

欧州の医療制度改革

松田 晋哉*

今日、多くのヨーロッパ諸国がその医療制度と医療サービスの財政方式及び提供方式を再考する過程にある。しかしながら、医療制度は各国の規範的、経済的そして組織的特徴に深く関連しているために、医療費の適正化や医療サービスの効率性を目的とする政策は、アクセスの平等といった連帯原則とのバランスをいかに確保するかという検討を求められることになる。

このような難しい目的を達成するために、多くのヨーロッパ諸国は契約主義に基づいた医療制度改革を行っている。契約は医療制度における各アクター間の関係を定義するものであるが、それには2つの適用方式がある。第一のものは、医療計画や医療施設の運営について契約を行うもので、これは競争的な環境（イギリスやオランダ）と非競争的な環境（フランスやドイツ）の両方で用いられている。第二の方式は利用者によるサービス提供者の選択を促進するために契約を用いるというもので、スウェーデンやイギリスで用いられている。これまでのところ、契約主義の採用が医療費の適正化に効果的であったか否かについては明確ではないが、多くの国はそれを医療制度改革の中に正式に位置づけている。そして、契約主義的アプローチの進展に伴い、そのようなシステムに不可欠である医療情報システムの整備が進んでいる。特に、病院情報システムについては、北欧諸国における Nord-DRG、フランスにおける GHM、ドイツにおける AR-DRG、そしてイギリスにおける HRG のように、ケースミックス分類を基礎とした情報化が広く行われている。

要約すると、欧州における医療政策は従来の Command and control 型から、関係者に対する説明責任をより重視した契約主義的なものに移行していると考えられることができる。

キーワード 契約主義、医療制度改革、ヨーロッパ、医療情報

1. はじめに

1970年代後半以降、低迷する経済環境と高齢化の進展に直面した欧州諸国は、従来の福祉国家的政策の転換を余儀なくされ、過去20年以上にわたりさまざまな医療制度改革を行ってきた。Ham（1997）は欧州における医療制度改革を3つの時期にわけて、それぞれの時期における目的と政策を整理している（表1）。経時的にその流

れを見ると、1970年代の2度にわたるオイルショックを契機として生じた低経済成長下において、医療費増を制限するために、まず、1980年代に医療計画の制定や総額予算制といったマクロ的な抑制策が取られ、次いで医療における消費者主権的な考え方の台頭、個々の医療サービスレベルでの質や効率性への関心の高まりなどに対応するためにミクロレベルでの対策が取られるようになっていく。具体的にはガイドラインの策定やアウトカムに応じた支払い、そして市場原理の導入による競争の導入などが1990年代以降、契約主義の原則のもとで試みられてきた。このような政策の医療費

* 産業医科大学公衆衛生学教室

表1 近年の欧州における医療制度改革の経時的変化

第一期 目標 政策	1970年代後半から1980年代 マクロレベルでの医療費抑制 病院の総枠予算制 医療計画による病院建設及び高額医療機器の制限 医師収入の抑制 医師教育体制の再構築 医学部定員の削減 一般医の養成
第二期 目標 政策	1980年代後半から1990年代前半 ミクロレベルでの効率化と利用者への説明責任 市場主義的手法の導入 マネジメント改革 予算管理
第三期 目標 政策	1990年代 医療サービスの合理化と優先度設定 一般的公衆衛生活動・健康増進 プライマリーケアの重視 マネージドケア 医療技術評価 EBM

出典：Ham C. (1997)

抑制効果について現時点で判断することは難しい。しかし、欧州における一連の医療制度改革の概要を知ることは、現在のわが国における医療制度改革に関する議論を検討する上で参考になると思われる。例えば、近年、わが国においても強調されている市場主義的手法の導入が、欧州では必ずしも成功してはいない点、イギリスのビッグバンの手法の行き詰まりやフランス・ドイツにおける情報の標準化の遅れによる医療制度改革の一時的中断などの経緯は、わが国の今後の医療制度改革を議論する上で参考になるであろう。そこで、本稿では、筆者のこれまでの調査研究の結果に基づいて、近年の欧州における医療制度改革の概要について説明したい。なお、本論文の記述にあたっては、MIRE (1995)、Saltman and Figueras (1997)、Ham (1997)、Saltman *et al.* (1998)、Lambert (2000) を参照した。

2. 制度の特徴¹⁾

欧州の医療制度は大きく2つに区分することが

できる。まず、第一のグループは国レベルあるいは地域レベルでの税金を基盤として医療を政府の責任で提供するNHSタイプ（ベヴァレッジタイプ）のものであり、イギリスやスウェーデンなどの北欧諸国がこれに相当する。第二のグループは強制的な社会保険制度により医療を提供するビスマルクタイプのものであり、フランス、オランダ、ドイツ、オーストリア、ベルギーがこれに相当する。このほかヨーロッパにおいては、従来は社会保険制度を採用していたがNHS的な仕組みに転換したイタリア、ポルトガル、スペインなどの南ヨーロッパ諸国、あるいは社会保険制度からより民間保険的な仕組みを導入しつつあるスイス、旧ソビエト型の国営医療から民間保険制度が主体の仕組みに転換しつつあるロシアや他の東欧諸国などがあり、その制度改革は多様である。本論文では論点を明確にするために、ベヴァレッジタイプ

¹⁾ 制度概要の詳細については「欧米諸国の医療保障」2000年（法研）、医療経済研究機構の各国別データ集等を参照されたい。

とビスマルクタイプの2つの種類に焦点をあてて以下の検討を行う。ただし、いずれの場合も、純粋な形式と言うものではなく、両者の要素が混在している点は注意が必要である。

ベヴァレッジモデルを採用している国としてはイギリス、スウェーデンを始めとする北欧諸国がある。イギリスは国レベルの税金に基づいてNHS方式を運営している。国レベルで毎年決められる保健予算は前年度実績をベースとして地域当局に配分される。外来医療については、一般医GPによるゲートキーピングが行われており、住民は自らの選択でGPに登録し、プライマリケアの提供を受ける。専門医の診察や病院にかかる際には、登録したGPの紹介が必要となる。GPへの支払は人頭払いと出来高の組み合わせで行われる。病院医療については従来地区当局がそれを運営していたが、サッチャー政権の民営化路線の過程で、供給者と支払い者の分離が行われ、病院は独立行政法人であるトラスト病院となった。そして、病院サービスについては、地区当局あるいは病院サービスを購入する権限を持つ予算管理一般医GP fundholderが価格交渉によってそれを購入すると言う内部市場のシステムが導入された。GPファンドホルダーの仕組みはその後、ブレア政権における「競争からパートナーシップへ」という政策転換に伴いプライマリケアグループPCGあるいはプライマリケアトラストPCTに改組されている。新しい組織はGPに加えて理学療法士や地域看護婦も加わり、病院医療のみだけでなく、地域ケアや予防的サービスも購入する機能を持っている。

スウェーデンを始めとする北欧諸国は地方税をもとに各地方自治体が医療行政を行う仕組みとなっている。病院医療については、イギリスと同様に支払い者と提供者の分離が行われ、地区当局が交渉により病院サービスを購入するという内部市場の仕組みが導入されている。外来医療については人頭制あるいは俸給制の一般医によるプライマリ

ケア体制となっている。ただし、ゲートキーピングについては、それを行っている国（フィンランド、ノルウェー、デンマーク）と行っていない国（スウェーデン）に分かれる。民営化の動きも活発で、例えばスウェーデンではストックホルム市内の公的病院が国際入札によりシンガポール企業に売却され病院サービスの民営化が具体化している。また、プライマリケアについても私的診療所の参入が検討されている。

