

インドネシアの医療保障制度の現状と課題

— ボゴール・ロンボク・スラバヤにおける調査をもとに —

安 留 孝 子

研究の背景と目的

インドネシア共和国（以下、「インドネシア」とする）では、「国家社会保障制度に関する2004年法律第40号（Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional）」が2004年1月に国民議会に提出され、2005年9月に可決された。法には、全国民を対象とした医療保障、労働災害補償、老齢保障、年金保障、死亡保障の提供の実現が謳われている。保険料は、本人、使用者、政府の3者が負担し、貧困者や所得のない者に対しても、政府が拠出義務を負うこととなっている。

現在、インドネシアでは、全国民を対象とした社会保障制度は整備されておらず、我が国のような国民皆保険制度とはなっていない。インドネシアの医療保障は、1968年開始の公務員健康保険（ASKES：Asuransi Kesehatan Pegawai Negeri）、軍人社会保険（ASABRI：Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia）、1992年開始の労働者社会保険（JAMSOSTEK：Jaminan Sosial Tenaga Kerja）、2008年開始の貧困者向けの医療保障（JAMKESMAS：Jaminan Kesehatan Masyarakat）で構成されている。そこでカバーされる者は全国民の約半数であり、その

他の者は、個人で民間保険に加入するか、貧困者としての証明を受けない限り、医療費は全額自己負担となる。全国民へのカバー率が課題となる中、先述した法律に基づき、2014年から、社会保険方式により「全国民に対する医療保障（Universal coverage：以下UC）」を達成することが目指されている。

一方、我が国は、1927年から30年余りをかけて、公的医療保険を段階的に広げ、1961年には国民皆保険が達成されている。高齢化に伴う医療費の高騰等、さまざまな課題はありながらも、その国際的な評価は高く、アジア諸国からも注目されている。

国際協力機構（以下、「JICA」とする）では、2010年度から、社会保障分野における日本の協力の可能性について検討するために、関連する省庁や機関のキーパーソンに対して、日本の経験等について情報提供するとともに、インドネシア側の問題関心や日本の協力に対するニーズを明らかにすることを始めている。

筆者は、JICAの社会保障調査団の一人として、2012年2月14日～3月13日の1ヶ月間、インドネシアに派遣され、2014年のUCの実現に向けた準備状況について調査を行う機会を得た。インドネシアの保健医療に関する情報は少なく、なかでも各地方自治体の保健医療サービスの実施状況については、日本への

紹介はもちろん、インドネシア国内であっても調査やその結果の公表がほとんどなされていない。そこで、筆者の調査は、大都市、大都市近郊、農村部での医療保障の現状について、制度的側面と保健医療サービス提供の側面、さらには、村人の生活や保健医療に対する意識、地域の相互扶助に視点を置いて実施することとした。

本稿では、その中で、各地方自治体における制度の実施状況と保健医療サービス提供の現状を明らかにし、2014年のUCの実現に向けた課題を述べることにする。

研究方法を示す前にインドネシアの特徴を簡単に述べる。国土は日本の約5倍の189万km²であり、約18,000もの島々からなる世界有数の島嶼国家である。人口は約2億3,800万人（世界第4位）で、国語はインドネシア語、人口の約9割がイスラム教徒であるが、各地域に多様な言語、宗教、文化、習慣が混在している。

方法

調査対象地域

ボゴール市、西ロンボク県、東ロンボク県、スラバヤ市とした。これらの地域を選定した理由は、首都ジャカルタの近郊であるボゴール市、農村部であるロンボク県、ジャカルタに次ぐ大都市であるスラバヤ市で調査を実施することにより、地方における医療保障の特徴が明らかになるのではないかと考えたからである¹⁾。

調査対象者と方法

制度の実施者としての行政（保健局等）担当者へのインタビュー、保健医療サービス提供

機関としての病院（公立・私立）・Puskesmas（Pusat Kesehatan Masyarakat）の視察と担当者へのインタビューを実施した。Puskesmasとは、「保健所」であるが、日本のそれとは特徴を異にしている（詳細は結果参照）。

調査内容は、行政担当者に対しては、貧困者に対する医療保障の実施状況、対象者の把握方法、貧困者に対する医療の内容、2014年のUCの実現に向けた準備状況や意見等とした。病院、Puskesmasに対しては、提供しているサービス概要と特徴、2014年のUCの実現に向けての準備状況や意見等とした。

半構造化インタビューとし、時間は調査先1ヶ所につき、2時間～4時間であった。インタビューアは筆者が（インドネシア人の通訳を介して）1人で行い、インタビューイは、調査先により2名～5名であった。

Table 1 調査対象地域の特徴

調査地	特徴	
ボゴール市	西ジャワ州の都市 ジャカルタから南へ約60Km 高原の避暑地で降水量が多く「雨の町」と言われる 人口:約95万人(68村、各村に6~7集落) 面積:21.56km ² Puskesmas:24ヶ所 県立病院:1ヶ所 民間病院:9ヶ所	
ロンボク島	西ロンボク県	東ロンボク県
	人口:599,986人 (10郡、88村、110集落) Puskesmas:16ヶ所 県立病院:1ヶ所	人口:約120万人 (20郡、253村) Puskesmas:29ヶ所 県立病院:1ヶ所 民間病院:1ヶ所 政策目標「全住民が健康サービスを受けられるようにする」
スラバヤ市	東ジャワ州の州都 インドネシア第2の商業都市 人口:約300万人(31郡、160村、1,045集落) 面積:326.37km ² Puskesmas:58ヶ所 州立病院:5ヶ所 市立病院:2ヶ所 民間病院:50ヶ所 市の最優先開発計画「健康プログラムの向上」	

調査期間

2012年2月16日～3月6日までであった。

倫理的配慮

インタビュー対象者（局長、病院長等の機関の代表を含む）に調査目的を文書（インドネシア語）及び口頭で説明し協力を得るとともに、国内外における論文等の発表時には、自治体、機関の名称、インタビュー協力者の具体的な職名を出すことについて口頭で了解を得た。

結果

1. 行政担当者へのインタビュー

1-1. 貧困者に対する医療保障の実施状況

中央政府の財源により貧困者に対する医療保障を行うJAMKESMAS（西ロンボクではJAMKESMAS PUSATと呼ばれている）があり、全国で約7,640万人が保障されている。保健省は、JAMKESMASの予算について、1人1ヶ月当たりの医療費として6,000ルピアを見込み、総額4.6兆ルピア²⁾の予算を確保している。

