

# 健保連海外医療保障

No.85 2010年3月

## ■特集Ⅰ：諸外国の医療保険者の役割

- ドイツ  
医療保険における競争強化と保険者機能の変化…………… 土田 武史
- フランス  
フランスにおける医療保険者の役割…………… 加藤 智章
- オランダ  
オランダの医療保険者の役割…………… 大森 正博

## ■特集Ⅱ：スウェーデンの医療保障の動向

- スウェーデン  
中道右派政権下の医療政策…………… 岡部 史哉

## ■参考 掲載国関連データ

- ドイツ／フランス／オランダ／スウェーデン

# 健保連海外医療保障

No.85 2010年3月

健康保険組合連合会 社会保障研究グループ

## 医療保険における競争強化と保険者機能の変化

早稲田大学教授

土田 武史

Tsuchida Takeshi

ドイツの公的医療保険は、社会法典の第5編に規定され、全国一律の制度である。保険者である疾病金庫 (Krankenkasse) は、独立した公法人として、当事者自治の原則のもとで大きな機能を有している。

しかし、1993年の医療保険構造法 (GSG) により、被保険者の疾病金庫選択権の拡大および疾病金庫間のリスク構造調整が導入され、保険者間の競争による疾病金庫運営の効率化が促されたことにより、保険者機能の内容が大きく変わった。続いて、2007年の医療保険競争強化法 (GKV-WSG) によって、統一保険料率の導入、医療基金の設立と新たなリスク構造調整による各疾病金庫への交付金の配布、選択タリフの導入、医療機関との診療契約等に関する疾病金庫の裁量権の拡大等が行われ、保険者機能はさらに大きく変わることとなった。

以下では、ドイツの医療保険において市場競争的な手法による改革が行われるなかで、保険者機能がどのように変化し、それがどのような影響をもたらしているかについて若干の考察を行ってみたい。

### 1. 1993年改革による保険者選択制とその影響

ドイツではGSGにより、1996年から「保険者選択制」という市場競争的手法による改革が導入された。やや古いことであるが、この改革は公的医療保険で市場競争という政策を導入した場合に保険者機能にどのような影響を及ぼすかを考えるうえで恰好の事例と思われるので、最初にその状況を概観しておこう。

#### (1) 疾病金庫の運営組織の改革

GSGによる保険者機能の変化をみる前に、保険者選択制の実施前に行われた疾病金庫の内部組織改革について触れておこう。従来、疾病金庫の管理運営を行う組織については、最高決定

機関として「代議員総会」、実質的な管理運営機関として「理事会」が設けられ、ともに労使双方から同数で選定された代表者がその任にあっていた<sup>1)</sup>。また、金庫の日常業務の責任は専属の「事務局長」が担っており、理事会等における議案の策定も行っていたが、理事会のメンバーではなく表決権を有していなかった。

こうした組織が、疾病金庫間の競争に備えて改革され、旧来の代議員総会と理事会は「管理委員会」に統合された。管理委員会は労使双方から選出された同数のメンバーで構成され、定款の決定、予算の決定、理事の選定、金庫の合併・解散の決定等を行う最高機関とされた。また、新しい「理事」は社会保険運営の専門家のポストとなり、理事数は被保険者が50万人までの金庫では2人以内、50万人以上の金庫では

3人以内とされた。理事は金庫業務の執行者としてかつての事務局長の職務も兼ね、対外的には金庫を代表し、いわば民間保険の経営者のような役割を担うようになった。

この改革により、被保険者側代表も使用者側代表も、金庫の管理運営に直接関与することはほとんどなくなった。従来の企業疾病金庫では母体企業から事務所費と人件費の補助が行われていたが、保険者選択制のもとでは数多くの企業の被用者が加入してくるため、母体企業からの補助はなくなり、疾病金庫と母体企業との関係も疎遠なものとなった。また、かつては理事会や代議員総会に有能なスタッフを投入し、労使共同決定制の一環として疾病金庫の運営に携わってきた労働組合も、理事の権限拡大にともない金庫運営に関与することが少なくなったことから、管理委員の選出も形式的なものになった。

こうして疾病金庫組織の改革後は、保険者機能は労使の共同決定によるものから理事（金庫経営者）の専権的なものへと変化し、被保険者も金庫の構成メンバーから金庫の「顧客」へと変わっていった。

## (2) 保険者選択制とリスク構造調整の導入

保険者選択制が導入されるなかで、被保険者が疾病金庫を選択する際のメルクマールとなったのが「保険料率」である。被保険者の獲得をめぐる疾病金庫間の競争が激しくなるなかで、各金庫では保険料率をできるだけ抑制することが至上命令となり、そのためのさまざまな手段が講じられた。それらの手段は大きく2つに分けられる。

1つは、被保険者に提供する医療給付の費用を抑制することであり、1999年の医療保険改革法（GKV-GR2000）、2001年のリスク構造調整改革法（RSA-RG）などで相次いで講じられた諸対策を適切に活用することである。具体的には、統合的医療（外来と入院の連携による医療の提供）の導入、家庭医モデル事業の実施、リスクプール制の活用（高額な給付について、

一定限度を超える費用の一部を共同基金から補填する仕組み）、疾病管理プログラムの導入などによって医療給付費を抑制することである。被保険者の疾病状況等を勘案しながら、患者に適切な助言を行い、また上記の諸対策を活用しながら医療費をコントロールすることが、保険者の重要な役割となった。

いま1つは、リスクの低い者を金庫に勧誘し、リスクの高い者を排除すること、すなわち「リスク選別」を行うことである。リスク選別は法律で禁止されているが、疾病金庫が合法的にリスクの高い被保険者に対して加入しづらい状況をつくることは十分可能であった。リスク選別は保険原理からいえば合理的な行為であるだけに、それを防ぐことは難しい。事実、そうした対応が行われ、リスクの低い者は保険料率の低い疾病金庫に移動し、リスクの高い罹病者や高齢者等は従来の疾病金庫に滞留するという現象がみられた。

前者は保険者の新たな役割として評価に値するものであったが、後者における高リスク者の排除、具体的には罹病者の排除が、医療保険にとって許されない行為であることはいうまでもない。また、それに関連して問題になったのは、保険者選択制による競争を公正なものとするために導入された「リスク構造調整」のあり方であった。当時のリスク構造調整でリスクファクターとされたのは、被保険者の性・年齢、家族被保険者数（被扶養者数）・算定基礎収入・障害年金受給者数であったが、それらは疾病金庫における疾病というリスク格差を年齢等の間接的なファクターで財政調整しようとしたものである。しかし、多くの高リスク者を抱えている地区疾病金庫等では、それらのファクターによる調整ではリスク選別を防止できないと批判し、「罹病率」そのものをファクターとするリスク構造調整に改めることを強く主張した。

こうした要求に応えるとともに、さらに抜本的な改革を行ったのが、2007年のGKV-WSGであった。

## 2. 2007年改革による保険者機能の変化

### (1) 統一保険料率の導入

従来、医療保険の保険料率は、各疾病金庫が独自に決定を行ってきた。数年前からその引き上げについて規制が加えられてきたが、通常はほぼ半年ごとに各金庫が財政状況を点検し、必要に応じて保険料率の改定を行ってきた。保険料率の決定は疾病金庫の当事者自治の原則に基づくものであり、また、保険料率の改定を通じて短期保険としての収支均衡が維持され、個々の疾病金庫の自立した運営を財政的に裏付けるものとなっていた。

それに対して、GKV-WSGは2009年から全国一律の保険料率を連邦議会で決定するという方式に改めた。統一保険料率の導入は、先の「保険者選択制」との関連でいえば、保険料率をメルクマールとする競争に終止符を打つものであり、「保険料率の抑制」という疾病金庫における保険者機能の最大の目標を消滅させるものであった。保険料率をメルクマールとして導入された保険者選択制の行き着いた先が、統一保険料率の導入というパラドキシカルな政策に至ったのは、競争の「公平性」を求めたことによるものであるといえよう。

また、統一保険料率の導入は、疾病金庫の財政上の裁量権を大きく削ぐものであり、当事者自治のあり方を根底から変えてしまうものである。これについて連邦保健省は、統一保険料率の導入は年金保険や介護保険でも行われており、負担の公平化を図るためのものであって、金庫の自治権を損なうものではないとしている。しかし、年金保険の場合は労働者と職員の二大保険者の保険料率であり、また介護保険も全国一本化された財政システムのもとでの保険料率である。医療保険のように個々の金庫が単年度ごとに収支均衡を求められる仕組みとは著しく異なっている。

連邦保健省の意図としては、統一保険料率の導入が疾病金庫の当事者自治権を侵害することは承知のうえで、保険料率をめぐる競争にとも

なう「リスク選別」を回避し、新たな競争を導入するために、労使双方の関心が薄くなった疾病金庫運営の仕組みを根底から変えることにしたものと思われる。

### (2) 疾病金庫経営の成果をめぐる競争の導入

GKV-WSGで新たに導入された競争の仕組みは、各疾病金庫に予算ともいべき「交付金」を配布し、それによる金庫運営の成果を競わせることであった。その場合、疾病金庫によって被保険者のリスク構造が異なるので、それによる財政格差を調整することが必要であるが、その算定を政府機関が行ったうえで交付金を配分するという仕組みが設けられた。

具体的には、連邦保険庁に創設した「医療基金」が、疾病金庫の徴収した保険料と連邦政府からの補助金<sup>2)</sup>を一括管理し、「罹病率を加味した新たなリスク構造調整」によって算定した法定給付相当額と事務費相当額を「交付金」として各疾病金庫に配布し、各疾病金庫はその交付金でもって法定給付事業を行い、そこでの経営収支を競うというものである。

給付費が交付金の95%を超え、赤字を出しそうな疾病金庫は、被保険者から一定限度内で追加保険料<sup>3)</sup>を徴収できるとされたが、当該金庫の被保険者は「特別解約告知権」<sup>4)</sup>を行使し、2カ月後に疾病金庫を変えることが認められた。被保険者の流出が多くなった場合には、疾病金庫の存続自体が危うくなる可能性もある。一方、黒字の疾病金庫はその余剰金を被保険者に配分することが認められた。さらに、黒字の場合でも被保険者への配分額が少なくなった疾病金庫では、被保険者が特別解約告知権を行使できることとされた。こうして2007年改革では、疾病金庫経営の成果をメルクマールとして保険者選択を行わせるという競争の仕組みが導入されたのである。

その場合、かつての「リスク選別」を避けるための方策として、「罹病率」をリスクファクターとするリスク構造調整が導入された。すなわち、各被保険者について性別・年齢別の平均

給付額をベースに算定された「基礎定額給付金」に、80の疾病の罹病者について疾病の種類と症状の程度に応じた「罹病率加味のリスク構造調整」(Morbi-RSA)による加算金に加えられ、さらに障害年金の受給者について医療必要度に応じた金額が加算されるという方式である。このようにして各疾病金庫の全被保険者について算定した額の合計額が、それぞれの金庫に「交付金」として配分されることとなった。

新たなリスク構造調整では、かつて保険料率の上昇要因として排除されたリスクの高い罹病者については、高い交付金が算定されるので、彼らを排除するという事は行われなくなることが想定された。

このように新たな競争においては、罹病者に対する医療サービス提供のあり方が重要な意味をもってくる。GKV-WSGでは、以下にみるように、「選択タリフ」を導入して、それによる医療サービス提供の多様化と効率化を促し、また、疾病金庫と医療機関との診療契約の仕組みを改め、医療機関側の競争を喚起することによって、医療サービスの効率化と費用の抑制を図るための方策を講じた。それらを活用して黒字を計上した疾病金庫を優遇する一方、赤字を計上した疾病金庫を淘汰する仕組みを講じ、疾病金庫間の競争を促したのである。その意味では、まさに保険者機能の優劣によって疾病金庫の存廃が左右されるものとなったといえよう。

### (3) 選択タリフの導入

GKV-WSGでは、疾病金庫間の競争を促す方策として「選択タリフ」(Wahlrtarif)が導入された。選択タリフとは、法定給付以外に疾病金庫がさまざまなサービスプログラムを提示し、その中から被保険者が自由に選択して契約を結ぶというもので、それぞれのタリフに応じて給付(プレミアム)と掛け金が設定されている。選択タリフについては、契約を3年間変えることができないとか、プレミアムは被保険者の保険料の20%かつ年額600ユーロを超えてはならない(特別の場合は、保険料の30%、年額900ユー

ロを限度とする)とか、疾病金庫は選択タリフに関して3年ごとに監査を受けるといった規定が設けられた。

選択タリフには、全ての疾病金庫に導入が義務づけられているタリフと金庫が任意に設定できるタリフがある。前者のタリフは、以下のようである。①疾病管理プログラム(特定の慢性疾患を対象に、定められたプログラムに沿った治療を受けるもの)、②統合的医療(保険医による外来治療と病院による入院治療を連携して行うもの)、③家庭医主導の医療(家庭医の初期診断と指示に従い専門医や病院治療を受診するもの)、④特別の外来診療(喘息患者への運動トレーニングや心筋梗塞の予防などについて特別のプログラムを提供するもの)、⑤自営業者等への傷病手当金(傷病手当金のない自営業者等に給付するもの)。これらの選択タリフは、もともと医療給付のなかで被保険者の選択に委ねられていたものが多い。それらが保険給付外の選択タリフとして設定されたことにより、その普及は保険者の裁量によるところが大きくなっている。

また、任意の選択タリフとしては、①免責タリフ(給付の一部を被保険者自身が負担する対価としてプレミアムを受ける)、②保険料償還タリフ(被保険者が予防給付と早期発見を除く給付を受けなかった場合、保険料の一部を償還する。プレミアムの上限は1年間に1カ月分)、③保険外給付タリフ(保険外給付を受けた場合に患者負担分を償還する)、④患者負担償還タリフ(入院や薬剤等における患者負担分を償還する)などがある。

これらの任意の選択タリフは、民間保険で商品として販売されてきたものが多く、民間保険との委託契約によるものも少なくない。任意の選択タリフは、被保険者獲得のうえで目玉商品的な役割を果たしているともいわれ、免責タリフや保険料償還タリフなどにさまざまなプレミアムが設けられている。ここでも民間保険的な手法が導入され、保険者の裁量によるところが大きくなっているといえよう。

#### (4) 医療機関との診療契約・報酬契約の改革

これまで外来診療については、各州の疾病金庫連合会と保険医協会との間で診療契約と診療報酬契約が結ばれてきた。それがGKV-WSGにより、個別または複数の疾病金庫と個別または複数の保険医との間で診療報酬を締結し、個別に診療報酬を支払うことが認められるようになった。ただし、診療報酬額の算定は疾病金庫連合会の方式に従うこととなっている<sup>5)</sup>。

この改革により疾病金庫がただちに個々の保険医を選別し契約するわけではないが、疾病の種類等に応じて一定の保険医グループとの契約が行われるものとみられている。例えば、糖尿病であれば特定の保険医グループと契約し、疾病管理プログラムのタリフを契約した被保険者についてその治療を委ね、それに対応した報酬を支払うという方式である。

また、入院医療については、従来から、個々の疾病金庫と個々の病院との間で診療契約と診療報酬契約が締結される仕組みになっているが、特定の病院でのベッド使用率の大きい疾病金庫では、病院との間で診療報酬について割引契約がなされてきた。

