

## オランダの医療・介護制度改革

大 森 正 博

### I はじめに

近年、先進諸国を中心として、高齢化の進展による高齢者の増加という現実と直面し、医療・介護制度をどの様に整備していくかが重要な政策課題になりつつある。本稿で対象にするオランダもその例外ではなく、1994年現在で、全人口に占める65歳以上人口の比率が13.1%と、緩やかに高齢化が進行しており、この問題に現実の政策課題として直面している。医療・介護制度のあり方を考えるにあたって、検討すべき課題は多い。しかし、中でも重要なことは、その需要の増加に伴い、費用が増加することが予想される中で、如何に効率的、かつ公平な医療・介護制度を構築していくかという問題にどの様な解答を与えるかということであろう。

オランダの医療・介護制度で一つ特徴的なのは、介護にあたるサービスの一部を医療保険の枠組みの中で扱っていることである<sup>1)</sup>。1968年に始まった特別医療費保険(The Exceptional Medical Expenses Insurance)がそれにあたり、いわば「介護保険」をこの様に早い時期から導入していたことは注目し得る。また、オランダについて、興味をそそるのは、1980年代の後半以降、デッカープラン(Plan-Dekker)、シモンズプラン(Plan-Simons)と命名された

医療・介護制度改革の計画の下で、競争原理の導入を試みてきていることである。オランダは、従来、市場メカニズムになじまないとされてきた医療・介護サービスに、競争原理を導入することを通じて、資源配分の効率化を試みてきた。

本稿の目的は、オランダの医療・介護制度改革の今日までの変遷を概観し、その制度設計の考え方について検討することにある。本稿の構成は以下の通りである。第II節では、今日のオランダの医療・介護制度について概要を説明する。第III節では、デッカープラン、シモンズプランの構想と、その実際について解説する。第IV節では、今日の新たなオランダの医療・介護制度を形作っている1995年の改革の内容を解説し、その考え方について経済学的解釈を試みる。第V節で結論が述べられる。

### II オランダの医療・介護制度

#### 1 オランダの医療保険制度

オランダの医療保険には、カバーされるサービスの種類に応じて二つの制度が存在している。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する保険と短期の医療費をカバーする保険である。前者が、特別医療費保険であり、後者が、短期医療保険である。

まず、長期化した疾患をカバーする保険について解説しよう。この保険は特別医療費保険と

呼ばれ、根拠法は特別医療費補償法 (The Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ) である。これが、日本で注目されている「介護保険」にあたる。特別医療費保険は、1968年より施行され、改変を経て今日に至っている<sup>2)</sup>。

保険加入については、オランダの在住者であれば、国籍、所得の多寡、雇用されているかいないかに関わりなく強制的に加入させられる。

保険料は加入者の所得に比例して課されるが、課される所得には上限がある。保険料は、被用者の場合には雇用者が負担することになっているが、非被用者の場合には、非被用者自身が自己負担しなければならない。表2は、最近の特別医療費保険の所得比例保険料を示したも

**表1 特別医療費保険でカバーされている医療・介護サービス**

- 1年以上の入院医療
- 初日からの精神病院での入院医療
- ナーシングホーム及び身体障害者施設でのケア
- ナーシングホームにおけるデイケア
- 訪問看護団体による在宅サービス
- 身体障害者ホステルへの入所
- 身体障害者デイセンターへの通所
- Arnhem の Hetdorp における障害者のケア
- 視覚障害者のケア
- 聴覚障害者のケア
- 精神薄弱者のケア
- 精神薄弱者デイセンターへの通所
- 精神薄弱者ホステルへの入所
- 精神科外来の地方施設 (RIAGG) によるサービス
- 非診療所精神科ケア
- 精神科外来
- パートタイムの精神科治療
- 遺伝子検査・相談サービス
- 妊婦に対する B 型肝炎の検査
- 先天性代謝異常の検査
- 児童に対するワクチン

\*1992年から1996年までは、薬剤サービス、リハビリテーション、補装具の給付・貸与が特別医療費保険でカバーされていたが、1996年から短期医療保険に移行した。

のである。

また、カバーされるサービスは、病院での365日を超えた診療・入院、ナーシングホーム、精神薄弱者・障害者へのケア、ホームナーシング組織による在宅サービスなどであり、表1にまとめてあるので参照されたい。ここで注目されるのは、病院での長期医療サービスに加えて、ナーシングホーム、精神薄弱者・障害者へのケアといった介護に該当するサービスがこの保険でカバーされていることである。

この保険の保険者は政府であるが、短期医療保険の保険者である疾病基金保険、私的保険、公務員保険が政府を代行して、事務を司っている。特別医療費保険の運営を具体的に述べると、まず保険料は国民保険 (National Insurance) の一部として所得税と一緒に徴税当局によって徴収される。この保険料は政府の補助金と一緒に特別医療費保険基金 (Exceptional Medical Expenses Fund) に集められ、健康保険審議会 (Health Insurance Funds Council) が、その中から中央支払い機関 (Central Payment Office) を通じて、各保険会社にかかった費用を償還する。結局、特別医療費保険の財源は、人々の所得に比例して徴収される保険料及び一般財源であり、それらを一括して一つのファンドにプールして、保険業務を代行している各保険者に費用を償還するというのが基本的なメカニズムになる。

次に短期の医療費をカバーする保険について

**表2 特別医療費保険の保険料**

	1996年	1997年	1998年
保険料(%)	7.35	8.85	9.6
保険料を課される最大所得	45,325 ギルダー	45,960 ギルダー	47,184 ギルダー

Sickness Insurance Fund Council

解説しよう。この保険は、加入者の年収、身分によって三つの制度が分立している。具体的には、年収が59,700ギルダーより低い被用者は疾病基金保険 (Sickness Fund Insurance), 年収が59,700ギルダー以上の被用者、自営業者等は私的保険 (Private Health Insurance), 公務員は公務員保険 (Public Health Insurance) に加入することになる<sup>3)</sup>。

疾病基金保険の根拠法は、健康保険法 (The Health Insurance Act) であり、カバーされる国民の数は約983万1,310人で全人口の63%、供給を司るのは地域 (Region) の疾病保険である。人々は非営利の疾病保険会社に参加し、保険料を支払うことに対して、一定のサービスを現物支給で受ける。カバーされるサービスの内容はGPによる診療サービス、精神科医を除く専門医の診療サービス、歯科治療の一部、病院における最初の365日の医療サービス・看護である。特別医療費保険と比較して、短期医療・療養に必要なサービスがカバーされているのが特徴である。これらの政府によって定められた範囲のサービス以外も必要とする場合には、疾病保険会社 (Sickness Fund) の提供する追加的なカバー (supplementary cover) を購入することができる。この範疇に入るサービスとしては、追加的な分娩サービス、家族ケア、人工的補欠、歯列矯正術、聴覚補助、海外での医療費などが挙げられる。

