

発展途上国における国民皆医療保障制度の構築 — タイ国のケース —

川口 典男

■ 要約

タイは2002年の国民健康保険法の成立により、国民すべてが公的医療サービスを廉価に受けられる体制ができた。しかし、政治的トップダウン方式で急速制度のスタートが決められた面が強く、細かい制度設計の検討が十分でなかった。

しかしながら、経済状況等の客観情勢は悪くなく、今後どこまで改善して安定的な制度にできるか注目されるところである。

■ キーワード

国民健康保険法、30パーツ医療制度、農民等自営業者、プライマリケア、医療資源の偏在

I はじめに

国民健康保険法の制定(2002年)によりタイは国民皆医療保障体制の形式をひとまず整えた。

同法による新医療保障制度はそれまでの経緯もあり30パーツ医療制度とも呼ばれている。タイがこのような体制を成し遂げた直接の背景は、2001年の総選挙で躍進したタクシン首相のトップダウン方式の政策遂行によるところが大きい。これがなければ1997年憲法の52条、55条の要請を実現すべく保健省で検討されていた皆医療保障制度はこのように急速に実現される可能性は少なかったと思われる。

国民の過半を占める経済的に困窮状況にある農民・自営業者等非組織労働者を主対象とした30パーツ医療制度は6つの緊急経済社会対策(草の根経済政策)の一環として位置付けられていた。他の政策は①全国7万カ所の村落と都市住民社会組織に一律100万パーツを支給する村落基金政策、②農民の負債の向こう3年間の返済猶

予、③一村一品運動の奨励等地場産業の育成、④無担保・自己保証システムの人民銀行の設立、⑤新事業主支援政策であった。

このような背景、経緯の新医療制度は同時に大きな課題を抱えたままスタートした面がある。本稿では皆医療保障制度を取り巻く社会・経済要因と医療概況について検討し、この制度の今後の課題についてみてみたい。

II 医療を取り巻く社会・経済状況

1. 関連経済指標

(1) 経済成長率

1970年代から90年代にかけ高度経済成長をしたタイも97年の通貨危機で、99年の一人当たり実質GDPは94年水準まで下がったが、ここから回復に転じその後は99年4.2%、2000年4.4%、2001年1.5%、2002年3.5%と成長傾向にある。

過去の成長過程を少し詳しく見てみると、一人当たりGDP実質成長率の1986から2000年の平均

値は世界の五指に入る(図1)。97年に始まった金融不況の影響は国によって異なり、97年のGDP実質成長率で見ると、最も低かったのはインドネシア(-13.1%)、タイ(-10.5%)、マレーシア(-7.4%)、韓国(-6.7%)、香港(-5.3%)で中国はほとんど影響を受けなかった(7.8%)、このためタイと中国の間には大きな差ができた。

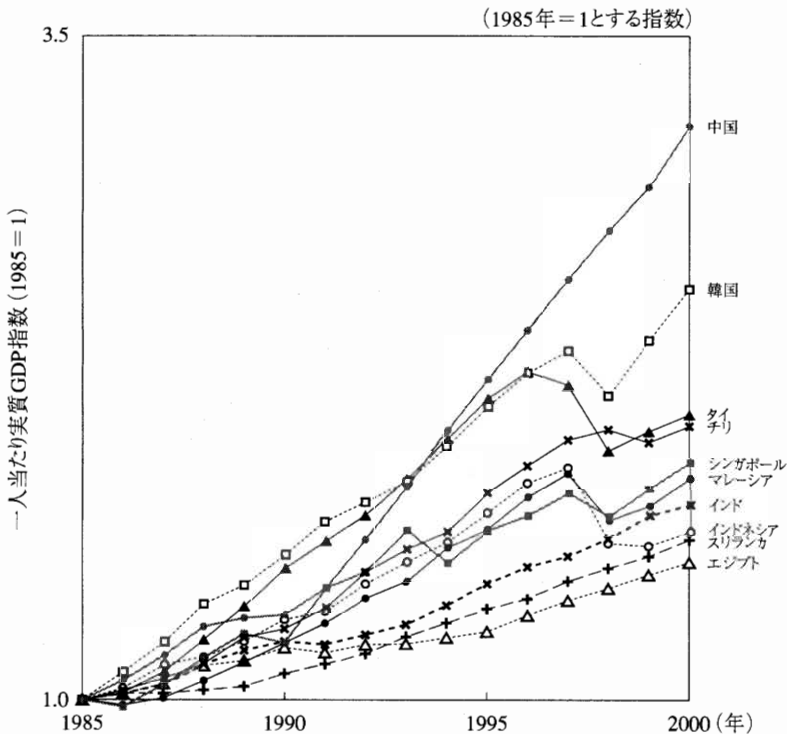
(2) 国民負担率

社会保障負担率は2000年で1.5%と非常に低い。¹⁾しかし、民間企業の社会保険がスタートした3年後の1993年に0.6%であったが、その後、対象事業所の拡大、事業者負担の引き上げ、新医療制度のスタート等があり今後急速にこの比率は高まるものと思われる。

2. 医療保障制度拡充の環境条件

タイの医療提供体制・インフラ整備状況は医療保障制度拡充のためには不十分であるが、他の諸国と比較するとどのように評価されるであろうか。

所得が韓国(8,910ドル/人、2000年値)以上の国では、米国など一部の例外を除いて、全国民を対象とする医療保障制度がすでに設けられている(図2)。アルゼンチン未満の諸国は、全国民を対象とする医療保障制度を設けていないから、今後制度の導入・拡充を図ることになる。右上方に位置する国ほど医療保障制度拡充の条件を満たしているといえる。医療保障制度導入・拡充には国としては経常的財政支出増と年々の資本支出増を必要とし、家計としては医療費一部負担や保険料等の支出増を生じる。そのため、経済成長率が高いほど制度拡充に有利な条件となることはいうまで



