

メキシコにおける分断された保健医療システム

山口 英彦
松岡 広子

はじめに

メキシコは31の州と首都を擁する連邦特別区(Distrito Federal: D.F.)から成る連邦制の国であり、その国土面積はわが国の約5.2倍である。2000年の人口は約9,748万人であり、都市化が進んでいる。10万人以上の都市への在住率は47.3%に上る(INEGI 2003a: Cap. 4)。メキシコの社会経済的特徴の1つは所得と地域の格差である。1人当たりの国内総生産(購買力平価、2000年)は9,023米ドル、マレーシアとほぼ同水準であるが、2002年の調査によれば、所得上位2割の世帯が全所得の52.0%を得る一方、下位5割の世帯は19.4%を得ているに過ぎない。また、全国平均の識字者率(2000年)は90.5%であるが、D.F.では97.0%に達するのに対して、先住民が多く住む最南部チアパス(Chiapas)州では77.0%である(INEGI 2000b)。産業構成についても、農業(農村部)の停滞と商業・サービス業(都市部)の突出が特徴的である(INEGI 2003a: Cap. 10)。

以上のような格差を有するメキシコの保健医療システムは、有効に機能しているとはいえない。メキシコ国民の健康の実態は、国際比較した場合、同国の社会経済的水準から期待される水準を下回るといふ指摘がなされている(Gutiérrez y Bertozzi 2003)。

メキシコは人口構成と疾病構造の変化の過渡期にある。そのため、保健医療システムへの負荷が大

きくなりつつある。2000年の人口構成は0～14歳34%、15～64歳61%、65歳以上5%であるが、2025年にはそれぞれ21%、69%、10%になる見通しである。保健医療システムの有効性が疑問視されているとはいえ、国民の健康状態は着実に改善されてきた。死亡率の低下と平均余命の伸びが人口の高齢化を加速させる。また、出生率は低下していくものの、出産の絶対数は高水準を維持して、人口増加率が急激に低下するわけではない。2025年の人口は1億2,600万人に達すると予測されている(SSA 2001: 28-31)。人口の高齢化とその増加はともに医療への需要を高めていく。

今日、メキシコ国民の主な死因は心疾患、悪性腫瘍、糖尿病、不慮の事故、肝疾患であり、これらで全体の52%を占める。死因の上位は感染症や産科に係わる疾患から移行している。しかし、一般的な感染症や栄養失調による健康被害が駆逐されたとはいえない(SSA 2001: 32-36; 2003: 12-15)。メキシコの保健医療システムは慢性疾患を始めとする先進国で主流の疾病だけではなく、途上国が抱える問題にも同時に対処し続けなければならない(Cutler et al. 2002: 286)。

メキシコ憲法はその第4条において、すべての国民が健康を維持する権利を持つと定めている¹⁾。人口の高齢化と慢性疾患への対処はより大きな資源を必要とする(PAHO 2001: 7)。国家は今後さらに高まるであろう医療への需要にいかに対応するのであるか。

本稿はこのような課題に直面しているメキシコの保健医療システムについて述べる。その詳細はわが国ではこれまで語られることがなかった。そして、複数のサブシステムが独立・並存するというその分断性を問題として取り上げる。また、その統合化を目指すこととされる最近の動向に言及する。本稿を通じて、保健医療システムに関するメキシコ特有の問題だけでなく、他の途上国や先進国にも共通する課題が示されるであろう。

I 保健医療システムの形成

メキシコの保健医療システムは創設時から分断されていた。社会保険の加入者を対象とする機構と未加入者を対象とする機構が並立していたのである。1943年、メキシコ社会保険機構(Instituto Mexicano del Seguro Social: IMSS)と現在の保健省(Secretaría de Salud: SSA)の前身に当たる組織が設立された。公的医療サービスはIMSSを通じて工業労働者に優先して提供された。他方、SSAは国家による扶助として農民のケアを担当した(SSA 2001: 58)。

メキシコにおける社会保険部門は、秩序の維持という国家の利害と労働組合を始めとする利益集団の圧力を色濃く反映している。IMSSは工業化の推進という国家の経済戦略を労働力の維持という側面から支えるものであり、また工業化を担う労働者の要求に応えたものでもあった。1960年には国家公務員社会保険サービス機構(Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado: ISSSTE)が設立された。石油産業を独占する石油公団(Petróleos Mexicanos: Pemex)や軍も独自の社会保険機構を有している。これらの機構の設立には、それぞれの分野に利害を持つ集団の圧力だけでなく、国家の利害も関与しているといえよう(López Acuña 1980: 103; Barraza-Lloréns et al. 2002: 50; Cosme y Hernández 2003: 600-604)。国家公務員は

