

# ブラジルの公的保健制度

## 理想と現実の間で

浜口 伸明

### はじめに

発展段階を問わず、医療は政府の社会政策の中で重要な位置を占めている。経済自由化が進んで「小さな政府」が標榜されるようになったとはいえ、市場メカニズムが十分に機能しない医療の分野においては、なお政府の役割が存在する。貧困や人的資本の問題が常に指摘されるラテンアメリカでは、教育の問題と並んで、公的医療サービスの必要性が高い。

貧しい人々は健康に問題が起こりやすく、そのために満足に仕事に就けなくなれば、さらに貧しくなるという悪循環に陥ってしまう。健康が改善すれば労働生産性が高まって所得も増大するポテンシャルはありながら、このような人々は現状においては民間の医療保険に加入できないであろうから、市場メカニズムの中においては救済されない。いわゆる、「市場の失敗」の一例である。したがって、政府が公立の病院において安価な(あるいは無料の)医療を提供するか、公的な健康保険が民間病院での治療費を負担する必要がある。公的な

医療制度のコストは税金によって賄われなければならないが、貧しい人々は概ね納税者としての貢献は小さいので、社会的コストの分担は中間所得層から上の層の人々の貢献が求められる。こうした公的介入は公平性の観点から正当化できる。

また、病気にかからないような環境を整備することの重要性は言うまでもない。そのためには、寄生虫が引き起こす病気の発生や伝染病の感染を抑制するような、飲み水や下水の施設の整備、予防ワクチンの接種、衛生状況の監視等を行なう公衆衛生事業が必要となる。公衆衛生は、住民ひとりひとりが周辺状況の影響も強く受けるといって、いわゆる外部経済性が強く働くため、社会的な利益が個人的な利益を上回る性質をもっている。この点からも公的介入が支持されるのである。

国民が質の高い公的保健・医療サービスを低コストで受けられるというのは理想であるが、しばしば政府はこれに応えられるだけの財政能力を持たない。あるいはそれだけの徴税を強ければ、納税者の支持を得ることは難しいだろう。その結果、公的医療が質・量を抑えられる一方で、比較的豊かな階層は自ら民間の健康保険に加入してより質

の高い医療をうけるためのコストをカバーするという選択がしばしば採られる。

ところで、これらの公的医療の提供主体が中央政府であるべきなのか、あるいは地域単位で行なうのが好ましいかは、重要な政策上の論点である。この点については、地方分権化を進める必要が強調されるのが最近の傾向である。ウインクラー\*1は、公共サービス分権化の効果として、(1)地域行政のほうが地域特有の必要性により敏感に対応できる、(2)直面している価格体系は地域により異なるので、地域単位でそれぞれの環境の下で最適な選択を行なうことが供給の効率性向上につながる、(3)地域にサービス供給の決定権を与えることで、それぞれの単位でコスト削減やサービスの質の向上が取り込まれる、(4)住民が選挙によって地域行政のパフォーマンスに審判を下せるため、モニタリング機能を果たすことができる、ことをあげている。とくに、地域性が多様で、個々の地域に特有のニーズが存在し、中央集権的な体制では細かく対応できないので、地方分権化が望ましいと考えられる。とはいえ、貧しい地方においては住民の医療の必要に十分対応できるだけの資金的な基盤を欠いている。また、地方政府の計画・管理能力についても十分な信頼を得られないことがしばしば指摘されている。したがって、医療の地方分権化は、所得の地域的な再分配につながるような徴税と資金移転の仕組みを作り上げること、および地方において医療サービスの質と量を保証するような能力形成を行なうことを組み合わせて考えなければならない。

ブラジルでは1988年に制定された現行憲法において、健康を「すべての国民の権利」と定めた。それまでは労働手帳を持って正式に雇用されている人々だけを対象として医療社会保障庁による無料の公的医療が提供されていた。新憲法の下で、

すべての国民に無料で医療へのアクセスを提供しようとする統合保健制度(Sistema Único de Saúde, 以下SUSと略称)が発足し、公立の病院、あるいは慈善病院を含む民間の病院でもSUSと契約を結んだところでは、原則として公的負担により誰でも外来・入院による治療を受けることができるようになった。

