

オーストラリアの医療保障制度について

～税方式の国民皆保障を提供しつつも、民間保険の活用で医療財源を確保～



生活研究部門 丸尾 美奈子

maruo@nli-research.co.jp

オーストラリアの医療保障制度は、民間保険を活用しながら制度のサステナビリティを確保しつつ、税方式の国民皆保障を実現しており、医療版「最低保証年金」を想起させるものとなっている。これまでオーストラリアの医療保障制度については、欧米諸国に比べ、語られる機会は少なかったようである。本稿では、同国の「医療保障制度」について、制度の変遷を辿りつつ直近の制度概要とわが国への示唆について考察を行ってみたい。

2——オーストラリアの医療保障制度

1——はじめに

英国連邦の一国であるオーストラリアは、1788年に英国人が入植して以来、英国の圧倒的な文化的・経済的影響下にあったが、1980年代以降は、米国の影響をより受けるようになっており、欧州型とも米国型とも異なる独自の福祉国家類型に属している。

そうした中、医療保障においては、普遍的なサービスシステム（国民皆保障）を確立しており、きわめて対象が限定的な公的サービスシステムしか有しない米国よりも、原則無料のサービスを全国民に提供する英国に近いシステムをベースとしている。オーストラリアは、また、その豊かさと充実した医療保障制度を背景に、日本に次ぐ世界第2位の長寿国でもある。

医療保障財源は主に税で運営されており、社会保険制度は存在しないが、負担能力のある者に対する上乘せサービス（混合診療^{（注1）}）を認めているなど、アメリカの影響を受けた公民混合・効率重視のシステムといった特徴も有する。

最近わが国でも、未納・低年金といった年金問題への対応策として「最低保証年金」の導入といった言葉が語られるようになっている。オ

1 | 医療保障制度の歴史

～財源確保と民間保険の活用～

連邦成立後、オーストラリアではミーンズテスト^{（注2）}を通じて、社会保障の給付を、貧困者に対し選別的・限定的に行ってきた。英国を源とするいわゆる救貧対策であり、多くを慈善事業に頼っていた。その後、医師会の協力を得て、民間医療保険制度が先に実施され、ようやく1975年に、ウィットラム労働党政権がメディバンクと称する強制加入の国民健康保険制度（皆保障制度）を導入した。ただ、独立自尊・自助精神が強いオーストラリア国民にとって、保険方式のメディバンクは人気がなかったようだ。

メディバンク制度が導入されてわずか5ヵ月後に、担当政権が保守党に交代したが、新政権は、民間保険の経営を圧迫するという理由から、メディバンクを「任意加入」並びに「民営化」し、初の国民健康保険制度は事実上廃止された。

1983年に労働党政権に代わると、皆保障制度を「メディケア」という呼称に変えて、1984年に再導入した。但し、保険料ではなく、給与から一定の割合の税を納入させることで、医療費の財源を確保した。1984年のメディケアにより、オーストラリアも遅ればせながら全国民を対象

とした普遍的な医療保障制度が整ったことになる。

〔図表－1〕医療保障制度を巡る略年表

		担当政権
1901	オーストラリア連邦成立	保守党
1938	国民健康保険法成立（但し、医師会・労働党・事前団体等の反対で成立せず）	保守党
1944	薬剤給付法（最高裁の違憲判決で頓挫）	労働党
1948	新薬剤給付法成立（薬剤給付スキーム（PBS）開始）	保守党
1963	国民保健法（限定的な医療保障制度）の成立	保守党
1975	メディバンク（国民健康保険制度）の成立	労働党
1978	メディバンクの廃止	保守党
1984	メディケア（普遍的な医療保障制度）の実施	労働党
1996	メディケア改革	保守党

