

# 途上国における保健財政強化

ラビンドラ・ランナン・エリヤ

## 途上国が直面する保健問題

途上国は今3つの深刻な保健課題に直面している。そして、いずれの課題も地球規模の開発のために重要なものである。(1)多くの途上国がミレニアム開発目標(MDGs)において十分な成果を出していないこと、(2)保健分野における社会的保護が著しく立ち遅れているために、多くの国での開発を著しく阻害していること、(3)保健システムの不備が途上国のみならず中・高所得国でも、人間の安全保障の大きな阻害要因となっていることである。

開発課題としての保健の重要性は、MDGsの8目標の内、3つが保健関係であることにも反映されている(MDGs 4、5、6)。またG8諸国が過去のサミットにおいてこの3つについての踏み込んだコミットメントをしていることにも表れている。しかしながら、多くのMDGsに対して実質的な進展が見られる一方で、人間開発および保健の分野では、深刻な問題も発生してきている<sup>1</sup>。疾病に焦点を当てたMDG6(HIV/エイズ、マラ

---

本稿の特別アドバイザーを務めたウィリアム・C・シャオ氏に感謝の言葉を述べたい。アダム・ワグスタッフ、ボン・ミン・ヤン、ダン・クレス、デビッド・エバンス、アンドリュー・カッセルズ、ロバート・イェーツ、ピーター・バーマン、渋谷健司、神尾征峰、マイケル・ライシュ、武見敬三の各氏には、有意義なコメントとフィードバックをいただいた。ララ・プリアリー氏には執筆と背景調査実施に当たっての技術的な協力をお願いした。アブライ・ブラガラサン氏には背景データの分析で協力をいただいた。山本正、鈴木智子、スーザン・ハーバードの各氏にもご協力をいただいた。

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

リア、その他の疾病)に対しては大きな進展がみられている。しかしながら、極めて重要性の高いMDG4(乳幼児死亡率の改善)およびMDG5(妊産婦の健康改善)については、途上国の多くの国々で遅れが見られる。とりわけサハラ以南アフリカおよび南アジアでは、MDGsに合意したにもかかわらず<sup>2</sup>、1990年代以前よりも状況が悪化している国もある。保健関連MDGsの達成のためには、サービスへのアクセスや保健システムのパフォーマンスを大幅に強化する必要がある。そのためには途上国において実効的な財政政策を確立しなくてはならない。

過去10年間、保健医療費の大きな自己負担は、家計にとって破滅的な打撃にもなりかねないということが顕著になってきた。世界規模でみると、毎年1億人以上が治療費の支払いのために貧困に陥っている<sup>3</sup>。それは最貧国における貧困問題をさらに悪化させ固定化させる要因ともなっている。中国、ベトナム、バングラデシュなど、きわめて急速な成長を遂げている一部のアジア諸国においてさえ、保健医療関連の支出は、世帯を貧困ライン以下におし戻す最大原因となっている<sup>4</sup>。

近年、巨額な保健医療費による金銭的リスクからの保護を強化すべきであるとの認識が高まっている。これによって保健と社会的保護という、かつては別個に扱われていた課題が同時に扱われるようになった。日本における人間の安全保障の枠組みの中でも保健問題が取り挙げられ、EU加盟諸国も保健システム強化に対する戦略の中で保健分野の社会的保護を第2の柱としている<sup>5</sup>。同時にまた、保健の社会的保護は、保健システム強化に向けたプライマリ・ヘルスケア・アプローチの重要性を再確認している世界保健機関(WHO)においても中心課題となっている<sup>6</sup>。G8諸国内でも、保健財源を増強せしめてきたのは社会的保護と連帯という動機であった。世界規模で見られている保健政策における社会的保護への関心の高まりは、国際保健政策においても、世界規模でそのための緊密な連携が生まれてきていることを示している。

こうした進展とともに、G8諸国と途上国の間では、グローバル化による相互依存が強まってきている。健康課題の脅威が国境を越えて拡大するようになり、人間の安全保障の重要性についての認識も一層強まっている。将来、最貧国が疾病の世界的流行の中心になるであろうと予想されるだけではない<sup>7</sup>。世界的な食料供給チェーンにおける新たなリスクをもたらしているのもまた最貧国である<sup>8</sup>。これらのこと

からも、G8諸国は、途上国諸国が、各自の保健システムのなかで、いかに必要な資金を適切かつ効果的に核となる公衆衛生活動のために供給できるかについて、大きな関心を抱いている。

