

諸外国の医療保険制度の比較

		イギリス	フランス	ドイツ	スウェーデン	アメリカ	日本
制度の概要		○国民医療制度（NHS）によって原則無料で医療を提供。NHSの財源は8割が税金、残りは国民保険（医療・年金・雇用関係給付を含む社会保険制度）・受益者負担等。実際の医療サービスはNHSから一定の独立性を持つプライマリ・ケア・トラスト（PCT）が供給。	○職域ごとに強制加入の多数の制度があり、国民の99%をカバー。対象外のフランス人・外国人は普遍的医療カバレッジ（給付）制度の対象となる。	○公的保険は一般労働者・年金受給者・学生等を対象とした一般制度と自営業者を対象とした農業者疾病保険。一定所得以上の者・公務員は強制適用ではない。2009年以降、公的医療保険未加入者に、原則として公的医療保険または民間保険への加入を義務付け。	○税方式による公営のサービス。財源は広域自治体（ランスタイング）の税収が約7割、国からの補助金が約2割を占める。初期医療は公立・私立の診療所が行い、専門医療はランスタイングが運営する病院が行う。	○高齢者・障害者に対するメディケア、低所得者に対するメディケイドが存在するが、現役世代への医療保障は民間が担っていたため、無保険者が多数存在。2010年に医療保険改革法が成立し、全国民にいずれかの保険への加入を義務付けるが、なお無保険者が残る見込み。	○国民皆保険制度。国民は、市町村が運営する国民健康保険、または職域ごとの被用者保険に加入する。
公的医療	対象	○全国民	○全国民の99%	○全国民の約85%（自営業者・高所得者は任意加入）	○全国民	○65歳以上の高齢者・障害者・低所得者のみ	○全国民
	種類	○税方式	○社会保険方式	○社会保険方式	○税方式	○メディケア ○社会保険方式（メディケイド） ○税方式	○社会保険方式（財源は保険と税の組み合わせ）
診療報酬決定方法		○国が総額を決定し、その枠内でNHSが配分。	○国が医療費総額の目標を設定。 ○国の出先機関である地方医療庁（ARS）が、国の目標に整合するよう個別報酬を決定。	○国が総額と原則的なルールを決定。 ○疾病金庫協会（保険者）と保険医協会が協議し個別報酬を決定。	○ランスタイングによる予算割り当て。	○一部を除き保険者と病院・医師が決定。	○中央社会保険医療協議会の答申に基づき国（厚生労働省）が決定。
支払方式	診療所・開業医	○登録人头制（患者数ごと）＋基本診療手当	○出来高払い制	○総額請負制（保険者から保険医協会に一括支払。保険医協会から個々の医師に対しては出来高払い）	○ランスタイングによる予算割り当て	○出来高払い制（民間保険） ○出来高払い制 ○人头制 など	○出来高払い制
	病院	○病院ごとの総枠予算制＋実績払い	○公的病院は総枠予算制 ○私的病院は1日あたりの定額払い制	○特定の療養は1件あたりの包括払制 ○その他の給付は1日あたりの定額払い制	○ランスタイングによる予算割り当て	○出来高払い制（民間保険） ○出来高払い制 ○人头制 など	○外来は出来高払い制 ○入院療養・看護・医学的管理は定額払い制、手術料は出来高払い制
アクセス		○登録医師（GP）の紹介がない限り原則病院での受診はできない。	○かかりつけ医の紹介なしに他の医師を受診することを制限。	○フリーアクセス。	○フリーアクセス（住所地以外のランスタイングでの受診も可能）。	○フリーアクセス。 ○民間保険によってはかかりつけ医（GP）への訪問を義務づける場合あり。	○フリーアクセス。
医療支出/GDP (OECD平均9.0%)		○8.7% (OECD加盟31か国中17位) (OECD平均-0.3ポイント)	○11.2% (OECD加盟31か国中2位) (OECD平均+2.2ポイント)	○10.5% (OECD加盟31か国中4位) (OECD平均+1.5ポイント)	○9.4% (OECD加盟31か国中15位) (OECD平均+0.4ポイント)	○16.0% (OECD加盟31か国中1位) (OECD平均+7.0ポイント)	○8.1% (OECD加盟31か国中22位) (OECD平均-0.9ポイント)
医療支出/人口 (OECD平均3,078ドル)		○3,129ドル (OECD加盟31か国中16位) (OECD平均+51ドル)	○3,696ドル (OECD加盟31か国中10位) (OECD平均+618ドル)	○3,737ドル (OECD加盟31か国中9位) (OECD平均+659ドル)	○3,470ドル (OECD加盟31か国中13位) (OECD平均+392ドル)	○7,538ドル (OECD加盟31か国中1位) (OECD平均+4,460ドル)	○2,729ドル (OECD加盟31か国中20位) (OECD平均-349ドル)

