健保連海外医療保障

No.95　2012年9月

■特集Ⅰ：公的医療保障制度の適用範囲をめぐる政策動向

●ドイツ
ドイツにおける医療保障制度の人的適用範囲……田中 耕太郎

●フランス
フランスにおける医療保険制度の人的適用範囲……柴田 洋二郎

●オランダ
オランダにおける公的医療保険制度の
適用範囲をめぐる政策動向……大森 正博

■特集Ⅱ：オランダ医療制度の動向

●オランダ
オランダの医療制度改革について……松田 晋哉

■参　考　掲載国関連データ

●ドイツ／フランス／オランダ

健康保険組合連合会　社会保障研究グループ

健保連海外医療保障

No.95　2012年9月

健康保険組合連合会　社会保障研究グループ

特集Ⅰ：公的医療保障制度の適用範囲をめぐる政策動向

ドイツにおける医療保障制度の人的適用範囲

山口県立大学教授
田中 耕太郎
Kotaro Tanaka

ドイツの医療保障の人的適用範囲については、伝統的に公的医療保険と民間医療保険の並立と、公的医療保険内部における各種疾病金庫の分立という多元的な構造が確立していた。この仕組みは、1990年代以降、公的医療保険における全面的な保険者選択制の導入や、国民皆保険の導入などの改革を通じて様々な変容を遂げてきているものの、現在でもなおその多元的な構造が維持されてきている。また、非正規雇用の拡大に伴う僅少労働への特例規定の創設や、社会扶助における医療保障など、新たな課題に対応した政策も講じられてきている。

1. ドイツの医療保障制度の基本構造とその変遷

(1) 伝統的な公私医療保険の多元的構造

ドイツの医療保険制度は、1883年に宰相ビスマルクにより世界で初めての社会保険として法制度化されたが、すでにそれに先だって職業、職域などを中心に自然発生的に構築されていた各種の互助的組合を取り込む形で形成されたため、もともとが各種の保険者が分立する多元的・自治管理的な構造を有していた。

これがナチスの時代から戦後の長い年月の間で一定の変遷を遂げながらも、その基本的な特質は保持されて発展してきた。1990年代に入って以降は、構造改革法を通じて重要な基本構造の変革が進められてきたが、それでもなお現在も存在する公私医療保険制度の併存や、公的医療保険における各種の疾病金庫の存在などは、このもともとの制度に由来しているため、まず、この伝統的な制度の仕組みを確認しておく。

1) 公的医療保険と民間医療保険の並立

ドイツの公的医療保険は、もともとが低賃金の労働者を対象とした制度として発足し、その後に職員（ホワイトカラー）や一定範囲の自営業者などにも拡大されてきたが、基本的に保護の必要性の高い被用者のための保険という性格を有している。このため、被用者のうちでも一定の労働報酬限度額を超える高所得者は強制加入の対象から除外されているほか、官吏、裁判官、軍人なども適用除外とされている。さらに自営業者も農業者や芸術家など一定範囲の者以外は強制加入の対象とされていない。

そしてこの国民の約1割前後の人的範囲を対象として、代替的な民間医療保険会社が市場を有している。両者の間では、長年にわたり相互の領域の拡大を巡って激しい綱引きが行われてきて、その線引きを行う強制適用の労働報酬限度額の水準は、両者の和平ラインと呼ばれ、時の政権による政治的影響も受けつつ、微妙なバランスの上に共存してきた。民間医療保険は、公的医療保険加入者を含めた約2,250万人に対して付加保険も提供しているが、この強制加入の対象とならない900万人程度の国民に対して公的医療保険に代替する医療保険を引き受けている点が日本の制度とは大きく異なる。

2）公的医療保険内部の多元的構造

公的医療保険の内部においても、ドイツでは歴史的な形成の経緯から、いくつかの種類の保険者（疾病金庫）が多元的に併存しており、しかも、それらが相互に競合関係にあるという特色を有している。

まず強制加入の被保険者[1]の基本的な受け皿となり、各地域を単位として構成される保険者として一般地区疾病金庫（AOK）がある。これは日本でいえば、市町村国民健康保険と協会けんぽが一緒になったような位置づけの疾病金庫である。

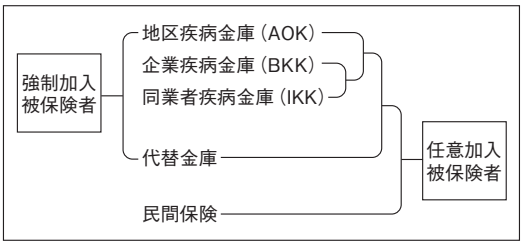
これに対して、従業員1,000人以上の規模の企業単位で構成される企業疾病金庫（BKK）があり、これが設立されている企業の被用者はすべてその被保険者となる。日本の健康保険組合にほぼ相当するものである。

さらに、手工業者などのうち、同業者疾病金庫（IKK）が設立されている者は、これに加入する。日本の国民健康保険組合に近いものということができる。なお、これ以外にも、鉱山労働者や船員、農業従事者など特定の職域を対象としたものもあるが、加入者数が少ないため、省略する。

強制加入の被保険者は、その勤め先や職業に応じて、以上のいずれかの疾病金庫に加入するのが基本であるため、これらは義務的金庫とか一次金庫などと呼ばれる。これに対して、同じ公的医療保険における疾病金庫ではあるが、特にホワイトカラーを中心に、これら一次金庫に加入せずに選択により加入できる代替金庫が認められており、強制加入対象の被保険者の中でも一定の社会的なステータスが認められ、また任意加入対象者の獲得をめぐって民間医療保険と競合する存在でもあった。このように、ドイツの医療保険制度は、公私間の競合だけではなく、公的医療保険内部においても歴史的に一定の競争的な土壌が培われてきた、ということができる。

これらの疾病金庫間、さらには民間医療保険も含めた多元的な保険者構造を図示すると、次のようになる。

図　ドイツの医療保険の多元的保険者構造



（2）1993年の医療保険構造改革法による全面的な保険者選択制の導入

1）概要

伝統的に多元的で多くの疾病金庫に分立した公的医療保険の構造に根本的な変革を加えたのが、1993年の医療保険構造改革法（GSG）である。これにより、公的医療保険の世界に「連帯下の競争」と呼ばれる大幅な競争原理が導入され、保険者選択制の全面的な導入により、被保険者はその加入先の疾病金庫を自由に選べることとなった。また、伝統的な疾病金庫は、その被保険者の性別、年齢別構成、所得水準、扶養率などにおいて大きな格差が存在し、そのままでは公平な競争条件が整わないため、従来の年金受給者の医療保険を吸収する形で、リスク構造調整が導入された。これにより、各疾病金庫間の構造的な格差、つまり支出面では性別、年齢各歳別、障害の有無別の被保険者リスク、収入面では扶養率を含む所得水準の格差について、精緻な財政調整が行われることになった。

2）効果

新たなリスク構造調整と全面的な保険者選択制の導入は、当初は保険者によるハイリスク者排除の問題や、同一リスク指標の中での健康な優良被保険者の獲得競争など、本来の趣旨に反した保険者行動がみられて批判されたり、それに対抗するための措置が講じられたり、また、疾病金庫間で一部の被保険者の積極的な移動現象により疾病金庫の運営が不安定になるなどの課題も生じたが[2]、疾病金庫の合併の促進による統合再編の加速と、それによるリスクミックスの発生などにより、この新制度も定着してきた。

表1　保険者選択制導入に伴う疾病金庫数の変化（1992-2012年）

	疾病金庫総数	地区疾病金庫（AOK）	企業疾病金庫（BKK）	同業者疾病金庫（IKK）	農業者疾病金庫（LKK）	代替金庫
1992年	1,223	271	741	173	21	15
2012年	146	12	112	6	9	6

注 疾病金庫総数には、上記以外に連邦鉱山従事者組合・鉄道・船員金庫が含まれている。

これによる効果として明らかに認められるものの1つは、疾病金庫間の保険料率格差の縮小で、これは2009年からの医療基金（Gesundheitsfond）の設立により最終的に全国統一の保険料率が設定されるまでに至った。

もう1つの顕著な効果が疾病金庫間の合併による保険者数の劇的な減少である。表1のとおり、新制度の導入前の1992年と比較すると、直近の2012年初の段階では疾病金庫数はじつに12%と、1割強にまで劇的に減少している。とりわけ地域ごとに細分化されていた地区疾病金庫（AOK）は各州単位以上の規模にまで統合再編が進み、その数はじつに同4%にまで減少している。

（3）2007年の公的医療保険競争強化法による国民皆保険の導入

最近の改正で被保険者の人的適用範囲に重要な影響を与えたのが、2007年3月26日の公的医療保険競争強化法（GKV-WSG）である。この法律は、2005年の連邦議会総選挙の結果、1969年以来じつに36年ぶりに成立したキリスト教民主／社会同盟（CDU／CSU）と社会民主党（SPD）の大連立政権の下で実現した法律である。

もともとは報酬比例で労使折半負担の現行の医療保険料から被保険者個人の負担する定額保険料への切替えを主張してきたCDU／CSUと、逆に公的医療保険をすべての国民に適用拡大する市民保険構想を主張するSPDという、根本的に相反する方向の抜本改正を掲げる中での政治的な妥協案であるため、内容も矛盾する理念のものが混在しているが、人的適用範囲という面では、所管大臣である連邦保健相を押さえたSPDの主張がより強く反映され、ドイツの医療保険制度では史上初めて国民皆保険が制度上採用され、2009年1月から施行された。

ただし、そのやり方においては、公的医療保険を高所得の被用者や官吏、自営業者などにまで適用拡大するのではなく、従来から確立している公的医療保険と民間医療保険の並立を前提とし、そのいずれかに加入を義務づけるという形を取っている。その意味では、従来のルールの下でも、強制加入以外の国民もそのほとんどは民間医療保険あるいは公的医療保険への任意加入を通じて医療リスクに備えており、社会扶助に含まれる医療扶助といった特別な医療保障の対象者も含めると、医療保障から放置された状態の住民がそれほど多かったわけではなく、実質的な変化はそれほど大きくはない。とはいえ、政府の提案理由説明[3)]の中でも述べられているように、医療保障のない人は、1995年には10万5,000人であったのが、1999年には15万0,000人に、そして2003年には18万8,000人へと増加しており、これを医療保障の下に置くことの意義は少なくないといえよう。

2. ドイツの医療保障の人的適用範囲の現状

以上のような変遷を経て、現在ではすべてのドイツに住む人が公的か民間のいずれかの医療保険への加入が義務づけられている。ここでは、それぞれの被保険者種別ごとに、加入の要件とその実態について述べる。

なお、本項中で対象者の人数を記載している場合には、いずれも連邦保健省のGKV-Statistik KM1統計の2012年1月現在の被保険者数を示す。

（1）公的医療保険の強制加入被保険者

公的医療保険への加入が強制される人は、社

会法典第5編第5条に次のように規定されている。

①労働報酬を得ている労働者、職員および職業訓練生

これが伝統的な公的医療保険の中心的な強制適用対象者である。ただし、(2) で述べるように、これら被用者のうちでも年間労働報酬が適用限度額を超える高所得者は強制適用から免除されているので注意を要する。

②社会法典第3編に基づく失業手当、移行手当の受給者等

これに該当する被保険者数は、84万6,580人となっている。

③社会法典第2編に基づく失業手当IIの受給者であって家族被保険者になっていない者

この規定は、2003年のいわゆるハルツIV改革法により、労働能力のある要援護者に対して、従来の失業扶助が社会扶助と統合されて新たに設けられた求職者基礎保障に基づき給付されるものである。給付水準や補足性の原理などは社会扶助と基本的に共通するが、就労自立に向けた本人の努力および社会的支援を明確な目標とする点が特徴である。これに該当する被保険者数は、262万2,428人となっている。

④農業者医療保険法に規定する農業者および家族従事者

1972年の農業者医療保険法により新たに強制加入に加えられた対象者で、これに該当する被保険者数は、18万9,686人となっている。

⑤芸術家社会保険法に規定する芸術家および出版者

1981年の芸術家社会保険法により新たに強制加入とされたもので、該当する被保険者数は、14万9,168人となっている。

⑥青少年扶助施設在所者で就労能力のある者

⑦障害者のうち職業生活への参加給付の受給者

⑧認可を受けた障害者作業所に通う障害者

⑨障害者施設で授産作業を行い、完全な就労能力のある人の5分の1以上に相当する成果を上げている者

⑩大学生

1975年の大学生の医療保険に関する法律により加えられた対象者で、次の⑪を含めて対象者は58万9,006人となっている。

⑪労働報酬を受けていない職業訓練生

⑫年金受給者および年金受給申請者

年金受給者は医療リスクという面では条件が厳しいグループであり、その保障をどうするのかについては、日本と同様、ドイツにおいても昔から特別な扱いがされてきた。最初の導入は1941年の年金受給者の医療保険に関する法律で、その後、1956年には新たな規定が設けられ、さらに1968年には全面的に見直されるなど、その内容も大きく変化してきた。

現在でも、現役の被用者と並んで公的医療保険の被保険者グループの重要な構成員である。強制加入の要件としては、公的年金の受給者あるいは申請者は、その就労の始まりから年金申請までの全就労期間のうち後半の10分の9以上の期間について公的医療保険の被保険者（家族被保険者を含む）であったことが要件とされる。このいわゆる10分の9条項は、若くて健康で高所得だった時期は保険料の安い民間保険に加入していて、リスクが高い高齢期になってからは連帯保険料の公的医療保険に加入するという、逆選択を防止するねらいがある。

年金受給者の医療保険料は、一般の被保険者と同様に法定された15.5％のうち、労使折半部分の7.3％部分に本人のみの負担部分0.9％分を加えた8.2％は本人の年金から源泉徴収され、一般の場合の事業主負担分に相当する7.3％分は年金保険者、つまりは現役の被用者たちが負担する。

年金受給者または年金申請者に該当する被保険者数は、1,647万6,762人で、加入者総数5,175万6,107人の32％を占めている。

⑬他の方法による傷病時の保障がない者で、最後に公的医療保険に加入していたか、あるいは公的／民間のいずれの医療保険にも加入したことがない者で、主に自営業や高所得の被用者や官吏等ではない者

この条項は、既述の2007年の公的医療保険競争強化法により導入された国民皆保険の受け皿となる規定である。この規定に該当する被保険

者数は、13万1,235人となっている。

（2）公的医療保険の加入免除

社会法典第5編第6条では、強制加入による保護の必要性の認められないカテゴリーとして、保険加入が免除される範囲を定めている。このグループは民間医療保険に加入するか、あるいは公的医療保険に任意加入することとなる。

