



タイ王国の健康保険制度の拡充とヘルス・ケアの政府部門/民間部門の複合化

内田, 康雄

(Citation)

国民経済雑誌, 178(5):1-15

(Issue Date)

1998-11

(Resource Type)

departmental bulletin paper

(Version)

Version of Record

(JaLCD0I)

<https://doi.org/10.24546/00209250>

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/00209250>



タイ王国の健康保険制度の拡充と ヘルス・ケアの政府部門／民間部門の複合化*

内 田 康 雄

世界中のほとんどの発展途上国の保健医療ファイナンスは、常に多くの困難をともなう事業である。タイ政府あるいは保健省 (Ministry of Public Health) は医療資源利用の効率化、ヘルス・サービスの公平性をめざして、健康保険制度の整備を積極的に進めてきており、何らかの健康保険の加入者は、95年現在、総人口中70%に上る。また、政府保健医療支出 (保健省等の補助金および公務員／国有企業従業員等対象の付加給付金の統計) は総医療支出の24%に上り、GDP比率では10%と発展途上国のなかでは高い比率と言える (表1)。実際、保健省は、国民皆保健の設立を長期目標として掲げている (Ministry of Public Health, 1992)

もともと、公務員／国有企業従業員等対象の付加給付スキームに始まり、公式部門の事業所を対象とした強制保険、農村部でのプライマリ・ヘルス・ケア促進のための任意の保険スキーム、あるいは低所得層支援プログラムなど、それぞれ主目的を異にする保険スキームが形成されてきた。タイ政府の財政的制約と近代公式部門に雇用されている労働人口がそもそも限られ、また部門間の所得格差のなかでの健康保険制度の整備は、経済発展段階の上昇を前提としなければならない、保健医療部門内のみでは対処しきれない難題である。

タイ政府は、幾つかの注目すべき保険制度を進めてきたが、本稿では、福祉給付型、ある

表1 各国中央政府の保健予算支出 (%)

国 名	年平均成長 1980-93		政府支出 (対GDP比) 1993	保健予算支出 (対総予算比)	
	一人当たり GDP	政府支出変動率 (年平均)		1980	1993
中 国	NA	10.8	9.0	NA	0.4
インドネシア	4.2	4.8	10.0	2.5	2.7
フィリピン	-0.6	1.0	9.0	4.3	3.0
タ イ	6.4	4.6	10.0	4.1	8.2
マレーシア	3.5	3.9	13.0	5.1	5.7
韓 国	8.2	6.1	11.0	1.2	1.0
香 港	5.4	5.7	9.0	NA	NA
シンガポール	6.1	6.3	9.0	7.0	6.0

出所: World Bank, *Investing in Health, World Development Report*, 1993

いは国家公務員等のための付加給付スキーム以外の、今後最も重要となると思われる、二つの健康保健スキーム（農村部の住民を対象とする任意社会保険と事業所の被雇用者のための包括的な強制保険スキーム）の拡充とヘルス・ケアの政府部門／民間部門の複合化との関連を考察する。

1. ヘルス・ケアの政府部門／民間部門の複合化

1.1 民間部門の拡大

民間保健医療部門 (the private health sector)² は最貧国を除く多くの発展途上国で、政府部門の保健医療サービス体制の改善の遅れをよそに、拡大する傾向にある。東南アジア地域においても、最近の経済危機に見舞われるまで、高い経済成長、中間階層の増加、都市部を中心としての保健医療需要の多様化を背景に、民間保健医療部門は拡大をしてきたが、タイもその例外ではない (Bennett, 1992)。

タイの保健医療部門は、ヘルス・サービスの供給サイドでは政府部門／民間部門の複合化が進み、少なくとも近年まで民間部門は都市部、特にバンコックを中心に急増してきた。表 2 にあるように、1993年にはバンコックには100を超える医療機関（クリニックを除く）が設立され、バンコック地域の総医療機関の約75%となり、病床数では42%となっている。民間機関の1/3が首都に集中しており、公立病院は総数の4%のみがバンコックにあり、民間機関は地理的にこのように大都市に偏在している。また、バンコックや地方の病床数の2倍増

表 2 タイにおける公立・民間医療機関, 1988, 1993年

	1988						1993					
	バンコク		その他の県		全国		バンコク		その他の県		全国	
	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%
病院及び他の医療機関 (入院施設を有する)												
医療機関	116		866		982		155		1033		1188	
公立	38	32.8	720	83.1	758	77.2	39	25.2	796	77.1	835	70.3
民間	78	67.2	146	16.9	224	22.8	116	74.8	237	22.9	353	29.7
病床数	21685		66667		88352		26967		81401		108368	
公立	15236	70.3	62427	93.6	77663	87.9	15628	58.0	68304	83.9	83932	77.5
民間	6449	29.7	4240	6.4	10689	12.1	11339	42.0	13097	16.1	24436	22.5
医療機関あたりの病床数	187		77		90		174		79		91	
公立	401		87		102		401		86		101	
民間	83		29		48		98		55		69	
医療機関及びクリニック (外来のみ)												
医療機関					18136		4306		16811		21217	
公立	57		8244		8301	45.8	59	1.4	9222	54.9	9281	43.7
民間	NA		NA		9835	54.2	4247	98.6	7589	45.1	11936	56.3