薬剤については、疾病金庫と薬剤メーカーとの間で特定の医薬品について割引契約が締結することが認められており、そうした契約を締結した場合には、医師の処方薬剤のなかで割引き契約を行った薬剤と同一薬効の薬剤が当該疾病金庫の被保険者に処方されているときは、薬剤師は割引契約をした薬剤を優先的に処方することとされている。また、薬局と疾病金庫の間でも薬剤価格について法定の割引き契約が行われてきた。

このように提供される医療サービスについて、保険者と医療提供者との間で自由な契約と報酬支払いが拡大していることは、疾病金庫の保険者機能が拡大し、その影響が大きくなっていることを意味している。

### 3. 保険者機能の変化の影響

以上、ドイツの医療保険改革で行われている競争政策と保険者機能の変化について概観してきた。疾病金庫の裁量範囲は大きく、保険者機能の成果が金庫の財政状況や被保険者数においてあらわれ、保険者機能のあり方が疾病金庫存続のカギを握っているといってもよい。

しかし、そうした改革にとともなう影響はそれだけではない。最後に、こうした競争政策のもたらす影響について触れておきたい。

第1には、多元的・分権的組織構造の崩壊である。ドイツの疾病金庫は、基本的に職域や職業をベースに組織されてきた。そこでは職域や職業を基盤とした「連帯」が形成され、各疾病金庫では労使の共同による保険料率決定をはじめとして当事者自治による医療保険事業が展開されてきた。ドイツの医療保険が多元的・分権的構造といわれるゆえんである。

しかし、保険者選択制により被保険者が疾病金庫を移動するにともない、職域単位・職業単位の結びつきが弛緩し、疾病金庫内部の連帯意識が喪失していった<sup>6)</sup>。さらに、統一保険料率の導入により、疾病金庫の保険料率決定権がなくなったことにより、当事者自治の財政的基盤も喪失した。疾病金庫と被保険者の関係は、民間保険のような保険経営者と顧客の関係になった。

こうした変化は、医療サービスの需要に対応した供給を行ううえで大きな影響はないようにもみえる。しかし、長い目で見た場合、社会保険における連帯の喪失は、利害の対立を顕著にし、短期的な視点での損得勘定が横行し、社会保険そのものの存続を危うくすることにつながる。とくにドイツでは、年金保険における世代間連帯と医療保険における職域連帯が福祉国家体制の基盤となってきただけに、そうした連帯の弛緩・喪失の影響は大きいと思われる。

第2には、リスク構造調整の変更についてである。リスク構造調整は保険者選択制による競争を公平化するための前提として導入されたも

のであるが、先のリスク構造調整では「リスク選別」が行われ、それを是正するために「罹病率加味のリスク構造調整」が導入されたことは先に述べたところである。しかし、これでリスク選別が行われなくなるかといえば、その効果には限界があるものと思われる。保険者選択制が行われる限り、80の疾病以外でのリスク選別が現れてくるであろうし、その他のリスク選別もなくなるであろう。保険者選択制はドイツ医療保険にとって、余りにも影響の大きい政策の選択であったといわざるを得ない。

しかし、リスク構造調整の導入は、公平性を確保するうえで注目に値する。とくに保険者間のリスク構造が異なっている医療保険制度のもとでは、それによる財政格差を是正する手段としてリスク構造調整は有効である。日本の場合は、保険者選択制と切り離して活用することが望まれる。また、ドイツで導入された「罹病率加味のリスク構造調整」は、その前提として医療の標準化とその適正なコスト評価がなされなければならないが、日本でただちに導入することは難しいが、検討に値する方策であると思われる。

#### 注

- 1) 被保険者側代表はその人数分の代表が選出されたが、使用者側代表は1名がその人数分だけの投票権を有するという形になっていた。また、被保険者代表は一般に労働組合から選出され、いわば労使共同の運営がなされる形になっていた。
- 2) 2003年の「医療保険近代化法」(GMG)で、妊娠・出産等に係る母性保護の給付、子どもが病気の際の傷病手当金、病気で家事をする者がいない場合の家事援助などを「保険になじまない給付」として連邦政府が租税財源でまかなうとしたものについて、GKV-WSGでは国の負担増を図った。
- 3) 追加保険料は定率または定額で徴収されるが、その額は被保険者の保険料算定基礎額の1%以下または月額8ユーロを超えてはならないとされた。実務的には定率とした場合には被保険者の算定基礎額の把握や保険料額の算

定などが必要となるため、多くは8ユーロの定額徴収を行うものとみられている。なお、追加保険料は被保険者のみに負担であり、定額徴収とした場合はかつてキリスト教民主・社会同盟が主張した「人頭定額保険料」方式との類似性が指摘されている。

- 4) 疾病金庫を変える場合に行使する「解約告知権」は、通常、同一疾病金庫に18カ月以上被保険者であることが条件とされているが、特別解約告知権はその要件が不要とされ、行使から2カ月で疾病金庫を変えることができる。
- 5) GKV-WSGによる改革の一環として、2009年から保険医による外来診療の報酬に「包括払い」が導入された。詳しくは、医療経済研究機構編『ドイツ医療関連データ集(2008年版)』156ページ以下を参照。
- 6) ドイツでは保険者選択制による改革が進展するなかで、依然として「閉鎖型」の仕組みを維持している疾病金庫が70ほど残っている。ドイツ銀行、BMW、ダイムラー・ベンツ、E-ONといった企業を母体とする疾病金庫で財政状態も良好に維持されている。そこでは今なお、母体企業の従業員の特性に見合った健康管理事業が実施され、母体企業から事務所費・人件費等の補助が行われており、疾病金庫と被保険者と母体企業との結びつきは強い。

## フランスにおける医療保険者の役割

北海道大学教授

加藤 智章

Kato Tomoyuki

2008年度、フランスにおける医療費の大枠を示す医療・医療財費用（CSBN）は、1705億ユーロ（130円換算で約22兆円強）であった。フランスの倍の人口を抱える日本の国民医療費が2006年度約33兆円であるから、フランスの医療費はかなり高い水準にあるといえる。事実、対GDP比で11%に達している。このため、1990年代以降、フランスは医療費を抑制するために様々な手段を講じてきた。とくに2004年8月13日の法律によって、医療需要の側面に重点を置く医療費抑制策を講じた。そこには、“患者の放浪”ともいべき消費者行動を合理化したいという立法者の意思が投影されている。本稿では、わが国との比較を意識しながら、フランス医療保険制度の構造を概観しながら、保険者の役割を検討するものである。

### 1. 医師、医療機関および保険給付

ここではまず、保険給付と関連する範囲で医師、医療機関のあり様について検討した後、公的医療保険の保険給付について考察する。

#### (1) 医師

公的医療保険における保険給付との関係に限定すると、一般医と専門医、セクター1とセクター2、かかりつけ医か否かという3つの類型が重要である。

まず、6年間の医学部教育を受けた後、全国選抜試験によって一般医と専門医とに分かれる。この区別は研修期間や診療報酬の違いと関係する。研修期間は3年から5年とされ、一般医となるための研修期間は3年である。この研修終了後、医学国家博士号を取得し、医業を行う地域を管轄する医師会に登録することによって、開業することができる。開業のための要件は、一般医・専門医ともに同じであるが、表1に示すように、専門医の診療報酬は一般医より

も高い。このようにフランスには保険医という概念は存在しない。

次に、診療報酬に関連して、公的医療保険の保険者と医師組合との間で締結される全国協約に拘束される医師（セクター1）と、全国協約にかかわらず自由に診療報酬を決定することのできる医師（セクター2）という区別が存在する。

さらに、医療費の高騰を抑制し、患者の合理的な受診行動を促進する目的から、2005年からかかりつけ医制度が導入された。公的医療保険制度の被保険者が、その属する制度の保険者に、自分のかかりつけ医を登録しておき、かかりつけ医に受診するか否かで、保険給付の償還率を差別化する制度である。

#### (2) 医療機関

フランスには保険医療機関という概念も存在しない。また、病院と診療所という分類定義もない。しかし、診療所に相当する開業医の施設はベッドなど最低限の器具等があるだけで、看

護師も受付係もおらず、開業医が一人で診療に従事している例が多い。

病院は公立の総合入院施設をいい、日本の民間私立病院や個人病院にあたる入院施設はクリニックといわれる場合が多い。日本の病院は外来診療と入院診療の双方を担当するが、フランスの病院・クリニックは基本的に入院施設であり、外来診療は担当しない。

また、日本との顕著な違いのひとつは、開業医と病院とで診療報酬の算定方法が異なることである。しかし、開業医の診療報酬についてはICカードによる電算処理が浸透しつつあり、病院についても診断群分類に基づく包括払い方式が普及しており、病診連携を可能とする医療行為の分類整理が試みられている。

### (3) 保険給付

外来診療、入院診療および薬剤について検討する。

外来診療は、療養に要した費用を医師に全額支払ったうえで、あとから保険給付相当額が払い戻されるという償還払い方式を採用している。償還率は基本的に7割である。しかし、診察を受けた医師がかかりつけ医であるか否か、その医師が一般医であるか専門医であるか、さらにはセクター1に属する医師かセクター2の医師かに応じて、診療報酬額は異なる(表1参照)。

入院診療に関する費用は、療養に要する費用のほか、ホテルコストともいうべき入院定額給

付金からなる。そして療養に要する費用については、日本同様、第三者支払方式が採用されている。患者は、療養に要した費用の3割に相当する一部負担金を支払うのみで、その余は保険者が医療機関に支払うことになる。次に入院定額給付金は1日16ユーロであり、この部分は公的医療保険の適用はないため、患者が負担することとなる。なお、外来・入院を問わず、糖尿病や癌など一定の長期疾病(ALD)について、100%保険給付の給付対象となるため、一部負担金は必要ない。

薬剤については、種類に応じて償還率が異なっている。一般的な薬剤の償還率は65%であるが、胃薬などは35%、ビタミン剤や強壮剤は償還対象とはされていない。

## 2. 医療保障の構造に関する特徴

医療費の補填という側面からみた場合、フランスも日本同様、医療保険制度がその中核を担っている。しかし、以下の4点にわたる特徴を指摘することができる。

### (1) 一般制度を中心とする職域保険制度の集合体

フランスの医療保険制度は、4つに大別できる職域保険の集合体である。商工業部門の被用者を対象とする一般制度、特定の企業や業種ごとに組織される特別制度、自営業者など非被用者を対象とする自営業者社会制度および農業従

表1 医師の種別に基づく償還額

		診療報酬 (ユーロ)	償還対象額 (ユーロ)	償還率 (%)	償還額 (償還対象額×償還率) - 定額負担金
一般医	セクター1	22	22	70	$(22 \times 0.7) - 1 = 14.40$ ユーロ
	セクター2	自由診療	22	70	$(22 \times 0.7) - 1 = 14.40$ ユーロ
専門医	セクター1	25	25	70	$(25 \times 0.7) - 1 = 16.50$ ユーロ
	セクター2	自由診療	23	70	$(23 \times 0.7) - 1 = 15.10$ ユーロ

出典：http://www.ameli.fr/に基づき筆者作成

セクター1に属する一般医・専門医は22ユーロないし25ユーロしか患者に請求できない。セクター2の医師は患者との交渉により自由に報酬を設定請求できるが、一般医22ユーロ、専門医23ユーロをもとに償還額を算定する。また、償還額から除かれる定額負担金は1回の受診につき1ユーロで、年50ユーロを限度とする。

事者を対象とする農業制度である。国民健康保険制度のように、地域住民であることに着目して被保険者資格を付与する地域保険は存在しない。このうち特別制度は、フランス国有鉄道職員、フランス銀行職員など特定の企業あるいは船員や鉱山労働者など一定の業種ごとに組織される個別的な制度の総称である。また、自営業者社会制度は、2005年12月に商工業自営業者と手工業者の制度を統合したものである。

一般制度はフランスにおける社会保険の人的適用範囲を拡大する受け皿として位置づけられてきた。事実、被用者であれば報酬の額如何に関わらず一般制度に加入しなければならないし、株式会社の社長や副社長、あるいは収入の全てをチップで得ているカフェの従業員などもまた、一般制度への加入義務を負う。この結果、2008年現在で一般制度の加入者はおよそ5600万人である。フランスの人口はおよそ6400万人であるから、国民の87%を占めている。これに対して2008年度社会保障会計報告によれば、自営業者社会制度の被保険者238万人で被扶養者を含めた総数は約341万人、被用者制度と経営者制度とから構成されている農業制度は、被扶養者を含めた総数は約350万人である。

## (2) 高齢者に限定した医療保険制度は存在しない

フランスのふたつの特徴は、老人保健制度や後期高齢者医療制度のような高齢者のための医療保険制度が存在しないことである。高齢者は現役時代の医療保険制度にそのまま所属する突き抜け方式を採用している。

これらの高齢者は、一般社会拠出金を負担する。老齢年金や遺族年金などの代替所得には一般社会拠出金6.6%が賦課され、支給される老齢年金から源泉徴収する形で負担することとなる。

現役労働者の場合はやや複雑で、一般社会拠出金を負担するとともに医療保険の保険料も負担する。まず稼働所得としての賃金に対して一般社会拠出金が課せられる。賦課率は7.5%で

ある。次に、一般社会拠出金とは別に、現役労働者は医療保険の被保険者として、傷病手当金に相当する給付のため、賃金全額の0.75%を医療保険の保険料として負担する。そして、事業主は保険料を負担し、その保険料率は被保険者の賃金の13.8%である。

このように、現役労働者には医療保険の保険料負担が存在するものの、高齢者と現役労働者ともに一般社会拠出金を負担する。その賦課率については、高齢者が若干優遇されているといえるが、具体的な診療における一部負担金の負担割合や入院定額負担金は高齢者か否かに関わりなく同一である。また、フランスにおける高齢者介護は、保険方式ではなく、社会手当方式で運営される介護手当制度で対応している。支給要件や要介護度の認定などの枠組みは法律により定められるが、具体的な支給額は各県ごとに定められる。

## (3) 補足給付組織が大きな役割を果たしている<sup>1)</sup>

フランス医療保障における3つの特徴は、補足給付組織の充実である。これら補足給付組織は、歴史的沿革も根拠法典も異なる3つの組織に大別できる。共済法典に基づく共済組合(mutuelle)、保険法典に基づく保険会社(entreprises d'assurance)および社会保障法典の適用を受ける労使共済組織(institution de prévoyance)である。

先に紹介した2008年の医療・医療財費用1705億ユーロは、公的医療保険75.5%、国家・地方公共団体1.3%、補足給付組織13.7%、家計9.4%の割合で負担されていた<sup>2)</sup>。補足給付組織の負担額はおよそ約234億ユーロ(1ユーロ130円換算で約3兆円強)であり、その内訳は共済組合7.7%、保険会社3.5%および労使共済組織2.5%とされている。

このように、補足給付組織は、一部負担金のように、公的医療保険では給付の対象とされない部分をカバーするため、家計が実際に負担する医療費は10%に満たないのである。事実、や

や古い統計であるが、2002年の時点で国民の86%が補足給付組織と何らかの契約を締結していた<sup>3)</sup>。

#### (4) 普遍的医療給付による医療保障の実現

補足給付組織と密接に関連するのが、1999年に制定された普遍的医療給付(CMU)である。この普遍的医療給付は、何らかの事情で公的医療保険に加入していない者あるいは公的医療保険に加入していても補足給付組織と契約を締結できない者に対して、無料ないしそれに近い形で医療を提供しようとするものである。

