

先進国 7 か国の健康保険制度の基本構造と特徴

～基本的考え方・改革の沿革・立法実施手続～

目 次

I. はじめに	VI. ドイツ
II. 米国	VII. フランス
III. 英国	VIII. オランダ
IV. カナダ	IX. おわりに
V. オーストラリア	

客員フェロー 小林 篤

要 約

I. はじめに

2011 年から 10 年間、ヘルスケア（医療介護）サービスと健康保険に関して、制度の概略の把握に加えて現地で実務に携わる関係者からの聴き取り調査の情報も取り入れた調査報告を公表した。本稿は、これらの調査報告に基づき、各国の基本構造と特徴を整理したものである。

II. 米国

健康保険システムは、所得と年齢で仕切られ、公的保険制度と民間健康保険との混合したファイナンスシステムとなっている。連邦制のなかで州の独自の取組が活発に行われ、強いイノベーション志向がある。市場正義という考え方と社会正義という考え方が相克している。

III. 英国

主として税を財源とし全住民を対象として、医療サービスを提供する公的医療保障制度である NHS が定着している。NHS における待機者問題が民間健康保険の大きな加入動機になっている。NHS の内部に内部市場を設けるなど自由・選択・市場重視の政策は、基本的に維持されている。

IV. カナダ

各州が無償で医療サービスを提供する公的健康保険を運用し、連邦政府が資金提供をしている。かかりつけ医の医療サービスと病院・専門医の医療サービスは医療サービスのコアの領域とされ、民間健康保険が関与する余地は全く無い。待機期間問題に長年取り組んでいるが、解消されていない。

V. オーストラリア

一般財源と所得に課税するメディケア税を財源とする、連邦政府運営の全国民対象の公的医療保障制度がある一方、有病者でも高齢者でも同一保険料で加入できる特異な民間健康保険があり、連邦政府が民間健康保険を 1 つの選択として推奨している。

VI. ドイツ

連邦の立法府で政治的信条が異なる政党・連立が衝突妥協し健康保険システム改革が行われてきたので、健康保険システムの主導原理が矛盾し相克している。公的健康保険者は競争環境下に置かれている。民間健康保険と公的健康保険とが併存し、報酬が多い者は公的健康保険から民間健康保険に移動できる。

VII. フランス

強制加入の健康保険システムは、単体の独立したシステムではなく、労災・年金等を包含した社会保険制度の一部門であり、法定健康保険の大部分の給付は 100%の額を給付せず患者はかなりの額の自己負担があるため補足する民間健康保険が不可欠となる。

VIII. オランダ

公的健康保険者と私的健康保険者の合併・統合が進展しているなか私法に基づく公的健康保険者という現実的解決策を採用する現実感覚があり、皆保険の社会保険制度で私的保険者が公的保険者になっている。市場機能を利用して効率性と利用者・受益者の選択の自由を実現しようとしている。

IX. おわりに

皆保険か否か、公的保険者の加入選択、公的保険の自己負担、および公的保険と民間保険との関係について、これら 7 か国と日本を比較し、日本の健康保険システムの基本構造・特徴を提示した。

I. はじめに

2011年からヘルスケア(医療介護)サービスと健康保険に関して、現地での聴き取り調査を踏まえて、海外調査報告の作成を続けてきた¹⁾。10年間の調査報告で対象とした国は、米国、英国、カナダ、オーストラリア、ドイツ、フランスおよびオランダの7か国である。この調査報告では、健康保険システムの範囲を公私両方のシステムとし、公的制度のシステムに限らず民間主体が運営するシステムも含めている。制度上の建前とシステム運営に乖離がある例も幾つかあったので、これらの調査報告では、制度の概略の把握に加えて現地で実務に携わる関係者からの聴き取り調査の情報も取り入れるよう務めた。

本稿は、これら7か国の調査報告に基づき、各国の基本構造と特徴を整理したものである。

1. 各国の基本構造と特徴を整理する視点

各国の基本構造と特徴を整理する視点として、以下の三つを設定した。

(1) 健康保険システムに関する基本的考え方

ヘルスケア(医療介護)サービスと健康保険に関するシステムの基本構造と特徴を理解するためには、そのシステムがどのような考え方に基づいて組み立てられているかを把握することが有用である。これまでの調査で把握できたことを整理して、「健康保険システムに関する基本的考え方」との表題のもとに記述する。

¹⁾ 「米国における2010年ヘルスケア改革後の健康保険の新動向～ヘルスケア改革法は何を変えたか、健康保険市場はどう変化するか～」(損保ジャパン総研レポート, Vol. 59, 2011年9月)

「米国ヘルスケア改革における介護保険の現状と今後」(損保ジャパン総研レポート, Vol. 60, 2012年3月)

「英国の公的医療保障制度と民間保険事業・市場—全住民対象の公的医療保障制度下の民間健康保険の役割と革新—」(損保ジャパン総研レポート, Vol. 62, 2013年3月)

「オランダの民間健康保険市場と民間健康保険事業—公的健康保険制度の担い手としての民間保険の役割と実態—」(損保ジャパン総研レポート, Vol. 63, 2013年9月)

「社会保険志向の米国ヘルスケア改革と保険加入インターネットサイト“Exchange”導入の意義—保険加入システム・雇用主提供システムの変革とイノベーションへの期待—」(損保ジャパン日本興亜総研レポート, Vol. 65, 2014年9月)

「米国ヘルスケア改革におけるイノベーションと健康保険者—ヘルスケア提供システムのイノベーションとしてのACOモデルへの期待—」(損保ジャパン日本興亜総研レポート, Vol. 66, 2015年3月)

「民間保険から見たドイツの健康保険システムの特徴—公的保険者が競争し民間保険が公的保険を補完し代替するシステム—」(損保ジャパン日本興亜総研レポート, Vol. 67, 2015年9月)

「米国ヘルスケア改革本格実施後の新しいヘルスケアサービス提供システムと健康保険者—健康保険者の事業モデル改革とヘルスケアサービス提供組織のマネジメント—」(損保ジャパン日本興亜総研レポート, Vol. 69, 2016年9月)

「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—」(損保ジャパン日本興亜総研レポート, Vol. 70, 2017年3月)

「カナダの民間健康保険システム～無料の公的健康保険を補足する民間健康保険のニーズとビジネスモデル～」(損保ジャパン日本興亜総研レポート, Vol. 71, 2017年9月)

「米国の継続的なヘルスケア改革に参画する健康保険者～ダイナミックな改革における公的・民間健康保険者の取組状況～」(損保ジャパン日本興亜総研レポート, Vol. 72, 2018年3月)

「フランスの健康保険システムの特徴～公的保険と民間保険の相互依存・一体化～」(損保ジャパン日本興亜総研レポート, Vol. 73, 2018年9月)

「英国の民間健康保険と高齢者ケアサービス—NHSとSocial Careが包含されている英国のヘルスケアシステムの特徴—」(損保ジャパン日本興亜総研レポート, Vol. 74, 2019年3月)

「カナダにおける公的健康保険と介護保障制度・民間健康介護保険～民間健康保険と民間介護保険の役割～」(SOMPO未来研レポート, Vol. 76, 2020年3月)

(2) 改革の沿革

取り上げた諸国では、幾度も制度改革を行ってきた。制度改革の過程を理解することは、当該国の特徴を理解するに役立つ。

(3) 制度改革の立法手続き・実施手続き

制度改革は、議会の立法を経て実施される。立法に関与する関係者およびその関与内容は、出来あがったシステムに刻印される。制度改革の立法手続き・実施手続きにも注目する必要がある。

2. 本稿の構成・情報の時点

本稿は、本章のあと、以下の7章で各国別に記述している。米国、英国、その後コモンウェルス（イギリス連邦）の2カ国および欧州の3カ国である。

章建ては、II. 米国、III. 英国、IV. カナダ、V. オーストラリア、VI. ドイツ、VII. フランス、VIII. オランダ、IX. おわりにとなっている。最終章IX.ではこれら7か国と日本との比較を試みている。

本稿の記述は、調査時点で入手できた情報を基にしている。執筆時点の情報は、国毎に記載している。2022年2月時点の情報に基づく記述とはなっていないが、基本構造と特徴は、管見するかぎり概ね大きく変化していないと考えられる。

II. 米国

本章の記述は、2018年2月28日の時点の情報に拠る。

1. 健康保険システムに関する基本的考え方

米国のヘルスケア（医療介護）サービスと健康保険に関するシステムは、どのような考え方に基いて組み立てられているか。重要と考えられるのは、①連邦制、②市場正義・社会正義の相克・溶融、③限定的な公的保険制度と民間健康保険の混合、④所得と年齢の仕切りおよび⑤無保険者の発生と容認である。

(1) 連邦制

米国は、広大な国土に50州と連邦の政府・議会・裁判所があり、ヘルスケア（医療介護）サービスと健康保険に関するシステムを連邦と各州が決める仕組みになっている。各州の取組は、他の州に影響を与えるとともに連邦における取組に参照される先例となる。後述するオバマケアでも、マサチューセッツ州の取組が参照されている。

(2) 市場正義と社会正義の相克・溶融

社会的正義とは、個人を超えたコミュニティにおける福祉を強調し、ヘルスケアサービスは個人の市場での購入能力でなく、必要な需要に基づき提供されるべきであるとする考え方である。これに対し、市場的正義（Market Justice）の考え方では、ヘルスケアサービスは個人の意思と支払能力に基づき市

市場機能を用いて提供されるべきであるとする。個人の意思能力と自由な取引ができる市場機構を尊重すべきであるとする考え方である。

市場正義とは、日本では聞き慣れない概念であるが、市場原理（market forces）に強い信頼を置く考え方である。ヘルスケア（医療介護）サービスと健康保険も、他の材と同じく市場で取引されるべきであり、政府の介入は好ましくないとする。

この二つの正義観は、当然対立し、相克の関係にある。連邦議会での討論過程でその相克がみられる。しかし、実際に立法されると両者を溶融したものが出来あがる。連邦レベルの制度設計は、連邦議会の共和党・民主党の駆け引き・取引・妥協に拠る立法によって決まってきた。大雑把に言えば、共和党は市場正義に、民主党は社会正義に基づいて連邦議会でも論争を展開する。

（3）限定的な公的保険制度と民間健康保険の混合

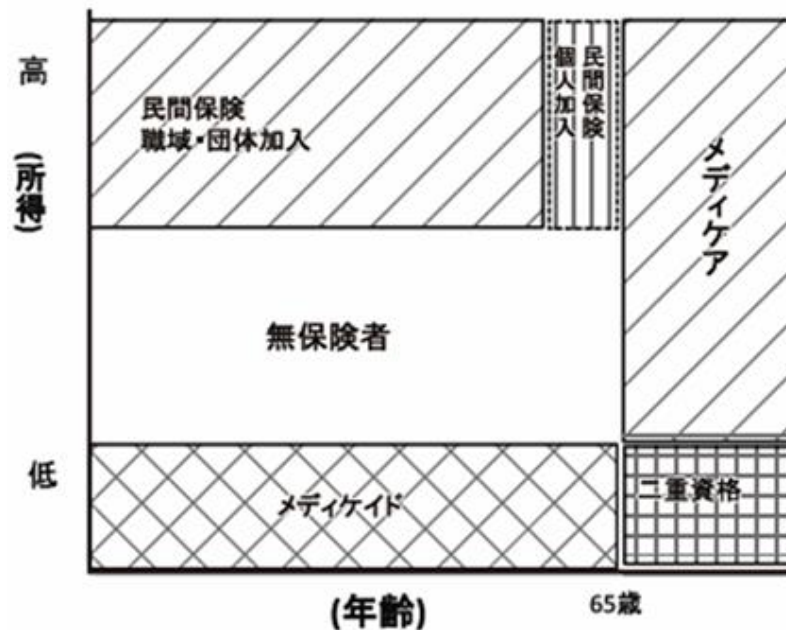
米国では低所得層のメディケイドおよび高齢者向けのメディケアに限定した公的制度が 1960 年代に創設された。日本および大陸の欧州では、国民の殆どまたは全員が公的制度の健康保険・医療保障の対象となっているのに対し、公的保険の対象者は限定的である。

