

健保連海外医療保障

No.98 2013年6月

■特集：諸外国における民間医療保険の位置づけ

- ドイツ
ドイツの民間医療保険 田中 耕太郎
- フランス
フランス医療保障制度における補足医療保険 柴田 洋二郎
- イギリス
イギリスにおける民間医療保険の役割 堀 真奈美
- アメリカ
アメリカの民間医療保険 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.98 2013年6月

ドイツの民間医療保険

山口県立大学教授

田中 耕太郎

Tanaka Kotaro

ドイツの医療保険制度は長い歴史的な経緯もあり、現在でも国民の約9割が加入する公的医療保険と、その強制加入から除外されている官吏、高所得の被用者、自営業など1割前後の国民を対象として代替的な医療保険を提供する民間医療保険が併存するという独特の構造を有している。両者は多くの点でルールが異なっており、併存しているがゆえに、その境界線をめぐって相互批判と攻防が繰り返されてきた。

2009年からは、これまで形成されてきた両者の領域の棲み分けを前提に皆保険が導入され、ひとまずは安定した状況にあるといえる。しかし、2000年代に社会民主党の主導下で行われた公的医療保険の競争の強化による質の向上と民間医療保険への規制強化の流れは、2009年以降、自由民主党の連邦保健相の下で徐々に保険業界寄りの修正が図られ、確執が強まっている。2013年9月には4年に一度の連邦議会総選挙が行われるため、その結果によってはまた新たな動きが出てくるものと思われる。

1. ドイツの医療保険の基本的な特徴

ドイツの医療保険の大きな特徴は、ビスマルクによる1883年の疾病保険法により低所得の労働者を対象として強制加入の公的医療保険が創設されて以降、1世紀以上を経てその範囲・内容が拡大されて現在に至るまで、強制加入の被保険者を中心とした公的医療保険と、任意加入の代替的（substitutive）な完全保険（Vollversicherung）を提供する民間医療保険とが併存している点にある。公的医療保険を補完する付加保険（Zusatzversicherung）を提供する民間保険は、主要先進国いずれにおいても存在するが、このような公的医療保険と競合する代替的な医療保険を民間保険が担っている国は珍しく、対象者や基本原理を異にする両者の間では、つねに線引きを巡って緊張関係が存在し、政治を巻き込んだ激しいせめぎ合いが展

開されてきた。具体的な動向と背景について、代替的保険を巡る歴史的な攻防と最近の状況については 3. で、また付加保険を巡る新たな競合問題については 4. でそれぞれ詳しく述べる。

このようなドイツに特有の構造は、そもそも公的医療保険の疾病金庫が創設された当時の歴史的経緯に由来している。もともとドイツでは、中世の時代から、ZunftやHilfsskasseなどと呼ばれる、職業や職場を中心とした職人や労働者の互助組織が多数存在していて、公的と民間の区別は存在しなかった。1883年の疾病保険法は、このような互助組織を制度化したため、その多くは法律に基づく疾病金庫として公的医療保険の保険者に衣替えしたが、農業者を対象とした互助組織や、医療費について一定割合の医療費補助（Beihilfe）が受けられる連邦、州、市町村などの官吏を対象とした互助組織などは、そのまま民間の保険会社として残ってきた。

民間医療保険 (Private Krankenversicherung) という用語が初めて公式に使用されたのは、1903年の帝国民間保険監督庁の年次報告が最初とされるが、それでも当時は民間医療保険会社も一般に疾病金庫と呼ばれていた。

その後、1911年の帝国保険令 (RVO) は疾病金庫の整理を行ったが、その際、扶助金庫 (Hilfskasse) は代替金庫 (Ersatzkasse) と相互会社に分かれたが、いずれの監督も連邦民間医療保険監督庁が所管していた。このように代替金庫は公的医療保険と民間医療保険の中間的な存在であって、これが明確に公的医療保険の保険者として位置づけられたのは近年になってからのことである。また、このような経緯もあって、現在でもなお民間医療保険会社では相互会社 (Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit: VVaG) という法人形態が有力であり、また加入者の半数近くが官吏となっている。

2. 民間医療保険の現状

(1) 民間医療保険の位置づけと提供する保険

ドイツの民間医療保険は、1927年に連邦保険監督庁が医療保険と生命保険を分離し、さらに1932年には損害保険会社の手術費用保険の申請を拒否して以降、現在に至るまで一貫して、生命保険および損害保険との兼業を認めず、独立した保険分野を形成している。

ドイツの医療保険は、被用者については保険加入義務上限額 (2013年で年収5万2,200ユーロ) を超える高所得者以外はすべて公的医療保険への強制加入とされており、さらに農業者や芸術家など一定範囲の自営業者や年金受給者などについても法律上公的医療保険への加入が義務づけられている。このため、これらについては民間医療保険の代替的保険への加入の余地はなく、それ以外の強制加入から除外されている者たちを対象に代替的な完全保険を提供している。

また、1994年に制定されたドイツの介護保険法では、「介護保険は医療保険に従う」という方

針が採用され、民間医療保険の加入者は、その加入先の保険会社の提供する介護保険への加入が義務づけられた。

このような制度環境の下で、民間医療保険会社は、具体的には次のような種類の保険商品を提供している。

- ①官吏、高所得の被用者、自営業者など、公的医療保険への強制加入から除外されている者を対象とした代替的な完全保険
- ②民間医療保険の完全保険に加入している者を対象とした介護保険
- ③公的医療保険の被保険者に対する歯科や差額ベッドなどの付加給付、傷病時日額手当などの付加保険
- ④海外旅行傷病保険などの特別な保険商品

(2) 民間医療保険市場の現状

1) 保険会社の規模別分布と法形式

ドイツの民間医療保険協会には、2011年末現在で43の保険会社が正会員として加盟しているが、そのうち23社は職域や地域が限られた中小零細企業で、その保険料収入は合わせても協会加盟全社の総額の5%にも満たない。逆に、完全保険の加入者数では上位4社で全体の50%、保険料収入では上位8社で全体の68%を占めるなど、大手の会社への集中がみられる。完全保険の加入者数でみた上位10社の加入者数と保険料収入額およびそれぞれの構成比は、表1のとおりである。

なお、加入者数トップであるDebekaの保険料収入額が、加入者数でその約半数である第2位のDKVと同程度にとどまっているのは、Debekaの加入者の中心が官吏で、医療費の50~80%の医療費補助を受けられる者が多く、医療保険ではその残額を付保すれば足りるため、保険料の安い官吏用タリフが適用されるためである。

43社の法形式別の内訳をみると、既述の民間医療保険会社の歴史的な経緯を反映して、相互会社が19社、株式会社が24社となっている。株式会社が最初に認可されたのは、1913年のCentral KV株式会社が最初であったが、戦後は

表1 民間医療保険会社の上位10社（2011年）

順位	保険会社	完全保険の加入者			保険料収入		
		人数 (人)	シェア (%)	累積シェア (%)	金額 (百万ユーロ)	シェア (%)	累積シェア (%)
1	Debeka*	2,186,111	24.4	24.4	4,864	14.0	14.0
2	DKV	911,298	10.2	34.5	4,758	13.7	27.8
3	Axa	756,128	8.4	42.9	2,419	7.0	34.7
4	Allianz Private	683,008	7.6	50.5	3,190	9.2	43.9
5	Signal Iduna*(Deutscher Ring*を含む)	608,460	6.8	57.3	2,738	7.9	51.8
6	Central	494,368	5.5	62.8	2,243	6.5	58.3
7	Versicherungskammer Bayern	491,371	5.5	68.3	2,131	6.1	64.5
8	Continentale*	386,975	4.3	72.6	1,420	4.1	68.5
9	HUK-Coburg	385,664	4.3	76.9	995	2.9	71.4
10	Barmenia*	306,265	3.4	80.3	1,403	4.0	75.5
協会加盟43社合計		8,976,400	100.0	100.0	34,667	100.0	100.0

注1 *は相互会社、それ以外は株式会社。

2 DKVとBarmeniaは2010年実績。

出所：wikipediaおよびPKV（2012）より作成。

表2 民間医療保険の保険種類別の加入者数と保険料収入額（2011年）

保険種別	加入者数(人)	保険料収入額	
		金額(百万ユーロ)	構成比(%)
完全保険	8,976,400	25,151	72.6
うち医療費補助受給資格者	4,246,700	—	
介護保険	9,666,900	2,105	6.1
付加保険	22,498,900	6,683	19.3
うち公的医療保険の付加給付	17,139,400	4,525	13.1
うち外來タリフ	7,678,300	—	
入院時選択給付タリフ	5,712,800	—	
歯科タリフ	13,218,800	—	
うち傷病時日額手当	3,581,700	1,068	3.1
特別な保険	—	729	2.1
合 計	—	34,667	100.0

注1 介護保険の加入者が医療保険の完全保険の加入者数よりも若干多いのは、公的医療保険の任意加入者の一部や民営化に伴う経過的な郵政官吏疾病金庫および連邦鉄道官吏医療保険の被保険者が加入しているためである。

2 付加保険のうち公的医療保険の付加給付の加入者数は、各タリフへの加入者の重複が整理されているため、合計と一致しない。

出所：PKV（2012a）より作成。

株式会社が aumentando。とはいえ、完全保険の加入者の構成割合でみると、両者は、ちょうど50：50となっており、なお相互会社の存在は大きい。ただし、Debekaについて述べたような加入者の特性の相違を反映して、保険料収入額で比較すると、43：57と、株式会社の方がやや優勢になっている。

2) 他の保険分野との比較

ドイツの民間医療保険は、既述のように生命保険・損害保険という他の保険分野との兼業が認められず、それらの子会社を含め専業で運営されている。その規模を他の分野と比較すると、保険料収入では、2011年で、医療保険347億ユーロに対して、損害保険566億ユーロ、生命保険868億ユーロとなっており、市場規模では損害

保険の61%、生命保険の40%とその規模は相対的にまだ小さい。ただし、10年前の2001年にはそれぞれ44%と35%であったことと比較すると、保険市場が成熟するなかで、医療保険市場は他の保険分野よりも拡大傾向にある成長分野であることがわかる。

3) 民間医療保険の加入者数と保険料収入構成
医療保険会社の提供する保険商品は 2. (1) に掲げた4種類であるが、それぞれの加入者数と保険料収入およびその占める比率は表2のとおりである。

公的医療保険の適用拡大期には完全保険の加入者が激減して相対的に付加保険のウェイトが高まり、70年代半ばには付加保険の占める比率が半分近くを占めた時期もあったが、近年では公的医療保険の給付抑制や保険料率上昇、逆選択防止のための高齢期の加入制限などの措置を受けて、完全保険の加入者が増大を続けているため、完全保険の保険料収入が保険料収入総額の73%を占めるに至っている。

3. 代替的な完全保険

(1) 公私の領域調整—強制加入の線引きを巡る問題

これまで述べてきたところから明らかなように、ドイツの民間医療保険のうち中心を占める代替的な完全保険については、法律に基づき公的医療保険の強制加入の対象となる被保険者とその家族被保険者はそもそも競合の余地がなく、法律によりその範囲が拡大されれば、否応なく市場が縮小するという宿命を有する。このため、強制加入の線引きは民間医療保険にとって重大な関心事という以上に死活問題であり、つねに時の政治との関わりがなかでつばぜり合いが繰り返されてきた。その領域は大きく分けて次の2つである。

1) 被用者の保険加入義務上限額を巡る攻防 公的医療保険への強制加入を巡る攻防の主要

な戦線が、被用者への保険加入義務上限額を巡るものである。1960年代までは、この上限額は不定期に水準に関するルールもなく引き上げられてきたが、1971年にはこの保険加入義務上限額および保険料算定上限額は、年金の保険料算定上限額の75%に設定するというルールが確立し、それ以降、毎年の被保険者の平均労働報酬の推移に応じてスライドが行われてきた。このため、この境界線は、公私の医療保険の間の「和ライン」と呼ばれる。

ただし、近年では社会民主党／緑の党連立政権下で、保険料率安定化法により、2003年1月から年金の保険料算定上限額が平均労働報酬の約1.8倍から2倍に引き上げられた際に、医療保険の加入義務上限額もそれに対応して年収4万5,900ユーロへと大幅に引き上げられたが、医療保険への影響を抑えるため、保険加入義務上限額はそれまでの既加入者については年収4万1,400ユーロに抑えられるとともに、すべての被保険者について保険料算定上限額もこの額に抑えられた。

その後は、いずれの額も毎年の平均労働報酬の変動に応じてスライドされてきた結果、2013年については次のとおり上限額が設定されている。

- ・ 保険加入義務上限額：5万2,200ユーロ／年
(4,350ユーロ／月)
- ・ 保険料算定上限額：4万7,250ユーロ／年
(3,937.5ユーロ／月)

2) 農業者など被用者以外の職種への適用拡大
強制加入の適用範囲を巡るもう1つの争いが、被用者以外の職業に対する公的医療保険の適用拡大を巡る問題である。

1966年からキリスト教民主／社会同盟との大連立を経て、1969年に史上初めて政権についた社会民主党は、独自の社会改革に取り組んだ。医療保険の分野では、傷病時の被用者の経済状況の改善に大きな効果を上げてきた公的医療保険について、その保護の対象となる人的範囲をその他の職業にも積極的に拡大した。

まず、1968年には原則としてすべての年金受給者を公的医療保険の強制加入の対象とした。

表3 民間医療保険の完全保険の加入者数の年次推移（1970-2011）

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011
加入者数 (千人)	5,763	4,176	4,843	5,241	6,614	6,945	7,494	8,373	8,896	8,976

