

オーストラリアの医療保障

山崎 泰彦

オーストラリアでは、労働党政権のもとで、1975年7月1日にメディバンク (Medibank) と呼ばれる新しい医療保障制度が実施された。従来、この国の社会保障制度のなかでは、所得保障部門が比較的充実していたのに対し、医療保障部門では様々の問題が指摘されていた。根本的な問題は、民間の健康保険基金を主体とする制度の体系それ自体にあった。それに対して新制度は、全ての費用を租税によって賄うメディバンクによって国民をカバーし、国民の疾病の際の医療費負担を大幅に軽減しようとするものであった。しかし、当初のメディバンクは、経済の不況による財政危機と政権交代により、わずか1年3カ月の寿命に終り、1976年10月1日より修正されたメディバンクが発足した。

本稿では、オーストラリアの医療保障の発展過程について素描したうえで、メディバンクに焦点をあてて、現在の医療保障制度の概要を紹介する。

I 医療保障制度の形成過程

1788年にイギリスの流刑地として植民が開始されたオーストラリア大陸が、経済的にも注目されるようになったのは、1950年代のゴールド・ラッシュ以降である。しかしそれでも、19世紀末までは、経済的にも完全にイギリスに従属しており、極めて植民地的性格の強い経済構造であった。すなわち、主としてイギリスを相手に金と羊毛を輸出し（両方で輸出総額の60~80%をしめていた）、工業製品はほぼ全面的に輸入に頼るという貿易のパターンには変化がなかった。この国の工業化は遅く、徐々に農業の多角化と工業の保護育成が始まり、経済的独立の方向に向きざしが見られるようになったのは、1901年にオーストラリア連邦が結成されて以降のことである。

しかし周知のように、ニュージーランドとともに、オーストラリアは「社会立法のパイオニア」としての高い評価をえている。事実、両国とも工業化は遅れたが、近代化は早かった。欧米諸国にみられる工業化から近代化へという図式は、この両国では完全に逆転している。

社会保障については、連邦レベルでの最初の立法は、

1908年の障害・老齢年金法であった。つづいて、1912年には出産手当法が制定された。この両制度は、いずれも国庫負担によって財源が賄われ、給付はフラット・レート、年金についてはミーンズ・テストを条件にしていた。こうした制度の特徴は、今日まで続いているオーストラリアの所得保障制度の伝統でもある。

しかし、その後両大戦間には、連邦レベルでの注目すべき社会保障の発展は、ほとんど見られなかった。わずかに州レベルで、ニュー・サウス・ウェールズで寡婦年金 (1926年) と児童手当 (1927年)、クイーンズランドで失業保険 (1923年) が実施された程度にとどまる。もっとも、両大戦間には、政府が提案した社会保険方式による総合的な社会保障制度の可能性をめぐる、活発な議論が展開された。無拠出年金の費用の増大と財源調達困難の困難が、政府が社会保険を採用しようとした主要な理由であったが、その他にミーンズ・テストを廃止することにより、受給者の尊厳と自尊心を尊重しようという意図もあった。

たとえば、1928年に発表された「国民保険に関する王立委員会の報告書」では、包括的な社会保障制度の一部門として国民健康保険が提案された。この提案にもとづき政府は、1928年に法案を準備したが、労働組合、経営者、それに国民の間でも不評であったため、実現しなかった。

さらに1930年代にも、医療、年金および失業保険をめぐる議論が再燃した。その際連邦政府は、2人のイギリス人専門家を招いて検討を依頼していた。このうち、健康・年金保険を担当したキンナー (Sir Walter Kinneer) は、当時のイギリスをモデルにした制度を勧告した。そうして、このキンナー勧告にもとづいて1938年に、老齢、障害、寡婦、遺児および疾病に対する現金給付とともに、医療給付を提供する国民健康・年金保険法が実現したのである。このなかで医療給付は、全被用者を対象としていたが家族給付はなく、運営は認可組合が行ない、医師の報酬は人頭払い方式にもとづいていた。

成立したとはいえ、法律の準備段階では激しい抵抗があった。当時野党であった労働党は無拠出制を支持する

という原則論から、友愛組合は既得権の維持のため、さらに医師会は診療報酬についての不満から、いずれも反対していた。法律の実施後も反対運動が続いた。反対勢力は、1939年9月のミュンヘン危機の後、一層勢力を拡大した。防衛問題が前面に出てきたからであった。結局、政府は制度の廃止を決定した。戦争遂行のための軍事予算の増加の必要性が直接のファクターであったが、利害勢力の反対だけでなく、拋出制は国民の間でも不評であった。

第2次大戦中および戦後には、両大戦間の長い停滞とは一変して、相次いで新しい社会保障立法が制定された。主要な立法は次の通りである。

- 1941年 児童手当法
- 42年 寡婦年金法
- 44年 薬剤給付法
- 45年 失業・疾病給付法
- 46年 病院給付法
- 47年 新薬剤給付法
- 48年 国民保健サービス法

このように戦中、戦後の1940年代に一挙に懸案の諸給付が実現された背景には、軍事的要請をきっかけとする連邦政府の権限の強化、戦時下の国内平和の確保と戦後の混乱を回避するうえでの社会保障の意義の認識、さらに1941~49年まで労働党が安定した政権を維持したこと、などの事情があった。

上記の新しい給付のうち、現金給付についてはいずれも無拋出制であり、児童手当を除いては、ミーンズ・テストを条件にしていた。問題があったのは保健・医療関係の立法であり、その実施は難航し、上記の関係立法のうち完全に実施されたのは、病院給付法だけであった。

1944年の薬剤給付法は、全オーストラリア住民に対して、連邦政府が認可する薬剤を無料で提供するものであった。ところが医師会は、この立法を医療の国営化に向う第1段階としてとらえ、政府が指定する処方箋用紙の使用を拒否することにより、新制度をボイコットしたのである。

しかも、この薬剤給付法については、翌1945年に最高裁において、連邦は立法化の権限をもたないという違憲判決があった。この判決ではさらに、既に実施されていた出産給付、児童手当、寡婦給付、失業・疾病給付についても違憲の疑いがあるとされた。なぜこのような判決が出されたのかということ、当時の憲法では、社会保障の分野での連邦政府の権限に属するものとして明確化されていたのは、障害・老齢年金のみであったからである。

そのため労働党政府は、翌1946年に憲法改正を求める国民投票を実施し、国民の支持をえた。改正された憲法では、「出産手当、寡婦年金、児童手当、失業・薬剤・疾病・病院給付、医療・歯科サービス（ただし、民事徴用はいかなる形であっても行なってはならない）、育英給付、家族給付の支給を認める」と規定された。このなかで、括弧内の但書は、当時の野党のリーダーであったメンジス(R. G. Menzies)の要求で挿入されたものであり、医療供給の社会化に歯止めをかけようとするものであった。

