38.09%と中部平均の40.57%を上回っている。一方、同じ省でも地域格差がかなり大きい。最上位10地域は于都県55.84%、吉安市吉州区54.77%、都昌県53.29%、湖口県52.49%、崇義県51.61%、南昌市青山湖区50.15%、興国県49.84%、遂川県49.09%、永新県49.02%、泰和県47.82%であるのに対して、最下位の10地域は新余市渝水区30.65%、南昌市西湖区32.54%、星子県33.47%、南昌市青雲譜区34.05%、南昌市湾里区34.15%、黎川県34.24%、鄱陽県34.33%、安義県34.52%、余江県34.68%、景德鎮市昌江区35.76%である。また、入院給付割合が35%未満の地域は9県・県級市・区（全体の9.38%）、入院給付割合が45%を超えた地域は19県・県級市・区（全体の19.79%）である⁷⁾。

これらの統計を見ると、新型農村合作医療の給付割合はまだまだ低く、患者の自己負担は依然として重い（約6割）といった状況がよく分かる。

給付スタートラインと給付限度額を特徴とする中国の医療保険は日本のそれと逆になっている。日本では、個人口座を設けず、免責制度がなく少額の医療費も給付対象とし、さらに国民の自己負担を一定の程度まで軽減す

るために高額療養費制度を設けている。しかし、中国では新型農村合作医療を含め、個人口座（または家庭口座）を設けて、外来医療費の自己負担を原則としている。また、入院や大病治療でも、医療費のすべてを給付対象にするのではなく、一定額を自己負担分として差し引いてから給付を行う。さらに給付の限度額を設けて、それを超えた額はすべて自己負担となる。要するに、中国の医療保険はあくまでも大病医療費に対する不完全な給付を柱とする仕組みである。このような仕組みの中で、新型農村合作医療は大きい病気、重い病気の治療に対して給付する。大きい病気や重い病気はだいたい入院する必要がある。しかし、入院給付率は全国平均で6.27%程度にすぎず、絶対多数を占める外来治療は給付を受けられない。その結果、病気または病気治療で貧困に転落したり、貧困に舞い戻ったりすることはなかなか防ぎようがない。

3. 入院治療給付の実態

ここでは、2009年の夏に広豊県農村部で一部の重病患者およびその家族を対象に行った聞き取り調査を紹介し、考察する。

【ケース1】 Xさん、男性、55歳、泉波鎮泉波村在住。2008年には早期の胃癌と診断され、すぐ化学療法で6回の治療を受けた。そのため、浙江省の杭州市までいったことがある。しかし病状はだんだん重くなっていき、担当医師は手術を勧めてくれた。杭州市の病院でも手術はできるが、よその地域の病院は給付額がかなり少ないから、そこでの手術を断念した。結局、上饒市の病院で手術を受けることになった。

2009年2月25日、上饒市の病院で手術を受け、胃袋はすべて切り取られた。

治療費は化学療法から手術まで合計7万元かかったが、新型農村合作医療からの給付は

1万3000元程度であったため、自己負担は5万7000元に及んだ。地元農村住民の1人あたり平均年収は4000元ぐらいで、Xさんのこれまでの治療費自己負担額は14年分の平均収入に相当する。

治療費は貯金を取り崩しても足りない。やむなく親戚や友人から3万元あまりを借りて賄った。

「医療給付があることはいいことだが、給付額はまだまだ少ない。給付がなかったら、癌みたいな病気にかかったら、死を待つしかないだろう。」とXさんは言った。

胃袋はなくなったせいで、普通の食事はできず、毎日柔らかいお粥などを食べている。今、体力は相当衰えており、働くどころか、歩くことでさえまならない。ここ2、3日、風邪も引いていて、体力はより一層衰えている感じがするという。

現在最大の困難は、収入と介護である。働けなくなったから、収入がほとんど途絶えた。1人の息子は上海へ出稼ぎに行っており、少し仕送りをしてもらっている。世話してくれているのが目の不自由な妻である。妻の目は先天性の障害で、いつも開いてはいるもののほとんど見えない。数年前に障害者手帳を申請し交付されたけれど、補助なんかは一度ももらったことがないそうである。

今回のインタビューは9月5日にXさんが点滴を受けている村の診療所で行った。新型農村合作医療制度によれば、診療所での治療は入院治療ではないため、家庭口座に積み立てられている世帯員の保険料から給付を受けられるが、プール基金からの給付は一切受けられない。言い換えれば、診療所の治療費はすべて自己負担になる。

「今後も入院するつもりはない。良くなればよいが、良くならなければおしまいだ。」と、Xさんは自分の境遇になかなか希望が持

てないように強く感じる。

(補足: その日の点滴は全額自己負担だと聞いた筆者は、治療費として100元を渡した。また、案内してくれた村民委員会の関係者は、Xさんの置かれている状況は我々村幹部も大変同情しており、時々自腹を切って数百元程度だが援助したりしていると告げてくれた。)

【ケース2】 Lさん、男性、62歳、泉波鎮吟陽村在住。4年前には、大便に異常があり、1日4、5回以上もする。最初は鎮の衛生院で治療を受けていたが、県病院での検査を勧められた。県病院で浣腸され、検査を受けても、どんな病気なのか分からなかった。検査費は600元もかかったのに。

その後、出稼ぎに行っている息子のお勧めで、上饒市の病院まで行って検査を受けてみたら、大腸に問題があり、大腸癌であることが分かった(本人への告知はさらに数カ月後)。手術が必要だといわれたから、数日後に同じく上饒市の病院で手術を受け、大腸の一部を切り取られた。しかし今でもおなかの具合はすっきりしない。大便は1日に8~10回、夜は3回(就寝前の9時頃1回、12時頃1回、翌朝1回)もする。

