

保険・年金 フォーカス

民間医療保険の健全性強化を図るインドネシア

—医療保険規制は医療制度の課題を示す—

保険研究部 主任研究員 磯部 広貴

(03)3512-1789 e-mail: h-isobe@nli-research.co.jp

1—はじめに

インドネシア¹は多くの先進国と同様、全国民を対象とする国民皆保険制度を持つ。医療保険と労働者社会保障制度（労災補償、死亡保障、老齢保障、失業保障、年金保障）に大別され、運営を担う B P J S (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial、社会保障実施機関の意) も同様に、医療保険は B P J S Kesehatan (クセハタン、健康の意)、労働者社会保障制度は B P J S Ketenagakerjaan (クトゥナガクルジャアン、労働や雇用の意) に分かれている。

この保険・年金フォーカスでは、B P J S Kesehatan が運営する国民医療保険の現状を確認した上で、これを補完する民間医療保険に対する新たな規制の動向について報じたい。

2—国民医療保険の現状

2014 年、B P J S Kesehatan が設置されて医療保険制度がスタートした。以後、段階的に加入者の拡大を進めて、2019 年、国民皆保険化に至った。

正式名称としては S J S N (Sistem Jaminan Sosial Nasional) Kesehatan であるものの、実際には運営主体である B P J S Kesehatan の名称をもって当該制度を指すことも多い。以下では国民医療保険と称して論を進めたい。

国民医療保険は全国民（6 か月以上インドネシアで働く外国人を含む）を対象とし、加入者は原則無料で受診可能である。概要は下図を参照いただきたい。

¹ 2019 年 10 月、再選を果たしたジョコ・ウィドド大統領は就任演説において 2045 年に先進国入りを目指す」と表明した。

【インドネシア 国民医療保険の概要】

名称		SJSN Health (Sistem Jaminan Sosial Nasional Program Jaminan Kesehatan)
根拠法		国家社会保障制度に関する法律 (2004 年法律第 40 号)
運営主体		医療保険実施機関 (BPJS Health、 インドネシア名: BPJS Kesehatan)
被保険者資格		全国民(貧困者、雇用主、従業員等)、6 か月以上インドネシアで働く外国人
給付対象		本人、配偶者、21 歳未満 (公的な教育を受け続けている場合は 25 歳未満) の家族
給付の種類		入院・外来、薬、出産、救急医療等 (具体的には、投薬基準や保健サービス料金に係る大臣令で規定された内容がカバーされる。)
本人負担割合等		原則無料とされているが、大臣令での規定内容をオーバーした差額は自己負担となる。
財源	保険料	1)公務員、軍人、警察官等 月給の 5%分の保険料を雇用主側と被保険者が支払う (雇用主側: 4%、被保険者: 1%) 2) その他の賃金労働者 月給の 5%分の保険料を雇用主側と被保険者が支払う (雇用主側: 4%、被保険者: 1%) 3)非賃金労働者 (自らのリスクのもとで働く或いは事業を行う者) 及び非労働者 (投資家、雇用主等) サービス給付を希望する病室の等級 (VVIP、VIP、第 1 級~3 級に分かれている) により保険料が異なる。本制度では第 1 級~3 級までの利用を希望する病室のグレードに合わせて保険料を選択できる (第 3 級: 42,000 ルピア、第 2 級: 100,000 ルピア、第 1 級: 150,000 ルピア) 等 (ただし、保険料算定の上限が定められており、配偶者+子ひとりの場合の非課税所得額の 2 倍 (1,200 万ルピア/月) を月給の算定上限として保険料が算出される。)
	政府負担	貧困者に対しては政府が負担 1 人当たり 1 ヶ月 42,000 ルピア
実績	加入者数	約 2 億 4877 万人が加入 (2022 年現在)
	収入総額	148 兆 1329 億ルピア (2022 年)
	支払総額	130 兆 3882 億ルピア (2022 年)

(資 料) 厚生労働省HP「2023年 海外情勢報告」(本文) 第 2 章 各国にみる社会保障施策
の概要と最近の動向 第 7 節 インドネシア共和国 2-3頁より抜粋

