

GRIPS Discussion Paper 20-12

タイの公的医療保障制度における制度間不均衡の問題に関する文献レビューと日本の経験との比較

小野 太一

Feb 2021



GRIPS

NATIONAL GRADUATE INSTITUTE
FOR POLICY STUDIES

National Graduate Institute for Policy Studies
7-22-1 Roppongi, Minato-ku,
Tokyo, Japan 106-8677

タイの公的医療保障制度における制度間不均衡の問題に関する文献レビューと日本の経験との比較

UHC 達成国であるタイの医療保障 3 制度、特に公務員等を対象とした CSMBS と一般国民向けの UCS の不均衡に関し、給付内容と支払方式、運営機構に係る差異の現状を概観した。次いで是正への取組みと、CSMBS の取組みを違法とする判例、及び救急医療の運営面の改善について整理した。次いで改革が期待通り進まない背景の仮説として、国民の納得と医療消費の階層化の可能性、UCS の給付水準の上昇による不満の緩和、医療機関等有力な反対者の存在の 3 点を提示した。

その上で、同様に分立した制度の下で UHC を達成する日本の制度での制度間格差の問題の経緯から明らかとなるタイの改革の困難さの理由として、CSMBS が退職者も加入する仕組みであること、CSMBS と UCS が税方式であること、加入者が費用単価の不均衡を実感しにくいこと、一定の医療消費の階層化が存在するであろうこと、所管庁が別々なことを挙げ、制度改革を可能にする政治、経済、社会環境が整う必要性を示唆した。

キーワード： UHC（ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）、タイ、日本、医療保障、制度間格差

Articles review on the issue of inequity among different schemes of Thai public health financing system and comparison with the experience of Japan

The author first reviewed the disparity of benefit contents, payment mechanisms and management organization of the three schemes for health protection in Thailand that achieved UHC, especially CSMBS for the civil servants and UCS for general public. Next, the author reviewed the efforts for adjustment by Thai authority, a judicial precedent that judged a CSMBS policy as unconstitutional, and the practical improvement in emergency medicine. Then the author pointed out three backgrounds that might hinder the reform as expected, namely, the possibility of the understanding of the public and stratification of medical consumption, ease of public dissatisfaction by the improvement of benefit level of UCS, and the influential dissenters such as medical institutions.

Then, by comparing it with the history of issues of disparity in the Japanese UHC with multiple schemes, the author suggested 1) the fact that CSMBS continues the coverage after retirement, 2) both CSMBS and UCS are tax-financed, 3) the disparity may be unnoticeable to the enrollees, 4) medical consumption may be stratified, as well as 5) different agencies are supervising each scheme are the reasons of difficulty for Thai, and pointed out that political, economic, and social environment need to be matured to enable the reform.

Keywords: UHC (Universal Health Coverage), Thailand, Japan, health protection, disparity among the schemes

0. はじめに

タイにおける 2002 年の UCS(Universal Health Coverage Scheme)の創設による UHC (Universal Health Coverage) の達成¹ⁱ、及びその後の医療提供の均霑化及び水準の向上、また貧困層も含めたアクセスの向上等の成果に関しては、同国の政策当局（保健省（MOPH））関係者の国際的なジャーナルへの投稿^{2iiiiiv}などを通じ、よく知られている。最近の世界銀行による UHC にかかるレポート^{3vi}においては、所得税や保険料の徴収が困難なインフォーマルセクターを多く抱える低・中進国においては、「少なくとも短・中期的には所得をベースにした税・保険料に依存することはできない」とされている⁴が、タイの UCS は一般会計の税方式による UHC 達成のお手本であるとも理解されよう。また政策当局者だけではなく、同国における富の分配の不平等を批判する論考を集めた著書においても、良い学校(good school)や適切な公共交通機関、高齢化が進む一方での包括的な高齢者向け給付の欠如を指摘する一方で、貧困や不平等の改善に大きな正のインパクトを与えた政策として UCS の創設が指摘されている^{5vii}。実際にも、家計からの破滅的(catastrophic)な医療支出の減少や医療費による貧困の減少、死亡率の減少等の統計を見ると、順風満帆の発展を遂げていると総じて言えると思われるが、一方で、疾病構造の変化に伴う慢性疾患、生活習慣病関連疾患への対応、財源や人材の確保、急速な経済成長と並行してこれも急速に進んでいる高齢化への対応等の課題も指摘されている。本稿ではそうしたタイの医療保障制度が直面する課題のうち、同国政策当局者もしばしば採り上げる

¹ UHC は、特に我が国においては、しばしば「国民皆保険」の訳語が当てられるように、貧困層も含む当該国家のすべての国民等に対し、何らかの「必要な」医療アクセスを保障する仕組みが公的な財政メカニズムの導入により達成されるという側面に注目されるが、本来的には財政面のみではなく、サービスや医薬品・医療機器等の質的・量的な側面や人材の養成等も含む幅広い概念と捉えるべきと考える。例えば国連 SDGs(Sustainable Development Goals)項目 3.8 において「全ての人、またコミュニティにおいて、経済的困難を伴うことなく、必要な質の高い保健サービスを楽しむこと」と定義されており、サービスの質にも言及がある。また WHO (2010) においては、UHC は対象者のみならず、給付水準（自己負担水準）、給付内容（サービス）の三次元の箱として表現されている。よって UHC の「達成」についても、すべての側面について 100%に到達するのは容易ではなく、むしろ先進諸国も含めた、医療制度のたゆまぬ改善のための道標と考えられるが、とりあえず本稿においては特段の断りのない限り、UHC の語を財政面に焦点を当てた「全ての人、コミュニティ」へのカバレッジの達成、というように理解する。

² 例えば Tangcharoensathien, et. al. (2019)、Tangcharoensathien, et. al. (2018)など。Tangcharoensathien 氏は、UCS の立ち上げを含むタイの医療制度改革に尽力した「農民医師官僚」(河森(2009)) の中心人物であった Nitayarumphong 氏の自伝的著書(2006)において、「CSMBS 改革への提案を創設し続けていた」と紹介されており(p.77)、政策当局の立場で、その改革に向き合う立場であった。

³ World Bank (2019), p.35。

⁴ ただし、今後のタイにおける UHC、特に UCS の持続可能性を考えたとき、現在のよう自己負担もなし又はごく少額、かつ (sin tax も含めた) 租税収入への依存で賄い切れるかどうかは別の問題であろう。

⁵ Lathapipat (2016)。

UCS (CSMBS、SSS 対象者以外のすべての者⁶を対象)、CSMBS (公務員^{7viii}及びその親、配偶者、子等を対象)、SSS (被用者本人を対象)の均衡の問題、特に公務員を対象とした CSMBS と UCS の違いについて採り上げ、現状及びその是正に向けたタイ国内での動きについて記述する。

なぜこの違いの問題について採り上げるのか。筆者は 2016 年 7 月より、一時期を除き政策研究大学院大学(GRIPS)において留学生を対象とした社会保障制度に係る講義や研究の指導を行うとともに、ご縁をいただき主に東・東南アジア諸国の政府関係者と、現地への訪問も含め、医療保障制度や高齢者介護等高齢化対策に関し、知見の共有や意見交換をさせていただく機会を得ている。その際には、国民皆保険の達成時の経験やその後の医療保険制度の高齢化への対応、介護保険制度の創設の経緯等について尋ねられることが多い。一方で、タイの関係者との機会においては、タイの現在抱える課題として、3 制度間の不均衡の問題は必ず提起され、特に後述するように一人当たり支出において相当な差を示すデータが目につくのだが、その点に関して、問題であるという認識は示されるものの、少なくともトップ・プライオリティであるという説明は、筆者の少ない経験の中では聞いたことがない。他方、日本の歴史を振り返ると、国民皆保険達成後の次の課題として、後述するように給付の範囲や水準を規定する診療報酬については、国保と被用者保険(健康保険、(国家公務員)共済組合)は早期に同等のものとされ、タイの制度のような違いはなかったが、国保と被用者保険の給付と負担の平準化は課題となった。また、特に公務員への社会保障の給付水準に関しては、早くから公的年金の分野では官民格差の是正が問題となるなど、日本の文脈では公務員への「優遇」が存在するとすれば大きな社会問題になるであろうと想像される一方で、タイ側からはそういった意識は伺われない。日本による UHC に関する諸外国への貢献—これは政策対話も含まれる—を進めていく上でも、タイの課題を例にとり、背景に踏み込んで理解を深めることにより、社会保障分野の国際協力の場面において、得てして「それぞれの国の事情」という語でやり過ごしてしまいがちだが、それぞれの国の文脈では重要な急所を適切に踏まえ、単なる制度の置き換えに留まらない、真に貢献に値するメッセージを提供していくという作業を行っていく上で、有益なヒントを与える可能性があると考えたためである。

以下、まず 3 制度の概要と成り立ちを概観する。次いで制度間、特に UCS と CSMBS の差異について整理を行う。次いで UCS と CSMBS の制度運営の実態について述べ、そこで指摘されている CSMBS の運営の非効率性に関し、是正のために進められている取り組みについて整理する。その上で、CSMBS の改革が期待通りのスピードで進まない理由について幾つか仮説を提示の上、日本における被

⁶ UCS の法的根拠である National Health Security Act B.E. 2045 (A.D. 2002)の英訳のうち、ILO の各国の関係法令にアクセスが可能なウェブサイト NATLEX からリンクをたどれるバージョン (www.ThaiLaws.com によるものとされている)では、この法により医療サービスへの権利が与えられる者については「タイ国民」(The Thai Population)とされ、一方で UCS を運用する国民医療保障事務局(National Health Security Office (NHSO))のウェブサイト上にある同法の英訳においては「すべての者」(Every person)とされている。

⁷ CSMBS の対象とする「公務員」は、国家公務員や政府の終身雇用の職員等を対象としており、地方公務員や公営企業の職員、臨時雇いや期限付き職員等は含まない(ILO(2013))。地方公務員や公営企業の職員は自身の医療保障制度を有しているが、その給付内容や支払方式は CSMBS に類似しており、また加入者もごくわずかである(ILO(2009), ILO(2008))。

用者保険と国保との均衡の確保に向けた取り組みの経験を整理し、タイの直面している状況との比較を試みる。

なお調査は特に記述のない限り、文献検索エンジン SCOPUS 等を用いた文献調査により行った。

1. 制度の概要と成り立ち

図表 1 は UCS、CSMBS、SSS の概要をまとめたものである^{xixixixixivxv}。

(図表 1) タイの医療保障 3 制度の比較

	UCS(Universal Coverage Scheme)	CSMBS (Civil Servant Medical Benefit Scheme)	SSS (Social Security Scheme)
創設	2002 年	1980 年	1990 年
対象者数 (2017)	4,800 万人	440 万人	1,060 万人
シェア (2017)	75.7%	7.1%	17.2%
対象者	右記以外すべての者	公務員本人、配偶者、直近親族 (20 歳未満の子・父母等) (※退職後も適用)	被雇用者 (本人のみ)
所管省庁	National Health Security Office (NHSO) (保健省の管轄下にある独立機関)	Comptroller General's Department (CGD), Ministry of Finance (財務省)	Social Security Office (SSO), Ministry of Labour (労働省)
総支出 (2016 年)	1,093 億バーツ (約 3,800 億円)	710 億バーツ (約 2,500 億円)	377 億バーツ (約 1,300 億円)
一人当たり支出	2,277 バーツ (約 8,000 円)	16,136 バーツ (約 56,500 円)	3,557 バーツ (約 12,500 円)
財源	税 (無拠出制)	税 (無拠出制)	保険料 (事業主、被用者)、税。1/3 ずつ。
予算管理	総枠予算あり (closed-end)	総枠予算なし (open-end)	総枠予算あり (closed-end)
医療機関の選択	ほとんどが公的なプライマリケア提供機関、及び紹介による公的医療システム。登録制。	公的医療機関の自由選択。救急等は民間医療機関でも提供。	契約先の公的及び民間医療機関。登録制
支払方式 (外来)	人頭払い	出来高払い	人頭払い
支払方式 (入院)	DRG に基づく包括払い (特定の高額治療には別途の診療報酬)	DRG に基づく包括払い (特定の高額治療には別途の診療報酬 (UCS より高水準の支払い))	DRG に基づく包括払い
疾病予防・健康増進	UCS によりすべての者を対象として実施		