JAMKESMASの対象者には、保健省がJAMKESMASカードを発行している。医療機関を利用する際には、カードと身分証明書を窓口で提示することで、無料で医療を受けることができる。カードは保健省からPT.ASKES³⁾を経由し、各村長に渡る。その後、集落長、区長等を介して村人の手に渡る。カードに記載されている内容は、カード番号、名前、性別、生まれ年、住所、居住区域のコード番号、カードの有効期限である。尚、有効期限は、中央統計局（BPS：Badan Pusat Statistik）が貧困者調査（3年に1回）を

行い、データの更新がなされた時までとなっている⁴⁾。

JAMKESMASでカバーされていない貧困者を対象として、調査対象地すべてにおいて、地方政府の財源による医療保障がなされていた。貧困者の数は常に変化しており、これまで貧困でなかった者も、燃料費の高騰、事故や重病による入院、失業等の理由で、急に貧困に陥ることもあるため、地方政府独自で保障する制度を設けている。

Table 2 貧困者向け医療保障の対象者数

	中央政府による保障	地方政府による保障	
ボゴール市	JAMKESMAS 173,968人 (人口比:18.3%)	JAMKESDA(市政府)約24万人(人口比:25%) 村長がSKTMを発行	
西ロンボク県	JAMKESMAS PUSAT 311,972人 (人口比:52%)	JAMKESMAS NTB (州50%・県50%) 56,336人 (人口比:9.4%)	JAMKESDA(県政府) イスラム教の指導者、カデル、公務員ではない、村役場の職員、集落長等 4,434人(人口比:0.7%) その他、貧困者に対し村長がSKTMを発行
東ロンボク県	JAMKESMAS 511,650人 (人口比:43%)	JAMKESMAS NTB (州50%・県50%) 71,368人 (人口比:6%)	BANSOS(社会扶助) (県政府) 村長がSKTMを発行
スラバヤ市	JAMKESMAS 362,980人 (人口比:12%)	JAMKESDA (州50%・市50%) 約4万人 (人口比:1.3%)	JAMKESMAS NON KUOTA (市政府) 村長がSKTMを発行

(1) **ボゴール市** 市政府が医療費を負担するJAMKESDA (Jaminan Kesehatan Daerah)を実施している。ボゴール市のJAMKESDAにはカードがなく⁵⁾、医療費の支払い能力がないことを証明するために、村長がSKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu)⁶⁾を発行する。SKTMの有効期限は1ヶ月である。病院の窓口でSKTMと身分証明書を出すと、市政府の財源により、医療費が無料になる。

(2) 西ロンボク県・東ロンボク県

州政府と県政府で50%ずつ負担するJAMKESMAS NTB（西ロンボク県では1人1ヶ月当たりの医療費3,000ルピア、東ロンボク県では6,000ルピアで予算を組んでいる）を実施している。また、病気や失業等で急に貧困状態になった者に対して、西ロンボク県ではJAMKESDAとして、東ロンボク県ではBANSOS（Bantuan Sosial：社会扶助）として、村長がSKTMを発行している。また、西ロンボク県のJAMKESDAでは、貧困者以外に、イスラム教の指導者、カデル（Kader）、公務員ではない村役場の職員、集落長等を対象（本人のみで家族は対象外）に、県政府の財源で保障している。尚、カデルとは、保健ボランティアとして、Puskesmasによる母子や高齢者対象の地域保健活動の手伝いをしている者たちを指す。

(3) スラバヤ市 州政府と市政府で50%ずつ負担するJAMKESDAを実施している。また、病気や失業等で急に貧困状態になった者に対して、「JAMKESMAS NON KUOTA」として村長がSKTMを発行している。SKTMの有効期限は6ヶ月と市の規則で決められている。

1-2. 対象者の把握方法

現在のJAMKESMASの対象者は、中央統計局が2008年に実施した貧困調査の基準（Table 3）に基づき決定している。

中央統計局は、各地方に事務所を持っている。調査の実施は、各地方の統計局職員や研修を受けた者（集落長やカデル、学歴の高い者等）が直接各家庭を訪問し、生活状況の調査を実施後、調査票に記入する。カデル等の

Table3 中央統計局による貧困の基準
(Kriteria MISKIN BPS, 2008)

貧困調査の項目	基準
1. 世帯の1人当たりの床面積	<8 m ²
2. 家の床の種類	土/板/質の低い材質
3. 家の壁の種類	竹、質の低い板
4. 便所(トイレ)	ない
5. 飲料水源	清潔でない水
6. 使われる照明	電気ではない
7. 使われる燃料	木材/木炭
8. 1日の食事回数	2回以下
9. 1週間に肉/鶏肉/ミルクを買う能力	持っていない
10. 家族のために洋服を買う能力	持っていない
11. Puskesmas/病院に医療費を払う能力	持っていない
12. 世帯主の職業	小規模農家、漁師、農園労働者
13. 世帯主の学歴	学校に行かなかった/ 小学校を卒業しなかった
14. 最低50万ルピアの財産の所有	ない

村人に近い者が調査を実施することから、調査票への記入時に名前を「通称」で書いてしまうことや、綴りを誤って記入してしまうこともあり、JAMKESMASカードと身分証明書の名前が異なっているという問題も生じている。データは村長のところに集められ、保健局に報告される（保健局以外の部署も情報を共有する）。

JAMKESMASの対象人数の枠は、その地域に住む貧困者の数によって決まっており、貧困者のデータは3年に1回更新されることになっている。

(1) ボゴール市 中央統計局が行っている貧困調査の項目に、収入や家族の健康状態等に関する項目を加えて、毎年調査している。市独自の項目は、「家族の健康状態」「病気の種類と期間」「病気になった時の対応（病院に行くのか、DUKUN⁷⁾の治療を受けるのか等）と支払う治療費」「薬代の支払い（自費か、民間・公的保険か等）」「これまでにSKTMをもらったことがあるか」「世帯主の主な仕事からの収入は月に600,000ルピア以上か、以下か」「喫煙者がいるか」等である。中央統計局の調査項目に市独自の調査項目を

加えた基準に当てはまる貧困者について、JAMKESDAとして保障している。

(2) 西ロンボク県・東ロンボク県 中央統計局の貧困調査の項目を使っている。

西ロンボク県では、JAMKESMASカードと身分証明書の名前が合わないという事例があった。また、保健局では、JAMKESDAの対象者⁸⁾にSKTMを発行する際に、その取扱い方を統一するように（本当に医療費の支払い能力がないという貧困状態の者だけに証明書を出すように）村長に指示している。しかし実際には、推薦者である集落長、証明を発行する村長の「裁量」によるところがあるという。

