

## 医療保険制度改革と管理競争：オランダの経験に学ぶ<sup>\*</sup>

佐藤 主 光<sup>\*\*</sup>

(一橋大学大学院経済学研究科，国際・公共政策大学院准教授)  
(前会計検査院特別研究官)

### 1. はじめに

90年代以降欧州諸国では「市場（競争）原理」の導入をベースとした医療制度改革が試みられてきた。80年代までの「総予算制」や「病床規制」を含む総額管理政策は医療費の拡大を抑えることでは一定の成果を挙げていたが、ミクロ・レベルで見ると医療資源の効率的な配分を損なっていたとされる。その典型例が英国等にみられる待機リストである。そもそも損失保障される公的保険者（疾病金庫）には自立的にコスト削減や医療の質の向上に努める誘因がなく、「サービスの質を損なうことなく医療費の適正化」が進められてきたとは言い難い。そこで90年代からはマクロ管理からミクロ・レベルでの医療資源配分・誘因効果を重視する方向への医療政策の転換がなされた。具体的にはドイツやオランダにおける加入者による保険者（疾病金庫）の自由な選択，保険者による医療機関の選択や個別交渉などが挙げられる。いずれの改革も，市場（競争）原理の導入と分権化（例：保険者の裁量の拡充）をベースとしていた。ただし，社会保険の理念たる社会連帯は堅持しており，公的医療保険制度自体の民営化や国民全てへの最低限の医療へのアクセスの放棄を意図していたわけではない。

わが国でも保険者機能の強化が図られている。2006年の医療保険制度改革において政管健保や市町村国保の都道府県単位での分割・統合や地域型健保組合の設立などは保険者の再編成・財政基盤の安定化と合わせて、「保険者機能が発揮される主体による保険運営」を狙いとしている。そのため「再編された保険者は，レセプト点検等の取組を更に強化するとともに，被保険者相談，地域の医療サービス等に関する情報提供，きめ細かな保健事業について都道府県単位で共同実施を推進する」ものとされる<sup>1)</sup>。健康増進対策についても2008年4月を目途に「生活予防についての保険者の役割を明確にし，被保険者・被扶養者に対する効果的・効率的な健診・保険指導を義務付ける」<sup>2)</sup>としている。とはいえ，保険者自身が医療機関を選別したり，診療報酬や医療の質について個別に交渉を行ったりできるわけではない。義務・責任を負っ

\* 本稿は著者が会計検査院特別研究官在任中の2006年9月に実施した海外行政実態調査の成果に基づくものである。

\*\* 1969年生まれ。92年一橋大学経済学部卒業，98年クィーンズ大学経済学部Ph.D取得。99年一橋大学大学院経済学研究科専任講師を経て，02年より現職。この間，05年4月から07年3月まで会計検査院特別研究官。専攻：地方財政，公共経済学，社会保障。所属学会：日本経済学会，日本財政学会。

<sup>1)</sup> 「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」（平成15年3月28日閣議決定）

<sup>2)</sup> 「健康保険法等の一部を改正する法律案について」（厚生労働省）

ても医療機関への規律付け等、必要な権限が付与されないならば、保険者が医療費適正化に向けた努力を払う余地はない。

本稿では、オランダの経験からわが国のあるべき医療保険制度改革について考えていきたい。しばしば、競争原理は効率性の追求と弱者の切捨てを招くと言われてきた。しかし、競争メカニズムはそれが適切に管理されているならば、社会保険の「連帯」(再分配)の原則と矛盾しないことが、オランダの改革からも明らかになる。本稿の構成は次のとおりである。2節では介護保険、民間保険を含む三層からなるオランダの医療保険制度を概観する。90年代に公的医療制度の枠内で導入された「管理競争」については3節で述べる。保険者間での競争を促しつつ社会連帯を徹底、かつリスク選択の誘因を避けるための「リスク構造調整プレミアム」の理論と実際は4節で説明する。オランダは2006年に従来の疾病金庫と民間保険を統合した医療保険制度改革を実施している。5節ではその概要について述べる。6節は結語である。

## 2. オランダの医療保険制度の概要

はじめにオランダの医療制度を概観したい。図表1のとおり、同国の一人当たり医療費(2004年)は3,661ユーロで、GDPの12.8%あまりを占める<sup>3)</sup>。同国の医療保険制度はわが国同様、社会保険方式を基礎に(1)長期入院や介護等に要する医療費を補償する第1層、(2)急性疾患を主に対象とする第2層、(3)公的医療給付以外を含む第3層から構成される。このうち、本稿が着目するのは第2層である。

図表1 オランダの医療制度の概要

一人あたり医療費		2004年	3,661 ユーロ
医療費(対GDP比)		2004年	12.80%
人口構成	20歳以下	2006年	24.3%
	20歳以上65歳以下		61.4%
	65歳以上		14.3%
人口千人あたり医師数		2003年	3.1人
人口千人あたり看護師数			13人
平均在院日数	一般病院	2003年	7.2日
	大学(アカデミック)病院		8.7日
医療費に占める割合(2000)			
医療保険制度	第1層	特別医療費補償制度	44%
	第2層	疾病金庫	37%
		民間保険	16%
	第3層	補完的保険	3%

出所：オランダ会計検査院提供資料、Lamers et all (2003)

<sup>3)</sup> OECD基準(「総保健医療支出」)ではかると対GDP比は9.8%(2003年)に留まるが、わが国の対GDP比(同年7.9%)よりも高い。

## 第1層:AWBZ

第1層にあたる「特別医療費補償制度」(AWBZ)は1968年より実施され、長期入院(一年以上)、精神科治療のほか、高齢者・障害者のための施設・在宅介護などをカバーする制度である(廣瀬(2000))。AWBZはオランダの医療支出の44%あまりを占める(図表1)。給付資格に年齢制限はなく、オランダ居住者・被用者を対象とした国民強制保険である。給付対象は拡大してきており、現在(2006年時点)は(1)家事援助(食事の準備、掃除等)、(2)身体介護、(3)看護・生活指導、(4)生活支援、(5)(心身障害者や問題行動者への)セラピー、(6)(疾病からの回復時の)リハビリ(「第3次予防」)、(7)施設ケアといった「機能」(Function)を担う。施設、在宅、リハビリ・センターといった供給ベースではなく、要請される機能(ニーズ)に基づいて資格要件(Entitlement)が定義されるのが特徴的である。これにより、類似したサービス(ケア)を提供する主体(病院、施設、インフォーマル・ケア)やそれらを需要する患者は支払い、規制・監督上、同一に扱われる。一方、わが国では施設ケア(長期療養)であっても特別養護老人ホーム(社会福祉法人)、介護老人保健施設及び療養型病床群の間では規制(医師・看護師の配置等)が異なる。更に、療養型病床群であっても医療保険適用と介護保険適用では給付範囲・報酬体系(介護保険適用は入院が長引いても医療保険のような報酬の通減制はない)に違いがある。

AWBZから給付を受けるには、「ケア判定センター」(Care Indication Determination center (CIZ))からの認定が必要である。日本の介護保険制度のような要介護度による区分はないが、必要なケアの種類、時間、期間などがCIZによって決められる。わが国の介護保険制度との顕著な相違は「個別ケア予算」という形での現金給付が認められていることにある。この制度は1996年に導入され、AWBZ対象者は希望すれば、当局が契約した事業者からの現物給付に代えて、在宅介護・支援向けの予算(現金給付)を受け取り、介護者への支払いに充当する(CVZ(2005))。介護者は家族、友人、近隣住民でもよい。(特に資格は問われない。)実際、予算4割弱がインフォーマル・ケア(家族、知人等への支払い)に充てられている(図表2)。介護事業者から直接サービスを購入することもできる。ただし、個別予算を施設ケアに充当することは認められていない。

図表2 個別ケア予算

利用者数	2005/9/1時点	77,883人
最低総額(100万ユーロ)	2005年	994.3
利用率		85%
平均予算額(ユーロ)	グロス	14,000
	自己負担	1,000
	ネット	13,000
インフォーマル・ケア	同居人への支払い	21%
	同居人以外への支払い	17%
	合計	38%

