

オランダの医療制度における管理競争— 前提条件と現在までの経験^{*1}

リチャード・C・バン クリーフ^{*2 *3}

要 約

1990年代初頭に、オランダ政府は、医療分野におけるサプライサイドの規制（supply-side regulation）を「管理競争（managed competition）」に切り替える政策転換を行った。管理競争の考え方は、公共の目的に適う医療制度を保証するため、政府が一定の規則を課した上で、保険者と医療提供者が価格と質をめぐる競争することにある。そしてこの改革の最終的な目的は、全国民に良質な医療へのアクセスを保証しつつ、医療の効率化を実現することにある。しかしながら、管理競争が機能するためには、いくつかの重要な前提条件が満たされなければならない。本稿では、これらの前提条件について述べ、オランダでの達成状況について検討する。その際、管理競争の基礎となるリスク調整にとくに着目する。オランダの経験から得られる重要な教訓は、これらの前提条件を満たすには、長期的なプロセスを伴うということである。これまでの経験は、これらの取り組みがいくつかの成果をもたらすと同時に、解決を要する深刻な課題を明らかにしている。

I. はじめに

多くの OECD 加盟国において、医療制度改革は3つの連続する改革に分類される。すなわち、第1は国民皆保険と医療への平等なアクセスの実現であり、第2はサプライサイドの規制を通じた政府による医療費管理、そして第3はインセンティブと競争を通じた効率性の改善である（Cutler, 2002）。オランダでは、1990年代中頃に、サプライサイドの規制から管理競争に政策を転換し、これ以降オランダは医療制度改革の第三段階に入っていると考えられている（Van de Ven and Schut, 2008）。管理競争の基本的

な考え方は、公共の目的に適う医療制度を保証するため、政府が一定の規制を課した上で、保険者と医療提供者が価格と質をめぐる競争することにある。その結果、全国民に良質な医療へのアクセスを保証した上で、医療の効率化を実現することが可能となる。本稿では、これまでのオランダにおける管理競争の経験を報告し、管理競争導入の成果と解決を要するいくつかの深刻な課題について述べる。あわせて、管理競争の導入が医療費削減に寄与するかどうかという点についても検討を行う。

* 1 本稿は、財務省財務総合政策研究所機関誌『Public Policy Review』Vol. 8, No. 2, July, 2012 所収の Richard C. van Kleef, “Managed competition in the Dutch Health Care System: Preconditions and experiences so far” を翻訳したものである。

* 2 エラスムス大学講師

* 3 email: vankleef@bmg.eur.nl

本稿の構成は以下の通りである。第2節では、オランダの医療制度改革について歴史的に概観する。第3節では、オランダの医療制度改革の画期的な成果である2006年の健康保険法（Health Insurance Act 2006）の重要な点について述べる。第4節では、管理競争が十分に機能するために満たすべきいくつかの極めて重要な

前提条件について述べる。第5節では、管理競争の基礎となるリスク調整について論じる。第6節では、管理競争に関する現在までの経験を、プラスの効果と解決を要する問題の双方の面から提示する。第7節では、本稿の結論を述べ、第8節では、管理競争の導入が医療費削減に寄与するかどうかについて検討を行う。

II. オランダの医療制度改革：管理競争の導入に向けて

オランダの医療保険制度には、公的保険と民間保険の双方が重要な役割を果たしてきた長い伝統がある。1940年までは、医療財政に関する政府の規制はオランダではほとんど行われていなかった。1940年から1970年にかけて、医療への普遍的アクセスを達成するために、医療保障に対する政府関与が行われるようになり、この間、二つの主要な医療保険制度が導入された。第1は、いわゆる疾病金庫法（Sickness Fund Act）（1941年）であり、低・中所得層の人々

を強制加入とし、初期診療（primary care）、入院・外来治療および処方薬などの多くの治療サービス（curative care）を給付対象としていた。20世紀末には、総人口の約3分の2が疾病金庫（sickness fund）に加入することとなった。一方、疾病金庫への加入が認められていない大多数の高所得者は、同様の給付範囲を有する民間医療保険に加入していた。第2は、いわゆる特別医療費補償法（Exceptional Medical Expenses Act）（1968年）であり、長期ケア（long-term care）、

図1 1968年～2006年のオランダ医療保険制度における4つの主要構成要素

<p><u>特別医療費補償法：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 長期ケアを対象とした公的医療保険制度（高齢者医療、精神・身体障害者に対するケア） ・ 全国民の加入が法律で義務付けられている ・ 政府によって規制され、財政責任を負わない行政機関によって管理・運営が行われる 	
<p style="text-align: center;"><u>疾病金庫法：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 治療サービスを対象とした公的医療保険制度（初期診療、入院・外来治療、処方薬） ・ 所得が一定水準以下の者（総人口の3分の2）の加入が法律で義務付けられている ・ 政府によって規制され、1990年代中頃までは財政責任を負わない行政機関によって管理・運営が行われていた。 	<p style="text-align: center;"><u>民間医療保険：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 治療サービスを対象とした民間医療保険（初期診療、入院・外来治療、処方薬） ・ 疾病金庫への加入資格を持たない者が任意に加入 ・ 政府の規制を受けず、民間保険会社により管理・運営が行われる ・ 民間保険会社は全ての財政責任を負う。
<p><u>補足的医療保険：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 補足的なサービスを対象とした民間医療保険（他の3つの制度の給付対象とならないサービス（包括的歯科治療、理学療法など）） ・ 政府の規制を受けず、（財政責任の全てを負う）民間保険会社により管理・運営が行われる。 	

精神・身体障害および1年を超える入院医療費を給付対象としている。同制度は全国民に加入が義務づけられており、今日も存続している。1968年から2006年におけるオランダの医療保険制度は、図1に示す4つの主要な要素により構成されていた。

1970年から1990年にかけて、オランダ政府は、(特別医療費補償法および疾病金庫法に関して) 出来高払い (fee-for-service) や支払い上限のない診療報酬制度に替えて、価格規制や予算制度を導入するなど、いくつかのサプライサイドの規制を採用した。こうしたサプライサイドの規制は、医療費の顕著な増大が医療への普遍的アクセスと経済運営を脅かしたことに対応したものであった。しかしながら、1980年代初頭以降、サプライサイドの規制に対する批判