## 問題の根源

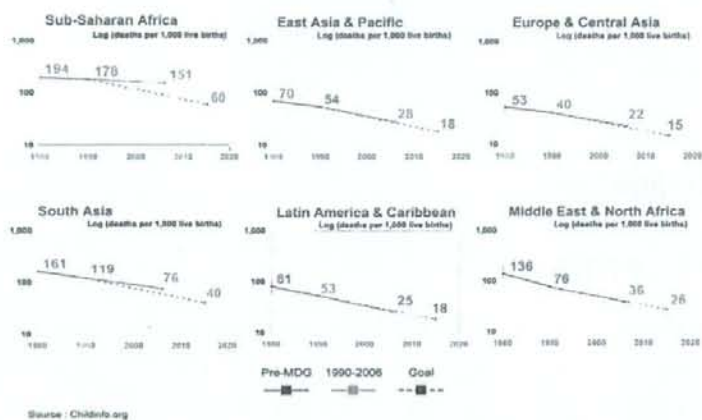
### これまでの進捗状況

G8諸国は過去10年間、途上国の保健部門に対して、新規に大量の財政資源を提供することによって、保健関連MDGsの達成を支援してきた。2002年のモンレー・サミット以降、保健分野、特にエイズと母子保健の分野への外部資金流入は、政府と民間の双方から拡大されてきた<sup>9</sup>。途上国自身も国内財政を強化してきた。アフリカでは資金援助額の拡大と政府予算における保健の優先順位の高まりが相まって、大きな進歩を遂げている<sup>10</sup>。確かに、WHOのマーガレット・チャン事務局長が言うように、「保健にこれほどの資金が集まったことはかつてなかった」といってもよい<sup>11</sup>。

しかし、このような外部からの援助と政府の財政規模の拡大があったにもかかわらず、MDG4とMDG5の達成に向けた進捗には大きな変化が見られていない。とりわけ最重要地域であるサハラ以南アフリカと南アジアにおいて<sup>12</sup>、1990年以降、その進捗は遅れている(図1)<sup>13</sup>。これらの途上国において、劇的な進展はみられておらず、資金の拡大だけでは、健康状態が改善するにも、また莫大な医療費によってもたらされた貧困を削減させるにも十分ではない、ということが明らかになってきているのである。

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

図1:地域別に見たMDG4の進展状況、1980年～2006年<sup>14</sup>



### 主な理由

途上国が、保健目標の達成や、社会的保護の改善にしばしば失敗する理由はいくつか考えられる。いわゆる破綻国家にみられる明らかな理由は、保健システムの機能不全と通常の生活の崩壊である。こうした状況では、MDGsの達成は不可能と認めざるを得ず、ドナー主導のサービス提供など、外部からの人道的支援が唯一の効果的対策となる場合も多い。

破綻国家ではない、その他の多くの途上国でも、保健システムは深刻な問題となっている。これらの国々では、保健目標達成のため、他の国々と協調的な政策をとり保健活動を行うことが求められている。成果が出ていないのが、上記のMDG4および5であるのは偶然ではない。両者は保健システム全体の向上を必要とするからである。一方、MDG6は、疾病に集中した対策によってある程度の効果をあげることができる。これらの国々で保健システムが機能していない主な理由は、次の通りである。

- (1) 多くの国で保健のための財源が不足していること
- (2) 効果が薄く非効率な保健財政とサービス提供システムによって、一定の財源があれば本来達成しうる目標を達成できていないこと

- (3) 垂直プログラムと水平的プログラムに対する財源がうまく統合されて使われていないために、資源の奪い合いや国家戦略への弊害が生じていること
- (4) 国自身がその保健システムの運営・管理や改善方法についての情報が欠如していること

### 深刻な財源不足と必要な額

途上国では疾病負担や健康障害負担が極めて大きい。それにもかかわらず、全般的な医療費支出額は先進国よりも大幅に少ない。実際2007年のG8諸国の平均医療関係支出額はGDPの10%以上であった。一方、低所得国では5%、中所得国では6%だった<sup>15</sup>。物価水準調整後でも、最貧国における保健関連支出額は1人当たり20～50米ドルで、先進国平均の30分の1である。しかも最も深刻な状況にある途上国の多くでは、それが30米ドル未満となっている。このような低水準の支出では、効果的な保健サービスの提供を広く実施することはできない。例えば、途上国で平均的な国民が医師の診察を受けられる回数は年間1、2回にとどまっている。それに対し、はるかに健康状態の良いG8諸国の国民は年平均5～7回の受診が可能となっている<sup>16</sup>。保健関連支出額を増額することによって、サービスの提供範囲とアクセスを改善できることは明白である。

少なくとも2000年以降、保健関連ODAの増額が明確に強調されるようになってきたのは、こうした制約に対するG8諸国の認識が高まったことを示している<sup>17</sup>。G8諸国と途上国のパートナー諸国はともに、とりわけMDG4、5、6に関連した分野において、保健関連支出額の増額に努力をしているのは確かである<sup>18</sup>。しかし、果たしてそれで十分なのかどうかについては、立ち止まって検証してみる必要がある。

1990年代初頭以降、国連(UN)、世界銀行、WHOといった諸組織によって、最低限の基本的な保健サービスへのアクセス改善、または保健関連MDGsの一部もしくは全ての目標達成のために、どの程度の予算が必要なのかについて検討されてきた。その推計では、低所得国の政府予算および外部からの資金援助を合わせて、1人当たり30～50米ドル必要であろうとされている(中所得国ではこれよりも大きく

