



写真: マナナ・ミカベリツェ (Manana Mikaberidze) 医師 (52) グルジア、ゴリ地方出身。マナナは公的医療保険制度への加入資格がなく、民間の保険制度に加入する経済的余裕もない。今年初めに子宮頸ガンが見つかり、多額の治療費を親族から借りた。彼女自身、治療費の支払いができない自分の患者の薬代を肩代わりすることも多い。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成を目指すグルジア政府の改革により、マナナのような一般人が必要な医療を受けられるようになることが望まれる。

# ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

## 健康保険制度から貧困層が排除される構造的理由

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)は、最も必要とする人々に対し、彼らの命に直結する医療を提供することで数百万人の暮らしを変える可能性を秘めている。UHCとは、全ての人々が貧困に陥る不安を抱えることなく必要な治療を受けられる状態を指す。しかし残念なことに、援助機関や開発途上国がUHCの名の下で推進する制度の中には、大多数の国民を排除し、貧困層を取り残すものがある。そのような制度はフォーマルセクターで働く比較的恵まれた層を優先し、格差を拡大させる。他方、UHCで成果を上げている国々は、支払いが困難な貧困層から保険料を徴収するのではなく、一般税を単独で、またはフォーマルセクターに課す所得税や国際援助と共にプールした形で医療予算に充てている。援助機関および各国政府は機能しない保険制度への固執を排し、全ての人に普遍的で衡平な保健医療を実現する制度に資金を提供すべきである。

「オックスファムによる時機を得た、明快、そして重要な意味を持つ刊行物である。UHCは医療の不平等に対する万能薬として多くの国々で推進されているが、その解釈と実行には、特に資金調達面において根本的な違いが存在する。本文書では、世界銀行やその他の援助団体が進める健康保険制度は、最貧困層や最も健康を害している人々にとっては不利でしかないことを明らかにしている。より平等な税金ベースのアプローチなくして医療における平等が実現されることはなく、医療の不平等は我々を脅かし続けるだろう。」

デービッド・サンダース(David Sanders)教授  
ウエスタン・ケープ大学公衆衛生学部名誉教授

「政府が国内の前払い金を平等に、効率よく、そして持続可能な方法で集め、利用するような改革を行わない限り、UHCの実現に向けた進展は望めないだろう。本文書はUHCのための資金調達におけるいくつかの重要な問題を明らかにし、現在巻き起こっている論争にプラスの貢献をしてくれるものである。」

ダイ・マッキンタイア(Di McIntyre)教授  
ケープタウン大学保健経済学部

「世界で見られたエビデンスから、任意加入あるいは拠出金に依存する保険では、低中所得国においてUHCを達成することができないことは明確である。この文書では各国の状況に沿った保健システムを導入することで、富裕層だけでなく、貧困層のニーズにも対応することの重要性を分かりやすく示している。政府、政策立案者、資金提供者、国際社会は、本書に示されている提案事項を推進し、富裕層も貧困層も、全ての人々が、必要な良質の医療にアクセスできるように保証する改革を実施する国々を支援すべきだ。」

ジェーン・チュマ(Jane Chuma)博士  
ナイロビ KEMRI-Wellcome Trust Research Programme主任研究員

# 概要

世界保健機関(WHO)の事務局長マーガレット・チャンが「公衆衛生が提供すべき最強の概念」と言及する<sup>1</sup>ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(Universal Health Coverage: 以下、UHC)は、国際保健の最重要課題となっている。UHCの核となるのは、健康への権利である。裕福な人も貧困にある人も、誰もが経済的困難に直面することなく必要な医療を受けられるべきである。オックスファムが理解するUHCとは、雇用形態や経済力に関係なく、誰もが同じ経済的保護を保障され、同じ質の高い医療サービスを選択できることである。

UHCの実現に万能な方策は存在せず、各国政府が自国の社会、経済、政治状況に適した制度を創設する必要がある。しかし、「共通のUHCモデル」が存在しないからと言って、「どのような内容でも構わない」ことを意味するのではない<sup>2</sup>。WHOは、UHCを運用するために、4つの重要な原則を優先すべきと明言している。すなわち、利用者による医療費の直接負担を減らすこと、義務的前払いを最大化すること、リスクに備え大きな資金プールを設けること、資金拠出が困難な人々の負担を補うために国家財源を使用することである。

しかし、あまりに多くの事例において上記の原則が守られていない。開発途上国の多くでは今も利用者の医療費自己負担が常態化している。全世界で毎年1億5千万人が過度の医療費を自己負担する事態に直面し、1億人が貧困に陥っている。これは毎秒3人のペースである<sup>3</sup>。政府や援助機関の多くがUHCと称して推進・実施しているのは、任意加入の民間もしくはコミュニティベースの医療保険であり、これらはおしなべて普及率が低く、運用コストが高く、貧困にある人々を排除するものである。貧困層を対象とするインドのRSBYと呼ばれる健康保険制度は成功例として広く賞賛されるが、援助される医療費の額が限られる上、汚職や濫用、コスト増に悩まされ、さらには公的資金の用途を予防医療よりも過度に治療に偏らせる事態を招いている<sup>4 5 6 7</sup>。任意加入の保険でUHCと呼べる状態を達成した国は一つも存在しない。

**医療費を自費で負担しなければならぬため、世界では毎秒3人が貧困に脱落する。**

任意加入保険の問題点を認識する人々の間では、代替として社会健康保険(SHI=Social Health Insurance)が評判を呼んでいる。しかし、所得水準の高い国々では社会健康保険がUHCをもたらしたものの、低・中所得国に同様の雇用ベースの制度を導入する試みは成功していない。社会健康保険制度の特徴は大規模な排除だと言える。制度導入から10年を経たタンザニアでは普及率はわずか17%である<sup>8</sup>。裕福な国でさえ社会健康保険を迅速に普及させることは容易でなく、ドイツではUHCを達成するまでに127年かかった。貧困国の人々はそれだけの期間を待つことはできないし、待たせてはならない。

