

# 日本総研シンポ

---

佐藤主光(もとひろ)  
一橋大学政策大学院

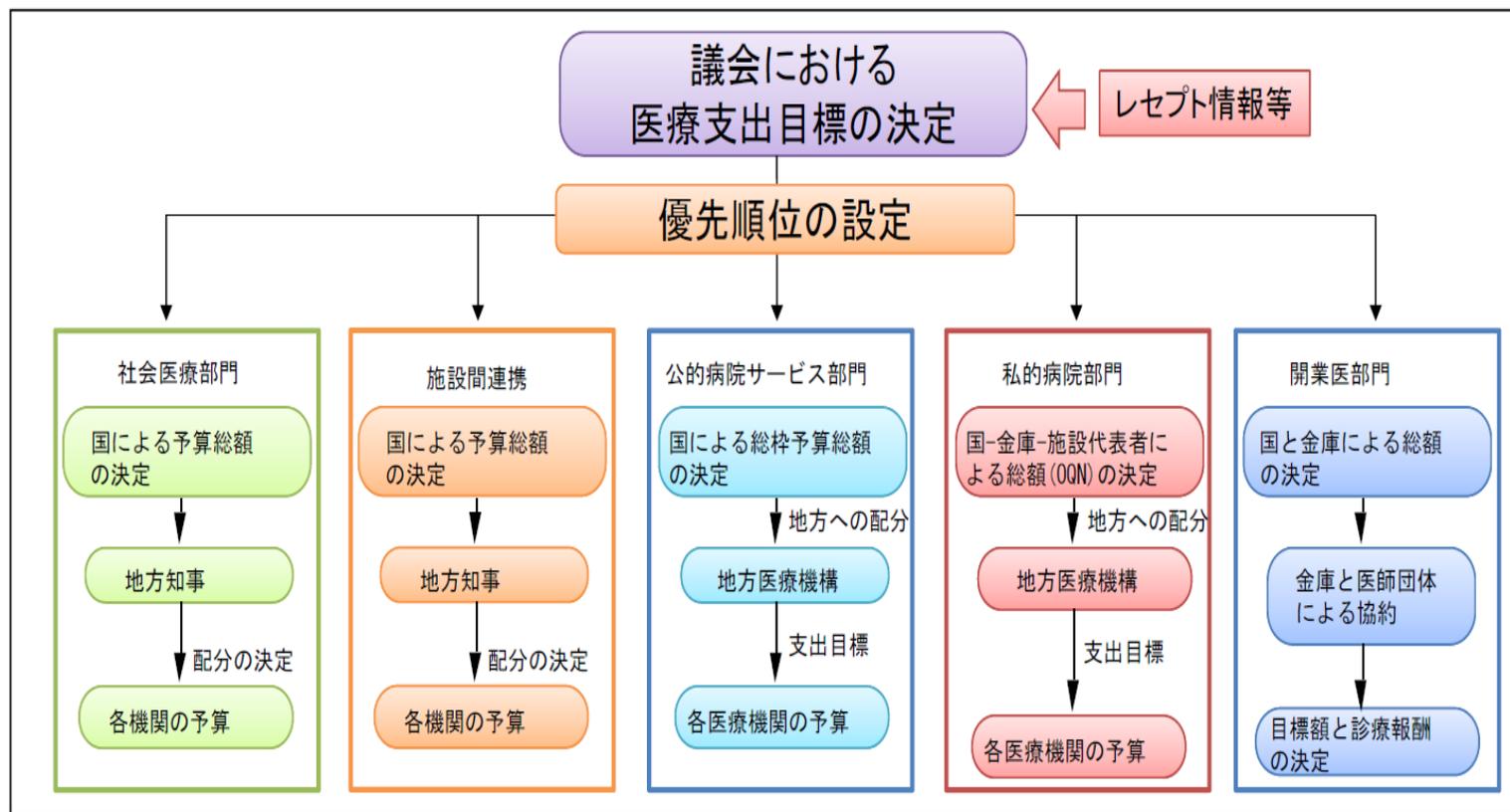
# 医療保険財政の課題と対応

- ◆ 抑制の効かない医療・介護費用⇒国・地方の財政の悪化要因
- 対応策
  - トップダウン＝医療総額の管理(例:フランス)
  - ボトムアップ＝競争を通じた効率化(例:管理競争)
  
