

# オーストラリアの民間健康保険システム

## —高齢でも有病でも加入できる民間健康保険の運営方法—

### 目 次

<p>I. はじめに</p> <p>II. オーストラリアのヘルスケアシステムと政治体制</p> <p>III. 民間健康保険システム改革の経緯とオーストラリアのヘルスケアファイナンス構造</p> <p>IV. 民間健康保険事業・市場・システムの実態</p>	<p>V. 高齢でも有病でも加入できる民間健康保険を実現する方策</p> <p>VI. オーストラリアの民間健康保険システムの特徴とヘルスケアシステム改革</p>
---	---

ファカルティフェロー 小林 篤

### 要 約

#### I. はじめに

オーストラリアでは、民間健康保険商品は健康度に拘わらず、地域毎に一律である保険料率で加入でき、民間健康保険者は加入申込を謝絶できない。この特異な民間健康保険システムがどのように運営されているか、その民間健康保険システムにはどのような特徴があるかについて取り上げる。

#### II. オーストラリアのヘルスケアシステムと政治体制

オーストラリアの健康水準は世界的に高い水準にある。同国のヘルスケアシステムであるメディケアと薬剤給付制度は、ヘルスケアサービスに関するユニバーサルアクセスを実現して高い健康水準の実現に寄与している。しかし、オーストラリアの政治体制は連邦制で度重なる政権交代もあったため、ヘルスケアシステムは複雑な構造になり、蜘蛛の巣状態になっているとの問題も抱えている。

#### III. 民間健康保険システム改革の経緯とオーストラリアのヘルスケアファイナンス構造

オーストラリアでは、2007年に民間健康保険システム改革を実施し、病院サービスに関する民間健康保険の改善や民間健康保険促進のための助成策改善などに継続的に取り組んできた。これらの改革によって民間健康保険と政府部門のファイナンスはクロスする仕組みとなっている。

#### IV. 民間健康保険事業・市場・システムの実態

オーストラリアでは、国民の半数近くが、多種多様な民間健康保険に加入している状況にある。民間健康保険に加入していると、治療してもらう医師を選べる、入院する病院を選べる、そして自分にあったタイミングで入院できるという選択肢がある。民間健康市場は、競争的で寡占構造になっており、団体加入ではなく個人加入ベースの市場である。

#### V. 高齢でも有病でも加入できる民間健康保険を実現する方策

高齢でも有病でも加入できる民間健康保険を実現する方策の中心は community rating システムで、Risk Equalisation が community rating を支えている。また、community rating は複雑で相互に依存関係がある規制システムの一部で、保険料率規制と community rating は相互に関連付けられている。

#### VI. オーストラリアの民間健康保険システムの特徴とヘルスケアシステム改革

オーストラリアの民間健康保険システムの特徴には四つの特徴がある。第一に、それぞれの保険商品は健康度に拘わらず、地域毎に一律である保険料率で加入でき、民間健康保険者は加入申込を謝絶できない仕組みが実際に機能している。第二に、ヘルスケアサービスへのユニバーサルアクセスの保障と利用者・加入者の選択とのバランスを取ることに成功している。第三は、個人加入ベースの健康保険システムである。第四に、熱心なイノベーションの取組がなされている。現在も、民間健康保険システムを含むヘルスケア改革が続けられている。

## I. はじめに

### 1. 特異な民間健康保険システム

任意加入の競争市場における民間健康保険では、保険料率は健康度に応じて決定し、多数の保険加入申込者が加入できる保険料率水準より健康でない者の加入申込を謝絶することもある。民間健康保険の競争市場では、このような実務が一般的である。オーストラリアでも、民間健康保険者は競争市場で多様な商品で競争し、保険加入者は保険者・保険商品を選択して加入する。しかし、オーストラリアでは、それぞれの保険商品は健康度に拘わらず、地域毎に一律である保険料率で加入でき、民間健康保険者は加入申込を謝絶できない。多くの国において高齢者や有病者が民間健康保険に加入することは、一般には難しい。しかし、オーストラリアの民間健康保険システム<sup>1</sup>では、民間健康保険に高齢でも有病でも加入できる。この民間健康保険システムはかなり特異である。この特異なシステムはどのように運営されているのだろうか。

本稿は、この特異な民間健康保険システムがどのように運営されているか、その民間健康保険システムにはどのような特徴があるかについて取り上げる。

### 2. 本稿の構成と情報時点

本稿は、特異な健康保険システムとその背景になるヘルスケアシステム<sup>2</sup>の改革動向についても必要な限り触れている。ヘルスケアシステムは、ヘルスケアサービスを提供する「ヘルスケア提供システム」およびヘルスケアサービスの財源を確保しサービス提供者・利用者へ支払う「ヘルスケアファイナンスシステム」の二つのサブシステムで構成されていると考える。公的健康保険も民間健康保険も、ヘルスケアサービスの財源を確保しサービス提供者・利用者へ支払うファイナンスシステムの一つである。

第Ⅱ章以下の構成は、以下のとおりである。

最初にオーストラリアのヘルスケアシステムの背景にある政治体制を簡単に概観し、ヘルスケアシステムの概略・構造を分析したうえで（第Ⅱ章）、次に、民間健康保険システム改革の経緯とオーストラリアのヘルスケアファイナンス構造を解析し、民間健康保険と政府部門とのクロス状況を明らかにし（第Ⅲ章）、民間健康保険事業・市場・システムの実態を解析する（第Ⅳ章）。続いて、本稿の主要テーマである、高齢でも有病でも加入できる民間健康保険を実現するために実施している方策について取り上げる（第Ⅴ章）。最後に、オーストラリアの民間健康保険システムの特徴と、民間健康保険システム改革も含むヘルスケアシステム改革について整理する（第Ⅵ章）。

本稿の記述は、2017年3月10日現在までに入手できた情報を基にしている。また、2017年2月にオーストラリアにおいて民間健康保険業界の実務者に対して実施した聞き取り調査の結果も使用している。

<sup>1</sup> ここでいうシステムとは、ある目的のための秩序だった方法、体系、組織をいう。本稿では、民間健康保険システムは健康保険事業や健康保険市場とは異なる意味で用いる。

<sup>2</sup> 本稿では、ヘルスケアとは、専門家である医師・看護師等が提供する診断・治療、病院等の医療施設において提供される幅広い医療・保健サービス、疾病予防・健康増進、介護サービスまで含む意味に用いる。

## II. オーストラリアのヘルスケアシステムと政治体制

### 1. オーストラリアのヘルスケアシステム

#### (1) オーストラリアのヘルスケアの現状

オーストラリアの正式名称は、オーストラリア連邦（Commonwealth of Australia）である。面積は日本の約 20 倍で、人口は 2,450 万人である<sup>3</sup>。

オーストラリア連邦政府が発行する“*Australia in Brief*”日本語版は、自国の健康保険システムと健康水準について world class であると、次のように評価している<sup>4</sup>。「オーストラリアの医療保険制度は、効果と効率の両面で世界的に高い水準を誇ります。オーストラリアは、健康寿命と一人当たりの医療費用において、世界をリードする国のひとつであると、世界保健機関（WHO）から評価されています。オーストラリアには、メディケアと呼ばれる公的医療保険制度<sup>5</sup>があり、国民は公立病院で医療サービスを無料で受けられる他、一次医療（primary care）には助成金（subsidy）<sup>6</sup>が支給されています。メディケアにより、全てのオーストラリア国民は無料、またはわずかな費用で質の高い医療サービスが幅広く利用できるようになっています。オーストラリア政府は、医療制度に多額の予算を配分しており、州や準州政府（territory governments）<sup>7</sup>が責任を持って実際のサービスを提供できるよう、緊密な協力を行っています。またこうした公的サービスは、民間部門により補完されています。オーストラリア国民は先住民を除き、一般的に良好な健康状態にあり、平均寿命は 83 歳（男性 80 歳、女性 84 歳）と世界で最も長寿な国のひとつに数えられます。」

