

- －所得税申告書あるいは
- －委員会による決定書
- 2. 被用者の離職の場合—以下の書類を提出のこと
  - －フィルヘルスの規定書類で、最近提出したもの
  - －最後の被用者の離職届け
- 3. 火事・破壊の場合—以下の書類を提出のこと
  - －地方自治体の消防署が発行した証明書あるいは
  - －市役所が発行した証明書
- c. 解雇・解散の場合—
  1. 個人業主—地方財務局事務所が認定した、事業引退申請書の提出
  2. 共同経営、株式会社—Security and Exchange Commission (SEC)あるいは事務部長による議事録が認定した解散証書の提出
  3. 経営者が死亡した場合は死亡証明書の提出
- d. 合併—合併証書・SEC あるいは SEC に提出された契約書が認定した合併同意書の提出
- e. 経営者の変更—売却証書、譲渡証書、財産引渡し証書の提出
- f. 業務の再開—新規採用職員あるいは継続採用職員を明記した、フィルヘルスの規定する書類の提出

第18条. 雇用者の義務—雇用者は、新規採用職員が当該雇用者に就職してから30日間以内にコーポレーションに報告する義務を持つ。報告には、被用者がNHIPの新旧加入者であるかどうかを明記しなければならず、当該被用者が以前に加入していた場合はそのPINも明記する。

雇用者は、被用者が離職した場合は、離職から30日間以内にコーポレーションに届け出なければならない。これを怠った場合、雇用者は、申し立てられた償還額の支払い責任を負う。これが実行されるのは、この法律に規定される他の罰金が科される権利を侵害することなく、離職した被用者あるいは扶養家族が、NHIPの給付を利用できる場合である。

第19条. 保険料の設定—以下に設定された保険料は、政府や民間企業に従事する者を対象にしている：

2000年1月1日から12月31日の間の保険料額の設定

| 毎月の給与範囲                   | 能力給        | 毎月の保険料  | 被用者負担額  | 雇用者負担額  |
|---------------------------|------------|---------|---------|---------|
| P3,499.99 以下              | P 3,000.00 | P 75.00 | P 37.50 | P 37.50 |
| P3,500.00 から<br>P3,999.99 | 3,500.00   | 87.50   | 43.75   | 43.75   |
| P4,000.00 から              | 4,000.00   | 100.00  | 50.00   | 50.00   |

|                           |          |        |       |       |
|---------------------------|----------|--------|-------|-------|
| P4,499.99                 |          |        |       |       |
| P4,500.00 から<br>P4,999.99 | 4,500.00 | 112.50 | 56.25 | 56.25 |
| P5,000.00 以上              | 5,000.00 | 125.00 | 62.50 | 62.50 |

2001年1月1日から12月31日の間の保険料額の設定

| 毎月の給与範囲                   | 能力給        | 毎月の保険料  | 被用者負担額  | 雇用者負担額  |
|---------------------------|------------|---------|---------|---------|
| P3,499.99 以下              | P 3,000.00 | P 75.00 | P 37.50 | P 37.50 |
| P3,500.00 から<br>P3,999.99 | 3,500.00   | 87.50   | 43.75   | 43.75   |
| P4,000.00 から<br>P4,499.99 | 4,000.00   | 100.00  | 50.00   | 50.00   |
| P4,500.00 から<br>P4,999.99 | 4,500.00   | 112.50  | 56.25   | 56.25   |
| P5,000.00 から<br>P5,499.99 | 5,000.00   | 125.00  | 62.50   | 62.50   |
| P5,500.00 から<br>P5,999.99 | 5,500.00   | 137.50  | 68.75   | 68.75   |
| P6,000.00 から<br>P6,499.99 | 6,000.00   | 150.00  | 75.00   | 75.00   |
| P6,500.00 から<br>P6,999.99 | 6,500.00   | 162.50  | 81.25   | 81.25   |
| P7,000.00 から<br>P7,499.99 | 7,000.00   | 175.00  | 87.50   | 87.50   |
| P7,500.00 以上              | 7,500.00   | 187.50  | 93.75   | 93.75   |

第20条. 保険料の支払い—

- a. 雇用されている加入者の保険料は毎月、支払われなければならない、その支払いは雇用者が行ない、支払い期日の翌月の10日までになされなければならない。
- b. 各雇用者は、3ヵ月ごとにコーポレーションに対し、送金報告書を提出しなければならない、その提出期日は3ヶ月が経過した翌月の15日で、報告書には全職員、各職員の雇用形態、職名、給与、毎月の保険料、これらの変更事項（もしあれば）を記載する。
- c. 加入者の保険料は雇用者によって、給料から自動的に天引きされる。雇用者の負担する分の保険料は、被用者が負担するようなことはあってはならない。
- d. 政府機関の場合は、保険料の支払額を年間予算にすでに組み込むことが義務とされる。この資金を NHIP への保険料支払いとする以外に使用する場合は、改定された刑法の規定

の下において、責任を負うべき政府機関雇用者が過ちを犯したことになる。

e. 雇用者と被用者の支払うべき全額の保険料の天引きを怠った・拒否した場合は、申し立てられた要求の拒否にはならない。

#### 規則 IV

##### 貧困者対象プログラム加入者に関する特別規定

第 21 条. LGU との交渉—コーポレーションは、各地域で貧困者対象プログラムが施行され、もし妥当である場合は、LGU と他の当事者との契約書に署名する。

第 22 条. 貧困者の加入—貧困加入者であるという判断は、資力調査などの社会研究調査の実行によって行なわれ、各 LGU の貧困セクターでの社会経済状況・健康状況が決定されて判断される。現在行なわれている資力調査は地域ごとの情報システム—Minimum Basic Needs (CBIS-MBN)である。しかし、コーポレーションは必要に応じて、他の資力調査方法を特定し、利用する権利を留保している。

