

課題番号 : 25指4
研究課題名 : 東南アジアにおけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) に関する研究
途上国との協力経験の研究
主任研究者名 : 村上 仁
キーワード : ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) 、健康社会保障、医療保険、東南アジア
研究成果 :

背景

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(Universal Health Coverage, 以下 UHC)とは、世界保健機関(以下 WHO)の定義によれば「すべての人が適切な予防、治療、リハビリなどの保健医療サービスを、必要な時に支払い可能な費用で受けられる状態」である。現在、WHO は、事務局長の強いリーダーシップの下、UHC を推進しつつある。2010 年の WHO の年次報告書「世界保健報告」は、保健システム財政に焦点を当てた。世界銀行、国際労働機関(ILO)、アフリカ開発銀行とドイツ、フランスなどの先進数カ国は The Providing for Health Initiative (P4H)を立ち上げ、社会保障と保健財政強化を通じて、後発開発途上国、中進国で UHC を促進することを目指している。UHC は、2015 年为目标である、国連ミレニアム開発目標の次なるグローバル・ヘルスの目標の一つとして、有力視されている。

目的

本研究は、タイを参照ポイントとし、ベトナム、ラオス、カンボジアの UHC に向けた進展状況と、異なる財政措置の保健サービス供給体制への影響ならびに、受療行動・保健医療支出への影響を明らかにする目的で実施した。その後、当班は発展的解消し 26 指 1 に移行したため、1 年度で終了。研究内容は、26 指 1 に引き継いだ。

方法と結果

カンボジア、コンポンチャム州(村上ら)ならびにベトナム、ホアビン省ルオンソン郡(土井ら)において、担当保健行政官等との面談ならびに資料の収集・分析、医療施設でのターゲット疾患の外来受診数(受療率)、入院数(入院率)の推移と受益者の支払い額を施設の記録から分析、担当保健行政官等と医療機関職員との面談を実施した。NCGM での倫理審査承認は、7 月 1 日付けで受領済。

カンボジアの調査は、同国の倫理承認を得た上で、2013 年 8 月に実施済。結果、受益者負担の低減のための財政スキームのみならず、サービス 1 単位ごとに末端医療施設に還付金を支払う、結果ベース還付が、外部支援団体により数多く導入されていることが判明。これら還付スキームと、医療保険、エクイティファンド等との相乗効果が、新たな研究課題として出てきた。結果ベース還付が受療を増やすことは、調査サイト内で確認された。

ベトナムの調査は、ホアビン省保健局の承認を受け、2014 年 1 月に実施した。ベトナムの医療保険制度の特徴として、以下が挙げられた：1) ベトナム社会保障局(VSS)による関連諸制度の一元管理、(2) 貧困者、少数民族、6 歳未満児の保険料を全額政府補助し、強制保険に組み入れることでカバレッジを大幅に拡大、(3) 非加入者に比べて高い保険加入者の外来受療率、入院率、(4) 支払方法における出来高制と人头制の混在。課題としては、以下が挙げられた：(1) 任意保険の低い加入率と支出超過；(2) 強制保険中、被用者保健の雇用者側負担のコンプライアンス不徹底(赤字企業が保険料を払わない傾向)；(3) 低所得者の年次査定(最低賃金改定を受けて毎年実施)による、業務負担とカバレッジの不安定さ；(4) 入院時保証金や有料薬剤販売など、公立病院での保険外有料サービスの併存；(5) 上位病院への紹介受診が郡 V S S の支払額の 2/3 を占めること。

さらに、ホアビン省ルオンソン郡において 2013 年に出産した産婦の代表サンプル 316 名に対する質問票調査では、表 1 に示すように、保険加入者において、非加入者よりも、有意に分娩医療費が安かった。それに比して、交通費など、医療費以外に分娩に関連してかかった費用には有意差がなかった。

表 1：ベトナム、ホアビン省ルオンソン郡で 2013 年に出産した産婦 (n=316) における保険加入と分娩に関わる支出の関係

	保険加入者	保険非加入者
分娩医療費の中央値 (p<001, Mann-Whitney)	300,000VND	1,100,000VND
分娩交通費の中央値	200,000VND	210,000VND
その他の分娩費用の中央値	400,000VND	500,000VND

ホアビン省ルオンソン郡全体の産婦（児を含まない）の医療保険加入率は 70%であり、収入四分位ごとの差は以下のものであった：

表 2：ベトナム、ホアビン省ルオンソン郡で 2013 年に出産した産婦 (n=316) における収入四分位ごとの医療保険加入率（保険種類を問わない）

年収四分位（パーセンタイルによる）	保険加入者	保険非加入者
第4四分位（最も豊か）	54 (82%)	12 (18%)
第3四分位	35 (71%)	14 (29%)
第3四分位	36 (67%)	18 (33%)
第1四分位（最も貧しい）	55 (71%)	22 (29%)