①年間の労働報酬が年間労働報酬限度額を超える高所得者

この額は、強制加入との線引きとなり、公的と民間の医療保険のせめぎあいの歴史があるが、1971年からは年金保険料算定上限額の4分の3というルールが設定され、長らくこの和平ラインが維持されてきた。しかし、社会民主党（SPD）と緑の党の連立政権下で、この加入限度額が2003年から保険料算定限度額と切り離され、独自に大幅に引き上げられた。その後はこれが一般の所得水準にスライドされ、2012年には5万0,850ユーロ／年となっている。

②官吏、裁判官、職業軍人など、傷病時に俸給の継続支払いと医療費助成（Beihilfe）を受給できるもの

ドイツでは現在でもなお官吏等については、公的年金が適用されず無拠出の恩給制度が設けられるなど、一般の被用者とは異なる様々な特別扱いがされており、医療保障についても、その職階により異なるが基本的にかかった医療費の半額が公費で助成される。したがって、自ら備える必要のある費用負担が少ないため、官吏等に対しては、一般の場合の半額以下の有利な保険約款が特別に用意されており、これに任意加入している。

③宗教団体の構成員、EUの医療保障対象者など

以上の公的医療保険への加入免除対象者は、その多くが民間の医療保険に加入しているほか、一定の要件を満たせば、公的医療保険への任意加入も可能である。その要件としては、継続加入として、すでに過去に公的医療保険に加入したことがある人で、直前に12カ月以上継続して被保険者であったか、あるいは公的医療保険をやめる前の最後の5年間のうち、少なくとも24カ月以上被保険者であったことが必要とされる。

公的医療保険の任意加入被保険者の数は、496万8,483人となっている。

（3）公的医療保険の家族被保険者

公的医療保険の加入者（被保険者本人）の配偶者、登録された同性の生活パートナーおよび子は、その収入が被用者平均月収の7分の1（2012年で375ユーロ／月）を超えなければ、家族被保険者として保険料負担なしで被保険者とされる。僅少労働に従事している場合には、この限度額は400ユーロ／月とされる。

子とは、原則として18歳に到達するまでをいうが、就業していない場合には23歳まで、さらに実習や職業訓練等を受けている場合には25歳まで対象とされる。

家族被保険者数は、一般医療保険の加入者の家族被保険者が1,657万6,138人、年金受給者の家族被保険者が113万2,565人で、合計1,770万8,703人となっている。

（4）公的・民間医療保険を含めたドイツにおける医療保障の全体像とその変化

以上で、公的医療保険の被保険者の種類に応じたその加入の実態について、連邦保健省の統計に基づき詳細に実態を明らかにしたが、ここではさらに、4年ごとに実施されている国勢調査（Mikrozensus）に基づき、民間保険も含めたドイツの医療保障の全体像を加入先の保険者種別と被保険者資格別に俯瞰してみる。幸い、国民皆保険施行後の2011年の国勢調査のうちの医療保障の現況に関する調査結果が、2012年7月に公表されたばかりであるので、これに基づく結果を表2に示す。

ここから明らかになるのは、調査対象者8,058万人のうち、公的医療保険に加入しているのが88％、民間医療保険が12％と、依然として約9割が公的、約1割が民間という棲み分けが行われて

表2　ドイツにおける医療保障の全体像（2011年の国勢調査結果）

（単位：千人）

医療保障の種類	合　　計	強制加入	任意加入	家族被保険者	特別な医療保障、保障なし
地区疾病金庫（AOK）	25,430	18,428	690	6,312	−
企業疾病金庫（BKK）	11,401	7,623	603	3,174	−
同業者疾病金庫（IKK）	4,508	3,148	193	1,167	−
農業疾病金庫（LKK）	808	531	38	239	−
連邦鉱山従業員・鉄道・船員組合	1,707	1,331	36	340	−
代替金庫	25,983	17,886	1,736	6,360	−
民間医療保険	9,391	−	9,391	−	−
特別な医療保障	216	−	−	−	216
医療保障なし	137	−	−	−	137
無回答	252	−	−	−	252
総　　計	80,579	49,527	12,713	17,734	605

注 原資料に注記がないので理由は不明だが、総計の行に表示した数値のうち、合計、強制加入、任意加入、家族被保険者の数値については、その上の医療保障の種類別の各数値を足したものとは若干だが一致しない。

表3　各疾病金庫等の被保険者数の増減（1992-2011年）

（単位：千人、%）

	地区疾病金庫（AOK）	企業疾病金庫（BKK）	同業者疾病金庫（IKK）	農業疾病金庫（LKK）	代替金庫	民間医療保険
1992年	32,889	8,569	3,511	1,386	23,329	7,139
2011年	25,430	11,401	4,508	808	25,983	9,391
増減率	▲23%	+33%	+28%	▲42%	+11%	+32%

いる点である。また、公的医療保険の中の疾病金庫の種類別にみると、依然として地区疾病金庫（AOK）と代替金庫が多くの加入者を分けあっている。

しかしながら、同じ国勢調査でも1992年に実施された調査結果と比較すると、各疾病金庫の被保険者数の増減は表3に示すとおりである。

1996年に全面的な保険者選択制が導入されて以降、現在までの間に、企業疾病金庫（BKK）など他の種別の疾病金庫が被保険者を獲得して増加している中で、地区疾病金庫の被保険者数の減少が突出しているように、20年余りの間の疾病金庫の盛衰の跡もうかがうことができる。さらに、この間に民間医療保険に対する厳しい制度改正があったにもかかわらず、民間医療保険の被保険者数も確実に伸びており、制度改正の荒波の中で、政権交代も巧みに利用しながらしたたかに市場を獲得している民間医療保険の健闘ぶりもうかがえる。

さらに、社会扶助に含まれる医療扶助など、他の方法による医療保障がある人は22万人にとどまっており、やはりドイツは医療保険を中心とした医療保障を行っていることが確認できる。なお、傷病時の医療保障がない人は14万人という結果となっている。

3. 個別の課題

（1）僅少労働（ミニジョブ）と医療保険

日本と同様にドイツでもパートタイム雇用その他の非正規雇用が増大しており、これに対する労働政策、社会保障政策については、雇用の弾力化として支持する立場と、社会保障が及ばない不安定な雇用の拡大として批判的な立場との

間で、現在に至るまでそのあり方について議論が続いている。

ドイツにおける僅少労働に対する社会保険の特別な取扱いは、1999年の法律により導入されたが、これに対しては経済界、とりわけ新聞販売店、農業者、ホテルや飲食店業界などから激しい批判が加えられた。このため、2003年、さらには2006年から要件の見直しや料率の引上げなどが実施されて現在に至っている。

現在の僅少労働の定義は、社会法典第IV編第8条に規定されている。それによれば、僅少労働とは、就労による労働報酬が基本的に月400ユーロを超えないか、年間の就業が最長で2カ月または50労働日までに限定されているものをいう、とされている。

これに該当する就労については、社会保険の適用が免除される一方で、事業主は、労働報酬の30％の包括賦課金（年金保険に15％、医療保険に13％、税が2％）の納付が義務づけられる。この包括賦課金は、当初は25％（年金保険に12％、医療保険に11％、税が2％）であったが、予算随伴法により2006年から現行のとおり引き上げられた。また、ハルツII改革法により2003年4月からは個人の家庭で雇われる僅少労働については、包括賦課金が12％（年金保険と医療保険がそれぞれ5％、税が2％）とされている。

年金保険と医療保険に充てられる包括保険料の負担というと紛らわしいが、いずれにおいても僅少労働自体は保険適用が免除されている点に、十分留意する必要がある。ただし、年金については、被用者が適用免除を放棄するオプションが用意されており、本来の年金保険料と事業主が年金保険用に負担する包括保険料との差額を被用者が負担すれば、本来の年金給付に結びつく仕組みになっている。

これに対して医療保険については、社会法典第V編第8条および第8a条で、公的医療保険の僅少労働への保険適用免除を明確に規定している。

その立法趣旨は、僅少労働の場合、その収入だけで生活しているわけではなく、その他に主たる就労があるか、あるいは学生・生徒や配偶者などの場合で家族被保険者としてすでに医療保険の保護の下にある場合が多い、という考えによる。したがって、僅少労働の従事者が、例外的に公的医療保険の被保険者本人でも家族被保険者でもない場合には、事業主はこれに対応する包括保険料を支払う必要はない。

僅少労働に該当する人は、2011年9月現在で706万人とされている。また、連邦議会における質疑に対する政府答弁[4]によれば、2010年の僅少労働従事者のうち、10％は年金受給者、11％は大学生、7％が生徒とされている。また、失業手当IIの受給者のうち約50万人が僅少労働に従事しているとも指摘している。

パートタイム雇用などの非正規雇用に対して、社会保険がどう対応すべきか、日本と同様にドイツでもなお議論と模索が続くものと思われる。

（2）社会扶助と医療保険の適用

1）社会扶助の位置づけの変化

ドイツの社会扶助は、もともとは日本の生活保護法に障害者福祉などの措置制度に対応する仕組みを一部残したような内容のものであったが、2000年代に入ってその対象者の特性に応じた個別制度への解体が進んだ。

まず年金制度改正の関連で、高齢および障害時の基礎保障が切り離され、次いで雇用対策の強化の流れの中で、労働能力がある求職者について、失業扶助と社会扶助が統合されて新たに求職者基礎保障が創設されて社会法典第II編に編入された。

最終的に2005年1月から連邦社会扶助法が廃止されて社会法典第XII編に編入された際に、高齢および障害時の基礎保障は社会扶助の一部という位置づけが明確にされ、その第4章に位置づけられたが、これらの改正を経て、社会扶助の本来の基本的な給付だった生活扶助は、その役割が劇的に縮小した。さらに介護保険制度の創設により、社会扶助の中で大きな比率を占めていた介護扶助も大幅に減少した。その結果、現在の社会扶助の支出額の6割近くを障害者統合扶

助が占めている。もちろん比重が減ったとはいえ、生活扶助もあり、介護扶助などと並んで本稿のテーマである医療扶助も用意されている。

2）要扶助者に対する医療保障の2つのアプローチ

日本の介護保険でも医療保険とは異なるアプローチが導入されたが、ドイツにおいても、要扶助者に対する医療保障については、医療保険の保険料を生活扶助で負担して医療保険に加入させて医療保障を行う方法と、医療保険には加入させずに、傷病時に必要な医療サービスを医療扶助から現物給付で支給するという方法がある。

この点については、従来は基本的に生活保護運営主体の裁量でどちらを選ぶかを決める場合が多かったが、既述の公的医療保険競争強化法により2009年から国民皆保険が導入され、これに対応して公的医療保険の強制加入の要件として本稿2.（1）⑬の規定が設けられたことに伴い、基本的には前者のアプローチ、すなわち要扶助者については医療保険の保険料を生活扶助で給付することにより保障するのが原則的な方法になり、医療扶助による保障は例外的な対応となった。

社会扶助による医療保険料の負担については、具体的なルールは社会法典第XII編第32条に規定されている。これによれば、社会法典第V編第5条第1項第13号に規定する強制加入の要件（2.（1）⑬のこと）を満たす場合には、要扶助者に対してその医療保険料を給付する。また、医療保険料の負担分だけのために要扶助に陥る被保険者については、疾病金庫の申し出に基づき社会扶助運営主体が保険料全額を直接疾病金庫に支払う。

公的医療保険への任意加入に伴う保険料負担を社会扶助で給付するかどうかについては、「できる」という規定となっており、社会扶助運営主体の裁量に委ねられている。ただし、生活扶助あるいは基礎保障の受給がごく短期間に限られる見通しの場合には、これにより医療保障の中断を生じさせないように、医療保険料の引受けが義務づけられている。

また、民間医療保険に加入する場合の保険料については、保険引受義務が課されていて、保険料負担および給付内容・水準が公的医療保険に相当する基礎タリフの保険料について、社会扶助から支出することができる。なお、医療保険料の負担分だけのために要扶助に陥る場合には、基礎タリフの保険料は半額に減額される。

このように要扶助者については、基本的にその医療保険料を生活扶助で負担することとされたため、医療扶助の支給は減少傾向にある。具体的には、医療扶助受給者数は、2007年末には2万5,348人であったものが、逐年減少し、2010年末には1万3,329人とほぼ半減している。また、これに応じて、2010年の社会扶助の純支出総額217億ユーロのうち、医療扶助は7.5億ユーロと全体のわずか3.5％を占めるにとどまっている。

注

1）ドイツの公的医療保険においては、日本の用語とは逆に、保険料納付義務を負う被保険者本人を加入者（Mitglied）と呼び、加入者とその被扶養家族被保険者の両方を被保険者（Versicherte）と呼んでいるため、やや混乱しやすいが、以下ではドイツにおける用語例に従う。

2）リスク構造調整と全面的な保険者選択制が導入されてから2005年前後までに生じた様々な変化や問題点、そしてそれに応じて講じられてきた措置の内容については、田中（2006）で詳しく分析しているので、そちらを参照されたい。

3）Fraktionen der CDU/CSU und SPD（2006）, S.94.

4）Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin Ulrike Flach vom 8.Februar 2012（2012）.

参考文献

・Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin Ulrike Flach vom 8.Februar 2012（2012）, BT-Drucksache 17/8637, S.74-75.
・Bundesministerium für Arbeit und Soziales（2012）,Übersicht über das Sozialrecht Ausgabe 2012/2013.

・Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2010) , Geringfügige Beschäftigung und Beschäftigung in der Gleitzone.
・Bundesministerium für Gesundheit (2012) , Gesetzliche Krankenversicherung Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand.
・Fraktionen der CDU/CSU und SPD (2006) ,Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-WSG, BT-Drucksache 16/3100.
・Statistisches Bundesamt (2012) , Sozialleistungen Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus) 2011.
・田中耕太郎(2006)「ドイツ医療保険改革にみる「連帯下の競争」のゆくえ―公的医療保険における保険者選択制とリスク選択―」『フィナンシャル・レビュー』平成18(2006)年第1号(通巻第80号), 1-32.