これまで述べてきたように、フランスは職域保険の併存体制であるため、先天的な障害のために労働能力に欠けるとか、不安定あるいは短期的な雇用のため、公的医療保険に加入できない者が存在する。また、外来診療における3割の自己負担さえ支払うことの困難な者もいる。事実、1999年の時点で、公的医療保険に加入していない者が70万人のほか、一部負担金を支払えないために、治療を断念する者が相当数いたといわれる。

このため、「疾病の予防および治療に関して、所得水準を理由とする差別があってはならない」とされ、「安定的かつ適法にフランスに居住する」すべての人に、一定の所得要件のもと、一切の自己負担を必要とせず医療の提供することとした。

普遍的医療給付は、3種類の給付から構成されている。基礎給付(CMU-B)、補足給付(CMU-C)および補足医療扶助である。基礎給付は、わが国における療養給付の提供に相当するから、この給付だけでは一部負担金を負担しなければならない。次に、一部負担金相当額を支給するのが補足給付である。そして、補足医療扶助とは、補足給付組織と契約を締結するための資金援助である。このうち最も重要な給付で、補足給付である。一部負担金相当額を支給することにより、医療費を無料化するからである。

こうして、補足給付は、単身世帯の場合、年

収7521ユーロ(月収627ユーロ)未満であることを要件に支給される。これに対して、基礎給付、補足医療扶助の所得要件は、単身世帯の場合、それぞれ、年収9020ユーロ、9025ユーロとされている(金額はいずれも2009年現在)。

### 3. 管理運営組織

フランスの医療保険制度は職域保険の集合体であると述べた。そのなかでも、一般制度が最も大きな制度であり、一般制度における医療保険は全国被用者医療保険金庫を頂点とする管理体制のもとで運営されている。ここでは、一般制度の管理運営体制と2004年8月13日の法律<sup>4)</sup>によって設けられた全国医療保険金庫連合を検討する。

#### (1) 全国被用者医療保険金庫の組織改編

一般制度の管理運営は、全国金庫を頂点に、16の地域圏金庫、県単位で組織される100あまりの初級金庫が担っている。医療保険に関する被保険者の登録や保険給付の支給業務などの保険者業務あるいは、かかりつけ医の登録申請などは初級金庫が担当している。しかし、最終的な意思決定機関は全国金庫の理事会で、診療報酬に関する全国協約の締結など医療政策等の決定に対して大きな権限を持っていた。

しかし、2004年法は、この理事会の権限を縮小し、事務局長の権限を強化した。まず、理事会を評議会に、事務局長を事務総長にその名称を変更し、評議会は事務総長の作成した保健医療政策を実施するための財政的な一般の方針や保険事故の管理運営に関する方針などを検討する機関と位置づけられた。これに代わり、事務総長は全国金庫の政策方針の原案を作成し、それを具体的に実施する管理運営責任を担うこととされた。

#### (2) 全国医療保険金庫連合(UNCAM)の創設

全国医療保険金庫連合(以下、全国金庫連合と略す)は、法定基礎制度における3つの全国

金庫すなわち全国被用者医療保険金庫、全国非農業非被用者疾病出産保険金庫および中央農業共済金庫の上位に立つ組織と位置づけられる行政的公施設である。

2004年法以前、医療協約の交渉および締結については、公的医療保険の保険者である全国被用者医療保険金庫、全国非農業非被用者疾病出産保険金庫および中央農業共済金庫と各医療従事者を代表する全国組合との間で行われていた。04年法は、これら協約当事者のうち、保険者側について、協約交渉権限と締結権限を全国金庫連合に集約したうえ、全国金庫連合事務総長に協約交渉権と締結権を移譲した。ここで注目されるのは、全国金庫連合事務総長は全国被用者医療保険金庫の事務総長が兼務することである。すなわち、2004年法は全国被用者医療保険金庫の事務総長に協約交渉権と締結権を与えるとともに、ONDAMの番人ともいえる役割を期待している。

#### 4. あるべき保険者像と保険者機能

フランスは、第二次世界大戦後、国家とは一線を画する社会保障制度の構築を目指した。保険料を負担する労使代表からなる理事会に基づく労使(当事者)自治と国家財政に依存しない財政的自律の標榜である。その後、財政的自律性原則は一般社会拠出金の導入により一定の後退を余儀なくされた。さらに、2004年における全国金庫連合の新設とその事務総長に対する権限の集約は、形式的に過ぎなかったとはいえ、労使同数で構成される理事会の権限を縮減し、労使自治の後退を鮮明にした。このような保険者のあり方の変遷は、保険者像の変容と言い換えることもできる。そして、医療保険制度

の管理運営機能を保険者機能とするならば、フランスでは、情報の透明化・標準化というコンセプトに基づく機能強化が模索されているといえる。これについて、以下の2点にわたって概観する。

##### (1) 社会保障財政法律

第一は、社会保障財政法律の制定である。これは1995年末に明らかにされたジュペプランに基づき、憲法を改正して、1997年社会保障財政法律から毎年制定されている。

社会保障財政法律の制定は、社会保障財政に対して、国民を代表する議会が責任を持つことを意味する。それは同時に、社会保障財源を負担する者が保険料負担者としての労働者・事業主から、納税者としての国民に転換することをも意味する。端的に述べるならば、このような議会による統制の強化は、社会保障財政に関する当事者代表から国民代表への統制システムの変更であり、ジュペプランは、形式論理として存続していた当事者参加原則に終止符を打ち、国民代表による財政統制に大きな方向転換を図ったと評価することができる。

社会保障財政法律は、政府の策定した社会保障政策および保健医療政策の方針を承認し、医療、老齢、労災および家族の各部門ごとに収入の推計額と支出の目標額を決定するとともに、医療保険支出全国目標(ONDAM)を定める(表2参照)。導入当初は、審議対象期間を2年、被保険者数2万人以上の個別制度を対象としていたが、2006年以降、審議対象期間を3年に延長し、すべての法定制度を対象とすることとなった。医療保険支出全国目標とは、支出超過を繰り返す医療保険部門において、いかなる領域が赤字の根源になっているかを明らかにするため

表2 社会保障財政法律におけるONDAMの推移(単位:億ユーロ)

年度	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
目標額	1004	1057	1128	1235	1297	1345	1407	1448	1520	1576	1624
実績額	1030	1088	1167	1247	1310	1351	1413	1477	1528	1579	--

に導入された概念であり、毎年、目標額を定め翌年度に実際に支出した額を確定する。2006年社会保障財政法律以降、全体目標と開業医部門、公立病院部門などの下位目標に細分化された。

このように、社会保障財政法律は、視点を変えれば、国民の前に社会保障財政に関する情報をさらけ出すという意味での情報の透明化を実現したと評価することができる。

## (2) 医療保険情報化システム (SIAM)

第二は、情報の標準化というべき機能の追求である。外来診療の報酬支払システムが電子情報に基づいて処理されることを利用して、1990年代半ばから、医療保険情報化システム (SIAM) が構築された。これは、患者の提示する IC カード (Carte Vitale) と医療機関側のコンピュータ端末 (CPS) と通じて、保険者に、保険給付の (償還) 手続を行うために一定の診療情報を提供するシステムである。この情報提供によって、保険者はどのような被保険者がどの医師等において、いかなる診療・薬剤を処方されたかを把握できるようになった。このような情報を集約することによって、保険者は診療内容や薬剤処方の実績を分析することが可能となり、休職に関する診断の適正化や後発薬剤 (ジェネリック) の処方を誘導することなどに着手している。

また、このような情報化システムの進展は、開業医と病院の診療行為を共通の土俵で評価することも可能にした。これまでは開業医に関する診療報酬の点数表と病院報酬に用いられる算定根拠とは別々のものであった。このような状況に対して、医療費の合理的な抑制を実現する目的で、2007年から、診療行為共通分類 (CCAM) の作成に着手し、今後内科領域やコメディカルにもその適用を拡大することが目指されている。

## 結びにかえて

責任の明確化ひいては情報の透明化をめざす

社会保障財政法律の制定は、保険者の果たすべき役割に直ちに影響をあたえるものではないかもしれない。しかし、この法律によって、医療保険財政のありようが明らかになり、医療保険支出全国目標の目標額と実績額の推移を通して、医療保険に関する政策の効果を検証できる体制が実現した。この意味で、保険者の役割ないし機能を検証できる体制もまた整ったということができる。

保険者機能の強化が医療費の抑制にあるとするならば、医療保険支出全国目標の推移からも明らかなように、その成果はいまだ十分に発揮されているとはいえない。しかし、医療保険情報化システムをもとに診療行為共通分類の適用範囲を拡大しようとする動きは、医療費抑制のための診療行為の適正化を明確に志向しており、保険者全体に関わる保険者機能の強化といえることができる。

ひるがえって、わが国には古くから社会保険診療報酬支払基金が存在した。国民健康保険連合会とともに審査支払機関といわれるこれらの組織は、利用の仕方によっては非常に有益な診療情報を、膨大かつ継続的に集約するデータベース機能を有している。しかし、これら審査支払機関はあくまでも診療報酬の支払機関としての中立性に固執する一方、医療保険者は診療報酬の支弁者ないし保険給付の給付主体としての立場に安住している。また後期高齢者医療制度では、特定健診の実施状況等に基づく新たな財源負担者としての役割も担うこととされている。そこには、医療費の抑制のためにアクションを起こす主体としての保険者像を見いだすことは難しいように思われる。

## 略語表

CSBN: Consommation de Soins et de Biens Médicaux

ALD: Affection de Longue Durée

CMU: Couverture Maladie Universelle

CMU-B: Couverture Maladie Universelle Base

CMU-C: Couverture Maladie Universelle Complémentaire

---

UNCAM: Union Nationale des Caisses  
d'Assurances Maladie  
ONDAM: Objectif National de Dépenses  
d'Assurance Maladie  
SIAM: Système information de l'Assurance  
Maladie  
CCAM: Classification Commune des Actes  
Médicaux

注

- 1) 笠木映里「フランスの医療制度－受診時の患者自己負担と私保険の特殊な役割」クォーターリ－生活福祉研究通巻65号1頁(2007年)。
- 2) [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATFPS06303](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATFPS06303)
- 3) “Les contrats offerts en 2002 par les organismes d'assurance maladie complémentaire,” Études et Résultats, No. 402, mai 2005.
- 4) 拙稿「フランスにおける医療費抑制策の変遷－2004年8月13日の医療保険に関する法律をめぐって－」社会保険旬報2272号18頁(2006年)。

## 特集 I：諸外国の医療保険者の役割

# オランダの医療保険者の役割

お茶の水女子大学准教授  
大森 正博  
Omori Masahiro

オランダの医療・介護保険制度において、日本の公的医療保険にあたる“Compartment 2”の保険者であるCare Insurerは、公的介護保険（“Compartment 1”）、自由診療の保険（“Compartment 3”）においても、前者では事務代行者、後者では保険者として重要な役割を果たしている。そして、Compartment 2では、「規制された競争（Regulated Competition）」の本格的な導入の中で、Care Insurerはその組織形態を大きく変貌させている。

### 1. はじめに

世界の多くの国々で、少子高齢化、医療技術の発達等の社会的・経済的環境の変化を背景に、医療サービスのみならず介護サービスに対する需要も増加しつつあり、医療、介護サービスの効率性、公平性を兼ね備えた需給システムの確立が望まれている。特に医療制度の設計を考える場合、人々が何時、どの程度の費用がかかる病気になるか、不確実性があること、健康を保つための医療は公平性に関する配慮が必要であることから、社会保険の形態を採っている国が多い。オランダもそれらの国々の一つであるが、1980年代の後半より、保険者を核にした医療・介護保険制度改革を行って来ている。また、オランダは、1968年から、ドイツも制度設計の参考にした公的介護保険を世界に先駆けて実施した国として有名である。本稿では、医療保険の保険者に焦点を当てて、今日のオランダの医療・介護保険制度における医療保険の保険者の役割について説明する。

### 2. 医療・介護保険制度の概観と保険者の役割

オランダの医療・介護保険には、3つの“Compartment”が存在している。“Compartment 1”は、治療、療養に比較的長期間を必要とする疾患を中心としてカバーし、国が制度設計・運営に関与しているいわば公的介護保険であり、“Compartment 2”は、治療サービス（Curative care）を中心とした短期の医療費をカバーし、国が制度設計・運営に関与している公的医療保険である。前者は特別医療費補償法（The Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ（Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten））を根拠としており、特別医療費保険と呼ばれている。後者は、健康保険法（Health Insurance Act, ZVW（Zorgverzekeringswet））を根拠としている。

“Compartment 3”は、公的保険でカバーされない自由診療にあたるサービスをカバーしている保険である。表1は2007年におけるCompartment 1-3の費用を示している。医療・介護費用の合計528億2200万ユーロのうち、Compartment 1が43.5%、Compartment 2が、

表1 医療・介護保険の費用構成

(単位：100万ユーロ)

	2007年	割合
Compartment 1	22,972	43.5%
Compartment 2	26,266	49.7%
Compartment 3	3,584	6.8%
Total	52,822	100.0%

出所：ZORGMONITOR 2008

49.7%、Compartment 3が、6.8%を占めている。

オランダの医療・介護保険において、保険者として主要な役割を果たしているのは、Compartment 2における保険者である。以下では、最初にCompartment 2における保険者の状況、役割について説明し、その後でCompartment 2の保険者がCompartment 1、Compartment 3において果たしている役割について説明する。最後に結語が述べられる。

### 3. Compartment 2における保険者の役割

Compartment 2は、短期の医療費がカバーされる、日本でいうところの公的医療保険であるが、近年、積極的に制度改革が行われてきた部門であり、2006年に今日の制度の基礎を作る大きな制度改革が実施された。<sup>1)</sup>

#### (1) 被保険者

オランダの居住者および非居住者であっても支払給与税 (payroll tax) を納めている者は、保険への加入義務がある。保険に加入するためには、被保険者は市民サービス番号 (Citizen Service Number, Burgerservicenummer, BSN) を取得している必要がある。被保険者は、年度の初めに加入するCare Insurerを選択する。日本のように職業、住居によって加入する保険が決まっているのと同対照的である。サラリー・パーソンとその家族については、企業によって団体契約の形で保険が準備されている場合がある。

#### (2) 保険者

Compartment 2の保険者は私的な健康保険

会社であり、“Care Insurer”と呼ばれている。従来、Compartment 2の保険者は健康保険金庫と私的保険会社が分立していた。保険者は、健康保険法の上で非営利を義務づけられており、配当を禁止されていた。健康保険金庫は、一定所得未満の人々の保険を提供し、それ以外の一定所得以上の人々に対しては、国が基礎パッケージ (Basic Package) の供給を私的保険会社に義務づける形で事実上の国民皆保険が実現していた。しかし、2006年1月1日からCompartment 2の保険者は、私企業としての性格を持たされることになった。つまり、Compartment 2において保険者となるためには、オランダ中央銀行 (the Dutch Central Bank, De Nederlandsche Bank, DNB) から生命保険以外の中で特定分野の免許を許可されていけばよい。ここで、特定の分野とは、労働災害と労働傷病、疾病のことを意味する。これらの免許を所持していれば、営利か非営利かを問わず、Compartment 2への参入が可能になる。かくして、配当を行う営利の民間のノンライフの保険会社もCompartment 2への参入が可能になった。