注) 1 バーツ=およそ 3.5 円(2020/11/16 現在)で、下 3 桁四捨五入。

(出典: Tangcharoensathien, et. al. (2020)、Patcharanarumol, et. al. (2018),

Tangcharoensathien, et. al. (2018)、Thaiprayoon and Wibulpolprasert(2017)及び Tangcharoensathien, et. al. (2002)を参照して、小出(2020)の表2に加筆及び一部改変)

タイにおける医療保障制度は、1974年の労働災害補償制度に始まり、翌75年には、貧困者や社会的弱者向けの医療保障制度(Medical Welfare Scheme)が創設された⁸。また1983年には任意の医療保険である医療カードプロジェクト(Health Card Project)が開始され、後の94年には公費負担も行われるようになった。これらの2つの制度は後にUCSに吸収された。3制度のうち最も早期に創設されたのは、公務員とその被扶養者等向けのCSMBSであり、1980年の勅令により設立された⁹。次いで、主にフォーマルセクターの被用者に対する社会保険制度として1990年にはSSSが創設された。その後UCSが2002年に創設され、「国民皆保険」体制が整うこととなった。

それぞれの制度の詳細は出典の参考資料をご参照いただきたい。追ってUCSとCSMBSの差異について掘り下げた文献を参照するが、ここでは、1) UCS、CSMBS、SSSと所管省庁が異なること、2) CSMBSの対象者はいわゆる「突き抜け方式」で、退職後もCSMBSにとどまり続けること、3) UCSの予算管理が「総枠予算あり、ほとんどが公的なプライマリケア提供機関、及び紹介による公的医療システム、外来は人頭払い」である一方で、CSMBSが「総枠予算なし、公的医療機関の自由選択で特に救急や選択的手術は民間医療機関でも提供、外来は出来高払い」であること、4) 3)等の理由により一人当たりの支出においてUCSとCSMBSでは7倍以上の差があること、を指摘しておく。

なお行論の都合上、UCSとCSMBSの間の差異の存在を正当化する説明についてここで述べると、Tangcharoensathien, et. al. (2019)は、そもその制度の趣旨が「民間セクターと比べ低い給与に補償する目的で設けられた、包括的な福利措置」であるためと説明している。UCS創設期に編纂されたPramualratana and Wibulpolprasert, eds., (2002)にも同様の記述があり¹⁰、当時から同様の説明で理解されていたことがうかがえる¹¹。さらには、2016年12月のCSMBSの運営の民間委託への動きに関する報道¹²においては、多くの退職者はCSMBSの下での医療保障の約束があることで初任期の低賃金を甘んじて受け入れていたのに、と嘆く、そうした方向性を批判する者の声を掲げており、退職

⁸ この段落の記述はTangcharoensathien, et. al. (2002)及びTangcharoensathien, et. al. (2018)に基づく。

⁹ ただしそれ以前より、規則(regulation)に基づく制度は存在していた(Tangcharoensathien, et. al. (2018))。

¹⁰ 第2章(ただしこの章の筆頭執筆者は同じTangcharoensathien氏である)。

¹¹ しかしながら、データで見ると加入者全体の経済状態はUCS加入者に比べ相当高水準であり、またSSS被保険者と比べても同様である。2015年で最高の第5分位にCSMBS:51.5%、SSS:25.1%、UCS:11.6%が属し、最低の第1分位にはCSMBS:5.9%、SSS:24.5%、UCS:24.3%が属している(Patcharanarumol, et. al. (2018))。こうした実態と、この説明との矛盾に関しては、追って検討する。

¹² “Plans for civil servant medical scheme must be made public”(The Nation, 2016/12/12)(<https://www.nationthailand.com/national/30301966>, 2020年11月19日アクセス)。ただしその後民間委託が成立したとの情報は管見の限りではない。

者自身の間でもそうした考え方で納得が得られていることが示唆されている。データは追って検討するが「過去何十年もの間、タイの親は子供がいつか公務員になることを希望してその教育を支えていた。（終身雇用とライフサイクル毎の保障が与えられる）政府で働くことは、望むべく最も安定した雇用であった」^{13xvi}という社会の理解があったものと思われる¹⁴。

2. 給付対象と支払方式の差異

次いで、そうした違いのある UCS と CSMBS で、対象となっている人々に対して提供される医療サービスにいかなる差異があるのかを概観する。

(1) UCS の対象とされている医療サービスの範囲

およそ医療保障制度におけるサービスの対象範囲の決め方には、明確に対象範囲を列記するポジティブリスト形式と、基本的に全てのサービスを対象としつつ対象とならないものを明確に列記するネガティブリスト方式が考えられるが¹⁵、2002 年の UCS 創設時には後者の方法がとられた。その理由としては、2001 年の総選挙において UCS の創設を公約として掲げたタイ愛国党が勝利し、成立したタクシン政権が就任後 1 年で実現するという方針を打ち出したため、医療技術評価（HTA）などによりサービス対象を決定するような十分な時間がなく、また基本的なパッケージがどのようなものであるべきか、そのコストはいかにあるべきかといった議論をする時間もなかったこと、UCS 創設前に、CSMBS と SSS の対象とならない者を対象としていた 2 制度¹⁶において対象としていたサービスを除くことが政治的、社会的に困難であったことが挙げられている^{17xvii}。

一方で医薬品に関しては、1981 年に National List of Essential Medicines(NLEM)が創設^{18xviii}され、そこに含まれる医薬品は 2002 年の UCS 創設前の制度においても対象とされていたが、UCS においても、NLEM に含まれる医薬品はすべて対象となるポジティブリスト形式が採られた¹⁹。

¹³ Chandoevrit(2011)。Worawan Chandoevrit 博士は、後述する 2016 年 TDRI の報告書とりまとめのタスクフォースの一員であり、当該報告書をご提供いただいた。博士にはその他にも貴重な示唆をいただいた。この場を借りて御礼申し上げる。

¹⁴ ただし CSMBS 側から、こういった説明を正面から行っているものは現時点では見当たらない。

¹⁵ 以下この節の記述は、特に断りのない限り Tangcharoensathien, et. al. (2020)を参照している。

¹⁶ 2 制度とは、前述の貧困者や高齢者、障害者、12 歳未満の子どもを対象としていた Medical Welfare Scheme と、任意加入でインフォーマル・セクターに属する者を対象としていた医療保険制度である Health Card Project の 2 つを指す。

¹⁷ Health Insurance System Research Office(2012), pp. 31-32。

¹⁸ Teerawattananon, et. al. (2014)。

¹⁹ Tangcharoensathien, et. al. (2020)は、NLEM は List of Essential Medicine といっても最適(optimum)の範囲を示すものとして編成されたリストであったとしている。創設当初はコスト、安全性、効能(efficacy)のみが考慮されていたが、その後 2004 年、2008 年、2010 年と拡充を重ね、2019 年には 857 種の医薬品が含まれている。2004 年には 692 の有効成分を含むリストへとその性質を進展させた。2008 年には一部の高額医薬品について、分野の専門家による承認システムを通じてのアクセスが可能となった。また 2010 年

一方で、当初はネガティブリスト方式であった医療サービスの範囲については、2006年の HIV-AIDS に対する抗レトロウイルス治療に始まり、腎代替療法（腹膜透析を最初の選択にする）（2009）、ハイリスクグループに対する季節性インフルエンザ予防接種（2009）、末期腎不全への進行を予防する慢性腎疾患治療（2011）、18歳未満への肝移植（2011）、より積極的なエイズ検査と治療（2016）等についてポジティブリスト化され、対象範囲となった。その際には HTA や予算へのインパクト等の厳格な評価がなされたが、腎移植に関しては、その家計に与える影響と、CSMBS と SSS で既に対象とされていることに鑑み、費用に対して効果的ではなく、かつ予算を圧迫するにもかかわらず、政治的に決定された²⁰とされている。

（2）医薬品アクセスに関する UCS と CSMBS の差異（抗がん剤の事例）^{21xix}

この UCS において DRG ないし人頭払いの対象外とされている高額な医療サービスについては、対象の有無、及び支払方式の双方で CSMBS との差異がある。抗がん剤への支払いを例にここで整理する。

前述の NLEM においては医薬品をその 6 つのカテゴリーに分類している^{22xx}が、UCS の下では、そのうちのまず A から E1 の 5 つの段階に含まれる抗がん剤のうち、一定のプロトコルが確立された 20 種類のがんについては、DRG による包括払い（入院）や人頭払い（外来）の対象ではなく、出来高払いにより支払われる。ただしプロトコルに従わない場合、あるいはプロトコルに含まれていないがん治療をする場合には、外来については一回の出来高払い額に上限が設定されており、入院の場合には DRG の中で包括的に支払われることとされている²³。また最も高価な分類となる E2 に含まれる医薬品についても給付の対象とはされているが、個別病院が購入するのではなく政府製薬公社（Government Pharmaceutical Organization (GPO)）が一括購入をし、現物が病院に支給される仕組みを設けている。これにより 2009 年 1 月においておよそ 25% のディスカウントが可能となったとされている²⁴。価格交渉は NHSO（UCS の運営主体）が担っている。

にはオーファンドラッグ等も対象となったとされている (Tangcharoensathien, et. al. (2020))。

²⁰ 更に 2014 年 12 月の報道によれば、在宅腹膜透析のための透析液の宅配を UCS の下では提供しているが、CSMBS や SSS の下では行っていないというように、腎臓病に関する給付について、UCS の下では特別の配慮がなされている ("Agency to oversee health plans" (Bangkok Post, 2014/12/22)

(<https://www.bangkokpost.com/thailand/general/451388/agency-to-oversee-health-plans>) (2020 年 11 月 21 日アクセス))。

²¹ 以下この節の記述は、特に断りのない限り Patikorn, et. al. (2019) を参照している。

²² A: すべての医療機関で使用される第一選択薬、B: 第一選択薬の代替医薬品、C: 病院の責任者の承認の下、熟練の医師によって使用される医薬品、D: 特定の症状に対し、専門家による使用を意図した高価な医薬品、E1: 政府の特別政策 (HIV/AIDS、結核等) のための医薬品、E2: 特定の患者のための効果だが重要かつ保険の適用対象となる医薬品 (抗がん剤等) の 6 分類 (厚生労働省 ((株) エアクレレーン) (2017))。

²³ 患者に差額負担を求めることは禁止されているが、実際にはそうした場合には負担を求めている場合があるとされている (Patikorn, et. al. (2019))。

²⁴ Patcharanarumol, et. al. (2018)。また同じ論文では、抗レトロウイルス治療薬や腹膜透析液も一括購入の対象と説明している。

NLEM は UCS のみならず CSMBS においても適用されている。CSMBS においては、同じ A から E1 までの抗がん剤については同様に出来高払いで支払われるが、特に一定のプロトコルの遵守は求められていない。また E2、及び E2 にも含まれていないが CSMBS 独自の仕組みである OCPA(Oncology Prior Authorization)において対象とされている医薬品²⁵については、CSMBS の運営主体である CGD の事前承認により出来高払いで支払われる。他方、抗がん剤については、2018 年 1 月以降に薬事承認された抗がん剤が自動的に含まれることとなる別途のネガティブリスト²⁶も存在しており、OCPA 対象医薬品の代替として使いたい場合には、同様のプロセスで事前承認を得ることができる仕組みがある。さらに NLEM、OCPA、ネガティブリストのいずれにも含まれない医薬品についても、タイにおいて薬事承認があり、医師が NLEM 対象薬ではないものを処方する必要があると説明すれば、一定の条件下において利用が可能となる仕組みも存在する。

両者を比較すると、CSMBS においては前述の通り 1) NLEM の A から E1 までの使用に関し一定のプロトコルが求められていないことに加え、2) E2 については UCS においても政府の一括購入により給付対象とされているが、しばしばブランドの変更(switching)があり、それによる医療過誤や副作用、コンプライアンスに関する懸念が生じること、3) NLEM 対象外の医薬品についても OCPA 等により自己負担が不要でアクセスが可能なものがあること、4) また、NLEM リストが 3 年に 1 度見直しの機会がある一方で OCPA への取り込みはより早く行われること、といった点において、UCS よりも有利な点が存在する²⁷。しかしながら全体的に見れば、UCS の下での抗がん剤へのアクセスは十分なものと考えられるとされており、Patikorn, et. al.(2019)ではその理由として、(高額な抗がん剤に関するアクセスは制限されているものの) WHO が推奨する 40 の抗がん剤リスト(20th WHO-EML(2017))のうち、35 が NLEM に含まれていることを挙げている。