米国では限定的な公的保険と民間健康保険が混合（mixture）したシステムになっている。

（4）所得と年齢の仕切り

一定水準以下の低所得層は、メディケイドの対象になる。高齢者はメディケアの対象になる。米国の健康保険システムは、所得と年齢で仕切られているのである（《図表 1》参照）。

《図表 1》所得と年齢で仕切り



(出典) SOMPO 未来研究所作成。

（５）無保険者の発生と容認

多くの先進国と異なり、相当数の無保険者が存在している。民間健康保険は、雇用主提供の団体健康保険が大宗を占める。また、メディケイドの対象とならない中低所得者および高齢者のための公的制度メディケアの対象とならない者は無保険者になってしまう、無保険者発生メカニズムがある。両方の公的制度の対象にならず、且つ民間健康保険に加入できない者が無保険者になってしまうメカニズムは、ある意味で無保険者を容認していることになる。

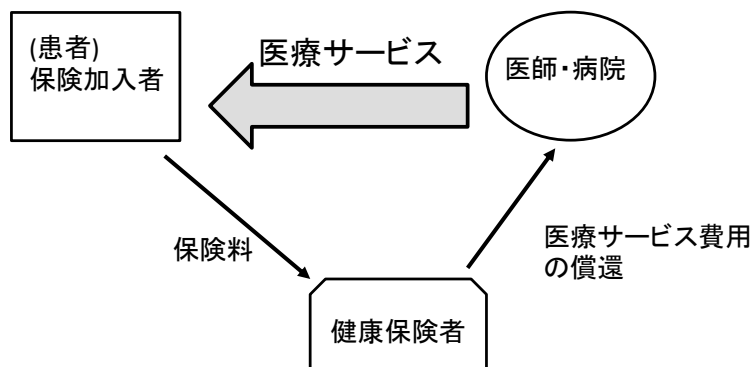
《BOX》 第三者払の費用償還方式

健康保険システムには、保険加入者である患者が、医療機関に医療サービスの対価を支払った後に健康保険者に請求する方式と、患者が医療機関に支払うのではなく、医療機関が医療サービスを提供した後にその費用を第三者である健康保険者に請求する第三者払の費用償還方式（《図表 2》参照）とがある。日本の公的健康保険では、後者の第三者払の償還システムとなっている。米国においては、公的健康保険も民間健康保険もこの第三者払の償還システムが実施されている。

米国の健康保険システムでは、Payor という用語が一般的である。Payor は、民間健康保険者および公的制度のメディケイドの実施主体である州政府等を指す。ヘルスケアサービスを提供する側からみると、低所得層・高齢者向け公的制度と民間健康保険が混合（mixture）してファイナンスがなされるシステムとなっていることから、Payor という用語が用いられている。

Payor がヘルスケアプロバイダーに対してその支出した費用を償還する支払方法は、多様である。ヘルスケアプロバイダーによる個々のサービス提供に対してその費用を所管する支払方式、年間総支払額を定める方式、ヘルスケアプロバイダー個々に支払う方式、病院・クリニック等を纏めて支払う方式などがある。支払方式に関する交渉によって、Payor はヘルスケアプロバイダーに相応の影響をもたらす関与をしている。例えば、年間総支払額を予め定める支払方式はヘルスケアプロバイダーにその額が超過する財務リスクを負わせることになり、ヘルスケアプロバイダーは年間総支払額を下回る結果となれば剰余を得ることになる。支払方式の決め方は、ヘルスケアプロバイダーの意思決定・活動に大きく影響を与える。

《図表 2》 第三者払の費用償還方式



（出典）SOMPO 未来研究所作成。

2. 改革の沿革

(1) 嚆矢としての労災補償制度

労災補償は、当初賃金を補填する現金給付だったが、治療に要する医療費の給付も追加されていった。1910年から1915年にかけて各州で労働災害補償法が施行されていった。この時期に労働災害に関する医療保障の健康保険は、健康保険の始まりとなる嚆矢だった。

(2) 病院保険と Prepaid Group Practice の創設

1929年病院保険が始まった。病院保険は、病院が支払記録を基に集団の費用を計算し、加入者が費用の前払いをして病院サービスを受けるものである。この病院をベースにする病院保険の成功は、Blue Cross プランとして全米に広がった。その後、医師ベースでも同様の仕組である Blue Shield も開始した。両者は統合され、Blues と呼ばれるようになる。多くの州は、Blue Cross を慈善的なコミュニティ機関として保険規制と課税の対象外とする立法を行った。また、雇用主が Blue Cross プランを採用することも増加し、Blues は健康保険市場における有力なプレーヤーとなっていった。

1929年は、Prepaid Group Practice が開始した年でもある。Group Practice とは、複数の専門医がグループ診療を実施する形態である。Prepaid とは、ヘルスケアプロバイダーが事前に包括的に費用支払を受けて患者にヘルスケアサービスを提供する方式をいう。これらは、健康保険と同じ機能が実現している²。なお、これらの業務開始には、大恐慌による患者の減少へのヘルスケアプロバイダー側の対応策という側面もあった。

(3) 営利保険会社の参入

営利保険会社が、近代的な健康保険に本格的に参入したのは、Blue Cross の後である。それまでの職域を対象とした団体生命保険に、病院保険を付加する形式で健康保険事業を本格的に開始した。付加された病院保険は、病院の費用に関し保険加入者に金銭給付をするのではなく保険者が病院へ費用を支払う方式であり、病院サービスを提供する Blue Cross プランと同様に保険加入者に金銭給付を行わない方式であった。これ以来、健康保険市場で、Blues と営利保険会社は競争することになった。

(4) 1940年代雇用主提供の団体保険の発展

1940年代に雇用主提供の団体保険は、大きく発展した。その背景として、労働組合からの要求に雇用主が応えるようになったこともあるが、戦争時に賃金統制がなされたものの、健康保険を含む従業員福利厚生給付はその統制の対象外になったことも発展に大きく寄与した。また、1943年アメリカ合衆国内国歳入庁 (The Internal Revenue Service) は、雇用主が従業員のために支払った健康保険料は、従業員の所得ではなく、事業遂行に必要な経費であるとの判断を示した。これにより、税制上も雇用主提供システムは利点を得ることができた。

² 保険事業では、保険期間開始時に保険料を受領し、保険事故が発生してから保険金を支払うが、保険金支払の見積もりを誤って予想より多い保険金の額となっても支払うリスク負担を行っている。Blue Cross プランも Prepaid Group Practice も、ヘルスケアプロバイダー側が、加入者から包括的に費用の先払いを確定額として受けて加入者に対してその需要に応じてヘルスケアサービスを提供するものである。保険業務に類似する業務を含んでいると解することができる。

（５）1950年代医療費の高騰と保険料の高騰

1950年代には、雇用主が健康保険を従業員に提供するのが一般的になっていったが、他方で病院等の医療費が高騰していったので、保険料水準も高騰することになった。保険料水準の高騰は、低所得者と高齢者の保険加入を一層困難にした。

（６）1960年代メディケア・メディケイド発足

1960年立法の連邦法により、連邦政府は障害者、低所得者および高齢者にヘルスケアサービスを提供する州のプログラムを支援した。1965年ジョンソン政権は、連邦議会の協力を得て連邦制度としてメディケアを発足させた。メディケアは、65歳以上の国民を対象とする健康保険プログラムである。同年、メディケイドも発足した。メディケイドは、連邦法に基づき州が実施する低所得者向けの医療保障プログラムである。

（７）1970年代 Health Maintenance Organization（HMO）の促進

メディケア、メディケイドの発足後も、医療費の増加が続き、その増勢の抑制が必要になった。そのなかで、Health Maintenance Organization³（HMO。以下HMOという。）に関心が高まった。HMOは、ある地域における任意に加入申し込みをした加入者が事前に確定した掛け金を支払い、その加入者に対して総合的にヘルスケアサービスを提供するシステムである。HMO加入者は、HMOに属するヘルスケアプロバイダーからのみヘルスケアサービスを受ける。初期のHMOでは、加入者は事前にあるヘルスケアプロバイダーに費用を前払いし、そのヘルスケアプロバイダーは実際の費用が加入者の支払った額を超えてもヘルスケアサービスを提供する方式だった。これは保険において支払う保険金総額が保険料総額を超えても保険金を支払う保険事業と同じ構造である。その意味では、HMOは、ヘルスケアサービスの提供に関するリスクとファイナンシャルリスクを統合して引き受ける仕組みともいえる。1971年ニクソン政権はHMOの促進を表明し、その後1973年には連邦議会は、HMOの組織に補助金を与え、貸付・貸付保証を行う、Health Maintenance Organization Actを可決し、HMOは普及していった。営利保険会社は、既存のHMO組織を傘下に収めるほか、自社のプランにHMOを導入し利用した。

（８）雇用主の自家保険（self-insured）の普及

1974年に企業年金給付の保護と従業員福祉制度の充実をはかるために、連邦議会が立法した Employee Retirement Income Security Act（以下、ERISAという）は、雇用主提供システムの団体健康保険に大きな影響を与えた。ERISAは、雇用主が自家保険（self-insured）を実施することを認めた。ERISAは連邦法であるので、雇用主は健康保険を監督している州法の規制を逃れるとともに州政府が保険に課している保険料税も免れることができた。ひとつの州でなく全米規模で事業を展開している大企業は、全米共通の健康保険プランを実施しやすくなった。

³ Health Maintenance Organization（HMO）という用語は、多様に用いられることが多い。例えば、ヘルスケアの提供方式を指すこともあれば、組織を指すこともある。

(9) 1980年代の医療費抑制策とHMOの変化

HMOあるいはHMO組織は、厳しい制約を伴う、マネジドケア（managed care）と呼ばれる運営方式を採用した。この運営方式では、例えば、HMO加入者はHMOに属するゲートキーパーを通してからでないとヘルスケアサービスを受けられない、費用がかかる治療にはセカンドオピニオンが必要とされ、HMO組織の事前の承認なしに手術はできないなどの加入者にとって、ヘルスケアサービスの利用に厳しい条件が課された。この方式は、保険料高騰の影響を軽くすることができたので、1990年代には政策当局は、HMOを、高騰を続ける医療費を制御する有効な手段と考えるようになった。

一方、HMO加入者の悲劇が報じられることもあって、HMO加入者からの激しい抵抗と世論の非難をHMOは受けることになった。その結果、利用できるヘルスケアプロバイダーの制約を緩和したPreferred Provider Organizations（PPO）などの方式が普及するようになった。

(10) 連邦と州のuniversal access実現への取組

無保険者が相当数発生する、米国のヘルスケアシステムでは、保険加入できないため必要なヘルスケアサービスを受けられない層を解消し、誰でも必要なヘルスケアサービスを受けられるようにする、universal accessの実現は、1990年代になっても大きな課題であった。クリントン政権は、連邦レベルでのヘルスケア大改革を提唱し実現を目指したが、結局は挫折した。しかし、その後、連邦レベルと州レベルで漸進的に改革が次のとおり進められていった。