表3 疾病基金保険の所得比例保険料

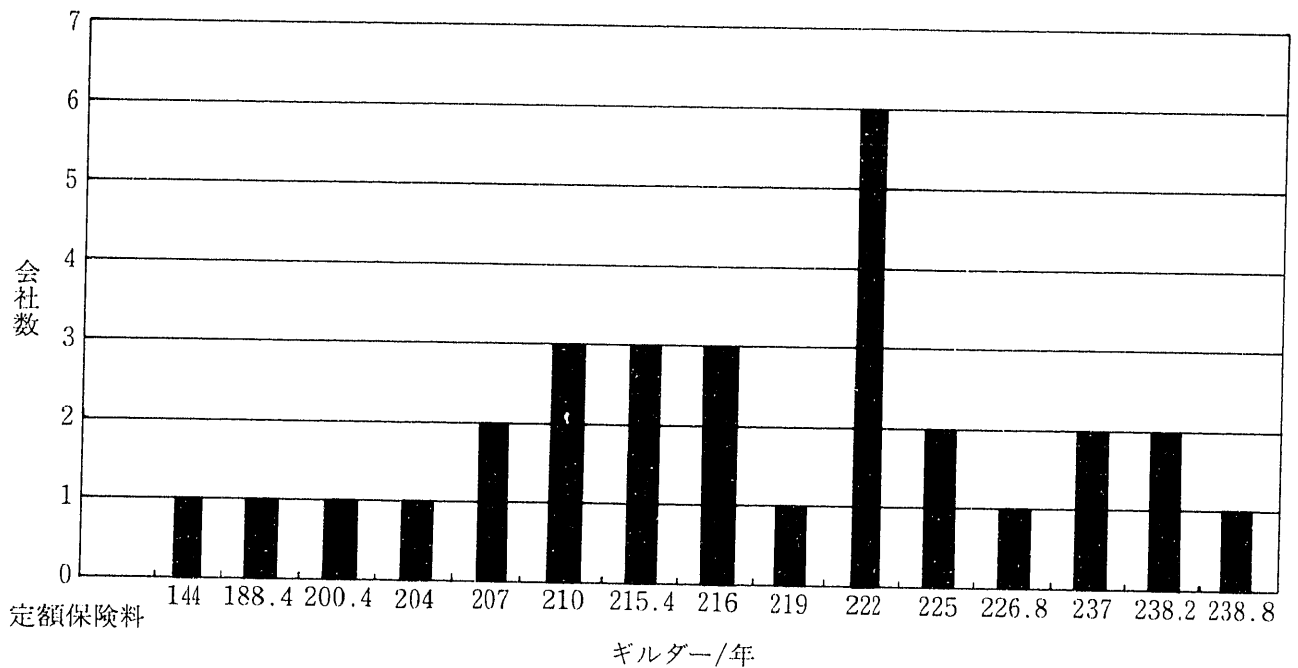
	1996	1997	1998
保険料 (%)	7	6.9	6.8
雇用者負担 (%)	5.35	5.55	5.6
被用者負担 (%)	1.65	1.35	1.2

Sickness Insurance Fund Council

保険料は、所得比例保険料と定額保険料 (Flat rate premium) の二つから構成される。前者は、所得の一定比率を、雇用者と被用者がそれぞれ負担する。ただし、所得が規定を満たして、引き続き疾病基金保険に加入するが、退職等により被用者でなくなった人々は、保険料を全額自己負担することになる。払い込まれた保険料は、一度、強制保険一般基金 (General Fund for Compulsory Health Insurance) に集められ、健康保険審議会がそれぞれの疾病保険会社のかかった費用に応じて費用を償還する。費用が所得比例保険料による収入を上回ったときには、政府の補助金と保険加入者に対して課される定額保険料によって補填される。表3は、1996年から1998年の所得比例保険料を示したものである。また、図1は、1998年の定額保険料の保険会社間での分布を示したものである。

公務員保険は、公務員向けで、保険の仕組みは疾病基金保険と同様であるが、疾病基金保険と統合が進んでいることを付記しておきたい。

私的保険は、疾病基金保険、公務員保険いずれでもカバーされなかった人々が任意加入する。加入しているのは、疾病基金保険の加入基準の一定所得以上の比較的裕福な人々、及び自営業者、退職者などである。カバーされている国民の数は、約480万人で全人口の約34%であり、任意保険ではあるが、実際には全く保険に加入していない人は希である。供給を司るのは私的保険会社であり、その組織は営利・非営利両方の形態がある。1986年の老人保険制度の廃止により、それまで老人保険で基本的な医療サービスをカバーされていた人々が、私的保険に頼らなければならなくなったこともあって、私的保険会社は、政府によって規定された基本的な医療サービスをカバーする保険 (Standard



Sickness Insurance Fund Council

図1 疾病基金保険の定額保険料 (1998年)

Cover) を提供することを義務づけられている。保険料は、一人当たり定額である。ただし、保険料には保険会社の運営費用が含まれていないということもあって、保険会社は、集めた保険料を一度中央の非営利組織に集めて、そこからかかった医療費を償還される。

## 2 保険会社とサービス提供者の契約

短期医療保険（疾病基金保険、私的保険、公務員保険）でカバーするサービスについては、各保険会社は、GP、病院といった医療サービスの供給者と契約を行って、供給してもらう。契約のプロセスは次の通りである。健康保険審議会が、医療サービス供給者の代表組織、保険者の代表組織に意見を聞いた上でモデル契約を作成する。モデル契約では各医療サービスの価格については決められていない。これについては、医療料金法（Health Care Charges Act）に基づいて、医療料金中央審議会（Central Council of Health Care Charges）が設定した価格より

も低い価格をつけるというプライスカップ（Price cap）の制約の元で、各代表者の交渉により行い、先のモデル契約に、この価格も入れた形で契約書を作る。この契約は再び健康保険審議会の認可を受けなければならない。なお、1992年時点以降、各保険会社は、すべての医療サービス供給者と契約をする必要はなくなった。