特集Ⅰ：公的医療保障制度の適用範囲をめぐる政策動向

フランスにおける医療保険制度の人的適用範囲

中京大学准教授
柴田 洋二郎
Shibata Yojiro

フランスの医療保険は、全国民を適用対象とすること（一般化）を目指し、カバーする人口を拡大してきた。一般化のプロセスは、一般制度への統合と個別制度の創設とともに、医療保険の対象とならない人的カテゴリーを個別加入保険と医療扶助が補完する形で進められた。そして、1999年に創設された普遍的医療保障（CMU）が医療保険の一般化を完成することとなる。さらに、CMUは低所得層の医療にかかる金銭負担を大きく軽減する措置も講じており、実質的な医療保障を確保することが試みられている。

1. はじめに――フランスにおける医療保障制度の枠組み

フランスの社会保障制度において医療保障（業務外の傷病と出産に対する保障）としての機能を果たしているのは、①補足医療保険、②公的医療保険（以下、医療保険。また、補足制度（①）やそれによる補足的保護と対比する場合、基礎制度、基礎的保護ということがある）、③医療扶助（aide médicale）である。

そのなかで、カバーする人的範囲としても給付の規模としても医療保障の中心的な役割を果たしているのが、強制加入による社会保障制度である医療保険（②）である。この制度は、被保険者およびその被扶養者にかかる医療費を保障し、被保険者の喪失賃金の一部を補償するものである。また、補足医療保険（①）は、基礎制度の給付を補足・上乗せする任意加入の制度であり、労働協約に基づいて労働者が集団的に加入する相互扶助組織（prévoyance）、原則として個人的に加入する共済組合（mutualité）、民間保険会社が提供するものがある[1)]。そして、経済的理由等でこれらの制度による保護を受けられない者に対して、社会扶助の一環である医療扶助（③）が、国家の負担で医療の現物給付を行う。

以上のフランスにおける医療保障の枠組みのうち、本稿は医療保険（②）を基軸として、制度の拡大（**2.**）、制度の適用（**3.**）、低所得者に対する医療保障（**4.**）を要説する（必要に応じて補足医療保険および医療扶助にも付言する）。これにより、医療保険の人的適用範囲の変遷とともに、それに伴って生じる非正規雇用者や低所得者に対する医療保険の適用の問題に対するフランスの対応を明らかにすることが本稿の目的である。

2. 制度の拡大――人的適用範囲の歴史的変遷

フランスの医療保険改革の方向性を人的適用範囲からみると、全国民を医療保険の適用対象とすること（一般化：généralisation）を目指し、カバーする人口を拡大してきたということができる。

(1) 一般化構想の変容―― 一本化から多様化へ

冒頭に述べた枠組みは19世紀には成立していた。すなわち、無所得層に対する無償の医療保障、労働者階級の連帯の基盤となっていた共済組合の設立の自由と運営の自治、これらはいずれも19世紀末に法定された。さらに、高リスク産業（船員、鉱山労働者等）や公務員といった一定のカテゴリーのための特別制度（régimes spéciaux）が保険の仕組みに基づいて医療保障を行っていた。

こうしたなかで、より一般的な適用範囲をもつ医療保険制度は1930年4月30日の法律により一応の登場をみるが、体系的に整備されたのは1945年のフランス社会保障計画（ラロック・プラン）によってである。ラロック・プランは、全ての人々を一般制度（régime général）の適用対象としようとする「一本化による一般化」を構想していた。

しかし、この構想は各社会層からの抵抗に遭ったことで、1946年5月22日の法律（n° 46-1146）は商工業部門の被用者だけに一般制度を適用することとした。これ以降、労働を基盤として職域ごとに組織される社会保険制度（ビスマルク・モデル）によって、全ての人々を医療保障の対象としようとする（ビヴァリッジ・モデル）という歴史的2大モデルの制度的矛盾を内包したなかで、フランスの医療保険制度は一般化に向けた努力を始める。

まず、非就労者や特殊な状況にある人々を一般制度に統合していった。例えば、学生、フリーランス、戦災による障害者・未亡人・孤児等は個別の法律により、失業者や研修生は判例により、それぞれ一般制度によってカバーされることになった。

また、一般制度へ統合されるのを拒否した社会層については個別の制度を創設して医療保険を適用することになる。とりわけ重要なのは、1961年1月25日の法律（n° 61-89）で農業経営者の医療保険制度（農業制度：régimes agricoles）が、1966年7月12日の法律（n° 66-509）で非被用非農業者の医療保険制度（自治制度：régimes autonomes）がそれぞれ創設されたことである。

こうして、1960年代には一般制度と並んで、特別制度、自治制度、農業制度という大きく4つの制度が職域ごとに医療保障を行うようになっていた。フランスは、職域ごとに制度を併存させて人的適用対象の隙間を埋めていくという「多様化による一般化」を選択したのである。

(2) 一般化を妨げる要因と制度的対応

一般制度への統合と個別制度の創設を通じて一般化のプロセスは順調に進展していく。しかし、フランスの医療保険制度に内在する2つの特徴が一般化の実現を阻んでいた。

第一に、医療保険制度が職域を基盤として組織され、労働者とその家族に対して保障を行うことである（職域性と家族性）。ここから、併存する医療保険制度の隙間におかれる職域が無保険となることが問題となる。これに対しては、一般制度への統合や個別制度の創設を続け、加えて被扶養者概念を拡大すること（注12参照）で制度の隙間を埋めるとともに、任意加入の医療保険制度により解決が図られた。任意加入保険（assurance volontaire）は1945年から存在していたが、1967年8月21日のオルドナンス（n° 67-709）は限定的だった適用対象を拡大し、保険料を支払うことを条件に一般制度に加入することを認めている。しかし、同オルドナンスは、任意加入保険への加入申請を加入資格取得後1年以内に制限し、1年を経過した場合、申請には最大5年分の保険料支払いを要するものとしたため、加入は進まなかった。そこで、1978年1月2日の法律（n° 78-2）は任意加入保険制度を廃止し、新たに個別加入保険（assurance personnelle）制度を創設した。この制度は、加入申請にかかる上記の要件を廃止することで加入条件を緩やかにし、また、強制加入制度への所属、被扶養者適格の取得、国外への退出という3つの場合を除いては個別加入保険に加入することを定めた[2)]。

第二に、医療保険制度が保険料拠出の対価として医療保障を行うことである（保険原理）。そのため、経済的理由で保険料を拠出できない所得階層―職域からも排除されていることが多い―に対する医療保障が問題となる。この問題に対しては、1893年7月15日の法律を起源とする医療扶助が対応してきた。医療扶助はまさに保険原理によっては保護されない低所得層のための制度であり、県が主体となって対象者の医療保険料負担を肩代わりしたり、医療に要する費用（自己負担分や定額入院費負担）を負担したりしてきた。

こうして、医療保険を個別加入保険と医療扶助が補完する形で医療保障から漏れる人口は埋められていった。しかし、併存する医療保険制度間の給付や拠出に格差があり、補足制度が必要となるほどまでに基礎制度による保護水準が低下する―そして、医療保障の不平等が拡大する―事態が問題となった。つまり、医療保険は「適用対象を拡大しながら償還水準が低下するというパラドックス」[3]に陥ったことで、医療保障は医療保険に統一されることなく、上乗せ給付のための追加保険料を負担できる経済状態の者は補足保険にも加入し、十分な資力のない者は医療扶助の救済を受けるという形で分散することになったのである。

（3）医療保険への集約とその限界

こうした状況に直面し、1980年代以降医療保障を医療保険に集約させようとする動きがみられる。1988年に創設された最低所得保障給付である社会参入最低所得（RMI。現在の積極的連帯所得〔RSA〕）の受給者は個別加入保険へ自動的に加入する権利が認められた。続いて、医療扶助を根本的に改革した1992年7月29日の法律（n° 92-722）に伴い、RMI受給者、強制加入制度への被保険者適格を有しない医療扶助受給者、寡婦（夫）手当（allocation veuvage）受給者、年齢要件（25歳以上）以外のRMIの受給要件を満たす者は第三者機関が保険料を負担して個別加入保険に加入することになった[4]。こうして、最貧困層に個別加入保険への加入を保障したうえで、1994年7月25日の法律（n° 94-637）はこれらの者が医療保険制度に加入できるようにするための措置を講じた。それは所属制度が決定できない者に対して申請に応じ個別加入保険へ仮加入させる制度である。この仮加入制度は最長で3か月間、保険料負担の全額あるいは一部免除をうけて個別加入保険制度に加入しながら自分の所属する医療保険制度を探すものである。仮加入期間の終了時に、自分の所属する制度が決定される者はその制度に加入しなおし、決定されない者は個別加入保険に加入し続けることになる[5]。

この1994年の法律により、医療保険を通じて、もしくは個別加入保険および医療扶助のいずれかあるいは双方を通じて、「法制度上は」全ての個人に医療が保障されることになった。それにもかかわらず、「実際上は」医療保障を受けることができない者がなお15万人（人口の0.3%）残されており、その理由は権利の不知、加入制度変更時の引き継ぎに伴う過渡的状況、加入手続の遅滞といった点にあった。例えば、家庭崩壊し医療扶助も受けていない25歳未満の若者、いずれの制度にも所属できないのにRMIの受給を止めてしまった者、子と生活する離婚女性、RMIの受給申請をしなかった者、外国生活中に保険料を拠出していなかった帰国フランス人等である[6]。これは、個別加入保険や医療扶助の仕組みが十分に機能していないことを示すものである。とりわけ、医療扶助は条文が次々に累積したため、受給者にも関係者にもわかりにくいものとなっていた。さらに、実効性を弱めるような規定（例えば、保険料援助の更新申請は受給者が行うこと）によって、しばしば権利の中断や破綻を生じさせていた。また、県ごとに給付内容が異なること、管轄機関の多さと手続の複雑さ、個別加入保険料負担を申請する際の問題等、医療扶助の制度自体に欠陥があった。

（4）普遍的医療保障（CMU）の創設

こうしたなかで、1995年に発表された社会保

障改革計画（ジュペ・プラン）は、平等で簡潔な医療保険制度の構築を目的に「普遍的医療保険制度（régime universel d'assurance maladie）」と呼ばれる全国民を対象とする一本化した制度を創設することを発表した[7]。これまで、医療保険のカバーする職域や個人的状況を多様化することで一般化を達成しようとしてきたのに対し、統一の普遍的医療保険を創設することにより医療保険制度の構造を大きく変えようとしたのである。この構想は、一般制度よりも高水準の保障を受けていた特別制度の適用対象者（国鉄職員等）からの強い抵抗に遭ったため創設が延期されていた。最終的には一定の修正がなされたうえで実現したのがCMUである（1999年7月27日の法律〔n° 99-641：以下、CMU法〕）。

CMUは2つの制度からなる。第一に、基礎制度に関連し医療保険の一般化を完成する制度（基礎的CMU〔CMU de base〕）である。これにより、いずれの医療保険制度にも加入できない者は一般制度に加入することとなる（後述**3.（2）**）。

第二に、補足制度に関連し低所得層に対して実質的に医療を保障するための制度（補足的CMU〔CMU complémentaire〕）である。これはジュペ・プランでは検討されておらず、その意味でCMUは同プランよりも踏み込んだ制度となっている（後述**4.**）。

3. 制度の適用

以上にみてきた歴史的変遷のなかで、医療保険は職域ごとに複数の制度が多元的に存在するに至っている。そのなかで、一般制度は商工業部門の被用者とその被扶養者を中核的な対象としながら（その意味で、わが国の健康保険制度に相当する）、いずれの制度によってもカバーされないカテゴリーの者にも適用範囲を拡張し（その意味で、わが国の国民健康保険制度のような側面も有する）、医療保険の一般化を実現するための重要な機能を果たしている。そこで以下では、一般制度の人的適用対象を考察する。

（1）職業活動に基づく強制加入

①被保険者

年齢、国籍、性別にかかわらず、また、報酬の額・性質、契約の形態・性質・有効性にかかわらず、1または複数の使用者のために労働している者はすべて一般制度に強制加入する（社会保障法典L.311-2条）。使用者は、自らの雇用する被用者について被保険者登録の届出を行い、これにより被用者は一般制度に加入する[8]。

そのうえで、具体的な医療保険の各給付について受給権を取得するには、労働時間または保険料額（(i)）、被保険者期間（(ii)）の要件を満たさなければならない（社会保障法典L.313-1条およびR.313-1条以下）。

(i) 労働時間数または保険料額

医療保険の現物給付受給権を取得するには労働時間数または保険料額の要件を満たすことが求められてきた[9]。

当初は、労働時間数に基づいて受給権が付与されていたが、1978年1月2日の法律は、最低賃金（SMIC）を基準にして、一定期間内に支払われる保険料額に基づいて受給権を付与する方法も認めた。さらに、1993年3月27日のデクレ（n° 93-687。最終改正は、2007年2月14日のデクレ〔n° 2007-199〕）は不安定雇用労働者や短時間労働者が医療保険の現物給付を受給できるよう、要件を大きく緩和した。

こうして現在では、1年間現物給付の受給権を得るためには、1か月で60時間（以前は120時間だった）または3か月間で120時間（以前は200時間だった）の賃金労働に従事したことを証明すればよい。あるいは、現物給付を受ける前の1か月にSMIC（時給換算）の60倍を基礎として算定される保険料を支払っていること、または現物給付を受ける前の3か月にSMICの120倍を基礎として算定される保険料を支払っていることを証明すれば足りる。以上の要件を満たしている場合には、パートタイム労働者もフルタイム労働者と同様に医療保険の現物給付を受給することができる。しかし、労働時間数および保険料額のいずれも上記要件を下回る場合には、

パートタイム労働者は職業活動に基づいて一般制度に加入することはできず、居住に基づいて一般制度に加入するか（後述（**2**））、家族に被保険者がいる場合に被扶養者（後述②）として医療保険の現物給付を受給することになる。

しかし、CMU法は、医療保険の現物給付は一般制度に加入した時点から直ちに認められることとした（社会保障法典L.161-2条）。このため、現在では、労働時間数または保険料額という基準は、職業活動に基づいて一般制度に加入することができるだけの労働あるいは保険料拠出を行ってきた者と、居住に基づいて一般制度に加入することになる者とを画定する機能を果たしているにすぎない[10]。

（ii）被保険者期間

以上のように、医療保険の現物給付について、被保険者期間は要件とされていない。また、6か月を超えない休業補償手当についても被保険者期間は要件とされていない。

これに対し、①出産にかかる金銭給付を受けるには出産予定日前に10か月の被保険者期間があること、②6か月を超える休業補償手当については労働の中断が生じた月の初日時点で12か月間の被保険者期間があることがそれぞれ必要とされる。

②被扶養者

被保険者に扶養されている家族は、自らが被保険者として給付を受けられない場合には、被扶養者の資格で医療保険の現物給付を受給することができる。社会保障法典L.313-3条によれば、配偶者（内縁関係[11]を含む）[12]、子（16歳未満。学生の場合、20歳未満）、親族（被保険者と同居し、かつ、もっぱら家事および被保険者の扶養する14歳未満の子2人以上の育成に従事している3親等以内の者）が被扶養者となる。

（2）居住に基づく強制加入――基礎的CMU

CMU法第1条は「全ての者に医療保険制度による医療の保障」を行うとしている。

これを受けて社会保障法典L.380-1条は、他のいかなる資格でも医療保険の現物給付受給権を有しない者を、「安定的かつ合法的」にフランスに居住していることを条件に一般制度へ加入させると定めている。「安定的」とは連続して6か月以上フランス（海外県を含む）に居住していることをいい[13]、「合法的」とは制度加入日に社会保障法典D.115-1条に照らして合法的にフランスに滞在していることをいう（後者は外国籍者だけに要求される）。これらの条件を満たす者は直ちに一般制度に加入し、即座に現物給付を受けることができる（社会保障法典L.161-2-1条）。また、居住に基づいて加入した者は、①居住条件を満たさなくなる場合、もしくは、②民法典第112条にいう不在（absence）推定をなされる場合でなければ現物給付の受給権を失うことはない（社会保障法典L.161-15-1条）。