連邦レベルでは、連邦議会が次の連邦法を立法し改革が実施された。1996年のThe Health Insurance Portability and Accountability Act（HIPAA）は、小規模団体保険に関して改革を行った。既往症を有する保険加入者には、加入後一定期間保険責任を負わない免責期間が設けられるが、その免責期間を短縮させた。病気になるリスクが高い健康状態の者には高い保険料率、そのリスクが低い者には低い保険料率にして、リスクに応じた保険料水準とするのが、民間保険が保険を引き受ける基本的な方法であるが、その格差を縮小させた。1997年のBalanced Budget Actは、州が無保険の低所得者の子供に対し健康保険を提供するプログラム（State Children's Health Insurance Program :CHIP）に補助金を交付することとした。

保険事業を規制するのは、連邦政府でなく州政府である。州は、保険規制を通して健康保険へのアクセスを改善する取組を行った。そのひとつが、州が設立する非営利法人のhigh-risk poolである。医学的に保険加入が困難な（medically uninsurable）の集団は、既往症を有する者あるいは民間保険加入の保険料が極めて高い者である。非営利法人high-risk poolは通常より高い保険料でこれらの集団を引き受けるが、赤字になりやすい。赤字分は、健康保険者から賦課金を徴収して充当するか、州の一般財源あるいはたばこ税などを充当する等の措置が取られた。high-risk poolは、1970年代から州レベルで開始されたが、1990年代に連邦政府から補助金が交付されるようになった。

(11) 2010年オバマケアとその後

オバマケアと呼ばれるPatient Protection and Affordable Care Act（PPACAまたはACAと略称される。以下ACAという。）は、2010年民主党優位の連邦議会で立法された。その後、共和党優位の連邦

議会になって共和党は廃止を唱導した。しかし、個人の保険加入義務 (individual mandate) は 2019 年に廃止されたものの、基本的構造は変更することができなかった (共和党優位の連邦議会では、制度改革の青写真・工程表の提示は無かった)。従って、21010 年改革の基本構造は維持されたと考えられる。

(12) 強いイノベーション志向

連邦政府保健福祉省の Centers for Medicare & Medicaid Services (メディケア・メディケイド・サービスセンター、以下 CMS という) には、イノベーション・センターが設置されている。例えば、高品質のヘルスケアサービス提供と費用支出の節減を同時に実現することを目指す、Accountable Care Organization (ACO) モデルについて、CMS は Payor の立場から積極的に関与しその全米での展開を推進している。

3. 制度改革の立法手続き・実施手続き

連邦全体の改革は、連邦議会による立法が必要になる。1965 年創設のメディケイドとメディケアは 1965 年の連邦議会で立法された。

オバマケアと呼ばれる ACA は、2010 年の連邦議会で立法された。約 4 年間の準備期間を経て、主要な改革事項は 2014 年に実施された。

州レベルでは、連邦と同じく州議会の立法が必要になる。

4. 基本構造と特徴

(1) 米国の健康保険システムの基本構造

米国の健康保険システムの基本構造として、①所得と年齢で仕切られていることおよび②公的保険制度と民間健康保険との混合したファイナンスシステムとなっていることをあげることができる。

(2) 米国の健康保険システムの特徴

他国の健康保険システムと比較して米国の健康保険システムの際だった特徴として、①市場正義と社会正義の相克・溶解、②連邦制のなかで、州の独自の取組が活発に行われてきたこと、③健康保険と同じ機能を果たす仕組みの実践および④強いイノベーション志向をあげることができる。

III. 英国⁴

本章の記述は、2019 年 2 月の時点の情報に拠る。

⁴ 英国の正式名称は、グレートブリテンおよび北アイルランド連合王国 (United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland) である。その中に 4 つの Country、すなわちイングランド、ウェールズ、スコットランド、および北アイルランドがあり、それぞれで National Health Service が運営されている。それぞれに多少の差違はあるにしても National Health Service は同一の原則のもとで運営されている。本稿では、主としてイングランドの状況を取りあげている。

1. 健康保険システムに関する基本的考え方

(1) 無償で包括的な医療サービスを提供する公的医療保障制度 NHS の維持発展

英国には全住民を対象として医療サービスを提供する公的医療保障制度である National Health Service (以下 NHS という) が 1948 年に創設された。

NHS なしの英国が考えられないほど NHS は定着している。

NHS の基本的考え方は、国籍等を問わず全ての住民に対して身体・精神に関する治療・予防のサービスを、個人の支払能力ではなく臨床の必要に応じて提供することである。NHS は原則無料で広い範囲のヘルスケアを対象としている。その範囲は、出産前の検査、健康診断等の定期検査、要介護状態の治療、移植、緊急医療および終末期医療まで及んでいる。

NHS が提供する医療サービスは、プライマリーケア (Primary care)、セカンダリーケア (Secondary care) およびターシャリーケア (Tertiary care) である。プライマリーケアは、かかりつけ医・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基本的一般的な医療・保健サービスである。GP は、自分で診療治療する他、必要に応じて患者を専門医 specialist (英国では consultant と呼ばれることも多い) に紹介 (referral) する。この他に、コミュニティケア (Community care) がある。

その財源は、主として税金と国民保険⁵の保険料である。税金と国民保険の保険料が 98.8%、残りの 1.2%が患者の費用負担である。

(2) 公的医療保障制度と民間医療プロバイダー・保険者の併存

英国には全住民を対象として医療サービスを提供する NHS が存在する一方、民間医療プロバイダーと民間保険者も存在する。

NHS には、NHS のサービスを受けるには手術がすぐ実行されずに順番がくるまで待機を余儀なくされるという問題がある。待機の問題に対処するために、民間健康保険等が利用されている。

(3) 民間健康保険の役割

英国の民間健康保険には、PMI と HCP の 2 種類がある。前者は入院・手術を伴う特定の病気と深刻な健康状態を補償し、後者は理学療法や歯科・視力に関するケアの費用を対象として金銭給付をしている。PMI が主流であるが、両者を組み合わせて利用することが多い。

PMI の加入動機には、三つある。第一は、医療・保健へのタイムリーな接近である。NHS のサービスを受けるには手術がすぐ実行されずに順番がくるまで待機を余儀なくされるという問題がある。PMI は、専門医への迅速な紹介、病院への迅速な入院、自分の都合にあわせた治療を可能にする。第二に、先端医療など医療・保健サービスに関する選択が可能なる。第三に、高品質の私的診療所や病院宿泊施設の利用ができ、広い専用病室でのプライバシー保護、テレビなどの家庭的なアメニティおよび快適さ・清潔さなどを享受できることである。

大手健康保険者のなかには、保険金支払だけの事業形態ではなく、診療所、病院、歯科医院および高

⁵ 国民保険は、The National Insurance Act of 1911 に基づき創設された失業保険と健康保険の仕組みである。

高齢者向けのケアホームを運営してサービスを提供している各種のサービス提供をしている事業形態となっている事業者が存在している。

2. 改革の沿革

NHS は、第二次大戦終結前に構想され、第二次大戦時のドイツ軍空爆による荒廃のなかで創設された。創設後も、多くの改革がなされた。夫々の時期の改革は、その時期の課題を解決するためになされたが、NHS 財源の確保、マネジメント・組織問題および提供されるサービス品質の改善が課題として認識されてきた。

(1) 1942 年ベヴァリッジ報告 Beveridge Report

第二次大戦終結前の 1942 年 “*Social Insurance and Allied Services*” と題する報告書（ベヴァリッジ報告 Beveridge Report と通称される）が下院議会に提出された。ベヴァリッジ報告には、現在の NHS 創設が提案されている。

(2) 1948 年 NHS 創設

英国医師会 (British Medical Association) 等の反対活動にかかわらず、1948 年 NHS が創設された。

(3) 1948 年－1957 年 財源不足対策と組織運営体制の改革

経済状況の困難が続くなか、大きな問題は運営に要する財源の不足であった。また、組織運営体制の改革も課題であった。1956 年公表された “*The Committee of Enquiry into the Cost of the National Health Service*” (通称 Guillebaud Report) は、向こう 7 年間各年 7 千万ポンドの増額を求めた。また、分業体制の連携不足など組織運営体制の改革も求めた。

(4) 1979 年－1987 年サッチャー政権 官僚主義対策とマネジメント機能の改革

政府による直営事業の硬直性・非効率性に関する問題意識の高まりに呼応する改革が立案された。

1983 年公表された通称 Griffiths report は、「もしナイチンゲールが今日 NHS に在籍していたならば、廊下を歩いてランプを運ぼうとすると、彼女は自分が運ぶのではなく、まずその担当者を探さして運んでもらわなければならない」と NHS の官僚主義を批判している。また、Griffiths report は、NHS のマネジメント機能の不全を指摘し、目的・予算・実施戦略を明確した general management 機能の導入を求めた。NHS に、上部機関として Health Services Supervisory Board と NHS Management Board が設置された。

(5) 1988 年－1997 年メージャー政権 内部市場の導入

保守党政権における自由・選択・市場の重視の政策思考は、NHS 内部に市場を設けるという政策として実現した。

1990 年 National Health Service and Community Care Act が可決成立した。同法は、NHS の内部

に、医療サービス提供と購入（購入は *commissioning* と称されている）を分離する主体を設け、両者を分離することを定めた。NHS 内部に擬似的な市場を設けるという考え方で、内部市場 (*internal market*) と呼ばれている。また、同法は、GP に予算管理・購入先選択等の自由度を高めることも認めた。

メージャー政権期に、これらの内容が実施された。

（6）1998 年－2007 年労働党政権

長期間の保守党政権とその成果に対する不満もあって、1997 年の総選挙で労働党政権が誕生した。ブレア政権は、社会学者 Anthony Giddens が提唱した第三の道 (*Third Way*) の考え方に基づく政策の実施を公約し、旧来の労働党との違いを強調した。中央集権から地方分権へ、官民協働 (*Public-Private Partnership, PPP*) による公共事業・サービスの推進などの政策を打ち出した。旧来の社会主義的な官営事業ではなく、民間の資金、国内外の施設を利用する手法は第三の道の具体化であった。

1997 年にブレア政権は、白書 “*The new NHS: modern, dependable*” を公表した。白書のなかには、品質保証として、臨床ガイドラインの作成等を行う National Institute for Clinical Excellence (NICE) の設立が盛り込まれている。

2000 年には、改革の主要な改革を示した NHS Plan が公表された。NHS に欧州レベルまでの大規模な資金投入を行うこと、待機期間問題に対する取組として 2005 年までに入院患者に関しこれまでの最長 18 ヶ月を 6 ヶ月に、外来患者に関し最長 6 ヶ月を 3 ヶ月に短縮すること、および民間部門の施設を積極的に利用することなどが、主要な内容であった。

（7）2010 年－2015 年保守党・自由民主党の連立政権

保守党は単独過半数を確保出来なかったので、自由民主党と連立を組んだ。経済情勢・財政状態は良くないが、改革を進めることを強調した。

2010 年 “*Liberating the NHS: greater choice and control*” と題する白書を公表した。政策は、Equity and Excellence を基本とし、メンタルヘルスや終末期医療に関する患者の選択を拡大し、貧困コミュニティにおける医療サービスも公正な内容に改善するとした。

3. 制度改革の立法手続き・実施手続き

議会は、両院制で、公選でない貴族院 (*House of Lords*) と公選の庶民院 (*House of Commons*) がある。法案は、両院で様々な過程を経た後、形式的に国王の裁可を得て法律となる。