資料:「世界の統計(総務省統計局)」各年度版,「National Income of Thailand」NESDB(タイ国)各年次報告を基に作成

図1 経済成長の大きい国の一人当たり実質GDPの推移

もない。また、同じ経済成長率であればx軸の左方に位置する国ほど一般に医療提供体制・インフラ整備が不十分であるから、改善のための支出が大きくなる。このような視点からあらためてタイを評価すると、医療保障拡充上相対的に有利な条件にある国の一つであることが分かる。

経済成長率のほか経済・社会の安定性の観点からは物価上昇率、失業率、政府債務、対外債務、あるいは治安などについても検討を加えることが必要だが、これらの諸要因についてもタイは一定の水準を満たしている。

日本や韓国が国民皆保険を段階的に導入・完成させた時期は、毎年10%以上の経済成長が続くような好況期であった(図3)。今後、このような高度成長がタイやそのほかの国に再来することは期待しない方が安全である。このような点からも、段階導入というにはあまりに早急な30パーツ医療制度は今後安定的な制度として存続するためには各

種見直しが必要となろう。

3. 経済発展と所得不平等度の拡大

近年のタイの産業・経済は目覚ましい発展を遂げたが、ジニ係数でみる所得不平等度は62年以降ほぼ0.5~0.4で悪化気味に推移していた。²⁾ 1975年頃から1990年頃に至る期間の所得不平等度については次のように考えられる。この間増加した就業人口は、成長期にあった工業、サービス業部門に吸収される形となり、これらの人々は折からの好景気のもとに比較的高い所得を稼得した。一方、就業者の大部分を占める農業就業者の所得は低水準にとどまっていたため、全体としての所得不平等度は改善しなかった。

1990年以降のジニ係数については、いくつかの機関・研究者による測定値の時系列変化は不規則であり、また、算出機関・研究者による値の差も比較的大きい。これらの測定結果を総合すると、

