

インドネシアの公的医療保険制度改革の動向

目 次

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| I. はじめに | IV. 新たな医療保険制度 JKN の内容 |
| II. 国勢・保健衛生 | V. 新制度が抱える課題 |
| III. 医療保険制度改革の経緯と改革の概要 | VI. おわりに |

研究員 鈴木 久子

要 約

I. はじめに

2014 年 1 月、アジア最大規模の国民皆保険制度がインドネシアでスタートした。これまでインドネシアには全国民を対象とする公的医療保険制度は存在せず、無保険者の数は、国民の約 4 割に及んでいた。政府は初年度である 2014 年に国民の約半数にあたる 1.2 億人への保険適用を予定しており、順次加入者を拡大しつつ 2019 年までに全国民への普及を図る計画である。

II. 国勢・保健衛生

インドネシアは世界第 4 位の人口を有し、豊富な生産年齢人口と中間所得層の拡大を背景に今後も安定した経済成長が見込まれる。医療費もここ数年急速な拡大を見せているが、医療費の対 GDP 比は他の ASEAN 諸国と比べていまだ低い水準にある。

III. 医療保険制度改革の経緯と改革の概要

アジア通貨危機を契機に高まった国民から社会保障への要望を受け、政府は 2004 年に国民皆保険の導入を決め、2014 年 1 月に新たな一元の実施機関を設立し新制度を開始した。旧制度ではバラつきのあった保障内容と医療サービスの利用方法について統一が図られるとともに、無保険者の取込みのための加入促進策も取られている。

IV. 新たな医療保険制度 JKN の内容

新制度は、政府が保険料を全額負担する貧困層向けの保険（約 1.1 億人）とそれ以外の者が加入する保険料方式の保険の 2 種類の制度で構成される。保障内容は両制度間で基本的に同一であり、治療に必要な処置は自己負担なく無料で利用できる。医療アクセスはゲートキーパー制がとられている。

V. 新制度が抱える課題

制度は始まったばかりだが、貧困層向け制度にかかる巨額の政府負担の持続可能性、貧困層以外の者からの保険料徴収の確実性、医療設備・医療人材不足による医療サービス供給体制の脆弱さなど、インドネシアの挑戦には制度の確立および持続性を左右する難しい課題が内在している。

VI. おわりに

皆保険導入の後押しを受け、インドネシアの医療市場には国内外から熱い期待が寄せられている。2019 年にむけ政府がどう課題に対処し制度確立を主導していくか、今後の取組みと成果を注視したい。

I. はじめに

2014年1月、アジア最大規模の国民皆保険制度がインドネシアでスタートした。インドネシアの人口は約2億5千万に及び、中国、インド、アメリカに次ぐ世界4位の人口規模を擁している。これまでインドネシアには全国民を対象とする公的医療保険制度は存在しなかった。加入対象者ごと保障内容が異なる個別に設計されてきた各種制度が並立して運用されてきており、公的な医療保険から漏れた無保険者の数は国民の約4割に及んでいた¹。

2004年にSJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional : 国家社会保障制度) 法が制定され、国民皆保険の導入が決定されると、約10年をかけ制度実現に向けた取り組みが進められてきた。2014年1月には、従来の各種制度を一元化するための統一的な実施機関としてBPJS-Health (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan : 医療保険実施機関。以下、「BPJS」という。) が設立され、全国民を対象にした新たな公的医療保険制度であるJKN (Jaminan Kesehatan Nasional : 国家医療保険) がスタートした。政府は初年度の2014年に国民の約半数にあたる1.2億人への保険適用を予定しており、順次加入者を拡大しつつ2019年までに全国民への普及を図る計画である²。

なお、SJSN法が定める社会保障制度改革は、医療保険制度のみにとどまらず、年金、労災保険、老齢保障など多岐にわたる社会保障を全国民へ提供することを目指している。医療保険以外の改革については、2015年7月以降、上記の実施機関BPJSとは別に、BPJS-Manpower (BPJS Ketenagakerjaan) を設置して制度導入にむけた取り組みが始まる予定である。《図表1》はSJSNの全体像と大まかなスケジュールを示したものだが、本レポートでは図の太枠で囲んだ公的医療保険制度JKN、およびその実施機関であるBPJS-Healthの動向について取り上げる。

《図表1》 公的社会保障制度改革 (SJSN) の全体像

SJSN	2014年1月	2015年7月		2019年		2029年
医療保障 JKN	BPJS Health設置	制度移行・加入者拡大(皆保険化)				
年金		BPJS Manpower 設置	→			
労災保険			→			
死亡保障			→			
老齢保障			→			

(出典) Republik Indonesia, “Peta Jalan Menuju JAMINAN KESEHATAN NASIONAL 2012-2019” 等より
損保ジャパン総合研究所作成。

¹ Republik Indonesia, “Peta Jalan Menuju JAMINAN KESEHATAN NASIONAL 2012-2019”, 2012.

² BPJS, “Presiden: Saya Tak Mau Dengar RS Tolak Rakyat Miskin”, Jan.1st,2014.

インドネシアにおける国民皆保険の導入は、同国の国民に健康意識の向上および医療ニーズ拡大を促すものとして、人権保障の観点からのみならず、国内外の事業者からも高い関心が寄せられている³。国民皆保険の導入が予定通り進めば、アジアにまた新たに巨大な医療市場が生まれることとなる。人々の医療ニーズは、公的医療保険の保障内容に応じる形で生まれてくるため、今後インドネシアの医療市場の動向を見ていく際は新たな医療保険制度についての理解が重要になるだろう。

本レポートでは、インドネシアにおける皆保険制度導入の経緯と、新制度の具体的内容について紹介するとともに、制度は今年1月にスタートしたばかりではあるが、制度の進展にむけて見えてきている課題を整理する。

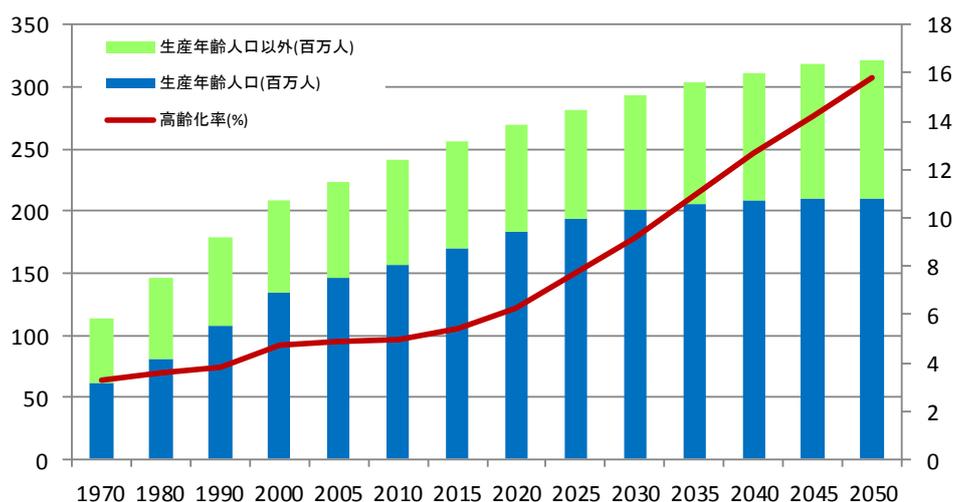
II. インドネシアの国勢

皆保険制度の説明に入る前に、制度理解の前提として、まずはインドネシアがどのような国であるか、人口動態、経済状況などの国勢と保健衛生を中心に簡単に確認しておきたい。

1. 人口動態

インドネシアの人口は、2012年で2億4,686万人と世界第4位に位置しており、皆保険の導入が完了する2019年頃には約2.6億人まで拡大することが予測されている⁴。国民の平均年齢は29.2歳（日本は46.1歳）と若く⁵、豊富な生産年齢人口（15-64歳）を有する人口ボーナス期が2030年頃まで続くと見込まれている。高齢化率（全人口に対する65歳以上人口の割合）は、2010年で5%と低水準であり、高齢化社会と呼ばれる水準である7%に達するのは2025年、高齢社会（14%）が2045年、現在の日本（23%）のような超高齢社会（21%超）に達するのは2070年頃であると予測されている⁶（図表2）。

《図表2》人口および高齢化率の推移と予測



(出典) United Nations, World Population Prospects 2012 より損保ジャパン総合研究所作成。

³ Economist Intelligence Unit, “Indonesia launches universal healthcare”, Jan.13th,2014,Wall Street Journal, “Indonesia writes script for medical sector”, Oct.18th,2012.

