

中国における従来型医療保障制度は、1951年からの企業労働者を対象とする労働保健医療制度、1952年からの公務員を対象とする公費医療制度、1956年からの農村部における農村合作医療制度を中心として構成されてきた。しかし、1970年代後半、改革開放政策により人民公社が解体されると、農村における請負制度が実施されるとともに、集団での農作業に終止符が打たれ、農地の経営は農民個人に任せられることになった。そのため、中国の農村合作医療制度(旧制度)はほぼ解体し、農村住民は国の医療保険制度から除外され、深刻な社会問題となった(沙, 2005)。現在、中国では「看病難、看病貴」(診療を受けるのが難しく、受診のための医療費が高い)が社会問題化している(三浦, 2009)。とりわけ、都市と農村における所得や医療保障の格差が、医療需要における不公平や不平等の拡大を一層悪化させる(羅, 2011)のみならず、医療費が高騰する一方で自己負担が増加すれば、貧困層の医療サービスへのアクセスは制限され、医療格差、ひいては、健康格差はさらに拡大するであろう(三浦, 2009)。

2003年に重症急性呼吸器症候群(Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS)が世界的に流行すると、公的医療制度から除外された全人口の8割を占めている農村部住民は、非常に深刻な公衆衛生上のリスクに晒された。2003年におけるSARSの世界的流行を契機に、中国政府は、農村住民の新型農村医療合作制度への加入促進を積極的に図ることとなった。新型農村合作医療制度の導入は、2003年に開始、2004年からさまざまな地域で社会実験が行われ、2006年から2009年にかけて、全国ほとんどの農村地域に普及・導入された。中国の都市部における医療制度については、数多くのインパクト評価が実施されてきたが、農村部に着目した先行研究のほとんどは、定性的な分析にとどまっている。そのうち、新型農村合作医療制度について、王崢(2009)は、その主たる成果を、

- (1) 農民にとって医療費の負担が軽減され、
- (2) 医療資源が農村部に誘導されたという、2点にまとめている。

他方、王文亮(2008)は、給付額が少ないため、患者の自己負担は依然として重く、とりわけ重病患者は、省病院または市病院で治療を受けなければならないため、自己負担は年収の数倍に達するケースも多くあると指摘している。また、こうした現象は、決してある特定の地域だけではなく、全国的に一般的な現象であると述べている。さらに、王文亮(2010)では、農民にとって医療費の負担が軽減されたという王崢(2009)が得た結論に対し、農民は、高い給付スタートライン、低い給付割合、少ない限度額などさまざまな制約を受けているため、新型医療制度は、病気またはその治療が原因となって貧困に転落したり、再び貧困状態に陥ったりすることはなかなか防ぎようがない、と主張する。また、医療資源が農村部に誘導されたという結論に対しても、新型農村合作医療制度の給付状況を見ると、小額給付が村診療所・衛生室と郷鎮衛生院に集中しているのに対し、高額給付は県以上の病院に集中しており、村診療所・郷鎮衛生院の立ち遅れは、重篤な患者や精密検査や手術を必要とする患者が、身近な医療機関ではなく、県以上の病院で治療を受けざるをえない現状があると指摘している。以上のような背景と問題意識の基づき、本研究では、河南省(18市)・安徽省(17市)における市ごとの集計データを、1997年-2010年までの14年間にわたりパネル化することで(都市 versus 農村: 観察数=70/year)、2006年における特定財源助成政策による新型農村医療制度の両省における浸透を「自然実験(natural experiment)」とみなし、同制度が農村部の医療資源や1人当たりの医療費負担に与えた効果について、「差分の差分」推計(difference-in-difference)の手法を応用して、定量的な評価を試みる。本研究における「差分の差分」による分析結果から、2006年における特定財源助成政策の導入効果は、10万人当たり病院数、医師数、1人当たり医療保健支出、消費支出・収入における医療保健支出の割合に対し、統計的に有意にマイナスであるという結果が得られた。すなわち、2006年における特定財源助成政策の導入以降、河南省・安徽省における人口10万人当たり病院数、医師数はむしろ減少傾向にあり、医療資源は農村へ誘導されたという王崢(2009)との結論とは相反する結果となった。その一方で、1人当たり医療費、消費支出・収入における医療支出の割合が減少していることから、農村部における個人の経済的負担が都市部と比較して相対的に軽減されたこと(王崢, 2009)が、定量的に示された。さらに、河南省と比較すると、安徽省における10万人当たり病床数や医師数の政策効果の方が、2006年の政策導入以降の減少幅が小さいという結果であった。農村住民の医療費負担が軽減されたという本研究が得た結論は、河南省と安徽省における新型農村合作医療制度の導入、及び、2006年の特定財政補助政策を正当化する実証的な根拠を示している。しかし、医療資源は農村部への誘導については、政府の政策がいまだ不十分であることが示唆される。今後、政府は、農村部における医療機関の設備への投入、医療スタッフの福祉などの面に対する政策に一層取り組む必要があるだろう。