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

なる)<sup>19</sup>。しかし、低所得国における実際の政府支出は15米ドル未満であり、そのうち、平均40%が外部ドナーからの資金である。

外部ドナーからの資金援助はさらに増やす必要はある。しかしながら、最貧国において、政府予算と外部からの支援により2015年までに1人当たり30～50米ドルの水準を達成することは、現在の世界的な金融危機がなかったとしても、現実的ではない。最貧国においてこの目標を達成するには、GDPの10～20%にあたる額の投入が必要であり、平均すると税込総額を大きく上回ってしまう。となると、その不足分を外部資金で補うしかない。ところが、これだけの規模の資金が外部から流入するととなると、大部分の国で、それだけの額の吸収に問題が生じ、マクロ経済的にも不安定な状況に陥ってしまいかねない。

しかし、財源が不足しているからと言って、上記の保健目標達成が全くできなくなるというわけではない。その根拠として次の3点が挙げられる。

(1) 実際の国別データを利用して推定してみると、世界規模の費用推計の多くが過大に見積もられている。最近では、こうした批判を踏まえ、各国データを使用する取り組みが見られている。国連、国連児童基金(UNICEF)、世界銀行などによる試算では、一人あたりの必要額は1人当たり20～35米ドルという、これまでの数字と比べると、はるかに少ない額がはじき出されている<sup>20</sup>。

(2) 現在の国際的な費用推計では、将来保健サービス提供範囲が拡大した際に、現在と同程度の費用がかかると試算されている。この推計では、技術の進歩によるサービス提供の効率化、すなわちサービスの平均単価の削減によって、各国がサービス提供範囲の拡大に伴う資金を部分的に負担できるかもしれないという可能性を無視している。これは、効率化によって費用を削減してきた経済協力開発機構(OECD)諸国における過去の経験に反するだけでなく<sup>21</sup>、過去に途上国でも1～2%の効率向上があったという事実を無視している<sup>22</sup>。過去、このような効率化を可能にした途上国では、支出額のわずかな増額だけで、サービスを大幅に拡大させることができた。支出額の増加がなくても、効率性が年間に2%向上すると、20年間でサービス提供範囲は2倍になる計算である。過去の例としては、GDPに対する保健関連予算の割合を引き上げることなく1960年から1980年の間に保健サービス提供範囲を倍増させた国

としてボツワナがある。またウガンダでは、1955年から1969年にかけて、2分の1は支出増加、2分の1は効率化により、サービス提供を3倍にしている。

(3)いくつかの低所得および低所得国では、基本的保健サービスへの普遍的アクセスの達成に成功し、保健関連MDGsの達成ペースも維持している。しかしこうした国のほぼすべてが、国際的資金需要の試算をはるかに下回る支出によって、これを達成してきた。例えば低所得国であるスリランカは、1990年までにほぼ普遍的アクセスを達成したが、政府および民間による支出額は1人当たり10米ドル未満だった。ベトナムでも現在、同様の支出水準で目標達成に向けた改善が見られている。

ここから言えることは、現在定められている国際的な目標に対する資金が不十分だからといって、各国がMDGsの達成や保健サービスへのアクセス拡大を実質的に進めることができないわけではない、ということである。途上国において、現在および将来における保健支出に見合うだけの成果を増やしていくことに一層の関心を払う必要がある。

## 非効率的かつ効果の乏しい保健財政およびサービス提供システム

G8諸国の間では、保健支出は非効率的であり、支出の拡大が必ずしもより良い結果につながっていないのではないかとの声がしばしば聞かれる。米国の場合、1人当たり保健関連予算は全国的にさまざまであり、3倍もの格差がある。しかし高支出であればそれで良い結果が得られるわけではなく、支出が少ないからといって質の低下に直結するわけでもない。例えばメイヨー・クリニックのような優れた医療機関は他の医療機関の2分の1以下の費用で、質の高い医療を提供している<sup>23</sup>。資金を、効果的でアクセスが容易で、質の高いヘルスケアにいかにつぎつけるかという問題は、多くの途上国でも確認されている<sup>24</sup>。このような非効率性の問題は、配分と技術という2つの面に分類される。配分の非効率性は、考える使途やプログラムにおいて、利用可能な公的資源の配分が最適化されていないことから発生する。例えば、多くの途上国では、必要性という点では差異がないにもかかわらず、予防的保健

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

サービスの予算は不足している一方で、家族計画などの他のサービスに多くの資源が投入され、バランスを欠いている事例が見られる。

技術的に非効率的であると、プログラムや介入策に投じられた資金の有効性は一層損なわれてしまう。こうした非効率性は、サービス提供者が費用対効果を考慮しないために生じる。例えば、「経口補水療法で十分対応できる下痢の症状に対して、抗生物質を投与すること」、「調達可能な最低価格で医薬品を購入しないこと」、あるいは「医薬品と人材が非効率な割合でサービスが提供されていること」などが挙げられる。技術的非効率性は、保健医療従事者の生産性が低く、診察しうる数の患者を診察しないために発生する場合もある。このような非効率性の影響は大きい。国によっては、同じサービスでも異なる施設で提供されると、提供単価が10倍も異なることさえあり得る<sup>25</sup>。

