

ベトナム国  
健康保険制度に係る情報収集・確認調査  
ファイナルレポート

平成 29 年 2 月  
(2017 年)

独立行政法人  
国際協力機構 (JICA)

株式会社コーエイ総合研究所

人間
JR
17-047

ベトナム国  
健康保険制度に係る情報収集・確認調査  
ファイナルレポート

平成 29 年 2 月  
(2017 年)

独立行政法人  
国際協力機構 (JICA)

株式会社コーエイ総合研究所

交換レート

1 米ドル=115.144 円  
1 ベトナムドン= 0.005185 円

(2017 年 2 月 JICA 統制レート)

本報告書の内容は、2015 年 11 月から 2017 年 2 月にかけて現地において収集した情報及び同 7 月までの間に日本国内において収集した資料等の分析に基づくものです。また、提言等は調査団による提案であって、JICA としての戦略や方針を示すものではありません。

## ベトナム国健康保険制度に係る情報収集・確認調査

### ファイナルレポート

#### 目次

用語・略語

要約

第 1 章	本調査の概要及び進捗	1-1
1.1	本調査の背景	1-1
1.2	本調査の目的	1-1
1.3	調査の行程	1-2
1.4	調査の手法	1-2
第 2 章	ベトナムの UHC の概況	2-1
2.1	社会経済状況	2-1
2.2	保健財政	2-5
2.3	人口カバー率	2-14
2.4	健康保険適用サービスの利用状況	2-18
2.5	サービス提供体制	2-21
第 3 章	ベトナムにおける健康保険制度概要	3-1
3.1	健康保険制度の歩み	3-1
3.2	関連法令、政策、実施計画	3-1
3.3	社会保障分野に関連する開発戦略及び計画	3-2
3.4	関連機関	3-18
第 4 章	健康保険制度の実施状況	4-1
4.1	保険適用パッケージ及び診療費	4-1
4.2	医療費支払方式	4-5
4.3	健康保険利用の際の自己負担（窓口負担）額	4-11
4.4	加入促進	4-13
4.5	保険料の徴収	4-14
4.6	医療費の請求、審査、支払の流れ	4-15
第 5 章	健康保険に関する ICT の状況	5-1
5.1	健康保険システムの導入に必要な 3 種類の情報と、ベトナムにおける整備状況	5-1
5.2	IT システムに関連する将来展望	5-3
5.3	保健医療機関内の IT システム	5-4
5.4	ベトナム社会保障／省社会保障における IT システム	5-9

5.5	ベトナムにおける主要な IT ベンダー .....	5-9
第 6 章	保健情報管理の状況 .....	6-1
6.1	保健情報管理に関連する法令・政策・開発計画 .....	6-1
6.2	人材 .....	6-4
6.3	保健情報システムにおけるデータ・ソース及びデータの管理 .....	6-4
6.4	情報フロー .....	6-7
6.5	情報インフラ .....	6-8
6.6	健康保険請求、及び医療機関マネジメントのための情報管理 .....	6-8
第 7 章	関連する開発パートナーの動向 .....	7-1
7.1	保健財政テクニカルワーキンググループ（TWG） .....	7-1
7.2	UHC 及び保健財政分野における関連ドナーの活動 .....	7-1
7.3	ベトナムの研究機関 .....	7-6
第 8 章	関連する諸外国の経験 .....	8-1
8.1	日本 .....	8-1
8.2	諸外国の健康保険制度 .....	8-6
第 9 章	ベトナムの健康保険の現状と課題、及び UHC に向けた提言 .....	9-1
9.1	UHC に貢献するためのベトナムの健康保険制度の課題 .....	9-1
9.2	ベトナムの健康保険制度に係る提言（案） .....	9-13
第 10 章	健康保険分野の今後の協力にかかる提言 .....	10-1
10.1	技術協力にかかる提案 .....	10-1
10.2	開発政策借款 .....	10-10

## 添付

- 添付 1： 調査日程及び現地調査写真
- 添付 2： 第 1 回ワークショップ開催概要
- 添付 3： 本邦招聘実施概要
- 添付 4： 改定健康保険法の概要

## 図表リスト

図 1-1	業務フロー .....	1-9
図 1-2	作業工程表 .....	1-10
図 2-1	ベトナムの年齢階層別人口 .....	2-2
図 2-2	就労人口（15 歳以上）の雇用形態 .....	2-4
図 2-3	省病院の収支の事例 .....	2-9
図 2-4	健康保険基金の財源（2010 年） .....	2-10
図 2-5	加入種別ごとの加入者数、収入及び支出（2013 年） .....	2-11
図 2-6	年齢層別の一人当たりの世帯保健支出（2004 年-2012 年） .....	2-12
図 2-7	患者自己負担（OOP）と健康保険加入率の推移（1995 年-2013 年） .....	2-13
図 2-8	費目別医療費の内訳 .....	2-13
図 2-9	主なグループごとの健康保険加入率の比較（2010 年） .....	2-17
図 2-10	主な原因別の年齢調整死亡率（2012 年）（人口 10 万対） .....	2-18
図 2-11	過去 12 カ月間に利用した医療機関 .....	2-19
図 2-12	過去 12 カ月間の保健サービス及び健康保険証の利用状況（収入層別） .....	2-20
図 2-13	過去 12 カ月間の保健サービス及び健康保険証の利用状況（年齢層別） .....	2-20
図 2-14	ベトナムのリファラル体制 .....	2-22
図 3-1	健康保険に関連する法律、ロードマップ及び実施計画等 .....	3-2
図 3-2	保健省及び保健局組織図 .....	3-19
図 3-3	ベトナム社会保障及び地方社会保障（SS）の組織図 .....	3-21
図 3-4	PSS 事務所 .....	3-22
図 3-5	PSS 事務所の受付窓口 .....	3-22
図 4-1	外来の請求フォーマット（C79a-HD） .....	4-16
図 4-2	入院の請求フォーマット（C80a-HD） .....	4-16
図 4-3	PSS の審査業務部（ザーライ省 PSS） .....	4-17
図 4-4	健康保険基金の予算化の流れ .....	4-19
図 5-1	健康保険システム導入のために整備が必要な 3 種類の情報 .....	5-1
図 5-2	病院情報システムの導入率（レベル別） .....	5-5
図 6-1	情報フロー .....	6-7
図 6-2	請求情報の流れ .....	6-9
図 6-3	2015 年 12 月まで使用されていた請求フォーマット .....	6-10
図 8-1	日本の公的医療保険のイメージ図 .....	8-1
図 8-2	若年層と後期高齢者の医療費の比較（2009 年） .....	8-2
図 8-3	現行の DPC のイメージ .....	8-5
図 9-1	健康保険制度の構成要素の模式図 .....	9-4
図 9-2	現行の保健財源と保険適用パッケージの概念図 .....	9-5
図 9-3	ベトナムと日本の高齢化と経済成長 .....	9-6

図 9-4	高齢化の進行に伴う若年層の負担の増加 .....	9-7
図 9-5	IT 成熟度のレベルとステップ .....	9-9
図 9-6	現行の健康保険制度管理体制 .....	9-10
図 9-7	現行の健康保険制度枠組み .....	9-10
図 9-8	現行の支払い方式 .....	9-13
図 9-9	ベトナムの健康保険制度改善に向けたロードマップ（案） .....	9-15
図 9-10	保健財源の持続性の強化と患者自己負担の削減についての概念図 .....	9-17
図 9-11	第 1 案：高齢者の健康保険制度を分離する .....	9-18
図 9-12	第 2 案：インフォーマルセクター加入促進のためのスキームの追加 .....	9-19
図 9-13	保険適用パッケージ、診療報酬及び支払い方式の管理体制（案） .....	9-21
図 9-14	支払い方式に係る提案（1）：出来高払いと人頭払いの組み合わせ .....	9-23
図 9-15	支払い方式に係る提案（2）：包括払いの導入 .....	9-25
図 9-16	支払い方式に係る提案（2）：包括払いの導入 .....	9-26
図 9-17	保険適用サービスに関する提案（1）：非適用リスト .....	9-28
図 9-18	保険適用サービスに関する提案（2）：パッケージの最適化 .....	9-28
図 9-19	保険適用パッケージ／BHSP 策定・見直しの流れに係る提案 .....	9-30
図 9-20	IT システム導入範囲（現在、及び将来） .....	9-31
図 9-21	医療機関の情報管理人材に関するコンセプト図 .....	9-32
図 9-22	IT システムの開発フェーズ .....	9-33
図 10-1	提案する 5 つのコンポーネントと健康保険にかかる課題との関係性 .....	10-2
図 10-2	各コンポーネントの対象 .....	10-3
表 1-1	本調査の目的 .....	1-2
表 1-2	本邦招聘プログラム 実績行程表 .....	1-7
表 2-1	ベトナムにおける UHC に関する課題 .....	2-1
表 2-2	過去 5 年間の人口総数と人口増加率（2010 年から 2014 年） .....	2-1
表 2-3	純移動率 .....	2-2
表 2-4	年代別人口増加予測 .....	2-3
表 2-5	高齢化率の予測 .....	2-3
表 2-6	貧困率の推移（%） .....	2-4
表 2-7	主要産業別 15 歳以上労働人口（2014 年） .....	2-4
表 2-8	GDP 成長率の推移（単位：%） .....	2-5
表 2-9	保健財政に係る開発方策概要 .....	2-5
表 2-10	ベトナム保健財政戦略（2016-2025）の概要 .....	2-6
表 2-11	保健セクター 5 年計画（2016-2020）にかかる推計予算 .....	2-7
表 2-12	保健支出の推移 .....	2-7
表 2-13	財源別の保健支出の推移（単位：百万ドン） .....	2-8

表 2-14	健康保険基金の収支の推移（2001 年から 2013 年、及び 2016 年推計値）	2-10
表 2-15	高額な保健支出をした世帯及びそれによって貧困に陥った世帯（％）	2-14
表 2-16	健康保険加入者数の推移（単位：1000 人）	2-14
表 2-17	グループ別健康保険の加入者数（2010 年）	2-15
表 2-18	健康保険加入率（2014 年）	2-16
表 2-19	主なグループの未加入者数の比較（2010 年）	2-17
表 2-20	主要疾病及び死因（2013 年、人口 10 万対）	2-18
表 2-21	健康保険加入者の年間受診回数	2-21
表 2-22	主な保健人材の推移（千人）（2012 年から 2014 年）	2-23
表 2-23	コミュニケーションレベルの保健人材の配置状況	2-23
表 3-1	健康保険制度に係るベトナム政府の取り組み	3-1
表 3-2	社会経済開発戦略 2011-2020 概要及び社会保障分野関連項目	3-3
表 3-3	保健セクター開発 5 カ年計画 2016-2020 の概要	3-4
表 3-4	保健セクター開発 5 カ年計画（2011-2015）の成果及び課題と、新 5 カ年計画の主要課題	3-5
表 3-5	健康保険に係る主な法規定	3-9
表 3-6	国民皆保険に向けたロードマップ 2012-2015 及び 2020 の概要	3-11
表 3-7	BHSP ロードマップの概要	3-12
表 3-8	BHSP ロードマップ実施体制	3-13
表 3-9	HFG により収集されたデータの概要	3-14
表 3-10	保健省による UHI ロードマップ実施計画	3-17
表 3-11	ベトナム社会保障による UHI ロードマップ実施計画	3-18
表 3-12	健康保険制度の設計と実施に関連する主な役割分担	3-18
表 3-13	PSS の組織概要	3-22
表 3-14	健康保険制度に関連する機関の業務担当状況	3-24
表 4-1	ベトナム社会保障と契約する医療機関（2014 年）	4-1
表 4-2	通達 43 号における保険適用サービスの分類	4-2
表 4-3	レベル別提供医療サービスリスト（抜粋）	4-3
表 4-4	診療報酬に計上される原価項目及び改定スケジュール	4-4
表 4-5	各支払い方式の長所及び短所	4-6
表 4-6	日本における DPC 導入医療機関とベッド数	4-8
表 4-7	健康保険診療の窓口負担率	4-12
表 4-8	2020 年に向けた健康保険の目標加入率（％）	4-13
表 4-9	滞納があった場合の罰金額	4-15
表 5-1	マスターコードのリスト	5-2
表 5-2	ベトナム政府が掲げる IT 分野の将来展望	5-3
表 5-3	健康保険システムに関する将来計画	5-4
表 5-4	保健医療機関内の IT システムの状況	5-4



表 5-5	病院情報システムに関する主要なプロジェクト .....	5-7
表 5-6	医療機関におけるソフトウェア関連費用 .....	5-8
表 5-7	地方病院の IT 部門人材の数 .....	5-8
表 5-8	PSS 事務所で利用されているソフトウェア一覧 .....	5-9
表 6-1	2030 年に向けた保健情報システムに関する基本開発計画概要 .....	6-1
表 6-2	保健情報システムに係る法令 .....	6-2
表 6-3	国家保健指標一覧 .....	6-3
表 6-4	保健医療機関レベル別の指標数 .....	6-4
表 6-5	保健医療機関における記録帳・報告フォーム .....	6-6
表 6-6	フォーム 1：健康保険請求のための基本情報（抜粋） .....	6-11
表 6-7	フォーム 2：健康保険対象の医薬品明細情報(抜粋) .....	6-11
表 7-1	ベトナム UHC・保健財政分野における主要ドナー機関の支援状況 .....	7-2
表 7-2	HSPI の関連研究活動 .....	7-6
表 7-3	診療報酬制度に関する HSPI の研究例 .....	7-7
表 8-1	国民医療費の増加率 .....	8-2
表 8-2	出来高払いと包括払い（1 件毎）の長所と短所 .....	8-5
表 8-3	ASEAN 諸国の健康保険制度の概要 .....	8-7
表 8-4	タイの人頭払い単価内訳 .....	8-8
表 8-5	タイの人頭払い単価の変遷 .....	8-8
表 8-6	その他諸外国の健康保険制度の概要（主要指標を含む） .....	8-12
表 9-1	高齢者のための健康保険制度オプションの比較 .....	9-19
表 9-2	インフォーマルセクター加入促進のためのオプションの比較 .....	9-20
表 9-3	予防サービスのレベル .....	9-27
表 9-4	保険適用パッケージ／BHSP の構成（案） .....	9-29
表 9-5	CIO と IT 部門に期待される役割の違い .....	9-33
表 10-1	技術協力の可能性があると考えられるコンポーネント .....	10-1
表 10-2	技術協力プロジェクトにかかる前提条件 .....	10-4
表 10-3	コンポーネント 1-1：現場レベルにおける情報の質向上 .....	10-5
表 10-4	コンポーネント 1-2：データ統合にかかる能力開発 .....	10-6
表 10-5	コンポーネント 2：保険適用パッケージ等を管理するための組織（カ ウンシル等）の能力開発 .....	10-7
表 10-6	コンポーネント 3：継続的な保険適用パッケージ／BHSP 見直し支援 .....	10-8
表 10-7	コンポーネント 4：保険診療標準ガイドラインの整備 .....	10-8
表 10-8	本邦研修の概要にかかる提案 .....	10-9
表 10-9	政策マトリクス（案） .....	10-12

## 用語・略語

本報告書における略語・用語	英語	日本語
ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
ASEAN	Association of South-East Asian Nations	東南アジア諸国連合
BHSP	Basic Health Service Package reimbursed by health insurance	基礎的保健サービスパッケージ
BHSP ロードマップ	the Roadmap to Develop and Implement the Basic Health Service Package (BHSP) reimbursed by the Health Insurance in Viet Nam	健康保険適用の基礎的保健サービスパッケージ策定に向けたロードマップ
CHS	Commune health station	コミュンヘルスステーション
CIO	Chief Information Officer	最高情報責任者
CSMBS	Civil Servant Medical Benefit Scheme	公務員医療給付（タイ）
DF/R	Draft final report	ドラフトファイナルレポート
DHIS	District Health Information Software	（地域保健情報ソフトウェア：固有名詞、仮訳）
DHS	Demographic and Health Survey	人口保健調査
DOH	Department of Health (provincial and district level)	（省／郡）保健局
DOHA	Direction Office for Healthcare Activities	地域病院指導部
DRG	Diagnosis Related Group	診断群別分類
DPC	Diagnosis Procedure Combination	診断群分類包括評価
DSS	District Social Security	郡社会保障
EMR	Electronic Medical Records	病院情報システム
EU	European Union	欧州連合
F/R	Final report	ファイナルレポート
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Germany)	ドイツ国際協力公社
GSO	General Statistics Office	ベトナム統計局
HEMA	Health Care Support to the Poor of the Northern Uplands and Central Highlands Project (EU)	北部山岳部及び中部高原地域の貧困層への保健医療サービス支援プロジェクト
HFG	Health Finance and Governance Project	
HIS	Hospital Information System	病院情報システム
HL7	Hospital Level 7	医療情報交換のための標準規約
HMU	Hanoi Medical University	ハノイ医科大学
HPG	Health Partnership Group	保健パートナーシップグループ
HSPI	Health Strategy and Policy Institute	保健戦略政策研究所
ICD	International Classification of Disease	国際疾病分類
ICHI	International Classification of Health Interventions	医療行為分類
IC/R	Inception report	インセプションレポート
ICD-9-CM	International Classification of Disease, 9th edition, Clinical Modification	国際疾病分類第 9 版臨床修正版
ICD-10	International Classification of Disease, 10th edition	国際疾病分類第 10 版
ICT	Information and Communication Technology	情報通信技術
IPPM	Institute of Public Policy and Management	公共政策管理研究所（ハノイ国民経済大学の機関）
IT/R	Interim report	インテリムレポート
JAHR	Joint Annual Health Report	合同年次保健レビュー報告書
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構

本報告書における略語・用語	英語	日本語
JKN	National Health Insurance of Indonesia	国家医療保険（インドネシア）
KOICA	Korea International Cooperation Agency	韓国国際協力団
KPI	Key Performance Indicators	業績評価指標
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau	ドイツ復興金融公庫
LuxDev	Lux-Development S.A. (Luxemburg)	ルクセンブルグ開発公社
MOLISA	Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs of Viet Nam	労働・傷病兵・社会省
MSA	Medical Service Administration	保健省- 医療サービス局
NCD	Non-communicable Disease	非感染性疾患
NACHIP	National Advisory Council for Health Insurance Policy	国家健康保険政策カウンスル
NEU	National Economics University	国民経済大学
NHS	National Health Service	国民健康制度（タイ、英国）
NHSO	National Health Security Office	国民医療保障庁（タイ）
NIHE	National Institute of Hygiene and Epidemiology	国立衛生疫学研究所
OOP	Out-of-pocket	患者自己負担
PHC	Primary Health Care	プライマリーヘルスケア
PPP	Public-Private Partnership	官民パートナーシップ
P/R	Progress report	プロGRESSレポート
PSS	Provincial Social Security	省社会保障
PhilHealth	Philippine Health Insurance Corporation	フィリピン健康保険公社
SEDS	Socio-Economic Development Strategy	社会経済開発戦略
SHI	Social Health Insurance: a health insurance scheme for formal sector in Thailand	社会医療保険 （タイではフォーマルセクター対象の健康保険を指す）
SS	Social Security	社会保障
SSO	Social Security Office of Thailand	社会保険事務所
SSS	Social Security Service: a health insurance scheme for formal professional sector in Thailand	被用者社会保障（タイ）
TOR	Terms of Reference	委託仕様
TWG	Technical Working Group	保健財政テクニカルワーキンググループ
UC	Universal Coverage: a health insurance scheme for informal sector in Thailand	ユニバーサルカバレッジ（タイのインフォーマルセクター対象の健康保険）
UHC	Universal Health Coverage	ユニバーサルヘルスカバレッジ
UHI	Universal Health System	国民皆保険
UHS	Universal Health System	ユニバーサルヘルスシステム（タイ）
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
VAAC	Vietnam Administration of AIDS Control	ベトナムエイズコントロール管理局
VASS	Vietnam Academy of Social Science	ベトナム社会科学院
VGCL	Viet Nam General Confederation Group	ベトナム労働総連合
VND	Vietnamese Dong	ベトナムドン
VNPT	Vietnam Post and Telecommunication Group	ベトナム郵政通信総公社
VSS	Viet Nam Social Security	ベトナム社会保障
WB	World Bank	世界銀行
WHO	World Health Organization	世界保健機関
WTO	World Trade Organization	世界貿易機関

本報告書における略語・用語	英語	日本語
本調査	Basic Information Survey for BHSP and Provider Payment Mechanism in Viet Nam	ベトナム国健康保険制度に係る情報収集・確認調査

## 要 約

本報告書は、「ベトナム国健康保険制度に係る情報収集・確認調査」（以下、本調査）によって実施した、ベトナムのユニバーサルヘルスカバレッジ（UHC）について、特に健康保険制度に焦点をおいて基礎情報を収集・分析した結果をまとめたものである。本調査は、2015年11月から2017年3月まで、国内における文献調査及び現地における関係者とのインタビュー及び議論等によって実施された。ベトナムにおけるUHCの状況を概観したうえで、健康保険制度について、これまでの経緯や法体系、関連法制度等について情報を収集した。併せて、行政、医療機関、保険者であるベトナム社会保障等における実施状況とその課題、健康保険制度の運用に関連するITの導入・普及状況等について、地方（省、郡、コミューンの各レベル）における現地調査を行った。これらの調査結果から、ベトナムの健康保険制度の現状と課題について分析し、抽出した課題の解決に資すると考えられる、日本をはじめとする諸外国の事例についても調査し、取りまとめた。これらに基づき、ベトナムの健康保険制度がUHCの達成に資するものとなるよう、今後の取組みについて提案するとともに、日本の経験・知見を活用した今後の協力についての提言を取りまとめた。

### 現状分析（第2章から第7章まで、及び第9.1節）

健康保険の加入率は、2016年末に81.7%に達したとの発表があった（ベトナム社会保障による）。しかし、総保健支出に占める患者自己負担率は4割程度と依然として高く、人々が、医療費が原因で経済的に困窮する可能性が高いといわれている。政府は、2020年までに健康保険加入率を90%とすることを目標として、様々な施策を実施してきた。これまで任意加入であった配偶者等の加入を促進すべく世帯単位の加入を義務付けたり、保険料の補助対象者を拡大して貧困層や準貧困層等の加入を促進したりしている。一方で、その原資を確保するため、医療機関への政府からの支出を減少させる代わりに、サービス提供に係る原価を健康保険基金からの収入で賄えるよう、診療報酬を引き上げた。しかし、高齢化や疾病構造の変化、医療の高度化等に伴い、今後ますます医療費は増大することが予測される。これに対応し、健康保険基金を将来にわたって健全に維持するため、ベトナム政府は、健康保険基金からの支払い対象となる基礎的保健パッケージ（BHSP）の開発を行うとともに、適切な診療報酬支払い方法を検討すべく、人頭払いや包括払いに関する様々なパイロット事業が実施されている。

しかし、健康保険制度は保健省のみで改善できるものではなく、ベトナム社会保障をはじめとする他の省庁・機関との連携や調整が必要であるが、この点において、保健省内においても縦割りの壁はまだ厚く、根気強い取組みが必要と考えられる。また、健康保険制度に関する通達や決定が次々に発出され、時に相互の関連性や整合性が不明瞭になる場合がある等、法制度上の課題もある。この背景には、長期的かつ一貫した戦略やビジョンが整備されていないこともあると考えられる。本来、健康保険制度は、長期的な保健財政戦略に沿って整備されることが望ましいが、ベトナムにおいては、保健財政戦略の起案が途上である等、長期的なビジョンの策定は緒に就いたばかりである。特にベトナムは、高齢化の進展が早く、これに伴う医療費の増大に備えるためにも、長期的な視野に立った健康保険制度の整備が必要である。

利用側から考えると、病院における健康保険の利用率は必ずしも高くない。その背景には、健康保険を利用した場合の会計等の手続きが煩雑で待ち時間が長くなることや、紹介を受けずに上位レベルの病院を受診した場合には、健康保険によるカバー率が低くなること、等が挙げられた。これには、下位医療施設への信頼が低く、直接上位病院を受診する傾向や、富裕層は公的健康保険が使えない民間医療機関を受診する傾向がある、といった人々の受療行動にも関連している。これらは、薬価が国際的な平均値に比べ高いことと合わせ、総医療費における患者自己負担割合が高いことに影響していると考えられる。

上述の課題に対応すべく、ベトナム政府は様々な施策を実施している。健康保険制度に関連するものとしては、先に述べた BHSP の開発と支払い方式の見直しが挙げられる。また、健康保険制度の運営を、透明性が高く根拠に基づくものとするため、国家健康保険政策カウンスルが設立された。このカウンスルは、保険診療対象サービス、薬価、診療報酬、健康保険基金の健全性などについて、保健省に政策的助言等を提供することを目的としている。保健省健康保険局が事務局となるが、保健省内の関連部局及びベトナム社会保障、病院、学術機関等をメンバーとしており、様々な利害関係者の参画を得て健康保険制度を運営しようというベトナム保健省の意図が感じられる。また、保険請求や審査に業務を効率化するため、IT の導入も進められている。

#### 日本及び他国における健康保険制度整備の経験(第 8 章)

ベトナムの健康保険制度の整備に資する日本の経験・知見として、中央社会保険医療協議会を中心とした、様々なデータの分析に基づき、且つ行政・医療・国民の各代表からなる健康保険制度を継続的に管理する体制が有用と考えられる。日本では、これによって、保健医療や保健財政に係る政策が診療報酬制度に反映されている。また日本は、ベトナムが導入を目指す包括払いについて、日本独自の方式となっはいるが様々な検討を経て導入している。タイについては、インフォーマルセクターの大半を占める農民の収入や経済状況を考慮したうえで健康制度を構築し、国民皆保険を達成した。加えて、包括払い方式についても、導入と継続的な改善を行っている。

#### ベトナムの健康保険制度整備に係るロードマップの提案（第 9.2 節）

これらの現状分析に基づき、今後の健康保険制度整備に係る取組みについて、以下の取組みを含む 2020 年までのロードマップを提案するとともに、健康保険基金の持続性を向上させて制度を健全に維持するため、それぞれについて考えられるオプションを提示した。

- 保健財政
- 健康保険制度の枠組み
- 保険適用パッケージ、診療報酬及び支払い方式の策定・改定の実施体制
- 診療報酬支払い方式
- 保険適用パッケージ（BHSP）／保険適用パッケージ
- 健康保険制度のための情報管理
- 健康保険制度に関連する業務効率の向上のための IT システム

## 今後の協力に係る提言（第 10 章）

上記に示したロードマップ実施に資する日本の経験・知見の整理に基づき、今後の協力の可能性  
がある項目について以下の通り示した。

- 1 情報管理能力の向上
- 2 診療報酬及びサービスリスト管理にかかる体制整備及び能力強化
- 3 BHSP 策定、或いは保険適用パッケージの見直し能力強化への支援
- 4 保険適用標準診療ガイドラインの策定
- 5 包括払い制度の整備

## 第 1 章 本調査の概要及び進捗

### 1.1 本調査の背景

2013 年、ベトナム政府は、2012 年から 2015 年及び 2020 年までの国民皆保険に向けたロードマップ<sup>1</sup>を承認した。これは、保険適用サービスの質・満足度や、保険の請求・審査・支払いに係る能力の向上、健康保険基金の健全な維持などによって、2020 年までに健康保険加入率 80%以上、及び患者自己負担の割合 40%未満とすることを目指すものである。なお、加入率目標は、2016 年 6 月の首相の指示により、90%に引き上げられた。

この一環として、保健省は 2009 年に施行された健康保険法を改定するとともに、健康保険適用の基礎的保健サービスパッケージ（BHSP）<sup>2</sup>策定に向けたロードマップ<sup>3</sup>（以下、BHSP ロードマップ）を定めた。同計画は、2017 年末までに適切な診療報酬制度を設計して、公的健康保険の適用対象となるサービスを特定するものである。この実施のため、米国国際開発庁（USAID）及びルクセンブルグ政府の支援により、保健省、保健戦略政策研究所（HSPI）、ベトナム社会保障（VSS）等の関係機関をメンバーとする技術作業委員会が設立され、BHSP 策定のための診療コストや疾病負荷等に係るデータ収集・分析、診療報酬制度の設定、及び BHSP の策定作業に着手した。併せて、上記に必要なデータの収集、及び診療報酬の請求・審査・支払いを確実に実施するための情報システムの整備に係る検討も行っている。保健省では、これらに基づいて 2017 年末までに全国向け BHSP を策定することを目指すとともに、診療報酬支払い制度の見直しを行い、現状では 2020 年から赤字化することが予測されている健康保険基金の健全化を図ることを目指している。

これに関し、保健省は独立行政法人国際協力機構（JICA）に対し、BHSP 及び診療報酬支払制度に係る管理能力強化のための支援を正式に要請する見込みである。これを受けて JICA は、開発調査型技プロ（以下、開調型技プロ）の可能性を検討するための前提条件となる BHSP ドラフト、パイロット実施、及びその全国展開に向けた現状と課題の整理を検討している。

また、日本は、国際保健外交戦略の中で、ユニバーサルヘルスカバレッジ（UHC）達成に向け、医療保障制度の強化などに係る協力を推進する方針である。これを踏まえ JICA は、BHSP 策定に係る支援を中心に、幅広く UHC 達成に資する政策改革を支援するため、円借款も活用した支援の可能性を検討している。このため、健康保険分野及び UHC 達成に資する人材育成分野における課題の把握と日本による支援の可能性についての情報収集・分析を行うべく、本調査が実施されることとなった。

### 1.2 本調査の目的

上記の背景を受け、本調査は表 1-1 に示す 3 つの目的を持って実施される。

<sup>1</sup> 2013 年 538/QD-TTg

<sup>2</sup> これまでの保健省による説明及び関係者間での議論の内容によれば、現行の保険適用サービスを見直して適用範囲を狭め、“基礎的な”サービスを保険適用パッケージとして定めるものと理解される。但し、“基礎的”の定義等については明確になっていない。

<sup>3</sup> Roadmap to develop and implement the basic health service package by the health insurance in Vietnam



表 1-1 本調査の目的

**1. 開調型技プロ検討の前提条件を整理する**

BHSP ドラフト策定及びその全国版策定・導入に係る技術協力ニーズを抽出する。さらに、これに応えるための支援リソースについて、日本及び ASEAN 域内の第三国を中心に検討する。

**2. 現行の BHSP ドラフト及び診療報酬制度策定作業に係る情報を収集し、提言を策定する**

BHSP ドラフト策定の進捗及び内容、パイロットのコンセプト及び実施計画、パイロット市・省の現状・能力、及び必要なデータの取得可能性に係る情報を収集する。これらに基づいて、BHSP 策定作業やパイロット実施の強化に係る提言を策定し、導入に必要な研修項目を提案する。併せて、全国展開に向けたロードマップ（案）を作成する。

**3. 保健省による政策改革の候補となる項目を検討する**

保健省による健康保険分野及び UHC に資する人材育成分野に係る政策について、BHSP を中心としつつ、幅広く現状と課題を整理する。これらの課題解決に貢献しうる日本の支援リソースについて検討し、3 から 5 年後を目標とした政策アクション項目を提案し、政策マトリクス案に取りまとめる。

### 1.3 調査の行程

本調査は、2015 年 11 月から 2017 年 3 月まで実施された。本調査の業務のフローを図 1-1 に、行程表を図 1-2 に、それぞれ示す。なお、インセプションレポート（IC/R）作成時に想定していた状況に以下のような変化があったことから、最新の状況を踏まえて調査工程等を変更した。

- ・ 保健省が策定している BHSP ドラフト・オプションについて、2016 年 11 月末までに統計分析結果の暫定版が公表された際、ドラフト・オプションについても提案されたが、定義や保険適用とするための条件等については、まだ関係者間で見解が分かれており、調査の終盤まで引き続き議論がなされていた。
- ・ 2016 年 6 月に、首相より、BHSP の全国適用を 1 年早め、2017 年 1 月とするよう指示が出された。このため、パイロット活動を行わず、計画財務局がとりまとめ、HSPI が主な作業主体となって BHSP に係る通達案を作成することとなった。しかし、2017 年 2 月初旬の段階において、関係者による議論が継続されている状況である。
- ・ 設立が予定されていた BHSP カウンシルについて、これに代わり、2015 年 12 月になって類似の機能を持つ国家保険政策カウンシルの設立が提案され、2016 年 3 月付保健大臣決定（2016 年 8 月修正版発出）で承認された。ここには、カウンシルのメンバーと 5 つの小委員会が示されており、健康保険局が中心となって、これらの機能や職務内容等を検討している。

### 1.4 調査の手法

本調査は、主に文献調査、聞き取り調査及び現地視察によって実施する。国内において入手した関連資料（報告書、統計資料、法令等）を整理し、JICA 関係者から提供された情報や本調査の方向性等に関する議論に基づき、現地調査において収集する情報を特定して調査計画を作成した。これを IC/R に取りまとめて提出した。次いで、第一次現地調査の結果をプロGRESS・レポート（P/R）に取りまとめて提出し、2016 年 6 月時点におけるすべての調査結果をドラフトファイナル・レポート（DF/R）にとりまとめた。その後、2017 年 2 月上旬までの最新の状況を踏まえ、ファイナル・レポート（F/R）が作成・提出された。

現地調査では、中央（保健省関連部局、ベトナム社会保障、関連するドナー機関及び民間セクター）及び地方（保健局、省社会保障（PSS）、保健医療機関）における面談・訪問調査を実施する。地方調査の対象省は、保健省との協議によって、保健省が実施している BHSP に係るデータ収集を実施している 2 市 4 省<sup>4</sup>から、地方の現場をなるべく多く訪問することを重視して決定し、2015 年 12 月にホアビン省及びザーライ省を訪問し、2016 年 3 月にビンディン省及びドンタップ省を訪問した。

第一次現地調査は 2015 年 11 月 25 日から 12 月 28 日まで、第二次現地調査は 2016 年 1 月 30 日から 3 月 31 日まで、第三次現地調査は 4 月 20 日から 29 日まで、第四次現地調査は 5 月 29 日から 6 月 10 日まで、第五次現地作業は 2016 年 8 月 29 日から 2017 年 2 月 21 日まで（断続的）、それぞれ実施された（日程は添付 1 参照）。作業工程表（図 1-2）における各調査項目の実施方法を以下に述べる。

#### 1.4.1 事前準備

現地調査に先立ち、先行調査等の報告書や関連資料、JICA から得られた現地最新情報などに基づき、IC/R を取りまとめて JICA に提出するとともに、調査の方法及び行程について了承を得た。その後、現地調査開始時に、保健省に IC/R の内容を説明し、調査への理解と協力を得た。

#### 1.4.2 目的 1： 開調型技プロ検討の前提条件を整理する

##### 1-1 パイロット地域向け BHSP ドラフト及びその作成に関する現状調査、課題の抽出、技術協力ニーズとこれに関連する日本のリソース活用にかかる提案

BHSP 策定に係る進捗及び保健省を中心とする関係者間において交わされている議論について情報を収集し、現状分析を行った。また、保健省より同策定のために収集したデータの一部の提供を受け、その内容や活用可能性を検討した。現状分析の結果は第 3.3.5(2) 節に述べる。また、第 8 章にまとめた日本のリソースの活用を考慮したうえで、第 10 章に今後の協力にかかる提案を示した。

##### 1-2 全国版 BHSP 策定・導入に向けた取組状況、体制等の現状調査、課題の抽出、技術協力ニーズとこれに関連する日本のリソース活用にかかる提案

第 1.3 節に述べた BHSP オプション案策定作業の遅延に伴い、全国版 BHSP 策定・導入に関する検討はほとんど行われていない。調査団では、現行の健康保険適用パッケージや診療報酬等、関連する事項に関する課題について検討し、現状分析及び課題の抽出を行った（第 3 章から第 7 章、及び第 9.1 節）。併せて、これらの課題解決に活用できると考えられる日本及び諸外国の経験を第 8 章にまとめた。

##### 1-3 関連するドナー及び研究機関等の動向にかかる調査及びマッピング

引き続き、関連するドナー機関からの聞き取り及び会合等を通じて健康保険分野に関連する支援の状況と今後の方針等の情報を得た。これを整理したものを第 7 章にまとめた。

<sup>4</sup> ハノイ市、ホーチミン市、ホアビン省、ザーライ省、ビンディン省、ドンタップ省  
保健省によれば、ハノイ及びホーチミン以外の 4 省は、貧困率、高齢化率、一人当たり GDP などが、それぞれの省が属する地域の平均値に近いことなどの代表性を考慮して選定された。また、保健省は BHSP 試行もこれらの省で実施することを希望していることから、パイロットの実施を想定して本調査での訪問先とすることで合意した。

#### 1-4 アジア開発銀行（ADB）との協調になった場合の業務分担の内容・方法にかかる検討

ADB と、健康保険分野におけるこれまで及び今後の協力について、情報交換を行った。しかし、BHSP やカウンシルに関する状況が大きく、かつ頻繁に変化したため、協調にかかる具体的な協議を行うことはできなかった。

#### 1-5 開調型技プロで実施する BHSP 整備及び診療報酬制度改善にかかる本邦招聘及びタイ・スタディーツアーのプログラムの提案

タイの健康保険関連機関を訪問し、これまでのベトナムへの支援の概要及び今後の支援の可能性等について聞き取り及び議論を行った。これと、本邦招聘を通じて得られたベトナム側の関心事等に関する見解に基づき、第 10.1.3 節に、今後の協力において考えられる本邦及び第三国における研修にかかる提案を示した。

#### 1-6 健康保険制度に関連する関係機関に係る情報収集と役割分担の整理

日本の事例を参照し、健康保険制度に関わる、或いは本来関連させるべきである事項について整理したうえで、ベトナムにおいては、それぞれどの機関が担当しているのかについて、情報を収集し、整理した。その結果は第 3.4.5 節にまとめた。

### **1.4.3 目的 2： 現行の BHSP ドラフト及び診療報酬制度策定作業に係る情報を収集し、提言を策定する**

#### 2-1 BHSP ドラフト作成と診療報酬制度設計の内容強化にかかる技術的提案

上記 1-1 及び 1-2 の結果に基づき、BHSP 策定の方針や内容に関する技術的な提案を行い、保健省と協議した。提案内容については第 9.2.5 節に示す。

#### 2-2 診療報酬設定・改定制度・体制（ベトナム版中医協）の現状調査及び今後の整備にかかる提案

診療報酬設定・改定制度及びその管理体制について、現状分析の結果を第 9.1 節に示す。また、ベトナム側関係者との議論及び日本の経験に関する検討を踏まえた提案を第 9.2 節に示す。

#### 2-3 パイロットのコンセプト及び実施計画の現状及びその強化にかかる提案

上記 1-2 の、全国版 BHSP 策定・導入にかかる現状分析に基づき、パイロット活動のコンセプト等に係る検討を行ったが、本調査終盤において BHSP の定義や策定方法が変更になったため、第 9.2.5 節に保険適用パッケージ及び BHSP の策定や継続的な改善に係る提案を行った。

#### 2-4 パイロット実施に際する、診療報酬制度及び BHSP 導入に関する研修内容にかかる提言

BHSP 起案の遅れに伴い、当初予定されていたパイロットプロジェクトを計画することは困難となった。このため、パイロット実施に際する研修内容にかかる提案は行えなかった。

#### 2-5 全国版 BHSP 策定・導入ロードマップ（案）の策定

上記 1-2 及び 2-3 に関連し、全国版 BHSP 策定・導入にかかる保健省の方針及び方向性が確定しなかったため、これを含む UHC に向けたロードマップを第 9 章に提案した。

## 2-6 国家健康保険政策カウンスル設立に関する技術的支援

国家健康保険政策カウンスル及びサブ委員会の構成や役割、職務内容、相互の関係性について、同カウンスルの事務局となる健康保険局に対し、日本や他国の事例を参照して助言等を行った。

### 1.4.4 目的3：保健省による政策改革の候補となる項目を検討する

3-1 健康保険分野と UHC に資する人材育成分野の政策アクション項目提案及びそれに係る調査  
現地調査開始後、健康保険分野及び UHC の改善に資する提案を行うためには、BHSP 及び人材育成を含む幅広い要素を考慮する必要があることが確認された。このため、健康保険分野及び UHC を取り巻く状況について、幅広く情報収集を行い、第 2 章から第 6 章にまとめた。また、1 月に施行された郡レベルのフリーアクセス化及び 3 月に施行された価格改定の影響にかかる情報を収集するため、6 月にホアビン省及びビンディン省で追加の聞き取り調査を行った。また、上記 2-5 によって提案したロードマップに基づき、政策アクション項目を提案した。

#### 3-2 政策アクション項目の政策マトリクス案へのとりまとめ

上記 3-1 で提案した政策アクション案を、第 10 章に示す政策マトリクス案にまとめた。

3-3 日本及び主要先進国・ASEAN 諸国との比較と、それによるベトナムの制度整備にかかる提案  
ベトナム側関係者の、今後の検討に資するため、第 8 章に日本、タイ、フィリピン、イギリス、ドイツ及びアメリカの健康保険制度整備の概要等についてまとめた。また、これらを踏まえたうえで、第 9 章に示す提案を取りまとめた。

#### 3-4 各政策アクション項目にかかる日本のリソース活用の提案

上記 3-1 で提案した政策アクション項目及び 2-5 で提案したロードマップのうち、日本のリソース活用の可能性について検討し、第 10 章に提案した。

### 1.4.5 ベトナムにおけるワークショップ

第 1 回ワークショップは、2016 年 3 月 1 日に、保健省、ベトナム社会保障、省保健局、PSS、関連ドナー等の参加を得て開催された。同ワークショップでは、第 1 回現地調査の結果を共有するとともに、日本の健康保険制度、特に診療報酬改定に関する仕組みや政策との関連性について紹介した。関係者間の議論を通じ、健康保険制度の整備に当たっては、省庁の枠を超えた協力が必要であることが改めて認識された。ワークショップの開催概要は添付 2 に示す。

予定された第 2 回ワークショップは、保健省計画財務局との協議の結果、中止となった。代わって、副大臣、健康保険局、計画財務局、及び HSPI といった主要関係者による会議を行い、本調査の結果及び提言案についての報告を行い、今後の方向性についての議論を行った。

### 1.4.6 第三国スタディーツアー

第三国スタディーツアーの対象として、ASEAN 諸国中で健康保険制度の導入がある程度進んでいるフィリピン、インドネシア、タイについて検討した。その結果、以下の理由により、調査団からはタイを第三国スタディーツアー対象国として提案した。

- フィリピン

一元的に健康保健サービスを提供する Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth) が、貧困層や未成年に対する無拠出制の医療保障も提供している点や、病院の保険適用認証制度などが参考になる。

しかし、サービス提供における民間の割合が高いことや、加入率が高い割に患者自己負担割合が高い点、とりわけサービス提供体制における違いがあることから、今回の視察には適さないと判断した。

- インドネシア

公務員医療保険、労働者医療保障、及び低所得者層向け無拠出の医療保険を一元化する形で、国家医療保険 (JKN) が 2014 年 1 月 1 日より導入された。JKN は貧困層向けの無拠出の医療保障も含んでおり、ベトナム政府が進めている BHSP や将来における UHC の仕組みを考察する際に学ぶべき点も多い。

しかし、導入されたばかりであり、混乱や試行錯誤が続いている状況である。

- タイ

Universal Coverage (UC、インフォーマルセクター向けスキーム) の普及や Social Security Office (SSO) による社会健康保険 (SHI) の実施等によって、人口のほぼ 100% に対し医療保障制度を提供している。

特に、UC のコスト分析の手法、支払方式 (出来高払い、包括払い、人頭払いの全ての方式を見ることができる)、予算手当、SHI と UC の患者自己負担の考え方に関する国民への説明、保健医療サービス提供体制の整備に加え、制度の大きな体系として UC と SHI がそれぞれ別の機関によって実施されている状況には、ベトナム側が深めるべき知見や経験が多く含まれていると考えられる。

さらに、タイでは、JICA が 2003 年から 2011 年まで医療保障制度の整備に係る支援を行っており、日本の協力実績やその活用状況を知ることができる。

しかし、保健省及び JICA との協議を経て、本調査では第三国スタディーツアーは実施しない方向となった。その理由は以下の通り。

- 中央レベルの主要関係者の多くは、すでにタイでの研修を受けるなどしてタイの健康保険制度についての知見を得ている。
- タイの健康保険制度は、診療報酬支払い制度などにおいてベトナムが目指す将来像との共通点が多いことはベトナム側としても理解している。一方、保健省は現在、日本における診療報酬制度の運営体制の理解に重点を置くことを希望している。

#### 1.4.7 本邦招聘

##### (1) 日本の健康保険制度視察に係る本邦招聘

上記の議論を踏まえ、第一次現地調査では、以下のようなテーマに関する要望がベトナム側関係者より示された。

- ・ 診療報酬設定・改定のための根拠となるデータの収集体制と仕組み
- ・ 診療報酬改定の際の、関係者間の合意形成に係る調整の仕組み
- ・ 診療報酬請求及び支払いにおける不正防止の体制と仕組み
- ・ 保健医療機関における保険適用診療行為のコントロール（過剰診療の抑制など）

これを受け、第二次現地調査においてベトナム側の要望に沿いつつ日本側のリソースが活用できるプログラム案を提案し、概ねの合意を得た。なお、ベトナム側は地方レベルからの参加も予定されていることから、日本においても、中央のみならず地方自治体における取り組みや実務に関する知見を得られるような内容とした。2016年5月15日から10日間の行程で、ベトナム側では保健省が参加者の調整を行うとともに、調査団が日本側受入機関との調整を行った。本招聘プログラムの実績行程表を表1-2に示す。ベトナムからは、保健省、ベトナム社会保障、財務省、HSPI、ハノイ市、ホアビン省、ザーライ省から計14名が参加した。参加者リストについては、添付3に示す。

**表 1-2 本邦招聘プログラム 実績行程表**

日付	時間	行程	場所
5月15日(日)	15:05	東京(羽田空港) 着	-
	17:30-18:30	オリエンテーション	ホテルグランドパレス九段下内会議室
5月16日(月)	9:30-10:00	JICA 表敬訪問	JICA 本部
	10:10-12:10	講義：京都大学 広井教授	弘済会館 会議室
	13:30-16:00	講義：厚生労働省	厚生労働省
5月17日(火)	10:00-11:30	講義：社会保険診療報酬支払基金	社会保険診療報酬支払基金
	13:30-16:00	講義：厚生労働省	厚生労働省
5月18日(水)	10:00-12:00	講義：全国健康保険協会(協会けんぽ)	全国健康保険協会本部
	13:30-15:30	講義：健康保険組合連合会	スター貸会議室九段下
5月19日(木)	9:00-11:30	移動(東京-佐久平)	
	13:30-16:30	佐久市役所	佐久市役所
5月20日(金)	9:30-12:00	講義および見学：佐久総合病院	佐久総合病院
	13:00-14:50	講義：佐久穂町役場	佐久穂町役場
	15:30-17:00	講義および見学：北相木村診療所	北相木村診療所
5月21日(土)	10:00-12:00	移動(佐久平-東京)	
5月22日(日)		最終日プレゼンテーション準備	
5月23日(月)	9:30-12:30	講義：政策研究大学院大学島崎教授	スター貸会議室九段下
	13:30-16:30	研修ラップアップ	
5月24日(火)	16:35	東京(羽田空港) 発	

本招聘プログラムでは、以下に示すポイントを学ぶことに焦点を置いた。

- (1) 日本の公的医療保険制度の歴史的変遷（戦後の医療サービスの充実、点数制による医療費コントロール、混合診療の禁止、国民健康保険の導入、少子高齢化への対応など）時代のニーズに対応した施策の紹介
- (2) 保険行政と保健行政の棲み分けの考え方
- (3) 現行制度の特徴
- (4) 高齢化への対応
- (5) 医療費削減のための施策

- (6) 中央社会保険医療協議会の役割
- (7) 不適切な医療行為と不正請求への対応
- (8) 医療費適正化のための活動（保険者の取り組み）
- (9) 保険者によるデータ分析と保険者強化施策
- (10) IT を活用した医療費請求審査の現状と課題
- (11) 診療報酬改定のための根拠となるデータ収集の体制と取り組み
- (12) 地方部における予防医療施策の現状
- (13) 医療機関における予防医療取り組みの現状の事例
- (14) 地方自治体による健康管理活動の事例
- (15) へき地医療サービスの事例

各訪問先での講義内容については、添付 3 に示す。

5 月 15 日に実施したオリエンテーションでは、参加者を 4 つのグループに分け、プログラム最終日には、プログラムを通じて学んだこと、日本の事例・経験をベトナムの健康保険制度の改善に向けてどのように活用するのかについて、各グループがプレゼンテーションを実施した。

また、全ての参加者に対し帰国後「報告書：Report on the Training in Japan」を上司に提出し、情報と経験の共有を行い、可能であればそれらを活用することを提案した。調査団が示した Report on the Training in Japan の構成は添付 3 の通りである。

最後に、保健省健康保険局副局長より、参加者は多くの情報・経験を学ぶことができ、これらの情報はベトナムが目指す UHC を効果的かつ考え方の醸成にも有用である、との見解が示された。

## **(2) 日本の保険請求・審査における IT 化に係る視察支援**

2016 年 12 月までに、保険請求・審査を電子化することを目指していたベトナム社会保障が、自己資金によって日本の状況を視察することとなった。調査団は、厚生労働省、社会保険診療報酬支払基金、国民保険連合会などと、上記目的に沿った視察プログラム及び講師について調整し、2016 年 11 月に上記視察団受け入れを支援した。具体的な行程は添付 3 に示す。

期間 (年・月)	2015年					2016年												2017年																																			
	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3																																				
ベトナム側作業 スケジュール(当初)	保健省によるBHSP案策定					5省におけるBHSP案のパイロット導入調査(2018年より全国展開(当初))												BHSP全国展開																																			
調査ステージ	第一次 国内作業		第一次現地調査		第二次 国内作業		第二次 現地調査		国内		第二次現地調査		第三次国内 作業		第四次 現地調査		第三次国内作業		第四次 現調		第四次国内作業		第五次 現地調査(1)		第五次国内作業 (1)		第五次現地 調査(2)		第五次国内作業 (2)		第五次 現地調査(3)		国内																				
JICAとの協議	△			△	▲		△		△	△				△		△		△		△	△		△		△		△		△		△		△																				
ベトナム側 関係者との協議		▲	▲	▲	▲		▲		▲		▲		▲		▲		▲		▲		▲		▲		▲		▲		▲		▲		▲																				
報告書	IC/R				P/R						IT/R				DF/R																F/R																						
<div>事前準備作業 P1. 文献調査 P2. 調査項目の整理</div>																		<div>本邦招聘</div>																		<div>本邦視察支援</div>																	
<div>目的1: 開発調査型技プロの前提条件整理</div> <div>1-1 パイロット地域向けBHSPドラフト及びその作成に関する現状調査、課題の抽出、技術協力ニーズとこれに関連する日本のリソース活用にかかる提案</div> <div>1-2 全国版BHSP策定・導入に向けた取組状況、体制等の現状調査、課題の抽出、技術協力ニーズとこれに関連する日本のリソース活用にかかる提案</div> <div>1-3 関連するドナー及び研究機関等の動向にかかる調査及びマッピング</div> <div>1-4 ADBとの協調になった場合の業務分担の内容・方法にかかる検討</div> <div>1-5 開調型技プロで実施するBHSP整備及び診療報酬制度改善にかかる本邦招聘及びタイ・スタディーツアーのプログラムの提案</div>																		<div>目的3: 保健省による政策改革の候補項目の検討</div> <div>3-1 健康保険分野とUHCに資する人材育成分野の政策アクション項目提案及びそれに係る調査</div> <div>3-2 政策アクション項目の政策マトリクス案へのとりまとめ</div> <div>3-3 日本及び主要先進国・ASEAN諸国との比較と、それによるベトナムの制度整備にかかる提案</div> <div>3-4 政策アクション案にかかる日本のリソース活用の提案</div>																		<div>2-6 国家健康保険政策カウンシル設立に関する技術的支援</div>																	
<div>目的2: 現行のBHSP及び診療報酬制度策定作業向け情報</div> <div>2-1 BHSPドラフト作成と診療報酬制度設計の内容強化にかかる技術的提案</div> <div>2-2 診療報酬設定・改定制度・体制(ベトナム版中医協)の現状調査及び今後の整備にかかる提案</div> <div>2-3 パイロットのコンセプト及び実施計画の現状及びその強化にかかる提案</div> <div>2-4 パイロット実施に際する、診療報酬制度及びBHSP導入に関する研修内容にかかる提言</div> <div>2-5 全国版BHSP策定・導入ロードマップの策定</div>																																																					

(1) WS=ワークショップ, IC/R=インセプションレポート, P/R=プロGRESSレポート, IT/R=インテリムレポート, DF/R=ドラフトファイナルレポート, F/R=ファイナルレポート

図 1-1 業務フロー



ベトナム国健康保険制度に係る情報収集・確認調査  
ファイナルレポート

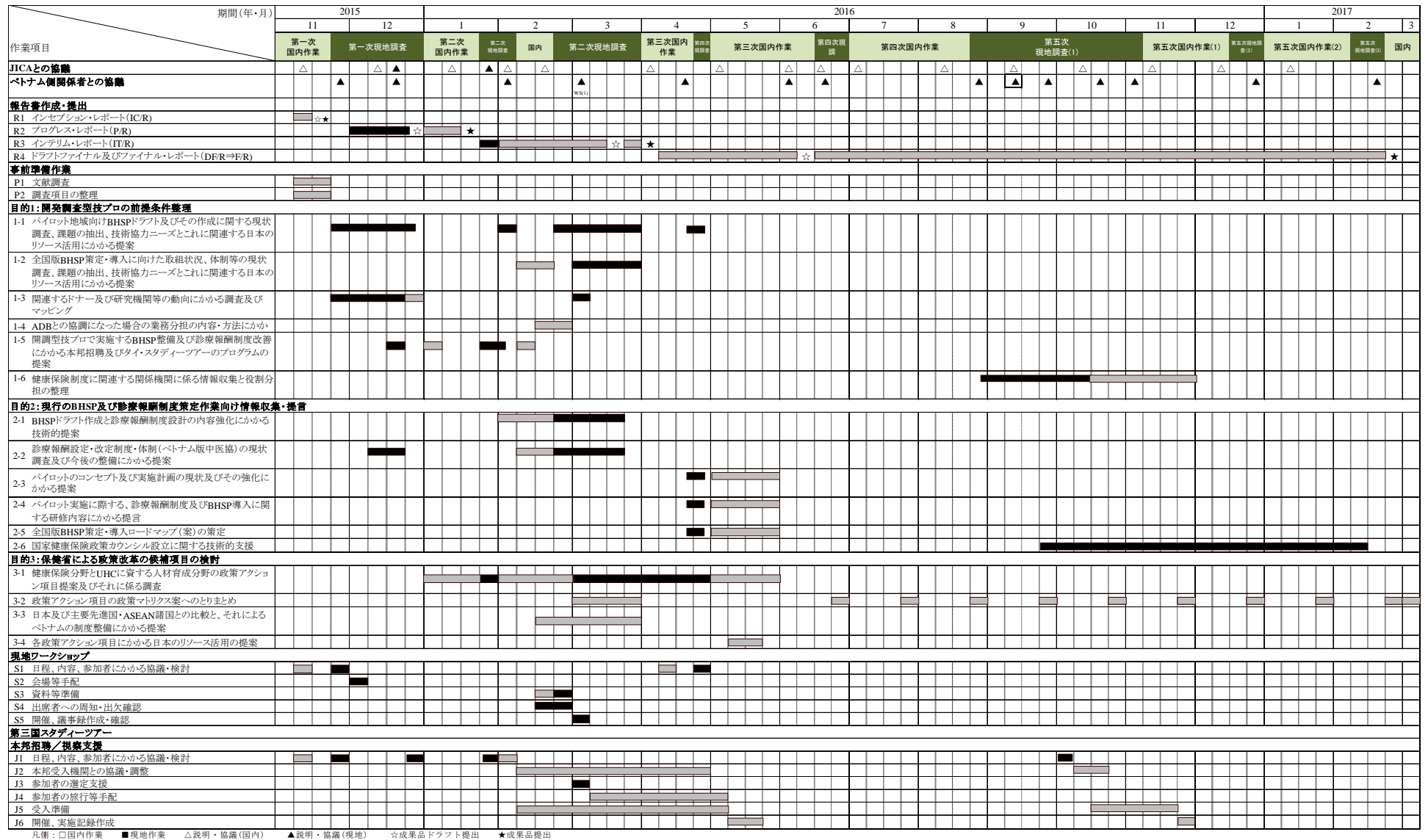


図 1-2 作業工程表

## 第 2 章 ベトナムの UHC の概況

UHC を実現するためには、(1)人口カバー率の増加、(2)提供される保健サービスの拡大と公平性の確保、(3)サービス利用時の患者自己負担の低減、の 3 つの側面から推進していくことが求められる。ベトナムでは、人口カバー率のみが注目される傾向があり、他の 2 つの側面である公平性と財政的保護は重視されてこなかった。この 20 年間でベトナムの健康保険制度は皆保険に向けて大きく前進したが、需要サイドと供給サイドの両面にわたり、表 2-1 に示すような UHC に関する課題を現在でも抱えている。

表 2-1 ベトナムにおける UHC に関する課題

需要サイド（患者側）	供給サイド（サービス供給側）
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 患者自己負担が高い。（2013 年、44.25%）</li> <li>- 存在の把握と健康保険加入が難しいインフォーマルセクターが人口の 8 割近くを占める。</li> <li>- 健康保険を利用したサービス利用率が低い。（2013 年、60 から 65%）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 公的保健サービスの質が低い。</li> <li>- リファラルシステムが十分に機能していない。</li> <li>- 保険給付対象サービスが多すぎる。</li> <li>- 支払制度（出来高払い）のため、病院がサービス供給過剰になりやすい。</li> <li>- 健康保険が適用される保健医療機関数が少ない。（2014 年推計、48.7%）</li> </ul>

参考： [Dr. Pham Luong Son, 2015],[MOH, 2014],[MOH and HFG, 2016]

### 2.1 社会経済状況

#### 2.1.1 人口動態

ベトナム統計総局が実施した 2014 年の統計によると、2014 年のベトナムの総人口は前年度から 1.08%増加し、約 9,070 万人であった。表 2-2 は、2010 年から 2014 年の全国及び 9 市/省<sup>5</sup>における人口総数と人口増加率を表している。ハノイ市やホーチミン市などの大都市はその他の省と比較して人口増加率が高い傾向にあるが、これは表 2-3 で示す各/市省の人口の純移動率から、大都市への移入民の増加が影響しているものと考えられる。

表 2-2 過去 5 年間の人口総数と人口増加率（2010 年から 2014 年）

	2010 年		2011 年		2012 年		2013 年		2014 年	
	人口総数 (千人)	増加率 (%)	人口総数 (千人)	増加率 (%)	人口総数 (千人)	増加率 (%)	人口総数 (千人)	増加率 (%)	人口総数 (千人)	増加率 (%)
全国	86,947.4	1.07	87,860.4	1.05	88,809.3	1.08	89,759.5	1.07	90,728.9	1.08
ハノイ市	6,633.6	2.50	6,761.3	1.93	6,865.2	1.54	6,977.0	1.63	7,095.9	1.70
ハナム省	786.3	0.02	786.9	0.07	792.2	0.68	796.0	0.48	799.4	0.43
ホアビン省	791.6	0.67	799.0	0.93	805.2	0.77	810.3	0.64	817.4	0.86
ゲアン省	2,934.1	0.67	2,955.9	0.75	2,983.3	0.92	3,011.3	0.94	3,037.4	0.87
ビンディン省	1,492.0	0.31	1,498.2	0.42	1,502.4	0.28	1,509.3	0.46	1,514.5	0.34
カインホア省	1,164.3	0.53	1,171.4	0.61	1,180.1	0.75	1,188.4	0.70	1,196.9	0.71
ザーライ省	1,301.6	1.61	1,321.7	1.55	1,340.5	1.42	1,359.1	1.39	1,377.8	1.37
ホーチミン市	7,346.6	2.09	7,498.4	2.07	7,660.3	2.16	7,820.0	2.08	7,981.9	2.07
ドンタップ省	1,669.6	0.18	1,671.7	0.12	1,675.0	0.20	1,678.4	0.20	1,681.3	0.17

出典： [General Statistics Office, 2014]

<sup>5</sup> 本章でデータを掲載している省/市は、BHSP 策定の第 1 期 (LuxDev による支援) 及び第 2 期 (USAID による支援) の対象となっている。詳細は第 3.2.2 (2) 節参照。

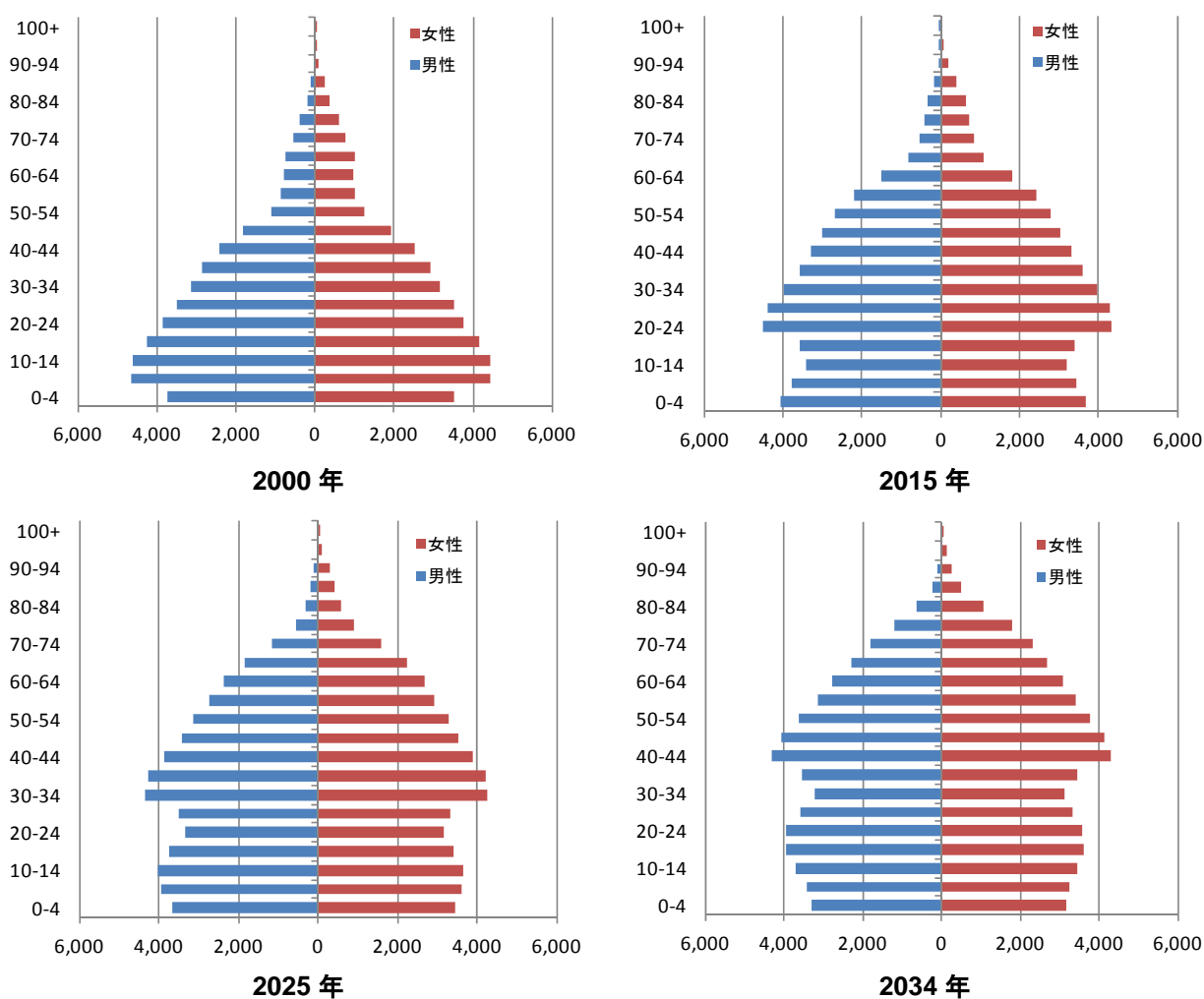
表 2-3 純移動率

(単位：％)

	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年
ハノイ市	5.9	4.7	2.7	0.3	-0.4
ハナム省	-4.6	-4.0	-4.2	-0.1	-2.0
ホアビン省	-2.0	-2.2	-3.7	-8.1	-5.0
ゲアン省	-7.6	-7.0	-9.6	-5.7	9.3
ビンディン省	-3.9	-3.4	-7.1	-3.8	-3.9
カインホア省	-8.3	-3.4	-2.3	-1.2	-3.8
ザーライ省	-2.2	-1.9	-0.4	-0.1	-1.8
ホーチミン市	18.3	11.5	7.6	6.2	5.5
ドンタップ省	-6.7	-5.4	-6.3	-5.7	-6.4

出典： [General Statistics Office, 2014]

図 2-1 は、2000 年から 2034 年までのベトナムの年齢階層別人口を表している。この人口ピラミッドの形が示すように、ベトナムが近い将来に高齢化問題に直面することは明らかである。



(単位：1,000)

出典： [United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2015]

図 2-1 ベトナムの年齢階層別人口

さらに、表 2-4 及び表 2-5 に示すように、高齢化が急速に進むことが予測される。表 2-4 によれば、全体の人口増加率が低下する一方、65 歳以上の高齢者人口は 2019 年から 2034 年の間に約 2 倍に増加し、0 歳から 14 歳までの若年層と 15 歳から 64 歳までの生産年齢人口は減少の傾向となる。

表 2-4 年代別人口増加予測

	2019 年		2024 年		2029 年		2034 年	
	人口総数 (千人)	増加率 (%)	人口総数 (千人)	増加率 (%)	人口総数 (千人)	増加率 (%)	人口総数 (千人)	増加率 (%)
人口総数	95,354	5.18	99,466	4.31	102,678	3.23	105,092	2.35
0-14 歳	22,035	3.80	22,171	0.62	21,236	-4.22	20,008	-5.78
15-64 歳	66,712	4.58	68,673	2.94	70,291	2.36	71,524	1.75
65 歳以上	6,606	17.19	8,622	30.52	11,150	29.32	13,560	21.61

出典：[GSO, 2011]

表 2-5 高齢化率の予測

(単位：%)

	2019 年	2024 年	2029 年	2034 年
全国	6.93	8.67	10.86	12.90
ハノイ市	7.67	9.52	11.74	12.75
ハナム省	9.51	11.76	14.83	16.65
ホアビン省	6.29	8.46	11.34	13.79
ゲアン省	7.73	9.17	11.25	12.88
ビンディン省	8.03	9.07	10.46	13.04
カインホア省	6.44	7.91	9.99	12.68
ザーライ省	4.30	5.41	6.96	8.49
ホーチミン市	5.55	7.52	9.81	12.23
ドンタップ省	7.38	9.13	11.30	14.12

出典：[GSO, 2011]

### 2.1.2 貧困層

ベトナムの貧困ラインは、労働・傷病兵・社会省（MOLISA）のガイダンスに従い、各地の人民委員会が郡・コミュニケーションレベルで貧困層及び準貧困層を認定する調査を実施して設定している。貧困線は、世帯における 1 人当たり平均月収を元に計算しており、2011 年から 2015 年までの貧困線は、都市部と農村部ごとに以下のように設定されている[The Prime Minister, 2011]。

- ・ 農村部の貧困層：1 人当たり月収 400,000 ドン
- ・ 都市部の貧困層：1 人当たり月収 500,000 ドン
- ・ 農村部準貧困層：1 人当たり月収 401,000 ドンから 520,000 ドン
- ・ 都市部準貧困層：1 人当たり月収 501,000 ドンから 650,000 ドン

表 2-6 は BHSP の調査対象省の貧困率の推移を示している。2010 年から 2014 年にかけて、全国及び各省とも徐々に減少しているが、最も低いホーチミンが 0.01%なのに対しホアビン省は 18.3%（2014）と省間の格差は残っている。

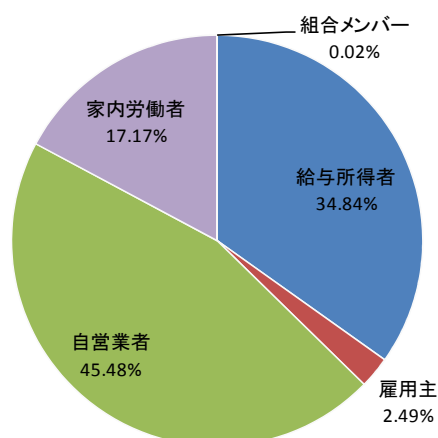
表 2-6 貧困率の推移 (%)

	2010	2011	2012	2013	2014
全国	14.20	12.60	11.10	9.80	8.40
ハノイ市	5.30	4.30	3.60	2.90	2.30
ハナム省	12.00	10.50	9.10	7.90	6.60
ホアビン省	30.80	27.70	24.50	21.80	18.30
ゲアン省	24.80	22.50	19.80	17.40	14.40
ビンディン省	16.00	15.20	13.60	12.50	10.70
カインホア省	9.50	8.80	8.00	7.30	6.20
ザーライ省	25.90	24.50	22.40	20.80	18.10
ホーチミン市	0.30	0.10	0.05	0.02	0.01
ドンタップ省	14.40	12.90	11.60	10.20	8.60

出典：[GSO, 2015]

### 2.1.3 雇用形態別人口

2014 年の統計では、15 歳以上の労働人口の 98%が何らかの職業についている。その就労人口のうち 86%が民間セクターで就業しており、国民総生産 (GDP) の 44%を産出している[GSO, 2015]。雇用形態で見ると、図 2-2 に示すように、およそ 6 割が自営業や家内労働といったインフォーマルな雇用形態となっている。



出典 [GSO, 2015]

図 2-2 就労人口（15 歳以上）の雇用形態

表 2-7 は産業別労働者比率を表している。

表 2-7 主要産業別 15 歳以上労働人口（2014 年）

産業	全国 (%)
農業、漁業、林業	46.3
製造業	14.4
卸売り・貿易、自動車・オートバイ修理	12.4
建設業	6.0
ホテル・レストラン	4.4
教育	3.5
運輸・倉庫	2.9

出典：[MPI & GSO, 2015]

ベトナムでは、労働人口の半分近くが従事する農林水産業はとりわけ大きな産業であり、2 番目に大きな製造業はその 3 分の 1 の人口しか占めていない。ベトナムでは、農民がインフォーマルセクターの大部分を占めているとみられている。

#### 2.1.4 経済概況

ベトナムは 1980 年代後半にドイモイに着手し市場経済へ移行したことで、1995 年から 1996 年には 9% の経済成長率を記録した。2000 年から 2014 年の GDP 成長率を表 2-8 に示す。アジア経済危機の影響から一時成長が鈍化したが、海外直接投資の増加が製造業を活性化し輸出も増加した結果、2000 年から 2010 年の平均経済成長率は 7.2% と高成長を達成した。2007 年には世界貿易機関（WTO）に加盟し、2008 年には 1 人当たり所得が 1,000 米ドルを超えた。最近では、国内消費の需要が強いため、輸出より輸入の伸びが上回っている。国営企業の非効率性や債務の増加は懸念されるが、インフレ率が比較的強く押さえられているため、2015 年の経済成長率は 6.5% へ上方修正される見込みである。

表 2-8 GDP 成長率の推移（単位：％）

2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
6.7	7.5	7.1	5.6	5.4	6.4	6.2	5.2	5.4	5.9

出典：[IMF, 2015]

## 2.2 保健財政

### 2.2.1 関連政策

2012 年国家保健財政統計には保健財政に係る現状分析及び提言が示されている（表 2-9）。

表 2-9 保健財政に係る開発方策概要

方策	取り組み内容
保健医療機関管理の改定 ・ 保健医療機関の負荷削減及びサービス拡大に向けた、官民パートナーシップ（PPP）または他の民間投資の促進	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 政府予算以外の財源（病院独自の収入、健康保険基金等）の公的保健支出における割合を 40% まで拡大</li> <li>- 研究開発に係る予算の増加</li> <li>- 国家基準に基づく基礎保健サービス施設の整備</li> <li>- 中央及び省病院の自立した財政管理の導入、及びロードマップの策定</li> <li>- 病院の代替財源の追求</li> <li>- 公立病院の負荷削減に向けた民間組織による医療サービスへの投資促進</li> </ul>
診療報酬制度の改定 ・ 保健人材の給与改善及び脆弱層支援に寄与する医療費の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 財源の拡大（世帯単位の加入制度導入などによる保険収入の増加）</li> <li>- 国立総合病院/専門病院の財政負担の軽減（下位レベル保健医療機関への受診を促進するための診療報酬制度の改定）</li> </ul>
健康保険サービスの質の改善 ・ 国家予算、コミュニティ資源、脆弱層を支援する援助機関の資金等に鑑みた診療報酬支払制度の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 保健医療機関間の財政格差を解消する適切な財政管理システムの導入</li> </ul>
長期戦略及び短期計画の確立	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 長期戦略及び短期計画に基づく財政メカニズムの確立</li> </ul>

出典：[MOH & WHO, 2013]

それには政府の保健予算を増やすための方策が提示されており、保健省が保健財政戦略の策定に取り組むべきとしている。このような長期ビジョンの明示は、今後の健康保険制度構築に係る方向性と目標を設定する上でも不可欠である。

現在、保健省は、2016年から2025年までの保健財政戦略を策定中である。同戦略案は、保健省、保健戦略政策研究所（HSPI）、世界保健機関（WHO）が協同で策定にあたった。表2-10は、2025年迄に達成すべき同戦略のビジョン、戦略目標、指標を示したものである。同戦略は、ベトナム関係機関、開発パートナーの意見を踏まえ、更なる見直しを加え、2016年中に最終化される予定である。

**表 2-10 ベトナム保健財政戦略（2016-2025）の概要**

ビジョン	全国民が、高額な費用の負担なく、医療費の負担により貧困に陥ることなく、必要な時に、アクセス可能かつ質の高い医療サービスを享受できるように、持続的、公平、効果的な保健財政システムを開発する。
戦略目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. UHCの達成に向け、持続可能な方法で、健康保険のカバー率を上げる。</li> <li>2. 公平及び効果的な方法で、質の高い保健サービス、特にプライマリーヘルスケアへのアクセス、利用を可能にする。</li> <li>3. 国民の医療費に関する財政的保障を強化する。</li> </ol>
指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 健康保険加入率について、少なくとも85%から90%を達成する。</li> <li>- プライマリーヘルスケア、特に下位レベルにおける非感染性疾患（NCD）予防のための支払いに関する政策及びメカニズムを構築する。</li> <li>- GDPに占める公的保健支出の割合を4.5%とする。</li> <li>- 患者自己負担率が総保健医療支出の30%を下回る。</li> <li>- 医療費の負担によって貧困に陥る恐れのある世帯の割合が2%を下回る。</li> </ul> <p>*目標値は、より到達可能なものにするため、現在も協議中である。</p>

出典：[MOH, WHO, 2016]

## 2.2.2 保健セクター予算

ベトナム政府の歳入は、2010年及び2011年にはそれぞれ前年比30%の伸びを示していたが、2012年にはわずか2%、2013年には12%と、その伸び率は鈍化しており、財政難の状況にある。しかし、保健を含む社会経済サービスへの支出は、2012年に29%、2013年に15%増加しており、予算が重点的に配分されていることが推察される。保健支出の政府総支出における割合については、2009年に3.45%であったのが、2013年には5.85%へと大きくなっている [GSO, 2015]。

保健セクターにかかる2016年から2020年までの5カ年計画は、その実施に13,718,530億ドンが必要と見積もっている。同計画では、既存の政府予算に加え、たばこや酒などにかかる税金、外部からの投資等、新たな財源の活用を念頭に置いている。また、病院の自主財政制度をさらに推進させるため、健康保険から支払われる診療報酬を値上げし、健康保険基金からの収入を増加させてとしている（第4.1.3項参照）。このために、健康保険基金からの収入が年間平均910,920億ドン必要と見積もられている。しかし、2016年の保険料収入は662,280億ドンと推計されており、計画値と開きがある。

表 2-11 保健セクター5 カ年計画（2016-2020）にかかる推計予算

項目	推計予算額
<b>1 投資と開発</b>	<b>176,148</b>
1-1 コミュニオンレベル	17,688
1-2 郡レベル	9,130
1-3 省レベル	66,000
1-4 中央レベル	60,374
1-5 中央レベルの研究所、専門病院、等	22,956
<b>2 保健政策・プログラム等運営費</b>	<b>550,314</b>
2-1 中央予算	178,939
a) 経常予算	98,687
b) 国家プログラム予算	19,392
c) 地方政府への特別配分	60,860
2-2 地方配分予算	432,234
<b>3 治安・国家安全保障セクターのための医療費</b>	<b>19,750</b>
<b>4 国家歳入以外の収入</b>	<b>625,641</b>
4-1 サービス提供対価	164,402
4-2 健康保険基金からの支払い	455,462
4-3 その他収入	5,777
<b>合計</b>	<b>1,371,853</b>

出典：[MOH, 2016]

### 2.2.3 国家保健支出

ベトナム政府は、国民、特に弱者層の医療費負担を軽減すべく、たばこ税等の活用や病院の自主財政制度推進による国家予算支出の削減などによって、財源を確保すべく、検討及び努力を重ねている。

表 2-12 にベトナムの保健支出の推移を示す。ベトナムにおける保健支出は近年増加しており、1 人当り保健支出は 1995 年の 14 米ドルから 2013 年には 111 米ドルと約 8 倍に増加した。しかし GDP に占める保健支出の割合は 5%から 6%のまま、この 20 年ではほとんど増えていない。

表 2-12 保健支出の推移

	1995	2000	2005	2010	2013
GDP に占める総保健支出 (%)	5%	5%	5%	6%	6%
1 人当り保健支出 (米ドル)	14	20	36	83	111
1 人当り患者自己負担額 (OOP、米ドル)	9	13	25	37	55
政府総支出における公的保健支出の割合 (%)	7%	7%	5%	10%	9%

出典：[WHO, 2015]

また表 2-13 に示すように、公的支出に占める保健省支出の比率が 2%ほどと非常に低く、1990 年代よりむしろ減少している。一方でベトナム社会保障拠出の社会保障関連支出の比率が 2.4%（1995 年）から 15.5%（2013 年）へと大幅に伸びている。これは健康保険法が強制加入のグループ（貧困層など）への政府拠出を定めたことが背景にある。

ベトナムで大きな課題であるのは、患者自己負担（OOP）の比率が高いことで、2013 年でも保健支出の約 50%は患者からの支出となっており、実際の金額も 1995 年の 9 米ドルから 2013 年



には 55 米ドルへと増加を続けている<sup>6</sup>。国際的に OOP は保健支出の 30%以下にすることが推奨されていることと比べても、かなり高い水準である。これは政府支出がもともと少ないことに加え、健康保険制度以外のところでの保健支出が多いことを表している。例えば、健康保険未加入のインフォーマルセクターが病院において自己負担 100%で支払う医療費や、健康保険適用外の医療行為に対し病院が患者から徴収する支出、混雑する公立病院を受診せず薬局で薬を買って自分で治療するための支出など、国民の 7 割が健康保険に加入していても健康保険が十分に活用されていないことも大きな要因となっている。