基礎的CMUは居住という加入基準を用いることで、これまで医療保険による保障を受けることができなかった者に基礎的保護を保障することを目的としている。しかし、同制度は既存の各医療保険制度を廃止するものではない。つまり、基礎的CMUは職業活動に基づく加入義務（（**1**））に代わるものではなく、加入方法を追加するものである。もっとも、CMUが創設されたことにより、①個別加入保険、②県による医療扶助はいずれも廃止された[14]。

また、基礎的CMUは低所得層支援の側面も有することを付言しておこう。なぜなら、居住に基づいて一般制度に加入する者は、所得が一定額（2012年9月30日までは年額9164ユーロ）に満たない場合、保険料が免除されるからである。基礎的CMUの保険料はこの額を超える所得部分を賦課基礎とし、保険料率は8％である。

以上のように、居住を基準とする―いわば地域保険である―基礎的CMUを既存の制度に併置することで、フランスの医療保険制度はラロック・プランから50年以上を経て、遂に一般化を達成するに至ったのである。

4. 低所得者に対する医療保障

こうして現在では、フランスに居住する全て

の者に基礎制度への加入が義務づけられている。もっとも、これにより医療保障の問題が全て解決するわけではない。実際、低所得層にとっては受診に必要な金銭負担が大きな障害となっており[15]、従来から、等しく医療を受けることは国民に対する社会政策の優先課題の1つであることが主張されていた[16]。これを受けてCMU法は、最貧困層に無償で補足的保護を保障することをも目的として定め、これを具体化する措置を設けている。それが補足的CMUである。

補足的CMUは、基礎的CMUと同様の居住条件に加えて所得条件があり、一定の所得額（世帯構成に応じて異なる。2012年7月1日時点で、単身世帯なら年収7934ユーロ）に満たない世帯だけが受給対象となる（所得条件を満たせば職域に基づく医療保険加入者でも受給対象となる）[17]。

補足的CMUの受給者は1年間（更新可）、保険料を支払わずに公的医療保険あるいは補足保険組織（相互扶助組織、共済組合、民間保険会社）を保険者として補足医療保険を受給することができ、基礎制度では償還されない医療関連費用（自己負担分、定額入院費負担、一定の医療製品）を保障される。さらに、フランスの医療保険では一般に償還払い方式（受診時にいったん医療費の全額を支払い、その後保険者からかかった医療費の一定割合の償還を受ける方式）が採用されているのに対し、補足的CMUでは例外的に第三者支払い方式（現物給付方式）が採用されるため、受診時点で医療費の支払いが免除されることになる。つまり、補足医療保険への加入保険料と受診時の費用負担という2つの局面で低所得層の金銭負担を大きく軽減し、経済的な問題を取り除くことによって医療へのアクセスが阻害されないようにしているのである。

補足的CMUの財源は、「保険料にかかる付加連帯税（taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance）」（CMU税〔taxe CMU〕と呼ばれる）である。この税は補足保険組織に課され、これらの組織による医療費の補足的保護にかかる保険料の総額を課税基礎とする。税率は6.27％である（社会保障法典L. 862-4条）。この税収だけでは不十分な場合は一般財源を投入して収支の均衡を維持する[18]。したがって、受給者には直接的な負担が一切課されていない。

5. おわりに

フランスの社会保障制度は全国民を適用対象とする一般制度を創設しようとした（一本化による一般化）が、各社会層からの反発により、一般制度は被用者とその扶養家族だけを適用対象とするにとどまった。しかし、①一般制度への包摂、②個別的な制度の創設、③個別加入保険への加入という3つの方法で人的適用対象が拡大されていった。それでも、依然として医療保障を受けることができないカテゴリーが存在したため、職域を基準とする医療保険への加入に加えて、フランスでの居住を加入基準とするCMUを創設した。これにより、雇用から排除されていたり、家庭崩壊により孤立しているカテゴリーに対しても医療保険が適用されることとなり、医療保険は一般化を達成した。このように、当初目標としていた統一的な制度を創設することによる一般化を実現することはできなかったが、紆余曲折を経て、同じく医療保障の中心を医療保険に据えるわが国と同様に、職域保険に地域保険を付加する形で一般化（わが国でいう「皆保険」）を達成したことは興味深い。

また、CMUは、医療保険に加入していても経済的な理由で受診が抑制される状況に対処するため、低所得層の医療にかかる金銭負担を大きく軽減する措置も講じており、実質的な医療保障を確保しようとしている。そこでは、公的ではない主体（補足保険組織）が保険者としても、財源の負担においても一定の役割を果たしており、わが国との対比において注目される。

〔付記〕本稿は、2012年度科学研究費補助金（若手研究（B）：課題番号24730047）の助成による研究成

果の一部である。

注

1） フランスの補足医療保険に関する詳細な研究として、笠木映里「フランスの補足的医療保険（一）―社会保障と私保険の狭間で―」法政研究77巻4号（2011年）43頁以下がある。

2） Y. SAINT-JOURS, «L'assurance personnelle en matière de maladie et de maternité au l'assurance labyrinthe», *Revue de droit sanitaire et social*, 16（4）, octobre-décembre 1980, pp.457 et s.

3） H. SÉNÉQUIER, «La couverture maladie universelle», *Regards sur l'actualité*, n° 255, novembre 1999, p.5.

4） M. BORGETTO（*et al.*）, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, Montchrestien, 8e éd., 2012, pp.668 et s.

5） P. PEDROT, «L'accès aux soins des personnes les plus démunies», *Revue de droit sanitaire et social*, 31（2）, avril-juin 1995, p.396.

6） M. BORGETTO（*et al.*）, *op. cit.* note 4, p.670.

7） «Intervention du Premier ministre Alain Juppé sur la réforme de la protection sociale», *Droit social*, mars 1996, pp.221 et s.

8） 複数の使用者のために労働している者は、その者が登録を行わなければならない。また、外国人が医療保険の適用を受けるには、社会保障法典D.115-1条掲記のいずれかの滞在資格もしくは文書により、フランス滞在および労働の合法性を証明しなければならない。

9） 一定の非就労日も労働時間として算定される。例えば、補償手当の支給される各失業日、傷病あるいは労働災害を理由とする各労働停止日は6時間の賃金労働とみなされ、職業訓練休暇は8時間の賃金労働とみなされる（社会保障法典R.313-8条およびR.313-9条）。

10） R. MARIÉ, «La Couverture Maladie Universelle», *Droit social*, janvier 2000, p.10.

11） ただし、被保険者と同居し、実質的、全面的かつ常態的（effective, totale et permanente）に被保険者に扶養されていなければならない。

12） 配偶者概念は拡大されてきた。すなわち、当初内縁配偶者は異性でなければならなかったが、1993年1月27日の法律（n° 93-121）は、連続する12か月間被保険者と同居し、かつ実質的、全面的かつ常態的に被保険者に扶養されている者（被保険者1人につき1人だけ）も被扶養者とした（これにより、同性愛者のカップルが対象となる）。さらに、1999年11月15日の法律（n° 99-944）は、被保険者と民事連帯契約（PACS）を締結したパートナーにまで被扶養者適格を拡大した。

13） 「安定的」居住条件は、当初3か月とされていたが、2007年3月14日のデクレ（n° 2007-354）により、6か月に変更された（J.-J. DUPEYROUX（*et al.*）, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 17e éd., 2011, p.458, 社会保障法典R.115-6条およびR.380-1条）。

14） 現在では、個別加入保険は障害、老齢、遺族の各リスクについてのみ存続しているにすぎない。また、一定の条件を満たす非合法居住外国人に対して、国家による医療扶助が行われる。

15） CMU創設直前の1998年の調査では、フランス人の7人に1人が経済的理由で治療を断念したことがあり、基礎制度は平均で医療費の74％しか償還していないことが明らかとなっている（A. BOCOGNANO（*et al.*）, «Santé, soins et protection sociale en 1998», *questions d'économie de la santé*, n° 24, décembre 1999, p.2.）。

16） 1998年7月29日の社会的排除対策基本方針法（n° 98-657）第1条および第67条。

17） 2011年末で、補足的CMUの受給者は440万人以上にのぼると推計されている（Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, *Rapport d'activité 2011*, 2012, p.7.）。

18） 補足的CMUが制度化された2000年以降、財源のおよそ80％は一般財源だった。しかし、CMU税率が、2006年社会保障財政法（n° 2005-1579）、2009年社会保障財政法（n° 2008-1330）、2011年財政法（n° 2010-1657）で相次いで引き上げられた（当初1.75％→2.5％→5.9％→6.27％）のに対し、一般財源は2005年より縮小され、2009年以降はゼロとなっている。こうして現在では、実際上CMU税で補足的CMUの財源を賄うに至っている。

特集Ⅰ：公的医療保障制度の適用範囲をめぐる政策動向

オランダにおける公的医療保険制度の適用範囲をめぐる政策動向

お茶の水女子大学准教授
大森 正博
Masahiro Omori

2006年の医療保険制度改革によって、オランダは、“Compartment 2”（健康保険）の国民皆保険および保険の一元化を実現した。その背景には、1980年代後半より構想されてきた「規制された競争（Regulated Competition）」の実現に向けた政策的措置がある。一方、長期療養および介護サービスをカバーする“Compartment 1”（特別医療費保険）は制度創設時より名実ともに国民皆保険を実現していた。

また、公的医療保険外のサービスをカバーする“Compartment 3”は任意加入であるが、成人の歯科医療等、わが国では公的医療保険でカバーされるサービスが含まれていることは注目に値する。

“Compartment 1”、“Compartment 2”で国民皆保険を実質化するためには、保険料等の条件や保険商品の内容が重要であるが、身分による保険料の減免措置、保険料の上限設定、一部負担の減免を含む被保険者の負担軽減措置などの配慮がされている。しかし、このような取組みにもかかわらず、“Compartment 2”の未加入者の存在は重要な問題になっている。

また、“Compartment 2”において推進されている「規制された競争」によって、被保険者が適切な保険診療を受けるためには、よりよい保険商品を提供する保険者を選択するための情報、知識を得る必要性が高まっており、国民皆保険の実質化のために、被保険者への保険に関する情報提供が求められ、かつ被保険者も保険者選択のため医学的知識・情報の収集に努力しなければならないなど、新しい局面を迎えているように思われる。

1. はじめに[1)]

わが国は、社会経済環境の変化の中で、社会制度の変革、対応を迫られている。高齢化は、医療、介護、年金等の社会保障制度の重要性を際立たせるのと同時に、これまでの同制度の変革を迫っているように思われる。また、1990年代以降の景気の低迷、低い経済成長もわが国の経済制度の変革を求めている。さらに、そうした景気の低迷による失業者の増加に加え、派遣労働等いわゆる非正規雇用の割合が増加するなど、労働市場の変化は着実に進行してきた。企業社会において、派遣労働等の非正規雇用は企業内の分業の中で一定の役割を果たしている一方で、雇用の不安定性、所得を含めた待遇のあり方は、人々の生活を時には不安定にし、そのあり方について検討を迫られているように思われる。非正規雇用のあり方についての検討は必要であるとしても、多様な労働形態の存在を前提として、今後の社会のあり方を考えていかなければならないことは明らかである。

わが国における公的医療保険制度も上記の経

済社会の変化の中で改革を迫られているように思われる。わが国は、1961年に国民皆保険を実現し、世界に冠たる長寿国となったが、それを支えてきた公的医療保険制度は大きな岐路に立たされている。着実に進行している高齢化は、国民健康保険への加入者を増加させ、2008年に後期高齢者医療制度を導入する契機となったが、高齢者に対する医療制度のあり方について、引き続き模索が続いているのが実情である。また、わが国の公的医療保険は、制度整備の歴史的経緯も相まって、職業、年齢等により保険者が分立しており、増加しつつある非正規雇用者の多くは企業、組織で働いているのにもかかわらず、被用者保険でなく国民健康保険に加入しているのが実情である。また、景気の低迷、低い経済成長もあって、国民健康保険の未加入者が増加してきており、国民皆保険が有名無実のものになる危険性をはらんでいる。

本稿では、わが国と同様に高齢化が進み、パートタイム労働など非正規雇用の割合がわが国よりも高いオランダを取り上げて、公的医療保険制度の被保険者の適用範囲について検討する。まず次節では、オランダにおける公的医療保険制度の被保険者の条件について検討する。続く第3節では、公的医療保険制度の被保険者になることを実質化するための保険料水準等の条件について、必要に応じて、公的医療保険制度の仕組みをみながら考察し、第4節では結語が述べられる。

2. オランダの公的医療保険制度の状況

オランダの公的医療保険制度は、1年を超える入院サービス等の医療サービスが介護保険制度でカバーされることから、公的医療保険制度という場合に、医療・介護を含めたものを意味することが多い。オランダの医療・介護保険には、3つの“Compartment”が存在している。“Compartment 1”は、1年以上の入院医療、介護等、治療、療養に比較的長期間を必要とする疾患、症状を中心としてカバーするいわば公的介護保険であり、“Compartment 2”は、治療サービス（Curative care）を中心とした短期の医療費をカバーする公的医療保険である。前者は特別医療費補償法（the Exceptional Medical Expenses Act, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ）を根拠としており、特別医療費保険と呼ばれている。後者は、健康保険法（Health Insurance Act, Zorgverzekeringswet, ZVW）を根拠としている。“Compartment 3”は、“Compartment 1”、“Compartment 2”の公的保険でカバーされない自由診療に当たるサービスをカバーしている保険である。

（1）公的医療保険制度の被保険者の状況

本項では、公的医療保険制度の被保険者の状況について説明する。

“Compartment 1”と“Compartment 2”では、国民皆保険が実現しており、加入条件もほぼ同一である。両者とも、被保険者は、オランダの居住者およびオランダで雇用され、給与税（payroll tax）を納めている者であり、これらの条件に該当する者は強制加入である。加入は個人単位であり、年齢にかかわらず、生まれたときから亡くなるまで加入義務がある。

保険加入義務の例外は、宗教上ないし人生哲学上の良心的な保険加入拒否者、および軍人である。後者の軍人は、軍隊の準備する軍隊医療サービス（Military Health Care Service, Militair Geneeskundige Dienst）を受診することになる。[2)] 一方、前者は、“Compartment 1”、“Compartment 2”について所得比例保険料を納付する代わりに同じ金額の一般所得税を納付することになる。[3)] “Compartment 2”については、この所得税収は、健康保険審議会（Health Care Insurance Board, College voor zorgverzekeringen, CVZ）が、それぞれの支払者の個人勘定として管理し、支払者が医療サービスを受けたときに、そこから費用を支払う。支払者は個人勘定の残額を超えた部分の医療費を自己負担しなければならない。一方、“Compartment 1”においてこれらの人は、