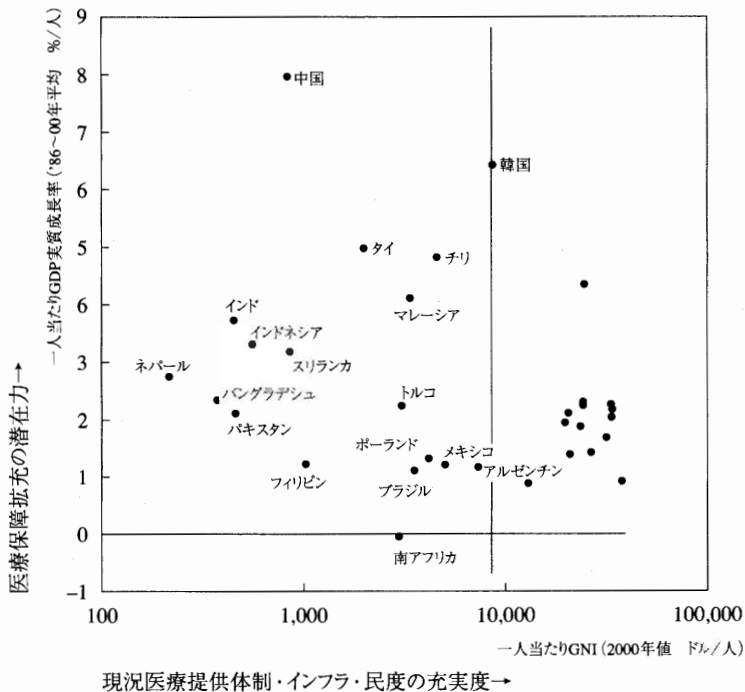


図2 医療保障制度拡充の条件

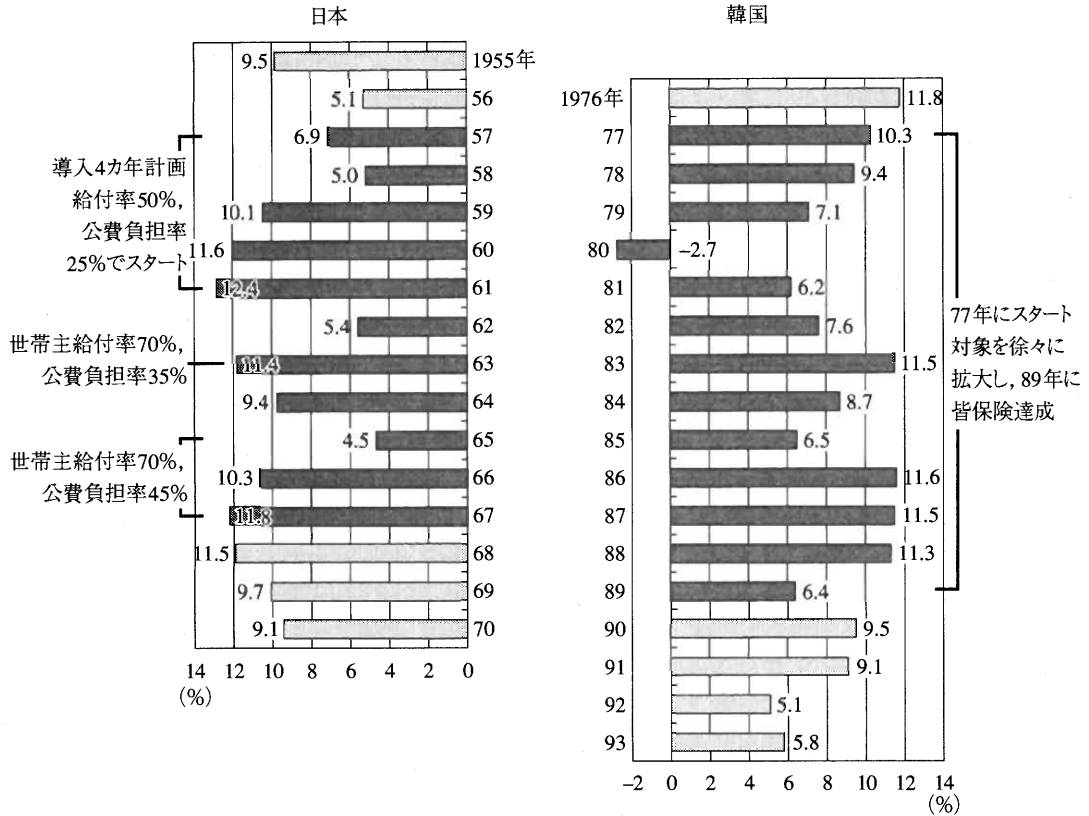


図3 日本・韓国の皆医療体制までのスケジュールと経済成長率

1990年以降の所得不平等度には、少なくとも明瞭な改善傾向は認められず、大きな変化はなかったものと推測される。

アジアの主な国の所得不平等度をジニ係数によって見ると、不平等度の最も大きい国はマレーシア(49.2)で次いでフィリピン(46.2)、トルコ(41.5)、タイ(41.4)、カンボジア(40.4)、中国(40.3)、インド(37.8)の順となっている。シンガポールと香港のジニ係数最近値は公表されていないが、従来値から判断してマレーシアに次いで大きいものと推定される。日本(24.9)、韓国(31.6)の所得不平等度は小さい。³⁾

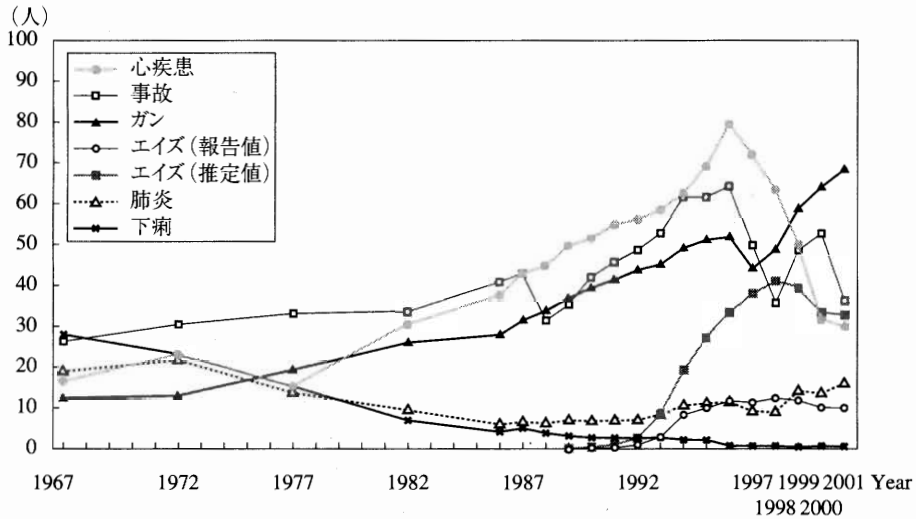
4. 医療保障制度の所得再分配機能

社会保障制度は国民の厚生水準向上を目的と

するとされており、一般的には所得再分配機能を併せ持つ。新医療保障制度前の医療保障制度(福祉的医療制度等を除く)を見ると、その対象者は公務員・大中企業従業員など国民の約20%強に限られる。このような制度のもとでは、恩恵はこれを最も必要とする最低所得層には及ばない。

タイでは所得不平等度がかなり大きく、適切な所得再分配を必要とする状況であるにもかかわらず、従来の医療保障制度による所得再分配は中・高所得層に対して厚くなされ、この点だけに着目すると医療保障の所得再分配は格差拡大の方向になされていた。

しかし、今回の新医療制度はその主対象が中低所得層であることから所得不平等に関しては改善方向に作用すると期待される。



資料: Ministry of Public Health (2002a)

図4 10万人当たり疾病別死亡者数

5. 医療保障の経済効果

タイの保健衛生現状を見ると、先進国に比べ成人病・慢性病と呼ばれる症例の割合は増えつつあるが、急性疾病やあるいは伝染性の疾病割合も大きい(図4)。そのため、一定期間の受療によって全治する疾病の割合が大きい。また、先進国に比べて若年層の罹病割合が高い。このような状況のもとでは、医療保障制度の経済的効果は大きく、特に、若年層の保健向上を通じて生産に直接寄与する効果は大きいと考えられる。

6. 就業構造

(1) インフォーマルセクター就労者

組織労働者は既に公的医療保健の対象となっているので、今回新たに対象となるのは、非組織労働者である。NESDB⁴⁾によると、これらは次の二つに分けられる。①非公式な分野での財とサービスの生産や違法ではないが、受け皿となる法令が存在せず、明確な納税システム、または給与報酬制度や雇用制度も存在しない分野の小規模な事業で変化が早く、安定も欠いている就業。具体

的には、零細農民、家事請負労働者、請負生産労働者、家庭における零細生産事業、行商、移動式簡易店舗での商売、家庭内用品の修理、バイクタクシー等。②違法な財とサービスの生産。すなわち違法賭博、麻薬密売、売春、地下銀行、各種商業詐欺行為等である。これらインフォーマルセクターで働くものは就業人口の71.9%ともされ、そのうち農業部門が42.2%、それ以外が29.7%である。

(2) 農業就業者

1980年以降の農業就業者数はやや不規則な推移を示すが、2000年値を1980年値に比べると大きな差はない。一方、この間に全就業者数が増大したため、全就業者に占める農業就業者割合(%)は最近20年間に70%程度から48.8%(2000年値)にまで大幅低下した。すなわち、実数ベースで見ると、全就業者数増加分が工業・サービス部門に吸収された形となり、就業者割合(%)でとらえると、見かけの上で農業就業者が工業・サービス部門に吸収された形となる。このようにしてタイの農

業就業者割合は大幅低下したが、それでもなお、アジアの中ではミャンマー、バングラデシュに次いで高い水準にある。医療保障制度の観点からは、高い農業人口割合は次の(3)のような問題をもつ。

(3) 所得格差と医療アクセスの不便

おおかたの低・中所得国において農業就業者の平均所得は低いが、タイ国もその例外ではない。産業別平均賃金で見ると農業就業者の賃金は全産業平均賃金の50%に達しない。自営業所得等を含めた産業別所得統計なるものは存在しないが、賃金水準やタイ国農村部の生活水準実態から判断して、農業部門の平均所得は他部門に比べて著しく低い⁵⁾。農業就業者割合が大きい国ほど所得不平等度が大きいとは一概にいえないが、この点ではタイの所得不平等度はかなり大きい方である。

