

ブラジルの健康保険制度

— 統一医療システム SUS と民間健康保険 SHI —

目 次

I. はじめに	IV. 統一医療システム SUS
II. 経済動向・人口動態	V. 民間健康保険 SHI
III. ブラジルのヘルスシステム	VI. おわりに

主任研究員 榎 絵美子 研究員 加藤 麻衣

要 約

I. はじめに

ブラジルにおいて医療保障は、憲法に定めた「国家の義務・国民の権利」であり、税金を財源とする SUS (Sistema Único de Saúde: 統一医療システム) をベースに、国民皆保険を実施することが掲げられている。しかし現実的には、公費のみで2億人を超えるブラジル国民の皆保険を実現することはできず、憲法は同時に SUS を補足する役割として民間部門を位置付けている。本稿では、国と民間の制度が共存するブラジルの健康保険制度を紹介する。

II. 経済動向・人口動態

ブラジル経済は内需と資源輸出に支えられ成長してきたが、世界経済の停滞を背景に中国などの資源需要が弱まると、景気は減速し始めた。足元の経済成長率を見ると、2014 年は 0.3% と他の BRICs 諸国と比較しても低調である。また高齢化が進行している。

III. ブラジルのヘルスシステム

ブラジルの医療施設数は年々増加しており公立と民間を合わせるとおよそ 9.4 万に達するものの、その大部分はプライマリ・ケアに対応するもので、入院に対応できる施設はまだ不足している。加えて、都市部に集中しているため地理的な格差も生じている。ファイナンス構造は、民間支出が財政支出を上回る。

IV. 統一医療システム SUS (Sistema Único de Saúde)

1988 年に制定された憲法 196 条によって国家は国民の健康を守る義務があることが明示された。さらに憲法 198 条で公共の保健活動と役務は単一の制度によって提供されると定め、全ての国民が無償であらゆる医療サービスにアクセスできるという理念を掲げる医療統一システム SUS が創設された。

V. 民間健康保険 SHI (Saúde Suplementar, Supplementary Health Insurance and Plans)

任意加入の民間健康保険には、現在国民の約 1/4 に相当する 50.6 百万人が加入しており、ブラジル保険市場における収入保険料の 38% を占める最大種目として成長している。加入者の 8 割は団体契約による加入であり、主に企業従業員向けの福利厚生健康保険として利用されている。民間健康保険は SUS の保障と重複する内容までも対応する第一次的な保険となっており、実質的には SUS と並列する二重構造となっている。ブラジル独自の発展の経緯を経て数多くの保険事業者が存在するが、近年の市場環境の変化により統廃合が進んでいる。

VI. おわりに

ブラジルの健康保険制度は開発途上にあり、目指す理想への到達にはまだまだ乗り越えるべき高い壁がある。官民連携による医療保障を推進していくための議論の活発化と対応策の実行が待たれている。

I. はじめに

ブラジルにおいて医療保障は「国家の義務・国民の権利」として 1988 年制定の憲法に規定されており、これは世界で他に類を見ない。憲法に基づき創設された「統一医療システム Sistema Único de Saúde (以下 SUS と略す)」は、その原則に「あらゆる水準の医療サービスに対し、全国民の普遍的なアクセスを可能にし、予防と治療を含む継続的な医療行為・サービスを提供する」ことを掲げている。

しかし現実には 2 億人を超えるブラジル全国民に対し、この原則に掲げた理念をかなえる医療サービスは提供されるに至っていない。世界的に大きく報道された 2014 年のワールドカップのスタジアム建設反対デモの中でも、SUS の拡充を求める声があがっていたことは記憶に新しい。

最大の理由は、SUS の財源不足にある。SUS は税金を財源として運営されており、連邦・州・市がそれぞれ SUS に必要な予算を確保するという三層構造となっている¹。公共医療への財政予算が増える見込みが薄い中、公共医療の提供能力に限界があるのが現実であることは否めない。

一方で、内需の堅調な推移による経済成長や雇用創出に伴う失業率の低下により国民の所得水準は向上し、国民の過半数は中間所得層に移行している。また、ブラジルにおいても生活習慣病が増加しており、さらに高齢化が進行する中で、国民の健康への関心が高まっている。

医療保障のベースを SUS としながらも、憲法ではこれと同時に民間部門の参入を、SUS を補足するものとして位置付けている。保健省 (Ministério de Saúde) は国民需要に応じる現実的な手段として、民間による健康保険の提供を容易にする環境整備に取り組んできている。実際ブラジルの医療費支出は、民間支出が公的支出を上回る構造がみとれ、民間部門の存在感は大きい。

民間健康保険 (Saúde Suplementar、英訳表記は Supplementary Health Insurance and Plans、以下 SHI と略す) は、1960 年代から半世紀をかけてブラジル独自の様式で発展してきた。2013 年末で、SHI には国民の約 1/4 に相当する 50.6 百万人が加入し、市場の 2013 年収入保険料は 1,128 億レアル (約 4.7 兆円) と、ブラジル保険市場の約 38% を占める最大種目となっている²。

残りの人口約 3/4 に相当する約 1.5 億人は公共医療のみに依存している。公共医療の不足という現実には、患者を治療を受けるまで長く待機リストに残してしまうという状況をしばしば引き起こしている。一方で、民間医療を利用するためには、患者は高額なコスト負担をしなければならぬ。こうした現状から、SHI に加入できるということが中間所得層の象徴ともされており、ブラジルの多くの国民の憧れの商品であり続けている。

ブラジル経済成長の減速と先行きの不透明さは、SHI のさらなる普及を阻む要因となりえる。またインフレ率を大幅に上回る医療費の高騰や監督規制の強化の動きは、市場の統廃合を促す要因となり、民間健康保険も変革期・過渡期に入ってきている。

本稿は、ブラジルにおける統一医療システム SUS と日本では紹介される機会の少ない民間健康保険 SHI の現状と課題に焦点をあてた報告を行う。まず第 II 章でブラジルの経済動向や人口動態について触れ、第 III 章でブラジルにおけるヘルスシステムの現状を確認する。その上で、第 IV 章で統一医療システム SUS について、第 V 章で民間健康保険 SHI について、現状と背景について確認を行う。最後に、第

¹ 日本の市町村に相当する行政の最小単位は「ムニシピオ」と呼ばれるが、本レポート内では「市」と訳している。

² 本稿では 1 レアル=41.46 円で換算している。

VI章で総括を行う。

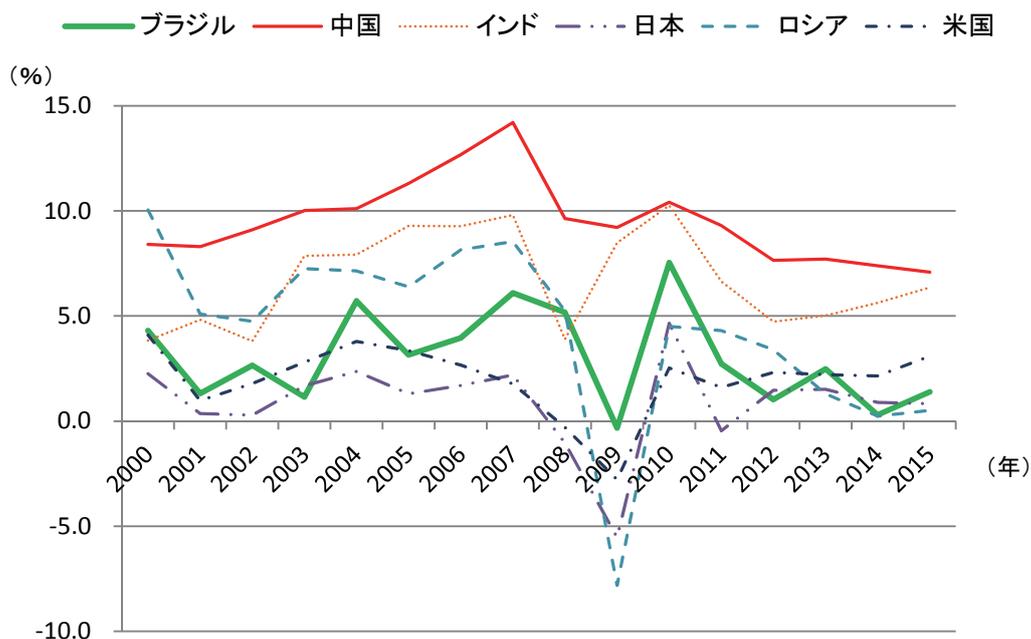
II. 経済動向・人口動態

ブラジルは2014年にFIFAワールドカップを開催し、2016年にはリオデジャネイロ五輪も控えている。これまでのブラジル経済は人口2億人に支えられる内需と、鉄鉱石などの資源輸出のツインエンジンで成長してきた。中国などの資源需要の高まりを背景にコモディティブームが巻き起こると、資源価格は急騰し、2003年には1992年以来で初めて経常収支が黒字に転換した。しかしながら、世界経済の停滞を背景に中国などの資源需要が弱まると、景気は減速し始めた。足元の経済成長率を見ると、2014年は0.3%と他のBRICs諸国と比較しても低調で、先進国である我が国や米国を下回る公算である（《図表1》参照）。

1期目のルセフ政権（2011.1.1～2014.12.31）は基本的には前政権の低所得者対策やインフラ投資重視の路線を継承してきた。経済が好調な時期に必要な投資を十分に行わず、社会保障や減税に優先的に取り組んだ同国は、製造業が輸出競争力を失い政府赤字が拡大して国家が衰退してしまう「オランダ病」に陥り、外国からの借入に依存する構造が出来あがった。世論は経済停滞の原因は政府の政策ミスにあるとして、ルセフ政権への風当たりを強めており、2013年の反政府デモ後、政府支持率は急落している。

2014年の大統領選ではルセフ大統領の再選が危ぶまれたものの、市場重視の政策を掲げる野党・ブラジル社会民主党のネベス氏との決選投票ではおよそ52%対48%という僅差で当選を果たした。国民にノーを突きつけられたルセフ大統領は経済政策の転換を迫られ、財務相には民間大手ブラデスコ銀行グループ幹部のレビ氏を登用しており、2期の就任演説では投資家の信頼を回復すべく財政規律の重視を明言している。緊縮財政は短期的には経済成長に負の影響を及ぼしうる。

《図表1》各国の経済成長率推移



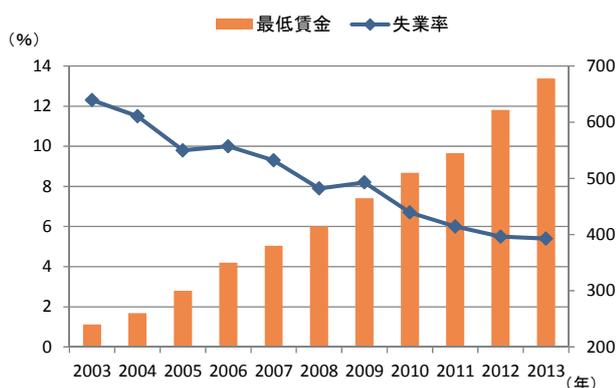
(注) インドは2014年以降、他の国については2013年以降の数値は推測値。

(出典) IMF Economic Outlook Database Oct.2014 より損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

ブラジルの経済成長を牽引してきたツインエンジンのうち、資源輸出の回復は道半ばではあるが、内需は堅調に推移しており、経済回復のけん引役として期待を集めている。前政権時に開始された低所得者層への支援プログラムや経済成長による雇用創出によって、《図表 2》に示した通り、失業率が低下し、賃金水準も上昇したことによって貧困層から「中間層」へのシフトが起き、貧困層は大きく減った。中間層の定義には種々あるが、ブラジルの調査機関であるジェットウリオ・バルガス財団では所得が高い順に A~E と 5つの層に分類しており、そのうちのクラス C (2011 年時点で月あたりの世帯収入額が 1,734 から 7,475 レアルの層) を中間層として定義している。

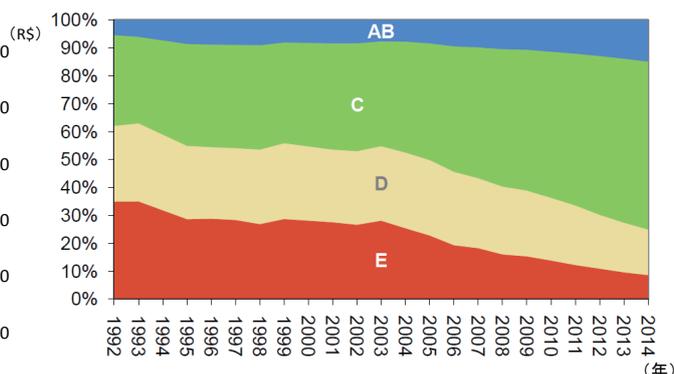
今や全国民の半分以上がクラス C となった³ (《図表 3》参照)。ブラジルでは労働法によって賃金水準などの労働者保護が厳しく定められており、近年ではインフレ率を勘案すると実質所得の伸びは鈍化する傾向にあるものの、着実に国民の所得水準は向上している。中間層は旺盛な消費マインドを持ち、ローンやクレジットカードが利用できるようになったことで、これまでは手に入れることのできなかった自動車などを購入しており、個人消費は比較的順調に推移している。