また、たとえ加入が義務付けられていたとしても強制的に社会健康保険に加入させることは、まず不可能である。したがって社会健康保険は事実上の任意加入となり、同様の低普及率、逆選択、リスク・プールの分散という問題を抱える。成功例として広く知られるガーナの義務加入保険は、今日、人口の36%にしか普及していない<sup>9</sup>。

「まずはフォーマルセクターから取り組む」という手法は社会格差を拡大させ、固定化させるため、避けるべきである。たとえ趣旨はすばらしくとも、出資ベースの社会健康保険をフォーマルセクターから運用を開始した低・中所得国の保険のほぼすべてが普及率を上げられずにいる。その結果、多くの場合にお

いて、フォーマルセクター従事者向け制度と、それ以外の人々のための「保健省」主導の(大抵の場合、給付体系も質も劣る)制度から成る二層構造となってしまう。

なお、フォーマルセクター以外の人々が納める保険料が収益を増やしてくれるという期待が実現したことはない。ガーナの国家健康保険制度(NHIS)にインフォーマルセクターから入る保険料は総額の5%に過ぎない<sup>10</sup>。各国政府はまた、社会健康保険に加入する公務員のために多額の分担金を負担しなければならない。タンザニア政府は2009/10年度、公務員のために3300万ドルを負担した。これは公務員一人当たり83ドルに相当し、同国政府が国民のために負担した年間一人当たり保健医療支出の6倍である<sup>11 12</sup>。社会健康保険のために一国の保健医療向け資金が減少する可能性もある。同制度を導入したカザフスタンでは、徴収した保険料を上回る額の保健予算削減が財務省によって行われた<sup>13</sup>。

## 効果的な2つの方法

幸いにも、UHCの実現に向け、独自の資金運用制度を構築する開発途上国が増えている。その歩みは各々異なるが、いずれの国も医療サービスの対象者を本人の雇用形態や経済力によってではなく、市民権の有無や在住者であるかどうかで決めるべきだとしている。低・中所得国は、高所得国から不適切な医療保険モデルを導入するのではなく、タイやメキシコ、スリランカ、キルギスタン等、条件が比較的近い国々の成功例に倣うべきである。

現在、最も成功を収めている国々は衡平性と普遍性(全員加入)の原則を守り、支払いが困難な人々に保険料を課すやり方は採っていない。その方法は大きく2通りに分けられる。

一つめは、スリランカやマレーシア、ブラジルのように加入者の所得水準に関係なくUHCの全費用を税収で賄う方法である。スリランカやマレーシアの国民は税金で運用される保健制度によって、アジアの中で経済的に困窮する危険から最も保護されていると言える<sup>14</sup>。ブラジルでは1980年代後半、人口の半数が保健サービスにカバーされていなかった。しかし、税金による統一保健制度の導入から20年を経た今、2億に上る人口の約70%が同制度を利用する<sup>15</sup>。普遍的で衡平なUHC制度を実現できた低所得国のいずれもが税収を利用している点は重要である<sup>16</sup>。

二つめは、タイやメキシコ、キルギスタンといったUHCに成功している国々で多く導入されている方法で、フォーマルセクター従事者からのみ保険料を徴収し、可能であればこれを税収とともにプールして、国民全員の負担額を捻出する。

国際的に評価が高いタイのユニバーサル・カバレッジ・スキームは、人口のわずか12%が収める保険料と国の財源を頼るものである<sup>17</sup>。タイではわずか10年間でヘルスケアを受けられない人が30%から4%未満にまで減少した<sup>18</sup>。この制度の恩恵を最も受けているのは貧困層である<sup>19</sup>。なおも残る、フォーマルセクター従事者が優遇される非衡平な状況は、タイ政府が進めている複数のスキームの統合改革で今後の是正が期待される。

徴収した保険料、税収、そして開発援助を一箇所にプールするという望ましい傾向は他の国々でも見られる。そのような改革を実施したキルギスタンでは財源の分散と非衡平性が大幅に解消され、人々の健康状態に改善が見られた<sup>20</sup>。

南アフリカが導入を予定している国家健康保険では、ヘルスケアを受ける資格は利用者の資金拠出ではなく市民権や在留資格に基づくものとなっている。

全てのUHC成功事例において、税収の活用が重要な役割を果たしている。しかし残念なことに、社会健康保険(SHI)を「標準的」UHCモデルとみなす傾向が強いので、低・中所得国において保健医療に充てる税収を生み出すための方法が殆ど検討されていない。この盲点に早急に取り組むべきである。保健医療のための国家歳入の増大は、税収増や税率適正化、累進課税制度の導入、革新的資金メカニズムの導入によって、最貧国でも可能だ。オックスファムは、税行政を強化するだけで開発途上国52カ国における税収が31%、金額にして2690億ドル増えるの見積もっている<sup>21</sup>。

## 国際連帯の必要性

国際的な脱税や租税回避の動きに迅速に対処することも、各国の保健財源確保に重要である。多国籍企業による租税回避行為は開発途上国に年間1600億ドルの損失をもたらしていると算出される。これは2011年、サハラ以南のアフリカ諸国全てが医療に費やした額の4倍である<sup>22 23</sup>。