（資料）各種資料より筆者作成

メディケア制度導入以降は、オーストラリアの医療保障制度の基本的な枠組みは維持されているが、医療費自己負担の引上げや、民間医療保険の加入推進などが進められている。当初は、メディケアにより加入者数減少に悩む民間保険会社を助ける^{（注3）}という目的で、民間医療保険加入促進政策^{（注4）}を導入していたが、その後も、政府は、今後の高齢化の進展に伴う国の財政負担軽減も図るため、民間保険の活用に注力している。本年6月に政府は「医療改革に向けた最終報告書^{（注5）}」を提出しているが、その中でも、民間保険が提供するサービスメニューを選択することで国民の医療サービスの自由選択の余地を拡大させる「メディケアセレクト（仮称）」の導入を提言している。

2 | 制度の概要

（1）混合診療を認める国民皆保障制度

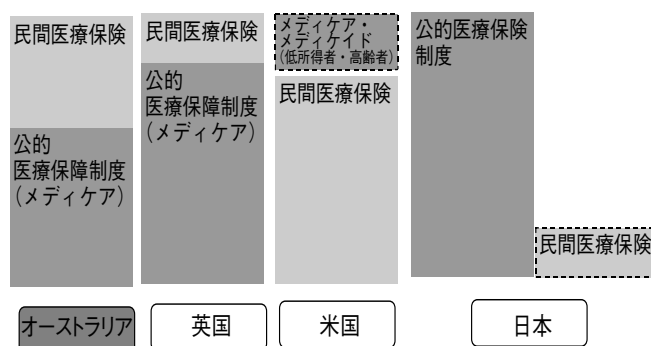
オーストラリアの現在の医療保障制度は税方式による国民皆保障制度を基本とし、プライマリケアシステムとかかりつけ医（GP）が確立されているなど、英国連邦諸国の制度と共通の枠組みを有す。医療保障制度の中核をなすメディケア制度は、国費による医療費の一定割合の

支給（メディケア給付）と、公立病院にかかわる費用の全額公費負担が2本の柱となっている。

診療報酬表に上乗せした価格設定やサービス選択も認められ、いわゆる「混合診療」が行われ、民間保険が相応のプレゼンス（2006年現在、国民の43.5%が民間医療保険に加入）を有する。

日本以外の多くの国は混合診療を解禁しており、混合診療自体は珍しくはない。ただ、解禁国の多くは、あくまでも公的医療保障が柱で、公的医療保障適用後の自己負担部分を民間保険でカバーするといった補完構造を有している（ドイツ・フランスなど）。一方オーストラリアの場合は、公的保障をメインとするも民間保険も一翼を担う位置付けにある。その点、民間部門が小さい英国とも、全国民向けの公的保障が存在しない米国とも、無論、混合診療を認めない我が国とも異なる。

〔図表－2〕オーストラリア・英国・米国・日本の医療制度のイメージ図



（2）医療サービスの提供体制

医療施設には、かかりつけ医（GP）がいる診療所のほかに、救急対応をメインとする病院、慢性期の患者のケアを行うナーシングホームなどが存在する。医師はかかりつけ医（GP）と専門医に大別される。患者はGPを自由に選択できる。GPと専門医とで診療行為の制限はないが、診療報酬の上で、住み分けができるような工夫が行われている。

病院も総合病院・専門病院に分けられ、それ

ぞれ公立・私立（private hospital）が存在する。公立病院には、公的患者（public patient）とプライベート患者（private patient）という括りがある。公立病院の公的患者の場合、自己負担なしで入院できるが、医師の指名等はできない。一方、私立病院では公立病院と異なり専門医による診療サービスに対するドクターズフィーの支払いと入院料や手術室使用料等のホスピタルフィーを請求されるが、救急でない手術の待ち時間が公立病院に比べて少なく済むほか、医師や入院環境の選択ができること等から公立病院との差別化が図られており、病院の約4割は私立病院となっている。なお私立病院には政府からの補助金が入っていない（1987年に廃止）。

