

# ドイモイ期ベトナム医療の課題

## — 医療保険の登録制度を通して —

寺本 実

二〇一三年一月二八日に第一期第六回国会で可決された二〇一三年憲法（二〇一四年一月一日発効）では、「公民は社会保障（*đảm bảo xã hội*）を保全される権利を持つ」（三四条）と定められた。

憲法で「社会保障」という文言が用いられたのは初めてのことである。ベトナム公民は社会保障を保全される権利を持つと憲法において規定したことは、国家がベトナムの人々の社会保障にコミットする

ることを公に明示したものであり、その意義は大きい。

この二〇一三年憲法の動きの背景のひとつには、二〇〇〇年代半ばから二〇一〇年にかけて、ベトナムで福祉関係法制制度の整備が進められてきたという布石があった。児童の保護・養護・教育法（二〇〇四年）、社会保障法（二〇〇六年）、医療保険法（二〇〇八年）、高齢者法（二〇〇九年）、障害者法（二〇一〇年）が相次いで国会において可決されたのである。これにより、それまで国会常務委員会が制定する法令や政府議定に基づく条例で対応されてきた各福祉分野の基本制度が、国会で制定される法に依拠して運営されることになった。このことは、当該制度の位置づけが国家のトップレベルに引き上げられたことを意味する。

本稿では、こうした動きのうち、

医療保険法に注目する。そして、患者とその家族に対する影響の大きさに鑑みて、特に医療保険参加者（被保険者）が最初に受診する医療保険診療基礎（医療保険組織と診療契約を結んだ医療機関）を登録する登録制度（以下、登録制度）を中心に考える。

それでは以下、ベトナムの医療保険法と国家診療体系について少しみた後、登録制度について考察することにした。

### ●ベトナムの医療保険法

ベトナム初の医療保険法は二〇〇八年一月一四日に第二期第四回国会で可決された（二〇〇九年七月一日発効。以下二〇〇八年医療保険法）。同医療保険法は現物給付形式を採用しており、医療保険参加者、医療保険組織、医療保険診療基礎の責任と権利、三者

間の関係等をはじめとして、ベトナムの医療保険制度の骨格を定めている。その特徴としては、(1)貧困戸に属する者に対する医療保険証の無料発行など、扶助政策としての性格を持つこと、(2)登録制度の存在、(3)国民皆保険の実現を目標としていること、などが挙げられる（詳しくは参考文献①参照）。

同医療保険法は二〇一四年の第一期第七回国会で修正・補充案が可決された（二〇一四年六月一日可決、二〇一五年一月一日発効、以下二〇一四年修正・補充法）。二〇一四年における修正・補充の主な内容としては、(1)一部医療保険参加者に対する給付率の引き上げ、(2)先述した登録制度の継承と運用面での緩和および引き締め、(3)法執行に関する規定の具体化、などが挙げられる（参考文献①）。

### ●国家診療体系

次に、ベトナムの国家診療体系についてみておきたい。

診療法（二〇〇九年）八一条二項によれば、ベトナムの国家診療体系には中央、省レベル（省・中央直轄市）、県レベル（県・郡・市社・省属市）、社レベル（社・坊・市鎮）という、ベトナムの行政級

図1 ベトナムの国家診療体系

(1)中央	
↓ 専門上の指導・補助	
(2)省レベル（省・中央直轄市）	= 63 単位
↓ 専門上の指導・補助	
(3)県レベル（県・郡・市社・省属市）	= 708 単位
↓ 専門上の指導・補助	
(4)社レベル（社・坊・市鎮）	= 11,161 単位*

(注) \*うち 11,110 (99.5%) の末端行政単位で社レベル診療所が設置されている。

(出所) 診療法（2009 年）、統計総局『2014 年統計年鑑』統計出版社、2015 年に基づき筆者作成。

に沿った四つのレベル (tuyến) がある (図1参照)。

基本的には、末端行政級である社レベルには病気の予防に重きを置き、一定の診療とともに保健活動も行う診療所 (trạm y tế) が設置される (社レベル診療所は、直接上の行政級である県レベルの医療センターに制度上は属する)。そして、県レベル以上については、専門科、手術室、臨床分析検査室などを備えた「病院」(bệnh viện) が設けられる。そして、上級の診療機関は、下級の診療機関に対して専門上の指導、補助を行う責任を持つ (同条三項) (参考文献②参照)。

