

オランダの医療・介護保険制度改革

大森 正博

■ 要約

本稿では、今日のオランダの医療・介護保険制度を中心に、サービスの供給サイドの制度についても概観しながら、今日まで行われてきた医療・介護保険制度改革の評価を試みる。オランダの医療・介護保険制度の特徴は、医療・介護サービスの性質に応じて、“Compartment 1”（特別医療費保険）、“Compartment 2”（短期医療保険）、“Compartment 3”（民間保険）と異なる保険の制度設計を行っている点にある。また、供給サイドにおいては、一次、二次、三次医療の分業、連携を明確に行い、病院計画、事前の支払制度等により、数量のコントロールを行っているように思われる点が注目される。オランダの医療・介護保険制度改革で、「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ように考えられるのが、「保険者」を核にした「規制された競争（Regulated Competition）」の考え方である。本稿では、保険制度設計の政策理念、「規制された競争」の効果、ウェイティング・リスト問題、クリーム・スキミングの問題、消費者主権の確立を論点として取り上げて、今日のオランダの医療・介護保険制度改革の評価を試みる。

■ キーワード

医療・介護保険制度改革、「規制された競争（Regulated Competition）」、「Compartment」、特別医療費保険、疾病基金保険

I はじめに¹⁾

今や、世界中の国々で、特に先進諸国を中心として、高齢化の進展といった社会環境の変化に直面し、医療・介護制度改革をせざるを得ない状況になってきている。

本稿で対象とするオランダもその例外ではない。オランダは、人口約1592万6000人（2000年、65歳以上人口割合は、13.7%）、国土面積も41526平方キロメートルと日本の8分の1から9分の1のサイズの国であるが、この国がたどってきた医療・介護制度改革の歴史は注目し得る。1980年代後半の「デッカー・プラン（Plan-Dekker）」「シモンズ・プラン（Plan-Simmons）」の構想に始まり、「1995年の改革」を経て今日に至るまで、医療・介護制度改革が紆余曲折を経ながら行われている。オランダも日本同様、

社会保険方式を中心に医療・介護制度が組み立てられており、したがって、制度改革の中心に常に、医療保険に関する制度改革が存在していた。もっとも、オランダの場合、1960年代中盤から、ほぼ同じような時期に医療保険（短期医療保険）、介護保険（「特別医療費保険」）が導入され、両者が密接なかかわりを持って運営され、制度改革のときにも両者が同時に改革の対象としてセットで取り上げられてきたので、「医療保険制度改革」というよりも「医療・介護保険制度改革」といった方が正確かもしれない。そこで、本稿ではあえて、「医療・介護保険制度改革」という用語を使うことにする。

オランダの医療・介護保険制度改革で、「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（Regulated

Competition)』と呼ばれるこの考え方は、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である。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するものであると考えられる。大森(2001a)では、2000年の時点における、オランダの医療・介護制度を「保険者機能」に着目して、考察した。²⁾ 本稿では、大森(2001a)の議論をふまえ、今日のオランダの医療・介護保険制度の現状について概観し、制度改革についての若干の評価を試みる。

本稿の構成は以下の通りである。IIでは、オランダの現在の医療・介護制度について、医療・介護保険制度を中心に、かつサービスの供給制度も含めて、概観する。そして、IIIでは、今日のオランダの医療・介護保険制度改革に関する若干の評価を試みたい。IVでは、結語が述べられる。

II オランダの医療・介護制度

1 オランダの医療・介護保険制度

オランダの医療・介護保険には、3つの“Compartment”が存在している。表1に、オランダの医療・介護保険制度の概要がまとめられている。“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する保険であり、特別医療費補償法(The Exceptional Medical Expenses Act)に基づいている。“Compartment 2”は、ケアを中心とした短期の医療費をカバーする保険である。ここでは、前者を特別医療費保険と呼び、後者を、短期医療保険と呼ぶことにする。また、“Compartment 3”は、公的保険でカバーされないサービスをカバーしている保険である。以下ではこの3者について、説明したい。³⁾

表1 オランダの医療保険制度(2002年)

Compartment	運営者	保険制度名	被保険者数	保険料
1 Catastrophic risks 長期療養サービス 精神保健 施設・在宅サービス	31 Care Office	AWBZ	約1580万人	(課税)所得比例 10.25%
2 Curative 治療サービス 短期病院サービス	27 健康保険金庫+公務員保険 50 私的保険会社	ZFW WTZ KPZ (公務員保険) 私的保険	約1010万人 約70万人 約80万人 約410万人	(賃金)所得比例 7.95% 定額保険料 定額保険料
3 Supplementary Care 追加的サービス		民間保険	人口の約90%	定額保険料

出所：CVZ資料

(1) 特別医療費保険…“Compartment 1”

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: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)である。これが、日本で注目されている公的介護保険にあたる。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。⁴⁾

保険加入については、法定であり、オランダの居住者⁵⁾であれば、国籍、所得の多寡、雇用されているかいないかにかかわらず、原則として強制的に加入させられる。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。

ただし、国民保険への加入を規制する法令(The Decree regulating Admission to the National Insurance Schemes, KB 746, 1999年施行)により、従来、AWBZへの加入を行ってきたオランダ国外に居住する者に関して、AWBZへの加入が制限されることになった。KB 746は、オランダの強制社会保険(National compulsory insurance)は、オランダの領土内に居住する者を対象とするべきであるというルールを厳密に適用することを目的として制定された。このルールの適用により、AWBZへの加入資格のない者は、原則として、居住している国のAWBZと同じ長期ケアをカバーする保険に加入する道を探すことになっているが、特に高齢者の場合、同様の保険に加入することが困難な場合もあるので、任意の特別医療費補償法(Voluntary AWBZ Insurance Act)が制定された。この法律は、AWBZへの加入資格のない、海外に居住する、オランダに