〔図表-3〕 オーストラリアの病院（2006年）

	(数)
公立病院	758
私立病院	543

(資料) Australian Hospital Statistics 2006-07

通常、診療はG Pより受け、病院は緊急の場合や、入院・手術が必要な場合のみ使われる。

G Pに紹介してもらって検査や専門医の診療を受けた場合でも、結果はG Pに報告されるため、G Pに結果を聞きにいき、G Pは検査結果や専門科の診断をもとに総合的な診断を行う。

なお、オーストラリアの医療サービスは、米国や英国などと比べても比較的恵まれた体制で提供されている。人口千人に対してかかりつけ

〔図表-4〕 人口1000人当たり臨床医数の国際比較（2006年）

	(人)
ドイツ	3.5
フランス	3.4
英国	2.5
米国	2.4
日本	2.1
オーストラリア	2.8

オーストラリアの科目別人口1000人当たり臨床医数

	(人)
GP（かかりつけ医）	1.4
専門医	1.3
歯科医	0.5
看護師	10.9

(資料) OECDヘルスデータ2008より筆者作成

医（G P）が1.4人、専門医が1.3人、看護師は10.9人存在する（2005年）。

(3) 医療財源

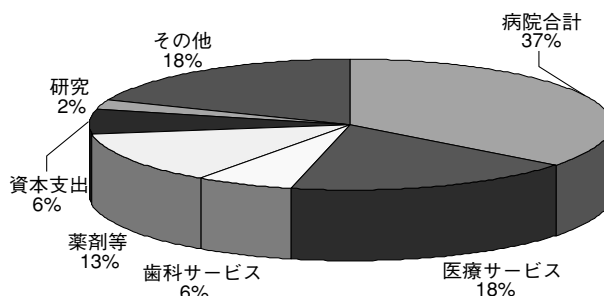
～税方式と免除・追加措置を特徴～

メディケアに加入できるのは、オーストラリア国民とオーストラリアに居住する永住権所有者のみに限定されており、ビジネス・留学・退職者ビザで長期在豪している人等は対象ではない。メディケア庁の発表によると、2007年6月末時点でメディケアに加入している人数は2,110万人で、オーストラリアの現人口約2,000万人より若干多くなっている。

メディケア制度運営にかかわる費用は、メディケア税（Medicare Levy）と一般財源により賄われている。メディケア税は、個人所得税に上乗せして課税対象所得に一律1.5%で賄われている。なお、低所得者層（年収が単身3万5千豪ドル（245万円 1豪ドル＝70円で換算、以下本文内換算レート同様）以下、或いは世帯で7万豪ドル（350万円）以下）には免除措置があり、一方、中高所得者層には「Medicare Levy Surcharge」と呼ばれる追加の税負担が存在する。これは、年収が一定額（単身10万豪ドル（700万円）、世帯計15万豪ドル（1,050万円））以上の世帯で、民間医療保険に加入していない場合、課税対象所得の1%（注6）を更に徴収している。

