

チリ共和国におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジの 課題に関する一考察

A perspective on the challenges of universal health coverage in Chile

小林 尚行¹⁾

Naoyuki KOBAYASHI

概要

チリ共和国では医療保険を全ての国民に提供することでユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成したとされている。しかし実際には新自由主義政策を医療セクターに取り入れた結果、公的医療保険と民間保険が併存した二重構造による皆保険制度となっている。この二重構造において、民間医療保険加入者がより良い保健医療サービスを楽しむことから公的医療保険加入者との間で格差が生じるとともに社会構造の階層化を助長している。

格差是正の方策として公的医療保険による保健医療サービスの内容を民間保険によるそれに近づけることが考えられるが、その予算確保のための方策が必要となる。また今後高齢化が進む中で、社会的入院による医療支出の高騰を回避し、この社会構造の階層化に影響を受けない形で公的介護サービスのシステム構築を行うことが必要である。

キーワード：チリ共和国, UHC, 医療政策, 保健システム, SDGs

Abstract

In Chile, Universal Health Coverage (UHC) is said to have been achieved by making health insurance available to all its people. However, the neoliberal reforms introduced to Chile's health sector have resulted in a dual national health insurance system, composed of both public and private health insurance. This dual system has caused service disparities and contributed to the creation of social classes between those covered by private health insurance, which offers superior health services, and those covered by public health insurance.

It would be possible to narrow the disparity by upgrading the level of health services offered by the public health insurance, but this effort would require the mobilization of additional resources. Furthermore, with Chile's ageing population on the rise, it would be necessary to avoid the hike in health expenditure resulting from the social hospitalization and develop a public long-term care system that would not be affected by social class inequities.

Keywords: Chile, UHC, health policy, health system, SDGs

¹⁾ 共栄大学 国際経営学部

1. はじめに

本稿は、チリ共和国に焦点を宛て、①ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (Universal Health Coverage: UHC) に関する先行研究を踏まえ同国の医療保険制度の仕組みと格差の問題、及び②同国の高齢化に伴う課題について整理を行い、今後どのような政策が必要とされるのかについて考察を行うことを目的とするものである。

持続可能な開発目標 (SDGs) の目標3において、「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」の下、ターゲット3.8においてUHCを達成することが目標として掲げられている。UHCは国民に遍く保健サービスを財政的な負担なく提供することを目指すものであり、所得や居住地の違い等による医療格差を無くすことを求めるものである。同ターゲットに関しては第一に必要な不可欠な保健サービスのカバー率 (グローバル指標3.8.1)、第二に家計の支出又は所得に占める健康関連支出が大きい人口の割合 (グローバル指標3.8.2) の二つの指標が設定されている。

このSDGs目標の達成に向けて各国は様々な取り組みを進めているが、UHCは実施される国の歴史的背景、政治・経済の状況などによる経路依存性の高いものであり、したがって具体的に取られる保健政策の内容は均一ではなく、国によって異なり、それゆえに各々固有の課題を抱えている。

他方で、UHC達成に向けて段階的に取り組んでいる国においては他国の先行事例が政策策定の参考となるため、世界保健機構 (WHO)、世界銀行 (世銀)、その他多くの研究者により複数国からの事例を基にUHCに関する統合レポートや論文が作成されている。世銀ではUNICOシリーズとして国別レポートを作成し教訓をまとめ広く情報の提供を行っている¹。

各国の状況を見てみると、UHCは誰一人取り残すことなく医療を提供していくとともに医療格差をなくしていくものであるが、実際にはUHCを達成したと宣言した国においても医療格差の課題が残されているケースが多い。

格差の観点からは、特に南米では1980年代に新自由主義による経済政策を取り入れてから経済格差が他地域に比べて大きいことが以前より問題とされている。中でもチリ共和国は2018年に先進国の仲間入りを果たし、OECDにも加盟しているが、同国のジニ係数は依然44.4 (2017年)²と高止まりになっており、経済的格差が問題となっている。これによる国民の不満は高まり、2019年10月6日には同国サンチャゴ市において暴動が発生した。これは、サンティアゴ市地下鉄運賃の値上げ発表を契機に現地で抗議活動が活発化し、放火や略奪などの暴動に発展していったものである。これを受け、Miguel Juan Sebastián Piñera Echenique大統領は同月19日緊急事態宣言を発令、軍隊が治安維持に出動することになった。その後、同大統領は22日に年金受給額の増額、一部の治療や医薬品に関する保険の新設及び医薬品の値下げ、最低賃金の引上げ、電気料金の引き上げ無効化等を含む一連の社会政策を実施すると発表した³。

チリ共和国の保健セクターに関しては、UHCがSDGsに制定されるより以前からUHCを達成したと言われているが、1973年から1990年までの軍事独裁政権下で取られた新自由主義寄りの保健政策が医療格差を引き起こしており、その後の民主政権においても、保健改革が行われたものの、この問題は根本的な解決ができないままに置かれている。軍事政権時代に国民皆保険制度を確立する一方で、公的保険制度と民間保険制度を共存させ二重構造の仕組みを取ったことが、この二つの保険加入者間で医療格差が生じている状況を生み出しているのである。

また、同国では南米大陸の中で、ウルグアイとアルゼンチンに続き高齢化が進んでおり、2015年時点の高齢化率は域内で平均7.6%のところ、10.6%となっており、2035年には19.9%となり域内で最も高齢化が進んだ国になる見込みである⁴。他方で、高齢者に対する医療保険における格差の問題に加え、公的介護制度が脆弱であることが今後の課題となっている。

2. チリ共和国概況

南米大陸南西部に位置するチリ共和国は面積が日本の約2倍（756,000平方キロメートル）、人口は日本の6分の1以下（1,873万人（2018年））で、首都はサンティアゴである。人口の民族構成は75%がスペイン系、その他欧州系が20%、先住民が5%となっている⁵。行政区域は15の地域、54の県、365のコミューン（地方自治体）に分かれている。

同国の一人当たりGDPは、2019年において14,896米ドル（2017年購買力平価で25,155米ドル）⁶となっており、世銀の分類では高所得国（一人当たりGNIが12,535米ドル以上⁷）に位置付けられる。2018年にはOECDのDACリスト（被援助国リスト）から外され、先進国入りしたと言われている⁸。

健康に関しては、出生時平均寿命（カッコ内は出生時健康寿命）は79.5歳（69.7歳）となっており、既に長寿命国となっている。母子保健指標に関しては、妊産婦死亡比が13（対10万出生）、5歳未満児死亡率が7（対千人出生）、新生児死亡率が5（対千人出生）であり、WHO分類のヨーロッパ地域のレベル（妊産婦死亡比13、5歳未満児死亡率9、新生児死亡率5）と同等なレベルである⁹。全体の死亡に関しては、死亡原因の上位10位は、①虚血性心疾患、②脳卒中、③アルツハイマー病、④肝硬変、⑤下気道感染、⑥慢性腎疾患、⑦慢性閉塞性肺疾患（COPD）、⑧胃がん、⑨肺がん、⑩糖尿病となっており¹⁰、生活習慣病や老年病への比重が高まる中、高度医療の需要が増加傾向にあり、今後の高齢化に向けた対策を取っていく必要がある。

3. 保健支出と自己負担の状況

チリ共和国における一人当たりの保健支出額は1,382USドル（購買力平価で2,229USドル）¹¹である。これに対し一人当たり政府の保健支出額は691.8USドル（購買力平価で1,116USドル）と、約半額になっており、政府の保健支出割合が低いのが特徴である。図1は保健支出に対する政府支出割合と自己負担割合の経年変化を示したものである。政府の保健支出割合はなだらかに増加をしてきているが緩慢である。2017年にお

