

**A Survey of the Waiting Time of OPD Patients**

**January 12, 2004 EPQI Forum**  
**Astoria Hotel, Pasig City**

**Average waiting time of OPD patients in different hospital areas (4 patients/day from Mon-Sat)**

Main hospital entrance to being called for registration	3.82 minutes
Registration-issuance/retrieval of old OPD card, taking of vital signs	6.58 minutes
Waiting time after registration until a doctor calls a patient for consultation	7.38 minutes
Time spent inside the clinic for consultation	9.75 minutes
(For patients with lab exams) Time when specimen is taken/submitted to the lab until results are available	15.67 minutes
Waiting time when patients go back to clinic with lab results	5 minutes
Time spent at treatment room for patients who need dressing of wounds, removal of sutures, etc.	33 minutes
Billing and Pharmacy	8.3 minutes

**Waiting time survey**

ACTIVITY	Minutes spent	No. of respondents	Time spent	Shortest time spent	Longest time spent
1. Wait of registration	2,555	105	24.33	1	90
2. Registration process	468	95	4.926	1	45
3. Wait at Billing cashier	73	22	3.318	1	20
4. Billing payment	65	18	3.61	1	15
5. Continuation of registration	41	15	2.73	1	15

**Waiting time survey (cont'd)**

ACTIVITY	Minutes spent	No. of respondents	Time spent	Shortest time spent	Longest time spent
6. Wait triage	517	96	5.385	1	30
7. Triage processing (vital signs)	291	91	3.197	1	15
8. Wait for consultation	4993	101	3.197	1	125
9. Consultation (1)	715	101	7.079	3	45
10. Wait for 2 <sup>nd</sup> consultation (ja)	470	25	18.8	1	105

**Waiting time survey (cont'd)**

ACTIVITY	Minutes spent	No. of respondents	Time spent	Shortest time spent	Longest time spent
11. Consultation (2)	174	25	6.96	1	45
12. Wait at Med. Social Services	59	5	11.8	4	25
13. Med. Soc. Services processing	50	4	12.5	5	20
14. Wait at the laboratory	44	5	8.8	4	15
15. Wait at billing/cashier	54	5	12.4	4	45

**Waiting time survey (cont'd)**

ACTIVITY	Minutes spent	No. of respondents	Time spent	Shortest time spent	Longest time spent
16. Billing and payment	15	5	5	2	8
17. Wait at laboratory	25	4	6.255	5	10
18. Laboratory procedures	128	7	18.285	3	30
19. Wait for lab results	1182	24	49.25	4	340
20. Wait at X-ray department	282	15	18.2	5	105

### Waiting time survey (cont'd)

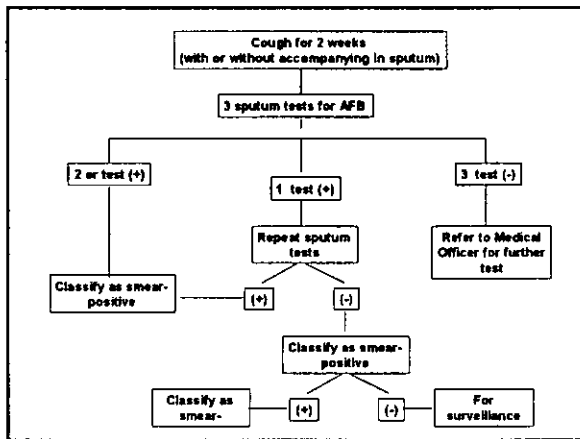
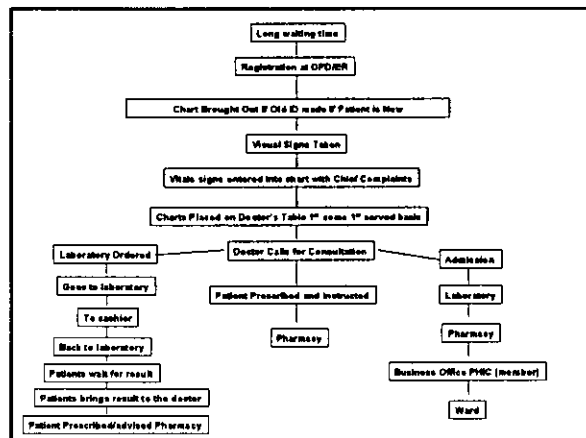
ACTIVITY	Minutes spent	No. of respondents	Time spent	Shortest time spent	Longest time spent
21. Wait at billing/ cashier	138	24	5.75	2	60
22. Billing/ payment	56	10	5.6	1	10
23. X-ray procedures	30	4	7.5	5	10
24. Wait central Treatment Rm.	46	7	8.57	2	15
25. Central Treatment Rm. procedures	249	10	24.9	4	95

### Waiting time survey (cont'd)

ACTIVITY	Minutes spent	No. of respondents	Time spent	Shortest time spent	Longest time spent
26. Wait at pharmacy	138	24	5.75	2	60
27. Processing of RX	34	18	1.88	1	5
28. Wait at billing cashier	64	16	4	2	7
29. Billing Payment	85	19	4.47	1	12
30. Wait at pharmacy	45	17	2.647	1	7

### Waiting time survey (cont'd)

ACTIVITY	Minutes spent	No. of respondents	Time spent	Shortest time spent	Longest time spent
31. Dispensing of RX	25	16	1.56	1	3



# 保健医療システム強化の目標設定について

## － フィリピン共和国 医療保障システムの分析 －

分担研究者 河原 和夫 (東京医科歯科大学医歯学系大学院医療管理学分野 教授)  
協力研究者 荻原 隆二 (フィリピン保健省政策アドバイザー JICA 専門家)  
井上 まり子 (フィリピン保健省政策アドバイザーアシスタント)  
三羽 牧子 (東京医科歯科大学医歯学系大学院医療管理学分野)

### 研究概要

フィリピンでは 1995 年の医療保険新法施行によって、国民皆保険を目的とした医療保険制度が新たに始まった。医療保険を通じた保健医療財政改革は 1999 年から 2004 年までの第 1 期 5 年計画によるヘルスセクターリフォームの主要改革分野の一つであるため、重要度は高い。

