

図1 ドイツ疾病金庫数

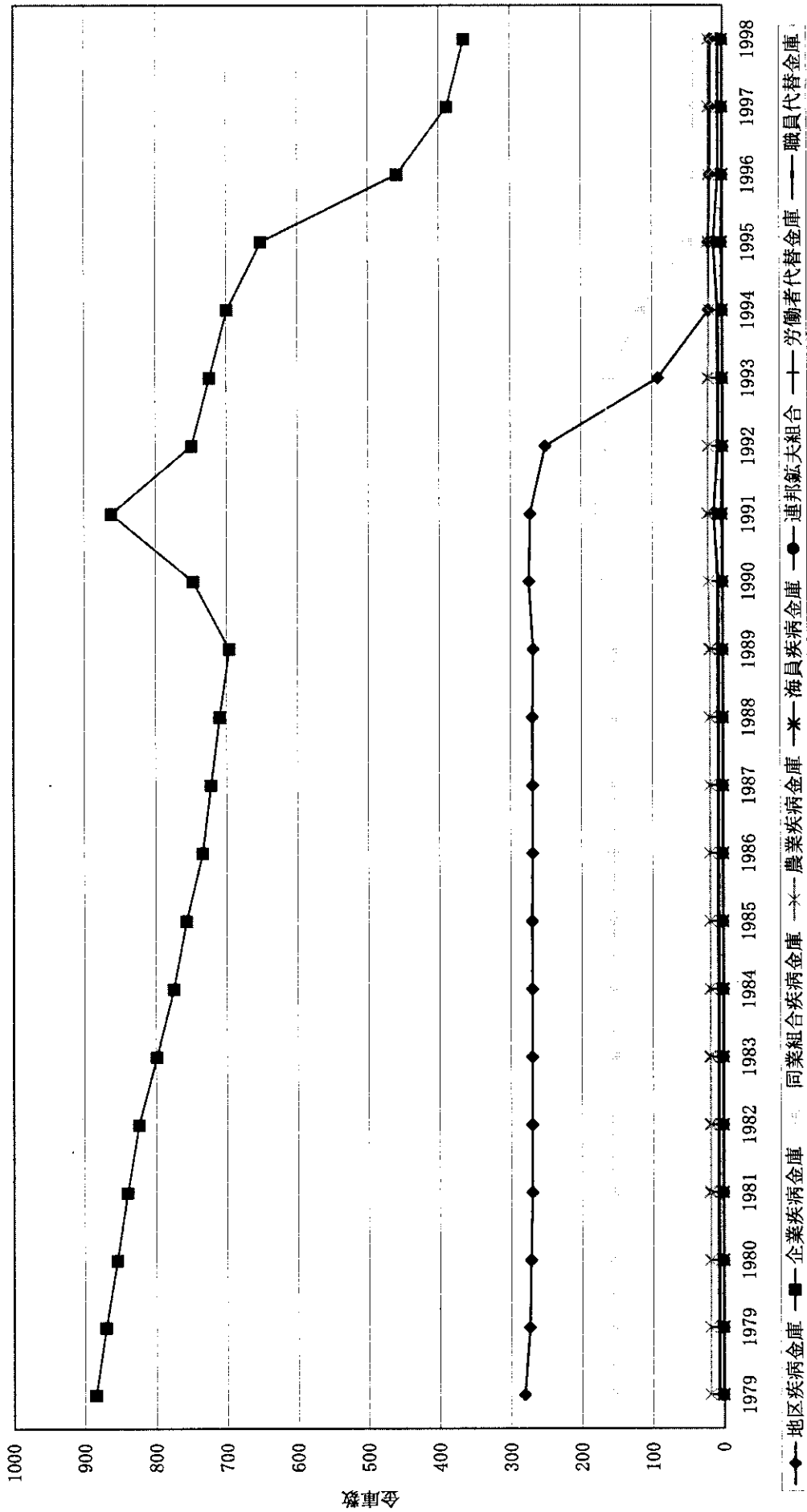
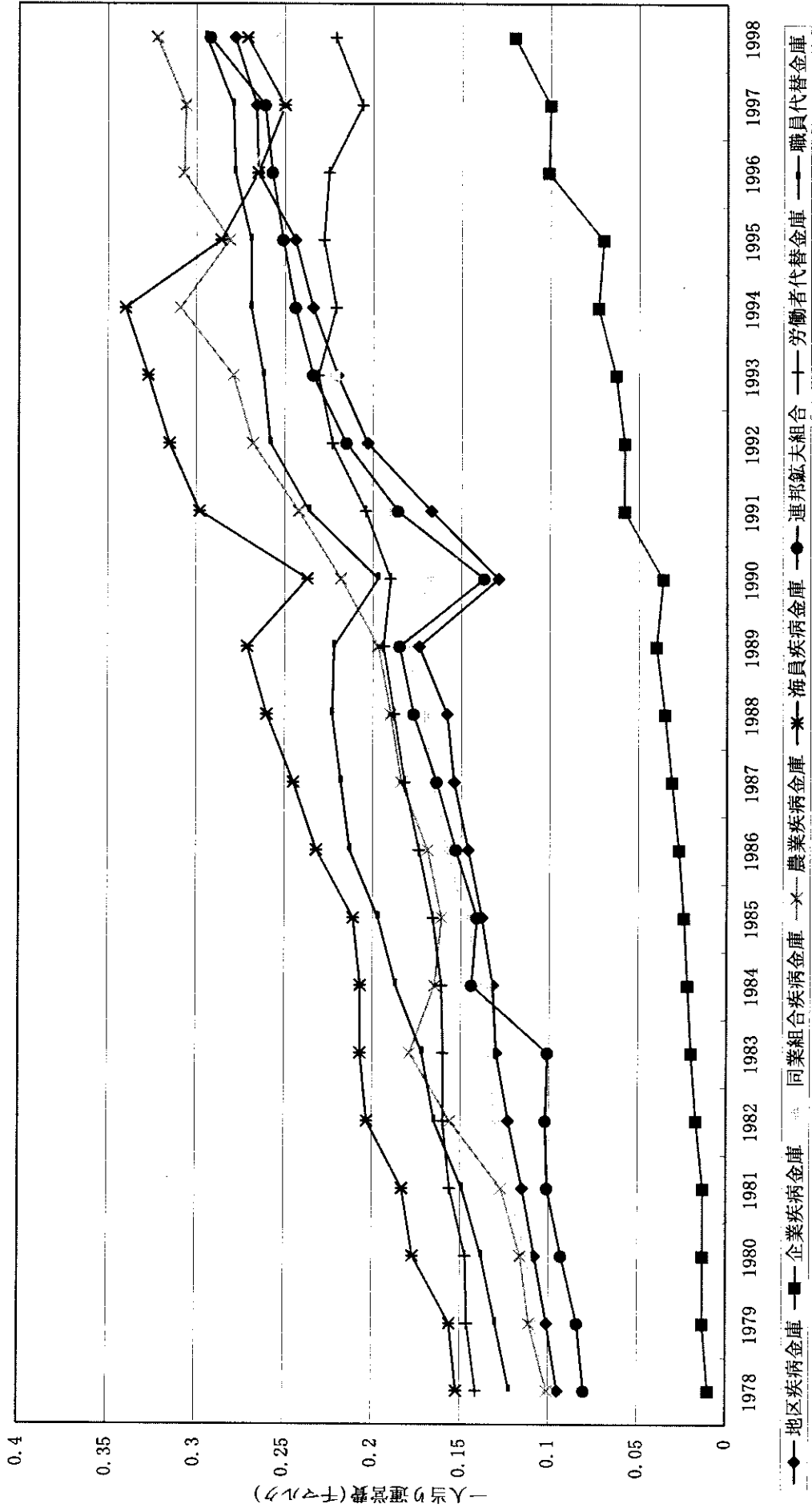