次にビスマルクモデルを採用している代表的な国としてはドイツ、フランス、オランダがある。まず、フランスであるが、同国は原則として職域を基本とする社会保険制度により医療サービスを提供している。保険者のうち最大のものは国民の約80%をカバーする全国被用者疾病金庫CNAMTSである。保険料は1997年時点では給与の18.3%で、雇用者負担12.8%、被用者負担5.5%であったが、被用者分については一般福祉税（後述）が当てられるようになり、1998年には被用者負担は0.75%となっている。すなわち、フランスにおいては社会保険制度の一般税化が進んでいる。医療サービスの財政方法は病院医療と開業医医療とで異なっている。公的病院については総括予算制であり、前年度の活動実績をDRGに基づく活動情報で調整し、その結果に基づいて地方レベルで病院医療を統括している地方病院庁と各病院が予算額を契約する仕組みとなっている。民間病院については、同様の手続きでHospital feeのみが一日あたり費用額として決定される。開業医医療については全国レベルで疾病金庫と代表的な医師組合との間で締結される協約料金に基づく出来高払いである。民間病院のDr's feeは開業医医療と同じ扱いである。患者による支払は、病院医療の場合、窓口で自己負担分のみを支払う仕組みとなっているが、開業医医療については、受診時、患者がいったん医師に全額を支払ったのち、領収書を加入金庫に送付することで、給付部分を払い戻される償還制となっている。現在、この償

還手続きは徐々に IC カードを用いた電子償還システムに転換されつつある。また、フランスの保険制度のもう一つの重要な特徴として、自己負担分を支払う補足制度が発達しており、実質的な自己負担分は少ないことがあげられる。なお、医療サービスの利用についてはフリーアクセスが保障されており、ゲートキーピングは行われていない。

ドイツでは保険料算定報酬限度額を超えない被用者は、地域、企業等のカテゴリーに従って区分される 8 つの疾病金庫のうち、いずれかに加入することが義務づけられる。保険料は通常労使折半である。また、保険者間では被保険者の経済力の格差を補正するために、性、年齢などを変数としたリスク構造調整という財政調整が行われている。一方、保険料算定報酬限度額を超える者は任意加入者であり、公的保険かあるいは民間保険を自由に選択できる。医療サービスの財政方法は病院医療と開業医医療とで異なっている。従来、病院医療については基本的に各病院と当該地域の疾病金庫との協定により、1 日あたりの入院医療費および診療科別療養費を決定するものであった。そして、これにいわゆる DRG 類似分類による包括払い (FP: 73 疾患群) と特別報酬 (SE: 157 疾患群) を組み合わせる形で金庫から各施設への支払が行われていた。しかしながら、病院医療の透明化とその支払の効率化を目的として、現在、オーストラリアで開発された AR-DRG によってすべての急性期入院医療の支払いを行う一般化プログラムが進められている。開業医医療については、国レベルで定められた診療報酬点数表をもとに、出来高払いで支払が行われる。しかしながら、その支払方法は州レベルで保険医協会と疾病金庫連合会との決定に基づいて保険医協会が総額を請け負う形式である。そして、例えば、支払い額が総額を越える際には 1 点あたり単価を変動させるという方式 Floating point が採用されている。開業医医療の場合、患者は保険医を自由に選択でき、そ

の支払は第三者支払い方式となっている。病院医療にかかる場合は、救急を除き、原則、開業保険医による紹介状が必要となる。

オランダの医療保険制度はまず長期医療と短期医療に区分される。長期医療は例外的医療費支出保障 AWBZ と呼ばれる国民全員が加入する強制保険で、365 日以上入院、介護サービス、精神科医療などをカバーする。財源は保険料 (2000 年で給与の 10.25%) と税金である。短期保険は年収が一定以下のものが加入する疾病基金保険 ZFW と公務員保険、そして自営業者および一定基準以上の収入を得ている者を対象とした民間保険がある。短期保険は一般医による診療、専門医の診療、365 日以内の入院などをカバーしている。また、ドイツと同様、保険者間の財政構造の違いを補正するためにリスク構造調整が行われている。オランダの医療サービス提供は GP システムによって特徴づけられる。国民は自らの選択により GP に家族単位で登録し、救急を除いて専門医の診療や病院医療を受ける際には GP の紹介状が必要となる。GP に対する支払は疾病基金保険および公務員保険の場合は人頭制、民間保険の場合は償還制の出来高払いとなっている。病院医療は専門医によって担われている。専門医と病院の関係はパートナーシップという契約制、あるいは俸給制である。専門医に対する支払は出来高払制で、その他の診療費は総括予算制で支払われる。総括予算の決定は、固定費部分 (患者数)、準可変的部分 (専門医の配置等病院機能)、可変的部分 (保険者との交渉によって決まる部分) の 3 つから構成される機能的予算方式によっている。今後、この予算決定に関してはオランダ版 DRG である DBC を用いることが予定されている。

以上をまとめると、本論文で取り上げるヨーロッパの主要 5 カ国の医療制度改革の特徴は次のようになる。イギリスやスウェーデンのような NHS タイプの国では、医療費については予算制限があるため、マクロレベルでの医療費抑制は容易であ

り、したがってその増大が問題となることは少ない。むしろ、これら NHS タイプの国においては、長い入院待ちに代表されるように、強い医療費制約による過少診療といった、ミクロレベルでの非効率性が問題となってきた。これらの国における医療政策の第一の課題は患者満足であり、この問題に対処するためにサービス供給側と支払側とを分離し、アウトカムに基づいて、支払者が供給者と質・量に関する契約を結ぶ契約主義を導入し、供給者間の競争を喚起するという市場主義的な手法が採用されている。一方、フランス、ドイツ、オランダといった社会保険制度を採用している国においては、診療報酬の決定についてサービス提供側と支払側で契約を行う形式が伝統的に採用されているが、複数の関係者がそれぞれの立場を主張するために制度改革に関する議論は常に紛糾し、大胆な改革ができない状況にある。特に、保険者が複数あり、また医師組合も複数存在するフランスではこの傾向が強く、後述のように1996年のジュペプランまでは、ほとんど全体的な改革が行われることは無かった。このような状況で合理的な合意形成を行うためには情報が必要であり、その整備がこれらの国々では行われている。例えば、フランスとドイツはほぼ同時期に病院医療におけるDRG導入検討を開始しているが、フランスがすべての急性期入院を対象とした情報システムを開発し、病院医療費の適正化に成功したのに対し、ドイツは2種類のDRG様分類（FPとSE）に加えて1日あたり費用額という3つの支払システムの混在を許したために、情報の標準化と一元的管理ができず、そのために病院医療費適正化が失敗している。一方で、開業医医療についてみるとドイツが地域レベルで各医師の診療行為がモニターできるシステムを構築しているのに対し、フランスはその情報化を行わなかったために、開業医の医療費適正化には失敗している。