が増大した結果、いくつかの政策が提案された。これらの提案の一つが Dekker 委員会の助言 (1987年) であり、それは国民健康保険制度に市場指向型の改革を組み合わせたものであった。この画期的な提案は、2006年のいわゆる健康保険法の実施に必要ないくつかの改革をもたらした。同法によって (疾病金庫や民間医療保険に替えて) 国民健康保険が導入されたが、これは全ての個人の医療サービスへのアクセスを保証しつつ、効率性に対する誘因を与えることを目指したものであった (Van de Ven and Schut, 2008)。図2は2006年以降の医療保険制度の構造を示しており、それは3つの要素から構成されている。以下では、これらの構成要素のうち、管理競争のモデルが実施されてきた健康保険法の部分に焦点を当てることにする。

図2 2006年以降のオランダ医療保険制度における3つの主要構成要素

<p><u>特別医療費補償法:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 長期ケアを対象とした公的医療保険制度 (高齢者医療、精神・身体障害者に対するケア) ・ 全国民の加入が法律で義務付けられている ・ 政府によって規制され、財政責任を負わない行政機関によって管理・運営が行われる
<p><u>健康保険法:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 治療サービスを対象とした公的医療保険制度 (初期診療、入院・外来治療、処方薬) ・ 全国民の加入が法律で義務付けられている ・ 政府によって規制され、財政責任の多くを負う民間保険会社 (従来の疾病金庫や民間医療保険会社) によって管理・運営が行われる。
<p><u>補足的医療保険:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 補足的なサービスを対象とした民間医療保険 (他の3つの制度の給付対象としないサービス (包括的歯科治療、理学療法など)) ・ 政府の規制を受けず、(財政責任の全てを負う) 民間の保険会社により管理・

Ⅲ. 画期的な前進: 2006年健康保険法

健康保険法は管理競争の原則に基づいている。すなわち、全ての個人に良質な医療サービスへのアクセスを保証するために、政府が一定の規則を定めた上で、保険者と医療提供者が医

療サービスの価格と質をめぐって競争することになる。その最終的な目的は、全国民に医療サービスへのアクセスを保証しつつ、保険者や医療提供者が継続的に医療サービス提供の効率性

を改善する（すなわち、一定水準の質を確保しつつ費用を抑制する、あるいは一定水準の費用の下で質を改善する）誘因を持つ制度を構築することである。

医療サービスへのアクセスは以下の5つの要素によって、全国民に保証される。第1に、全てのオランダ国民に民間医療保険の購入を義務付ける。第2に、給付対象を初期診療、入院・外来治療および処方薬などを含む広範なものとする。第3に、保険者には加入希望者の受け入れ義務を課し（open enrolment）、保険プランごとの定額保険料（community rating）とする。第4に、低・中所得層の者に対しては経済的補助を行う。第5の要素はリスク調整であり、若い人や健康な加入者に係わる予想される利益と高齢者や慢性疾患患者に係わる予想される損失とが調整されることになる。これらの規制により、全ての国民にとって医療保険の購入が可能となり、皆保険体制の実現が可能となる。

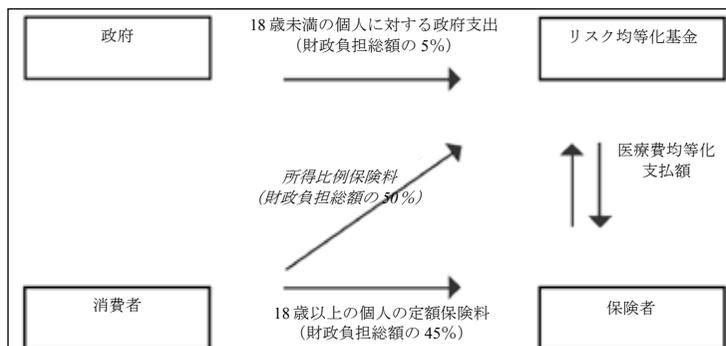
効率性に対する誘因は以下の2つにより確保される。第1に、政府が定める標準的な給付パッケージは医療サービスの機能に基づいて定義されている。このことは、実際にサービスが提供される場所やサービス提供者については保険者が自由に選ぶことができる、すなわち選択的契約（selective contracting）が可能であることを意味している。第2に、消費者（個人）は保険プランを自由に選択することが可能である。

以上2点は競争の基礎となり、消費者選択は保険者間の競争を、保険者による選択的契約は医療提供者間の競争を促すことになる。

新しい医療保険制度は、「基礎的医療保険」（basic health insurance）と呼ばれ、主に3つの財源によって賄われている（図3参照）。第1は18歳以上の加入者が負担する定額保険料（community-rated premium）であり、第2は加入者から「リスク均等化基金（risk equalization fund）」に対して支払われる所得比例保険料（income-related contributions）である。最後に、18歳未満の個人に対する政府支出がリスク均等化基金に対して行われる。リスク均等化基金は、保険者に対する補償（医療費均等化支払い（equalization payments）または加入者1人当たり定額払い（capitation payments）とも呼ばれる）を行うための国家レベルの会計システムとしての機能を果たしている。

第5節で説明するように、これらの補償は、加入者のリスク特性に対応した期待支出額に基づいている。保険者は、期待支出額が定額保険料の平均を上回る加入者（高齢者や慢性疾患患者など）については、リスク均等化基金から支払いを受け、期待支出額が定額保険料の平均を下回る加入者（若年者や健康な加入者）については、リスク均等化基金への拠出が求められる。リスク調整の目的は、定額保険料の制約を課すなかで、保険者のリスク選択（risk selection）

図3 オランダの基礎的医療保険における財政負担制度（2006年健康保険法）*



出典：Van Kleef and Van Vliet (2010)