保険者は、加入を求めてきた者に政府が決めた基礎的保険 (Statutory Basic Insurance) を販売しなければならず、保険加入を拒否することは禁じられている。また、保険商品の製品差別化を以下に示すように多少は出来るものの、同じ保険商品については、年齢、性別、身体状況などによって保険料を差別化することは禁止されている。つまり、保険者が被保険者のリスク状況に応じて、リスク・セレクション (Risk Selection) を行えないようにしている。

Care Insurerの提供する保険商品は、2005年までは現物給付のみであったが、2006年から費用償還方式の保険商品の提供も可能になり、製品差別化が進んでいる。前者を現物給付モデル (In-kind model)、後者を費用償還モデル (Restitution model) という。<sup>2)</sup> 現物給付モデルの契約を消費者が選択すると、消費者は保険者が契約を行った医療サービス供給者から

サービスを現物給付で受けることが原則になるが、保険者が契約していない医療サービス供給者からサービスを需要することもできる。その場合には、保険者が契約時に設定する一定の金額の費用償還を受けることができる。一方、費用償還モデルは、被保険者が、保険者が契約をしていない医療サービス供給者からサービスを受ける場合に対応している。被保険者は医療費をいったん医療サービス供給者に支払い、保険者から費用償還を受ける。保険者は費用償還の額に上限を設けることは規制されているが、医療サービスの市場実勢価格よりも高い費用を償還することは強制されていない。保険者は、さらに現物給付モデルと費用償還モデルを組み合わせた保険商品を提供することも許可されている。

オランダの保険者の特徴は、被保険者に対する医療サービスの価格、品質について、医師を始めとする医療関係者、病院などのサービス供給者と交渉を行い、契約することにある。ただし、サービスの価格については、医療料金法（The Health Care Charges Act, Wet tarieven gezondheidszorg, WTG）による規制があり、CTG/ZAio（National Health Tariffs Authority/Care Authority, College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o.）において決められた診療報酬点数を上限として、交渉によって決定することができる。いわゆる上限価

格規制（Price Cap Regulation）が適用されている。<sup>3)</sup>

また、保険者は営業を行う地域についても規制を受けている。被保険者数が85万人以上であれば、一部の地域に限定して営業を行うことはかなわず、全国展開しなければならない。

オランダの保険者は、一定の規制を受けながらも、競争的な制度的環境の下で行動していると言える。

オランダのCompartment 2の保険者の置かれている競争的な環境を理解するためには、医療費の財源調達仕組みについて知る必要がある。表2は、Compartment 2の収入状況を示している。Compartment 2の財源は、主として、以下の3種類の財源から成っている。

- ① 定額保険料（Nominal contribution）
- ② 所得比例保険料（Percentage contribution）
- ③ 政府補助金（Government grant）

被保険者は原則として自己負担無しで医療サービスを需要することができるが、2つの例外が存在する。1つは、保険契約のときに現物給付モデルを選んだが、保険者が契約をしていない医療サービス供給者からサービスを受けた場合である。もう1つは、医療サービスの種類によって、自己負担が必要なサービスが存在する場合である。

表2 ZVWの収入

（単位：100万ユーロ）

収 入	2006	2007	2008	2009 (prog.)
所得比例保険料	14,107.6	14,726.3	16,917.3	16,748.7
定額保険料	8,982.3	10,051.0	12,423.2	12,254.5
政府補助金	1,863.9	1,857.5	2,072.0	2,080.7
no-claim	1,857.0	1,862.3	--	--
Excess	--	--	1,384.7	1,371.7
条約の締約国の補助金(bijdrage verdragsgerechtigden)	89.8	56.9	88.4	88.4
国際的移民(internationale verrekeningen)	16.2	3.6	3.1	3.1
良心的保険非加入者(gemoedsbezwaarden)	2.2	1.9	0.6	0.6
合 計	26,919.0	28,559.5	32,889.3	32,547.6

出所：CVZ

所得比例保険料は、支払給与税の対象となっている給与に関連して決められる。2007年の保険料率は、被用者は6.5%、被用者でない人々は4.4%である。保険料は被用者の場合は給与から天引きで、内国歳入庁（The Inland Revenue Service）が集める。

所得比例保険料については、助成措置が用意される。被用者の場合は、雇用環境に応じて必要になる医療サービスの費用を勘案して、使用者が保険料の一部を負担する。自営業者、退職者については、この措置は適用されない。

国はCompartment 2に対して、補助金を投入する。補助金の投入には以下の根拠が存在する。第一に、18歳未満の被保険者の保険料の補填を行うことである。第二に保険者が財政危機に陥ったときの補助金である。そして、戦争やテロなどの交戦時にも補助金は投入される。

定額保険料は、各保険者が18歳以上の被保険者に対して課す。表3はCare Insurerの定額保険料の状況を示しているが、Care Insurerによって差異があることが見て取れる。また、表2を見ると分かるように、定額保険料は、Compartment 2の収入の約38%を占めており、収入の中で重要な位置づけがされている。<sup>4)</sup>

所得比例保険料、政府補助金は、一度、一般基金（General Fund, AK（Algemene Kas））に集められる。この基金に集められた資金を、マクロ医療予算（The Macro Health Care Budget）と呼ぶ。この予算額は、厚生・スポーツ省が作成した予算教書である「医療覚え書き（The Health Care Memorandum）」に基づいて決定される。健康保険審議会（CVZ）は、厚生・スポーツ大臣（Minister of Health, Welfare and Sport）の監督の下で、大臣が提示した予算配分の一般的原則に則って、この一般基金を管理し、それぞれのCare insurerに予算を配分する。予算は、過去の実績に基づいて決められる部分（historical basis）と保険加入者のリスクに応じて決められる部分（normative basis）から成る。各保険者には、リスク調整型

表3 定額保険料（2010年）

（単位：ユーロ）

Care Insurer	定額保険料(年)
Anderzorg	996
Univé Zekur	960
CZ Direct	1,032
TakeCareNow (Agis)	1,053
FBTO Internetverzekering	1,053
Salland	1,161
OHRA	1,074
CZ	1,125
AGIS/Pro Life	1,146
DSW	1,080
FBTO	1,146
Zorg & Zekerheid	1,173
Zilveren Kruis Achmea	1,158
OZF Achmea	1,173
Stad Holland	1,110
Avéro Achmea	1,177
De Friesland	1,151
VGZ	1,132
Menzis	1,137
Azivo	1,149
Trias	1,151
ONVZ	1,152
Delta Lloyd	1,182
Univé	1,167
PNO	1,176
IZA	1,167
De Goudse	1,199
Amersfoortse	1,211

出所：CVZ

人頭払い（Risk-adjusted Capitation Payment）の形で予算が与えられるが、リスク調整指標（Risk adjuster）としては、年齢・性別、FKG（Pharmacy Cost Group）、GGZ-FKG（精神医療の薬剤費のコストグループ）、DKG（Diagnostic cost group）、所得、居住地域、罹患のリスク、社会経済状況など20を超えるものが採用され、精緻化されてきている。<sup>5)</sup>

この様に決定された予算よりも、現実にかかると予想される費用が上回ると考えるとき

には、Care insurerは、保険加入者に対して定額保険料を科す。既に見た表であるが、表3にCare Insurerの定額保険料の状況が示されており、Care Insurerによって、定額保険料に差異があることが分かる。<sup>6)</sup>

この様な、オランダのCompartment 2における財源調達の内訳は、「規制された競争(Regulated Competition)」を体現している。「規制された競争」とは、以下のような仕組みを意味する。保険者は、加入している被保険者のリスクに応じて、事前的費用償還を受け、診療報酬の上限価格規制などの制約下で、医師、医療機関などとサービスの価格、質について、交渉し、契約することができる立場にある。保険者は、被保険者から毎年1回選ばれるので、消費者にとってよりよいサービスを医師、医療機関などから供給してもらえるように努力するインセンティブを与えられ、結果として、被保険者に最も望ましい医療が提供されるというのがその筋書きである。具体的には、保険者は、事前的費用償還の金額よりも実際に医療サービス供給者に支払った費用の方が大きく、赤字が出ると、被保険者に定額保険料として請求しなければならないので、できるだけ定額保険料が低くてすむように、サービス供給者との交渉を行い、費用の効率的な使用を試みる。被保険者がサービスの価格、質を評価できるという前提のもとでは、保険者は、定額保険料を低くする努力ばかりでなく、サービスの質を高める努力をしなければならなくなる。

この様な「規制された競争」のアイデアは、オランダでは、1980年代後半の「デッカー・プラン(Plan-Dekker)」、「シモンズ・プラン(Plan-Simons)」の構想に端を発し、今日に至るまで、紆余曲折を経ながらも継続的に実施されてきている。<sup>7)</sup> オランダの医療・介護制度改革で、デッカー・プラン以来今日に至るまで、変わらず中心にあるのが、保険者を核にした競争原理の導入の考え方である。「規制された競争」は、競争原理を利用して、効率的かつ消費者にとって適当な医療サービスを提供するため

の政策的手法のアイデアである。<sup>8)</sup>

デッカー・プランの当初のアイデアでは、医療保険、介護保険を統合した形で「規制された競争」を導入することになっていたが、1995年の改革のあたりから、特にCompartment 2に限定して、「規制された競争」を導入する政策選択の方向性が定着しつつある。2006年1月から実施された新しい医療保険制度改革では、この方向性がますます明確になってきている。

2006年1月1日から、保険者を私企業として位置づけ、保険者に営利を認め、制度を一本化し、市場を広くした。また、現物給付のみならず、償還払い制度、および両者の組み合わせを可能にし、多様な保険商品の開発を可能にするなど、保険者の競争のための手段を充実させたことも注目に値する。また、オランダ医療サービス庁(Netherlands Care Authority, Nederlandse Zorgautoriteit, NZa)を設置し、医療サービス市場の監督者の役割を担わせ、医療サービス市場における競争の促進を図っていることも注目される。

この様なCompartment 2における「規制された競争」の成果の評価には慎重でなければならないが、保険者の規模拡大、統合が進んだことは事実である。

表4は、被保険者数を保険の規模とみなして、保険者の規模の年次推移をみたものである。2002年には、健康保険金庫が25、私的保険が46あったのが、2006年には保険者数が33まで一気に減少したことが分かる。2005年から2006年の保険者数の減少がもっともドラスティックであるが、その主たる要因は保険者の合併およびグループ化による規模の拡大である。表4によれば、2002年には被保険者数100万人以上の保険者が、健康保険金庫では2、私的保険では0であったが、2007年には5に増加している。一方、被保険者数が5万人未満の保険者数は、2002年に健康保険金庫では5、私的保険では20で、あったが、2007年には3まで減少している。2007年に、保険者は5グループ(Achmea, Delta Lloyd-Ohra, Menzis, UVIT,

表4 Compartment 2の保険者数の加入者数による分布

	健康保険(ZFW)				私的保険				健康保険(ZVW)	
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2006	2007
被保険者数(人)										
100万～	2	3	3	3	0	0	0	0	5	5
50万～100万	5	4	5	5	3	3	4	4	5	3
40万～50万	4	2	1	0	0	0	0	0	3	4
30万～40万	4	3	4	4	3	2	2	2	4	5
20万～30万	2	2	1	2	3	3	4	3	1	0
10万～20万	1	1	1	1	9	10	8	9	6	7
5万～10万	2	2	2	3	8	8	3	3	5	5
～5万	5	5	5	4	20	18	14	14	4	3
合計	25	22	22	57	46	44	35	57	33	32

※2006年より疾病基金保険と私的保険が統合されたので、2006、2007年は、Care Insurerの数を示している。  
VEKTIS(2004) P.12, VEKTIS(2005) P.12 VEKTIS(2006) P.14, VEKTIS(2007) P.22, VEKTIS(2008) P.20より筆者が作成。

Geen groep)、32まで減少している。

「規制された競争」による保険者間の競争を促す一方で、Compartment 2では、被保険者に対しても、保険について、様々なオプションを準備していることが注目される。免責控除制度(Compulsory Excess, Voluntary Excess)は、強制のもの(Compulsory Excess)と18歳以上の被保険者が自ら免責控除金額を設定する任意のもの(Voluntary Excess)があり、その金額以内の医療費は自己負担とする。前者の強制のものについては、2009年には155ユーロに設定されたが、GPサービス、助産師サービス、出産サービス、インフルエンザ診療、肺がん検診などのサービスは対象外である。<sup>9)</sup> 後者の任意のものは、プライマリーケアを対象としており、強制の免責控除制度155ユーロ分の適用後、100ユーロ単位で100ユーロから500ユーロまで設定できる。任意のものを選択すると、定額保険料の割引を受けることができる。<sup>10)</sup>

#### 4. Compartment 1、Compartment 3におけるCare Insurerの役割

Compartment 2の保険者であるCare Insurerは、Compartment 1、Compartment 3においても重要な役割を果たしている。

Compartment 1は、冒頭で説明したように、1年を超える入院をはじめ、長期医療・療養サービス等をカバーする保険であるが、Compartment 2のCare Insurerが大きな役割を果たしている。

特別医療費保険は、保険加入については、オランダの居住者、非居住者でも支払給与税の対象者は原則として強制加入であり、保険者は国である。<sup>11)</sup> ただし、実際の保険の給付は、Compartment 1の保険者であるCare Insurerが代行している。この事務代行者は、“Health Care Office (Zorgkantoren)”と呼ばれており、“Region”ごとに1つだけ存在している。オランダには医療計画の実施のために、32のRegionが存在する。<sup>12)</sup> 被保険者の立場から見ると、居住している地域によって、事務代行者が決まることになる。Health Care Officeを担当するCare Insurerは、Compartment 2の保険サービスを提供するかたわら、特別医療費保険のサービスの事務代行も行うことになるが、両方の事業は組織として相互に独立して行われる。

Compartment 1においては、Care Insurerは、Compartment 2におけるような「規制された競争」の環境下ではなく、Health Care Officeは政府が決めた保険パッケージについての保険業務を行うことが主たる役割になる。サービス提供者との契約、介護・診療報酬の上限価格規制の

仕組みもあるが、被保険者から選ばれる立場にないこともあって、サービス提供者との価格交渉など、契約の仕方を努力して、費用節約を強く押し進めるインセンティブが十分にはない。

ところで、Compartment 3におけるCare Insurerの役割はどうであろうか。既に述べたように、オランダにおいては、国がカバーすべきサービスを決めているCompartment 1およびCompartment 2でカバーされない自由診療のサービスをカバーする保険として、Compartment 3が位置づけられている。Compartment 3の保険の条件は、保険者が自由に決めることが出来、Compartment 2のCare Insurerが、国が決められている強制保険と組み合わせて販売することも出来る。被保険者は、加入しているCompartment 2のCare Insurerとは異なるCare InsurerからCompartment 3の保険を購入することも自由である。

## 5. まとめ

オランダの医療・介護保険制度の中で、公的医療保険（Compartment 2）の保険者であるCare Insurerの役割は、公的医療保険はもちろんのこと、公的介護保険（Compartment 1）、さらに自由診療（Compartment 3）まで広がっている。公的医療保険では、効率的で質のよい医療を目指し、「規制された競争」の下、保険者の競争が促進されており、保険者の保険マネジメント能力の向上が求められている。Care Insurerは、Compartment 2における公的医療保険に加えて、公的医療保険でカバーされていない自由診療のサービスをカバーする保険を同時に販売することができることも特徴的であり、被保険者は、Compartment 2の強制保険に加えて、このオプションの保険を同じCare Insurerから購入することも可能である。