官僚機構の構成員であり、Pemexはメキシコにとって1次エネルギーの供給と国家財政の支柱である(山口 2003: 35)。そして、軍は国家の強制力の実行組織である。いずれも秩序の維持に大きく係わる部門である。

メキシコ経済は、輸入代替工業化の進展とその後の石油ブームによって、1940年代から1980年代初めまで成長を続けた。国民の健康状態も経済成長に伴い改善された(Parker and Wong 1997: 239)。この時期における保健医療政策は、社会保険のカバー率を引き上げて、公的サービスを段階的に普及させることを方針としていた。SSAのサービスは補完的な扶助プログラムとして捉えられていた(Laurell 2001: 298)。成長の継続がIMSSへの加入義務のある給与所得者²⁾を漸増させると期待されていたのである。

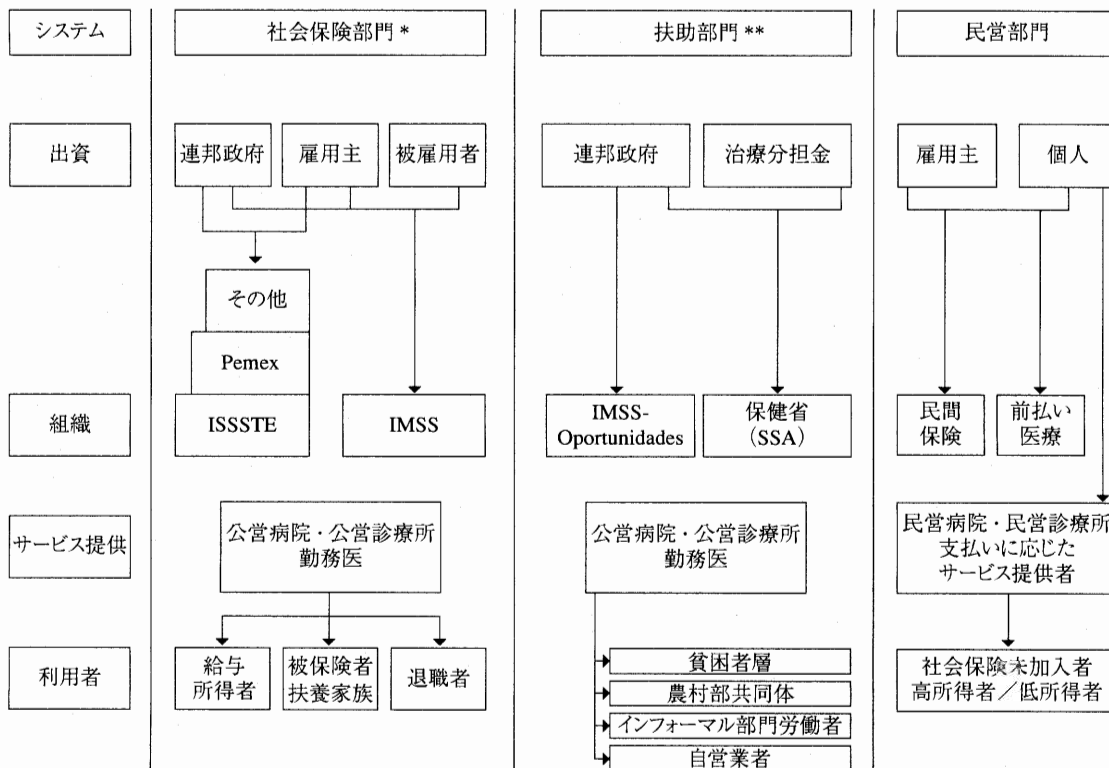
しかし、1982年の債務危機以降、メキシコはしばしば深刻な経済危機に見舞われた。社会保険のカバー拡大政策は長引く不況によって頓挫した。個人事業者が行なう小売業を始めとするインフォーマル・セクターが肥大化していったが、その構成員は非給与所得者、つまりIMSSへの加入義務のない人々であった(SSA 2001: 117)。

危機を克服するために、「小さな政府」を目指す新自由主義的政策が導入された。それは公的医療支出の削減を意味した。このような状況の下で、憲法に規定された国民の健康維持の権利はいかに保障されるべきなのか。医療サービスの提供における国家の役割の縮小とそれに伴う利用者の負担増は、次のような二極化を進行させた。貧困者は最低限の公的サービスを受ける。そして、その他の人々は支払い能力に応じたサービスを受ける(López-Arellano y Blanco-Gil 2001: 44, 50-51)。1990年代以降の保健医療政策は、効率的なサービスの提供を目指す市場原理の導入と貧困者の救済に焦点を合わせる事となった(Laurell 2001: 299)。