ブラジルの医療の現状では、民間部門が大きな役割を果たしている。病院の入院患者用のベッドの80%は民間の病院が所有し、全人口の4分の1が民間健康保険に加入しているとされる。民間健康保険の導入は企業の福利厚生として重視されつつある。ただし、このような民間医療システムの中にいるのは、都市部の富裕層か大規模な企業に正規に雇用されている人々である。国民の多数を占める貧しい人々は民間の健康保険に加入する余裕はないので、高額な民間医療サービスを受けることはできず、SUSによる公的医療に頼らざるをえない。

SUSは、その高い理想にもかかわらず、現実には深刻な財政難に直面していて、質・量両面で国民の必要に十分応えられないでいる。本稿はその問題点を指摘しながら、ブラジル政府が模索し続けている方途を検討してみよう。

\* 1 Winkler, Donald R., "The Design and Administration of Intergovernmental Transfers: Fiscal Decentralization in Latin America" (Discussion Papers 235), Washington, D. C., World Bank, 1994.

## 1 SUSの理想

SUSは、(1)地方分権化を行なうこと、(2)社会参加を伴った制度管理を行なうこと、(3)あらゆる医療が完備されていること、(4)すべての国民が受益

者であり、(5)同じ内容のサービスが公平に、(6)無償で受けられること、という六つの原則を掲げている。このうち、(1)と(2)については若干説明が必要であろう。

### 1. 地方分権

地方分権とは、市 (município) が基礎的な医療サービスの責任をもつように権限を段階的に移譲することを意味している。これは医療における公共支出の効率性と実効性を高めることを期待するものである。まず、第一段階として、国立あるいは州立の病院の運営を市に移管し、市立病院とする。これが完了すれば、病院で働く人々の賃金、医薬品等必要な物資を購入したり病院の設備を維持管理するのは市の責任となる。

第二段階は財源の移管である。ただし、ほとんどの市には医療にかかる支出を賄いきれるだけの独自の財源はないから、各市で発生する医療支出のほとんどはSUSから補填される医療費によって賄われている。このうち主要な項目は、外来治療をカバーするRCA(Recurso de Cobertura Amblatorial)と入院費をカバーするAIH(Autorização de Internação Hospitalar)である。SUSでは治療の種類ごとに定められた単価を全国一律に適用し、市立病院、あるいはSUSと契約している民間病院には発生した治療の件数を掛けた金額が出来高払いで払い込まれる\*2。

ただし、各市にはそれぞれあらかじめ上限が設定されている。RCAの上限額は各市の人口、その市が有している医療設備の能力でどれだけの患者に対応でき、どの程度複雑な医療を施せるか、および最近数年間の医療供給の実績を考慮して、市ごとに総額の上限が設定されている。AIHは各市の人口に比例して入院を認められる件数の上限が定められていて、実際に行なわれた治療の複雑さ

に応じて交付される額の総額は変化する。

SUSの実施の細かい規定を定めている現行の1993年基礎実施規定(Norma Operacional Básica 1993, 以下、NOB-93と略称)では、SUSの権限移譲の進捗状況から「初歩」(Incipiente)、「部分的実施」(Parcial)、「完全実施」(Semi-plena)の三つの段階に市を分類している。「初歩」段階にあるのは、まだ市に病院の運営が完全に移管されておらず、また後述するコミュニティ・ヘルス・ワーカーの導入が進んでいないなど、市が十分な基礎的な医療を提供できないところである。この場合、医療機関には保健省から直接RCAとAIHが支払われる。「部分的実施」段階にある市は、すでに基礎的な医療の提供についてはすべて市の責任において行なうことができる基準を満たしていると判断されている。この場合、医療報酬が出来高払いで支払われるほか、あらかじめ定められた市の上限額の差額は市に移転され、その用途は市の裁量によって決められる。さらに、医療サービスの設備を有するだけでなく保健計画が策定・実施できる機構を持っている市は「完全実施」段階にあると認定され、その市に定められた上限額が自動的に連邦から市に移転され、これを病院の医療報酬の支払い、保健投資、公衆衛生等にどのように支出するかを決定する自主性が市に与えられている。