図2 疾病金庫種別一人当り運営費



-
- 1) これは国民健康保険の場合であるかも知れない。組合健康保険の場合には賦課・徴収の費用は国民健康保険と比較すれば非常に小さい。それゆえ組合健康保険の場合にはその他の保健事業が主要な事業となるかも知れない。
 - 2) 磁気化されたデータをご提供いただいた国民健康保険中央会に対して深くお礼申し上げます。
 - 3) 対数変換を行った。
 - 4) ここでは名目価格で表示されている。
 - 5) ドイツの医療制度全体のオーバービューについては、本研究報告書第3部第3章「ドイツ医療保険の保険者機能」、を参照のこと。

第3章 制度補完性から見た保険者機能論

-保険者機能に求められるのは医療の質の向上と予防医療の充実-

学習院大学 経済学部

遠藤久夫

1. 保険者機能を巡る議論

わが国の公的医療保険において保険者は本来の保険者としての機能を備えていないという意見が、保険者の権限を強化すべきという文脈の中でしばしば主張される。そこで、まず「本来の」保険者の機能とは何かという点から考えてみたい。

「責任と権限」という視点は組織や人間に対してどのような権限を付与するのが適切かという問題に有益な示唆を与えてくれる。その主体が社会的に期待されている責任を遂行する上で必要な権限が与えられているかどうかという視点で権限の強さと範囲の合理性を計る考え方である。法的な責任が問われる場面では、ある種の行為がその主体に与えられた権限の範囲内にあるかどうかを検討の対象となるように、責任と権限のバランスという概念は権限の議論をする上で説得力をもつと考えられる。では保険者の責任とは何であろうか。いろいろなことが考えられるが、保険が社会的に望ましい制度だという前提に立てば、最大の責任は自らの保険集団を財政的に維持し被保険者に対して保険サービスの提供を継続することである。収支バランスを維持するために私的保険であれば、①保険商品（保険システム）の設計、②加入審査、③保険料設定、④保険金支払いの管理、などは原則的には自由である（わが国の場合、私的保険においても長い間規制があったが最近になり多くの規制は撤廃されている）。

これに対して、保険制度を保険者だけで設計することはできない、加入者をリスクにより選択することはできない、被保険者のリスクに応じた保険料の設定はできない、支払いの管理については制約がある、というように公的医療保険の保険者はこれらの機能が著しく制限されている。いうまでもなくこれらの制約は医療保険が強制加入による公的医療保険であることにより課せられた制約である。システム全体が保険者の自由度を低下させる代償に公費の投入を行うことにより収支相等の原則を維持しようという発想のもとに運営されているのである。しかし保険財政が逼迫する中、これらの制約は現状のままでよいのか、どこまで緩和すべきかという保険者機能論が台頭してきた。そこでのポイントは④の審査支払いの強化である。契約自由の原則から保険医療機関の選定、支払額について保険

者は自由度を保持すべきだという考え方もある。しかし、そもそも公的医療保険は公平性の確保の観点から自由度が制約されているのであるから、保険者の契約は自由でなければならないと言い切ることはできないだろう。そもそも被保険者でも現行制度下では保険未加入の選択、保険者の選択ができないのである。

また、保険財源の逼迫の最大の理由が健康保険組合に関していえば老人保健拠出金制度によるものであれば、まず議論すべきは高齢者医療の費用負担構造をどのようにすべきかという課題であろう。支払い審査については課題は多いが、筆者は支払い金額そのものより、医療の質について保険者をはじめとする関係機関が適切に評価せずに報酬が支払われていることこそが問題だと考える。

2. 制度補完性と保険者機能

そもそも保険者機能の再構築という考えは公的医療保険制度のパフォーマンスを向上させるための一つの方法にすぎない。この場合の社会的パフォーマンスとは医療アクセスの公平性の確保と医療資源の効率的利用、すなわち費用対効果の向上の二つだと考えられる。前者においては地域格差の問題などはいまだに残っているもののマクロレベルではわが国の医療アクセスの公平性は先進国の中でもかなり高い水準にあるといえる。いうまでもなく課題とすべきは人口の急速な高齢化が避けられない中での後者の問題であり保険者機能論もこの文脈で議論されている。しかし、ここで注意しなくてはならないことは、医療に関する諸制度はそれぞれが固有の影響を医療のパフォーマンスに及ぼしているため、保険者の機能を単独で評価検討するのは適当ではないことである。他の政策との複合された効果、他の施策とどのような補完性がもてるか、他の政策に対してどのような比較優位をも持つことができるかという視点をもつことが重要なのである。

その観点から医療の費用対効果を向上させる手法として保険者がなすべきことは何なのかを考察してみよう。医療の費用対効果を向上させるための手段としてはおよそ以下のようない手段が考えられる。

(1) 診療報酬体系を出来高払い制から包括支払い制への移行することにより過剰診療のインセンティブをなくす。

(2) 保険請求の審査強化によって出来高払い制下の主として診療側のモラルハザードを抑制する。

(3) 適切な医療情報を患者に提供することにより患者の合理的な医療選択能力を向上させる。

これらの施策と保険者機能との関連を考えてみよう。

(1) 現行制度では診療報酬の支払い方法を個々の保険者が決定することはできない。このことは、①診療報酬が出来高払いか包括支払いかは傷病の特性に依存させるべきものであること、②強制加入の国民皆保険の下では被保険者および医療機関に対して公平性が重

視されるべき、③支払方法の基準が多様であることは医療機関の混乱を生じさせる、等の理由で合理的だと考えられる。しかし、包括支払い制への移行は過少医療を生じさせる可能性を否定できないし、現状ではレセプトに包括化された内容を記載しないため保険者による医療内容の評価は不可能である。このため包括支払い制への移行は外部機関による医療の評価の強化を以って不透明性の拡大を補完する必要が生ずると考えられる。その意味では保険者は個々の医療のプロセスに関する情報に最もアクセスしやすい立場にあるので、保険者の医療評価機能に対する期待は高まると考えられる。