手術は2007年7月頃に行われたから、当時新型農村合作医療はすでに試行されていた。手術代およびその後の化学療法の治療費は合わせて約6万元に上った。医療給付7000元を除いて、自己負担は5万3000元となった。少しでも負担を軽減されたく、村に医療扶助を申請した。最終的に泉波鎮から5000元の扶助を受けた。こうして医療給付と医療扶助を差し引いて、自己負担は4万8000円で済んだ。それにしても、1人あたりの平均年収はわずか4000元ぐらいであることを考えると、12年分の収入に相当する治療費はやはり重すぎる負担である。

治療にあたって自己資金は数千円しかなく、

治療費はほとんど借金で賄っていた。化学療法と放射療法を受けていたが、経済的余裕がないため、そういった治療は現在一切止めた。

Lさんは病気になる前にはバリバリで働いていたらしい。なんでも真面目に取り組み、力を惜しまないような性格は周辺一帯で大変いい評判を得ていた。しかし今、肉体を使う重労働はまったくできなくなり、農作業や工事現場の仕事はほとんど来なくなった。その結果、家庭の収入は大幅に減った。

すべてを担わざるをえない妻も近年、婦人病にかかり重労働ができなくなった。現在主な収入源は出稼ぎ労働をしている1人の息子である。息子の嫁は湖南省の人で、孫が生まれるとここに来なくなった。だから、Lさん夫婦は自分の病気と闘う一方、孫の面倒も見なければならない。

(補足: インタビューに同席した村民委員会の関係者はこう話してくれた。Lさんのような家庭はこの村では毎年10世帯ぐらいある。主要労働力が重い病気にかかると、治療費、さらに死後の葬儀代はその家庭を貧困のどん底に突き落としていくに違いない。近年、政府は新型農村合作医療、医療扶助を進めていてよかったと思う。それにしても、農村住民の病気治療問題は抜本的な改善にはなっていない。)

【ケース3】 Zさん、男性、32歳、洋口鎮趙塘村在住。2009年旧正月10日、頭に激しい痙攣が起きた。10日後の20日、県病院でCTスキャンによる検査を受け、脳に腫瘍ができたという結果が出た。激しい痙攣は、大きくなった腫瘍が脳神経を強く圧迫したためだ。その日の午後、すぐさま列車に乗り上海へ赴き、長征病院(新型農村合作医療の非指定病院)で手術を受けた。当病院での入院治療は1カ月にも及び、治療費は合計8万元を超えた。治療費は入院中に数回に分けて支払

わされた。この1回目の治療では新型農村合作医療から1万2700元の給付を受けた。

2回目の治療は半年後、上海第二軍医大学付属病院（通称455病院）で受けた。今回はガンマ線照射のみ。理由は、1回目の手術を受けた際、放射療法も受けた。その結果、頭の皮膚がかなり薄くなっており、もし再度手術を施すなら、感染の危険性が高く、恐らく二度と病院から出られないだろうとさえ言われた。

そして2回目の治療は6万元近くかかった。対して新型農村合作医療からの給付額は1万1000元あまりとなった。

こうしてこれまでの治療では合わせて約2万3000元の給付を受けた。さらに鎮政府から1万元の医療扶助があった。一方の自己負担は、10万6300元に達した。

今後は再検査を受ける必要がある。しかし、必要な化学療法等は江西省の中で上饒市はもちろん省都の南昌市ですらできないため、毎回上海の病院まで行かなければならない。上海は中国随一の大都市だから、治療費や滞在費をはじめ出費は余計かかる。

Zさんは6人兄弟の末子で、ほかの5人はいずれも姉である。今回の治療費は主に姉たちや親戚から借りたお金で賄っている。また、借金を返済するため、金になるような家財道具はすべて売り払ったらしい。

本来家の主要労働力であったZさんは今、仕事を休まざるをえない。完治の見込みがあるかどうか、病院でもはっきり分からないという。

Zさんには妻のほか、5歳の息子がいる。両親はすでに60代後半、息子と家庭の将来を大変心配しているようである。お母さんは涙を流しながら「我が家は どうしてこんなに不幸だろう。政府の助けがなければ、一家は人からものをもらって生き延びるしかない。」

と我々一行に訴えてきた。

【ケース4】 Gさん、女性、65歳、洋口鎮青橋村在住。普段、心臓には痛みが感じていた。4年前のある日、突然激しい痛みに襲われ、呼吸すらできなかった。最初は上饒市の病院で10日間入院し、心臓の超音波検査を受けたが、血圧は正常で、右心室がやや膨れ上がっているといわれた。しかし、病気の正体はいったい何なのだろうか、はっきり分からなかった。

退院後も喉の具合が悪く、咳が止まらなかった。ふたたび鎮の衛生院や県病院に行っても点滴を受けても、効果がなかった。出稼ぎに行っている子どもたちはその様子をとっても心配して、上海での治療を強く勧めた。

上海の病院に行くと、まずは呼吸科、次に心臓内科などでCTスキャンを受けても、病気の正体がつかめなかった。最終的に心臓外科で超音波検査を受けた末、やっと心臓の弁膜が悪くなったという診断結果が出た。そして医師から弁膜交換手術を勧められた。

一方、当の本人が手術は10万元もかかると聞いたなら、びっくりして、「もう60歳だから、死んでも悔いがないよ」と手術を拒み続けた。もちろん、子どもたちはあきらめずに一所懸命治療費を集めた。

手術は1回のみ。咳は手術後半年間も続いていたが、再検査の結果、回復に向かっているという。

Gさんの治療費は全部で7万元あまりかかった。そのうち、新しい弁膜だけでも2万8000元を要した。一方、新型農村合作医療から1万3000元の給付を受けた。最終的には自己負担は5万7000元となった。

