

貧困層に対するプログラムは、「メディケア para sa Masa」と呼ばれている。そしてそれは、フィリピン人社会の底辺に位置するこれらの人々にメディケアの特典(医療給付)を提供することを目的としている。プログラムが目標としているのは人口の25%を占める貧困層の人々である。貧困層に属する人々は、地域社会福祉開発公社によって行われた CBIS・MBN と呼ばれる調査で把握されている。プログラムは地方自治体(LGUs)と PhilHealth の協力によって実行される。PhilHealth によって LGU と 中央政府双方が、PhilHealth に登録されている貧困層のために保険料の支払いを行っている。

他の政府行政機関と公務員と同様に、民間団体も LGU の協力者として保険料支払いに加わることになるかもしれない。「メディケア para sa Masa」は最近、国家経済開発当局(NEDA)によって認められた国家優先政策プログラムとして採用された。それゆえ、PhilHealth への寄付は完全に課税所得から控除可能である。保険料の中で1,188 ペソが1 貧困家庭を1 年間支えるために必要とされる額である。貧困な登録者に対する保険料は、彼らが居住している LGU の歳入区分に従って地方政府の負担は割引されることになる。割引かれた保険料は、中央政府が代わって支払うことになる。

将来的には、中央政府と全地方政府との保険料の負担割合を1:1にする予定である。貧困家庭1世帯をカバーする保険料が1世帯当りの保険料として算定の基準(基本保険料)となっているものと考えられる。

(7)保険料の流れ

年間の基本保険料は、1,188 ペソである。最も財政状況が良い地方政府の負担額が将来の基準となるが、その基準を用いると、中央政府 594 ペソ、地方政府(LGU)594 ペソの均等な負担である。

そのうちの 888 ペソは、PhilHealth に回され、残りの 300 ペソが保健予防活動や外来サービスの充実のための基金に回される。そしてこれらのサービスは PhilHealth によって認定された保健所によって提供される。

対象は、「本人」、「法的な婚姻関係が認められた配偶者」、「21歳未満の者」、「21歳以上で先天性疾患を有している者」、「60歳以上の扶養されている父母」、及び「その他資格を有している被扶養者」である。

(8)請求

- ① ICD-10
- ② Relative Value Scale 2001
- ③ 参照薬価表(DPRI)研究

医療機関から PhilHealth に対しては、①や②に基づく請求を行なうように指導されている。

また、③に関する研究が続けられており、現在、使用頻度が高い124の薬価が決定されている。さらなる充実のために、ベンゲット州、グイマラス及びソゴッド州で調査研究が続けられている。

(9)保健医療機関

国立医療施設を所管しているのは、DOH(保健省)の中の NCHFD(National Center for Health Facilities and Development)である。ここで、設備、運営、提供サービスについて扱っている。

a. ナショナル・センター(4か所)

国立心疾患センター、国立呼吸器疾患センター、国立腎疾患センター、国立小児医療センター

b. 国立病院、国立精神疾患センター

c. LGUs 病院

d. 民間病院

e.クリニック

f.Rural Health Units

g.Barangay Health Units

これらフィリピンの病院は、その機能に応じて Primary Hospital（一次療機関）、Secondary Hospital（二次医療機関）、Tertiary Hospital（三次医療機関）に区分されている。これらのうち、いずれを選択するかは患者自身の選択による。これらは、人材配置や設備基準等によって区分されている。

PhilHealth は加入病院をカバーしているが、一部救急医療を行っているクリニックもカバーしている。PhilHealth の加入病院は病院にステッカーを掲示しており、各病院に PhilHealth の保険事務を行う部門が設置され職員が配属されている。