また、特別医療費保険については、サービスの料金は、特別医療費保険に準備されている予算から逆算して、医療料金中央審議会が決定する。

## 3 供給サイド

次に供給サイドについて解説しよう。オランダでは、いわゆる GP（一般医）システムがとられていて、消費者は病気になったときには、最初に GP を訪問し、その紹介状がないと病院を訪問することができない。また、彼らが利用できるのは、自分が登録している保険会社が契約

している GP, 病院のみである。GP は, 契約に基づいてリスク調整型人頭払い方式 (Risk-adjusted capitation payment) で各保険会社から支払いを受け, 開業費用などの費用の償還をも保険会社から拠出された基金から受ける。表 4 は, 1998年の支払い額を示したものである。65歳を境とした年齢及び「問題カテゴリー (Problematic categories)」と示されたリスクが指標として入っていることがわかる<sup>4)</sup>。

一方, 専門医 (Specialist) は, 病院等の施設で診療を行っているものがほとんどであり, 病院に雇用されている者と病院とパートナーシップの契約関係を結んでいる者の二種類に大別される。どちらについても, 支払いは, 出来高払い方式 (Fee for Service) で行われている。一方, 病院, ナーシングホーム等の施設サービスを提供する機関については, 病院施設法によって, 定義が行われており, 法的には, 非営利組織であることを義務づけられている。専門医個人に対する支払いとは別に, 病院は, 予算を疾病保険基金 (Health Insurance Funds), 特別医療費支払い基金 (Exceptional Medical Expenses Funds), 私的・公務員保険機構 (Private and Civil Servants Health Insurance Schemes), 中央・地方政府の補助金 (individual payments by insured Grants from central government and local authorities) がそ

表 4 GP に対するリスク調整型支払い方式(1998年)

カテゴリー	支払い (年/ギルダー)
65歳以下	127
65歳以上	146
問題カテゴリー (Problematic categories)	158

Sickness Insurance Fund Council

れぞれ拠出した基金の中から配分を受けている。病院の支出の予算化は, 1983年のグローバル・バジェット・システム (Global Budgeting System) から始まった。これは1988年に機能的予算システム (Functional Budgeting System) に改良され, 今日に至っている。後者の内容は, 次の通りである。まず, 病院の予算を, ①固定的部分 (fixed part), ②準可変的部分 (semi-variable part), ③可変的部分 (variable part) の三つに分ける。固定的部分は, 来院した患者の数に比例して与えられる予算である。第二の準可変的部分は, 病院の機能によってつく予算である。つまり, 専門医の配置, 診療科の種類を含めた病院の機能に応じて, 予算がついてくるのである。第三の可変的部分は, 病院が保険者との交渉で自由に獲得できる予算部分である。そして, これらの料金, 病院等の施設に対する予算はすべて, 医療料金中央審議会において交渉, 認可される<sup>5)</sup>。

また, オランダでは病院等の医療機関の建設について, 病院施設法 (Hospital Facilities Act) によって厳格に計画を作って規制されている。病院施設委員会 (Hospital Facilities Board) が, 人口当たりのベッド, 専門医の種類別 (一般病院, 精神病院など, 医師の場合は内科, 外科などの診療科別) の数, 新規に医療機関を作る場合のベッド数について, ニーズ, 各医療機関の機能, 相互関係などについて各地域の特徴をも考慮に入れて, 最初のガイドラインを作る。地方レベル (Provincial Council) においても, 病院施設委員会の作ったものを参考に, 同じ項目について計画を作成させ, 提出させ, 必要に応じて修正をするというプロセスを経て, 最終的な計画が作成される。計画は厚生大臣による認可を必要とする。この様な形で, 各

地域の種類の病院のベッド数、専門医の数などについて中央政府の厳格なコントロールが行われているのである<sup>6)</sup>。

### III デッカープラン、シモンズプラン

オランダの医療・介護制度が、今日の様な姿になるのには、歴史的な変遷があった。オランダでは1980年代には、医療費の対GDP比が比較的安定した状態になっていたが、制度改革の必要性が感じられ、1986年の終わりに、厚生大臣によってデッカー委員会が設置された。デッカー委員会は1987年3月にデッカープランとして知られる“Willingness to Change”をまとめ、政府はこれに基づいて、医療制度改革の提案“Change Assured”をまとめた。この提案は国会に提出され、1988年秋に承認を得た。

デッカー提案の主要な部分は、さらに1990年に新政権によっても受け継がれ、承認され、時の厚生次官 (Secretary of state) であるシモンズ (Hans Simons) の名前をとって、シモンズプランと呼ばれるようになった。デッカープランとシモンズプランの間には用語の多少の異同はあるが、その基本的な考え方、骨格はほぼ同じである。主な違いは、医療サービス、ソーシャルケアに対する総支出のどのくらいの割合を保険で賄うかという点であった。デッカープランでは85%に設定され、シモンズプランでは95%に設定された。

#### 1 デッカープラン、シモンズプラン

デッカープラン、シモンズプランで提案された医療制度改革の骨子は次の通りである<sup>7)</sup>。

従来の長期の保険と短期の保険、さらに短期の保険の中で人々の所得、身分などによって分

立していた保険制度を一元化し、包括的なサービスをカバーする「基礎保険 (basic insurance)」を作ることが重要なポイントである。

基礎保険の考え方の第一に重要なポイントは、この中には、従来の短期医療保険、長期療養保険がカバーしていたサービスに加えて、高齢者ホームなどの社会福祉サービスも含まれるということである。長期療養保険にあたる特別医療費保険においては、すでに医療サービスのみならず日本でいうところの介護サービスにあたるものもカバーされていたことを想起されたい。この基礎保険は、長期療養費をカバーする保険と短期医療費をカバーする保険の間の壁を取り払うこと、あるいは医療サービス、介護サービスの両者を統合した形で保険制度を統合することを試みていると見ることができる。

第二のポイントは、消費者の所得・身分によって分断されていた保険制度の統合の方向性である。これはいくつかの意味を持つ。

第一に、基礎保険の保険料は、所得に依存して決まり、保険料率は中央で規制されることから、消費者の加入している保険制度によって保険料、負担が異なるという構図がなくなることになる。なお、この基礎保険がカバーしていないサービスについては、人々は追加的ケアの保険 (Supplemental cover) に入らなければならない。

第二に、これに伴って疾病基金保険、私的保険、公務員保険の各保険会社は、従来の様に、販売する保険の種類、営業圏を分担するのではなくて、同じ市場で全国民を相手に競争を行うことになる。つまり、国民の所得、身分によって作られていた保険制度間の参入障壁を取り払って、保険会社同士の競争が促進されることになる。