経済的、社会的つながりを持つ者に対して、任意でAWBZへの加入の道を開くものである。ただし、過去に特別医療費保険に最低1年間加入していた実績を持っていることが加入資格となる。任意の特別医療費補償法への加入資格があるかどうかの審査は、SVB(Social Insurance Bank)が行う。⁶⁾

保険料は加入者の課税所得に比例して課される(10.25%、2002年)が、課される課税所得には上限(27847ユーロ)がある。保険料は、被用者の場合には使用者が給与天引きで徴税当局に納め、非被用者の場合には、非被用者自身が徴税当局に納付しなければならない。保険料の納付義務は、15歳未満の者、および15歳以上でも課税所得のない者にはない。

特別医療費保険でカバーされるサービスは、下記の通りである。①看護と一般医療(Nursing and general care)、②精神医療サービス(Mental health care)、③知覚障害者に対するサービス(Care for people with sensory disabilities)、④精神障害者に対するサービス(Care for people with mental disabilities)、⑤組織化された予防サービス(Organized prevention)、⑥他のタイプのサービス(Other types of care)。

注目すべき点がいくつかある。第一に、カバーされるサービスの内容が、実在するサービス名ではなく「機能」として記述してある。「精神医療サービス」を例に取ってみよう。対象者が、精神障害(Mental disorders)を患っているか、心理社会的な機能不全に陥っている(psychosocial dysfunction)患者であることを条件とし、サービスの種類としては、検査、カウンセリング、情報提供、治療と指導、看護と一般医療が含まれるとされている。この定義に当てはまるサービスは、在宅で提供されるものであっても、施設で提供されるものであっても良いわけであり、サービスの代替が促進されることが期待されている。

第二に、病院での長期療養サービスに加えて、

ナーシングホーム、精神障害ホームといった高齢者介護、精神・身体障害者に対する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。

現物給付が基本であるが、1996年1月より、一部のサービスで、現金給付も導入されている。月額200ギルダー(1998年現在)が被保険者に直接給付され、在宅サービスなどに利用されている。⁷⁾

この保険の保険者は国であるが、短期医療保険の保険者である健康保険金庫(Health Insurance Fund)⁸⁾、私的保険会社、公務員保険が国を代行して、事務をつかさどっている。この事務代行者は、“Health Care Office(Zorgkantoren)”と呼ばれており、“Region”ごとに一つだけ存在している。オランダには、32の“Region”が存在する。⁹⁾ “Health Care Office”は、毎年、健康保険金庫等の保険会社の中から、各地域ごとに入札によって決定される。実際には、各“Region”の市場シェアの最も大きな健康保険金庫が、5年間の期限での承認の下に、“Health Care Office”をつかさどっている。¹⁰⁾ “Health Care Office”を落札した健康保険金庫は、後述の“Compartment 2”にあたる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。なお、“Health Care Office”は、原則として自らAWBZでカバーされている医療・介護サービスを供給することはできない。“Health Care Office”は、被保険者に対する医療サービスの内容を、医師、病院などのサービス供給者と契約する。オランダでは、保険者(事務代行者)とサービス供給者の契約は、以下のようなプロセスを経て行われる。保険者(事務代行者)の全国組織(特別医療費保険の場合は、政府)とサービス供給者の全国組織の間で、契約の内容について「諮問(Consultation)」が行われ、契約内容についての合意書、「諮問結果(Consultation Result, UVO: Uitmooit van overleg)」を作成する。「諮問結果」が無事に締結された場合には、健康保険審議会

(Health Care Insurance Board, CVZ)に承認を求め、もしも「諮問結果」が作成できなかった場合には、健康保険審議会が「モデル契約(Model Contract)」を作成する。「諮問結果」ないし「モデル契約」は、契約のフォーマットないしひな形であり、サービス内容等については書いてあるが、サービス価格については記入されていない。個々の保険者(事務代行者)とサービス供給者の間の契約は、この「諮問結果」ないし「モデル契約」から出発し、サービス内容についても、個々の事情ないし企業努力によって、改変することができる。また、サービスの価格については、医療料金法(The Health Care Charges Act, WTG)による規制があり、CTG(National Health Tariffs Authority)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(ただし、ナーシング・ホーム、精神障害者施設などのように、規制価格がそのまま適用されるケースもある)。いわゆる上限価格規制(Price Cap Regulation)である。ただし、個々のレベルの契約は最終的に健康保険審議会の承認を得る必要がある。¹¹⁾

また、“Health Care Office”は、AWBZによってカバーされているサービスを提供することを健康保険審議会(CVZ)によって認可された病院、ナーシングホーム等の病院以外の施設、医師等のサービス供給者すべてと契約を締結しなければならない。¹²⁾

特別医療費保険の運営を具体的に見てみよう。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。被保険者はサービスを必要するときには、多くの場合、サービスに応じて所得に応じた自己負担を支払わなければならない。これらの保険料と被保険者の自己負担分は、政府の補助金と一緒に一般特別医療費保険基金(General Exceptional Medical Expenses Fund, AFBZ)に集められ、CVZが、各“Region”の“Health Care Office”に経営管理費用を支払い、サービス供給者に費用を償還する。¹³⁾

(2) 短期医療保険…“Compartment 2”

“Compartment 2”では、短期の医療費がカバーされる。この保険は、加入者の年収、身分によって3つの制度が分立している。疾病基金保険(Sickness Fund Insurance, ZFW)は、全人口の約3分の2と最も加入者数の多い保険である。加入条件はやや複雑であるが、以下の通りである。課税所得が年間30700ユーロより低い65歳未満の被用者とその家族、社会保険給付を受けている65歳未満の者である。また、65歳になった時点で疾病基金保険に加入している被用者とその家族、65歳になったときに疾病基金保険に加入していなくても、本人およびそのパートナー(partner)の課税所得合計が19550ユーロ未満の者などである(2002年)。¹⁴⁾

公務員とその家族は、公務員保険(Health Insurance for civil servants)に加入することになる。公務員保険への加入者は、オランダの人口の約4.9%を占めている(2001年)。¹⁵⁾