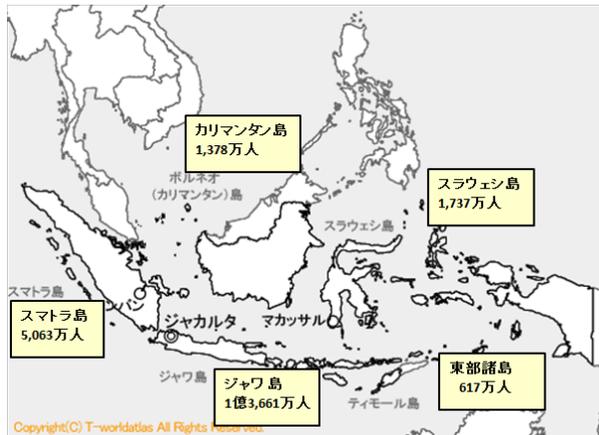
⁴ United Nations, “World Population Prospects 2012”.

⁵ Central Intelligence Agency, “World Fact Book”の中位数年齢。

⁶ 前脚注4。

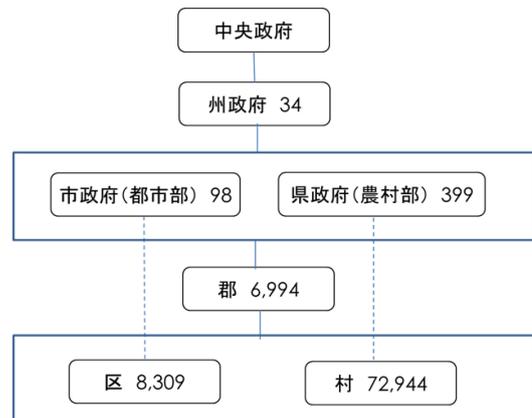
こうした若くて豊富な労働力にくわえて、近年の著しい経済成長に伴い中間・富裕層が拡大していることも同国の人口動態の大きな特徴と言える。その数は現時点で、人口の約3割にあたる7,400万人に達しており、今後も年間800万人超のペースで増え、2020年には1億4,100万人まで拡大するとの予測も見られる⁷。

《図表3》人口の分布



(出典) インドネシア統計局 Badan Pusat Statistik (BPS) および内務省統計資料より損保ジャパン総合研究所作成。

《図表4》地方行政体系



また、もう1点、押さえるべき国勢上のポイントとしては、インドネシアは17,000を超える島で構成されているという地理的な特徴がある《図表3》。地方行政は、《図表4》に示すような体系をとっており、34の州（ジャカルタ首都特別州および4つの特別州を含む）と、その下にある399県および98市で構成され、100万人以上の人口を有する都市が12カ所存在している。この数は今後10年でさらに30カ所程度まで増加することが見込まれており、多数の島に分散している人口分布の形態は、医療サービスの提供に際する地域間格差やディストリビューション上の非効率性などに影響を与えている。

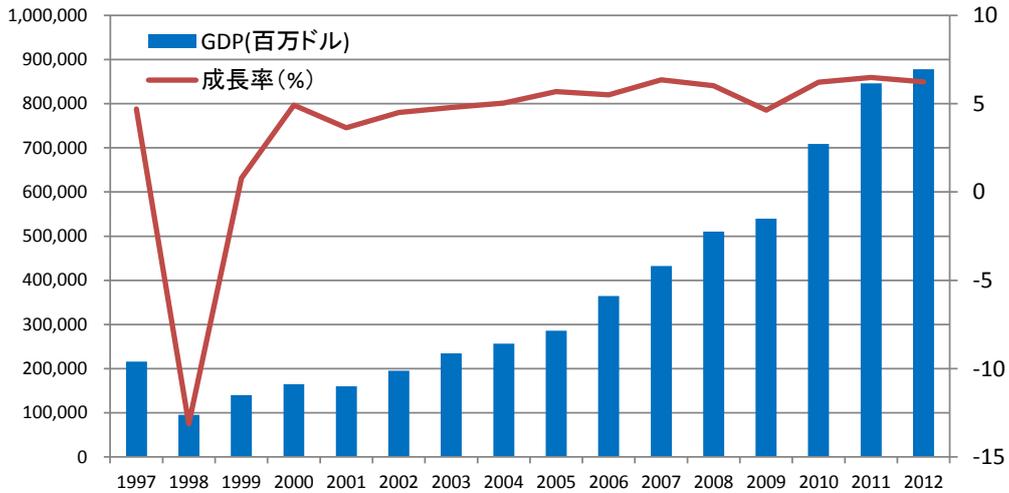
2. 経済の状況

こうした豊富な労働力と拡大する中間層、くわえて石油や天然ガス、多様な鉱物資源などの恵まれた天然資源を背景に、インドネシアの経済は、金融危機直後の2008年に一度落ち込んだものの、それ以外は2004年以来安定して5%を超える経済成長を続けている《図表5》。2012年の名目GDPは878,043百万ドル（約87兆円）、1人当たりの名目GDPは3,557ドル（約36万円）《図表6》、実質GDP成長率は6.2%となっており、世界銀行およびIMFの予測では今後も引き続き5%程度の安定した経済成長が見込まれている⁸。

⁷ Boston Consulting Group, “Indonesia’s Rising Middle-Class and Affluent Consumers: Asia’s Next Big Opportunity”, Mar. 5th, 2013.

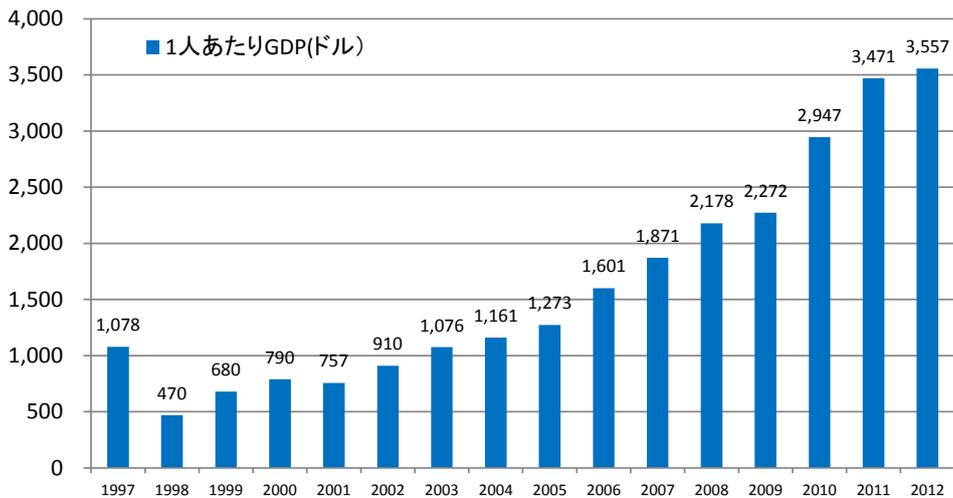
⁸ World Bank, “Global Economic Prospects”, Jan.2014, IMF, “World Economic Outlook Database”, Oct.2013.