表 2-13 財源別の保健支出の推移（単位：百万ドン）

	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
公的支出	4,023,607 (34.5%)	7,215,164 (30.9%)	12,974,880 (26.4%)	63,892,567 (46.5%)	77,975,714 (45.2%)	82,501,680 (42.5%)	89,365,355 (41.8%)
- 保健省	544,300 (4.6%)	880,375 (3.7%)	1,295,041 (2.6%)	2,949,212 (2.1%)	3,095,718 (1.7%)	4,078,371 (2.1%)	4,417,668 (2.0%)
- 社会保障	283,000 (2.4%)	1,418,010 (6.1%)	4,340,499 (8.8%)	23,579,170 (17.1%)	30,894,605 (17.9%)	30,550,663 (15.7%)	33,092,306 (15.5%)
- その他	2,783,410	4,319,090	6,022,651	33,221,102	39,437,621	43,143,948	47,161,603
民間支出	7,636,133 (65.5%)	16,097,199 (69.1%)	36,167,870 (73.6%)	73,363,620 (53.4%)	94,422,273 (54.7%)	111,332,731 (57.4%)	123,987,817 (58.1%)
- NGO	18,969	31,861	103,233	233,378	620,824	653,107	727,345
- 患者自己負担(OOP)	7,463,789 (64.0%)	15,392,472 (66.0%)	33,239,505 (67.6%)	61,541,169 (44.8%)	78,570,549 (45.5%)	94,656,716 (48.8%)	105,416,255 (49.4%)
- その他	153,375	672,866	2,825,132	11,589,073	15,230,900	16,022,908	17,844,217
総保健支出	11,659,740	23,312,363	49,142,750	137,256,187	172,397,987	193,834,411	213,353,172

出典：[WHO, 2015]

## 2.2.4 保健医療機関の収支状況

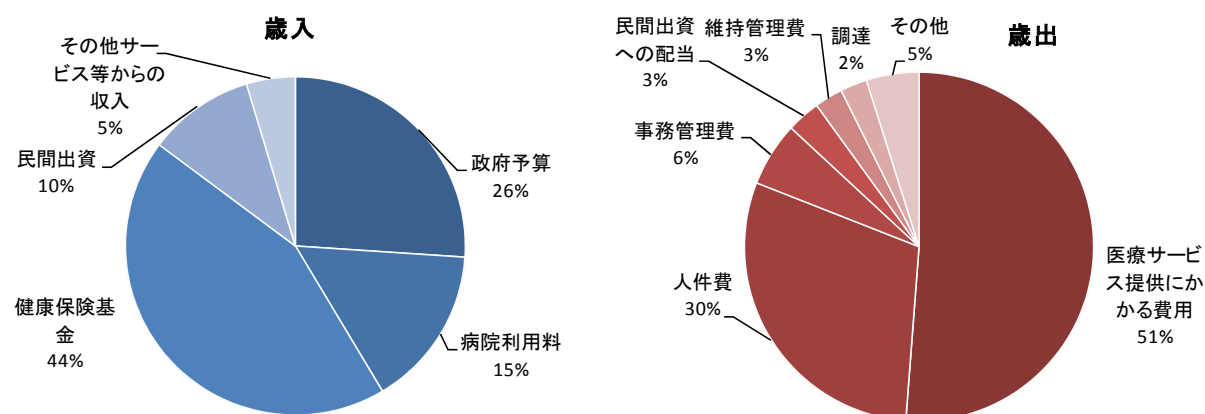
医療機関の財政的自立に関する法令<sup>7</sup>に従い、医療機関の収入における政府予算の割合は減少傾向にある。その割合は、国立総合病院/専門病院で 10%未満、省レベルで 20%程度、郡レベルでは 30%から 50%となっている。2016 年 3 月及び今後予定される診療費単価の改訂（第 4.1.3 節）に伴い、健康保険基金からの収入の増加が見込まれることから、政府予算からの配分は徐々に削減されるとのことである。

このため、各医療機関は独自に収入源を確保する必要があり、駐車場や食堂、売店などのサービスからの収入を得ているところもある。Socialization と呼ばれる民間出資も一時期は推奨されていた。これは、医療機材を調達する際に、個人や企業から出資を募り、その機材を使用して得られた利益を出資者に分配するという制度である。しかし、分配を増やす目的で不必要な検査が行われるなどの問題が指摘されるようになり、近年はあまり推奨されなくなった模様である。

図 2-3 は、省病院の収支の例である。収入では、健康保険からの収入が 4 割程度を占め、政府予算は 3 割に満たない。支出では、サービス提供費用と人件費が大きな割合を占める。人件費は、基本的に政府予算で賄われるが、不足分や追加手当などは病院独自の収入から支出される。

<sup>6</sup> 保健省計画財務局によれば、2016 年に公表される国民保険会計では、2013 年の OOP は 38%と推計されている。

<sup>7</sup> Decree on the Operational and Financial Regimes Applicable to Public Health Non-business Units and the Prices of Medical Examination and Treatment Services of Public Establishments (85/2012ND-CP October 15, 2012)



出典：ビンディン省病院

図 2-3 省病院の収支の事例

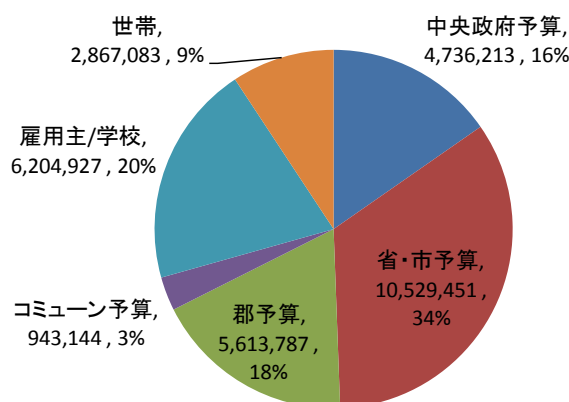
公立病院の収入源は、主に、政府予算、健康保険、患者自己負担及びその他の収入に大別される[JICA, 2014]。保健医療機関における保健財政について、本調査での病院からの聞き取りでは、以下の点が挙げられた。

- 病院は、診療報酬支払方式を選択できる。例えばザーライ省では、省及び郡レベル 31 の病院のうち、16 病院が出来高払い方式、15 病院が人頭払い方式を選択している（第 4.2 節）。
- 省保健局では、患者負担率を把握していない。
- ベトナム社会保障から健康保険請求の支払いを受けるには、要件があり<sup>8</sup>、医師が配置されていないコミュニケーションヘルスステーション（CHS）では、看護師が、本来医師が行うべき処置（例：縫合）を行った場合、要件を満たさないため、診療報酬請求の還付を受けることができない。
- 医療サービスの質が低いために保健医療機関の利用者が少ない場合、支出が健康保険基金からの受取額として定められた予算を下回る。しかし、この余剰分を省内で投資等のために使うことができず、他省（先進医療の導入に伴う高額医療費）の赤字を補填しているのが現状である。

### 2.2.5 健康保険基金

図 2-4 は健康保険基金の財源を示している。基本的に、収入源はすべて保険料だが、その 7 割は中央政府、省、郡、コミュニケーションの各レベルの政府予算となっている。これは、政府やベトナム社会保障が保険料を負担する加入者が全体の 7 割を占めていることによる。

<sup>8</sup> 要件は、以下の 3 つ。①提供するサービスのリストを作成、②それぞれのサービスの診療報酬リストの作成、③患者に実際にサービスを提供したことを証明する書類の提出。



合計：30,894,605 百万ドン

出典：[MOH & WHO, 2013]

図 2-4 健康保険基金の財源（2010 年）

表 2-14 に示すように、健康保険基金は 2007 年と 2009 年に赤字となった。その後黒字に転じているが、ベトナム社会保障による 2016 年の予測は赤字となっている。この背景には、第 4.1.3 節に述べるような医療費の値上げなどがあると考えられる。

表 2-14 健康保険基金の収支の推移（2001 年から 2013 年、及び 2016 年推計値

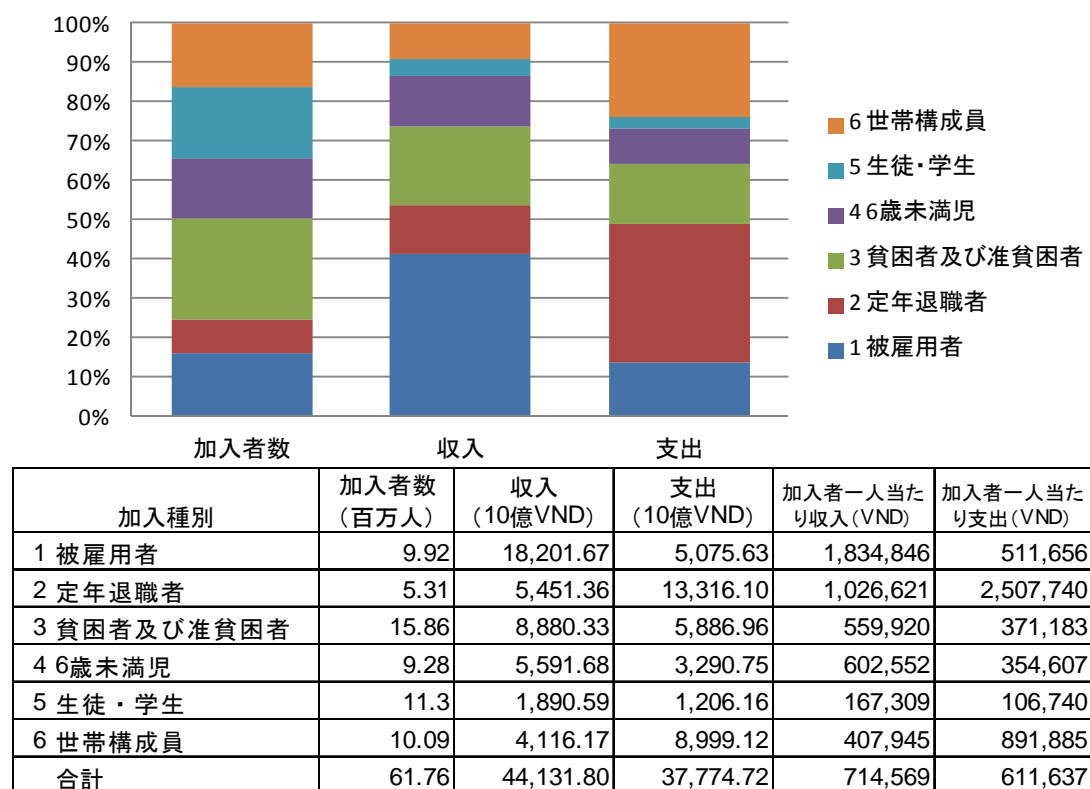
（単位：百万ドン）

年	収入	支出
2001	1,151,000	1,063,000
2003	2,027,000	1,524,000
2005	2,973,614	2,774,833
2007	6,284,000	8,124,000
2009	13,037,000	15,482,000
2011	29,266,623	25,330,650
2013	44,131,798	37,774,720
2016 推計値（VSS による）	66,228,000	72,700,000

出典：[MOH, 2014]、VSS

図 2-5 に、加入種別ごとの加入者数、収入及び支出を示す。健康保険法によれば、第 2 から第 6 グループの加入者の保険料は最低賃金をベースに定められているため、地域特性によって 4 段階の最低賃金が定められているとはいえ、本来であればそれほど大きな差異が出るとは考えにくい。しかし、実際には一人当たりの収入はグループ間で大きく異なっている。被雇用者からの収入が最も多いが、支出をみると定年退職者の占める割合が最も大きく、一人当たりの支出も多い。定年退職者には高齢者が多く含まれると想定されることから、高齢者に多くの医療費がかかっていることが推察される。

また、2013 年の加入者数、平均賃金（180 万ドン [GSO, 2015]）、最低賃金（第 3 地域、180 万ドン [JETRO, 2014]）、すべての加入者が満額の保険料（加入種別によって給与あるいは最低賃金の 4.5%）を払ったとの仮定によって推計される保険料の総収入は 50 兆 4660 億ドンとなる。保健省統計による同年の収入（表 2-14）は、その 88%程度となっているが、その背景等については、本調査では明らかにならなかった。



出典：[MOH, 2014]

図 2-5 加入種別ごとの加入者数、収入及び支出（2013 年）

ベトナムでは各省に健康保険基金が設定されているが、省レベルで健康保険の収支で利益が出て余剰金が発生しても、その 80%は中央にある準備基金に納めなければならない。これは、赤字が発生している他省の補てんなどに使われる。残り 20%は、郡レベルの医療サービス向上のための機材等の調達や貧困支援基金などに充てることが可能である。ただし、2021 年 1 月からは、すべての余剰金を中央の基金に納付することになる。

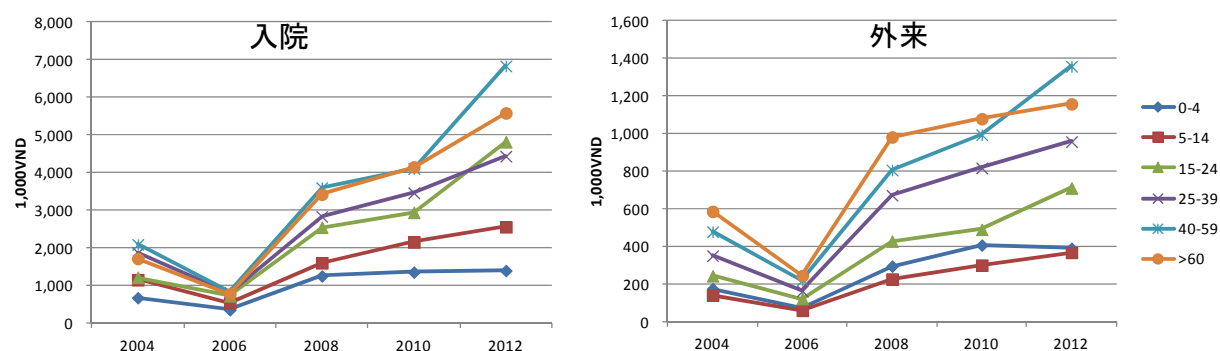
これは、貧困層が多く健康保険の利用が少ない比較的貧しい省の保険料収入が、所得に余裕がある人口が多く病院利用件数が多い比較的豊かな省において使われていることになり、所得再配分という健康保険制度の大きな目的であるリスクプールの機能が十分に働いていない現状を示している。

## 2.2.6 世帯の保健支出

### (1) 年齢層別にみる、一人当たりの世帯保健支出

図 2-6 に、年齢層別の一人当たりの世帯保健支出を示す。6 歳未満は若年層の中では保健医療機関の利用が多いが、健康保険利用の際の窓口負担が免除され、保険料が国庫から支払われることから、支出は低くなっている。一方、年金受給者も窓口負担が 5%と低くなっているが、60 歳以上の支出は高い水準となっている。この背景には、高齢者への社会福祉制度が十分にいきわたっ

ておらず、60 歳以上の 6 割程度は年金受給資格がなく、医療費補助も受けていないことがあると考えられる<sup>9</sup> [JICA, 2014]。



出典：[GSO, 2013]

図 2-6 年齢層別の一人当たりの世帯保健支出（2004 年-2012 年）

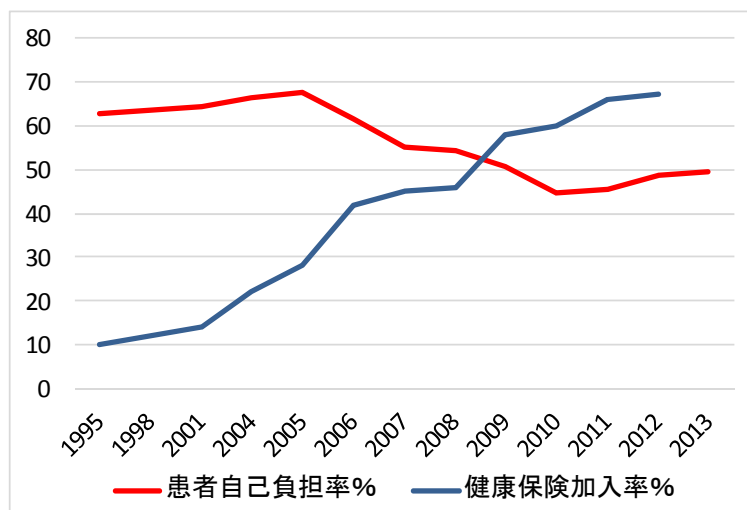
## (2) 患者自己負担

1980 年代後半以前は、ベトナムは社会主義による保健システムにより、全ての保健サービスを無料で提供していた。ドイモイ着手後に、ユーザーフィー（患者自己負担）が導入され、薬価も自由化された。結果として、1990 年代の前半には患者自己負担が保健支出の 70%以上となってしまった。いくつかの任意の健康保険制度の試行を経て、1992 年に政府が全国レベルでの強制加入の健康保険制度を公務員や年金受給者を対象に開始した。2002 年に貧困層向け保健基金が設立され、貧困層も健康保険に強制加入となり、無料で保健サービスを利用できるようになった。

これらの様々な試みにより、健康保険の加入率は 1995 年当時の 10%から比べて急速に伸び 70%を超えたが、患者自己負担は 1995 年に 60%強だったものが、図 2-7 に示したように、2013 年でも 50%前後と高止まりしたままである。

ベトナムでは人口の約 30%が健康保険に未加入で、いかなる財政的保護も受けていないのが現状である。特に準貧困層やインフォーマルセクターで経済的な困難を抱える人々は、病気になった時も医療費を支払えないため、病院を受診できない。あるいは重篤な病気になった場合に、健康保険未加入のため、医療費を全額自己負担しなければならず、家計が破滅的な支出をすることになり生活が困窮してしまう可能性がある。

<sup>9</sup> 年金受給資格年齢（男性 60 歳、女性 55 歳、ただし今後段階的に引き上げ）以降の年齢層のうち、年金を受給しているのは 2 割程度となっており。その他医療費補助等を受けているのは 60 歳以上の 2 割程度。

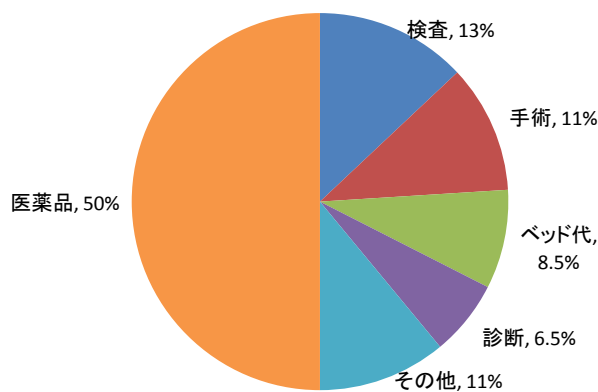


出典：[WHO, 2015]and[JICA, 2014]

図 2-7 患者自己負担（OOP）と健康保険加入率の推移（1995 年–2013 年）

また、他にも患者自己負担が高い要因として、薬を民間薬局から購入して自己治療をする、民間クリニックや病院を受診する、公立病院で健康保険を利用した際の自己負担（窓口負担<sup>10</sup>）支払などがある。図 2-8 に示したように、ベトナムでは医療費の 50%を医薬品費が占めており非常に高いことが特徴である。その背景には、調達制度などの課題があるため薬価が国際基準より高いことがある。また、病院で発生した医療費のすべてをベトナム社会保障が健康保険の給付として還付するわけではないため、不足分は患者に請求されることが多い。

2009 年に発生した患者自己負担のうち、44%は公立病院での医療費支払い、35%が民間病院での支払い、35%は薬などを使った自己治療となっている [World Bank, 2014]。



出典：[Dr. Pham Luong Son, 2015]

図 2-8 費目別医療費の内訳

### (3) 保健支出に起因する貧困

世帯の保健支出のうち、保健医療機関への支払いや医薬品購入に充てられる割合は高く、74%が保健医療機関での治療、17%が医薬品への支払いに、それぞれ充てられている。このため、世帯構成員が、治療費が高額になるような疾病になった場合、その世帯が貧困に陥る可能性が高い。

<sup>10</sup> 健康保険利用の際の自己負担（Co-payment）については、患者自己負担（OOP）と区別するため、「窓口負担」と表記する。

表 2-15 に示すように、2009 年の健康保険法施行後も、4%から 5%の世帯が、家計が破たんする恐れがあるほどの保健支出をしている。また、1998 年以降、2%から 3%の世帯が、実際に保健支出が原因で貧困に陥っている。加えて、看護や介護のために仕事を辞めて収入源を失ったり、遠隔地において付き添いのための交通費や滞在費がかさんだりするなど、保健支出に含まれない負担や貧困リスクについても考慮する必要がある。

**表 2-15 高額な保健支出をした世帯及びそれによって貧困に陥った世帯 (%)**

年	1992	1998	2002	2004	2006	2008	2010	2012
高額な保健支出をした世帯 <sup>1</sup>	8.2	5.8	4.7	5.7	5.1	5.5	3.9	4.2
保健支出によって貧困に陥った世帯 <sup>2</sup>	5.3	3.3	3.4	4.1	3.1	3.5	2.5	2.5

注： 1=世帯の支払い能力の 40%以上の保健支出をした世帯をさす。

2=非貧困であった世帯が、医療費等の支払いにより貧困世帯となった場合を指す

出典： [Van Minh Hoang, et al., 2015]

## 2.3 人口カバー率

保健省健康保険局によると、健康保険加入者は 2015 年で人口の 72.5%で、2016 年末に 81.7%に達したとの発表があった（ベトナム社会保障による）。2020 年までに 80%に到達することを目標としていたが、この加入率目標は 2016 年 6 月に 90%に引き上げられた。

表 2-16 に示すように、1990 年代と比べると全体の加入率は徐々に増加してきた。しかし、加入者の内訳をみると、政府や企業が全額あるいは一部の保険料を負担する強制加入者の数は増えているものの、保険料を全額自分で払う任意加入者の数は 2006 年に 1,000 万人に達してからほとんど増えていない。強制加入の対象者は人口の約半数を占めており、民間企業雇用者を除き、既にほぼ加入しているため、皆保険を達成するためには、任意加入者の取り込みが大きな課題となっている。なお、2014 年の健康保険法改正で、すべての国民が強制加入とされ、任意加入は廃止された。

**表 2-16 健康保険加入者数の推移（単位：1000 人）**

	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	2011
強制加入者	6,069	6,469	6,977	11,990	25,746	29,059	41,168	42,139	47,808
任意加入者	3,823	3,930	6,048	6,400	11,120	10,690	8,901	10,268	10,268
加入者合計	9,892	10,399	13,025	18,390	36,866	39,749	50,069	52,407	58,484

出典： [MOH & WHO, 2013]

ベトナムでは、加入者が職業や年齢等の属性によって 25 のグループに細かく分類されている。表 2-17 に、それらグループ別の加入状況を示す。政府やベトナム社会保障が保険料を拠出する加入者が 3,735 万人（73.6%）と全体の 7 割以上を占めている。

この表の数字をもとにグループごとの加入率を計算し、図 2-9 に示す。人口規模が比較的大きく加入率が低いのは、準貧困層、農民と自営業者、公務員・被用者の被扶養者、民間企業雇用者であることがわかる。準貧困層は約 600 万人いるうち 1 割（69 万人）しか加入しておらず、農民・自営業者は 1,173 万人のうち 3 割ほどしか加入していない。680 万人いる公務員や企業雇用者の配偶者の加入は、2010 年時点でゼロである。これらグループは、もともと任意加入で保険料を自己負担しなければいけないため加入率が低くなっている。また、民間企業の社員は強制加入で

企業が保険料を補助するにもかかわらず加入率が低い。この背景には、ベトナムの企業の 95% 以上が零細企業・小企業で、小規模な企業では保険料負担を嫌がり加入しないところが多いためと見られている<sup>11</sup>。

表 2-17 グループ別健康保険の加入者数（2010 年）

加入区分	グループ	対象者数 (千人)	加入者 (千人)	加入率 (%)
強制	4.5% 給与負担	15,238	9,506	62.4
	公務員	3,142	3,142	100.0
	民間企業被用者	11,911	6,361	53.4
	政府奨学金による外国人留学生	3	3	100.0
	コミューンの選出公務員	182	0	0
	VSS 拠出	2,305	2,174	94.3
	年金受給者	920	920	100.0
	社会保障手当の受給者	1,305	1,254	96.1
	失業保険受給者	80	0	0
	政府拠出（全額）	30,561	24,675	80.7
	コミューンの公務員	41	40	97.6
	功労者	1,791	1,791	100.0
	退役軍人	374	350	93.6
	革命功労者	322	0	0
	国会議員及び人民委員会委員	123	119	96.7
	社会保護手当受給者	843	384	45.5
	貧困者・少数民族	13,945	13,511	96.9
	功労者の被扶養者	869	0	0
	軍人及び警察官の被扶養者	1,281	297	23.2
	6 歳未満の子ども	10,103	8,183	81.0
任意	政府拠出（部分的）	19,879	10,499	52.8
	準貧困者	6,081	692	11.4
	学生	13,798	9,807	71.1
任意	任意拠出	18,552	3,917	21.1
	被用者・公務員の被扶養者	6,820	0	0
	農業従事者、組合員、自営業者	11,732	3,917	33.4
計		86,866	50,771	58.5

出典：[Tran Van Tien et al., 2011]に基づき調査団作成

表 2-18 は、本調査の聞き取りによる最新（2014 年）の、グループ別加入率である。一部数値が得られなかった<sup>12</sup>が、保険料を一部あるいは全額自己負担する準貧困層や農林水産業従事者の加入率は依然として極めて低い<sup>13</sup>。民間企業従業員も 5 割に満たない。2014 年の配偶者の加入率は 28% と低く、2015 年も改善していない。農林水産業従事者はさらに低く、4% から 5% 程度の加入率である。特に、離島の住民は健康保険の加入に消極的である。任意加入グループは、改定健康

<sup>11</sup> 零細企業の定義は、従業員 10 人以下。小企業の定義は農林水産業、製造業及び建設業では資本金 VDN 200 億以下、従業員 10 人以上 200 人以下、卸小売業及びサービス業では資本金 VDN 100 億以下、従業員 10 人以上 50 人以下（JICA 資料「ベトナムにおける中小企業支援機能強化 JICA プロジェクトについて」（2012）、情報源は「ベトナム中小企業白書 2011」）

<sup>12</sup> 調査開始以降、要求された正式なプロセスによって再三情報提供を依頼しているが、2016 年 3 月の VSS からの回答は、内部規定により加入率の詳細なデータは提供できない、とのこと。

<sup>13</sup> VSS によると、農林水産業従事者の加入率は 4 から 5%。特に島嶼部における加入率は低いとのこと。



保険法によって廃止され、全国民が強制加入となること、及び世帯加入制度が導入されたことによって改善されることも期待される。

**表 2-18 健康保険加入率（2014 年）**

グループ	%	グループ	%
公務員	100	農林水産業従事者	極めて低い
貧困者	100	民間企業従業員	48
6 歳未満児	100	学生・生徒	94
準貧困者	極めて低い	任意加入	34

出典：VSS

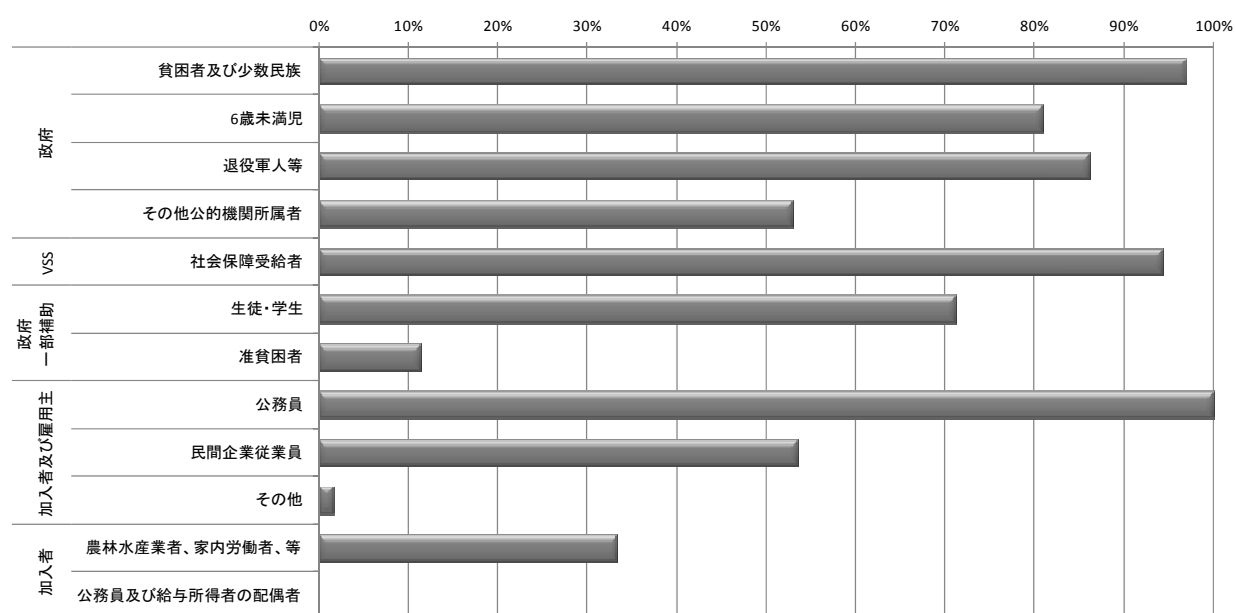
逆に、強制加入で個人での保険料負担のない公務員や貧困層・少数民族の加入率は100%に近く、同じく政府やベトナム社会保障が保険料を全額負担する年金受給者、社会保障手当受給者、功労者などもほぼ100%が加入している。

ベトナムの健康保険加入者が70%を超えているのは、強制加入でもともと個人での保険料負担がない人口が全対象者の約50%を占めているからであり、自ら保険料を払って健康保険に加入している人口は加入者のうち約2割に過ぎないことがわかる。本調査における聞き取りによると、健康保険に加入しない主な理由は、準貧困層は保険料支払が経済的に困難であることや、将来病気になるかどうかもわからないのに経済的負担をしたくないと考えること、などである。一方、富裕層は公的保健サービスの質を信頼せず、民間の健康保険に加入して民間病院を利用する人が多いとされている。

皆保険を目指す多くの国において常に課題になるのが、インフォーマルセクターをいかに加入させるかという点である。インフォーマルセクターは企業などに所属していないため、存在自体を把握することが困難で、所得も把握できず、保険料徴収の難しさや逆選択の問題<sup>14</sup>が起りやすい。インフォーマルセクターに属するのは農民や自営業者である。日本が皆保険を達成した際も、最後に加入したのはこの層であり、国民健康保険制度で地域ごとに保険制度を設定することでインフォーマルセクターの加入を促進することができた。

ベトナムにおいても、中間所得層が健康保険に未加入であるという問題が明らかになっている。富裕層は国の健康保険あるいは民間の健康保険に加入し保険料を払う経済的余裕があり、経済的弱者である貧困層や少数民族は政府が保険料を全額負担するため自動的に加入できる。そのため、存在が把握されにくく、貧困層より少し上の所得レベルであるインフォーマルセクターに属する人々、例えば自営業者、日雇い労働者、臨時労働に従事する人及び農民が最後まで取り残される結果となっている [World Bank, 2014]。図 2-9 に示すように、農民・自営業者の加入率は33%、準貧困層の加入率は11%にとどまっている。

<sup>14</sup> 健康保険でいえば、すでに病気になった人（リスクが高い人）だけが保険に加入するという状況が生じること、等。



注： 表 2-11 から調査団が計算して作成

図 2-9 主なグループごとの健康保険加入率の比較（2010 年）

未加入者のグループごとの実際の人数を比較したのが表 2-19 である。最も未加入者が多いのはインフォーマルセクターである農民・自営業者で 786 万人、次が公務員や会社員の被扶養者で 682 万人、次いで強制加入ながら未加入が多い民間企業の社員、準貧困層がともに 500 万人以上となっており、やはりインフォーマルセクターに未加入者が多いことがわかる。

表 2-19 主なグループの未加入者数の比較（2010 年）

	グループ	未加入人口（万人）
1	農民・自営業者	786
2	公務員・会社員の被扶養者	682
3	民間企業の社員	559
4	準貧困層	541
5	学生	400
6	6 歳以下の子ども	191

注： 表 2-11 から調査団が計算して作成

2014 年の改定健康保険法で任意加入制度は廃止され、全国民が強制加入となったが、残されたインフォーマルセクターの加入率を上げるには、保険料の補助を拡大しなければならず、財政負担が必然的に大きくなる。ベトナムが UHC の達成を目指すには、保険料を払ってもいいと思えるような質の高い保健サービスを提供することや、健康保険に加入することの長期的な利益についての理解を促進することで、未加入者の健康保険への加入を促進することが不可欠である。

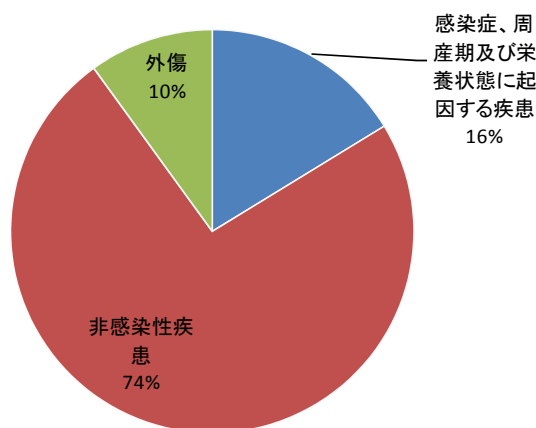
## 2.4 健康保険適用サービスの利用状況

### 2.4.1 保健サービスへのニーズ

#### (1) 疾病構造

図 2-10 に示すように、主要死因に占める非感染性疾患の割合は 7 割を超えており、ベトナムは非感染性疾患型の疾病構造に移行しつつあると言える。本調査の聞き取りでも、保健医療機関では高血圧などの生活習慣病による来院者が増加しているとのことであった。

全入院に占める非感染性疾患の割合は 1976 年の 42% から 2010 年には 71% に増加している。大きな危険因子の一つである喫煙については、男性の 4 割が喫煙者であり、成人の 55% が職場で、67% が家庭で、それぞれ二次喫煙の被害にあっているとの調査報告もある。また、アルコール消費量は、2010 年の年間一人当たり 6.6 リットルから 2012 年には 7.2 リットルへと増加している [HealthBridge, 2015]。



出典：[WHO]

図 2-10 主な原因別の年齢調整死亡率（2012 年）（人口 10 万対）

表 2-20 に示すように、疾病ではウイルスによる感染症や呼吸器疾患、消化器疾患が主要な疾病となっている。

表 2-20 主要疾病及び死因（2013 年、人口 10 万対）

疾病		死因	
肺炎	470.0	頭蓋内損傷	1.63
急性咽頭炎・急性扁桃腺炎	396.7	肺炎	1.28
原発性高血圧	359.3	周産期に起因する呼吸器症状	1.15
外傷（その他）	357.0	頭蓋内出血	0.82
急性気管支炎	289.2	急性心筋梗塞	0.78
感染性下痢及び消化器症状	243.3	外傷（その他）	0.66
胃炎・十二指腸炎	211.6	HIV/AIDS	0.64
ウイルス性感染症（その他）	182.9	敗血症	0.56
ウイルス性発熱及び出血熱	170.5	呼吸器系疾患（その他）	0.55
脊柱等の障害・不調	168.8	心不全	0.51

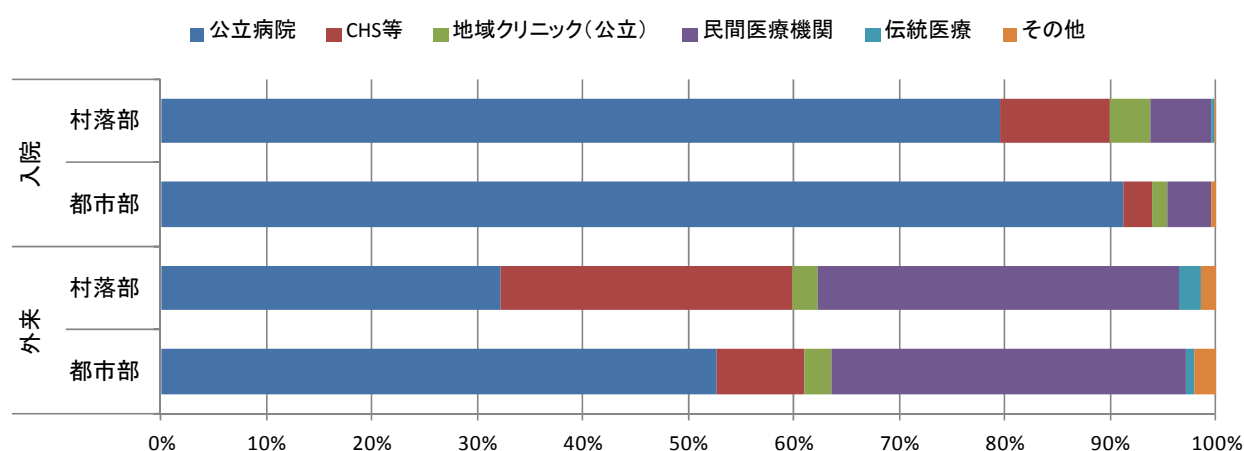
出典：[MOH, 2014]

死因では、外傷や脳出血、心筋梗塞に起因するものが多くみられ、医療の現場における救急医療の役割、救命後のフォローアップやリハビリテーションの需要が今後ますます大きくなることが予想される。同時に、これらの死因は、生活習慣病の改善や交通事故等の予防で回避できる可能性も高く、予防医療や他セクターとの連携によって疾病負荷を軽減するためのより一層の努力が必要になると考えられる。

## 2.4.2 保健サービスの利用状況

### (1) 受領行動の傾向

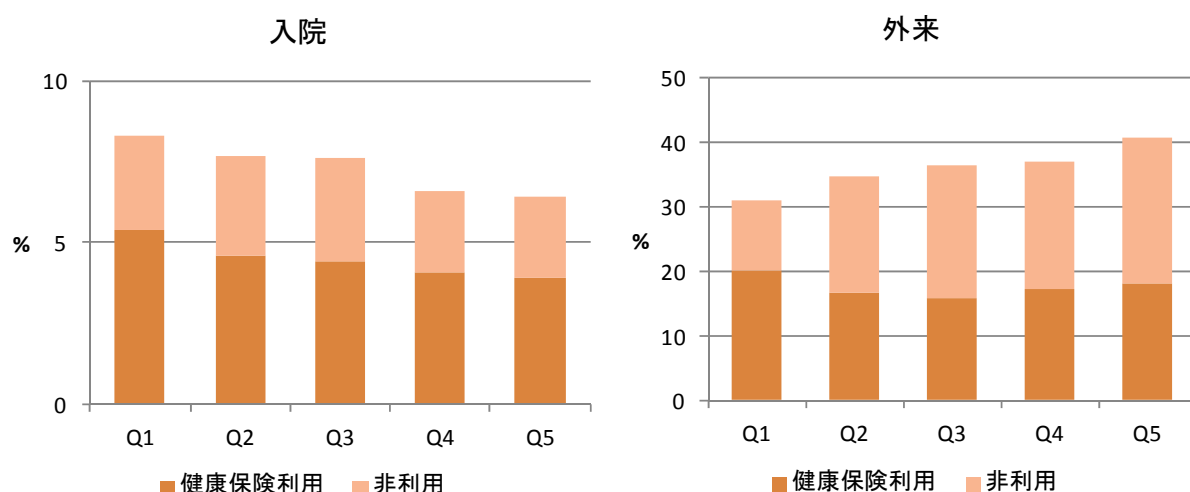
図 2-11 に示すように、都市部、村落部ともに、外来では民間医療機関が利用される割合が高い。入院では、公的医療機関を利用する割合が高くなる。



出典：[GSO, 2013]

図 2-11 過去 12 カ月間に利用した医療機関

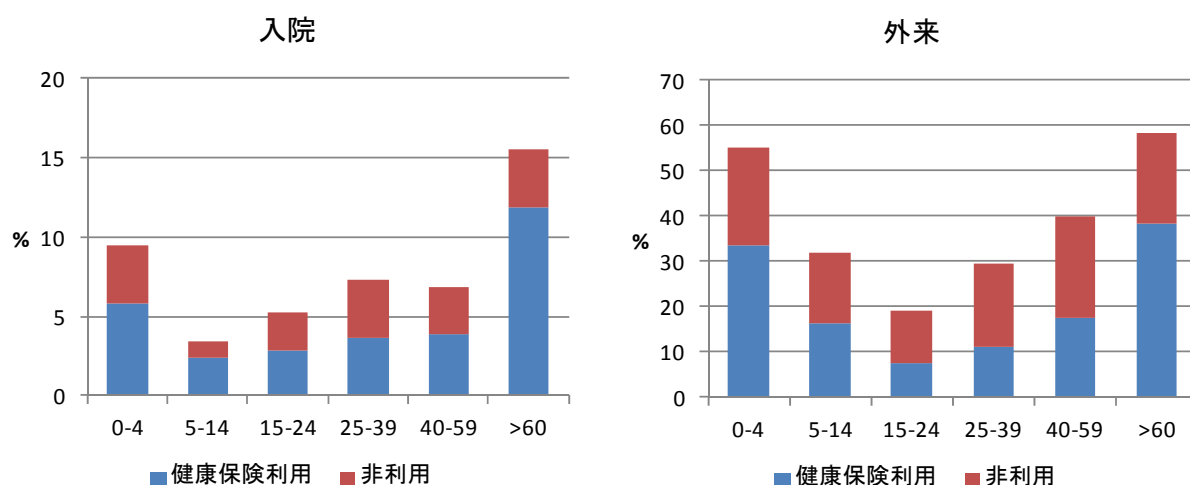
保健省の統計によると、国民一人が1年間に保健医療機関を利用する回数は2.08回である[MOH, 2014]。図 2-12 に、過去 12 カ月間に保健医療機関を利用した割合とそのうち健康保険証を利用した割合を収入レベル別に示す。外来では、5割から6割が健康保険を利用している。高所得層（Q5）は、保健医療機関を利用した割合は高いが、健康保険の利用率は低い。これは、民間医療機関を利用することが多いことが背景にあると推察される。入院における健康保険の利用率は、低所得層（Q1）を除いて4割程度と低い[GSO, 2013]。この背景には、入院するほどの症状になった場合に、下位の保健医療機関を経由せずに直接上位医療機関を受診することがあると推察される。健康保険法改定前は、国立総合病院/専門病院をリファラル（紹介）手続きなしに直接受診した場合、医療費は全額自己負担となるため、健康保険は利用されなかったと考えられる。



出典：[GSO, 2013]

図 2-12 過去 12 カ月間の保健サービス及び健康保険証の利用状況（収入層別）

図 2-13 に示すように、5 歳未満と 60 歳以上は、保健医療機関の利用及び健康保険の利用率が高い。5 歳未満は母子保健サービスの対象となっていることから、これを利用することが多いことや、下痢や感染症などの疾病のリスクが高いことなどが考えられる。高齢者は、高血圧など慢性疾患に罹患する可能性が高いために受診する割合も高くなっていると推察される。



出典：[GSO, 2013]

図 2-13 過去 12 カ月間の保健サービス及び健康保険証の利用状況（年齢層別）

## (2) サービス利用状況

健康保険法の規定では、患者は居住地に近い保健医療機関に登録する必要があるものの、全国にある保健医療機関でサービスを受ける権利が保障されている<sup>15</sup>。このため、コミューンや郡などの一次医療機関を受診せずに、直接三次レベルのサービスの質の高い医療機関を受診する患者が

<sup>15</sup> 同法では、権利は保障しているが、健康保険の適用を保障しているわけではない。

集中するという現象が起きている。このため、一次保健医療機関はあまり利用されず、逆に三次医療機関は常に混雑しているのが現状である。

表 2-21 に、健康保険加入者の年間の受診件数の推移を示した。健康保険加入率が 70%を超えた 2014 年時点でも、全加入者平均で年に 2 回ほどしか病院を受診しておらず、受診回数の数字も伸びていない。

**表 2-21 健康保険加入者の年間受診回数**

	受診数（百万件）	1 人当り受診回数
2010	102	1.95
2011	114	2.01
2012	121	2.07
2013	129	2.1
2014	135	2.2

出典： [Dr. Pham Luong Son, 2015]

このように、健康保険の人口カバー率は高いものの、健康保険があまり利用されていない現状がベトナムの大きな課題である。主な要因としては以下の点が考えられる。

- 下位レベルの保健医療機関（特に郡病院）では人材や医療機材が不十分でサービス提供能力が低く、郡病院が公的保健医療サービスの 70%を提供することになっているにもかかわらず、患者にとって魅力的なサービスを提供できていない。
- 医療費の支払い方法が、下位レベルの保健医療機関が質の高いサービスを提供するには不適切であり、診療報酬が安く設定されているため、十分な収入が確保できず、結果として十分な質のサービスが提供できなくなっている。
- リファラルシステムが十分に機能しておらず、多くの患者が、施設数がもっとも多い一次保健医療機関を受診せずに直接、上位レベルの病院を受診する傾向がある。

## 2.5 サービス提供体制

### 2.5.1 施設及び医療機材

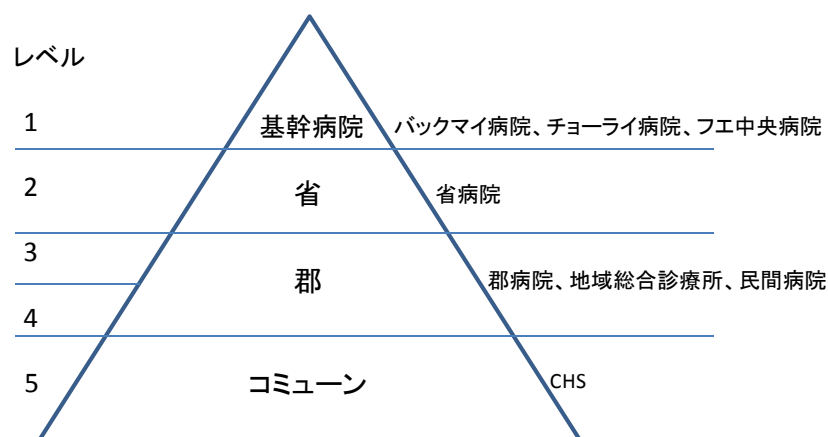
医療機関の機能やサービスはレベルごとに規定されており<sup>16</sup>、各医療機関は、立地、機能、活動、保健人材の教育レベル、施設、機材等、様々な面から要件を満たす必要がある。コミュニケーションステーション（CHS）は主に、予防や健康増進活動や簡易検査など、プライマリーヘルスケアを提供する。より上位機関では、病院機能を有し、3 つの国立総合病院が<sup>17</sup>各地域のトップリファラル病院になっている（図 2-14）。

患者の保健医療サービスへのアクセスとして、本来は、末端の保健医療機関である CHS をエントリーポイントに、郡、省、中央レベルへと、より上位レベルに紹介されていく。しかし実際には、上述の通り、多くの患者は、質の高い医療サービスを求めて、直接上位レベルの医療機関を訪れるケースが多く、第三次医療機関への患者の集中を招く結果となっている。

<sup>16</sup> 23/2005 / TT-BYT 2005/10/8, 保健施設の分類に関するガイドライン

33 /2015/TT-BYT 2015/10/27, CHS の機能及び業務にかかるガイドライン

<sup>17</sup> バックマイ病院（北部）、フエ中央病院（中部）、チョーライ病院（南部）



出典：[JICA, 2014]

図 2-14 ベトナムのリファラル体制

ハノイ、ホーチミンの第三次医療機関において、特に5専門分野（腫瘍科、外科、循環器科、産婦人科、小児科）の混雑解消を図るため、保健省はサテライト病院プロジェクトを承認した<sup>18</sup>。これにより、50のサテライト病院と、ハブとなる14の病院とのネットワークが構築され、7,150病床が増加した。ザーライ省においても、2020年までに、腫瘍科、循環器科を含むサテライト病院の設立申請が予定されている。

本調査での病院からの聞き取りでは、医療機材を新たに購入したり、維持したりする予算が十分に確保されていないために、上記に述べたようにサービス提供基準を満たすことができないことが課題として指摘された。

### 2.5.2 保健医療人材

保健医療人材は、特に下位レベルにおいて、質・量ともに改善してきている。2012年時点で、CHSの76%に医師が、93.4%に准医師（産科・小児科）又は助産師が、それぞれ配置されている<sup>19</sup>。ザーライ省の場合、保健医療人材は、他省に比べて手厚く配置されている。省保健局によれば、その主な理由として、人民委員会による積極的な採用活動、CHSへの適切な人材の配置を挙げており、CHSとしての施設基準を満たしているとのことである。

質の高い保健サービスへの需要の高まりに応えるべく、近年、保健医療人材に対するベトナム政府の投資は目覚ましいものがある。表 2-22 は、主な保健医療人材の配置状況を示したものであるが、ベトナムにおける保健医療人材数はここ数年、概ね増加傾向にある。

<sup>18</sup> 2013年保健省決定 774/QD-BYT

<sup>19</sup> JAHR2013

表 2-22 主な保健人材の推移（千人）（2012 年から 2014 年）

	2010	2011	2012	2013	2014（推計）
医師	61.4	62.8	65.1	68.6	71.8
対前年比	101.0%	102.3%	103.7%	105.4%	104.7%
准医師	52.2	54.2	54.6	57.1	58.3
対前年比	100.8%	103.8%	100.7%	104.6%	102.1%
看護師	82.3	88.1	92.2	98.3	102.0
対前年比	115.1%	107.0%	104.7%	106.6%	103.8%
助産師	26.8	27.9	28.0	29.0	29.1
対前年比	107.2%	104.1%	100.4%	103.6%	100.3%
大卒薬剤師	5.6	5.8	10.3	8.4	9.3
対前年比	98.2%	103.6%	177.6%	81.6%	110.7%

出典：[GSO, 2015]

保健医療人材数は、特に下位レベルで増加している。2013 年時点で、CHS の 76.9%に医師が、97.3%に准医師（産科・小児科）又は助産師が、それぞれ配置されている<sup>20</sup>。表 2-23 に示す通り、コミュンレベルの保健医療人材の配置において地域間格差は縮小傾向にある一方で、医師の配置において、北中部山岳部など全国平均を大きく下回る地域がある。

表 2-23 コミュンレベルの保健人材の配置状況

	地域	2010	2011	2012	2013	2015 <sup>1)</sup>
医師が配置されている CHS の割合（%）	全国	70.0	71.9	73.5	76.9	80.0
	紅河デルタ	75.7	77.5	78.7	82.5	
	北中部山岳部	61.9	63.5	66.4	67.3	
	南北沿岸部	66.2	66.0	68.8	69.0	
	中部高原	57.8	66.5	69.7	75.7	
	南東部	80.5	85.0	83.4	69.0	
	メコンデルタ	80.7	82.2	87.2	75.7	
准医師又は助産師が配 置されている CHS の割 合（%）	全国	95.6	95.3	96.4	97.3	>95
	紅河デルタ	92.5	95.3	92.2	93.3	
	北中部山岳部	95.3	89.7	95.1	91.3	
	南北沿岸部	96.6	90.5	94.5	96.1	
	中部高原	96.7	99.2	97.0	99.6	
	南東部	97.5	100.0	99.1	99.2	
	メコンデルタ	97.3	99.1	96.7	100.0	

注： 1) 「保健セクター開発 5 か年計画 2015-2020」の目標値

出典：[MOH and HPG, 2015]

保健医療人材の能力強化のため、上位医療機関は、地域病院指導部（DOHA）による下位保健医療機関への技術指導が義務付けられている。また、保健人材の質を改善するため、保健省は、上位医療機関の医師が、下位保健医療機関の医師に対して技術指導を行い、下位保健医療機関がしるべきサービスを提供できるよう支援する政策をとっている<sup>21</sup>。

<sup>20</sup> JAHR2014

<sup>21</sup> 保健省決定 1816/2008/QĐ-BYT



上記保健政策のもと、郡病院の医療サービス提供能力は強化されてきてはいるものの、更なる強化が必要であることが、本調査での各省における調査において確認された<sup>22</sup>。特に増加する慢性疾患数への対応が喫緊の課題である。2014 年の合同年次保健レビュー報告書（JAHR2014）によれば、非感染性疾患の予防とコントロールにおいて迅速な対応を強化するための優先課題として、

（1）より下位レベルで重点的に当該分野での保健医療人材を配置すること、（2）研修後の支援と監督とを併せた研修コースを強化すること、（3）職場において専門能力を継続的に向上させる取り組みを強化すること、（4）下位レベルで働く保健医療人材の報酬を引き上げる、等の方策を挙げている [MOH and HPG, 2015]。例えばザーライ省では、省病院が、郡病院に対し研修ニーズアセスメントを行っており、その結果に基づき、省病院にて、医師を対象に現任教育を実施している。同省の郡病院では、近年、慢性疾患や心血管疾患対策にかかるニーズが高まっており、研修プログラムもこれら優先度の高い分野を考慮し、改訂されている。

### 2.5.3 医薬品

医薬品の供給システムは、省保健局の医薬部が省内の病院で使用する医薬品の調達を一括して行うこととなり、薬価が統一される方向である。新入札制度は、1) 郡病院が保健局宛てに必須医薬品リストを提出、2) 保健局が公示し、入札を行う、3) 薬価が決定、4) 各病院が直接製薬会社と契約、という流れになっている。本調査での各省における聞き取りでは、新制度導入により、薬価が下がったとの認識が示された病院もあれば、それほど変わらない、あるいは詳細に比較検討したことはない、という病院もあった。

一方で、医薬品供給においては課題も残る。例えば、ホアビン省では、一部の CHS において、本来郡病院を通じて供給されるはずの医薬品が不足している。このため、例えば小児用の薬が足りない場合、代わりに、大人用の薬を、服用量を減らして処方することもある、といったような状況である。また、保険適用の医薬品の在庫がないために、患者が自己負担で市中の薬局などで処方された医薬品を買わなければならないこともある。

<sup>22</sup> 省病院及び現地当局の聞き取りによる

## 第 3 章 ベトナムにおける健康保険制度概要

### 3.1 健康保険制度の歩み

ベトナムの健康保険制度への取り組みを表 3-1 に示す。ベトナムにおいて健康保険制度が最初に導入されたのは、ドイモイ経済政策が行われた 1980 年代後半である。1992 年には、ベトナム政府は健康保険に関する最初の首相令を公布し、省保健局の監督のもと、全省で実施された。

1998 年になると、ベトナム政府はそれまで各省で設立・管理されていた健康保険基金を、国が管理する国民健康保険基金として統一した。また、加入率の向上を目指し、加入対象も拡大した。2005 年には貧困層も強制加入の対象となり、貧困層の保険料支払には政府助成金が充てられることとなった。

健康保険制度はそれまで省令によって実施されていたが、2008 年に健康保険法（2009 年 10 月 1 日施行）が成立し、初めて法制化された。その後、同法は皆保険の達成に向けて、2014 年に改定された。

表 3-1 健康保険制度に係るベトナム政府の取り組み

年	政策概念	主な取り組み内容
1986 年	保健医療のための 新財政メカニズム	ドイモイ経済政策 - 健康保険制度の導入 - 民間医療、医薬品市場の自由化 - 利用料支払制度の導入
1992 年		強制加入制度の拡大 - 強制加入対象は、公務員、10 人以上の従業員を雇用するフォーマルセクター企業の労働者、年金受給者、社会支援受給者、外国企業の従業員
1998 年	健康保険制度/基金の一元化	健康保険基金の一元化 - 加入対象の拡大（就学前教育機関の教員、功労者、社会保護対象者、将校・兵士の扶養家族、外国人学生、議会・人民委員会のメンバーなど）
2005 年	強制加入と任意加入制度	国庫負担による貧困層の強制加入
2009 年	皆保険	健康保険制度の法制化（健康保険法制定） - 貧困層、高齢者、6 歳未満の子どもの保険料の国庫負担 - 準貧困層、学生の保険料の一部国庫負担
2014 年	強制加入による皆保険	健康保険法改定 - 健康保険の強制加入 - 健康保険の世帯加入制度の導入 - 給付水準の引き上げ - 診療報酬の改定 - BHSP の策定

出典：[JICA, 2014] [VSS, 2015]

### 3.2 関連法令、政策、実施計画

図 3-1 に、健康保険制度に関連する主要な法律、ロードマップ及び実施計画を示す。2008 年の健康保険法制定後、国民皆保険に向けたロードマップ（以下、UHI ロードマップ）が策定され、この実施計画を保健省とベトナム社会保障が策定し、実施している。2014 年の健康保険法改定

に関する法律制定後、実施要領が発出された。また、同法で 2018 年までに策定すると定められた、健康保険法適用の基礎的保健サービスパッケージ策定に向けたロードマップ（以下、BHSP ロードマップ）が策定された。



出典：調査団

図 3-1 健康保険に関連する法律、ロードマップ及び実施計画等

### 3.3 社会保障分野に関連する開発戦略及び計画

#### 3.3.1 社会経済開発戦略 (SEDS:Socio-EconomicDevelopmentStrategy) 2011-2020

ベトナム政府は、2011 年から 2020 年までの 10 年間の社会経済開発に係る戦略を策定している。特に社会保障分野に関連する事項について、表 3-2 にその概要をまとめる。

**表 3-2 社会経済開発戦略 2011-2020 概要及び社会保障分野関連項目**

発展の 視点	迅速で持続可能な発展、政治と経済の同時並行的改革、人材開発、科学技術の向上、独立性・自主性のある経済の構築	
目標 (2020 年)	経済分野	- 国内総生産（GDP）平均成長率：7~8%/年 - 1 人当たり GDP：3,000~3,200 米ドル
	文化・社会 分野	- 人間開発指標（HDI）中高位グループ入り - 人口増加率：1.1%、平均寿命：75 歳、 人口 1 万あたりの医師数：9、及び病床数：26 - 国民皆保険達成、社会福祉及び公共の医療の保障 - 貧困率：年平均 2~3%の減少、国民収入：対 2010 年比 3.5 倍、所得格差の縮小
	環境分野	基準通りに処理される医療廃棄物の割合：100%
戦略	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 社会主義的市場経済の完成とマクロ経済の安定</li> <li>2. 工業の近代化</li> <li>3. 近代的かつ持続的な農業の発展</li> <li>4. サービス業の発展</li> <li>5. インフラストラクチャーの整備</li> <li>6. 各地域の持続的発展による新都市及び新農村の開発（社会保険や失業保険、労働者災害・職業病補償保険など保険システムを多様化し、大きく発展させる。労働者が各種保険にアプローチして加入することを奨励し、好ましい条件を与える）</li> <li>7. 所得向上のための施策と中所得以上の世帯数の増加</li> <li>8. 医療の発展とヘルスケアの質の向上（各レベルにおける保健サービスネットワークの強化、サービスの標準化、国民皆保険に向けた保険及び診療に関する政策・制度の改善、貧困層、子ども及び高齢者に対する政策の実施、保健人材の質の向上、全村への医師の配置、予防医療の強化、など）</li> <li>9. 教育・訓練制度の改善と発展</li> <li>10. 科学技術の迅速な発展と経済発展への貢献</li> <li>11. 環境保全と気候変動への対応</li> <li>12. 政治・社会秩序の確保と国際社会における地位の向上</li> </ol>	

出典：[JICA, 2014] [Vietnam Government Portal]

### 3.3.2 新しい状況に対応するための保健医療施設ネットワークの構築に係る首相決定

2016 年 12 月 5 日、新しい状況に対応するための保健医療施設ネットワーク構築に係る首相決定（2348/QĐ-TTg）が発出された。これは、CHS 及び郡保健センターなど、一次レベルにおける保健医療サービスを強化するもので、一次レベル施設の施設基準等の統一モデルの策定や運営能力の向上、IT の導入、人材開発等を通じ、2020 年までに住民の保健医療ニーズに十分に応え得る一次レベルの体制を概ね整備することが目標とされている（最終目標年次は 2025 年）。また、予防から治療、リハビリテーションまで、継続的かつ一貫した保健医療サービスが提供できるよう、社会経済的に困難な状況にある地域を重点に、医師の派遣を充実させるとしている。併せて、住民に対する健康教育や高齢者ケア、慢性疾患の抑制・管理、家庭医制度の充実なども目指すとしている。

さらに同決定では、財務面にも言及しており、以下の方策をとることによって、一次レベルの保健医療サービスを提供するために十分な資金を確保することとしている。

- 保険料を支払うことが困難な農林水産業等の従事者に対し、保険料を政府等が補助することによって加入率を向上させる。
- 一次レベルで保険適用となる医療サービスや医薬品のリストを改訂する。

- ・ 家庭医が提供するサービスについて、保険適用となるよう、サービス基準や価格を設定する。
- ・ 一次レベルの保健医療サービス施設で提供する基礎的保健サービスパッケージを策定する。
- ・ 政府予算でカバーされる予防サービスの費用を更新する。
- ・ 民間セクターとの連携を促進するための政策を策定する。

### 3.3.3 保健セクター5 力年計画 2016-2020

2016 年、保健省は、人民の健康保護・ケア・増進のための 2016 年から 2020 年までの計画（保健セクター5 力年計画 2016-2020）の 5 年間の保健セクターの開発計画を策定した。この計画は、2011 年から 2015 年における前計画の評価をもとに、2020 年までの目標と個別目標について示している。同計画の概要を表 3-3 に示す。

**表 3-3 保健セクター開発 5 力年計画 2016-2020 の概要**

目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 疾病・疫病の罹患率及び死亡率を減らし、平均寿命を延伸させ、人々のより良い健康へ寄与する。</li> <li>- 産業化・近代化に合った人々のニーズを満たすよう、保健システムの能力、有効性、持続性を強化する。</li> </ul>
個別目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>- すべての人々が、質の良い基本的保健サービスへアクセスできるよう、UHC を実現する。</li> <li>- 予防/リハビリテーション/プライマリヘルスサービス/治療サービスにおける連携・連結・統合体系を担保し、保健サービス提供者間のネットワークの質及び有効性を強化する。</li> <li>- 先天性疾患の減少、家族計画サービスの提供、質の良いリプロダクティブ・ヘルスサービスへのアクセスの改善などにより、妥当な出生率を担保する。</li> <li>- 保健人材に対する研修機会を平等に提供する。</li> <li>- 予算配分・執行の有効性を高め、国民皆保険達成に係る保健支出の割合を増大させる。</li> <li>- 予防・治療に係る人々のニーズに応えるよう、医薬品、ワクチン、血液、医療機材等を確保する。</li> <li>- 人々の保健セクターのニーズに応えるよう、政策実施能力を強化し、行政改革を推進する。</li> </ul>

出典：[MOH, 2016]

保健セクター開発 5 力年計画 2016-2020 では、社会経済開発計画 2016-2020 に示された、保健セクターに関する 16 の目標と 43 の目標が設定されている。後者には、健康保険に関する項目として 84.3%の加入率達成が、保健財政に関するものとして患者自己負担率 40%以下が、それぞれ含まれている。後者 43 の指標のうち、16 は非感染性疾患に関するものでり、同計画では、疾病構造の変化などを受け、非感染性疾患対策に重点が置かれることが推察される。

表 3-4 は、前期の保健セクター開発 5 力年計画において達成した成果及び課題、新 5 力年計画（2016-2020）における主たる活動と解決策をまとめたものである。新旧 5 力年計画の比較から、ベトナム政府が優先的に取り組んできた課題は、以下の通りである。

- ・ 中央、専門及び一部の省病院への患者の集中を減らす
- ・ 保健医療サービスの質を改善する
- ・ 下位レベル（コミュニケーション及び郡）のサービス提供能力を強化する
- ・ 適切なリファラルシステムを構築する
- ・ セクター間/診療科間での連携を強化する
- ・ 医療費を適正化する
- ・ 根拠に基づく政策・意思決定を促進する
- ・ 国家予算以外の財源を動員する

表 3-4 保健セクター開発 5 カ年計画（2011-2015）の成果及び課題と、新 5 カ年計画の主要課題

カテゴリー	2011-2015 の成果と課題	2016-2020*に取り組む主要課題と解決策
治療及びリハビリテーション	<p><u>成果</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>優先事項 1: 病院の混雑を解消する <ul style="list-style-type: none"> <li>病院のアップグレード（610/766 省病院及び郡病院）</li> <li>新病院の建設（5 中央病院）</li> <li>サテライト病院ネットワークの強化（41 省の主要 15 病院が 60 サテライト病院を有する）</li> </ul> </li> <li>90%の病院と 74.3%の CHS に、伝統医療科を設置</li> <li>2015 年までに、171 の民間病院（全病院の 11%、総病床数の 4.8%）と 30,000 以上の民間クリニックが開設</li> <li>病院の質管理 <ul style="list-style-type: none"> <li>55.4%の病院が質の管理ユニットを設置</li> <li>患者のフィードバック制度の構築</li> </ul> </li> </ul> <p><u>課題</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>予防/治療及びリハビリ、伝統医療と現代医療の融合</li> <li>高齢者介護モデル</li> </ul>	<p>病院の混雑を解消し、サービスの質を向上させる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 病院数と病床数の増加</li> <li>➤ サテライト病院ネットワークの拡大</li> <li>➤ 上位レベルから下位レベルへの技術移転（DOHA）</li> <li>➤ 全てのレベルで、質の管理システムの導入</li> <li>➤ 行政手続きの改革</li> <li>➤ プライマリーケアと高度先進医療、伝統医療と現代医療の融合</li> <li>➤ 下位レベル医療施設のゲートキーパー機能の強化</li> <li>➤ 簡易な手続きで、適切なリファラルネットワークを構築</li> </ul>
予防	<p><u>成果</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>優先事項 4: 草の根レベルのヘルスケアとプライマリーヘルスケアを強化</li> <li>優先事項 7: 効果的な医療コミュニケーションと健康教育の強化</li> <li>感染症予防能力の強化</li> <li>予防接種率 90%以上の維持</li> <li>予防可能な疾病の罹患率及び死亡率の減少（デング、手足口病、鳥インフルエンザ）</li> <li>高血圧、糖尿病、慢性肥満、慢性閉塞性肺疾患、喘息等の非感染性疾患の検査の実施</li> <li>教育省との連携のもと、学校教育を実施</li> <li>医療施設における環境管理の実施</li> <li>抗レトロウィルス薬（ARV）治療を受ける HIV 感染者数が、57.7%（2011）から 67.6%（2015）に増加</li> <li>食品安全にかかる検査訪問を実施</li> </ul> <p><u>課題</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>新興感染症</li> </ul>	<p>草の根レベルの医療ネットワークの構築、予防医療や健康増進の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ インフラへの投資</li> <li>➤ 組織改革</li> <li>➤ 適正な医療費導入による財政メカニズムの改革</li> <li>➤ 家庭医、在宅/地域を基盤としたケアへの適切な支払方法の確立</li> <li>➤ 地域医療サービスの強化</li> <li>➤ 予防接種拡大計画、抗レトロウィルス治療</li> <li>➤ 廃棄物管理</li> <li>➤ 食品安全</li> </ul>

カテゴリー	2011-2015 の成果と課題	2016-2020*に取り組む主要課題と解決策
	<ul style="list-style-type: none"> <li>特に中部高原や他の遠隔地における HIV と結核患者の二重感染</li> <li>感染症発生動向調査と、病院からの告知</li> <li>非感染性疾患の検査・治療に必要な医療サービスシステムの確立</li> <li>非感染性疾患対策プロジェクトが、統合、一貫性、継続性なく重複</li> <li>18 省における衛生的トイレ普及率の低さ</li> <li>食中毒</li> <li>不適切且つ柔軟性のない健康教育やコミュニケーション</li> </ul>	
リプロダクティブヘルス	<p><u>成果</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>人口増加率が年率 1.05%を維持</li> <li>出生前及び産褥期診断が 11 省から 63 省に拡大</li> <li>結婚前カウンセリングと健康診断モデルの開発</li> </ul> <p><u>課題</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>質の高い産前ケアへのアクセス</li> <li>リプロダクティブヘルスの満たされないニーズ</li> </ul>	<p>母子保健、人口家族計画の促進</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 産科医の遠隔地勤務の奨励</li> <li>➢ 妊産婦・新生児死亡検討会の設置</li> <li>➢ 衛生と栄養等、セクター間の連携強化</li> <li>➢ リプロダクティブヘルスの満たされないニーズへの関心</li> </ul>
保健人材	<p><u>成果</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>優先事項 5:保健人材育成強化 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 診断・治療に関する法律（2011 年）によれば、保健省配属の保健人材の 92%、他省庁配属の保健人材の 67%、省配属の保健人材の 89% が資格取得</li> <li>- コンピテンシースタンドアードの開発：看護師（2012 年）、助産師（2014 年）、総合診療医（2015 年）</li> <li>- 医師の行動倫理規約の開発</li> <li>- サービス提供態度改善活動の実施</li> </ul> </li> <li>優先事項 6:デマンドベースの保健サービス提供にかかるパイロットプロジェクトの実施</li> </ul> <p><u>課題</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保健人材の偏在</li> <li>管理能力</li> <li>不十分なインセンティブ・給与に起因する不適切な行為</li> </ul>	<p>保健人材、科学技術の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 地域及び国際基準に則った研修の実施</li> <li>➢ コンピテンシースタンドアード</li> <li>➢ 保健人材の適切な配置</li> <li>➢ 一般医の家庭医育成</li> <li>➢ 管理能力強化</li> <li>➢ 資格認定証の導入</li> </ul> <p>行動倫理規約及び職業倫理の実践</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 患者サービスの向上に成功したホーチミンモデルの拡大</li> <li>➢ 態度・行動の刷新</li> </ul>
保健財政	<p><u>成果</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>優先事項 2:公立保健医療施設における財政メカニズムの刷新 <ul style="list-style-type: none"> <li>- ソーシャライゼーション、共同企業体、官民連携（PPP）等を通じた政府予算以外の財源の確保</li> </ul> </li> </ul>	<p>保健財政改革と UHC ロードマップの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 保健財政戦略（2016 年）</li> <li>➢ 2020 年までに、総保健支出に占める公的保健支出の割合を少なくとも 60%にする</li> </ul>

カテゴリー	2011-2015 の成果と課題	2016-2020*に取り組む主要課題と解決策
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 新しい診療報酬価格の導入</li> <li>- (医療機関の) 自主財政制度導入の結果、貧困層に対する保険料補助への国家予算増額</li> <li>- 新財源の活用 (たばこ税により、2013 年は年間 4 千億 ドンを確保した)</li> <li>• 優先事項 3: 国民皆保険に向けたロードマップの実施               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 39 省で、準貧困層への保険料一部負担</li> </ul> </li> <li>• 人頭払い方式と DRG にかかるパイロットプロジェクトの実施</li> <li>• ベーシック・ヘルス・サービスパッケージ (BHSP) が現在、開発中。</li> </ul> <p><u>課題</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 高い自己負担率</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 外部投資、新財源 (たばこや酒税)、ローン、PPP 等の促進</li> <li>➢ 健康保険の利点、加入、社会的弱者支援に対する意識向上</li> <li>➢ 健康保険の加入率: 2020 年までに 84.3%</li> <li>➢ 脆弱な地域の病院や予防医療への優先投資</li> <li>➢ 予算配分において斬新的に成果主義を導入</li> <li>➢ 診療報酬改定 (経常費を計上)               <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ 健康保険基金の支払いは、経常費をカバーする</li> <li>⇒ 医療機関における自主財源制度の促進</li> </ul> </li> <li>➢ 病院経営にビジネスモデルを導入</li> <li>➢ エビデンスに基づく医薬品、医療サービスの提供、医療サービスの選択、技術、ニーズアセスメントの実施               <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ 2018 年までに BHSP の開発及びプライマリーヘルスケアパッケージの開発</li> </ul> </li> <li>➢ 人頭払い方式及び DRG パイロットの実施</li> <li>➢ 援助モダリティをプロジェクトローンから財政支援プログラムに変更</li> <li>➢ 保健人材の給与増額のための財源確保</li> </ul>
医薬品	<p><u>成果</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Vietnamese people prioritized domestically produced drugs” プロジェクトの実施               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 多くの病院で国産医薬品を使用し、患者の医療費負担を軽減した</li> </ul> </li> <li>• ベトナム社会保障 (VSS) の、薬価及び健康保険基金の支払いにおける役割強化</li> <li>• 予防接種拡大計画の 11 種のワクチンのうち 10 種が国産</li> </ul> <p><u>課題</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 概して、国民の多く、保健医療人材でさえも、ヘルスケアや治療において輸入医薬品を希望する傾向にある。</li> <li>• 薬価をコントロールする権限を持つ機関の不在</li> </ul>	<p>食品、医薬品、ワクチン、医療機材の安全を保障する管理機関の組織改革</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 食品安全及び医薬品の質をコントロールするメカニズムの改革</li> <li>➢ 医療機材のニーズの少なくとも 60%、医薬品についてはニーズの 80% を国内生産で賄う</li> <li>➢ 医薬品調達の中央一元化に関する規定の改定</li> </ul>
医療機材とインフラ	<p><u>成果</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 新病院建設、病院のアップグレード、サテライト病院の設立</li> <li>• 医療機材維持管理チームの設立</li> </ul> <p><u>課題</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 草の根レベルで入手困難。</li> </ul>	



カテゴリー	2011-2015 の成果と課題	2016-2020*に取り組む主要課題と解決策
ガバナンス	<ul style="list-style-type: none"> <li>維持管理メカニズム</li> </ul> <p><u>成果</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>関連法案の公布 <ul style="list-style-type: none"> <li>家庭医モデルが開発され、240 クリニックに適用（2013 年）</li> <li>たばこ規制（2012 年）、健康保険（2014 年）等.</li> </ul> </li> <li>ニーズに応じた組織改革</li> </ul> <p><u>課題</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保健政策が、タイムリーに発行されない。また政策間での重複、一貫性の欠如が見られる。</li> <li>関係者間の連携が限定的。</li> <li>保健政策策定に必要な情報やエビデンスが十分でない。</li> </ul>	<p>中央レベルから地方までのヘルスシステムを改革、統合、完備する。保健にかかる国のマネジメントを強化し、国際協力を促進する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 郡病院/保健センターは、予防と治療の 2 つの機能を有する。</li> <li>➤ 省の予防用医療施設の治療機能は、省病院に移管する。</li> <li>➤ 検査機能の統合</li> <li>➤ 啓発能力を強化するため、エビデンスを基にした政策の立案</li> <li>➤ マネジメント、サービス提供、健康保険支払等の業務における IT の活用</li> <li>➤ 隣国との連携</li> </ul>
保健情報システム	<p><u>成果</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保健情報システムに関する基本開発計画（2014-2020,2030）の実施</li> <li>文書管理ソフトウェアやウェブベースの管理が、保健省及び省/郡の保健局に導入された。</li> <li>電子健康保険証のパイロットプロジェクト</li> </ul> <p><u>課題</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>適切なフォーカルポイントが不在で、データ普及のメカニズムが不透明。</li> <li>病院内で診療記録が共有されていない。</li> <li>データの質（迅速性や完全性）が不十分。</li> <li>民間セクターが参画していない。</li> <li>定期的報告が不十分で、必要な情報が入手できない。</li> </ul>	<p>病院情報システム（HIS）を開発、医療コミュニケーションと健康教育の強化・改善</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 情報管理能力を強化し、政策決定者に、適切な政策にかかるエビデンスを提供する。</li> </ul>

注: \*新 5 カ年計画（2016-2020）では、BHSP という表現がベトナム語版、英語版双方に記載がない。保健省によれば、誤解を招く恐れがあるため、別の表現に変えられたとのことである。

出典: [MOH, 2016]

### 3.3.4 健康保険に係る主な法規定

先述のとおり、ベトナム政府は 1980 年代後半から健康保険に関するさまざまな法令を制定し、実行してきた。関連する主な法令とその内容を表 3-5 に示す。

**表 3-5 健康保険に係る主な法規定**

共同通達 4/2012/TTLT-BYT -BTC (2012 年 2 月)	公立保健医療機関における医療費の上限について 保健省と財務省の共同通達で、公立の保健医療機関で提供される 447 の医療サービス（診察・治療）の医療費の上限を定めている。この通達に基づき、各保健医療機関は提供する医療サービスの種類や価格を保健省に申請し承認を得る。
通達 27/2013/TT-BYT (2013 年 9 月)	健康保険が適用される医療機器、医薬品について 保健省による通達で、健康保険が適用される医療機器や医薬品（消耗品、診断用機器、治療機器・医薬品等を含む）について規定している。
通達 43/2013/TT-BYT (2013 年 12 月)	健康保険が適用される診療・検査項目について 保健省による通達で、医療システム、治療法に基づく、一連の診療行為・検査項目について定めている。
法律 46/2014/QH13 (2014 年 6 月)	健康保険法改定に関する法律（改定内容の詳細については添付資料 2 を参照） 健康保険法（25/2008/QH12）について、以下を含む改定等を規定している。 ・ 健康保険の強制加入制度 ・ 世帯単位の加入制度の導入 ・ 保険料の引き上げ（4.5%から 6.0%） ・ 健康保険利用の際の自己負担割合の引き下げ ・ 貧困層、社会経済的弱者、離島地域に居住する人々：5%から 0%へ ・ 戦争功労者：20%から 5%へ ・ 同省内における郡及びコミューンレベル医療機関へのアクセス自由化（2016 年 1 月 1 日開始） ・ ベトナム国内における省病院のアクセス自由化（2021 年 1 月 1 日開始） ・ BHSP の公布（2018 年）
共同通達 41/2014/TTLT-BYT -BTC（2014 年 11 月）	健康保険法実施要領 健康保険法及びその改定法に係る保健省と財務省の共同通達で、以下について規定している。 ・ 健康保険加入者（5 グループ） ・ 保険料規定、保険料納付手続き ・ 健康保険証の発行、被保険者リストの作成 ・ 医療サービスの提供、アクセス、審査 ・ 診療報酬支払制度（人頭払い、出来高払い、受診患者数ベースの支払） ・ 保険者と被保険者間の診療報酬請求・支払制度 ・ 健康保険基金の資金管理
通達 50/2014/TT-BYT (2014 年 12 月)	レベル別の手術、診療行為、医療人材に係る基準 手術・診療行為の難易度と各サービスに対する人材配置基準を規定し、診療サービスの難易度に応じた医師の技術手当について定めている。
首相決定 1584/QĐ-TTg (2015 年 9 月)	2015 年から 2020 年までの健康保険実施目標 2015 年の首相決定で、各省の 2015 年から 2020 年までの健康保険加入率の目標を設定している。VSS は人民委員会と協力し、6 カ月ごとに実施状況を取りまとめ保健省に報告することと定めている。
共同通達 37/2015/TTLT-BYT -BCT (2015 年 10 月)	同レベル保健医療機関の統一価格に関する規定 保険適用となる診療サービスについて、同レベル保健医療機関における全国統一価格を規定している。健康保険を利用せずに受ける診療サービスについては、旧価格を適用するとしている。

<p>決定 4389/QĐ-BYT (2016 年 8 月)</p>	<p>国家健康保険政策カOUNシルの設立</p> <p>健康保険に係る政策について、保健省、VSS、医療機関、学術機関等の代表からなるカOUNシル及び 5 つのサブカOUNシル（①医薬品、②医療材料、③技術サービス、④価格・保険料・健康保険基金収支、⑤加入促進と管理）の設立とそのメンバー構成を規定している。</p>
<p>通達 35/2016/TT-BYT (2017 年 1 月)</p>	<p>健康保険基金から支払われる診療報酬支払いの料率と条件</p> <p>先進医療、高度医療及び高額な医療サービス（CT 検査等 124 種）について、健康保険基金から診療報酬を支払う際の条件と支払い割合を規定している。また、遺伝子診断等 16 種については、当面健康保険適用外とされている。</p>