II 保健医療システムの現状

メキシコの保健医療システムは(a)社会保険部門、(b)社会保険の未加入者を対象とした扶助部門、(c)民営部門の3つに大別される(図1)。(a)と(b)は公的部門であり、その主力組織は(a)IMSSとISSSTE、(b)SSAとIMSS-Oportunidades(2002年IMSS-Solidaridadから改名)である。2002年の社会保険の加入世帯は全世帯の42.62%、未加入世帯は54.68%である(SSA 2003: 175)。民営組織はもち

ろん、各公的機構もそれぞれ独立した財政構造を持ち、独自の医療施設網を展開して、各組織間の調整関係は希薄である。但し、例外的にIMSSが被保険者のケアをSSAや民間の施設に委託する場合がある(OPS 1998: 3, 6)。各組織の年間1回以上の利用者数(2001年)は以下の通りである。IMSS: 3,096万人、ISSSTE: 696万人、その他の社会保険機構(Pemex、軍、地方政府): 261万人、SSA: 2,702万人、IMSS-Solidaridad: 1,070万人(INEGI 2003a: Cap. 8)。



* IMSS, ISSSTE, Pemex, 軍関係の保険機構

**SSA, IMSS-COPLAMAR(1979~1983), IMSS-Solidaridad(1989~2002), IMSS-Oportunidades(2002~)

出典: SSA 2001: 60より作成。

図1 メキシコの保健医療システム

(a) 社会保険部門

社会保険部門の財政運営は、民間労働者を対象とするIMSSの場合、連邦政府、雇用主、被雇用者の3者の分担によって賄われる。ISSSTEやPemex等の場合は雇用主つまり政府や公団が出資する(OPS 1998: 3)。

1990年代に入ると、最大の社会保険機構であるIMSSの財政破綻が危惧されるようになった(SSA 2001: 117)。資金的制約は医療サービスの質の低下をもたらした。医療機器の保守や医薬品の供給が不十分になっただけでなく、IMSSの医療従事者の賃金は大幅にカットされて、勤労意欲に悪影響が及ぼされた(PAHO 2001: 9; Laurell 2001: 301)。また、IMSSの施設はその利用者数に対して不足している。IMSSは相対的に過剰な需要にさらされているのである。IMSSにおける医師および診療所当たりの診察数は、ISSSTEやSSAに比べて突出して多い。このことは高い生産性と同時に過大な負荷を示しており、後者によるサービスの質の低下が懸念される(SSA 2001: 61; 2003: 96-97)。

1997年、社会保険のカバー率の向上を目的に、IMSS医療保障部門における国庫負担率の引き上げと任意加入制の家族健康保険(Seguro de Salud para la Familia: SSF)の導入が実施された。前者は被保険者と雇用主の負担を軽減して、IMSSへの新規加入の促進を狙いとしていた(SSA 2001: 117-118)。だが、政府の負担増は被保険者と雇用主の保険料引き下げ分を辛うじて補うに過ぎず、IMSSを財政的に強化するものではなかった(Laurell 2001: 303-305)。

SSFの導入によって、それまで強制加入の対象ではなかった自営業者や家内労働者、農業従事者のIMSSへの任意加入が認められるようになった³⁾。SSFの加入者は、保険料を支払えば、強制加入者と同等の医療サービスを受けることができる(OPS 1999: 414)。しかし、IMSSのサービスの質に比べて相対的に高い保険料のために、SSFはカバー率の

向上にほとんど寄与していない(PAHO 2001: 9)。IMSSの任意加入世帯(2002年)は全世帯の僅か0.31%である(SSA 2003: 175)。これは、政府が財政負担の急増を恐れて、任意加入者に相応の負担を求めた結果であった(Laurell 2001: 305-306)。

(b) 扶助部門

SSAやIMSS-Oportunidadesは社会保険の未加入者を対象に医療サービスを提供している。扶助部門は、国家が健康維持のためのサービスを全国民に提供する責任を負うという理念に支えられている(López Acuña 1980: 99)。その財源のほとんどは連邦政府による出資であり、利用者からの徴収は3.4%(2000年)を占めるに過ぎない(Barraza-Lloréns et al. 2002: 51)。そのため、政府の困難な財政状況の下では、この部門におけるサービスは劣悪にならざるを得ない。そして、扶助部門における公的支出は社会保険部門に比べて手薄になりがちである。社会保険の未加入者1人当たりの公的保健医療支出は加入者の約半分である(SSA 2003: 78-79)。