《図表 5》 GDP および GDP 成長率の推移



(出典) World Bank World DataBank より損保ジャパン総合研究所作成。

《図表 6》 1人あたり GDP の推移



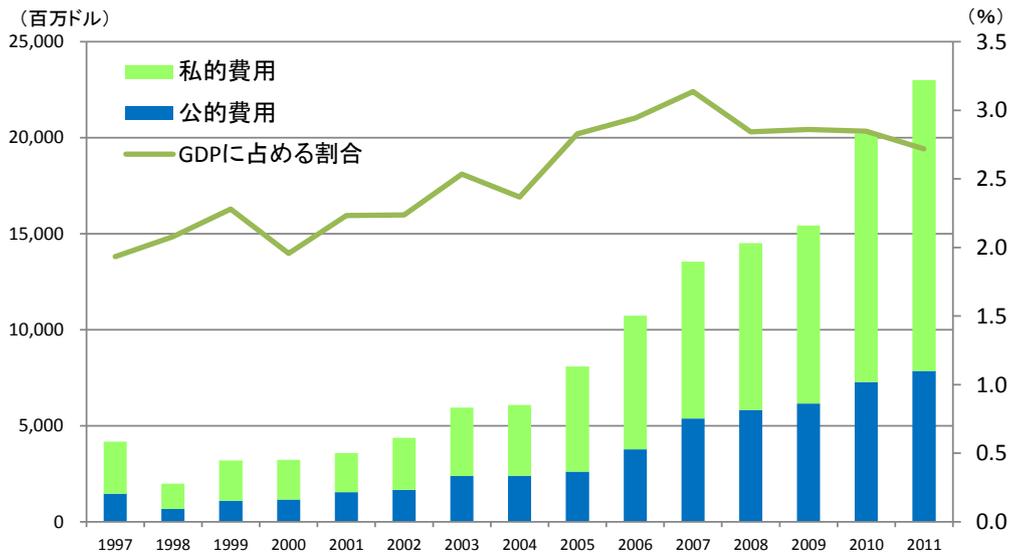
(出典) 図表 5 に同じ

3. 保健衛生

続いて、国民の保健衛生の現状を確認する。インドネシアの医療費は、《図表 7》に見られるとおり、年々増加してきており、とくにここ数年は前年比約 10%増と急速な拡大を見せている。2011 年の医療費の総額は約 230 億ドルで、国民 1 人当たりの医療費は 127 ドル⁹（日本 3,213 ドル）である。医療費の内訳は、政府による支出割合が 34%、民間支出が 66%となっている。総医療費の対 GDP 比は 2.7%であるが、《図表 8》のとおり、他の ASEAN 諸国と比較すると、多く国が 3%以上となっているのに対してインドネシアは低い水準にとどまっている。

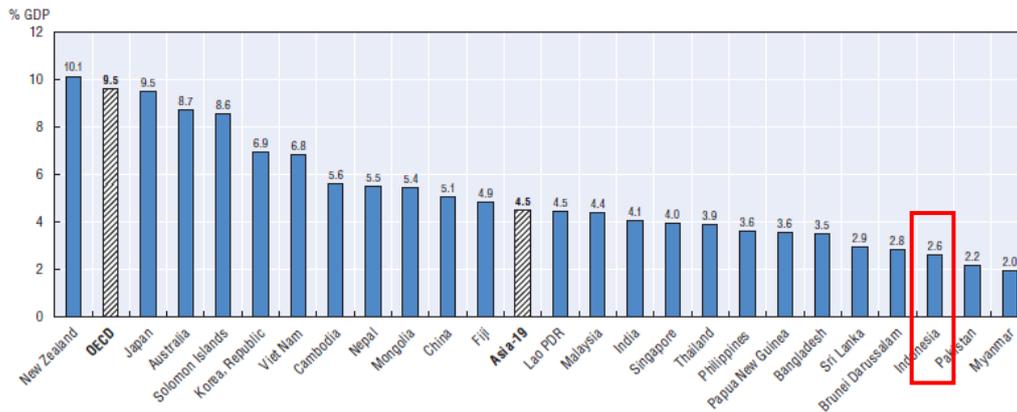
⁹ Health expenditure per capita, PPP (constant 2005 international \$)の値。

《図表 7》 医療費支出額推移と負担内訳



(出典) 図表 5 に同じ

《図表 8》 1人当たりの医療費の国際比較 (2010年)



(出典) OECD, "Health at a Glance Asia/Pacific 2012".

インドネシアの医療サービスの供給体制については、詳しくはIV章で後述するが、国民 10,000 人当たりの病床数は 6 床、医師数は 3 人であり ASEAN 諸国内においても低い水準にある¹⁰。政府は国民皆保険の導入にあたり 2015 年までに 150 の病院を増設し、病床 (ベッド数) も 2019 年までに 12 万 5 千床増やすことを計画している¹¹。くわえて政府は、医療インフラの強化に向けて、医療分野に対する民間資本の誘致も積極的に行うとしており、国内外の企業による病院建設等の動きも活発化してきている¹²。

¹⁰ WHO, "World health statistics 2013".

¹¹ 2013 年 11 月実施の BPJS (機関設立前のため旧 ASKES) への取材による。

¹² Jakarta Globe, "Siloam still aiming for 40 hospitals in five years", Sep.13th,2013.

Ⅲ. 医療保険制度改革の経緯と改革の概要

1. 制度改革の経緯¹³

インドネシアの医療保険制度は、前述のとおり、対象者および保障内容が異なる複数の制度が並立して運用されてきており、国の制度保障から漏れてしまう国民が多く存在した。無保険者は、一度病気になってしまうと治療費が払えず、生活が途端に困窮して貧困層に陥る危険に晒されていた。国の医療保険制度が、国民の健康を守り貧困に陥るのを防止するという意味で、国民の人権保障にも関わる重大な問題だと言われる所以である。

現に、1997年から98年にかけて発生したアジア通貨危機の際には、インドネシアも通貨が暴落し経済に大きな打撃を受け、国民の60%が1日2ドル以下という世界銀行の貧困基準以下の所得水準に落ち込んだ¹⁴。国内の物やサービスの価格は危機前の何倍にも上昇し、多くの者が生活に困窮する事態に陥ることとなった。この危機での経験は、インドネシアの国民にとって、命や健康にかかわる医療サービスは国民の生きる権利として保障されるべきであること、そのためには国の社会保障制度として医療保険制度が確立していることが重要であると強く認識される契機になったといわれている。

こうして高まった国民からの要望を受け、政府は、世界銀行や国際労働機関（ILO）、アジア開発銀行等の支援を得ながら国民皆保険を含む社会保障制度改革に向けた議論をスタートさせた。2001年には大統領に社会保障制度を確立する任務を与える国民会議令が公布され¹⁵、続く2002年には、憲法改正が行われて、国に社会保障制度を確立する責任があることが憲法第34条として明記されることとなった。

インドネシア共和国憲法¹⁶

第34条 第2項

国家は、全人民に対する社会保障制度を構築し、かつ人間の尊厳に基づき、弱い立場にあり、自助の困難な市民の地位を強化する。

同条 第3項

国家は、適切な保健福祉設備および一般福祉設備を提供する責任を負う。

2004年になると、この憲法34条を具現化する法律としてSJSN法（Undang-undang No. 40 tahun 2004 tentang SJSN：国家社会保障制度法）が制定され、大統領直轄の社会保障制度改革推進機関としてDJSN（Dewan Jaminan Sosial Nasional：国家社会保障理事会）が立ち上げられた。DJSNは、財務省、労働省¹⁷、保健省、国民福祉調整省、国防省から1名ずつの5名、および財界2名、労働者組合2名、学識者など専門家6名の計15名で構成される。

当該法律ではさらに、社会保障制度運営を担う統一の実施機関の設置も定められていたが、中央集権

¹³ Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat(国民福祉調整省), “Reform of social security system in Indonesia”, Sep.2006.