基礎保険のシステムは次の通りである。徴税当局によって所得に依存した形で徴収された保険料は最初に中央基金 (Central Fund) に集められ、患者が登録した保険会社に直接支払われる。この補助金の額は、各消費者の持っているリスク調整型人頭払い方式で決まる (Risk-adjusted capitation payments)。つまり、性別、住んでいる地域、過去の病歴等、患者の持っているリスクの属性に応じてかかるであろうと予想される費用を計算して、事前に保険会社に償還しようというのである。ここで、登録した消費者のリスクに応じて中央基金から受けた金額と実際にかかった費用に差が出た場合は、保険会社は自社に登録している被保険者全員に対して定額保険料を課さなければならない。つまり、保険会社は損失を出したら、それを自社に加入している消費者に負担させなければならないのである。また、保険会社は、人々が如何なるリスクを持っていたとしても保険契約を結ぶことを求めてきたら拒むことはできないし、契約の内容も消費者のリスクに応じて差をつけることはできない。リスクの高い消費者はそれだけ医療・介護費用もかかるので、保険会社はそうした人々を自社の保険に加入させたくないはずであるが、基礎保険は、リスクに応じた支払いを行いながら、そうした行動を抑制し、禁じているのである。

なお、消費者は二年に一回、保険会社を変更することができる。彼らに、保険の善し悪しによって保険会社を選ぶ自由が与えられたのである。保険会社は、自分の顧客になった消費者のためにサービスを提供してもらえるようにサービス供給者と契約を結ぶ。どの供給者と契約を結ぶか、価格等の条件についての交渉が保険会社にとって自由になっていることがポイントで

ある。

また、基礎保険では、保険でカバーされるサービスのカテゴリーをサービスの種類 (types of care) によって記述してあることも重要な点である。つまり、サービスがどのような内容のものであるかを書いてあるだけで、その様な内容のサービスを供給すべき機関が指定されていないことから、保険会社は、例えば、同じ介護サービスであっても、病院と契約しても良いし、ナーシングホームと契約をしても良い。

## 2 デッカープラン、シモンズプランのねらい

デッカープラン、シモンズプランにはいくつかの効果が期待されていたと思われる。

まず第一に、保険会社間で競争が生じることである。保険会社間には従来のような消費者の所得、身分による参入障壁はなくなったこと、人々が、二年に一回、保険会社を選ぶ自由があることから、保険会社同士が患者獲得のために競争を行う条件が整った。所得比例的な保険料率は規制されているが、損失を出したときの定額保険料は保険会社が自由に設定できる。消費者は、定額保険料の大きさ、サービスの質を基準に保険会社を選択すると考えられ、各保険会社はこの様な消費者の行動を前提に競争を行うので、定額保険料をより小さくし、より質の高い医療・介護サービスを提供できるように努力するであろう。そのためには、経営の効率化をはかり、組織の運営にかかる管理費用を低め、サービス供給者である医師、病院等とより効率の良いサービス供給契約を締結して費用の削減を行おうとする。また、人々は、サービスの質によって、保険の善し悪しを判断するであろうから、保険会社は、より質の高いサービスを供給してくれるようなサービス供給者と契約し、サービ

スの質向上のために契約の仕方を工夫する等の働きかけを行う。

第二に、サービス供給者間に競争が生じることである。供給者は、従来のように必ず保険会社と契約をしてもらえる保証がなくなった。彼らも保険会社から選別される立場になったのである。サービス供給者が、保険会社と契約を結んでもらうために、サービスの質を高め、かかる費用を最小化するインセンティブを持つようになることが期待された。

第三に、従来と異なり、基礎保険のサービスの内容がケアの種類について決められており、どの機関で供給されなければならないという形になっていないことから、保険会社は、それぞれのサービスを費用、質の両面から見て、もっとも効率的に供給する機関と契約を行うことができるようになった。いわば、サービスの代替性を高める効果が期待されたのである。今までは、サービスの内容によって、供給機関が決まっていたので、他に代替的なサービスを供給できる機関がサービスを供給することは不可能であった。しかし、改革後は、例えば、保険会社は、同じ介護関連サービスでも、病院よりも老人ホームの方がより効率的なサービスが供給されるとすれば、後者と契約をすることができるようになる。この様な、サービスの代替性を促進する施策によって、サービス供給者間の競争が促進されると考えられる。

第四に、保険会社、サービス供給者、消費者それぞれが効率的に行動することによって利益を得ることができ、医療・介護制度全体が効率的に機能することが期待された。つまり、制度が誘因整合的 (Incentive Compatible) になることが企図されたのである。制度の効率性を追求する手段として、中央政府が、保険料、医療

サービスの価格などを規制し、消費者、サービス供給者の行動をコントロールするという方法ではなく、保険会社、サービス供給者、消費者それぞれが合理的に行動する方法を選択したということである。

### 3 デッカープラン、シモンズプランに基づく制度改革の実際

デッカープラン、シモンズプランに基づく改革は、実際に1989年から部分的に実施され始め、1995年の改革までいくつかの措置が実現することになった<sup>8)</sup>。

第一に、基礎保険実現に向けての動きである。1989年1月に短期医療保険（疾病基金保険、私的保険、公務員保険）でカバーされるサービスの一部が特別医療費保険に移管された。精神病院、一般病院の精神病科における精神科医による診療、補聴器などの人工補助物のサービスである。また、1992年に薬剤、視覚センターのサービスが、短期医療保険から特別医療費保険によってカバーされるようになった。この様に特別医療費保険を基礎保険の母体と位置づけて、カバーするサービスを広げていく動きが生じた。

第二に、定額保険料を導入する動きである。従来のように保険会社にかかった費用を事後的に償還する方式をやめて、予算をオーバーしたら、保険会社はその加入者に対して一人当たり均一の定額保険料を追加徴収するというシステムを導入した。1992年1月より、特別医療費保険では、実際にかかった費用と予算の間の差(赤字)の85%については中央基金によって補填されるが、残り15%については、自ら積み立てた準備金か、加入者から定額保険料を徴収することで対処しなければならなくなった。短期医療保険



である疾病基金保険、公務員保険についても、1989年1月より与えられた予算を超過した場合には、患者に対する定額保険料で埋め合わせなければならなくなった。損失のための準備金積み立ての制度も1991年1月より導入された。

第三に、1993年より、中央基金から疾病保険会社への資金配分において、部分的に消費者にリスク調整型人頭払い方式が導入されたことである。1993、94年には、リスクの指標として年齢、性別が用いられた。この時は、実際にかかった費用と予算の差額の3%のみを疾病保険会社が負担すればよいだけであった。しかし、政府は、支払い方式(Payment formula)をより洗練させて、疾病保険会社自身が負担する費用の割合を高める方向性をとった。