また、農村部では交通・通信・銀行が不便なことなどから医療保障制度ができて医療機関への受診の利便性に問題が残りがちである。

7. 人口構造

タイでは、平均余命の延長、出生率の低下(1970年3.2、2000年1.05、2020年0.53)、医療生活環境の改善による死亡率の低下等により人口構

成(1970年14歳以下45.1%、15～59歳50%、60歳以上4.8%、2000年、25.3%、65.3%、9.3%、2020年、19.1%、64.9%、15.9%)が変化し、人口ピラミッドが樽型から逆三角形に近づき始めると予想される。高齢化のスピードがOECD諸国の倍のスピードであることから、これから急速な高齢化社会到来となる。

当然疾病構造も大きく変化すると予想される。今回の新医療制度ではプライマリケアを重視しているが、これに加えてより具体的な生活習慣病への対策も早晩具体的に要請されることになる。

III 医療概況

既述の社会経済状況の下、新医療保障制度の置かれている医療環境を検討する。

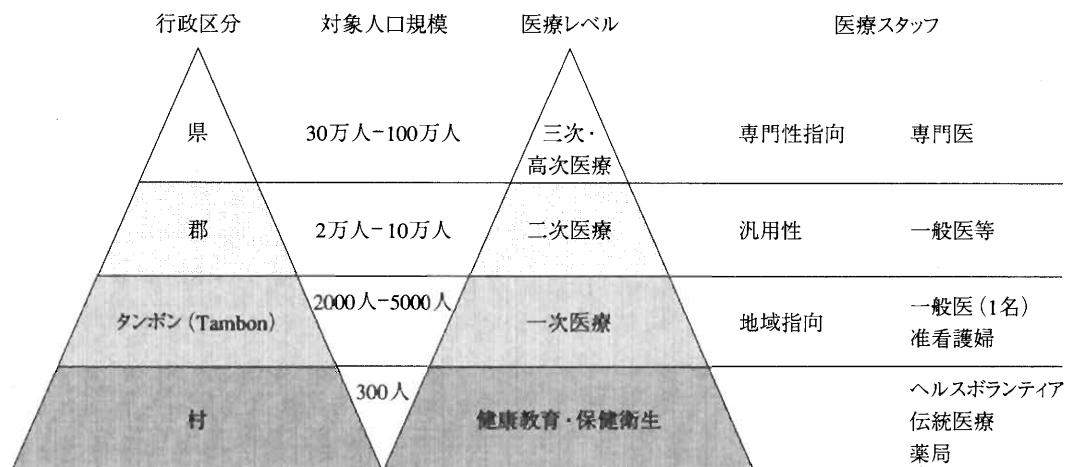
1. 医療関係主要指標

タイの医療環境、医療資源は総じていえば一人当たり国民所得に相応した水準である(表1)。しかしそれがゆえにこの状況を急速に改善するには、チャレンジングともいえる新医療制度が必要とされていたとも考えられる。

表1 日・タイ医療関係資源の比較

項目 \ 国	日本	タイ	日本：タイ
医師	255,792	18,025	34：1
歯科医	90,857	4,141	22：1
薬剤師	217,477	6,384	34：1
看護師等	1,103,760	100,443	10：1
病院数	9,239	1,293	7：1
ベッド数	185.6万	13.6万	14：1
人口	127.3百万	63.5百万	2：1
GDP	4,841,584百万ドル	122,166百万ドル	40：1

資料：厚生統計要覧、Thailand Health Profile 1999-2000等より作成。
 注：日本の数値はGDP(2000値)を除き他は2001年値、タイの数値は2000年値(人口のみ2001年値)。



資料：JICWELS (2004) をもとに筆著作成。

図5 医療供給体制

(1) 保健衛生

保健衛生状況を表すために一つの指標として乳児死亡率を見ると、タイのそれはやや高いほうで(千人率28)、同国の一人当たり GNI (2010ドル/人)にほぼ見合う値となっている。

平均寿命についてもタイの値はやはり同国の一人当たり GNIにほぼ見合う大きさである(69歳)。乳児死亡率や平均寿命に見られるように、タイ国の保健衛生状況は国の所得水準相当であるといえる。すなわち、中所得国の平均的な水準にある。⁶⁾

(2) 疾病構造の経年変化

IIの5で一部言及したが、1970年代以降の高度経済成長過程で、生活水準が向上するにつれて、心臓病、ガン等の死亡原因が増え、栄養失調、下痢、肺炎等の伝染病での死亡は減少し、途上国の疾病構造は薄れつつあるが、詳細に見ると、死亡率は下がっているとはいえデング熱は周期的に発生しており、5歳児以下の下痢での死亡率も増えている。

また、結核やマラリアも課題として残っている。

これらの状況はバンコック等都市部と地方、富裕層と低所得層でも差がある。

タイの場合健康転換でいうところの急性疾患、慢性疾患、生活習慣病のそれぞれのフェーズが混在し、バンコックでは退行性老人疾患のフェーズも始まっているという状況である。

医療費に関しても近年再び増加傾向を示している。⁷⁾

2. 医療提供体制等

(1) 医療供給体制

医療機関はヒエラルキー型をしており、レファラル制のもと患者の最寄りの医療機関がゲートキーパー役を果たし、一次医療から三次医療まで振り分けられる仕組みになっている(図5)。この点風邪でも大病院に行く日本とは状況を異にしている。しかしそれぞれの医療機関の担当する住民数と医療資源の間にギャップ⁸⁾が大きいことが問題である。

IV 公的医療制度

新医療保障制度の2年半(2001年の試行からすれば3年半)の実績と課題を検討する。

1. 概要

(1) タクシン政権誕生前の政府内検討状況

保健省医療システム研究所のレポートでは、⁹⁾ 既存の医療保健制度でも既に多くの不備があったとしている。① 公務員医療保健制度：支給金額を超える個人負担部分が多い場合に対応できない、② 社会保険制度：事業所が登録を怠る、コスト節約目的で十分な医療が受けられない、③ 低所得者医療：病院に支給される医療費補助が少ないため医療サービス水準が低い、④ 民間医療保険：保険契約解釈上のトラブル、治療費水増し等。また、国民全体の健康医療関連支出のうち32%が家計部門の負担であった。まして公的医療保障制度の対象外の国民はより大きな困難に直面していたとも指摘している。