AWBZ は政府からの補助金（公費）のほか保険料によって賄われる。保険料は所得に対して課され、2005年の保険料率は13.45%であった。被用者のAWBZ保険料は所得税や他の保険料と合わせて源泉徴収される一方、自営業者・年金生活者等は税務署から（所得税同様）賦課徴収される。なお、ケア給付時には自己負担もある。自己負担は個人の課税所得や居住状況（在宅か施設か）に依存する。保険者は国であるが、事業者との契約等保険者機能を発揮するのは地域ごとに設けられるケア・オフィスである（大森(2001)）。

## 第2層

第2層はAWBZに含まれない急性疾患、1年以内の入院などをカバーするもので、2006年以前は疾病金庫及び民間保険が並立していた。医療支出に占める割合は53%あまり、うち疾病金庫、民間保険のシェアは各々37%、16%である（図表1）。保険給付の範囲には一般医（GP）受診、専門医治療、入院（1年以内）、歯科治療（18歳以下）・義歯、医療器具、内服薬・薬剤治療、出産、救急車等患者運搬、理学療法、保健指導が含まれる。所得が一定額以下の被用者は疾病金庫への加入が義務付けられている。2000年からは低所得の自営業者（過去3年の「課税所得」平均18,695ギルダ以下）や年金受給者（1,860ギルダ以下）にも加入義務が課せられることになった（Pott-Buter(2000)）。後述するように疾病金庫は中央基金（Central Fund）から配分される「リスク構造調整プレミアム」と被保険者から直接支払われる（所得に依存しない）「定額（一律）保険料」によってファイナンスされる。後述するように1992年以降、被保険者は疾病金庫を選択できるようになった。

2006年以前、高所得者は民間保険へ任意加入していた。（わが国と異なり、国民皆保険の仕組みにはなっていなかった。）私的保険は疾病金庫とほぼ同一の医療リスクをカバーしているが、疾病金庫と異なり保険料は、健康リスクを反映するよう決まってくる。診療時自己負担が課せられる場合もある。もっとも高リスク、特に高齢者に対する保険料が急騰したのを受けて、86年から保険料率に制限が加えられるようになった。

図表3 保険会社数の推移

	2001	2002	2003	2004 (年)
疾病金庫	25	25	22	22 (社)
民間保険	47	46	44	35 (社)
合計	72	71	66	57 (社)

出所：「医療に関する検証：2005年度年報」

2006年、医療保険市場で33の医療保険会社が営業、これらを企業グループごとに分けると14の保険提供者にまとめられる（「2006年の医療保険市場の特徴」）。医療保険会社数は大幅に減少してきている（図表3）。2003年には66社の保険会社（疾病金庫・民間保険）が存在したが、2004年になるとその数は57社に減った。いくつかの保険会社は、合併や引継ぎによってその市場シェアを（さらに）拡大している（「医療に関する検証：2005年度年報」）。結果的に、一握りの巨大な企業グループが発生する一方で、他方では比較的小さな医療保険会社のグループも存在するという状況が生じた。特に強制健康保険会社や民間保険会社を吸収した大手5系列の市場占有率は72%あまりに上る（「医療に関する検証：2005年度年報」）。

### 第3層

第3層はAWBZや疾病金庫（公的医療保険）の給付対象とならない18歳以上の歯科、高度先進医療、代替医療、在宅介護、予防・検査などをカバーする「補完保険」からなる。この保険は民間保険によって提供され、購入は任意であるが、被保険者の約9割が加入している。公的（法定）給付の範囲の削減に伴い、過去10年間における補完的保険の売上高は14倍に増大している。2004年には疾病金庫の給付範囲が大幅に制限されているが、削限された部分の大半は、補完保険に引き継がれた（「医療に関する検証：2005年度年報」）。

## 3. 管理競争の導入

### 管理競争とは？

管理競争は Enthoven(1988)によって発展された概念であり、オランダをはじめ欧州諸国の医療制度改革に多大な影響を及ぼしている。管理競争は自由競争を意味しない。公的医療制度の民営化、あるいは規制緩和というよりも、規制の変更といえるだろう。伝統的に政府の規制は競争排他的であり、保険者や医療機関による創意工夫を促すことはなかった。しかし、医療サービスの供給形態、需要が複雑になるほど、その全てを政府が集権的にコントロールすることは困難になってくる。個別の医療ニーズに関する情報収集や供給体制へのフィードバックは市場機能を介して行う、つまり、競合する保険者にその役割を委ねることがむしろ効率的といえる。政府は「スポンサー」として被保険者の利益を代弁、市場の健全な機能をサポートする。具体的にいえば、政府は保険者が提供するべき最低限の保険サービス（保険の対象となる医療サービス）を定め、個人が保険加入に関して正しい選択ができるよう情報を提供する。後述するリスク選択を回避するべく、より精度の高いリスク構造調整プレミアムの開発も政府の果たすべき重要な機能である。医療保険、医療サービス市場を絶えず監視、評価することも求められる。

### デッカー・プラン

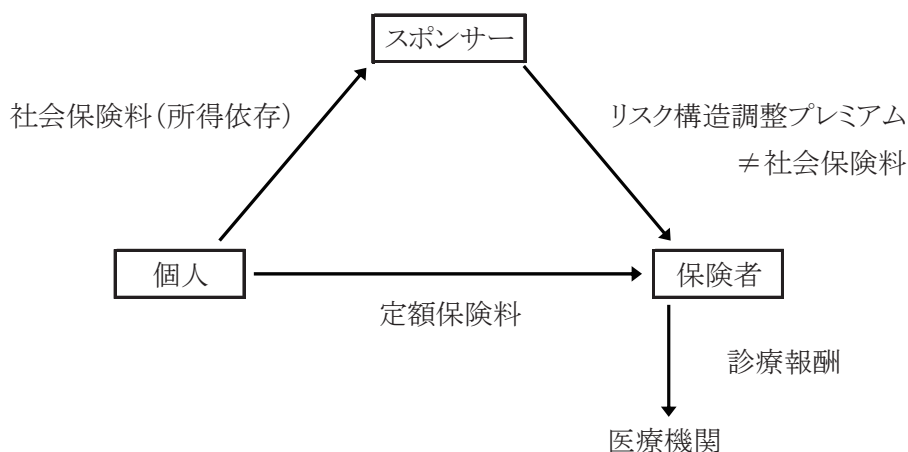
オランダでは80年代を通じて、医療提供主体（病院・専門医等）に対して規制を強化することで医療費の抑制を図ってきた。病院に対する総予算枠制（Global Budget System）は1983年に導入された。当初は病院の経常経費のみを対象としていたが、翌84年には入院治療全体に適用されるようになった。病院の可変費用への予算配分は、病院の利用状況（入院率、入院日数、外来受診率等）への見込みに依拠している。ただし、その見込み自体、病院と保険者との間での交渉で決められていたことであり、交渉の起点は過去の実績から独立ではないため、この総予算枠制が病院への完全な「包括払い」であったわけではない。病院への予算配分ルールは1988年には一層の精緻化（複雑化）がなされている（Schut and Van de Ven (2005)）。病院への支払いのほか、専門医への診療報酬の抑制も実施されてきた。1984年には専門医協会と政府の合意により、所定の目標水準を超過した患者の治療に対しては報酬（出来高払い）をカットする「通減型診療報酬」が実施されるようになった。ただし、患者の実数を把握することが困難なため、この政策のコスト抑制効果は限られていた。1989年には専門医治療に対する総支出制限が課されているに至った。

その一方で個々の保険者や医療機関などがイニシアティブを発揮する余地はほとんど残されていなかった。各疾病金庫は地域独占、医療機関への診療報酬支払いは最終的に全て中央基金によって補償されるため、費用削減努力を行う誘因もなかった。様々なステイクホルダー（保険者、医療機関、労働組合など）

が加わることで(「コーポラティズム」として知られるように)政策決定のプロセスが複雑化になりがちだった。医療に関わる計画立案(病院投資など)とその財源調達に関わる決定は統一的に行われていなかったことなども支出への財政責任を不明瞭にしたとされる(Van de Ven and Schut (2000))。