(3) 支払方式の違い

次に診療報酬の支払方式の違いと、その影響について概観する。

図表 1 にあるように、UCS では外来は人頭払い、入院は DRG に基づく包括払いであり、特定の高額治療には別途の診療報酬で対応する一方で、CSMBS では外来は出来高払い、入院は DRG に基づく包括払いではあるものの、特定の高額治療には UCS より高水準の支払いとなっている。後述するように DRG が導入されたのは 2007 年であり、それ以前は入院も出来高払いであった²⁸。

こうした支払方式の差が CSMBS のコスト高の理由ではあるが、Patcharanarumol, et. al. (2018)においては、CSMBS の一人当たりコストが高いのは、CSMBS がより寛大な給付内容であるか

²⁵ 2019 年において 29 の症状に対する 17 の抗がん剤が対象となっている。

²⁶ 当該ネガティブリストに含まれる医薬品は、段階的に OCPA に取り込まれていくものと理解されているが、OCPA に取り込まれるための公式の明確なクライテリアは示されていない(Patikorn, et. al. (2019))。

²⁷ OCPA 等の存在は、UCS にはない CSMBS の有利な点と表現しうると考えるが、一方で Patikorn, et. al. (2019)においては、OCPA やネガティブリストにおいて、CSMBS の対象者も一定の制限の下でしかこれらの高額医薬品を使えないこととされており、制限が加えられているという意味で、制度間の差異は是正されているとの理解を示している。

²⁸ Tangcharoensathien, et. al. (2002)。

らではなく、その差はわずかであるとしている。その例示として、歯科においては CSMBS の方が若干対象範囲が広いが、UCS の方が健康増進に係るサービスをより広く提供していることを挙げている。さらに、CSMBS のコスト高は出来高制の下でより多くの診療や医薬品が提供されるためであり、制度的には (de jure) 外来給付の内容について差はないが、事実上 (de facto) より強度の高い (higher service intensity) 医療が提供されることになっていると批判している。他方入院については、後述のように三次病院や大学病院に対する支払いが、同じ DRG でも他の病院に比べ高くなっていることが、CSMBS の高コストを招いていると整理している。さらには、一時所管省庁である財務省が、制度運営の民間保険会社への委託を模索する動きを見せたこと（前述）について、問題の本質を捉えたものではないとの批判も展開している。

ここでの「CSMBS の方が給付内容の水準が高いということでは必ずしもなく、支払方式の違いによりコスト高となるのだ」、という主張に関しては、実証研究として、2010 年 1 年間のタイ北部での 3 病院での外来患者の「過剰薬剤提供日数度」（本来の処方日数分以上の薬剤の給付の度合い）を分析し、UCS と CSMBS で過剰提供されている患者の割合は若干 CSMBS が高いものの大きな差はない²⁹ 一方で、財政的ロスは約 1.5 倍になり、その理由として、人頭払いである UCS とは違い出来高払いの CSMBS の下で、より高い単価の医薬品を患者に提供している可能性が示唆されたものがある^{30xxi}。

3. 制度運営機構の差異

前節では給付対象と支払方式の差異について、全体像を概観しつつ、給付対象に関しては抗がん剤についての詳細な分析を整理した。追ってその差異が現出している現状に至る経緯について検討するが、Patcharanarumol, et. al. (2018) は、差異の存在の前提となる UCS と CSMBS の制度の設計思想やその運営の違いについて、以下の 4 点を挙げている。

(a) 政府との関係性

UCS の運営主体である NHSO はサービスの購入者であり、法的に運営協議会 (Board) への説明責任を負うとされている一方で、CSMBS の運営主体である CGD は請求を処理する費用の支払者に過ぎないこと、CSMBS が出来高制であり予算不足が生じた場合には他の予算が再配分される一方で、UCS への予算は一人当たり費用に基づき算定される予算内での運営が求められ、それを超える支出は認められないこと、CSMBS は給付パッケージの設定に際し一定の専門家の助言を仰ぐのみとしている一方で、UCS では HTA の活用や NLEM に基づく管理が行われている（前述）とともに、Board に属する委員会で新規対象とすべき医療技術等に関する議論が行われていること。

(b) 医療提供者との関係性

CSMBS においてはプライマリケアによるゲートキーパー機能がない一方で、UCS では登録先の医療ネッ

²⁹ この論文では両者の過剰提供を受けている患者の割合がそう変わらない理由について考察されていないが、UCS や CSMBS と比較して、いわゆる現役世代の被用者本人のみが加入する SSS においては過剰処方を受けている患者の割合が低いことから、後述する患者の年齢層が関係している可能性もあると思料される。

³⁰ Dilokthornsakul, et. al. (2014)。

トワークがゲートキーパーとして機能していること³¹、CSMBS では前述のように外来が出来高制であり、NLEM 外の医薬品も含めた医薬品の過剰処方につながることも、三次病院や大学病院に対して高い DRG のレートが用いられており、その利用が助長されるが、全ての病院について同一のレートにする方向での議論はないこと、UCS で講じられているような一括購入の仕組みが CSMBS では存在せず、個別の公立病院が購入するため規模の利益が働かないこと。

(c)被保険者との関係

コールセンターが UCS では 24 時間対応である一方 CSMBS では政府の開庁時間のみであることや、UCS では毎年の被保険者や医療提供者を対象とした公聴会が行われるが CSMBS ではそうした定期的な機会はないこと³²。

(d)サービス購入者としての機能に影響を与える事項

CSMBS は、政府職員の他のすべての福利厚生も扱う CGD にとって担う責任の 1 つでしかなく、職員数は 32 名、特に専門の学位等を有する職員もいない一方で、UCS は NHSO が担う唯一の責任であり、職員数が 2016 年で 820 名で、約 1/3 は医療系のバックグラウンドを持ち、上級管理職 (executives)のほとんどが経験を有する医療・保健の専門家であること。また UCS は独立した監査メカニズムを有していること。

これらのことから、Patcharanarumol, et. al. (2018)では、UCS の方が明らかにより効果的に医療サービスの購入者としての役割を果たしており、一方で UCS は（効率性の追求のみならず）一部の高額医薬品について出来高払いを可としたり、全国すべての地域でのサービス利用を可能とするなどの配慮も行っていると結論付けている。

4. 差異是正のための努力

前 2 節では UCS と CSMBS に係る給付対象と支払方式の差異、及びその前提となる運営機構に係る差異について概観した。その差異については、冒頭に述べたように CSMBS の趣旨としてそもそも「民間セクターと比べ低い給与に補償する目的で設けられた、包括的な福利措置」という側面もあるが、一方で制度の設計・運用にあたる立場では、差異を是正するための努力も行われてきている。以下、制度面でのその差異の調整に係る努力をまず時系列で整理し、次いで、そうした努力の一報で、CSMBS の運用者である CGD による施策が裁判により憲法違反であると判示された事例を紹介する。その上で、一定程度効果が見られるとされている事例として救急医療に係る取り組みを概観する。

(1) 是正のための取り組み

³¹ この点に関しては、CSMBS 対象者の大部分が、プライマリケアが十分に整っていない都市部に生活していることも理由として掲げられている。

³² もう 1 点ここでは CSMBS の被保険者が比較的都市部に在住し、教育水準も高く、経済状態も高いことが指摘されている。運営実態を理解する上での重要な情報だが、それ自体が UCS の制度としての優位性を示すものではないので、この脚注で紹介するにとどめた。

(a) 統一的な制度創設の志向と妥協

制度創設期、MOPH の「農民医師官僚」の間では、UHC 達成時においても 3 制度が分立する現在のようなスタイルを想定していたのではなかった。1998 年の MOPH が出版した書籍^{xxii}の中で、改革の中心人物であった「農民医師官僚」Nitayarumphong 氏は、UHC の達成への道筋として、1 つのファンド(National Health Security Fund)にすべての既存制度を統一してしまう革新的(radical)な方法と、既存の各制度を調整し、医療保障制度でカバーされていない人々への拡充について政府に助言する委員会(National Commission on Health Security)を創設する、という 2 つの案を提示していた^{33xxiii}。その後、前述のとおり 2001 年 1 月に誕生したタクシン政権の下で UCS が開始されることとなる。この間の経緯、また「農民医師官僚」とタイ愛国党(タクシン党首)との間での UCS 成立へのイニシアティブの詳細は他書³⁴を参照いただくとしてここでは論じないが、タイ UHC の施行 10 年を評価した報告書³⁵においては、当初は Nitayarumphong 氏の最初のアイデアのように、1 つの統一的なファンドを創設して UHC を達成することが目指されていたとしている。しかしながら、SSS を所管する SSO は SSS の積立金から UCS に補助することになるのではないかと懸念を示し、また CSMBS を所管する CGD は、給与水準の低い公務員に補償するためには寛大な医療給付が必要であると主張した。それに加え、公務員への給付による収入で「潤っている(enjoying)」いくつかの著名な三次病院からは、CSMBS が UCS と統合されることで治療の質の低下が懸念されるという声も上がったとされている。結局議会での調整過程において統一的なファンドを創設する革新的な案は法の作成段階で薄められ、3 制度を管理する一つの政府機構を設けることで調整がなされた³⁶。一方で河森(2009)においては、法案審議の終盤において、将来の統合の可能性を残す条項(現行法では第 9 条第 3 項及び第 4 項(CSMBS)、第 10 条第 2 項及び第 3 項(SSS))³⁷に関して一部の医師グループが削除に向けたロビー活動を行っ

³³ タイでは 1961 年以来、基本的に 5 年を 1 期とした国家医療計画(National Health Plan)が策定されている(Pagaiya and Noree (2009), p. 4)が、Nitayarumphong 氏は、1997 年から 2001 年を期間とした第 8 期計画において、UHC を 2001 年末までに達成するとされていると指摘する中で、この 2 案を掲げていた。

³⁴ 例えば河森(2009)、Nitayarumphong(2006)など。

³⁵ Health Insurance System Research Office(2012)。事務局には Tangcharoensathien 氏、Patcharanarumol 氏等が参画している。

³⁶ これに続き、Health Insurance System Research Office (2012) はそうした妥協が法案に取り込まれたと記述しているが、実際にそうした機構が設立されたとの記述は他の文献も含め確認できず、後述するように 2016 年 6 月に、別の、政府からの委託を受けたシンクタンクによって類似の提案がなされた。他方 Health Insurance System Research Office (2012) はこの記述に続き、2004 年には 3 者のコーディネートをを行う協議体が設けられ、加入者データの共有や共通の監査システムの開発等の、議論の余地が少ない事柄については一定の成果を得たと評価している。

³⁷ Health Insurance System Research Office (2012) p.64 においては第 11 条、第 12 条もそうした制度間調整の規定であると指摘されているが、筆者が確認した現行法の英訳(脚注 6 参照)においては、第 11 条は労災制度、第 12 条は交通事故に係る補償制度に対する、UCS からのいわゆる制度間求償について定めた規定であった。河森(2009)においては、将来的に単一の基金に統合することに反対するグループは、第 9 条、第 10 条のみならず第 11 条にも反対したが、「若干の修正が加えられたものの、第 9・10 条を基本的に保存した」(p.100)としている。この間において何らかの法案修正があった可能性がある

たことが紹介されており、法案の決定までの過程においても根強い反対の動きがあったことが伺える。

(b)初期の運営における調整の努力

こうして UCS 創設時において、CSMBS や SSS を統合した 1 つの制度として財政運営するということにはならず、制度間の不均衡、特に CSMBS と UCS の不均衡は引き続き問題として位置付けられることとなった。2000 年代前半のタクシ政権下で、タクシ首相は 3 制度の 2005 年 10 月ないし 2006 年 1 月を目途とした統合を指示していた³⁸が、結局成実はしていない。その差は制度の建て方の違いに加え、専ら 3. で述べたような CSMBS の運営に係る緩さの問題とされ、差異の問題というよりは CSMBS の運営効率化の問題として取り上げられるに至った。