第四に、1992年1月より、疾病保険会社の営業地域の規制の解除が行われた。従来のように疾病保険会社は、地域独占を享受するのではなくて、決まった地域(region)外でも営業することができるようになったのである。

第五に、1992年より、私的保険会社が、疾病基金保険サービス市場に参入することが可能になった。これは、地域独占であったこの市場に参入者が生まれることを意味する。第四点とあわせて、疾病基金保険サービス市場で競争が行われる条件が整った。

第六に、1994年より、疾病保険会社が契約を求める医療サービス供給者全員と契約をしなければならないという制約が取り除かれた。これによって、保険会社、サービス供給者がサービスの質、価格に応じて共に契約相手を選ぶ条件が備わった。

第七に、1992年より、疾病基金保険、私的保険の各保険会社は、サービス供給者との契約を、中央で認可された価格よりも低い価格で結んで

もよいことになった。つまり、中央で決まるサービス価格の規制は、固定価格ではなくて、上限規制になったのである。これは、第六に挙げた、契約締結の自由と併せて、保険会社とサービス供給者間のサービスの質、価格をめぐる選別をより促進するように機能すると考えられていた。

第八に、1992年より、疾病基金保険に加入している消費者が、登録する疾病保険会社を二年に一回変更することができるようになり、選択の自由が与えられた。これにより疾病保険会社は人々に選別されることとなり、疾病保険会社同士が競争を行う条件が備わった。

第九に、1992年に、GPの参入規制が解除された。GPはどこでも自由に開業をすることができるようになった。それまでは、計画によって地域の人口当たりの数でもって、GPの数は規制されていた。つまり、地域ごとにGPの参入規制が存在した。この参入規制の解除により、サービスの代替性の促進策と併せて、GPのサービスの市場の競争が促進されることが期待された。

第十に、サービス供給者に対する支払い方式の改変の試みが挙げられる。1994年にビスフール委員会(Biesheuvel Committee (1994))は、次のような提言を行った。第一に、GPに対する支払い方式を年齢に合わせた人頭払い(age-adjusted capitation payment)とその診療の内容と効率性に依存した支払い方式にする。第二に、専門医に対する支払いにおいて、出来高払い方式を廃止し、労働時間を基準とし、診療の内容、質によって追加的な支払いが行われる方式を導入する。また、専門医は、病院とパートナーとして契約を結ぶという形をなくし、病院に雇用されなければならなくすることを試みた。この

表5 デッカー・シモンズの改革前後の医療・介護システムの比較

	改 革 前	改 革 後
短期医療保険の保険料	所得比例	所得比例+自己負担 (1989)
特別医療費保険の保険料	所得比例	所得比例+自己負担 (1992)
短期医療保険の制度統合	三つ	私的保険会社が疾病基金保険サービスに参入 疾病保険会社の地域独占解除 (1992)
短期・特別医療費保険の 制度統合	分離	特別医療費保険のサービス拡大 ホームヘルプ, 精神病院での入院医療 精神科, 視覚障害センター (1989) 薬剤サービス (1992)
保険の費用償還方法	事後的費用償還	疾病基金保険についてリスク調整型人頭払い方式 (1993)

## 支払い方式

サービスの価格	中央統制	上限規制 (1992)
GP	人頭払い方式	改革? (Bisheuval Proposal)
専門医 (Specialist)	出来高払い	改革? (Bisheuval Proposal)
病院	予算方式	不変
保険者と供給者の契約	供給者全員と契約する	疾病保険会社について解除 (1994)
医療計画	存在	GPの開業規制解除 (1992)
消費者の保険者選択の自由	私的保険のみ	疾病保険会社について二年に一回変更 (1993)

ビスフーバル提案 (Bisheuval Proposal) の意図は、GP に対する支払いを、年齢をリスクの代理変数とみなした人頭払いにし、予算化すること、かつ専門医に対する支払いも予算化することにあった。また、支払いを診療内容に依存した形にすることによって、GP、専門医の診療内容の質を上げることもねらっていた。

以上、デッカー・シモンズの改革前後の比較を表にまとめたものが表5である。

## IV 1995年の改革

デッカープランからシモンズプランに受け継がれてきた医療・介護制度改革は、1994年のシモンズの厚生次官辞任、新しい厚生大臣 (Minis-

ter of Health, Welfare and Sport), ポース(Dr. Borst) の1995年3月23日の新しい制度改革プランの提示によって、中断した。ポースの提案以降、オランダの医療・介護制度改革は一つの方向性をとっているように思われる。表6は、その内容をまとめたものである。医療・介護サービスを、「長期ケアと精神医療 (Long-term care and mental health care)」、「基礎治療ケア (Curative 'basic' care)」、「アメニティーと高価でないケア ('Amenities' and inexpensive care)」に分類し、それぞれに応じて、異なった受給システムを対応させるのが基本的な考え方である。以下、その内容について見ていこう。

表6 1995年の改革

保険の分類	保険制度	保険者	競争のあり方
長期療養ケアと精神医療ケア	AWBZ	Regional Single Payer	政府の価格・数量規制
基礎治療ケア	強制健康保険	疾病保険会社+私的保険会社	「規制された競争」
アメニティーと高価でないケア	私的保険	疾病保険会社+私的保険会社	自由競争

F.T.Schut (1996)より

## 1 「長期ケアと精神医療」

### ………特別医療費保険

「長期ケアと精神医療」については、特別医療費保険の枠組みの中で受給を行う。表1には、特別医療費保険がカバーするサービスが挙げられている。基礎保険の構想に基づき、1992年から特別医療費保険でカバーされるようになっていた薬剤サービス (Prescription drugs)、補装具の給付・貸与 (Medical device)、リハビリテーション (Rehabilitation) は、1996年から「基礎治療ケア」の方でカバーされることになった。また、特別医療費保険の事務については、1998年から、地域単一支払い者 (Regional single payer)を設定することになった。これには、地域でシェアのもっとも大きい疾病保険会社があてられる可能性が高いとされている<sup>9)</sup>。

また、現金給付の導入が行われた。1995年からホームケアと精神障害者ケアについて、消費者は現金給付をも選択することができるようになった。現金給付の金額は、個々の消費者の「ニード」判定によって決定される。判定の業務は、現在、地域のホームヘルスケアオーガニゼーションが行っているが、1998年に、州レベルの第三者組織が行うようになることが予定されている。毎年の現金給付の内、最初の2,400ギルダーについては、消費者が自由に使うことができるが、残りについては、政府の中にある予算管理組織に申請することによって利用可能になる。