*注：低・中所得層は政府から保険料補助金を受けている。

の誘因を抑制し、保険者の公正な競争条件を確保することにある。

健康保険法には、上記の側面に加えて、効率化を促すための次の3つの要素が含まれている。第1に18歳以上の加入者については170ユーロの法定免責額（2011年）が適用される。第2に、保険料の減額と引き換えに免責額を最高670ユーロにまで引き上げることが可能となっている（任意）。第3に、加入者は保険料の

減額と引き換えに団体契約が可能となっている（雇用主、スポーツクラブ、患者組織、店舗あるいは私的に組織された団体など）。

表1には、参考情報として、強制加入対象者数や保険者数など、基礎的医療保険の基本的情報をまとめている。基礎的医療保険以外の情報としては、2011年現在で国民の90%が補足的民間医療保険に加入している点が興味深い。

表1 オランダの基礎的医療保険に関する基本情報（2011年）

強制加入対象者数（オランダのほぼ総人口）	1,650万人
未加入者数	55,000人(0.3%)
保険料滞納者数（6カ月以上）	250,000人(1.5%)
医療保険者数	27社
医療保険プラン数	56
医療保険プラン変更者数	900,000人
平均保険料（個人契約・標準免責額）	1,250ユーロ
集団契約加入者数	1,100万人(67%)
任意免責額を設定している加入者数	780,000人 (18歳以上の人口の6%)
平均保険料割引額（500ユーロの免責額）	220ユーロ

出典：Dutch health care authority (2011)

IV. 管理競争のための前提条件

オランダの経験から得られる重要な教訓は、管理競争の導入には長期的かつ複雑なプロセスを伴うということであり、1990年代初頭に始まった導入プロセスは今日も継続している。このように複雑な過程が必要となる理由は、管理競争を成功裡に導入するためにはいくつかの極めて重要な前提条件を満たす必要があるためである。本節では、Bevan and Van de Ven (2010)による分析枠組みを用いて、8つの前提条件について概説し（順不同）、現在、オランダでこれらの条件がどのように、かつ、どの程度満たされているかについて検討する。なお、これらの前提条件は、必要条件ではあるが十分条件で

はないことに留意する必要がある。すなわち、管理競争が機能するためには、他の前提条件が必要となる可能性がある。

第1の前提条件は、十分な水準の競争、医療の質、保険者の支払能力、および消費者保護を保証するための効果的な市場の規制である。オランダでは過去数10年間にわたり、以下の4つの機関がこれらの側面を管轄してきた。このうちオランダ競争庁（Competition Authority）は、反競争的な企業連合（カルテル）や合併、および支配的地位の濫用の防止を通じて、反競争的な行動から市場を保護している。次にオランダ品質庁（Quality Authority）は、医療提供者の

監督を通じて、質の低い医療から患者を保護している。さらにオランダ支払能力庁（Solvency Authority）は、保険者に一定水準の支払余力を確保することを求め、市場の財政的安定性を監督している。最後にオランダ消費者保護庁（Consumer Protection Authority）は、十分な情報と製品の透明性など、消費者の利益を保護している。同庁はまた、保険者と医療提供者の違法な行動を調査している。

第2の前提条件は、保険商品と医療サービスの透明性である。保険商品の透明性は、消費者が保険商品を比較して「足による投票（vote by their feet）」を行う、すなわち、自らの選好に基づいて保険プランを選択するために必要となる。2006年に、標準的な給付パッケージを含む基礎的医療保険が導入されたことで、保険商品の透明性は大きく改善された。医療サービスの透明性に関しては、保険者が医療提供者と医療サービスの価格と質について交渉する上で必要となる。それぞれの医療サービスに対して価格を設定し、質の指標を適用するためには、これらのサービスが明確に規定されていなければならない。医療サービスの透明性は2005年にオランダ版の診断群分類（Diagnostic Treatment Combinations, DTCs）が導入された結果、大幅に改善された。それまでは、病院に対しては包括予算（global budge）により、専門医には出来高払い（fee-for-service）により支払いが行われていた。ただし、DTC分類は、医療サービスを非常に細かく分類することになるため（30,000グループ以上）、全ての治療行為について価格と質の交渉を行うことが困難なことが欠点となっている。2012年には、当初のDTC分類から約3,000の主要分類からなる改訂版に切り替えられるため、透明性がさらに改善されると思われる。

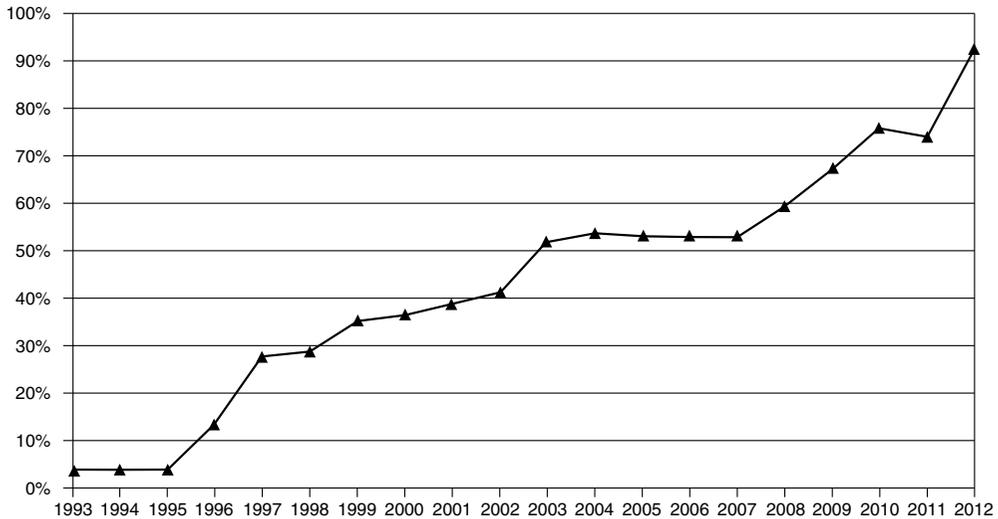
第3の前提条件は、消費者向け情報の利用可能性である。はじめに、保険者に加入希望者の受け入れ義務が課されていることや、個人は保険プランを毎年変更することができることなど、健康保険法に関する消費者の権利と可能性