メディケア制度や薬剤給付等を含むオーストラリアの保健支出の内訳は、（公立・私立の）病

〔図表-5〕 オーストラリアの保健支出の内訳（2005-06年度）

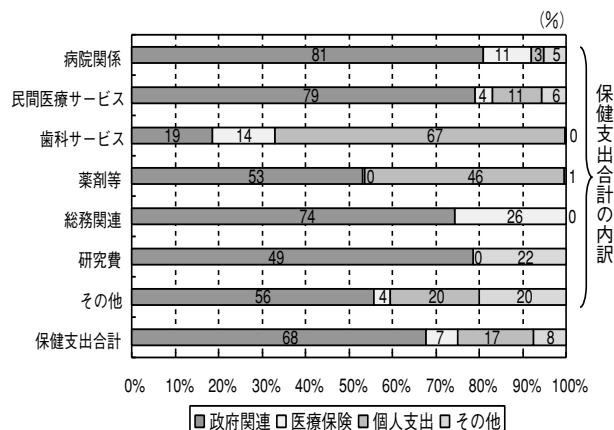


(資料) Australia's Healthより筆者作成

院関係が37%、民間による医療サービスが18%、薬剤等が13%と続く。

そしてこれらの保健支出全体を、連邦政府並びに州政府等で約7割（68%、2005年）を担い、続いて民間保険（7.2%）、患者負担（17.4%）で賄っている。

〔図表－6〕保健支出の項目別財源割合（2005年度）



（資料）Australia's Healthより筆者作成

また、項目別財源内訳を見ると、歯科診療や薬剤等については患者負担の割合（各々、67%、46%）が高くなっている。一方、私立病院の民間医療サービスは、後述する一括支払い方式の普及により、患者負担の割合は11%とそれほど高くなっていない。また、過去10年あまり、保健支出の負担者割合に特段推移は見られない。

公費運営が基本であるものの、民間保険の活用や個人負担の導入により、結果的に、オーストラリア政府の保健支出^{（注7）}は、他のOECD諸国との比較でみても、5.9%（2005年、OECD）と低く抑えられている。

〔図表－7〕OECDヘルスデータより政府等の保健支出の対GDP比率各国比較（2005年）

	(%)
米国	6.9
オーストラリア	5.9
フランス	8.9
ドイツ	8.2
日本	6.7
英国	7.2

（資料）Australia's Healthより筆者作成

3—メディケア制度

1 | メディケア給付の内容

メディケアが適用となるのは、かかりつけ医（GP）の外来医療サービス、公立病院の公的患者への外来医療サービス及び入院（診察、処置、看護、病室、食事等の全て）であり、これらは無料で提供される。それに対して、公立病院において受診時に医師を選択・指名することのできる「プライベート患者」を選択した場合には、外来については受けた医療サービスの対価（政府の定める診療報酬表にある規定料金（Schedule Fee））の85%、入院については75%がメディケアから返還される。但し、カバーされるのはあくまでも医師の診察代等の医療サービスについてのみで、病院費用（ベッド・看護料等）は対象ではない（残りは患者負担（out of pocket））。

私立病院や専門医では、上記の公立病院のプライベート患者の場合と同様、外来については受けた医療サービスの対価の85%、入院については75%がメディケアから返還となり、病院費用は給付の対象とはならない。

公立病院における医療サービスへの民間医療保険の適用は原則として認められていないが、私立病院を利用した際や公立病院におけるプライベート患者の場合の、メディケアから返還される額との差額（自己負担分）や入院料については、民間医療保険に加入している場合、そこから支給されることとなる。更に民間保険の保険料の30%はPrivate Health Insurance Rebateとして個人所得税から還付（リベート）する税額控除が認められている（65～69歳については35%のリベートを、70歳以上については40%のリベート。なお、リベートはミーンズテストの対象外となっている）。2005年の医療保険料総額のうち、34%が政府からのリベートとして支払

われている。

なお、長期慢性ケアを必要とする高齢者や身体障がい者・精神障がい者が入院しているナースিংホームは、公立病院に対するメディケアの補助金とは別の財源から連邦政府より補助されており（75%以上）、その他は患者からの費用徴収によって賄われている。

[図表-8] メディケアのカバー範囲

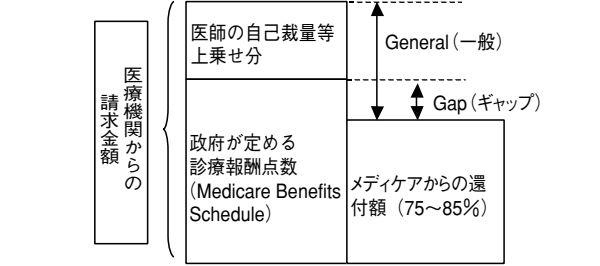
病院・診療種別		メディケアによる償還	
GP（診療所）		外来	無料（薬剤を除く）
公立病院	公的患者	外来	無料（薬剤を除く）
		入院	無料（薬剤を除く）
	プライベート患者	外来	医療サービスの対価の85%を償還
		入院	医療サービスの対価の75%を償還 （入院料等は患者負担）
私立病院		外来	医療サービスの対価の85%を償還
		入院	医療サービスの対価の75%を償還 （入院料等は患者負担）