LGU は DSWD との協同により、CBIS-MBN の設置、維持、更新についての主導権・監督権を持つ。コーポレーションと他の政府機関は CBIS-MBN の管理、運営、処理において必要があれば技術援助、財政援助、人員援助を行なう。

NHIP 貧困者対象プログラムのメンバーシップを授与することの優先順位は、コーポレーションと LGU における CBIS-MBN が実施したスコアリングシステムを基につけられる。スコアリングシステムがない場合、あるいは利用できない場合は、CBIS-MBN の家族データ調査表(FDSF)あるいは CBIS-MBN の規則に応じて、地域開発・社会福祉役員(CSWDO)あるいは地方自治体社会福祉開発役員(MSWDO)が認定した「資格を有する貧困加入者のリスト」が、承認を受けるためコーポレーションに提出される。

コーポレーションは CBIS-MBN の結果に基づき、前節に示される状況下において、資格を有する NHIP の貧困加入者リストの作成に、妥当性を立証することができる。

LGU とコーポレーションは高齢者、障害者、孤児、貧民者対象のプログラムに加入に優先権を与える。特にこれらの者に保険料贈与者がある場合に優先権が与えられる。

第 23 条. 貧困者リストの毎年確認—貧困加入者のリストは、関連する LGU との協同によりコーポレーションが規定する手続きによって毎年評価される。

第24条. メンバーシップの取り消しと取替え理由—貧困者対象プログラムのメンバーシップは以下の理由により、コーポレーションによって無効・取り消されうる：

- a. NHIP の規定・規則に対し、貧困加入者あるいは扶養家族の誰かが従わない場合。あるいは
- b. 加入者が就職した場合

LGU は、メンバーシップが有効な年において、貧困加入者の更新を提案することができる。「更新加入者」は、CSWDO/MSWDO が認定しなければならない。

第25条. 加入者が死亡した場合の補償の継続—加入者が死亡した場合、故人の扶養家族は期限が切れていない部分の補償については、NHIP 給付の利用を継続できる。

第26条. 貧困者対象プログラムの保険料設定—コーポレーションが決定した、貧困者への保険料補助額は以下のように、中央政府と LGU によって負担される：

中央政府と LGU 間での保険料負担方法

| 年      | 1 <sup>st</sup> -3 <sup>rd</sup> クラスの LGU | 4 <sup>th</sup> -6 <sup>th</sup> クラスの LGU |
|--------|---|---|
| 1 年目   | 50-50                                     | 90-10                                     |
| 2 年目   |   |   |
| 3 年目   |   | 80-20                                     |
| 4 年目   |   | 70-30                                     |
| 5 年目   |   | 60-40                                     |
| 6 年目以降 |   | 50-50                                     |

LGU の負担する保険料補助額は、コーポレーションと関連 LGU との契約書の規定に従って支払われる。

市町村と州から成る自治体分類と、バラングイと市から成るバラングイ分類は、地方政府補助のカウンターパートとして使用される。

第27条. 補助金の一部負担制度—補助金一部負担制度は、LGU あるいは保険料援助者によって加入するよう提案されたが、資力調査で補助金全額を受ける資格を満たさない貧困者に適応される。補助金一部負担制度の下での保険料援助者は政府機関、あるいは地方・外国民間団体・団体、慈善団体、協同組合、あるいは個人のどれかであるべきである。

部分的に保険料が負担されている加入者が支払う保険料の額は、コーポレーションが決定

した NHIP の毎年の保険料の一部を支払える能力によって決まる。

## 規則 V

### 個人支払い加入者に関する特別規定

第 28 条. SSS の自営業者—1999 年 7 月 1 日前にメディケアプログラム I にすでに加入しているすべての SSS の自営業者と SSS に自主的に支払いを行っている加入者は、自動的に加入が登録される。しかし彼らはコーポレーションにメンバーシップ記録を更新しなければならない。

第 29 条. 個人的に資金援助を受けている加入者—慈善団体、正式に登録されている団体、CBHO、協同組合、民間非営利医療保険団体、あるいは個人はコーポレーションが決定した明確な基準を通じて特定された個人の保険料を支払うことができる。

第 30 条. 加入する場所—個人支払いメンバーとしての加入はコーポレーション事務局、あるいはコーポレーションが規定した他の仕組みを通じてなされる。

第 31 条. 離職後の個人支払いメンバーとしての加入—離職した NHIP 加入者は、離職後 3 ヶ月以内に個人支払いメンバーとして加入することでメンバーシップを維持することが可能である。さもなければ、受給資格は停止される。

第 32 条. 給付の停止—個人支払いメンバーが少なくとも 3 ヶ月間の支払いを怠り、あるいは保険料の 4 分の 1 の額の支払いを怠った場合、さらにこの規則で規定されているように保険料を定期的に支払うことを怠った場合は給付の停止となる。

第 33 条. 給付の復活—給付の利用には 3 ヶ月の待機期間が必要となるべきである。3 ヶ月の保険料受給資格は、利用する前の 6 ヶ月間において毎月 3 ヶ月、定期的に支払われた保険料を参考にする。