結果、貧困層でも 70%を超える人々が医療保険に加入しており、これは、最貧層の多くが、低所得者・少数民族の医療保険料全額補助政策により強制医療保険に加入していたためであった。

結論

カンボジアにおいて、開発パートナー支援による結果ベース還付が、医療給付に大きな影響を与えていることがわかった。現在わかっているところでは、こういった還付スキームは医療者側、つまりサービス供給側の行動に影響を与え、還付があるからより多くのサービスを提供するインセンティブを与えることで、産前健診や予防接種のサービス数を増やしている。一方、サービス需要側である住民の受療行動に与える影響は、今回の調査では、十分に明らかにできなかった。26 指 1 の中で、カンボジアに関してはさらにデータ東南アジア諸国（タイ、ベトナム、カンボジア、ラオス）の医療保険制度の特徴と課題

収集と分析を進める必要がある。

ベトナムの医療保険制度に日本が貢献しうる点としては、第一にマクロ政策アドバイス、第二に個別の技術支援が考えうる。前者としては、以下が挙げられる：

(1) 日本の医療費抑制策（例：病床規制、出来高払いから包括払いへの移行、レセプト査定）の情報共有；健康社会保障を維持しながら、病院の財政自律をどのように確保するのか、日本における皆保険制度下での公立病院の財政問題への取り組み等を分析し、情報提供する。さらに、病院経営管理についての日本の公民の知見をベトナム側と共有し、逆にベトナムの経験を日本側も学ぶ機会を設ける。VSS と MOH の政策対話の促進も必要であろう。さらに、医療技術の高度化、高齢化等に伴う医療費増大に対処する方略として、日本において、医療保険の枠内でどのような医療費抑制策が取られてき

たか、明らかにし共有する。例えば、病床規制、出来高払いから包括払いへの移行、レセプトの査定などは、ベトナム側にも参考になりうる。

(2) 税投入の増大に関するマクロ財政的な経験共有；ベトナムの医療保険では、全人口の75%以上は強制医療保険の対象であり、その原資の大半は税である。一方で、被用者と任意保険加入者に関しては、前者は労使拠出、後者は加入者拠出の保険料が原資となる。日本では、基本的に制度設計上は保険料を基本的な原資としながら、収支のアンバランスを調整するために税が投入されている。税方式と社会保険方式のそれぞれに利点・欠点、税の投入額や割合が増大することのマクロ財政的な問題点などに関する、日本の経験を共有し、税か保険料かの政策判断の論拠を提供することは有意義と思われる。

後者としては、以下が挙げられる：

(1) 日本の国民健康保険の受診勧奨経験の共有；加入率の低い任意医療保険の受診勧奨業務につき、日本の国民健康保険の受診勧奨業務の経験から、情報提供と技術支援を行えるのではないかと。ベトナムの任意医療保険は年次更新なので、更新勧奨の形態が取られているが、日本の長い経験から、地域の人的つながりを生かすなど7、具体的な勧奨のヒントがあるのではないかと。

(2) 企業のコンプライアンス遵守に向けた施策の提示；強制医療保険の雇用者側保険料の未納問題（収支の悪化した企業が支払に応じない問題）につき、関連法令整備とともに、企業のコンプライアンス遵守に向けた働きかけの具体策を提示できるのではないかと。

(3) 行政の基礎インフラ整備支援と台帳の電算化などの情報通信技術(ICT)支援；低所得者、準低所得者、市街地以外の少数民族（グループ3）、6歳未満児（グループ4）など、保険料が全額政府補助となるグループならびに部分補助となる学生（グループ5）の年度査定業務が非常に煩雑で、毎年保険カード発給が遅れがちである問題につき、1) 住民基本台帳整備など、行政の基礎インフラ整備支援ならびに、2) 台帳の電算化などの情報通信技術(ICT)支援が可能ではないかと。

ベトナム調査の結果は、外務省が掲げる国際保健外交戦略の2本柱のうちの一つとして、日本発のUHC支援をどのように進めていくかを具体化することに資するため、2014年7月9日に（独）国際居力機構（JICA）にて発表予定。さらに日本国際保健医療学会（11月）、タイ国マヒドン皇太子賞カンファレンス（2015年1月）で発表予定である。

Subject No. : 25D4
Title : Research on health financing schemes towards universal health coverage (UHC) and care-seeking/expenditure of health care clients in Southeast Asia
Researchers : Hitoshi Murakami, Masahoko Doi
Key word : Universal Health Coverage (UHC), health social security, health insurance, Southeast Asia, Cambodia, Lao PDR, Thailand, Viet Nam
Abstract :