Compartment 1における保険業務をHealth Care OfficeになったCare Insurerに委託していることも注目される。Compartment 2、Compartment 3で保険業務のスキル・ノウハウ

を蓄積しているCare InsurerがCompartment 1の保険業務を担当することで、業務の効率化を図ることが期待できる。医療に関わる保険業務は専門的なスキルを必要とするものであり、そのスキル・ノウハウを最大限活用しているオランダの事例は我が国にとっても興味深い。

### 注

- 1) Compartment 2における制度改革の内容の詳細は、大森(2006)を参照。
- 2) Ministry of Health, Welfare and Sports (2005) P.20を参照。
- 3) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002 (a)) P.23-24および P.62 - 63を参照のこと。
- 4) 定額保険料が所得に比して高額になり支払えない被保険者が出てくると、Compartment 2へのアクセスが難しくなる可能性がある。この事態を回避するために、医療サービス手当法(Health Care Allowance Act)が準備されている。具体的には、被保険者にミーンズ・テストを行い、国から定額保険料の補助金を与える。Ministry of Health, Welfare and Sports (2005) P.41-48。
- 5) CVZによる。
- 6) CVZ (College voor zorgverzekeringen) のwebsite <http://www.cvz.nl/default.asp?verwijzing=/home/index.asp>による。
- 7) Dekker Committee. 1987. Willingness to change 1987。
- 8) 近年、日本の医療保険制度改革の構想において、保険者の役割に焦点をあてた「保険者機能」の議論があるが、オランダの試みと共通している。
- 9) 2008年より廃止になったが、2006年からそれまでは、無事故払戻制度(No-claim refund)が設けられていた。無事故払戻制度は、医療サービスの利用が無かったか、あったとしても少なかった場合に、定額保険料の一部を被保険者に返金する仕組みである。ただし、この制度は、GPサービス、助産師サービス、出産サービスなどのサービスは対象外であった。
- 10) Compartment 2では、サービスによって被保険者が自己負担を支払うケースがあるが、その場合の自己負担金額は、免責控除制度の適用においては考慮されない。

- 
- 11) 加入条件を満たしているにもかかわらず、加入を拒否する場合は、追加的な所得税を課されることになる。非居住者であっても、オランダで雇用され、賃金の支払いを受け、所得税を納めている場合は、強制加入である。なお、子どもについては、両親がAWBZに加入しているかどうかは関係なく、その子ども自身が加入条件を満たしているかどうかで加入が認められる。
- 12) Andre den Exter et al (2004) P.36を参照。

#### 参考文献

- ・ 大森正博 「オランダの医療・介護制度改革の最近の動向について」『租税研究』第677号 P.153-167 2006年3月
- ・ Andre den Exeter, Herbert Hermans, Milena Dosljak and Reinhard Busse. 2004. "Health Care Systems in Transition Netherlands 2004", The European Observatory on Health Care Systems
- ・ Ministry of Health, Welfare and Sport. 2006. Health Insurance in the Netherlands - The New health Insurance System from 2006
- ・ Ministry of Health, Welfare and Sport. 2006. The New Care System in the Netherlands VEKTIS. 2008. ZORGMONITOR 2008.

## 中道右派政権下の医療政策

在スウェーデン日本国大使館  
岡部 史哉  
Okabe Fumiya

スウェーデンでは2006年9月の国政選挙において、穏健党、中央党、自由党、キリスト教民主党的「スウェーデンのための連合」(以下「連合」)が、接戦の末に社会民主党に勝利し、穏健党のフレデリック・ラインフェルト(Fredrik Reinfeldt)党首を首班とする12年ぶりの非社民・中道右派政権が誕生した<sup>1)</sup>。医療政策の改革に対する国民の期待が高い中、医療政策を担当する社会大臣にはキリスト教民主党的のヨーラン・ヘッグルンド(Göran Hägglund)党首が就任し、診療待ちの解消、国営薬局の民営化、精神医療の強化など多くの課題に取り組んできた。ラインフェルト政権の医療政策は前社会民主党政権のものとは比べて「選択の自由の拡大」「競争の促進」という自由主義・市場主義的方向性が際だっている。本稿では、発足後3年を経過したラインフェルト政権が主導した医療政策の動向をまとめるとともに、2010年9月に実施予定の次期国政選挙後の方向性を展望する。

### 1. 医療サービスの現状

#### (1) スウェーデンの医療制度の概要

保健医療サービス法では全国に21ある広域自治体であるランスティング・レギオン(以下単に「ランスティング」)<sup>2)</sup>が住民に必要な医療サービスを提供する責任を負うとされている。ランスティングの支出の約9割は保健医療関係であり、ランスティングの最大の業務は医療サービスの提供である<sup>3)</sup>。ランスティングの財源は主に住民の所得税(税率:2009年の全国の中央値10.86%)で、全体の約7割を占めている。以前はランスティングが直接設置・経営する医療機関(この場合、医療スタッフはランスティングの職員)が主流であったが、近年、都市部を中心に民営の病院・診療所も増加している。住民が負担する医療費にはすべてのランスティングにおいて年間の上限額が設けられていて、総じて低額である<sup>4)</sup>。なお、民間の医療機関を受診する場合でも自己負担額は公営(ラン

スティングが直接経営)の医療機関を受診する場合と違いはない。医薬分業が徹底していて、患者は医療機関が発行する処方箋をもって薬局で処方薬を購入する。2009年6月まで、医薬品の販売には国営企業による専売制が敷かれていた。

#### (2) 問題点

1990年代初頭の経済危機の後、公共部門の財政の健全性を確保するために地方自治体は原則として均衡予算を義務づけられている。一方で、高齢化の進展や医療技術の高度化によって医療費の増大圧力は強まっているが、ランスティングの主な収入源である住民地方税率を引き上げることは難しく、医療サービスを提供する上での財政的制約は徐々に厳しくなっている。ランスティングは1990年代以降、病床数の削減や職員数の抑制を図っており、医療費総額の対GDP比率は安定傾向にあるが、一方で医療施設や医療スタッフが不足することで、医

療機関で診察・診療を受けるための待機時間が長期化し、その解決が強く求められている<sup>5)</sup>。2006年選挙の際の「連合」の政権公約にも「時間通りの診療」が項目として掲げられていた。

## 2. 患者による住民選択制の導入 （「選択の自由」の推進）

### (1) 一部のランスティングの独自の取組

前回の中道右派政権（ビルト政権：1991～1994年）は初期医療（プライマリケア）において住民が自分を担当する医療機関を自由に選択する「家庭医」制度を導入するとともに、一定の要件を満たしたサービス提供者に公的医療への自由参入を認めた。「選択の自由の拡大」と「サービス提供主体の多様化」を目指した新制度は、1994年に復活した社会民主党（以下「社民党」）政権により廃止されたが、廃止後も影響を及ぼした。主に中道右派が政権をとる一部のランスティングでは、待ち時間の解消のためには医療機関間の競争を促進するべきという考え方に基づき、独自に患者自身が医療機関を選択する仕組み（住民選択制）の導入を進めてきた<sup>6)</sup>。2007年1月にはハッランドにおいて、2008年1月にはストックホルムとヴェストマンランドにおいて初期医療における住民選択制が導入された。ストックホルム・ランスティングの「ストックホルム・ヘルスケアチョイス」は、2010年からの全国レベルでの住民選択制導入のモデルとも言うべきものである<sup>7)</sup>。2008年末には住民の約90%が制度に登録した。ストックホルムでは民間事業者の参入が増えたことで、全診療所のうち民間事業者の経営によるものの割合が2008年の間に約9%増加した<sup>8)</sup>。

「ストックホルム・ヘルスケアチョイス」

（Vårdval Stockholm）

#### (1) 導入の経緯

- 1993年 小児歯科医療で導入
- 2000年 小児歯科矯正医療に拡大
- 2008年 初期医療（一般）、小児医療、妊産婦

医療、足医療、言語療法ケア、「特別の住居」入居高齢者への医療的ケア

2009年 整形外科、白内障治療、産科、網膜治療

#### (2) 選択の仕組み

住民は選択した診療所に対して登録を行う。一般の初期医療の場合、家庭医（Husläkare）と当該家庭医が所属する診療所の双方が登録される。現在登録されている診療所を継続することも可能であり、その場合新たな登録の必要はない。不満な場合には一度登録した診療所を随時変更することが可能。

#### (3) 医療機関に対する費用償還

診療報酬は登録された住民の数に応じてランスティングから医療機関に支払われる。これは「ヘルスケアチョイス」に登録されている限りランスティング直営の診療所にも、民間会社が経営するプライベートの診療所にも同じ条件で適用される。

（2009年の例）

##### ①外来診療の登録

- 0～5歳の住民1人当たり 741クローナ/年
- 6～64歳の住民1人当たり 623クローナ/年
- 65歳以上の住民1人当たり 1,595クローナ/年

##### ②在宅治療の登録

住民1人当たり 3,000クローナ/年

##### ③訪問医療の際の訪問1回ごとの加算額

- ・医師が往診した場合 500クローナ
  - ・看護師が往診した場合 50クローナ
- （通訳が必要な場合には300クローナ）

出典：ストックホルム・ランスティングのホームページおよび“Ersättning husläkarverksamhet och basal hemsjukvård”（ストックホルム・ランスティング事務局より入手）

#### (2) 医療・福祉サービスにおける「選択の自由推進法」

一部の地方自治体で医療・福祉サービスにおける住民選択制が導入されていることを受け、政府は医療・福祉サービスにおける住民選択制

の導入を促進するために2008年9月に「選択の自由推進法」(lag om valfrihetssystem : LOV)案を国会に提出した。同法案は11月に可決・成立し(賛成:与党4党、反対:野党3党)<sup>9)</sup>、2009年1月から施行された。本法の目的は、地方自治体が医療・福祉サービスの提供において住民選択制を導入した際には、例えば競争入札など一般の公共調達手続によらずに住民の選択に基づいて提供者からサービスを購入することになるため、公共部門の物資調達について規定する法律との関係を整理・明確化することで、地方自治体による住民選択制導入の動きを後押しすることである。

#### 「選択の自由推進法」

(lag om valfrihetssystem : LOV)

- (1) コミュニオンおよびランディングが高齢者・障害者に対する福祉(ケア)サービスおよび医療サービスを住民に提供する際に住民が自ら提供事業者を選択できる制度を導入する場合に適用する。この住民選択制は公共調達法に基づく調達を代替する仕組みと位置づけられる。
- (2) 住民選択制を導入する自治体は、その旨をインターネット上のデータベースに登録しなければならない。本データベースは「行政管理サービス庁」(Kammarkollegiet)<sup>10)</sup>が構築・管理する。参入を希望する事業者はこのデータベースを参照することで、全国のどの自治体がどのようなサービスの提供を求めているかを把握することができる。
- (3) 地方自治体はサービスの提供主体となる事業者に関する要件を独自に定めることができる。参入を希望する事業者は当該要件を満たしていることについて地方自治体の認証を受け、サービス提供の契約を締結した上で、制度に参加し住民による選択の対象となる。
- (4) 事業者間で価格競争を行うことは認められず、費用の償還に関してはすべての事業者と同じ条件を適用しなければならない。
- (5) 住民選択制を導入する地方自治体は住民に対

して選択対象となる事業主に関する情報を十分に提供しなければならない。

(6) 施行日 2009年1月1日

法律の整備に併せて、住民選択制の導入を目指す地方自治体を援助するために2008年に2.8億クロナの臨時補助金が中央政府から地方自治体に対して支給された。政府は、この結果、2009年に福祉サービスにおける住民選択制の導入を計画するコミューンは2008年末段階で177と全体(290コミューン)の約6割に達したとしている。

#### (3) 初期医療における住民選択制の法制化

「選択の自由推進法」の成立に続き、政府は初期医療における住民選択制の導入をランディングに法的に義務付けるための法案を2008年12月に国会に提出した。同法案は2009年2月に可決・成立した(賛成:与党4党、反対:野党3党)。

#### 初期医療における住民選択制の導入

(法律の内容)

- (1) 目的:患者の選択の幅を拡げるとともに、医療サービスの提供者が公的医療保障の適用となる初期医療サービス(プライマリケア)へ参入することを容易にする。
- (2) 内容:ランディングは、初期医療サービスの提供者について住民が自由に選択できる仕組みを導入しなければならない。
- (3) 開業の自由:初期医療サービスの提供者に対し、ランディングが設定した参入要件に適合する限り当該初期医療サービスについて公的保障の適用対象となる権利を付与する(ランディングによる公的医療負担の対象となるという意味。営利を目的とする企業であっても、ランディングが設定する一定の要件を満たす限り公営=ランディング直営の医療施設と同じ条件でサービス提供者となることができる)
- (4) 住民の選択に基づく償還制度:サービス提

供者に対する費用の償還について、①償還額の算定が住民の選択の結果に基づくものであること。②公共部門のサービス提供者と民間部門のサービス提供者を同等に取り扱わなければならないことを原則とすること。③償還額の算定方法は各ランスタングが独自に決定権を有すること。住民選択制の実施方法は先に導入された「選択の自由推進法」に沿って行う。

- (5) 一般医の必置規制を廃止：初期医療に従事する医師の参加を促すために、「保健医療サービス法」第5条に設けられていた、初期医療においては患者が特に「一般医療に精通した医師」(läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin)にコンタクトをとれるようにしなければならないとの規制を撤廃する。
- (6) 施行日：「一般医療に精通した医師」に関する

必置規制の廃止は2009年4月に、その他の規定は2010年1月に施行。

新法の制定によって、各ランスタングはその執行部与党が国政与党と異なる場合であっても、2010年には初期医療における住民選択制の導入を実施することが法的に要求されることとなった<sup>11)</sup>。スウェーデンの医療制度の大きな特徴の一つは、基本となる保健医療サービス法が「枠組み法」であり、サービスの提供内容や提供方法に関する地方自治体(ランスタング)の裁量権限が大きいことである。住民選択制の導入を法定化することで、「選択の自由」「提供主体の多様化」を掲げる中道右派政権の大方針に基づいて全ランスタングが従うべき制度的な規制が新たに追加されたことになる。2010年初頭段階での各ランスタングの施行状況は次のとおり。

#### 各ランスタングの初期医療における住民選択制の導入状況(2010年1月4日現在)

ストックホルム(※)	2008年1月に導入済み。2010年1月から神経科のリハビリなどにも拡大
ウプサラ(※)	住民の選択制は2009年6月に、医療機関の自由参入制は2009年10月に導入済み
セーデルマンランド	医療機関の自由参入制を2010年1月に導入
エステルイエータランド(※)	2009年9月に導入済み
ヨンショーピング(※)	住民の選択制は2010年2月から、医療機関の自由参入制は2010年6月から実施予定
クロノベリ(※)	2009年3月に導入済み
カルマル	2009年中に導入
ブレーキンゲ	医療機関の自由参入制は2010年4月に導入予定
スコーネ(※)	2009年1月に小児医療センターで、2009年5月に一般の初期医療診療所で導入済み
ハッランド(※)	2007年1月に導入済み
ヴェストライエータランド	2009年10月に導入済み
ヴェルムランド	医療機関の自由参入制を2010年3月に導入予定
オレブロ	2010年1月に導入(完全実施は2010年6月の見込み)
ヴェストマンランド(※)	2008年1月に導入済み
ダーラナ	2009年12月に導入済み
イエヴレボリ	医療機関の自由参入制を2010年1月に導入
ヴェステルノールランド	2010年1月に導入
イエムトランド	2010年1月に導入
ノールボッテン	2010年1月に導入
ヴェステルボッテン	2010年1月に導入
ゴットランド(※)	住民の選択制を2010年2月に導入予定