¹⁴ 公益財団法人 年金シニアプラン総合研究機構「マレーシアおよびインドネシアの年金制度に関する現地調査報告」(平成25年1月)

¹⁵ 同上。

¹⁶ 法務省「インドネシア憲法和訳（仮訳）」

¹⁷ 労働移住省（Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi：Ministry of Manpower and Transmigration）。

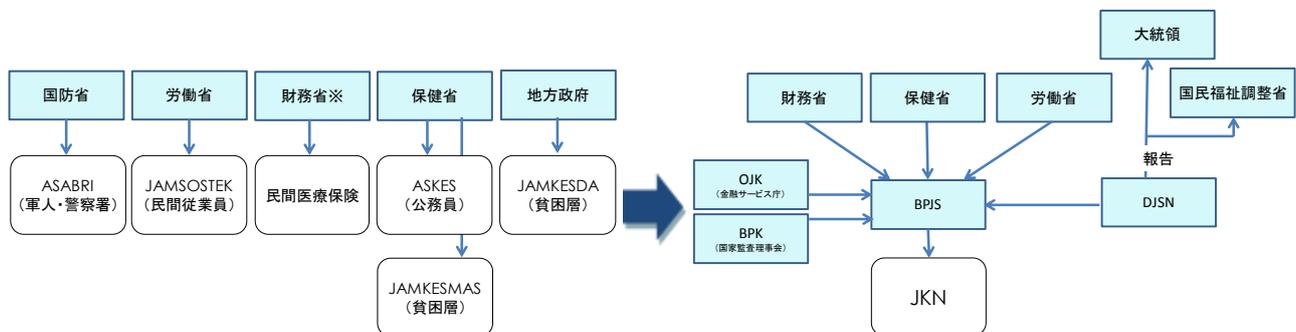
的な実施機関の下での運営は、2001年以降同国において推し進められてきた地方分権の趣旨に反し地方政府の権限を侵すものとの反発が起き、長期に渡って停滞を余儀なくされることとなった。その後、様々な議論の紛糾を経て、2011年になって、統一的な実施機関 BPJS を設置するための法律（UU No. 24 tahun 2011 tentang BPJS）が承認され、当初の設立期限であった2009年からは5年遅れることとなったが、2014年1月までに一元の実施機関として BPJS を設立し国民皆保険 JKN をスタートさせることが決定した。なお、当制度の設計にあたっては、政府はドイツおよびオーストラリア政府の支援を受けている¹⁸。昨年11月に取材した BPJS（当時は設立前のため旧 ASKES）の話では、特にドイツの医療保険制度を参考にしているとのことである。

2. BPJS の組織概要

こうした苦難を経て設立された BPJS であるが、その組織は、それまでの既存制度のうち、公務員向け医療保険を運営していた PT ASKES（PT Asuransi Kesehatan:健康保険公社）を母体として作られており、ASKES の施設・設備、職員がそのまま BPJS に移行する形をとっている。ASKES 以外の既存制度の運営機関は解体のうえ、各機関の権限と資産はすべて BPJS に移譲されている¹⁹。

《図表 9》は、新旧制度の運営組織および管轄官庁について整理したものである。旧制度では制度ごとに管轄する官庁も異なり、複雑な制度運営のために制度間での連携や調整をとることも困難であった。政府は、BPJS の設置により、これまで制度が分かれて運営されていたことによる非効率性を解消し、国民へ提供するサービスの質を上げていきたいとしている²⁰。

《図表 9》新旧医療保険制度の管轄官庁



※財務省は各制度の財務面については監督を行う。

(出典) 各種資料と BPJS へのヒアリングより損保ジャパン総合研究所作成。

なお、前述の DJSN（国家社会保障制度理事会）は、引続き社会保障制度改革全体の推進機関として運営され、BPJS に対しては、同機関の業務状況を外部から監督して 6 か月おきに実績評価を行い、大

¹⁸ GIZ (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH) ドイツ国際協力公社、Australian Aid が支援を行っている。

¹⁹ UU No. 24 tahun 2011 tentang BPJS。なお、JAMSOSTEK は BPJS Manpower の母体組織として存続し、JAMSOSTEK の職員は新組織に継承される。

²⁰ The President of the Republic of Indonesia, “Resmi Diluncurkan, BPJS dan JKN Merupakan Komitmen Pemerintahan SBY”, Dec.31st, 2013, Focus Report, “Healthcare & Lifesciences Reivew Indonesia”, Sep.2013.

統領へ報告する役割を担っていく。

BPJS の設置を認めた前出の法律(2011 年第 24 号)で定められている BPJS の業務内容は、《図表 10》のとおりである。保険料の徴収にはじまり、集めた保険料の資産運用、病院等への治療費の支払いまで幅広い業務を担っている。また、権限としては、加入者および加入企業の保険料支払を監督・検査・制裁する権限、さらに診療報酬体系など制度運営に必要な交渉を行う権限が与えられている(第 11 条)。

《図表 10》BPJS Health の業務内容

法定業務(第10条)	
1	加入者の登録
2	保険料の徴収
3	政府からの補助金の受領
4	社会保障基金(DJS)の運用
5	加入者データの管理
6	診療報酬の支払い
7	加入者などに対する制度運営状況の情報提供

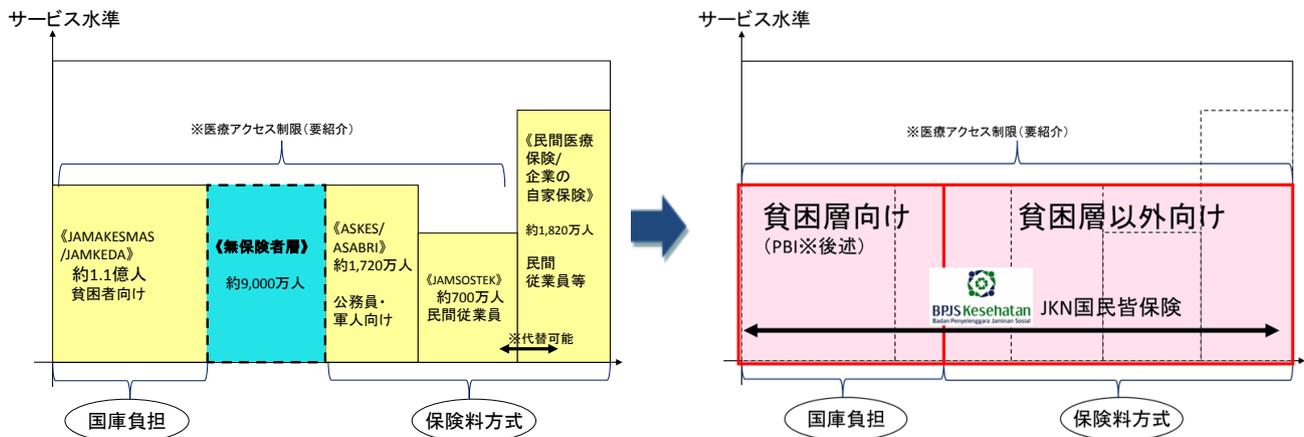
(出典) UU No. 24 tahun 2011 tentang BPJS より
損保ジャパン総合研究所作成。

3. 旧制度の内容

次章で新制度の内容を見ていくにあたり、旧制度の内容についてここで簡単に確認しておきたい。

《図表 11》は、旧制度から新制度への変化のイメージを示したものである。制度の変更により、これまで 4 割ほど存在していた無保険者は理論上いなくなるとともに、制度間でバラツキがあった保障内容(自己負担の有無や保険が利用できる治療範囲の違い等)も原則として統一され、人により差が生じていた医療サービスの不均衡が解消されることになる。