病院への「総予算枠制」等,供給サイドへの規制の結果,医療費の対GDP比は8%前後に抑えられてきた。しかし,総量規制に伴う医療資源の配分の非効率化,「待機リスト」の拡大など医療サービスの質低下への懸念も表面化した。そのため統制ではなく当事者(医療機関・保険者)の誘因に働きかけた効率化が模索されはじめた。中道右派政権の下で発足したデッカー委員会は社会保険の原則である公平性(全ての個人の医療サービスへのアクセスの保証)を確保しつつ,保険者・医療機関への財政的規律づけを通じた効率的運営の促進を目指した。同委員会は効率と公平の間のバランスを模索しつつ,従来の方針(政府による直接規制)とは全く異なる市場志向型の改革案(1987年)を提示した。

図表4 デッカー・プラン



改革案の概要は以下のようにまとめられる(図表4参照)。

- (a) これまで分立していた私的保険・疾病金庫・AWBZ等の医療保険制度を統合し,医療(急性・慢性疾患)とそれに関連する社会福祉サービス(施設介護なども含む)を包括的に提供する基礎保険を設立する。医療と介護が制度的に区別されることもない。この基礎保険は全人口を対象とした強制保険であり,医療費全体の85%をカバーするものとする。残りは補完的保険及び自己負担でもって賄われる。
- (b) 保険者は医療サービス提供主体と自由に契約を結ぶことができる。契約の詳細も当事者間の交渉に委ねる。各種医療サービスについて,契約対象は病院・施設別に規定されているわけではなく,医療水準(質)に関する所定の基準を満たしているならば,どの供給主体とも契約を交わすことができる。
- (c) 社会保険料は,直接個人から保険者に支払われるのではなく,いったん中央基金に集められる。中央基金は保険者に対して被保険者のリスクを調整した「リスク構造調整プレミアム」を配分する。
- (d) 各保険者が中央基金から受け取るのは平均的経費の75%あまりで,残りの25%は全加入者へ一律に課す定額保険料(Nominal Premium)でもって賄われる。
- (e) 個人は保険者を自由に選択することができる。

図表5 「プレミアム」の種類と機能

	機 能	期待される効果
社会保険料	所得再分配	公平の確保
リスク構造調整プレミアム	保険者のリスク・ヘッジ	リスク選択の回避
定額保険料	価格競争	効率性の促進

デッカー・プランによれば、従来の直接規制に代えて、政府の役割は公的保険制度内に創設された保険市場、医療サービス市場を「管理」することになる。政府の規制は市場の機能を代替するのではなく、むしろ補完するものであるべきであるというのが改革案の基本的立場である。具体的には (i) 中央基金の運営、社会保険料の決定とともに、(ii) 基礎保険制度がカバーする医療サービスの範囲とともに、最低限保証されるべき水準を規定、(iii) 保険者や医療機関の適格性を調査・評価、(iv) 個人が保険者を選択する上で必要な情報（各保険者の提供するサービスの内容・質への評価、定額保険料水準など）を提供することが挙げられる。

包括的な医療サービスをカバーする強制的基礎保険制度の創設は、保険者が同等の効果を持つ医療サービス群の中から最も効率的なものを選択・提供することを可能にし、医療サービス間の代替を促進する。これまでの保険者に期待されていたのは医療機関からの診療報酬請求の処理といった主として事務処理能力であった。改革は保険者にリスク管理主体としての、より企業家的な機能を付与することを目的としている。費用削減努力と高い医療の質の確保への誘因は、個人に認められた自由な保険者選択とそれに起因する保険者間競争によって促進される。保険者間競争は質と価格の両面があり、後者は保険者のコストパフォーマンスを反映する定額保険料を通じて行われることになる（図表5）。定額保険料は同じ保険者と同一の保険契約を交わしている個人間では均一であるが、保険者間では効率性の違いを反映して異なってくる。

加入者の保険料負担は所得依存型社会保険料とこの定額保険料の合計となる。このうち所得依存型保険料とリスク構造調整プレミアムの組み合わせは「社会連帯」（再分配）を堅持するものであり、定額保険料は価格メカニズムとして機能する（図表5）。保険者間競争は、加入者獲得のため、各保険者に対し、より効率的な医療機関と契約を結ぶ誘因を与え、これが医療サービス提供主体間での競争を活発化するだろう。従って、保険者間競争及び供給主体間競争の促進は改革案において、一体になっている。

改革案には「集権化」と「分権化」の両面が含まれている。政府による医療サービスへの価格・数量規制を廃し、市場を通じたそれらの決定を容認（分権化）する一方、保険制度の一元化、中央基金を通じたリスクのプール化（集権化）など社会保険としての要素も維持することを意図していたといえる。政府の規制は残るが、上述のように基礎保険でカバーする医療サービスの範囲や最低水準の規定、保険者へのリスク構造調整プレミアムの支払い、保険者間カルテルの防止など、市場機能を代替するのではなく、むしろその健全な機能をサポートすることを目指す。

### 改革案への修正とその後の経緯(90年代)

Helderman et al (2005) はデッカー・プラン以降の医療改革の流れを (1) 市場原理の導入が図られた期間 (1988-1994年)、(2) 管理競争と規制・統制の間で揺れた期間 (1994-2000年) 及び (3) デッカー・プランが復活した 2000 年以降に区分している。

デッカー・プランは包括的、かつラディカルなものであった。しかし、90年代初頭、政治的妥協と改革を実施していく上で生じた(リスク構造調整プレミアムの設計といった)技術的問題により、改革案は修正を重ね、改革のスピードも緩められていった(改革の推移は図表6にまとめた通り)。もっとも、改革の方向は基本的に維持されてきている。90年の誕生した中道左派政権は、「デッカー・プラン」を価格競争の要素を弱める形で修正した「サイモンズ計画」を打ち出した。同計画では (i) 基礎保険のカバーする範囲を当初の 85%から 96%まで引上げる(その分補完的保険の役割が低下)ほか、(ii) 保険者収入に占める中央基金からのリスク構造調整プレミアムと一律プレミアムの比率を改革案の 75 対 25 から、85 対 15 に変更する。さらに、外来や調剤などを新たに給付対象とするなどAWBZを拡充することで基礎保険への移行を目指したが、社会保険の膨張と公的負担の増大に終わった (Helderman et al (2005))。結局、95年には医療保険の一元化の方針を放棄、AWBZについては従来の政府規制を継続、第1層への市場原理の導入は見送ることになった。管理競争の焦点は第2層を構成する疾病金庫に移っていった<sup>4)</sup>。

図表6 オランダ医療改革の推移

1987年:「デッカー・プラン」
1990年:「サイモンズ計画」
1992年:(i) 疾病金庫が全国レベルで活動することを許可 (ii) 加入者が2年に1回、疾病基金を移ることを許可 (96年以降は年1回のペース)
1993年:リスク構造調整プレミアムの導入 : 疾病基金が専門医を選択、契約を結ぶことを許可
1995年:AWBZを含む医療保険制度の一元化を断念
2005年:保険者と医療機関(病院)の個別交渉(予算の10%)を許可
2006年:疾病金庫と民間保険の統合(2006年改革)

加入者による保険者選択は1992年から可能になった。当初は2年に一回のペースだったが、96年からは保険者を移る機会は年一回とされている。なお、ドイツにおいても同年「連帯下の競争」として保険者(疾病金庫)選択が全面的に導入されている。93年からは、オランダの疾病基金は専門医と選択的な契約を結ぶことができるようになった。(ただし、病院との個別契約は2005年まで認められていない。)もっとも保険者(疾病金庫)が付与された権限を積極的に行使していなかった。これは、後述するように保険者

<sup>4)</sup> ただし、市場原理が第1層から完全に排除されたわけではない。97年にはサービス供給不足による「待機リスト」の増加に対処すべく、営利の在宅介護事業者の参入が認められた。営利事業者のリスク選択(クリーム・スキミング)が顕著だったため、一時中断されたが2000年からは参入が再開されている (Helderman et al (2005))。



