

ブラジルの医療制度

本田 達郎

はじめに

ブラジルはロシア、中国、インド、南アフリカとともにBRICS諸国の一員として、近年、国際社会においてその存在が大きくなっている。経済的にはもともと南米最大の経済規模を持ち、1990年代半ばからの経済安定化政策が功を奏し、近年は国際的信用と安定した経済成長を実現している。また、1908年から始まった日本からの移民により海外で最大の日系社会を形成するなど、日本とは良好な関係にある。

このようなブラジルの経済的安定・発展と日本との友好な二国間関係もあり、社会保障分野でも両国の年金制度の二重加入や保険料掛け捨て問題の解消を目的に、社会保障協定が2010年7月に署名され、2012年3月1日から発効している。

本稿では、年金制度等とともにブラジルの社会保障制度の一つの柱である医療制度の内容を根拠となる憲法や関係法律の規定を中心に把握することを目的としている。その理由は、(1)日本からブラジルへの企業進出等により二国間関係が活発化する際には、医療制度が滞在員及び家族にとって重要であるため、(2)諸外国の制度を踏まえて構築された新興国の医療制度について、日本の制度と比較することは、日本の医療制度を検討するうえでも示唆を得られる可能性があるため、(3)前述の社会保障協定は、年金制度についてのみ規定した協定であるが、今後医療制度についても社会保障協定が議論の俎上に上る可能性があるためである。

I ブラジル社会保障制度の基本構造

ブラジルの社会保障制度⁽¹⁾の基本構造は、同国の1988年連邦憲法(以下「伯憲法」)の規定に表れている。伯憲法の第8編「社会秩序」(Ordem Social)は、第1章「総論」、第2章「社会保障」(Seguridade Social)、第3章「教育、文化及びスポーツ」、第4章「科学技術」、第5章「公共通信」、第6章「環境」、第7章「家族、子ども、青少年及び高齢者」、第8章「先住民」から成り、第2章「社会保障」は、第1節「総論」、第2節「医療」(Saúde⁽²⁾)、第3節「社会保険」⁽³⁾(Previdência Social)、第4節「社会扶助」(Assistência Social)で構成されている。

このうち「社会保険」については、伯憲法規定の他に1991年社会保険給付法(Lei de Benefícios da Previdência Social)等が定められ、これらの規定に基づいて、日本の年金や労災保険に相当する給付⁽⁴⁾が、被保険者と被扶養者に対し、事業主・被用者の保険料及び国庫を財源として、国家社会保険院(INSS)により行われている。それに対して、「医療」とその関係法律においては、「社会保険」とは異なる財源と実施機関により、基本的に全国民に対して医療の提供を国が保障する仕組みが定められている。

すなわち、日本の社会保険のうち医療保険を除く部分が、ブラジルでは日本と類似の社会保険方式により制度化される一方、日本の医療保険と公衆衛生が、ブラジルでは医療制度として構築されている。また、日本の生活保護がブラジルでは社

会扶助として、日本の社会福祉に関する各制度がブラジルでは家族、子ども、青少年、高齢者等に着眼した保護制度として構築されているといえる。

II 医療制度の沿革

ブラジルの医療制度は、1975年の法律6229号により「国家医療制度」が規定され、1987年の大統領令94657号により「各州における統一・分権化された医療システム」(Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados)が制度化された。そして1988年以降、憲法規範の根拠に基づき現行制度の形で本格的に整備され、地方自治体で医療サービスが提供されるようになった。

1988年の伯憲法では、196~200条において医療を社会保障の一つとして位置づけている。また、健康への配慮やそのための公的支援に関する法的整備は、連邦政府、州・連邦区、地方自治体の最小単位であるムニシピオ(município)に共通する権限とされている(伯憲法23条前文2号)。さらに健康を守ることにについて、連邦政府と州・連邦区は相互に関連する権限を共有し(伯憲法24条前文第12号)、立法事項について州やムニシピオと競合する分野では、連邦政府の権限は総括的な規律を定めることに限られている(伯憲法24条1項)。

以上のような伯憲法の下で、1975年法律6229号が廃止され、1990年の法律8080号(以下「法律8080号」)により「普遍的医療制度」(SUS: Sistema Único de Saúde)が開始された⁽⁵⁾。次に1993年法律8689号により、それまで医療行政を担っていた国家医療社会保険院(INAMPS)が廃止され、その機能や任務等が連邦政府、州、ムニシピオの各SUS管理責任者に引き継がれた。INAMPSの廃止により、連邦政府は社会保障予算として、一般

会計(orçamento fiscal)⁽⁶⁾からの補填を受けることなく、SUSに過去5年間の平均実績費用と同額の財源を毎年保障することを義務づけられるようになった(IV2参照)(1993年法律8689号14条)⁽⁷⁾。

III 医療に関する憲法上の原則

1. 憲法上の原則⁽⁸⁾

- (1) 制度加入と受診機会を全国民に保障する原則(伯憲法194条1号、196条): ブラジル社会保障制度全体を通じての原則で、医療分野については特に重要となる。この原則により全国民に対して、受診機会だけでなく、疾病から生じるすべてのリスクへの対応が保障されることになる。
- (2) サービス選択と可能な範囲のサービス確保の原則(伯憲法194条3号): サービス選択の原則は、経済財政が許す範囲内で重要性と緊急性の観点からSUSの実施主体である連邦政府や地方自治体が優先順位を付け、医療サービスは選択されるべきとする原則である。サービス選択の原則と可能な範囲のサービス確保の原則とは相通じるものである。
- (3) 総合的な医療受給(医療サービスを犠牲にしない予防への重点化)(伯憲法198条前文2号): 上記の(1)及び(2)の両立を目指したもので、予防への重点化によりコストパフォーマンスを高め、健康の維持や回復のための支援が必要な状況に対しては必要な医療サービスが行き渡るようにすることである。
- (4) 医療サービス給付における公平性の確保の原則(伯憲法196条): この公平性の原則は、上記(1)から(3)の3つの原則の反映と位置づけられている。具体的には、公的医療サービスについては、収入、社会的地位や職業による違