このような非効率性の存在と、それが資金から得られる成果に及ぼす影響については、1990年代初頭から認識されてきた。例えばこの問題は、世界銀行の『1993年世界開発報告』や、WHOによる「マクロ経済と保健委員会」でも取り上げられている<sup>26</sup>。しかし財源不足の問題と比べると、この問題への対応はそれほど重視されてはこなかった。何をなすべきか、対応策が十分知られていなかったことがその理由である<sup>27</sup>。1990年代は、確かに非効率性よりも財源不足の問題を重視することが賢明な戦略だったかもしれない。しかし、それによる負の影響も見られている。非効率性の問題は過去10年間放置されてきたに等しく、問題の理解と可能な解決策を見出す努力がほとんど行われてこなかった。資金供給量が増え、各国が一定の資金を使っても達成する価値にはばらつきのあることが一層明白になった今、この分野に注意を向けることは遅きに失した感も否めない。

## 保健システムと垂直プログラムの統合の欠如

保健システムの対象範囲を急速に拡大できないことへの苛立ち、重要な介入策に対して取られているさまざまなアプローチの効率性に対する懸念、そして保健問題における優先順位の変化によって、多くの国で垂直アプローチによる保健プログラムが



発展してきた。こうしたイニシアチブがグローバル・ヘルスにおける特定の感染症への対応を推進させたことは確かである。しかしその一方で、垂直プログラムが3つの主要な問題を引き起こしてきたことも確かである。第一に、疾患別プログラムに対する外部からの選択的な資金提供はしばしば、保健システム内部に歪みを生じさせたことがある。資金が豊富な垂直プログラムは、人員など保健システムの不可欠なインプットをめぐって他の部署と競合し、これを奪ってしまうからである。第二に、垂直プログラムは、各国が、統合された保健サービス提供システムを効果的に開発することをしばしば困難にしてきた。こうしたシステムを構築することは、保健サービスの提供範囲を持続的に拡大していく上で中核となる課題でもある。第三に、このようなプログラムは、サービスを統合した際に相乗効果の恩恵を受けないことがあり得る<sup>28</sup>。

これらの問題は新しいものではない。WHOのプライマリ・ヘルスケアの概念の中で、統合した保健サービスの提供の重要性を訴えた1978年のアルマ・アタ宣言は、選択的なプライマリ・ヘルスケアと、他の垂直プログラムへの投資が、途上国の保健セクターの発展を阻害しているという認識に応えたものであった。1990年代、プライマリ・ヘルスケアが期待した発展を見せないことに対する苛立ちの高まりと、爆発的な感染症の流行に対処する能力が明らかな不足によって、振り子が逆に振れ、垂直プログラムに対する資金が増加した。G8諸国は両方のアプローチを支持しており、全体としての保健システムの支援に注力すると同時に、一方では世界エイズ・結核・マラリア対策基金(世界基金)や米国大統領緊急エイズ救援計画(PEPFAR)を通じて垂直プログラムに巨額の投資も行ってきた。しかし、世界基金や他のイニシアチブは、保健システムが脆弱な国におけるプログラムの規模を拡大することが難しくなっている。そして、各国の全体的な保健システムやサービス提供の統合を強化する活動支援が必要であるということがはっきりしてきた。これはWHOが『世界保健報告書2008年版』の中で、プライマリ・ヘルスケア再強化の必要性をあらためて訴えた際の大きな動機ともなっている。また、調和と保健システムの強化を強調しているIHP+ (グローバル・ヘルスパートナーシップ・プラス)とP4H(健康のための援助)といったイニシアチブの中にも、しっかりと反映されている。

## 保健システムの効果的運用に必要な情報とエビデンスの欠如

情報とエビデンスが不十分であるがゆえに、保健システムのパフォーマンスの改善は阻害されている。問題は2つの分野にまたがっている。第一に、ほとんどの途上国で保健情報システムが依然として脆弱であること。そのため、サービス提供と財政戦略を効果的に監視・改善するために必要な情報を保健政策担当者に提供できていない。一般的な欠陥としては次の3点を挙げることができる。(1)国民保健会計(NHA)など、公的資金、外部ドナー資金、民間支出の如何を問わず、全体的な保健支出を追跡する際に信頼できる情報システムの欠如<sup>29</sup>。(2)保健サービスにおける不平等を特定し、それへの対策を講ずる上で不可欠な、サービスの公平性を追跡する日常の情報システムの欠如<sup>30</sup>。(3)保健サービスの事業効率を理解するためのデータを保健政策担当者に提供する情報システムの欠如。これらのシステムの構築によって、全体的な保健サービス提供を改善することができる。ところが多くの途上国では、このようなシステムが欠如している。情報を構築するためのツールやその基盤の不備ではなく、これらを実行、維持するキャパシティが国内にないことが問題であるという点を強調しなければならない。

第二に、各国が保健システムと財政戦略の向上に関する困難に直面しているなかで、どの国が成果を挙げており、模範になりうるかを我々は把握している。ところが、各国がいかにそれを成し遂げたかについての詳細な情報はどうかというと、ほとんどそれを持っていない。財政とサービス提供における成功事例に関する知識には容易にアクセスすることができない。そうした情報を途上国間で共有するメカニズムもまた欠如している。優れた実績の共有とそこからの学習は残念ながら非常に限られている。