私的保険には、上記の疾病基金保険、公務員保険に加入資格がない者が加入する。加入しているのは、具体的には、疾病基金保険の加入基準の所得以上の人々、および自営業者、退職者等である。私的保険に加入する者は、約466万5000人であり、人口の約29.1%(2001年)である。¹⁶⁾ 疾病基金保険の加入条件に適合しなかった者が、保険未加入になることを避けるために、医療保険アクセス法1998(The Health Insurance Access Act, WTZ)により、保険会社に対して、疾病基金保険がカバーするサービスと同等の内容のサービスをパッケージにした医療保険商品である“Standard Wtz Cover”を、保険加入を求めてくる者に販売することを義務付けた。この“Compartment 2”における私的保険を販売している保険会社は、Private、Public両者があるが、Privateが中心である。¹⁷⁾

以下では、加入者数の多い疾病基金保険と私的保険について、その仕組みを解説する。

① 疾病基金保険(健康保険法(The Health Insurance Act, ZFW: Ziekenfondswet)に基づく医療保険)

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1028万7000人で全人口の約64.1%である(2001年)。¹⁸⁾ 人々は非営利の健康保険金庫に加入し、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。人々は、1年に1回、加入する保険会社を選択することができる。カバーされるサービスの内容はGP(General Practitioner)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、健康保険金庫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。

保険者は健康保険金庫であり、保険会社は、被保険者のために、サービス供給者とサービスの内容について、毎年、契約を締結する。やり方は、特別医療費保険の場合と同様である。

保険料は、所得比例保険料(Percentage contribution)と定額保険料(Nominal contribution)の2つから構成される。所得比例保険料は、7.95%(2002年)である。被用者の場合、雇用者が6.25%、被用者が1.70%をそれぞれ負担する。一方、自営業者の場合は、7.95%(2002年)すべてを負担する。被用者の場合、保険料が課される上限の所得は28188ユーロであり、自営業者の場合は、19650ユーロである。特徴的なのは、被用者の場合の被用者と雇用者の負担割合である。1988年までは、労使折半であったが、1989年から負担割合が雇用者の方が被用者よりも大きくなっている。この理由は、1989年

から定額保険料の制度が導入されて、被用者の負担が増加したためだと考えられている。¹⁹⁾

自営業者、65歳未満の早期退職者、65歳以上の退職者等で引き続き疾病基金保険に加入している人々は、保険料を全額自分で払わなければならないが、特別な制度が準備されている。すなわち、所得を、退職年金（the State Retirement Pension, AOW）による所得とそれ以外の所得に分離して、保険料を徴収するということである。65歳未満の早期退職者は、この2つのカテゴリーの所得の合計の8.1%を納める。65歳以上の退職者は、退職年金による所得に対しては8.1%、それ以外の所得については6.1%を納めることになる（また、低所得者等の被保険者の一部については、所得比例ではなく、

定額で保険料を徴収している）。

このほか、被保険者は、定額保険料を、自分の加入している保険会社に対して支払う。定額保険料は、被用者も家族も差別なく、月払いで、子どもを除いたすべての加入者が個々に支払う。表2は、2002年、2003年の各健康保険金庫の定額保険料を示している。

疾病基金保険の財源は、所得比例保険料、定額保険料、国庫補助金、MOOZ割り当て保険料（MOOZ Apportionment contribution）の4つから成っている。最後のMOOZ割り当て保険料は、疾病基金保険の加入者に私的保険よりも高齢者が多いことから、私的保険から疾病基金保険に対して、財源の移転を行うものであり、高齢者医療保険法給付（共同資金）法（The Elderly Health Insurance Act Beneficiaries (Joint Financing) Act (MOOZ))に基づいている。具体的には、私的保険に加入している被保険者のうち、20歳以上65歳未満の者は81.60ユーロ、20歳未満の者は40.80ユーロ、65歳以上の者は65.28ユーロをそれぞれ1年間にMOOZ割り当て保険料として負担することになる。²⁰⁾

所得比例保険料、MOOZ割り当て保険料、国庫補助金は、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、健康・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。健康保険審議会は、健康・スポーツ大臣の監督の下で、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、それぞれの健康保険金庫に予算を配分する。予算配分方式は、表3の通りである。保険でカバーするサービスを以下のように分類して、それぞれに対して、予算を設定する。

③ 病院における医療サービスの固定費用

表2 疾病基金保険の定額保険料

(ユーロ)

金庫名	2002年	2003年
UNIVÉ	215.4	347.4
OZ	178.8	346.8
DSW	155.4	333
ANOZ	194.64	378
SALLAND	192	357
SR	155.4	299.4
ONVZ	214.8	366
HET ANKER	114	239.4
OZB	180	348
NEDERZORG	184.2	300
TRIAS	189	351
NUTS	188.4	342
AVIZO	238.8	390
GEOVÉ	184.2	357
DE FRIESLAND	186	342
ZORG and ZEKERHEID	167.4	378
GROENE LAND	168	354
VGZ	171.6	358.8
ZILVEREN KRUIS	190.56	346.8
CZ GROEP	157.2	333.6
AMICON	178.8	370.8

出所：CVZ資料

(Fixed cost of hospital care)

㊦ 病院における医療サービスの可変費用
(Variable cost of hospital care)

㊧ 専門医の医療サービスの費用 (Costs of
specialists health care)

㊨ 他の医療サービスの費用 (Costs of other
services) (GPのサービスなどが入る)

それぞれの予算の設定の仕方は、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) に大きく分けることができる。

