

第 1 8 条	雇用者の義務	2 4
第 1 9 条	保険料の設定	2 4
第 2 0 条	保険料の支払い	2 5
規則 4	貧困プログラムの加入者に関する特別規定	2 6
第 2 1 条	LGU との交渉	2 6
第 2 2 条	貧困者の加入	2 6
第 2 3 条	貧困者のリストの毎年の確認	2 6
第 2 4 条	メンバーシップの取り消しと取替え理由	2 6
第 2 5 条	加入者が死亡した場合の補償の継続	2 7
第 2 6 条	貧困者対象プログラムの保険料の設定	2 7
第 2 7 条	補助金の一部負担制度	2 7
規則 5	個人支払い加入者に関する特別規定	2 8
第 2 8 条	SSS の自営業者	2 8
第 2 9 条	個人的に資金援助を受けている加入者	2 8
第 3 0 条	加入する場所	2 8
第 3 1 条	離職後の個人支払いメンバーとしての加入	2 8
第 3 2 条	給付の停止	2 8
第 3 3 条	給付の回復	2 8
第 3 4 条	保険料設定	2 8
規則 6	不払いの加入者に関する特別規定	2 8
第 3 5 条	GSIS と SSS の退職者・年金受給者	2 9
第 3 6 条	受給資格の必要条件	2 9
第 3 7 条	不払いの加入者の雇用	2 9
表題 4	受給資格	2 9
規則 7	給付	2 9
第 3 8 条	目的	2 9
第 3 9 条	行為	2 9
第 4 0 条	決められた給付	2 9
第 4 1 条	給付内容	3 0
第 4 2 条	給付の段階導入	3 1
第 4 3 条	疾病タイプの種類	3 1
第 4 4 条	入院患者の教育	3 2

第 4 5 条	排除対象	3 2
第 4 6 条	給付の受給資格	3 2
第 4 7 条	給付利用の必要条件	3 3
第 4 8 条	受給の単一期間	3 3
第 4 9 条	海外に居住する加入者とその扶養家族の給付	3 3
第 5 0 条	死亡した SSS 年金受給者の扶養家族の給付	3 3
規則 8	請求金額の支払い	3 3
第 5 1 条	支払い方法	3 3
第 5 2 条	請求金額のついての出来高払いのガイドライン	3 4
第 5 3 条	薬品の償還額の限定	3 7
第 5 4 条	薬品の特殊費用	3 7
第 5 5 条	キャピテーション	3 7
表題 5	認定と質保証	3 7
規則 9	NHIP の質保証	3 7
第 5 6 条	目的	3 7
第 5 7 条	行為	3 7
規則 1 0	認定	3 8
第 5 8 条	医療提供者	3 8
第 5 9 条	認定についての一般的な必要条件	3 8
第 6 0 条	3 年の必要運営期間	3 9
第 6 1 条	病院の特別認定必要事項	4 0
第 6 2 条	外来クリニックの認定必要事項	4 0
第 6 3 条	HMO と PPO の特別認定必要事項	4 0
第 6 4 条	CBHO の特別認定必要事項	4 0
第 6 5 条	金融仲介機関としての HMO、PPO、CBHO の認定必要条件	4 1
第 6 6 条	医師の特別認定必要事項	4 1
第 6 7 条	他の医療専門家（歯科医、看護師、助産師、薬剤師、他の免許を有する 医療専門家）の認定必要事項	4 1
第 6 8 条	認定の種類	4 1
第 6 9 条	施設内医療提供者の認定の一般規定	4 2
第 7 0 条	医療専門家の認定の一般規定	4 3
第 7 1 条	最初の認定の特別規定	4 3
第 7 2 条	認定の更新の特別規定	4 3