《図表 11》旧制度から新制度への変更イメージ



(出典) JKN BUKU PEGANGAN SOSIALISASI (JKN Handbook) 等各種資料から損保ジャパン総合研究所作成。

制度は大きく分けて、前述した、BPJS の母体になった①公務員向けおよび②軍人等向けの医療保険 ASKES と、③貧困層向けの JAMKESMAS (国による運営) および JAMKESDA (地方政府による運営)、④民間労働者向けの JAMSOSTEK、そして④の代替制度として認められていた⑤民間保険会社または企業の自家保険による医療保険制度の 4 つが存在していた。各制度の概要は、以下の《図表 12》にまとめたとおりである。

《図表 12》旧医療保険制度の概要

	①ASKES・②ASABRI	③JAMKESMAS/ JAMKESDA	④JAMSOSTEK	⑤民間医療保険/ 自家保険
制度開始年	1968年	2008年	1992年	—
実施機関	ASKES	政府/地方政府	JAMSOSTEK	各保険会社
加入対象	①公務員、退職公務員 ②軍人、警察官等ASABRI加入 メンバーも医療保険はASKES に加入	貧困層	民間従業員	民間従業員等
加入義務	強制	社会保障	強制 ・10人以上あるいは1か月の賃 金総額が100万Rp以上の企業 ・但し、⑤との代替により加入 免除	任意
保険料	政府2%、本人2%	なし	雇用主3-6% (独身・既婚)	各社ごと設定
保障内容	・主に公立病院のみ利用可能 ・紹介制 ・1次診療は自己負担なし ・2次診療は自己負担あり(4割 程度と推定されている。) ・入院病室は職位によりクラス I または II	・主に公立病院のみ利用可能 ・紹介制 ・1次診療2次診療とも自己負 担なし ・入院病室はクラスⅢ ・JAMKESDAの保障内容は運 営する地方政府により様々	・主に公立病院のみ利用可能 ・紹介制 ・1次診療は自己負担なし ・2次診療は自己負担あり ・入院病室はクラスⅡまたはⅢ ・がん、透析など重大疾患が免 責	・公立・私立の制限なし(保険 会社のネットワーク内) ・フリーアクセス ・自己負担、免責は保険会社と の契約による

(出典) JICA 報告書等各種資料より損保ジャパン総合研究所作成。

IV. 新たな医療保険制度 JKN の内容

以下では、JKN の具体的内容について、保障内容、利用方法など順に見ていく。

1. 対象者の範囲と移行スケジュール

JKN の加入対象者は、言うまでもなくインドネシアの全国民となるが、それにくわえて、同国に 6 か月以上滞在する外国人にも加入義務が課せられている。政府は、初年度の 2014 年に国民の 48%にあたる 1.21 億人への制度適用を予定しており、適用範囲は順次拡大して 2019 年までに 2.6 億人をカバーする計画である。今年加入が義務付けられる 1.21 億人の内訳は、①公務員向け ASKES の 1,600 万人、②軍人等 ASABRI の 120 万人、③貧困層向け JAMKESMAS の 8,640 万人および JAMKESDA の 1,100 万人、④民間従業員向け JAMSOSTEK の 700 万人となっている²¹。

残る 1.2 億人の内訳は、⑤民間医療保険の 280 万人と自家保険の 1,540 万人の他、JAMKESDA の残りとして、自営業者などのインフォーマルワーカーを中心にこれまで無保険であった約 9,000 万人である。企業の従業員については、2019 年までのロードマップにおいて、《図表 13》のように規模ごとに移行スケジュールが定められている²²。

²¹ Jakarta Post, "Hospitals, community health centers work with BPJS", Jan.2nd, 2014.

²²前脚注 1, Sekretariat Kabinet (内閣官房), "Turun Ditetapkan, Perusahaan Swasta Wajib Daftarkan Pekerjanya Ikut BPJS Kesehatan", Dec.31st, 2013. なお、9,000 万人の自営業者などについては詳細なスケジュールは定められていない。

《図表 13》 企業従業員の制度移行スケジュール

企業規模	企業数	2014	2015	2016	2017	2018	2019
大規模	45,600	20%	50%	75%	100%		
中規模	120,800	20%	50%	75%	100%		
小規模	3,600,000	10%	30%	50%	70%	100%	
零細	18,900,000	10%	25%	40%	60%	80%	100%

(出典) Republik Indonesia, “Peta Jalan Menuju JAMINAN KESEHATAN NASIONAL 2012-2019” より損保ジャパン総合研究所作成。

2. 制度の登録手続き

適用範囲の拡大を計画通り実現するためには、いかにして制度の移行・登録手続きを進めるかが重要となる。まず、前述の①ASKES、②ASABRI、③JAMKESMAS など旧制度に加入していた者は、既に2014年1月までに自動的に JKN のシステムへの移行が済み、新たな登録手続きは必要ない。また、引き続きこれまで配布されていた保険証も一定期間設けられた移行期間中はそのまま使うことができる。

一方、④JAMSOSTEK や⑤民間医療保険・企業の自家保険に加入していた民間の従業員等、賃金労働者については、移行・登録手続きが必要となるが、法律上の登録義務は雇用主に課されており、個人で手続きを行う必要はない。企業としては、今後 JKN の導入に伴い従業員の登録およびデータの保管・更新・届出などの負担が継続的に発生することになる。

登録手続きにおいて最も困難が予想されるのは、自営業者や農業従事者などこれまで医療保険に加入していなかったインフォーマルセクターで働く人々の新規登録手続きである。手続きは全国にある BPJS の 104 の支所（旧 ASKES の支所）で行うことができるほか、BPJS の HP 上でオンライン申請も可能だが、申請後 E メールで登録者ナンバーと保険料払込用の口座番号を受け取り、保険料支払のうえ、写真、住民カード・パスポート等の身元確認書類を支所に持参し医療保険証《図表 14》の交付を受けなくてはならない。

BPJS は、約 9,000 万人に及ぶこうした個人での登録が必要な人々の手続きを円滑に進めるため、内務省と連携して国が保有する住民データを BPJS に取込んで登録管理に利用するとともに、インドネシアの国営 3 大銀行の Mandiri 銀行、BRI (Bank Rakyat Indonesia) 銀行、BNI (Bank Negara Indonesia) 銀行および郵便局との間で JKN 推進に関する覚書を結び、各銀行のシステムと BPJS のシステム間でネットワークをつないでいる。これにより、登録者は BPJS 支所でなくとも、全国に設置された各銀行の支店や ATM を利用して保険料の振込が可能となる。提携を結んだ銀行側にとっては、BPJS とのタイアップにより、銀行口座数を増やし新たな顧客を開拓する機会にもつながるため、保険料の払込状況を BPJS がリアルタイムで確認できる新システムの開発に取り組むなど、JKN の登録拡大には積極的かつ協力的な姿勢を見せている²³。

《図表 14》 JKN の保険証（サンプル）



²³ Jakarta Post, “Askes, BRI team up on BPJS program”, Jul.13th, 2013.