たとえば、社レベル診療所に医療保険診療登録をした患者が当該診療所で診察を受け、同診療所では対応が困難だと判断された場合には、同診療所による紹介を介し、行政級に沿って県レベルの病院で診療を受けるというように、受診医療機関を移動する形が制度上は想定されている。

## ●ベトナムの医療保険法における登録制度

ここから、登録制度についてみる。ベトナム初の医療保険法であ

る二〇〇八年医療保険法では、登録制度について次のように定めている。

「医療保険参加者は、社、県もしくはこれらと同等レベルの診療基礎において、最初の医療保険診療の登録を行う権利を持つ (医療法の規定に従い、省レベルもしくは中央レベルの診療基礎に登録できる場合を除く)」(二六条一項)。

「医療保険参加者は、それぞれの四半期の最初に診療登録基礎を変更することができる」(二六条二項)。

ただし、同法四一条七項では医療保険組織が、医療保険診療基礎についての情報を医療保険参加者に提供し、最初の診療基礎を選択するために医療保険参加者を指導することが定められている。また、筆者が二〇一三～一四年にベトナム各地方の農村部を中心に行った調査では、話をうかがった貧困戸に属する人、障害者のほとんどが担当機関の指導に従って自身が暮らす社 (農村部の末端行政単位) の社レベル診療所に登録していた (参考文献①)。そのため、二六条二項が定める登録基礎の変更は、実際局面では少ないのではないかと考えられる。

二〇一四年に二〇〇八年医療保険法に修正、補充が施された際、先述の二六条、四一条七項は対象とされておらず、同登録制度はそのまま維持された。

実は、こうした登録制度は二〇〇八年医療保険法をルーツとするものではない。医療保険法が制定される前に、政府議定に基づく医療保険条例 (一九九二年、一九九八年、二〇〇五年) が存在しており、その内、一九九八年医療保険条例の段階から、登録 (đăng ký) という用語を用いて同制度に言及されていた。こうした条例時代から続く登録制度が医療保険法制定後も継承された要因としては、以下のことが考えられる。

(1) 貧困戸に属する者、障害者など、政策対象者に対する社会政策としての性格を持つこと。

(2) 前記(1)と関連するが、当局が医療に関わる地方住民の状況の把握と管理、対応策の準備のために必要だと判断したこと。

(3) ハノイやホーチミン市など大都市の一部病院に患者が集中する過重負担問題への対策として、当局が維持すべきと判断したところ。すなわち、同制度を維持することは、高度かつ安全な医療

を求めて患者が中央の大病院に殺到する状況を防ぎ、緩和するために必要だと判断したこと。

(4) 最後に、地方における医療の活性化とそのレベルの向上のためには、地方医療機関と患者を結びつける必要があること。

## ●登録制度の運用に関わる制度の変化

このように、ベトナムの医療保険法における登録制度は維持されたが、運用に関する制度については、二〇一四年の修正・補充の際、以下の修正・補充 (二二条) が行われている。

(1) 自らの判断で定められたレベルを超えて中央レベルの病院で直接受診をした場合には、入院費用 (chi phí điều trị nội trú) の四〇% (表2に示した対象者ごとに定められた通常の給付率をベースとして。以下の関連記述についても同様。詳述は避けるが、対一参加者給付率も引き上げられている) が給付される。

(2) 自らの判断で定められたレベルを超えて省レベルの病院で直接受診した場合には、二〇一四年修正・補充法発効 (二〇一五年一月一日) から二〇二〇年一二



表1 主な対象者に対する診療費給付率

給付率	対象者
(1) 100%	①現役の軍士官、下士官、軍人、現役の公安士官、下士官、公安戦士など
	②革命功労者、退役兵士
	③72カ月までの子ども
	④毎月の社会扶助受給範囲に属する者
	⑤貧困戸*に属する者、困難な経済・社会条件を持つ地域に暮らす少数民族、特別困難な経済・社会条件を持つ地域に暮らす者、社に該当する島 (xã đảo) **、県に該当する島 (huyện đảo) ** に暮らす者
(2) 95%	⑥革命功労者の親類 (実の両親、妻、夫、烈士***の子供)、烈士を養育した功労者
	①年金受給者、労働力喪失にともなう扶助金受給者
	②上記①⑥以外の革命功労者の親類
(8) 80%	③近貧困戸*に属する者
	上記①、②以外の対象者