1947年に再び労働党政府は、1944年法に沿った薬剤給付法を制定した。しかし、医師会は依然として態度を変えず、協力を拒否した。これに対して政府は、全ての処方箋は政府の定めた所定の用紙に記載すべきことを要求し、医師の協力を強制化しようとした。けれどもこの強硬な手段は、憲法が禁止する「民事徴用」に該当するとして、1949年の最高裁判決において違憲とされた。こうして、労働党政府の薬剤給付法は遂に実施されなかったのである。

1946年の病院給付法は、病院の入院患者に対する連邦政府の補助を規定した。これは、公立病院の一般病室の入院医療の無料化とミーンズ・テストの廃止を条件に、占有1ベッドにつき、連邦が1日60セントを補助するものであった。また、この補助は公立病院の私費病室および私立病院についても同様に提供されたので、これらの患者負担も1日につき60セントほど軽減された。

1948年の国民保健サービス法は、連邦政府が医療・歯科・看護サービスを提供し、かつ病院その他（ヘルス・センターを含む）を建設すること、および医師の診療報酬の50%を連邦政府が支払うこと、を規定していた。もっとも、連邦政府はこの法律を直ちに全面実施する意図をもたず、3つの段階に分けた計画的な実施を考えていた。ところが、法律が実施に移される前に、1949年の総選挙において労働党が敗北し、1948年法は立消えになってしまったのである。

以上述べたように、労働党政府による包括的な保健医療サービスを確立しようとする努力は、主として医師会の反対運動によって、部分的に阻害された。1949年の総選挙での労働党の敗北には、様々の要因がからんでいるが、その1つが医師会の活動であったことは確かである。医師会は、労働党政府の政策の重要な部分を骨抜きにしようとし、他方では国民の支持を獲得しようとした。こうした医師会のアクティブな運動が功を奏し、「社会主義かそれとも自由主義か」の選択を最大の争点として争

われた選挙における労働党政府の敗北を決定的にしたとさえいわれている。

1949年の総選挙後、メンジスを首相とする自由党と地方党の連合政府が誕生した。そして、新政府による1950年代の一連の立法によって、メディバンク前の医療保障制度の骨格が形成されたのである。新政府の保健医療政策は、これを推進した保健相ページ(Sir Earle Page)の名をとってページ・プランと呼ばれている。ページ保健相は、彼自身が医師であったこともあり、医師会の考え方に同調的であった。ページ自身、以下の一連の立法は、「医療の社会化に対する効果的な砦であり、州政府、医師および民間の健康保険基金と連邦政府の間の強固なパートナーシップによって築かれたものである」と述べ、これを賛美していた。

まず1950年には、1947年の薬剤給付法が実施に移され、医師の処方箋にもとづいて、全住民に対して、薬局において薬剤が無料で提供されることになった。ただし、当初の法律よりも給付の対象が限定され、一部の高価な薬剤に限られていた。翌1951年には、年金受給者薬剤給付制度が発足した。これにより、年金受給者とその被扶養者については、給付の対象となる薬剤の範囲が、通常使用されるほとんど全ての種類のものにまで拡大された。つまり、薬剤給付制度は、一般制度と年金受給者制度とに2分されたわけである。その後、一般制度についても改善が行なわれ、とくに1959年の改正では、年金受給者制度と同様の範囲にまで、薬剤の種類が拡大された。しかしながら、こうした制度改善とならんで、医師の薬剤使用の増大、さらに高価な新薬の開発が重なり、薬剤給付制度の給付費用が急上昇した。そのため政府は、抑制策として、一般制度について1処方につき50セントの患者負担を導入した。

1951年には、年金受給者医療サービス制度が発足した。これは、年金受給者とその被扶養者を対象とし、一般医による医療を無料で提供するものであった。これに参加する医師に対する診療報酬の支払いは、連邦政府と医師会の協定により、通常の料金より低い割引料金で、出来高払い方式により行なわれた。なお、この制度の給付には、専門医の医療は含まれなかったが、年金受給者の場合には、通常、公立病院の外来部門で、専門医の医療が無料で提供された。

上記の2つの立法によって、薬剤給付と年金受給者医療サービスが無料化された。いずれも連邦政府の全面的な負担によって実施されたところに特徴がある。これに対して、ページ・プランの中核となる、一般国民の医療

給付と病院給付に関する連邦政府の政策は、これとは別の原理に立脚していた。これらの分野については、民間の健康保険基金の加入者に対して連邦政府が一定額の補助を提供することにより、基金の普及と国民の自助を奨励しようとする政策がとられたのである。なお、念のためつけ加えておけば、わが国の場合と違い、オーストラリアでは、アコモデーション・フィー(入院料)とドクターズ・フィー(診療費)が明瞭に分離され、それぞれに対応して病院給付制度と医療給付制度が存在している。

1951年の病院給付法(1952年に実施)は、1945年の病院給付法を改め、公立病院の一般病室の入院料について患者負担を再導入すること、および一般病室への入院資格の決定についてのミーンズ・テストの再導入を認めた。これに応じて、クイーンズランドとタスマニアを除いて、残る4つの州はいずれも患者負担とミーンズ・テストを採用した。連邦政府の補助は、公立病院の占有1ベッド当たり1日80セント(年金受給者医療サービスの対象者の場合には1ドル20セント)であったが、民間の健康保険基金から1日60セント以上の給付をうける者に対しては、連邦政府はさらに40セントを補助した。したがって、基金加入者の場合、連邦政府からの補助を合せると、通常の給付は1ドル80セントであり、これにより当時の公立病院の一般病室の入院料をカバーすることが可能だと考えられていた。しかし、上記の通り、4州は病院収入の増加を図るため、患者負担を再導入したのであった。

医療給付については、1953年の国民保健法によって立法化されたが、これも病院給付と同様に、制度の運営の主要部分を民間の健康保険基金に委ねるものであった。連邦政府の給付は、基金の加入者のみに提供された。給付の支払いは償還方式にもとづいて行なわれ、領収書を基金に提出すれば、基金から基金の給付の他に連邦政府の給付も含め合せて支払われた。基金は連邦政府の給付支払いの代理機関でもあったからである。この点は、前述した病院給付においても同様であった。なお、法律の規定により、基金の給付は、少なくとも連邦の給付に等しくなければならなかった。なお、保健相ページは、当初、基金と連邦政府の給付を合せて、90%程度の給付率を目標にしていた。けれども、実際には、発足時から1969年までの間、最高70%、最低63%の間の給付率であった。

