

インドネシアの医療保障

——その現状と将来展望——

坂 井 ス オ ミ

(ジョーンズ・ホプキンス大学公衆衛生学部
大学院フィールド研究員)

はじめに

インドネシアは東南アジアに位置する島国である。その主な島はジャワ、スマトラ、カリマンタン、スラウェシおよびイリアン・ジャヤの五島であるがその他無数の中小の島々がアジア大陸とオーストラリア北岸の間の太平洋に散らばっている。この国は共和国で27のプロビンスから構成されている。人口は1億6,800万人で世界第5位である。

インドネシアの気候は熱帯性でその経済は主に農業が基盤である。資源、特に石油、天然ガス、鉱物に恵まれている。1970年代

の原油価格の昂騰によりその経済は急速な発展をみせた。しかしそれにもかかわらずインドネシアの人口一人当りのGNPおよび種々の国民健康の指標はまだ他の東南アジア諸国に比して低い(表1参照)。例えば乳幼児死亡率は未だ高く主な死因は予防可能な伝染性疾患である。しかし開発途上国パターンの疾病像と平行して都会においてはより高度かつ高額な医療サービスの必要性また需要が高まってきている。またこれに加え原油価格の下落によってインドネシアの経済も大きな打撃を受けている。こうした様々な制限のもとでインドネシア政

表1 アジア諸国の健康の指標

	人口 (百万)	出生率	死亡率	乳児死亡率	平均寿命 (年)	都市人口 (%)	人口一人当り GNP (米ドル)
インドネシア	168.4	34	13	84	55	22	560
マレーシア	15.8	31	7	30	67	32	1870
フィリピン	58.1	33	8	51	62	37	750
シンガポール	2.6	16	5	9.4	71	100	6660
タイ	52.8	28	8	48	63	17	820
日本	121.5	13	6	6.2	77	76	10100

資料：1986 World Population Data Sheet, The Population Reference Bureau, Inc.

論 文

府はその国民全てにアベイラブルかつアフォーダブルな保健医療サービスを提供する道を探っている。

本稿の狙いはインドネシアの保健医療サービスの現状、また同国におけるヘルス・ファイナンスの試みと将来の展望を紹介することにある。

1 保健および医療サービス網

他の開発途上国同様インドネシアもまた乏しい医療資源に悩まされている。そうした状況の中でもインドネシア国民は近代医

療セクターおよび伝統医療セクターの両方のサービスを幅広く利用している。本稿は近代保健医療セクターに焦点を当てている。

近代保健医療セクターは保健省（Departmen Kesehatan）もしくは他の政府省庁（主に防衛省）が直接運営管理する公共セクターと保健省の監督下にある民間セクターに分けることができる。そして両セクター共にさらに病院サブセクターおよび病院外サブセクターに分類できる。図1はインドネシアの対個人保健医療サービス網を示している。

