

が必要だといっている。

生命尊重のために心臓移植手術すら実現している現時点において、アメリカの医師は、すべての層の人間によりよい医療を与えなければならぬことを認めているのである。

しかしそのためには、前述の諸問題を解決す

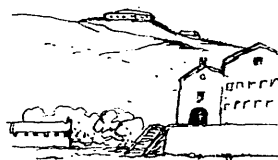
るに効果的な大改革がなされないかぎり、どうにもならないとしている。

New York Times (Weekly Review) 21 Jan., 25 Feb., 17 March, '68, *U.S. News and World Report* 26 Feb., 8 April, '68.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

ユーゴスラヴィアの医療制度

(ユーゴスラヴィア)



ユーゴスラヴィアでは、公的制度で保健制度ほど最近激しく一致して非難されているものはない、とフランクフルター・アルゲマイネ紙の記者はベオグラードから最近の事情を伝えている。それはかつては社会主義化社会のいちばん自慢の見せ物であったのが、今では国民の憤慨の的となっている。その欠陥は今やはっきり目に見える。ポリクリニクも大

学病院も、きわめて不合理な運営をしている。その仕事はまるで成果があがっていない。金庫はからであり、資金の不足は技術の近代化を妨げている。医療施設は、珍妙な報酬規定で、社会保険からいっさいの医療につき法外に安い報酬しかうけられない。ところがこのような報酬規定のため、その代償に必要以上の長期間患者は引き止められる。そこ

で病院はどこでも、とくに大都市では、満員である。

医師の俸給は非常に低い。10年の経験をもつ医師で、1ヵ月500マルク以下というのも珍しくない。医師が大学病院で仕事のできる可能性も少ない。そこで彼らは、イギリスなど、外国へよくでかける。国に残ろうとすれば、企業に勤めるとか私的な患者をみつけるとかして、内職をしなければならない。これで大学病院の仕事が続けるとしても、その経済的成果は限られている。医師の自由選択もまた社会保険の規定で、限られている。医療機関ではこのような施設に（ドイツでもそうだが）共通の集団治療で、おまけに、融通のきかない官僚主義、はてしのない待時間、担当の医師の突然の、しかもたびたびの変更がともなっている。

ユーゴスラヴィアの保健制度が安すぎる、とりわけ市民の抛出が少なすぎることにについては改革は避けられないだろう。抛出を高めて疾病保険を改善することは事実やむを得ない。それにしても現在のままでやるべきこともたくさんある。専門家たちはポリクリニク

や大学病院の改革をさっそくはじめるよう望んでおり、その方法をいろいろ論議している。しかしユーゴスラヴィアが保健制度においても、その「独自の社会主義的方向」にとどまるであろうことは、予見できる。つまり、多くの医師たちが望んでいるような、20年前放棄した私的開業をもう一度はじめるようには、近い将来にはならないだろう、というのである。それにしても、医師が国の公務員として固定した収入をもち、国家予算により医療施設をまかなう、というきびしい国有化はほとんど考えられない。その解決は、1965年以後工業と商業を建設してきた、ユーゴ的社会モデルの、「自治制」の方向にある。だがポリクリニクは工場をやっていくようにはいかない。工場なら生産、価格、俸給を自分で定めることができる。ところがポリクリニクはすべての人を治療し、そしてその価格は国の報酬規定で固定されているのである。

ここで注目されることは、改革論争で音頭をとっているのが党の官僚でなく、医師である点である。最も興味深いことは、連邦議会の議員でベオグラード大学外科学教授 Popo-

vić-Djani の意見で、その主張は自由な医師活動ということである。彼がそこにいるのは3点、すなわち、すべての医師は自分が働きたいと思う大学病院を（同時に多数でも）みずから選ぶことができる、そこで自分の時間を掲示して診察室をもつ。病院では「自分の」患者をもつ。第二に、(社会保険の) 患者はだれでも国内どこでも自分の医師と診療所を自分で選ぶことができる。第三に、診療報酬は、経済的合理的な規準で、国全体に統一して固定する、というのである。ただ診療報酬では「特別」用の高い報酬を定めておき、もし患者が簡単な盲腸炎の手術を大学教授に頼みたいと思えば、たくさん支払わねばならない。しかしむずかしいケースだと最も優秀な医師が治療にあたり、しかも患者は余分な費用は払わなくてもよい。必要なら、貧しい人々にも大学教授による診療の道が開かれている、というのが Popović-Djani の描く社会主義的医療制度の内容である。