ところで、民間の健康保険基金は、慢性疾患、一定期間をこえる入院および基金加入時の疾病については、給付を行なわなかった。こうした除外規定は、現実には、

最もニードの高い人々への給付を制限することになる。この弊害を是正するために、1959年より、病院給付および医療給付の双方について、連邦政府は特別会計制度を採用した。この制度のもとでは、除外規定により給付を受けられない加入者に対して、基金は一定の最低給付を支給しなければならない。この場合、その加入者は基金の特別会計に移管され、その会計から給付を受け、その後の拠出もこの会計に払い込む。年度末に特別会計に赤字が生じた場合、連邦政府がこの赤字を補填する、という仕組みであった。こうして、除外規定による困窮は緩和されたが、特別会計制度による給付は一般の給付より内容が劣っており、問題が完全に解消されたわけではなかった。そのため、連邦政府は1969年にはこの制度を改正し、入院期間に関係なく通常と同額の給付が支給されるようになった。

II 批判の高まり——メディバンク前の医療保障の体系

ペイジ・プランがスタートした1953年から1967年頃まで、保健医療問題はほとんど政治問題化しなかった。制度の欠陥にもかかわらず、ペイジ・プランが政治的に成功したのは実に驚くべきことであった、と今日では言われている。この政治的成功の背景には、制度が複雑なため、一般国民には問題の所在がつかみにくかったこと、およびこの間、野党労働党が首尾一貫した代案を示すことができず、効果的な批判を展開しえなかったことがあった。

しかしながら、1960年代末になると、インフレーションの進行と医療費の急上昇を背景にして、民間の健保基金を主体とする医療保険制度に対する批判が高まった。そのなかでとくに、メルボルン大学のエコノミスト、スコットン (R. B. Scotton) とディーブル (J. S. Deeble) は、1967~69年に一連の論文を発表し、民間健康保険基金の包括的な分析と批判、および改革案を提唱し、反響を呼んだ。両氏の批判は、ほぼ次のようなものであった。

- (1) 健康保険基金の保険料はフラットであり、保険料および医療費支出が租税控除される。しかも、所得税の累進性を合せて考えると、医療のネット・コストは低所得層の方が高く、現行制度のもとでは、貧困者から富裕者への所得の再分配が生じている。
- (2) 諸外国の公的制度や類似の制度と比べても、制度の管理運営費がかなり高く、しかも不当に多額の準備金が基金に積立てられている。
- (3) 民間の健康保険基金にカバーされない者がかな

り存在し、一般にそれらの者は低所得者である。

- (4) 病院給付基金では、実際にかかった入院料と保険給付の間に明確な対応関係が規定されていないため、保険給付の不十分さが一般化している。
- (5) 医療給付基金では、給付は診療費の一定率という形で支払われている。そのため、受診回数の多い者はかなり高額の自己負担を強いられている。
- (6) 病院給付基金加入者に対する連邦政府の補助は、1958年以来、1日2ドルに据えおかれている。そのため、入院料の急上昇にともない、総費用のうちの加入者負担分（病院保険の保険料も含む）の割合がかなり高くなりつつある。

このような批判のなかで、政府は1968年4月、ニモ (Justice J. A. Nimmo) を議長とする「健康保険に関する調査委員会」を発足させ、上院も同時に「医療・病院費用に関する特別委員会」を設け、それぞれ問題の検討を始めた。このうち、翌年3月に提出されたニモ委員会報告は、スコットン、ディーブルらの批判の多くに同意するとともに、各種の改革案を示し、その一部は1970年改革にとり入れられた。

まず1970年1月から、医療給付補助制度が実施された。これは、従来民間の健康保険基金への加入が困難であった、低所得者、失業・疾病給付あるいは特別給付（公的扶助）の受給者、および移住民の最初の2カ月について、連邦政府の負担により、基金への加入を促進しようという意図で設けられた。具体的には、各々の健康保険基金に対してこれらの者を暫定的に加入者として認めさせ、これらの加入者の給付分を連邦政府が後で基金に支払う、という方式をとった。この場合、低所得者を除いては保険料負担はなかった。低所得者については、所得階層別に3区分され、最低のクラス3は負担なし、クラス2は通常の保険料の1/3、クラス1は通常の保険料の2/3の負担が必要とされた。

また同年、連邦政府補助および基金給付が改善され、とくに基金加入者の診療費の自己負担額については最高5ドルの上限が設けられた。翌1971年には、薬剤の自己負担が1処方につき50セントから1ドルに引上げられたが、医療給付補助制度の対象者については据えおかれた。

これらの改革により、従来の制度は部分的に改善された。しかしながら、民間の健康保険基金を主体とする制度体系の基本には変化がなかった。以下では、こうして形成されたメディバンク直前（1970~75年）の医療保障制度のなかで、とくに医療・病院給付制度について、や

や詳しく紹介しよう。

1. 医療給付制度

連邦政府の医療給付は、民間の健康保険基金である医療給付基金の加入者のみに支給され、基金の給付が支払われる際に、その基金を通して連邦政府の給付も合せて支払われていた。

1975年6月末時点で、健康保険基金のうち医療給付を扱う基金数は81で、基金のカバレッジは全人口の78%であった。同時点での年金受給者医療サービスのカバレッジが11%であったから、残る全人口の11%がいずれの制度によってもカバーされていなかったことになる(表1参照)。

基金および連邦政府の給付の基準(償還基準)になるのは、「最も一般的な料金(The Most Common Fee)」で、これは当時の慣行料金のうち最も一般的なものを基準とし、1970年に初めて採用された(それ以前は明確な基準なし)。当時の慣行料金には地域差があったから、採用されたのは、地域別に定められた「最も一般的な料金」であった。これはその後、「基準料金(Schedule Fee)」と改称された。料金の決定は、(1)連邦政府と医師会の交渉による合意、(2)第三者の裁定、(3)医療給付諮問委員会の勧告、のいずれかによって行なわれており、現在でも変わらない。しかし、これはあくまでも償還基準としての料金であり、医師に対する法的な拘束力はない。基準料金の遵守率は、時期により、また個々のサービス(診療行為)により異なるが、1975年3月では、最高が南オーストラリアの77%、最低がクイーンズランドの32%であった。なお、前述したように、1970年改革により、患者の自己負担額は、基準料金を基準にして最高5ドルとされていた。

医療給付基金加入者の医療費負担割合は、1960年代では、連邦、基金、患者がそれぞれ約1/3程度であったが、1970年改革以降では患者負担が次第に低下し、1972年以降は20%以下に軽減されていた(表2参照)。

表2 医療給付基金加入者の総医療費および負担割合

	総医療費 (1,000ドル)	負担割合(%)		
		連邦政府 給付	基金給付	加入者 負担
1964年度	104,624	32.9	35.2	31.9
66	131,770	32.2	35.5	32.3
68	157,862	30.2	35.1	34.7
70	224,674	39.6	36.0	24.4
72	318,632	45.9	36.4	17.7
74	448,918	38.7	42.2	19.2

(資料) 文献(3)