（資料）メディケアのHPより筆者作成

2 | 医療費セーフティネット制度

2004年に、医療費の過剰な自己負担防止を目的とする「医療費セーフティネット制度」(Medicare Safety Net Thresholds) が導入された。医療費セーフティネット制度は、「Gap」と呼ばれるものと、「General」と呼ばれる2つのパーツからなる。「Gap」は、診療報酬点数とメディケアから返還される額との差額^(注8)の累計が一年間に一定額（2008年：365.70豪ドル）を超えた場合に、それ以降のメディケアからの還付額が診療報酬点数の100%となる仕組みである。一方、「General」は、実際の医療機関からの請求額とメディケアから還付される額との差額の累計（総自己負担額）が一年間に一定額（2008年：1,058.70豪ドル（74,109円）、年金受給者などの優遇被保険者（Concessional Beneficiaries）については、年間529.30豪ドル（37,051円））を超えた場合に、それ以降の自己負担額の8割をメディケアから支給される仕組みである。

[図表-9] 医療費セーフティネット制度



医療費セーフティネット（2009年1月～）

	上限	還付額
優遇被保険者	555.70豪ドル	自己負担の80% (医療機関からの外来請求金額のうち)
Gap (ギャップ)	383.90豪ドル	医療機関からの請求金額のうち、スケジュールフィー (政府が定めている料金) の100%
General (一般)	1111.60豪ドル	自己負担の80% (医療機関からの外来請求金額のうち)

（資料）Australian GovernmentのHPより筆者作成

償還の方法としては、まず医療機関で医療費の全額を支払った後、メディケア事務所（健康保険委員会：Health Insurance Commission）に請求して払い戻しを受ける方法があるほか、医療機関からの請求書を自己負担分の金額と一緒にメディケア事務所に持ち込み、メディケア事務所から医療機関宛の小切手を受け取る方法も選択できる。また、医療機関が認めた場合には、一括請求方式（Bulk-billing）^(注9)も選択できる。この場合、医療機関は医療費の請求を直接メディケア事務所に請求し、患者は立替をしなくて済むようになっている。医療機関は規定医療費の85%をメディケア事務所から受取り、患者の自己負担分は医療機関が負担するというもので、自己負担を抑えたいという患者数が増えることから、結果的に病院の収入が増えるメリットがあり、一括請求方式は民間の医療サービス件数の71.7%（2006年）を占めている。

なお、医師や医療機関に対して患者が実際に支払う費用とメディケア給付とのGapを埋めるために民間保険^(注10)が使われている。

3 | 薬剤給付制度

医師の処方箋により薬局で購入した医薬品の患者負担を軽減するため、オーストラリアでは

メディケアとは別立ての処方箋薬代を補助する薬剤給付制度^(注11)（Pharmaceutical Benefits Scheme：PBS）も設けられている。薬剤費給付カードを薬局で提示すれば、自己負担分のみを薬局に支払えばよい仕組みとなっている。

薬局での1回の支払額の上限を32.9豪ドル（2,303円）としている。即ち、32.9豪ドル以下の医薬品については全額自己負担、32.9豪ドルを超える医薬品については超過部分が補助されることになる。また世帯の年間支払額が1,264.9豪ドル（8,854円）に達するとその年のそれ以降の支払額は1回5.3豪ドル（371円）となる。他方、年金受給者などの優遇被保険者（Concessional Beneficiaries）については、処方箋薬について、薬局における1回の支払額の上限を3.79豪ドルとしているほか、世帯の年間支払い額が318豪ドル（22,260円）に達するとその年のそれ以降は無料としている。