Gさんには元気な夫がいるほか、とても親孝行でかつ比較的有能な子どもも4人いる。子どもたちは出稼ぎ労働者で自分も大変だが、母親の病気治療に経済的支援を惜しまなかつ

た。全体的に見て、Gさんの状況は前の3ケースより良く、特にいい家族に恵まれているといえる。

近年、中国の医療費は異常な速さで高騰している。中央省庁の衛生部が発表している「2009年中国衛生統計提要」によれば、総合病院では外来患者の1人あたり医療費は1995年の39.9元から2008年の146.5元へ、入院患者の1人あたり医療費は1995年の1667.8元から2008年の5463.8元へと、それぞれ3.7倍と3.3倍に増えた。一方、国民の所得は都市住民と農村住民に分けて見ると、都市住民の1人あたり可処分所得は1995年の4283元から2008年の1万5781元へ、農村住民の1人あたり純収入は1995年の1577.7元から2008年の4761元へと、それぞれ2.69倍と2.02倍増えたとはいえ、医療費の国民所得に占める割合は極めて高く、国民の医療費負担は重すぎる状況が一向に改善されていない。2008年、総合病院の入院患者の1人あたり医療費は5463.8元で、実に都市住民の1人あたり可処分所得の34.6%、農村住民の1人あたり純収入の114.8%に達した。その中、とりわけ農村住民の医療費負担は極端に重く、単純に言えば、所得の平均的な農村住民にとって、1回入院すれば、1年以上の収入が使われてしまうという異常な状況である。

本研究の調査対象地域である江西省の入院費用については、『江西新型農村合作医療簡報』（2009年4月15日第4期）が2008年12月31日現在の状況を公表している。それによると、1回あたりの入院費用（入院費用総額÷入院回数）は全省平均が2321.41元で全国平均2799.65元および中部平均2624.37元よりやや少ない。しかし、同じ省内でも大きい地域格差が見られる。最上位10地域は、青山湖区7000.79元、西湖区6022.63元、青雲譜区5827.02元（いずれも南昌市）、貴溪市4018.41

元、贛州市章貢区3751.32元、南昌県3465.99元、上饒市信州区3411.70元、景德鎮市昌江区3333.46元、鷹潭市月湖区3258.23元、都昌県3199.36元で、全省平均を大きく上回っており、特に南昌市の3区は際だって高い。一方、最下位3地域は南豊県1312.16元、分宜県1452.81元、井岡山市1474.52元で、その住民の医療費負担はやや軽いいえる。ちなみに、1回あたり入院費用設定参考値はプールブロック前年度農村住民純収入の75%とされているが、これをきちんと守るような義務（拘束力）がないから、ほとんどの地方政府はこれを守ろうとする努力が見当たらない。仮に守れたとしても、75%というのは極めて高い数値であることには変わりがない。

新型農村合作医療制度が掲げている最大の目標は、農村住民の医療費負担の軽減、病気による貧困転落の防止等であるとされる。しかし、多くの試行地域の状況や、筆者が近年江西省で実施している現地調査の結果を見ると、その効果は必ずしも明らかではない。給付割合が異常なほど低く、患者の自己負担は依然として重すぎる。とりわけ重病患者は省の病院または市の病院、ひいては上海など大都会の病院で治療を受けなければならないため、自己負担額は年収の数倍ないし十数倍に達するケースも多々ある。これは決して一部の地域だけのことでなく、むしろ全国の普遍的な現象といえる。

一方、外来診療も新型農村合作医療の給付対象にしてほしいという農村住民の切実な願いを受けて、近年、入院給付を中心とする現行制度に対する見直しの動きも出ている。

江西省は2008年、14の県・市・区で新型農村合作医療の大病プールと外来プールの統合を試行している。新建県はその中の1県であり、2008年6月1日から、19郷・鎮の53万農村住民は入院のほか、村診療所と郷・鎮衛生

院で外来診察を受けても、それぞれ35%と30%の給付を受けられるようになった。

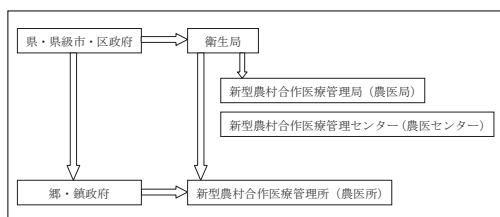
6月初旬、Wさんは村診療所で腰椎骨増殖症などの治療を受けて、治療費と薬代は81.4元かかった。これまではすべて自己負担のはずだったが、今回は52.9元を自己負担し、残りの28.5元は保険給付となった。

県農医局の責任者によれば、こうした外来給付を行うことによって、毎年農村住民の医療費負担は100万元以上も軽減されている⁸⁾。

4. 制度の管理運営システム

新型農村合作医療制度の管理運営組織としては一般に県や市で活動委員会を発足させ、政府のトップが委員会の責任者を兼務する。また、取扱機関として新型農村合作医療管理局（農医局と略称）または新型農村合作医療管理センター（農医センターと略称）を設ける。郷・鎮レベルでも相応の取扱機関として新型農村合作医療管理所（農医所と略称）を設立する（図1）。

図1 新型農村合作医療管理運営組織図



出所:筆者作成。

一方、新型農村合作医療の取扱機関で働くスタッフは基本的に別の部署から異動してきた者で、単独の人事枠を設けないというのが中央政府の統一指令であった。

このようなことは結局、保険業務を直接担当する人員の不足をもたらしている。広豊県農医局は2005年11月末に発足した。当時、農医局発足のため、県衛生局から局長を含め計10名のスタッフを派遣した。この10人（運転

手除く）は県全体約60万人の保険業務の大元締を担っている。人手が不足しているというのは局長Wさんの言いづらい本音であろう。

河南省修武県では、22万人もの加入者に対して、新型農村合作医療管理事務室の職員はわずか14人しかない。人手が不足しているため、残業を増やして対応するしかないという⁹⁾。

もう1つは、事務経費の確保が安定していないということである。新型農村合作医療の資金およびその利子は給付のみに使われる。事務経費は政府の財政支出で賄われており、政府の責任者が重視すればやや多めにくれるが、そうじゃないと、状況は厳しい。広豊県農医局は現在計11名の職員がいるが、局長、副局長、運転手3人の給料は全額財政負担となっている。事務経費は加入者から1人あたり年間0.5元を徴収して充てている。これで年間合計5万元を確保しているが、足りない分は県医療保険局から分けてもらっている。