出所: Thai Ministry of Health, Public Health Statistics, 1990, 1995

は、民間部門の病床数の増加に依るところが大である。しかし、病床占有率では、公立病院では99%であるに対し、民間のそれは58%弱であり、大都市での競争は過当競争化しており、民間病院の地方進出が増加しつつある。

民間病院の規模は、その半数の病院が30床前後のものであり、23%が100床を越える規模であるにすぎない。バンコックをとれば、民間病院の平均病床数は、116であるのに対して、公立病院のそれは414となっている。すなわち、民間病院は外来サービスに重点をおいているようである。

また、民間病院に加えて、民間クリニックは(表3)さらに急増しており、一般的にアクセスしやすいことと、診療時間が一般の勤務時間帯以後までということが多いために、都市部の外来サービスとして民間クリニックの需要が非常に高くなっている (Nitayarumphong, S. and Tangcharoensathien, 1994)。

表3 民間クリニック

1986	1987	1988	1989	1990
8,595	8,650	9,835	11,443	13,332

出所：Medical Statistics Division, Ministry of Public Health, 1992

1.2 ヘルスケアの財源

表4にみられるように、ヘルスケアの財源は公的補助が24% (1987年) であるものの、明らかに個人世帯の患者負担比率が上昇傾向にある。これらの個人の直接支払いのかかなりの部分が、民間医療機関への主な収入源となっている。しかし、その財源は患者負担分だけでなく、1990年以降は強制保険スキームの一つである「社会保障スキーム」が、人頭支払方式 (capitation) の枠組みをはめて、民間医療機関のヘルスケアにたいしても適応するようになったため、下記にみるように民間医療機関には新たなヘルス・ファイナンスング源泉が加わったことになり、民間医療機関の拡大の主要因の一つとなった。

一方、一世帯当たりの保健医療支出の50%以上が薬剤購入に向けられている。その購入先は、民間の薬局からが主であるが、処方箋なしの処方薬購入 (self-prescription) がタイでは、広く一般化しており、また規制措置が機能しないことにもよる (Bennett and and Tangcharoensathien, 1994)。

家計の保健医療支出のうち、どの程度の支払いが公的機関のサービスにたいして行われているかは明確ではないが、ヘルスケアの供給サイドでは、患者負担による直接支払部分は、表4から伺えるように公的部門においても重要な比率を占めていよう。例えば、保健省管轄の病院での営業費用の公立病院の費用回収率 (cost recovery rate) が48-51%、他の公立病院 (district hospital) では、平均外来患者の診療報酬の31%、入院患者の42%が直接支払いによる部分となっている (Tangcharoensathien, Supachutikul and Nitayarumphong, 1992)。

表 4 ヘルスケアの財源

	1984	1986	1987
政府支出（保健省、労働厚生省他）	27.9	26.0	24.2
労働者補償基金	0.5	0.4	0.4
政府職員付加給付	0.8	0.9	0.8
私保険	0.8	0.7	0.7
外国援助	0.8	0.8	0.7
家計支出	69.3	71.2	73.2
総 計	100	100	100
（百万バーツ）	(53,033)	(62,100)	(67,771)

出所：Health Planning Division, Ministry of Public Health, 1988

1.3 民間部門の拡大と問題点

このような急激な民間部門の拡大にもたいして、タイ政府は少なくとも第6次国家保健計画(1987-1991)までは政策課題として対応を執ってこなかった(Ministry of Public Health, 1987)。民間部門のサービスにたいする高い選好があるにもかかわらず、民間部門のサービスの質、人的資源の民間への急激な流出への懸念はむしろタイ国内で拡大している³。第7次国家保健計画(1992-1996)では、公的部門と民間部門の協調の重要性をうたってはあがるが、具体的な政策(例えば相互のリファール関係の確立)はまだ明確にはなっておらず、民間サービスのモニタリング機能充実、規制の枠組みなどについての具体的措置の検討にはまだ至っていない(Ministry of Public Health, 1992)。

社会保険を通じての、モニタリング機能が弱く、民間サービスの実際のデータは⁴、部分的な患者からの苦情などを除くと、保健省によっても把握されていないのが実情である。極めて限られたデータから捕えられる問題点は以下のようである。

過剰投資

民間医療機関に顕著な傾向として、過剰投資が挙げられ、過度に豪華な建築、内装などの他、高額医療機器装備などがその例である。また、その傾向は特にバンコックの病院に顕著

表 5 各国別コンピューター断層撮影機（CT Scanner）設置数比較

国 名	台数（対百万人）
日本	29.2
アメリカ	14.7
オーストラリア	8.6
西ドイツ	7.3
スイス	6.2
バンコク（1992）	10.0
タイ（1992）	2.0