図1 個人対象の保健医療サービス

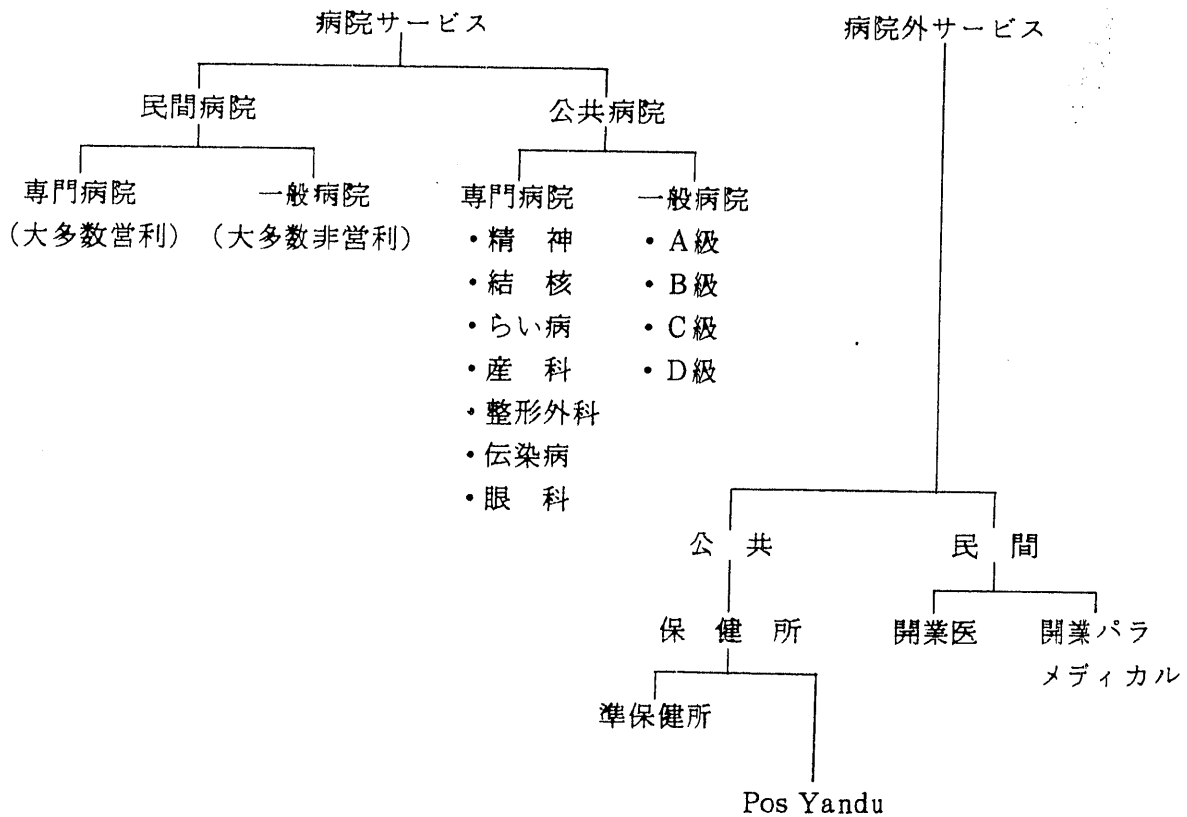


表2 病院タイプ別にみた病院数, 病床数および利用度

病院タイプ	病院数	病床数	病床日数
保健省所有			
A 級	2	2,918	801,400
B 級	15	9,396	2,347,044
C 級	79	15,247	3,323,696
D 級	217	15,579	2,745,076
専門病院	74	11,662	—
他の政府省庁所有	115	11,539	1,904,212
準政府機関所有	80	8,762	1,410,904
民間病院	175	20,947	4,215,148
合 計	757	96,050	—

資料：Howard Barnum, Hospital Expenditure in Indonesia,
World Bank, 1987

1. 病院サブセクター

病院におけるサービスは個人を対象とするものが主で特に疾病治療および産科サービスが中心である。最近行なわれた研究によると現在インドネシアには757の病院がある(Barnum 1987)。このうち384は保健省所有のもので313が一般病院, 74が専門病院である。115は保健省以外の政府機関所有の病院で80は公共石油会社 Pertamina といった公共企業等の準政府機関に所有されている。民間の非営利もしくは営利の病院は175¹⁾である。民間病院の場合, 一般病院は主に非営利であり専門病院は大多数営利病院である。表2は所有別にみた病院数, 病床数および病院利用度の指標の集計である。平均すれば公共病院, 民間病院共に病床数からみた大きさはほぼ同じである。表3は地域別にみた病院数の病床数および病床日数である。

保健省所有の一般病院はA級からD級まで4段階の格付けがなされている。民間病院の分類基準はまだ確立されていないが非公式には公共病院の分類に沿った格付けがなされている。表4は各級の定義・説明である。この表から明らかなように保健省所有の一般病院は医師等の医療専門職員および医療機器の面で厳しい状況の中で医療サービスに従事している。政府はその所有する施設間のピラミッド型の紹介制度を奨励している。しかしB級病院を対象に行なわれた研究によると入院患者の大多数は自己紹介例であり病院の近くに在住している者である(Barnum, 1987)。

患者は入院・治療および薬代を徴収されるがこの料金は公共病院ですら全国的に統一されていない。民間病院の料金はさらにまちまちで, 普通は公共病院よりも高額である。また同じ病院でもサービスの格付けが存在する。公共病院のサービスは料金が

論 文

表 3 地域別の病院統計 (1985)