東ロンボク県では、中央統計局が行っている貧困調査の項目に加え、「子どもを学校に通わせる経済的能力がない」「定期的な収入がない」「解雇された」等の基準があった。

(3) スラバヤ市 貧困者数を正確に把握するために、コミュニティ・エンパワメント局(BAPEMAS : Badan Pemberdayaan Masyarakat)⁹⁾と協力し調査を実施し、2008年の調査では、スラバヤ市内の貧困者は60万6,238人いるという結果が出た。スラバヤ市の貧困調査の項目は、教育、健康、居住環境、社会文化、経済に関するものがあり、全部で31項目からなっている。中央統計局が行っている貧困調査の項目に加え、教育関連では「夫／妻の教育」「学齢児童がいるか」「読み書きの能力はどうか」、健康関連では「魚／肉／卵を食べる頻度」「慢性的な病気の有無」「身体障害の有無」、居住環境関連では「家の通気」、社会文化関連では「社会における役割」、経済関連では「収入（月に900,000ルピ

ア以下か)」「総支出額」「食費の支出」等がある¹⁰⁾。

1-3. JAMKESMAS・JAMKESDAの医療の内容

貧困者対象の医療保障で自己負担が無料であっても、医療行為は一般患者¹¹⁾と変わらない。ただし、薬は貧困者用の薬（ジェネリック医薬品）を処方される。また、入院する場合は、病院では「3級室」に入院する。Puskesmasと公立病院は貧困患者の受け入れ義務があるが、民間病院については、貧困患者の受け入れの契約を保健局と結んでいる病院を利用することになる。

地方政府の財源による貧困者対象の医療保障では、Puskesmasの基本診察料、病院の基本診察料の負担については、調査対象地ごとに違いがあった。基本診察料は、外来で通院するごとに窓口で負担する費用であり、Puskesmasの場合は、この中に、医師による問診、薬代、紹介状交付の代金が含まれる。

(1) ボゴール市 JAMKESMAS・JAMKESDA患者のPuskesmasの基本診察料、病院の基本診察料、外来及び入院医療費のすべてが無料となる。一般患者は、Puskesmasを利用するたびに、窓口で基本診察料3,000ルピアを負担し、さらに検査費用や治療費等、かかった費用を全額負担する。

JAMKESMAS・JAMKESDA患者の受け入れは、保健局が市内の民間病院（9ヶ所）と契約をしている。

(2) 西ロンボク県 JAMKESMAS PUSAT及びJAMKESMAS NTB患者の自己負担は、病院の外来・入院ともに無料である。JAMKESDA患者は、Puskesmasで基本診察料5,000ルピア、病院では基本診察料7,000

ルピアを通院する毎に自己負担するが、その他、検査や治療にかかる費用（外来・入院）は無料となる。

JAMKESMAS PUSAT/NTB・JAMKESDA患者の受け入れは、Puskesmasと県立病院（1ヶ所）のみである。

（3）東ロンボク県 Puskesmasでは、貧困であるか否かにかかわらず、東ロンボク県に住民登録をしている者は基本診察料、外来での検査・治療費が無料となる（入院の場合、一般患者は有料）。貧困者は、病院の基本診察料、外来・入院医療費もすべて無料となる。一般患者は病院の基本診察料10,000ルピアを通院ごとに負担し、検査や外来・入院医療費も全額自己負担する。

JAMKESMAS・JAMKESMAS NTB、BANSOS患者の受け入れは、Puskesmasと県立病院（1ヶ所）のみである。ただし、Puskesmasでは、一般患者であっても入院費以外は無料であるため、実際には、BANSOS（社会扶助）対象患者は、県立病院にかかって入院する際にSKTMを発行されることになる。

（4）スラバヤ市 Puskesmasでは、貧困であるか否かにかかわらず、スラバヤ市に住民登録している者は基本診察料が無料となる（一般患者は、検査費用、外来・入院費用については負担）。貧困者は、その他、医療費のすべてが無料となる。

JAMKESMAS・JAMKESDA患者の受け入れは、保健局が民間病院20と契約している。

1-4. 出産費用の保障

中央政府は、2011年5月から、貧困であるか否かにかかわらず、全妊婦を対象とした出

産費用の保障（JAMPERSAL：Jaminan Persalinan）を開始した。目的は、DUKUN（助産師資格のないお産婆）ではなく、Puskesmasや病院等、清潔なところで出産するようにさせること、出産時の母子の死亡率を下げるためである。費用は中央政府が負担している。

JAMPERSAL導入前は、一般患者の出産は有料であり、正常分娩は350,000ルピア、異常分娩は500,000ルピアであった。

出産費用の保障がなされるのは、Puskesmasの他、JAMPERSALに協力している病院、開業医、開業助産所である。

1-5. 2014年のUCの実現に向けての準備状況や意見

（1）ボゴール市保健局 市内の全住民に対して、保険等でカバーされている人数とそうでない人数を調査する。貧困者以外のデータ収集については、中央政府から、そのデータの収集方法の指示が出るのではないかと。2014年のUCの実現については、保険料の徴収をどこがやるのか等、具体的な情報は保健局に入ってきていない。

（2）西ロンボク県保健局 2010年に医療保険に関するアンケートを実施した（対象：カデルや集落長等の村人250名）。「保険料を毎月いくらだったら支払うか？」の質問に対しては、「3,000ルピア」と記入した者が多かった。煙草（1箱10,000ルピア）を買えるのだから、もっと支払えるのではないかと思う。また、「どこに保険料を納めるか？」という質問に対しては、電気国営会社、協同組合、銀行等、「信用できる機関」という回答が多かった。

(3) 西ロンボクBAPPEDA

(Badan Perencanaan Pembangunan Daerah : 地方開発企画庁) 2014年のUCの実現は中央政府と地方政府の協力がなければ実現は難しく、実際には5年後くらいになるのではないか。個人の収入により、どのくらいの保険料を負担することになるのか、保険省や財務省で検討しなければならないだろう。今のインドネシアの状況を考えると、住民データの収集・更新の段階から、日本の協力を得たい。(筆者が日本の国民皆保険制度に関する情報を提供すると)日本の行政担当者による保険料徴収等の技術的な話を聞きたい。日本の国民皆保険の経験をインドネシアの制度設計に生かすべく協力を得たい。