出所：The National Health Technology Panel, 1998, Australia

といわれる。高額医療機器の購入については、1988年以来、タイ投資委員会 (the Board of Investment) のこの種の機器の輸入関税の撤廃政策の影響が大きいとされる。例えば、CT (コンピューター断層撮影機) の台数は (1992年現在)、バンコック市内では百万人当たり10台であり、これは日本、アメリカの全国平均に次ぐ高い台数となっており、その大半が民間機関によって所有されている。また、1991年現在で、MRI (磁気共鳴断層撮影機) が全土で10台あるがそのすべてが、民間医療機関の所有となっている。

人的資源の民間営利部門への流失

政府部門と民間部門の給与差が大きいことがこのことの主因と思われる。公務員給与が相対的に低く抑えられていること、仕事量過多 (特に公立病院) であるとみられる。表6、表7にあるように、保健省職員でみれば、part-time の労働にもかかわらず、副収入部分が正規の職の給与の2倍を上まわっていることから見ても、給与差が非常に大きいことが分かる。また、民間での part-time 労働が、政府職員の重要な副収入源であることから、客観的な政策課題として民間医療部門の具体的対策が引き延ばされがちになっている。

また、民間医療部門の現状を医師の労働時間でみると (ことの性質から、データは過小報告の傾向があると考えられる)、相当数の政府部門の医師が民間部門に働きに行っていることがわかる。

表6からは、政府部門の医師のうち、どれほどの数が勤務時間外に民間部門で労働しているかは不明であるが、保健省のスタッフが、平均8時間勤務をこなし、その他の勤務 (その大半は民間部門と察せられる) を行っていることから、この問題の複雑さがわかる。すなわち、政府部門の医師のかかなりの比率が、民間部門で働き、追加的所得を稼ぎだしている (Nitayarumphong and Tangcharoensathien, 1994)。

表6 医師の遇当たりの勤務時間

(時間の相対比)

	教育病院	保健省	民間病院	民間クリニック	平均時間
主要勤務	51.7(74%)	58.6(70%)	47.4(65%)	41.5(73%)	55.3(705)
その他の勤務	18.0(26%)	25.6(30%)	17.0(35%)	15.0(27%)	23.7(30%)
総 計	69.7(100%)	84.2(100%)	64.4(100%)	56.5(100%)	79.0(100%)

出所: Medical Statistics Division, Ministry of Public Health, 1992

表7 政府部門、民間部門の給与 (月単位、バーツ), 1990

	教育病院	保健省	民間病院	民間クリニック	平均時間
主要勤務	14,002	11,652	43,302	81,020	15,534
その他の勤務	20,426	23,467	23,574	15,205	22,585
総 計	27,392	29,377	51,853	84,749	31,517

出所: Medical Statistics Division, Ministry of Public Health, 1992

保健医療サービスの公平性

民間医療部門と政府部門の所得階層別の二重構造が出来上がろうとしていることへの懸念がひろがっているが、民間部門の患者の経済状態については明確には把握されていない。しかし、下記にみるように強制健康保険の一つ、「社会保障スキーム」に民間医療機関が契約者になれることで、民間医療部門のサービスの受けてが、都市中間層をこえた広がりを見せているとも考えられる。Health and Welfare Survey (1986) によれば治療サービスと職業別の整理が行われており、これによれば、専門職の人口が明らかに農民、労働者層よりも民間病院の利用比率は高くなっているが、所得階層の広がりも同時に見て取れる。しかし、問題は患者自己負担率の高さと、あるいは公立病院との診療料金差が大きいことを考えると、公的資金不足による保健医療サービスの民間医療機関による大幅な肩代りは、あたかも自然発生的に起きているようであるが、今後政府部門／民間部門の複合化にたいする政策的な課題とされるべきである。

表8 職業別受療行動 (1986)

ヘルス・ケア 職業	家庭での 処置	借 侶	医 師	伝統医療	民間病院	公立病院	その他	治療を受 けない	総 計
専門職	33.3	0.0	25.2	0.2	10.8	19.3	0.3	10.9	100
事務／販売	45.5	0.1	18.6	0.3	8.9	14.1	0.5	12.0	100
農業	57.8	0.1	6.7	0.5	1.1	19.4	0.5	13.8	100
職人／労働	53.9	0.0	13.8	0.2	4.5	16.1	1.0	10.5	100
サービス	46.3	0.1	15.0	0.1	7.1	16.5	0.4	14.4	100

出所：Health and Welfare Survey, 1986

2. 強制保険スキームと民間医療部門の拡大

ここでは、強制保険スキームのうちの社会保障スキームと民間医療部門の拡大の関係を考察するに当り、タイの健康保険制度を概観すると、大きく分けて四つのスキームに分類できる⁵。