インドネシアほど人口の多い国で国民医療保険が成立したことは高く評価されるべきであろうが、実際の運営は順風満帆とは言い難い。

加入者の約 2 割が経済的な事情で保険料を支払っていない、医療機関による過剰診療や不正請求、BPJS Kesehatan から医療機関への支払い遅延などが指摘されてきた。さらには全般的かつ継続的な医療費の上昇が国民医療保険の財政に深刻な影響を与えている。毎年 15%前後で医療費が上昇する状況の下、既に政府は 2026 年に保険料を引き上げる意向を示している。

3——民間医療保険への新たな規制の公表

国民医療保険の課題は財政面だけではない。加入者にとっての利便性、いわゆる使い勝手という視点からは、かかりつけ医を指定し一次診療を受ける必要があること、保険適用はB P J S加盟病院で大臣令に定められた診療に限られることに注意が必要である。外国企業の駐在員のように現地の言語対応に不慣れな加入者にとっては苦慮する局面もあろう。

そこで駐在員や一部富裕層を対象に、国民医療保険を補完するための民間医療保険が存在する。C O B (Coordination of Benefits、給付調整の意)とも呼ばれるが、民間医療保険会社に保険料を支払う一方で、国民医療保険が対象としていない治療に対して保険給付を受けるものである。

このような民間医療保険に関して、本年5月、O J K (Otoritas Jasa Keuangan の略、金融サービス庁) は通達(Circular Letter No. 7/SE0JK 05/2025)を発した。これにより、すべての保険会社ならびにシャリーア保険会社² (以下、保険会社と総括) には 2026 年1月1日以降、健全性強化に向けた取り組みが求められる。特筆すべき点は下記の通りである。

- 1) 保険会社は、堅固なITシステムを持ち、医療機関とのデータ交換、加入者データへのアクセス、契約消滅後も最短10年間のデータ保持などを行う。
- 2) 保険会社は、給付対象となる治療費の最低10%を加入者の自己負担とする。上限は外来については30万ルピア³、入院については300万ルピア⁴とする。
- 3) 保険会社は、最低1人の医療専門家(免許のある医師)ならびに資格を持つ医療従事者を雇用し、医療諮問委員会(Medical Advisory Board)を設置する。

これらは結果として民間医療保険の拠って立つ医療制度の課題を示していると言えよう。

規制の求める内容から推察するに、同国の医療機関ではIT化が遅れており、紙ベースなど不確かな情報に基づく事務効率の低さ、それに乗じての不正請求があると思われる。また、加入者へ自己負担を求めることから過剰診療を抑制したいという意向が透けて見える。自己負担がなければ加入者は医師に言われる通りに治療を受けてしまうからだ。さらには、保険の専門家のみならず医療の専門家によるサポートなくしては、今後も続く医療費の上昇を反映しての保険料設定など諸対策は困難とみているのであろう。

4——おわりに(規制の延期)

ところが6月30日に行われた国会の第11委員会作業部会を経て、今月、O J Kは通達よりも上位の規則にて医療保険制度全体の強化を図るとし、前章で述べた民間医療保険に関する規制はこれに集

² シャリーアと称されるイスラム教の法体系に適合とされた商品を専業として取扱う保険会社。

³ 1ルピア=0.009円として2,700円。

⁴ 1ルピア=0.009円として27,000円。

約されるものとして実施延期を発表した。あくまで延期であり、民間医療保険の健全性強化が不要と断じられたわけではない。

総じてインドネシアでは民間保険の普及が遅れており⁵、その中でも民間医療保険は外国企業の駐在員や一部富裕層を念頭に置いたもの⁶である。そのようにマイナーな商品に関する規制が独立して公表されたこと自体が不自然であったと言うべきかもしれない。

とはいえ民間医療保険に関する規制が映し出した課題は、同じ医療制度を前提とする国民医療保険の課題でもある。世の注目は3億人近くが加入する国民医療保険に集まるであろうが、同時にこれを補完する民間医療保険の今後の動向も注視していきたい。

以 上

⁵ Swiss Re Institute sigma No 3/2023 によれば、生命保険料のGDP比率（2022年）は世界平均が2.8%、新興アジア平均が2.1%のところインドネシアは0.9%にとどまっている。

⁶ 民間医療保険を取り扱う保険会社はすべて外資系とも言われている。