

増大する医療制度の費用

(西ドイツ, フランス, イギリス, オランダ)

1975年4月, 西ドイツのミュンヘンで開かれた「医療制度の費用に関するシンポジウム」において, 最近の主要国の医療制度の費用の動向について報告と討論が行われた。このシンポジウムはバイエルン州労働社会部の協力のもとに, ゲーテ大学教授H・マインホルド(Hans Meinhold)氏らによって行われたもので, 今回は3回目である。

以下, このシンポジウムでの報告を中心に紹介しよう。

このシンポジウムでの主たるテーマは, (1)医療制度はなにに費用がかかっているのか, (2)なぜそんなに費用がかかるのか, (3)費用の増大はどのようにして抑えることができるか, この3点である。

まず最初にマインホルド教授は, 西ドイツにおける社会保障費用負担の限界についてつぎのような見解を明らかにした。

合理化や物価抑制によって費用負担を軽減するようにしないと, 社会保障計画の実行も雇用促進や年金水準の引上げもおぼつかない。社会保障費の増大にともない, 当然所得者の負担が大きくなる。これは税金等の将来見通しが立たず, 公的負担がそれほど期待できないからである。賃金労働者の1974年の社会的負担(社会保険料, 所得税等)率は賃金の29.9%で, 1978年にはこれが33.1%に上昇する見込みである。負担の増大が著しいだけにどこに限界があるかを予言することはむずかしい。だが限界をきめるべきである。このために, (1)もはや経済政策の目標設定よりも経済成長を問題にすべきである, (2)5~6%のインフレーションとすべきである, (3)法律で定められている社会保障給付は人道的立場から不可侵のものとみるべきである。医療制度の改善のために財源調達

するには消費を抑えるしかない。

続いてオランダのL・M・J・グロート(L・M・J・Groot)教授は, オランダの医療制度の現状とその費用の動向について報告, 医療制度の費用は現在の国民所得の7%から1980年には12.4%になる見込みであるが, 政府がこれまでの政策を変え, 家庭医によるグループ診療や保健センターの活用促進によって病院費用を節約するならば, 8%にまで抑えることができると述べている。

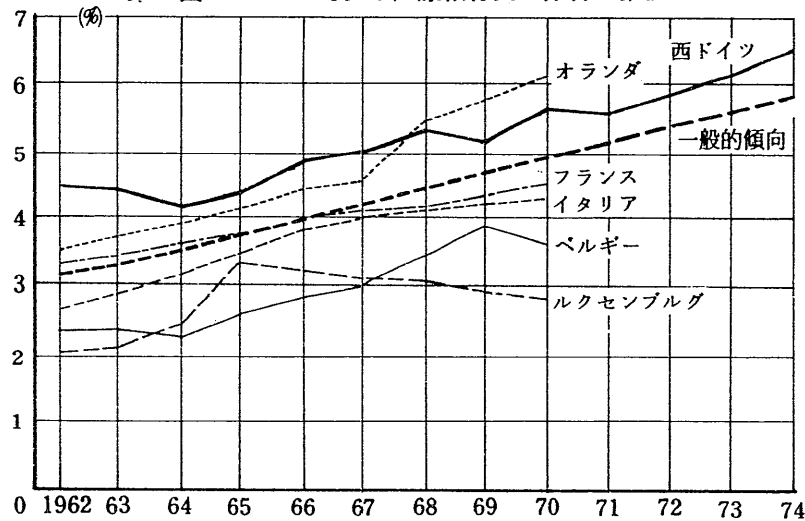
また, フランスのストラスブール地区疾病保険金庫の理事長C・ファリン(C. Farine)氏は, フランスの病院医療の実情について報告, 1960~70年において病院医療の費用はGNPの4%から5.8へ上昇しており, また1972年の医療費用の構造をみると, 44.1%が入院費, 14.7%が医師報酬, 9%が歯科医師報酬, 25.9%が薬剤・治療用品費であり, 入院費の割合は1980年には50%に達するであろうと述べている。同氏はこのような入院費の増大の要因として, (1)国民の健康状態, (2)医療技術, (3)医療制度, (4)軽微な一部負担, (5)社会・文化・人口の要因, (6)Behaviour 要因をあげている。

