

費用について加盟国間で返済が行なわれるという原則が採用されたため、事務処理が迅速化されることになるといわれている。なお従来、家族給付は加盟各国によってまちまちであったが、新规定では移住労働者に関してすべて統一的な条件で支給されることになり、この点も、事務処理の迅速化に貢献するとみ

られる。

資料 Journal officiel des Communautés européennes N°L 149/2(5. 7. 71), N°L 74/1 (27. 3. 72). *International Labour Review*, Vol. 106, No. 1, July 1972.

(上村政彦 名古屋市立大学)

## 国民保健サービス費のコントロール

(イギリス)



ISSA の医療保険の改革に関する 円卓会議が1971年にミラノで開かれたが、この論文はその会議に提出されたものである。英国において保健サービス費がどのようにコントロールされているかを具体的に説明したものであるが、英国保健・社会保障省の次官であるソルター氏は、この論文で暗に英国のような国営の保健サービス制度を擁護しているようで

ある。

### 国民保健サービスの財政的特徴

国民保健サービスの財政的特徴は次の三つの点にある。第1に保健サービスのほとんどが国または地方当局によって提供されているという点である。国はほとんどの病院を所有しているし、家庭医等とも契約を結んでい

る。また地方当局は地方保健センターや療養所を所有しており、助産婦や保健訪問者等を雇い入れている。こうしたことが前提となつて、サービス水準やサービス費用のコントロールが可能なのである。

第2の特徴は、国の保健サービスが社会保険によってまかなわれるのではなく、ほとんど租税によってまかなわれている点である。また地方当局のサービスは一部租税で、一部地方税でまかなわれている。このことが前提となっているので、国は保健サービス費の増加率をコントロールすることができるのである。

第3の特徴は、若干の一部負担を除けば、保健サービスは、グレート・ブリテンの全住民に無料で提供されている点である。病院や家庭医が保険基金に医療費を請求する必要もないし、また患者が保険基金から償還を受ける必要もない。このことは管理費を大幅に節減させているのであって、保険制度を取る場合の管理費は、総費用の10%程度であると考えられるが、英国の場合は約2.5%である。

このような制度的な特徴を前提として、具体的に国民保健サービスの各費用はどのよう

にコントロールされているのであろうか。

### 国民保健サービス費のコントロール

国民保健サービス費は、制度発足の当初見積られていた規模を大幅に越えて増大している。しかしその後の実質伸び率はほぼ一定の水準にコントロールされている。

#### (1) 病院サービス

病院を運営するのに必要な全費用は直接国によってまかなわれているが、政府は毎年、病院サービス費の実質増加額を定め、各病院責任者にその病院の歳入額と資本配分額とを年度が始まる前に明示する。ここに言う実質増加額とは労働力や財の実質増加額を指し、報酬や物価の上昇分を無視したものである。

病院当局は割り当てられた額に応じて歳出に関する詳細な年次計画書を提出し、それに従って運営することになっている。報酬の上昇分のみあう追加をのぞいて追加金を受けることはほとんどない。最近の実質増加率は約3.5%で、資本支出の方は約10%であり、その伸び率は安定している。

#### (2) 開業医サービス

開業医サービス費のコントロールは病院の場合ほど単純でない。開業医サービスは執行委員会が直接その管理にあたっている。執行委員会が開業医等に対して管理費をも含めた必要額を支払っている。歯科医、薬剤師、眼科医にはサービスの量を基礎にして支払われるが、家庭医の場合には、出来高払部分のしめる割合は少なく、開業手当分、人頭払分、年齢による支払分などが組み合わされて支払われている。

診療の自由が前提となっている現状では、開業医サービス費の額は、患者や医師の考えに大きく左右され、病院サービス費のようにその水準を決定することはできない。各医師に対して薬剤の費用や効果に関する情報を供給したり、医師を指導して薬剤費がかかりすぎることを防ごうとしている。

十分コントロールできないとはいえ、1964—69年の一人当りの薬剤支出の増加率をみると、イタリア146%、ドイツ120%、フランス98%、に対し英国は53%で、英国の薬剤費の増加は他国に比べれば低水準で押えられていることがわかる。

#### (3) 地方当局のサービス

在宅看護、救急車、保健訪問、予防接種等のサービスは地方当局によって提供されている。地方当局は教育等、保健以外のサービスをも含めた活動につき年度がはじまる前に政府各省と折衝し、その後政府から補助金を受ける。しかし補助金を受けたあとは、地方当局がそれをどのように使おうが自由であって、実際には保健省が望むほどには地方当局は保健サービスに支出していないようである。病院サービスのコントロールのように、地方当局の保健サービス費のそれは容易ではないようである。

### 改革の可能性

以上のように国民保健サービス費はうまくコントロールされ、その上昇率が政府によって決定されている。しかし限られた資金を有効にいかすために改善されなければならない面も多いのである。たとえば多くの人々が診療を受けるため順番を待っているのであるが、こうした問題を解決するためにも保健サービスをより効果的に改めること、サービス

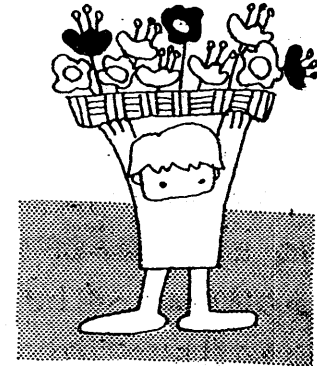
の優先順位を確立することが必要である。

サービスの優先順位を確立するとはいえ、診療の自由という大前提を無視することはできない、さしあたって保健サービスの効率を高めるには、地方レベルでの行政を統一することであろう。そして保健サービスを担当している病院、開業医、地方当局の三つの部門間のサービスの調整を計ることが必要である。現在そうした目的のために、保健サービスの再構成が計画されている。

この論文の目的は、英国の保健サービス制度が他の国々と比較してすぐれているとか、保健サービス費の統制は当然正しいことであるというようなことを明らかにすることではない。しかし少なくとも言うことは、総保健支出に制限があることを前提にすれば、英国の国民保健サービス制度は、限られた資源を有効に利用するより優れた制度であるということである。

H. C. Salter, "Controlling the Cost of the British National Health Service", *International Social Security Review*, XXV(1972), Nos. 1—2, pp. 19—26. (一圓光弥 健保連)

## 農業における社会保障



(西ドイツ)

農業社会政策は、今日、わが国に限らず、農業政策の本質的な要素である。

連邦政府は、10月1日から農業者疾病保険を実施することによって、農民の社会保障制度の確立が達成されると考えている。農民およびその家族の社会保険による保護は、それによって、疾病、出産、労働不能、災害、老齢および死亡の事故に拡大される。もちろん、支給される諸給付は、まだすべての領域にいたっていない。しかし、今後かなり改善が行われるであろう。

農業者疾病保険においては、農民は、被用者疾病保険におけると同様な保険保護を受ける。傷病手当の代わりに、長期疾病の結果に

よる労働不能の際に救援する要員があてがわれる。この特別な給付は、大きな意味をもつ。農業は、今日、もはやなんらの予備労働力ももたない。すでに事態は、1～2人農業にまでいたっている。もしこのうち1人でも疾病または災害によって倒れた場合、事業の続行がむずかしくなる。1965年以降、農民老齢扶助において、農民またはその配偶者が療養生活に入った場合あるいは死亡した場合、補充要員をあてがう可能性がすでにつくられている。この措置は、試験済みである。いまや、要員補充が疾病保険や災害保険の枠内においても社会保険法規に基づく給付として支給されることになった。