出典： [The National Assembly, 2014] [MOH, 2013] [MOH and MOF, 2014] [MOH and MOF, 2012] [MOH, 2013] [Prime Minister, 2015] [保健省, Aug. 2016] [保健省, Sep. 2016]

### 3.3.5 ロードマップ

#### (1) 国民皆保険に向けたロードマップ 2012-2015 及び 2020

2013 年 3 月、ベトナム政府は、2012 年から 2015 年及び 2020 年までの期間における、国民皆保険に向けたロードマップ実施案の認可に関する首相決定（538/QĐ-TTg、UHI ロードマップ）を公布した。この UHI ロードマップには、実施の目的、目的達成に向けた取り組み、関連機関の任務などが示されている。表 3-6 は、2012 年から 2015 年及び 2020 年までの期間に実施する具体的な取り組みをまとめたものである。

健康保険法の改正、世帯単位の加入制度や補助対象者リストの共有など、UHI ロードマップに示された取り組みのほとんどが 2016 年 1 月時点ですでに達成されつつあるが、IT を活用した医療費支払手続きの改善や一次レベルの医療サービスの質の改善、診療報酬支払制度の改定、支払審査制度の改善などは継続して取り組むべき課題となっている。

なお、第 2.3 節に述べたように、健康保険の加入率目標については、2016 年 6 月に、首相の指示により 2020 年までに 90%とされた。

**表 3-6 国民皆保険に向けたロードマップ 2012-2015 及び 2020 の概要**

	目標	実現に向けた取り組み
短期 2015 年まで	- 加入率 70%以上	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 政策の整備：2014 年に健康保険法改正案の国会提出</li> <li>2. 地方行政の積極的参画</li> <li>3. 健康保険のカバレッジの拡大 <ul style="list-style-type: none"> <li>・民間企業被用者に対する強制加入の徹底や違反企業の取締強化</li> <li>・準貧困者や学生に対する保険料の補助</li> <li>・世帯単位での保険制度の検討、関係組織間での補助対象者リストの共有など</li> </ul> </li> <li>4. 保険適用サービスの質と満足度の向上 <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療費支払い手続きの改善、IT 活用、パッケージの見直し、薬のコスト管理メカニズムの検討、下位病院への技術移転など</li> <li>・すべての CHS に医師を配置、保険適用のケアを提供、下位施設に医療人材を配置できるようなインセンティブの設計</li> <li>・民間医療機関の保険参加</li> </ul> </li> <li>5. 予防医療、プライマリーヘルスケア（PHC）の促進</li> <li>6. 健康保険法の周知活動</li> <li>7. 保険診療費の財政メカニズムと支払い方法の改善 <ul style="list-style-type: none"> <li>・出来高払いから人頭払いあるいは包括払いへのシフトの促進</li> <li>・保険を使わない加入者へのインセンティブ付与（医療費を軽減）</li> <li>・支払った保険料に見合う給付の検討</li> </ul> </li> <li>8. 保険に関する監査、審査の徹底</li> <li>9. 政府組織の管理能力の強化</li> <li>10. 健康保険基金の維持</li> <li>11. IT の活用 <ul style="list-style-type: none"> <li>・2013 年以降、健康保険証のスマートカード化を検討</li> </ul> </li> <li>12. 研究と国際協力</li> </ol>
中期 2020 年まで	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 加入率 80%以上</li> <li>- 患者自己負担（OOP）40%未満に抑制</li> <li>- 保険適用サービスの質の向上</li> </ul>	<p>保険適用サービスの質と満足度の向上（上記 4.）について、2020 年までに専門診療科を含めたヘルスケア・ネットワークの構築*</p>

注： タイムラインの言及はないが、首相決定は 2020 年までを視野に入れているため、2020 年までのカテゴリーに入れている。

出典： [JICA, 2014]

## (2) BHSP ロードマップ

2018 年までに BHSP 全国版の承認を得るべく、保健省は 2014 年 10 月より BHSP ロードマップ（2015 年 4 月承認）に基づいて、データ収集・分析を行ってきた。第一期は 2015 年 4 月に終了し、第二期は同年 5 月より実施されている。表 3-7 に概要をまとめるとともに、以下に現状を述べる。

表 3-7 BHSP ロードマップの概要

期間			活動内容	期待される成果
第一期	14	11	<input checked="" type="checkbox"/> BHSP 開発評議会、技術チーム、及び中央及び省レベルのステアリングコミッティを設置する。 <input checked="" type="checkbox"/> BHSP を管理するためのカウンシル (BHSP カウンシル) の権限等を規定する。 <input checked="" type="checkbox"/> 最終版 BHSP ロードマップへの承認を得る。 <input checked="" type="checkbox"/> 関連する保健医療サービスを調査する。 <input checked="" type="checkbox"/> 数理分析を用いて、保健医療サービスの利用及び費用に関する分析を行う。	<input checked="" type="checkbox"/> BHSP カウンシル設立に係る決定書 <input checked="" type="checkbox"/> BHSP カウンシル権限規定書 <input checked="" type="checkbox"/> BHSP ロードマップへの承認 <input checked="" type="checkbox"/> 保健医療サービス報告書 <input checked="" type="checkbox"/> 優先サービスの利用及び費用に関する数理分析ドラフト
		1月 - 4月		
第二期	2015	5月 - 12月	- 政策ゴールを特定する。 <input checked="" type="checkbox"/> BHSP カウンシルを設立する。 <input checked="" type="checkbox"/> 第2期における連携体制を確立・実施する。 <input checked="" type="checkbox"/> VSS のデータベースに基づいた保険数理分析を実施する。 - 優先される保険医療サービスのオプションを特定する。 - BHSP 策定オプションを作成するとともに、資金源を特定する。 - パイロット調査の実施方法、マニュアル及びモニタリング評価計画を起案する。 - パイロット調査において試行するオプションを選定する。 - 12 カ月間のパイロット調査を実施する。 - (先送りされている) 予防サービスについて BHSP への取込みを検討する。	- 政策ゴールに関する関係者の合意 <input checked="" type="checkbox"/> BHSP カウンシル設立に係る決定書 <input checked="" type="checkbox"/> 具体的な連携戦略 - BHSP カウンシルが承認した分析結果 - BHSP オプション - パイロット調査実施要領、同マニュアル、モニタリング評価計画 - パイロット調査報告書
		1月 - 12月	- 連携戦略を実施する。 - パイロット調査のインパクト評価を実施する。 - 改定 BHSP の実施マニュアルを作成する。 - BHSP 導入に係る通達を起案する。 - 保険適用パッケージの適用拡大についての実施戦略を策定する。 - 改定 BHSP に係る通達を發布する。	- 連携戦略の実施計画及び成果 - パイロット調査のインパクト評価報告書 - 改訂実施マニュアル - BHSP に係る通達案及び発布
第三期	2016	1月 - 12月		

注： ☒=2017 年 1 月までに本調査において実施が確認された項目

出典： [MOH, 2015]、調査団による仮訳

## 1) 実施体制

表 3-8 に、BHSP ロードマップの実施体制を示す。保健省計画財務局が全体の活動を統括している。データ収集・分析に係る作業は、米国国際開発庁 (USAID) による Health Finance and Governance Project (HFG) の支援を受け、Abt Associates<sup>23</sup>とハノイ国民経済大学が実施した。

なお、BHSP ロードマップにおいて、設立されることとなっていた BHSP に関するカウンシルに代わり、決定第 900/QĐ-BYT 号 (2016 年 3 月) 及び決定第 4389/QĐ-BYT 号 (2016 年 8 月、決定 900 号の改訂版) に従い、国家健康保険政策カウンシルが設立されることが決定した。同カウンシルは、保健副大臣を議長、ベトナム社会保障副長官を副議長とし、事務局は健康保険局となる。カウンシルの主な役割には、保険適用サービス、医薬品、医療材料、診療費の改定等と共に、BHSP の策定も含まれる。またカウンシルのもと、5 つのサブカウンシル (①医薬品、②医療材料、③技術サービス、④

<sup>23</sup> HFG 及び Abt Associates については、5 章参照。

価格・保険料・健康保険基金収支、⑤加入促進と管理）が設置されることとなった。

**表 3-8 BHSP ロードマップ実施体制**

関連組織/部局		主な役割
保健省	- 計画財務局	全体統括・調整
	- 健康保健局	策定作業に係る技術的支援
	- ベトナムエイズコントロール管理局 (VAAC)	
	- 医療サービス局 (MSA)	
	- 保健戦略政策研究所 (HSPI)	
ベトナム社会保障 (VSS)		データ収集に係る協力・支援
パイロット省*	- 保健局	
	- 保健医療機関	
	- 省社会保障 (PSS)	
ドナー	- ルクセンブルグ開発公社 (LuxDev)	データ収集・分析、技術支援 (第 1 期)
	- HealthFinanceandGovernanceProject (HFG) /USAID	データ収集・分析、技術支援 (第 2 期)

注： 第一期-ThuaThien-Hue (フエはフエ中央病院のみ)、及び HaNam、NgheAnh、KhanhHoa、GiaLai

第二期-HanoiandHoChiMinh (バックマイ病院及びチョーライのみ)、及び HoaBinh、NgheAnh、BinhDinh、DongThap

出典： 聞き取りにより調査団作成

## 2) 進捗

第一期では、対象省の省病院、郡病院、コミュニケーションヘルスステーション (CHS) における、診療及び予防サービスの提供・利用頻度や支出に関する情報が収集・分析された。

HFG 及びハノイ国民経済大学によると、第二期では、2012 年から 2014 年の 3 年間にわたる、コミュニケーション、郡、省レベルの各保健医療機関におけるサービス提供・利用に関するより詳細なデータが収集された。2016 年 2 月の時点で、およそ 50 万件が収集されたが、すべての年次のすべてのレベルのデータ収集が完了したパイロット省はなかった。また、保健医療機関から提出されたデータと PSS から提供されたデータに齟齬があるなど、データの信頼性が低く、HFG は PSS と協力して病院でのデータ検証を行うなど、さらなる検証作業に時間を要した。

HFG は、収集済みのデータで保険数理分析を行い、その中間報告が、2016 年 4 月のワークショップで公表された。しかし、同ワークショップでは、一部の診療行為に基づく単純集計結果の報告にとどまり、BHSP オプション案については提示されなかった。同 8 月の進捗報告では、HSPI が BHSP の定義や方向性に係る提案を行ったが、関係者の合意形成には至らなかった。さらに同 11 月に保険数理分析の最終結果及び BHSP オプション案が報告され、高額となる先進医療や検査については、保険適用や支払いに一定の条件を設定することについては、概ね関係者が合意した。一方、2016 年 10 月には BHSP の第二案<sup>24</sup>が、2017 年 1 月には第三案が策定され、関係者による議論が引き続き行われている。

なお、パイロット活動については、計画財務局によると、パイロット調査には最低でも 1 年間必要であり、その後の通達の起案と関係者間の調整に半年間を要することから、パイロットは 2016 年 6 月までには開始される必要があった。しかし、実際には上記のように BHSP 策定にかかる作業が大幅に遅れた。加えて、BHSP の全国への適用を 2017 年 1 月にするとの意向が保健省上層

<sup>24</sup> 第一案については発出時期等が確認できなかった。

部より示されたため、パイロット活動を行うことなく、上記のようにドラフト策定が進められている。

### 3) HFG により収集されたデータの概要

2016 年 2 月に、2 省について、一部のデータが調査団に共有された。これによると、表 3-9 に示すデータが各保険医療機関から収集された。

**表 3-9 HFG により収集されたデータの概要**

分類	データ	
人口動態	人口、性別、年齢層	
健康保険加入情報	加入者リスト（匿名化処理済み）	
外来及び入院	施設名	
	患者の基本属性	- 生年月日 - 性別 - 識別番号（調査用と思われる）
	健康保険加入状況	- 加入の有無 - 保険証番号 - 有効期限 - 登録医療機関
	リファラル（されてきた場合）	- 所定の手続きの有無 - リファラルもとの施設名
	サービス利用	- 来院日 - 退院日（外来の場合は来院日と同一） - 在院日数 - ICD-10 による診断名 - 受診した診療科
	提供されたサービス及び支払い	- 診療サービス/医薬品名 - 単価 - 支払合計額及び支払い内訳 ・ 健康保険基金 ・ その他財源 ・ 患者負担

出典：HFG-USAID

共有されたデータを見る限りにおいては、集計によって以下のような情報を得ることが可能と考えられる。ただし、データは提供された診療サービスあるいは医薬品ごとに一行になっているため、同一人物の同日の来院でも複数行にわたっている。このため、各サービスや医薬品に対する支払額等は容易に把握できるが、一つの診断に対しどのような診療や処方が行われたかについて把握するには、データシートを加工する必要がある。

- 一つの診断に対する診療プロセス（検査、治療、処方）と支払総額  
ただし、データでは一応でも治癒したのか、中断したのか、リファールされたのかは記録されていないため、あくまでもその施設でのサービス内容に限定される。
- 年齢層別や健康保険加入グループ別、サービスレベル別などの、主な疾患  
ただし、そもそも保健医療機関にアクセスしないグループは含まれないため、全体としての疾病構造あるいは主要疾病を把握することはできない。

- 主要な疾病に対して行われる主な診療サービスと処方  
ただし、その妥当性については専門家が検証する必要があると考えられる。

なお、第一期及び第二期ともに、データ収集への協力と収集したデータの正確性・信頼性は大きな課題となっている。概して、財務状況に関するデータの取得は極めて困難である。また、ベトナム社会保障及び PSS からのデータ提供は全般的に円滑とは言えない。本調査においても、要求された正式な方法で再三依頼しているが、グループ別保険加入の状況や健康保険基金の財務状況などベトナム社会保障からのデータは殆ど提供されていない。WHO によれば、これまでに実施された診療報酬支払い方法のパイロット調査においても、ベトナム社会保障からのデータ提供が得られなかったために、とん挫したり、十分な検証が行えなかったりしたケースがある。

#### 4) BHSP に関する関係者間の理解及び合意形成の状況

本調査期間中、BHSP に関する理解について複数の関係機関等から繰り返し聞き取りを行い、関係のワークショップに参加したが、関係者及び質問時期により理解や見解は異なり、合意形成は困難な状況であった。

計画財務局によると、BHSP はベトナムにとって新しい概念であり、すべての関係者が現段階で共通理解を持つことは非常に難しいとのことである。また、同局の説明も一定していない。本調査における面談や保健省の会議等においては、現行の保険適用サービス（第 43 号通達）の見直しである、との説明が多い。しかし、現在開発しているのは、疾病ごとに最低限必要な診療行為を特定して保険適用とするもっとも基本的なパッケージで、今後、母子保健や主要感染症などの保険適用パッケージを順次開発する構想である、との説明があったこともある。

本調査の聞き取りでは、ドナー機関においてもその理解は異なっており、地方の関係者においては、データ収集・提出の指示に従うのみでその目的である BHSP については説明がないので理解していない、という見解が示されることもあった。本調査期間中も、BHSP の定義や方向性に関する議論は繰り返し行われたが、関係者による明確な合意形成はなされなかった。

BHSP に対する期待や懸念は多岐に亘るが、調査で訪れた 4 省では以下のような点が挙げられた。

- BHSP は、患者のニーズに基づき整備されるため、健康格差が解消され、地域差も縮小するだろう。
- BHSP は、予防接種等の予防サービスが含まれる<sup>25</sup>。予防サービスにかかる費用が健康保険基金から支払われるため、政府の保健支出が抑えられるだろう。
- 政府の BHSP の方針が明確でないため、省の BHSP にかかるビジョンも明確ではない。
- 先進医療や検査が BHSP に含まれなければ、それらは健康保険でカバーされず、患者負担の増加を招く。
- BHSP は、医療サービスを受ける患者負担の軽減につながるだろう。

<sup>25</sup> 実際には、予防サービスが含まれるかどうか方針は決定されていない。



## 5) 数理分析等の結果概要

上記2) に述べたように、BHSP の検討のため、HFG が行ってきた数理分析にかかるワークショップが、保健省はじめベトナムの関係機関、ドナー関係者の出席を得て、2016 年 4 月及び 11 月に開催された。

この数理分析は、BHSP 開発にあたり、優先されるサービスの利用及び費用の分析を行うことを目的に実施されたものであるが、4 月のワークショップでは、ごく初期的な単純集計の報告にとどまった。サービスについては、出産における帝王切開のケースを用いた単純集計結果が報告されたが、BHSP に含まれるべき優先サービスのオプション案については提示されなかった。また費用に関連し、入院・外来患者の来院頻度・一来院あたりの費用・地域や施設規模ごとの差異、ICD 分類ごとの費用などが報告されたものの、一連の集計結果が、どのように BHSP 策定につながるかについては言及されなかった。BHSP オプション案の提示は、最終結果報告まで持ち越されることとなった。11 月に提示された結果及びオプションも、4 月のものから大きく進展したものではなかった。

## 6) 最新の BHSP の方向性

2017 年 1 月までの関係者からの聞き取り等によると、BHSP は一次レベルの保健医療機関（CHS、郡保健センター及び家庭医）が提供する治療及び予防サービスのパッケージと規定され、二次レベル以上の保険適用サービスは「保険適用パッケージ」と位置づけられる方向である。本調査終盤までは、BHSP はすべての保険適用サービス及び医薬供給品を含むとされてきたが、最新の方向性は、これとは異なるものである。しかし、第 3.3.2 節に述べた一次レベルの保健医療サービスの強化に係る首相決定の方向性に合致しており、基礎的サービスと言う意味でも、広く受け入れやすい考え方になったと言える。この方向性に沿って、BHSP は以下の考え方で整備される見通しとなっている。

- UHC の実現に向け、すべての人が公平に保健サービスにアクセスできるようなサービス提供体制を確保する。
- 一次レベルの保健医療施設におけるサービス提供能力を担保する。
- 健康保険基金及び公的資金の支払い能力を考慮する。
- 透明性と説明責任を担保する。
- 1 から 2 年ごと、或いは必要に応じて、定期的に更新する。

なお、二次及び三次レベルにおける保険適用パッケージについては、第 3.3.4 節に示した通達 35 号に沿って、高額な医療サービス及び医薬品については支払い条件を設定する方向で、保健省が見直しを進めている。

### 3.3.6 実施計画

#### (1) 保健省、ベトナム社会保障による UHI ロードマップ実施計画

上記 UHI ロードマップを受け、保健省及びベトナム社会保障はそれぞれ実施計画を策定した。それら実施計画には、活動、予算、関係各部署の責務などが記載されている。表 3-10 に、2013 年に保健省が発行した UHI ロードマップ実施計画<sup>26</sup>の概要を示す。

**表 3-10 保健省による UHI ロードマップ実施計画**

目的
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 健康保険加入率の向上</li> <li>- 健康保険が適用される診療サービスの質の向上</li> <li>- 財政メカニズムの改定</li> </ul>
活動
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 健康保険制度の法整備</li> <li>- 健康保険加入率向上に向けた関係機関の機能強化</li> <li>- 保健医療サービスの質の改善に向けた取り組みの実施</li> <li>- 予防医療、PHC の促進</li> <li>- 財政メカニズムの改定に向けた取り組みの実施</li> <li>- 健康保険に関する法制度、政策の広報活動の実施</li> <li>- 関連法制度、政策の実施状況のモニタリング</li> <li>- 国民皆保険に向けた取り組みのモニタリング</li> </ul>
予算
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 国家予算</li> <li>- 国際援助機関による財政支援</li> </ul>
責務
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 健康保険局：中央運営委員会設立に係る、保健省への助言及び地方政府機関への指示</li> <li>- 計画財務局：本計画実施のための予算配分</li> <li>- 関係各機関/部署：各部署における実施計画の策定及び調整</li> <li>- 省及び郡保健局：本計画実施に係る、省及び郡人民委員会への助言</li> </ul>

出典： [MOH, 2013]

2013 年にベトナム社会保障が発行した実施計画<sup>27</sup>の概要を表 3-11 に示す。

<sup>26</sup> 605/KH-BYT

<sup>27</sup> 2961/KH-BHXH

**表 3-11 ベトナム社会保障による UHI ロードマップ実施計画**

目的
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 健康保険加入率の向上</li> <li>- 健康保険が適用される診療サービスの質の向上</li> <li>- 健康保険基金の資金管理</li> </ul>
活動
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 健康保険政策の策定及び改定</li> <li>- 健康保険加入率の向上</li> <li>- 健康保険関連法令及び政策の広報活動の実施</li> <li>- 健康保険基金の資金管理と維持</li> </ul>
実施機関
<ul style="list-style-type: none"> <li>- VSS における中央運営委員会の設立</li> <li>- 地方運営委員会の設立</li> </ul>
責務
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 広報部：全国すべての加入対象者に向けた、関連法令及び政策に係る広報の実施</li> <li>- 保険料徴収部：加入率向上に向けた、2015 年及び 2020 年計画の策定</li> <li>- 保険証・手帳発行部：健康保険制度の電子化に向けた保険証の改定</li> <li>- 健康保険実施部：関連法令の改定に係る、各関係機関/部署との調整</li> <li>- 医薬品・医薬供給品部：医薬品関連法令の改定に係る、各関係機関/部署との調整</li> <li>- 監査部：健康保険政策実施の監査に係る、関係機関/部署との調整</li> <li>- 情報センター：データセンターの設立、ソフトウェア開発、サーバーやワークステーションの整備</li> </ul>

出典：[VSS, 2013]

### 3.4 関連機関

健康保険制度にかかわる主な機関は、保健省とベトナム社会保障である。保健省が政策や法律、規定等を整備するとともに、それらの実施を監督する。ベトナム社会保障は、定められた法制度に沿って健康保険制度を実施するとともに、健康保険基金を管理する。表 3-12 に、主な組織の役割をまとめる。

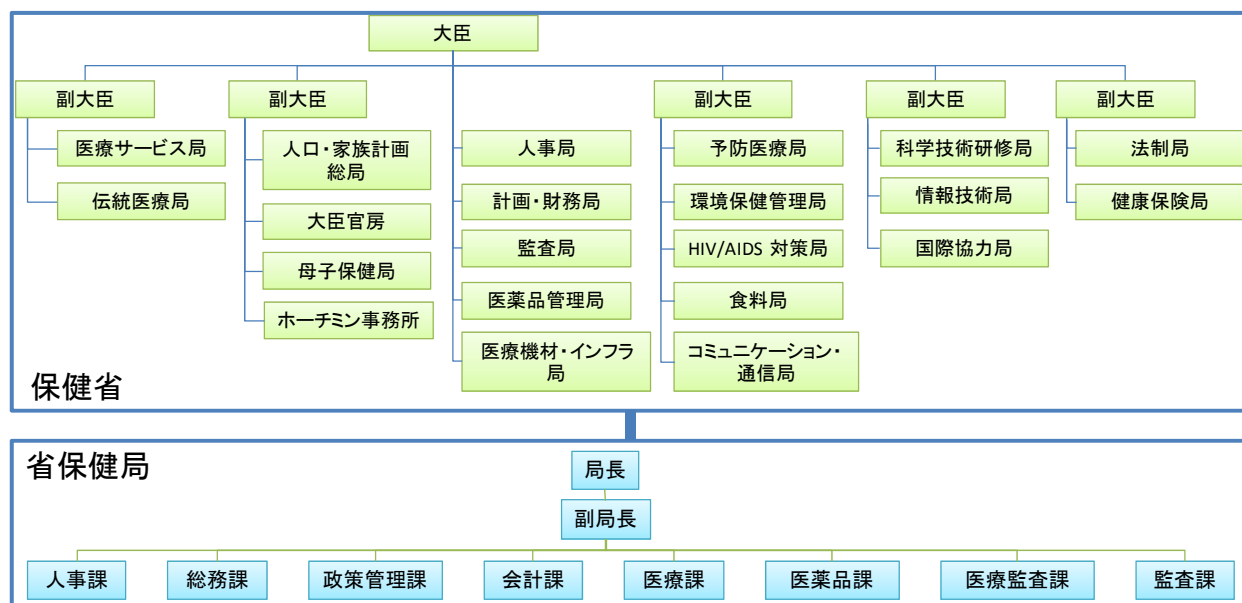
**表 3-12 健康保険制度の設計と実施に関連する主な役割分担**

組織	主な役割
保健省	政策、規定、ガイドライン等の整備と実施監理
計画財務局	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 支払い方式の検討</li> <li>- 診療報酬の設定・改定</li> <li>- BHSP の策定</li> </ul>
健康保険局	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 法制度の整備・改定</li> <li>- 戦略・開発計画の策定</li> <li>- 加入率の向上</li> <li>- 健康保険基金の収支のモニタリング</li> </ul>
医療サービス局	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 保険適用診療サービスリストの策定・改定</li> </ul>
VSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 健康保険制度にかかる政策等の実施</li> <li>- 健康保険基金の管理</li> </ul>

参照：[The National Assembly, 2014],[Government, 2008],保健省へのインタビュー

#### 3.4.1 保健省

図 3-2 に保健省の組織図を示す。



出典：[JICA, 2014]

図 3-2 保健省及び保健局組織図

健康保険制度に関する保健省の役割と責務には、1)健康保険関連政策、法令の策定及び公布、2)健康保険が適用される医薬品リスト、診察・治療項目の策定及び公布、3)健康保険基金の財政管理施策の導入、4)医療機関、関係機関、個人が健康保険法を遵守するための指導の実施、などがある。

### (1) 計画財務局

計画財務局には、協調・政策課、国家予算課、投資・業務管理課、援助課、診療報酬支払課、保健防衛課、保健統計・情報課の 7 つの課が設置され、これら部署に合計 72 名の職員が在籍している。同局では、保健財政（医療費の管理、保健省及び傘下の各機関の予算管理など）、保健行政に係る計画の策定・承認などの役割を担う。健康保険制度に関しては、支払い方式にかかる検討、診療報酬の制定・改定（財務省と共同）、及び BHSP の策定に係る調整やとりまとめなどを担当している。

また、BHSP 策定に関しては、1) 関係機関/部署の作業の指揮、2) 財政メカニズムに関する法令・政策や医療サービス価格の分析、3) 予算計画への助言、などを行っている。

#### 1) 診療報酬支払課

診療報酬支払課には 7 名の職員が所属する。同課の主な責務には、1) 診療報酬支払方式に係る法的文書の整備、2) 価格設定に係る調査の実施、3) 保健省傘下の保健医療機関への診療報酬支払実施計画の管理及び評価、4) 診療報酬支払制度管理のための新技術導入計画の策定、などがある。

## 2) 保健統計・情報課

保健統計・情報課には 7 名の職員が所属する。同課では、保健省通達 27/2014/TT-BYT 及び 28/2014/TT-BYT（詳細は 6.1 参照）に定められた保健情報を取りまとめる。主な責務には、1) 保健統計に係る 5 カ年及び年間計画の策定、2) データ収集及び分析のためのデータベースの開発・管理、3) 保健統計に係る年次報告書の発行、4) 保健省傘下機関が実施する保健統計活動の指導・監督、5) 保健省が実施する保健統計活動の評価、などがある。計画財務局の責務について定めた保健省決定 1168/QD-BYT によると、同課ではデータ収集のほか保健統計分析の役割も担うこととされているが、現在のところ統計分析は実施していない。

## (2) 健康保険局

健康保険局には 22 名の職員が在籍しており、国民皆保険達成に向けた計画の実施状況の取りまとめを行う。同局の主な責務には、1) 健康保険に関する法的文書の整備、2) UHC 達成に向けた戦略、短期・長期開発計画の策定、3) 健康保険加入促進及び保健サービスの質の向上、4) 健康保険基金の財務管理、などがある。健康保険基金の財務管理業務では計画財務局やベトナム社会保障と、医療機材や医薬品、保険適用サービスのリスト作成に際してはその他関係機関と連携している。

BHSP の策定にあたっては、1) 健康保険手続き、関連政策の分析、2) 健康保険が適用される医薬品や診療・治療項目リストの作成及び改定作業などに取り組むこととなっている。

## (3) 医療サービス局

医療サービス局は、診療、リハビリテーション、臓器提供、監察医、法医学等の分野に係る政策の策定・実施を担当する。健康保険に関しては、保健医療機関の分類・基準の設定と評価、診療サービスリストの設定などを行っている。なお、健康保険が適用されるサービスをレベルごとに定めた保健省通達 43/2013/TT-BYT、及びこれを更新し、医師の手当てと連動する各サービスの難易度を定めた 50/2014/TT-BYT は、同局の主導のもとで制定された。

## (4) 情報技術局

情報技術局は、保健医療システムへの IT の導入、開発などを行う。IT の導入に際しては、同局が導入計画、政策策定、IT 適用の実行まですべての役割を担うが、健康保険に関する IT の導入については、健康保険局が担当している。

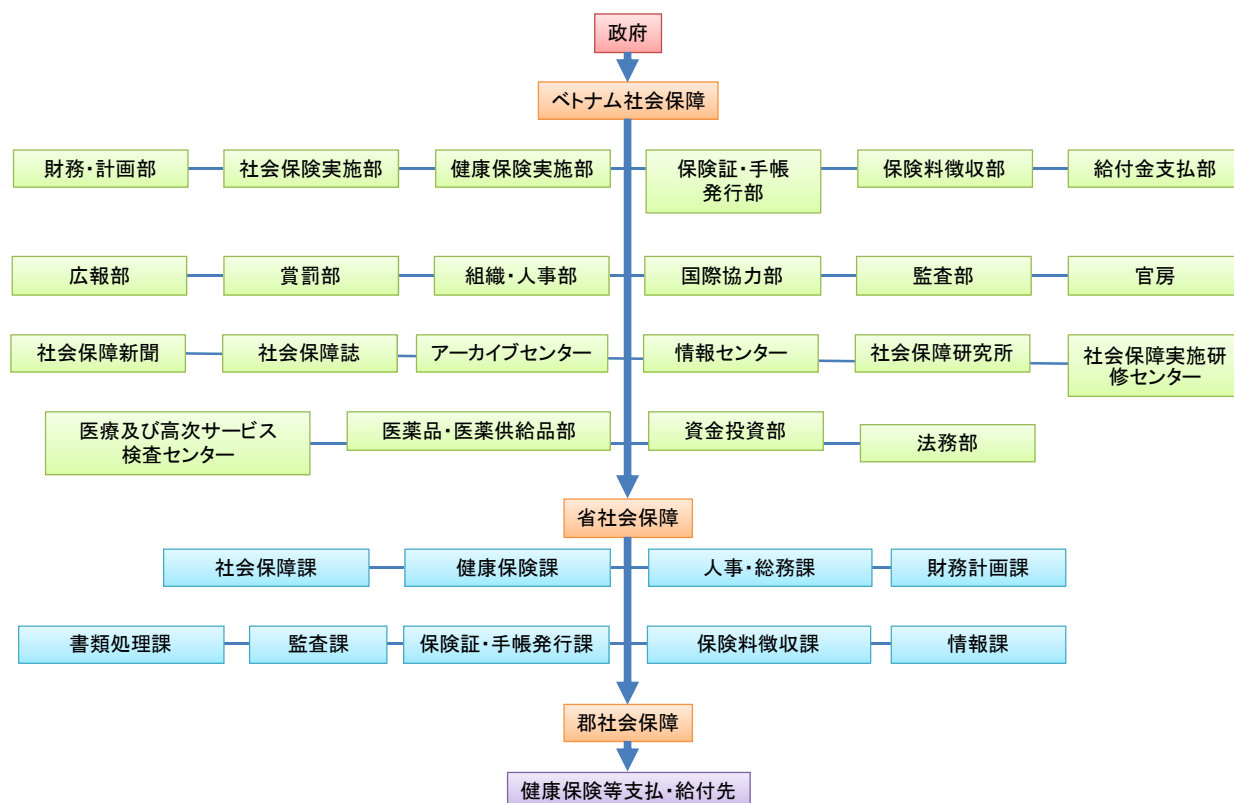
同局の下には 6 つの課と 2 つのセンターが設置され、合計 63 名が在籍する。同局の責務と機能については、保健省決定 4048/QD-BYT に規定されている。

### 3.4.2 財務省

財務省は、公共支出局が健康保険制度を管掌する。同局は、社会保険基金、健康保険基金、及びその他公共支出に係る基金の財務管理に関する法的文書の整備などを担当する。

### 3.4.3 ベトナム社会保障（VSS）

ベトナム社会保障は健康保険制度及びその他社会保障制度の実施機関であり、ベトナム社会保障にかかる決定 [Government, 2008]によれば、組織の開発戦略及び計画は首相に提出することとされている。健康保険制度に関しては、政策実施状況は保健省に、健康保険基金の管理状況は財務省に、それぞれ報告義務がある。図 3-3 にベトナム社会保障の組織図を示す。



Source : [JICA, 2014]

図 3-3 ベトナム社会保障及び地方社会保障（SS）の組織図

1995 年に、それまで社会保険における長期保険（退職年金、遺族年金等）を担当していた MOLISA と、短期保険（労災保険、出産手当等）の実務（保険料の徴収業務と保険給付業務、事務手続等の制度運營業務）を担当していたベトナム労働総連合（VGCL）の業務がベトナム社会保障に集約された。また、2002 年には、それまでベトナム健康保険（VietnamHI）が担当していた健康保険の実務（保険料の徴収業務と保険給付業務、事務手続等の制度運營業務）もベトナム社会保障に統合され、社会保障業務全体の実務管理がベトナム社会保障に一元化されることとなった。さらに 2009 年以降は新たに導入された失業保険の管理も行っている [JICA, 2014]。

徴収された保険料は、ベトナム社会保障に納付され、基金の管理は中央で一元化されている。各地方の社会保障（SS）は給付予算額が不足した場合は中央へ申請し、余剰分は返還する仕組みとなっている。

省社会保障（PSS）は、保険に関する広報、管轄地域内の保険料の徴収、カード発行などの手続き、保険基金の管理などを行っている。健康保険のほか、年金や失業保険を含むベトナム社会保

険全般を取り扱う。また、省病院及び郡病院と健康保険の適用に関する契約を交わしている。PSS の支局として郡社会保障（DSS）がある [JICA, 2014]。

### (1) 地方社会保障地方事務所

表 3-13 に省社会保障（PSS）の組織概要を示す。省病院や省内の民間病院は PSS が、郡レベルの病院や CHS は DSS が、それぞれ担当している。

表 3-13 PSS の組織概要

No.	組織名	職員数 (2015/11/30 時点)	経常的雇用	非経常的雇用
1	役員会	4	4	
2	健康保険カード発行部	7	7	
3	社会保険部	12	12	
4	IT 部	5	4	1
5	請求審査部	12	10	2
6	企画財務部	8	6	2
7	信用管理、支払管理部	4	2	2
8	監査部	7	7	
9	徴収部	9	8	1
10	受付窓口	8	7	1
11	人事部	4	4	
12	事務管理部	15	11	4

出典： PSS

PSS によると、郡病院や CHS での支払い方法は各病院自身が毎年の契約時に決定できる。なお、ベトナム社会保障は、保健省と財務省の共同通達<sup>28</sup>に規定された品質基準に基づき医療機関と契約する。ベトナム社会保障の職員は審査官として、中規模程度以上の医療機関に常駐、もしくは複数の担当病院を巡回して保険請求の審査を行う。



図 3-4 PSS 事務所



図 3-5 PSS 事務所の受付窓口

<sup>28</sup> Article 7, Inter-ministerial Circular 41/2014/TTLT-BYT-BTC dated on Nov 24, 2014

### 3.4.4 国家健康保険政策カウンスル

第 3.3.5 節に述べたように、2016 年 3 月及び 8 月の大臣決定に基づき、国家健康保険政策カウンスルが設立された。このカウンスルは、保健大臣に対して健康保険政策及び保健財政に関する政策決定に係る助言等を行うものと位置づけられている。

#### (1) 構成

国家健康保険政策カウンスルは会長、副会長と委員で構成される。委員は、保健省、VSS、医療機関、学術機関と製薬会社や消費者の代表から構成される。しかし、同カウンスルのメンバーは主に政府関係者から選ばれているため、将来的に多角的な視点からの議論を考える場合、更なるバランスのとれた構成を考えなければならないが、これは設立後に議論されるべきものである。

#### (2) 作業規則

国家健康保険政策カウンスルの主な目的は、保健大臣に助言することであるが、そのために健康保健に関する情報や統計データを分析することにある。また、各委員が特定の専門知識を有していることを期待しており、それらを活用し、健康保険制度の安定化のための技術的なインプットが期待される。協議会は定期的に開催されるが、それぞれのグループで継続的に議論する必要がある重要で専門的なトピックは、カウンスルの下に設置する小委員会で議論されることになる。

#### (3) 小委員会

カウンスル傘下に 5 つの小委員会が設立される。これらの小委員会は、医療保険制度に関する主要なテーマに関する責務を有する。

- A. 薬剤リストに関する小委員会
- B. 医療機器および消耗品に関する小委員会
- C. 医療サービスリストに関する小委員会
- D. 医療サービス価格と健康保険財政の安定化確保のための小委員会
- E. 健康保険被保険者の加入促進開発に関する小委員会

それぞれの小委員会の委員長は、健康保険制度の法制面、実施面の責任者である保健省もしくはベトナム社会保障の局長クラスから選任される。小委員会は少なくとも年 1 回は開催され、事務局は各小委員会で議論される内容についての情報やデータを提供する責務を負う。各小委員会では議論の結果を年と各分科会の幹事国ごとにその議論のメンバーのために必要な情報や資料を提供することが期待されると小委員会は、少なくとも開催されています。各分科会の議論の結果は文書化され、NHCHIP に報告され、NHCHIP にて大臣への助言のための議論が行われる。

調査団は、協議会設立に役立つ日本の経験についての情報を提供した。しかし、日本の経験がベトナムのシステムに応用できない可能性があるため、小委員会の委員長として指名されている者に聞き取り調査を行い、考えられる課題を抽出した。これに基づき、調査団より小委員会の業務規定について助言や提案を行った。



### 3.4.5 健康保険制度に係るその他の関係機関

上述の政策や実施にかかる主要機関に加え、社会保障、雇用、財政等、他セクターの関係機関も、健康保険制度の実施に関わるべきである。表 3-14 は、ベトナムの健康保険制度の実施に関連する機関のマッピングを示したものである。しかし、これは日本の例を参考にしているため、今後、ベトナムの社会経済状況に沿って項目を整理する必要がある。

表 3-14 健康保険制度に関連する機関の業務担当状況

項目		担当機関・部局	
保健医療			
・ 人口政策・人口動態		保健省	人口・家族計画総局
・ 公衆衛生	- 健康づくり	保健省	予防医療局健康啓発部
	- 感染症対策	保健省	予防医療局
	- 非感染性疾患対策	保健省	医療サービス局
	- 保健危機管理	保健省	
	- 環境衛生	保健省	環境保健管理局
	- 安全な水	保健省	環境保健管理局
	- 疾病構造	保健省	予防医療局
・ 医療サービス提供	- リファラル体制	保健省	医療サービス局
	- 品質管理	保健省	医療サービス局
・ 医薬品・医療機器管理	- 有効性	保健省	医薬品管理局
	- 安全性	保健省	医薬品管理局
	- 血液事業	保健省	医療サービス局
	- 薬物対策	保健省	医薬品管理局
	- 化学物質の安全対策	保健省	環境保健管理局
・ 許認可	- 病院	保健省 地方保健局	医療サービス局
	- 薬局	地方保健局	
・ 受療行動、患者満足度、病院業務評価		保健省	医療サービス局
・ 食品安全		保健省	環境保健管理局
・ 健康保険	- 政策・戦略	保健省	健康保険局、計画財務局
	- 保険適用医療サービスパッケージ	保健省	計画財務局
	- 保険適用医薬供給品リスト	保健省	健康保険局、計画財務局
	- 診療報酬	保健省	計画財務局
	- 薬価	保健省	健康保険局、計画財務局、 医薬品管理局
	- 診療報酬支払方式	保健省	計画財務局
・ 生活衛生（主に商業施設）		保健省	地方保健局
子ども関連			
・ 子ども・子育て支援		労働・傷病兵・社会省	
社会福祉			
・ 障害者福祉		労働・傷病兵・社会省	
・ 生活保護・福祉一般（貧困家庭、少数民族、遠隔地、等）		労働・傷病兵・社会省	
・ 高齢者福祉・介護	- 労働・傷病兵・社会省	労働・傷病兵・社会省	
	- 健康増進	保健省	国立高齢者病院
雇用・労働			
・ 若者、女性、高齢者、障害者の雇用		労働・傷病兵・社会省	
・ 労働基準	- 労働・傷病兵・社会省	労働・傷病兵・社会省	

項目		担当機関・部局	
• 労働者保護	- 労働・傷病兵・社会省	労働・傷病兵・社会省	
	- 労働環境衛生	保健省	環境保健管理局
• 職業能力開発、雇用均等、労使関係、労働政策全般		労働・傷病兵・社会省	
年金			
• 年金制度		労働・傷病兵・社会省	
財政			
• 保健政策全般		保健省	
• 保健財政戦略		保健省	計画財務局
• 医療費		保健省	計画財務局
• 総保健支出	- 公的支出	計画投資省	
	- 患者自己負担	保健省、 国家統計局	計画財務局統計課
• 統計・数理		保健省	
• 健康保険基金		VSS	

出典： 聞き取りにより調査団作成

## 第 4 章 健康保険制度の実施状況

### 4.1 保険適用パッケージ及び診療費

#### 4.1.1 保険適用医療機関

保険適用となる医療サービスは、ベトナム社会保障（省・郡レベル含む）と契約する医療機関で利用できる。ベトナム社会保障との契約にあたり、各医療機関は、必要な条件（職員数、医療機材など）を満たす必要がある<sup>29</sup>。

ベトナム社会保障と契約する医療機関の数は、2014 年時点で 2,111 である（表 4-1）。保健省の統計によれば、コミュニケーションヘルスステーション（CHS）を除く医療機関は 2,467 件である（2013 年）[MOH, 2014]ことを考えると、保健医療機関の 8 割程度がベトナム社会保障と契約していると推計される。なお、CHS（11,033 件）は法的には郡病院の付属となっており、ベトナム社会保障との直接契約はできない。ベトナム社会保障における医療機関の区分の公立・非公立の定義に関する情報が得られていないが、仮に保健省<sup>30</sup>と同じと仮定すると、ベトナム社会保障と契約する公的医療機関（保健省傘下）は 95%、非公的機関（民間、他省傘下、等）は 48.7%と推計される。

表 4-1 ベトナム社会保障と契約する医療機関（2014 年）

契約医療機関総数		2,111
タイプ	公立	1,687
	非公立	424

出典： [Dr. Pham Luong Son, 2015]

健康保険証には、居住地にある郡病院や CHS 等、公共医療機関が登録されている。被保険者は、登録した機関で最初に診療を受けるのが原則となっており、より高度な治療が必要な場合、上位の医療機関に搬送してもらう権利を有する [Government, 2009]。しかし、実際には、下位レベルの保健医療機関は、サービス提供能力に限界があり、患者は、より質の高い医療サービスを求めて、上位レベルの医療機関を直接受診する傾向が強く、下位レベルの保健医療機関が、上位機関への患者の流れを制限するゲートキーパーとして、十分に機能していないのが現状である [MOH & HPG, 2013]。

改定健康保険法に伴い、2016 年 1 月 1 日より、被保険者は、郡及びコミュニケーションレベルの保健医療機関を自由に選択して受診できる、いわゆる省内におけるフリーアクセスが可能となった。これは、2021 年 1 月 1 日より省レベルに拡大され、国内におけるフリーアクセスが可能となる予定である [National Assembly, 2014]。

<sup>29</sup> 本調査において、条件の詳細について情報を得ることはできなかった。

<sup>30</sup> 公立＝保健省及び地方保健局傘下、非公立＝他省庁等及び民間組織等の傘下

#### 4.1.2 保険適用診療・治療サービス

健康保険適用サービスは、保健省により定められており、保健省通達 No.43/2013/TT-BYT（以下、通達 43 号）において、17,216 のサービスが規定・分類されている（全部で 28 種類に分類）（表 4-2）。

現行の保険適用パッケージには、保険適用されるサービスの選定において、明確な基準や定義ではなく、保険適用サービスの数は、制限なく拡大の一途を辿っている。中には、重複しているサービスや、現在では使われていないサービスなども含まれており、保健省としても見直しの必要性を認識している。

表 4-2 通達 43 号における保険適用サービスの分類

分類	サービス	分類	サービス
1	蘇生、救急、中毒管理	15	耳鼻咽喉科
2	内科	16	口腔外科
3	小児科	17	理学療法-リハビリテーション
4	結核	18	X 線
5	皮膚科	19	核医学
6	精神科	20	内視鏡診断及び治療
7	内分泌内科	21	機能検査
8	伝統医療	22	血液内科-輸血
9	麻酔	23	生化学
10	外科	24	微生物、寄生虫
11	熱傷	25	病理、細胞
12	腫瘍科	26	顕微鏡手術
13	産婦人科	27	内視鏡手術
14	眼科	28	形成外科、美容外科

出典：[MOH, 2013]

通達 43 号には、4 つのレベル（中央、省、郡、コミューン）の保健医療機関が提供すべき医療サービスについて規定されている（表 4-3）。これに加え、保健省通達 No.50/2014/TT-BYT（以下、通達 50 号）には、医師への技術手当を定めることを目的に、診療サービスの難易度が規定されている<sup>31</sup>。また、通達 50 号には、通達 43 号に載っていなかったいくつかのサービスが新たに追加されている。

本調査の限りにおいては、省レベルでは、ザーライ省病院が、上記通達で定める省病院の要件をほぼ満たし、ほぼすべてのサービスを提供している。ホアビン省病院は、要件の 64%程度を満たすにとどまる<sup>32</sup>。郡レベルになると、規定と実際のサービス提供のレベルにはさらに乖離がある<sup>33</sup>。省保健局はじめ地元関係者によれば、郡レベルでは、主に保健人材（例：小児科医）や医療機材（例：救急医療機器）が不足しており、これらに起因する質の低い保健サービスが、より良いサービスを求めて患者を上位レベルに向かわせる要因となっているとのことである。現時点

<sup>31</sup> 医療サービスの難易度が高くなるほど、技術手当も高くなる。

<sup>32</sup> ザーライ省病院、ホアビン省病院の聞き取りによる

<sup>33</sup> 例えば、ザーライ省の Dac Doa 郡ヘルスセンターでは、規定の要件の 60%程度を満たすにとどまり、ホアビン省 Tan Lac 郡病院は、80%程度である（両省の保健局及び医療機関の聞き取りによる）

で予測をすることは難しいが、省内郡レベルの保健医療機関にフリーアクセスとなる 2016 年 1 月 1 日以降、患者が更にサービスに定評のある病院に集中し、保健医療機関間の競争がより厳しくなることが想定される。

**表 4-3 レベル別提供医療サービスリスト（抜粋）**

A=中央レベル、B=省レベル、C=郡レベル、D=コミュニケーションレベル

NO	技術	分類			
		3			
1	2	A	B	C	D
	A.循環器				
1	患者のベッドサイドでの継続的な血圧のモニタリング（8 時間以内）	X	X	X	
2	ベッドサイドでの心電図記録	X	X	X	
3	ベッドサイドでの継続的な心電図記録（8 時間以内）	X	X	X	
4	食道誘導心電図	X	X		
5	毛細血管再充満試験	X	X	X	X
6	抹消静脈カテーテル	X	X	X	X
7	単一内腔カテーテル（シングルルーメンカテーテル）の留置	X	X	X	
8	複数内腔カテーテル（マルチルーメンカテーテル）の留置	X	X	X	
9	動脈カテーテル	X	X		
10	静脈カテーテルの保守点検	X	X	X	
11	動脈カテーテルの保守点検	X	X		
12	骨髄内輸液	X	X	X	
13	陰茎海綿体注入療法	X	X		
14	肺動脈カテーテル	X	X		
15	中心静脈圧測定	X	X	X	
16	継続的な中心静脈圧測定（8 時間以内）	X	X		
17	動脈血圧測定（8 時間以内）	X	X		
18	ベッドサイドでの救急心臓超音波検査	X	X	X	
19	ベッドサイドでのドップラー超音波による血管血流量試験	X	X	X	
20	超音波ガイド静脈カテーテル	X	X	X	
…続く…		//////////			

出典：[MOH, 2013]

#### 4.1.3 診療費

保健省及び財務省共同通達（04/2012TTLT-BYT-BTC29/02/2012、以下、共同通達 4 号）において、保険適用サービスの診療報酬単価の上限が定められていた。この通達に基づき、各省の人民委員会は、省内の各保健医療機関の診療報酬単価を規定している [MOH, 2015]。従って、同じ医療サービスであっても、省ごとに単価が異なる。診療報酬の設定は、地方保健局の見積りに基づき、最終的に人民委員会、さらには人民評議会の承認を得る。本調査の人民委員会への聞き取りによると、省政府としては、決定にあたり、主に①社会経済的状況、②健康保険基金の財政状況、③患者の自己負担能力（世帯経済状況）を考慮するとのことであった。例えば、ザーライ省の保健医療機関では、単価上限の 77%に設定されている。

2016 年 3 月 1 日より、保健省及び財務省共同通達 37/2015/TTLT-BYT-BTC（以下、共同通達 37 号）による新しい診療報酬が適用され、病院のランクに基づき、統一の診療報酬が設定された。

新価格導入により、約 1,900 の保険適用サービスは平均で 3 割程度値上げされた。ただし、新価格は被保険者にのみ適用され、非加入者は従前の診療報酬額を全額支払うことになる。この二重価格の設定は、新価格が大幅に値上げされるため、非加入者の負担を考慮したものとされる。関係当局<sup>34</sup>からの聞き取りによれば、新価格導入により、病院の収入が増え、施設や機材整備、質の高い医療人材の採用等に投資する余力が生まれるとの期待がある一方で、二重価格により、診療費の請求・徴収がより複雑になるなどの影響もある。今のところ、新価格統一の時期については明確にされていない。

新価格導入後、2016 年 6 月に聞き取りを行ったビンディン省、ホアビン省では、2016 年第一四半期における医療機関からの請求金額は、前年同期と比較し、増加したとのことである。これには、新価格の値上がりと、2016 年 1 月 1 日から導入された郡レベル以下の医療機関へのフリーアクセスによる、患者の受診回数の増加が影響している。また新価格導入後、両省では、医療機関への診療報酬の支払いに遅れが生じている。新価格への対応や二重価格併用により、診療報酬支払い請求・審査手続きに、これまでよりも時間を要していることが主な要因である。

更に、通達 43 号及び 50 号と、共同通達 4 号及び 37 号とでは、使用する専門用語や分類が必ずしも同一ではない。この背景には、前者は保健省医療サービス局と医療従事者（病院長等）との検討によって定められ、後者は同計画財務局と病院の計画部による検討によって規定され、相互に情報共有や連携がなかったことが大きいと考えられる。保健省や保健医療機関では、通達 37 号の価格と、通達 43 並びに通達 50 号に掲載されている医療サービス名との照合作業をしなければならない。通達 37 号に価格が掲載されていない医療行為については、保健医療機関は、保健省及び省保健局の管理ユニット及び各レベルの社会保障機関（VSS/PSS/DSS）との合意の上、類似するサービスの価格を適用することができる。

表 4-4 は、改定健康保険法による、診療報酬単価の原価計上対象の 7 項目と、各項目が診療報酬単価に計上されるスケジュールを示したものである。

**表 4-4 診療報酬に計上される原価項目及び改定スケジュール**

No.	診療報酬に計上される原価項目	改定スケジュール
1	医薬費、診察にかかる消耗品費、入院患者のベッド使用料、技術サービス費	2012-2014 年
2	水道光熱費	2012-2014 年
3	機材管理費、代替資産（器具・備品等）の調達、各種ツール、小型器具・装置	2012-2014 年
4	基本給、手当等、アウトソーシング雇用費等（サービス費用の 50%を超えない範囲で）	2015 年迄
5	固定資産の修繕費	2018 年迄
6	研修費、新技術の応用に関する科学的研究費、間接費用	2018 年迄
7	固定資産の減価償却費	2020 年迄

出典：[MOH, 2015]

上述の価格改定は、改定健康保険法によって価格の算定根拠となる原価項目が増加したことによる。これを受け、保健省と財務省が価格の改定作業を行っている。健康保険法改定以前は、1)

<sup>34</sup> 地方保健局、PSS/DSS、各レベル医療機関を含む。

医薬・消耗品費、2) 水道光熱費、3) 機材管理費の3項目が診療報酬単価の原価として計上されていた。改定後、段階的に4項目が追加され、計7項目が診療報酬単価に計上されることとなっている。

2016年6月のビンディン省、ホアビン省の聞き取りによると、2016年第一四半期の健康保険基金の財政状況は、ビンディン省では、前年同期の120億ドンの黒字から300億ドンの赤字に転じている。またホアビン省でも、診療報酬価格が再度引き上げられれば、2016年末までに赤字になることが予測されている。今後、省レベルでのフリーアクセス導入や診療報酬価格の再引き上げが予定される中、健康保険基金の支出は益々増加し、財政状況が一層厳しくなることが予想される。ベトナム社会保障によれば、健康保険基金については、今後、薬価の管理、電子申請の導入による診療報酬の監視を徹底することにより、収支改善を図っていくとのことである。

#### 4.1.4 保険適用の医薬品

医薬品については、別途、保健省により、健康保険対象範囲が定められている。保健省通達No.40/2014/TT-BYTには、約1,000種の薬剤名と成分名がリスト化されている。各保健医療機関は、同リストに基づき、利用する医薬品を決め、入札を行う。従って、同じ医薬品でも施設ごとに価格が異なり、且つ、頻繁に薬価が変わるのが現状である。改定健康保険法では、省レベルで薬価を統一すると明記されている。

ベトナムの医薬品の価格は、国際水準に比べて非常に高い<sup>35</sup>。総医療費のうち、薬価が占める割合は高く、健康保険基金の支出のおよそ70%を占めるとも指摘されている [MOH & HPG, 2013]。2010年の医薬品価格調査によれば、ベトナムにおいて、新薬（先発医薬品）の価格は、国際参照価格の12.1倍、ジェネリック医薬品の場合、1.4倍高いとされている [MOH & HPG, 2013]。先述の通り、こうした高価格の主な要因として、これまで中央で管理するシステムがなく、各病院の個別の入札による調達に委ねられていたことが挙げられる [JICA, 2014]。保健省健康保険局によれば、対策として、現在、医薬品を中央で調達するためのセンターを設立する計画を進めているとのことである<sup>36</sup>。

## 4.2 医療費支払方式

現在ベトナムでは3つの支払方式が活用されている。それら支払方式は人頭払い方式、出来高払い方式、そして包括払い方式である。本節では、各支払い方式の概要と特色をまとめたうえで、ベトナムでの現状についてまとめる。

### 4.2.1 各支払い方式の特徴

各支払い方式の特徴を表4-5にまとめるとともに、以下にそれぞれの概要を述べる。

<sup>35</sup> 総保健医療支出に占める薬価の割合は、国により大きく異なる。例えば、アジア太平洋地域内を見ると、2010年において、医薬品の割合（医薬品他、化学医薬品、植物薬等を含む）が総保健医療支出の40%以上を占めるのは、タイ（50.5%）、インド（45.6%）、中国（44.2%）、バングラディッシュ（44.1%）、ベトナム（43.2%）、ミャンマー（41.4%）が挙げられるのに対し、割合が少ないのは、フィジー（13.9%）、マレーシア（12.7%）など [OECD/WHO, 2014]

<sup>36</sup> ただし、保健省によれば対象となる薬品数は極めて限定的になる見込みである。

表 4-5 各支払い方式の長所及び短所

支払い方式	長所	短所
人頭払い	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 予防医療に注力できる</li> <li>- 医師/保健医療機関の収入が固定化される</li> <li>- 標準化された医療が提供される</li> <li>- 対象の人口を適用することが容易</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 医師/保健医療機関が高価な医療を避ける傾向となる</li> <li>- 小規模の病院などは変動にリスクが伴う</li> <li>- 患者が期待する医療サービスよりも低い医療サービスが提供される可能性がある</li> <li>- 入院や手術に長い時間を要する</li> </ul>
出来高払い	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 必要な医療が提供される</li> <li>- 各医療行為が支払と完全にリンクしている</li> <li>- 患者にとって医療行為と支払の関係が理解しやすい</li> <li>- 支払いが償還払いされることが確約されるため、医師は必要な医療措置を提供する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 不必要な検査が追加的に提供される傾向がある</li> <li>- 入院期間が長期化する傾向にある</li> <li>- 医療費の不正請求が起こる可能性がある</li> <li>- 医療技術が支払額に反映されない傾向がある（良い医師は適切な措置を提供し、機関や入院期間を短くする）</li> </ul>
包括払い	<p><u>患者</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 入院期間が短縮され、自己負担が軽減される</li> <li>- 過剰な検査・医療を避けることができる</li> </ul> <p><u>保健医療機関</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 医療費情報が標準化される</li> <li>- 医療行為の質が改善されると出来高払い方式よりも多い利益を得ることができる</li> <li>- クリニカルパスを導入することにより、サービスの質の担保が期待できる</li> </ul> <p><u>政府</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 医療費をコントロールできる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 医療措置の質が悪化する可能性がある</li> <li>- 医師の裁量が限定され、意欲やパフォーマンスが減退する</li> </ul>

出典： [MHLW, 2013]に基づき調査団作成

## (1) 人頭払い方式

人頭払い方式は、医師や保健医療機関といった医療サービス提供者に対する支払方式の一つである。この方式では医師若しくは保健医療機関に対し制度で定められた範囲で決められた期間、彼らに割り振られた加入者を基礎として定められた額が支払われることになる。これらの医療サービス提供者は保健省といった公的機関と契約を結んでいることが一般的である。支払われる金額は被保険者の平均的な利用回数などに基づき算定される。追加的な医療行為に対する支払はなく、定められた金額以上支払われないため、人頭払い方式では、医師や保健医療機関は必要な医療措置を提供することを躊躇しがちになる。

## (2) 出来高払い方式

出来高払い方式では、医療サービスは診療行為ごとに切り離され、支払いも診療行為ごととされることになる。この方式では、支払が医療の質ではなく、医療行為の量に比例することになり、医師や保健医療機関に追加の利用措置を行うインセンティブを与える傾向がある。同様に、患者が窓口負担を伴う健康保険に加入している場合でも、効果がある可能性のある医療サービスを受け



る傾向がある。日本の健康保険制度では、出来高払い方式は、医療費をコントロールするために全国で統一の価格を導入している。

健康保険制度では、支払は医療サービスが提供された後、遡及的に行われることになる。このような特徴は、医療サービスが過剰に提供される可能性や、潜在的な医療費高騰を招く可能性がある。そのため、保険者による支払がされる際には、被保険者が医療費について考慮するようなインセンティブが働くことが無いことは注意すべき点である。また、出来高払い方式の医師は人頭払いの医師に比べ、より多い医療サービスを提供する傾向があることが分かっている [Gosden T, et al., 2000],[Jeffery Kluger, 2009]。

### (3) 包括払い方式

包括払い方式は医療費が患者の疾病（疾病群）により決定される方式である。この支払い方式により、保険制度の財政を安定的にさせることが期待されている。

第一に、患者の立場から、不必要な医療行為（過剰な医療）の削減が期待される。最初の医療措置の診断結果に基づき医療費が決定されることになるため、予め決定された価格により、医療費が削減されることになる。そのため、医師や保健医療機関は利益を確保するため、回復のための最短の医療措置を提供することになる。このような理由により長期の期間を要する不必要な医療を回避することが期待されている。

第二に、医師や保健医療機関の利益として、救急医療は利益を生まないものとして考えられているが、この方式では、必要な医療措置が予め決められていることから、救急医療においても利益を生み出すことができる。

第三に、政府の利益として、医療サービスが標準化され、医療費がコントロールできることが期待される。

現時点で、包括払い方式は、韓国、フィンランド（一部）、ドイツ、オランダ（入院）、英国（入院）、フランス（入院）、スウェーデン（入院）、米国メディケア制度などで導入されている。

疾病別分類（DRG）は、疾病群により患者を分類した仕組みであり、定額償還方式（PSS）との組み合わせで、診療計画表に基づき DRG を導入することが可能となる。そのため、DRG の仕組みでは、疾病のパターンが患者の状態よりも強調されることとなる。そのためリストに記載されている疾患に基づき患者は分類され、医療費はリストに記載のある価格により算出されることになる。

他方、日本では、部分的に改良した診断群分類別包括評価（DPC）と呼ばれる仕組みを導入している。DPC では、診断病名と医療サービスとの組み合わせの分類をもとに 1 日当たりの包括診療部分の医療費が定められる。計算方法は国により決められた固定部分と出来高部分の組み合わせとなる。表 4-6 に、日本における DPC 導入の状況を示す。

表 4-6 日本における DPC 導入医療機関とベッド数

年	医療機関数		ベッド数	
	DPC	DPC (準備)	DPC	DPC (準備)
2003	82	-	66,497	-
2004	144	-	89,330	-
2006	359	371	175,395	144,057
2008	713	843	286,088	19,2242
2009	1,278	331	430,224	57,965
2010	1,388	266	455,148	41,407
2011	1,447	201	468,362	27,751
2012	1,505	246	479,539	34,502

出典: [MHLW, 2013]

#### 4.2.2 ベトナムの現状

ベトナムでは主に出来高払いと人頭払いが用いられている。1995 年頃から出来高払いを使ってきたが、2004 年から一次レベル医療機関での利用を想定しパイロットで人頭払いを導入した。2011 年以降は、医療費抑制を目的とし、郡病院でも人頭払いが導入され、現在では各病院が年度ごとにベトナム社会保障と健康保険の契約を結ぶ際に、出来高払いと人頭払いから、いずれかを選べるようになっている。

本調査では、支払い方法の選択に関して明確なルールがあるのか等について、保健省及びベトナム社会保障からデータや情報が提供されなかったため、全国レベルでどの支払い方法がいくつの病院で採用されているのかといった現状は把握できていない。例えばザーライ省では、ベトナム社会保障と契約する省内の 31 病院（省レベル病院と郡病院を含む）のうち、16 病院が出来高払いで、15 病院が人頭払いを採用しているとのことであった。

ただし、2016 年 1 月からの、郡レベルでのフリーアクセス施行後、各施設の対象人口を正確に把握することが困難になったこと、従来の管轄地域以外からも患者を多く受け入れる施設は人頭払いでは赤字になる恐れがあること、などから、出来高払いに変更した郡病院や CHS もある。

##### (1) 出来高払い

出来高払いは、個々の医療サービスごとに単価が決められ、提供したサービス数に応じて診療報酬が支払われる制度であり、1995 年以降主要な支払い方式となっている。保健省が各サービスの上限価格を決めているが、この方式だと、できるだけ多くの患者を診療し多くの種類の医療サービスを行うほど病院の収入が増える。加えて、ベトナム社会保障が定める次年度の施設ごとの支払上限額は、前年度の実績に基づくため、サービスを提供すればするほど次年度の予算も増えることになる。このため、過剰診療になりやすい。しかし、この過剰診療を抑制し、費用対効果をモニターする体制がなく、罰則等もない。このため、現状のまま出来高払いを続ければ、2020 年には健康保険基金が赤字化すると予測されてきた。しかし、第 2.2.5 節に述べたように、2016 年にすでに赤字の予測となっている。

患者自己負担に関しても、差額請求が事実上行われているため、高額になりやすい。例えば、医療者が追加サービスの利用や施術や医薬品供給品などをより上位のものにすることを患者に進言し、保健省が定める上限を超えた分は患者が支払う。患者としては、医師の助言を否定すること

は難しく、サービス価格表があるにもかかわらず、治療が終わるまで一体総額でいくら支払うことになるのか、わからないことも多い。こうして追加サービス等から得られた利益は、各診療科の運営費や職員のインセンティブに充てられる。しかしこの背景には、現在の収入では運営費が十分に確保できないという問題がある。こうした事態を抑制するため、保健省は人頭払いや包括払いなどについて検討している。加えて、2016年3月の診療費改定では、全体的に30%程度の値上げになっており、保健医療機関の収入が増加して、必要な支出をカバーでき、患者への追加的な請求の減少につながることも多少は期待される。

## (2) 人頭払い

人頭払いは、本来、病院の管轄地域にいる住民数に応じて定額の予算を受取る支払制度であり、患者の来院数とは関係なく収入があらかじめ決まっているため、病院が最低限の治療しか行わない傾向があり、医療費抑制には効果がある。ただし、ベトナムで実施されている人頭払いでは、管轄地域内の健康保険加入者をいくつかのグループに分類し（公務員、貧困層、子ども等）、グループごとに前年度に利用した医療費総額に応じて翌年度の診療報酬単価が決められる。この方式だと、医療費を多く使うグループほど高いレートとなり、地域間やグループ間での格差が生じてしまっている。また、病院はベトナム社会保障からこの方式で算出した予算を受取る一方、収支が不足する場合には患者には出来高払いで医療費を請求しているなど、国際的に実施されている人頭払いとはかなり異なり、病院に都合のよい制度に改変されているように思われる<sup>37</sup>。

保健省は、EUの支援により人頭払いの単価算定方式等の改訂を勧めている。EU及び保健省によると、単価算定は社会経済的要因を考慮して行うとのことで、CHS及び郡病院の外来に適用される予定である。

### 1) 人頭払いに関するパイロット

現在までに、ベトナム政府は人頭払いのパイロットを3回実施している。人頭払いには、出来高払いの短所である過剰診療を抑制できる支払い方法として期待され、より質の高い保健サービスを低いコストで提供しつつ、保健セクター全体として効率的な医療費抑制の仕組みを整えるという目的があった。

最初の人頭払いのパイロットは、ベルギー開発庁の支援により2005年から2010年まで実施されたコミュニティ保健プロジェクトの中の取り組みとして、ホアビン省のコミュニオン保健センターで実施された。

二つ目のパイロットは、欧州連合（EU）による最貧困のコミュニオンと少数民族を対象とした保健財政支援である、北部山岳部及び中部高原地域の貧困層への保健医療サービス支援プロジェクト（HEMA）において実施され、2013年までに、ベトナム国内のすべての省に人頭払いが導入された。この二つ目のパイロットを通じて、以下の課題が明らかになった。

<sup>37</sup> 例えばホアビン省のCHSは、2011年までは担当地域の人口に即して支払いを受けていたが、2011年以降、規定の単価（検査・診療サービス1件当たり5,000ドン、正常分娩1件当たり310,000ドン）に実績数をかけた金額を受け取るようになった。

- ベトナムで導入された人頭払いのモデルは、他国で一般的に実施されている人頭払いとは異なる。
- 一般に人頭払いは外来のみに適用されるものだが、ベトナムでは外来と入院の両方に適用された。
- 病院が受け取る人頭払いの予算の金額が、前年度の支出実績をもとに計算され、患者のニーズを反映した数字になっていない。
- 保健医療機関で提供されるサービスパッケージの定義が不十分である。

これらの課題の指摘を受け、保健省は三つ目の人頭払いパイロットを実施することを決定した。2014 年から、保健省通達 No.41/2014/TTLT-BYT-BTC と健康保険法実施ガイダンスに基づき、従前の人頭払いモデルを修正したうえで 4 つの省において導入した。バクニン省とニンビン省では外来のみに人頭払いを適用し、トゥアティエン・フエ省とカインホア省においては入院と外来の両方に適用された。この三つ目の人頭払いモデルにおいても、以下の課題がまだ解決されていない。

- 多くの保健医療機関が、人頭払い予算だけでは経費をまかなえず、赤字が累積しており、サービスの提供自体が困難になっている。
- 保健のデータ管理体制が不十分であり、提供したサービスや疾病、財務に関する報告の作成が遅れ気味である。
- 人頭払い予算の算定と政府からの支払いが遅れている。

2015 年に EU は人頭払いパイロットについてのアセスメントを実施し、現在のモデルは費用抑制効果がなく、人頭払い予算で収支をバランスさせることは困難であると結論づけた。EU による提言を受け、国際モデルに近い新たな人頭払いモデルを導入すべきか、保健省は現在検討を行っている。

一般に、最低限の医療サービスのみを提供する一次レベル病院では人頭払い、高度医療を提供する三次レベル病院では出来高払い、あるいは入院は出来高払いで外来は人頭払いというように、病院のレベルやサービスごとに支払方法を国が制度として決めていることが多い。各病院が好きな支払方法を選べるというベトナムの現状では、患者が多く集まる病院は収入を増やすため出来高払いを選択し、もともと患者が少なくサービスの質が低い病院は一定の収入を確保するために人頭払いを選択するのが明らかで、これでは病院間のサービスの質の格差が広がるばかりであり、また、既存のベトナム式の人頭払いでは医療費抑制効果も限られており、どのような意図で現状の支払方式を実施しているのか不明である。

### (3) 包括払い

保健セクター開発 5 カ年計画（2011-2015）で包括払いの導入に言及されており、いくつかパイロットが実施されている<sup>38</sup>が、成果が上がっているのかは明確になっていない。現在の支払制度

<sup>38</sup> 保健省がニンビン省でパイロットを実施している。別途、ADB がハノイ医科大学などと協働で小規模のパイロッ

を続けると 2020 年には健康保険基金が赤字になると言われており、政府は国民医療費の抑制のために、支払制度を出来高払い中心から、人頭払い、包括払いなどへ移行することを目指している。ただし、まず保険適用パッケージの内容を定めてから、支払方式の改革に着手するとの方針であるため、現時点では明確な方向性は示されていない。保健省によると、2020 年以降に導入することを目指し、パイロットを実施している。包括払いの導入により、健康保険基金からの支出の削減が期待されている一方、必要なデータ収集体制が整備されていないなどの課題も認識されている。

### 1) DRG 組成及び包括払いに関するパイロット

本調査では、以下 3 つのパイロットの実施が確認された。いずれにおいても、必要なデータが得られなかったり、信頼性が低かったりすることによる困難に直面している。

タイのモデルに基づき、ベトナム版 DRG モデル（診断群開発のためのソフトウェア）が開発され、2012 年にハノイの郡病院（1 カ所）で施行された。この試行では、1 年間の入院症例の 84% について DRG が開発されたが、必要なデータの整備や信頼性の向上が課題として挙げられた [Pham Le Tuan, et al., 2015]。

2015 年から保健省がニンビン省で実施しているパイロットでは、郡保健局、省社会保障、保健医療機関と連携して DRG 開発に必要なデータを収集している。2019 年までに対象地域を 5 つの省に拡大する予定である。2015 年の実施では、必要なデータが入手できない、入手したデータの信頼性が低い、等の問題に直面し、適切な DRG を開発し価格設定をするためには、必要なデータ確保と質の向上が課題であると指摘された。

アジア開発銀行（ADB）は、ハノイ医科大学と連携して、2010 年から 2015 年にパイロットを実施した<sup>39</sup>。対象病院及び DRG の数は徐々に拡大され、最終的に 34 の保健医療機関（中央 2、省 13、郡 20）を対象に、クリニカルパスに基づいて開発された 26 の DRG を試行してサービスの質や患者満足度などを評価した。なお、医療費削減は特段考慮されていない模様である。クリニカルパスは、診療科ごとに 20 程度の病院の代表らによって開発され、保健省の承認を得たが、それぞれのパスの開発に 1 年程度かかっている。実施を通じ、病院情報システムと会計システムとの連携の強化、必要なデータの確保と質の向上が課題として指摘された。

## 4.3 健康保険利用の際の自己負担（窓口負担）額

表 4-7 は、健康保険診療時の窓口負担率をサブグループごとに示したものである。

改定健康保険法により、準貧困層の窓口負担率は、20%から 5%に減少した。また貧困層は、自己負担額が免除され、医療費は無料となった。

トを実施しており、報告書が 2016 年 5 月に公表される予定。なお、人頭払いに係るパイロットは、過去に WHO や世界銀行の支援で実施を試みたことがあったが、VSS からデータが提供されなかったり、実施方針で合意が得られなかったりしたためにとん挫したとのこと。

<sup>39</sup> 報告書は 2016 年 6 月に公表される予定。

保険証に登録した保健医療機関以外で、紹介状なく診療を受けた場合、健康保険を利用しても、郡病院では、診療費の 30%、省レベルの病院で入院費用の 40%、中央レベルの病院では、入院費用の 60%を負担する必要があった。しかし改定健康保険法により、これまで紹介状なしでの受診の際に発生していた上記自己負担分について、郡病院の診療費については 2016 年 1 月 1 日から、省レベルの病院の入院費用については、2021 年 1 月 1 日から、窓口負担率の上乗せがなくなり、どの病院を受診しても同じ窓口負担率で利用できることになる。

表 4-7 健康保険診療の窓口負担率

保険料の財源	サブグループ	窓口負担率
従業員及び事業主	- 無期限契約の労働者、3 カ月以上の有期契約労働者 - 民間企業被用者 - 企業管理者 - 公務員	20%
	- コミュニティ、区、町の公務員（パートタイム）	
社会保険	- 年金受給者（退職者及び身体障害者）	5%
	- 年金受給者（労働者災害補償、長期治療、80 歳以上の高齢者）	
	- 社会保障手当の受給者	
	- 失業保険受給者	
政府拠出	- 士官、軍人、警察官、公安職員及びその親族	免除 医療費は無料
	- 公的年金受給者	
	- 功労者、退役軍人及びその家族	
	- 功労者、退役軍人の親族	5%
	- 国会及び全てのレベルの人民評議会の現職議員	20%
	- 6 歳未満の子ども（就学前児童）	免除 医療費は無料
	- 社会保護手当受給者	
	- 貧困世帯、社会経済的に困難なグループ	
	- 合法的な臓器提供者	20%
	- 政府奨学金による外国人留学生	20%
政府奨学金	- 政府奨学金による外国人留学生	20%
政府拠出及び保険者	- 準貧困世帯	5%
	- 学生	20%
世帯主	- その他の世帯	20%
	- その他の世帯員	

出典：[National Assembly, 2014]

保険の支払いには上限があり、1 回の医療費が最低月額給与の 40 カ月分以下に設定されている。この上限を超えた医療費は、患者の自己負担となる<sup>40</sup>。なお、高額医療費の自己負担に対する救済措置はない。

ベトナム社会保障と契約していない保健医療機関で診療を受けた場合、被保険者は医療費の全額を病院に支払い、後ほど還付請求の手続きを行う。還付される金額には、以下の通り、上限が設定されており、これらは、健康保険基金から支払われる。

- 外来：

55,000 ドン（郡病院）、120,000 ドン（省病院）、340,000 ドン（国立総合/専門病院）

<sup>40</sup> 改定健康保険法ではこの条項は削除されているが、実情は確認する必要がある。

- 入院：  
450,000 ドン（郡病院）、1,200,000 ドン（省病院）、3,600,000 ドン（国立総合/専門病院）

#### 4.4 加入促進

健康保険制度は 2008 年の健康保険法に基づき、2009 年の 7 月 1 日より施行されている。同法では民間と公的セクターの全ての被雇用者のみならず、農民、自営業者などのインフォーマルセクター、子ども、高齢者、不労配偶者にも適用されることになっている。ベトナム社会保障は皆保険を目指して加入促進に努めており、2016 年末には 80% 超の加入率を達成した。健康保険法では、6 歳未満の子ども、高齢者及び貧困層に対しては、税財源による補助を保証しており、準貧困層や学生に対しても一部の補助を提供することを規定している。2015 年 1 月 1 日以降は、世帯単位での加入となり、全ての国民に健康保険が適用されることになった。

準貧困層や農民は保険料の自己負担や遠隔地からの受診のための交通費が保険の適用を受けないこと、収入が不規則なことから保険料の支払いが困難である、といった理由で保険料を支払わない傾向がある<sup>41</sup>。一方で、裕福な自営業者は民間保険会社と契約して民間医療機関で受診することを好む傾向がある。

特に郡レベルでの公的保健医療機関の信頼性は適用拡大のための重要な要素と考えられる。現状では、本来であれば身近な保健医療機関である郡病院への信頼感が低く、自己負担が多くてもより上位の医療機関へ直接受診する傾向がある。これを改善することにより、健康保険の便益をより身近に感じることであれば、加入を前向きに考える人が増加することが期待される。

上記のような状況を鑑み、ベトナム政府は表 4-8 に示すように 2020 年に向けた加入率の目標値を国及び省ごとに設定している。

表 4-8 2020 年に向けた健康保険の目標加入率 (%)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ハノイ	77.2	79.7	81.6	82.9	83.6	85.0
ホーチミン	71.8	76.4	79.1	81.3	82.9	83.6
ホアビン	94.3	94.7	97.3	97.9	98.7	99.0
デアン	76.5	78.0	79.0	79.9	80.2	80.7
ザーライ	75.0	75.8	79.7	83.3	86.1	90.1
カインホア	70.0	71.8	75.2	77.8	79.4	80.8
全国	75.4	78.0	79.8	81.4	82.5	84.3

出典：[Prime Minister, 2015]

本調査の聞き取りから、健康保険適用サービスの利用を促進するため、関係機関が様々なチャネルを活用していることが分かった。以下、その一部を紹介する。

- 学生の健康保険加入を促進するため、教育セクターと連携し、啓発活動を行っている（省保健局）。

<sup>41</sup> 保健省や省レベル関係者へのインタビューによると、病気になっていないのに保険料を払うのはもったいない、という理由で加入しない人も多い。

- 少数民族の保健サービスへのアクセスを確保するため、社会保護連盟（socialprotectionunion）や農業組合等、地元リソースを活用して、健康保険に加入することの利点などに関する啓発活動を実施している（省保健局）。
- コラボレーターと呼ばれる住民レベルの協力者の役割は重要である。彼（女）等は、ヘルスワーカーで、少数民族と同じ言語を話し、少数民族と円滑にコミュニケーションを図ることができる（CHS）。

#### 4.5 保険料の徴収

現行法ではフォーマルセクターで就労する者の保険料率は 6.0%<sup>42</sup>（雇用者 4.0%、被用者 2.0%）となっている。一方、準貧困層を含むインフォーマルセクター就労者<sup>43</sup>は最低賃金の 6.0%を支払うことになっている<sup>44</sup>。2015 年 1 月 1 日以降は、それまで個人単位で適用されていたものが、世帯単位で適用される仕組みに変更されている。保健省はより多くのインフォーマルセクター労働者とその家族の加入を促進できると想定する世帯を単位とする世帯包括加入を導入したが、本調査の聞き取りによると、「保険」についての理解不足から、未だ多くの逆選択の事例が見られるとのことであった。

健康保険料徴収は、地方の社会保障機関（PSS/DSS）により行われる。地方の社会保障機関（PSS/DSS）は保険料徴収機関として機能しており、コミューン人民委員会が任命した推進員や郵便局を通じて保険料が徴収される仕組みとなっている。しかし、地方の社会保障機関は、各世帯を訪問して保険料の支払いを督促する権限は有していない。インフォーマルセクター世帯は保険料支払いのサイクルを 3 カ月ごと、半年ごと、年ごとと選択できることになっている。しかしながら、省社会保障による健康保険勧奨のための活動が不十分なため、限りある家計収入から保険料を負担するということへの理解が促進されない等の理由で、インフォーマルセクター世帯の健康保険の更新状況はあまり良くない。

保険料の滞納への対策として、コミューン人民委員会が任命する推進員が、同人民委員会から提供される保険料滞納世帯のリストに基づき、健康保険料の徴収員と滞納保険料の徴収を行う。保険料滞納世帯のリストは名前、年齢、婚姻状況や移住記録などを記載した家族手帳<sup>45</sup>をもとに作成される。

また、企業の滞納に関しては、健康保険分野における行政処分の定義に関する決定（92/2011/ND-CP2011）に基づき、社会保障機関（VSS/PSS/DSS）は必要に応じて法的な措置をとる権限を有する労働・傷病兵・社会省（MOLISA）に報告する。同決定によれば、滞納があった場合には、表 4-9 に示す罰金が科されることになる。

<sup>42</sup> 従前は 4.5%であったが、2016 年 1 月より、改定健康保険法による保険料率が適用されるようになった。

<sup>43</sup> 貧困線以下の人々は保険料の支払いは義務付けられていないが国の負担による医療サービスへのアクセスの権利がある。

<sup>44</sup> 最低賃金は各省により異なっている。[JETRO, 2014].