(※)は中道右派4党が政権を執るランスタング<sup>12)</sup>。

出典：SKLのホームページ“Landstingens och regionernas olika värddval”

(<http://www.sk.se/artikel.asp?A=57019&C=7403>)と各ランスタングのホームページの情報

### 3. 医療ケア保証の法制化

#### (1) 中央政府とSKLの合意で実施された

##### 「ケア保証」

「スウェーデン医療のアキレス腱」(Hanning 2005, p.9)とも言える長い診察・治療待ち時間を解消するために、中央政府および全自治体が加盟するコミュニン・ランスティング連合会(2001年まではランスティング連合会：以下「SKL」)は、患者に対して一定期間内の診察・治療を保証し、それが達成できない場合には他の医療機関で同じ要件で診察・治療を受けることを保証する「ケア保証」(Vårdgaranti)を両者の合意により実施してきた。これは法規制に基づかない任意の制度であるが、すべてのランスティングが参加した。ケア保証が開始された1992年には、まず12の特定の医療分野において3ヶ月以内に必要な治療を受けられない者に対して他の医療機関で治療を受ける権利が与えられた。2005年には、①必要な時点(当日)での医療機関へのコンタクト<sup>13)</sup>、②7日以内の一般医による診察、③90日以内の専門医による診察、④90日以内の必要な治療・手術の実施という「0-7-90-90ルール」に拡大された<sup>14)</sup>。中央政府も、待機時間の短縮に向けたランスティングの取組を促すために、2009年予算において医療機関・治療へのアクセスを改善したランスティングに対して重点的に配分する補助金(10億クローナ)を計上した。

#### (2) 「ケア保証」の法定化

これまで実施してきた「ケア保証」は任意の仕組みであるために患者・住民の権利の性格が不明瞭であったことから、政府は調査委員会の報告(2008年12月提出)をもとに、ケア保証を法定の権利とするための法案(「ケア保証、ヘルスケア・コンタクト、再診察の拡大を通じて患者の地位を強化するための法案」)を2009年12月に国会に提出した。法案が成立すれば2010年7月から施行が予定されている。

#### 「患者の地位を強化するための法案」

- (1) 一定期間内の医療ケアを保証
  - ・利用保証：初期医療(プライマリケア)については、助けを必要とする当日中に電話や直接の訪問によりコンタクトがとれること。
  - ・診察保証1：初期医療の一般医の診察を7日以内に受診できること。
  - ・診察保証2：紹介状がある場合、患者自らの選択による場合の区別なく、専門医の診察を90日以内に受診できること。
  - ・治療保証：必要と認められた場合には、90日以内に手術などの治療を受けられること。
  - ・ただし、診察・治療の内容や、検査に要する時間については規制しない。
- (2) ケア保証を守るための仕組み
  - ・法定の期間中に必要な医療ケアを提供できない場合には、ランスティングが他の医療機関での治療を、訪問費用(旅費など)を含めて無料でアレンジする義務を負う。
  - ・医療機関および医療従事者は患者に対してケア保証に関する情報(内容・意義)を提供する義務を負う。
  - ・ケア保証は医師による診察・治療だけでなく、理学療法士、作業療法士、心理療法士、専門看護師による診察・治療にも適用される。
- (3) 患者ごとの「ヘルスケア・コンタクト」の設置：現在の「患者責任医」に代わり、必要な場合に住民に対して永続的な「ヘルスケア・コンタクト」(permanent health care contact)を設定することをランスティングに義務付ける。ヘルスケア・コンタクトは特定の医療職種ではなく、特定の医療スタッフまたは医療チームである。ヘルスケア・コンタクトに期待される業務は、援助を必要とする患者に対して複数の医療機関に関する総合的な情報を提供することや、別の医療機関との連絡調整を行うことなど。
- (4) 再診察の権利拡大：現在、科学的な知見がない場合にのみ認められている(公費による医療の対象となる)診断を再度受ける権利に

ついて、患者が生命にかかわる重大な疾病を抱える場合についても拡大する。

(5) 施行日 2010年7月1日

#### 4. 患者情報法の制定

2008年3月に政府は、患者の診療情報保護を強化するための新たな「患者情報法」案を国会に提出した。同法は同年5月に可決・成立し(与党4党と社民党の賛成)、同年7月に施行された。

本法は旧法である「診療記録(カルテ)法」および「医療機関登録法」に代わるものであり、医療機関における診療情報の扱いに関して一貫した規制を設けることを意図するものである。具体的には、公立、民間の別にかかわらずすべての医療機関に対し、カルテの保存、診療記録の利用における秘密の保全、診療記録に対する直接の、または電子的方法によるアクセスに関する規制措置を整備している。政府は、統一的な新法の制定により、患者の記録閲覧権の強化を通じた医療における患者参加の増大と、患者情報の保護を定式化することによる医療機関の事務作業の効率化が進展することを期待している。

スウェーデンでは早い段階から診療記録の電子化が進んでいたが、地域(ランスタング)ごとに独自に電子化を進めたために病名の分類方法や情報システムの形式などが統一されずに、情報のやりとりに支障が生じていることが大きな懸案であった。政府は医療・健康分野における国のIT戦略(National Strategy for e-health)の一環として、SKLとの協働により安全に診療記録をやりとりするための広域のシステムを構築する事業を実施している。

#### 5. 医薬品の専売制廃止(国営薬局の分割民営化)

##### (1) 経緯

スウェーデンでは1971年以来、医薬品の専売制を維持し、国が株式を所有する国営会社

Apoteket(アポテーケット)社が処方薬および大部分の非処方薬の一般向け販売を独占してきた。専売制を導入した際にはその利点として、住民のニーズに応じて薬局が設置されること(医薬品に対するユニバーサルアクセスの確保)と、メーカーからの購入窓口を一本化することによる価格交渉力の向上と流通に係るコストの抑制が挙げられていた。Apoteket社は全国各地にある薬局をオンラインで結ぶことで、医療機関で発行された処方箋<sup>15)</sup>をもとに全国のどの薬局でも容易に処方薬を購入でき、また薬歴の管理を一元化するシステムを整えた。これは利便性において優れており、国民にとっても長年慣れ親しんだ仕組みであった。

しかし、市場競争を重視するラインフェルト政権は、国が独占することで他国に比べて薬局へのアクセスが悪くなっているとして、過去40年近く続いた専売制を廃止するための一連の制度改正を実施した。

専売制を廃止して国営薬局を分割するための必要な法律は数度に分けて可決・施行された。2006年の選挙後、政府は医薬品小売市場を民間業者に開放することを前提に調査委員会を組織し、委員会は2008年4月までに4次にわたる報告書を政府に提出した。報告書の提出を受けて政府は、まず2008年3月に国営薬局を再編するための「国営薬局の持株会社設置に関する法案」を国会に提出し、同法は同年5月に可決・成立した(賛成:与党4党、反対:野党3党)。持株会社設立の目的は国営薬局を分割して売却するための法的手続きを容易にすることであった。

##### (2) 専売制廃止法案

最終的に、政府は2009年2月に医薬品の専売制を廃止するための法案を国会に提出した。法案に対しては社民党が強く反発したものの、同年4月に可決・成立した(賛成:与党4党、反対:野党3党)。

##### 国営薬局の専売制廃止法

(1) 処方薬の販売業について、医薬品・医療機

器監督庁（MPA）の認可を受けた事業者にも参入を認める。

- (2) 販売業の認可を受けるためには、営業時間中に販売するすべての処方薬について情報提供・助言を行うことができる薬剤師を常駐させること、医薬品の調合を基準に適合した個室で実施することが要件となる。医薬品製造業者が小売の認可を受けることは認められない。
- (3) 認可を受けた場合には、認可を受けた条件を遵守するために管理者を設置しなければならない。医薬品販売業の認可を受けた事業者は、医療機関が患者に処方した医薬品について、個々の薬局まで実際に搬送する義務を負う。
- (4) Apoteket社が管理している患者情報データベースシステムは同社の管理から分離し、独立した別会社（Apotekens Service AB）に移管する。同社はデータベースの運営・管理だけでなく、医薬品の販売に関する国の統計業務についても責任を負う。許可を受けた医薬品販売業者は、実施した医薬品の調合・販売量について同社に通報する。
- (5) 「医薬品販売業に関する情報法」を新たに制定し、医薬品販売時における個人情報の取扱に関する規制を行う。
- (6) 公的に費用償還される処方薬の購入価格および販売価格の設定は「歯科医療・医薬品給付庁」（TLV）<sup>16)</sup>が行う。他の薬に交換できない＝ジェネリック薬が存在しないオリジナル薬については、各医薬品販売業者がTLVの設定価格を下回る価格で購入することを認める。また、ジェネリックでない薬に交換可能な医薬品については、販売業者がTLVの設定価格より低い価格で並行輸入することを認める。
- (7) 施行日 2009年7月1日

### (3) 国営薬局の分割・売却プロセス

新法の施行後、新たに設置された「国営薬局再編会社」（Apoteket Omstrukturering AB）が国営薬局の分割・売却先の選定作業を実施し、2009年11月に現在の薬局（944店舗）について、・存続する Apoteket社が経営を維持：330店舗

- ・小規模企業に売却：150店舗
- ・民間企業4社に売却：464店舗

に分割することが発表された。売却先となる民間企業4社<sup>17)</sup>はいずれも異業種の企業が所有するベンチャー会社である。再編会社は民間企業に対する売却額を発表していないが、報道によると総額約59億クローナとされる。Apoteket社から民間企業への営業譲渡は2010年の上旬から順次行われる見通しとなっている。なお、契約に基づき譲渡を受けた企業は販売網（薬局）について最低3年間は営業を継続する（閉鎖はしない）ことになっている。

## 6. 歯科医療改革

スウェーデンでは、歯科医療は費用償還の面において一般の医療サービスと大きく異なっている。具体的には、20歳未満の者に対してはランスタングが公費により自己負担なしで歯科医療サービスを提供するのに対し、20歳以上の者については、原則として歯科医療機関（民営が多い）が自由に設定できる診療費のうち一定範囲について社会保険制度である疾病保険から償還されるという仕組みが採用されている。このため、歯科医療費の高騰による高額な自己負担額の発生が社会問題となっており、2006年の選挙では「連合」と社民党の双方が歯科医療の改革を公約に掲げていた。

ラインフェルト政権が国会に提出した改革案は、「連合」の選挙公約に基づくものである。改革関連法案は2008年4月に国会で可決・成立し（与党4党と社民党、環境党が賛成）、同年7月から施行された。

### 歯科医療改革の内容

- (1) 歯科医療バウチャーの導入：定期的な歯科医療の受診を奨励するため、公的補助「歯科医療バウチャー」を導入する。補助額は30～74歳の者について年当たり300クローナ、それ以外の者（20～29歳および75歳以上）について年当たり600クローナ。

- (2) 高額医療費の防止：自己負担額の高額化を防止するために、一人当たり1年間にかかる歯科医療費のうち3,001～15,000クローナ部分については自己負担割合を50%に、15,000クローナを超える部分については15%とする(3,000クローナ分まではすべて自己負担)。
- (3) 参照価格制：歯科医療費のうち社会保険制度から償還される額を計算する際の算定基礎として、さらに患者が医療機関を比較する際の参考情報とするために、政府が歯科医療の診療科目ごとの「参照価格」(referenspriser)を設定する。ただし、個々の医療費の支払いにおいては現行の自由価格制を維持する。
- (4) 補償の範囲：国が費用を償還する歯科医療サービスの範囲を具体的に規定する。この場合、予防目的の措置、咀嚼や会話に不自由が生じるような痛みを緩和するための治療は含まれるが、純粋に美容的で行う治療は対象外とする。
- (5) インターネット上の価格比較サイト：各医療機関が設定する診療費と参照価格を患者が比較できるインターネット上のサイトを開設し、患者自身が歯科医療費を制御することを可能にする。サイトの運営は社会保険庁が担当する。
- (6) 情報提供義務：各医療機関は、実際にかかった治療費と参照価格を患者に伝えるとともに、治療費が社会保険でカバーされない場合には保険の適用対象となるような別の治療法を提示しなければならない。患者は、治療終了後に治療・検査結果と自宅での自己ケアに関する情報を記したメモの交付を医療機関に求めることができる。
- (7) 施行日 2008年7月1日

## 7. ランスティングの統合議論

スウェーデンの公共部門は、国(中央政府)と主に医療サービスを担当する広域自治体であるランスティング、そして主に教育・福祉を担

当する基礎的自治体であるコミューンの3層構造になっている。ランスティングはその支出の約9割、職員の約8割を医療関係で占めており、医療サービスを提供するために設けられた自治体とも言える存在であるが、財政的制約の中で医療サービスの質の向上を図る観点からその業務や地理的範囲の在り方について議論が行われてきた。

パーション社民党政権は、公共部門の役割を検討する場として2003年に7政党の代表から成る「公共部門の役割・責任に関する委員会」(Ansvarskommittén)を設置し、2004年6月には、国、ランスティング、コミューン間の業務分担に関する改革の必要性を検討する任務を委員会に付与した。委員会の基本的検討課題は、将来的な医療・福祉サービスへのニーズ増大に応えつつ、経済成長をもたらす透明かつ説明責任を果たせる公共部門をいかに作るべきかであり、医療サービスの提供体制と事務分担も個別の検討テーマとして挙げられていた。委員会は政権交代後の2007年2月に最終報告書を政府に提出した<sup>18)</sup>。

(「公共部門の役割・責任に関する委員会」最終報告)

- ①現在の21のランスティングを統合し、同じく住民の直接選挙によって代表を選出する6～9のレギオン(Region)を設置する。新レギオンは医療サービスの提供に加え、地域開発・地域経済の振興の任を負う。
- ②レギオンの管轄地域ごとに新レーン府を設置し、中央政府・外局の出先機関としての業務を実施する。
- ③2010年の選挙までの期間中は現在のランスティング・コミューンの自発的な発意によりレギオンへの移行を行い、次々回の2014年選挙までにすべてのランスティングをレギオンに置き換える。

委員会はすべての国政政党が参加したものであったが、委員会が最終報告を提出した後に、穏健党のパール・シュリンマン(Per Schlingman)書記長が報告書の内容に反対する

姿勢を表明した<sup>19)</sup>。反対の理由は、国による強制的な地域統合は地域の多様性を失うこと、医療政策上の必要性から地域統合を論じることは本末転倒であること、そして穏健党として国、コミューン以外の第3の政府を維持することには否定的であること、であった。連立4党のうち穏健党以外の3党は委員会報告の方向性に賛成していたが、最大与党であり首相が党首である穏健党が反対したことで、改革は頓挫することになった。2009年1月には、4党首が、ランスティングの統合について希望があった場合には合併を認めるもの<sup>20)</sup>、今任期中に新たなレギオンの設置は行わず、実質的に議論を2010年の選挙後に先送りすることを表明した。

