

フランスと西ドイツの医療費問題

健康保険組合連合会 石本 忠義

医療費問題の所在とその背景

1970年代に入って各国とも医療費が急激に増大している。そしてこのことがもはやけっして軽視できないものとなっている。このため各国ともその対策を積極的に検討し、なんらかの措置を講じてきている。とくに医療保険方式をとっているフランスと西ドイツは、いずれも医療費の増大をできるだけ抑える措置を講じながら、医療保険財政の破たんを防ごうとしている。

フランスや西ドイツに限らず、イギリスのような保健サービス方式をとっている国でさえ医療費増大に重大な関心をもち、現に計画的な支出節減を実施している。⁽¹⁾まさに医療費問題は世界各国共通の問題となっている。こうしたことから、ILO（国際労働機関）、ISSA（国際社会保障協会）、OECD（経済協力開発機構）などの国際機関も各国における医療費の動向に関心をもち、医療費の推移、その増大原因、医療費対策などについて専門家会議を開いたり、調査を行ったりしている。⁽²⁾

こうした各国の医療費問題は、医療保険方式をとっている国では医療保険の財政問題や国民の負担増の問題として現われ、また保健サービス方式をとっている国（イギリスや北欧諸国）では国家予算問題（資源配分問題）や社会負担増の問題として現われている。医療費増大それ自身は必然的なことであり、けっして否定すべきことではないが、国民の福祉と資源配分、社会的負担をどう調整するかという問題を考える際、当然検討されなければならない問題なので

ある。

各国において医療費が増大する背景にはいろいろな要因があるが、最近のILOの医療費問題専門家会議での討議の結果によると、医療費増大の共通要因として(1)社会保障の適用範囲の拡大、(2)入院医療の重視、(3)近代社会における生活や労働の変化、(4)医療費の支払方式、(5)医師数の増加、(6)医療施設の建設費の上昇、(7)運営費の増大、(8)管理面のルーズなどがあげられている。

フランスの医療費問題

フランスの国民医療費は、1970～75年において年平均16.5%増加しており、対GNP比は1966年の5.1%から1975年には7.6%上昇している。医療保険の支出は1970～75年において年平均21%増加しているが、医療保険の支出の中では入院費の増加率が最も高く、1972～75年において年平均24.6%である。1969年以降毎年疾病保険の赤字が生じており、1976年において一般制度（商工業被用者を対象とした制度）の累積赤字は175億フラン（約1兆500億円）に達している。こうした一般制度の赤字の最大の理由は、1963年以降一般制度と特定の赤字特別制度および農業被用者制度との間の財政調整が行われ、また1974年以降全制度間の財政調整が行われたことにより、一般制度から他の制度への繰入れが年々増大してきているためである。もちろん、この財政調整は疾病保険部門に限らない。社会保障制度全般の財政調整である。こうした財政調整は、社会経済構造の著しい変化を背景にした特別制度や自営者の制度の疾病保険や年金保険の赤字を補てんすることが目的であるが、ほとんどが一般制度の負担となるため、一般制度の側から強い反対があり、最終的には一般制度の財政調整負担は国庫支出の範囲内とすることで落ち着き、そのための財源として、当面1978年までアルコール製造税があてられることになっている。

こうした状況から、1976年10月からバール首相による「バール・プラン」（一連の社会保障財政建直し策）が実施され、1977年末までに約160億フランに達すると見込まれた社会保障財政の赤字解消のための措置が講じられた。こ

のプランの内容は、(1)疾病保険の保険料率を上限内賃金について労使とも0.5ずつ引上げる、(2)消化剤、疲労回復薬等保健薬の償還率を40%に引下げ、その代わりとして代替不能の高価薬の償還率を100%に引上げる、(3)入院外の看護士を除くパラメディカルの診療報酬の償還率を75%から65%に引下げ、また移送費の償還率を100%から70%に引下げることである。これにより、1977年においては保険料の増収と疾病保険の支出節減が図られ、当初の赤字額が大幅に減少する見込みである。しかし、1978年以降においては、こうした措置もほとんど効果がなくなり、再び赤字は増大するものとみられている。

したがって、このような表面的な対症療法に対しては常に強い批判がある。最近の社会問題総監察局報告書は、供給側に対する抑制なくして需要に対する抑制だけでは医療費のコントロールは不可能であると指摘している。

なお、疾病保険の保険者は、このような状況に対処して、支出節減や支出抑制に力を入れている。たとえば民間被用者を対象とする全国疾病保険金庫(CNAM)では、診療報酬審査の段階で厳しいチェックをするとともに、各疾病保険金庫の支出について無駄な支出がないよう指導している。しかし、これらの対策も最近本格的に行われるようになったばかりで、その効果は全く未知数である。