表9にあるように、(1)任意健康保険、(2)強制保険、(3)社会福祉スキームそして(4)付加給付スキーム（公務員、国有企業従業員等の医療費）に分類できる。これらの幾つかの保険スキームは、それぞれの給付金の性格が、様々に異なり診療報酬に基づく償還払い、人頭割り支払い（capitation）、公務員等への付加給付等であり、さらには私保険を除く複数の保険スキームの加入者が発生も避けられないなど、重複と多数の無保険者人口などの多くの課題を残している（Khoman 1997）。

表9 タイの健康保険スキーム

各保険スキーム	対象人口	総人口比 (%)		主要財源	一人当たり 補助金額
		1992	1995		
任意健康保険					
私保険	都市部	1.6	N. A.	保険会社	
ヘルス・カード	農村部	2.3	7.8	カード保持者と保健省	63 bath
強制保険					
労働者補償基金	公式部門従業員	3.2	N. A.	雇用者及び労働厚生省	
社会保障スキーム	公式部門従業員	4.4	7.3	雇用者、従業員及び労働 厚生省	541 bath
社会福祉スキーム					
低所得者支援スキーム	低所得、都市部	20.7	15.5	内務省	214 bath
高齢者支援スキーム	60歳以上	6.2	4.6	保健省	72 bath
学齢児童支援スキーム	学齢児童	9.0	8.9	教育省	
付加給付スキーム					
政府償還払い	政府職員及びその家族	9.9	9.6	政府諸機関	916 bath
国有企業福利	国有企業従業員及びその 家族	1.4	1.4		815 bath
保険加入人口		58.7	70.0		
保険未加入人口		41.3	30.0		

出所：Office of Health Insurance (Ministry of Public Health), 1995

強制保険は、社会保障スキームと労働者補償基金からなり、加入者は、制度上は同一の対象者となる。すなわち、従業員数10人以上の事業所の従業員である。社会保障スキームが、1990年に社会保障法 (Social Security Act) によって制定される前は、労働者補償基金が公式部門従業員にとって唯一の保険スキームであった。これは、労働災害に備えた基金であり、死亡給付、不具疾病手当が給付され、雇用者側から、給与支給総額の2%を上限として保険料が払い込まれる。この被保険者は、公立医療機関、民間機関を自由に選択でき、一発症当たり30,000バーツ (1996年現在) を上限とし、出来高払い方式 (fee-for-service) をとっている。労働者補償基金の請求額は、近年急増してきており、労働環境の悪化、労働者の権利意識の上昇といった要因の他、社会保障保険は、患者一人当たりの均一割当額の上限が、下記にみるように固定しているために、診療報酬請求が、労働者補償基金に回ってしまっていることも考えられる (Dow 1997)。

社会保障スキーム

社会保障スキームは、労働者補償基金と異なり公務員などの中間層以外の一般の人々、労働者が給付を受けられる包括的なパッケージの強制健康保険である。1990年社会保障法によって施行され、労働厚生省に属する社会保障局によって管理運営されている。1990年制定後、徐々に加入者を増加させてきており、現在人口の8%程に達しており、今後もさらに重要な保険スキームに成長すると考えられる。この保険の払い込みは、事業主、被雇用者、政府、

三者によって分担される。払込み額は、この三者が各々被雇用者給与の1.5%を払い込む義務を持つ。また、支払方式は、労働者補償基金と異なり、capitation payment（人頭支払）方式を採用している。これは、出来高払いと比較して、請求書の検討など煩雑な業務を削減できるため、運営管理費用も、低く押さええることができ、さらには診断、処方、治療処置をより合理的なものにすることができるとして採用された。契約病院は、患者一人当たり800⁸パーツを保険加入者の実際の利用状態と関係なく、支払われる。給付項目は、疾病補償⁹、出産補償¹⁰、障害補償、死亡補償となっている。

社会保障保険局の運営能力が限られているため、雇用者は社会保障スキームの加入者である従業員の利用病院を登録しなければならない。登録病院は、この保険制定当初、公立病院が全登録病院の8割程を占め、地理的なアクセスが不便であることが多く、当初は社会保障保険の利用率が低い状態が続いた。

1991年から1996年まで主要契約者は¹¹、137機関から199機関にまで、45%増加したが、その内訳は公立病院が117から124と6%増に反して、民間病院は18組織から63に3倍増をみせた。社会保障スキームの開始当初は、民間病院はむしろ当初、このスキームが人頭割り支払方式

表10 社会保障スキーム加入者と登録医療機関の利用状況 1992年、1995年

	1992			1995			1992-95 変化率
	公立	民間・その他	全機関	公立	民間・その他	全機関	
登録医療機関数	116	29	145	110	61	171	+18%
加入者数 (1,000)	1703	1052	2755	1417	1941	3358	+22%
外来患者数 (1,000)	899	1062	1961	1602	2853	4455	+127%
入院患者数 (1,000)	49	42	91	41	62	103	+13%
入院期間 (日数)	6.7	3.0	5.0	505	3.9	4.5	-10%
対加入者 外来患者年平均比率	0.53	1.01	0.71	1.13	1.47	1.33	+87%
対加入者 入院患者年平均比率	0.03	0.04	0.03	0.03	0.03	0.03	0%