このようなシステムは長続きできないのではないかと心配されており、事務経費の予算化は避けて通れないことである。

また、現在の管理システムに内在されている非合理的な部分を改善していく必要もある。同制度の管理は衛生行政部門が管轄する。業務取扱機関は一般に郷・鎮衛生院内に設置される。衛生行政部門は管理者であると同時に、業務取扱者でもある。医療サービスの提供側を代表して医療サービスを提供すると同時に、医療サービスの需要側を代表して新型農村合作医療基金を管理する。これではチェック機能が有効に働くことができず、保険基金の安全性は常に脅かされているといっても過言ではない。実際、カルテを偽造して給付金を騙し取ることも発生している。ある衛生院の院長は2008年3月から5月にかけて10のカルテを偽造して合計1万2000元の給付金を騙し取っ

たと、2008年6月24日付の「人民日報」が報じている。

「中国政府は情報公開を怠っている」、これはよく聞こえてくる国際社会の中国に対する批判の声である。この批判は事実を言い当てているかどうか、判断が大変難しい。まず、どのような基準で情報公開の度合いを測定するかということ、次に、誰にとって必要な情報が公開されていないかということ、さらにもどのような分野の情報が公開されていないかということ、そして政府といっても中央政府か地方政府かということなど、実に複雑で一概にいけない。

西側諸国に比べ、中国は情報公開において確かに規制が多すぎる。もちろん、情報公開に対する規制といっても、多様な思惑が働き、それによって様々な種類が生まれてくる。例えば、よくあるのが、政府・共産党・社会主義制度の存続、指導者の威信、国家レベルの大イベントの遂行等々に直接関わる情報はかなり統制され、やたらに公開されない。また、社会の安定を脅かし、国民の混乱を招く恐れがあるような情報も基本的に厳しい統制下に置かれる。これらはいずれも社会主義および共産党一党支配など政治体制の根本的な違いから生じてくることだと理解してよかろう。

しかし、中国には意外と情報公開が進んでいる分野もあり、社会政策はその一つである。社会政策というのは、例えば、家族政策（中国では計画出産または一人っ子政策）、年金保険、失業対策、公衆衛生、医療保障、生活保護（中国では最低生活保障）など非常に幅広いものである。これらの分野では多くの個人情報を取り扱われている。個人情報は関係者のプライバシーに直接関わるものだから、本来ならば、細心の注意を払い保護して、安易に出してはならない。しかし、中国ではこうした社会政策分野の個人情報が想像を絶す

るほど公開されているのである。

新型農村合作医療も例外ではない。その給付状況は取扱機関、医療機関、郷・鎮政府、村民委員会などの掲示板で常に情報公開されている。しかも情報公開の内容は徹底的で、患者の実名、住所（村名）、保険証番号、病名、病院名、入院期間、入院費用総額、給付対象額、実際給付額などに及ぶ。

広豊県大石郷の共産党委員会と政府は情報公開について以下のような取り決めを行った。

①郷の新型農村合作医療管理所は公示の責任者を決めておく。毎月12日前後、前の月に生じた入院治療費の給付状況（郷全体）を掲示板で掲示する。また、各村が毎月15日に公示するように督促する。「経常的な公示、嘘のない公示、全面的な公示」が目指されている。

②受給額5000元以上のケースについて、郷のラジオ局が繰り返し放送し、広く住民の監督を受ける。また、これによって、住民の加入意欲を高める。

断らないといけませんが、社会政策分野におけるこうした個人情報の公開は現在都市部ではだんだん見られなくなった。農村では逆にすべてが公示されている。その違いはどうか、また、どうして農村ではここまで徹底的にやらなければならないのか。以下は筆者の解釈である。

国民の社会政策に対する意識や認識において、都市住民は農村住民より高いという見方は政府関係者や学識経験者の中で一般的なものである。特に近代化が比較的進んでいる都市部の住民は権利意識や、プライバシー保護の認識が相当向上している背景で、制度の設計および運営において実名公示を行わないようになっている。一方農村部では、住民の権利意識やプライバシー保護の認識は依然として目覚めていない状況にあり、制度の設計者

と運営者はそれに逆手をとって個人情報の徹底公開を通して制度運営の透明性を高めようとしている。

実際、ほとんどの農村住民はこれほどの情報公開に違和感を覚えるというより、むしろごくあたり前のこととして受け止めている。このような状況は、新型農村合作医療制度の実施における情報公開にもはっきり見て取れる。

5. 給付手続きの簡素化の課題

日本の健康保険は国民皆保険体制をとっており、その利便さを形容するに、「保険証」一枚で、誰でも、どこでも、いつでも治療を受けられるといった文言はあまりにも有名である。

対して、中国の医療保険は利用しにくい制度で国民の顰蹙を買っている。特に新型農村合作医療の給付手続きは非常に煩雑で、入院治療や地域外病院への転診などには多くの書類提出が求められる。例えば、医療証、身分証明書、戸籍謄本、退院小計、入院領収書原本、入院費用明細書、自費項目署名用レシート、出産認可書（入院分娩の場合）、外傷調査書（外傷治療の場合）、疾病証明書、県級病院以上の医療機関の疾病証明（外来大病や慢性病の場合）などとなる。ここでは、江西省宜春市袁州区が定めている給付手続きを見よう。

①指定医療機関入院で少額医療費なら直接給付、高額医療費なら区の新型農村合作医療管理センターで審査を受けてから郷・鎮の新型農村合作医療管理所で給付を受ける。

②指定医療機関入院からほかの病院への転院（市外公立病院への転院なら新型農村合作医療管理センターの審査と認可を受ける）では、指定医療機関で直接給付を受ける。高額医療費なら新型農村合作医療管理センターの