1 年目の研究では医療保険の制度の概要を説明し、その問題点を指摘した。2 年目の研究では政策実行上のフィリピン医療保険の構造的な問題点を明確するために、各実務レベルでのプロセスや機能解明に努める。本報告書では、医療保険を遂行する上で欠かせない要素である、会員登録、保険料徴収、支払請求、保険料給付等に焦点を絞り、それぞれの問題点を報告する。

また、1995 年の医療保険新法の原文および邦訳を添付している。

### A. 目的

本研究の目的は、フィリピンの保健医療システムの中で、医療保険の果たす役割について明らかにするため、実務的なレベルでの医療保険の運営の現状、並びに問題点を探ることである。

1 年目にあたる昨年の報告書では、フィリピン共和国の医療保険制度の成り立ち、法律、組織、保険料等、大きな枠組みを明らかにした。2 年目である今年度は医療保険運営に欠かせない医療保険の仕組み等を報告し、機能をより詳しく報告する。同時に本報告では 1995 年医療保険新法の邦訳もおこない、フィリピンの医療保険制度をわが国関係者に広く周知することにも努めた。

こうした目的をもって研究する理由は、法律や政策で制定された医療保険等も政策と実行具合に差が見られるためである。よって、今回の研究では、制定された政策内容がいかに遂行されているのかを知るため、保険料を支払うところから保険金支払までの実務プロセスを明らかにし、政策

実施の際の問題点を指摘した。

### B. 方法

調査方法は主に 2 つで、現地聞き取り調査と統計資料を基にした分析である。

聞き取り調査では、フィリピン共和国保健省 (Department of Health: 以下 DOH) と医療保険公社 (Philippines Health Insurance Corporation: 以下 PhilHealth) の担当部局を訪問して調査を行った。

統計資料では、PhilHealth から直接得られた公社の統計資料、フィリピン共和国統計局等の資料を用いて、政策を実施するうえでの問題点、現状と問題点の把握に努めた。

この 2 つの調査方法を取った本報告書で焦点とするのは、以下の 7 つの点である。1) 保健システム全体の中での医療保険システムの役割、2) メンバー登録、3) 各プログラムの保険料と徴収、

4) サービス提供、5) 支払請求とその処理、6) 保険金の給付方法、7) 今後の計画。この7つに

## C. 結果

### の位置づけ

#### ヘルスセクターリフォームと PhilHealth

フィリピンでは1999年から5か年計画でヘルスセクターリフォームが進められている。その5つの改革分野はそれぞれ、1) 地域保健改革(Local Health Development)、2) 公衆衛生改革(Public Health)、3) 保健医療規制改革(Health Regulation)、4) 病院改革(Hospital)、5) 医療保健財政(Health Financing)であり、医療保健財政改革には、医療保険が深く関係している。

ヘルスセクターリフォームを語るときには、フィリピンでのリフォームの計画基盤ともいえる Health Sector Reform Agenda (DOH, 1999)にも述べられているとおり、各5分野が相互的に作用しあってこそその改革である。したがって、この医療保険改革もその一翼を担うとあっては、その他のセクターとの相互作用が期待されている。

こうした改革の中で発展しているフィリピンの医療保険について、ヘルスセクターリフォーム5分野における位置づけを確認しておく。

#### 1) 地域保健改革と PhilHealth

PhilHealthと地域保健は密接な関係にある。その理由は、地域保健を担う保健所(Rural Health Unit: 以下RHU)が、後述する貧困層向けプログラムの外来診療の受け入れ先となっているからである。RHUの質がそのまま外来診療の評価となってしまうために、アクセスや質管理には拘らねばならない。また、入院では、地方では高次病院へのアクセスの問題、都市部では人口の多さや医療費の高さによる物理的、経済的アクセスの問題等があるからである。

現在のところ、こうした地域保健発展については、PhilHealthの認定施設になるための前提条件として Sentrong Sigla 認定(保健省の Bureau of Local Health Development が主導して行っている、

ついて調査結果を報告し、考察したい。

#### C-1 保健システム全体の中での医療保険

RHUの質管理プログラム)を課すなど、より高いレベルでの医療を提供するよう努められている。

#### 2) 公衆衛生改革と PhilHealth

PhilHealthは主に入院に対する医療保険であるため、従来、入院が必要な重度な場合にのみ感染症等の治療も保険でカバーしてきた。だが、最近では結核の罹患率の高さを受けて、DOTSに関しては保険金給付を認めること、SARS流行時にはその入院をカバーすることを迅速に認める等、感染症対策への配慮が見られる。

貧困層向けプログラムは外来診療もカバーしており、その内容には予防的な子宮頸癌検診、血圧のモニタリング、尿検査、等病気の早期発見につながる内容が盛り込まれており、予防的要素も多くなっている。

#### 3) 保健医療規制改革と PhilHealth

医薬品の分配、医療機器の質管理などに PhilHealth が直接かかわるわけではないが、より良い医薬品や機器をより安く提供するシステムは、保険金支払いを担当する PhilHealth の運営には重要なことである。

2003年には、PhilHealth 保険金支払額のうち30.6%を医薬品、20%を臨床検査等が占めている(PhilHealth, 2004) PhilHealthとしては、より高い質の医療を提供するために、医薬品や医療機器の質と価格の問題には関与していくことが求められている。

#### 4) 病院改革と PhilHealth

DOHの進める病院改革では、病院基準改定と限定されたDOH病院での独立採算制の試験的導入が目下の課題である。

PhilHealthが独自に行っている、病院認定の際の病院分類が古いままであるため、今後DOHが本格的に改定後の病院基準を導入するときに備えて、PhilHealthでの認定もDOHの病院基準に従

うよう移行せねばならない。

## 5) 保健医療財政改革と PhilHealth

フィリピンの保健医療費財源のうち、社会保険が支出に占める割合は非常に少ない。National Statistics Coordination Board の報告によれば、2001年のフィリピン保健医療費のうち社会保険が占める割合は約8%に過ぎない(図1)。主な財源は中央政府と地方政府、また私費であった。この私費負担を軽減していくのが PhilHealth とフィリピン保健医療財政改革の目的である。

以上、ヘルスセクターリフォーム5分野の中での医療保険の位置づけを述べた。こうした医療保険が、実際の運営レベルではどのような内容で機能しているのか、C-2 から C-7 で述べることにする。