したがって保健制度の面での競争も導入される。Popović-Djani も、医師が自分の営業

を行なうことに反対はしていない。もっともそれは彼にとって私的営業に復帰することではない。なぜなら「私的」というのはそこでは、医師がその価格を自分で決める場合にしかいわれていないからである。「それだとするとほとんど保険患者だけを扱っている西ドイツの保険医は社会化されているわけですか」という問に対して、教授は躊躇することなくそれを肯定する。このような言葉を用いることによって彼は、正統的マルクシストの側から予想される、彼の思想の一面に対する攻撃をかわすのである。

それはともあれ、自分で開業している医師はむしろ一時的な現象であって、将来は近代的な設備をもった治療センターができることであろう。そこで「自由な医師活動」が行なわれれば、よりよい医療がなされ、ただらした治療は終わり、適切な報酬をうけることができるようになろう、というのが教授の主張である。ただそうなると医師が大都市、とりわけ大学病院に集中して、地方には医師がいないことにならないだろうか。これに対して教授は、もし医師が大都市に過度に供給さ

れるなら、これを配置転換させられようし、地方にも診療所を設けて、簡単なケースはそこで処理するようになるろう、という。

Popović-Djani 教授には医学上の主張と経済上の主張が常に同時に併存している（彼は今日のドイツの保健制度にしても、イギリスやスウェーデンのものにしても、細部にわたって承知している）。彼のような医師は今日のユーゴスラヴィアでは、企業意欲もあるとともに冷静な計算にたけた総支配人とか、経験的数学的な方法を備えた社会学者や、フランスとかアメリカで研究を積んだ行政専門家に比肩する人である。このような人々はすべてこの国をなんとか近代化しようと努めているのである。

(Frankfurter Allgemeine Zeitung,
14, März)
(安積鋭二 国立国会図書館)

社会保障こぼれ話

アメリカの従業員 給付制度

従業員給付制度とは、企業に設けられた私的な給付活動を行なう制度で、この制度による活動を社会保障と混同したり、あるいはその中に含める者がいる。しかし、各企業が労働者福祉対策として、私的な制度で給付活動を行なうのは、あくまでも、社会保障とはっきり区別されるべきである。最近、私的な制度を公的な制度に移したり、公的な制度を私的な制度で肩代りさせる例がみかけられる。

この従業員給付制度では、アメリカでも、私的な制度による従業員給付活動が活発で、主要な活動は健康保険による給付、疾病などによる労働不能者に対する喪失所得補償、退職給付で、これらが社会保障の不備を補足しているのは、わが国でもよく知られている。

これらの給付活動のうち、退職給付制度をみれば、1966年には、約2,640万人の従業員が、なんらかの形によりこの制度でカバーされてお

り、これは全労働力の約40%をやや上回っていた。この被保護者数は1950年における980万人の約2.5倍に当たるが、この人数は毎年増加を続けているにもかかわらず、数字の上だけでは、全労働力のうちかなりの人々が、退職給付制度から取り残されていることになる。

この制度は、主として、労使間の団体交渉を通じて生まれるので、制度の採用には、労使の力関係が大きく作用している。したがって、強力な組織力をもつ被用者は、比較的有利な制度を実現することができる。

ところで、ほとんどの退職給付制度は、いわゆる企業年金として、年金を支払う形を用いており、この年金制度は拠出方式と利潤分配方式の財源調達を用いている。前者は文字どおり拠出を支払って財源をまかなうのに対して、後者は企業が利潤を毎年基金に払い込んで財源を調達している。なお、財源調達について付言すれば、労使間の力関係を背景としているので、拠出負担にその力関係があらわれ、使用者だけの拠出負担、あるいは労使双方の拠出負担という形が採用され、また労使双方の負担でも、負担割合が異なる例が多い。(41ページにつづく)