これらの措置はいくつかの政策的意味を持っているように思われる。第一に、特別医療費保険でカバーするサービスの範囲が縮小され、基礎保険の導入の方向性が変化した。これらのサービスについては「規制された競争」は導入しないという考え方が明確になっている。消費者は、地域単一支払い者に対して事務手続きを行うという形になっているので、支払い者を選ぶことはできない。したがって、支払い者が消費者との契約を求めて競争を行うメカニズムは働かない。特別医療費保険に競争原理を導入しない根拠は必ずしも明らかではないが、いくつかの理由を仮説として挙げるができる。特別医療費保険でカバーされるサービスは、治療、療養に比較的長期を要し、大きな費用がかかり、若いときにサービスを受ける確率よりも高齢になったときにサービスを受ける確率が大きいと考えられる。若年者にとっては、特別医療費保険の支払い者を選べるということになっても、比較的近い将来、例えば次の期に、サービス消費する可能性が低いと思っていれば、支払い者を選別することのベネフィットが、そのコストを上回り、事務代行者を選択するインセンティブを持たないであろう<sup>10)</sup>。高齢者は、これと逆の論理で事務代行者を選別するインセンティブを持つ可能性があるが、少なくとも若年者からの選択のプレッシャーがない分だけ、競争の効果は弱まるだろう。

第二に、特別医療費保険については、現金給付の導入等の「規制された競争」の考え方とは異なるメカニズムによって、供給サイドの効率化が図られている。第一に、現金給付の導入によって、ホームケア、精神障害者ケアのサービス提供者が消費者を求めて、より質の高いサービスをより安く供給するようになることが期待されている。例えば、ホームケアについては、現金給付導入一年目の1995年には、個人の予算の12%のみが既存のサービス供給者に対して支払われたことがわかっている<sup>11)</sup>。ただし、現金給付の予算は、ホームケアに対する予算全体の3%にすぎず、供給者の競争に与える効果は限定されている。第二に、ホームケアについてののみ、地域単一支払い者は、予算の95%分を既存の地域のサービス提供者に受注することを義務づけられ、残りの5%を既存の提供者以外の認可された提供者に応募入札で配分してもよいという措置が導入された。これは、予算の一部とはいえ、ホームケアサービスに対する新規参入を誘発し、供給サイドの競争を促進する効果を持つと考えられる。政府は、既存のサービス供給者以外にも開放される予算を5%から、さらに35%まで拡大することを提案していたが、1997年5月には政府は、2001年まで、入札分の予算を5%で据え置くこと、新たな新規参入者の参入を認めないこと、を決定した。その理由は、入札方式についてルールが十分に定まっていない

こと、無条件で新たな営利のサービス供給者が参入してきたことにより、マーケットに混乱が生じたからだとされている<sup>12)</sup>。

## 2 「基礎治療ケア」……短期医療保険

「基礎治療ケア」については、従来の短期医療保険の枠組みでカバーし、デッカープラン、シモンズプランの考え方と一致して、「規制された競争」を導入する方向性が示された。

第一に、保険会社への費用償還を予算方式にする方向性が強化された。1995年時点で、3年の内に病院の資本費用をのぞいた費用すべてについて、リスク調整型費用償還方式が導入されることが宣言された。表7は、疾病保険会社に対する費用償還で、事後的費用償還が行われる部分のシェアとリスク調整型費用償還方式が行われる部分のシェアの年次推移を見たものである。1992年には100%が事後的費用償還されていたものが、1997年には73%まで縮小され、27%がリスク調整型費用償還方式に基づくようになった。

第二に、1996年、1997年には、費用償還方式に改良がなされた。リスク調整指標 (Risk adjusters) として、居住地域、障害の状態が追加されて、費用償還方式の精緻化が行われ、過剰損失が出たときの準備 (Excess-of-loss provision) が整備された。

第三に、1997年から、疾病基金保険の加入者に対して、自己負担が導入されることになった。消費者は、入院日数一日当たりの定額の自己負担と GP での診療を除いたすべてのサービスについて20%の自己負担を支払うことになった<sup>13)</sup>。

第四に、政府は、疾病基金保険と私的保険の制度統合をめざし、疾病保険会社と私的保険会

表7 疾病保険会社に対する費用償還

	1992	1993-1995	1996	1997
事後的費用償還方式 (%)	100	97	86	73
リスク調整型費用償還方式 (%)	0	3	14	27

Schut F.T. (1997)

社それぞれがカバーするサービスを同じにすること、サービス供給者に対する診療報酬の上限を同じにすることを試みた。

これらの政策措置については、以下の様な解釈を行うことができる。

第一に、「基礎治療ケア」にあたるサービスについては、「規制された競争」を導入して、効率化を図る方針が示されている。保険会社に対する費用償還方式を事前的な予算の支払い方式に移行させて、保険会社がサービスにかかる費用を抑制するようなインセンティブを与えた。図1に示したように、定額保険料にも保険会社間で差が出てきている。これは、保険会社の効率化の努力の一部が反映されていると考えることができる。尤も、実証的にこれが確かめられたわけではなく、保険会社に対して、加入している人々のリスクを十分に反映した費用償還が行われていないことが原因になっている可能性も残されている。

第二に、クリームスキミングの問題を回避しようとする政策的努力が行われている。「規制された競争」は、保険会社に費用抑制のインセンティブを与えると同時に、クリームスキミングの問題も引き起こす可能性がある。しかし、保険会社に加入した消費者のリスクに応じて与える予算の決定方式を、消費者の属性をより多く加えて精緻化することによって、この問題を回避しようとしている。

第三に、消費者に対して、自己負担を課すことによって、消費者のサービス利用を抑制することを試みている。「規制された競争」は、保険会社を消費者が選択することにより、サービスの費用最小化、質の確保を達成するメカニズムを内包しているが、さらに、消費者に対して自己負担を課すことを通じて、費用の抑制を試み

ている。

「規制された競争」のメカニズムが機能するためには、消費者の加入をめぐって、保険会社が競争することが必要であり、「基礎治療ケア」のサービスをカバーする疾病保険会社同士、私的保険会社同士、のみならず両者の間でも十分な競争が生じることが求められる。しかし、現実には、私的保険と疾病基金保険の制度は統合されていない。