#### (2) 英国に類似したヘルスケア提供システム

オーストラリアのヘルスケアシステムは、オーストラリアがイギリス連邦に属する国であることもあって、英国の公的医療保障サービスを提供する National Health Service（以下 NHS という）と類似している点がある。

英国の公的医療保障サービスを提供する NHS は、1948 年創設以降全ての英国在住市民に対して医療保障サービスを原則無償でサービスを提供してきた。全住民が必要なときに無償でサービスを受けられることが大きな特徴である。その財源は、ほとんど税金に由来する。医療保障サービスには区分があり、上記の「一次医療（primary care）」にほぼ相当する基本的一般的な医療・保健サービスと専門医・病院による医療・保健サービスとは別のヘルスケアサービスであると一般的に理解され、別々のサービスを別々に担当する分業体制となっている。すなわち、基本的一般的な医療・保健サービスは、かかりつけ

<sup>3</sup> 外務省ホームページ オーストラリア基礎データ（visited Mar. 6, 2017）  
<<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/australia/data.html>>。

<sup>4</sup> Department of Foreign Affairs and Trade, Australian Government, “*Australia in Brief*”日本語版（visited Mar. 7, 2017）  
<[http://japan.embassy.gov.au/files/kyo/australia\\_in\\_brief\\_2014.pdf](http://japan.embassy.gov.au/files/kyo/australia_in_brief_2014.pdf)>

<sup>5</sup> オーストラリアの「メディケア」は、米国で実施されている高齢者向け公的健康保険システムと同名であるが、全国民を対象にしている。オーストラリアのメディケアは保険料を徴収しないシステムなので、保険システムかどうか疑義があると考え、本稿では公的医療保障制度として表記する。なお、オーストラリアにおける公的資料においても、メディケアを健康保険制度と表記する場合と健康保険と表記しない health system として表記する場合の両方がある。

<sup>6</sup> オーストラリア連邦政府発行の“*Australia in Brief*”では、一次医療は primary care であり、助成金は subsidy となっている。以下、本稿では日本語版の用語を用いず、前者をプライマリーケア、後者を補助金と表記する。

<sup>7</sup> “オーストラリア連邦政府発行の *Australia in Brief*”では、準州政府は territory governments となっている。本稿では、以下、本稿では日本語版の用語を用いず、外務省のホームページの表記に準拠して特別地域政府と表記している。

医・家庭医とも称される General practitioner（以下 GP という）などによって提供される。GP は、自分で診療治療する以外に、必要に応じて患者を専門医（specialist）または病院に紹介（referral）する。前出のオーストラリア連邦政府資料にある、「メディケア（Medicare）」は、連邦政府が税金を基本的な財源としている。GP（かかりつけ医）が基本的一般的な医療・保健サービスの中心的な担い手となって、患者を専門医・病院に紹介する分業体制となっている。これらの点は、英国の公的医療保障サービスを提供する NHS と類似している。

### （３）病院と病院サービス

オーストラリアの病院と病院サービスについても、英国の公的医療保障サービスを提供する NHS と類似している点がある。

英国の NHS では、NHS 運営の病院で、医療費とその他のサービスに関する費用を私費で負担する Private patient unit が設けられている。オーストラリアでは、公立病院（public hospital）と私立病院（private hospital）とがある。公立病院は、連邦政府と州政府の資金を元に州政府が運営している。公立病院は、メディケアの患者である public patient だけでなく、私費負担の患者である private patient も受け入れている。病院と病院サービスについても類似点を見いだすことができる。

## ２．全国民を対象とする公的医療保障制度の概略

### （１）メディケア Medicare と薬剤給付制度 Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS)

#### ①財源と運営主体

メディケア（Medicare Program: 'Medicare'）は、全国民（全ての永住者およびオーストラリア市民権を有する者）を対象とする公的医療保障制度である。1983年に各種法令の改正が行われ、1984年にメディケアは開始された。メディケアの財源は、税金であり、運営主体は連邦政府である。

薬剤給付制度（Pharmaceutical Benefits Scheme: PBS）（以下薬剤給付制度（PBS）という）は、連邦政府とその財源によって運営されている制度で、オーストラリアの全国民が標準的薬剤を広範に購入できるように薬剤費を補助する制度である。薬剤給付制度（PBS）は、メディケアに先だって1948年に創設された。メディケアとは別の制度であるが、対象がメディケアと同じであることもあって、実務的には一体的な制度として理解されている。

#### ②メディケアの対象範囲

現在メディケアで提供されているサービスと給付金は、以下のとおりである<sup>8</sup>。第一は、病院サービスに関する無償の治療（treatment）である。公立病院において public patient として治療を受けた場合無償の治療となり、患者は支払不要になる。公立病院で私費負担の患者である private patient となる場合と私立病院を利用する場合は、メディケアの無償の治療対象とならない。第二は、Medicare Benefits

<sup>8</sup> Australian Government Department of Health, "Medicare Benefits Schedule Book", Operating from 01 February 2017, p.19. (visited Mar.10, 2017)  
<[http://www.health.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/1BC94358D4F276D3CA257CCF0000AA73/\\$File/201702-MBS.pdf](http://www.health.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/1BC94358D4F276D3CA257CCF0000AA73/$File/201702-MBS.pdf)>

Schedule（以下 MBS という）に搭載された、様々な医療専門職による「臨床的に適切な（clinically relevant）」医療サービスに対する「給付金（benefits）」または既に支払った出費への還付（rebate）である。MBS に搭載された、様々な医療専門職による「臨床的に適切な（clinically relevant）」医療サービスに該当しない場合には、メディケアの対象外となることを意味する。支払われる金額は、一般的には、MBS 搭載額の 85% である。GP が病院や専門医に紹介しない場合には GP に 100% 支払われる。

メディケア利用者は、交付された Medicare card を提示して処方箋・処方箋薬を入手し、公立病院で public patient として無料の治療を受けることができる<sup>9</sup>。

### ③薬剤給付制度（PBS）の対象範囲

薬剤給付制度（PBS）の対象者は、メディケアの Medicare card を保有する者である。連邦政府が費用を補助する薬剤は、薬局で調剤され患者の自宅で服用される（ただし、危険性が高く医学的管理が必要とされる薬剤は、通常は病院で使用される）。薬剤給付制度（PBS）の対象となる薬剤は、PBS Schedule に搭載され、毎月更新される<sup>10</sup>。

## （2）ユニバーサルアクセスを保障するメディケア等と world class の健康水準

メディケアと薬剤給付制度（PBS）を運営することによって、オーストラリアはヘルスケアサービスに関するユニバーサルアクセスを効率的効果的に実現している。このことが、world class の健康水準を達成することに寄与していると考えられる。

## 3. ヘルスケアシステムとオーストラリアの政治体制

### （1）ヘルスケアシステムとオーストラリアの連邦制

オーストラリアは、1901 年に六つの英国植民地の請願により連邦が憲法を制定し、連邦制を採用した。現在 6 州（State）2 特別地域（Territory）となっている。連邦の立法権限は、憲法により国防、外交、通商、租税、通貨、移民等の特定の事項に限定されており、その他は州の権限となっている<sup>11</sup>。