いがあるはず、また(2)の原則があっても、最低限の医療は全国民に保障されなければならない。

- (5) 地方分権の原則(伯憲法198条前文1号): この原則がよく表れているのがSUSの仕組みである。公的医療サービスは、SUSにおける三層構造(連邦、州、ムニシピオ)の中の特定レベルで行われるものではなく、すべてのレベルの政府がよりよい財政規律を保障し、連携調整を行わなければならない。
- (6) 地域社会の参加の原則(伯憲法198条前文3号): この原則では、個人は権利だけでなく義務も有するとされる。この原則は、人間としての完全な幸福の概念を前提としているため、単に個人をケアするという義務を超え、公衆衛生(例:麻薬常用者の撲滅)、環境保全(大気汚染、土壌汚染、水質汚濁等への対策等)や労働環境衛生の改善のための行動と計画の策定を含んでいる。集団の中の個人及び集団全体が、可能な限り健康状態の改善に配慮する責任を持っている。
- (7) 医療財源の確保の原則(伯憲法198条第2項): 全国民の医療サービス確保の原則と可能な範囲でのサービス確保の原則の両方を、整合性を取りつつ達成するため、2000年憲法修正29号により生み出された。この原則により、「連邦、州・連邦区、ムニシピオは、毎年、公的な医療行為及び医療サービスに最低限必要な財源を確保しなければならない。」とする伯憲法198条第2項が追加され、憲法上の医療財源の確保がSUSの三層構造の中で規定された。

2. プログラム規定としての性格

医療に関する権利は伯憲法6条の社会権の中に明記され、プログラム規定⁽⁹⁾としての性格を持つ

ている。しかし医療に関する権利の中でも、憲法に規定される医療制度の整備に関するプログラム規定としての性格と、疾病の際の受診や治療といった基本的な権利とを混同してはならず、国は後者の権利を充足すべき義務があると考えられている(Fortes e Paulsen [2005: 301])。

プログラム規定としての性格から、保障すべき医療水準については、立法による医療制度の整備を通じて達成できる水準に加え、制度による全般的対応ができない場合に司法が個別に救済できる水準も含めて考えられている(Fortes e Paulsen [2005: 302])。SUSを定めるに当たり、法律8080号2条で、医療は人間の基本となる権利であり、完全実施のために必要な条件整備の義務が国家に付託されている。その義務とは、疾病の予防や悪化リスク軽減のための経済社会政策の策定と実施、健康の増進や回復を目的として、すべての人に平等な医療へのアクセスを保障する条件の整備とされている。

法律8080号3条では、医療を規定する外的要因として、食事、住居、公衆衛生、環境、労働、収入、教育、交通、余暇ならびにその他必要な財及びサービスへのアクセスが挙げられ、国民の医療水準は、その国の社会経済組織を表しているとされる。また医療は、すべての人を支援する普遍的な権利であるとともに個人の目標であり、そして誰もが行使できる権利であると考えられている(Fortes e Paulsen [2005: 303])。

IV 医療制度の概要

1. 組織と運営

(1) 保健省とSUS

医療分野における保健省の政策的役割と管轄は次の事項である(2003年法律10683号27条20項)。

①国としての医療政策。②SUSの調整及び監査。③公衆衛生ならびに個人及び集団（労働者及び先住民を含む）の健康の向上，保護及び回復のための行動。④医療関係の情報提供。⑤医療に関する重大な資源投入。⑥全般的な予防行動ならびに国境，海や河川の港及び空港における衛生監視・規制。⑦麻薬，医薬品及び食品に関する衛生監視。⑧医療分野の調査研究・技術開発。

保健省が管轄するSUSについて，法律8080号7条は，医療分野の個人の権利やその保障に関する原則を以下の通り規定している。これらの原則は，公的な医療行為や医療サービス及びSUSに統合されるサービスに方向性をもたらすものである。

①すべての医療サービスへのアクセスの普遍性。②SUSにおいてあらゆる場合に必要とされる切れ目のない医療行為や医療サービス（予防か治療か，個人か集団かを問わず）を全体として統合すること。③財政的・倫理的な健全性を維持するための人事の自律性の確保。④あらゆる種類の偏見や特権のない医療支援の平等性。⑤支援が必要な人が自らの健康に関する情報を得る権利。⑥供給できる医療サービス及びその使用に関する情報提供。⑦資源投入の優先順位の決定や適正配分及び計画の方向性の決定のための疫学の活用。⑧地域社会の参加。⑨SUSの各層における統一方針に基づく地方分権（医療サービスのムニシピオへの地方分権の強化ならびに医療サービス提供網の地方への委譲及び階層化）。⑩医療，環境及び公衆衛生の総合的実施。⑪医療支援サービスの提供に当たって，連邦，州・連邦区，ムニシピオにおいて金銭的，技術的，物質的及び人的な資源を活用すること。⑫すべての医療支援サービスにおける解決能力の向上。⑬同一目的達成のための手段の重複回避のための公的

医療サービスの組織化。

SUSによって実施される医療行為や医療サービスは，地域に権限委譲された形で組織化されている。地方分権化とその複雑さの度合いに応じて階層化され，システムとして統一されたSUSでは，連邦政府には保健省，州・連邦区とムニシピオには保健局またはそれに相当する組織が設置されている（法律8080号8条，9条）。法律8080号12条は，政府と市民社会の代表によって構成され，医療分野の政策や計画を連携調整させる目的を持った，国家医療審議会の下部組織である分野横断的な委員会を設置することとしている。この委員会は，SUSの直接的な担当分野ではない範囲も包括している。SUSにより地方分権化された医療サービスの提供では，次の通り，調整（管理）と実施（提供）のそれぞれについて責任者を置く必要があるとされている（Fortes e Paulsen [2005: 313]）。

管理責任者（gestor）：医療サービスと医療行為の管理と監査に関する総合的な責任者であり，また，医療サービスの提供を直接行うこともできる。管理責任者は，調整，連携，交渉，企画，監視，規制，評価及び監査を通じて，3層構造の医療制度を運営することを責務とする。このため管理責任者は，ムニシピオの保健局，州の保健局及び連邦政府の保健省にのみ存在する。