未だ実現していないが、政府は、私的保険の改革を試みている。第一に、私的保険会社の設定する保険料に上限と下限を設けること、第二に、希望する消費者が、拒否されることなく自由に保険に加入できるようにすること、第三に、保険会社間のリスク均等化メカニズムの導入などである。これらの措置は、私的保険でも、疾病基金保険と同様に、クリームスキミングの問題を避けながら、保険会社が競争を行う条件を整備しようとしている証である。

また、政府は、診療報酬、つまりサービスの価格の決定、及び、大きな病院のそれを除いて、設備投資の決定を自由化することを考えている。後者は、従来の医療計画のあり方について見直すということを含んでいると考えられる。さらに、病院の予算システムを改革し、産出単価(Output-pricing)システムを導入することが検討されており、数年の内に実施に向けた研究プロジェクトを計画中である。

### 3 「アメニティーと高価でないケア」

ダニング委員会(Dunning Commission)によって提示された、すべての人々にとって経済的に利用不可能なほど高価でなく(non-affordable)、医療上の必要性(Medical necessity)、効果(Effectiveness)、効率性(Efficiency)

といった基準から見て、一定の条件を満たさないサービスは、完全に自由な私的保険制度の中で供給されることとなった<sup>14)</sup>。実際には、私的保険会社のみならず疾病保険会社も基礎治療ケアに対する公的保険の追加的保険として、この保険を販売することになる。

具体的には、政府はすでに成人歯科と理学療法サービスの一部を、「アメニティーと高価でないケア」に分類した。これらのサービスは、それほど高価ではなく、効果の観点からも「基礎治療ケア」に入れるべきサービスではないと、政府によって判定された。しかし、この措置を行ってから、歯科補綴について、追加的な保険を購入できない人々が出てきたことが明らかになり、再び、「基礎治療ケア」でカバーされることになった。

「アメニティーと高価でないケア」は、人体に対する医療・介護上の危険が大きくなり、緊急性に欠けていて、所得分配上の影響が小さいことから、自由診療に任せるべきであるという政策判断をオランダ政府が行ったと考えられる。

#### 4 オランダの医療・介護制度改革のインプリケーション

結局、デッカープラン、シモンズプランの構想は完了することなく、オランダの医療・介護制度は1995年の改革を境に、新たな方向に向かって設計が行われつつあるように思われる。デッカー・シモンズプランは廃棄されたとはいえ、「規制された競争」の考え方は形を変えて残った。高齢化の進んだ社会、国家で、医療・介護制度の設計を考える場合、オランダの制度改革の考え方、経験が、我が国に対して、語りかける内容は多様に思われる。わが国においても、

今後の高齢化の進展を前にして、医療・介護サービスに対して、如何に効率的に支出を行うか、が課題になっていること、また、高齢化に伴って予想される医療・介護サービスに対する需要の増加にどの様に対処するか、とるべき施策を問われていること、という二点について、オランダと共通の課題を抱えている。

オランダの医療・介護制度改革で興味深いのは、医療・介護サービスを分類して、それぞれについて、異なった制度を設計しようとしていることである。まず、サービスを公的に保険でカバーするサービスと自由競争で行うサービスに分類していることが注目される。後者に相当する「アメニティーと高価でないケア」は、消費者の自助努力に全く任せるサービスであり、この部分については、保険料、料金などに政府が介入しないことを宣言している。医療上の必要性、緊急性、危険性等に鑑み、所得分配上も問題にならないサービスについては、公的な保険でカバーしないという政策選択は、理論上は根拠があるように思われ、医療・介護サービスにおける公私の役割分担のあり方についての一つの政策判断として興味深い。その一方で、どのサービスをこのカテゴリーに分類するべきかは、成人歯科のケースが示すように必ずしも客観的ではないので、運用上の問題は残されているといえよう。

一方、公的な保険でカバーするサービスについては、「基礎治療ケア」と「長期ケアと精神医療」に分類し、前者については「規制された競争」を導入し、後者については、基本的には従来の特別医療費保険の枠組みの中で取り扱われることになった。この政策的措置は、理論的には、「基礎治療ケア」のカテゴリーには、「規制された競争」がうまく機能するサービスを分類

し、「長期ケアと精神医療」については、それがなじまないものを配置している、と解釈できる。治療、療養に長期間を要する医療・介護サービスについては、消費者の属性を用いても、十分に費用を推定できない可能性があること、及びこの種のサービスは、消費者が保険者の保険サービスの質を見て選択するインセンティブが十分持てない可能性があること、等の理由で「規制された競争」の導入に適さないと判断されたと考えることができる。

医療・介護費の抑制にあたって、オランダがとった一つの方向は、「規制された競争」と銘うたれた、競争原理の導入であった。医療・介護サービスにおいては、サービスの需要者と供給者の間に情報の非対称性があることから、供給者誘発需要等の問題が生じる余地がある。こういう状況のところでは、消費者がサービス供給者を選択することを通じて、効率的なサービス供給を期待することはできない。そこで、消費者よりも医療・介護サービスの内容について理解することができる保険会社を消費者の代理人にすることによって、この問題を解決しようとしている。消費者は、質の良いサービスを提供するサービス供給者と契約していて、またより合理的な保険料をつける保険会社を選ぶ。そして、保険会社は、消費者に契約をしてもらうためにサービス供給者に、より質の良いサービスを提供してもらえよう働きかけ、かつ保険料を低くするためにサービス供給者に低い費用でサービス供給を行うように交渉し、自社の経営の合理化を図ろうとする。デッカー、シモンズ両方のプランは、頓挫したが、「規制された競争」の考え方は、「基礎治療ケア」の部分について適用されることになった。

一方、「規制された競争」を導入しない「長期

ケアと精神医療」の部分についても、別の方法で効率性を実現しようとしていることが注目される。現金給付の導入、ホームケアの予算の一部を競争入札制にすることなど、興味深い点がある。

一方、こうした医療・介護制度は、公平性ないし所得分配の観点からは、どの様に見えることができるのだろうか。「基礎治療ケア」、「長期ケアと精神医療」の両者に共通しているのは、医療・介護サービスの需要の少ない若い世代から、比較的その多い年齢の高い世代への所得分配が生じている可能性がある。あるいは、中・高所得層から低所得層に所得分配が生じている。どちらの制度でも、保険料は主に所得に比例した部分から成っており、より多くサービスを利用する傾向があるのは高齢者だからである。

また、「規制された競争」が導入されている「基礎治療ケア」のカテゴリーについては、クリームスキミングが公平性に影響を与えることがありうる。事前的な費用償還が、保険に加入した消費者のリスク属性を十分に反映して、正確に行われないと、保険会社はリスクの小さい、つまり医療・介護費用のかからない消費者を加入させる誘因を持つ。この場合、病気がちなリスクの高い人々と健康者の間に、保険を購入できるかどうかという意味における公平性の問題が生じる。