出所：PKV:Zahlenbericht 各年、BMG:Daten des Gesundheitswesens より作成。

続いて1972年の農業者医療保険法により、自営の農業者とその家族従事者、経営委譲者に対して、固有の農業疾病金庫への加入を義務づけた。農業者については、それまでこれを主な加入者とする民間医療保険が存在していたため、一連の改革のなかでもとりわけこの制度の創設により民間医療保険は大きな打撃を受け、解散する保険会社も出てきた。

さらに、1975年には、障害者の社会保険に関する法律により約4.5万人の障害者が公的医療保険に加入することになったほか、同年に成立した学生の医療保険に関する法律により、大学生や実習生が強制加入の対象に加えられた。

また、1981年には自営の芸術家および出版者の社会保険に関する法律により、これらについても公的医療保険の強制加入の対象とされた。

それぞれの法律による公的医療保険の適用拡大が民間医療保険に及ぼした影響は異なるが、いずれにせよ70年代は民間医療保険業界にとっては戦後最大の危機の時代で、解散や合併する会社も相次ぎ、完全保険の加入者数も1970年から75年にかけてのわずか5年間で576万人から418万人へと激減した。これに対応して、各社は付加保険の拡大に力を入れて何とか乗り切ってきた。

その後80年代に入ると、公的医療保険では医療費高騰とそれに対応した保険料率の引上げ、保険給付の抑制などが続いてきたため、相対的に民間医療保険にとって有利な環境が続いてきたほか、次項で述べるように高齢期になってからの公的医療保険への移動の制限が強化されてきたこともあり、表3に示すとおり、完全保険の加入者数は少しずつではあるが増加傾向が続いている。

（2）異質な制度の併存に伴う構造問題と民間医療保険への公共性の要求—規制の強化

1) 逆選択の防止と制度間の公平性の確保

公的・民間という異質な制度が併存するドイツの医療保険では、公的医療保険は連帯の原則の下で、加入者の年齢や性別・既往症などの疾病リスクに関係なく、報酬比例の保険料負担で、被扶養家族は保険料負担なく被保険者とされて医療の保護の下に置かれ、賦課方式の保険料により運営される。

一方で民間医療保険は、加入者と保険会社との間の契約に基づくもので、リスク見合いの保険料が適用されるため、高齢者や既往症をもつ者など医療リスクの高い者は高い保険料負担が求められる。また、個人単位であるため、家族構成員も年齢などの条件に応じて人数分だけの保険料が求められるほか、保険料は積立方式で設定される。

このように基本原理を異にする両方式が併存しているため、公的医療保険の強制加入から除外されている一定所得以上の被用者や官吏、自営業者など、比較的條件に恵まれた者たちにとっては、若くて単身で所得が高い時期には民間保険に加入しておいて、家族が多くなったり所得が低くなり病気がちになる高齢期には公的医療保険に移動するという逆選択が生じやすく、これは社会的公正を著しく欠く。また、長らく民間保険に加入していた被用者が高齢期になって労働報酬が低くなったために強制加入対象になった場合にも、若くて条件に恵まれていた時期に公的医療保険の連帯に財政的貢献をしなかった者が、その職業生活の終わりの時期になって公的医療保険の被保険者として連帯の負担により受益することも公平ではない。

このような両制度間の公平を図るため、公的医療保険の任意加入については要件が年々厳格

化されてきた。まず1989年の医療保険改革法では年金受給者の加入要件が厳格化され、就業の開始から年金申請までの期間の後半の10分の9以上が公的医療保険の被保険者本人か家族被保険者であることが必要とされた。さらに1993年改正では、強制加入被保険者あるいは家族被保険者から外れた者は、その直前に継続して12カ月以上あるいは外れる前5年間のうち少なくとも24カ月以上公的医療保険の被保険者であった場合に限り、公的医療保険に任意加入できることとされた。

また、強制加入についても、民間医療保険に加入していた者が55歳以降になって報酬が低下するなどにより保険加入義務が生じた場合には、2000年7月1日以降は、直近5年間に一度も公的医療保険の被保険者であったことがなく、この期間のうち少なくとも2年半以上保険加入義務がなく、あるいは自営業であった場合には、引き続き民間医療保険にとどまることとされた。

このように、条件が悪くなった時期に公的医療保険に移行するという逆選択を防ぐ一方で、それらの者がリスク見合いの保険料の原則によって民間医療保険の加入を断られたり高額な保険料負担に耐えられないという事態が生じないように、1994年には民間医療保険に標準タリフが導入され、これに加入する途が開かれた。このような民間医療保険に対する社会的な保護機能の強化の流れは2007年改革によってさらに強化され、次項で述べるように、基礎タリフの提供と保険引受義務（Kontrahierungszwang）が法律上課されることとなった。

このように、両制度が併存し、それぞれの対象者のリスク構造や適用されるルールが異なることによる相互間の公平性の確保のため、各種の措置が講じられてきたが、それでもなお、とりわけ疾病金庫の側には、民間医療保険が高所得の被用者や医療費補助を受けられる官吏など条件に恵まれた層を対象としたクリーム・スキミングを行う不平等な二元構造であり、これにより公的医療保険の連帯の財政基盤が損なわれているとの批判は根強い。また、民間医療保険は医

療費を抑制する力が弱く、保険料の引上げを繰り返している点に対する社会的な批判も加えられている¹⁾。

他方で、民間医療保険の側からは、そもそもドイツ社会の基本原理である補完性の原理からみても、自分でリスクに備えることのできる者に対する公的医療保険の適用拡大は抑制すべきであり、また、少子高齢化が進むなかで国民の保険料負担の増加を回避するためには積立方式の保険料を採用する民間保険に利があると主張している。

このように公私併存方式ゆえに生じる不公平や歪みは否定できないが、その著しいものは逐次是正しつつ、他方で相互の批判と刺激が活発な議論とある種のダイナミズムを相互に生んでいるということもできるだろう。

2) 民間医療保険への保険引受義務と基礎タリフの導入

①標準タリフの導入

上記のような流れから、高齢期になっての公的医療保険への逆選択を防ぐ一方で、本来は任意の契約に基づく等価交換の民間医療保険に対しても、社会的な保護機能を強化するための規制が強化されてきた。

その第一歩が医療保険構造改革法により1994年に導入された標準タリフ（Standardtarif）である²⁾。この改正により、民間医療保険に加入する被用者が公的医療保険の保険料の事業主による折半負担に相当する保険料補助を受給できる要件として、加入先の保険会社が標準タリフを提供していることとされたため、事実上その提供が保険会社に強制された。

標準タリフは業界で統一的なものとして民間医療保険協会が開発し、また各社の財政調整を行うための調整基金を設けている。その給付内容は、公的医療保険からの給付内容に相当するものでなければならず、保険料は公的医療保険の最高額の保険料を超えてはならないものとされている。さらに夫婦の場合には、2人でこの最高額の150%を超えてはならないこととされてい

る。

これに加入できる対象者は、65歳以上の者で、それまでに10年以上民間保険に加入していたという被保険者期間の要件が設けられている。この年齢要件は、その後2000年改正で55歳以上に引き下げられたほか、55歳未満でも障害年金の受給者は所得に関係なく加入できることとされている。

このような要件を満たす加入者は、同じ加入先の保険会社が提供する標準タリフに移行できるが、2009年からはこの社会的な保護機能をさらに強化した基礎タリフが導入されたため、標準タリフに加入できるのは、それまでに保険契約を締結していた者に限られる。

②保険引受義務と基礎タリフの導入

2007年の公的医療保険競争強化法により、最終的に2009年1月1日から、被用者など公的医療保険に位置づけられる無保険者は公的医療保険への加入が義務づけられるとともに、官吏や自営業者など民間医療保険に位置づけられる者は高齢や低所得など不利な状況にある者でも民間保険に加入できるようにすることで、すべての住民が傷病時に医療の保障を受けられることとされた。そのため保険監督法を改正し、標準タリフよりもさらに社会的な保護機能を強めた基礎タリフ（Basistarif）を2009年から提供することをすべての保険会社に法律上義務づけ、これによる保険引受義務を課した（保険監督法12条）。

基礎タリフは、給付内容が公的医療保険の給付内容に相当するレベルのものでなくてはならず、また保険料は公的医療保険の保険料の最高額を上回ってはならず、夫婦の場合には2人でこの最高額の150%を超えてはならない。さらに、保険料負担により社会扶助などの要扶助状態に陥る場合には保険料を半額に減じなければならず、それでもなお要扶助となる場合には不足額を社会扶助等で給付することとされた。また、リスク追加保険料の徴収も給付の一部除外も禁止されている。

2009年1月以降は、公的医療保険の任意加入

の被保険者は、保険加入義務がなくなって6カ月以内に基礎タリフに移行できる。また、すでに民間保険に加入している者は、2009年6月末までに、自分の選ぶ保険会社の基礎タリフに移行することができるほか、55歳以上または保険料を支払えなくなった者は、その加入する保険会社の提供する基礎タリフに移行することができる。さらに2009年1月以降に保険契約を締結した者は、任意の保険会社の基礎タリフに移行できる。

標準タリフと基礎タリフの加入者は、次表のとおりである。

表4 標準タリフと基礎タリフの加入者数
(2011年)

	加入者数(人)
標準タリフ加入者計	41,800
うち医療費補助受給資格あり	6,200
〃 なし	35,600
基礎タリフ加入者計	26,100
うち修正標準タリフからの移行	4,000
無保険者から	8,600
公的医療保険から	400
同一保険会社内での移行	12,300
他の保険会社から変更	500
その他	300
要扶助状態による保険料半減	9,600

出所：PKV（2012a）より作成。

3) 保険種別や保険会社変更時の老齢準備金の携行

積立方式の保険料で運営される民間保険では、リスクが高くなる高齢期に保険料負担が著しく高騰するのを防ぐため、当初から将来のリスク増加分を含めた保険料を徴収するとともに、これを老齢準備金（Alterungsrückstellung）として積み立てている。加入する保険会社を変更しようとする場合、これを携行できなければ新たな保険料は高すぎて事実上保険会社の変更はできない。この点は、かねてから批判されていたが、とりわけ公的医療保険構造改革法により1996年から公的医療保険に保険者選択制が導入されて疾病金庫間の競争が進むなかで、本来は

市場競争が活発に行われるべき民間医療保険では保険会社の変更が事実上できず、競争による効率化が進まないとして、老齢準備金の個人ごとの算定と保険会社を変更する場合の携行（ポータビリティ）を求める声が強かった。

しかし、保険業界は、老齢準備金は個人単位で計算されていないこと、その携行を認めると古い加入者の積立不足分が流出して財政基盤が損なわれることなどを主張して、携行については強く反対してきた。

長年の懸案であったこの老齢準備金の携行の問題についても、2007年の法改正により、一定の範囲内ではあるが、ついにその途が開かれた。すなわち、同一の保険会社内で完全保険から基礎タリフに移行する場合には、老齢準備金は全額基礎タリフに携行される。また、2009年1月以降の新たな契約の加入者や、それ以前の契約の場合で同年6月末までに他の保険会社の基礎タリフに移行する場合には、基礎タリフの範囲内での老齢準備金が新たな保険会社に携行されることとなった。

4. 付加保険

最初にみたように、民間医療保険の提供する付加保険の加入者は2,250万人（表2）に上り、一貫して民間医療保険の重要な市場を形成してきた。とりわけ代替的な完全保険が公的医療保険の適用拡大によって存続の危機に立たされた70年代当時は、他の主要国と同様に、民間医療保険の活路をこの領域に求めようとする動きまであったように、長い間この領域は民間保険の独壇場であった。

しかし、大連立政権下で社会民主党の連邦保健相の下で行われた2007年の公的医療保険競争強化法は、疾病金庫間の加入者サービスの向上と質の競争の促進を図るため、同年4月1日以降、疾病金庫に対して各種の選択タリフを規約により提供できるようにすることを認めた。いわば基礎タリフの導入などが民間保険への公共性と社会的保護機能の強化という性格をもっていたのに対して、選択タリフの提供を認めることは公的医療保険の保険者である疾病金庫への民間保険的要素の強化と、それによる民間保険も視野に入れたサービス競争の促進政策というねら

表5 選択タリフの種類と加入者数（2013年1月末現在）

選択タリフの種類	内 容	根拠条文	加入者数(人)
(1) 免責額の設定	法定の保険給付の一部について免責額を設定した場合に、プレミアムを支払う。提供は任意。	53条1項	516,259
(2) 保険料の還付	本人および家族被保険者が1年間に保険給付をまったく利用しなかった場合に、年間保険料の12分の1を限度に保険料を還付する。予防給付や未成年者の利用は除外される。提供は任意。	53条2項	172,470
(3) 特別な医療提供体制への参加	家庭医モデルに登録し疾病時にはまずこれにかかる場合、疾病管理計画に参加する場合、統合型医療に参加する場合など、新しい医療提供体制への参加を選択した場合に、プレミアの支払いまたは患者負担の軽減を図る。提供は必須。	53条3項	9,373,779
(4) 償還払いの選択	本人および家族被保険者が法定の現物給付に代えて償還払いを選択した場合に、プレミアムを支払う。提供は任意。	53条4項	830,004
(5) 特別な療法の医薬品の給付	法定給付から除外されているホメオパシー（同種療法）などの伝統療法の医薬品について給付するもので、被保険者が追加保険料を支払う。提供は任意。	53条5項	462
(6) 傷病手当金の給付	主に自営業であった者、6週間の傷病時賃金継続支払いの受給資格がない被用者、芸術家など、法定の傷病手当金の受給権がない者に対して、傷病手当金を支給する。被保険者は追加保険料を支払う。提供は必須。	53条6項	70,228
(7) 給付の一部制限	特定の加入者グループに対して、法定の保険給付の範囲を制限し、その制限の内容に応じてプレミアムを支払う。提供は任意。	53条7項	15,159
計			10,759,879