提供責任者（gerente）：医療サービス提供に責任を有する組織または施設において，医療機関（外来，病院，病院以外の施設，基金等）やその集合体の管理者であり，医療制度における医療サービスの提供者として位置づけられる。提供責任者は，公的な管理主体（管理責任者そのものとは限らない）または管理責任者と契約や協約した民間団体である。

地方分権の下でも，給付の最適化や管理責任者間の意思疎通のため，医療行為や医療サービス

は調整される必要があるため、管理責任者には次の2種類の委員会が設置されている (Fortes e Paulsen [2005: 314])。

(1) 管理責任者3者委員会：連邦、州、ムニシピオの管理責任者を統合するため、保健省及び州とムニシピオの保健局審議会の代表者により構成される。(2) 管理責任者2者委員会：州とムニシピオの管理責任者を統合するため、全州または一部の州とムニシピオの保健局審議会(または相当する組織)の代表により構成される。

(2) 連邦政府

連邦政府の管理責任者は、次の4つの役割を果たすとされる。(1) 全国規模でのSUSに関する事項の実施、(2) ムニシピオのSUS強化のための条件整備や州の管理責任者の指導、(3) 各州のSUSの連携、統合及び近代化の促進、(4) 全国的な見地からのSUSの普遍化と調整である。SUSの全国的指針として定められているのは次の通りである⁽¹⁰⁾(法律8080号16条)。

- ① 食品・栄養に関する政策の策定、評価及び支援。
- ② 環境影響の規制、公衆衛生及び労働環境条件に関する政策の策定及び実施への参加。
- ③ 高度医療の総合的支援網、公的医療の研究及び疫学や衛生上の監視に関する制度の決定と調整。
- ④ 人間の健康に悪影響がある環境影響の規制のための規則及び仕組みの決定への参加。
- ⑤ 労働条件や労働環境の規制のための規則、判断基準及び標準の決定への参加ならびに労働者の医療政策の調整。
- ⑥ 検疫の実施に当たっての調整及び参加。
- ⑦ 州・連邦区及びムニシピオと協調しての港湾、空港及び国境における衛生監視の規則の策定と実施。
- ⑧ 人に消費及び使用される生産物、物質及びサービスの衛生状態の規制のための判断基準、媒介変数及び手法の

設定。⑨教育機関、専門職の実施状況の監査機関及び医療人材の育成のための団体の代表等との連携の促進。⑩他の政府機関と連携して、医療分野の投入物及び医療機器に関する国としての政策及び生産に関する規則を策定、評価及び提供することならびにこれらの国としての政策及び生産の実施に参加すること。⑪医療支援の技術的標準を確立させるために州やムニシピオにおける医療サービスを全国との対比で把握すること。⑫治療行為及び医療分野の生産物及び原材料の規制と監査。⑬制度の円滑な施行のために州・連邦区とムニシピオに対して技術的・財政的支援を行うこと。⑭SUSが民間医療サービス提供主体との間での医療支援契約を締結した場合において両者の関係を規律する規則の整理。⑮州及びムニシピオの両方において州及びムニシピオが担当する医療サービスや医療行為について地方分権を促進すること。⑯血液、臓器等に関する国としての制度における規則の策定及び調整。⑰州やムニシピオの権限を尊重した上での医療行為及び医療サービスの監視、規制及び評価。⑱州・連邦区及びムニシピオと技術的に協力してSUSに関する国としての戦略を策定すること。⑲監査の国としての制度の策定ならびに州・連邦区及びムニシピオとの技術的協力を通じた全国的なSUSの技術的・財政的評価の調整。

(3) 州政府

州政府はSUSの制度において、次の4つの基礎的役割を担うとされる。(1) 制度の管理、(2) 住民の医療を管理するムニシピオの環境及び能力の改善、(3) 十分な責任を果たしていないムニシピオに居住する住民の医療サービスの管理を暫定的に担当すること、(4) ムニシピオのSUS制度を州内で調

整、統合及び近代化することである。法律8080号17条が定める州の担当事項は以下の通りである。

①SUSの州・ムニシピオの組織の監視、規制及び評価。②疫学、衛生、食品・栄養及び労働衛生の分野において監視の対象になる医療サービスや医療行為の調整。③人間の健康への環境からの悪影響の抑制政策への参画。④公衆衛生の政策形成及び実施への参画ならびに労働環境条件の規制及び評価への参画。⑤病院施設の確認及び州や広域圏における高度で複雑な医療に対応できる公的制度の管理、州規模での公的医療研究や血液センターのネットワークの調整ならびに州の管理組織に所属している医療施設の管理。⑥(補足的な役割として)医療分野の投入物及び医療機器の政策の形成、実施、観察及び評価。⑦(補足的な役割として)医療行為及び医療サービスの規制と評価のための規則の制定ならびに人に使用される医療分野の生産物及び原材料の質の担保のための標準的手続きの規則の作成。⑧港湾、空港及び国境での衛生監視の実施に当たっての連邦政府への協力。⑨州域における罹患率、死亡率の指標の監視、評価及び公表。

ムニシピオのSUS振興において、できるだけ確に住民に対応できるよう、医療行為及び医療サービスに関するムニシピオへの地方分権を州の管理責任者が可能な限り進める必要がある。また、州の管理責任者は必要な場合、技術的・財政的援助をムニシピオに提供すべきとされる(Fortes e Paulsen [2005: 317])。

州のムニシピオへの支援については、ムニシピオが医療行為や医療サービスを自立して提供できるようになるよう配慮しつつ、医療行為や医療サービスの補完的な実施を州の管理責任者に付託

する必要がある(Fortes e Paulsen [2005: 317])。

(4) ムニシピオ

SUSが担当する医療行為や医療サービスは、地域的・階層的に構築され、各ムニシピオに存在する医療担当組織によって訓練され、地域住民へ総合的なサービスを提供する医療機関の集合体より行われている。これは「ムニシピオSUS」と呼ばれ、法律8080号18条はムニシピオの主な担当事項を以下のように定めている。