### C-2 メンバー登録

PhilHealth のメンバーは、4つのプログラムによって分けられている。これらメンバーの管理を担当しているのが PhilHealth 組織内の Membership & Contribution Management である。

Employment Sector は公務員では政府から、会社員は各所属会社から会員や扶養家族の状況を把握している。Individual Payment Program では、申請書と共に、配偶者、子供、養子、継子、60歳以上の両親、らの出生証明書もしくは洗礼証明を提出することになっており、メンバー個人とその家族の状況を PhilHealth で確認して登録している。

各プログラムのメンバーは図2のとおりである。

### C-3 保険料とその徴収

PhilHealth の保険料設定そのものは Office of Actuary が担当し、メンバーの管理と保険料徴収は Membership & Contribution Management が担当している。

プログラムの概要は前年の研究に記したため、今回の報告では具体的に、①保険料設定、②保険料徴収、③保険料徴収実績を主眼に置いて各プログラムを振り返ることとする。4つのプログラムは比較しやすくするため、図3としてまとめてあ

る。

なお、2003年3月現在、フィリピン通貨のペソは1ペソが約2円として換算できる。

### C-3 (a) Employed Program (EP)

通称：フォーマルセクタープログラム

通称フォーマルセクターと呼ばれる Employed Program は、公務員と一般勤労者に対する医療保険プログラムのことを指す。このフォーマルセクターという通称の「フォーマル」とは、正社員という意味から来ているものと考えられているが、後に述べるインフォーマルセクターと比べたときに、特に差別的な意味を含んでいないことを付け加えておく。

#### ①保険料設定

保険料は基本的に一律で基本給の2.5%であり、保険料は雇用主と被雇用者として50%ずつ負担することになっている。したがって、雇用主と被雇用者双方の負担は、被雇用者の基本給の1.25%ということになる。

ただ、この制度の負担額を細かく見ると不平等な保険料設定になっていることがわかる。その理由は、保険料が給料一律2.5%でありながら、2.5%という率が有効である給料額に上限と下限を設けていることである。この保険料体系には月額基本給4,000ペソから月額基本給15,000ペソまで、1,000ペソ単位で区切られた12レベルがあり、各階層ごとに保険料が一定になっている(図4参照)。したがって、基本給が月額15,000ペソ以上の者は保険料が一律375ペソ(基本給月額15,000ペソの場合の2.5%)となり、15,000ペソ以上の基本給を得ている者にとっては、給料が増加するほど負担が軽い。例を挙げると、基本給が月額20,000ペソの者は、月額375ペソであれば給料の1.875%のみの負担でよくなるのである。一方、基本給が月額4,000ペソ以下の者は保険料が一律100ペソ(基本給月額4,000ペソの場合の2.5%)となるため、4,000ペソ以下の給料しか得られない者にとっては、基本給が減少するほど負担が重くなるといった構造的問題がある。確かに僅かな差ではあるが、筆者がインタビューして PhilHealth の Chief

Actuary（保険数理主任）にインタビューした際にも、こうした不平等については、現在の 15,000 ペソというレベルの上限を引き上げて対処するという回答のみであり、また何故保険料を給料の 2.5%にせず、階層化しているのか、明確な回答は得られなかった。

## ②保険料徴収

1969 年の旧医療保険法から始まっている EP は、現在もなお、公務員に関しては政府が、会社員に対しては各企業がそれぞれ給料から天引きしている。したがって、医療保険の保険料はメンバーの給料から自動的に徴収されており、メンバーは別途保険料を支払う必要はない。

なお、保険料の納入は Employer's Quarterly Remittance Report もしくは PhilHealth Premium Remittance System へのレポートをもって、各企業が PhilHealth に報告することになっている。

## ③保険料徴収実績

PhilHealth によれば、2002 年の時点での保険料徴収実績は総額で、公務員では 3,654,306,163 ペソであり、会社員では 7,797,819,654 ペソであった（図 5）。これは一人当たりの保険料で年額、公務員では 1,710 ペソ、会社員では 1,590 ペソ支払ったことを意味している。したがって、月額にすると公務員で 143 ペソ、会社員では 133 ペソの保険料をそれぞれ徴収したことになるのである。この結果からは、基本給レベルでいうところのレベル 2~3（基本月給 5,000 ペソ以上 7,000 ペソ未満）の人々が平均的メンバーであるということになるのだが、この平均が、実際のメンバー全体の階層と一致するかどうかまでは明らかではない。保険料徴収を担当する Contribution では、全体の総額で徴収額を把握していても、各 12 レベルから徴収した金額がいくらであり、どの階層が支払っていないのか、までは把握しきれていなかった。

現在はこうした細部に至るデータを整理している段階ということであった。

## C-3 (b) Non-Paying Program 退職者用プログラム

EP の会員として 120 月分（通算 10 年分）以上の保険料を支払った会員が、60 歳を超えて定年になった際にメンバーとして認められるプログラムである。

## ①保険料設定

保険料は徴収されていないので、設定はない。だが、この会員になることができる 10 年間の保険料支払い額を現状の保険料で計算し、いくら支払えば 60 歳を超えたときに保険料が無料になるのか計算してみる。例えば、EP の平均的会員のレベル 3 クラス（基本月給 6,000 ペソ）であれば、月額保険料は 150 ペソであり、個人負担額が月額 75 ペソということになる。したがって、120 ヶ月分以上では 9,000 ペソ以上の個人負担で、60 歳以上になったときには保険料無料で医療が受けられることになる。

## ②保険料徴収

このプログラムのメンバーからは保険料を徴収しない。これが「Non-Paying」と呼ばれる所以である。したがって、無料で全ての医療が受けられるということではなく、医療保険の保険料が無料になるという意味である。Premium Non-Paying Program という表現の方がわかりやすい。

## ③保険料徴収実績

保険料無料につき実績なし。

## C-3 (c) Individual Paying Program (IPP)

通称：インフォーマルセクター  
プログラム

自営業、第一次産業従事者、海外在住フィリピン人労働者等、会社や組織に所属せずに勤務する勤労者向けの医療保険である。これは 1995 年の法改正によってはじめて追加されたプログラムである。