(注) \* 首相決定 59 号 (2015 年 11 月 19 日付) によれば、2016 ~ 2020 年の主な貧困戸基準は、家族構成員 1 人あたり収入が農村部で 70 万ドン以下、都市部で 90 万ドン以下の世帯。同時期の近貧困戸基準については、構成員 1 人あたり収入が農村部で 70 万ドン超 ~ 100 万ドンまで、都市部で 90 万超 ~ 130 万ドンまで。  
 \*\* 潮が満ちても水没しない、定住者がいる、もしくは軍が展開しているなど、いくつかの条件を満たす社レベルに該当する島、県レベルに該当する島。  
 \*\*\* 戦争で任務遂行中に亡くなった兵士 (ここでは現政権側) など。  
 (出所) 2014 年修正・補充法に基づき筆者作成。

月三十一日までの期間については、入院費用の六〇%が給付される。そして、二〇二一年一月一日からは全国範囲で (trong phạm vi cả nước) 入院費用の一〇〇%が給付される。

(3) 自らの判断で定められたレベルを超えて県レベルの病院で直接受診した場合には、二〇一四年修正・補充法発効 (二〇一五年一月一日) から二〇一五年二月三十一日まで診療費 (chi phí khám bệnh, chữa bệnh) の七〇%が給付される。そして、二〇一六年一月一日からは診療費の一〇〇%が給付される。

(4) 社レベル診療所、総合診療室、

県レベル病院に登録した医療保険参加者は、二〇一六年一月一日から、通常適用される給付率に基づいて、同じ省内の社レベル診療所、総合診療室、県レベル病院において診療を受ける権利を得る。

(5) 困難な経済・社会条件を持つ地域、特別困難な経済・社会条件を持つ地域で暮らす、医療保険に参加する少数民族・貧困戸に属する者、そして社に該当する島、県に該当する島に暮らす医療保険参加者 (表1注参照) は、自らの判断で定められたものと異なる診療レベルに通院した場合でも、通常適用される給付率に基づき、県レベル病院に対する診療費、省・中央病院に対する入院費用の給付を受ける。

(6) 最後に、医療保険参加者が自らの判断で定められたレベルを超えて全国範囲における省レベル (tuyên tỉnh trong phạm vi cả nước) の診療基礎に通院した場合、二〇二一年一月一日以降は、通常の給付率に基づいて入院費用が給付される。

次に、前記(1)~(6)の動きについてまとめておきたい。

(1) 二〇〇八年医療保険法の下では、

中央の病院、省レベルの病院、県レベルの病院に自身の登録した医療基礎の紹介を介さずに直接外来受診した場合、給付額は引き下げられるものの、外来診療のみでも医療保険の適用を受けることが可能であった。すなわち、中央の病院で三〇%、省級病院で五〇%、県級病院で七〇%の診療費の給付を受けることができた (二〇〇九年七月二七日付政府議定六二)。しかし、二〇一四年修正・補充法が発効した二〇一五年一月一日からは、定められたレベルを超えた入院をともなわない外来診療については、医療保険を用いることができなくなった。これに対し、入院費用については、通常の給付率よりも引き下げられるものの、右のようなケースでも医療保険が使用できる方向になった。

(2) その一方で、県レベル以下のレベルについては、時間差はあるものの自由化の方向が示された。すなわち、二〇一六年一月一日から、たとえば、ある社レベル診療所に医療保険登録した患者が直接県レベルの病院に通院しても、通常の給付率が適用されることになった。

(3) また、入院に係る医療保険給付に限定されるが、二〇二一年一月一日からは、たとえば、ある社レベル診療所に医療保険登録した患者が、定められたレベルを超えて全国範囲の省レベル病院に自らの判断で行き、入院した場合でも、入院費用については通常の給付率が適用されることになった。

(4) 困難な経済・社会条件を持つ地域、特別困難な経済・社会条件を持つ地域で暮らす、医療保険に参加する少数民族、貧困戸に属する者、社に該当する島、県に該当する島に暮らす者については、たとえば自らの判断で省・中央病院に直接行った場合でも、通常適用される給付率に基づいて入院費用の給付を受けることができる。