①医療行為と医療サービスの企画、組織化、規制及び評価ならびに公的医療サービスの管理と実施。②地域に定着しかつ階層化されたSUSサービス網の企画、計画及び組織化に州の方針と整合性を持って参画すること。③労働環境条件に関連した医療行為の実施、規制及び評価への参画。④疫学的監視、衛生監視、食品・栄養の監視、公衆衛生及び労働衛生の実施。⑤ムニシピオの範囲での医療分野の投入物及び医療機器政策の実施。

この地方分権化された医療制度の創設により、担当地域の住民の医療について、ムニシピオは大きな責任を担当することになった。このことは、医療サービスへのアクセスならびに医療行為や総合的な医療サービスを受給するための手段を住民に提供する責務が、ムニシピオの管理責任者に付与されたことを意味する。

SUSのムニシピオにおける医療担当組織は、必ずしも各ムニシピオの役所やそのムニシピオ内の地域ごとに設置される必要はない。医療行為は、ムニシピオの固有の仕事であるだけでなく、州や連邦の仕事でもある。また、契約や協約によっては民間部門の仕事でもある。ただし、ムニシピオの管理責任者がその組織化や調整を行う必要がある(Fortes e Paulsen [2005: 315])。

しばしば、ムニシピオの医療制度の格差により、ある特定のムニシピオに帰属する医療施設や医療組織が、他のムニシピオから来た利用者に対応することもある。このような関係は、協約に基づく計画により保障された手法として位置づけられ、州によって仲介された管理責任者2者委員会が担当する。医療サービス提供責任者は、様々なムニシピオの利用者に対応する一方、当該医療サービス提供責任者が所在している地域について権限を有し、かつ規制、評価及び監査の責任を有している。

実際には、ムニシピオの人材や財政力等の能力に著しく格差があることを勘案すれば、地方分権に問題があるのは確かである。このような状態で連邦政府や州政府の管理責任者は、ムニシピオに対する技術的・財政的協力を行うという基礎的な役割を担う必要がある(Fortes e Paulsen [2005: 315])。また、ムニシピオが責任を持つべき医療行為や医療サービスを全体として発展させるために、複数のムニシピオによる医療コンソーシアムを作ることもできる(法律8080号10条)。

2. 財源

ブラジルでは、所得に関する税金は連邦政府の収入となるので、様々な形態で州やムニシピオの財政に移転されている⁽¹¹⁾。州やムニシピオの独自の税収としては、付加価値税や消費税、不動産等の資産に対する税金などがある。SUSの財源については、具体的には伯憲法198条及びその関連法等により以下の通り定められている⁽¹²⁾。

(1) 連邦政府SUSの財源

連邦の歳入に補足法により定められる一定の割合を乗じたものが医療費財源にあてられる。ただし、2000年の憲法修正29号により医療費財源確保に関する原則が定められた際、このルールは適用されず、経過措置により、連邦政府がSUSに

直接充当する金額は前年実績にGDPの変化率を乗じたものとされ、このような連邦負担の決定方法が少なくとも2011年まで続いている⁽¹³⁾。このため後述する州とムニシピオの医療費負担がそれぞれの総歳入の12%と15%であることと連邦政府の負担のあり方は整合してないと考えられる。

(2) 州SUSの財源

医療費の財源は、下記の①+②+③+④-⑤) × 0.12⁽¹⁴⁾である。

- ①州税：商品サービス流通税(ICMS)、自動車保有税(IPVA)、相続及び贈与による財産移転税(ITCMD)
- ②連邦政府からの移転：一般所得税(IGR)及び工業製品税(IPI)の25%(州参加基金(FPE)の財源として連邦から割り当てられた部分)、IPIの10%を連邦から各州に当該州の輸出額に応じて割り当てたもの
- ③所得税(IR)のうち、州政府が州営の企業や基金に従事する職員へ支払う所得に対する所得税相当分
- ④その他の通常収入：税の未収金に関する収入、罰金、遅延利息と税の通貨修正
- ⑤ムニシピオへの移転：ICMSの25%、IPVAの50%及びIPIの10%を各州の輸出額に応じて連邦から各州に割り当てたものの25%

(3) ムニシピオSUSの財源

医療費の財源は、下記①～⑤の合計の15%である。

- ①ムニシピオ税：サービス税(ISS)、市街地固定資産税(IPTU)、不動産移転税(ITBI)
- ②連邦政府からの移転：IGR及びIPIの22.5%(ムニシピオ参加基金(FPM)の財源として連邦から割り当てられた部分)、農地所有税(ITR)からの割り当て分

- ③IRのうち、ムニシピオが自ら運営する企業や基金に従事する職員へ支払う所得に対する所得税相当分
- ④州政府からの移転：ICMSの25%、IPVAの50%、IPIの10%を連邦から各州に当該州の輸出額に応じて割り当てたものの25%
- ⑤その他の通常収入：税の未収金に関する収入、罰金、遅延利息と税の通貨修正

(4) ブラジルと日本の公的医療費の比較

ブラジルにおける近年の公的医療費（SUSから支出される医療費）の推移は表1の通りである。一方、日本の公的医療保険診療の対象となる傷病の

治療に要した費用の総計である国民医療費の推移は表2の通りである。これらのデータに基づき、日本とブラジルの公的医療費を比較すると、1人当たりの公的医療費が、ブラジルは約2万4000円（2006年の1人当たり医療費と年平均の為替レートから計算）となっており、日本（約25万9000円）より著しく低い水準となっている。ただし、このような1人当たり医療費の比較においては、1人当たりGDPがブラジルは日本の約5分の1から4分の1であり⁽¹⁵⁾、また、民間医療保険の役割が日本に比べるとかなり大きいことを考える必要がある（後述「民間部門の役割」）。

表1 ブラジルの公的医療費（SUSから支出される医療費）の推移

（単位：1人当たり医療費はレアル（R\$）、他は100万レアル（R\$））

年	連邦	州	ムニシピオ	合計	1人当たり医療費	対GDP (%)
2000	20,351	6,313	7,370	34,035	200.44	2.89%
2001	22,474	8,268	9,290	40,032	232.22	3.07%
2002	24,737	10,278	12,020	47,035	269.34	3.18%
2003	27,181	12,145	14,003	53,329	301.51	3.14%
2004	32,703	16,028	16,398	65,130	363.64	3.35%
2005	36,495	17,236	20,262	73,993	401.73	3.45%
2006	40,750	19,799	23,484	84,033	449.93	3.60%