<sup>45</sup> 人民委員会が作成・管理している。



表 4-9 滞納があった場合の罰金額

従業員数	罰金額（ドン）
1-10	500,000-1,000,000
11-50	1,000,000-5,000,000
51-100	5,000,000-10,000,000

出典： [Government, 2011]

加入を拡大して UHC を目指す上で、健康保険料の支払勧奨は非常に重要である。省社会保障と省保健局が加入拡大の責務を有している。省社会保障は農民組合や女性連合、組合同盟等、地元組織を通じた啓発活動や、郡社会保障による推進員の増員などの取組を行っている。しかし、両機関とも健康保険の広報素材は作成しているものの、それらを十分に活用している状況ではない。また、テレビコマーシャルも放映されているが、インフォーマルセクター世帯の人々の関心を引くためには、このほかにも多様なアプローチを検討したり内容を改善したりする必要がある<sup>46</sup>。

例えば民間保険会社の健康保険推進員は、居住する地域の人々や職場の同僚への加入勧奨を行うという目的で副業として携わっている<sup>47</sup>。その場合、保険会社は保険料の数パーセント<sup>48</sup>のインセンティブを提供することで、適用拡大と同時に推進員の意欲向上を図っている。

#### 4.6 医療費の請求、審査、支払の流れ

保健医療機関としての適用を受けるために、保健医療機関は年度始めに社会保障機関（VSS/PSS/DSS）<sup>49</sup>と保険に関する契約を取り交わす必要がある。保健医療機関から社会保障機関への医療費請求は四半期ごとに行われる。保健医療機関は前期の医療費の 80%を前払いとして受け取り、当期に実際にかかった医療費を社会保障機関に請求する。社会保障機関は請求内容を審査の上、確定した医療費請求額と前払い金額との差分を予算内で精算する。同時に確定した医療費請求額の 80%が来期分の予算として前払いされる。

##### 4.6.1 保健医療機関からの請求

各保健医療機関は健康保険対象の診療行為や投薬の記録に基づき、管轄する社会保障機関（VSS/PSS/DSS）に四半期ごとに医療費請求を行う。請求の際、保健医療機関は社会保障機関が定めた請求フォーマット（フォーム 79 及びフォーム 80）を使用する。請求業務は保健医療機関の会計部門<sup>50</sup>のスタッフが行う。保健医療機関に病院情報管理システムが導入されている場合は自動的に当該フォーマットを出力することが可能である。導入されていない場合は社会保障機関が提供するソフトウェアを使用して作成する。CHS をはじめとする下位レベルの保健医療機関では、請求フォーマットの作成や請求は手作業で行われている。

<sup>46</sup> 地方調査でのインタビューによる。

<sup>47</sup> 民間保険会社へのインタビューによると、学校と提携して、学校で加入促進活動を行うこともある。また、損害保険の推進員は専業。

<sup>48</sup> 会社等により 4%や 20%等となっている模様。

<sup>49</sup> 第 4.5 節及び第 4.6 節における VSS は、医療機関のレベルに応じて、VSS（国立総合病院/専門病院）、PSS（省病院）、DSS（郡病院、CHS）を含む。

<sup>50</sup> ザーライ及びホアビンの各省の省病院・郡病院では、3 から 7 名程度が請求業務を担当している。

保健医療機関から社会保障機関への請求は Excel 形式のファイルをメールで送信する方法で行われている。社会保障機関は保健医療機関からの請求フォーマットを規定しているものの、古いフォーマットで送信された場合には、社会保障機関事務所の職員が手作業でフォーマット変換をしている。また、社会保障機関事務所で利用されている審査ソフトウェアは、データの読み込みや処理に時間がかかり、使い勝手が良くないとの指摘もある。

図 4-1 外来の請求フォーマット  
(C79a-HD)

図 4-2 入院の請求フォーマット  
(C80a-HD)

また、現在のフォーマットは技術サービスの分類ごとに合計された金額しか記載されていないため、どのような技術サービスが行われたかの明細を社会保障機関職員が確認することはできない。この問題を解消するために、2016 年からは保健省<sup>51</sup>が規定した新たな請求フォーマットが導入される。フォーム 1、2 及び 3 は 2016 年 1 月から、フォーム 4 及び 5 は 2016 年末までに使用が義務化される予定となっている。

- ・ フォーム 1：被保険者の診療費総括表
- ・ フォーム 2：健康保険対象の医薬品明細
- ・ フォーム 3：健康保険対象の診療行為・医療材の明細
- ・ フォーム 4：臨床前研究の結果
- ・ フォーム 5：臨床モニタリング結果

#### 4.6.2 請求情報の審査

社会保障機関（VSS/PSS/DSS）の職員は審査官として、中規模程度以上の医療機関に常駐、もしくは複数の医療機関を巡回しながら保険請求の審査を行う<sup>52</sup>。社会保障機関の審査官は、医療機関の会計課職員と密接に情報交換しながら審査を行い、医療機関から提出された全診療報酬請求すべてについて、記載漏れ等の確認を行う。このうち、20%から 40%程度<sup>53</sup>については、医療機関で保管されている診療録（カルテ）や検査結果票などと照合し、医療行為が適正であったかど

<sup>51</sup> 9324/BYT-BH

<sup>52</sup> ザーライ省 PSS の場合、6 名の審査官が 4 つの病院を巡回している。

<sup>53</sup> 審査率は地域や行政レベルごとに異なる。

うかの確認を行う。この詳細な確認作業の対象となる請求の抽出方法は、無作為や高額なものを優先的に行うなど、省あるいは病院によって異なっている。

社会保障機関の審査官は次に示す観点で審査を行うとされているが、統一した基準はなく、各審査官の裁量に任されている。

- 1) 請求データが正しく入力されているか
- 2) 技術サービスや投薬が保険適用対象となっているか
- 3) 患者の窓口負担率が正しいか
- 4) 技術サービスの価格が、地方政府によって決定した価格の上限を超えていないか

社会保障機関の審査官による審査の結果、必要に応じて病院側関係者（医師など）と詳細について確認を行い、それでも請求が認められない場合には支払いは行われない。こうしたケース（返戻率）は全請求金額の 1.4% から 1.5% 程度<sup>54</sup>である。

### (1) 審査業務の実施状況

2016 年 1 月から、社会保障機関（VSS/PSS/DSS）による健康保険請求の審査基準に関する通達<sup>55</sup>が適用された。同通達において、以下のような審査基準が規定された。

- 診断群分類名を確認する
- 患者の署名が記載されているか確認する
- 病院内の統計データと請求フォームに記載されたデータとを比較する
- 請求書に記載されている技術サービスと実際に行われた技術サービスを比較する

しかしながら、これらの審査基準は、審査官にとって具体的ではなく、実際の審査においては審査官の裁量に任せて判断されているものと考えられる。



図 4-3 PSS の審査業務部（ザーライ省 PSS）

<sup>54</sup> ザーライ省 PSS へのヒアリングによると、全請求金額 3,600 億ドンのうち 50 億ドンが返戻された。

<sup>55</sup> 1456/QD-SI

加えて、現状では一つの請求書上に記載されている情報の妥当性の審査はしているものの、複数の請求書間を関連付けた妥当性の判断をするという観点での審査は行われていない。例えば、同一人物が複数の保健医療機関で大量の薬を受け取り転売するようなケースでは、一定期間における複数の請求書間で特定の人物名をキーに妥当性を審査する必要があるが、現状ではこのようなケースは発見できるようなシステムはない。

また、ベトナム社会保障は審査員に医師を採用することを希望しているが、実際には十分な数の医師を採用することは難しいため、医学的な観点での請求書の審査はできていない。また、保険診療のガイドライン等が整備されていないため、一律的に診療行為の適切性を判断することは難しい。ベトナム社会保障は 2015 年から新たな医療費審査の統一的な基準作りに着手しており、100 項目程度の審査観点を試作した。その一例を以下に挙げる。

- 男性は妊娠しない（性別と技術サービス間のチェック）
- 同一人物が同一日に同一傷病名で診療を複数回受けた場合の請求は認めない（複数の診療情報間のチェック）
- 保有する保険資格に応じた窓口負担率となっているか（加入者分類と窓口負担率のチェック）

## (2) 不正請求の検知

請求情報の審査を行う際、その診療行為が実際に患者に対して行われたかを確認する観点での審査は、現時点では行われていない。社会保障機関（VSS/PSS/DSS）審査官は審査の際にカルテとの照合を行っているものの、カルテそのものが改ざんされた場合には請求を認めざるをえない。社会保障機関は健康保険の加入者情報（氏名、住所、等）を保有しているため、保健医療機関の受診状況や健康保険利用状況を加入者に通知することで、診療行為が実際に行われたことを加入者本人に通知し確認させることは可能と考えられるが、現状ではこのような確認は行われていない。

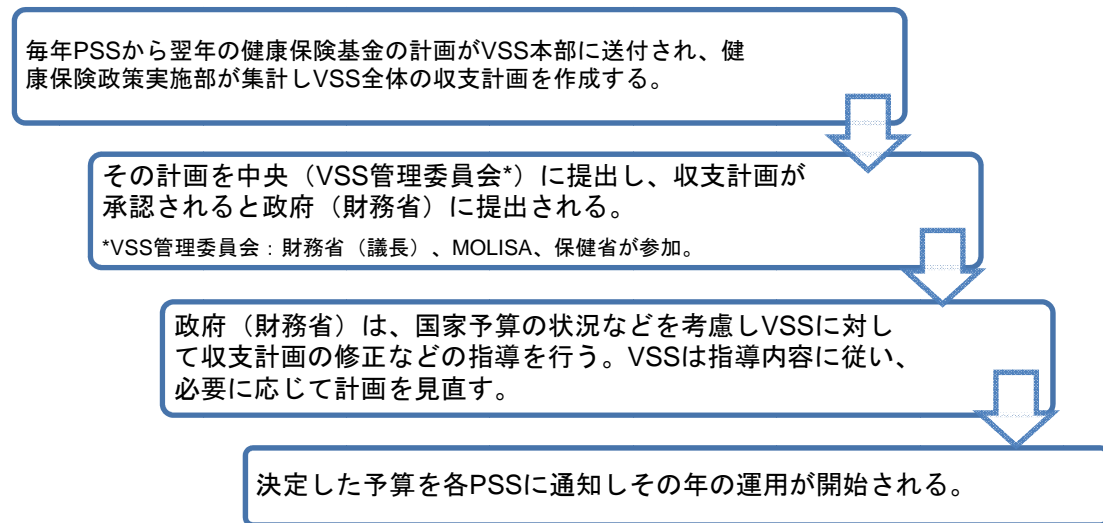
保健医療機関の請求情報は、保健医療機関の会計課職員もしくは看護師が作成しているケースもある。彼らは必ずしも保険請求に関する十分な研修を受けておらず、その実務を熟知しているとは限らない。このため、誤った入力や不正な請求を検知すること十分にできていない可能性がある。現時点では、適切な保険請求を行うための教育（実務、モラル、等）は行われていない。

本来は、保健医療機関を監督している保健省や地方保健局がこれら不正請求の発生状況を把握し、場合によっては保健医療機関の登録取り消しなどの措置を講じる必要があると考えられる。しかし、現状では保健医療機関と社会保障機関（VSS/PSS/DSS）との間で契約が締結されているため、保健省や保健局はこれに関与できず、監督体制が十分に構築できていない。

### 4.6.3 健康保険基金からの支払の流れ

健康保険基金の予算化・支払の流れを図 4-4 に示す。基本的に、保健医療機関への支払は前四半期に実際に支払われた費用に基づいた予算の範囲内で行われる。保健医療機関からの請求が予算を超過した場合、保健医療機関は社会保障機関（VSS/PSS/DSS）に超過した金額と理由の詳細を説明する必要がある。省の健康保険基金が黒字となった場合、予算の 80%は健康保険基金の財

源として利用され、20%は省レベルのサービス拡大のための投資として活用できる [The National Assembly, 2014]。



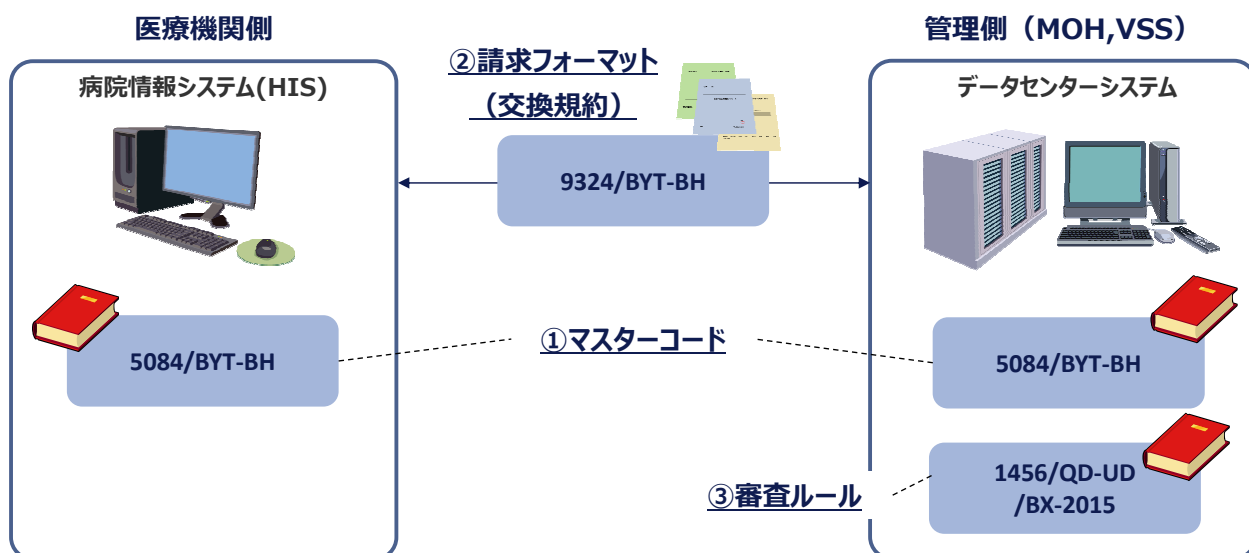
出典： VSS

図 4-4 健康保険基金の予算化の流れ

## 第 5 章 健康保険に関する ICT の状況

### 5.1 健康保険システムの導入に必要な 3 種類の情報と、ベトナムにおける整備状況

健康保険制度の効率的な運営に寄与する IT システムを構築するためには、図 5-1 に示す 3 つの情報（マスターコード、請求フォーマット、請求審査ルール）を整備する必要がある。



出典：調査団

図 5-1 健康保険システム導入のために整備が必要な 3 種類の情報

#### 5.1.1 マスターコード

マスターコードは診療、請求、審査業務において共通的に参照される、診療行為や医薬等、及びそれらの費用に関する情報。本来、データはユニークかつ体系付けられたコードが付与される。

ベトナムでは、保健省決定<sup>56</sup>により、健康保険の運用に関連する八種類のマスターコードが規定された（表 5-1）が、項番 6（List of diseases according to ICD-10）のデータは中身が空のまま公布されている。マスターコードは慎重にそれらの正確性が確認され、重複や矛盾が排除されなければならない。また、国際疾病分類第 10 版 (ICD-10) や国際疾病分類第 9 版臨床修正版 (ICD-9-CM) といった国際標準に従い、実際の診療現場に適用可能なものとして精査されなければならないが、十分に行われているか不明である。今後、上記の観点でリストが見直され、保健医療機関や関係者にとって使いやすいものにする必要がある。また、保健医療機関で使用される用語の標準化も重要である。ICD や医療行為分類 (ICHI) といった国際標準に基づいた病名や技術サービス名に加え、医療機器や看護に係る共通的な用語も整備していく必要がある。

<sup>56</sup> 5084/BYT-BH, 2015/11/30

表 5-1 マスターコードのリスト

NO.	マスターコード名	項目数	担当する部局
1	技術サービスリスト	18,139	医療サービス局
2	薬剤リスト	20,256	医薬品管理局
3	消耗医療材リスト	603	医療機材・インフラ局
4	伝統薬剤リスト	N/A	伝統医療局
5	伝統病名リスト	412	伝統医療局
6	ICD-10 に基づいた病名リスト	N/A	医療サービス局
7	血液製剤等リスト	45	医療サービス局
8	診療所の技術サービスリスト	13,572	医療サービス局

出典：[MOH, 2015]

また、マスターコードが他の関連する通達と適切に連携されていないという課題がある。例えば、同レベル保健医療機関の統一医療費に関する共同通達 37 号では、1,887 項目の技術サービスの新価格が規定されたが、前述の保健省決定 5084/BYT-BH で規定されている技術サービス分類と異なるものもある。

さらに、保健医療機関が容易に置き換え可能な状態でデータが公表されていないという課題がある。本調査の聞き取りによれば、保健医療機関では、上記共同通達第 37 号にかかるマスターの更新作業に非常に手間がかかり、IT 部や現場が混乱したとのことであった。

### 5.1.2 請求フォーマット（交換規約）

請求情報とは、患者とその患者に対する診療行為や投薬等、及び健康保険負担に関する詳細な情報であり、保健医療機関側で作成され管理側に送信される。

ベトナムでは、保健省通達<sup>57</sup>が公布され詳細情報が含まれた新たな請求フォーマット（フォーム 1 から 5）が規定された。しかしながら、本調査での保健医療機関からの聞き取りによると、とりわけこれらの変更に伴う IT システム投資を行う余裕がない保健医療機関では、フォーマット変更に対応することは難しいとのことであった。このことから、この新しいフォーマットがベトナム全土に普及するには、数年かかると推察される。

請求情報に加え、今後保健医療機関内の IT 化を進めていくため、以下のような交換規約も整備していく必要がある。

- 臨床検査データ交換規約
- 処方データ交換規約
- 放射線データ交換規約
- 生理検査データ交換規約
- 病名情報データ交換規約
- 内視鏡データ交換規約
- 注射データ交換規約
- 病理・臨床細胞データ交換規約

<sup>57</sup> 9324/BYT-BH



- 放射線治療データ交換規約

### 5.1.3 請求情報の審査ルール

審査ルールは、保健医療機関からの請求内容が適切かどうかを判断するための基準である。保険の種類や有効期限といった資格確認に加え、請求金額の数値計算チェックや、臨床・疫学的観点から見た診療行為・投薬行為の妥当性の確認が行われる。

ベトナムでは、審査手順に関する決定<sup>58</sup>がベトナム社会保障から公布されたが、こういったケースの請求を認めないのかを判断するための、具体的な審査基準は規定されていない。ベトナム社会保障へのヒアリングによると、2015年に100種類程度の審査基準を試作したとのことだが（第4.6.2(1)節参照）、公表はされていない。

## 5.2 ITシステムに関連する将来展望

ベトナム政府は、健康保険の近代化に向けて表5-2に示すような指示を出している。

表 5-2 ベトナム政府が掲げる IT 分野の将来展望

テーマ	概要
電子政府の推進	2015年10月に公布された国会決議第36a号では、業務効率性の向上や、関係機関相互の連携、そして国民に対するサービス品質向上のために電子政府を推進する方針が示された。
健康保険運用のコンピュータ化	2015年3月に公布された副首相決定第102/TB-VPCP号では、健康保険分野にITを積極的に活用して行く方針が述べられた。この中で、保健医療機関管理や健康保険支払などの健康保険業務の透明性を高めるための各機関の役割が規定される共に、保健省とVSSはIT企業と協力しながら、全国の保健医療機関が保有しているデータを統合するためのソフトウェアを開発していく方針が示された。
2016-2020年におけるITシステム開発方針	2015年10月に公布された首相決定第1819/QĐ-TTg号により、2016-2020までの政府機関のIT導入に関する計画が承認され、健康保険分野に関するIT導入計画も含まれている。この決定に基づき、保健省IT局が2016-2020年までの健康保険分野へのIT導入計画を策定中。
IT サービスリースに関する方針	2014年12月に公布された首相決定第80/2014/QĐ-TTgでは、政府機関がITシステムを導入する際の手続きが規定されている。この中で、国家予算の支出を削減するために、政府機関にITを導入する際は可能な限りリース方式を採用するとの方針が示された。
HIS（病院情報システム）と健康保険ITシステムの連携促進	国会決議第18号では、2018年までに保健医療機関の診療情報と医療保険の情報を連携することが定められている。この決議に従い、保健省は2016年か2017年に健康保険分野へのITシステム導入に関する文書を交付することとしている。
2016年、保健省の主要なIT導入案件	2015年12月に公布された保健省決定第5614/QĐ-BYT号には、保健省が2016年に行う主要なIT導入案件リストが示されている。 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 保健省が決定5084/QĐ-BYTに基づき発行した8つの主要なマスターコードをデータベース化する。</li> <li>- 保健省が管轄する保健医療機関の100%にHISを導入する。また、これらの保健医療機関のうち30%にHISと接続されたLIS（臨床検査システム）を導入する。</li> <li>- ITシステム導入を促進するために、PPPによる投資もまた推奨される。</li> </ul>

出典：保健省、VSSからの聞き取り等に基づき調査団作成

<sup>58</sup> 1456/QĐ-UD/BX-2015



上記政策に沿って、保健省、及びベトナム社会保障は健康保険に関するいくつかの将来計画を策定している（表 5-3）。なお、ベトナム社会保障、及び省・郡の医療機関によると、2016 年 7 月以降は電子請求が義務化されるとともに、ベトナム社会保障に蓄積された請求情報を自動審査する仕組みが導入されるとのことである。

表 5-3 健康保険システムに関する将来計画

目的	概要	関連機関
業務プロセス改善	- 健康保険を含む社会保障の執行機関である VSS の業務を改善する。 - 業務を支援する IT システムの強化、及び人材開発が含まれる。	VSS
保健医療機関管理、及び IT システム開発	- 保健医療機関からの請求情報を、データインテグレーションセンターに転送するための新しいモデルを導入する。 - 異なる IT ベンダーが提供する病院情報システムから、保健省が規定したデータフォーマットに基づいて請求情報を VSS に送信する。	保健省 VSS
国民 ID の構築	- 社会保険や健康保険に活用するための、国民 ID データベースの構築を目的としている。 - 健康保険の世帯ごと加入情報 (9,500 万世帯分) をデータベース化する。	VSS

出典：VSS からの聞き取り等により調査団作成

### 5.3 保健医療機関内の IT システム

保健医療機関への IT システムの導入は、まだ初期段階に位置している。保健省は保健医療機関の IT システム開発、導入、統合する取り組みを進めている。これに伴い、保健省及び各病院は、管理業務やサービス提供の効率性を向上させる IT システムの導入に様々な目標を設定している。

保健医療機関内の IT システムの状況、及び課題を表 5-4 に示す。なお、ベトナム社会保障、及び医療機関へのヒアリングによると、2016 年 7 月以降は電子請求が義務化されるとともに、ベトナム社会保障に送信・蓄積された請求情報を自動審査する仕組みが導入されるとのことである。

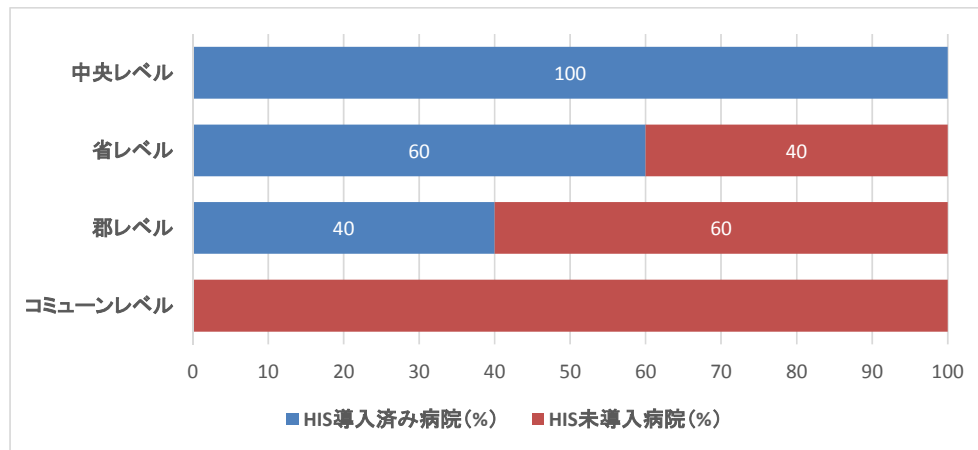
表 5-4 保健医療機関内の IT システムの状況

ハードウェア、インフラ	- 中央レベルから郡レベルのほとんどの保健医療機関には、コンピュータが導入されている。しかしながら、保健省はこれら保健医療機関が導入するハードウェア、インフラに関する標準仕様を規定していない。 - インターネット接続は一般的に安定しておらず、とりわけ農村部では不安定である。また、インターネットを使用することができない地域もある。 - 多くの保健医療機関では、ここ数年で更改（交換）が必要と思われるデスクトップコンピュータを使用している。 - 患者あたりのコンピュータ台数に関しては、中央レベルの病院では 100 人に 1 台、省レベルや郡レベルの病院ではそれよりも多くのコンピュータが設置されている。
ソフトウェア	- 保健医療機関には管理目的で複数のソフトウェアがすでに導入されている。しかしながら、それぞれ個別の部門の目的ごとに導入されており、保健医療機関全体の包括的な業務を支援する使い勝手の良いソフトウェアは導入されていない。
人材開発	- IT に関する学歴を有している職員を採用している保健医療機関もあるが、その数は十分でない。 - 病院情報システムに関するトレーニングや海外でのトレーニングを独自に行っている保健医療機関もあるが、IT 人材は質・量ともに十分でない。

出典：調査団

### 5.3.1 病院情報システム（HIS）の導入状況

保健省によると、中央レベルの全ての医療機関には病院情報システムが導入されている一方で、省レベルでは約 60%、郡レベルでは 40%、コミュニケーションレベルではほとんど導入されていない（図 5-2）。



出典：保健省

図 5-2 病院情報システムの導入率（レベル別）

### 5.3.2 病院情報システム（HIS）の定義

病院情報システムは、保健医療機関が業務を効果的に行うために必要な全ての情報を管理することができるコンピュータシステムである。近代的な病院情報システムには、医療機関内の各部門のニーズに対応したアプリケーションが含まれており、全ての関連部門（診療部門、薬剤部門、看護部門、研究部門、会計部門、等）が連携できるよう統合されている。病院情報システムを使用することで、信頼性の高い患者情報（患者の属性、病歴、治療の状況や進捗度合い、等）に素早くアクセスできる。高品質の病院情報システムを導入することにより、患者へのサービス品質の向上、効果的な財務管理、転記ミスなどのエラーの削減、複数回のデータ入力回避、各種報告資料作成作業の効率化などを実現できる。医療機関が病院情報システムを導入する際には、患者や医療機関職員のニーズを捉えるとともに、財政的な持続可能性を考慮する必要がある。

保健省によると、病院情報システムやその他いくつかの医療機関内で使用する管理ソフトウェアの基準が通達<sup>59</sup>に規定されている。医療機関が行う入札に参加する IT ベンダー、もしくは医療機関と契約する IT ベンダーはこの基準に従って病院情報システムを導入しなければならない。

病院情報システムに含まなければならない 5 つの機能は次の通り。

- 診療管理（患者受付、診察室管理、外来患者管理、等）
- 入院管理（患者情報管理、病状管理、病床管理、統計情報管理、等）
- 準臨床管理
- 薬剤管理（薬剤情報管理、在庫管理、等）

<sup>59</sup> 5573/QĐ-BYT (2006/12/29)

- 料金管理、及び健康保険情報管理（技術サービス管理、請求書作成・発行管理、財務諸表管理、財務情報開示管理、等）

### 5.3.3 病院情報システム開発の進捗と将来計画

2000 年から 2010 年の期間は、主に病院情報システムに関するガイダンスの発行、及び病院情報システムの試行段階にあった。保健省は 2016 年から 2020 年にかけて、医療機関に導入可能な病院情報システムを構築するために、医療機関のデータ交換を可能とする仕組みを整備することを計画している。

ベトナムでは過去 10 年以上にわたり病院情報システムを開発してきた歴史があるが、現在でも、各医療機関と接続して情報を中央レベルで集約するデータベースは構築されていない。そのため、患者や医療機関に関する情報は医療機関内に蓄積されたままであり、それらを活用・分析することは実現していない。

2016 年から 2020 年に向け、保健省は医療機関に病院情報システムを導入し、患者の診療記録等の情報を病院から収集することに注力する。医療機関への病院情報システムの導入率を 100% とするため、保健省は病院情報システムに関するプロジェクトを開始する。このプロジェクトの主な目的は、医療機関間、及び医療機関と保健省の間の患者情報の連携を、HL7<sup>60</sup>標準を使って拡大することである。具体的には、病院情報システムを構築し、交換される情報を標準化し、セキュリティを確保して情報を記録することである。

### 5.3.4 病院情報システムに関する主要なプロジェクト

保健省 IT 局からの聞き取りによる、病院情報システムに関する主要なプロジェクトを表 5-5 に示す。

---

<sup>60</sup> 医療情報交換のための標準規約

表 5-5 病院情報システムに関する主要なプロジェクト

プロジェクト名	概要	実施期間	関連する IT ベンダー
病院情報システム開発パイロットプロジェクト	6 箇所の医療機関の病院情報システムに係るパイロットプロジェクト。医療機関が管理する情報を他の医療機関や保健省と共有することが目的。	2015 年にパイロットが完了。2016 年から実導入に移行	DTT-Hanel FPTSoft VNPT
電子健康保険カードパイロットプロジェクト	2 箇所の医療機関で電子健康保険証を導入し、病院間の情報交換を強化するプロジェクト。	実施中	Viettel
健康保険請求の審査パイロットプロジェクト	健康保険分野への IT 導入を強化するためのプロジェクト。次の 3 つのフェーズで実施中。 - 第一期:調査・情報収集 - 第二期:6 省の複数医療機関でパイロット実施 - 第三期:6 省の全医療機関でパイロット実施 IT ベンダーは、パイロット参加者のデータベースと審査用システムを開発し、2014-2017 年にかけパイロットを実施する。	第一期: 2014 年 10 月-2015 年 1 月 第二期: 2015 年 7 月-12 月 第三期: 2016 年 1 月-2017 年 12 月	Viettel
保健省内の IT システム導入プロジェクト	保健省各部局が保有している情報を統合し、検索・分析評価行いやすくするためのシステムを構築する。これにより、保健省がタイムリーな意識決定を行えるようにすることが目的。	2016 年-2017 年	-
全国の医療機関管理のための IT システム導入プロジェクト	医療機関が保有している情報を統合し、検索・分析評価行いやすくするためのシステムを構築する。これにより、保健省が全国の医療機関のサービス品質等を適切に管理することが目的。	2016 年-2018 年	-
医療機関の電子文書管理プロジェクト	医療機関の文書を電子化しデータベース化するプロジェクト。保健分野横断的に情報を共有することが目的。	2017 年-2019 年	-

出典: 保健省

### 5.3.5 中央レベルの医療機関

バックマイ病院では、1990 年から業務に IT を導入してきた。バックマイ病院の病院情報システムは非常に複雑であり、各診療科間の連携はされていない。他の医療機関と異なり、各診療科では病院情報システムを導入するための投資判断を、一定規模まで科の権限で決定することができる。このため、使われる病院情報システムは部門ごとに異なっている。現在、17 種類の病院情報システムのソフトウェアが、6 つの IT ベンダーから提供されている。これらの病院情報システムはそれぞれ独立して運用されているため、それぞれを連携させてデータを交換することが難しい。このような状況となったのは、次のような原因からであると推察される。

- 各診療科が、互いに業務やデータを統合・連携させることに対する必要性を感じていない。
- 経営層からの、病院情報管理の統合に関する明確な指示がない。
- IT 部門の能力が十分でない。

FPT はバックマイ病院における主要な IT ベンダーの一つである。現在、FPT は診療部門に対して病院情報システムを提供しており、今後、他の部門や機関に適用範囲を拡大する可能性がある。

チョーライ病院は、2013 年に病院情報システムの調達を行い、FPT の病院情報システムを導入している。FPT の病院情報システムには 41 種類のモジュールがあり、このうち薬剤管理、患者登録、救急入院、人間ドック、診療記録管理、会計、在庫管理、試算管理、等の機能を導入している。この病院情報システムは、計 38 の部門（外来 4 部門、入院 34 部門）で利用されている。

### 5.3.6 地方医療機関

本調査の限りにおいては、省病院・郡病院ともに何らかの病院管理情報ソフトウェアが導入されている。各病院はそれぞれの地域内の IT ベンダーが開発したソフトウェアを導入している。このことから、医療機関は自身でソフトウェアを購入・導入して維持するだけの十分な経済的余力があると推察される。表 5-6 は、各医療機関で導入されているソフトウェアと、費用（初期、保守・運用）である。

表 5-6 医療機関におけるソフトウェア関連費用

		ソフトウェア名 (提供社)	初期費用 (拠出元)	保守・運用費用 月額
ザーライ省	省病院	VIMES (VIMES.,JSC)	30 億ドン (省病院)	16.7 百万ドン
	郡病院	VIMES (VIMES.,JSC)	- (郡病院)	6.7 百万ドン
ホアビン省	省病院	SmartITSolution (SmartITSolution)	- (運営費のみ)	7 千万ドン
	郡病院	- (MinhLo)	35 百万ドン (郡病院)	58 万ドン

出典： 省・郡病院

また、これらのソフトウェアではベトナム社会保障が規定した請求フォーマットの形式で請求データを出力することが可能である。しかし、この機能はあまり利用されておらず、医療機関からベトナム社会保障への医療費請求は旧来通り、Excel 形式のファイルをメールで送付する方法で行われている。

医療機関の IT 部門のスタッフに関して、人材の数及び IT に関連する研修・訓練の質や内容は依然として不十分である。表 5-7 は医療機関スタッフ全数における IT 部門の人材数を示している。IT 部門の職員は全体の 1%程度で日本とほぼ変わらないレベルである。しかし、本調査での聞き取りによれば、医療機関の IT 部門スタッフのほとんどは、他の業務（例えば、薬剤管理部）と兼務しており、専業のスタッフはいないとのことであった。

表 5-7 地方病院の IT 部門人材の数

		病院職員数	IT 部門のスタッフ数
ザーライ	省病院	930	8
	郡病院	74	1
ホアビン	省病院	627	9
	郡病院	99	1

出典： 省・郡病院

## 5.4 ベトナム社会保障／省社会保障における IT システム

ベトナム社会保障は健康保険のほかに年金や労災保険など社会保険に関する業務を幅広く実施している。ベトナム社会保障はこれらの業務をサポートする IT システムを導入しており、IT 導入や維持管理を行う担当部局も設置している。しかしながら、現時点ではデータ入力やデータの提出が紙や特定のソフトウェアから出力されたファイルで行われているため、ソフトウェアの利用は主に集計業務に限定されている。

加えて、各ソフトウェアは業務ごとに独立しているため、業務間でシームレスにデータを連携することはできない。ベトナム社会保障職員が健康保険、年金、社会保険に利用しているソフトウェアの一例を表 5-8 に示す。

表 5-8 PSS 事務所で利用されているソフトウェア一覧

名称	目的	開発者	ソフトウェアを使用しているスタッフ数
SMS (SocialSecurityManagementSystem)	社会保険の徴収業務管理	FBsoft 社	91
Xetduyet	年金受給額決定、承認	VSS (中央) IT センター	29
ODTS	労災、出産に係る支払審査、承認		29
InSothe1.0	健康保険証番号の採番		24
Vienphi3.0	医療機関費用管理		29
HMS	健康保険の請求書集計、審査		29
Quanlychi	支出管理		29

出典： PSS

健康保険請求書の審査に利用されている HMS ソフトウェアには、次のような機能がある。

- ・ 医療機関からの請求データをインポートする機能
- ・ 入力された請求データをチェックする機能
  - 請求データに最低限必要な項目が入力されているかどうかを確認する機能（例：保険証番号、氏名など必要な情報が入力されていない場合はエラーとする）
  - 請求データのレコード間に矛盾した情報が入力されていないかを確認する機能（例：複数の異なった名前に同一の保険証番号が記載されたレコードが存在する場合はエラーとする）
- ・ 審査結果を医療機関に通知するためのレポート機能
- ・ 上位レベルの社会保障機関（VSS/PSS）へのレポート機能

## 5.5 ベトナムにおける主要な IT ベンダー

健康保険に係る IT システムの開発や展開を行うにあたり、現地事情や現地語に精通したローカル IT ベンダーと協力して進めることが効果的・効率的であることも考えられる。現時点で、健康保険や医療分野における IT システムの開発、展開が実施可能と思われる IT ベンダーは、ベト

ナム郵政通信総公社（VNPT）、FPTCorporatoin、VIETTEL の 3 社である。実際に、各社は保健省やベトナム社会保障と共に、健康保険や病院情報システムの領域で実証事業等を行っている。

## (1) VNPT

VNPT はベトナムの国営企業<sup>61</sup>の一つである。約 90,000 人の従業員を抱え、うち 5,000 人が IT に関するプロジェクトに従事している（うち 500 人が IT 技術者）。2014 年の売上高は 101 兆ドンであった。

VNPT はヘルスケア、教育、セキュリティ、社会保険の領域で IT 導入の経験を有している。しかし、いくつかの省庁で IT システム導入の経験は有するが、健康保険の管理や、複数行政レベルを統合的に接続した IT システムを導入した経験はない。VNPT は全国各省・市に支店を持ち、各地の地方当局と緊密な関係を有している点に強みがある。

近年、保健省と協力し全国の 400 の医療機関に病院管理情報システムを導入するプロジェクトを実施している<sup>62</sup>。

これらのことから、病院情報管理のためのソリューションを開発、展開する十分な能力があると考えられる。一方で、健康保険分野の経験、及び複数の行政レベルを接続し、統合的に管理する IT システムの開発経験は乏しいと推察される。

## (2) FPTCorporatoin

FPT は 1988 年に設立された民間会社である。25,000 人の従業員を抱え、うち 8,500 人が IT 技術者である。2014 年の売上高は 37.5 兆ドンであった。

FPT は現在、健康保険管理に関する以下 2 つの IT システムのパイロットプロジェクトを実施している。

- 2013 年 12 月から 2015 年 12 月にかけて、6 カ所の医療機関に病院管理情報システムを導入するプロジェクトを、保健省情報技術局と共同で実施している。FPT は病院管理情報システムのソフトウェアの開発と導入を担当。
- 2015 年 4 月から 7 月にかけて、3 省で健康保険請求書の自動審査に係る IT システムを地方の社会保障機関（PSS/DSS）に導入するパイロットプロジェクトを行っている。FPT によると、このプロジェクトでは、健康保険請求書の計算結果の妥当性、及び医学的な観点での審査の妥当性を自動的に審査するシステムを開発することを目的としている。同プロジェクト実施後、保健省は FPT に全国の公的医療機関に保険請求データの抽出ソフトウェアの開発を委託した。

これらのことから、FPT は、既存の健康保険業務（請求、審査、支払）の詳細を理解しており健康保険分野の IT システムの開発をする能力があると考えられる。一方、FPT は全国に幅広く支

<sup>61</sup> 首相決定 NO.VN249/TTG,29/4/1995 に従い設立。

<sup>62</sup> 詳しい情報は調査団に提供されなかった。

店網を有していないため、全国各レベルの医療機関や社会保障機関（VSS/PSS/DSS）事務所に幅広く IT システム（ハードウェア、ソフトウェア）を導入する能力は高くないと考えられる。

### (3) VIETTEL

VIETTEL グループは、1989 年に設立されたベトナムの国営企業の一つである。約 30,000 人の従業員を抱え、2012 年の売上高は 141 兆ドンであった。全ての株式は防衛省が保有<sup>63</sup>している。

- 2014 年から、VIETTEL は健康保険の審査に関するパイロットプロジェクトを実施している。これは、健康保険分野への IT 導入を強化することを目的としている。
- Viettel は、健康保険カードに関するパイロットプロジェクトを 2 カ所の病院で実施している。この目的は、病院間での患者情報共有を強化するために、電子健康保険証を発行することを目的としている。

VIETTEL は IT システムに投資するための財政的余力がある点が強みである。また、軍事系の通信会社として全国に幅広いネットワーク、及び拠点を有している。一方で、社会保険、健康保険、病院管理の領域での IT システムの開発経験は有していない。

---

<sup>63</sup> 2097/2009/QD-TTg



## 第 6 章 保健情報管理の状況

健康保険の保険適用パッケージや医療費、エビデンスに基づく診療報酬支払制度の実施には、幅広い情報を定期的に収集し分析する必要がある。これら情報には、疾病構造やサービス提供・利用状況、保健人材、保健医療機関、医療機材など定期的な臨床・公衆衛生データなどが含まれる。また、人口や世帯、経済状況、保健ニーズ、病院財政、薬価なども、適切な健康保険制度運営には重要な情報である。本章ではこれら情報管理の概要について述べる。

### 6.1 保健情報管理に関連する法令・政策・開発計画

保健情報システムに関してはさまざまな法令や政策が施行されているが、これらは保健セクターのサブ・システム間の情報収集、情報処理、情報共有について詳細を規定していない。従って、現行の政策では重複した情報収集が行われており、また、保健省、統計局、財務省、計画投資省、ベトナム社会保障などの省庁間で情報を収集・共有する制度が確立されていない。

#### 6.1.1 開発計画

2014 年、保健省は 2014 年から 2020 年及び 2030 年までの保健情報システムに関する基本開発計画を策定し、2030 年に向けてのビジョン、長期目標、個別目標を示している。表 6-1 にその概要をまとめる。

**表 6-1 2030 年に向けた保健情報システムに関する基本開発計画概要**

ビジョン	保健情報システムが国際基準を満たし、国内・海外の政府及び関連機関、人々の情報ニーズに応えられる。
長期目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2020 年までに、中央からコミューンまで全てのレベルにおいて保健情報システムが改善され、実施体制の有効性、情報の適時性・正確性が担保される。また、全てのセクターの全てのレベルにおける保健活動の管理・運営が人々の健康状態の改善に寄与する。</li> <li>- 2030 年に向けて、ベトナムの保健情報システムが IT 技術によって統一化、同期化され、近隣地域において先進的な水準を達成する。</li> </ul>
個別目標	<p>&lt;リーダーシップとガバナンス&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 統合された情報により、保健セクターのガバナンスを強化する。</li> <li>- 標準化された情報により、保健セクターのガバナンスを強化する。</li> <li>- 死亡事例のモニタリング及び死因の分析能力を改善し、ガバナンスを強化する</li> </ul> <p>&lt;人材、財政、医薬品&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- インベントリ・データベースの改善と研修により、保健人材の統計分野の能力を強化する。</li> <li>- 健康保険を含む財務データのコンピュータ化により、政策や、人材、活動を改善する。</li> <li>- 医薬品、ワクチン管理に係るシステムのアップグレードを通じ、資源計画を改善する。</li> </ul> <p>&lt;保健サービス提供者&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 情報の質の改善と統一化を図るため、コミューンレベルからコンピュータ化された保健システムを確立する。</li> <li>- 非感染性疾患や障害などを含む保健プログラムの質の改善を図るため、サーベイランス・システムの範囲を民間保健医療機関まで拡大する。</li> <li>- 患者の診療記録に関する情報のセキュリティを強化しつつ、患者の保健情報へのアクセスを改善する。</li> </ul>

出典：[MOH, 2014]

### 6.1.2 関連法令

保健情報管理の強化に向け、ベトナム政府は保健統計、情報管理に関する様々な法令を制定し、法整備を進めている。表 6-2 に関連する法令をまとめる。

**表 6-2 保健情報システムに係る法令**

通達 06/2014/TT-BYT (2014 年 2 月)	国家保健指標に係る規定 88 の国家保健指標を規定している。指標は、保健財政、保健人材、保健医療機関、診療サービスなどの分野にわたる。
通達 32/2014/TT-BYT (2014 年 6 月)	国家保健統計指標の省・郡・コミュニティ保健医療機関への適用に関する規定 保健省通達 06/2014/TT-BYT に規定された国家保健指標について、省・郡・コミュニティの各レベルの保健医療機関に適用される指標を定めている。
通達 27/2014/TT-BYT (2014 年 8 月)	省・郡・コミュニティにおける保健医療機関の保健統計フォームに関する規定 各レベルの保健医療機関で使用する保健統計フォームについて規定している。フォームには、1)コミュニティ保健医療機関向け保健管理帳、2)コミュニティ・町の保健医療機関向け報告フォーム、3)郡・市・省直轄市の保健医療機関向け報告フォーム、4)省・中央直轄市の保健医療機関向け報告フォーム、がある。
通達 28/2014/TT-BYT (2014 年 8 月)	国家保健指標システムに関する規定 国家保健指標の内容について詳細を規定している。保健省通達 06/2014/TT-BYT に定められた指標に加えて、それぞれの指標についてデータ収集の目的、コンセプト、提案、関連パラメータなどについても提示している。
通達 29/2014/TT-BYT (2014 年 8 月)	民間医療機関のための保健統計報告フォーム・報告体系に係る規定 民間医療機関向けの報告フォーム及び報告体系について規定している。フォームには、1)記録帳、2)民間ヘルスケア施設向けの報告フォーム、3)病床を有する民間保健医療機関向けの報告フォーム、4)臨床ケアを行う民間医療機関向けの報告フォームの 4 種が含まれる。
法律 89/2015/QH13 (2015 年 11 月)	統計法 統計調査の効率性を高め、統計データの信憑性、目的、正確性を担保するため、各種統計調査の実施、情報の報告体系、統計情報の活用方法、統計実施機関のシステムなどについて規定している。

出典： [National Assembly, 2015] [MOH, 2014] [MOH, 2014] [MOH, 2014] [MOH, 2014] [MOH, 2014]

### 6.1.3 国家保健指標

保健省通達 06/2014/TT-BYT 及び 28/2014/TT-BYT は、88 の国家保健指標について、それぞれのデータ収集源、報告時期、データ提供・収集に係る担当機関などを規定している。表 6-3 にその一覧を示す。

表 6-3 国家保健指標一覧

カテゴリー	指標		
保健財政	保健支出（対 GDP 比） 一般政府予算の保健支出（対合計保健支出） 世帯における OOP（対合計医療費） 一般政府予算の保健支出（対合計政府支出） 一人当たり医療費		
保健人材	保健人材密度	保健専門機関の卒業率	
保健医療機関	保健医療機関密度 病床密度 薬局密度 医師が在籍する CHS	助産師または准医師が在籍する CHS 村落ヘルスワーカーがいる村 訓練された村落助産師がいる村 国家コミュニティ保健基準を満たすコミュニティ	
情報システム	保健情報システムのパフォーマンス指数		
組織・運営	規定に基づく政策実施指数		
保健医療サービスの利用状況	外来受療率 平均入院期間	入院受療率 健康保険加入率	病床稼働率
保健医療サービスの質・安全性	患者満足度 試供薬の品質順守率	術後感染率	
保健介入のカバレッジ及びインパクト	産前ケアのカバレッジ 全予防接種受診率 熟練した分娩助産者のカバレッジ 産後ケアのカバレッジ 抗生剤による肺炎治療率 伝統医療による治療率 流行性感染症による罹患率 産前ケアにおける破傷風トキソイドのカバレッジ ドメスティック・バイオレンス治療率 子宮頸がん検査実施率 乳がん検査実施率 産前 ARV 治療率 院内罹患の原因上位 10 院内死亡の原因上位 10 結核治療成功率 流行性感染症による死亡率		
保健行動及び危険因子	喫煙率 栄養失調率 衛生的なトイレの利用率 家族計画の満たされていない需要率 保健医療機関における医療廃棄物処理のカバレッジ エネルギー消費 1,800 キロカロリー/人以下	低出生体重率 肥満率 清浄水の利用率 正しいエイズ予防知識普及率	出生時性比 避妊普及率
保健状況	出生時平均寿命 思春期出産率 幼児死亡率 ハンセン病罹患率 マラリアによる死亡率 HIV 陽性における結核有病率 HIV 陽性における結核罹患率 HIV/エイズによる死亡率 ワクチン接種によって予防可能な疾病の罹患率 ワクチン接種によって予防可能な疾病による死亡率	粗出生率 妊産婦死亡率 5 歳未満児死亡率 ハンセン病有病率 結核罹患率 HIV 陰性における結核による死亡率 15-49 歳の HIV 罹患率 コミュニティにおける死因上位 10	合計特殊出生率 新生児死亡率 デング熱罹患率 マラリア罹患率 HIV/エイズ罹患率
非感染性疾患及び怪我	食中毒罹患率 急性食中毒による死亡率 統合失調症治療率 てんかん治療率 高血圧治療率	急性食中毒治療率 職業病治療率 うつ病治療率 糖尿病治療率 怪我治療率	がん治療率 怪我による死亡率

出典：[MOH, 2014] [MOH, 2014]

また、保健省通達 32/2014/TT-BYT は、これら指標が省・郡・コミューンのどのレベルの保健医療機関で適用されるか、規定している。適用される指標は、省レベルで 70 指標、郡レベルで 60 指標、コミューンレベルで 45 指標である（表 6-4）。非感染性疾患に関する指標を除き、指標データはすべて毎年収集・報告される。

情報システムに関する指標、組織・運営に関する指標、保健医療サービスの質・安全性に関する指標と、その他カテゴリーのいくつかの指標は、中央レベルの関係機関が情報を提供する。

**表 6-4 保健医療機関レベル別の指標数**

	指標カテゴリー	指標数		
		省 レベル	郡 レベル	コミュー ンレベル
インプット 指標	保健財政	2	1	1
	保健人材	2	1	1
	保健医療機関	8	8	2
	情報システム	0	0	0
	組織・運営	0	0	0
アウトプット 指標	保健医療サービスの利用状況	5	4	1
	保健医療サービスの質・安全性	0	0	0
アウトカム 指標	保健介入カバレッジ及びインパクト	13	13	11
	保健行動及び危険因子	7	5	3
インパクト 指標	保健状況	22	20	19
	非感染性疾患及び怪我	11	8	7
合計		70	60	45

出典： [MOH, 2014] [MOH, 2014] [MOH, 2014]

## 6.2 人材

保健統計・情報課が保健統計活動の中核を担っており、その責務は多岐にわたる（第 3.4.1(1)1 節）。しかし、同課に在籍する職員数は、正職員が 5 名、パートタイム職員が 2 名と限られた人数で業務を遂行している。これら 7 名の職員には統計分野の教育バックグラウンドはなく、データの分析及び活用に関する専門技術を備えていない。省、郡レベルでは、1 名または 2 名の体制で統計を担当しており、他の業務と兼任している場合が多い。

## 6.3 保健情報システムにおけるデータ・ソース及びデータの管理

保健情報システムに係るデータ・ソースには、人口動態統計、人口調査、疾病監視システム、保健医療機関からの定期報告などがある。

2014 年以前は、定期報告システムによる保健医療機関からの情報収集は公立の施設に限定されていた。民間医療機関の保健情報は入手できず、従って、保健状況や保健医療サービスに関する統計は実際の状況を反映したものではなかった。この問題を解決するため、2014 年に保健省は通達 29/2014/TT-BYT を発布し、民間医療機関の記録・報告フォームを規定した。

死亡に関するデータもまた、正確な数を反映していない。特に、在宅での死亡の場合には死因の特定が困難である。保健省は、死亡に関する情報を村落ヘルスワーカーより収集する体制を整え

たが、保健省通達 27/2014/TT-BYT で規定されたフォームでは、死因に関する項目は設けられていない。

データの正確性の問題は、これまでも重要課題の一つと認識されてきており、保健省は課題解決に向けて取り組んでいる。また、データ管理には、1)データ収集・保管、2)編集・取りまとめ、3)品質管理、4)分析、5)報告・フィードバック、の 5 つのステップがある。保健情報の管理システムについては、現時点ではモニタリング体制が整備されておらず、また、データの質を標準化する規程もない。

### 6.3.1 人口動態統計及び人口調査

#### (1) 登録制度

戸籍登録制度は公安が管掌する。本名、生年月日、職業、勤務地、家族の名前などを登録する。また、公安では転出・転入手続きも担当している。一方、出生・死亡、結婚・離婚に関する届け出はコミューン人民委員会の司法部が管掌する。

#### (2) 人口・住宅センサス

統計局が、1979 年から 10 年ごとに人口・住宅総調査を実施している。直近の人口・住宅センサスは、2009 年に国連人口基金による協力のもとで実施された。全数調査とサンプル調査とに分かれており、全数調査では人口データ（個人情報、学歴、民族・宗教など）と住宅データ（住宅構造、建材、居住年数など）について調査する。サンプル調査では、全数調査の質問に加え、人口データ（障害、結婚、経済活動など）、出生に関するデータ（出産歴、子供の数など）、死亡に関するデータ（世帯の死亡状況、死亡要因など）、住宅データ（世帯主、電気・燃料・トイレなどの設備状況など）が含まれる [GSO/UNFPA, 2009]。

#### (3) 人口動態保健調査

人口動態保健調査（DHS）も統計局が主体となって実施している。ベトナムでは 1988 年、1997 年、2002 年に実施された。3 回目の DHS は Committee for Population, Family and Children からの資金協力と、ORC Macro からの技術協力を得て行われた。サンプル調査により、人口動態、家族計画、母子保健、HIV/エイズなどに関する情報が収集される[GSO, 2002]。

### 6.3.2 感染症サーベイランス・システム

ハノイの国立衛生疫学研究所（NIHE）、地方の疫学研究機関が感染症サーベイランス・システムを管掌している。感染症による罹患・死亡に関する情報は、コミューンレベルの保健医療機関から郡の予防医療センターへ報告される。その後、郡レベルで取りまとめられた情報が省予防医療センターへ、それから地方疫学研究所、中央の NIHE へ報告される [MOH, 2006]。2014 年から 2020 年及び 2030 年までの保健情報システムに関する基本開発計画によると、このサーベイランス・システムでは感染症に関する情報が定期的に報告・更新され、適切に実施されていると報告されている [MOH, 2014]。

### 6.3.3 定期報告システム

ベトナムでは保健情報管理システムが確立されており、保健省通達 27/2014/TT-BYT により各レベルの保健医療機関で適用される記録・報告フォームが規定されている。これらフォームの種類と記録内容を表 6-5 にまとめる。

表 6-5 保健医療機関における記録帳・報告フォーム

施設レベル	フォーム	記録・報告内容
コミュニティ	記録帳 12 種 (A1/YTCS-A12/YTCS)	診療記録/小児予防接種/脳炎・コレラ・腸チフス予防接種/破傷風予防接種（女性）/産前ケア/家族計画/中絶/マラリア/メンタル・ヘルス/結核/HIV/エイズ/保健教育/非感染性疾患
	フォーム 10 種 (1/BCX-10/BCX)	人口/保健支出/保健人材/母子保健/予防接種/外傷/感染症/性感染症/コミュニティにおける死亡例
郡	フォーム 16 種 (1/BCH-16/BCH)	人口/保健支出/施設設備/コミュニティにおける保健状況/郡における保健人材/妊産婦ケア/妊産婦の罹患・死亡/家族計画/小児保健/小児予防接種/小児の罹患・死亡/予防医療サービス/性病/事故・外傷/感染症/院内罹患・死亡/コミュニティにおける死亡例
省	フォーム 18 種 (1/BCT-18/BCT)	人口/保健支出/施設設備/コミュニティにおける保健状況/妊産婦ケア/妊産婦の罹患・死亡/家族計画/小児保健/小児予防接種/小児死亡/予防医療サービス/性感染症/事故・外傷/感染症/院内罹患・死亡/コミュニティにおける死亡例/健康保険/人材育成

出典：[MOH, 2014]

この情報システムは保健省計画財務局が中核となり、フォームへの記録、データ収集、データ提出を指導・監督している。報告体系の詳細については第 6.4 節に述べる。

### 6.3.4 医療機関の品質管理のための情報管理

保健省通達 27/2014/TT-BYT に規定された上記の報告システムとは別に、保健省医療サービス局が病院の品質管理の一環として病院からデータを収集している。医療機関の情報はこれまで、紙ベースで保健省に集められていたが、DistrictHealthInformationSoftware（DHIS）ソフトウェアを用いて、ウェブベースで集約する試みを開始しているとのことである。

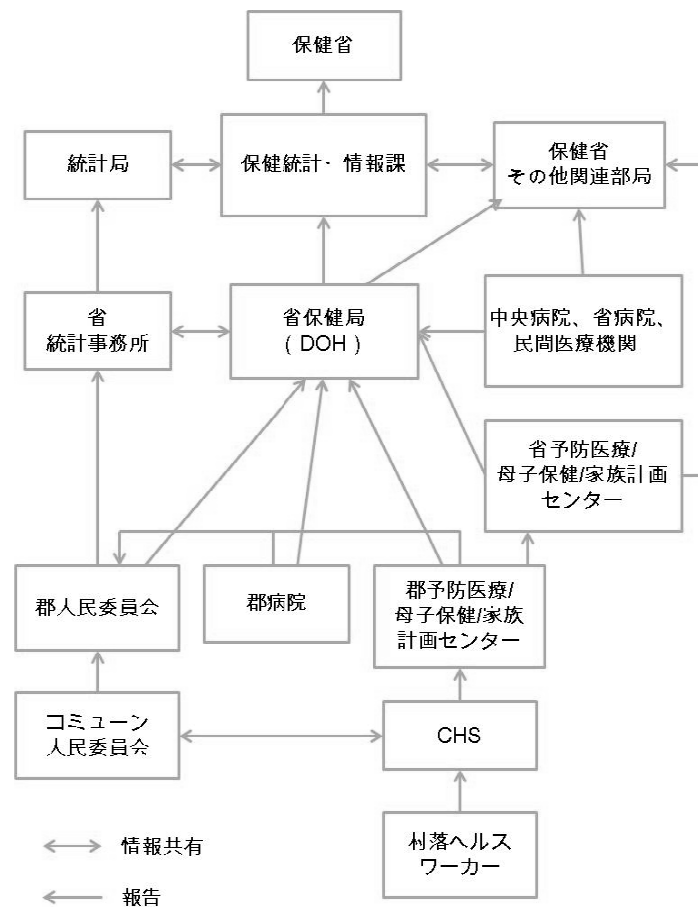
このデータベースには、含まれる情報は以下の通り。郡・省レベル保健医療機関からの情報は、省保健局で取りまとめられ、その後保健省医療サービス局に定期的に報告される。生データは医療サービス局内に保管されるが、集計表を計画財務局や人事局、HSPI、科学技術研修局、ベトナム医療経済学会などに共有することは可能とのことである。

- 医療機関の基本情報（病床数、外来・入院者数）
- 主要な業績評価指標（KPI）
- 技術サービスリスト
- 保健医療人材（資格、学歴、職歴、等）
- 医療機材
- 財政状況
- 医薬品（単価、在庫、年間購入数、等）
- 疾病・死亡（ICD10 分類別、感染症、事故による外傷）

- 品質管理の促進（自己評価、地方保健局による評価、報告書）
- 患者満足度（クレーム管理）
- サービス価格（2016 年から収集を開始する予定）

## 6.4 情報フロー

保健情報システム及びその他多くの国家保健プログラムの情報管理システムでは、コミューンから郡、省、中央レベルへと縦ラインで情報管理が体系化されている。情報フローの体系を図 6-1 に示す。



出典：保健省保健統計・情報課

図 6-1 情報フロー

### (1) コミューンレベル

コミューンレベルでは、村落ヘルスワーカー<sup>64</sup>が村における出生、死亡、事故、怪我、疫病などの情報を収集する。これらの情報は、保健省通達 27/2014/TT-BYT に規定されたフォームに記録され、CHS に提出される。CHS では、村落ヘルスワーカーから提出された情報と CHS で提供した保健医療サービスを取りまとめ、郡レベルの担当機関に提出する。

<sup>64</sup> 村落ヘルスワーカーは、郡保健センターより小額の手当が支給され、CHS が管轄する村落を管理する役割を担う。

## (2) 郡レベル

郡レベルでは、郡予防医療センター/郡保健センターが、管轄する郡全体の保健医療機関（CHSを含む）の保健情報を取りまとめる。取りまとめた情報は郡人民委員会及び省保健局に提出される。図 6-1 では郡病院の情報は郡保健センターを経由せず直接保健局に提出されることと示されているが、保健センターが郡病院を管轄する組織体系においては、郡病院の保健情報は保健センターで取りまとめられる。

## (3) 省レベル

省レベルでは保健局が省全体の保健情報を取りまとめる。この保健情報には、省レベルの保健医療機関のほか、郡予防医療センター/郡保健センター、郡病院からの情報が含まれる。保健局で取りまとめられた情報は、省統計局及び保健省保健統計・情報課に提出される。

## (4) 中央レベル

中央レベルでは保健省計画財務局下の保健統計・情報課が、各省における保健医療機関及び関連機関の保健情報の収集、取りまとめを担当する。これら情報は保健統計年鑑などの報告書に集約され、関係政府機関に提出される。

## 6.5 情報インフラ

病院情報システムの導入率は、中央レベルでほぼ 100%、省レベルで約 60%、郡レベルで約 40% である（第 5.3.1 節参照）。

多くの省では、すでに病院にはコンピュータが設置されているが、これらコンピュータの仕様が古いために、データ管理のソフトウェアの規格に合わないことが多い。郡レベルでは、コンピュータの台数に限りがある保健医療機関もあり、統計担当者は 1 台のコンピュータを他の職員と共有している状況である。

ビンディン省及びドンタップ省では、すべての CHS に病院情報システム用のコンピュータ、ソフトウェアが導入されていた。しかし保健省によると、コンピュータやソフトウェア、インターネット環境が整っている CHS は非常に少なく、援助機関や IT ベンダーからの支援を受けている省に限定されており、ほとんどの CHS は適切にデータ管理を行える環境にないとのことであった。

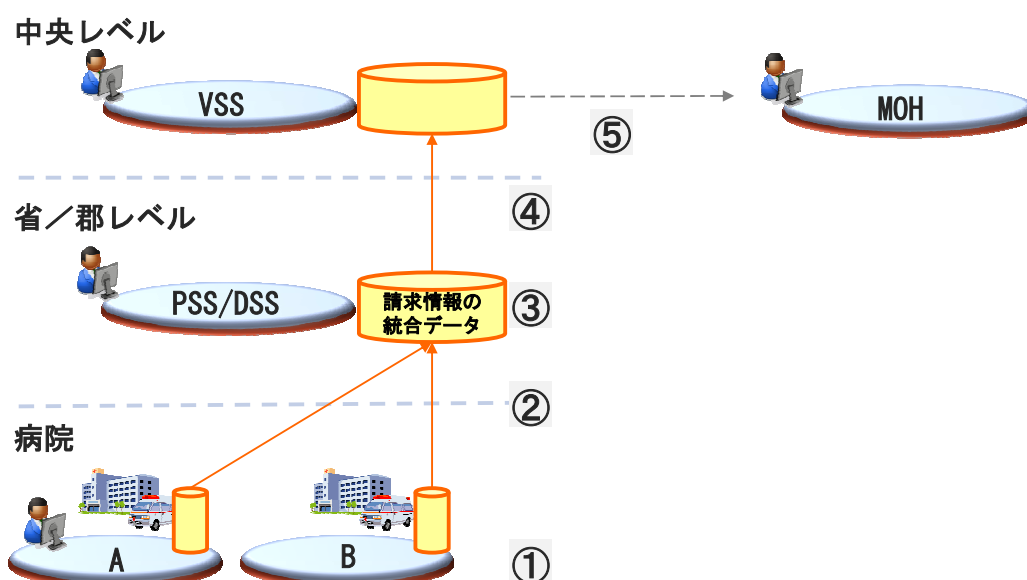
## 6.6 健康保険請求、及び医療機関マネジメントのための情報管理

### 6.6.1 請求情報の流れ

医療機関から送信された請求情報は、地方の社会保障機関（PSS/DSS）を経由し、ベトナム社会保障の中央に転送される。しかし、これらの請求情報は保健省に効率よく共有されていないうえ、医療機関のカルテや病院管理に関する情報は公開されていないため、中央レベルでこれらの情報は適切に統合されていない。請求情報の流れを、以下及び図 6-2 に示す。



- (1) 医療機関は日々、保健省が定めたフォーマット<sup>65</sup>に従い請求情報を作成する。
- (2) 医療機関は毎月 25 日<sup>66</sup>に、CSV 形式の請求情報を DSS/PSS に、メールで送付する。
- (3) DSS/PSS は、1-2 週間かけて請求情報を審査する。
- (4) PSS が請求情報を取りまとめた後、ベトナム社会保障に送信する。
- (5) 保健省は、四半期に一度、ベトナム社会保障から健康保険のサマリー情報を受け取る。



出典：調査団

図 6-2 請求情報の流れ

## 6.6.2 請求情報の詳細

### (1) 2015 年 12 月まで使用されていたフォーマット

医療機関からベトナム社会保障に提出される請求情報には、主に基本情報、診療費用内訳、健康保険基金による負担額の 3 つの項目が含まれている（図 6-3）。このうち診療費用については、診療項目グループ（検査、薬剤、消耗品、等）ごとに合計された情報が提出されるため、技術サービスの詳細項目や価格の情報は含まれていない。

<sup>65</sup> 9324/BYT-BH

<sup>66</sup> In case of Dong Thap

Name of health examination & treatment facility:.....  
Code number .....  
**Form: C79a - HD**  
(Issued following circular No. 178/2012/TT-BTC  
date 23/10/2012 of Ministry of Finance)  
**LIST OF PATIENT (OUT-PATIENT) WHO RECEIVED HEALTH EXAMINATION & TREATMENT BY PUBLIC HEALTH INSURANCE**  
**REQUEST FOR PAYMENT**  
Month ..... Quarter term..... year .....  
(to be sent enclosed with data file of every month)

Unit: VND

Ord inal nu mbe r	Full name	Date of birth		Health insuran ce card number	Code of facility registered as first health examinati on & treatment hospital	Code of disease	Date of exam ination & treat ment	TOTAL MEDICAL FEE (PUBLIC HEALTH INSURANCE PATIENT)														The patient co- payme nt	Medical fee request for payment	
		Male	Female					Total	Test	Image diagnosi s	Transf usion fluids	bloo d	operat ion	Cons umab le medic ine	Repla ced medic al materi al	High technol ogy service s	Cancer drug, anti- rejecti on drug	Exami nation fee	Transp ortation fee	Grand total	The medical fee out of capitatio n fund			
																							1	2
A	B	C	D	E	G	H	I	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
A	PATIENT IN PROVINCE (REGISTERED FIRST HEALTH EXAMINATION & TREATMENT IN FACILITY)																							
1																								
2																								
...																								
B	PATIENT IN PROVINCE																							
1																								
2																								
...																								
C	PATIENT FROM OTHER PROVINCE																							
1																								
2																								
...																								
Total A+B+C								X	X															

Request payment amount (in word): .....

Person in charge  
(signature, name)

Chief administration  
(signature, name)

Chief Accountant  
(signature, name)

Date .....  
Director  
(signature, name, stamp)

Source : CircularNo.178/2012/TT-BTCdate23/10/2012MinistryofFinance

図 6-3 2015 年 12 月まで使用されていた請求フォーマット

## (2) 2016 年 1 月から導入されたフォーマット

2016 年 1 月から医療機関は新たなフォーマットを用いて請求しなければならないことが、保健省の通達<sup>67</sup>で規定された（表 6-6 及び表 6-7）。新たなフォーマットには、これまで含まれていなかった技術サービスや価格の詳細情報が含まれている。

<sup>67</sup> 9324/BYT-BH

表 6-6 フォーム 1 : 健康保険請求のための基本情報 (抜粋)

No.	項目名	データ タイプ	桁数	入力 必須	解説
1	患者コード	文字列	15		医療機関が管理する患者コード
2	患者名	文字列	255	○	患者の名前
3	生年月日	文字列	8	○	YYYYMMDD
4	性別	数字	1	○	男=1、女=2
5	住所	文字列	255	○	保険証に記載されている住所
6	保険証コード	文字列	15	○	VSS が発行した保険証コード
7	初診登録病院コード	文字列	5	○	保険証に記載されている初診登録医療機関コード
8	有効期間 (自)	文字列	8	○	YYYYMMDD
9	有効期間 (至)	文字列	8	○	YYYYMMDD
10	傷病コード	文字列	5	○	主傷病コード。ICD10 に基づく。
11	傷病名	文字列	255		ICD10 に該当する傷病コードがない場合、傷病名を入力する。
12	入院日／退院日				
13	健康保険負担率	数字	3	○	患者が属するグループの健康保険負担率
14	治療費用合計	数字	15	○	治療、処置の合計金額
15	患者負担金額	数字	15	○	患者の窓口負担額
16	健康保険基金負担金額	数字	15	○	健康保険基金の負担額
17	医療機関コード	文字列	5	○	処置を受けた医療機関コード (VSS が発行)
18	国際準拠の処置コード	文字列	5		ICD9CMVol3 に基づいた手術・処置コード (保健省が公布後、使用する)

出典： 9324/BYT-BH

表 6-7 フォーム 2 : 健康保険対象の医薬品明細情報(抜粋)

No.	項目名	データ タイプ	桁数	入力 必須	解説
1	薬品コード	文字列	15	○	マスターに規定される薬品コード
2	薬品名	文字列	255	○	マスターに規定される薬品名
3	計算単位	文字列	50	○	マスターに規定される計算単位
4	数量	数字	5	○	実際に処方された数量
5	単価	数字	15	○	健康保険支払単価
6	健康保険負担率	数字	3		薬品の健康保険負担率
7	金額	数字	15		数量×単価×健康保険負担率
8	診療科コード	文字列	3		診療を受けた科のコード
9	医師コード	文字列	8		担当した医師のコード
10	傷病コード	文字列	5		主傷病コード

出典： 9324/BYT-BH

## 第 7 章 関連する開発パートナーの動向

### 7.1 保健財政テクニカルワーキンググループ (TWG)

ベトナムの保健財政改革に資することを目的に、保健財政テクニカルワーキンググループ (TWG) が再結成された<sup>68</sup>。TWG は、保健パートナーシップグループ (HPG) のサブコミッティとして、保健省の計画・財政能力を強化し、その機能を高めることを支援することが期待されている。

TWG の役割や活動範囲は、これまでの準備会合、第 1 回 TWG 会議 (2016 年 3 月 15 日) において、保健省はじめベトナム関係機関、開発パートナーの間で協議されてきた。今後、TWG は四半期ごとに開催し、状況に応じて、臨時会議を招集する予定である。

TWG の活動の主な目的は以下の通り。

- 1) 保健財政戦略 (5 カ年、10 カ年) 開発にあたり、効果的な支援を調整する
- 2) 保健財政メカニズム、特に支払方式の刷新に関し、保健省が、必要な関係機関や技術支援を結集できるよう支援を行う
- 3) 保健計画及び財政にかかる経験・知見を共有する
- 4) 保健省が適切な戦略、政策、計画を策定するため、保健計画・財政分野における技術支援を提供する
- 5) 保健省が保健財政改革にかかる様々なパイロット方式を実施するために必要な支援を提供する

TWG メンバー (暫定) は以下の通り。

- ・ 保健省 (計画財務局、健康保険局、国際協力局、他関係局)
- ・ 保健戦略政策研究所 (HSPI)
- ・ 関係省庁 (財務省、計画投資省、ベトナム社会保障)
- ・ 開発パートナー (WHO、EU、USAID、世界銀行、ADB、JICA、他)
- ・ その他関係機関、団体、個人、専門家等

### 7.2 UHC 及び保健財政分野における関連ドナーの活動

健康保険を含む医療保障制度の改善は UHC を支える重要な要素である。ベトナム保健セクターにおいてもドナー関係者の関心は高く、これまで当該分野において、多くの協力・支援が行われてきた。

健康保険分野においては、世界銀行は、現行の健康保険制度にかかるアセスメントを実施し、その結果を踏まえて今後改善すべき点についてまとめている [World Bank, 2014]。また、USAID は、

<sup>68</sup> 以前にも組織されたが、半ば形骸化していた。

保健省の BHSP のロードマップ策定支援を行った。また、ルクセンブルグ開発公社（LuxDev）や USAID は、一部の省において、BHSP に関する調査を実施している（第 3.3.5 節参照）。

表 7-1 は、UHC 及び保健財政分野における主要ドナー機関の支援状況をまとめたものである。

表 7-1 ベトナム UHC・保健財政分野における主要ドナー機関の支援状況

ドナー	プロジェクト/ 重点支援分野	主な支援概要	カウンター パート機関
USAID	Health Finance and Governance Project (HFG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 保健システム強化、特に保健財政面での支援。社会健康保険 (SHI) の適用により、HIV/AIDS サービスの持続性を担保するのが主な目的。</li> <li>- 現在、PEPFAR（米国大統領エイズ救済緊急計画）の財政支援を受け、BHSP 策定に係る数理分析調査（“<i>Actuarial Technical Assistance for Updating the Basic Health Service Package Paid by VSS</i>”）を実施中。数理分析は、6 省（ハノイ、ザーライ、ホアビン、ビンディン、ドンタップ、ホーチミン）の保健施設において、健康保険対象である約 17,000 のサービスを対象に実施。関連データを省病院、郡病院、CHS から回収した。結果は、2016 年 3 月から 6 月頃に出る予定（調査の実施は AbtAssociates（米国に本部を持つ NGO））。</li> </ul>	VAAC VSS
世界銀行	保健システム強化	保健財政政策や保健サービス改善にかかる支援が中心 健康保険法改定支援、等。	保健省
	Moving toward Universal Coverage of Social Health Insurance in Viet Nam (2014)	ベトナム政府の要請により、WHO、UNICEF、ロックフェラー財団等の開発パートナーと協同で、現行の保健財政制度、社会医療保険につきアセスメントを実施。左記の報告書では、UHC 達成に向けた改革案やロードマップを提示。	保健省 VSS
	Central North Region Health Support Project (2010-2016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 主に下位レベル（郡）の保健サービス改善と、経済的弱者の保健サービスへのアクセス向上支援を目的とする借款。コンポーネントは、1) 準貧困層向け補助 (11.6 百万米ドル)、2) 保健サービス（郡レベル）(29.37 百万米ドル)、3) 保健医療人材育成 (12.49 百万米ドル)、4) プロジェクト運営、M&amp;E (4.51 百万米ドル)。</li> <li>- 準貧困層向け直接補助率を 70%に引き上げることで、対象地域の準貧困層の健康保険カバー率が 2014 年 12 月 31 日までに 90%まで改善した。</li> <li>- 上記 2) 保健サービス（郡レベル）のもと、病院や予防ヘルスセンターのパフォーマンス向上を目的に、ゲアン省において、Results Based Financing (RBF) パイロットを実施した。</li> </ul>	保健省
	Mekong Region Health Project (2006-2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 上記同様、対象地域の保健サービス改善と、経済的弱者のアクセス向上を目的とする借款。</li> <li>- 主なコンポーネントは、1) 貧困層及び準貧困層支援 (10 百万米ドル)、2) 治療の質とキャパシティ向上 (44.8 百万米ドル)、3) 予防医療 (7.8 百万米ドル)、4) 保健医療人材育成 (\$1.2 百万米ドル)、5) プロジェクト運営、M&amp;E (4.2 百万米ドル)。</li> <li>- 準貧困層向け補助率を 70%に引き上げることで、対象地域の準貧困層の健康保険カバー率は、7.2%（2008 年）から 42.1%（2011 年）に改善した。</li> </ul>	保健省

ドナー	プロジェクト/ 重点支援分野	主な支援概要	カウンター パート機関
	Northern Upland Health Support Project (2008-2016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 主に、北部山岳地域の貧困層や少数民族の保健サービス利用促進を目的とする借款。</li> <li>- コンポーネントは、1) 郡病院強化 (42.9 百万米ドル)、2) 保健サービスへのアクセスを阻害する経済的負担の軽減 (10 百万米ドル)</li> <li>- 対象地域の裨益者の入院サービスの利用率は、0.03% (ベースライン、2009 年) から、0.096% (2015 年) に改善した。この数字は、目標値である 0.033% (ベースラインより 10% 増加) を上回った。</li> </ul>	保健省 農業農村 開発省
ADB	Health Human Resources Sector Development Program (2010-2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 人材育成を主とした借款プロジェクト (76.3 百万米ドル) で、コンポーネントは 1) 保健人材の計画・管理能力向上 (17.09 百万米ドル)、2) 人材育成制度の質向上 (53 百万米ドル)、3) 保健医療サービス提供にかかる管理システムの改善 (6.25 百万米ドル)、の 3 つ。</li> <li>- 3) に関連して、クリティカル・パス (care pathways) の開発と試行、診療報酬支払制度にかかるガイドラインの策定などを行っている。30 の活動のうち 24 は 2015 年 12 月までに完了予定。具体的には、郡及び省レベルにおいて、主な 26 疾病グループに関し、原価計算や case-based payment model に関する活動を含む。</li> <li>- また同プログラムにおいて、診断群別分類 (DRG) に関するパイロットを実施した。報告書は 2016 年 5 月に出される見通し。</li> </ul>	保健省
	Strengthening the Policy and Institutional Framework of Social Health Insurance (新規)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ADB への聞き取り (2016 年 9 月) によれば、健康保険分野に関連し、1) 政策面、2) 高齢者介護モデル、3) 健康保険分野の関係者 (保健省、地方保健局、VSS 等。病院等のサービス提供者は含まない) における能力強化を実施する計画である。</li> <li>- 本プロジェクトは、2016 年 10 月時点で、ベトナム政府の承認手続き中である。</li> <li>- 支援規模は、1.8 百万米ドル<sup>69</sup> (計画)。支援期間<sup>70</sup>、活動の詳細については未定 (2016 年 9 月聞き取りによる)。</li> </ul>	保健省 (健康保 険局)
WHO	保健システム強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HPG の枠組みのもと、HPG 会議及び TWG 等を通じ、UHC はじめ、ベトナムの主要保健政策にかかる一連の政策対話、ドナー調整をリード。アクセス困難地域の財政及びサービス提供戦略に貢献。医療保障法や薬事法改定も支援している。</li> <li>- Health Equity の観点から、サービス提供システムの整備支援を行っている。具体的には、健康保険の周知活動や Benefit package の運用にかかる助言、保健人材育成、医薬品へのアクセス改善 (医薬品の中央管理システム構築) 支援等。</li> <li>- ベトナム政府が策定中の保健財政 10 カ年戦略 (Health Care Financing Strategy (2016-2026)) への支援</li> </ul>	保健省

<sup>69</sup> <https://www.adb.org/projects/50139-002/main#project-pds>

<sup>70</sup> ADB への聞き取りによれば、支援開始は、2016 年末から 2017 年初めになる見通しとのこと。ただし、本年施行された ODA 管理にかかる政令 (Decree) 16 により、ベトナム側の承認手続きに、時間を要している。