第 34 条. 保険料設定—個人支払いメンバー（現存する SSS のすべての自営業者を含む）の保険料は毎月 75.00 ペソが最低額で、4 ヶ月に一回、半年に一回、一年に一回で支払うことも可能である。NHIP に加入している海外のフィリピン人労働者 (OFW) はコーポレーションが設定した金額の保険料を毎年払わなければならない。コーポレーションが規定しない限り、保険料率は据え置かれたままである。

## 規則 VI

## 不払いの加入者に関する特別規定

第35条. GSIS と SSS の退職者・年金受給者—1995年3月4日の共和国法 7875 条の施行以前に GSIS と SSS の全退職者と年金受給者は自動的に NHIP の不払い加入者として登録される。

第36条. 受給資格の必要条件—法律に定められる退職年齢に達した加入者と、毎月の保険料を少なくとも120回支払った者は不払い加入者としてコーポレーションに登録される。

特別法が適用される場合を除いて、退職年齢は60歳である。企業の早期退職プログラムによって退職した加入者は、退職年齢と最低保険料の要件が満たなければ補償は受けられない。

第37条. 不払い加入者の雇用—常勤職に就いた不払い加入者は、完全に離職するまで毎月の保険料支払いを再開しなければならない。

### 表題IV 受給資格

### 規則 VII 給付

第38条. 目的—NHIP は適切な給付パッケージを加入者に提供することを目的としている。これにより、コーポレーションは加入者のニーズに合うように給付内容を改善し続けていかなければならない。

第39条. 行為—上記の目的達成のため、コーポレーションは以下の行為を行なう：

- a. すでに提供されている給付内容を改善しながら、追加給付を導入する
- b. 医療提供者の適切な支払いシステムを開発する
- c. 給付利用システムを継続的に改善する

第40条. 決められた給付—NHIP の給付内容は以下である：

- a. 入院治療
  1. 部屋代と食費
  2. 医療従事者の行なう医療サービス

3. 診断、検査、他の医療検査サービス
  4. 手術道具・施設あるいは他の医療機材・施設
  5. 処方薬と生物製剤
  6. 入院案内
- b. 外来治療
1. 医療専門家の行なう医療サービス
  2. 診断、検査、他の医療検査サービス
  3. 個人的な予防サービス
  4. 処方薬と生物製剤
- c. 救急・移送サービス
- d. コーポレーションが適切で費用効果的だと決定した他の医療サービス

第41条. 給付内容—加入者とその扶養家族に限定されている給付は以下を超過するものであってはならない:

| 給付アイテム   | 病院の分類 |       |        |
|--|-------|-------|--------|
|  | 第一次   | 第二次   | 第三次    |
| 部屋代と宿泊料  | 120   | 220   | 345    |
| <p>a. 加入者には最大で45日間、b. 扶養家族は最大で45日間。<br/> 前年に使用されなかった給付は次年に持ち越してはならない。<br/> 1 日分の部屋代と宿泊料は、水晶体摘出を除いては、利用した外来手術処置について、45日の手当てから控除される。</p> |       |       |        |
| 薬剤費 (単一利用期間につき)  |       |       |        |
| 通常の症例  | 1,165 | 1,595 | 2,670  |
| 集中的な症例   | 2,430 | 3,280 | 7,660  |
| 危篤な症例  |       | 6,575 | 11,885 |
| レントゲン、検査等 (単一利用期間につき)  |       |       |        |
| 通常   | 305   | 760   | 1,625  |
| 集中的  | 590   | 1,680 | 3,405  |
| 危篤   |       | 3,405 | 9,810  |
| 専門料 (単一利用期間につき) 一般医は1日にP105、専門医は1日にP150  |       |       |        |
| 通常   |       |       |        |
| 一般医  | 540   | 540   | 540    |
| 専門医  | 810   | 810   | 810    |
| 集中・危篤  |       |       |        |
| 一般医  | 810   | 810   | 810    |
| 専門医  | 1,350 | 1,350 | 1,350  |

| 手術室料金（単一利用期間につき） |             |       |       |
|------------------|-------------|-------|-------|
| RUV5.1 以下        | 385         | 670   | 1,060 |
| RUV5.1 から 10.0   | -           | 1,140 | 1,350 |
| RUV10.1 以上       | -           | 2,160 | 3,490 |
| 外科医              | 最高で P15,930 |       |       |
| 麻酔医              | 最高で P4,785  |       |       |
| 外科を伴う家族計画        |             |       |       |
| 精管切除             | 900         | 900   | 900   |
| 卵管結さく術           | 1,125       | 1,125 | 1,125 |

コーポレーションは化学療法、放射線治療、透析、水晶体摘出、認定を受けた病院施設の手術室で行われる簡単な手術のような外来サービスも、加入者に提供する。この規則に従い、手術室料金は手術室、救急治療室、分娩室、透析室、化学療法室、放射線治療室のサービス料金に含まれる。

コーポレーションは前項に述べられたような、一般医の行う基本的な診断と問診を含む、その他の外来サービス内容についても同じように作成すべきである。

第42条. 給付の段階導入一委員会は、給付の妥当性、費用への効果、医療提供者と受給者への必要性を判断するために、法律に定めるすべての給付についての実験調査を行うことができる。いかなる場合においても、保険経理的な調査がなされなければならない。