（出所）ブラジル保健省（http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados_RIPSA-09062008_PIB.pdf#search=Despesas%20com%20Acoes%20e%20Servicos%20Publics%20de%20Saude%20financiados%20por%20recursos%20propios、2012年7月25日アクセス）。

（注）2006年の年平均で1レアルは、約53.49円、また、四捨五入の関係で合計が合わないところがある。

表2 日本の国民医療費の推移

（単位：億円（1人当たりは千円））

年	公費	保険料	その他	国民医療費	1人当たり国民医療費	対国民所得 (%)
2001	104,094	164,769	42,135	310,998	244.3	8.61
2002	105,447	160,762	43,298	309,507	242.9	8.70
2003	110,617	157,778	46,980	315,375	247.1	8.81
2004	115,218	159,476	46,417	321,111	251.5	8.82
2005	121,162	162,341	47,786	331,289	259.3	9.05
2006	121,746	161,773	47,757	331,276	259.3	8.83

（出所）厚生労働省[2010: 3, 12]「平成20年度国民医療費の概況」より筆者作成。

3. 医療サービスの内容と診療報酬

SUSから給付される医療サービスについては自己負担がなく、全額SUSにより賄われる。また診療報酬は、SUSが認定した医療機関で行われた医療サービスに対して支払われる。これらの医療機関は、公的医療機関である必要はないが、公的医療サービスとして診療行為を実施できる機関に認定されていることが必要である。報酬支払は、診療報酬請求書の提示を通じて行われる。この請求は、各診療行為を保健大臣が評価した点数表を基礎として行われる。なお、各診療行為に要した実額がすべて支払われるのではなく、財源の上限が設けられており、この上限は、地域の人口、疫学的状況、医療機関設置状況等のデータから基本的に計算されている (Ministério da Saúde [2006: 14-15])。

4. 薬剤サービス

ブラジルの薬剤サービスは長い間、中央集権的な「中央薬剤当局」(CEME) を中心に発展してきた。しかし、1988年の憲法改正でSUSが発足した際に、分権化の原則が薬剤サービス分野にも適用されることとなった。具体的には、1997年にCEMEが廃止され、1998年に「国家薬剤政策」(PNM) が策定された。PNMは、薬剤の安全性、効用・質の保障及び合理的な薬剤使用の促進、住民に必要な薬剤へのアクセスの保障、薬剤の確保・配給に限定されない薬剤サービスの再構成などを目的とする。しかし、薬剤サービスの再構成は、SUS制度の中では、住民の薬剤へのアクセス促進や薬剤の合理的な使用に関する活動を補完するものとしてしか位置づけられていない。

SUSでは、保健省が薬剤政策の財源確保に責任を持つ。また保健省は、「家庭医療計画」(PSF) の一般的な疾病治療で使われる32の薬剤をムニシ

ピオのSUSに担当させ、戦略的と位置づけられる薬剤(結核、ハンセン氏病、糖尿病、エイズに関する薬剤等)を州のSUSに担当させている。そして、例外的に高額な薬品については、連邦政府のSUSが費用補填しつつ州のSUSが担当している。

5. 民間部門の役割

(1) 原則

医療サービスは公共財として位置づけられるものである。法に基づく規則の制定、監査及び規制を行うのは公権力であり、医療サービスは公権力自ら、または、第三者機関や民間部門の自然人、若しくは法人を通じて実施されなければならない(伯憲法197条)。したがって、連邦政府は医療サービスや医療行為に関する規則制定、監査及び規制に関して責任を有することになる。補足的な意味で、民間機関も慈善団体や非営利団体であれば、SUSの方針の下、公法上の契約や協定を締結することでSUSに参加することができる(伯憲法199条1項)。

民間部門の医療サービスは、自らの意志により個人で開業している法的資格を持つ医療専門職種や私法人の活動によるものである。民間部門の医療サービスの提供に当たっては、倫理原則やSUSの規定が行動基準として適用される(法律8080号20条、22条)。また、特定地域の住民へのSUSによる医療サービスが不足する場合には、民間部門による医療サービスを活用することができる(法律8080号24条)。医療分野への企業や外資の直接的・間接的参入は、国連の関係団体等以外は禁止されている(法律8080号23条)。

(2) 民間部門の実情

ブラジル保健省によれば、2011年に同国で4660万人(全人口の約4分の1)が民間の医療保険に加入している (Ministério da Saúde [2011: 9])。

医療費の内訳を公私の財源内訳の観点から世界保健機関(WHO)が分析している。この2010年のデータ(WHO [2012])によれば、医療費に占める政府部門と民間部門の割合は、ブラジルでは47.0%:53.0%となっており、日本では82.5%:17.5%となっている。ブラジルでは民間部門による医療費支出が日本に比べて極めて大きいことがわかる。また、前述2(4)で言及したブラジルにおけるSUSの公的医療費と日本の国民医療費の1人当たりの実額ベースの比較では、ブラジルは日本より著しく低い水準にあるが、民間部門も含めた医療費の対GDP比では、2010年において、ブラジルは9.0%、日本は9.5%となっており、比較的近い割合となっている(WHO [2012])。

V 医療提供体制

ブラジル及び諸外国の医療提供体制に関する主要な指標を概観すると表3から表6の通りである。これらからブラジルでは、(1)大都市が多く産業が発達している南東部と未開発地域を多く抱える北部とで地域格差があること、(2)入院用病院病床数が、公的病院：非営利病院：私立病院でほぼ1:1:1となっており、民間主体が供給する病床の割合が公的病院より高くなっていること⁽¹⁶⁾、(3)欧米諸国と比べて医師数は少ないが、2~5割減という程度であること、(4)看護師は1000人当たり0.94人と非常に少ないこと、(5)病床数は欧米諸国と比べても少なく、特に日本とは比較になら