“Compartment 1”のサービスを受ける必要があるときには、サービスを受ける権利がある、という扱いになる。

“Compartment 1”、“Compartment 2”ともに職業、年齢、性別、所得等の社会経済的属性にかかわらず、同じ保険に加入する制度になっており、わが国とは異なり、公的医療保険の一元化が進んでいることがわかる。

“Compartment 3”は、自由診療に当たるものであり、保険者は、保険料、給付内容等、保険商品の内容を自由に設定することができ、加入するかしないかは、任意である。

ところで、“Compartment 1”については、制度が施行された1968年から国民が同一の保険に強制加入するという形態ができていたが、“Compartment 2”は少し事情が異なる。以下では、その経緯についてみていく。

(2) “Compartment 2”における公的医療保険制度の一元化実現の経緯

“Compartment 2”は、1966年に健康保険法（Health Insurance Act, Ziekenfondswet, ZFW）の施行（公布は1964年）により成立したが、当時は、一定所得以下の被用者が健康保険に加入し、被用者で一定所得以上の者、自営業者、退職者、高齢者は、健康保険と同様の給付内容を含み、政府（国）によって保険料等が規制された私的医療保険に任意で加入していた。そして、被用者、自営業者、退職者、高齢者は、これらの公的医療保険の範囲から外れた自由診療に当たるサービスをカバーする私的医療保険にも任意で加入していた。しかし、病気のリスクの高い高齢者、退職者等が加入する公的に規制された私的医療保険の保険者の財政状況が不安定になったことから、政府は、1986年の医療保険制度改革の中で、①被用者、自営業者の中で、所得が一定水準以下の人は、健康保険法（Health Insurance Act, Ziekenfondswet, ZFW）により健康保険に、②被用者、自営業者の中で所得が一定水準を超える人は、医療保険アクセス法1986（the Medical Insurance Access Act, Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen, WTZ）（Bulletin of Acts, Orders and Decrees 1986, 123）によって規定された私的医療保険（Private Health Insurance）に、③公務員は、公務員保険（the Public Servants' Medical Expenses Scheme, Ziektekostenvoorziening Overheidspersoneel, ZVO）に、それぞれ加入することとした。従来、公的に規制された私的医療保険でカバーされていた人の中で、一定所得水準以下の自営業者、企業等からの退職高齢者等、病気のリスクの高い人を健康保険（ZFW）でカバーすることにしたのが特徴的である。

このとき、保険者間の財政調整のために2つの立法を同時に行っていることも注目に値する。

第1に、高齢者医療保険受給のための共同基金法（the Act on the Joint Funding of Elderly Sickness Fund Beneficiaries, Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden, MOOZ）である。私的医療保険に加入している人が、リスクの比較的高い人を多く被保険者として抱えるようになった健康保険（ZFW）の財政を援助するためにMOOZ割当て保険料（MOOZ apportionment contribution）を負担することが制度の趣旨である。[4)]

第2に、医療保険アクセス法1986である。その趣旨は、健康保険の範囲の対象にならない人が、健康保険と同等の給付と適当な保険料負担を内容とする保険商品を私的医療保険の中で購入できるようにするための制度的措置である。[5)] 医療保険アクセス法は、制度の趣旨を継続しながら1998年に改正された。

こうした経緯を経て、2006年の医療保険制度改革により、“Compartment 2”の一元化が実現したのである。

しかし、ここで留意しておきたいことは、公的医療保険制度の一元化はもう少し早い段階から構想されていたということである。その構想は古く、1987年に政府の白書“Willingness to change”にまとめられたデッカー・プラン（Plan-

Dekker）では、「規制された競争」を公的医療保険制度に導入することを構想していたが、その中で、“Compartment 2”がカバーする短期医療サービスのみならず、“Compartment 1”のカバーする長期療養、介護サービスまで含んだ公的医療保険制度の統合が構想されていた。デッカー・プランは、そのままの形では実現しなかったが、後述するように、今日、“Compartment 2”において、デッカー・プランの構想した「規制された競争」の導入が推し進められている。“Compartment 2”における保険の一元化は、「規制された競争」の推進を念頭に置いて行われてきたことに留意する必要がある。

3. 公的医療保険制度の内容

国民皆保険、公的医療保険の一元化が実現しても、サービス給付の内容、保険料等の条件が厳しすぎれば、未加入者等が出て、その意味が薄れてしまう。また、任意加入である“Compartment 3”については、カバーされているサービスの中に被保険者にとって重要なサービスが含まれている場合には、任意加入であることの是非が問題になり、被保険者が加入を希望する場合、加入可能かどうかが重要になってくる。以下では、これらの点を考慮に入れて、“Compartment 2”、“Compartment 1”、“Compartment 3”の順にそれぞれの制度の仕組みをみながら、検討していく。

（1）“Compartment 2”

最初に“Compartment 2"の制度の概要をみていく。“Compartment 2”の保険者は私的な健康保険会社であり、“Care Insurer”と呼ばれている。2006年の医療保険制度改革により、2006年1月1日から、“Compartment 2”の保険者は、私企業としての性格をもたされることになった。これらは、具体的には、相互会社（Mutual）、公的有限会社（Public Limited Company）である。[6] 前者は非営利の協同組合であり、後者は株式を発行し、株主総会が最高意志決定機関である営利企業である。“Compartment 2”において保険者となるためには、オランダ中央銀行（the Dutch Central Bank, De Nederlandsche Bank, DNB）から生命保険以外の中で特定分野の免許を許可されていればよい。ここで、特定の分野とは、労働災害と労働傷病、疾病のことを意味する。“Compartment 2”の市場は、27の“Care Insurer”が11のグループ会社に分かれている。[7]

“Compartment 2”の特徴の一つは、被保険者が加入する保険者を選ぶことができることにある。職業、年齢、性別等に関わらず保険者を選ぶことができ、原則1年に1回、保険者を変える自由がある。

保険者は、加入を求めてきた者に政府が決めた基礎的保険（Statutory Basic Insurance）を販売しなければならず、保険加入を拒否することは禁じられている。また、現物給付の保険商品、費用償還方式の保険商品、両者をミックスした保険商品といった形で多少の製品差別化はできるものの、同じ保険商品について、年齢、性別、身体状況などによって保険料を差別化することは禁止されている。つまり、保険者が被保険者のリスク状況に応じて、リスク・セレクション（Risk Selection）を行えないようにしている。

保険でカバーされるサービス内容は、健康保険審議会の勧告に基づいて国が決定しており、“Compartment 2”の保険商品についてカバーされるサービス内容は同一である。

一方、保険料負担はどうか。表1は、“Compartment 2”の収入状況を示している。“Compartment 2”の財源は、主として以下の4つの財源からなる。

① 定額保険料（Nominal contribution）
② 所得比例保険料（Percentage contribution）
③ 政府補助金（Government grant）
④ 一部負担（Out of pocket payments）

まず④についてである。被保険者は原則として自己負担なしで医療サービスを受給できるが、2つの例外がある。1つは、保険契約のときに現物給付モデルを選び、保険者が契約していない医療サービス供給者からサービスを受けた場合

表1　“Compartment 2” の収入

（単位：100万ユーロ）

	2008年	2009年	2010年	2011年	
					割　合
所得比例保険料	16,917.6	16,651.5	17,381.9	19,665.9	51.6%
定額保険料	12,454.5	12,258.9	12,811.1	14,291.8	37.5%
政府補助金	2,072.0	2,080.7	2,132.6	2,318.5	6.1%
強制控除	1,322.5	1,372.2	1,446.6	1,497.5	3.9%
contribution agreement recipients	88.4	96.7	119.1	112.1	0.3%
未払い者の支払い	−	1.7	151.9	221.9	0.6%
国際的解決	3.1	4.8	6.7	6.7	0.0%
良心的保険未加入者	0.6	2.3	3.3	4.0	0.0%
合計	32,858.7	32,468.8	34,053.2	38,118.3	100.0%

出典：CVZ

であり、もう1つは、医療サービスの種類によって自己負担が必要なサービスが存在する、ということである。

自己負担については、免責控除制度のことも触れておかなければならない。免責控除制度は、2008年から導入された強制控除制度（Compulsory Excess）と18歳以上の被保険者が自ら免責控除金額を設定する任意の控除制度（Voluntary Excess）があり、その金額以内の医療費は自己負担とする。

前者については、2009年155ユーロ、2010年165ユーロ、2011年170ユーロ、2012年220ユーロ―と金額が設定されているが、GPサービス、助産師サービス、出産サービス、インフルエンザ診療、肺がん検診―などのサービスは対象外である。[8] 自己負担があることにより受診が抑制されることが問題となるサービスを除く配慮がされているが、事実上、患者の自己負担を増加させる政策であると解釈することができよう。ただし、2009年より、患者がいくつかの条件を満たしたときに、保険者は被保険者から強制控除分の自己負担を徴収しない、という選択肢もとることができるようになった。その条件は、被保険者が、○保険者が契約している医療サービス供給者を受診すること、○保険者が契約している薬局から医薬品を購入すること、○保険者が契約している医療扶助を受けること、○糖尿病、うつ病、循環器疾患、COPD等に対する予防サービスを受けた場合―である。[9] これは、被保険者が、保険者が最適と考える医療を受診することを促進し、予防行動を十分にとるインセンティブをもたせるようにすることを目的とする措置であると考えられる。

一方、任意の控除制度は、プライマリーケアを対象としており、強制の免責控除制度220ユーロ（2012年）の適用後、100ユーロ単位で、100ユーロから500ユーロまで設定できる。より高い控除額を選択するほど、定額保険料のより大幅な割引を受けることができる。[10]

②の所得比例保険料は、支払給与税の対象となっている給与に関連して決められる。2012年の保険料率は、被用者7.1％、被用者でない者5.0％である。ただし、保険料が課される所得には、5万0,064ユーロ／年の上限がある。

表2は、身分による所得比例保険料率を示している。所得比例保険料については、被用者と自営業者の区分のみならず、被保険者の属性によって料率が細かく設定され、応能負担的要素が導入されているように思われる。

また、所得比例保険料には、助成措置がある。被用者の場合は、雇用環境に応じて必要になる医療サービスの費用を勘案して、使用者が保険料の一部を負担しなければならない。ただし、自営業者、退職者については、この措置は

表2　“Compartment 2”（ZVW）の身分による所得比例保険料率

身分	2012年	2011年	2010年	2009年	2008年	2007年	使用者の負担
2006年1月1日以降に離婚扶養手当を受け取った人	5.00%	5.65%	4.95%	4.80%	5.10%	4.40%	なし
2005年に離婚扶養手当を受け取った人	0%	0%	0%	0%	0%	0%	なし
一般老齢年金制度（AOW）の受給者	7.10%	7.75%	7.05%	6.90%	7.20%	6.50%	なし
65歳未満で労働および社会的扶助制度（WWB）の受給者	7.10%	7.75%	7.05%	6.90%	7.20%	6.50%	あり
65歳の労働および社会的扶助制度（WWB）の受給者	5.00%	5.65%	4.95%	4.80%	5.10%	4.40%	なし
フリーランサー	5.00%	5.65%	4.95%	4.80%	5.10%	4.40%	なし
良心的保険加入拒否者	なし*	なし*	なし*	なし*	なし*	なし*	あり
被用者（Payroll tax支払者）	7.10%	7.75%	7.05%	6.90%	7.20%	6.50%	あり
使用者からの保険料補助なしで雇用により外国から支払いを受けている人	5.00%	5.65%	4.95%	4.80%	5.10%	4.40%	なし
軍人	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
一般遺族年金制度（ANW）の給付を受けている遺族	7.10%	7.75%	7.05%	6.90%	7.20%	6.50%	あり
一般遺族年金制度（ANW）の給付に加えて遺族年金受給者	5.00%	5.65%	4.95%	4.80%	5.10%	4.40%	なし
企業家	5.00%	5.65%	4.95%	4.80%	5.10%	4.40%	なし
年金受給者	5.00%	5.65%	4.95%	4.80%	5.10%	4.40%	なし
2006年1月1日以降の早期退職給付受給者	5.00%	5.65%	4.95%	4.80%	5.10%	4.40%	なし
2005年の被保険者であり2006年1月1日より前に早期退職給付受給を開始した受給者	7.10%	7.75%	7.05%	6.90%	7.20%	6.50%	あり
2005年に被保険者ではなく、2006年1月1日以前に早期退職給付受給を開始した受給者	5.00%	5.65%	4.95%	4.80%	5.10%	4.40%	なし
職業障害保険の受給者	5.00%	5.65%	4.95%	4.80%	5.10%	4.40%	なし
被用者を対象とする障害者保険制度（WAO）の受給者 /労働と障害制度（WIA）の受給者	7.10%	7.75%	7.05%	6.90%	7.20%	6.50%	あり
失業保険制度（WW）受給者WW'er	7.10%	7.75%	7.05%	6.90%	7.20%	6.50%	あり
船員	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2006年はあり。それ以降はなし
取締役ないし大株主	5.00% or 7.10%	5.65% or 7.75%	4.95% or 7.05%	4.80% or 6.90%	5.10% or 7.20%	6.50%	なし

注 *ただし、決められた保険料と同じ金額の税を納める。
出典：オランダ国税庁（Belastingdienst）

適用されない。また、18歳未満の子どもは親、保護者の保険に加入していれば、所得比例保険料を支払う必要はない。特に、被保険者の身分によって、保険料負担を勘案する措置がとられていることが特徴的である。

③にあるように、国は“Compartment 2”に対して補助金を投入するが、いくつかの根拠が存在する。第1に、18歳未満の被保険者の保険料の補填を行うことである。第2に、保険者が財政危機に陥ったときの補助金である。また、戦争やテロなどの交戦時にも補助金は投入される。

①の定額保険料は、各保険者が18歳以上の被

保険者に対して課す。表1を見るとわかるように、定額保険料は“Compartment 2”の収入の約37.5%（2011年）を占めており、保険財政の中で重要な位置づけがされている。所得に比して高額であることから定額保険料が支払えないという被保険者が出てくると、“Compartment 2”へのアクセスが難しくなる可能性がある。この事態を回避するために、医療サービス手当法（Health Care Allowance Act, Wet op de zorgtoeslag, Wzt）が準備されている。具体的には、一定所得以下の被保険者に対して、国から定額保険料について補助金を与えるものである。[11) 12)] ここで定額保険料は、「規制された競争」の中でCare Insurerによって異なることに注意を要する。したがって、被保険者は選ぶCare Insurerによって、支払う定額保険料が異なるのである。なぜCare Insurerごとに定額保険料が異なるのかを理解するためには、“Compartment 2”に導入されている「規制された競争」の実態、Care Insurerの収入・支出に関する仕組みを理解する必要がある。