## ①保険料設定

インフォーマルセクターではその収入如何にかかわらず、保険料は一律 100 ペソとなっている。したがって、このセクターに当てはまる者には

開業医、個人経営コンサルタント、弁護士等の高所得者も含まれると同時に、家政婦、運転手など所得が期待通り出せない者まで格差が広いのだが、収入に関係なく、一律の保険料設定になっている。これがEPとの違いである。

## ②保険料徴収

IPPはEPと異なり、保険料を給料から天引きしないために2つの保険料徴収方法をとっている。

1) PhilHealthの認めた銀行での支払い、2) PhilHealth支社やサービスセンターでの支払い、である。ここで会員は四半期分、半期分、一年分、のいずれかを選択し、一括払いすることになっている。

## ③保険料徴収実績

IPP会員からの徴収実績は極めて悪い。2002年の徴収総額は226,527,066ペソであり、会員1人当たりの回収額は、月額に直すと約14ペソであった。これは本来徴収すべき保険料のおよそ14%でしかない。(ただし会員数は2002年9月時点のものであり、保険料徴収総額は2002年12月時点の統計を用いているため正確な数字とはいえないが、概要把握のために提示する。)これでは家族の平均人数が5人と計算されている現在、1人当たり月額2.8ペソしか支払われていないことになる。したがって、PhilHealthが徴収している保険料はその完全徴収額よりかなり低い金額しか徴収していないことになり、治療にかかる費用から考えるとIPP会員の負担額は低いことになる。

更に、本研究の本題でもある、「システム強化のための目標設定」という観点からは、PhilHealthが定めている保険料回収目標値(ターゲット)が低いことがわかる。IPPに関していうと、本来徴収すべき金額の57%に設定されている

(PhilHealth, 2004)。したがって、完全に徴収することをもとから目標としていないのである。

このセクターに対する会員獲得、保険料徴収がPhilHealthの抱える大きな問題の一つである。またこれ以外にも会員の維持にも問題があるため、ドイツの技術援助機関(GTZ)は会員獲得の広報等に支援を続けている。特にジブニーの運転手等、

労働者組合に働きかけて団体に加入させるプログラムなどを持ち合わせている。

## C-3 (d) Sponsored Program

### 貧困層用プログラム

2002年まではIndigent Programと呼ばれていたプログラムである。「貧困」という言葉が表にできると印象が悪いため、Sponsored Programと名称変更した。

## ①保険料設定

保険料は年額1,188ペソであり、月額に直すと99ペソになる。保険料を払う3つのプログラムの中では最も低い。

## ②保険料徴収

この貧困層用プログラムの保険料は、メンバーである貧困者から徴収しないのが特徴である。保険料はPhilHealth(フィリピン政府からの資金)と貧困者が所属する地方自治政府(Local Government Unit:以下LGU)の双方が負担して支払うことになっている。

保険料の負担率は、LGUの経済レベルによって定められている。LGU経済レベルとは財務省(Department of Finance:以下DOF)が決めている6段階のレベルのことである。それぞれのレベルに応じた保険料とその負担率は図6に記す。

## ③保険料徴収実績

2002年1年で徴収された保険料の総額は592,387,504ペソであり、会員一人当たりの年額にすると約470ペソになる。ただし月額にすると40ペソほどであり、全額をLGUから回収しきれているとは言い難い。この保険料から、1世帯平均を5人家族と考えると、1ヶ月8ペソの保険料で賄われていることになる。

## C-3 (e) 財政が破綻しない理由

C-3で述べたとおり、保険料の徴収は期待通り進んでいない。特にIPPではその傾向が顕著である。しかし、PhilHealthが破綻せずに運営できて

いるのは、もともとの1997年に合併されたGSIS (Government Service Insurance System) とSSS (Social Security System) の医療保険部分の基金を元に資産運用し、財政を保っているためである。

#### C-4 サービスの提供

サービスに関しては、サービス提供する医療従事者、医療施設の管理にあたるPhilHealthのAccreditation Departmentが主に担当している。

PhilHealthでは独自の認定制度を設けており、それに通らないとPhilHealth受付病院等として運営できないためである。

ここでは、サービスの提供の中でも、比較しやすいサービス提供可能な施設・医療従事者数(アクセス)を取り上げることにする。

会員数に対して医療従事者、病院、RHUの配置は地域によって異なっている(図8)。特にRHUでは格差が顕著である。2002年の時点では、RHU1つあたりでカバーするメンバーは、Cordillera Administrative Region (CAR)で最も多く、111,516人、National Capital Region (NCR)では最も少なく、7,872人であった。ただし、現在はCARでも2002年当時2ヶ所しかなかったPhilHealth認定RHUを52ヶ所に増やしており(図9)、発展が認められる。

#### C-5 支払請求とその処理

PhilHealthでは保険金支払請求についてはProgram Management for Claimsが行ってきた。ただし2002年までは中央で行われていた支払請求処理が現在は全て各リージョン(行政管区)レベルのPhilHealth支社で行われている。したがって、この支社の中のClaims Departmentが支払請求処理を行っているのである。

ここでは、筆者らが直接見学したNational Capital Region (NCR)の例をとって、支払請求処理の流れを追うことにする。

##### 支払請求受付

支払請求方法には2つの方法がある。1つは病院を通じて患者がPhilHealthからの支払いを受ける方法である。これをHospital Filingとい

う。この場合、病院は患者がPhilHealth会員であることを確認したうえで、診療費総額からPhilHealthの保険金支払い内容にしたがって、PhilHealthがカバーする分を差し引いて、患者(メンバー)に請求する方法である。

2つ目は、患者もしくは家族自らがPhilHealthに対して支払請求を行う方法がある。これをDirect Filingと呼ぶ。これは病院で患者(メンバー)は診療費総額を支払い、PhilHealthに直接支払い請求をする方法である。

2つの方法共に、Regional Office、NCRのサービスオフィス、PhilHealth Members Assistance Center (PMAC)にて請求することが可能である。

支払請求には3つの書類が必要であり、1)本人による書類、2)医療従事者・病院による書類、3)雇用者による書類(EPの場合)が必要になっている。

また、保険金の支払いには、日本のように締め切りが月に一度訪れるのではなく、基本的に毎日受け付けている。したがって、大病院等の担当者は毎日のようにPhilHealthの提出窓口に通わざるを得ない。だが個人で支払請求する場合にはいつでも提出できる利点がある。