の「財政責任」(リスク負担)が十分に確立していない(損失の97.5%が事後的に補填されていた)ことに起因するものと考えられる。その一方で疾病金庫間の合併や(同じ保険グループの傘下に疾病金庫と民間保険が入るなど)疾病金庫と民間保険の経営連携が進んだ。競争が機能する前に、市場の寡占化が進んだのである。(無論、保険者の統合は規模の経済やリスク管理の知識の蓄積等による経営効率の向上など望ましい側面もある。)

90年代を通じて改革のペースが遅かった理由としては、第1に中央基金から保険者に支払われるリスク構造調整プレミアムの精密化が進んでいなかったことが挙げられよう。4節で詳述するようにリスク要因として、性別・年齢のほかには居住地や身体障害の有無が加えられるようになったものの、個人の健康リスクを正しく反映する、より正確に言えば、保険者らが認識している個人のリスクと一致するには至っていない。従って、リスク選択の可能性が排除できず、中央基金は疾病金庫とのコスト・シェアリングを余儀なくされているのである。これが保険者の効率的経営(効率的医療機関の選別)の誘因を損ね、改革の効果を低めていると考えられる。第2に保険者・医療機関の提供するサービスの質などに関する情報が十分に提供されてこなかった。保険者を選ぶに当たって個人が正しい選択を行うには、彼らに正しい情報が提供されていなくてはならない。各医療機関・保険者のサービスに関する情報をデータ・ベース化してその取得を容易にするとともに、医療の質・コストを客観的に測る指標の開発など基準化によって、そうした情報を比較できるような環境整備が必要とされている。

とはいえ改革自体が頓挫したわけではない。疾病金庫へのリスク構造調整プレミアムの精緻化とともに、保険者の財政責任も3%程度から2004年には50%あまりにまで引き上げられた(4節参照)。定額保険料の割合も医療支出の10%から15%ほどを占めるようになり、疾病金庫間での保険料の格差も広がった。時間の経過とともに価格競争が浸透しつつある。専門医との選択的契約のほか、当初は認められていなかった病院との個別交渉も05年から限定的ながら可能になってきている。実際、病院と患者の最大待機期間(waiting time)について独自に合意する保険会社も現れている。ドイツでも専門医や病院との診療報酬交渉は(一部を除き)疾病金庫連合会に委ねられていた。2000年からは保険医協会との集団交渉に代え、内科・歯科外来については個々の疾病金庫が保険医・病院と直接契約を交わす「統合サービス」の仕組みが導入されている(田中(2006))。もっとも、当事者間の交渉が難航し、この「ドイツ型マネジドケア」はまだ普及するには至っていないとの指摘もある(田中(2003))。オランダでは2002年の総選挙後の(保守・中道からなる)連立政権は規制緩和、競争の促進を掲げ、5節で詳述する疾病金庫と民間保険の統合を含む市場志向型改革を2006年に実現するに至った(Helderman et al (2005))。

#### 4. 「リスク選択」への懸念とリスク構造調整プレミアム

「リスク構造調整プレミアム」は被保険者の健康リスクを反映させた「包括払い」である。健康に影響を及ぼすと予想される個人の属性(例:年齢,性別,過去の病歴等)の集合を $\Omega$ であらわすならば、リスク構造調整プレミアムは、この個人から期待される医療費 $h_i \equiv E[c | \Omega_i]$ (条件つき期待値)に一致することが望ましい<sup>5)</sup>。ただし、次の2点に留意する必要がある。第1にリスク構造調整プレミアムは当該被保険者に実際に要した費用と一致する必要はない。実現した医療費は(1)被保険者の健康リスクを反映す

<sup>5)</sup> 被保険者 $i$ の第 $k$ リスク要因(例:性別ダミー)を $x_i^k$ , そのウェイトを $\beta^k$ (第 $k$ リスク要因が期待医療費に影響する程度)とすれば、

$$E[c | \Omega_i] = Const + \sum_k \beta^k x_i^k$$

る部分と (2) 保険者の医療費適正化努力を反映した部分に区別される。政府が保険者に保障するべきは前者のみであり、後者については市場での価格競争に委ねることで経営効率を促進する上で望ましい。わが国でも前期高齢者 (65 歳-74 歳) の医療費は保険者が (75 歳未満) 加入者数に応じて分担するなど、リスク構造調整が図られている。しかし、その財政調整は保険者の損失 (負担の不均衡) を補うという意味で「現状追認的」(Retrospective) に過ぎない。本来、保険者に医療費抑制・効率化を誘因づけるには、「リスク構造調整プレミアム」のような原則 (実際の医療費ではなく、被保険者の属性に依拠したリスク要因に基づく) 「包括払い」(Prospective) ではなくてはならない。

第 2 に、 $h_i \equiv E[c | \Omega_i]$  はこれを作成し配分する政府 (スポンサー) と支払いを受ける保険者との間で同じ情報 ( $\Omega$ ) に基づく必要がある。保険者が被保険者についてスポンサーよりも詳細な情報 (例えば、過去の病歴・生活習慣病など) を有しているならば、その情報を使って「リスク選択」を行う (保険者が予想する医療費に対してリスク構造調整プレミアムが見合わない個人を回避する) 誘因を持つことになるだろう。

オランダでは所得依存の社会保険料は中央基金に集められ、定額保険料のみが被保険者から直接支払われる。保険者は加入者の健康リスクを引き受けることはあっても、彼等の所得によって影響されることはない。リスク構造調整は文字どおり保険者間での健康リスク集団の差異を埋め合わせるのである。一方、ドイツのように所得依存型保険料が保険者に対して直接支払われる場合、保険者は健康リスクのみならず、被保険者の所得の影響を被ってしまう。よって、リスク構造調整は保険者間の所得格差も考慮に入れなくてはならない。実際、ドイツのリスク構造調整プレミアムは所得を調整変数として含んでおり、疾病金庫間の移転の 7 割あまりがこの変数に拠るとされる (Buchner and Wasem (2003))<sup>6)</sup>。

### リスク選択への懸念

リスク選択は政府と保険者との間の「情報の非対称性」(当局が保険者の有している情報をリスク構造調整プレミアムに反映できないこと) に起因する。保険者が被保険者に関して独自に情報を得る手段は様々である。過去の病歴は個人のリスク・タイプを知る上でかなり有用である。外見からも個人の健康状態は類推可能かもしれない。歯のある、あるいは足腰のしっかりしている高齢者であれば、低リスクに分類できるだろう。リスク選択の誘因は、個人による保険者選択が欠如した状態では起こり得ないことに注意せよ。居住地、もしくは職業によって予め加入する保険者が決まっている限り、保険者にも加入者を選択する手段はないからだ。よって、リスク選択の問題は競争的保険市場に固有のものといえるだろう。加えて営利企業の場合、株主による利潤最大化の要請からリスク選択への誘因は高いものと考えられる。リスク選択を排除するより直接的な手段としては、保険者に対し全ての加入希望者の受け入れを強制する **Open enrollment** がある。これは、加入拒否のような、あからさまなリスク選択は排除するだろう。ただし、この加入受け入れ義務はオランダの補完保険には適用されない。被保険者は通常、基礎保険と補完保険を同じ保険者から購入することから、補完保険の給付範囲を操作する (予防医療など給付対象を低リスクな個人にとって好ましいものに限定する等) ことで健康リスクの高い被保険者を回避することも可能である。オランダ同様、保険者選択を導入したドイツでは当初、重度障害児を抱える家族の加入申請を引き伸ばしたり、事務所を高齢者や車椅子の人が上がれないようなエレベータのビルの上階に置いたりする行動が見受けられ、社会的批判を招いた (田中(2006))。

<sup>6)</sup> 疾病金庫の健康リスク (医療ニーズ) と合わせて収入を加味している点でドイツのリスク構造調整プレミアムのフォーミュラはわが国の地方交付税 (政府間財政移転) 制度に似ている。