1996年6月段階で、「完全実施」にある市の数は全国で102、「部分的実施」段階にある市は620、「初歩」段階にある市は2240である。全国で市の数は約5000に上るから、残る約2000の市はまだ分権化実施に至っていないことになる。

### 2. 社会参加

SUSの特筆すべきもう一つの特徴は、保健政策の実施に社会参加を求めているところである。それは、具体的には、保健審議会(Conselho de Saúde)

を連邦、州、市の三つのレベルで設置することにある。市の保健審議会 (Conselho Municipal de Saúde, 以下CMSと略称) は、市の衛生局、病院、医療活動従事者、医療のユーザーである住民代表から成る。住民代表は、労働組合、政党、教会、住民組織、あるいは学生組織などさまざまな層から選ばれており、無報酬である。CMSの理念は、住民の必要に適した市の保健政策を住民と医療の現場に携わる人々が協同して考え、市の保健行政をモニターして衛生局がまとめる年次報告を承認するというプロセスを通じて社会参加を促すということにある。

CMSがうまく機能すれば、市が効率的な保健行政を実施するインセンティブを与えるとともに、分権化に伴って州、あるいは連邦政府が負わなければならないモニタリング・コストを節約することができる。

さらに、SUSが力を入れているのが、コミュニティ・ヘルス・ワーカー (Agentes Comunitários de Saúde, 以下ACSと略称) の導入である。ACSは家庭を戸別に訪問するなどしてコミュニティの健康状態を把握するとともに、ワクチン接種の予定の告知など健康に関する啓蒙活動を行い、必要なときは病院での手当を勧める、という役割を持つ。これによって、それまで病院へのアクセスがなく医師の診療を受けられないため多発していた乳児の死亡率を引き下げることが特に期待される。

財源の地方分権が「完全実施」の段階に至るためには、CMSとACSが制度上確立してきちんと機能していることが条件となっている。

\* 2 RCA, AIHの不正な申請や書類不備により支払いが拒否されるケースもめずらしくない。また、保健省が定めたSUSの治療費の単価はあまりに低すぎると批判されている。

## 2 理想と現実のギャップ

このように、SUSの原則は高い理想の下にある。しかし、現実にはさまざまな難問を伴ってこの理想の実現に大きく立ちはだかっている。

最大の問題は資金不足である。国民が皆等しくあらゆる医療を受けられるようになることによって、確実に医療サービスへの需要は増加する。またACSの活動が広がることによって、これまで医者診療を受けなかった人も病院に来ようになる。これに対して、連邦政府では保健のための十分は財源を確保していない。ブラジル政府は1996年に保健分野に国民1人当たり88.7ドルを支出しているが、これは対前年比で7.6%低下している。

連邦レベルでの資金不足は地方分権を進展させるための障害ともなっている。国の財源があやふやなままで、保健システムの監督責任を引き受けることによってより大きな負担を負うことは、独自の財源が乏しい市にとって容易ではない。市の財政は、一部の大都市を別にすれば、市税による収入は歳出の2~3%程度しか占めておらず、その他を連邦政府や州からの移転に頼っている状況である(ブラジルの地方財政の仕組みについては、補論を参照)。

また、社会参加を求めるCMSは、これまで行政の意思決定の全く外側におかれていた人々を巻き込もうという取り組みであるだけに、CMSの重要な役割を住民自らがきちんと認識して、予算・行政の仕組みを理解し、積極的かつ建設的に参加できるように、相当なトレーニングが必要である。この作業が遅れることは地方分権の進展を妨げることにつながる。