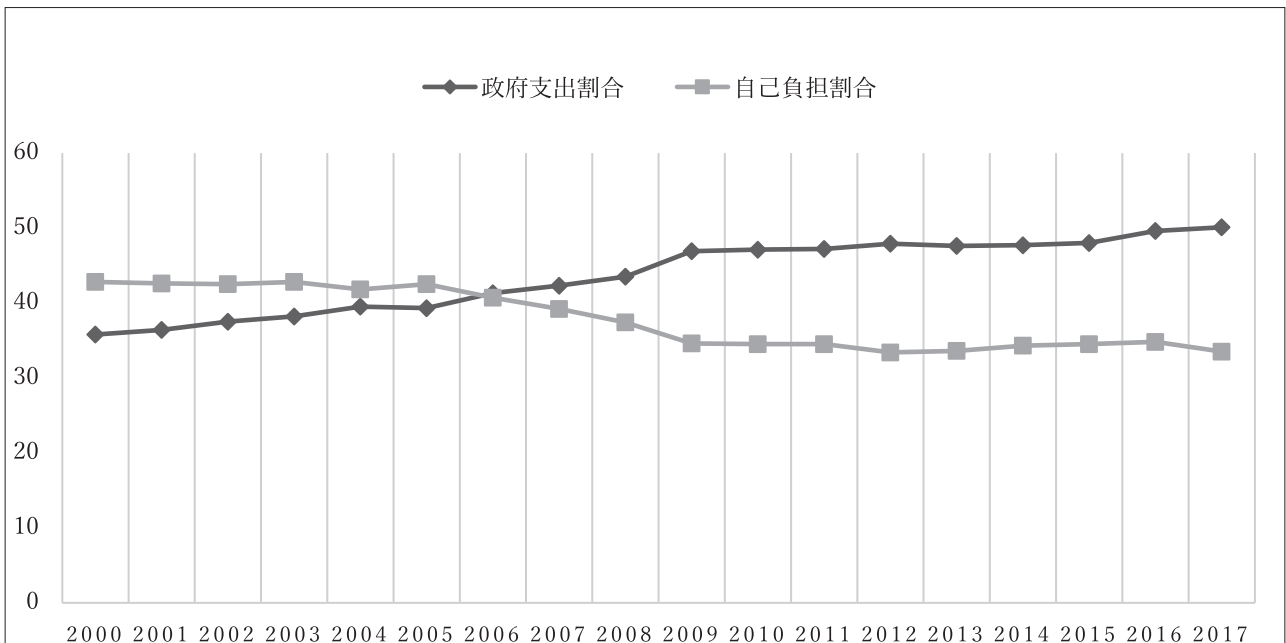


図1 保健支出に占める政府支出と自己負担の割合（%）（WHOのGlobal Health Observatoryデータを基に筆者作成）

いても50.1%となっており、自己負担割合については33.5%と、家計が危機的状況となる割合が僅かとされる15~20%の値¹²を超えた高い値に留まっている。参考までに公的医療保険による国民皆保険制度が整っている日本やタイとの比較では、政府支出割合が夫々、84.1%（日本）、76.1%（タイ）、自己負担割合については12.8%（日本）、11.1%（タイ）となっており、チリ共和国においては国民皆保険制度が確立されていても極めて異なる状況となっているのがわかる。

次に国の経済規模に応じた保健支出がどのような状況であるかについて見てみたい。図2では、GDPに占める保健支出の割合について示している。チリの保健支出総額がGDPに占める割合は9%（2017年）であり、この値は日本の10.9%に近い数値になってきており、支出規模で言えば少なくない。また、チリの対GDP政府保健支出の割合は4.5%であり、タイのその2.9%を上回っている。その観点からは保健支出全体に占める政府の保健支出の割合はタイに較べて高くなっている。図3は一人当たり医療費の政府支出と民間支出の割合を示しているが、チリの保健支出額の半分は自己負担や民間保険等からなる民間支出となっているが、日本は16%、タイは24%に留まっており、両国との比較ではチリ共和国の民間支出の割合が極め

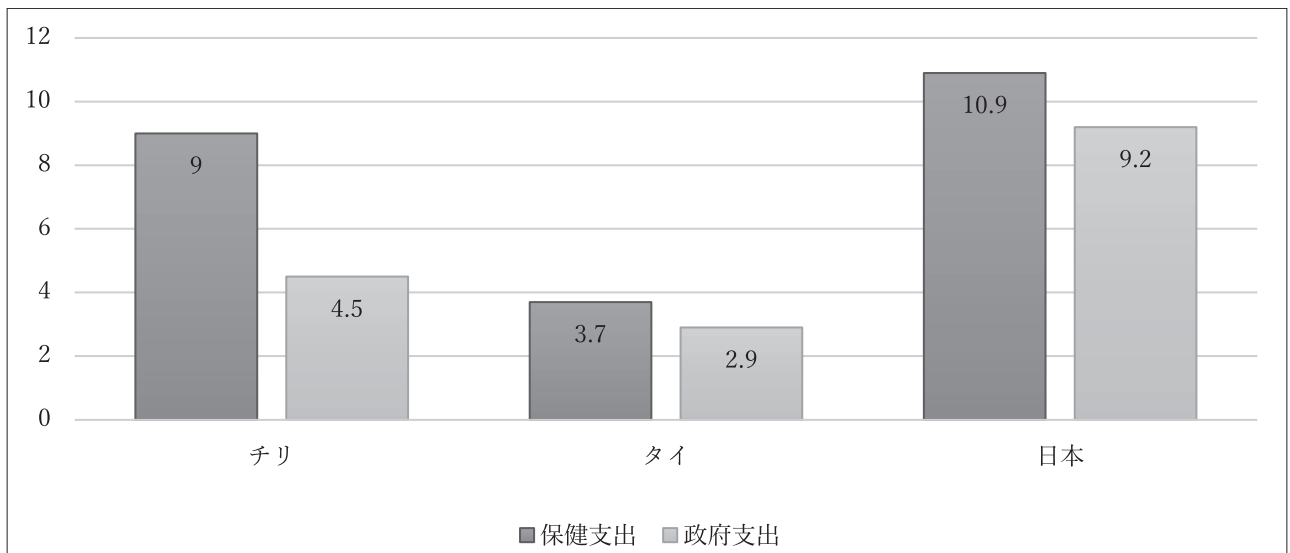


図2 GDPに占める保健支出の割合(%) (WHOのGlobal Health Observatoryデータを基に筆者作成)

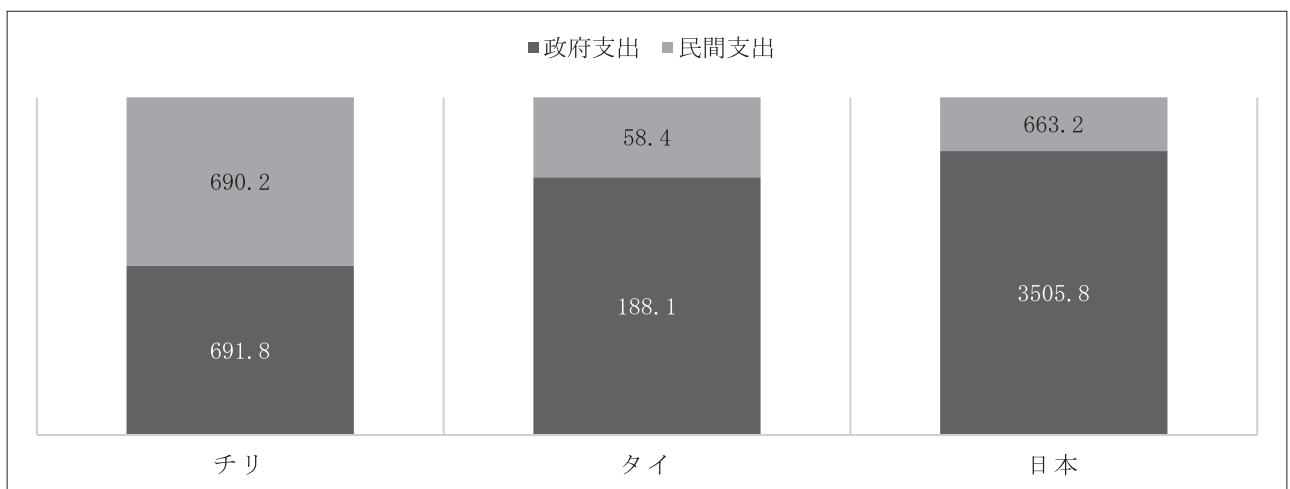


図3 一人当たり保健支出における政府支出及び民間支出の割合 (単位: USドル)
(WHOのGlobal Health Observatoryデータを基に筆者作成)