#### 第43条. 症例タイプの分類一

##### a. 重篤一以下の場合

- ・一疾患あるいは外傷のある場合で、がんが転移しており、化学療法や放射線治療を要する場合、髄膜炎、脳炎、肝硬変 (childsc)、心筋虚血、脳血管破裂、リウマチ性心疾患グレード3、腎不全、透析あるいは移植が必要な他の疾患、出血多量を伴う他の疾患、ショック。
- ・合計 relative unit value が 20 以上の一箇所で行われた手術あるいは複数の手術で、または冠動脈血管形成術、冠状動脈バイパス、心臓切開手術、脳外科手術。

##### b. 集中治療一以下の場合

- ・呼吸器のモニタリングサポート、心臓・血行動態モニタリングと維持のような集中治療サービスを必要とするすべての場合
- ・同じように重症な他の疾患あるいは外傷で、がん、肺炎、中度あるいはそれ以上に進行した肺結核で合併症を起こしている場合、心臓発作、心臓病、慢性閉塞性肺疾患、肝臓病、



腸チフス、発熱第3段階、H-fever、腎臓病、敗血症、重度の脱水症状を引き起こしている下痢、B型肝炎、デング出血、他の重度の外傷。

・合計 relative unit value が 8 以上で 19.99 以下の場所においてなされる手術・複数手術。

c. 通常の治療—上記のリスト以外の疾患あるいは外傷

疾患の症例タイプの各分類は、フィルヘルスが規定した書類・カルテに示される情報によっては分類のグレードが上下する。

コーポレーションは疾患・外傷の分類を変えることができ、必要に応じて他の支払い方式を導入できる。

第44条. 入院患者の教育—委員会は受給者に対し、利用できる給付サービスの一部として入院患者への基本的な教育プログラムを提供できる。このパッケージはこの規則で決められているように、疾病予防、健康増進、リハビリテーションについてのトレーニングと指導を含む。

第45条. 除外対象—以下のサービスにかかる費用は NHIP が補償を行わないが、例外としては、保険経理調査を行った後にコーポレーションが委員会の承認を受けて、サービスに含むように提案した場合である：

- a. 精神疾患について、外来の精神治療とカウンセリング
- b. 在宅サービス、リハビリテーションサービス
- c. 通常分娩
- d. 処方以外の薬と器具
- e. 薬・アルコールの濫用と依存の治療
- f. 美容整形手術
- g. 検眼サービス
- h. コーポレーションが費用効果的でないとして規定した治療

第46条. 給付の受給資格—加入者・あるいはその扶養家族は以下の条件を満たす場合に受給資格が与えられる：

- a. 入院を要する疾患あるいは外傷により、認定を受けた医療施設でサービスを受ける場合：あるいは認定を受けた医療施設で、外来ベースに行われる手術を受ける場合：あるいは医療施設においてコーポレーションが与えることを認定した外来給付サービスを受ける場合。
- b. サービスが利用となった初日の前から6ヶ月以内に、毎月の保険料を少なくとも3回支

払っている加入者。貧困プログラムと OWWA メディケアプログラムの加入者は ID カード・受給資格の認定書 (EC) に示されている有効な日付から給付を利用できる。

第 47 条. 給付利用の必要条件—NHIP の給付を利用するには、加入者はフィルヘルス ID カードあるいは身分を証明し、保険料の支払いを証明する他の書類を提示しなければならない。

第 48 条. 受給の単一期間—同じ疾患で受給期間を継続して受ける場合、暦年内で 90 日以内の間隔を置く場合は、単一の受給期間とみなされる。よって加入者はその期間についてかかった薬品、レントゲン、検査、他の費用についてはコーポレーションが設定した給付の上限額の残額のみを支払う義務を持つ。

第 49 条. 海外に居住する加入者とその扶養家族の給付—加入者とその扶養家族はフィリピン国外にいる場合も給付を利用する資格を持つ。その条件として、この規則の下での受給資格を満たし、以下の必要書類が提出された場合である：

- a. 加入者あるいは扶養家族がサービス利用を受けた医療施設からの、医療費支払いの公的領収書あるいは明細書
- b. 受給期間内に最終診断を行った主治医による診断書

与えられる給付は、第三次病院分類における地方料金と同等の金額が支払われる。

第 50 条. 死亡した SSS の年金受給者の扶養家族の給付—SSS の年金受給者の扶養家族の資格を持ち、その結果 SSS の遺族年金受給者となった者で、それが 1995 年 3 月 4 日の法律が施行される前であった場合、その者は NHIP の給付を受け続ける資格を持つ。遺族年金受給者は、以下の理由の場合は扶養家族であることを中止できる：

- a. 配偶者—就業した場合、あるいはその後結婚した場合
- b. 児童—就業した場合、あるいは 21 歳に達した場合、あるいは結婚した場合

## 規則 VIII

### 請求金額の支払い

第 51 条. 支払い方法—医療提供者への支払いは以下の方法を用いる：

- a. 出来高払い

- b. キャピテーション：医療専門家、医療施設、同じ HMO に加入しているネットワーク、医療協力者、他の合法的医療サービスグループが対象
- c. コーポレーションが決定した他の方法

#### 第 5 2 条. 支払い請求についての出来高払いガイドライン—

- a. 医療提供者は規定の用紙を使って請求を提出しなければならない。
- b. 提供したサービスの支払いについてのすべての請求は、患者の退院の日から 60 日以内に提出されなければならない。しかし、請求書提出遅延の理由が自然災害と他の偶然事故により生じた場合を除いては、請求金額は支払われない。もし請求書が郵送された場合は投函した郵便局の押印した発送日が、請求日時としてみなされる。