表3 ブラジルの設立主体別医療施設数(2011年5月現在)

(単位: 病院数)

	公的施設	非営利施設	私立施設	組合立施設	総計
北部	5,336	80	4,889	13	10,318
北東部	22,596	410	24,261	112	47,379
南東部	20,944	1,354	81,013	192	103,503
南部	9,882	823	37,513	175	48,393
中央西部	4,801	162	15,378	18	20,359
ブラジル全体	63,559	2,829	163,054	510	229,952

(出所) ブラジル保健省 - ブラジル医療施設全国調査 (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnescnv/estabbr.def> 2011年9月14日アクセス)。

表4 ブラジルの設立主体別入院用病院病床数(2011年5月現在)

(単位: 病床数)

	公的病院	非営利病院	私立病院	組合立病院	総計
北部	18,396	2,462	10,321	0	31,179
北東部	60,124	21,211	38,435	100	119,870
南東部	58,117	74,574	64,809	0	197,500
南部	15,497	35,849	23,170	0	74,516
中央西部	13,802	7,553	15,538	0	36,893
ブラジル全体	165,936	141,649	152,273	100	459,958

(出所) ブラジル保健省 - ブラジル医療施設全国調査 (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnescnv/leintbr.def> 2011年9月14日アクセス)。

表5 ブラジル医療提供体制に関する主要指標

(単位: 下記注参照)

	医師数	看護師数	病床数	CT	MRI
北部	0.92	0.90	1.85	5.9	2.4
北東部	1.06	0.67	2.27	7.1	1.5
南東部	2.43	1.00	2.44	14.6	5.4
南部	1.89	1.01	2.76	13.6	4.5
中央西部	1.83	1.56	2.62	13.4	4.0
ブラジル全体	1.80	0.94	2.41	11.5	3.8

(出所) 病床数はブラジル地理統計院 (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2009/e02.def>, 2011年5月30日アクセス), 他はブラジル保健省 (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2009/e01.def>, <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2009/e18.def>, 2011年9月1日アクセス)。

(注) 医師数及び看護師数は人口1000人当たり(2008年), 病床数は人口1000人当たり(2005年), CT及びMRIは人口100万人当たり使用台数(2008年)。

表6 日本を含めた諸外国の医療提供体制に関する主要指標

(単位: 下記注参照)

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス
病床数(入院全体)	13.6	3.1	3.0	8.3	6.4
病床数(急性期)	8.1	2.6	2.4	5.7	3.5
医師数(臨床)	2.2	2.4	2.7	3.7	3.3
看護師数(臨床)	10.1	11.0	9.6	11.3	8.5
CT	97.3	40.7	8.2	17.7	11.8
MRI	43.1	31.6	5.9	10.3	7.0

(出所) OECD[2012] "Frequently Requested Data" OECD Health Data2012,June (<http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>, 2012年7月30日アクセス)より筆者作成。

(注) 病床数, 医師数及び看護師数は, 人口千人当たりの数字, CTとMRIの台数は人口100万人当たりの台数, 数値は2010年若しくは直近の数値である。

ないほど少ないこと, (6) CTやMRIの人口当たりの台数については, ヨーロッパ諸国と比べて比較的近い水準にあるが, アメリカよりは著しく少なく, もともと国際的に異常に高い水準にある日本に比べて圧倒的に少ないこと等がわかる。

VI 考察

1. SUS導入に至る経緯について

SUSが導入される前のブラジルでは, 雇用関係があり保険料を納付している者に対して国家医療

社会保険院が医療サービスを提供する一方, それ以外の者には保健省が基礎的医療サービスを提供する方式が取られていた。それが, 1988年の伯憲法の制定及び1990年の法律8080号の制定等によりSUSが導入され, 税財源による医療制度に統一された。いわば, 被用者については社会保険方式から税方式への転換が行われたといえ, また全国民を対象とした税を財源とした公的医療制度が確立されたといえる。このような転換の背景には, 雇用関係の有無により医療サービスの受給が左右されることのないような医療制度を構築するとい

う政策立案者の意図が伺える。

2. 制度の全体的枠組みについて

ブラジルの医療制度は、医療を権利として保障し、ブラジル国民であれば保険料の拠出を必要とせず、かつ自己負担なしで医療サービスを受給できる仕組みであり、公的主体であるSUSにより構築されている。このような意味で、ブラジルの公的医療制度はイギリスの国民保健サービス(NHS)に類似した医療制度であるといえる。ただしブラジルでは、地方政府による役割が大きいためといった運営主体の違いがある上、医療サービスに必要な財源確保という点では、NHS予算が1997年からの労働党政権下において拡充される前のイギリスと同様あるいはそれ以上に深刻な予算不足という問題があると考えられる。

憲法上の根拠としては、医療は全国民の権利であり、かつ国の義務とした規定(伯憲法196条)があり、医療の保障に関する原則論も明記されている。したがって、医療の保障に特化した憲法上の明文の規定がない日本に比べれば、規範としての医療保障は確固たる根拠があるといえる。

また、法律8080号等の規定においても、SUSの組織や運営管理に関する原則論ならびに連邦政府、州、ムニシピオの三層構造の役割分担が詳細に規定されている点も特徴である⁽¹⁷⁾。このような三層構造の役割分担については、(1)ムニシピオが医療サービスの実施と具体的な企画を担当する一方で、連邦が国としての戦略、医療・公衆衛生政策、医療に関する全国的標準等の策定、人材育成、空港等での衛生監視、州・ムニシピオの支援、広域対応や民間部門との調整を担当していること、(2)州はムニシピオと連邦の中間にあって、補足的役割として医療サービス等の規制や規則の制定、空港等での衛生監視に関する連邦への協力、

医療サービスの調整や政策形成への参画、州域における高度医療提供体制の整備等を担当していること、(3)以上のような役割分担はあるものの、医療サービス・医療行為の規制、評価及び監視については、連邦、州及びムニシピオのいずれもが役割を持っており、連邦については「州やムニシピオの権限を尊重した上で」、州については「補足的な役割として」といった留保があるが、3者間の役割分担については法令上必ずしも明確でない部分もあることが指摘できる。