SSAのサービスを利用するには、治療分担金(cuotas de recuperación)が必要である。但し、その額は利用者の経済状況に応じて決定され、支払い不能の利用者や開発の遅れた地域においては免除される⁴⁾。このような減免措置にもかかわらず、またその措置による財源不足のために、SSAのサービスは多くの人々を満足させるものではない。SSAの施設では医薬品や医療器具の供給不足、不十分な設備とその旧式化が大きな問題となっており、医療従事者の労働環境に対する不満も高い。とりわけ医薬品の不足は、人々がSSAのサービスを利用しない最大の理由となっている(SSA 2001: 52, 66)。また、SSA施設における外来診療の平均待ち時間はIMSSやISSSTEよりも特に長い(SSA 2003: 64-65)。

IMSS-Oportunidadesは、1970年代に工業化から取り残された農村部での医療サービスの提供を目的に開始されたプログラムを前身としている。その対

象は社会保険の未加入者でSSAの医療施設にアクセスできない人々であった(Cosme y Hernández 2003: 603)。1979年、農村部における貧困者のケアを目的にIMSS-COPLAMARが設立された。そのプログラムは1989年にIMSS-Solidaridadに引き継がれた。IMSSが行なうこの扶助プログラムの方が、一般的にSSAよりも良質のサービスを提供しているとされる(Laurell 2001: 299)。しかし、扶助部門のサービスはプライマリー・ヘルス・ケアの無償提供が中心であり、入院治療は多くの場合含まれない。入院が必要な段階になると、患者に自己負担がしばしば生じる。深刻な疾病に見舞われても、経済的理由で医療サービスにアクセスできない人々が数多く存在する(SSA 2001: 116; Leyva-Flores, Luz Kageyama and Erviti-Erice 2001: 17, 19)。

医療サービスへのアクセスを欠いている人々は約1,000万人に上るとされる。1996年から保健サービス基本パッケージ(Paquete Básico de Servicios de Salud: PBSS)がこの人々を対象にして実施された。PBSSは既存の医療施設でのサービスとは別に、地理的障害を克服するために巡回方式でも実施される(OPS 1998: 8, 14, 16; PAHO 2001: 7, 11)。PBSSの内容は次の2点を基準に選択された。優先度の高い疾患、つまり死因となる主要な疾患であること。そして、低コストの予防・治療手段でコントロール可能な疾患であること。PBSSは低コストで高い成果が得られる、最も困窮している人々の必要に応えるプログラムである(PAHO 2001: 14)⁵⁾。

PBSSはすべての人々を十分にケアするものではない。それは「小さな政府」を目指す新自由主義的性格を帯びている。公的支出は基本的な医療サービスに限定すべきであり、またその対象者も限定すべきであるという原則に基づいているのである(López-Arellano y Blanco-Gil 2001: 49)。連邦政府がPBSSに出資して、その利用は無料である⁶⁾。しかし、PBSSの実施は次のことを意味しかねない。パッケージに含まれないサービスについてはすべて、

利用者の自己負担で賄わなければならない。公的サービスが不十分なために、下記に述べる民営部門に経済的にアクセスできない人々は、家庭内のケアで疾患に対処するしかないのである(Laurell 2001: 312-314)。

(c) 民営部門

国民は上記公的部門のいずれかで医療サービスにアクセスできる。だが、実際には保健医療システムにおける民営部門の役割は決して小さくない。メキシコの保健医療支出(2002年)は国内総生産の5.8%(ラテンアメリカ諸国の平均よりも低い)、うち公的支出2.4%、民間支出3.4%である。総医療支出の約58%が民間支出であり、他国と比べて公的支出の割合が低いのが特徴である(SSA 2003: 72-75)。民営部門はベッド数、医師数、診察数で全体の約3分の1を占める(PAHO 2001: 9)。支払い能力があれば誰でもこの部門にアクセスできる。サービス提供者は営利を目的としており、近代的大病院から個人経営の診療所、伝統的療法を施す医院まで多種多様である。特に小規模の民間施設では設備が貧弱であり、しばしば常勤の医師や正規の看護師が配置されていない(SSA 2001: 53, 60; Barraza-Lloréns et al. 2002: 51)。

公的部門のサービスが十分なものであれば、民営部門に対する需要はほとんどないはずである。だが、2000年の公式調査によれば、社会保険の加入者の21%、未加入者の28%が最近受けた外来診療は民間施設においてであった。また、民間施設の外来患者のうち81%が症状の回復について肯定的であったのに対して、社会保険施設では64%、SSAの施設では55%がそうであった(SSA 2001: 55, 60)。民営部門の方が概ね利用者が満足できるサービスを提供しているのである。

経済危機後の緊縮財政政策が公的サービスの質を低下させた。そのため、国民が民間サービスを以前に増して選好するようになった(Tamez, Bodek y

Eibenschutz 1995: 584)。前述したように、SSAの施設では医薬品や医療機材、スタッフが不足しており、人々は迅速な治療を求めて民間施設を選択する(Barraza-Lloréns et al. 2002: 51)。社会保険部門のサービスの質も利用者にとって満足できるものではない。医療費を自己負担して、民間施設を利用する機会が社会保険の加入者の場合であっても多い(Cutler et al. 2002: 286)。