3. 医療制度改革の特徴

(1) 概要

欧州における医療制度改革のキーワードとして、ここでは国の役割の変化と市場主義の導入、分権化、患者の権利、健康増進を中心とした公衆衛生活動の推進、そして質の保証を考えてみたい。

a. 市場主義原理の導入

まず、市場主義原理の導入であるが、1989年のイギリスのサッチャー政権による内部市場の導入はマスコミにセンセーショナルに書かたてられ、あたかも医療制度改革の切り札であるかのように取り上げられた。しかしながら、市場主義原則の導入は、国による規制か市場主義かという二者択一的なものではなく、多くの国は質の管理や支払方式、あるいは国・サービス提供者・支払い者の関係などに、それぞれの国の状況にあわせて部分的に市場主義的手法を取り入れているというのが現状である。実際、社会連帯を基礎理念とするヨーロッパ諸国において市場主義的手法の導入は、社会保障の社会における位置づけに関する理念的なジレンマと、運営上のジレンマという2つの問題をもたらした（WHO Regional Office for Europe, 1997）。第一の側面に関して言えば、ヨーロッパの社会保障における実務者及び識者にとって社会保障は公共財であり、それを市場において自由に売買される私的な財とみなすことには強い抵抗感があった。また、技術的な問題としては、サービスの提供者でありかつ決定者でもある医師の存在、及びセクター間での補助が行われる医療システムを伝統的な市場経済学的手法で分析することの困難性があった。さらに、市場主義に関しては、社会的弱者が利用しにくい医療環境をもたらすこと、社会保障に関する国の責任をあいまいにするとする批判もあった。しかしながら、実際には民間資本による無秩序な保険運用を防止するため

に、政府による監督は従来以上に厳しいものとなり、またそのような規制があって初めて市場主義的手法が正常に機能するということが明らかとなっている。すなわち、従来の command & control という直接的な関与ではなく、システムの監督者としての政府の役割が増大したのである。そして、そのようなコントロールが十分に行われるためには、医療活動の内容を透明化するための適切な情報システムが必要であり、これが1990年代以降の、各国における医療情報システム構築への努力につながっていく。

ところで、市場主義的手法の導入が、はたしてイギリス政府が仮定していたような競争を喚起し、医療サービスの効率化をもたらしたのかという点については、現在までのところかならずしも明らかでない (Klein, 1995)。一方、同じく、市場主義的競争原理の社会保険制度への導入を試みているオランダにおいては、情報化の進展や入院待ち期間の減少など正の効果が報告される一方で、事務コストの増大や巧妙なクリームスキミングなど負の影響を指摘する意見もある (Van de Ven, 1997)。従って、現時点では、市場原理的手法の効果について判断することは難しい、今後、同手法の導入に積極的なオランダ等の動向を注視していく必要がある。

b. 分権化

欧州における医療制度改革の第二のキーワードは分権化である。分権化のメリットとしては、サービス提供の効率性向上、ニーズに応じたサービス提供、自治体による医療政策における優先度設定、健康における不平等の克服が可能になることなどがあげられる。このような分権化への志向は1980年代以降のヨーロッパにおける官僚主義的かつ意思決定の遅い中央政府への幻滅に呼応するものでもあった。Borgenhammer (1993) は分権化を行政の分権化 Deconcentration, 政治の分権化 Devolution, 業務の分権化 Delegation, 民営化

Privatization の4つに区分している。例えば、地方レベルで病院医療を統括する地方病院庁を設立し、それによる病院予算の配分を行っているフランスは行政の分権化の例であり、国ではなく県議会 (Lansting) が医療行政を行っているスウェーデンなどの北欧諸国は政治の分権化の例である。そして、サービス提供者と支払者の分離を行った上で、地方当局及び GP ファンドホルダーが、トラスト病院のサービスを購入するという仕組みを導入したイギリスは行政の分権化と業務の分権化 (委任) を行った国の例である。民営化は分権化の極端な例とされているが、多くの場合、これらは給食やリネンなどの周辺部分に限られてきた。しかしながら、最近、ストックホルム市内の公的病院が国際競売にかけられ、シンガポール資本の企業によって購入されるというように、医療の本体部分における民営化も生じてきている。また、イギリスのトラスト病院の一部で導入されている PFI の試みも民営化の一類型であろう。しかしながら、民営化については、サービス提供主体における利益確保が優先されるために、ハイリスク者の除外、合併による規模の拡大とそれに伴う集権化などが弊害として起こり得る。実際、社会主義経済から自由主義経済に移行しつつあるロシアや旧東欧諸国では民営化による上記のような問題が顕在化しており、それを監視するための政府による規制が必要となっている。

以上述べたように、確かに分権化は制度運営の柔軟性、効率性、革新性、分権化された現場におけるモラルの向上などの効果が期待される手法であり、実際、イギリスやフランスではその正の効果が観察されている。しかしながら、その一方で国全体としての制度の整合性や質の確保あるいは統制力などに問題が生じる可能性が高い。例えば、病院医療のマネジメントを地方自治体に分権化したノルウェーでは、地域間の病院医療の内容と質の格差が問題となり、再度それを国の責任に戻す動きがある。また、地方自治体 (県) の責任で高

高齢者介護保障を社会福祉の枠組みで一般化したフランスの高齢者自立給付制度 *Prestation Spécifique Dépendence* では、その認定や給付内容及び運用面での地域差が問題となり、運用は地方自治体にこれまでどおり任されるが、内容について国レベルでより国民の公平性が確保される個人化自立給付制度 *Allocation Personnalisée d'Autonomie* に改められている。こうした例が示しているように、医療政策の基本的枠組みや医療資源の配分、安全や公平性にかかわる規定、そして政策の運用状況に関する情報収集とその分析は国の責任として残すことが、分権化の長所を発揮させるためには必要である。

c. 住民参加、患者の権利及びエンパワーメント

医療政策決定における住民参加は、医療政策の民主化という点から、いくつかの欧州諸国において取り組まれてきている。最も直接的な住民参加の仕組みを持っている国はフィンランドであり、住民の直接選挙によって選ばれた市町村協議会 *municipal council* が医療政策に関する決定権を持つしくみとなっている。このような仕組みはスウェーデンやノルウェーなど他の北欧諸国も同様である。イギリスも地区評議会が地方レベルで組織されているが、そのメンバーは政府によって任命され、住民参加による政策決定という形式にはなっていない。これはフランスの地方病院庁においても同じ形式となっている。一方、政策決定に関して住民の意見を聴取する仕組みは広く行われている。例えば、イギリスにおいては、政府がまずグリーンペーパーを出した後、一定期間、国民の意見を求め、それを踏まえた上でホワイトペーパーを出すという手続きをとっており、また、NHS 当局が地域住民の意見をグループディスカッション方式で求める *Local voice* という仕組みを設置している。このような住民の意見を求めると言う点において最も徹底的な運用を行っているのはオランダである。1990年に公的保険が給付すべ

き基本的サービスを検討するために設置された Dunning 委員会はケアの必要性、効果、効率性そして個人の責任という4つの基準をもとに、個々の医療行為を評価し、その結果を国民に公開した。そして、国民の過半数を巻き込んだ数年にわたる公聴会を開いた後、公的保険の給付すべきサービスの内容が決定されている (Dunning, 1992)。

次に患者の権利であるが、これは近年における欧州の医療制度改革において共通の課題となっている。しかしながら、そのアプローチの方法には、それぞれの国でかなりの違いがある。まず、イギリスの場合、患者の権利及びサービスの質に関する基準を設定しているが、これはあくまで指針であり、法的にどのように適用するかは明示していない。一方、フィンランドやオランダではより直接的ないし包括的な患者の権利に関する政策となっている。例えば、フィンランドは1993年に患者の権利法を制定し、各病院に患者のためのオンブズマンを置くことを定めている。また、オランダも1995年に患者の権利に関する法律を制定し、その中でインフォームドコンセント、診療情報へのアクセス権と開示、診療録の保管方法と期間、患者のプライバシー、未成年者及び判断能力に障害のある成人の権利擁護などが包括的に記載されている。