第 7 3 条	再認定の特別規定	4 3
第 7 4 条	認定の回復の特別規定	4 4
第 7 5 条	施設内医療提供者の認定のプロセス	4 4
第 7 6 条	医療専門家の認定のプロセス	4 4
第 7 7 条	認定の拒否・非回復の理由	4 4
第 7 8 条	施設内医療提供者の認定の証明	4 5
規則 1 1	提供者の全国団体	4 5
第 7 9 条	全国団体の証明と認可	4 5
第 8 0 条	認可の基準	4 5
第 8 1 条	コーポレーションと認可を受けた全国団体との協調	4 5
規則 1 2	医療提供者のパフォーマンスモニタリング	4 5
第 8 2 条	目的	4 5
第 8 3 条	モニタリングシステム	4 6
規則 1 3	アウトカム評価	4 6
第 8 4 条	アウトカム評価のシステム	4 6
規則 1 4	フィードバック方式	4 7
第 8 5 条	フィードバック方式	4 7
規則 1 5	技術評価	4 7
第 8 6 条	医療技術の評価	4 7
規則 1 6	政策策定と調査	4 7
第 8 7 条	政策策定	4 7
第 8 8 条	政策見直し	4 7
第 8 9 条	救済措置	4 7
規則 1 7	医療提供者の質保証	4 8
第 9 0 条	認定の必要条件	4 8
第 9 1 条	目的	4 8
第 9 2 条	行為	4 8
第 9 3 条	モニタリングと証明	4 8
第 9 4 条	違反に対する刑罰	4 9

表題 6	コーポレーションの手続きの規則	49
規則 18	表記と構造	49
第 95 条	規則の表記	49
第 96 条	適用性	49
第 97 条	構造	49
第 98 条	裁判所と司法権の補充適用	49
規則 19	コーポレーションの権力	49
第 99 条	コーポレーション、委員会、代表、最高責任者の権力	49
第 100 条	準司法団体としての委員会	49
第 101 条	投票の必要定足数	50
規則 20	コーポレーションの検察官と調停者	50
第 102 条	コーポレーションの検察官と調停者の管轄権と資格	50
第 103 条	起訴者と調停者の指名	50
規則 21	理由と訴訟原因発生地	50
第 104 条	医療提供者への苦情の理由	50
第 105 条	加入者への苦情の理由	50
第 106 条	訴訟原因発生地	51
規則 22	苦情の申し立て	51
第 107 条	申立人	51
第 108 条	不可欠な当事者としてのコーポレーション	51
規則 23	苦情行為	51
第 109 条	検察官の義務	51
第 110 条	記述と題名	51
第 111 条	苦情の内容	52
第 112 条	事件整理番号	52
第 113 条	送達サービス	52
第 114 条	サービスの証明	53
第 115 条	返答	53
第 116 条	違反	53
第 117 条	供述書とポジションペーパー	53

第118条	判決言い渡し	53
第119条	裁判手続き	54
第120条	訴訟手続き中の調停者の役割	54
第121条	調停者の権力	54
第122条	審問に当事者が出廷しない場合	54
第123条	審問の延期	55
第124条	手続きの記録	55
第125条	判決の内容	55
規則24	委員会による調査	55
第126条	司法権	55
第127条	控訴申し立て	55
第128条	控訴料金	56
第129条	控訴期間	56
第130条	控訴を申し立てる者	56
第131条	控訴期間の延長が認められないこと	56
第132条	控訴の遂行	56
第133条	控訴人の控訴書類	56
第134条	被控訴人の返答	56
第135条	控訴についての案件の記録の伝送	56
第136条	委員会の書記の機能	56
第137条	委員会の決定	57
第138条	委員会のメンバーへの控訴の任命	57
第139条	禁止	57
第140条	決定の様式	57
規則25	控訴院への上告	57
第141条	控訴裁判所が調査する委員会の決定	57
規則26	判決の執行	57
第142条	判決の執行	57
表題7	違反と刑罰	57
規則27	一般規定	58
第143条	情状酌量と状況の悪化	58
第144条	刑罰の賦課における状況の適用	58

第145条	一般規定	58
規則28	施設内医療提供者の違反	59
第146条	違反の刑罰の種類	59
第147条	請求の追加	59
第148条	入院していない患者への請求	59
第149条	給付期間の延長	59
第150条	請求の事後日付け	60
第151条	不正な情報の不実表示	60
第152条	複数の請求書の提出	60
第153条	認定された病床収容数以上の不正な入院	60
第154条	サービス受容力以上の不当な運営	60
第155条	書類の偽造・捏造書類の所有	60
第156条	他の不正行為	61
第157条	認定保証の違反	61
第158条	重過失	61
規則29	医療専門家の違法行為	61
第159条	不正な情報の不実表示	61
第160条	認定の証明の違反	61
第161条	他の違法行為	62
規則30	加入者の違反	62
第162条	不正行為	62
第163条	重過失	62
規則31	コーポレーションの役員・職員の違反	62
第164条	財産権違反	62
第165条	資金が関与する他の違反	62
第166条	共謀	62
規則32	雇用側の違法行為	63
第167条	保険料を控除しないとき、あるいは支払わないとき	63
第168条	保険料の横領	63
第169条	不当な控除	63
第170条	違反者としての施設	63