《図表 2》最低賃金と失業率の推移



(出典) IBGE 統計、ブラジル労働・雇用省資料より
損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

《図表 3》家計所得による社会階層の推移



(注) 2010 年以降の数値はレポート発行時点での予測
(出典) ジェットウリオバルガス財団資料

また、ブラジル経済・財政に影響を与える要因の一つとして高齢化が挙げられる。多くの新興国では急速に少子高齢化が進んでおり、ブラジルにおいても同じく高齢化が顕在化している状況である。人口動態は 1990 年にはほぼピラミッド型であったが、2010 年には釣鐘型となっており、少子高齢化が進行していることが観測できる (《図表 4》、《図表 5》参照)。高齢化の速さを総人口に占める 65 歳以上の割合が 7%から 14%へと増加する期間で見ると、米国国政調査局の報告によると、フランスで 115 年、米国で 69 年を要したのに対して、ブラジルでは今後 21 年間で到達すると予測されている⁴。1940 年には 41.5 歳であったブラジルの平均寿命は 1990 年には 67.7 歳、2010 年には 73.5 歳となっており、2041

³ ただしクラス C の所得幅は月あたりの家計所得で、日本円に換算すると約 7.8~33.6 万円と幅広く、先進国の中間層と同様にして一概に論じることは難しい。

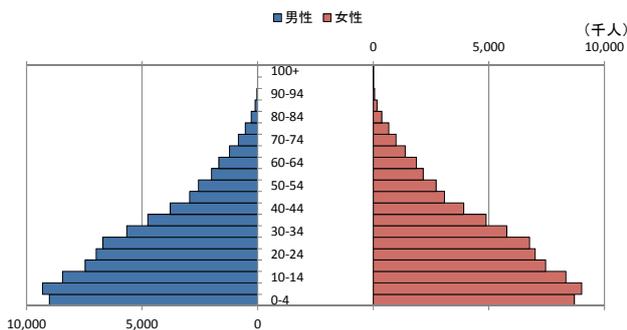
⁴ United States Census Bureau, "An Aging World in 2008", Jun.2009
国連は 65 歳以上の人口割合が 7%を超えたら高齢化社会と定義づけており、ブラジルは 2010 年時点で 6.9%であったが 2011 年に 7%を超え、2032 年に 14%を超えると予測されている。日本は 26 年間という先進国の中では極めて短い期間で 7%から 14%に達している。ただし、ブラジルでは 60 歳以上を高齢者とするのが一般的である。

年には80歳を超えると予測されている⁵。

保健衛生の向上や女性の社会進出に伴う出生率の低下による高齢化は経済発展の結果であるが、ブラジルでは先進国を大きく上回る速さで高齢化が進行している。一般的に経済が未発展の社会では高齢者よりも若年層が多く、豊富な労働力をテコに経済を成長させ、余力で将来の高齢化に備えた社会保険制度を構築する⁶。しかしながら、ブラジルにおいては急速に高齢化が進んでいるため、十分に豊かになる前に老いてしまう可能性が高い。

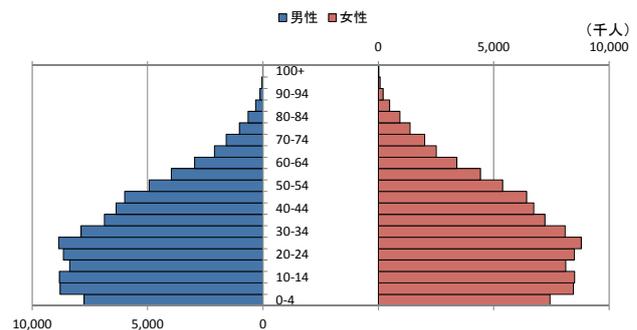
《図表4》 ブラジルにおける人口ピラミッド

(1990年)



《図表5》 ブラジルにおける人口ピラミッド

(2010年)



(出典) United Nation population Division “World Population Prospects: The 2012 Revision”より

損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

Ⅲ. ブラジルのヘルスシステム

1. ヘルスシステムとは

世界保健機関 WHO は「複雑な現代社会においては、ヘルスシステムが何で構成され、またどこからがシステムの始まりでどこがシステムの終わりなのかを正確に述べることは難しい」とした上で、ヘルスシステムを「その第一義的な目的が、健康促進、健康回復、健康維持に係るすべての活動を含む」と定義している⁷。しかし、このようにシステムを定義づけることが、システムに内在する構成部門が統合している状態を示唆するものでも、誰かが個々の活動を全体としてまとめて責任を負っているということも意味してはいないと指摘する。ヘルスシステム全体の統合や管理といったものは、必要不可欠というものではないとしても、システムがいかにかうまく機能するかという点において大きく影響する要素である。

ヘルスシステムは国毎に異なる。本章ではブラジルのヘルスシステムを構成する、医療サービス提供部門とそのファイナンス部門についてそれぞれ確認を行う（《図表6》参照）。

⁵ IBGE ウェブサイト<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/notasindicador/res.shtm>> 及び <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/en/noticias?view=noticia&idnoticia=2455>> (visited. 27th Feb. 2015)

⁶ The Economist, “Autumn of the patriarchs”, 1st Jun. 2013

⁷ WHO, “The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance”

《図表 6》ヘルスシステムのサブシステム



(出典) 損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

2. 医療サービスの提供施設

ブラジルの医療施設は設立主体によって公立と民間の 2 つに大別できる。2009 年においてはブラジル全土で約 9.4 万の医療施設が存在し、公立の施設がその半数以上を占めている⁸。公立の施設はさらに設立主体別に連邦、州、市の 3 つに分けられる。SUS の導入に伴い、より住民に近接的に医療を提供するため、連邦から自治体へと医療機関の委譲を実施してきており、現在では 53%が市の管理する施設となっている。また、地域別に見てみると、経済の中心であるサンパウロ市やリオデジャネイロ市がある南東部には人口の 4 割が集中しているため、医療施設も 4 割近くが集中している。一方、比較的開発が進んでいない北部などには施設も少なく、地域によって受診可能な医療サービスに格差が生じている。

地理的な偏在以外に、入院施設の不足も大きな問題となっている。人口はこの 10 年間で約 8.6%増加しており、高まる医療ニーズに対応すべく、医療施設の増加に取り組んできた。医療施設数全体は増加しているが、多くは外来診療に対応するもので、入院設備のある医療施設の数にはほぼ横ばいとなっている(《図表 7》参照)。高度な治療を行う施設や入院設備は慢性的な不足状態にあり、深刻な社会問題となっている。直近の数値では、人口千人当たりの病床数は 2.3 床と我が国と比較して 5 分の 1 以下である⁹。ブラジルでは憲法 199 条によって保健医療事業への外国資本の参入を禁止しており、この問題を深刻化させる要因の一つとなっていると指摘されている¹⁰。この現状を改善すべく、条件付で参加を認める法案が 2009 年に提出されており、現在も審議が継続されている。

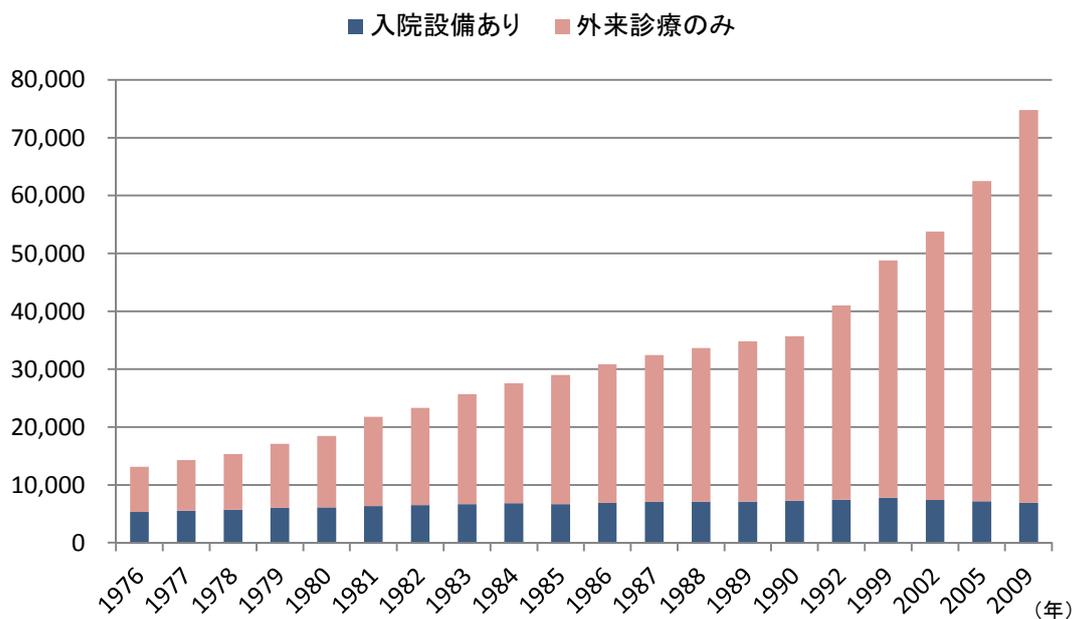
病院数が不足していることは、公的部門を利用する患者をしばしば、治療を受けるまで長く待機リストに残してしまうという状況を引き起こしている。一方で、民間部門のインフラへのアクセスを得るためには、患者は非常に高い費用を負担しなくてはならない。

⁸ IBGE, “Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2009.”

⁹ 2013 年における日本の千人当たり病床数は厚生労働省「平成 25 年(2013)医療施設(動態)調査・病院報告の概況」によると約 12.4 床、ブラジルは保健省データベース等によると 2.3 床。

¹⁰ Economist Intelligence Unit, “Broadening health care access in Brazil through innovation”, P3, 2010 Nov. 保健事業の外資規制については、加えて暫定規定 52 条でも規定している。ただし、1996 年に民間健康保険分野については例外的に外資への開放に踏み切った。

《図表 7》 ブラジルにおける医療施設数推移



(注) 記載のない年についてはデータは不明。

(出典) IBGE, “Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2009.” より損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

3. 医師数

ブラジルには日本のような医師国家試験はなく、6年制の医学部¹¹を卒業すると、主に医療倫理や医療実務の監督を行う機関である CFM (Conselho Federal Medicina: 連邦医師評議会) に登録を行い、一般医として医療行為を行うことができる¹²。2010年時点で医師数は35万人を超えており、人口千人当たりの医師数も1.9人となった(《図表 8》参照)。1980年時点での千人当たり医師数は1.0人を下回っており、この30年間で倍近い水準に引き上げられた。CFMのレポートによると、今後も医師数は増加を続け、2031年には人口千人当たり医師数は、現在の OECD 加盟国の平均値に相当する3.0人を超えると予測されている¹³。医療施設と同様に地域格差が激しく、都市部である南東部では2012年の我が国の千人当たり医師数を超える水準であるのに対して、開発途上にある北部ではいまだにその半分にも満たない0.9人である。近年はブラジルに限らず専門医を目指す傾向があり、2012年時点で CFM に登録する医師38.8万人のうち半分を超える20.8万人が専門医となっている¹⁴。医療の高度化に伴い、専門化が進むのは当然とも言えるが、専門医への集中が進むことによって一般医の割合が減ると、北部など地方の医師不足がより深刻化する可能性がある。

¹¹ 歯学部は5年制

¹² 医学部卒業時に試験受験が義務付けられているが、この試験は合否を判定する性格のものではない。また、医師登録番号は CFM の各州・連邦直轄区の組織である各 CRM (Conselho Regional Medicina: 医師地方審議会) によって割り振られる。

¹³ CFM, “Pesquisa Demografia Médica no Brasil, 2013.” p.97

¹⁴ 同上 p.137

《図表 8》 ブラジルにおける医師数（2010 年）

地域	医師数	千人当たり医師数
北部	14,277	0.9
北東部	57,849	1.1
南東部	201,774	2.5
南部	56,336	2.1
中西部	24,770	1.8
ブラジル全土	355,006	1.9