- ◆ どのように医療財源を確保するのか
  - 従来＝社会保険料⇒実態は逆進的雇用税
  - 改革の方向＝保険料と税(再分配)の分離
  
- ◆ 誰が医療費の適正化・効率化を担うのか？
  - 従来＝自治体(都道府県・市町村)、医療機関
  - 改革の方向＝「当事者」としての保険者の機能強化  
例:加入者の健康増進・後発医薬品の普及

# 医療費の総額管理

平成26年3月28日  
財政制度等審議会財政制度分科会  
松田教授提出資料を基に作成

(参考) フランスの医療費支出国家目標制度(ONDAM)



出所: 経済財政諮問会議資料

# 経済・財政一体改革 = ボトムアップアプローチ?

KPIの設定  
= 改革の目標設定と進捗管理



## (2) 歳出改革の新しい考え方・アプローチ

### 【公的サービスの産業化】

- ◆ 民間の知恵・資金等を有効活用した、新サービス提供、公共サービスの効率化・質の向上・選択肢の多様化
- ◆ 公的ストック(社会資本、土地、情報等)の有効活用
- ◆ 行政コスト情報、施設・設備保有状況等の見える化を通じた民間サービス創出

### 【インセンティブ改革】

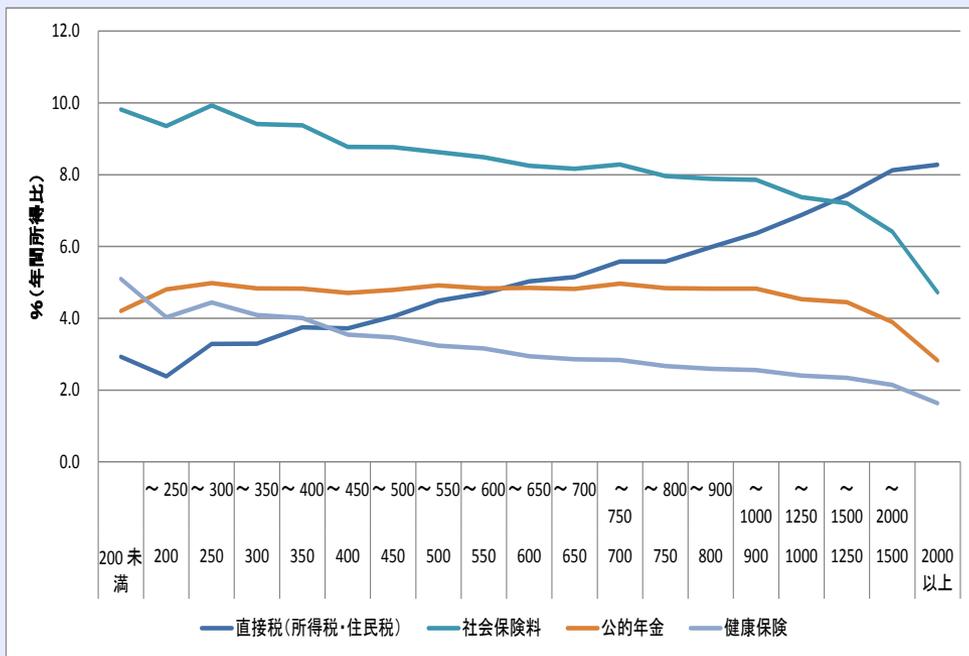
- ◆ 「頑張るものが報われる(頑張らないと損をする)仕組み」
  - 頑張った成果に応じた財政配分
  - トップランナー方式の導入
- ◆ 「国民」(健康ポイント等)、保険者(支援金加減算制度等)、病院等(診療報酬等)のそれぞれにおいて、合理的な行動を促し、健康増進や効率化と費用節約につなげる