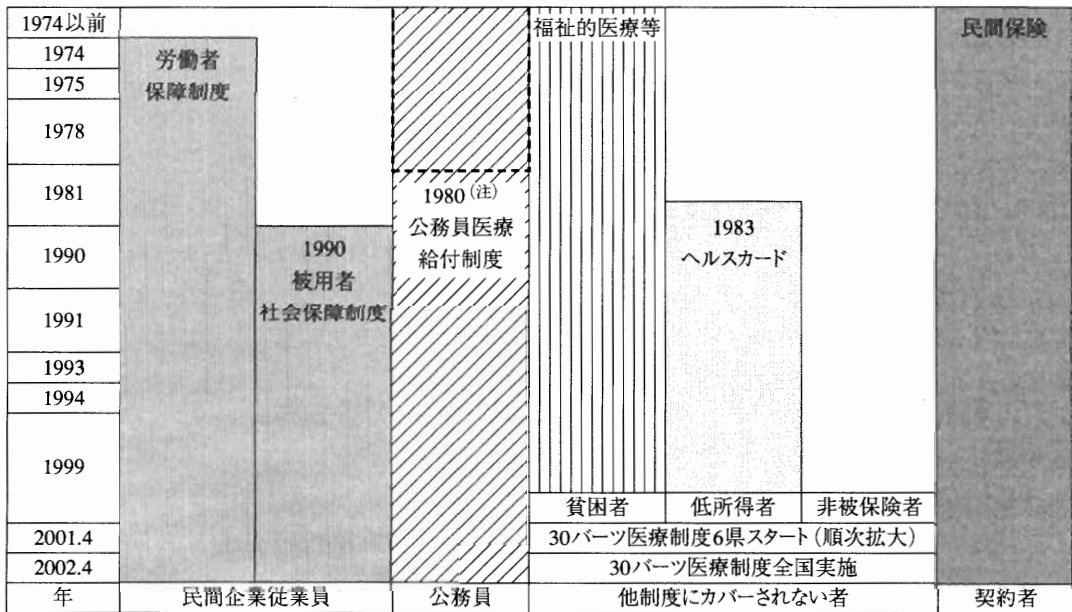
これらの問題を解消するための全国民を対象とした医療制度構築の選択肢としては、既存制度の適用対象拡大、単独基金設立による全国民に統一

された健康保険制度を適用し単独医療財源を運用、公共部門と非公共部門の二制度の3案が検討されていた。そして当時の医療費をベースに検討すると少なくとも一人当たり1450パーツが必要とされていた。これはその後スタートして30パーツ医療制度の1202パーツとの間にはギャップがある数値であり、実際制度スタート後、病院の現場から大きな不満が表明されたことが記憶に新しい。

(2) 経緯

30パーツ医療制度スタート前の状況は、2000万人以上が公的医療保障の外にあったと推定されている。

1990年の社会保険のスタート以降福祉的医療の拡充もあり、一定の成果を見たものの、非組織労働者である農民等は福祉的医療制度以外頼るものがなかった。こうした状況は1997年憲法により改善の方向が示され、前述のタクシン政権もとの改革により皆医療保障体制が実現された(図6)。



資料：各種資料より筆者作成
注：この時期に法律で根拠が明示された。

図6 職業区分と医療保障スキーム

2. 国民健康保険法 (2002年11月19日施行)

制度の具体的内容、費用、運営等に関する事項の詳細は、ほとんどがこの法律に規定する各種委員会が決まる仕組みとなっている。したがって現在行われている新医療保障制度の具体的内容とその変更は各種委員会による関係規定で決まる。

被用者社会保険と医師会から医療サービスレバ

ルの低下や医療事故責任の点で指摘を受けこれらの調整を経てできた法律の構成は、全70条で、前段4条、第1章保健サービスを受ける権利(5条～12条)、第2章健康保険委員会(13条～23条)、第3章健康保険事務局(24条～37条)、第4章健康保険基金(38条～43条)、第5章サービス提供単位と保健サービスの規格(44条～47条)、第6

表2 タイ国医療保障制度概要(2004)

制度区分	I. 公務員医療給付制度 (CSMBS)	II. 被用者社会保険制度 (SSS)	III. 労働者補償制度 (WCS)	IV. 30パーツ医療制度 (Universal Coverage) *1		V. 民間保険
				30パーツ負担あり	30パーツ負担なし	
I. 制度の性格	フリッジ・ベネフィット	強制	強制	社会福祉		任意
モデル	公的償還払いモデル 出来高払い, DRG	公的社会保険モデル 総額予算	公的償還払いモデル 出来高払い	普遍主義モデル 総額予算		任意加入償還払い モデル
II. 対象者 (2003年)	公務員, 年金生活者 およびその被扶養者 (両親, 配偶者, 子 20歳未満3人まで)	民間企業従業員本人 のみ(1人以上の 企業)	民間企業従業員 (1人以上の企業)	他制度カバーされな い貧困者, 高齢者, 12歳以下の子, 中 学生, 障害者, 退役軍人	他制度カバーされな い右記以外の者	富裕層しかしI. II. III. IV.のいずれかの制度 に所属資格がある
対象者数(百万人)	7	10	10*2	45.9		1.1 *3
III. 給付内容						
・外来サービス	公立のみ	公立・民間	公立・民間	公立・民間		選択された民間病院
・入院サービス	公立・民間 (緊急の場合のみ)	公立・民間	公立・民間	あり		選択された民間病院
・病院の選択	自由	契約病院もしくはその ネットワーク内	自由	居住地に一番近い病院		自由
・現金支給	なし	あり	あり	なし		なし
・適用要件	すべて	仕事非関連の疾病, ケガ	仕事関連の疾病, ケガ	すべて*4		保険料に応じて
・適用除外要件	なし	15の除外要件	なし	11の除外要件*5		重大疾病は条件あり
・出産給付	あり	あり	なし	あり		可能
・年次健康診断	あり	なし	なし	あり		可能
・予防・健康増進	なし	健康教育・予防注射	なし	あり		なし
・非カバーのサービス	特別看護	個室ベッド, 特別看護	なし	個室ベッド, 特別看護, メガネ		加入条件による
IV. 財政						
・財源	一般税	労・使・政府の3者が それぞれ1.5%ずつ拠 出(1999年以来一時 1%に減じられていた)	使用者は災害発生率 に応じて給与の 0.2~2%	一般税		個人家計
・支払責任者	MOF	SSO	SSO	NHSO		民間
・支払の仕組み	出来高払い	人頭払い*6	出来高払い	人頭払い*6		出来高払い (上限あり)
・一部負担	民間病院の外来	出産・救急医療	30,000パーツの上限 を超えた場合	なし	1回当たり30パーツ	加入条件による
・一人当たり支出額 (パーツ)2003	2,948	1,588*7	12億76百万	1,311*8		2,735(個人) 1,045(グループ)
・一人当たり補助金 (パーツ)2002	2,948 プラス管理費	529 プラス管理費	管理費	1,311 プラス管理費		保険料控除あり

