

別表2 東南アジア諸国における医療保険制度

国名	医療サービス、病院の特徴	医療保険制度の仕組み
インドネシア	<p>*全病院のうち3分の2が公営(1985年)、これが1990年には全病院のうち半分になる</p> <p>*1990年当時、ベッド数の71%が公営</p> <p>医療支出のうち政府3分の1、個人と民間が3分の2を占める。個人・民間の支出のうち本人負担が75%、雇用主負担20%、民間の生命保険(医療保険)が5%。</p> <p>*家族計画実施公営施設は診察無料。</p> <p>その他の公営医療センターは1回500ルピア。</p> <p>*病気予防より病気治療を重視する。</p>	<p>*ASKES, JAMSOSTEK で3100万人をカバー。これは人口の16%(1997年当時)。</p> <p>ASKES (1968):公務員、軍人を対象とする医療保険。賃金の2%を強制徴収。1993年当時、476万人の会員(うち21%が年金受給者)と、990万人のその家族が対象。</p> <p>JAMSOSTEK (1992):民間企業の従業員を対象とする。公営、もしくは指定私営病院。賃金労働者の26%をカバーする。</p> <p>*1995年から、農村での医療サービス(大企業から利益の2%を徴収して財源にあてる)。</p> <p>*1991年の大統領令、"Onit Swadana" 自己金融。公営病院の一部に独立採算を認める。</p>
マレーシア	<p>*全病院のベッド数の75%が公営。</p> <p>医師の45%が公営病院に勤務。兼業は禁止しているため、公営病院をやめるものが多い。</p> <p>1986,87年調査:公営病院の利用者のうち23.5%は本人支払い、6.5%が民間の保険利用、残り70%は無料。</p> <p>本人支払いは政府の医療支出の3%しかカバーできない。</p> <p>*農村地域の公営病院は無料診察。</p> <p>*ベッドは格付けされている。大半は第3級。</p> <p>*1980年から95年のあいだに政府の医療支出は2倍に膨れ上がる 公営の見直し。</p>	<p>*1980年代半ばに、政府は、積立方式による外来・入院双方の国家健康保険制度を検討。SOCSO と EPFの統合を提案。</p> <p>*1988年、アジア開発銀行の協力をえて、雇用主、従業員双方の積立方式による医療保険を提案。</p> <p>1994年、シンガポールのMedisave にならって、EPF のなかに、医療保険専門の「第3口座」(Account III)を導入。本人積立分の10%を使用することができる。</p> <p>*1990年代に入って、第7次五ヵ年計画では、医療保険の民営拡充を提唱する。</p>
フィリピン	<p>SSS: Social Security System (1954-; 1957 実施) GSIS: Government Services Insurance System</p> <p>*全病院のうち3分の1が政府、3分の2が民間。</p> <p>*医師の数の60%が私営病院で働く。</p> <p>*1994年の全医療支出の内訳: 民間における本人支払い 38% 民間の医療保険、HMOs 利用 6% 政府による給付 39% 社会保険の利用 12%</p> <p>*方法。公営病院は費用の85%、私営は24%を還付するという方法。ところが、1971年当時、病院の治療費の70%をカバーしていたのが、1988年当時には33%に低下する。</p>	<p>1969年: The Philippine Medical Care Act (1972年から実施)。</p> <p>第一段階。GSIS, SSS の加盟者とその家族に対して適用する。</p> <p>第二段階。自営業、農業労働者、失業者にも拡充する。ただし、主婦、季節農業労働者、臨時労働者はカバーしていない。</p> <p>1972年から1990年のあいだに、Medicare の利用者は、SSS 加盟者の5.36%、GSIS 加盟者の10.36%にすぎない。還付が遅いのと、還付を受ける事務所が地方にはほとんどないため敬遠。</p> <p>1990年現在、Medicare プログラムへの加盟者2350万人、人口の38%をカバーする。</p> <p>第一段階。1313万人を対象。実際は506万人。</p> <p>*1969年: The Philippine Medical Care Act</p> <p>1995年、National Health Insurance Act, SSS と GSIS のMedicare 事業を、Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth) が継承する計画。雇用主と本人が積み立てる方式。</p>
シンガポール	<p>*11の公営病院と11の私営病院。</p> <p>1985年までは公営病院は保健省の直轄。その後、効率性向上のため、公企業であるHospital Corporation of Singapore に移管。</p> <p>*公営病院が全ベッド数の79%を保有する。このうち20%が低所得者用のベッド Class C Ward</p> <p>*公営病院は入院患者に全額もしくは一部の費用を負担させる。一方、外来患者に対しては私営病院が主にサービスを提供。</p>	<p>*国家健康保険計画を公表。効率性の向上など</p> <p>1984年、政府が <Medisave> プログラムを開始。CPF のもとにおく。加盟者の月給の7-8%を本人もしくは直系の家族の医療サービスに適用。</p> <p>1992年7月、年収2400シンガポールドル以上の自営業者にも、強制加入を決定する。</p> <p>*しかし、1993年12月現在、CPF の加盟者のうち23%しか、Medisave Account に最低必要な金額S\$ 10,000-15,000 を開いていない。</p>