### 【公共サービスのイノベーション】

- ◆ 公共サービスの徹底した見える化
- ◆ エビデンスに基づくPDCA
- ◆ 業務の簡素化・標準化

分野	主な指標、指標候補(例示)	主な主体	階層	種別等
マクロ経済・社会・財政	2018年度のPB赤字対GDP比▲1%	—	第3階層(経済・財政の再生)	結果
	国の一般歳出、社会保障関係費、地方の歳出総額の目安	—	第3階層(経済・財政の再生)	結果
社会保障関連	一般・療養病床数	行政、民間	第2階層(構造変化)	結果
	平均在院日数、後発医薬品の数量シェア	行政、民間	第1階層(諸取組の進展)	施策、事業/進捗管理
	健診受診率	行政、国民	第2階層(構造変化)	結果
			第1階層(諸取組の進展)	施策、事業/進捗管理
健康寿命、メタボ人口、糖尿病有病者、人口透視患者数、収縮期血圧平均値、日常歩数	国民	第2階層	行動/結果	

# 社会保険料の実態



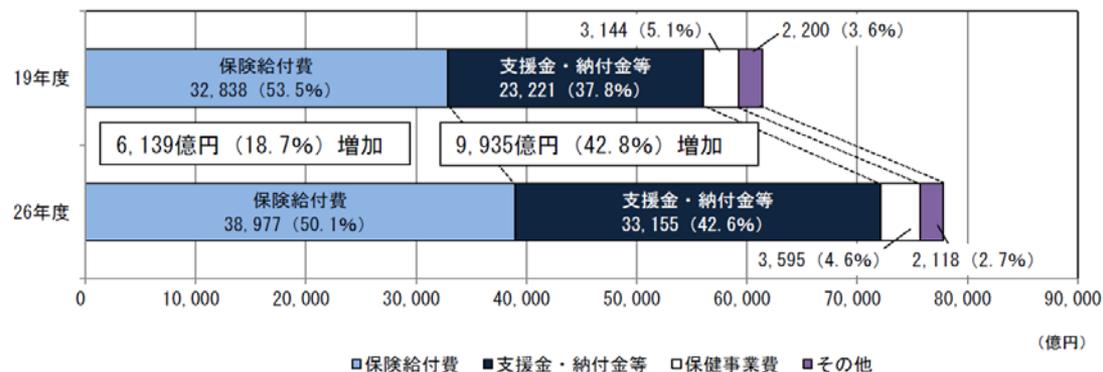
- ▶ その1:社会保険料は総じて**逆進的**
- ワーキング・プア(非正規労働)が(保険料が定額・均等割を含む)国民年金・市町村国保に加入

逆進税としての社会保険料

「二人以上勤労世帯」  
出所:全国消費実態調査(平成21年度)