プロビンス	病院数	病床数	病床日数
D.I. Aceh	18	1,382	179,068
Sumatra Utara	73	10,206	1,641,576
Sumatra Barat	19	2,228	467,228
Riau	20	1,260	193,392
Jambi	9	682	59,724
Sumatra Selatan	32	3,351	602,112
Bengkulu	5	290	42,384
Lampung	9	1,087	194,660
D.K.I. Jakarta	36	9,681	2,178,904
Jawa Barat	60	8,092	1,830,044
Jawa Tengah	71	11,515	2,584,020
D.I. Yogyakarta	11	2,397	473,816
Jawa Timur	89	13,704	3,020,372
Bali	16	1,836	438,132
N T B	9	674	150,720
N T T	22	1,432	251,332
Timor Timor	5	439	94,080
Kalimantan Barat	14	1,278	230,020
Kalimantan Tengah	11	465	55,404
Kalimantan Selatan	20	1,208	166,308
Kalimantan Timur	17	1,481	261,956
Sulawesi Utara	19	2,307	440,356
Sulawesi Tengah	12	828	127,556
Sulawesi Selatan	38	3,275	553,660
Sulawesi Tenggara	12	648	86,788
Maluku	16	1,340	221,608
Irian Jaya	20	1,302	202,260
合 計	683*	84,388	16,747,480

*政府所有の専門病院を除く。

資料 : Howard Barnum, Hospital Expenditure in Indonesia, World Bank, 1987

最も高い1級から最も安い3級までの3段階に格付けされている。サービスの違いは病室および使用される薬の種類、ブランド等である。

2. 病院外サブセクター

病院以外のサブセクターは対個人の保健医療サービスと社会共同体を対象とした予防・健康助長を主な目的とした活動の両者を含んでいる。後者は環境保健, 保健教育,

表4 公共病院の分類

- A級：専門スタッフと高度の医療機器を有した病院でその各科は機能別に細かく分類されており、循環器内科、放射線科等の専門の科がそろっている。インドネシアには現在2軒のA級病院があり、それぞれおおよそ1,450病床を有している。両病院とも大学病院である。
- B級：おおよそ10の専門科を有しているがA級病院にある最も高度の医療サービスを提供することはできない。現在15軒あり、その病床数は平均して625床であるが300床から800に至るまで大きさは様々である。
- C級：内科、産婦人科および小児科の専門医のいる病院はこの級に属する。限られた臨床検査および病理検査が可能である。この級の病院は全国に79軒あり、その平均病床数は190床である。実際の大きさは50床から390床である。
- D級：専門医のいない病院で多くの場合、レントゲンや臨床検査といった基本的医療機器・サービスが存在しない。この級の病院は217軒あり、その平均病床数は70床である。このクラスの病院は徐々にC級にグレード・アップされる予定である。

食料品・薬物の取締りといったもので主として保健省の責任である。こうした活動は中央政府のレベルで、もしくは全国を網羅している保健所 (Pusat Kesehatan Masyarakatあるいは Puskesmas) によって行なわれている。

個人を対象としたサービスは疾病治療が主であるが母子保健、予防接種、家族計画もこのカテゴリーに含まれている。インドネシアの人口のほぼ80%は都市外に住んでおり、こうした人々の主な医療サービス源は未だに伝統医療である。しかし、短いトレーニングを受けたボランティア・ヘルス・ワーカー (Kader) から医師に至るまで近代医療サービス従事者も各地で開業している。公共セクターのサービスは保健所を中心に組織されている。近代セクター医療従事者は一般に政府施設に勤務しており、夕方あるいは休日に開業している。

(A) 保健所

保健所 (Puskesmas) は疾病治療、母子保健、予防接種、家族計画、環境保健、学校保健の全てを実施する総合保健医療サービスセンターである。大きな保健所は入院施設を有する場合もあるが外来が中心である。保健所はまた社会共同体のコミュニティー・ヘルス・プロジェクトを助成する責任もある。こうしたプロジェクトの中で現在最も力を入れられているのは Pos Yandu と呼ばれる予防活動を中心とした村のレベルの総合的保健プロジェクトである。こうした施設には一般に医師1名、それ以外の保健医療専門職員6~10名、事務員6~10名が勤務している。医療機器は非常に限られており臨床検査能力も低い。