請求書提出の遅延が自然災害と他の偶然事故により生じた場合、医療提供者は 60 日間の延期期間が認められる。

請求書提出の遅延が、医療提供者側の原因である場合、またメディケア給付がすでに控除されていたのが原因である場合は、請求金額の支払いはされない。もし請求金額がまだ差し引かれていなければ、その金額は医療提供者が今後の請求に該当すると思われる加入者に支払われる。

必要事項を満たした上で返却された請求書は、その通知を受領した日から 60 日以内に再提出されなければならない。決算日は、医療提供者あるいは加入者が返却された請求書を受領した日付を基に決められ、もし郵送された場合は封筒の押印あるいは郵便局・郵送サービスの領収書の日付、直接提出された請求書についてはコーポレーションの押印日が再提出の日付とみなされる。

- c. 利用についての必要条件を加入者が集めた場合、医療提供者は患者の退院に従い、コーポレーションの償還全額の合計金額から差し引かなければならない。医療給付の支払いは医療提供者に直接支払われる。
- d. 医療施設はコーポレーションからの償還額を請求する際、加入者から手数料を徴収してはならない。
- e. 以下の事例を除いて、加入者への直接の支払いは許可されない：
  - 1. 加入者あるいは扶養家族が海外に居住している場合：
  - 2. 受給期間内に加入者が購入した薬品、医療器具に公的領収書が保管され、その受給期間内にそれら購入品が使用された場合：

3. 必要書類の提出を怠ったために加入者が全額を支払った場合：
  4. 加入者が専門料を直接支払った場合。この場合医療提供者は加入者に対し、この支払い選択肢の存在について知らせる責任を持ち、加入者が望めば公的領収書あるいは権利放棄書を発行できる。
- f. コーポレーションは以下の状況で請求が提出された場合、提供された給付を拒否・削減してもよい：
1. サービスの過剰・過少供給：
  2. 不必要な診断、処置、治療
  3. 無分別な薬品の処方
  4. 不正行為
  5. 現在普及している診療基準あるいは治療プロトコルから逸脱する場合
  6. 不適切に患者をリファーした場合
  7. にせの薬品、不良医薬品、不正に商標が表示されている薬品あるいは未登録の薬品の使用
  8. 最新の PPDF で認定された以外の薬品の使用、委員会が免除を認めた薬品の使用

さらに、コーポレーションは、請求時に示された情報が詐欺的、虚偽、不正である場合、また要求者が正当な理由なく法律、規定、規則に示された事項に従わない場合は請求された支払いを拒否・減額できる。

請求が拒否あるいは減額されると、拒否・減額された金額は、関係する受給者に直接的・非直接的に請求されてはならない。

コーポレーションの許可あるいは同意なく、専門機関あるいは医療施設で行われた同僚審査の結果が、医療施設の請求金額を拘束するようなことはない。

g. 医療施設の医療提供者が処方・注文した薬品は、薬品の一般名を用いて処方・注文されるべきである。1989年の厚生省行政命令 No.62s.で定めた「1988年のジェネリック医薬品法の下での、処方の必要事項の規定と規則」が患者カルテに書かれた処方と指示の適切性を評価するガイドとして使われるべきである。

基準要件や登録基準を満たしておらず、また副作用のために BFAD を通じた厚生省のリストに載っていない薬品は、PPDF の規定したガイドと平行して、参考ガイドとして使われるべきである。

- h. 第一次病院はフィルヘルスの規定した用紙のコピーと、請求書内容に合う患者の病歴のコピーを提出する必要がある。さもなければ請求は処理されない。
- i. 症例によっては、第二次・第三次病院は、請求書の処理を容易にするために患者の病歴を提出する必要がある。
- j. 被用者補償プログラムの下では、被用者の入院費用請求はすべて自動的に NHIP の下での請求書とみなされる。その条件として、60 日の期間内に請求が出された場合である。
- k. 医療施設の提出した請求書において、当該施設の病床利用率が認定病床利用率を超えていることを示している場合、そのような請求書は、内容を証明する文書を併せて提出しなければならない。さもなければ請求は処理されない。
- l. 認定医療施設の受け入れ能力を凌いで行われた手術は、違反とみなされ、その手術の請求はコーポレーションが拒否するが、これが救急で行われた場合、あるいはカテゴリーが上の医療施設へのリファーを行うのが身体的に不可能である場合を除く。第一次病院はコーポレーションの決める単純な手術のみが補償される。
- m. この規定に従い、カテゴリーが格下げられた後に医療施設が提出したすべての請求書は、コーポレーションの決定する、格下げられた分類としての費用が支払われる。
- n. サラリーとしての給与を受けている医療提供者が行うサービスの専門料は、医療スタッフへのプール金と分配金として、サービスが提供される医療施設において保持される。専門料を分配する方法は、医療施設の裁量に置かれている。
- o. 公衆衛生施設は、施設利用に支払われた金額を保持することが許されている。このような収益は信託基金に保持され、機材、設備の維持あるいはアップグレード、公的セクターのサービスの質を維持し改善するための運営費用の負担に使われる。個人の報酬に支払われることはない。
- p. 調査中の請求書以外のすべての請求書は 60 日以内に処理されなければならない。
- q. 24 時間以下の病院サービスは以下の場合を除いては、NHIP が補償を行わない：
  - 1. 患者の死亡
  - 2. 患者が他の医療施設に移送された場合
  - 3. 救急の場合
- r. 認定を受けていないが、厚生省から与えられた免許を持つ医療施設の請求書は補償されるべきである。条件として、以下を満たす場合である：
  - 1. 請求書が、コーポレーションの決める救急の場合であったとき
  - 2. コーポレーションが決めるように、患者を他の医療施設に移動することが身体的に不可能であったとき