（出典）ブラジル保健省データベースより損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

偏在的な医師不足を解消すべく、政府は保健制度の改善策の一環として「Mais Médicos para o Brasil（ブラジルにより多くの医師を）」というプログラムを 2013 年に立ち上げた¹⁵。このプログラムは医学課程の延長と医師不足地域への医師の呼び込みの 2 つを核として発足した。現行の 6 年制から 8 年制に延長し、最後の 2 年間で SUS で受診可能となる医療機関での勤務とする案は医師連盟の反対もあって撤廃された¹⁶。医師不足の地域への医師の呼び込みについては、当初ブラジル国内から医師を派遣しようとしたが希望者が集まらなかったため、海外からの受け入れに踏み切った。任期 3 年間、月給 1 万レアル（約 45 万円）という条件で、第一陣として 2013 年 8 月にアルゼンチンやポルトガルなどから約 200 名の医師を受け入れている。本プログラムが医学部さえ卒業していれば、通常外国人医師に求められる試験を免除することなどに対して CFM が批判的な立場をとっており、国内で議論となっている¹⁷。

4. 医療機器

ブラジルでは画像診断装置や超音波診断機器などの医療機器のうち、金額ベースで 8 割弱を輸入に依存している（《図表 9》参照）¹⁸。そのため国内での流通価格には関税がかかる他、為替市場の影響を非常に受けやすい性質となっている。

日本が成長戦略の柱の一つと位置づける医療輸出を推し進めるべく、2014 年夏、安倍首相はラテンアメリカ歴訪の際に、ルセフ大統領と会談し、両国の医療・保健分野の協力推進のため、「日本国厚生労働省とブラジル連邦共和国保健省との間の医療・保健分野における協力に関する覚書」を交わしている。現在、ブラジル当局による医療機器の審査には 2～3 年程度を要しているが、日本からの医療機器については審査期間を半分程度に短縮される見通しである。また、機器だけでなく、「日本式大腸がん検診システム」などのノウハウも併せて提供する。《BOX.1》の通り、ブラジルではガンが増加が著しく、日本で一般的となっている健診システムが普及することによってガンの早期発見が進み、医療費の抑制という経済効果を生むことが期待される。

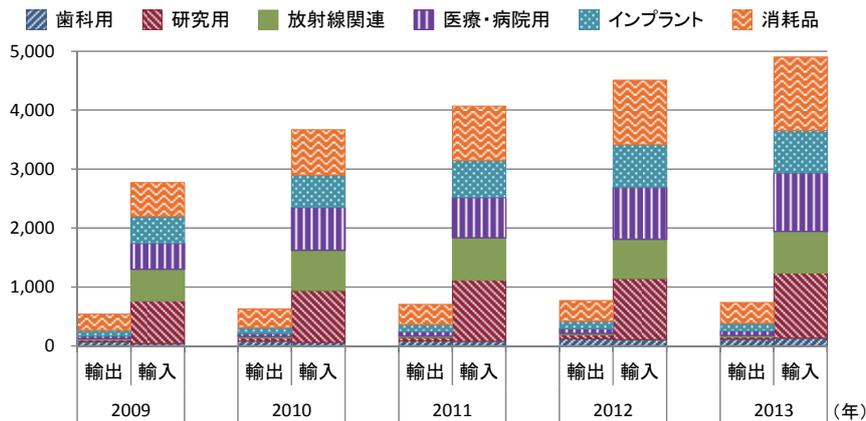
¹⁵ Lei 12,871 によって規定されている。

¹⁶ サンパウロ新聞 <<http://www.saopauloshimbun.com/index.php/conteudo/show/id/14249/cat/1>>

¹⁷ CFM ウェブサイト “NOTA DOS CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS DE MEDICINA Assunto: Balanço do Mais Médicos” 4th Sep. 2014 <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25016:nota-mais-medicos&catid=3> (visited 27th Feb. 2015)

¹⁸ JETRO 「ブラジルの医療機器市場と規制」2012 年 3 月

《図表 9》 ブラジル医療機器市場

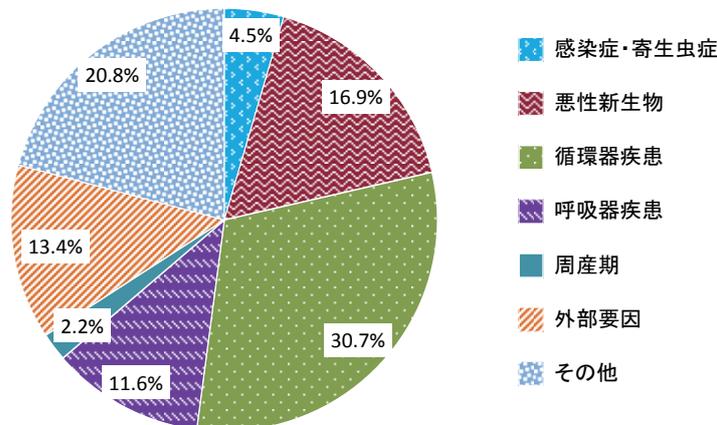


(出典) Brazilian Health Device ウェブサイトより損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

《BOX.1》 疾病の状況

ブラジルでは 1970 年代には死因の 3 割以上が感染症・寄生虫症であった。その後、国家衛生計画に基づく上下水道の整備などの結果、感染症などによる死者数は激減し、2011 年には 4.5% となっている。現代のブラジルでは感染症に代わって生活習慣病が増加しており、死亡要因別に見ると、心筋梗塞などの循環器疾患が最も多く、次いで悪性新生物（ガン）となっている（《図表 10》参照）。生活習慣病が増加している背景の一つとしてホワイトカラーの増加や生活水準の向上による肥満の増加が挙げられる。太り気味や肥満の人口は増え続け、WHO によるとブラジルの人口のうち 51.7% が BMI25 以上の太り気味、18.8% が BMI30 以上の肥満に分類されるという¹⁹。生活習慣病は医療費を押し上げる要因にもつながっている。政府は 2011 年に肥満人口の増加を抑制するためのアクションプランを打ち出しており、一部の病院では肥満に特化した治療を行うためのチームを組織するなど、整備を進めている²⁰。

《図表 10》 ブラジルにおける主要死亡要因（2011 年）



(注) 外部要因には交通事故や殺人事件などを含む。

(出典) 《図表 8》に同じ

¹⁹ WHO, "Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011"

²⁰ JETRO, 「活発化する世界の医療サービスビジネス～各国・地域の医療サービスビジネス・制度報告」2013 年 10 月

5. ブラジルの医療費支出

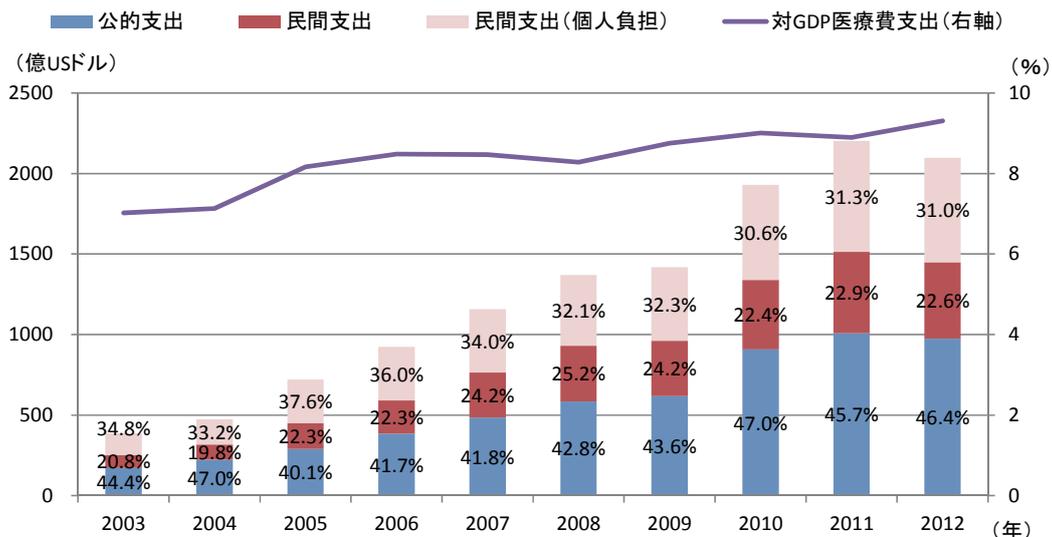
ブラジルの現在のヘルスシステムは、資金調達の側面から見ると、民間資金が主体となる官民混合の要素で構成されており、①公的部門（SUS）、②民間部門（個人負担）、③民間健康保険部門（各種民間健康保険の保険料を資金とする）の3区分に分類される。これら3つのどれを選択するかは、個々人の支払い能力もしくはアクセスのしやすさに依っている。

World Bank のデータによれば、ブラジルの医療費支出は2012年2,099億米ドルでGDPの約9.3%に相当する（《図表11》参照）。ブラジルの医療費支出は、年々上昇する傾向を見せている。2012年の支出の内訳をみると、財政支出が974億ドル（46.4%）、民間支出が1,125億ドル（53.6%）で、民間支出が財政支出を上回る構造がみてとれる。民間支出の内訳は、個人負担（31.0%）と民間健康保険利用（22.6%）である。

WHO のデータによれば、ブラジル全体の財政支出に対する健康部門に係る支出割合は、2011年で8.7%と、世界平均の15.2%を大幅に下回っている²¹。ブラジルでは、歴史的に民間セクターを州政府が保護し、民間病院やクリニック、民間の健康保険事業者などといったヘルスケア事業を推進してきた背景がある²²。

公共医療の財政予算が増える見込みのない中で、公共医療サービスの提供能力には限界があるのが現実であることは否めない。一方で、内需の堅調な推移による経済成長や雇用創出に伴う失業率の低下によって国民の所得水準は向上し、今や国民の過半数は中間所得層に移行した。またブラジルにおいても生活習慣病が増加、さらに高齢化の進行が進む中、国民の健康への関心は高まっている。国民生活の基盤である保健制度をいかに構築していくか、政府は難しいかじ取りを迫られている。次章より、ブラジルの官民混合による健康保険制度の現状と課題について確認をしていく。

《図表11》 ブラジルの医療費支出推移



(出典) World Bank DB より 損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

²¹ WHO, "World Health Statistics 2014", Part III Global Health Indicators 7 Health Expenditure.

²² The Lancet, "The Brazilian health system: history, advances, and challenges", Vol.377, No.9779, May 2011, P9.

IV. 統一医療システム SUS

1. 統一医療システム SUS のあらまし

軍事政権が崩壊し、1988年に制定された憲法によって「健康は全ての国民の権利および国の義務であり、疾病およびその他の健康上の問題の危険負担の軽減ならびに健康の増進、保護および回復のための活動と役務に対する一般的かつ平等な利用を目指す社会的、経済的政策により保障される」（第196条）として、国家は国民の健康を守る義務があることを明示した。さらに同じく憲法の198条で公共の保健活動と役務は単一の制度によって提供されると定め、これを根拠として SUS（Sistema Único de Saúde：統一医療システム）が創設された。実際の運用については、2年後の1990年に制定された Lei 8,080により開始された²³。

2. SUS の補償範囲

Lei 8,080 で示された SUS の原則は《図表 12》の通りである。SUS の最大の特徴は「無償で」、「全国民を対象とする」という点にある。一般的な予防医療や風邪から臓器移植のような高度な医療技術を要する診療まで、全ての水準の医療サービスを対象としている。

《図表 12》 Lei 8,080 に示された SUS の原則

1	全ての水準の医療サービスへ普遍的なアクセスを可能にする
2	あらゆる場合において個人および、その団体に対して予防と治療双方を含む継続的な医療行為・サービスを提供する
3	財政や倫理における不正を排除すべく人事の独立性を保持する
4	あらゆる偏見や特権を排除した医療の公平性を追求する
5	医療行為・サービスを受ける側は自らの健康に関する情報を得る権利を有する
6	医療サービスおよびその利用の可能性に関する情報公開を行う
7	優先順位や資源の配分、計画の方向性を決定するために疫学を利活用する
8	地域社会の参加を基盤とする
9	各階層における単一の運営方針に基づき、政治・行政上の地方分権を行う
10	医療・環境・公衆衛生を行政レベルで統合する
11	医療サービスの提供において、連邦・州・市の財政、技術、物質、人的資源を活用する
12	あらゆる水準の医療サービスにおける解決能力を向上する
13	サービスの重複回避を目的とする公的サービス部門を組織する