リスク選択が深刻な問題になりうることを指摘する研究も数多い。リスク選択の有無は保険者がリスク構造調整プレミアムに織り込まれているリスク要因以外に、加入者のリスク・タイプ（診療コスト）を予見する上で有用な情報を有しているかどうか、かつ、その情報を用いて加入者を選別することに伴う利益が高いかどうかによっている。Hamilton(1995)はオランダのケースを取り上げた実証研究を紹介している。この研究によれば、家族数・雇用条件、社会経済的要因（居住地の都市化の度合いなど）、慢性疾患など保険者にとっても比較的容易に入手可能なデータを用いることで、性別と年齢しか反映しない（中央基金から疾病金庫に支払われる）リスク構造調整プレミアムよりも正確に、加入者の医療コストを予測することができる。リスク選択の有無を直接的に確認しているわけではないが、保険者（疾病金庫）は、プレミアムに見合わない加入者を排除することから生じる利益が高い限り、こうした情報に基づいて実際に高リスクな加入者を排除する誘因を持つだろう。

リスク選択を如何に取り除くかが、管理された競争を有効に機能させていく上で、重要である。さもなければ、保険者間競争は低リスクを巡るものに限定され、最も保険を必要としている高リスク者が医療保険制度から排除されるおそれがあるからだ。加入者の健康リスクを可能な限りリスク構造調整に反映させる必要がある。Enthoven(1988)や Van de Ven and van Vliet (1992)は過去の病歴・入院記録や診療コストをリスク構造調整プレミアムに反映させることを提唱している。実際、04年からは、疾病分類（DRG）がリスク構造調整されるようになった。もっとも、過去の診療コスト、入院等診療行為の選択は医療機関・保険者のインセンティブによっても左右される。現在の加入者の診療コストが将来のリスク構造調整プレミアムに織り込まれることを保険者が見越しているならば、医療機関へのモニタリング、選別を通じたコスト削減努力が損なわれる可能性がある。リスク構造調整プレミアム体系の構築にあたっては、こうしたマイナス面も考慮されなくてはならない。

### オランダのリスク構造調整プレミアム

リスク構造調整プレミアムが導入された1993年時点でリスク要因に織り込まれていたのは、(i)性別と(ii)年齢のみであった。95年以降はリスク構造調整に性別、年齢のほか、(iii)居住地及び(iv)身体障害の有無（99年以降は雇用・社会保険給付の有無に変更）が加えられるなど精度（加入者の「真のリスク」との適合性）の改善が図られてきている<sup>7)</sup>。2002年からは慢性疾患のリスク要因として(v)調剤費分類（Pharmacy Based Cost Groups (PCGs)）が、04年からは入院治療のリスク要因として(vi)疾病別費用分類（Diagnostic Cost Groups (DCG)）が考慮されるようになっていく。 (PCGsは外来の調剤13種類を対象としており、外来治療費の代理変数とも考えられる (Van de Ven et al (2004)))。以下では、オランダのリスク構造調整プレミアムの算定を概観する。

被保険者の（政府がリスク調整する）期待医療費は、①外来 (Outpatient care) ②専門医治療 (Specialist care) ③病院コスト（経常費）④病院コスト（資本経費）ごとに算出され、リスク構造調整プレミアムに反映される。費用項目ごとにプレミアムの算定は図表7の通り次の4段階からなる (Lamer et al(2003))。

第1段階として被保険者の性別・年齢等リスク要因を織り込んだプレミアム $R_j^i$  ( $j$ =費用項目)が病院コスト（資本経費）を除く3項目について計算される。具体的には年齢、性別の分類を各々 $a, s$ とおくと、各 $(a, s)$ の平均的医療費 $\bar{c}_{as}$ を計算、さらに(4年齢グループごとに)障害者手当・公的年金・失業手当等社会保障の受給の有無を織り込んだ係数 $m_{ag}$  ( $a$ =年齢グループ、 $g$ =社会保障カテゴリー)及び(5段階

<sup>7)</sup> 年齢は5歳ごとに合計18のグループに分けられる。雇用・社会保険給付の有無は、(i)被雇用者、(ii)年金受給者、(iii)身体障害者手当て受給者、(iv)失業者などのカテゴリーからなる。

で分類された) 都市化の程度  $f_u$  でもって調整される。 $\bar{c}_{as} * m_{ag} * f_u$  は各被保険者ごとに算定されるが、これを加入者について合計すれば、費用項目  $j$  ごとに

(ステップ 1) 
$$R_j^i = \sum_{asgu} n_{asgu} \bar{c}_{as} * m_{as} * f_u$$

上で説明していた「事前的包括払い」としてのリスク構造調整はこの  $R_j^i$  にあたる。「適正な医療費」としての  $\bar{c}_{as}$  は実績値をベースとしつつも、疾病金庫委員会 (The Sickness Fund Council) でもって決められてきた。しかし、保険者の裁量が増すにつれ、評価も複雑化している。一方、ドイツでは平均医療費の実現値がそのまま用いられている (Buchner and Wasem(2003))。規模の大きい疾病金庫が存在する場合、「平均医療費」に対して影響力を行使することができるため、医療費適正化への誘因を損ないかねない。

実際のところ、 $R_j^i$  の合計がそのまま保険者に支払われるわけではない。第 2 段階として、過去に実際に要した費用 (Historical cost) が考慮される。病院の資本コストへの補填は 100%、過去の実績に基づく。一方、外来と病院経常経費に対するリスク調整のうち 30%は過去のコストによる：

(ステップ 2) 
$$R_{II}^j = 0.7 * R_j^i + 0.3 * \text{過去のコスト} \quad (j = \text{外来, 病院経常経費})$$

さらに、外来と病院経常経費に係わる高額医療費 (Outlier risk) を事後的に補填する仕組みがある。具体的には保険者が予め  $R_{II}^j$  の所定の比率  $f$  (2001 年時点で  $f = 0.066$  (外来),  $0.106$  (病院経常経費)) をプールし、各被保険者につき外来と病院経常経費の合計額が一定額 (4,538 ユーロ) を超過した分の 90%を事後的に償還するものである：

(ステップ 3) 
$$R_{III}^j = (1 - f)R_{II}^j + 0.9 * \text{高額医療費 (超過分)}$$
  
( $j = \text{外来, 病院経常経費}$ )

最後に、費用項目ごとに実現したコストの一定割合を事後的に補填する (比例的にリスクシェアすることになる。補填の割合  $p$  は、専門医治療が 70%、病院の経常コストが 25%、資本コストが 95%あまりとなる (図表 7)。

図表 7 保険者への移転

費用項目	リスク調整	過去の経費	Outlier risk	事後的調整
	I	II	III	IV
外来		30%	あり	0%
専門医治療	性別・年齢等			70%
病院コスト		経常	30%	あり
	資本		100%	95%

出所：Lamer et al (2003)

$$(ステップ4) \quad R_{jt}^i = (1-p)R_{j,t-1}^i + p * \text{実現したコスト}$$

中央基金から保険者への支払いは最終的に（決算段階で） $R_{jt}^i$ の合計値に等しい。ステップ 2-4 から、この移転は完全に包括的なわけではなく、事前的算定（ステップ 1）に事後的調整を施したものであることが分かるだろう。過去の経費（ステップ 2）の算入についても、今期要したコストの一部が将来的に補填されるわけだから、保険者は将来受け取るプレミアムを意図的に操作できることになる。上の 4 式を合わせると

$$\begin{aligned} R_{jt}^i &= 0.7 * (1-f) * (1-p)R_{jt}^i + \text{事後的補填} & j = \text{外来, 病院経常経費の場合} \\ &= (1-0.7)R_{jt}^i + \text{事後的補填} & j = \text{専門医治療の場合} \\ &= \text{事後的補填} & j = \text{病院資本コストの場合} \end{aligned}$$

となる。

当初（93-95年）、事後的リスク補填（比例的リスクシェア＝ $p$ ）は移転額全体でみて97.5%あまりであった。つまり、保険者の損失の97.5%が中央基金によって補填される（逆にいえば、疾病金庫は赤字の2.5%のみに対して財政リスクを負う）のである。逆に黒字が出た場合は、97.5%を中央基金に返納する必要がある。これは、リスク構造調整が精緻ではない（当初、リスク調整されていたのは性別と年齢のみ）ため、保険者（疾病金庫）によるリスク選択や保険者財政の悪化が懸念されたためである。しかし、リスク構造調整プレミアムの改善（リスク要因の追加）に合わせて、疾病金庫のリスク負担の程度は引き上げられてきている（＝損失補てんが削減されてきている）。リスク調整に地域、雇用・社会保障受給の有無が加わった1999年、財政リスクは35%になった。その後、2002年に調剤費が、04年に疾病分類がリスク調整されるようになるとともに財政リスクは50%以上に高まってきている（図表8）<sup>8)</sup>。