最後にM・C・ハーディ(M. C. Hardie)氏(イギリス保健社会保障省局長)は, イギリスの国民保健サービスの実情について報告, GNPに対する国民保健サービスの費用の割合は5.5%で, 他の国に比べてそれほど高くないが, 計画的な財源配分で大きい効果をあげていると述べ, 現在薬剤の処方箋義歯, めがねなどについての患者負担は総費用の約5%であるが, 将来この割合は上昇するであろう, また各種の医療サービスの報酬も引き上げられるであろうと述べている。同氏の提出した資料によると, 病院サービス費が全体の費用の49.9%, 一般医診療の費用が6.7%, 歯科診療の費用が4.3%, 薬剤費が8.7%(1973年)となっている。

これらの報告をめぐって活発な討論が行われたが, 目立った指摘としてはEC諸国の医療費の動向(第1図), 老朽化した病院ほど金がかかる, 病院における人件費の30~40%は医師に対するものである, など医療制度の費用の現状

分析と将来予測を行ったものである。とくに西ドイツの出席者から、バイエルンにおいては古い病院の約35%は50年以上経った病院であり、最近10年間にできた病院は約42%である、建築費用があがり、1960年に7~8万マルクであった1病床当たり費用は、1965年には11万マルクになり、さらに1974年には22~25万マルクに上昇しており、これからの古い病院の改増築には相当な費用がかかるため、近代医療に即応した病院医療を行う体制の整備にはこれらの古い病院をどうしていくかが大きな問題である、との問題提起がなされた。このようにこのシンポジウムでは、医療制度の費用、なかでも病院整備のための費用や医療従事者に対する人件費の上昇に多くの関心がよせられ、これらの問題をめぐって多くの意見や経験が述べられた。

第1図 GNPに対する医療給付費の割合の推移



(資料) Jahrbuch der Sozialstatistik 1972, S. 314・Sozialbudget 1974.
eurostat, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen 1960-1973, 1・1974.

Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen, Arbeit und Sozialpolitik, 5/1975, S.167 - 171.

(石本忠義 健保連)

鉄道員の制度による 失業と疾病の受給者

(アメリカ)

1973—74年に、鉄道失業保険制度では、104,200人の労働者が失業給付と疾病給付を受給した。この受給者数は1947—48年に最初の受給者が現われて以来、最も少ない受給者数になっている。なお、上に示した受給者では、45,700人が疾病給付の受給者で、63,400人が失業給付の受給者になっており、4,900人は双方の給付を受給していた。

1973—74年の失業給付では、上述した45,700人の受給者は前年の受給者より29%減少しており、1944—45年以来の最低を記録していた。受給状況では、平均受給期間は61日間で、これは前年より11日間短い。また、受給者1人当たりの平均支給額は100ドル減少し、502ドルになっていた。なお、失業の状況について付言すれば、1973—74年の失業者は月によって異なり、1973年7月の年度初めは12,200人で、1974年1月は16,000人の最高を記録し、その後次第に減少して、同年6月には7,500人となり、これは第2次大戦後の最低であった。また、受給者1人当たりの平均支給額では、平均が502ドルで、正常な給付だけ受給した最低の平均は417ドル、正常な給付と55歳以上の高齢者を対象とする補足給付を受給した最高の平均は2,406ドルで、受給した平均日数は前者が51日、後者が271日であった。

受給者と勤続期間では、長期勤続の受給者は比較的少なく、勤続15年以上の受給者は全受給者の38%であった。失業の理由をみれば、レイオフがかなり高い比率を占めており(全受給者の39%)、パートタイマーなどがこれに次いでいる(30%)。職種では、列車とエンジン部門の職種が多かった。制動手、