規則 3 3	最終規定	6 3
第 1 7 1 条	違法行為の起訴	6 3
第 1 7 2 条	苦情の申し立て	6 3
第 1 7 3 条	刑罰の執行	6 4
第 1 7 4 条	この規定の適用性	6 4
表題 8	行政的救済	6 4
規則 3 4	一般規定	6 4
第 1 7 5 条	司法権	6 4
第 1 7 6 条	補償されていない不平と苦情	6 4
規則 3 5	プログラム開発者への苦情	6 4
第 1 7 7 条	苦情の理由	6 5
第 1 7 8 条	申し立てる者	6 5
第 1 7 9 条	場所	6 5
第 1 8 0 条	苦情内容	6 5
第 1 8 1 条	調査	6 5
第 1 8 2 条	調査員の職務	6 5
規則 3 6	苦情調査委員会	6 6
第 1 8 3 条	苦情調査委員会	6 6
第 1 8 4 条	票決に必要な定足数	6 6
第 1 8 5 条	予備判決	6 6
第 1 8 6 条	不正な判決	6 6
第 1 8 7 条	ポジションペーパー	6 6
第 1 8 8 条	clarifactory 審問	6 7
第 1 8 9 条	判決の内容	6 7
第 1 9 0 条	判決の最終性	6 7
第 1 9 1 条	行政的処理	6 7
第 1 9 2 条	証明の範囲	6 7
第 1 9 3 条	GARC の権力	6 7
規則 3 7	GARC 決定の調査	6 7
第 1 9 4 条	司法権	6 7
第 1 9 5 条	調査請求申し立て期間	6 7

第196条	調査の請求申し立て者	68
第197条	委員会の決定	68
規則38	行政的な抗議	68
第198条	司法権	68
第199条	抗議に関連する請求	68
第200条	書式	68
第201条	CRUの手続き	68
第202条	請求における行為	68
表題9	一時的な規定	69
第203条	フィルヘルスナンバーカード	69
第204条	GSIS/SSS/OWWA 番号	69
第205条	SSS 雇用者 ID 番号	69
第206条	LGU の所得分類	69
表題10	その他の規定	69
第207条	無効条項	69
第208条	分離条項	69
第209条	公表と有効性	69



## フィリピン健康保険組合

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

### 表題 I 基本理念

第 1 条. 原則と政策の宣言—1987 年フィリピン共和国憲法条項 13 第 11 条において、国家は、すべての者が必需品、ヘルスや他のサービスを良心的な価格で入手できるような、統合された全般的な健康開発へのアプローチを試みなければならない。恵まれない人々、病気の人々、高齢者、障害者、女性と子供のニーズの優先が認識されなければならない。同様に、国家政策によって、貧困者にも医療サービスが無料で提供されなければならない。

国民健康保険制度(NHIP)を実施しながら、この改正規則と法規は以下の基本理念を採択する。

- a. 国家資源の医療への分配—NHIP はより早い経済発展と QOL の改善をもたらすための計画として、政府が医療を優先する重要性を明らかにすべきである。
- b. 普遍性—NHIP は市民全員に対し、医療サービスや、政府の他の医療プログラムへの財政アクセスを増やす仕組みを提供しなければならない。NHIP は、少なくとも基本的な最低限の医療保険給付を全人口に補償することを最優先すべきである。
- c. 公平性—NHIP は均一な基本給付を提供しなければならない。ケアへのアクセスは支払い能力ではなく、人々の健康ニーズによる作用である。
- d. 反応性—NHIP は加入者の人生の様々な段階における個々のヘルスサービスのニーズに、適切に合わせたものである。
- e. 社会連帯—NHIP は共同体意識を持って実施される。NHIP は所得、年齢、健康状態が異なる者、他の地域に居住する者の中でリスクを分担することを促進する。
- f. 有効性—NHIP はケアの質と、資源の経済的使用のバランスを調整する。
- g. 革新—NHIP は医療技術、医療サービス機関、医療提供者支払いシステム、専門的実務の範囲、ヘルスセクターにおける他の傾向における変化を取り入れる。NHIP はヘルスケア