患者による医療サービスの選択権の拡大もNHS方式を採用している国においては議論の対象となってきた。例えば、イギリスは一般医 (GP) 選択の自由化と GP ファンドホルダーを代理人として機能させることで専門医医療及び病院医療における選択の自由度を高めることを試みた。しかしながら、住民は GP の選択に関しては居住地域内の医師との長期の安定的な関係と信頼を重視しており、政府が意図するような選択の拡大とそれによる競争は生じなかった。また、GP と病院との間においても、継続的な関係が重視されたために GP による病院の選択という点においても政府の期待したような成果は得られなかった。さらに、

イギリスでは民間保険の活用による患者の選択権の拡大も図られたが、これについても部分的な効果しかなかったと評価されている (Calnan, Cant and Gabe, 1993)。

患者の権利およびエンパワーメントに関するもう一つの大きな流れは、患者および国民への情報の提供である。例えば、24時間体制の電話およびインターネットで国民に健康相談や情報の提供を行っているイギリスの NHS Direct やフランスの ANAES 全国医療評価認証機構による国民向けの診療ガイドラインの配布と病院の機能評価結果のオンラインでの公開、あるいは同じくフランスの疾病金庫による慢性疾患患者への情報提供と疾病管理サービスは、患者のエンパワーメントにより医療の質確保を推進していこうという試みである。長い入院待ちの解消が課題となっているスウェーデンでは病院別に対象疾患ごとの入院待ち期間がインターネットで公開されており、患者による病院選択の自由度を高める試みが行われている。すなわち、患者による選択という圧力で病院サービスの効率化を図ろうとしているのである。

d. 健康増進

近年の欧州における医療制度改革の特徴として健康増進への関心の高まりがある。この基礎にあるのは1974年のカナダ政府によるラロンド報告に示唆を得て、1984年に WHO ヨーロッパ事務局がだした「欧州のすべての人々に健康を」戦略と1986年のオタワ宣言である。また、WHO の健康都市プロジェクトにも約650のヨーロッパの都市が参加している。しかしながら、具体的な疾病予防および健康増進に関しては、あまり多くのことは行われてきておらず、乳がんや大腸がんのスクリーニング、あるいは国民あるいは被保険者向けの健康情報パンフレット配布などが細々と行われているというのが実情であった。ところが、循環器病予防を目的として行われたフィンランドの North Karelia 計画の中間報告 (Puska *et al.*,

1981) において、食生活や運動などの生活習慣における行動変容が健康度改善につながっていると言う明確な証拠が出されたのを契機に、フランス政府による肥満解消プログラム等具体的な健康増進プログラムが展開されつつある。しかしながら、一般的傾向として、直接的な医療サービスに比較して予防的な活動に対する各政府の関与は依然不十分であると言うのが現状である。この理由としては欧州においてはわが国の老人保健法や労働安全衛生法における一般健診の仕組みが体系化されていないことがあげられる。しかしながら、禁煙対策による肺がん死亡の減少は多くの国において観察されており、また性行為感染症や薬物中毒が医療財政に与える大きな影響が認識されるようになり、各国ともこれらの予防対策に重点をおいている。さらに、医療保険制度や NHS のサービスの中に、こうした予防的サービスが給付対象として取りこまれるようになってきている。

e. 質の保証

表1に示したように1980年代後半から1990年代前半にかけて欧州における医療制度改革の目的はミクロレベルでの効率性の追求に代わっていった。そして、この検討の過程では、医療サービス提供者との合理的な議論およびそれに基づくコンセンサスを得るために、必然的に医療の質の維持・向上が課題となり、そのための対策が推進された。また、この間の消費者主権的考え方の広がりや、国民の医療の質に対する関心を高めたことも重要である。まず、この時期にイギリスやオランダ、あるいはフランスにおいて医療の技術評価のための公的組織が創設された。例えば、イギリス NHS の評価広報センターやコ克蘭センター、あるいはフランスの医療評価開発機構 ANDEM (後の医療評価認証機構 ANAES) は文献レビューや専門家によるコンセンサスカンファレンスなどを用いて医療技術評価を行い、その結果に基づいて診療ガイドラインなどの策定を行ってきている。し

かしながら、こうした医療技術評価については、必ずしも政策上の意思決定に用いられているわけではなく、診療ガイドラインについてもフランスの「拘束力のある医療指標 RMO」²⁾を除くと、罰則規定のないものが殆どで、その効果には疑問が出されている (Lomas *et al.*, 1989)。そして、ガイドラインについてはそれを作成し、配布するコストの方が高つくのではないかという批判もある。しかしながら、質の向上は WHO ヨーロッパ事務局の重点課題であり、最近では費用効果性よりも、むしろ治療の有効性に関しての患者への説明責任との関連で論じられる傾向にある。そして、このような動向の中で、医療サービスの質に関する認証プログラムが推進されており、例えば、フランス、オランダ、イギリスなどでは、同プログラムによる質の評価とその結果に基づく改善プログラムの実行が法的あるいは契約上の義務として規定されている。

(2) 医療費適正化のための主な対策

この節では1980年代以降、欧州各国において取られてきた医療費適正化策について需要側に関する対策、供給側に関する対策、財政方式の改革、薬剤費対策、および代替政策の推進の5つの視点から概観してみる。表2はその内容を整理したものである。

²⁾ 拘束力のある医療指標 (Référence Médicale Opposable : RMO) : 質を確保した上で、医師が自主的に医療費の抑制に貢献することを可能にするために、1994年以降導入された医療指標。この医療指標は全国医療評価認証機構 (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : ANAES) によって組織される国内外の専門家による Consensus conference により決定される。そして、医師がこの医療指標に該当する患者を診療した場合は、医師はその旨を患者に渡す処方箋に記載しなければならない、またその医療指標を遵守しなかった場合は、その違反の重篤性により、疾病金庫から支払いの停止や協約医としての資格の剥奪等のペナルティを受けることになる。

a. 需要側に関する対策

需要側に関する対策の基本は患者の自己負担の増額である。手法としては一定額までは自己負担とし、ある額を超えてから保険給付の対象とする控除 deductible、サービス利用ごとに一定額を払う co-payment および一定率を払う co-insurance、給付上限を定める benefit maximum、参照価格制 reference pricing、特定のサービスの給付からの除外 coverage exclusion などがある。このような自己負担の正当性は、それが無い場合に生ずる社会的厚生損失の減少にあると説明されている。しかしながら、このような自己負担の医療費削減効果については、医薬品を除くと、以下の2つの理由により効果が少ないと考えられる。まず、医療サービスの最も重要な特徴として、需要が供給側によって決定される Supply side induced demand という点があげられる。すなわち、仮に自己負担増によって受療率が下がったとしても、供給側が1回あたりの医療密度を高めることで収入減を予防しようとするために医療費の削減効果は少ないとされている (Fuchs, 1986)。また、フランスのように自己負担分をカバーする補足制度がある場合、実質的に自己負担増は医療需要削減効果を持ち得ない。むしろ、補足制度に入れない低所得層の医療へのアクセスを阻害するために、公平性の点で問題を生じることになる。また、健康状態と経済状況とは正の相関があることが知られているが、自己負担増は低所得層の初期治療を遅らせ、結果として症状が重篤化し、最終的な医療費は高くなる傾向にあるという指摘もある。薬剤を公的医療保障から除外しているデンマークにおいても、それを保障する民間保険加入者とそれ以外の者との間で同様の問題をもたらしている。

