

国民皆保険に着手したフィリピン

野 沢 勝 美

アジア通貨危機を契機に開発問題の領域にソーシャル・セーフティネットの概念が導入された。アジア途上国においては、経済のグローバル化に対する安全網として社会保障制度の拡充が政策の選択肢に加わった。なかでも加入者のリスク負担による医療保険（以下、「健康保険」）の整備が課題となった。本稿では、アジア諸国にあって、国民皆保険を掲げるフィリピンについてその現状と課題を考察する。

国民の半数がすでに健康保険加入

フィリピンにおける社会保障の歴史は他のアジアに例を見ないほど古く、戦前に遡る。国家公務員と地方公務員を対象とした健康保険および休業補償保険は、アメリカ統治下の一九三七年に公務員保険機構（GSSIS）が発足している。戦後の一九五七年には民間労働者を対象とした社会保障機構（SSSS）が発足した。

一九九〇年代に入るとフィリピンの医療制度をめぐる背景が転換した。構造調整政策のもと一九九四年にラモス政権の「社会改革アジェンダ」による社会開発促進の宣言、および一九九一年地方政府法制定を受けた地方分権の促進である。

一九九五年に至り、国民健康保険プログラム（NHIP）制定とその実行組織であるフィリピン健康保険公社（以下、「健康保険公社」）設立を規定する国民健康保険法が制定された。同法では一五年以内に国民皆保険の実現を掲げている。

NHIPでは、前述のSSSS、GSSISの事業のうち健康保健部分をNHIPへの自動的加入が規定された。同一保険・同一医療サービス給付の導入である。健康保険公社の基本的目標は、医療給付サービスの拡充で、これは二局面に分けて取り組まれる。第一局面は治療であり、全国一五一カ所（全医療機関の九五％）において入院プログラムを実施する。第二局面は予防治療・健康増進で、全国の農村保健所、健康センター、三四八の登録病院において外来、検診を実施する。

二〇〇一年一二月現在のNHIPの保険料支払加入者は八八五万世帯、対象者は三七四六万人で全人口の四八・一％である。国民の約半数がすでに国民健康保険に加入している。対象者の構成をみると、最大はフォーミナル・セクターに位置付けられる強制加入の対象である被雇用者で、SSSS加入の民間労働者、GSSISの加

(表1) フィリピンの国民健康保険加入者数 (2001年12月現在)

区 分	保険料支払加入者		対 象 者	
	世帯数 (世帯)	構成比 (%)	人 数 (人)	構成比 (%)
民間労働者	5,291,005	59.8	20,767,114	55.4
公務員 ⁽¹⁾	2,110,801	23.8	8,948,003	23.9
自営業者	929,589	10.4	4,181,648	11.2
貧困者	619,014	7.0	2,847,464	7.6
退職者			716,176	1.9
合 計	8,850,409	100	37,460,401	100.0
(参考) 全国	15,585,179	56.8	77,925,894	48.1

(注) (1)任意加入を含む。
(出所) Philippine Health Insurance Corporation.

入の公務員からなり、全加入者の七九・三％を占める。次いで自営業・任意加入者で一一・二％に達する(表1参照)。

最貧層対象の健康保険制度が発足

前述のとおりNHIPは、国民皆保険の達成を規定した。このため人口の二五％の最貧層を対象とする医療プログラムが発足したのである。一九九六年に発足の「大衆のための医療」

(表2) 「大衆のための医療」保険料の地方政府負担

地方政府 歳入区分 ⁽¹⁾	年次	分担比率 (%)	中央政府 負担年額 (ペソ)	地方政府 負担年額 (ペソ)
1級から3級	全年次	50 : 50	594.00	594.00
4級から6級	初年次・2年次	90 : 10	594.00	118.80
	3年次	80 : 20	594.00	237.60
	4年次	70 : 30	594.00	356.40
	5年次	60 : 40	594.00	475.20
	6年次以降	50 : 50	594.00	594.00

(注) (1)財務省が規定する財政収入規模による区分。

(出所) Philippine Health Insurance Corporation.

プログラムがそれである。

「大衆のための医療」の加入者負担保険料は均一で、一世帯あたり年額一一八八ペソである。しかし最貧困層には保険料支払の経済的余裕はないのが現状である。そこで保険料は、中央政府と地方政府が折半して分担するとした。財務省が規定する財政収入規模に応じた区分の四級から六級までの地方政府には調整がなされ、六年目になって各々五九四ペソを負担する(表2参照)。この場合の地方政府は、基本的には州政府を構成するムニシパリティ(町)と

なる。

こうして集められた保険料一一八八ペソのうち八八八ペソは健康保健公社に回され、前述の第一局面の治療・入院プログラムに当てられる。残りの三〇〇ペソは医療給付改善目的で健康保険公社の資本増強基金に繰り入れられる。資本増強基金は健康保険公社に認定された登録保険所において同じく第二局面である予防治療、健康増進の医療給付に充当されることになる。

二〇〇一年二月現在の「大衆のための医療」の実績をみると加入者は、一一三の州・市、七六四のムニシパリティ(町)にわたり、六一・九万世帯(人口規模で二八五万人)である。これは最貧困者数の一四・六%、全国世帯数でもわずか三・九%にすぎない。政府は二〇〇四年までに同プログラムの対象を三八〇万世帯に拡充するとしている。このため、事業の進捗状況はいま少し速まることになる。

地方政府の財政改善がカギ

一方、政府は「保健部門改革アジェンダ(HSRA)(一九九九―二〇〇四年)を策定し、同期間にまとを絞り保健医療制度改革実施するとしている。画期的な医療制度である国民皆保険の実現があらためて政策課題となった。この成否は国民健康保険から除外されてきた最貧層であるインフォーマル・セクターをいかにして公的な社会保障制度に取り込むかにある。国民皆保険をめぐる課題には次の四点がある第一に、加入者拡大の遅れである。保険料引下げ、一部払戻しなどのインセンティブ付与が不

可欠である。

第二に、コミュニティ基盤医療組織(CBHC)の構築と団体保険の設計によるその強化である。CBHCの機能は、健康保険公社とのそれと連携したものであり、保険料徴収などの金融仲介、医療サービスの提供、マーケティング支部組織として情報の提供である。このため、現在はドイツ技術協力公社(GTZ)が技術指導にあたっている。

第三に、モラルハザードの回避である。貧困者認定のガイドラインは存在するが、登録ヘルスカードの発行は地方政府の裁量となっている。タイでは、一九八〇年代の貧農向けの「低所得者のための医療費免除証」が失敗した反省に立って、「医療費三〇パーセント制」が導入された経緯がある。登録ヘルスカード制の成否はNHIPの持続性確保の前提条件となっている。

第四に、これが最も重要な課題であるが、地方政府の財政的裏付けが不十分である。中央政府による地方交付金である内国歳入割当は、その二〇%以上を地方開発プロジェクトに充当すると地方政府法で規定されている。この割当額そのものが少額であるため民間資金による支援が必要となる。二〇〇二年現在で健康保険公社と覚書交換をしたスポンサーは三〇件にすぎない。この拡充が急がれているところである。以上、フィリピンの国民健康保険制度について述べてきた。地域保険として出発し一定の成功実績を有する日本の国民健康保険の事例が新たに注目されている。

(のざわかつみ・国際関係学部教授)