



# 医療事情



## インド

## チェンナイ

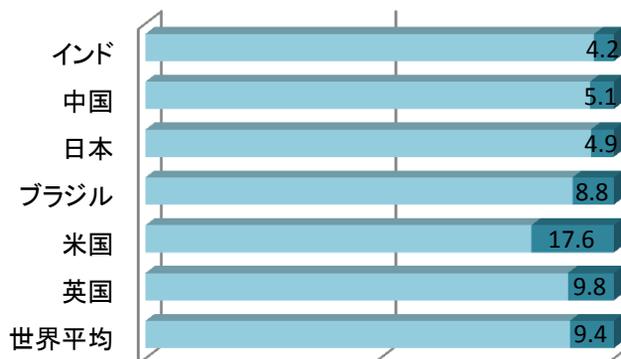
### BOP層実態調査レポート

#### 医療費支出

医療体制は病院、薬局、診療所、その他保険などの支援サービスで構成される。インドの医療部門は400億ドルの規模があり、2020年までに800億ドルに倍増すると予想されている。

2009年の医療支出はGDPの4.2%であり、医療は最大級の産業部門となっている。また雇用も最大規模であり、400万人程度が雇用されている。各種医療サービスのうち、病院と薬局だけで医療費全体の75%を占める。

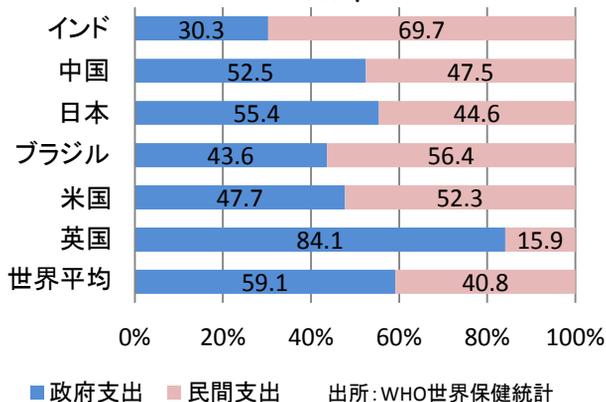
対GDP比 医療費(%) 2009年



■ その他 ■ 医療費 出所: WHO世界保健統計

政府/民間 医療費支出割合(%)の比較

2009年



■ 政府支出 ■ 民間支出 出所: WHO世界保健統計

インドの医療支出は各国と比較して極めて少なく、GDP比で見ると世界平均の半分以下である。世界的に見ると、医療費の大部分は政府が運営する公的制度による支出が大きい。インドは公的医療費支出が低く、民間部門が占める割合は約70%と、世界平均よりもかなり高くなっている。

推計によれば、2015年までにインドの医療市場の約80%を民間部門が占めるようになると推計されている。



### 農村部と都市部の医療格差

医療の普及やアクセスにおいて農村部と都市部には大きな格差が存在している。農村部の厳しい状況は歴史的なものだが、所得水準の上昇や政府の取り組みの強化などにより徐々に改善している。政府は2009～2010年にかけて、全国農村保健ミッション(NRHM)\*に31億ドルの財政支援を行っており、健康保険加入率は2015年までに20%に倍増する見込みである。

医療機関や医師の話から、農村部の住民やBOPのコミュニティに対して支払い能力に応じたサービスの提供が行われていることが確認されている。実施しているのは、多くは地元コミュニティに奉仕する熱心な個人や小企業で、独自の小組織であることから、最良の医療アドバイスやサポートを提供できない場合が多い。

\*

農村部の住民、特に保健施設が不十分な18州の住民に質の高い医療を提供すること目的とし、政府により2005年導入された。すべての村/集落に女性の社会保健活動家(ASHA; 村議会によって選出される)を配置し、コミュニティと公的医療制度との接点として活動させることに重点を置いている。

