

平成 18 年度海外行政実態調査報告書

オランダの医療制度改革と会計検査院の活動

特別研究官	佐藤 主光（一橋大学院経済学研究科助教授）
研究調査官	鈴木 祥一（上席研究調査官付総括副長）

平成 19 年 3 月
上席研究調査官

はじめに

65歳以上人口比率が21%に達する一方、合計特殊出生率は1.25（2005年）まで落ち込むなど少子高齢化が進む中、医療・介護を含むわが国の社会保障制度の持続可能性が問われている。従来、「日本は良質な医療を低コストで提供することに成功してきた」とされる。実際、2001年の医療費（OECDベース）は対GDP比7.8%でOECD加盟国30か国中17位（第1位のアメリカの医療費は同年GDP比13.9%）に留まる。しかし、近年、医療費は老人医療を中心に、経済の成長に比べて高い伸びを示している。将来世代に負担を先送りしない社会保障制度を確立するためにも、「社会保障給付の更なる重点化・効率化を推進する」とともに、「社会保障の給付の水準・範囲とそれに見合った負担のあり方について国民的議論を経て決定するべく分かりやすい選択肢（給付と負担の範囲）を提示する」（「歳出・歳入一体改革」中間とりまとめ（2006年4月））ことが求められているのである。

日本に限らず、諸外国においても医療の質を損なうことなく、そのコストを適正化（効率化）すべく制度改革がなされてきた。特にヨーロッパではオランダ、ドイツをはじめ公的医療制度の枠内での競争原理の導入（「管理競争」と呼ばれる）が図られている。国の統制・管理とも民営化とも異なる「管理競争」は我が国の今後の医療制度のあり方に示唆を与えるものである。

本報告書は佐藤主光特別研究官及び鈴木祥一研究調査官が2006年9月11日から15日にかけてオランダにおいて実施した調査をまとめたものである。オランダ会計検査院の協力により、同国の医療保険制度や2006年に行われた医療制度改革に関する情報・知見を得た。医療経済学研究者（Wynand P.M.M. van de Ven エラスムス大学教授）、公的医療保険を提供する民間保険者関係者とのインタビューも行っている。また、同国会計検査院の活動の概要についてもヒアリングを実施した。

本報告書は次の2部構成からなる。

第1部（「1 オランダの医療制度の現状」－「5 日本の医療制度改革への含意」）はオランダの医療保険制度を概観し、「デッカー・プラン」（1988年）以降の医療保険制度への管理競争の導入の取組み（具体的には公的医療保険加入者の保険者（疾病金庫）選択、保険者と医療機関・医師との個別交渉等）を紹介する。管理競争の課題として挙げられる「リスク選択」（保険者が健康リスクの高い加入者を回避しようとする誘因）とそれに対処するための「リスク構造調整プレミアム」についても説明する。オランダが如何にして社会保険の理念（社会連帯、再分配）と効率化のための競争原理を融合させてきたかを明らかにしていく。第1部の最後に管理競争の我が国の医療制度への適用可能性について言及する。管理競争が機能するためには保険者のリスク管理能力の向上、医療機関の情報の開示と医療の質の評価、サービス提供体制の見直しなど課題が多い。しかし、オランダも20年近い歳月をかけて改革を漸進的に進めてきたのであり、我が国が学ぶべきところも多いと考える。

第2部（「6 オランダ会計検査院の概要」－「10 まとめ」）ではオランダの会計検査院の概要と活動を紹介する。検査の現状について述べるとともに、社会保障関連の業績検査などにおける同国会計検査院の取組と直面する課題に言及する。第9章では検査の事例として健康医療の促進と社会保障に関する不正行為をあげる。

なお第1部は佐藤、第2部は鈴木がそれぞれ担当した。

目 次

第1部	5
1 オランダの医療制度の現状	5
1.1 オランダの医療制度	5
1.2 医療保険制度(第2層)	8
1.3 AWBZ(特別医療費補償制度)	12
2 オランダの医療制度改革	14
2.1 「管理競争」の導入	14
2.1.1 デッカー・プラン	14
2.1.2 管理競争とは?	17
2.1.3 マネジド・ケア	18
2.1.4 デッカー・プランのポイント	19
2.2 改革案への修正とその後の経緯(90年代)	20
2.3 医療提供への規制	22
2.4 「2006年改革」	23
2.4.1 医療保険法の概要	23
2.4.2 保険者への規制	25
3 リスク構造調整プレミアム	26
3.1 リスク調整とリスク選択	26
3.1.1 理論編	26
3.1.2 リスク選択への懸念	28
3.2 オランダのリスク構造調整プレミアム	30
4 保険者間競争の実際	33
4.1 一律保険料と被保険者の選択	33
4.1.1 一律保険料の格差	33
4.1.2 団体保険料	35
4.1.3 被保険者の行動	36
5 日本の医療制度改革への含意	38

第2部	41
6 オランダ会計検査院の概要	41
6.1 地位	41
6.2 組織	41
6.3 権限	42
6.3.1 各省の検査	42
6.3.2 中央政府の検査	42
6.3.3 情報源へのアクセス権限	43
6.3.4 地方自治体等の検査	43
6.3.5 その他の検査権限	43
6.4 国会との関係	44
7 会計検査の現状	44
7.1 合规性検査(財務検査)	44
7.1.1 省の財務管理等の検査	44
7.1.2 省の財務諸表の検査	45
7.1.3 中央政府の財務諸表の検査	45
7.2 公会計制度改革の動きに伴う検査(政策情報の検査)	45
7.2.1 政策情報を検査することになった経緯	45
7.2.2 政策情報の検査	46
7.3 業績検査	47
7.3.1 業績検査の発展経緯	47
7.3.2 業績検査	47
7.4 NCAと内部監査部門の関係	48
7.4.1 内部監査部門設置の経緯	48
7.4.2 内部監査部門が実施した監査結果の利用	48
7.5 検査報告書の国会への提出	48
8 社会保障関連の業績検査等を行うNCAの課題と対応策	49
8.1 社会保障関連の検査を巡る環境の変化	49
8.1.1 検査対象機関の減少	49
8.1.2 地方自治体等に対する検査の制限	49
8.1.3 地方自治体等の会計検査機能強化の動き	50
8.2 NCAが業績検査を実施する上での対応策	51
8.2.1 検査対象機関の減少、地方自治体等に対する検査の制限に対する対応策	51
8.2.2 業績検査の結果を基に関係省に事態の改善を強制する権限がないことに対する 対応策	53
8.2.3 地方自治体等の会計検査機能強化の動きに対する対応策	55

9 社会保障関連業績検査の事例.....	55
9.1 NCA がモデルをつくって政策の効果を上げるための方策を提言したもの	55
9.2 社会保障関連等の不正行為に対する当局の取組、予防対策について評価し、報告後 フォローアップ検査を行ったもの	57
10 まとめ.....	59
【参考】	61
【参考資料】	62
【参考文献】	62
【付録 調査日程】	64

第1部

1 オランダの医療制度の現状

1.1 オランダの医療制度

はじめに、オランダの医療制度を概観したい。図表 1-1 にある通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（ただし、OECD 基準「総保健医療支出」で測ると対 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）。同国の医療保険制度は従来（2006 年改革以前）、わが国同様、社会保険方式を基礎としてきた。ただし、公的医療給付に含まれない医療サービスや高所得者（及び 2000 年までは自営業者・年金生活者）を対象とした民間保険を併用した体系となっており、（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。

第 1 層にあたる特別医療費補償制度（AWBZ）は全人口を対象とした強制保険であり、1 年以上の入院、介護、精神病及び身体障害者向け施設介護などをカバーする。AWBZ はオランダの医療支出の 44%あまりを占める（図表 1-1）。その財源は保険料（12.55%（2006 年））及び公費からなる。AWBZ は現物給付のほか、対象者に一定額を給付して、その配分を委ねる「個別ケア予算」（現金給付）がある。

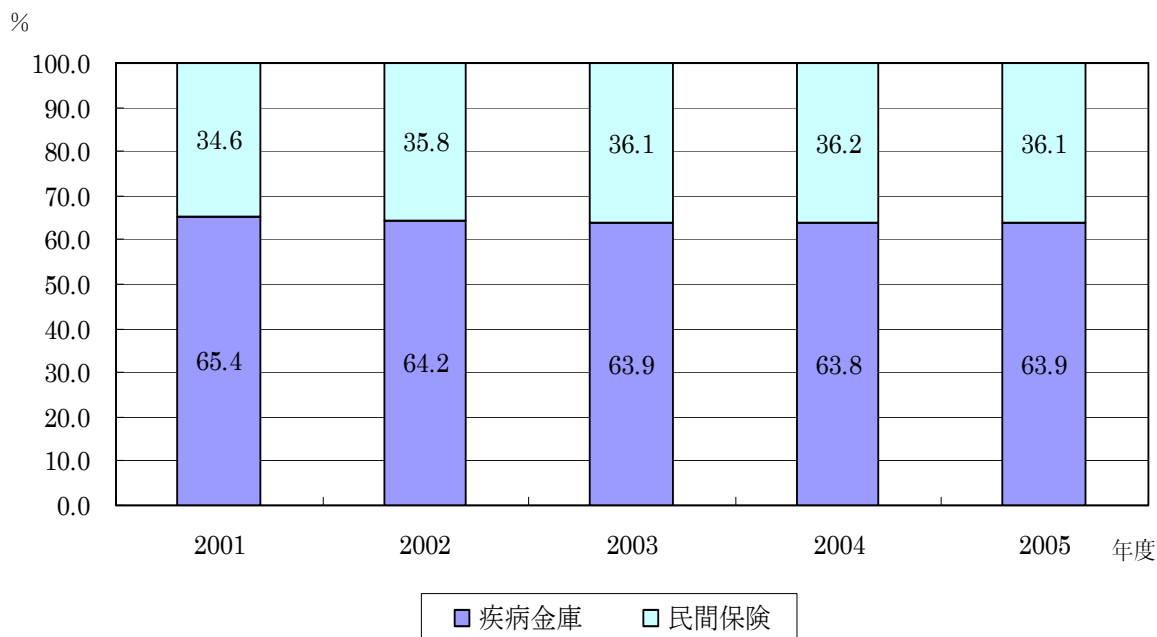
図表 1-1 オランダの医療制度の概要

一人当たり医療費		2004 年	3,661€
医療費（対 GDP 比）		2004 年	12.80%
人口構成	20 歳未満	2006 年	24.3%
	20 歳以上 65 歳未満		61.4%
	65 歳以上		14.3%
人口千人当たり医師数		2003 年	3.1 人
人口千人当たり看護師数			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
医療保険制度	医療費に占める割合（2000 年）		
	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 al（2003）

第2層はAWBZではカバーされない急性疾患、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（Sickness Fund）及び民間保険によって構成される。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ギルダー以下）や年金受給者（1,860ギルダー以下）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）「一律（名目）保険料」（Nominal Premium）によってファイナンスされる。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することになっていた。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、疾病金庫とは異なり、保険料は健康リスクを反映して決まる。しかし、保険料が完全に自由に決められるわけではない。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1986年から保険料率に制限が加えられるようになった。また、私的保険加入者には診療時自己負担が課せられる場合もある。この第2層が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1-1）。2005年時点で被保険者のうち疾病金庫に加入しているのが約64%（民間保険加入者の割合は約36%）であるが、このシェアは過去5年間、あまり変化していない（図表1-2）。

図表 1-2 被保険者数のシェア



出所：「2005年度オランダ医療保険会社通信」

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、制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」）。

こうした医療制度（AWBZ、疾病金庫・民間保険及び補完保険）の収入構成は図表1-3で示した通りである（データの年次が異なること、収入と支出が同額ではないため各層のシェアは図表1-1と一致しない）。納税者・被保険者の支払いのうち、保険料の占める割合が76%、残りは公費19%、自己負担（ただしAWBZのみ）5%からなる。公費（税金）はAWBZ（医療財源の6.1%）、中央基金（同8.4%）のほか医療機関（医療機器の購入・施設整備等）にも投入されている。

図表 1-3 医療費の財源

2002 年

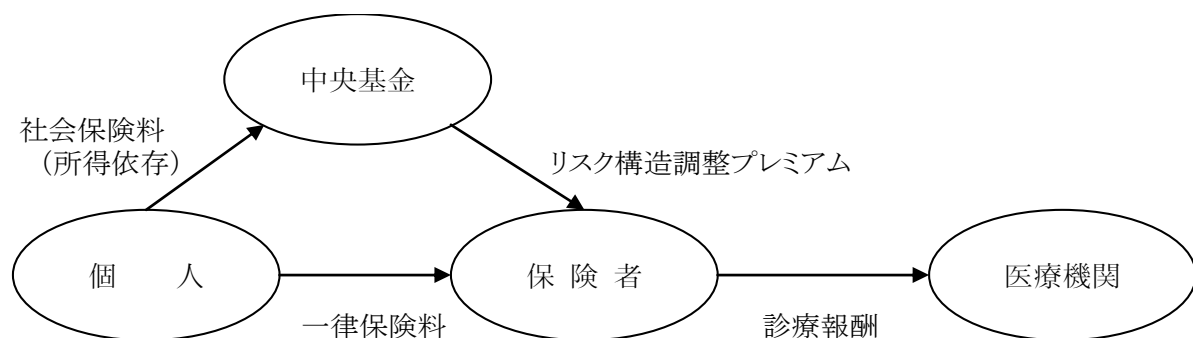
			10 億€	%	カバー率
特 別 医 療 費 補 償 制 度 (AWBZ)		保 険 料 自 己 負 担	11.8 1.8	29.9 4.6	対人口比 100%
公 務 員 保 険		保 険 料	1.0	2.5	
民 間 保 険		保 険 料	5.0	12.7	32%
疾 病 金 庫	基礎保険	社会保険料 一律保険料	9.9 1.4	25.1 3.6	62%
	追加的保険	保 険 料	0.9	2.3	
公 費		A W B Z 中 央 基 金 医 療 機 関	2.4 3.3 1.9	6.1 8.4 4.8	
合 計			39.4	100.0	
保 険 料 公 費 自 己 負 担 (A W B Z の み)			30.0 7.6 1.8	76.1 19.3 4.6	

出所：Schut, F.T. and W.P.M.M van de Ven (2005) 図 1 より作成

1.2 医療保険制度(第2層)

中央基金は保険料・公費を原資として疾病金庫に「リスク構造調整プレミアム」を支払う。疾病金庫の被保険者は社会保険料のほか、自分が加入する保険者への一律保険料を負担する。保険者はリスク構造調整プレミアムと一律保険料から（契約する）医療機関に対する診療報酬を賄う。一律保険料は2002年時点で14億ユーロ（医療財源の3.6%）あまりとなる（図表1-3）。社会保険料・リスク構造調整プレミアムが「社会連帯」（所得再分配）の機能を有する一方、一律保険料は保険者間で価格競争を促進する役割を担う。疾病金庫（第2層）に係わる被保険者、中央基金、保険者の関係、及び社会保険料、一律保険料、リスク構造調整プレミアム、診療報酬の流れを図表1-4で示す。この仕組みはデッカー・プラン以降、1990年代の改革の中で確立してきた（「2 オランダの医療制度改革」参照）。2006年以前は疾病金庫のみに適用されていたが、2006年の改革により民間保険にも拡張されている。後に詳述するように2006年1月から疾病金庫（公的保険）と民間保険の制度が統合、「民間保険」によって、公的医療保険（法定給付）が提供されるようになっている。