Background:

Universal Health Coverage (UHC) is defined by the World Health Organization (WHO) in its simplest formulation as providing all people with access to needed health services of sufficient quality to be effective, without the use of such health services imposing financial hardship. Currently, the WHO, under the strong leadership of its Director General, is pushing forward the agenda towards the UHC. The World Health Report 2010 focused on health systems particularly its financing (1). The World Bank, International Labour Organization (ILO), African Development Bank (AfDB) and a couple of developed countries such as Germany and France launched The Providing for Health Initiative (P4H) that aims to advance the UHC in low and middle-income countries through strengthening of social security and health systems financing. At the moment, the UHC is not proposed as a distinct part of the global health goals beyond 2015 after the Millennium Development Goals. However, it is still under discussion and the concept is considered to lead the health development agenda post-2015.

Objectives:

The objective of this study is to identify the degree of the expansion of non out-of-pocket health financing schemes (i.e. compulsory and voluntary health insurance, health equity fund for the poor and payment exemptions) and their impacts on care-seeking and expenditures of health care clients in Cambodia, Lao PDR, Thailand and Viet Nam. The status of Cambodia, Lao PDR and Viet Nam will be compared with the status of Thailand for interpretations. Note that this study was halted after one year of implementation while the new research, 26D1, took it over with expanded scope and number of researchers.

Methods and major results:

In Kampong Cham Province, Cambodia (Murakami et al) and Luong Son District, Hoa Binh Province, Viet Nam (Doi et al), the researchers conducted in-depth interviews with health insurance fund managers and staff in charge of finance/accounting in health facilities to elaborate status and issues regarding the health insurance and other related prepaid/exemption schemes. They also collected statistical data to monitor the trend of both inpatients and outpatients before and after the introduction of the schemes. A community survey targeting mothers who have delivered their last children during 2013 was conducted in Viet Nam to study relation between health insurance coverage, health seeking behavior and health expenditure at the time of delivery. The common protocol has been reviewed and cleared by the NCGM Ethics Committee as of 1 July 2013.

Researchers には、分担研究者を記載する。

The study in Cambodia was conducted in August 2013 after the clearance of the protocol by the National Ethics Committee of Cambodia mainly to review the health financing schemes in place. It was noted that the performance-based financing (PBF) in which development partners disbursed a certain amount of money when previously specified services were provided (e.g. antenatal care, immunization or specimens collection for tuberculosis). This non-conventional financing scheme (PBF) had a significant impact on service provision and how the PBF and prepaid schemes including health insurance and health equity fund interact with each other arose as a new research topic. The study confirmed the impact of PBF on the increase of the quantity of services provided, particularly in maternal and child health.

The study in Hoa Binh Province, Viet Nam was conducted in January 2014 after the clearance of the protocol by the Provincial Health Department. As the main features of the Viet Nam's health insurance scheme, followings were pointed out: (1) all related schemes, namely mandatory and voluntary health insurances and exemption of the premium payment by government subsidies are all managed by a single entity: Viet Nam Social Security (VSS); (2) residents who had health insurance consistently had higher outpatient visits and inpatient rate per population than those who did not have one; (3) coverage of the poor, near-poor and ethnic minority was instable because the exemption criteria for the poor/near-poor changed annually on the basis of the minimum wage; (4) while the insurance was basically designed to provide patients with opportunities of free-medical care (excluding co-payment), the public hospitals and health centres were also urged to raise income for their financial autonomy and drugs and services for fee were provided concurrently; (5) In Luong Son District, 2/3 of the district VSS disbursement was occupied by hospital cares at provincial or national levels.

Table 1 compares medical, transport and other expenditures related with child delivery between those covered by health insurance and those without when mothers last born their children in 2013.

Table 1: Comparison of medical, transport and other expenditures related with child delivery between those covered by health insurance and those without when mothers last born their children in Luong Son District, Hoa Binh Province, Viet Nam in 2013 (n=316)

	Mothers covered by health insurance	Mothers NOT covered by health insurance
Median Medical Expenditure (p<001, Mann-Whitney)	300,000VND	1,100,000VND
Median Transport Expenditure	200,000VND	210,000VND
Median other expenditures*	400,000VND	500,000VND

Unit: VND= Viet Nam dong

*Typically included purchasing delivery-related commodities in hospitals, foods/drinks for mothers while admitted and honoraria to health staff.

While the district-wide health insurance coverage was estimated as 70% among delivered mothers, Table 2 shows the proportion (%) of health insurance coverage by annual income quadrant.