オーストラリアにおけるヘルスケアシステムは、連邦制の下で運営されている。連邦制であることは、公的医療保障システムの運営と民間健康保険システムを取り巻く事業環境にとって非常に重要である。オーストラリアにおける連邦政府（Australian Government または Commonwealth Government、以下単に「連邦政府」という）と州政府（State government）・特別地域政府（Territory government）（以下、州政府と特別地域政府を併せて「州政府」という）の関係は、日本における中央政府・地方政府の関係とは異なり、それぞれが独立した主体間となっている。その結果、連邦政府と州政府の関係は日本の中央・地方の関係よりも複雑な役割分担となっている。例えば、連邦政府は、連邦全体に亘るヘルスケアに関する政策を決定し、州政府および民間セクターに助成金を提供する。州政府は、ほとん

<sup>9</sup> Department of Human Services, Australian Government のホームページ、Medicare services (visited Mar.10, 2017) <<https://www.humanservices.gov.au/customer/subjects/medicare-services>>

<sup>10</sup> Department of Health, Australian Government のホームページ、Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS)、About the PBS (visited Mar. 10, 2017) <<http://www.pbs.gov.au/info/about-the-pbs>>

<sup>11</sup> 外務省ホームページ オーストラリア基礎データ (visited Mar. 6, 2017) <<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/australia/data.html>>。

どの急性期病院と精神病院等を運営してヘルスケアサービスを提供するほか、コミュニティケアおよび公衆衛生のサービスを提供し、ヘルスケア専門職を規制するなどの役割分担がなされている。

しかし、財源、政策立案、規制監督、および実際のサービス提供別に、政府部門の役割・責任を見ると、かなり重複し錯綜していることが分かる（《図表 1》および《図表 2》）。連邦政府自身が、オーストラリアのヘルスケアシステムは複雑であり、その複雑なシステムを表現するならば、サービス提供、ヘルスケアプロバイダー、ヘルスケア利用者および組織構造が蜘蛛の巣（web）のようになっているとするのが最も適切だろうと認めているほどである<sup>12</sup>。

《図表 1》 政府部門の役割・責任に関する図解 ヘルスケア分野別関連状況

政府部門の役割・責任に関する図解 ヘルスケア分野別関連状況

関連するヘルスケア分野	財源	政策立案	規制監督	サービス提供
予防	分担*	分担	分担	分担*
プライマリーケア	連邦政府主導 ・州政府負担*	分担	分担	州政府*
病院外の専門医による治療	連邦政府*	連邦政府	連邦政府主導 ・州政府負担	州政府*
エマージェンシーケア	連邦政府主導 ・州政府負担*	州政府	州政府	州政府*
病院サービス	分担*	連邦政府主導 ・州政府負担	州政府	州政府**
コミュニティケア	連邦政府主導 ・州政府負担	分担	分担	州政府*

\* 非政府部門も役割を分担

\*\* 待機手術は私立病院でも提供される

(注) 分担とは、連邦政府と州政府が共に重要な役割を果たすことを示す

凡例		
重複の度合		
■ 高	■ 中	■ 低

(出典) Department of the Prime Minister and Cabinet, Commonwealth of Australia, “*Reform of the Federation White Paper: roles and responsibilities in health*,” Issues paper 3 (visited Mar 6, 2017) <federation.dpmmc.gov.au/sites/default/files/issues-paper/Health\_Issues\_Paper.pdf12>.

<sup>12</sup> Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), Commonwealth of Australia ホームページ、Australia's health system (visited Mar. 6, 2017) <<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/australia/data.html>>.

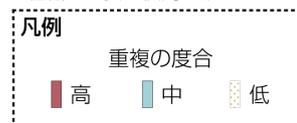
《図表 2》 政府部門の役割・責任に関する図解 分野横断的なヘルスケア領域

政府部門の役割・責任に関する図解 分野横断的なヘルスケア領域

分野横断的なヘルスケア領域	財源	政策立案	規制監督	サービス提供
ヘルスケア人材	分担	分担	分担	連邦政府主導 ・州政府負担*
医療品規制	連邦政府	連邦政府主導 ・州政府負担	連邦政府主導 ・州政府負担	なし*
先住民健康	分担*	分担	分担	州政府**
メンタルヘルス	分担*	分担	分担	州政府*
民間健康保険	連邦政府*	連邦政府	連邦政府	なし*
e-Health	連邦政府主導 ・州政府負担	分担	分担	分担
ヘルスリサーチと医療情報	分担	分担	分担	分担

\* 非政府部門も役割を分担 \*\* 先住民コミュニティ管理ヘルスケア組織も重要な役割を果たしている

(注) 分担とは、連邦政府と州政府が共に重要な役割を果たすことを示す



(出典) Department of the Prime Minister and Cabinet, Commonwealth of Australia, “Reform of the Federation White Paper: roles and responsibilities in health,” Issues paper 3 (visited Mar 6, 2017) <federation.dpmc.gov.au/sites/default/files/issues-paper/Health\_Issues\_Paper.pdf12>.

(2) ヘルスケアシステムと政権交代

オーストラリアのヘルスケアシステムには、連邦議会における政権交代によって大きく変化することを繰り返してきた経緯がある。オーストラリアの連邦議会は議院内閣制であり、二大政党または二大勢力の政権交代がある。現在は、自由党および国民党からなる保守連合と労働党が二大勢力として拮抗している状態にある。詳細は省略するが、二大政党または二大勢力は、その基本的思想が大きく異なっているため、政権交代の都度前政権の導入したシステムを廃棄・修正することを度々行ってきた。例えば、現在のメディケアの制定過程は、その一例である。1972年オーストラリア労働党 (Australian Labor Party) が保守的な連合政権から政権を獲得し、現在のメディケアの前身にあたる Medibank を創設した。1975年労働党政権からオーストラリア自由党 (Liberal Party of Australia) ・全国地方党 (National Country Party) 連合政権に移行すると、同政権は Medibank をそのまま存続させず改組改編を進めた。そして1976年には政府保有の民間健康保険者である Medibank Private を創設し既存の民間健康保険者と健康保険市場で競争させた。Medibank Private は、健康保険市場で急速に主導的な地位を獲得し、その地位は今日まで続いている。1984年に労働党が政権に復帰してメディケアを創設し、今日に至っている。労働党政権が Medibank との名称を復活させず、メディケアと命名したのは、Medibank Private

が有力な健康保険者となっていたためと言われている。連邦議会の政権交代の結果、オーストラリアのヘルスケアシステムは複雑な構造になったという面があることは否めない。

### Ⅲ. 民間健康保険システム改革の経緯とオーストラリアのヘルスケアファイナンス構造

#### 1. 民間健康保険システム改革の経緯

##### (1) 現行民間健康保険の補償に関する区分と商品類型

現行の民間健康保険では、保険商品は病院に関する補償を行う保険である hospital policy と歯科・理学療法などの補足的医療・保健サービスを補償する general treatment policy (ancillary cover または extras cover と呼ばれる) に区分され、それぞれ単独の商品と両者をパッケージした商品という三つの商品類型が一般的である<sup>13</sup>。

##### (2) 2007年民間健康保険システム改革 (Hospital treatment 関係)

現在、民間健康保険は、病院によってなされる治療・処置のサービスである Hospital treatment を病院内だけに限定せず、病院が関与する形態による病院外で提供される疾病・負傷の治療・予防等の医療・保健サービスも含むとしている<sup>14</sup>。病院外の理学療法等も包含する範囲の拡大は、2007年に実施された、Broader Health Cover または More choice in health insurance と呼ばれる健康保険システム改革によるところが大きいと考えられる。