別表2 東南アジア諸国における医療保険制度

国名	医療サービス、病院の特徴	医療保険制度の仕組み
シンガポール (続き)	<p>公営病院の外來患者にかかる費用のうち、54%を政府が補助(1996年)。 *1960年から94年のあいだに、政府の医療支出は年6.3%の伸び、民間は7.5%の伸び。 その結果、GDP比、政府支出は1994年に0.9%に低下し、民間は2.0%に上昇した。 全医療支出のうち、政府の割合は、1987年まで39-52%の水準をしめたが、1990年代には25-29%に低下した。 *2020年までに、全人口の20%が65歳以上の「老年人口」に、深刻な「高齢社会」の到来。</p>	<p>*民間医療保険(個人加入、団体加入)労働人口の40%をカバーする。 1990年7月 <Medishield>を開始。 手術や大きな病気の場合、Medisave ではカバーしきれないために、新たに設ける。 1993年、政府、10億シンガポールドルの<Medifund>を開設。低所得者用ベッド、改組された病院、外來患者への補助金に利用。 1996年、選挙キャンペーンのなかで、政府が <Senior Care Fund>の設置を公表。</p>
タイ	<p>*全病院のうち、公営施設が有利。 1960年代半ば、ベッド数の98%が公営。 1990年代、75%。ただし、私営病院が急増 1987年以降、私営の医師数、年127%で増加。(未廣：2003年現在、公営と私営のベッド数同数)。 *医師数：1970年、公営が93%、1989年 82% *私営病院、全数の37%、ベッド数の50%がバンコクに地理的に集中している。 全医療支出のうち、政府支出は1978年当時、3分の1、1994年には4分の1に低下する。 公営病院の費用のうち40%を、本人の支払いもしくは民間の医療保険でまかなっている。</p>	<p>1992年 Social Security Act Social Security System: 10人以上の事業所の従業員の医療保険体制。SSSは600万人カバー *この保険制度では、最大限六ヵ月まで、給与の50%の支給がなされる。 *SSA のもとでの医療サービスのうち、1991年の44%、1995年の63%を民間の私営病院が提供する。 公務員・軍人、退役軍人：CSMB 本人と3名の家族までが無料となる。 1976年 The Free Medical Care for the Low Income Programme. 1983年 The Community Health Card project 農村の自営業者を対象とする。 1993年、上記のプログラムを農民、都市の低所得労働者、移民などに適用 ??? 1992年 公的扶助制度確立public assistance scheme 60歳以上の高齢者、小中学校の生徒、1993年当時、高齢者に3億6700万バーツ、子供1億5000万バーツ、障害者に2500万バーツの予算を計上する。</p>

Source: M. Ramesh with Mukul G. Asher, *Welfare Capitalism in Southeast Asia*, Palgrave, 2000, pp. 87-104.

図 医療サービスに関する「政府」「民間」、「施設提供」「金銭給付」のマトリックス

	*施設・サービスの提供、政府 public provision	*施設・サービスの提供、民間 private provision
public financing 金銭的給付 政府	<p>*政府が資金を出し、施設も提供する 利用者は治療時に無料 (イギリス、マレーシア)</p>	<p>*医療サービスは民間に委託する。 ただし、支払いは政府が行う。 (ドイツ、韓国)</p>
private financing 金銭的給付 民間	<p>*利用者は公営施設の利用時に支払いを行う あるいは公営施設に私的なベッドを利用する。 (純粋な形態はない。中国は公営施設中心、しかし、かなりの部分を個人が負担する) (タイ)</p>	<p>*私営施設において、利用者がその場で負担、もしくは民間の生命保険や民間医療保険を利用して支払う (アメリカ、フィリピン)</p>

*医療保険の3つのタイプ: social insurance, private insurance, employer-based insurance