Table 2 : Proportion (%) of health insurance coverage by annual income quadrant when mothers last born their children in Luong Son District, Hoa Binh Province, Viet Nam in 2013 (n=316)

Annual income quadrant	Mothers covered by health insurance	Mothers <u>NOT</u> covered by health insurance
4 th Quadrant (the richest)	54 (82%)	12 (18%)
3 rd Quadrant	35 (71%)	14 (29%)
2 nd Quadrant	36 (67%)	18 (33%)
1 st Quadrant (the poorest)	55 (71%)	22 (29%)

As shown above, even among the poorest, the health insurance coverage surpassed 70% thanks mainly to the premium exemption applied for the poor, near-poor and ethnic minorities.

Conclusions:

In Cambodia, the significant impact of the PBF on service providers was demonstrated. However, it is yet to be confirmed what impact PBF has on demand side i.e. whether it creates service demands among people or not.

Regarding what Japan can do to strengthen Viet Nam's health insurance scheme, there are two major categories: macro-policy advises and technical assistances. There are two main aspects where Japan's macro-policy advises will be useful: (1) how Japan reduced health expenditures under the universal health insurance coverage, i.e. through hospital bed restrictions, shifting from performance-based to capitation payment and receipt accreditation; and (2) how the schemes can balance between premium-based and tax-based financing and what the macro policy implications are when the latter expands. For technical assistances, there are three main aspects that may be meaningful: (1) sharing experiences of the enrollment advocacy works for Japan's National Health Insurance (NHI) conducted by local governments as well as health volunteers since the coverage of the voluntary health insurance remains low in Viet Nam; (2) sharing experiences to ensure compliance of companies to pay their share of insurance premium for their employees in employees' insurance since the company compliance is still low in Viet Nam; and (3) how to streamline the yearly certification of the poor and near-poor by applying information and communication technologies (ICT) where appropriate.

The results of the Viet Nam study will be orally presented in the upcoming 29th Conference of Japan Association of International Health (November 2014) and Prince Mahodol Award Conference in Thailand (January 2015).

研究の概念図

25指4村上班

目的: タイを参照ポイントとし、ベトナム、ラオス、カンボジア3か国のUHCに向けた進展状況と、異なる財政措置の保健サービス供給への影響を明らかにする

成果1: 受益者負担軽減措置の概要が確認、記述され、解釈される

成果2: 受益者負担軽減措置の課題が、抽出される

成果3: 様々な受益者負担軽減措置が、サービス利用・医療支出に与える影響が明らかになる

方法1: 担当保健行政官等との面談
ならびに資料収集・分析

方法2: 担当保健行政官等と医療機関
職員との面談

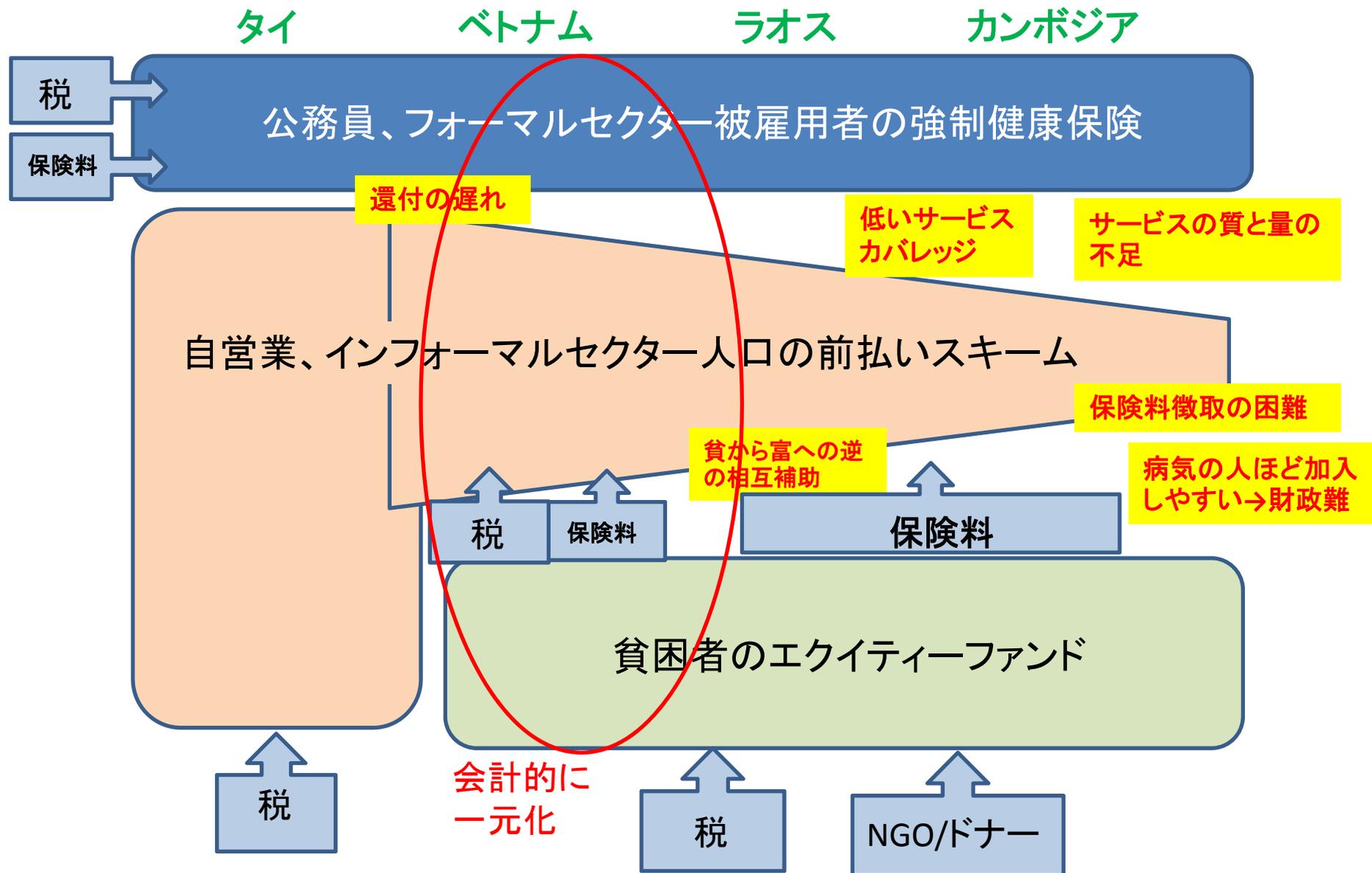
方法3: 医療施設でのターゲット疾患の
外来受療率、入院率の推移と、受益者の
支払額を施設の記録から分析