2. 病院給付制度

最初にこの国の病院制度について簡単にふれておこう。病院医療は公立病院を主体として提供されており、病院総数の70%、病床総数の80%を公立病院がしめている。連邦直轄地域(北部特別地域および首都特別地域)の病院および軍関係の病院を除けば、公立病院は全て州政府の管轄下にあり、しかも伝統的に州政府の権限が強く、これらの事情が連邦レベルでの統一的な病院医療政策を推進するうえでの大きな障害になっている。

州の公立病院の経常収入についてみると、1971年度(1971年7月～72年6月)では、連邦政府が各種の給付制度を通して、全体の18.7%を負担していた。患者負担は、患者の直接的な負担が5.6%、民間の健保基金の負担が19.6%で、合せて25.2%であった。残る56.1%が州政府の負担であった。

表1 医療給付基金の状況 (1975年6月30日現在)

州	登録基金数	加入者数(1,000人)			総適用数 (1,000人)	適用率 (%)
		通常会計	特別会計	医療給付 補助制度		
ニュー・サウス・ウェールズ	30	1,491	98	20	4,013	81
ビクトリア	20	1,231	21	10	3,084	84
クイーンズランド	8	403	17	2	1,072	53
南オーストラリア	7	412	2	12	1,062	80
西オーストラリア	7	364	5	16	955	85
タスマニア	9	126	2	3	325	80
オーストラリア	81	4,027	143	64	10,511	78

(注) 総適用者数は、加入者とその被扶養者の合計である。

(資料) 文献(3)

公立病院の病室は、一般病室、中間病室および個室の3つのタイプに分けられている。このうち、一般病室は公費病室、中間病室および個室は私費病室である。メディバンク以前の状態では、一般病室への入院については、通常ミーンズ・テストが行なわれ、低所得階層に限定されていた。一般病室に入院した場合には、患者による医師の選択は許されないが、医療費は無料化され、入院料も低額であった。ただし、クイーンズランドおよびタスマニアの2州では、ミーンズ・テストがなく、またクイーンズランドでは入院料も無料化されていた。

一方、私費病室の性格は、メディバンク以降も変化がない。私費病室では、ミーンズ・テストがなく、患者は医師を選択することができるが、入院料が高く、医療費も負担しなければならない。もっとも、病室の規模は、古い病院では一般病室はナイチンゲール型の大部屋が使用されているが、新しい病院では、一般病室と中間病室はともに4~6人部屋であり、はっきりした区別はない。したがって、同じ病室に公費と私費の患者が入院しているというのは、ありふれた姿である。その場合の両者の違いは、担当の医師を自分の意志で選んだかどうかという違いだけである。表3は以上の関係を示したものである。また、表4には、州別に各病室の入院料が示されている。

前述のように、多くの州が一般病室の入院についてミーンズ・テストを条件にしていた。ミーンズ・テストは、自由診療のマーケットを確保するという意味をもっていた。かつて、1946年の病院給付法で廃止されたミーンズ・テストが、1951年に再び導入されたとき、医師会が

これを大歓迎したことは言うまでもない。ミーンズ・テストは所得のみを基準にして行なわれた。所得限度額は、最低賃金+所得税の被扶養者控除+所得税の家賃控除、という方式で決定された。この所得限度額の水準を平均賃金に対する割合でみると、1954年度では107%であったが、その後家賃および被扶養者控除の引上げが遅れたため、1968年度では85%にまで低下していた。

メディバンク以前の病院制度でのもう1つのユニークな点は、公立病院内の医師組織であった。クイーンズランドでは、ほとんど全ての公立病院の医師が俸給をえる勤務医であったが、その他の州では医師は3つの階層からなっていた。最高の階層は無給名誉医(honorary medical staff)であり、そのもとに、フル・タイムの勤務医とパート・タイムの勤務医が位置づけられていた。フル・タイムの勤務医は長期的には増加傾向にあるが、それでも1971年時点では全医師の28.5%にすぎなかった。

無給名誉医は、半日(通常3時間30分)単位で勤務し、一般的には、1週のうち半日から1日半を1つの公立病院で、残りを他の病院あるいは自分の診療所での診療に従事していた。1971年当時では、公立病院の無給名誉医の数はフル・タイムの勤務医の約2倍であり、一般病室および外来部門の診療はほとんど無給名誉医が担当していた。彼らが無報酬で勤務する背景には、公立病院の高度な医療設備が利用できること、最新の医学の水準に遅れないため、あるいは同僚との接触を望む、という事情があった。しかし、この無給名誉医の制度に対しては、きびしい批判があった。その1つは、公費患者に対しては無報酬で診療を提供しているが、その分が逆に私費患

表3 公立病院の病室の種類と特徴

病室の種類	規 模	入 院 条 件	医師の選択	入院料負担	医療費負担
一般病室	大部屋又は4~6人	ミーンズ・テストあり(1)	不可	あり(2)	なし
中間病室	4~6人	" なし	可	あり	あり
個 室	1人	" なし	可	あり	あり

(注) (1) クイーンズランドおよびタスマニアでは、ミーンズ・テストなし。

(2) クイーンズランドでは、入院料負担なし。

表4 各病室の1日当り入院料負担 (1974年度、単位ドル)

州	一般病室	中間病室	個 室
ニュー・サウス・ウェールズ	30	44	52
ビクトリア	27	41	55
クイーンズランド	無 料	30	40
南オーストラリア	27	35	45
西オーストラリア	30	中間病室なし	45
タスマニア	30	35	45

(資料) 文献(3)

表 5 病院給付基金の状況 (1975年6月30日現在)

州	登録基金数	加入者数 (1,000人)			総適用者数	適用率 (%)
		通常会計	特別会計	医療給付補助制度		
ニュー・サウス・ウェールズ	33	1,611	43	19	4,116	83
ビクトリア	21	1,288	15	10	3,176	87
クイーンズランド	8	397	11	1	1,032	51
南オーストラリア	9	420	4	12	1,096	83
西オーストラリア	6	368	4	16	964	86
タスマニア	9	121	5	3	325	80
オーストラリア	86	4,205	81	61	10,708	79

(注) 総適用者数は、加入者とその被扶養者の合計である。

(資料) 文献 (3)

者に転嫁されるため、私費患者の医療費が不当に高くなっている、ということであった。いま1つは、公立病院の私費病室部門が完全に無給名誉医の掌中ににぎられているため、病院の効率的な運営が妨げられている、ということであった。