図表 1-4 スтейクホルダー（利害関係者）の関係



2006年初頭、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」）。過去5年間で医療保険会社数は大幅に減少した。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」）。図表1-5では、医療保険会社数の推移を示している。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」）。

図表 1-5 保険者数の推移

	2001 年	2002 年	2003 年	2004 年
疾 病 金 庫	25	25	22	22
民 間 保 険	47	46	44	35
合 計	72	71	66	57

出所：「医療に関する検証：2005 年度年報」

図表 1-6 疾病金庫（全体）の損益計算書

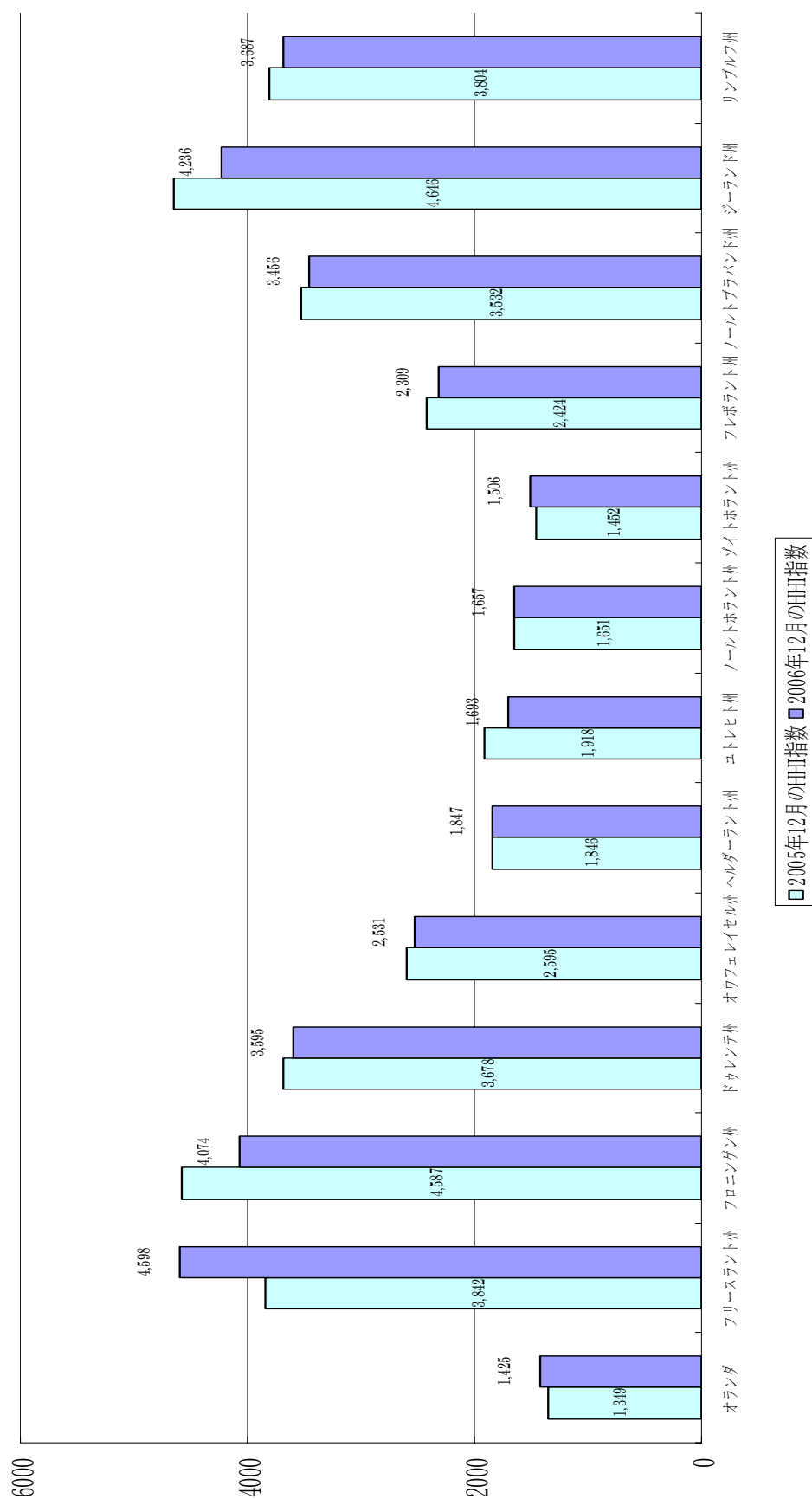
(単位：100 万€)

			2003 年	2004 年
技 術 勘 定	利 益	一 律 保 険 料 収 入	2,900	2,518
		一 般 基 金 拠 出 金 (リ ス ク 構 造 調 整 プ レ ミ ア ム)	13,783	14,614
		そ の 他 利 益	68	98
		合 計	16,751	17,229
	経 費	保 険 給 付 費	16,089	16,203
		運 営 の 費 他	641 48	645 -18
		合 計	16,778	16,830
	損 益		-28	399
非 技 術 勘 定	損 益		94	39
損 益 (合 計)			66	437

出所：「医療に関する検証：2005 年度年報」

医療保険市場の寡占度を測るのにはヘルフィンダーラーヒルシュマン指数（HHI：各事業者の市場シェアの 2 乗の総和）が用いられる。HHI の数値が 1,000 以下の場合には、市場の集中度が小さいことを示し、その数値が 1,800 以上の場合には集中度の高い市場であるとされる。数値が 1,000 から 1,800 の間の場合、適正な集中度の市場であるとみなされる。2006 年と 2005 年の HHI は図表 1-7 で示す通りである。ただし、この指数は企業グループレベル（14 グループ（33 医療保険会社を構成））で算出されている。

図表1-7 医療保険市場のヘルファイндール-ヒルシュマン指数



出所：「2006年の医療保険市場の特徴」

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。

2005年度と比較すると2006年は全国的に見ても市場集中度が僅かながら上昇した。これは、大手の医療保険会社がみずからのシェアを増大させているほか、様々な保険会社が合併を進めてきた結果である。2006年時点では国内外を含めて医療保険市場への新規参入はなかった。

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。このうち、現物給付型保険は17あまりである。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。複合型保険は、現物給付型保険と補償型保険との中間的な保険である。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」）。

図表 1-8 モデル契約の提供

保険の法的位置	契 約 内 容	数
現 物 給 付 型	契 約 医 療 付 き	17
償 還 型	契 約 医 療 付 き	4
	一 部 契 約 医 療 付 き	8
	契 約 医 療 な し	15
複 合 型	契 約 医 療 付 き	3
	一 部 契 約 医 療 付 き	9
合 計		56

出所：「2006年の医療保険市場の特徴」

1.3 AWBZ(特別医療費補償制度)

オランダ医療保険制度の第1層にあたるAWBZは1968年より実施され、長期入院（1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））。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）を担うものとされる。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¹。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。ただし、既に1年以上精神施設に入居している者はAWBZ給付にあたって、CIZからの認定は求められない。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1-9）。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、施設ケアには個別予算を充当することは認められていない。

図表 1-9 個別ケア予算

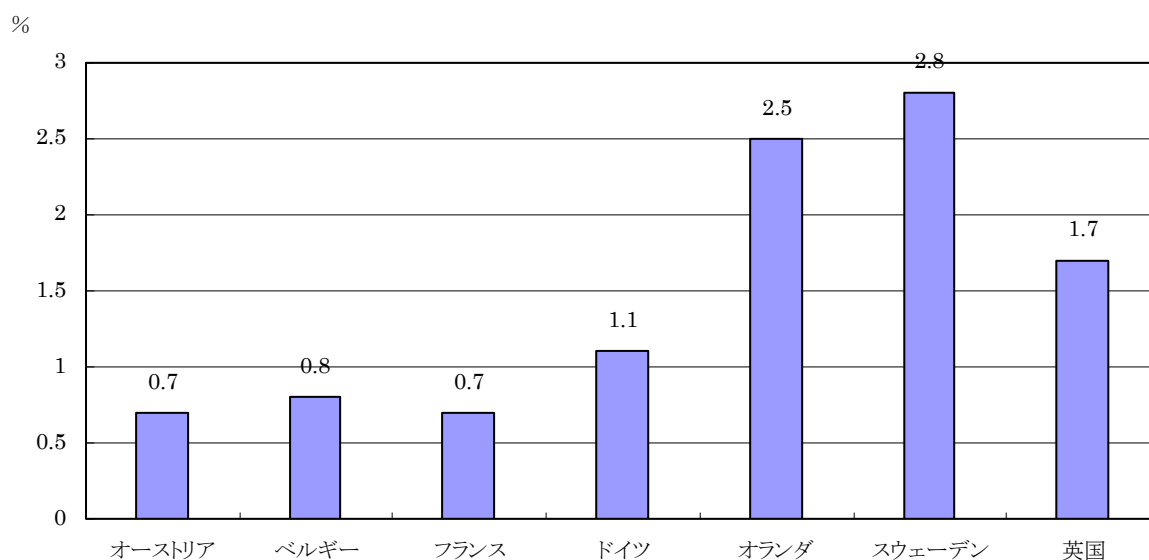
利 用 者 数	2005 年 9 月 1 日時点	77,883 人
決算総額（100 万€） 利 用 率	2005 年	994.3 85%
平 均 予 算 額 （ € ）	グロス 自己負担 ネット	14,000 1,000 13,000
インフォーマル・ケア	同居人への支払い 同居人以外への支払い 合 計	21% 17% 38%

¹ 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逓減制はない）が異なってくる。

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。2006 年の医療保険法（後述）に合わせて、公費の対象は原則、将来的に第 2 層（医療保険）に移行することが見込まれるサービスに限定されることになった（従って、公費が一時的な措置とみなされる）。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（2006 年は 12.55%）。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。

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。介護支出でみるとオランダの水準（対 GDP 比）は他のヨーロッパ諸国に比べても高いことが分かる（図表 1-10）。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））。このため、AWBZ の縮小が図られてきている。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））。

図表 1-10 介護支出の対 GDP 比(2000)



出所：MHWS（2004）

2 オランダの医療制度改革

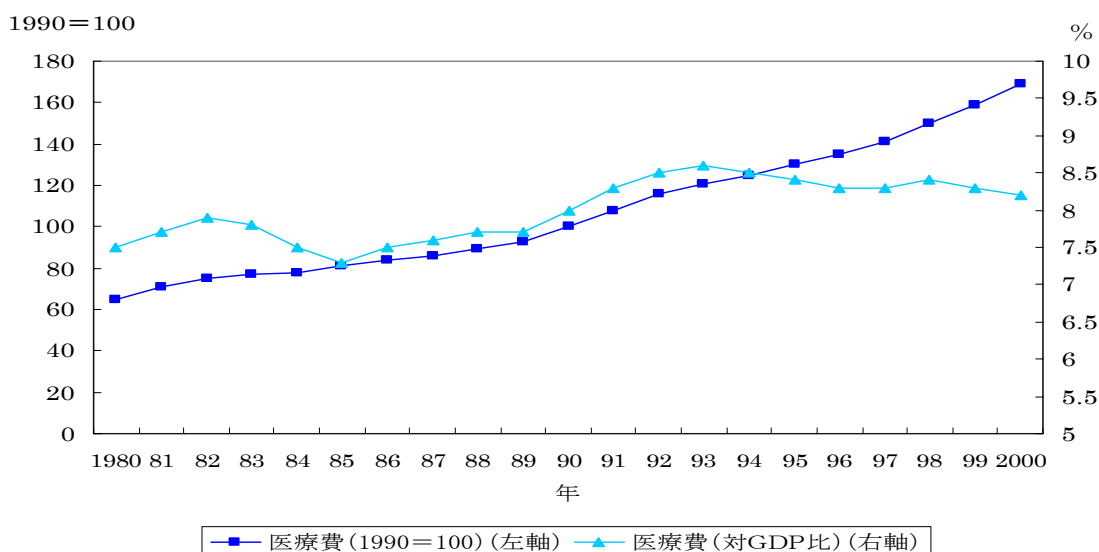
2.1 「管理競争」の導入

2.1.1 デッカー・プラン

1980年代まで、公的医療制度への政府の規制は詳細に渡っており、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）が加わることで政策決定のプロセスが複雑化し、責任の所在が曖昧になりがちだった。特に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行われていなかったことが、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)）。また、異なった制度間の調整が不十分であったことも問題点として指摘されている（Van de Ven (1990)）。例えば、AWBZでカバーされる高齢者向け施設介護と国や地方の予算でファイナンスされている老人ホームは実質的に類似したサービスを提供しているにも関わらず制度的に区別されている。このため、似通った医療・介護サービス間の代替が阻害されてきた。医療保険の第2層にあたる疾病金庫と私的保険との間の保険料率の乖離も、両者への規制が一様になっていないことからくる帰結として挙げられている。

後述するように1980年代、病院への「総予算枠制」や専門医への診療報酬の抑制など、医療費適正化政策が図られてきた。その結果、医療費の対GDP比は8%前後に抑えられているが、1980年代を通じて増加傾向にある（図表2-1）。

図表 2-1 オランダの医療費の推移



出所：Schut, F.T. and W.P.M.M. van de Ven (2005)

総量規制に伴う医療資源の配分の非効率性なども指摘されていた。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を提示した（1988年）。改革案の概要は以下のようにまとめられる。

- (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、どのような供給主体とでも契約を交わすことができる（例えば介護サービス提供については、病院、特定施設のいずれと契約を交わすかは保険者の裁量に委ねられる）。
- (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形で保険者への支払いを行う（「リスク構造調整プレミアム」）。従って、個人が支払う社会保険料と当該個人が加入する保険者へ中央基金から支払われるプレミアムは一致していない。前者は所得に依存するのに対し、後者は個人の健康リスクを反映するように調整されている。中央基金は全人口のリスクをプールした上で、異なった所得・リスク集団間での所得移転を行う機能を担っているのである。
- (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保険料（Nominal Premium）でもって賄われる。この25%分は保険者の費用削減努力（効率的医療機関の選択、効果的契約体系、モニタリング）を通じて減じることが期待される部分である。一律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かもしれない。加入者の保険料負担は所得依存型社会保険料とこの一律保険料の合計となる。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、一方、一律保険料は価格メカニズムとして機能する。
- (e) 個人は保険者を自由に選択することができる。この結果、保険者は提供する医療の質とともに、価格（一律保険料）を通じて、相互に競合することになる。なお、基礎的保険でカバーすべき医療サービスは予め政府によって規定されているが、保険契約の内容は保険者が様々なタイプをオファーし、加入者がその中から選択できるような仕組みになる。例えば、HMO（契約医療）型の保険を購入することで低い一律保険料を選ぶことも可能であり、あるいは高い一律保険料と引き換えに、従来通り医療機関の選択を加入者自身が行うというオプションもありうる。

図表 2-2 「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
一律保険料	価格競争	効率性の促進

改革案によれば、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。ただし、オランダの医療制度改革は規制緩和、あるいは民営化を志向するものではない。オランダの改革は「再規制」(Re-regulation)であるとされている。つまり、政府の規制を撤廃するのではなく、規制のあり方を変更するというものだ。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といえる。具体的には、市場を管理する政府の役割は、(i) 中央基金の運営及び社会保険料の決定、(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・評価することで、市場への参加を許可ないし拒否する、(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、一律保険料水準など）を提供することにあるとされる。