て高いことを示している。これは同国において医療費の自己負担割合が高いこと、次節以降で詳述する民間保険の ISAPREs が FONASA の代替として存在しており、付加的医療保険のパッケージを選択すること等により一定の民間任意健康保険加入者がいること等が挙げられる。また ISAPREs における支払い方法が出来高払い制 (fee-for-service) を採用していることから民間医療機関において医師の需要誘発も伴って民間医療支出が高くなっている可能性もあり得る¹³。チリ共和国では、保険者が保健医療提供者を抱えることは法律で認められていないが、現実には ISAPREs の民間保険会社がグループ企業である場合と同じグループ企業の民間医療機関を指定しており、実質的には保険者と保健医療提供者が一体化している。その結果、過剰な医療サービスを提供するインセンティブが働き医療コストを上昇させていることも指摘されている¹⁴。

4. チリ共和国の UHC に関する制度

4.1 制度確立までの歴史的経緯¹⁵

現在のチリ共和国保健省の前身となる衛生・支援・社会福祉省 (Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión) が設立されたのは 1924 年である。この同じ年にチリ共和国で初めての公的医療保険となる「労働者保険基金」(Caja de Seguro Obrero) が整備された。当時の西欧諸国で初めての公的保険制度と言われている。この公的医療保険はブルーカラーの労働者向けに用意されたものであり加入対象が限定される義務的保険であった。同国では、1918 年に政府からの社会福祉サービスを求めて労働者 5 万人によるストライキが実行されている。その後も保健医療サービスを求める声が上がリ、ブルーカラー向け保険が最初に出来上がることになった。

ホワイトカラー向けの公的医療保険が用意されたのはその約 20 年後となる。1942 年に、国家公務員、鉄道関係、銀行、製造業におけるホワイトカラーを対象とした被用者保険である、「国家被用者医療サービス」(Servicio Médico Nacional de Empeados: SERMENA) が設立されている。

保健医療サービスは、大きくは 3 つの仕組みを通して提供されていた。ひとつは政府が段階的に補助金を拡大していった公益機関 (Beneficencia Pública) のネットワーク下にある公的補助を受けていた医療機関であり、二つ目はブルーカラー対象の「労働者保険基金」傘下にある医療機関であり、三つ目はホワイトカラー対象の SERMENA 傘下の医療機関であった。これらの仕組みの間での調整がなく、提供される保健医療サービスにも差異があったことから、当時の保健大臣であった Salvador Allende (医師) はこれらの仕組みの統合化を提唱した。第二次世界大戦後、1952 年に「労働者保険基金」は「国家保健サービス」(Servicio Nacional de Salud: SNS) に改称され吸収された。この統合は国民の健康改善と、1970 年代の基礎的保健サービスへのユニバーサル・アクセスを達成するために重要な役割を果たしたと言われており、この体制は 1970 年代まで続くこととなった。他方でホワイトカラー被用者向けの SERMENA は SNS には統合されなかった。その他、軍人向けの公的保険と民間保険が存在し、それらについてはそのまま残されることとなった。

その後、保健大臣であった Salvador Allende が 1970 年に大統領に就任し社会主義政権 (チリ共和国人民連合が与党) が樹立すると、公的医療保険の全てを SNS に統合する方向で動きだし、1973 年には病院による医療の 90% を公的機関が担うようになっていた。

しかしながら、1973 年に勃発した軍事クーデターにより Allende 大統領は死亡、民主社会主義は崩壊し、Augusto Pinochet Ugarte 大統領による軍事政権が樹立すると、同大統領は新自由主義経済学者によるグループを集め、保健と社会保障を含む新憲法を制定した。1978 年には SNS が廃止された。

軍事政権下で経済格差が広まる中、1979 年に保健改革が行われ、保健省の規制機能、財務管理、保健医療サービスの 3 つの権限が分割されることとなった。保健省には規制機能が残り、財務管理については SNS と SERMENA の予算を統合し、保健省から独立した機関として新たに設立された国立保健基金 (Fondo Nacional de Salud: FONASA) が担うことになった。保健医療サービスについては SNS と SERMENA 傘下の

医療機関が「国家保健サービスシステム」(Sistema Nacional de Servicios de Salud: SNSS)として統合され、当時の26の地域保健サービス機関が医療提供者としての役割を担うことになった。

しかし、社会保障への予算増加に関心の低い軍事政権は、民間保険機関がチリ共和国の医療保険制度の一部を担えるように、2年後の1981年に「暫定保健機関」(Instituciones de Salud Provisionales: ISAPREs)という制度を制定した。これによりチリ共和国国民は公的医療保険のFONASAか、または複数の民間保険会社から成るISAPREsかのいずれかを選択できることになり、医療保険の二重構造(dual system)が生まれることになった。FONASAとISAPREsが提供する保健医療サービスや待遇が統一化されないまま二つのシステムが共存することになり、夫々の保険で異なるサービスが提供されたことから加入者間で医療格差が生じることになった。

また同年、SNSSから提供される保健医療サービスの内、一次医療については341の地方自治体に移管されることになり、更に分権化が進められたが、地域によって提供されるサービスに差が生じる結果になった。

その後、Pinochet大統領は人権侵害による国際的な批判を浴び1988年の信任選挙で敗北すると、1989年にキリスト教民主党のPatricio Aylwin Azocarが大統領に就任し、1990年代にはこの民主政権下において政府の保健予算が増加されていった。しかし、軍政期からの新自由主義を継承していたこともあり、FONASAとISAPREsの二重構造はそのまま維持されることになった。これが、現在まで続く医療格差の問題を残す原因となった。

2000年にチリ共和国社会党から大統領に就任したRicardo Lagos Escobarは医療の不平等を削減していくことを目標にかかげ、2003年の法制化(Law N. 19, 888, 2003)により「明示的な保障によるユニバーサル・アクセス」(Acceso Universal con Garantías Explícitas: AUGE)を付加価値税を1%増税することにより予算確保することを定め、2005年に施行した。AUGEは「基礎的な保健サービス」としてFONASAとISAPREsを通じて提供される保健医療サービスを基準化するものであり、それにより医療格差の是正と保健医療サービスの質の向上を目指すことになった。

4.2 公的医療保険制度の仕組み

上述のとおり、チリ共和国では公的保険であるFONASAと民間保険のISAPREsの二つの医療保険制度があり、国民はそのどちらかを選ぶことができる。次にFONASAとISAPREsの概要について加入者とサービス内容の違いに焦点を当てて述べることにする。

まずFONASAの保険加入者は4つのグループに分類されている。グループAは原住民グループ、Bは低所得者層グループであり、この2つのグループについては保険料が免除されている。また医療機関においても医療費の自己負担は免除されており医療費は全額無料である。Cは低位中所得者層グループ、Dは上位中所得者層グループであり、これらのグループに対しては一律給与の7%の保険料の支払いが求められており、医療機関においても所得に応じ医療費の10%~20%の自己負担が必要である。保健医療サービスの利用に関しては、AとBグループについては公的医療機関のみを利用可能であるが、CとDグループについては公的医療機関に加え、民間医療の利用も可能である。その場合、民間医療に対し医療費の自己負担額の規制がないために高い自己負担を強いられることになる。FONASAはAUGEに定める保健医療サービスの提供の他にも、AUGE以外の保健医療サービスの提供、保険加入者が民間医療を利用する場合のバウチャーの発行、病欠や産休に対する給与補填を行っている。