注 1人で複数のタリフに加入している場合があるため、各タリフの加入者数の合計は計の数字と一致しない。

出所：連邦保健省（BMG）資料より作成。

いをもっていた。

これに対して民間医療保険業界は、強制加入により住民の9割近い加入者を有し影響力の強い巨大な疾病金庫による民間保険圧迫であるとして強く反対したが、最終的に押し切られて導入された（社会法典第5編53条）。ただし、その後2009年秋の政権交代により初めて連邦保健相のポストを獲得した自由民主党は、総選挙を意識して露骨に業界寄りの修正を図っており、2010年12月の公的医療保険財政法により、加入した場合の拘束期間が3年間であったのをいくつかのタリフについて1年に短縮するなど、民間医療保険への変更を容易にする修正を加えているほか、さらに高額所得者が民間保険に流出するような方向での法改正を準備しているとして批判されている³⁾。

具体的な選択タリフの内容と、その加入者数は、表5のとおりである。

この選択タリフは大きく分けると2種類あり、1つは、第3項に規定され疾病金庫が規約で提供を義務づけられているもので、家庭医モデルや統合型医療など、国が進めようとしている新しい医療提供システムを利用する被保険者に対する優遇措置である。もう1つは、給付時の控除額の設定や償還払い方式の選択、1年間医療を利用しなかった場合のプレミアの支払いなど、被保険者の多様なニーズに応じる民間保険的な要素の導入である。

このため、とりわけ後者については、民間保険との競合の問題は別にしても、公的医療保険の根幹である連帯による保険料負担の基本原則が変質し、連帯の財政基盤を損なうおそれもある。そこで、法律上、これらの選択タリフによるプレミアの支払いは、各被保険者が年間に支払う保険料の20%、最高額600ユーロという制限が課されている。

5. 今後の動向

戦後半世紀の動向を含めたこれまでの記述からも明らかなように、ドイツは歴史的な経緯も

あって、強制加入と賦課方式による公的医療保険と、強制加入から除外され比較的條件に恵まれた層を対象とした積立方式による民間医療保険という、異質な制度による二元的な仕組みで医療保障を行ってきた。そして、その領域分担を前提にさらに2009年以降は国民皆保険を実施している。その過程では、このような両制度間の基本原理の相違に由来する相互批判と境界線を巡る攻防を繰り返してきた。

このドイツ独特の構造が今後そのいずれの方向に収斂していくのかについては、これまでの歴史がそうであったように、時の政権をどの党が担うかによって大きく変わってくることが考えられる。2013年9月には4年ぶりの連邦議会総選挙が予定されており、その選挙結果によってはまた新たな改革が行われる可能性がある。

他方で、長年にわたる攻防の結果、2000年代以降の社会民主党と緑の党の連立政権からキリスト教民主／社会同盟と社会民主党との大連立、さらにキリスト教民主／社会同盟と自由民主党との連立政権という、各種の政権党の組み合わせによる政権交代の時期を経て、政策の軸足の重点は変わりつつも、公的医療保険における競争要素の重視と、一方で民間医療保険に対する公共的役割の要求と規制強化を通じて、国民のほぼ9割を対象とした公的医療保険と、1割前後を対象とした代替的な完全保険を提供する民間医療保険とは、一定のバランスを保ちつつ、安定的な相互関係の時代に入っているようにも見える。

いずれにせよ、医療保障政策においては、公的か民間かという保険制度の違いを超えて、医療費の上昇と医療費負担の増加、医療提供体制の改革問題は共通の課題として今後とも重要な政策課題となることは確実であり、それらの改革との関連を含め、改めて医療保険制度のあり方や構造についても引き続き議論が進んでいくものと思われる。連邦議会総選挙後の動向について引き続き注目したい。

注

- 1) 例えばSPIEGEL ONLINE(2012)の記事など。
- 2) 標準タリフの導入の経緯と内容の詳細については、田中(2005)を参照されたい。
- 3) SPIEGEL ONLINE(2013)の記事参照。

参考文献

- ・PKV (1997) : Herausforderungen – Entwicklungslinien eines Versicherungszweiges von den Anfängen bis zur Gegenwart, PKV-Dokumentation 20.
- ・PKV (2012a) : Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012.
- ・PKV (2012b) : Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2011.
- ・SPIEGEL ONLINE (2012) : Teures Gesundheitssystem : Privatversicherten droht Beitragsschock, 13.November 2012.
- ・SPIEGEL ONLINE (2013) : Regeln für GKV Wahltarife : Bahr päppelt private Krankenversicherungen, 11.März 2013.
- ・田中耕太郎(2005)「12章 公的医療保険と代替的民間医療保険の収斂化現象—ドイツの経験からみる代替的民間医療保険の可能性と限界」田近栄治／佐藤主光編著『医療と介護の世代間格差』、東洋経済新報社、261-282.
- ・松本勝明(2012)「医療保険の公私関係—ドイツにおける変化と今後の方向—」『フィナンシャル・レビュー』2012 (4) 、90-110.

参照URL

- ・http://de.wikipedia.org/wiki/Private_Krankenversicherung (2013/4/15)

フランス医療保障制度における補足医療保険¹⁾

中京大学准教授

柴田 洋二郎

Shibata Yojiro

近年、フランスでは公的医療保険給付を上乗せする任意加入の制度である補足医療保険がその役割を大きくしており、そのなかで補足医療保険組織に法律が次第に介入するようになっている。そこでは保険法上の伝統的な規則を修正する代わりに財政的優遇措置を認めることで、被保険者の保護の強化、低所得層の補足医療保険への加入促進、基礎制度で導入された政策の実現に補足医療保険組織も関与させることが目的とされている。また、現在被用者の補足的医療保険への加入を義務付ける改革が進行している。

1. はじめに

フランスの社会保障制度における医療保障は、強制加入による社会保障制度である公的医療保険（以下、医療保険または基礎制度）が中心的な役割を果たしているが、基礎制度の給付を補足・上乗せする任意加入の制度である補足医療保険が存在し、近年その役割を大きくしている²⁾。

本論に入る前に、補足医療保険の役割が大きくなっている背景を歴史的事情と制度的事情に分けてみておこう。歴史的事情³⁾として、フランスでは公的社会保障制度が体系的に整備される以前に、共済組合（mutuelle）が発展をみていたことが挙げられる。このため、共済組合は国家による社会保障制度の創設に抵抗することとなる。結果として、医療保険は創設当初から診療報酬を全額保障することはなく、患者の自己負担分を定めており、ここに共済組合が補足制度として介在する余地が残されることとなる。もう1つは制度的事情であり、特に自己負担分が以下の特徴を有することである。①医療保険からの償還⁴⁾の基礎となる診療報酬は全国レ

ベルで定められるにもかかわらず、自由に診療報酬を決定できる医師（セクター2）⁵⁾が存在し、そこで受診した場合、償還基礎を上回る診療報酬は全額自己負担となる。また、②患者の負担する費目が数多く存在し、さらに、③近年償還率の低減や償還対象から除外される医療行為や医薬品が増加している⁶⁾。こうして、患者の負担として残る部分が増大傾向にあり、その結果、補足医療保険の必要性もまた増大している。

本稿は、わが国と同じく医療保障の中心を公的医療保険に据えながら、補足医療保険にも大きく依拠している点で特徴的なフランスの制度体系にあって、補足医療保険に関わる法規制(2.)と近年の動向(3.)を明らかにするものである。

2. 補足医療保険制度の主体と法規制

(1) 補足医療保険制度の主体⁷⁾

1989年12月31日の法律（n° 89-1009：以下、Évin法）第1条は、①共済組合、②労使共済制度（institution de prévoyance）、③民間保険会社を補足医療保険の保険者と認めている。①は共済法典により規制される。原則として個人的に

加入し、加入者たる組合員により直接管理運営される⁸⁾ 私法上の非営利組織である（共済法典L.111-1条）。②は社会保障法典および農事法典により規制される。労働協約等に基づいて労働者が集团的に加入する。労使同数の代表により管理運営される私法上の非営利組織であり（社会保障法典L.931-1条）、団体型の保険事業を行う。③は保険法典により規制される。株式会社もしくは相互扶助形態保険組合（société d'assurance mutuelle）の形で設立される営利法人である（以下、①から③をまとめて「補足医療保険組織」）。

このように、補足医療保険組織はそれぞれ異なる法典の適用を受け、歴史的経緯から各組織が特殊性を有している。もっとも、近年では徐々に統一的な法規制の下におかれつつある。以下では、法規制の統一に向けた契機となっただけでなく、補足医療保険発展の契機ともなったÉvin法について述べた後、補足医療保険の発展に大きく関わる3つの法制度を説明する。

（2）補足医療保険制度の法規制

補足医療保険給付は基礎制度と同様、金銭給付と現物給付に分けられる⁹⁾。一般的には、まず金銭給付は基礎制度の休業補償手当を上乗せする（金額のみならず、基礎制度では保険外となる期間を保障するものもある）。他方で、現物給付は、診察にかかる自己負担分、定額入院費負担（forfait hospitalier）、医薬品価格、医学分析や医療機器にかかる費用の償還を補足する。また、償還払い方式ではなく第三者支払い方式（現物給付方式）をとることを定めるものもある。もっとも、個別具体的な給付内容は保険者の類型や保険商品ごとに大きく異なる¹⁰⁾。そこで、以下では給付内容そのものを仔細に検討することはせず、その設定に大きな影響を与えている法規制を概観する。

① Évin 法

同法は補足医療保険組織全体に共通の規制を定めて、補足制度における競争を整備すること、不安定だった被保険者の保護を強化することを内容とする。その規制は強制加入の団体型保険と任意加入の団体型保険とで異

なっている。

（i）強制加入の団体型保険

ある企業のすべての被用者、もしくは労使の合意（労働協約等）または使用者の一方的決定により定められた一部の被用者を強制的にカバーするタイプの保険の場合、以下の3点で保護が強化されている。

第一に、補足医療保険組織は医学的な理由に基づいて被保険者を選別することが禁止される（第2条）。補足医療保険組織は既発生のリスクー保険契約締結前にすでに患っている疾病の経過—について保障しなければならない。また、一般制度（régime général：被用者が主たる加入者となるフランス社会保障の中心的制度）の医療保険において現物給付サービスが認められる疾病を保険の適用対象から除外することもできない。

第二に、労働契約が破棄された場合にも保護を受けることができる（第4条）。障害年金、老齢年金、失業補償手当の受給資格を有する旧被用者は、労働契約の破棄後6か月以内に申し出ることを条件に、健康診断、問診、観察期間の条件なしで労働契約の破棄後も疾病・事故・出産による医療費の保障を受けることができる¹¹⁾。

第三に、補足医療保険組織との契約が解約されたときもしくは更新されないときにも保障が及ぶ（第5条）。補足医療保険組織は、そのような場合にも保障を受けるための申請期間および、当該期間までに申請した被用者が健康診断、問診、観察期間の条件なしで保障が維持される条件を定める。

（ii）任意加入の団体型保険

補足医療保険組織は、原則として契約途中で特定の被保険者を除外することはできず（第6条）、その健康状態を理由に当該被保険者の保険料を引き上げたり、保障水準を引き下げたりすることもできない（ある保障もしくは契約の全被保険者について一律に保険料を引き上げることはできる）。ただ

し、保険契約締結前にすでに患っている疾病について、①そのような疾病の保障を行わないことが明示されていること、②契約前に罹患した疾病であることを補足医療保険組織が証明していることを条件に保障を拒否することはできる（第3条）。

同法の重要な点は、公保険（社会保険）ではない補足医療保険について、被保険者の選別やリスクに比例した保険料決定といった保険に関わる諸原則を根本的に修正している点である¹²⁾。

②低所得層に対する補足医療保障のための措置

(i) 補足的CMU (CMU-C)

1999年7月27日の法律（n° 99-641：以下、CMU法）は普遍的医療保障制度（CMU）を設けた。これによりフランスの医療保険はすべての者が基礎制度に加入することとなり、一般化（généralisation：わが国でいう皆保険）を達成した。同法は基礎制度を一般化しただけでなく、低所得層が補足医療保険に加入できるよう、最貧困層に無償で補足的保護を保障する仕組み（CMU-C）も設けている。その背景には、CMU法の直前にすでに人口の84%が補足医療保険に加入していたものの、職業や労働上の地位により加入率に大きな差が生じていたことがある¹³⁾。これにより「医療へのアクセス」（accès aux soins）の不平等が問題視されたのである¹⁴⁾。

このCMU-Cを受給するためには、フランスに安定的かつ合法的に居住しているという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。2013年7月1日以降は、単身世帯で年収8,592.96ユーロ）に満たない世帯だけが受給対象となる。

CMU-Cの受給者は医療保険初級金庫（医療保険の保険者）あるいは補足医療保険組織を保険者として選択し、1年間（更新可）保険料を支払わずに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、一定の医療機器）を保障される。このとき、選択された補足医療保険組織は補足医療保険契約の締結を拒否することはできず、CMU-Cの受給者であることを証明する書類の受領以外の条件または手続を課することもできない。さらに、CMU-Cでは例外的に第三者支払い方式が採用されるため、受診時点で診療報酬の支払いが免除される。ここでは、①補足医療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することで医療へのアクセスが阻害されないようにしていること、②CMU-Cの受給者については補足医療保険組織による被保険者の選別が禁止されていることの2点が重要である。

CMU-C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。この税は補足医療保険組織による補足医療保険料の総額を課税基礎とし、税率は6.27%である（社会保障法典L. 862-4条）。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。

(ii) 保険料援助

CMU-Cは、低所得層が補足医療保険制度へ加入できる仕組みを整えた点は高く評価されているが¹⁵⁾、受給要件となる所得の前後で大きな不平等が生じることが問題視された（閾値問題）。所得条件を満たす場合にはCMU-Cにより無償で補足医療保険に加入できるのに対し、わずかでも当該所得を超えると減免なく補足制度への保険料が発生するからである。