(出典) Lei 8,080 より損保ジャパン日本興亜総合研究所訳出

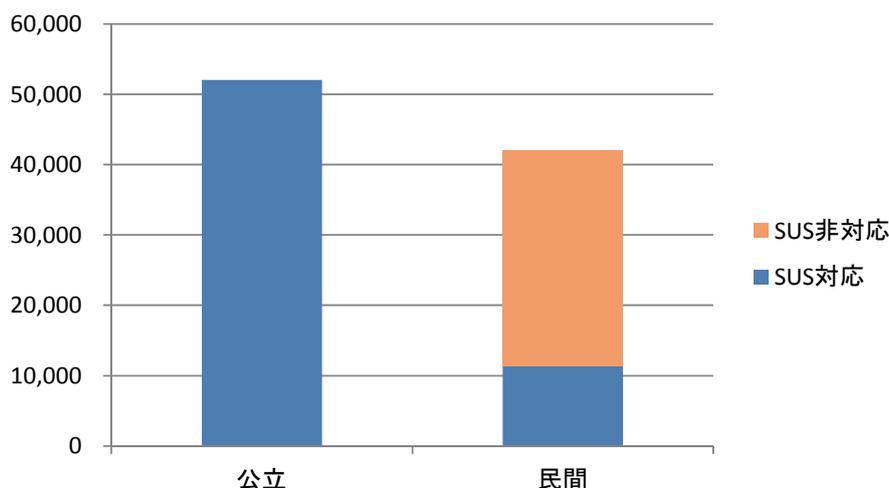
SUS はゲートキーパー制をとっており、まずは地域の保健センターを受診する必要がある²⁴。保健センターを受診して、より高度な治療が必要と判断された場合には、より複雑な治療に対応できるクリニックや病院、専門科を紹介してもらい、病院の待機リストに掲載される。ただし、最近のブラジル大手紙の報道によると、サンパウロ市では待機リストに掲載された後、診察を受けるために 205 日、検査のた

²³ Lei Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>
ブラジル連邦法

²⁴ postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família などの施設
ブラジル保健省 “*entendo o SUS*”, 1997 年

めに 124 日の平均待機時間が生じていたという²⁵。この事態に対して、サンパウロ市保健局は、2017 年までに 60 日以内に受診できるようにするという目標を定めている。また、SUS を用いて医療サービスを受ける場合、全ての医療施設が利用可能なわけではなく、公的医療施設、もしくは SUS の認定を受けた民間の医療施設に限定される（《図表 13》参照）。全ての国民が無償であらゆる医療サービスにアクセスできるという理念を掲げる SUS ではあるが、制度開始から 25 年が経過した現在においてもその実態は十分な医療サービスを提供できるものにはなっていない。

《図表 13》 SUS の利用可能別にみた医療施設数（2009 年）



(出典) IBGE, “Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2009.” より損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

《BOX.2》 SUS 創設後のプライマリ・ケア拡充策

SUS 創設以前にも限定的な形での公的健康保険制度は整備されていたが、その弱点として、World Bank では①医療の地域格差、②脆弱なプライマリ・ケアシステム、③過度の中央集権を指摘している²⁶。SUS への移管・統一は、SUS 以前の制度の欠点をカバーするための様々な保健プログラムを実施し、全ての人の普遍的な医療へのアクセスの実現が目標とされた。

1991 年には PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde : コミュニティヘルスワーカー・プログラム) が開始され、各市の住人の医療行政との間の仲介を行うコミュニティヘルスワーカーの育成に着手した²⁷。現在ではコミュニティヘルスワーカーのカリキュラムは大学で最も多く専攻されているコースの一つである。さらに 1994 年には PSF (Programa Saúde da Família : 家族保健プログラム) が開始となった。これは通常一名ずつの医師・看護師・看護師補助と 4~6 名程度のコミュニティヘルスワーカーで 1 つのチームを形成し²⁸、1 チームで約 1,000 世帯、3,000~4,500 人を担当し、家庭訪問で保健指導を行う。PSF はプライマリ・ケアの強化策であると同時に、従来型の

²⁵ Folha de S.Paulo, “prefeitura de sp quer diminuir para 60 dias fila para exames e consultas” 2015 年 1 月 21 日 <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/01/1577997-prefeitura-de-sp-quer-diminuir-para-60-dias-fila-para-exames-e-consultas.shtml>>

²⁶ World Bank 2013

²⁷ 法制上、1991 年開始とされているが、実際には北東部の州などでは 1980 年代終わり頃には開始されていた。

²⁸ 歯科医を含む場合もある。

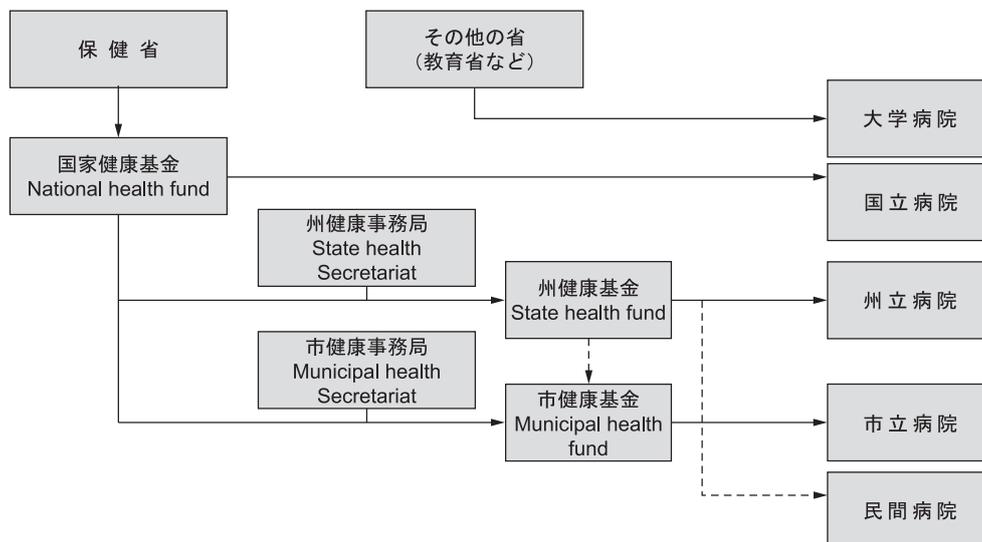
病院まで行かないと受けられない治療中心の医療からの脱却を図り、予防に重点を置いている。また、地域格差を是正するために貧困地区や農村部で勤務する医師や看護師には優遇された給与が支払われる²⁹。

PSF は特に貧しい北部・北東部から普及が始まり、全土に急速に拡大した。現在ではブラジルの市のうち、9 割以上が PSF を採用している³⁰。国民の健康状態を表す指標の一つである 1,000 人当たりの乳児死亡数で見ると、1990 年には北東部で 75.8 人、南東部で 32.6 人という乖離があったが、2011 年には北東部で 18.0 人、南東部で 13.0 人と差は大きく縮まっている³¹。本章第 4 節に示すような高度な医療のニーズを満たすという課題が浮かび上がってきたのも、SUS を始めとするブラジルの保健制度が実を結んだ結果と言えるかもしれない。

3. SUS の財源

SUS は全国民に対する公的健康保険制度であるにもかかわらず、全ての国民に対して満足な医療サービスを提供するには至っていない。その最大の理由は SUS の財源が制限されていることにある。本節では SUS の財務状況について見ていきたい。2000 年に発行された憲法修正 29 号の中で、連邦・州・市はそれぞれ SUS に必要な予算を確保するという三層構造が示された。ブラジルでは所得税などが連邦税となっており、州や市の独自財源だけで SUS の予算を賄うことが難しい自治体も多く、様々な形式で財源の移転が行われている（《図表 14》参照）。《図表 15》には連邦・州・市別の SUS への支出額の推移を示している。連邦の支出の大部分は州・市への移転であり、地方分権が進められたとはいえ、現在でも 3 割を超える部分を連邦が拠出しており、SUS 運営において大きな役割を果たしている³²。

《図表 14》 SUS の資金フロー



(出典) World Bank, "Hospital Performance in Brazil", 2008 を参考に損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

²⁹ UNICEF, "THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN 2008"

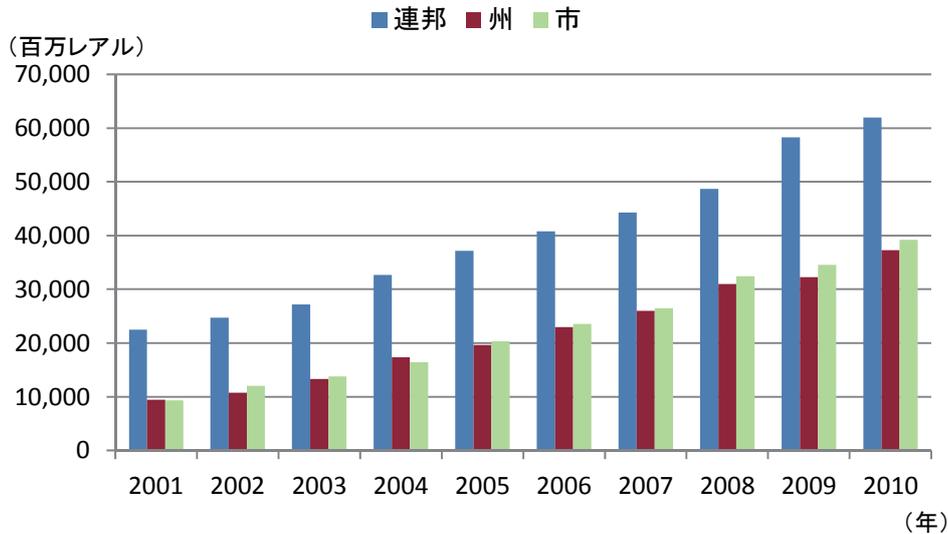
³⁰ PSF は現在では ESF (Estratégia Saúde da Família : 家族保健戦略) と名称を変更している。

³¹ ブラジル保健省データベース

³² 州や市の地域特性によって連邦からの移転への依存度は大きく異なる。

World Bank, "Brazil, Improving the Quality of Health Spending Resource Management in Brazil's Unified Health System(SUS)", 2006 年 11 月 30 日

《図表 15》 ブラジルの公的医療費の推移



(出典) ブラジル保健省, “DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DA SAÚDE, INVESTIMENTOS E DESENVOLVIMENTO” より損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

前述の通り、SUS の財源は連邦・州・市が分担して負担する。まず、連邦の負担分についてだが、国家予算は一般会計と社会保障会計から成り、SUS に関する予算は前年実績額に名目 GDP の変化率を乗じて算出した額を社会保障会計から歳出している³³。2000 年に憲法改正を行った際には、州や市と同様に歳入の定率を SUS に拠出するとしていたが、現在のところ、そのような方式は実施されていない。

州の財源については州独自財源に連邦からの移転を加えた総歳入に 0.12 を乗じた額を SUS の拠出することが定められている。市の財源については市の独自財源に連邦・州からの移転を加えた総歳入に 0.15 を乗じた額を拠出するとされている。

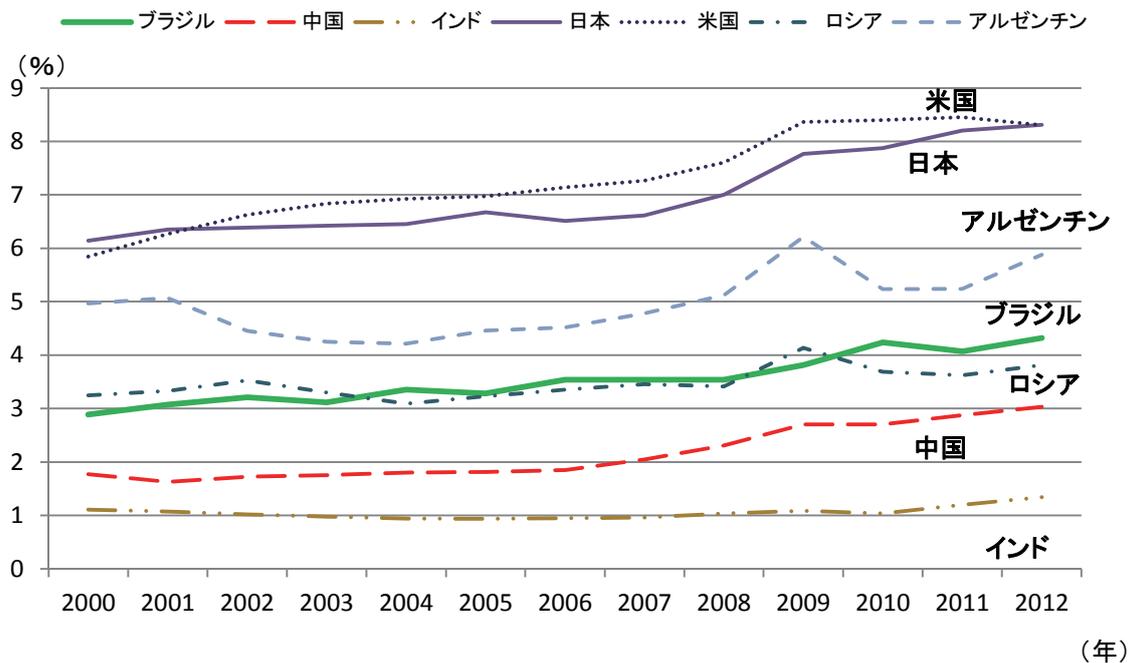
4. 課題

SUS の開始によってプライマリ・ケアへのアクセスが向上し、保健水準が改善されたことは疑いの余地もない。しかしながら、専門医の受診や高度な治療に対応できる医療施設の数はまだまだ不足している現状がある。課題が明確でありながらも SUS が対応できない理由はその財務状況にある。まずは SUS に投入される予算不足についてであるが、どれだけの財源が必要かを算出するのではなく、連邦の予算は前年をベースとして計算する方式が採られている。これが変更されない限り、十分な医療サービスを提供できる水準にはならない。