ところで、デッカープラン、シモンズプランを作成する過程で課題になっていた医療と介護の連携はこの新しい制度の中でどの様に位置づけられるのだろうか。介護サービスは、主に「長期ケアと精神医療」のカテゴリーに入っており、従来の特別医療費保険でカバーされている一方で、医療サービスは、主に「基礎治療ケア」のカテゴリーに入っている。一方、保険の事務を

行うのは、前者については地域単一支払い者であり、後者については個々の疾病保険会社、私的保険会社である。「基礎治療ケア」については事前的費用償還方式が採用されているので、保険会社は、利潤動機があれば、医療と介護の境界にあるサービスを需要する消費者については、特別医療費保険の方に移行させようとするであろう。これは医療サービスから介護サービスへの代替の促進と見ることもできるが、本来、医療サービスを受けるべき消費者が、介護サービスを需要させられているとしたら経済厚生が増加しているとはいえない。

## V 結 論

本稿では、オランダの医療・介護制度改革の変遷について概観し、その制度設計の経済学的意味づけについて考察してきた。オランダは、1980年代後半以降、デッカー、シモンズプランに始まる「規制された競争」の考え方に基づく、医療・介護制度改革を押し進めてきたが、1995年にその制度改革の方向性を修正した。そこで、もっとも興味深いことは、オランダは、医療・介護制度へ全般的に「規制された競争」を導入する代わりに、サービスを分類し、それぞれに異なった制度を準備するという政策的選択を行ったことである。医療・介護サービスを、サービス料金、保険料などについて公的に介入を行わない自由診療の部分、「アメニティーと高価でないケア」、と公的に介入を行う部分に分けた。後者については、「規制された競争」を導入した「基礎治療ケア」と、「長期ケアと精神医療」に分類した。

これは、理論的には、以下のような解釈をすることも可能であろう。医療・介護上の危険、

緊急性及び所得分配、公平性等の観点から、自由診療に任せてよいサービスとそうでないサービスを分類した。そして、後者については、「規制された競争」の考え方がなじむ財を「基礎治療ケア」に、競争原理がなじまない財については、「長期ケアと精神医療」に分類した。この解釈は試論の域を出ないものであるが、オランダの改革は、医療・介護制度設計の一つの考え方を示唆しているように思われる。

### 注

- 1) オランダでは、医療 (Health care) として考えられているサービスの中に日本でいうところの介護サービスも含まれている。本稿では、オランダでいうところの医療制度を、医療・介護制度と記述することにする。
- 2) 本小節の制度の記述については、Ministry of Health, Welfare and Sport (1995), 堀勝洋 (1997), 大森正博 (1998), Schut, F.T and Hermans, H.E.G.M (1997) を参考にした。
- 3) 1998年の数字である。Sickness Fund Insurance Council による。
- 4) 「問題カテゴリー」の範疇に入るものとして、外国からの患者などがある。
- 5) National Hospital Association of the Netherlands (1989), Maarse J. A.M (1989) を参照。
- 6) National Hospital Association of the Netherlands (1989) を参照。
- 7) van de Ven, W.P.M.M and Schut, F.T (1994), Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs (1993b) を参照。
- 8) van de Ven, W.P.M.M and Schut, F.T (1994) を参照。
- 9) Schut, F.T and Hermans, H.E.G.M (1997) を参照。
- 10) Schut, F.T (1996) の議論を参考にした。
- 11) Miltenburg, T and Ramakers C.L eds. (1996) を参照。
- 12) Schut F.T and Hermans, H.E.G.M (1997) を参照。
- 13) ただし、毎年の自己負担の上限が200ギルダ



一、高齢者については100ギルダーに設定された。また、慢性疾患の罹患者については補助金の制度が整備された。

- 14) Government Committee on Choices in Health Care (1992) を参照。

#### 参考文献

- Maarse. J.A.M, 1989, "Hospital Budgeting in Holland: aspects, trends and effects", *Health policy* 11.
- Maarse. J.A.M, 1997, "The Health Care System of Netherlands", in Raffel. M.W, eds., *Health Care and Reforms in Industrialized Countries*, Penn State Press.
- Schut. F.T, 1996, "Health Care Systems in Transition: the Netherlands", *Journal of Public Health Medicine* Vol. 18.
- Schut. F.T and Hermans. H.E.G.M, 1997, "Managed Competition Reforms in The Netherlands and its Lessons for Canada", mimeo.
- van de Ven W.P.M.M and Schut. F.T, 1994, "Should Catastrophic Risks be Included in a Regulated Competitive Health Insurance Market?", *Social Science and Medicine* Vol. 39, No. 10.
- van de Ven. W.P.M.M, van Vliet. R.C.J.A, van Barneveld. E.M, and Lamers. L.M, 1994, "Risk-Adjusted Capitation: Recent Experiences in the Netherlands", *Health Affairs*, Winter.
- McguireA, Henderson. J and Mooney. G, 1988, *The Economics of Health Care*, Routledge.
- Miltenburg. T and Ramakers. C.L eds. 1996, *Evaluation of the 1995 Subsidy Arrangements for Personal Home Care Budgets (in Dutch)*, ITS.
- Government Committee on Choices in Health Care, 1992, "Choices in health care".
- Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1994, "Care in the Netherlands".
- National Hospital Association of the Netherlands, 1989, "Dutch Health Care System".
- Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1993a "Health care in the Netherlands".
- Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1993b, "Health care reform in the Netherlands".
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 1995, "Health Insurance in the Netherlands".
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 1995, *Financieel Overzicht Zorg 1995*.
- 大森正博 1996 「オランダの医療制度改革」(財)長寿社会開発センター 『高齢化社会における社会保障周辺施策に関する理論研究事業の調査研究報告書III』。
- 大森正博, 北村 彰 1997 「イギリスとオランダの介護制度」佐藤 進, 河野正輝編『介護保険法』 法律文化社。
- 大森正博 1998 「オランダの医療制度改革と規制された競争」『医療と社会』 Vol. 7 No. 4。
- 堀 勝洋 1997 「オランダの介護保険」堀 勝洋 『現代社会保障・社会福祉の基本問題』 ミネルヴァ書房。
- J. Bultman 「オランダにおける医療・保険・福祉制度と課題」("Reform of Health Care and Health Insurance in the Netherlands", mimeo).
- (おおもり・まさひろ 城西大学専任講師)