需要側に関するその他の対策としては、ドイツで採用されている no claim bonus がある。これは年間を通して医療保険を使用しなかった被保険者に対して1ヶ月分の給付相当額を返還するというものである。

表2 欧州の主要国における医療費適正化対策

	イギリス	スウェーデン	フランス	ドイツ	オランダ
医療制度	国レベルのNHS	地方レベルのNHS	社会保険（強制・選択権なし）	社会保険（高所得者は任意・被保険者による保険者の選択権あり）	社会保険（高所得者は任意・被保険者による保険者の選択権あり）
改革の目的	ミクロレベルの効率化	ミクロレベルの効率化	マクロレベルの効率化	マクロレベルの効率化	ミクロレベルの効率化
改革方法	ビッグバン方式	漸進主義	情報化による漸進主義	情報化による漸進主義	情報化による漸進主義
医療費適正化策					
病院医療	内部市場形成による競争 DRG類似分類による情報公開	内部市場形成による競争 DRG類似分類による情報公開	総枠予算制 DRGによる調整 地域医療計画 分権化（地方病院庁の創設）	DRGによる支払い（計画中） 地域医療計画	機能的総枠予算制（将来的にはDRGベースの支払を計画） 地域医療計画
外来医療	一般医によるゲートキーピング	プライマリーケアの重視	拘束力のある医療指標 医療費支出目標（失敗）	一般医によるゲートキーピング 総額請負制	一般医によるゲートキーピング DRGベースの情報化を計画
財政方式の改革の例	プライマリーケアグループ（トラスト）による管理	慢性期の高齢者医療に関する責任を県から市町村に移譲	医療費支出目標の国民議会による決定（病院については機能）	リスク構造調整 保険者選択の自由	リスク構造調整 ワークシェアリングによる被保険者の拡大 保険者選択の自由

わが国でもその導入の是非が議論となった医薬品の参照価格制については、導入初期においては医療費削減効果を支持する知見が多い。たとえば、スウェーデンでは参照価格制導入によりジェネリックの使用が、半年の間に35%から49%に増加したことが報告されている。しかしながら、長期的傾向としては、薬剤の処方率の伸びに変化は無く、結局患者へのコストシフトが生じていることが示されている（Jonsson and Gerdtham, 1995）。

b. 供給側に関する対策

需要側を抑制する対策があまりその効果を見出せなかったのに対し、供給側に働きかける対策は医療費抑制という点についてはおおむね有効であった。その主なものとしては総額規制（ベルギー、ドイツ、オランダ、デンマーク、スウェーデン、イギリス等）あるいは医療費支出目標の設定（フランス）、医師（医学生）数の規制（南ヨーロッパを除く主要国）、病床数の規制（殆どの国）あるいは病院数の規制（ベルギー）、医薬品の制限、代替政策 substitution（殆どの国；後述）などである。こうした供給側に対する規制は医療費抑制と言う点では確かに効果があったが、それは必ずしもサービスの効率性や質を向上させるわけではなく、逆に NHS タイプの国においては、予算制約が過少診療の原因となり、長い入院待ちを生ぜしめ、それが制度改革の動機の一つとなっている。

また、供給者間の競争を喚起してサービス提供の効率化を計ることも1990年代に多くのヨーロッパ諸国で試みられている。例えば、イギリスやスウェーデンといった NHS タイプの国における供給者と支払い者の分離による内部市場の形成やオランダにおける GP の地域規制の撤廃などはこの例である。このような市場主義的な政策の効果については、待機患者の減少や現場の医療職のやる気の向上、あるいは選択肢の拡大による患者満足度の向上といった正の効果が報告されているが、コスト削減効果については明らかではない（Klein,

1995）。さらに、オランダでは市場主義的な競争原理が保険者にも適用された。すなわち、従来、公的保険には地域規制があり、原則として一定収入以下のものは居住する地域の保険 ZFW に加入することになっていたが、この地域規制が撤廃され、保険者間の競争が導入された。しかしながら、この政策は保険者の合併を誘発し、結果的に期待された競争は起こらず、逆に巧妙なクリームスキミングなどにより被保険者間の公平性が問題となった。以上のように競争原理の導入は必ずしも当局の期待通りの結果はもたらさなかったというのが一般的な結論である。

c. 財政方式の改革

税金を財源とする NHS 方式の場合、財政に関する問題は比較的小さい。一方、社会保険方式を採用している国においては、経済のグローバル化に対応した国内企業の国際競争力強化のための労働コスト削減、あるいは失業率の増大や高齢化といった社会環境の変化によって、その財政方式の改革が必須となっている。本節ではヨーロッパにおいてどのような財政対策が行われてきたのかについて検討する。

(i) 社会保険を採用している国における収入対策

欧州において社会保険方式を採用している国の多くは、保険者の自立性を重視しており、収入と支出のバランスをとることは原則として保険者の責任である。従って、ある年度において発生した赤字は、次年度以降に保険料率を上げることで対応することが過去においては行われてきた。しかしながら、労働コスト削減圧力と失業率の増大により、このような対策を続けることはすでに困難となっている。この問題を解決するために、例えば、オランダはワークシェアリングの導入によりパートタイム労働の増大を図り、そのパートタイム労働者を正規の労働者とみなすことで、保険料徴収の対象人口を増大させた。また、このような

形で雇用を創出することは失業保障支出を削減することであり、社会保障財政全体の改善に貢献している。一方、同じく社会保障財政の赤字に悩んだフランスは職域に依存した財政を改め、労働所得以外の収入すべてを対象とした一般福祉税を導入し、それを医療保険財源として用いる仕組みを導入した。これにより1997年当時、雇用主12.8%、被保険者5.5%であった医療保険料率は、1998年には雇用主12.8%、被保険者0.75%となり、すべての所得にかかる一般福祉税が被用者分の医療保険財源として使われることとなった。すなわち、フランスの場合、財政面ではイギリス的な税に依存した形に近づきつつあると考えることができる。

(ii) 医療費支出目標額の設定

税を社会保障制度の財源とする国においては、医療にも予算制約があり、財政上の問題は少ない。一方、社会保険制度を採用している国においては、原則として提供したサービスに対して社会保険で医療費が支払われるために、常に医療費増が問題となる。特に、出来高払いを採用している国ではこの傾向が強い。このため多くの国では医療費総額あるいは医療費増の目標を設定している。しかしながら、その強制力については各国で大きな差がある。例えば、ベルギーの場合、目標額を超過した場合、その超過分はサービス提供者によって返還されることになっている。また、ドイツの場合は、開業医医療については前述の Floating point 制度により地域レベルでの総額が規制されており、また薬剤費については、医療サービス提供者と製薬メーカーにより超過分が返済される仕組みとなっている。しかしながら、ドイツの病院医療については、実費用補填原則の伝統と統一的な情報システムの欠落のために提供された医療サービスの内容が評価できず、実質的に総額規制が機能しない仕組みとなっている。このように医療費支出目標額の効果については、提供された医療サービスの適切性を評価できるための情報シス