所得比例保険料、政府補助金は、一度、一般基　金（General Fund, AK（Algemene Kas））に集められる。[13)] この基金に集められた資金を、マクロ医療予算（The Macro Health Care Budget）と呼ぶ。この予算額は、厚生・スポーツ省が作成した予算教書である「医療覚え書き（The Health Care Memorandum）」に基づいて決定される。健康保険審議会は、厚生・スポーツ大臣（Minister of Health, Welfare and Sport）の監督の下で、大臣が提示した予算配分の一般的原則に則って、この一般基金を管理し、それぞれのCare Insurerに予算を配分する。予算は、過去の実績に基づいて決められる部分（historical basis）と保険加入者のリスクに応じて決められる部分（normative basis）からなる。各保険者には、リスク調整型人頭払い（Risk-adjusted Capitation Payment）の形で予算が与えられるが、リスク調整指標（Risk adjuster）としては、年齢・性別、所得の性質（社会保険給付、給与、自営業所得など）と社会経済状況、居住地域、FKG（Pharmacy Cost Group）、GGZ-FKG（精神医療の薬剤費のコストグループ）、DKG（Diagnostic cost group）、罹患のリスク―など20を超えるものが採用され、精緻化されてきている。

このように決定された予算よりも、実際にかかると予想される費用の方が上回ると考えられるときには、Care Insurerは被保険者に対して定額保険料を課す。表3には2010年のCare Insurerの定額保険料の状況が示されており、Care Insurer

表3　定額保険料（2010年）

（単位：ユーロ）

Care Insurer	定額保険料（年）
Anderzorg	996
Univé Zekur	960
CZ Direct	1,032
TakeCareNow (Agis)	1,053
FBTO Internetverzekering	1,053
Salland	1,161
OHRA	1,074
CZ	1,125
AGIS/Pro Life	1,146
DSW	1,080
FBTO	1,146
Zorg & Zekerheid	1,173
Zilveren Kruis Achmea	1,158
OZF Achmea	1,173
Stad Holland	1,110
Avéro Achmea	1,177
De Friesland	1,151
VGZ	1,132
Menzis	1,137
Azivo	1,149
Trias	1,151
ONVZ	1,152
Delta Lloyd	1,182
Univé	1,167
PNO	1,176
IZA	1,167
De Goudse	1,199
Amersfoortse	1,211

出典：CVZ

によって定額保険料に差異があることがわかる。[14] 被保険者は、各保険会社の定額保険料、サービス内容をみて、原則、1年に1回、加入する保険会社を変えることができる。このことが保険会社間のサービス内容の改善努力、一定の品質の下で定額保険料を下げるための費用効率化のためのサービス供給者との契約の改善努力を促進し、より効率的な医療サービスの需給制度が構築される、というのが「規制された競争」の考え方である。

ところで、事前的な予算方式は完全ではないため、保険者の予算については事後的な調整が行われることに注目したい。第1に、高額療養費調整制度（Hogekostencompensatie）である。医療費が一定の金額を超える被保険者の医療費については、一定の金額を超えた部分の90％が償還される。[15]

第2に、領域措置（Bandbreedteregeiling）である。かかった医療費の平均が国の平均を上回った場合には、保険者に上回った分の90％の補助が与えられ、逆に国の平均を下回った場合には、保険者は下回った分の90％を返還しなければならない。

第3に、保険者の総費用の事後的調整（Macronacalculatie）である。保険者の事前に予想される医療費と実際にかかった医療費に差異がある場合に、保険者間で調整を行う。予想医療費が実際の医療費を下回っている場合には補助が与えられ、逆に上回っている場合には保険者に返還が求められる。

ここで、“Compartment 2”において保険の一元化、国民皆保険を実質化するためにとられている措置と問題点についてまとめてみる。

“Compartment 2”においてカバーする医療サービスの種類については、国が決めている。保険料負担について、所得比例保険料は、被保険者の状況を踏まえて減免措置がとられ、定額保険料については18歳未満の者について無料にするという配慮があり、また所得に応じた定額保険料に対する補助がある一方、被保険者の選択する保険会社によって定額保険料が決まってくるため、被保険者はそうしたことも考慮しながら自らの責任で保険者を選択しなければならない。また、保険商品を費用償還方式の商品にするか、現物給付方式の商品にするかによって、費用負担のあり方、保険商品の内容に影響がある。所得、身分によって保険の内容に差異はないが、被保険者が選択に必要な情報、知識があるかどうかにより、選択後の状況に影響がある仕組みになっている。

こうした仕組みの下で、オランダでは、被保険者が保険者、医療商品等を選択するうえで参考となる情報を頒布する活動が営々と行われている。国立公衆衛生環境院（The National Institute for Public Health and the Environment）は、医療サービス供給者、保険会社選択のための情報をウェブサイト（http://www.kiesbieter.nl）に掲載する等の取組みを行っている。また、医療処置合意法（the Medical Treatment Agreement Act, Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, WGBO）により、医療サービス提供者が患者に対するインフォームド・コンセントを促進する等、患者に医療情報を提供するよう努力されていることも注目に値する。

（2）“Compartment 1”

次に、“Compartment 1”、特別医療費保険の制度についてみてみる。[16]

特別医療費保険の保険者は国である。ただし、特別医療費保険における、保険の実際の事務、運営については、健康保険の保険者であるCare Insurerが重要な役割を果たしている。32の圏域（Region）ごとに主としてその圏域において最もシェアの大きいCare InsurerがCare Office（zorgkantoor）となり、国の保険代行者として、特別医療費保険の保険業務を行っている。[17]

特別医療費保険によって給付されるサービスの内容は、「機能（Function）」によって定義されている。「個人サービス（Personal Care）」、「看護（Nursing）」、「支援的ガイダンス（Supportive Guidance）」、「活性化ガイダンス（Activating

表4　AWBZの収入

（単位：100万ユーロ）

	2008年	2009年	2010年	2011年
保険料	14,213.7	13,555.2	15,190.4	14,585.3
政府補助金	4,774.3	4,896.4	4,891.6	5,248.3
利用者の一部負担	1,580.2	1,581.9	1,639.4	1,719.8
人工中絶診療所への補助金	11.5	11.6	14.1	12.1
国際決済*	5.2	4.6	4.3	5.8
その他の収入	15.7	25.8	17.6	12.6
合　計	20,600.6	20,075.5	21,757.4	21,583.9

構成割合

	2008年	2009年	2010年	2011年
保険料	69.0%	67.5%	69.8%	67.6%
政府補助金	23.2%	24.4%	22.5%	24.3%
利用者の一部負担	7.7%	7.9%	7.5%	8.0%
人工中絶診療所への補助金	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
国際決済*	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
その他の収入	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
合　計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

注 社会保障協定を結んだ国家間での、外国で受けた自国民の医療、外国民が自国で受けた医療の費用についての決済
出典：CVZ

guidance)」、「治療（Treatment)」、「宿泊施設（Accommodation)」―である。サービス内容はいうまでもなく、特別医療費保険の被保険者に差別なく適用される。

次に保険料等の負担について検討する。そのためには、特別医療費保険の財政状況をみておく必要がある。表4は、2008～2011年の特別医療費保険の財政における収入の状況を示している。

2011年の特別医療費保険の収入の67.6%は保険料が占めている。特別医療費保険の保険料率は所得比例であり、課税所得の12.15%（2012年）となっている。ただし、保険料が課される所得には上限がある。[18] 保険料の徴収は、被用者の場合、使用者が給与より天引きし、国税庁（Tax Office）へ納付する。自営業者等、被用者でない者は国税庁へ直接納付する。納付された所得比例保険料は、特別医療費保険一般基金（Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten：AFBZ, General Fund for Exceptional Medical Expenses）に集められ、健康保険審議会が管理している。[19]

また、利用者による一部負担が特別医療費保険の収入の8.0%を占めている。特別医療費保険は、サービスの利用について利用者による一部負担があり、一部負担は所得の高い者が多く負担する仕組みになっている。

一部負担は、施設サービスと施設外サービスで異なる。[20] 施設外サービスの場合、利用者は、ケアの時間1時間当たり12.60ユーロを支払わなければならない。ただし、一部負担は、所得、世帯構成員の数、利用者が65歳以上か否かによって、上限が設定されている。例えば、年間所得が1万4,812ユーロ以下の低所得層であれば、4週間当たりの一部負担は17.20ユーロである。しかし、同じ条件でも、所得条件が異なり年収が4万ユーロであれば、4週間当たりの一部負担は307.83ユーロと高くなる。

施設サービスについては、利用者の一部負担

は所得の12.5%であるが、一部負担の上限は「高（High）」、「低（Low）」の2段階になる。「低」の一部負担が適用されるのは、施設入所後6カ月の間か、利用者がいくつかの条件を満たしている場合である。その条件の中には、例えば、利用者に独立して暮らしている配偶者がいる場合がある。「低」の場合、一部負担の1カ月当たりの下限は141.20ユーロ、上限は741.20ユーロとなっている。一方、「高」の一部負担は、1カ月当たり最大1,838.60ユーロである。利用者の所得に比して一部負担が重すぎると考えられるときには、所得の8.5%の一部負担を行えばよい。

利用者の一部負担を決定するにあたって、利用者の生活状況が考慮されることを付記しておく必要がある。一部負担を課すとき、利用者が、衣服や生活上の雑費に、単身者の場合1カ月当たり276.41ユーロ、カップルの場合430ユーロを確保できるように配慮することになっている。

特別医療費保険の被保険者負担は、保険料については応能負担の度合いが小さく、利用者の一部負担について応能負担の度合いが大きいと考えられる。[21)]

特別医療費保険の収入の24.3%（2011年）を政府の補助金が占めていることは注目に値する。租税を財源とする政府補助金が毎年、約45～48億ユーロ拠出されており、特別医療費保険の財政運営において、不可欠かつ重要な役割を果たしていることがわかる。

ここで、“Compartment 1”において、保険の一元化、国民皆保険を実質化するためにとられている措置と問題点についてまとめてみる。

“Compartment 1”では、保険料は所得比例保険料のみで、カバーされるサービスも国によって規制されており、被保険者の身分による保険商品の差異はない。また、一部負担は、所得等の経済的状況による応能負担の考え方が導入されている。

（3）“Compartment 3”

“Compartment 3”は、“Compartment 1”、“Compartment 2”でカバーできなかった自由診療のサービスをカバーしている。対象となるサービスは、医学的に必ずしも必要ないか、患者が自己負担で十分購入できると考えられる医療サービスであり、具体的には、22歳以上の歯科治療、眼鏡、慢性的兆候のない患者への理学療法サービス等を例として挙げることができる。また、医療サービスを受診したときの一部負担自体をカバーする保険商品もあるが、強制控除（Compulsory Deductible）をカバーする保険商品は販売を禁止されている。18歳未満の子どもについては、Care Insurerを含む多くの保険会社が無料の商品を提供しているが、その大部分は保護者の私的医療保険に加入するという形態をとっている。

“Compartment 2”のCare Insurerは、私的医療保険への加入を求めてきた“Compartment 2”の基礎保険に加入している被保険者の加入を、医療上のリスクを理由に拒否することもできる。しかし、オランダの被保険者の91％が、“Compartment 3”の私的医療保険の商品を購入しているという実態がある。[22)]

“Compartment 3”は完全な任意加入であり、被保険者の属性によって加入を拒否されることもある。“Compartment 3”でカバーされているサービス内容は、22歳以上の歯科治療などわが国では強制加入の健康保険でカバーされているサービスも含まれていることに注意が必要である。

4. 結び

本稿では、オランダの公的医療保険制度の被保険者の適用状況を中心に、近年のオランダの公的医療保険制度の状況について検討した。オランダの公的医療保険制度は、長期療養・介護サービスをカバーする“Compartment 1”、特別医療費保険、短期医療をカバーする“Compartment 2”という2つの健康保険において、居住者およびオランダで雇用され、給与税を納めている者が強制加入するという形で国民皆保険が実現している。かつ、両者において、

身分等にかかわらず同一の保険に加入するという、いわゆる保険の一元化が実現している。“Compartment 1”は特別医療費保険の制度設立時から国民皆保険、保険の一元化が実現しているのに対し、“Compartment 2”は2006年に国民皆保険、保険の一元化が実現した。その背景には、“Compartment 2”において推し進められている「規制された競争」の導入があることに留意するべきである。

一方、“Compartment 3”における私的医療保険は任意加入であるが、“Compartment 2”の被保険者の90％以上が加入している。“Compartment 3”における自由診療のサービスは、医学的に必ずしも必要ないか、患者が自己負担で十分購入できるサービスとされているが、22歳以上の歯科治療などわが国では強制加入の健康保険でカバーされているサービスも含まれていることは検討に値する。

“Compartment 2”においては、所得比例保険料について、保険料が賦課される所得に上限を設けるのとともに、身分によって減免措置がとられ、定額保険料については、所得によって減免措置がとられるなど、国民皆保険を実質化するための配慮がされている。しかし、このような取組みにもかかわらず、“Compartment 2”の未加入者は、2008年で17万1,000名とオランダの人口の約1％を占めているという現実もある。[23] さらに、保険未加入者以外に、保険料を6カ月以上支払っていない者が21万人おり、国民皆保険の実質化は、オランダにおいても無視できない重要な課題になっているといえよう。[24]

“Compartment 1”については、保険料が賦課される所得に上限が設けられ、一部負担についても応能負担が採用されるなど国民皆保険の実質化が図られている。

このようにオランダの公的医療保険制度では、保険の一元化、国民皆保険を実現しているが、“Compartment 2”において推進されている「規制された競争」によって、被保険者が適切な保険診療を受けるためには、よりよい保険商品を提供する保険者を選択するための情報、知識を得る必要が出てきており、国民皆保険の実質化のために、被保険者への保険に関する情報提供が求められ、かつ被保険者も保険者選択のため医学的知識・情報の収集に努力しなければならないという新しい局面を迎えていると思われる。

注

1） 本稿は、福祉未来研究所『医療介護において共有すべき情報に関する研究』（平成23年度厚生労働科学研究費補助金　政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））「第1章 近年のオランダの医療・介護保険制度について」の成果の一部による。

2） Wilemijn Schafer et al.(2010)P. 68.