##### 支払請求の事務手続き

支払い請求を行っているClaims Departmentは、まず、支払い請求された書類のデータ入力、医師によるチェック、保険金の計算、レビュー、出納係による小切手作成等を流れ作業で行っている。小切手は郵送の場合は記録係に渡され、直接窓口で引き渡す場合にはPMAC (PhilHealth Members Assistance Center) に送られ、窓口で会員と病院に渡される。

この際、全ての作業行程は45日で終了することを目標としているが、取り扱う支払請求の多さから、特にNCRでは遅れることもある。なお、会員数の増加に伴い、処理すべき支払請求も増加したわけだが、支払請求処理に関わる人材は増加せず、各々への負担が増えている現状にある。

この支払請求量には地域差があり、NCRでは2003年の実績で支払請求全体の29.7%を占めており、メンバー数や病院の多さから、NCRのManila



市、Las Pinas 市、Quezon 市にそれぞれ Service Center を設けて支払い請求の受け取りを行っている。

支払請求の審査に関して、NCR では 1 日約 1000 通届く支払請求に対し、12 人の医師（契約社員を含む）が配属されている。彼らの役割は、ICD-10 コードをチェックし、書類上の医学情報の正確さをチェックすることである。

ちなみに 2003 年の時点で、支払請求が何らかの手続き不備で返却された支払請求は、受理された 1,951,313 件中 211,060 件であり、受付を済ませた支払請求のうち返却されたのは 10.8%であった（PhilHealth, 2004）。各々の返還率はフォーマルセクターで 10.3%、IPP が 17.9%、SP が 12.2%、退職者用プログラムが 14.9%であった（PhilHealth, 2004）。主な返却理由は ICD-10 コードによる診断内容の記載がないこと、書類の不備であった。

#### C-6 保険金の給付方法

保険金は PhilHealth 内の Claim Department を通過した後、その Cashier 等から小切手として発行される。この受け取り方法は、支払い請求方法に順じ、病院職員もしくはメンバー本人が窓口か郵送で受け取ることができる。

#### 支払い実績

2003 年の PhilHealth 統計によると、1 請求あたりの支払い金額平均は、Employed Sector (Government) では 5,78ペソ、Employed Sector (Private)では 6,238 ペソ、Non-Paying Program では 6,009 ペソ、Individual Paying Program では 6,313 ペソ、Sponsored Program では 4,008 ペソであった。よって、2003 年の実績によれば、最も保険料徴収の悪かった IPPに最も多く支払っていることになる。

#### C-7 今後の計画

Mid-Term Plan と呼ばれる 2012 年までの長期計画が作成され、以下の 6 つの「S」を強化する方針が立てられた。

1) Segment・Social Marketing、2) System、3) Staff、4) Service、5) Stakeholder、6) Sustainability

という 6S である。現在はこの計画が PhilHealth の核になって経営が進められている。

#### D. 考察

今回の調査で PhilHealth の実務的な問題点は各項目で以下の点で明らかになった。

##### D-1 保健システム全体の中での位置づけ

医療保険による医療保険費の負担を増やし、私費による負担を軽減するというフィリピン政府の方針は理解できるのだが、PhilHealth 会員は国民の半分であるにもかかわらず、そのそれはカバーされる金額が低いことが伺える。（もしくは PhilHealth 会員は健康であり、PhilHealth からの支払いを受けていないことになる。）Out-of-Pocket に占める、PhilHealth 会員の私費支出やその内訳としての支払い額などを知ること、実際に PhilHealth がどこまでカバーしているのか、その実態を知る必要がある。

また、HSRA 中での保険としては、ヘルスセクターリフォーム 5 年計画での 5 年目を迎える 2004 年には、その評価が求められる。だが、従来どおり会員獲得数や認定医療施設数等、数字のみで医療保険の実態を計るのではなく、医療保険がシステムとしてどのように機能しているか、質の高い医療を提供しているのかを知るためには別の尺度の設定が必須である。

##### D-2 メンバー

会員の被扶養者の全容は、登録時に提出する申請書で把握しているが、会員のカードでは確認ができないのが現状である。また、統計にはすべての家族会員数等が推計でしか算出されていない。したがって、どの人口についていかに保険金を支払っているのか、不明な点がある。更には個人の信用に関わることであるが、メンバーになった当事者にしか会員 ID カードが渡されず、その会員 ID カードには家族情報が記載されていないため、悪用されてしまう心配もある。

現在の PhilHealth のメンバー管理においては、会員獲得した数だけを取り上げてカバー率 50%

などという表現は適切ではないように考えられる。加入者のバックグラウンドを知ること、その情報を活用することがまず第一ではないのだろうか。

### D-3 保険料の徴収

保険料の徴収が最も難しいのは IPP である。現在の保険料徴収システムでは、IPP メンバーである、個人の自主的な保険料納入に任せなくてはならないことが主な理由である。PhilHealth 4 つのプログラムの中で、保険料徴収が滞っているのがこの IPP であることから保険料徴収の困難さが伺える。

保険料徴収に関していえば、PhilHealth が設定する「ターゲット」とは一体どういう意味なのか、ということも疑問である。本研究のテーマである「保健医療システム強化の目標設定」という観点と、保険料徴収の目標を考えあわせると PhilHealth の IPP に関しては、目標設定そのものを見直す必要があるのではないのだろうか。

安定した保険料の徴収ができるようになるのも、加入者の保険料が強制的に回収できる仕組みづくりをすることが不可欠である。ただし、EP のように給料から天引きした場合でも、各 12 レベルでの保険料徴収状況が把握しきれていないなど、細部に至る既存データの運用について見直す必要があるといえる。

### 保険料の妥当性

フォーマルセクターについていえば、基本給のうち 2.5%、IPP では一律 100 ペソというであり、その保険料の公平性に問題がある。また、保険料も公務員の場合は雇用者である国が負担していることになる。払い込まれている公費の部分を解明することも重要である。

更に、フィリピンの総人口に占める 60 歳人口は表 10 に示すとおり、なだらかではあるが増加傾向にある。また、疾患構造の変化（表 11）を考えると、高齢者の慢性疾患の罹患と共に、仕事に従事できる年代の慢性疾患罹患率が問題になるであろう。したがって、将来への備えという意味での医療保険の保険料設定について見直しが求