(2) 審査強化はまさに保険者機能と直結する問題である。保険者による直接審査および医療機関との個別契約を行うことがしばしば議論されている。しかし、このような施策が議論される背景を理解することはできるものの、以下の理由で必ずしも有効性の高い手段だとは思えない。第一は取引費用の問題である。支払基金が診療側と支払い側の間に介在することから得られる経済的効果は、全国に点在する医療機関と保険者の取引を単一集団が取り扱うことによる取引費用の削減である。その意味では全国一律の皆保険を前提とするのであれば、現行の方式は経済合理性を持っている。第二は先鋭的対立が生ずることへの危惧である。審査機関が診療側と保険者の間に介在することにより、計らずも両者の利害の調整機能を果たし、先鋭的な対立を回避する結果を生み出している。現行制度では診療側、支払い側ともに不満を持っているが、直接交渉による双方独占下の不安定なコンフリクトを回避していることは事実であろう。第三は医療評価の問題である。現行の医療システムでは医療の標準化が十分に行われておらず、また医療機関の医療内容に関する情報が保険者に十分提供されている状況ではないため、保険者が個別交渉に移行することに伴って仮に交渉力が増強されたとしても必ずしも費用対効果を高めるという保証はない。第四は保険者が医療機関と個別契約を結ぶことが保険者の交渉力をどれだけ増強させるのかは不確定であることだ。むしろ不正請求等に伴う保険医資格に係る行政処分を厳しくすることで対処の方が有効かつ混乱が少ないと思われる。

(3) 患者主権の支援を行うことによって、医療の費用対効果を向上させるというアプローチは一見即効性に欠けるように思えるが、実はわが国の医療問題の本質に関連する事柄であると共に、保険者が行うことが比較優位を持ちうる施策だと考えられる。以下、この点を考察してみよう。

3. 保険者の果たすべきアプローチ

(1) 医療の質評価に関する課題と保険者の特徴

わが国の医療保険制度は優れた側面は多いが、医療の質に関しては次のような課題がある(もともとこれらの課題は先進国の医療保険制度に程度の差こそあれ存在する)。

①診療報酬体系には医療の質を高めるインセンティブが入っていない。

支払い方式が出来高払いでも包括支払いであっても診療報酬が医療の質の関数とはな

っていない。

②保険者は医療の質を評価することが困難

現行のレセプトの記載内容や現状の保険者自身の医療評価能力から、保険者が適切に医療評価を行うことは困難である。

③患者は医療の質を適切に把握できない

医療機関の医療情報の開示に対する消極姿勢、保険者を含めた外部の評価機関の未整備などの理由で患者の医療および医療機関の質を適切に評価できない。

一方、保険者が他の機関と比較して比較優位を持っていると考えられる点を整理すると次の通りである。

①被保険者と長期的・固定的な契約関係がある

②被保険者の年齢や健康状況を把握できる。

③付加給付などを用いて被保険者や医療機関に経済的な誘導を行える。

(2) 保険者の取るべき選択

これらの保険者の持つ特徴（優位性）は医療の質をめぐる課題の解決に有効に機能すると考えられる。保険者が実施する方が他の機関が行うより効果があると思われるアプローチは以下の三点である。

[患者主権確立の支援]

保険者は厳密に言えば被保険者の利益の代理人ではあっても、患者の利益の代理人である保証はない。その意味では、保険者が患者の自由な医療機関選択を制限することは、明らかに特定の医療機関に問題がある場合は別としても、少なくとも保険者がこれを行う根拠は明確ではない。むしろ保険者が行うべきことは患者主権確立の支援だと考えられる。患者主権の確立支援とは、患者が合理的な医療選択を行えるようになるために「医療機関（医師）の選択眼を養うための学習」と「選択に供するための医療機関情報の提供」を意味する。学習とは健康教育や医療システムに関する教育である。健康教育は一般教養的な内容だけでなく、より踏み込んだ講座の提供も望まれる。具体的には特定の疾病に対する診療ガイドラインの解説、特定の疾患に関連する医薬品の特性の解説、よい医師や医療機関の選び方や医師との接し方など、さらにはセカンドオピニオンの実施など踏み込んだ内容も含まれるべきである。保険者は特定の疾患の患者をセグメントして彼らに最適の学習プログラムを構築できる点が優れている。たとえば高血圧で治療を受けている被保険者（および家族）に対してリスクや生活習慣、治療法等を体系的に提供するのである。また信頼できるセカンドオピニオン体制を充実させることも重要である。これによりドクターズショッピングの抑制が期待できる。

わが国の医療問題の根底には一般の人に対する患者教育が適切に行われなかったことがある。医療の特性、医療の可能性、医療の限界に対する不十分な理解こそが、医療に対する過剰な期待や反対にそこはかたない不信感を醸成させてきているといえる。健康関連の書

籍やテレビ・ラジオ番組は豊富であるが、これらは必ずしも体系的でなくかつ興味をもっている人のみが情報にアクセスするという点で不十分である。学校教育でも行われないとすると誰が行うべきなのか。保険者である。被保険者（患者）に対して体系的な教育を行うことにより「賢い患者」を育成することは、中長期的には医療の無駄を排除し質の高い医療を提供する医療機関が増えていくことにつながる。

保険者がこのような患者教育を行うことに適している最大の理由は、保険者なら患者教育プログラムを被保険者が受講するための経済的インセンティブを構築することができるからである。たとえば受講修了者には、入院時の差額ベッド代に補助を行うなどが考えられる。

[予防の実践]

生活習慣病には予防が重要であるにもかかわらず、必ずしも十分な予防が行われているかという疑問がある。予防活動が十分に行われないのは1) 魅力的な予防プログラムが提供されないこと、2) 積極的に予防を行う人はよほどの危険回避的傾向のある人に限られること、3) 公的医療保険によって、病気になっても費用負担が小さいことなどの理由が考えられる。

しかし、なんといっても予防に積極的になれないのは、予防プログラムを受けることに対する直接的なメリット、受けないことによる直接的デメリットがないことである。この点では保険者が行う場合は患者教育の場合と同様にプログラムを履行した被保険者に対して入院時の差額補助などの経済的インセンティブを与えることが可能である。また保険者は被保険者の年齢や健康状況を把握できることは、経済的インセンティブを提供できる存在であることに加えて、保険者の有利な点だと考えられる。肥満傾向の被保険者に対する予防プログラムを提供するといったことが可能になる。

