

海外文献紹介

ヨーロッパの健康保険制度



ここに紹介する論文は、ヨーロッパ6カ国の健康保険制度について、その特徴や問題点を指摘したものである。一口に健康保険といってもその具体的な仕組は国によって異なっている。今日のような健康保険に至るまでの歴史的背景が各国ごとに異なるからである。それにもかかわらず、興味深いことに、現在直面している各国の健康保険の問題には多くの共通点が見いだせるのである。

わが国もまた各種の医療保険によって国民の医療を保障している。ヨーロッパの健康保険とわが国のそれとの間にはいくつかの共通点があると同時にまたわが国健康保険には他に例のない特徴もある。われわれが直面している健康保険の問題を分析するにあたって、国際的な比較研究の視角から日本の制度の特徴と問題を検討することも無意味ではない。

以下簡単にこの論文を要約する。

社会保障の一環としての健康保険

ヨーロッパ6カ国(もとのEEC6カ国)の健康保険は労働者の相互扶助組織から発展してきた。この相互扶助組織は会員が病気で仕事につけないときに、その家族の生活を維持するため、若干の現金を支給するものであった。その後補足的ではあるが医療費の一部をも支給するようになり、次第にこの医療給付が従来の現金給付(傷病手当金)をしのいで比重を増し、今日のような姿へと発展したのである。ヨーロッパの健康保険が、医療給付とともに現金給付(傷病手当金)をも支給し、従ってまた所得の保障を目的とする社会保障制度の一環として考えられているのも、以上のような歴史的事情によるものである。

健康保険制度の組織

19世紀の相互扶助組織は、地方的、小規模で、その財政基盤は弱かった。この弱点を克服するためにはより大きな組織機構へと改組されなければならなかった。相互扶助的な組織は連合体を結成し、これに再保険的な機能をもたせるようになった。またある場合にはこの連合体に全権限を委譲し、各組織はその事務担当機関となっていった。

組織の強化や拡大とあいまって、これらの組織は私的なものから公的なそれへと発展した。第1次大戦以前にはこれらの組織は認可組合として法的規制を受けるにとどまったが、第1次大戦後は各国でこれらの組織が公的機関として取り扱われるようになり、さらにある場合には(1945年のフランスのように)法で定められた新しい金庫がこれまでの組織にとってかわることもあった。

いずれの場合にも古い相互扶助組織の機構や管理運営方式は受け継がれており、今でもこれらの金庫は労使同数の代表者からなる委員会によって運営されている。またオランダ

やベルギーでは、金庫の活動は社会保険的性格だけでなく私保険的性格をもあわせ持っている。百年以上にもものぼる伝統がヨーロッパ健康保険の根本的な改革を妨げる障害になっていることも事実である。

適用範囲

相互扶助制度は貧しい人々すなわち賃金労働者を対象としていた。だから、私的な相互扶助組織が強制的な保険制度へと発展した段階で、その適用対象が被用労働者に限定されたのも驚くにたらないのである。オランダやドイツでは今なお一定所得以下の被用者に限定され、その他は任意被保険者である。フランスでは1935年に所得制限は撤廃され、イタリアやベルギーには最初から所得制限はなかった。しかしそれらの国でも主に労働者を対象としていたことに変わりはない。

その後労働者以外の被用者にも健康保険制度が設立されるようになり、「一般制度」や船員、炭鉱労働者を対象とする別個の制度が創設された。

1950年代に入って自営業者にも社会保障が

適用されるようになった。これはまず農民を対象として出発したが、1960年代の終りには多くのヨーロッパ諸国で、全労働人口が強制被保険者として健康保険に加入するようになった。

その後焦点は雇用関係のない、退職者、学生、失業者等に移り、これらの人々も「一般制度」の中に組み入れられつつある。

複雑で硬直的なこれら健康保険制度の最大の問題は制度間に格差が存在することである。この問題はすでに第二次大戦中あるいはその直後から予測されていたのであるが、英国のように一本化された例はなく、戦後30年を経た今も、6カ国ではこの問題は解決されていない。ただ例外としてオランダで特定の給付について全住民を対象とした一般社会保険が実施されたこと、イタリアで全住民を対象とする国民保健サービス制度が1980年以降実施するように検討されていることがあげられるだけである。

財政

一般に保健費用の財源は労使の保険料拠

出、一般租税、患者の一部負担の三者で構成されている。しかしこれらの役割はそれぞれ国によって異なり一様でない。租税の役割が一般的に高まっており、ベルギーでは40%、イタリア、オランダでは15~20%をしめるようになっているが、自治を重んじるドイツやフランスでは失業者や農民等特別な人々を除けば国の負担はない。

どのような財源に比重を置こうとも、総じてこれら健康保険の財政状態は危機に瀕している。国民所得や賃金の上昇以上に医療費が上昇しているからである。医師は患者の一部負担の増大を主張している。それは財源を増やすためだけでなく、いわゆる乱診乱療を防止できるという理由によってである。しかし実際には何が乱診乱療であるかを判断することは困難であるばかりでなく、調査によると一部負担の増加によって診療件数が低下するという事実はほとんどみられないのである。