図表8 疾病金庫の負う財政リスク

	外来医療費 (%)	入院医療費 (%)	合計 (%)	リスク調整変数
1992	0	0	0	年齢, 性別
1993	3	3	3	
1994	3	3	3	
1995	3	3	3	
1996	20	9	13	年齢, 性別, 居住地, 障害の有無
1997	42	15	27	
1998	48	15	28	年齢, 性別, 地域, 雇用・社会保障受給の有無
1999	63	16	35	
2000	66	16	36	+調剤費
2001	65	20	38	
2002	65	24	41	+疾病分類(DRG)
2003	92	23	52	
2004	96	26	53	

出所：Van de Ven, W.P.M.M., R.C.J.A., Van Vliet, and L.M. Lamers (2004)

<sup>8)</sup> リスク構造調整の精密化はドイツでも図られている。2007年から「有病率」をリスク指標として用いることになった（田中(2006)）。

## 5. オランダの 2006 年度改革

「医療保険法」が 2006 年 1 月 1 日に施行された。同法の下では、これまで分立していた疾病金庫、民間保険を統合、第 2 層にあたる急性疾患・短期の入院等に係わる医療保険は民間保険会社によって提供されることになった。医療保険会社は基本保険に加えて補完的保険を提供する。従来、疾病金庫は非営利であったが、医療保険法は保険者による営利を認めており、民間保険会社は株主に対して配当を支払う（利益処分する）こともできる。被保険者は保険会社を選択可能だが、いずれかの医療保険の購入が義務付けられている（「強制保険」である）。06 年以前は（疾病金庫の加入が認められない）一定所得以上の個人の民間医療保険の購入は任意であった。今回の医療保険法により、制度的に「国民皆保険」が実現したことになる。保険者は加入希望の個人の受け入れを拒否できない Open enrollment が課されている。ただし、上述のように補完的保険を用いたリスク選択の可能性が残される。大部分の被保険者は基本保険と補完的保険を同一保険会社から購入しているからだ。

医療保険会社は、異なる保険契約を市場で売り出すことができ、2006 年には 43 種類の（法定給付をカバーした）基本保険が市場に出されている（「2006 年の医療保険市場の特徴」）。オランダの医療保険者は地域単位に限定されているわけではない。医療保険法（第 29 条第 2 項）は大規模な保険者については、すべての州における保険提供を義務付けている。被保険者は医療保険会社を選択できるが、自分が居住する州で契約することになる。

保険のモデル契約の形態としては、(1) 現物給付型保険、(2) 償還型保険及び (3) 複合型保険がある。現物給付（の形での医療サービス提供）は医療保険会社が契約した医療提供機関によってなされる。ただし、被保険者が非契約の医療提供者を選ぶことを妨げるものではない。その場合には被保険者は費用の一部を支払わなければならない。償還型の保険の場合には、被保険者は自分で医療提供者を選ぶことができるタイプ（契約医療なし）のほか、保険者が契約した医療機関を受診する完全な契約医療、もしくは一部契約医療がある。被保険者の 3 分の 2 は現物給付型を選択している（「2006 年の医療保険市場の特徴」）。被保険者は免責制（一定額までの医療費を自己負担）のある保険契約も選択できる。免責の上限は 100 ユーロから 500 ユーロまでと契約によって異なるが、免責に応じて被保険者に対する定額保険料は割引される。ただし、免責を選択する被保険者はごく僅かに過ぎないといわれる。

被保険者は所得に依存した保険料を負担する。この保険料は「医療保険基金」（2006 年以前の中央基金）へ振り込まれる。被用者の場合、保険料（料率 6.5%）は賃金から源泉徴収されるが医療保険法は雇用主に対して当該保険料負担を補償する（賃金に上乗せする）義務を課している。従って、実質的には所得依存保険料は雇用者による拠出といえる。自営業者や年金生活者には雇用者補償はないが、保険料率は 4.4% に軽減されている。被用者、自営業者とも当該保険料の上限は年間 30,015 ユーロである。なお、保険料の徴収には内国歳入庁（徴税機関）があたる（図表 9）<sup>9)</sup>。

所得依存保険料に加えて、18 歳以上の被保険者は加入する保険者に対して定額保険料を支払う。定額保険料の平均は 2006 年時点で 1,000 ユーロ（1 ヶ月 92 ユーロ）程度と見込まれる。同じタイプの保険契約であれば定額保険料は均一でなくてはならない。被保険者の過去の病歴等医療リスクで差別化すること（及び加入を許可すること）は認められていない。一年間、医療給付を受けなかった被保険者は保険料の還付（年間最大 255 ユーロ）を受けることができる（No Claim Fund）。一般医のみの受診、出産のみの場合で

<sup>9)</sup> ドイツでも「公的医療保険競争強化法」（2007 年 2 月）においてオランダの中央基金にあたる医療基金を創設、財源を一本化して全ての被保険者の保険料率を同一にするとともに、同基金を通じて疾病金庫間でリスク構造調整を行うとしている。さらに各疾病金庫は加入者から財源不足に応じて付加保険料を徴収する。疾病金庫と民間保険の並立は残り、後者はリスク構造調整の対象にはならないもののオランダ型の医療制度に近づく改革といえる。

あっても保険料還付を受けられる。また、定額保険料の負担を軽減するため低所得者向けに健康手当 (Health Care Allowance) が給付されている。手当は (実額ではなく) 「平均定額保険料」と規範的費用 (負担可能なコスト) の差額に等しく、単身世帯、かつ年間の (粗) 所得が 25,000 ユーロ以下であれば最大 400 ユーロ、配偶者・パートナーがいる世帯で年間の世帯 (合算) 所得が 40,000 ユーロ以下であれば最大 1,155 ユーロとなっている。保険者間の価格競争を損なうことなく、公平に配慮した制度といえる。

図表 9: 医療保険の保険料

特別医療費補償制度	保 険 料 率		12.55%
	最高支払額 (年額)		30,631 ユーロ
強制健康保険制度	保険料率	被用者等 (雇用者補償あり)	6.5%
		自営業者等 (雇用者補償なし)	4.4%
	最高支払額 (年額)		30,015 ユーロ
保険無請求報奨金	年 額		255 ユーロ
定 額 保 険 料	厚生福祉スポーツ省試算 (年額)		1,106 ユーロ

出所: 「2005 年度オランダ医療保険会社通信」

保険者機能の強化も図られている。疾病金庫は 93 年以降、医師と個別に交渉することが認められていたが、専門医の政治力の強さなどから実績がほとんどなかった。しかし、1998 年の競争法の改正により、競争を阻害する結託・価格カルテル等は当事者がその社会的利益を立証できない限り、すべて禁止されることになった。(98 年以前は結託が社会的利益に反することを挙証する責任は政府の側にあった。) この競争法は医療提供の 3 分の 1 あまりに関わっている。同法に基づき公正取引委員会 (Competition Authority) がこれまで慣行として行われていた医師ら (一般医、セラピスト等) による価格カルテルを禁止した。

保険者から医療機関 (病院・医師) への支払いの包括化も図られてきている。診療報酬の包括化には医療サービスの分類 (所定の疾病に対する診療行為の標準化) が不可欠である。政府は 2000 年に疾病診断・診療行為に関する研究プロジェクトを発足、病院の外来・入院治療を分類する基準として DBC (疾病・治療分類) を開発した。DBC の種類は 400-600 ほどであり、05 年からは病院経費の 10% については、この DBC (にとって定義された医療サービス 100 程度) ごとに価格づけを行うことになっている (Schut and Van de Ven (2005))。これまで保険者は病院との個別交渉は認められておらず、その予算について病院との集団交渉への参加が義務付けられていた。2006 年より保険者は DBC に基づき病院と個別に契約を交わすことができるようになった。ただし、向こう 5 年間は移行期間とされ、病院予算の 90% は (従来の総予算枠制に基づき) 政府によって決められ、残りの 10% を当事者間での価格交渉に委ねる二元制度がとられている。後者の比率は今後高められていく見通しである。