UHCの実施には、少なくとも短中期的に多額の開発援助が必要である。WHOによると2015年、自国財源のみでUHCを運用できる低所得国は8カ国に過ぎない<sup>24</sup>。効果的な公的保健制度を創設するためだけでなく、将来の経済的自立に向けて公共財政管理制度や税制を改革するためにも、より長期的で予測可能な援助が不可欠である。UHCを目指す国への最善の支援方法は、セクター財政支援もしくは一般財政支援である。

しかしながら、低・中所得国の歳入を増やすだけではUHCへの取り組みは前進しない。各国政府は保健医療部門への支出を確保・増額し、不効率な慣行の改善や質の向上に取り組む、効果的で責任ある安全な患者ケアを提供することで、政治的意志を具現化しなければならない。各国の保健省は、コスト削減効果のある予防医療を含む包括的なプライマリーヘルスケアに重点を置き、サービス実施能力とアカウンタビリティの向上に向けて積極的に取り組むべきである。UHCのあらゆる成功例の基礎にあるのは、このような変革を成し遂げるといふ政治決意である。

## 提言

### 開発途上国政府に向けて

- WHOが示した4つの「重要な原則」に基づく保健財政制度を開発する。高所得国に見られる雇用ベースの社会健康保険制度を手本にするのではなく、UHCの実現に向け前進する低・中所得国を例に構築する。
- 衡平性と普遍性を優先事項として最初から明示し、加入が最も容易であるフォーマルセクター従事者から先に制度に加入させるやり方は避ける。UHC達成に至る全ての段階において、貧困層と富裕層が同様の恩恵を受けられるようにする。
- インフォーマルセクター従事者からの保険料徴収に力を注ぐのではなく、税制改革によって保健医療のための財源をより効率的かつ衡平に確保する方法を探る。

- 再分配を最大化するため、保健医療に関するあらゆる歳入を(フォーマルセクター従事者の給与税がある場合はそれも一緒に)一箇所にプールする。
- 国家予算の15%を保健医療に充てると宣言したアブジャ目標を念頭に、適正な額を予算に組み込む。
- 政策決定、制度の実施、モニタリングの全段階において、市民社会を積極的に参画させる。

### 高所得国政府および多国間機関に向けて

- UHCと称し、特に民間やコミュニティ・ベースの任意加入型健康保険のような不適切な制度の推進を止める。
- 脱税および租税回避行為に対処する。これらは貧困国がUHCを実施するにあたり必要とする資金の調達を阻む。貧困国における税行政能力向上のための技術協力を含む累進課税制度改革を支援する。
- 国民総所得(GNI)の少なくとも0.7%を政府開発援助(ODA)として拠出するとした公約を守り、保健向け援助の効果向上を図る。援助の多くを長期的なセクターもしくは一般財政支援として供与する。
- UHCの進展と成果、とりわけ衡平性を適正に計測・評価できるように、開発途上国政府を支援する。

### 市民社会に向けて

- 普遍性、衡平性、連帯を尊ぶUHCの実現に向け、政府や関係者に対し連携して働きかけを強める。
- 政策論議への参加、医療支出やサービス内容のモニタリング、不正行為を暴くことを通して政府のアカウンタビリティを問う。
- 影響力を持つドナーが衡平性に欠ける保健財政制度を推進している事例を告発し、責任を追及する。
- 公正な税の実現に取り組む市民社会組織や運動体と協力し、地球規模の脱税や租税回避行為への迅速な対処を呼びかける。
- フォーマルセクターの労働組合はインフォーマルセクターで従事者と連帯し、普遍的かつ衡平な保健医療制度の実現を訴える。

オックスファムは、「UHC」をポスト2015開発枠組みにおける保健医療分野の包括目標とすることに対し、世界の保健医療関係者の支持を呼びかける。UHCに焦点を絞ることによって、保健医療に関連した国連ミレニアム開発目標の達成が促され、増加している非感染症疾患への取り組みが進み、何よりも重要なことには良質で経済力に関係なく加入できる衡平な保健医療に対する万人の権利を実現するための包括的取り組みが促進されるようになる。

# 1 はじめに

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (Universal Health Coverage: 以下、UHC) は、近年国際保健分野の世界的アジェンダにおいて急速に注目を集めるようになった、簡素でありながら素晴らしい概念である。UHCの核心は、裕福な人も貧困にある人も、誰もが経済的に困窮することなく必要なヘルスケアを受けられることである。オックスファムはこれを、雇用形態や経済力に関係なく、誰もが同じ経済的保護を保障され、誰もが同じ質の高い保健医療サービスを選択できることだと理解する。良質のヘルスケアを受けられることは人間の権利であると同時に貧困や不平等の解消に欠かせない要素である。

UHCの実現に万能な方策は存在せず、各国政府は自国の社会、経済、文化に適した制度を築く必要がある。しかし、「共通のUHCモデル」の不在は「どのような内容でも構わない」ことを意味するのではない<sup>25</sup>。WHOは、UHCを運用する国は4つの重要な原則を優先すべきと明言している。それらは、利用者による医療費の直接負担を減らすこと、義務的前払いを最大化すること、リスクに備え大きな資金プールを設けること、そして資金拠出が困難な人々の負担を補うために国家財源を使うことである。

しかし、あまりに多くの事例においてこれらの原則が守られていない。利用者による医療費負担は国際的に非難されているものの、貧困国では常態化している。自己負担廃止に向けた国際援助も極めて少ない。任意加入保険でUHCを達成した国は一つもないにもかかわらず、今なお民間やコミュニティベースの任意保険スキームがUHCへの道として推奨されている。社会健康保険 (SHI=Social Health Insurance) がUHCへの「政策的経路」とみなされることが多いが、一般にインフォーマルセクターが多く貧困率も高い開発途上国の社会的、経済的状況は、SHIが成果を上げる上で好ましい環境ではない。