疾病治療および妊婦・産後の診察の料金は原則として受診のたびに150ルピア (約14円) である。この料金は診察、処置および薬の全てをカバーする。薬は一般に3日

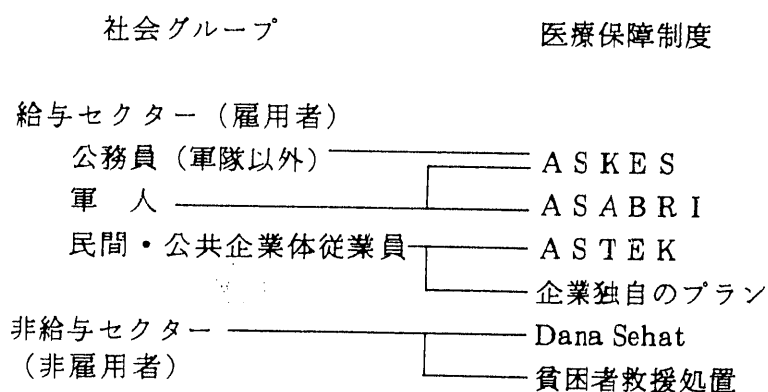
論文

表5 ヘルス・セクター・ファイナンス 1982/83

財 源	ルピア (10億)	%
家 庭		
1. 民間セクターのサービス	521.9	35.2
2. 薬局での薬の購入	343.0	23.1
3. 公共セクターのサービス	53.0	3.6
4. A S K E S 保険料	30.0	2.0
政 府	482.7	32.6
外国からの援助	51.6	3.5
合 計	1482.2	100.0

資料：世界銀行，1983

図2 現在の公的医療保障制度



分処方される。政府は現在全国統一の料金制を廃止する方針ですでに料金を値上げしている地方もある。また診察券代、注射代等の特別料金を徴収している保健所もある。さらにブランド名の薬を好む患者がより高額な薬代を支払う例も多い。

(B) 開業

インドネシアでは医師、助産婦以外の開業は違法であるが現実においては医師、パラメディカルのほとんどがいわゆるプライ

ベート・プラクティスを行っている。こうしたパラメディカルは看護学校、助産婦学校、準看護学校の卒業生も含むがより短いトレーニングコース、実務訓練のみをおえた者も多い。都会においては医師のグループ・プラクティスも盛んになってきている。前にも述べたように、大都会にみられる例外を除いては開業している保健医療専門職員のほとんど全ては政府施設にも勤めている。

1980年に行なわれた家庭調査によると最

近の一カ月間に病気にかかった者の14.7%は開業のパラメディカルにみてもらっている(Hunter, Binol, 1986)。これは最も利用された受診先であった。一方、ジャワ、バラット(西ジャワ)プロビンスで行なわれた研究によると病人の12.8%はプライベート、プラクティスを利用しており、16.7%は公共施設に行っている。プライベート・プラクティスにかかる料金は公共施設に比して高額であるが病気が重くなるにつれて、また患者の社会経済ステータスが上がるにつれてその利用率も高くなっていく(Berman, Ormond, Gani, 1987)。

2 保健医療費のパターン

世界銀行の推計によればインドネシアは1982/83年度にそのGNPの2.7%を保健医療に費やしている。これは年間人口一人当たりほぼ10米ドルに相当する(Prescott, 1986)。国際的にみてもこの保健医療費のレベルは低い。インドネシアとほぼ同レベルの人口一人当たりのGNPを有している国々の全てはGNPの3%以上を保健医療にあてている。この世銀のレポートはまた家庭の支払いが全保健医療費の63.9%を占めていると報告している。公共のファンド(政府の一般収入)は32.6%をカバーしている(表5参照)。サービス提供側を取ってみれば保健医療費の58.6%は伝統医療、薬局を通しての薬の消費を含んだ民間セクターに費やされている。公共施設およびマラリアコントロール、Expanded Program of Immunization (EPI)といった政府の

2 特別プログラムには41.1%があてられている。しかし、個人対象の公共セクターのサービスはまだ政府からの補助金を多く受けている。これらのサービスの運営に必要ないわゆるリカーレント・コストのうち患者からの料金でカバーされているのは15.5% (De Ferranti, 1985) から21.2% (Berman, Sakai) にすぎないと推定されている。このため政府は民間の財源をより多く適切な保健医療サービスのために動員する計画である。

3 保健医療の保障システム

インドネシアは他の開発途上国同様給与を受けている社会層から医療保障の試みをはじめている。この給与ベースの人口は公務員(軍隊を含む)および民間企業に勤務する者(公共企業を含む)に分けられている。他の医療保障ファンドも給与を受けていない社会層を対象に農村地区で村共同体や協同組合を通して実験・助長されている。貧困のため支払い能力がないと地区政府代表者に認められたものは公共の施設で治療等のサービスを無料で受けることができる。図2は現在の保健医療制度を紹介するものである。現在インドネシア国民の10%余りが後述のASKES, ASABRIもしくはASTEKといった公式の保健医療保障を受けていると推定されている²⁾。