(10)医療従事者

医療提供者（公認）は、2001年時点で 14,791 人の医師及び歯科医師が PhilHealth に登録されている（専門医及び一般医双方を含む）。

(11)その他

民間保険会社は、確認しただけで 19 社ある（2002年12月31日現在）。

C-1-8.担当者が描く将来ビジョン

(1)医療給付内容の充実

認定された全国 1,502 か所の病院（全体の 95%）で入院プログラムを展開していく。

274 か所の保健所等で外来、健診、予防的かつ健康増進的なプログラムを行っていく。

①健康相談

②検査

a.胸部X線撮影

b.CBC

c.便検査（潜血、寄生虫検査）

d.尿検査

e.喀痰検査

③予防サービス

a. Visual acetic acid cervical cancer screening（子宮頸がん検診）

b.血圧測定

c.直腸検査

d.身体測定

e.乳がん検診

f.禁煙指導

g.日常生活習慣改善指導

④その他

a.「包括妊婦ケア」を実施していく予定である。

b.「精神疾患」に対しては、外来適用が考えられている。

c.血液製剤も PhilHealth でカバーしようと検討している。

中央政府と地方政府が個々提供している医療と保健予防活動を連携させることによって、PhilHealth の実効性を上げるとともに、保健医療基盤の強化を図っていくことを目指している。

(2) 5 分野にわたる医療の質管理の推進

- ①根拠に基づいた医療(EBM)の推進 (特にガイドラインによる医療の推進)
- ②施設認定基準の統合
- ③施設承認と医療の質改善教育とのリンクを図る
- ④外来患者の診断パッケージをすべての施設で採用する
- ⑤病院評価ガイドラインのすべての施設への適用

(3)医療施設利用の利便性の向上

特に 2003 年から以下の事項を推進していく。

- ①入院患者包括医療内容の見直し
- ②外来患者包括医療内容の見直し
- ③補完的サービスとして、結核 DOT 療法、第 2 子目の出産、がん化学療法、血液透析の保険適用の推進

(4)医療費給付システムの改善

- ①貧困者に対する無料あるいは自己負担上限額の設定
- ②医療内容に応じた病院が享受する利益の改善
- ③外来医療の拡大

(5)薬剤費

院内薬局で薬剤を入手する場合は PhilHealth でカバーされるが、特に公的病院では薬剤の在庫が乏しく患者は市中の薬局で薬剤を購入しなければならないが、その場合は保険適用とはならず自己負担しなければならない。医師が病院外に薬局を確保し、患者をそこに向かわせることもたまに見受けられる。

(6)会員登録等

- ①会員登録の迅速化 ; 会員登録を 5 分以内で行うようにする。
- ②会員を正確に把握し会員制を維持するために、
 - a.データベースの構築
 - b.マーケティング活動の統一

を図る。

②については、ドイツ技術協力事業団 (GTZ ; German Technical Cooperation) がインフォーマルセクターの把握を支援している。

(7)組織支援の推進

- ①IT 化の推進

特に IT 化については、

- a.オペレーション部門への事業遂行システムの統合
- b.文書の追跡システム
- c.行政情報提供システム
- d.加入者や医療機関に対するオンライン構想
- e.地図情報システム
- f.広域情報網
- g.災害復旧センター
- h.在庫管理網
- i.加入者に対する街頭での情報提供システム（インフォメーション・キオスク）
- j.加入者に対する ID システム
- k.コールセンターの設置
- l.PhilHealth 保険金等の支払い場所の充実

などを目指すとともに、以下の事柄も展開しながら、保険料徴収状況の改善を図っている。

- ②従業員の利益を説いていく
- ③情報教育の推進
- ④組織、人的物的資源の見直し
- ⑤データベースの更新及び維持

(8)実効性のある保険料の徴収

- ①主たる窓口
 - a.郵便局
 - b.指定銀行

これらが保険料の主たる徴収機関である。

職域団体を利用しての費用徴収も計画されている。

②地方在住者の支払い機関へのアクセス

地方在住者は PhilHealth の出先機関(Regional Office)を訪れて保険料を支払うことになるが、保険料より交通費の方が高い場合もある。それで、現在1年分をまとめて支払うことを促すことができる仕組みを考案中である。

③高所得者に対する保険料率の引き上げを検討中である。

現在は、10,000ペソを超えれば収入が異なっても保険料率は一定である。

C・2 平成 15 年度

C・2・1 保健システム全体の中での医療保険の位置づけ

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、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。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 で述べることとする。

C-2-2 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。

C-2-3 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。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-2-3(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の 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。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。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-2-3 (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、12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-2-3-(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もと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。特にジプニーの運転手等、労働者組合に働きかけて団体で加入させるプログラムなどを持ち合わせている。