CSMBS を運営する CGD も、制度運営の効率化に向けた動きを見せた。例えば CGD が政府系シンクタンク Health Systems Research Institute(HSRI)に対し解決策に係るコンサルティングを依頼し、HSRI から、1)現行の給付水準を下げないこと、すなわち、(幾分の進歩の根拠もない場合)サービスの選択肢の減少につなげないこと、2) 管理費用を含め、効果的なコスト削減を行うこと、3) 保険原理に基づき、高額医療への保障を優先すること、4) 医療提供機関の競争を促し質を改善すること、5) 情報及び監督のシステムを強化すること、の 5 点を基本原則として掲げた、給付内容や支払方式に係る幅広い提案が行われたことがあった^{xxiv}。この提案は外来、入院両面にわたり、自由選択制と出来高払いを基本とする運営から、医療機関の登録制と包括払いの導入を提唱する大規模な改革を含むものであった。そのうち入院については、2007 年に DRG が導入されるに至っている³⁹。また 2009 年には、CGD が全国の 80%以上の外来患者数の規模となる 168 の三次病院において、医師の医薬品の使用状況を監視するため、すべての医師に処方者番号を添付し、電子請求書と請求される医薬品との紐づけを行った結果として、2010 年から 14 年までの間の外来医療費の伸びは抑制されたことが報告されている⁴⁰。さらに HSRI の提案にて提唱されていた医療機関の登録制に代表されるように、明らかに導入されていない内容もあり⁴¹、本格的な改革には至らなかった。

(c)会議体を設けての調整への提案

その後も政府による 3 制度間の調整の努力は続いた。2010 年の国家健康会議(National

が、確認できておらず、今後の課題としたい。

³⁸ 河森 (2009)、p.114。

³⁹ 同上、p.113。なお HSRI の提案では、入院医療への支払いはリスク調整後の人頭払いか総枠予算制の下での DRG に基づく配分が提案されていた (Sriratanaban(2002), p.49)。

⁴⁰ Patcharanarumol, et. al. (2018)。ただし 2015 年にはリバウンドしたとして、CGD の運営を批判する材料として取り上げられている。

⁴¹ HSRI の提案に係る事項は外来、医薬品・医療機器の処方、予防・健康増進、歯科、救急、産科・小児科、慢性疾患・高額医療・高度技術を必要とした医療、のそれぞれを含む広範なものであったが、救急に関し制度間調整の仕組みが取られたこと、抗がん剤を含む医薬品の扱いなど一部本編記述のもの以外の扱いについては詳細な資料が入手できておらず、これも今後の課題としたい。

Health Assembly(NHA))⁴²においては、3 制度間の給付内容等を調和させるための助言機関の設立が提唱され、それを受けて、首相をその評議委員会の議長とする国民医療保障財政開発室(National Health Care Financing Development Office(NHCFDO))なる組織が設立された⁴³。設置期間は 3 年間であったとされていたが、この会議が何らかの結果を出したという報告は見当たらない⁴⁴。また同時期の 2013 年 1 月の世界銀行から出されたレポート^{45xxv}においても、3 制度の不均衡は積み残しの課題として掲げられていた。

さらに 2014 年には、著名なエコノミストである Ammar Siamwalla 氏を委員長とする制度間の調整を目的とした委員会が設けられた⁴⁶。その下に設けられた調査分析のための部会による委託先であった民間シンクタンク TDRI⁴⁷は、制度所管省庁の上位に位置付ける政府組織を立ち上げ、制度間調整を行うことを提案した。TDRI がまとめた当該報告では、まずドイツ、フランス、日本、ベルギーといった、複数の公的医療保険制度が存在する国の制度を検討し、それぞれの国で、制度間の調整を行って同一の方向性の下で制度を運営していくためのプラットフォームが存在し、それらは特に給付内容と支払方式に係る調和を目指すものであると指摘した上で、「望ましい到達点(“Desirable Goals”)]を達成するため、分立する制度を統括した、政府と人々の中間レベル(meso-level)のプラットフォーム組織を創設すべき

⁴² 国民健康会議 (National Health Assembly) とは、2007 年に制定された国民健康法 (National Health Act、UCS の根拠法となる国民健康保障法とは別の、医療政策の原則を定める法律)に基づき設立された、首相又は首相から委任を受けた副首相を議長とする官民の代表者からなる会議体である国民健康委員会(National Health Commission(NHC))が開催する定例的な会議である。2008 年より年 1 回開催されている。NHC は常設の事務局を持ち、国民健康法において、健康問題に関わる政策や戦略の内閣に対する提案や、国民各層の政策形成への参画の促進、諸分野の政策の健康影響評価(Health Impact Assessment)等を行う組織とされている。

⁴³ Health Insurance System Research Office(2012), p. 64 を参照。ただし、同書においては NHA による解決策の提案(proposed solution)として会議体の設置がなされたと記述されているが、2010 年の NHA の決議(resolution)においては、3 制度間の不平等を縮小すべきとの記述、及びより抽象的な、政策形成の枠組みの設立への呼びかけはあるものの、同書が指摘するような会議体の設置のような具体策は見当たらない。(国民健康委員会事務局ホームページ参照(<https://en.nationalhealth.or.th/3rd-national-health-assembly/>)。2021 年 1 月 7 日最終アクセス)。

⁴⁴ NHCFDO が設立された当時は 2008 年 12 月に成立した民主党のアビシット(Abhisit)内閣の時代であったが、2011 年 8 月に政権交代があり、インラック首相の下でのタイ貢献党(Pheu Thai Party)による政権となった。Health Insurance System Research Office(2012)が編纂されたのはタイ貢献党政権の下であるが、そこにおいては、かつてのライバルであった(アビシット)政権によるイニシアティブを現(インラック)政権が支持するかは不透明であると指摘されている(同、p.64)。なおこの脚注及び脚注 46 におけるタイ政局の動向に関する記述は外務省ホームページ参照

(<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/thailand/data.html#section2>)。2021 年 1 月 7 日最終アクセス)。

⁴⁵ Hanvoravongchai (2013)。

⁴⁶ 2014 年 5 月の軍事クーデターにより政権に就いたプラユット首相の指示により設立された。委員会の設置に関しては脚注 20 と同じ報道を参照。

⁴⁷ タイ開発調査研究所(Thailand Development Research Institute(TDRI))。Siamwalla 氏は同研究所の名誉研究員でもあった。

と提案した^{48xxvi}。この提案は、当該組織に参加すべき者（首相、所管閣僚、制度運営者の代表、サービス提供者の代表、制度の被保険者の代表、学識経験者）、その責任範囲、事務局組織等についてを含む具体的なものであった。そこでは制度の調和を目指した政策や規制、ガイドライン等の作成や、年間の総医療費予算の策定等、強力な権限を有する組織が想定されていたが、そういった組織は現実のものとはならず、今日に至っている。

（３）費用抑制への取組みを違法とした判例

このように CSMBS の運営に関しても効率化を目指した動きがあった一方で、費用抑制のための施策が行政裁判所における司法判断^{49xxvii}により覆された例もあった。これは CSMBS で従来骨関節炎薬として償還されていたグルコサミン⁵⁰について対象から外したことに関し、CSMBS の被保険者からの訴訟が 2011 年に提起され、2015 年に対象から外したことは違法であり、元に戻すべきとの判決が出された^{51xxviii}事案である。

1999 年に CGD が発出した規制により、CSMBS は一定の場合において NLEM 外の薬剤を処方しても良いこととされたが、2010 年に、財務省のワーキンググループが費用抑制の観点から外来処方薬の利用状況に関する見直しを行い、グルコサミンを含む骨関節炎薬のうち遅効性のものについて、治療効果と費用対効果の観点から根拠がないと判断し、その処方を禁止することを提案した。それを受け財務省は 2010 年 12 月にグルコサミンを CSMBS の給付対象から外した。それに対する訴訟において、裁判所は、タイ王立整形外科医学会 (Royal College of Orthopedic Surgeons of Thailand(RCOST))の 2010 年の診療ガイドラインにおいて、グルコサミンの利用について賛成でも反対でもない (+/-) とされていたことを、RCOST がタイの文脈においてグルコサミンの利用が診療の観点から適切であり金銭に見合う価値があると自信を持っていることもできず、逆に自信を持って否定することもできないという見解であり、その見解は（財務省ワーキンググループが他国の研究にのみ依存していたのとは違い）国内での治療根拠や給付制度、経済状況等にも依拠していたとした。そして 2015 年 2 月の判決において、2010 年 12 月の決定は当該給付を完全に行い得なくなるのみならず、憲法⁵²で規

⁴⁸ TDRI(2016)。なお当該報告書の英文のサマリーを参照した。

⁴⁹ タイの裁判制度は、憲法裁判所 (the Constitutional Court)、司法裁判所 (the Court of Justice)、行政裁判所 (the Administrative Court)、軍事裁判所 (the Military Court) の 4 つからなり、このうち行政裁判所は、1999 年の行政裁判所法により、司法裁判所が管轄を有する民事及び刑事の司法制度とは独立に、行政事件について管轄を有する裁判所体系として設置されたものである。当事者から提出される証拠に限定されず、行政裁判所自ら事実の取調べを行うことができる、いわゆる職権探知主義が取られるなど、日本の行政裁判とは異なる側面を有している（三菱総合研究所(2019), pp. 13-16)。

⁵⁰ 正確にはグルコサミン・サルフェイト (Glucosamine Sulfate)。

⁵¹ 以下この節の記述は Tantivess and Tangcharoensathien, (2016)に基づく。

⁵² 2007 年憲法第 78 条では「国は以下のように施政面での政策指針に基づき施政にあたらなければならない。」とされ、第 8 項において「公務員及び国の職員が相応の特典 (fringe benefit) を得られるようにする。」と規定されていた（英語は [constitutionproject.org\(https://www.constituteproject.org/constitution/Thailand_2007.pdf](https://www.constituteproject.org/constitution/Thailand_2007.pdf)、2020 年 11 月 30 日アクセス) に、翻訳は日本貿易振興機構(JETRO)バンコクセンター

定された政府職員の特典を損なうものとした^{53xxix}。

このように行政サイドにおける CSMBS の費用抑制に係る取組みが、司法の判断により行政の方針のままに進められないことも生じている。この判決においては、対象から外す以外の方法でグルコサミンに係る給付額を抑制する手段が存在するとも指摘するなど、一切の給付抑制を否定したのではなく、現にグルコサミンの適応症状の見直しは、CSMBS の給付範囲を決めるコミッティでも採用されるなどしているが、こうした判例が示すような判断が存在しうるような法的環境が存在したことについては、CSMBS の改革を遅らせる理由の 1 つとして、Tangcharoensathien, et. al., (2018)では「医薬品処方に関する利益相反（の問題）」と表現されている。

（４）実態面で進む制度間差異の調整（救急医療（民間病院）の例）

他方、制度の違いが医療アクセスへの違いにつながる課題として意識され、一定の取組みが成果を挙げた例として、救急医療（民間病院）に対するアクセスの問題を採り上げる。

2002 年の UCS の創設による UHC 達成以来、病院における救急医療（Emergency Department (ED)への外来、入院治療とも）は、3つの医療保障制度(UCS、CSMBS、SSS)において賄われてきた^{54xxxxxxxxxii}。UCS 及び SSS と CSMBS の間には、前 2 者はもともと給付対象の医療機関となるのに契約が必要で、かつ一定の医療機関に対する登録が求められる一方、後者はそうした縛りが基本的でないという性格の違いを反映して、救急医療に対する支払方式も異なっていた。しかしながら救急対応はいつ何時必要とされるかはわからない上、効果的な対応がタイムリーに行われる必要がある一方、必ずしも事前登録した医療機関がその時点、その場所においてアクセスがよいとは限らず、またアク

編

(https://www.jetro.go.jp/ext_images/world/asia/th/business/regulations/pdf/general_1_2007.pdf, 2020 年 11 月 21 日アクセス)に基づく)。当該憲法は 2014 年 5 月のクーデター後廃止され、暫定憲法ののち、2017 年 4 月に新たな現行憲法が施行された（「タイ新憲法ようやく施行 修正経て国王の権限強く」（日本経済新聞、2017/04/17)）。なお現行憲法では公務員等の特典について定めた条項はない