## 8. その他の動き

### (1) 病院の委託制限法の廃止

前社民党政権は、中央右派政党が政権を執るランスティングが進める病院の民間委託を阻止するために、2005年に広域基幹病院の委託禁止、その他の病院の利益団体への委託禁止、混合診療の禁止などを内容とする病院の委託禁止法を制定し、同法は2006年1月から施行されていた。しかし、施行後に発足したラインフェルト政権は、国会に委託制限法の廃止法案を提出した。法案は2007年5月に可決・成立し(賛成:与党4党、反対:野党3党)、同年7月から施行された。これにより、病院の民間企業への委託に関して法律上の制限はなくなったが、これまでのところ病院単位で民間企業への委託が新たに実施されたとは報じられていない<sup>21)</sup>。

### (2) 精神医療の充実

与党であるキリスト教民主党はかねてより精神医療の充実を主張しており、2006年の選挙戦においても「連合」の重点政策課題として挙げられていた。ラインフェルト政権は発足後に、精神疾患を理由とする強制入院について可能な場合には外来での治療での対応を認める法律(2008年9月施行)や、精神病患者のケア

についてランスティングとコミューンの相互協力に関する協定の締結を求めるとともにランスティングの医療職職員に親が精神疾患を抱える子に対して必要な情報提供・援助を求める法律(2010年1月施行)を成立させた。また、2009年予算で9億クローナの補助金を拠出するなど、精神医療体制の充実に努めた。2009年には精神疾患・精神障害対策に関する政府の行動計画(psykiatriskrivelsen)を国会に提出し、承認を得た(与党4党と社民党が賛成)。

### (3) 公衆衛生政策の新たな基本方針

2008年3月、政府は公衆衛生政策の基本方針となる政策文書『新たな公衆衛生政策』を国会に提出し、承認を得た(与党4党と社民党、環境党が賛成)。ここでは重点分野として以下の11項目が挙げられている。

①社会における参加と働きかけ、②(国民各人の)経済的・社会的条件、③児童・若者の発育環境、④職場における健康、⑤環境・製品、⑥医療、公衆衛生サービスにおける健康推進策、⑦疾病拡大の防止、⑧性・リプロダクティブヘルス、⑨身体的運動、⑩食習慣・食物、⑪たばこ、麻薬、薬物、賭博

### (4) SKLによる医療の質「公開比較」

2006年から保健福祉庁とSKLの共同プロジェクトとして、各ランスティングにおける医療サービスの質とパフォーマンスを同じ基準で比較する事業「公開比較」(Öppna jämförelser)が開始された<sup>22)</sup>。ここでは、①医療サービスの「結果」(例:集中治療を実施30日後の平均生存率)、②住民の「信頼度」(例:最後に通院した際の満足度)、③診察・治療までの「待ち時間」(例:専門医による治療まで90日以上待機した患者の割合)、④「コスト」(例:住民一人当たりの初期医療費用)の4分野にわたり、2008年には計101の指標により21のランスティング(一部は病院間)のパフォーマンスの比較が行われている。比較の結果をとりまとめて公表することにより、医療サービスにおける質と効率性に

関する議論を活発化させるとともに、各ランスタイングの政策担当者が対策を講じる際に当該地域における問題点と利点を適切に把握できるようにすることを目指している。

#### (5) 新型インフルエンザ対策

2009年に世界的に流行した新型インフルエンザA型(H1N1)に対し、スウェーデン政府と各ランスタイングは、地域医療センターを中心に患者への対応に当たるとともに、早期のワクチン接種に重点を置いて対応した。

今回の新型インフルエンザが発生する前から、スウェーデン政府(保健福祉庁)とストックホルム・ランスタイング(全21ランスタイングの代表として)は、新型インフルエンザが発生して世界保健機構(WHO)が「フェーズ6」を宣言した際に全住民(約930万人)が接種を受けることができる量のワクチンを購入することについて、ワクチンメーカーであるグラクソ・スミス・クライン(GSK)社と契約を締結していた。2009年6月にWHOが「フェーズ6」を宣言したことで、GSK社は契約に基づいてワクチンの製造を開始し、10月中旬から各地で妊婦や慢性疾患患者など「リスクグループ」への接種が開始された。

ワクチンの製造が当初の予定より遅れたことで接種開始後しばらくは現場で混乱が見られたが、一般成人の必要接種回数が「2回」から「1回」に変更されたこともあって、2009年末時点で住民の6割強が接種を済ませるといって他国に比べて高い接種率を達成している。

接種率を高めることを重視して接種費用はすべてランスタイングが公費で負担し、住民は無料で接種を受けている。経済危機の発生に伴う税収減によって各ランスタイングの財政が逼迫していることから、政府は2009年末にランスタイングに対して合計10億クローナの臨時の資金援助を実施した。

## 9. 与野党の医療政策の比較 (穏健党と社民党)

2009年には次年に迫った国政選挙を前に、各党が各政策分野に関して選挙公約の作成に向けた手続を開始した。選挙での争点の一つとなることが想定される医療政策についても、各党は党内で積極的に議論を行い、相次いで政策文書を発表した。これらは今後各党が2010年の春から夏にかけて党大会で最終決定する予定となっている選挙公約案の一部を成すものである。ここでは、左右それぞれの政治ブロックを主導する穏健党と社民党の医療政策に関する政策文書の概要の紹介と比較を行いたい。

### (1) 穏健党

穏健党は政権が実施してきた一連の改革を踏まえて、2009年8月に、党の執行委員会において今後の政策の方向性を示した政策文書「公平で信頼できる医療に向けて」を採択した(Moderaterna(2009))。

#### ①基本的考え方(要約)

政権期間中に多くの対策を講じてきたが、それでも手術前に長期間待たされる、医療機関にコンタクトがとれない、地域によって受けられる医療の質が異なるなど問題が残存している。医療サービスは税収を原資として「連帯」を確保し、必要性に応じて誰もが利用できるものでなければならない。居住地域や所得によって受けられる医療の内容に差があってはならない。サービス提供者が公立か民間事業者かが問題なのではない。引き続き、医療の質とアクセスを改善していくことが重要である。

#### ②具体的政策

(医療サービスの質の向上)

- ・ 事実に基づいた改善の取組を促すために「公開比較」を推進する。
- ・ 医療提供者(ランスタイング)から独立した「公開比較」を実施する公的機関を設置する。
- ・ 高齢者や青少年へのケアを改善するために関係者の調整を行う国レベルの「調整官」(コー

ディネーター)を任命する。

- ・院内感染・医療事故の防止に取り組む(「ゼロ・ビジョン」)。
- ・長期疾病者の社会復帰の達成度に応じた費用償還システムを導入する。

#### (公平・平等な医療)

- ・医療サービスを誰でも同じ条件で受けられるようにする。
- ・医療における男性と女性の格差を見えるようにし、平等の推進に努める。
- ・公正な医療の推進に向けて、医薬品・医療機器に関する統一規制を設ける。

#### (アクセスの改善)

- ・医療機関における事務手続を標準化し、事業を効率化する。
- ・「ケア保証」をさらに強化し、30日以内の診断と実施を決定した治療を120日以内に受けることを保証する。

#### (患者の権利強化)

- ・患者がどのような権利を有しているかを明確化するため「患者の権利法」を制定する。
- ・スウェーデン国内、そしてEU域内のどの医療機関でも選択ができる可能性を追求する。

## (2) 社民党

2006年の選挙で下野し、ラインフェルト政権の医療政策に対する批判を続けていた社民党は、2009年5月の党大会において政権復帰した際の政策の方向性を示した「保健医療政策プログラム・質の高い平等な医療に向けて」を採用した(Socialdemokraterna(2009))。

### ①基本的考え方(要約)

連帯を重視した公正な医療サービスに対してはスウェーデン国民広範な支持があるが、それを維持するためにはサービスの質とアクセスの改善が不可欠である。国民が高い質のケアを受けることが重要なのであり、公立・民間事業者の区別は重要ではない。しかし、ブルジョワ政権は民営化そのものを目的にしたため、外国の大手医療会社が巨額の利益を得ている。医療の質の向上のためには資金が必要である。税金か

ら医療サービスに投入された資金は、質の改善のために必要な投資に回らなければならない。社会が集めた資金をどのように分配すべきかについて、イデオロギー上の対立軸は依然として残っている。

### ②具体的政策

(高い質の医療サービスを平等に受ける)

- ・民間企業が医療サービスに参入する際に、利益を必要な投資に向けることなど参入要件を厳格化する。
- ・参入要件を患者のニーズに基づいたものとし、事業者が規模の大小にもかかわらず同じ条件で競争できるようにする。
- ・サービス提供主体が多様化し仕組みが複雑になっていることから、医療サービスの提供に関する規制・ルールの明確化・統一化を図る。
- ・異なる医療機関の間で発生する責任問題に対応する「責任保険」を導入する。
- ・医療機関の質に関する国レベルの登録制度を創設する。
- ・「ケア保証」を推進し、患者の権利を明確化する方向に強化する。
- ・「公開比較」を通じて患者、事業者、行政による質の改善を促す。
- ・財政面と患者情報の利用体制を強化するためにランスタイングの統合を促進する。
- ・医療における男女間格差を撤廃するためのアクション・プランを作成する。
- ・所得水準が低く住民の健康状態が悪い地域に医療資源が重点的に配分される仕組みを構築する。

### (アクセスの改善)

- ・医療機関のサービスや営業時間を住民ニーズにあわせることを目指して、地域との対話を促進する。
- ・医療サービスへの自由参入制を導入した場合でも、特定の場合に参入を認めないことや、開業する地域を特定する権限をランスタイングに与え、住民の影響力を強化する。

(安全な医療の推進)

- ・患者の診察記録・医療情報を一カ所に集中管理する。
- ・患者と医療スタッフの安全のための措置を講じる。
- ・医療機関の経営の安定と効率化を図る。
- ・ブルジョワ政権が実施した医薬品の専売制廃止には反対であり、医薬品市場の安定と、税金の効率的な使用、医薬品の適切な使用、そして医薬品に対する良好なアクセスを確保するために、医薬品の販売に関する規制を強化する。

### (3) 穏健党と社民党の政策の比較

穏健党の政策は、現在の政権の方針の延長であり、大きな変更点は見られない。党内には医療サービスの改善のために国が規制を強化する方向での抜本的な改革を主張するグループもあるが<sup>23)</sup>、本政策文書では現在の制度を大幅に変更する項目は見られず、現状改善型の提案となっている。ただし、「公開比較」をランスタイングから独立した機関で行うという提案は、SKL内での意見調整を必要とせずに評価を行う仕組みを意図しているとも考えられ、これが国による規制の強化を目指す端緒としているのかは注目点である。

一方の社民党は、医療の民営化によって大手の医療サービス会社が巨額の利益を上げている<sup>24)</sup>として現政権の政策の方向性を強く批判しているが、住民による選択制の導入には反対しておらず、また、自治体の権限を強化するための規制を設けるとするものの、事業者の自由参入制そのものには明確には異を唱えていない。さらに、医薬品の専売制廃止には反対であったとするものの、政権を獲得した際に専売制を再導入するかどうかは明言していない。国とSKLの共同事業として実施してきた「ケア保証」や「公開比較」については、強化・充実を図るという方向性で穏健党と違いは見られない。1994年に社民党が政権復帰した際に家庭医制度の廃止など中道右派政権が実施した制度変更が元に戻された当時の状況と比較すると、実際

の政策の方向性において、両党の距離はかなり近付いてきていると言えそうだ。

## 10. 今後の見通し

2008年末に発生した金融危機に対する迅速な対応が評価され、2009年にはラインフェルト政権に対する支持率は高まった。しかし、選挙の際の公約の一つでもあった疾病保険制度の改革（給付要件の厳格化）が2010年初頭に施行され、これが野党やメディアから強く批判を浴びたことで、2010年1月現在、与党4党は支持率において野党3党に10ポイント超と大きな差をつけられている。一方、社民党、環境党および左翼党の3党は、2010年9月に実施予定の選挙後に連立政権を樹立することで合意しており、仮に3党が勝利すれば社民党が政権に復帰するだけでなく、環境党、左翼党というこれまで政権に就いたことのない政党が政府に入ることになる。

選挙後の医療政策の動向は、まずは左右どちらのブロックが選挙戦を制するかにかかっている。穏健党など「連合」側が勝利した場合には、当面には初期医療における住民選択制の導入や国営薬局の分割・民営化など、「選択の自由」と「競争の促進」を重視した制度改革がどのような成果を挙げるか注目されることになろう。さらに長期的には、穏健党内の一部が主張するような、ランスタイングの自律性を制限して国が直接関与していくといった抜本的改革に手をつけるかが大きな注目点となろう。ラインフェルト政権は「福祉国家の維持」を掲げているが、社会保障制度の他の分野において穏健党は、国民の支持を受けるために当面は現在の政策の微修正を行っていくという姿勢を維持しつつ、長期的にはネオ・リベラリズムに基づいて社会を徐々に変革していくという戦略を採っているとの見方もある（Lindbom（2006））。ラインフェルト政権が二期目に入った際に、医療政策においても政策の方向性が徐々に変化していくかが注目されよう。

一方、社民党など野党3党が勝利した場合には、まず現政権が実施した制度改革に対する対応が注目される。社民党は国会での採択において国営薬局の分割・民営化や住民選択制の導入案に反対しており、1994年に社民党が政権復帰した際に家庭医制度を廃止したように、ラインフェルト政権の実施したこれらの改革を元に戻す可能性もあり得る。しかし、例えば国営薬局については既に民間事業者による経営が始まっていて政策変更に伴う費用が過大になること、また、競争原理の導入については地方自治体レベルでは社民党が政権を採っているランスタイングでも提供者の多様化をサービスの質向上の手法として活用する例も出ていることなどから、一定の規制強化を図りつつも実質的に現政権の政策の大枠を踏襲することも想定される。最近、急速に支持を伸ばしている環境党が市場における自由競争を重視していることも留意点である。

広域自治体であるランスタイングが住民税収入を原資として、所得の多寡にかかわらずすべての住民に等しく医療サービスを提供するというモデルは「普遍主義」「平等原理」を重視するスウェーデンの社会政策の好例である。しかし、高齢化の進展や医療技術の向上に伴う費用の増大への対応に苦慮しており、サービス提供量が不足し、長い待ち行列の発生など医療機関へのアクセスの悪化という問題を抱えることになった。スウェーデンでも良好な医療サービスを受けることは多くの国民の切実な要求である。秋の選挙で左右のどちらが勝利したとしても、医療サービスにおける「平等」と「効率」をどのように両立させていくかはスウェーデンの社会政策における中心的なテーマであり続けるだろう。

#### 注

- 1) 地方議会の選挙も4年に一度の国政選挙と同時に実施される。2006年の選挙ではストックホルムやスコーネなど7つのランスタイン

グにおいて多数派が社民党(または環境党、左翼党の連立)から穏健党など中道右派4党に交代したため、全体として中央と地方(ランスタイングレベル)の政治的方向性が近づいた。