閾値問題への対応として、2002年以降、CMU-Cを受給できる所得条件の前後で補足医療保険料負担が急激に変わることがないように緩和措置が設けられた。当初、所得条件の110%未満の所得の者に対し、補足制度に加入するための保険料援助を行う「共済加入援助」（aide à la mutualisation）と

呼ばれる仕組みが講じられた。その後、数度にわたる名称変更とともに段階的に対象範囲が拡大され、現在では「補足医療保険支払援助」(aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé) という名称で、所得条件の135%未満の所得の者が補足医療保険料の援助を受けることができる(社会保障法典L.863-1条。ただし、援助を受けるためには責任契約〔後述〕の条件を満たしていなければならない)。援助年額は対象者の年齢に応じて定まり、100ユーロ(16歳未満)から500ユーロ(60歳以上)までとなっている。そのための財源はCMU税から捻出される。それでも、CMU-Cとは異なり、同援助は補足医療保険料(平均およそ700ユーロ)を完全にカバーできるものではないという意味で不十分である¹⁶⁾。

③一定の契約類型に対する財政的優遇措置

2000年代に入ると、税制および社会保険料に関わる優遇を行うことで一定の内容の補足医療保険契約の締結を促進しようとする法的な試みがみられるようになる。

(i) 連帯契約(contrats solidaires)

共済組合は、補足医療保険契約において、「所得、共済組合もしくは社会保障制度への加入期間、居住地、被扶養者の数、加入組合員の年齢以外の理由で保険料額を決定することはできない」(共済法典L.112-1条)ことを重要な特徴とする。2001年の修正財政法(n° 2001-1276)は、いずれの補足医療保険組織にもこのような保険料額の決定に関する規則が適用されるよう、連帯契約と呼ばれる一定の補足医療保険契約に対する税制優遇措置を設けた(租税一般法典1001条2°の2)。

具体的には、補足医療保険組織は補足医療保険契約を締結する際に、①問診等を通じて被保険者の医療情報を収集しないこと、および、②保険料額の決定にあたり被保険者の健康状態を考慮しないことを条件に7%の保険契約税(taxe sur les

conventions d'assurances)¹⁷⁾の適用が免除される(当時。現在では、9%の保険契約税が7%に軽減される〔租税一般法典1001条6°〕¹⁸⁾)。これにより、税制優遇措置を受けようとする補足医療保険組織は、被保険者の選別でも、保険料額の決定でも、「リスクの高低」という最も保険的な要素に基づいて判断することができない¹⁹⁾。

(ii) 責任契約(contrats responsables)

2004年には、新たに責任契約と呼ばれる契約に対して優遇措置が設けられることになった。責任契約は2004年8月13日の法律(n° 2004-810：以下、2004年法)と大きく関連するため、まず同法の内容を概観しておこう。2004年法は医療保険赤字に対処するための様々な改革を定め、その際の政策方針の1つとして「医療費の医学的抑制」(maîtrise médicalisée des dépenses)²⁰⁾を掲げている。そして、患者に対しても医療保険の当事者としての自覚をもたせ、責任ある行動をとらせることで医療費を抑制しようとする。

具体的には、一定の場合に患者の金銭的負担を増やすことで非効率的な受診を抑制しようとしている。まず、①診療のたびに定額1ユーロの「公的自己負担分」(ticket modérateur d'ordre public)が課されることとなった。これまでも自己負担分や定額入院費負担の形で患者に金銭的負担を負わせることで医療費を抑制しようとしてきた。しかし、これらはいずれも補足医療保険がカバーできるため十分な受診抑制とならず、逆に補足医療保険に加入できない低所得層の受診だけを抑制しているという弊害が指摘されていた。これに対し、公的自己負担分は基礎制度や補足制度でカバーできず(後述するように、これが責任契約の主たる内容となる)、低所得者(CMU-Cの受給者)には適用されないという点に特徴がある。また、②16歳以上の者は全て、開業医および病院における診察に関する情報

が記載されるデータベース化された個人受診記録 (dossier médical personnel) をもつ。個人受診記録のない場合、医療保険の償還率が引き下げられる (自己負担分が増加する)。さらに、③かかりつけ医 (médecin traitant) 制がとられ、16歳以上の被保険者がかかりつけ医を指名しない場合やかかりつけ医を通さずに直接専門医に受診した場合、自己負担分が増加する。これらの措置により、医療の質や医療従事者間の連携を高めると同時に患者が非効率的な多重受診を避け、効率的で継続的な医療経路 (parcours de soins) をたどることで医療費が抑制されることが期待された²¹⁾。

責任契約は、以上のような基礎制度で導入された非効率的な受診の抑制や医療経路の連携に関わる政策に補足医療保険組織も関与させる。補足医療保険組織の提示する契約内容を通じて、被保険者に医療費の抑制に対して責任ある行動をとらせようとしたのである²²⁾。こうして、社会保障法典 L.871-1条は、①一定の患者負担部分を保障せず (消極的保障)、かつ、②一定の患者負担部分を保障する (積極的保障) 補足医療保険契約に税制および社会保険料にかかる優遇措置を認めている。①消極的保障として、a) 公的自己負担分、b) かかりつけ医を指名しない場合やかかりつけ医を通さずに直接専門医に受診した場合の自己負担分の増額分、c) (2008年より) 免責負担 (franchise)²³⁾ を保障対象から除外することが求められる (社会保障法典 R.871-1条)。②積極的保障として、a) かかりつけ医を受診した場合の診療報酬の30%、b) かかりつけ医の処方を受けた医薬品価格の30%、c) かかりつけ医の指示した検査にかかる費用の35%、d) 公衆衛生に照らして重要とされる予防給付にかかる患者負担の全額を保障しなければならない (社会保障法典 R.871-2条)。

以上の条件を満たす補足医療保険契約 (任意加入の個人型もしくは団体型、およ

び強制加入の団体型) は、連帯契約と同様に保険契約税の適用が免除される (当時。現在では保険契約税の軽減にとどまる)。さらに、団体型契約の場合、使用者の負担する補足医療保険料は課税所得および社会保険料の算定基礎から除外される (租税一般法典83条および154条の2、社会保障法典 L.242-1条)。

基礎制度について定められた枠組みが遵守されるよう補足制度を通じてサポートするという点で、従来のフランスの医療保険制度にはみられなかった仕組みである²⁴⁾。

以上にみてきた2つの契約は、経済的な優遇措置により一定の種類の補足医療保険契約の締結を促進しようとする点で共通する。ただし、連帯契約は、補足医療保険契約について保険法上の伝統的な規則を修正するというÉvin法のとった方法の延長線上にある。これに対し、責任契約は、医療の連携を尊重する契約の締結を奨励することで被保険者に「責任を与える」 (responsabilisation) 政策に補足医療保険組織を関与させようとする。2つの契約はいずれも保険者が提案する契約内容に影響を与えるものであるが、それぞれ、被保険者の保護 (連帯契約) と被保険者の行動の修正 (責任契約) という異なる目的を有する²⁵⁾。

3. さらなる補足医療保険制度の適用拡大

2013年1月11日の全国職協協約 (ANI)²⁶⁾ は補足医療保険に大きく関わる規定を設けている (現在、同協約を法律化する作業が進行中である)。

ANI第1条は、企業規模を問わず²⁷⁾ 使用者にその雇用する被用者の補足医療保険への加入を義務付ける (被用者に対する補足医療保険の一般化)。これまでの補足医療保険制度にかかる法規制が契約の中身に関わるものであったのに対し、ANIは契約の締結自体に着目する。この実現に向けたスケジュールは、第一段階として、産業もしくは企業レベルで強制加入の団体型保険が存在しない場合、2013年4月1日までに補足

医療保障（保障水準、補足医療保険料の労使の負担割合、補足医療保険組織の選択方法等）について産業レベルで団体交渉を行うことを義務付けている。第二段階として、2014年7月1日までに産業レベルの労働協約締結に至らなかった場合、企業レベルの団体交渉が行われる²⁸⁾。最終的に、第三段階として、2016年1月1日までに産業レベルでも企業レベルでも労働協約が締結されない場合、使用者の一方的決定により、最低限次の内容を保障する強制加入の団体型補足医療保険契約の提供が義務付けられる（審議中の法案²⁹⁾ではスケジュールが修正されているが最終期限はANIに従っている）。すなわち、開業医および病院における診察・技術的行為、医薬品、定額入院費負担については基礎制度による償還基礎の100%（したがって、これらが基礎制度上規定された診療報酬によるものであれば、患者の負担は生じない）、義歯・歯列矯正については償還基礎の125%、眼鏡等の視力矯正については年額100ユーロの保障である（ただし、審議中の法案は具体的な保障水準を定めておらず、デクレにゆだねている）。補足医療保険料は労使折半となる。また、連帯契約および責任契約の条件を満たすものでなければならない。

このANI第1条による補足医療保険の拡大は雇用関係と強い関連を有する。したがって、雇用関係が終了した場合の補足医療保険の維持（ポータビリティ [portabilité] が問題となる。ポータビリティについては、Évin法第4条（前述2（2）①（i））がほぼ唯一の法規定で、協約レベルで2008年に失業から最大9か月の期間で保障される旨定められていた。ANI第2条はこれを最大12か月に延長している（審議中の法案では、社会保障法典中に新しい規定を挿入してANIと同内容のポータビリティの保障を法定しようとしている）。

4. おわりに

従来、基礎制度と補足制度は対置される2つの領域と考えられ、また、補足医療保険に対する

法的関心は薄かった³⁰⁾。しかし、Évin法以降—とりわけ、2000年代に入って以降—の立法動向からはそうした考えが変化し、補足医療保険の領域に法律が次第に介入するようになっていくことを示している。2001年の修正財政法、2004年法はいずれも補足医療保険契約の内容の自由を規制し、一定の内容の契約（連帯契約、責任契約）の締結を促進する代わりに、財政的優遇措置の仕組みを設けている。これらの契約は、一方で、保険法に関する伝統的なルールを修正するものであり（この点は、低所得者に対する補足医療保険を支援するCMU-Cや保険料援助の仕組みにもあてはまる）、他方で、基礎制度に関わる法改革で設けられた仕組みを補足制度も後押しするような契約を提供させようとするものである。補足医療保険組織や使用者はある特定の契約内容を強制されるわけではないが、一定の種類の契約を締結することで税や社会保険料の負担が軽減される。それはまた、被用者たる被保険者に対して一定の保障が担保された契約が提供されるという意味で、補足医療保険に関わるいずれの当事者にもメリットを与えている点で興味深い。現在法律化作業が進行している2013年のANIも連帯契約と責任契約の仕組みを用いながら、使用者に被用者に対する補足医療保険の一般化を義務付ける。ここでは、「国家による財政支援を通じた一般化」（ただし、現時点では一般化の対象は被用者のみであることを確認しておく）という新しい手法がとられている³¹⁾。

〔謝辞〕 本稿執筆にあたっては、Anne-Sophie GINON准教授（パリ西大学）とのヒアリングを通じて多大な御示唆・御教授を戴いた。

〔付記〕 本稿は、2013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。

*日本語文献については、下記に参照するもの以外にも優れたものがみられるが、筆者がフランス滞在中であることから、それらの文献に

触れその名前を挙げることができなかったことを断わっておきたい。

- 1) このテーマに関する必読文献として、笠木映里『社会保障と私保険—フランスの補足的医療保険』(有斐閣、2012年)がある。紙幅の都合上、逐一参照頁を引用することができなかったが、本稿執筆にあたって同書を大きく参照していることを付言しておく。
- 2) 補足医療保険の加入率は、1970年には50%だったのに対し、2008年には94%となっている(J.-J. DUPEYROUX *et al.*, *Droit de la sécurité sociale*, 17^e éd., Dalloz, 2011, p.1087; M. PERRONNIN *et al.*, «La complémentaire santé en France en 2008: une large diffusion mais des inégalités d'accès», *Questions d'économie de la santé*, n° 161, Janvier 2011, p.3.)。
- 3) 柴田洋二郎「フランス医療保険制度における事業主の役割」健康保険組合連合会編『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』(2011年)37頁以下も参照。
- 4) フランスでは、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「償還払い方式」が原則となっている。
- 5) 現在、新たにセクター2となることは認められていないため、セクター2の割合は減少している。しかし、専門医や大都市圏ではなおセクター2の医師が多い(J.-C. BARBIER *et al.*, *Le nouveau système français de protection sociale*, Édition La Découverte, 2004, p.70)。
- 6) 加藤智章「フランスにおける患者負担の動向」健保連海外医療保障96号8頁以下、松田晋哉「フランスにおける薬剤政策」健保連海外医療保障97号13頁をそれぞれ参照。
- 7) 以下、F. KESSLER, *Droit de la protection sociale*, 4^e éd., Dalloz, 2012, pp.506 et s.を参照。
- 8) 組合員総会において各組合員が1票の投票権を有する。
- 9) 以下、P. MORVAN, *Droit de la protection sociale*, 5^e éd., Lexis Nexis, 2011, pp.750 et s.を参照。
- 10) 江口隆裕「フランス医療保障の制度体系と給付の実態—基礎制度と補足制度の関係を中心に—」筑波ロー・ジャーナル10号35頁以下、中村

