

健保連海外医療保障

No.103 2014年10月

■特集：医療費財源構造と財政状況

●ドイツ

ドイツにおける医療費財源構造の変革とその評価

.....田中 耕太郎

●フランス

フランスの医療保険財政：最近の動向 笠木 映里

●イギリス

NHS改革と財政状況 田畑 雄紀

●アメリカ

アメリカにおける医療費の財源構造

—メディケア・パートBを中心に 石田 道彦

■参 考 掲載国関連データ

●ドイツ／フランス／イギリス／アメリカ

健保連海外医療保障

No.103 2014年10月

ドイツにおける医療費財源構造の変革とその評価

山口県立大学教授

田中 耕太郎

Tanaka Kotaro

ドイツの公的医療保険は、19世紀末の制度創設以来1世紀以上にわたって、必要な費用は労使折半負担の保険料によって賄う伝統を堅持してきた。しかし、この方式の下、1970年代以降、賃金の伸びを超えた医療費の増加に伴って保険料率の上昇が続き、年金など他の分野も含めた社会保険料の事業主負担が雇用追加コストとして認識され、その抑制が大きな課題となってきた。

このような流れのなかで、2004年から初めて公的医療保険に連邦補助が導入され、一度は廃止されかかったものの、再度、導入・拡大が図られ、公的医療保険の重要な財政基盤の一部として定着しつつある。しかし、これはその時々々の経済・財政状況により大きく影響を受け、計画的で安定的な財政基盤とはいえないほか、EUおよび国内的な厳しい財政健全化への制約のなかで、これに過度の期待を寄せることも現実的ではない。

もう1つの財源負担のルールの修正が労使折半負担原則の修正で、折半負担の保険料率は法律で14.6%（事業主負担は7.3%）に固定され、これを上回る財政需要が生じた場合には、各疾病金庫が被保険者のみの負担による追加保険料によって賄うこととされ、将来の医療費増加の負担が被保険者のみの肩に負わされることとなった。

これらの新たな財源構造の変化が将来の医療費抑制に向けてのパワーバランスにどのような影響を及ぼすか、またこれが現実に実施された場合に国民の納得が得られるか、今後の動向に注目したい。

1. 本稿で扱う医療費の範囲

ドイツでは、医療費の給付種類別、費用負担者別、施設種類別の統計として、毎年、連邦統計庁が推計して公表する保健支出統計（Gesundheitsausgaben）が一般的に用いられている。これは基本的にOECDのSystem of Health Accountsの概念を用いており、給付の種類（function）、施設（provider）、費用負担者（sources of funding）の分類に対応している。他方で、日本の「国民医療費」統計がそうであ

るように、ドイツの国内での必要性や経緯などから、両者では相互に異なっている点も存在している。

また、ドイツでは医療保険において、人口の約9割をカバーする公的医療保険とともに民間医療保険が存在し、これが公的医療保険の強制適用対象から除外されている官吏、自営業者、強制適用報酬上限額を上回る高収入の被用者などを対象として代替的医療保険を提供するとともに、公的医療保険加入者も対象とした追加的医療保険を提供している。

このような日本とは異なる医療保障制度や統計上の概念の相違などから、直近の2012年保健支出統計によれば、保健支出総額は3,004億3,700万ユーロ（約42兆円）とされているが、これには投資的経費、予防の費用や介護保険の給付費、管理運営費なども含まれており、介護保険の給付費には家族介護の場合の介護手当の費用なども含まれている。

その結果、投資的経費を除いた経常的保健支出2,904億2,200万ユーロに限ってみても、このうち費用負担者別でみると公的医療保険の支出は1,722億6,300万ユーロと、全体の59%を占めるにとどまっている。

このため、日本の公的医療保険における医療費財源構造のあり方やそこでの保険料と公費負担の役割などへの示唆を念頭に置いた分析を主旨とする本稿では、この保健支出統計を用いず、連邦保健省の公的医療保険に関する統計データや各種資料を対象として分析を行い、公的医療保険の財源構造の変革や今後の見通しについて述べることとする。

2. 公的医療保険財政への連邦補助（公費負担）の導入と拡大

（1）労使折半負担の保険料のみによる財政運営の伝統

労使折半負担の保険料による社会保険の母国ドイツにおいても、公的年金制度では1891年の障害年金の創設以来、一貫して国の補助が行われてきた。これは当初は労働者年金保険に対してのみ行われてきたが、1946年以降は職員年金保険に対しても行われるようになった。その金額も、現在に至るドイツの年金制度の基本骨格を形成した画期的な第1次年金改革が実施された1957年当時で316億マルクと、年金支出額の31.8%を占めていた。この比率はその後低下が続けたが、1992年年金改革以降増加し、2013年では年金支出額の27.2%を占めるに至り、連邦予算に占める比率も19.9%と最大の費目となっている。

一方、これとは対照的に、公的医療保険制度

においては、1883年の制度創設以来、1世紀以上にわたって国の補助は行われず、給付費はもちろん事務費についても、必要な費用は基本的にすべて労使折半負担の保険料財源により賄う伝統が堅持されてきた。これは、医療保険は労使の代表で構成される疾病金庫が保険者となり、当事者自治の原則の下で運営されるべきで、安易な国の補助金への依存は国による制度運営への介入を招き、また時々の国の財政事情により大きく影響され運営が不安定になることへの危惧によるものであった。

このような財政構造の結果、必然的に、保険料収入の基礎となる労働報酬の伸びを超えた医療費の増加は保険料率の引上げをもたらす。現に、医療費の増加が大きな問題となってきた1970年代後半以降は、必要な費用を賄うために保険料率の引上げが続き、これを抑止するために大胆な医療費抑制策が繰り返し断行されてきた。それにもかかわらず、医療費抑制策の効果は一時的で、保険料率は1970年には8.2%であったものが1980年には11.38%、1990年には12.53%、2000年には13.57%へと上昇を続けてきた。

また、1970年代後半以降、経済の低迷、失業率の悪化・高止まり、労働報酬の伸びの低下、少子高齢化の進展などの経済社会環境の下で、医療保険にとどまらず、年金や雇用保険など、他の分野も含めた社会保険料負担の増加が続いた。とりわけ1990年の東西両ドイツ統一後は、旧東ドイツ領の再建のための重い経済財政負担が加わったことや、期を同じくしてEU域内市場の統合・深化と国際的な企業間競争の激化などの環境変化のなかで、ドイツ企業の国際競争力の確保と企業立地・雇用創出の場としてのドイツの立場を回復することが政労使や与野党の立場を超えて、1990年代のドイツ社会の最優先の課題となっていった。そして、この文脈のなかで、年金、医療、雇用、介護を合わせた社会保険料率が40%を超えるに至り、その抑制と軽減に向けた施策が講じられてきた。

ちなみにこのような時期に当たる1996年の各社会保険制度の保険料率は次のとおりで、多く

の国庫負担（補助）が導入されている日本において対応する制度の保険料率と比べると、全体で1.7倍もの高さとなっている。

	ドイツ	日本
年金保険	19.20%	13.58%（総報酬換算）
医療保険	13.40%	8.20%（政管）
失業保険	6.50%	1.15%
介護保険	1.70%	0.95%（2000年、政管）
計	40.80%	23.88%

その後もドイツでは社会保険料の上昇が続き、1998年には42%を超えるに至った。こうした背景の下、次に述べるように2004年の医療保険現代化法（GMG）により、ついに公的医療保険の1世紀を超える歴史のなかで初めて連邦補助（公費負担）が導入された。

（2）医療保険現代化法による連邦補助の導入とその後の削減・廃止の動き

1998年の連邦議会総選挙の結果、1982年から4期16年間続いたキリスト教民主／社会同盟（CDU／CSU）政権に代わってドイツ政治史上初の社会民主党（SPD）と連帯90／緑の党による本格的な左派政権が誕生し、医療保険改革についても大胆な改革に乗り出した。

その重要な成果の1つが2003年11月14日の医療保険現代化法で、与野党間での事前協議と調整の結果、連邦議会では自由民主党（FDP）を除くすべての政党の賛成により可決され、連邦参議院でもほぼ無修正で両院協議会の召集もなく可決成立し、その主要な部分が2004年1月1日から施行された。

この改革はいくつもの重要な新たな手法を導入しているが、財政の仕組みに関しては、社会法典第V編221条に新たに「支出への連邦の参加」とする規定を設け、保険になじまない給付に対する疾病金庫の支出への連邦補助に関する根拠規定を置いた。そして、具体的には2006年以降、毎年42億ユーロを連邦から補助することとし、段階的に2004年は10億ユーロ、2005年は25

億ユーロを支出することとされた（本稿では「連邦補助I」と呼ぶ。）。

このように史上初めて公的医療保険への公費負担が法律上規定されたが、その後の連邦財政の悪化と財政基盤の強化のため、早くも2006年6月29日の「2006年予算随伴法」により縮小・廃止が決定され、2006年の42億ユーロは2007年には27億ユーロほど削減されて15億ユーロに、そして2008年からは完全に廃止されることとなった。

この改正の背景には、国の財政の急激な悪化と厳しい雇用情勢がある。すなわち、1990年代半ば以降続く経済の低迷と財政状況の悪化はこの時期ピークにきており、2006年の財政収支はGDPの3.5%と大幅な赤字に陥った。他方で完全失業率は全ドイツで2005年13.0%、2006年12.0%と、再統一後も含めて戦後最悪の数字を計上した。

このため、2005年の総選挙の結果、戦後2度目の大連立政権を構築したCDU／CSUとSPD政権にとって、経済成長と雇用の改善に向けた施策の強化が急務となっていた。そこで、この法律により、付加価値税率を一気に16%から19%に引き上げて財源確保の強化を図るとともに、雇用の改善に向けて賃金追加コストとしての社会保険料負担を軽減するため、引き上げる付加価値税率3%のうち1%分を用いて代替財源に当てることで、2007年1月から雇用保険の保険料率を6.5%から4.5%に一気に2%¹⁾引き下げることにした。

2006年から毎年42億ユーロと規定されていた公的医療保険に対する連邦補助の削減・廃止は、このような差し迫った財政基盤の強化の一環として実施されたものである。政府の提案理由のなかでは、一方で経済成長と雇用の促進を目指しつつ、他方で財政基盤の強化という喫緊の目標を実現するための一連の措置で、「公的医療保険に対する連邦の包括的な支払いは2007年は15億ユーロに設定され、その後はこの種の支払いはもはや行われぬ」と突き放した説明となっている。

(3) 公的医療保険競争強化法による再度の連邦補助の導入と拡大

上記のように、2004年から初めて導入された公的医療保険への連邦補助という新たな財政の仕組みは、ドイツ社会のなかで未だ根を下ろす間もなく、厳しい財政状況に直面してわずか4年間であえなく廃止の憂き目にあった。

このような状況をひっくり返し、再度規模も拡大して制度の柱に位置づけたのが2007年3月26日の公的医療保険競争強化法（GKV-WSG）であった。

この法律が成立した背景には、2005年の総選挙に際して、市民保険（Bürgerversicherung）による国民皆保険を主張するSPDと、逆に労働報酬への関連性を断ち切った定額の人頭保険料（Kopfprämien）方式を主張するCDU／CSUとが医療保険のあり方を巡って大きく対立する政策を掲げて戦ったが、結果的に両者ともに少数政党との連立による過半数を獲得できず、戦後2度目の大連立政権を選択したことがある。このように、本来は逆方向の改革を主張した2大政党がその主張を妥協して成立させたものだけに、双方の主張を取り入れた広範で複雑な内容となっており、その方向性を統一的に説明するのは難しいが、2004年の医療保険現代化法を主導したSPDのウラ・シュミット女史が引き続き連邦保健相として同じくクニプス保険局長とのコンビで主導したこともあり、内容的にはSPD色が強いものとなった。

その改革内容は多岐にわたるが、本稿との関係でいうと、その改革の柱の1つとして、財政方式の改革を位置づけたことが重要である。具体的には、公的医療保険は保険料負担のない児童への医療保障を始めとして社会全体の連帯のための財源として包括的な連邦補助を再度制度上に位置づけ、これにより公的医療保険を長期的に安定し、公正で雇用促進的な基盤を構築するとした。

しかし政府原案では、将来的な財政負担を危惧する財政当局の慎重な姿勢もあり、具体的な

金額としては2008年に15億ユーロを支出するだけでなく定められ、それ以降は次の総選挙後の政権の判断に先送りする消極的な内容となっていた。

これに対して、連邦議会での審議の過程で大連立政権を構成する2大政党の合意として議会修正が行われ、2007年および2008年はそれぞれ25億ユーロとし、その後は毎年15億ユーロずつ増額して最終的に2016年より毎年140億ユーロとすることとされ、一気に額も連邦補助Iの3.3倍へと拡大された（本稿ではこれを「連邦補助II」と呼ぶ。）。

このように、連邦議会での2大政党の合意による議会修正により連邦補助の位置づけが政治的に明確に示されたことから、次に述べるようにその後も時々の経済財政状況に応じて激しい変動はあったものの、現在に至るまで、この水準での連邦補助を新たに医療保険財政の一部として位置づける新たな財政パラダイムがほぼ確立したものとみることができるであろう。

(4) 経済金融危機下での連邦補助の拡大と国の財政基盤強化のための削減

上記のような経緯で公的医療保険への連邦補助は年次計画に着実な増額が位置づけられたが、そのペースに大きな変動をもたらしたのが2008年秋に発生したリーマン・ショックによる世界的な経済金融危機とこれによる雇用情勢の悪化であった。ドイツでも同年の冬には雇用情勢が深刻化し、早急に経済雇用対策を実施する必要に迫られた。

これを受けて連邦政府は、2009年1月14日に「雇用の確保、経済成長力の強化および国の現代化に向けたドイツの雇用と安定のためのパッケージ」を決定し、これを実施するために2009年3月2日の「ドイツにおける雇用と安定の確保のための法律」（いわゆる景気パッケージII）を制定した。その内容は、各種の税制改革から研究開発投資の促進、職業訓練などの雇用促進措置に至るまで多岐にわたるが、その一環として、雇用に伴う社会保険料負担を軽減するため、公的医療保険の労使折半負担の保険料率を

14.6%から0.6%ほど引き下げて14.0%とする措置を講じ、2009年7月1日から実施した。

同時にこれに伴う保険料収入の減少分、約60億ユーロを補填するため、予定されていた連邦補助を前倒しして増額し、2009年に32億ユーロ、2010年と2011年にはそれぞれ63億ユーロほど追加するほか、2012年には55億ユーロの増額により、本来は2016年に予定されていた年額140億ユーロの連邦補助を2012年に達成することとした。

さらにこれに追加して、2010年4月14日の社会保険安定化法により新たに221a条を設け、景気の低迷に対応するための一時的な連邦補助として、2010年に39億ユーロを、さらに同年12月9日の「2011年予算随伴法」により2011年には20億ユーロを一時的に支出することとした。この結果、本来予定されていた連邦補助IIの各年予定分に前倒し増額分、そして一時的連邦補助を加えた総額は、2009年が72億ユーロ、2010年が157億ユーロ、そして2011年が153億ユーロと急激に増額された。