における、公衆と民間部門、人々の組織と地域密着型の健康組織の適切な役割とそれぞれの強さを認識する。

h. 法的移転—NHIP は地方政府単位との協議によって実施され、中央政府が設定した総合的な方針を条件として実行される。

i. 受託者責任—NHIP は有効な受託責任、資金運営、管理、および蓄えの維持を行う。

j. インフォームドチョイス—NHIP は、加入者が認定を受けた医療提供者から医療機関を選ぶよう推奨する。コーポレーションの地方局は、加入者として権利を与えられる NHIP にかかわる医療提供者とサービスと特権の最大限の範囲を、加入者に客観的に通告する。この通告は、加入者が適切で最も適合した提供者を選ぶ際のガイドとして使用されうるが、明確で分かりやすいタガログ語、あるいは加入者にとって分かりやすい現地語で記される。

k. 最大の住民参加—NHIP は組織と人的資源要件について、現存の地域イニシアティブを基に築かれている。

l. 強制補償—フィリピンの全市民はアドバースセレクションと社会的不公正を回避するために、NHIP に加入することが義務づけられるものとする。

m. 費用共同分担—NHIP は加入者が負担する費用が公平で公正であり、医療提供者の請求額が妥当であることを保障するために、NHIP の費用共同負担スケジュールを継続して評価するものとする。

n. 医療提供者の専門責任性—参加している全医療提供者は、コーポレーションと加入者との関わりに責任を持ち、説明ができることを NHIP が保障するものとする。

o. 公衆衛生サービス—政府は女性、子供、貧困者、難民地域、危険な環境にある地域などのすべての集団に対して公衆衛生サービスを提供する責任があるものとし、一方で NHIP は個人の医療サービス提供に取り組むものとする。予防・健康促進サービスはニーズを減らし、個人の医療サービスに費やすために不可欠である。

p. サービスの質—NHIP は、全レベルのヘルスサービス提供システムの質保証プログラムの制度化を通じて提供される、ヘルスサービスの質改善を促進するものとする。地域の充足、そして受益者個人がサービス提供の質の決定要因となるものとする。

q. 費用抑制—NHIP は、計画と運営において費用抑制の特色を取り入れ、人々の医療費支払いを手助けするのに実行可能な方法を提供する。

r. 貧困者のケア—政府は保険料補助金を通じて医療サービスを提供するか、あるいは NHIP が完全に実施される時まで、直接のサービス提供として個人が必要な医療サービス—まとめを貧困者に提供する責任があるものとする。

第 2 条. 一般条項—この改正規則と法規は以下に努める：

- a. フィリピン全市民に、医療サービスへの経済的アクセスを高める仕組みを提供する
- b. 医療サービス費用支払いを手助けをする手段として NHIP を確立させる
- c. 全フィリピン人、特に医療費を支払えない集団に対し、医療サービスの提供を優先し、促進する

## 表題 II 用語の定義

第 3 条. 用語の定義—規則と法規を実施するため、以下の用語はこのように定義する：

- a. 認定を受けた徴収機関—加入者からの保険料を受け取るためにコーポレーションが認可した銀行、あるいは他の団体を示す。
- b. 法令—共和国法第 7875 条、別名 1995 年国民健康法を示す。
- c. 認定—医療提供者の資格と技能が認可されるプロセスを示し、そのプロセスは NHIP への参加の特権を与え、医療提供者から与えられる医療サービスが期待されたものであり、質の高いものであるということを保証するために、コーポレーションが設定したガイドライン、規格、および手順に従って行われる。
- d. 給付内容—NHIP がこの規則内で規定した分類と資格に従って、加入者に提供するサービスを示す。
- e. 委員会—フィリピン健康保険コーポレーションの役員会を示す。
- f. キャピテーション—医療提供者契約の規定に従い、加入者 1 人あたり、家族、世帯あるいは集団での定率において、コーポレーションが加入者個人のために医療サービスを提供