西ドイツの医療費問題

西ドイツにおける疾病保険の支出の伸び率は、1969～74年において年平均16.6%、1974～75年において21%である。この期間における経済成長率が10.6%、4.5%、賃金上昇率が11.4%、7%であるので、疾病保険の支出の伸び率がいかに高いかがわかる。疾病保険給付費のうちでは入院費の伸び率が大きく、1970～74年において年平均23.3%である。このため入院費のウエイトは年々上昇してきており、1975年において疾病保険給付費の26.7%を占めている(1969年は19%)。この比率は、他のヨーロッパ諸国に比べて低い、年々上昇してきているので、やがて同じような高さになると考えられる。すなわち、将来40～50%に達することもありうる。

このような支出の伸びに対応して収入も伸びているが、これは収支のバランスをとるために随時保険料の引き上げが行われているからである。これにより、保険料率は年々引上げられ、1976年7月1日現在の平均は11.3%(労使折半負担)となっている(1970年1月1日現在の平均は8.2%)。このままで行くと、疾病保険の保険料は年々高くなるばかりで、他の社会保険料と合わせた社会保険料負担率は1976年の31.3%から1979年には34.0%に達するとみられているので、できるだけ疾病保険の支出を抑え、保険料の引き上げを小幅にとどめたいとの考え方が強くなってきた。また、とくに年金受給者を対象とした年金受給者疾病保険(各疾病金庫によって別勘定で運営されている)の支出の伸びが著しく、一般被保険者の疾病保険の財源から繰入れられる部分が増大しているため、その分の負担増が保険料に影響してきている。すなわち、年金受給者疾病保険に対して年金保険から年金支払総額の10.98%(実際には追加繰入れがあり17%)が保険料として繰入れられてきているが、年金支払総額の伸びより年金受給者疾病保険の支出の伸びのほうが大きいため、年金保険からの繰り入れ保険料のウエイトが下がり、逆に疾病保険の負担部分が大きくなっているため、その分が一般被保険者の保険料に影響してきている。しかも各疾病金庫間に年金受給者の占める割合のちがいによる負担の不公平が生じている。近年、年金保険の財政も厳しい状況にあるので、これ以上の負担増はむずかしい。したがって、なんらかの対策を講じなければならないという状況に追い込まれた。

こうしたことから、まず第一に当面、疾病保険の費用を抑制することが必要であるとの考え方に立ち、連邦政府は1977年6月に「疾病保険費用抑制法」を制定し、7月1日から施行した。この法律の内容は、(1)各州の疾病金庫連合会と保険医協会との間で契約する診療報酬総額の引き上げ率を平均基本賃金(1日当たり平均賃金)の上昇率等に応じたものとする。また、従来何種類もあった診療報酬基準(極端にいえば疾病金庫の種類ごとに異なっていた)を統一的な一本の診療報酬基準に改めること(診療行為の共通項目とその点数を示したものの。点数単価については各疾病金庫連合会にそれぞれ異なった契約をする

ことができる)、(2)保険医の処方する薬剤費の総額を、各州の保険医協会と疾病金庫連合会との間で協定することができるものとし、その総額の算定にあたっては、①薬剤価格の動向、②診療件数、③関係疾病金庫の被保険者の平均基本賃金を考慮すること。また、軽微な薬剤・治療用品は、処方しないかまたは特定の場合のみ処方するものとし、その薬剤・治療用品の範囲は一定の基本方針に基づき各疾病金庫が定款で定めること。さらに処方薬剤1剤につき1マルクの患者負担を課すこと(従来は薬剤費の20%で、最高2.50マルクであった)。そしてこの患者負担は、児童、妊産婦および戦傷者については従来どおり免除するが、年金受給者、重度障害者および傷病手当・経過手当受給者については課すこと。義歯および補装具については原則として費用の20%を患者負担とすること、(3)年金受給者疾病保険の財源対策として、①全く費用の負担をしない者の範囲を制限すること、②年金保険からの繰り入れ保険料を年金支払総額の11%とすること(これにより、一般被保険者が年金受給者のために負担する連帯保険料の料率を1.1%から2.2%に引上げること)、③繰り入れ保険料でまかなわれない部分について、疾病金庫間で財政調整を行うこと、(4)個々の疾病金庫の特別の負担を調整するために、同一州内において同種の疾病金庫間で財政調整を行うことができること、(5)各界の代表で構成する医療保障制度審議会を設置し、診療報酬総額の引き上げ率と薬剤総額について勧告を行うこと、(6)被扶養者の所得が一定額(1977年は月額370マルク)を超える場合には、被扶養者として認定しないこと、(6)1972年制定の病院財政改革法をできるだけ早く改正すること(近代的病院網の整備には役立っているが、反面、入院費の増大を招いているので、現在の公的投資のあり方等を修正する必要があるとの観点に立って、この改正が規定された)、など多面にわたるものである。