められる。これらは日本をはじめ、先進諸国の疾病構造と医療費を考えれば自明のことである。そうした先進国の先例を巧みに取り入れて、問題を早期に解決するような仕組みを考えるべきである。

### D-4 サービス提供

C-4 で明らかにしたとおり、サービスの提供体制はまだ地理的に不均等な状態にある。今後加入者のアクセス平等化に向けた働きかけが必要になってくる。これは既存の病院や RHU の質の向上から始められるものである。

なお、4 つのプログラムの中では、Sponsored Program の外来診療は在住する市町村の Rural Health Unit と Health Center にかからねばならないという制限があるため、RHU の物理的アクセスには問題が残っている。

### D-5 支払請求と保険金支払までの処理

処理には人材の配置が必要であるが、それと同時に現在のように、支払い請求の仕方に 2 通りあるのを効率よくするためには、支払われるべき保険金について病院で予めわかるような仕組みや、個々の医師や病院によって異なる診療報酬について考察する必要があるといえる。また、フィリピンの医療保険はまだ入院に関してカバーしているに過ぎず、外来については一部の診療内容にのみ支払を行うのに留まっているため、今後外来診療にまで医療保険を拡大することになった場合のことも考える必要があるだろう。

### D-7 今後の計画

Segment の中では Sponsored Program へのメンバー加入が主な課題とされているが、IPP でのメンバー獲得も課題である。また、加入させるだけではなく、いかに保険料を払わせるか、メンバーの健康を保つか等の問題も出てくる。

また LGU の保険料負担は各 LGU の Governor や市町村長らと MOA を結ぶことによって成立している。2004 年 5 月に選挙を控えるフィリピンではこの選挙後の MOA 締結状態がどのように変わるのかも問題である。

System というのは組織の中で、2つに分けられる。デザインとしてのシステムと情報技術によるシステムの運営である。システムというと、昨今はコンピューターによる電算化等の効率性を高めることに着目しがちであるが、作業の流れとしてのデザインとしてのシステム、また制度や体制としてのシステムでは、まだまだ保険料設定や徴収、サービス提供等の分野での発展が求められている。

Sustainability としては、当面の基金の財務運営は問題ないようであるが、先に指摘した疾病構造や人口構成の変化に伴う支払い額の増加、保険料徴収額の低さと退職者への支払い等、基金の持続を考える上で配慮せねばならない課題は多いといえる。また、財政面だけではなく、人々から信頼、支持されるだけの医療保険として維持するためには保険金給付内容の再考や、医療保険の仕組みそのもの、また保険という概念の普及に努めねばならない。

## E. 結論

### 1. データの活用

国民皆保険化に向けて、会員獲得をしている PhilHealth は勢いがあるものの、獲得したメンバーや国民の信頼を得るまでにはまだ長い道りがある。現在は PhilHealth 内部の仕組みや、機能の概要しか PhilHealth の公表データでは把握しきれない。これは現存の加入者データを用いて保険を運営し、どのメンバーがどのような病気にかかり、何を必要としているのか。に答えるにはまだ課題が残っている。システムの強化はこうした緻密なデータ解析から導かれる目標設定によってなされるものだからである。

さらに、今後質の面でのシステム強化というと、PhilHealth 内部だけではなく、医療保険に関わる人々、医療従事者、患者からみた PhilHealth の問題について考える必要があるだろう。目標設定のためには何が今行われているのかを詳細に知る必要があるからである。

### 2. 保険料設定と徴収方法

保険料徴収方法で個人や公的資金に頼らざるを得ないこと、保険料の不公平感、など、貧富の差が激しい国だからこそある根本的な問題である。だが、それを解消するためにも IPP で給料体系にあった保険料設定、安定した保険料徴収方法の確立などによる保険拡大のためのバックアップが必要である。

### 3. 自由な価格設定と社会保険

自由に医療行為の値段を設定しても良い診療であるにもかかわらず、社会保険の枠組みで考えることに、根本的な問題があるのかもしれない。自由診療に社会保険を重ねて考える際、どこにひずみが出てくるのか、フィリピンではそのひずみがどのように現れているのか、数量的に考察する必要があり、今後の研究での解明が求められる。

政策を実行する上での障害については、まだ見切れていないと考えている。その理由は、医療行為に関わる値段、医薬品の値段、病院ごとの検査費用、などがばらつく中で、医療保険で支払う仕組みの全容を明らかにするためにはまだまだ多くのデータと調査が今後必要になってくるからである。これが3年目の課題にもなりうるし、今後のフィリピンの医療保険の質向上を支えるきっかけをもたらすであろうと考えている。