主なりサーチクエスチョン

- **成果1 (受益者負担軽減措置の概要)・成果2 (受益者負担軽減措置の課題抽出):**
 - スキーム(保険者、ファンド)ごとの収支は(特にリスクプール規模との関連)?
 - 医療機関は、UHC進展にともない、どのような対応を迫られるのか?
 - 還付の遅れなど、(特に末端の)医療機関側のサービス提供に、負の影響はないか? 診療行動への影響は? あればどんな影響か?
- **成果3 (サービス利用・医療支出への影響):**
 - 条件付き還付(conditional cash transfer)等のスキームとの関連は?
 - 受益者負担軽減がアクセスを増やすか(特に地理条件との関連)?
 - 軽減される受益者負担(直接費)と、交通費などの間接費の割合は?

東南アジア諸国(タイ、ベトナム、カンボジア、ラオス) の医療保険制度の特徴と課題

25指4村上班



ベトナム、ホアビン省調査結果概要

(産婦の地域調査のプレリナリー所見) 25指4村上班

産婦の年収四分位ごとの正常分娩介助への医療支出の比較							
			p 値	医療保険加入者		医療保険非加入者	
				n	中央値	n	中央値
年収	第1四分位(最低)	<0.001	55	130,000	19	900,000	
	第1四分位	0.001	44	225,000	24	1,000,000	
	第1四分位	0.044	33	270,000	13	1,200,000	
	第1四分位(最多)	0.029	36	245,000	7	770,000	
産婦の年収四分位ごとの帝王切開への医療支出の比較							
			p 値	医療保険加入者		医療保険非加入者	
				n	中央値	n	中央値
年収	第1四分位(最低)	0.190	9	650,000	5	4,000,000	
	第1四分位	0.005	8	1,050,000	2	2,125,000	
	第1四分位	0.025	14	825,000	4	3,050,000	
	第1四分位(最多)	0.933	15	2,400,000	5	2,900,000	

- 正常分娩では、どの年収四分位の産婦群でも、医療支出は有意に「保険加入者の支出<保険非加入者の支出」であった。
- 帝王切開では、最低、最多の年収四分位で、有意差がなかったが、他では同様に有意に「保険加入者の支出<保険非加入者の支出」であった。
- **結果は、基本的に、低所得者の医療支出抑制という、医療保険本来の機能が働いていることを裏付けるもの。**

昨年度のベトナム、ホアビン省調査結果概要

(制度分析が示唆する医療保険支援ニーズ) 25指4村上班

- **マクロ政策上のアドバイス:**

- ① 患者負担の低減と公立病院財政維持のバランス
- ② 医療費抑制策(例: 病床規制、出来高払いから包括払いへの移行、レセプトの査定)の経験
- ③ 税方式と社会保険方式の利点・欠点、税の投入額増大に対処した経験の共有