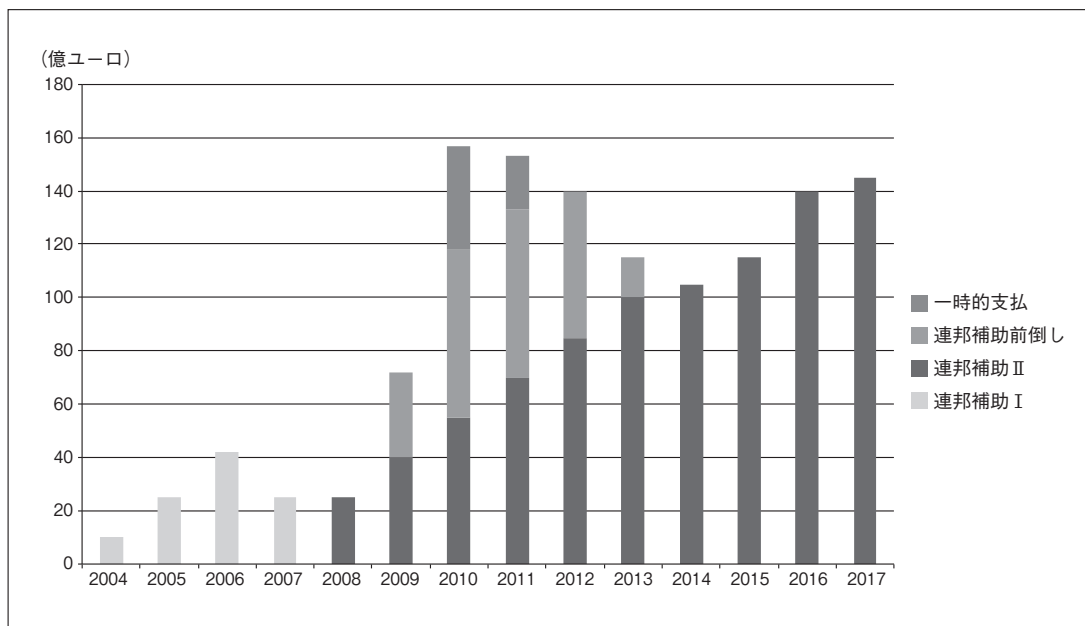
その後は経済金融危機の影響も乗り切り、経

済雇用状況も急速に改善してきたことと、保険料率を2011年から再び15.5%（労使折半分14.6%＋被保険者のみ負担の保険料0.9%）に引き上げた効果もあり、医療保険財政は医療基金の支払準備金も、各疾病金庫の剰余金もかつてない規模にまで膨らみ、結果的に被保険者のみの負担による各疾病金庫の追加保険料の徴収は不要のままで済んだ。

このような背景の下で、今度は財政基盤の強化のための施策が優先され、2012年12月20日の「2013年予算随伴法」により、同年達成された年額140億ユーロの連邦補助に比べ、2013年は25億ユーロほど減額されて115億ユーロとされ、さらに「2014年予算随伴法」により、2014年は105億ユーロ、2015年は115億ユーロに引き続き減額されたが、2016年には本来の水準額である140億ユーロまで回復し、将来の医療費支出の増加に備えて2017年には145億ユーロとすることとされた。

このような2004年からの連邦補助額の推移をその性格別に分類して年次推移で見たものが、図である。

図 連邦補助額の年次推移（2004－2017年）



出所：Clemens,Johannes（2013）を参考にして筆者が加筆修正した。

ここからも、連邦補助の水準が国の経済や雇用状況、そしてとりわけそれを反映した国の財政状況によって大きく変動し、影響を受けていることが見て取れよう。

(5) 公的医療保険への連邦補助の導入・拡大の評価と今後の見通し

以上述べたように、ドイツでは21世紀に入って、新たな公的医療保険の財政枠組みの一部として一定程度の連邦補助（公費負担）を組み込むパラダイムの転換が図られてきたが、ここではその10年余りの変遷の跡から、その背景や評価、そして今後の見通しや課題について考察する。

① 公的医療保険財政における連邦補助の位置づけの定着

ドイツの公的医療保険においては、19世紀末の制度創設以来、長きにわたって保険料のみによる財政方式が労使の自治的制度運営と一体となって伝統として確立されてきた。このため、SPDと緑の党による本格的な左派政権下で2004年から初めて導入された連邦補助の仕組みは、将来の財政負担への強い危惧から、導入早々にして縮小・廃止の憂き目に遭遇したことからも明らかのように、ドイツでの受け入れ、定着は難しいかとも思われた。これは財政当局だけではなく、医療保険政策の専門家の間でも、公費負担の導入は政府や財政当局による制度運営への介入が強まることや、その時々々の財政状況により不安定になり、計画的な運営が困難になるおそれから、その導入に懸念を示す意見も少なくなかったことから、これへの理解や支持が広がるかどうか、不確定な状況であったといえよう。

しかし、社会全体を強く支配した経済・雇用の確保とそのための賃金追加コストとしての社会保険料、とりわけ事業主負担分の増加の抑制・軽減の要請は強く、2007年改革で連邦補助の継続と拡大が大連立を構成する2大政党の政治的意思として明確になって以降、その時々々の経済・財政・雇用状況により大きく変動はしつ

つも、導入から10年を経過して、おおよそ140億ユーロ、年間の公的医療保険収入の7%前後については、安定的で継続的な制度運営の基盤として、連邦補助制度がほぼ確立・定着しつつあると評価して差し支えないものと思われる。

② 連邦補助導入を支えた公的医療保険制度の性格の変化

長い間排除されてきた連邦補助が導入され、短期間に拡大し定着してきた背景として、ドイツの医療保険における公的性格の強化を指摘しておく必要があろう。ドイツの医療保険は、1993年の医療保険構造改革法により、被保険者による疾病金庫の自由選択制とそのための競争条件の整備として精緻なリスク構造調整が導入された。その目指すところは、疾病金庫間の自由な競争を通じて、提供する医療サービスの質と効率性の向上を実現する、という基本理念だった。いわゆる「連帯下の競争」、あるいはドイツ版マネジド・ケアと呼ばれる理念枠組みである。

しかし、アメリカと異なり、強制加入の被保険者を中心とした公的医療保険加入者が人口の約9割を占め、残る約1割を対象とした代替的な民間保険が並立し、疾病金庫においても性・年齢・有病率、所得水準など加入者の収支両面にわたる構造的な格差を抱えての競争は、容易に保険者によるリスク選別や被保険者による逆選択を引き起こしやすく、それを制度的に封ずるために、本来の選択や競争の理念とは逆に、どんどん規制が強まるという逆説的な状況がみられてきた。

その1つの到達点が2007年の公的医療保険競争強化法で、これにより2009年から国民皆保険が実現されるとともに、各疾病金庫財政を一元的に管理するための医療基金が連邦保険庁に設立された。さらに、ここを通じて各疾病金庫に配分される費用について、従来の性・年齢・障害の有無という間接的指標に加えて直接的な有病率指標まで加えた精緻なリスク構造調整が導入された。また、本来は自由な競争市場にあるはずの民間医療保険についても、これがクリー

ム・スキミングで不当な利益を上げず公的役割を果たすことを求め、公的医療保険の条件と同等の内容を持つ統一的な基礎タリフの提供とこれによる保険引き受けの義務づけ、加入先変更時の老齢積立金の携行の義務づけなど、規制が大幅に強化された。

このように2009年からのドイツの医療保険制度は、その競争と選択という狙いにもかかわらず、実質的には国による統制と医療保障の公的責任を大きく前進させる内容となっていた。

連邦補助の本格的な導入と拡大は、目の前の事情としては雇用の改善に向けて保険料率を抑制する必要性があったことは明らかだが、それだけではなく、このようなドイツ医療保険制度における国による制度全体の運営への関与と責任の拡大という枠組みのなかで比較的違和感なく導入されたということができるとは思われる。この点は、日本における1948年の国民健康保険の市町村公営原則の採用が、その後の国民健康保険への国庫負担の拡大を容易にした点と相通じるものがあるといえよう。

③ 国の厳しい財政規律と予断を許さない医療保険の財政基盤の確立

以上のように、ドイツにおいてもこの10年余り、医療保険の安定的な財源として連邦補助が定着してきたが、他方で、その長くはない歩みからも容易に読み取れるように、その時々の経済・財政事情により激しく変動し、制度の計画的な運営のための安定的な財政基盤とはいえないことも明らかであろう。

とりわけ日本とは異なり、ドイツはEUが定めるマーストリヒト条約による通貨統合の参加基準である、財政赤字を対GDP比で3%以内に抑えるという強い財政枠組みの制約がある。しかも、ドイツは独自に基本法（憲法）を改正して財政赤字を厳しく抑制する独自の取組みまで進めており、EU加盟国内のなかでも経済財政の優等生として、財政健全化には最優先の課題として取り組んでいる。

現在の医療保険財政のかつてない剰余金の

蓄積は、医療費支出を上回る労働報酬の伸びによってもたらされたわけではなく、経済・雇用環境が改善されるなかで2011年から0.6%もの保険料率の大幅な引上げを行ったことと、2011年の公的医療保険財政法による医薬品の価格凍結や強制的な割引などの費用抑制策による一時的な現象で、高齢化等による有病率の増加や新たな医療技術の開発による費用の増加傾向は続いており、労働報酬の伸びを上回る医療費の増加が確実視されている。

そのようななかで、国の財政にも余裕はなく、今後の上昇する医療費負担の支えを連邦補助に期待することは困難である。現在のところは、医療費の7%前後までの水準で公的医療保険の財政基盤の一部を国も相応に参加して支援する、という程度の位置づけについての合意にとどまっているというべきであろう。近い将来、次の段階でこれがどのような方向に進んでいくか、注意深く見守りたい。

3. 労使折半負担による報酬比例保険料の原則の一部修正

(1) 雇用追加コストとしての事業主の社会保険料負担の抑制の動き

既述のように1990年代のドイツは東西ドイツの再統一に伴う重い財政負担、EU統合の深化とグローバル経済下での国際的な企業間競争の激化などの激しい環境変化が加わり、経済の低迷、財政状況の悪化、高い失業率などに苦しみ、経済成長と雇用の創出・確保が社会全体の最優先課題となっていた。そのなかで、雇用の確保の阻害要因として指摘されていたのが労使折半負担の原則の下での社会保険料の事業主負担の重さであった。

このため、医療保険も年金も雇用保険も保険料収入の伸びを上回る支出増によって保険料率の上昇が続くなか、事業主負担の増加を抑制し、さらには軽減するための試みは90年代にすでに始まっていた。

そのオーソドックスな手法の第1は、当然のこ

とながら給付費の伸びを保険料収入の伸びの範囲に抑えることで、そのために各制度ともこの四半世紀の間、さまざまな改革を通じて給付範囲の削減、給付水準の引下げ、給付の効率化などに向けた取り組みを行ってきた。しかし、残念ながら、少子高齢化の進展、医療技術の進歩と高額化、雇用情勢の悪化などの給付費の増加要因が相次ぐ一方で、経済の低迷と雇用情勢の悪化などにより保険料収入の伸びが追いつかず、社会保険の各分野で保険料率の上昇が続いた。

そこで第2の手法が保険料以外の財源を投入する方策で、典型的なのが公費の投入、拡大の道であった。これは付加価値税率の引上げや環境税制の改正による増収分を年金財政や雇用保険財政に投入して保険料率の引下げを図ってきたことにみられるし、医療保険におけるその動向と評価については前項で詳述したところである。また、医療保険における患者一部負担の引上げも新たな財源の確保という視点から見ればこの範疇に入るであろう。

そして第3の手法が長年の社会保険の伝統である社会保険料の労使折半負担の原則の修正という選択肢である。そもそも労働起因性の少ない社会保険の保険事故について、その費用の半分を事業主が負担する根拠についてはさまざまな議論があるが、いずれにせよ、これはすでに長い歴史のなかで確固として確立されてきた原則であり、また労使間の雇用条件や賃金交渉などとも深く結びつく重大な原理であるため、その修正は容易なことではない。にもかかわらず、上昇を続ける社会保険料負担がドイツにおける雇用の確保にとって阻害要因となっているという認識が立場を超えて形成されていくなかで、医療保険以外の分野では、徐々にその修正が図られてきた。

まず、この議論が具体化したのが1994年の介護保険法であった。この新たな社会保険の領域の創設自体も多くの議論があったが、注意が払われたのは、この介護保険料の新設に伴う事業主負担をどう補填するか、という点だった。結果的には、1995年4月からの在宅給付の導入に

先だって1月から労使折半負担の1%の保険料が設定されたが、その際、事業主のこの新たな負担増0.5%分、つまり支払賃金総額の200分の1に相当する負担を補填するため、法律では各州で定める有給の休日を1日分削減することとし、これを実施しない州で就労する被保険者は折半負担ではなく保険料全額を本人負担とすることとされた（介護保険法58条3項）。実際に、ザクセン州では宗教上の理由から1日分の休日を労働日に変更する措置を講じなかったため、同州で就労している被保険者は1%分が全額本人負担とされた。

次に、法律上の労使折半負担の修正というかたちは取っていないが、実質的に事業主負担の抑制と被保険者のみの負担への一部切り替えと評価することができるのが、年金保険における2001年のいわゆるリースター年金による公的年金の一部代替措置である。すなわち、少子高齢化が進行する2020年および2030年においても公的年金の保険料率をそれぞれ20%と22%を限度とするとともに、これに伴う公的年金の給付水準の低下をカバーするために、公費助成付きの任意加入の積み立て方式による個人年金を導入し、保険料賦課対象労働報酬の4%まで、段階的にその保険料を引き上げた。その意味では、これも労使折半負担の原則を実質的に一部修正したものと評価することができる。

(2) 医療保険における労使折半原則の一部 修正の第1段階

医療保険の保険料の労使折半原則の一部修正を制度上正式に位置づけたのは、連邦補助に途を拓いたのと同じ医療保険現代化法であったが、その経緯は若干複雑で、公的医療保険の給付範囲の問題とも密接に絡んでいる。

まず、この議論の始まりはCDU/CSUとFDP政権下の1997年に成立した第1次および第2次公的医療保険新秩序法による歯科補綴の公的医療保険からの給付除外措置であった。これは、虫歯は本人の予防責任が大きいことやEU加盟国の間でも歯科補綴を公的医療保険の対象として

いない国や給付範囲が限定された国が多いことなどを理由に、財政対策の面からも給付範囲から除外しようとしたものであった。

これに対して、1998年の総選挙で16年ぶりに政権復帰し、緑の党との間で史上初の本格的な左派政権を誕生させたSPDは、選挙時の公約にしたがってこの法律による改正内容をほぼすべて撤回ないし凍結した。

しかし、歯科補綴についてはすでに民間保険が取り扱い始めていたこともあり、その加入者の扱いも含めて問題が生じた。このため、2004年の医療保険現代化法では、歯科補綴について労使折半負担による給付の対象から除外し、労働報酬と切り離れた定額の保険料により、民間保険か公的医療保険かを選択できることとし、2005年1月1日から施行することとした。

他方で、同法では、傷病手当金についても、保険料負担の軽減に向けての被保険者側からの貢献として、これを労使折半負担の保険料対象から除外し、そのために新たに241a条を新設して、被保険者は0.5%の追加保険料を納付しなければならないこととし、2006年1月1日から施行することとした。

このような内容の法律が成立したが、歯科補綴に関する折衷案は、実際に施行する段階で困難な問題が生じることが明らかとなり、その施行を前に急ぎょ2004年12月15日の「歯科補綴の財政の調整に関する法律」により、歯科補綴に関する改正内容を撤回して公的医療保険の給付と位置づけ直すとともに、2006年1月から実施予定だった0.5%の追加保険料を0.9%に引き上げ、さらにその施行を前倒しして2005年7月1日から実施することとした。