2.1.2 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、オランダをはじめヨーロッパ諸国の公的医療制度改革やクリントン政権の医療改革構想に多大な影響を及ぼしている。ただし、管理競争は自由競争を意味しない。Enthoven によれば保険者と医療機関が（選択的契約関係を通じて、あるいは前者が後者を所有することで）一体となって医療サービスの供給サイドを構成する一方、保険者を選択する個人が需要サイドに立つことになる。政府、ないしスポンサーと呼ばれる機関が医療保険需要者の利益を代弁する役割を担う。具体的にいえば、保険者が提供する（保険契約でカバーする）医療サービスに関する情報を提供したり、保険者の適格性を審査したりする。また、保険者選択を斡旋、仲介するのも政府・スポンサーの役割とされている。スポンサーになりうるのは、企業、中小企業組合、あるいは地方自治体である。

管理競争は自由競争ではない。公的医療制度の民営化、あるいは規制緩和を意図しているわけではないということだ。管理競争の導入は規制の変更ということができるだろう。伝統的に政府の規制は競争排除的であり、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。管理競争の基本的なアイディアは政府の規制が市場機能を排除するのではなく、それを補完することにある。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。政府の役割は市場の健全な機能をサポートすることにある。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）を指定し、また、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生産・供給する役割を担うべきである。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し、その参加者（保険者、医療機関）の適格性について評価し、リスク選択を行っているような保険者、医療機関へはペナルティーを課すことも必要になってくる。生産主体としてではなく、消費者の利益を代弁する主体としての政府には、市場の監視・コントロールというこれまでにはない機能が求められているのである。

2.1.3 マネジド・ケア

管理競争において、保険者機能は強化（マネジド・ケアの導入）されてなくてはならない。Enthoven（1997）は「マネジド・ケア」を次のように特徴づけている。第1に、保険者は医療機関を選別し、自由に契約を結ぶことができる。これは保険者が医療サービス提供主体を規律づけるための必要条件といえる。さもないと、保険者は非効率的と判断された医療機関を排除することができないからだ。実際、マネジド・ケアの代表的形態であるHMOの場合、保険者が医療機関を直接所有、あるいは選択的に契約を結ぶことを通じて、供給主体（医療機関）の行動をコントロールしている。ただし、被保険者の医療機関の選択は制限を受ける。保険者と契約を交わしている医療機関での受診にしか保険が適用されないか、あるいは契約外の医療機関で受診した場合には、相対的に高い自己負担が課せられる。マネジド・ケアにおいては医療機関選択が保険者に委託されているのである。第2に、マネジド・ケアの下では保険者は診療報酬体系・水準について独自に医療機関と交渉することができる。診療報酬選択が分権化されるということだ。これも診療報酬制度が政府と日本医師会など関係団体との間で集権的に決定されている我が国の実情とは異なっている。第3に、保険者は効率的医療サービス供給を促進するため、診療ガイドラインを作成したり、あるいは診療行為への直接的コントロールを行ったりする。診療行為の標準化は、診療の効果・コストに対する評価も容易にし、情報の非対称性の解消にも寄与するだろう。保険者は診療報酬を通じた金銭的誘因付けや選択的契約による規律付け以外に、供給主体の診療行為を直接的にコントロールすることができる。具体的には診療行為をモニタリング・評価し、その適切性について意見を述べたり、患者の入院に関して事前に保険者からの同意を求めたりすることである。第4に、マネジド・ケアにおいて保険者は加入者へのアンケート調査などを通じて医療の質を絶えず評価、管理する責任を負う。被保険者の代理人として、医療コストのみならず、サービスの質に対しても関心を払い、その評価を現場にフィードバックしていく役割を保険者は担っているのである。

ただし、保険者の機能が強化されるとして、それを加入者の利益に沿うように行使する誘因を持つかどうかは別途問われる必要がある。医師同様、保険者もまた個人に忠実な「代理人」とは必ずしもなりえない。保険者に対して、加入者の利益を増進するよう誘因づけるメカニズムがなければ、（個人の医療機関・受診の選択に制限を課す）マネジド・ケアはかえって個人の厚生を損なうことになりかねない。

図表 2-3 保険者に問われるべき事柄

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 保険者の能力＝医療機関を審査・評価する能力2. 保険者の権限＝医療機関を規律づける権限3. 保険者の誘因＝加入者の厚生を増進する誘因 |
|---|

2.1.4 デッカー・プランのポイント

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（費用を最小化した）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。個別の供給主体との自由な契約とともに、医療保険の包括化は費用最小化する上で保険者の裁量を拡大することに貢献するものと思われる。

改革案の前提条件は医療費の抑制と質の確保を保険者が果たす能力を有していることにある。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一律保険料を通じて行われることになる。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、保険者間競争の促進と供給主体間競争のそれは改革案において、一体になっている。ただし、競争が常に望ましい結果をもたらすわけではない。特に保険者は高リスクを排除し、リスクの低い個人のみを加入させる誘因（リスク選択）を持つだろう。このリスク選択のインセンティブを除くために、（1）全ての希望者の加入を義務付ける（Open Enrollment）とともに、（2）中央基金から保険者への支払いはリスク調整をしたものとしている。所得依存型の社会保険料で賄われるリスク構造調整プレミアムと一律保険料の組み合わせは、「社会連帯」（再分配）を志向する社会保険の機能と効率化のための競争原理を整合的にする。

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、それは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しているのである。

2.2 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、1990 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選択といった)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。しかし、改革の方向は基本的に維持されてきている。1990 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。主要な変更点は以下の通りである。

- (a) 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)。
- (b) 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% : 25%から、85% : 15%に変更する。

サイモンズ計画では医療保険の第 1 層に位置する AWBZ を拡充することで、実質的に基礎保険の確立を目指したが、1995 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。この結果、改革の焦点は第 2 層を構成する疾病金庫に移っていった。

図表 2-4 オランダ医療改革の推移

1988 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「保険者の選択」は 1992 年から可能になった。当初は 2 年に 1 回のペースだったが、1996 年からは保険者を移る機会は年 1 回とされている。また、1993 年からは、疾病基金が医師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 年まで認められなかった）。しかし、実際のところ、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いといわれている。これは、後述するように保険者の「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。また、被保険者による疾病金庫の選択も期待されたような保険者間競争を促していない。Schut and Hassink (2002) は 96 年から 98 年までのパネルデータを用いて、疾病金庫間での価格競争が限定的であったこと、具体的には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の低いことを示した。Van de Ven (1991) はオランダの医療制度改革にあたって、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）が行き渡らなかったことが、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ている。

1990 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いことが挙げられよう。上述のようにリスク要因として、性別・年齢のほかに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いない。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、オランダの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（「4.1.1 一律保険料の格差」参照）。一律保険料の割合も医療支出の 10-15% 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。当初は認められていなかった病院との個別交渉も 2005 年から限定的ながら可能になってきている。病院・専門医への支払いの疾病・診療分類（Diagnosis and Treatment Combination (DBC)）に基づく「包括化」と一部個別交渉の導入も図られている（「2.3 医療提供への規制」参照）。また、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（民間保険会社関係者談。この保険会社では病院が被保険者の診察を 5 日以内に始めること、待機期間が 10 日を超過した場合は保険会社が待機中の被保険者を支援する（診察開始に向けて仲介に入る）ことを定めている）。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、「2.4.1 医療保険法の概要」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)）。

2.3 医療提供への規制

オランダでは、これまで競争原理の導入による効率化とともに医療提供主体（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 1984 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、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といえる。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。当初は 1990 年から 1992 年までの暫定的措置であったが、1993 年には恒久化され、あわせて専門医治療以外の分野にも拡大された。1995 年には実験的に専門医への診療報酬の病院予算への統合が図られ、2000 年に全国で実施されるようになった。この統合により、従来、個別の保険者と交渉していた病院と専門医は前者が（専門医への報酬を含む）病院予算を一括して保険者と交渉、専門医は病院サイドと交渉して報酬を受けることになる（Schut and van de Ven (2005)）。

また、保険者から医療機関（病院・医師）への支払いの包括化が図られてきている。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 を開発した。DBC の種類は 400-600 ほどであり、2005 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)）。具体的な価格は保険者と医療機関との交渉に委ねられる。

2.4 「2006 年改革」

2.4.1 医療保険法の概要

「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。これに合わせて、既存の疾病金庫、民間保険の経営統合が進んだ。国内外からの新規に医療保険市場への参入も可能であるが 2006 年時点で新規参入はない。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）。「被保険者」の範囲は AWBZ（第 1 層）に準じるとされる。後者は居住者の全てを対象としており、18 歳未満の子供、被扶養家族であっても個別に被保険者とみなされる。2006 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。保険者による「リスク選択」を防止するための措置であるが、その懸念が完全に払拭できるわけではない。

基本保険の給付範囲には一般医（GP）受診、専門医治療、入院（1 年以内）、歯科治療（18 歳未満）・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。現在、AWBZ でカバーされている精神病治療は 2007 年から医療保険（第 2 層）の給付対象となる。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。後者は眼鏡、歯科治療（18 歳以上）、避妊、補完的治療・同種療法、（基本的給付対象外の）理学療法などを対象とする。なお、**Open Enrollment** は補完的保険には当てはまらない。そのため、後述する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た。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。

保険契約としては第 1 節で紹介したように、現物給付型、償還型がある。前者は加入する保険会社が契約する医療機関への受診を原則とする一方、後者であれば被保険者は自由に医療機関を選ぶタイプ（「契約医療なし」）もある。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一律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。

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」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。

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一律保険料を支払う。一律保険料の平均は 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。18 歳未満の一律保険料相応額は国庫負担であり、所得依存保険料同様、医療保険基金に払い込まれ、（後述する）リスク構造調整プレミアムとして（基本保険を提供する）民間保険者に配分される。同じタイプ（現物給付型、償還型、契約医療の有無などで区別）の保険契約であれば一律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。1 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、出産のみの場合であっても保険料還付を受けられる。

一律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）「平均一律保険料」と規範的費用（Normative Costs：負担可能なコスト）の差額に等しく、一律保険料の支払い時期の前に内国歳入庁から支払われる（個人は内国歳入庁から加入する保険会社への手当の直接払いを委託する（その分当該個人の支払いは軽減）ことも可能）。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。さらに（支払った）一律保険料（健康手当を超過した部分）の一部分が所得控除される（控除額が課税所得に満たない場合は還付あり）。

図表 2-5 「保険料率」

			2006 年
特別医療費補償制度	保 険 料 率		12.55%
	最高支払額（年額）		30,631€
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€
保険無請求報奨金	年 額		255€
一律保険料	厚生福祉スポーツ省試算（年額）		1,106€

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 1993 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。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（1998 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。

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 年より保険者は病院と個別に契約を交わすことができるようになった。従来、患者数に依拠した可変費用、専門医数に応じた準可変費用及び資本コスト（固定費用）に区分されていた病院予算は DBC に改められることになっており、個別契約も DBC ごとに「価格」が設定されることになっている。ただし、向こう 5 年間は移行期間とされ、準可変費用、固定費用を含む病院予算の 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% を当事者間での個別交渉に委ねる二元制度がとられている。ただし、後者の比率は今後高められていく見通しである。

2.4.2 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）・厚生福祉スポーツ省（MHWS）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、一律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（Open Enrollment）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、CIZ 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 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。

3 リスク構造調整プレミアム

3.1 リスク調整とリスク選択

3.1.1 理論編

「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、性別及び過去の病歴等）の集合を Ω 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は $E[c|\Omega]$ （条件つき期待値）に等しくなるよう設定されなくてはならない²。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。政府が保険者に保証す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経営効率を促進する上で望ましい。例えば、リスク・タイプが $i = H, L$ の2種類で、治療コストは $C_i = c_i + (A - e)$ で与えられるとしよう。ただし、 $c_H > c_L$ は個人リスクに起因したコストで、 $A - e$ は保険者の経営効率努力 e に応じた部分であるとする。具体的には $A - e$ は医療機関へのモニタリング強化、効率的医療機関との契約によって低めることが可能である。再び、病気になる確率が p で一定であるとすれば、各タイプの期待（大数法則で平均に一致）コストは、

$$pC_i = pc_i + p(A - e)$$

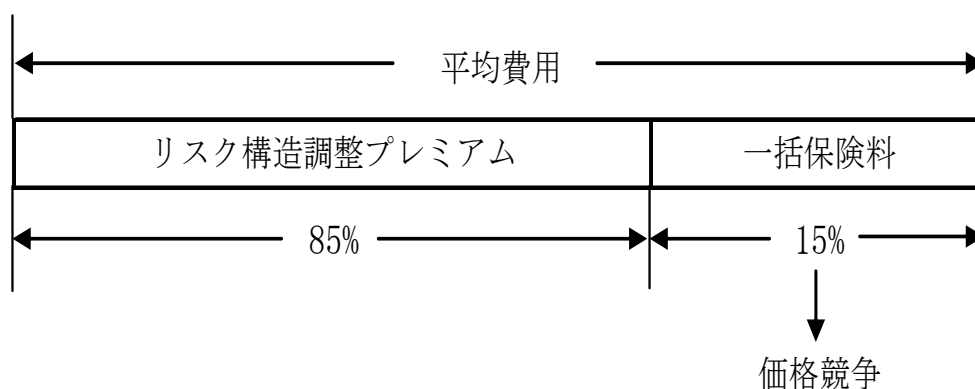
に等しい。

リスク構造調整プレミアムは保険者にとっては外生的な $h_i \equiv pc_i = E[c|\Omega_i]$ を補填するものであり、 $\tau \equiv p(A - e)$ は保険者の努力に依存するため加入者の直接負担とする。そうすることで保険者間での価格競争が促進され、 $\tau \equiv p(A - e)$ を低める、つまり e を高めるよう保険者が誘因づけられるからだ。上述のようにデッカー・プランでは平均的費用の85%までをリスク構造調整プレミアムでカバーする一方、残りの15%を同じ保険者に加入する全ての被保険者に対する一律保険料で賄うことが提案されている。これは、費用の15%程度は個々の保険者の経営努力を反映するという認識に拠っている。一律保険料は効率性の格差によって保険者間で異なってくるであろう。この一律保険料を通じて保険者間で価格競争が行われるのである。

²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 β^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、

$$E[c|\Omega_i] = \text{Const} + \sum_k \beta_k x_i^k$$

図表 3-1 リスク調整と価格競争の関係



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（ Ω ）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。

3.1.2 リスク選択への懸念

医療保険市場で起こりうる「市場の失敗」としてしばしば挙げられるのが、リスク選択の問題である。リスク選択は、保険料が被保険者のリスク（期待費用）を正確に反映しておらず、かつそれが保険者によって知られている場合に発生する。同じ保険料 P が適用される被保険者グループの中に実は 2 種類のタイプ $i = H, L$ が存在しており、（保険者の経営努力から独立して定まる）診療コストが $c_H > c_L$ という関係にあるとしよう。ここでは簡単化のため、診療コストは外生的とし、保険者の経営努力は捨象する。 p を病気になる確率とすれば、 $pc_H > P > pc_L$ のとき、保険者はタイプ H の加入から平均的に損失を被ることになる。当然、保険者はこのタイプの加入を避けようとするだろう。より一般的に言えば、保険者は同額の保険料を支払う被保険者の中でもリスクの相対的に低い個人を受け入れる一方、リスクが高く（平均的に損失が発生しかねない）個人を排除するインセンティブを持つことになる。