《図表 16》に示すように対 GDP の公的医療費支出割合は緩やかに伸びており、BRICs のの中では最も高い水準を保持しているが、一人当たり GDP がブラジルと同規模である隣国アルゼンチンと比べると低い。

³³ 前脚注 24, ブラジル保健省

《図表 16》 公的医療費支出の対 GDP 比推移



(出典) World Bank データベースより損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

提供される医療サービスは質と量の両面で制約を受け、国民が期待する水準から大きく乖離したものとなっている。日本でも大きく報道された 2014 年のワールドカップのスタジアム建設反対デモの中でも、SUS の拡充を求める声があがった。ただ、制度拡充には巨大な財源が必要となるが、財政を支えてきた金融取引暫定納付金 (CPMF) が廃止されるなど懐事情は厳しく、油田開発収益の一部を保健財源に充てることも決定してはいるものの、楽観視できる状況ではない³⁴。

次に SUS での資金使用の効率である。財務状況を悪化させる要因の一つとして医師のコスト感覚を指摘する意見もある。医師が病院の経営状態に対して責任を負うことがない場合、可能な限りの治療を行おうとし、医療費の効率的な使用について意識が希薄になることが指摘されている³⁵。医師としてより良い医療を提供しようとした結果、ますます SUS の財政を逼迫させ、全体で見るとサービスを制限してしまうことになるという矛盾が生じてしまう。医学知識を中心に構成されるヘルスシステムにおいて医師はその仕組みを形成する過程において最も高い専門性を持ち、患者との関係において情報の非対称性を広げていく。この医師と患者の関係性の中で、医師が過度の医療サービスを患者に提供してしまう誘発需要が指摘される³⁶。

SUS は全ての国民に対して無料で公平に医療にアクセスするという高い目標を掲げているものの、実際には国民のニーズを完璧に満たすことはできておらず、民間健康保険の役割に期待が高まっている。

³⁴ Estadão 紙 “Novo tributo é caminho para sustentabilidade do sistema de saúde” 7th. Jan. 2015

³⁵ Economist Intelligence Unit, “Broadening healthcare access in Brazil through innovation”, Nov.2010, p.7

³⁶ Valéria Barreto Peruna, “Health Market Regulation”, Nov.8, 2004, p.17

V. 民間健康保険 SHI

1. SUS を補足する民間健康保険 SHI

平等な医療保障を全国民に無償で提供することを目指す SUS をもって、理論的にはブラジルに無保険となる国民は存在しない。しかし、前章までみてきたとおり、SUS だけでは国民皆保険を実現できないブラジルの現実がある。

1988 年の憲法第 199 条では健康分野への民間部門の参入を自由化しており、民間部門は SUS の補足 (Supplementary Private Systems) として位置付けられている。民間による健康保険は SUS を補足するという意味合いから、Saúde Suplementar (英訳表記は Supplementary Health Insurance and Plans) と称され、任意加入による私的な保険として用意されている。

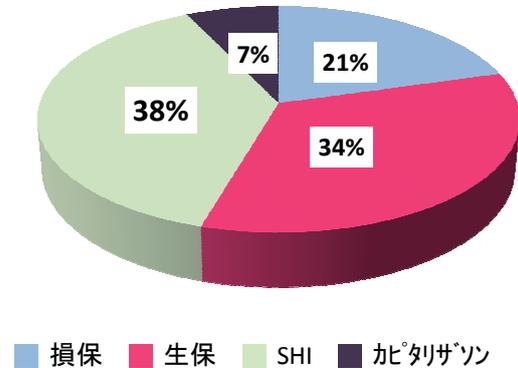
SHI には 2013 年末時点で、国民の約 25% に相当する 50.6 百万人³⁷が加入している。SHI 市場の保険料収入は 1,128 億レアル³⁸ (約 4.7 兆円) で、ブラジルの民間保険市場全体の約 38% を占める最大種目となっている (《図表 17》参照)。

現在、残りの人口の約 75% に相当する約 1.5 億人は、公共医療に依存していることになる。第 IV 章の《図表 13》にみるように、公立と民間の医療施設数は、SUS の対応も可能とする民間施設を含んでもおよそ 3 : 2 という関係であり、対象者数に対する官民の比率には大きな不均衡がある。公共医療の絶対数の不足は、治療を受けるまで待機リストに長く患者を残してしまうという状況をしばしば引き起こし、これが国民の強い不満につながっている。

憲法は SUS の補足として SHI を位置付けたが、実際には、民間の SHI は SUS の公的保障と重複する内容までも対応する第一次的な保険となっている。つまり SHI の加入者の多くは SUS を利用することなく SHI を利用するため、実質的に SHI は SUS と並列したシステムである³⁹。SUS と SHI が並列する制度の二重構造を示すと、《図表 18》のようになる。

公共医療に制約がある中で、民間の SHI に加

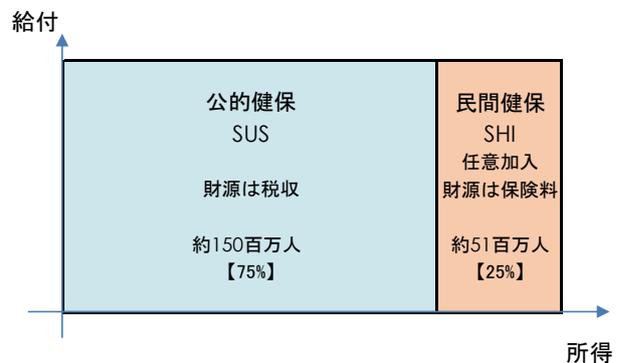
《図表 17》2013 年民間保険市場収入保険料内訳



(注) 加え列ザン (Capitalização) とは抽選が付された貯蓄を目的とする個人向け債券の一種であるが、法規制上は保険に分類される。

(出典) CNSeg, “Annual Report 2013” より
損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

《図表 18》SUS と SHI の位置づけ



(出典) 損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

³⁷ 後述する歯科専門保険事業者による契約の被保険者数 20.8 百万人は含まない。

³⁸ CNSeg, “Annual Report Brazilian Insurance Industry 2013”, p.38.

³⁹ 民間健康保険に加入している場合であっても移植手術など高度な医療技術が求められる内容については免責が設定されていることがあり、その場合は SUS から保障を受けることになる。

入できるか否かで、利用する医療サービスの質と、その結果としての受益に不平等が生じ得る。ブラジルでは、SHI への加入は中間所得層の象徴とされ、多くの国民の憧れの商品となっている⁴⁰。

2. 民間健康保険 SHI 市場

(1) 事業形態分類

ブラジルには非常に数多い SHI 事業者が存在しており、2013 年末でその数は 1,200 社を超える⁴¹。これら事業者は《図表 19》に示す 7 事業形態に分類される。なお、健康保険商品の内、歯科団体と歯科医協同組合は、歯科保険商品のみを専門に扱う別分類とされている。歯科保険は保険料単価が小さく、SHI 市場での収入保険料は全体の 2.2%であるが、歯科保険だけなら従業員の福利厚生として採用できるという小規模企業の需要の増加もあって、近年加入者数を伸ばしてきている。2000 年に 2.6 百万人であった歯科保険の加入者は、2013 年末時点で 20.8 百万人と約 8 倍の成長を示している⁴²。

本稿ではブラジルの健康保険制度全般について取り扱うことを主旨とし、健康保険商品全般を取り扱う 5 事業形態を主たる SHI 市場としてとらえ、その主な事業形態の特徴、加入普及の状況、規制環境について見ていく。

《図表 19》SHI 市場の事業者分類

販売商品	事業者形態	概要・特徴	事業者数 (2013年末)
健康保険商品 全般を取り扱う	健康保険会社	健康保険を専門に扱う保険会社。主に第三者医療機関と提携した健康保険を商品扱う。	12
	医療団体(MCO)	医療機関を所有・運営し、マネジメントの健康プランを扱う。	320
	医師協同組合	医師を会員とする協同組合を通じて、健康プランを提供する。	318
	自家保険	企業が従業員およびその扶養者を対象として独自の健康プランを提供する。	188
	慈善事業	慈善団体などの非営利機関が運営する健康プラン。	75
歯科保険商品 のみ取り扱う	歯科団体	歯科プランのみを扱う。	230
	歯科医協同組合	歯科医を会員とする協働組合を通じて、歯科プランを提供する。	115

(出典) ANS, “*Caderno de Informação da Saúde Suplementar*”, Junho 2014 および FenaSaude “*Indicadores Economico – Financeiros e de Beneficiários*” ed. 06, Junho 2014 等より損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

(2) 事業形態の特徴

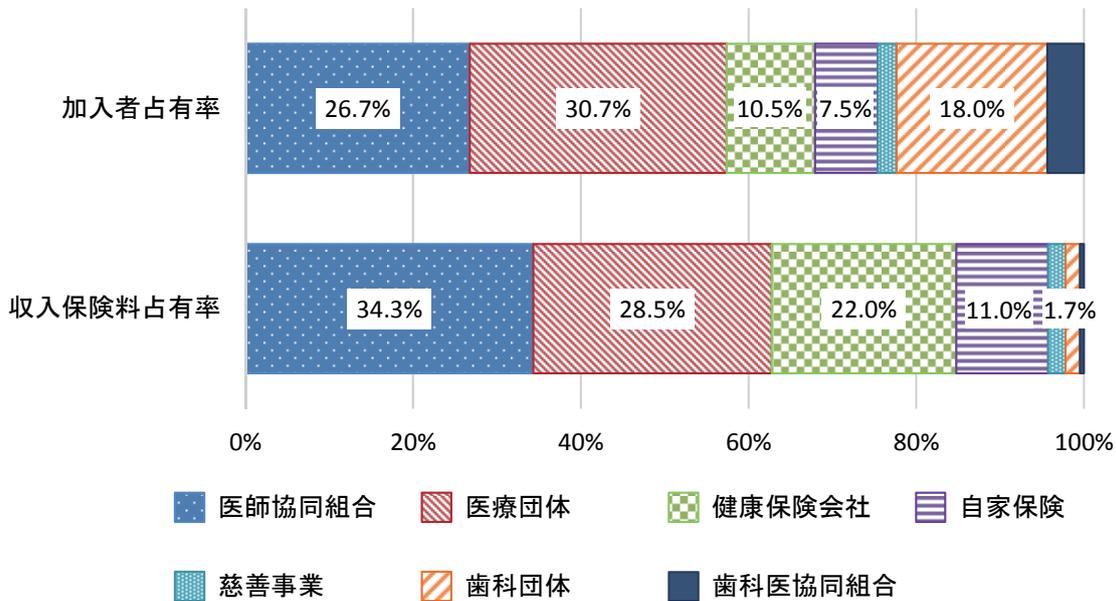
2013 年末の保険料収入の 97.8%は、健康保険商品全般を扱う 5 事業形態によるものであり、中でも医師協同組合 (34.3%)、医療団体 (28.5%)、健康保険会社 (22.0%) の 3 事業形態で 84.8%を占め、主要な事業形態となっている (《図表 20》参照)。次に、この 3 事業形態の概要と特徴について確認する。

⁴⁰ Ronald Gordon, Tian Xu, Lorry Xie, “*Brazil’s Health Insurance*”, 2012. また、2014 年 11 月に行った業界関係者の聞き取り調査でも複数の同様なコメントが聞かれた。

⁴¹ ブラジルの SHI には保険引き受けを行わないベネフィット管理業 (Administradora de benefícios) という事業形態もあり 2013 年末には 110 社が存在しているが、本稿ではこれらを含めていない。

⁴² ANS, “*Caderno de Informação da Saúde Suplementar*”, Junho 2014, p.9.