C-2-3-(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。

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、1ヶ月 8ペソの保険料で賄われていることになる。

C-2-3-(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-2-4 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。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、Cordirella 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、発展が認められる。

C-2-5 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-2-6 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-2-7 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をとりまく問題は種々あることがわかった。以下それらを列記する。

(1) 健康転換による疾病構造の急激な変化及び複雑化

疾病構造が急速に感染症主体から生活習慣病に移行してきているという健康転換を生じており、現在はこれら2つの疾患群の混在段階（いわば感染症及び生活習慣病の同時進行段階）として比国はいわゆる「double burden of diseases」対策に苦慮していると言えよう。しかし、こうした健康転換が急激に生じているにもかかわらず、PhilHealthのシステムは感染症主体と言わざるを得ない。つまりPhilHealth自体のカバー範囲

が入院医療が中心で、しかも入院期間等の給付が不十分なため、急性感染症等の疾患には対処できても、慢性疾患には対処できない構造になっている。

(2)医療施設の分布の不均衡

認定病院が有する病床数に地域較差が存在している。計画的な病院整備がなされていないものと考えられる。

(3)脆弱な財政基盤とそれに起因する低い給付上限額

① 国民皆保険を目指しているが、財政基盤が弱く負担能力がない貧困層の数があまりにも多い。保健医療費はGNPの3.5%(1997年)を占めているが、その約半分は個人に負担による。

保険医療財政状況は、

- a.過度の個人負担の存在する。
- b.NHIPによるサービスが十分な恩恵を与えていない。
- c.病院を主体としたサービスの恩恵が十分でないとともに偏りがある。
- d.カバーされている人口層が少ない。
- e.関係者への利益の配分システム及び医療供給者への支払機能に弱点がある。

また、給付可能な平均在院日数が3.5日であることを考慮すると、PhilHealthは感染症等の短期疾患に対応するもので、生活習慣病等の長期慢性退行性疾患に対処することは期待できない。それは、給付の上限が低いことや短期の期間しか保険でカバーされていないことに起因していると考えられる。

(4)地方政府(LGU)の取り組み

地方政府にとっては、医療は優先順位が低い問題である。現に貧困層の低い利用率(0.3%)が地方政府の実施を消極的にしているものと思われる。

(5)医療の質確保の実施

提供されている医療の質確保のためのプログラムを実施する必要がある。

National Health Insurance Programは①医療機関(医療従事者)認定基準の標準化及び②医療行為の標準化のための要として作用すると考えられる。

特に今回の研究で判明したPhilHealthの実務的な問題点は以下のとおりである。

(6)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のにもかかわらず、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で、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の中での保険としては、ヘルスセクターリフォーム5ヵ年計画での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。

(7)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。

(8)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。

(9)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。

(10)サービス提供

C 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。

(11) 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。

(12) 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。

C-3 平成 16 年度

人口増加は 2.36 と依然高いと考えているにも関わらず、フィリピン人の 2000 年の平均寿命は男性が 66.3 歳、女性が 71.6 歳から、2005 年には男性 67.8 歳、女性 73.1 歳と改善している。

乳児死亡率については、1990 年に 56 であったが、2005 年には 29 と急速に改善している。

同様に、妊婦死亡も 1990 年の 100,000 人の出生に対して 209 人から、1998 年には 172 人と、わずかな改善が見られた。

フィリピン政府は、医療制度の基盤となるいくつかの法律を制定してきた。

1991 年法では、県が病院での次医療サービスを提供し、市町村が全般的な一次医療サービスを提供することが規定されている。

また、1995 年法「National Health Insurance Law」は国民皆保険を目指して制定されたものである。

1999 年における医療制度改革議定書(Health Sector Reform Agenda:HSRA) (は、従来不連続であった医療サービスの提供体制を改め、財源確保等の問題まで踏み込んだものである。

医療の質を向上し、効率的かつ安全な医療を提供するために、Procedural Guidelines in Providing Quality Health 等のさまざまな治療ガイドラインや業務マニュアルが複数の部局で策定されている。

患者関係のものについては、患者の権利や組織の倫理を向上させる尺度を定めたガイドラインや医療施設の質に関するものも定められており、患者満足度をフィードバックする仕組みができています。