幸いにも、タイやマレーシア、スリランカ、ブラジルなど、UHCへの前進に向けて普遍的かつ衡平な財政制度を独自に構築しつつある国が増えてきている。各々の具体的政策は異なるが、いずれの国もヘルスケアの対象基準を、本人の雇用形態や経済力ではなく、市民権の有無や在住者かどうかには置いている点で共通している。また、これらの国は、保健医療の普及拡大策を、支払いが困難な貧困層からの保険料徴収ではなく、国の一般財源や、これをフォーマルセクター従事者の所得への課税とプールするなどして保健医療予算を増やすことで成し遂げようとしていることも共通点である。

UHCの成功事例が、例外なく一般政府歳入による普及拡大によっているという事実にもかかわらず、歳入増に向けた方策の研究・模索は、これまで驚くほど軽視されてきた。早急にこの盲点に取り組むべきである。国内的及び国際的な税制改革、また国際開発援助によりUHCに充てる財源を増大させることが可能であり、これを優先すべきである。

UHCにおいては、ヘルスケアの提供手段も資金動員と同等に重要であるが、本論ではUHCのための資金動員に焦点を当てる。オックスファムは、UHCを達成する唯一の方法として個人による拠出金ベースの健康保険に重点を置く姿勢に疑問を呈する。UHCの実現のため、各国政府、援助機関、市民社会は、普遍的、衡平、当該国の保健医療政策に沿った包括的な独自の保健財政戦略を開発すべく、協力し合うべきである。それは、保健サービスの普及と再分配を最大化するために、あらゆる保健財源をプールするものである必要がある。

る。オックスファムは各国政府および援助機関に対し、UHCに向けて前進を遂げている低・中所得国の事例から学び、それを発展させることを呼びかける。

UHCは共通の目標であり、各国のスタート地点は異なっても、所得レベルに関わらず全ての国がUHCに向け、即、対策を講じることが可能である。今こそ政治家は、行動を採る意思を示し、市民社会は変革を求めて団結し、援助機関は支援を強化すべきである。

### **解説1: 健康保険モデル**

#### **コミュニティベースの健康保険 (CBHI = Community-Based Health Insurance)**

コミュニティベースの健康保険(フランス語圏ではmutuelles de santé)は、フォーマルセクター以外の人を対象とするコミュニティレベルの任意加入で非営利の健康保険である。各々のCBHIによって対象者、保障内容、運営方法、費用が大きく異なる。一般に保険料は一律であるため、収入に対する負担率が富裕層よりも貧困層で高く、非常に逆進的な性質を持つ。CBHIは、より広範な前払い・プール制度が存在しないケースにおいて、一定の経済的保護をもたらすが、この制度の拡大を通じたUHCの達成は、実現可能性が低い。

#### **民間健康保険 (PHI = Private Health Insurance)**

民間健康保険は営利企業などの民間組織が提供する。この種の保険は、支払い能力がある人には経済的保護を強め、保健医療サービスの利用を可能にするが、掛け金が高額なため加入できる人は限られる。開発途上国にPHIが導入されてから25年以上経過したが、一部の限られた人々以外が恩恵を受けられることを示す証拠はない。PHIはUHCの実現にほとんど寄与しないばかりか、不平等を拡大させるため、負の側面もある。

#### **社会健康保険 (SHI = Social Health Insurance)**

社会健康保険は雇用関連のプログラムとして欧州で始まり、次第にその範囲を非労働人口にも拡大した。SHIの実施例は多様だが、いくつかの共通した特徴がみられる。ほとんどの事例で加入は義務付けられており、加入者は決まった保健医療サービスを受けることができる。大多数のSHIは導入時点で全人口を対象とはせず、フォーマルセクター従事者およびその家族に限定されることが多い。フォーマルセクター従事者は給与税の天引きという形で保険料を納め、大抵の場合、事業主にも負担が発生する。制度が誰にでも開かれている場合、正規雇用外の人々も年間保険料を支払えば加入できる。しかし、信頼できる所得証明がない場合、加入者の所得に応じたスライド制の保険料設定が困難であるため、一般的にインフォーマルセクター従事者の保険料は一律である。SHIへの加入が義務付けられていても、誰もが加入のための支払いができるわけではないため、低・中所得国において、SHI制度は実質的に任意加入となる。



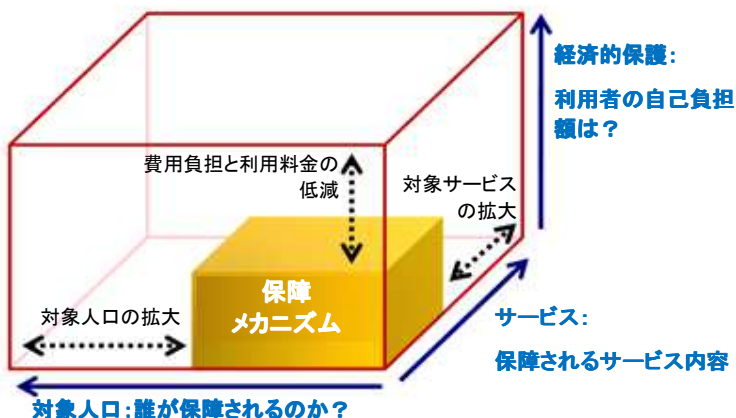
## 2 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