《図表 20》 収入保険料・加入者の事業形態別市場占有率



(注) 2013 年末時点

(出典) ANS, “*Caderno de Informação da Saúde Suplementar*”, Junho 2014 より損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

健康保険会社 (Seguradora especializada em saúde) は、健康保険のみを扱う保険会社で、他種目の兼営は禁じられている。通常、親会社が保険会社であるため、連結の観点で財務省管轄の保険監督庁 SUSEP の規制も適用される。保険会社が健康保険事業に参入したのは比較的遅く、1970 年代に入ってからである⁴³。2013 年末時点で 12 社の健康保険会社が営業しており、被保険者数 7.5 百万人⁴⁴をカバーしている。保険会社は、第三者医療機関と提携し医療サービス提供のネットワークを形成している。

医療団体 (Medicina de Grupo) は、医療機関との垂直統合により健康保険プランを提供する MCOs (Managed Care Organizations) である。保険事業者と病院の垂直統合は、健康保険の全体的なコストを削減し、効率性を高めるという見方もある⁴⁵。保険事業主は病院を経営する医師であることが多い。通常、第三者の医療機関もネットワークに取り込んで保険会社と同様の事業も展開している。2013 年末時点で 21.8 百万人を超える加入者を、300 を超える事業者数でカバーしているが、10 万人以上の加入者を有する事業者は一部であり、多くが小規模事業者である⁴⁶。

医師協同組合 (Cooperative Medica) は、Lei 5,764/71 (General Law of the Cooperative) を根拠法として設立される医師を組合員とする協同組合である。組合員の医師は、医療サービスの供給者でもあり、病院を所有する医師もいれば、契約病院やクリニックと契約して医療サービスを提供する医師もいる。世界最大の医師協同組合ユニメジ (The Sistema Empresarial Cooperativo Unimed) に代表される、ブラジルの特徴的な事業体である。

⁴³ Milliman, “*Lessons from Brazil: Regulatory changes in the health insurance market*”, June 2012.

⁴⁴ FenaSaúde, “*Indicadores Econômico – Financeiros e de Beneficiários*”, ed.06 Junho 2014.

⁴⁵ Tania Leandro, José Guilherme de Lara Resende, “*Effects of Hospital Vertical Integration on Medical Costs in Brazil: Evidence in Favor of Integration*”, Dec.2012.

⁴⁶ 前脚注 42, ANS, p.34. 2014 年 3 月時点で 10 万人以上の加入者を持つ医療団体は 24 社であり、2 万人以下の小規模団体は 206 社あるとされる。

《BOX.3》健康保険プランの発祥と医師協同組合ユニメジの組成

ブラジルの民間による健康保険の起源は、60年代の工業の中心地サンパウロ州に遡る。当時、企業の雇用主は工場の近辺に設立された病院を経営する医師と共に、従業員とその扶養者向けの健康保険プラン（Plano de Saúde）を作り、福利厚生として導入を始めた。雇用主は予め決められた従業員一人当たりの月額料金を前払いで病院側に支払い、その対価として従業員は当該病院にて医療サービスを受けることができるという仕組みである。これが、後の医療団体として発展していった。

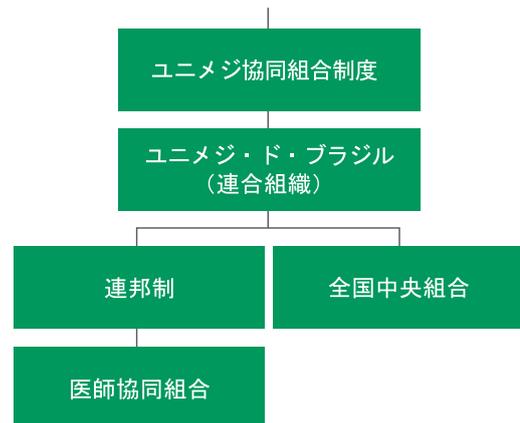
一方、今日ブラジルに広く普及する医師による協同組合ユニメジは、1967年12月サンパウロ州サントス市において、22名の医師により立ち上げられたことに始まる⁴⁷。企業従業員に向けた医療サービスという新たな市場に対して、営利目的の医療機関や仲介業が増えていく中、医療の商業化の進行に懸念した医療従事者も少なくなかった。患者の健康状況を熟知し、その医療記録を保持する自らの医療施設で提供する医療サービスを重視したい、という同じ志を持つ医師同士が集まり協同組合が立ち上げられた⁴⁸。

医療用品・機器材の共同購入や事務管理の統合による効率化、組織内の多様な専門性の融合によってサービス力に強みを得る医師協同組合の趣旨は全国に普及し、各州にネットワークが形成されていった。1975年には、この制度全体をとりまとめる統治組織としてユニメジ・ド・ブラジル（Unimed do Brasil）が設置された。

当初は、組合員医師が所有もしくは運営するクリニック、あるいは協定する病院への入院を伴わない利用までとしていたが、首都ブラジリアのユニメジが1983年に病院を所有したのを皮切りに、自前で運営する病院を増やし、患者の収容能力も増大した。さらには、研究機関や健康センター等も所有・運営し、事業はますます拡大されていった。

2013年度末でこのユニメジ・システムは、全国の83%をカバーする4,623の市における355の協同組合から成っている。約11万人の医師が組合員となり、全国で約19.5百万人の被保険者（《図表22》参照）を有する⁴⁹。南東部、南部に集中はしているものの、統合された国家規模のネットワークに発展しているため、組合間の相互利用も可能としている。これにより、地域をまたいだ医療サービスの提供を可能とする強みを持つにいたっている。

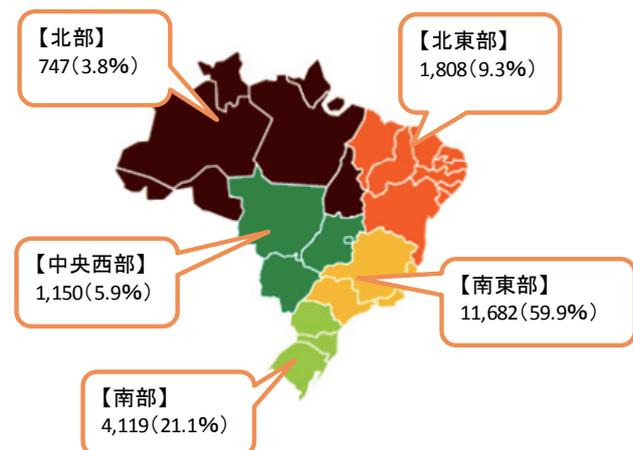
《図表21》ユニメジ システム機構



（出典）Unimed Brasil, “Unimed System’s Sustainability Report 2014” より
損保ジャパン日本興亜総合研究所訳出

《図表22》ユニメジ地区別被保険者数

単位：千人、（ ）内は割合



（出典）《図表21》に同じ。

⁴⁷ Unimed Brasil, “Unimed System’s 2014 Sustainability Report”, Timeline.

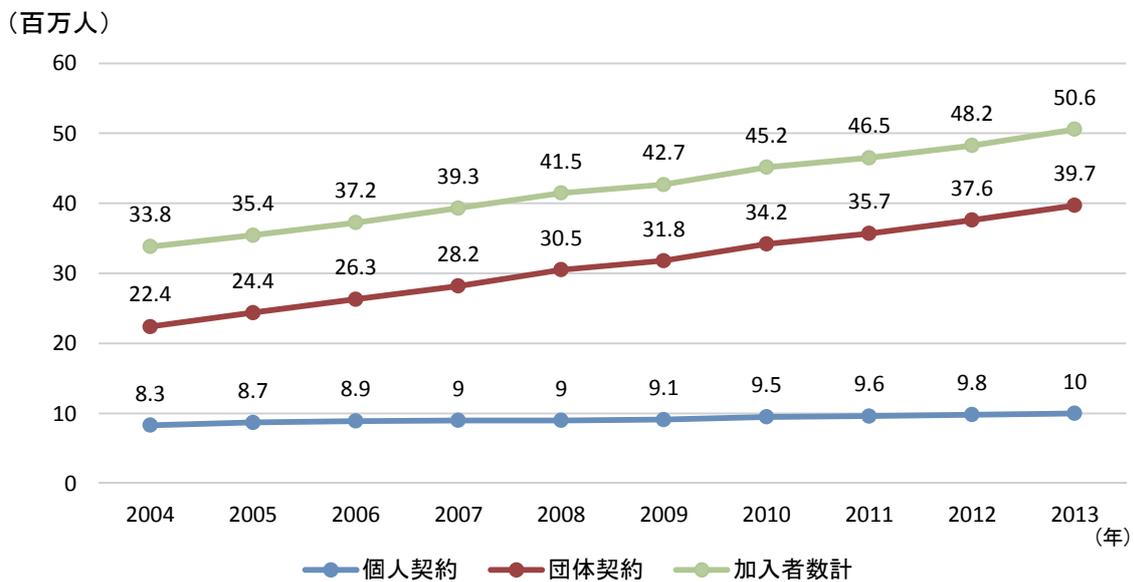
⁴⁸ UNICA, “Co-ops in the Health & Social Care Sections (1996) : Chapter III Provider-Owned Health and Social Care Co-ops”, 1996.

⁴⁹ Unimed Brasil, “Unimed System’s 2014 Sustainability Report”, The Unimed system in numbers.

(3) SHI 加入者数推移と普及率

ブラジルの SHI の加入者数は、2013 年末で 50.6 百万人⁵⁰となり、人口の約 1/4 までに普及している計算となる。《図表 23》に示すとおり、年々加入者数が増加してきた推移が見える。加入者数を契約形態別にみると、個人契約による加入者数は、2004 年以降 1.7 百万人増加して 10 百万人であるが、団体契約による加入者数は、同時期 17.3 百万人増加して 39.7 百万人となった。主には企業の従業員向け団体健康保険による普及である。ブラジルの SHI は団体契約が約 8 割を占めており、経済成長に伴う雇用機会の創出が SHI の成長を牽引してきていることがみてとれる。一方で個人契約による加入者数は横ばいで推移しているが、この背景には後述するブラジル特有の規制の影響がある。

《図表 23》SHI の契約形態別加入者数推移



(注) 歯科専門保険事業者の加入者数を含まない 12 月時点の集計値。また、合計値には契約形式の報告義務を伴わない契約数を含む。

(出典) 《図表 20》に同じ。

(4) 規制環境

SHI は保健省 (Ministério de Saúde) の監督下にあり、その半自主的な政府機関として、国家補足的保健庁 (Agencia Nacional de Saúde Suplementar、以下 ANS と略す) が 2000 年に設置された⁵¹。ANS の設置の目的と役割は、SHI に関する国民の利益を保護し、医療機関とその利用者を含めた SHI 事業者の監督規制を実施し、国の健康分野に関連する取り組み推進に貢献することとされる⁵²。

⁵⁰ 数字は歯科保険のみを扱う歯科団体、歯科医協同組合が引受けた歯科保険の加入者を含まない。

⁵¹ Lei 9,961.