「リスク選択」とは当局（中央基金）と保険者との間の「情報の非対称性」（より具体的には、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。保険契約を工夫することで自己選抜を促すこともできるかもしれない。カバーする医療サービスが同じでも、(a) 自己負担の比率が高く、保険料が安い契約と、逆に (b) 自己負担が低い保険料の割高な契約を保険者がオファーしたとしよう。低リスク（病気になる確率が低い）・低コスト（診療コストが低い）な個人であれば、前者を、一方、高リスク・高コストな個人は後者を選択するだろう。こうした自己選抜によって保険者は加入者のタイプを識別できるようになる。この情報は、保険者がどの個人と将来に渡って契約を継続するか、あるいは解約するかを決めるのに用いられることになるだろう。こうした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（Van de Ven 教授談））。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。しかし、暗黙裡なリスク選択の可能性は残ることになる。Van de Ven and van Vliet (1992)は起こりうるリスク選択の形態として次のようなものを挙げている。

- (1) 保険者は低リスクな個人が選好する（より予防医療を重視した）医療サービスについて評判の高い機関と契約する一方、高リスク者が主として需要する高額医療については十分な施設を有さない、あるいは評価の低い医療機関とのみ契約したりするかもしれない。
- (2) 低リスク者をターゲットにした宣伝活動をする一方、高リスクへの情報提供を制限するだろう。

(3) 保険者は低リスク者が比較的多い地域のみで営業を行う可能性がある。

(4) 高リスクと判断される個人に別の保険者を推薦するか、あるいは一定の補償金を条件に高リスク加入者に契約の解消を促すこともありうる。

オランダでは **Open Enrollment** は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。**Enthoven (1988, 1997)** は、消費者サイドの利益を代表するスポンサー（政府）が保険加入手続きを仲介し、個人と保険者との直接的な接触を制限することでリスク選択をある程度抑制できると指摘している。実際、(4) のようなタイプのリスク選択は排除できるだろう。しかし、それでもなお、リスク選択の可能性が消えるわけではない。

リスク選択が現実に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。さもないと、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保険料に反映させる努力が不可欠であろう。諸個人のリスクは性別、年齢、居住地、職業（社会的地位）などに依存するものと考えられる。しかし、こうした要因だけでは個々人のリスクを正確に反映したことにはならない。**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、2004 年からは、**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。こうしたマイナス面も明示的に考慮したリスク構造調整プレミアム体系の構築が求められることになるだろう。

3.2 オランダのリスク構造調整プレミアム

1993 年、リスク構造調整プレミアムが導入されたとき、リスク要因としてフォーミュラに含まれていたのは、(i) 性別と (ii) 年齢のみであった。1995 年以降はリスク調整に性別、年齢のほか、(iii) 居住地及び (iv) 身体障害の有無（1999 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³。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、2004 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。

上記 3.1 で $h_i \equiv pc_i = E[c | \Omega_i]$ と与えられていた被保険者の（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次の 4 段階からなる（Lamers 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。 $\bar{c}_{as} \times m_{ag} \times f_u$ 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、

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

上記 3.1 で概念的に説明していた「事前的包括払い」としてのリスク調整は、この R_j^i にあたる。ただし、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。

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

³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)身体障害者手当受給者、(iv)失業者などのカテゴリーからなる。

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_H^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。

$$(\text{ステップ 3}) \quad R_{III}^j = (1-f)R_H^j + 0.9 \times \text{高額医療費 (超過分)}$$

（ j = 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 3-2）。

$$(\text{ステップ 4}) \quad R_{VI}^j = (1-p)R_{III}^j + p \times \text{実現したコスト}$$

図表 3-2 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		性別・年齢等	30%	あり	0%
専 門 医 治 療					70%
病院コスト	経 常		30%	あり	25%
	資 本		100%		95%

出所：Lamers et al (2003)

中央基金から保険者への移転額は最終的には（決算段階では） R_{VI}^j 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

$$\begin{aligned}
 R_{VI}^j &= 0.7 \times (1-f) \times (1-p) R_H^j + \text{事後的補填} & j &= \text{外来、病院経常経費} \\
 &= (1-0.7) R_H^j + \text{事後的補填} & j &= \text{専門医治療} \\
 &= \text{事後的補填} & j &= \text{病院資本コスト}
 \end{aligned}$$

であるから、保険者の収入のうち、包括払いに依存する部分、よって保険者が財政リスクを負う割合はあまり高くはないことになる（図表 3-3）。

図表 3-3 一人当たり費用と疾病金庫の財政リスク

2001 年

費 用 項 目	一人当たりの平均コスト	疾病金庫リスク
外 来	527€	60%
病 院（経 常 費 用）	192€	47%
専 門 医 治 療	120€	30%
病 院（資 本 費 用）	436€	5%
合 計	1,275€	38%（加重平均）

出所：Lamers et al(2003)

上記のように、保険者への支払いは「包括払い」ではなく「事後的コストシェア」（補填）を含む。当初（93-95年）、事後的リスク補填（比例的リスクシェア＝ p ）は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（＝損失補填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年には財政リスクが35%に引き上げられている。その後、2002年に調剤費が、2004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3-4）。

図表 3-4 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	
1999	63	16	35	年齢、性別、地域、 雇用・社会保障受給の有無
2000	66	16	36	
2001	65	20	38	+調剤費
2002	65	24	41	
2003	92	23	52	+疾病分類(DRG)
2004	96	26	53	

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

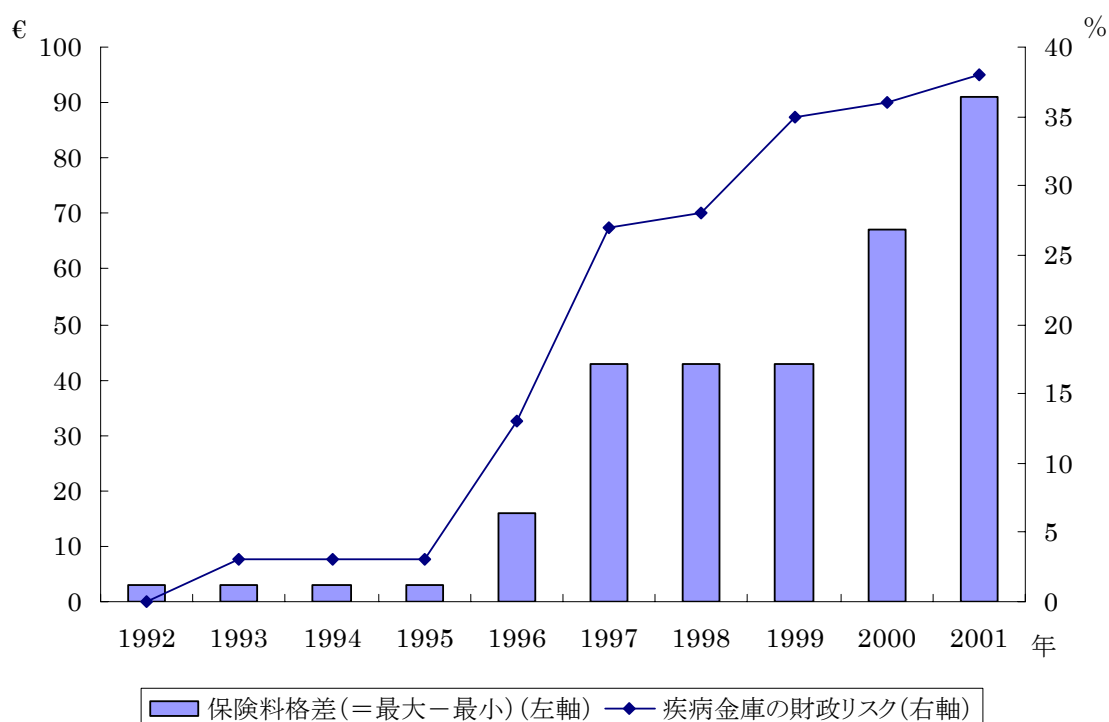
4 保険者間競争の実際

4.1 一律保険料と被保険者の選択

4.1.1 一律保険料の格差

一律保険料は、医療コスト・管理費、保険者の財政的状況や支払能力、投資収益のほか他保険者に対する競争力などを考慮して個別の保険会社が選択する。上記のように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。（低所得者の負担への配慮は Heath Care Allowance Act の下で「医療手当」でもって対処される。）1990 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（1993 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一律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の精緻化（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 4-1）。

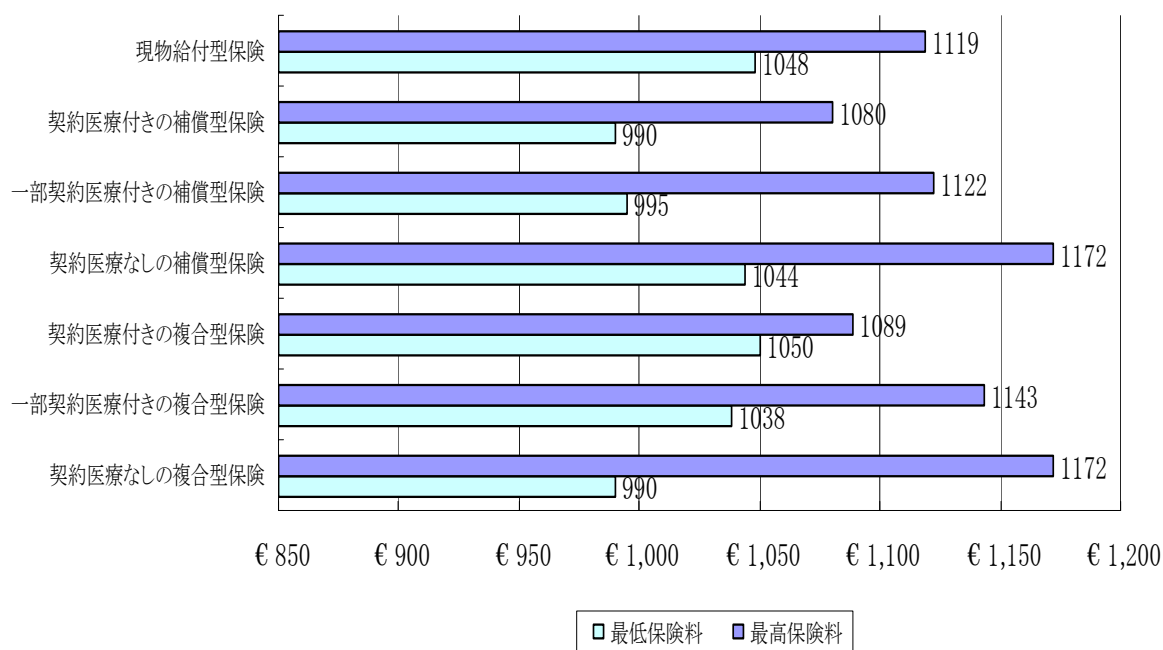
図表 4-1 一律保険料格差の拡大



出所：Lamers et al (2003)

2006 年におけるこの一律保険料の最高額（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。（政府によって）予め見積もられた保険料が 1,106 ユーロとすると、提供されたモデル契約のうちの 44 がこの見積もりよりも低い保険料であり、12 のモデル契約が高い保険料となっている（「2006 年の医療保険市場の特徴」）。保険による価格の差は 10% 以上に達する。価格の差が最も少ないのは、契約医療付きの複合型保険であり、その差が最も大きいのは契約医療なしの、また一部契約医療付きの補償型保険である（「2006 年の医療保険市場の特徴」）。つまり、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の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 4-2 2006 年における医療保険の提供保険料の分布



出所：「2006 年の医療保険市場の特徴」

4.1.2 団体保険料

民間保険会社・疾病金庫は、地方自治体や社会事業団体などを対象に過去に基本保険及び補完的保険の分野で団体保険の契約を行なってきた。この団体契約は多方面で利用されているようになってきている。ただし、被用者は団体保険を強制されるわけではなく、個人として保険に入る場合もありうる。2004年には民間保険の被保険者 576 万 2 千人のうちの 54%が団体契約をしており、疾病金庫加入の被保険者 1,016 万 5 千人の 14.3%が団体契約であった。トータルで 1,592 万 7 千人のうちの 456 万 5 千人（28.7%）が団体契約を結んでいたことになる。2006 年時点では被保険者の 46%が団体保険として契約している（図表 4-3）。団体契約を通して保険会社は他地域の市場に新規参入することも可能で、約 200 万人の被保険者が、地域を超えた団体契約に加入しているとされる（「2006 年の医療保険市場の特徴」）。一方、より小規模な地域レベルの疾病金庫は地域に深く関わる雇用者や組織と団体契約を結んできている。

図表 4-3 2005 年及び 2006 年における被保険者の団体市場への加入の割合

	2006 年	2005 年
個人加入の被保険者	54%	71%
団体加入の被保険者	46%	29%
団体契約の数	約 26,000 件	不明

出所：「2006 年の医療保険市場の特徴」

図表 4-4 2006 年度団体保険データ

	雇用者	患者連合	疑似(pseudo)団体
団体別被保険者分布	67.0%	1.0%	32.0%
基本保険に対する平均的割引率	6.8%	4.7%	6.1%
追加保険に対する平均的割引率	8.0%	7.7%	9.0%
限定期間付き団体保険加入の被保険者割合	48.0%	100%	47.0%

出所：「2006 年の医療保険市場の特徴」

4.1.3 被保険者の行動

医療保険市場での競争は、移転（の脅威）によって高まった。2006 年は医療保険会社の加入及び脱退者数から被保険者の約 18%が別の医療保険会社に移ったとされる。同一の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。過去に保険の移転を行なった被保険者数は、2006 年と比較するとはるかに少なく、年間 3%程度といわれている。

図表 4-5 2001 年から 2006 年までの被保険者の可動性

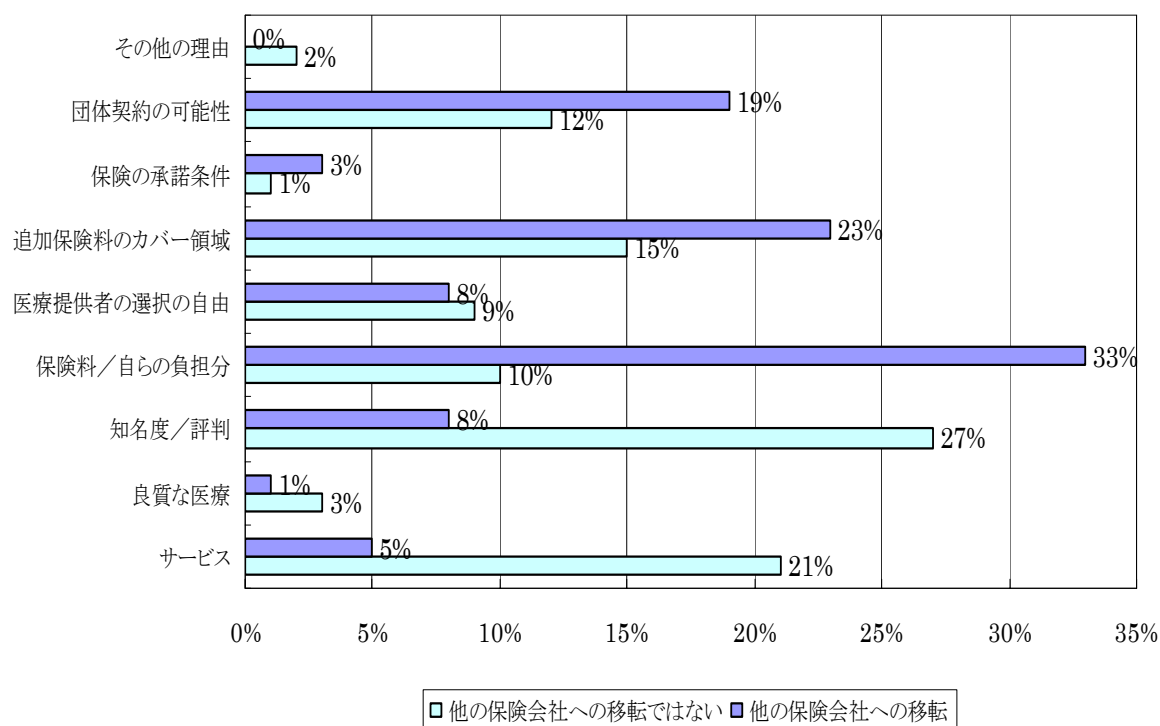
年 度	強制健康保険会社の被保険者	民間保険会社の被保険者
2001	2.6%	6.6%
2003	2.8%	8.6%
2004	2.4%	不明
2005	4.2%	8.7%
2006	18%（強制保険と民間保険が統合）	