こうしてみると、ベトナムの医療保険制度では登録制度が維持されているものの、住民がそれぞれ在住する地域 (特に県レベル) 内において、医療保険参加者がどの医療基礎に登録しているようとも、医療保険を使用できる範囲が広がる方向にあることが分かる。そして、「全国範囲における省レベル」の病院で医療保険参加者

が通常の給付率に基づいて入院費用の給付を受けることができる道筋も示された。これは、省レベルまでの範囲であれば、入院費用の支払いにおいてペナルティが課されないという意味で、医療保険参加者の罹病時における行動選択の幅を広げるものである。

その一方、地方在住の医療保険参加者による中央レベルの病院に対する自由なアクセスについては、抑制が図られる方向にある。外来診療については医療保険を使用できなくなり、入院費用については通常の給付率よりも給付率が引き下げられる。

この背景には、先述したように、人員・設備の整備された中央レベルの病院に患者が集中する過重負担問題の解決が、ベトナムでは喫緊の課題となっているという状況があると考えられる。

## ●おわりに

本稿では、憲法、福祉関連法の整備状況、国家診療体系についてみた後、医療保険法、なかでも医療保険参加者が最初に受診する医療保険診療基礎を登録する登録制度を中心にここまでみてきた。

現行の登録制度は医療相が定め

るケースを除き、医療保険参加者に社、県もしくはこれらと同等レベルの診療基礎に登録を行うことを求めている。

また、先述したように、筆者がベトナム各地方で二〇一三―一四年に農村部を中心に行った調査では、医療保険費納入を免除された貧困戸に属する人、障害者のほとんどが担当機関の指導に従って自身が暮らす社（農村部の末端行政単位）の診療所に登録していた。

医療保険参加者とその居住地域の医療機関との結びつきを重視し、確保しようとする方向性は明らかだと考えられる。

以下の要件のいくつかが整わない限りは、今後も登録制度が維持される可能性は高いのではないかと推察される。

- (1) 中央と地方間の医療レベルの格差が縮小、解消され、地方の患者が中央レベルの病院に行くインセンティブが減少すること。
- (2) 地方の経済発展、社会発展が順調に進み、社会政策の対象者が減少すること。
- (3) 社会政策対象者に対する医療制度を医療保険とは別建てで構築すること。

国民皆保険を目指すとする現行の医療保険制度は登録制度と共に

ある。医療保険制度がさらに普及し、医療保険参加者が増えれば、医療保険診療基礎への登録者数は増加する。このことは、多くの医療保険参加者が登録する社レベル診療所や県レベル病院の責任が増大することを意味する。

二〇一六年一月に開かれたベトナム共産党第一二回党大会で採択された政治報告では、社レベルの診療所を含めた病院体系の建設・発展とプライマリヘルスケアの重視が方針の一つとして盛り込まれた（参考文献③）。当局も現行の医療保険制度の普及、浸透は（同政治報告では二〇二〇年までに医療保険参加者が人口の八〇％超となることを目指すとしている）、多くの医療保険参加者が登録する社レベル診療所の医療レベルをはじめとする地方医療のレベル向上を求めずにはおかぬことを認識している。同報告では、ハノイ、ホーチミン市、大都市の大病院の過重負担解消のための路程作成も重要課題として挙げられているが、それは前者の課題克服なくしては、実現は容易でないと考えられる。両者は同じ問題のコインの裏表という側面を持つ。

このように、ベトナムの医療保

険における登録制度は、ベトナムの医療保険が扶助政策としての側面を持つという現実と、地方における医療体制の整備と充実、中央と地方の医療レベル格差の是正という、ベトナム医療が克服すべき課題の存在をひとつの背景として維持されていると考えられる。（てらもと みのもろ／アジア経済研究所 東南アジアⅡ研究グループ）

## 《参考文献》

① 寺本実「ベトナムの医療保険制度の基本構造——二〇〇八年医療保険法に基づく考察——」（『アジア研ワールド・トレンド』第二五八号、二〇一七年、掲載予定）。

② 「ベトナムにおける公的末端医療機関の制度的位置づけ・役割と課題——現場責任者の状況認識に関わる事例研究に基づく一考察——」（『アジア経済』第五七巻第四号、二〇一六年二月）。

③ 「ベトナム…第一二回党大会政治報告に見る『生活の保障』をめぐる議論」（二〇一六年七月、アジア経済研究所ウェブサイト）。