ドナー	プロジェクト/ 重点支援分野	主な支援概要	カウンター パート機関
Luxemburg Agency for Development Cooperation (LuxDev)	Supporting Health Care Policy for the Poor in Cao Bang and Bac Kan (2009-2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 質の高いプライマリーヘルスケアへのアクセスに焦点を当てたプロジェクトで、カオバン省とバクカン省で実施（6,899,100 ユーロ）。財務データの収集及び活用の改善、新たな財務メカニズムに対応する組織体制の強化、保健セクターの財務システム支援、貧困層のカバー率改善等を実施。</li> <li>- プロジェクトの一環として、両省において BHSP 調査を実施した。1) 公正、2) グッドガバナンス、3) 患者の権利をコンセプトに、需給側の視点で、どのような保健サービスが確保すべきかを調査した。</li> </ul>	カオバン及びバクカン郡人民委員会、保健省
	BHSP study in 5 selected provinces (2014-2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- カオバン省とバクカン省での実施後、対象を 5 省（ハノイ、ハナム、ゲアン、カインホア、ザーライ）に拡大し、BHSP 調査を実施した。</li> <li>- 調査の目的は、1) 利用頻度の高い治療サービスリストを作成するため、全ての治療活動・サービスをリスト化、2) 利用頻度の高い予防サービスリストのリスト化、3) 治療及び予防を含む BHSP の提言、4) 保健サービスに関し、サービス提供施設の関連コストにかかる提言等。</li> </ul>	保健省
ロックフェラー財団	UHC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- アジア・アフリカを中心に 22 カ国で Joint Learning Network (JLN) を創設し、各国の経験を共有しつつ UHC 実現を支援。ベトナムでは UHC 実現のための支払制度改革、保健サービスのコスト分析に関する支援を実施中。JLN は、HSPI とハノイ医科大と協同で、ベトナムの支払い方式にかかる調査活動を支援した（詳細は、7.3 参照）。</li> </ul>	保健省
EU	EU-Viet Nam Health Sector Policy Support Programme HSPSP-1&2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HSPSP-1 (2011-2015, 39.25 百万ユーロ) の主な目的は、ベトナム政府の 5 カ年計画 (2011-2015) の実施を支援することにより、より効果的、効率的、公正な保健システムを通して、貧困層、最も脆弱な人々の健康状況の改善に資することである。</li> <li>- HSPSP-2 (2015-2019, 100 百万ユーロ) は、新 5 カ年計画 (2016-2020) の保健政策・計画の策定・実施に貢献する。特に 1) UHC に向けた進捗、2) 下位レベル（郡、コミュニティ）のサービス提供、質の改善により、病院の混雑解消に寄与することに重きを置く。</li> <li>- 同プログラムは、再貧困とされる 10 省<sup>71</sup>の公正に特に焦点を当てる。尚、プログラム準備にあたっては、パフォーマンス指標を選定した<sup>72</sup>。</li> </ul>	保健省、財務省、計画投資省、VSS、対象 10 省

<sup>71</sup> ライチャウ、ソンラー、ディエンビエン、コントゥム、ハーザン、ラオカイ、カオバン、イエンバイ、ダックノンの 10 省。

<sup>72</sup> 選定されたパフォーマンス指標は、以下の 8 つ。1) 準貧困層の保険カバー率、2) 健康保険支払制度改革の進捗、3) 貧困 10 省において、草の根レベルでの保健サービスの利用状況、4) 医師が配置されている CHS の割合、5a) 訓練を受けた少数民族村落助産師の数、5b) 訓練を受けた保健スタッフの介助による出産の割合、6) 乳児死亡率、7) 患者のフィードバックシステムの導入及び公表、8) 出生時の男女比。

ドナー	プロジェクト/ 重点支援分野	主な支援概要	カウンター パート機関
	人頭払い方式 パイロット及 び評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EU の二国間支援“Health Care Support to the Poor of the Northern Uplands and Central Highlands Project” (2006-2012) (HEMA) 及び“Health Sector Capacity Support Project” (2012-2014) (HSCSP) を通じて、人頭払いにかかるパイロットを実施した。パイロットは、ザーライ省、コンヅム省からスタートし、バクニン省、バクザン省、ハナム省の3省に拡大した。</li> <li>- 人頭払い方式モデルを実施した結果、いくつか改善点<sup>73</sup>が見つかり、保健省は、決定 No.5380/QD-BYT に沿い、4 省（バクニン省、ニンビン省、TT フェ、カインホア省）で、改訂人頭払い方式モデルの実施を決めた。改訂版モデルのパイロットは、通達 No.09/2009 で定めた人頭払い方式改定のためのエビデンスを証明するために実施するものである。</li> <li>- 保健省の要請を受け、EU は、2015 年 9 月から 12 月にかけて、改訂版人頭払い方式モデルの評価を行った。改訂モデルの課題に基づき、EU は年齢グループ別の新しい人頭払いモデルの立ち上げ、特定の年齢グループの医療サービス利用パターンを基に調整率を計算することを提案している。2016 年 3 月時点で、この提案は保健省の承認待ちである。[EU Health Faculty, 2015]</li> </ul>	
	EU-WHO Universal Health Coverage Partnership*	これまでの EU のベトナム保健セクターへの支援実績を踏まえ、政策対話プログラムの最優先 7 カ国に指定（2012 年）。アクセス困難地域の財政及びサービス提供戦略の政策対話促進に貢献した。	保健省
UNICEF	“Social Insurance as a means to achieving universal coverage and more equitable health outcome” (2011)	保健省と協同で、健康保険制度にかかる調査実績あり。左記報告書では、需要側、特に社会的弱者（6 歳未満児、貧困層、準貧困層、少数民族、等）に与えるインパクト、健康保険カバレッジ拡大にあたっての課題を整理した。	保健省
KOICA	Q-Health Project (2012-2018)	KOICA の支援額は、国別ではベトナム向けがトップで、保健は重点分野。無償資金で中部クアンナム省に建設した総合病院を拠点に人材育成・技術向上の支援を実施中（47 百万米ドル）	保健省
	Social Insurance Training Programme for Vietnamese Social Security Specialists	ベトナム政府関係者（VSS、MOLISA 等）15 名を対象に、韓国にて、社会保障システムのオペレーション（IT 含む）に関する研修（2 週間）を実施（2015 年 4 月）。	VSS MOLISA
KfW/GIZ	Strengthening Provincial Health Systems (2009-2015)	5 省 29 病院を対象に質の高い保健サービスへのアクセス向上を目指すプロジェクトを実施中。KfW は病院向け医療機材供与（12.5 百万ユーロ）など実績あり。	保健省

注：\* ベトナムを含む世界 19 カ国を対象とする EU、ルクセンブルグ、WHO のパートナーシッププログラム（EU/Luxembourg-WHO Universal Health Coverage Partnership）で、ベトナムは EU-WHO 連携のもと実施。

出典： [JICA, 2014],[USAID, 2015],[Aparnaa Somanathan, Ajay Tandon, et al., 2014], [WHO, 2015],[ADB, 2015],[LuxDev Regional Office of Hanoi, 2015], [DucAnh Ha MD, MSc, D.Ph, 2011],[EU],[LuxDev, 2015],[JICA, 2012], [Joint Learning Network],[Doosan Heavy Industries & Construction, 2012],[GIZ]

<sup>73</sup> 例えば、人頭払い方式が入院、外来患者サービス両方に提供していること、前年の支出に基づき人頭払いの支払いが計算されること、人頭払い方式で支払われるサービスパッケージが明確に定義されていないことなど。



## 7.3 ベトナムの研究機関

### (1) 保健戦略政策研究所（HSPI）

HSPI は、保健省傘下の研究機関で<sup>74</sup>、主な機能として、科学的根拠を提供する活動の実施、保健政策・戦略の策定、見直しに関する保健省へのコンサルティング、各種研修活動、保健政策及び保健システムの分野における国際パートナーとの連携等が挙げられる。表 7-2 は、BHSP 及び保健サービス提供にかかる HSPI の研究活動の例を示したものである。

表 7-2 HSPI の関連研究活動

カテゴリー	活動
BHSP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 保健財政にかかるコンサルティング、研究活動</li> <li>- 改定健康保険法にかかるインパクト評価</li> <li>- 農村地域における健康保険カバー率の向上にかかる調査の実施、人頭払いに関する技術的助言、M&amp;E 等。</li> <li>- BHSP 策定に関連し、BHSP のコンセプト/定義、スコープ、作業プラン等を作成</li> </ul>
保健サービス提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 特にプライマリーレベルのヘルスサービスに焦点を当てた UHC にかかるタスクフォースの設置</li> <li>- 国際機関（WHO、世界銀等）との連携による研究活動</li> <li>- プライマリーレベルの保健施設における保健サービス提供に関する調査</li> <li>- “EquityinHealth”に焦点を当てた介入調査の実施（ロックフェラー財団の支援による 3 年間のプログラム）。公正性は、アクセス、財政支援、代表的な保健指標、治療の質、患者満足度、サービス提供等から評価される。</li> </ul>

出典： HSPI

HSPI は、ベトナムの診療報酬制度に焦点をあてた研究活動も行っている。これらを通して、HSPI は、各支払い制度の実際の運用状況及び課題について分析し、UHC 達成に向けた示唆を行っている（表 7-3）

なお、国家健康保険政策カウンスル設立においては、保健省主導のもと、HSPI は、カウンスルの作業規定の策定を支援した。また HSPI は、カウンスル傘下の 5 つの作業部会全てのメンバーとなっており、各作業部会の議論及び活動において、技術的な貢献が期待されている。

74 HSPI は、首相に提出された（30/11/1998）決定 No. 230/1998/QĐ – TTg に沿い、設立された。

表 7-3 診療報酬制度に関する HSPI の研究例

1) Assessment of systems for paying health care providers in Vietnam <sup>75</sup>	ベトナムで実施されている人頭払い制と出来高制について、デザイン、実際の運用状況を診療報酬診断及びアセスメントガイド <sup>76</sup> を使って評価した。調査結果によると、いずれの制度にも運用において特段の差がなく、回答者間（政策立案者、保険購入者、サービス提供者）の見解に差はあるものの、どちらの制度も保健システムに大きなプラスのインパクトを与えるものとは評価されていないことが分かった。また、ベトナムの人頭払い式が、国際的に標準化されている運用と連動し、より便益を与えるものとなるよう、抜本的対策を講じる必要があるとも述べている。
2) Costing of commune health station visits for provider payment reform in Vietnam <sup>77</sup>	調査対象地域の CHS におけるプライマリーケアのユニットコストを算定した。その結果、CHS におけるユニットコストは、地域的にも、CHS が患者に請求できる診療費の上限にも、大きな開きがあることが分かった。従って、人頭払い式が CHS に浸透するには、適切な支払レートの開発、調整が必要であるとも指摘している。

出典： [N.K. Phuong et al., 2015],[H.Van Minh et al., 2014]

## (2) ハノイ医科大学（HMU）、医療経済学部

ハノイ医科大学（HMU）は、1902 年に創立されたインドシナで最初の大学である。創立以来、HMU は、保健人材の育成や科学的調査研究の分野をリードしてきた。多角的な研究を行う医科大学として、これまで、国際機関、非政府組織、学術研究機関等との連携実績を有し、主に、教職員や学生の交換事業、共同研究、国内外での国際研修プログラム及びプロジェクトを実施している。

HMU の医療経済学部は、ADB と協働で、DRG のパイロット事業を国内 34 病院で実施した。同学部は、自国の事情を鑑みつつ、医療経済分野の専門知識を活かし、同事業に技術的な助言を行ってきた。また、保健省はじめ政府関係者、医療機関、医師を含む関係者とも密に連携しながら、DRG 効果の検証に貢献してきた。

同学部によれば、DRG パイロットの教訓として、主に、DRG を実施する人材の育成、ベトナムの事情を理解し、長期的に相談できるパートナーの必要性を挙げている。また、DRG のコーディングや計算を正確に行うため、診療情報を正確に記録する電子カルテシステムや会計システムの整備も不可欠であるとしている。

同大学は、DRG 以外に、医療経済評価や費用分析等を通じて、引き続きベトナムの保健財政分野で貢献していきたいとの意向を示している。

<sup>75</sup> 本調査は、UHC に関する日本・世界銀行共同研究プログラム及びロックフェラー財団による財政支援により実施された。

<sup>76</sup> このガイドは、Joint Learning Network (JLN) for UHC により、世界銀行、WHO はじめ開発パートナーが開発したものである。

<sup>77</sup> 本調査は、ハノイ医科大との連携により、UHC への JLN の財政支援（資金提供は、ロックフェラー財団）により実施された。

### (3) 国民経済大学 (National Economics University、NEU)、公共政策管理研究所 (IPPM)

国民経済大学は、ベトナムにおいて 1)経済やビジネスに関する教育機関、2)経済に関する研究の中心機関、3)経済及びビジネスマネジメントにかかるコンサルティング及び技術供与の中心機関である。

IPPM は、USAID (HFG: Health Finance and Governance Project) が支援する数理分析調査 (Actuarial Technical Assistance for Updating the Basic Health Service Package Paid by VSS) の実施機関であり、調査対象 50 万人分のデータを精査、分析中である。

### (4) ベトナム医療経済協会

ベトナム医療経済協会<sup>78</sup>は、保健財政分野の非営利組織で、メンバーには、保健省、病院、学術研究機関の関係者が名を連ねる。同協会によれば、財政的には独立した組織だが、活動計画は保健省の承認を得ているとのことである。同協会は、メンバー間の情報・経験の共有、医療経済分野の専門スキルの強化、コンサルティング等の活動を行っている。

ADB 支援により実施された DRG パイロットにおいて、当協会もハノイ医科大学と共に技術支援を行った。同協会の見解によれば、パイロット実施の結果、出来高払いと DRG の間で、医療費にそれほど差が見られなかったのは、両者の医療費算定方法が異なるためであると指摘し<sup>79</sup>、どのサービスにいくら費用がかかっているか、さらなる分析が必要としている。

---

<sup>78</sup> 同協会は、決定 1182/QĐ-BNV に沿い、2008 年に設立された。

<sup>79</sup> 現在のベトナムの出来高払いでは、医療コストの一部しか算定されていないのに対し、DRG パイロットでは（減価償却費用など）全ての関連するコストを算入したため（ベトナム医療経済協会インタビューによる）

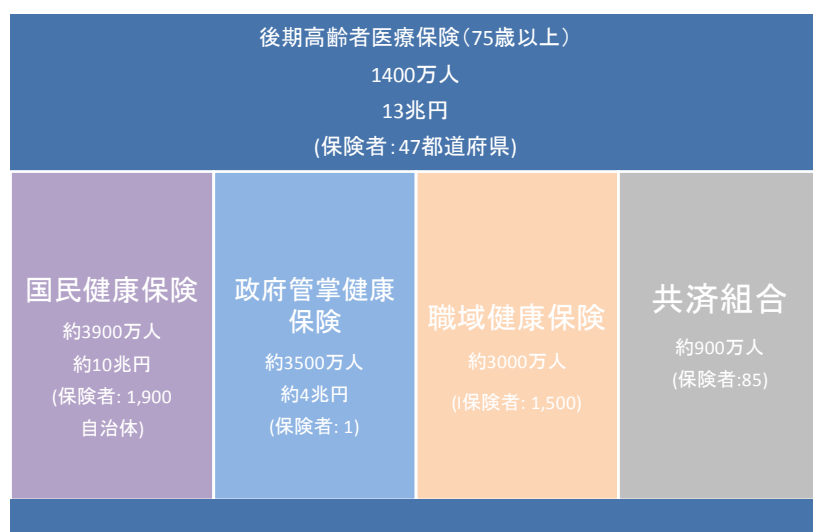
## 第 8 章 関連する諸外国の経験

### 8.1 日本

全ての人がいずれの場所でも医療を受けることができる国民皆保険を維持するため、日本政府は様々な施策や政策を導入してきた。近年では、医療費支出の増大は日本政府が取り組むべき重要な課題の一つとなっている。

#### 8.1.1 日本の医療保険の概要

全ての日本人はいずれかの医療保険制度に加入しなければならない。そのため日本国内では必ず健康保険に適用されている状況にある。このような医療保険は職域や居住地などのグループ別に健康保険制度として提供されている。企業の従業員や同業種の企業が加入する健康保険組合、健康保険組合を構成できない中小企業の従業員が加入する協会けんぽ、上記の健康保険組合や協会健保に加入できない自営業者やそれに類する人々が加入する国民健康保険といった制度により公的医療保険は運営されている。これらに加え、75 歳以上高齢者の後期高齢者医療保険制度に加入することになる。公的医療保険のイメージは図 8-1 に示す通り。



出典：厚生労働省

図 8-1 日本の公的医療保険のイメージ図

全ての国民がいずれかの健康保険制度に加入することにより、小額の自己負担（10 から 30%）を受診医療機関で支払うことで必要な医療を受けることが可能になっている。加えて、日本の公的医療保険はいずれの医療機関でも受診できるフリーアクセスを導入していることが特徴であり、全国いずれの民間及び公的医療機関を問わず同じサービスを受けることができる。

人々の健康と生活は、収入の多寡や職種を問わず、一定の負担をすることで質の高い医療サービスが提供されることで守られていると言える。

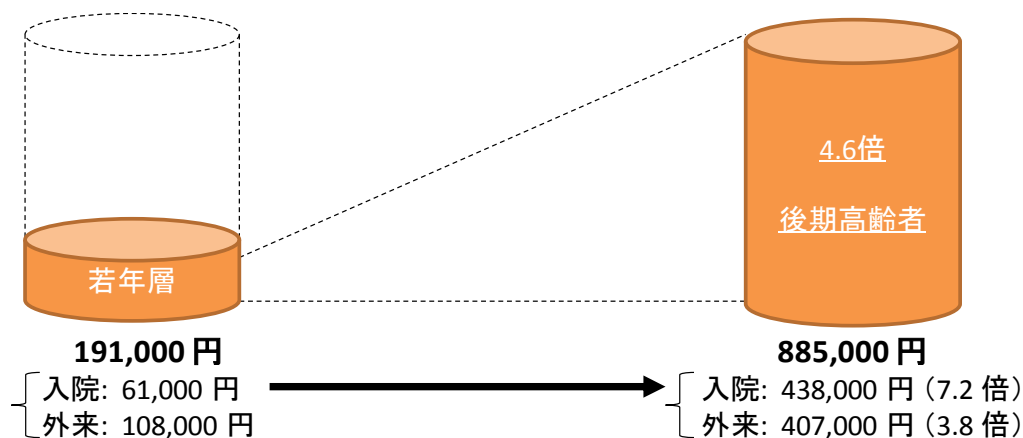
### 8.1.2 医療費支出の増加と対策

高齢化などに伴う国民医療費の増加に対応するため、財務管理は近年厳しくなっている状況であり、日本の後期高齢者医療保険においては、その対策が喫急の課題となっている。医療費支出の増加（表 8-1）は主として 65 歳以上の高齢者の医療費の増加である。年齢層別の医療費の分析では医療費の支出は年齢が高くなる毎に増加することが判明しており、その額は約 5 倍の医療費となっている（図 8-2）。

表 8-1 国民医療費の増加率

	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012	2013	2014
国民医療費の増加率	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	3.9	1.6	2.2	1.8
高齢者の医療費増加率	12.7	6.6	9.3	▲5.1	0.6	5.5	-	-	-
GDP 成長率	6.33	5.57	1.94	2.26	1.30	4.71	1.74	1.59	▲0.1

出典：厚生労働省及びIMF, 2015]



出典：厚生労働省

図 8-2 若年層と後期高齢者の医療費の比較（2009 年）

将来における高齢化の進展により、財政はさらに厳しくなると予想される。健康保険の財務状況の悪化に対応する施策として、厚生労働省は現在各自治体が運営する国民健康保険の財務強化策として、都道府県レベルに運営を移管し、ジェネリック薬品の積極的な活用を促進し、諸外国に比べて数及び在院日数が多い入院患者を在宅治療に移行することで、保険料収支を安定化させることを目指している。

### 8.1.3 健康診断や特別健康ガイダンスを活用したメタボリックシンドローム対策

厚生労働省は医療費支出削減のため施策として、予防措置の試験的導入が必要であると考えている。内臓脂肪蓄積（いわゆるメタボリックシンドローム）に対応する健康診断や特別健康ガイダンスは 2008 年から導入されている。この特別健康ガイダンスは 40 歳から 74 歳までで、腹部の位置、血糖値、血圧、及び脂質などが基準値を超える者が利用できる。この仕組みが導入されたことにより、多くの人々が腹囲や生活習慣に関心を持つようになってきているなど、健康増進意識の向上に寄与している。

メタボリックシンドロームにある者となない者では前者が年間約 90,000 円多く医療費を必要としていることがわかっている。また、特別健康ガイダンスを受けた者の 30%は 1 年後にメタボリックシンドロームが改善され、介入対象から外れることも判明している。このように生活習慣病を改善することは、より深刻な疾病を回避でき、さらには医療費削減につなげることができる。

#### 8.1.4 診療報酬価格決定の仕組み

日本の厚生行政は、医療法の改正と診療報酬改定で医療保健制度を管理してきた。医療機関が患者に行う診療行為への対価として公的医療保険から支払われる報酬である、診療報酬を日本では診療行為毎に全国一律の点数（1 点=10 円）で定めている。この診療報酬を医科、歯科、調剤に分類し、それぞれの点数を算定するための要件が細かく記載された一覧表が診療報酬点数表であり、また、公的医療保険で扱われる薬には、薬価基準が定められている。

公的医療保険制度の財政状況を安定化させることを目的として、2 年に一度、診療報酬改定が行われる。まず、診療報酬を全体としてどれくらい引き上げる（引き下げる）か（改定率）について決定し、その後、点数の配分を決める。この際、日本では中央社会保険医療協議会（中医協）が重要な役割を果たしてきました。なお、改定率は、厚生労働省と財務省の間での折衝によって定められ、首相官邸などが加わって決定されることが多い。

中医協の構成及び役割や改定の仕組みの詳細は添付資料 2 の添付 2-2 及び 2-3 に示す。

#### 8.1.5 診断群分類別包括評価（DPC）の導入（2003 年 4 月以降）

DPC とは Diagnosis Procedure Combination の略で、主病名・処置・合併症などの因子を組み合わせた日本独自の診断群分類である。この分類を用い急性期入院医療に包括評価を導入するのが、DPC という制度であった、したがって、DPC は「診断群分類別包括評価」という制度名になる。

##### (1) 背景

当時の日本の急性期入院医療は、基本的には診療行為毎に積み重ねる形で診療報酬が支払われる所謂、出来高払いが使用されていた。しかし、医療財政の逼迫や医療事故の問題などの医療の質の問題から一連の診療行為をひとまとめにして支払う包括評価への移行が検討され、既に療養型病床には包括評価が導入されてきたが、ついに入院医療の最も大きな部分である急性期部分に対して包括評価としての DPC が導入されることになった。

当時は出来高払い及び包括払いは、以下のように考えられていた。

- 出来高払い
  - 量的拡大の可能性
  - 過剰診療（いわゆる薬漬け・検査漬け）の可能性
- 包括評価
  - 過少診療の可能性
  - 粗診粗療の危険性

DPC については、2003 年 4 月から大学病院などの特定機能病院にはすでに導入され、2004 から、その範囲が拡大され試行的適用が行われ、全国で 62 病院が参加した。2014 年現在では 7,493 病院で導入済みである。

## (2) 診断群分類としての DPC の機能

DPC はそれ自体、あくまで分類方法の名称であり、診断群分類及びそれを使った分析は、先進国ではどの国もすでに導入されている手法である。言い換えれば DPC は日本版診断群分類と言える。診断群分類とは各疾患別に手術・合併症・処置などの有無で患者を分類していく手法であり、似たもの同士をグループに分けていくと考えて手法である。

DPC は、医療の質を可視化し、医療の質を測る共通言語である。いわゆる医療のスケールとして理解することが重要である。これは DPC が全国共通であり、これを使うことで全国の DPC 病院の医療の質を評価することからである。例えば、診断群ごとに異なる平均在院日数が公表されているが、自分たちの扱っている疾患がそれに比べて極端に長い在院日数の場合、その疾患に対する治療方針や診療システムに問題があることが考えられるので、是正を検討する必要がある。このように DPC はデータを分析し、自分の病院の医療の質を評価し、他病院と比べ、よりよい医療の提供体制の構築に繋げることができる。

## (3) 包括評価としての DPC

この制度は診療行為ごとに料金を計算する従来の出来高払い方式とは異なり、DPC ごとに異なる 1 日あたりの定額の点数包括払いという仕組みになる。包括されるのは検査・画像診断・投薬・注射・処置などの費用であり、入院中にどのような注射を行っても画像診断を行ってもすべて同額となる。米国の DRG-PPS との違いは、DRG-PPS が一入院単位に対しての包括評価なのに対し、DPC は 1 日あたりの包括評価であること、及び完全な包括ではなく、出来高の部分があることである。

対象となる患者は、DPC の中で決められた 1440 分類に該当する患者で、入院後 24 時間以内の死亡患者、治験対象患者、該当する DPC が存在しない患者などは包括評価の対象から外れるが、一般病棟のほとんどの入院患者が対象になる。

実際には DPC での診療報酬額は、次の 3 要件による包括評価と手術・麻酔などの出来高評価との組み合わせで行うことになり、2 階建て構造となる（以下計算式）。

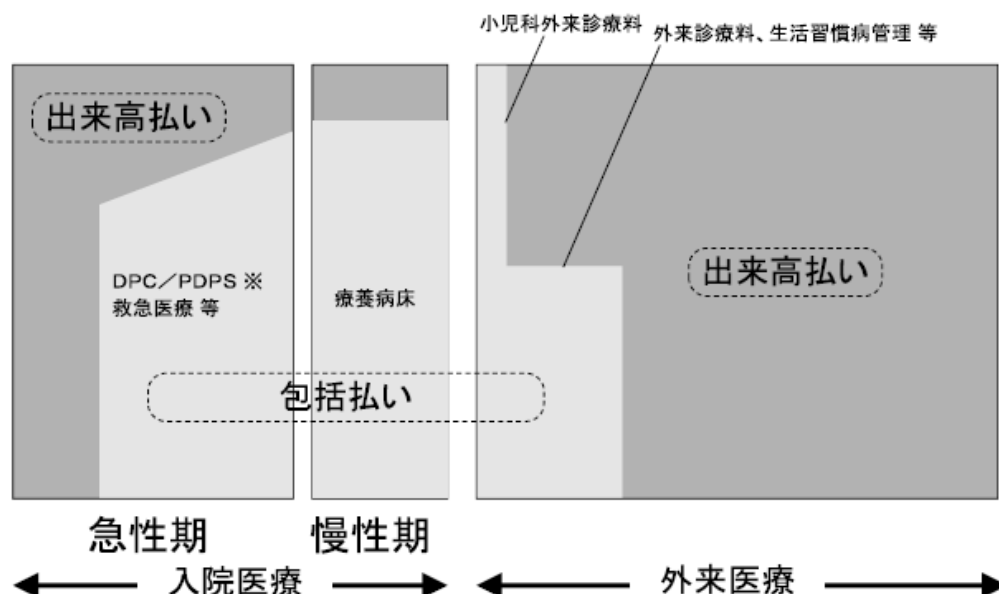
(a)診断群分類ごとの 1 日当たりの点数

(b)医療機関別係数

(c)入院日数

計算式：

診療報酬＝包括評価（診断群分類あたりの点数×医療機関別係数×入院日数）＋出来高評価



出典： [迫井正深, 2014]、

図 8-3 現行の DPC のイメージ

診断群分類ごとの 1 日当たりの点数の計算方法は、診断群分類ごとの平均在院日数以内の最初の数日間は高く、平均在院日数を超えると少なくなっている。つまり、平均在院日数を超えると収入が減っていく。かなり長期になって特定入院期間と呼ばれる日数を超えると出来高になる。しかし、入院期間が長くなれば入院医療費は逓減されるので、ある程度入院期間を短縮させたほうが有利である。

表 8-2 出来高払いと包括払い（1 件毎）の長所と短所

支払方式	主な長所	主な短所	対策
出来高払い	<ul style="list-style-type: none"> <li>- サービス供給を増やすインセンティブ</li> <li>- 効率性は総予算の上限を設けることで向上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 保険者は支出額を予測できない</li> <li>- コスト上昇</li> <li>- 高い管理コスト（コントロールには定期的な価格見直しや強制適用が必要）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 予め定めた上限額に基づき総支出額を設けること等により、支出額を抑制する</li> </ul>
包括払い （1 件毎）	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 運営上の効率化に対する強いインセンティブ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 保険者は支出額を予測できない</li> <li>- 高い管理コスト（出来高払いよりは少ない）</li> <li>- ケースごとの支払いは、外来では適用しにくい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 詳細なケースミックスを策定し、コントロール</li> <li>- 複数の支払方式を組み合わせる</li> </ul>

出典： [遠藤久夫, 2005]

#### (4) DPC の目指すもの

医療では総じてコストを削減すると質が低下する傾向にあると考えられてきたが、その一見矛盾した命題を解決しようとするのがこの制度の導入の狙いである。

DPC では、医療内容が透明化し、その内容・成績がわかるようになってくるため、医師個人の考え方のみで医療を行うことはできずエビデンスに基づいた医療が行われるようになり、標準化と効率化が進む。その一方、コスト重視に走り過少医療、粗診・粗療に陥ることが懸念される。



欧米では医療サービスへの資源投入量は減少したが、明らかな質の低下は生じていないとされている。また、2005年に発表されたDPCに関する日本での同様な調査でも、死亡率の増加・再入院率の増加など明らかな医療の質の低下は認められなかったとされている。これはサービス内容が透明化し誰にでも内容がわかるため、いわゆる手抜きができないことによると考えられる。しかしながら過少診療が生じる可能性を意識して、それを防止する仕組みを別途準備する必要がある、質に対する評価指標の確立や院内での医療監視などの体制を整備する必要がある。

#### 8.1.6 DPCの今後

標準医療計画としてのクリニカルパスの促進・充実がある。クリニカルパスは、医療の質を保証し標準化するツールとしてきわめて重要であり、また、同時に効率化もできる。そのため、単なる指示の羅列ではない質の高いパスを作る必要がある。

出来高払いでは収入と支出がある程度リンクしていたが、DPCでは全く乖離する。そのため、診療情報管理体制を強化する必要がある。DPCは診療情報を基にした分類であるため、その根本となる診療録の記載・サマリーの提出は今まで以上にその重要性が増す。

そのため、コスト管理としての経営分析の必要性がある。具体的には以下の点が重要である。

- (a) 医薬品の見直し。今まではどの医薬品を使ってもそれなりに診療報酬を請求できた。包括評価になると効果が同じで安全性が確保されるなら、安価な医薬品を使うことを検討する必要がある。
- (b) 栄養管理の見直し。患者の回復力を高め、合併症を減らし、入院期間を短縮し、コストを削減する努力が求められる。
- (c) 投薬・注射や検査はDPCにおいてはコストになり得る。
- (d) 術前検査の外来への移行。入院では高額な検査が包括されてしまうため、対策として、外来で術前検査を行い、前日、前々日の入院とするよう努力する必要がある。

### 8.2 諸外国の健康保険制度

#### 8.2.1 ASEAN諸国の現状

表8-3に示すように、タイ、フィリピン、インドネシアといったASEAN諸国では健康保険制度が徐々に整備されてきている。タイは社会健康保険をフォーマルセクター労働者に適用しつつ、人頭払い方式をインフォーマルセクターの人々に適用し、税による財源を担保し皆保険を達成している。また、インドネシアは社会保険方式に基づく適用拡大を促進している状況にあるが、農村部を中心として質の高い医療サービスへのアクセスに課題がある。適用は徐々に促進されているが、現在も低いカバー率に留まっているのが現状である。

表 8-3 ASEAN 諸国の健康保険制度の概要

凡例：a)スキーム,b)加入者の保険料負担,c)加入者数

国	タイ	フィリピン	インドネシア	ベトナム
人口	6,550 万人	9,400 万人	2 億 5000 万人	9,000 万人
公的部門	a) 公務員健康保険制度 (CSMBS) b) 保険料負担なし c) 590 万人	a) フィルヘルス-被用者制度 b) 保険料 c) 594 万人	a) 国民健康保険 (JKN) b) 保険料貧困層は政府が拠出) c) 1 億 5200 万人	強制加入健康保険制度
フォーマルセクター	a) 社会保障サービス (SSS) b) 保険料 c) 900 万人	a) フィルヘルス-被用者制度 b) 保険料 c) 1779 万人	*2019 年 1 月 1 日以降は全ての国民が JKN に適用される予定	強制加入健康保険制度
インフォーマルセクター	a) ユニバーサルヘルスシステム (UHS) b) 保険料負担なし c) 4700 万人 a) SSS 任意加入者 b) 保険料 c) 165 万人	a) フィルヘルス-貧困層向け制度 b) 保険料負担なし c) 3894 万人		
適用率	ほぼ 100%	82%	1 億 2700 万人 (2015) : 約 50%	76.2% (2015 年)
保険者 (主体)	公的機関	民間	公的機関	公的機関
保健支出における公的資金の割合	80.1% (2013 年)	31.6% (2013 年)	39% (2013 年)	41.9% (2013 年)
GDP に対する保健支出の割合	6.5% (2014 年)	4.7% (2014 年)	2.8% (2014 年)	6% (2013 年)
一人当たり医療費	360 米ドル (2014 年)	135 米ドル (2014 年)	99 米ドル (2014 年)	142 米ドル (2014 年)
1,000 人当たり病床数	2.1(2010)	1.0(2011)	0.9(2012)	2.0(2010)

出典: [JICA, 2012],[Social Security Administration, USA, 2012],[BJPS Ketenagakerjaan, 2015],[The World Bank, 2016],[WHO],

## (1) タイの経験

農民を代表とするインフォーマルセクター労働者の状況は、同じ東南アジアの国であるベトナムとタイの間で共通点が多い。両国ともにインフォーマルセクター労働者とその家族は所得水準や医療や教育といった公共サービスへのアクセスといった点において不利な状況にあった。

タイでは上記のような状況から、インフォーマルセクター労働者の収入は季節的もしくは不規則であることが多いと認識し、2002 年タイ国政府は医療保健制度において、制度が指定した医療機関を利用した際に個人負担額を支払う仕組み (30 パーツ制度) を導入することを決定した。当時の人頭払い単価の内訳を表 8-4 に示す。

**表 8-4 タイの人頭払い単価内訳**

合計：	1,202.4 バーツ
外来	574.0 バーツ
入院	303.0 バーツ
予防・健康増進	175.0 バーツ
事故・救急	25.0 バーツ
救急車	-
資金交換	93.4 バーツ
遠隔地	-

出典： [NHSO, 2014]

この制度は、かつては医療保険制度にアクセスできなかった人々が適用され医療機関へアクセスできるようになったという点で医療保険制度のインフォーマルセクターへの適用を急速に拡大し、非常に効果的であったと言える。タイ国政府は全ての者の医療サービスへのアクセスを担保したこの時点において皆保険を達成したと言える。この制度を導入するにあたり、タイ国政府はインフォーマルセクターの収入を正確に把握することは困難であると理解し、人頭払い方式による健康保険制度が最も効果的であるとの分析を行っている。これは、定期的に実施される国民保健調査の統計データに基づき、担当機関が単価を算定するため保険事故発生予測や予想費用を分析した結果であった。

この国民健康制度（NHS）の初期の段階では医療機関で 30 バーツを支払う制度となっていた。なお、人頭払いの単価は医療機関から国民医療保障庁（NHSO）と保健省に提出される実績データに基づき毎年改定されていた。制度開始直後の一年間の人頭払いの一人当たりの単価は 1,202 バーツとされたが、実際にかかった費用は想定をはるかに超える金額となった。そのため、表 8-5 に示すとおり、NHSO は単価を毎年改定することとし、制度のサービスの拡大と共に単価が上昇している状況にある。2006 年には政治的な決定により、個人負担の 30 バーツは撤廃され、インフォーマルセクター労働者とその家族、フォーマルセクター労働者の家族は NHS に無償で適用され、サービスを利用できるようになった。

**表 8-5 タイの人頭払い単価の変遷**

年	人頭払い単価（バーツ）
2002	1202.4
2003	1202.4
2004	1308.5
2005	1396.3
2006	1718.0
2007	1983.4
2008	2194.3
2009	2298.0
2010	2497.2
2011	2693.5
2012	2909.1
2013	2921.6
2014	3028.0

出典： [SIRO, May 2012],[NHSO, 2014],NHSO

## 1) ベトナムへの示唆

このようなタイの経験は、ベトナムが目指す健康保険適用の拡大のための政策に多くの示唆を含んでいる。インフォーマルセクター労働者の所得水準の把握に関しては、費用対効果、関係省庁間の関係、手法、保険料徴収方法などに課題があり、同様の制度が導入される場合には慎重に検討される必要がある。同様の制度では、自己負担の導入（タイの 30 パーツ制度のようなもの）、定額保険料（保険料徴収の課題が残る）、税による財政などの政策オプションを慎重に検討し、自国の状況に最も相応しいものが採用されることが望ましい。

しかし、ベトナムの現状を考慮すると急速な適用拡大という観点で、社会健康保険制度は保険料の徴収、必要なデータの収集と管理、医療費請求の審査、複雑な運営管理体制、保険料支払記録の管理などが要求されることから現時点での採用は困難であると考えられる。

他の重要な点として、タイの制度では NHSO は当初よりインフォーマルセクターの人々がアクセスする公的医療機関やクリニックの質の改善に焦点を置いたということである。これにより、医療機関が人々の信頼を得ることに繋がっており、良い効果がでていいる。また、一部の医療機関への患者の集中があった場合には、近隣の医療機関の予算を配分することにより財政バランスを維持できるように配慮しており、医療機関間の不公平を少なくする仕組みも取り入れられている。

最後にタイのユニバーサルヘルスシステム（UHS）では医療サービスリストは存在せず、除外サービスリストのみが存在する。この除外サービスリストは当初不必要と想定される医療サービスを広範囲に掲載していた。この除外サービスリストに掲載される医療行為数は NHS の財政バランスと現状を考慮しつつ、徐々に削減されてきている。

## (2) フィリピン健康保険制度の概要

医療保険制度は 1995 年 2 月、前述の SSS、GSIS 両制度のうち医療保険部分（メディケイド）を統合し設立されたものである。公的医療保険制度を運営しているのは、フィリピン健康保険公社（Philippine Health Insurance Corporation（PHIC）：フィルヘルス）である。フィルヘルスも SSS や GSIS 同様、政府管轄下の機関である。財源は、労使双方の負担による社会保険料、投資活動による資産運用に加え、公的支出（保健省及び地方自治体）から成り立っている。貧困層は税金でサポートされているが、制度は社会保険方式をとっている。

法律上は、全国民の加入が求められている。保険料徴収の主な対象者は、被用者（公・私）、自営業者である。また、貧困プログラム（Sponsored Program）があり、フィルヘルスから貧困の指定を受けた者については、保険料を国と地方自治体が分担している。

保険適用者は、加入者、貧困プログラム対象者、無償対象者（退職者、保険料支払満了者）及びこれら対象者の扶養家族である。保険料は標準報酬月額額の 2.5% と定められており、労使の負担比率は、それぞれ使用者 1.25%、労働者 1.25% の折半となっている。

基本的に、入院医療に係る費用（室料、食費、薬剤費、検査費、診療料など）及び外来医療（薬剤費、検査費、診療費、予防サービス、救急・移送サービスなど）に対して適用がある。2006

年からは、新生児ケアや、マラリア及び HIV/エイズ患者に対する外来診療等も保険適用となっている。

給付は現物給付方式であり、医療費のうち、傷病の程度や医療施設のレベルに基づいて定められた一定額が、フィルヘルスより医師又は病院に償還払いされ、同額を超える部分については患者の自己負担となる。[厚生労働省, 2012]

## 8.2.2 その他諸外国の概況

### (1) 英国

英国は人頭払い方が長期にわたり導入されていると一般に認識されている。1942 年のベバレッジ報告書 [William Beveridge, 1942]は「ゆりかごから墓場まで」という概念に基づき全ての居住者に質の高い医療サービスの提供することを強調している。この制度は国民健康制度（NHS）と呼ばれ、税財源による人頭払い方式を採用している。制度自体は 1948 年から全ての居住者に対しサービスが提供できるよう導入されており、NHS は貧富の格差なく、全ての者に質の高い医療サービスの提供を目指すことを理想としており、次の 3 つの原則が定められている：

- (1) 全ての人のニーズに合致すること
- (2) サービスの受給は無償であること
- (3) 支払い能力に基づくものではなく、臨床的な必要性により提供されること

このような原則に基づき、英国政府は NHS を導入し、人頭払い方式に基づき家庭医を全ての居住者に対し指定している。

### (2) ドイツ

ドイツは職域や地域に基づく社会健康保険を導入している。ドイツの制度は 1883 年に、ビスマルクにより設計されたものである。2013 年現在、公務員や自営業者を除く 92%の人口が適用されている。公務員と自営業者は任意で加入することもできるが、免除を受けた場合には民間保険会社の医療保険に加入することが義務付けられている。このような状況から、ドイツの健康保険制度はほぼ 100%の適用率を達成していると言える。

ドイツでは社会健康保険制度は元来、公務員と低所得労働者に対して提供されてきたが、徐々に人口の大多数が加入するよう適用が拡大されてきた。ドイツの制度は通常、救急医療を含め地方分権化されており、病院は入院を取り扱うことになっている。現在、約 92%の人口が社会健康保険に適用されており、1,100 の公的/私的 disease 基金を通じ標準化された医療サービスがそれぞれのレベルで提供されている。健康保険は雇用者と労働者が保険料を負担することになっており、これに加え政府の拠出金が提供されている。自営業者や高額所得者は税金を支払い、保険適用の免除を受けることにより、民間保険商品を購入し自身の健康保険を確保している。また、ドイツの制度は歴史的に、医療行為に対する対価の支払いは、地域医師会と疾病基金の間の交渉による決定されてきた。

ドイツの健康保険システムは、公的保険者が競争し、民間保険が公的保険を補完して代替するという、他に例が少ないシステムとなっている。また、ドイツの制度の特徴として、法定健康保険システムの保険者である疾病金庫同士が競争し、民間健康保険者の間でも、疾病金庫と民間健康保険者が競争するという、競争重視が挙げられる。これが、ドイツの民間健康保険者の役割として、公的健康保険制度の補完的な機能を有しているが、代替保険である民間保険は、公的健康保険に以上の医療サービスを提供して加入者のニーズに応えているという状況を生み出している。

### (3) 米国

米国では、健康保険制度に適用されるために民間保険会社と契約を交わすことが一般である。民間被用者の保険料は、雇用主により支払われているケースが多い。しかし、民間保険会社の保険料は非常に高額であることから、低所得者が保険料を支払うことが困難である。結果として彼らは健康保険に加入しないケースが多くみられる結果となり、大きな社会問題となっている。

一方、高齢者はメディケアと呼ばれる税財源による制度に適用されており、4,600 万人が加入している。また、障害者のためのメディケイドという制度も存在する。

民間主導で機能しているアメリカの医療保険の下、保険料及び医療費は高くなる傾向がある。これが医療費の GDP 比に現れている。特に民間保険への加入は強制ではないことから、所得の低い者は加入できないことも多く、緊急搬送されるまで医療機関にかかることを避けるようなケースも多い。

表 8-6 その他諸外国の健康保険制度の概要（主要指標を含む）

	英国	ドイツ	米国	フランス	日本
種別	税方式による国民健康保険	社会保険	社会保険/メディケア/メディケイド	社会保険	社会保険
窓口負担割合	- なし - 外来時の薬剤には一定の自己負担額あり	- 外来:なし - 入院:10 ユーロ/日 - 薬剤:10%（最大 10 ユーロ、最低 5 ユーロ）	PartA：入院（強制） - -60 日:1,184 米ドル - 61-90 日:296 米ドル/日 - 90-150 日:592 米ドル/日 - 150 日以上:患者支払 PartB：外来（任意） - 147 米ドル/年+医療費の 20%	- 外来:30% - 入院:20% - 薬剤:35% - 全ての自己負担は償還払いによる払い戻される。	- 6 歳以下:20% - 70-74 歳:20% - 75 歳以上:10% - 他の人々:30%
財源	- 一般財源	- 収入の 15.5%（雇用主 7.3%、被用者 8.2%）	PartA - 収入の 2.9%（雇用主、被用者で平等に分担） PartB - 104.9 米ドル/月	- 収入の 13.85%（雇用主 13.1%、被用者 0.75%）	- 収入の 10%（協会けんぽの場合） - 保険料は雇用主、被用者ともに 5%
政府拠出金		11 億 5 千万ユーロ（2013）	- PartA:100% - PartB:75%	不足があった場合には補填する	給付額の 16.4%を負担
対 GDP 割合*	8.5%	11.0%	16.4%	10.9%	10.2%
一人当たりの医療費（米ドル）*	3,235	4,819	8,713	4,124	3,713
人口千人当たりの病床数*	2.8	8.3	2.9	6.3	13.3
人口千人当たりの医師数*	2.8	4.1	2.6	3.3	2.3
人口千人当たりの看護師数*	8.2	13.0	11.1	9.4	10.5
平均在院日数*	7.0	9.1	4.8	5.6	17.2
外来訪問回数/年*	5.0（2009）	9.9	4.0（2010）	6.4	12.9（2012）

注： \*2013 のデータ

出典： [OECD],[MHLW, 2014]より調査団作成

## 第 9 章 ベトナムの健康保険の現状と課題、及び UHC に向けた提言

第2章から第7章までにまとめた情報に基づき、ベトナムの健康保険制度の現状と課題を分析し、今後の UHC に向けた提言を本章に述べる。

### 9.1 UHC に貢献するためのベトナムの健康保険制度の課題

ユニバーサルヘルスカバレッジ（UHC）の目指すところは、すべての人が経済的な困難を負うことなく必要な保健医療サービスを受けられることである[WHO]。ベトナムでは、健康保険の加入率は7割を超え、保健省が承認する殆どの医療サービスが保険適用となっているにもかかわらず、総保健支出における患者自己負担割合は4割程度と高く、2012年には4.2%が世帯の支払い能力を超える医療費の支出をしている。また、現在提供される殆どの医療サービスは健康保険でカバーされている模様だが、サービスリスト価格リスト、医薬品リスト等が別々に規定されており、各リスト間の整合性がなかった。本調査でのインタビューによれば、現場レベルで必要に応じて解釈されて価格が設定されることもあるため、患者は支払い時まで支払いの総額がわからないこともあるとのことであった。

このことから、ベトナムの健康保険制度は、UHC がめざす、保健サービスの利用に伴う経済的困難を軽減させるという役割は十分に果たしていないと考えられる。本調査における情報収集から、この背景には以下のような要因があると考えられる。

- 保険料を全額あるいは一部負担する民間セクターの被用者、インフォーマルセクターの労働者、準貧困者、任意加入者の保険加入率は概して低く、最も高い民間セクターの被用者でも5割に満たない。
- 医療機関における健康保険の利用率は、全体で6割から7割と低い。特に、費用がかかる入院で4割以下となっている。
- 医療者から提案される追加サービスやより高額な医療器具の代金を、患者が自己負担で支払っている。
- 患者が薬局などで価格の高い医薬品を自己負担で購入している。

以下に、それぞれの要因について述べる。

#### (1) 一部の層における保険加入率の低さ

改定健康保険法では、すべての国民に健康保険への加入が義務付けられたため、今後加入率は向上することも期待される。しかし、第2.3節に述べたように、現状ではまだ、保険料を全額あるいは一部自己負担する層における加入率は低い。本調査の聞き取りでは、健康保険に加入しない一般的な理由として、以下のようなものが挙げられた。

- 世帯収入は限られており、使うかどうかかわからない健康保険の保険料を支払うよりも、食費や教育費などへの支出が優先されるため。



- ・ 自分は病気にならないから、健康保険は必要ないと考えている。
- ・ 富裕層は民間の健康保険を利用して民間医療機関を受診する傾向が強い。

上記のことから、現行の健康保険制度や公的な保健医療サービスは、これら人々にとって、自分が裨益するかどうかわからないのに保険料を負担してまで利用したいと言う魅力に欠けていると推察される。従前の健康保険法における任意加入層<sup>80</sup>は、改定健康保険法では世帯加入の対象となることが多いと考えられ、加入率が多少改善することも期待される。しかし、世界銀行などによれば、健康保険制度の必要性や便益などに関する人々の理解は未だ十分ではない。

## (2) 健康保険の利用率の低さ

現行の保険適用パッケージは幅広く医療サービスをカバーしており、窓口負担率は加入グループによって異なるが最大でも 2 割と低い。しかし、第 2.4.2 節に述べたように、外来ではおよそ 3 分の 1 が民間の医療機関を利用している、すなわち、健康保険を利用していない。より多くの費用がかかる入院においては、健康保険の利用率は 4 割である。また、本調査での聞き取りによると、富裕層は公的健康保険に加入していても、実際には利用しないことが多い。健康保険を利用しない一般的な理由として、以下のようなものが挙げられた。

- ・ 健康保険証を利用して受診すると、受付や支払いでの手続きが面倒、あるいは待ち時間が長くなるため。
- ・ (2015 年 12 月までは) 健康保険証に記載された最寄りの保健医療機関以外の病院を、正式なりファラルの手続きを経ることなく受診すると窓口負担率が高く、中央レベルの病院では、入院費用については 6 割、その他は全額自己負担となる。にもかかわらず、正式なりファラルの手続きには手間暇がかかることなどから、最寄りの保健医療機関では不安な場合などは、健康保険を利用せずに上位の医療機関を受診するため。

正式なりファラル手続きを経ない受診の場合の窓口負担率が引き下げられたため（第 4.3 節）、省レベルでのフリーアクセスが実現した場合（2021 年の予定）、健康保険の利用率が上昇し、患者自己負担は減少することが期待される。

## (3) 差額請求

第 4.1.3 節に述べたように、従前の診療費上限額は実際に発生する費用を十分にカバーしていないと懸念されていた。また、健康保険基金から保健医療機関への支払いには上限が設定されている。上限を超えても、その理由が妥当であれば支払いは受けられるが、手続きに手間と時間がかかるため、患者に対して直接差額を請求する方が好まれる傾向がある。

本調査での聞き取りでは、医療者が患者やその家族に、よりよい治療と予後のために追加サービスや手術法、使用器具などをより上位のものにすることを進言する。患者やその家族は、その必要性や妥当性についての判断や医師の進言を拒否することはせず、たいてい受け入れるため、そ

<sup>80</sup> 従前の健康保険法では、任意加入層は農林水産業従事者、準貧困者、被用者の配偶者及び自営業者であるが、ここでは後二者のみが含まれる。

の差額が請求される。このため、病院に価格表は掲示されているが、退院するまで医療費の総額がいくらになるのか、予測できない。こうしたことによって、自己負担額は増大すると推察される。

改定健康保険法によって、診療費にすべての原価が計上されれば（2021 年予定）、医療機関は、理論上は必要な原価を診療費によって賄えることになる。これに伴い、同法では差額請求を禁止するため、将来的には自己負担は軽減されることも期待される。しかし、診療費の単価は大幅に引き上げられることが予想されるため、どの程度の削減効果となるのかは不明である。

#### **(4) 医薬品価格**

医薬品の価格は国際基準を大幅に上回っている。この背景には、省レベルあるいは施設単位に細分化された調達制度等があると考えられる。現状では、1,000 種以上の医薬品が保険適用となっているが、それらが保健医療機関において在庫切れとなった場合には、患者は市中の薬局などにおいて自己負担で購入することになる。本調査の聞き取りでは、規定上、病院から処方されたものについては、病院を通じて健康保険基金に請求することが可能とのことだが、手続きが煩雑で時間がかかるためにほとんど行われていない。

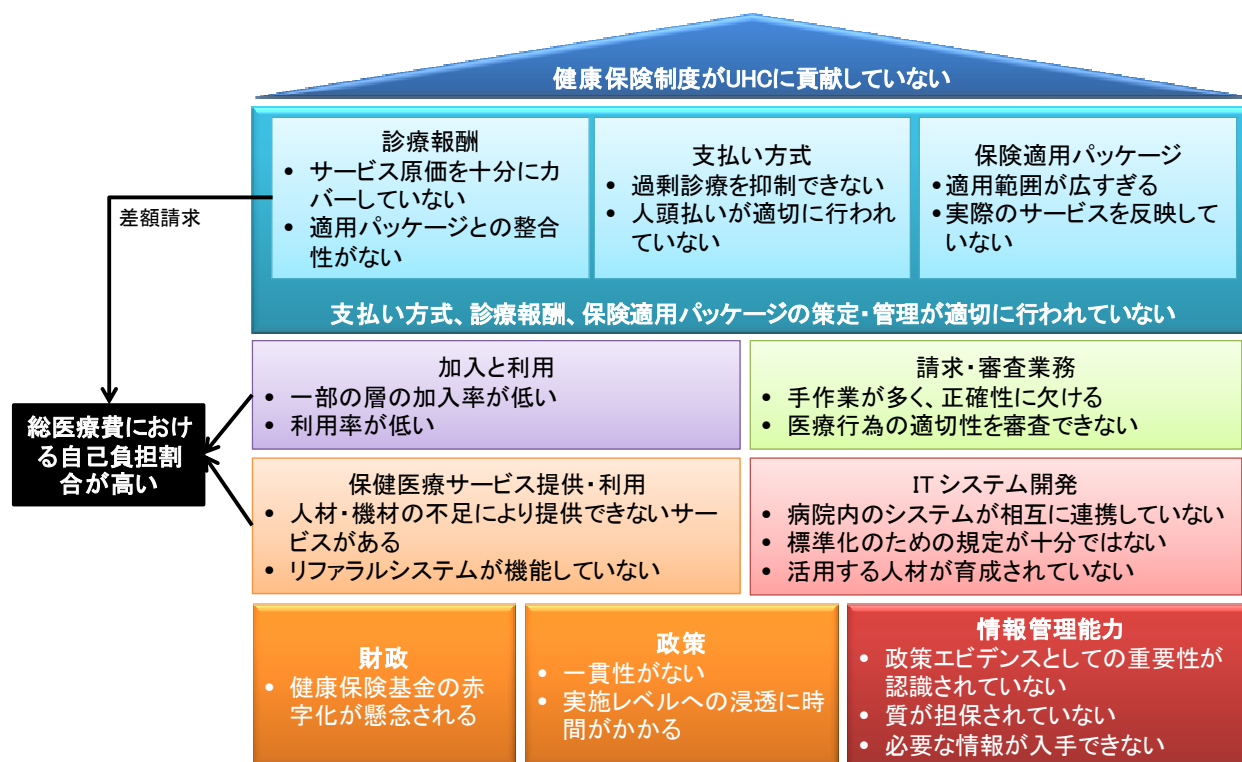
### **9.1.2 健康保険制度の構成要素ごとの検討**

#### **(1) 基本概念**

健康保険制度は本来、UHC の達成に貢献することが期待されるが、上述のように、患者自己負担割合が高い背景には、健康保険制度の課題があると考えられる。図 9-1 に示すように、健康保険制度には様々な要素が関連しており、ベトナムの健康保険制度は、そのそれぞれの構成要素において課題がある。

特に、基盤となる保健財政、政策、及び情報管理能力に係る課題の解決なくしては、その上の要素に関する課題を根本的に解決することはできない。加えて、情報管理は政策決定に資するエビデンスを得たり、業務を効率的に行ったりする上で非常に重要である。これらの基盤が整備されて初めて、効果的な IT システムが構築され、業務の効率化が推進されるとともに、保健医療サービスが効率的かつ効果的に提供されることが期待される。

こうした体制の上に、健康保険制度の重要な要素である保険適用パッケージ、診療報酬及び支払い方式を管理する体制が構築される。これは、保健セクターのみならず、健康保険に関係するセクターが横断的に連携する体制となることが望ましい。



出典：調査団

図 9-1 健康保険制度の構成要素の模式図

以下に、各構成要素の課題をまとめる。

## (2) 政策

健康保険制度に関連する政策や法令、規定等は数多く発出されている。しかし、これらが実施レベルに浸透するには年単位の時間を要する。また、具体的な活動計画や実施要領が作成されない場合も多く、実施担当者によって解釈が異なるといった状況が生じることも危惧される。

さらに、長期戦略や中期計画との整合性が十分に考慮されていない。例えば、2015年に承認されたBHSPロードマップについて、その上位計画と目される皆保険のためのロードマップ(2013年)では、BHSPはもとより、保険適用パッケージの見直しにも言及されていない。にもかかわらず、BHSP策定は改定健康保険法(2014年)で規定された。また、2016年に策定された、保健セクター5カ年計画2016-2020では、BHSPという用語はつかわれず、基本的な保険適用パッケージとされている。保健省の説明では、ベトナムにおけるBHSPは国際的な理解<sup>81</sup>とは異なるものとして考えられているが、関係者の誤解や混乱を招いている現状を改善するため、敢えて表現を変えたとのことであった。

本調査での聞き取りによれば、政府が発出する政策や規定は、現場の実情を反映していない、あるいは考慮していないものや、相互に矛盾するも多い。例えば、保険適用サービスの価格を設定した共同通達第37号に掲載されたサービス名は、保険適用サービスサービスレベルごとに規定

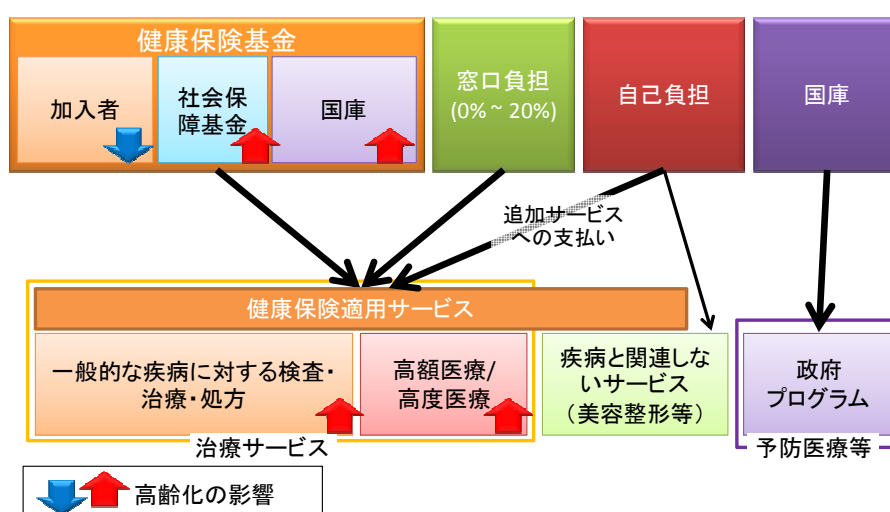
<sup>81</sup> レベルごとに提供すべき最低限のサービスと、そのための人材、資機材等の条件を示したリスト。アフガニスタン、シエラレオネなどで策定されている。

した通達 43 号と整合しておらず、現場での混乱を招いた。また、これらのリストは、国際疾病分類（ICD）等に準じておらず、利用者による解釈の差異を引き起こすことも危惧される。

### (3) 保健財政

#### 1) 保健財源

現行の保健財源と保険適用パッケージとの関係性を図 9-2 に示す。第 4.1.2 節に述べたように、現状では保健省が規定するほぼすべての診療サービスが保険適用となっている。この中には、日本では適用外となるような高度先進医療や美容整形まで含まれている。これを、健康保険基金、窓口負担及び患者自己負担で賄っている。一方、予防や健康増進といった公衆衛生分野は、感染症対策や母子保健といったそれぞれの政府プログラムに配分された予算で賄われている。



出典：調査団

図 9-2 現行の保健財源と保険適用パッケージの概念図

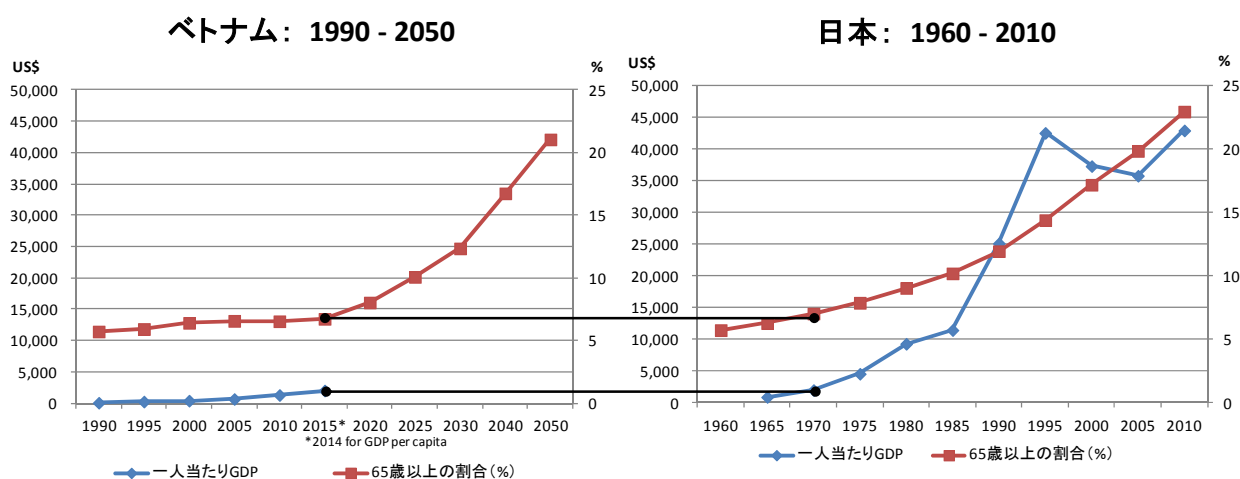
図中に、今後予想される高齢化の影響を示した。第 2.2.6(1)節で述べたように、現状でも退職者の医療費は勤労年齢層のおよそ 5 倍であり、高齢化に伴い、さらに増加すると考えられる。また、生活習慣病など非感染性疾患は、急性期の診断・治療に係る費用が高額になり、その後は生涯にわたり治療、リハビリテーションあるいは投薬が必要となることが多い。加えて、2021 年までに再度、診療費単価の値上げが予定されている。これらのことから、今後医療費は一層増加すると考えられる。さらに、前期の実績が健康保険基金からの支払い額の上限を決めていることや、保険請求の審査が十分に行われていないことなどから、過剰診療が広く行われている（第 4.2.2(1)節）という状況が抑制されなければ、健康保険基金が破たんする可能性は極めて高くなる。

#### 2) 高齢化のインパクト

図 9-3 に示すように、ベトナムの 2015 年の高齢化率及び GDP は、日本の 1970 年頃に類似している。日本はその後、急速な経済成長を遂げるとともに、およそ 25 年間程度で高齢社会（高齢化率＞14%）に突入した。ベトナムは、20 年後の 2035 年には高齢化率が 15%を超えるとの予測

もあり、高齢化は当時の日本を上回る速さで進むと考えられる。一方、経済成長については、当時日本が経験したほどの急速な伸びは見込めず、いわゆる「富む前に老いる」状況にある。

第 2.2.6(1)節に述べたように、高齢者の保健医療機関の利用率や一人当たりの医療費は、現状でも他の年齢層に比して高い。今後も一つの枠組みの健康保険制度を維持するなら、保険料収入や窓口負担の大幅な引き上げなくしては、高齢化に伴う医療費の高騰に対応できず、健康保険基金が破たんする可能性が高い。第 8.1 節に述べたように、日本では高齢化に伴う医療費の増大に対応するため、2008 年に 75 歳以上の高齢者の健康保険を別の枠組み（後期高齢者医療制度）とした。

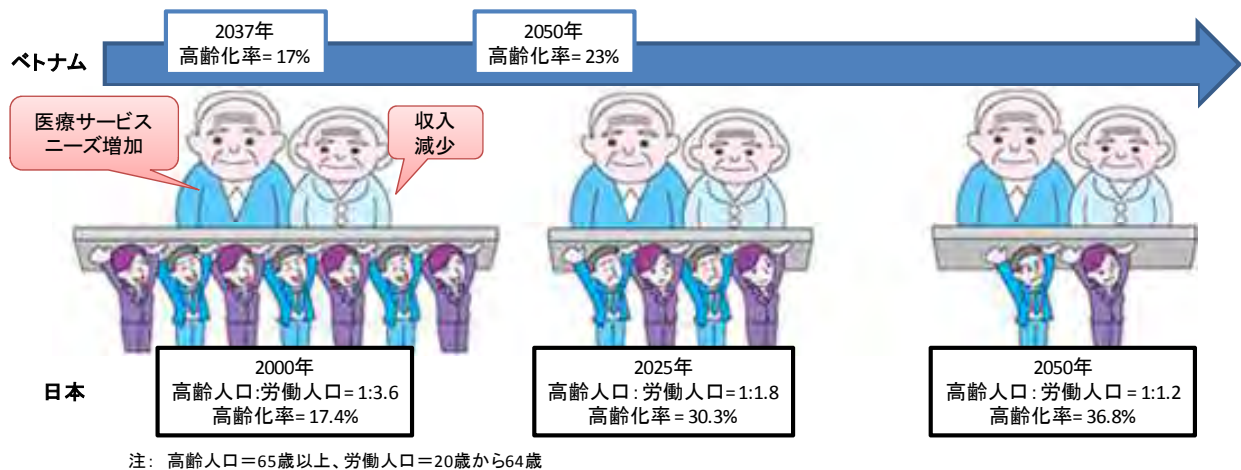


出典：[World Bank]

図 9-3 ベトナムと日本の高齢化と経済成長

ただし、制度枠組みが複数になることによって管理がより複雑になる。また、一つの枠組みを維持することによって、年齢層間の財政リスクに柔軟に対応する可能性が高くなることも考えられる。しかし、図 9-4 に示すように、高齢者は概して収入が少なくなり、これにともなって保険料収入は少なくなるが、係る医療費は高くなり、若年層が支え切れなくなる時が来ることも想定される。ベトナムでは、現在の日本のような状況になるのは 2050 年以降と推測されるが、長期的視野からの検討も必要である。

給与所者の保険料が給与に基づいて計算されているため、退職等によって収入が少なくなる高齢者が増えれば、保険料収入は少なくなる。年金受給者の増加に伴い、彼らの健康保険料を負担する社会保険基金からの支出は増加する。加えて、貧困層あるいは準貧困層となる高齢者が増加すれば、彼らの保険料を負担する政府予算からの支出も増加する。



出典: [JICA, 2014],[Cabinet Office, Japan],[Arubino]を参照して調査団作成

図 9-4 高齢化の進行に伴う若年層の負担の増加

#### (4) 保健サービス提供

第 4.1.2 節に述べたように、健康保険は、保健省が承認するほぼすべての医療サービスをカバーしているが、地方レベルでは、各レベルに定められたサービスをすべて提供できない状況にある。この背景には、人材や資機材の不足等がある。保健人材に関しては、9 割以上の CHS に准医師あるいは助産師が、8 割近くで医師も配置されているなど、ベトナム政府の努力の成果が表れている。しかし、今後さらに変化する疾病構造や保健医療サービスへのニーズに応えるためには、非感染性疾患や高齢化等に対応するための能力を向上させる必要がある。また、患者満足度や保健医療機関への信頼感を向上させる取り組みを行わなければ、今後フリーアクセスによって患者離れが進み、財政的に困難になるところが出てくる可能性もある。

#### (5) 情報管理能力

健康保険に関連する多くのパイロットプロジェクトは、必要なデータが集まらないこと、及び正確でないことから困難に直面してきた。これは、各レベルの保健医療機関や管理機関が、意思決定や政策のエビデンスとしての情報管理の重要性について十分な認識を持っていないことに起因する。地方の機関では、保健情報管理の業務は極めて限られた職員によって行われており、また多くは他の業務と兼務している。データは運用レベルで正しく入力されていないため、データを集計する段階になってからデータの正確性を確認することは難しい。このため、データ品質を向上させるために、草の根レベルで正確なデータを入力することに注力する必要がある。管理機関の担当者や保健医療機関の意思決定者は、健康保険制度の整備・改訂の裏づけとなるデータ品質の重要性を理解する必要がある。

#### (6) IT システム開発

健康保険制度における保険適用パッケージ、価格、その他の条件を検討する上で、医療費請求情報や医療機関に係る情報（とりわけ医療機関の財務情報）、及び疫学情報等の保健管理に係る情報を適切に収集・管理することは非常に重要である。



現在、各レベル（中央、省、郡）の多くの医療機関では何らかのハードウェアやソフトウェアが導入され、情報が管理されている。一方で、これらのソフトウェアは断片的に導入され、互いに情報が連携されていないうえ、医療機関の最新のニーズに応えるものとなっていない。加えてこれらの IT システムは、他の保健医療機関や地方保健局、社会保障機関（VSS/PSS/DSS）など地方政府機関と接続されていない。地方政府機関が統一的に適切な IT システムを病院に導入することはなく、各医療機関はそれぞれ独自に病院情報システムを導入している。今回の調査を通じ、次に示すような課題が明らかになった。

- 健康保険システムの運用に必要な情報の標準化が不十分
  - マスターコードは国際基準に準拠していない。また、複数の技術サービスリストが保健省の複数部門から一貫性なく提供されている。
  - データ品質を高めるために、新たに導入された請求フォーマットをできるだけ早く全国の医療機関に普及、浸透させる必要がある。
  - 医療機関からの請求をコントロールするために、より具体的な審査ルールを策定する必要がある。
- データが断片的に存在している
  - 健康保険の請求データは医療機関からベトナム社会保障に定期的（四半期ごと、月ごと）に送信されるが、これらの請求データは保健省にタイムリーに共有されていない。
  - 保健省は医療機関から情報（電子データ、紙データ）を定期的（年ごと、四半期ごと、月ごと）に収集しているが、これらのデータは適切に統合されていない。保健省の一部部門でこれらを統合しようとする非公式の動きはあるものの、組織としてではなく個人の思いや力量に依存している。
  - データ分析、データ活用が体系的に行われていない。中央レベル・省レベルのいくつかの医療機関からは患者データが電子ファイルで提出されているが、データの互換性がなくデータ分析を行うことができない。
- 適切なデータ交換の仕組みがない
  - 健康保険に関連する各機関・医療機関で取り交わされる情報は、縦の流れ（中央、省、郡、コミューン）、横の流れ（組織内、組織間）ともに、ほとんどが人の手で取り交わされている。具体的には、電子メールでファイルを送信する方法、コピーした紙媒体を物理的に送付する方法などである。
- IT に関するスキルや知識が不足している
  - 保健医療機関の職員の多くは、限られたコンピュータや IT システムに関するスキルや知識、経験しか持っていない。
  - 保健医療機関では、IT 人材採用の際に一定の基準を設けているものの、保健医療機関内の IT システムを適切に導入、運用するための要件は満たしていない。
- IT に関する専門家が、質・量ともに不足している
  - いくつかの機関や保健医療機関では、IT の専門知識を持つ職員を採用しているが、彼らのほとんどは他の業務（例えば、薬剤管理部）と兼任している。

- また、IT 専門の職員が、IT に関する能力を向上させるインセンティブがない。
- 経営者が IT の重要性をまだ十分に認識していない
  - 多くの機関や保健医療機関では、依然として IT の重要性が認識されていないため、現場で起きている運用上の課題を解決するための適切な IT 投資が行われていない。

IT システムの成熟度モデルを図 9-5 に示す。上記を踏まえると、ベトナムの健康保険領域での IT 成熟度は、現時点で Step1、もしくは Step2 の途上にあると考えられる。

	STEP1 可視化/ デジタル化	STEP2 データの共有/ 業務要件への適応	STEP3 成熟したIT/ 複数行政レベルを管理
IT for XX (目的)	<ul style="list-style-type: none"> <li>デジタル化</li> <li>透明性Transparency</li> <li>データ統合 (データ保証)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報の共有</li> <li>管理、監督業務のサポート</li> <li>ネットワーク接続</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>持続可能性 (継続性)</li> <li>ポリシー策定、経営</li> <li>中央集約化</li> </ul>
実施すべき アクティビティ	<ul style="list-style-type: none"> <li>紙ベースの文書・情報のデジタル化</li> <li>基本的なデータ収集</li> <li>目的に応じたパッケージの購入とインストール</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IT導入マスタープランの策定</li> <li>データの標準化、統合管理</li> <li>他部門とのデータ共有</li> <li>統合されたITシステムの開発</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>業務の標準化</li> <li>複数行政レベルでのデータ共有</li> <li>複数行政レベルでの統合ITシステムの開発</li> <li>データ分析と政策への反映</li> </ul>
ITシステムの特徴と コスト	<ul style="list-style-type: none"> <li>シンプルな業務、固定フォーマットのデータのみ取扱可能</li> <li>限られたデータ量</li> <li>初期コストのみ (保守・運用コストは限定的)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>複雑な業務、固定フォーマットのデータを取扱可能</li> <li>大規模データの取扱</li> <li>保守・運用コストの必要性</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>複雑な業務、あらゆるデータを取扱可能</li> <li>膨大なデータを即時に処理</li> <li>保守・運用コスト、体制構築の重要性が増す</li> </ul>
人材育成/プロジェクトマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>IT専門家の採用</li> <li>プロジェクトマネジメントは限定的、もしくは不要</li> <li>限定的なトレーニング</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>顧客組織の中にITの要件整理ができる専門組織を創設</li> <li>ITマスタープランに基づいた統合的なプロジェクトマネジメント体制整備、トレーニング</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ハイレベルなプロジェクトマネジメント (CMMI level4-5)</li> <li>顧客組織の中にCIO</li> <li>体系的な教育プログラムの整備</li> </ul>

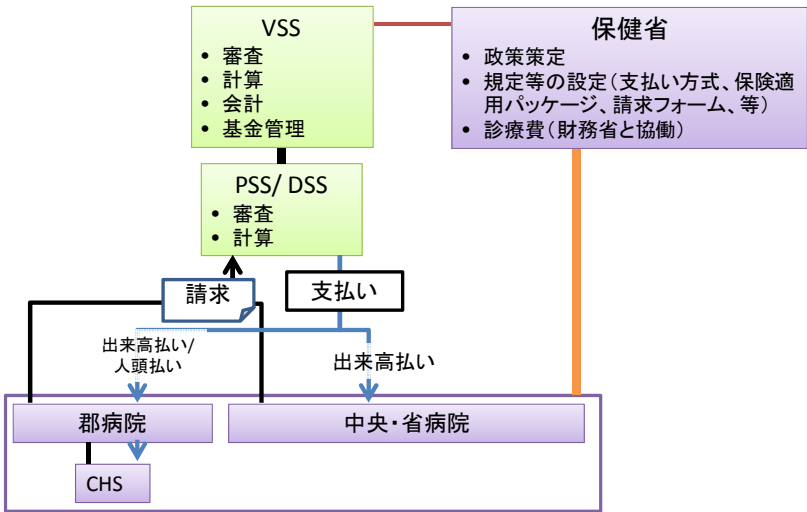
出典：調査団

図 9-5 IT 成熟度のレベルとステップ

## (7) 保険適用パッケージ、診療報酬及び支払い方式の管理体制

図 9-6 に現状の健康保険制度の管理・運営体制の概念図を示す。保健省は政策や規定の策定を管轄し、ベトナム社会保障がその実施を担うとともに、健康保険基金を管理する。請求情報は医療機関からベトナム社会保障に直接提出され、これに対する支払いはベトナム社会保障から医療機関に直接行われる。法令等に準じて、ベトナム社会保障は保健省に必要な情報を提出しているが、場合によってはさらなる手続きが必要となったり、情報の提供までに長い時間を擁することがあったりしており、情報共有が効率的かつ効果的に行われているとは言い難い状況である。





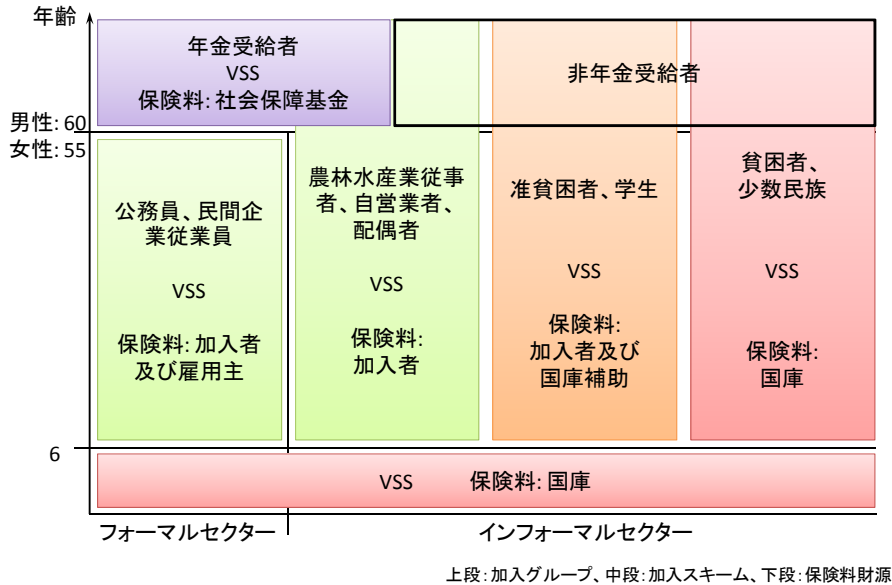
出典： 調査団

図 9-6 現行の健康保険制度管理体制

(8) 加入

1) 健康保険制度の枠組み

図 9-7 に、現行のベトナムの健康保険制度の枠組みを示す。健康保険法改定によって、任意加入は廃止され、すべての国民が健康保険への加入を義務付けられるようになった。すべての加入者が、一つの保険者の下、一つの枠組みで管理される体制では、加入者や保険料徴収、健康保険基金の管理を一元化することができる。ただし、加入者が保険料を負担するインフォーマルセクターを中心に加入率は依然として低く、高齢化や診療費の値上げなどによる医療費の増加に対応して安定的な制度の運営を目指すためには、長期的視野から制度枠組みを見直す必要があると考えられる。



出典： 調査団

図 9-7 現行の健康保険制度枠組み

第2.3節に述べたように、民間セクターの従業員や政府が保険料を全額負担する貧困層以外のインフォーマルセクターの加入率は非常に低い。また、これらの層では、逆選択が起こっている可能性が高く、保険料収入に比して健康保険基金からの支出が大きくなる恐れもある。これらの層が、健康保険に加入することの利益を実感し、魅力を感じられる制度にするための取り組みが必要である。

また、一般に高齢者は疾病リスクが高くなる傾向があるが、所得や医療費の保障は十分とは言えない。ベトナムの60歳以上人口の6割は、社会保障制度からの財政的な支援を受けていない。年金受給資格年齢層<sup>82</sup>のうち、年金を受給しているのはおよそ22%である。60歳以上の高齢者で、医療費の補助や老齢福祉年金（80歳以上）を受けているのは19%である[JICA, 2014]。平均寿命の延伸によって、生活習慣病や複数疾患に罹患する高齢者が増加すると医療費が増加する可能性があることを考慮した制度枠組みの見直しが必要である。

## 2) インフォーマルセクターの加入と保険料

総じて、インフォーマルセクターは現行の健康保険制度やそれによるサービス、公的保健医療機関におけるサービスの質に魅力を感じないため、健康保険への加入を後回しにする傾向があると考えられる。これに加え、健康保険を利用した受診の際の受付や会計に係る手続きが、利用しない場合に比べ複雑で時間がかかることが、健康保険の利用率が低いことの要因となっている。また、国民に対し、健康保険に加入することによって、将来起こり得る医療費による貧困への転落や適切な受診をしないことによる病状の悪化といったリスクを回避することができる、といった利点についての理解が進んでいないということも、背景にあると考えられる。