(4) 東ロンボク県保健局 出産費用の保障でも、3級室の利用で全妊婦がカバーされる制度ができているため、2014年のUCも、特に問題なく実現できると思う。

(5) スラバヤ市BAPPEKO

(Badan Perencanaan dan Pembangunan Kota Surabaya : スラバヤ市開発企画庁)

2014年にUCが実現できれば、地方政府が負担する費用が少なくなると思うので、ありがたい。市立病院のサービスの向上が課題である。今まで医療保険でカバーされていなかった人たちが今後保険料をどのくらい負担し、どこが集めるのか等、まだ中央政府から具体的な情報が入っていない。貧困者医療の診療報酬の設定について各病院から意見があると思うので、ぜひそれを課題として中央政府に報告してほしい(社会福祉部長)。

今まで医療保険でカバーされていなかった人は、税金で中央政府から保障されるのでは

ないか。インドネシアはお金があるので、実現可能だ(社会福祉部職員)。

保険料の負担割合に応じて入院室料の自己負担をする等、すべてが保障されるわけではないのではないか(保健局健康保障課長)。

2. 病院担当者(医師)へのインタビュー

2-1. 病院における医療サービス提供の現状

インドネシアの病院は、病床数と診療科の種類により、A~Dクラスに分けられるが、調査先の病院はB及びCクラスの病院であった。Cクラスの病院は、最低4つの診療科(内科、小児科、産婦人科、手術)を持っていることが条件であり、Bクラスはその他にも専門の診療科を持っている。Bクラスの病院で対応できない場合は、より高度な医療サービスを提供できるAクラスの病院に紹介されることになる¹²⁾。

貧困患者の受け入れは、公立病院は義務であるが、民間病院は貧困患者受け入れ協力病院として保健局と契約している病院のみが受け入れることになっている¹³⁾。

調査先の病院では、月曜~金曜日の7時半~16時(金曜日のみ15時半)までの診察と、24時間体制での救急受付及び対応を行っていた。入院用のベッドとして、貧困患者用の3級室、それよりも療養環境の良い2級室・1級室、重篤な機能不全の患者に対する集中治療室(ICU)が設けられていた。その他、検査室、試験室、麻酔室、レントゲン室等の専門医療サービスを支える設備があった。入院室のナースコールは1級室以上にしか設けられておらず、他の入院室では、付き添いの家族等が看護師を呼びに行くという対応がなされていた。

貧困患者の場合は、JAMKESMAS・JAMKESDAカードやSKTM等、貧困であることの証明とPuskesmasからの紹介状、身分証明書（あるいは住民票）を窓口に提示する。尚、緊急の場合、紹介状はなくてもよく¹⁴⁾、SKTMは24時間以内（遠方の場合48時間以内）に家族・親族等が代理で村長から証明をもらい、持参すればよいことになっている。

診療報酬は、貧困者の場合は全国一律のINA CBGs (Indonesia Case Based Groups) という貧困者用の医療費請求システムを使用している。病気や症状ごとに標準化された診療行為と値段をパッケージ化した包括払い制度で、保健省が決めている。病院内に、中央政府から派遣された検証員3人と病院が採用している検証員（院内検証員）が2人おり、検査・治療内容、処方箋等、正しい請求が行われているかを確認する。JAMKESMASの場合は、院内の検証員と中央政府の検証員のダブルチェックを経る。JAMKESDAやその他貧困者の医療の場合は、院内の検証員のチェックのみが行われる。

一般患者の場合は、地方政府の規則で決められた診療報酬（公立病院）¹⁵⁾、あるいは、病院が決めた診療報酬（民間病院）により、出来高払いとなっている。そのため、病院の収入は、貧困者を受け入れるよりも、一般患者を多く受け入れた方が多くなる仕組みになっている。

(1) インドネシア赤十字病院

(RS PMI Kota Bogor) インドネシアで唯一の赤十字病院であり、ボゴール市の中核病院として機能している。日本の赤十字病院から、設備等の支援もある。民間病院であるた

め、貧困患者の受け入れは義務ではないが、ボゴール市長より、「貧困患者を積極的に受け入れるように」という指示があったことと、貧困患者を受け入れない病院は、各種メディアで悪く紹介されてしまい、イメージや評判が悪くなってしまうので、受け入れるようにしているとのことであった。

Table 4 インドネシア赤十字病院の概要

設立年	1931年
診療科	内科、産婦人科、小児科、整形外科、泌尿器科、腫瘍外科、皮膚・性病、循環器科、呼吸器科、口腔外科等
ベッド数とクラス	262床(うち3級室118床)、Bクラス
医師数	一般医(8)、専門医(42)
貧困患者の割合	患者の6割 人工透析専用ベッド29床の利用率は、9割が貧困患者

3級室は、主に貧困患者が利用する。1室8床が基本であり、トイレ・洗面台が各病室2個ずつついている。一般患者が3級室に入院する場合、1日につき60,000ルピア（食費込）を負担する。貧困患者の自己負担は無料である。

2級室に一般患者が入院する場合、1日につき200,000ルピア（食費込）を負担する。尚、1級室は、個室になっている。

(2) 西ロンボク県立病院 (RSUD Patut Patuh Patju) 西ロンボク県唯一の病院である。Puskesmasから紹介された患者はこの病院に行くことが多いが、州都マタラム市にある州立病院に行く患者もいる。

JAMKESMAS, JAMKESMAS NTBの患者の自己負担は、基本診察料、外来・入院

Table 5 西ロンボク県立病院の概要

設立	2005年
診療科	内科、産婦人科、小児科、循環器科、呼吸器科、歯科等
ベッド数とクラス	110床(1室6床の3級室が8室)、(1室2床の2級室が8室ある) Cクラス
1日外来患者数	50人
平均在院日数	4日間(下痢、結核、呼吸器系、腎不全、チフス患者が多い)
貧困患者の割合	患者の7割

医療費のすべてが無料だが、JAMKESDAは外来のみ無料ではない（一般患者同様に、基本診察料5,000～10,000ルピアを毎回支払う）。

（3）スジョノ東ロンボク県立病院（RSUD Dr. R. Soejono Selong） 県内で唯一の貧困者の受け入れ病院である（民間病院が1ヶ所あるが、そこは、貧困者の受け入れの契約を結んでいない）。

年齢や生年月日を覚えていない患者がいたり、JAMKESMASカードと身分証明書の記載内容（特に名前）が異なっていたりして、中央政府の検証員のチェック後に病院の会計に差し戻され、貧困者の医療費を中央政府に請求できずに、病院の持ち出しになってしまうこともある。