する医療機関、あるいは提供の調整をする医療提供者と交渉して決定する支払い方式。

g. 苦情—医療提供者あるいは加入者に対する申し立てで、医療提供者が告発される場合は、認定の保証に従わないか、あるいはこの規則に挙げられるいかなる違反行為である場合、あるいは加入者が告発される場合は、給付補償内容あるいは NHIP の受給資格に関する詐欺的な行為か重過失行為を行った場合である。

h. 補償—NHIP の給付に対する、加入者あるいはその扶養家族としての、個人の受給資格を示す。

i. 扶養家族—加入者の法律上の扶養家族を示し、つまり：

1. 保険に加入していない、合法の配偶者
2. 未婚であり合法の未就労者、嫡出子、出生証明書に記載の認知された非嫡出の子供、21 歳以下の合法的な養子あるいは継子
3. 21 歳以上の子供で、先天的に障害を持つ者、あるいは身体的、精神的な障害を持ち、保険加入者からの全面的な支援を必要とする者
4. 60 歳以上の者で毎月所得が、NHI 法が示す基本理念に応じてコーポレーションが設定した額に満たない者

j. 診断処置—分析と検査を通じて、疾患あるいは症状を特定する処置を示す

k. 救急—個人の生活を維持するために迅速な行動が必要な状況で、あるいは片目、両目の視力を維持し、片耳あるいは両耳の聴力を維持し、あるいは足首もしくは手首より上部の片足、両足、片手、両手を維持するために、迅速な行動が必要な状況で、またそれが予測できない状況の組み合わせを示す

l. 被用者—雇用者に対して精神的・身体的努力(effort)を行使することで、サービスを行なう者を示す。また雇用者—被用者関係を基礎づける行為である、このようなサービスに対する補償を受ける者を示す

m. 雇用者—被用者を雇う自然人あるいは法人を示す

n. 加入—NHIP が個人を加入者あるいは扶養者として補償するために、コーポレーションが決定するプロセスを示す

o. 出来高払い—正当で公平な支払いシステムで、医療提供者は各サービス単位についての

請求金額範囲の支払いを受ける。

p. グローバルバジェット—医療サービスの支払い方法で、医療提供者が特別な医療給付を与える際の費用が交渉されたもので、すでに決定されている予算と、コーポレーションが決めた固定化予算を基に決定される。

q. 政府職員—政府の職員を表し、雇用形態が常勤、非常勤、契約制であろうと、政府支局、軍隊あるいは警察、行政的小区域、政府機関、団体、政府が所有し統括している団体、金融機関、憲法委員会においてサービスを提供する者を示し、地位にかかわらず選挙で決まる職と任命職のどちらかの職についている者。

r. 政府サービス保険システム(GSIS)—改正共和国法 8291 条の国家法第 186 条の下に作られた政府サービス保険システムを示す。あるいは 1997 年の新 GSIS 法として知られている。

s. 苦情—NHIP の開発者の決定によって権利を傷つけられたとする加入者、扶養家族、医療提供者の不平の理由を意味する。苦情はコーポレーションあるいは個人が、加入者あるいは医療提供者に対して申し立てる。

t. 医療提供者—以下を意味する：

1. 法的な認可あるいは認定を受けた医療施設で、疾病、疾患、障害、奇形に問題がある者、あるいは産科や他の医療・看護を必要とする者の健康増進、予防、診断、治療を行う施設の維持と運営に第一に貢献している者。

また病床、幼児用病床、新生児用病床を設置しており、疾患、外傷、奇形、異常な身体・精神状態にある者に治療を行い、また分娩状態、衛生的なケアを提供し、あるいは保健室、育児室、調剤室を患者が 24 時間以上の使用できる施設、建物、場所として建築されている施設。

2. 医師、看護師、助産師、歯科医、薬剤師、他の医療専門家や実務家で、フィリピンで実務を行う正当な免許を持ち、コーポレーションから認定を受けている者。

3. 健康維持組織(HMO)で、固定された前払いの保険料でプラン加入者に必要な補償を提供し、調整する団体。

4. Preferred Provider Organization (PPO)で、ネットワーク外の提供者よりも安い価格で加入者にサービスを与えることが可能な提供者ネットワークを示す。PPO 加入者はい

つても、いかなるネットワーク提供者を選択できる。

5. 地域の医療機関(CBHO)で、予防、促進、治療的医療サービスを通じて地域の健康状態を改善する目的で作られた地域の加入者団体。

u. 医療保険調停者—任命を受けたコーポレーションの役人で、認定を受けた医療提供者と加入者に対して申し立てた苦情を聞き、判断を下す。

v. 世帯—加入者とその扶養家族で構成された家族単位を示す。

w. 貧困者—NHI 法第 1 条で示された基本理念に従い、コーポレーションが設定した特定基準を基に特定されているように、有形資産のない者、あるいは家族を扶養するのに必要な所得がない者を示す。