E. 結論

Health Sector Reform Agenda ; HSRA の中でも、医療保険制度の改革は焦眉の課題となっている。

(1) 外来機能拡充の中での質向上

現行の PhilHealth はその実施において公衆衛生プログラムとの政策調整が十分であるとは言えない。

いわゆる生活習慣病も主要な疾患となっている今日、財政的、医療資源的制約があるにせよ、公衆衛生的予防活動とも密接にリンクしながら、慢性退行性疾患にも対処していく必要がある。

公衆衛生的観点からの地域保健医療改善のプログラムを Health Sector Reform Agenda の一環として PhilHealth とリンクする形で提供することが、結果的に PhilHealth の量的・質的向上に資するものと思われる。

今後、サービスの拡大が検討されている外来診療機能において、公衆衛生活動ともリンクしながら、医療の質向上のための目標設定が必要であろう。

たとえば、結核対策を PhilHealth の中（外来）で行うことを予定しているが、現在行われている結核対策と PhilHealth のそれとをうまく調整し、保健医療システム強化のための目標設定等を視野に入れた施策の実施が必要である。

(2) PhilHealth が提供する医療自体（特に入院医療）の質向上

医療の質向上を目指し皆保険を実現するためには、対象者の徹底した把握が重要である。貧困層や自営業者等の対象者の正確な把握と徴収システムの整備が必要であり、現実には貧困層の正式な名簿（戸籍）がなく、その把握を不可能にしている。GTZ (German Technical Cooperation) が行った調査によるとミンダナオ島に貧困層が集中しているが、フィリピン全土で 34.2% の貧困家族がいるものと推計している。

また、この国の実情からすれば、PhilHealth は急性・慢性疾患ともに治療給付の必要最低限のサービスを提供し、生活状況に応じて民間保険等の給付（もちろん一部の富裕層しか該当しないと考えられるが）と併用することもシステムとして考えなければならない。つまり、理念はどうであれ、PhilHealth の現状は、自己負担を併用した混合診療体系を構築していると考えられる。

医療機関へのフリーアクセスや一次、二次、三次医療機関の地域偏在は医療機能の質に応じた階層性を否定し、かえって同国の医療機能を非効率的なものにしている。

日本の地域医療計画のような計画的な医療資源の再配分計画の実施による医療機能の適正配分とそれに応じた患者の流れを作ることが、質向上にも寄与する。

さらに、PhilHealth の医療機関（医療従事者）認定基準の標準化及び医療行為の標準化が必要である。

(3) 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のりがある。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点、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。

(4) 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。

(5) 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る、今後の研究での説明が求められる。

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。

(6) 医療

医療制度の反応性、例えばどうやって制度は人を尊重するように不健康な状態と関連して実行できるか、信頼性、自立性、迅速な対応、アメニティの質、社会保障ネットワークへのアクセスや供給者の選択という視点において、フィリピンの医療制度における改善のエビデンスがあるように思われる。

(7) その他

目指すべき医療の質を確保し、システムを運営・維持していく上で、必要となる財源の規模等の再評価が必要である。

また、PhilHealth の設置目的、組織、運営方針を規定している前述の「National Health Insurance Program (1995 年制定：共和国法 No. 7875) NHIP」等の共和国法の記載が細かい。わが国では政省令や通知で速効的に行うべきものまで共和国法に含まれていることが、保健医療のシステムや質の改善という問題に関して機動性に富んだ運用ができない一因と考えられる。