UHCは急速に国際保健業界における最優先事項となりつつある。2012年12月、国連総会はUHCに関する画期的な決議を採択し、ポスト2015開発アジェンダにUHCを含めるべきとの主張も高まっている。2013年の世界保健機関(WHO)総会において、世界銀行グループのジム・ヨン・キム総裁は、同グループのUHCへのコミットメントを発表した。世界各国が行動を起こしており、開発途上国では中国、タイ、南アフリカ、メキシコなどが、保健医療への公共投資を急拡大させている。多くの、特にアフリカの低所得国も、UHCに向けた第一歩として、全国民または一部の国民を対象とした保健医療の無償化政策を導入している。

このような機運の高まりとともに、各国政府、多国間機関、二国間援助ドナー、民間財団、学界、市民社会組織など様々な関係者が、UHCの支持で一致している。しかし、UHCが調子の良い掛け声に終わる危険性もある。すでにUHCの名の下に数々の取り組みがなされているが、中には、画期的な2010年世界保健報告に示されたUHCの原則および目標に沿っていないものも存在する。

したがって、UHC論議に臨むに当たり、そもそもUHCの定義について確認することが必須である。WHOによると、UHCの達成とは、あらゆる人が貧困に陥る不安を抱くことなく、質の良い保健医療サービス(予防、健康増進、治療、リハビリ、緩和治療)を受けられる状態を指す。UHCの実現には、対象サービス、対象費用、対象人口の3つの側面において、拡充が見られる必要がある(図1)。

図1: UHCの実現に向けて考慮すべき3つの側面



出典: WHO 2010年世界保健報告

オックスファムにとってUHCとは、普遍性、社会的連帯、そして衡平性という価値観に基づき構築されるべきものである。UHC改革は、経済力ではなく必要性に応じて誰もが同じ経済的保護を保障され、同じ良質の保健医療サービスを選択できるよう、保健サービスへのアクセスにおける不平等の是正を目指す

「UHCが我々自身に再考を求めず、改革を迫らず、日々の改善も求めない、無力なスローガンに終わることのないよう、共に協力しなければならない」

世界銀行グループ総裁 ジム・ヨン・キム

ことを明示すべきである。UHCの実現には、医療を最も必要とする利用者に資源を再分配できるよう、資金をプールする仕組みが必要である。各国政府は、保健財源の調達が衡平に行われ、かつ積極的に再分配されるようにする必要がある。

UHCとは、まず何よりも健康への権利である。これは、サービスを受ける資格を雇用や費用負担に関連させる考えからの脱却を伴う。人は、人であるという事実に基づき手当を受けられるべきであり、雇用されているかどうかや保険料を支払っているかどうかではなく、市民や在住者であれば、誰もが資格を与えられてしかるべきである。UHCを真に実現するためには、各国政府、援助機関、そして市民社会が等しくこのことを出発点に据えるべきである。

重要なこととして、UHCの「漸進的実現(progressive realization)」を、最も保障しやすいグループから始める、つまり、フォーマルセクター従事者や高所得者層をまずは対象に含め、時間をかけて残りの人々に普及させていくアプローチだと解釈するべきではない。そうではなく、制度設計の当初から衡平性を組み込むことで、政府と援助機関が「漸進的普遍主義(progressive universalism)」にコミットし、完全普及に向かうあらゆる段階において、貧困層が少なくとも富裕層と同じだけの恩恵を受けられるよう保障すべきである<sup>26</sup>。

## 唯一の「処方箋」はないが、4つの重要な原則がある

WHOの2010年世界保健報告書は、UHC実現に向けた持続的な前進の可能性を大きく高める4つの原則を概説している。これによって、保健医療サービスへのアクセスを向上し、莫大な医療費による経済的困窮を回避するための公正かつ効率的な財政制度を構築することができる。

### 1. 経済的障壁、とりわけ直接支払いの廃止により、衡平なアクセスを促進

今日では、医療費の自己負担は「貧者を罰する」<sup>27</sup>もので、救命医療から人々を遠ざけるものと広く認識されるようになった。WHOによれば、自己負担は「保健財政制度としては最も不衡平なもの」である<sup>28</sup>。毎年、全世界で1億5千万人が直接支払いの影響で過度の医療費負担に直面し、うち1億人が貧困に陥っている。これは、毎秒3人のペースである<sup>29</sup>。これまで利用者が負担していた保健費用を肩代わりできる、より効率的かつ衡平な前払い制度を採用すべきである。

いくつかの低所得国では、UHCに向けた第一歩として全人口あるいは一部人口への利用者負担を廃止した。アフリカのマリでは、帝王切開を含む特定の医療サービスを無償提供する政策が導入された。2005年から2009年にかけて、マリの帝王切開実施率は倍増し、施設での出産も53%から64%に増加した<sup>30</sup>。ブルキナファソ、シエラレオネ、ニジェール、ベナン、そしてセネガルも、優先度が高いグループに同様の施策を導入した。シエラレオネでは妊婦と子どもの医療費の利用者負担を廃止した後、わずか1年で子どもの受診率は214%増加し、妊婦死亡率は61%減少した<sup>31</sup>。この間、マラリア治療を受ける子どもの数は3倍に増えた<sup>32</sup>。ザンビア、ネパール、アフガニスタンなどの国はさらに一歩進め、全ての基礎保健医療を無償にした。アフガニスタンでは導入後の一

**「たとえ少額であっても、医療費の個人負担は貧困層のサービス利用を極端に抑制する。これは不正義であり、また回避可能である」**

世界銀行グループ総裁 ジム・ヨン・キム

年で利用者が400%増加した<sup>33</sup>。2005年、ブリティッシュ・メディカル・ジャーナルが発表した研究では、医療費の利用者負担をアフリカの20カ国で廃止することにより、毎年、5歳未満の乳幼児233,000人の命が救えると試算している<sup>34</sup>。