上記の条件が満たされれば、病院費用、加入者の購入した薬品、医療機材の金額は払い戻される。その条件は、請求書と公的領収書が共に提出されることである。同じように、認

定医療施設の専門料はコーポレーションが払い戻す。提出の際、そのような請求書と患者の完全なカルテも共に提出されるべきである。

コーポレーションが認定しておらず、厚生省が運営の免許を与えず、認定を与えず、証明を与えない医療施設が提出するすべての請求書は支払われない。

第53条. 薬品の償還額の限定—委員会は、PNDFに含まれ、NHIPが払い戻す薬品物価指数を決めるプロセスを決定すべきである。指数を基に、委員会はその時々に応じて、医療提供者が加入者に請求する薬品の、正当な薬価差益率を設定すべきである。正当な差益額において、薬品の払い戻しがなされるべきである。

第54条. 薬品の特殊費用—薬品の請求を円滑にするため、医療提供者は加入者に処方する各薬品の一般名と商標名を特定しなければならない。さもなければ、請求は処理されない。

第55条. キャピテーション—すべてのキャピテーションの調整はMOAとコーポレーション、関連する認定医療提供者間によって行われるべきである。両者はそこに記される条件によって拘束される。

## 表題 V 認定と質保証

### 規則 IX NHIPの質保証

第56条. 目的—コーポレーションは全国的な医療サービスの提供において、すべての医療提供者に適応する全国的な質保証制度(NQAP)を施行すべきである。この制度は認定医療提供者が加入者に提供する医療サービスにおいて、期待されるヘルスアウトカムと加入者の満足度を達成するのに必要な質を保障している。

第57条. 行為—以上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行う：

- a. 医療提供者に対し、NHIPに参加する特権を与え、彼らの与える医療サービスが期待された質を満たすものであることを保障するために、認定プロセスを通じて医療提供者の資格と能力を証明する
- b. 利用審査と患者満足審査・指数を通じて、医療提供者が加入者に与えるサービスを定期的にモニターする

- c. 医療の効果度と患者満足度の両方の観点により発生するアウトカムで、医療提供者が行う医療サービスのアウトカム評価を通じてモニターとレビューを行う
- d. フィードバック方式・変更によって質の高い医療サービスを保障するために、パフォーマンスモニタリングとアウトカム評価の結果に照らした修正措置を行う
- e. 質の高い医療サービスを保証するために、上記の行為から選んだデータに照らして医療保険の政策プログラムを策定し調査する

第58条. 医療提供者—以下の医療提供者は NHIP に加入前に認定を受ける：

- a. 医療施設としての医療提供者
  - 病院
  - 外来クリニック
  - 健康維持団体(HMO)
  - Preferred Provider Organization (PPO)
  - Community-Based Health Organization (CBHO)
- b. 独立して開業している医療専門家
  - 医師
  - 歯科医師
  - 看護師
  - 助産師
  - 薬剤師
  - 他に認可された医療専門家

認定された医療施設に従事する各医療専門家は、提供した医療サービスについて NHIP から報酬をもらう際は、当該提供サービスが医療施設とは無関係に提供されていてもいなくても、別個に認定を受けなければならない。

第59条. 認定についての一般的な必要条件—以下の必要条件是、しかるべき事例において、すべての医療提供者に適用するものとする：

- a. 医療施設は認定の最初の申請を行う前に、少なくとも3年間運営していなければならない、その運営期間に提供した医療サービスについての記録が保存されていること。
- b. 医療施設は厚生省とコーポレーションの定める、適切な施設の標準に見合った人員、機材、物理的構造、他の必要条件を満たしていなければならない。
- c. 医療専門家は、専門協会の発行する優良証明書を提出しなければならない。一般医は、認可を受けている全国医師会からの優良証明書を提出しなければならない。
- d. 医療提供者は、NHIP の行う公式な質保証プログラムと利用審査プログラムを受け入れなくてはならない。また普及している支払い方式も受け入れなければならない。医療提供

者は、現在進行中の公的な質保証プログラムを有していなければならない。

- e. 医療提供者はすべてのリファープロトコル、診療ガイドライン、NHIP の人的資源についての取り決めを導入しなくてはならない。
- f. 医療提供者は患者の権利を認識し、尊重しなくてはならない。
- g. 医療提供者はすべての情報システム必要事項と情報必要事項の移送に従わなくてはならない。情報必要事項とは、コーポレーションの決めた報告の仕組みとすべての患者の正確な記録・提供されたサービスの記録・医療を提供した結果生じたアウトカムの記録、患者の治療費と継続している患者教育にかかる費用の記録の維持を含む。
- h. 医療提供者はサービスの質を保障するために、コーポレーションの規定するいかなる修正措置を受け入れなくてはならない。
- i. 医療提供者は共和国法 7875 条の第 16 項(m)に従い、コーポレーションが医療記録・財政記録を点検し、訪問し、施設に立ち入って調査を行うことを許可しなくてはならない。
- j. 医療提供者は NHIP に加入している貧困者に対し、すべての給付内容を完全に補償するのに十分な財源がない場合、提供される給付内容を増やすのに使われることがある、社会扶助基金へのアクセスを提供しなくてはならない。
- k. 医療専門家は NHIP の加入者でなければならない。
- l. 医療提供者は常に共和国法 7875 条の規定と必要事項、この規定とコーポレーションの他の発行規定に従わねばない。