Table 6 スジョノ東ロンボク県立病院の概要

診療科	内科、小児科、産婦人科、眼科、一般手術、歯科、栄養相談、理学療法等
ベッド数とクラス	250床(3級室が207床、2級室が22床、1級室が4床、さらにVIPの入院室が17床ある) Cクラス
スタッフ	一般医(30)、専門医(7)、看護師(186)、助産師(28)等
1日外来患者数	約300人
平均在院日数	3～4日
貧困患者の割合	外来患者の3割 入院患者の7割

（4）アルイルシャッド病院（Rumah Sakit Al-Irsyad） スラバヤ市の民間病院である。「他の人が助けることのできない人を助ける」ことを病院の理念として設立された。市内の民間病院の中で、初めて、JAMKESMASプログラムに参加した。参加理由は、社会サービスを最優先に考えて医療サービスの提供をしているからである。

1年間に約40億ルピアの寄付が集まる。一般患者であっても、医療費を支払えない者がいた場合、寄付金から医療費を出したこともあった。口蓋裂の子どもの手術には1人当た

り600万～700万ルピアかかるが、寄付から捻出し、自己負担を無料にしている。

待合室は貧困患者と一般患者、ASKES患者等を差別しておらず、皆、同じである。入院と人工透析療法は、JAMKESMAS患者が多い。他の病院では、人工透析療法の貧困患者を受け付けると採算が取れないので、受け付けない病院もあり、当病院に回されてくる患者もいる。

保健省が定めているINA CBGsでは、病院のクラスにより、同じ医療行為でも報酬が異なる¹⁶⁾。例えば、人工透析（1回）では次のようになっている。

- Aクラスの病院：1,000,000ルピア
- Bクラスの病院：610,000ルピア
- Cクラスの病院：520,000ルピア

（AクラスとCクラスでは、同じ医療行為を行っても、倍くらいの開きがある）

Table 7 アルイルシャッド病院の概要

設立	1978年
診療科の特徴	専門診療科が20科あり、スポーツ選手等の整形手術、乳児のケア、口蓋裂の子どもの手術を得意としている
ベッド数とクラス	114床、Cクラス
医師数	一般医(15)、専門医(6)
1日外来患者数	300～400人程度(呼吸器系疾患、胃腸炎、下痢が多い)
平均在院日数	4日間(子どもの患者は外来と同様の疾患が多く、成人は糖尿病、腎臓病、チフス等が多い)
貧困患者の割合	人工透析の患者の9割

（5）ドクターエム・スワンディ病院（RSUD.Dr.M.Soewandhie） スラバヤ市立の病院である。「優秀な病院になる」というミッションを掲げている。

Table 8 ドクターエム・スワンディ病院の概要

設立年	1998年に Puskesmas から病院に移行
診療科	内科、小児科、産婦人科、手術、循環器科、整形外科、性病、皮膚科、精神科(外来のみ)、歯科等
ベッド数とクラス	189床(うち8割が3級室)、Bクラス
スタッフ	専門医(25)、看護師(153)、助産師(37)、薬局補助や清潔管理等(48)、事務員(66)
1日外来患者数	約400人(多い時で900人来院した日もあった)
平均在院日数	3.5日間
貧困患者の割合	患者の6～7割

待ち時間は、受付窓口でチケットを取ってから、診察までに1時間～2時間くらいかかる。さらに、診察後、薬を受け取るまでに30分くらい待つ。スラバヤ市にもう1ヶ所ある市立病院が村人にとって交通が不便なところにあるため、当病院に来院する患者が多くなっている。

貧困患者の受け入れでよく起きている問題とそれへの対応として以下の点がある。

①必要な書類（JAMKESMASカード、身分証明書のコピー、SKTM等）を持参しない患者がいるため、村人に貧困者用の医療保障を受けるのに必要な書類の情報を伝えるようにしている。窓口看板を置く、受付窓口を一般患者やASKES患者と分ける、保健局からラジオや新聞を使って情報を伝える等の対策をとっている。

②JAMKESMASカードの不正使用があった（年に2, 3回）ため、必ず身分証明書と照らし合わせて、確認するようにしている。

③経済的な能力があるのに、SKTMを持参する患者がいる。保健局から村長に対して、本当に経済的な能力のない者だけに書類を出すように指導してもらっている。

④医療費を請求するためのコード番号を職員がよく間違えるため、スタッフへの指導を強化している。

⑤INA CBGsでは、実際にかかった医療費よりも、請求できる金額が低いことがある。

（6）バクティ・ダルマ・フサダ病院

（RS.Bhakti Dhama Husada）スラバヤ市立の病院である。病院のモットーは、Responsibility, Smile, Brilliant, Dynamic, Humanityであり、その頭文字をつなぐと、

病院名になる。

Table 9 バクティ・ダルマ・フサダ病院の概要

設立年	2009年
診療科	内科、小児科、産婦人科、家族計画、手術、歯科・小児歯科、眼科、耳鼻科、性病と皮膚科、神経科、腎臓、整形外科、精神科
ベッド数とクラス	135床、Cクラス
スタッフ	一般医(14)、専門医(21)、歯科医師(2)、薬剤師(5)、看護師(154)、助産師(24)、歯科衛生士(1)、歯科技工士(1)、栄養士(4)等 総スタッフ数:590人(公務員213、契約職員377)
1日外来患者数	200～300人程度
平均在院日数	5日間
貧困患者の割合	患者の5割

待ち時間は、来院してから診察、薬をもらい、会計するまでに最大2時間くらいである（保健省から指導を受けている基準は、1時間以内となっている）。

貧困患者の受け入れで、これまで問題となるようなことはなかった。

2-2. 2014年のUCの実現に向けての準備状況や意見

調査先病院のすべてで共通する回答として、「医療サービスの質の向上」という課題と「2014年からの診療報酬の設定への関心」があげられていた。

（1）インドネシア赤十字病院 ポゴール市内の貧困者のうち8割が当病院を利用している。2年後は、100%になるかもしれない。紹介状を出す必要のない患者には、時間のロスと医療費の無駄が生じるため、紹介状を出さないように、Puskemasの医師にお願いしたい。

（2）西ロンボク県立病院 サービスの質を向上させ、患者からの信頼度を高めることが重要である。日本の病院の視察をしたい。

（3）アルイルシャッド病院 医療の質を維持できるような報酬設定を検討してほしい。

（4）ドクターエム・スワンディ病院 制度のスムーズな実現には、導入後1, 2年の時

間が必要だと思う。

(5) バクティ・ダルマ・フサダ病院 スラバヤ市内の各病院、ASKES、JAMSOSTEK、保健局でUCの実現に向けての会議をしている。2014年よりも先にスラバヤ市としてUCを実現しなかったが、財務の手続きが複雑で、実現できなかった。現在は、中央政府の指示と具体的な情報を待っている状態である。