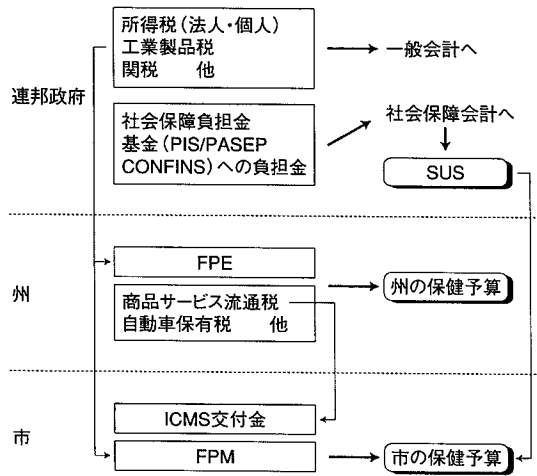
1. SUSの財源問題

ブラジルの統合国家予算 (União) は一般会計 (Orçamento Fiscal) と社会保障会計 (Orçamento de Seguridade Social, 以下OSSと略称) の二つから構成されている。社会保障会計は、年金、生活保護、失業手当などの社会保障事業予算と保健事業予算から構成されている。例えば1995年度の予算をしてみると、統合国家予算の規模が3201億7775万9963レアルであって、一般会計が2519億2706万1927レアル、OSSが682億5069万8036レアルと分かる。このうち保健衛生事業には155億5401万3454レアルが割り当てられている。分権化により財源が移転された場合、市では連邦からのSUSの資金に加えて、連邦および州から配分される財政移転や市税による収入からなる一般財源から一部を拠出して保健予算を構築する (第1図を参照)。

SUSの予算規模の目標と言われている二つの数字がある。ひとつは、国家・州・市のそれぞれのレベルで予算全体の10%を保健事業に充てなければならないというものである。しかし現実には、1995年の連邦予算におけるSUSの予算は全体の4.9%でこの基準にはるかにおよばない。州や市の財政状況はいずれも苦しく、この10%基準を満たせたとしてもそれは連邦政府からの移転資金があればこそである。

もう一つの目標値となっているのが、OSSの30%というものである。これは保健省の予算はOSSから拠出されるためである。OSSは雇用者・被雇用者が賃金支払いの一定割合を拠出する負担金 (Contribuição Social)、企業の売り上げの一部を納める負担金(COFINS)、PIS/PASEP、宝くじ収益の一部などが原資となっている。OSSの支出の省庁別に見た配分は、社会福祉に対しては年金、生活保護等を扱う社会保障省が51.5%、失業保険に携わる労働省に10.6%、となっている一方、SUS

第1図 ブラジル財政の資金移転と保健予算



(出所) 筆者作成。

の実施機関である保健省への配分が22.0%で、大学病院を管轄する教育省への配分4.2%を加えても目標には達していない。これは、PIS/PASEPへの負担金(OSSの収入の約10%)は失業保険基金(FAT)に、また被雇用者が納める負担金(OSSの約40%)は年金・生活保護へと用途が限定されているのに対して、SUSはそのような特定の財源を持っておらず、「残差」<sup>\*3</sup>となってしまうている。さらに、不況期においては企業の売り上げ、雇用ともに減退してOSSの収入が減少する反面、社会保障事業の支出は増えることになるから、SUSの財源はさらに逼迫するという一面もある。

この予算では医療の需要に応えられない。資金不足の結果、各市に設けられているAIH, RCAの上限が低めに抑えられてしまっており、個々の病院は1日に診療する患者の数、あるいは1か月に入院できる患者の数を制限せざるを得ない。これを超えて診療しても医療報酬は入ってこず損を出して、病院の経営が成り立たなくなるからである。

## ブラジルの公的保健制度：理想と現実の間で

このため、病院には朝から長蛇の列ができ、せっかく並んでも患者が診察を拒否されて適切な治療を受けられない、ついには命を落とした、という報道に触れることは珍しくない。また、実際に治療が発生してから市に治療報酬が払い込まれるまで半年から1年程度の遅れがあると言われている。すでにSUSは社会保障関連の他の基金（例えばFAT）からの借入れを行なった結果債務を抱えている。

SUSがカバーしている活動は治療行為だけではない。ACSのコミュニティ活動や病院のない地域の保健所での母子保健活動、伝染病の監視など、病気の発生の予防につながる一連の重要な仕事がある。しかし、資金不足の影響はここにも現れていて、ACSへの賃金は最低賃金水準で待遇が悪く、ワクチンの慢性的な不足にも悩まされている。