を消費者自身が認識する必要がある。次に消費者は、保険商品と医療サービス双方の価格と質に関する情報を（容易に）入手できなければならない。保険商品に関する情報については、ウェブサイトの開設やパンフレットの配布によって、情報へのアクセスと得られる情報の質の両面で大幅に改善された。しかしながら、医療サービスの質に関する情報は依然として不十分であり、これは主として、質に関する適切な指標が欠如していることによる。

第4の前提条件は、保険者が契約を交渉・締結する自由である。政府によるサプライサイドの規制が実施されていた頃には、疾病金庫は地域内のすべての医療提供者と契約を締結することが義務づけられていたが、1990年代中頃以降、この制度は段階的に廃止された。さらに、2006年に健康保険法が施行されて以来、保険者は基本パッケージの給付がどこで、どの医療機関によって提供されるかを自由に決定できるようになった。選択的契約と呼ばれるこの制度は、医療提供者間の競争を促す可能性を持っており、管理競争の重要な側面である。さらにオランダ政府は、契約締結の自由と並行して、価格規制を段階的に廃止した。2012年には、病院治療の約70%（DTCsの70%）について、保険者と医療提供者が契約の交渉・締結を行うことが認められている。

第5の前提条件は、消費者による保険者の選択である。消費者による保険者選択は管理競争の原動力である。もし消費者が実際に「足による投票」を行うならば、保険者は消費者の選好にあった保険商品を提供する誘因を持ち、「最も低い」価格で「最も優れた」医療を提供する医療提供者と選択的な契約を行う誘因を持つことになる。このプロセスは、医師や病院が継続的に質を改善し、費用を削減するための動機づけとなる。政府によるサプライサイドの規制が実施されていた頃は、消費者は地域の疾病金庫に加入することが義務づけられていたため、保険プランを選択することができなかった。こうした状況は過去10年間に大きく変化した。

図4 保険者の財政責任の拡大
(2006年までは疾病金庫。2006年以後は健康保険法に基づく全医療保険者)



出典：Van Kleef et al. (2012)

2006年の健康保険法の施行以来、消費者は毎年保険者や保険プランを変更することが可能になっている。

第6の前提条件は、効率性に対する動機づけとなる、保険者、医療提供者および消費者の財政的誘因であり、財政責任が課されなければ、管理競争が機能することはない。政府によるサプライサイドの規制が実施されていた頃では疾病金庫、医療提供者および消費者に対して財政責任はほとんど課されておらず、医療費のほぼ全額が事後的に支払われていた。しかしながら、1990年代中頃以降、(保険者の)財政責任は徐々に拡大している(図4参照)。2012年には、保険給付にかかる費用の約90%に対して保険者に財政責任が課されることになる(すなわち、事後的な支払いが行われるのは医療費の10%にすぎない)。さらに、病院や医師に対しては、(交渉で決まった)DTC分類ごとの定額の料金が保険者から支払われることになる。現行制度下では、保険商品間の効率性の差が保険料に反映され、消費者の価格感応性が限界的に高まると予想される。

第7の前提条件は、十分な数の医療提供者と

保険者、および市場の競争可能性(contestability)である。保険者や医療提供者の合理的な選択ができなければ、効果的な競争(そして、それに伴う効率性改善への誘因)は限定されたものとなる可能性がある。オランダではこの前提条件が整っていると思われるが、反競争的な行動(企業連合や合併)および市場障壁を防止することが、オランダ競争庁の重要な役目となっている。

第8の前提条件はリスク調整であり、これは、高齢者や慢性疾患患者に係わる予想可能な高い医療費を保険者に補償することを意味している。こうした補償が必要となるのは、保険者が個人のリスクに応じて保険料を設定することが認められていないためである。もしリスク調整が不十分であれば、若年層や健康な加入者については保険者にとって利益が予想されるが、慢性疾患患者については保険者にとって損失が予想されることになる。予想可能な利益と損失は、保険者にリスク選択の誘因を与え、保険者間で加入者のリスク構造が異なる際には公正な競争条件を妨げる結果となる。リスクの均等化は、管理競争の要であり、次節においてより詳細に検討する。

V. 管理競争の基盤—リスク調整制度

オランダのリスク調整モデルは、1993年に疾病金庫において実施された。リスク調整の基本は、各保険者がそれぞれの加入者ごとに、個別の加入者のリスク特性に応じた支払いを受けることにある。1993年時点ではリスク調整は性別と年齢のみに基づいていたが、それ以降、1995年に地域指標、1999年に（年齢区分ごとの）収入源、2002年に調剤費分類（Pharmacy-based Cost Groups, PCGs）、2004年に疾病別費用分類（Diagnostic Cost Groups, DCGs）、そして2008年には（年齢区分ごとの）社会経済的地位がリスク特性として新たに追加されている。2011年現在のリスク調整モデルでは、これらのリスク特性に基づいて117のリスク階級に分類されている。具体的には、40の性別・年齢区分、10の地域区分、17の年齢区分別・収入源、24の調剤費分類、14の疾病別費用分類および12

の年齢区分別・社会経済的地位からなっている。2011年の各リスク階級の係数は、2008年以降のリスク特性と費用に関する情報を使用して、最小二乗法により計算されている。オランダのリスク調整モデルのより詳細な内容に関しては、補論を参照されたい。

オランダのリスク調整モデルは世界で最も精緻なモデルの一つと考えられているが、最近の研究は、健康状態の悪い一部のグループに対する支払いが十分でないことを示している。定額保険料の下で、このような不十分な補償が行われていることは、保険者に予想可能な損失をもたらしていることを意味している。表2は、2011年のリスク調整モデルに基づいて、オランダ国民のいくつかのグループにおける予想可能な損失額を示している（出典：Van Kleef et al., 2012）。