民間医療支出の90%以上が患者の直接負担によるものである。民間医療保険の普及は進んでいない(SSA 2001: 57, 64)。その加入世帯数(2002年)は全世帯の僅か0.51%である(SSA 2003: 175)。保険料の高さが普及しない要因として当然考えられるが、メキシコにおける「保険文化」の欠如もしばしば指摘される(Tamez, Bodek y Eibenschutz 1995: 584; SSA 2001: 119)。

インフォーマル・ケアの選択肢として、薬局や伝統的医療が重要な位置を占めている。民間の薬局、薬剤師は例外を除く多くの医薬品を自ら処方・販売している(Parker and Wong 1997: 241; Barraza-Lloréns et al. 2002: 51)。また、薬草の使用や信仰療法といった伝統的代替医療は、とりわけ先住民が多く住む地域で広く普及している。SSAの劣悪なサービスに満足できない人々、たとえ僅かな額でも治療分担金が大きな負担となる人々にとって、経済的にも文化的にもアクセスし易い伝統的医療は欠かせない存在である(OPS 1999: 415; Leyva-Flores, Luz Kageyama and Erviti-Erice 2001: 21-22; Abrantes Pêgo y Arjonilla Alday 2002: 328)。

III 分断性がもたらす弊害

メキシコの保健医療システムは、安定収入を得られる層を対象とした社会保険部門、低所得者層のケアを担当する扶助部門、収入に応じたサービスを提供する民営部門に分断されている。これらサブシステムの分離・並存は、メキシコにおける社会的格

差を再生産しかねない(Frenk and González Block 1992: 174)。保健医療システムが所得と地域の格差の是正に役立つどころか、その分断性が格差を拡大させるのである。

1. 所得格差の再生産

人々の医療に対する需要は所得水準と直接的には関係がない。だが、分断された保健医療システムは所得に比例した質のサービスしか提供しない。SSAの不十分なサービス、IMSS-OportunidadesやPBSSの限定されたケアは、重篤な疾病を患った貧困者に大きな経済的負担をかける。低所得者が受ける医療サービスのうち約40%は民営部門においてである(PAHO 2001: 9)。そして、所得における医療費の直接負担の比率は、低所得者層になればなるほど大きくなる。医療費の自己負担が家計に破綻をもたらす事態は、低所得者層のなかでも社会保険の未加入者の場合により頻発する。そして、国民の10人に2人は治療を延期するか断念せざるを得ない(SSA 2001: 57-58; 2003: 216)。

深刻な健康問題が生じたとき、安定した職に就く高所得者は社会保険部門のサービスだけでなく、高額な治療費を負担して高度な民間サービスを受けることが可能である。他方、不安定な職に就く低所得者は職を失う恐れがあるだけでなく、扶助部門では十分ケアされずに、財産を失うほどの出費を強いられるのである。

2. 地域格差の助長

メキシコにおける健康水準には大きな地域格差がみられる。平均余命(2002年)は全国平均で女性77.1歳、男性72.1歳であるが、州による差は女性で2.6年、男性で3.2年に達する。D.F.や工業都市を抱える北部のヌエボ・レオン(Nuevo León)州が全国平均を上回る一方、工業化の進んでいない南部のチアパス州やオアハカ(Oaxaca)州、ゲレーロ(Guerrero)州はそれを大きく下回る。乳幼児死亡率

においても同様である。D.F.や北部州が概ね全国平均を下回る一方、南部州はそれを上回る傾向がみられる(SSA 2003: 22-25, 187)。農村部では死因としての感染症の克服が未だに大きな課題である(Parker and Wong 1997: 239; SSA 2003: 56-57)。

以上のことは医療インフラの充実度の地域による差を反映している。住民1,000人当たり公的施設の医師数はD.F.では2.76であるのに対して、チアパス州では0.76に過ぎない。ベッド数はD.F.で1.91、チアパス州では僅か0.41である。また、専門医の比率もD.F.において突出して高く、より高度な医療サービスが期待できる(SSA 2003: 86-91, 202)。また、民間の医療施設は利益追求のために当然大都市圏に集中している(SSA 2001: 65-66)。