資料: 各種資料から筆者作成

*1 30パーツ医療制度は保険料を徴収するシステムではない。しかし30パーツ医療制度があくまで将来的な国民健康保険制度への通過点という保健者の立場から一般的には医療保険制度の範疇で呼ばれることが多い

*2 非営利組織職員は非加入

*3 この数値は個人・グループの保険対象ケース数であり、対象人数ではない。統計局発表の数値 (Health and Welfare Survey 2003では、受益者が個人・団体で1.1百万人と推定している)

*4 予防, 健康増進, 医科・歯科

*5 薬物中毒治療, 美容整形等

*6 特定の医科と歯科治療は出来高払い制のもと償還払い

*7 人頭払いと歯科, 心臓外科等の出来高払いの合算額より計算

*8 2003年一人当たり1,202パーツに追加予算50億パーツを加えたものより計算

章保健サービスの規格と品質管理委員会(48条～53条)、第7章職員(54条～56条)、第8章サービス提供単位の監督(57条～62条)、第9章罰則規定(63条～64条)、臨時規定(65条～70条)、付表：医療給付内容となっている。

3. 医療制度の概要

全国民は公的医療保健制度の対象となっているが、30パーツ医療制度(表2、参考)では、受診できる医療機関に制限があり、高額な医療の際は実質自己負担を強いられるか、低レベルの医療サービスになることがあり、問題とされている。また、高額所得者ほど高品質の医療サービスを求め民間保険を利用、併用をする傾向もあり、本来の公的皆医療保障制度の趣旨に沿わない実態が生じている面があり得る。

4. NHSO 年次報告に見る制度運営に係る評価等

NHSOは2004年2月に首相に新医療制度の二年間の経過報告をしているが、正式な年次報告(NHSO 2004)がその後作成されている。

(1) 年次報告に見る新医療制度利用者の不満等

年次報告には、NHSOのコールセンターが受けた苦情と13県、6083人に対するアンケート調査

結果が示されている(表3)。

具体的には、半数以上が家計の医療支出削減に役立っていると、特に貧困層には役立っているとしている。また、41%が医療内容の改善が必要と指摘し、他の医療制度におけるよりも質が低いとしている。

医療機関に対しても同様にサンプル数3006の調査が行われ、配分予算の増額(39.8%)、医療給付内容を患者の需要によりあったものとする(25.6%)、さらに、迅速な予算配分、継続的に医師等の辞職が続いていることを回避するために業務負担を減らすための医療スタッフ増員などが要望されている。

(2) その他の状況

2004年2月19、20日に開催された国民皆医療体制推進会議での保健省公衆衛生システム研究所報告によれば、30パーツ医療制度スタートにより当面、公共医療関係での業務上の負担は5%増え、1000人の新規医師需要が発生したとされている。

他方、2002年に、保健省の地方勤務医が316人退職(新規地方配属の32%にあたる)しているが、この背景には業務負担増、正規勤務時間外のアルバイトができないことに加え経済基調の回復に伴い民間への医師流失の傾向が強まっていることもある。¹⁰⁾

表3 医療機関別不満割合

(件(%))

	サービス	医療内容	支払い	カード発行と登録	給付内容	その他	全体
バンコク	25 (2.41)	354 (34.07)	252 (24.25)	192 (18.48)	212 (20.40)	4 (0.38)	1,039 (100.00)
地方	21 (3.73)	197 (34.99)	113 (20.07)	85 (15.10)	143 (25.40)	4 (0.71)	563 (100.00)
全体	46 (2.87)	551 (34.39)	365 (22.78)	277 (17.29)	355 (22.16)	8 (0.50)	1,602 (100.00)

資料：NHSO (2004)

5. 新医療保障制度のスタート後の状況

(1) 新医療制度の具体的状況

2003年時点での医療制度別対象者人口は被用者社会保険で一人以上雇用する事業所に対してまで適用が進んだことにより大きく伸びており、30パーツ医療制度対象者も増加し、非登録者が減少、公務員数の抑制策もあり公務員のそれはわずかに減少となっている。

新医療制度に対しては、NHSOの年次報告にあるように新医療制度に対し評価しつつも各種不満が表明されている。これは、公的医療保障制度の対象とされていないことから医療サービスを受けることに支障のあった農民等非組織労働者にその享受を容易にしたことが、医療サービスにかかる家計支出と受診に変化をもたらしたことがその背景にある。

最低家計所得層では医療支出の家計に占める割合が1992年の8.17%から2002年には2.77%へと軽減されている。それに対して、最富裕層では1.27%から1.17%とわずかな減少しかしていない。¹¹⁾