2007年に実施された民間健康保険システム改革では、保険商品は病院に関する補償を行う保険である hospital policy に関わる改革が実施された。すなわち、病院外での予防等の医療・保健サービスに必要とされた政府の事前認可を撤廃した。この改正は、「在宅ケアにおけるアウトリーチ病院サービス (Outreach Hospital in the Home services)」による医療・保健サービスも民間健康保険の対象にすることを可能にした。Outreach Hospital in the Home services とは、患者の自宅等において通常の病院で行われる医療的モニタリング等の医療・保健サービスを提供するサービスである。同時に、これらの民間健康保険が対象とする医療・保健サービスの品質と安全に関する統一基準も導入し、保険商品の基本的な補償内容の変化に応じて、Risk Equalisation (詳細は第V章第3節で取り上げる) の仕組みも改定した。これらの一連の改定は、当時の臨床実務を健康保険に反映させるためであった<sup>15</sup>。当時の臨床実務では、病院の収容能力・対応力向上と自宅でのケアを望む患者の意向などに対応する仕組みとしてこのサービスが実施されていた。

#### 2. 民間健康保険促進策としての private health insurance rebate

private health insurance rebate とは、民間健康保険加入者に対して、納税額の負担軽減または補助金の支給で助成するという措置である。private health insurance rebate は減少傾向を続けていた民間

<sup>13</sup> Private Health Insurance Ombudsman, Australian Government, Health insurance のホームページ、How it works (visited Mar.10, 2017) <<http://www.privatehealth.gov.au/healthinsurance/howitworks/>>

<sup>14</sup> Australian Prudential Regulation Authority (APRA), "The Operations of Private Health Insurers Annual Report - 2015-2016," 2016, Glossary

<sup>15</sup> The Department of Health, Australian Government, "Broader Health Cover Fact Sheet : GREATER CHOICE IN PRIVATE HEALTH INSURANCE PRODUCTS" (visited Mar.10, 2017) <<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-phi-fact26.htm>>

健康保険の減少を食い止める促進策として 1999 年に導入された。助成割合は保険料の 30%であった。

導入後 **private health insurance rebate** には改定がなされ、現在の仕組みは以下のとおりである。助成を受けるには、①既に支払った保険料を個人の納税額の負担軽減という形態で保険加入者に還付する（この場合の還付とは保険料を支払ったあとに支給するという意味である）、②政府が保険加入者の保険料負担に関して健康保険者に対して補助金を支給する形態の二つがある。大多数の場合に②の形態が選択されている<sup>16</sup>。**private health insurance rebate** を受領するには、資格要件を満たす必要がある。資格要件は、民間健康保険の対象となる子供の数や保険加入者の所得によって決まっている<sup>17</sup>。

### 3. ヘルスケアファイナンスにおける民間健康保険と政府部門のクロス

#### (1) ヘルスケアシステムのファイナンス構造

オーストラリアのヘルスケアシステムは複雑であり、そのサブシステムのファイナンスシステムも複雑である。そのファイナンス構造を単純化する方法は幾つもありうるが、ここでは資金の流れとマネジメント（財源を確保し運営する）の観点から、オーストラリアのヘルスケアサービスの財源を確保しサービス提供者・利用者へ支払うファイナンスシステムを概観した概念図を紹介する（《図表 3》）。

《図表 3》は、民間健康保険者と政府部門を分けて表示している。民間健康保険者と政府部門は、資金を提供する主体である。連邦政府がメディケアを運営し資金を提供するマネジメントの主体であることは示されていないが、州政府が公立病院とコミュニティケアサービスをマネジメントする主体であることが示されている。

#### (2) 民間健康保険と政府部門のファイナンスのクロス

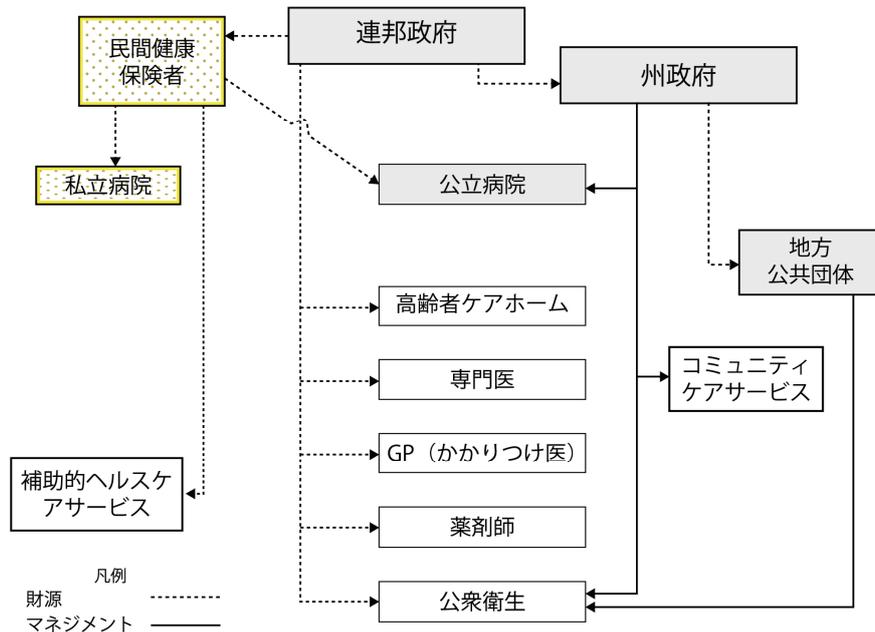
《図表 3》は、民間健康保険と政府部門のファイナンスはクロスしていることを示している。民間健康保険者は、私立病院へ入院した保険加入者のために資金を提供するだけでなく、公立病院の **private patient** となった保険加入者のためにも資金を提供している。この資金の流れは、民間健康保険者の資金は、政府部門のファイナンスシステムに民間の資金として提供されていることを示していると理解できる。逆に、連邦政府は、**private health insurance rebate** を実行することで、民間健康保険者に資金を提供している。

<sup>16</sup> Australian Taxation Office, Australian Government のホームページ、Private health insurance rebate (visited Mar.10, 2017) <<https://www.ato.gov.au/Individuals/Medicare-levy/Private-health-insurance-rebate>>.

<sup>17</sup> Australian Taxation Office, Australian Government のホームページ、Private health insurance rebate eligibility (visited Mar.10, 2017) <<https://www.ato.gov.au/individuals/medicare-levy/private-health-insurance-rebate/private-health-insurance-rebate-eligibility/>>.

《図表 3》 資金の流れとマネジメント

資金の流れとマネジメント



(出典) 損保ジャパン日本興亜総合研究所作成。

(注) Healy J, Sharman E, Lokuge B. Australia, "Health system review. Health Systems in Transition 2006," p.26 の図表 "Organizational chart of the health system" を、2017年2月オーストラリア健康保険実務者の聞き取り調査に基づき修正。

#### IV. 民間健康保険事業・市場・システムの実態

##### 1. 民間健康保険の普及状況

病院に関する補償を行う hospital policy の保険加入者数を全人口で除した割合は、1971年6月には77.6%であったが、1999年には30.5%まで低下した。その後各種の挺入れ策を導入した結果、2016年12月には46.6%まで回復した<sup>18</sup>。現状は、国民の半数近くが、民間健康保険に加入している状況にある。

##### 2. 民間健康保険の加入意義と多種多様な商品類型

###### (1) 民間健康保険の加入意義

医学的に必要とされる医療・保健サービスがメディケアから提供されるのに、なぜ民間健康保険に加入するのか。どのような加入意義があるのか。民間健康保険者の事業団体のホームページには次の解説がある<sup>19</sup>。「第一に、私立病院も公立病院でも private patient として入院治療が受けられることがある。それには、治療してもらう医師を選べる、入院する病院を選べる、そして自分にあったタイミングで入院できるという選択肢があるという意味があります。第二に、メディケアでは提供しない理学療法など

<sup>18</sup> Australian Prudential Regulation Authority (APRA), "Statistics: Private Health Insurance Membership Trends," December 2016.