テムの有無が重要となる。この点を最も先鋭的に示したのはフランスにおける医療費支出目標額(ONDAM)の開業医医療における失敗であろう。

フランスでは1996年のジュベ計画に基づき、憲法改正が行われ、毎年、国民議会において次年度の医療費支出目標額が、公的病院医療、私的病院医療、開業医医療、社会医療の4部門別に議決され、そして、目標を超過した場合には、超過分の返済が求められる仕組みとなった。表3はその経時的推移について示したものであるが、病院医療が目標水準内にほぼ収まっているのに対し、開業医医療は常に超過しており、2002年度についてはついに議決されることも無かった。この原因としてはまず目標額の設定手続きとそのルールの厳格性があげられる。病院医療の場合、DRGに基づく活動報告と財務報告に基づいて、サービス内容の検討が地方レベルと中央レベルで行われ、その結果に基づいて国レベル、地方レベルでの総額が決定された後、地方において病院医療を総合的に管轄する地方病院庁によって各施設への配分額が決定され、さらにその遂行状況がモニターされる。このようなデータに基づく地方レベルでの契約方式が、目標額の遵守に貢献していると考えられる。一方、開業医医療の場合、国レベルで疾病金庫と国が認めた医師組合による交渉に基づいて、目標伸び率が決定される。しかしながら、そもそも医師の組合組織率が低いことに加えて、政治的信条の異なる複数の組合が存在しているフランスでは、医師組合の代表性が常に問題となり、その目標は現場から尊重されない傾向にある。さらに、開業医医療については、情報システムの整備が遅れているために、個々の医師による診療内容の妥当性を評価することもできない。このため、医療費目標伸び率を超過した場合、集団として超過分を返済することが予定されていたが、同罰則はフランス人権宣言及び憲法が保障している「個人の不可侵」に違反すると判断され、そのような罰則は違憲であるとして適用されることは無かつ

表3 フランスにおける医療費支出国家目標 ONDAM と実績の経時的推移

ONDAM	1997年			1998年			1999年		
	目標	実績	差	目標	実績	差	目標	実績	差
開業医部門	2618 (2.0)	2613 (1.8)	-5 (-0.2)	2675 (2.4)	2762 (5.7)	87 (3.3)	2747 (-0.6)	2875 (4.1)	128 (4.7)
公的病院部門	2428 (-0.1)	2435 (0.2)	7 (0.3)	2484 (2.0)	2475 (1.6)	-9 (-0.4)	2540 (2.6)	2532 (2.3)	-8 (-0.3)
私的病院部門	419 (9.1)	406 (5.7)	-13 (-3.1)	414 (2.0)	420 (3.4)	6 (1.4)	413 (-1.7)	412 (-1.9)	-1 (-0.2)
社会医療部門	402 (2.3)	404 (2.8)	2 (0.5)	415 (2.7)	430 (6.4)	15 (3.6)	439 (2.1)	440 (2.3)	1 (0.2)
合 計	6002 (1.7)	5995 (1.5)	-7 (-0.1)	6138 (2.4)	6236 (4.0)	98 (1.6)	6299 (1.0)	6412 (2.8)	113 (1.8)

た。しかし、総額規制そのものは「憲法違反」ではなく、「医療費総額」の遵守を契約したのであれば、それを守ることは社会連帯を基礎とする社会保障制度における医師の義務と考えられており、実際、憲法評議会判決においても集団罰則ではなく、個人個人にとって平等となる返済システムへの改定が要求されている。すなわち、個々の医師の提供するサービスの内容が把握できない現在の医療情報システムが問題とされたのである。この経緯は高齢者医療費において伸び率管理制度を導入しようとしたわが国の議論を再検討する上で示唆に富むものである。

d. 薬剤費対策

1990年代、欧州各国では薬剤費支出の増大が医療費増の大きな部分を占めるようになり、その対策が急務となった。医薬品に関しては、医師がその消費に関する大きな決定権を持っていることから、医師の処方行動を如何に適正化するかが、対策の主たる目標となった。表4はMossialos and Abel-Smith (1996)を参考に欧州における薬剤費適正化対策の内容をまとめたものであるが、その主なものは医師処方の予算化や処方ガイドライン、疾病マネジメントといった医師側への対策と価格コントロール、医薬品支出の国レベルでの固定予算化、医薬品数の制限や価格規制、あるいは

利益管理や予算管理と言った製薬企業側への対策が中心となっている。患者による一部負担や薬剤の公的給付からの除外、あるいは参照価格制といった需要側を主たるターゲットとした対策もすべての国で取られている。以上のような対策は並行的に採用されているためにその効果を個々に分析することは困難であり、個別の対策の有効性に関する明確な結論はでていない。しかしながら、一般的に公定価格を採用している国よりも自由価格制の国において薬剤費支出が少ないと言う興味深い現象もある。

e. 代替政策の推進

代替政策 Substitution とは、病院医療から外来医療へ、専門医の診療からプライマリーケアへ、医師によるプライマリーケアから看護職によるプライマリーケアへ、長期療養型医療施設から福祉施設、そして在宅ケアへというように、サービスの質を落とすことなく、より費用効果的なサービスに利用者を誘導していこうというプログラムである。この代替政策という用語は、医療費の抑制と医療システムの効率化を目標として組織されたオランダのDekker委員会報告で初めて使用されたものである(Dekker, 1987)。そして、オランダではこの報告の後、多くの社会実験が地域で行われ、例えば、長期療養型医療施設入居者のナー

表4 欧州諸国における医薬品支出の適正化策

対策	実行している国
供給側の対策 医師処方固定予算化 医師処方の予算目標 医薬品支出の国レベルでの固定予算化 処方ガイドライン 費用効果性に関するガイドライン 処方管理 疾病マネジメント ポジティブリストまたはネガティブリスト 医薬品数の制限 ジェネリック市場の拡大 販売促進費の抑制 薬剤師への1件あたり固定報酬による支払い 薬剤師による代替処方	イギリス（予算管理を行っている医師） イギリス（予算管理を行っていない医師）、ドイツ、イタリア フランス（拘束力のある医療指標） イギリス イギリス（その他の国でも部分的に実行） イギリス及びフランス（社会実験） すべての国 オランダ、デンマーク、ノルウェー 主としてオランダ、イギリス、ドイツ、デンマーク イギリス オランダ、イギリス フランス
需要側の対策 患者一部負担 健康教育プログラム 市場全体を対象とした対策 価格コントロール 製薬会社の利益管理 参照価格制 予算超過時の製薬会社による払い戻しペナルティ 製薬企業の予算管理 販売促進費への課税	すべての国 オランダ、イギリス、フランス デンマーク、ドイツ、イギリスをのぞく国 イギリス デンマーク、ドイツ、オランダ、スウェーデン ドイツ、フランス フランス、スペイン フランス、スペイン、スウェーデン

出典：Mossialos and Abel-Smith（1996）を改変

シングホームへの誘導などが行われてきている。また、スウェーデンでは急性期を過ぎた高齢患者の入院費用を従来の県の負担から、福祉サービスを担当している市町村の責任とすることで、経済的インセンティブにより医療から福祉への代替を推進している。さらに、イギリスでは前述のPCTやPCGが、コミュニティケアについても予算管理を行うようになり、治療から予防、あるいは医療から福祉への代替が促進されている。代替政策は現場における権限のバランスを変更することを意味するため、それに対する抵抗も大きい。例えば、フランスではFilère des soinsというゲートキーパーシステムを社会実験として行っている。このシステムは専門医や病院にかかる際に必ず登録した一般医を受診する義務が設けられている。そして、このように一般医の権限が強まることに対して専門医から強い反対が出ており、結