3. Puskesmas担当者（医師）へのインタビュー

3-1. Puskesmasにおける保健医療サービス提供の現状

Puskesmasの役割は、大きく2つあり、ひとつは「社会及び個人の健康作りの支援」、もうひとつは、「第一次的な保健医療センター」としての位置づけである。

Puskesmasの最低基準は、日帰り医療、助産師の配置、歯科治療、試験室の設備である。病気の予防活動だけではなく、医師による診察、治療、投薬も行う。ただし、詳細な検査が必要な場合や重症患者でより高度な医療が必要な場合は、病院への紹介状を出す。尚、紹介状を出す割合は、調査先では、全外来患者に対し1割～2割程度であった。また、出産や入院のためのベッドを持ち、緊急の場合は24時間体制でサービスを実施していた。

(1) ボゴール市・タナフサレアル保健所

(Puskesmas Tanah Sareal) 人口約9,500人の村を担当している。他のPuskesmasよりも設備が整っているため、他のPuskesmasから紹介されてくる患者もいる。JAMKESMASは村の住民でなくても利用できるが、JAMKESDAは村の住民だけが利用できる。JAMKESMASは、制度の理論上は全国どここのPuskesmasでも利用できるが、住民登録

してある村のPuskesmasを利用した方が、家庭訪問等のPuskesmasスタッフからのきめ細やかな保健指導を受けられるというメリットがある。

Puskesmasの収入について 一般患者は、基本診察料3,000ルピアに加え、検査費や治療費を全額自己負担するために、それがすべてPuskesmasの収入になる。

貧困患者については、医療を提供した人数(回数)を保健局に毎月請求する。保健局は、患者の通所1回につき、3,000ルピアをPuskesmasに支払う。

ASKES加入者は、あらかじめどこのPuskesmasを利用するかを決めて登録しておく。登録先は、住所から近いところが選ばれることが多い。調査時現在、登録者は8,351人である。1人につき、1ヶ月2,000ルピア(来所してもしなくても)をASKESが負担し、保健局を経由してPuskesmasに支払われる。実際にその月に受診した人数により、保健局が、ボゴール市内の24ヶ所のPuskesmasに配分する。他のPuskesmasに登録しているASKES加入者が来所した場合、1,2回はサービスをするが、次回は登録しているPuskesmasに行くように伝えるとともに、ASKESにも報告する。

保健局からの収入は、Puskesmasの利益になるというよりは、運営費として使用している。公務員としてのスタッフの給与は、地方政府より支払われるため、利益を上げること考えていない。貧困患者が、必要書類が整っていない段階で来所した場合、保健局に確認した上で、サービスを提供することもある。

その他、地方政府からの補助金があり、保

健活動の他、経営管理費、薬代、設備費を賄っている。

Table10 タナフサレアル保健所の概要

診療科と設備	内科、小児科、歯科、産婦人科、救急、試験室、レントゲン室、入院室(11床)
スタッフ	一般医(8)は24時間交代勤務 専門医(2)は内科、小児科で2回/週勤務 産婦人科医(1)は1回/週勤務 歯科医師(2) *1日のうち日中4,5人、夜間1人の医師を配置 看護師(8)、栄養士(1)、環境衛生担当(1)、レントゲン技師(1)、試験室(2)、薬局(2)、事務員(10)
1日外来患者数	240人(2011年度)
平均在院日数	1~2日間

村人への保健指導について Puskesmasの施設内にとどまらず、スタッフが村に積極的に出向き、健康促進、健康指導、予防活動を行っている。全ての年齢を対象としているが、5歳以下の乳幼児や妊産婦の栄養・健康管理を行うposyandu（ポシアンドゥ）、壮年期からの健康作り（45歳以上）に力を入れている。

また、患者の家庭訪問も実施し、家の清潔さ、採光、通風、水質等を調査し、改善が必要なところをアドバイスしている。訪問は、看護師、栄養士、公衆衛生の専門家である環境衛生担当者がチームを組んで行う。

村人の健康問題に関して、村長とPuskesmasは協力関係にある。毎月1回村長とPuskesmasはミーティングを行い、村人に健康問題がある時は、村長からPuskesmasに連絡が入る。

村人への保健指導に関して、Puskesmasの専門職だけではなく、保健ボランティアのカデルが協力している。カデルは、Puskesmasから健康に関する研修を受けている。ひとつの区（村・集落のさらに下にある）に5~10人程度のカデルがおり、月に1回のposyandu（ポシアンドゥ）の手伝いを行う。

村人への保健活動の費用は、地方政府の補助金の他、村人の協力により行っている。

Posyanduの活動費には、村人の助け合いの募金も入っている。

(2) 西ロンボク県・クディリ保健所

(Puskesmas Kediri) クディリ郡（10村ある）を担当している。

他機関との連携について 中学校・高等学校や警察と連携して、若者に対する健康、薬の役割や副作用等の教育、指導を行っている。生徒が抱える健康上の悩みについて、親や周囲の大人には言えないが友達には言えるという若者の性質を理解した上で、健康に関するリーダー役の生徒が悩みを抱える生徒の相談にのるという方法をとっている。リーダー役の生徒は、中学校、高校の教諭が推薦しPuskesmasのスタッフが指導している。

Table11 クディリ保健所の概要

診療科と設備	内科、小児科、歯科、産婦人科、救急、試験室、入院室
スタッフ	スタッフ80人のうち54人が公務員 一般医(2)、専門医(1)、歯科医(1)、歯科助手(1)、看護師(10)、助産師(16) 栄養士、環境衛生担当、健康プロモーション担当、試験室、薬局、事務員等
1日外来患者数	80~100人
平均在院日数	2~3日間

(3) 東ロンボク アイックメル保健所

(Puskesmas Aik Mel Lombok Timur)

10村を担当（人口約42,671人）している。東ロンボクの拠点Puskesmasとなっており、他所から紹介されて来所する人もいる。

入院時、一般患者の中に他人のJAMKESMASカードを不正使用しようとする者がいるため、身分証明書が住民票を持参するように指示している。医療費の請求作業には、身分証明書（または住民票）が必要になる。