x. 個人支払い—必要な保険料の全額を支払う者を示す。

y. 最初の認定—最初に申請した後に与えられた、医療提供者の認定。あるいは、最初の認定であるかのように見なされている申請の後に与えられた認定

z. 入院患者教育パッケージ—病院に收容されている者にとって利用可能な情報サービスの—まとめを示し、サービス受給者と家族に対して病気と治療の知識を与え、病気の再発や悪化を防ぎ、一般的な健康を促進する目的として作られている。

aa. 地域医療保険事務所(LHIO)—コーポレーションが設立した事務局で、すべての地方政府と公認を受けた市、あるいは実施可能とみなされた地域に設置される。LHIO の運営が完全になるまでの間は、各地域にコーポレーションが設立した Regional Health Insurance Office (RHIO)は、LHIO と呼ばれる。

bb. 地方政府保険料補助金—地方政府が貧困者に支払う保険料を示し、また居住している地方政府単位の加入者が部分的に支払う保険料の対照額を示す。

cc. 地方政府単位(LGUs)—加入者が居住している州、市、地方自治体、バラングイを示す。

dd. 資力調査—バラングイレベルで運営されるプロトコルで、加入者個人や家庭が NHIP へ払うことのできる保険料レベルを決定するもので、その支払い範囲は、政府から全額補助を受ける者から部分的に補助を受ける者、まったく補助を受けない者に渡る。

ee. フィードバック方式—コーポレーションと医療提供者の両方に対し、パフォーマンスモニタリングとアウトカム評価のデータと結果を報告するプロセスを示す。

ff. メディケア—以前は共和国法 6111 条で定められていた医療保険プログラムで、現在は共和国法 7875 条に改正されている。

gg. 加入者—必要な保険料を一定して支払っている NHIP の加入者を示す。

hh. 中央政府保険料補助金—NHIP に加入している貧困者に対し、コーポレーションを通じて中央政府が支払う保険料の対照額を示す。

ii. 国民医療保険制度(NHIP)—1995 年の国民健康保険法（共和国法 7875 条）で定められた、政府の実施する強制医療保険プログラムで、全国的に医療保険サービスを提供し、フィリピン市民全員にとって経済的に手ごろで、受容可能で、利用可能で、アクセス可能なヘルスサービスを提供する。

jj. 不払いの加入者—

1. GSIS あるいは SSS のメンバーで、退職年齢に達した者、あるいは 1995 年 3 月 4 日に法律が実施される前に、障害が理由で退職したものを示す。あるいは、
2. 1995 年 3 月 4 日に法律が実施される前に GSIS あるいは SSS の年金受給者となった者、あるいは、
3. 法律の定める退職年齢に達し、少なくとも毎月の保険料を 120 回支払った加入者を示す。

kk. アウトカム評価—認定を受けた医療提供者が提供する医療サービスについてのモニタリングのプロセスと、アウトカムの調査を示す。アウトカム評価となるインディケータは、知識変化と態度変化、短期的・中間的な行動変容、罹患率と死亡率の減少、治療内容と治療費についての患者の満足度などである。

ll. 外来クリニック—外来患者を基本に、診断、検査、治療、手術、リハビリなどのヘルスサービスを提供するチームのある施設や建物を示す。

mm. Overseas Workers' Welfare Administration (OWWA)—大統領令第 1694 条で規定された海外労働者福祉機関を示す。

nn. 同僚審査—NHIP 加入者に提供した医療の質、あるいは医療専門家の行為が、同等のト

レーニングを受け、経験を持つ同僚の専門家によって調査されるプロセスを示す。その調査はコーポレーションから任命を受けてから、専門機関あるいは病院、あるいはコーポレーション内で行われる。調査結果は、請求書の支払いあるいは不払いの根拠として活用される。

oo. パフォーマンスモニタリング—医療分野においては、医療の質の様々なインディケータ—として現在の測定に使われており、潜在的な問題を特定し、また医療提供における救済措置を提供するものである。

pp. フィルヘルス雇用者番号(PEN)—コーポレーションが雇用者に与える、終身的な数字を示す。

qq. フィルヘルス身分証明番号(PIN)—コーポレーションが加入者に与える、終身的な数字で、PhiHealth Identification Card に示されている。

rr. フィルヘルス身分証明カード—コーポレーションが加入者に発行するカードで、加入者の身分証明、プログラムの受給資格、コーポレーションとその他の関わりなど、きわめて重要な情報が記されている。