⁵² ANS HP, <<http://www.ans.gov.br/the-ans/profile>>. (visited Jan.26,2015)

《BOX.4》 監督機関 ANS 設置の背景

1988年憲法によるSUS制定、またSHIによる民間需要の喚起、さらに1990年代にはリアル・プランを通じた経済安定化策といったマクロ経済要因をもって、民間医療に対する投資と消費者支出は増大していった。その過程において、特に健康保険プランに関しては、発祥後約40年間政府が介入することはなく、事業参入も撤退も自由という市場環境が続いていた。その間、幾種もの健康保険プラン事業者が生まれたが、その多くは決して効率的とはいえない事業を行っていた⁵³。結果、事業者は増え続け、2000年にはその数は2,723にも及んでいた⁵⁴。

当初、民間健康保険の対象は企業の団体契約に限られていたが、1980年代半ばには個人向けの市場開拓が始まった⁵⁵。民間健康保険の急速な成長とともに、80年代終盤には契約不履行を訴える利用者からの不満の声が出るようになり、政府の介入を促す国民の声が強くなってきた⁵⁶。1990年に消費者保護法(Lei 8,078)が制定されるとこれ以降は、法律で保証された権利に訴えることが利用者の問題解決を支える主要な手段となっていった。1996年に民間健康保険事業への外資参入が自由化されると、事業者に対するソルベンシー規制の導入準備に焦点が当たるようになった⁵⁷。こうした諸々の問題を包括して対応する監督規制の必要性を受け、規制枠組みを規定するLei 9,656が1998年6月に施行された。さらにその1年半後の2000年1月に、規制当局ANS(Agência Nacional de Saúde Suplementar)の設置を定めるLei 9,961が施行された。

SHIの規制の枠組みは、1998年6月に国会承認されたLei 9,656によって初めて整えられた。Lei 9,656が定める規制の対象は、事業者の資本要件や商品の保障内容、サービスの質に関する最低要件といった重要な点が含まれた。このように健康保険プランの運営に求められる明確なルールを制定することで、市場における公平性と競争力が高まることが期待された⁵⁸。《図表24》は規制前後の市場環境の変化を示したものである。市場は大きく転換し、1999年1月1日以降契約に対して全面的に規制が適用されることになった。

特に個人契約の商品に対しては、《図表25》に示すように保険事業者に対する厳しい規制が設定された。加入者からみてSHIはあくまで任意の保険商品であるが、保険事業者には、保険料基準を含め保障内容をANSの規定に全面的に従うことが義務づけられた。また保険事業者には、リスク選択の裁量はなく、引受を拒否することは禁じられた。この結果、健康保険市場が直面する特徴的なリスクである、逆選択という問題が引き起こされている⁵⁹。一方で、企業などが契約者となる団体契約については、商品規制は設けられずANSへの届出のみであるため、保険事業者の関心は団体契約が主体となった。

⁵³ Cesar Serra, "Health plans in Brazil: market failures, regulation and perspectives", Dec. 10, 2007, p.4.

⁵⁴ 前脚注42, ANS, p.32.

⁵⁵ ANS HP, <<http://www.ans.gov.br/the-sector/scenario>> (visited Jan.26,2015)

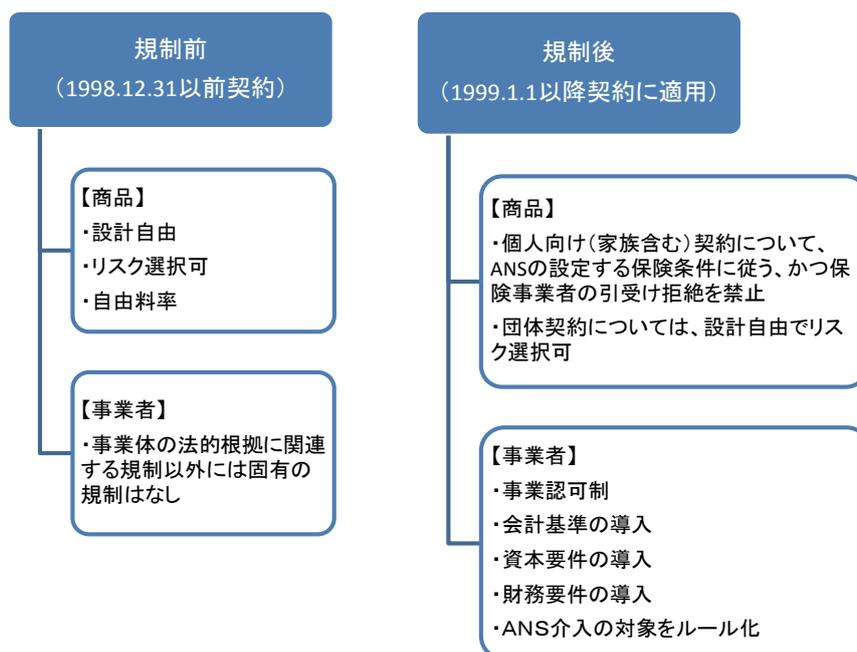
⁵⁶ 同上

⁵⁷ 同上

⁵⁸ Simonetta Zarrilli, "The case of Brazil", 2002, p.146.

⁵⁹ 前脚注43, Milliman.

《図表 24》 1998 年規制導入前後の比較



(出典) Cesar Serra, “Health plans in Brazil: market failures, regulation and perspectives”, Dec. 2007 より
 損保ジャパン日本興亜総合研究所訳出

《図表 25》 1999 年 1 月 1 日以降の個人契約に導入された規制の主な内容

主な商品規制	保険料率規制	免責事項
・詐欺もしくは60日を超える保険料不払い以外を理由とする引受け拒絶を禁止 ・一方的な解約禁止 ・既往症を免責とすることを禁止	・男女による料率区分を不可とする ・年齢区分とその付加料率をANS規定に従う	・外来受診時の薬剤代 ・医師組合によって未承認の医療処置 ・審美・美容に係る医療処置 ・在宅治療

(出典) Lei 9,656 および Milliman, “Lessons from Brazil: Regulatory changes in the health insurance market”, June 2012 より損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

さらに現在 ANS は、保険事業者毎にその加入者数に応じて許容される苦情数を定めており、苦情数が上限数を超えた場合にはアクションプランの提出を保険事業者に義務付けている。その対策が不十分であると ANS が判断した場合には、商品の販売を差し止められる。また保険料の改定については、事前の届出・承認を厳格に義務付けており、保険事業者はそうしたコンプライアンス強化のための費用負担が増えている。

規制導入後の 2000 年以降、規制要件を満たすことのできない事業者の事業免許の取り消しが行われ

ている（《図表 26》参照）。ANS 規制の強化が続く市場環境下で、事業免許の取り消しは現在再び上昇傾向にあり、今後も小規模事業者を中心に事業撤退の傾向が続くと見られている⁶⁰。

《図表 26》健康保険事業認可の動き



(出典) 《図表 20》に同じ。

3. 民間健康保険 SHI の課題と展望

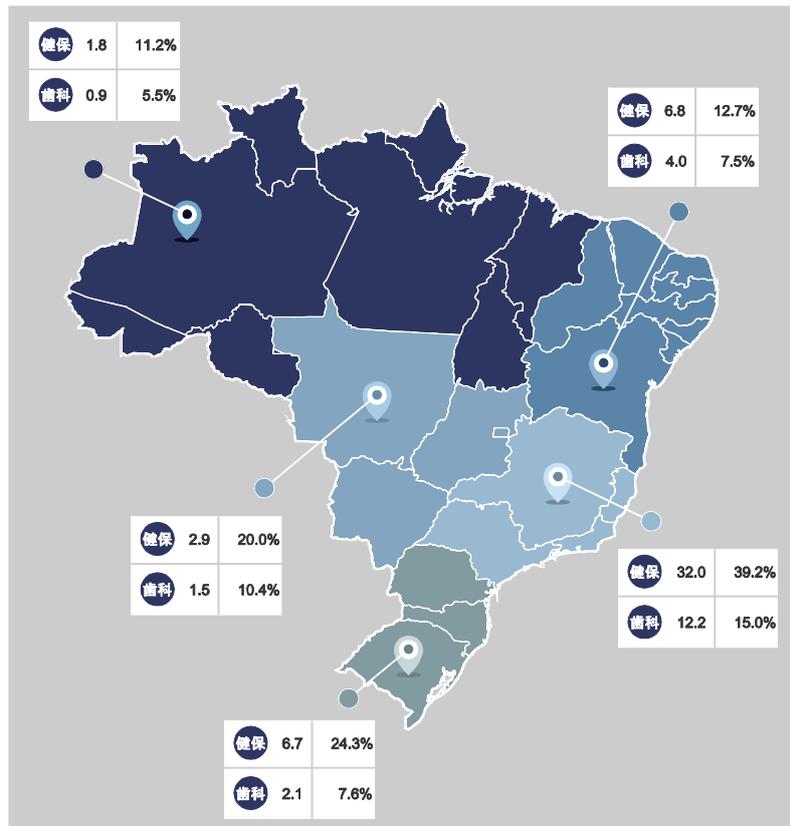
(1) SHI の普及推進

《図表 23》でみたとおり、SHI の約 8 割は団体契約によって締結されている。中でも、企業の従業員福利厚生である団体契約に強い需要がある。SHI 事業者の多くは、大企業が多く存在する南東部に集中しており、この地域の被保険者は、全体の 63%となる約 32 百万人を占め、地域内の普及率は 39.2%となっている。一方で、北部の被保険者数は全体の 4%の約 1.8 百万人で、地域内普及率は 11.2%と、大きな地域格差が見られている（《図表 27》参照）。現状では、民間医療サービスの導入は、都市部と都市部以外の格差を広げ、都市部以外の地域はますます公共医療に依存しなくてはならず、ブラジルの人口の大多数の受益とはなっていないことが指摘されている⁶¹。

⁶⁰ 2014 年 11 月に行った業界関係者からの現地聞き取り調査による。

⁶¹ 前脚注 58, Simonetta Zarrilli, p.146.

《図表 27》 民間健康保険の地区別加入者数と普及率



(注) 左側数値は加入者数 (単位: 百万人)、右側は地域内の普及率を示す。2013 年末時点。

(出典) FenaSaúde, “Indicadores Econômico – Financeiros e de Beneficiários”, ed.06 Junho 2014 より

損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

これまでの SHI の成長のドライバーは、経済成長に支えられた雇用機会の増加と国民所得の向上であったが、今後見込まれるブラジル経済の停滞が雇用環境に与える影響は、将来的に SHI 市場の成長性に影を落とす可能性がある。こうした環境情勢を踏まえ SHI の普及促進という側面で、政府が特に個人契約による SHI を今後どのように位置づけていくか、規制の動向が注視されよう。持続可能な市場には適度な自由性が必要で、リスクの選択や料率設定の面で適度な柔軟性を持つ規制環境が望まれる。保険事業者の商品設計と引受けに対し過度に厳しい制約を課すことは、長期的には SHI の収益性を失わせることになり、市場の持続性が懸念される。

また、規制が焦点を当ててきたのが、ヘルスシステムの一側面でしかないことも指摘できる。つまりヘルスシステム内の部門間には強い相互依存があるにも関わらず、保険事業者とその消費者の関係だけに規制の焦点があてられている。ブラジルのヘルスシステムにおいては、医療サービス供給者は各々異なる価格構造をもって自由な活動をしており、ANS はこの分野の調整機会を見失っているという指摘が見られる⁶²。健康保険の役割には、医療の提供に関わる多くの様々な関係者の利益を最適化して管理す

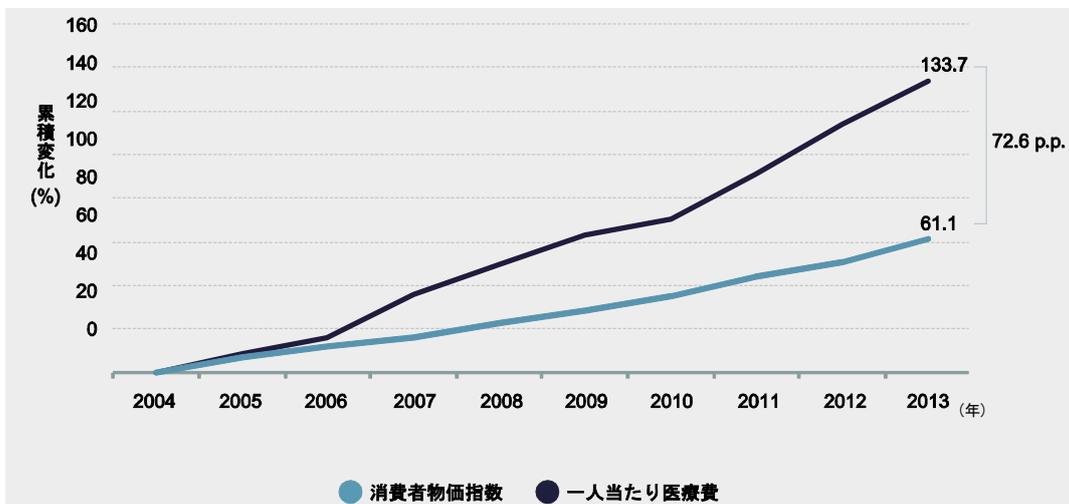
⁶² 前脚注 36、Valéria Barreto Peruna, p.34.