<sup>19</sup> Private Healthcare Australia のホームページ、FAQ・What are the benefits of private health insurance? (visited Mar.10, 2017) <<https://www.privatehealthcareaustralia.org.au/consumers/faqs/>>

の補足的医療・保健サービスが受けられることがあります。」民間健康保険者の事業団体によるこの解説は、病院によってなされる治療・処置のサービスを対象とする **hospital policy** と歯科・理学療法などの補足的医療・保健サービスを対象とする **general treatment policy** (**ancillary cover** または **extras cover** と呼ばれる) を、第一と第二に分けた上で、第一と第二とも、民間健康保険なかりせば購入できない医療・保健サービスを選択できることを強調している。

また、連邦政府も民間健康保険の必要性を解説している。民間健康保険の **hospital policy** 加入を推進する **Lifetime Health Cover (LHC)** (詳しくは、第V章で取り上げる)に関するホームページで「なぜ私には民間健康保険が必要か」について、次のように説明している<sup>20</sup>。「民間健康保険は、全てのオーストラリア国民にとって、『一つの選択』です。必要なときには最善の医療・保健サービスを得られるという安心を得ることができます。具体的には、自分の医師による治療が受けられる、メディケアにある、**elective surgery** (病院等の専門医によって実施されることが待機されている、緊急的でない手術)の待機期間が短くなる、自分が望む時と場所で治療を受けられるようコントロールできるなどのメリットがあります。」この説明では、選択が強調され、出費金銭支払のメリットよりも良いサービスを楽しむことが強調されている。

## (2) 多種多様な商品類型

民間健康保険の商品類型は、①病院に関する補償を行う保険である **hospital policy**、②歯科・理学療法などの補足的医療・保健サービスを補償する **general treatment policy** (**ancillary cover** または **extras cover** と呼ばれる)、③①②の両者をパッケージした **policy** という三つの商品類型が一般的である。

しかし、実際にはもっと多くの商品類型がある。医療専門職の職能団体である **Australian Medical Association** は、病院に関する補償を行う保険である **hospital policy** について詳細な比較ができる資料“**AMA private health insurance report card**”を毎年公表している。この資料は、**hospital policy** 商品の補償内容を民間健康保険者別に補償内容別に分析整理して、その結果を一覧表にしている。その一覧表は、民間健康保険商品を、メディケアで提供される全てのサービスに関して補償する **Top Cover**、妊娠などの一部のサービスが対象外となる **Medium Cover**、基本的なサービスのみが対象になる **Basic Private Hospital Cover** および **Public Hospital Cover** に分類し、一覧表形式に簡単な説明を付けた大規模なもので、多くの商品類型を整理したものとなっている。

## (3) 民間健康保険者とヘルスケアプロバイダーとの関係

民間健康保険者は、単に金銭給付を行うだけでなくヘルスケアサービスのプロバイダーと事前に交渉し直接その費用を支払う **provider network** を構築している場合もある。その場合、その構築した内容が商品性に直結するので、商品類型の多様性に寄与している。最大手の **Medibank Private** は、近年‘**health solutions’ company** を設立し医療専門職を組織内に置いて、米国の大手民間健康保険者と同様の

<sup>20</sup> Department of Health, Australian Government のホームページ、**Lifetime Health Cover - Frequently Asked Questions** (visited Mar.10, 2017)  
<<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-privatehealth-lhc-providers-faq.htm#Q1>>

integrated care を提供するようにしている<sup>21</sup>。第二位の BUPA も integrated care を提供するアプローチに取り組んでいる<sup>22</sup>。

### 3. 民間健康保険者の沿革と根拠法

#### (1) 民間健康保険者の沿革

第二次世界大戦後、National Health Act 1953 を根拠法とする任意健康保険事業が開始された。誰でも加入できる (open) または特定の者のみの加入を認める (restricted) のいずれか、および営利 (for-profit) か非営利 (not-for-profit) のいずれかを民間健康保険者は選択することができた。実際には、非営利を選択することが多く、最初の営利民間健康保険者は、1989 年に設立された。保険者数は減少傾向を辿り、2015 年 6 月末現在民間健康保険者は 34、営利が 10 (ほとんどが誰でも加入できる open である)、非営利が 24 (うち 10 が restricted、残り 14 が open) である<sup>23</sup>。特定の者のみの加入を認める Restricted membership の例としては、特定の会社・職域の構成員のみが加入できる民間健康保険者がある。

#### (2) 民間健康保険の根拠法とインセンティブ設計

現在の民間健康保険者は、Private Health Insurance Act 1970 の規定に基づいて事業を行っている。Private Health Insurance Act 1970 には、民間健康保険者に様々なインセンティブを与える設計が盛り込まれている。後述の community rating および Risk Equalisation がその例である。

### 4. 民間健康保険市場の特徴

#### (1) 競争的市場と寡占構造

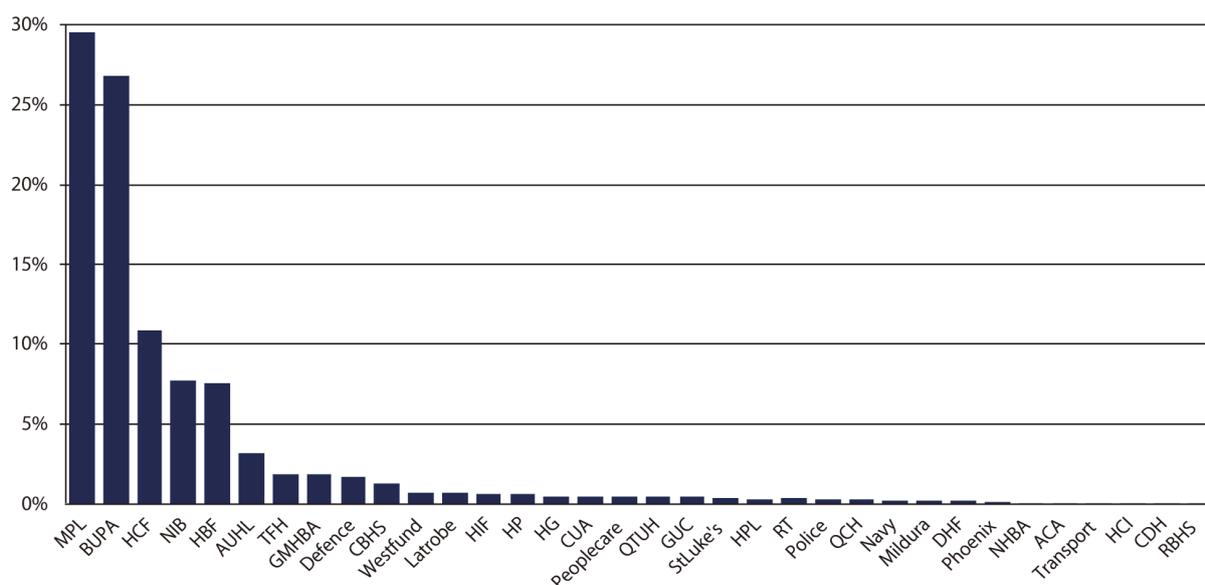
民間健康保険市場の特徴として、第一に加入者個人が選択して加入する競争市場であること、第二に少数の健康保険者が高い市場専有となっている寡占構造であることが挙げられる (《図表 4》)。前述したように最大の民間健康保険者は Medibank Private (《図表 4》では、MPL と略称されている) であり、第二位は英国から進出した BUPA である。

<sup>21</sup> Medibank Private は、民間健康保険と health solution を提供する企業であるとそのホームページで説明している。(visited Mar.10, 2017) <<https://www.medibank.com.au/about/>>。同社は、2011 年にグループ企業として電話とインターネットを用いて個人と集団に疾病予防・健康増進のための介入サービスを行う Medibank Health Solutions を設立した。

<sup>22</sup> BUPA は、英国最大の民間健康保険者であり、スペインおよびイギリス連邦の地域で事業展開をしている。BUPA は、オーストラリアでは、民間健康保険と高齢者ケアを含むヘルスケアサービスを提供する事業を行っており、高齢者ケアを担当する看護師と GP がチームを組成し高齢者ケアを提供していると説明している (Bupa, “Bupa’s global expertise in aged care,” 2015)

<sup>23</sup> Private Health Insurance Administration Council (PHIAC), “Competition in the Australian Private Health Insurance Market,” Research Paper 1, 2015, p.32.