チリ共和国国民はFONASAの他、民間保険会社からなるISAPREsを選択することができる。ISAPREsとして認定されている民間保険会社は複数あり、国民はその中から選ぶことができる。ISAPREsではFONASAのC、Dグループと同様に月額給与の7%を保険料として支払うことが求められているが、それに加えAUGEサービスに関する付加的な保険料が上乘せされる。AUGE以外にも保険会社毎に固有の様々な医療サービスパッケージが用意されており、保険加入者は任意選択により保険料率が更に上増しされる構造になっている。ISAPREsは既加入者であっても病気を患って健康リスクが高まるとISAPREs側の判断で一年

毎の更新が拒否されたり、加入者のリスク変化に応じて更新時に保険料を値上げするなどの問題が浮上したが、その後の制度改正により保険契約期間の長期化¹⁶や加入者毎のリスク評価に応じた保険料率見直しの廃止などの対応が行われている。しかし、ISAPREsは新規加入申請者については一方的に断ることができる。

4.3 FONASA と ISAPREs の比較

次に FONASA と ISAPREs の内容について比較したい。表 1 は FONASA と ISAPREs の夫々の保険加入者、保険料、保健医療サービス内容を整理したものである。表の内、*マークがついている項目は Castillo-Laborde et. al によるチリ共和国の保険制度に関する医療格差についての研究結果を基に記載している¹⁷。同研究によれば、近年においても ISAPREs は所得の高い労働年齢の男性の保険加入者が多く、貧困層の加入は極めて少なくなっている。また定年退職を迎えた高齢者は、収入が少なくなると ISAPREs から FONASA に保険替えを余儀なくされることや、妊産婦等の医療費がかかる女性については保険料が高くなるなどの不平等が発生している。月額保険料に関しては、ISAPREs の月額保険料（強制加入部分）については FONASA の月額保険料の 2.7 倍となっている。保健医療サービスの利用については、ISAPREs の方が一人当たりの月額支出額が約 70 ドルとなっており、FONASA の一人当たりの月額支出額の 51 ドルを上回っている。保健医療サービスの内容も FONASA が救急、定期診察といったものが主であるのに対し、ISAPREs

表 1 FONASA と ISAPREs の比較（Castillo-Laborde et al のデータ等を基に筆者作成）

保険者	FONASA（政府機関）	ISAPREs（民間保険会社）
加入者層	A. 原住民 B. 低所得者層 B. 低位中所得者層 D. 上位中所得者層	中所得者層 高所得者層
加入者の特徴*	50代以降では男女とも FONASA の加入者が ISAPREs に較べて多い。 貧困層の割合が多い（貧困ライン以下は 17.2%） 加入者の教育年数が低い（10年） 農村加入者の割合が比較的に高い（14.8%） 一人当たり月額給与が低い（US\$407.8）	若い年齢層が多い。特に労働年齢の男性が多く、高齢者と女性の割合が少ない。 貧困層の割合が少ない（貧困ライン以下は 1.5%） 加入者の教育年数が高い（14.6年） 農村加入者の割合が低い（2.8%） 一人当たり月額給与が高い（US\$1,331.3）
保険料の区分	A. 免除 B. 免除 B. 月額所得の 7% D. 月額所得の 7% (定年退職者も免除)	月額所得の 7%に加え、AUGE 保険料（強制加入）及び保険会社毎に設定する付加的な保険（任意加入）等、サービス内容に応じた上乗せ率の適用
一人当たり月額保険料*	一人当たり月額保険料は ISAPREs の 0.37 倍 (US\$25.65)。尚、政府補填を含む一人当たり月額保険料は US \$ 50.94。	一人当たり月額保険料（義務）は FONASA の 2.7 倍 (US\$70.27)。尚、付加サービス保険料を含む月額保険料は US\$94.79。
保健医療サービス内容	1. AUGE サービス 2. AUGE 以外のサービス（無規程） 3. 民間医療利用のバウチャー発行（A 及び B グループは適用外） 4. 病欠・産休の給与補填	1. AUGE サービス 2. AUGE 以外のサービス（規定有り） 3. その他の医療サービス（任意加入） 4. 病欠・産休の給与補填
保健医療サービス支出と床数*	一人当たり月額支出額：US\$51.43 床数：1.89 床 / 千人（SNS 25,479 床）	一人当たり月額支出額：US\$69.63 床数：1.96 床 / 千人（民間病院 6,292 床）
主な保健医療サービス内容*	救急、定期診察 入院率：89.9 / 千人（加入者） 入院比の高い疾病：糖尿病（3.0）、肺炎（2.2）	専門医診察、歯科、検査、入院 入院率：96.9 / 千人（加入者） 入院比の高い疾病：肥満（12.1）、偏頭痛（11.4）、鼻部疾患（9.4）、背部障害（4.38）
サービス提供機関	基本的に公的医療機関、条件により民間医療機関の利用も可（公的機関で AUGE サービスを提供できない場合や C、D グループに対するバウチャーを発行する場合）	基本的に民間医療機関 (民間医療の自己負担料金を払えない場合等には公的医療機関の利用も行われている。)

については民間医療機関による専門医診察や歯科，検査，入院が多くを占めており，ISAPREsにおいて，より医療費のかかる専門的な保健医療サービスが提供されている¹⁸。これらのことから同研究では，FONASAとISAPREsの加入者間で医療の不平等が生じているとの結論を出している。

4.4 FONASAとISAPREsの保険加入者の推移

次にFONASAとISAPREsの保険加入者の状況について見てみたい。図4は1990年から2017年までの概ね隔年毎の保険加入者人数の推移を示したものである。興味深いのは，1990年代前半までISAPREsの加入者が増加しているが，1996年を境として1998年以降FONASAの保険加入者が増加を続け，特にAUGEに関する法律が制定された2003年以降はFONASAへの加入割合が7割を超え，近年では8割近くに達していることである。その理由として，公的医療機関の従来との比較でのパフォーマンスの向上，1990年代のアジア金融危機による失業者の増加，AUGEの登場，民間医療の価格の上昇が指摘されている¹⁹。他方，ISAPREsについては1998年から2011年まで保険加入者数が減少している。但し，2013年から2015年までは，FONASA加入者が微減し，ISAPREsが微増するという現象が生じている。図5は保険加入者の割合を示しているが，2017年のデータでFONASAが全体の78%，ISAPREsが14.4%となっている。

2017年の年齢別による各保険への加入割合は図6のとおりとなっている。ISAPREsへの加入割合は30～44歳の加入割合が2割弱と最も大きく，労働人口層の多い年齢層の加入割合が高くなっている状況である。他方で，60歳以上になるとその割合は8.5%と年齢別では最も低くなり，逆にこの年齢層のFONASAへの加入割合は85%弱で最も大きい。チリ共和国政府は，2011年に65歳以上の年金受給者の内，低所得者については7%の保険料を免除している²¹ものの，収入が低く，健康リスクの高い年齢層である高齢者がISAPREsからFONASAに移動していることを示しており，FONASAにおいて逆選択が行われていることになる²²。高所得者が民間保険に加入し，リスクの高い人々が公的保険制度に加入する，この構造により，リスクが高く貧困な人々が公的保険に集まるという加入者の分断現象が生じる²³のは大きな課題であると考ええる。これにより，FONASAについては高齢者やその他リスクの高い加入者が増え，保険料収入が減少するが，他方で保険による保健支出はリスクが高い加入者が多いので増える傾向になる。糖尿病や高血圧等の負荷の高い疾病の割合がISAPREsで低いのは，ISAPREsがリスクの低い人を選択していることを反映している²⁴。