最後に、病院の入院料に対する病院給付制度について述べる。1975年6月末時点で、民間の健康保険基金のうち病院給付を扱う基金数は86で、基金のカバレッジは79%であった(表5参照)。連邦政府の給付は、基金加入者の場合には、1日につき2ドルであり、非加入者の場合には1日につき80セントであった。ただし、クイーンズランドでは一般病室の入院が無料化されていたので、基金の加入および非加入を問わず、連邦政府の給付は一律に2ドルであった。また、年金受給者とその被扶養者については、一般病室への入院の無料化に対応して、連邦政府の給付として、1人につき5ドルが公立病院に支払われていた。基金の給付は、各州のそれぞれの病室の料金(表4参照)に対応し、連邦政府の給付を合せれば入院料負担分は完全に償還されるように設計されていた。

III メディバンクの創設

1968年に設けられた上院特別委員会における、メルボルン大学のスコットンとディーブルの提案は、委員会では支持されなかったが、その後の労働党の医療保障政策に決定的な影響をおよぼした。両氏の提案は次のようなものであった。(1)一般病室の入院医療の完全な無料化。(2)民間の健康保険基金を廃止し、代って法定の委員会によって管理運営される単一の健康保険基金の創設。(3)医師の診療費の支払いは、従来通り、出来高払い方式とする。ただし、給付の方法については、償還方式

(基準料金の85%の償還)とするか、あるいは自己負担をとともなわない現物給付方式とするかは、個々の医師の選択に委ねる。(4)財源は課税対象所得の1.25%の賦課金とこれと同額の連邦政府の補助金によって賄う。

当時、党首ホイットラム(E. G. Whitlam)の指導のもとで医療政策の再検討を始めていた労働党は、1968年秋、若干の修正を加えてスコットン-ディーブル案の採用を決定し、翌年の労働党大会でこれを正式に採択した。この労働党の政策に対して、健康保険基金や医師会が激しい反対論を展開したことはいうまでもない。また当時のゴートン(J. G. Gorton)政府は、一定の改善策を打ち出しながらも、民間の健康保険基金を主体とする制度体系を堅持することを表明した。こうしたなかで迎えた1969年10月の下院総選挙では、医療政策が重要な争点になった。選挙では労働党が敗北したが、医療政策に関しては、選挙前のギャラップ世論調査では58%の支持率を獲得していた。前述した1970~71年改正の背景には、ニモ委員会の勧告の他に、このような医療政策をめぐる政治的緊張がからんでいたのである。

1972年12月の下院総選挙の結果、労働党は23年ぶりに政権を獲得した。社会保障相に就任したヘイドン(W. G. Hayden)は、当時の閣僚のなかでは第3位の地位を占めており、その後大蔵大臣に就任した実力者であった。ヘイドンは就任後直ちに、7名の委員からなる「健康保険計画委員会」を設置し、議長にディーブル、委員の1人にスコットンを任命した。同委員会の報告書は、翌1973年4月に発表され、さらにこれにもとづいて同年11月、政府の白書が議会に提出された。そして同時に、健康保険法案および健康保険委員会法案も議会に提案された。なお、これらの法案は基本的には、前述のスコットン-ディーブル案に沿っていた。

ところが、法案は、同年12月および翌1974年4月の2度にわたり、いずれも下院を通過したものの、野党が多数を占める上院で否決されてしまった。とくに4月には、いわゆる「ゲアー事件」(労働党が上院でのコントロールを得るため、同党のいわば政敵である民主労働党の前党首ゲアー(V. Gair)上院議員をアイルランド大使に転出させたことから、ホイットラム首相の政治的道義が問われた)に端を発し、上院での政府の予算関連法案の通過もあやぶまれた。オーストラリアでは、法律および予算は上下両院の通過を必要とするからである。そのため政府はやむをえず、史上3度目の上下両院同時解散を行なった。5月の総選挙の結果、下院では労働党が勝利したものの、上院では依然として野党が多数を占めていた。そのため、7月に3度目の提案が行なわれた両法案は、またもや上院で否決された。そこで憲法57条の規定にもとづき、史上初めてという、上下両院合同審議会が開催され、やっと両法案が通過したのであった。

しかし、2つの関連法案は野党の要求に応じ廃案にされた。そのうちの1つは賦課金に関する法案で、これが廃案になったため、新制度は全面的に一般租税負担により賄われることになった。いま1つは、民間病院給付基金の加入者に対する、連邦政府補助の廃止をもとめる法案であった。

新制度はメディバンクと通称され、1975年7月1日から実施された。メディバンクは、オーストラリアの全住民と外国人旅行者を自動的にカバーし、医療給付、病院給付および検眼給付を提供する。従来の年金受給者医療サービスおよび医療給付補助制度は、新制度の給付の拡充により廃止された。特別会計制度も縮小され、私立病院および公立病院の私費病室について存続するだけになった。メディバンクの管理運営は、新設の健康保険委員会が行なう。委員会の初代の議長にはスコットン、副議長にはディーブルが就任した。なお、メディバンクは健康保険だという表現がされているが、ここでいう保険とは、健康を保護するという程度のくだけた意味であって、保険方式を用いているわけではない。次にメディバンクについて簡単に説明する。

1. 医療給付

医療給付は、基準料金表にもとづく診療費の85%であるが、患者負担の上限は5ドルである。したがって、診療費が33ドルをこえる場合には、給付率は85%をこえる。ただし、従来と同様に、基準料金の法的拘束力はないから、医師が請求する診療費が基準料金をこえるこ

きには、当然のことながら、患者負担は15%をこえる。なお、メディバンク実施後の基準料金の遵守率は、全国平均で約70%であった。

給付の支払い方式、換言すると、医師の診療報酬の請求方式については、個々の医師の選択により次のいずれかの方式がとられる。(1)医師が患者に対して請求し、患者は健康保険委員会から償還を受ける方式(Patient Billing)=償還方式。(2)医師が直接に健康保険委員会に請求する方式(Direct Billing)=現物給付方式。ただし、後者の方式を採用する場合には、基準料金を遵守しなければならない、しかも診療費の15%(最高5ドル)の患者負担も放棄しなければならない。現物給付方式の方が患者に歓迎されることは勿論だが、政府の説明では医師にとってもメリットがあるという。すなわち、償還方式では、個々の患者に対する診療費の請求の煩雑さ、時には患者の不払いもあるのに対して、現物給付では確実に定期的な診療費の支払いが保証され、事務量も軽減される。このメリットは患者負担分の診療費の放棄を十分に償なうであろう、という説明である。

しかしながら、医師会は現物給付方式に対しては否定的であった。医師会はそれが何よりも医療の社会化への突破口になることを恐れていた。メディバンクの初年度の実績では、現物給付方式の採用率はサービス総件数の32%であった。このうち、政府の要請もあり、年金受給者およびその他の社会保障給付受給者、および低所得者層の場合には、大体が現物給付方式で行なわれた。もっとも、従前の年金受給者医療サービス制度では、既にこの方式がとられていた。