病気になったことにより、医療費が支払えないという一般患者は、SKTMがなくても、集落長からの情報により、無料にしている

(2011年は支払えないケースが5件あり)。また、栄養不足の患者(2012年1月は11人)も無料としている。

Table12 東ロンボク アイックメル保健所の概要

診療科と設備	内科、小児科、歯科、産婦人科、救急、試験室、入院室(30床)
スタッフ	スタッフ90人のうち39人が公務員 一般医(3)、歯科医(1)、看護師(33)、助産師(14)、栄養士(4)、環境衛生担当(5)等
1日外来患者数	90~110人
平均在院日数	3~4日間

(4) タナフ カリクディンディン保健所

(Puskesmas Tanah Kalikedingding) 人口密度が高い地域であり、地域内の民間病院がJAMKESMASやJAMPERSALの協力病院として契約していないため、2013年市立病院になる予定である。ひとつの村(12集落、142区)を担当(人口43,549人、10代後半から20代が一番多い)している。難産にも対応できるPuskesmasであり、他のPuskesmasから紹介されて来所する患者もいる。

Table13 タナフ カリクディンディン保健所の概要

診療科と設備	内科、産婦人科、小児科、眼科、歯科、栄養不良対策施設、入院室(3床)、救急、Pustu(保健所支所)
スタッフ	スタッフ56人中約半分が公務員 医師(8)、歯科医(3)、看護師(10)、助産師(10)、栄養士(2)、環境衛生担当(1) 試験室、薬局、予防接種担当、事務、資料保管管理、情報・経営コンサルタント、心理カウンセラー(郡内のPuskesmasを巡回している)等
平均在院日数	2日間

若者の健康作りについて 性や健康問題に関心のある若者がPuskesmasで研修を受け、得た知識を生かして、村の若者や友人に対して指導したり、相談にのったりする「Rumah Remaja (青年の家)」の活動を行っている。また、小学校との関わりも深く、Puskesmasの医師からの指導を受けながら、小学校の生徒自らがリーダーとなって、学校内の美化活動、健康推進活動を行う「Polisi Lingkungan (環境ポリス)」「Dokter Kecil (小さな医師)」

の活動も行っている。リーダーには、活動に対する意欲があり、人物・成績共に優秀な生徒を教諭が推薦する。リーダーである子どもたちへのインタビューでは、教諭からの信頼を受け、推薦されることそのものが生徒にとっての誇りであり、活動のさらなる意欲と自信につながっている様子であった。また、「将来の夢」として、「Dokter Kecil」の生徒たちは「医師」をあげ、Puskesmasの医師への憧れの気持ちを話していた。

3-2. 2014年のUCの実現に関する意見

(1) ボゴール市・タナフサレアル保健所

UCが達成されれば、人びとが病気になることも医療費の心配なく安心できると思う。日本の国民皆保険制度や保健活動にも関心があるので、研究者や保健医療の専門家と意見交換したり、現場を視察したりしてみたい。

(2) 西ロンボク県・クディリ保健所

一般患者がお金を持っていない場合等、Puskesmasは対応に苦慮していたが、UCが実現されれば、そういう問題もなくなるだろう。医療サービスを無料で受けられる人のデータ、医療費の請求の方法等、中央政府に対策を立ててもらいたい。

(3) 東ロンボク県・アイックメル保健所

UCの達成は喜ばしいことであり、期待したい。

(4) スラバヤ市・タナフ カリクディンディン保健所 できるだけ多くの村人に対して、税金で医療保障をしてほしい。住民登録・データ管理が重要になると思う。情報技術で、各保健医療機関のネットワークが構築できればよい。Puskesmasの人材能力の向上が課題である。

考察とまとめ

貧困者の医療保障について、制度としては整っているものの、実際には、すべての貧困者に対応しきれていなかった。また、同じ「貧困者」の医療であるのに、中央政府による保障と地方政府による保障の2重構造になっており、医療費の請求作業等が煩雑になっているように思われた。今後はこの貧困者の医療保障をどのように整理していくかが課題となるだろう。

貧困者の特定について、基準があっても、地方政府による貧困者の医療保障の対象は、村長や集落長の「裁量」で決められているところもあり、今後、貧困者のラインの設定が課題となるだろう。つまり、どこまでを税金で保障する医療の対象者とするか、どの層から新たに保険料を徴収するかである。また、保険料の基準の設定や保険料の徴収方法については制度の成功のためには重要であるが、地方政府にまだその具体的な情報は伝えられていなかった。その他、「SKTM」の制度のように、病気に伴い支払い能力がなくなってしまう人々への支援について、今後の新しい医療制度の下でどのように位置づけるのかも課題である。

JAMKESMASカードと身分証明書の記載内容が異なる等、貧困者のデータの取り方に問題があり、「住民管理の重要性」についての認識が低いように思われた。この点は、新たに保険料を徴収する際に、大きな課題となるだろう。集落長やカデル等、村人に近い存在の人々は村の人的資源として大きな存在であるが、一方でこうした問題が生じること

を理解したうえで、データの収集方法やその基準作りが必要であろう。

病院からは、診療報酬に関する現行制度への不満と今後の報酬設定への期待が寄せられた。貧困者が差別されることがなく、また、医療の質を保てる報酬設定が必要である。今後は、日本の診療報酬の設定に関する研修や病院の視察の機会の提供等の協力も考えられるだろう。視察の機会を設定する場合、日本の先端医療の現場を見てもらうというよりは、インドネシアの人たちにとって真に役立つ現場を検討する必要がある。例えば、農村部や離島部での医療体制、医療機関同士の連携がうまくいっている地域等の事例が参考になるのではないかと。

保健医療サービスの提供では、村人に近い Puskesmas が大きな役割を果たしていた。母子の健康のための posyandu では、Puskesmas の専門職、保健ボランティアとしてのカデル、村人リーダーが協力し合って、地域の健康づくりに貢献していた。また、学校との関わりや若者の性・健康問題に関して、生徒・若者自身の力を引き出し、「ピア相談」という形で活用していた。さらに、Puskesmas の医師が、生徒や若者たちにとっての身近な大人としての「良きモデル」の役割を担っていた。専門職が施設内にとどまらず、積極的に集落に出向いて行く姿勢、村人を巻き込んだ活動等、むしろ日本がインドネシアに学ぶところがあるのではないかと。

UC の実現に関しては、財源のみならず、医療供給体制の整備が重要であるが、そうした認識が、インタビューの中からはほとんど感じられなかった。今回の調査地だけを見て

も、医療資源の地域格差が大きく、医療保険制度ができたとしても、例えば西ロンボク県・東ロンボク県では、病院を選択する余地がないのが現状である。「保険あって医療なし」にならないよう、医療の質はもとより、量の確保も喫緊の課題である。