1. 現 状

(A) ASKES

論文

A S K E S (Asuransi Kesehatan, 健康保険) は中央, 地方の軍隊以外の公務員および軍隊も含んだ全ての公務員退職者を対象とした強制健康保険である。この制度は保健医療の保障システムとしてはインドネシア最古のものである。インドネシアの公務員を対象とした医療保障のシステムは植民地時代から存在しており, 独立後も中断なしに続けられてきた。しかし, 独立後すでに数度の制度改正を経ている。

1950年インドネシア政府はSistem Restitusiという制度のもとに軍隊以外の全ての公務員およびその扶養家族に, 公共の医療施設において無料の治療を受ける権利を与えた。また民間施設を利用した場合は患者が先払いをして後に保健省に払い戻しを要求するようになっていた。保険料等のプラン参加者負担はいっさい存在しなかった。ジャカルタにおけるパイロット・スタディの後政府は1968年に大統領令 230号によってBadan Penyelenggaraan Dana Pemeliharaan Kesehatan (B P D P K)³⁾ を設立し, この新組織のもとに強制健康保険制度を導入した。軍隊以外の公務員および退職者の給与・年金から健康保険料が自動的に差し引かれるようになった。この時期におけるA S K E Sはプロビンスレベルよりもさらに下のカブパテン (Kabupaten) 政府レベルによって調整, 管理された。医療サービス提供者の自由選択権は維持されたが払い戻し要求は保健省のかわりにB P D P Kに対してなされるようになった。サービスの過剰使用, 民間サービス供給者の料金水増しがあいついだ。そこで1975年再度A S

K E Sの改革が試みられた。A S K E S調整はプロビンスレベルに移され医療サービスの自由選択制は廃止された。保険給付者は政府の施設である保健所や公共の病院を利用することが義務付けられた。患者が払い戻しを要求するかわりに, サービス提供側が毎月B P D P Kに支払いを求める制度が取り入れられた。この制度改正は成功したかのように思われたが, 近年になってB P D P Kのファイナンシャル・アカウントビリティが頻繁に問題視されることになった。これに加え医療サービス需要の増加を恐れた政府はB P D P Kのステータスを自己の収入, 出費に責任を有する公共企業Perusahaan Umum (Perum)に変えることを決めた。このようにしてPerum Husada Bhaktiが1984年に大統領令22号によって成立することとなった。この公共企業は独自のガバニング・ボードのもとにあり, 保健省および財務省の監督下にある。

現在の保険料は給与あるいは年金の2%である。加入者は公共の保健所, 準保健所 (Puskesmas, Puskesmas Pembantu) の外来における診察, 治療を無料で受けることができる。また保健所の紹介があれば専門医の外来における診察・治療, もしくは公共病院の3級医療サービスを無料で受けられる。公共病院における1級あるいは2級のサービスを受けた場合は患者がその級によって60%もしくは40%を自己負担する。歯科治療および眼鏡もこの保険によってカバーされる。A S K E S給付者にサービスを提供した施設は毎月Perum Husada Bhaktiに支払いを要求する。Husada Bhakti

はこの他に保健所や公共病院に受診者用の薬をわたし、また職員のボーナスとして特別資金を保健所に与えている。多くの保健所はA S K E S加入者のために夕方の特別クリニックを開いている。

Perum Husada Bhaktiはまだ多くの問題をかかえている。これらの問題のいくつかはインドネシア医療サービス全般にも共通する問題である。第一の問題は過剰かつ不適切な薬の使用である。また、より高額な第3次医療の需要が高まってきている。公共病院ですらそれぞれの料金を独自に決定しているため地域別また長期にわたる出費の予測が困難である。さらにマネジメント能力がまだ未熟なため給付者以外のサービス利用もありまたサービス供給者への支払いが遅れることがしばしばである。病院サービス等の実際のコストに関する情報がほとんど存在しないため病院への支払いや料金交渉が困難である。またコスト以下の支払いをしている結果 Perum Husada Bhaktiは実際においては政府の一般財源の補助を受けているのではないかという疑問を持っている者もいる。最後に退職者の割合が増すにつれて今後のサービス利用および費用の増加が予想される。

(B) A S A B R I

この医療保障制度は現役の軍人およびその扶養家族をカバーしている。この制度は中央政府の財源によって運営されており、給付者は公共の施設もしくは防衛省独自の施設でサービスを受けることができる。退職者は前述のA S K E Sに組み込まれ年金

