

欧州の医療保険制度に関する国際比較研究（要旨）

本調査研究では、新たな高齢者医療制度の創設や保険者の再編・統合、医療保険制度の一元化など、医療制度改革の動向を受けて、医療保険の意義やあり方についての議論を深めるための基礎資料を得ることを目的に、わが国と同様の社会保険方式によって医療保障を行っているドイツ、フランスの医療保険制度における「連帯」と「自治」の位置づけと財源政策を重点的に調査し、このたび最終報告書を取りまとめた。以下は報告書の要旨である。

医療保険制度における「自治」と「連帯」、財源政策

(1)医療保険制度における「自治」

医療保険制度においては、「自治」という言葉がしばしば用いられるが、国によって、あるいは目的によって、また発言者によって、意味する内容が異なることに留意する必要がある。例えば、国家との関係における保険者の法的地位、保険者の裁量権、保険者機能、財政的自律性、意思決定における被保険者の参加など様々である。

ドイツにおける「自治」

ドイツの医療保険（疾病保険）が規定されている社会法典第5編第4条では、疾病保険の「保険担当機関」は連邦鉱夫組合を除き、そのすべてが「疾病金庫」であり、疾病金庫は自治を備えた公法上の権利能力ある社団で公法上の法人格が付与されていること、疾病金庫自身が自治組織であること - が明記されている。しかし、連邦保健・社会保障省発行の「法定疾病保険の手引き」では、「国家の監督の下で、法定された任務を民主的な自治及び自己責任という基本原則に基づいて遂行する」という記述からも明らかのように、公法人である疾病金庫の活動は法律で定められている。

とはいえ、財源はほとんど保険料で賄い、疾病金庫の運営も労使同数の管理委員会の決定にもとづく自治により行っている、開業医の診療報酬が疾病金庫連合会と金庫医師協会との団体契約に委ねられているなど、もともと保険者自治はわが国に比べて強い。1993年の疾病保険構造法（GSG）により、被保険者の疾病金庫選択が自由化されたことで、疾病金庫は加入者サービスの強化、IT化や合併統合によるコスト削減などによって他金庫との差別化を図り、自治を強化させた。その後行われた疾病保険近代化法（GMG）では、統合診療が推進され、各疾病金庫と個別の医師との直接契約の締結が可能となるなど、自治はさらに強化された。

一方、当事者参加の観点では、GSGにより疾病金庫の管理運営を共同で行ってきた代議員総会と理事会（いずれも労使同数のメンバーで構成）を統合して「管理委員会」としたり、日常的な疾病金庫の運営に直接携わる常勤職の「理事会」を設置するなど運営形態を改編したことで、労使による共同運営形式から経営者によるマネジメント形式へと移行し、自治は後退した。

フランスにおける自治

フランスの社会保障制度は、基本理念として「国民連帯」を掲げ、一般化原則、単一金庫原則、自律性原則という 3 原則に基づく、国の干渉をできるだけ排除する制度の構築をめざした。法定医療保険の管理運営は、制度ごとに設けられた複数の医療保険金庫により行われている。ちなみに一般制度の管理運営は、全国被用者医療保険金庫（CNAMTS）、地域圏医療保険金庫（GRAM）、初級医療保険金庫（CPAM）により行われる。一般制度の評議会の構成は労使同数制となっており、診療報酬は保険者団体である全国医療保険金庫連合（UNCAM）と複数の医師組合との間で協約が締結される仕組みとなっている。しかし、保険料の徴収は保険者ではなく、全国組織である社会保障・家族手当保険料徴収機構（URSSAF）が行い、社会保障組織中央機構（ACOSS）がその管理運営を行っている。

医療保障の財源はもともと税ではなく、被保険者や使用者が拠出する保険料に依拠していたが、財政赤字が増大したため、一般社会拠出金（CSG）という税を投入することとなり、財政面における自治が後退した。また、ジュペプランにおける社会保障財政法の制定や全国医療支出目標（ONDAM）の導入により、社会保障財政に対する国家関与が強化されるなど、財政面のみならず管理運営面における自治も後退した。

2004 年医療保険改革では、被用者医療保険全国金庫（CNAMTS）、非農業非被用者全国医療保険金庫（CANAM）、中央農業共済金庫（CCMSA）を統合する全国医療保険金庫連合（UNCAM）を創設して保険者組織の中央集権化を図るとともに、CNAMTS の事務局長の権限を強化するなど組織運営は大きく変容した。また、全国被用者医療保険金庫（CNAMTS）事務総長の任命について、社会保障担当大臣は評議会に打診することとされたが、実質的には大臣の直接指名と大差なく、保険組織運営における国家の介入が高まっている。