- **医療保険の制度運用上の技術支援:**

- ① 受診勧奨業務(我が国国保)の経験共有
- ② 強制医療保険の雇用者側保険料の未納問題(収支の悪化すると雇用者負担に感じない問題)につき、関連法令整備、企業コンプライアンス遵守に向けた施策の共有
- ③ 低所得者、準低所得者、市街地以外の少数民族、6歳未満児など、保険料免除者の年次査定の煩雑さに対するICT支援
- ④ 薬剤費高騰に対する、省、郡単位での入札調達システム確立支

課題番号 : 25指4

研究課題名 : タイ、ラオス、カンボジアにおけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジの現状と課題

主任研究者名 : 村上 仁

分担研究者名 : 村上 仁

キーワード : ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) 、健康社会保障、医療保険、東南アジア、タイ、ラオス、カンボジア

研究成果 :

背景

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(Universal Health Coverage, 以下UHC)とは、世界保健機関(以下WHO)の定義によれば「すべての人が適切な予防、治療、リハビリなどの保健医療サービスを、必要な時に支払い可能な費用で受けられる状態」である。現在、WHOは、事務局長の強いリーダーシップの下、UHCを推進しつつある。UHCは、2015年为目标である、国連ミレニアム開発目標の次なるグローバル・ヘルスの目標の一つとして、有力視されている。

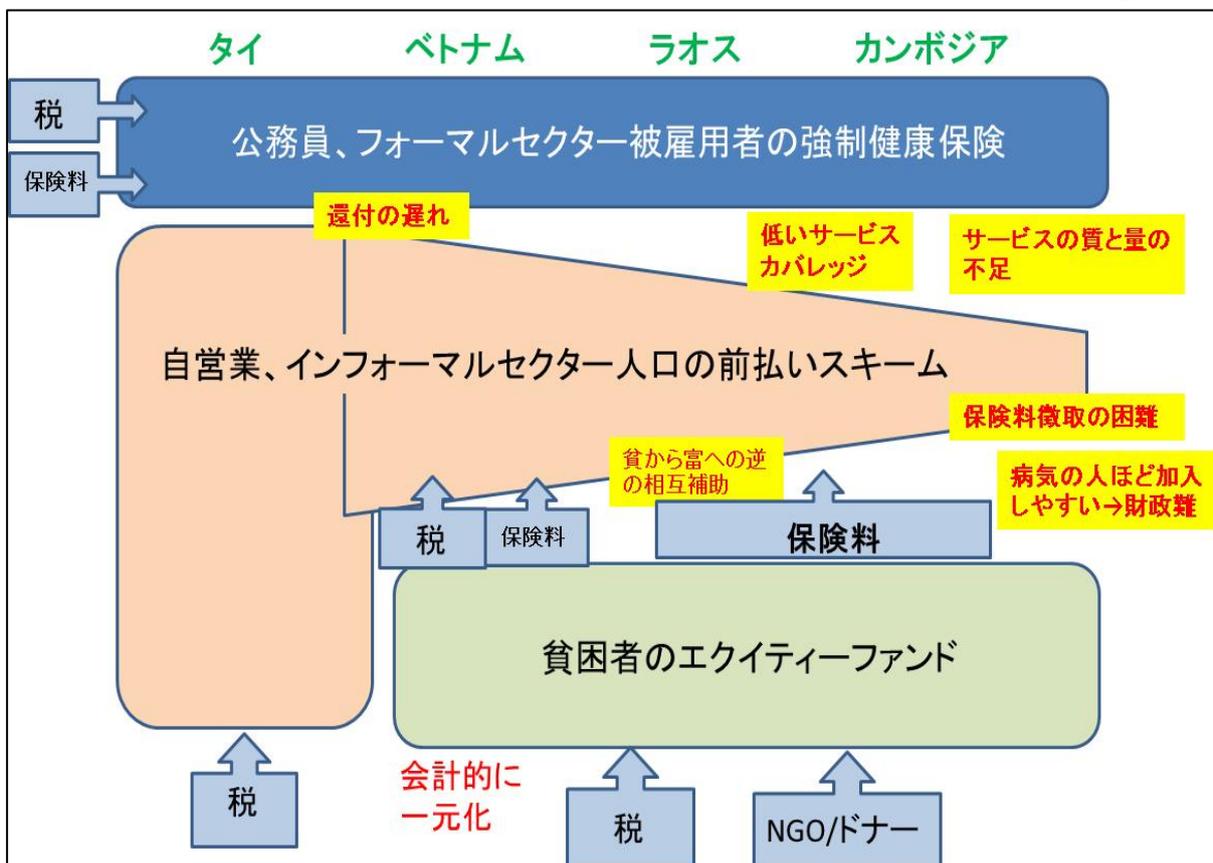
目的

本研究は、タイを参照ポイントとし、ラオス、カンボジアのUHCに向けた進展状況と、異なる財政措置の保健サービス供給体制への影響ならびに、受療行動・保健医療支出への影響を明らかにする目的で実施した。その後、当班は発展的解消し26指1に移行したため、1年度で終了。研究内容は、26指1に引き継いだ。