保険料の設定について、定期的な収入が把握できないの保険料は、現在は最低賃金に基づいて金額が決められている。しかし、自営業者の中には、それ以上の支払い能力がある富裕層も含まれていることを考慮した保険料設定の方法について検討することが望ましい。これによって、より多くの保険料収入を確保することが可能となる。しかし、このためには、インフォーマルセクターの収入あるいは保険料負担能力を出来るだけ実態に近い形で把握する方法を開発する必要がある。これは、保健セクターのみでは解決しえない問題であり、徴税等のセクターと連携して取り組むことが望ましい。ベトナム政府が現在導入を検討している、個人識別番号（日本でいうマイナンバー）の活用の可能性についても、今後議論する価値があると考えられる。

## (9) 請求、審査及び支払い

医療機関からの請求も審査も、一部IT化されているとはいえ、システム間の連携や互換性がないため、実態は手作業で行われている部分が多い。このため、誤記入や不正を十分に検知できず、患者の重複受診を発見することもできない。また、医師による過剰診療を適切に判断することができない。このため、過剰診療や重複受診を抑止することができず、不要な医療費が支出されている可能性がある。

<sup>82</sup> 男性60歳、女性55歳。但し、2016年以降、段階的に男性63歳、女性60歳まで引き上げられる。

## (10) 保険適用パッケージ

第 4.1.2 節に述べたように、現行の保険適用パッケージは、事実上、保健省が規定するほぼすべての医療サービスをカバーしているにもかかわらず、患者負担の削減には貢献していない。その背景には、より費用がかさむ入院において健康保険を利用した受診が 50%未満であることや、追加サービスなどのへの支払いを要求されることがあると推察される。さらに、高度医療や高額医療までカバーしているため、将来的に健康保険基金の財政危機の原因となることが危惧されている。このため、保健省は、保険適用の対象を、人々が広く必要とするサービスに絞り込むべく、BHSP を策定している。しかし、2017 年 1 月時点において、BHSP は一次レベルの治療・予防サービスとされる見通しが高いことから、それ以外の保険適用パッケージの改訂等については、今後の状況を見極める必要がある。

## (11) 診療報酬

第 4.1.3 節に述べたように、診療報酬は限られた大規模病院の見積りに基づいて設定されている。しかし、実際に医療の現場において発生する費用をすべて賄えるのか懸念されており、これが患者への差額請求の一因となっている。2016 年 3 月の改訂では、全体的に 3 割程度引き上げられるとともに、サービスレベルごとに統一価格を適用することが指示された。しかし、この新価格は健康保険利用者にのみ適用され、非利用者には旧来の、省ごとに定められた価格が適用されるという二重価格となっており、統合のめどは立っていない。これによって、医療機関における会計や請求業務が煩雑化し、負担が増加することが懸念される。

## (12) 支払い方式

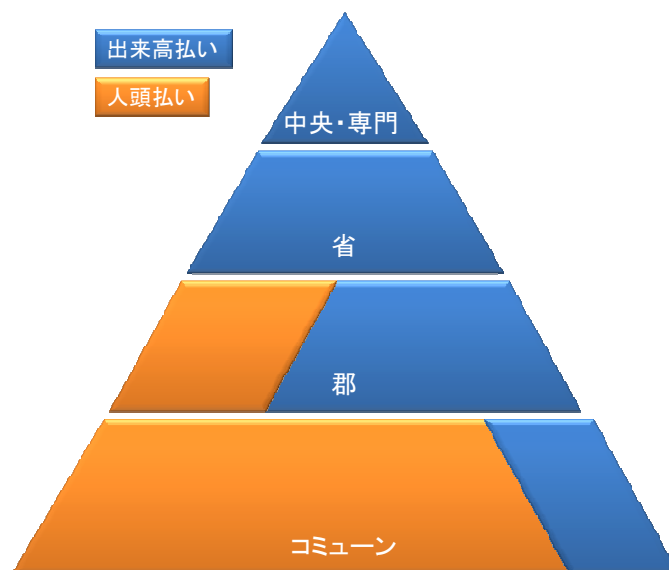
第 4.2.2 節に述べたように、現在は中央及び省レベルでは出来高払い、郡レベルは人頭払いか出来高払いを選択できる<sup>83</sup>（図 9-8）。ベトナム社会保障によれば、郡病院の 6 割程度が出来高払いを選択している。ベトナム政府は、出来高払いの問題点について、過剰診療を抑制できないことが健康保険基金の支出の増加を招いていると認識しており、包括払いの導入に向けた試行を進めている。

本調査の聞き取りから、2016 年 1 月の郡レベルにおけるフリーアクセス施行に伴い、人頭払いから出来高払いに移行した郡病院も多いと推察される（第 4.2.1 節参照）。その背景には、人頭払いは管轄人口に基づいて支払額が算定されるが、フリーアクセスによって各病院の管轄人口が不明確になったことと、患者が集中する郡病院では赤字になることが懸念されることがある。

CHS に対する人頭払いについては、ベトナム独自の方式となっていた。本来、人頭払いは管轄人口とサービス提供内容、人頭単価に基づいて前払いされるものだが、現状では、来訪者 1 件当たりあるいは正常分娩 1 件当たりの単価と実数に基づいて支払われている。これらの単価は非常に低いが、CHS の人件費や維持管理費が政府予算で十分に賄われ、必要な医薬品や供給品等が十分に支給されている場合には、健康保険基金からの支払いはサービス向上などへの取組に配分することができる。しかし、そうでない場合には運営が非常に苦しくなる。保健省はこの問題を

<sup>83</sup> CHS は、多くの場合郡病院経由で支払いを受けるため、郡病院と同じ支払い形式となることが多い。

認識しており、第 4.2.2(2)1)節に述べたように、人頭払い方式改善のための取り組みを行っている。



出典：調査団

図 9-8 現行の支払い方式

## 9.2 ベトナムの健康保険制度に係る提言（案）

上記の現状分析に基づき、人々の財政負担を軽減しつつ、健康保険基金の持続性を向上させるためには、以下に示す様々な側面からの取り組みが必要である。

- 保健財政
- 健康保険制度の枠組み
- 保険適用パッケージ、診療報酬及び支払い方式の策定・改定の実施体制
- 診療報酬支払い方式
- BHSP 或いは保険適用パッケージ
- 健康保険制度のための情報管理
- 健康保険制度に関連する業務効率の向上のための IT システム

上記のそれぞれの側面において必要と考えられる取り組み、及びそれらの優先順位や相互の関連性を勘案して、図 9-9 に示すロードマップ（案）に示す。特に以下の活動については、優先的に考慮されることが望ましい。（以下、番号はロードマップにおける活動に付与した番号）

- 3.1 及び 3.2 保険適用パッケージ、診療報酬、支払い方式の管理のためのカウンシル設立・能力強化

BHSP 及び保険適用パッケージの策定・見直しはカウンシルが主導的に実施することになっている。国家健康保険政策カウンシルはすでに設立されているが、具体的な職務内容等については未だ議論が行われている状況である。しかし、BHSP が一次レベルのものと定義され

る方向にあり、その他の保険適用パッケージについても見直しが進められている状況を鑑みると、早急に同カウンシルの能力強化及び本格始動に向けた取組みを行う必要がある。。

- 4.2 高額医療及び高度医療の定義の設定

保険適用パッケージを適切に策定するためには、その範囲を明らかにするため、高額医療及び高度医療の定義を設定し、どこまでを保険適用とするのかについて、保険者、保健医療サービス提供者等、関係者との議論を進める必要がある。

- 4.3 保険適用パッケージ及び BHSP の策定・定期的な改訂

保険適用パッケージ及び BHSP の定期的かつ適切な改訂について、エビデンスに基づいた議論や検討が可能となるような体制を確立し、多くの関係者が納得できる改訂を効率的かつ継続的に実施することが重要である。

- 4.4 保険診療標準ガイドラインの策定

保険診療が適用される診療行為をガイドラインに定めることにより、現状で問題となっている不要な高額医療サービスの濫用を抑制するとともに、保険請求審査が効率的になることが期待される。

- 6.2 包括払い/DRG に関するパイロット等からの教訓・提言の統合

- 6.3 DRG モデルの開発

これまでに実施されてきた包括払いに関連するパイロット等からの教訓・提言を総合的に取りまとめ、DRG 組成や将来の包括払い導入にむけた課題を整理し、必要な取り組み及びそれらの優先順について検討する。

- 8.1 会計・保険請求担当及び臨床スタッフのデータ入力及び管理能力の向上

この活動は、BHSP に係るパイロット事業や DRG の組成、カウンシル及び作業部会の能力開発、保険請求及び審査能力の向上など、多くの活動の前提条件を満たすために必要不可欠である。また、IT システムの整備にとっても、担当レベルがそれを使いこなすだけの能力を備えてはじめて、システムが有効活用されるため、重要な要件となる。

分類	活動	主要関係者	年(暫定)					
			2016	2017	2018	2019	2020	2025
1 政策	1.1 保健財政長期戦略の策定	保健省DPF						
	1.2 保健財政長期戦略に係る中期計画及び活動計画の策定	保健省DPF						
	1.3 現状に即した健康保険法の見直し	保健省HD						
	1.4 保健支出及び健康保険基金に係るシミュレーション	保健省DPF/HD						
2 財政	2.1 弱者への財政支援のための新たな財源(たばこ税及び酒税)の確保	保健省、財務省						
	2.2 健康保険加入率の向上(80%以上)	保健省、VSS						
	2.3 保険料徴収の確保(全加入者の80%以上)	VSS						
3 保険適用パッケージ、診療報酬、支払い方式の管理	3.1 保険適用パッケージ、診療報酬、支払い方式の管理のためのカウンシル設立	保健省						
	3.2 同カウンシル及び作業部会の能力開発	保健省						
	3.3 保険適用パッケージ、診療報酬、支払い方式の管理に必要なデータ及び情報の特定	カウンシル						
4 保険適用パッケージ	4.1 各保健医療施設で実際に提供されているサービスリストの収集・整理	保健省MSA						
	4.2 高額医療及び高度医療の定義の設定	カウンシル						
	4.3 保険適用パッケージ及びBHSPの策定・定期的な改訂	カウンシル						(continuous review)
	4.4 保険診療標準ガイドラインの策定	カウンシル						
	4.5 医薬品及び医薬品供給リストのBHSPへの統合	カウンシル						
5 診療報酬	5.1 改定健康保険法に規定された残リ2項目を追加した医療費の改定	カウンシル						
	5.2 診療報酬の見直し及びBHSPへの統合	カウンシル						
6 支払い方式	6.1 一次レベルにおける人頭払い方式の見直し	保健省DPF						
	6.2 包括払いDRGに関するパイロット等からの教訓・提言の統合	保健省DPF						
	6.3 DGR策定	保健省DPF						
	6.4 中央及び省レベル病院における包括払い方式の導入	保健省DPF						
	6.5 郡レベル病院における包括払い方式導入の妥当性の検討	保健省DPF						
7 請求及び審査	7.1 病院における保険請求業務の効率化及び能力の向上	病院						
	7.2 VSS/PSS/DSSにおける審査業務の効率化及び能力の向上	VSS						
	7.3 審査ルールの改善	VSS						
8 情報管理	8.1 会計・保険請求担当及び臨床スタッフのデータ入力および管理能力の向上	病院						
	8.2 病院内における情報システムの統合・相互連携の強化	病院						
	8.3 保健省内及び保健省・病院間のデータ統合システムの構築	保健省						
	8.4 保健情報管理担当者及びカウンシル作業部会の統計能力の向上	保健省						
	8.5 健康保険に関する情報管理基準(マスターコード、書式、審査ルール、等)の開発	保健省、VSS						
	8.6 ITガバナンスの強化	保健省、VSS、病院						
9 ITシステム開発	9.1 健康保険の実施管理に関するシステム要件の設定	保健省、VSS						
	9.2 ITシステムの開発と関係機関・施設への導入	保健省、VSS、病院						
	9.3 システム要件に準じたITシステムの普及促進	保健省、VSS						
10 保健医療サービス提供	10.1 リファラル体制の強化	保健省						
	10.2 一次レベルにおけるゲートキーピング機能の開発	保健省						
	10.3 早期発見・早期治療の強化による生活習慣病予防の強化	保健省						
	10.4 医薬品価格統制にかかる仕組みの導入	保健省						

出典: 調査団

図 9-9 ベトナムの健康保険制度改善に向けたロードマップ (案)

### 9.2.1 保健財政

UHC を達成し、さらに変化する人口動態や疾病構造、保健ニーズに柔軟に対応しつつ健康保険基金を健全に維持するためには、保健省のみならず関係者が分野横断的に、持続的な財源の確保と効果的な保健支出の抑制に取り組む必要がある。多様な利害関係者が UHC の達成・維持という目的に向かって建設的な議論を行うためには、定期的に財政シミュレーションを行い、客観的かつ明確な政策エビデンスを提示することが効果的と考えられる。しかし、一つの組織内の部局間でも組織横断的でも、財務関連や診療サービスの費用に関するデータの共有は困難であることが多く、シミュレーションに必要、かつ信頼性の高いデータの取得は極めて難しい現状を、まずは改善しなければならない。

#### (1) 総保健支出の長期的かつ効果的な抑制

高齢化と疾病構造の変化は、総保健支出の増加の大きな要因となっている。加えて、保険請求の審査が十分に行われていないことによって、誤請求や不正請求、過剰診療を適切に正すことができず、本来支払わなくてもいい医療費が健康保険基金から支払われている可能性もある。医療費の約 5 割を占める医薬品については、施設あるいは省レベルでそれぞれ行われている調達を、地域あるいは国レベルなど調達単位を大きくしたり効率化したりすることによって、その単価を下げるのが可能と考えられる。さらに、治療やリハビリが長期化する傾向のある非感染性疾患対策も、長期的な総保健支出抑制の一つの方策である。

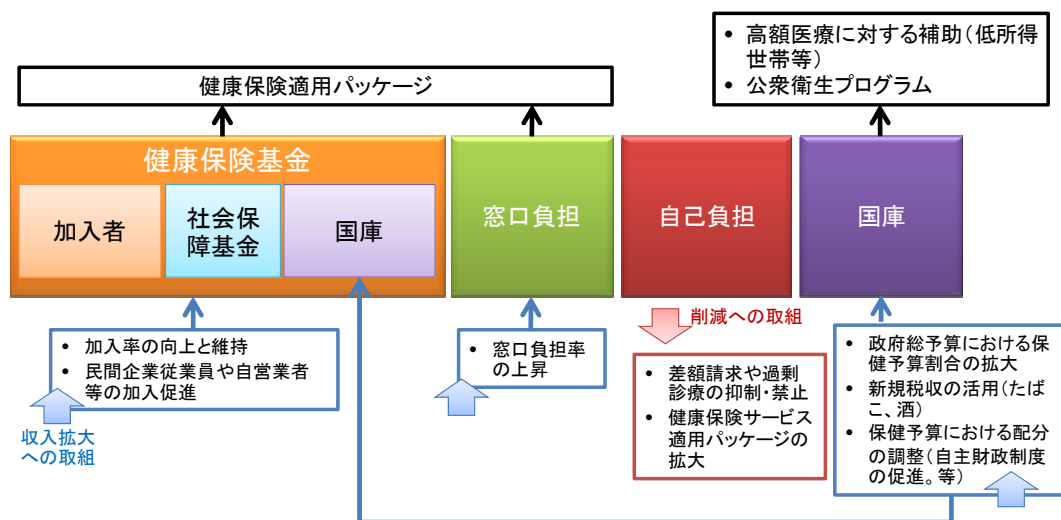
総保健支出の長期的かつ効果的な抑制には、日本など他国の経験から、具体的に以下のような方法が考えられる。

- 診療サービス及び医薬品に係る支出の効率化
  - 過剰診療の抑制
    - 標準クリニカルパスの設定
    - 差額請求の禁止あるいは厳格な制限
  - 請求担当者の能力強化
  - 医薬品及び医薬供給品の調達／価格設定制度の改善
    - 中央調達の導入
    - 標準価格リストの開発
- 長期的な医療費削減への取組
  - 非感染性疾患、特に生活習慣病の予防、早期発見・早期治療

#### (2) 保健財源の持続性の強化

図 9-10 に、各保健財源の持続性の強化と患者自己負担の削減についての概念図を示す。健康保険適用パッケージに係る費用を賄う健康保険基金については、現在ベトナム政府が取り組んでいる加入促進と保険料徴収を推進し、安定的な収入を確保することが望ましい。但し、第 9.1(1) 節に述べたように、現在加入率が低い民間企業従業員や自営業者、準貧困層などの加入意欲を高めるためには、今後さらなる取り組みが必要である。これは、単に加入を呼びかけるだけで

はなく、身近な医療サービスの質の向上や健康保険制度についての理解の促進、加入者にとってのわかりやすさや利便性の向上など、様々な側面からのアプローチが必要である。



出典：調査団

図 9-10 保健財源の持続性の強化と患者自己負担の削減についての概念図

医療費の増加に対応するためには、現在最大 2 割となっている窓口負担の増加も検討する必要があると考えられる。ただし、これは患者自己負担総額の増加につながるものであり、加入者に対する明確かつ十分な説明がなければ、加入取りやめが増加する恐れもある。加えて、低所得者層への配慮が必要である。

患者自己負担については、2021 年以降、公的保健医療機関についてはどこを受診しても同じ窓口負担率となることから、多少は削減されることが期待される。しかしそれ以上に、高次医療機関への患者集中が懸念されるため、一次レベルでのゲートキーピング機能を含むリファラル体制の強化を進める必要がある。また、保険適用範囲を拡大すれば、患者自己負担は減少するが、健康保険基金の持続性とのバランスを考慮して検討する必要がある。加えて、過剰なサービスやそれに伴う差額請求の抑制も効果的と考えられるが、これには医療者と患者双方の意識改革を促す仕組みが必要である。

政府予算については、貧困層等への支援や将来の医療費削減に貢献する予防や健康増進などの強化のために、十分に確保される必要がある。さらに、今後保険適用パッケージが整備され、適用範囲が明確になれば、適用外となる高額医療費に対する補助金などの財源についても考慮しなければならない。保健財政戦略（案）では、たばこ税など、新たな財源を活用することが考慮されている。また、病院の自主財政制度と診療費引き上げによる政府予算配分の削減が、今後一層進展することにより、これまで病院に配分されていた予算を上記のような補助金等に配分できるようになると期待される。ただし自主財政制度の推進は、病院の経営改善への支援とともに進められなければ、公立病院の経営破たんや病院間の格差の拡大を招く恐れもある。

## 9.2.2 健康保険制度の枠組み

現行の、一つの枠組みですべての加入者を管理する制度は、保険者の加入者管理や支払い業務、医療機関の会計及び請求業務が複雑にならず、財政リスクに対しより柔軟に対応できるという

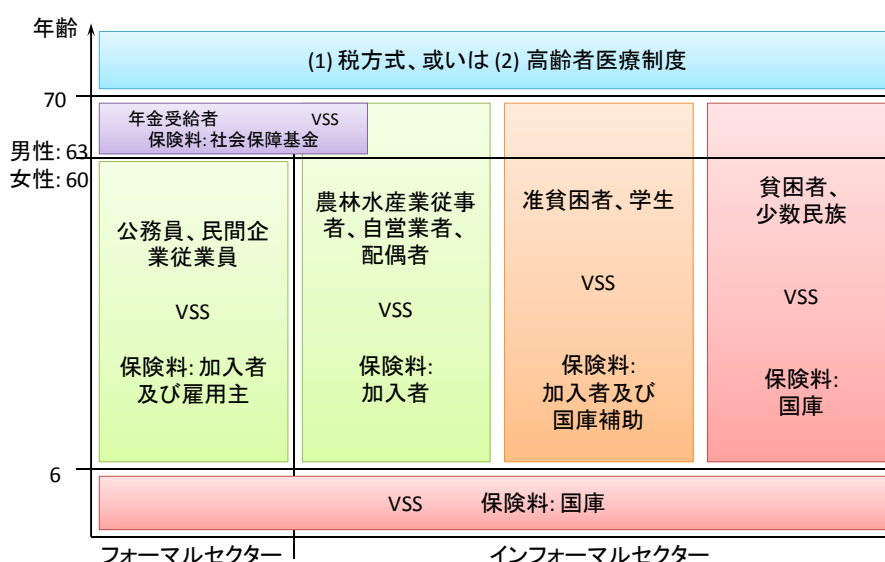


利点がある。しかしこれを維持するなら、加入率が低いインフォーマルセクターの加入率向上により一層取組む必要がある。同時に、高齢化や疾病構造の変化に伴って増加する医療費に対応するため、保険料率や窓口負担率の見直しについても検討すべきである。

一方、高齢者や貧困層といった、疾病や保険料納付のリスクが高い層を別の枠組みにすると、少ない保険料しか払わない層が大部分の健康保険基金を使うという不公平感を緩和することが期待される。2013 年の退職者層の医療費は、労働者層のおよそ 5 倍であった。今後高齢化がさらに進行すれば、この傾向はさらに顕著となると考えられる。このため、日本が経験してきたように、将来的には高齢者の健康保険を別の枠組みにすることも検討の価値があると考ええる。

### (1) 第 1 案：高齢者の健康保険制度を分離する

上記に述べた、高齢化に伴う長期的な影響を考慮し、健康保険基金の健全化を維持するために、図 9-11 に示すように、70 歳以上の高齢者の健康保険制度を分離することを提案する。



出典：調査団

図 9-11 第 1 案：高齢者の健康保険制度を分離する

財源については（1）税方式、あるいは（2）保険方式、の 2 つが考えられる。しかし、（2）にしたとしても、保険料は高齢者の支払い能力に応じて設定しなければならず、政府予算や若年層の保険料等からの補助も必要になる（表 9-1）。また、高齢者のニーズに即した保険適用パッケージを別途策定することも考えられる。しかし一般に、慢性疾患を複数罹患したり、治療が長期間にわたったりするため、高齢者の医療費は高くなる傾向があるが、収入は少なくなることを考えると、パッケージを分けることが費用の抑止につながるとは考えにくい。第 8.1 節に述べたように、日本では 70 歳以上の医療費が国民総医療費の 5 割程度を占めている。先述の通り、ベトナムは今後 20 年間程度で高齢社会となることが予想されていることから、収入は減少するが医療費は増加する高齢者への対応について、医療費削減と高齢者に対する保障との両面から検討する必要がある。

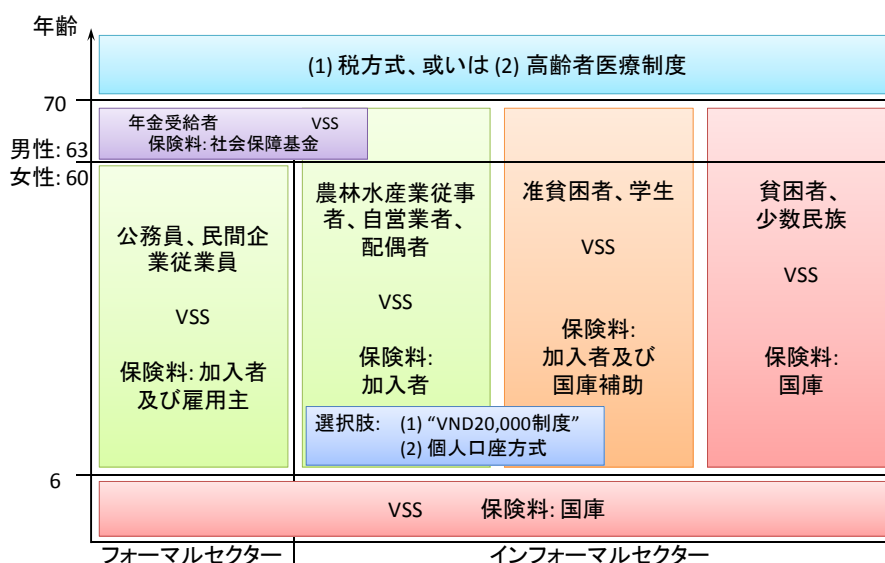
表 9-1 高齢者のための健康保険制度オプションの比較

	(1)税方式	(2)保険方式
財源	- 政府予算	- 政府予算 - 保険料 - 社会保険基金/若年層の健康保険基金
利点	- 高齢者の保険料や医療費の負担がない	- 政府予算の負担は軽減される
リスク	- 新たな財源を確保する必要がある - 高齢者が不必要に医療機関を受診する傾向が強くなる恐れがある - 医療者が不必要な診療サービスを過剰に提供する恐れがある - 上記2点の結果として、高齢者の医療費が急激に増大する恐れがある	- 新たな財源を確保する必要がある - 逆選択が起こる恐れがある - 年金制度の整備が進まなければ、多くの高齢者の収入は安定せず、保険料収入も不安定になる恐れがある

出典：調査団

## (2) 第2案：インフォーマルセクター加入促進のためのスキームの追加

第1案に、インフォーマルセクターの加入を促進するためのスキームを追加したのが第2案である（図9-12）。第9.1(1)節に述べたように、健康保険に加入しない理由として、自分は病気にならないから不要な支出はしたくない、と考えているから、ということが挙げられている。これに対応するため、加入者にとってわかりやすい保険料負担の方法を示し、加入への意欲を向上させることも効果的と考えられる。



出典：調査団

図 9-12 第2案：インフォーマルセクター加入促進のためのスキームの追加

一つは、タイの30パーツ制度（第8.2.1(1)節）に倣い、定期的な収入のないインフォーマルセクターが健康保険の便益を受けられるようにするため、一定の窓口負担を課すことによって保険料を免除するスキームである。これは、限りなく税方式に近い形となるが、過剰受診を抑止する効果は期待できる。もうひとつは、自分が積み立てた保険料は自分の医療費に使うという、中国の個人口座方式に類似したスキームの導入である。これら2つのオプションの概要、利点及びリスクを表9-2にまとめる。

しかし、第 1 案の項で述べたように、異なる仕組みやスキームを追加することによってベトナム社会保障の業務はより煩雑になり、負担が増加することが考えられる。このため、ベトナム社会保障の事務処理能力や病院及びベトナム社会保障の業務改善・効率化の進捗を十分に考慮しなければならない。さらに、加入率向上や UHC、健康保険基金の健全化に対するインパクトと、これらのスキーム導入に伴う行う業務負担とのバランスや費用対効果を十分に検討する必要がある。

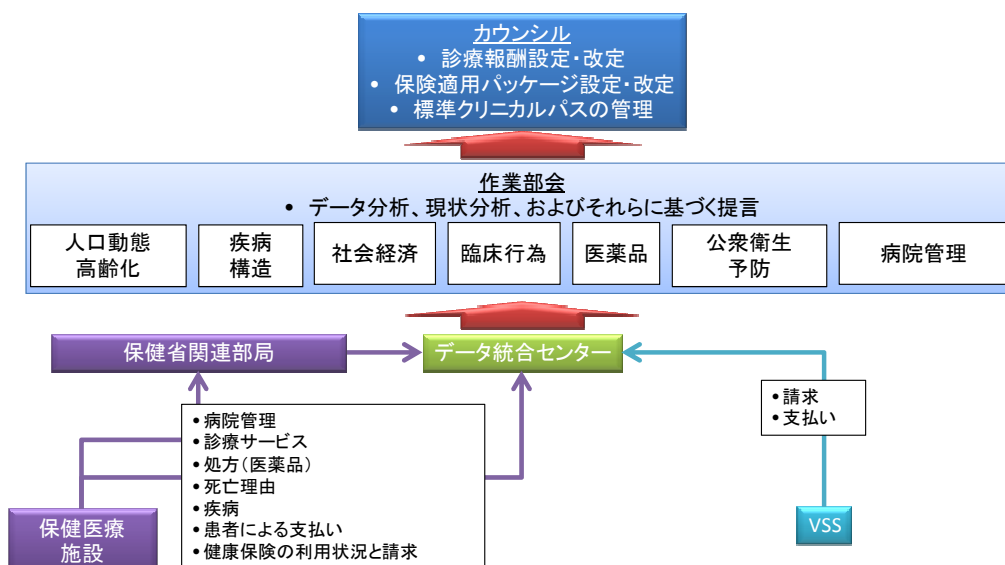
**表 9-2 インフォーマルセクター加入促進のためのオプションの比較**

	(1)20,000 ドン制度	(2)個人口座方式
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 保険方式+税方式（医療費を一部政府予算で負担）</li> <li>- 加入者は保険料を支払う代わりに、受診の都度、窓口負担として 20,000 ドンを支払う（金額は暫定）</li> <li>- 保健医療機関は、窓口負担分を除く保険適用の診療報酬を VSS に請求する</li> </ul> <p>参考： 30 パーツ制度（タイ）、 来院時登録料（マレーシア、ブルネイ）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 加入者は、社会保障基金あるいは指定された銀行に口座を開設する</li> <li>- 各自の口座に保険料を納付する</li> <li>- 診療報酬の保険適用分は、各自の口座から引き落とされる</li> <li>- 口座は 1 年ごとに精算され、不足分はその際に補てんされる</li> <li>- 余剰分は繰り越すか払い戻すか、加入者が選択できる</li> <li>- ただし、不足分がある一定の額あるいは加入者の支払い能力を超えた場合、一定の割合で政府あるいは社会保障基金から補助される</li> </ul> <p>参考： 個人口座制度（中国）</p>
財源	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 政府予算</li> <li>- 窓口負担金</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 保険料</li> <li>- 加入者負担（不足分補てん）</li> <li>- 政府予算あるいは社会保障基金</li> </ul>
利点	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 定期的な収入がない加入者の経済的負担が軽減される</li> <li>- 加入者にとってわかりやすい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 加入者が、自身の納付額と支出額を把握できる</li> </ul>
リスク	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 小額の窓口負担料がカバーできる医療費は限られるため、政府予算からの支出も必要になる</li> <li>- 健康保険基金の収入は減少する</li> <li>- 窓口負担が少額のため、不要な受診やサービス提供が増加する恐れがある</li> <li>- 上記のため、このスキームの加入者の医療費が増加する恐れがある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 余剰金を得るために必要な受診が回避される恐れがある</li> <li>- VSS の個人口座の管理や診療報酬の支払いに関する業務の負担が増加する</li> </ul>

出典： 調査団

### 9.2.3 保険適用パッケージ、診療報酬及び支払い方式の管理体制に関する提案

図 9-13 に、保険適用パッケージ、診療報酬及び支払い方式の管理体制の整備に関する提案を示す。健康保険証を利用した受診の割合が 7 割程度という状況においては、VSS からの請求・支払い情報では全体的な疾病や診療行為等を把握することはできないため、病院からの情報提供が重要になる。



出典：調査団

図 9-13 保険適用パッケージ、診療報酬及び支払い方式の管理体制（案）

第 6.3.4 節に述べたように、病院管理に関する情報は医療サービス管理局が収集しているデータを活用することも検討に値すると考えられる。患者個別の診断及び診療サービス、医薬品については、改訂後のフォーマット（表 6-6 及び表 6-7 参照）を活用すれば、収集することが可能である。なお、このフォーマットは健康保険の請求用に開発されたが、実際には病院情報システムにおいてすべての患者について入力あるいは手書きで記録されている模様である。

これら保健医療機関からのデータを蓄積するデータ統合センターは、保健省傘下とすることが妥当と考えられる。ただし、1 カ所ですべてのデータを集積して処理するためには、ある程度の規模の組織を設置して資機材を導入する必要がある上、セキュリティ上の問題が生じる恐れもある。このため、データ統合センターは全国 5 から 6 カ所程度に分散して設立し、各地域センターが集計したデータを中央のセンターに提出する体制とすることが、より現実的である。

データ統合センターでは、各地域から提出された集計データを取りまとめ、カウンスル<sup>84</sup>傘下の作業部会に提供する。各分野の専門家からなる作業部会は、これを専門的見地から分析し、カウンスルに対して、保険適用パッケージや診療報酬、支払い方式、クリニカルパスの見直し等に案する提言を行う。

カウンスルでは、作業部会から出された提言を受け、保険適用パッケージや診療報酬、支払い方式、クリニカルパスの見直し等に関する議論を行い、改訂方法や内容についての最終提言を取りまとめ、保健大臣及びその他関連閣僚の承認を得る。健康保険制度は保健セクターのみならず財政や社会経済等とも関連していることから、カウンスルのメンバーは、保健省、財務省、ベトナム社会保障、保健医療機関、研究機関などを含め分野横断的に選定されるべきである。但し、実質的な議論を行うためには、人数は 20 名前後とすることが望ましい。

<sup>84</sup> 2016 年 3 月付の国家健康保険政策カウンスル設立にかかる大臣決定により、BHSP 策定にかかるサブカウンスルが同カウンスルに設置されることになったが、継続的な見直しや管理に関する役割分担は不透明である。

また、本来カウンスルは、保健省が事務局となるにしても、省庁の枠組みを超えたレベルで設置されることが望ましい。健康保険制度は、保健セクターのみならず、社会福祉、経済活動、労働、財政等様々なセクターが関連しており、これらの関係者が一丸となって健康保険制度の健全な運営維持に取り組むべきである。

#### 9.2.4 支払い方式に関する提案

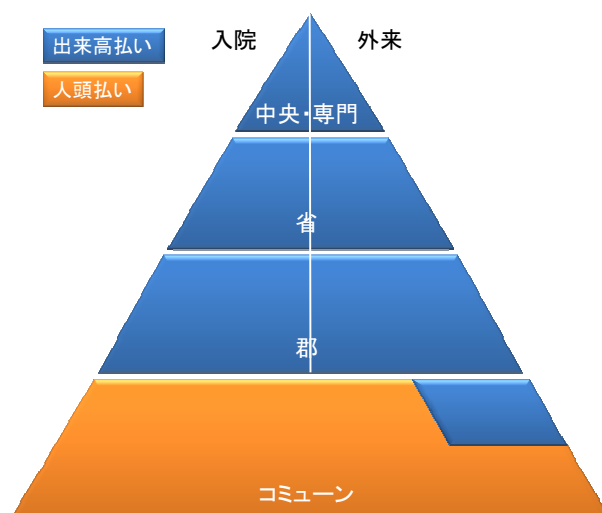
先述のように、保健省は包括払いの導入を希望しており、パイロットを進めている。これによって健康保険基金からの支払いが抑制されることを期待しているが、一部のパイロットでは、包括払いの導入が必ずしもコストの抑制に貢献していないとの結果が出ている。また、必要なサービスが適切に提供されなくなるのではないかなど、質の問題も懸念されている。

診断群（DRG）の組成については、これまでのパイロットでは、必要なデータが病院において適切に収集されていないことが問題となっている。この背景には、情報管理やデータの質の重要性に関する認識が、中央から現場レベルに至るまで概して低いことがあると考えられるため、DRG 組成に必要なデータの収集・管理を継続的に行っていくためには、まず関係者の認識を変える努力から行う必要がある。今後データに基づいて DRG を維持管理していくためには、全国レベルで情報管理に関する意識と能力を向上させるため、長期的な取組が必要になる。第 9.2.1(1)節にも述べたように、ベトナムの現状から、医療費を抑制する方策は包括払いの導入以外にも考えられることから、支払い方式の変更に関しては、他の取組の進捗状況と合わせて段階的に検討することが望ましい。

##### (1) 第 1 案：出来高払いと人頭払いの組み合わせ

まずは、現行の出来高払いと人頭払いについて、整理して改善する。郡レベルでのフリーアクセスとなったことと、一次レベルにゲートキーピング機能がないことを考慮し、図 9-14 に示すように郡レベル以上は出来高払いとする。CHS については、予防活動や応急処置、家庭医療などが中心であることから、人頭払いの方法を改善することと、ゲートキーピング機能を強化することに注力する。ただし、CHS でも遠隔地にある程度の医療サービスまで提供することが求められるものについては、人頭単価の引き上げや出来高払いの適用も考慮する。

一方で、現行の訪問数の実績に基づく支払い方法も、CHS のサービス提供への意欲を促すという意味では、改善しつつ継続する余地はあると考えられる。ただしこの場合には、維持管理費や医薬品供給品等が十分に配分されることが前提となる。



出典：調査団

図 9-14 支払い方式に係る提案（1）：出来高払いと人頭払いの組み合わせ

現在懸念されている、出来高払いにおける過剰診療の抑制に関しては、以下のような対策を講じることを提案する。

- 健康保険基金の支払上限額設定方法の変更

出来高払いで支払いを受ける医療機関において過剰診療が行われる背景には、支払上限額が前期の実績によって設定されることが大きな要因として考えられる<sup>85</sup>。審査の厳格化などで過剰診療を抑制できる体制ができれば、上限価格の設定は不要になる可能性もある。しかし、当面は、過去数年間の支出の上昇率と利用者数、利用者の疾病構造などに基づいたモニタリングを行うなどの方法をとることも考えられる。例えば、前期の実績（支出、利用者数、等）が過去数年間の実績と大幅に異なる場合には、その原因を精査し、正当性が認められなければ上限額の引き上げを見送る、あるいは上げ幅を小さくする、等の対応を取る。但し、この場合にはベトナム社会保障側の支払いデータの蓄積と複数年次にわたる実績の分析など、情報管理・分析能力の向上が求められる。

- 標準クリニカルパス

主要疾病について、保険適用となる標準クリニカルパスを開発することによって、過剰なサービスの提供のある程度の抑制が期待される。また、ベトナム社会保障にとっても、これに基づいて審査を行うことになるため、医療行為に対する審査がより厳格化される。しかし、同時に、適用外のサービスを追加することによって患者負担が増加する恐れもある。また、患者の容体によっては標準クリニカルパスでは適切な救命措置が行えない場合などの例外も想定される。さらに、クリニカルパスの開発には 1 年程度の期間を擁する上、医療技術の進歩に合わせて定期的に見直しを行う必要がある。また、現場において周知徹底させるためには、医学教育への導入を促進する必要があること、等を考慮すべきである。

<sup>85</sup> 上限を超えても正当性が認められれば支払いは受けられるが、理由書等の提出が求められる上、支払いまでに数カ月から 1 年を要することもある。

- 頻繁な過剰診療への罰則

罰則の導入には審査制度の整備が必要となるが、過剰診療を繰り返す医療機関に対しては、ベトナム社会保障との契約を中断あるいは打ち切る等の手段を検討するのも一案である。病院の収入における健康保険基金の割合は高く、今後さらにその傾向は進むと考えられる。また、今後徐々にフリーアクセスの範囲が拡大すれば、患者は健康保険が使えない医療機関を避けるようになる可能性もある。そのような中で、健康保険適用外となることは、医療機関の経営上大きなリスクとなるため、一定の抑止効果があると期待される。

但し、過剰診療が意図的なものかどうか判別するのは困難な場合もあるため、第三者による判定の仕組みを導入するなど、透明性や公平性を確保する必要がある。

- サービスの質や業務効率向上への取り組みに対するインセンティブ

診療効率や患者サービスの向上、適正な人員の配置など、サービスの質や業務効率向上のための取り組みに対して、診療報酬の支払いを追加することも有効と考えられる。例えば日本では、患者一人当たりの看護師数や医事会計の有資格者を一定レベル以上確保すれば、診療報酬に加点が得られる。これを、保健省が行っている病院の品質管理活動と連動させる等の方法が考えられるが、この取り組みと成果の達成状況についても審査する必要があるため、保険者にとって新たな業務負担になる可能性がある。

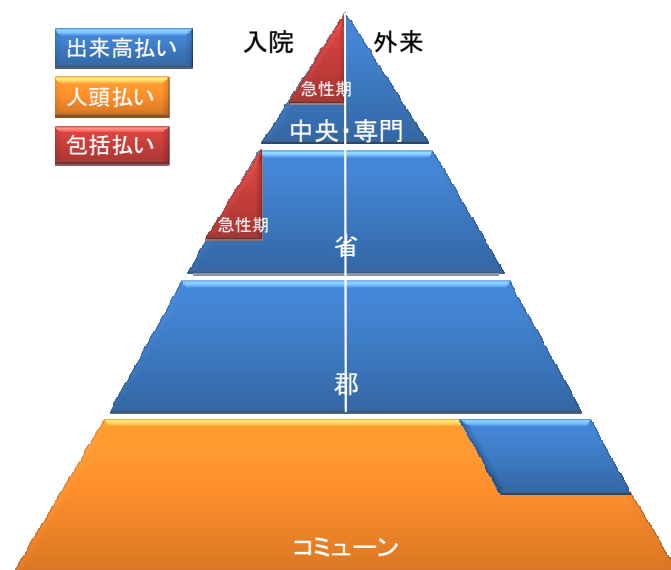
## (2) 第2案：包括払いの導入

図 9-15 に、第1案に包括払いを導入した第2案の概念図を示す。まずは、診療方法や費用の総額に大きなばらつきが生じにくい急性期疾病による入院から、包括払いを導入する。

第 4.2.1(3)節に述べたように、包括払いのための DRG 組成には、必要なデータの確保が必須となる。このため、導入に際しては、病院情報システムの整備や情報管理能力の向上が比較的進んでいると考えられる国立総合病院/専門病院、及び省病院から始める。これらの病院においては、郡レベルよりも高度あるいは高額なサービスが提供されることから、一定の支出の抑制効果も期待できる。

一方、決められた額の中でサービスを提供することになるため、各病院では、サービスの質を確保しつつ効率性を高める努力がより一層求められることになる。例えば、診療科間や診療科と検査部、会計担当、患者情報管理担当等との情報共有の強化や患者・医療従事者の動線の改善など、業務の重複等を排除することは、費用削減に貢献するとともに、患者サービスの向上にもつながることが期待される。





出典：調査団

図 9-15 支払い方式に係る提案（2）：包括払いの導入

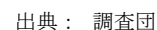
上記の取り組みを通じ、中央及び省レベルで包括払い方式がある程度安定的に運営されるようになったら、対象疾病の拡大や郡レベルへの導入を検討する。郡病院への導入に際しては、上述の前提条件、すなわち、（1）病院情報システム及びそれを十分に活用できる情報管理能力を備えていること、（2）診療サービスや病院管理の改善のための努力を行う能力とコミットメントがあること、の2点について確認することが望ましい。ただし、これらを判断するための明確な基準を設定する必要がある。

### （3） 第3案：出来高払い、人頭払い、包括払いの組み合わせ

本案は、保健省計画財務局が現在検討している案に沿ったもので、3つの支払い方式を併用する（図 9-16）。包括払いが郡レベル以上の病院に導入され、人頭払いが郡病院の外来にも導入される。しかし、高度医療については、出来高払いの適用を考えているとのことである。

CHS と郡病院の外来に人頭払いを導入する場合、支払い金額を算定するための管轄人口を明確にしなければならない。フリーアクセスが拡大されるつある状況においてこれを行うためには、CHS あるいは郡病院の外来が、患者の最初のアクセスポイントとしての信頼を確立し、その後のリファラルを迅速かつ適切に行うためのゲートキーピング機能を強化する必要がある。これによって、フリーアクセスとなった後も、住民が最寄りの保健医療機関を最初に受診するようになれば、それらの施設の管轄人口を地理的条件等から特定しても、実態との差異が大きくなる可能性は少なくなることが期待される。





但し、郡病院においては、3つの支払い方式が混在することになる。郡病院では、入院と外来の会計手続きが一本化されていることも多く、小規模な病院では患者受付窓口が1カ所になっているところもある。すなわち、患者受付や会計、請求処理を行う職員の数もそれほど多くないと考えられるため、現状のような手作業によるところが多い事務処理方法では、3つの異なる請求プロセスを適切に扱うことが困難になることが危惧される。このため、会計及び請求に係る業務を効率的に行えるITシステムの開発・整備と、それを適切に使いこなす人材の育成が必要になる。

保険適用サービスを見直すに当たっては、以下の点に留意する必要がある。

- 9-26

(疾病負荷が大きい、子ども等弱者に多い疾病、救命のために必要不可欠、等)

- ・ 上記クライテリアによる、保険適用となる高額医療及び高度医療
- ・ 医療費に係る支援  
高額医療や高度医療を健康保険の適用外とする場合、保健支出によって貧困に陥ることを防止するため、高額な医療費を支出した世帯に対する経済的支援にかかる制度や財源の確保について、十分に検討する必要がある。
- ・ 予防サービス  
表 9-3 に予防サービスのレベルを示す。集団を対象とするゼロ次及び一次予防については、個人に係る費用の算定が困難であることから、政府のプログラムとして予算を配分することが望ましい。

表 9-3 予防サービスのレベル

レベル	対象	内容	実施主体
0. ゼロ次予防	集団	- 政策レベルでのアドボカシー - 生活習慣病のリスク要因を抑制するための新たな税金の導入や法律の策定（たばこ、酒等） - 生活習慣病予防に関する長期戦略、中期計画及び活動計画の策定	- 担当省庁（保健省、財務省、等） - 政治指導者
1. 一次予防	集団	- 行動変容のための健康増進活動 - 疾病や外傷の危険因子に関する広報や健康教育 - 健康的な生活習慣（運動と食事）及び生活環境の推進 - 予防接種	- 保健省 - コミュニティ - 保健サービス提供者
2. 二次予防	個人	- 疾病の早期発見・早期治療 - 疾病及び危険因子のスクリーニング（健康診断） - ハイリスク患者に対するフォローアップ - 早期治療	- 保健省 - 保健サービス提供者
3. 三次予防	個人	- リハビリテーション - 生活の質向上のための食事や日常生活に関する指導、支援 - 自立的活動を可能にするためのリハビリテーション	- 保健省 - コミュニティ - 保健サービス提供者

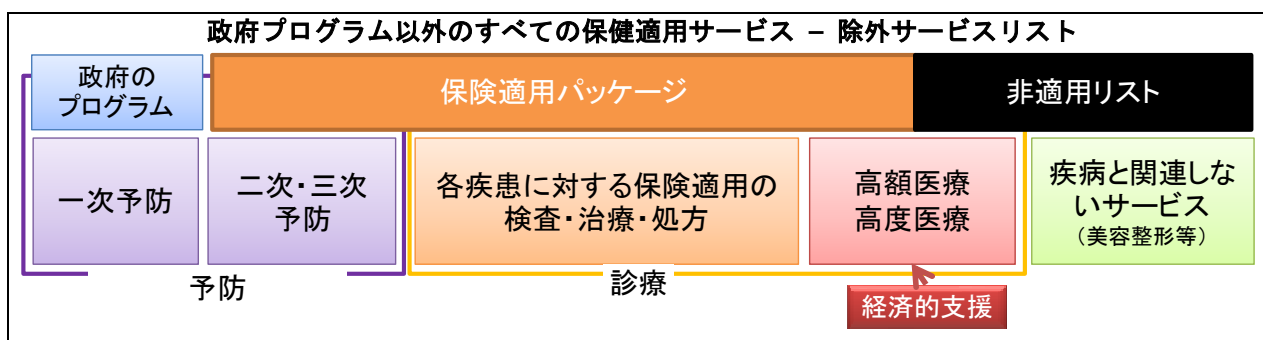
出典：調査団

個人を対象とする二次及び三次予防に関しては、治療と連続して行われるものであり、長期的に医療費の削減に貢献しうるものであることから、健康保険の適用範囲に加えることを検討してもよいと考えられる。

#### (1) 第1案：非適用サービスリスト

図 9-17 に、非適用サービスリストを用いた提案を示す。健康保険の適用外のサービスのみをリストとして示すことは、利用者、サービス提供者及び審査者にとってわかりやすい。また、管理も比較的容易で、新たな技術や医薬品等が導入された場合に適用の是非を判断し、保健ニーズの変化や健康保険基金の支払い能力を考慮しつつ定期的に見直すことによって更新できる。しかし、除外サービスリストに掲載するためのクライテリアと政府の方針を国民に対して明確に示す必要がある。

予防サービスについては、二次及び三次予防は健康保険でカバーすることを検討する。また、高額医療費の負担に関しては、貧困層・準貧困層のみならず、これら医療費によって世帯が経済的に困窮することがないように、経済的支援の制度を検討する。

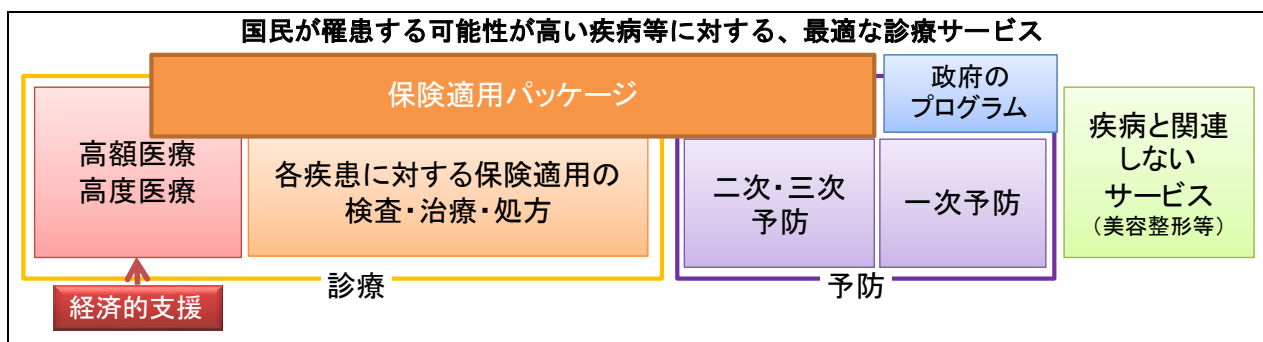


出典：調査団

図 9-17 保険適用サービスに関する提案（1）：非適用リスト

## (2) 第 2 案：最適な診療サービスの選定

第 2 案で（図 9-18）は、国民が広く罹患する可能性がある疾病等に対し、それぞれ最適な診療サービスを特定して保険適用とする。



出典：調査団

図 9-18 保険適用サービスに関する提案（2）：パッケージの最適化

つまり、罹患する確率がきわめて低い疾病については、それに係る診療サービスは適用外となる。また、診療サービスに複数の選択肢がある場合、もっとも一般的かつ費用対効果の高いサービスが保険適用となる。予防サービスや高額医療・高度医療に関する考え方は第 1 案と同様である。

本案では、まず対象とする疾病を特定するための定義を明確にする必要がある。単に罹患率や死亡率のみで絞り込むと、子どもや高齢者といった、疾病リスクは高いが人口構成としては大きな部分を占めていない層のニーズに十分にこたえられない恐れがある。また、風土病などそれぞれの地域に特有の疾病についても考慮する必要があるなど、限られた地域のデータのみでは判断できない可能性もある。

次に、最適な診療サービスの特定については、現状で一般的に行われているものが最適なものであるとは限らず、専門的な見地からの検証が必要になる場合もあると考えられる。さらに、検査法や治療法の費用対効果をそれぞれ検証するには、既存のエビデンスが活用できればよいが、そうでない場合には莫大な時間と費用がかかることもある。加えて、保健医療機関のサー

ビス提供能力も考慮し、ベトナムにおいて広く提供可能、かつ最適なサービスを選定するためのクライテリアを設定したうえで、保険適用サービスを選定する必要がある。

これらを検証するためには、信頼できるデータをなるべく大量に収集して分析する必要がある。現在保健省が実施している BHSP 策定のためのデータ収集はこのために実施されているが、必要なデータが期限通りに提出されない、されても信頼性が低い等、非常に困難な状況となっている。

しかし、この経験に基づいて、全国レベルで同様にデータ収集できる体制が整備されれば、エビデンスに基づいた継続的な保険適用パッケージの管理や見直しが可能となる。

### (3) 保険適用パッケージ／BHSP の構成に関する提案

これまでに述べた支払い方式及び保険適用パッケージに関する提案に基づき、考えられる保険適用パッケージ／BHSP の構成を表 9-4 に示す。

表 9-4 保険適用パッケージ／BHSP の構成（案）

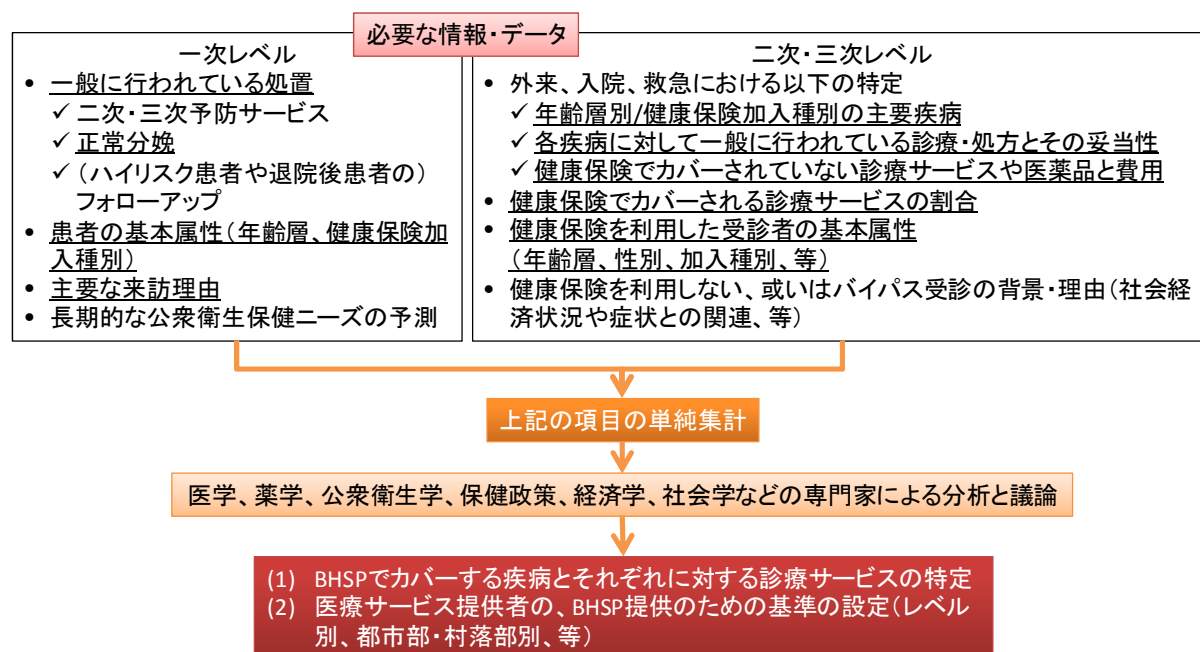
	項目	内容
BHSP	第 1 章一次レベル	- 人頭払いでカバーされる基礎的サービス（例） ・ 応急処置 ・ 非感染性疾患予防（二次、三次） ・ 正常分娩（緊急時及び遠隔地） ・ 家庭医療とリファール（ゲートキーピング）
	第 2 章二次レベル	- 保険適用される疾病とそれぞれに対する診療サービス及び医薬品
保険適用パッケージ	2.1 入院	- 包括払いが導入された場合には、入院において対象となる診断群
	2.2 外来	- （同上）、入院において出来高払いの対象となる高度医療
	2.3 救急	- 外来に人頭払いが導入された場合には、人頭払いでカバーされるサービス
	第 3 章三次レベル	- 保険適用される疾病とそれぞれに対する診療サービス及び医薬品
	2.1 入院	- 入院に包括払いが導入された場合には、対象となる診断群
	2.2 外来	- （同上）、入院において出来高払いの対象となる高度医療
	2.3 救急	
	第 4 章サービス提供・支払い要件	- 職種別職員数の基準（医療、情報管理、医事会計、保険請求、等） - 施設・機材

出典：調査団

一次レベルについては、人頭払いが想定されていることから、人頭払い方式でカバーされるべきサービスを示す。二次及び三次レベルについては、支払い方式によって構成が若干異なるが、基本的には保健サービスの対象となる疾病とそれに係る診療サービス及び医薬品を示す。包括払いが導入される場合には、対象となる診断群とその内容、出来高払いの対象となる高度医療も併せて示すことになる。なお、診療費単価については当面は含めず、改定健康保険法に伴い 2021 年までに予定される価格改定の際に、分類方法やサービスの名称、コーディング等を統一したうえで保険適用サービスリストに掲載することを検討する。

併せて、保険適用サービスを提供し健康保険基金から支払いを受けるための要件を示す。ここに、サービス改善への取り組み等を含める。これに基づき、将来的にサービス改善への取り組みを行う保健医療機関への支払いにインセンティブを付加する仕組みを追加することを検討する。

図 9-19 に、上記のような内容の保険適用パッケージを策定するために必要なデータや情報とそれらを活用した作業フローを示す。下線は、保健省が USAID の支援を得て収集したデータを集計することによって得ることが期待される項目である。これらの既存の情報に基づき、保険適用パッケージや BHSP を検討することは可能と考えられる。



注： 下線は BHSP 策定に係るパイロットで収集しているデータから入手可能と思われる項目

出典： 調査団

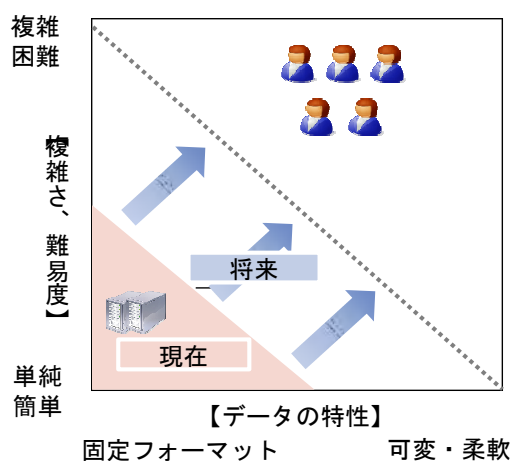
図 9-19 保険適用パッケージ／BHSP 策定・見直しの流れに係る提案

## 9.2.6 情報管理と IT システム開発

まずは、情報管理に関する意識改革やデータ管理能力の向上に努めた上で、現在断片的に存在している情報システムを統合すべきである。また、マスターコードやフォーマットなどの関連する情報の標準化が必要である。これらを整備することで初めて、健康保険の管理に必要なデータが効果的に収集され、健康保険制度の整備・改訂に必要な分析をすることができる。同時に、業務効率化や情報セキュリティを確保するために、情報セキュリティや電子文書に関する規則も整備する必要がある。

### (1) 健康保険の情報管理に必要な情報の標準化

上述したように、収集されるデータの管理能力を向上して初めて、IT システムを効果的に活用することができる。現在のベトナムでは、単純業務かつ決められたフォーマットを使用できる業務にのみ IT システムが導入されており、複数の部門や行政レベルを跨るような複雑な業務は人の手で行われている(図 9-20)。今後、より複雑な業務にまで IT システムを導入し、人の手による作業をより付加価値の高い業務にシフトしていくために、情報(マスターコード、フォーマット、ルール)の標準化が必要不可欠である。



出典：調査団

図 9-20 IT システム導入範囲（現在、及び将来）

保健省は、2015 年 11 月にマスターコードに関する決定<sup>86</sup>を公布したが、マスターコードの中身は十分に検証されていない。マスターコードに含まれる項目間の重複を排除し、ICD-10 や ICD-9-CM 等の国際標準にも準拠するよう、より一層の改訂が必要であろう。

改訂された請求フォーマット<sup>87</sup>については、早急に全国の医療機関に普及するよう促進する必要がある。また、病院間や病院内の各システム間を接続するための交換規約、例えば処方データ交換規約、画像データ交換規約、等を整備する必要がある。

請求審査ルール<sup>88</sup>については、ベトナム社会保障が現在策定中である。現存している評価基準に加えて、不正請求や医療機関の過剰診療を特定するための医学的な観点も追加する必要がある。また、2016 年 1 月から開始されたフリーアクセス（郡レベル）の浸透に伴い、複数の医療機関を同時期に受診した際の診療記録を参照する仕組みや、一定期間（3 カ月、等）の請求情報を蓄積し、PSS や DSS から参照できる仕組みを構築することも効果的である。これは、患者が自身の誤った判断で規定量以上の薬を飲むことや、別々に処方された複数の薬を服用することによる飲み合わせのリスクを防ぐために必要な観点である。この観点は、日本でも近年導入された<sup>89</sup>ものであるが、医療機関と患者双方の行動をコントロールすることに一定の効果があつた。

上述した情報の標準化作業は、中立性をもった専門機関で行われるべきである。保健省やベトナム社会保障だけでなく、当該分野の学識経験者や IT 企業の技術者を交えた場で検討することが望ましい。日本の場合、医療情報の標準化機関を設立し、情報の整備、配布、メンテナンスを行っている。

## (2) 情報管理のための人材育成

保健情報、とりわけ健康保険の請求データの正確性を確保するためには、医療と IT 両方の知識を持った人材が必要不可欠である。図 9-21 に示すように、医療機関内で情報管理を担う人材（オレンジ色の枠）は、診療から診療報酬支払までの一連の手続きやデータの流れ、及び情報管理

<sup>86</sup> 5084/BYT-BH

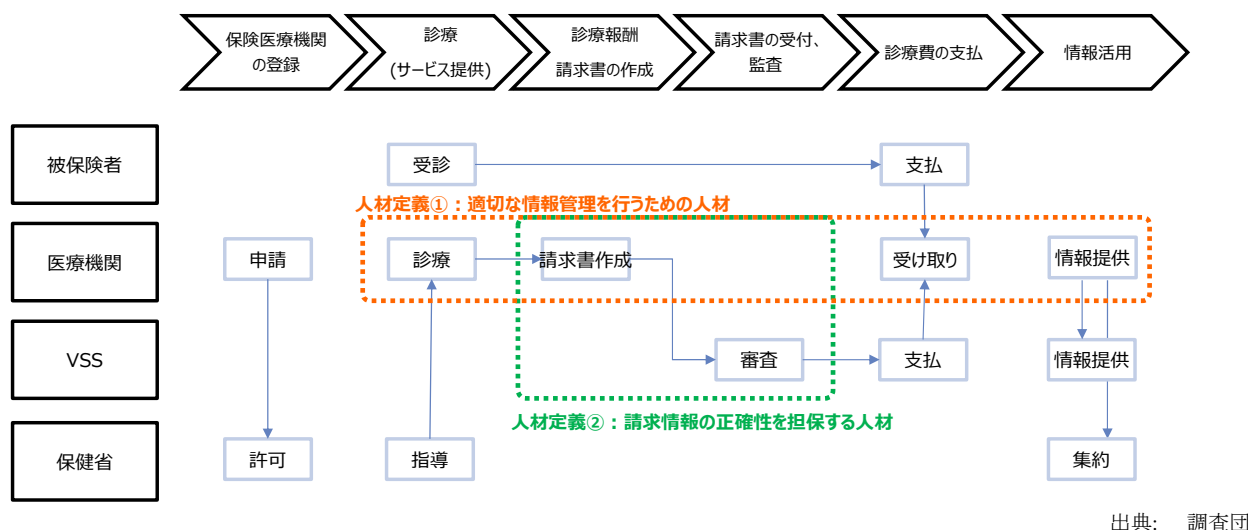
<sup>87</sup> 9324/BYT-BH

<sup>88</sup> 1456/QD-UD/BX-2015

<sup>89</sup> 請求情報の縦覧点検



や関係機関への報告に関する専門的知識が必要となる。一方、正確に請求情報を作成するための準備やベトナム社会保障からの問い合わせに対する適切な回答を行う人材も必要となる（緑色の枠）。本調査の結果、前者の情報管理人材については医療機関の計画部門、正確な請求情報作成人材については、医療機関の会計部門に従事する職員が行っている。このため、彼らの機能拡充、能力強化を行うことが医療機関の適切な情報管理につながると考えられる。



出典： 調査団

図 9-21 医療機関の情報管理人材に関する概念図

医療機関の継続的で持続可能な改善のために、将来的に医療機関の情報管理に係る認定制度を整備することを推奨する。日本では、健康保険の請求に関連して、医療機関内の情報管理全般を担う医療情報管理人材<sup>90</sup>や、診療記録や診療情報を適切に管理し適切な健康保険請求を行う人材<sup>91</sup>を認定する制度がある。医療機関に一定以上の認定者がいる場合、診療報酬が高くなる<sup>92</sup>よう設定されているため、医療機関がデータの正確性を高めるインセンティブとなっている。

### (3) IT ガバナンスの強化

IT ガバナンスを強化し効果的な IT システムやセキュリティを確保するために、中央・地方レベルの機関（保健省/地方保健局,VSS/PSS/DSS）の情報管理能力を向上させる必要がある。とりわけ、保健省とベトナム社会保障の IT 局は、健康保険の近代化に向けた環境整備、例えば、健康保険の運用に IT システムを導入する際の要件定義を行う、重要な役割を担う。

地方のレベルの健康保険運用機関（保健局、PSS/DSS、保健医療機関）では、組織の情報や IT システムを包括的に監督する、例えば CIO（最高情報責任者）のような人材を任命することで一定の効果が期待できる可能性もある。各組織の計画部門において担当する要員を任命し、IT 部門とも密な連携をとることになる。表 9-5 に、CIO と IT 部門に期待される役割を示す。

<sup>90</sup>診療情報管理士

<sup>91</sup>医療情報技師、医療事務など

<sup>92</sup>診療録管理体制加算、等

表 9-5 CIO と IT 部門に期待される役割の違い

	CIO	IT 部門
ミッション	経営者の視点による IT の活用	IT システムの運用管理
期待される役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ビジネス目標を達成するために、IT 化目標、IT 化戦略を具体化する</li> <li>- 期待される成果やリソースを踏まえた、IT プロジェクトの優先順位付け</li> <li>- 戦略達成に必要な IT システム構築のためのリソースの投入、管理</li> <li>- IT 投資のリスク管理</li> <li>- IT 部門が実施するプロジェクトの進捗管理、評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 経営陣から与えられた組織戦略に基づいた、IT 戦術・計画の策定</li> <li>- IT 人材の管理</li> <li>- IT プロジェクトの管理</li> <li>- IT システムの運用管理、インシデント管理、問題管理</li> <li>- 経営陣への進捗状況報告</li> </ul>

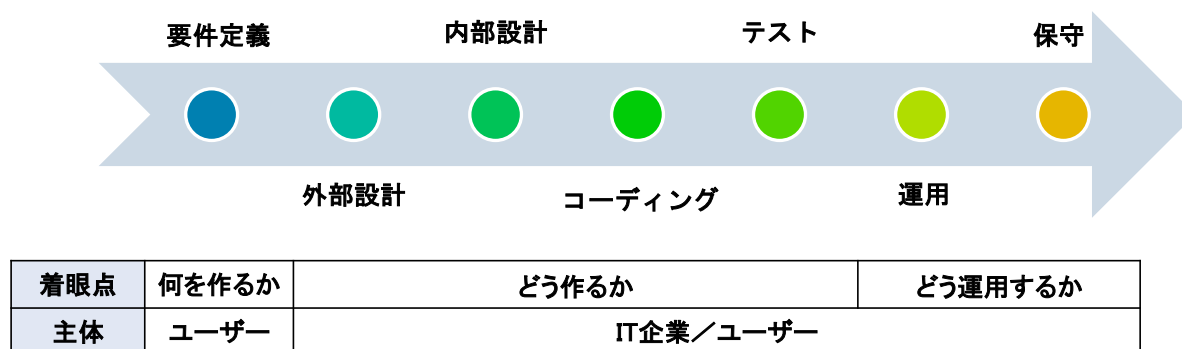
出典： 調査団

### 9.2.7 IT システムの開発

健康保険業務は、様々な要素（複数の関係者、多くの情報、複雑な管理項目、制約、等）を考慮して運用されなければならないため、それを支える IT システムは非常に複雑なものである。そのため、保健省やベトナム社会保障の管理者は、IT ベンダーに IT システムの開発を委託する前に、健康保険業務の全体像と個別のタスクとフロー、タスク間の関係性、業務上発生している課題を十分に理解する必要がある。ベトナムで行われた、いくつかの健康保険 IT システムパイロットプロジェクトが成功裏に終わらなかったのは、前述した複雑な健康保険業務がよく理解されないまま、IT ベンダーに委託仕様（TOR）を作成させたためである。

#### (1) ユーザーによる IT システムの要件定義が必要

要件定義工程は、IT システム開発の重要な工程の一つである（図 9-22）。要件定義工程は実際の設計やコーディングの前に行われる。この工程では、ユーザーの要求事項に従い、IT システムの機能や性能要件を明らかにしなければならない。この工程の成果は要件定義書に取りまとめられる。特に強調すべき点として、要件定義工程は IT 企業によってではなく、顧客（ユーザー）によって行われなければならない。とりわけ、組織内の業務プロセスや組織構成、組織文化をよく理解している IT 部門がこの役割を担う。



出典： 調査団

図 9-22 IT システムの開発フェーズ

#### (2) IT システムの普及・促進

保健医療機関への IT システムの導入を加速させるために、導入初期段階においては特に、政府予算



を活用したハードウェア、ソフトウェア購入の財政的支援を行うことは検討に値する。加えて、保健医療機関が IT システムを積極的に導入する動機付けとして、IT システムの導入レベルに応じて、健康保険基金からの支払に加算をさせる等の方法が効果的な可能性もある。

## 第 10 章 健康保険分野の今後の協力にかかる提言

第 9 章に提案したロードマップ（図 9-9）のうち、ベトナムにおける優先度や既存の取り組み、日本側のリソースの比較優位性等を勘案し、表 10-1 に示すコンポーネントについて、技術協力の可能性があると考えられる。加えて本章では、保健セクター開発 5 カ年計画 2016-2020 で検討するとされている財政支援の可能性に関連して、開発政策ローン（DPL）を提案する。

**表 10-1 技術協力の可能性があると考えられるコンポーネント**

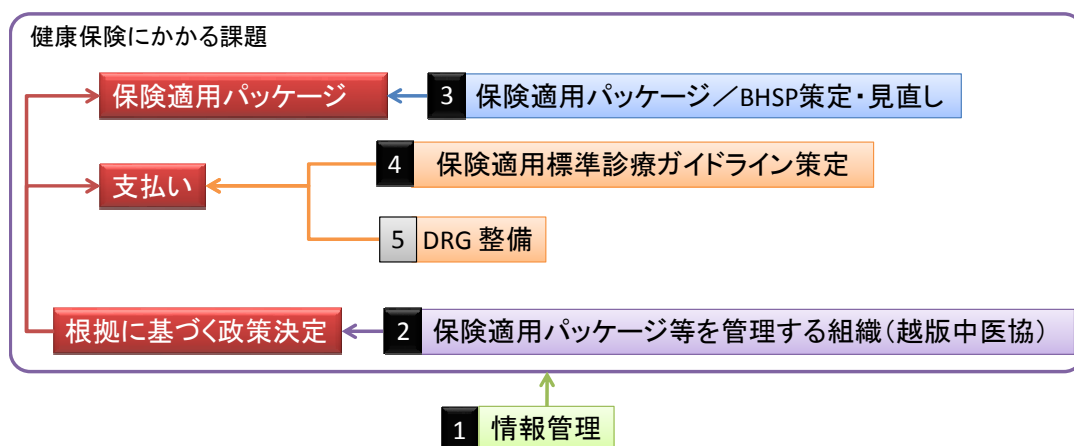
コンポーネント	*	適用可能な日本の支援リソース
1 情報管理能力の向上	8.1	- ベトナム国北西省医療サービス強化プロジェクトの経験、リソース - JICA の他国における保健情報管理にかかる技術協力の経験
2 診療報酬及びサービスリスト管理にかかる体制整備及び能力強化	3.1	- 中央社会保険医療協議会（中医協）設立及び運営にかかる経験、規定、運営に関するノウハウなど
3 保険適用パッケージ／BHSP の見直し	4.3	- 診療報酬改定にかかる中医協及び関連する小委員会、担当省庁職員等の役割等 - データ収集・分析、議論及び合意形成にかかる経験及びノウハウ
4 保険適用標準診療ガイドラインの策定	4.4	- 日本の関連学会における診療ガイドライン策定の経験及びノウハウ
5 DRG の整備	6.3	- タイ国グローバルヘルスとユニバーサルヘルスカバレッジ（UHC）のためのパートナーシッププロジェクト（JICA）を通じた、タイ側リソースの活用

注：\*＝図 9-9 に示したロードマップにおける番号

出典： 調査団

### 10.1 技術協力にかかる提案

BHSP 策定に係る作業が大幅に遅延し、方向性が変更される見通しであることを鑑みると、保険適用パッケージの見直しも含め、今後さらなる検討が必要となることが想定される。このため、提案するプロジェクトでは、データに基づいた見直しと政策誘導を含めた保険適用サービスにかかる議論を一通り試行することが望ましい。このためには、①保険対象パッケージ或いは BHSP への支援のみならず、②支払いを適切に行うことや③正確なデータを収集することも重要となる。図 10-1 に示すように、上記に提案した 5 つのコンポーネントは、これら 3 つの要素に貢献しうるものと考えられる。

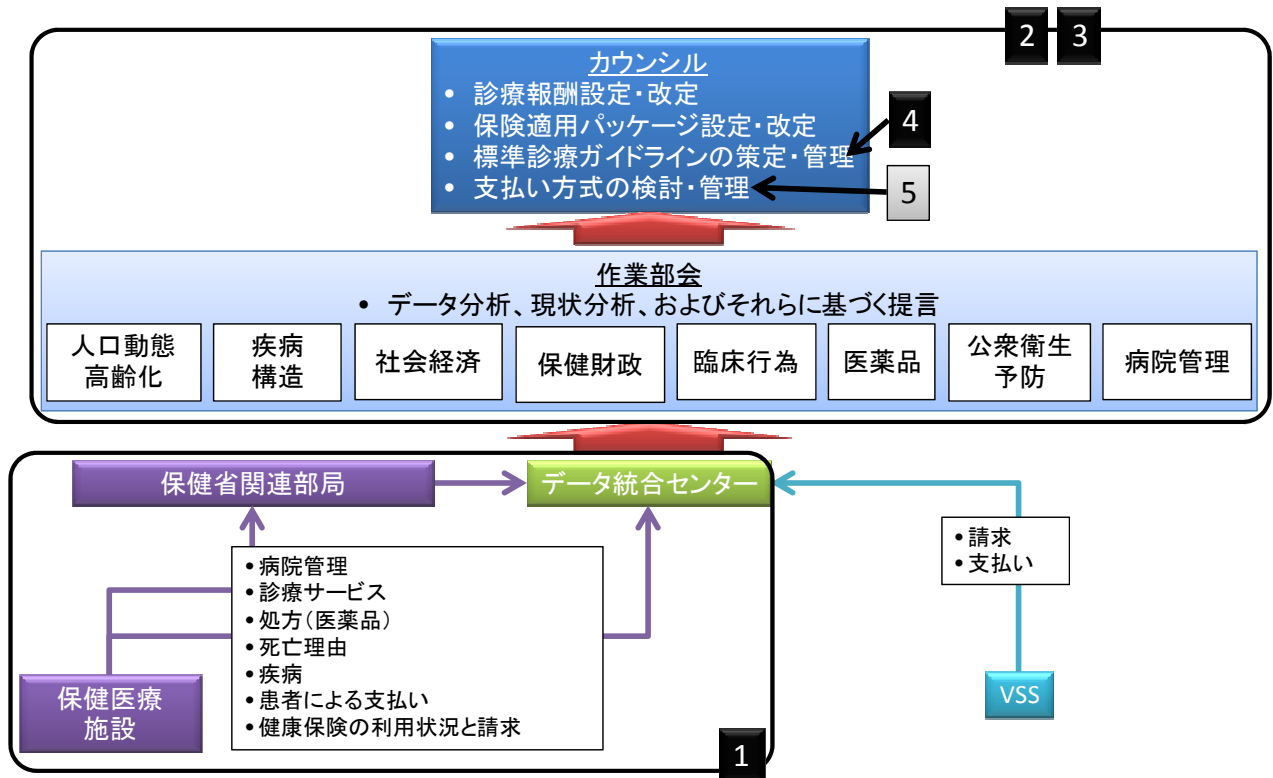


出典： 調査団

図 10-1 提案する 5 つのコンポーネントと健康保険にかかる課題との関係性

コンポーネント 3 は、保険適用パッケージや BHSP の策定・見直しを支援することが主な目的である。コンポーネント 2 は、根拠に基づいて診療報酬や適用パッケージ等を適宜改訂するための体制構築を支援する。コンポーネント 4 は、当面は出来高払いが中心となる現状においても、将来的に支払い方式が改訂されても、過剰診療を抑制し、技術的見地からの請求審査が効率的に行えるようになることが期待される。5 は、ベトナム政府が導入を検討している包括払いの導入に貢献する。しかし、いずれも、必要な情報が、正確かつ必要な時に提供されることが大前提となる。このため、コンポーネント 1 として、情報管理能力の向上を提案する。

上記 5 つのコンポーネントの主な介入対象を図 10-2 に示す。情報管理は、保健施設、保健省関連部局、及び設立構想があるデータ統合センターとなる。その他のコンポーネントは、中央レベル、特に診療報酬や保険適用パッケージ、支払い方式を検討・管理する組織が対象となる。第 3 章に述べたように、この機能を持つ組織の設立については不透明な状況となっているが、ベトナム側が、広く関係者の参画を得て、根拠に基づく健康保険制度の運営・管理を希望する限り、必要な組織になると考えられる。



出典： 調査団

図 10-2 各コンポーネントの対象

### 10.1.1 技術協力プロジェクトの計画策定に当たっての前提条件

上記に提案したコンポーネントにかかる技術協力プロジェクトを計画する前に、表 10-2 に示す前提条件を満たす必要があると考えられる。プロジェクトの主題である保険適用パッケージ／BHSP やカウンスルは、保健省内の複数部局及びベトナム社会保障、サービス提供者等が、その意義やコンセプトに関して共通認識を持って取り組む必要がある。しかし本調査を通じ、保険適用パッケージ／BHSP やカウンスル設立に関して、関係者間に共通理解が確立されていないことが明らかになった。これが一つの要因となって、本調査実施中に、カウンスル設立に関する状況は二転三転し、BHSP ドラフト策定に関する作業は大幅に遅れ、関係者によるコンセプトや今後の予定に関する説明も頻繁に変化した。

また、保健省を経由したベトナム社会保障に対するデータ及び情報提供依頼は殆ど受け入れられず、保健省も日常的に同様の困難に直面していることが明らかになった。第 8 章に示したように、日本では、関連省庁、保険者、及びサービス提供者が、それぞれの利害関係はあるものの、それを超えて健康保険制度の維持を目指している。しかし、それぞれの利害関係によって状況が二転三転する現状において、前節に述べたような技術協力を円滑に実施するのは大きな困難が伴うと予想される。

**表 10-2 技術協力プロジェクトにかかる前提条件**

- 保険適用パッケージを継続的に管理し改善するための機能を備えた組織
  - 国家健康保険政策カウンシルの具体的な役割や活動については、BHSP／保険適用パッケージや診療報酬に関する役割も含め、その役割、責任及び権限については、これから具体的な議論が行われると考えられる。カウンシルには、保険適用パッケージ／BHSP の開発のみならず、継続的な改善のための取り組みも担うことが期待されるが、これについてもこれから議論を進めることになる。この結果を通達等の形で関係者に通知し、共通理解を確立する。
  - 保険適用パッケージ／BHSP や診療報酬にかかるサブカウンシルのメンバー及び事務局や実作業の担当者を特定する。
- 保険適用パッケージ／BHSP
  - 具体的かつ明確な定義と目的、及び策定・改訂に係る方針に関する公的文書を発出し、関係者間の共通認識を確立する。
- セクター間・組織間の連携
  - ベトナム社会保障及び財務省からの積極的な関与と協力が保障される。
  - プロジェクト実施にかかる保健省関係部局（計画財務局、健康保険局、医療サービス局等）及び、パイロット実施の場合にはパイロット省関係者（人民委員会、保健局、省 SS、及び保健医療施設等）の明確な目的意識とコミットメントが示される。