出所：Social Security Office, Bangkok, Thailand, 1992, 1995

表11 公立・民間医療機関と社会保障スキーム

医療機関	1991		1993		1995	
	数	マーケット・シェア (%)	数	マーケット・シェア (%)	数	マーケット・シェア (%)
公立医療機関	117	50.2	117	43.0	123	33.8
国防省	12	7.1	13	3.8	14	2.1
内務省	5	6.1	5	3.2	5	2.1
保健省	94	30.4	93	29.6	98	24.9
大学省	6	6.6	6	6.4	6	4.7
民間医療機関	18	43.9	37	52.4	63	63.2
その他	2	5.9	2	4.6	3	3.0
合 計	137	100.0	156	100.0	189	100.0

出所：Social Security Office, Bangkok, Thailand, 1995

のために、採算性を懸念して積極的ではなく、公立病院が保険加入の主要なサービス提供者であった（表10）。しかし、徐々に民間病院が積極的に主要契約者になってきた。これは、バンコックおよびその郊外では民間医療機関の急増を背景に、上昇する諸経費と収益の安定的確保のために、社会保障スキーム加入者の受け入れがより重要な経営課題となったためである。一人当たり一律の定額によるため、民間医療機関にとっても、これが診療報酬の確実な支払い部分となることが次第に明らかになってきた。実際、加入者の事業所からの利便性を考えての新規の民間の病院立地が増加してきている。

社会保障スキームのシェアは、民間医療機関が1995年では63%に大幅に拡大し、政府部門では34%ほどに激減している（表11）。診療請求額の割高傾向にもかかわらず、民間機関への一般的な選好が高いために、民間機関の患者利用度も上昇しており、シェアも拡大している。そのための経営戦略として、丁寧なサービス、短い待ち時間、清潔で快適な室内、味のよい院内食、医療記録のコンピュータ化、幅広い患者サービス、高級医療機器、著名な専門医のリクルートなどがとられている。

この他、シェア拡大に大きな役割を果たしていると考えらるもう一つの理由は、登録病院間のネットワーク化が、消費者（患者）のアクセスを高め、民間病院のシェア拡大に大きな役割を果たしていると考えられる。登録病院になるためには、医療委員会（the Medical Committee）の定める病院基準を満たしておれば、「社会保障スキーム」に主要契約者としての契約を取り結べる。主要契約者は規模のより小さい病院、あるいはケアの段階がよりプライマリ・ケアに近い病院とも、下請け契約することができるため、重層的な病院間のネットワーク化が可能となるのである（Dow 1997）。

社会保障スキームへの保健省の評価

保健省の社会保障スキームへの評価は、公式の見解にとどまらず、担当官の個人的な見解であっても、総じて下記のように積極的なものといえる（Nitayarumphong, 1998）。

- 1) 人頭支払方式のため、予算抑制機能が働いている。
- 2) 患者の登録病院の利用度は高まっており、確実にサービスの質、価格の面で競争的な環境となっている。
- 3) 処方箋なしの処方薬購入が減少し、薬を処方されて購入する増加傾向が強まっている。
- 4) 社会保障スキームの登録病院間のネットワーク化で、リファerralを促進する基盤が整いつつある。

しかし、このような課題も依然として残されてる。

1) 民間病院の競争は、費用抑制による効率化にとどまらず、診療／治療サービスの向上を求められるとともに、社会保障スキームでカバーできるサービスの内容についてよりよく知らさ

れる必要がある。また、診療／治療サービスの内容が、社会保障局によってモニターできるようになる必要がある。

2) 保険加入者が病院を選択できる幅は登録病院に限られ、費用管理が優先してヘルスサービスが低い質のものに限定されてしまう可能性がある。この問題に対処するため、登録病院間のネットワーク化を積極活用する必要がある。

3. 任意保険、ヘルス・カード制度の発展

タイのヘルス・サービスの体制は、需要サイドでみれば三層構造になっているといえる。すなわち、上層に私保険加入者、国家公務員／国有企業などの付加給付を受けられかつ患者負担に応じられる階層が考えられ、中間層には、幾つかの公的保険制度の加入者、下位には、貧困層への政府医療機関での無料診療を受ける人々と考えられる (Hsiao)。これまで、下位の層に属するものが多く、保険加入を促すことも困難と考えられてきた農村部の住民を対象とした任意の社会保険であるヘルス・カード (Health Card) の発展に注目したい。

これは、1983年に農村地域での primary health care 促進のため実施された。ヘルス・カードは自主的な community financing として出発したが、現在ではタイ各地に広がり、社会保障スキームに匹敵する加入数 (1995年現在、総人口の8%) を獲得してきた (表9)。現在では政府予算 (保健省) からの補助金が払い込まれており、タイの社会保険制度の一つと数えられるように修正発展を遂げてきている。