出所：「2006 年の医療保険市場の特徴」

被保険者の可動性にとってマイナスとなる要因としては（1）年齢及び（2）悪い健康状態があり、プラス要因としては（3）教育水準、（4）アムステルダム、ロッテルダム及びハーグなどの大都市に居住していること、さらに（5）18 歳未満の子供をもつ家族のメンバーであることなどがあげられる。高齢者や健康状態の悪い被保険者の移転が少ない理由として考えられるのは、別の保険会社に移る場合に追加保険を拒否されるのではないかと恐れていることが考えられる。高等教育を受けた者がより多く移転をする理由として挙げられるのは、移転の可能性についての情報がより多く耳に入るので、当然のことながら、実際に移転する可能性も増すのであろう。さらにまた高等教育を受けた者は、それ以外の人に比べて、保険移転に至る探索コストや管理費に対しての境界線（Threshold）が低いためであると思われる。子供のいる所帯が、保険の移転を決定する否かは、家族全員に対する費用効果について考慮するものと予想される。三大都市（アムステルダム、ロッテルダム、ハーグ）での居住と保険移転との関連性を示す理由として、これらの都市に住む被保険者は、保険会社の多様性に対しての意識が強いことが挙げられる。すなわち大都市においては、他の地域と比較して、ひとつもしくは少数の保険会社が圧倒的な力をもっていることはない。従って被保険者は、保険の移転をしやすい環境にあると言える。

図表 4-6 では、被保険者が基本保険・補完保険のために他の保険会社に移転するに際して、考慮する事項を挙げている。第一に保険料及び自らの負担分について（33%）、次に補完保険のカバー領域について（23%）、そして三つ目に団体保険への加入が可能か否かについて（19%）重視することが分かる。また現在加入している保険会社に留まる理由としては医療保険会社の知名度や評判（27%）、医療保険会社のサービス（21%）、次に追加保険のカバー領域について（15%）が挙げられる。

図表 4-6 被保険者の最重要な選択肢



出所：「2006 年の医療保険市場の特徴」

5 日本の医療制度改革への含意

65 歳以上人口比率が 21%に達する一方、合計特殊出生率は 1.25（2005 年）まで落ち込むなど少子高齢化が進む中、わが国の社会保障制度の持続可能性が問われている。「社会保障の給付と負担の見通し」（2004 年推計）によれば、2004 年度には 86 兆円（予算ベース）の社会保障給付費は 2025 年度には 152 兆円（対国民所得比 29%）になるものと見込まれる。政府は 2002 年度、①被用者本人の自己負担の 2 割から 3 割への引き上げ、②診療報酬の「史上初のマイナス改定」、③保険料の引き上げからなる「三方一両損」の改革に着手、保険者、医療機関、個人に対して追加的負担を求めてきた⁴。こうした「三方一両損」改革に対しては「国民に負担増を求めただけの改革である」、「医療保険制度の抜本的改革を行うべき」といった批判がでた。そのため 2002 年の「健康保険法等の一部を改正する法律」では、その附則第 2 条第 2 項において政府は、①保険者の統合及び再編を含む医療保険制度の体系のあり方、②新しい高齢者医療制度の創設、③診療報酬の体系の見直しに関する基本方針を 2002 年度中に策定することとされた。これを受けて厚生労働省は①国民健康保険や政府管掌健康保険の都道府県単位への再編成や②75 歳以上を対象として高齢者医療保険への公費負担の拡充 5 割）を含む試案（2002 年 12 月）を提示した。「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」（2003 年 3 月の閣議決定）においては①「約 5,000 に分立している保険者について、…都道府県単位を軸として保険者の再編・統合を進める」、②ドクター・フィー的要素も取り入れて「診療報酬を定める基準・尺度の明確化」を図るとするとともに、③高齢者医療については「65 歳以上を対象に、75 歳以上の後期高齢者と 65 歳以上 75 歳未満の前期高齢者（現在、退職者医療制度が適用）のそれぞれの特性に応じた新たな制度」の創設が提唱されている。これを踏まえて、「国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたって持続可能なものにしていくため」医療制度改革大綱（2005 年 12 月）が政府・与党医療改革協議会でまとめられ、翌 2006 年 6 月、医療制度改革が国会で承認されるに至った。

2006 年医療制度改革の概要は図表 5-1 にまとめた通りである。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。具体的には「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⁵。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」⁶としている。

⁴このほか同年度老人保健制度の対象年齢が 70 歳から 75 歳に、公費負担割合が 3 割から 5 割へ段階的に引き上げられている。

⁵「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」（2003 年 3 月 28 日閣議決定）

⁶「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）

被保険者の健康管理との一体性、医療費適正化努力に応じた保険料水準の設定など保険者機能の強化を図っているものの、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。現行制度では、「保険者は直接医療機関と契約を結ぶのではなく、医療機関の申請に基づいて地方社会保険事務局長がこれを指定する」のであり、「保険医療機関、保険医は健康保険法等の規定に基づき、厚生労働大臣（地方社会保険事務局長）、または都道府県知事の指導監督を受けるものとされる。」保険医療機関の指定、指導・監査等公権力の行使を伴う事務については「医療保険制度全体の安定的かつ健全な事務運営を確保する」観点から「引き続き国の責任において実施することが必要」とされている。義務・責任を負っても、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。

図表 5-1 2006 年医療制度改革の骨子

1. 医療費適正化の総合的な推進
 - (1) 生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のための医療費適正化計画の策定（2008 年 4 月）
 - (2) 保険給付の内容・範囲の見直し等
 - －現役並み所得のある高齢者の自己負担の引き上げ（2 割＝>3 割）、療養病床の高齢者の食費・居住費の見直し（2006 年 10 月）
 - －70-74 歳の高齢者の患者負担の見直し（1 割＝>2 割）、乳幼児の患者負担軽減（2 割）措置の拡大（3 歳＝>義務教育就学前）（2008 年 4 月）
 - (3) 介護療養型医療施設の廃止（2012 年 4 月）
2. 新たな高齢者医療制度の創設（2008 年 4 月）
 - (1) 後期高齢者（75 歳以上）を対象とした後期高齢者医療制度の創設
 - (2) 前期高齢者（65 歳以上 74 歳以下）の医療費に係る財政調整制度の創設
3. 都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合
 - (1) 国保財政基盤強化策の継続（2006 年 4 月）、保険財政共同安定化事業（2006 年 10 月）
 - (2) 政府管掌健康保険の公法人化（2008 年 10 月）
 - (3) 地域型健保組合の創設（2006 年 10 月）

出所：厚生労働省（2006）

保険者間の財政調整について、前期高齢者（65歳-74歳）の医療費は保険者が（74歳以下）加入者数に応じて分担する一方、「高齢者世代と現役世代の負担を明確化し、公平で分かりやすい制度」とすべく新たに創設した「後期高齢者医療制度」でも各医療保険（健保、国保等）からの拠出金（「後期高齢者支援金」）が財源の約4割を占めるものとされている。こうした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）である。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。

わが国に医療制度改革でも保険者の役割が重視され始めているが、その機能強化と（医療の効率化に向けた）誘因づけの視点が欠如しているように思われる。オランダの医療制度改革の経験からも、（1）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、（2）医療費の適正化、医療提供の効率化に向けて医療機関・医師との個別契約・選別を含めて保険者の機能（権限）が不可欠であり、（3）保険者を規律づける手段として被保険者による保険者選択（保険者間競争）の促進が求められることが分かる。しばしば、医療保険制度では「情報の非対称性」により、競争原理は機能しないと言われる。しかし、医療制度における情報構造は外生的ではなく、制度的に決まるものであり、医療機関のパフォーマンス、医療契約の詳細に関する情報を開示・共有することで是正可能である。（4）政府は情報の開示と促し、虚偽のないようにモニタリングする「スポンサー」としての役割に特化していくべきであろう。医療機関への許認可や病床規制といった「事前規制」ではなく、医療サービスの質を評価する「事後規制」へのシフトすることで、政府の管理と競争が整合的になりうる。（5）競争の促進が再分配機能（社会連帯）の低下を意味しないことは強調に値する。オランダのように①所得依存型社会保険料とリスク構造調整プレミアムの組み合わせで社会連帯を維持する一方、②一律保険料に医療保険への価格メカニズムとしての役割を持たせる「機能分化」もありうる選択肢である。一律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（換言すれば、所得再分配は保険基金（中央基金）と税制の枠内で行い保険者レベルでは保険原理に徹する）。

医療に限らず、制度改革は一日でなるものではない。オランダでも管理競争を提唱したデッカー・プランから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（1990年代当初はAWBZの拡充で医療保険の一元化をはかり、1995年にはそれを撤回するなど）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・超党派的コンセンサスがあった）ように思われる。わが国の医療制度改革で求められているのも、この「基本原則」の確立であろう。

第2部

6 オランダ会計検査院の概要

オランダの医療保険制度は、保険者機能の強化と競争原理の導入という基本原則の下、20年近くもの長期間に亘り漸進的に改革が進められてきている。こうした変革の中で、オランダ会計検査院はどのような検査を実施し、どのような役割を果たしているのだろうか。また、日本国会計検査院は、検査した結果、法令、制度又は行政に関し改善を必要とする事項があるときには改善の処置を要求することができるのに対して、オランダ会計検査院にはこのような権限はない。オランダ会計検査院においては、政策について効率性、有効性等の観点から検査した結果を、どのようにして省等による具体的改善のための行動へと繋げるのであろうか。

第6章ではオランダ会計検査院の概要を、そして、第7章では会計検査の現状を紹介するとともに、第8章では社会保障関連の業績検査を基にして同院の検査の特徴について記述する。

6.1 地位

オランダ会計検査院（Algemene Rekenkamer, 英語名 The Netherlands Court of Audit 以下、「NCA」という。）は、1814年オランダ王国憲章(The Constitution of the Kingdom of the Netherlands, 以下、「憲法」という。）に定められた国会最高諮問機関の一つとして位置づけられている。憲法の設立とともに作られた組織で、本部はデン・ハーグにある。憲法第76条において、NCAは、国の収入及び支出を検査する責任を負うと定められており、国会、内閣及び裁判所のいずれにも属さない独立した立場から政府、省等の検査対象機関を検査する責任を負うとともに、その責任を履行するために必要な権限を有する。

6.2 組織

NCAの組織、構成及び権限については、憲法第78条において国会制定法で定めるとされている。そして、政府会計法（Government Accounts Act）により、NCAにおける検査官及び内部手続、合規性及び業績検査並びにその他の義務に関する規定が定められている。

NCAは、院長を含む3人の普通検査官及び3人を上限とする特別検査官から構成される検査官会議からなる。NCAには、事務総長、そして、その下に3つの検査局があり、各局は3～4課で構成される。総職員数は約290名（2005年）となっている。

図表 6-1 オランダ会計検査院の組織

検 査 官 会 議		
事 務 総 長		
オペレーショナル・マネジメント局長		政策・コミュニケーション局長
検査局 I	検査局 II	検査局 III
内務・王室関係／法務／警察 検査課	運輸／公共事業・治水／ 国土計画／住宅・環境検査課	社会・雇用／社会保障検査課
政府全体の財務管理／IT 検査課	欧州関係／政府全体の業績 検査課	厚生福祉・スポーツ・医療 検査課
外務／防衛 検査課	経済／農業／自然・食料品質 管理 検査課	政府全体の公益・民間機関 検査課
		教育／文化・科学 検査課

出所：NCA ホームページ「Organisation」(<http://www.rekenkamer.nl/9282400/v/>)により作成

6.3 権限

6.3.1 各省の検査

NCA は、政府会計法第 82 条の規定に基づき、毎年、以下の検査を行うこととされている。

- (ア) 省の財務管理及び物的資源の管理 (financial and material management)
- (イ) 上記の管理を行うための記録
- (ウ) 省及び省以外の組織の年次報告書における財務情報
- (エ) 省試算表 (the ministerial trial balances)
- (オ) 政策及び運営管理に関する情報

6.3.2 中央政府の検査

また、NCA は、政府会計法第 83 条に基づき、毎年、中央政府全体に対して以下の検査を行うこととされている。

- (ア) 国庫の支出及び収入の記録
- (イ) 中央政府年次財務報告
- (ウ) 中央政府試算表

さらに、政府会計法第 85 条に基づき、以下についても検査対象とされている。

- (ア) 政策の有効性及び効率性
- (イ) 財務管理・物的資源の管理の効率性
- (ウ) 財務管理・物的資源の管理目的のための記録の効率性
- (エ) 中央政府の組織の効率性

6.3.3 情報源へのアクセス権限

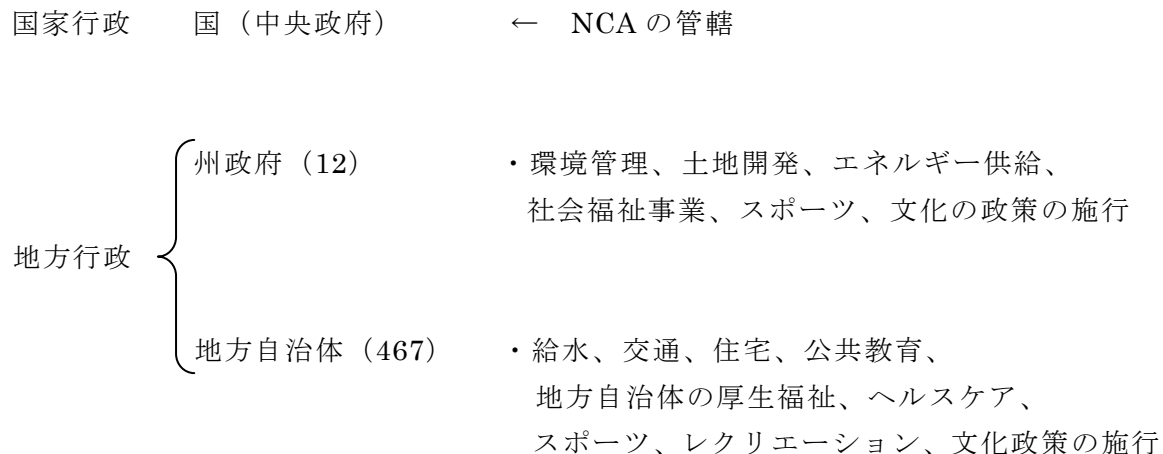
中央政府の全領域に関し、NCA は、自らの義務を果たすために必要であると判断する限りにおいて、すべての財、記録、文書及びその他の情報源について、自ら定める方法で検査することができ（政府会計法第 87 条第 1 項）、同条第 2 項では、大臣による情報の提出義務も定められている。