## 保健財政政策の重要性

2000年に始まったMDGs達成に向けた15年の折り返し地点は既に過ぎたところである。途上国で使える資金は増加したが、MDG4および5の達成に向けた進展がそれに伴って加速したとは言い難い。エイズのために健康状態改善のための努力がアフリカで大幅に鈍化もしくは後退したという事実は誰も認めるところとなっている。しかしアフリカ以外の地域でも、大きな進展が見られず、鈍化している地域さえある(図1)。

ヘルスケアを提供するためには、財源は不可欠である。しかし、それだけでは健康の増進や健康リスクの効果的な保護はできない。G8諸国と同様、途上国でも、各国の支出額と健康状態の改善、あるいは総支出額とリスク保護の間には、ほとんど関係性が見られていない<sup>31</sup>。今後G8諸国と途上国は、一段と深刻な財政的な圧力を受けることになる。保健支出を拡大させるためには懸命の努力が必要になるが、増やせる額には限界がある。こうした状況を踏まえ、また総支出額と保健アウトカムの間の相関が小さい場合が多いことを考慮すれば、G8諸国が資金を増加する努力を続ける一方で、我々は途上国の保健システムに対する支出に見合う成果を高めることを一層重視する必要がある。

保健財政は、政策決定者が保健システム事業に影響力を発揮する時に行使する最も重要な道具である。保健財政には、資金の動員だけでなく、資金の注入と活用により医療サービスを獲得する方法も含まれている。専門家の間では、途上国が直面する医療への保健財政戦略における課題は、高まる資金需要の他に、次の3つの課題あるとの合意が見られる<sup>32</sup>。

- (1) 保健リスクのプールを拡大する最良の方法
- (2) 資源の利用効率を改善する方法
- (3) 必要なサービスへの貧困層のアクセスを確保する方法

第一の課題は、医療費の自己負担から、効果的な資金保護と提供範囲を確保できる公的または民間の保険契約への移行をどのように進めるかである。自己負担は、途上国では依然として圧倒的多数を占める医療費の支払い方法であり、最貧国

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

の保健関連支出総額の30～85%を占めている。必要なケアを受けるために多額の費用を負担することによって、しばしば家計が悪化する。国際的なエビデンスを見ると、家計がこのような破滅的支出を強いられる程度は、保健システムが自己負担に依存する程度と直接関係がある<sup>33</sup>。大規模な保健リスクのプールがなければ、途上国は疾病による金銭的危機を防ぐことができず、基本的な社会的保護の目標を達成することも不可能となる。

各国が直面する第二の課題は、インプットのより良い配分と利用を実現する財政メカニズムの確保である。保健サービスが直接供給されれば、政府はその資金を単純に配分することができる。しかしそこで資金配分の効率性と公平性が保証されるわけではない。保健サービスが間接的、つまり保険に基づくシステムと同様に、政府が独立した提供者からサービスを購入する場合、資源配分は保健サービス提供者ががどのように、そして何に基づいて支払われるかによる。

第三の課題は、健康増進に不可欠な、必要で効果的な医療サービスへの貧困層のアクセスをいかに拡大するかである。多くの国で、貧困層には十分なアクセスが与えられていない。それは、金銭的障害を克服できない、あるいは資金援助があっても、彼らの身近な場所で保健サービスを提供できていないことに起因する。こうしたギャップを解消しない限り、全体としての保健関連指標が大きく改善することは難しい。公的部門のユーザー・フィー(利用者負担診療費)であろうと、民間のサービス提供者への支払いであろうと、費用の自己負担は健康増進を阻む大きな障害である。こうした問題は、健康状態の改善に必要な予防的サービスおよび個人の治療サービスの利用を妨げ、その提供範囲を狭める。公的ユーザー・フィーの免除を正当化する主な理由は、これによって民間の(有料の)保健サービスに対する無料の代替手段が得られ、その結果、貧困層の手に届くサービスが拡大するというものである。最近のアフリカでの取り組みが示すところによると、蚊帳の社会的マーケティングに関連する支払いが生じた場合、たとえそれが少額であっても利用率を低下させており、社会的マーケティング投資のコスト効率は、無料の公的配布に比べると低下しているということがわかっている<sup>34</sup>。ユーザー・フィーを廃止すれば、重要なサービスの利用が増加するので、結果的にコスト効率を上昇させることは可能である。

途上国における保健財政政策は、次の3つの機能に貢献するものでなければならない。

- (1) 歳入：一般税収、社会健康保険、自己負担など、資金をいかに動員するか。これによって、動員できる資金の額と、その規模の持続可能性が決定される。一般に歳入能力は、国の経済および制度の発展度合いに左右される。最貧国ではこれが極めて低い水準にとどまっている。
- (2) リスクのプール：これは金銭的保護に最も重要である。この機能は、国民全体で治療費を前払いし相互負担する能力に依存する。税金と保険による資金提供のいずれもがこの機能を果たすことができるが、歳入と同様に、リスクをプールするキャパシティは収入によって増す。最貧国ではこの能力が極めて低い状態にとどまっている。
- (3) 資源配分および保健サービスの購入：この機能には、インプット、サービス、患者への資源配分、保健サービス提供者への支払いが含まれる。政府によって直接サービスを提供しようとする、効率的な配分が困難になる場合がある。他機関から購入したサービスを供給する場合、政府に求められる能力は購入したものを効率的に供給することだけであるが、これが最貧国では多くの場合欠けている。