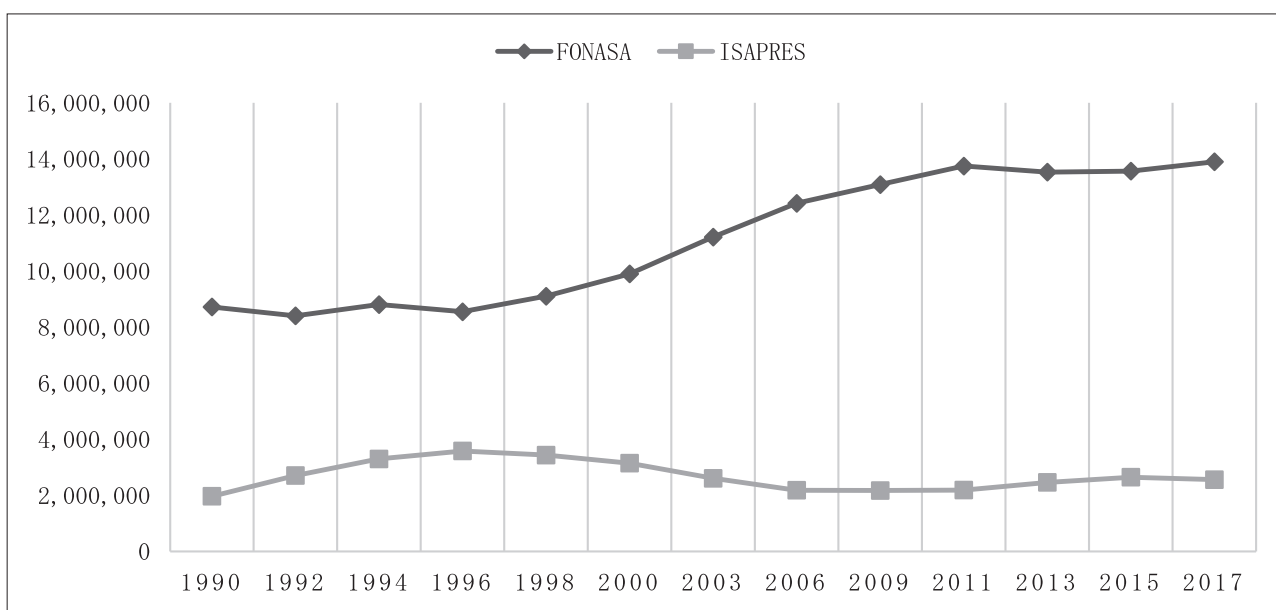


図4 FONASAとISAPREsの保険加入者数推移 (単位：人) (CASEN2017²⁰のデータを用いて筆者作成)

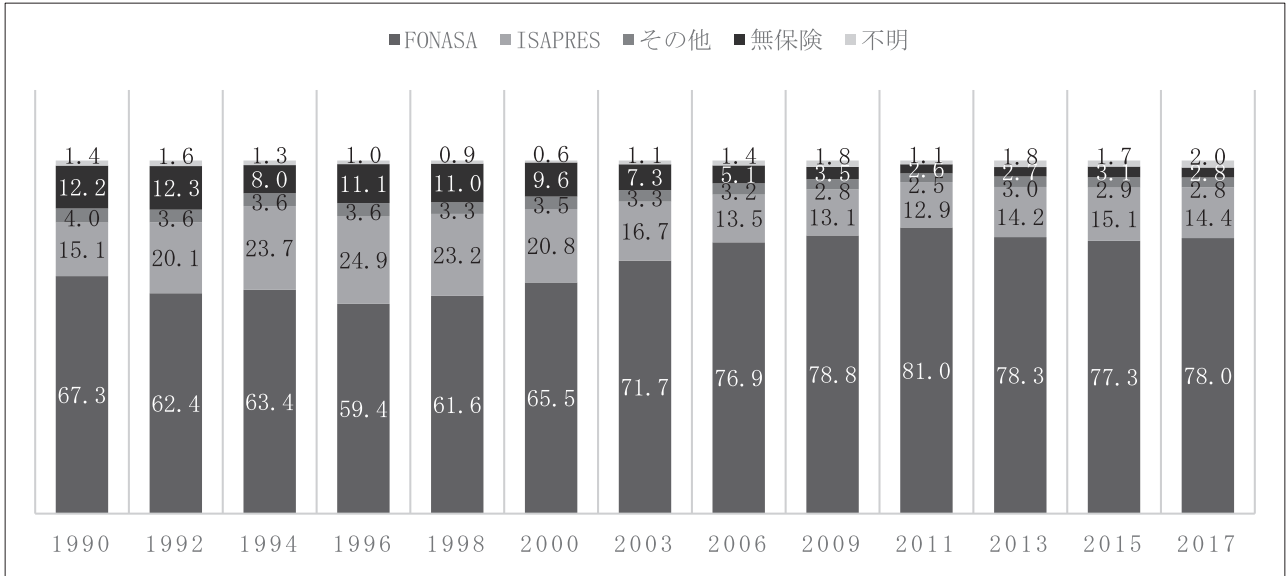


図5 保険加入者割合の推移 (%) (CASEN2017 のデータを用いて筆者作成)

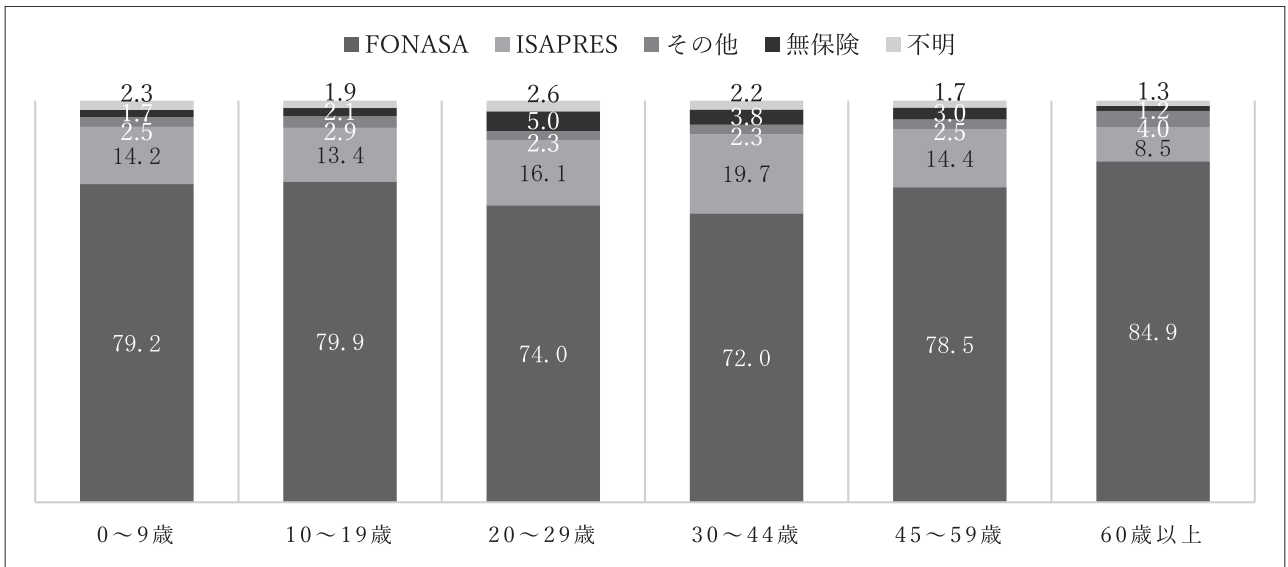


図6 年齢別保険加入者の割合 (%) (CASEN2017 のデータを用いて筆者作成)

5. AUGE について²⁵

AUGE は保健医療サービスの提供内容を明示的に規定する制度で、「ユニバーサルな原則に触発された (軍事政権下での) 予算縮減後、最初の改革」(the first post-retrenchment reform inspired by universalistic principles²⁶ 日本語は筆者訳)として登場した。AUGE は FOSANA と ISAPERAS の両方の保険に適用される。2003年に制定された法律を基に、2005年に施行、当初は56の優先的な疾病に関するサービスを提供することが規定され、疾病毎に治療計画と治療方法が決められ、DRG (Diagnosis Related Group) やクリニカル・パスを採用している他、治療に関する待ち時間の上限と自己負担の上限を規定している。AUGE で提供される保健医療パッケージの中身については保健省と財務省により決定される。