法案は、政府提出と議員提出とがある。健康保険にかかわる法案は、通常与党の公約に基づく政府提出法案になるので、庶民院が貴族院より優越する。

多くの場合、与党となった政党が政策文書を公表し、その後政府法案が提出され、立法となる。

4. 基本構造と特徴

(1) 英国の健康保険システムの基本構造

英国の健康保険システムの基本構造として、①全住民を対象として医療サービスを提供する公的医療保障制度である NHS が、NHS なしの英国が考えられないほどは定着していること、および②NHS における待機者問題が、民間健康保険の大きな加入動機になっていること、および③民間健康保険者が医療提供体制を有していることがあげられる。

(2) 英国の健康保険システムの特徴

他国の健康保険システムと比較して英国の健康保険システムの際だった特徴として、①主として税を財源として、国籍を問わず住民に包括的な医療サービスを提供するシステムが存在していること、② NHS の内部に内部市場を設けるなど自由・選択・市場の重視の政策は、政権交代があっても基本的に維持されていること、および③民間健康保険者のなかには、NHS の待機問題に対処するなどの補完的役割を超えた役割を担っていることをあげることができる。

IV. カナダ

本章の記述は、2018年2月28日の時点の情報に拠る。

1. 健康保険システムに関する基本的考え方

(1) 無償で医療サービスを提供する健康保険制度のコア領域確保の徹底

カナダでは、各州・準州がそれぞれ独自に、自己負担がない無料の公的健康保険である「健康保険制度 (Health Insurance Plan)」を運営している。かかりつけ医が患者に提供する医療サービスと病院・専門医が提供する医療サービスは、医療サービスのコアの領域であり、このコアの領域は公的健康保険システムのみが提供している。

このコアの領域に民間健康保険が関与する余地は全く無い。民間健康保険者は、僅かに歯科・視力関係の領域および処方箋薬のみを対象とする補足的 (supplementary) 保険を販売しているだけである。

(2) 英国に類似したヘルスケア提供システム

カナダがイギリス連邦に属する国であることもあって、カナダのヘルスケアシステムは、原則無償の医療サービス提供、医療保障サービスの区分・分業体制の点が英国の NHS と類似している。区分は以下の通り。①一次医療 (primary care) と観念される基本的一般的な医療・保健サービスと、②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仕組みである。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, consultant と呼ばれる) または病院に紹介 (referral) する。

(3) 公正・公平 (fairness and equity) という基本的な価値観のメディケア

カナダ連邦政府保健省は、各州・準州の健康保険システムはバラバラではなく相互に結びついてカナダの公的健康保険システムを形成しており、カナダ人には広範囲のサービスを提供する「メディケア」として知られていると説明している。また、メディケアの基本理念について、以下のように説明している。カナダのメディケアは、過去 40 年間に亘って形成され、そして今後も医療界と社会全体の変化に対応して継続される。しかし、医学的に必要とされるヘルスケアサービスは、支払能力ではなく必要性に応じて提供されるという基礎となる基本理念は、今後も維持される。その背景には、全ての人々は平等に扱われ何人も他者よりも有利な立場に立たないという公正・公平 (fairness and equity) という基本的な価値観がある。メディケアは当初から様々な改革が続いてきたが、この価値観は変わっていない。

2. 改革の沿革

カナダでは、連邦制を定める憲法に基づき、歴史的に連邦政府と州政府の両方がヘルスケアシステムを担ってきた。

(1) 第二次大戦前のヘルスケア費用の個人負担

第二次大戦以前は、ヘルスケアに関する費用負担のほとんどは、個人負担であった。

(2) サスカチュワン州政府による公的病院保険制度の創設

1947年にサスカチュワン州政府は、州内の居住者を対象として病院ケア補償プランである「公的病院保険制度 (public hospital insurance plan)」を創設した。1950年になるとブリティッシュコロンビア州とアルバータ州が類似の公的病院保険制度を導入した。

(3) 連邦政府による公的健康保険への負担開始

1957年に連邦政府は、「病院保険・診断サービス法 (Hospital Insurance and Diagnostic Services Act)」に基づき、特定の病院・診断サービスに関して州・準州が負担する額の半額負担を開始した。

(4) サスカチュワン州政府による医師サービスの開始と公的医療保険制度の創設と全州・準州の導入

1962年にサスカチュワン州は、居住者を対象に医師サービスを補償する公的医療保険を創設し、病院ケアと医師サービスの両方を対象にした公的医療保険制度を創設した。

この公的医療保険制度は、1972年までに全州・全準州で導入された。

これによってカナダは皆保険化が実現した。

(5) 連邦政府による医師サービスへの負担開始と制度改正

1966年連邦政府は、「医療ケア法 (Medical Care Act)」に基づき、病院外で医師が提供する医療サービスに関して州・準州が負担する額の半額負担を開始した。

1997年に成立した「連邦・州財政協定および既存プログラム資金提供法 (Federal-Provincial Fiscal

Arrangements and Established Programs Financing Act)」に基づいて、現金の支払いと課税時期の組合せに替えて、block fund が採用された。block fund は、課税時期を移転し連邦政府は税率を引き下げ同時に州・準州政府は同額となるように税率を引き上げる方法で、特定の目的のために政府間で移転されてきた。

(6) 1984 年カナダ保健法の成立

1984 年現在の公的健康保険システムの基本構造の法制的基礎となるカナダ保健法が成立した。

カナダ保健法の内容は、①カナダ連邦政府が州政府・準州政府に対して交付する資金の交付条件と、②州政府・準州政府が運営する健康保険制度 (Health Insurance Plan) の対象になるヘルスケアサービスの範囲を定めている。

(7) 重要課題の待機期間問題

州・準州政府は、患者が治療等を受けるまでの待機期間を改善する待機期間管理 (wait times management) の推進および医学的にヘルスケアサービスを提供すべき場合に予め定められた時間枠を超過するときには別の医師等の代替的選択肢を提供する Patient Wait Times Guarantee の導入等の取組を継続してきた。しかし、国民の不満はかなり強く、改善を求める圧力は継続している。

3. 制度改革の立法手続き・実施手続き

1867 年憲法に基づき、カナダ議会に連邦の立法権が与えられている。議会は、両院制で、上院 (Senate) および下院 (House of Commons) で構成される。上院と下院は、同等の権限を有する (ただし、金銭法案は下院先議)。実際には、公選の下院が政権の母体となり、政府法案は基本的に下院に提出され、上院が下院の決定に抵抗することはあまり多くないとされている。

カナダの統治は英国王の権限であるとされているが、実際にはその代理人である総督に委ねられており、下院の多数党により選出された首相が内閣を組閣し、行政を司る。

4. 基本構造と特徴

(1) カナダの健康保険システムの基本構造

①各州が無償で医療サービスを提供する公的健康保険を運用していること、②各州の健康保険制度に連邦政府が資金提供をしていること、および③公正・公平 (fairness and equity) という基本的な価値観に基づいていることがあげられる。

(2) カナダの健康保険システムの特徴

①各州の公的健康保険では、かかりつけ医が患者に提供する医療サービスと病院・専門医が提供する医療サービスは医療サービスのコアの領域とされ、このコアの領域は公的健康保険システムのみが提供していること、②各州の公的健康保険のコアの領域に民間健康保険が関与する余地は全く無いこと、および③待機期間問題に長年取り組んでいるが、解消されていないことがあげられる。特に、②コア領域

に民間健康保険の関与を許さないことは、際だった特徴である。

V. オーストラリア⁶

本章の記述は、2017年3月10日の時点の情報に拠る。

1. 健康保険システムに関する基本的考え方

(1) 複雑に入り組んだ連邦制が前提

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)と2準州(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。

全国民を対象とする公的医療保障制度のメディケアは連邦政府に拠って運営され、他方で公的病院は州が設置運営している。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、例えば病院サービスでは、財源は連邦と州の両方、政策立案は連邦政府主導、規制監督は州、実際のサービス提供は州が責任主体になる等連邦と州・準州の関係は複雑に入り組んでいる。

(2) 1948年開始の薬剤給付制度 Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS)

オーストラリアでは、1948年に連邦政府による薬剤給付制度 Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) が開始された。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)。PBSの対象となる薬剤は、PBS Schedule に搭載され、毎月更新される。

(3) 全国民を対象とする公的医療保障制度メディケア

オーストラリアもカナダと同じくイギリス連邦に属する国であることもあって、オーストラリアのヘルスケアシステムは、原則無償の医療サービス提供、医療保障サービスの区分・分業体制の点が英国のNHSと類似している。①一次医療(primary care)と観念される基本的一般的な医療・保健サービスと、②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仕組みである。

オーストラリアでは、全国民を対象とする公的医療保障制度はメディケアと称している。メディケアでは、基本的一般的な医療・保健サービスは、かかりつけ医・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。また、メディケアでは、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医療サービス (medical service) および処方箋薬が給付される。

1948年開始の薬剤給付制度 Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) も、メディケアの一部とされている。

⁶ 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 (2017年)。

（４）特異な民間健康保険と政府による加入促進

オーストラリアの民間健康保険は、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となっている。このような民間健康保険は、通常健康保険市場では考えられない。

通常健康保険では、保険会社は、病気になるリスクを判断し引受可能な被保険者のみを引き受けるので、有病者の引受拒否が当然に発生する。また、個々の加入者のリスクに見合った保険料水準になる。従って、高齢者は若年者よりリスクが高いので高い保険料となる。

しかし、1953年に立法された **National Health Act 1953** は、全ての民間健康保険契約は、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、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ることを定めた。この通常健康保険で不可能なことを実現するために、健康保険者間で、四半期毎に資金を移転し保険収支を安定化する仕組みが実施されている。

連邦政府は、民間健康保険を1つの選択として推奨している。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、自分の医師による治療を受けられる、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るとしている。

1999年から民間健康保険加入促進策として納税額の負担軽減または補助金の支給で助成する **private health insurance rebate** が実施されている。多くの先進国では、民間健康保険は職域または団体加入が多いが、オーストラリアでは個人加入と団体加入の比率は、95対5と言われている。個人加入が圧倒的に多いことがこの促進策が実現できる背景になっている。

（５）斬新な若年層への民間健康保険加入促進

2000年7月から **Lifetime Health Cover**（以下 **LHC** という）が、若年層の民間健康保険加入の促進のために実施された。人生の早い時期に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、**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。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。**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層の加入促進に寄与したことが結論とされている。

2. 改革の沿革

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、オーストラリア連邦が成立した。

(1) オーストラリア連邦以前のヘルスケア

19世紀のオーストラリアでは、ヘルスケアに関する費用は個人負担であった。医師にかかることは殆ど不可能で、病院が最後の砦となっていた。

(2) 1953年成立の The National Health Act 1953 による4本柱

1946年成立の Hospital Benefits Act 1946 に基づき、患者が病院へ無料で入院できるように連邦政府が補助金を交付する病院補助金に関する交渉が始まった。その結果、1953年成立の The National Health Act 1953 では、その後の基盤となる次の4本柱が整備された。①薬剤給付制度 Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS)、②病院処方薬補助(連邦政府資金による処方薬の補助)、③年金生活者に対する医療サービス提供、④非営利健康保険加入者への医療費補助である。

(3) 1975年 Medibank 設立と National health insurance の開始

1975年 Medibank が設立され全国民を対象とする National health insurance スキームが開始した。国民は医療費の85%の償還を受けることができるようになった。州による病院サービスについては、連邦政府と州政府の協議を経て、病院の選択が可能になった。

(4) 1984年成立労働党政権による国民皆保険的な医療保障制度メディケアの開始

労働党政権は、国民皆保険的な医療保障制度であるメディケア (medicare) を導入した。その財源は、一般財源と所得に課税するメディケア税 (Medicare Levy) である。その後、メディケアは政権交代後も継続している。

3. 制度改革の立法手続き・実施手続き

オーストラリア連邦議会は、上院 (Senate) と下院 (House of Representatives) の両院および国王 (総督が代理する) で構成されている。ただし、歳入・歳出・租税関係法案について上院に発議権、先議権、修正権がない。