ss. フィリピン医療保険会社 (PHIC or PhilHealth)—NHIP を運営するように法律で定められている法人のことで、以下、コーポレーションと示す。

tt. Philippine Medical Care Commission (PMCC)—法律改正後、共和国法 6111 条の下に定められる、Philippine Medical Care Commission を示す。

uu. Philippine National Drug Formulary (PNDF)—厚生省の National Drug Committee が専門家団体、医師会、学術界、薬品業界の専門家との協議の下に作成した、フィリピンで必要不可欠な薬品のリストで、毎年更新される。

vv. 政策のレビューと策定—続行中の研究、政策プログラムの開発と評価のプロセスを意味しており、医療ニーズを特定し、質の高い、費用効果的な医療サービスの提供を補償するものである。

ww. ポータビリティ—LHIO の加入者に与えられる給付範囲外の領域において、加入者が NHIP の給付を受けることのできる受給資格を示す。



xx. 保険料—加入者が NHIP に支払う保険料で、支払う保険料の額は給料、世帯所得、財産、あらかじめ決められている補助額を基に決定される。

yy. 処方薬—Bureau of Food and Drugs (BFAD)の認定した薬品を示し、また適切な免許を持つ提供者からの処方がある際にのみ調剤される薬品を示す。

zz. 民間企業の職員—以下のどれかの団体に所属し、サービスを提供する被用者を示す：

1. 株式会社、合名会社、個人の所有者、非政府団体、協同組合、非営利団体、社会団体、市民団体、専門家団体、慈善団体で、フィリピンで国内あるいは国外を拠点にしている、フィリピンで組織された団体
2. フィリピン国内あるいは海外を拠点にしている外資企業、企業団体、非政府団体
3. フィリピン国内あるいは海外を拠点にしている準政府を有する外国政府あるいは国際機関で、NHIP におけるフィリピン人被用者をサービス対象とするようにコーポレーションと契約を結んだ外国政府あるいは国際機関
4. 海外の外国企業団体で、NHIP におけるフィリピン人被用者をサービス対象とするようにコーポレーションと契約を結んだ団体
5. 家内の手伝い人にサービスを与える世帯雇用者

aaa. Privately-Sponsored Member—保険料が慈善団体、登録された協会、CBHO、協同組織、民間非営利医療保険機関によって支払われている個人を指し、あるいはコーポレーションが設定した明確な基準に見合った個人を示す。

bbb. プログラム開発者—コーポレーションに勤務する公務員で、1995 年の NHI 法施行と NHIP の実施によってコーポレーションの事業機能と運営機能の全体的な管理責任を負っており、また NHIP を実施するため、コーポレーションが与えた権力を行使するために、Memorandum of Agreement (MOA)によって認定された公務員や職員。

ccc. 起訴者—コーポレーションの職員で、医療提供者あるいは・また加入者に対して申し立てられた苦情について、実態究明調査を運営する権限と権力を与えられた者を示す。

ddd. 質保証—提供されたサービスの質を調査し、確保するための正式な活動を示す。直接的な患者サービス、運営サービス、サポートサービスの質の面で特定された問題を改善するための質の評価、調整行為を指す。

eee. 再認定—規定された期間の超過、前回の認定の拒否、所有者・場所の変更・医療提供者のアップグレードにより、医療提供者に与えられる認定を示す。

fff. 認定の回復—コーポレーションが与えた必要条件、状態、修正のコンプライアンスの後に認定が延期されたため、認定が復活することを示す。

ggg. メンバーシップの回復—離職あるいは保険料支払いが停止したことが原因で給付が延期した後に、補償と受給資格が復活することを示す。

hhh. 認定の更新—この法律が定める、前回の認定期間が超過する前に、医療提供者に与えられる認定を示す。

iii. 居住地—加入者が実際に生活を送っている場所を示す。

jjj. 単独受給期間—同じ疾患に対する処置・制限は、12ヶ月の間に90日間以内の間隔がある場合にあることを示す。

kkk. Social Security System (SSS)—共和国法 8282 条の改正後、1161 条において制定された社会保障システムを示し、1997 年の社会保障法として知られている。