《図表 4》 民間健康保険市場の寡占状況



Source: PHIAIC data.

(出典) Private Health Insurance Administration Council (PHIAC), “*Competition in the Australian Private Health Insurance Market*,” Research Paper 1, 2015, p.32.

## (2) 個人加入ベースの市場

もう一つの特徴は、個人加入ベースの市場であることである。米国の健康保険市場は、雇用主が医療保障を提供する団体保険市場が主要な市場であり、個人加入の個人保険市場はマイナーな存在である。これに対して、オーストラリアでは、95%が個人加入の個人保険市場であり団体保険市場は5%に過ぎないと聞き取り調査で説明があった（なお、個人保険市場と団体保険市場に関する公表資料を見いだすことができなかった）。聞き取り調査では、米国と異なりオーストラリアでは従業員福利厚生の一環として団体健康保険を雇用主負担で実施すると高率の課税がなされるので団体加入保険市場はマイナーになるとことであった。高率の課税でも実施する企業には、グローバル展開している国際企業やオーストラリアの鉱山企業があるとのことであった。

## (3) 販売形態と消費者保護体制

民間健康保険者の販売ルートは、直販的であると聞き取り調査で指摘があった。The Private Health Insurance Ombudsman が毎年発行する“State of the health funds report”では以下のように説明されている<sup>24</sup>。販売ルート（Fund Outlet）には、Retail Office と代理店（Agency）の二つがある。Retail Office は、民間健康保険者の従業員が商品説明を行い、保険料率を本部へ照会回答するなどの販売業務を行う。代理店は代理店契約をした薬局、会員制の信用組合（credit union）で、募集文書の交付と限られた募集業務を行う。

販売に関する消費者保護体制として Private Health Insurance Ombudsman や Australian Competition and Consumer Commission (ACCC) がある。これらの機関が発行する資料では、消費者とのコ

<sup>24</sup> The Private Health Insurance Ombudsman, “*State of the health funds report 2015*”, 2015, p.28.

コミュニケーション問題が指摘されている。

## 5. 民間健康保険システムの規制監督構造

民間健康保険システムの規制監督は、保険事業に関する規制監督とヘルスケアファイナンスシステムに関係する保険料水準に関する規制監督との両建てになっている。保険事業に関する規制監督は Private Health Insurance Administration Council (PHIAC) が行っていたが、2015年6月に Australian Prudential Regulation Authority (APRA) に移管された。ヘルスケアファイナンスシステムと強い関連がある保険料水準に関する規制監督として、Department of Health が所管する Private health insurance premium round process において保険料水準のチェックが行われる。

## V. 高齢でも有病でも加入できる民間健康保険を実現する方策

### 1. community rating と Equalisation

高齢でも有病でも加入できる民間健康保険を実現する方策の中心は、community rating システムである。Equalisation は、community rating を支える方策である。本章では、これらの方策について説明する。

### 2. community rating と Lifetime Health Cover (LHC)

#### (1) community rating (一律保険料率) の沿革と内容

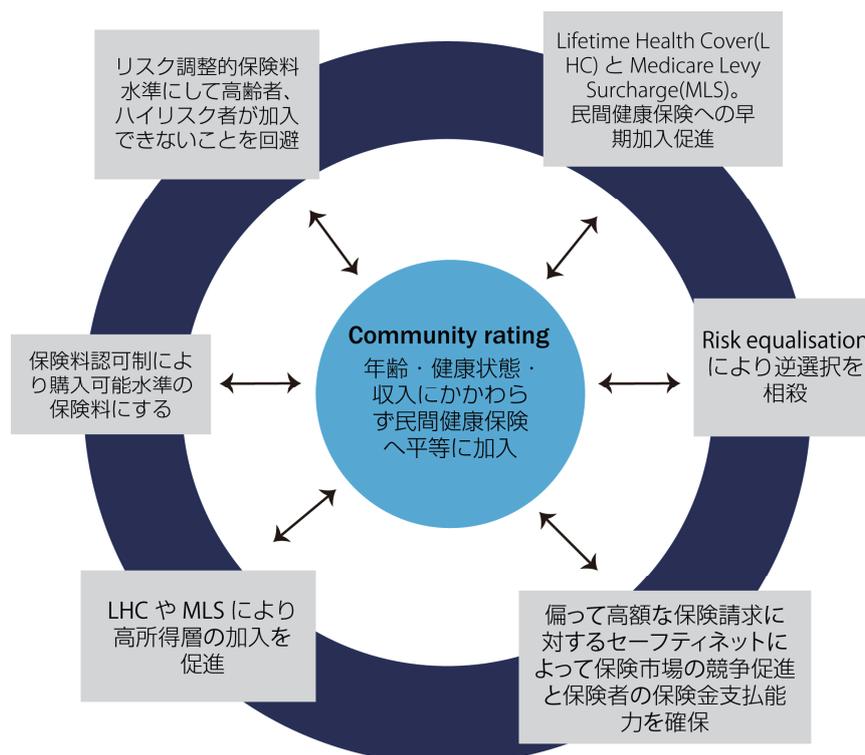
community rating の仕組みは、1953年に立法された National Health Act 1953 によって導入された。その時点から全ての民間健康保険契約は、年齢・健康状態・所得等のリスク要因に拘わらず同一保険料率で引き受けられてきた。その後、この仕組みは現在まで継続し、現行法でも「民間健康保険に加入しようとする全ての者の加入を確保するために、健康度その他の理由で民間健康保険者による申込者の差別を回避することを運営原則とする」と法定されている<sup>25</sup>。

community rating とは、民間健康保険者が保険加入申込者を、以下の基準で差別しないようにさせる仕組みである。すなわち、健康度、性別、人種、性的傾向 (sexual orientation)、宗教上の信念、年齢 (ただし、Lifetime Health Cover (LHC) が適用される場合を除く)、居住地 (ただし、Risk Equalisation が適用される管轄地域内に限る)、病院での治療または一般の治療 (general treatment) の増加に結びつく可能性が高い各種の特性に基づく差違を設けてはならない。

community rating は、複雑で相互に依存関係がある規制システムの一部である (《図表 5》)。community rating は、保険料率規制によって購入可能な水準にするなどの保険料率規制、後述の Risk Equalisation、若年層の民間健康保険加入を促進する Lifetime Health Cover (LHC) などと相互に関連付けられている。

<sup>25</sup> Private Health Insurance Act 1970 (Cth) s55-1

《図表 5》 community rating と相互依存関係がある規制システム



(出典) Private Health Insurance Administration Council (PHIAC), “*Competition in the Australian Private Health Insurance Market*,” Research Paper 1, 2015, p.40.