また効果的で魅力的な予防プログラムの開発も重要である。アメリカのマネジドケア保険の中でさまざまな予防プログラム、健康増進プログラムが開発されているが、これらを積極的に取り入れることも選択肢に含まれるだろう。さらには世界中の予防医療を研究している施設や研究者とネットワークを組んで健康保険組合連合会立「日本予防医療研究センター」を作ってもよいのではないか。予防プログラムの延長上に前述の患者教育プログラムを位置づけることで、傷病発症前と後を一貫してケアすることが可能となる。短期的には費用がかかるが中長期的には医療費の減少につながるのではないか。

[医療の質向上のインセンティブの構築]

現行の診療報酬体系は医療の質を向上させるインセンティブはビルトインされていない。第一は支払い方法が出来高払い制であっても定額払い制であっても医療の質を向上させるとは限らない。どちらも医療の質とは無関係に支払いが決まるためである。出来高払い制下の過剰医療が問題であるならば、定額支払い制下の過少医療も懸念されなくてはならない。第二は診療報酬体系の画一性である。プライマリーケアも高次医療もほとんど同じ報酬体系が適用されている。地域的にもほとんど差が無い。したがって現行の診療報酬制度

は質も高いがコストも高い医療の提供に対しては抑制的に働く。第三は、医療に関する情報の開示に対する経済的インセンティブが無いことにより、医療機関は質の情報開示に積極的になれない。その結果、本当に質の高い医療機関が選択されるというメカニズムが働かず質の向上を阻害する結果となっている。

このような診療報酬上の問題を保険者は医療の質の向上にインセンティブを与えることで補完することが可能である。

①医療の質向上のインセンティブ

たとえば、周辺に高次医療機関がない民間病院が地域ニーズに応じて高次の医療を行っている場合などでは、行政からの補助などもなく経営は苦しい場合が多い。診療報酬の画一性から生じたこのような問題は保険者が独自の調査を行って、地域的に必要と認定した場合は補助金などを与える仕組みをつくることは有益だと思われる。これは、信頼性の高い診療ガイドラインを利用することを約束に付加給付を行うこと、情報化投資の補助などいろいろなケースが考えられる。特に情報投資は業務の効率化、医療の質の向上、情報の開示にとってきわめて有益であるにもかかわらず診療報酬上の評価は無い。補助金のない一般の民間病院では経済的な理由で投資が抑制的になっている。これも保険者の視点から評価してインセンティブをつけることは重要である。

②医療の質の開示に関するインセンティブ

また、患者および保険者に対する情報開示を積極的に行うことに経済的インセンティブをつけることも有益であろう。レセプト情報内容の改善（ICD コードの利用など）、プロセスやアウトカム情報の公開、積極的なカルテ開示の姿勢、時間をかけたインフォームド Consentなどを約束した医療機関、に対して付加給付などのインセンティブを与えることも考えられる。これは日本医療機能評価機構などと協力して、わが国の医療機関評価をストラクチャーレベルから欧米並みのプロセス、アウトカムレベルへと高めることが期待できる。

以上をまとめると、実行可能性や比較優位性からみて保険者に求められる機能は医療の質の向上の推進、予防医療の充実、患者主権確立の支援であると考えられる。

第4章 オランダの医療・介護制度における「保険者機能」

城西大学 経済学部

大森 正博

1. はじめに

高齢化の進展、医療費の増加という現実を踏まえて、世界の国々では、自国の医療・介護制度を見直す気運が高まってきている。医療・介護制度は、それぞれの国々の文化、歴史を背景に持っており、それぞれの独特の医療・介護制度を形作っているが、医療・介護制度改革のアイデアとしては共通の考え方が取られているように思われる。いわゆる「管理競争 (Managed Competition)」の考え方である。その基本的な考え方は、医療・介護サービスの購入について、消費者のエージェント (代理人) を設定し、医師、医療機関等のサービス供給者と購入契約を行わせ、サービスを買わせるという考え方である。消費者のエージェントを誰にするかによって、制度改革のデザインは異なるが、いわゆる (社会) 保険制度をとっている国々では、エージェントに「保険者」を設定することが多い。我が国でも、近年、こうしたタイプの制度改革の構想を前提に、「保険者機能」に注目が集まっている。「保険者機能」については、必ずしも定義が明らかではないが、

1 (リスク分散としての) 保険サービスの提供

2 消費者の医療サービス購入のエージェント

サービス供給者 (医師、医療機関 etc) との価格などの契約交渉及び選別

3 保健サービスの供給 (予防、住民の健康相談 etc)

を挙げることができよう。

本稿で取り上げるオランダも日本と同様に「社会保険」制度を採用しており、1980年代の後半から、「規制された競争 (Regulated Competition)」の考え方の下に、保険者をキー・パーソンにした競争原理の導入を柱にする医療・介護制度改革が行われてきた。

オランダにおける、今日の医療・介護制度改革についての基本的なアイデアは、デッカー・プランに遡る。保険者を消費者の医療・介護サービス購入のエージェントとして設定する考え方は、「保険者機能」に着目した制度改革の考え方であると言って過言ではない。今日のオランダの医療・介護制度は、デッカー・プランの構想がそのまま実現されておらず、一部が実現されたものである。

本稿の目的は、今日の言葉でいう「保険者機能」に着目した医療・介護制度改革を行ったオランダの制度改革の考え方を検討し、今日のオランダの医療・介護制度改革の現状について分析することにある。

本稿の構成は以下の通りである。最初に、第二節では、オランダの今日の「保険者機能」の基本的アイデアを提示したデッカー・プラン、シモンズ・プランについて説明し、上

記の「保険者機能」が機能するメカニズムについて解説する。第三節では、デッカー・プラン、シモンズ・プランの頓挫の後、実施され、今日に引き継がれている「1995年の改革」の考え方について考える。第四節では、「保険者機能」に着目して、今日のオランダにおける「保険者機能」と日本におけるそれを比較・考察する。第五節で、結論が述べられる。

2. オランダにおける医療・介護制度改革のアイデア

(1) デッカー・プラン、シモンズ・プラン

オランダの今日の医療・介護制度改革の基本的な考え方は、1987年秋の上梓されたデッカー・プランによって強い影響を受けている。デッカー・プランは、その後、基本的考え方を変えることなくシモンズ・プランに受け継がれた。デッカー・プラン、シモンズ・プランで提案された医療制度改革の骨子は次の通りである¹⁾。

従来の長期の保険と短期の保険、さらに短期の保険の中で人々の所得、身分などによって分立していた保険制度を一元化し、包括的なサービスをカバーする「基礎保険 (basic insurance)」を作ることが重要なポイントである。

基礎保険の考え方の第一に重要なポイントは、この中には、従来の短期医療保険、長期療養保険がカバーしていたサービスに加えて、高齢者ホームなどのソーシャルサービスも含まれるということである。長期療養保険に当たる特別医療費保険においては、すでに医療サービスのみならず日本でいうところの介護サービスに当たるものもカバーされていたことを想起されたい。この基礎保険は、長期療養費をカバーする保険と短期医療費をカバーする保険の間の壁を取り払うこと、あるいは医療サービス、介護サービスの両者を統合した形で保険制度を統合することを試みていると見ることができる。