保健財政の強化政策は、途上国にとってきわめて重要である。これを怠ると、その後に禍根を残し、現在の投資から成果をあげることが難しくなる。効果的な政策を実施している途上国においては、平均的な支出以下でも、普遍的な保健サービスの提供、効果的なリスク保護、健康状態の持続的な改善によって成果を持続的に向上させている<sup>35</sup>。

## 明らかな点、不明な点

### 途上国にはどのような財政オプションがあるのか

現実的に、各国にとって実施可能な財政手法は、医療費の自己負担と外部ドナーからの支援を除くと、次の4つの方法しかない<sup>36</sup>。(1) 税収による国民保健サービス、(2) 社会健康保険、(3) 地域健康保険、(4) 民間または任意の保険、である。

最初の2つのオプションは、民間の健康保険が主流となっている米国を除くG8諸国での主な制度である。途上国における問題点は、どのようにリスクのプールを拡大し、貧困層に対するアクセスを確保し、資源の有効活用を最大化するか、その手段が分からないという点である。

### 税金を財源とする国民保健サービス

税収による国民保健サービスは、途上国が採用してきた最も一般的な戦略である。この場合、公的な財源確保は一般課税を通じて行われ、その資金は政府が管理する保健サービスに直接的に使われる。このサービスは全国民に一律に、無料または最小限の負担で提供される。このアプローチは公的な財政負担と保健サービス提供を統合したものである。

税金を財源とする方法には多くの利点がある。まず最も広いリスクのプールが達成されるため、費用を全国民の間で最も公正に分担することが可能という点であり、最も公平な制度であることが証明されている<sup>37</sup>。第二に、税金を投入すれば、社会保険よりも財源基盤が拡大するので、正規雇用創出に負の動機を与える可能性も低い。貧困国では、国民の大部分が高額の保険料を負担することができないが、ほとんどすべての政府に増税余地は残されている。第三に、大きな利点として、医療サービスの無料化が可能な点である。これによって医療サービスの金銭的障壁を解消することができる。

しかし残念ながら、このアプローチを採っている途上国のほとんどが、保健サービスへの公平なアクセスと十分なリスクの保護に失敗している。普遍的サービスの実現

を謳いながら、多くの国では、提供される公的サービスの利用が富裕層に限られ、貧困層はアクセスできていない。このような公的制度は、きわめて非効率に運用される場合が多く、結果として不平等かつ、不十分で対応の悪いサービスが供給されることになる<sup>38</sup>。しかしG8諸国の例を見れば分かるように、公共部門による保健サービス提供が、民間によるサービス提供よりも効率面で劣るというエビデンスはない。

しかしながら、所得水準の異なる複数の国で、税金を財源とする国民保健サービスのメカニズムを利用して、貧困層にサービスへのアクセスと効果的なリスク保護を提供することに成功している。例えばスリランカ、インドのケララ州、ホンジュラス、マレーシア、ボツワナ、そして多くのカリブ海諸国および太平洋島嶼国である。政府による保健関連支出はGDPの2～3%未満で、平均を下回っており、大部分が低コストで保健サービスを提供している。またこれらの国の多くは例外的に保健分野で実績を上げており、保健関連MDGsの進捗ペースを維持している。しかし、これらの制度はG8諸国に見られるような国民保健サービス制度をそのまま複製しているわけではない点を認識することが重要である。例えば英国では、公的部門がほとんどすべての保健サービスを提供している。一方、上記の途上国はすべて、財源とサービス提供全体の35～60%を公的資金によらない民間部門が担っている。G8諸国とは異なり、これらの貧困国は、ほぼすべてのサービスを公的財源で提供するために必要な税収(GDPの4～5%)を配分することができていない。従って、財源とサービス提供において公的部門と民間部門を連携させる能力が重要となる。また、上記の成功している国々は公的制度を活用して貧困層に手を差し伸べる一方、富裕層には自己負担で民間サービスを利用するように促している。高所得経済圏の中では、香港特別行政区とキプロスが同様の事例を示している<sup>39</sup>。

非常に重要なのは、貧困層を対象に保健サービスへの普遍的アクセスを確保し<sup>40</sup>、効果的なリスク保護を確保できている低所得国は<sup>41</sup>、例外なくすべてがこうした税金を財源とする政府によるサービス提供型アプローチを活用しており、民間による財源とサービス提供で補完しているということである。残念ながら、こうした成功事例について、それぞれの国がどのような政策を実行してここまで成功したのか、また他の国がどのような教訓を得られるのかについて、ほとんど理解されていない。ユーザー・フィー