「病院における医療サービスの固定費用」は、過去の実績に基づいて決められる。具体的には保険加入者一人当たりの過去にかかった費用実績が考慮される。「病院における医療サービスの可変費用」、「専門医の医療サービスの費用」は、加入者の年齢 (Age)、性別 (Sex)、薬剤費グループ (the Pharmacy Cost Group, FKG)、居住地域 (Region)、雇用・社会保険の状況 (the legal grounds for cover) という被保険者のリスク等の要素によって、決められる。「他の医療サービスの費用」については、加入者の年齢 (Age)、性別 (Sex)、薬剤費グループ (the Pharmacy Cost Group, FKG)、居住地域 (Region)、雇用・社会保険の状況 (the legal grounds for cover) という加入者のリスク要素のみならず過去の費用実績も考慮されて決定される。

なお、健康保険金庫の事務費用は、予算として配分される。1999年以來今日まで、予算の3分の2が被保険者の数による部分、3分の1が被保険者の数を補正したのによって決定されている。被保険者数の補正は、上記の「他の医療サービスの費用」と同じ基準で行われる。新規参入した健康保険金庫や規模の小さな健康保険金庫²¹⁾は、1999年から2002年まで追加的な事務費用予算を受け取っていたが、その後、廃止されることになっている。²²⁾

このようにして、決められる健康保険金庫の医療サービスの予算は、現実にかかる費用と大きく乖離する場合があるので、3つの予算補正措置が準備されている。1つが、一般的補正措置 (Generic Equalization) である。これは、健康保険金庫間での補正で、予算が平均よりも多い健康保険金庫から平均よりも小さい健康保険金庫に予算を再配分させるものである。

第二の補正措置が事後的調整メカニズムである。予算年度末に一般基金 (AK) による財政調整である。これは、健康保険金庫が直面する財政上の危機に対応するために導入されている。

第三に、高額療養費の補正措置 (HKV) がある。高額療養費の負担を健康保険金庫間で負担し合うための政策装置である。財源は、すべての健康保険金庫が、「病院における医療サービスの可変費用」、「専門医の医療サービスの費用」、「他の医療サービスの費用」に対して与えられた予算の中から一定の割合をプールした中央HKV基金 (The central HKV Fund) である。各健康保険金庫は、被保険者の医療費が年間で7500ユーロを超えた場合に請求をし、費用の90%が基金から償還される。²³⁾

予算の決定は以上の通りであるが、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、健康保険金庫は、保険加入者に対して定額保険料を科す。なお、消費者の自己負担は基本的にゼロである。表2は、2002年、2003年における健康保険金庫各社の定額保険料を示したものであるが、保険会社によって、定額保険料に差があることが分かる。

なお、健康保険金庫は、準備金 (Reserves) を持つことができる。配分された事務費用の予算の中で実際には使用せず、余剰がでた場合、準備金に繰り入れることができる。準備金は、次年度以降、事務費用の予算オーバーが生じた場合に使用することができる。²⁴⁾

② 私的保険（医療保険アクセス法（The Health Insurance Access Act, WtZ: Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen）に基づく医療保険）

私的保険は、疾病基金保険、公務員保険いづれでもカバーされなかった人々が任意加入する。²⁵⁾²⁶⁾ 加入しているのは、具体的には、疾病基金保険の加入基準の一定所得以上の人々、および自営業者、退職者等である。カバーされている国民の数は、約466万5千人で全人口の約29.1%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少ない。なお、私的保険は、個人ベースで加入するので、家族がいる場合、それぞれに対して個別に保険契約を行う必要がある。²⁷⁾ 供給をつかさど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。私的保険会社は、医療保険アクセス法（WtZ）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 WtZ cover）を提供することを義務付けられている。

私的保険の財源は、定額保険料（Nominal contribution）、WtZ 割り当て保険料（The WtZ apportionment contribution）から成る。²⁸⁾

保険料は、（1人当たり）定額保険料である。定額保険料の金額は、被保険者の属性によって異なる。例えば、Standard WtZ cover の保険を購入している者は、月額136ユーロであるが、以前に疾病基金保険、公務員保険に加入していた65歳以上の者は、月額108ユーロである。また、18歳未満の子ども、18歳以上27歳未満でフルタイムの教育を受けている者は、親等が保険に加入していれば、その親保険の月額保険料の半額を支払えばよい。²⁹⁾

定額保険料で費用をまかなえない場合、WtZ 割り当て保険料を65歳未満の被保険者に対して一人当たり1年間で定額で請求する。2002年の保険料は、20歳未満の者は117.12ユーロ、20歳以上65歳未満の者は234.24ユー

ロであった。

（3）民間保険…“Compartment 3”

1992年以来、公的な医療・介護保険制度でカバーするサービスに関して、Dunning 委員会（Dunning Committee）によって4つの基準が設けられることになった。その基準とは、健康の観点から本質的（essential）であること、効果（Effectiveness）が実証されていること、費用—効果的（Cost-effective）であること、患者にとって経済的に利用不可能なほど高価であること、である。これら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。³⁰⁾ 実際には、私的保険会社のみならず健康保険金庫も“Compartment 2”の公的保険の追加的保険（Supplementary cover）として、この保険を販売することになる。疾病保険基金の被保険者の90%以上が、追加的保険に加入している。³¹⁾ “Compartment 3”のカテゴリーに対しては、医療費全体の約3%が支出されている。³²⁾

サービスとしては、疾病基金保険の追加的保険として、具体的には、大部分の大人の歯科サービス、人工的補欠物（義眼、義足など）、聴覚補助、海外における医療費などが含まれる。また、理学療法サービスの一部、歯科手術、美容整形などもこの“Compartment 3”に含まれる。³³⁾

“Compartment 3”は、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、競争的な環境の中で供給されてもよいという政策判断をオランダ政府が行ったと解釈することもできよう。

2 医療サービス供給サイド

次に医療サービスの供給サイドを見てみよう。供給サイドの特徴は、一次医療、二次医療、三次医療の分業が明確な形で行われるようになっていくことである。

(1) 一次医療

一次医療を主として担うのは、GP (General Practitioner、一般医)である。GPは、人々が病気になったときに最初に訪問する、かかりつけ医の役割を担っている。患者は、病気になったときに最初に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。³⁴⁾ GPは、幅広い項目の病気に対する診断、慢性疾患に対する治療、患者の病気に対する不安および病気に起因する心理的問題に関する専門家として教育を受け、GPの専門医として認定を受けている。疾病基金保険の被保険者は、かかりつけ医としてのGPを選択し、医療機関にかかるときには最初にそのGPを選ばなければならない。GPは、ソロ・プラクティスも多いが、グループ・プラクティス、ヘルスセンターで開業している者も近年増加している。³⁵⁾