## (2) Lifetime Health Cover (LHC)

Lifetime Health Cover (LHC) (以下 LHC という) は、2000 年 7 月に始まった。LHC は、人生の早い時期に hospital policy を保有し維持することを奨励するために、基本保険料に割増保険料を付加する方式を導入して、民間健康保険の病院に関する補償を行う保険である hospital policy を保有していない者にペナルティを課す一方、早期に hospital policy に加入する者にメリットを与える、飴と鞭的な仕組みである。現在の LHC の仕組みは、次のとおりである。30 歳まで hospital policy に加入する場合の保険料には、割増保険料は付加されない。31 歳に到達した時点で、連邦政府から LHC の規則に関する情報とどう選択するか照会の手紙が送付される。31 歳以降 hospital policy に加入しないまましていると、年齢が高くなったときに hospital policy に加入する場合基本保険料に割増保険料を付加した保険料になる。早期に hospital policy に加入しないと不利益が生じることになる。この不利益を回避する方法は、31 歳の時点で hospital policy に加入することであり、そうすれば割増保険料の付加はない。割増保険料は 1 年ごとに 2% ずつ累積され 70% が上限である。割増保険料の付加は、10 年間継続する。割増保険料部分には、private health insurance rebate の助成は適用されない。

LHC について政府が委託した研究成果では、加入者の増加と若年者層の割合が高まったことおよび若年期の加入促進に寄与したことが結論とされている<sup>26</sup>。

<sup>26</sup> The South Australian Centre for Economic Studies, “*Review of Lifetime Health Cover Scheme*,” December 2003.

### 3. Equalisation の運営

#### (1) 沿革と目的

Risk Equalisation 政策は、1959 年に導入された。その際は、連邦政府から助成金が提供されていた。その後、助成金は減少し廃止となり、健康保険者間の資金移転というスキームとなった<sup>27</sup>。

Risk Equalisation が必要とされるのは、community rating によって平均的な保険請求コストよりも高いハイリスク加入者が、競合する健康保険者より多くなることからである。競合する健康保険者のなかで、ハイリスク加入者が多い健康保険者から少ない健康保険者に事後的に資金を移転させることによって、結果的に全ての健康保険者が平均的な保険請求コストの水準の加入者を引き受けた状況に修正することに、その目的がある。

#### (2) 実施方法と移転実績

Risk Equalisation の方法には、事後的に (ex post) 調整する方法と事前に (ante post) の方法がある。オーストラリアで実施されている方法は、前者である。前者の場合、多くの事例では1年後に調整するが、オーストラリアでは四半期毎になっている。このため、調整期間が短く差違が減少することが期待できる。ただし、健康保険者は四半期毎に詳細なデータを提供する必要があり、事務負担はかなり重いと思われる。この方法が機能しているのは、少数の安定した健康保険者のみが存在しているという市場構造が寄与していると考えられる。米国でも類似の制度があるが、新参入健康保険者が他の健康保険者とは異なるデータ収集方法を用いていたたり、健康保険者の破綻により実際に資金の移転ができないということが起きていた。

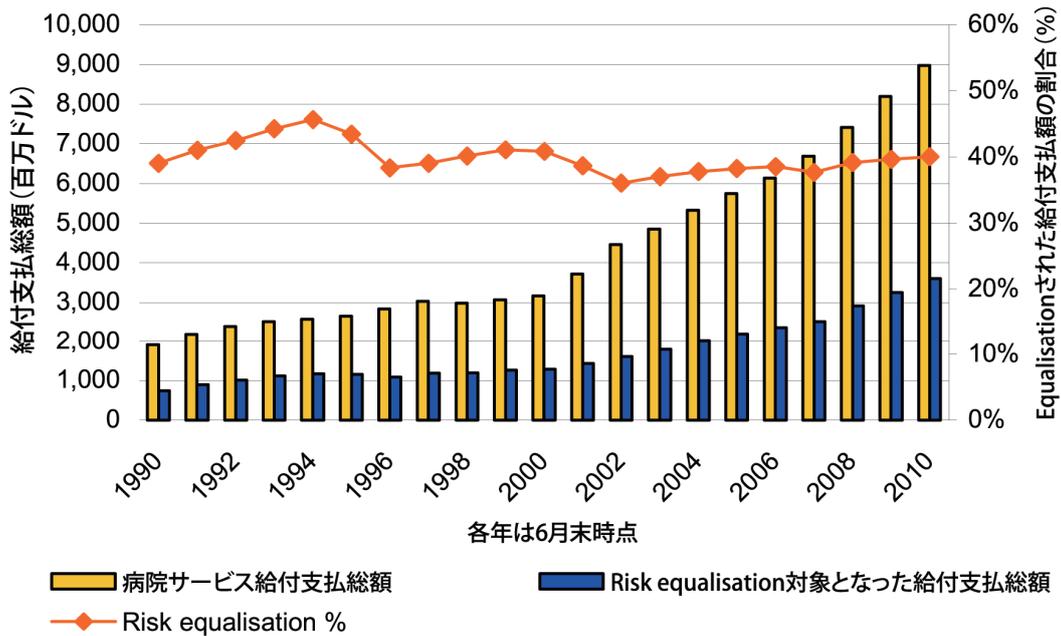
現行の制度では、二つのプールによって、資金の移転が行われている。一つは年齢ベースプール (Age Based Pool: ABP) で、年齢ベースの資金移転である。このプールでは高齢者グループは若年グループから資金移転を受ける。もう一つは、高額支払い対応プール (High Cost Claimants Pool: HCCP) である。

資金の移転状況を分析した資料が公表されている<sup>28</sup>。その資料によって、移転実績が把握できる。《図表 6》は、病院サービス給付支払額と Risk Equalisation の過去 20 年間の経過を分析したものである。民間健康保険業界全体で hospital policy の保険給付支払請求総額は増加し、Risk Equalisation によって移転された保険給付支払総額も増加した。両者の比率を見ると、2000 年頃から概ね 40% 近傍を推移している。

<sup>27</sup> Ashish Ahluwalia et al, "Risk Equalisation 2020: Is current system sustainable?" at Institute of Actuaries of Australia, Biennial Convention, 10-13 April 2011, Sydney (visited Mar.6, 2017) <[http://www.actuaries.asn.au/library/events/Conventions/2011/Con2011\\_Paper\\_Reid.pdf](http://www.actuaries.asn.au/library/events/Conventions/2011/Con2011_Paper_Reid.pdf)>.

<sup>28</sup> Ashish Ahluwalia et al, "Risk Equalisation 2020: Is current system sustainable?" at Institute of Actuaries of Australia, Biennial Convention, 10-13 April 2011, Sydney (visited Mar.6, 2017) <[http://www.actuaries.asn.au/library/events/Conventions/2011/Con2011\\_Paper\\_Reid.pdf](http://www.actuaries.asn.au/library/events/Conventions/2011/Con2011_Paper_Reid.pdf)>.