このようにして2005年7月から被保険者のみの負担による0.9%の追加保険料が労使折半負担の本来の保険料に加えて徴収されることとなった。このような経緯からみると、この追加保険料は歯科補綴と傷病手当金の財源に対応するものとみられるが、政府の公式の法案説明では、この追加保険料は雇用の確保に向けて賃金追加コストとしての労使折半負担の保険料負担を軽

減するためのもので、具体的にどの給付に対応するというものではなく、すべての疾病金庫に同じ率で配分される、と説明されている。

(3) 医療保険における労使折半原則の一部

修正の本格的な位置づけとその評価

このように複雑な経緯と若干曖昧な説明の下で、2005年7月から被保険者のみの負担による保険料が徴収され、その限りで労使折半負担の原則が一部修正されてきたが、本体の保険料率については2009年以降は法令で統一的に規定され、各疾病金庫が徴収していったんすべてが医療基金に集められ、リスク構造調整を行ったうえで各疾病金庫に配分されており、両者の関係は必ずしも明確ではなかった。

このような状況に対して社会保険料の事業主負担に上限を設け、これを超える財政需要に対しては被保険者のみの負担による保険料で賄うことを明確にしたのが、2010年12月22日の公的医療保険財政法であった。経済界や民間医療保険業界との結びつきの強いFDPが初めて獲得した連邦保健相のポストに就いたレースラー大臣の下で成立したこの法律では、事業主負担を抑制するため、労使折半負担の保険料率を将来的に法律上14.6%、つまり事業主負担分を7.3%、そして被保険者分はこれに追加保険料0.9%を加えて8.2%に固定した。

そのうえで、医療保険の支出がこの15.5%の保険料では賄えない疾病金庫は、独自にさらに追加保険料を徴収して対応すべきものとされた。しかも、この各疾病金庫の定める追加保険料は、労働報酬と切り離れた定額保険料によることとして、念願の定額の人頭保険料をこの部分に限ってではあるが実現した。同時に、これは当然のことながら低所得者には逆進的で過重な負担が生じることから、その額が保険料賦課対象賃金の2%を超える場合には、連邦補助による社会的調整を実施することとされた。

しかし、幸いにしてこの間は経済・雇用環境が好転し、加えて2011年から保険料率を15.5%に引き上げた効果でかつてない大幅な収入増加

が実現したため、この定額の追加保険料は実際には実施されなかった。そして、社会的調整による連邦の負担の増加に対する財政当局の危惧と、もともと理念として人頭保険料に対する批判を背景に、2013年の連邦議会総選挙でFDPが歴史的惨敗を喫して5%の得票率の壁を超えられずに連邦議会の議席を失い、戦後3度目のCDU/CSUとSPDの大連立政権が成立すると、その連立協定でこの新たな財政方式について次のような内容の協定が結ばれた。

「一般的な労使折半負担による保険料率は、14.6%で固定され、これにより事業主負担分は7.3%に固定される。

疾病金庫は、今後は競争のなかで各疾病金庫ごとに保険料賦課対象収入の定率による追加保険料を徴収する。現在、被保険者のみの負担による0.9%部分は、この追加保険料に吸収される。疾病金庫によって異なる収入構造の差が競争を阻害しないように、完全な所得調整が不可欠である。

これらにより、税財源による社会的調整は必要なくなる。」

そして実際に2014年に入ると、早速、その実現に向けて立法化の作業が進み、2014年7月21日の「公的医療保険の財政構造および質の発展法（GKV-FQWG）」により、連立協定に沿った内容の改正が行われた。これにより、労使折半負担の保険料率は法律上14.6%（事業主負担分7.3%）に固定され、さらに従来の被保険者のみの負担による0.9%は各疾病金庫が定率で定める追加保険料に吸収され廃止された。また、その際に各疾病金庫間で加入する被保険者の所得の格差によるリスク選択が生じないように、追加保険料率は全疾病金庫の加入者の保険料賦課対象収入の平均を用いて医療基金を通じて完全な所得調整が行われる仕組みとなっている。

さらに、定額の追加保険料が廃止されて定率とされたことに伴い、低所得者に対する社会的調整の必要がなくなったため、そのための連邦

補助も廃止された。

（4）新たな保険料負担ルールの評価

新たな医療保険の保険料負担のルールは2015年1月1日から施行することとされ、未だ実施されていないため、これがドイツの公的医療保険の新たな保険料負担のルールとして確立するかどうかは、現在のところ即断できない。

しかし、かつての公的医療保険に対する連邦補助がそうであったように、2大政党間の連立交渉の合意内容であることの重みは無視できず、想定外の経済雇用情勢の悪化や、医療保険における財政の収支バランスの急激な変化がない限り、少なくとも現政権下の4年間に変更されないであろうし、その後も、雇用の確保のための環境整備としての事業主の保険料負担の抑制という政策は継続される可能性が高いと考えられる。

他方で、ここ数年の医療保険改革では長年の医療費抑制策の効果が長続きしなかったことによる改革疲れか、高齢化の進展による有病率の増加リスクを医療提供側から疾病金庫側に移すなど、かつての医療費抑制への強い意思や取り組み姿勢がみられない。加えて医療提供体制の整備や充実、医療技術の高度化・高額化は保険料収入の伸びを超えて今後とも増加することは広く認識されている。今回の財政負担構造の変更により、経済界はその負担限度が現状に固定された以上、もはやこれ以上の医療費の増加に対しては急速に関心を失うおそれが強い。それどころか、むしろ医療・製薬産業は今後のドイツ経済の発展にとって有望な分野であり、経済界の一員としてその成長、つまりは医療費の拡大を歓迎する側に回る可能性も高い。

さらに、今回の措置により、一時期議論を賑わした労働報酬から切り離した定額の人頭保険料という主張は、ごくわずかな追加保険料としてすらドイツでは支持されないあだ花として、FDPの惨敗とともにほぼその政治的な命脈は絶たれたものといえよう。しかし、それ自体は容易に想像でき当然とはいえ、これとともに社会的

調整のための連邦補助も一度も実施されないまま葬り去られたことにより、強力な権限を持つ財政当局も今後の医療費の増加に強い関心と関与を持ち続けることは期待できないであろう。

そうすると、結局、この新たな医療費財源負担の方式の下では、今後の医療費の増加圧力やそれに向けての医師会や病院協会、製薬企業など強い政治的圧力団体に対抗して医療費抑制を主張するのはひとり被保険者あるいはその団体としての労働組合のみという構造が透けて見える。このような医療費抑制を巡り交渉する団体間の力学の重大な変化が、今後の医療費の上昇にどのような影響を及ぼすのか、またそのときにその負担をひとり被保険者の肩に負わせるということが、労使間の賃金交渉も含めて政治的・社会的に容認されるのか、今後の展開を緊張感を持って見守っていく必要があるだろう。

注

- 1) 実際には、その後、施行前に2006年12月21日の「雇用保険料率の引下げ等に関する法律」を成立させ、4.5%からさらに4.2%にまで引き下げ、2007年1月1日から実施した。

参考文献

- ・Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014), Übersicht über das Sozialrecht, Ausgabe 2014/2015, BW Bildung und Wissen Verlag und Software GmbH.
- ・Bundesregierung(2014), Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG), BT-Drucksache 18/1307.
- ・Bundesregierung (2012), Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2013 (HBeglG 2013), BT-Drucksache 17/10588.
- ・Bundesregierung (2010), Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2011 (HBeglG 2011), BT-Drucksache 17/3030.
- ・Bundesregierung (2010), Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Finanzlage der

Sozialversicherungssysteme und Einführung eines Sonderprogramms mit Maßnahmen für Milchviehhalter sowie zur Änderung anderer Gesetze (Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz – SozVersStabG), BT-Drucksache 17/507.

- ・Bundesregierung (2006), Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2006 (Haushaltsbegleitgesetz 2006 - HBeglG 2006), BT-Drucksache 16/752.
- ・Clemens, Johannes (2013), Der Einfluss der europäischen und nationalen Haushaltsregeln auf das deutsche Gesundheitswesen, G+S 6 /2013.
- ・Fraktionen der CDU/CSU und SPD (2009), Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland, BT-Drucksache 16/11740.
- ・Fraktionen der CDU/CSU und SPD (2006), Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), BT-Drucksache 16/3100.
- ・Fraktionen der SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (2003), Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), BT-Drucksache 15/1525.
- ・Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (2004), Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz, BT-Drucksache 15/3681.
- ・Richter, Wolfram F. (2013), Pyrrhussieg bei der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, G+S 6/2013.
- ・Statistisches Bundesamt (2014), Gesundheit Ausgaben, Fachserie 12 Reihe 7.1.1.

特集：医療費財源構造と財政状況

フランスの医療保険財政：最近の動向

九州大学准教授

笠木 映里

Kasagi Eri

本稿では、フランスの医療保険財政に関する最近の注目すべき論点を2つ取り上げ、検討を加える。まず、①議会の決定する医療費目標について、最近数年間は目標遵守の成果が挙げられていること、この成果に貢献した要因として医療協約を基礎とした医療費の医学的抑制が指摘されていることである。どのような仕組みで、議会による医療費目標の設定と、医師・保険者間で実施される医療費の医学的抑制政策が結び付けられているのか、その背景とメカニズムを探りたい。続いて、②憲法院が、低賃金の被用者についての年金・医療保険料減額を行う立法を違憲と判断したことについて、ごく簡単に紹介する。

はじめに

医療保険の財政をめぐるのは、財源調達のあるあり方（保険料財源か、税財源か）ないし支出の管理のあり方（医療費抑制のための諸政策）にわたり、多様な論点がある。フランスの医療保険の財政については、財源という観点から1990年代以降の租税財源の活用、議会による社会保障・医療保険財政への規律の強化という観点からは社会保障財政法律の導入と医療支出目標の設定、さらに、医療費抑制を目指す諸施策－とりわけ、2000年代のいわゆる医療費の医学的抑制政策－等、EU統合も背景として1990年代以降に、制度の枠組みにも重要な変更を加えるいくつかの重要な動きがあった。これらの論点については、既に日本の学会においても複数の文献により詳細に紹介され、議論されてきた¹⁾。

他方で、より最近の2000年代後半以降の動きを見ると、医療制度全般に目を向けても、2009年法律による病院制度の重要な改革²⁾を除いては大規模な改革の動きは見られず、医療保険財

政についても2000年代前半までに構築されてきた制度の枠組みや医療費抑制政策の方向性が基本的に維持されている。また、2012年に成立したオランド社会党政権下においては、経済成長と雇用創出が最優先課題とされており、後述する被用者保険料の軽減ならびに（本稿では扱わないが）各種の使用者負担保険料の軽減の論点を除いては、医療保険、さらには社会保障一般についても、議論は低調な状況と思われる³⁾。

以上のような状況をふまえて、本稿では、財源調達から支出にかかる論点のいずれかに的を絞ることはせず、上記の論点についての先行業績を前提としながら、最近のフランスの医療保険財政をめぐる2つの性格の異なるトピックに注目したい。1つめは、①議会が社会保障財政法律の制定と共に決定する医療支出目標について、過去3年にわたり目標達成という成果が上がっていること、さらに、その成果に貢献した要素として、医療費の医学的抑制政策がしばしば指摘されていることである。医療費の医学的抑制は医師等の給付提供者に対するコントロール

を中心とした政策であるが、国・保険者・医師等の医療提供主体が相互に複雑な関係に立ち、それゆえこうした形での医療費コントロールがきわめて困難と思われるフランスの医療保険制度において、具体的にどのような形で医療費の支出抑制が機能しているのかを分析したい。2つめの論点は、②2014年の社会保障財政修正法律の中におかれた低賃金労働者の保険料減額制度について、憲法院が違憲の判断をしたことである。同判決についてはまだ資料が少なく詳細な分析はできないものの、保険料減額制度と憲法上の平等原則との関係について注目すべき判示をしているため、ごく簡単に紹介をし、論点を指摘しておきたい。

1. 支出目標と結びついた医療費削減のメカニズム

(1) 支出目標の達成状況と医療費の医学的抑制

社会保障法財政法律 (Loi de Financement de la Sécurité Sociale, LFSS) に附される全国医療費支出目標 (objectif national des dépenses d'assurance maladie, ONDAM) の導入以降、2009年度までは、初年度の1997年度を除いて実際の医療支出が常にONDAMを上回る状況であり、目標値を超える支出が生じる結果が蓄積されてきた⁴⁾。首相の任命を受けた医療費管理に関するワーキンググループによる2010年の報告書は、このように目標不達成が常態化する中で、ONDAMが有する政治的な意味合いにおける支出制限の効果 (法的にこの目標値が支出を制限する効果を持たないことについては争いが無い)⁵⁾ が希薄化しているとの指摘をしている⁶⁾。ところが、2010年度以降、医療支出はLFSSが定めるONDAMを下回っている⁷⁾。注目されるのは、最近のLFSSの付属文書において、こうしたONDAM達成の重要な要因として、いわゆる「医療費の医学的抑制」 (maîtrise médicalisée des dépenses de santé) 政策が効果を挙げたものとの指摘が散見されることである。

医療費の医学的抑制はフランスで1990年代から発展してきた医療費削減のための政策の総称であり、今日のフランスの医療政策の一つの重要な柱となっている。ごく簡単にいえば、医療費の医学的抑制とは、医学的・専門的な医療行為・医療給付の評価に基づき、医療支出を必要で良質なサービスにかかるものに限定しようとする考え方である。フランスでは伝統的に、機械的な償還割合の引下げのように保険給付の内容とは無関係に一律に被保険者の経済的負担を増大させる形での費用抑制政策がしばしば採用されてきた。こうした伝統的政策と対置される医学的抑制改革は、個別の医療給付の内容の医学的・専門的評価と結びついた、そしてそれゆえ、主として医師等の給付提供者へと向けられた政策である⁸⁾。

(2) 医療協約による医師のコントロール

給付提供者の行為を対象とする医療費の医学的抑制政策の実現のためには、その定義上当然に、給付提供者の医療行為のあり方に何らかの形で影響を及ぼす必要がある。もっとも、フランスにおいては、国と医師の間には社会保険に関する直接の法律関係が存在しないため、国による直接のコントロールは困難である。

医師をはじめとする給付提供者を社会保険財政の観点からコントロールするもっとも重要な手段は、医療保険金庫の全国連合 (Union nationale des caisses d'assurance maladie, UNCAM) と各種医師組合との間で締結されるいわゆる医療協約 (convention médicale) である⁹⁾ (医師との関係では、2011年9月22日アレテによって承認された一般医・専門医と医療保険全国金庫連合との間の全国協約 (convention nationale des médecins généralistes et specialists) (以下、2011年全国協約と呼ぶ)¹⁰⁾ が最新のものである)。医療協約は、医療保険が各種の医療行為について償還する医師の報酬を定めるものでもあり (2011年全国協約Annexe Iを参照)、医療保険制度をめぐる医師組合と医療保険金庫が相互に負う義務を設定する内容と

なっている。もともと、医療費の医学的抑制政策は、医療保険金庫のイニシアティブを通じて1993年以降（現行のものを含めて）3つの医療協約を通じて発展してきたものであり¹¹⁾、LFSSとONDAMによる国のコントロールが強化された今日においても、医療協約が医療費の医学的抑制政策の主たるツールであることには変わりがない。