**第 60 条. 3 年の必要運営期間—3 年間の運営期間の起算日は、民間病院の場合は地方の責任者が許可した当初の事業許可が有効となる日付となり、公的病院と軍の病院の場合は地方責任者あるいは国防局が認めた日付となる。**

格上げ、拡大、所有者の変更、他の原因で病院事業が一時的に停止している場合は、その運営期間を、以前に運営していた日付を基に累積して算出する。

格上げ、拡大、コーポレーションが適切と認めた他の理由を目的として場所が移転する場合は、移転が地方自治体内、市、地域の内外であってもこの法律の 73 条 c の規定に従い、また厚生省の免許のガイドラインに従う。

他の場所に病院が拡大する場合、あるいは他の場所に分院する場合は、別個の認定を受けるよう申請する。

Special Economic Zone 内で就労者とその扶養家族に独占的に治療を行う、企業内の病院あるいはクリニックは、認定を受ける資格を持つ。条件として、Special Economic Zone は特別法によってそのような形態で病院を運営することが許可されている。またはそのよう



な病院を監督し、形成した特許によって許可されている。

**第 6 1 条.** 病院の特別認定必要事項—この法律で規定されている、一般的な必要事項と条件に加え、病院は認定に際して以下の特別な必要事項と条件に従うものとする：

- a. 病院は厚生省から免許が与えられていなければならない
- b. 病院は共和国法 4226 条、あるいは病院免許法、実施規定、他のしかるべき規定に常に従わなければならない
- c. コーポレーションの認める基準に従い、フィリピンで免許を得た病院の全国団体における優良メンバーでなければならない
- d. すべての第二次病院は薬品が適正に使われることを保障するために、薬剤委員会と他の委員会を設立しなければならない
- e. すべての第三次病院は薬品が適正に使われることを保障するために薬剤・院内感染対策委員会と他の委員会を設立しなければならない
- f. この規定事項に従い、病院は現在進行中の質保証プログラムが設置されていなければならない

**第 6 2 条.** 外来クリニックの認定必要事項—コーポレーションは外来クリニックの認定のために、必要事項と条件を規定する。

**第 6 3 条.** HMO と PPO の特別認定必要事項—この法律で規定されている一般の必要事項と条件に加えて、HMO と PPO は個人の加入者へ直接医療を提供するものとして、あるいは認定を受けた医療施設の支局として認定をうけるために以下の特別必要事項と条件に従う：

- a. 大統領命令第 119 条の規定と厚生省の規定に従い、厚生省の発行した運営認可を持っていなければならない
- b. SEC に正式登録していなければならない
- c. 検査室、レントゲン検査室、診断室は厚生省の認可条件のすべての規定に従わなければならない
- d. 法人 HMO はコーポレーションが策定した基準に従う文書(a)小区に従い、フィリピンで営業が許可された全国 HMO 団体の優良メンバーでなければならない。法人 HMO は地域・全国の連合法人協会の優良メンバーでなければならない、コーポレーションの策定した基準に従って認可されなければならない
- d. この法律規定に従い、現在進行中の質保証プログラムを設置していなければならない

**第 64 条.** CBHO の特別認定必要事項—この法律で規定される一般必要事項と条件に加え、CBHO は受給者に直接医療を提供するものとして、認定を受ける際、以下の特別必要事項

と条件に従うものとする：

- a. 予防医療サービス、健康増進サービス、治療サービスを通じて地域の健康状況を改善する目的で、地域加入者団体が運営し、所有し、管理を行わなければならない
- b. SEC または Cooperative Development Authority に正式に登録しなければならない
- c. 検査室、レントゲン検査室、診断室は厚生省の認可条件のすべての規定に従わなければならない
- d. この法律規定に従い、現在進行中の質保証プログラムを設置していなければならない

第 65 条. 金融仲介機関としての HMO、PPO、CBHO の認定必要条件—コーポレーションは金融仲介者としての HMO、PPO、CBHO の認定のため、必要事項と条件を規定する。

第 66 条. 医師の特別認定必要事項—この法律における一般必要事項と条件に加え、医師は以下の特別必要事項と条件に従う：

- a. フィリピンにおける医師の診療行為は専門規定協議会(PRC)によって正式に認可されなければならない
- b. 医師はコーポレーションの定める基準に従い、コーポレーションが認可したフィリピンにおける全国医師会の優良メンバーでなくてはならない
- c. 医師は 1959 年の医療行為法第 12 項第 24 条で改正された倫理規定に従わなければならない
- d. 医師はすべての診療ガイドラインあるいはプロトコル、同僚審査、NHIP の支払い方式に従うよう同意しなくてはならない
- e. 医師は NHIP が規定する専門料以上の金額を、病院に入院することが認められた加入者に課してはならない

第 67 条. 他の医療専門家（歯科医師、看護師、助産師、薬剤師、他の免許を有する医療専門家）の特別認定必要事項—この法律の一般必要事項と条件に加え、歯科医師、看護師、助産師、薬剤師、他の認可されている医療専門家は以下の特別必要事項と条件に従う：