表2 リスク調整モデル（2011年）と定額保険料の下での予想可能な損失額

過年度情報に基づくサブグループ	各グループの推定規模 (%)	加入者 1 人当たり 予想可能損失額 (ユーロ/年)
一般健康状態（悪い、普通）	18.4	607*
1つ以上の慢性疾患症状	32.7	350*
視覚障害	3.8	907*
運動障害	6.8	1,265*
身体的健康度（SF-12）下位 10%	10.0	812*
身体的健康度（SF-12）下位 20%	20.0	664*
日常生活動作（ADL）最低点（1項目以上）	3.5	1,836*
自己申告疾患（3項目以上）	12.2	791*
前年における専門医受診	41.5	297*
前年における理学療法の利用	18.8	368*
耐久性のある医療機器の利用	5.8	1,184*

注）* はゼロとの差が統計的に有意であることを示す（two-sided t-test, $p \leq .01$ ）。
出典：Van Kleef et al. (2012)

2012年には、複数年度にわたる高額医療費に対する調整項目を追加することにより、リスク調整モデルが改善されると思われる。この新しい調整項目により、表2に示したサブグループの予想可能な損失額は減少すると思われるが、Van Kleef and Van Vliet (2012)は、予想可能な損失が完全には解消しないことを示している。このことは、オランダの保険者が、2011年以降もリスク選択の誘因を持ち続けることを示唆している。例えば、保険者には、加入希望者の受け入れ義務が課されているが、さまざまなリスク選択の手段を有している。その一つの手段は選択的契約である。もし保険者が病気Xを患っている患者について損失を予想することができる場合、この保険者は病気Xの治療で最も高い評判を確立している医師との契約を結ばないことを選択でき、その結果、病気Xを患っている患者にとって、この保険者は魅力がないことになる。もう一つの手段は選択的な広告である。もし保険者が、教育水準の高い加入者の方が、教育水準が低い加入者よりも利益が大きいと考えた場合、この保険者は勧誘パンフレットを社会活動施設ではなく、大学のキャンパスで配布することを選択できる。さらに、その他のリスク選択に有効な手段としては、団体契約（加入希望者の受け入れ義務は団体契約には適用されない）、サービスの差別化および補足的医療保険の選択的受入（多くの場合、消費者は同一の保険会社から基礎的健康保険と補足的医療保険を購入する）などが挙げられる。リスク選択は、慢性疾患患者を中心とし

て、良質な医療へのアクセスを阻害する。また、健康な個人と慢性疾患患者が異なる保険プランに加入した場合、前者の保険料は相対的に低く、後者の保険料は相対的に高くなり、連帯性（solidarity）が損なわれる可能性があり望ましくない。さらに、資源が（例えば医療の質の改善のためでなく）リスク選択に投入されることは、厚生損失と考えられる（Van de Ven and Ellis, 2000）。

最近の研究は、現在のリスク調整モデルの下では一部のグループに対する補償が過少となり、リスク選択の誘因が依然として存在していることを示しているが、実際にリスク選択が行われている証拠を明らかにするのは困難である。しかしながら、このような証拠の欠如は、現在のリスク調整制度が十分であることを意味するものではない。例として、保険者への補償が著しく過少となっている病気Xの患者グループについて検討してみよう。保険者にとっては、この患者グループに対する医療の質を改善するための財政的誘因は存在しない。もし適切な誘因が存在していた場合、このような患者グループに対する医療の質がどのようなものであったか、我々が知ることはおそらくないであろう。このことはリスク調整モデルの一層の改善が好ましいことを示唆している。更なる改善の方向としては新しい調整項目の導入が考えられ、耐久性のある医療機器の過去の使用（Van Kleef and Van Vliet, 2010）、精神医療の過去の利用、あるいは複数年度にわたる低医療費などに基づいたリスク分類が考えられる。

VI. 成果，論点および課題

近年、専門家委員会によって健康保険法の評価が行われた（ZonMw, 2009）。同委員会は同法に対して、「いくつかの深刻な問題が残されているが、全体としてはプラス」との結論を下

した。以下に述べるプラスの効果は、管理競争が医療の効率性の改善に実際に寄与する可能性を有することを示している。第1の効果は、保険料をめぐる競争が目覚ましく促進されること

である。例えば健康保険法施行後の最初の数年間では、多くの保険者は、自社の保険商品の魅力を高めるために、社内の準備金を充ててコストを（大幅に）下回る保険料を提示した。第2の効果は、保険者が初期診療センターや薬局の設立を開始したことである。これらの施設は保険者に初期診療や薬の処方をも効率的に組織する強力な手段を提供している。第3に、医療提供者の効率的な行動を促すことを目的として、保険者は、一般医（GPs）に対するボーナス制度（リスク分担）を、実験的に行っている。第4の効果は、一部の保険者が治療学的に代替可能な医薬品の中で、最も価格の低い医薬品に対してのみ支払いを行うようになったことである。このことは、患者と医療提供者の処方薬に対するコスト意識を高めるのに役立っている。第5の効果は、保険者と医療提供者の交渉において、医療の質がより重視されるようになったことであり、とくに保険者に価格設定が認められている医療サービス（2012年では医療サービスの70%）において顕著である。効率面での成果に加えて、基礎的医療保険は（2006年以前とは異なり）全国民の加入が法的に義務づけられているため、連帯性が高まったと結論づけることも可能である。これらの成果に加えて、健康保険法には解決を要するいくつかの深刻な問題が存在するが、以下では8つの課題について検討する。

第1の課題は、リスク調整モデルが不十分なことである。健康状態が悪い一部の加入者に対する過少な補償が、医療に対するアクセスの可能性、医療の質、および公正な競争条件に対して深刻な脅威となっている。したがって、新しい調整項目を加えることにより、リスク調整モデルを改善することが望ましい（第5節参照）。しかしながら、オランダの医療制度改革は、新しい調整項目の開発と実施が複雑で長い時間を必要とするプロセスであることを示している（すなわち、リスク調整モデルは20年以上にわたって構築が続けられている）。さらに、リスク調整モデルにより、予測可能な医療