果としてこのシステムは一般化されるに至っていない。

このような代替政策の推進の過程で、最近のヨーロッパにおいては医療サービス提供の場としての病院機能の見直しが生じている。すなわち、外科治療に代わり得る薬物治療の発達や外来外科の進歩により、必ずしも入院を必要としない症例が増加しており、また内視鏡手術など侵襲の少ない治療の普及による在院日数の減少も進んでいる。すなわち、病院においては外来や手術室が重要となっており、病床数の削減あるいは病院そのものの削減が課題となる。実際、ベルギーやフランスでは小規模病院が閉鎖されたり、あるいは福祉施設に転換されている。

4. まとめ

最後に本論文のまとめとして本節では欧州における医療制度改革の基本理念としての契約主義について整理し、次いで改革の実行過程に触れた後、それがわが国の医療制度改革に示唆することについて述べてみたい。

(1) 欧州における医療制度改革の基本理念としての契約主義について

契約は社会保険制度を採用している国においては、診療報酬額の決定などにおいて伝統的に使用されてきた手法であり、その目的は保険者とサービス提供者との関係を安定化し、被保険者への医療サービス提供を保障することにあった。経済が好調であった時期においては、国や疾病金庫はたんなる社会保障のための銀行としての機能を果たしていれば良く、特にその他の保険者機能を発揮することを期待されてはいなかった。しかしながら、経済環境の厳しい今日、国や疾病金庫は単なる支払者ではありえず、財政の健全性を保障するために、被保険者の代理人としての機能を強く求められるようになってきている。そして、消費者主権的な考え方の浸透により、国および保険者は医療サービスの質についても代理人機能を持つことを求められているのである。

ところで、一般的に言って、社会保険制度を有する国の多くは、開業医医療について出来高払い方式を採用しており、基本的に医療費が増大する傾向にある。特に、フランスのように開業医が保険者に対して、どのような診断に基づいて、いかなる診療行為を行ったのかについて、具体的な情報を提供していない国においては、保険者が個々の医療者における診療行為の適正さを評価することが難しいため、医療費増に歯止めをかけることが難しい。また、保険者が被保険者の代理人として医療サービスの質について評価することもでき

ない。さらに、このような契約の多くは中央レベルで疾病金庫の代表者とサービス提供者との交渉によって締結され、それが現場に適用されることになるが、このような中央レベルでの交渉と監督というシステムも機能しなくなっている。例えば、フランスの場合、病院医療については公的・私的を問わず、DRGに基づく情報をもとに地方レベルで、地方病院庁と各医療施設が予算額あるいは一日当たり費用額とサービスの質について契約を結び、それを前者が監督するという仕組みをとっているために、病院医療については医療費対策および質の面でも十分な効果をあげている。その一方で、開業医医療については契約の締結およびその遂行状況のモニターを地方レベルで行うシステムになっていないために、医療費増に歯止めがかからず、また質について評価することもできない状態にある。ドイツの場合、開業医医療については地方レベルで医師組合と疾病金庫組合が総額を契約し、その配分については医師組合が責任を持つ仕組みとなっているために、開業医医療費の抑制という点では最もモデル的な成功例と評価されている。

NHS タイプの医療サービスを提供しているイギリスやスウェーデンにおいては、医療費適正化そのものが問題になることは少なく、むしろ効率的な医療の提供および質の保証を目的として契約主義の推進が図られている。具体的には従来政府が支払者でありかつサービス提供者でもあった体制を見直し、支払者とサービス供給者を分離した上で、サービス提供者間の競争を喚起するために内部市場を形成し、その上で両者がサービスの内容について契約を結んでいくと言う方法がとられている。イギリスの場合、病院医療について地区当局および病院医療に関する予算管理を行う権限を持つ GP ファンドホルダーが、独立行政法人となったトラスト病院と病院サービスの価格について交渉を行うという仕組みが導入された。この際、契約としては一連の契約について量のみを定める

Block contract, サービス単位で価格とその量を定める Cost-and-Volume contract, サービスごとに価格を定める Cost-per-Case contract の三種類がある。後二者がより洗練された契約であるが、このためにはサービス単位での標準的価格が必要であり、この目的で DRG などのケースミックス分類が活用されている。例えば、スウェーデンのストックホルムモデルの場合、国レベルで収集された DRG 単位でのコスト情報に基づいて、地区当局と病院が価格契約を結ぶ方式が採用されている。さらに、イギリスではこのような契約による価格と質の適正化を、地域ケアや予防的ケアにまで拡大し、このようなサービスを購入する主体として従来の GP ファンドホルダーに代わってプライマリケアグループ PCG を組織している。

以上、説明してきたように契約にもとづいて医療費や質の適正化を行うためには、それに耐え得る情報システムの構築が必要であり、多くの国ではそのための努力を行ってきた。例えば、病院医療についてみると、イギリスでは HRG、北欧では Nord-DRG、フランスでは GHM という診断群分類に基づく病院情報システムが開発され、契約の資料となっている。そして、病院医療の適正化にある程度のめどがたった今日、多くの国が外来医療の情報化に取り組みつつある。しかしながら、このような情報システムの構築は多額の投資を必要とし、また、契約に関連する事務コストも発生する。また、契約に基づくシステムが適切に運営されるためには、それを可能にする人材の育成も必要である。情報化にこのような多額の投資に見合うだけの効果があるのかについては、今のところ十分なデータは無い。しかしながら、従来の Command and control 型の資源配分方法では、住民の医療ニーズを満たすことはできず、また医療者の説明責任と言う点でも不十分である。低経済成長と社会の高齢化という環境条件の中で、医療に対して経済的にも質的にも適切な資源配分を行うためには、国民を含めた関係者の合意が必

要であり、そのためには情報システムの整備が不可欠なのである。

(2) 改革の実行戦略についてービッグバン方式か漸進主義かー

欧州の医療制度改革の実行過程をみると、その戦略においてイギリスのようなビッグバン方式とスウェーデンやオランダのような漸進主義的手法の2つがあることに気づく。Cleaves (1980) は改革実行過程における成功要因として、明確に表現された政策目標、技術的な簡易度、周辺的な改革からの開始、単一の関係者による実行、迅速な実行をあげ、そして阻害要因としては政策目標における不一致、技術的複雑性、大規模な改革からの開始、複数の利害関係者の存在、複雑な改革プログラムと緩慢な実行をあげている。例えば、イギリスの NHS 改革はサッチャー政権が市場化テストによる民営化という明確な方針のもと、NHS という単一保険者の強い力を背景に、迅速な改革を行ったまさにビッグバンのアプローチであった。NHS 改革は他の国における医療制度改革の方向性に大きな影響を与え、内部市場の形成やプライマリケアの重視などは、他の国においても採用されている。しかしながら、このようなビッグバンアプローチの弊害も指摘されており、現在のブレア政権では「競争」に代わって「パートナーシップ」という用語を採用し、関係者間の対話による漸進主義的な改革推進へと方針を変更しつつある。このようなビッグバンアプローチは社会保険制度という利害関係者の多い仕組みにおいては困難であり、そのような急進的な改革を掲げたオランダの Dekker-Simons plan もフランスの Juppé plan もそのまま実現されることはなく、後を引き継いだ政権により、改革の方針は維持されながらも漸進主義的な政策運営へと方針転換し、そして、それは確実に実行されてきている。このような漸進主義的な改革の基礎となっているのは多くの社会実験の実行であり、その結果に基づい