ヘルス・カード (Health Card) の発展拡充の過程

ヘルス・カードは、1983年に七つの県 (province) の18の村でまず community financing の制度作りの実験的な試みとして開始された。primary health care 促進のために、リファーマルの枠組みを遵守した合理的受診行動と保健資源の配分の促進ということがこの試みの中心課題でもあった。ヘルス・カードが村人の中で広く受け入れられるようになり、受診行動が向上するとともに、このスキームを通じて村人の予防行動、保険基金運用の意味、危険分散、コミュニティーの自助努力等の理解が進むことが長期目的であった。従って、もともとは治療サービスに重点を置いたスキームを目指したものではなかったのである。ヘルス・カードと平行して農村地域のプライマリ・ヘルス・ケアの拡大と定着のために不可欠な health volunteer や health communicator の確保などを通じて村単位の積極的な動きが可能になるような働きかけが進んでいった (ソムアツツ、小林)。

カードを村人が購入することで、カード保持者、あるいは保持世帯の受診料 (プライマリ・ケア) は無料となる。また、カード購入は、一年の有効の保険払込となるというものである。カード販売による歳入は、村民委員会 (village committee) によるヘルス・カード基金 (health

card fund) で管理される。1983年当初は、三種類のヘルス・カードが発行され、家族カード (200パーツ)、母子カード (100パーツ)、個人カード (100パーツ) で、有効期間は一年であった。家族カードは、家族構成員 4 人まで及び 8 発症数まで有効で、支払いの上限は一回の診療につき1000パーツまでで、1000パーツ以上の場合、請求額の10%が割引になる。しかし、慢性疾患等は対象としない。一年間の間、ヘルス・カードを使用することがない場合は、一年間のみ追加的払込なしで有効となる。ヘルス・カードの給付項目は、社会保障スキームの傷病補償内容に準じているが、受診時の一負担金はない。ヘルス・カードでは2つの医療施設が定められており、通常はカード保持者／保持世帯の最寄りのヘルス・センターと地域病院¹²となる (北島)。

1984年末までには、支払いの上限は一回の診療につき2000パーツまで引き上げられ、また、リファール¹³の遵守がより厳しく管理されるようになったが、これは上級病院へのバイパスを減少させ、各レベルの医療サービスの効率を高め、プライマリ・ケアを促進させようとしたためである。カード基金は、75%がヘルスケアの供給側に、25%がカード運営に当てられた。この75%の内訳は、第一次、第二次、第三次ケアに (15%, 30%, 30%) と定率で配分された。

一方、ヘルス・カードの運営は、絶えずマネジメントの問題に直面してきた。村民委員会による基金管理の弱さ、資本金組入額不足、カード毎の相違する条件に関する理解の誤りなどが恒常的に起き、またカード購入者にとっては、リファールのための施設の地理的接近への配慮が不十分なことにたいする不満が顕在化してきた (Keeranand, 1990)。こうした制度上の弱さに対処するため、1990年に大幅な改革が行われることになった。これには、労働厚生省のイニシャティブによる社会保障法の成立により、保健省の方もヘルス・カードを本格的に医療保険制度として拡充する必要に迫られたという背景があるようである。

1990年以降はヘルス・カードは危険分散の面を重視し、その名称も the New Health Card Approach に同年改められた。保険支払い体系の再構成と家族の対象者も三世代まで拡大し、リファールの地理的範囲は柔軟となり、各県 (province) が各々の事情に応じてサービス地域も拡張されることとなった。1991年には、三種類の異なるカードは廃止され、家族カード (購入額500パーツ) に統一された。また、保健省は、一枚に付き同額の500パーツをカード基金に補助することになった。さらに、発症数の制限あるいは一通院当たりの費用範囲が撤廃された。基金の運営も、Health Card の実施地域の拡大とともに、これまでの村民委員会 (village committee) から郡に相当する (district) の役所との共同管理に移行した。このため、加入手続きはより広域に拡大することになった。この改革で、タイ政府は補助金を導入にみられるように、ヘルス・カードを単に community の自主的なスキームから、国の社会保険の一つとして捉えるようになってきているといえよう (Khoman, 1997)。

ヘルス・カードの課題

以上のようにヘルス・カードは、農民、あるいは農村部の非公式部門で働くの人々へ健康保険スキームを提供し、注目すべき発展を遂げた。ヘルス・カードを財務マネジメントの面からのみ評価するのは一面的であるというべきかもしれない。運営管理が当初目的としていた住民参加型マネジメントから地方政府機関に委ねられるようになってきたが、タイのプライマリ・ヘルス・ケアは、相互扶助組織としてのヘルス・カード基金とヘルスセンターを各地に創設し、タイの地域医療に大きな変革をもたらしたからである（ソムアツツ、小林）。