以下では、議会が設定するONDAMと、こうした保険者・医師間の協約がどのように結びついて医療費の削減に向けて機能するのかを、最新の2014年LFSSや関連する付属文書の具体的な規定も参照しつつ、最近数年間の経緯も遡りながら見ていきたい。

（3）ONDAMの設定と検証

2014年度のONDAM¹²⁾は、前年のONDAMから2.4%増額された額に設定された。この引上げ幅は、1998年にONDAMの制度が施行されて以来最も小さいものである¹³⁾。ONDAMは、外来・病院等医療機関といった部門ごとに、前年度医療費を基礎として、医療費の自然増と予想される特別な支出増を考慮しつつ、当該年度に期待される支出抑制額を具体的に想定したうえで決定される¹⁴⁾。医療費抑制のための施策が行われない場合の2014年度の医療費の自然増は3.8%と推定されており、上記の目標を達成するためには、医療費の自然増を抑え、24億ユーロの医療費削減を行う必要がある¹⁵⁾。一般制度で必要とされる医療費削減22億ユーロのうち、外来医療においては、17.6億ユーロの削減が予定されている。2014年度LFSSの立法時資料によれば、2014年において比較的多額の費用削減が期待されるのは、医薬品・医療関連製品の価格引下げ（9.6億ユーロ）、医療費の医学的抑制の取組み、具体的には、より適切な処方の実現（6億ユーロ）である¹⁶⁾。適切な処方の実現手段として、特定の医薬品の処方については医師に金庫との事前の合意を要求する制度の導入が構想されている。このように、ONDAMの決定の際には、LFSSの付属文書の中で、具体的な医療支出の引

下げ幅が提示されており、そのための大まかな手段も、同じく付属文書の中で、あるいは、立法時の報告書等の中で、議論されている。もともと、医療費の医学的抑制政策の具体化は、上述の通り医療協約の設定する枠組みの中で実施されることになり、国は保険者を通じてこうした努力を間接的に後押しする役割を担うことになる。

他方、ONDAM設定にあたっては、過去数年にわたる医療費の伸びの原因と、予定された収入・支出（支出抑制）が実現されたかが、詳細に検証される。2014年度LFSS制定時の立法資料やLFSSの付属文書においては、収支が確定した2012年度について、医療費抑制政策が一定の効果を挙げ、ONDAMの遵守に貢献したことが指摘されている¹⁷⁾。特に、LFSSの付属文書であり、議会にとってLFSS制定の際の重要な参考資料でもある「質と効率性プログラム（programme de qualité et efficience）」（annexe 1）は、2012年度について、2011年協約を基礎として行われた医学的抑制の試みが目標とされた抑制額以上の成果を上げたことを、後述する医療協約による取組みと明確に結び付けて指摘している¹⁸⁾。

（4）医学的抑制を実現する医療協約

2011年協約は、「医療行為の質に価値を与え、医療制度の効率性を優遇する」とのタイトルが付された第3部（Titre 3）の第4節（sous-titre）「医療費の医学的抑制」及び第5節「医療行為の質と効率性を評価するための報酬加算」において、医療費の医学的抑制政策の枠組みを設定している。上述のような2012年度以降の医療費の医学的抑制の一定の成果及びONDAMの達成は、この協約上の制度の枠内で実現されたものである（実際に制度が動き出したのは2012年1月1日）¹⁹⁾。協約上の規定、及びこれを補完する合意によれば、医療費の医学的抑制は、二段階の仕組み—支出削減の量的・集団的目標の設定と、その実現のための個別的な報酬加算の仕組み—で医療費の削減に貢献する²⁰⁾。すなわち、支出削減の量的目標という観点からは、毎年、

協約の実施のために組織される医師・保険者代表の同数から成る全国委員会（Commission paritaire nationale, CPN）により、集中的に無駄な支出を削減すべき分野（従来挙げられている項目として、抗生物質・向精神薬等の各種の薬剤の処方や、労働不能決定等がある）が、年間の費用削減の目標額と共に決定される。他方、こうした無駄な支出の削減のために個々の医師によって遵守されるべき様々な処方・医療行為の準則は、高等保健機構（Haute Autorité de Santé）²¹⁾の関与の下で決定される。このルールを順守した医師については、追加的な、いわゆる実績ベースの診療報酬（rémunération à la performance）が支払われるものとするのが協約上可能であり（2011年協約20条。社会保障法 L.162-12-21条も参照）、協約医は、この追加的な診療報酬による誘導を通じて個別的に医療費の削減に協力を求められる。

質と効率性プログラムによれば、このような医師との全国協約を通じた医療費抑制の成果は2012年について4.68億ユーロとされる。上述の通り、全国協約による過去の医療費抑制の成果はLFSSにおけるONDAMの額の設定の重要な考慮要素として検討されている。他方で、医療協約には必ずしも直接にONDAMや関連資料を参照する規定は見られない。CPNによる毎年の目標設定や費用削減の目標額は、ONDAMの設定する目標額を大いに参考としながら決定されるものと考えられるが、医療協約はあくまで保険者と医師組合の交渉・合意に基づく規範であり、議会が定めるONDAMを考慮に入れることは必ずしも協約当事者の義務ではない。

（5）国と保険者との間の協約

以上の通り、議会は医師に対する直接のコントロール手段を持たないにもかかわらず、LFSSと協約上の医療費抑制政策とは実質的に強く結びついて構築され、機能している。その背景で、議会によって決定されるLFSS・ONDAMと、社会保障制度の管理運営主体である社会保障組織との間をつなぐ役割を有すると考えら

れるのが、1996年にONDAM（LFSS）と同時に創設された、国と全国レベルの社会保障組織との間で分野ごとに締結される目標管理協約（convention d'objectifs et de gestion, COG）である。COGは最低3年の期間を定めて締結されるが、2014年度はちょうど一般制度の全国金庫（Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, CNAMTS）のCOGの更新年次にあたっている。2014-2017年度のCOG²²⁾には、2014年度LFSSの内容（例えば医薬品処方についての事前の合意の制度の導入）が、金庫が取り組むべき目的の一つとして直接に取込まれている（協約の3.3を参照）。

COGには、付属文書の形で、ONDAMによって設定された外来医療費の目標を考慮した支出目標が設定される（付属文書は毎年改訂される）²³⁾。また、2014年COGにおいては、2010年-2013年にかけて、医療保険金庫が医療費の医学的抑制を通じた外来部門のONDAM（特に外来部門）の達成に貢献してきたとの評価も強調されており²⁴⁾、国によるONDAMの設定と連動した金庫の医療費抑制の試みが重要な位置づけを与えられていることがうかがえる。つまり、上述の通り医療協約はあくまで保険者と医師組合の間に交渉・合意されるものの、UNCAMを構成する各種の全国金庫が国と締結するCOGを通じて、ONDAMを前提とした医療費抑制を実現するような協約の締結が、UNCAMに求められる。このように、COGは、国にとって、議会が定める医療費目標を医療協約に反映させるための間接的な手段として機能していると思われる。

（6）若干の検討

以上の検討からは、医師組合－保険者、保険者－国の協約を通じて、議会によって設定されたONDAMの実現に向けた各アクターの取組みがある程度一貫性をもって行われていることがうかがえる。フランスにおける近年の医療費抑制政策の成功の背景には、このような議会・保険者・医師組合との間をつなぐ協約が、医療費の医学的抑制という柱をめぐって具体的な費用

削減目標等を共有しつつある程度整合的に機能し、議会による間接的な医師のコントロールが一定程度成功していることがあると思われる。そしてその背景には、ONDAM設定の際に行われる、医療協約の内容や成果の評価にも立ちいった緻密な調査と評価がある。LFSS・ONDAMについては、2005年の組織法改正により、LFSSによる議会への情報提供機能を強化（具体的には、LFSSの内容・付属文書を詳細化）し、かつONDAMを分野ごとに設定する等の改革が行われているが²⁵⁾、上記のような状況は、この組織法改正の一つの成果といえるのではないだろうか²⁶⁾。

他方で、議会・保険者（一般制度の場合、UNCAMとCNAMTSが権限を分有する）²⁷⁾・医師組合・医師という異なるアクターが、異なるタイミングで（COGも医療協約も一部を除いて毎年改訂されるわけではない）相互に合意を行い、全体として医療費抑制・支出目標の達成を目指そうとする仕組みは、依然としてきわめて複雑である。医療費の医学的抑制がある程度成功したことの鍵は、上記のようなLFSS・ONDAMの精密化に加えて、2011年協約が導入した追加的診療報酬の仕組みであるとも思われ²⁸⁾、この仕組みに関するより詳細な検討を、今後の課題としたい。

2. 2014年社会保障財政補正法律 —被用者保険料負担の軽減と憲法院判決

(1) 2014年社会保障財政補正法律²⁹⁾は、オランド政権の経済・社会政策のもっとも重要な柱とされる「責任と連帯に関する合意 (Pacte de responsabilité et de solidarité)」³⁰⁾の内容を具体化する規定を含んでいたこと、さらには、議会での採択後に憲法院 (Conseil constitutionnel) が同法律のうちの当該規定を違憲と判断したことから、広く注目を集めた³¹⁾。違憲と判断された規定（結果として、成立した社会保障財政補正法律からは削除されている）は、全職域成長最

低賃金 (Salaire minimum interprofessionnel de croissance, SMIC) レベルの賃金で働く労働者について被用者拠出の保険料率（年金保険料と医療保険料をあわせたもの）を3%引下げるというものであった（SMICの1.3倍の賃金水準の労働者まで漸減的な引下げが行われる）。医療保険についてそもそも被用者の保険料率が0.75%に留まることから、この措置は年金保険との関係でより重要なものといえるが、憲法院の判決は、そうした問題状況もふまえて³²⁾医療保険も明確に射程に含めながら判断をしている。

社会保障財政補正法律の1条に導入された上記の措置は、低所得世帯の購買力を向上させるための政策と説明されている。低所得労働者についての保険料引下げは、既に使用者負担分について、雇用創出を目的として1990年代から活発におこなわれてきた政策であり³³⁾、少なくとも従来その合憲性が疑問視されたことはなかった。しかしながら、今回の法改正の特徴は、低所得労働者の本人負担保険料が減額されるところにある。立法時に上院に提出された報告書は、「…社会保険料にある種の再分配性 (redistributé) を導入するものであり、歴史的に被用者保険料が上限の範囲内で割合的に決定されてきたフランスの「ビスマルク型」社会保護制度にとって全面的に新しい制度」であると説明していた³⁴⁾。ところが、低賃金の労働者についての保険料率の引下げという「新しい」保険料減額措置は、まさにその考え方の新しさゆえに、違憲な制度と評価されることになったようである。

(2) 憲法院は、一部の労働者が負担する保険料の減額にもかかわらず、保険料の賦課基準や、保険料によって獲得できる給付・利益の権利の内容が従来のまま変更されていないことを指摘する。そして、結果として、同一の社会保障制度が、その全被保険者の3分の1程度に及ぶ者が保険料を支払わないにもかかわらず、あらゆる被保険者に対して同じ給付を調達し続けることになると論じている。結論として、同一の社会保障制度の被保険者間の異なる状況に根拠

づけられていない、かつ、社会保障の被用者保険料の目的とも無関係の、異なる取り扱いを導入する立法であるとして、法1条は平等原則に違反し憲法違反の規定であると判断した³⁵⁾。

同判決は、被用者保険の被用者負担保険料について、社会保険の給付との対価関係を重視するものと読むことが可能である点、また、低賃金労働者の購買力の底上げという立法目的が被用者保険料の目的とは「無関係」と述べている点等、被用者負担の保険料の性格・趣旨をめぐる様々な観点からの議論を引き起こす可能性を秘めている。また、現在、被用者負担保険料が特に医療保険については税によって大部分肩代わりされていることも前提として、フランスの社会保障制度における保険料と給付の関係のみならず、保険料と税の区別にも関連する重要な憲法判例と評価される。さらに、既に大規模な発展を遂げ、これまで合憲性が問題とされてこなかった使用者負担保険料についての同様の扱いとのカテゴリーカルな区別が実質的な妥当性を有するか、あるいは、理論的にこのような区別をどのように根拠づけるかという観点からの議論が行われることになると思われる。判決日から日が浅く、各論点に関する本格的な分析は今後の課題とせざるをえないが³⁷⁾、医療保険・年金保険の両分野にわたって、拠出と給付の関係、および、財源調達の変化する手法の間の関係についての議論が深められる契機として、注目すべき判決であると考えられる。

注

- 1) ここではごく一部のみを順不同に挙げるに留める。柴田洋二郎「フランスにおける医療保険改革の動向—近年の改革による一般化の実現」海外社会保障研究157号60頁、同「フランス社会保障財源の「租税化」(fiscalisation)—議論・帰結・展開—」海外社会保障研究179号(2012)17頁、稲森公嘉「フランスの医療保険制度改革」海外社会保障研究145号(2003)26頁、加藤智章「フランスにおける医療費適正化の試み」健保連海外医療保障99号(2013)8頁、伊奈川秀和『フランスに

学ぶ社会保障改革』中央法規出版(2000)、笠木映里「医療制度—近年の動向・現状・課題—」海外社会保障研究161号15頁。

- 2) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009.
- 3) 「医療の分野で」議論が活発化している数少ない論点は、補足的医療保険及び医療職の資格・地位に関するものである。補足的医療保険については、笠木映里『社会保障と私保険』有斐閣(2012)。補足的医療保険をめぐる最近の議論については、柴田洋二郎「フランス医療保障制度における補足医療保険」健保連海外医療保障98号11頁参照。また、最新の議論状況について、RDSS (Revue de droit sanitaire et social) の補足的医療保険特集号(2014-4, p. 599 et s)を参照。
- 4) 加藤・前掲注(1)論文9頁、Commission des comptes de la sécurité sociale, Regard sur 12 ans d'ONDAM(1997-2008), n.14, 2009.
- 5) 加藤・前掲注(1)論文9頁。
- 6) Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, 2010 d'un groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie.
- 7) 2010, 2011, 2012年度につき、本文で後述する質と効率性プログラム6頁を参照。2013年度につき、Avant-projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 présenté aux caisses nationales de sécurité sociale, dossier de presse, 6 juin 2014.
- 8) 1990年代から2000年代半ばまでの医療費の医学的抑制政策発展の経緯については、笠木映里『公的医療保険の給付範囲—比較法を手掛かりとした基礎的考察』(2012)有斐閣212頁以下を参照。なお、患者の一部負担を医薬品の効果等によって上限させる政策が医療費の医学的抑制政策と分類されることもある。
- 9) 医療・雇用・労働大臣のアレテによって承認を受けることによって、適用を受けない意思を表明した医師以外の開業医すべてに対して効果を有するものとなる。全国協約の締結手続きやアレテによる承認の効果等については、笠木・前掲注(8)書207・208頁参照。
- 10) 2011年協約は以下のサイトで閲覧できる。
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/joe_20110925_0016.pdf (最終閲覧日:2014年9月19日)