出典： 調査団

### 10.1.2 各コンポーネントの概要

#### (1) コンポーネント 1：情報管理

情報管理にかかる支援には、介入対象の違いに合わせて二つのサブコンポーネントを提案する。一つ目は、現場において情報を入力・管理する人材を主な対象とする。二つ目は、そのデータを中央レベルで統合して分析するための能力強化を主な目的とする。現状は、第 3.3.5(2)2)節や第 4.2.2(3)1)節に述べたように、必要かつ正確なデータが提出されないために、パイロットプロジェクトの進捗が大幅に遅延している。これを改善しなければ、保健省が目指す根拠に基づく政策策定は実現しない。表 10-3 に示すコンポーネント 1-1 は、データ入力の時点でその質を担保する体制を整備すべく、人材育成を支援するものである。しかしそのためには、関連する基準や規定の整備が必要である。このため、中央レベルにおいても意識の変革が促進されることが期待される。

表 10-3 コンポーネント 1-1：現場レベルにおける情報の質向上

項目	内容		
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 中央から現場レベルに至るまで、一般的には、情報管理や情報の正確性の重要性に関する認識は高いとは言えない。しかしこの現状では、保健省が目指す根拠に基づく政策決定は困難である。</li> <li>- 保健医療サービス提供者が日常的に入力する、提供したサービスや患者、会計及び保険請求情報の正確性が低い。</li> <li>- 情報の質を担保するための規定や基準が十分に整備されていない。</li> </ul>		
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 保健医療施設におけるデータの正確性が担保される。</li> <li>- データ入力および管理を担当する人材の能力が向上する。</li> <li>- 病院情報システムにかかる国家基準等が整備される。</li> </ul>		
関係者	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 保健省（計画財務局統計課、医療サービス管理局、IT 局）</li> <li>- 病院（総務計画部、看護師及びその他日常的にデータ入力を行う職員）</li> </ul>		
活動		保健省	病院
	a) 病院における情報の質向上のためのロードマップを策定する。	○	
	b) 議歩管理にかかる人材の能力にかかる要件を整備する。	○	
	c) 上記ロードマップ及び要件に沿った研修プログラムを策定し、教材を準備する。	○	○
	d) 上記プログラム及び教材を活用し、主に病院の総務計画部、会計部等に対して研修を行う。	○	○
	e) 病院情報システムにかかる現状を調査し、整備が必要となる基準を特定する。	○	○

出典： 調査団

コンポーネント 1-2 は、健康保険の管理に必要な情報を一元的に収集して集計するための能力開発を支援するものである。第 6.3 節に述べたように、保健セクターのデータは、ルーティンデータ以外はプログラムごとに収集されており、必要に応じて関連部局から収集するのが現状である。健康保険に関するデータは、保健省が法律に則ってベトナム社会保障に請求することになっているが、インタビューによれば、それでも円滑に入手できないことがある。しかし、保険適用パッケージや診療報酬を、国民のニーズやサービス提供者の現状に合わせて継続的に改善していくためには、これらのデータが一元的に収集されることが重要である。

これらを踏まえ、表 10-4 に示すコンポーネント 1-2 では、健康保険制度の管理に必要な情報を管理するすべての関係者による議論を通じ、情報を統合するための枠組みを策定する。これを通じ、情報の統合的な管理にかかる役割分担やリーダーシップを明確にしていくことが期待される。

**表 10-4      コンポーネント 1-2：データ統合にかかる能力開発**

項目	内容
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 健康保険制度の継続的な管理に必要なデータが、保健省の複数の部局や VSS、省 SS によってそれぞれ収集・管理されており、円滑な統合が困難。</li> <li>- 健康保険適用パッケージや支払い方法の見直しや管理が、現場や国民の状況を示す根拠に基づいて行われていない。</li> </ul>
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 健康保険制度にかかる政策策定や決定のための根拠を適切に収集・集計する体制が整備される。</li> <li>- 政策策定のための根拠の重要性に関する保健省職員の認識が向上する。</li> <li>- 保健情報管理などにかかる国家基準が整備される。</li> </ul>
関係者	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 保健省（計画財務局統計課、医療サービス管理局、IT 局）</li> <li>- VSS（健康保険政策実施部）</li> </ul>
活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) 健康保険にかかるデータ統合体制整備のためのロードマップを策定する。</li> <li>b) 健康保険適用パッケージ及び診療報酬の管理に必要なデータを定期的に収集するための体制が整備される。</li> <li>c) 上記二点に沿って、情報管理・統合のための研修プログラムが策定され、教材が開発される。</li> <li>d) 上記プログラム及び教材を活用して、保健省関係者への研修が行われる。</li> <li>e) 医療サービス管理局による地域保健情報システム（DHIS）（病院品質管理データベースの一種：病院の運営データや受け入れ患者、提供サービスにかかるデータが収集されている）との連携の可能性を模索する。</li> <li>f) 情報管理体制の整備にかかるハードウェアやソフトウェアの国家基準を整備する。</li> <li>g) 健康保険の管理に必要な各情報の収集・管理の状況について調査し、データ統合のために整備が必要な機能や基準等を特定する。</li> </ul>

出典： 調査団

## (2) コンポーネント 2：カウンスルの能力強化

第 3.3.5(2)節に述べたように、BHSP ロードマップにおいて設立されることになっていた BHSP カウンスルは設立されず、健康保険に関する政策を幅広く扱う国家健康保険政策カウンスルが設立されることになった。しかし、その具体的な役割はまだ明確にされていない。コンポーネント 2 では、同カウンスルのサブカウンスルの一つとして設置されることになった、技術サービス或いは診療報酬に関するサブカウンスル（あるいは両方）の能力開発に貢献することを想定する。

保険適用サービスリストや診療報酬は、健康保険基金の財政のみならず保健財政にも影響することであり、日本の中央社会保障医療協議会を例にとると、保健セクターのみならず幅広い関係者が関与している。従い、表 10-5 に提案するように、ベトナムにおいても、根拠に基づいて健康保険制度を管理する体制を確立するなら、幅広い関係者の関与を得て現状を分析し、合意形成を行う能力を開発することが重要である。

上記の取組みは、ベトナムにとっては革新的な取組みとなる。関心の異なる利害関係者官における合意形成を促すためには、事務局は中立であることが望ましい。加えて、エビデンスのとりまとめを行うためには、相当程度の業務負担が生じることになる。これらを考慮したうえで、事務局長及び事務局員に求められる適性や能力等を整理し、適切な体制について検討する必要がある。

**表 10-5      コンポーネント 2：保険適用パッケージ等を管理するための組織  
                                (カウンスル等) の能力開発**

項目	内容
背景	- 保険適用パッケージや支払い方法等が十分な根拠に基づいて管理されていない。
目的	- 省庁・セクターを超えた健康保険制度の管理体制が確立され、強化される。
関係者	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 保健省（計画財務局統計課、健康保険局、医療サービス管理局、医薬品管理局、医療機器・施設管理局、予防医療局、等）</li> <li>- VSS（健康保険政策実施部）</li> <li>- 財務省、計画投資省</li> <li>- 学術・研究機関</li> </ul>
活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) カウンシル或いはサブカウンシル、それに付随する作業部会等の設立概要、メンバー選定基準、運営細則等の策定を支援する。</li> <li>b) 上記に対する保健省、VSS、病院及び学術関係者等の合意形成を促進する。</li> <li>c) 事務局の機能や役割について明確にするとともに、メンバー構成や具体的な業務内容について検討し、適切な事務局の体制を整備する。</li> <li>d) 保険適用パッケージ、支払い方法、診療報酬等を定期的に見直すために必要なデータを特定する。</li> <li>e) 上記データの収集・分析方法について検討するとともに、学術・研究機関と連携の上、調査デザインを策定する。</li> <li>f) 作業部会について、提出されたデータ等から現状や将来ニーズを分析し、政策決定根拠としてカウンシル或いはサブカウンシルに提出するための能力を強化する。</li> <li>g) カウンシル或いはサブカウンシルについて、提出された政策決定根拠に基づき、必要な決定や政策策定、合意形成を行うための能力を強化する。</li> </ul>

出典： 調査団

(3) **コンポーネント 3：保険適用パッケージ／BHSP の見直し**

コンポーネント 3 は、今後の保険適用パッケージ／BHSP の継続的な見直しに資する協力案である。表 10-6 に示すように、技術作業部会による保険適用パッケージ／BHSP 策定見直しの方法については、なるべくこれまでに収集したデータや集計結果を活用することを念頭に置きつつ、専門家による検討に十分な時間をかける。このため、パイロットを実施することは難しくなる。代わって、関係者へのコンサルテーション会合を、例えば全国 4 から 6 カ所等で、病院関係者、患者、地方政府関係者等を招いて実施するなどして、意見を聴取するとともに、理解を求める、等の対応が考えられる。



**表 10-6 コンポーネント 3：継続的な保険適用パッケージ／BHSP 見直し支援**

項目	内容
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 現状の健康保険適用リストは幅広いサービスをカバーしているが、将来的に健康保険基金の財政を圧迫する可能性がある。</li> <li>- 現状の適用サービスリストは、価格のリストとの整合性が取れていない。</li> </ul>
目的	- 明確かつ分かりやすい保険適用サービスリストを整備する。
関係者	技術作業部会メンバー <ul style="list-style-type: none"> <li>- 保健省（計画財務局統計課、健康保険局、医療サービス管理局、HSPI、等）</li> <li>- VSS（健康保険政策実施部）</li> </ul>
活動	a) 技術作業部会（TWG）を設置する b) TWG メンバーに対し、健康保険適用パッケージ／サービスリストの考え方や検討に資する研修等を行う。 c) TWG による、BHSP のコンセプトや内容に関する議論を促進する。（この際、できればこれまで収集したデータ等の活用を検討する） d) TWG による BHSP ドラフト策定を支援する。 e) 既存の保険適用サービス／医薬品／価格等のリストを統合することを検討する。 f) 国際的なコード（ICD9-CM や ICHI など）とのマッチングについて検討する。 g) TWG によるコンサルテーションの実施を支援する。 h) TWG 或いは関係者による BHSP 及びそれにかかる通達の策定を支援する。

出典： 調査団

#### (4) コンポーネント 4：保険診療標準ガイドラインの整備

保険診療標準ガイドラインの整備によって、医療サービスの質の担保や過剰診療の抑制が期待される。また、保険請求の審査において、医療の観点からの審査がやりやすくなることも期待できる。表 10-7 に示すコンポーネント 4 では、この整備を支援する。但し、これを現場に浸透させるためには、医学部や看護学部など、人材育成の現場への導入についても検討することが望ましい。

**表 10-7 コンポーネント 4：保険診療標準ガイドラインの整備**

項目	内容
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 過剰診療が広く行われており、患者や健康保険基金に不要と思われる負担を強いている。</li> <li>- VSS/PSS は、医学的見地からの請求審査が難しく、過剰診療を特定することができない。</li> </ul>
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 保険診療標準ガイドラインが策定される。</li> <li>- 医学的見地からの保険請求審査能力が向上する。</li> <li>- 過剰診療を抑制し、患者や健康保険基金の負担が軽減される。</li> </ul>
関係者	技術作業部会メンバー <ul style="list-style-type: none"> <li>- 保健省（計画財務局統計課、健康保険局、医療サービス管理局、HSPI、等）</li> <li>- VSS（健康保険政策実施部）</li> </ul>
活動	a) TWG を設置する。 b) TWG に対し、保険診療ガイドライン策定に関する研修を実施する。 c) プロジェクトで策定の対象とする疾病を選定する。 d) 選定された疾病の保険診療標準ガイドラインを策定する。 e) 策定されたガイドライン案について実証活動を実施し、患者サービスや請求審査、医療費、患者自己負担及び健康保険基金からの支出に対する影響について検討する。

出典： 調査団

#### (5) コンポーネント 5：診断群別分類の整備

診断群別分類（DRG）の整備については、ベトナム保健省はこれまでタイ政府との覚書に基づいて技術支援を受けてきていること、及び日本は DRG を導入していないことから、引き続きタイからの技術支援を受けることが適切と考えられる。今後実施される予定となっている、タイ国グロ

ーバルヘルスとユニバーサルヘルスカバレッジ（UHC）のためのパートナーシッププロジェクト（JICA）を活用した支援の可能性を検討することを提案する。

### 10.1.3 今後の協力における本邦及び第三国研修

#### (1) 本邦研修プログラムにかかる提案

本調査に係る本邦招聘事業を通じ、調査団はいくつかの将来における研修ニーズを特定した。本邦研修は2016年5月15日から24日の日程で実施され、ベトナム側から14名（保健省、地方保健局、財務省、ベトナム社会保障）の参加者があった（第1.5.5節参照）。参加者は副局長クラスからオフィサークラスであり、社会保険制度に関する知識・経験はバラツキがあった。そのため本邦招聘の内容は全体像を掴みつつ、日本の制度の特徴を学んでもらえるようデザインされ、更に厚生労働省、医療保険の保険者（協会けんぽ、全国健康保険組合連合会）、社会保険診療報酬支払基金などの医療保険制度に携わる各種機関を訪問した。さらに医療の現場を学んでもらうため、長野県佐久市役所、佐久総合病院、北相木村診療所などを訪問し、地域医療、予防医療、へき地医療など医療保険制度が果たしている役割と様々なサービスの存在を学ぶ機会を提供した。

そのため、参加者は医療保険制度のみを学ぶのではなく、医療サービスの提供、質の担保、アクセスの容易さなどのポイントを学ぶ機会にもなった。

この経験から、調査団は下記の内容の研修をベトナムの将来におけるプロジェクト関係者に提供することはプロジェクトの実施に当たり有効であると考えている。

表 10-8 本邦研修の概要にかかる提案

研修名	内容	対象者	期間
政策立案能力強化プログラム	1.考え方の整理 2.役人の役割 3.政策形成 4.必要な情報の収集、など	保健省及び財務省の幹部クラス	2週間
ベトナム版中医協設立のための準備プログラム	1.事務局の役割 2.正しい統計情報と適切な分析の重要性 3.スケジュールの設定と合意形成（根回し）の重要性、など	保健省の中間管理職	1週間
適用*拡大能力強化プログラム	1.ベトナムにおける保険料徴収にかかる現状認識 2.適用*状況 3.教育機関との連携、など	VSS の中間管理職	1週間
保険料徴収能力強化プログラム	1.保険料徴収とは 2.現状認識と既存の組織の役割と協力の可能性 3.コミュニティヘルスワーカーへの研修、など	VSS、PSS 及び地方保健局の中間管理職	1週間
ベトナム版 DRG 形成支援プログラム（日本の DPC から学べるもの）	1.DPC の考え方 2.DPC の形成 3.DPC の試行と医療機関からのフィードバック 4.情報を活用した DPC の修正、など	保健省中間管理職 医療系大学教員	2週間

注: 「適用」は法律や規則を当てはめることを意味し、社会保険においては、適用をうけることで初めて被保険者になる資格を得ることができる。そのため、人の場合、適用された者は必ずしも被保険者とならない。保険料の支払い、若しくは免除などの措置を受けることにより被保険者となる。

出典: 調査団

## (2) 第三国研修について

ASEAN 諸国（タイ、インドネシア、フィリピン、カンボジア、ラオス、マレーシア）の現状を考えると、UHC の達成度、支払方式の多様性（人頭払い、出来高払い、包括払い）、インフォーマルセクターへの適用拡大、医療機関の役割の整理、医療財政の調整メカニズムなどを考慮すると、現状ではタイがベトナム国健康保険制度にとって最も学ぶべき点が多い国である。加えて、将来における老人医療費はベトナムにとり大きな課題になりうるものであり、JICA が支援するプロジェクトである「要援護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト」との連携などは非常に有益であろう。このような観点から、現時点で提案できる研修内容は以下の通りである。

これらの研修は、NHSO、SSO および保健省と調整の上、実施することを提案する。

- インフォーマルセクターに対する適用拡大（予算配分、地方政府や医療機関との連携、医療サービスリストと除外リスト）
- 高齢化および高齢社会に向けた対策と医療保険制度における準備（別制度の創設の可能性を含む）
- 政策立案のための各種情報収集と研究機関の関わり方
- 保険料の効果的な徴収（活動と課題）
- SSO による医療の質の担保
- DRG の形成（ベトナムへの導入が本当に適切なのかを含め検討する機会とする）
- CAP-UHC との協働研修

## 10.2 開発政策借款

保健セクター開発 5 カ年計画 2016-2020 において、財政支援の受け入れにかかる検討が示唆されている。これを受け、将来的な開発政策借款の可能性についても検討した。JICA は、ケニアの保健セクターにおいて、特に貧困層の健康保険への加入を促進することを念頭に置いた開発政策借款を供与している。ベトナムについては、ケニアのようにスコープを絞り込むことは現状では困難であるが、健康保険制度の改善や UHC 達成に貢献するために供与することが考えられる。

本調査の結果から、資金払い出しの根拠となる政策マトリクスについて、以下の条件を考慮し、表 10-9 に示す通り提案する。なお、これらの条件は、本調査の結果から導出された重要課題及び保健セクター開発 5 カ年計画 2016-2020 において重要とされた課題に基づいて設定した。

- 以下にとって重要な政策アクションを含む。
  - 国家保健財政戦略に沿った健康保険制度の全体像の検討・策定
  - UHC 達成のための財源の確保
  - すべての人にとってわかりやすい健康保険適用パッケージの提示
  - （特に費用が高額となるサービス等について）過剰診療の抑制
  - 信頼できる根拠に基づく政策決定
  - 一部の病院への患者集中の緩和
- 保健省が政策アクションの進捗及び達成状況を直接監督できる。

- 健康保険に関する他の関係機関（財務省及びベトナム社会保障）にも関連する政策アクションであることが望ましい。

表 10-9 政策マトリクス（案）

政策改革分野	想定される インパクト	第一ランシェ（2017 年 9 月）	第二ランシェ（2019 年 9 月）	モニタリング指標			担当
				現状	時期	確認方法	
政策	保健財政及び健康保険制度の全体像が確立される。	保健財政戦略を策定する。		ドラフト	2017 年 7 月	承認された保健財政戦略	保健省 計画財務局 財務省
		保健財政にかかる中期計画及び行動計画を策定する。		なし	2017 年 9 月	承認された計画	保健省 計画財務局
				なし	2019 年 7 月	承認された財政シミュレーション報告書	保健省 計画財務局 VSS
財政	UHC 達成・維持のための財源が確保される。	新財源（たばこ税・アルコール税）から、貧困層や弱者層の支援のための予算を確保する。		なし	2017 年 9 月	保健省予算報告書	保健省 計画財務局 財務省
健康保険適用パッケージ、診療報酬、及び支払い方法の管理	健康保険適用パッケージが適切かつ定期的に更新される。	健康保険適用パッケージ等を管理する組織（サブカウンスル等）を設立し、活動を開始する。		国家健康保険カウンスル設立決定	2017 年 7 月	議事録	保健省 健康保険局
		上記カウンスルのためのデータ分析等を行う技術作業部会を設置する。		なし	2017 年 9 月	承認された TOR・活動計画、議事録	保健省 健康保険局
	適切な支払い方法が各レベルに適用される。	これまで実施されたパイロットプロジェクトの成果や教訓を統合的に分析する。		個別に実施されたパイロット	2019 年 9 月	総合分析報告書	保健省 計画財務局
	健康保険適用パッケージ、診療報酬、支払い方法について、根拠に基づく決定がなされる。			なし	2017 年 9 月	定期的に収集するデータのリスト	保健省 健康保険局

政策改革分野	想定される インパクト	第一ランシェ（2017年9月）	第二ランシェ（2019年9月）	モニタリング指標			担当
				現状	時期	確認方法	
健康保険適用パッケージ及び診療報酬	統合された保険適用パッケージが整備される。	保険適用の診療サービス、医薬品、医薬供給品を一つのリストに統合する。		個別に制定されたリスト	2017年9月	統合されたリスト	保健省 医療サービス局、計画財務局
			左記リストに価格（診療報酬）を統合する。		2019年9月	価格が統合されたリスト	保健省 計画財務局
			BHSP 或いは改訂版保健サービス適用リストのドラフトを提示する。	作業中	2019年9月	BHSP 等のドラフト	保健省 計画財務局
	過剰診療が抑制される。	保険支払いを抑制すべき高額医療サービスを選定するための条件を整備し、省令として発出する。		なし	2017年9月	保険支払いを抑制すべき高額医療サービスを選定するための条件に関する省令	保健省 計画財務局
			ニーズの多い疾患について、保険診療標準ガイドラインを整備し、省令として発出する。	なし	2019年9月	保険診療標準ガイドラインに関する省令	保健省 医療サービス局
情報管理	保険請求・審査に必要な IT システムを適用するために必要な基準が整備される。	マスターコードや請求フォームなど、健康保険にかかる情報管理に必要な基準等を業務効率化のために改善する。		既存のコード及びフォーム	2017年9月	改訂されたマスターコード及び請求フォーム	保健省 健康保険局
			請求審査ルールなど、健康保険に係る情報管理に必要な基準を整備する。	既存のルール	2019年9月	改訂された審査ルール	保健省 健康保険局 VSS
	必要なデータが、正確に、かつ遅滞なく提出される。	会計及び保険請求に必要なデータを、正確に入力し遅滞なく提出するためのマニュアルを策定する。		なし	2017年9月	マニュアル	保健省 健康保険局
	健康保険制度に関し、根拠に基づいた政策決定や計画策定が行われる。		健康保険制度の管理に必要なデータが一元的に収集・管理される体制が整備される。	なし	2019年9月	健康保険データ統合センター設立に関する決定	保健省 健康保険局 VSS

政策改革分野	想定される インパクト	第一ランシェ（2017 年 9 月）	第二ランシェ（2019 年 9 月）	モニタリング指標			担当
				現状	時期	確認方法	
サービス提供	リファラル体制が強化される。	CHS 或いは家庭医クリニックのゲートキーピング機能を整備し、省令として発出する。		なし	2017 年 9 月	CHS のゲートキーピング機能に関する省令	保健省 医療サービス局

出典: 調査団

## References

- ADB. 2015.** Viet Nam: Health Human Resources Sector Development Program. [Online] 2015. Available at:  
<http://www.adb.org/projects/40354-013/main>.
- Aparnaa Somanathan, Ajay Tandon, et al. 2014.** *Moving toward Universal Coverage of Social Health Insurance in Vietnam*. Wasington DC : World Bank, 2014.
- Arubino.** Hajimete Kojin Nenkin (Japanese). [Online] <http://www.paci-nenkin.com/>.
- BJPS Ketenagakerjaan. 2015.** BJPS Ketenagakerjaan. [Online] 2015. [Cited: 11 20, 2015.]  
<http://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/?lang=ENG>.
- Cabinet Office, Japan.** 平成 27 年版高齢社会白書（概要版） . 内閣府. [Online]  
[http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/gaiyou/s1\\_1.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/gaiyou/s1_1.html).
- Doosan Heavy Industries & Construction. 2012.** Doosan - Chung-Ang University Hospital Spreads ‘Medical Care’ in Vietnam. [Online] 2012.  
[http://www.doosanheavy.com/en/media/news\\_view.do?pressSeq=20120806143008793306&parSrchTxt](http://www.doosanheavy.com/en/media/news_view.do?pressSeq=20120806143008793306&parSrchTxt).
- Dr. Pham Luong Son. 2015.** *Health Insurance Policy in Viet Nam*. s.l. : VSS, 2015.
- DucAnh Ha MD, MSc, D.Ph. 2011.** *Social Insurance as a means to achieving universal coverage and more equitable health outcome*. Hanoi : UNICEF, 2011.
- EU.** EU – Vietnam Health Sector Policy Support Programme (HSPSP-1). *EU*. [Online]  
[https://ec.europa.eu/europeaid/projects/eu-vietnam-health-sector-policy-support-programme-hspsp-1\\_en](https://ec.europa.eu/europeaid/projects/eu-vietnam-health-sector-policy-support-programme-hspsp-1_en).
- General Statistics Office. 2014.** *Statistical Yearbook of Vietnam*. s.l. : Hanoi, 2014.
- GIZ.** Strengthening Provincial Health Systems. *GIZ*. [Online] <https://www.giz.de/en/worldwide/18592.html>.
- Gosden T, et al. 2000.** *Capitation, salary, fee-for services and mixed sytems of payment: effects on the behavior of primary care physicians*. s.l. : National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester, 2000.
- Government. 2009.** *62/2009/ND-CP Decree on implementing the Law on Health Insurance*. Hanoi : The Government of Viet Nam, 2009.
- Government. 2011.** *92/2011/ND-CP2011, the Decree on Defining on Administrative Sanctions in the Field of Health Insurance*. Hanoi : The Government of Viet Nam, 2011.
- . **2008.** *94/2008/ND-CP, DEFINING THE FUNCTIONS, TASKS, POWERS AND ORGANIZATIONAL STRUCTURE OF VIETNAM SOCIAL INSURANCE*. Hanoi : s.n., 2008.
- GSO. 2013.** *Household and Living Standard Survey 2012*. Hanoi : General Statistics Office, 2013.
- . **2011.** *Population Projection for Vietnam 2009-2049*. Hanoi : GSO, 2011.
- . **2015.** *Sattistical Yearbook 2014*. Hanoi : General Statistics Office, Viet Nam, 2015.
- . **2015.** *Sattisticeal Yearbook 2014*. Hanoi : General Statistics Office, Viet Nam, 2015.
- . **2002.** *Vietnam Demographic and Health Survey 2002*. Hanoi : s.n., 2002.
- GSO/UNFPA. 2009.** *Implementation and Preliminary Result*. Hanoi : s.n., 2009.



- H. Van Minh et al. 2014.** *Global Public Health*. 2014.
- HealthBridge. 2015.** Launch of Vietnam National NCD Alliance. *HealthBridge*. [Online] 8 26, 2015. [Cited: 3 20, 2016.] [http://healthbridge.ca/images/uploads/library/OpeningNCDAllianceVietnam\\_260815.pdf](http://healthbridge.ca/images/uploads/library/OpeningNCDAllianceVietnam_260815.pdf).
- IMF. 2015.** World Economic Outlook Databases. [Online] International Monetary Fund, 10 2015. <http://www.imf.org/external/ns/cs.aspx?id=28>.
- Jeffery Kluger. 2009.** *A Healthier Way to Pay Doctors*. s.l. : TIME 174 (16): 36–40, 2009.
- JETRO. 2014.** 最低賃金比較. *Japan External Trade Organization*. [Online] 5 20, 2014. [https://www.jetro.go.jp/ext\\_images/jfile/country/vn/invest\\_05/pdfs/vietnam\\_saiteichingin.pdf](https://www.jetro.go.jp/ext_images/jfile/country/vn/invest_05/pdfs/vietnam_saiteichingin.pdf).
- JICA. 2012.** *Basic Study on Social Security Sector in Asia – country report on Viet Nam*. Tokyo : JICA, 2012.
- . **2014.** *Final Report of Data Collection Survey on Social Security Sector in Viet Nam*. Tokyo, Japan : JICA, 2014.
- Joint Learning Network.** Joint Learning Network. [Online] <http://www.jointlearningnetwork.org/countries/vietnam>.
- Krit Pongpirul, et al. 2011.** *DRG coding practice: a nationwide hospital survey in Thailand*. s.l. : BMC Health Services Research 2011, 2011.
- LuxDev Regional Office of Hanoi. 2015.** Supporting Policy on Health Care for the Poor in the Provinces of Cao Bang and Bac Kan. *LuxDev*. [Online] 2015. <http://han.luxdev.lu/en/activities/project/VIE/027>.
- LuxDev. 2015.** *Total health services toward BHSP to be paid by health insurance, pilot study in 5 selected provinces in Vietnam, final report*. Hanoi : LuxDev, 2015.
- MHLW. 2014.** *Material on Medical Insurance for Selected Countries 2014*. Tokyo : Ministry of Health Labour and Welfare, Japan, 2014.
- . **2013.** *Outline on the revision of medical fee*. s.l. : Ministry of Health, Labour and Welfare, 2013.
- MOH & HPG. 2013.** *Joint Annual Health Review (JAHR)2013*. Hanoi : Ministry of Health and Health Partnership Group, 2013.
- MOH & WHO. 2013.** *National Health Account 2011, data*. 2013.
- . **2013.** *National Health Account 2012*. Hanoi : Department of Planning and Finance, Ministry of Health Viet Nam and WHO, 2013.
- MOH. 2013.** *43/2013/TT-BYT List of medical services and examinations to be covered by health insurance*. Hanoi : Ministry of Health, Viet Nam, 2013.
- . **2015.** 5084/QĐ-BYT\_The decision on the issuance of the common shares portfolio in the medical application of medical and health insurance payments. *Ministry of Health*. [Online] 11 30, 2015. [http://moh.gov.vn/legaldoc/pages/Directdocument\\_V2.aspx?ItemID=647](http://moh.gov.vn/legaldoc/pages/Directdocument_V2.aspx?ItemID=647).
- MOH and HFG. 2016.** *Viet Nam 2013 General Health Accounts and Disease Expenditures with Sub-analysis of 2013 HIV/AIDS Expenditure*. Hanoi : USAID, 2016.
- MOH and HPG. 2015.** *Joint Annual Review 2014*. s.l. : Ministry of Health and Health Partnership Group, 2015.

- MOH and MOF. 2012.** Inter-Ministerial Circular No. 4/2012/TTLT-BYT-BTC Promulgating the Maximum Price Level of the Medical Examination and Treatment Services in State Medical Examination and Treatment Facilities. Hanoi : MOH and MOF, 2012.
- . **2014.** Joint Circular No. 41/2014/TTLT-BYT-BTC Guidance on Health Insurance. Hanoi : MOH and MOF, 2014.
- MOH. 2014.** Circular No. 06/2014/TT-BYT. Hanoi : s.n., 2014.
- . **2013.** Circular No. 27/2013/TT-BYT Promulgating the List of Medical Equipment and Supplies of which Incurred Costs shall be Covered by the Health Insurance Fund. Hanoi : MOH, 2013.
- . **2014.** Circular No. 27/2014/TT-BYT. Hanoi : s.n., 2014.
- . **2014.** Circular No. 28/2014/TT-BYT. Hanoi : s.n., 2014.
- . **2014.** Circular No. 29/2014/TT-BYT. Hanoi : s.n., 2014.
- . **2014.** Circular No. 32/2014/TT-BYT. Hanoi : s.n., 2014.
- . **2013.** Circular No. 43/2013/TT-BYT List of Medical Services and Examinations to be Covered by Health Insurance. Hanoi : MOH, 2013.
- . **2015.** *Current situation of Price list development and implementation on medical services and its roadmap in Vietnam.* Hanoi : Ministry of Health, Viet Nam, 2015.
- . **2016.** *Five-Year Health Sector Development Plan 2016-2020.* Hanoi : s.n., 2016.
- . **2014.** *Health Statistics Yearbook 2013.* Hanoi : Ministry of Health, Viet Nam, 2014.
- . **2014.** *Master Development Plan for HIS for 2014-2020 and 2030.* Hanoi : s.n., 2014.
- . **2013.** No. 605/KH-BYT. Hanoi, Vietnam : MOH, 2013.
- . **2015.** Roadmap to Develop and implement the basic health service package paid by health insurance in Vietnam. Hanoi : MOH, 2015.
- . **2006.** *Viet Nam Health Information System Review and Assessment.* Hanoi : s.n., 2006.
- MOH, WHO. 2016.** *Health Financing Strategy of Vietnam 2016-2020 (draft).* Hanoi : Ministry of Health, 2016.
- MOLISA. 2009.** *Statistical data of employment and unemployment in Vietnam, MOLISA, Vietnam, 2009.* Hanoi : Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs, 2009.
- MPI & GSO. 2015.** *Report on Labour Force Survey 2014.* Hanoi : Ministry of Planning and Investment and General Statistics Office, 2015.
- N.K. Phuong et al. 2015.** *Global Public Health.* 2015.
- National Assembly. 2015.** 89/2015/QH13. Hanoi : s.n., 2015.
- . **2014.** No. 46/2014/QH13 *Amendments to the law on health insurance.* Hanoi : The National Assembly of Viet Nam, 2014.
- NHSO. 2014.** *Annual Report 2013.* Bangkok : National Health Security Office, Thailand, 2014.
- OECD.** OECD Health Statistics 2015. *OECD.* [Online]

<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-data.htm>.

**Pham Le Tuan, et al. 2015.** *Adopting Thai Diagnosis Related Group for Vietnam Universal Health Coverage: A Case of Ba Vi District Hospital*. s.l. : Siriraj Med J, Volume 67, Number 5, 2015.

**Prime Minister. 2015.** *1584/QD-TTG, Indicator of Health Insurance Implementation from 2015 to 2020*. Hanoi : The Government of Viet Nam, 2015.

—. **2015.** Decision No. 1584/QD-TTg Assign Implementation Targets of Health Insurance Period 2015-2020. Hanoi : Prime Minister, 2015.

**SIRO. May 2012.** *Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges: An independent Assessment of the first 10 years (2001-2010)*. Bangkok : Social Insurance Research Office, Thailand, May 2012.

**Social Security Administration, USA. 2012.** *Social Security Programs throughout the World, Asia and the Pacific 2012*. USA : Social Security Administration, 2012.

**The National Assembly. 2014.** Law No. 46/2014/QH13 Amendments to the Law on Health Insurance. Hanoi : The National Assembly, 2014.

—. **2014.** Law No. 46/2014/QH13 Amendments to the Law on Health Insurance. Hanoi : The National Assembly, 2014.

**The Prime Minister. 2011.** *09/2011/QD-TTg SETTING NORMS ON POOR HOUSEHOLDS AND HOUSEHOLDS IN DANGER OF FALLING INTO POVERTY FOR THE 2011-2015 PERIOD*. Hanoi : Government of Viet Nam, 2011.

**The World Bank. 2016.** World Data Bank. [Online] The World Bank Group, 2016. [Cited: 6 6, 2016.] <http://data.worldbank.org/indicator/>.

**Tran Van Tien et al. 2011.** *A Health Financing Review of Viet Nam with a Focus on Social Health Insurance*. s.l. : WHO, 2011.

**United Nations Department of Economic and Social Affairs. 2015.** Data Query. *World Population Prospects, the 2015 Revision*. [Online] United Nations, 12 24, 2015. [Cited: 12 24, 2015.] <http://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>.

**USAID. 2015.** HFG at Work in Viet Nam. *USAID*. [Online] 2015. <https://www.hfgproject.org/where-we-work/asia/vietnam/>.

**Van Minh Hoang, et al. 2015.** *Patterns of Health Equity and Financial Protection in Viet Nam 1992-2012*. Seoul : Journal of Korean Medical Society Vol.30, 2015. Vol. 30.

**Vietnam Government Portal.** Government Portal. *Government Portal*. [Online] [Cited: 3 20, 2016.]

**VSS. 2015.** Health Insurance Policy in Vietnam. Hanoi, Vietnam : VSS, 2015.

—. **2013.** Plan No. 2961/KH-BHXH. Hanoi : VSS, 2013.

**WHO. 2015.** Call for Proposals: EU/Luxembourg-WHO Universal Health Coverage Partnership. *WHO*. [Online] 2015. <http://www.who.int/nationalpolicies/eu-lux-who-call/en/>.

- . **2015.** Global Health Expenditure Database. [Online] 2015. [Cited: 11 20, 2015.]  
<http://apps.who.int/nha/database>.
- . Global Health Observatory (GHO) data. *World Health Organization*. [Online] [Cited: 3 20, 2016.]  
<http://www.who.int/gho/database/en/>.
- . **2011.** *Medicines prices, availability and affordability, World Medicine Situation 2011*. Geneva : World Health Organization, 2011.
- . Universal Health Coverage. *World Health Orgaznization*. [Online]  
[http://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/en/](http://www.who.int/universal_health_coverage/en/).
- William Beveridge. 1942.** *The 1942 Report on Social Insurance and Allied Services*. 1942.
- World Bank.** International Comparison Program Data Portal. *The World Bank*. [Online] [Cited: 3 20, 2016.]  
<http://icp.worldbank.org/icp/GlobalResult.aspx>.
- . **2014.** *Moving toward universal coverage of social health insurance in Vietnam*. Wasington DC : The Workd Bank, 2014.
- . *Road map to develop and implement the basic health service package paid by health insurance in Vietnam*.
- . **2014.** *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable*. s.l. : The World Bank, 2014.
- 遠藤久夫. 2005.** *診療報酬制度の理論と実務*. 2005.
- 厚生労働省. 2012.** *海外情勢報告 2010-2011 年*. s.l. : 厚生労働省, 2012.
- 迫井正深. 2014.** DPC はいかに誕生したか—DRG と DPC の違い—. *保健医療科学*. 2014, Vol. 63.

## 添付

- 添付 1: 調査日程及び現地調査写真  
添付 2: 第 1 回ワークショップ開催概要  
添付 3: 本邦招聘実施概要  
添付 4: 改定健康保険法の概要

添付 1 : 調査日程及び現地調査写真

# **Itinerary of Field Survey** **(1) First Field Survey**

Date			Itinerary
Nov	25	Wed	Arrived in Hanoi (Nagai, Nishimagi) Ministry of Health (MOH) – Department of Planning and Finance (DPF): Dr. Tham Chi Dung
	26	Thu	JICA Viet Nam Office, Ms. Sadamoto, Ms. Hoa Arrived in Hanoi (Arima), Nippon Koei Viet Nam
	27	Fri	NTT Data Vietnam
	28	Sat	Reporting
	29	Sun	Arrived in Hanoi (Sasada, Sato), Team Meeting
	30	Mon	USAID-Health Finance and Governance Project (HFG) (Abt Associates) Diu Nguyen, MPH, Communication and M&E Program Officer, Health Finance & Governance Project
Dec	01	Tue	Pre-meeting for the workshop on social insurance database, the World Bank MOH - Department of Health Insurance (DHI): Dr. Tong Thi Song Huong – Director
	02	Wed	Team meeting
	03	Thu	LuxDev (the Luxembourg Agency for Development Cooperation) Mr. Raja Chowdhry, Senior Technical Advisor and Ms. Yen Pham
	04	Fri	Hanoi Economic University (IPPM): Prof. Giang Thanh Long DPF, Dr. Dung LuxDev: PIC for performance based financing Health Strategy Policy Institute (HSPI): Dr. Oanh- Director
	05	Sat	Reporting
	06	Sun	Team Meeting
	07	Mon	WHO, Dr. Ngyen Kim Phuong, National Professional Officer, Health Financing
	08	Tue	Leave for Japan (Nagai) MOH – Administration of Health Information Technology Mr. Pham Xuan Viet, PhD – Deputy Director
	09	Wed	Vietnam Social Security (VSS) –Department of International Cooperation -Board of health insurance policies -Department of collection -IT Center -Multi-line payment center north VNPT Mr. Nguyen Quoc Cuong, Director, Information Technology and Value Added Services Department
	10	Thu	Vietnam Academy of Social Sciences (VASS) Dr Tran Thi Minh Thi, Deputy Director, Research Institute for Family and Gender
	11	Fri	FPT Information System: Ms. Mai Do Thi Ngoc, Director of Business Assurance Center The World Bank: Ms. Nga Nguyet Nguyen
	12	Sat	Reporting
	13	Sun	Leave for Gia Lai (Sasada, Sato, Arima) Arrive in Hanoi (Nagai)
	14	Mon	Reporting
	15	Tue	Reporting
	16	Wed	Hoa Binh (Nagai, Onishi, Nishimagi)
	17	Thu	Arrive in Hanoi (Sasada, Sato, Arima)
	18	Fri	The World Bank: Dr. Dao Lan Huong
	19	Sat	Reporting
	20	Sun	Reporting
	21	Mon	DPF, Dr. Dung

Date			Itinerary
			JICA Viet Nam Office
	22	Tue	WHO: Dr. Socorro Escalante / Ms. Nguen Thi Kim Phuong Preparation Meeting for NHC Workshop
	23	Wed	Reporting
	24	Thu	Leave for Japan (Sasada) BAOVIET INSURANCE CORPORATION Mr. Do Hoang Phuong, Health and PA Division
	25	Fri	Preparation Meeting on National Council for Health Insurance Policy, MOH
	26	Sat	Leave for Japan (Sato, Arima and Nishimagi)
	27	Sun	Reporting
	28	Mon	Leave for Japan (Nagai, Onishi)

## (2) Second Field Survey

Date			Itinerary
Jan	30	Sat	Arrive in Hanoi (Onishi, Uehara)
	31	Sun	Team Meeting
Feb	01	Mon	JICA Viet Nam: Ms. Sadamoto, Ms. Hoa
	02	Tue	DPF, Dr. Dung HFG, Mr. Nazzareno Todini, Chief of Party, Health Finance & Governance Project
	03	Wed	HSPI: Dr. Oanh- Director Leave for Bangkok, Thailand (Onishi)
	04	Thu	National Health Security Office, Thailand
	05	Fri	Social Security Office, Thailand
	06	Sat	Leave for Tokyo (Onishi) Move to another JICA project from Feb 7 (Uehara)
	16	Tue	Arrive in Hanoi (Arima)
	17	Wed	Arrivel in Hanoi (Onishi, Nishimagi)
	18	Thu	DPF, Dr. Dung
	19	Fri	MOH-Department of International Cooperation: Mr. Do Dang An
	20	Sat	Reporting
	21	Sun	Arrive in Hanoi (Nagai, Sato)
	22	Mon	Arrive in Hanoi (Uehara) JICA Viet Nam Office
	23	Tue	Hanoi Medical University-Department of Health Economics: Dr. Pham Huy Tuan Kiet DPF
	24	Wed	Reporting
	25	Thu	DPF, Dr. Dung
	26	Fri	Health Finance Technical Group Meeting, MOH
	27	Sat	Reporting
	28	Sun	Reporting
	29	Mon	DPF, Health Statistics Division, Ms. Hang JICA Viet Nam
Mar	1	Tue	The First Workshop Arrive in Hanoi (Sasada)
	2	Wed	Leave for Japan (Arima) Leave for Binh Dinh province (Nagai, Sato, Nishimagi) Leave for Japan (Uehara) Vietnam Health Economics Association HSPI -Capitation Pilot
	3	Thu	Leave for Japan (Onishi) EU-Health Facility Program (HF)
	4	Fri	Reporting
	5	Sat	Team Meeting

Date			Itinerary
			Arrive in Hanoi (Arima)
	6	Sun	Leave for Japan (Sasada)
			Arrive in Hanoi (Onishi)
	7	Mon	VSS: Department of Health Insurance Policy Implementation/ Department of International Cooperation
			VSS: IT Center
	8	Tue	WHO
			Leave for Dong Thap Province (Onishi, Arima, Nishimagi)
	9	Wed	Leave for Japan (Nagai)
			Dong Thap (Onishi, Arima, Nishimagi)
	10	Thu	
	11	Fri	
	12	Sat	Arrive in Hanoi (Onishi, Arima, Nishimagi)
	13	Sun	Leave for Japan (Onishi)
	14	Mon	Arrive in Hanoi (Nagai)
			Meeting “Survey and development of statistic and automatic review system for the pilot project of DRG payment method by Ministry of Economy, Trade and Industry (METI)”
	15	Tue	Consultation Workshop on Health Financing TWG (Nagai, Sato)
	16	Wed	Reporting
	17	Thu	MOH-Medical Service Administration (MSA), Dr. Son
	18	Fri	DHI, Ms. Nu Anh
	19	Sat	Reporting
	20	Sun	Reporting
	21	Mon	Reporting
	22	Tue	DPF: Dr. Cong, Dr. Anh, Dr. Dung
			JICA Viet Nam Office
	23	Wed	Leave for Japan (Nagai, Sato)
	24	Thu	Reporting
	25	Fri	Leave for Japan (Nishimagi)
	26	Sat	Reporting
	27	Sun	Reporting
	28	Mon	Arrive in Hanoi (Onishi)
	29	Tue	Leave for Binh Dinh (Onishi, Arima)
	30	Wed	Binh Dinh: PSS, DSS, Hospitals
	31	Thu	Binh Dinh: PSS, DSS, Hospitals
Apr	1	Fri	Leave for Japan (Onishi, Arima)

### (3) Third Field Survey

Date			Itinerary
Apr	19	Tue	Arrive in Hanoi (Arima)
	20	Wed	Arrive in Hanoi (Nagai, Sato)
	21	Thu	BHSP Workshop
	22	Fri	BHSP Workshop
			DPF
	23	Sat	Arrive in Hanoi (Onishi, Nishimagi)
	24	Sun	Team Meeting
	25	Mon	Reporting
	26	Tue	Leave for Tokyo (Nagai, Sato, Arima)
	27	Wed	Leave for Tokyo (Nishimagi)
	28	Thu	Reporting
	29	Fri	Hanoi Economic University (IPPM): Prof. Giang Thanh Long
	30	Sat	Leave for Tokyo (Onishi)



#### (4) Fourth Field Survey

Date			Itinerary
May	29	Sun	Arrive in Hanoi (Onishi, Sato, Nishimagi)
	30	Mon	Binh Dinh (Onishi, Sato, Nishimagi)
	31	Tue	
Jun	1	Wed	Arrive in Hanoi (Nagai)
	2	Thu	Arrive in Hanoi (Arima)
	3	Fri	NTT Data Vietnam
	4	Sat	Team Meeting
	5	Sun	Reporting
	6	Mon	VSS
	7	Tue	DPF
			Bach Mai Hospital
			Meeting with Vice- Minister
	8	Wed	JICA Vietnam Office
	9	Thu	Reporting
	10	Fri	Leave for Tokyo (Nagai, Onishi, Sato, Arima, Nishimagi)

#### (5) Fifth Field Survey

Date			Itinerary
Aug	29	Mon	Arrive in Hanoi (Nagai, Onishi, Sato), JICA Viet Nam
	30	Tue	WHO
	31	Wed	Workshop on National Council for Health Insurance Policy, MOH
Sep	1	Thu	HSPI
	2	Fri	DPF, DHI
	3	Sat	Leave for Tokyo (Nagai)
	4	Sun	Reporting
	5	Mon	DPF, DHI
	6	Tue	DHI
	7	Wed	DPF, DHI
	8	Thu	DPF, DHI
	9	Fri	DHI (Director)
	10	Sat	Leave for Tokyo (Sato)
	11	Sun	Reporting
	12	Mon	Reporting
	13	Tue	DHI
	14	Wed	DHI
	15	Thu	DHI
	16	Fri	Workshop on Capitaion (DPF & EU)
	17	Sat	Reporting
	18	Sun	Reporting
	19	Mon	Reporting
	20	Tue	EU EPOS Project, DPF
	21	Wed	DHI
	22	Thu	DHI, Leave for Tokyo (Onishi)
Oct	17	Mon	Arrive at Hanoi (Onishi)
	18	Tue	Arrive at Hanoi (Sato)
	19	Wed	DPF
	20	Thu	DHI, JICA Viet Nam Office
	21	Fri	DPF, DHI
	22	Sat	Leave for Tokyo (Sato)
	23	Sun	Reporgting

Date			Itinerary
	24	Mon	DPF, DHI
	25	Tue	DPF, DHI
	26	Wed	DPF, DHI
	27	Thu	DPF, DHI
	28	Fri	DPF, DHI
	29	Sat	Leave for Tokyo (Onishi)
	30	Sun	
	31	Mon	Arrive at Hanoi (Nagai), JICA Viet Nam
Nov.	1	Tue	Workshop on Preliminary Results of Actuarial Analysis for BHSP, MOH-HFG
	2	Wed	VSS
	3	Thu	Leave for Tokyo
Dec.	21	Wed	Arrive at Hanoi (Onishi)
	22	Thu	DPF
	23	Fri	DPF, DHI
	24	Sat	Reporting
	25	Sun	Reporting
	26	Mon	DHI
	27	Tue	JICA Senior Advisor for MOH, Leave for Tokyo (Onishi)
Feb.	6	Mon	Arrive in Hanoi (Onishi)
	7	Tue	DPF
	8	Wed	Informal Donor Meeting
	9	Thu	DHI, WHO
	10	Fri	EU, World Bank
	11	Sat	Reporting
	12	Sun	Reporting
	13	Mon	HSPI
	14	Tue	EU-HF, DHI, DPF
	15	Wed	VSS
	16	Thu	Arrive in Hanoi (Nagai), DHI and VSS, Health Insurance Policy Implementation Dept.
	17	Fri	Leave for Tokyo (Onishi)
	18	Sat	Reporting
	19	Sun	Reporting
	20	Mon	HSPI
	21	Tue	Leave for Tokyo (Nagai)

## Photos of Field Survey



Interview with DOH in Hoa Binh



Interview with Provincial Hospital in Hoa Binh



Provincial Hospital in Gia Lai



Preparation Meeting on National Council for Health Insurance Policy, MOH



Interview with National Health Security Office in Thailand



Interview with Social Security Office in Thailand



Workshop1 in Hanoi in March 1, 2016  
– Opening Speech by MOH



Workshop 1 in Hanoi on 1 March, 2016  
– Presentation by JICA Survey Team



Interview with Provincial People's Committee  
in Binh Dinh



District Hospital in Binh Dinh



Interview with DOH in Dong Thap



Interview with Provincial Hospital in Dong Thap





Interview with Provincial Hospital,  
Binh Dinh Province



An Nhon District Social Security,  
Binh Dinh Province



Interview with Bach Mai Hospital



Meeting with DPF, MOH



Meeting with Vice-Minister, MOH



Meeting with Vice-Minister, MOH

## 添付 2: 第 1 回ワークショップ開催概要

**Date:** 8:30-13:30, March 1<sup>st</sup>, 2016  
**Venue:** Pullman Hotel, Hanoi  
**Chaired by:** Dr. Pham Le Tuan, Vice Minister, MOH  
Mr. Nguyen Minh Thao, Deputy General Director, VSS  
Mr. Chikahiro Masuda, Senior Representative, JICA Vietnam

### Objectives:

1. To present preliminary results and findings of the Survey
2. To provide outlines of Japanese medical insurance and medical fee payment system, and the function of Central Social Insurance Medical Council which could be useful for Viet Nam to consider the National Council for Health Insurance Policy

### 1. Opening Remarks

#### 1) Dr. Pham Le Tuan, Vice Minister, MOH

The Resolution No.68/2013/QH13 and Law No/46/2014/QH13 of the National Assembly, specified requirements to increase the coverage of health insurance, to take measures to ensure the quality of medical services, to ensure the sustainability of health insurance fund and to reduce out-of pocket payments. In accordance with them, MOH and stakeholders are to develop and issue a circular on basic health service package (BHSP) covered by the health insurance by 2018. MOH has been implementing activities for developing BHSP in close collaboration with relevant stakeholders such as Luxembourg Agency for Development Cooperation and HFG-USAID. As for payment mechanism, we have promoted activities to strengthen data collection, which is necessary for establishing BHSP and proper payment mechanism. MOH has worked closely with VSS and stakeholders, and tried different payment methods such as capitation and DRG. We are pleased to work with JICA for developing BHSP and provider payment method for achieving UHC in Vietnam.

#### 2) Mr. Nguyen Minh Thao, Deputy General Director, VSS

Development of BHSP is in accordance with social policies to be implemented by 2020, which articulated in Resolution No.15-NQ-TW. The amendment of the Health Insurance Law also articulated the development of BHSP. In developing BHSP, the following points need to be considered; 1) scope of BHSP (e.g who is covered? which services? How much is covered? What are the “basic services”?), 2) the service providing capacity of health facilities, 3) distribution of budget to each level, 4) provider payment mechanism, 5) examination of high-frequency technical service.

#### 3) Mr. Chikahiro Masuda, Senior Representative, JICA Vietnam

I would like to express our sincere thanks to Dr. Pham Le Tuan, Vice Minister, MOH and Mr. Nguyen Minh Thao, Deputy General Director, VSS and stakeholders attending this workshop. JICA has been providing comprehensive support to health system in Vietnam over 20 years particularly to three top referral hospitals. We are currently extending our further cooperation to provincial hospitals. Health financing is a new area for JICA cooperation and we started the basic information survey. The purpose of the survey is to collect a wide range of information of the current situation regarding BHSP and provider payment mechanism. We

will analyze and utilize the collected information for our future cooperation of strengthening and management of BHSP and provider payment mechanism. In this workshop, our consulting team will share the preliminary findings with recommendation and Dr. Tanimura from Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) will introduce the Japanese medical insurance system and function of Central Social Medical Insurance Council. Needless to say, Japanese system is different from yours, but experience of Japan for more than 50 years of UHC and lessons learned will be useful for health care system in Vietnam. Let me take this opportunity to express our sincere gratitude to Vice Minister Dr. Pham Le Tuan, colleagues of MOH especially DPF and all participants for your kind support for the survey team.

## **2. Presentation**

- 1) Outline of the Survey and Preliminary Findings, by Ms. Keiko Nagai, Leader of JICA Survey Team
- 2) Japanese Medical Insurance and Medical Fee Payment System, and the Function of Central Social Insurance Medical Council, by Mr. Hironari Onishi, JICA Survey Team
- 3) Basic Concept of Medical Fee Schedule and its Policy Use, by Dr. Tadayuki Tanimura, Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan

## **3. Discussion**

### ➤ HFG – USAID

- Balance of Health Insurance Fund (2016 estimates): Need to clarify “expenditure will be higher than revenue”.

⇒ Please give source of reference. (VSS)

⇒ Survey team used the information from web site of VSS. (Ms. Nagai)

- OOP: Better to check the latest National Health Account to get the latest figure.

⇒ OOP is gradually decreasing from 48% to 43% (2014)(VSS).

### ➤ VSS

- Medical fee schedule in Japan: Want to know there is any difference in medical fee between the elderly population and other groups.

⇒ There is no difference. But copayment rate is different according to each category.

Copayment for people under 6 depends on each local government. Some local government pay for copayment amount for children and their medical fee is free of charge.

### ➤ World Bank

- OOP: According to MOH in Joint Annual Health Review, OOP is in the declining trend and has gone back up towards 50%. It is not productive to discuss on this particular issue as it is an estimated figure. In fact, patients often need to pay drag cost which is not covered by public health insurance.

- Need to redefine BHSP, which can contribute to improving UHC in Vietnam. BHSP needs to be elaborated for example based on policy priority and can be developed to improve the balance of Health Insurance Fund. It also needs more clarity in terms of the benefit of the health insurance that people have more confidence about what health services are paid for by analyzing additional costs (e.g. copayment rate is not only thing people has to spend).

- Need to be sure that services of BHSP are in line with the health needs of grass-roots level and change of disease trend. HSPI is going to take this angle in their recommendation for BHSP, which is very much in line with MOH strategy.
  - List of health services (currently 17,000 different services) needs to be simplified by ensuring they are according to ICD or procedure classification system. It needs to avoid duplication and make it understandable to providers what is included and not included.
  - Challenge of UHC in Vietnam based on MOH priority: it is better to take account of the existing research and recommendation (e.g. HSPI, HFG's work). Those will direct the technical assistance of JICA.
- HSPI
- The survey team takes comprehensive approach on BHSP. As MOH is responsible for developing BHSP by 2018, and we need to have specific assessment from Japanese side on service provider and clarify what is necessary or unnecessary in BHSP based on the Japanese experiences.
  - Regarding medical fee, we would like to learn about the system in Japan in order to control the cost effectively. We cannot change from fee-for-service to capitation, DRG immediately. We would like to have recommendation to identify reasonable and acceptable payment system for health providers based on Japanese experiences. We also would like to know how to utilize data of VSS.
- EU
- “Paradigm shift” will be required for health financing system in Vietnam. Currently, primarily focus is on treatment. But, it needs more focus on prevention and promotion in order to reduce morbidity. Most of leading causes for morbidity and mortality in Vietnam (e.g. communicable diseases, respiratory diseases, digestive diseases) are preventable. Financial resource can be saved for treatment if fund is allocated to prevention. Therefore, BHSP should include prevention activities.
  - It also needs to think about increasing contribution rate and increasing collection in informal sector. In another emerging countries which GDP is same as Vietnam, the average contribution rate is around 10%. About 40 – 45% of companies which belong to informal sector usually doesn't pay contribution.
  - In general, in developing BHSP, it needs 1) to focus on prevention and promotion, 2) to develop standards to focus on quality and accreditation in health care services, 3) to strengthen ICT for administration and management, 4) to consider provider payment mechanism. All these issues are supposed to be looked together in terms of provider payment mechanism by taking account of compatibility of each method.
- DPF-MOH
- DPF has provided valuable information for the survey team since the survey started. We are focusing on BHSP, which could be part of the process toward UHC, and improvement of provider payment mechanism. We would like to confirm the direction of JICA's cooperation (UHC or BHSP?).
  - As for BHSP, I suggest that JICA use the data LuxDev and HFG have already collected in order to avoid duplication.



- Other countries establish BHSP from the criteria including access, infrastructure, quality of service, efficiency, affordability. In developing BHSP in Vietnam, we would like to have JICA's opinion whether the criteria can be applied to Vietnam.
- Detailed explanations on provider payment mechanism in Vietnam will be required and we would like to know how JICA will support the provider payment mechanism. For IT system, we have already foundation that Viettel and FPT supported, and we need software supporting payment operation. It is expected that JICA will support IT system to improve provider payment mechanism and avoid overlap with other support.
- DOHI-MOH
  - In order to understand the high OOP, more detailed research will be required (e.g. how much OOP costs are borne by insured people).
  - We would like to have further information about the role and function of Central Social Insurance Medical Council of Japan. How the council formulate consensus on medical fee schedule which is uniform in whole country. And I would like to know the intervention procedure to each stakeholder.
  - Want to clarify how "free-access" functions in Japan. Patients can go/be transferred to any hospitals?
- Luxembourg Agency for Development Cooperation
  - Appreciate JICA for organizing meeting and sharing the results of the survey. This is learning survey for the team and it showed JICA would like to join the support BHSP development.
  - The comments from World Bank reminded me of the observation in its report in 2014("Moving toward Universal Coverage of Social Insurance in Vietnam"). We have to move away from learning process. All the data and documents concerning 17,000 services should be sent to JICA and lots of resources including discussions and consultations among MOH, international organization and other relevant agencies would provide more insights.
- VSS
  - Controlling drug costs is very important issue in Vietnam. We would like to know the policy incentive to encourage generic drug in Japan.

⇒Dr. Tanimura from MHLW explained about Diagnostic Procedure Combination (DPC) system in Japan, which is similar to the DRG and linked with a reimbursement system for acute care hospitals. DPC has indicators (e.g. diseases, treatment) for basic fees and additional points are also calculated which depend on how hospital contributes to local health care services. Additional points include several indicators to rate hospital's initiative for local health care and use rate of generic drugs is incorporated into indicators. Hospitals with high use rate of generic drugs can receive additional points on DPC prices, which become new incentive for hospitals.

## 7. Closing Remarks

- Mr. Masuda, JICA

We were pleased to see many people gathered here today and to have active discussion, comments and recommendations, which are very useful for considering our further cooperation.

I found three points to be highlighted in this workshop; 1) BHSP should be considered under overall umbrella of health system, especially health financing strategy. BHSP is not single solution to solve all

problems in health system, 2) there are many actors in health financing in Vietnam including MOH and its relevant departments, VSS, MOF, hospitals, relevant organizations and partners. Full cooperation among stakeholders is important. Sharing of accurate data is also indispensable, 3) we need consensus on what is BHSP. It is right time to establish appropriate system for the health insurance considering emerging issues such as the change of demography.

Hope today's workshop is valuable to everyone and I am very happy to continuously discuss on establishment of BHSP. Thank you very much.

➤ Dr.Tuan, MOH

We would like to express our sincere appreciation to JICA and the survey team for sharing the preliminary findings and recommendation. We also thank all the participants for comments and discussions, which would be valuable inputs for developing BHSP.

BHSP should be in line with UHC. We need to consider how BHSP can contribute to achieving UHC and how to solve the weak points the survey team pointed out. Inter-sectoral coordination and support from donors are very important for UHC in Vietnam. Clear concept for BHSP is also required. We need to minimize 17,000 technical service lists in accordance with ICD9-CM.

MOH need to finalize BHSP by the end of 2017, and we would like to take account of relevant Japanese policy and system, which can be applied to Vietnam.

Again, we would like to express our gratitude to all of you.

End

### Attendance List

No.	Full name	Organization
1	Pham Le Tuan	MOH
2	Nguyen Minh Thao	VSS
3	Le Thanh Cong	DPF - MOH
4	Duong Duc Thien	DPF - MOH
5	Cao Ngoc Anh	DPF - MOH
6	Tham Thi Dung	DPF - MOH
7	Dang Trung Ha	DPF - MOH
8	Nguyen Nam Khanh	DPF - MOH
9	Le Nguyen Bang	IT Dept. MOH
10	Nguyen Duc Thang	MSA
11	Luong Bao Khanh	MSA
12	Tran Thi Dieu Trinh	IT Dept. MOH
13	Nguyen Nhen	MOH Office
14	Nguyen Sao Mai	MOH Office
15	Luu Thi Lien	Hanoi DOH
16	Vu Thi Sinh	Finance Dept. Hanoi DOH
17	Nguyen Thi Thu Hien	Hoa Binh DOH
18	Le Van Kham	VSS
19	Vu Ha Thu	VSS
20	Nguyen Thi Hai Nhu	VSS
21	Dang thi Hue	VSS
22	Doan Tuong Van	IC Dept. VSS
23	Nguyen Phuc Khoat	PSS Vietnam
24	Le Cong Minh Duc	PSS Vietnam
25	Nguyen Thi Hong Van	PSS Vietnam
26	Ngo Thu Ha	PSS Vietnam
27	Pham Minh Thanh	Social Science Dept. - PSS VN
28	Tran Thi Hong Van	HN VSS
29	Nguyen Ngoc Son	Hoa Binh VSS
30	Doan Duc Thang	Hoa Binh VSS
31	Nguyen Khanh Phuong	HSPI
32	Hoang Thu Thuy	HSPI - MOH
33	Vu Duc Long	VAAC
34	Do Thi Nhan	VAAC
35	Duong Thuy Anh	VAAC
36	Dejan Ostojic	EU Health Facility
37	Nguyen Thuy Huong	EU Health Facility
38	Kari Hurt	WB

No.	Full name	Organization
39	Dam Duy Lam	HFG pjt
40	Naz Todini	HFG pjt
41	Raja Chowdhry	LuxDev
42	Dinh Thanh Hang	ADB Consultant
43	Pham Thi Yen	VIE/27 pjt
44	Yoko Tsuruya	Embassy of Japan
45	Doi Masahiko	NCGHM
46	Tadayuki Tanimura	MHLW Japan
47	Chikahiro Masuda	JICA Viet Nam
48	Hirotsun Aiga	JICA HQ
49	Emiko Nishikawa	JICA HQ
50	Nguyen Hai Van	NTT Data
51	Dao Thanh Hai	Economy Times
52	Do Kha Thoa	Vietnam Communist Party Newspaper
53	Nguyen Mai Hoan	People TV
54	Nguyen Ngoc Tuan	People TV
55	Phan Thanh Quy	People Newspaper
56	Luong Ngoc Thao	VSS newspaper
57	Kieu Mai Phuong	
58	Duong Duc Thien	

## Basic Information Survey for BHSP and Provider Payment Mechanism in Viet Nam

Outline of the Survey and Preliminary Findings

01 March 2016, Hanoi, Viet Nam

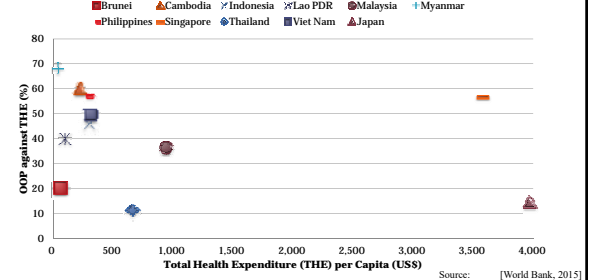
Japan International Cooperation Agency (JICA)  
KRI International Corp.

## Contents

1. Background
2. Objectives
3. Methodology
4. Preliminary Findings
5. Preliminary Recommendations
6. The Way Forward

## 1. Background of the Survey

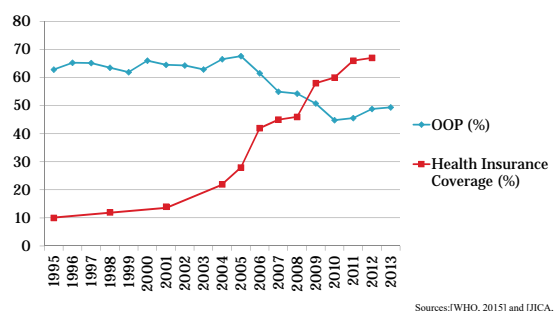
### Total Health Expenditure (THE) and OOP in ASEAN Member States and Japan (2013)



### Health Insurance in Other ASEAN Countries

Country	Viet Nam	Thailand	Philippines	Indonesia
<b>Population</b>	87million	65.5million	94million	250million
<b>Public Service</b>	a) Social Health Insurance (SHI) b) Contributions c) 2.3million	a) Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) b) No contributions c) 5.9million	a) PhilHealth - Employee program b) Contributions c) 5.94million	a) National Health Insurance (JKN) b) Contributions (Government contributions for the poor) c) 152million *To be applied for all the nationals by 1 January 2019.
<b>Formal Sector</b>	a) SHI b) Contributions c) 6.6million	a) Social Security Service (SSS) b) Contributions c) 9million	a) PhilHealth - Employee program b) Contributions c) 17.79million	
<b>Informal Sector</b>	a) SHI b) Contributions c) 46million	a) Universal Coverage (UC) b) No contributions c) 47million a) Voluntary SSS b) Contributions c) 1.65million	a) PhilHealth - program for the poor b) No contributions c) 38.94million	
<b>Coverage</b>	63.71%	Nearly 100%	82%	n.a.
<b>Service providing system</b>	Public	Public	Private	Public
<b>OOP/THE</b>	49.41%	11.27%	56.67%	45.81%

### High Health Insurance Coverage and High OOP



The insured includes subscribers and non-subscribers

JICA Survey Team 03 March 2016

## Challenges for UHC in Viet Nam

Demand Side	Supply Side
<ul style="list-style-type: none"> <li>• High Out-of-Pocket (OOP) expenses</li> <li>• The informal sector, who is difficult to be identified and to be covered by health insurance, accounts for 80% of the population</li> <li>• Low utilization of services by the insured</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Low quality of public health services</li> <li>• Referral system does not work well</li> <li>• Too broad benefit package</li> <li>• Payment mechanism induces over-supply</li> <li>• Number of registered facilities is limited</li> </ul>

JICA Survey Team 03 March 2016

## 2. Objectives of the Survey

JICA Survey Team 03 March 2016

## Objectives (Modified)

- To sort out the preconditions of the technical cooperation project**
  - To draw the needs for technical cooperation on development and management of BHSP and any other factors to contribute to UHC in Viet Nam.
  - To study cooperation resources both in Japan and other Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) member states.
- To make recommendations to enhance BHSP development, planning of the pilot project, and other necessary management mechanism for health insurance system**
  - To collect information on the latest situation of BHSP drafting, concept, implementation plan of the pilot, availability of necessary data for further data analysis, and other relevant factors to management of the benefit package and medical fees.
  - To make recommendations based on the above situation analysis.
- To make recommendations on policy development of MOH**
  - To analyze the current situation of policy and its implementation on health insurance and UHC, then identify challenges and priority issues.
  - To identify cooperation resources in Japan to contribute to the issues.
  - To propose mid-/long-term policy matrix or roadmap based on the above analyses.

JICA Survey Team 03 March 2016

## Derivable

- Inception Report: December 2015
  - Outline and methodology
  - Survey plan
- Progress Report: January 2016
  - Preliminary findings
- Interim Report: March 2016
  - Situation analysis
  - Draft recommendations
- Final Report: July 2016
  - All the survey results
  - Recommendations

JICA Survey Team 03 March 2016

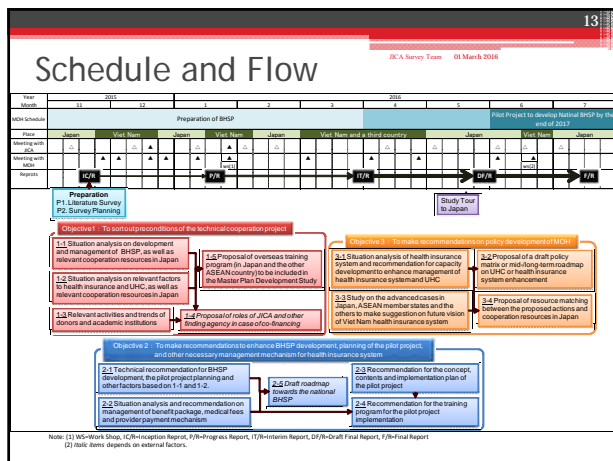
## 3. Methodology

JICA Survey Team 03 March 2016

## Period and the Team

- Period: Nov. 2015 to Jul. 2016
- Reports
  - Jan. 2016: Progress
  - Mar. 2016: Interim
  - Jun. 2016: Draft final
  - Jul. 2016: Final
- Workshops
  - Mar. 2016
  - May 2016
- Study tour
  - May 2016 (Japan)
- Team:
 

Name	Task/ Expertise
Keiko Nagai, MMedSc.	Team Leader/ Epidemiology, health policy
Shiho Sasada, MPH	Health Finance/ Health economics
Hironari Onishi, MSc.	UHC/ Social security
Junko Sato, MPH	UHC/ Health policy
Izuru Arima	Health ICT/ ICT for social security
Shino Nishimagi, MA	Health Policy/ Social study
Ai Uehara, MA	Workshop and Training/ Social study



14

JICA Survey Team 08 March 2008

## Methodology

- Document research
  - Reports, statistics, legislations, research papers, etc.
- Interviews
  - Hanoi: ministries, government agencies, donors, NGOs, private sector
  - Province/District: local government agencies, hospitals, CHSS
- Direct observation
  - Health facilities, social security (SS)

15

JICA Survey Team 08 March 2008

## 4. Preliminary Findings

16

JICA Survey Team 08 March 2008

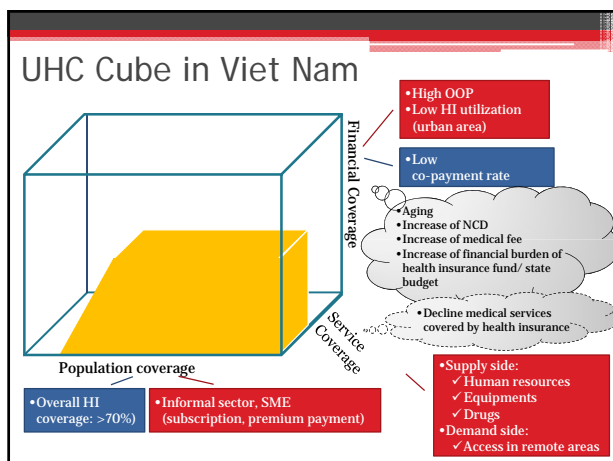
## Conceptualizing UHC

1. **Population coverage** ("breadth")
2. **Financial coverage** ("height")
3. **Service coverage** ("depth")
- + **Quality**
- + **Equity**

Reference: Presentation by Ajay Tandon and Christoph Kurowski, February 2016

**Basis of UHC**

- Consensus of stakeholders: health, finance, welfare/ Hospital, Insurer, Subscriber/ ...
- Health financing strategy
- Strategy on development of human resource for health
- Stable service providing system

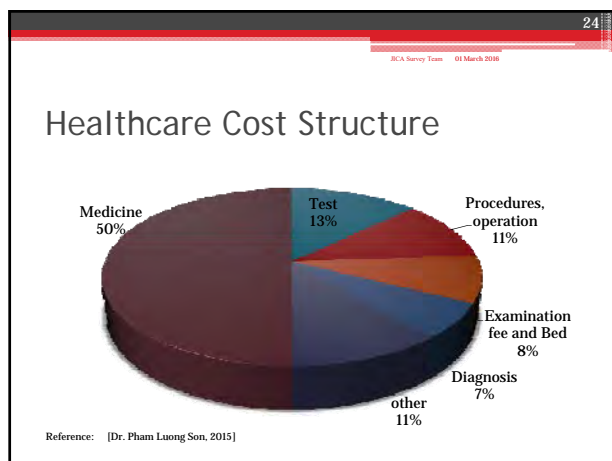
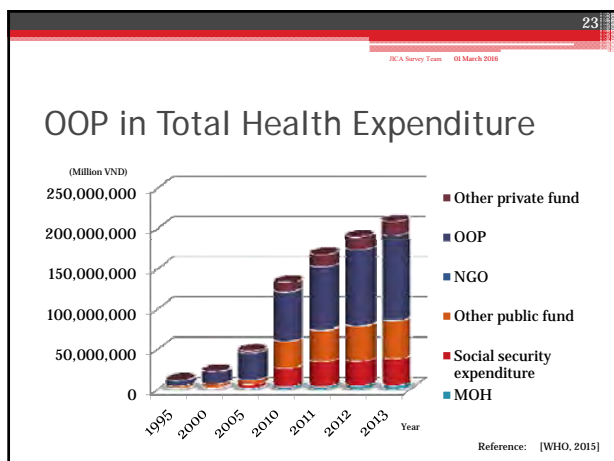
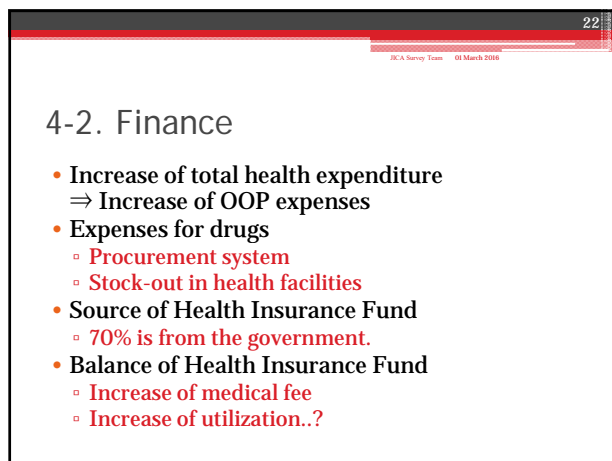
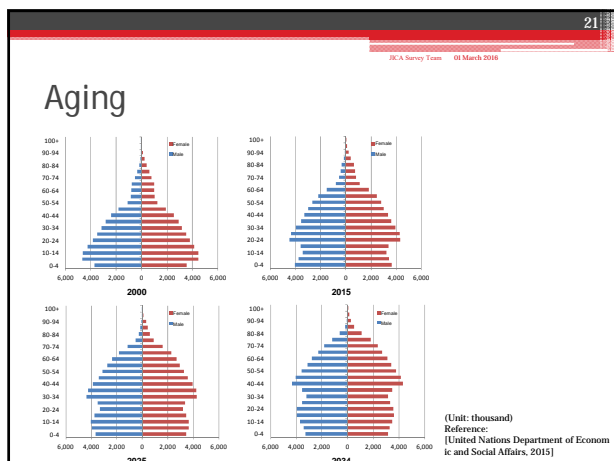
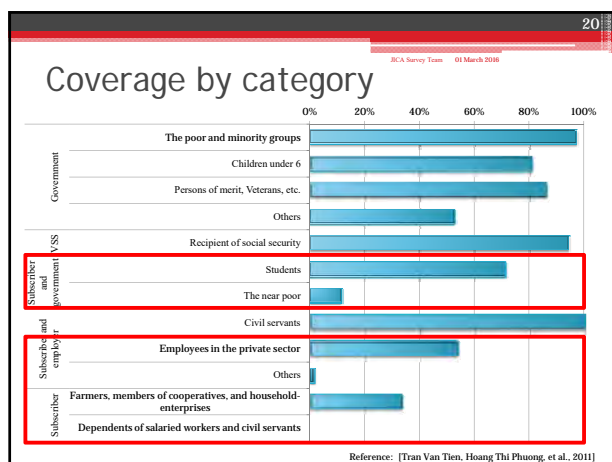
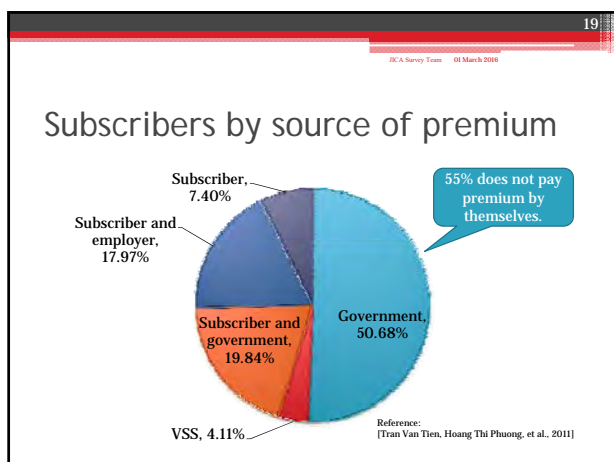


18

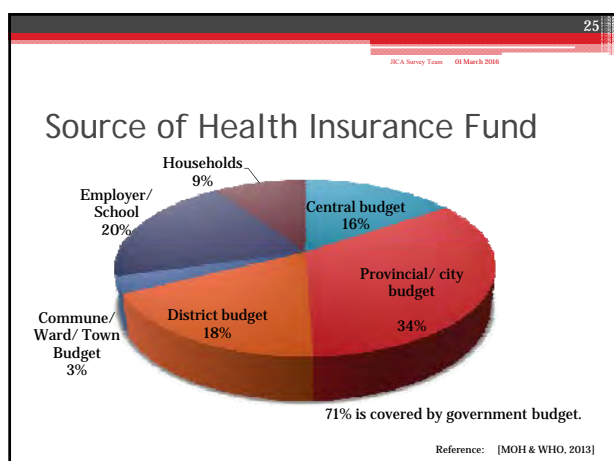
JICA Survey Team 08 March 2008

## 4-1. Population

- Coverage vary among categories.
  - **Informal sector**
    - Private sector employees
    - Dependents ⇒ Household Subscription
    - Farmers
    - The near poor
- Aging
  - Multiple NCD burden ⇒ increase of medical expenses
  - Decrease income ⇒ Decrease of premium revenue







26

JICA Survey Team 01 March 2018

### Balance of Health Insurance Fund (2016 estimates)

Revenue		Expenditure	
Social insurance	158,443 billion	Social insurance spending from social security funds	110,121 billion
Health insurance	66,288 billion	Examination and treatment of health insurance	72,700 billion
Unemployment insurance	10,363 billion	Unemployment insurance regime	7,371 billion
Profits from financial investments	34,200 billion	Administrative costs	9,855 billion
<b>TOTAL</b>	<b>269,294 billion</b>	<b>TOTAL</b>	<b>200,047 billion</b>

- 27
- JICA Survey Team 01 March 2018
- ### 4-3. Service
- **Supply side**
    - High cost services (hematology, plastic and cosmetic surgery, etc.)
    - Insufficient human resources and equipment to provide HI covered services
    - Over treatment/ examination
  - **Demand side**
    - Difficulty in access (remote areas)
    - Low utilization of HI (urban areas)
  - **Impacts of exclusion some HI covered services..?**

28

JICA Survey Team 01 March 2018

### VSS-contracted Healthcare Facilities (2014)

Category		Total (2013) <sup>a)</sup>	Contracted (2014) <sup>b)</sup>	
Type of Facilities	Public	*1	1,687	n.a.
	Non-public	*1	424	n.a.
Level of Facilities	Central	46	52	*2
	Province	447	619	*2
	District	1,214	1,173	96.6% <sup>c)</sup>
	Commune	11,033	267	2.4% <sup>c)</sup>
	(Private)	155	*1	*2
		<b>13,680</b>	<b>2,111</b>	<b>15.4%</b>

Source: a) Health Statistics Yearbook 2013, b) [Dr. Pham Luong Son, 2015]

\*1: Definition of "non-public" (source b) and "private" (source a) seems to be different.