4 | オーストラリア医療保障制度の課題と取組み

以上が、現在のオーストラリアの医療保障制度の概要であるが、メディケアに対する国民の満足度は概して高いようである。その背景には、オーストラリア政府によるデータ分析等を用いた継続的な制度改善に向けた政策の実行や国民とのコミュニケーション力の高さによるところが大きいと思われる。もっとも、オーストラリアの医療保障制度も課題を抱えている。

既述の通り、メディケア制度における医療の無料給付は医師の選択・指名を認めない公立病院での治療に限られていることから、患者は無料サービスが受けられる公立病院に集中しがちである。英国ほどではないものの、オーストラリアに

[図表-10]（緊急以外の）公立病院での手術平均待ち時間（日）

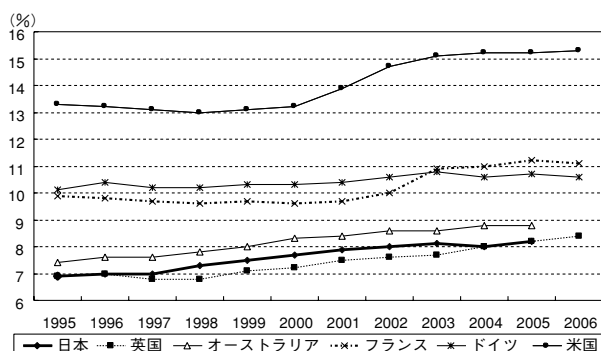
年度	2003	2004	2005	2006	2007
待ち時間	28	28	29	32	32

（資料）Australian Hospital Statistics2006-07

においても、公立病院における診察・手術までの待ち時間の長さはしばしば問題となっている。

また、オーストラリアの保健支出の対GDP比率推移は、インフレや人口要因に加え、医療技術の進展等もあり、米国ほどではないものの、他国比では比較的早いスピード^(注12)で増加しており、公的医療を支えるために増大する国の医療費の抑制が必至な状態である。

[図表-11] 各国別保健支出の対GDP比率推移



オーストラリアでは、上記の課題への解決策として、民間医療保険料の補助や中高所得層への追加課税などにより民間医療保険への加入者増加を図っている。これにより、民間医療保険で医療費のカバーが可能な私立病院へ誘導し、公立病院への患者集中解消を進めている。

また、処方薬の単価決定や新しい医療機器・技術を導入する際等に費用対効果分析を行うなど、定量的なデータ収集による制度のパフォーマンス評価も行い、制度改善に繋げている。

オーストラリアの医療保障制度は、常にコスト削減を目指し、費用対効果を上げることが目的に運営されていると評価されることが多い。メディケアにおいてもいち早くオンラインサービスを導入し、可能な手続や申請をできる限り電子化するなどコスト削減を図っている。既述の最近発表された改革レポートでは、2012年までにナショナル電子保健システムを確立し、全国民が自身の医療レコードを有することを企図している。

公立病院においても効率化を徹底させており、それは世界でも有数に短い病院平均入院期間に現れている^(注13)。

[図表-12] 病院平均入院期間（即日退院含み）

(日)	
公立病院（精神病院含み）	3.7
私立病院	2.5
全平均	3.3

(日)	
公立病院（精神病院含み）	6.5
私立病院	5.4
全平均	6.2

（資料）Australian Hospital Statistics2006-07

4——終わりに～わが国への示唆～

我が国の社会保険方式による医療保障制度は、貧困から保険料を払えずに、社会保障のセーフティネットからもれている人たちを生み出している。働いても収入が低いワーキングプアやニートなど多くの人たちが、国民健康保険から実質的に締め出されている。病院における医療費の未払い問題も急増し、未収金が病院経営を圧迫する事態も多発している。ここにおいては、国民皆保険と称された我が国の医療保険制度は、年金問題同様、実質空洞化^(注14)が現実のものとなってきている。片や、快適で先進的な医療技術を求めて自己負担も厭わない富裕層ニーズも確実に存在する。