審査と認可を受けてから新型農村合作医療管理所で給付を受ける。非指定公立医療機関なら、新型農村合作医療管理センターの審査と認可を受けてから新型農村合作医療管理所または転院前の病院で給付を受ける。

③非指定公立医療機関で入院した場合、新型農村合作医療管理センターの審査と認可を受けてから新型農村合作医療管理所で給付を受ける。

④郷・鎮と村の指定医療機関で外来診察を受けた場合、新型農村合作医療管理所で給付を受ける。

⑤区・市級医療機関で外来診察を受けた場合、新型農村合作医療管理センターで給付を受ける。

⑥5種の大病（悪性腫瘍、脳卒中後遺症、尿毒症、精神病、系統性の紅斑性狼瘡）の外来診察を受けた場合、新型農村合作医療管理センターの審査と認可を受けてから年末に給付を受ける。

また、広豊県では2005年の規定によれば、外来診察の場合、県内指定医療機関で直接給付され、受給金額は新型農村合作医療証に記録される。入院治療の場合、地元の郷鎮衛生院や県外病院では3000元未満なら郷・鎮新型農村合作医療管理所が審査し、給付する。3000元以上なら、郷・鎮新型農村合作医療管理所が審査した上、県新型農村合作医療管理局に報告し、7日の勤務日内に患者に給付する。県医療機関での入院治療費は退院時に病院から直接給付される¹⁰⁾。

このような煩雑な手続きは、患者とその家族に多大な迷惑をかけているのはいうまでもない。筆者2009年夏広豊県調査でも明らかになったように、保険給付の手続きが分かっている住民はまだまだ少なく、大半の者はそれについて「少ししか分からない」や「まったく分からない」としている。最大の問題は、

患者とその家族は保険給付を受けるために多大な労力と時間そして交通費をかけなければならないことである。

それを改善するために、近年、いわゆる「直通車」の導入が力強く進められるようになった。「直通車」とは、退院当日に同医療機関で直接給付されるということで、その目指す目標は、「治療を受けた病院で給付を受ける（清算する）」こと、「退院の日に給付を受ける（清算する）」ことである。

2007年、江西省は全国に先駆けて直接給付の全面的普及を始めた。同年10月、省腫瘍病院は全省の省級病院の中で初めてこのサービスをスタートした。「江西日報」2009年2月5日付の記事によれば、あれ以来、以下のような点で改善を見せ、成果を収めている。

①給付手続きが速くなったこと。1月23日、省腫瘍病院、8日間入院していた豊城市湖塘郷嶺下村の住民Cさんが退院する。午後4時25分、Cさんの夫が転院証明書、新型農村合作医療証、戸籍謄本などを持って病院外来1階の新型農村合作医療直接給付事務室まで来た。書類などが揃っているため、担当者はすぐ給付額を算出した。3、4分後、手続きは完了した。続いて約100メートル離れている窓口に行って、書類を提出した。数分後、1292元が渡された。大変満足しているCさんの夫によると、妻は2月前にはかの病院にも2回入院したが、今になっても、医療費給付の手続きが終わっていない。

同病院は直接給付の手続きを速くできるため、専用の窓口を設け、職員4人を配置した。「書類が揃っているなら、1回のみで手続きを完了することの割合は100%に達しており、省衛生庁が求めている90%以上という目標を超えている。」と、同病院新型農村合作医療事務室の責任者が説明した。

②給付額が多くなり、給付割合が高くなっ

たこと。余江県馬荃鎮金莊村の住民Wさんの親戚によれば、今回Wさんの入院は5185元かかったが、1690元の給付となった。永修県雲山郷の住民Lさんの家族によれば、Lさんの入院は6222元かかり、給付は2051元。豊城県石灘鎮の住民Xさんの入院は4万111元かかったが、1万3256元の給付を受けた。患者たちは、給付割合はだいたい33%ぐらいで非常に満足していると言っているらしい。

省腫瘍病院長の説明によれば、現時点まで、同病院で農村住民に直接給付した金額は1000万元を超えており、給付割合は33.8%に達した。給付割合は直接給付が実施される前より10%以上伸びた。

③直接給付の範囲が広がったこと。省腫瘍病院の直接給付範囲は、最初は1市の4県・市・区であったが、現在は10市の73県・市・区に拡大されている。まだ1年あまりしか経っていないが、同病院で直接給付を受けた農村住民は3135人に達したという¹¹⁾。

江西省新余市は2008年6月に江西省内すべての指定病院において直接給付を実現した。これまでに、患者は省病院に入院した場合、その給付手続きは非常に煩雑であった。退院後、まず戸籍所在地の郷・鎮新型農村合作医療管理所で審査を受ける。そのため、数回も行かなければならないケースがある。その次に、県・区新型農村合作医療管理局の再審査を受ける。このように、長い場合は1カ月以上もかかる。しかし、直接給付の実現によって、制度は患者にとって大変便利なものとなった¹²⁾。

2008年9月1日広豊県における現地調査で広豊県人民病院から入手した「2008年新型農村合作医療関連政策及び具体的な業務に対する要求」という資料によれば、広豊県2008年の関連規定では、①加入者が入院治療を受けた場合、まず自分が医療費を全額支払う。退

院後、新型農村合作医療証、身分証明書（16歳未満は除外）、戸籍謄本、転院証明書、有効な入院領収書、医療費明細書、退院小計、自費項目了解同意書といった書類を提出して、医療給付を受ける。そのうち、新型農村合作医療証、身分証明書、戸籍謄本など3つの証明書原本を提出してチェックされる。3つの証明書のコピーは控えとして保存される。指定病院に入院した場合、当該指定病院がその医薬費を審査し、所定の基準で給付すべき金額を立て替える。16歳以上の者は身分証明書がなければ、身分証明書（または臨時身分証明書）を取得してから給付手続きを行う。年間複数回入院した場合、新型農村合作医療証に記載されている受給記録をコピーして書類に添付する必要がある。