- 2) 正確にはスウェーデンを21の地域に分けた「レーン」(län)ごとに設置される住民の直接選挙で選出される議会および地方政府が「ランスタイング」(landsting)であり、全国に18存在する。スコーネとヴェストラ・イエータランドの2つのレーンにはランスタイングの業務に加えて中央政府の権限の一部を受け持つ実験自治体「レギオン」(region)が設置されている。また、ゴットランド・レーンには基礎自治体がゴットランド・コミュニンのみしか設置されていないので、コミュニンが医療サービスの提供などランスタイングの役割を兼ねている。
- 3) 高齢者・障害者ケア(福祉)サービスおよび幼児保育を含む教育の提供は全国290の基礎自治体「コミュニン」(kommun)が行う。
- 4) 例えば、ストックホルム・ランスタイングの場合、初期医療の外来1回当たり150クローナ、専門医の診察1回当たり320クローナ、入院1日当たり80クローナ(いずれも2010年)。
- 5) 医療費の動向と医療資源の制約については岡部(2007)を参照。
- 6) 1990年代の初期医療における住民選択制導入の経緯についてはGlenngård et al. (2005) p.99を参照。
- 7) 2008年3月には住民選択制の導入の是非など医療政策の方向性を巡って、ストックホルム・ランスタイングで医療政策を担当するフィリッパ・ラインフェルト(Filippa Reinfeldt)執行委員(コミッショナー)と社民党のモナ・サリーン(Mona Sahlin)党首が国営テレビの番組で討論を行うなど、医療政策はスウェーデン政界における主要争点の一つである。なお、ラインフェルト執行委員はラインフェルト首相の配偶者であり、穏健党の医療政策の責任者でもある。
- 8) Stockholms läns landsting (2008), p.38
- 9) ラインフェルト政権の与党は穏健党(97議席)、中央党(19議席)、国民党・自由(28議席)、キリスト教民主党(24議席)の4党である。これに対し野党は社民党(130議席)、左翼党(22議席)、環境党・緑(19議席)の3党である。本稿

における各政党の法案に対する採決の際の態度は国会のホームページの投票結果に関する情報に基づく。法案によっては、一部の議員が党の方針と異なる投票を行った場合もあるが、所属する議員の多数による投票行動を法案に対する政党の態度とした。なお、本文では「国民党・自由」は「自由党」と、「環境党・緑」は「環境党」と略した。

- 10) 英語名は「Legal, Financial and Administrative Services Agency」。政府部門における法律上、金融上の管理業務を担当する外局(エージェンシー)の一つ。LOVの調達情報に関するデータベースは<http://www.valfrihetswebben.se>。
- 11) 初期医療の仕組みと実態については伊澤(2008)を参照。
- 12) “Majoriteter efter valet 17 september 2006 samt makskiften sedan valet 2006”, SKL (2009年4月30日現在)に依った。
- 13) 患者から診察の申し込みを受けた場合に取合わなかったり、たらい回しにしたりせず、責任をもって対応すること、という意味である。
- 14) 1991年から2005年までの「ケア保証」の導入と発展の経緯についてはHanning (2005) pp.32-47を参照。
- 15) 最近では、医療機関で発行される処方箋の多くは電子化されている。この場合、患者は薬局の窓口で個人番号(パーソナルナンバー)を申告し、薬剤師がオンラインで処方箋の内容を確認し、薬剤を患者に交付する。薬剤費は年額900クローナまではすべて自己負担だが、1,800クローナを超える部分はランスティンクが公費で負担する。この自己負担額の総額もオンラインで管理されていて、患者自身が把握している必要はない。薬剤費がランスティンクの財政を圧迫していることから、国はSKLとの交渉に基づき薬剤給付費に対する補助金を支給している。両者は2009年3月、今後2年間の補助金額について2009年は総額224億クローナ、2010年は232億クローナとすることで合意した。
- 16) 2008年の歯科医療改革(本稿の6.を参照)の結果、2002年に設立された医薬品給付庁(Läkemedelsförmånsnämnden, LFN)が歯科医療の参照価格を設定する役割を担うことになり、2008年9月から「歯科

医療・医薬品給付庁」(Tandvårds - och läkemedelsförmånsverket, TLV)への名称変更が実施された。

- 17) Apoteket社の薬局を買収する民間企業4社のプロフィールは次のとおり。「従業員数」はいずれも薬局で販売業務に従事する従業員の数。①Apotek Hjärtat社:スカンディア社(民間保険大手)、第3年金基金、SEB銀行の投資マネジメント子会社、ノルディア銀行の年金保険子会社が出資。売却店舗208店舗、年間売上高見通し71億クローナ、従業員数1,500人、②Kronans Droghandel Retail社:株式の80%をフィンランドのOriola-KD社が、20%を生活協同組合連合会(KF)が保有。売却店舗171店舗、年間売上高見通し44億クローナ、従業員数930人、③Medstop Holding社:国際的な年金基金、保険会社などが保有するSegulah社が出資。売却店舗:62店舗、年間売上高見通し31億クローナ、従業員数660人、④Vårdapoteket i Norden社:投資ファンドであるInvestorとPriveq Investmentが出資。売却店舗:24店舗、年間売上高見通し:14億クローナ、従業員数230人(Dagens Nyheter(以下「DN」)2009年11月9日“Fyra får dela på 466 apotek”)
- 18) Ansvarskommittén (2007a, 2007b), DN 2007年02月26日 “Länen upplöses med tvång om storregionerna dröjer”
- 19) DN 2007年06月12日 “Nu tänker vi stoppa Svefors storregioner”
- 20) DN 2009年01月28日 “Regeringen öppnar nu för nya storregioner”。ここではハッランド(Halland)ランスティンクとゴットランド(Gotland)コミューンから提出されている統合申請については承認を行うことを予定しているとする一方、ノールボッテン(Norrbottnen)、ヴェステルボッテン(Västerbotten)、ヴェステルノールランド(Västernorrland)、イェムトランド(Jämtland)の各ランスティンクとスンズバル(Sundsvall)、オーンゲ(Ånge)の各コミューンから提出されている統合申請については、審査を行うことで合意したとしている。後者は北部の人口希薄地帯の自治体であり、財政力の強化とサービスの効率化を図るために合併計画を進めている。
- 21) 病院の委託制限法の制定と廃止の経緯について詳しくは奥村(2007)を参照。

- 22) SKLは2007年および2008年の「公開比較」の結果をまとめた英文のレポートを発刊している (Swedish Association of Local Authorities and regions, The National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen), (2007, 2008))。
- 23) 2009年8月に、エステルイェータランドの穏健党所属地方政治家3人が、医療費の長期的な増大に対応するために、現在のランスティンクが税収により医療費をまかなう仕組みを廃止し、国が費用を負担する新たな強制保険制度を導入すべきとの提案を発表した (Svenska Dagbladet 2009年08月28日 “*Inför en statlig sjukvårdsförsäkring*”)。ここでは、オランダの例を引きつつ、強制保険制度を複数設立して、どの制度を選ぶかを国民の選択に委ねることで制度間の競争を促し医療の効率化を図るべきとしている。
- 24) 2009年9月にDNは経済面で民間医療サービス会社の利益の不透明さを指摘する記事を相次いで掲載した (DN 2009年09月10日 “*Privatvården ger miljarder*”、“*Många vårdkoncerner högt belånade*”、“*Vi har levererat sjukvård till ett lägre pris*”、同11日 “*Vårdvinster går till skatteparadis*”)。記事によると、スウェーデンの医療・介護サービスは5つのグループ (Attendo Care、Capio、Aleris、Carema、Praktikertjänst) の寡占状態となっており、2008年には30億クローナという記録的な利益を上げた。このうち4社は海外のベンチャー・キャピタルが所有していて、その本部はいわゆるタックス・ヘイブンに存在する。スウェーデンで上げた利益の多くは投資家からの借入資金に対する利子の返済という形で相殺され、見かけ上の利益を小さく見せているという。

#### 参考文献

- ・伊澤知法 (2008) 「スウェーデンのプライマリケアについて」『健保連海外医療保障』No.78
- ・医療経済研究機構 (2009) 「スウェーデン医療保障制度に関する調査研究【2008年版】」
- ・岡部史哉 (2007) 「スウェーデンの医療費と医療政策の動向」『けんぽれん海外情報』No.76
- ・奥村芳孝 (2007) 「スウェーデンの2006年社会保障の動向(下)」『週刊社会保障』No.2453

- ・樋口修 (2009) 「スウェーデンの社会保障財政の政府間関係」『リファレンス』No.704、国立国会図書館調査及び立法考査局
- ・Ansvarskommittén (2007a), *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft, Slutbetänkande av Ansvarskommittén*, SOU 2007:10
- ・Ansvarskommittén (2007b), *Hälso - och sjukvården, Sekretariatsrapport nr 2 till Ansvarskommittén*, SOU 2007:12
- ・Glenngård AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. (2005), *Health Systems in Transition: Sweden*, WHO Regional Office for Europe
- ・Hanning, Marianne (2005), *Maximum Waiting-Time Guarantee - A Remedy to long Waiting Lists? Assessment of the Swedish Waiting-Time Guarantee Policy 1992-96*, Uppsala Universitet
- ・Lindbom, Anders (2006), *The Swedish Conservative Party and the Welfare State, Institutional Change and Adapting Preferences*, Institute for Futures Studies
- ・Moderaterna (The Moderate Party) (2009), *En rättvis vård att lita på*
- ・Regeringskansliet (2008), *Good dental care at a reasonable cost*
- ・Regeringskansliet (2009), *From vision to action - a policy for mental health*
- ・Socialdemokraterna (The Social Democratic Party) (2009), *Hälso- och sjukvårdspolitiskt program, En politik för kvalitet och jämlik vård*
- ・Socialstyrelsen (2007a), *Hälso - och sjukvård lägesrapporter 2006*
- ・Socialstyrelsen (2007b), *Statistik över kostnader för hälso- och sjukvården 2006*
- ・Socialstyrelsen (2008), *Hälso- och sjukvård lägesrapporter 2007*
- ・Stockholms läns landsting (2009), *Annual Report 2008 - Stockholm County Council*
- ・Sveriges Kommuner och Landsting (2008), *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling*
- ・Sveriges Kommuner och Landsting (2009), *Swedish Health Care in Transition - Structure and Methods for Better Results*

- 
- Swedish Association of Local Authorities and regions, The National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen) (2007), *Quality and Efficiency in Swedish Health Care - Regional Comparisons 2007*
  - Swedish Association of Local Authorities and regions, The National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen) (2008), *Quality and Efficiency in Swedish Health Care - Regional Comparisons 2008*

### 1. 基本情報

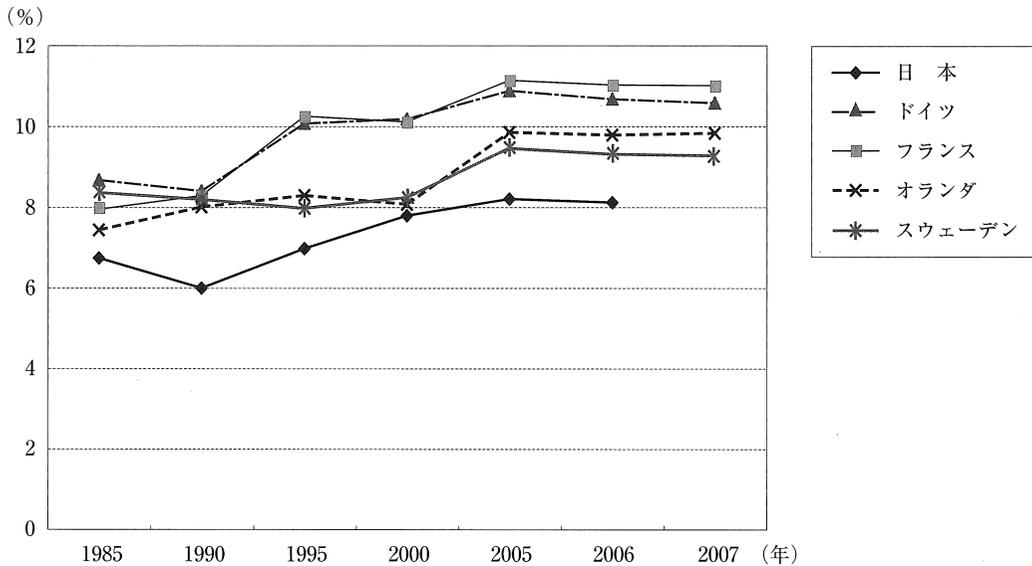
(07年)	日本	ドイツ	フランス	オランダ	スウェーデン	
総人口(千人)	127,771	82,257	61,707	16,382	9,148	
高齢化率(%)	21.5	20.2	16.4	14.6	17.4	
合計特殊出生率	1.32(06年)	1.33(06年)	1.98(06年)	1.72(06年)	1.85(06年)	
平均寿命(年)	男79.2/女86.0	男77.2/女82.4 (06年)	男77.5/女84.4	男78.0/女82.3	男78.9/女83.0	
失業率(%)	3.9	8.6	8.1	3.2	6.2	
社会保障費対GDP(%)	18.6	26.8	29.0	20.7	29.4	
医療費対GDP(%)	8.1(06年)	10.4	11.0	9.8	9.1	
国民負担率 (国民所得比) (%)	(A) + (B)	38.9	52.0	62.4	53.5	66.2
	租税負担率(A)	23.0	29.1	37.8	33.4	49.0
	社会保障負担率(B)	15.9	22.9	24.6	20.1	17.2

(注) 1. 社会保障費対GDPは各国05年の数値。

2. 国民負担率については、日本は09年度見通し。諸外国は06年の数値。

出所：OECD Health Data 2009, 財務省HP.

### 2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD Health Data 2009.

### 3. 医療提供体制

		(07年)	日本	ドイツ	フランス	オランダ	スウェーデン
平均在院日数(急性期)			19.0	7.8	5.3	6.6(06年)	4.6(06年)
病床数	医療施設	急性期	1,051,193 (8.2)	468,169 (5.7)	222,194 (3.6)	49,866 (3.0)	19,309 (2.1)
		長期	362,393 (2.8)	— —	67,088 (1.1)	— —	2,281 (0.2)
		精神	351,188 (2.7)	38,785 (0.5)	57,653 (0.9)	21,251 (1.3)	4,461 (0.5)
		その他	10,542 (0.1)	170,845 (2.1)	93,828 (1.5)	1,786 (0.1)	— —
	介護施設	726,701 (5.7)	799,059 (9.7)	395,010(06年) (6.4)	162,272(06年) (9.9)	134,603 (14.7)	
医療関係者数	医師	266,431(06年) (2.1)	288,182 (3.5)	208,249 (3.4)	64,417 (3.9)	32,495(06年) (3.6)	
	歯科医師	94,608(06年) (0.7)	63,100 (0.8)	41,422 (0.7)	8,113 (0.5)	7,541(06年) (0.8)	
	薬剤師	174,218(06年) (1.4)	49,528 (0.6)	72,509 (1.2)	2,871 (0.2)	6,605(06年) (0.7)	
	看護師	1,194,121(06年) (9.4)	818,000 (9.9)	476,897 (7.7)	142,300 (8.7)	98,378(06年) (10.8)	

(注) 下段のカッコ内は人口千人当たり。

出所：OECD Health Data 2009.

### 4. 掲載国通貨円換算表(2010年1月末現在)

(単位 円)

ドイツ、フランス、オランダ (1ユーロ)	スウェーデン (1スウェーデン・クローネ)
126.49	12.57

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4  
TEL:03-3403-0928 FAX:03-5410-2091  
E-mail:shahoken@kenporen.or.jp