下院で過半数を占める政党が政権党となり、首相が選出される。両院議員の中から任命された閣僚が行政に携わる。政府提出法案が大部分である。

オーストラリア政府間評議会 (Council of Australian Governments: COAG) は、連邦と州・準州・特別地域および地方自治体という3層の政府間で協力を必要とする政策・改革を、協議し推進する。評議会は、首相、各州首相、北部準州と首都特別地域の首席大臣、およびオーストラリア地方自治体協会の会長で構成されている。

4. 基本構造と特徴

(1) オーストラリアの健康保険システムの基本構造

①一般財源と所得に課税するメディケア税を財源とする、連邦政府運営の全国民対象の公的医療保障制度メディケア、②個人加入民間健康保険に政府が補助し奨励、および③公的医療保障と任意加入の民

間保険の併存が基本構造と考えられる。

(2) オーストラリアの健康保険システムの特徴

①有病者でも高齢者でも同一保険料で加入できる特異な民間健康保険があること、②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ることとして、連邦政府が民間健康保険を1つの選択として推奨していること、および③斬新な若年層への民間健康保険加入促進にみられるイノベーション志向があることがあげられる。

VI. ドイツ

本章の記述は、2015年6月の時点の情報に拠る。

1. 健康保険システムに関する基本的考え方

(1) 異なる政治信条の妥協による複雑錯綜した併存の許容

健康保険システムの改革は、連邦議会の立法を経て実現する。連邦議会には異なる政治信条の政党が存在し、議会運営の安定のために様々な連立が行われてきた。政治的信条が異なる政党・連立が衝突妥協して、健康保険システムの改革の法律が立法されてきた。このためは、健康保険システムを主導する原理が単純ではなくそれぞれ矛盾し相克しており、異なる原理が併存する結果となった。異なる原理の併存により複雑錯綜したシステムとなったが、その複雑錯綜した併存は容認されてきた。

(2) 東西ドイツの統合に反しないシステムの実現

1990年東ドイツは西ドイツと統合し、東西ドイツの統合が実現した。東ドイツの健康保険制度は、西ドイツと異なり単体のシステムではなく年金等と一体となっていた。このため、東ドイツの統合的システムから西ドイツの健康保険制度へ組み込むためには、その統合に西ドイツの仕組みに必要な修正を行って融合する必要があった。

(3) 公的保険についても競争促進政策を信奉

1992年健康保険構造改革法に基づき、疾病金庫間の競争促進・効率性向上のため、加入者の疾病金庫選択の拡大が実施された。競争促進・加入者の選択は、基本的考え方となっている。

なお、ドイツでは古くから公的保険に関する選択の自由・競争が存在していた。19世紀のビスマルク期において、健康保険者である疾病金庫に加入強制が始まったが、保険加入義務を課された労働者は、加入すべき疾病金庫に不満があれば、自分たちの仲間を募って疾病金庫を設立し、そこに加入することができた。強制加入の疾病金庫、任意加入の疾病金庫の両方が存在し、金庫の任意設立や金庫選択の自由を認められていた。この時代から加入者の選択は、部分的には存在した。

(4) 公的保険と民間健康保険との複雑・独自の関係

ドイツの民間健康保険者の役割として、補完と代替がある。多くの国で民間保険の補完があるが、公

的保険の代替がある点はドイツ独特である。

19世紀には、被用者は強制加入の保険加入義務があったが、扶助金庫（Hilfskasse）に加入すれば疾病金庫に加入する義務はないとされた。強制加入の保険加入者が自分の疾病金庫の給付を補足する目的をもって、追加の給付を受けるために加入することもあり、さらには扶助金庫には公務員や自営業者のような強制加入者でない者が任意加入することもあった。扶助金庫は、今日の民間健康保険と同様な機能を果たしたのである。この扶助金庫は、後に代替金庫（Ersatzkasse）に改組された。

公的健康保険の給付を補完する保険は、付加保険（Zusatzversicherungen）と呼ばれる。公的健康保険に対して代替的（substitutive）な健康保険は、完全保険（Krankheitsvollversicherung）と呼ばれる。

保険加入者は、法定健康保険の疾病金庫も選択できる環境下で民間健康保険者を選択する。代替保険は、有名教授の診察が優先的に受けられるなどの優遇措置（Preferential treatment）を求めるニーズに応えている。保険加入者のインセンティブを見るならば、代替保険は、公的健康保険に代わる以上の選択肢になっている。

民間健康保険の加入者は、公的健康保険の加入免除がある者である。具体的には、民間の被用者で年間の労働報酬が保険加入義務上限額を超える者、官吏・裁判官・職業軍人（傷病時に俸給の継続支払いと医療費助成がある）などである。民間の被用者の場合、年間労働報酬限度によって決まるので、この額が引き上げられると、民間健康保険加入者は減少する。被用者に関してはこの年間労働報酬限度が存在することによって公的健康保険システムと民間健康保険システムとの共存が可能となっており、このため、年間労働報酬限度は、和平境界線（Friedensgrenze）とも呼ばれている。

2. 改革の沿革

現在のドイツにおける健康保険システムおよび健康保険者は中世の時代に遡る。

（1）中世以来の互助的共済組合組織に由来する健康保険者

中世以降、互助的な共済組合組織である共済金庫（Unterstützungskasse）が、同業組合、職業別に組織され発展していった。商人、手工業者、職人、鉱夫、工場労働者などによって作られた様々な共済金庫が、疾病、障害、老齢、貧困、死亡などに対して幅広い救済活動を行ってきた。ドイツの疾病金庫は、中世の都市国家において経済・社会・政治的生活に重要な役割を果たしたギルドに遡るが、18世紀末から19世紀初頭に社会保険制度が導入され、廃止された。次に述べるビスマルクが主導する社会保険制度の発足前には公的制度は存在していなかった。互助的な共済組合組織である共済金庫が健康保険的給付を行う事業は、今日の民間健康保険に類似する存在と考えることができる。

（2）ビスマルク期の経緯

ドイツでは19世紀に社会保険制度の原型的な立法がなされ、その成立に深く関与し主導したオットー・フォン・ビスマルクの名前を取ってビスマルク社会保険立法と呼ばれることがある。

1871年プロイセンの指揮下に25の諸国を包括する世襲君主国としてドイツ帝国が成立し、ビスマルクは、連邦諸国中最大のプロイセンの首相兼ドイツ帝国宰相に就任した。1883年に帝国議会は「労働者

の健康保険に関する法律（Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter）」を可決し、労働者が強制加入する保険制度が導入された。

保険者は、それまで活動していた共済組合組織である共済金庫を疾病金庫という公的法人として社会保険制度に組み込んだ。ビスマルク社会保険立法で、当事者自治（Selbstverwaltung）の原理が導入された。健康保険事業は、疾病金庫が自己の責任において実施するものとされ、財源は、国家からの支出はなく保険料とし、保険料負担は、労働者と雇用主が負担した。国家は、財源を提供せず、適法性審査に限定された監督を行った。

1883年の労働者の医療保険に関する法律で、保険者とされた疾病金庫には、地区疾病金庫（特定の地域を対象）、企業疾病金庫（50名以上の強制加入者を雇用する企業が設立する疾病金庫）、同業組合疾病金庫（同業組合を母体とした疾病金庫。同業組合には強制的な加入と任意の加入とがあった。）、建設疾病金庫（建設作業のために多数の労働者を雇用する雇用主が設立しなければならない疾病金庫）等があった。

疾病金庫の加入は強制であったが、加入強制の方法も、決まった疾病金庫への加入または単に疾病金庫加入への強制加入（加入疾病金庫の選択が可能）のいずれもあった。また、保険加入義務を課された労働者は、加入すべき疾病金庫に不満があれば、自分たちの仲間を募って疾病金庫を設立し、そこに加入することができた。つまり、強制加入の疾病金庫、任意加入の疾病金庫の両方が存在し、金庫の任意設立や金庫選択の自由を認められていた。この時代から加入者の選択は、部分的には存在した。

（3）疾病金庫と民間健康保険者

19世紀末に初めて公的健康保険制度の対象にならない者を対象に、私的契約に基づく保険が民間会社から販売された。

その後、民間健康保険者は監督され、組織化された。1901年には、新たに設立された帝国民間保険監督庁（Kaiserliches Aufsichtsamt für Privatversicherung）が民間保険者を監督した。1903年に帝国民間保険監督庁は、法定健康保険と明確に区分するために、民間健康保険（Private Krankenversicherung）という用語を初めて公式に使用した。1926年には、それまでの民間健康保険者を統合した団体が設立された。

1883年の労働者の健康保険に関する法律で、保険者とされた疾病金庫には、地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業組合疾病金庫、建設疾病金庫等があった。強制加入の保険加入者でも、扶助金庫（Hilfsskasse）に加入すれば他の種類の疾病金庫に加入する義務はないとされた。また、強制加入の保険加入者が自分の疾病金庫の給付を補足する目的をもって、追加の給付を受けるために扶助金庫加入することもあり、さらには扶助金庫には公務員や自営業者のような強制加入者でない者が任意加入することもあった。扶助金庫は、今日の民間健康保険と同様な機能を果たした。この扶助金庫は、後に代替金庫（Ersatzkasse）に改組された。

当時は民間健康保険会社も一般に疾病金庫と呼ばれていた。その後、疾病金庫は整理統合が進められ、扶助金庫は代替金庫と相互会社に分かれたが、いずれの監督も連邦民間健康保険監督庁が所管していた。このように代替金庫は公的健康保険と民間健康保険の中間的な存在であった。このような背景もあって、

疾病金庫と民間健康保険者の区別は曖昧だった。

(4) ナチス政権期

ナチス体制下では、指導者原理 (Feuhrerprinzip) による国家統制が行われた。社会保険の当事者自治的制度は撤廃され社会保険は抑圧されたが、他方で 1941 年から健康保険が完治までの費用をカバーする人気取りのための給付拡大策という制度改革がなされた。

(第二次大戦後は、頻繁な改革が実施された。改革に次ぐ改革 (Nach der Reform ist vor der Reform) と言われる。以下では、その主要な改革を取り上げる。)

(5) 第二次大戦後の頻繁な改革：1970 年代費用抑制策の開始

疾病金庫の年間平均保険料率が 1970 年 8.2%から 1976 年 11.28%に上昇。このため、1977 年費用抑制法などが立法され、薬剤に係る一部負担金の導入・歯科補綴に係る法定給付率・交通費給付の縮減が実施された。

(6) 第二次大戦後の頻繁な改革：1990 年東西統一と西ドイツ化

東ドイツでは、疾病・障害・労災・失業等の保険部門と執行機関を一つにする統合型の社会保険制度になっていた。東西ドイツの統一にともない、東ドイツの健康保険制度は西ドイツの健康保険制度に統合・吸収された。

(7) 第二次大戦後の頻繁な改革：1993 年加入者の疾病金庫の選択拡大とリスク構造調整の実施

1992 年に立法された構造改革法 (GSG) は、引き続き費用抑制的な内容 (基礎賃金の伸び率の範囲内とするために外来診療・入院療養・薬剤給付等の予算制が導入) もあったが、保険加入者の疾病金庫の選択拡大とその弊害対策のためのリスク構造調整が実施された。疾病金庫間には、加入者の年齢構成・所得水準の違いがあり、加入者集団のリスクが大きく違うので、保険料率に大きな差があった。このため、集団のリスクが高いリスク構造が良くない疾病金庫は競争上不利になる。その対応策として、加入者集団のリスクが低い疾病金庫から加入者集団のリスクが高い疾病金庫に資金移転をする数理的な手法を用いたリスク構造調整の措置が実施された。