## F. 健康危機管理

関連するものはない。

## G. 研究発表

1. 論文発表  
予定している
2. 学会発表  
予定している

## H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他

なし

参考文献

Department of Health, *Health Sector Reform Agenda*,  
1999

*National Health Insurance Act 1995*

PhilHealth, *PhilHealth Annual Report 2002*

PhilHealth, *Stats & Charts 2002*

PhilHealth, *Stats & Charts 2003 (unpublished)*

National Statistics Coordinating Board *National Health  
Account, 2002*

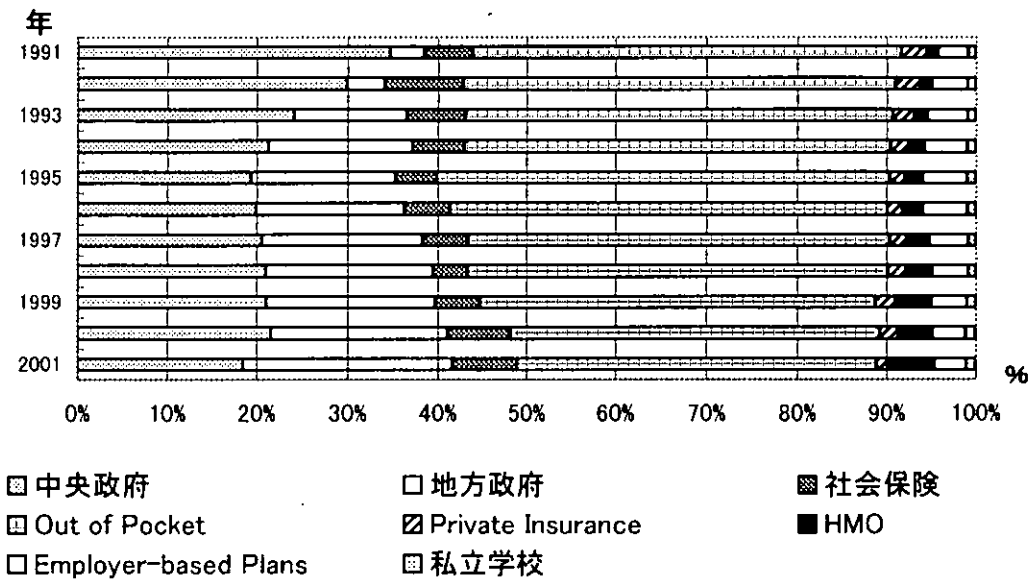
フィリピンの医療保険：PhilHealth 4つのプログラム

	Employed Sector	Non-Paying Sector	Individual Paying Sector	Sponsored Sector
会員数*	公務員 2,136,762 会社員 4,904,794	490,242	1,565,853	1,451,785
扶養家族数	公務員 10,198,543 会社員 19,576,454	735,362	7,759,987	7,258,925
全会員中%	公務員 22% 会社員 43%	2%	17%	16%
創設	1969年	—	1995年	1995年
経営主体	PhilHealth			
会員になる条件	公務員もしくは一般企業の社員であること。 Government S Insurance Service (公務員) Social Security Service (一般勤労者)	Employed Sector で 1995年の時点で既 Non-Paying Sector である事、もしくは最低 120 月分の保険料を支払った者。	公務員や一般企業社員以外の個人。任意加入。	各市町村 (LGU) の Means Test によって貧困者であることが決定された者。会員認定の最終判断は Governor によって行われる。なお、各 LGU がプログラム参加のため、PhilHealth と Memorandum of Agreement を取り付けていないと参加できない。
保険料	基本給の 2.5% (基本給に上限下限有) 被保険者 基本給の 1.25% 事業主 基本給の 1.25%	無料	月額 100 ペソ	月額 99 ペソ (年額 1188 ペソ)

保険料情報	保険料支払額から計算した平均では公務員が月額 143 ペソ、一般勤労者が月額 133 ペソであった。	無料につき会員の差はない。	月額一律につき会員間での保険料額の差はない。ただし会員間に経済的格差があるため全体として保険料設定が問題でもある。	本人は保険料を負担しない代わりに LGU と PhilHealth (政府) が負担する。負担率は LGU の経済状況レベル (財務省の 6 段階レベルによって異なるが、最終的には LGU と PhilHealth で 50% ずつ負担することになる。)
保険料徴収方法	会員の給料から天引きする。公務員は政府が給料から天引きし、一般会社員は会社が被雇用者の給料から天引きしてそれぞれ PhilHealth に納める。	保険料無料につき徴収方法なし	1. PhilHealth 指定銀行 (47 行) 2. PhilHealth サービス オフィス 3. 郵便局 1~3 を通じて PhilHealth に支払われる	1. LGU が PhilHealth に対して支払う 2. PhilHealth が政府より調達
保険金給付方法	1. Hospital Filing (病院による支払請求) 2. Direct Filing (メンバーによる支払請求)	1. Hospital Filing (病院による支払請求) 2. Direct Filing (メンバーによる支払請求) によって異なる。		
給付内容	基本的に入院を中心とした治療。給付内容は入院した病院のレベル (Primary, Secondary, Tertiary) によって、また患者の形態によって上限が設けられている。	左記の 3 つのプログラムと同様に給付に加え、外来サービスが受けられる。		
保険適用される医療施設	PhilHealth によって認定 (Accreditation) された病院、クリニック、医師、等の下で受信した場合のみ保険が適応される	1. 入院の場合は PhilHealth によって認定された病院 2. 外来の場合はメンバーの居住する LGU 内で PhilHealth に認定された RHU か Health Center		

\* PhilHealth Stats & Charts 2002

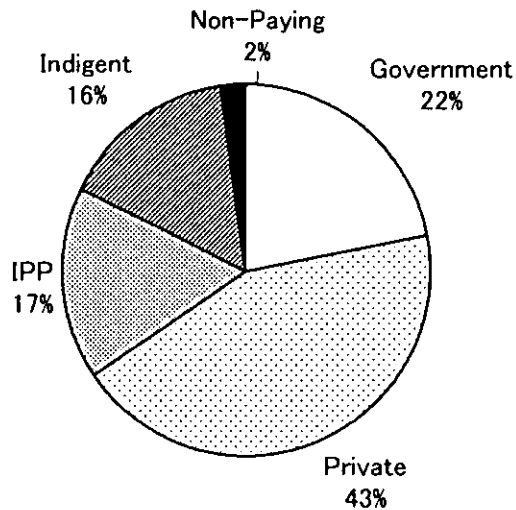
図1 フィリピンの保健医療費 資金源



出典: National Statistics Coordinating Office  
 Philippines National Health Account

図2 各プログラムのメンバー数

	メンバー数	扶養家族数	総数
公務員	2,136,762	10,198,543	12,335,305
会社員	4,904,794	19,576,454	24,481,248
IPP	1,565,853	7,759,987	9,325,840
Sponsored	1,451,785	7,258,925	8,710,710
Non-Paying	490,242	735,362	1,225,604
合計	10,549,436	45,529,271	56,078,707



出典: PhilHealth Stats and Charts 1st Semester 2003

図4 Employed Sector の基本月給と保険料

単位:ペソ

基本月給 レベル	基本月給の 額	基本月給	保険料(月額)	被雇用者負担 (1.25%)	雇用者負担 (1.25%)
1	4,999.99 and Below	4,000	100	50	50
2	5,000.00 to 5,999.99	5,000	125	63	63
3	6,000.00 to 6,999.99	6,000	150	75	75
4	7,000.00 to 7,999.99	7,000	175	88	88
5	8,000.00 to 8,999.99	8,000	200	100	100
6	9,000.00 to 9,999.99	9,000	225	113	113
7	10,000.00 to 10,999.99	10,000	250	125	125
8	11,000.00 to 11,999.99	11,000	275	138	138
9	12,000.00 to 12,999.99	12,000	300	150	150
10	13,000.00 to 13,999.99	13,000	325	163	163
11	14,000.00 to 14,999.99	14,000	350	175	175
12	15,000.00 and up	15,000	375	188	188