(2)医療保険制度における「連帯」

医療保険制度において「連帯」は重要な言葉である。ドイツ、フランスともに、労使の拠出による社会保険方式を採用した当初から、職域連帯、保険集団内の連帯という理念があったが、社会保障制度の一般化や一連の改革のなかで、「連帯」の概念が変化してきている。

ドイツにおける連帯

ドイツ疾病保険運営の原則は「連帯」と「自己責任」であり、国家による介入や公費の投入を原則的には行わない制度として運営されている。ここでは、民間保険とは異なり、「給付反対給付均等原則」は適用されず、疾病金庫では「自己責任原則」のもと、自らの必要な給付費総額から所要保険料額を算出し、被保険者は疾病リスクとは関係なく、同一の保険料率で保険料を負担する仕組みが採られてきた。この結果、疾病金庫内においては、疾病リスクの低い被保険者が疾病リスクの高い被保険者のリスクを引き受けるという「金庫内連帯」の概念があった。しかし、GSG におけるリスク構造調整の導入により、「金庫内での連帯」から「被用者保険内の連帯」へと変化した。また、1996 年に疾病金庫選択が自由

化された結果、「既存の社会的なつながりとは別に、医療費をともに分かち合う利益共同体の結成という新しい形の社会連帯」に変容した。このことから、GSG を契機に社会連帯の基盤であった企業や同業組合の意義が薄れ、個人の選択を尊重した新たな共同体に変わりつつあること、同時に疾病金庫内の連帯からより広い被用者保険内の連帯概念が強まりつつあることがわかる。しかし、ドイツでは、わが国の市町村国保に相当する地域保険はなく、被用者保険以外の公的保険、広義の「社会保険」は存在しないため、「社会保険」は「被用者保険」を指すなど国民全般を対象にした「国民連帯」という発想は今のところ議論されていない。

「世代間連帯」については、ドイツでは公的年金受給者は退職後もそれまで所属していた疾病金庫に加入し、退職を理由に他の疾病金庫へ移動したり、子の扶養家族になることはなく、わが国のような老人保健制度は存在しない。そのため、高齢者医療の財源問題という点で議論をされることはあまりなかった。しかし、近年、ドイツでは、労働所得に基づく保険料算出がそのまま労働コストの増加に繋がり、企業側の雇用を阻害し、失業率の改善が図られないとの認識が高まっていることから、「世代間連帯をより強化するために、現役世代への一方的な負担の増加ではなく、世代間平等を実現しよう」という改革案が提示されるなど、これまで議論されることの少なかった「世代間連帯」を強化する動きがある。

フランスにおける連帯

フランスの医療保険制度は、制度構築当初には「国民連帯」を基本理念に掲げながらも、自営業者等の反対により、「職域連帯」に基づく制度構築を余儀なくされたという経緯がある。制度設立当初は「職域連帯」の色合いが強かったが、それが「職域間連帯」へと変容し、制度が一般化するのに伴い「国民連帯」の概念が強化された。なお、フランスについても、ドイツと同様に、わが国の市町村国保に当たる地域保険は存在しないことに留意する必要がある。

また、フランスには職域保険に基づく社会保険制度を補完するものとして、社会扶助制度が存在する。1980年代以降の不況による失業問題に十分に対応できなかったことから、相対的に社会扶助制度の存在意義が高まった。この間、無拠出給付や社会扶助給付の進展を通じて、「普遍性原理」を導き出す土壌が形成され、1990年代に入り、CSG 導入による普遍性原則が浸透し、租税代替化が進んだ。この結果、職域連帯の意義が薄れ、国民連帯の意義が高まるようになった。

「世代間連帯」については、フランスもドイツと同様に、退職後も退職前に所属していた制度に加入できることから、独立した高齢者医療保険制度は存在しない。また、老齢年金からも CSG が課税されているように、高齢者も被保険者として保険料や CSG を負担していること、基本理念が「国民連帯」という幅広い連帯を掲げていることなどから、医療保険制度における世代間連帯について議論されることが少ないと思われる。

(3)財源政策と「自治」及び「連帯」

財源政策は、「自治」と「連帯」のあり方と切り離すことはできない。そのため、前述した医療保険制度における「自治」及び「連帯」の議論と重複する内容もあるが、財源政策を中心にしつつ、自治と連帯との関係について触れておく。