- 11) 稲森・前掲注(1)論文30頁、笠木・前掲注(8)書215頁。なお、全国協約の締結権は、2004年改正以降、各制度の全国金庫(一般制度についてはCNMATS)からUNCAMへ移っている。注27も参照。
- 12) ONDAMは社会保障財政法律の付属文書(Annexe 7, ONDAM et dépense nationale de santé, 以下、この付属文書をONDAMと呼ぶ)において設定される。2014年度LFSS本文及び9つの付属文書は、以下のサイトで閲覧できる。<http://www.securite-sociale.fr/LFSS-2014>(最終閲覧日・2014年9月19日)以下、付属文書を参照する際には、上記サイト上から入手できるものに依拠して頁数を指定する。
- 13) Assemblée Nationale, Rapport n° 1470 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (n.1412), Tome II. なお、2002年から2011年までの医療支出は、平均して年間4.2%ずつ増加してきた。但し、最近のONDAM引上げ幅はおおむね3%以下にとどまっており、本文で述べる通り実際の医療費支出もこの上昇率を下回っている。
- 14) ONDAM, 7頁以下。
- 15) 同上。
- 16) Rapport, Assemblée Nationale, n° 1470, Tome II, op. cit. フランスにおける医療費抑制政策の近年の動向については、加藤智章「フランスにおける医療費適正化の試み」健保連海外医療保障99号(2013)8頁を参照。
- 17) ONDAM, 4頁、質と効率性プログラム6頁(注13参照)、Rapport, Assemblée Nationale, n° 1470, Tome II, op. cit.
- 18) 各社会保障部門について作成される。質と効率性プログラム6頁、141頁。
- 19) なお、薬剤師組合が医療保険と締結した2012年の協約には、ジェネリック医薬品の活用についての目標制度が定められており(21条・22条)、一定の成果をあげている。プログラム11頁。Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
- 20) 協約上、二段階の仕組みはそれぞれ独立した別個の制度であり、実績ベースの報酬加算の制度は本文で論じているよりも広い場面で適用される(厳密には、医療費の医学的抑制政策は、公衆衛生上の目的と関連付けた医療行為のルールと、そのルール順守に結び付けた報酬加算の制度(Rémunération sur objectifs de santé publique)の枠内で行われることになっている)。この新しい報酬加算制度は、かかりつけ医(médecins traitants)についての同種の制度をあらゆる協約医に拡大するものである。協約26条。
- 21) 加藤智章・前掲注(1)論文12頁。
- 22) Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNAMTS, 2014-2017. 協約の内容については下記サイトを参照。<http://www.securite-sociale.fr/Convention-d-objectifs-et-de-gestion-entre-l-Etat-et-la-CNAMTS-2014-2017>(最終閲覧日:2014年9月19日)
- 23) Chauchard (J.-P.), *Droit de la sécurité sociale*, 5e édition, L.G.D.J., 2010, p. 161.
- 24) 協約の5頁、14頁を参照。
- 25) 伊奈川秀和「フランスの社会保障財政改革」97頁。
- 26) 参照、加藤・前掲注(1)10頁。同論文は、ONDAMに分野ごとの額が設定されることによって医療費抑制政策のターゲットを絞り込むことが容易になる旨の指摘をしていた。
- 27) 但し、UNCAMの意思決定は、両組織の構成を考えれば、CNAMTSの意思決定と強い関連性を有する。両組織の構成や2004年改革の詳細は、健康保険組合連合会「健康保険制度における事業主の役割に関する調査研究報告書」(2010)67頁以下(柴田洋二郎執筆箇所)。
- 28) 本文で述べた通り、協約を通じた医療費の医学的抑制は1993年から行われていたが、当初は、費用抑制の実効性よりも象徴的性格が強い状況であった。稲森・前掲注(1)31頁。
- 29) Le projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.
- 30) 雇用創出を目的とした労働コストの引下げのための措置と所得世帯の購買力底上げをめざす措置をパッケージとした一連の政策の総称である。
- 31) 参照、La sécurité sociale entre deux eaux, Le monde, samedi le 6 septembre 2014.
- 32) 憲法院による公式コメントを参照。
<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/root/bank/download/>

2014698DCccc_698dc.pdf (最終閲覧日:2014年10月1日)。

- 33) 前掲注(28)報告書59頁以下(柴田洋二郎執筆箇所)。
- 34) Rapport n° 703 (2013-2014) de M. Yves DAUDIGNY, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 9 juillet 2014.
- 35) Décision n° 2014-698 DC du 06 août 2014. 判決原文は以下のサイトで閲覧できる。<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2014/2014-698-dc/decision-n-2014-698-dc-du-06-aout-2014.142058.html> (最終閲覧日:2014年10月1日)。
- 36) このような労働者保険料の「租税化」の背景にも雇用創出の狙いがあったことについては、健康保険組合連合会・前掲注(28)報告書70頁(柴田洋二郎執筆箇所)。
- 37) 本稿執筆時には評釈等も公刊されていないが、注32)で挙げた憲法院公式コメントが参考になる。http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/root/bank/download/2014698DCccc_698dc.pdf

特集：医療費財源構造と財政状況

NHS改革と財政状況

関西大学非常勤講師

田畑 雄紀

Tabata Yuki

1948年に国民保健サービス（NHS）として創設されたイギリスの医療制度は、租税を中心とした財源による運営、かかりつけ医制度、患者負担の原則無料などの特徴は維持しつつ、組織の改廃などの制度改革を行うことで問題点を改善し、その制度を維持し続けている。本稿ではそうしたNHSの財政状況の推移と、2013年4月に実施された改革の影響や結果をふまえ、今後の日本の医療保障制度の参考となる一面があることを示している。

1. NHSの財政状況

(1) NHSの概要

イギリスは1948年から国民保健サービス（以下NHS）によって国民に医療サービスを提供している。この制度は、すべての国民に予防医療、リハビリも含めた包括的保健医療を原則無料で提供するものである。NHSの基本理念は『ベバリッジ報告』から影響を受けており、その中で医療は社会保障制度の前提条件と位置づけられている。そのため、医療サービスの供給は国の責任で行われ、費用の大部分を国の一般財源で賄うこと、国民に無料で医療サービスを提供するという体制は、現在においても維持されている。

医療機関の受診方法は、日本のようなフリーアクセスとは異なる。すべての国民はかかりつけの診療所を登録し、救急の場合以外その診療所の一般医（General Practitioner：GP）の診察を受けなければならない（1次医療）。そして簡単な治療で済むのであれば、そこで治療を受け、検査や入院など高度な医療が必要であると診断された場合には、病院が紹介される（2次医療）。NHSでは、かかりつけの診療所の一般医

が、病院などの高度な医療サービス利用への門番役（ゲートキーパー）の機能を果たすため、軽い症状の患者が病院で治療を受けることはなく、診療所と病院の機能分化がなされている。このかかりつけ診療所の登録は変更が可能である。

受診時の患者負担は、先述したように原則無料である。かかりつけ医の診断を経て、病院を紹介された場合、その病院での診療は、検査や手術などを受けても無料となる。ただし、薬剤費として処方1件につき8.05ポンド（2014年4月現在）の一部負担がある。しかし、60歳以上、16歳未満、出産前後の女性、低所得者世帯などはその負担が免除され、調剤された薬剤の内、9割が負担を免除されている。

(2) 財源

NHSの費用はその大部分が租税によって賄われている。表1にある通り、その割合はおおむね80%である。さらに、国民保険からの拠出分が18~19%程度、患者負担が1%強となっている。

国民保険とは、原則として義務教育修了年齢を超えるすべての国民が被保険者になってお

表1 NHSの財源の構成割合

年 度	租 税	国民保険からの 拠出	患者負担
1995	85.6%	12.2%	2.2%
2000	86.0%	12.1%	1.9%
2001	86.0%	12.1%	1.9%
2002	86.2%	12.1%	1.7%
2003	77.9%	20.4%	1.7%
2004	77.0%	21.5%	1.5%
2005	78.5%	20.2%	1.3%
2006	80.3%	18.4%	1.3%
2007	80.0%	18.8%	1.2%
2008	79.7%	19.1%	1.2%
2009	80.9%	17.9%	1.2%
2010	80.9%	17.9%	1.2%
2011	80.9%	17.9%	1.2%

出所：Emma Hawe Lesley Cockcroft (2013) p51 Table2.5
参照

り、被保険者は被用者、自営業者、任意加入者に分類され、所得に応じた保険料の拠出が義務付けられている¹⁾。2003年度以降、国民保険からの拠出分が急増しているのは、その年度から国民保険の保険料率が1%増加され、その増加分をNHSの財源にまわすことになったためである。この内容については、次項で説明する。

(3) 財政状況の推移

表2は近年のNHSの財政状況を示したもので

表2 NHSの財政状況の推移

(100万ポンド)

年 度	収入①	支出②	①－②	GDPに占める NHS支出の割合
1995	41,853	41,407	446	5.63%
2000	57,067	57,210	-143	5.91%
2001	62,892	63,232	-340	6.26%
2002	72,164	73,457	-1,293	6.88%
2003	80,348	80,846	-498	7.12%
2004	87,707	88,247	-540	7.37%
2005	96,583	97,668	-1,085	7.70%
2006	103,197	103,272	-75	7.75%
2007	112,135	113,235	-1,100	8.00%
2008	119,002	118,993	9	8.47%
2009	126,699	127,288	-589	9.10%
2010	130,586	129,656	930	8.86%
2011	132,955	132,006	949	8.76%

出所：Emma Hawe Lesley Cockcroft (2013) p35 Table 2.1
参照

注：支出は患者負担分を除いている。

ある。表から読み取れるように、90年代半ばから2010年代では、支出、収入ともに約3倍の増加、またGDPに占めるNHSの支出の割合も5%台半ばから9%前後まで上昇している。しかし、この上昇は自然増によるものだけではなく、積極的財政政策によるところが大きい。

1997年、保守党政権が敗れ、「NHSを救う」というマニフェストを掲げた労働党に政権が移ると、2000年には「NHSプラン」という10か年計画が発表された。これには医療従事者不足や財源不足解消のため、NHS予算を大幅に拡大することが明記されていた。そして、当時ヨーロッパ諸国と比べて低い水準であった医療費を、ヨーロッパ諸国の平均レベルである、対GDP比で9%程度にまで引き上げることを目標とし、実質年率7.4%の引き上げを行うこととしていた。そのため、国民保険の保険料率の1%引上げも実施された。さらに、最長待機期間の短縮など数値目標が設定され、いつまでにその目標を達成するのもかも定められるなど、増額された予算を元に、どう医療サービスを充実させるかが図られた。目標の具体例として、2010年までに100以上の病院を新設、待機期間に関しては入院を2005年までに最大6か月、外来を2008年までに最大3か月とすることなどがあげられる²⁾。

以上のような目標を達成するべく、労働党政権はそれまでのNHSのシステムを改革した。その新システムの元で数値目標は達成され、国民のNHSへの満足度を高めることにも貢献した。その後2010年の選挙で労働党が敗れ、保守党と自由民主党の連立政権が誕生すると、新政権は新たにNHS改革を行うことを示した。その中では医療費の節約が盛り込まれた。2010年以降、「収入－支出」の値がプラスになっているのには、こうした背景もある。

さらに、2013年度以降大幅な組織の改革も行われている。この改革により、管理機構や資金の流れなどは変わっている。政策の方向性や組織の仕組みが変わることで、財政の状況も大きく影響を受けるため、次項では2012年度までの仕組みと2013年度以降の仕組みや資金の流れの

違いを説明する。

2. 2013年度NHS改革³⁾

(1) 2012年度以前のシステム

1997年以降、労働党政権は「NHSプラン」に基づいた積極的財政政策に加え、様々な改革も行った。主なものとして、プライマリケアトラスト（以下PCT）の設立、NHSファウンデーショントラストの設立、診療報酬制度改革、患者の権利拡大などがあげられる。

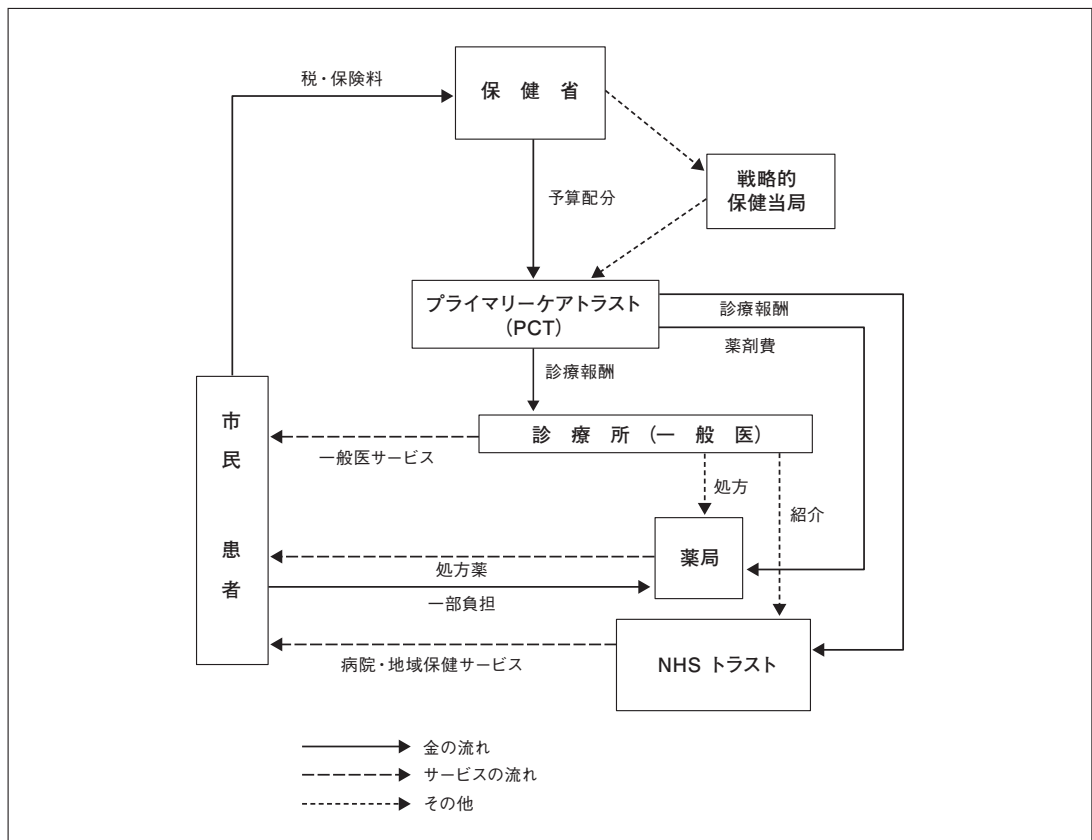
PCTには住民の保健医療のための予算が与えられ、地域のGPの確保やNHSトラストと契約を結んでサービスの確保に当たり、NHS予算の80%以上の支払いに責任を負っていた。

病院サービスはNHSトラストによって提供されていたが、そのトラストの中で特に健全に運

営できているものに対してNHSファウンデーショントラストという資格を与え、より独立性の高い主体として運営させた。さらにNHSファウンデーショントラストへの転換も推奨した。

一般医への診療報酬は登録患者数に応じた、人頭報酬がベースであったが、2004年度から新しい制度へ変更された。従来、住民は一般医に登録していたが、診療所への登録となった。さらに事前に決められた人頭報酬に加え、出来高払いの側面をもつ報酬が支払われている。具体的には、一般医が得意分野を生かして行う医療に対する追加的報酬、特定の疾病の治療や診療所の環境改善などで、一定の成果を達成した場合に支払われる成果報酬がある。これにより一般医は登録している患者に対し、より充実した診療を行うことでより多くの報酬を得ることが可能となった。これらの新制度の導入により、一