- a. それらの者は PRC により実務を行うことが認可されていなければならない
- b. それらの者はコーポレーションの定める基準に従い、コーポレーションが認可したフィリピンにおける認可専門職の全国団体の優良メンバーでなくてはならない
- c. それらの者は NHIP が規定する専門料以上の金額を、病院に入院することが認められた加入者に課してはならない
- e. それらの者はすべての診療ガイドラインあるいはプロトコル、同僚審査、NHIP の支払い方式に従わなければならない

第 68 条. 認定の種類—認定は以下の種類に分けられる：

- a. 第一認定

- b. 更新認定
- c. 再認定
- d. 復活認定

#### 第 69 条. 施設内医療提供者の認定の一般規定一

- a. コーポレーションは認定期間を決定し、医療提供者の能力と統合性を評価した後に認可を与え、あるいは認可を拒否する権利を保持する
- b. コーポレーションは認定の必要事項と条件に応じて提出する必要書類を決定する。その必要書類はコーポレーションの裁量下で証明される
- c. 施設の医療提供者は認定の必要事項と条件の決定に応じて、必要なだけ、頻繁に立ち入られ、検査を受けるものとする
- d. コーポレーションは認定料を徴収し、また代表者と運営責任者の規定した他の料金を徴収する
- e. コーポレーションは病院について、特定の病床数には認定を与えることを制限し、また他の施設医療提供者については、特定の医療サービスと手術についても認定を制限することがある
- f. 認定機能が LHIO に分散するまで、認定委員会が推奨するすべての認定申請行為は代表者と運営責任者によって認定される
- g. 認定に関する事項についての代表者と運営責任者の決定は最終のものであり、行政上のものである。これは、この決定が受領された日から 30 日以内に認定委員会を通じて再審が申し立てられない限りである。再審は一回だけ検討される。免責事項のため最終日が土日、国民の休日あるいは申告した休日であれば、再審は次の営業日に申し立てられる。再審が拒否される場合、その要請は受領から 15 日以内に委員会に申し立てられる。
- h. 認定の取り消しは永久的である。同じ施設名あるいは他の名前でも他に認定を得たり、他の者から認定を得たりすることはそれが自然であり法律上のことであっても医療提供者として運営を行う資格を失う。取り消しを受けた施設医療提供者の施設が売却される場合、その施設は第一認定の申請を行うとみなされる
- i. 認定は先を見越して機能する。認定が有効になる前に与えられたサービスの請求は拒否される
- j. 認定の更新の際、申請は現在の認定期限が切れる 90 日前の 30 日間に提出される。必要事項の提出が不十分である場合、申請書は書類が完全となるように医療提供者に返却され、その医療提供者は受領した日から 30 日以内に再申請を提出する。
- k. 認定が与えられえた後であっても、コーポレーションは施設の医療提供者の分類を格下げする決定を下し、あるいは不都合な発見や報告のために認定を停止することができる
- l. 欠陥のある医療提供者の認定は、詳細な検査が行われ、また医療提供者がすべての欠陥を修正したことが分かるまでは更新されない

#### 第 70 条. 医療専門家の認定の一般規定一

- a. コーポレーションは認定期間を決定し、医療専門家の能力と統合性を評価した後に認可を与え、あるいは認可を拒否する権利を保持する
- b. 認定の必要事項と条件に応じて提出する必要書類を決定する。その必要書類はコーポレーションの裁量下での証明を受ける
- c. 認定料を徴収し、また代表者と運営責任者の規定した他の料金を徴収する
- d. コーポレーションはトレーニング、経験、能力、専門認定に応じて医療専門家の特別な医療サービスについては認定を制限してもよい
- e. 認定機能が LHIO に分散するまで、認定委員会が推奨するすべての認定申請行為は代表者と運営責任者によって認定される
- f. 認定の取り消しは永久的である。
- g. 認定は先を見越して機能する。認定が有効になる前に与えられたサービスの請求は、救急の場合を除いて拒否される
- g. 認定の更新の際、申請は現在の認定期限が切れる 90 日前の 30 日間に提出される。必要事項の提出が不十分である場合、申請書は書類が完全となるように医療提供者に返却され、その医療提供者は受領した日から 30 日以内に再申請を提出する。

#### 第 71 条. 最初の認定の特別規定一

- a. 認定は初めて申請を行った、資格を持つ医療提供者に与えられ、あるいはこの法律で規定される施設内医療提供者の場合は、特定の状況下で初めて申請を出すのみなされる者に与えられる
- b. 認定は申請が認可されたことを受けて有効となる

#### 第 72 条一認定の更新の特別規定一

- a. 認定は、この法律で決められた必要事項と条件を満たした後に更新される
- b. 業務停止中の医療提供者は、業務停止が解除されない限り、あるいはコーポレーションの定めるすべての必要事項、条件と修正措置が満たされなければ認定の更新を申請できない

#### 第 73 条. 再認定の特別規定一

- a. 前回の認定が失効した医療提供者、あるいはその後の申請が拒否された者は再認定を申請できる
- b. 優良な、施設内の医療提供者で、所有者が変更した場合はこの法律の規定に従い、実際の所有者変更がなされた 90 日以内に再認定を申請しなければならない
- c. 優良な、施設内の医療提供者で、場所が変わったところはこの法律の規定に従い、移