方法と結果

図1に、東南アジア諸国の医療保険制度の既存ドキュメントならびに先行研究所見から、その特徴と課題をまとめる：

図1：東南アジア諸国（タイ、ベトナム、カンボジア、ラオス）の医療保険制度の特徴と課題



カンボジア、コンポンチャム州において、担当保健行政官等との面談ならびに資料の収集・分析、医療施設でのターゲット疾患の外来受診数（受療率）、入院数（入院率）の推移と受益者の支払い額を施設の記録から分析、担当保健行政官等と医療機関職員との面談を実施した。NCGMでの倫理審査承認は、7月1日付けで受領済。

カンボジアの調査は、同国の倫理承認を得た上で、2013年8月に実施済。結果、受益者負担の低減のための財政スキームのみならず、サービス1単位ごとに末端医療施設に還付金を支払う、結果ベース還付が、外部支援団体により数多く導入されていることが判明。これら還付スキームと、医療保険、エクイティファンド等との相乗効果が、新たな研究課題として出てきた。結果ベース還付が受療を増やすことは、調査サイト内で確認された。

結論

カンボジアにおいて、開発パートナー支援による結果ベース還付が、医療給付に大きな影響を与えていることがわかった。現在わかっているところでは、こういった還付スキームは医療者側、つまりサービス供給側の行動に影響を与え、還付があるからより多くのサービスを提供するインセンティブを与えることで、産前健診や予防接種のサービス数を増やしている。一方、サービス需要側である住民の受療行動に与える影響は、今回の調査では、十分に明らかにできなかった。26指1の中で、カンボジアに関してはさらにデータ収集と分析を進める必要がある。

課題番号 : 25指4

研究課題名 : ベトナムにおけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジの現状と課題

主任研究者名 : 村上 仁

分担研究者名 : 土井正彦

キーワード : ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) 、健康社会保障、医療保険、東南アジア

研究成果 :

背景

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(Universal Health Coverage, 以下UHC)とは、世界保健機関(以下WHO)の定義によれば「すべての人が適切な予防、治療、リハビリなどの保健医療サービスを、必要な時に支払い可能な費用で受けられる状態」である。現在、WHOは、事務局長の強いリーダーシップの下、UHCを推進しつつある。UHCは、2015年为目标である、国連ミレニアム開発目標の次なるグローバル・ヘルスの目標の一つとして、有力視されている。

目的

本研究は、タイを参照ポイントとし、ベトナムのUHCに向けた進展状況と、異なる財政措置の保健サービス供給体制への影響ならびに、受療行動・保健医療支出への影響を明らかにする目的で実施した。その後、当班は発展的解消し26指1に移行したため、1年度で終了。研究内容は、26指1に引き継いだ。

方法と結果

ベトナム、ホアビン省ルオンソン郡において、担当保健行政官等との面談ならびに資料の収集・分析、医療施設でのターゲット疾患の外来受診数(受療率)、入院数(入院率)の推移と受益者の支払い額を施設の記録から分析、担当保健行政官等と医療機関職員との面談を実施した。NCGMでの倫理審査承認は、7月1日付けで受領済。

ベトナムの調査は、ホアビン省保健局の承認を受け、2014年1月に実施した。ベトナムの医療保険制度の特徴として、以下が挙げられた: 1) ベトナム社会保障局(VSS)による関連諸制度の一元管理、(2) 貧困者、少数民族、6歳未満児の保険料を全額政府補助し、強制保険に組み入れることでカバレッジを大幅に拡大、(3) 非加入者に比べて高い保険加入者の外来受療率、入院率、(4) 支払方法における出来高制と人頭制の混在。課題としては、以下が挙げられた: (1) 任意保険の低い加入率と支出超過; (2) 強制保険中、被用者保健の雇用者側負担のコンプライアンス不徹底(赤字企業が保険料を払わない傾向); (3) 低所得者の年次査定(最低賃金改定を受けて毎年実施)による、業務負担とカバレッジの不安定さ; (4) 入院時保証金や有料薬剤販売など、公立病院での保険外有料サービスの併存; (5) 上位病院への紹介受診が郡VSSの支払額の2/3を占めること。