**医療費自己負担をアフリカの20ヶ国で廃止すると、毎年、5歳未満の乳幼児233,000人の命を救うことができる。**

#### 解説2: 利用者負担が女性に与える間接的影響: マリの事例

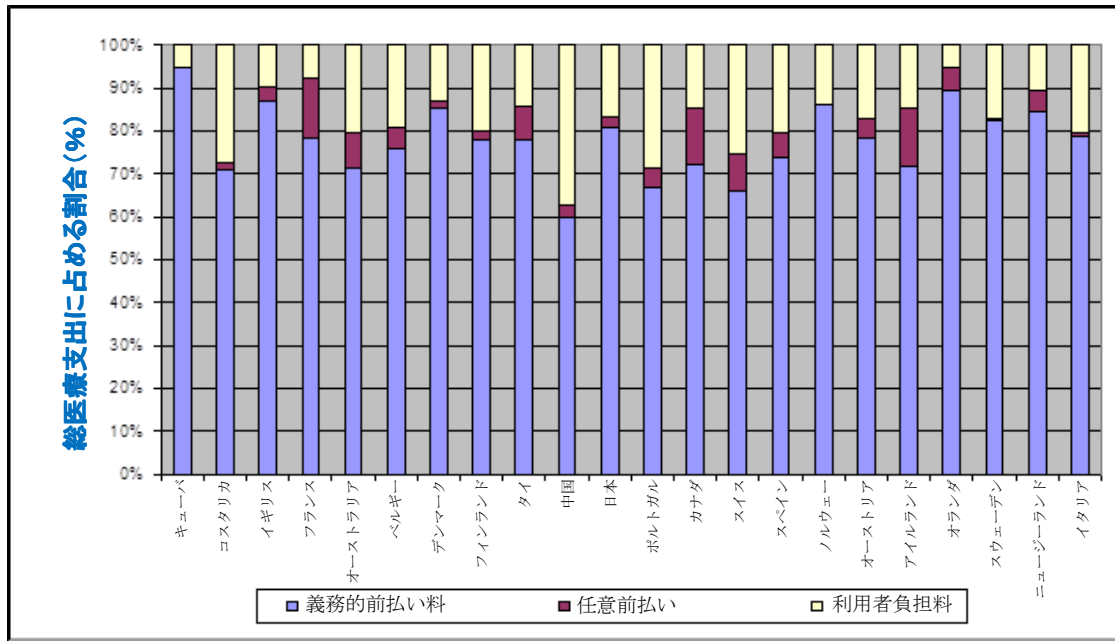
マリにおける医療費の利用者負担が女性に与える間接的影響を調べた2012年の民俗学的調査では、利用者負担がジェンダー格差を拡大させていることが明らかになった<sup>35</sup>。利用者負担制度は、ヘルスケアに関する意思決定における女性の発言力を減少させた。女性自身に自分や子どもの医療費を負担できるだけの収入がない場合、彼女たちは夫の決定を待たなければならないと話した。この調査は、利用者負担が「女性やその家族を貧困、病気、そして無力状態という悪循環に陥れる」様子を説明している。最も深刻な影響を受けるのは、貧困層家庭と、家庭内において意思決定権を制限されている女性たちである。

## 2. 前払いの義務化

保健財政を主に任意加入の保険に頼りながらUHCと呼べる状態を達成した国は、一つもない。2010年世界保健報告書も、「任意加入の保険制度によってUHCを達成するのは不可能」と明言している。支払い可能な人々の保険料前払いは義務化すべきである。そうでなければ、富裕層や健康な人々は加入しなくなり、貧困層や病人のニーズを補うだけの資金が枯渇する。

図2に示すように、普遍的制度を備える国々の医療支出に対し強制的に徴収された前払い金が占める割合は60%をゆうに超えている。この図はOECD（経済協力開発機構）諸国およびUHCが実施されていると広く見なされている中所得国のデータを基にしている。主に任意保険に依存する米国は、OECD設立当初の加盟国の中で唯一、UHCを達成していない<sup>36</sup>。

図2: 2011年 UHCにおける国内財源の内訳



出典: McIntyre (2012)より 2011年WHO National Health Accountsのデータに基づき著者が更新

### 3. 不可欠な大規模リスク・プール

社会的連帯の原則とは、富裕層から貧困層への所得面での相互扶助、また、健康な人から病にある人へのリスク面での相互扶助を最大化し、再分配することである。これは、大きなリスク・プールを通じてのみ実現でき、その最たるものが、国民全体で統一したリスク・プールである。個人から徴収した資金を一般歳入や、必要な場合は開発援助とともに、国の唯一のリスク・プールに蓄える方法は、相互扶助を可能にし、UHC達成の最も強力な支えとなるであろう<sup>37</sup>。

(任意制度に見られるような)比較的小人数の医療を保障する小規模なリスク・プールでは、リスクを十分に分散することができない。社会を構成する様々な集団向けに、各々独自の運営・情報システムを持つ複数の枠組みを設けることも、非効率的であり、長期的な財政の持続可能性に乏しい。

韓国、エストニア、ハンガリー、スロベニアといった統一資金スキームを有する国々では、オーストリア、フランス、ドイツ、ルクセンブルグなどの複数スキームの国々と比べ、運用コストが低くなる<sup>38</sup>。

### 4. 資金拠出が困難な層の保健費用は政府負担で

UHCの実現のためには、支払いが困難な人々の医療費を補うために十分な公的資金を政府が調達しなければならない。健康保険制度が確立している先進諸国においてさえ、貧困層の費用をカバーするために政府が一般財源を投入している(解説3を参照)。