AUGE の支払い方法については、FONASA の場合、公的病院レベルについては疾病毎の包括支払い制

(prospective payment per case) か出来高払い制 (fee-for-service) となっており、診療所レベルでは人頭割 (capitation)、出来高払い制、疾病毎の年間払い制度となっている。他方で、ISAPREsについては、ほとんどが出来高払い制となっており、これが医療コスト高の原因となっているものと考えられる。

AUGE サービスを得るためには、FOSANA 加入者の場合は、一次医療施設にて診察を受けることが義務付けられており、ゲート・キーパーの役割が機能している。二次医療、三次医療が必要な場合には一次医療施設から照会が行われる。ISAPREs 加入者が AUGE サービスを受ける場合には、任意の医師より AUGE サービスが必要である旨の診断書を取り付け、それを保険者に提示することで、保険者から医療施設の紹介が行われる仕組みとなっている。保険加入者が紹介された医療施設に不服である場合には、任意の医療施設を選択し、保険者毎に設定する通常のサービスを受けることになる。FOSANA の多くの加入者は FOSANA が指定する公的医療機関にて AUGE サービスを受けているが、ISAPREs のほとんどの加入者は ISAPREs が指定する医療機関での AUGE サービスを受けずに、任意の医療機関にて通常の保健医療サービスを受ける傾向がある²⁷。ここに FOSANA と ISAPREs 間での差が生じている。

6. 高齢者と社会的入院

これまで見てきたように、高齢者に対する医療保険の待遇は女性を除く他の年齢層との比較で格差が生じている。定年退職前に ISAPREs に加入していた高所得層であっても、退職後の収入が少なくなる場合には FOSANA に加入することとなる。日本においても定年退職後は被用者保険から国民健康保険に移り、更に 75 歳以上になれば後期高齢者医療制度の適用となるが、公的保険制度によりカバーされる医療は複雑な診療報酬制度により統一化されており、医療面で格差が生じることはなく、むしろ後期高齢者制度が適用されれば自己負担割合は一定の条件の下、軽減される。チリ共和国においては FOSANA と ISAPREs の間に格差が常に存在し、FOSANA 加入の多くの高齢者は高所得層との間で差別化されているのである。

他方で、高齢化が進むチリ共和国では、1970 年代の日本の様に高齢者の病院への社会的入院が問題として認識されており、今後の医療コストの増加が重要課題となりつつある。保健省は 2015 年に「社会衛生ベッド」(Camas Sociosanitarias) と呼ばれるプログラムを形成し、入院期間の短縮と在宅介護を促すため、社会的入院患者の発見と患者へのチームによるサポートを開始している。同プログラムによれば高齢者の 1 カ月以上の長期入院の内、36%が社会的入院によるものである²⁸。

介護が必要な高齢者には、全国 15 行政地域の内、7 地域において 12 の介護施設が存在し、そのうち、5 つが地方自治体が運営し、残りは宗教団体や NGO により運営されている。その他、9 地域に 25 のデイ・ケア・センターがあり、その内、21 施設が地方自治体により、その他は公益団体、宗教団体、NGO により運営されている。在宅ケアについては 3 地域の 13 箇所で行われ、地方自治体、宗教団体、NGO により運営が行われている²⁹。しかしながら、なんらかの介護・支援を必要とする人口に比べ、これらの施設やプログラム数は大海の一滴に過ぎない。従って、チリ共和国の現状では、高齢者で介護や支援を要する者の多くは、医療の自己負担額を支払う能力のある者は社会的入院かあるいは施設・在宅介護を選び、他方で収入の少ない高齢者の多くはおそらく基本的に家族によるインフォーマルな在宅介護を選ばざるを得ない状況である。

7. 考察

チリ共和国の UHC に関する最大の課題は、FONASA と ISAPREs の加入者間における医療格差である。現在まで続く医療の不均衡の原因は、Pinochet 大統領時代に行われた新自由主義政策に基づき、本来、公的医療保険制度が果たすべき役割の一部を民間保険会社に担わせた ISAPREs 制度の導入に起因している。軍

事政権下、人権そのものが認識されない状況下において、社会福祉政策においても新自由主義を導入し、医療においては「市場の失敗」を考慮することなしに適切な規制も整備されない中で公的保険と民間保険を代替的に存在させる制度をつくり医療格差を招くこととなった。

保健は世界人権宣言や国際人権規約でも人権の一つとして国際社会で認識されているが、当時のチリ共和国では保健は人権であるという認識が欠如していた。しかし、問題は民主政権になっても保険の二重構造が残されたことである。軍事政権時代の民営化の結果、ISAPREsを含む民間セクターの主要部分について現在に至るまで限られた個人が利権を持っていること³⁰や、特にISAPREsはこれらの有力者や右派からの支援がある³¹ことから、この制度に変革を起こすことはできなかったのかもしれない。

この医療保険の二重構造により、比較的高額な保険料と自己負担額を支払うことのできる中・高所得者はISAPREsの保険に加入できるという選択肢を持つことができるが、他方で所得が少なく支払い能力の無い者はFONASAに加入する、という支払い能力に応じた所得階層間における医療サービス格差が生じている。FONASAが提供する公的医療機関の保健医療サービスが、以前に較べ質の向上が図られたとは思われるものの、民間医療機関との比較では依然劣り、ISAPREsとFONASAの加入者の間で受けれる保健医療サービスの内容や質に違いがあり、これが医療サービス格差となっている³²。これまでの民間保険会社の参入により民間医療機関の拡大が図られたため、政府による保健医療サービス面の役割は逆に縮小するという現象が起きており、これにより公的医療機関のサービスの質やコスト、アクセス、公平性において問題を生じていることが指摘されている³³。

支払い能力により受けられる保健医療サービスの内容が異なるという格差は社会構造の問題をも生み出している。例えばFONASAにおいてはA、Bグループの原住民及び貧困層は公的医療機関のみ利用可能であるのに対し、中所得層のC、Dグループでは自己負担が可能であれば質の高い民間医療機関へのアクセスが可能となっている。しかし中所得層であっても高齢者や女性等、自己負担が困難な者は民間医療機関は利用できず質の面で劣る公的医療機関を利用している。

他方で国民全体ではなくFONASAのA、Bグループ等の貧困層をターゲットにした政府の取り組み（医療の無料化等）により、保険加入者の社会経済ステータスや雇用状況によって導入される保健財政の内容とサービス提供の分裂化（fragmentation）が起きている³⁴。この構造的な問題がUHC進捗の深刻な課題となっている点が指摘されている³⁵。

チリ共和国内における国民の間での不平等感は既に暴動という形で現れており、同国社会の不安定化の一端を垣間見ることができる。これは社会の持続性において問題があるということを示しているように感ぜられる。SDGsは経済、社会、環境の三つを統合的に捉え、持続性のある社会の実現を目標としており、目標3の一つを成すUHCの達成においても同様である。従って、保健医療の技術的な視点のみから、国民全員が医療面においてカバーされ自己負担割合の高い人口が減少すればそれでよし、ということにはならない。チリ共和国において社会階層の構造的な問題が残されたままの状況では財政と保健医療サービスへのアクセスの面において連帯と公平の問題³⁶は解消されない。加入者の社会経済的なステータスにより保健医療サービスへのアクセスが異なる環境下において、国民皆保険制度の根底を成す連帯の意識が維持され得るであろうか。

2003年に法制化されたAUGEは医療格差の問題を是正するために導入されたが、階層による社会的分断という構造的な問題を解決するには至らなかった³⁷。AUGE導入後も高所得者による保健医療サービスの利用の方が多いとのデータがあり医療の公平は達成されておらず³⁸、ISAPREs加入者が質の高い民間医療機関を利用できる点に変わりはない。