メディバンクの実施により、医療給付を抜ってきた民間の健康保険基金は決定的な打撃を受けた。なかには廃止に迫られた基金もあったが、多くの基金は業務を縮小してかろうじて存続した。再編成された基金の給付は、メディバンク医療給付の患者負担分、メディバンクが提供しない理学療法、カイロプラクティック、眼科、歯科などの限られた領域を対象としていた。

2. 病院給付

病院給付については、公立病院が各州の所管であるため、連邦と州との間での病院協定にもとづいて実施された。病院協定では、各州の公立病院の純経常費用(Net Operating Costs)の1/2を連邦政府が負担する。具体的には、(1)占有1ベッドにつき1日16ドルを個々の病院に補助し、(2)民間の健康保険基金加入者の私費病室への入院については、1日2ドルの補助、(3)その他

は州政府に対して直接に補助する、というもので、これらの総額が純経常費用の1/2に相当していた。

このような資金援助の拡大を条件に、病院協定では各州に対して次のような改革が要求されていた。(1)公立病院の標準病室への入院については、ミーンズ・テストを廃止し、かつ無料化すること。(2)1ベッドにつき1日16ドルの補助に相当する分だけ、中間病室および個室の入院料負担を軽減する(実際には、各々の病室の入院料が軽減されたばかりでなく、1日20ドルおよび30ドルに全国で統一された)。(3)無給名誉医制度を廃止し、一般病室の入院患者に対する医師のサービスを全て有給制とし、その支払いは、俸給制、セッション払い(1セッションは半日)および出来高払いのいずれかをベースにすること。(4)患者は従来通り、私費病室(中間病室および個室)への入院、および私費病室での医師の選択ができる。この場合の医師の診療報酬は出来高払いをベースとし、これについて患者はメディバンクの医療給付を受けることができる。

州との協定の締結作業は難航し、メディバンク病院協定が予定通り1975年7月1日から発足したのは、連邦直轄地域である北部特別地域と首都特別地域の他には、南オーストラリアとタスマニアの2州だけであった。その後、8月1日にビクトリアと西オーストラリア、9月1日にクィーンズランド、10月1日に最後のニュー・サウス・ウェールズが協定に参加し、全ての州においてメディバンクが全面実施された。

以上は公立病院との関係であるが、メディバンクでは私立病院についても1占有ベッド当たり1日16ドルの補助があり、その分だけ患者負担が軽減された。

前述のように、メディバンクの創設により、一般病室での医療は完全に無料化されたものの、依然として自由診療の余地が大きく残されていた。そのため、民間の健康保険基金のうち、医療給付基金の活動領域が大幅に縮小されたのに対して、病院給付基金はそれほど大きな影響をうけなかった。病院給付基金加入者の全人口に対する割合も、メディバンク前の80%から65%へと若干低下したにすぎない。病院給付基金は、公立病院の私費病室および私立病院の入院料に対応した給付を再設計した。しかも、従来通り、基金加入の奨励策がとられ、加入者の私費病室や私立病院への入院に対しては、1日2ドルの補助が続けられた。一方、非加入者の場合の補助は、1日80セントにすぎなかった。もっとも、この措置は政府の原案ではなく、立法化の過程での野党の要求に応じて導入されたものであった。

以上のことは、病床占有日数 (bed-days) にも現われている。メディバンク実施前の1974年度と実施後の76年6~9月期について、公立病院の総病床占有日数に占める公費患者の日数の割合を比べてみると、ニュー・サウス・ウェールズでは46%から51%へ、ビクトリアでは52%から59%へと若干増加したにすぎない。しかも、この増加は主としてミーンズ・テストの廃止によるものであり、入院料の無料化による寄与はほとんどなかったと判断されている。また、メディバンク発足後の私立病院を含めたオーストラリア全体の総病床占有日数でみると、公費患者の日数の割合は49%であった。これらの事実は、メディバンクの創設にもかかわらず、病院部門では、私的部門から公的部門への移行が、それほどドラスティックではなかったことを示している。

このように、メディバンクにおいても、私的部門のかなり大きな領域が残された理由について付言しておこう。第1に、医師会および健康保険基金の勢力が強く、これらの勢力との緊張の高まりを回避するために、一定の私的部門の存続が必要とされた。第2に、この国が連邦制をとり、保健医療に関しては州の権限が強く、連邦の介入には自から限度があった。第3に、病院給付基金の加入率がかなり高いことにもみられるように、国民の私的医療、とくに医師の選択をもとめる要望がかなり強い、という事情があった。

IV メディバンク改正

1975年11月、カー (Sir. J. Kerr) 連邦総督は、突然、労働党内閣のホイットラム首相を解任、代って野党自由党のフレイザー (J. M. Fraser) 党首を暫定首相に任命し、上下両院の解散を宣言した。そうして、12月に行なわれた総選挙では、自由党・地方党の保守連合が勝利し、政権が交代したのである。オーストラリアは形式的には、英国女王任命の連邦総督が統治する。首相の任命、議会の解散・招集も総督の権限であり、ホイットラム首相の解任も一応は憲法にのっとった行為とされたが、実際には議会、内閣をさしおいて総督自らが国政を左右することとは、この国の75年間の議会史上も前例のないことであった。

総督が異例の特別権限を発動した直接の理由は、7月から新年度に入っているにもかかわらず、上院で多数を占める野党の保守連合が新年度予算の通過を阻止したために起きた。議会危機を解決するためであった。野党の抵抗は、資源開発のための外資導入にまつわるスキャンダル騒ぎに端を発していた。しかし、政権交代の背後に

は、メディバンクの実施および大学教育の無料化などの福祉政策での前進にもかかわらず、失業、インフレ、不況という経済的苦境に対して、労働党政府が有効な政策を展開しえなかった、という事情があった。

もっとも、メディバンクについては、選挙公約においてもまた選挙直後も、フレーザー新政府は、その継承・存続を国民に約束していた。また、一連の世論調査でも、メディバンクの支持が明らかにされていたし、新政府がメディバンクの改正を決定した後の世論調査でも、改正を支持したのは21% (1976年7月) および35% (9月) にすぎなかった。しかし、財政をたて直し、経済の再建を図るうえで、新政府にとっては、1966年度の26%から1975年度の45%まで膨張した連邦予算に占める教育・社会保障関係の予算の削減が至上命令であった。メディバンクの実施によって、1975年度の連邦政府の保健・医療関係支出は、1974年度の2.3倍に、そのうち医療・病院給付支出は3.7倍に増大していた。こうして、1976年度予算編成の過程で打ち出されたメディバンクの改正は、医師会や民間健康保険基金の要求に応えると同時に、連邦財政の引締めを意図するものであった。

1976年10月1日から実施されたメディバンク改正の特徴は、次の2点にある。1つは、一種の目的税としての賦課金 (Health Insurance Levy) の創設、いま1つは、任意非加入制 (Opting-out) の採用である。