([constitutionproject.org\(https://www.constituteproject.org/constitution/Thailand_2017.pdf](https://www.constituteproject.org/constitution/Thailand_2017.pdf), 2020 年 11 月 30 日アクセス)に基づく)。

⁵³ こうした判示に関しては、Tantivess and Tangcharoensathien(2016)では 6 点に渡る批判を展開しているが、その一つの理由として、同じ 2007 年憲法第 51 条において「人は相当かつ標準的な保健サービスを平等に受ける権利を有し、貧困者は無料で国の保健サービス施設で医療を受ける権利を有する。」(翻訳の依拠先は同上。下線は筆者。)と規定されていることについて配慮されていない、との指摘がなされていた。なお 2017 年憲法では第 47 条で「人は、国の公衆衛生サービスを受ける権利を有する（第 1 項）。貧窮者は、法律の定めるところにより無料で国の公衆衛生サービスを受ける権利を有する（第 2 項）。」とあり、また第 258 条で、国家改革の目指すべき成果として「健康保険制度を改善し、国民が制度の運営から権利及び給付が得られ、良質かつ便利なサービスを受けられるようにすること（7. (4)項）」といった条項があるが、「平等に」という文言は見当たらない(翻訳は加藤訳(2017)に基づく)。

⁵⁴ 以下この節の記述は、タイ国立救急医療院(National Institute for Emergency Medicine)ホームページ(www.niems.go.th)、Suriyawongpaisal, et. al. (2018), Suriyawongpaisal, et. al (2016)及び Suriyawongpaisal, et. al (2015)を参照している。

セスのよい医療機関が患者が加入する公的医療保障制度を扱っているかどうかにも限らないため、救急時における調整の問題が発生する。

基本的に UCS と SSS においては図表 1 の通り契約ネットワーク内の登録病院においては ED（外来）は人頭払い、入院は DRG に基づく包括払いとされているが、UCS においては契約ネットワーク内で登録外の病院（公民とも）については ED は上限付きの出来高払い、入院は総額予算制の中での DRG に基づく包括払いとされる一方、契約ネットワーク外の民間病院については、ED、入院とも上限付きの出来高払いとなっている。SSS においては、民間病院については、契約の内外を問わずいわゆる「償還払い」の手続きをとる必要があるが、ED、入院（最初の 72 時間に限り）とも上限付きの出来高払いが適用される。他方 CSMBS の救急医療は、すべての公立病院において ED は出来高、入院は DRG プラス別枠で室料や材料について対象とされ、また民間病院の入院については 1 入院当たり上限額が定められている一方、ED については支払いは行われていなかった。

一方で供給面では、UHC 達成後、交通事故⁵⁵や脳卒中、急性心筋梗塞のケース数も増大するなかで、救急車をはじめとした救急医療に対応するためのシステムも、都市および地方部の両方で、公立医療機関^{56xxxiii}が中心になり整備されてきた。都市部においては一部民間病院も対象とされていたが、民間病院による救急患者の受入に関しては、いずれの支払方式の対象者についても課題とされてきた。他方民間病院での救急患者の受入や費用については全国的なデータがなかったことも問題であった。

そうした問題に対応するため、2012 年 4 月から、（UCS、SSS の契約対象外の）民間病院による⁵⁷救急患者の受入れに関する統一的な政策(EMS(Emergency Medical Services))が導入された。これは民間病院の受入れの助長の他、3 制度対象者を横断した支払方式と支払額の統一も含むもので、ED に関しては CSMBS の診療報酬とそれを超えた範囲の一定額の支払い（ただし上限有）とされ、入院に関しては UCS(及び SSS)のネットワーク外の民間病院に適用されていた DRG による支払方式が採られた。また NHSO が診療報酬の審査等を行う主体(clearing house)とされるとともに、一旦 NHSO が支払い、他の制度に請求する仕組み⁵⁸とされた。

こうした EMS の導入により民間病院の一定の参加は進んだが、例えば（政策目的の一つとして「自

⁵⁵ タイにおける人口 10 万人当たりの交通事故死は 32.7 と、WHO のデータ

([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-road-traffic-death-rate-\(per-100-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-road-traffic-death-rate-(per-100-000-population)))、2020 年 6 月 5 日最終アップデート、2021 年 1 月 10 日最終アクセス)において世界第 9 位、アジアでは最悪の数値となっている（ちなみに日本は 4.1）。救急医療に関する調整の進展には、こうした社会的背景もあるものと考えられる。

⁵⁶ タイの医療提供体制は保健省傘下の公立病院ネットワークを中心に 1 次医療から高度医療まで系統立てて発達しているが、後述の通り特に都市部においては富裕層や外国人（医療ツーリズムを含む）をターゲットとした民間病院（営利企業も参入可）も存在する。

⁵⁷ 前の段落で記述した、登録先病院による救急医療の提供等は引き続き行われており、ここでの統一はあくまでも「契約対象外の民間病院」における救急医療の取り扱いの公平、平等を目的としたものであることはおさえる必要がある。

⁵⁸ タイ国立救急医療院ホームページ（記事名「EMCO」）（2016 年 5 月 11 日付）

(<https://www.niems.go.th/1/News/Detail/7546?group=25>, 2020 年 11 月 18 日アクセス)。

己負担なしでの救急医療」を掲げたにもかかわらず）相当数の患者が自己負担を請求されたこと⁵⁹や、患者の重篤度が UCS 対象者の方が CSMBS 対象者よりも高かったこと⁶⁰、治療のアウトカムが UCS 対象者において他と比べ悪かったこと⁶¹、さらにはそもそも「全体の 8.6%に過ぎない CSMBS の対象者が、（この制度を利用しての民間病院の ED 利用の）59.8%を占める」⁶²ような不公平があるなどの問題点⁶³も指摘された。

これらの問題を解決すべく、2017 年 4 月より新たな制度（UCEP(Universal Coverage for Emergency Patients)）が開始された。具体的には、民間病院に対し、当初 72 時間の ED での緊急治療に関して患者負担を求めないよう法的な規定を整備すること、事前承認制をとること、統一的な診療報酬の支払いは維持するが、政治家、規制当局、民間病院、支払当局者の話し合いで決定することといったルールが導入された。この結果⁶⁴として、利用者の約 56%を UCS の対象者が占めるようになったこと、事前承認制において認められる割合が UCS 対象者の方が CSMBS よりも 2 倍以上高かった⁶⁵ことなどが示され、救急医療へのアクセスに係る不平等は一定程度解消されたように見える、とされている。

5. 改革が期待通りのスピードで進まない背景についての仮説

こうした救急医療をめぐる取組に対して、Tangcharoensathien, et. al. (2019)は「更なる効率的で漸進的な改革は可能であることを示すもの」と評価しているが、総じて、制度間の差異の是正に向けた改革が期待通りのスピードで進んでいないように見受けられる。同氏をはじめとした「農民医師官僚」グループから、本稿でも紹介している、当該論点に係る論考が矢継ぎ早に発出されていることはその証左と考

⁵⁹ 統一的な支払額の低さに加え、日本の診療報酬制度における療養担当規則のように、そうした負担を請求してはいけないという明示的な規定も存在していなかった (Suriyawongpaisal, et. al (2016))。

⁶⁰ 同上。

⁶¹ 同上。その理由としては UCS 対象者のアクセスの遅れが挙げられ、バンコクの社会的弱者コミュニティのリーダーへの調査結果として、（人々の間に）民間病院に行く和高額の費用負担を迫られるという見方が存在することが挙げられている (Suriyawongpaisal, et. al (2015))。

⁶² Suriyawongpaisal, et. al (2018)の表現。元データは Suriyawongpaisal, et. al (2016)。

⁶³ この点のみを見ると CSMBS 被保険者が不当に有利に扱われてばかりいるようにも見えるが、他の制度と違い CSMBS は被保険者の医療機関への登録制度がないため、緊急入院後の転院先の調整に困難をきたしやすい面があることも指摘されている (Suriyawongpaisal, et. al (2016))。

⁶⁴ Suriyawongpaisal, et. al (2018)において、2017 年 4 月から 10 月までのデータを分析している。

⁶⁵ オッズ比 2.26-2.33 倍。その理由としては、もともと重症度が相対的に低かった CSMBS 対象者のうち、本来救急で看なくてもよい患者が事前承認により減った可能性だけでなく、もともとアクセス時に重症度が高かった UCS 対象者において、事前承認が行われるような制度の下で未だアクセスを敬遠する傾向が残り、悪化してから承認を求めにコンタクトを取りに来ている可能性なども考えられる。Suriyawongpaisal, et. al (2018)では、逆に事前審査により約 44%の者が対象外とされたことについて、患者の安全の観点からの懸念も指摘されている。

えられる。TDRI のレポート（2016）でも参照されている、我が国の医療保険制度における制度間不均衡の問題への対処については追って若干触れるが、ここでは前述で整理した事実関係に基づき、なぜ制度間の不均衡の問題が現時点においても課題として存在し続けているのかについて、幾つかの仮説を提示する。

（1）国民の納得と医療消費の階層化の可能性

1 点目としては、冒頭に掲げた給付水準の差への説明に対する国民の納得の可能性と、その前提の一つとして、医療消費が階層化しており、そのことを国民もある程度受け入れている可能性が考えられる。

公務員の給与水準についての事実関係を見ると、民間と比べ社会科学分野の学卒者において約 20%、修士で約 40%、エンジニアリング等の応用科学分野では 90%以上の差があり、また、給与への満足感が地位が上がると低下するとの分析がある^{66xxxiv}。また我が国人事院の調査でも「（タイの）公務員給与の水準は民間を大きく下回っており、2011 年、公務員給与を改善するための 5 年計画が策定され、これまでの間に相当な改善が見られるが、なお平均すると 3 割程度民間よりも低い状況にあるとされる」^{67xxxv}とも指摘されている。さらには Chandoevwit(2011)は、公務員は民間と比べ比較的高学歴が多いとしたうえで、公務員と民間の典型的な被雇用者の生涯所得を試算し、これによれば、給与所得については大卒者以上については民間企業の方が高く、特にバンコク地区においてはその差が顕著であるとしつつ、年金や医療費を加えれば公務員が上回るようになるが、実際に上回る時点については、地方での就労であれば退職後 7 年を超えた時点であり、バンコクともなれば 20 年以上となるとの試算を示している。これらを踏まえれば、医療給付も公務員の相対的に低い給与を償うものであり、実際にそのように機能している、という説明について、国民の一定の理解を得ることも可能であろう。他方、脚注 11 で示したような、CSMBS が最も高い経済水準の階層に属する割合が UCS より高く、逆の状態もまたみられることについては、後述するように、CSMBS では 40 代後半から 50 代の層に被保険者の中心がある一方で、同じフォーマルセクターの被用者を対象とする SSS は 20 代が中心、またその他のインフォーマルセクター層を幅広く対象とする UCS でも 30 代後半から 40 代前半が中心となっているような年齢の差によって、一定程度説明が可能であると思われる、人々の「公務員はそのステータスの割に給料が低い」という認識を覆すには至らないものと思われる。

一方で医療消費の階層化については、金融系調査機関の調査^{68xxxvi}によれば、タイの民間病院の顧客のうち、居住者あるいは（タイが国として振興する）医療ツーリズムによる外国人は 6.9%であり、93.1%がタイ国民であるとされている。またそのメインの顧客は中間所得層であり、地域によっては公的病院の病床利用率が高く需要に見合った供給がなされていないことや、公的病院の外来での待ち時間が長いことが、公的病院と同様のサービスでより高い額を請求されるにもかかわらず、民間病院市場の発展の機会を与えていると分析している。他方小出（2020）は、バンコクでは、富裕層や医療ツーリズム