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

の廃止は1つの成功要因かもしれない。しかし、最近ユーザー・フィーを廃止したアプリカ諸国が直面しているように、サービスの効率的な提供、無料化による患者の要求の高まりといった問題に対して、どのような対策を採ればよいのかについて、完全には明らかになっていない<sup>42</sup>。同様に、大部分がサービスへのアクセスに関する所得調査を行っていないが、こうした国々がどのようにして公的サービスを大部分の貧困層を対象に提供できているのか、この点もまた十分には理解されていない。

## 社会健康保険

社会健康保険は多くの途上国、特に中所得国で採用されている主要な財政手段である。この方式は人口の特定層から保険料を強制的に徴収し(源泉徴収が一般的)、この保険料を独立した基金にプールして、そこから保険加入者の代わりに保健サービス料金を支払うというものである。ドイツに起源を有する古典的な社会健康保険モデルには、保険料を支払う者が恩恵を受ける権利を持つという明確なルールがある<sup>43</sup>。社会健康保険は、一般課税方式ほどではないが、高度なリスクのプールが可能で、富裕層と貧困層の間で費用負担を平等に分担できる<sup>44</sup>。

多くの中所得国は社会健康保険を活用して、普遍的アクセスと効果的なリスク保護の達成に成功している。しかし、税金を財源とする国民保健サービス制度の失敗に対する解決策として見なされることが多いが、社会健康保険を低所得国の環境で実施するのは相当困難であることが明らかになっている。今日まで低所得国、あるいは1人当たり平均所得が1,000米ドル未満の国で、社会健康保険によって保健サービスへの普遍的アクセスを達成できた例は1つもない<sup>45</sup>。最大の問題は、正規雇用が限られている貧困経済では、社会健康保険の保険料は一般税収よりもはるかに徴収が困難であるという点である。保険料を効果的に徴収するには、高度な国家のキャパシティ(政府の技術力・管理能力)が必要となるが、この能力が最も低いのが低所得国である。その結果、大部分の途上国が社会健康保険の適用範囲を民間部門や地方人口に拡大できないでいる<sup>46</sup>。

しかし一部の貧困国では、巨大な非正規雇用部門を抱えながらも、社会保険の適



用範囲拡大に大きな成功を収めている。しかもそのいずれも、保険適用範囲が保険料支払いにリンクした、従来の社会健康保険モデルを採用していない。これらの国のやり方は、社会健康保険スキームに多額の税金を投入し、保険適用範囲を拠出ベース以外にも拡大している、という2点で従来型とは異なっている。例えばモンゴル<sup>47</sup>とタイ<sup>48</sup>では、社会健康保険の適用範囲を、人口の90～100%に拡大した。しかし正規雇用部門以外の人口の大多数に資金を供給するため、保険基金の60%以上を一般税収で補っている。しかし、いずれの場合も増税が必要であった。しかしモンゴルでは、こうした財源配分の維持は不可能であることがわかり、適用範囲を縮小することになった。このことは、課税基盤が小さい貧困国にとって社会健康保険の導入がいかに困難かを示している。また上記の両国で拡大させた社会健康保険スキームは、主に公的サービスの資金に利用していることに注意する必要がある。この点は、公的サービスが社会健康保険の下でも依然として重要な役割を果たさうということを示唆している。

現在、ガーナやルワンダ<sup>49</sup>など一部の低所得国は、社会健康保険を利用して皆保険の達成を試みている。しかしいずれの国も、保険加入率を75%以上に引き上げることができていない<sup>50</sup>。我々は各国が直面している限界と、保険への加入率を高めることで貧困層が実際にどのような利益を受けているのかについて、十分には理解していない。このような国々は、正規雇用部門が小さいながらも成功している国が、社会健康保険への全国民の加入をいかに達成したのかについて、より多くの情報を必要としている。

## 地域健康保険

地域健康保険(コミュニティに根ざした健康保険)が社会健康保険と異なるのは、この保険が任意加入制度を含んでおり、国の機関ではなく地域の組織によって運営されるという点である。地域健康保険は、かつてG8諸国(ドイツ、日本)で、社会健康保険の確立以前に重要な役割を果たしていた。しかし今日では先進国で利用されることはなく、最貧国においてのみ見られる。

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

地域健康保険はさまざまな形態を取るが、他の保険へのアクセスがない非正規雇用者が、治療を受けるために費用を自己負担せざるを得ないような状況で運営される。世界銀行、国際労働機関 (ILO) などの評価では、低所得コミュニティにおける地域健康保険スキームは、適用対象範囲を広げにくく、他の公的制度を補完するにとどまっている<sup>51</sup>。中国と、インドの一部のスキームを例外として、地域健康保険が多くの住民に適用できることは証明されておらず (加入率が人口の10%を超える例はまれである)、また極度の貧困層に支援の手を差し伸べられるかどうかについても証明されていない<sup>52</sup>。その主な理由として、以下の3点を挙げることができる。貧しい人々による任意の保険料支払いでは通常必要な水準のサービスを提供するには資金が足りないという点、提供されるリスクの共有が不十分であるという点、こうした非正規の制度を拡充することは困難とされているという点である。