この法律の効果については現在のところ未知数であるが、連邦労働省や保険者は、これによって今後疾病保険の支出の伸びはひとまず鈍化し、財政状況は安定的な方向に進むであろうとみている。これに対して、この法律の制定に強く反対した保険医側は、この法律の効果はあまり大きくないばかりか、従来の

保険医と保険者の自主的契約の方式を阻害するものであるとの見解をもっている。しかし、いずれにしても法律によって疾病保険の費用抑制を図ろうとしたことは、世界でも珍しいケースで各国からその成り行きが注目されている。1977年5月に開かれたさきのILO専門家会議でも、西ドイツでのこの法律の制定への動きが話題になったという。

このほか、近代的保健政策の一環として、1976年8月に新薬事法が制定され、薬事制度の近代化ならびに薬剤価格の引き下げが実施されている。これも疾病保険の費用に少なからず影響を与えるものであり、1978年1月1日からの全面施行により、今後の効果が注目される。また、現政権を支えているSPD(社会民主党)は、長期医療政策要綱を明らかにし、医療保障の異なった部門を組み合わせることによって、(1)経済的効果的な医療保障を行うこと、(2)医療技術センターの設置や開業医・病院勤務医の協力によるグループ診療で経済的効果的な医療を行うことを、疾病保険の費用抑制と併わせて提唱しており、いずれこれらについても具体的な措置がとられるものと思われる。

注：1) イギリス政府は、1977年1月に発表した予算白書の中で、1976~79年度の4年間に国民保健サービス支出のうち薬剤費と運営費・事務費を2.4億ポンド削減する計画を示している。

2) ILOは、1977年5月に医療費問題専門家会議を開き、各国の医療費の動向、原因および対策について検討している。そのときの資料として、Cost Trends, Causes, and Possible Cost Containment Measures: A Discussion Paper Prepared by the Social Security Department, RCMC/1977. がある。

また、ISSAは1973年以降、医療・疾病保険委員会において、各国の医療費増大原因、医療保障の方式と医療費増大との関係などについて検討してきている。レポートとして、(1)The General Causes of the

Increase in Sickness Insurance Expenditure on Medical Care, ISSA/XVⅢ/Mse/4 (2)The Relationship between Trends in Health Expenditure and the Type of Organisation of Health Care : Guidelines for the Preparation of National Monographs, ISSA/MSc/XVI/1 (3)Volume and Cost of Medical Care, ISSA/MSc/XVI/2 などがある。

さらに、OECDは、経済政策委員会第2作業班において、資源配分および政府支出の諸問題に関するプロジェクトの一環として、加盟各国の医療費（とくに公的医療費）の動向、医療費の増大要因などについて分析し、Public Expenditure on Health, July 1977. と題する報告書を公表している。



社会保障こぼれ話

健康保険の採用計画

（イスラエル）

この国には、労働組合総同盟が任意制の健康保険制度を実施してきた。その後、公的な制度として出産時に現金給付を支給する母性保険が採用されたが、いわゆる健康保険は実施されていなかった。したがって、包括的な健康保険制度の採用が、長年にわたり検討されていた。その検討は最終段階に入り、法案を作成し、制度を実施に移す用意が備った。

計画では、その健康保険は自治的な疾病基金を組織し、制度を実施するいわゆる組合方式が考えられている。この方法は既存のそのような組合が、独自の立場で開発した病院などの医療施設、各種の医療担者などをそのまま活用して、制度を運営することが企図されている。

計画では、制度は各保険者に対して、被保険者に所定の給付を提供することを強制することになっている。それに対して、入院を含む各種の活動について、各地方で提供される診療活動に調整、合理化、および経済性などが保証されることになっている。

医療は医療施設の所有者に関係なく、各地方で制度に組入れられ、各地方の診療活動を調整するためにそのような活動の担当機関が設けられる。

保険の保険料や提供される診療は政府の承認を条件とされ、政府は各疾病基金の財政を監督し、診療活動も政府の監督をうけることになる。制度の運営で生じた紛争は、従来の方法を変えて、労働裁判所で取扱われる。

この計画には、各方面から法案の基本原則について、色いろな批判が寄せられたが、結論として、制度は保健サービスの改善、節約、効率化、および監督をもたらすであろうということになっている。

ISSA, Asian News Sheet, Vol. VIII, No. 1. Jan. 1978.
New Delhi, P.8.

（社会保障研究所 平石長久）