医療サービスの供給における地域格差は各国に共通の課題である。メキシコにおける問題は、保健医療システムの分断性とその格差を拡大させていることである。一般的に農村部の在住者は農業に従事して、都市部に比べて給与所得者の比率が低い。したがって、社会保険部門へのアクセスを欠く場合が多い。社会保険の加入者の89.5%が人口2,500人以上の都市に在住している一方、未加入者の36.0%は2,500人未満の村落に在住している(INEGI 2003a: Cap. 8)。また、農村部では扶助部門の医療施設が都市部に比べて十分に配置されていない。したがって、無償サービスを受ける機会が少なく、家計に占める医療費の比率が都市部よりも高い(Parker and Wong 1997: 245, 253)。そして、1980年代以降の経済危機が、家計収入や公的医療支出の減少を通じて、とりわけ農村部の住民の健康状態に悪影響をもたらした(Cutler et al. 2002: 281, 284)。

都市部の1地区にIMSS、ISSSTEやSSAの公的施設、そして民間施設が隣接する形で集中する一方で、多くの過疎地で地理的にどの施設にも全くアクセスできないということがあり得る。各機構が独自の医療施設網を展開するという保健医療システムの分

断性が、このような事態を助長している。複数の機構を有する社会保険部門内の重複、社会保険部門と扶助部門との重複(OPS 1999: 415; SSA 2001: 58-59)、公的部門と民営部門との重複、これらを解消して生まれるであろう資源は、農村部におけるサービス供給の強化に活かせるはずである。

しかし、1980年代以降の保健医療政策は、システムの分断性を放置したままで、より少ない支出でより大きな効果を目指す方向へと向かった。公的部門における地方分権化と市場原理の導入がその具体例である。地方分権化はSSAの扶助プログラムを中心に次のように実施された。サービス提供のための設備や人員といった資源を連邦政府から各州に移管して、地方の現状に適した資源配分を目指す。分権化後は各州の独立公共機関(Organismos Públicos Descentralizados: OPD)が移管されたSSAの施設を管理・運営する(OPS 1998: 13; SSA 2001: 123; PAHO 2001: 11)。分権化は1985年に13州で開始された。しかし、移管に伴う混乱や地方の財源と管理能力の不足等によって1987年に中断された。その後1996年に再開されて、1997年に全州で完了した(Laurell 2001: 313; Cosme y Hernández 2003: 612-613)。

この分権化は医療サービスの地域格差を拡大させる恐れがある。各州のOPDは中央に財源を依存している。分権化によって、5～15%である州政府の出資比率を40%に引き上げることが目標とされている。これは連邦政府の財政的負担の軽減を意味するとともに、富裕州と貧困州との格差の拡大につながる。経済水準の高い州では多額の保健医療支出が可能であり、より良いサービスを経済的に比較的恵まれた住民に提供できる。経済的に困窮した州では全く逆のことが起こるのである(Cosme y Hernández 2003: 614-615)。

SSAやIMSSに市場原理を導入する動きもみられる。これらの公的施設には提供したサービスの量と内容に応じた資金を配分して、独立採算の原則に従

わせる。そうなれば、需要があるところに供給を集中させることとなり、過疎地の公的施設は閉鎖せざるを得なくなる。医療サービスの都市部と農村部との格差の拡大は避けられまい(Laurell 2001: 307, 313, 315)。公的部門の運営の効率化はもちろん推進しなければならない。市場原理の導入はその効率化に貢献するであろう。だが、保健医療システムの分断性、つまりそれがもたらすサービスの重複(Laurell 2001: 317)を解消することこそが、先決であるのではなかろうか。

IV 統合化の可能性

2004年より健康社会保護システム(Sistema de Protección Social en Salud: SPSS)が始動した。これは、2002年から一部の州で試行されていた健康人民保険(Seguro Popular de Salud: SPS)を全国的に展開するものである。その目的は約4,800万人に上る社会保険の未加入者をSPSによって段階的にカバーすることである(SSA CP No. 016, 21/Enero/2004)。

保健法第77条によれば、SPSSは国家が治療時点での患者負担なしに医療サービスへのアクセスを保障する仕組みである。SPSは世帯単位で保障する保険であり、社会保険の未加入者で世帯保険料(cuotas familiares)の支払いがその加入の主な要件である。つまり、SPSSの出資には連邦政府と州(または連邦特別区)政府だけでなく、利用者も加わるのである。保険料は前払いでその額は世帯の経済状況に応じて決定されるが、支払い能力のない世帯の加入が拒否されることはない。加入者は連邦政府および地方政府の公的医療施設において、治療分担金なしにサービスを受けることができる。但し、保険料を滞納したり、世帯主が社会保険に加入したりした場合は権利を保留される⁷⁾。

SPSの目的は治療時の出費を前払いに代替させて、家計に破綻をもたらすような医療支出を減少させ

ることである。そして、SPSの普及による皆保険制の確立が目指されている(SSA 2001: 115-117)。低所得者を優先して、2010年にはカバー率を100%にすることが目標とされている⁸⁾。