第二のポイントは、消費者の所得・身分によって分断されていた保険制度の統合の方向性である。これはいくつかの意味を持つ。

第一に、基礎保険の保険料は、所得に依存して決まり、保険料率は中央で規制されることから、消費者の加入している保険制度によって保険料、負担が異なるという構図がなくなることになる。なお、この基礎保険がカバーしていないサービスについては、人々は追加的ケアの保険 (Supplemental cover) にはいなければならない。

第二に、これに伴って疾病基金保険、私的保険、公務員保険の各保険会社は、従来のように、販売する保険の種類、営業圏を分担するのではなくて、同じ市場で全国民を相手に競争を行うことになる。つまり、国民の所得、身分によって作られていた保険制度間の参入障壁を取り払って、保険会社同士の競争が促進されることになる。

基礎保険のシステムは次のようである。徴税当局によって所得に依存した形で徴収された保険料は最初に中央基金 (Central Fund) に集められ、患者が登録した保険会社に直接

支払われる。この補助金の額は、各消費者の持っているリスク調整型人頭払い方式で決まる (Risk-adjusted capitation payments)。つまり、性別、住んでいる地域、過去の病歴等、患者の持っているリスクの属性に応じてかかるであろうと予想される費用を計算して、事前に保険会社に償還しようというのである。ここで、登録した消費者のリスクに応じて中央基金から受けた金額と実際にかかった費用に差が出た場合は、保険会社は自社に登録している被保険者全員に対して定額保険料 (flat-rate premium) を科さなければならない。つまり、保険会社は損失を出したら、それを自社に加入している消費者に負担させなければならないのである。また、保険会社は、人々が如何なるリスクを持っていたとしても保険契約を結ぶことを求めてきたら拒むことはできないし、契約の内容も消費者のリスクに応じて差をつけることはできない。リスクの高い消費者はそれだけ医療・介護費用もかかるので、保険会社はそうした人々を自社の保険に加入させたくないはずであるが、基礎保険は、リスクに応じた支払いを行いながら、そうした行動を抑制し、禁じているのである。

なお、消費者は2年に1回、保険会社を変更することができる。彼らに、保険の善し悪しによって保険会社を選ぶ自由が与えられたのである。保険会社は、自分の顧客になった消費者のためにサービスを供給してもらえるようにサービス供給者と契約を結ぶ。どの供給者と契約を結ぶか、価格等の条件についての交渉が保険会社にとって自由になっていることがポイントである。

また、基礎保険では、保険でカバーされるサービスのカテゴリーをサービスの種類 (types of care) によって記述してあることも重要な点である。つまり、サービスがどのような内容のものであるかを書いてあるだけで、その様な内容のサービスを供給すべき医療機関が指定されていないことから、保険会社は、例えば、同じ介護サービスであっても、病院と契約しても良いし、ナーシングホームと契約をしても良い。

(2) デッカー・プラン、シモンズ・プランのねらい

デッカー・プラン、シモンズ・プランにはいくつかの効果が期待されていたと思われる。

まず第一に、保険会社間で競争が生じることである。保険会社間には従来のような消費者の所得、身分による参入障壁はなくなったこと、人々が、2年に1回、保険会社を選ぶ自由があることから、保険会社同士が患者獲得のために競争を行う条件が整った。所得比例的な保険料率は規制されているが、損失を出したときの定額保険料は保険会社が自由に設定できる。消費者は、定額保険料の大きさ、サービスの質を基準に保険会社を選択すると考えられ、各保険会社はこの様な消費者の行動を前提に競争を行うので、定額保険料をより小さくし、より質の高い医療・介護サービスを提供できるように努力するであろう。そのためには、経営の効率化をはかり、組織の運営にかかる管理費用を低め、サービス供給者である医師、病院等とより効率の良いサービス供給契約を締結して費用の削減を行おうとする。また、人々は、サービスの質によって、保険の善し悪しを判断するであろうから、保険会社は、より質の高いサービスを供給してくれるようなサービス供給者と契約し、

サービスの質向上のために契約の仕方を工夫する等の働きかけを行う。

第二に、サービス供給者間に競争が生じることである。供給者は、従来のように必ず保険会社と契約をしてもらえる保証がなくなった。彼らも保険会社から選別される立場になったのである。サービス供給者が、保険会社と契約を結んでもらうために、サービスの質を高め、かかる費用を最小化するインセンティブを持つようになることが期待された。

第三に、従来と異なり、基礎保険のサービスの内容がケアの種類について決められており、どの機関で供給されなければならないと言う形になっていないことから、保険会社は、それぞれのサービスを費用、質の両面から見て、最も効率的に供給する機関と契約を行うことができるようになった。いわば、サービスの代替性を高める効果が期待されたのである。今までは、サービスの内容によって、供給機関が決まっていたので、他に代替的なサービスを供給できる機関がサービスを供給することは不可能であった。しかし、改革後は、例えば、保険会社は、同じ介護関連サービスでも、病院よりも老人ホームの方がより効率的なサービスが供給されるとすれば、後者と契約をすることができるようになる。このような、サービスの代替性を促進する施策によって、サービス供給者間の競争が促進されると考えられる。

第四に、保険会社、サービス供給者、消費者それぞれが効率的に行動することによって利益を得ることができ、医療・介護制度全体が効率的に機能することが期待された。つまり、制度が誘因整合的 (Incentive Compatible) になることが企図されたのである。制度の効率性を追求する手段として、中央政府が、保険料、医療サービスの価格などを規制し、消費者、サービス供給者の行動をコントロールするという方法ではなく、保険会社、サービス供給者、消費者それぞれが合理的に行動する方法を選択したということである。

(3) デッカー・プラン、シモンズ・プランに基づく制度改革の実際

デッカー・プラン、シモンズ・プランに基づく改革は、実際に1989年から部分的に実施され始め、1995年の改革までいくつかの措置が実現することになった²⁾。

第一に、基礎保険実現に向けての動きである。1989年1月に短期医療保険（疾病基金保険、私的保険、公務員保険）でカバーされるサービスの一部が特別医療費保険に移管された。精神病院、一般病院の精神科における精神科医による診療、補聴器などの人口補助物のサービスである。また、1992年に薬剤、視覚センターのサービスが、短期医療保険から特別医療費保険によってカバーされるようになった。この様に特別医療費保険を基礎保険の母体と位置づけて、カバーするサービスを拡げていく動きが生じた。