6.3.4 地方自治体等の検査

オランダの地方制度は、州（the provinces）と自治体（the municipalities）の二階層を採用しており、下図にあるように、州と自治体は、地方行政サービスや計画の管理・運営について、それぞれ異なる分野を担当している。これらの各行政部門の財源は、政府補助金と地方税によっているが、地方自治体等の関係機関の検査は、地方自治体等の監査機関が実施し、NCA による検査の対象外とされている。

したがって、NCA は、地方自治体等が公的資金を目的通り使用したかなどについて検査したい場合には、これら担当監査機関等に協力を要請しなければならない。

図表 6-2 NCA の検査範囲



出所：在日オランダ大使館ホームページ「オランダの政府」
(<http://www.oranda.or.jp/index/japanese/index.html>) により作成

6.3.5 その他の検査権限

NCA は、政府会計法第 90 条の規定に基づき、国会の上院及び下院のどちらかの要請により検査を実施することができる。また、中央政府だけではなく、国家制定法の規定に基づき職務を遂行し税収を全面的にあるいは部分的にその資金源としている法人（病院）等も、検査を実施することが認められている（政府会計法第 91 条）。

6.4 国会との関係

NCA の検査報告書は、国会に提出され、国会公式文書として取り扱われる。すべての国会の委員会が当該報告書について議論することが可能であるが、通常、国家支出委員会が関係大臣を召集し NCA の検査の裏付けとなる証拠を求めるなど、検査報告について検討が行われる。

NCA は、国の財務諸表の承認を毎年行わなければならないが、それ以外では業務の選択について完全に独立しており、大きな自由裁量権がある。NCA の検査業務については、前述のように国会の両院が要請を行うことが可能であるが、検査計画を最終的に決定するのは NCA である。

また、NCA と国家支出委員会は、相互に関心のある事項について、年に 3 回程度議論する場を設け、また、国会支出委員会が勧告を行う際には NCA と相談することになっている。

7 会計検査の現状

NCA では、前記のように憲法に基づいて国家の収入及び支出の検査を毎年行わなければならないとされている。そして、政府会計法に基づき、合規性検査（財務検査）、公会計制度改革の動きに伴って実施するようになった政策情報の検査、そして、中央政府の政策について効率性及び有効性等の観点から検査する業績検査を実施している。

7.1 合規性検査(財務検査)

合規性検査は、省の財務管理等及び財務諸表の検査並びに中央政府の財務諸表の検査からなる。合規性検査の第一の目的は、国会に国の財務に関する情報を提供することである。NCA は、その独立した地位に基づき、各省の財務管理及び年次報告書等について、発見事項及び意見を提供する。第二の目的は、各大臣に財務管理が規則に沿って検査が可能で、関連する財務諸表が適正なものとなるように仕向けることである。

7.1.1 省の財務管理等の検査

NCA は、省の財務管理及び物的資源の管理並びにこれらの記録については、それが合規性、規律性及び検査可能性という基準に合っているかどうかを検証しなければならない(政府会計法第 82 条第 2 項)。

7.1.2 省の財務諸表の検査

各大臣は、政府会計法第 51 条に基づき、所管する予算に関連して、年次報告書を作成しなければならないが、NCA では、この年次報告書について、作成基準を満たしているか、それが財務情報の報告基準に従って作成されているかを検証しなければならない（政府会計法第 58 条）。

省に対する合规性検査の結果、財務管理及び物的資源の管理あるいは関係書類に対して異議がある場合には、政府会計法第 88 条に基づき、NCA は関係大臣に異議を申し立てることができる。

7.1.3 中央政府の財務諸表の検査

中央政府の財務諸表は、国会から公表される前に、NCA の承認を受けることが義務づけられており、NCA は、中央政府の年次財務報告に含まれる収支計算書及び中央政府の試算表についての承認の声明書（Statement of approval）を作成しなければならない（政府会計法第 83 条第 3 項）。承認の声明書は、最終予算案及び、場合によっては、免責法案の採択を条件として発行される（政府会計法第 83 条第 4 項）。

NCA は、検査報告書の提出日である 5 月第三水曜日に、検査報告書と共に前会計年度の承認の声明書を国会に提出しなければならない（政府会計法第 84 条第 1 項）。

7.2 公会計制度改革の動きに伴う検査（政策情報の検査）

7.2.1 政策情報を検査することになった経緯

オランダは、1980 年代初頭に「オランダ病」⁷を経験し、労働組合の協力を得た大々的な歳出削減策を経て、10 年余りで、後に「オランダの奇跡」と呼ばれる再建を果たす。コック財務大臣（当時）は、過去の失敗を繰り返さないように会計・予算制度を構築するため、完全発生主義会計・予算の導入等の政策提案を 1991 年と 1994 年に行った。

過去 2 回行われた発生主義への移行提案においても、政策の成果に対してコストベースの予算と決算（業務）報告とを期間対応させる利点は、議会から好意的に受け取られていた。しかし、実現に向けた議論では、「財政規律との整合性」と「移行費用の側面」から結論が留保された。そして、省内の部分的なエージェンシー化を通じて発生主義会計・予算の導入が継続された。

⁷ 1970 年代後半から 1980 年代初めにかけて、オランダは、第 1 次石油危機の後、エネルギー価格高騰に伴う天然ガス売却収入の増加があり、この収入を原資に高レベルの社会福祉制度が構築された。しかし、天然ガス輸出拡大に伴ってオランダギルダーの為替レートが上昇し、製品輸出を圧迫したことから経済が悪化した。そして、経済悪化に伴って社会保障支出が増大したことから財政赤字が急増した。財政赤字に対処するため、税・社会保障負担が増大し、こうした負担増をカバーするため、労働組合の力を背景に賃金が引き上げられた。そして、企業経営が圧迫され、雇用が停滞し、失業増加で財政負担が増えるという悪循環に陥ることになった。

その後、エージェンシーの増加が各省内部の予算・会計基準を二分化することになり、NCA などが批判を強めることになる。

一方、決算書の開示内容と開示時期について改善点を洗いなおすワーキンググループ（財務省、会計検査院が参加。）は、1998 年に検討結果を「政策領域における年次報告」という報告書に取りまとめた次の 2 つの提案を行った。

- ① 省の年次報告書は政策、内部管理、財務報告を統合した形態をとり、開示内容として議会向けに適したものにすること
- ② 議会への決算提出日を次年度の 5 月第三水曜日で固定し、議会内の関心が翌年度予算（決算年度に対して翌々年度）に移る前に前年度決算の審議を行うこと

財務省は上記の報告をベースにした政府提案を 1999 年に行い、「政策予算から政策決算へ」（Van Beleidsbegroting tot beleidsverantwoording 英語名 From Policy Budgeting to Policy Accounting 以下、「VBTB」という。）というアウトカムベースの予算原理に基づいた新しいプロセスが開始された。

そして、2001 年には政府会計法が改正され、VBTB の具体的な手続、政府の予算と年次報告が満たすべき要件が定められて、2002 年から VBTB に基づいた予算が編成されている。

7.2.2 政策情報の検査

政府の公金管理を規律する政府会計法の改正（2001 年）がもたらしたひとつの大きな変化は、予算及び会計がもはや純粋に財政的なもののみではなくなったことが挙げられる。VBTB の主な内容は、予算書・決算書の新しい体系を提示したもので、3 つの質問に答えることができる資料である必要がある。

- ① どのような政策目標を政府は達成しようとしているのか（政策目標）。
- ② それらの目標を達成するために政府はいかなる行動を起こそうとしているのか（手段及び業績指標）。
- ③ それらの行動はどれだけのコストをとまうものなのか（予測される費用）。

VBTB の導入は、各省が約束した政策を執行し、業績指標を達成し、予測されたコストで賄ったのかどうかについて国会が会計年度の最後にチェックすることを意図するものである。

政策に対する説明責任と透明性の確保、有効性及び効率性に関するより適切な情報の必要性の認識が高まり、NCA には、各省及び政府の年次報告書に記載されている、実施された政策と運営管理に関する情報が、品質基準に見合っているかどうかを検査する業務が加わった。そして、NCA は「業績評価、究極的には政策効果の評価は、その政策に関する適切かつ信頼できる情報が利用可能であるときに初めて意味を持つ。」として政策情報に関する検査に力を入れている。

NCA は、VBTB が実施されはじめた翌年である 2002 年以降数年間にわたり、各省の有用な政策評価システムを整備する義務に対する取組状況を検査している。また、政策を評価するために採用すべき情報の提言など政策情報の品質に関する検査も実施している。

7.3 業績検査

7.3.1 業績検査の発展経緯

NCA が実施する業績検査については、1976 年の政府会計法の改正により初めて規定されるようになった。

欧米主要国の会計検査院における業績検査について法律的根拠が定められた時期をみると、米国では 1970 年の「立法府組織改革法」、カナダが 1977 年の「会計検査院法」、英国が 1983 年の「国家会計検査法」、そして、オーストラリアでは 1979 年に会計検査院の根拠法である「1901 年監査法」が一部改正されたことにより、業績検査を行うことが定められており、オランダは他の欧米主要国とほぼ同時期にその必要性が認識され、検査が開始されたことになる。

前記の「オランダ病」の発生時期と業績検査の規定が定められた時期とはほぼ同時期に当たり、危機的経済状況の中で、NCA としても財政再建のため、業績検査によって政府の政策を見直す契機としようとしたであろうことについては容易に想像できる。

また、業績検査の重要性は、議会が特に注目し NCA に対して検査の要請を行っており、NCA が当該要請に基づく検査を実施する決定を行うという形で、業績検査は 1980 年代半ばから増加してきている。

このように、政府のパフォーマンスを改善する必要性から、NCA がそれまで主として焦点を当ててきた合規性の検査を補完する業績検査が強調されるようになっていったのである。

7.3.2 業績検査

政府会計法第 85 条では、業績検査を中央政府の政策の有効性及び効率性並びに財務・物的資源の管理、目的に適合した記録及び組織の効率性を検査することと定義している。

中央政府の財務諸表の承認に帰結する合規性検査とは異なり、効率性に関する年次意見は表明せず、業績検査の結果は、年間を通じて随時報告される。また、合規性検査において法令を遵守していないこと又は不適切な財務管理が明らかになった場合と異なり、非効率性を根拠に正式な異議を表明することはできない。業績検査の結果に対する措置等については、基本原則として、関係大臣が国会に対して責任を有することとなっている。

2004 年から 2009 年にかけての業績検査のテーマとしては、7.2 で記述した政策情報の検査を行っていることに関連し、NCA は政策の計画と執行のギャップを優先して選定している。そして、有効性、効率性等の観点からの検査、すなわち、各省は政策に対して予算を効果的に使用し求められている効果を発現しているか、最少の資金で最大の効果を上げているかなどに着眼して検査している。

2005 年の検査報告書における業績検査が占める報告件数の割合は、53 件中 13 件となっている。ひとつの検査対象機関に対する合規性検査及び業績検査は、同一の検査課が担当しているが、調査官によって合規性検査を中心に行ったり、業務検査を中心に行ったりしているのが現状であるとのことであった。また、検査に投入する労力及び時間（人日数）の割合は、業績検査が 6 割、合規性検査が 4 割程度となっている。

7.4 NCA と内部監査部門の関係

7.4.1 内部監査部門設置の経緯

1980 年代中頃におけるオランダの財務運営の主要な課題は、巨額な中央政府の負債に対処するために政府支出を抑制することであった。政府財政の再構成を開始するに当たり、国会では支出を十分にコントロールするためには適切な財務管理が必要であるとされ、1980 年代後半に実施された運営会計改革⁸の一つの方策として、各省に内部監査部門が設置された。

内部監査部門は、省内で作成される決算書及び財務管理を監査する財務監査に加え、業務監査(効率性監査)も行っており、会計システム、内部統制システム、そしてリスク管理などに焦点を当てた監査を行っている。

7.4.2 内部監査部門が実施した監査結果の利用

NCA は、検査能力を効率よく有効に活用するため、各省の内部監査部門をはじめとする他者が実施した監査を利用することとしている。NCA は検査に先立ち、関連する領域を他の監査組織が既に監査しているかどうかを常に検討し、監査の再評価の実施を経て、検査を実施する又はその他の者が実施した監査を利用することが決定される。

政府会計法の第 20 条第 3 項では、大臣は自らの省が行った業務監査及びその結果について適時に NCA に報告しなければならないと定められている。

しかし、リスク管理に関する内部監査報告書などは、各省が NCA に対して必ずしも積極的に提出しない傾向にあり、NCA としても、同報告書の入手・内容確認の必要性について、その都度検討しているとのことであった。

7.5 検査報告書の国会への提出

NCA は毎年 3 月 31 日までに、NCA の業務に関する年次報告書を作成するよう規定されており、前記のように 5 月第三水曜日には国の財務諸表に対する検査報告書を作成する。また、業績検査の結果は、年間を通じて随時報告される。

NCA の検査報告書は国会を通じて自動的に国会公式文書として公表され、国民が入手可能となる。

⁸ 運営会計改革 Operation Accounting Reform

1985 年の NCA の指摘などを踏まえ、議会、財務省の支援を受けて、中央政府の財務管理、内部統制を改善するための改革が行われた。

8 社会保障関連の業績検査等を行う NCA の課題と対応策

NCA の業績検査については、前述のように、合規性検査において法令を遵守していないこと又は不適切な財務管理が明らかになった場合と異なり、非効率などを根拠に正式な異議を表明することができないことが特徴のひとつとなっている。

また、社会保障関連の業績検査を行う NCA の環境は以下のように変化している。

8.1 社会保障関連の検査を巡る環境の変化

8.1.1 検査対象機関の減少

NCA は、社会保障関連の検査対象として、国の厚生福祉スポーツ省や、社会・雇用省をはじめ、医療保険監視機構（CTZ）などの医療業務監督機関を検査の対象としている。

一方、国からの補助金等が交付されている地方自治体等をはじめとして、民間の保険会社、病院、診療所等に対しては直接の検査権限はない。そして、NCA が地方自治体等の補助金等の検査が必要と判断した場合には、地方自治体等に検査の協力を求めて実施することになる。

また、疾病金庫（公的保険）については、2005 年以前は検査対象機関であったが、2006 年 1 月以降、疾病金庫と民間保険の制度が統合され、民間保険によって公的医療保険（法定給付）が提供されるようになり、疾病金庫は NCA の検査対象機関から外されることとなった。民間の保険会社の運営については、その経済性、効率性等様々な観点から市場が評価することになるという判断が下されたわけである。

8.1.2 地方自治体等に対する検査の制限

国からの補助金等が交付されている州、地方自治体に対する監査の在り方については、2004 年の財務省による公会計に対する検査・監査の在り方に関する調査を発端にして政府内で議論されていた。財務省は、公会計をコントロールする立場にある内部監査部門、会計検査院、公認会計士などが総じて効果的なコントロール機能を果たしているのかといった視点からの調査を行っていた。

上記議論の末、内閣は、行政負担の軽減に力を入れることとし、地方自治体等において公認会計士による年次会計報告書の監査が完了していれば、仮に補助金等が各省から交付されているとしても、第三者、つまり外部の機関から地方自治体等に提供される監査等の情報を極力減らすべき（監査を受ける行政負担を減らすべき）だという“シングルオーディット・シングルインフォメーション”の原則（方針）が出された。