<参考文献>

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

National Health Insurance Act 1995

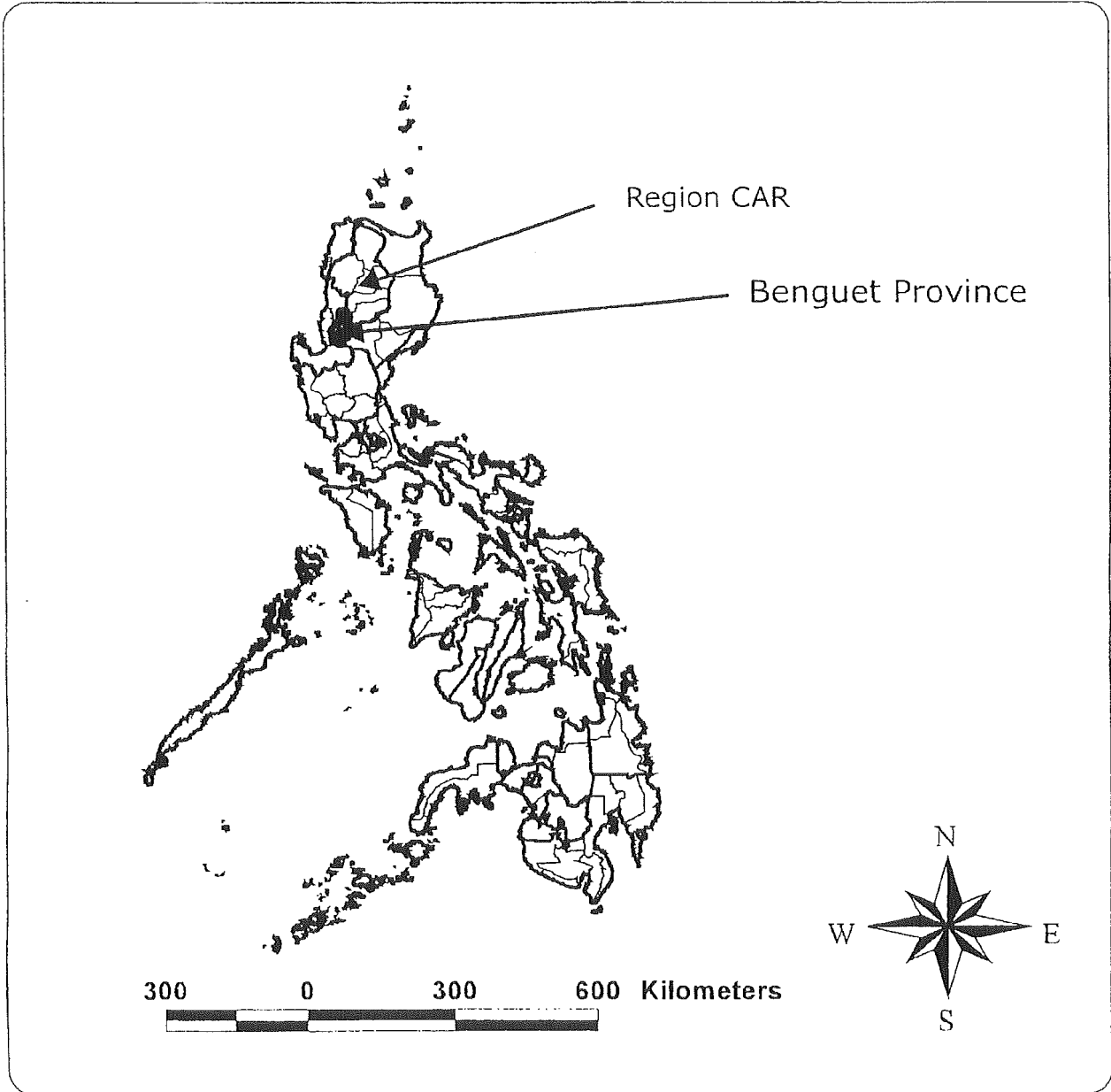
PhilHealth, *PhilHealth Annual Report 2002*

PhilHealth, *Stats & Charts 2002*

PhilHealth, *Stats & Charts 2003 (unpublished)*

National Statistics Coordinating Board *National Health Account*, 2002

Map of the Republic of Philippines
Place of Benguet Province



**Respondents of Knowledge Survey & Focus Group Discussion
(September 24th, 2004)**

Name of PHNs	Area of assignment
Fe Belen D. Acbayaan	Rural Health Unit Bakun, Bakun Amposungan, Benguet
Lilian C. Alawas	Rural Health Unit Buguias Abatan, Buguias, Benguet
Benita C. Sido	Rural Health Unit Mankayan, Benguet
Remedios B. Lorenzo	Kibungan RHU
Yoshio Labi	Poblacion La Trinidad RHU
Cathrine D. Ome	Municipal Health Office Sablan
Bernadette L. Camilo	Municipal Health Office Kapangan
Edna P. Palaci	Rural Health Unit Tuba, Benguet
Luciana A Padilla	Poblacion Itogon
Aurelia K. Wales	Poblacion Bokod
Lydia D. Cosme	Acop, Tublay