被保険者による疾病金庫の選択とリスク構造調整の実施という改革は、一旦選択の自由が拡大した以上、後戻りが不可能な大改革となった。

(8) 第二次大戦後の頻繁な改革：2003 年現代化法の実施

連邦政府から疾病金庫への資金提供が税金を財源にして行われる一方、患者の定額自己負担、医薬品・補助具に関する患者負担の定率化の導入がなされた。

疾病金庫は、1 年間は必ず最初に家庭医の診察と指示に従う家庭医モデルを任意参加で実施し、医療サービス提供への関与も行った。

(9) 第二次大戦後の頻繁な改革：2007 年競争強化法の実施と皆保険化

①全国一律の保険料率と疾病金庫の統合

疾病金庫が保険料率を決定する方式を改め、連邦議会で全国一律の保険料率を決定する統一保険料率が導入された。2009 年から連邦政府の医療基金（Gesundheitsfonds）に疾病金庫が徴収した保険料および連邦からの補助金が投入され、連邦金庫が必要とする資金が交付されることになった。連邦政府は、有病率のリスク構造、加入者の性別・年齢別などの受給状況の指標をもとに資金を交付することになった。なお、財源不足の場合には、疾病金庫は追加で保険料徴収ができる追加保険料も導入された。

伝統的な疾病金庫の当事者自治原則から乖離することになった。

また、疾病金庫組織の改革も行われ、種類の異なる疾病金庫の合併も認可されることになった。

②2009 年皆保険化

国民の約 9 割強制加入の公的健康保険に加入し、強制加入対象となっていない一定所得以上の被用者・自営業者・官吏・裁判官・軍人などの約 1 割が代替的な民間医療保険に加入していたが、無保険者が存在していた。2007 年競争強化法は、2009 年以降ドイツに居住する者は全員何らかの健康保険に加入しなければならないと定めた。民間健康保険の加入に関しても、民間健康保険会社に加入申込があったら保険引受を法律上義務づけるとともに、給付内容が公的健康保険の給付内容に相当するレベルの「基礎タリフ（Basistarif）」の給付を提供することも義務づけた。これにより、公的健康保険レベルの皆保険化が実現した。

(10) 第二次大戦後の頻繁な改革：2011 年改革と資金調達構造法

キリスト教民主・社会同盟（CDU/CSU）と自由民主党（FDP）の連立政権が取り組んだ課題の一つは、公的健康保険の資金調達改革であった。

赤字解消策の保険料率引き上げが実施された。すなわち、労使の保険料率を 15.5%に引き上げ（使用者：7.0%→7.3%、被保険者：7.9%→8.2%）。医療基金からの交付金で法的給付をまかなえない公的健康保険者は、加入者から徴収する追加保険料で賄うとされた。

疾病金庫が提供する給付を医学的予防やリハビリテーションまで拡大できるようにし、疾病金庫間の競争を強化した。

(11) 第二次大戦後の頻繁な改革：2014 年財政構造および質の発展法

①法定保険料率の変更

労使の折半負担の統一保険料率を 14.6%に引き下げるとともに事業主の 7.3%の保険料率を法定化した。

②追加保険料の財政調整

疾病金庫が徴収する独自追加保険料についても、すべて全額を医療基金に納付して、所得格差を調整した上で各疾病金庫に交付することになった。

3. 制度改革の立法手続き・実施手続き

ドイツの立法府には、連邦議会（Bundestag）と連邦参議院（Bundesrat）の二つの議会がある二院制である。連邦議会は、直接公選議員で組織され、総定数は598である。任期は4年で、解散されることがある。連邦参議院は、各州の州政府が任免する州首相その他の政府構成員（閣僚）で組織され、一律に定められた任期はない（州政府構成員でなくなったとき、議員としての地位も失う）。

大統領は、連邦議会議員と同数の州議会選出議員から成る連邦会議（Bundesversammlung）によって選挙される。大統領は、連邦議会が選挙した者を首相として任命し、その他の大臣は首相の提案に基づき大統領が任免する。ドイツは、議院内閣制に分類される政治体制とされている。

連邦の議会が立法する事項は、連邦に専属的な権限を有する分野、連邦と州が競合的な権限を有する分野であり、それ以外は州が立法権を有する。

法案は、連邦政府、連邦議会議員および連邦参議院議員が提出権を有するが、全て連邦議会に提出される。

4. 基本構造と特徴

（1）ドイツの健康保険システムの基本構造

①異なる原理が併存

連邦の立法府で政治的信条が異なる政党・連立が衝突妥協して、健康保険システム改革が行われてきた経緯があり、健康保険システムを主導する原理が単純ではなくそれぞれ矛盾し相克しており、異なる原理が併存することになった。また、加入者のリスクに応じて引受可否・保険料率を定める民間健康保険と強制加入・報酬に比例した保険料率の公的健康保険とが併存し、報酬が多い者は公的健康保険から民間健康保険に移動できる選択があるため、公的医療保険と民間医療保険が競合し、異なる原理が併存している。

②公的健康保険者の多様性と競争環境

公的健康保険者である疾病金庫は、19世紀から地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業組合疾病金庫、建設疾病金庫等の多様な種類があった。また、19世紀から公的健康保険への強制加入の原則のなかでも、加入者は疾病金庫を選択でき、また任意加入もできたという経緯があり、その後も公的健康保険者は競争環境下に置かれていた。

（2）ドイツの健康保険システムの特徴

ドイツの健康保険システムの特徴として、①公的保険者が競争すること、②民間保険が公的保険を補完するだけでなく代替すること、および③異なる原理の保険システムが複雑に併存することをあげることができる。

VII. フランス⁷

本章の記述は、2018年8月の時点の情報に拠る。

1. 健康保険システムに関する基本的考え方

(1) 単体の独立したシステムではなく労災・年金等を包含した社会保険制度の一部門

フランスでは、健康保険システムは、単体の独立したシステムではなく、労災・年金等を包含した社会保険制度の一部門である。戦後創設された強制加入法定社会保険は、①健康保険、②労災保険、③老齢年金、④家族手当を包含した制度で、健康保険システムは単体の独立した制度ではない。

(2) 強制加入法定健康保険制度の自己負担を補足する民間健康保険の必要性

フランスの強制加入法定健康保険制度は、給付対象はかなり広範だが、大部分の給付対象は100%の額を給付しない。患者には様々な自己負担 (ticket modérateur) がある。例えば、医師の診察・検査のときに負担する自己負担、薬剤・病院外施設での診療などで負担する自己負担もある。外来の診療費用の平均70%までは給付されるが、残る平均30%は自己負担となる。公的制度の大きな自己負担は、それを補足する民間健康保険の役割を大きくし、民間健康保険の必要性を高めている。

2. 改革の沿革

改革の沿革について、ここでは以下の四つの期間に分けてその期間の概要を辿る。すなわち、①18世紀から19世紀：フランス革命時代の共済組織と国家による支援・保護・介入、②1930年代：労使による法定社会保険制度の導入と疾病・障害・老齢年金・死亡の保障制度、③第二次大戦後1945年：分立した強制加入・労使関係ベースの社会保険制度の成立と展開および④1990年代以降：財政赤字問題と労使ベースからの離脱・皆保険化である。

(1) 18世紀から19世紀：フランス革命時代の共済組織と国家による支援・保護・介入

1791年ル＝シャプリエ法は、労働者の団結権を否定し、労働者による組合も禁止した。しかし、同業・職域を基盤とする相互扶助機能を有する共済組織は隠れて存在しており、黙認されたとも言われる。18世紀のナポレオン3世の時代になると、労働者階級の統治・公衆衛生の実現のために有益な組織であるとの認識から、共済組織は、国家から支援・保護を受けると共に積極的な介入を受けることになった。

(2) 1930年代：労使による法定社会保険制度の導入と疾病・障害・老齢年金・死亡の保障制度

1910年4月5日法によって、低所得の労働者を対象とした老齢年金制度が創設された。労働者と国からの拠出を財源とするスキームで、各種の基金が創設され、今日につながる共済組合 (mutualite) が基金の管理を行った。

1930年には疾病、出産、障害、老齢年金および死亡に関する給付を行う社会保険に関する社会保険法

⁷ フランスの正式名称は、フランス共和国 (République française) である。人口は、67,226千人 (世界銀行調査)、面積約63万平方 km、うちフランス本国約は約55万平方 km (海外県が多数ある)。

典が編纂され、共済組合は社会保険制度の運営者とされた。この制度は任意加入であったが、1939年段階では、フランスの人口の3分の2が疾病給付の対象になっていたと言われている。

(3) 第二次大戦後 1945年：分立した強制加入・労使関係ベースの社会保険制度の成立と展開

英国ベヴァリッジ報告の影響と戦前の社会保険制度の継続・融合があった時期である。

①包括的に給付を行う仕組みの維持

フランスでは、社会保険は、疾病、出産、障害、老齢年金および死亡などの部門を持って包括的に給付を行う制度で戦後もこの内容は維持された。このうち、疾病や出産が公的健康保険システムに属する。

②英国のベヴァリッジ報告書と労使拠出の制度

戦後の社会保険制度の設計は、当時の社会保険理事長ピエール・ラロックを中心に、フランス全国レジスタンス評議会によって、実質的になされた。その時の計画書が、現在の社会保障制度の青写真となったという。計画書は、英国のベヴァリッジ報告書を参考に、戦前の各種の社会保険を融合させた内容であった。社会保険システムは、被用者と雇用主の代表からなる公的機関が、労使からの拠出金を徴収して運営する強制加入法定社会保険形式をとった。

③職業団体独自の強制加入社会保険度：モザイク状の分立

1945年に創設された、当初の社会保険制度の適用対象は、商工業部門の被用者に限られていた。翌1946年に社会保障制度の対象を全国民に拡大することが計画されたが、全国民に適用される一律制度導入の拡大計画に対して、農業者や自営業者などが反対した。

その結果、これらの職業団体ごとに、職業団体独自の強制加入社会保険制度がそれぞれ創設されることになった。現在に続く、職域別の社会保険制度がこのような経緯を経て誕生した。

この分立状況は、モザイク状の共存と言われることがある。

(4) 1990年代以降：労使ベースからの離脱・皆保険化

①全国医療保険支出目標 ONDAM と一般社会拠出金 (CSG) の導入

医療費の対 GDP 比率の継続的上昇が続いたため、その抑制策として 1996年全国医療保険支出目標 (L'objectif national des dépenses d'assurance maladie) が導入された。経済成長予測を行い、医療関連の支出項目毎に支出目標額を定めたものである。

1998年に社会保障制度の財政基盤の拡大を図るために、政府の一般財源ではない財政収入として、一般社会拠出金 (CSG) (contribution sociale généralisée) 制度が導入され、社会保障全体の財源として使用されることになった。一般社会拠出金 (CSG) は、制度上は税金ではないが、一般的には税金と捉えられている。

②1999年CMUシステムの導入とPUMAによる皆保険化

1999年普遍的疾病給付CMU (Couverture Maladie Universelle) 制度が、創設された。普遍的疾病給付CMUには、二つある。一つは、普遍的疾病給付CMU-baseである。普遍的疾病給付CMU-baseは、三ヶ月以上安定的にフランスに在住する者に強制加入法定健康保険と同等の保障を与えるものである。所得が一定水準以下の者は拠出金負担なしで、所得が一定水準を超える者は拠出金の一定率を負担して、保障が受けられる。もう一つは、普遍的疾病給付CMU-C (Couverture maladie uni-verselle complémentaire) である。普遍的疾病給付CMU-Cは、補足的疾病保険を利用した低所得者向け医療保障スキームである。2000年から施行された。普遍的疾病給付CMU-Cは、収入が一定額以下の者を対象に、政府が民間健康保険を買い上げる方法による保険料免除によって、民間健康保険である補足的疾病保険を提供するスキームである。2012年には、人口の約7%がこのスキームの対象になっていた。