そもそも各医療制度別に見れば分かるが30パーツ医療制度対象者は低所得者が多く所得区分

の下位2区分で制度加入者の60%を占める。

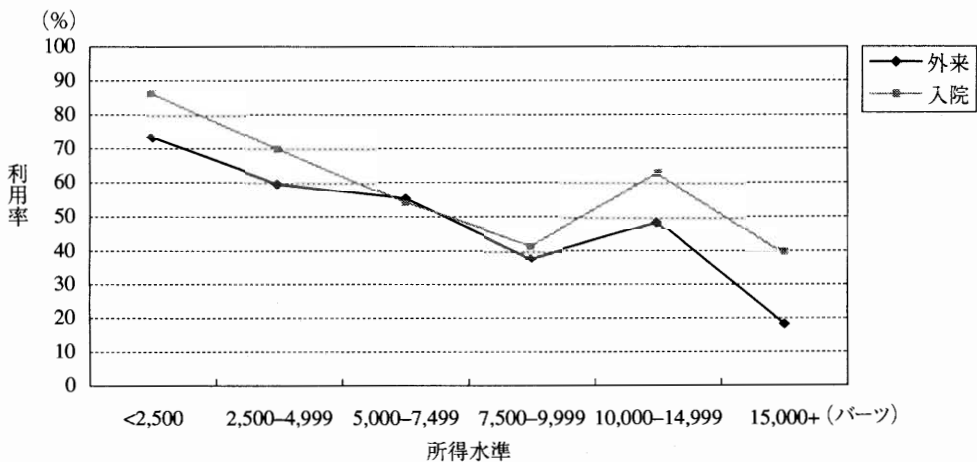
これに比し民間保険加入者に富裕層が多いのは当然としても、30パーツ医療制度を利用しない者の所得構成が30パーツ医療制度加入者よりはるかに高所得者が占めていることは問題であり、今後財源構成の見直し如何では所得再分配の点から公的医療制度としての意味合いから見て問題が強まる可能性がある。

また、受診行動で見ると外来入院とも伸びており医療機関へのアクセスが容易になっていることが分かる。

また、利用医療機関別では外来では身近な民間診療所、ヘルスセンター、群病院での受診が伸び、県レベルでの中心医療機関である県病院での受診が減っている。これは身近にある登録医療機関での受診からスタートするレファラルシステムが効果を発揮しているものと考えられる。

入院に関してもほぼ同様の傾向であるが、民間病院へのそれは伸びておらず、群病院の伸びが高いのが特徴的である。¹²⁾

しかし、気がかりなのは医療を受ける際に必ずしもゴールドカード(30パーツ医療制度利用者証)を利用していない点である(図7)。



資料:Pannarunothai et al. (2002)

図7 ゴールドカード(30パーツ医療制度)利用率

データが試行段階実施の2001年のデータなので、その後より改善されていることを示すデータが出ているようであるが、少なくとも初期の時点では、低所得層でも80%前後しか利用しておらず、高所得層では30%前後にすぎない。

理由として考えられるのは、①政府公報が十分でなく、人々の新医療制度利用についての認識も進んでいなかった、②医療機関側の準備不足、③他の制度や私費払いに比べて医療サービスの内容が貧弱なものとされるケースが散見されたなどであったと推測されるが、この状況は現時点でも十分には解消されていないと思われる。

しかし、医療費がよりかかる入院を中心に改善傾向にあることは見て取れる。

(2) 医療機関の現況と課題

新医療制度のもと業務量が増え正規勤務時間外での私的診療行為がしにくくなっていること、給与が抑制されていること、景気回復に伴い民間医療機関への転出傾向があることなどから医師の公共医療機関からの転出が増えだしており、このことが悪循環を来す嫌いがある。

公的医療機関収入では患者からの窓口支払いが減り、新医療制度からのもともと低額の積算根拠の予算配分も滞りがちなこともあり財政は苦しい状況になっている。

医療機関の機能向上を目指した機能認定制度も認定済みは3.9%にすぎない。¹³⁾

6. 制度全般に関する今後の課題

1. 制度上国民皆医療保障制度を整備したことは、組織労働者のみへの医療制度で所得不平等を助長する方向にあったのを是正し、全国民に受診の機会を広げたことには大いに意義がある。
2. しかし、一年弱の段階試行を経たとはいえ、日本や韓国のスケジュールに比べ準備期間が短すぎたといわざるを得ない。
3. 特に、制度の分立を残した上に、制度間に給付内容格差が生じている点は今後ますます問題となる。
4. 医療機関の選択の自由が著しく制限されていることは、受診の機会の制約にもなり、特に農村部ではその可能性が高い。
5. 新医療制度は実質的には医療の需要側を拡大した割には供給側への実効ある対策が少なく、医療内容の全体的低下を引き起こしている可能性がある。
6. 具体的には、アンケート調査等に示される不満、受診に際して医療保険証を必ずしも提示せず自費診療で受けるケースがある点などに伺える。
7. 医師等の養成が具体的に着手されておらず、業務負荷の増大、処遇の低下等から保健省管轄下の医師の辞職が増加していることは問題である。
8. 医療機関の機能評価認証も遅々として進んでいない。
9. 大都市部では株式会社組織の病院で外国人、高所得者を対象とした質の高い医療が広まりつつあり、平等な医療の受診という点では矛盾が出ている。
10. そもそも財政的に一般財源に仰ぐ制度であり、制度の財政的安定性の点からも問題が多く、一部負担が30パーツから引き上げざるを得なくなる可能性は高く、¹⁴⁾その引き上げが大きいと、庶民の受診機会の制約ともなる。
11. 誰がどの保険制度に加入しているのかが明らかでないという問題をシステム上は解決した。しかしながら、越境受診といった問題については、現状のシステムでは解決しているとはいえない。今後、登録医療機関制度を超え、フリーアクセスに基づく医療サービス提供を展望するならば、支払制度システムと整合性をもつ強固なシステム構築が重要になる。

12. 皆医療体制のもと医療サービスの質の確保も重要なテーマである。当面、医療提供環境の質の向上であり、医療従事者の充実や医療機器などの整備、衛生環境の確保などが中心となる。病院に関しては病院認定制度の着実な推進が必要である。
13. 30パーツ制度をはじめとする保健省のUC政策の柱の一つは、「プライマリケア」を中心に据えた医療提供体制の構築であり、地域保健の拡充方針が示された。地域レベルでは健康ボランティア、家庭健康リーダーなどの住民参加型のヘルスプロモーションが行われている。