費変動を、はたして完全に補償することが可能なのか、という点が問われる可能性がある。したがってリスク選択の誘因を抑制するための代替策を検討することもまた興味深い。一つの可能性は、保険者が加入者のリスクに応じて保険料を設定し、保険者に対する支払いが過少となる加入者に対して、より高い保険料を課すことを認めることである。しかしながら、保険料が個人のリスクに応じて設定された場合には、健康状態の悪い個人にとっては、医療保険の購入が難しくなる可能性があることが深刻な欠点となる（このような加入者は、リスク調整による補償が過少になっている）。リスク選択の誘因を抑制するもう一つの代替策は、「リスク分担（risk sharing）」であり、保険者への支払いが過少となる加入者に係わる費用を事後的に保険者に払い戻すことである。この結果、保険者にとっての予想可能な損失が取り除かれ、リスク選択の誘因が排除されることになる。しかしながら、リスク分担もまた効率性に対する誘因を阻害することが重要な欠点になっている（Van Barneveld et al., 2001）。これらの代替的戦略（すなわちリスクに応じた保険料設定やリスク分担）の選択にあたっては、リスク選択、保険料負担および効率性の間でのトレード・オフに直面することとなる。

第2の課題は、第1の課題とも関連するが、定額保険料の設定が必要とされていることについてである。一般的には、リスク調整の対象は相互補助が望ましいリスク因子（S型リスク因子）に限定すべきであり、相互補助が望ましくないリスク因子（N型リスク因子）については補償対象とすべきでないと考えられている。N型リスク因子の例としては、生活様式や供給特性が挙げられる。しかしながら、N型リスク因子に係わる補償を行わないためには、これらのリスク特性に応じて保険料の差別化を可能としなければならない。保険者が完全な定額保険料、すなわち同一保険プランに対して同一保険料を課すことが求められている限り、保険者はN型リスク因子に起因する予想可能な損失に直

面することとなり、リスク選択の誘因を持つ結果となる。第5節で述べたリスク選択の不利益を考慮すれば、N型リスク因子に応じた保険料の差別化を保険者に認めることが、より適切であろう。

第3の課題は、保険者が選択的契約を躊躇していることである。重要な理由の一つとして、保険者が契約していない病院や医師が医療サービスを提供した場合、保険者が医療費の支払いを行うべきか、行うとしたらどの程度支払うべきか、規制当局が明確に規定していないことが指摘される。規制当局(政府および監督官庁)は、早急にこの問題を決定すべきである。管理競争の精神に鑑みれば、契約していない病院や医師による医療サービスに対しては、相対的に低い償還率を設定することが望ましい。償還率が低ければ低いほど、医師や病院に対して効率性の誘因を与える選択的契約の効果が高くなる。保険者が選択的契約を躊躇する第2の理由として、(予想される)評判の低下が挙げられよう。この点、消費者は選択的契約の考えにより馴染む必要がある。また、第3の理由としては、質に関する指標が依然として確立していないことが指摘されよう(ZonMw, 2009)。

第4の課題は、基礎的医療保険と補足的医療保険の関連についてである。大多数の消費者は、同一の保険会社から基礎的保険と補足的保険を購入する。この際、補足的保険に対しては規制が適用されないため、リスク選択を行ったり、リスクに応じた保険料設定を行うことは、保険者の自由である。Duijmelinck and Van de Ven (2011)は、慢性疾患患者を中心とする一部の加入者が基礎的保険の保険者変更を行わなかった理由が、変更後の保険者が補足的保険への加入を認めない、あるいは補足的保険に対して高い保険料を請求することを懸念してのものであったことを明らかにしている。これは、現在加入している補足的保険に、契約更新保証(guaranteed renewability)が盛り込まれているためである。このような場合、一部の(リスクの高い)人々にとって、補足的保険が基礎的保

険の変更を行う際の障害になる可能性がある。消費者による保険プランの選択は管理競争の極めて重要な前提条件であり(すなわち、もし加入者が「足による投票」を行わなければ、保険者間の競争がほとんど行われぬ)、このような障害は望ましくない。医療費の上昇を考慮すると、補足的保険の重要性が今後さらに高まり(すなわち、基礎的保険の給付範囲が縮小され、補足的保険がそれらのサービスをカバーする)、基礎的保険の切り換えを躊躇する加入者が増加する可能性がある。したがって、基礎的保険の給付範囲の縮小については、政府は極めて慎重でなければならない。

第5の課題は、定額保険料に関するものである。図3に示したように、被保険者は、基礎的医療保険に対して、所得比例保険料と定額保険料の2種類の保険料を支払う。制度全体での負担割合は、所得比例保険料が50%、定額保険料が45%となっており、被保険者1人当たりの平均定額保険料は年間1,250ユーロとなっている。以下の3つの理由により、定額保険料を減らし、所得比例保険料を増やすことが推奨される。第1に、定額保険料を減らす(例えば、500ユーロ以下)ことにより、現在約25万人いる保険料滞納者を減らすことが可能となる(表1参照)。第2に、低所得者に対する保険料補助が不要となり、このことは管理費の大幅な節減につながると同時に、保険プランの透明性を高めることにも寄与する。第3に、保険者間の保険料の差が仮に同じYユーロであっても、保険料水準が低いほど被保険者は保険料の差額に対して敏感に反応するため、競争がより促進されることになる(ZonMw, 2009)。

第6の課題は、(精緻化された)リスク調整が行われているもとの、免責額を任意で変更する制度が実行可能かどうかという点である。表1に示したように、2011年現在で、任意で免責額を変更した者は18歳以上の加入者のわずか6%にすぎない。この比率は、例えばスイスの基礎的医療保険に比べるとかなり低いものである。法定免責額よりも高い免責額を選択する

者が少ない理由としては、リスク調整が実施されていることが挙げられよう。一般に、免責額の高い保険プランは、期待医療費が高い慢性疾患患者ではなく、期待医療費が低い健康状態が比較的良い個人によって選択される。定額保険料の下でリスク調整が行われていない、あるいはスイスの基礎的医療保険のように十分なリスク調整が行われていない場合には、リスクの高い個人とリスクの低い個人の期待支出額の差額を、免責額の高いプランを選択した際の保険料割引額に含めることが可能となる。この際、保険料割引額は通常かなりの金額に達することになり、多くの人がそのようなプランを選択することになる。しかしながら、精緻なリスク調整が行われている場合、異なるリスク間の期待支出の差額の多くは解消されており、免責額の高いプランに対する保険料の割引可能額は低下し、それらのプランを選択するものは限定的とならざるを得ない（Van Kleef et al., 2006, 2007 and 2008）。