しかし、現在では、カード保持者が受けるヘルス・ケアの内容も、予防サービスよりも治療サービスが増加しており、ヘルス・カードの性格が変化してきている。あるいはカード保持の理由も、治療サービスにたいする危険分散を図りたいということが強くなっているためと察せられる。しかし、現在でさえ医療サービスにたいするカードの低い費用回収率は深刻な問題であり、治療サービスに対応しようとすればするほど、払い込み水準の増額とその結果としての逆選択の拡大も懸念される（Khoman）。今後は、都市部の自営業者などを始めとする人口にまで加入者範囲を拡大させようとしているが、都市部では治療サービスへの選好は同じように高いであろう。

- 1) カード加入者のインセンティブは、政府の補助金注入もあり、改善されているが、医療供給側のカード基金からの支払いは、費用回収率50%となっており、サービス供給側のディスインセンティブの問題は手付かずのままである（Anuwat, Petchsri 1993）。
- 2) 分権的運営が不十分である。各県(province)すべての全く同一の基準には無理があり、標準の指針のもと調整できるようにされるべきである。また、地域のヘルスセンターでのケアの質、対応能力の差が問題となっている。
- 3) リファールがさらに柔軟になるように、特に保健省病院以外の第三次ケア機関へのリファールが認められることが重要である。しかし、このためには低い費用回収率の問題が障害となる。
- 4) 任意保険であるという特徴を重視して、他の保険スキームとの連携がとれるようにする。
- 5) ヘルス・カードは、ハイ・リスク集団をその対象人口に多くもつこととなり、様々な課題を内包している。保険スキーム間の給付金の差が大きい。たとえば、1994年現在、公務員への医療保険の補助金額は、一人当り916バーツであったの¹³に対して、カード加入者一人当たりのそれは、公務員支出額の10%にも満たない額である。

結 び

このように、タイの保健医療部門の改革は精力的な展開をみせているが、依然として、様々な難題を抱えたままである。健康状態では所得階層差、地域差が大きく、また保健医療資源の配分においても所得差、地域差も大きい（表12）。また拡大する民間部門のサービスの質と診療価格に対する明確な規制の枠組みが確立されていない。

健康保険については、加入率が人口比70%になりつつも、各健康保険スキーム間の給付格差が大きいことである。従って、相互連携も進んではいない。特に、政府予算から補助される国家公務員／国有企業職員のための付加給付スキームは公的医療機関でのサービスはすべて給付対象となり、民間機関についても上限はあるもの、給付対象となっている。この給付スキーム対象人口は、総人口の3%ほどであり、ヘルス・カード保持者の半分ほどに当たる。さらに、基本的な問題は、健康保険の高い加入率にもかかわらず、患者自己負担比率が70%以上に達していることである。一般的には、危険分散として社会保険の役割は、まだ限られたものとなっている。

表12 公的部門における医療従事者の配分（対人口数）、1992年

地 域	医 師	歯科医	薬剤師	看護婦	病床数
北部	6,316	41,176	24,910	964	N. A.
東北部	10,970	78,211	45,020	1,606	N. A.
中央部	5,804	29,181	25,854	815	N. A.
南部	6,079	31,574	21,143	806	N. A.
バンコク	958	4,599	2,142	363	260
バンコクを除く地域平均	7,326	42,811	29,608	1,050	800
全国	4,425	25,530	13,076	885	666

出所：Thai Ministry of Health, Public Health Statistics, 1994

こうした困難な状況にもかかわらず、社会保障スキームとヘルス・カードの潜在的な可能性を評価し、これらの制度が整備、拡充させていくことが、今後のタイの保健医療ファイナンスの主軸を形成することになろう。また、このことが発展途上国においても、社会保険によってある程度の危険分散が可能であるという力強い実例となってくれることを期待したい。

* 本研究は平成10年神戸大学創立90周年記念事業助成を受けた研究成果の一部である。

注

- 1 保険未加入の40%程の人々は、小作人、山岳地帯農民、小自営業者、非公式部門の従事者、都市スラムの居住者などとされる。タイ保健省は、こうした人口にも社会保険スキームへの加入を促しているが、これらの人々が保険スキームの購入への関心は、極めて低いとされる。
- 2 この場合の民間部門とは、営利、非営利の近代セクターの医療機関を意味しており、日本国内

で通常「民間医療」が意味するところとは異なる。タイにおける非営利の医療機関は、全国で5組織ほどであり、明確に非営利組織としての事業を行っているものは、限られていると考えられる。

- 3 新聞などでは本格的論評記事も含めて、民間医療機関の問題をとりあげることが珍しくなく、保健省関係者も非公式にはかなりの懸念を述べるようになっている。
- 4 保健省は、毎年、「保健医療資源サーベイ」を実施しているが、バンコックの民間医療機関からの回答率は平均30%ほどに止まっており、その内容も常に過小報告であると考えられている。
- 5 (1)任意保険スキームは、民間保険会社による私保険と Health Card とよばれる農村部の住民を対象とした社会保険の性格の強い保険制度がある。前者の被保険者はほぼ公式部門に勤務する人口に限られており、被保険者人口は90万人ほどと推定される。