賦課金については、メディバンクの最初の構想におり込まれていた。前述したように当初、所得税の課税対象所得の1.3%の賦課金と、これにリンクした国庫補助金による財政の安定化が意図されていたが、野党の反対によって廃案になったという経緯があった。かつて反対した保守連合が、政権獲得後これを採用したというのは、他の公的な社会支出予算への圧迫を緩和するためという大義名分があったとしても、いかにも政治的である。新設された賦課金は、課税対象所得の2.5%である。ただし、年金以外の課税対象所得のない年金受給者、軍人および復員軍人手当受給者、および課税対象所得以下の低所得者については、賦課金が免除される。課税対象所得の下限 (年額) は、被扶養者のいない単身加入者の場合が2,604ドル、被扶養者のある家族加入の場合が4,300ドルである。また、賦課金の対象となる課税対象所得の上限 (年額) は、単身加入の場合が6,000ドル、家族加入の場合が12,000ドルである。したがって、年間の賦課金の上限は、単身者加入150ドル、家族加入300ドルになる。なお、労働党政府の当初の構想での1.3%の賦課金の税率は、総費用の1/2をこれによって賄うという

理由から設定されていたのであるが、今回の2.5%の税率の根拠は何ら明らかにされていない。

いま1つの重要な改正は、認可された水準までの医療・病院給付を提供する民間の健康保険基金に加入することにより、メディバンクへの非加入と賦課金の免除を選択することができる、としたことである。ここで、認可された水準とは、メディバンクにより提供されるのと同じレベルの医療給付、および公立病院の私費病室の最低料金に等しい病院給付、である。このことは、従来のユニバーサルなメディバンクが、今やメディバンクと民間の健康保険基金との間で二分されていることを意味する。

具体的には、次の3つのいずれかの選択の道が与えられた。

- (1) 賦課金を支払い (課税対象所得がある場合)、標準メディバンクの給付のみの受給資格を与える。標準メディバンクの給付とは、従来通りの医療給付 (最高5ドルの患者負担を上限として、基準料金の85%の給付) と、公立病院の一般病室への無料の入院 (ただし、医師の選択はできない) である。
- (2) 賦課金を支払い、(1)と同様の標準メディバンクの給付の受給資格をえるとともに、中間病室の入院料 (1日40ドル) をカバーするために民間の補足的な病院給付基金に加入する。
- (3) メディバンクに加入せず、医療給付と病院給付の双方について、民間の健康保険基金に加入する。この場合、病院給付では、中間病室または個室の入院料 (1日60ドル) がカバーされる。

いずれを選択する方が有利かということは、基本的には、所得階層によって異なる。賦課金が所得比例で徴収されるのに対して、民間の健康保険基金の保険料は所得にかかわらずフラットだからである。図1は、これらの関係を示したものである。いうまでもなく、最も安上りの選択は、どの所得階層にあっても(1)のメディバンクのみの加入である。しかしながら、最高額の賦課金を支払う者で、民間の補足的病院給付基金の給付と医師を選択することのできる経済的価値が、年間50ドル以上あると評価する家族の場合には、(1)が最も経済的な選択だとはいえない。この場合には、その家族の効用は、(2)の補足的な病院給付基金への加入によって増大する。つぎに(2)と(3)の選択では、(3)のメディバンク非加入の経済的利益は、所得上限をかなり下回る所得階層にまで拡大する。(2)の場合の補足的病院給付基金では、年間135ドル (家族加入) または68ドル (単身加入) の保

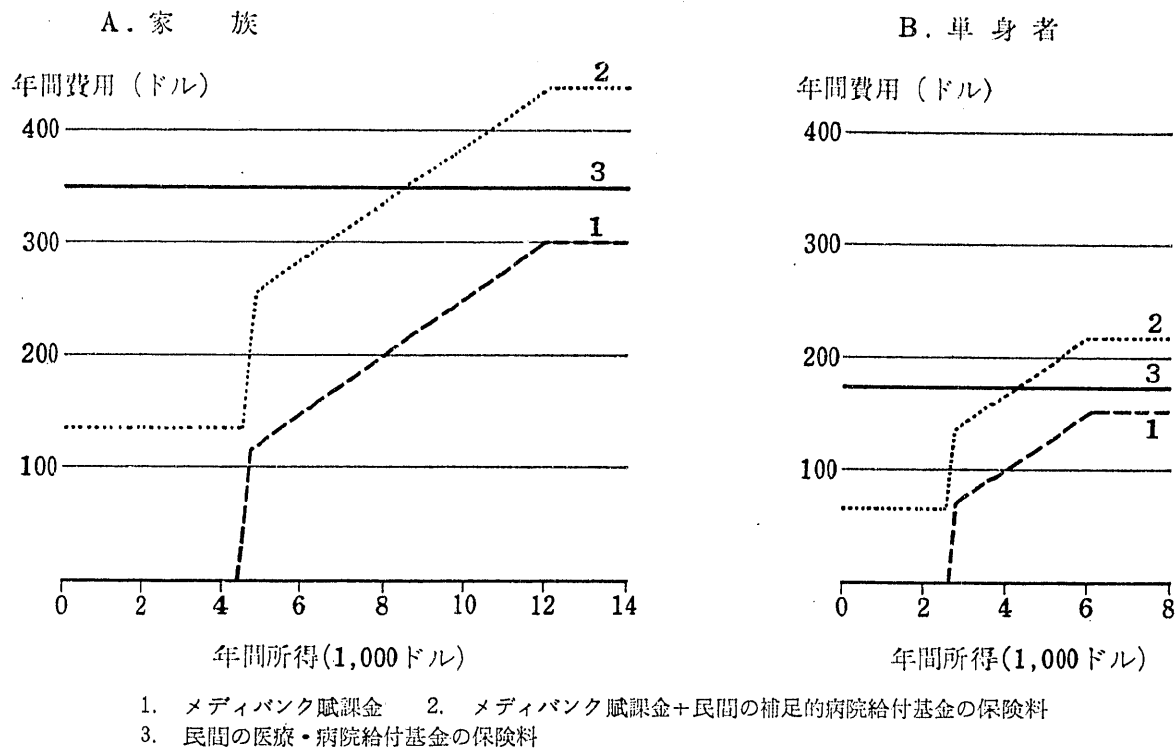


図1 メディバンク加入者と非加入者の年間費用の比較 (資料) 文献(18)

保険料により、入院時に1日40ドルの給付が受けられる。図1では、この場合の保険料と賦課金の合計は、(3)の場合の保険料と、所得が8,600ドル(家族加入)または4,300ドル(単身加入)の点で交差する。したがって、この所得以下では(2)が有利であるが、それ以上の所得では(3)が有利になる。