このような現状を切り抜けるために、保健省では暫定的な金融取引税（CPMF）の実施を提案し、1997年1月23日から98年の2月22日までの13カ月間にわたって、小切手使用や口座からの現金引き出しなどについて取引額の0.15%を徴収し、これによる税収をすべてSUSに用いるという政策を実施している。CPMF導入から4月末までの状況を見てみると、約14.9億レアルが徴収され、すでに約13.9億レアルが支出されたが、このうち32%はFATからのここ数年間の借入金の返済に充てられている。残りが事業予算としてその20%が財源の分権化が完全実施段階にある市へ移転され、41%がそれ以外の市で発生した外来・入院の医療報酬として支払われたほか、全体のおよそ7%がAIDS患者への薬品や乳幼児のワクチンの購入などに用いられた。

### 2. 社会参加にともなうリスク

CMSやACSを導入していることに見られるよう

な、保健行政の基盤をコミュニティに置くというSUSの手法は、(1)住民のニーズを行政により反映させるとともに行政側が発する情報が伝わりやすくする、(2)行政のモニタリング・コストを節約する、(3)コミュニティに密着した衛生状況の監視ができることで、より実効性が伴う、という意味において、保健行政の効率化をもたらすと考えられる。ただしここでの前提は、コミュニティがきちんと情報を共有できるような開示のシステムが確立しており、さらに投票行動を通じて住民が地方行政に対して明確な意思表示をできること、である。

現実には次のようなリスクが存在する。第一に、CMSにメンバーの人選が特定の利益・関心に著しく偏っていないことが保障されなければならない。たとえば、行政側と強く結びついた人物が多く選ばれてしまえば正常なモニタリング機能は期待できないし、政治的抗争が持ち込まれることによって、本来期待されているように住民の意志を幅広く反映させる場としては機能しなくなってしまうだろう。また、住民の間から公正な人選が行なわれたとしても、これまで行政の意思決定の外にいた人々にその一翼を担わせるためには、SUSの全体像や予算の仕組み、および資金の流れについて幅広いトレーニングが必要となるだろう。

第2に、ACSとして活動している人々のほとんどは、もともと保健の分野の知識を全く持っていないという意味で、プロフェッショナルではない。したがって、コミュニティの衛生状況の監視や情報収集としての役割を担うには、あまり多くを期待できない。

\* 3 Medici, Andre Cesar, "Descentralização e informação em saúde," *Planejamento e Políticas Públicas* 5, 1991, pp.5-29.

### 3 どのようにギャップを埋めるか

このように、ブラジルの保健制度は高い理想を掲げながら、これをすぐには現実のものにできない、さまざまな困難を抱えている。

この理想と現実のギャップを埋めるための最大の問題は、資金不足の問題である。暫定的な増税措置にすぎないCPMFは、SUSの資金不足を抜本的に解消することはできない。そのため、新たな財源を捻出することが急がれる。政府は、1997年を「保健の年」とし、98年には連邦・州・市の三つのレベルをあわせて年間311億レアル（国民1人当たり約200ドル）を保健分野の公共支出に配分するとしている。これが単にかけ声だけで終わらないためにも、SUSの予算が社会保障会計の「残差」となってしまう現状を見直して、安定的な財源を確保することが急務である。これは、公的部門全体の構造改革の一部として取り組まれるべき問題である。

また、一方で支出の効率性を吟味することも求められている。まず、医療サービスを生産するコストを削減することが各医療機関単位で求められる。そのための資金、技術両面の協力は重要である。公衆衛生のプロジェクトを拡充する点については、世銀は米州開発銀行と協調して保健省の保健部門改革プロジェクト（REFORSUS）を支援し

て、3億ドルの融資を実行している。保健省はこの財源を用いて、各市が提案する公的医療設備の改善、疫病事業、公的機関の保健政策の立案から実施、評価の能力強化、のさまざまなプロジェクトを実施している。

資金制約を克服するためのあらゆる努力は重要であるとはいえ、SUSの六つの原則にあるように、すべての国民を受益者として、同じ内容のサービスを公平に、あらゆる公的医療サービスが無償で受けられるようにすることが非現実的であることは明らかである。すでに、ある程度所得の高い人々は民間医療サービスを選好するようになっているので、実質的にはSUSは貧困対策となっているといえる。したがって、貧しい人々への基本的な医療を質・量ともに保証するような優先づけが求められる。