人口に対して低賃金のインフォーマルセクター従事者の割合が高い貧困国では、一般政府歳入が特に重要である。ランセット誌に最近掲載されたレビューによれば、UHCに向けて持続的な前進を続けているアフリカならびにアジアの9カ国に共通する施策は、保障の拡大に税収を利用していることである<sup>39</sup>。

### 解説3: 一般歳入の支出割合を増やすドイツ

ドイツでは人口8200万人の内、約7000万人が国の134ある健康保険スキームのいずれかに加入している。各スキームは国家保健基金を通じて資金を受け取る。基金はすべての義務的保険料(所得の15.5%を雇用主と被雇用者で負担)をプールし、各保険のリスクに応じ、再分配する。全加入者の約4分の1は所得がなく(失業者、加入者の配偶者、子ども、両親、育児休暇取得者など)基金に保険料を納付していないが、この人々も納付者と同等のサービスを受ける。

所得から徴収した保険料だけでは、加入者の医療費用をカバーする財源の不足額が拡大する一方である。多額の運営費、人口の高齢化、コスト増、さらには民間保険を選択する主に富裕層の国の制度からの脱退などにより、政府は資金不足を補うために一般税収への依存を強めざるを得なくなっている。

独政府は約10年前に国家保健基金への税投入を開始した。2006年に42億ユーロだった同基金への拠出額は、2009年には140億ユーロにまで増大した。現在では法令に基づく健康保険スキームの支出の約10%を一般税収が賄うまでになっている。

## UHC達成は旧態からの脱却を要する

あまりに多くの事例でUHCの4つの基本原則が無視され、従来通りの手法が用いられている。

WHO事務局長や、直近では世銀グループ総裁が、医療費の利用者負担を公に批判しているが、負担廃止への進捗状況は失望を禁じ得ないものであり、また、廃止に向けた国際的支援も極めて不十分なままである。

任意加入の保険は普及率が低く、運営費がかさみ、貧困にある男女を排除してきた<sup>40</sup>。しかし世銀グループや国際労働機関(ILO)、オランダ政府、さらに最近ではユニセフ<sup>41</sup>などの援助機関や政府が、そのような任意加入制度を拡大するために資金・技術援助を継続している。これらの援助はWHO勧告に沿ったものではなく、UHCへの歩みを妨害する可能性がある。

### 解説4: インドRSBY — 最も革新的な社会保障制度?

2008年にインドで導入された Rashtriya Swasthya Bima Yojna (RSBY)は、貧困ライン以下の国民(BPL)を対象とする代表的な国民健康保険制度である。しかし、世界銀行グループやILOがこの制度に対し与えている多大な賛辞は時期尚早であり、誤解を招く危険性があることが見て取れる。

2013年7月現在、3500万世帯がRSBYに加入し、同制度が運営されている460地区の貧困ライン以下の貧困世帯の50%が加入しているとされる。しかし、この素晴らしい加入率は深刻な格差を覆い隠すものである。ケララ州コジコデの加入率は90%だが、マディヤ・プラデシュ州のシブプリでは8%である<sup>42</sup>。制度導入初年度は男性の加入者が女性の1.5倍と多かった。これは、一世帯につき5人までしか加入できないため男性が優先される傾向にあったためである<sup>43</sup>。さらに、データが更新されていないため、実際の加入者数と累積加入者数の差が不明である。

り、発表されている加入者数が実際より過剰の可能性<sup>44</sup>がある。ガーナで国家健康保険制度の実際の加入者を数えたところ、人口の66%だった加入率が2010年には34%に下方修正された。

RSBYは加入者に適正な経済的保護を提供していない。この保険は特定の入院費のみを保障している。しかし、インド国民が自己負担している医療費の74%は外来診療と医薬品が占める<sup>45</sup>。RSBYは入院費用のみ保障するため、費用対効果の高いプライマリーヘルスケアや予防医療に公的資金が十分充てられない事態を招いている<sup>46</sup>。

コスト増も大きな問題である。入院費の請求額増加に伴い、保険会社は政府に対し加入世帯あたり750ルピー(12ドル)の還付では不十分だと主張するようになった。ケララ州ではすでに保険会社が政府に対し、規定の還付限度を10%上回る額を請求している<sup>47</sup>。長期的には人口の高齢化や罹患する病種の変化、医療費の上昇に伴い、さらなる増額は避けられない<sup>48</sup>。

残念なことに、医療提供者や保険会社が制度を悪用し、利益を水増ししていることを示す明白な証拠がある。不正な料金の導入、不当請求、不必要な治療の提供を通じて、明らかな詐欺行為に関わっている病院が現れた<sup>49</sup>。グジャラート州ダングでは複数の民間病院が数ヶ月に渡り不当請求を行い、同地域の請求率<sup>50</sup>を200%以上にまで押し上げた<sup>51</sup>。政府公認の保険会社は請求額を抑えるために加入者への保険証の発行を遅らせている。カルナータカ州における調査では登録後半年を経ても38%の世帯に保険証が届いていなかった<sup>52</sup>。さらに深刻な詐欺はインド最大の民間保険会社ICICIロンバードに、実在しない「幽霊」加入者が数千人いたとされる件である<sup>53</sup>。被害額は算出中であるが、インド政府が被った損失は数千万ルピーに上ると考えられている。