図1 2002年度～2012年度のNHSの仕組み



出所：田畑（2012）p.266 より引用

一般医に対する支払いは大幅に改善され、積極的に患者を診るインセンティブが与えられた。

病院の入院医療に対する支払いも2003年以降大きく変更された。それまでの過去の事業実績に基づく支払い方式から、イギリス版DRGである、HRGが用いられるようになった。患者の疾病や重症度を、あらかじめ定められた診断群に依拠して、実際の診療件数に応じた支払い方式（Payment by Results=PbR）となり段階的に導入された⁴⁾。

（2）2013年度以降のシステム

2010年に政権交代により連立政権が誕生すると、同年に「公平性と卓越性：NHSを開放する」（Equity and Excellence：Liberating the NHS）という白書が発表された。その中で多くのNHS改革案が提示され、2013年度以降、NHSの組織は大きく変化した。

労働党政権においては、NHSについて達成すべき目標が設定されていた。その目標に対して多くの監視機関による監査が行われた。連立政権はこれを「top-down」運営であると批判した。そして、患者のニーズを知る一般医がNHSの運営における意思決定に大きな役割を果たすべきであるとし、「bottom-up」の組織運営を目指した。そこで提案されたものがGP consortia（現Clinical commissioning groups=臨床委託グループ）であった⁵⁾。

それまでのNHSは、予算の80%をPCTに配分しており、組織が肥大化し官僚的になっていた。そのためPCTを廃止し、より患者中心に医療サービスを提供するシステムへと改革する方針を示した。また地域の医療計画を策定し、PCTに予算を配分していた戦略的保健当局も廃止した。公衆衛生については地方自治体に権限が委譲された。組織の廃止と新設は非常に多く、2013年度の改革はNHS始まって以来の大改革とも言われている。ここでは、住民の1次医療と2次医療に深く関わるNHSイングランドと臨床委託グループの2つの組織に関して説明する。

NHSイングランドは、PCTの役割の多くを

継承し、1次医療の計画や監視などにあたり、イングランドの人々の健康状態の向上を目標とし、透明で開かれたNHSを目指すことを目的としている。また、後述の臨床委託グループに対し財源を与え、一般医や歯科医といった1次医療の委託を行うと共に、その管理、支援を行う役割も担っている。

臨床委託グループは一般医によって運営される組織であり、当該地域のすべての一般医が加入することになっている。臨床委託グループは、NHSイングランドから財源を得て日常的な医療の提供と質の向上に責任を持ち、当該地域における地方自治体やNHSトラストなどと共に、その地域医療の計画などを行う。一般医によって運営されるため、より患者に近い立場からの運営を可能にし、「bottom-up」の意思決定を可能にすると考えられている。臨床委託グループは、NHSトラストに2次医療を委託し、それを購入する役割を担う。さらに提供される医療サービスの監視も行うことにより、患者の立場に立った医療サービスを供給することを目指している。旧制度のPCTよりも権限が強化され、かつて保健省が担っていた機能の一部も代替し、ほぼ医療全域について委任されている⁶⁾。

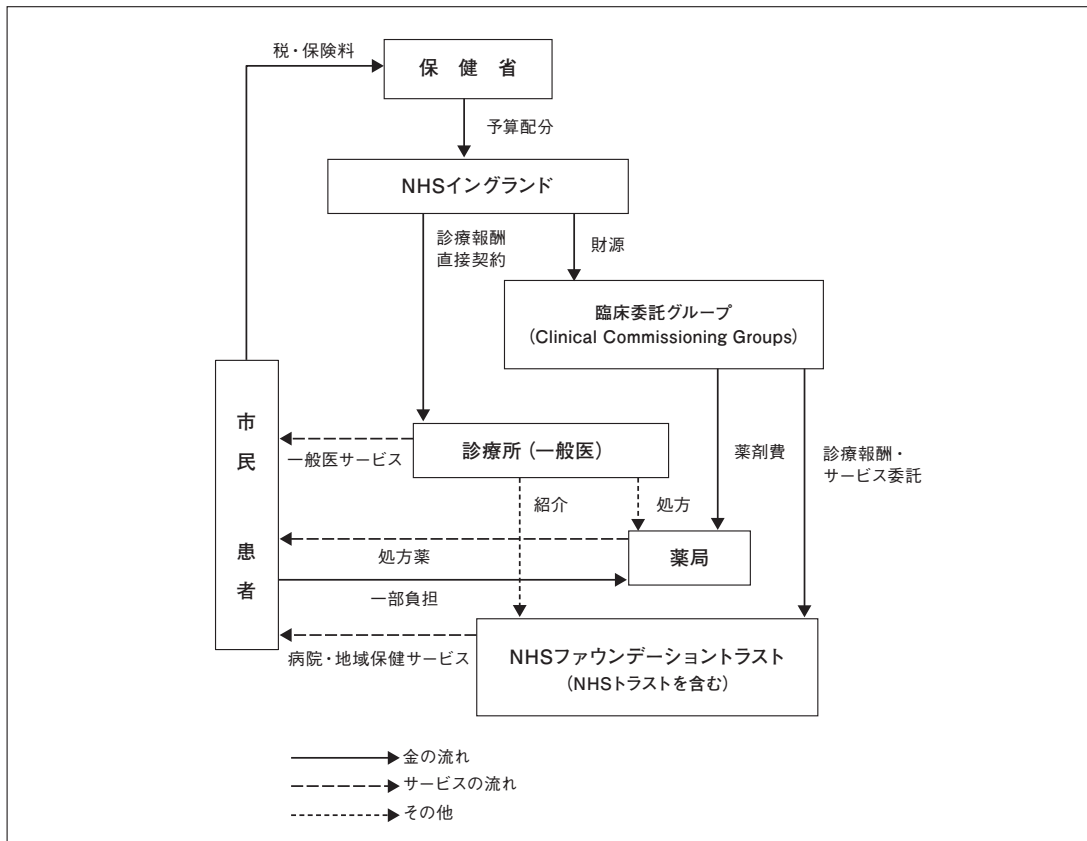
2次医療を受け持つNHSトラストについては、NHSファウンデーショントラストへの移行を進め、2014年4月までにすべてのNHSトラストをファウンデーショントラストへ改組する計画であったが、いまだすべての移行は完了していない。

財政面においては、2011年からの4年間で実質年率0.4%の歳出増を認めつつ、効率化を進めることで4年間で200億ポンドを節約することを目標に掲げている⁷⁾。また、様々な組織の再編、改廃により、NHS関連組織がより簡素になっており、将来的にはNHSの管理費の45%を節約できると推計されている。

（3）2012年度、2013年度の予算配分

ここでは、前項に示したNHSの各組織への予算配分額はどの程度なのかを明らかにする。そ

図2 2013年度以降のNHSの仕組み



出所：田畑雄紀（2013）p260より引用

れにより2012年度と2013年度とでどのような変化があったのかを確認する⁸⁾。

まず、2012年度の旧体制の予算について説明する。2012年度、保健省からPCTへは、916億ポンド、戦略的保健当局へ64億ポンド、その他の組織に75億ポンドを配分していた。そして、PCTから335億ポンド¹⁰⁾が1次医療や公衆衛生に、638億ポンドがNHSトラストなどの2次医療へと配分された¹¹⁾。

2013年度には、NHSイングランドに956億ポンド、そこから656億ポンドが臨床委託グループへ、一般医や歯科医には110億ポンド、専門医のサービスへ120億ポンド、公衆衛生へ20億ポンド配分された。臨床委託グループに配分された内の640億ポンドはNHSトラストやファウンデーショントラストを含めた医療サービス提供者へ、10億ポンドがソーシャルケアへと配分されてい

る¹²⁾。

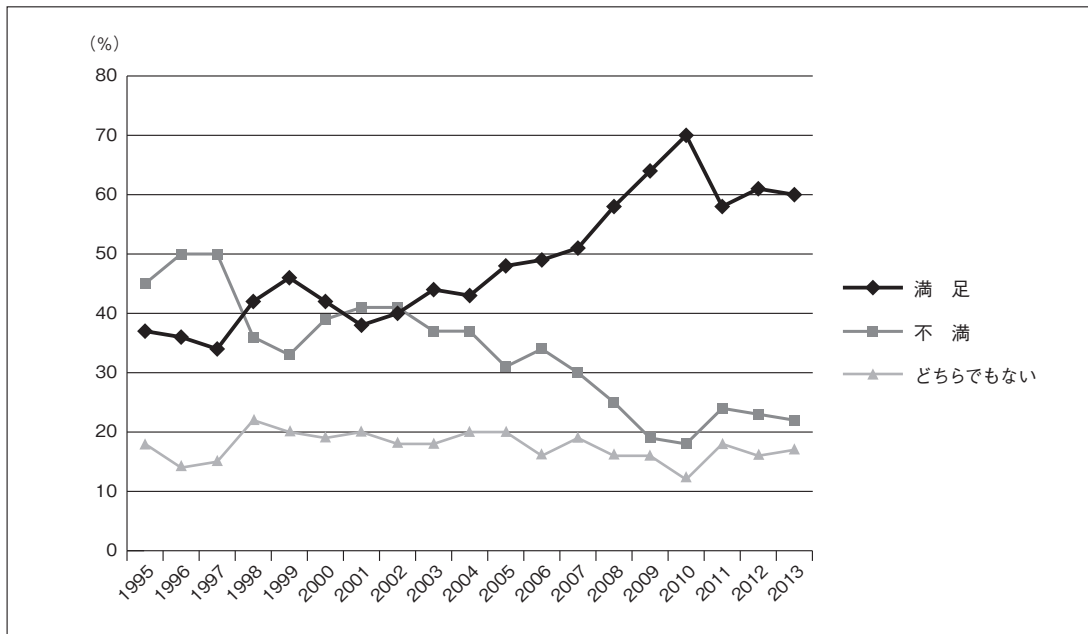
以上から、2012年度までは大半の予算がPCTに集中していたが、2013年度には予算が分散されていることがわかる。さらに一般医で構成される臨床委託グループに予算を集めることで、一般医の権限を強化していることもうかがえる。

3. NHS改革の影響

(1) 国民の満足度から見るNHS

ここまでに、NHSの改革とそれに伴う財政状況の変化を見てきた。しかし、医療制度は財源を確保し支出を抑えられればよい、というのではない。予算を拡大し支出を増やしても、それに見合う効果が得られれば、その支出には価値があったといえる。ここではNHSの需要者であるイギリス国民の満足度の変化によって改革の

図3 NHSの国民満足度の推移



出所：National Centre for Social Research (2014)・The King's Fund (2014)を参考に筆者作成

成果を明らかにする。

労働党が政権を取った1997年のNHSの満足度は過去最低の34%を記録し、不満が50%となり、その差が最も大きくなっている。しかしその翌年から満足度の値が徐々に向上し始めている。2002年度からNHSプランに基づく新制度が導入された後、満足度は右肩上がりとなり、2010年には統計開始以来最高値の70%となった。これはNHSへの積極的財政政策などによる待機期間の短縮など、国民が実感しやすい変化がもたらされた結果であると考えられる。

その後2011年度には満足度が58%と、かつてないほどの下落を見せているが、これは新政権によるNHS改革への不安の表れであると分析されている¹³⁾。2012年度に満足度は61%、2013年度には60%と大きな変化はなく推移しているが、これらよりも高い値は過去30年のデータの内2009年度と2010年度しかなく、国民は依然としてNHSに満足しているものと判断されている¹⁴⁾。

以上の結果から、NHSプランによる改革は、政策目標の達成と国民の満足度の向上などから成功したといえる。今後、2013年度の新制度に

より、待機期間などの様々なデータにどのような変化がもたらされるのか、それに対する国民の満足度についても注視していく必要がある。

(2) 改革の結果と今後のNHS

2010年7月に出された「公平性と卓越性：NHSを開放する」に基づく改革については、まだ継続したデータ等が得られないため分析は難しいが、現時点で医療費の効率化について、どのような結果が出ているのかを示す。

医療費の節約、効率化を掲げている同改革では、2011年度からの4年間で200億ポンドを節約することが示されていた。これについてNHS Confederation (2013) と Department of Health (2013b) によると、2011年度は58億ポンドの節約を達成しており、年度末の3か月間で19億ポンドを節約したとされている。そして、2012年度末までに合計で、124億ポンドまで節約できると試算されている。しかし、74%のNHS関連組織¹⁵⁾のリーダーは「経験したことがないほど深刻な財政状況にある」と答え、85%が今後も恒久的に財政的圧力が増加していくと予測している。

また、Andy Mckeen (2014) によるNHS関連組織のリーダーに対するアンケート調査では、昨年と比べて、34%がNHSの患者に対するサービスが向上したと答え、53%が「変わらない」、13%が「悪くなった」と答えている。医療費を節約し効率化を図った政策を行ったにもかかわらず、サービスが「悪くなった」と回答した割合が、「向上した」を下まわり、半数以上が「変わらない」という結果は、今のところ改革は順調に進んでいると考えられる。しかし、NHSのリーダーの多くは財源の将来について非常に深い懸念を抱いており、70%が今の高い質の医療サービスを維持すると赤字に陥ると回答している。

緊縮財政がとられているイギリスでは、NHS以外の多くの公共サービスで予算がカットされている。Nuffield Trust (2012) では、NHS以外の公共サービスの予算を長期にわたって凍結するか、大幅な増税を行う以外、NHSの予算の自然増にも対応できないと分析している。今後追加的な財源が望めない中、いかに組織の統合、権限移譲などによる効率化を進め財源を確保していくかが、今後の改革で重要となると考えられている¹⁶⁾。

4. 結び

本稿では90年代後半から現在にいたるNHS改革を中心に、そのシステムの変化や国民にもたらした影響、財政の状況などを確認した。現政権下での改革の動向は、財源の確保や効率化などの進展がまだ不透明なため評価はできないが、労働党政権下での積極的財政政策に基づく改革は、大きな成果をもたらしたといえよう。財源調達方式や受診の仕方などの基本的な仕組みは変えることなく、医療サービス供給側の組織や診療報酬制度などを変えることで、その結果に大きな影響を与えることができた成果については、日本の医療制度にも参考になるのではないであろうか。

日本の医療保障制度改革は、基本的にはサービス需要者である患者側への負担増を中心に行

われてきた。2014年8月現在、大病院を紹介状なしで受診する際に定額負担を課する政策などが議論されているが、こうした患者側への制度改革だけでなく、診療報酬制度改革などの供給側へのアプローチも医療費抑制政策として重要となるのではなかろうか。

NHSの場合は一般医に積極的診療を促す策を行うことで、待機期間の改善などが見られた。日本の場合、過剰診療を誘発しかねない出来高払いの診療報酬制度の度合いを薄め、適正診療を促すことができる診療報酬制度を構築することにより医療費を抑制できる可能性もある。

明確な政策意図を持って、制度を抜本的に変えることにより、国民の満足度などに大きな影響を与えたNHS改革には、参考にすべき点も多いため、今後も注目し続ける必要がある。