国からの補助金等が地方自治体等に交付されている場合は、年次会計報告書を監査する公認会計士が、予め実施すべき監査の内容を定めた“コントロール・プロトコル”に従って監査し、同報告書がコントロール・プロトコルに準拠したものであることを宣言する必要がある。しかし、上記コントロール・プロトコルは非常に複雑で、これを遵守して監査しようとするよりも多くの時間や労力がかかったり、公認会計士の知識不足から十分守れなかったりすることがあり（NCA 説明者談）、NCA としては必ずしも妥当な方針であるとは見ていないようである。

8.1.3 地方自治体等の会計検査機能強化の動き

2004 年の地方自治法（the Municipalities Act）改正により、すべての地方政府（州及び地方自治体）に対して 3 年間の移行期間（2006 年まで）を経て、立法機関、行政執行機関から独立した検査委員会等を設置し検査機能を保持することが義務づけられた。地方自治体等の監査機能としての役割は、それまで市議会などがその役割を担っていたが、政治的に必ずしも中立であるとはいえず課題とされていたものである。

社会保障制度における国の役割は、主として監視機能的な要素が強く、中央政府は各種の政策に対して間接的で距離をおいたものになっている。そして、地方自治体等が医療、公衆衛生等具体的サービスを提供するようになっている。

また、2007 年 1 月からの WMO 法（社会的サポートに関する法律）の施行により、ホームヘルパーなど在宅ケアの業務を地方自治体に担わせるなど、介護支援における地方自治体の責任の拡充も進められている。そして、国から地方自治体へは補助金等が交付されるが、給付水準・範囲の決定などは地方自治体の裁量に任されることになる。

上記のような状況下において、NCA としては、国の政策が総じて有効に機能しているのかなどに着眼して検査する際に、地方自治体等における行政運営実態の把握等をどのように行っていくのがひとつの課題となっている。

8.2 NCA が業績検査を実施する上での対応策

NCA では、地方自治体等の補助金等に対する検査等いくつかの課題を抱えている。また、NCA には、業績検査の結果を基に、関係省に事態を改善するよう強制する権限はない。そこで、NCA はどのような対応策を採っているのかをみていくことにする。

8.2.1 検査対象機関の減少、地方自治体等に対する検査の制限に対する対応策 －「関係大臣が責任を適切に果たしているかどうか」に焦点を合わせた検査－

ア 医療保険関連の政策に対する関係大臣の責任と業績検査

NCA の対応策としては、地方自治体等に対する補助金等の検査が十分にはできないことから、次のように各省の政策に対して、大臣の責任に関連した具体的な効果などについて有効性の観点から検査を行っている。

各省の大臣は、政府会計法により、その所掌する予算に関連する収入及び支出の効率性に責任を負っており、それらに関して国会に対して説明する義務がある。

医療保険制度に関連した関係大臣の責任については、以下のように3つ定められている。

- ① 医療保険、医療が国民にとってアクセスしやすいものとなっていることを保障すること（アクセス）

オランダ国民は平等に医療保険へアクセスする権利、医療を受ける権利を持たなければならない（憲法第22条）。

- ② 国民が支払い可能なものとしておくこと（コスト）

マクロレベルで見たときに、医療制度の対する中央政府の支出が、オランダ経済に対して多くの負担となってもいけないし、逆に少なすぎてもいけない。

- ③ 医療の質を確保すること（クオリティ）

これに対して、NCA は、その使命の一つとして、中央政府及び関係機関の合規性、効率性及び有効性、完全性を調査・改善することを挙げており、NCA の検査は、次のように関係大臣が責任を十分果たして政策を実施しているかに着眼して実施されている。

- ① 医療等のサービスへのアクセスのしやすいものとなっているか。
- ② 国民にとって、支払可能な制度となっているか。
- ③ 医療保険、医療の質は、政府（医療保険監督局等）や、医療施設利用者の評価によって監視され、問題があれば改善されるなどして、十分確保されているか。

関係大臣が責任を果たすための目標達成のためのツールは、「立法、協議、予算執行、研究」であり、これらが NCA の主な検査の対象となり、また事態を改善するための手段にもなりえる。

イ 2006 年の検査計画に見られる検査の傾向

検査計画（2006 年活動プログラム）は、NCA のアカウントビリティを確保するとともに、関係省が検査計画を知ることによって、NCA が検査を実施する前に自らの事業に問題がないか見直しを行ってもらおうといったことを目的として公表されている。

NCA では、検査計画の中で、行政運営の改善に貢献する可能性の高いところ（政策目標に対して、実績や政策の効果が達成されないと考えられる明らかなリスクがあるところ、政策が適切に運営されないような明らかな兆候が見られるところ）に集中的な調査を行うとして、検査資源投入の重点化を図り、効率的な検査活動を目指している。

そして、検査計画にはどのようなテーマの検査をどのような着眼点からいつまでに実施する予定にしているのかが具体的に記述されている。同計画をみると、NCA が、関係大臣が責任を十分果たして政策を実施しているかに着眼した検査を行っていることがわかるので一例を紹介する。

（ア）慢性的な疾病のための医療サービスへのアクセスとその継続性

医療サービス提供者が慢性的な疾病に対して提供するサービスとその継続性に対する検査（2006 年第 3 四半期 公表予定）

NCA は、医療サービス提供者間の協働を促進しながら、要求された基準に対する医療の量及び質を高める課題について、厚生福祉スポーツ省の取組状況を調査する。また慢性的な疾病に対する医療サービスが財政に与える影響に対し政府が執った手段についても検査していく。

（イ）若者ホームレスに対するサービス

青年政策の一貫性を確認するための若者ホームレスに提供したサービスに対する検査（2006 年第 4 四半期公表予定）

NCA によって過年度に実施された検査で、州・地方自治体の若者向けサービス又は社会事業が適切に調整されず、若者ホームレスが頻繁に必要とするサービスを受けることができない事態が見受けられたことから、今回、その後の状況を検査する。

（ウ）需要及び市場実勢による管理：国民は選択できるようになっているか。

教育及び医療の需要と市場実勢の管理に関する検査（2007 年後期公表予定）

NCA は、教育、医療に関連するサービスを国民が適切に選択することができる状態にあることを、責任ある担当大臣がどの程度保障しているのかを調査する。学校及び病院は、例えば、需要を把握し当該データに基づく対応を執っているか、そして顧客である親、生徒及び患者は実際に選択する機会を使用しているかに着眼して検査する。

8.2.2 業績検査の結果を基に関係省に事態の改善を強制する権限がないことに対する対応策

ー「対応策 1 インパクト評価」ー

NCA では、検査報告書で勧告を行った省等の政策について、一定期間が経過した後に、事態の進展状況や関係省の活動を評価して、その結果を再度国会に報告するインパクト評価を 2004 年 4 月から導入している。

ア インパクト評価のプロセス

最初のインパクト評価は検査の公表から 18 ヶ月以内に行うものとされ、最初の報告の公表から 5 年以内で完了する。また、NCA の勧告に従って措置が実施された場合は、早期にインパクト評価を終了する。

インパクト評価は、原則として NCA が行ったすべての勧告に対する措置の進展状況を評価の対象とするが、それぞれの評価において、必ずしもすべての勧告等を機械的にモニタリングするのではなく、発見された課題が解決したか又はされているのかに焦点を当てて行われる。

NCA 内部におけるインパクト評価の審議の際、インパクト評価における重要な質問項目としては次のようなものが挙げられている。以下は、「インパクト評価マニュアル」の抜粋である。

- ① 関係省は検査報告書の中で示された勧告、措置に対してどのような対応をしたのか。
- ② 調査チームは、検査報告書で示した課題を解決する又は改善させるような措置が、その影響の範囲等から見て十分執られたと考えるのか。
- ③ なぜ勧告や措置が適切に見直されなかったのか。
- ④ 勧告や措置が十分執られていなくても（満期の 5 年になっていなくても）インパクト評価を終了する理由があるか。

そして、上記 4 つの質問に対する回答は様々な形式を取り得る。

- ・ 勧告に関連しない要因、外因によって指摘した問題が解決したケース（この点についてインパクト評価を行う必要はない。）
- ・ 省はインパクト評価の勧告を従来からそして現在でも受け入れていないケース（個々のケースの評価、繰り返しのインパクト評価は必要である。）
- ・ 省は勧告に賛成しているが、優先順位や人的、物的、金銭的資源の問題から十分な対応がまだ執られていないケース（インパクト評価は必要となる。）

各省は NCA による検査結果に対するその後の進展・改善状況を定期的に追跡・協議する監査委員会などのモニタリング機能を保持していることもあり、インパクト評価は各省によって提供される情報が使えるならば採用することとされている。NCA はそれらの情報の正確性を確認することと、政策の進展・改善状況を立証する検査を実施することが使命となる。

3 月の年次報告の公表でインパクト評価の結果を報告するが、これに先立つこと前年の 11 月ないし 12 月に関係大臣とともに公式発表がある。

イ フォローアップ検査の決定

インパクト評価の後、プロジェクトマネジャーと局長はフォローアップ検査を行うかどうか、行うならいつ行うべきかを決定する。フォローアップ検査は、NCA が勧告を受けた事態の改善に向けて採用する一つの選択肢となる。

フォローアップ検査は次のような場合に実施することが決定される。

- ・ 勧告に基づいて取り組んでいる課題が相変わらず継続しているケース、または勧告に沿ってフォローされ、措置が執られたにも関わらず悪化しているケース
- ・ 新たな問題が政策分野において発生しているケース

このように、NCA の業績検査の結果に対するインパクト評価は、NCA が勧告した各省の問題点、課題について報告後もフォローし、改善状況などを評価することによって、各省に確実な改善を促す効果が期待できるとともに、1) NCA の指摘の的確性を説得力をもって報告できる可能性があること、2) 問題点、課題が解決するまで、長期間責任をもって見届けることになり、国会、国民からの信頼を得ることに繋がる可能性があることから、NCA が自らの検査の有効性について説明責任を果たす戦略上の具体的行動としても捉えられている。

NCA の「2004 年～2009 年検査活動計画（戦略）」では、検査の有効性をモニターし、検査結果を通して影響を及ぼすことの必要性が強調されている。

－「対応策 2 業績検査の随時報告及び関係大臣の回答内容の報告」－

前述のように、NCA は業績検査の結果について随時、国会に報告している。検査報告を随時国会に提出する利点としては、国会が各報告書を読むために割く時間が増え、理解が深まり、結果として検査結果の影響・効果を増大させることができるという点が挙げられる。

また、検査報告作成過程で必ず相手方大臣の見解を問うが、ここで同意に至らない場合、検査報告書に担当大臣の回答内容、さらに必要に応じてそれに対する NCA の「追記」が記述される。このように見解の不一致を認め、公にすることで、議会は議論の両方を知ることができ、より効果的に意志決定ができるような仕組みにもなっている。NCA にとっては、検査結果に基づく勧告から問題となっている事態の改善へ向けた働きかけをより具体的かつ現実的な形で国会に行うことができる。

「NCA と国会の関係」について、NCA は次のように説明している。

「NCA は、国会を最も重要な顧客であると考えている。業務計画の策定に当たっては、国会が重要と考えるであろう事項を考慮するし、検査報告書の国会への提出時期を適切なものにする、また報告書の体裁を国会にとって理解しやすく、また扱いやすいものにするということにも心を砕いている。

NCA は、自らの有効性のために、国会が非常に重要なものであると考えている。NCA は、権威はあるが、勧告の実施を強制するなどの力はない。こうした力は国会にある。NCA の権威はその検査の質から生じるが、その検査報告書の有効性は、国会がその実際的価値を適正に評価してくれることで一層大きなものとなる。NCA は優れたプレゼンテーションと適切な理解の手助けを行うことで、検査報告書に対する国会の興味を引こうと努めている。」

8.2.3 地方自治体等の会計検査機能強化の動きに対する対応策

〈地方自治体等の会計検査機能の強化に向けた協力体制の構築〉

NCA は、地方自治体等が会計検査機関を設置するのに伴い開設された、検査局・検査委員会協会（NVR）の事務局として活動し、NCA の業績検査等のノウハウ、経験といったものを積極的に提供している。NCA の普通検査官のひとは、同協会の委員にもなっている。

地方自治体等の検査委員会等に対して NCA のノウハウなどを提供しながら、同委員会等と連携して地方自治体等の適切かつ着実な検査体制を構築し、将来は国や地方自治体等の政策に対して、協働して効果的な検査を行っていくことが考えられる。NCA は地方自治体等に対して直接の検査権限はないが、NCA が外部環境の変化を機会として捉え、NCA の強みを生かした活動を行っているといえる。

9 社会保障関連業績検査の事例

本章では、NCA が実施した社会保障関連の業績検査の報告で特徴的な 2 つの事例を記述する。

9.1 NCA がモデルをつくって政策の効果を上げるための方策を提言したもの

－「利用しやすい高齢者や障害者のための健康医療を目指して」(2002 年 3 月報告)－

ア 検査の背景、経緯

特別医療費補償制度（AWBZ）の給付については、介護に重点を置く施設における医療も対象とされ、高齢者を対象とした在宅介護、老人ホーム、ナーシングホーム（養護施設）や、身体障害者を対象としたナーシングホーム、入居施設、知的障害者の生活施設なども同制度の支出対象とされている。

介護施設については、供給している施設の収容能力が需要に追いつかず、待機を強いられている人達の「待機リスト」の問題がある。

NCA は、健康医療が高齢者や障害者にとって利用しやすいものとなっているかに着目して検査を行った。

イ 検査対象機関

NCA は、厚生福祉スポーツ省や同省の管轄下にある健康医療保険委員会（CVZ）、健康医療施設委員会（CBZ）、健康医療費委員会（CTG）を検査対象とした。CVZ は、政府の計画について実現可能性、効率性を監視すること、保険料財源を管理し健康保険業者にそれらを配賦することなどを行っている。CBZ は、医療の質を確保するための基準を満たした病院、ナーシングホーム、障害者医療施設などの施設建設の調整を行っている。そして、CTG は、医療費・料金の監視を行っている委員会である。

また、地方政府における検査に関連した組織には、患者からの申請を審査し患者のニーズや患者が受けるべき医療サービスを判定するなど医療の需要面をみている **Indication Authority** や、医療保険の審査を行う **Insurance Authority** といった事務所、そして病院、障害者施設がある。**NCA** は、省レベルの機関のみならず、地域レベルのこれらの組織⁹とも議論を行ったとのことである。

ウ 検査の着眼点及び方法

検査においては、次のような点に着眼して検査を行った。

（ア）医療施設の現状及び将来の需要（予測）は適切に行われているか。

（イ）需給のバランスを見るときに、医療システムに関連した各機関が、それぞれの責任を全うするに足りるだけの十分な情報をもって業務を実施しているか。

（ウ）政策の目的を達成するために各業務プロセスは適切に実施されているか。

また、厚生福祉スポーツ省では、地域的な需要と供給の相違を考慮した将来予測に利用できるような算定モデルの開発を行っていなかった。そこで、**NCA** は、民間の研究所と共同して、高齢者の介護及び医療のための **AWBZ** の様々な利用方法に関する算定モデルを作成した¹⁰。そして、2020 年までの医療の需要、長期医療政策の在り方が在宅医療の形態にどう影響を与えるかなど医療提供形態の違いによる需要の変化、各地域における需要と供給の相違を予測し、関係省の保有する情報と比較、検討した。