の2%の保険料を支払う。

(C) A S T E K

インドネシアの社会保障制度は1969年に制定された法律14号によって確立された。この制度のもとに政府は疾病、出産、身体障害、老後、死亡および失業のための社会保険を実施することになっている。またこの保険は雇傭者および被雇傭者の両者によって負担されることが法律で決められている。1977年に公共企業のPerum A S T E K (Asuransi Sosial Tenaga Kerja) が設立された。このA S T E Kの任務は民間企業を対象とした社会保険を実施することにある。現在A S T E Kは労働障害保険、死亡保険、プロビデント・ファンドの3種のプログラムを実施している。

前述の法律は雇傭者による従業員の保健医療保障をも義務付けている。しかし、これを実現するメカニズムはまだ完備されていない。A S T E Kは現在いくつかのパイロット・プロジェクトを試みている段階にあり徐々に保健医療保障をそのプログラムの一つに加え企業に参加を義務付ける道を探っている。

当初A S T E Kは任意の健康保険制度をはじめて導入したが、いわゆるアドバース・セレクションで出費がかさみこの試みは失敗に終わった。1978年以来A S T E Kは新しいパイロットプロジェクトを7つの都市で実施している。このプロジェクトではA S T E Kと雇傭者との協定によって保険料が決められ、支払いを受けたA S T E Kが参加企業の従業員およびその扶養家族に保健

論文

医療サービスを給付している。この保険料は給料支払い額の4～7%に相当する額である。このプロジェクトのためASTEKはASTEKクリニックをこれら7つの都市に建設したが、給付者はこのクリニック、雇傭者所有のクリニックあるいは公共の保健所を利用することができる。また必要に応じて専門医によるサービスを受けることも公共の病院に入院することもでき、治療、薬全てがカバーされる。1986年には350企業がこのプランに参加しており7万人がカバーされている(Hunter, Binol, 1986)。給付者の大部分は重工業に従事している低所得労働者であるといわれている。このプロジェクトは今のところ成功をおさめており、1985年には収入が出費を上まわった。

もう一つのASTEKパイロット・プロジェクトはPKTKと呼ばれ、1985年にジャカルタではじめられた。このPKTKは保健省と労働省の両省の力で実施されている。ファイナンスは労働省監督下のASTEKの責任範囲で保健医療サービスは保健省の責任範囲とされている。このプランのマーケティング・ターゲットはジャカルタの雇傭者でプレミアムは給料支払い額の7%である。PKTKは必要に応じて患者を専門医か病院に送る家庭医の役割を重視したプランである。当初の計画では給付者はPKTKと契約を結んだ保健所あるいは開業のプライマリー・ケア医のうち一人を家庭医として選択し、この家庭医は人頭払い形式の報酬を受けることになっていた。さらに医療費の浪費を減らすための種々の試みが計画に組込まれた。薬はプロジェクトの薬

剤リストに載っているもののみを使用する、専門医はサービスに費やす時間数に基づいて報酬を受ける、病院は公共病院もしくはPKTKと契約を結んでいる民間病院を利用する、病院サービスは公共病院の3級サービス相当額のみが給付される等である。現実においては38の保健所のみがプライマリー・ケアサービス先として登録されており、従って患者の最初のコンタクト・ポイントは保健所に限られている。ASKES患者とともにPKTK患者も利用できる夕方の特別クリニックは開かれている。当初の予定とは異なり人頭払い方式は実施されていない。サービス提供者はASTEKからの資金で支払われているがこのプランに参加している民間病院は支払いの遅れに不満を示している。医師の中にも支払いの受給が大幅に遅れているものがある。一方患者側もその受けているサービスに不満を示しており、プロジェクトの伸びは遅い。現在35の企業が参加しているのみでそのカバーしている人口も8,300人に過ぎない。このプロジェクトはASTEKに登録している企業の強制医療保障制度のモデルとして計画されたもので新しいパイロット・プロジェクトも各地に予定されている。しかし、強制参加のヘルス・ファイナンス・プランとしてこの形態のみが使用されるかどうかは現在明らかではない。