第二に、定額保険料を導入する動きである。従来のように保険会社にかかった費用を事後的に償還する方式をやめて、予算をオーバーしたら、保険会社がその加入者に対して一人当たり均一の保険料を追加徴収するというシステムを導入した。1992年1月より、特別医療費保険では、実際にかかった費用と予算の間の差（赤字）の85%については中央基金によって補填されるが、残り15%については、自ら積み立てた準備金か、加入者

から定額保険料を徴収することで対処しなければならなくなった。短期医療保険である疾病基金保険、公務員保険についても、1989年1月より与えられた予算を超過した場合には、患者に対する定額保険料で埋め合わせなければならなくなった。損失のための準備金積み立ての制度も1991年1月より導入された。

第三に、1993年より、中央基金から疾病保険会社への資金配分において、部分的に消費者にリスク調整型人頭払い方式が導入されたことである。1993、4年には、リスクの指標として年齢、性が用いられた。この時は、支払い方式が洗練されていないことを考慮して、実際にかかった費用と予算の差額の2.5%のみを疾病保険会社が負担すればよいだけであった³⁾。しかし、政府は、支払い方式をより洗練させて、疾病保険会社自身が負担する費用の割合を高める方向性をとっている。

第四に、1992年1月より、疾病保険会社の営業地域の規制の解除が行われた。従来のように疾病保険会社は、地域独占を享受するのではなくて、決まった地域(region)外でも営業することができるようになったのである。

第五に、1992年より、私的保険会社が、疾病基金保険サービス市場に参入することが可能になった。(ただし、疾病基金保険会社の組織形態をとることを必要とする。)これは、地域独占であったこの市場に参入者が生まれることを意味する。第四点とあわせて、疾病基金保険サービス市場で競争が行われる条件が整った。

第六に、1992年1月より、保険会社が疾病基金保険、特別医療費保険の下で、契約を求めるGP、専門医、その他の医療サービス供給者全員と契約をしなければならないという制約が取り除かれた。これによって、保険会社、サービス供給者がサービスの質、価格に応じて共に契約相手を選ぶ条件が備わった。ただし、病院などの医療機関は、この対象にならなかった⁴⁾。

第七に、1992年より、疾病保険、私的保険の各保険会社は、医療サービス供給者との契約を、中央で認可された価格よりも低い価格で結んでもよいことになった。つまり、中央で決まるサービス価格の規制は、固定価格ではなくて、上限規制になったのである。これは、第六に挙げた、契約締結の自由と併せて、保険会社とサービス供給者間のサービスの質、価格をめぐる選別をより促進するように機能すると考えられていた。

第八に、疾病基金保険に加入している消費者が、登録する疾病保険会社を2年に1回変更することができるようになり、選択の自由が与えられた。(現在は、疾病基金保険会社に加入している消費者は、疾病基金保険会社を1年に1回変更することができる。)これにより疾病保険会社は人々に選別されることとなり、疾病保険会社同士が競争を行う条件が備わった。

第九に、1992年に、GPの参入規制が解除された。GPはどこでも自由に開業をすることができるようになった。それまでは、計画によって地域の人口当たりの数をもって、GPの数は規制されていた。つまり、地域ごとにGPの参入規制が存在した。この参入規制の解除により、サービスの代替性の促進策と併せて、GPのサービスの市場の競争が促進される

ことが期待された。

第十に、サービス供給者に対する支払い方式の変化が挙げられる。1994年にビスフーバル委員会 (Biesheuvel Committee(1994)) は、次のような提言を行った。第一に、GP に対する支払い方式を年齢に合わせた人頭払い (age-adjusted capitation payment) とその診療の内容と効率性に依存した支払い方式にする。第二に、専門医に対する支払いにおいて、出来高払い方式を廃止し、労働時間を基準とし、診療の内容、質によって追加的な支払いが行われる方式を導入した。また、専門医は、病院とパートナーとして契約を結ぶという形をなくし、病院に雇用されなければならなくした。このビスフーバル提案 (Biesheuvel Proposal) の意図は、GP に対する支払いを、年齢をリスクの代理変数とみなした人頭払いにし、予算化すること、かつ専門医に対する支払いも予算化することにあった。また、支払いを診療内容に依存した形にすることによって、GP、専門医の診療内容の質を上げることもねらっていた。

3. 1995年の改革以後

デッカー・プランからシモンズ・プランに受け継がれてきた医療・介護制度改革は、1994年のシモンズの厚生大臣辞任、新しい厚生大臣、ボース (Mrs. Borst) の1995年3月23日の新しい制度改革プランの提示によって、中断した。ボースの提案以降、オランダの医療制度改革は一つの方向性をとっているように思われる。医療・介護サービスを、“Compartment 1” (長期ケアと精神医療 (Long-term care and mental health care) 中心)、“Compartment 2” (基礎治療ケア (Curative ‘basic’ care) 中心)、“Compartment 3” (アメニティーと高価でないケア (Amenities and inexpensive care) 中心) に分類し、それぞれに応じて、異なった受給システムを対応させるのが基本的な考え方である。以下、その内容についてみていこう。(“Compartment 1”, “Compartment 2”, “Compartment 3” という用語は、Ministry of Health, Welfare and Sportによる)

(1) “Compartment 1” …… 特別医療費保険

長期療養サービスと精神保健については、特別医療費保険の枠組みの中で受給を行う。(図表2-4)には、特別医療費保険がカバーするサービスが挙げてある。基礎保険の構想に基づき、1992年から特別医療費保険でカバーされるようになっていた薬剤サービス (Prescription drugs)、補装具の給付・貸与 (Medical device)、リハビリテーション (Rehabilitation) は、1996年から「基礎治療ケア」の方でカバーされることになった。この「長期ケアと精神医療」のカテゴリーでは、医療費全体の内、約45% (1998年) をカバーしている⁵⁾。また、特別医療費保険の事務については、1998年から、「地域単一支払い者 (Regional single payer)」を設定することになった。これには、当初は、地域 (Region) でシェアのもっとも大きい疾病保険会社に認可が与えられ、業務を行っていた⁶⁾。今日では、“Care Office”と名称が変わり、毎年度、地域ごとに入札によ

て、“Care Office”の業務を決めるようになっていく。結果的に、“Care Office”は、その地域で最も大きい疾病基金保険会社が落札することが多いが、毎年度の入札によって決まるので、業務成績次第では、翌年、落札できない。(CVZにおけるヒアリングによる)

“Care Office”は、特別医療費保険の事務の代行をするわけだが、重要な役割が、その地域の消費者のために“Compartment 1”にあたるサービスについて、サービス供給者(医師その他のヘルスマンパワー、医療機関 etc)と契約を行うことである。“Care Office”は、すべて、事後の費用償還を行われているので、デッカー・シモンズ・プランが想定したような効率性へのインセンティブ・メカニズムを持たないが、業務成績の良し悪しが、“Care Office”の落札の成否に影響を与えるという意味で効率化のインセンティブを持つと、理論的には考えられる。