3） 後述するように、“Compartment 2”では、被保険者は所得比例保険料（Percentage contribution）と定額保険料（Nominal contribution）を納めなければならないことに注意。

4） Ministry of Health, Welfare and Sport(2000) P. 38。

5） Wilemijn Schafer et al.(2010)pp. 7-18を参照。

6） Wilemijn Schafer et al.(2010) P. 100を参照。

7） Vektis(2011)を参照。

8） 2008年より廃止になったが、2006年からそれまでは、無事故払戻制度（No-claim refund）が設けられていた。無事故払戻制度は、医療サービスの利用がなかったか、あったとしても少なかった場合に、定額保険料の一部を被保険者に返金する仕組みである。ただし、この制度は、GPサービス、助産師サービス、出産サービスなどのサービスは対象外であった。

9） Wilemijn Schafer et al. (2010) pp. 76-77. 2010年には年間165ユーロまでの自己負担をしなければならなくなった。

10） “Compartment 2”では、サービスによって被保険者が自己負担を支払うケースがあるが、その場合の自己負担金額は、免責控除制度の適用においては考慮されない。

11） Ministry of Health,Welfare and Sports (2005) P. 41-48。実施は国税庁（Tax Office）が行う。

12） 所得制限は課税前所得で決まっており、2012年で18歳以上の独身者で年収3万5,059ユーロ、18歳以上のカップルで年収5万1,691ユーロである。

13） 所得比例保険料は、“Compartment 2”の基礎的保険（Statutory Basic Insurance）にかかる費用の約50％を集められるように設定される。
14） CVZ（College voor zorgverzekeringen） のwebsiteによる。
15） 2010年では2万5,000ユーロである。
16） “Compartment 2”の制度の詳細については、大森（2011）を参照。
17） 圏域（Region）とは、オランダの医療・介護行政上の区分である。
18） 特別医療費保険の保険料が課される所得の上限は被保険者の生年月日によって異なる。生年月日が1945年12月31日以前の者は3万4,055ユーロ/年（2012年）であり、1946年1月1日以降の者は、3万3,863ユーロ/年（2012年）である。
19） Wilemijn Schafer et al.（2010）P. 76を参照。
20） Esther Mot,Ali Aouragh,Marieke Groot and Hein Mannaerts（2010） pp. 28-29を参照。
21） 特別医療費保険の一部負担については、Esther Mot, Ali Aouragh, Marieke Groot and Hein Mannaerts（2010） pp. 28-30を参照。
22） Wilemijn Schafer et al. （2010） P. 71.
23） 未加入者は、未加入期間中の定額保険料を割増しで支払わなければならない等の罰則がある。
24） Wilemijn Schafer et al.（2010） P. 67を参照。

参考文献

（論文）
・大森正博（2004）「オランダの医療・介護保険制度改革」『海外社会保障研究』No.145号、pp. 36-52
・大森正博（2006）「オランダの医療・介護制度改革の最近の動向について」『租税研究』第677号、pp. 153-167
・大森正博（2010）「オランダの医療保険者の役割」『健保連海外医療保障』No.85、pp. 16-21
・大森正博（2011）「オランダの介護保障制度」『リファレンス』No. 725、pp. 51-73、国立国会図書館
・廣瀬真理子（2008）「オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題」『海外社会保障研究』No.162、pp. 43-52
・堀勝洋（1997）「オランダの介護保険」堀勝洋『現代社会保障・社会福祉の基本問題』ミネルヴァ書房
・松田晋哉（2003）「オランダの診断群分類DBCについて（上・下）」『社会保険旬報』No.2177 pp. 6-9, No.2178、P. 10-16
・Esther Mot, Ali Aouragh, Marieke Groot and Hein Mannaerts（2010）“The Dutch System of Long-term Care”, ENEPRI.
・Houten, Gijs van et al. （2008）“De invoering van de WMO”, SCP.
・Klerk, Mirjam de. （2005）“Ouderen in instellingen, Landelijk overzicht van de leefsituatie van oudere tehuisbewoners”, SCP.
・De Lange and Poos（2007）“Neemt het aantal mensen met dementie toe of af?” RIVM.
・Wilemijn Schafer et al. （2010）“The Netherlands-Health system review”, Nivel.
・Schut.F.T, van Doorslaer E.K.A.（1999）“Towards a reinforced agency role of health insurers in Belgium and the Netherlands”, Health Policy Vol.48 P47-67.
・SER（2008）“Langdurige zorg verzekerd:Over de toekimst van de AWBZ”, Uitgebracht aan de Staatssecretaris van Volksgezonheid, Welzijn en Sport.
・Pommer et al. （2009）“Definitief advies over het Wmobudget Huishoudelijkehulp voor 2009”, SCP.
・WHO（2007）“The new dutch health insurance scheme:challenge and opportunities for better performance in health financing”, WHO.

（書籍・資料）
・CBS（2009）Stat Line
・Jaarcijfers 2011（2011）VEKTIS.
・Ministry of Social Affairs and Employment（2012）State of Affairs of social security 2012.

特集Ⅱ：オランダ医療制度の動向

オランダの医療制度改革について

産業医科大学教授
松田 晋哉
Matsuda Shinya

オランダでは1980年代、市場主義的な手法によって医療費の適正化と医療の質向上を目指す試みを導入した。その後、いったんは市場主義的な競争による医療制度改革を中断していたが、2006年以降いわゆる「管理競争」による医療制度改革を進めている。この管理競争の枠組みが今後も上手く進行するのか、現時点では評価は難しく、またオランダ国民がこのような枠組みを本当に受入れているかについても今後の検証が必要であろう。しかし、「常に千の社会実験が行われている国」であるオランダの動向は我が国の医療制度の在り方を考える上で参考になるものである。

1. はじめに

医療技術の進歩と高齢化の進行により、医療費をいかに適正化するかが先進国共通の課題となっている。特に、欧州諸国において、医療制度改革は1970年代からの懸案事項であった。1970年代の2度にわたるオイルショックにより、欧州諸国はそれまでの福祉国家政策を見直すことを余儀なくされ、国民保険制度NHS諸国においては医療予算の抑制、そして社会保険諸国では保険料の増率や自己負担割合の増率、医療計画による医療提供体制のコントロールなどが相次いで導入された。しかしながら、医療活動に関する情報が不完全な状況で医療内容を適正化することは難しく、種々の改革にもかかわらず、医療費は増大の一歩をたどることになる。

こうした状況下で1980年代、イギリス及びオランダで市場主義的な手法によって、医療費の適正化と医療の質向上を目指す試みが導入された。これがサッチャー改革（イギリス）とデッカー・シモンズ改革である。よく知られるようにこれら二つの試みは1990年代に成功することはなく、「根拠のない改革提案」であったと否定的な評価が一般的なものになっていた[1)]。イギリスの場合はブレア改革により「競争による医療の効率化」ではなく「パートナーシップによる医療の質の向上」が掲げられ、NHS予算の増額がはかられた[2)]。

他方、オランダはいったんは市場主義的な競争による医療制度改革を中断していたが、その後も綿々と研究と社会実験が続けられ、2006年以降、いわゆる「管理競争」[3)]による医療制度改革を進めている。本稿では我が国の医療保障制度の今後を考えるための基礎資料を提示することを目的に、その概要について記述する。

2. 社会保険制度の改革―管理競争の導入―

オランダの医療保険制度は長期医療保障と短期医療保障の2種類に分類される[4)、5)、6)]。

(1) 短期医療保障

一般医によるサービス、専門医によるサービス（精神科医によるものを除く）、歯科サービス、

看護などのパラメディカルサービス、365日を超えない入院サービス、救急サービス、妊産婦サービス、薬剤などの短期医療サービスは短期医療費保障という枠組みの中で給付される。従来、この制度は一定の所得以下の被用者とその家族をカバーする疾病基金保険（ZFW）、一定の所得以上の被用者と自営業者をカバーする民間保険、そして公務員が加入する公務員保険に別れていたが、2006年からは全国単一の短期保険制度となっている。ただし、保険者はNHSのような国全体でひとつのものではなく、公的、民間を含めて多数の保険者が存在している（ただし、従来公的とみなされていたものも、現在は私的保険のカテゴリーとなっている）。

短期保険の財源は3つの部分から構成される。第一の部分は全国民がリスク平等化基金に対して収入に比例して払う保険料で、短期医療費の50％が賄われる。第2の部分は地域別に設定される保険料であり、短期医療費の45％に対応している。残りの5％は一般税によって賄われている。さらに、付加的なサービスを対象とした保険が設定されており、これは被保険者本人あるいは福利厚生的なものとして被用者によって負担されている。上記のうち、地域別に各保険者が設定する保険料については、すべての国民がこれを払うことができるよう国から収入比例給付が行われており、3分の2の家計は額の多寡はあるもののこれを受け取っている。

短期医療保障については「管理競争（Managed competition）」的な構造となっている。具体的にはリスク平等化基金の保険料については国が決めるが、地域別保険料及び補足保険（公的保険では給付対象とならない個室の利用や治療にあたる医師の指名などのアメニティ的なサービスについてカバー）については、各保険者に価格設定の自由が与えられている。そして、国民は保険料と各保険者が契約する医療機関をもとに1年単位で保険者を自由に選択することができる仕組みとなっている。保険者は被保険者を選択することを禁止されており、クリームスキミングが生じないように配慮されている。しかしながら、実際には補足保険などの内容を用いて巧妙な選択が行われているという批判がある[5)]。この制度が導入された2006年には18％の国民が保険者の変更を行ったが、現在ではその率は4％程度で落ち着いている。

保険者間の競争により保険料は低下しており、ほとんどの保険者は基本的なサービスをカバーする部分では赤字基調になっており、それを補うために管理部門のコストカットや補足保険の工夫などが行われている。

短期保険者と医療提供者間との間では、価格に関する交渉が行われる仕組みが導入されているが、これについては後述する。

ところで、オランダでは保険者間の公平を期するためにリスク構造調整の仕組みが導入されている。これは被保険者の持つリスクの違いによる財政構造の優劣を避けるために、年齢、傷病及び医薬品の状況などの情報を基に、プールした資金を事後的に保険者に配分するものである。2010年でその総額は全体の25%となっている[5)]。このような事後的なリスク構造調整があることが、保険者機能の効率化が進まない理由であるという批判を受け、政府はその精緻化を急いでおり、アメリカのACGなどを参考に、研究が行われているようである。

（2）長期医療保障

長期保険は例外的医療費支出保障（AWBZ）と呼ばれるもので全国民が強制的に加入させられる。病院での365日を超える入院、ナーシングホームでの診療などの費用がカバーされる。なお、従来精神科医療は入院期間にかかわらず長期医療保障制度でカバーされていたが、2006年からは最初の1年間については、上述の短期医療保障あるいは一般福祉サービスでカバーされることとなった。

保険料は所得比例である。保険の運営責任者は国であるが、実際の運用は短期医療費保険の各保険者が行う。

3. 医療サービス提供体制 [4)、5)、6)、7)]

(1) GPシステム

オランダの医療サービス提供システムであるが、それはGPシステムによって特徴づけられる。すなわち、一般的なルールとして患者はまず自分が登録している一般医（GP）を受診する。患者は救急医療などを除いてGPの紹介状なしに病院及びそこで働く専門医を受診することはできない（これをGate keepingと呼ぶ)。GPによるGate keepingは非常によく機能しており、GPを受診した場合、96％の患者はGPによる医療サービスのみで完結し､4％の患者のみが二次医療（病院や専門医）に紹介される状況となっている。夜間や週末、祝祭日のGPサービスはGPの共同診療所（GP post; わが国の医師会による休日夜間診療所のようなもの；2009年現在で全国に131か所）によって提供される。GP postは救急医療に関する病院の救急部門の負荷を軽減する役割も担っている。

GPへの登録は家族単位で行われる。1人のGPは平均2,300人の登録患者を持っている。ほぼ100％の国民が15分以内にかかることができる場所で開業しているGPに登録しており、予約後おおむね2日以内に受診できている。患者によるGPの選択は自由であるが、患者を多く持っている場合、あるいは患者が診療所から非常に離れた場所に住んでいる場合、GPは患者登録を拒否することができる。オランダ国民は年間平均で5.4回GPを受診しており、特に高齢者でその受診回数が多くなっている（表1)。なお、GPの提供する医療の質を保障するためにオランダ一般医協会は85の主訴に関する診療ガイドラインを作成している。

GPに対する報酬の支払方式は3つの方式が組み合わされている（表2)。具体的には登録した医師に人頭制で支払われる定額部分、時間内の診察ごとに支払われる出来高部分、そして時間外の診療に時間単位で支払われる出来高部分である。以上は、国レベルで医療ケア機構（NZa）が設定する単一の報酬である。この診療報酬は上限額とされており、保険者とGPとの間の契約によって自由に価格が設定できることになっている。ただし、1保険者のみがこれを適用しているだけで、他はまだ交渉による報酬決定の仕組みは採用していない。なお、GP制度がオランダの

表1　年齢階級別にみたGPへの年間平均受診回数

年齢階級	男性	女性	男女合計
0－4歳	3.2	3.0	3.1
5－14歳	2.2	2.2	2.2
15－24歳	2.0	4.2	3.1
25－44歳	2.7	5.1	3.9
45－64歳	5.3	7.3	6.3
65－74歳	9.1	11.0	10.1
75歳以上	13.9	16.0	15.2
全年齢階級	4.3	6.4	5.4

出典：NIVEL 2008　電話による診察を含む

表2　GPの報酬体系　　単位：ユーロ

人頭制部分

一般的地域に居住する住民一人あたりの報酬

・65歳未満住民	13.00
・65歳以上75歳未満住民	14.70
・75歳以上住民	15.40

過疎地域に居住する住民一人あたりの報酬

・65歳未満住民	14.70
・65歳以上75歳未満住民	16.50
・75歳以上住民	17.20

出来高部分

・20分を超えない診察	9.00
・20分以上の診察	18.00
・20分を超えない往診	13.50
・20分以上の往診	22.50
・電話による診察	4.50
・2回目以降の処方箋発行	4.50
・予防接種	4.50
・e-mailによる診察	4.50

・GP post での時間外勤務(1時間当たり)	50.20

医療ネットワークの中核であるという認識から、病院医療で設定されている免責制度はGP受診に対しては適用されない。

医療システムへの市場主義的枠組みの導入実験としては2007年からプライマリケアにおける疾病管理（Disease management）の取り組みも行われている。具体的には糖尿病、慢性閉塞性呼吸器疾患（COPD）、心血管リスクなどに対して1患者年間250～475ユーロで人頭制で管理するという枠組みが導入されている。この試みでは併存症については別途出来高で支払いが行われるために、医療費の節約効果はないのではないかという批判もあったが、オランダ政府はその一般化を決定し、現在約100のGPグループがこの仕組みに参加している。

（2）病院医療

病院医療は専門医によって担われている。専門医は雇用関係あるいはパートナーシップと呼ばれる契約により病院施設のみを利用する形態のいずれかの立場を取っている。オランダの病院は大きく以下の6つの種類に分類される。

・一般病院
・大学病院
・専門病院
・独立治療センター（ZBC）
・高度医療センター
・外傷センター

2009年現在で、オランダには93の経営体が存在し、これらの組織が141の病院と52の病院付属外来クリニックを運営している。大学病院は8か所で、ほとんどの高度医療センターや外傷センターは大学病院に併設されている。ZBCは緊急性の低い急性期疾患に対して24時間以内の入院治療を行う組織であり、全国に約120か所設立されている。ZBCだけでなく、一般病院においてもオランダは1日入院の割合が全急性期入院の46％（2009年）と非常に高くなっている。1994年から2004年の間に日帰り手術件数が2倍となっており、これにより平均在院日数が約30％低下している。