このシステムは、結果的に、GPが病院での診療の必要のない患者を自ら診療し、病院および専門医による医療サービス等の二次医療へのアクセスをコントロールする仕組みになっている。つまり、GPが二次医療への門番の役割 (Gate keeping role) を果たすようになってきているのである。現実にオランダでは、GPから病院および専門医への紹介率が非常に低い。患者のGPへの訪問のうち、専門医への紹介率は、6%程度である。もちろん、紹介率がすべて低いわけではない。心筋梗塞、根症状を伴う腰痛、慢性扁桃炎などは紹介率が高い。その一方で、高血圧症、腰痛、上房呼吸器感染症は、紹介率が非常に低い。³⁶⁾

また、人々が利用できるのは、自らが登録している保険会社が契約しているGP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) を中心とする支払い方式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。³⁷⁾ リスク調整の指標としては、65歳を境とした年齢および問題カテゴリー等が

入っている。³⁸⁾

(2) 二次医療・三次医療

二次医療、三次医療は主として病院の専門医 (Medical specialist) によって提供されている。

専門医は、病院等の施設で診療を行っている者がほとんどであり、病院に雇用されている者とソロ・プラクティスで病院とパートナーシップの契約関係を結んでいる者の2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。病院は136 (1999年) あり、教育病院 (Teaching hospital)、一般病院 (General hospital)、専門病院 (Specialist hospital) から成っている。³⁹⁾

専門医個人に対する支払いとは別に、病院は、事前的に向こう1年間の予算を受け取る。病院の支出の予算化は、1983年のグローバル・バジェットティング・システム (Global Budgeting System) に始まる。これは1988年に機能的予算システム (Function-directed Budget 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ロケーション費用 (Location cost)、②固定的費用 (fixed cost)、③準固定的費用 (semi-fixed cost)、④可変的費用 (variable cost) の4つに分ける。ロケーション費用は、病院のインフラストラクチャーにかかわる予算である。具体的には、建物、設備などの投資に対する予算で、投資には、病院施設法の認可が必要である。固定的費用は、来院した患者の数に対応して与えられる予算である。準固定的費用部分は、病院の機能によってつく予算である。具体的には、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、予算がつく。可変的費用は、病院のサービスの供給量に対応して決まる予算である。具体的には、受診数、

外来患者数などである。この可変的費用の予算は、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、CTG (National Tariff Agency)において交渉、認可される。⁴⁰⁾

病院は、この事前的に与えられた予算を実際にサービスを提供して、保険者ないし患者に請求することによって使用していく。請求に使用する料金は、補助的料金 (Ancillary tariffs) および一日当たり看護料、一日当たり病院料金によって構成されている。補助的料金は、病院における約1600の診断および治療行為に対して設定されている。これらの料金に基づいて、病院は、与えられた予算の限度までサービスを提供するが、もし年度内に予算を使い切らなかつた場合、翌年まで持ち越すことはできない。2000年以前には、病院は与えられた予算を残した場合、翌年に持ち越すことができたが、これを廃止したことによって、オランダの医療制度を悩ませているウェイトティングリスト問題の解決が期待された。

また、近年では、病院に対する料金設定において、DBC: Diagnose Behandelingen Combinaties (Diagnosis Treatment Combination) が考案され、一部の病院で試験的に導入されている。⁴¹⁾ これは、DRG (Diagnosis Related Group) と似た考え方であるが、相違点がある。第一にDRGは、治療開始時点につけられるが、DBCは、治療後につけられる。第二に、患者に複数のDBCをつけることが可能である。第三にDBCは、専門医自身をつける。第四に医師に対する費用償還がDBCの中に含まれており、医師にDBCをつけるインセンティブがある。

(3) 病院計画 (Hospital Planning)

オランダでは病院等の医療機関、介護施設の建設について、病院施設法 (The Hospital Facilities Act, Wet Ziekenhuisvoorzieningen: WZV) によって厳格に計画を作って規制している。病院施設法が

施行されたのは1971年であるが、当時の状況は、疾病基金保険 (ZFW)、特別医療費保険 (AWBZ) が施行された後でカバーされるサービスを提供する供給者が参入し、多くの医療・介護施設が次々と設立された時期であった。WZVは、そうした流れの中で、医療・介護施設の量をコントロールし、ひいては医療費を節減することを目指していたとも推測される。⁴²⁾

病院計画は、厚生・スポーツ大臣が、州政府 (Provincial government) に対して「命令 (Instruction)」を發布し、病院計画の作成を求める。州政府は、病院、患者・消費者団体、地方政府、保険会社などから意見を聞きながら、既存の医療施設、医療施設の過剰・不足状況、医療施設の建設・修繕・拡張計画、計画の実施方法・タイムテーブルを含んだ病院計画を作成し、厚生・スポーツ大臣に提出する。大臣は、病院施設建設委員会 (The National Board for Hospital Facilities, CBZ) の意見を聴いて、原案を承認すると「承認 (Acknowledgements)」が發布され、病院計画が実施されることになる。⁴³⁾

WZVによる病院計画は、サービスを提供する施設の量をコントロールすることによって、医療費の抑制に貢献したという評価がある一方で、地域にあったサービスの内容および質を確保するために、計画作成のプロセスの複雑さと柔軟性の欠如が難点になっているということが指摘されてきた。

そこで、いくつかの施策が考えられた。

特定医療サービス法 (Act on Specific Medical Services, WBMZ: Wet op bijzondere medische verrichtingen) が2000年の1月に発効した。