（付記） 筆者は、国際協力事業団（JICA）が実施している「東北ブラジル公衆衛生プロジェクト」の短期専門家としてレシーフェ市に赴任したおりに、現地でSUSの地方分権化のための技術協力に取り組んでおられる国立国際医療センターの建野正毅氏、およびJICA専門家の高木耕氏、関口恒存氏、村松秋子氏、同プロジェクト・コーディネーターの蠟山はるみ氏、およびペルナンブコ連邦大学の公衆衛生センターのスタッフ諸氏からさまざまなご教示を受けた。ここに記して謝意を表したい。

補論 ブラジルの地方財政制度

ブラジルの課税制度においては、所得に対する課税はすべて連邦政府に帰属する。この一部を後進的な州に優先的に分配することによって、連邦政府は所得再分配機能を果たしている。これは日本における地方交付税と似た制度である。ただし、地方交付税は「シビル・ミニマム」の観点から地方自治体が「標準的な行政サービス」を提供するための資金需要を地方税では賅いきれない部分を補填するというのが基本的な考え方である。これに対してブラジルの場合は、政治的なプロセスを経て資金の分配比率が法制化されているだけで、「シビル・ミニマム」という考え方に立ったものではない。

州や市の独自財源は、付加価値税や消費税、あるいは自動車や不動産などの資産への課税によるものであり、日本の住民税にあたるものは存在しない。州税による収入の潤沢さは生産活動の集積の度合いによるばらつきが大きい。市税として課税できるベースはもともとかなり限定されており、収入のほとんどを連邦ないしは州からの移転に依存せざるを得ない。

州の財政収入

州が徴収する税金の大半を占めるのが、商品サービス流通税(Imposto de Circulação de Mercadorias e

Serviços, 以下、ICMSと略称)である。ICMSは広範な付加価値税で、ある商品の製造過程で半製品がA業者からB業者に納入されるすべての段階において課税の対象となる。最大の工業集積であるサンパウロ州に納められるICMSは全国の約40%を占める。また、ICMSの減免措置は州が企業を誘致するときの主要な手段となっている。

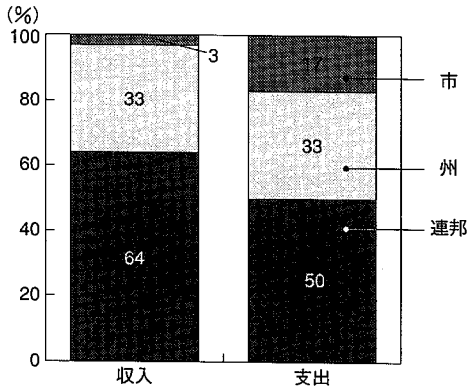
州は連邦から州への移転には2種類存在する。連邦政府が徴収する所得税と工業製品税のそれぞれ25%がFPE (Fundo de Participação dos Estados) の総額として各州に分配される。このうち、相対的に後進的な地域である北部、北東部、中西部に合わせて少なくとも85%が配分されると定められている。さらに各州にどのように配分するかについては、州の人口規模、1人当たり所得、面積に基づいて計算された分配係数が表のように決まっている(1989年12月28日公布のLei Complementar No62付表)。

さらに工業製品税の徴税額の10%も各州の工業製品輸出の構成比に応じて分配される。ただし、一つの州のパイの上限はその20%となっているため、これを超える輸出への貢献をしても、残りは他の州に配分される。現在これに該当するのはサンパウロ州のみで、同州は工業製品輸出への実際の貢献よりも移転額が少なく、他の州はより多く受け取っていることになる。

北 部	25.3717	東北部	52.4551	中西部	7.1732
アグレ	3.4210	アラゴアス	4.1601	連邦区	0.6902
アマパー	3.4120	パイアー	9.3962	ゴイアス	2.8431
アマゾナス	2.7904	セアラ	7.3369	マトグロッソ	2.3079
バラ	6.1120	マラニョン	7.2182	マトグロッソドル	1.3320
Rondニア	2.8156	パライーバ	4.7889		
ロライマ	2.4807	ペルナンブーコ	6.9002		
トカンチンス	4.3400	ピアウイー	4.3214		
		リオグランデドノルチ	4.1779		
		セルジッペ	4.1553		
南東部	8.4822	南 部	6.5170		
エスピリトサント	1.5000	パラナ	2.8832		
ミナスジェライス	4.4545	リオグランデスル	2.3540		
リオデジャネイロ	1.5277	サンタカタリーナ	1.2798		
サンパウロ	1.0000				