出典: PhilHealth

図5 保険料徴収実績

	支払済み保険料総額	会員数	支払請求総数	支払い済み保険金	保険金額(1支払請求)
公務員	3,654,306,163	2,136,763	545,782	2,877,263,544	5,272
会社員	7,797,819,655	4,904,794	906,633	5,300,400,693	5,846
IPP	226,527,066	1,364,387	48,987	270,693,273	5,526
Sponsored	592,387,504	1,260,864	73,552	270,485,580	3,677
Non-Paying	0	486,997	-	-	-

	Premium per member / year	Premium per member / mon	Fixed Price Premium
公務員	1,710	143	Level 2-3
会社員	1,590	132	Level 2-4
IPP	166	14	100
Sponsored	470	39	
Non-Paying	0	0	0

出典: PhilHealth Stats and Charts 2002, 1st Semester 2003



図6 地方自治政府(LGU)と中央政府の貧困層用プログラム保険料負担率

LGUレベル	年	中央政府	LGU	LGU年間保険料	LGU月額保険料
1st~3rd	1st onward	50%	50%	P 594.00	P 49.50
4th~6th	1st and 2nd	90%	10%	P 118.80	P 9.90
	3rd	80%	20%	P 237.60	P 19.80
	4th	70%	30%	P 356.40	P 29.70
	5th	60%	40%	P 475.20	P 39.60
	6th onward	50%	50%	P 594.00	P 9.50

図9 PhilHealth 認定施設と医療従事者  
(地域別)

2003年12月現在

	病院	RHU	医療従事者
NCR	183	101	7,846
I	56	17	464
II	169	35	1,758
III	123	42	1,207
IV-A	104	17	718
IV-B	100	48	595
V	70	32	1,312
VI	86	42	1,299
VII	63	44	518
VIII	68	30	424
IX	107	30	947
X	107	17	948
XI	89	13	522
XII	52	12	504
CAR	105	52	909
CARAGA	52	41	288
	1,534	573	20,259

出典: PhilHealth *Stats and Charts 2003*

図10 人口階層の変遷

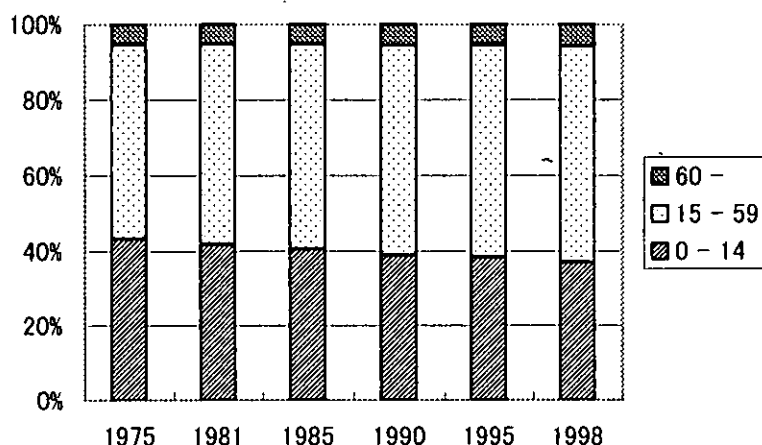
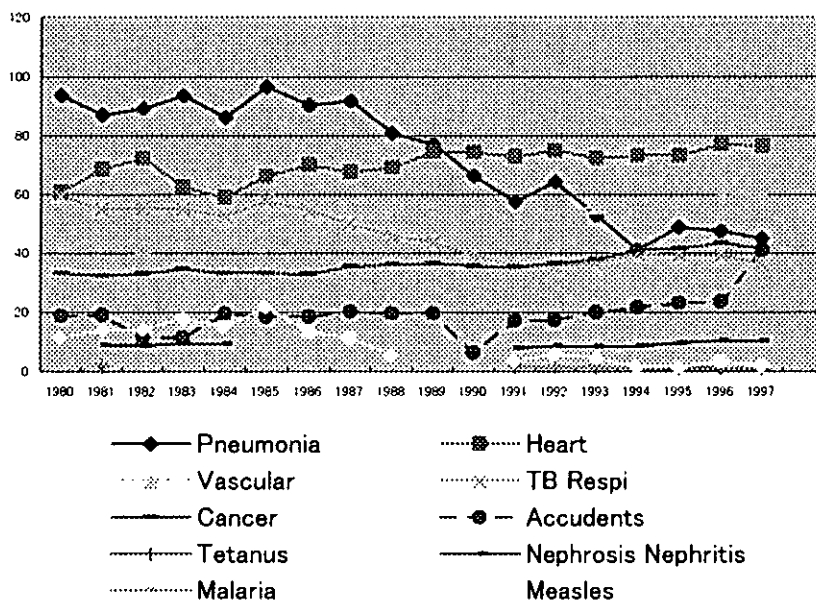


図11 死亡原因の変遷



出典: Department of Health  
*Philippines Health Statistics*

資料:

1995 年の国民健康法 (共和国法 No.7875)

実施の規則と法規改正

# フィリピン健康保険組合

## 1995年の国民健康法（共和国法 No.7875）実施の規則と法規改正

### 目次

表題 1	基本理念	1 0
第 1 条	理念と政策の宣言	1 0
第 2 条	一般条項	1 2
表題 2	用語の定義	1 2
第 3 条	用語の定義	1 2
表題 3	メンバーシップと保険料	1 9
規則 1	補償内容	1 9
第 4 条	目的	2 0
第 5 条	行為	2 0
第 6 条	性質と範囲	2 0
規則 2	一般規定	2 1
第 7 条	フィルヘルス ID カード	2 1
第 8 条	フィルヘルス ID カードの再交付・紛失	2 1
第 9 条	メンバーシップ登録における必要条件	2 1
第 1 0 条	扶養家族申告の必要事項	2 1
第 1 1 条	加入者のデータ修正・改定	2 2
第 1 2 条	有効性	2 2
第 1 3 条	保険料についての一般規定	2 2
第 1 4 条	罰金	2 2
規則 3	就労している加入者の特別規定	2 3
第 1 5 条	政府職員と民間セクター職員	2 3
第 1 6 条	雇用者の登録	2 3
第 1 7 条	雇用者データの変更・改正	2 3