このように非加入の選択を認めたことは、住民のかなりの部分に民間健康保険基金への加入選択のインセンティブを与えた。推定では、(2)の選択が約10~15%、(3)の選択が約50%とされている。

その他の点についてみると、医療給付はほとんど改正されず、従来通り、基準料金の85%の給付が提供された。そのなかで、1つの変化は、診療報酬をメディバンクに直接請求する医師の場合でも、給付と基準料金の差額、すなわち患者負担分の徴収が許されるようになったことである。また、当初のメディバンクでは、労働者災害補償、第三者保険が本来責任をもつべき医療サービス、および外国人旅行者についてでも同様に給付が提供されていたが、これらはいずれもメディバンクの給付の対象から除外された。

病院医療では、私費患者の入院料負担が引上げられ、中間病室が40ドル、個室が60ドルになった。さらに公立病院では、民間の健康保険基金の加入者の場合には、一般病室(1日20ドル)および外来部門でも、患者負担

を徴収することができるようになった。ただし、個々の州によって反応は異なり、クイーンズランドでは依然として無料化が続けられているのに対して、ビクトリアでは患者負担が導入された。

V 医療保障制度の概観

以上、メディバンクに焦点をあてて、その歴史的背景と制度の概要を紹介した。しかし、メディバンクはあくまでも、医療・病院給付のみにかかわるものであって、それだけでオーストラリアの医療保障の全体を論ずることはできない。そこで最後に、メディバンク以外の医療保障の重要な側面、とくに最近の動向を中心にして簡単に紹介しておこう。

まず、一般病院についてはメディバンクとの関係で本論で述べたので、精神病院についてふれておく。精神病院はいずれも州政府によって管理運営されており、人口1,000人当りのベッド数は2.1(一般病院は6.4)である。精神病院の大半は、通常、規模が巨大化され、しかも都市部から遠く離れており、一般病院との連携やコミュニティとの接触はほとんどない。しかし、こうしたあり方について、最近では政策転換が行なわれ、(1)短期患者のコミュニティのなかでの処遇、(2)都市近郊での病院の建設の促進、(3)一般病院付属の小規模の精神病棟の建設、という方向が打ち出されている。

また、オーストラリアで無視できないのは、ナーシング・ホームの比重が非常に高いことである。ここで、ナーシング・ホームとは、慢性疾患の患者に対して、長期の看護を提供する施設である（ただし、精神病院や結核患者のサナトリウムを除く）。一方、一般病院の入院は、急性疾患に限定されており、一般病院の平均在院日数は8.9日（1975年）であった。ナーシング・ホームでの医療は、パート・タイム勤務の医師によって提供される。性格上当然に、患者のほとんどは老人である。65歳以上人口1,000人当りのナーシング・ホームのベッド数は50である。ちなみに、同じくこの比率が高いとされているアメリカおよびカナダがともに45、スウェーデンが36である。ナーシング・ホームの大半は民間であり、ホーム自体に対する直接の政府の援助はないが、入所料金が規制され、連邦政府からの年金とナーシング・ホーム給付を加えれば、料金を支払っても週5ドル残る程度の料金になっている。しかし、ナーシング・ホームについても近年、施設収容主義の反省がおり、一般の老人ホームや在宅でのサービスの拡充が行なわれている。

同様なことは、コミュニティ・ヘルス・サービスの重視にもあらわれている。すなわち、ヘルス・センターおよびデイ・ホスピタルの建設、ホーム・ヘルプ・サービスなどの拡充である。この政策は、メディバンクの検討が行なわれていた1973年に、病院・保健サービス委員会の設立によりスタートしたもので、メディバンクの実施による医療需要の拡大に対して、連邦と州の負担により、より予防的かつ効率的な供給組織を整備し、医療費の膨張を抑制しようとするものであった。

オーストラリアのメディカル・マンパワーの供給量は、全体としては、ほぼ先進国水準にあるが、各々の専門職間の連携がとれていないことが最大の欠陥であるとされている。しかし、医療政策全体のコミュニティ指向のサービス重視の動きのなかで、専門職間のチーム・ワークの強化が叫ばれている。また、全体としての供給量に不足はないにしても、その地域的な分布にかなりの偏りがあり、農村部および都市近郊では不足していることが多い。その他、専門医に比べて相対的に一般医が不足している。

一方、医療サービスの費用負担は、メディバンクが中心になっている。その他では、薬剤給付が連邦政府により提供されている。患者負担は1976年3月より、1処方につき2ドルに引上げられたが、年金受給者医療サービスの対象者は無料、医療給付補助制度の対象者は1ドルに軽減されている。

精神病院の入院料については（その病院が一般病院の付属でない限り）、メディバンクおよび民間健康保険のいずれも給付を行なわない。しかも、この入院料の負担は、州によってまちまちである。2つの州では、入院料の患者負担がない。2つの州は、患者が死亡した際に、その患者が残した資産から入院時の料金の総額を徴収する。残る2つの州は、入院料を患者から徴収するが、もし支払い能力がない場合には、死亡した際に資産から徴収する。

以上、簡単にオーストラリアの現行の医療保障の体系を概観した。外国人には容易に理解できない位に、制度が複雑化している。しかしともかく、最近では、メディバンクによって医療需要の社会化を図り、同時に医療供給体制の漸進的な整備により、より効率的な医療サービスの組織化を図ろうとする、政策の転換が注目される。

参考文献

- (1) Australian Department of Health, *Annual Report 1975—76*.
- (2) —, *How to Choose the Health Insurance Cover that's Right for You*, 1976.
- (3) Australian Department of Social Security, *Annual Report 1974—75*.
- (4) —, *Medibank and You*, 1975.
- (5) *The Australian Health Insurance Program*, 1973.
- (6) Dewdney, J.C.H., *Australian Health Service*, 1972.
- (7) Fulcher, D., *Medical Care Systems*, 1974.
- (8) Health Insurance Commission, *First Annual Report 1974—75*.
- (9) —, *Second Annual Report 1975—76*.
- (10) Hospitals and Health Service Commission, *A Report on Hospitals in Australia*, 1974.
- (11) Kewley, T.H., *Australia's Welfare State*, 1969.
- (12) —, *Social Security in Australia 1900—72*, 1973.
- (13) Lawson, J.S., *Australian Hospital Service: A Critical Review*, 1968.
- (14) Lovell, R.R.H., "Aspects of Medical Care in Australia: The Tyranny of History", in P. W. Kent (ed.), *International Aspects of the Provision of Medical Care*, 1976.
- (15) Palmer, G. R., "Health", in R. Forward (ed.), *Public Policy in Australia*, 1974.
- (16) *Report of the Health Insurance Planning Committee*, 1973.
- (17) Scotton, R. B., *Medical Care in Australia: An Economic Diagnosis*, 1974.
- (18) —, "Medibank 1976", *The Australian Economic Review*, 1st Quarter 1977.