3. 保険料の納入方法

保険料の納入については、公務員や民間従業員などの賃金労働者は毎月の給与から天引きされ、自営業者などの個人登録者は登録時に設定された口座からの引落しで行われる。賃金労働者については、登録義務同様、保険料の払込みも雇用主の義務とされている。雇用主は遅くとも毎月 10 日までに BPJS に全従業員分の払込みを行わねばならず、遅延した場合は 2% の罰金が上乘せされる²⁴。なお、1 ヶ月以上の前払いをすることも可能である。

BPJS は保険料收受後 14 日以内に、支払額を審査し過不足を企業に通知するとしている。万一、3 ヶ月以上保険料の不払いが生じた場合は、医療保険の提供が一時停止となるのにくわえて、違反企業は、事業免許自体の申請や更新許可、駐在許可など医療保険に関するものに限らずあらゆる公的サービスが受けられなくなるという罰則が設けられている²⁵。

個人登録者の場合は、同じく毎月 10 日までに保険料を払う必要があり、支払いを遅延した場合は 2% のペナルティが科せられる。6 ヶ月以上遅延が続くと医療保険の適用は停止される²⁶。

4. 保障内容と保険料

JKN の保障内容は、大きく 2 つに分かれる。1 つが、前述の旧制度③JAMKESMAS および JAMKESDA の後継制度にあたる貧困層 (poor and near poor) 向け医療保険制度 PBI (Penerima Bantuan Iuran)、2 つ目がそれ以外の者 (公務員、軍人、賃金労働者、自営業者、退職者など) が加入する制度 (Non-PBI) である。各制度の対象者と保障内容、保険料は《図表 15》のとおりである。

《図表 15》JKN の制度概要

JKN	対象者	保障内容	入院クラス	保険料
PBI	貧困層 低所得者層	・一次診療から高次診療まで、 検査、診察、外来治療、入院 治療、薬代が無料。	クラスⅢの み利用可能	全額政府負担。 一人当たり19,225Rp/月 を拠出。
Non-PBI	公務員・軍人	・高次診療を受けるには一次 診療医の紹介が必要。	クラスⅠ、Ⅱ が利用可能	月給の5% (3%政府、2%本人)
	民間従業員		月給の4.5% (4%雇用主、0.5%本人)	
	自営業等の インフォーマル ワーカー	・入院病室レベルのみ対象 者によって異なるが、保障さ れる医療行為は原則同じ。	支払保険料に より選択可能	・クラスⅠ：59,500Rp/月 ・クラスⅡ：42,500Rp/月 ・クラスⅢ：25,500Rp/月
	駐在外国人		クラスⅠ、Ⅱ	月給の5%

(出典) PERATURAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 111 TAHUN 2013 (大統領令 2013 年第 111 号) 等より損保ジャパン総合研究所作成。

²⁴ World Bank, "Regulation of President of The Republic of Indonesia, No.12 Year 2013 concerning health care benefits-translation".

²⁵ KPMG, "BPJS Kesehatan: A new medicare system?", Feb.2014.

²⁶ BPJS Kesehatan, "Buku Panduan Layanan bagi Peserta",2014.

保障内容については、PBI と Non PBI で受けられる医療サービスに違いは設けられていない。両制度とも、BPJS と協定を結んでいる医療施設であれば、外来診療、入院、検査、薬の処方まで治療上必要なものは限度額なく全て無料で利用することができる²⁷。治療範囲はインフルエンザなどの感染症から心臓の開胸手術、透析、がん治療まで幅広くカバーされている²⁸。加入者間で差が生じるのは入院の際の病室グレードであり、貧困層向け PBI は一番低いグレードのクラスⅢのみ利用可能となっている。ASKES などからの移行者はクラスⅠとⅡが利用でき、賃金労働者もクラスⅠとⅡの利用が可能である。自営業者などの個人登録者は、利用できる病室のグレードに合わせて3種類の保険料が選択できるようになっている。

保険料は、PBI は国の貧困対策の一環として全額が政府負担で賄われており、一人あたり月額 19,225 ルピア（約 160 円）が政府から保険料として拠出される。公務員は月給の 5%を政府 3%、本人 2%の割合で負担し、民間の賃金労働者は月給の 4.5%を雇用主 4%、本人 0.5%の割合で負担することとなっている²⁹。個人で登録するその他の加入者については、前述のとおり 3 種類の保険料から選択して負担額を決定する。なお、これらの保険料は家族分（妻、子供含め 4 名まで。それ以上は保険料追加で加入）の保険料も含めた額である。

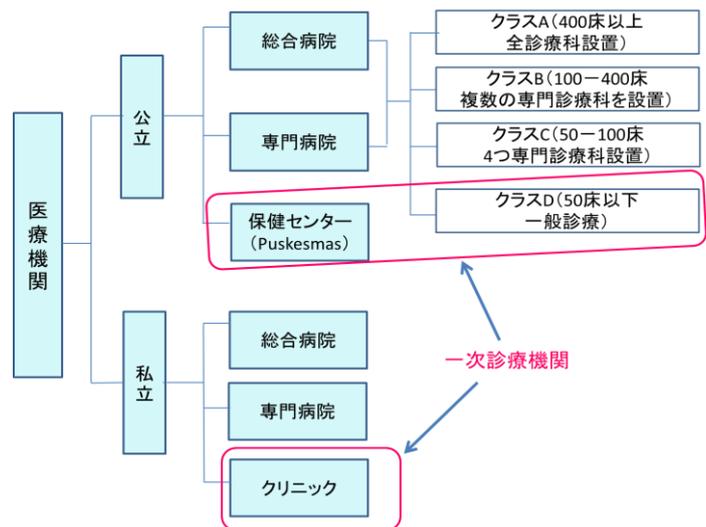
保険料負担に関する大きな変更点としては、これまで民間企業の従業員で可能だった、民間医療保険・自家保険と国の制度 JAMSOSTEK の代替利用が認められなくなったことである。これにより、企業は国が定めた JKN の保険料負担が不可避となるため、これまで利用していた民間医療保険や自家保険制度の見直しを余儀なくされることになる³⁰。

5. 医療サービスの利用方法

つづいて、医療機関を受診する際のルールについて見ていく。

加入者が利用できる医療機関は、政府が運営する公立病院と、BPJS との提携に合意した私立病院、そして地方政府（県や市）が運営する保健センター（Puskesmas）である。保健省の発表によると、制度開始直前の 12 月末時点で、公立私立合わせて 2,300 ある病院のうち 1,710 病院（公立 533、私立 919、専門 109、軍 104、警察 45）と、9,217 の保健センターが BPJS のネットワークに参加したとされている³¹。残り約 600 の BPJS と提

《図表 16》医療機関の体系



（出典）保健省「Indonesia Health Profile 2012」等各種資料より損保ジャパン総合研究所作成。

²⁷ 前脚注 11。

²⁸ Economist Intelligence Unit, “Indonesia launches universal healthcare”, Jan.13th, 2014.

²⁹ 大統領令 2013 年第 111 号によると、2015 年 6 月までに支払いを開始した賃金労働者は月給の 4.5%を雇用主 4%本人 0.5%で負担し、7 月以降は雇用主 4%本人 1%となる。

³⁰ PricewaterhouseCoopers, “Tax Indonesia”, Sep.2013.

³¹ Kementerian Kesehatan, “1710 hospitals and 9217 health centers with BPJS health cooperation”, Dec. 30th, 2013.

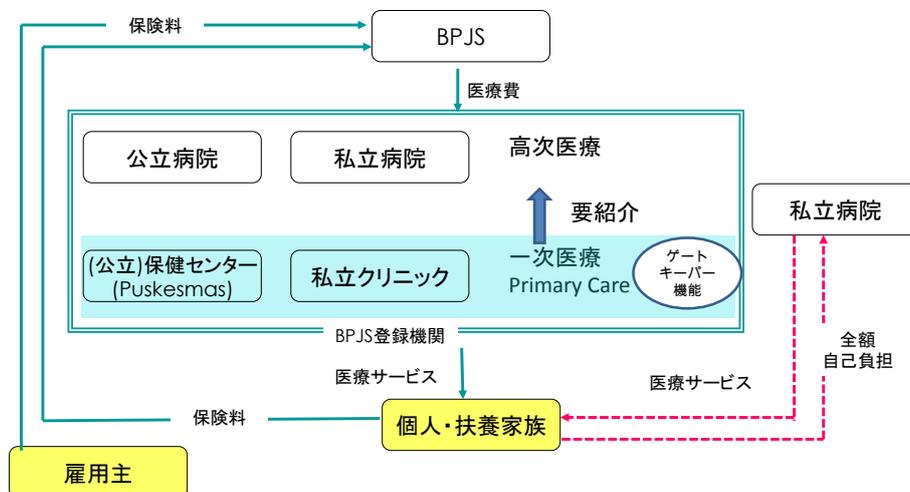
携していない私立病院については、緊急救命時の利用を除いて、受診するには全額自己負担での支払が必要となる。インドネシアにおける医療機関の体系は《図表 16》のとおりである。