- ▶ その2:社会保険料の実態は再分配=税
- 保険料の多くは他の制度(高齢者医療)に移転

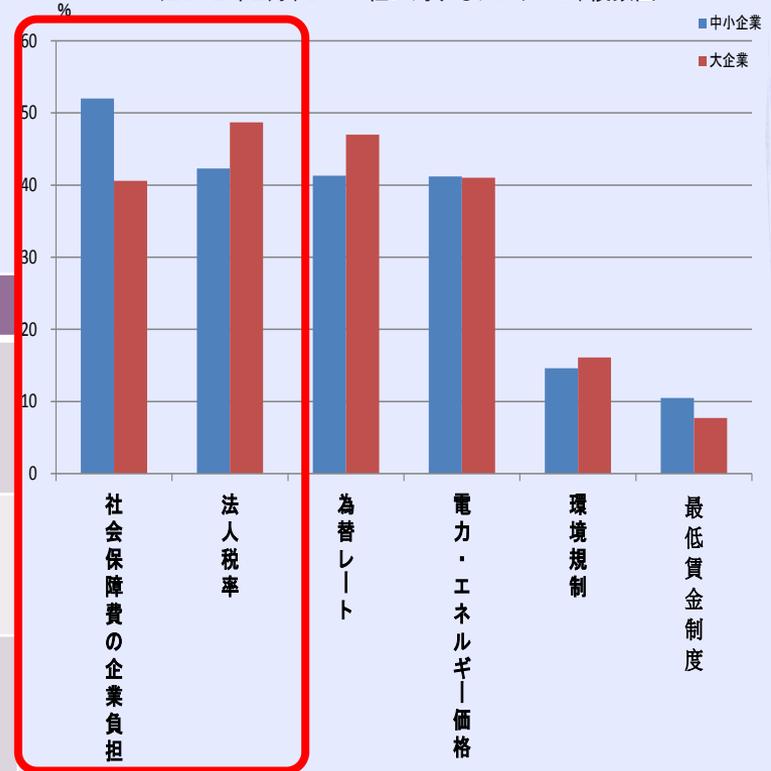
経常支出内訳の19年度と26年度比較



# 社会保険料の実態(その2)

- ◆ その3:社会保険料(被用者保険)は雇用を阻害
  - 正規雇用の労働コストを増加
    - ⇒正規雇用税化

企業アンケート:経営に重要な影響を与えるもの  
(2012年2月、3444社に対するアンケート、複数回)



(出所) 森川正之「東日本大震災の影響と経済成長政策: 企業アンケート調査から(2012年5月)」

		社会保険料	法人税	消費税
課税対象		勤労世代の正規雇用の賃金	黒字企業の利益	全ての世代の消費
雇用への影響		雇用減少 非正規雇用の増大	企業が空洞化 →雇用減少	少ない
企業の国際競争力	輸出	生産コスト増 →製品価格に転嫁	生産コスト増 →製品価格に転嫁	仕向地課税主義 →製品価格に転嫁せず
	輸入	対象外	対象外	課税対象

出所:経済産業省

# 参考：一般社会税(フランス)

	稼得所得	代替所得	資産所得	投資益	くじ・カジノ
1991年		1.1			
1993年		2.4			
1997年			3.4		
1998年	7.5	6.2(3.8)		7.5	
2005年	7.5	6.2/6.6*(3.8/3.8)		8.2	9.5
2010年	7.5	6.2/6.6*(3.8/3.8)		8.2	6.9/9.5**

注：( )内は、所得税非課税者かつ住民税課税者に対する軽減税率である。

\*一時的な就労不能に基づく代替所得(失業手当、休業補償手当等)は6.2%、職業生活からの引退に基づく代替所得(老齢年金、拠出制障害年金等)は6.6%。

\*\*くじでの獲得金は6.9%、カジノでの獲得金は9.5%

出所：柴田洋二郎「フランス社会保障財源の「租税化」」

海外社会保障研究Summer2012 No.179



社会保険料の租税化

# 日本版マネジドケア？

- ◆ 医療保険の担い手としての都道府県⇒医療機関への権限強化
- 地域医療構想・医療費適正化計画の策定・実施
- 市町村国保の受け皿＝都道府県化

## ① 病院の新規開設・増床への対応（法第7条第5項）

- 都道府県知事は、開設許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付けることができることとする。

## ② 既存医療機関による医療機能の転換への対応（法第30条の15、法第30条の16）

### 【医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合】

- 都道府県知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができるとし、転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができることとする。

### 【「協議の場」の協議が調わず、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合】

- 都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができることとする。

## ③ 稼働していない病床の削減の要請（法第7条の2第3項、法第30条の12第1項）

- 医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、都道府県知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができることとする。  
※ 現行の医療法上、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることとなっている。