III. 定期的な保険料の支払い—受給可能となる月の直前から数えて12ヶ月間の間に少なくとも9ヶ月間は保険料を支払うことを示す。

mmm. Therapeutic Committee—厚生省の行政命令 No.51s.1998 によって制定された委員会。薬品関連の医療機関においては最も位の高い専門家団体であり、薬品の使用に直接の影響を与える。

nnn. 治療処置—病気の症状と原因を除去するための方法を示す。

ooo. 利用審査—医療サービスの利用、施設の手続きの必要性、費用適切性、効率性の正式な評価。評価は予測的、同時的、遡及的に行われるが、医療記録が示す医学知識の臨床適用の調査に限定されるものではない。

### 表題 III メンバーシップと保険料

#### 規則 I 補償内容

**第4条. 目的**—NHIPの主な目的は、フィリピン人全員に対し、プログラムの施行から15年以内に質の高い医療サービスへの財政的なアクセスを増やすような仕組みを提供することにある。

政府と民間セクターで働く者には、補償が与えられなければならない。貧困家庭と個人で保険料を支払っている集団の大多数が医療保険に加入していないが、その集団の加入も保障されなければならない。コーポレーションは同様に、CBHOとNHIPの他の団体との位相調整の仕組みを開発しなければならない。

**第5条. 行為**—上記の目的を達成するため、コーポレーションは以下の行為を遂行しなければならない：

- a. 政府と民間セクターで働く者の加入を必要条件とする
- b. 個人で保険料を支払う加入者と、医療保険に加入していない他の者を積極的に加入させる
- c. 貧困家庭への、政府からの補助金制度、あるいは各地域の貧困者対象プログラムの実施について、LGUと協調して行う
- d. CBHOとNHIPの他の団体の位相調整の仕組みを開発する
- e. 保険料を支払えない者ができるだけ加入できるように、協会、慈善団体、協同組合、民間非営利医療保険機関・協会、あるいは個人が基金を集めるように奨励する
- f. 効率的な保険料徴収方法を定着させる
- g. 最新のメンバーシップ・保険料データベースを定着させ、維持する
- h. 集中的な情報、教育、コミュニケーション(IEC)、マーケティングアクティビティを実行する

**第6条. 性質と範囲**—NHIPは以下のメンバーとその扶養家族を補償しなければならない：

- a. 被用者
  - ・ 公的セクターの被用者
  - ・ 民間セクターの被用者
- b. 貧困者
- c. 個人で保険料を支払う者
  - ・ 自営業者
  - ・ 海外で労働するフィリピン人(OFWs)
  - ・ フィリピンを基盤とする国際機関や、外国政府の雇用者・被用者
  - ・ 個人的にスポンサーされている者
  - ・ 以下を含むその他：

- 離職している者、メンバーシップを継続したいと希望する者
  - 合法でない扶養家族の両親、貧困者、あるいは退職者、年金生活者
  - 合法的な扶養家族の資格を持たない子供
  - 貧困者として認められない無職の者
  - 外国で生活するフィリピン人
- d. 保険料不払いの者

## 規則 II 一般規定

第7条. フィルヘルス ID カード—フィルヘルス ID カードは、加入者の身分証明、プログラム利用資格、コーポレーションとの多の取引などの基となるような、必要情報を記載しなければならない。フィルヘルス ID カードの発行の際は、加入者の権利、特権、義務が明確に添付されなければならない。

加入者には、永久的なフィルヘルス ID 番号(PIN)が与えられ、その番号はフィルヘルス ID カードに記載されていなければならない。

第8条. フィルヘルス ID カードの再交付・紛失—紛失の場合は、紛失宣誓書の提出に従い、フィルヘルス ID カードが再交付され、その際に発生する費用は加入者が全額負担する。紛失以外の理由でフィルヘルス ID カードの取替えを希望する場合は、期限の切れていない ID カードを提出しなければならない。

第9条. メンバーシップ登録における必須事項—メンバーシップのカテゴリーに関わらず、初めて NHIP に登録を希望する場合は、しかるべきフィルヘルスメンバーシップ登録用紙と共に、以下の書類を提出しなければならない：

- a. 出生証明書
- b. 洗礼証明書
- c. GSIS/SSS のメンバーID
- d. パスポート
- e. 他の合法的な ID/コーポレーションにとって受け取るのが適切な文書

登録者は、以上の文書のコピーを提出することも可能であるが、コピー文書を証明するには原本/証明された真正抄本を提出しなければならない。

第10条. 扶養家族申告の必要事項—扶養家族を申告する登録者は、以下の関係書類を必