注

- 1) 下限所得未満の者、学生については保険料は免除。また雇用主にも保険料負担がある。
- 2) Department of Health (2000) p.10~13、田極・家子 (2012) 参照。ブレア政権下・ブラウン政権下でのNHS改革については、田極・家子 (2012) が詳しい。
- 3) 田畑雄紀 (2014) p.70~74参照
- 4) 現在、HRGは改良されHRG 4が用いられ、適用対象も入院医療だけでなく外来医療などにも拡大している。
- 5) イギリス医療保障制度に関する研究会 (2013) p.115、Department of Health (2010a) p.27~30 参照。
- 6) イギリス医療保障制度に関する研究会 (2013) p.12~13参照。
- 7) Department of Health (2010b) p.43参照。
- 8) ここであげている額は、保健省からPCTやNHSイングランドに配分された予算であり、表2で示している財源や支出とは異なるデータであることに注意が必要である。
- 9) その他の組織には、Arm's length bodiesという保健省から独立した関連組織などが含まれる。
- 10) この中には患者による処方せん負担など予算以外の収入も含まれている。

- 11) Department of Health (2013a) p.11 figure 1 参照。
- 12) Department of Health (2013a) p.23 figure 7、
ならびに NHS England HP, *NHS allocations for 2013/14* 参照。
- 13) National Centre for Social Research (2013) 参照。
- 14) The King's Fund (2014) 参照。
- 15) 具体的には病院、一般医、コミュニティサービス、地方自治体などの組織が含まれる。
- 16) 今後の改革のあり方については、Chris Ham (2014) p.47～56の中でここに挙げたもの以外にも様々な提案がなされている。

参考文献

- ・一圓光彌・田畑雄紀 (2012) 「イギリスの家庭医制度」『健保連海外医療保障』No.93
- ・イギリス医療保障制度に関する研究会 (2013) 『イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書【2013年度版】』医療経済研究機構
- ・田畑雄紀 (2013) 「医療保険制度：イギリス」『保険と年金の動向 2013/2014』厚生労働統計協会
- ・田畑雄紀 (2014) 「日本の医療保障制度のあり方—イギリスの医療保障制度改革を参考に—」一圓光彌・林宏昭編著『社会保障制度改革を考える 財政及び生活保護、医療、介護の観点から』中央経済社
- ・田極春美・家子直幸 (2012) 「イギリスNHS改革のこれまでと最新の動向」『健保連海外医療保障』No.93
- ・松田亮三 (2009) 「ブレア政権下のNHS改革—構造と規制の変化—」『海外社会保障研究』No.169 Winter 2009
- ・Andy McKeon (2014) *A system under strain: the views of NHS and social care leaders* Nuffield Trust
- ・Audit Commission (2012) *NHS financial year 2011/2012*, Audit Commission Publishing Team
(<http://archive.audit-commission.gov.uk/auditcommission/sitecollectiondocuments/Downloads/NHS-financial-year-11-12.pdf>)
- ・Chris Ham (2014) *Reforming the NHS from within* The King's Fund HP
([http://www.kingsfund.org.uk/time-to-think-](http://www.kingsfund.org.uk/time-to-think-differently/publications/reforming-nhs-within)
- [differently/publications/reforming-nhs-within](http://www.kingsfund.org.uk/time-to-think-differently/publications/reforming-nhs-within))
- ・Department of Health (2000) *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform* National Archives HP (<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/>)
- ・Department of Health (2010a) *Equity and Excellence: Liberating the NHS* GOV.UK HP
(<https://www.gov.uk/government/publications/liberating-the-nhs-white-paper>)
- ・Department of Health (2010b) *Spending Review 2010* GOV.UK HP
(https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/203826/Spending_review_2010.pdf)
- ・Department of Health (2013a) *2012-13 update on indicators of financial sustainability in the NHS* The Stationary Office
(<http://www.nao.org.uk/report/2012-13-update-on-indicators-of-financial-sustainability-in-the-nhs-3/>)
- ・Department of Health (2013b) *Annual Report and Account 2012/13* GOV.UK HP
(<https://www.gov.uk/government/publications/annual-report-and-accounts-2012-13-3>)
- ・National Centre for Social Research (2013) *British Social Attitude 30th report* National Centre for Social Research HP
(<http://www.natcen.ac.uk/series/british-social-attitudes>)
- ・National Centre for Social Research (2014) *British Social Attitude 31st report* National Centre for Social Research HP
- ・NHS Confederation (2013) *fact sheet: Tough times, tough choices* NHS Confederation
- ・Emma Hawe Lesley Cockcroft (2013) *OHE Guide to UK Health and Health Care Statistics second edition* Office of Health Economics
- ・Nuffield Trust (2012) *NHS and social care funding: the outlook to 2021-2022* Nuffield Trust HP
(<http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/future-NHS-spending>)
- ・NHS England HP *NHS allocations for 2013/14* (<http://www.england.nhs.uk/allocations-2013-14/>)
- ・The King's Fund (2014), *Satisfaction with the NHS overall*, King's Fund HP

(<http://www.kingsfund.org.uk/projects/bsa-survey-2013/satisfaction-nhs-overall>)

アメリカにおける医療費の財源構造 —メディケア・パートBを中心に

金沢大学教授
石田 道彦
Ishida Michihiko

アメリカは、国民すべてを対象とした公的医療保障制度をもたないため、国民医療費の約半分が民間部門でカバーされている。しかしながら、高齢化の進展によりメディケアの加入者は増加しており、将来的には政府部門による医療費支出が民間部門を上回ることが予想されている。メディケア・パートBでは、1998年からGDPの伸びにあわせて医師に対する診療報酬の改定率を決定し、医療費総額を管理する仕組みが導入されたが、連邦議会の度重なる特例法の制定により、これまで診療報酬のマイナス改定が回避されてきた。財政赤字の解消が政策課題となるなか、医療制度改革の実施とともに、メディケアの財源構造や診療報酬支払方式の改革が大きな課題となっている。

はじめに

2013年の時点でアメリカの医療費は約2.9兆ドル、対GDP比は18%であり、先進国のなかでも最も多額の医療費支出を行っている¹⁾。また、周知のように、国民の大半をカバーする公的医療保障制度をもたないため、医療費の51%は事業主が従業員に提供する民間保険などの民間部門によって賄われている。

他方で、政府部門による医療費支出もかなりの規模となっており、2012年の時点では、総医療費の23%がメディケアから、16%がメディケイドから支出されている²⁾。今後、ベビーブーマ世代の高齢化に伴い、メディケアの加入者は増加するため、2021年には政府部門による医療費支出が民間部門を上回ると予想されている³⁾。このため、多額の政府予算が支出される公的医療保障制度の財政運営と財源確保が重要な課題となっている⁴⁾。

本稿では、公的医療保障制度を中心にアメリカの医療費の状況と財源構造を確認する⁵⁾。そ

うえて、診療報酬の支払方式を含めた改革が課題となっているメディケア・パートBについて検討する。

1. 公的医療保障制度における費用負担と財源構造

(1) メディケア

1965年の社会保障法改正により創設されたメディケアは、65歳以上の高齢者など（65歳未満の障害者や終末期腎疾患患者880万人を含む）を対象に医療給付を提供する公的医療保障制度であり、2013年の時点で約5,230万人が受給者となっている。

2013年におけるメディケアの年間給付費総額は約5,829億ドルである。このうち、24%が病院の入院医療サービス（パートA）、12%が医師の診療サービス（パートB）、11%が外来の処方薬剤（パートD）に支出されている。また、25%はパートC（メディケア・アドバンテージ・プラン）に支出されている⁶⁾。

今後の人口の高齢化により、メディケア加入者は年3%の割合で増加し、2022年には約7,000万人になると予想されている。これに伴い、メディケアの給付費は今後増加し、議会予算局（Congressional Budget Office：以下「CBO」という）の推計では、2024年には8,580億ドルの規模になると予想されている⁷⁾。

メディケアは、当初、パートAとパートBからなる制度であったが、1997年にパートCが、2003年にパートDが創設されたことにより、現在は4つの制度から構成されている。各制度の財源構成、財政運営のあり方はそれぞれ異なっており、以下ではパートAとパートBの財源構造について述べる。

1) パートAの財源構造

パートAは、入院医療サービスを中心に在宅医療や短期の専門介護サービスなどを提供する強制加入の医療保障制度である。

2013年度におけるパートAの給付費総額は約2,662億ドルである⁸⁾。給付費の大半は、被用者と事業主、自営業者が負担する社会保障税で賄われており、被用者と事業主は、社会保障税（メディケア相当分）として給与の1.45%をそれぞれ負担する⁹⁾。徴収された社会保障税は、連邦政府の一般予算から独立した会計制度である病院保険信託基金（Hospital Insurance Trustee Fund：以下「HI信託基金」という）によって管理され、メディケア加入者への医療給付費と積立金に充てられる¹⁰⁾。このような財政方式が採用されていることから、パートAは賦課方式の社会保険制度と理解されてきた。

パートAは、財源の88%が社会保障税であるため、財政状況は被用者の賃金、人口動向、受給者数の変化に影響される。2008年以降、HI信託基金では、社会保障税による収入が不足する状態が続いており、積立金の一部が給付費に充てられている。2014年7月に信託基金が公表した年次報告書によれば、近年、パートAの給付費の伸びは緩やかとなっているものの、2030年にはHI信託基金は枯渇するとされている¹¹⁾。こ

のため、パートAの財政問題の解決は喫緊の課題となっている。（現役の被用者が負担する）社会保障税の引上げ、受給者に対する保険料負担の導入、HI信託基金への公費の投入といった方策のなかからいかなる対応を選択していくか検討が求められている¹²⁾。

2) パートBの財源構造

パートBは、医師の診療、病院の外来診療、臨床検査、在宅医療などの給付を行う任意加入の保険制度であり、パートAの加入者の92%がパートBに加入している。

パートBの給付費総額は2,471億ドルである（2013年）¹³⁾。その財源は、加入者が負担する保険料（全体の25%）と公費（73%）、利子など（2%）であり、補足的医療保険信託基金（Supplementary Medical Insurance Trustee Fund：以下「SMI信託基金」という）によって管理されている。

パートBにおける公費負担は、任意加入の制度において保険料の上昇によって逆選択が生じることを防止するという目的を有していた。もともと、給付費の財源として公費がほぼ4分の3という高い比率を占めることが当初から予定されていたわけではなく、メディケアが施行された時点ではパートBの費用の50%を公費で賄うことが予定されていた。ところが、1972年の社会保障法改正により、パートB保険料の引上げ幅は社会保障年金の生計費調整（cost of living adjustment）の範囲内に制限されることとなった。その後、パートBの給付費は増加を続けたが、生計費調整による保険料の抑制は継続されたため、パートBの財源として保険料の占める割合は25%にまで低下することとなった。保険料による財源負担のさらなる低下を防止するため、1997年の財政均衡法（Balanced Budget Act）においてパートBの給付費の25%を保険料で補填するというルールが確立され、今日に至っている。

2014年の標準保険料（単身で年収8万5,000ドル以下の場合）は月額104.9ドルである。パートBの保険料は、長らく加入者の所得にかかわら

ず定額であったが、2007年より、高所得者（単身で年収8万5,000ドル以上）に対して割増保険料を徴収する仕組みが導入されている。5段階の所得階層が設定されており、年間所得（単身）が8万5,000ドルから10万7,000ドルの場合、保険料（月額）は146.9ドルとなる。オバマ大統領の下で成立した医療制度改革法（Patient Protection and Affordable Care Act：以下「ACA」という）により、パートBにおける高所得者の所得基準は2010年から2019年まで凍結される。このため、次第に多くの高齢者が割増保険料の対象となると考えられている。

パートBの保険料は、年度ごとの収支を考慮して設定されるため、パートBの財源が枯渇する危険はない。しかし、パートBの給付費は、今後5年間に於いて年5.7%と経済成長を上回るスピードで増加すると予測されており、医療費の増加を抑制する仕組みの確立が求められている¹⁴⁾。

(2) メディケイド

メディケイドは、連邦と州が共同で低所得者に医療サービスを提供する制度である。2011年の時点で約5,600万人が受給者となっており、給付費総額は約4,320億ドルである¹⁵⁾。メディケイドは州ごとに運営されており、連邦政府のガイドラインに基づいた具体的な給付プログラムの設計は州が行っている。このため、給付対象者や給付内容は州ごとに異なる。

メディケイドの費用は連邦と州が共同で負担することになっており、連邦補助金の交付にあたってはマッチング拠出という仕組みが採られている。連邦政府は、各州の平均所得から算出された補助率（法律上は50～83%）に基づいて、州がメディケイドに支出した医療費に応じて補助金を交付しなければならない。州が受給資格者の適用範囲を拡大させた給付プログラムを実施する場合、連邦政府はこれに対応した額の補助金を交付することになる。2012年の連邦政府による財政負担は2,940億ドル（総費用の64%）であり¹⁶⁾、州政府に対する連邦補助金のなかでもメディケイド補助金は、最も高い比重を占めて

いる。

2014年以降、ACAに基づいて、無保険者解消のために、メディケイド適用対象者の拡充が図られている。州がこのメディケイド拡充プログラムを採用した場合、所得が連邦貧困基準133%以下の者まで受給資格を得ることが可能であり、新たに受給資格を得た者の医療費については連邦政府が全額負担することになっている。この施策により2014年には受給者数が2011年時点から15%増加し、2021年には31%まで増加すると予想されている¹⁷⁾。

(3) 医療制度改革法（ACA）

2010年3月に成立したACAでは、個人の保険加入の義務づけや保険加入のための費用補助、民間保険に対する規制強化、メディケイドの適用拡大などの施策を通じて、国民の医療保険の加入拡大と無保険者の解消が図られている。

ACAの最大の特徴は、個人に対して民間医療保険への加入の義務づけを行ったことである（individual mandate）。同法に基づき、2014年1月からアメリカ国民および合法的居住者に対して、一定の条件を満たした保険プランへの加入が求められている。義務づけに従わない場合に罰金を課すことで、保険プランへの加入を促す仕組みとなっている。同時に、保険料負担が困難な低所得者に対して所得補助を行うことで、医療保険へのアクセスの改善が図られている。

ACAでは、各州に対して小規模団体保険や個人保険の加入希望者を対象とした医療保険エクスチェンジ（health insurance exchanges）の設置を求めている。医療保険エクスチェンジは、保険の加入希望者に一定の給付内容を備えた適格保険プランを斡旋する仕組みであり、民間保険の購入が困難な者は、医療保険エクスチェンジを通じて保険料の補助を受けることができる。州が自ら医療保険エクスチェンジを設立しない場合、連邦政府が設置することになっている。2014年5月の時点で15州が独自の医療保険エクスチェンジを設立し、36州が連邦立または連邦と共同でエクスチェンジを設置している。

ACAの実施にあたっては、民間保険プラン加入のための保険料補助とメディケイドの適用拡大により、連邦予算から多額の支出が必要になると予想されていた。2014年度は保険料補助に対して170億ドル、メディケイドおよび児童医療保険プログラムに対して200億ドル、小規模事業主対象の税額控除に10億ドルの支出となる。最近のCBOの推計では、2015年から2024年にかけての連邦政府の支出は約1兆3,830億ドルになるとされている¹⁸⁾。

2. メディケア・パートBにおける診療報酬制度改革

パートBの財源は、加入者の保険料と公費でありSMI信託基金が財政破綻となる危険性はない。しかし、医療費支出の拡大は保険料の引上げと公費負担の拡大に結びつくため、給付費の抑制が課題となってきた。