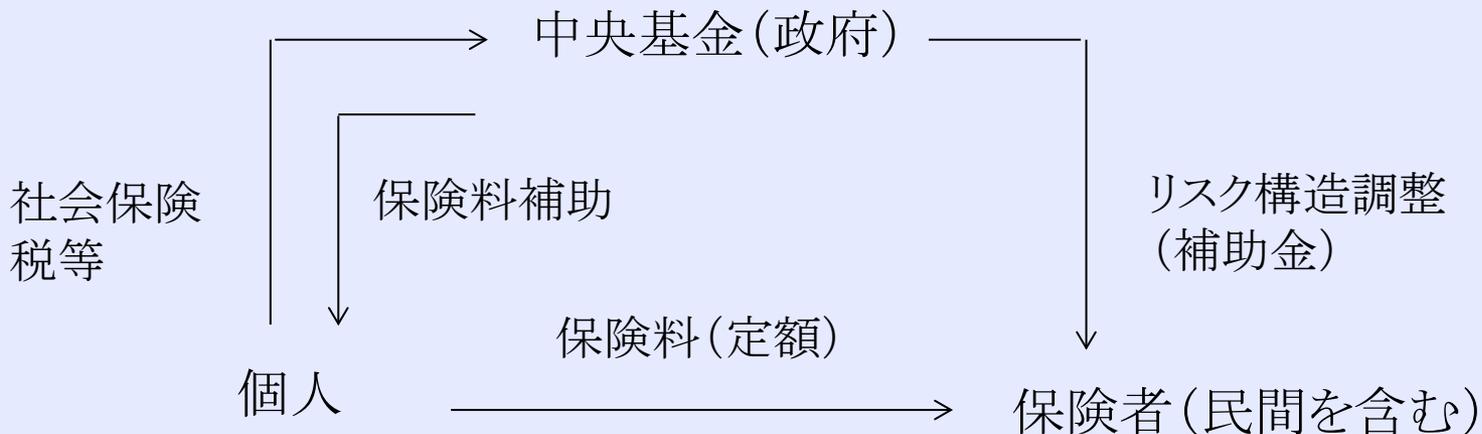
### ➡【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

- 医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置（管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等）に加えて、以下の措置を講ずることができることとする。

- イ 医療機関名の公表（法第7条の2第7項、法第27条の2第1項、法第30条の12第2項、法第30条の18）
- ロ 各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外
- ハ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し（法第29条第3項、法第29条第4項）

# 管理競争という考え方

- ◆ 個人による保険者選択⇒雇用と保険の分離
- ◆ 再分配と保険の分離⇒再分配の財源は(実質的に)租税化



	機能	狙い
社会保険税	再分配	社会連帯(再分配)
リスク構造調整		
保険料(定額)	保険給付費(受益)とリンク	競争の喚起 応益性の確保
保険料補助	再分配	低所得者支援(再分配)

## 参考：政府の失敗と市場の失敗

- ◆ 管理競争：
    - 社会保険(国民皆保険の原則、社会連携)と競争原理を整合化
    - 市場の失敗と政府の失敗をバランス
  - (1) 医療機関への規律づけとしての「マネジド・ケア」
  - (2) 保険者への規律づけとしての加入者による保険者選択
  - (3) 「リスク選択」を回避するリスク構造調整補助金
  - (4) 競争の促進、監視主体(モニターのモニター)としてのスポンサー⇒政府(公共部門)の役割
- ◆ オランダ、ドイツの医療制度改革の指針

失敗		対処
政府の失敗	コストの膨張 画一的供給	競争原理の活用 保険者等当事者の裁量の拡充
市場の失敗	リスク選択 質の低下	リスク構造調整プレミアム 政府の「スポンサー機能」=市場の監視