また、最近では、医療施設運営法 (Operations of Care Institutions Act/Bill, (Wetsvoorstel) WEZ: Wet Exploitatie Zorginstellingen) が厚生・スポーツ省から発案された。WZVでは、政府が、施設の建設 (Construction) をコントロールすることを目的にしているのに対して、WEZでは、施設の機能 (Operation) の部分をコントロールすることが特徴で

あるといわれている。⁴⁴⁾つまり、政府は、人々のニーズをくみ取りながら、施設の量をコントロールすることに主眼をおくのではなく、医療サービスの品質、アクセシビリティ、効率性といったパラメーターをコントロールすることを試みるというものである。⁴⁵⁾

III 医療保険制度改革の現状および評価

厚生・スポーツ省は、2002年1月に“Choosing with Care”を、同年3月には、“A Question on Demand”を発表し、今後の医療政策の方向性について議論している。⁴⁶⁾これらの報告書では、現在までのオランダの医療・介護制度に関する評価を行い、今後の医療・介護制度に関する青写真が描かれている。医療における消費者主権の方向性を明らかにし、再びデッカー・プランにおいて提案されていた医療保険制度の統合による基礎保険の構想を打ち出したほか、「規制された競争」をより有効なものにする政策が議論されている点である。

本節では、オランダの医療・介護制度改革の現状について、その政策理念、「規制された競争」に関する評価、消費者主権の推進の方向性に関して議論を行う。

1 政策理念…医療保険制度間の分業関係

“A Question on Demand”において、特別医療費保険、短期医療保険を統合した「基礎保険」の導入の構想が語られていることを除けば、オランダの医療保険制度において、サービスを“Compartment 1”、“Compartment 2”、“Compartment 3”と3つに分類し、それぞれのサービスに適合した需給システムを準備するという考え方は、大森(2001a)において議論されている状況から変化していない。

“Compartment 3”は、自由診療の部分で、サービスの需給は市場メカニズムに任されている。

“Compartment 2”では、「規制された競争

(Regulated Competition)」の導入の方向性が明らかになっている。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等の制約下で、医師、医療機関等とサービスの価格、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、医療機関等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。

一方、“Compartment 1”では、介護、長期療養サービスに関して、費用の正確な予測が困難であるとの判断を反映し、競争メカニズムが制約された形で導入されている。すなわち、運営者である“Health Care Office”にサービス供給者との契約交渉の余地のみを残して、サービス供給者には事後的費用償還を行っているため、競争のメカニズムが働く余地は小さい。制度的には、“Health Care Office”をつかさどる権利に対する入札が存在するので、運営者のサイドに効率性のインセンティブがあるはずであるが、現実には、“Health Care Office”は、各“Region”のマーケットシェアの最も大きな健康保険基金がつかさどっており、競争的に入札が行われている保証はない。

オランダの医療保険制度の一つの特徴は、医療保険制度を、カバーするサービスの性質によって、

異なる仕組みで設計し、運用していることにある。

2 「規制された競争」の評価… 医療における競争の帰結

オランダの医療・介護保険制度の大きな特徴は、医療サービスの広い部分をカバーする“Compartment 2”において、「規制された競争」を導入する方向性を打ち出している点にある。

この点は、“A Question on Demand”における記述にも見られるし、大森(2001a)で議論しているように、現実には、保険者とサービス供給者の競争的な契約システムが制度的に準備され、また、ZFWに基づく医療保険に関して、健康保険金庫に対する費用償還は、費用償還方式の改正を繰り返しながら、被保険者の属性に応じたりリスク調整型支払いの部分が増加してきていることから確認できる。

それでは、果たして、現実には、“Compartment

2”では、「規制された競争」が想定しているような状況が生じているのだろうか。

表3は、オランダの保険者数の年次推移である。疾病基金保険の保険者は、1990年の37から2001年には25まで減少している。私的保険の保険者数も、1990年の81から2001年の47と減少している。表4は、“Compartment 2”をつかさどる保険者の規模別分布を表している。規模は、被保険者数で計られているが、疾病基金保険、私的保険いずれについても、2000年から2001年にかけて、保険者の規模の拡大が行われていることが分かる。表3も併せて考えると、合併によって保険者数の減少を伴いながら、保険者の規模の拡大が行われていることを類推させる。⁴⁷⁾

また、表2は、健康保険金庫の定額保険料の様子を見たものだが、2003年では、最小値が年額239.4ユーロ、最高値が年額390ユーロで、ばらつきがあることが見て取れる。これは、健康保険金庫が競争を行い、効率化への努力を行ったことが反映されていると考えることもできるが、逆に競争が十分に行われていない結果であると解釈することもできる。

Schut and Hassink(2002)は、「規制された競争」が効いているか、を2つの方法で実証的に検証している。第一の方法は、定額保険料のばらつきの要因分析を行うことである。具体的には、健康保険金庫の定額保険料を「健康保険金庫の被保険者一人当たり内部留保」、「健康保険金庫の被保険者一人当たり医療費の赤字」、各健康保険金庫固有の組織的効率性などを反映した「ダミー変数」で回帰分析を行っている。結果は予想通り、健康保険金庫が、内部留保が大きいほど、被保険者一人当たりの医療費の赤字が小さいほど、定額保険料を低くする傾向にあることが予想されるが、限定条件付きながら、およそ予想通りの結果を得ている。⁴⁸⁾

第二の方法は、健康保険金庫の設定する定額

表3 保険者の数の年次推移

	1990	1995	2000	2001
疾病基金保険	37	27	27	25
私的保険	81	50	50	47
(内訳) Private	68	47	47	44
Public	13	3	3	3
総数	118	77	77	72

出所：VEKTIS(2002) P.11

表4 “Compartment 2”の保険者の規模の分布

被保険者数(人)	疾病基金保険		私的保険	
	2000	2001	2000	2001
500000-	9	9	2	3
400000-500000	2	2	1	0
300000-400000	3	4	3	3
200000-300000	2	2	2	3
100000-200000	2	1	12	9
50000-100000	2	1	5	7
-50000	7	6	25	22
合計	27	25	50	47