また、現金給付の導入が行われた。1995年から、ホームケアと精神障害者ケアについて、消費者は現金給付も選択することができるようになった。現金給付の金額は、個々の消費者の「ニード」判定によって決定される。判定の業務は、州の第三者組織が行うようになることが予定されている。毎年の現金給付の内、最初の2400ギルダーについては、消費者が自由に使うことができるが、残りについては、政府の中にある予算管理組織に申請することによって利用可能になる。

これらの措置はいくつかの政策的意味を持っているように思われる。第一に、特別医療費保険でカバーするサービスの範囲が縮小され、基礎保険の導入の方向性が変化した。これらのサービスについては「規制された競争」は導入しないという考え方が明確になっている。消費者は、地域に一つしかない“Care Office”に対して事務手続きを行うという形になっているので、“Care Office”を選ぶことはできない。したがって、“Care Office”が消費者との契約を求めて競争を行うメカニズムは働かない。ただし、この認可は、1年度限りの入札によって決まっているものに過ぎず、次年度は再び入札によって“Care Office”が決まるので、“Care Office”に業務の効率化のインセンティブは与えられている。しかし、未だに認可の取り消し・更新の基準について明確なルールが確立されているわけではない⁷⁾。

特別医療費保険に競争原理を導入しない根拠は必ずしも明らかではないが、いくつかの理由を仮説としてあげることができる。特別医療費保険でカバーされるサービスは、治療、療養に比較的長期を要し、大きな費用がかかり、若いときにサービスを受ける確率よりも高齢になったときにサービスを受ける確率が大きいと考えられる。若年者にとっては、“Care Office”を選べるということになっても、比較的近い将来にサービスを消費する可能性が低いと思っていれば、“Care Office”を選別することのベネフィットが、そのコストを上回り、“Care Office”を選択するインセンティブを持たないであろう⁸⁾。高齢者は、これと逆の論理で“Care Office”を選別するインセンティブを持つ可能性があるが、少なくとも若年者からの選択のプレッシャーがない分だけ、競争の効果は弱まるだろう。

第二に、特別医療費保険については、現金給付の導入等の、「規制された競争」の考え

方とは異なるメカニズムによって、供給サイドの効率化が図られている。第一に、現金給付の導入によって、ホームケア、精神障害者ケアのサービス提供者が消費者を求めて、より質の高いサービスをより安く供給するようになることが期待されている。例えば、ホームケアについては、現金給付導入一年目の1995年には、個人の予算の12%のみが既存のサービス供給者に対して支払われたことがわかっている⁹⁾。ただし、現金給付の予算は、ホームケアに対する予算全体の3%にすぎず、供給者の競争に与える効果は限定されている。第二に、ホームケアについてのみ、地域単一支払い者は、予算の95%分を既存の地域のホームケア提供者に受注することを義務づけられ、残りの5%を既存の提供者以外の認可されたホームケア提供者に応募入札で配分してもよいという措置が導入された。これは、予算の一部とはいえ、ホームケアサービスに対する新規参入を誘発し、供給サイドの競争を促進する効果を持つと考えられる。政府は、既存のサービス供給者以外にも解放される予算を5%から、さらに35%まで拡大することを提案していたが、1997年5月には政府は、2001年まで、入札分の予算を5%で据え置くこと、新たな新規参入者の参入を認めない、ことを決定した。その理由は、入札方式についてルールが十分に定まっていないこと、無条件で新たな営利のサービス供給者が参入してきたことにより、マーケットに混乱が生じたからだとされている¹⁰⁾。しかし、ホームケアサービスの市場に新たな参入者が現れたことにより、既存のホームケアサービス提供者の生産性が上昇した、という報告もあり、これらの措置がホームケアサービスの市場に影響を与えたことは否定できないように思われる¹¹⁾。

(2) “Compartment 2” …… 短期医療保険

“Compartment 2”については、従来の短期医療保険の枠組みでカバーし、デッカープラン、シモンズプランの考え方と一致して、「規制された競争」を導入する方向性が示された。このカテゴリーでは、医療費全体の約52%（1998年）がカバーされている¹²⁾。

第一に、保険会社への費用償還を予算方式にする方向性が強化された。1995年時点で、3年の内に病院の資本費用をのぞいた費用全てについて、リスク調整型費用償還方式が導入されることが宣言された。（図1）は、疾病保険会社に対する費用償還で、事後的費用償還が行われる部分のシェアとリスク調整型費用償還方式が行われる部分のシェアの年次推移を見たものである。1992年には100%が事後的費用償還されていたものが、年々、事後的費用償還方式をする割合が減少し、リスク調整型費用償還をする割合が増加していることがわかる。1999年には事後的費用償還する割合が、65%まで縮小され、35%がリスク調整型費用償還方式に基づくようになった。

第二に、費用償還方式に改良がなされた。（図1）を見ると、1993年から1995年までは、リスク調整指標（Risk adjusters）として、年齢、性別を利用していたが、1996年には、さらに居住地域（Region of residence）、障害の状態（Disability status）が追加されている。また、1999年以降には、従来利用されていたリスク調整指標の中

から、障害の状態を外し、雇用・社会保険の状況 (Employment / social security status) が追加され、費用償還方式の精緻化が行われた。

また、1997年に、過剰損失が出たときの準備 (Excess-of-loss provision) が整備された。これは、高額療養費に配慮した政策で、4500ギルダを超える医療費については、90%の事後的費用償還方式を適用した。1999年には、上限の金額が、7500ギルダに上げられた¹³⁾。

第三に、1997年から、疾病基金保険の加入者に対して、自己負担が導入されることになった。消費者は、入院日数1日当たりの定額の自己負担とGPでの診療を除いたすべてのサービスについて20%の自己負担を支払うことになった。ただし、毎年の自己負担の上限が200ギルダ、高齢者については100ギルダに設定された。また、慢性疾患の罹患者については補助金の制度が整備された。ただし、この20%自己負担の政策措置は、1999年1月より廃止された。

第四に、政府は、疾病基金保険と私的保険の制度統合をめざし、疾病保険会社と私的保険会社それぞれがカバーするサービスを同じにすること、サービス供給者に対する診療報酬の上限を同じにすることを試みた。しかし、現実には、1997年時点で、30の疾病保険会社と53の私的保険会社が併存しており、両者の間には法的には厳然と区別が行われている。こうした現状を背景に、ほとんどの疾病保険会社と私的保険会社は、提携関係を結んで、営業を行っている¹⁴⁾。

第五に、政府は、「規制された競争」が機能することを援助するために、価格規制、医療計画などの数量規制を緩和する方向性をはっきり打ち出している。サービスの価格設定、病院等の行う巨額の投資をのぞいた医療施設の建設等を、保険者と医療機関が交渉して行うこととした。また、病院の経常経費の費用償還は予算方式をとっていたのを、将来的には、産出価格制度 (output-pricing) 方式に変更していく方針を政府は採っている¹⁵⁾。