②外傷を受けた、または中毒した患者については、指定病院では治療担当医師が患者の罹患過程に関する詳細な状況を記録し、入院記録、退院小計において外傷患者の発生原因、場所、時間、致傷過程を明らかに記述しなければならない。同時に、指定病院は患者入院後の3日以内に県新型農村合作医療管理局に報告しなければならない。もし所定の報告を怠って、患者の医療費給付が出来なくなったなどの結果を生じさせたら、全責任は当該病院が負わなければならない。

③指定病院及びその職員関係者は患者の戸籍謄本、身分証明書（またはその他の証明書）、新型農村合作医療証を厳格にチェックしなければならない。指定病院及びその職員関係者の職務上の過失によって生じた医療費の不正請求は、当該指定病院が全額負担し、さらにその責任は関係部門から追及される。

④病状などにより県外病院へ転院して入院治療を受ける必要のある者、出稼ぎ、親戚・友人訪問中で緊急入院する必要のある者は、7日以内に県新型農村合作医療管理局に報告し

なければならない。また、退院後1カ月内に給付手続きを行う際、登録手続きを済ませなければならない。入院期間の所定期日内に報告せず、または給付手続きを遅延した場合、いずれも医療費給付の申請を放棄したと見なし、医療費の給付手続きを行わない。

これほど煩雑な、かつ厳しいルールを定めていることを見て、おのずと「なぜ」と疑問が湧いてくるだろう。保険基金の安全を守り、不正請求を防ぐことが最優先されるあまり、患者の立場や利便性をおろそかにしてしまうような点はまず指摘できる。もちろん、それだけではない。社会全体のインフラ整備、社会システム間の有機的な連携などにはいまだに大きな欠陥があることも無視できない要因である。

現在地方政府や新型農村合作医療の担当部署などは、いたるところで生じるモラル・ハザードへの対応に追われている感すらある。2007年4月16日から21日にかけて、広豊県財政局、会計審査局、衛生局、農医局などは監督検査グループを結成し、県人民代表大会、県政府の幹部責任者が率いて、県内23の郷・鎮、街道事務所および指定医療機関に対して、新型農村合作医療資金の使用状況を検査した。その結果、以下のように医療機関のルール違反などの問題点が存在していることが分かった。

①一部の郷・鎮衛生院は患者の医療給付に便宜を図るため、外来診察でも十分な患者を入院治療にしてその医療費を給付させている。

②一部の指定医療機関の医師は患者の身分証明書、戸籍謄本、新型農村合作医療証を厳格にチェックしていなかった。

③一部の指定医療機関は不合理な薬を投与し、不合理な検査を行い、過剰なサービスを提供している¹³⁾。

一方、こうした状況の改善を図り導入され

た清算手続きの「直通車」は、新型農村合作医療制度の持続可能を保障し、農村住民の信頼と加入意欲を高めるためのカギを握っており、ひいては制度の成敗を決める重要な取り組みになるといっても過言ではないと、関係者が高く評価している。

しかしいうまでもなく、これで問題がすべて解決されているわけではない。「直通車」の導入は給付の効率化をかなり前進させているとはいえ、医療費をいったん立て替えなければならないというもう一つ大きな問題はいまだに解消される気配がない。

償還払い方式をとっているため、患者はまず医療費を全額支払い、後で清算する。数千円ないし数万元という高額の入院治療費となると、所得が一般水準にある住民は支払いがかなり難しくなる。結果として入院治療を控えがちである。しかし、豊かな住民は支払い能力があるため、より多くの給付を受けることになる。このような逆進制の強い制度設計の中で、当然新たな不平等が生まれ、その結果は、医療保険制度の整備によって防貧の機能を果たすという新型農村合作医療制度の当初の方針に反することは明白である。

結びに代えて—農村医療サービスを担う医療機関の課題

医療保険制度は、保険者、被保険者、保険の財源、保険の給付などからなるのみならず、医療サービスの需要側と供給側を結びつけ、その橋渡しの役割を果たす医療機関をも欠かせない部分とする。新型農村合作医療は文字通り農村住民の病気治療を直接担う社会保険制度の一つで、そのサービスの提供側として村診療所・衛生室および郷・鎮衛生院が最前線を行くものである。というのは、農村住民の医療サービスネットワークは3層に別れており、県病院は広域医療、郷・鎮の衛生院は

農村医療の中核、村診療所・衛生室は農村医療の末端をそれぞれ担っているとされる。診療所は衛生院と同様、住民のもっとも身近な医療機関として、地域住民の医療、保健、防疫、障害者のリハビリテーションなどを担当している。

診療所・衛生室は経営主体から見れば、村が経営している場合もあれば、個人経営のものもかなり多い。近年、全国各地で農村医療への財政支援が拡大している中で、診療所（または衛生室）も大きな変貌を遂げてはいるものの、依然として多くの課題を抱えている。

農村部の診療所・衛生室で働く医療スタッフは看護師を除いて、国家資格を取得した「医師」と国家資格を取得していない「郷村医師」とに分かれる。数では後者が圧倒的に多い。2008年、全国で「医師」が11万9646人であるのに対して、「郷村医師」は89万3535人に上った¹⁴⁾。

「郷村医師」はもともと学歴が低いため、医師国家試験を受験してもなかなか合格できない。ある研究調査によれば、村診療所・衛生室の「郷村医師」の学歴分布は、4年制大学以上の卒業生0%、3年制大学卒業生36.2%、中等専門学校卒業生56.5%、高等学校以下卒業生7.3%となっている¹⁵⁾。また、筆者2009年夏広豊県調査で村診療所・衛生室に対する聞き取り調査の結果が示すように、約7割は中等専門学校卒業の者である（表4）。

表4 広豊県村診療所・衛生室「医師」「郷村医師」の学歴

学 歴	人数(人)	割合(%)
大学卒	3	12.0
3年制大学卒	4	16.0
中等専門学校卒	17	68.0
高等学校卒	1	4.0
合 計	25	100.0