岳「フランスにおける民間医療保険の動向」損保ジャパン総研クォーター46号46頁以下に給付内容の具体例の紹介がある。

- 11) 被用者が死亡した場合、被扶養者は当該被用者の死亡後6か月以内に申し出たことを条件に、少なくとも12か月間、保障が維持される。
- 12) A.-S. GINON, «Les instruments de régulation: les enseignements du nouveau partage entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire», in T. REVET *et al.* (dir.), *Annales de la régulation*, vol. 2, IRJS éditions, 2009, p. 373.
- 13) 有期契約の労働者(75%)、熟練工(72%)、失業者(58%)および世帯構成員1人が1か月に消費する金額が2000フラン(当時)に満たない者(52%)では加入率が低くなる(A. BOCOgnano *et al.*, «Santé, soins et protection sociale en 1998», *questions d'économie de la santé*, n° 24, p.2.)。
- 14) J.-J. DUPEYROUX *et al.*, *op. cit.* note2, p.1087.
- 15) M. BORGETTO, «Brèves réflexions sur les apports et les limites de la loi créant la CMU», *Droit social*, janvier 2000, p.30.
- 16) P. MORVAN, *op. cit.* note9, p.749.
- 17) 一定の保険契約について保険料額に基づいてかかる比例税率の租税で、税率および納税義務者とも保険の対象によって異なる。補足医療保険契約については、9%の税率で保険者が納税義務を負う。同契約にかかる税収は家族手当や医療保険の財源となる(租税一般法典1001条)。
- 18) 任意加入の個人型もしくは団体型契約は2つの条件をいずれも満たさなければならず、強制加入の団体型契約は2つめの条件のみを満たせばよい(租税一般法典1001条2°の2)。
- 19) 連帯契約は税制優遇措置の条件を定めるものであり、補足医療保険の契約内容として禁止される事項を定めるものではないが、経済的なデメリットから連帯契約に沿わない補足医療保険契約を締結することを難しくする。
- 20) この言葉のもつ理念が必ずしも一義的でなく、定義がなされないまま用いられていることも多いとしつつ、①医療給付の内容の医学的・専門的評価への着目、②医療提供の無駄をなくすことを通じて費用を抑制しようとするものであることを指摘する文献として、笠木映里『公的医

療保険の給付範囲—比較法を手がかりとした基礎的考察』(有斐閣、2008年)212頁以下。

- 21) 以上の点については、M. TRÉPREAU, «La loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie», *Regards sur l'actualité*, n° 304, octobre 2004, p.19も参照。
- 22) A.-S. GINON, *op. cit.* note12, pp.375 et s.
- 23) 保険者の支給義務を免責するもので、2008年社会保障財政法(n° 2007-1786)で設けられた。被保険者は、薬剤の1パッケージおよびパラメディカル受診時の1診療行為あたり0.5ユーロ、移送1回あたり2ユーロを自己負担しなければならない(社会保障法典L.322-2条IIIおよびD.322-5条)。
- 24) A.-S. GINON, *op. cit.* note12, p. 376.
- 25) *Ibid.*, p. 373.
- 26) http://www.cfdd.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/ani_du_11_janvier.pdfにて全文を閲覧できる。
- 27) 補足医療保険加入率には企業規模格差がみられる。すなわち、2009年に行われた調査によれば、被用者に対し補足医療保険を提案している企業は、被用者数1-9人の零細企業では32%にとどまり、10-49人の企業で51%、50-249人の企業で79%、250人以上の企業で91%となっている(S. GUILLAUME *et al.*, «La protection sociale complémentaire collective: des situations diverses selon les entreprises», *Questions d'économie de la santé*, n° 155, Juin 2010)。
- 28) 基礎制度の一般化のなかで、フランスの社会保障制度が伝統的に重視してきた「労使の自律」を弱め、議会のコントロールを強める改革が行われてきた。こうしたなかで、労使交渉を重視した補足医療保険の一般化は、労使が基礎制度ではなく、補足制度において新たな社会民主主義(démocratie sociale)の場を見出そうとしている傾向を示しているとの指摘がある(Anne-Sophie GINON准教授(パリ西大学)とのヒアリングによる)。
- 29) Projet de loi relatif à la sécurisation de l'emploi, Sénat, n° 142.
- 30) A.-S. GINON, *op. cit.* note12, pp.371 et s.も参照。
- 31) 同時に、使用者が賃上げ以外の方法で被用者に利益を供する傾向(賃金回避の傾向)がみとれる(こうした傾向については、J.-P.

CHAUCHARD, «L'évitement du salaire», *Droit social*, janvier 2011, pp.32 et s.も参照)。

脱稿後、ANIの法律化作業について以下の動きがみられた。法案は、2013年5月14日に議会で可決されたものの、翌15日に野党議員により法律の合憲性を審査する機関である憲法院(Conseil constitutionnel)に提訴された。憲法院は、産業レベルの労働協約で1つの補足医療保険組織のみを指名し、当該産業に属する全ての企業に当該組織を選択させることは許されない(複数の補足医療保険組織を提示しなければならない)としたほかは合憲と判決した(2013年6月13日の判決[n° 2013-672 DC])。この点を修正したものが、翌14日に「雇用の安定化に関する2013年6月14日の法律」(n° 2013-504)として成立した。

イギリスにおける民間医療保険の役割

東海大学教授

堀 真奈美

Hori Manami

イギリスの保健医療システムはNHS (National Health Service) と呼ばれる。その最大の特徴として、主たる財源を租税 (国税) として、すべての国民が原則無料で包括的に保健医療サービスを受けられることが挙げられる。このように誰もが無料で医療を受けられる環境であるにもかかわらず、イギリス国民の1割以上が民間医療保険に加入しているといわれる。これはなぜだろうか。以上を問題意識として、本稿では、①NHSと民間医療保険の適用範囲はどのように違うのか、②NHSと民間医療保険は代替的な関係であるのか、③NHS改革と民間医療保険の動向に何らかの関係があるのか—を検討する。

はじめに

イギリスの保健医療システムはNHS (National Health Service) と呼ばれる。その最大の特徴として、主たる財源を租税 (国税) として、すべての国民が原則無料で包括的に保健医療サービスを受けられることが挙げられる (ただし、薬剤処方や歯科治療に関する自己負担が一部ある)。NHSの創設以来、制度改革が繰り返されているが、この支払能力にかかわらずすべての国民が医療を受けられるべきであるという基本理念が崩されたことはない。

このように誰もが無料で医療を受けられる環境であるにもかかわらず、イギリス国民の1割以上が民間医療保険に加入しているといわれる。これはなぜだろうか。NHSよりも民間医療保険の提供する補償が魅力的であるということなのであろうか。あるいは、処方薬や歯科などの自己負担の補填のために加入しているのであろうか。

以上を問題意識として、本稿では、①NHSと民間医療保険の適用範囲はどのように違うの

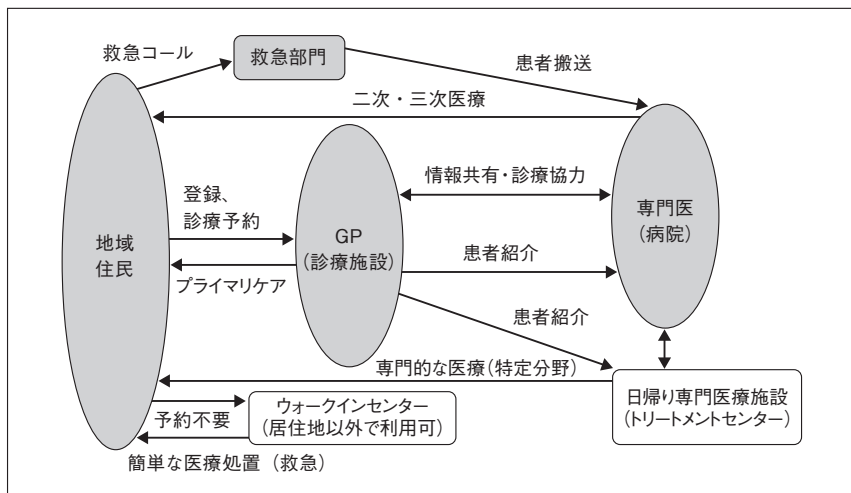
か、②NHSと民間医療保険は代替的な関係であるのか、③NHS改革と民間医療保険の動向に何らかの関係があるのか—を検討する。

1. NHSの特徴と適用範囲

まず、NHSは、すでに述べたように、主たる財源を租税として、包括的な医療を国民に提供するシステムであり、急性期、慢性期を問わず、外来、入院、在宅療養にも適用される。より具体的には、プライマリケア (予防を含む総合的な初期医療)、二次医療、三次医療、コミュニティケア、待機可能な選択的ケア (elective care)、救急医療も含まれる。

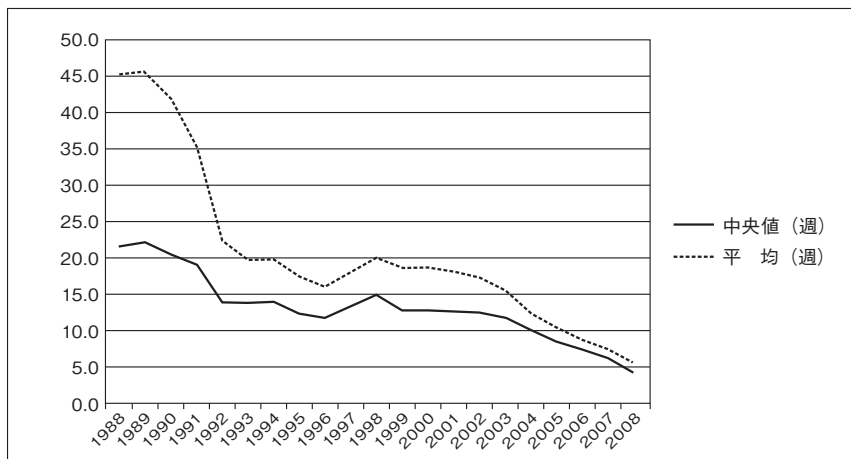
患者が医療を受けるまでの流れでみると、プライマリケアであれ、二次医療であれ、居住地で登録したGP診療所¹⁾に電話で診察の予約²⁾をすることから始まる (図表1)。通常、患者は、予約から約2~3日以内に、GP診療室でGP (GPとは、プライマリケアを専門とした家庭医のこと) の診察・治療を受ける。そして、GPが専門医の受診が必要であると判断した場合、患者は二次

図表1 NHSにおけるアクセスの流れ



著者作成

図表2 入院までの待機期間の推移（週）



出所：保健省HP参照

医療機関の受診予約をとることが可能となる（どの二次医療機関に行くかを患者自身が一定の範囲で選択することは可能³⁾）。

以上のように、GPは、プライマリケアの提供者であると同時に、二次医療の受診可否を判断するゲートキーパーとしての役割を備えている。ゆえに、NHSでは、特別なケース（ウォークインセンターや救急車等で救急医療を利用するなど）を除き、GPが必要と認めない場合、患者が予約なしに医療機関を受診することは不可能である。これにより、必要性がないにもかかわらず医療機関を受診するというようなモラルハザードの問題は発生しにくい。

だが、予算の制約もあり供給量に限界があることから、患者は、診療を受けるまでに、一定期間、待機しなければならないことが少なくない。近年の改革で、待機リストおよび平均待機期間は大幅に減少傾向にある（図表2⁴⁾）が、診療分野やエリアによっては恒常的に待機問題が発生している。待機問題対策として、NHS憲章で定められる一定以上の待機期間（通常18週間）を超える場合は、NHS傘下以外の私立病院で治療を受けることが認められることもある。なお、通常の場合は、NHS傘下病院以外の私立病院（およびNHS傘下病院内のプライベート病床・病棟⁵⁾）の治療は私費医療扱い⁶⁾となり、NHSの適用と

はならない。

2. 民間医療保険の特徴と適用範囲

一方、民間医療保険の主たる財源は、保険購入者（企業、個人）からの保険料収入である。民間医療保険を販売する保険会社等（営利・非営利含む）は複数あり、保険プランも多種多様にあり、全体像を把握するのは必ずしも容易ではない。だが、民間医療保険に共通の特徴として、①保険原理に基づいて運営がされること（収支相等の原則、給付対反対給付均等の徹底）、②保険給付は、基本的にNHSのように現物給付ではなく、現金給付がメインであること（医療費の実費もしくは一部⁷⁾を患者もしくは医療機関が事後に保険会社等に保険金として請求する）——が挙げられる⁸⁾。

以下では、イギリスの代表的な2種類の民間医療保険の詳細をみてみることにする。

(1) PMI

まず、イギリスにおける最も代表的な民間医療保険として、Private Medical Insurance（以下、PMI）⁹⁾ と呼ばれるプランがある。保険会社等によってPMIの保険料設定は異なるが、基本的に、保険適用範囲、オプション、年齢、扶養家族数、疾病リスク（既往歴、前年度の支払実績等）によって保険料は設定される。通常、適用範囲が広いほど、オプションが多数あるほど、扶養家族数が多いほど、年齢が高いほど、疾病リスクが高いほど、保険料は高くなる。ただし、個人で購入するのではなく、企業（雇用主）が従業員の福利厚生のためにPMIを購入する場合は、企業が保険会社と保険料の設定について交渉してから、団体契約をし、保険料の全部もしくは大半を企業が負担する¹⁰⁾。

PMIは、包括的に幅広い医療を補償するというものではなく、GPが専門医の受診を認めた以降の急性疾患の入院治療（検査・看護ケア含む）、日帰手術や外来検査に適用範囲が限定されることが多い。慢性疾患や長期療養が適用さ

れることはあまりない（ただし、オプションで、訪問看護や在宅療養、理学療法、そのほかセラピー等が適用されるプランはある）。この理由として、英国保険協会（ABI）のガイドブックでは、慢性疾患や長期療養に適用すると、多くの加入者にとって負担可能なほど保険料が高くなることが挙げられている。

このほか、通常、適用されない治療の例として、プライマリケア（GP）、救命救急、薬物乱用、HIV／AIDS、通常妊娠、慢性期のメンタルケア、性転換、車いすなど移動支援機、臓器移植、登山等の危険を伴う趣味でのけが、保険加入前からの既往症、長期療養、慢性疾患、歯科、処方薬（退院後）、外来治療患者の処方薬、不妊症、整形美容、実験的ないしは未承認治療や薬、透析腎、戦争による負傷——等を挙げることができる。