諸外国の医療保険制度の比較

	イギリス	フランス	ドイツ	スウェーデン	アメリカ	日本
臨床医数 /人口1,000人 (OECD平均3.1人)	○2.7人 (OECD平均-0.4人)	○3.4人 (OECD平均+0.3人)	○3.6人 (OECD平均+0.5人)	○3.6人 (OECD平均+0.5人)	○2.4人 (OECD平均-0.7人)	○2.2人 (OECD平均-0.9人)
急性期病床数 /人口1,000人 (OECD平均3.6床)	○2.7床 (OECD平均-0.9床)	○3.5床 (OECD平均-0.1床)	○5.7床 (OECD平均+2.1床)	○2.2床 (OECD平均-1.4床)	○2.7床 (OECD平均-0.9床)	○8.1床 (OECD平均+4.5床)
医療計画	○保健省が予算計画・ビジネスプランを策定。全国152のPCTが地域医療計画を作成し、全国10の戦略的保険当局はPCTの業務が適切に行われているか管理・監督。	○大枠は、国が毎年の社会保障財政法の中で医療保険支出全国目標(ONDAM)等を示す。その枠組みの下で地方医療庁が地域保健医療計画を策定し、医療供給体制を管理する。	○国が大枠を定め、疾病金庫(公的保険機関)・医師・病院が契約を結ぶことで計画を作成。それぞれの計画について州政府・疾病金庫・医師協会などが適宜会議体を組織して決定。	○国が医療ケア行動計画を策定し大まかな原則を決定。ランスティングが具体的な計画を策定し責任を負う。	○連邦政府は健康に関する目標値を設定。大部分の州政府は新規の医療サービス等の承認を行うCONプログラムを採用(承認対象は州により異なる)。	○厚生労働大臣は基本方針を定める。都道府県は基本方針に即して医療計画を定める。
高額医療費の負担	○外来処方箋は一処方当たり定額負担、歯科医療は3種類の定額負担。高齢者・低所得者・妊婦には免除があり、薬剤については免除者が多い。	○登録を受けた医師は国の定める診療報酬を超過する請求が認められ、この部分は自己負担となる。薬剤費は薬効に応じた償還率(65%~15%)で公的保険がカバーし、残りが自己負担となる。自己負担をカバーする民間保険は普及率が8割を超える。	○高度医療・新薬については公的保険がカバーしていないが民間保険はカバーしている場合もある。	○ランスティングが自己負担額を設定するが、法により上限が定められている。	○公的医療保険では高額な医療費の部分は自己負担となるが、民間保険には高額な医療費に対して高額医療費保険が存在している。高額医療費保険では患者負担の上限額が決められている。	○医療保険により自己負担限度額を超えた部分が払い戻される高額療養費制度がある。

※医療制度については財務総合政策研究所「医療制度の国際比較」(H22.6)、日本医療政策機構「スウェーデンの医療政策と高齢化対策」(H24.3.19)、国立国会図書館調査及び立法考査局「外国の立法 No.243-1」

『【アメリカ】医療保険改革法成立』(H22.4)より。

※OECD加盟国データは日本医師会総合政策研究機構「医療関連データの国際比較 2010-OECD Health Data 2010より」(H22.9.10)より。臨床医数・急性期病床数はデータのない加盟国があるため順位を省略している。