SPSSについては様々な問題点が指摘されている。まず、SPSは高度の専門医療や慢性疾患に必要なとされる長期の治療に対する保障が貧弱である(Beas Nava 2003: 3)。また、前払い保険料の徴収を通じて、国家に重要な財源を将来もたらすかもしれないが、全国民に対して医療システムへの出資を強要するものであり、貧困者や社会保険の未加入者に対する無償サービスの縮小・廃止につながる恐れがある。そして、SPSSを支える追加的で十分な資金的裏付けが明らかではない(Vargas López 2003: 2, 4-5)。保険料の免除対象が極めて限定された最貧困者に限られる可能性もある(Briceño Ruiz 2003: 2)。したがって、任意加入制であるSPS(SSA CP No. 016, 21/Enero/2004)を全世帯に普及させる計画の実現性には、懐疑的にならざるを得ない。

本稿がSPSSについて特に注目するのは次の点である。SPSSは全く新しい保健医療システムを構築するのか(Ramírez Anguiano 2003: 2)。SSAによれば、SPSSの導入は保健医療システムの創設以来、最も重要な改革であり、分断されたシステムから統合されたシステムへの移行を可能とする。SPSSはすべての社会保険の未加入者がアクセスできるシステムであり、それにより全国民が被保険者になるのである(SSA CP No. 102, 13/Mayo/2003; No. 115, 29/Mayo/2003)。しかし、SSAのいう統合化は本稿が問題としている分断性の解消を意味しない。つまり、SSAは既存の社会保険を補完するものとしてSPSを捉えて、両者の並存を明言しているのである(SSA CP No. 276, 05/Diciembre/2003; No. 016, 21/Enero/2004)。扶助部門におけるSSAとIMSS-Oportunidadesとのサービス統合でさえ、実現されるには時間がかかるであろう⁹⁾。

おわりに

メキシコの保健医療システムの分断性について、前述したサービスの重複の他にも問題点が指摘されている。利用者を限定した複数の公的医療機構が並存している。このことは利用者の選択を制限することによって、利用者獲得のためにサービスの質を向上させたり、コストを削減したりするインセンティブをこれらの機構から奪う(Barraza-Lloréns et al. 2002: 52; Gutiérrez y Bertozzi 2003: 103)。また、公的医療機構の分断は国家に資源を要求する保健医療部門としての能力を弱体化させる(Barraza-Lloréns et al. 2002: 52)。家計においては、公的サービスに支出されるであろう税、社会保険料、そしてしばしば利用する民間サービスの医療費を支払うという重複的な負担が強いられている場合が多々ある(SSA 2001: 64)。

社会保険部門と扶助部門との統合こそ、保健医療システムの実現すべき統合化に他ならない。統合によって生まれる資源は、人口の高齢化と疾病構造の変化に対して活用されるべきである。そうしなければ、国家財政に大きな余力がない限り、特に農村部の慢性病患者と高齢者のケアが切り捨てられることになりかねない。統合化の試みは、各公的機構の独立という現状に利害を持つ集団や、サービスの質のさらなる低下を危惧する社会保険の受益者からの抵抗を受けるであろう(Barraza-Lloréns et al. 2002: 55; Gutiérrez y Bertozzi 2003: 103)。統合化は困難だといわざるを得ない。だが、国家が利益集団の圧力からある程度自律していることを認めるならば(山口 2003: 32-34)、その可能性が全くないとは断言できないであろう。保健医療システムの統合化は、国家が追求すべき国民全体の福祉向上につながるのである。

投稿受理(平成16年3月)

採用決定(平成16年5月)

注

- 1) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.
- 2) 社会保険法第12条(Ley del Seguro Social: LSS, Artículo 12).
- 3) LSS, Artículo 13.
- 4) 保健法第36条(Ley General de Salud: LGS, Artículo 36).
- 5) PBSSの内容は次の12の分野である。①家庭内の衛生、②家族計画、③産科に係わるケア、④子供の栄養と成長、⑤免疫、⑥家庭内の下痢の対処、⑦寄生虫病に対する処置、⑧急性呼吸器感染症の対処、⑨肺結核の予防とコントロール、⑩高血圧と糖尿病の予防とコントロール、⑪事故防止と負傷の応急処置、⑫自己管理のための地域教育(PAHO 2001: 11-12; Laurell 2001: 312)。また、1998年には子宮頸部腫瘍の早期発見が追加された(OPS 1998: 13; López-Arellano y Blanco-Gil 2001: 49)。
- 6) PBSSの実施には世界銀行等の国際金融機関からの融資が利用されている(OPS 1998: 7; López-Arellano y Blanco-Gil 2001: 50)。
- 7) LGS, Artículo 77.
- 8) LGS, Transitorios de la reforma 15 de mayo de 2003, Artículo Octavo.
- 9) SPSSの導入後も、連邦政府支出に補助されたIMSS-Oportunidadesのサービス提供は継続される。その利用者はIMSSの負担でSPSに加入することが可能である。しかし、いかなる場合であっても、IMSS-OportunidadesのプログラムはIMSSにより運営されて、その資源は今後もIMSSに属するとされている(LGS, Transitorios de la reforma 15 de mayo de 2003, Artículo Décimo sexto)。