さらに2016年には、普遍的疾病保護PUMA (Protection Universelle Maladie) 制度が導入された。普遍的疾病給付CMU-baseの制度を改革したものである。改革の目的のひとつに、例えば専門的職業から退職した者や離婚し被用者の配偶者でなくなった者などの職業変更・家族関係の変更があっても、特段の手続きなしに医療サービスの給付を継続することを保障することがある。これによって、普遍的疾病保護PUMAの対象者が強制加入法定健康保険の加入者と同様の医療サービスへアクセスすることを可能にした。

1999年にCMUシステムおよび2016年にPUMAが導入された結果、強制加入法定健康保険制度は、労使ベースのみに依存し無保険者が存在していたシステムから離脱するとともに、国民皆保険化が実現することになった。

(5) 強制加入法定健康保険制度の自己負担を補足する、多様な民間健康保険者

フランスにおける民間保険は、他の先進国とは異なり、民間健康保険という呼称ではなく、補足的疾病保険 (assurance complémentaire) と呼ばれている。

補足的疾病保険を扱えるのは、共済組合、労使共済制度 (institutions de prevoyance)、および保険会社 (entreprise d'assurance) の三つの組織に限定されている。

共済組合は、共済法典を根拠法とする私法上の非営利法人であって、組合員 (membres) によって運営される自治的な組織とされている。共済組合には、企業の被用者または企業内の一部門の職種の被用者ごとに組織される単一の共済組合および職種を超えて組織される職際共済組合がある民間被用者の共済組合、公務員の共済組合ならびにスポーツや学校教育など限定されたリスクを対象とした共済組合などがある。

労使共済制度は、社会保障法典を根拠法とする私法上の非営利法人であって、労働者と使用者によって運営される労働者の生活保障のためのスキームである。その業務は、婚姻・出産時の金銭給付の支払、健康保険を含む身体に関わる様々な保険の提供および失業保険である。労使共済制度は、労働協約、集団協定または企業主 (chef d'entreprise) により提案され当事者の過半数により承認された合意計画などに基づき設立される。

保険会社 (entreprise d'assurance) は、保険法典 (Code des assurances) によって規律される私法

上の営利法人であり、株式会社（societe anonyme）の保険会社と共済型保険会社（societe d'assurance mutuelle）の2種類が存在する

補足的疾病保険の加入方法は、職域での団体加入が多い。販売チャンネルは、直販社員、代理店・ブローカーなどである。民間健康保険者に関して、共済組合が伝統的に強い力を持っていることや労使共済制度というユニークな組織があることにフランスの特性がある。

3. 制度改革の立法手続き・実施手続き

議会（Parlement）は、上院の元老院（Sénat）と下院の国民議会（Assemblée nationale）とで構成され、上院の任期は6年、下院の任期は5年で大統領による解散がある。法案提出に関しては、首相が提出する政府提出法律案と議員提出法律案とがある。

両院協議会で成案が得られた場合には、両院において成案が承認されれば、法律が成立する。成立した法律は、大統領の審署を得るため、大統領に送付される。大統領は15日以内に審署を行い、審署を得た法律は官報に公示される（ただし、大統領は、審署期間中に、議会に対して法律の全部又は一部の再審議を求めることができる。この求めがあった場合には、議会は、通常の審議手続により再審議を行う）。

政治体制は、議院内閣制と大統領制の中間的制度となっており、半大統領制と呼ばれることがある。政府を構成する首相およびその他の大臣は下院に対して責任を負う一方、普通選挙によって選出される大統領は、下院を解散することができ、首相の任命権や首相の提案に基づく他の政府構成員の任免権を有する。

4. 基本構造と特徴

（1）フランスの健康保険システムの基本構造

強制加入法定社会保険である健康保険システムは、単体の独立したシステムではなく、労災・年金等を包含した社会保険制度の一部門であること、および法定健康保険の大部分の給付対象は100%の額を給付せず患者はかなりの額の自己負担があるため補足する民間健康保険が不可欠となることがあげられる。

（2）フランスの健康保険システムの特徴

労使ベースの制度を補完する形式で皆保険が実現したこと、自己負担が大きい公的保険と民間健康保険の両者が併存する運営がなされていること、および共済組合・労使共済制度など多くの互助組織が重要な役割を果たしていることがあげられる。

VIII. オランダ

本章の記述は、2021年2月の時点の情報に拠る。

1. 健康保険システムに関する基本的考え方

(1) 現実的解決策の追求と効率性・選択の自由の重視

2000年代に公的健康保険者である疾病基金と私的健康保険者の合併・統合が進展している現実があるなか、現実的な解決策として私法に基づく公的健康保険者という現実的解決策が採用された。また、効率性と利用者・受益者の選択の自由を実現するために市場機能を利用しようとした。

(2) 私的な民間健康保険市場における当事者の行動特性・インセンティブに着目

① 私的な民間健康保険市場における保険者の危険選択・引受拒否とモラル・ハザード

保険取引においても他の財と同じく、Value for Money が事業成立の条件になっている。この原則は、保険加入者のリスクに見合った保険料にしなければならないことを意味している。もし、保険加入者のリスク水準より低い水準の保険料で保険引受を継続すれば、その保険事業は赤字となり継続できない。逆に保険加入者のリスク水準より高い水準の保険料で保険引受を継続しようとするれば、保険加入者を獲得・維持することは困難になる。保険需要からみて高すぎる保険料水準は保険需要を阻害消滅させ、リスクより低すぎる保険料水準は保険事業の継続を不可能にする。このため、保険者は、販売する保険料水準が許容できる保険加入者のみと契約し、許容できないリスクの者とは契約しないことにする必要がある。保険申込者のリスクをもとに、保険引受の可否、条件を決めることを、保険者の危険選択という。保険者の危険選択は、保険申込の引受拒絶を伴う。また、保険加入後に、被保険者の心理的な状態（モラル）が保険加入時に想定していたリスクの程度より高い程度で、実際の事故・保険給付を引き起こすことがある。この問題を、保険実務ではモラル・ハザード⁸と呼んでいる。保険者は、保険加入者のモラル・ハザードの状況を把握することは、非常に難しい。保険者は、保険契約後被保険者を継続して観察することができないからである。このように、保険加入者の行動特性とインセンティブ（誘因）が存在するため、私的な健康保険市場では、保険者の危険選択・引受拒否とモラル・ハザードに関する対応策が不可欠となる。

② 私的な民間健康保険市場における当事者の行動特性・インセンティブに着目した対応策

2006年に社会保険の保険者であった疾病保険基金と私的健康保険者が統合され、全て民間健康保険者となった。多くの国の民間健康保険市場とは大きく異なり、その民間健康保険者が強制加入の公的健康保険を引き受けている。民間健康保険市場の一般的特徴に由来する問題を克服しようとする仕組みを導入している。例えば、危険選択禁止の実効性担保のための資金フロー調整（リスク調整・財政移転）、モラル・ハザード対策の自己負担などである。2008年には、全ての健康保険者の給付に関して自己負担（deductible）が導入された。これらは、私的な民間健康保険市場における当事者の行動特性・インセ

⁸ 情報の非対称性に由来して当事者に生じる心理的・道徳的な問題群を、モラル・ハザードと呼ぶことが一般に多いが、保険分野では保険加入後に保険加入時に想定していたリスクに変化が起きてしまうことを問題にしている。

ンタイプに着目した対応策である。

2. 改革の沿革

改革の沿革について、19世紀の共済的基金の設立から、主要なものを取り上げる。

(1) 19世紀共済的基金の設立と20世紀社会保険の導入

1800年代前半には、慈善団体、薬局その他の慈善家によって共済的な基金が設立された。工業社会となる1800年代後半になると、労働者を対象とする労働組合が失業、疾病による医療費に対する給付を行う共済的な基金が設立されるようになった。

1900年代になると、それまで健康保険に消極的だった政府が社会保険の導入を実現するように変化した。その第一歩は、1901年に成立した労働者災害保険法（Ongevallenwet）である。1913年には、疾病法（Ziektewet）が成立するが、第二次大戦まで本格的な社会保険制度の樹立はできなかった。

(2) 1940年代のドイツ占領とドイツ的社会保険の導入

1941年にオランダはドイツに占領され、ドイツの指令に従ってドイツ的な疾病保険基金（Ziekensfonds）が導入された。疾病保険基金は、強制加入の社会保険制度であったが、一定水準以下の所得の勤労者とその扶養家族を対象とし、職域ではなく主として地域毎に設立された。保険料は労使折半で、保険給付は現物給付であった。国民の45%から60%程度が加入したと考えられている。

しかしながら、保険加入者は、労働者だけではなかった。この社会保険には、任意で加入できた（「任意保険（Voluntary Insurance）」と呼ばれていた）。それ以外に、任意に私的な健康保険を利用した人々もいた。ドイツの社会保険システムに類似した制度が実施された。

(3) 1991年・1992年疾病保険基金が競争する制度の導入とリスク調整の導入・改良

1966年に社会保険制度の疾病保険基金法（Ziekensfonds Wet: ZfW）が施行されたが、全員加入の皆保険制度とはならず、疾病保険基金（Ziekensfonds）の任意加入は残った。1941年から続く健康保険システムは、強制的な社会保険スキーム、任意加入の社会保険スキーム、私的健康保険の3部門構成のままだった。

上述した1966年社会保険制度の疾病保険基金法の施行の後、1991年から1992年にかけて、社会保険制度の担い手である疾病保険基金制度に大きな変更がなされた。一つは、疾病保険基金が競争する制度の導入であり、もう一つは予算制とリスク調整の導入である。

① 疾病保険基金が競争する制度の導入と疾病保険基金・民間健康保険とのグループ化

疾病保険基金は地域で事業展開をしていたのが、1992年に国レベルでの事業展開が可能になった。この変化は、疾病保険基金が地域単位の保険加入だけでなく、全国的な集団加入も実施する道を開いた。このため、疾病保険基金同士が競争する関係になった。雇用主を契約者とする集団契約（Collective contract）も一般化し、基礎的な補償内容に追加的な補償を付加する契約も行われるようになった。

そして、疾病保険基金の M&A も、疾病保険基金の民間健康保険者の取り込みも活発になり、グループ化もおこなわれた。

②予算制とリスク調整の導入

1991 年に疾病保険基金に保険給付に要する費用をベースにした予算制とリスク調整が導入された。疾病保険基金の加入者のリスク・プロファイルはそれぞれ異なり、従って疾病保険基金の保険給付に要する予算額はそれぞれ異なり、拠出すべき保険料も異なる。政府が、疾病保険基金が抱えるリスクの相違に基づく差違を調整するための役割を担うことになった。すなわち、加入者は、保険者である疾病保険基金に保険料を支払うだけでなく、他の疾病保険基金に関する社会連帯のための拠出を政府に行う。政府は異なるコストに関する調整のための資金提供を行う。

(4) 2006 年ヘルスケアシステムに消費者の選択を強化する改革

2006 年にヘルスケアシステムにおける、供給・需要に関して消費者の選択を強化する改革が実施された。

オランダでは、伝統的に病院等のヘルスケアサービス供給者には新規参入制限・抑制的価格規制が行われてきた結果、病院受診の待機者が生じるなど問題が生じたため、ヘルスケアサービス提供者についても需要者主導の競争を導入する自由化・規制緩和が実施された。1980 年代になると、それまで中央政府がヘルスケアサービス関係の市場において、その部分毎に価格と供給量の制限・規制を行ってきたアプローチの維持が困難になった。待機者リストを作成するほどの供給抑制的アプローチが維持できないこともあって、消費者中心の需要に応じる体制への変革を図る必要が政治的にあった。健康保険システムでも、疾病保険基金は強い規制の結果、政府が負担する費用も増加した。このため、供給抑制的政策から需要主体の競争促進的政策に転換が図られることになった。