それでは、今後、チリ共和国においてどのような方策を取るべきか。最も望ましい方向性はISAPREsによる制度を全面的に解消し、ISAPREs加入者をFONASAに吸収することにより加入者間に生じているサービスの内容を統一化させ、医療格差を無くすことである。しかしながら、ISAPREsを支援する有力者や右派により、またISAPREs加入者や民間病院関係者からの反対が想定され、このような抜本的改革を実施す

るのには困難を極めるであろう。2015年に保険の二重構造に関する大統領諮問委員会が設立され、二つの保険システムを「ユニバーサル・ヘルス基金」として統合させる案と、民間保険制度を残したまま保険料を「ユニバーサル・ヘルス共通基金」がプールする案を提言したが現在のところ何も動いていない状況である³⁹。

もう一つの選択肢は、FOSANAとISAPREs間のサービス格差を無くすような形でAUGEのカバー内容を改変し⁴⁰、かつFOSANAが利用する公的医療機関のサービスの質を民間医療機関のレベルに近づけていくことである。ISAPREsで提供されるサービスの内容に変更を加えず、FOSANAで提供されるサービスをISAPREsに近づけることで、実質的な加入者間での医療格差を縮小させる方策である。

しかしながら、この方策は保健支出の大幅な増加をもたらすことになる。AUGEの内容の見直しと拡充、特にAUGE以外の医療サービス内容の統一化とその医療費に必要な予算の確保、公的医療機関の医療従事者の質の向上と適切な人員配置、医療施設や機材の整備・新規機材の導入、病院運営の改善、医薬品の整備にかかる予算等である。これらの予算をISAPREsとFOSANAの間の予算調整(cross-subsidization)が無いシステムの中でどのように確保していくかが課題である。解決策の一例として、ISAPREsにおいてFOSANAと統一化する形でDRGを導入し両保険間の医療の質の平準化を行うと同時に、出来高払い制から包括払い制度に変更することにより医療費の効率化に取り組み、政府からISAPREsに拠出されている補助金を節減して、その分をFOSANAへの予算に回すことが考えられる。医薬品の価格抑制を図るための制度も検討されていく必要があるものと考えられる。また高齢者の社会的入院を、公的介護システムの強化により医療から介護に橋渡しをしていくことにより、医療費削減を行う工夫も必要となるであろう。

今後チリ共和国が高齢化社会に突入する中で、保健医療サービスの格差に加え、介護の問題も益々注目を浴びていくことになるだろう。インフォーマルな介護が主流をなし、介護者の負担は社会的な問題となっている⁴¹。公的な介護が極めて限定的な現状下において、チリ共和国政府は今後の方策について検討すべく現在パイロットベースでの取り組みを実施中である。

高齢者を主体として考えた場合に、高齢者の病気・怪我、診察・入院、介護というプロセスを念頭に置き医療と介護を一体として捉える必要があるが、医療で格差が生じている構造を新しい介護のシステムでどのように連携させていくかは今後検討を必要とする課題である。介護の受け皿となるであろう地域レベルの強化のみならず、地方自治体の管轄下にある一次医療施設でのサービスが統一化されていない中で医療から介護への連携の段階で新たな格差を生じないようなシステムづくりが必要となる。また、社会的入院を無くすことにより医療費削減効果が望める一方で、公的介護サービスを拡充するにあたり、その予算を財政的にどのように確保するか、税制を取るか、社会保険制度を取るか、社会保険制度を取る場合に、ISAPREsとFOSANAとの関係をどのように整理するのか、等、複合的な視座をもって検討することが必要となるであろう。

8. おわりに

持続性のある社会の実現のためには、チリ国民の保健医療に対する価値観の総意を基本に、人間(患者)を中心にいて医療の衡平性が確保されるようなUHCのための制度づくりが行われているか、ということを検証することが必要である。新自由主義に偏重した社会福祉政策は後々に政治的にも経済的にも高いコストを伴う可能性があり、UHCの意義や存続そのものに疑問を投げかけることとなるのではなかろうか。

筆者が、かつてある開発途上国においてUHC支援のための政府開発援助(ODA)のプログラムの形成のため先方政府と交渉を進めていた際に、ある日本側政府関係者より民間連携事業の推進策として日本の民間保険会社の同国への進出を政府開発援助で支援させたい、との提案を受けたことがある。その際に、公的医療保険制度が確立する前に民間保険会社が「市場」を確保してしまうことは今後UHCを達成するのを阻害する危険性があること、医療には「市場の失敗」が存在することについて再三説明したが理解を得るのに大

変な苦勞を要した。

民間連携事業は今や ODA の重点的な事業に成りつつあるが、常に開発途上国の医療事情や UHC 等の医療政策全体を俯瞰した上で、本当に現地の人々のためになるのか、という視点に立ち戻り個別の案件の採択を行うべきである。チリ共和国の先行事例がこのような理解を深めることにつながることを期待したい。

謝辞

チリ共和国の介護制度に関して国際協力機構 (JICA) 国際協力専門員の中村信太郎氏から貴重なご意見を、また医療財政のデータ解釈に関しては同機構国際協力専門員の戸辺誠氏からご助言をいただいた。この場を借りて感謝申し上げたい。なお、本稿の記述の全ての責任は筆者に帰属するものである。

引用・参考文献

- 1 UNICO シリーズについては次の URL を参照されたい。 <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13083/>
- 2 世銀のデータに基づく。 <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?view=chart> (2020 年 9 月 23 日)
- 3 在チリ共和国日本大使館, 「チリ共和国政治情勢報告 (10 月)」, 2019。 <https://www.cl.emb-japan.go.jp/files/000539534.pdf> (2020 年 9 月 3 日)。
- 4 Matus-Lopez, Mauricio. Pedraza, Camilo Cid. 2015. “Building Long-Term Care Policies in Latin America: New Programs in Chile.” *Journal of the American Medical Directors Association*. Vol. 16. No.10. p. e1.
- 5 外務省ホームページ情報に基づく。 <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/chile/data.html#section1> (2020 年 9 月 16 日)。
- 6 世銀のデータに基づく。 <https://data.worldbank.org/indicator/> (2020 年 8 月 20 日)。
- 7 世銀による 2020 年 7 月 1 日時点の国別分類基準に基づく。
- 8 OECD/DAC の被援助国リストから外されたものの、日本は外交的な重要性に鑑み ODA の継続供与を行うこととしている。
- 9 World Health Organization. 2020. *World Health Statistics 2020*. World Health Organization. https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/ (2020 年 9 月 16 日)。
- 10 IHME (The Institute for Health Metrics and Evaluation) による GHDx (Global Health Data Exchange) のデータに基づく。 <http://ghdx.healthdata.org/> (2020 年 9 月 16 日)。
- 11 WHO のデータに基づく。 <https://apps.who.int/gho/data/node.main>. (2020 年 8 月 13 日)。保健財政に関するデータは全てこのデータを用いている。
- 12 保健支出の総額に占める自己負担 (co-insurance, co-payment, deductibles) が 15 ~ 20% の場合には家計が危機に陥る割合は極めて少ないとのデータがある。World Health Organization. 2010. *The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. World Health Organization. pp.42-43.
- 13 保険者が支払い者の場合、出来高払い制の下では医師、患者の双方において保健支出を抑制するインセンティブが湧かず、その結果、保健医療サービスが過剰提供される傾向となりコスト高になると考えられている。
- 14 Roman-Urrestarazu, Andres. Yang, Justin C. Ettelt, Stefanie. Thalmann, Inna. Ravest, Valeska Seguel. 2018. “Private Health Insurance in Germany and Chile: Two Stories of Co-existence, Segmentation and Conflict.” *International Journal for Equity in Health*. Vol.17. No.112. p.8.
- 15 制度確立までの歴史的事実については、Savedoff et al による “Achieving Universal Health Coverage: Learning from Chile, Japan, Malaysia and Sweden” が詳しく、医療格差及び AUGE に関する記載内容以

外については主にその情報を参考に記載した。

Savedoff, William. D. Smith, Amy. L. 2011. *Achieving Universal Health Coverage: Learning from Chile, Japan, Malaysia and Sweden*. Results for Development Institute. pp.25-32.