(D) 企業独自のアレンジメント

ASTEKの社会医療保障プランはその努力にもかかわらず未だサービス、カバーしている地域等あらゆる面で限られている。

こうした現状の中で労働者のヘルス・ケア・ベネフィットの大部分は個々の企業の独自のプランによって供給されている。市販のグループ・ヘルス・インシュアランスに加入する企業、病院等の医療施設と契約を結ぶ企業、自分のクリニックを設置する企業、こうした種々の方法を混合する企業といろいろなプランが存在している。多くの企業は従業員の階級に応じて異なったプランを供給しており、また扶養家族をカバーしているところも多い。総括的ヘルス・ケア・パッケージを企業向けにマーケティングしている民間病院も現われてきている。避地のプランテーションや鉱山は一般にクリニックを建て医師または看護婦を雇っている。多くの場合こうした企業は地域政府の保健部とも契約し、従業員およびその家族の医療ニーズを満たしている。

1984年に実施されたジャカルタ地区に限られたASTEK登録企業を対象とした調査によると173企業のうち171企業はその従業員に何らかの医療保障を用意している(BPDPK, 1984年)。こうしたプランを有する企業のうち80%は扶養家族をも完全あるいは部分的にカバーしており、45%は企業所有のクリニックと外部の施設の両者を利用し、51%は外部の施設のみを使用している。ベネフィットはプランによって様々で患者の一部負担を要求するプランもある。全てのプランは外来サービス、薬をカバーしているが入院、出産、臨床検査歯科治療、予防サービスは必ずしも含まれていない。

(E) Dana Sehat (健康ファンド)

インドネシア国民のおおよそ80%は都市外に居住しており、その大多数は農業、漁業等の非給与セクターに従事している。これらの人々はrisk assessmentに基づく保険料を必要とする健康保険の発展を許すほど豊かではない。1970年代後半にインドネシア政府はPembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) という村の健康向上を目的としたプロジェクトを全国的に奨励した。このプログラムはヘルス・ボランティア・ワーカー(カデル)の育成と健康基金(Dana Sehat)の設立発展の二つの柱からなっていた。多くの基金が設立されたが長期間続いたものは非常に少ない。近年になって後述のDUKM概念の導入によってこれらのDana Sehatに対する関心が再び高まってきている。以前の経験に基づいて保健省は保健所医師むけにDana Sehatの設立運営のマニュアルを出版した。これらの健康基金を経済活動や共同組合活動とタイアップさせてその経済的安定を計ることも奨励されている。

現在存在しているDana Sehatはそれぞれ独立して成立されており、参加者に給付されるベネフィットもまちまちである。しかし、ベネフィットは一般に保健所の利用権を含んでいる。保健所あるいは村のヘルス・ボランティアのところメンバー用の薬を特別に買って用意している基金もある。政府は予防サービスをベネフィットに含む必要性を強調している。保険料の額は基金によって様々でその支払われる形態も現金から米等の現物に至るまで様々である。従っ

ていくつかの成功例は見られてもこうした Dana Sehatの発展は緩慢で多くの村民がカバーされるに至るまではまだまだ時間がかかると思われる。

2 将来展望

社会的な保健医療の保障システムを国民全員に行きわたらせるために Dana Upaya Kesehatan Masyarakat (D U K M) という新しい概念が考え出され、これに基づく制度が現在計画段階にある。D U K Mの組織、運営は基本的には保健省の責任であるが他の省庁もこれに携わる予定である。計画によればD U K Mは5つの要素から成立する。これらの要素は(a)D U K Mを設置しそれに権威を与える立法、(b)政府各省庁の代表、健康保健業界の代表等からなる健康保健計画委員会、(c)公共・民間を問わず実際の健康保険あるいはその他のヘルスファイナンス・プラン、(d)保健医療サービスのプロビンスレベルのコーディネーター、および(e)公共、民間を問わず実際の保健医療サービスを供給するプランの5つである。D U K Mの最終目的はインドネシア国民の全員がD U K Mに認知されたいくつかのヘルス・ファイナンス・プランの一つによってカバーされることにある。つまり、D U K Mは公共・民間を問わず、様々なヘルス・ファイナンス・プランを認知監督する制度である。現在存在しているA S K E S, A S T E K, A S A B R IあるいはDana SehatといったプランもD U K Mの傘下にはいることになる。D U K Mはヘルス・ファイナンス・プランのみならず、公共民間両

方の保健医療サービス供給者側の各種プランをも監督する予定である。また、ファイナンス、供給とも全てのプランが Sistem Kesehatan Nasional⁴⁾ (国家の保健制度)の原則に沿っているように、さらに資源が最も有効に使用されるようにこれらのプランをモニタリングする計画である。このシステムを取ることによってインドネシアは現在存在しているヘルス・ファイナンスおよびヘルス・サービス・デリバリーの両面における多様性を維持することができる。しかし、この制度確立までの道はまだ長い。現在とくに心配されているのはいかにして経済基盤および組織の弱い村のヘルス・ファイナンス・ファンド (Dana Sehat) をD U K Mに含めることができるかである。D U K Mはまだ計画段階にあり今後の発展が目される。