なお、PMIの被保険者も、専門医の治療を受けるには、GPの診療を最初に受けることが前提とされていることが多い。緊急時やプランによっては、GPの受診をせずに、専門医の治療を直接受けることも可能であるが、多くの場合、保険会社等に事前に連絡して利用の承認を受けることが求められる。

PMIでは、二次医療の治療を受ける場所は、NHS傘下病院ではない民間私立病院か、NHS傘下病院のプライベート病床・病棟が前提となっている。なお、2011年現在、NHS傘下の急性期病院が約350あるが、NHS傘下ではない私立病院・診療施設（日帰手術、トリートメントセンター含む）も約200ある¹¹⁾。ただし、プランによって利用できる病院が一定のネットワークの範囲に限定されていることもある。

さらに、臨床レベルにおける相違として、費用効果面等よりNHSではカバーされていない治療、薬剤等がPMIでは利用可能なことが挙げられる¹²⁾。たとえば、PMIの市場占有率1位のBUPA（British United Provident Association）¹³⁾ の最も包括的なプランでは、“NHS Cancer Cover Plus”というオプションを設けており、癌の症状によってはNHSでカバーされない放射線療法、化学療

法、外科手術を利用することが可能となる。なお、2009年3月の保健省の通知が出てからは、一定条件の下、混合診療（NHS医療と私費医療を併用）¹⁴⁾ が認められるようになっており、NHS医療でカバーされない当該治療のみをNHS医療から切り離して私費医療扱いにすることが可能となるケースもある。

また、PMIは、誰もが利用可能なNHSと異なり、既往症がある場合は、プランによって加入できないこともある。これは、保険専門用語で、アンダーライティング（危険選択）と言われ、保険契約の申込があれば、保険会社等は、何でも引き受けるのではなく、契約にかかわる加入者の危険（リスク）事情を鑑み、契約に相応しいものを引き受けるという意味である。アンダーライティングには、フルメディカル・アンダーライティングとモトトリウム・アンダーライティングがあり、前者の場合は、保険加入前の書類申請において過去の既往歴すべてできる限り正確に記載しなければならない。後者の場合は、既往歴すべてを記載する必要はないが、過去2～3年の間に罹患した疾病、すでに治療を開始している治療に関しては免責事項となり、保険が適用されない。

なお、受診時の自己負担設定や給付の利用上限設定があることが多く、PMIに加入していれば、無制限に私費医療を利用できるというわけではない。

(2) ヘルスキャッシュプラン

このほかに、Health Cash Plans（以下、HCP）¹⁵⁾ と呼ばれる民間医療保険プランがある。HCPは、NHSでカバーされない処方薬や歯科、眼科、予防接種、人間ドック、理学療法、カイロプラクティック等の代替療法など日常的な保健・医療（every day healthcare）のために自己負担した額の全額ないしは一部補填を主目的とした保険プランである。なお、従業員の福利厚生のために購入する企業（雇用主）向けのHCPでは、傷病休業患者の職場復帰のための従業員援助プログラム（EAP）が適用される。なお、PMIと異なり、HCPは、GPの受診を前提とすることもないし、事前に保険会社等から利用の承認を受ける必要もない。

HCPも多種多様にあり、適用範囲、オプションによって保険料は異なる。ただし、PMIよりも単純な保険料設定になっており、適用範囲、オプションごとに定められた毎月一定額の保険料を拠出する。なお、PMIと異なり、年齢による保険料の差はないが、加入上限年齢が定められることが多く、高齢者は高齢者専用のHCPに入ることが求められる。

参考までにHCPの市場占有率1位のSimply Healthのキャッシュプラン（単身者用）の概要を図表3にまとめた。プランは4つのカテゴリーに区分されており、最も安いプランは、月額保険料が10.85ポンドとなっている。PMIと比べ保険

図表3 Simply Health社のキャッシュプラン

プラン	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4
1人当たり年間給付(新生児給付を除く)	£10.85	£16.25	£21.70	£32.50
歯科(右の年上限額まで全額償還)	£90	£115	£140	£190
眼科(右の年上限額まで全額償還)	£90	£115	£140	£190
理学療法、整骨、カイロプラクティック、針、ホメオパシー(同種療法)(右の年上限額まで75%償還)	£50	£100	£150	£200
足病治療(右の年上限額まで75%償還)	利用不可	£50	£100	£150
新しい子ども給付(有効期間12カ月)	利用不可	£100(子ども当たり)	£200(子ども当たり)	£300(子ども当たり)
専門医の相談(右の年上限額まで75%償還)	£150	£200	£300	£400
病院給付(年最長20日まで)	適用なし	£10(入院1泊につき)	£15(入院1泊につき)	£20(入院1泊につき)
欧州旅行中の給付	28日以内	28日以内	28日以内	28日以内
無料医療相談(電話)	利用可能	利用可能	利用可能	利用可能

出所：Simply Health HP データ¹⁶⁾ より著者作成

料が割安な分、給付も限定的である。

3. NHSと民間医療保険は代替的な関係であるか？

ここまでみてきたように、NHSと民間医療保険は、適用範囲の相違から同等のサービスを提供しているとはいえない。まず、PMIでは、短期で治療回復可能な急性期疾患の治療に重点が置かれ、慢性期疾患の長期療養は適用外になるなど、NHSとの重複部分は限定されている。前述のBUPAの販売する最も包括的なPMIのプランをみても、利用の上限額が設定されており、無制限にすべての医療を包括的に利用することはできない。

一方、HCPは、最初からNHS適用外の歯科や眼科等の日常的な保健・医療に関する費用を補填することが主目的であり、NHSの根幹的なサービスは何も提供していない。このように考えると、経済学上の概念でいう、「補完財」¹⁷⁾になり得ても、「代替財」¹⁸⁾にはなり得ないだろう。

そもそも、公共サービスとして国民に提供されているNHSに関しては、国民がどのタイプの民間医療保険に加入したとしても、NHSのサービスを受ける権利が喪失することはない。社会保険や民間医療保険のように保険料未納で受給資格がなくなることもない。民間医療保険で私費医療をメインに利用している人であっても、いつでもNHS医療に戻ることは可能である¹⁹⁾。その意味でも、NHSと民間医療保険は代替的な関係であるとはいえないし、経済学の概念でも“代替

財”とはいえない。イギリスの民間医療保険は、NHSがあることを前提にプランが設計されているのである。

では、どのような人がなぜ民間医療保険に加入するのであろうか。PMIは、企業（雇用主）が従業員の福利厚生として提供する場合と、個人で購入する場合があるが、前者の方が多い。

企業がPMIを従業員に提供する理由としては、①早期職場復帰（疾病休業の短縮）、②優秀な人材確保、③従業員の士気向上、④課税収入から経費として控除可能—ということが挙げられる。なお、企業が福利厚生としてPMIを提供する場合は、マネージャー以上に限定されることが多い。Datamonitor（2012）によると、高額所得者の63%が企業からPMIを提供されており、NHSに変更があってもPMIを脱退することはないという。つまり、PMIでは、企業の福利厚生の対象者となる一定以上の高額所得者層が主要なターゲットとなっていると考えられる。

一方、個人がPMIに加入する理由として、①専門医への迅速なアクセス（待機期間を短縮）、②自分の都合で受診することができる、③個室や24時間看護などアメニティの高い療養環境を得ることができる、④一部NHSで適用されない治療を受けることができる—ということが挙げられる。

このように、個人が加入する理由は、NHSの待機期間など制度のあり方に多少なりとも関係するものであるが、企業が従業員に民間医療保険を提供する理由は、NHS制度のあり方に直接関係するものではない（早期職場復帰という意味

図表4 NHSと民間医療保険の棲み分け（単純化）

	急性期	亜急性期	慢性期	ポスト慢性期
デイリーケア (歯科・眼科等)	HCP適用			
コミュニティケア				
救急	NHS適用／PMI適用		NHS適用	
待機のケア				
三次医療				
二次医療				
プライマリケア	NHS適用			

著者作成

では待機期間は間接的には関係する)。だが、待機期間の短縮がPMI加入の主目的であるとする、待機期間と加入者数に多少の相関がみられてもおかしくないが、前述のように、待機期間はこの20年で大幅に減少している(図表2)が、民間医療保険加入者割合がそれに応じて減少するという傾向は見受けられず、10%前後で比較的安定的に推移している。

まとめ—NHS制度改革と民間医療保険の関係性

民間医療保険の主たる購入者が、企業(雇用主)であると考え、NHS制度改革よりも経済市場動向の方が保険の購入・選択行動より大きなインパクトをもつはずである。経済市場が活性化すると、企業業績が向上し、福利厚生として民間医療保険を購入する企業も増加し、雇用も増え、企業を通じて民間医療保険に加入する者も増加すると考えられる。逆も然りで、景気後退は、加入者数を減少させる影響をもつであろう。実際、PMIについては、この予測どおりのことが起きている。

Datamonitor (2012)によると、リーマンショック以降、イギリス経済は悪化し、2011年時点で、PMI加入者は、前年度比で3.1%少なくなり、8.8%にまで減少したという。一方、保険料は2007～2011年度の間で4.1%増加し、平均で953ポンドであったものが、2011年では、1,119.6ポンドになっている。これは、通常のインフレ率よりも高い推移で保険料が上がっていることを意味する。企業を通じてPMIに加入する人以上に、保険料の高騰に伴うこうした平均保険料の上昇は、個人加入者にとって厳しいものであると考えられる。実際、民間医療保険業界誌の記事²⁰⁾によると、PMIの個人加入者は、5.1%低下し、101万人になり、個人と企業分を合わせると、2008年当時全国民の約12.4%であったものが、2011年初で約11.1%に落ち込んだという²¹⁾。

だが、興味深いことに、同時期に、HCPはPMIとは対照的に加入者数を大幅に増加させて

いる。とくに、企業福利厚生誌の記事²²⁾によると、企業が福利厚生として購入するHCPの伸び率が2011年で13.5%であり、51万人に達したという。先に述べたように、同じ保険とはいっても、PMIとHCPは、給付内容も保険適用範囲も大きく異なり、個人の視点でみると、とても代替的な関係とはいえないようなものであるが、従業員の福利厚生を行う企業の視点でみると、代替的な関係であるのかもしれない。実際、Datamonitor (2011)によると、経費削減の点から、保険料の安いHCPに切り替える企業が増加しているという。前述のようにPMIの保険料が高くなる一方で、HCPの加入者数が増加するというのは、経済学的にみて、HCPがPMIの“代替材”になっているとも考えられる。

なお、1997年以降、政府は、企業、個人に対して民間医療保険加入のインセンティブとなるような政策(補助金付与等)を行ってはいない。PMIでもHCPでも企業の課税収入から控除できるというメリットは多少あるが、収入が伸び悩む状態では、福利厚生を費用を圧縮することが、企業業績の回復にも重要と考えられているのではなかろうか。

以上のように考えると、民間医療保険制度の動向は景気動向に左右され、NHS制度の動向とはほぼ無関係であると暫定的には結論づけられる。だが、本文で述べたように、近年の改革により、①一定の待機期間を超えると、私立病院でNHS医療を提供することが可能、②一定条件の下で混合診療が可能になっている、③ファンデーション・トラストの私費医療の収入上限が撤廃されるなどこれまで以上にNHS傘下病院でも私費医療が行いやすい環境になる—などイギリスの医療市場を取り巻く環境は大きく変化しつつある。現時点では、ほとんど関係がみられないが、将来的には、NHS改革が民間医療保険のあり方に影響を与える可能性は少なくない。今後の動向を注視したい。

注

- 1) GPは1人で診療所(GP surgery/GP practice)を開設することは少なく、多くの場合、複数のGP、看護師(診療・初期治療が行える看護師や訪問看護師等)、理学療法士等のスタッフがいる。
- 2) セルフケアで十分対応可能な場合は、GPと電話相談のみで終わることもある。
- 3) 現在は、“NHS Choose and Book”というNHSのオンライン予約サイトで医療機関の情報を閲覧・予約することが可能である。
<http://www.chooseandbook.nhs.uk/>
- 4) 2010年までは全体としての待機リストデータは収集・公開されていたが、現在は、同等のデータは収集、公開されていない。その代わり、保健省HPでは、専門医が待機的ケアの紹介状を発行してから治療開始までの待機期間および癌の治療開始までの待機期間、救急医療の待機時間などは公開されている。最近は、救急外来の待機時間が社会問題となっている。また、患者に対しては、“NHS choices”というサイト(<http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>)で、病院、エリアごとの待機期間が公開されている。
<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/>
<http://transparency.dh.gov.uk/tag/waiting-times/> 参照。
- 5) NHS傘下病院がプライベート医療を供給するのには一定の制限が加えられており、“Health and Social care Act 2003”、“National Health Service Act 2006”の規定により、上限(The private patient income cap)が定められおり、全収入の約2%程度(明確な数値の記載はなく、2003年程度の水準)に抑えられていた。“Health and Social care Act 2012”により、上限に関する事項が165条で削除されたが、164条でファンデーショントラスト病院は、全収入の半分以上を超えてはならないと規定されている(49%制限)。なお、専門医は、NHSとの契約(The NHS Consultant Contract)で、プライベート医療で得る収入は、NHSから得る全収入の10%以内に制限することになっている(10%ルール)。
- 6) 私費医療は、完全自己負担するか民間医療保険を使って支払うことになる。
- 7) 保険プランによって、Coinsurance(受診時の自己負担)設定や利用上限が異なるため、実際の