ブラジル：行政レベルによる公共部門の収入と支出の構成比（1990年）



(出所) Afonso, José Roberto R., “Descentralização fiscal: ser ou não ser, não é a questão,” *Revista de Administração Municipal*, 42 (n.214), 1995 p.24,より作成。

### 市の財政収入

主要な課税方法は、サービス税 (ISS), 市街地固定資産税 (IPTU), ガソリン税 (IVVC, 1996年に廃止), 不動産取得税 (ITBI) である。市税収入は 2 大都市サンパウロとリオデジャネイロで全国の 40%, 全州で全国の 65%, 全市の 1 割に満たない 460 の人口 5 万人以上の都市で 85% を占め, 残る 4514 の人口 5 万人未満の都市は全体の 15% を占めるにすぎない。市レベルにおいてはこのような独自財源による収入は一部の大都市を除けばきわめて小さなものにすぎず, 特に内陸の小都市では財政収入のほとんどを外部からの資金移転に依存している。

連邦から市への移転は FPM (Fundo de Participação dos Municípios) と称され, 所得税と工業製品税の 22.5% (1993 年から) が分配される。FPM 全体の 10.0% が各州の州都に, 3.6% が人口 15 万 6216 人以上の市に, 残りの 86.4% がその他の市に, という配分が決まっている。

連邦政府からの移転は各月の 10 日, 20 日, 30 日の 3 回, ブラジル銀行に開設された各州・市の特別口座に振り込まれる

さらに, 市に対しては州からの移転がある。その大部分は, ICMS の 25% を各市に対して給付するものであ

る。この総額の 75% は州の総付加価値に対する各市の構成比率, すなわち付加価値の貢献度に応じて分配され, 残る 25% は各州の法律が定めるところにより各市に給付される (1990 年 1 月 11 日公布の Lei Complementar No 63)。たとえばペルナンブコ州の場合は, Decreto No 14. 249 (1990 年 2 月 23 日) によって, 20% 相当は人口比率に応じて, 残りの 5% 相当は調整財源として, 各市への配分を毎年決めている。その他の移転としては, 自動車保有税 (IPVA) は州政府が徴収するが, その半分 (50%) は自動車の所有台数に応じて各市に再分配される。ICMS はほとんどの部分が人口あるいは生産規模に応じて分配されており, 貧しい小都市に所得再分配を行なう機能は持っていない。

人口 5 万人未満の小都市の平均的な姿では, 独自財源は年間予算の 3~5% を占めるにすぎず, 約 60% を連邦からの移転, 35% を州からの移転に依存している (Bremaeker, Francois E. J. de, “A evolução das finanças dos municípios brasileiros,” *Revista de Administração Municipal*, 42 (n.217), 1995, pp.73-81)。人口 100 万人を超える大都市の歳入において連邦からの移転は 15%, 州からの移転が 50% と依然移転収入の重要性が大きい, 市税に基づく独自財源も 35% と高いシェアを占める。

連邦, 州, 市のレベルで分けた税収と支出の配分は概ね以下の図のようになっている。収入の連邦と地方 (州+市) の割合はほぼ 2 対 1 であるのに対して, 支出面では 1 対 1 の比になっている。ちなみに日本においては, 国税と地方税の比が同様に 2 対 1 であるのに対して, 地方交付税と国庫支出金を地方へ移転したうえでの支出の国と地方の比は 1 対 2 と逆転している。この比較からは, ブラジルの方が支出において連邦政府が果たしている役割が相対的に大きいといえる。ただし, 公的社会資本形成においては支出の 4 割ずつを州と市がそれぞれ担っており, 連邦の割合は 2 割程度にすぎない (Afonso, Jose Roberto R., “Descentralização fiscal: ser ou não ser, não é a questão,” *Revista de Administração Municipal*, 42 (n.214), 1995, p.24)。

(はまぐち・のぶあき/中南米総合研究プロジェクト・チーム)