本稿では、紙面の限りもあり、村人の生活や保健医療に関する意識について取り上げることができなかったが、人びとの生活にかかわる医療保障制度を検討するためには、制度を実際に使う「村人の声」を反映させることが重要であると考え。インドネシアの人びとが知恵を出し合って作り上げてきた相互扶助の仕組みの中に、地域保険成立の可能性を探ることができるかもしれない。それらについては、別稿で論じることとしたい。

謝 辞

筆者は、国際協力機構（JICA）の社会保障調査団の一人として、2012年2月14日～3月13日にインドネシアの医療保障制度の調査を実施する機会を得た。JICAの皆様、調査にご協力いただいたインドネシアの皆様へ感謝申し上げたい。本稿は、その調査結果の一部をもとにしているが、本稿の内容の見解は、すべて筆者個人の責任に帰するもので、JICAのそれを代表するものではないことをお断りする。

注)

- 1) 調査先の選定に際し、BAPPENAS (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional: インドネシア国家開発企画庁) の庁長の助言を受けた。
- 2) 日本円1円=122.04インドネシア・ルピア (2012年2月)
- 3) 「PT.ASKES」は、ASKESとJAMKESMASの実施機関であり、インドネシアの国有企業として運営されている。「PT」は、Perseroan Terbatasの略で、「有限会社」を意味する。尚、JAMSOSTEKは「PT.JAMSOSTEK」が、ASABRIは国防省が実施機関となっている。
- 4) 実際には、貧困状態から抜け出すことができない者がほとんどであり、一度JAMKESMASの対象となると、一生、亡くなるまで、JAMKESMASで保障されることになる。データを取った時に生まれていなかった子どもは、2歳になるまでは親のカードを使えるが、次のデータ更新まで、その子どもはJAMKESMASに認定されないため、両親はJAMKESMASなのに、子どもはその対象となっていないという家族もありうる (東ロンボクアイックメル保健所長のインタビューより)。
- 5) JAMKESDA対象者にカードが交付されていないのは、JAMKESMASで保障されていない貧困者のデータを集めたばかりであり、準備中のためである。西ジャワ州政府から発行される予定であるが、規則の変更が必要で、調査時 (2012年2月17日) 現在、議会で審議中である。
- 6) SKTMとは、医療費や教育費の支払い能力がない等、社会的な弱者であることを村長が証明する書類である。何の目的で使うかが記入されている。例えば、「○○の治療費の支払い能力がない」等である。
- 7) DUKUNとは、おまじない、薬草、マッサージ等による伝統的な治療を行う者、または、助産師の資格のないお産婆のことを指す。
- 8) ここでいう「JAMKESDAの対象者」の中には、(貧困者ではない) イスラム教の指導者、カデル (Kader)、公務員ではない村役場の職員、集落長等はいっていない。貧困者のみ、「医療費の支払い能力がない」ことを証明され、集落長から推薦を受ける必要がある。
- 9) コミュニティ・エンパワメント局 (BAPEMAS) は、貧困者に対して、技能研修を行っている。研修内容は、男性は車の運転、溶接、電気製品の修理等、女性は、ケーキ作り、ハンドクラフト等である。
- 10) INDIKATOR PENDATAAN KELUARGA MISKIN BAPEMAS Kota Surabaya (2008)
- 11) 「一般患者」とは、貧困者医療 (JAMKESMAS・JAMKESDA等) の対象者ではなく、公的・民間

- 医療保険にも加入していない者のことを指す。
- 12) Aクラスの病院は、ジャカルタ、スラバヤ、メダン、マカッサルの4ヶ所にある。
 - 13) 契約する病院の基準は、保健局に登録しており（登録番号を持っている）、3級室があることである。中央及び地方政府に協力する意志のある病院で、クラスは関係ない（スラバヤ市、ドクターエム・スワンディ市立病院看護サービス課長へのインタビューより）。病院数の地域ごとのばらつき調整や新しい病院の設立許可については、保健局を経由して、州が許可を出す。設立場所の関係で、新規設立が認められない場合もある（スラバヤ市BAPPEKO社会福祉部長へのインタビューより）。
 - 14) 一般患者も紹介状は不要である。
 - 15) 病院が診療報酬を決めて、市や県の政府に承認してもらう形式である。
 - 16) ジャカルタとスラバヤでも報酬が異なるという。

参考文献

- 垣本和宏（2009）：インドネシア共和国における保健医療の現状と課題 *Jornal of International Health* 24 No.2 97-105
- 広井良典・駒村康平（2003）：アジアの社会保障 東京大学出版会
- 福岡藤乃（2010）：インドネシアにおける医療保障制度とその課題 *海外社会保障研究* Spring2010 No. 170 71-80
- 矢口 恵（2011）：インドネシアの医療（1）医療経済研究機構レターNo.203 33-39
- 矢口 恵（2012）：インドネシア共和国の医療（2）医療経済研究機構レターNo.204 36-47
- 外務省：インドネシア共和国
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/indonesia/index.html> 2012/10/12
- 厚生労働省（2012）：海外情勢報告2010～2011
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/12/index.html> 2012/10/12

Current Status and Issues of the Medical Security System in Indonesia

: Based on surveys conducted in Bogor, Lombok and Surabaya

Takako Yasutome

Abstract

Indonesia's medical security system is currently not adequately organised to cover the entire nation. However, based on Law No. 40 for the National Social Security System of 2004, the goal is to implement a medical security system targeting all citizens, beginning in 2014.

This paper aims to understand the health care service providers and institutional aspects of Indonesia's current medical security system as well as identify the challenges the country faces as it nears the implementation of health care reform in 2014.

The regions chosen for this study include Bogor, located on the outskirts of the capital, Jakarta; the rural provinces of West Lombok and East Lombok and Surabaya, the second largest city after Jakarta. We conducted interviews with individuals such as government officials from the Department of Health and doctors in hospitals and *puskesmas* (health centres).

The results revealed short-term challenges. One is inadequacy of 'population management', which is important with regard to collecting new insurance premiums. Another is the determination of medical fees. For a national medical security system encompassing the entire population to succeed, the medical treatment and delivery system must be developed and maintained. Furthermore, the financial resources to do so must be established. However, huge disparities in medical resources exist among the studied regions. In the rural provinces of Lombok, there are very few hospitals. To avoid a situation of 'medical insurance but no medical facilities', the Indonesian system must urgently address the supply of medical services as well as the quality of medical care.

Key words : Indonesia, medical security system, health care service