る側面があるとされる⁶³。ブラジルにおいては、MCO やユニメジのように、保険事業者と医療機関との垂直統合が歴史的に推進されている。しかし、市場の統廃合が進む中、現実には垂直統合モデルを推進してきた保険事業者の中にも破たん陥る事業者が出てきている。ヘルスシステム全体を俯瞰した規制の在り方には、いずれ議論の余地があるのではないだろうか。

(2) 医療費高騰が保険事業に与える影響

ブラジルの近年の医療費上昇率は、インフレ率を大幅に上回り推移している(《図表 28》参照)。Towers Watson の世界調査においても、ブラジルの 2013 年の医療費上昇率は 13.2%と世界平均の 7.9%を大きく上回ることが確認されており、上昇傾向は 2014 年もさらに続くという予測が出されている⁶⁴。

《図表 28》 消費者物価指数と一人当たりの医療費の関係



(出典) FenaSaúde “Indicadores Econômico-Financeiros e de Beneficiários” ed.06, Junho 2014 より

損保ジャパン日本興亜総合研究所訳出

医療費を上昇させる要素としてまず挙げられるのは、第 II 章でみたブラジルの高齢化の進行による医療費の継続的な上昇、さらには医療機器の大部分を輸入に依存していることで、流通価格に高い関税が付されているという現状である。また、現地で行った業界関係者の聞き取り調査では、病院には最新の医療技術を導入することへの圧力が生じており、極めて高額な最新技術を十分な理解を伴わずに使用しているケースがあるという話が聞かれた。さらに病院が高額な消耗品を採用する動きがある中で、医療の質を高めることなく医療費が高騰しているケースもあるという。

先端技術の利用は医療費を下げることも押し上げることもできるが、新技術の効果を測るには、新しい技術が既存の技術を補完するのか、あるいは置き換わるものなのか、さらに入院日数等といった他のコストにも効果を与えるのか等といった、相互に依存関係をもつ様々な要素の検証が必要である。しかしブラジルは、先進国に比べ健康分野の R&D にかかる資源の配分は低く、むしろ健康分野において技

⁶³ Swiss Re, “To Your Health: Diagnosing the State of Healthcare and the Global Private Medical Insurance Industry”, Sigma No 6/2007,p.36.

⁶⁴ Towers Watson, “2014 Global Medical Trends”, May 2014.

術輸入国であることが指摘されている⁶⁵。

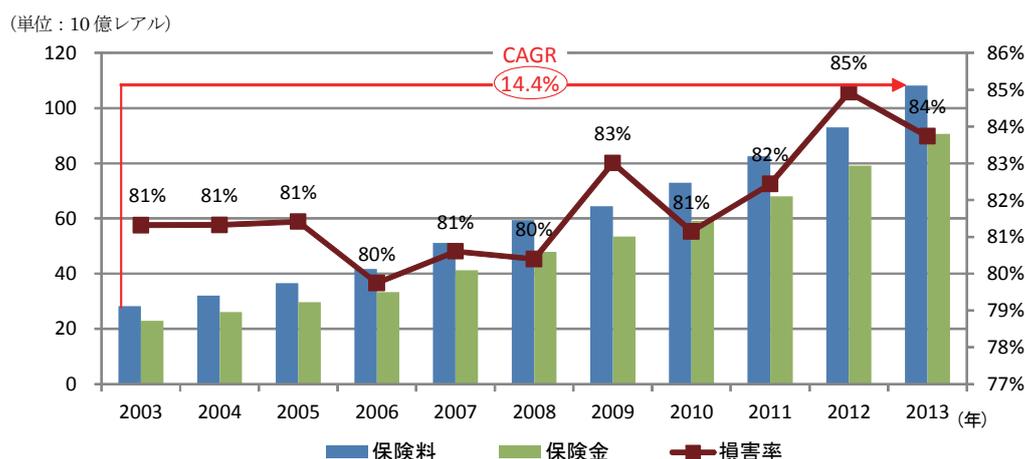
医療費の高騰に悩むのは今や万国共通の悩みとなりつつあるが、健康分野に ICT を利活用することは、医療費を押し上げる要因を特定し、予防医療サービスの合理的な使用を裏付けることになる。医療費における無駄の削減にも、SHI の持続性を促すことにもつながっていくだろう。

保険事業者側が負担する医療費の増加は、保険料に転嫁せざるを得ないという状況を招く。保険料の高騰は、保険料負担者である企業雇用主の不満につながり、保険者の切り替えが起こるといった事態を招いている。このような状態が続けば、SHI の成長は減速せざるをえない。

《BOX.5》 事業規模の拡大と損害率の上昇

《図表 29》に示すとおり、SHI 市場の収入保険料は増加の推移をたどっており、過去 10 年の年平均成長率 (CAGR) は 14.4%を示している。同時に支出である保険金支払いも増加している。特に 2010 年以降は、年平均増加率が 15.3%と保険料の増率を上回り上昇している。

《図表 29》 民間健康保険市場の収入保険料と損害率の推移



(出典) 《図表 20》に同じ

(3) 事業者の統廃合

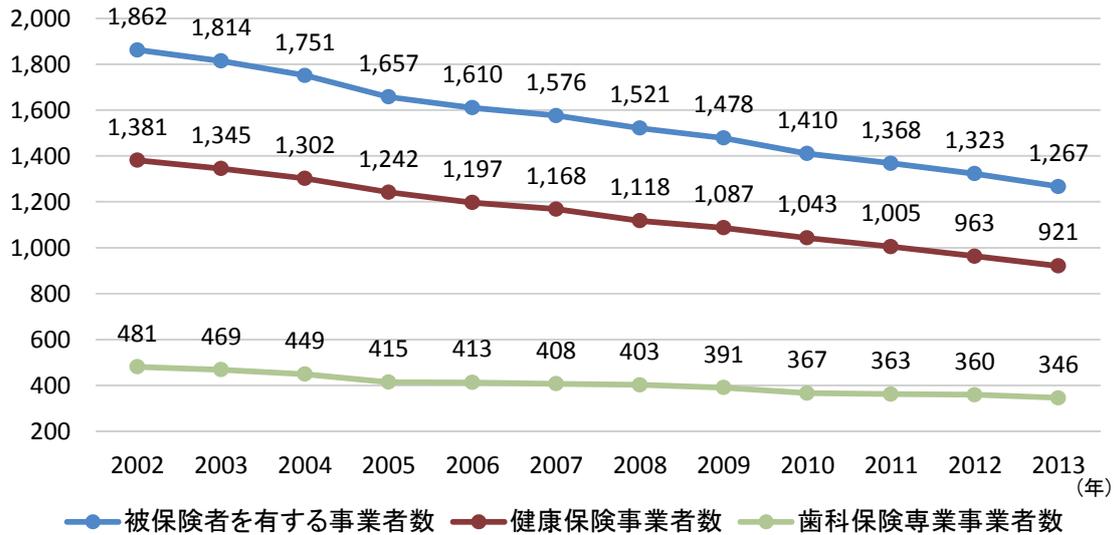
市場環境が厳しくなる中、SHI 事業者の統廃合が進んでおり、事業者数は年々減少している (《図表 30》参照)。規制強化、人口動態の変化、医療技術の高度化などといった市場環境の変化は、SHI 事業者の経営管理手法や事業構造の見直しを余儀なくさせている。

事業者数は全体で、2002 年の 1,862 から、2013 年には 1,267 と 595 社が市場から姿を消している。歯科保険を専業とする事業者を除き 2002 年には 1,381 存在した健康保険事業者は、2013 年には 921 社となり、この期間 460 社が統廃合の対象となった。

⁶⁵ Deloitte, “The insurance industry in Brazil Transformation and growth in a country of opportunities”, 2011, p.65.

SHI 加入者の約半数である 25 百万人は上位 25 社でカバーされており、大規模な保険事業者が、規模の経済を活かし市場を寡占していることがみてとれる（《図表 31》参照）。事業効率性の観点からも、寡占化の傾向は今後も続くと思われる。また、近年は外資参入の動きも活発化しており、2012 年には、米国最大手の健康保険会社 United Health 社によるブラジル最大手医療団体の AMIL 社の買収が大きな話題となった。

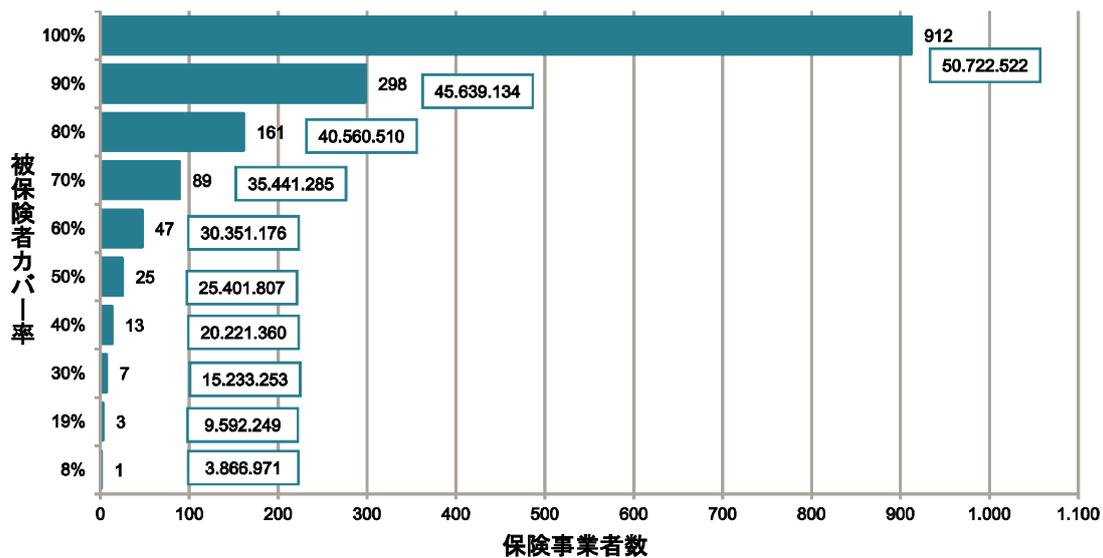
《図表 30》健康保険市場 事業者数推移



(注) 各年時点は 12 月の件数。

(出典) 《図表 20》に同じ。

《図表 31》被保険者の事業者数によるカバー率（2014 年 3 月）



(出典) ANS, “Caderno de Informação da Saúde Suplementar”, Junho 2014 より損保ジャパン日本興亜総合研究所 訳出

VI. おわりに

ブラジルでは公共医療の提供は政府の義務であり、全国民はこのサービスを受ける権利を持つ。各自治体に医療提供における権限や財源が移管されており、公的健康保険の提供において主要な役割を果たしている。これに連邦政府が財政面と技術面でのサポートを提供している。市がサービス提供の主体となっている点など様々な面で、SUSは世界でも数少ない国民皆保険の1つのモデルである。

SUSはブラジルの保健環境の向上において大きな役割を果たしてきたと言えるだろう。しかし、財政上の制限を受けることや、効率的な運営が出来ていないことなどを背景に資金不足に陥っており、国民のニーズを満たすだけの医療を提供できていないのが現状であることは否めない。今後高齢化が進めば医療費負担はさらに重くのしかかり、高い理想を実現するどころか今よりも厳しい状況に追い込まれることは不可避であろう。SUSだけでは国民の医療ニーズを満たせない中、憲法上でもSUSを補足すると位置付けられている民間医療体制が一層充実し、より多くの国民のアクセスが可能になることが期待される。

期待のかかる民間医療を支えるSHIは、企業の従業員とその扶養者を主たる加入者として国民の約1/4をカバーするまでに普及してきたが、今後のブラジルの経済見通しが不透明な中、同様の事業モデルのままでは過去と同じ推移で成長できる環境は望めないだろう。保険事業者は年々減少傾向にあるが、今後も統廃合は進み、安全性・効率性の高い事業者が存在する市場が形成されていく途中にある。この過程において、規制の在り方やICTの利活用などの論議がより活発になされていくことが期待される。

医学雑誌The Lancetが出した調査報告書は、ブラジルのヘルスシステムの根本的な問題を次のように結論づけている。「ブラジルのヘルスシステムが直面している幾多の課題を乗り越えるためには、財政構造の見直しと官民の関係性の再評価が必要とされる。それゆえに、SUSが直面している最大のチャレンジは政治に関わるものである。(中略)財源をいかに確保していくか、公共医療と民間医療の構成割合はどうあるべきか、不平等が根強い社会構造にどう改善を図るか、といったブラジルの抱える諸問題は技術的な領域だけでは解決できない。ブラジルの医療統一システムSUSは、政治的・経済的観点から、そして科学的・技術的見地からも、持続可能なシステムであることを証明されなくてはならない。」⁶⁶

ブラジルの健康保険制度は開発途上にあり、目指す理想への到達にはまだまだ乗り越えるべき高い壁があるように見える。憲法に定める国の義務である医療保障を、国と民間の連携と共存で推進していくための前向きな議論が活発になされ、早急な対応策が実行されていくことに期待したい。

⁶⁶ 前脚注 22, The Lancet, p.17.