出所:筆者作成。

さらに現在ほとんどの村診療所・衛生室は政府と集団組織からの財政補助と資金投入がなく、建物、薬品、設備などはほとんどすべて「郷村医生」自身が投資して購入または賃貸している。一部の地域では、政府が月額100元程度の手当を出しているのみで、事務経費への補助は一切なく、伝染病や突発の事件を郷・鎮の政府に報告するも、電話代は村診療所・衛生室が負担しなければならない。筆者2009年夏広豊県調査も明らかにしたように、広豊県の村診療所・衛生室は政府および集団組織から一切補助を受けていない。

続いて郷・鎮衛生院（または病院）の状況を見てみよう。

衛生院は政府の末端機関（都市の街道事務所、農村の郷・鎮）が設立、経営している医療機関である。都市の街道衛生院と農村の郷・鎮衛生院はいずれも住民のもっとも身近な医療機関として、地域住民の医療、保健、防疫、障害者のリハビリテーションなどを担っている。外来、往診、家庭病床といった形で地域住民に医療サービスを提供するが、同時に地域住民の予防接種、健康教育、計画出産の技術指導、健康診断、特殊疾病の調査なども担当している。

衛生院は政府や集団が投資して経営してもよいが、共同経営も許されている。ただし、企業や個人が設立経営している医療機関は衛生院ではなく、病院や診療所と呼ばれる。

衛生院で働く医療スタッフの学歴は村診療所・衛生室の「郷村医生」より高いが、都市部の医療スタッフと較べると雲泥の差がある。「2008中国衛生統計提要」によれば、都市病院では博士卒1.3%、修士卒4.4%、大学卒42.1%、3年制大学卒32.0%、中等専門学校卒17.6%、高等学校以下卒2.7%であるのに対して、郷・鎮衛生院では博士卒0%、修士卒0%、大学卒3.9%、3年制大学卒29.0%、

中等専門学校卒54.4%、高等学校以下卒12.7%となっている。

一方、筆者2009年夏広豊県調査によれば、広豊県郷・鎮衛生院で勤務する医師の学歴において半数以上を占めるのが中等専門学校卒業の者であり、大学卒業者の割合はまだ30%台前半に止まっている（表5）。

表5 広豊県郷・鎮衛生院医師の学歴

学歴	人数(人)	割合(%)
大学卒	8	6.0
3年制大学卒	36	26.9
中等専門学校卒	84	62.7
高等学校卒	5	3.7
中学校以下卒	1	0.7
合計	134	100.0

出所:筆者作成。

中国でも近年、医療分野の専門人材の養成に力を入れており、2008年、医科大学や大学の医学部の卒業生は40万4893人、医学関係中等職業学校の卒業生は40万9167人に達した¹⁶⁾。ところで、医科大学や大学の医学部を卒業した者はなぜ都市部に留まり、農村部の医療機関で働きたくないか。農村の劣悪な生活環境と仕事環境に加えて、給料などの収入、福利厚生はすべて都市病院より劣っている。これは最大の要因といえる。

最近、中国では農村医療サービスの向上を図るような政策的動きも活発化し始めた。2009年3月17日に共産党中央と国務院が連名で通達した「医薬衛生体制改革の深化に関する意見」は、農村医療サービスの改善策を言及した。それを受けて、地方政府は相応の政策を策定し、具体的な取り組みを始めた。例えば、湖北省はいち早く「郷鎮衛生院機構定員の管理を強化する意見」を打ち出した。同「意見」のもっとも注目されているのが、農村の医療機関で就職する医科大学や大学の医

学部の卒業生に対する特別な優遇策である。それはほかならぬ大学卒業生の給料を財政で賄うということである。

中国では、給料の財源はどこから出るかというのが極めて重要なことである。それがもし財政で賄われるのであれば、身分の保障がちゃんとされている政府の職員または事業体の職員となる。逆にもしそうでなければ、民間部門の従業員であり、身分の保障もない者である。かりに政府機関や事業体で働いている場合であっても、その給料は財政から出ないければ、せいぜい臨時職員にすぎず、いつ辞めさせられるか分からないような不安定な身分である。したがって、農村の医療機関で働く大学卒業生に対して給料の支給を財政予算から保障するという事は、公立施設の職員という身分保障に等しい。

この新しい施策は、農村医療機関の人材充足にとって一定の意味があり、今後ほかの地域にも波及していくことを期待したい。

〔付記〕本稿は、平成20～24年度文部科学省科学研究費補助金「中国の農村地域公的医療保険制度に関する基礎的研究」（基盤研究（B）、課題番号20402050）による研究成果の一部である。

注

- 1) 筆者も『21世紀に向けた中国の社会保障』（日本僑報社、2001年）、『中国の高齢者社会保障』（白帝社、2001年）、『九億農民の福祉—現代中国の差別と貧困』（中国書店、2004年）、『格差で読み解く現代中国』（ミネルヴァ書房、2006年）、『社会政策で読み解く現代中国』（ミネルヴァ書房、2009年）などいくつかの研究成果を上げてきた。
- 2) 中国は全土を経済区域として東部、中部、西部、東北に分けている。東部は東南沿海地域ともいい、北京市、天津市、河北省、山東省、江蘇省、上海市、浙江省、福建省、広東省、海南省など10の省・直轄市を含む。中部は山西省、河南省、安徽省、湖北省、湖南省、江西省など6の省を含む。西部は重慶市、四川省、雲南省、貴州省、陝西省、

青海省、甘肅省、寧夏回族自治区、新疆ウイグル自治区、チベット自治区、広西チワン族自治区、内モンゴル自治区など12の省・自治区・直轄市からなる。東北は黒竜江省、吉林省、遼寧省を含む。