我が国の医療はいつでも、どこでも、誰でも診察を受けられるというフリーアクセスが骨頂であったはずである。にもかかわらず、制度疲労とも言える「医療格差」が歴然と存在するようになっている。資本主義社会である以上、ある程度の格差はやむをえないが、医療という生命に直結する社会資本に過度な格差が起こるのは社会に歪みをきたす。我々はこうした医療格差問題に対してどのように対処していくべきなのだろうか。

一方で、「医療の平等・フリーアクセス」といった美德は、優れたサービスを提供する所（勤

務医等の医師）に、人が殺到し、（同一の報酬しか受けられない）医師は、オーバーワークに喘ぐという事態を招いている。（医療等）サービス業における「平等」のあり方、そもそも国として提供する医療保障のあり方、等々数々の難題を抱えているのが我々の現状だろう。

米国とも英国とも異なる形で進化してきたオーストラリアの医療保障は、税財源で誰もが無料で受診できる仕組みを通じて、低所得者に対して「医療のセーフティネット」を設けている。しかも米国のようないわゆる「低所得者用の医療（病院）」ではなく、国内最先端の技術を提供する公立病院での診療・入院を無料で受けられるようにしている。同時に、緊急でない、一定の医療を、快適に求める場合には、私立病院という選択も用意している。効率性と同時に公的制度の健全性と公平性の確保を図っている同国の制度は、今後の我が国の「医療のセーフティネット」のあり方を考える上で参考になると思われる。

日本とオーストラリアでは、医療制度の構造は異なるものの、医療費の増大など共通する課題も多い。富裕層への優遇策という批判の声が一部にあるものの、民間保険と共同した医療保障の提供の仕組みも興味深い。公的保険が万能扱いされている我が国においてどう民間保険を活用していくのか、財源確保と患者の選択の観点から検討すべき課題ではないだろうか。

我が国では、健康保険が適用される診療内容にそれ以外の自由診療（保険外の）を併用する（いわゆる混合診療）ことは、入院時の差額ベッドなど限定的な項目を除いて認められていない。混合診療解禁については規制改革会議をはじめ、これまでも議論は行われてきたが、最終的には「所得に応じた医療格差を認めることなる」という意見から、進展していない。議論の背景には、アメリカにおける事例に対する反省が見え隠れしている。そもそも、アメリカの医療サービス

はほぼ民間により提供されており、日本への適用モデルとしては留意が必要である。一方、オーストラリアの場合、医療は公的制度を中心に提供されており、民間保険がサービスを上乗せする形式となっており、むしろ、オーストラリアの事例のほうで議論の参考になるものと思われる。

オーストラリアでは、公的病院における待ち時間や手術待機などに対する患者の不満や快適な入院生活を選択できる方便として、「プライベート患者」というあり方が認められている。画一的で公平な給付を目指す保険診療と異なり、制限的な保険診療から患者の高度化するニーズに応える仕組みとして、プライベート患者の制度化などは今後我が国においても検討の材料となるものと考ええる。また、急性期に限定した病院システムのあり方、G Pをゲートキーパーとしたプライマリケアのあり方も、医師や看護師不足問題が深刻となっている我が国にとっては、学ぶべきところがあるのではないだろうか。

<参考文献>

- Australian Government National Health and Hospitals Reform Commission, *A Healthier Future for all Australians* 2009
- Australian Bureau of Statistics
- Australian Institute of Health and Welfare, *Older Australia at a glance* 2007
- Australian Institute of Health and Welfare, *Australia's Health* 2008
- Australian Institute of Health and Welfare, *Australian hospital statistics* 2006-07
- Australian Institute of Health and Welfare, *Medical Labour force 2005, Nursing and midwifery labour force 2005*
- Australian Government 2007, *Intergenerational Report* 2007
- Cathy Schoen, *Primary Care And Health System Performance: Adults' Experiences In Five Countries*, 2004
- Cathy Schoen, *Taking The Pulse Of Health Care Systems: Experiences Of Patients With Health Problems In Six Countries*, 2005
- Stephen J. Duckett, *Living in the parallel universe in Australia: public Medicare and private hospitals*, 2005
- Denniss, Richard. *Who Benefits from Private Health*