### ■農村部における医療の現状

- 1日当たりの所得が2ドル未満の人口が7億人(86%)
- 障害者の70%が農村部に居住
- 汚物処理施設は85%以下
- 安全な飲料水の供給が不十分
- 一次医療センター(PHC): 2万3,458カ所
  - ・PHC 1カ所あたりの人口: 3万5,000人
  - ・PHCの医師数: 2万5,000人
  - ・人口1,000人当たりの医師数: 0.6人

出所: Can ICT make a difference to Healthcare Case Study: Rural India, Ashok Jhunjunwala

### ■医療サービス格差

下表は医療の普及率を比較したものであり、農村部と都市部に大きな格差があることが分かる。

	農村部 (1,000人当たり)	都市部 (1,000人当たり)
病院のベッド数	0.2	3.0
医師数	0.6	3.4
公的支出	USD 1,600	USD 10,600
自己負担	USD 14,230	USD 21,820
乳児死亡率	74/1,000 (正常出産)	44/1,000 (正常出産)
5歳未満死亡率	133/1,000 (正常出産)	87/1,000 (正常出産)
医師等の立ち会いによる出産	33.5%	73.3%
完全予防接種	37%	61%

出所: Jhilam Rudra De, 2008



### 健康保険

国民皆保険制度を導入しておらず、公的制度はごく一部の国民しかカバーしていない。公務員と一部の民間企業の職員・家族が加入できる仕組みである。その他の国民は民間医療保険に加入するしかないが、高い保険料、不十分で非能率な医療施設などの理由から、加入率は極めて低く約15%程度である。医療費支出の約70%は民間によるものであり、ほとんどが自己負担となっている。

しかし、インドでも徐々に健康保険が普及し始めている。医療費に対する意識の高い中産階級の増加に伴い、健康保険市場も拡大している。政府も、総合健康保険制度やRashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY: 全国健康保険制度)などの事業を開始している。

将来的には、RSBYはNREGA(全国農村雇用保証法)で雇用する労働者にまで拡大される見込みであり、BOP層や社会的弱者のニーズに応えるものになる。健康保険の普及に伴い、第三者管理機関(TPA)が都市部の多くの病院に事務処理の支援を行っている。保険規制開発庁(IRDA)は下記を目的に、TPAに対してガイドラインや書式を策定し、透明性の改善に努めるよう指示している。

1. 健康保険業務に関する曖昧さを払拭するための仕組みの構築
2. 健康保険サービスへの信頼性の向上
3. 病院および患者に対する健康保険の可視性



### 医療部門の成長要因

#### ■人口要因

- ◇ **人口の増加**: 2010年の11億人から2026年には14億人に増加すると見込まれる。
- ◇ **人口構成の変化**: 高齢者人口は、2010年の9,600万人から2026年に1億6,800万人に増加すると見込まれる。これにより患者の全体数が大きく増加し、予防・治療・介護の市場が生まれる。
- ◇ **可処分所得の増加**: 年収20万ルピーを超える世帯では、可処分所得の割合が2010年の14%から2014~2015年には26%まで増加し、医療を受けやすくなる。
- ◇ **生活習慣病の増加**: 伝染病や感染症と比較して、心臓血管病、糖尿病、腫瘍などの生活習慣病が大幅に増加するとみられる。
- ◇ **知識/応用力の向上**: 市民の意識、患者の選択肢、医療機関の利用率の向上。

#### ■経済的要因

- ◇ **保険加入率**: 保険の加入率が10~15%から約50%に増加すると見込まれる。
- ◇ **医療観光**: 医療目的の外国人旅行客が増え、その市場規模は2012年末までに20億ドルに達すると見込まれる。
- ◇ **優遇税制**: 直接税減税、医療機器の減価償却率引き上げ、農村部では5年間の所得税免除が認められている。

# JETRO

【免責事項】本レポートで提供している情報は、ご利用される方のご判断・責任においてご使用ください。ジェトロでは、できるだけ正確な情報の提供を心掛けておりますが、本レポートで提供した内容に関連して、ご利用される方が不利益等を被る事態が生じたとしても、ジェトロ及び執筆者は一切の責任を負いかねますので、ご了承ください。