⁶⁶ Sivaraks(2011), pp. 126-7。

⁶⁷ 人事院(2014)。

⁶⁸ Ninkttasaranont(2020)。

ム、海外駐在を対象とした高度医療を提供した大病院と、中所得層を狙った中小病院・診療所が比較的多い一方で、貧困層人口も多く、バンコク郡による公的医療にも大きな存在感・役割があると指摘している。さらにタイのジニ係数は低下傾向にある⁶⁹一方で、中央部と地方との格差は依然高いとの指摘もある^{70xxxvii}。これらからは、特に地域間において国民の格差は一定程度あり、それが医療の消費パターンにも影響している可能性が示唆される。また、タイにおいて民間保険は公的保険の補足的役割を果たしているとされている⁷¹。最初の民間保険企業が見られたのは、3制度のうち最も古いCSMBSに係る勅令が発出される前の1978年であった⁷²。タイ全体の医療費におけるシェアとしては、「民間任意医療保険」が、財源別医療支出の約5%を占めており、UCS開始前の2001年においても約3%であった^{73xxxviii}。民間保険は保険料も高く、また引き受け条件も厳格であるとされる⁷⁴一方で、ほとんどの民間保険は事業主が負担するグループ保険であるとされている⁷⁵。Tangcharoensathien, eds.(2015)は、民間保険は「ほとんどが高所得者を対象にしている」と指摘している⁷⁶。

こうした公務員の現役時代の給与水準や、対象者数でみればUCSの1/10未滿（図表1参照）と少数であること、さらには任意での自費診療負担や民間保険加入者等もそれなりの数が存在し、医療消費の階層化が示唆されるタイの文脈からいえば、CSMBSの給付水準が高いことに関し、その非効率な運営ということではなく、我が国における議論の類推から、公務員を「優遇」しているから問題だという世論があまり大きな声にならないことに関して疑問を呈することは、問としての妥当性が低い可能性が示唆されるように思われる。CSMBS自体の効率化は求めるが、その理由として「官民格差」を念頭に置かれることはあまりないのではないだろうか、という仮説が成立しうると考える。

（2）UCSの給付水準の上昇による不満の緩和

2点目は、上述のように階層化の可能性はあるものの、UCSの給付水準自体の上昇を、一般の国民は基本的に評価しているため、医療制度そのものへの不満が低い可能性が挙げられよう。

確かにそもそも税方式であることや、地域によっては公的医療機関のサービス供給量の問題から待ち時間の問題は存在し、またCSMBSとの給付水準の差異の問題はある。またアクセスが保障された先での医療機関におけるサービスの質が、他のOECD諸国と比較していかなるものであるかは不明である。他

⁶⁹ 世界銀行 Povcal Net によると、データのある1981年以降での最高値が1992年の0.4786であったものが、2018年においては0.3641まで低下している (<http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/home.aspx>, 2021年1月8日最終アクセス)。

⁷⁰ The Asia Foundation (2019), p. 1-2.

⁷¹ ILO(2009)。

⁷² Tangcharoensathien, et. al. (2002)。

⁷³ 2012年で4.7%。ちなみに同年で政府の一般財政支出は68.4%、社会保険は7.3%、自己負担は11.6%とされている。ただしこの4.7%の民間任意保険の他に、「事業主からの医療給付」(Employer Benefit)として1.6%が計上されている。これを事業主が提供するに際し、保険商品を用いているかどうかについては不明である(Tangcharoensathien, Viroj, eds.(2015))。

⁷⁴ ILO(2008)。

⁷⁵ ILO(2009)。

⁷⁶ Tangcharoensathien, Viroj, eds.(2015), p.56。

方、UCS では前述の通り、NLEM の範囲内であればカバーはされており、WHO の Essential List と比較しても遜色ない。またがん治療のための高額医薬品のアクセスも一定範囲で認められる。一方で UCS 加入者の場合基本的に公立病院の紹介経路をたどる必要があり、それをバイパスするアクセスには自己負担が必要となり、同時に HTA の導入等の費用抑制策も講じられているが、腎臓病に関する特別の配慮等も行われている。さらにサービスの利用が基本的に無料であること、UCS が始まる前の、フォーマルセクター向け 2 制度(CSMBS、SSS)と貧困者向け制度、任意保険のみの時代からすると相当アクセスが改善していること、医療費負担による貧困の削減などの目に見えた成果が挙げられていることなどから、未だ UCS 制度創設前の時代を知る国民が多数存在する中で、公的医療保険制度の中で約 3/4 と圧倒的なシェアである UCS 自体への国民全体の満足度の高さ⁷⁷により、一部の者の給付水準の多少の高さに対して社会的に大きな不満が生じにくくなっているのではないか、という仮説も成り立つように思われる⁷⁸。

(3) 当事者以外の有力な反対者の存在（医療機関等）

3 点目としては、CSMBS 加入者以外の有力な反対者の存在が挙げられる。特に大きな反対勢力としては医療機関が挙げられる⁷⁹。

医療機関からすれば、患者単価が高くなる CSMBS の外来患者の出来高払いに係る改革に抵抗することは理解できる。ある大学病院での実態の分析によれば、2017 年において、入院患者 1 人当たりの収入に関しては、UCS、SSS、CSMBS の 3 者について大きな差はない一方で、一人当たりの外来の収入については、UCS と CSMBS では 1.5～1.6 倍の違いが存在し、また外来収入の 77%を医薬品が占めている。そうしたことにより、この大学病院の収入の約 2/5 が CSMBS からのものとなっている^{80xxxix}。入院に関しては前述のように CSMBS にも DRG による包括払いが導入されコスト抑制が UCS と同様一定程度効く一方で、外来に関してはそうしたメカニズムが未だ導入されていないことが、その背景にあるものと考えられる。

より詳細な分析は別途必要であるが、こうした実態は医療機関において CSMBS の外来収入へのコ

⁷⁷ 全ての国民を対象としたものではないが、比較的貧困の地域とされている北東部のイサーン地方の住民を対象とした調査である The Asia Foundation (2019)における、教育やインフラ、農業等も含めた 20 種類の福祉制度に対する満足度に関する調査では、(UCS によって実現された) UHC 制度に対するものが 97%と相対的に一番高かった。

⁷⁸ 一方、Hanvoravongchai (2013)では、UCS の加入者に関し、公的医療機関での長い待ち時間をさけるため、自費での負担が可能な一部の富裕層が民間診療所や病院を選択することで、長期的には UCS が質の低い貧困者向けサービスとみなされてしまった場合、広範な国民の支持が得られなくなってしまう可能性を指摘していた(p.10)。Ninktsaranont, (2020)での、中間層による待ち時間をさけるための民間病院の利用に関する指摘は、Hanvoravongchai (2013)での懸念が一部生じつつあることを示唆しているようにも思われる。

⁷⁹ Tangcharoensathien, et. al., (2018)

⁸⁰ Udomsubpayakul, et. al., (2018)。分析の対象となった大学病院は Ramathibodi Hospital であるが、この病院はタイで最も古くから医学教育を行うマヒドン大学の大学病院である。

ストシフトが行われている可能性を示唆する^{81x1}。もしそうだとしたら、CSMBS について費用抑制がさらに図られた場合、UCS を含む他の公的制度に対し、単価の引き上げが求められる可能性もある。他方において、公的制度以外の民間保険・自費によるマーケットも一定規模存在する中で、CSMBS の外来の支払方式を出来高から UCS のような総枠予算制にするのであれば、医療機関には、公的な支払に依存しないよう、民間保険や自費患者によりシフトした運営へのインセンティブが生じることとなりうる⁸²。

他にも、外資系先発医薬品メーカーの団体であるタイ製薬協 PREMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers Association) も、CSMBS の出来高制により利益を得ており、UCS の創設過程において PREMA の主張に同調する一部医師から、出来高払制により医薬品市場が活性化している一方で、外来での総枠予算制、入院での DRG の導入は医療提供者に財政リスクを負わせるものであるが、そうではなく NHSO が財政リスクを負うべきである、との主張があったと指摘されている⁸³。タイでは現在でもローカルの先発品メーカーは存在せず、タイの国内企業は主に後発薬を製造している。また 2006 年から 08 年にかけて 7 例、いわゆる特許法上の強制実施権が発動された経緯もある⁸⁴ ような市場環境下において、医薬品市場における外資系先発品メーカーの影響力は強いものと考えられる。他国との相対的な比較は困難ではあるが、一般的に言えば、先発品メーカーの提供する画期的な新薬が他国にそう遅れることなく国民に対して提供されることを目指す政府の立場からすれば、彼らの意見への配慮が求められる環境にあることが思料される。

6. 「制度間格差」に係る日本の経験

以上は、あくまでも筆者の現時点での文献調査等から得られた仮説にすぎない。今後の文献調査や、タイ国関係者へのインタビュー等による調査を進めることでその検証を試みることにするが、この文章をまとめるにあたり、我が国における公的医療保険制度間の「格差」の問題についての経緯を簡単に振り返り、両国の置かれた事情を比較し、タイで論じられている問題に別の角度からの照射を試みたい。

(1) 給付の範囲と診療報酬の制度間の違いについての経緯

給付の範囲と診療報酬の制度間の違いについての経緯について、まずは健康保険と公務員共済について見る。我が国の公的医療保険は、1919 年に国有鉄道共済組合において疾病給付が形成された

⁸¹ UCS の前身の貧困者向け制度の時代においては、病院は CSMBS へのコストシフトを行わざるを得なかったとの指摘がある (Tangcharoensathien, et. al., (2009), p.313)。

⁸² Udomsubpayakul, et. al., (2018) 表 1 によれば、自費負担 (self-pay) 患者の一人当たり収入は、公的制度のそれよりも、外来、入院とも低くなっている。しかしながら同じ表で、3 制度と同列に、民間保険利用者を含むものと考えられる自費負担 (Self-Pay) の利用者として、外来は約 85%、入院は約 99% となる数が計上されている。これを踏まえると、この表の自費負担患者においては、全くの自己負担者や民間保険利用者のみならず、公的制度被保険者がサービス利用時に求められる自己負担も含められているのではないかと推測される。

⁸³ Tangcharoensathien, et. al., (2019)

⁸⁴ 厚生労働省 ((株) エアクレレーン) (2017)。

のが最初である^{85xli}。これは 1927 年の健康保険法の施行に先立つものであった。1927 年に施行された健康保険法においては、各官業共済組合は健康保険の代行を行うものとされた。給付に関する規定について、具体的には、健康保険法第 12 条を受けた同法施行令第 7 条において「政府の事業に使用せらるる者」が共済組合から健康保険法に基づく保険給付に相当する給付を受けた場合には、重複する部分には保険給付をしない、とされていた^{86xlii}。これらは民間では雇用労働者、官業においては現業雇傭人を対象としたものであったが、1940 年に一般企業の職員層を強制適用の対象とする職員健康保険が実施されたのに伴い、それとの均衡を図るため政府職員共済組合制度が創設され、翌 1941 年より施行された。この給付において、療養費の算定及び支給の方法は健康保険の例に準ずるものとされた⁸⁷。そして戦前から存在していた共済組合制度は 1948 年の国家公務員共済組合法の制定により国家公務員共済組合に吸収されたが、この法で規定される療養の給付についても、健康保険制度と同様のものとされた⁸⁸。なお健康保険法上、共済組合の給付の種類及び程度は、「この法律（注：健康保険法）の給付の種類及び程度以上であることを要する」との規定が当時より存在する⁸⁹。

続いて健康保険と国民健康保険との違いについて見ると、まず 1938 年創設の旧国民健康保険法では、保険給付の種類や範囲、支給期間、支給額等は個々の国保組合の規約で定めることとされていた^{90xliii}。その後も条文の改正はあったものの、引き続き旧国保法の下では給付範囲については保険者が条例、規約、規程等により定めるものとされ、「国民皆保険」前の段階では、「ほとんどすべての保険者の給付範囲の最低限は、事実上統一されていた」^{91xliiv}ものの、「被用者保険の被扶養者に対する給付の内容から見るとまだ一般的にかなりの制限があり、（略－引用者）給付割合の引き上げ、給付範囲の拡張など、一そうの改善が強く要望されている」^{92xliiv}ような差が存在する状況にあった。他方で、診療報酬の額に関しては、旧国保法の時代には、健康保険の水準を意識し、また法令や運用においても健康保険に寄せる方向での対応がなされてきたが、実際に同水準とまではなっていない^{93xliiv}。

⁸⁵ 国家公務員共済組合連合会編さん(1976)、p. 19。なお短期給付としてはこれに先立ち、専売局現業院共済組合において産婦金、出産手当金、印刷局現業員共済組合において罹災給与金等があるが、今日の公務員共済制度の短期給付の原型となったのは、この国有鉄道共済組合の疾病給付である。