《図表 6》 病院サービス給付支払額と Risk Equalisation の経過



Source: Finity analysis of PHIAC statistics

(出典) Ashish Ahluwalia et al, "Risk Equalisation 2020: Is current system sustainable?", at Institute of Actuaries of Australia Biennial Convention, 2011, Sydney, p.7. (visited Mar 6, 2017)

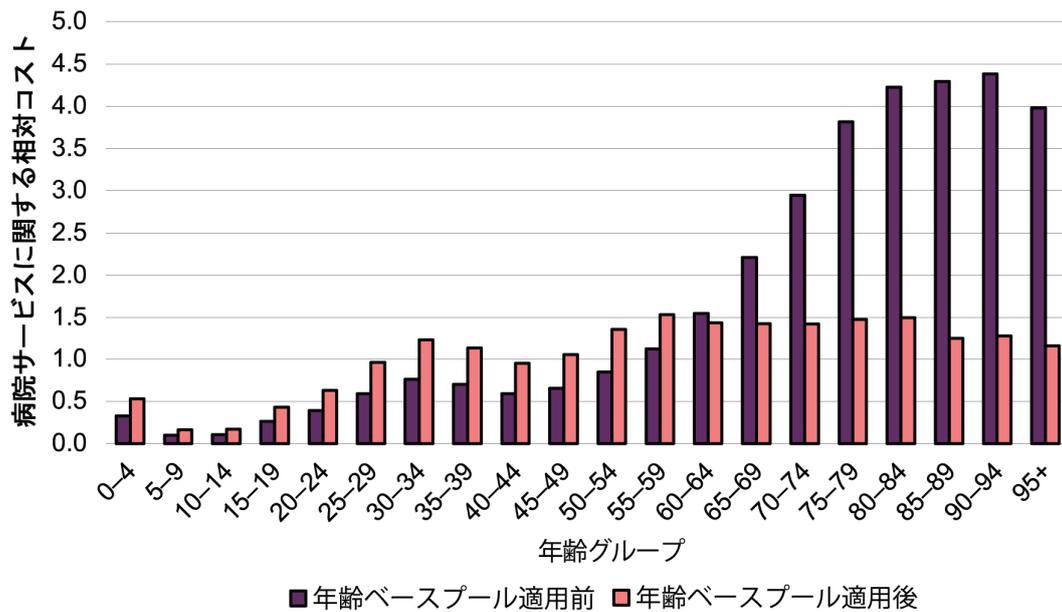
<[http://www.actuaries.asn.au/library/events/Conventions/2011/Con2011\\_Paper\\_Reid.pdf](http://www.actuaries.asn.au/library/events/Conventions/2011/Con2011_Paper_Reid.pdf)>.

《図表 7》は、2010年9月の年齢ベースプール (Age Based Pool: ABP) における、年齢グループ別資金移転を、一定の方法で算出した病院サービスに関する一人あたり相対コスト (relative cost) を使って分析したものである。この図から、65歳以上の年齢グループで年齢ベースプール適用前と適用後で大きく変化しており、高齢者年齢グループは大きな資金移転を受けていることが分かる。

### (3) 課題

基本的な問題は、このシステムが持続可能かどうかである。人口高齢化に伴い資金移転ができなくなる可能性がある点は、深刻な問題である。疾病罹患率は高齢期になると劇的に高くなるので、高齢者に関する保険請求期待コストは激増する。《図表 7》は、年齢グループ別プールにおける若年者層から高齢者層への資金移転の状況を示している。今後人口が高齢化すると、果たして持続可能か懸念が生じているのである。

《図表 7》年齢グループ別病院サービスに関する相対コスト



Source: Finity analysis of PHIAC statistics

(出典) Ashish Ahluwalia et al, "Risk Equalisation 2020: Is current system sustainable?", at Institute of Actuaries of Australia Biennial Convention, 2011, Sydney, p.7. (visited Mar 6, 2017)

<[http://www.actuaries.asn.au/library/events/Conventions/2011/Con2011\\_Paper\\_Reid.pdf](http://www.actuaries.asn.au/library/events/Conventions/2011/Con2011_Paper_Reid.pdf)>.

## VI. オーストラリアの民間健康保険システムの特徴とヘルスケアシステム改革

### 1. オーストラリアの民間健康保険システムの特徴

以上の記述をもとに特徴を検討する。第一に、それぞれの保険商品は健康度に拘わらず、地域毎に一律である保険料率で加入でき、民間健康保険者は加入申込を謝絶できない仕組みが実際に機能している。community rating を支える複合的な仕組みがあって初めて可能になる。第二に、ヘルスケアサービスへのユニバーサルアクセスの保障と利用者・加入者の選択とは簡単に両立しないが、その両者のバランスを取ることに成功している。第三は、団体ベースの健康保険システムではなく、個人加入ベースの健康保険システムとなっている。private health insurance rebate が個人契約別に助成される仕組みによるものと考えられる。第四に、熱心なイノベーションの取組がなされている。例えば LHC という新しいアイデアを案出し実施し改善していることがある。

保険事業を規制監督している Australian Prudential Regulation Authority (APRA) は、オーストラリアの健康保険商品と民間健康保険事業者には次の特徴があると、広報誌で報告している<sup>29</sup>。①保険支払は非常に短い期間で完了する（保険請求の多くは3ヶ月以内に処理される）、②保険料は、community rating で決定される、③政府が保険商品と保険料を規制し監督している、④Risk Equalisation によって保険加入グループ間で相互に補助する仕組みがある、⑤保険事業とその実施は、ヘルスケアシステムに関する政府の広範な政策変更が大きく影響される。

<sup>29</sup> Australian Prudential Regulation Authority, "APRA Insight," one 2016

## 2. 民間健康保険システムの課題とヘルスケアシステム改革・連邦制改革との関わり

オーストラリアの政治体制が連邦制であるが故に、ヘルスケアシステム改革を進めるうえで問題となっている。オーストラリア連邦政府の内閣（Department of the Prime Minister and Cabinet）は、2014年“Reform of the Federation White Paper: roles and responsibilities in health”と題する白書を公表し、ヘルスケアシステム改革を進める必要性と連邦制運営の問題点を次のように指摘した<sup>30</sup>。現在のヘルスケアシステムは十分機能していない。複雑であり、糖尿病等の慢性疾患はヘルスケアサービス提供部門の協働が必要にもかかわらず、全体にアーチを掛ける単一のヘルスケアシステムになっていない。特に、政府部門間の各レベルで、協働・連携がうまく機能しないという問題がある。本稿の《図表1》および《図表2》は、財源、政策立案、規制監督およびサービス提供別に政府部門の役割・責任を図解しているが、かなり重複し錯綜していることが分かる。特に、連邦政府と州政府の役割・責任が錯綜しており、その改善が課題であるとして、経済協力開発機構（Organisation for Economic Co-operation and Development : OECD）からも指摘されている<sup>31</sup>。

この問題は民間健康保険にも関係があり、例えば連邦政府の政策が民間健康保険加入の増加という効果をもたらすならば、州政府が運営する州立病院の入院率を変化させることになるだろうと同白書は指摘している<sup>32</sup>。民間健康保険は、オーストラリアにおいては有力なヘルスケアファイナンスシステムの一翼を担っているのであるから、このような関係になっているのである。

オーストラリアも今後社会の高齢化の進展と医療技術の進展等による医療費増加によって民間健康保険の保険請求は増加の一途を辿ることが予想されている。保険請求の激増は、保険料水準の高騰に直結する。これまでの民間健康保険システムは、このままのモデルで持続可能かという問題に直面している。例えば、Medibank Private が民間健康保険の販売に留まらず、health solution の提供まで事業を拡大している事例は、民間健康保険事業が健康保険システム内に留まっているだけでは事業の持続可能性に懸念があるという問題状況へ対応しようとしている事例として理解できる。

今後予想される慢性疾病の増加傾向に対応するには、民間健康保険加入者集団に対して健康改善へのインセンティブとなる効果的効率的介入をして、集団全体の健康度を向上させ保険給付の増加傾向を抑制する必要がある。しかし、業界関係者への聞き取り調査では、個人ベースの仕組みと community rating の仕組みは、このような取組意欲を阻害することになるとの意見があった。現行の民間健康保険システムが個人ベースの仕組みのため、民間健康保険者の取組が進まないという問題があることが分かる。

<sup>30</sup> Department of the Prime Minister and Cabinet, Commonwealth of Australia, “Reform of the Federation White Paper: roles and responsibilities in health,” Issues paper 3, p.17.

<sup>31</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), “OECD Economic Surveys: Australia 2014,” 2014, p.105.

<sup>32</sup> Department of the Prime Minister and Cabinet, Commonwealth of Australia, “Reform of the Federation White Paper: roles and responsibilities in health,” Issues paper 3, p.18.