## AWBZ の縮小

1968年の導入以来、給付範囲の拡大とともに、AWBZ支出額は増加し続けている。介護、長期入院などに対する国民の高いニーズが背景にあるとしても、このまま膨張が続けば、AWBZの保険料が2030年には25%あまりになるとの試算もある(MHWS(2004))。2000年以降はサイモンズ計画から一転、AWBZを限定する方向にある。2007年には精神科治療(1年以内)が医療保険制度(第2層)に移されるほか、WMO法(社会的サポートに関する法律)を施行(2007年1月)して在宅ケアを地方自治体に担わせるなど分権化(介護支援における地方自治体の責任の拡充)が進められている(MHWS(2004))。ただし、介護施設は慢性的な供給不足にあり、待機リストも解消していない。病院を出た患者が「介護難民」になった事例は知られていないが、その懸念は拭えない(大森(2006))。

## 保険者への規制

医療保険を提供する民間保険会社に対しては、その財務・投資、保険の提供、保険料の徴収、競争等、様々な局面で規制が存在している。その規制には医療関連に限らず、医療以外の保険会社同様、民間保険・営利企業に対するものも含まれる。規制当局としては、(1)中央銀行、(2)金融市場規制当局、(3)競争政策当局、(4)医療保険監視機構(CTZ)(健康厚生スポーツ省)及び(5)医療保険機構がある(MHWS(2006))。

保険者は民間保険会社を監督する「保険監督法(Insurance Supervision Act)1993」の適用を受ける。同法は民間保険会社が保険契約を履行するのに必要な財務上の健全性や保険経営の継続性を監督するものであり、中央銀行が規制当局として執行にあたっている。金融規制当局は、医療保険会社が被保険者に対して保険契約のオプション、定額保険料に関する情報を被保険者に正しく開示しているかを監視する。さらに同局は保険者の財務管理・投資の適正も審査する。医療保険会社あるいは医療提供機関の間での結託を防止・摘発する(健全な競争を保持する)のが競争政策当局の役割である。一方、CTZは加入者受け入れ義務の遵守や同一保険契約に対する保険料の適正徴収(差別化の有無)を監視する。また、CTZは医療保険法で規定された公的医療保険給付を被保険者が受けているかどうかをモニターするほか、後述する医療保険機構からの要請があれば保険者の査察も行う。こうした医療保険市場の監督はケア規制当局(Care Authority)に移行されることになっている。「健康法(Health Care Act)」に基づいて設立されるケア規制当局はAWBZ(第1層)を含め医療保険の適正な執行等、保険者の保険運営を監視する機能を有することになる。最後に医療保険機構は、「医療保険法」の下で保険市場の運営全体を監督、保険契約の明瞭性の促進、保険・サービス提供に関わる指針の作成、医療保険とAWBZの間の整合性の確保、リスク構造調整プレミアムを配分する医療保険基金の管理及び同プレミアム移転の実施などを担う。

2006年以降、CTZによる加入者受け入れ義務は民間保険会社に適用されてきている。しかし、EUでは民間企業の事業への政府の統制を禁じており、これにOpen enrollmentが抵触する可能性も指摘されている(Van de Ven エラスムス大学教授談)。今回の改革にあたって、オランダ政府は事前にEUの競争委員会に対して確認、EU規制に矛盾しないであろうという委員長の言質を得ているが、EUの公式見解というわけではない。

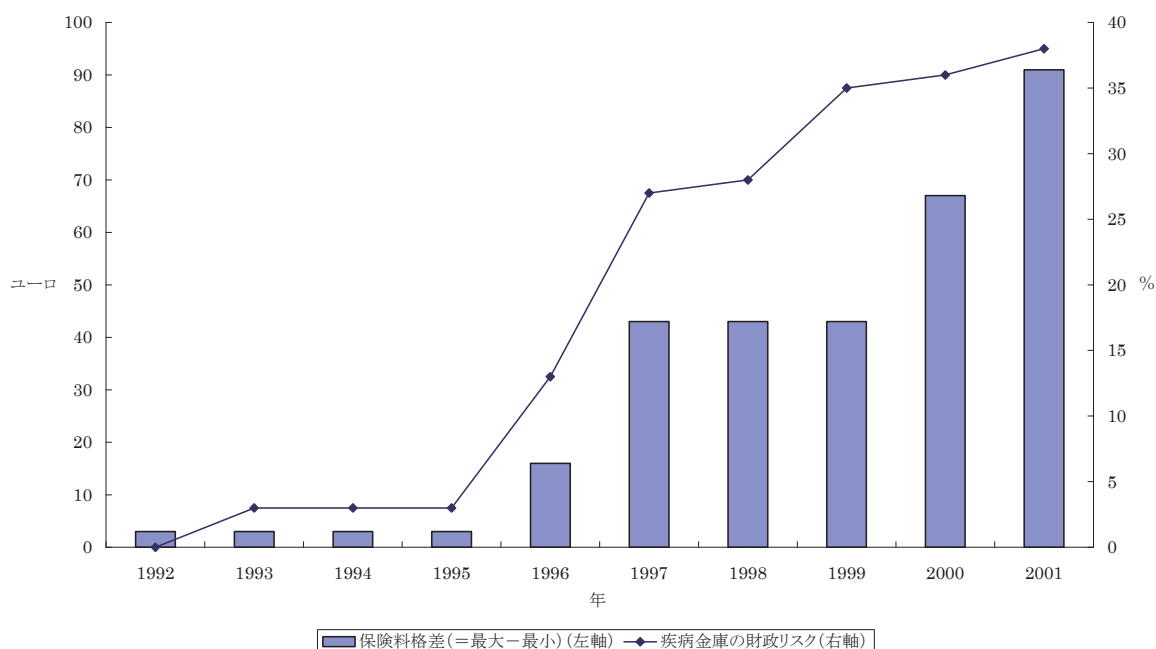
## 保険者間競争の実際

定額保険料は被保険者の所得には依存せず、保険契約タイプごとに金額が決められている。(ただし、低所得者の負担への配慮はHealth Care Allowance Actの下で「医療手当」でもって対処される。)90年代初頭は、疾病金庫に対する事後的補填の割合が高かった(93年は97.5%)ことや医療機関の選別も皆無であ



ったことから保険者間で定額保険料に格差がほとんどなかった。しかし、リスク構造調整プレミアム精緻化（それと合わせた事後的補填のシェアの低下）や保険者の経営能力の向上とともに格差が顕著になってきている（図表 10）。2006 年におけるこの定額保険料の最高額（契約医療なしの補償型保険）は 1,172 ユーロであり、最低額（契約医療付きの補償型保険）は 990 ユーロである。保険による価格の差は 10%以上に達する。被保険者によって選択の自由がない保険商品（現物給付型保険）は安価な、選択の自由が多い保険商品（補償型保険）の場合は高価な「価格づけ」がなされてきているものと考えられる。ただし、ある保険会社の契約医療付き複合型保険及び補償型保険は、別の保険会社の現物給付型保険よりも安価な場合がありうる（「2005 年度オランダ医療保険会社通信」）。

図表 10 定額保険料格差の拡大



出所：L. M. Lamers, R. C.J.A. van Vliet and W.P.M.M. van de Ven (2003)

Schut and Hassink(2002)は96年から98年までのパネルデータを用いてプレミアムの引き上げが当該保険者の市場シェアに及ぼすマイナス効果は低く、疾病金庫間での価格競争が限定的であったことを示した。疾病金庫を変える被保険者の割合は毎年2-3%に留まるとの報告もある(Lamers et al(2003))。ドイツにおける被保険者移動も3-4%程度とされる(Buchner and Wasem(2003))。個人に対する十分な情報(保険プラン・提供される医療サービスの内容等)が行き渡らなかつたことが、自由な保険者選択の権利が行使されない原因の一つに挙げられる(Van de Ven(1991))。しかし、2006年は被保険者の約18%が別の医療保険会社に移ったとされる(図表 11 参照)。同一保険者にとどまっても、別の医療保険を選択することもありうる。こうした内部での移転は5%から10%に及ぶものと見積もられている。他の医療保険会社への移転及び同一会社内の移転の数値を併せると、被保険者の23%から28%が、2005年末の時点で従来の医療保険