需要主体の競争促進的政策に転換した大規模な改革が、2006 年に行われた。2006 年に成立したヘルスケアシステムの特徴は、次の三点である。

①三つの compartment によって構成される三層構造

第一層の compartment は、公的介護保険である。第二層の compartment は、治癒を目指した基本的な医療的ケアの公的健康保険である。第三層の compartment は、必須とはみなされないケアで、補完的な私的保険である。《図表 3》三層構造の内容参照。

②ケアは、公的な判断をもとに受給者に提供されるのではなく、個人の選択に基づき受給者個人に帰属する。

③公法に基づく全国民を対象にする公的介護保険、私法に基づく保険でありかつ公法に基づくシステムの一部となる強制加入の「私的かつ公的健康保険」⁹および補完的私的保険の三つの部分によって全体が構成されている。

⁹ 「私的かつ公的健康保険」は一見矛盾した表現であるが、オランダ政府が成立経緯について国外からの照会に応えるために作成した資料 (The Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS), “Health insurance in the Netherlands”, 2011.) の英文の直訳である。

《図表3》三層構造の内容

Compartment	医療・介護保険	主たる保障内容	根拠法令	保険の性質	対象者
第1 Compartment	公的介護保険	主として介護サービス	特別医療費補償法 AWBZ	公的 (public) 保険	全ての合法的な住民に加入義務
第2 Compartment	公的健康保険	緊急治療・病院、外来、薬剤、出産など主として急性期の治療	健康保険法Zvw	疑似私的 (Quasi-private) 保険または私的社会保障 (private social insurance)	全ての合法的な住民に加入義務
第3 Compartment	民間保険	第1、第2Compartmentの補完	通常の契約法	私的 (Private) 保険	任意加入

(出典) SOMPO 未来研究所成。

2006年に社会保険の保険者であった疾病保険基金と私的健康保険者が統合され、全て民間健康保険者となった。公的健康保険は、加入義務を課し皆保険を実現する社会保険制度として位置づけられている。多くの国の民間健康保険市場とは大きく異なり、その民間健康保険者が強制加入の公的健康保険を引き受けている。オランダの公的健康保険は、加入義務を課し皆保険を実現する社会保険制度であるが、同時に私的でもあるので「私的」社会保障 (Private social insurance) または疑似私的 (Quasi-private) と表現されることがある。

疑似私的民間保険市場で、民間健康保険者が強制加入の私的社会保障の担い手になっている仕組みは、オランダの独自の仕組みである。

(5) 2015年介護サービスの包括的改革による健康保険者の役割の変化

2015年にオランダは、介護サービスに関する包括的改革を実施した。介護サービスは、分権化して地方自治体が担うことになり、健康保険者は介護サービスに関する担い手の一翼となった。

改正された健康保険法は、健康保険者がホームナースング (含む日常生活ケア) を担うと定めた。この結果、健康保険者が対象にする範囲は、プライマリーケア、病院専門医による治療からホームナースングまで非常に広く拡大した。ホームナースングでは、地域看護師 (district nurse) が利用者の自宅を訪問し、予防・ケア・福利 (wellbeing) ・住居にわたる統合したサービスを提供する。地域看護師は、利用者自身がおもてできることがありそうか評価するという重要な役割を担う。

3. 制度改革の立法手続き・実施手続き

オランダの議会 (Staten-Generaal) は、第一院 (Eerste Kamer der Staten-Generaal) と第二院 (Tweede Kamer der Staten-Generaal) の二院で構成される。第一院は州議会議員の間接選挙で選出される議員で構成され、第二院は直接選挙で選出の議員により構成される。第一院には法案修正権と法案提出権がない。通常4年毎に行われる第二院議員選挙の後、国王の任命する組閣担当者 (formateur) によって内閣は組閣される。

通常の政府提出法案は、国務院 (Raad van State) に諮問を行ってから、議会に提出される。法案は、第二院の議員も提出する。

4. 基本構造と特徴

(1) オランダの健康保険システムの基本構造

公的健康保険者が私法に基づく主体であること、民間健康保険市場の機能を前提としていること、および民間健康保険市場の一般的特徴に由来する問題を克服しようとする仕組みも併せ持っていることを、あげることができる。

(2) オランダの健康保険システムの特徴

皆保険を実現する社会保険制度で、私的保険者が公的保険者になっていること、市場機能を利用して効率性と利用者・受益者の選択の自由を実現しようとする事、制度改革に際して当事者の行動特性・インセンティブに着目した改革を行っていること、および公的健康保険者と私的健康保険者の合併・統合が進展しているなか私法に基づく公的健康保険者という現実的解決策を採用する現実感覚に裏付けられていることをあげることができる。

Ⅷ. おわりに

1. 比較の視点と項目

米国、英国、コモンウェルスのカナダ、オーストラリア、欧州のドイツ、フランス、オランダの7か国について、基本的考え方、改革の沿革、制度改革の立法手続き・実施手続および基本構造と特徴を記述してきた。

日本の健康保険システムの基本構造・特徴について理解を深めるために、①皆保険か否か、②公的保険に関して加入選択と自己負担、および③公的保険と民間保険との関係について、上述した7か国と日本との比較を試みた。

2. 皆保険か否か

米国は皆保険ではないが、英国、コモンウェルスのカナダ・オーストラリアおよび欧州のドイツ・フランス・オランダは、皆保険または全住民対象の医療保障となっている。

全住民対象の医療保障となっているのは、英国とオーストラリアである。英国のNHSは、財源が殆ど税金で、全住民を対象とした1948年に開始している。オーストラリアは、1984年に一般財源と目的税を財源として全住民を対象としたメディケアを開始している。

皆保険化の過程を振り返ると、カナダの皆保険化は1972年、欧州大陸のドイツ・フランス・オランダの皆保険化は2006年以降となっている。

一方、日本の皆保険化は、1961年である。英国のNHSよりは遅いが、皆保険の歴史は比較的長いといえるだろう。

3. 公的保険に関して加入選択と自己負担

公的健康保険について、保険加入者が健康保険者を選択できるかとの論点がある。そもそも、英国のNHSもカナダの州運営健康保険制度もオーストラリアのメディケアも税金主体の財源で運営されてお

り、公的給付として捉えることも可能だろう。これらの公的保険・公的保障では、加入選択という観念が生じる余地はない。また、モザイク模様の分立した健康保険者と普遍的疾病保護 PUMA で皆保険化しているフランスでも同様であろう。保険加入者の加入選択が議論となるのは、オランダとドイツである。オランダは、市場機能を利用して効率性と利用者・受益者の選択の自由を実現しようとしている。保険加入者の加入選択は当然となる。ドイツは、19世紀に健康保険者である疾病金庫の加入について原則は加入強制であったが、その方法も、決まった疾病金庫への加入と加入疾病金庫の選択が可能な単に疾病金庫加入への強制加入のいずれもあったし、また、保険加入義務を課された労働者は、加入すべき疾病金庫に不満があれば、自分たちの仲間を募って疾病金庫を設立し、そこに加入することができた。つまり、強制加入の疾病金庫、任意加入の疾病金庫の両方が存在し、金庫の任意設立や金庫選択の自由を認められていたという経緯がある。1993年保険加入者の疾病金庫の選択拡大とその弊害対策のためのリスク構造調整が実施された。疾病金庫間には、加入者の年齢構成・所得水準の違いがあり、加入者集団のリスクが大きく違う問題の対処のために加入者集団のリスクが低い疾病金庫から加入者集団のリスクが高い疾病金庫に資金移転をする数理的な手法を用いたリスク構造調整の措置が実施された。

ドイツにおける被保険者による疾病金庫の選択とリスク構造調整の実施という改革は、合理的によく考えられた改革ではあったが、一旦選択の自由が拡大した以上、後戻りが不可能な改革であった。伝統的に選択の自由があった環境でその選択が拡大した状況で、選択の自由を剥奪することを人々が許容することは考えにくい。また、伝統的に選択の自由があった環境が無かったとしても、実務的に選択の自由という自由を享受したあと、果たしてその自由を禁止することができるか、支持されるか疑わしい。健康保険者の加入選択は、実務的観点からみると、帰らざる河を渡ることを意味する。

次に公的健康保険・医療保障に関する自己負担を整理する。英国、カナダおよびオーストラリアでは公的健康保険・医療保障は原則無料であるので、自己負担はない。ドイツ、フランスおよびオランダでは自己負担がある。英国、カナダおよびオーストラリアでは公的健康保険・医療保障は原則無料で自己負担はないが、GPの受診と病院・専門医への紹介という抑止的措置が設けられている。健康保険からの給付に自己負担を設けるのは、保険加入者の資源浪費を抑制するためと考えられる。

日本の健康保険制度は、健康保険者の選択の余地はない。これは、日本の健康保険制度の大きな特徴である。仮に、健康保険者の選択について検討する場合には、ドイツの経験を参考にして健康保険者の選択の帰結を熟慮する必要がある。

また、日本の健康保険制度には、GPの受診と病院・専門医への紹介という抑止的措置が無いことも日本の特徴である。医療資源の浪費を抑制するための負担制度が実施されているが、更に医療資源の浪費を抑制する方法の検討も課題になりうる。

4. 公的保険と民間保険との関係

公的保険・公的医療保障と民間健康保険の関係は、各国各様である。

米国では、メディケアやメディケイドの公的医療保障・健康保険と職域中心の団体民間健康保険の混合となっている。州政府が運営するメディケアでは、民間健康保険者が運営業務を受託することも行われている。英国では、公的医療保障であるNHSと民間健康保険は単に併存しているだけである。ただ

し、民間健康保険のサービスを受けるために NHS の GP にかかることもあり、NHS で生じる待機期間を避けるために民間健康保険を利用することがある。カナダでは、医療サービスのコアの部分は州の健康保険のみが担い、民間健康保険を実質禁止する州もある。オーストラリアでは、民間健康保険が特異な補償をしている。すなわち、民間健康保険者は有病者でも高齢者でも同一保険料である。また、健康保険者には引受義務がある。ドイツでは、民間健康保険は公的保険を補完するだけでなく、代替もする。フランスでは、法定健康保険のかなりの自己負担を補完する補足的疾病保険としての民間健康保険がある。オランダでは、私的な健康保険者が公的健康保険の担い手になっている。

日本の民間健康保険は、ガン等の特定の疾病に関し、診断・手術などを受けた際に給付金を支払うタイプが大宗を占めている。給付金は決まった額を給付することが多い。民間健康保険に関する需要は、差額ベッド代などの費用支出増や入院中の収入減少などの収入減に由来する。

日本の民間健康保険は、ガン等の特定の疾病に関し、診断・手術などを受けた際に給付金を支払うタイプが主流で、公的保険を直接補完することも代替することもない。

5. 日本の健康保険システムの基本構造・特徴

日本の健康保険システムの基本構造として、公的健康保険が長く皆保険となっていることをあげることができる。

その特徴は、公的健康保険において健康保険者の選択の余地はないこと、GP の受診と病院・専門医への紹介という抑止的措置が無いことおよび日本の民間健康保険はガン等の特定の疾病に関し診断・手術などを受けた際に給付金を支払うタイプが主流で公的保険を直接補完することも代替することもないことをあげることができる。