JKN において国の医療保険を利用して受診するためには、加入者はまず、一次医療機関として自分が登録されている医療機関リストにある保健センター、クリニックまたはクラス D の病院で診察を受ける必要がある。JKN は、日本のようなフリーアクセス制にはなっておらず、一次医療機関に位置づけられている保健センター等がゲートキーパーの役割を担っている。したがって、一次医療機関での受診と、その機関からの紹介がなければ高次医療を担う公・私立病院で保険を利用することはできない。

2012 年 11 月にジャカルタ特別州が JKN 導入に先駆けて貧困層向けの医療保険制度³²（保険料負担なく治療費が無料）を独自に実施した際には、このゲートキーパー制が加入者にしっかり認知されていなかったために、多くの加入者が病院に殺到し医療機関に大混乱が生じた。BPJS へのヒアリングによると、ゲートキーパー制の目的は適切な治療とコストの両面で合理化を図ることであり、新制度では加入者の啓蒙に努めるとともに、疾病予防サービスの提供や病気への意識向上にも取り組むことで、病院への患者集中を防ぐ予定とのことである³³。

なお、高次医療を担う病院間でも取り扱う治療レベルに応じて A～D のランク付けがされており、二次医療機関内でも C から上位の A ランク病院へのエスカレーションが想定されている。医療サービスの供給の流れと前節で説明した保険料の流れをまとめると《図表 17》のようになる。

《図表 17》 医療サービス供給の流れ



(出典) 大統領令 2013 年第 12 号等各種資料より損保ジャパン総合研究所作成。

6. 医療機関への支払

医療機関への治療費の支払いは、BPJS から医療機関への償還によって行われ、加入者による支払は発生しない。支払は、BPJS が医療機関からの請求書類を受理してから 15 日以内に行われるとされている。一次医療を行う医療機関に対しては、治療費は人頭払いで支払われる。金額は医療機関の種類およ

³² Jakarta Health Card (Kartu Jakarta Sehat)。

³³ 前脚注 11。

び所在地域により幅があるが、一人当たり 6,000～10,000 ルピア（約 50～90 円）に設定されており、一次医療機関として登録されている患者の頭数分が、治療を受けたかどうかにかかわらず支払われる³⁴。この他、血液検査などの検査料や処方薬の薬代は、別途定められた価格表にしたがった支払いが行われる。

人頭払いによる支払とは、すなわち、医療機関で診療にいくらかかったかに関らず、担当する患者数に応じて医療費を振り分ける方式である。一次医療を担う医療機関からは、そもそも一人当たりの設定金額が実費に比べてあまりに低く設定されており事業の収益が出ないこと、価格内に収めようとすれば十分な医療サービスの提供が抑制される恐れがあるなど批判が寄せられている。インドネシア医師会も人頭払い方式には反対姿勢を示しているが、大統領は「問題があることは認識しているが、今後医師や医療従事者に対する経済的なインセンティブを提供できるよう新たな制度を検討している」とし、「実施から 3 ヶ月後と 6 ヶ月後に実施状況を評価して改善を図る予定である」とのコメントを発表している³⁵。

公立・私立病院などの二次医療以上の医療機関に対しては、BPJS は診療報酬体系として、これまで国内で利用されてきた DRG（Diagnosis Related Group：診断群別分類）を改良し、より効率的な医療費管理が行えるとされるインドネシア版 DRG である INA-CBG（Indonesia Case Base Groups）をシステムとして採用しており、そのタリフに基づいた請求額が支払われることになっている³⁶。

なお、診療報酬の水準の改定は、2 年ごとに BPJS と各医療機関が組織する協会間で交渉が行われることが法令で定められている³⁷（ただし、最終決定権は保健省大臣に与えられている）。

V. 新制度が抱える課題

以上、新制度 JKN の概要について見てきたが、1 月から実際に運用が開始しているものの、今後制度を普及および持続していくためには解決しなくてはならない問題点も多い。見えてきている課題の中から、主たるものを 3 点ほど整理しておく。

1. 財源の確保

1 つ目の課題は、政府の財源不足に対する懸念である。政府は貧困層向けの PBI に対し、1 人あたり 19,225 ルピア/月を拠出しており、2014 年は総額で 19.3 兆ルピア（約 1,700 億円）の予算を計上している。予算額は 2013 年に比べて増額されており、政府は今後も更に PBI 用の財源を増やしていく意向を示しているが、世界銀行の試算によると、PBI を完全に運用するには現在の予算の約 8～10 倍にあたる年間 1.3～1.6 兆円程度の財源確保が必要になるとされている³⁸。今後それだけの財源が確保できるかは、同国の経済がどこまで成長できるかにもかかってくることになる。

財源確保への見通しが不透明であることは、政府の医療機関への支払能力に対する信頼を左右し、支払への信頼の有無は医療機関が提供する医療サービスの質にも影響を与えることになる。政府が目

³⁴ NOMOR HK MENKES 31/1/2014

³⁵ IRIN, “*Hopes and fears as Indonesia rolls out universal healthcare*”, Jan, 14th, 2014.

³⁶ 前脚注 34。INA-CBG は、これまでの DRG より医療費のコスト要因を多く特定したうえでそれらを医療費予測に組み込んで予測の正確性が上がっているとされている。

³⁷ KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 455/MENKES/SK/XI/2013.

³⁸ 前脚注 35。

標に掲げる、全国民が安心して利用できる医療保険制度を確立するためには、何よりも政府の財源不足に寄せられている懸念に根拠ある見通しを示すことが求められている。

2. 自営業等インフォーマルワーカーの取り込み

2 つ目の課題は、これまでの制度において「無保険者」の大部分を占めていた自営業者や農業従事者を中心としたインフォーマルワーカーをいかに JKN に取込むかという点である。《図表 18》はインドネシアにおける労働者の内訳を示したものであるが、インフォーマルワーカーの割合は実に労働者の 61%に及んでいる。

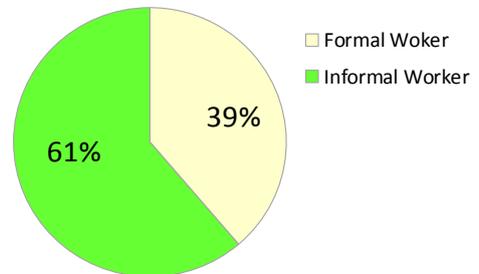
JKN では、貧困層にあたらぬインフォーマルワーカーは 3 種類の保険料を選択して加入することとされており、自身で制度に登録して保険料を支払う必要がある。BPJS の幹部は、制度の登録および保険料払込について、「4,000 万人の顧客を持つ BRI 銀行をはじめ BNI 銀行、Mandiri 銀行の国営 3 銀行と提携することで、インフォーマルワーカーの取込みにつなげる考えである」と話している³⁹。全国数千カ所以上の各銀行窓口と数万カ所の ATM で保険料の振込を可能にすることで、加入手続きの利便を図っている。また、BPJS へのヒアリングによると、インフォーマルワーカーから保険料徴収を進めるため、銀行の他にもインフォーマルセクターと結びつきが強い協同組合などマイクロファイナンス機関との提携も考えているとのことである⁴⁰。

各銀行は自行の持つデータシステムを BPJS のために提供することも合意しており、保険料の払込状況などを BPJS で即時にモニタリングできるネットワークを構築しているとされている。中でも BRI 銀行は、BPJS と提携を結ぶ約 2,000 の病院および約 10,000 の保健センターともネットワークを結び、医療費の請求・支払など医療機関の財務管理にも BRI 銀行のシステムが利用できるよう BPJS と更なる提携の合意を結んだことが 2 月に入り発表されている⁴¹。

このように BPJS は、インフォーマルワーカーの登録および支払いがしやすくなるよう体制整備に取り組んできているが、そもそもインフォーマルワーカーの中にはまだ JKN の制度自体について知らない者も多く、いかにして制度の理解を促し、普及を進めるかが皆保険の実現にむけての大きな課題となっている。2014 年は制度導入の第一段階として、主にインフォーマルワーカー以外の国民が制度加入の対象になっている。懸案であるインフォーマルワーカーの取り込みについては、来年 2015 年以降、課題としてより顕在化してくるものと思われる。

また、仮に加入が進んだとしても、インフォーマルワーカーゆえに毎月の収入が安定しない人々も多いと考えられることから、一定額を継続的に徴収する現在のスキームも問題となるかもしれない。もし

《図表 18》労働者の内訳



(出典) ILO, “Social security for informal economy workers in Indonesia”, 2010.より損保ジャパン総合研究所作成。

³⁹ 前脚注 23。

⁴⁰ 前脚注 11。

⁴¹ Koran Indonesia, “Digandeng BPJS, BRI Sediakan Jaringan Komunikasi untuk 2.000 RS”, Feb.9th,2014.