出所：VEKTIS(2002) P.12

保険料が、被保険者の選択に影響を与えているかどうかを検証することである。データ利用の制約から、迂回的方法ではあるが、健康保険金庫の市場占有率が定額保険料（および supplementary coverage の保険料）によって影響を受けるかどうかを確認するという方法をとっている。具体的には、各健康保険金庫の“Region”における市場占有率を、「保険料」、「最も一般的な追加的カバーに対する（追加的）保険料」、「健康保険金庫が新規参入者か既存企業かを区別するダミー変数」および健康保険金庫の経営の効率性などを反映した「ダミー変数」で回帰している。また、多くの被保険者が追加的カバーもセットで購入しているという実態を反映させて、上記の推計を、説明変数としての保険料を統合した「保険料+追加的カバーに対する（追加的）保険料」に置き換えて推計することも行っている。市場占有率はいずれの場合も、制約条件付きながら、予想通り、保険料があがると市場占有率が下がるという結果が得られている。⁴⁹⁾

結果は、「規制された競争」が効いていることを確定するまでには至っていないが、その可能性があることを示唆する内容になっている。

その一方で、医療サービスの供給者と保険者との間の契約において、事実上、「モデル契約」がそのまま利用され、かつ、サービスの価格も上限価格のまま設定されている場合が多いことが認識されている。⁵⁰⁾ オランダの医療制度における競争の有無、および結果について結論を出すには、さらなる検証を要すると思われる。

3 ウェイティング・リスト (Waiting List) 問題

また、オランダの医療・介護制度に関して、ウェイティング・リスト (Waiting List) 問題についてふれないわけにはいかない。ウェイティング・リスト問題は、病院等の医療施設が病院予算システムの下で年間の予算を配分されるオランダでは生じうる可能性が高い。⁵¹⁾ オランダでは、1990年代の中盤か

ら医療施設におけるウェイティング・リスト問題が深刻であることが政策当局によって認識され、1997年からは、補助金を投入することによって、ウェイティング・リストを減少させる試みが開始された。さらに1998年には、ウェイティング・リスト委員会 (Waiting list committee) が設置され、施策が講じられた。具体的には、例えば、ウェイティング・リストの長さに関する情報開示、サービスの生産を増加させたことを示したサービス供給者に対して補助金を与えること、経営管理の考え方に従って、医療サービスの提供体制を改善すること、大学医学部の定員の増加、看護師などコ・メディカル・スタッフを増やすキャンペーンを行うことであった。

しかし、2000年の時点でも、例えば、一般病院における治療を待っている患者数は約150000で、その中で1カ月以上待っている患者数は92000と、依然として、ウェイティング・リスト問題は根深い問題として、オランダの医療・介護制度に横たわっている。⁵²⁾

4 クリーム・スキミング問題

「規制された競争」において、保険者が被保険者に対して、リスク・セレクションを行うクリーム・スキミングの問題の発生は不可避である。ポイントは、保険者に対して、より正確な、被保険者のリスクに応じたリスク調整型支払い方式を確立することである。⁵³⁾

大森 (2001) でも議論しているように、オランダの疾病基金保険では、リスク調整型支払い方式を、表4で見られるように、消費者の属性をより多く加えて精緻化してきた。⁵⁴⁾ 例えば、L. Lamers (1998) は、オランダの疾病基金保険のデータを利用して、診療歴の情報をリスク調整指標に加えることによって、費用の予測をよりよくすることができることを指摘している。また、van Barneveld, E. M., Lamers, L. M. van Vilet and van de ven, W. P. M. M. (2001) では、オランダの健康保険金庫のデータを

利用して、不完全なリスク調整型支払い方式の下でも、保険者と被保険者の間でリスク・シェアリングを行うことによって、保険者のリスク選択のインセンティブが抑制され、効率性が志向されることを示している。

5 消費者主権の確立

オランダの医療・介護制度は、患者主体の制度を目指すことが、“Choosing with Care”でも表明されている。⁵⁵⁾ “Choosing with Care”では、患者に医療情報の提供をする仕組みを作ることが提案されているが、まだ、具体的施策は、緒に就いたばかりである。しかし、患者の法的権利を確立する法律は、1995年から2000年にかけて、次々と制定された。⁵⁶⁾

1995年には、「医療・介護部門の患者の権利に関する法律 (The act governing the right of clients of the care sector to complain, Wet klachtrecht cliënten zorgsector: WKCZ)」が制定された。この法律は、患者が自ら需要した医療・介護サービスに関して不服があるときに、異議申し立てをできるように制度の整備を行うことを目的としている。具体的には、各医療・介護施設等が患者からの異議申し立てを受け付ける不服審査委員会 (complaints committee) を備えるということである。

また、同じ年、「医療処置法 (The Medical Treatment Act, Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: WGBO)」が施行された。これは患者の法的立場を強めることを目的とし、制定された。医療サービス供給者は、患者の権利について十分情報を与えられること、可能なサービスの中で適切な医療サービス (Good practice) についての情報を十分に与えられるようにすることが意図された。

また、「医療・介護施設等への生産要素投入における患者の権利に関する法律 (the act governing the right of input of clients of care institutions, Wet

medezeggenschap cliënten zorginstellingen: WMCZ)」が制定された。この法律は、患者が、施設において医療・介護サービスを必要するときに、治療方法の選択など自らのサービスの選択に関する意志決定に参加できるようにすることを目的としている。

「医療・介護施設品質法 (The health care institutions quality act, Wet kwaliteitswet zorginstellingen: WKZ)」制定の試みも注目に値する。

IV 結論

本稿では、オランダの今日の医療・介護制度を、医療・介護保険制度を中心に、サービスの供給サイドの制度についても、概観した。また、今日のオランダの医療・介護制度に関する評価を、オランダの医療・介護保険制度の設計の政策理念、「規制された競争」の効果、ウェイティング・リスト問題、クリーム・スキミングの問題、消費者主権の確立を論点として取り上げて行った。