なお、以上のように憲法上及び法律上に詳細な権利保障としての規定がありながら、前述のⅢ2でみたように、ブラジルにおいてプログラム規定としての性格が議論されているのは興味深い。このような議論の中で、サンパウロ州の検事や公安長官を務めたブラジルの法律家José Afonso da Silvaが、病気になった際の医療機関への受診等の基本的権利と医療制度の整備に関するプログラム規定としての性格を混同してはならないと指摘しているのは興味深い(Fortes e Paulsen [2005: 301])。

3. 財源について

前述のⅣ2でみたように、SUSによる1人当たり医療費は日本の1人当たり国民医療費と比べて著しく低くなっており、日本との1人当たりGDPの違い(日本が約4~5倍)を考慮しても、なお低い水準にある。したがって、SUSによる公的医療保障だけでは、現実にはブラジル国民の医療サービスへの需要を十分に満たしているとはいえない状況にあると考えられる。この原因としては、州やムニシピオの財源が医療費の実績ではなく、税収の一定割合を医療費財源として確保する算出方法となっている点や、連邦政府の財源が前年の予算実績をGDPの伸率で修正するような仕組みとなって

いる点が考えられる。このような財源確保方式は、医療サービスの必要性ではなく、経済財政状況を基本として財源を決定するものであり、不十分な医療提供へとつながる⁽¹⁸⁾。なお、社会保障特別会計においても、SUSは年金や雇用保険のような特定財源を持っていないため十分な財源が確保できていない(浜口 [1997: 37])。IV 5 (2) でみた通り、民間保険や個人の医療費支出を加えた場合の両国の医療費の対GDP比が比較的近いことを考えると、ブラジルの医療費保障が公的制度と民間部門の両方により支えられていることが伺える。

4. 実施体制について

憲法では地方分権の理念が明確に規定され、住民への医療サービスの確保の一義的責任主体としてムニシピオが位置づけられている。このことは、現行の後期高齢者医療制度の保険者が都道府県単位の広域連合であり、職域の健康保険である全国健康保険協会も都道府県単位の運営となっている日本とは、大きく異なる。また、日本と同様の社会保険方式で運営されているフランスやドイツは、基本的に職域に根拠を置いた保険者であり、ブラジルとは大きく異なる。さらに、ブラジルと同様に税方式で運営されているイギリスやスウェーデンについても、イギリスでは国営であり⁽¹⁹⁾、スウェーデンでは医療制度について大規模な改革が行われたエーデル改革⁽²⁰⁾以降も県が中心で、珍しい医療制度の運営主体の単位だといえる。

このようなムニシピオに基本を置いた実施体制については、ブラジルのムニシピオは行政単位として人口や面積等において極めて大きな差異があり⁽²¹⁾、しかも、3でみられるように、連邦や州を含めたSUSにおける医療サービスに対する財源が不十分な点を鑑みれば、ムニシピオを医療制度の基礎的運営単位とすることの政策的妥当性には、

強い疑問が残る。州とムニシピオの間の中間的行政単位が存在しないことからやむを得ない面もあるが、ムニシピオ間の格差是正のために、広域化の手法(法律8080号10条)や医療サービスの相互乗り入れの工夫(IV 1 (4)の後半参照)を施すだけでは限界があると思われる。このような観点から、ムニシピオを中心とした運営主体のあり方について、他の管理運営単位を検討する必要があるのではないかと考えられる。

5. 今後の課題

ブラジルの人口構造の変化については、0歳から4歳までの人口の割合は、1991年に男5.7%、女5.5%、2000年に男4.9%、女4.7%、2010年には男3.7%、女3.6%と低下している。一方、65歳以上人口の割合は、1991年に4.8%、2000年に5.9%、2010年に7.4%と増加しており(Lauriano e Duarte [2011])、少子高齢化が進んでいる⁽²²⁾。したがって、今後は高齢化による医療費の増大が課題となると考えられる。なお、2003年法律10741号15条で「SUSを通じて、全ての高齢者に平等な医療サービスを保障しつつ、高齢者医療への総合的配慮をすることが必要である。この配慮において、高齢者の疾患の特性に配慮した予防、健康増進及び治療が切れ目なく、かつ継続している医療サービスであることが必要である。」と規定されている。しかし、増大すると予想される高齢者医療費について言及されている訳ではないので、ブラジルにおける高齢者医療費をどのように賄うのかという課題は、今後さらに政策課題として顕在化すると考えられる。

また、日本の社会保障政策において、高齢者分野に比重が置かれたため、1990年代以降、社会保障全体の費用において子育て分野が占める割合は高齢者の割合に比べて著しく低いという問題が生じている。ブラジルの公的医療制度においても、