ドイツにおける財源政策

ドイツでは保険者が財政責任を負うという自己責任原則と同一疾病金庫内における社会連帯概念のもと、医療保険運営が行われてきた。

これを大きく変容させたのが、1993年のGSGであった。GSGでは、被保険者に疾病金庫選択権を認め、疾病金庫間の競争を促すこととし、この疾病金庫間での公正な競争を促進するための前提条件として「リスク構造調整」が導入された。これは、保険者の努力とは無関係に保険料率格差を生み出す可能性のある不公平な要因（加入者の年齢・性別・障害の有無など）をあらかじめ調整しておくという「事前調整的」な機能を持ち、わが国の老人保健拠出金制度のような他制度への事後調整的な財政補填ではない。このリスク構造調整により、連帯やそれに基づく社会的調整が金庫内に限定されるものではなく、金庫間の連帯として捉えられるようになった。

リスク構造調整により、疾病金庫間の保険料率の大きな格差は解消したものの、リスク調整が十分ではないとの指摘により、2001年改革法では、一定以上の高額な支出を事後的に財政調整するためのリスクプール制度が導入された。また、2007年に有病率指標を取り入れたリスク構造調整を導入することが決まった。

このように、ドイツでは近年、連帯の範囲が金庫を越えた金庫間連帯にまで広がり、疾病金庫間での社会的調整が行われている。しかしながら、あくまでもドイツの連帯の範囲は国民一般を対象とするものではなく、社会保険加入者間での連帯であること、疾病金庫間での社会的調整はあるものの、国庫負担を投入しない疾病保険内での自己責任原則が貫かれていることは留意しておく必要がある。

また、財政的に持続性のある制度構築のための抜本的な改革に向けて、政府はリュルツプ委員会を立ち上げ、賃金に関連づけられた保険料賦課の手法が限界にきていること、高齢化への対応には「世代間連帯」の強化が必要であること、世代間連帯の強化には若年層や将来世代に過剰な負担をさせないという「世代間平等」の原則が必要なこと - といった基本的な考え方を示した。この基本的な考え方に従い、「市民保険」と「人頭割保険」という2つの構想が提示されるなど、ドイツでは、世代間連帯の観点から保険料賦課のあり方の議論が盛んになされているところであるが、高齢者医療を独立した制度とするという考え方はないこと、現役世代への負担を軽減するような保険料賦課とすることにより世代間平等を実現し、雇用環境の改善を図ろうとしていること - などが特徴として挙げられる。

フランスにおける財源政策

フランスでは、制度発足当初は「国民連帯」を標榜したものの、自営業者等による反発により、制度が分立した「職域連帯」を基本理念においた運営が行われてきた。財源政策

については、労使の拠出による保険料がその財源であった。しかし、1970年代以降、産業構造の変化や就業構造の変化に伴い、財政基盤が弱体化する制度が現れるようになり、一般制度と6つの特別制度の間で財政調整が行われるようになった。1970年代、1980年代は制度間連帯としての財政調整時代といえる。

その後、1980年代を通じて高失業率に悩まされたフランスでは、1991年に家族手当にCSGを投入した。1997年には医療保険にもCSGが投入されることとなり、その後CSGの医療財政に占める割合は増加し、租税代替化が進んでいる。

また、CSG導入による普遍性原則の浸透は、無保険者の解消を目的とした普遍的医療給付（CMU）の導入にもつながるなど、「国民連帯」「一般化」の概念を強化した制度が構築された。

2005年には、CSGの課税率の改定分やたばこ税の一部を医療保険部門（主にCNAMTS）に移管、会社組織連帯社会拠出金（C3S）に0.03%の新たな拠出金を創設、製薬会社からの拠出金の継続と増額が行われた。フランスの医療財源政策は、このように様々な財源の確保、課税率・拠出率の変更等に依拠している。したがって、保険者は財政的自律性の点において、国の代行機関と政府からは指摘されている。保険料と税財源が混在している状況について、経済団体は「職業に関する給付（老齢（年金）保険、失業保険、労災保険）は保険料で、全国民を対象とする再分配的給付（医療給付、家族給付）はCSGで賄うべきである」と主張し、一方、労働組合は「国民連帯に基づく給付（予防、公衆衛生、CMU等）は税で、一般制度でカバーするリスクに関わる給付は保険料で賄うことにより、財源の道筋を明確にすべきである」と主張するなど意見が分かれている。