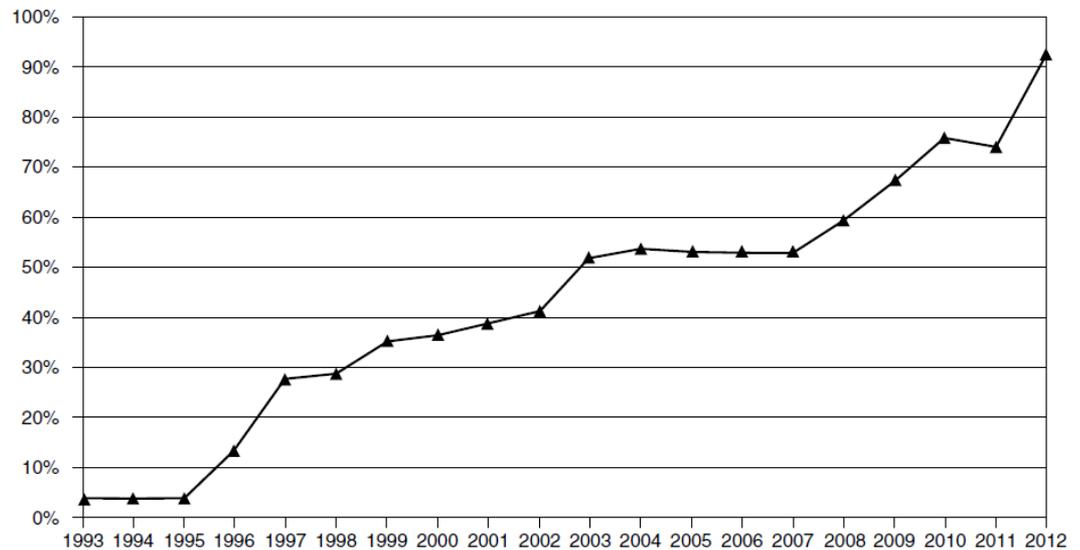
# リスク構造調整(オランダ)

- ◆ 保険者間のリスク構造調整は当初(1992年)は年齢と性別のみ。  
⇒ リスク選択を会費するため赤字補てんを実施(赤字の97%)
- ◆ リスク構造調整の精緻化に合わせて赤字補てんの比重を低下=保険者の財政責任を拡大

財政調整方式	垂直的=社会保険税を財源に配分
リスク変数	性別・年齢・居住地・雇用・社会保険給付・調剤・過去の疾病(DRG)

(注) 被保険者のリスク調整で勘案する医療コストを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) ごとに算出する。

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



出典: Van Kleef et al. (2012)

# 医療の質の向上？

- ◆ オランダの医療費(対GDP比)は高い  
⇒コスト抑制になっていない？
- 一方、サービスの評価も高い

国名	総医療費の対GDP比(%)		一人当たり医療費(ドル)		備考
		順位		順位	
アメリカ合衆国	16.9	1	8,745	1	
オランダ	11.8	2	5,099	4	
フランス	11.6	3	4,288	11	
スイス	11.4	4	6,080	3	
ドイツ	11.3	5	4,811	6	
オーストリア	11.1	6	4,896	5	
デンマーク	11.0	7	4,698	7	
カナダ	10.9	8	4,602	8	
ベルギー	10.9	8	4,419	10	
日本	10.3	10	3,649	15	
OECD平均	9.3		3,484		