## 民間健康保険

開発途上国における民間健康保険(PHI=private health insurance)の役割は限られている。全ての低・中所得国154カ国中、民間健康保険が人口の10%以上を保障している国は、11に過ぎない<sup>54</sup>。世銀グループ(特に国際金融公社)を含む援助機関はPHIの市場拡大に影響を及ぼしている。オランダの『ファームアクセス(PharmAccess)』や『健康保険基金(Health Insurance Fund)』のような団体も、インフォーマルセクターの普及率を上げるための戦略としてPHIを積極的に推進している<sup>55</sup>。

世界で民間保険に大きく依存しているのは南アフリカとアメリカ合衆国だけであり、それぞれの国の医療支出の42%、32%を占めている<sup>56</sup>。どちらの国もUHCを達成できておらず、現下、世界で最も不衡平な保健システムを有する<sup>57</sup>。

PHIがUHCの資金運営に不適當なのは、以下に述べるような明確な特徴をもつからだ。

- PHIは保険料の支払いが可能な者の経済的保護や医療サービス利用は促進するが、掛け金が高額のため所得の多い者しか加入できない。
- PHIはリスクに対する相互扶助を支えるものではない。民間の保険会社は病気に掛かるリスクが平均以下の人々に魅力的なプランを設計し、リスクが高い人々を排除する傾向がある。いわゆる「クリーム・スキミング」(いいとこ取り)と呼ばれる手法であり、これは差別を助長し、女性、高齢者、HIV陽性者といった特定集団を排除しかねない。
- 政府の強い規制がなければ、PHIはコスト上昇や保健医療アクセスの不衡平の原因になりかねない。米国のような高所得国でも民間保険の規制は大きな課題である。大多数の途上国政府は、効果的な規制を行う行政能力に欠ける。

### 解説5: グルジアの民間医療保険

グルジアでは人口の20%を占める最貧困層を経済的に保護するため、2006年、政府は『貧困者のための医療保険プログラム(MIP)』を開始した。MIPには税金が使用され、民間保険会社が運営にあたる。2011年、MIPは国の医療予算の43%を占めた。

加入者は保険料を負担せずにかなり包括的なサービスを受けることができる。しかし、大部分の薬代は保障されない。加入基準をめぐる問題のため、人口の20%の最貧困層の半分がまだ登録されておらず<sup>58</sup>、本来MIPで保障されるべき医療費を自己負担している患者が存在する<sup>59</sup>。全医療支出に占める自己負担の比率はわずかに減少したものの、未だ70%と極めて高く、このうち少なくとも半分が薬代である<sup>60</sup>。これまでのところ、MIPは医療の利用状況や人々の健康状態に変化をもたらしていない<sup>61</sup>。その一方で、保険会社は多額の利益を上げており、2010年には最大50%の利益を上げる企業もあった<sup>62</sup>。

MIPの対象ではない人々で民間保険に加入できるだけの経済力があるか、雇用ベースの社会健康保険に加入できている人は少数である。2012年、グルジア国民の半数は保険に入っておらず、ほとんど規制のない民営化された医療システムの下で、自費でサービスを受けている<sup>63</sup>。

2012年の選挙後、新政権はUHCを目標とする改革を発表した。この改革にはMIPに加入できない人々に直接サービスを提供するための政府基金の創設も含

まれている。新設される基金は民間保険会社を経由しない。この方針は歓迎すべきものだが、大きな課題も残る。グルジアでは保健医療への投資が少なくプライマリーヘルスケアの質も悪い。これは、規制外の民間医療提供者が主流であることの影響が大きい。サービス内容(特に医薬品)と加入者による保険料負担をどうするか、検討が必要である。

## コミュニティ・ベースの健康保険 (CBHI=community-based health insurance)

コミュニティ・ベースの健康保険(CBHI、仏語圏ではMutuelles de santé)スキームは、UHC実現に向けた「経路」として各国政府や援助機関の間で評判を高めている。この非営利の保険はコミュニティレベルで整備され、とりわけフォーマルセクターの外にいる人々を対象とする。この保険を保健医療サービスに関する意思決定へのコミュニティの参加を促すものと捉えるNGOもあるが、様々な枠組みがあり、市民のエンパワメントを示す証拠も限定的である<sup>64</sup>。CBHIは、大規模な前払い制度や資金プールが存在しない状況下では、経済的リスクからの一定の保護を提供するものの、これをUHCに拡大できる可能性は小さい。以下はその理由である。

- 大抵の場合、加入率が大変低い。国レベルでの普及率が数パーセントを超える例はほとんどなく<sup>65</sup>、現在アフリカでは推定人口9億人の内、加入者は200万人である<sup>66</sup>。大多数のコミュニティ・ベースの健康保険が最貧困層に普及しないことを示す強力な証拠がある<sup>67</sup>。
- 通常、掛け金の額は一律である。そのため、収入に占める保険料の比率は貧しい人の方が裕福な人に比べて高く、逆進的な資金調達方法となっている<sup>68</sup>。
- CBHIは歳入が少なく、長期的な経済的持続可能性に乏しい。さらに、保険料は低い一方、その徴収にかかるコストは高い傾向がある。コスト回収比(出費に対し徴収できた金額)はわずか25%程度である<sup>69</sup>。任意加入保険は掛け金の支払いが困難な人々を賄うだけの歳入を生むことができず、これは貧困率が高い国々では大きな懸念材料である。
- CBHIはリスク・プールが小さい。このタイプの258の保険を調べた研究によると、加入者が10万人を超えていたのはわずか2%であり、半数以上が加入者500人未満であった<sup>70</sup>。多額の医療費を保障できる資金に欠けるため、CBHIは保障対象を一部のプライマリーヘルスケアのみとするか、高額な専門的・入院治療のみとする傾向にあり、経済的に保護される範囲が非常に限定されている。