- 3), 5) 『江西新型農村合作医療簡報』2009年第2期（2月15日）
- 4), 6), 7) 『江西新型農村合作医療簡報』2009年第4期（4月15日）
- 8), 12) 『江西新型農村合作医療簡報』2008年第14期（7月15日）
- 9) 「人民日報」2008年6月24日付
- 10) 『広豊県新型農村合作医療工作簡報』2005年第2期（12月22日）
- 11) 「江西日報」2009年2月5日付
- 13) 広豊県人民政府弁公室「関於郷（鎮）、街道新農合資金管理使用情況督查通報（摘要）」
- 14), 16) 「2009中国衛生統計提要」
- 15) 林万龍「政策干予与農村村級医療服務機構的發展」『中国農村經濟』2008年第8期、34～43頁

参考文献

- 王文亮著『九億農民の福祉—現代中国の差別と貧困』中国書店、2004年
- 王文亮著『格差で読み解く現代中国』ミネルヴァ書房、2006年
- 王文亮著『社会政策で読み解く現代中国』ミネルヴァ書房、2009年
- 王文亮『『全民医療保障』への険しい道—中国版国民皆保険体制の構築について（上）』『週刊社会保障』（法研）No.2465、2008年1月21日、52～57頁
- 王文亮『『全民医療保障』への険しい道—中国版国民皆保険体制の構築について（中）』『週刊社会保障』No.2466、2008年1月28日、76～79頁
- 王文亮『『全民医療保障』への険しい道—中国版国民皆保険体制の構築について（下）』『週刊社会保障』No.2467、2008年2月4日、52～57頁
- 王文亮「中国の農村部における社会保障制度の新展開」『東亜』（霞山会）No.501、2009年3月、28～37頁
- 羅小娟「中国における農村合作医療制度の変遷と今後のあり方」『大学院研究年報』第9号 総合政策研究科編（中央大学）、2006年2月20日、189～204頁
- 楊開宇、坂口正之「都市部と農村部の二重構造の下

- における中国農村部の医療保障制度の変容』『生活経済学研究』（生活経済学会）第22・23巻合併号，2006年3月，211～224頁
- 衛生部農村衛生管理司「中国の新型農村協同医療制度」『日中医学』（日中医学協会）第21巻第1号，2006年5月，3～6頁
- 徐傑「中国における農村医療機関の設立と人材の育成」『日中医学』第21巻第1号，2006年5月，7～10頁
- 池田裕「中国における農村医療一人材養成の歴史」『日中医学』第21巻第1号，2006年5月，11～14頁
- 徐林卉「中国医療救助制度の創設とその問題点」『立命館国際研究』（立命館大学国際関係学会）第19巻第1号，2006年6月，181～195頁
- 東曉，石田和之「中国農村における基礎医療保障制度について」『社会科学研究』（徳島大学総合科学部）第20巻，2007年2月，37～56頁
- 王崢「中国農村医療保障制度の新しい展開—新型農村合作医療制度を中心に」『大阪経大論集』（大阪経科大学）第60巻第1号，2009年5月，151～178頁
- 王越著『中国農村社会保障制度建設研究』，中国農業出版社，2005年
- 陳佳貴・王延中主編『社会保障緑皮書・中国社会保障発展報告（2007）』，社会科学文献出版社，2007年
- 左菁著『中国農村社会保障法律制度創新研究』，厦門大学出版社，2007年
- 江渝「農村新型合作医療模式發展問題的探析」『中共四川省委党校学報』2004年第2期，46～50頁
- 董忠波「我国新型農村合作医療的籌資問題」『雲南社会科学』2004年第3期，64～67頁
- 周浩傑「新型農村合作医療制度：經驗，挑戰和對策」『中国衛生經濟』2005年第1期，7～10頁
- 陳健生「新型農村合作医療籌資制度的設計与改進」『財經科学』2005年第1期，124～131頁
- 周海沙，李衛平「新型農村合作医療實際運行中的問題探討」『中国衛生經濟』2005年第5期，5～8頁
- 張兵，王翌秋「新型農村合作医療制度的政策選取」『中国農村經濟』2005年第11期，26～32頁
- 高利平「山東省新型農村合作医療調查研究」『人口学刊』2006年第1期，46～51頁
- 楊立雄，劉湘玲「農村新型合作医療試点中需要解決的幾個問題—对湖南省的調查」『經濟学動態』2006年第2期，110～113頁
- 胡務「農民工城鎮醫療保險与新型農村合作医療銜接」『財經科学』2006年第5期，93～99頁
- 王紅漫，顧大男，杜遠挙，鄧喜先，王宏艷「新型農村合作医療参与，滿意度及持續性的影響因素分析」『中国人口科学』2006年第5期，42～49頁
- 王俊華「中国新型農村合作医療制度供給与实践需求研究」『中国軟科学』2007年第1期，10～14頁，22頁
- 顧昕，方黎明「費用控制与新型農村合作医療的可持續性發展」『學習与探索』2007年第1期，137～141頁
- 趙慧珠「新型農村合作医療制度的難題及其破解」『中共中央党校学報』2007年第4期，93～98頁
- 孟宏斌「新型農村合作医療籌資困境及機制創新研究」『武漢理工大学学報』社会科学版2007年第4期，485～489頁
- 魏来，張星伍「新型農村合作医療的運行效率，籌資与基層政府行為」『改革』2008年第3期，86～92頁
- 申曙光，周堅「新型農村合作医療的制度性缺陷与改進」『山中大学学報』社会科学版2008年第3期，198～203頁
- 劉祚祥「農戶的健康風險分担与新型農村合作医療研究述評」『經濟評論』2008年第4期，142～148頁，158頁
- 趙曉強，宗穎生「新型農村合作医療補償資金的分布特点研究—貴州省H県実証研究」『農業經濟問題』2008年第7期，76～81頁
- 林万龍「政策干与与農村村級醫療服務機構的發展」『中国農村經濟』2008年第8期，34～43頁
- 朱信凱，彭廷軍「新型農村合作医療中的“逆向選取”問題：理論研究与实践分析」『社会保障制度』2009年第5期，24～34頁