財政状態の悪化とあいまって、各金庫間の財政統一化の動きもみられる。ドイツやルクセンブルグなど金庫の歴史が古い国ではその財政的な独自性が守られて、地域的、職業的

結束が強いが、フランスやイタリアでは職域制度を維持しつつも各金庫の財政上の独自性は大きく取りはらわれている。さらにオランダやベルギーでは広い範囲にわたって財政的統一性が維持されるようになっている。

給付

相互扶助制度は本来医療給付を含んでいなかった。その後次第に医療給付が含まれるようになり、今日ではほとんどの国が包括的な医療サービスを提供するようになった。

財政上の理由から簡単な病気に対する給付は除外しようとする提案が出されている。しかしヨーロッパの健康保険がこのような提案を支持する傾向にあるとはいえない。とはいえあらゆる疾病を保険でカバーしようとするのは不可能なことである。そこで現在ヨーロッパの国々は、「合理化」という基準に従って給付を制限する傾向にあるといえる。これは妥当で有益であると考えられないような給付についてはそれを除外しようとするのであるが、この基準はまだ決して確立されたわけではない。

健康保険制度と医療の提供者

医療提供者との関係でみると保険には3つのタイプがある。

まず最も単純な償還制があげられる。保険者は医師や病院、薬局とは何の関係も持たず、患者が医師に支払う額と患者が保険者から受け取る額との間には差があった。ベルギー、ルクセンブルグ、フランスは当初この方式を取っていたが、長い歴史のすえ次のタイプに移っている。

同じく償還制ではあるが、第2のタイプでは、保険者と医療提供者とは医療費について契約を結んでいる。診療上の自由が確保され、また財政的にも安全であるという意味で医療提供者にとって都合のよい制度であるが、そのことは逆に医療費の高騰をうながすおそれを持っている。

第3のタイプは、保険者が直接または間接に保健サービス組織をコントロールするもので、これは支出を制御し、しかも十分なサービスを確保できる唯一の制度である。この場合給付は現金の額ではなく、医療サービスの

利用であり、医療提供者との契約も出来高にではなく利用回数に主として依存する。この制度はドイツ、オランダ、イタリアで採用されているものであるが、ベルギーやフランスでも薬剤や病院費等特定の高額給付について第3の方式を利用するようになっている。

この第3の方式に対して、ベルギーやフランスの医師は、それが診療の自由を制限するものであるとの理由で反対している。しかし実際には第1、第2の方式でも制限は不可避であったのであり、問題は制度面での自由の制限か経済面での自由の制限かの違いにすぎない。むしろ選択の自由は、形式上制限されている第3の方式の方がより大きいと考えられるのである。

結論

直面する財政危機をのりこえるうえで最も重要なものは給付の合理化であろう。ドイツではすでに1930年に保険医療の規制を制度化している。契約にもとづいて保険医協会は金庫から総医療費を受け取り、協会は会員である保険医に医療費を分配している。法外な医

療費を請求した医師にはその説明が求められ、場合によってはその医師に対する分配金は削減される。

最近フランスで取りかわされた医師団体と保険者との契約も同じく合理化への一步を示すものである。

ドイツの1人当り医療給付費はヨーロッパのどの国よりも低い。しかもその給付額はフランスなどと比べてより多くの医療費をまか

なっているのである。財政方式如何によっては医療費の上昇をおさえることも不可能ではないのである。とはいえまだまだ合理化の途は遠く、病院給付や薬剤給付については多くの問題が横たわっているのである。

Jozef Van Langendonck, *The European Experience in Social Health Insurance, Social Security Bulletin*, Vol. 36, No. July 7, 1973, pp. 21—30.

(一圓光彌 健保連)

1972年のEC域内における 社会保障の動向



社会保障の機構を補完し、あるいはそれを複雑なものとする多くの措置が毎年とられてきているが、それらのなかには、受給者に対して直接的な効果をもたらすという点においてのみならず、発展の動向についての重要な意味をもつという点において、無視できないものがみられる。以下、その特徴的なものに

ついていくつかコメントを加えることとしよう。

(1) 域内諸国における「社会保障の適用範囲」は、はじめ被用者層だけに限られていたものの、しだいに他の階層、とくに自営業者層へ広げられつつある。この動向はとくに過去10

年間に顕著であり、その結果、大多数の国でほとんど全人口が社会的リスクから保護されるに至っている。

(2) 「給付の質および水準」についてみると、発展の動向は三つの方向に向っているようである。すなわち第1は受給者の境遇を改善するため従来から行なわれてきた努力の延長であり、第2はニードの変化への対応であり、そして第3はすべての社会階層間において、与えられる保証についてのある程度のバランスを実現しようとする傾向である。

(3) 心身障害者の保護の問題は各国におけるもう一つの注目の的である。すでに多くの国にはこれら障害者のための給付が設けられているが、1972年にはベルギーとフランスでそれぞれ新しい措置がとられた。すなわちベルギーでは72年6月15日の命令で、重症心身障害者(廢疾度100%)のための介護者を援護する目的をもつ年額6,000ベルギーフランの手当が新設された。フランスでは72年1月29日と12月29日の命令で、次のような二つの新