て改革提案がなされることになる。スウェーデンの場合、保健医療福祉サービスの提供責任は地方自治体にあり、一つの国でありながら、同じNHS方式でも民営化や内部市場の利用などといった改革の採用に関しては多様である。そして、このような各地方政府の試みが社会実験となり、他の自治体に広がっていく仕組みとなっている。NHS改革の過程を分析したいくつかの研究によると(Robinson and Le Grand, 1994)、市場主義的アプローチの有効性については、改革前に何らかの証拠があったわけではなく、それは必ず有効であるに違いないという楽観的な仮説に基づいた一つの社会実験であったという。フランスやドイツのように複数の関係者がかかわる社会保険制度と異なり、NHSという単一で強力な組織の存在が、このような強権的な改革を可能にしたのである。一方、オランダの例が示しているように社会保険制度の国の場合、そのようなアプローチは難しい。むしろ、どのような社会保障制度が望ましいかという理念を国民的議論のもとで明確にした上で、それを実現するための代替案を複数準備し、社会実験を通して徐々に証拠を積み上げていくという漸進主義的なアプローチが必要であると考ええる。

これまで本論文で検討してきた欧州における医療制度改革の過程が示唆するように、改革の成功のためには明確な理念あるいはグランドデザインの確立とその漸進的展開が重要なのである。昨年出されたわが国の総合規制改革会議報告や経済財政諮問会議報告を、以上の視点から改めて検討してみると、欧州における医療制度改革に比較して、その基礎となる理念や方法論に関する議論が不十分であるという印象を禁じえない。社会保険制度という複雑な体系を要するわが国においては、医療制度のビッグバンの改革は困難であると筆者は考えている。また、欧州における経験を俯瞰すると診療報酬制度の改革のみで問題の解決を図ることも不可能である。現在のわが国の医療問題を考える上で、最も必要とされていることは、医療の

現場で何が行われ、そのコストや質はどうかといった情報を透明化することであり、その上で関係者の責任を明確にし、その内容を契約に基づいて実行していくというアプローチを取ることであると筆者は考えている。そのような基盤のない現在の状況で、徒に市場主義原理の導入や制度の民営化を論じることは、医療制度の基本的理念は社会連帯であると考える筆者にはとても危険であるように思われる。もちろん、十分な議論の後、国民の合意として新自由主義的アプローチが医療においても望ましいというのであれば、筆者はそれに反対するものではない。従って、医療制度の抜本改革が必要である現在だからこそ、医療情報の透明化と平行して、わが国の社会保障制度の基本理念をどうするのかといった点についてあらためて議論する必要があると考える。

参考文献

- Borgenhammer E (1993) *At Varda Liv : Organization, Etik, Kvalitet*. Stockholm : SNS Forlag.
- Calnan M, Cant S and Gabe J (1993) *Going Private : Why People Pay for their Care*. Buckingham : Open University Press.
- Cleaves P (1980) "Implementation Admistr Scarcity and Apathy : Political Power and Policy Design," in *Politics and Policy Implementation in the Third World* ; ed. By Grindle M. Princeton : Princeton University Press.
- Dekker W. (1987) *Willingness to Change*. The Hague : SDU.
- Dunning A (1992) *Choices in Health Care : A Report by the Government Committee on Choices in Health Care. Executive Summary*. Rijswijk : Ministry of Welfare, Health and Culture.
- Fuchs VR (1994) "Physician-induced Demand : A Parable," *Journal of Health Economics*. 13(3) : 369-372.
- Ham C, ed. (1997) *Health Care Reform : Learning from International Experience*. Buckingham: Open University Press.
- Jonsson B. and Gerdtham UG (1995) *Cost Sharing for Pharmaceuticals : The Swedish Reimbursement*

- System*. Basle : Pharmaceutical Partners for Better Health Care.
- Klein R (1995) "Le Service National de Santé (NHS) Britannique et le Consommateur," in *Les Transformations des Systèmes de Santé en Europe : Vers de Nouveaux Contrats Entre Prestataires, Payeurs et Pouvoirs Publiques?* : ed. by MIRE. Rennes : ENSP.
- Lambert DC (2000) *Les systèmes de santé*. Paris : Seuil.
- Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K *et al* (1989) "Do Practice Guidelines Change Practice? The Effect of a Consensus Statement on the Practice of Physicians," *New England Journal of Medicine*. 321 : 1306-1131.
- MIRE ed. (1995) *Les Transformations des Systèmes de Santé en Europe : Vers de Nouveaux Contrats Entre Prestataires, Payeurs et Pouvoirs Publiques?*. Rennes : ENSP.
- Mossialos E and Abel-Smith B (1996) *Cost Containment in the Pharmaceutical Sector in the EU Member States*. London : LSE.
- Puska P *et al* (1981) *Community Control of Cardiovascular Diseases : The North Karelia Project*. Copenhagen : WHO Regional Publications.
- Robinson R and Le Grand J, eds. (1994) *Evaluating the NHS Reforms*. London : King's Fund Institute.
- Saltman RV and Figueras J, eds. (1997) *European Health Care Reform : Analysis of Current Strategies*. Copenhagen : WHO Regional Publications, European series, No. 72.
- Saltman RV, Figueras J and Sakellarides C, eds. (1998) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham : Open University Press.
- Van de Ven W (1997) "The Netherlands," in *Health Care Reform : Learning from International Experience*; ed. by Ham C. Buckingham : Open University Press.
- 医療経済研究機構 (2001) 『ドイツ医療関連データ集』
- 医療経済研究機構 (2001) 『イギリス医療関連データ集』
- 医療経済研究機構 (2001) 『フランス医療関連データ集』
- 医療経済研究機構 (2001) 『スウェーデン医療関連データ集』
- 医療経済研究機構 (2001) 『欧米先進諸国の医療政策決定過程に関する調査報告書』
- 週刊社会保障編集部編 (2000) 『欧米諸国の医療保障』法研

Health Care Reform in Europe

Shinya Matsuda, M. D.*

Abstract

Many European countries are reviewing their health care systems and the suitability of their existing approaches to financing, organizing and delivering health care services. As health care reform is deeply associated with the competitive, economic and organizational characteristics of each country, programs to achieve better expenditure control and greater productivity and efficiency need to be balanced with solidarity principles, such as equal access.

In order to attain this difficult goal, most western European countries have tried to adopt contract-based health care reform. Contracts define the relationships between different categories of participants in the health care system. Two approaches are used for contracting. First, contracting is used as an instrument of health care planning and management in both competitive (i. e., the UK and the Netherlands) and non-competitive environments (i. e., France and Germany). For this purpose, contracting is regarded as the formalization of the planning and management process. Second, contracting is regarded as a tool for increased choice of providers (i. e., the UK and Sweden). Although the cost-containment effect of contracting is still unclear, most European countries formalized the contracting within their health care reforms. Along with the implementation of the contracting approach, most European countries have developed a health information system that is indispensable for contracting procedures. In particular, hospital information systems based on casemix classification are widely adopted (i. e., Nord-DRG in the Nordic countries, GHM in France, AR-DRG in Germany, HRG in the UK).

In summary, policymakers in most European countries are moving away from command and control strategy and are placing greater emphasis on accountability and contestability through the development of contracting mechanisms.

Keywords : Contracting, Health care reform, Europe, Health information

*Department of Preventive Medicine and Community Health, School of Medicine,
University of Occupational and Environmental Health