¹⁶ 生涯加入が可能となったが、加入者は一年毎又は転職した際に解約することが可能となった。Bronfman, Javier. 2014. “Universal Health Insurance Under a Dual System, Evidence of Adverse Selection against the Public Sector: the Case of Chile.” *Munich Personal RePEc Archive Paper*. No.63262. <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/63262>. (2020年9月29日)

¹⁷ Castillo-Laborde, Carla. Aguilera-Sanhuenza, Ximena. Hirmas-Adaury, Macarena. Matute, Isabel. Delgado-Becerra, Iris. Ferrari, Manuel Nájera-De. Olea-Normandin, Andrea. González-Wiedmaier, Claudia. 2017. “Health Insurance Scheme Performance and Effects on Health and Health Inequalities in Chile.” *MEDICC Review*. Vol.19. No.2-3. pp.57-64.

¹⁸ Núñez et. al. も、歯科、検査、専門医診察、入院等は自己負担割合も高く高所得層に多く、救急や予防的なサービスについては貧困層に集中しており、医療改革後の医療の公平性の改善については重要なインパクトは見られないと指摘している。Núñez, Alicia. Chi, Chunhuei. 2013. “Equity in Health Care Utilization in Chile.” *International Journal for Equity in Health*. Vol.12. No. 58. pp.1-16.

¹⁹ Unger, Jean-Pierr. Paepe, Pierre De. Cantuarias, Giorgio Solimano. Herrera, Oscar Arteaga. 2008. “Chile’s Neoliberal Health Reform: An Assessment and a Critique.” *Plos Medicine*. Vol.5. Issue 4. E79. pp.543-544.

²⁰ Ministerio de Desarrollo Social y Familia の CASEN2017 データに基づく。
http://www.observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2020.php
(2020年9月23日)。

²¹ Roman-Urrestarazu, Andres. Yang, Justin C. Ettelt, Stefanie. Thalmann, Inna. Ravest, Valeska Seguel. 2018. “Private Health Insurance in Germany and Chile: Two Stories of Co-existence, Segmentation and Conflict.” *International Journal for Equity in Health*. Vol.17. No.112. p.9.

²² Bronfman, Javier. 2014. “Universal Health Insurance Under a Dual System, Evidence of Adverse Selection against the Public Sector: the Case of Chile.” *Munich Personal RePEc Archive Paper*. No.63262. <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/63262>. (2020年9月29日)

²³ Pardo, Cristian. Schott, Whitney. 2013. “Health Insurance Selection in Chile: a Cross-sectional and Panel Analysis.” *Health Policy and Planning*. Vol.29. pp.303.

²⁴ Castillo-Laborde, Carla. Aguilera-Sanhuenza, Ximena. Hirmas-Adaury, Macarena. Matute, Isabel. Delgado-Becerra, Iris. Ferrari, Manuel Nájera-De. Olea-Normandin, Andrea. González-Wiedmaier, Claudia. 2017. “Health Insurance Scheme Performance and Effects on Health and Health Inequalities in Chile.” *MEDICC Review*. Vol.19. No.2-3. pp.61.

²⁵ AUGЕについては、主に Bitran の報告書を参考に記載した。Bitran, Ricardo. 2013. “Explicit Health Guarantees for Chileans: The AUGЕ Benefits Package.” *The World Bank*. Washington DC.

²⁶ Bernales-Baksai, Pamela. 2020. “Tackling Segmentation to Advance Universal Health Coverage: Analysis of Policy Architectures of Health Care in Chile and Uruguay.” *International Journal for Equity in Health*. Vol.19. No.106. p.5.

²⁷ Bitran, Ricardo. 2013. “Explicit Health Guarantees for Chileans: The AUGЕ Benefits Package.” *The World Bank*. Washington DC. pp.5-7

²⁸ Dintrans, Pablo Villalobos. 2018. “Long-term Care Systems as Social Security: the Case of Chile.” *Health Policy and Planning*. Vol.33. p.1021.

²⁹ Matus-Lopez, Mauricio. Pedraza, Camilo Cid. 2015. “Building Long-Term Care Policies in Latin America: New Programs in Chile.” *Journal of the American Medical Directors Association*. Vol. 16. No.10. p. e2.

- 30 Rotarou, Elena.S. Sakellariou, Dikaios. 2017. “Neoliberal Reforms in Health Systems and the Construction of Long-lasting Inequalities in Health Care: A Case Study from Chile.” *Health Policy*. Vol.121. No. 5. p.498.
- 31 Laurell, Asa. Cristina. Giovanella, Ligia. 2018. “Health Policies and Systems in Latin America.” *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. p.7.
- 32 Unger, Jean-Pierr. Paepe, Pierre De. Cantuarias, Giorgio Solimano. Herrera, Oscar Arteaga. 2008. “Chile’s Neoliberal Health Reform: An Assessment and a Critique.” *Plos Medicine*. Vol.5. Issue 4. E79. pp.544-545.
- 33 Rotarou, Elena.S. Sakellariou, Dikaios. 2017. “Neoliberal Reforms in Health Systems and the Construction of Long-lasting Inequalities in Health Care: A Case Study from Chile.” *Health Policy*. 121. p.497.
- 34 Atun, Rifat. Monteiro de Andrade, Luiz Odorico. Almeida, Gisele. Cotlear, Daniel. Frenz, Patricia. Garcia, Patricia. Gómez-Dantés, Octavio. Knaul, Felicia M. Muntaner, Carles. Braga de Paula, Juliana. Rígoli, Felix. Serrate, Pastor Castell-Florit. Wagstaff, Adam. 2015. “Health-system Reform and Universal Health Coverage in Latin America.” *The Lancet*. Vol.385. No.9974. pp.1230-1247.
- 35 Castillo-Laborde, Carla. Aguilera-Sanhuenza, Ximena. Hirmas-Adaury, Macarena. Matute, Isabel. Delgado-Becerra, Iris. Ferrari, Manuel Nájera-De. Olea-Normandin, Andrea. González-Wiedmaier, Claudia. 2017. “Health Insurance Scheme Performance and Effects on Health and Health Inequalities in Chile.” *MEDICC Review*. Vol.19. No.2-3. p.62.
- 36 Mauthauer, Inke. Behrendt, Thorsten. 2017. “State Budget Transfers to Health Insurance to Expand Coverage to People Outside Formal Sector Work in Latin America.” *BioMed Central Health Services Research*. Vol. 17. No.145. p.20.
- 37 Rotarou, Elena.S. Sakellariou, Dikaios. 2017. “Neoliberal Reforms in Health Systems and the Construction of Long-lasting Inequalities in Health Care: A Case Study from Chile.” *Health Policy*. Vol. 121. p.501.
- 38 Núñez, Alicia. Chi, Chunhuei. 2013. “Equity in Health Care Utilization in Chile.” *International Journal for Equity in Health*. Vol.12. No.58. p.13. 及 び Frenz, Patricia. Delgado, Iris. Kaufman, Jay. S. Harper, Sam. 2014. “Achieving Effective Universal Health Coverage with Equity: Evidence from Chile.” *Health Policy and Planning*. Vol. 29. p.727.
- 39 Roman-Urrestarazu, Andres. Yang, Justin C. Ettelt, Stefanie. Thalmann, Inna. Ravest, Valeska Seguel. 2018. “Private Health Insurance in Germany and Chile: Two Stories of Co-existence, Segmentation and Conflict.” *International Journal for Equity in Health*. Vol.17. No.112. p.9.
- 40 Núñez, Alicia. Chi, Chunhuei. 2013. “Equity in Health Care Utilization in Chile.” *International Journal for Equity in Health*. Vol.12. No.58. p.13.
- 41 Dintrans, Pablo Villalobos. 2019. “Informal Caregivers in Chile: the Equity Dimension of an Invisible Burden.” *Health Policy and Planning*. Vol.0. No.0. pp.1-8.