おわりに

インドネシアの医療制度の特徴は、その多様性にある。この多様性は医療サービス供給者の種類においてもまた支払い制度においてもみられる。公務員および民間企業の従業員に対する社会的医療保障のシステムは存在する。たとえば公務員対象のA S K E Sはすでに長い歴史を有しているが制度改正を繰り返しながらまだ発展している。しかし民間企業の従業員を対象とした公的な保障システムによる医療保障はまだ限られた地域にのみ存在し、参加も現在のところ任意である。さらに種々のプランがまだ実験段階にある。こうしたプランは社会保険公共企業 (Perum A S T E K) 所有・

運営の医療施設、人頭支払い制度等種々である。そして公的な保障システムによる医療保障制度に加入していない企業も、法律によってその従業員に医療保障を施すことが義務付けられている。この結果さらに多様な医療保障のプランが民間企業の間には存在する。最後にこうした給与セクター労働者の他にインドネシアは非常に大きな非給与セクターをかかえている。この非給与セクターを対象に村共同体、協同組合等を基盤とした保健医療の保障制度が政府によって奨励されており、現在インドネシア各地で設立され試みられている。将来インドネシア政府は医療保障制度の多様性を維持しつつ、国民全員に医療保障を与える計画であるが、その目的達成への道はまだ長く厳しい。

注

- 1) この数値は産科病院を含んでいない。産科専門病院は一般に病床数は少ない。
- 2) この数値はプランテーションや鉱山等多くの民間企業や公共企業が独自に準備している医療保障を含んでいない。こうした企業独自の医療保障で最も有名なのは政府所有の石油会社であるPuraminaのそれである。Puraminaの従業員、退職者およびその扶養家族（およそ280,000人）は総合的保健医療保障を受けている。
- 3) この政府機関はA S K E Sとしても知られている。
- 4) 1982年に保健省によって発布されたSistem Kesehatan Nasionalはインドネシアにおける全ての保健医療活動の憲法上の基盤である。これによって健康は基本権として確立され、政府がこの権利の保証者と定められた。

付 記

本稿執筆に当たりインドネシア大学公衆衛生学部公衆衛生アドミニストレーション科のアスコバット・

ガニ先生より多くのご助言、ご教示を頂きました。記して感謝いたします。但し、あり得べき誤りについては全て筆者の責任であります。

参考文献

- Barnum, H., Hospital Expenditures in Indonesia, PHM Technical Note 87-17, Population, Health and Nutrition Department, World Bank, 1987.
- Berman, P., Ormond, B., Gani, A., Patterns of Treatment Use and Expenditures for Curative Care in Rural Indonesia, draft, 1987.
- Berman, P., Sakai, S. (forthcoming), The Productivity of Manpower and Supplies in Public Health Services in Java, in K. Lee and A. Mill (eds.), Health Economics Research in Developing Countries. Oxford University Press, New York.
- BDPDK, Laporan Penelitian Jaminan Pelayanan Kesehatan Bagi Karyawan Perusahaan di Jakarta Raya, 1984.
- BDPDK, Perkembangan Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan, 1985.
- De Ferranti, D., Paying for Health Services in Developing Countries, An Overview. World Bank Staff Working Paper no. 721, 1985.
- Gani, A., Financing and Delivery of Primary Health Care in Rural Indonesia, 1986.
- Hunter, H., Binol, K., Health Care Financing in Indonesia, USAID/Jakarta, 1986.
- Perum Husada Bhakti, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 22 Tahun 1984 Tentang Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri Sipil Dan Penerima Pensiun Beserta Anggotanya, 1984.

論 文

Prescott, N., Public Expenditure on Health in Indonesia, World Bank background paper for health sector review, 1987.

Suyono Yahya, Jaminan Sosial di Pedesaan Melalui Program Pelayanan Kesehatan, Seminar Mengenai Jaminan Sosial di Pedesaan, Perum ASTEK, 1985.

Torrens, P., Current Status of Health Financing Programs, USAID/Jakarta, 1986.

_____, A Pilot Scheme of DUKM for Jakarta, 1984.