契約を変更したことになる。制度改革による一時的な現象ともいえるが、被保険者が機会（と情報）があれば、「足に投票」権を行使することを示す事例である。

**図表 11 2001年から2006年までの被保険者の可動性**

年度	強制健康保険会社の被保険者	民間保険会社の被保険者
2001	2.6%	6.6%
2003	2.8%	8.6%
2004	2.4%	不明
2005	4.2%	8.7%
2006	18%	

出所：「2006年の医療保険市場の特徴」

## 6. 終わりに

わが国でも「選択と競争」を促進すべく「管理競争」の導入が提言されている（広井(1998), (1999)）。社会保険における社会連帯（再分配）と効率性の追求は必ずしも相反しないことは強調に値する。オランダのように保険者の機能（権限）強化と保険者間競争を促した上で、①所得依存型社会保険料とリスク構造調整プレミアムを組み合わせてもって社会連帯を維持する一方、②定額保険料に医療保険への価格メカニズムとしての役割をもたせることも可能である。定額保険料の一部を補助（手当給付）すれば、低所得者にとっても公平な仕組みとなるだろう。競争原理による医療資源の効率化（マイクロ効率性の改善）は医療費を財政的に持続可能な（「身の丈」に合った）水準に留める（マクロ効率性の確保）マクロ総額管理とも補完的になりうる（佐藤(2007)）。

市場原理へのありうる批判としては、個人は医療サービスに関する十分な情報を持たず、よって保険者や医療機関が偽りの情報（あるいはイメージ戦略）に左右されることが挙げられよう。医療機関・保険者に関する情報はスタンダード化し、比較可能にする工夫が必要であろう。情報開示の主体は保険者、医療機関自体でもよいが、その情報の正確さを調査・公表する第3者機関の設立が不可欠である。この第3者機関には査察、ペナルティーを課す権限が付与されてなくてはならない。利害当事者（保険者、医療機関）らによる自主的な規制ではなく、強い権限を有した第3者の関与が公開された情報の信頼性を高めることに貢献するだろう。また、保険者や医療機関を評価する格付け機関の参入を認めることも情報公開をさらに促進するものと考えられる。十分、かつ正確な情報の下でのみ個人は責任ある選択をとることができる。例えば、米国では、保険者機能を発揮する民間保険（HMOを含む）に対して、保険者・保険商品の質の評価・認定を行う機関（National Committee for Quality Assurance (NCQA)）が存在、保険者機能の行きすぎをチェックしている（松原(2002)）。

医療に限らず制度改革は一夜にしてなるものではない。オランダはデッカー・プラン（1987年）から2006年改革まで20年近い月日を要した。その間、制度改革は漸進的、かつ試行錯誤的であったが、保険者機能の強化と競争原理の導入という基本原則にぶれはなかった（国民的・超党派的合意があった）よう

に思われる。社会の高齢化と財政悪化の中、「将来世代に負担を先送りしない社会保障制度を確立」しつつ、必要かつ適切な医療サービスの提供を促進すべく医療制度の再構築が急務になっている。そこで求められているのは場当たりの財源確保（公費の投入）や診療報酬のカットではなく、医療制度の「基本原則」と社会的コンセンサスの確立であろう。

## <参考文献>

- 大森正博(2001)「オランダの医療制度改革と「保険者機能」」『海外社会保障研究』No.136, pp.59-71, 国立社会保障・人口問題研究所
- 大森正博(2006)「オランダにおける医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』No.156, pp.75-90, 国立社会保障・人口問題研究所
- 佐藤主光(2007)「医療保険制度改革の課題」『会計検査研究』第35号, pp.7-25
- 田中耕太郎(2003)「ドイツの医療保険制度改革」『海外社会保障研究』No.145, pp.14-25, 国立社会保障・人口問題研究所
- 田中耕太郎(2006)「ドイツ医療制度にみる「連帯下の競争」のゆくえ」『フィナンシャルレビュー』80号, pp.4-32
- 広井良典(1998)『医療保険改革の構想』日本経済新聞社
- 広井良典編(1999)『医療改革とマネイジド・ケア』東洋経済新報社
- 廣瀬真理子(2000)「オランダの長期医療・介護保険」『海外社会保障研究』No.131, pp.47-55, 国立社会保障・人口問題研究所
- 松原由美(2002)「医療提供体制と保険者機能」『医療と社会』vol. 12(1), pp.27-35
- Buchner, F. and J. Wasem (2003) “Needs for further improvement: risk adjustment in the German health insurance system,” *Health Policy* 65(1) pp.21-35.
- Enthoven, A.C. (1988) *Theory and Practice of Managed Competition*, DeVries Lecture No.9 (North Holland).
- Enthoven, A.C. (1997) “Market-based reform of U.S. health care financing and delivering: managed care and managed competition,” G.J. Schieber ed., *Innovation in Health Care Financing*, World Bank.
- Hamilton, V. (1995) *Risk Selection: A Major Issue in Internal Market: in Health care reform through internal markets: experiences and proposals*, The Brookings Institution.
- Helderman, J-K., F.T. Schut, T.E.D. van der Grinten and W.P.M.M Van de Ven(2005) “Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands,” *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30(1-2).
- Lamers, L. M., R.C.J.A.van Vliet, and W.P.M.M. van de Ven (2003) “Risk adjusted premium subsidies and risk sharing: Key elements of the competitive sickness fund market in the Netherlands,” *Health Policy* 65(1), pp.49-62.
- Pott-Buter, H.A. (2000) “Dimensions in Health Care: an overview of the health care system in the Netherlands,” 『海外社会保障研究』No.131, pp.66-82, 国立社会保障・人口問題研究所
- Schut, F.T. and W.P.M.M Van de Ven (2005) “Rationing and competition in the Dutch health care system,” *Health*

*Economics*, vol. 14, pp. 59-74.

Schut, F.T. and W.H.J.Hassink (2002) “Managed competition and consumer price sensitivity in social health insurance,” *Journal of Health Economics* 21, 1009-1029.

Van de Ven, W.P.M.M. (1990) “From regulated cartel to regulated competition in the Dutch health care system”, *European Economic Review* 34, 632-645.

Van de Ven, W.P.M.M. (1991) “Perestrojka in the Dutch health care system: A demonstration project for other European countries”, *European Economic Review* 35, 430-440.

Van de Ven, W.P.M.M., and R.P. Ellis (2000) “Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets”: in A.J. Culyer and J.P. Newhouse eds, *Handbook of Health Economics* vol. 1(A) (North-Holland)

Van de Ven, W.P.M.M and F.T.Schut (2000) “The first decade of market oriented health care reforms in the Netherlands,” Mimeo.

Van de Ve, W.P.M.M.,and R.C.J.A.,Van Vliet (1992) “How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market?” : in P.Zweifel and H.E.Frech III eds, *Health Economics Worldwide* (Kluwer Academic Publishers)

Van de Ven W.P.M.M., R.C.J.A.Van Vliet and L. M.Lamers (2004) “Health Adjusted Premium Subsidies in the Netherlands,” *Health Affairs*, Vol. 23, No.3, pp. 45- 55.

#### <参考資料(オランダ会計検査院提供資料)>

「2006年の医療保険市場の特徴」

「2005年度オランダ医療保険会社通信」

「医療に関する検証:2005年度年報」 VWS 政策領域文書

CVZ (2005) *Personal Budget: Purchase your own care in 8 steps.*

MHWS (Ministry of Health, Welfare and Sport) (2004) *Reform of the health care system curative care and the General Law on Special Medical Expenses (AWBZ).*

MHWS (Ministry of Health, Welfare and Sport) (2006) *Health Insurance in the Netherlands; The new health insurance system from 2006.*