高齢者に必要となる医療費を現役世代と高齢者世代が公平に負担するよう配慮することも必要ではないかと考えられる。

注

- (1) 日本の社会保障制度は、1950年の社会保障審議会勧告やその後の厚生省等の作成資料などにおいて、社会保険、社会福祉、生活保護及び公衆衛生を包括する概念として一般的に用いられている。本稿においては、この概念整理を基にして「社会保障」の用語を用いることとする。
- (2) saúdeは、「健康」との訳が最も一般的と考えられるが、文脈によっては「医療」あるいは「保健」と訳す方が適切と考えられる場合があるため、本稿においては、適宜これらの訳を用いる。
- (3) previdência socialの訳をどのようにするかは大変難しいが、伯憲法における社会保障の概念が、保険料財源が投入されているprevidência socialと全額公費で賄われている医療(saúde)及び社会扶助(assistência social)から構成されていることから、日本の社会保障制度との比較において、previdência socialが、日本の社会保険制度の機能と類似していると考えられることから、本稿においては「社会保険」と訳すこととした。
- (4) ブラジルの「普遍的医療制度」には、日本の健康保険法に基づく傷病手当に相当する給付は位置付けられていない。一方、疾病による労務不能の際に支給される疾病手当は、社会保険に位置付けられている。
- (5) SUS発足以前は、国家医療社会保険院の下で、労働手帳を所有して一定の保険料を納付している事業主及び被用者にのみ医療サービスが提供されており、保健省(Ministério de Saúde)が労働手帳を持たない国民のための基礎的医療サービスを担当していたが実効性を伴っていなかった。
- (6) orçamento fiscalは本来「財政予算」と訳すべきところであるが、各行政分野の個別の事業の運営のための予算(会計)(例:社会保険予算)に対して、政府全体の予算を指していると考えられる。その意味で日本の「一般会計」と相似することから、ここでは「一般会計」と訳している。
- (7) 1993年の時点ではこのような原則が打ち出されたが、SUSの財源の現状についてはIV 2において詳述する。
- (8) 医療制度に関する憲法上の原則に関する整理についてはFortes e Paulsen [2005: 303-307]によった。
- (9) プログラム規定とは、憲法による権利保障規定について、個人に対し裁判による救済を受けるような具体的な権利を付与するものではなく、国家に対しその実現を求めるべき政治的・道義的目標と指針を示すにとどまる種類の規定をいう(佐藤 [1981: 399])。
- (10) なお、連邦政府はこれらの事項の他に、SUSにおける各州の管轄では収束しない、あるいは国全体に関わる特別かつ深刻な健康危機について、疫学や衛生上の監視を直接行うことができる。
- (11) 連邦政府から州へ移転は、州の人口規模、1人当たり所得、面積に基づいて配分が行われ、所得再分配機能を果たしており、日本における地方交付税と通じるところがある(浜口 [1997: 40])。
- (12) SUSの財源については、Fortes e Paulsen [2005: 307-308], Ministério da Saúde [2006: 9-12], 浜口 [1997: 40-41]等に基づいて記述した。
- (13) 2000年の憲法修正29号(以下「修正29号」という。)においては、当初案では、連邦政府は総予算の10%を医療費に充当することとされていたが、最終案においてはこの条文が削除され、GDPの変動率による決定方式となった。修正29号においては、医療費の定義を規定したうえで、連邦政府が総予算から医療費に支出する割合を規定する法律を定めることが決められたが、2011年においてもそのような法律は定められていない。この背景には、必要な財源確保の目途がたっていないことがあると考えられる。
- (14) この率は補足法(Lei Complementar)によって定められている。
- (15) IMF [2010]によれば、2009年における1人当たりGDPは、ブラジルが8220.357ドル、日本が3万9740.268ドルである。
- (16) この点、日本やアメリカでは民間主体の割合が高く、ドイツやフランスでは公的主体の割合が高くなっている。
- (17) 筆者がブラジルで1993年から1996年に勤務した際に、「ブラジルではSUSによって国民全員がカバー

されていることが、憲法上は、詳細に規定されている」ということを聞く機会があった。本稿で見たような憲法上の規定のことを指していると思われる。一方、現実の医療サービスの保障については不十分な部分があったことを意味していたと思われる。

- (18) 財政規律の堅持という点では評価できる仕組みかもしれないが、税金や経済成長率の範囲内に医療費を抑制する政策手法は、近年、日本の他、ドイツやフランスにおいて失敗している(本田[2011: 36])。
- (19) イギリスのNHSにおいても、1997年の労働党政権発足後に、医療サービスの購入に加えて、医療の評価及び標準化ならびに情報提供等を行うプライマリケアトラスト(PCT: Primary Care Trust)が国から独立した法人格を持つ主体として制度化されているが、最小単位の地方自治体が医療を担っているわけではない。
- (20) エーデル改革は1992年からスウェーデンにおいて実施され、それまで医療に区分され、ランディング(日本の県に相当)の所管であった病院の長期療養病棟等についてはナーシングホームとしてコミュニティ(日本の市町村に相当)に移管された。
- (21) ブラジルにおけるムニシピオの数は、2000年において5561であり、このうち人口5000人以下が1382である一方、人口50万人以上が31と大きなばらつきがある(IBGE [2000])。
- (22) 日本の65歳以上人口は、1935年及び1940年はいずれも4.7%であり、その後1970年には7.1%となっている(総務省統計研修所編 [2012])。日本の場合、これ以降の高齢化が著しいため、日本とブラジルの高齢化の速度について単純な比較は難しいが、ブラジルの高齢化も進んでいると考えられる。

参考文献

<日本語文献>

- 佐藤幸治 [1981]『憲法』(現代法律学講座5) 青林書院。
- 総務省統計研修所編 [2012]「第61回 日本統計年鑑 2012」総務省統計局 (<http://www.stat.go.jp/data/nenkan/index.htm>, 2012年7月27日アクセス)。
- 浜口伸明 [1997]「ブラジルの公的保健制度 理想と現実の間で」(『ラテンアメリカ・レポート』第14巻第2号 33-41ページ)。

本田達郎 [2011]「フランスとドイツの医療制度改革—その方構成の変化と政権交代—(下)」(『社会保険旬報』第2461号 2011年5月 32-38ページ)。

<外国語文献>

- Fortes, Simone Barbisan e Leandro Paulsen [2005] *Direito da seguridade social—prestações e custeio da previdência, assistência e saúde*, Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora Ltda.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [2000] *Indicadores sociais municipais - 2000*, (http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indicadores_sociais_municipais, 2012年7月27日アクセス)。
- International Monetary Fund [2010] *World Economic Outlook Database*, October, 2010, (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2010/02/weodata/index.aspx>, 2012年7月27日アクセス)。
- Lauriano Carolina e Nathália Duarte [2011] “Percentual de idosos na população segue em crescimento, diz Censo,” *Globo.com Brasil*, (<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2011/04/percentual-de-idosos-na-populacao-segue-em-crescimento-diz-censo.html>, 2011年6月9日アクセス)。
- Ministério da Saúde [2011] *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos*, Junho, 2011, Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- Ministério da Saúde, Governo Federal [2006] *Entendendo o SUS*, Junho, (www.saude.gov.br, 2011年4月12日アクセス)。
- World Health Organization [2012] “Table of Key Indicators, Sources and Methods by Country and Indicators,” *Global Health Expenditure Database*, (http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION, 2012年8月13日アクセス)。

(ほんだ・たつお/日本年金機構)