償還額には差がある。

- 8) ただし、現金給付といっても、保険会社等によっては、特定病院と直接契約・支払価格の交渉をしている場合は、患者が保険金請求をせずに直接、医療機関に支払いが行われ、現物給付と同等のケースもある。
- 9) 保険会社によっては、Private Health Insuranceと呼ばれることもある。
- 10) 企業と保険会社等の団体契約で保険料の設定は決まるが、被扶養家族がいる場合や適用範囲やオプションを追加する場合は、従業員が保険料を追加負担する。
- 11) NHS傘下病院に匹敵する規模の総合病院は、BMIヘルスケア、BUPA、CAPIO、ヘルスケアイングランド、HCAインターナショナルの5社の運営によるものが中心であり、後は専門特化した小規模病院・日帰手術施設が多い。
- 12) PMIを脱退し、NHSの利用に切り替えた場合、その薬剤は利用できなくなるか、一定条件を満たせば混合診療として利用することになる。
- 13) <http://www.bupa.co.uk/> 参照。
- 14) 2009年3月に発行された保健省通知“Guidance on NHS patients who wish to pay for additional private care”によって、費用効果が高くないことからNHSがカバーしない薬剤等を患者が利用希望する場合は、一定条件の下、追加的な私費医療をNHS医療と併用して利用することが可能になった。基本的には、①別の時間帯(at different times)、②別の場所(in different places)、③完全にNHS医療とは切り分けて行われること—が求められる。
- 15) HCPのルーツは、1870年代まで遡ることができ、「Hospital Saturday Funds」と呼ばれる労働者のための拠出型の共済であった(毎週1回給与支払日の土曜に、給与からごくわずかな定額を医療のために拠出しあう仕組み)。第二次世界大戦後、NHSが創設されたことにより、HCPの役割が大きく変わり、NHSで適用されないケアに対する支出保障の仕組みとなった。
- 16) <https://www.simplyhealth.co.uk/sh/pages/homepage.jsp> 参照。
- 17) 補完財とは、1つの財の価格が下がると、もう1つの需要が増える財である。たとえば、パンとバター、ベッドとベッドカバーのような関係が挙げられる。ただし、相互に補完関係があるわけではなく、パンの価格が下がると、バターの需要

が増えることはあっても、バターの価格が下がると、パンの需要が増えるとは考えにくい。この例で考えると、NHSがパンだとすると、HCPがバターとなる関係ではないかと考えられる。

- 18) 代替財とは、1つの財の価格が上がったときに、もう1つの需要が増える財である。たとえば、音楽CDと音楽ネット配信のような関係が挙げられる。音楽CDの価格が上がると、音楽ネット配信の需要が増えると考えられる。
- 19) ただし、同時に同じ場所で私費医療とNHS医療を併用して受けることはできない。
- 20) <http://www.hi-mag.com/health-insurance/product-area/pmi/article402394.ece> 参照。
- 21) 民間医療保険は国の統計データと異なり、系統的にとられているわけではなく、保険の加入・脱退、複数保険に加入するケースもあり厳密な数値を把握するのは極めて困難である。民間医療保険の場合、NHSのように系統だった公式データはないため、情報の多くをインターネットの業界誌記事から引用していることをお断りする。
- 22) <http://www.employeebenefits.co.uk/benefits/healthcare-and-wellbeing/health-cash-plans-are-booming/100558.article> 参照。

主な参考文献

- ・ Association of British Insurers (2012) “Are you buying private medical insurance?”
- ・ Datamonitor Report (2011) “UK Healthcare Cash Plans”
- ・ Datamonitor Report (2012) “UK Private Medical Insurance”
- ・ Department of Health (2004) “A Code of Conduct for Private Practice”
- ・ Department of Health (2009) “Guidance on NHS patients who wish to pay for additional care”
- ・ Francesca Colombo, Nicole Tapy (2004) “Private Health Insurance in OECD Countries” OECD Health Working papers
- ・ Mintel (2012) “Private Medical Insurance and Health Cash Plans- UK”
- ・ NHS England (2013) “Putting Patients First”
- ・ Thomas Foubister, Sarah Thomson, Elias Mossialos, Alistair McGuire, (2006) “Private

Medical Insurance in the United Kingdom” WHO

- ・ “Health and Social Care Act 2012” Health and Social Care Act 2012
- ・ イギリス医療保障制度に関する研究会編 (2012) 『イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書』医療経済研究機構
- ・ 河口洋行 (2011) 「公的医療保障制度と民間医療保険に関する国際比較」『医療政策会議講演録』
- ・ 久司敏史、田中健司、川端勇樹 (2010) 「イギリス民間医療保険市場の動向」『損保ジャパン総研クォーターリー』56号、p.27～44
- ・ 小林篤 (2013) 「英国の公的医療保障制度と民間保険事業・市場」『損保ジャパン総研クォーターリー』62号、p.68-85
- ・ 堀真奈美 (2011) 『保健医療分野におけるVFMとアカウントビリティの確保に関する研究：イギリスのNHS・ソーシャルケア改革を事例として』会計検査院
- ・ 堀真奈美 (2012) 「変わりゆく英国NHS：キャメロン政権下の組織・機構改革」『週刊社会保障』66 (2692)、p.50-55
- ・ 堀真奈美 (2013) 「イギリスの医療制度改革はどこに向かうのか (連載・1) NHSの制度の基本的特徴」『文化連情報』(420) p.18-21

アメリカの民間医療保険

金沢大学教授

石田 道彦

Ishida Michihiko

アメリカでは、多くの国民が民間保険に加入することで必要な医療費を賄っている。しかしながら、保険料が高額であるなどの理由で国民の6人に1人が民間保険に加入できない状態となっている。2010年の医療制度改革法では、医療へのアクセスの改善を図るために、国民に対する保険加入の義務付けやメディケイドの対象者の拡大といった施策とともに、民間保険の加入条件や保険料、給付内容などに対する規制が強化された。これらの施策により、アメリカにおける民間保険のあり方には大きな変化がもたらされようとしている。

はじめに

アメリカでは、公的医療保障制度の対象者は、65歳以上の高齢者（メディケア）や低所得者（メディケイド）、児童医療保険プログラム（Children's Health Insurance Program）の対象者などに限られているため、約3分の2の国民は民間保険に加入し、必要な医療費を賄わなければならない。しかしながら、民間保険の保険料は加入者の病歴や年齢を反映したものとなるため、有病者や低所得者の中にはこれらの費用を負担できない者がおり、2012年の時点で19歳から64歳の国民の30%（約5,500万人）が無保険者という状態になっている。

2010年3月に成立した医療制度改革法（Patient Protection and Affordable Care Act 以下、「ACA」とする）では、個人への保険加入の義務付けや保険料補助、メディケイドの拡充などの施策により、医療へのアクセスの改善が図られている。ACAには、民間保険の規制に関わる数多くの規定が含まれており、保険プランの規模やタイプにかかわらず、保険加入申し込みの引

き受け、保険料の設定方法、保険プランの給付内容などについて新たな規制が行われている。本稿では、ACAによる民間保険の規制改革と事業主に対する義務付けの内容を検討し、アメリカにおける民間医療保険の変化を明らかにする。

1. アメリカにおける民間医療保険

（1）民間医療保険の類型

民間医療保険の保険者は、営利の保険会社や非営利の保険組織（ブルークロス・ブルーシールドなど）である。アメリカの民間医療保険は償還・出来高払い型とマネジドケア型の保険に大きく分けることができるが、現在ではほとんどの国民がマネジドケア型の保険に加入している。代表的なマネジドケアであるHMO（Health Maintenance Organization）は、保険者が医療費の管理に積極的に関与する仕組みであり、加入者が受診可能な医療機関は主治医と主治医が紹介する専門医に限定される。このため、近年は、医療機関の利用に比較的制約の少ないPPO（Preferred Provider Organization）やPOS（Point

of Service) と呼ばれるマネジドケア型の保険プランの加入者が増加している。また、被用者に対しては、事業主が自家保険 (self-insurance) やHDHP (high-deductible health plan)¹⁾ と呼ばれる保険プランを医療貯蓄口座と組み合わせて提供するケースがみられるようになっている。

(2) 事業主が提供する団体保険

国民の約3分の2を占める民間保険加入者のうち、個人で保険プランを購入する者は国民全体の12%程度である。多くの被用者は、事業主が提供する団体保険に加入しており(2011年の時点で国民全体の57%)、団体保険は被用者やその家族の医療保障において重要な役割を果たしている。ただし、団体保険の保険プランが保障する給付内容や費用負担のあり方は以下のように企業規模によって大きく異なっている²⁾。

第1は、事業主による保険プランの提供状況である。被用者200人以上の企業の98%が被用者に対してなんらかの保険プランを提供しているのに対して、被用者199人以下の企業では、61%が保険プランを提供するにとどまっている。

第2に、事業主による保険料負担の程度である。事業主が保険者に支払う保険料の額に関しては企業の規模によって大きな差はみられない(被用者のみを対象とした保険プランの場合、年間5,429ドル。家族を給付対象とした保険プランの場合、年間15,703ドル)³⁾。しかしながら、事業主による保険料負担の割合は企業規模が小さくなるに従って低下し、被用者本人の負担が増加している。被用者の家族を給付対象に含めた保険プランにおいて、この傾向は顕著である。200人以上の企業では、被用者の負担は平均年間3,926ドル(保険料の25%)であるのに対し、199人以下の企業では平均5,134ドル(保険料の35%)の負担となる。

第3に、団体保険として利用可能な保険プランの内容や自己負担額にも企業規模による格差がみられる。被用者199人以下の企業で働く者の53%は、被用者本人のみを対象とした保険プランに加入しており、免責額が高く設定された保

険プラン(HDHP)の加入者が24%を占めている(200人以上の企業におけるHDHPの加入割合は17%)。また、保険免責額が比較的高額の1,000ドルに設定された保険プランの加入者の割合は、被用者199人以下の企業では49%であるのに対し、200人以上の企業では26%である。

2. 医療制度改革による民間保険の規制改革

(1) 医療制度改革法の概要

2010年3月に成立したACAは、民間保険への規制改革だけでなく、各種の医療費抑制策や医療提供システムの改革など医療制度全般にわたる施策を定めた法律となっている。

ACAの最大の特徴は、個人に対して保険加入の義務付けを行ったことである(individual mandate)。同法に基づき、2014年1月1日から、アメリカ国民及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る。これに従わない者に罰金を課すことで⁴⁾、保険プランへの加入を促す仕組みとなっている⁵⁾。同時に、民間保険に対する規制を強化し、既往症などを理由とした保険給付の拒否を禁止するとともに、保険料負担が困難な低所得者に対する所得補助などにより、医療保険へのアクセスの改善が図られている。

さらに、ACA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の設立を求めており、この仕組みを通じて「購入可能な」保険プランの確保が図られている。医療保険エクスチェンジは、一定の給付内容を備えた適格保険プランを加入希望者にウェブサイトを通じて斡旋する制度であり、2013年4月の時点で18州がこの制度の創設を予定している(州が設立しない場合、連邦が設立するエクスチェンジが設置される)。所定の資格要件を満たした者は、医療保険エクスチェンジを通じて保険プランを購入する際に、保険料の税額控除や一部負担金の補助を受けることが可能となる。

2014年からACAに基づいて、保険者に対して加入希望者の受け入れ保証が求められるとともに、個人に対する保険加入の義務付けが行われることにより、特定の保険プランに高リスクの加入者が集中し、いわゆる「逆選択」の生じる可能性が高まる。このため、州単位で保険者間のリスク調整の仕組みが導入されることになっている。さらに、ACAの本格的な施行による環境変化の下で、保険プランの運営を安定させるために、再保険その他の費用調整の仕組みが3年間の措置として実施される。

(2) 民間保険に対する規制

民間保険に対する規制は州の管轄事項とされており、州政府は90年代前半から団体保険を中心に加入者保護のための規制を行ってきた。また1996年に医療保険の携行性と責任に関する法律（Health Insurance Portability and Accountability Act）が成立したことにより、団体保険は連邦法によっても規制されるようになったが、個人保険は対象とされなかった。ACAは、個人保険にまで加入者保護を拡大したという点で重要な意義を有している。以下では、保険プランへの加入、保険給付の内容、保険料負担などの局面に分けてACAによる保険規制の概要をみる。

1) 保険加入に関する規制

民間保険では、加入希望者の過去の病歴などを理由に、保険プランの加入を拒否するといった事例がみられた。2012年の時点では、州法に基づいてこのような加入拒否を規制する州は6つにとどまっていた。ACAにより保険プランに対して次のような規制が行われることになった。

第1は、加入申込みに対する受け入れ保証である。加入希望者が契約条件に従って申し込みを行う限り、保険者は保険プランの新規加入および契約更新の申込みを受け入れなければならない。

第2に、加入希望者の身体的・精神的な状態、保険請求歴、受診歴、遺伝情報、障害などに基

づいて、加入資格や給付範囲を制限することが禁止される。個人保険の加入者に対して十分な保護が及ばなかった問題であり、これまでに個人保険加入者（約900万人）の30%以上が保険料の引き上げや給付の拒絶などの不利益を受けたとされる。これに関連して、ACAは2010年9月より18歳以下の子どもについて既往症に基づく保険給付の拒否を禁止している。さらに2014年1月からは、すべての保険加入者について既往症による保険給付の拒否が禁止されることになる。

第3に、保険適用の待機期間の設定が制限される。民間保険では、加入申込みから保険の適用までに一定の待機期間が設けられていることが一般的である。2011年の時点で団体保険に加入する被用者の72%に待機期間が設定されており、その3分の1は適用までに3カ月以上の待機が求められていた。2014年1月以降は、個人保険および団体保険において90日以上待機期間の設定が禁止される。