参考 30パーツ医療制度の給付内容(抜粋)

<p>1) 以下の医療サービスが給付される。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 健康の維持、疾病の予防と管理 <ol style="list-style-type: none"> a. 妊婦の検診 b. 子供の健康、成長、栄養管理対策及び疾病予防措置 c. 健康診断 d. 家族計画 e. エイズの母子感染予防 f. 訪問看護 g. 個人・家庭に対する健康教育 h. 健康維持のための相談 i. 歯科検診等 2. 検診、診察、治療、リハビリテーション、委員会で認める代替医療 3. 2回までの分娩 4. 食事と部屋 5. 抜歯、咬合、プラスチック義歯等 6. 国家基本薬品リストに則った医薬品、医療品 7. 医療施設間の移送 8. 上記1.~7.まで以外で委員会が規定する医療サービスあるいは費用 	<p>2) 以下の医療サービスは除外される</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 15日以上入院している精神病の者 2. 麻薬法に基づく薬物中毒治療とリハビリ 3. 第三者責任のもと保険対応される交通事故 4. 不妊治療 5. 体外受精 6. 医学的必要性のない美容整形 7. 医学的必要性の認められない検診、診察、治療 8. 同一疾病についての180日以上入院治療(医学的必要性が明確な場合等を除く) 9. 治験 10. 腎臓透析 11. 委員会が規定する上記1.~10.以外の医療サービス <p>3) 事故、急病の際の医療サービス受給 以下略</p> <p>4) 急病の判定基準 以下略</p>
---	---

注

- 1) 社会保障負担率は93年の0.6%から97年の0.9%まで伸び、98年に一時0.7%に落ち込みその後再び増加傾向にある。
- 2) Porametee Vimolsiri (2001)
- 3) 国により1993~1999年値で百分数表示。世界銀行(2000, 2001)
- 4) 週刊タイ経済編集委員会編(2004)
- 5) 2000年時点で、産業別所得割合は農業10.3%、工業32.0%、その他57.7%である。Report of Thailand Social and Economic Development: the Well beings of Thai People, NESDB, 2002
- 6) 川口(2004b)
- 7) Ministry of Public Health (2002a) 52ページ
- 8) バンコックと中・北・南地域で2倍、東北部とでは10倍以上の差がある。Ministry of Public Health (2002a) 252ページ
- 9) 週刊タイ経済編集委員会編(2001)
- 10) NESDB (2004)
- 11) Tangcharoensatheien Viroj (2004)
- 12) 30パーツ医療制度の前後の医療機関別利用割合は基本的に最寄りの医療機関での受診割合が高くなっている。外来で県病院が減り群病院、ヘルスセンター、民間医療機関の順に、入院で群病院が大幅に増え県病院は減っている。Health and Welfare Survey 2001, 2003 NHSO

- 13) 認定準備中672 (68.4%), 認定審査中146 (14.9%), 認定済み38 (3.9%), 不明125 (12.8%) NHSO (2004)
- 14) Working Group on Universal Coverage, Health System Research Institute (2001) の当初の試算では1,404 パーツのケースもあった。

参考文献

- Bennett Sara (1997) Private Health Providers in Developing Countries: Serving the Public Interest. Zed Books.
- Ministry of Public Health (2002a) Thailand Health Profile 1999-2000.
- (2002b) Public Health Statistics. A.D. 2001.
- NESDB (National Economic and Social Development Board) (2004) 仏歴2545年の草の根経済と社会保障政策に関する評価報告書(タイ語)
- NHSO (National Health Security Office) (2004) National Health Security Office Annual Report for Fiscal Year 2003 in Thai.
- Jicwels (Japan International Corporation of Welfare Service) (2004) Country Report: The Study Programme for the Asian Social Insurance Administrators (Course NO: J0400912).
- Pannarumothai S. et al. (2000) Feasibility and option for the universal coverage policy in Thailand. Research report for the Health Car Reform Office.
- (2002) Budget for Universal Health Coverage: Weaknesses of the Derivation of 1.202 Bath Capitation. Journal of Health Science. 11(1): 121-126.
- Pongpisut Jongudomsuk (2004) Universal Coverage Scheme (30Bath) Achievements and Challenges. NHSO Discussion Paper.
- Porameteetee Vimolsiri (2001) 'Integration of Poverty Allocation and Social Sector Into The Planning Process of Thailand' Planning in a Market Economy (LDC series no.6 2001) Chapter 5.
- Tangcharoensatheien Viroj et al. (1999) The social security scheme in Thailand: what lessons can be drawn? Social Science and Medicine. 48, 913-923.
- (2001) Budget for Universal Health Coverage: How was the 1.202 Bath Capitation Rate Derived? Journal of Health Science. 10(3): 381-390.
- Tangcharoensatheien Viroj (2004) Achievement of Universal Health Care Coverage in Thailand. NHSO Discussion Paper.
- Working Group on Universal Coverage, (HSRI) Health System Research Institute (2001) Proposal for Universal Health Coverage, Nonthaburi: HSRI.
- 川口典男 (2004a) 「新医療保障制度に関する諸条件と課題—30パーツ医療制度を中心に—」盤谷日本人商工会議所「所報」2004.6
- (2004b) 「タイ国の医療保障制度導入計画の背景の社会・経済要因」社会保険旬報No2207 (2004.5.11) No2208 (2004.5.21)
- 国際協力銀行編 (2002) 「タイ王国における社会保障制度に関する調査」国際協力銀行
- 週刊タイ経済編集委員会編 (2001) 「国民健康保険制度」『週刊タイ経済』6/4～8/6
- (2004) 「インフォーマルセクター経済管理戦略」7/19～9/20
- 世界銀行 (2000, 2001) 「世界開発報告」シュプリング・フェアラーク東京(株)
- (かわぐち・のりお 信州大学教授)