地域健康保険を潜在的な一時的解決法として推進する向きもある。しかし、これまでのエビデンスを見る限り、地域健康保険アプローチを強化して皆保険を達成したり、あるいは効果的なリスクの保護を高い水準で提供するということは、明らかに不可能である。

## 民間または任意の健康保険

民間または「任意」の健康保険では一定水準のリスクのプールが可能となる。組織化された従業員グループを通じて保険契約が結ばれた場合は、かなりの効果が得られる。しかし逆選択やおいしいところ取りといった、保険市場でよく知られる問題があるため、組織された従業員団体以外の人への加入拡大はきわめて限られている<sup>53</sup>。民間保険スキームは管理コストが非常に大きく、コスト削減に対する圧力がほとんどかからないため、コスト面できわめて効率が悪くなる傾向がある。したがってG8諸国内では、民間健康保険によって多くの国民に健康保険を適用できた例はない。欧州ではその主要目的は他の公的スキームによる補償の補完にとどまっている。民間健康保険が最も発達した米国でさえ、4,500万人以上の国民が保険未加入のままで<sup>54</sup>、全体として医療費が高い主な要因になっている<sup>55</sup>。途上国では正規雇用部門が小さく、一

般に金融市場が脆弱なため、民間健康保険の加入率は人口の2～5%未満、全医療費に対する適用率は5%未満にとどまっている<sup>56</sup>。強力な逆選択効果で、MDG4、5、6に関連する多くの種類の保険市場が成り立っていないのが普通で、妊産婦ケア、日常的な外来治療、エイズ治療などは保険対象から除外されることが多い。

1990年代、民間保険イニシアチブはアフリカなどの低所得国における保健サービスの提供対象を拡大する方法になりうるとしばしば主張された<sup>57</sup>。しかしG8諸国に関して言えば、民間保険の強化または効率化を阻害してきた基本的問題を解決することは不可能であることが、経験上明らかになっている<sup>58</sup>。現在、アフリカの民間健康保険スキームを支援するイニシアチブはあるが、アフリカ最貧国で加入率引き上げに成功したという例は見あたらない。確かに、ナミビアのあるプロジェクトでは、1人当たり35米ドル以上の負担で、上位中流所得層の労働者向けに、国が補助金を出して民間健康保険スキームを拡充しようとしている。しかしこの方法は、貧困層の1人当たり支出が通常10米ドルを下回る地域において、限られたドナーからの資金を使い、この貧困層向けに保険の対象を拡大するには、費用対効果や、持続可能性または公平性の面で良い方法とは考えられない<sup>59</sup>。

### 途上国における保健財政政策を改善するために何をすべきか

過去30年間我々は、G8諸国自身の経験から学んだことに加えて、途上国における保健財政について、何が有効で何が有効でなかったかに関する知識を随分蓄積してきた。現在、技術専門家や開発機関の間で幅広いコンセンサスとなっているのは、最貧国において医療サービスの適用範囲を拡大し、公平性とリスク保護を強化するための鍵は、公的資金の拡充と、その比率を高めるということである<sup>60</sup>。

途上国とドナーが、保健財政を強化する際に留意すべき一般原則は、以下の通りである。

- (1) 貧困層に対するサービス提供の拡充、金銭的リスク保護の改善を行うために、各国は利用者負担から、税金もしくは社会健康保険、もしくは両方による公的資金の拠出に移行すべきである

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

- (2) 税収を財源化する最貧国の能力は、本来的に限られている。しかし、多くの国で現在の水準を引き上げる余地があるため、保健への財源の拡充に努めるべきである<sup>61</sup>
- (3) 外部からの支援の拡大は有効である。しかしその有効性は、各国内におけるリスクのプールの改善、国内の財源との統合、および制度改革に左右される
- (4) 社会健康保険を通じて、貧困国の公的支出拡大を目指すのであれば、部分的に税金を投入することとし、貧困層もまたその対象に含めなければならない。最貧国での増税には制約があるため、こうした国々では社会健康保険の実現可能性は低くなる
- (5) 税金を財源とする国民保健サービスが公的支出に対する主要チャンネルである場合、各国は民間部門との間で資金負担を共有する必要があるだろう。しかし官民の協力は効果的に実施し、公的資金が貧困層に優先的に届くようにしなければならない
- (6) 保健介入策がカバーすべき対象集団を増やす場合、そこで発生しうるユーザー・フィーは、可能ならば引き下げるか廃止するかして、貧困層によるアクセスを改善すべきである
- (7) 各国は民間健康保険または地域健康保険に依存して、貧困層へのサービス拡大を図るべきではない。G8諸国と途上国双方の経験から、この方法は効果的でないと繰り返し示されているからである

## 知識におけるギャップはどこにあるか

一般的な原則は明確だが、これらの改善策を各国で実際にさまざまな条件の中でどのようにして達成すべきかについて、我々はそれほど詳細な知識を持ち合わせてはいない。これにはいくつかの理由がある。ひとつは保健財政がイデオロギーや分析的アプローチをめぐる衝突で阻害される傾向があるということである。特に市場肯定派と市場否定派の間には確執があり、エビデンスが示す意味についての合意が得られずにいる。それでも現在、保健財政の分野では、内在的な市場の崩壊に