結論

ベトナムの医療保険制度に日本が貢献しうる点としては、第一にマクロ政策アドバイス、第二に個別の技術支援が考えうる。前者としては、以下が挙げられる:

(1) 日本の医療費抑制策(例: 病床規制、出来高払いから包括払いへの移行、レセプト査定)の情報共有; 健康社会保障を維持しながら、病院の財政自律をどのように確保するのか、日本における皆保険制度下での公立病院の財政問題への取り組み等を分析し、情報提供する。さらに、病院経営管理についての日本の公民の知見をベトナム側と共有し、逆にベトナムの経験を日本側も学ぶ機会を設ける。VSSとMOHの政策対話の促進も必要であろう。さらに、医療技術の高度化、高齢化等に伴う医療費増大に対処する方略として、日本において、医療保険の枠内でどのような医療費抑制策が取られてきたか、明らかにし共有する。例えば、病床規制、出来高払いから包括払いへの移行、レセプトの査定6などは、ベトナム側にも参考になりうる。

(2) 税投入の増大に関するマクロ財政的な経験共有；ベトナムの医療保険では、全人口の75%以上は強制医療保険の対象であり、その原資の大半は税である。一方で、被用者と任意保険加入者に関しては、前者は労使拠出、後者は加入者拠出の保険料が原資となる。日本では、基本的に制度設計上は保険料を基本的な原資としながら、収支のアンバランスを調整するために税が投入されている。税方式と社会保険方式のそれぞれに利点・欠点、税の投入額や割合が増大することのマクロ財政的な問題点などに関する、日本の経験を共有し、税か保険料かの政策判断の論拠を提供することは有意義と思われる。

後者としては、以下が挙げられる：

(1) 日本の国民健康保険の受診勧奨経験の共有；加入率の低い任意医療保険の受診勧奨業務につき、日本の国民健康保険の受診勧奨業務の経験から、情報提供と技術支援を行えるのではないか。ベトナムの任意医療保険は年次更新なので、更新勧奨の形態が取られているが、日本の長い経験から、地域の人的つながりを生かすなど7、具体的な勧奨のヒントがあるのではないか。

(2) 企業のコンプライアンス遵守に向けた施策の提示；強制医療保険の雇用者側保険料の未納問題（収支の悪化した企業が支払に応じない問題）につき、関連法令整備とともに、企業のコンプライアンス遵守に向けた働きかけの具体策を提示できるのではないか。

(3) 行政の基礎インフラ整備支援と台帳の電算化などの情報通信技術(ICT)支援；低所得者、準低所得者、市街地以外の少数民族（グループ3）、6歳未満児（グループ4）など、保険料が全額政府補助となるグループならびに部分補助となる学生（グループ5）の年度査定業務が非常に煩雑で、毎年保険カード発給が遅れがちである問題につき、1) 住民基本台帳整備など、行政の基礎インフラ整備支援ならびに、2) 台帳の電算化などの情報通信技術(ICT)支援が可能ではないか。

ベトナム調査の結果は、外務省が掲げる国際保健外交戦略の2本柱のうちの一つとして、日本発のUHC支援をどのように進めていくかを具体化することに資するため、2014年7月9日に（独）国際居力機構（JICA）にて発表予定。さらに日本国際保健医療学会（11月）、タイ国マヒドン皇太子賞カンファレンス（2015年1月）で発表予定である。

研究発表及び特許取得報告について

課題番号： 25 指 4

研究課題名：東南アジアにおけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）に関する研究途上国との協力経験の研究

主任研究者名： 村上 仁（国立国際医療研究センター 国際派遣センター長）

論文発表

論文タイトル	著者	掲載誌	掲載号	年
該当なし				

学会発表

タイトル	発表者	学会名	場所	年月
ベトナム、ホアビン省の医療保険の現状と課題	山本佐枝子ら	第29回日本国際保健医療学会総会	東京 (NCGM)	11. 2014 (演題登録済)
Fact finding study on the efforts for universal health coverage at a rural area in Viet Nam	松原智恵子ら	第29回日本国際保健医療学会総会	東京 (NCGM)	11. 2014 (演題登録済)
Fact finding study on the effects of health insurance for universal health coverage at a rural area in Viet Nam	松原智恵子ら	Prince Mahidol Award Conference 2015: Global Health post 2015	タイ、バンコク (予定)	1. 2015 (演題登録済)

その他発表(雑誌、テレビ、ラジオ等)

タイトル	発表者	発表先	場所	年月日
該当なし				

特許取得状況について ※出願申請中のものは()記載のこと。

発明名称	登録番号	特許権者(申請者) (共願は全記載)	登録日(申請日)	出願国
該当なし				

※該当がない項目の欄には「該当なし」と記載のこと。

※主任研究者が班全員分の内容を記載のこと。