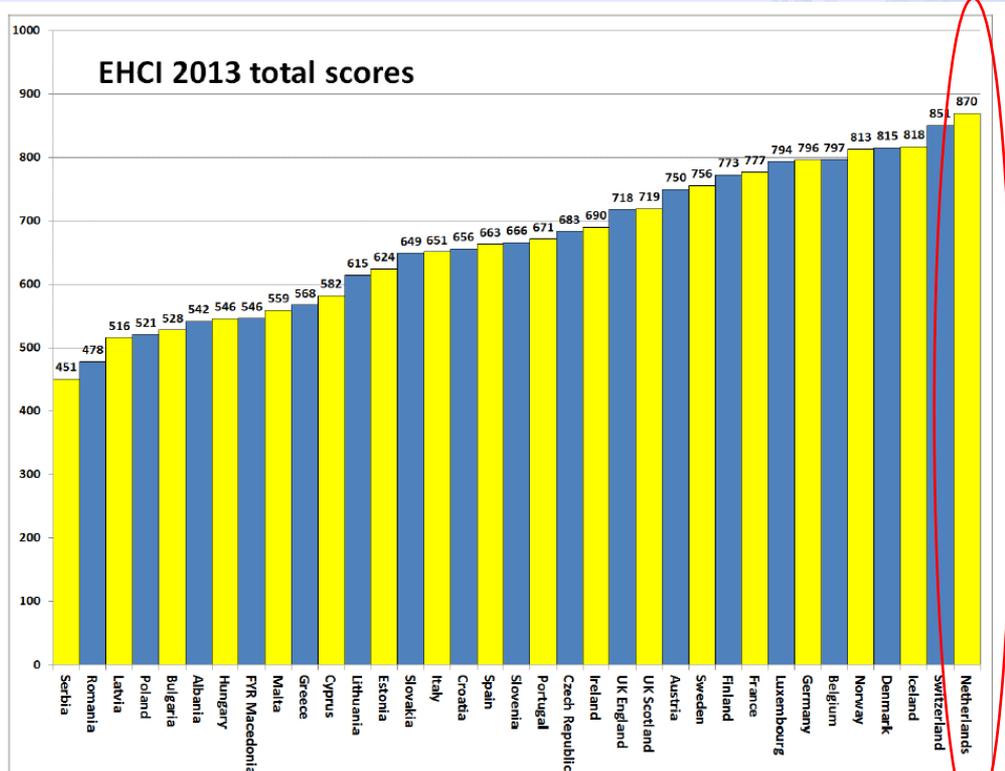
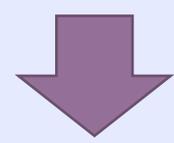


Figure 4.1 EHCI 2013 total scores.