病院医療サービス（外来も含む）の支払いは、オランダ版DRGであるDBCを基にPPS方式（Prospective Payment System：1件あたり包括支払い）で行われている。DBCによる支払いは医療ケア機構（NZa）が設定する単一の報酬による部分DBC-Aと保険者と個別医療機関の交渉によって決まる部分DBC-Bから構成されている。DBC-Bについては、DBCごとに国レベルの参照価格が設定されており、保険者と各施設はそれを参考に価格交渉を行う。この仕組みが導入された2005年はDBC-Bは治療件数の7％に過ぎなかったが、2009年には34％となっている。ZBCとそれ以外の施設との比較では、ZBCにおけるDBC-Bの価格は約20％低くなっている。このように国は医療サービスの費用対効果を向上させるために、DBC-Bによる競争促進を図ろうとしている。他方、DBC-Aによる病院への支払いは機能的総括予算制という仕組みで行われている。すなわち各病院はDBC-Aの対象疾患の医療費について予算制で保険者から支払いを受け、年度末にDBC-Aの実績との差額調整を行う仕組みとなっている。この方式は病院の効率化へのインセンティブを阻害するとして廃止が検討されたが、病院側の強い反対もあり、現在もこの方式が維持されている。

市場主義的なシステムとしては、保険者が被保険者がかかることができる医療機関を規制するPreferred provider modelも一部の保険者で導入されている。ただし、このシステムは、被保険者が保険者が指定する病院で治療を受けた場合、法定免責額165ユーロを半額にするという緩やかなものであり、アメリカのような厳格なPPOとはなっていない。

病院医師への支払いはDBCに基づく出来高払い制が基本となっている。各DBCには医師の労働時間が設定されており、医師はこの時間の合計に時給を掛けた額を報酬として受け取る。時給は専門医よって異なるが132.50±6ユーロとなっている。この時給については基準報酬決定委員会（CNU）の調査結果に基づき、NZaが設定する。

（3）医療計画

従来、病院は1982年に施行された地域医療計画により、施設及び病院病床数の規制を受けていた。その基礎となっていたのは病院施設法であり、国レベルの病院施設委員会が、人口当たりの病床数、専門医の数（施設種別、診療科別）などについて、受療率などから求められるニーズ、各医療施設の機能と相互関係（診療圏を含む）などを基礎情報として、各地域の個別的な条件も勘案した上で必要病床数を推計するガイドラインが作成されていた。

しかし、この地域医療計画については、それが施設間の競争を阻害しているとの観点から2006年の制度改革に伴い廃止され、現在は資本部分への投資の自由化が導入されている。また、資本部分への投資費用は診療報酬に含まれているという認識のもと、公的な補助は原則として行われない（かつては、投資費用は政府の補助によって行われていた）。なお、施設の稼働状況及びそれを用いたサービスの質については、5年おきに政府が評価をし、その結果を公表する体制となっている。

（4）薬剤

原則として医薬分業が確立しているが、農村部では医師による薬剤提供も行われている。2007年現在で約1,900の薬局があり、全体の92％の処方が行われている。現在、約3分の1の薬局がチェーン薬局であり、その事業主体としては医薬品卸会社が大部分を占めている。薬局のチェーン化は1998年及び1999年に行われた制度改革により、薬剤師以外も薬局を開設できるよう規制緩和が行われたことによる。この結果、小規模薬局がチェーン薬局に取り込まれる形で、薬局の集約化が進んでいる。また、最近の動向として地域の薬局とGPが緩やかなネットワーク（FTO）を形成して、医薬品の適正利用と患者への情報提供を促進する試みも展開されている。現在、全国で約800のFTOが組織されており、オランダ医薬品適正利用機構（DGV）が小冊子やパンフレットの作成を通じてその活動を支援している。

薬剤に関しては医師の処方した薬剤について出来高払いで保険者から薬局に支払われる。また、患者・医師の同意があればジェネリック薬に代替処方可能である。薬剤の価格には参照価格制が導入されているが、医師が特定の薬剤使用が医学的に適切であるとの意見書を付けた場合、参照価格以上の医薬品も保険診療ですべてカバーされる。

医薬品支出を抑制するため、2006年の健康保険法により、各保険者は償還対象処方箋リストを作成することが認められた。もし、患者がリストにない薬剤を使用した場合、保険者はそれに対する支払いを行わない仕組みとなっている。これにより2008年には対象となった薬剤について3億4800万ユーロの抑制効果があったとされている。ただし、リストに掲げられた薬効の医薬品以外にはこの規制が働かないため、全体としては前年比で1～2％の医薬品支出の増加が認められている。

（5）代替政策

代替政策Substitutionとは、入院医療から外来医療へ、専門医の診療からプライマリケアへ、医師によるプライマリケアから看護職によるプライマリケアへ、長期療養型医療施設から福祉施設、そして在宅ケアへというように、サービスの質を落とすことなく、より費用効果的なサービスに利用者を誘導していこうというプログラムである。オランダはこの代替政策を積極的に推進している。2007年の制度改正により、ナースプラクティショナーが行えるプライマリケア業務が拡大され、医師の診断があれば慢性閉塞性呼吸器疾患（COPD）や糖尿病、心血管系リスクに対して医薬品の処方ができるようになっている。

また、従来、開業理学療法士による施療は医師の処方箋が必要であったが、現在は患者が直接開業理学療法士にかかることが可能になっている。ただし、実際には3分の2の患者はGPからの紹介となっている。

こうしたオランダにおける代替政策の動向は、

我が国における特定看護師制度の今後を考える上でも参考になるものと思われる。

4. まとめ

オランダの対GDP比での医療費は12.0%（2011年）であり、他のヨーロッパ諸国とほぼ同様のレベルとなっている。しかしながら将来の高齢化の進行と医療技術の進歩を考えれば、楽観はできず、そして何よりもオランダ人がその基本理念とする「国民間の公平」のもとで質の高い医療を提供するために、システムの効率化が喫緊の課題となっている。アメリカでその概念が最初に提案された「管理競争」が制度化され、そして実際に前に進んでいる状況は、他の先進国の政策担当者の大きな関心を集めている。その進捗状況は「半分達成され、まだ半分は未達成である」と評価されており、将来の成功の鍵は「医療活動及び医療の質の可視化」にあると考えられている[5)]。このためオランダでは医療の質評価事業が精力的に進められており、例えば消費者団体による臨床指標の公開が行われている。http://www.kiesbeter.nlがその代表的なものであり、政府の支援を受けて病院、診療所、介護事業所、保険者に関する品質情報の公開及び指標の解説を行っている[8)]。図1はその一部を示したものであるが、このような情報が国民に広く開示されていることが重要である。

フランスのブラジ改革の基本的な考え方がそうであったように、これからの高齢社会に適応するためには医療提供体制の改革が不可欠であり、その基本となるのは医療情報の標準化と透明化（＝可視化）である。それなしにはいかなる改革もその効果を評価することができないし、また望ましい方向に進むこともできない。オランダにおける医療制度改革の展開過程は、まさにこの医療情報の可視化であり、それがあってはじめて管理競争や疾病管理のプログラムが成立しているのである。この意味において、レセプト情報を収集している保険者が、サービスの質も含

図1　オランダにおける医療評価事業の例

ユトレヒト大学病院の評価

Klantervaringen 2009		
Bereikbarrheid ziekenhuis	病院へのアクセス	★★☆
Ontvangst op de afdeling	総合受付の対応	★★☆
Inhoud opnamegesprek	各部門受付の対応	★★☆
Communicatie met verpleegkundigen	看護師とのコミュニケーション	★★★
Communicatie met artsen	医師とのコミュニケーション	★★☆
Tagenstrijdige informatie door zorgverleners	医療従事者からの情報の矛盾	★★☆
Kamer en verbliji	部屋	★★☆
Eigen inbreng	料金	★★★
Uitleg bij behandeling	治療に対する説明	★★☆
Pijnbeleid	疼痛処置	★★☆
Communicatie rond medicatie	医薬品に対する説明	★★☆
Gevoel van veiligheid	安心感	★★☆
Informatie bij ontslag	退院時の情報提供	★★★
Bron:Mileuts Gemeten in het jaar:2009 Laatste update:26 september 2011		

Legenda （凡例）

Slechter dan gemiddeld	平均より悪い	★☆☆
Gemiddeld	平均	★★☆
Beter dan gemiddeld	平均以上	★★★

出典：http://www.kiesbeter.nl/zorgverleners/ziekenhuizen/detail/universitair-medisch-centrum-utrecht-locatie-azu/

めて医療の情報化・可視化をいかに進めるかが重要であろう。管理競争の枠組みがオランダにおいて、今後もうまく進行するのか、現時点では評価は難しい。その基礎となるDBCについても、分類の見直し作業が進んでおり、仕組みが複雑化することで、間接コストが上昇してしまうリスクもある。また、オランダ国民がこのような管理競争を本当に受け入れているかについても、今後検証が必要であろう。しかし、「常に千の社会実験が行われている国」[9] であるオランダの動向は我が国の医療制度の在り方を考える上で参考になるものである。我が国の医療関係者の間でも同国の制度への関心が高まることを期待したい。

注

1） Ham C ed. (1997) : Health care reform: learning from international experience. Buckingham, Open University Press.

2） DoH (1999) : Saving lives Our healthier nation, 1999.

3） Enthoven MC (1986) : Managed competition in health care and the unfinished agenda, Health Care Financ Rev, Spec No: 105-109.

4） Schafer W, Kroneman M, Boerma W et al (2010) : Health Systems in Transition The Netherlands, European Observatory on health systems and policies.

5） Schut F and van de Ven W (2011) : Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty? Health Economics, Policy and Law Vol.6: 109-123.

6） Schut F and van de Ven W (2011) : Health care reform in the Netherlands: the fairest of all, J. Health Serv Res Policy Vol.16(1): 3-4.

7） Ministry of Health, Welfare and Sport (2005) : Primary Health Care in the Netherlands.

8） http://www.kiesbeter.nl/zorgverleners/ziekenhuizen/detail/universitair-medisch-centrum-utrecht-locatie-azu/（平成24年3月20日アクセス）

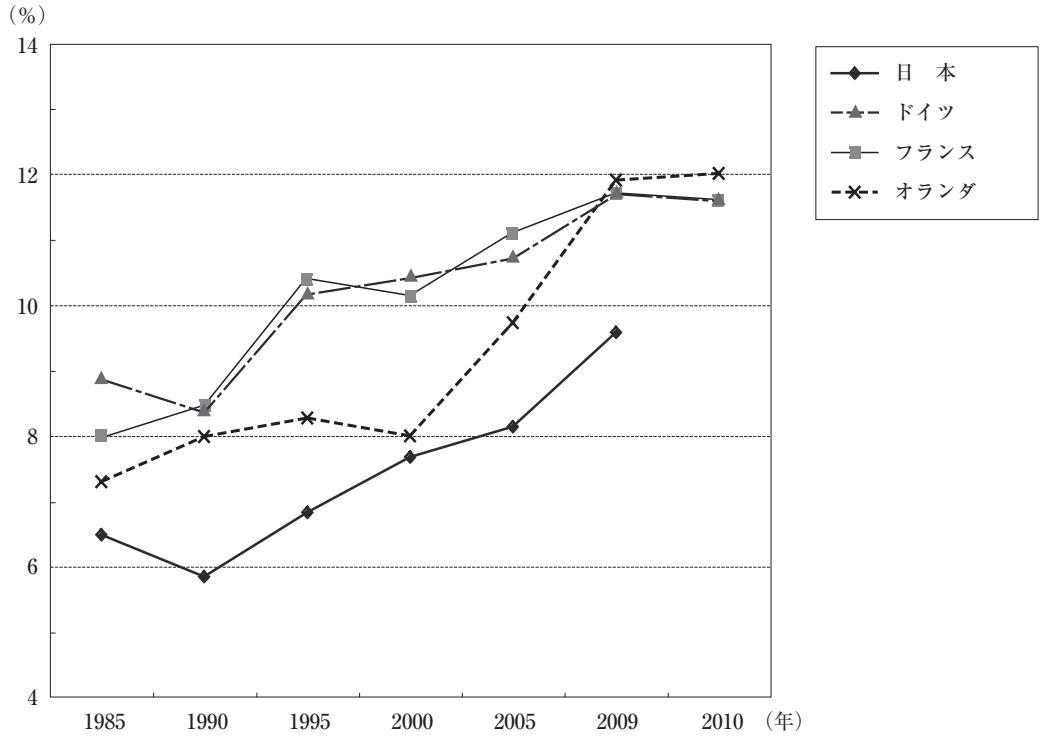
9） 長坂寿久：オランダモデル―制度疲労なき成熟社会―、東京：日本経済新聞社(2000).

1．基本情報

		日本	ドイツ	フランス	オランダ
総人口（千人）		127,799 （11年）	81,755 （11年）	63,294 （11年）	16,615 （10年）
高齢化率（%）		23.3（11年）	20.7（11年）	17.3（11年）	15.6（11年）
合計特殊出生率		1.39（10年）	1.39（10年）	1.99（10年）	1.80（10年）
平均寿命（年）		男79.6／女86.4 （10年）	男78.0／女83.0 （10年）	男78.0／女84.7 （10年）	男78.8／女82.7 （10年）
失業率（%）		4.6（11年）	5.9（11年）	9.7（11年）	4.4（11年）
社会保障費対GDP（%）		18.7	25.2	28.4	20.1
医療費対GDP（%）		9.5（09年）	11.6（10年）	11.6（10年）	12.0（10年）
国民負担率（国民所得比）（%）	（A）＋（B）	38.3	53.2	60.1	54.6
	租税負担率（A）	22.0	30.3	34.9	34.2
	社会保障負担率（B）	16.2	22.9	25.2	20.4

（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09年の数値。
出所：OECD（2012）、財務省HP.

2．医療費対GDPの推移



出所：OECD. StatExtracts（2012）

3．医療提供体制

（10年）			日本	ドイツ	フランス	オランダ
平均在院日数（急性期）			18.2	7.3	5.2	5.6
病床数	医療施設	急性期	1,027,192 （8.08）	462,457 （5.66）	224,385 （3.46）	50,095 （3.01）
		長期	348,064 （2.74）	— —	34,571 （0.53）	— —
		精神	346,715 （2.73）	40,292 （0.49）	57,248 （0.88）	23,020（09年） （1.39）
		その他	8,244 （0.06）	171,724 （2.10）	100,506 （1.55）	3,320（09年） （0.20）
医療関係者数	医師		283,548 （2.23）	305,093 （3.73）	198,756（11年） （3.06）	— —
	歯科医師		98,739 （0.78）	64,972 （0.79）	— —	— —
	薬剤師		197,916 （1.56）	50,604 （0.62）	— —	3,463（09年） （0.21）
	看護師		1,285,379 （10.11）	922,000 （11.27）	— —	138,200（08年） （8.40）

（注）下段のカッコ内は人口千人当たり。
出所：OECD. StatExtracts（2012）

4．掲載国通貨円換算表（2012年8月末現在）

（単位　円）

ドイツ、フランス、オランダ（1ユーロ）
99.84

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