1997年の財政均衡法によって、パートBでは持続可能成長率（Sustainable Growth Rate：以下「SGR」という）を用いて支出目標の範囲内に給付費を抑制する仕組みが導入された。しかしながら、医師に対する診療報酬のマイナス改定を回避するため、連邦議会は2002年以降、SGRに基づくマイナス改定を適用しない特例法（“doc fix”と呼ばれる）をほぼ毎年制定してきた。

パートBでは、医師への診療報酬を算定するにあたり、資源準拠相対評価尺度（Resource-Based Relative Value Scale：以下「RBRVS」という）と呼ばれる診療報酬の支払方式が採用されており、これとあわせてSGRによる医療費支出の管理の仕組みが採られてきた。そこで、以下では、パートBに関わる診療報酬の展開を確認する。

（1）パートBにおける診療報酬と医療費決定の仕組み

1）RBRVSに基づく診療報酬体系

RBRVSは、1989年の包括財政調整法（Omnibus Budget Reconciliation Act）に基づいてメディケアに導入されており、1992年1月からこの仕組

みを用いて医師に対する診療報酬の支払いが行われている。

RBRVSが導入されるまで、メディケアでは、医師への診療報酬を「慣行に基づく合理的請求額」に従って支払っていたが、慣行料金に地域差があり、医師や保険会社の不満が高まっていた。このため、各医療行為に対する投入資源の量と質に基づいて医療行為の原価を測定する作業が進められ、RBRVSと呼ばれる現在の診療報酬体系が誕生した。

パートBでは、RBRVSに基づく診療報酬体系を用いて、次のようにして診療報酬額の算定がなされる。メディケアの診療報酬体系では、CPTコード（current procedure terminology codes）（アメリカ医師会が定めた医療処置コード）に記載された約7,000の医療行為について相対評価指標（relative value units：RVUs）—①医師の仕事量（診療時間や診療作業の強度）（RVU work）、②診療に要する諸費用（RVU PE）、③医療過誤の保険費用（RVU MP）を反映した数値—が設定されている。実際の支払額の算定にあたっては、これらの相対評価指標にそれぞれ地域別診療費係数（Geographic Practice Cost Index：GPCI）を乗じ、コストの地域差を調整したうえでその結果を合計する。これに換算係数（conversion factor：CF）を乗じることで支払い額が算出されることになる（下記を参照¹⁹⁾）。

$$\text{Payment} = [(RVU \text{ work} \times GPCI \text{ work}) + (RVU \text{ PE} \times GPCI \text{ PE}) + (RVU \text{ MP} \times GPCI \text{ MP})] \times CF$$

2）換算係数を用いた医療費の調整メカニズム

換算係数（CF）は、わが国の診療報酬点数における1点単価に相当するものであり毎年改定される。2014年度の換算係数は35.8228ドルである。

換算係数は、改定調整係数（update adjustment factor：UAF）とメディケア経済指数（Medicare Economic Index：MEI）を用いて算出される。改定調整係数は、次に（2）で述べる持続可能成

長率（SGR）のほか、医療費支出の目標値と実際の支出額などを考慮して決定される。これらのファクターを考慮して換算係数を決定することにより、パートBにおける医療費支出の伸びを合理的な範囲内に収めることが意図されている。

メディケア経済指数（MEI）は、医師のサービス提供に関わる物価の変動を反映した指数であり、改定調整係数の引上げはMEIプラス3%、引下げはMEIマイナス7%の範囲に収めることが求められている。また、相対評価指標の見直しや換算係数の改定により給付費総額が目標値を2,000万ドル以上上回る場合、予算中立性の原則により全体の支払率が見直される。

（2）特例法によるマイナス改定の回避

持続可能成長率（SGR）は、診療報酬改定時に新たな換算係数を決定するための1つのファクターであり、経済成長率などと連動してメディケアの医療費支出を調整するうえで重要な役割を担っている。このため、パートBにおける診療報酬改定の調整メカニズムを指してSGRと呼ばれるようになっている。

SGRは、①医師に対する報酬の変化、②メディケア受給者数の変化、③GDPの変化、④パートB給付に関連した法改正に伴うコストの変化の4つの要因の合計によって決定される。SGRに基づいた換算係数を設定することにより、メディケア・パートBの医療費支出が経済成長の伸びを上回って拡大しないように制御を図ることが期待されていた。

しかしながら、1998年にSGRが導入されて以来、SGRに基づく診療報酬のマイナス改定の実施は2002年の1回にとどまっている。2002年以降もパートBの医療費支出は目標値を上回ったため、診療報酬のマイナス改定が実施されるはずであった。しかしながら、民間保険との格差をもたらすマイナス改定に対しては医療関係者による強力な反対があり、連邦議会は、2003年から2013年までその都度、特例法を制定し、SGRによらない新たな換算係数を設定することで診療報酬のマイナス改定を回避してきた。

SGRの仕組みでは累積的な医療費支出の超過額についても考慮され、改定調整係数が算定される。このため、2014年に特例法が制定されず、SGRに基づく診療報酬改定が実施された場合には、24.4%と大幅なマイナス改定を行う必要があった。

連邦議会では、2013年から単年度の特例法を制定する以外の対応を模索しており、パートBの診療報酬制度の見直しを行い、SGRを廃止する法案の作成作業が超党派の議員によって進められていた。しかし、この法案は合意に至らず、結局、SGRの適用を回避する17本目の特例法が成立することとなった。2014年4月に特例法は成立し、パートBの診療報酬については0.5%の引上げが行われた²⁰⁾。

おわりに

SGRによるメディケア医療費の統制は、10年以上にわたって連邦議会の介入によって回避されてきた。このようにアメリカでは、経済成長率と連動した医療費の管理は、政治的に困難な課題となっている²¹⁾。

現行のパートBにおける診療報酬体系の問題点の1つは、個々の医師の診療における成果や効率性への評価が十分なされていない点にあるとされる。SGRの仕組みでは、こうした評価が不十分なまま、医療費支出全体の伸びに対応して、メディケアで診療を行うすべての医師の診療報酬が改定されることになる。この点が医療関係者から強い反発を引き起こす1つの要因となっている。このため、今後、検討されるメディケアの診療報酬改革では、医療の質や成果の評価という困難なアプローチを通じて医療費支出の管理を図るという対応が求められている²²⁾。

注

- 1) Kaiser Family Foundation, Projections of National Health Expenditures and Their Share of Gross Domestic Product 2013-2022 (2014)

- 2) Kaiser Family Foundation, The Facts on Medicare Spending and Financing(2014).
- 3) Medicare Payment Advisory Commission, Report to Congress Medicare Payment Policy 6 (2014)[hereinafter MedPAC report].
- 4) 2014年の連邦予算3.6兆ドルの22%が公的医療費の支出(メディケア14%、メディケイド8%)に用いられており、公的年金22%と合わせると予算の45%を占める。Id.
- 5) 民間保険も含めたアメリカの医療保障の概要については、加藤智章・西田弘編『世界の医療保障』(法律文化社、2013年)「第9章 アメリカ」(関ふ佐子 執筆)を参照のこと。
- 6) 1997年に創設されたパートCは、民間の医療保険プランがパートA、パートBに相当するサービスを含めた医療給付を提供する制度である。2003年のメディケア改革法(Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act)の制定以降は、メディケア・アドバンテージ・プランと呼ばれている。2013年の時点でメディケア加入者の約28%がパートCに加入している。パートCの費用は、HI信託基金とSMI信託基金から医療保険プランを運営する保険会社に支払われる報酬によって賄われる。
パートDは、高齢者に対して外来処方薬剤の保険給付を提供するために、2003年のメディケア改革法によって創設された任意加入の制度である。パートDの財源は、2013年の時点で、一般財源(73%)、加入者の保険料(14%)、州によるメディケイド受給者分の費用負担(13%)となっている。
- 7) Kaiser Family Foundation, supra note 2).
- 8) The Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Fund, 2014 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds 7 (2014)[hereinafter 2014 Medicare Trustees Report].
- 9) パートAの受給資格は、最低10年間、社会保障税を納付することで発生し、65歳になった受給者に対して追加の保険料負担は求められない。自営業者の場合、所得の2.9%に相当する社会保障税の納付が求められる。また、社会保障税を納付し受給資格者となった者の扶養配偶者に対してもパートAの受給資格は認められる。
- 10) パートAの社会保障税以外の財源として社会保障年金への課税がある。一定額以上の年金を受給する公的年金受給者に対して、年金給付の85%を対象に連邦所得税が課せられており、年金課税による収入はHI信託基金の収入の6.5%を占めている。その他の財源はHI信託基金の利子収入(5.2%)、任意加入者の保険料(1.4%)となっている。
- 11) 2014 Medicare Trustees Report, supra note 8), at 7.
- 12) MedPAC report, supra note 3), at 14.
- 13) 2014 Medicare Trustees Report, supra note 8), at 11.
- 14) Id. at 8.
- 15) MedPAC report, supra note 3), at 17.
- 16) 2012年度の連邦負担には経済対策の一環として実施された一時的な財政負担が含まれている。2012年までの連邦政府の負担率は平均57%となっている。
- 17) MedPAC report, supra note 3), at 17.
- 18) Congressional Budget Office, Updated Estimates of the Effects of the Insurance Coverage Provisions of the Affordable Care Act 2 (2014).
- 19) 79 Fed. Reg. 40322(July 11, 2014).
- 20) The Protecting Access to Medicare Act of 2014. 2015年1月1日から3月31日までの診療報酬の改定率は0%となる。
- 21) 支出目標に基づきメディケアの医療費管理を行う新たな制度がACAにより導入されている。独立諮問委員会(Independent Payment Advisory Board: IPAB)は、メディケアの医療費支出の伸びが指標水準を超過した場合に、支出の削減を議会に提案することになっている。
- 22) 連邦議会に提出されたSGR廃止法案(SGR Repeal and Medicare Payment and Provider Modernization Act of 2014)では、2018年まで毎年メディケア診療報酬の0.5%の引上げを行った後、2019年から5年間、診療報酬の改定を凍結し、この期間内に成果評価型の支払方式を組み込んだ新たな支払い方式への移行を進めることが予定されている。

1. 基本情報

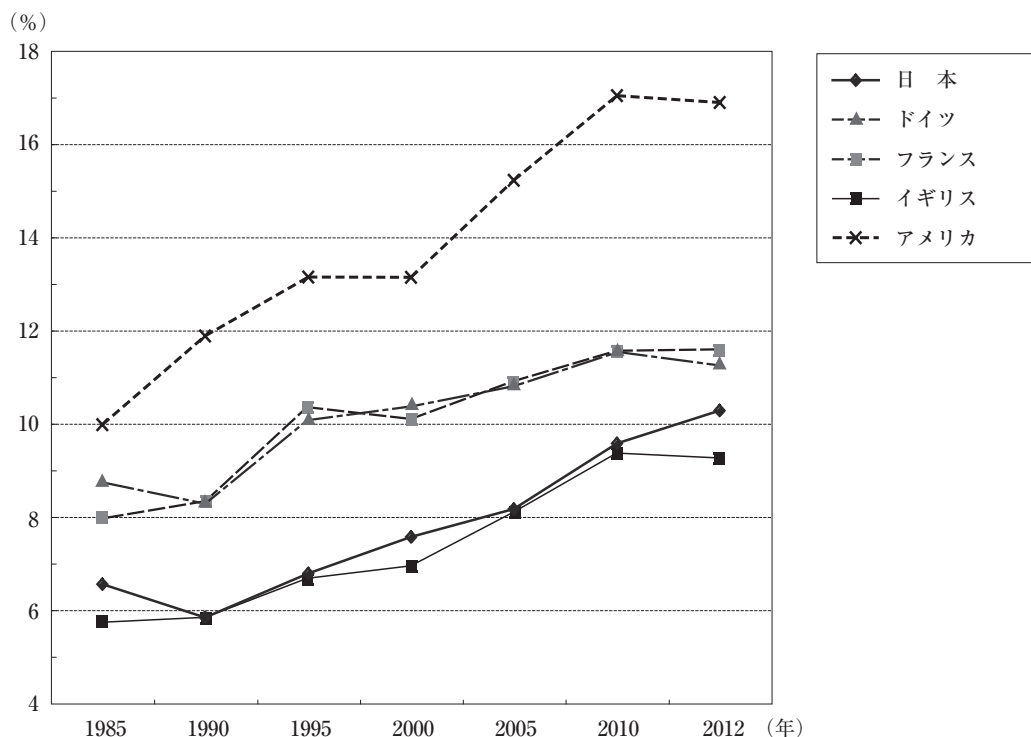
	日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
総人口(千人)	127,515 (12年)	81,932 (12年)	63,519 (12年)	63,705 (12年)	313,914 (12年)
高齢化率(%)	25.1(13年)	21.0(13年)	17.6(13年)	17.3(13年)	14.1(13年)
合計特殊出生率	1.39(10年)	1.80(10年)	1.99(10年)	1.98(10年)	1.23(10年)
平均寿命(年)	男79.9／女86.4 (12年)	男78.6／女83.3 (12年)	男78.7／女85.4 (12年)	男79.1／女82.8 (12年)	男76.3／女81.1 (11年)
失業率(%)	4.0(13年)	5.3(13年)	10.3(13年)	7.5(13年)	7.4(13年)
社会保障費対GDP(%)	18.7	25.2	28.4	20.5	7.6
医療費対GDP(%)	10.0(12年)	10.9(12年)	11.2(12年)	8.9(12年)	16.2(12年)
国民負担率 (国民所得比) (%)	(A) + (B)	39.8	52.2	61.9	47.7
	租税負担率(A)	22.7	31.6	36.7	37.0
	社会保障負担率(B)	17.1	20.6	25.2	10.7

(注) 1. 社会保障費対GDPは各国07年の数値。

2. 国民負担率については、各国11年の数値。

出所：OECD(2014)、財務省HP。

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD(2013)

3. 医療提供体制

(12年)			日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
平均在院日数			17.5	9.2	5.6	7.0 (11年)	4.8 (10年)
病床数	医療施設	急性期	1,012,255 (7.94)	432,606 (5.38)	222,031 (3.39)	147,236 (2.31)	793,279 (10年) (2.56)
		長期	342,196 (2.68)	— —	32,552 (0.50)	— —	29,518 (10年) (0.10)
		精神	342,194 (2.68)	100,675 (1.25)	57,622 (0.88)	31,632 (0.50)	76,131 (10年) (0.25)
		その他	7,208 (0.06)	137,162 (1.71)	102,467 (1.57)	— —	43,067 (10年) (0.14)
医療 関係者数	医師		292,039 (2.29)	318,887 (3.96)	201,811 (3.08)	175,229 (2.75)	767,782 (11年) (2.46)
	歯科医師		99,686 (0.78)	66,157 (0.82)	41,740 (0.64)	33,654 (0.53)	— —
	薬剤師		205,716 (1.61)	50,456 (0.63)	69,520 (1.06)	49,731 (0.78)	— —
	看護師		1,344,388 (10.54)	925,000 (11年) (11.31)	— —	522,757 (8.21)	— —

(注) 1. 下段のカッコ内は人口千人当たり。
2. 日本の平均在院日数は急性期の数値。
出所：OECD, StatExtracts (2014)

4. 掲載国通貨円換算表 (2014年9月末現在)

(単位 円)

ドイツ、フランス (1ユーロ)	イギリス (1ポンド)	アメリカ (1ドル)
140.37	181.74	110.45

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4
TEL:03-3403-0928 FAX:03-5410-2091
E-mail:shahoken@kenporen.or.jp