エ 検査の結果

NCA が作成した算定モデルから得られた結果は次のようなものであった。

- ・ 医療の利用を保障するためには、現在の「待機リスト」の問題以外に、中長期的な需要及び供給の伸びも重要であること。
- ・ 医療の需要と供給については、地域的な相違がかなり大きいこと。
- ・ 在宅医療形態を是認する人が増えたとしても、老人ホーム医療等を待つ「待機リスト」は減らない。
- ・ ひとつの医療形態を対象とする政策措置が、中長期的には他の医療形態における「待機リスト」の伸びにも大きな影響を与える。

また、検査の結果、次のような事態が判明した。

医療提供者と関係省が合同で設立したタスクフォースでは「待機リスト」の分析を行っていたが、どれだけ医療施設を供給していくかというデータを基礎として解決のための方策を検討しており、将来の医療需要にどう対応するかという検討となっていない。

AWBZ のために医療登録を行う患者登録制度（**ARZ**）が 2000 年にできたが、関係各機関が適切な情報を提供していないため、十分機能していない状況である。また、大臣は **ARZ** が必要とする情報を明確にしておらず、同制度によって作られた情報の信頼性を保証していない。

⁹ 2002 年の検査当時の組織構成である。

¹⁰ **NCA** では、算定モデルによる予測の前提として、1)1 年以内に指定された医療を受け待機リストから外れたり、またその年度に待機リストに載ったりした医療需要者の年間の流出入数に関する見積りを 2000 年 3 月及び 2001 年 5 月の実績等を基に行ったこと、2)医療施設から介護施設等への平均移動人数について仮定を設けたことを挙げており、報告書にも明記されている。

また、地方政府における 3 つの関係機関では、相互に情報交換が不足しており、それぞれが重複した作業を行っていた。

オ NCA の勧告

NCA は、厚生福祉スポーツ省に対して次のような勧告を行った。

- (ア) 医療の需給に関する情報は重要であり、全体のシステムを適正に機能させるために ARZ のデータを標準化し、データの品質保証に努めること
- (イ) 地域ごとの課題、問題については、厚生福祉スポーツ省側で分析し、その際、適切な算定モデルを作ること

カ 関係省の反応

検査報告書の中で、厚生福祉スポーツ大臣は、次のように回答している。

これまで供給データを基に政策を考えていたが、需給主導型で検討していくこととし、ARZ をさらに充実させて改善していく。

また、業務は地方分散型で実施することとし、医療保険制度へのアクセスや需給バランスの維持は地域レベルの組織である CBZ が担うべきと考えている。

算定モデルを作るとは有益なことなのか。また NCA は検査において算定モデルの作成まで行っているが、これは NCA の役割の範囲に入るのか。

キ NCA の追記

厚生福祉スポーツ大臣の回答に対して、NCA は次のような追記を行っている。

地方分散型のシステムを作ったとしても、最終的な責任は厚生福祉スポーツ省にある。だからこそ、信頼できる情報を収集し、算定モデルについても検討する必要がある。

算定モデルによって、各種医療サービス間に存在する相互依存関係を確認しており、算定モデルを作る価値があることを証明することができた。

ク 担当調査官のコメント

政策の効果についての評価については各省が行うことになっており、NCA としては、各省の分析の手法・深度などを指摘することはあるが、今回のように算定モデルを自ら作成して検査するということが頻繁に行われるわけではない。

9.2 社会保障関連等の不正行為に対する当局の取組、予防対策について評価し、報告後フォローアップ検査を行ったもの

－「犯罪に対する捜査と起訴」(2000 年 12 月報告)－

ア 検査の背景、経緯

NCA は、中央政府における社会保障や納税に関する不正行為の予防対策、また、不正行為に対する捜査、起訴等の状況（処罰可能性）、また再犯に対する対策等の効果について検査している。オランダにおける社会保障関連の保険料等は、所得税等と共に税務署が徴収しており、検査対象機関としては、法務省、財務省、社会・雇用省等となっている。

イ 検査の方法

関係機関・団体から政策の評価を記載した年次報告書や統計資料を収集し、また、オランダにおける不正行為の発生傾向と動機のタイプ別分類等に関する調査(POROSZ¹¹)も利用して、オランダの社会保障等に関連した犯罪の傾向分析を行った。

その上で、関係省の活動状況、政策の効果を検証した。

ウ 検査の結果

関係省は、関係法令等に遵守して業務を行ったかどうかをみる遵守率、すなわち業務手続上のコンプライアンスは高めようとしていたが、不正行為に対する政策について何ら評価を行っていなかった。

また、不正行為が非常に高い確率で行われている中で、検挙・起訴する率は非常に低くなっている。不正行為が多く見られる分野を見ると、建設業、食品、飲料店、農業など、比較的中小企業が多い分野となっていた。

エ NCA の勧告

NCA は、関係省等に次の点を勧告した。

(ア) 不正行為が発生しやすい業界、分野において調査員を重点的に配備すること

(イ) NCA が提言する評価指標(検挙率)を算定し、政府の対策が十分であるか、効果的なものであるのかを評価すること

そして、上記評価指標の数値を高めていくことが、不正行為に対するより効果的な防止策をもつことに繋がるとした。

オ 関係省の対応

関係省では、社会保障の受給規定を明確に定義してあいまいさをなくすほか、ICT(情報技術の応用)を改良、整備することとし、また、職員の知識、不正に対する認識の向上にも努めた上で、不正行為に対し重点的に取り締まる体制を強化することなどを改善策として挙げた。このほか、不正行為の多い業務に対しては、監査・モニター機能を強化し、政策の成果、結果について監視・評価していくことになった。

カ フォローアップ検査

「不正と戦う(2004年の現状から)」(2004年9月報告)

NCA は、2000年に報告した「犯罪に対する捜査と起訴」についてフォローアップ検査を行い、当局による過去4年間における不正との戦いに関する改善状況を検査した。

¹¹ オランダでは2000年、2002年、2004年に社会保障給付に関連する不正行為についての調査POROSZ(random response surveys among benefit recipients)が実施されており、障害者給付申請の1割から2割が何らかの不正行為に関連している可能性があるなどと報告されている。また、オランダ政府による2000年の調査によれば、POROSZ等を用いて不正行為の全体規模がどの程度なのかを推定することは可能であるとされている。

検査に当たっては、特に以下のような点に留意した。

- ・ 不正防止のための管理状況
- ・ 実施された業務の分析、特に不正の調査の状況
- ・ 不正防止策の状況

検査した結果、次のような課題が依然として残っていることが判明した。

不正行為に対する関係省における管理と調整は改善されてきていたが、不正事件の結果や改善措置が執られたのかなどの情報が各機関相互に十分やりとりされていない。

関係省は、不正の規模・特徴（タイプ）に注目しており、検挙率を算定して政策を評価することまでは行われていない。不正を犯す人を発見する可能性（検挙率）はあらゆるタイプの不正に対して非常に低く、依然として不正が処罰されないリスクが残されている。

さらに、罰金の効果については、再犯率が 35% と非常に高く、十分なものとはいえない。

10 まとめ

NCA の検査は、問題のある事態を解決するために、国会等での具体的な議論に役立つ材料を提供しようとするところが特徴的である。

その背景として、オランダにおける VBTB の導入があるものと思われる。VBTB は、各省が約束した政策を執行し、業績指標を達成し、予測されたコストで賄ったのかどうかについて国会が会計年度の最後にチェックすることを意図して導入された。NCA は、これに伴い、各省の年次報告書に記載されている、実施された政策と運営管理に関する情報が品質基準に沿った適切なものかどうかをみる政策情報に関する検査に力を入れている。

そして、本報告で記述した事例のように、政策を効率性、有効性等の観点から評価する際に、政策目標を達成するための業務のあり方を検討する上で必要と思われる算定モデルを NCA が独自に開発して、将来の需要予測を基に政策の方向性が検討できるように現状の業務を改善するよう勧告したり、関係省が適切な評価指標を使って評価を行っていない場合に具体的評価指標を提示して政策を評価したりしている例も見受けられるなど、踏み込んだ提案を行っている。

また、NCA は、業績検査の結果に基づく勧告の効果を確かなものとするためや、検査の有効性について説明責任を果たすために、問題があると指摘した事態のすべてについてインパクト評価を行い、必要に応じてフォローアップ検査を行うなど、その改善状況を最後まで見届けて報告していくという姿勢を貫いているのも特徴的である。

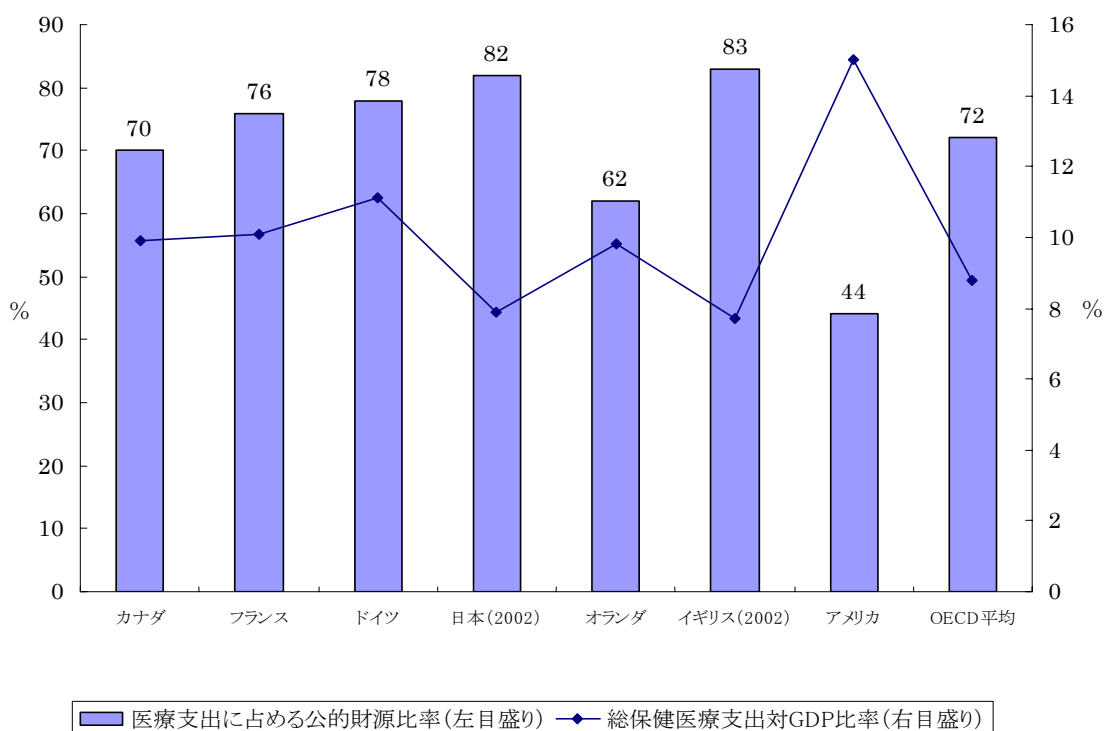
我が国の会計検査院においても、検査の成果が、予算の編成・執行や事業運営等に反映され、実効あるものとなるよう、意見を表示し又は処置を要求した事項に対する処置状況を検査報告に掲記するなど、フォローアップに力を入れている。ただし、検査効率等も考慮し、検査報告で取り上げたすべての事項について、その後の状況を対外的に報告しているというわけではない。

一方で NCA は、前記のように指摘した事態すべてについて「インパクト評価」としてその後の状況を報告し、必要に応じてフォローアップ検査を行うなどしている。これは、指摘を受けた省に対し改善の圧力となるとともに、会計検査院自らにとっても改善された点、改善が進まない背景などを検証することで検査活動の向上へと繋がり、また、国民や国会に対して検査の有効性に対する説明責任を果たし、ひいては会計検査院の検査に対する信頼を得ることにも繋がることになると考えられ、我々にとっても参考になるものと考ええる。

【参考】

図表 参考 1 国際比較

2003 年



出所：OECD（2005）

注 1：ドイツの公的財源比率は 2000 年

注 2：公的財源の OECD 平均はベルギーとスロバキアを除く

注 3：対 GDP 比の OECD 平均は非加重でスロバキアを除く

図表 参考 2 国際比較

	オランダ	日 本	アメリカ
平均寿命	78.6(2003)	81.8(2003)	77.2(2002)
65 歳以上人口比率(%)	13.8(2003)	19.0(2003)	12.4(2003)
合計特殊出生率	1.8(2003)	1.3(2003)	2.0(2003)
人口千人当たり診療医師数	3.1(2003)	2.0(2002)	2.3(2002)
人口千人当たり看護師数	12.8(2001)	7.8(2002)	7.9(2002)
人口千人当たり急性期病床数	3.2(2002)	8.9(2002)	2.9(2002)
一人当たり受診回数	5.6(2002)	14.1(2002)	8.9(2003)
急性期治療の平均在院日数	8.6(2001)	20.7(2003)	5.7(2003)

出所：OECD（2005）

【参考資料】

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.*

OECD(2005)「図表でみる世界の保健医療：OECD Indicators (2005)」(鐘ヶ江葉子訳)
明石書店

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

厚生労働省(2006)「健康保険法等の一部を改正する法律」参考資料

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/pdf/hoken83a.pdf>)

【参考文献】

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.

Enthoven, A.C. (1988) “Theory and Practice of Managed Competition,” *DeVries Lecture No.9* (North Holland).

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* vol.65(1) pp.49-62

National Audit Office(2005) , *State Audit in the European Union* pp.188-199

National Audit Office(2006), *International benchmark of fraud and error in social security systems*

Netherlands Court of Audit(2006), *Activity Programme 2006.*

Netherlands Court of Audit(2004), *Impact Assessment Manual.*

Netherlands Court of Audit(2006), *Annual Report 2005.*

Netherlands Court of Audit(2005), *Annual Report 2004.*

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

- 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.
- 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.
- 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.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. 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 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.
- 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
- 財団法人社会経済生産性本部『国の公会計基準の研究』(平成 15 年度会計検査院委託業務報告書)
- 財務省財務総合政策研究所 (2001) 『民間の経営理念や手法を導入した予算・財政のマネジメントの改革』
- 中央青山監査法人『各国会計検査院における会計検査基準の現状と課題 ―イギリス・オランダの事例より―』(平成 16 年度会計検査院委託業務報告書)
- 林かおり(2006)「ヨーロッパにおける患者の権利法」『外国の立法』No.227,pp.1-58
- 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
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社『欧米先進国における有効性検査の手法と事例に関する調査研究』(平成 17 年度会計検査院委託業務報告書)

【付録 調査日程】

平成18年

9月11日（月）

オランダ会計検査院（The Netherlands Court of Audit）

Marijke J. C. van der Werf

Director of the NCA Audit Division of the Ministry of Health, Welfare, Sports
& Care

Geert Jan Mol

Senior Auditor

Marlies E. J. Burm

Project Manager

Wilfried Smit

Project Manager

Sicco van As

Auditor

9月12日（火）

オランダ会計検査院（The Netherlands Court of Audit）

Anneke van der Giezen

Project Manager at NCA Social Affairs and Employment & Social Security
Audit Division

Coos Overbeeke

Project Manager

Marc van Eck

Auditor

9月13日（水）

オランダ会計検査院（The Netherlands Court of Audit）

9月14日(木)

ロッテルダム公共健康サービス (Gemeentelijke Gezondheidsdienst: GGD)

Willy de Haes

Project Coordinator 'Healthy City'

Caroline de Pater

9月15日(金)

エラスムス大学 (Erasmus University Rotterdam)

Wynand P. M. M. van de Ven

Professor of Health Insurance, Department of Health Policy and Management

民間保険会社 (ACHMEA)

Gerben W. J. Hagnaars

Manager Care Purchase