Insurance in Australia? New Doctor; Issue 83; Nov 2005
オーストラリア入門（東京大学出版会）
アジアの医療保障制度（井伊雅子編、東京大学出版会）
先進諸国の社会保障②（東京大学出版会）
社会保障年鑑（健康保険組合連合会、東洋経済新報社）
医療再生は可能か（川渕孝一、ちくま新書）
医療格差の時代（米山公啓、ちくま新書）
公的扶助制度の国際比較（埋橋孝文、海外社会保障研究 No.127）

- (注1) 本来「混合診療」は医療保険制度の枠組みの中で定義される用語であり、保険制度を有しないオーストラリアにおいて用いることは若干の齟齬はあるが、本稿においては、公的制度の枠内の医療と枠外の医療の柔軟な併用という意味において用いる。
- (注2) 詳細については拙稿、「オーストラリアの年金制度について」基礎研レポート2009年8月号を参照。
- (注3) 民間保険加入促進政策により、一時、30.1%まで低下した民間医療保険加入率は45.7%（2000年）まで回復したが、その後は、横ばい傾向が続いている（2006年は43.5%）。
- (注4) 1999年1月には、民間保険の保険料の30%相当額を個人所得税から還付（リベート）する制度（税額控除）をスタートした。更にその後、30歳以上成人の民間保険料率を加入年限に応じて設定（遅く加入すると保険料を上げる）するほか、2000年7月以後に民間医療保険に加入した場合にも保険料引上げを認めるLifetime Health Cover政策を取り入れた。その他、民間医療保険未加入の者のメディケア税率を高くする政策も導入している。また、メディケアの診療報酬表を超えて請求された専門医などへの支払い額部分について保険会社と医師の間の取り決めにより支払うことができるようにしたほか、保険会社と病院との取り決めにより病院の請求額すべてを支払うことができるようにした。
- (注5) A Healthier Future for all Australians Final Report June 2009
- (注6) 我が国の場合、現在、「協会けんぽ」の保険料は労使合計で東京都の場合は8.18%。
- (注7) 2005年のデータによると、政府の保健支出の17.8%をメディケア税により賄っている。
- (注8) オーストラリアでは診療報酬表に基づいて算定する出来高払い方式をとっているが、Schedule Feeに上乗せして費用を請求することが認められている。但し患者獲得競争の観点から診療報酬表を大きく超えて支払いを求めるケースは少ないようである。
- (注9) 「Bulk Billing（大量請求）」という名称は、ある程度診療料の請求書がたまったところで、医療機関がメディケア庁に対しメディケア負担分の医療費をまとめて請求することから付けられた。
- (注10) 「ギャップ保険」（Gap Insurance, Gap Cover）
- (注11) 1948年から処方箋薬への公的補助制度であるP B S（Pharmaceutical Benefits Scheme）が始まった。
- (注12) オーストラリア政府の見通しによると、医療サービスを提供する施設コストを含めた場合、2033年の保健支出は対G D Pで2003年の9.3%から12.4%と予測している。その場合であってもO E C Dの平均的な水準である見通しである。
- (注13) わが国と比較する場合、長期看護・介護を必要とする高齢者ら慢性疾患患者はナースিংホーム（精神病院についても病院の扱いとは分けている）に入院することが多い点には留意が必要。
- (注14) 国民健康保険の収納率は全国平均で90.39%（平成18年）と、国民年金は未納率が37.9%（平成20年）となっており、国民健康保険については国民年金よりは納付率が高くなっている。