これらの政策措置については、以下のような解釈を行うことが可能である。

第一に、“Compartment 2”にあたるサービスについては、「規制された競争」を導入して、効率化を図る方針が示されている。保険会社に対する費用償還方式を事前的な予算の支払い方式に重点を置く形式に移行させて、保険会社がサービスにかかる費用を抑制するようなインセンティブを与えた。(図2)に示したように、定額保険料にも保険会社間で差が出てきている。これは、保険会社の効率化への努力の一部が反映されていると考えることができる。もっとも、実証的にこれが確かめられたわけではなく、保険会社に対して、加入している人々のリスクを十分に反映した費用償還が行われていないことが原因になっている可能性も残されている。

しかし、保険会社に対する費用償還の事前的リスク調整の割合が高まってはいるものの、未だ、少なからず事後的費用償還の部分が残されており、規制された競争が十分に徹底されていない可能性も指摘しておかなければならない。もっとも、理論的には、一定の仮定の下で、事前的費用償還と事後的費用償還のミックスが最適な費用償還方式であるという

議論もあるので、事の真偽は慎重に検討されなければならない。

第二に、クリームスキミングの問題を回避しようとする政策的努力が行われている。「規制された競争」は、保険会社に費用抑制のインセンティブを与えると同時に、クリームスキミングの問題も引き起こす可能性がある。しかし、保険会社に加入した消費者のリスクに応じて与える予算の決定方式を、(図表 4-1)で見られるように、消費者の属性をより多く加えて精緻化することによって、この問題を回避しようとしている。また、近年、リスク調整方式の改良について、様々な研究が出てきており、たとえば、L. Lamers(1998)は、オランダの疾病基金保険のデータを利用して、診療歴の情報をリスク調整指標に加えることによって、費用の予測をよりよくすることができることを指摘している。

第三に、消費者に対して、自己負担を課すことによって、消費者のコスト意識を高め、サービス利用を最適化することを試みている。「規制された競争」は、保険会社を消費者が選択することにより、サービスの費用最小化、質の確保を達成するメカニズムを内包しているが、さらに、消費者に対して自己負担を課すことを通じて、費用の抑制を試みている。

第四に、「規制された競争」が機能する上で、プラスの要素とマイナスの要素が混在している。「規制された競争」のメカニズムが機能するためには、消費者の加入をめぐって、保険会社が競争することが必要であり、“Compartment 2”のサービスをカバーする疾病保険会社同士、私的保険会社同士、のみならず両者の間でも十分な競争が生じることが求められる。しかし、現実には、私的保険と疾病基金保険の制度は統合されていない。また、疾病保険会社の合併が進んでいることも指摘しておかなければならない。疾病保険会社の数は、1985年に53だったが、1991年には、31、1992年には、27、1993年には26まで減少し、1995年には、27、1999年には26になっている¹⁶⁾。競争者の数が減少したことが、一概に競争を抑制することにはならない。実際に、6社の疾病保険会社が新規参入を果たしたという事実もある¹⁷⁾。しかし、会社数の減少が、競争状況にマイナスの影響を与える可能性があることは否定できない。

また、GPなどの医療サービス供給者に、競争を抑制する手段が現存していることも指摘しておかなければならない。オランダでは、GP、専門医として登録し、診療を行うためには、医科大学を卒業後、それぞれの科に該当した訓練プログラム(Training Program)を受けなければならない。この訓練プログラムを受ける資格、及び受けられる学生の数は、各専門の集団(Professional Association)によって決められるので、新規に、GP、専門医の市場に参入する数を減らし、競争を抑制することが可能である。

その一方で、「規制された競争」を促進する要素もある。政府は、診療報酬の決定、大きな病院を除いて、設備投資の決定を自由化し、病院予算について産出価格制度の方向で模索するなど、規制緩和の方策を講じている。

また、政府は、私的保険の改革を試みている。第一に、私的保険会社の設定する保険料に上限と下限を設けること、第二に、希望する消費者が、拒否されることなく自由に保険

に加入できるようにすること、第三に、保険会社間のリスク均等化メカニズムの導入などである。これらの措置は、私的保険でも、疾病基金保険と同様に、クリームスキミングの問題を避けながら、保険会社が競争を行う条件を整備しようとしている証である。

(3) “Compartment 3” …… 民間保険

ダニング委員会 (Dunning Commission) によって提示された、すべての人々にとって経済的に利用不可能なほど高価でなく (non-affordable)、医療上の必要性 (Medical necessity)、効果 (Effectiveness)、効率性 (Efficiency) といった基準から見て、一定の条件を満たさないサービスは、完全に自由な私的保険制度の中で供給されることとなった¹⁸⁾。実際には、私的保険会社のみならず疾病保険会社も “Compartment 2” に対する公的保険の追加的保険として、この保険を販売することになる。“Compartment 3” のカテゴリーに対しては、医療費全体の約 3% が支出されている¹⁹⁾。

具体的には、政府はかつて成人歯科と理学療法サービスの一部を、“Compartment 3” に分類した。これらのサービスは、それほど高価ではなく、効果の観点からも “Compartment 2” に入れるべきサービスではないと、政府によって判定された。しかし、この措置を行ってから、歯科補綴について、追加的な保険を購入できない人々がでてきたことが明らかになり、再び、“Compartment 2” でカバーされることになった。

“Compartment 3” は、人体に対する医療・介護上の危険が大きくなり、緊急性に欠けていて、所得分配上の影響が小さいことから、自由診療に任せるべきであるという政策判断をオランダ政府が行ったと考えられる。

(4) オランダの医療・介護制度改革のインプリケーション

結局、デッカープラン、シモンズプランの構想は完了することなく、オランダの医療・介護制度は 1995 年の改革を境に、新たな方向に向かって設計が行われつつあるように思われる。デッカー・シモンズプランは廃棄されたとはいえ、「規制された競争」の考え方は形を変えて残った。高齢化の進んだ社会、国家で、医療・介護制度の設計を考える場合、オランダの制度改革の考え方、経験が、我が国に対して、語りかける内容は多い様に思われる。わが国においても、今後の高齢化の進展を前にして、医療・介護サービスに対して、公平性を保ちながら、如何に効率的に支出を行うか、が課題になっていること、また、高齢化に伴って予想される医療・介護サービスに対する需要の増加にどの様に対処するか、採るべき施策を問われていること、という 2 点について、オランダと共通の課題を抱えている。

オランダの医療・介護制度改革で興味深いのは、医療・介護サービスを分類して、それぞれについて、異なった制度を設計しようとしていることである。まず、サービスを公的に保険でカバーするサービスと自由競争で行うサービスに分類していることが注目される。後者の “Compartment 3” は、消費者の自助努力に全く任せるサービスであり、この部分に