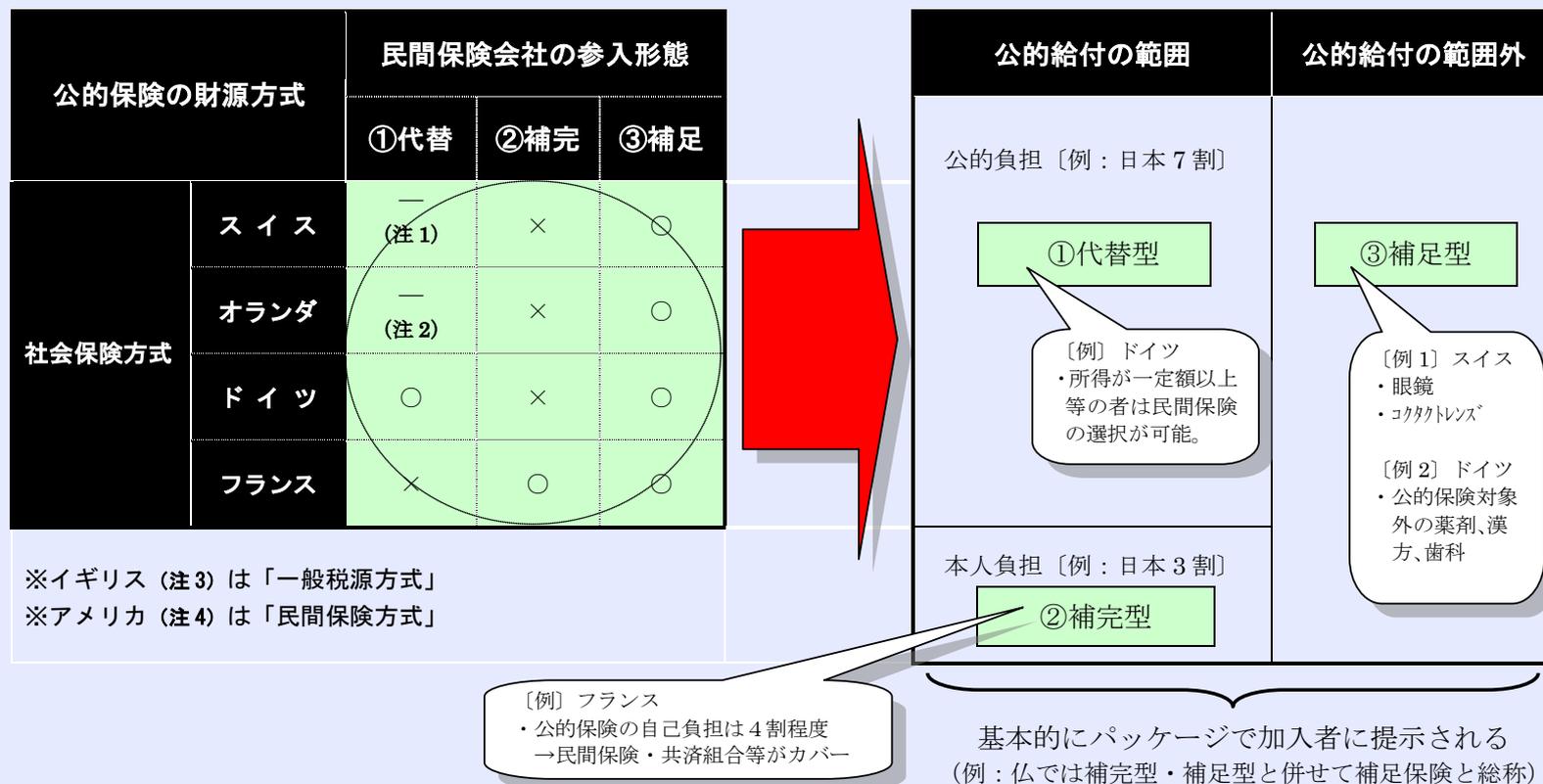


公共サービスの産業化＝コストの見合う  
価値が創出できているか？

# 参考：民間保険の活用

## 【基本整理】各国における民間保険会社の参入形態について

1. 民間保険会社の参入形態としては、①代替型、②補完型、③補足型に区分できる。
2. 但し、後述(次頁以降)のとおりその提供は多くはパッケージで行なわれるため、加入者にはこれら区分・差異は基本的に意識されていない模様。



(注1) スイス：公的保険は疾病金庫・民間保険会社は一体経営（コングロマリットを形成）。公的保険・強制保険をセットで提供。

(注2) オランダ：2006年に疾病金庫と民間保険会社が統合（疾病金庫と民間保険会社がイコールフットイング）。

(注3) イギリス：代替型民間保険による民間病院利用：入院待機期間の短縮、医師選択。尚、公的保険では薬剤、歯科等を除き原則自己負担なし。

# 欧州医療制度改革の特徴

- ① 保険者の自由選択(スイス・オランダ・独)、保険者と医療機関との交渉(マネジドケア的契約)による競争原理を公的医療保険制度の中に導入
- ② 「リスク構造調整」で効率要因以外(年齢・疾病構造、所得など)の保険者間「格差」を是正、効率要因に関して「質」(契約・補足保険など)と「価格」(定額保険料)の競争を促進
- ③ 国民皆保険を実現・堅持することで基礎的医療の普遍給付を確保、個々の保険者は補足保険で独自性を出す
- ④ 低所得者をターゲットにした保険料補助を実施(オランダ・スイスでは低所得者に対する手当を施すことで定額保険料を負担軽減、仏のCMUは保険料補助により低所得者の補足保険の購入を支援)
- ⑤ 公的医療保険制度の運営を労使関係から切り離して専門集団による健康リスク・医療資源の管理に特化させる(医療保険と就業の分離)

# 何故、欧州の改革は成功したのか？

- ◆ 超党派的な合意の形成
  - ✓ 競争の程度・改革のスピードには異論があっても、管理競争の「方向性」についての社会的合意が形成⇒政権交代があっても、改革自体が挫折することはなかった
- ◆ 最初から「理想」は求めない
  - ✓ 急進的ではなく、20年以上の歳月をかけた「漸進主義的」、「施行錯誤的」改革
- ◆ 目的としての医療費抑制から、結果としての医療費抑制へ
  - ✓ 競争・機能強化を通じた医療提供の効率化、サービスの質の向上への誘因づけ
  - ✓ コストに見合う「価値」の創出

## 図表：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）