参考文献

- 山口英彦 2003 「国家の利害からみた国家-労働関係—メキシコ石油産業における労働組合の経済的権限—」『イベロアメリカ研究』第XXV巻第1号 pp. 31-48.
- Abrantes Pêgo, Raquel, y Sofía Arjonilla Alday. 2002. "Descentralización del sector de salud y conflictos con el gremio médico en México." *Rev. Saúde Pública*. 36(3): 324-329.
- Barraza-Lloréns, Mariana, et al. 2002. "Addressing Inequity in Health and Health Care in Mexico." *Health Affairs*. 21(3): 47-56.
- Beas Nava, José Antonio. 2003. "El Seguro Popular de Salud: Una propuesta hacia la solución o a la privatización de los servicios de salud." Ponencia presentada en el Foro "Hacia donde va la salud en México.": Centro Universitario de Ciencias de la Salud,

- Universidad de Guadalajara.
- Briceño Ruiz, Alberto. 2003. "Sistema de Protección Social en Salud y su impacto." Ponencia presentada en el Foro "Hacia donde va la salud en México.": Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.
- Cosme, José Arturo Granados, y Luis Ortiz Hernández. 2003. "Descentralización sanitaria en México: Transformaciones en una estructura de poder." *Revista Mexicana de Sociología*. año 65, núm. 3: 591-627.
- Cutler, David M., et al. 2002. "Financial Crisis, Health Outcomes and Ageing: Mexico in the 1980s and 1990s." *Journal of Public Economics*. 84(2): 279-303.
- Frenk, Julio, and Miguel A. González Block. 1992. "Corporatism and Health Care: A Comparison of Sweden and Mexico." *Health Policy*. 21(2): 167-180.
- Gutiérrez, Juan Pablo, y Stefano M. Bertozzi. 2003. "La brecha en salud en México, medida a través de la mortalidad infantil." *Salud Pública de México*. 45(2): 102-109.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática). 2003a. *México Hoy, edición 2003*. Aguascalientes: INEGI.
- . 2003b. *Agenda Estadística de los Estados Unidos Mexicanos, edición 2003*. Aguascalientes: INEGI.
- Laurell, Asa Cristina. 2001. "Health Reform in Mexico: The Promotion of Inequality." *International Journal of Health Services*. 31(2): 291-321.
- Leyva-Flores, René, M. Luz Kageyama and Joaquina Erviti-Erice. 2001. "How People Respond to Illness in Mexico: Self-care or Medical Care?" *Health Policy*. 57(1): 15-26.
- López Acuña, Daniel. 1980. *La salud desigual en México*. México D.F.: Siglo veintiuno editores.
- López-Arellano, Oliva, y José Blanco-Gil. 2001. "La polarización de la política de salud en México." *Cad. Saúde Pública*. 17(1): 43-54.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 1998. *México: Perfil del sistema de servicios de salud*. Washington D.C.: OPS.
- . 1999. *La salud en las Américas, edición 1998, vol. II*. Washington D.C.: OPS.
- PAHO (Pan American Health Organization). 2001. *Contribution of Nursing and Midwifery for Health System Performance and Goals: Mexico Case Study*. Washington D.C.: PAHO.
- Parker, Susan W., and Rebeca Wong. 1997. "Household Income and Health Care Expenditures in Mexico." *Health Policy*. 40(3): 237-255.
- Ramírez Anguiano, Víctor Manuel. 2003. "Pertinencia de la propuesta para la protección social en salud." Ponencia presentada en el Foro "Hacia donde va la salud en México.": Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.
- SSA (Secretaría de Salud). 2001. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México D.F.: SSA.
- . 2003. *Salud: México 2002*, México D.F.: SSA.
- . CP (Comunicado de Prensa). varios números.
- Tamez, Silvia, Claudia Bodek y Catalina Eibenschutz. 1995. "Lo público y lo privado: Las aseguradoras y la atención médica en México." *Cad. Saúde Pública*. 11(4): 579-587.
- Vargas López, Raúl. 2003. "Adiciones y reforma a la Ley General de Salud." Ponencia presentada en el Foro "Hacia donde va la salud en México.": Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.
- (やまぐち・ひでひこ 神戸大学大学院博士後期課程)
(まつおか・ひろこ 愛知県立看護大学専任講師)