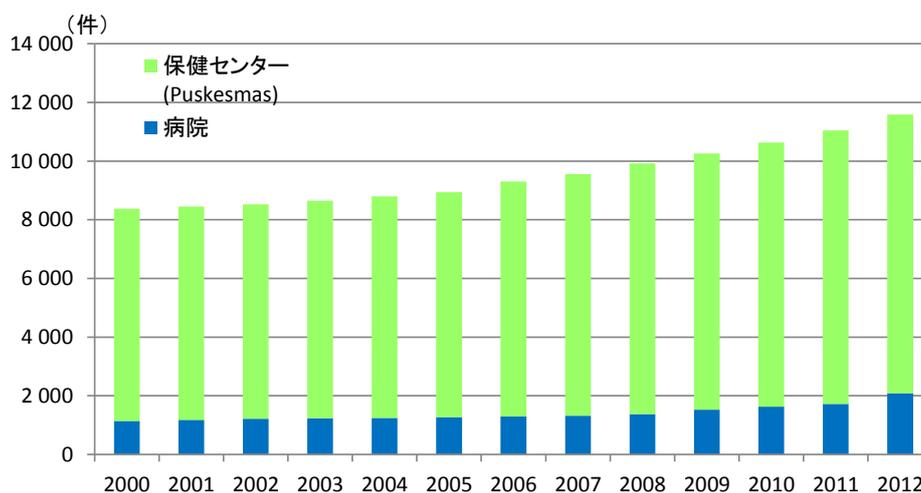
多くのインフォーマルワーカーにとって、保険料を継続して払うことが難しいとなれば、結果的に、貧困層向け制度に降りてくる人の数が増え、前述 1. で見た財源不足がさらに深刻化するだけなのではないかとの懸念も示されている⁴²。

3. 医療ファシリティと人材の不足

3 つ目の課題は、病院などの医療ファシリティと医療人材の不足である。これらは受診時の混雑や地域間の医療アクセスの不均衡につながり、これまで以上に医療サービスの質の低下を招くおそれがある。この問題の解決には、政府と民間資本による医療施設への大規模な投資が必要とされる。政府は JKN の内容を定めた法令の中で、第 35 条として「政府及び地方政府は、医療サービスを十分に提供するための医療施設の供給に責任を負っており」、「医療施設の供給を実現するために民間資本の招致を行う」ことを明記している⁴³。インドネシア最大の病院事業者であるシロアム病院グループは、2018 年までに 25 億ドルを投じて 50 病院（ベッド数 1 万床）の建設を計画しており、2015 年までには 5 億ドルを投資して 20 病院を建設することを予定している。なお、こうした民間事業者は、皆保険の導入による医療機関の需要増の他、インドネシアにおいて毎年 115 億ドルほど費やされているシンガポールやタイなどへのメディカルツーリズム需要を自国内で取込むことも視野に入れている⁴⁴。

《図表 19》は、医療施設の件数の推移を示したものである。政府は 2015 年までに 150 の病院を建設し、2019 年までにはベッド数を 12 万 5 千床追加する計画だが、世界の水準に追い付くにはさらに 40 万床以上の追加が必要となるとされている⁴⁵。また、病院数の拡大にあたって BPJS は、数の確保だけでなく、都市への集中を避け、どの地域でも病院があるというように地方への分散をいかに図るかも重要な課題であると話している⁴⁶。

《図表 19》医療施設の件数推移



(出典) インドネシア統計局資料より損保ジャパン総合研究所作成。

⁴² The Nossal Institute for global health, “Insitutional analysis of Indonesia’s proposed road map to universal health coverage”, Jul.2013.

⁴³ PERATURAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 12 TAHUN 2013 (大統領令 2013 年第 12 号)。

⁴⁴ Reuters, “Indonesia’s nationwide healthcare plan stumbles an first hurdle”, May.19th, 2013, Wall Street Journal, “Indonesia writes script for medical sector”, Oct.18,2012.

⁴⁵ 同上。

⁴⁶ 前脚注 11。

医療人材不足については、政府は《図表 20》のように医師および看護師等を 2025 年までに大幅に拡大する目標を策定しており、現在国民 10,000 人あたり 3 人に留まる医師数を世界の水準まで引き上げていくことを目指している。

《図表 20》医療人材育成目標（10 万人当たり）

	2001	2011	2014	2019	2025
専門医	2.9	7.1	12	24	28
一般医	8.9	13.8	48	96	112
看護師	40.3	93.5	158	158	158
助産師	7.9	52.6	75	75	75

(出典) 保健省 “INDONESIA HUMAN RESOURCES FOR HEALTH DEVELOPMENT PLAN YEAR 2011-2025” より損保ジャパン総合研究所作成。

VI. おわりに

皆保険導入は医療ファシリティ需要や人々の医療ニーズを拡大させ、その後押しを受けてインドネシアの医療市場は今後大きく成長することが確実視されている。医療市場の市場規模は、2012 年の 264 億ドルから倍増して、2018 年には約 600 億ドル（約 6 兆円）まで拡大するとの予測も出ている。また、JKN の上乘せ保障のニーズから、民間医療保険の役割拡大も期待されている。民間医療保険の市場規模（生損保合計）は、2012 年の 8.5 億ドルから 2020 年までに約 5 倍の 40 億ドルまで成長する可能性があると思われている⁴⁷。

なお、皆保険の導入に伴う上乘せ保障のニーズの拡大については、政府も将来的に需要に応える何らかの制度を整備する考えがあることが JKN の内容を定めた前出の大統領令 2013 年第 12 号で確認できる。第 27 条には「国民は JKN に上乘せして医療保険に加入することができ、上乘せカバーを提供する保険者は、BPJS に連動した加入者サービスを提供することができる」ことが明記されている。JKN の保障内容との連動をいかに図るかについては、第 28 条において「連動を図るための手続きについては、BPJS と上乘せカバーを提供する保険者の間の合意により定める」としており、実際、BPJS とインドネシアの保険協会との間では現在話し合いが進められている⁴⁸。

医療業界や保険業界に見られるように、インドネシアの潜在的な成長可能性に寄せられる国内外からの期待が高まる一方で、計画されている医療供給体制や医療保険制度の運用実態を見てみると、今後の制度確立および制度の持続性を左右するであろう難しい課題も浮かび上がってくる。特に医療保障財源の問題は、国の財政および経済力そのものにも帰着する問題であり、日本をはじめとした先進国の多くも頭を悩ませている難題である。インドネシア政府がいかにして国民の健康に資する医療保険制度の確立を目指していくか、そのための財源問題と医療インフラ整備をどう主導していくか、これから目標の 2019 年までに次第に打ち出されるであろう具体的取組み策の中身とその成果を引続き注視していきたい。

⁴⁷ Roland Berger, “SOUTH EAST ASIA – THE NEW FRONTIER FOR HEALTH INSURERS”, Aug.2013.

⁴⁸ 前脚注 11。