第7の課題は、約30,000にのぼるDTC分類の中には、基礎的医療保険が給付対象としない要素が含まれていることである。このことは、DTCの要素についてではなく、DTCで定められた個別要素の価格について、保険者と医療提供者が交渉するという考えに矛盾している。この問題は重要度が比較的低いと考えられるが、2012年のDTC改訂により、DTC分類が30,000から約3,000に縮減された後に深刻化する可能性がある。一つの解決策としては、基本給付パッケージをDTC分類に合わせる、またはその

逆の調整を行うことが考えられる。しかしながら、この解決策の欠点として、（将来的に）給付パッケージやDTC分類が変更されるたびに、このような調整が必要になることが挙げられる。より良い解決策として、基礎的医療保険の給付対象とならないDTCの要素に対し、患者一部負担（co-payment）を導入することが考えられる。

第8の課題は、特別医療費補償法に関するものである（図2参照）。過去数10年間の改革は、主に治療サービスに焦点が当てられた。しかし最近、「特別医療費補償法をどうすべきか？」という問題について、国民的論議が行われるようになってきている。この公的医療保険制度はオランダの医療予算総額の約半分を占めており、効率性に対する誘因が欠如している。解決の一つの方向としては、オランダの医療制度のこの部門においても管理競争を導入する（またはこのような種類の医療を特別医療費補償から健康保険法に移す）ことが、考えられる。しかしながら、はたして管理競争がこのような種類の医療に対して実行可能な概念であるか否かについては、深刻な懸念が存在する。精神疾患患者、麻薬中毒患者、あるいは認知症患者などに対する治療など、これらの種類の医療の多くでは、患者自身が足による投票を行うことができない、あるいは行わないために、管理競争を実施できない可能性がある。上記の種類の医療については、管理競争の重要な前提条件が満たされていない状況が続いている。

VII. 結論

1990年代の中頃以降、オランダ政府は、医療分野におけるサプライサイドの規制に替えて、管理競争を導入する政策の転換を開始した。この改革の現在までの経験は、複雑であり、

かつ多大な時間を要することを明確に示している。管理競争が十分機能するためには、市場の規制、保険商品と医療サービスの透明性、消費者向け情報、契約の自由、財政的な誘因、市場

の競争可能性およびリスクの均等化など、いくつかの重要な前提条件が満たされなければならない。

リスク調整モデルの開発と実施は、改革の困難さを表す象徴となっている。1993年の導入以降、精緻化された健康状態に基づく調整項目を開発することにより、リスク調整モデルは段階的に改善されてきた。これらの調整項目はモデルの大幅な改善に寄与しているものの、健康状態の悪い一部の人々に対しては、リスク調整機能が依然として十分ではなく、保険者はリスク選択の誘因に直面している。リスク選択の誘因を抑制し、全ての国民に対して良質な医療へのアクセスを保証するためには、リスク調整モデルの一層の改善（新たな調整項目の導入）や追加的対策（リスクに応じた保険料設定やリスク分担の適用）が必要である。すでに20年以上にわたって続けられているリスク調整モデルの開発は、医療分野における市場指向型の改革を短期間で達成することは不可能であり、複雑で、多大な時間を要することを示している。

この種の改革は、長期にわたるため、政治状況の変化によって影響を受けやすい。オランダの成功要因の一つは、過去20年間にわたり、政治状況の変化が改革の方向性にほとんど影響を及ぼさなかったことにある。この間、すべての政府が管理競争の前提条件を整備するための努力を続けた。その理由として、1990年代の中頃以降、保険者、医療提供者、学術研究者および患者組織など、多くの関係者がこの市場指向型の改革に関与した結果、政府に対してこの方向の改革を継続することを求める圧力が高まったことが挙げられよう。2012年は、管理競争の前提条件の整備が大きく前進した年であると結論づけることが可能だが、完全に満たされたわけではない。リスク調整モデル、医療サービスにおける質指標の開発、消費者向け情報へのアクセス可能性と情報の質に関して一層の改善が必要である。管理競争はすでにいくつかの成果を示しているが、解決すべき課題は依然として残されている。

VIII. 論考

管理競争が医療費総額の削減に寄与するかどうかは興味深い論点である。管理競争の理論に基づけば、それに対する答えは以下の通りで単純である。すなわち、（重要な前提条件が満たされていることを条件として）管理競争は個々の医療サービスの効率性や質の改善には寄与すると考えられるが、医療費総額の削減に寄与す

るとは限らない。なぜなら、管理競争は新しい需給均衡をもたらし、総量規制が課された状況に比べて、医療サービス生産が拡大する可能性がある。しかしながら、オランダにおいて実際にこのような状況が起こるかどうかが、起こるとしてもどの程度のものになるか、明言するのは時期尚早である。