\*2: As contracted facilities might include private establishments, proportion could not be calculated.

\*3: The proportion is based on the assumption that all the facilities are public establishment.

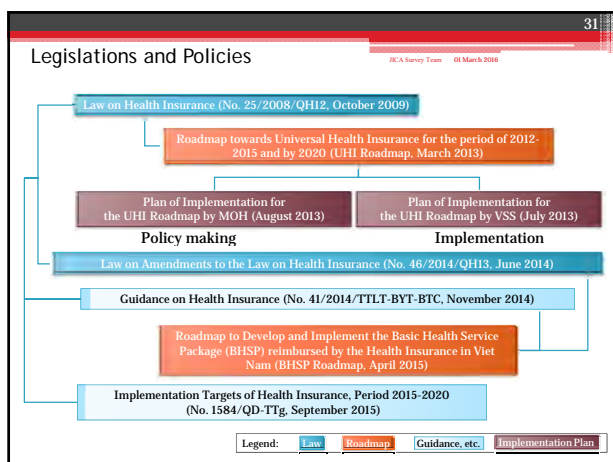
- 29
- JICA Survey Team 01 March 2018
- ### 4-4. Governance
- **Policy**
    - Fragmented policy targets
    - Luck of evidence for policy making
  - **Implementation**
    - Time-lag to practical understanding and actual implementation
    - Inefficiency in daily works
  - **Inter-sectoral coordination**
    - UHC needs multispectral approach.

30

JICA Survey Team 01 March 2018

### History of Health Insurance System

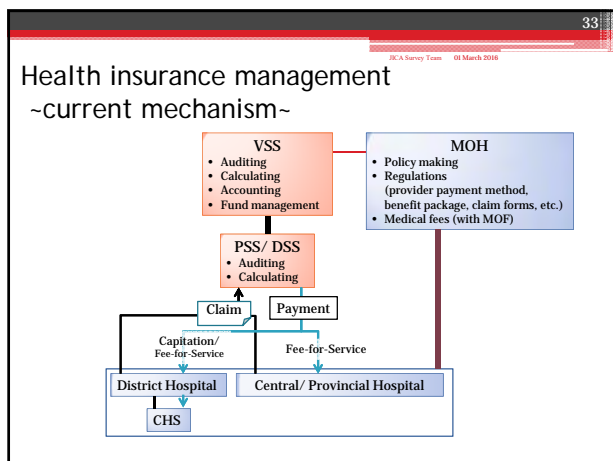
Year	Policy content
1986	New financing mechanisms for health care
1992	Economic reform led by the Doi Moi policy • Introduction of health insurance scheme • Liberalization of healthcare and pharmaceutical markets • Introduction of user fees in public health facilities Decree No. 299/1992/HĐBT Establishment of compulsory health insurance scheme • Compulsory group includes: civil servants, employees in companies with ten or more employees, pensioners, social assistance recipients, employees in foreign companies
1998	Unified health insurance system/health insurance fund Decree No. 58/1998/ND-CP • Integration of each provincial health insurance fund into a single national fund • Expansion of the insurance coverage
2005	Compulsory and voluntary health insurance Decree No. 63/2005/ND-CP • Coverage of the poor supported by the government Law on Education, Healthcare, and Protection of Children also provides free access to medical treatment for children under six years old
2009	Universal health insurance Law on Health Insurance (No. 25/2008/QH12) • Legislation of health insurance scheme which had been administered by ministerial decrees • Ensuring the coverage of the poor, the elderly, and children under six years old by full government support • Provision of partial government support to the near poor and students
2014	Compulsory universal health insurance Law on Amendments to the Law on Health Insurance (No. 46/2014/QH13) • Compulsory participation in health insurance scheme • Participation by household • Expansion of benefit levels • Development of Basic Health Service Package



32

Relevant Policy Targets

- Roadmap towards Universal Health Insurance for the Period of 2012-2015 and by 2020 (2013)
  - Health insurance coverage: 80% by 2020
  - Proportion of OOP to THE: 40% by 2020
  - Improvement of insured medical services
- Amendments to the Law on Health Insurance (2014)
  - Progumulation of "BHSP covered by health insurance fund": by 2018



34

ICA Survey Team 01 March 2018

- Data is processed manually.
- Each hospital introduce each software.
- Each work use each software without linkage.

Fraud, mistake, or waste might not be sufficiently checked..?

35

ICA Survey Team 01 March 2018

## 5. Preliminary Recommendations

36

ICA Survey Team 01 March 2018

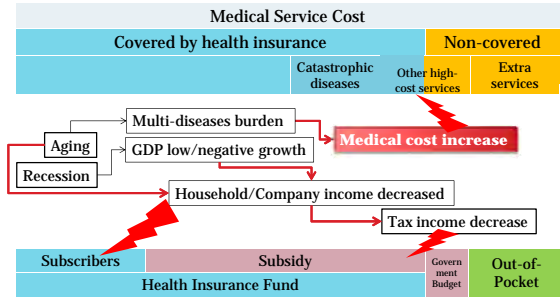
## Toward UHC... (1)

1. Population
  - Increase enrollment of informal sector
    - Increase awareness of benefit and provision for the future
    - Make health insurance attractive (transparency, effectiveness, etc.)
2. Finance
  - Strategy to reduce OOP expenses
    - Drug price..?
    - Hidden OOP
  - Financial protection for catastrophic cases
  - Ensure premium collection
  - Strategy for "healthy health insurance fund"
    - Provider payment method
    - Medical fee schedule
    - Co-payment

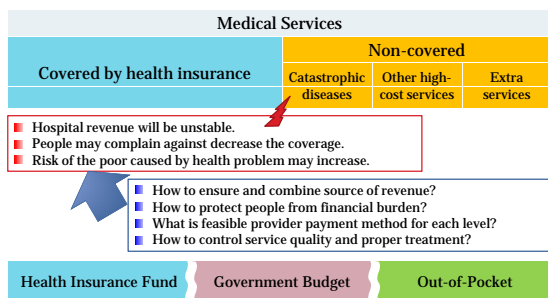
## Toward UHC... (2)

3. **Service**
  - Benefit package of health insurance
    - Clear and reasonable criteria
  - Stable and quality service providing system
    - Facility standard (ex. accreditation)
    - Standard clinical pathway
    - Human resource development
4. **Governance**
  - Umbrella of multispectral policy targets
    - Health financing strategy, etc...
    - Inter-sectoral coordination (finance – health policy/priority – socioeconomic situation)
  - Evidence
    - Data accuracy
    - Efficient data management
  - Continuous and evidence-based improvement mechanism
    - Flexible modification response to socioeconomic change

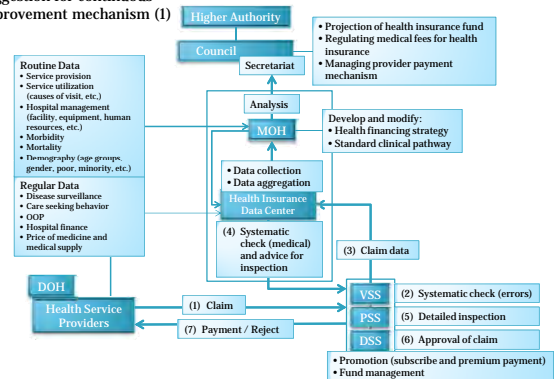
## For Healthy Health Financing...



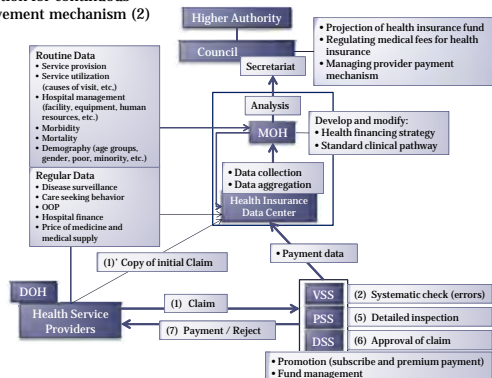
## For Healthy Health Financing...



## Suggestion for continuous improvement mechanism (1)



## Suggestion for continuous improvement mechanism (2)



## 6. The Way Forward of the Survey

## Challenges in the Survey


- **The latest data on health insurance**
  - Coverage by category
  - Structure of revenue and expenditure of health insurance fund
  - HI utilization rate by age group, category, area, etc.
  - Average premium amount by category
  - Medical fee schedule of each province
  - Statistics of provider payment method
  - Statistics of contracted health facility
- **Financial status of health facility**
  - Structure of revenue and expenditure
  - Difficulty in financial management
- **Roles, functions and relationships of stakeholders**
  - Departments in MOH/ VSS
  - Councils under MOH
  - Other relevant ministries (MOF, MPL...)

**Thank you!!**

**Xin Cảm ơn!!**

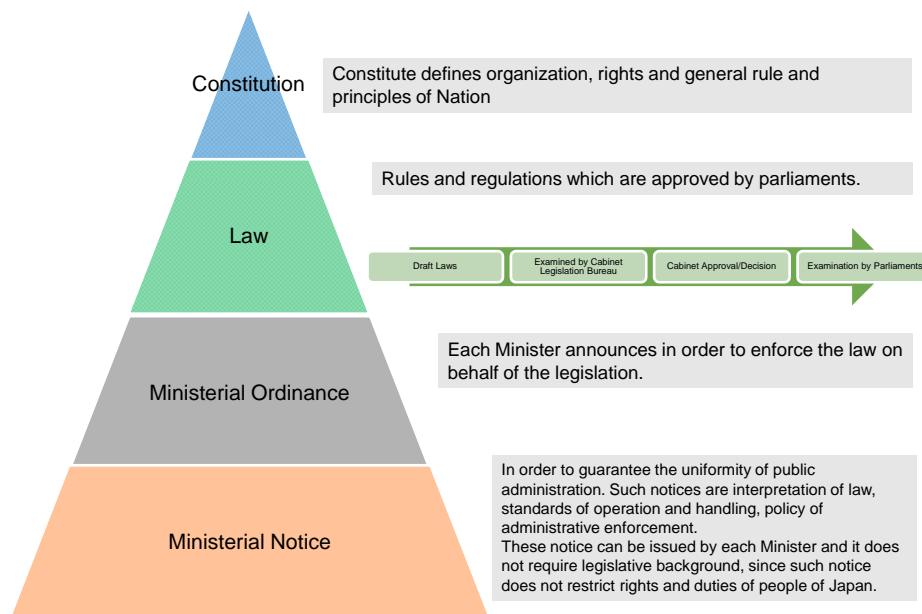


Contents	
1	Legislative Structure of Japan
2	Overview of Social Insurance Schemes
3	Structure of Japanese Medical Insurance System
4	Mechanism of Medical Insurance
5	Central Social Insurance Medical Council



VIETNAM | 1

## 1. Legislative Structure



VIETNAM | 2

## 2. Overview of Social Insurance System in Japan

### Social Insurance Schemes in Japan consists of 4 schemes and Long-term care insurance

#### Scheme

##### Pension

Medical Insurance

Unemployment Insurance

Work Injury Insurance

#### Overview of each scheme

✓ All residents aged between 20 and 60 are required to join National Pension. Pensionable age: 65  
Disability Pension and Survivors' Pension are also provided if conditions meet.



✓ All residents are required to join. Benefits in kind is essential, but some cases, benefits in cash are applicable.



✓ In principle, in case any employed persons lose their jobs, benefit will be paid on having training course. In case of dismissal or bankruptcy, benefit will be paid for 330 days max.



✓ All workplaces are required to join. Benefits are paid to workers in case there is work injury. (Benefits can be in kind or cash)



VIETNAM | 3

Basic Policy on medical insurance system and the medical fee system  
(Cabinet Decision on March 28, 2003) Related Part

[Basic Policy]

Based on advance of fewer birth rate, change in disease structure and progress of medical technology, while ensuring the necessary and adequate medical care standard, from the patient's point of view, revision of medical fee payment will be reviewed.  
It is necessary to ensure easy-to-understand system and clarify the standards and measures relating to the evaluation of the medical fee system

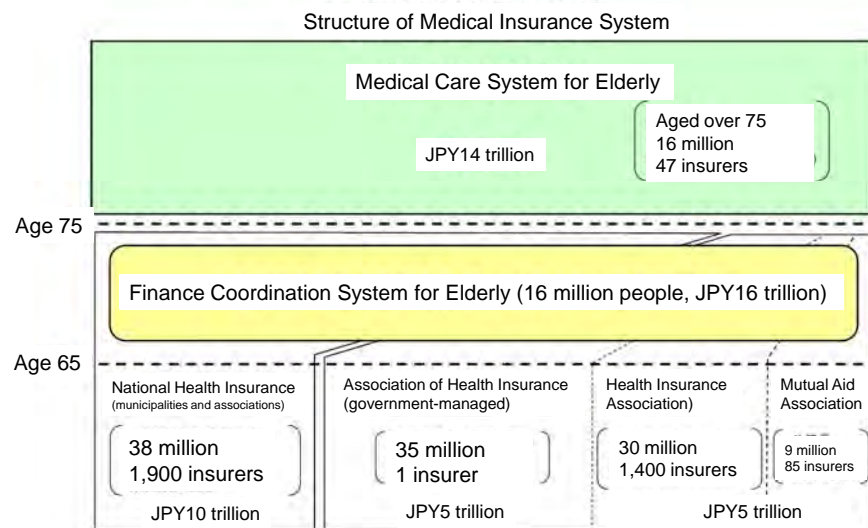
[Basic Direction]

Revision process will take the following ideas into consideration:

- ① Proper evaluation of medical technology (identifying doctor fee element)
- ② Overall evaluation which reflects the cost and function of medical institutions appropriately (Hospital fee element)
- ③ Focus on the patient's point of view

VIETNAM | 4

3. Structure of Medical Insurance System



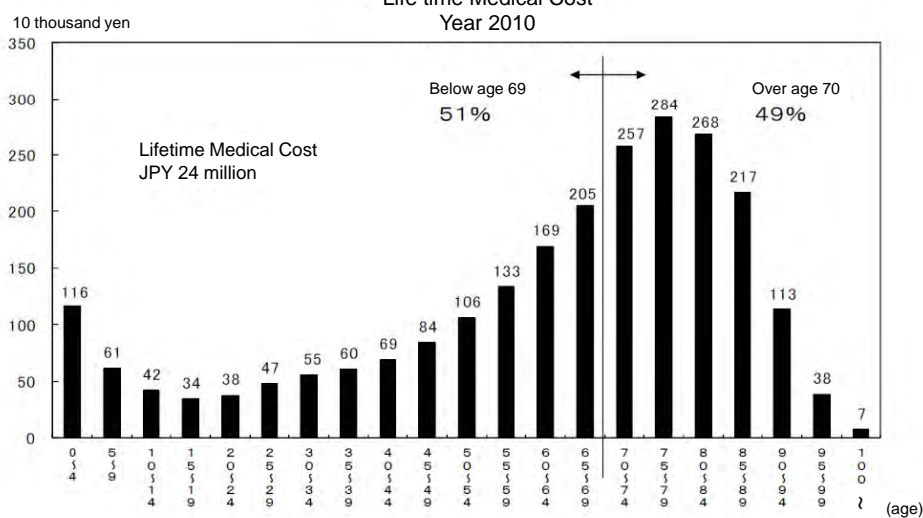
VIETNAM | 5

Comparison of Respective Health Insurance Schemes

	National Health Insurance	Government-Managed Health Insurance	Health Insurance Association	Mutual Aid Association	Health Insurance for the aged 75 and over
Number of Insures (As of March 2013)	1,717	1	1,431	85	47
Number of Insured (As of March 2013)	35 million	35 million	30 million	9million	15million
Average Age (2013)	50.4	36.4	34.3	33.3	82.0
Percentage of aged 65-74	32.5%	5.0%	2.6%	1.4%	2.6%
Amount Medical Expense per insured (2013)	316,000 yen	161,000 yen	144,000 yen	148,000yen	919,000yen
Average income amount per insured	830,000 yen	1,370,000yen	2,000,000yen	2,300,000yen	800,000yen
Average premium amount per insured	83,000 yen	105,000yen	106,000 yen	126,000yen	67,000yen
Percentage of insurance premium	9.9%	7.6%	5.3%	5.5%	8.4%
Subsidy by government	50% of total cost	16.4% of total cost	None (but the support the aged over 75)	None	50% of total cost
Amount of government subsidy	3,500 billion yen	1240 billion yen	27 billion yen	None	6,823 billion yen

VIETNAM | 6

Life time Medical Cost  
Year 2010



VIETNAM | 7



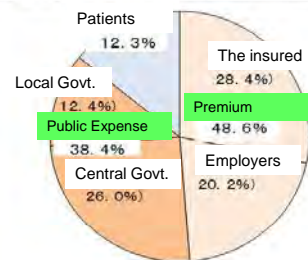
## Significance of Japanese Medical Insurance System

- Under the concept of Universal Health Coverage for all, Japan has achieved highest level of life expectancy and highest level of medical care.
- Coping with fewer birth rate and fluctuation of socio-economic environment, the Government declare to maintain public medical insurance System.

### 【 Characteristic of Japanese UHC 】

1. Cover all citizen by public health insurance
2. Freely choose medical institutions (Free Access)
3. Low premium but high level medical service
4. SHI is a basic concept, but national subsidy is provided to maintain UHC

Burden structure of national medical cost ( 2011 )

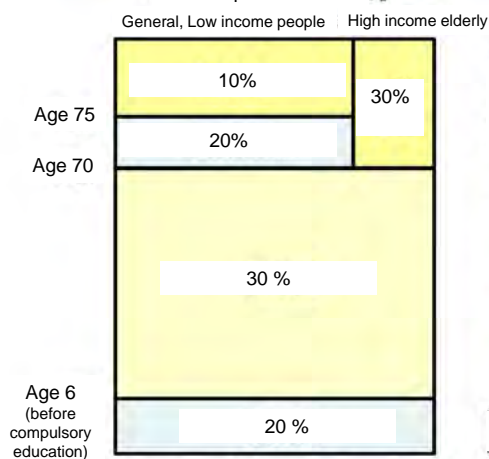


VIETNAM | 8

## 4. Mechanism of Medical Insurance System

### Burden on Medical Fee by Patients

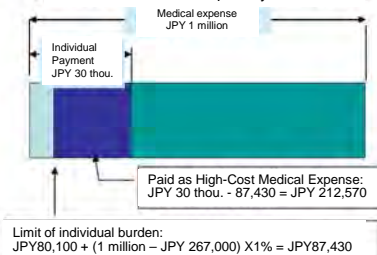
#### Ratio of patient burden ㊤



#### ※ High-cost Medical Care Scheme

If the medical expenses (by individual) has exceeded the ceiling, the amount beyond the ceiling will be paid by the system.

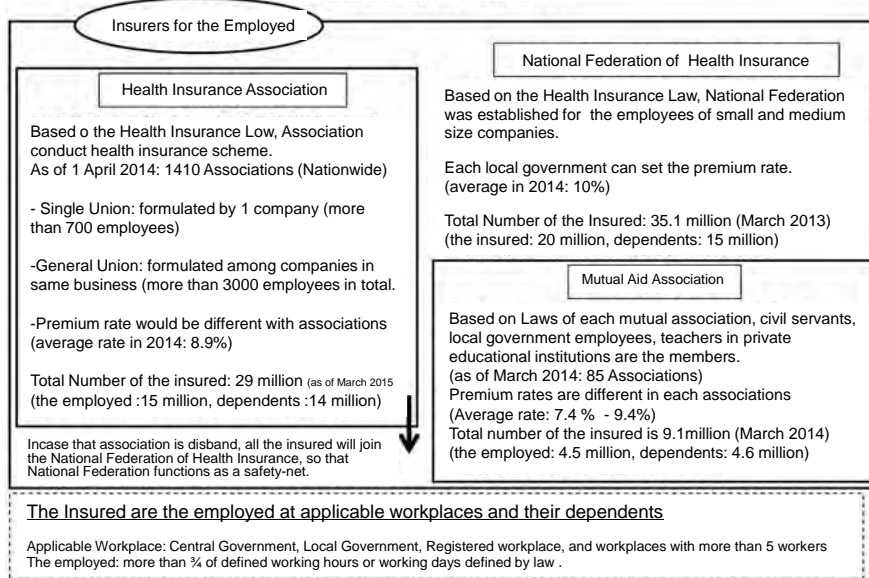
< Ex. Case of 30% to be paid by the insured >



VIETNAM | 9

#### 4. Mechanism of Medical Insurance System

##### Overview of the Insurers for the Employed



VIETNAM | 10

#### Medical Fee Payment System

##### (1) Mechanism of Medical Fee Payment

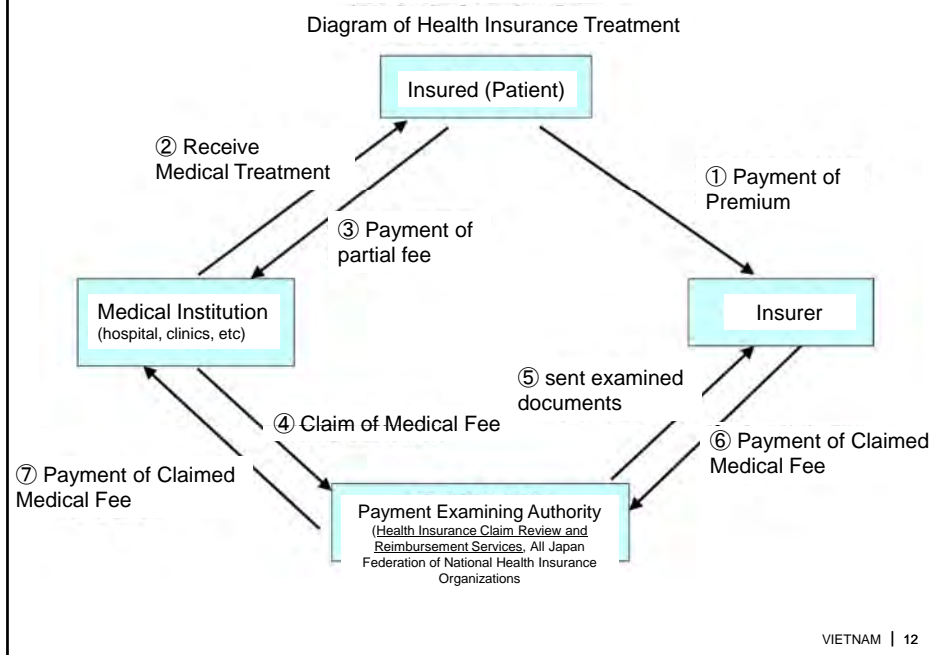
- Medical Fee Payment is the reward paid by the insurers against medical services by medical institutions and pharmacies
- Minister of Health, Labour and Welfare determines based on the discussion of Central Social Insurance Medical Fee Council.

##### (2) Contents of Medical Fee

- Medical Fee {
- Assessment of Medical Tec. And Services
  - Assessment of price of goods (Drug prices are fixed by Drug Price Standard)
- Point table defines each medical services with point (1 point =10 yen)
  - There are three kind of table for Medical Treatment, Dentist Treatment, and drugs.

VIETNAM | 11

#### 4. Mechanism of Medical Insurance System



#### 4. Mechanism of Medical Insurance System

##### Present condition of Japanese Mechanism

- ① Patient can visit any medical institutions and quality of doctors and services are guaranteed.
- ② There are 177,769 medical institutions (Hospital: 8540, Dental Clinic: 68,701, Clinic: 100,528) (as of 2013)
- ③ There are 303,268 doctors, 102,552 dentists, and 280,052 pharmacists. (As of 2012)

Majority of medical care treatments are provided private hospitals and clinics since the Government considered that accessibility of medical care is essential for the people and it is the responsibility of the Government.

Public health providers had limited capacity to provide such services due to capacity of infrastructure and human resources.

## What is Health Insurance Claim Review and Reimbursement Services?

HICRRS is established based on the Law of Health Insurance Claim Review and Reimbursement Services (July 1948) and it is a private entity.

It is not for profit and it does not have the Capital and Equity. And its business plan and budget are required the approval by the Minister, Health Labour and Welfare.

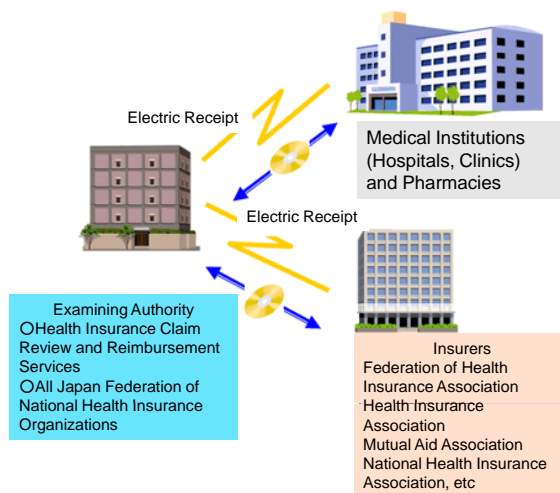
### Mission

We support the Medical Insurance System as the specialized organization on medical fee payment through 'appropriate examination' and 'Prompt Payment'.

### 5 Promises of HICRRS

1. Quality service will be provided through IT
2. As a private entity, we operate effectively with cost-conscious
3. Unified services are provided nationwide
4. Through legal compliance, we do provide fair operation
5. We promote information disclosure, and fulfill the accountability

## Overview of Medical Fee System

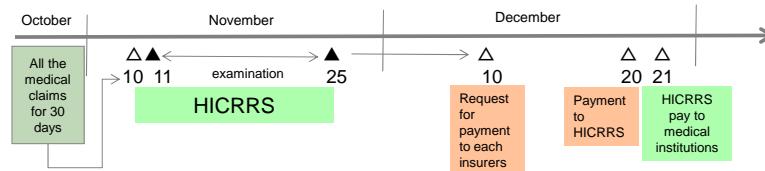


Receipt Computerized Processing System is the system that all medical institutions and pharmacies can submit their medical fee claim documents with electric receipts or electric media and the examining authority will check and examine the contents and their appropriateness and submit the designated insurers. The system aims to establish prompt claim processing and reduction of claim volume through unified system among medical institutions, pharmacies, examining authority and insurers

Number of receipt processing is 150 million per month

### Advantage of Receipt Computerized Processing System

- ① Insurers focus on collection of premium and payment to the medical institutions.
  - ② Insurers can reduce the cost for claim examination by outsourcing and they can process bulk volume of data (100% examination).
  - ③ The system can automatically reject incorrect receipts (claim) and branch offices of HICRRS will examine manually such incorrect receipts (mostly by doctors).
  - ④ Claim examining authority uses functions as a gate keeper against fraud claims by using IT technology. Most of claims are checked by electric basis. And administration cost is reduced.
  - ⑤ Claim examining authority is separated from insurers in order to avoid fraud.
  - ⑥ Insurers could increase the surplus by demanding the processing charge by examining authority.
- ⑥ Payment term is fixed. (Health Insurance Claim Review and Reimbursement Services (79 million claims per month), All Japan Federation of National Health Insurance Organizations)  
 (Claims from 1<sup>st</sup> to 30<sup>th</sup> of each month) submit to (HICRRS) by 10<sup>th</sup> of next month, HICRRS examine from 11<sup>th</sup> till 25<sup>th</sup> of next month, and request insurers to pay the insurance payment by 10<sup>th</sup> of the following month, and insurers will pay by 20<sup>th</sup> of the following month to HICRRS and HICRRS will pay 21<sup>st</sup> of the following month to medical institutions.



VIETNAM | 16

### Examination

Examination means that respective medical treatments by medical institutions are followed the rules and regulations, point table and related ministerial notices).

The following items must be examined:

- (1) Confirmation of the specified contents  
 Confirmation of erroneously omit and insurance number
- (2) Confirmation of medical intervention  
 Name of intervention, Points, Number of times, Medical propriety, Calculation requirements, etc.
- (3) Confirmation of Drugs  
 Confirmation of Name of the drugs, Price, Adaptation, Usage, Dosage, Medical propriety, etc.
- (4) Confirmation of Medical Materials  
 Confirmation of Name of medical materials, Price, Usage, Dosage, Medical propriety, etc

VIETNAM | 17

## Examination (2)

Determination of the examination is done by the Examination Committee that has been established in each branch of HICRRS in 47 prefectures. The Examination Committee consists of a professional group of doctors, dentists and pharmacists together with representatives of health insurance associations, medical institutions and academic experts. The same number of representatives of each group and a tripartite structure are guaranteed for fairness.

Also, any expensive receipts (more than 400,000 points =JPY4,000,000) will be check by the Special Examination Committee.

Total number of Examiner in Japan: 4,700

- Number of medical institutions using electric receipts: 220,000 institutions
- Number of processing receipt per official of HICRRS: 18,000/year
- Standard Examination by Examination Committee: 7 days / month
- Amount of valuation (Reject): 55 billion yen / year  
Rejection rare: 0.259%


VIETNAM | 18

## Sample of Electric Receipt

電子レセプト

IR.1.13.1.9999905.サンプル医療機関1.42205.0.00-9999-9999.....  
 RE.12.1112.42204.サンプル 1 2.1.9990725.....999.sample-ika-012.....8.....1  
 HD.6132019.1234567.12.2.1728.....  
 SY.8842082.4220402.1.....  
 SV.4680008.4220405.1.....  
 SI.11.1.111000110.....  
 SI.1.1.111000770..750.1.....  
 SI.12.1.112011310..70.1.....  
 IY.21.1.620002023.8.....  
 IY.1.620004432.3.7.5.....  
 IY.21.1.610443074.2.62.5.....  
 SI.21.1.120000710..3.1.....  
 SI.25.1.120001210..42.1.....  
 SI.60.1.160000210..110.1.....  
 CO.1.810000001.測定日 02日.....  
 CO.1.810000001.測定時 02時.....  
 SI.60.1.160170170..40.1.....  
 SI.60.1.160062110..144.1.....  
 SI.60.1.160169450..150.1.....  
 SI.60.1.120002910..68.1.....

(参考) 紙レセプト



VIETNAM | 19

## 5. Central Social Insurance Medical Council

### [Responsibilities]

- The Central Social Insurance Medical Council ("CSIMC" or the "Council") has the powers to make discussions and give advice in response to the Minister of Health, Labour and Welfare's request for advice, as well as to submit recommendations to the Minister of Health, Labour and Welfare, with respect to the revision of medical fee points and other relevant matters.

### [Tripartite Structure]

- The Council adopts the so-called "tripartite structure" in which payer-side members and medical institution-side members have discussions as the both parties of insurance contracts, and public-interest members act as coordinators between the both parties. The term of office of each member is 2 years (up to 3 successive 2-year terms, i.e., 6 years).
  - (1) Payer-side members (representatives of insurers and insureds): 7
  - (2) Medical institution-side members (representatives of physicians, dentists and pharmacists): 7
  - (3) Representatives of public interest: 6 (subject to the Diet's approval)
- A Chairperson will be elected by members from among the representatives of public interest.
- Members representing the public interest of the Council will discuss the schedule and agendas of the meeting and other matters regarding the administration of the Council, and the payer-side members and the medical institution-side members will respect results of such discussions.

### [Deliberations about Specialized Issues]

- The Minister of Health, Labour and Welfare may designate up to 10 expert members (as appointed by the Minister) whenever he/she deems necessary to discuss specialized issues.

20

VIETNAM | 20

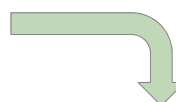
## History of CSIMC

○ Japanese medical insurance system was established in 1927 and medical fee has been fixed by the Government up to now.

However, when the Health Insurance Law was introduced the medical fee was defined under the agreement between insurers and service providers.

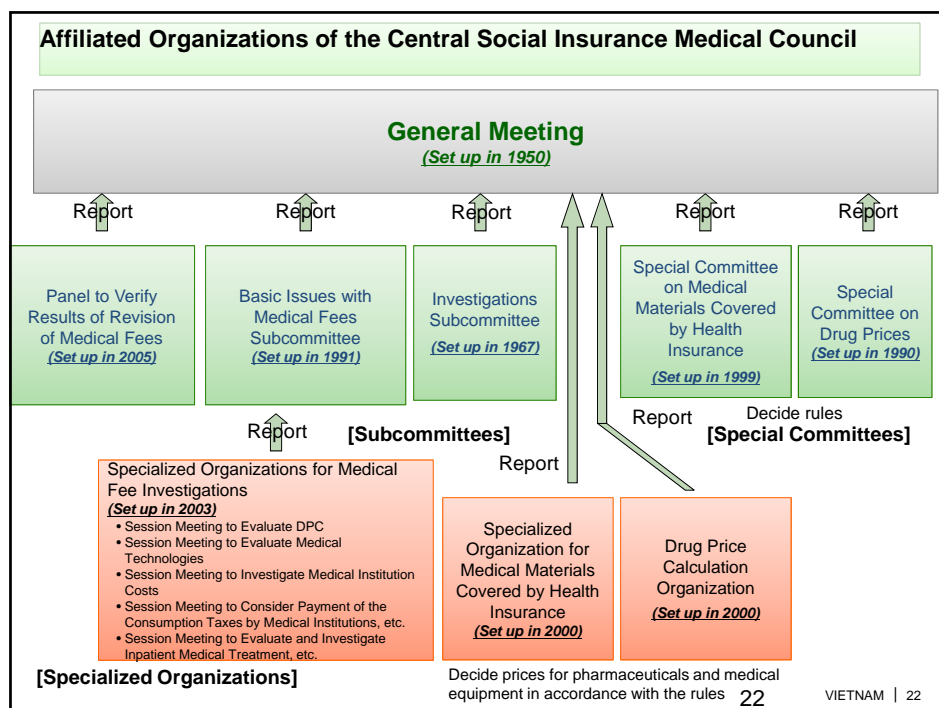
○ In 1943, the system was changed that Japan Medical Institution, Federation of Health Insurance Association and National Health Insurance Association discuss about the fee and Minister of Health and Welfare approves the fee, and in 1944 the system again transformed to 'Social Insurance Medical Fee formulation Council' by adding academic experts.

○ And further, in 1950 Central Social Insurance Medical Fee Council was established by merging 'Social Insurance Medical Care Council' which is a advisory and supervisory body in health insurance treatment and 'Social insurance Medical fee formulation Council'.



Although CSIMEC was created, there was no clear calculation rules, and therefore actual revision policy was determined by representatives of interested groups such as Japan Medical Association. For this reason, revision rate was decided by the discussion among MPs associated with Health and Welfare groups for a while.

VIETNAM | 21



## Surveys/Investigations Contributing to the Revision of Medical Fees

Controlling/conducting entities	Description of survey/investigation	Outline
Statistics and Information Department	Survey of Medical Care Activities in Public Health Insurance	Survey on the times, points, etc. of medical care activities
Medical Economics Division, Health Insurance Bureau/prefectural health, labor and welfare bureau	Report on notifications of health care facility standards	Status of notifications of health care facility standards subject to medical fee items
Panel to Verify Results of Revision of Medical Fees, CSIMC/Medical Economics Division, Health Insurance Bureau	Investigations by the Panel	Investigations into the items that were decided by the CSIMC to be verified at the time of the revision of medical fees
CSIMC/Medical Economics Division, Health Insurance Bureau	Survey on Economic Conditions in Health Care (Survey on Health Care Facilities)	Survey on how medical institutions are actually managed
Medical Economics Division, Health Insurance Bureau	DPC (diagnostic procedure combination) data	Medical practice data when DPC is used
General Affairs Division, Health Insurance Bureau	National Database	All data on medical care activities in electronic receipts
Economic Affairs Division, Health Policy Bureau	Survey on prevailing prices for drugs and medical materials	Prices at which medical institutions actually purchase drugs and medical materials
Actuarial Research Division, Health Insurance Bureau	Survey on the trend of medical care expenditures	Whole medical care expenditures computed from receipts



## Survey of Medical Care Activities in Public Health Insurance

### 1. Purpose of the Survey

The purpose of the survey is to obtain fundamental materials necessary for the medical insurance administration by clarifying the **details of medical care activities, conditions of injuries and diseases**, details of pharmacy dispensing, and status of use of drugs, all involving recipients of medical benefits under the national health insurance coverages.

### 2. Subjects of the Survey

The survey covered the health insurance claims of medical/dental fees and dispensing fees under the health insurance systems submitted by health insurance-covered medical institutions and pharmacies across the country to, and assessed and approved by prefectural branches of the Health Insurance Claims Review & Reimbursement Services and the Federations of National Health Insurance Organizations. For medical hospitals, medical clinics, dental clinics and health insurance-covered pharmacies, the subjects of the survey were all health insurance claims of medical/dental fees and dispensing fees stored in the NDB (National Database of Health Insurance Claim Information and Specified Medical Checkups). For dental clinics, the objects of the survey were the health insurance claims of dental fees (including those stored in the NDB) which were extracted using a two-stage stratified random sampling with insured medical care institutions covered as the primary sampling unit out of the whole insured medical care institutions, and health insurance claims of dental fees as the secondary sampling unit.

### 3. Survey Items

Health insurance claims of medical/dental fees: Age, name of disease, actual number of days of medical care, points and times by medical care activity, and use of drugs (name and dose of drug, etc.), etc.  
Health insurance claims of dispensing fees: Age, number of prescriptions accepted, points and times by dispensing activity, and use of drugs (name and dose of drugs, etc.), etc.

### 4. Survey Period: Assessed in June each year

### 5. Survey Method

Conducted by the prefectural branches of the Health Insurance Claims Review & Reimbursement Services and the Federations of National Health Insurance Organizations by extracting claims from the health insurance claims of health insurance-covered medical institutions using a sampling rate prescribed separately, and sending copies of the extracted claims to the Ministry of Health, Labour and Welfare.  
Tabulated claims of medical/dental fees and dispensing fees from the NDB.

## Status of Notifications of Major Health Care Facility Standards

- The following summarizes the status of notifications by major medical institutions required to notify their health care facility standards for the purpose of calculating medical fees as of July 1 each year.
- The Medical Economics Division compiled the data submitted to the prefectural health, labor and welfare bureau by medical institutions.

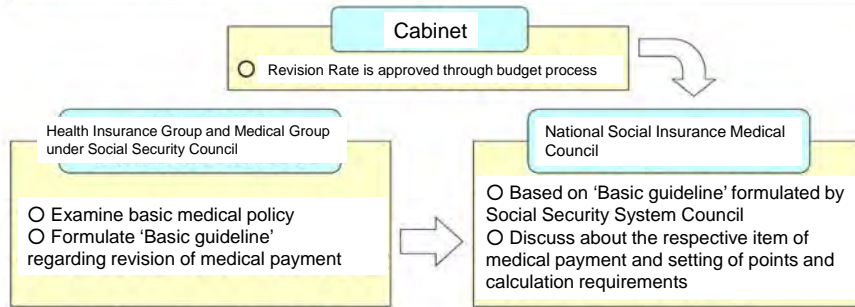
Example: Status of notification of the basic fees for hospitalization

	Summary of the Health Care Facility Standards	Number of the Medical Institutions that Submitted the Notifications (Upper column: Number of medical institutions/Middle column: Number of hospital wards/Lower column: Number of hospital beds)		
		2007	2008	2009
Basic fees for hospitalization in general ward	• Real nurse assignment and nurse-to-patient staffing ratios in the general wards are divided from 7:1 to 15:1, depending on average number of hospitalization days	5,534 16,038 715,413	5,437 15,207 700,358	5,425 14,989 690,884
Basic fees for hospitalization in long-term care ward	• Divided depending on the medical care or other category in the long-term care wards	3,708 5,749 209,968	3,650 4,992 211,592	3,560 4,933 212,638
Basic fees for hospitalization in tuberculosis ward	• Real nurse assignment and nurse-to-patient staffing ratios in the tuberculosis wards are divided from 7:1 to 20:1, depending on average number of hospitalization days	236 265 9,220	225 240 8,177	205 232 7,850
Basic fees for hospitalization in psychiatric ward	• Real nurse assignment and nurse-to-patient staffing ratios in the psychiatric wards are divided from 10:1 to 20:1, depending on average number of hospitalization day	1,381 3,600 197,812	1,335 3,362 188,796	1,344 3,289 184,873

### Flow of Medical Fee Revision Process

Revision of medical fee is based on the following guidelines:

1. Through the budget formulation process, the revision rate approved by the Cabinet as the pre-condition,
2. Based on 'Basic Guideline' formulated by Health Insurance Group and Medical Group under Social Security System Council
3. National Social Insurance Medical Council conducts examination of setting of concrete medical payment points

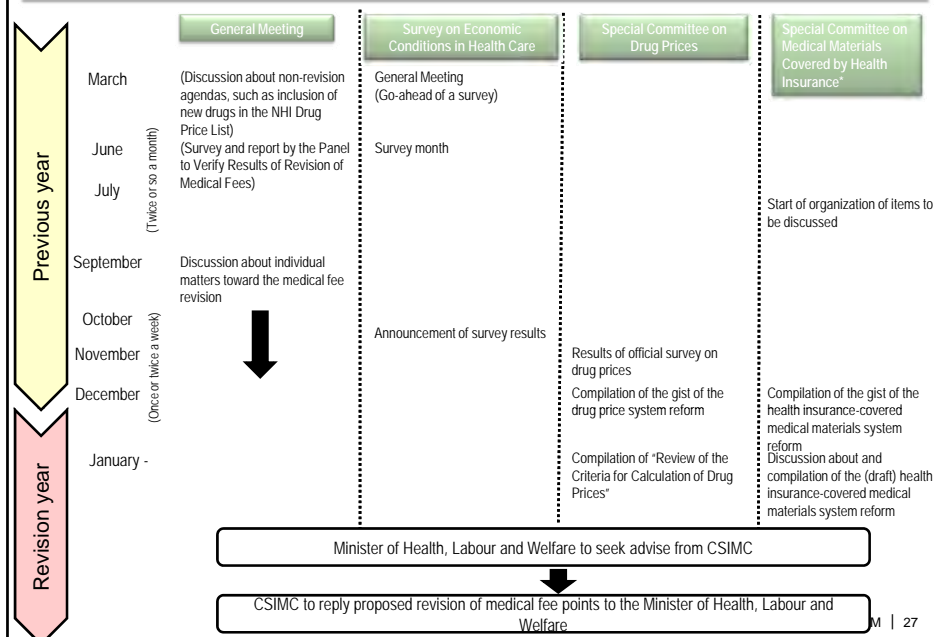


Members of National Social Insurance Medical Council

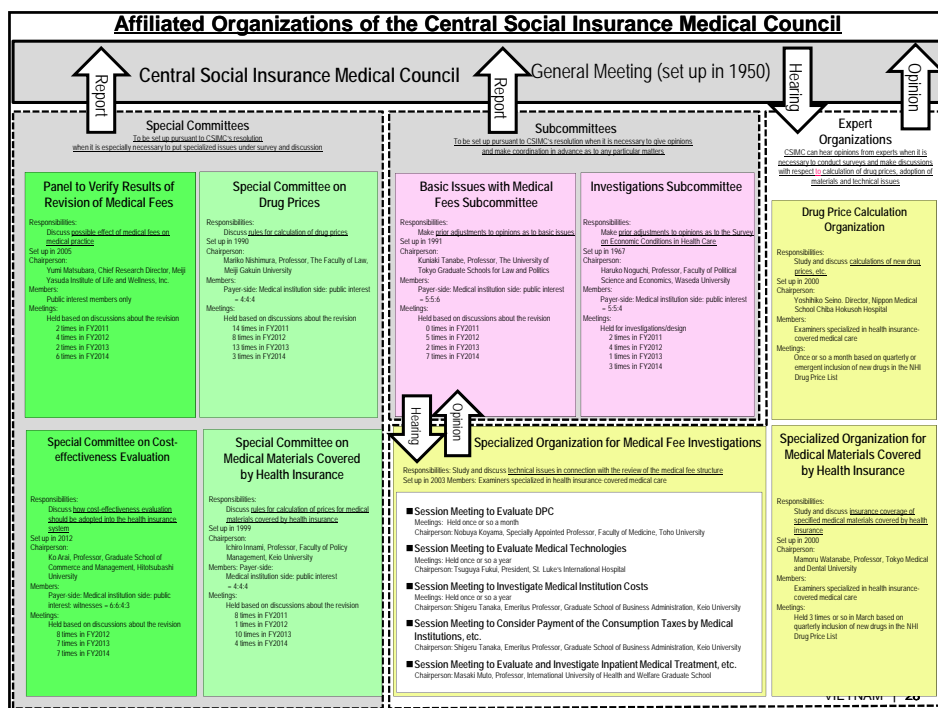
- ① 7 Members from payment side (representatives of insurers and the insured)
- ② 7 Members from medical institutions (representatives of doctors, dentists and pharmacists)
- ③ 3 Member from public (need to be approved by the Parliament)

ITNAM | 26

### Major Schedule for Medical Fee Revision



M | 27



## Councils, Advisory Groups and Study Groups (Ministry of Health, Labour and Welfare)

- ◆ **Social Security Council**
  - Medical Sub-group
  - Statistics Sub-group
  - Long-term Care Benefit Su-group
  - Welfare Group
  - Social Assistance Group
  - Population Group
  - Health Insurance Group
  - Health Insurance Sub-group (Massage, Acupuncture, etc)
  - Child-Affairs Group (many sub-groups)
  - Medical Care Group
  - Pension Actuary Group
  - Pension Group (many sub-group)
  - Corporate Pension Group
  - Working Group on Short-term Workers
  - Group on the Disabled
  - Long-term care Group
  - Working group on fewer birth rate (several groups)
  - Working group for elderly aged over 75
  - and more.....

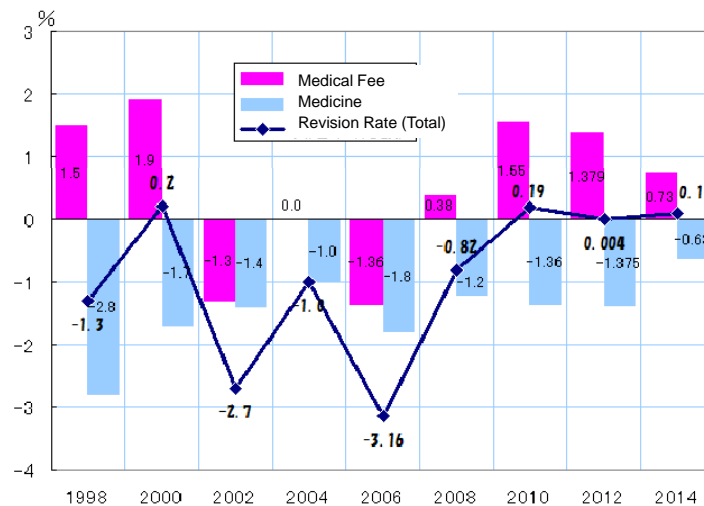
### Factor Analysis on increase of medical cost (very summarized example)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Increase rate of Medical Cost ①	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.8%
Revision of Medical Fee②	-0.82%		0.19%		0.004%		<b>0.10%</b>
Population increase rate ③	-0.1%	-0.1%	0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%
Impact from Ageing ④	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%
Others (①-②-③-④) -Higher Medical tech. -Burden on Patients	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.6%

MHLW analyze that approx. 1.6% of medical cost increased due to ageing related indicators.

VIETNAM | 30

Transition of medical fee revision rate



Source: Sankei and Mainichi Newspapers

VIETNAM | 31

## BASIC CONCEPT OF MEDICAL FEE SCHEDULE AND ITS POLICY USE

TADAYUKI TANIMURA, HEALTH POLICY BUREAU, MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE, JAPAN



## BASIC CONCEPT ON MEDICAL SERVICES IN THE PUBLIC HEALTH INSURANCE

- Medical service coverage and prices are determined by Health Minister based on the report by Central Social Medical Insurance Council (CSMIC)
  - **Service coverage** by insurance **need to be deliberated and optimized** as the public health insurance system is sustained using national budget and premium as financial resources.
  - **Efficacy and safety** of medical services provided **need to be assured** as they may directly affect patients' lives. However, there is limitations for patients to judging what medical services to take by themselves as medical services contain highly specialized ones.
  - The CSMIC is the place where service coverage and prices are deliberated

Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan



## CHARACTERISTICS AND FUNCTIONS OF MEDICAL FEE SCHEDULE

- CHARACTERISTICS
  - To determine service coverage (contents) by insurance
  - To determine the price of services
- FUNCTIONS
  - The income source for clinics and hospitals
  - The incentive for behaviors of healthcare providers

Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan



## EXAMPLE OF INCENTIVE 1 : PROMOTING GENERIC DRUG USE

- Low rate of generic drug use in Japan
- Goal : 80% of share in the end of 2020
- Incentive for hospitals and pharmacies to prescribing generic drugs, with other supportive policies
  - Incentive for hospitals according to rates of generic use
  - Incentive for pharmacies that achieve certain target rate

Rates of generic drug use (2013.10-2014.9)

Japan	US	Germany	UK	Italy	France	Spain
49%	92%	83%	73%	57%	64%	65%

Rate of generic drug use in Japan

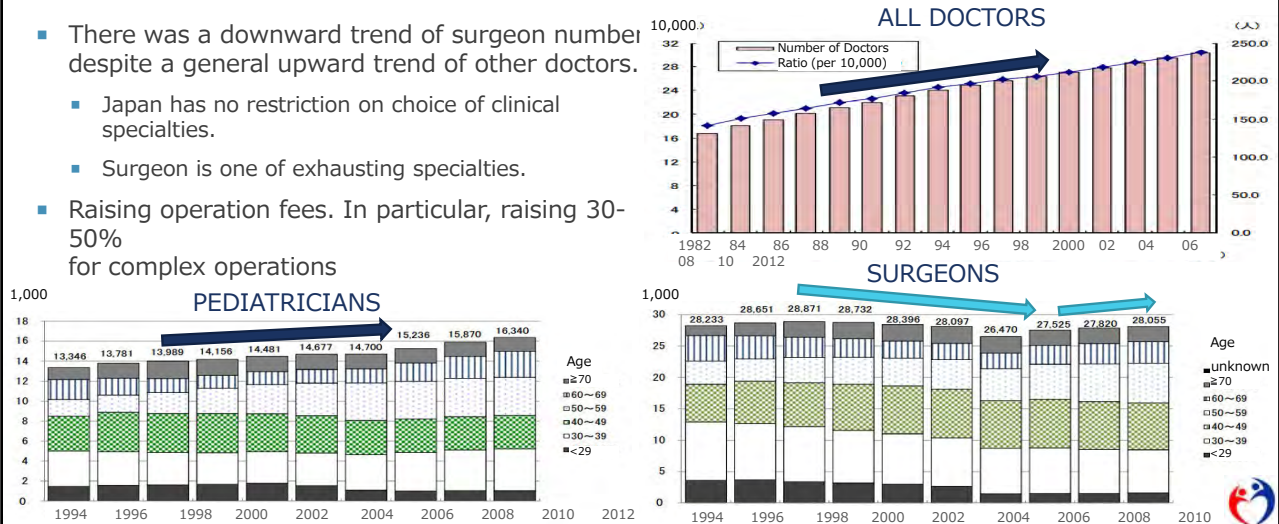


Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan



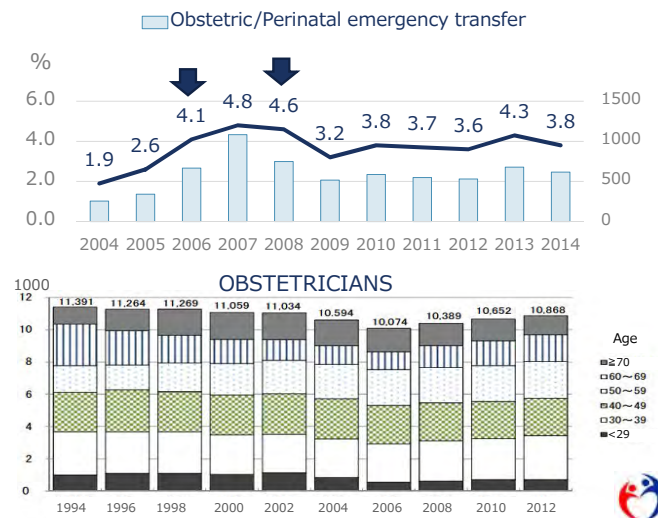
## EXAMPLE OF INCENTIVE 2 : RESPONSE TO SURGEON REDUCTION

- There was a downward trend of surgeon number despite a general upward trend of other doctors.
  - Japan has no restriction on choice of clinical specialties.
  - Surgeon is one of exhausting specialties.
- Raising operation fees. In particular, raising 30-50% for complex operations



## EXAMPLE OF INCENTIVE 3 : STRENGTHENING PERINATAL CARE CAPACITY

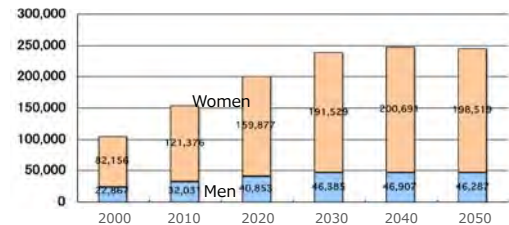
- Cases of declining requests of obstetric/perinatal emergency transfer were recognized as social problem around 2006 and 2007. These were mainly due to cases being beyond physical or technical capacity.
- The following incentives were newly established:
  - Incentive for taking care of high-risk pregnancies in 2006
  - Incentive for accepting perinatal emergency cases in 2008
  - Raising the medical fee for NICU (neonatal intensive care unit) in 2008
- Emergency transfer rules at prefectural level were developed around 2010



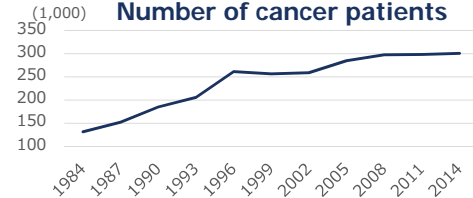
## EXAMPLE OF INCENTIVE 4 : STRENGTHENING REFERRAL SYSTEM

- Patients tend to gather at large/tertiary/advanced hospitals due to free access or their function of acute-phase care. Functional differentiation, particularly reverse referral(smooth discharge), is being promoted to utilize hospitals efficiently.
- The incentives and disincentive for its purpose are:
  - Incentive for following clinical pathways(process maps) such as for femoral neck fracture, brain attack or cancer treatment.
  - Incentive for high reverse referral rate at local-government-designated hospitals
  - Incentive for coordination of discharge/charging hospitals
  - Extra fee for going large hospitals without referral etc.

Projected number of patients of femoral neck fracture



Number of cancer patients





**添付 3： 本邦招聘实施概要**

### 3-1: Program of Study Tour in Japan

Date	Time	Activities
2016/5/15	-	Arrive in Tokyo
	17 :30-18 :30	<b><u>Orientation</u></b> Survey Team explained the following points. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectives of Study Tour program</li> <li>• Contents to be learned</li> <li>• Requirement for participants</li> <li>• Presentation in the final session of the program</li> <li>• Logistic guide</li> </ul>
2016/5/16	9 :30-10 :00	<b><u>Courtesy Call in JICA</u></b> Participants visited JICA and to exchange greetings. Participants from JICA : Health Development Department -Mr. Watanabe, Mr. Yoshida, Ms. Nishimura, Ms. Sakurai, Mr. Ushio Southeast Asia and Pacific Department- Ms. Yamazaki
	10 :10-12 :10	<b><u>Lecture by Prof. Hiroi from Kyoto University</u></b> Prof. Hiroi had the lecture about introduction of social security and medical insurance. The points of lecture are as below: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Points of Social Security</li> <li>• Characteristic of Social Security in Japan</li> <li>• Characteristic of Medical Insurance in Japan</li> <li>• History of Social Security and Medical Insurance in Japan</li> <li>• Problem to be solved</li> </ul>
	13 :30-16 :00	<b><u>Lecture by the Ministry of Health, Labour and Welfare</u></b> Dr. Tanimura explained the health system and health insurance system in Japan. The points of lecture are as below: <ul style="list-style-type: none"> <li>• History of medical insurance system</li> <li>• Outline and characteristics of the system</li> <li>• Challenges of the present system and possible policy interventions toward improvement</li> <li>• Lessons learned</li> <li>• Medical service chain</li> <li>• Realignment with private insurance</li> </ul>
2016/5/17	10 :00-11 :30	<b><u>Lecture by the Health Insurance Claim Review and Reimbursement Services</u></b> Participants visited the Health Insurance Claims Review and Reimbursement Services and had a section regarding the followings. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medical service fee in Japan</li> <li>• Position and Structure of Health Insurance Claims Review and Reimbursement Services</li> <li>• Digitization of Medical Fee Claims</li> <li>• Review of Electronic Medical Fee Claims</li> </ul>
	13 :30-16 :00	<b><u>Lecture by the Ministry of Health, Labour, and Welfare</u></b> Dr. Tanimura gave the lecture about payment system of medical insurance and the central social insurance medical council in Japan. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Outline of medical payment system</li> <li>• History and characteristic of medical payment system</li> <li>• Management of advanced medical treatment</li> <li>• History of central social insurance medical council</li> <li>• Procedures on revising price of medical payment</li> </ul>
2016/5/18	10 :00-12 :00	<b><u>Lecture by the Japan Health Insurance Association</u></b> Participants visited the Japan Health Insurance Association and had a section regarding the followings. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Outline and role of the Association</li> <li>• Financial situation of the Association</li> <li>• Efforts of Medical care expenditure regulation</li> </ul>
	13 :30-15 :30	<b><u>Lecture by the Health Insurance Society</u></b> Participants had a section by the Health Insurance Society regarding the followings. <ul style="list-style-type: none"> <li>• History of the public health insurance for the whole nation</li> </ul>

Date	Time	Activities
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situation of medical insurance system</li> <li>• Outlin and role of Health Insurance Society</li> <li>• Finacial condition and problems of Health Insurance Society</li> <li>• Activities of Health Insurance Society</li> </ul>
2016/5/19	9 :30-11 :30	Transfer (Tokyo – Sakudaira)
	13 :30-16 :00	<b><u>Lecture by Saku City</u></b> 1. Activities of health care <ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduction of Saku city</li> <li>• Health life expectancy in Saku city</li> <li>• Development of health activities</li> <li>• Challenges and activities on promotion of admission to health insurance and imposition</li> </ul> 2. National health insurance service in Saku City <ul style="list-style-type: none"> <li>• Financial condition</li> </ul>
2016/5/20	9 :30-11 :30	<b><u>Lecture by Saku Central Hospital</u></b> 1. Lecture by Dr. Izawa <ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduction of Saku Central Hospital</li> <li>• History of health care in Saku area</li> </ul> 2. Lecture about medical IT system in Saku Central Hospital <ul style="list-style-type: none"> <li>• How to claim for medical fee</li> </ul>
	13 :00-14 :50	<b><u>Lecture by Sakuho Town</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intoroduction of Sakuho Town</li> <li>• History and outline of health activities for decreasing medical care expenditure</li> </ul>
	15 :30-17 :00	<b><u>Lecture and Site Visit to Kitaaike Village Clinic</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Health care activities and management by Dr. Matsuhashi</li> <li>• Condition of Kitaaike Village</li> </ul>
2016/5/21	10 :00-12 :00	Transfer (Sakudaira – Tokyo)
2016/5/22	-	Preparation of groupe presertation
2016/5/23	9 :30-12 :30	<b><u>Lecture by Prof. Shimazaki from National Graduate Institute for Porlicy Studies</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Characteristic of public health insurance for the whole nation and the way to achive UHC</li> <li>• Explanation of essence and process of public health insurance for the whole nation in Japan</li> <li>• Political implication of public health insurance for the whole nation in Japan</li> </ul>
	13 :30-16 :30	<b><u>Wrap up session of training</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentations</li> </ul>
2016/5/24	-	Departure for Hanoi

**3-2: The List of Participants of Study Tour in Japan**

<b>No.</b>	<b>Name</b>	<b>Title</b>
1	Mr. CAO Ngoc Anh	Head of Provider payment method management Division, DPF, MoH
2	Mr. THAM Chi Dung	Deputy head of Provider payment method management Division, DPF, MoH
3	Ms. PHAM Thi Minh Nga	Deputy head of State financing, DPF, MoH
4	Mr. DANG Trung Ha	Officer, Provider payment method management Division, DPF, MoH
5	Ms. NGUYEN Sao Mai	Officer, Provider payment method management Division, DPF, MoH
6	Mr. DANG Hong Nam	Deputy head of Health insurance Department, MoH
7	Mr. LUONG Bao Khanh	Administration of Medical Service Management, MoH
8	Ms. PHAM Hong Thuy	Vietnam Administration of HIV/AIDS Control, MoH
9	Ms. NGUYEN Thi Thanh Ha	Department of Health insurance policy, Vietnam Social Security
10	Ms. NGUYEN Thi Huong	Vice Head, Department of Price Management, Ministry of Finance
11	Ms. HOANG Thu Thuy	Deputy head of Public health Department, Health Strategy and Policy Institute
12	Ms. LUU Thi Lien	Deputy manager of Department of Health in Hanoi
13	Ms. NGUYEN Thi Thu Ha	Deputy head of Finance and Accounting Unit, Department of Health in Hoa Binh province
14	Mr. DINH Ha Nam	Deputy manager of Department of Health in Gia Lai province

### **3-3: Template of Report on Training in Japan**

(Tokyo and Saku, 15-24 May 2016)

Name:

Organization:

Position:

Email (in block letter)

1. Training Schedule

2. List of Persons met

3. Information you obtained from each organization

(1) Ministry of Health, Labour and Welfare

(2) National Federation of Health Insurance Societies

(3) Health Insurance Claims Review & Reimbursement Services

(4) Japan Health Insurance Association

(5) Saku City

(6) Sakuho Town

(7) Saku Central Hospital

(8) Kitaaike Village Clinic

(9) Professor Yoshinori Hiroi, Kyoto University

(10) Professor Kenji Shimazaki, GRIPS

4. Your objectives before the participating of the training

5. How much have you achieved your objectives through the training program?

6. What have you studied from the Medical Insurance System in Japan?

7. Are there any points which may be introduced to the Health Insurance System in Viet Nam?

8. Are there any points which will not be introduced to the Health Insurance System in Viet Nam?

9. Overall evaluation of the training program

10. Additional questions or requests if any (to be answered)

### 3-4: Photos of Study Tour in Japan



Orientation on May 15



Courtesy Call on JICA on May 16



Lecture by Prof Hiroi on May 16



Lecture by Dr. Tanimura from Ministry of Health, Labour and Welfare on May 16



Lecture by Review System of Medical Fee Claims in Japanese Health Insurance on May 17



Lecture by Review System of Medical Fee Claims in Japanese Health Insurance on May 17



Lecture by Japan Health Insurance Association Head Office on May 18



Lecture by National Federation of Health Insurance Societies on May 18





Lecture by Saku City on May 19



Lecture by Dr. Izawa from Saku Central Hospital on May 20



Visit the reception of Saku Central Hospital on May 20



Lecture by Sakuho Town on May 20



Visit Kitaaiki village clinic on May 20



Lecture by Prof. Shimazaki from National Graduate Institute for Policy Studies on May 23



Presentation in Lap Up Session on May 23



Lap Up Session on May 23

### 3-5: Itinerary and Participants of Study Tour in Japan on Health Insurance Claims Review & Reimbursement Services

Date	Itinerary
Tue, 22 Nov.	Arrive in Tokyo
	JICA Headquarters
	Ministry of Health, Labour and Welfare
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Overview of medical security system and insured medical services in Japan</li> <li>Overview of medical fee claim, examination and payment flow, and prevention and measurements against illegal and improper claims</li> <li>Overview of revising of medical fee schedule</li> <li>Overview, roles and responsibility of the Central Social and Medical Insurance Committee</li> </ul>
Wed, 23 Nov.	Health Insurance Claims Review & Reimbursement Services (HICRRS), Headquarters
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Overview and mission of HICRRS</li> <li>Overview of claim examination and IT</li> <li>Measurements for illegal and improper claims</li> </ul>
	HICRRS, Tokyo Brunch
Thu, 24 Nov.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examples of claim examination</li> </ul>
	All-Japan Federation of National Health Insurance Organizations (NHIO)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Overview and mission of NIHO</li> <li>Overview of claim examination and IT</li> <li>Measurements for illegal and improper claims</li> </ul>
Fri, 25 Nov.	IT company
Sat, 26 Nov.	Reporting
Sun, 27 Nov.	Leave for Hanoi

No	Name	Position	Organization
1	Mr. Pham Luong Son	Deputy Director General	Vietnam Social Security (VSS)
2	Mr. Le Hong Huyen	Director of Social Department	Central Economics Commission
3	Mr. Đặng Nguyen Binh	Deputy Director of Department IV	Central Organization Commission
4	Mr. Trần Đức Long	Director	Inspection and Auditing Department, VSS
5	Mr. Do Van Khoan	Director	Northern Center for Medical Review and Tertiary Care Payment, VSS
6	Mr. Nguyễn Kim Chiến	Staff	Information Technology Center, VSS
7	Mr. Le Xuan Ky	Deputy Director	Organization and Personnel Department, VSS
8	Mr. Duong Tuan Duc	Deputy Director	Health Insurance Implementation Department
9	Ms. Dang Thi Thanh Ha	Deputy Director	Ninh Binh Social Security Office
10	Trần Thị Thu Trà	Deputy Director	International Cooperation Department, VSS
10	Mr. Lê Nguyên Bồng	Deputy Director	Information Technology Center, VSS
12	Ms. Nguyen Thi Thu Trang	Staff	Project Management and General Affairs Division, International Cooperation Department, VSS

## 添付 4: 改定健康保険法の概要

Ar.	25/2008/QH12	Points of Amendment in 46/2014/QH13
1	Governing Scope and Subjects of Application	-
2	Interpretation of Terms	<ul style="list-style-type: none"> <li>Health Insurance is a compulsory scheme implemented by the State for non-profit purposes.</li> <li>All household members included in the family registers or temporary residence book shall be insured.</li> <li>“Basic health service package (BHSP) covered by health insurance fund” is added.</li> </ul>
3	Health Insurance Principles	<ul style="list-style-type: none"> <li>It is clearly specified that the basis of premium are monthly salaries, retirement pensions, allowance, or base salaries.</li> <li>The benefit levels depend on groups of the insured and the period of premium payment, in addition to seriousness of sickness.</li> </ul>
4	State Policies on Health Insurance	-
5	State Management Agencies in charge of Health Insurance	-
6	The Ministry of Health’s Responsibilities for Health Insurance	<ul style="list-style-type: none"> <li>MOH shall promulgate regulations on technical procedures and guidance of medical examination, treatment and referral, in addition to formulating policies and laws, organizing service providing systems.</li> <li>Also, MOH shall promulgate BHSP covered by health insurance fund.</li> </ul>
7	The Finance Ministry’s Responsibilities for Health Insurance	<p>Responsibilities of MOLISA, MOET, MOND and MOPS are added to instruct and determination and administration of the insured.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>MOLISA (Ministry of Labor, War Invalids and Social Affairs) shall take care of the following insured groups; persons with meritorious services and war veterans and their family as well as their relatives, children under 6, pensioners of social protection pensions, and the poor and groups in socio-economic difficulties.</li> <li>MOET (Ministry of Education and Training) shall take care of students and foreign student granted by the Vietnam Government. Also, MOET shall provide primary health care in the school in cooperation with MOH.</li> <li>Ministry of National Defense (MOND) and Ministry of Public Security (MOPS) shall take care of commissioned officers, soldiers, police officers, police students, public security officers, as well as their relatives. Also, those shall cooperate for contracting between the medical facilities under those jurisdiction and VSS.</li> </ul>
8	Responsibilities of People’s Committees at All Levels for Health Insurance	<ul style="list-style-type: none"> <li>The People’s Committee from central to provincial levels shall be responsible for instructing of the local SS and administration on the use of annual surplus of the health insurance fund.</li> <li>The People’s Committee of communes, wards and towns shall prepare the list of target groups except the employees, persons with meritorious services and war veterans, and students. Also, it shall request health insurance card and birth certificate for the children under 6.</li> </ul>



Ar.	25/2008/QH12	Points of Amendment in 46/2014/QH13
9	Health Insurance Institutions	-
10	Audit of the Health Insurance Fund	-
11	Prohibited Acts	-
12	The Insured	See the table below.
13	Health Insurance Premium Rates and Responsibilities to Pay Health Insurance Premium	See the table below.
14	Salaries, Remuneration, Allowances Serving as a Basis for Health Insurance Premium Payment	The monthly salary as a basis of the premium amount shall not exceed 20 times of the minimum wage.
15	Method of Payment of Health Insurance Premium	See the table below.
16	Health Insurance Card	<p>The effective dates are clearly determined.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Upon the first payment</li> <li>• New card: upon the expiry of the pervious health insurance</li> <li>• When the premium was not paid for more than 3 months in a year, 30 days after resume the payment.</li> <li>• When a preschool child become 6 before his/her school year, it is effective until 30 September in such year.</li> <li>• The health insurance organization shall provide the sample of health insurance card after reaching consensus of MOH.</li> </ul>
17	Grant of Health Insurance Cards	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsibility to identify people to be insured is clearly mentioned. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Employees – employers</li> <li>➤ Students and foreign students granted by the State – Education/Training institutions under MOE.</li> <li>➤ Officers under MOND/MOPS – MOND/ MOPS</li> <li>➤ The others – the People’s committee at commune level</li> </ul> </li> <li>• The health insurance organizations shall issue the cards within 10 working days after receipt of the completed applications.</li> </ul>
18	Re-grant of Health Insurance Cards	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The insured shall be eligible during the re-issuance process.</li> <li>• The fees for the re-issuance shall be prescribed by MOF (Ministry of Finance), not MOH.</li> <li>• The fees shall not be required when the re-issuance is caused by failure of the social insurance organizations.</li> </ul>
19	Exchange of Health Insurance Cards	-

Ar.	25/2008/QH12	Points of Amendment in 46/2014/QH13
20	Revocation, Seizure of Health Insurance Cards	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concurrent issuance shall also be revoked.</li> </ul>
21	Scope of Health insurance Benefits	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medical examinations for early detection of some diseases were annulled.</li> <li>• The Minister of Health shall be responsible for providing list of medical services, drugs and supplies to be covered by health insurance, and scope of benefits.</li> </ul>
22	Levels of Health Insurance Benefits	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benefit levels are concretely determined. See the table below for the level for each group.</li> <li>• 100% shall be covered in CHS within the prescribed amount by the Government.6 times of minimum wage at the registered hospital.</li> <li>• 100% shall be covered for the insured who had paid premium at least 5 years and spend more than</li> <li>• The benefit levels in non-registered health facilities without official procedures are as follows: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Central hospital: 40% of inpatient treatment costs</li> <li>➤ Provincial hospital: 60% of inpatient treatment costs until 31 Dec. 2020; 100% from 01 Jan. 2021.</li> <li>➤ District hospital: 70% of examination and treatment costs until 31 Dec. 2015; 100% from 01 Jan. 2016.</li> </ul> </li> <li>• District and commune levels are free-access within the province from 01 Jan. 2016.</li> <li>• Provincial level is free-access within the nation from 01 Jan. 2021.</li> </ul>
23	Cases not eligible for Health Insurance Benefits	Suicide, poisoning, visual disturbance of children, and are covered by health insurance.
24	Health insurance-covered Medical Care Providers	Private providers could be covered medical facilities when those contract with the health insurance organizations.
25	Contracts on Health Insurance-covered Medical Care	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concrete criteria are set to be a covered medical facility.</li> <li>• MOH shall cooperate with MOF to provide a sample contract.</li> </ul>
26	Registration for Health Insurance-covered Medical Care services	-
27	Treatment-line Transfer	-
28	Procedures for Health Insurance-covered Medical Care	-
29	Health Insurance Assessment	-
30	Methods of Payment of Costs of Insured Medical Care	Explanation of capitation is modified.

Ar.	25/2008/QH12	Points of Amendment in 46/2014/QH13
31	Payment of Costs of Health Insurance-covered Medical Care	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conditions for direct reimbursement for the insured are modified. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Use a non-covered medical facility</li> <li>➤ The process is failed to the regulation.</li> <li>➤ Other special cases prescribed by MOH</li> </ul> </li> <li>• MOH and MOH shall regulate unified medical service fees covered by health insurance for each level.</li> </ul>
32	Advancement, Payment, Settlement of Costs of Health Insurance-covered Medical Care	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The health insurance organization shall make advance payment of 80% of the settled amount of the previous quarter within 5 working days from the receipt of the financial statement.</li> <li>• The initial advance payment shall be made 80% of estimated amount by the health insurance organization.</li> <li>• When the quarterly claim amount exceeds the budget, the medical facility shall send a report to VSS.</li> <li>• Health facilities shall submit monthly claim by 15 of next month, quarterly financial statement by 15 of the first month of next quarter.</li> <li>• The health insurance organizations shall notify the verification result within 30 days from the receipt of the quarterly financial statement, and make payment within 10 days from the notification.</li> <li>• Annual accounting report and handling of surplus shall be made by 10 Jan. every year.</li> <li>• The direct payment to the insurer shall be made within 40 days from the receipt of the request.</li> </ul>
33	Sources for Setting Up the Health Insurance Fund	-
34	Management of the Health Insurance Fund	Management mechanism is not clearly mentioned. The Vietnam Social Insurance Management Board shall administer the health insurance fund.
35	Use of the Health Insurance Fund	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allocation and use of the health insurance fund are defined with figures. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 90% of premium – medical examination and treatment</li> <li>➤ 10% of premium – administration cost and reserve fund (at least 0.05%)</li> </ul> </li> <li>• Contingency shall be allocated according to the decision of the board.</li> <li>• Surplus at provincial level until 31 Dec. 2020 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 80% shall be allocated to reserve fund. It shall be allocated within 12 months from the VSS's auditing of the financial statement.</li> <li>➤ 20% shall be allocated according to priority: to expand services for the poor and socially vulnerable such as improvement of district hospitals.</li> <li>➤ The allocation of the above 20% shall be made upon approval of VSS within a month from the auditing.</li> </ul> </li> <li>• From 01 Jan. 2021, the 20% shall be allocated to the reserve fund.</li> <li>• The annual deficit shall be made up by the reserve fund of VSS.</li> </ul>

Ar.	25/2008/QH12	Points of Amendment in 46/2014/QH13
36	Rights of the Insured	The insurers can choose any health insurance organizations to pay premium and any covered medical providers.
37	Responsibilities of the Insured	-
38	Rights of Organizations and Individuals Paying Health Insurance Premiums	-
39	Responsibilities of Organizations and Individuals Paying Health Insurance Premiums	-
40	Rights of Health Insurance Institutions	-
41	Responsibilities of Health Insurance Institutions	More concretely defined such as promotion of subscription and premium payment, management of the insured, and store and manage the data (i.e., use of IT, development of database).
42	Rights of Health Insurance-covered Medical Care Providers	More concretely defined such as providing medical record to the health insurance organizations, maintain validity and accuracy of the data, and providing medical certificate to the insured.
43	Responsibilities of Health Insurance-covered Medical Care Providers	-
44	Rights of Organizations Representing Employees and Those Representing Employers	-
45	Duties of Organizations Representing Employees and Those Representing Employers	More concretely defined responsibilities of the representatives of employers and employees to supervise the implementation of the law.
46	Health Insurance Inspectorate	-
47	Complaint, Denunciation on Health Insurance	-
48	Health Insurance Disputes	-
49	Handling of Violations	More concretely defined “violation” and the case of employers who fail to their duties is added The unpaid premiums and the interests shall be paid in twice of the amount. When it is still not paid, the State Treasuries shall deduct from its deposit account.

<b>Ar.</b>	<b>25/2008/QH12</b>	<b>Points of Amendment in 46/2014/QH13</b>
50	Transitional Provisions	-
51	Effect	-
52	Implementation Detailing and Guidance	-

Article 12 (Eligibility), Article 13 (Premium Rate), Article 15 (Premium Payment), Article 22 (Level of Benefit)

Source of Premium	Sub-Group <sup>1</sup>	Resp.	Premium		Benefit Level
			Rate <sup>2</sup>	Method	
Employers and employees	<ul style="list-style-type: none"> <li>Employees indefinite or at least 3-month full-time contracts</li> <li>Salaried business</li> <li>Managers</li> <li>Officials and civil servants</li> </ul>		6% of monthly salary (4% - employers, 2% - employees)	Monthly	80%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Part-time officers in communes, wards and towns</li> </ul>		6% of minimum wage (4% communes/wards/towns, 2% - the officers)	Monthly	80%
Social insurance organizations	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pensioners (retirement and disability)</li> </ul>		6% of the allowance	-	95%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pensioners (worker's compensation, long-term treatment, old-age (<math>\geq 80</math>))</li> </ul>		6% of minimum wage	-	95%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Social security recipients</li> </ul>		6% of minimum wage	-	95%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unemployment insurance recipients</li> </ul>		6% of minimum wage	-	95%
State budget	<ul style="list-style-type: none"> <li>Commissioned officers, solders, police officers, public security officers, those students, and their relatives</li> </ul>	MOND /MOPS	6% of monthly salary	Quarterly	100% + health insurance fund (and state budget) for non-covered services/items
	<ul style="list-style-type: none"> <li>State pension recipients</li> </ul>	MOLISA	6% of minimum wage	Quarterly	100% + health insurance fund for non-covered services/items
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Persons meritorious services and war veterans, and families</li> </ul>	MOLISA	6% of minimum wage	Quarterly	100% + health insurance fund for non-covered services/items
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relatives of persons meritorious services and war veterans</li> </ul>	MOLISA	6% of minimum wage	Quarterly	95%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incumbent deputies of National Assembly or People's Councils at all levels</li> </ul>		6% of minimum wage	Quarterly	80%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Children under 6 (pre-school)</li> </ul>	MOLISA	6% of minimum wage	Quarterly	100% + health insurance fund for non-covered services/items
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Social protection pension recipients</li> </ul>	MOLISA	6% of minimum wage	Quarterly	100% + health insurance fund for non-covered services/items

Source of Premium	Sub-Group <sup>1</sup>	Resp.	Premium		Benefit Level
			Rate <sup>2</sup>	Method	
	• Poor household and other groups in socio-economic difficulties, islands	MOLISA	6% of minimum wage	Quarterly	100% + health insurance fund for non-covered services/items
	• Legal organ donors		6% of minimum wage	Quarterly	80%
Scholarship provider	• Foreign students granted by the state budget	MOET	6% of minimum wage	Quarterly	80%
State budget and the insurers	• Near-poor household		6% of minimum wage (partially paid by the state budget)	Quarterly (state budget)	95%
	• Students	MOET			80%
Head of household	• Other household		6% of minimum wage	Agriculture, forestry, fishery and self-enterprises – quarterly or bi-annually	80%
	• Other household members		1 - 6% of minimum wage 2 - 4.2% (70%) 3 - 3.6% (60%) 4 - 3% (50%) 5 and more - 2.4% (40%)		80%

Note:

1. When the individual is concurrently eligible more than one group, the earlier clause shall be applied. For example, a 4-year-old child living with his/her parents working in agriculture sector and not the poor, he/she are eligible as “children under 6”.
2. When an employee works for more than one employer, higher salary shall be a basis of the premium amount.