2) 保険給付に対する規制

ACAは、民間保険が提供する保険給付に関して次のような条件を満たすことを求めている。第1に、2014年1月から新規の契約に基づいて提供されるすべての個人保険プランと小規模団体保険プラン⁶⁾（医療保険エクスチェンジ以外で提供される保険プランを含む）は、次のような基本給付（essential health benefit）を提供しなければならない。①外来診療、②救急医療、③入院医療、④周産期医療および新生児ケア、⑤精神医療、⑥処方箋薬剤、⑦リハビリテーション、⑧検査、⑨疾病予防及び慢性疾患の管理、⑩小児医療（眼科及び歯科を含む）。連邦保健省は、州が既存の保険プランの中からこれらの基本給付を提供する「基準プラン（benchmark plan）」を選定することを求めている。

第2に、基本給付を提供する個人保険および小規模団体保険は、一定の給付率（actuarial value）を確保したものでなければならない。保険プランは、①ブロンズ・プラン（給付率60%）、②シルバー・プラン（同70%）、③ゴール

ド・プラン（同80%）、④プラチナ・プラン（同90%）のいずれかに適合しなければならない⁷⁾。

第3に、基本給付を提供する保険プランについては、自己負担の上限額が設定されている（2014年からは、個人保険6,500ドル、家族保険1,300ドル）。また、小規模団体保険の年間保険免責額については個人給付で2,000ドルを上限としなければならない（ブロンズ・プランを除く）。

第4に、保険プランにおける生涯給付限度額（lifetime limit）と年間給付限度額が規制された。民間保険ではこのような給付限度額を設けることが一般的であったが、2010年9月以降、生涯給付限度額の設定が禁止されるとともに、年間給付限度額についても最低額が定められることになった（2012年9月23日以降に開始された保険プランの場合、200万ドルが限度額となる）。2014年以降は、年間給付限度額の設定も禁止される。

第5は、扶養家族の範囲の拡大である。2010年9月より、扶養家族に対する保険給付を提供する保険プランは、既存の保険プランも含めて、26歳以下の子を対象としなければならないことになった。このような規制が進められた背景には20歳代の若者の無保険率が高いという問題がある。

3) 保険料に対する規制

民間保険では、加入者の健康状態や年齢、性別、職業などに基づいて保険料を設定することが一般的である。このため、既往症や健康上のリスク要因をもつ者の中には、保険料を負担できず、保険プランに加入できない者が生じていた。この問題に対処するため、ほとんどの州が小規模団体保険の保険料の設定について一定の規制を行っているが、個人保険については7州のみが健康状態に基づく保険料設定を禁止していた。

2014年1月以降、ACAにより、新規に契約される個人保険および小規模団体保険（2017年からは医療保険エクスチェンジで提供される大規模団体保険も対象となる）において、加入者の健康状態などに基づく保険料の設定が禁止される

ことになった。保険者が保険料を設定する際に許容される区別は、加入者の範囲（個人か、家族か）、加入者の居住する地域、年齢、喫煙習慣の有無となる。また、65歳以上の加入者に設定できる保険料は若年層（21歳から64歳）の3倍までに制限され、喫煙者に設定できる保険料についても非喫煙者の1.5倍までとされた。また、保険者は、州内の個人保険および小規模団体保険についてそれぞれ単一のリスク・プールを設けることが求められる。このため、保険プランの保険料は、基本的に給付率や給付範囲の違いを反映したものとなる。

以上のような保険料の設定方法の規制により、有病者が健康な者より高い保険料を負担するといった状態は解消されるものの、高リスクの加入者の増加により保険料の上昇が予想されている。ACAでは、保険者による保険料の引き上げに対して次のような統制策がとられている。第1は、医療損失率（Medical Loss Rate）の規制である。医療損失率は、保険料収入に対する保険給付総額および医療の質の向上のための支出の割合である。個人保険および小規模団体保険については医療損失率の最低水準を80%、大規模団体保険については85%としている。保険者は収入・支出項目に関する報告書を連邦保健省に提出することが義務付けられており、上記の最低水準を満たせない場合には、翌年に加入者に払い戻しを行わなければならない。第2に、保険者が10%以上の保険料の引き上げを予定する場合には「不合理な」引き上げとみなされ、州（または連邦保健省）がその妥当性を事前に審査する。ACAが本格的に実施される2014年以降には保険料の上昇が予想されており、保険料引き上げの事前審査は重要な役割を果たすことになる。

(3) 事業主の責任

ACAは、一定数以上の被用者を雇用する事業主に対して次のような負担を求めることで、一定の給付内容を備えた保険プランの提供拡大を図っている。

第1は、50人以上のフルタイムの被用者（平均

して週30時間以上働く者)を雇用する事業主が、被用者に保険プランを提供していない場合である。このような場合、被用者(収入が連邦貧困基準の100%から400%の者)は医療保険エクスチェンジを利用して保険プランに加入し、保険料控除を受けることができる。事業主に対しては、被用者総数分の罰金(被用者1人につき167ドル。ただし、被用者30人までは負担の対象とされない)が毎月課されることになる。

第2に、事業主(50人以上のフルタイムの被用者を雇用)が被用者に保険プランを提供している場合であっても、罰金が課されることがある。すなわち、被用者が本人分として負担する保険料が収入の9.5%を上回るとき、あるいは当該保険プランの給付率が60%を下回るときには、被用者は医療保険エクスチェンジを通じて保険料控除を受けることが可能である。このような場合、事業主は、①実際に保険料控除の対象となる被用者1人につき毎月250ドルの罰金、あるいは②被用者総数分の罰金(フルタイムの被用者1人につき毎月167ドル、ただし被用者30人までは対象外)のうち、いずれか低い方の額を負担しなければならない。

おわりに

アメリカの医療制度改革では、これまで保険加入が困難であり、十分な保障が受けられなかった中低所得者に対して、民間保険プランへの加入拡大を促進することで医療保障の確立が図られている。ACAに基づく保険規制改革は、保険者に対して保険加入の受け入れ保証や基本給付の提供、保険料の設定方法に関する規制を行うとともに、保険者間でのリスク調整の仕組みを導入するものであり、民間保険のあり方を大きく変容させる内容となっている。

他方で、2014年からのACAの本格的な実施を前に、医療費の増大による保険料の大幅な上昇が予想されており、保険料の高騰に対応するために、主に大企業が提供していた自家保険を中小企業において導入するといった動きもみられ

るようになっている。これらは、州政府による医療保険エクスチェンジの整備の遅れとともに、「購入可能な」保険プランを提供するという医療制度改革の成否にかかわる問題となっている。民間医療保険の機能と限界を理解する参考材料として、アメリカ医療制度改革の行方について今後も注視していく必要がある。

注

- 1) HDHPは、保険料を低く抑える代わりに保険免責額が高く設定された保険プランであり、加入者は免責額までの医療費を各自の医療貯蓄口座(health savings accounts)から支払うことになる。加入者が各種の条件を設定できるため、消費者主導型医療(consumer-driven health care)とも呼ばれる。
- 2) Kaiser Family Foundation (2012)。
- 3) ただし、中小企業向けの団体保険では、大企業と同程度の保険料であっても、加入者集団の規模やリスクを反映して保険プランの保障範囲に格差が生じている可能性がある。
- 4) 2014年段階での罰金額(年間)は収入の1%+95ドルであるが、2016年には収入の2.5%+695ドルとなる。
- 5) ACAの保険加入義務付け規定に対してはその合憲性を争う訴訟が提起された。2012年6月に連邦最高裁は5対4の差で、同規定を連邦の課税権限の行使と位置づけて合憲であるとの判断を示した。National Fed'n of Indep. Bus. v. Sebelius, 132 S. Ct. 2566 (2012)。
- 6) 小規模事業主(small employer)が提供する団体保険である。小規模事業主は2013年の時点では、50人以下の被用者を雇用する者とされているが、2016年1月1日以降は、ACA1304条に基づき100人以下の被用者を雇用する者となる。
- 7) 給付率が同一の保険プランであっても、保険免責額や、定率負担や定額負担の設定により、さまざまなタイプの保険が存在する。保険プランA(年間の保険免責額4350ドル、定率一部負担20%)と保険プランB(年間の保険免責額2750ドル、定率一部負担30%)はともに給付率60%である。このほか、30歳以下の者と一定の加入義務免除者を対象にした保険プランの提供も認められ

る (Catastrophic Plans、個人については6,400ドルが保険免責の上限となる)。

参考文献

- ・ Commonwealth Fund, Insuring the Future : Current Trends in Health Coverage and the Effects of Implementing the Affordable Care Act (2013).
- ・ Elizabeth Abbott et al. Implementing the Affordable Care Act's Insurance Reforms (2012).
- ・ Kaiser Family Foundation, A Comparison of the Availability and Cost of Coverage for Workers in Small Firms and Large Firms (2012).
- ・ Annie L. Mach, CRS Report R43048, Overview of Private Health Insurance Provisions in the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) (2013).
- ・ Annie L. Mach and Bernadette Fernandez, CRS Report R42069, Private Health Insurance Market Reforms in the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) (2013).
- ・ 磯部広貴『アメリカの民間医療保険』(保険毎日新聞社, 2006年)
- ・ 長谷川千春「オバマ医療保険改革による民間医療保険への影響 —— Medical Loss Ratio規制を中心とした一考察」生命保険論集178号(2012年)

1. 基本情報

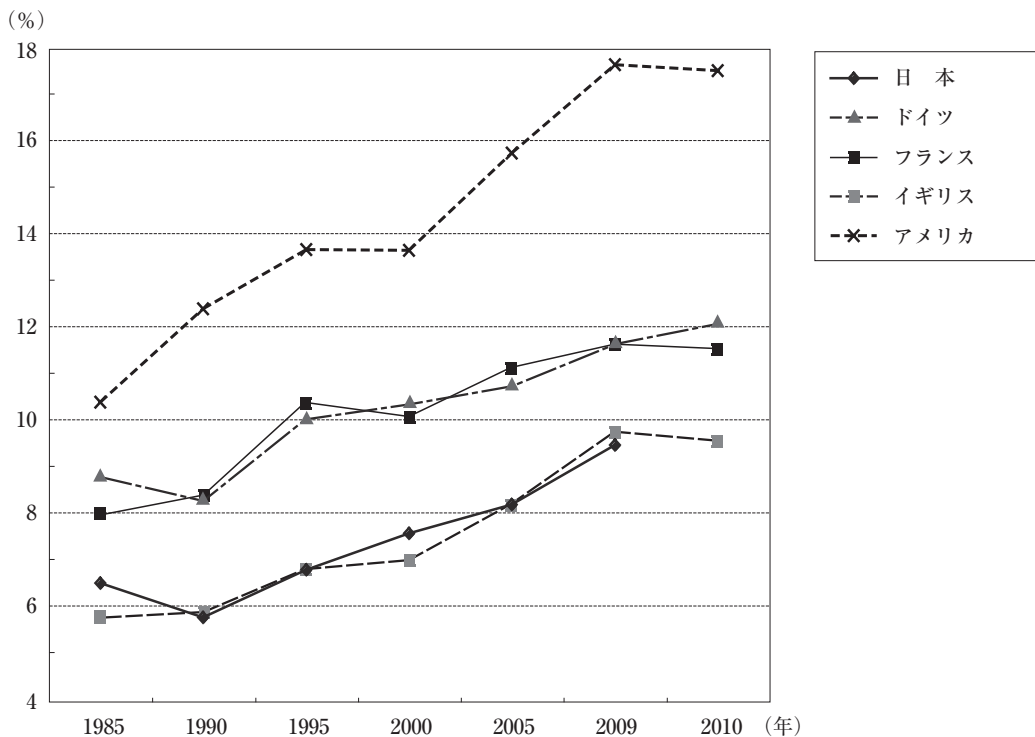
	日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
総人口（千人）	127,799 （11年）	81,755 （11年）	63,294 （11年）	61,761 （11年）	311,592 （11年）
高齢化率（％）	23.3（11年）	20.7（11年）	17.3（11年）	16.2（11年）	13.1（11年）
合計特殊出生率	1.39（10年）	1.39（10年）	1.99（10年）	1.98（10年）	1.93（10年）
平均寿命（年）	男79.6／女86.4 （10年）	男78.0／女83.0 （10年）	男78.0／女84.7 （10年）	男78.6／女82.6 （10年）	男76.2／女81.1 （10年）
失業率（％）	4.4（12年）	5.5（12年）	10.3（12年）	7.9（12年）	8.1（12年）
社会保障費対GDP（％）	18.7	25.2	28.4	20.5	16.2
医療費対GDP（％）	9.5（09年）	11.6（10年）	11.6（10年）	9.6（10年）	17.6（10年）
国民負担率 （国民所得比） （％）	（A）＋（B）	38.5	50.5	60.0	47.3
	租税負担率（A）	22.1	28.6	35.2	36.4
	社会保障負担率（B）	16.4	21.9	24.8	10.8

（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10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	イギリス	アメリカ
平均在院日数(急性期)			18.2	7.3	5.2	6.6	5.4
病床数	医療施設	急性期	1,027,192 (8.08)	462,457 (5.66)	224,385 (3.46)	147,337 (2.37)	795,779 (09年) (2.6)
		長期	348,064 (2.74)	— —	34,571 (0.53)	— —	29,001 (09年) (0.09)
		精神	346,715 (2.73)	40,292 (0.49)	57,248 (0.88)	33,803 (0.54)	75,822 (09年) (0.25)
		その他	8,244 (0.06)	171,724 (2.10)	100,506 (1.55)	2,874 (0.05)	43,675 (09年) (0.14)
医療 関係者数	医師		283,548 (2.23)	305,093 (3.73)	198,756 (11年) (3.06)	168,856 (2.71)	752,572 (2.44)
	歯科医師		98,739 (0.78)	64,972 (0.79)	— —	30,189 (0.52)	— —
	薬剤師		197,616 (1.56)	50,604 (0.62)	68,732 (11年) (1.06)	40,641 (0.65)	— —
	看護師		1,285,379 (10.11)	922,000 (11.27)	— —	597,534 (9.60)	— —

(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 (2013年5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)
133.46	158.06	102.18

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