参 考 文 献

- Bevan G. and W.P.M.M. van de Ven. 2010. Choice of providers and mutual healthcare purchasers: can the English National Health Service learn from the Dutch reforms? *Health Economics, Policy and Law* 5: 343-363
- Cutler D. 2002. Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform. *Journal of Economic Literature* 60: 881-906.
- Dutch health care authority. 2011. *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2007-2011 (Market scan Health insurance market 2007-2011)*.
- Lamers L.M. 1998. Risk-Adjusted Capitation Payments: Developing a Diagnostic Cost Groups Classification for the Dutch Situation. *Health Policy* 45: 15-32.
- Lamers L.M. 1999. Pharmacy Costs Groups: A Risk-Adjuster for Capitation Payments Based on the Use of Prescribed Drugs. *Medical Care* 37: 824-830.
- Van Barneveld E.M., R.C.J.A. Van Vliet and W.P.M.M. Van de Ven. 2001. Risk sharing between competing health plans and sponsors. *Health Affairs* 20:253-262.
- Van de Ven W.P.M.M. and R.P. Ellis. 2000. Risk adjustment in competitive health insurance markets. In: Culyer A.J. and J.P. Newhouse, eds. *Handbook of Health Economics*. North-Holland: Amsterdam; 2000:755-845.
- Van de Ven W.P.M.M. and F.T. Schut. 2008. Universal Mandatory Health Insurance In The Netherlands: A Model For The United States? *Health Affairs* 27: 771-781.
- Van Kleef R.C. and R.C.J.A. van Vliet. 2010. Prior Use of Durable Medical Equipment as a Risk Adjuster for Health-Based Capitation. *Inquiry* 47: 343-358.
- Van Kleef R.C. and R.C.J.A. van Vliet. 2012. Improving risk equalization using multiple-year high cost as a health indicator. *Medical Care* 50: 140-144.
- Van Kleef R.C., K. Beck, W.P.M.M. van de Ven and R.C.J.A. van Vliet. 2008. Risk equalization and voluntary deductibles: a complex interaction. *Journal of Health Economics* 27: 427-443.
- Van Kleef R.C., K. Beck, W.P.M.M. van de Ven and R.C.J.A. van Vliet. 2007. Does risk equalization reduce the viability of voluntary deductibles? *International Journal of Health Care Finance and Economics* 7: 43-58.
- Van Kleef R.C., W.P.M.M. van de Ven and R.C.J.A. van Vliet. 2006. Premium Rebate in Exchange for a Voluntary Deductible in Social Health Insurance with Risk Equalization: Community-rated or Risk-rated? *Journal of Risk and Insurance* 73: 529-550.
- Van Kleef R.C., W.P.M.M. van de Ven and R.C.J.A. van Vliet. 2012. Risicoverevening tussen zorgverzekeraars: Kwantificering modelverbeteringen 1993-2011. Geaccepteerd voor publicatie in het Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. (Risk equalization among health insurers: A quantification of the model improvements 1993-2011. Forthcoming in the Dutch Journal for Health Sciences).
- ZonMw. 2009. *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag*. Den Haag: ZonMw. (Evaluation of the Health Insurance Act and the Act on health care allowance. The Hague.)

補論 オランダのリスク調整モデル (2011年版)

リスク調整の基本は、各保険者がそれぞれの加入者の期待費用に基づいて支払いを受けることにある。2011年現在のオランダのリスク調整モデルでは、年齢、性別、地域、社会経済的地位、調剤費分類(PCGs)および疾病別費用分類(DCGs)に基づいて期待費用が算出される。これらのリスク特性に対する係数は、実際の費用情報と過去3年のリスク特性に関する情報を用いて、最小二乗法により計算されている。以下では、2011年のリスク調整モデルにおいて、加入者のリスク階級がどのように分類されるかについて述べる。

第1のリスク特性として、リスク調整モデルには40区分からなる年齢区分が含まれる。具体的には、男女それぞれにおいて、0歳、1~4歳、5~9歳、10~14歳、15~17歳、18~24歳の各年齢層、その後5歳刻みに区分された90歳までの各年齢層、および90歳以上の年齢層の20の年齢区分に分類されることになる。年齢および性別に関する情報は、保険者の業務データから取得している。

第2のリスク特性は10区分からなる地域区分である。地域は4桁の郵便番号で分類され、それぞれ村、町あるいはいずれかの一部を表している。これら郵便番号で定義された各地域が、住民1人当たりの期待支出額に基づいて、10区分からなる地域区分に分類されることになる。その際、リスク調整モデルに含まれる他の調整項目の影響を制御したうえで、個人レベルでは入手できない追加的な情報(欧米人を除く移民の比率、単身世帯比率、医療提供者までの距離など)が用いられる。

第3のリスク特性は、社会経済的地位(Socioeconomic Status, SES)に関する12の区分であり、この分類は所得、世帯人員数、および年齢に基づいている。世帯所得を世帯人員数で除すことにより、各被保険者の所得水準が

計算され、所得分布の下位30%をSES区分1、30%から70%をSES区分2、上位30%をSES区分3として分類されている。さらに世帯人員数が15人を超える場合には、(所得とは無関係に)SES区分0に分類される。これは、これらの人々がナーシング・ホームや身体・精神障害者施設などで生活していると想定しているためである。以上のSES区分は、3つの年齢層(0~17歳、18~64歳および65歳以上)ごとに設定されている。所得や世帯に関する情報は、税務当局から取得している。

第4のリスク特性は、17区分からなる収入源区分(年齢階層別)である。収入源区分は、自営業者、障害者給付受給者、社会保障給付受給者、およびその他(雇用者を含む)の4つに分類される。またこれらの収入源区分は、4つの年齢層(18~34歳、34~44歳、45~54歳および55~64歳)ごとに設定され、18歳未満や65歳以上の被保険者については別の単一の収入源区分として扱われる。これらの情報は、税務当局や社会保障給付に関する登録局から得ている。

第5に、健康状態の直接的な代理指標として、23のPCG分類が含まれている。この目的は、過去の医薬品の使用実績に基づいて、被保険者を臨床的に同質の症状を有するグループに分類することにある。被保険者が前年に特定の医薬品を180DDD(1日規定量、Defined Daily Dosages)以上投与された場合、23のPCG分類のいずれか、または複数に区分される。例えば、180DDD以上のインシュリンを投与された場合には、PCG分類の一つである「糖尿病」に分類される。また23のPCG分類のうち1つ以上のPCGsに該当しない場合は、別の単一のPCGに分類される。(オランダのPCGsに関するより詳細な技術情報についてはLamers(1999)を参照)。以上の調整項目に関する情報

は、保険者の業務データベースから得ている。

最後に、別の健康状態の直接的な代理指標として、13のDCGsが含まれている。その目的は、前年における病院の診断情報（主に入院患者）の一部を用いて、個々の加入者を費用グループに分類することにある。DCGsに使用されてい

る診断を有していない加入者は、別の単一のDCGに分類される（オランダのDCGsに関するより詳細についてはLamers (1998)を参照）。これらの調整項目に関する情報は、国の病院医療に関するデータベースから取得している。