Name of Midwives	Area of assignment
Nora A. Taquio	Naguey, Atok, Benguet
Desenia V. Pacuyan	Poblacion Buguias BHS
Lilia A. Timay	Bulalacao, Mankayan
Dolores S. Bumakil	Poblacion Bokod
Sonia G. Mayaen	Puguis ,La Trinidad, LGU
Juna B. Amurao	Caponga-Nalseb, Tublay
Sofia W. Suyan	Banangan, Sablan
Mary A. Pasuquin	Ampusongan, Bakun
Delia B Baban	Camp6 BHS, Tuba, Benguet
Grace B. Ablao	Kabayan barangay, Kabayan
Isabel Gadate	Kabayan LGU
Elizabeth C. Butileng	Poblacion Kibungan, Benguet
Teresa A, Lesing	Central Kapangan
Victoria G. Todyog	Gumatdang, Itogon

理解度調査が対象とした指標と回答に求められた知識とスキル

(1) Maternal Health の指標

Pregnant women with 3 or more prenatal visit

- 各妊娠期を計算するために必要となる出産予定日を、最終月経日の情報をもとにして計算できる。
- 指標の定義を理解して、模擬対象患者/クライアントリスト (TCL; Target Client List : 以下 TCL) の妊婦のサンプルから報告対象者を選択できる。
- 指標の定義を理解して、模擬 TCL から指定月における報告対象人数を答えることができる。

Pregnant given complete iron dosage

- 報告対象となる鉄剤を与えた妊婦は、無料で鉄剤を与えた妊婦であることを理解している。

(2) Child Health の指標

Pneumonia cases seen

- Severe Pneumonia でみられる Chest indrawing の症状を持つ子供を報告対象から除外できるか。

Full Immunized Children

- 予防接種完了児 (Full Immunized Children ; FIC) となるために接種が必要なワクチンの種類を選択できるか。
- Full Immunized Children となるために接種が必要なワクチン及び接種を終えるべき時期を理解し、模擬 TCL から予防接種完了児 (FIC) の子供を選択できるか。
- Full Immunized Children となるために接種が必要なワクチン及び接種を終えるべき時期を理解し、模擬 TCL から指定月に報告すべき FIC の子供の人数を答えることができるか。

(3) Family Planning の指標

Current Users

- 与えられた条件をもとにして Current Users を計算できるか。

Drop-Outs

- Drop-Outs の定義を理解しているか。

(4) Micronutrient Supplementation の指標

Vitamin A given

- Vitamin A を与えるべき対象者を理解しているか。
- 報告対象となる他のデータソースを理解しているか。

(5) Disease Control の指標

Animal bite seen

- 動物による咬傷について、犬以外の動物による咬傷の症例を報告対象とすることを理解しているか。

General Questions

Name of Respondent _____ Position: _____
Number of years in the position: _____
Name of RHU/BHS: _____ Address: _____

A. Training experience

- ① Have you been trained on any types of FHSIS? (Please check **ONE** that apply)
___ Yes (if yes proceed to **1.a**)
___ No (if no proceed to **1.b in page 2**)

1.a. Please check what type of FHSIS training have you attended, when and who trained you.

What type?	When?	By whom?
___ FHSIS	___ 1989-1995	___ RHU
	___ 1996-2000	___ PHO
	___ 2001 and beyond	___ DOH-CAR
	___ Others(Specify)	___ DOH-Central Office
		___ Others (Specify) _____
___ Modified-FHSIS	___ 1989-1995	___ RHU
	___ 1996-2000	___ PHO
	___ 2001 and beyond	___ DOH-CAR
	___ Others(Specify)	___ DOH-Central Office
		___ Others (Specify) _____
___ Others (Specify)	___ 1989-1995	___ RHU
_____	___ 1996-2000	___ PHO
	___ 2001 and beyond	___ DOH-CAR
	___ Others(Specify)	___ DOH-Central Office
		___ Others (Specify) _____