(2)強制保険スキーム

「労働者保障基金」と「社会保障スキーム」がある。これらは、労働厚生省によって管理運営されている。これらの加入対象者は、公式部門で働く、従業員数10人以上の事業所被雇用者である。

(3)社会福祉スキーム

このスキームに入るものは、いくつかあるが最も重要なものが、「低所得層支援プログラム」(Low Income Support Program)として知られるが、保健省立病院 (government hospitals) で低所得層へ無料診療を行うもので、その後農村部の中心的ヘルス・ケアのスキームとなった。この、適応範囲は、一カ月当たりの収入が、1,000バーツの所得層に限られた。このスキーム開始当時、7～8百万人が該当人口と見込まれたが、1980年まで身分証明書などの類は発行されず、医療機関の裁量に任されていた。徐々に該当層の公的な証明が進み、1996年現在で家族の一カ月当たりの収入が、2,800バーツの所得層に限定され、公立病院 (government hospitals) での診療が無料となる。

(4)付加給付スキーム

公務員、国有企業従業員そのの家族の付加給付として医療費が、償還払いで支給される。

- 6 1993年までは、従業員数20以上の事業所が対象であったが、その後現行の基準となった。
- 7 該当規模の事業主は、従業員を社会保障局に登録義務をもち、これを怠る場合は処罰の対象となる。
- 8 1991年から95年までは、500バーツであったが、96年には800バーツに増額された。
- 9 給付対象になる傷病は、業務外のものに限られ、業務ないのものは労災補償である労働者補償基金からの給付をうけることになる。
- 10 給付対象は、出産数、2回までとされ、タイの人口政策の表われでもある。
- 11 病院は、医療委員会 (the Medical Committee) に定める病院基準を満たしていれば、「社会保障スキーム」に主要契約者としての契約を取り結べる。病院基準は、病床数100以上であり、専門医療サービスが可能な人員と設備が整っていることとなっている。
- 12 保健省管轄化の公立病院のみが指定病院となっている。
- 13 ただし、この格差を簡単に比較できないのは、公務員への付加給付は、出来高払い制がとられているため、医療請求額が高くなる傾向があるとされる。ヘルス・カードの患者のような費用回収率が低いサービスにたいして、前者のような費用回収率が高いサービスからの内部補填は

かなり一般的になっているようである（北島）。

参 考 文 献

- Bennett, S. and Tangcharoensathien, V., "A shrinking state? politics, economics and private health care in Thailand", *Public Administration and Development*, Vol. 14: 1994, pp 1-17.
- Bennett, S. "Promoting the private sector: a review of developing countries," *Health Policy and Planning*, Vol. 7(2): 1992, pp 97-110.
- Hsiao, W. C., "Health Care Financing in Thailand: Challenges for the Future," Paper prepared for the Leadership Workshop on Health Care Financing in Thailand, November 12-13, 1993.
- Keerand, T. et al., "Evaluation of the Health Card Project," Health Planning Division, Ministry of Public Health, 1990.
- Khoman, S., "Rural Health Care Financing in Thailand," *Innovations in Health Care Financing*, World Bank, 1997.
- Ministry of Public Health, "Public Health Statistics" 1995.
- Ministry of Public Health, Health Resources Survey, 1992.
- Ministry of Public Health, "The Sixth Five Year National Health Development Plan (1987-1991), 1987."
- Ministry of Public Health, "The Seventh Five Year National Health Development Plan (1992-1996) 1992."
- National Statistics Office, *The Survey of health Welfare and Use of Traditional Medicine*, 1986.
- Nitayarumphong, S. "Health Insurance in Thailand", Paper presented at the Symposium, 'Health Sector Reform in East Asia', Tokyo, July 3-5 1998.
- Nitayarumphong, S. and Pannarunothai, S. "Thailand at the Crossroads: Challenges for Health Care Reform," Health Care Reform, Ministry of Public Health, 1997, pp 141-163.
- Nitayarumphong, S. and Tangcharoensathien, V. "Thailand: private health care out of control?" *Health Policy and Planning*, Vol. 9(1): pp 31-40, 1994.
- Mongkolsmai, D, "Private Health Sector Growth and Social Security Insurance in Thailand," *Private health Sector Growth in Asia*, 1998.
- Social Security Office, *Utilization of Medical Services*, 1995.
- Supachutikul, A. and Sirinirund, P. "A Report on Thai-German Health Card Project." Ministry of Public health. 1993.
- Tangcharoensathien, V., Supachutikul, A. and Nitayarumphong, S. "Cost recovery of hospitals under the Ministry of Public health," *Chulalongkorn Medical Journal* 36(8), pp 593-99, 1992.
- World Bank, *Investing in Health*, World Development Report, 1993.
- ソモアツ・ウオンコムトン, 小林基引, 「タイ国におけるプライマリー・ヘルス・ケア(1)」, 公衆衛生, 849-854, Vol. 49, No. 12, 1985.
- 北島勉, 「タイ王国の医療保健制度」, 日本公衛誌, 第45巻, 第4号, pp 365-374, 1998.