⁸⁶ そうした給付を行う共済組合は内務大臣の指定を受けることとされていたが、その条件として、「健康保険にある総べての種類^マの給付をしなければならぬ」が「必ずしも給付の程度を同じくすることを要しない」とされていた。また、給付の程度が健康保険より低い場合には、足りない部分を健康保険から給付することとされ、そのために健康保険に保険料を一部納付するともされていた（産業福利協会編(1927), p.18）。

⁸⁷ 国家公務員共済組合連合会編さん(1976)、pp.40-41。

⁸⁸ 同、p.62。

⁸⁹ 現行の健康保険法では第 200 条第 2 項。

⁹⁰ 清水(1938), p.104。なおここでの戦前期の国民健康保険法上の取り扱いに際しては、新田(2009)も参照した。

⁹¹ 真田(1959)、p.39。この理由として、旧法第 47 条第 1 項の規定により療養給付費に対する国庫負担金の交付を受ける上で、一定の範囲の療養の給付を必ず行うことが要求されていたことが掲げられている（真田(1959)、同）。

⁹² 厚生省保険局編(1958)、pp.15-16。ここでは、1956 年 9 月 1 日現在において、初診、往診、入院について、保険者のそれぞれ 14.8%、18.2%、0.1%が給付範囲の制限を行っていることが掲げられている。

⁹³ 旧国保法の下では、まず国家統制色が強まる 1942 年の法改正において、（保険者に）

しかしながら、1956年の社会保障制度審議会の勧告、翌年の厚生省医療保障委員の報告等を受け、全面改正により皆保険を達成した1958年の新国民健康保険法においては、診療報酬に関しては条文上健康保険法の規定の例によるものと明記された。他方給付範囲の制限に関しては、新法と同時に制定された国民健康保険法施行法において、当面の間、往診、歯科補綴、給食及び寝具設備については療養の給付を行わないことができると規定され、皆保険達成の1961年4月の段階ではこれらについての健康保険との差は残された。この規定は保険者の財政事情を考慮したものと説明されている⁹⁴が、1963年の施行法の改正により1965年3月末までとされ、その後は認められないこととなった。また診療報酬、給付範囲に加え給付期間についても当初は健保と同様3年、1963年には同時に転帰までとされるに至った^{95xlix}。

このように日本の医療保険制度においては、医療の内容を定める診療報酬に関しては国民皆保険達成後ほどなく3制度（健康保険、公務員共済、国民健康保険）において同様の取り扱いがなされることとされており、タイの制度間に見るような違いは見られなかった。むしろ制度間の差異については、被保険者・被扶養者と加入者の自己負担の違いの問題、及び、制度間の給付と負担の不均衡の問題⁹⁶として現出した。前者に関しては被用者本人が定額負担であった中、国保は当初5割負担であったのが世帯主（1963年実施）、世帯員（1968年）についてそれぞれ3割負担に引き下げられ、被用者家族については1973年から5割負担が3割負担に引き下げられるなどした⁹⁷。その後は基本的に被用者本人の負担を引き上げる形での調整がなされ、2003年4月から3割負担で統一された。

その例外となったのが高齢者であり、1973年1月から所謂「老人医療費無料化」が開始され、その後1980年代以降、定額負担から原則1割の定率負担と引き上げられたが、もう一つの制度間の給付と

「請求すべき費用の額は勅令の定むる所に依る」と法律で規定され、当該勅令は国民健康保険と健康保険で同一のものとなり、基本的に点数定額式での統一されたものとなった。しかしながら国民健康保険に関しては、地方長官は都道府県医師会長等の意見を徴した上で一点単価を別途定めることができる、あるいは診察料、入院料について特別の事由ある場合には、都道府県医師会長の意見を聴いて別途の点数を定めることができるなど、一部の特例が認められていた（杉本(1944)、pp.207-209）。

この規定は終戦直後の混乱を受け国保の再建を期した1948年の改正で廃止され、国保法に根拠を持つ社会保険診療報酬算定協議会で審議された国民健康保険の診療報酬の標準額を基準として、保険者と療養担当者の協議により定め、都道府県知事の認可を得たものとされた。さらに1950年の社会保険関係の審議会を再編する制度改正で、国保の診療報酬の標準額も健康保険の診療報酬と同様中央社会保険医療協議会（中医協）で審議されるように改正された。中医協で審議された標準額としては、健保法の下での診療報酬による算定額が定められた（真田(1959)、pp.61-62）。この1950年の改正については、「国保二十年史」において、「健康保険とほぼ同様な体制をととのえるのに至る」と評価される一方で、「保険経済の貧困なところにおいては、健康保険より低い診療報酬の額を定めることができる」ような運用であったことが示されていた（全国国民健康保険団体連合会編(1958)、pp.305-306）。

⁹⁴ 「厚生白書」（1964年度版）（厚生労働省ホームページ

（https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1964/）、2021年1月8日最終アクセス）。

⁹⁵ 厚生省五十年史編集委員会(1988)、pp.1313-1314。

⁹⁶ この中には現金給付に係る不均衡も課題として存在したが、ここでは省略する。

⁹⁷ 吉原・和田(2020)、p.156。

負担の不均衡の問題について、制度間調整の原動力となったのも老人医療費への対応であった。1962年の社会保障制度審議会の総合勧告において提唱されて以来、医療保険制度に存在する不均衡の問題は度々取りざたされてきたが、健康保険制度の中での健康保険組合と政管健保（現・協会けんぽ）との不均衡の問題すら制度化には至らず、1982年の老人保健法の制定までの間で実現したのは健保組合間での高額医療費の共同負担事業等にとどまっていた。老人保健法制定の背景に、被保険者に老人が相対的に多く加入していた国民健康保険の財政問題があり、その理由の一つとして、被用者保険から退職後に地域保健である国保に加入することとなるという制度の立て方の問題があった。その後1984年には退職者医療制度も創設され、2000年の介護保険制度の創設を挟み、2008年の後期高齢者医療制度の実施につながっていった。

（２）日本の経緯との比較

こうした日本の経緯に照らすと、タイの制度間の不均衡の課題の調整の困難さが浮き彫りになる。上記までですでに明らかになっている面もあるが、いくつか改めて指摘する。

第一に、CSMBSがいわゆる「突き抜け」方式であり、公務員退職者も引き続き加入し続ける仕組みとなっている点である。Tangcharoensathien, eds., (2015)において示されている、2011年における、3制度の対象者の「人口ピラミッド」⁹⁸では、SSSがフォーマルセクターでの被雇用者本人のみを対象としているため、いわゆる生産年齢人口に集中し、20代をピークとし65歳以上はゼロに近い数値である一方、就業者本人のみならずその配偶者や父母、20歳未満の子供、及び退職者も対象とするCSMBSにおいては40代をピークとし、未成年を除くと全体に高齢者を多く含むこと、UCSがその他の人口を幅広く含むため、SSSのピークがある20代後半から30代辺りを谷間として子どもと壮年層の二つのピークがある。日本の医療保険制度間の不均衡の是正の原動力となったような、高齢者が退職後特定の制度に流れ込むような現象は、CSMBSとUCSの間では成り立たない⁹⁹。CSMBSが、支払方式や予算管理の問題に加え、比較的高齢層を抱えていることも医療費水準に反映していると考えられるが、高齢者の流入がない限りUCSには関係のない話であり、前述のように問いの立て方がCSMBS自体の制度改革として捉えられることにつながっているものと考えられる。

第二に、関連するが、タイの制度がSSSを除き税方式となっている点である。そもそもUCSには高齢者が流れ込むという仕組みになっておらずCSMBSに滞留するのだが、その給付がいくら高騰したとしても、UCSの加入者の負担は、相当間接的な一般財源をファイナンスするための税負担の増に限られ、実感的に直接負担が増える実感はない。よってこの問題はCSMBSの予算を司る財務省CDGにとっての問題にしかならない。また構造的にCSMBSが高齢退職者を抱え続けることになるだけであり、他制度からの流入は基本的にないため、制度間の財政上の調整を行う理由もなく、問題はCSMBSの運用に局限されることになる。

⁹⁸ pp. 205-206。なおTangcharoensathien, eds., (2015)ではグラフの作成の根拠となったデータの数値が掲載されていないため、上記の記述に若干の曖昧さがある点は了知されたい。

⁹⁹ 他方、SSSとUCSの間では、退職者がUCSに流れ込むという現象はあり得るが、現時点ではその点を問題とする指摘は管見の範囲では見当たらない。

第三に、費用単価の不均衡は、制度加入者には比較的実感しにくい点である。前述のように日本の「国民皆保険」達成後の不均衡の問題においては、医療サービスを利用する際の自己負担の差や、流入する高齢者の医療費も支える国保側の財政負担が改革への原動力の 1 つとなった。これは家計からの支出に直結する問題であり、特に後者については、必ずしも医療サービスを利用しない者の保険料負担にも関わる問題になりえる。一方でタイで問題となっている、特に外来医療費における単価の高さについては、出来高払いの下で高額なサービスを受けている CSMBS の利用者は自己負担がなく¹⁰⁰、高額な医療費に伴う負担という痛みを感じる構造となっていない。また CSMBS の財政負担の重さも、税方式であるため CSMBS 対象者には関係がない。また UCS の側で、CSMBS 利用者がより幅広い選択肢の中から高い給付を受けている可能性への不公平感についても、大きな不満となりにくい社会構造があるのではないかと、という点は、前述の通りである。

第四に、医療消費の階層化が一定程度存在するであろうことである。島崎(2014)¹⁰¹が指摘するように、日本では「国民皆保険」達成前の状況下で、民間医療保険が普及する前に公的医療保険がすでに一定程度普及していたことに加え、一般的に富裕層と言える法人の代表者も公的医療保険（健康保険）の対象としていたことが、「民間医療保険との競合の芽を摘み取った」（島崎）といった事実が存在した。他方、制度の発展過程とタイミングが異なるタイでは古くから民間医療保険の発展がみられ、自費負担でのサービス利用も多く、かつ株式会社による病院経営も認められ¹⁰¹、そうした医療機関が外国人への医療ツーリズムビジネスに乗り出していることが恒常化している状況にある。前述の、CSMBS への「公務員優遇」的な批判が起こりにくいのではないかと推測は、日本の経験という物差しを当てて、より浮き彫りになるように思われる。

そのほか、同じ島崎(2014)も指摘する、日本では皆保険を構築する時代から現在に至るまで、制度所管省庁が、医療供給側も含めほぼ¹⁰²一省庁に一元化されていた一方で、タイでは制度ごとに所管が違い、また購入者—提供者分離の考え方に基づき UCS を運営する NHSO が MOPH から独立して運営されていることによる、制度間の整合性、統一性をとることへの困難などもあり、タイの関係者が掲げる CSMBS に係る問題の調整は、相当な困難があると思われる。俄かに解決策が発見できるものではないが、公務員の処遇に係る世論等の情勢をみながら、CSMBS 自身による一定の給付膨張のコントロール策が続けられるとともに、医療機関の消極性の理由ともいえる CSMBS の外来収入への依存を相対的に低めるよう、他制度の給付水準を徐々に引き上げていく等の工夫が求められるように思われる。とはいえ、日本での制度間の給付と負担の不均衡の問題についても、抜本的な見直しが行われたのは 1982 年の老人保健法の制定であり、同時期の抜本改革における退職者医療制度の導入であるなど、1961

¹⁰⁰ 厚生労働省(2018)。

¹⁰¹ 同上。

¹⁰² 例外は公務員等に係る共済組合制度であった。公的年金に関しては官民格差の問題に加え、制度の分立も含め異なる所管省庁間の調整が大きな論点となったが、医療保険では前述のように制度創設の早い時期に給付内容について健康保険の例に倣うこととされていたこともあり、所管省庁の分立による調整の問題は基本的に生じにくかったと言えよう。

年の国民皆保険の達成からは 20 年以上が経過し、またその背景には、人口高齢化の進展や、経済成長の基調変化を背景とした「増税なき財政再建」と「行政改革」といった、政府全体での大きな政策の潮流が存在するなど、医療保障制度外で「嵐が吹き荒れた」¹⁰³こともあった。利害が錯綜する制度の大きな変革には、関係者の理解を得るために一定の時間がかかるとともに、それを可能にする政治、経済等の環境が整うこともまた必要なのではないかと思われる。特に高齢化は CSMBS のみならず UCS の財政問題に直結するであろう課題であり、高齢になり退職する被保険者を退出させて UCS に引き受けさせる仕組みとなっている SSS も含めた改革の引鉄となる可能性を孕んでいると考える。

7. 終わりに

以上、UHC が達成されているタイの医療保険制度における現時点での課題の一つである、制度間の均衡の問題、特に一般国民向けの UCS と公務員を対象とした制度である CSMBS との不均衡の問題について、その現状について文献で確認したのち、是正が困難な理由について、主にタイ国内の論者の論考を踏まえ整理し、最後に日本の皆保険制度における制度間の差異の問題の是正プロセスとの簡単な比較を試みた。

もとより本稿は、2020 年度という特殊な状況下において可能な範囲での机上での調査を行ったものであり、翌年度以降の、より深掘した研究を行う上での予備的な整理に過ぎない。なので、本稿の終盤で述べたいくつかの仮説や考察を、現地調査等も踏まえ検証していく作業を行うことが、本文中に示した事柄とともに残された課題となる。また幾つかのデータや分析は 10 年近く前のものと古いため、より近年の状況も把握する必要がある。このほか、UCS と CSMBS の差異が被保険者に提供された医療のアウトカムにもたらしている影響の有無や程度など、整理すべき課題は山積している。勿論、本稿ではあえて取り上げなかった SSS について、その加入者が保険料負担を行っていることに関する UCS との公平性をどう考えるか、また SSS の存在が医療保障制度における制度間の力学に与える影響もその一つであると考え。さらには SSS 対象の企業などにおける、上乘せの福利厚生としての民間医療保険に係る被扶養者も含めた適用や給付内容等の実態も、視野に入れる必要がある。

関連した論点としては、一般論としていわゆる「混合診療」の扱いについて、それぞれの制度毎のルール、自費負担部分への民間医療保険の浸透度、あるいは実態としてどういった場面でどのように行われ、それがアクセスの差にどう影響しているのか、またそのことが上述した医療消費の「階層化」の実態にどう影響を与えており、ひいてはタイ社会における貧富等による格差の反映の 1 つとなっているかどうかなど、医療政策による「国民皆保険」の国ごとの実態が、医療に限らない市民生活の平等といったことに与える意義を考察する上で、有益な示唆を与えるものと思われる。

いずれにせよ、冒頭に述べたように、中進国における UHC 達成の模範例として国際社会でもしばしば採り上げられるとともに、人口高齢化への対応に関係しての我が国の経験への関心も深いタイの医療保障制度の発展に、改めて経緯の念を抱き、またその直面する困難にはシンパシーも感じる。今後の政策

¹⁰³ 吉原・和田(2020)、p.263。

的な対応に、今後とも注目したい¹⁰⁴。

(以上)

¹⁰⁴ 本稿は政策研究大学院大学（GRIPS）政策研究センター2020年度リサーチ・プロジェクト「UHCへの貢献2.0ー直近状況を踏まえた支援と本質の探究ー」の一環として行われた。なお本稿の草稿に対しては、同プロジェクトの参加者である島崎謙治（国際医療福祉大学教授）、小林尚行（共栄大学教授）、中村信太郎（国際協力機構（JICA）国際協力専門員）、及び駒形朋子（国立国際医療研究センター（NCGM）国際医療協力局）各氏、並びに別途小出顕生（元 JICA・タイ国地域包括ケア開発プロジェクトチーフアドバイザー）氏から貴重なコメントを頂戴した。ここに謝意を表するとともに、本稿の記述、及び誤り等は一切が筆者の責任であることを確認する。

(参考文献)

- ⁱ WHO (World Health Organization), “*The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*”, (2010)
- ⁱⁱ Tangcharoensathien, Viroj, et. al., “The Political Economy of UHC Reform in Thailand: Lessons for Low- and Middle-Income Countries”, *Health Systems & Reform*, 5(3), 195-208, (2019)
- ⁱⁱⁱ Tangcharoensathien, Viroj, et. al., “Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage”, *Lancet*, Vol. 391, 1205-23, (2018)
- ^{iv} 河森正人, 「タイの医療福祉制度改革」(2009)
- ^v Nitayarumphong, Sanguan, “Struggling Along The Path To Universal Health Care For All”, (2006) (2012年の第2版を参照)
- ^{vi} World Bank, “High-Performance Health Financing Universal Health Coverage - Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century”, (2019)
- ^{vii} Lathapipat, D., “Inequality in Education and Wages”, in Phongpaichit, P. and Baker, C., eds., “*Unequal Thailand: aspects of income, wealth and power*”, (2016)
- ^{viii} ILO (International Labour Organization), “Social protection assessment based national dialogue: Towards a nationally defined social protection floor in Thailand”, (2013)
- ^{ix} ILO (International Labour Organization), “Thailand : Health care reform : Financial management. Report 9.”, (2009)
- ^x ILO (International Labour Organization), “Universal Health Care Coverage Through Pluralistic Approaches: Experience from Thailand”, (2008)
- ^{xi} Tangcharoensathien, Viroj, et. al., “Defining the Benefit Package of Thailand Universal Coverage Scheme: From Pragmatism to Sophistication”, *International Journal of Health Policy and Management*, 9(4), 133-137, (2020)
- ^{xii} Patcharanarumol, Walaiporn, et. al., “Strategic purchasing and health system efficiency: A comparison of two financing schemes in Thailand”, *PIIOS One*, 13(4), (2018)
- ^{xiii} Thaiprayoon, Suriwan, and Wibulpolprasert, Suwit, “Political and Policy Lessons from Thailand’s UHC Experience”, *ORF Issue Brief, Issue No. 174*, (2017)
- ^{xiv} Tangcharoensathien, Viroj, et. al., “Overview of Health Insurance System”, in Pramualratana, Phromporn and Wibulpolprasert, Suwit, eds., “*Health Insurance Systems in Thailand*”, (2002)
- ^{xv} 小出顕生, 「タイの医療・医療費保障制度」、*健保連海外医療保障*, No.125、(2020)
- ^{xvi} Chandoevrit, Worawan, “Is It Always True That Government Employees Earn Less Than Private Sector Employees?”, *TDRI Quarterly review*, Vol.26, No.3, (2011)
- ^{xvii} Health Insurance System Research Office, “Thailand’s Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges - An independent assessment of the first 10 years (2001 - 2010) Synthesis Report”, (2012)
- ^{xviii} Teerawattananon, Yot., et. al., “The use of economic evaluation for guiding the pharmaceutical reimbursement list in Thailand”, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (Journal of Evidence, Education, and Quality in Healthcare)*, 108, 397-404, (2014)
- ^{xix} Patikorn, Chanthawat, et. al., “Patient access to anti-cancer medicines under public health insurance schemes in Thailand: A mixed methods study”, *Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*, 43(3), 168-178, (2019)
- ^{xx} 厚生労働省(株式会社エアクレーレン), 「平成28年度 医薬品の知的財産制度等に係る諸外国における実態調査 報告書」(2017)

-
- ^{xxi} Dilokthornsakul, Piyameth, et. al., “Understanding medication oversupply and its predictors in the outpatient departments in Thailand” , *BMS Health Service Research*, 2014, 14:408, (2014)
- ^{xxii} Nitayarumphong, Sangan, and Mills, Anne, “Achieving universal coverage of health care” , (1998)
- ^{xxiii} Pagaiya, Nonglak, and Noree, Thinakorn, “Thailand’ s Health Workforce: A Review of Challenges and Experiences” , *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*, (2009)
- ^{xxiv} Sriratanaban, Jiruth, “Civil Servant Medical Benefit Scheme: Unregulated Fee-For-Service and Cost Escalation” , in Pramualratana, Phromporn and Wibulpolprasert, Suwit, eds., “*Health Insurance Systems in Thailand*” , (2002)
- ^{xxv} Hanvoravongchai, Piya, “Health Financing Reform in Thailand: Toward Universal Coverage under Fiscal Constraint” (The World Bank Universal Health Coverage Studies Series (UNICO) No.20), (2013)
- ^{xxvi} TDRI (Thailand Development Research Institute), “The Harmonization of Thailand Health Insurance Systems (Executive Summary in English)” , (2016)
- ^{xxvii} 三菱総合研究所、「平成 30 年度東南アジア諸国における行政通則法制度に関する調査研究報告書」(総務省行政管理局委託研究) , (2019)
- ^{xxviii} Tantivess, Sripen, and Tangcharoensathien, Viroj, “Coverage Decisions and the Court: A Public Health Perspective on Glucosamine Reimbursement in Thailand” , *Health Systems and Reform*” , 2:2, 106-111, (2016)
- ^{xxix} 加藤和英、訳、「仏暦 2560 年 (西暦 2017 年) タイ王国憲法」、*タイ国情報*、第 51 巻別冊第 1 号、pp. 1-80。
- ^{xxx} Suriyawongpaisal, Paibul, et. al., “Closing the Equity Gap of Access to Emergency Departments of Private Hospitals in Thailand” , *Emergency Medicine International*, Vol. 2018 (2018)
- ^{xxxi} Suriyawongpaisal, Paibul, et. al., “Copayment and recommended strategies to mitigate its impacts on access to emergency medical services under universal coverage: a case study from Thailand” , *BMC Health Services Research*, 16:606, (2016)
- ^{xxxii} Suriyawongpaisal, Paibul, et. al., “Does harmonization of payment mechanisms enhance equitable health outcomes in delivery of emergency medical services in Thailand?” , *Health Policy Planning*, 30, 1342-1349, (2015)
- ^{xxxiii} 厚生労働省、「2018 年海外情勢報告」(2018)
- ^{xxxiv} Sivaraks, Piyawat, “Chapter 6: Civil Service System in Thailand” , Berman, Evan M., eds., “*Public administration in Southeast Asia : Thailand, Philippines, Malaysia, Hong Kong, and Macao*” (2011), pp. 113-137
- ^{xxxv} 人事院, 「平成 26 年度 年次報告書」(2014)
- ^{xxxvi} Ninkttasaranont, Poonsuk, (Krungrsri Research), “Thailand Industry Outlook 2020-22 Private Hospital” , (2020)
- ^{xxxvii} The Asia Foundation, “Thailand’ s Inequality: Myths & Reality of Isan” , (2016)
- ^{xxxviii} Tangcharoensathien, Viroj, eds., “The Kingdom of Thailand Health System Review” , “*Health System in Transition*” , Vol.5, No.5, (2015)
- ^{xxxix} Udomsubpayakul, Umaporn, et. al., “Factors Influencing Civil Servants Medical Benefit Scheme Revenues at Ramathibodi Hospital, Fiscal Year 2016 to 2017” , *Journal of the Medical Association of Thailand 2018*” , 101(8), pp. 1079-83, (2018)
- ^{xl} Tangcharoensathien, Viroj, et. al., “From Targeting to Universality: Lessons from the Health System in Thailand” , in Townsend, Peter, eds., “*Building Decent Societies - Rethinking the Role of Social Security in Development*” , pp. 310-322, (2009)
- ^{xli} 国家公務員共済組合連合会編さん、「二十五年史」(1976)

-
- xlii 産業福利協会編、「健康保険組合執務提要」(1927)
- xliii 清水玄、「国民健康保険法」(1938)
- xliv 新田秀樹、「国民健康保険の保険者」(2009)
- xl v 真田秀夫、「国民健康保険法解説」(1959)
- xlvi 厚生省保険局編、「国民健康保険の概要」(1958)、「日本社会保障基本文献集」第24卷(2008)の復刻版による。
- xlvii 杉本博太郎、「国民健康保険実務提要」(1944)
- xlviii 全国国民健康保険団体連合会編、「国民健康保険二十年史」(1958)、「日本社会保障基本文献集」第25卷(2008)の復刻版による。
- xlix 厚生省五十年史編集委員会編、「厚生省五十年史 記述編」(1988)
- ¹ 吉原健二・和田勝、「日本医療保険制度史 第3版」(2020)
- ¹ⁱ 島崎謙治、「日本の国民皆保険の実現プロセスと開発途上国への政策的示唆」、*早稲田商学*、439、pp. 799-851、(2014)