オランダの医療・介護制度では、次々と新しい制度改革の提案が出され、一部は実行に移され、残りは頓挫するということが繰り返行われてきており、常に変化が生じている。しかしオランダの制度改革の特徴は、制度に関する政策理念が提示され、政策的議論が行われ、当否が決定されるという論理的な政策的意志決定が行われているように思われ、参考にするべき点は多い。

注

- 1) 本稿は、(財)医療経済研究・社会福祉協会 医療経済研究機構内に設置された「オランダ研究会」による調査・研究に多くを負っている。
- 2) 「保険者機能」については、山崎泰彦(2001)を参照されたい。
- 3) オランダの医療・介護制度およびその歴史の変遷については、Okma.G.H(1997)が詳しい。
- 4) 本小節の制度の記述については、Ministry of Health, Welfare and Sport(2002a), Hermans. A. E. H and

- Dosljak. M (2002), 大森正博(2001a), 堀勝洋(1997)を参考にした。
- 5) 居住者 (Residents)とは、原則として、オランダの領土内に居住している者を指すが、オランダの領土外に居住していても、経済的、社会的な絆がオランダにある場合は、居住者と見なされる。
 - 6) 詳しい加入条件は、Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a)を参照のこと。
 - 7) Schut. F. T et al. (1997), 廣瀬真理子(2000)を参照のこと。
 - 8) 従来、オランダの政府刊行物では、被用者向け短期医療保険の保険者を Sickness Fundと英訳しており、筆者の従来論考(大森(2000, 2001a, 2001b)など)では、その組織の性格も踏まえて「疾病基金保険会社」と訳していた。しかし、Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a)では、Health Insurance Fundと英語訳を変えており、本稿では、それに対応して、「健康保険金庫」と翻訳を変えてある。
 - 9) Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.34を参照のこと。
 - 10) Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.34を参照のこと。
 - 11) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.23-24 および P.62-63を参照のこと。
 - 12) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.23-24を参照のこと。
 - 13) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.21-21.
 - 14) Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.31-32を参照のこと。
 - 15) VEKTIS (2002) P.13. なお、本稿では、公務員保険の説明は省略した。
 - 16) VEKTIS (2002) P.13.
 - 17) Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.41-43. Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a)
 - 18) VEKTIS (2002) P.13.
 - 19) Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.39.
 - 20) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.40.
 - 21) 規模の小さな健康保険金庫とは、被保険者数が60000人未満の健康保険金庫のことである。Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.47.
 - 22) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.47.
 - 23) ただし、7500ユーロの中には、「病院サービスの固定費用」として与えられた予算は含まない。Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.45.
 - 24) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.46-47.
 - 25) ただし、外国人でオランダの居住者となった者は、Standard Wtz Coverを購入するには、居住者になる前に最低6カ月間病院サービスをカバーする医療保険に加入していた自責が必要である。また、オランダの居住者の場合でも、最低3年間いずれかの医療保険に加入していた実績が、Standard Wtz Coverの購入に当たって必要とされる。
 - 26) WTZに基づく私的保険の加入条件については、Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a)および Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.41-42を参照のこと。
 - 27) 加入者の数字等は、VEKTIS (2002) P.13による。
 - 28) 私的保険の被保険者は、MOOZ 割り当て保険料 (The MOOZ apportionment contribution)も負担する。疾病基金保険の項目を参照。
 - 29) 2002年の数字である。詳細は Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.52を参照のこと。
 - 30) Government Committee on Choices in Health Care (1992)および Ministry of Health, Welfare and Sport (2002c) P.54-55を参照。4つの基準は、通称“Dunning filter”と呼ばれている。
 - 31) Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.46.
 - 32) Ministry of Health, Welfare and Sport (1999)
 - 33) Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.45-46.
 - 34) 疾病基金保険の被保険者のGPからもらう紹介状を「紹介カード (Referral card), 私的保険の被保険者が受け取る紹介状を「紹介状 (Referral letter)」と呼ぶ。
 - 35) ヘルスセンターは、GP, ソーシャル・ワーカー, 理学療法士, 助産師などが共同で開業している。
 - 36) 紹介率は、高血圧1%, 腰痛2%, 上部呼吸器官感染症3%前後, 心筋梗塞60%, 根症状を伴う腰痛16%, 慢性扁桃炎35%である。Groenewegen, De Bakker and Vander Velden (1992)を参照。Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.70.
 - 37) リスク調整型人頭払い方式を中心としながら、fee for serviceによる支払いも行われている。Landelijke Huisartsen Vereniging (2000)を参照。
 - 38) Landelijke Huisartsen Vereniging (2003)を参照のこと。
 - 39) 教育病院は、8つの大学病院から成り、一般病院は100存在する。Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.73.
 - 40) National Hospital Association of the Netherlands (1989), MaarseJ. A. M (1989), Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a), Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002)を参照。
 - 41) 松田(2003)および Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.108-109を参照。
 - 42) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.60にそうした記述がみられる。
 - 43) 病院施設建設委員会は、旧病院施設委員会

- (Hospital Facilities Board)のことである。病院計画については, Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.23-25を参照のこと。
- 44) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.61-62を参照のこと。
- 45) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.61-62を参照のこと。
- 46) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002b), Ministry of Health, Welfare and Sport (2002c)。
- 47) 数は多くないが, 保険者の新規参入が行われていることにも留意せよ。
- 48) 「ダミー変数」が, 「健康保険金庫の被保険者一人当たり内部留保」, 「健康保険金庫の被保険者一人当たり医療費の赤字」と相関を持っているために, 推定結果にバイアスが生じている可能性があることが指摘されている。
- 49) 市場占有率の保険料に関する弾性値が, 1を下回っており, 保険料を上げることにより利益が上昇するという結果になっていることと, 新規参入者が既存企業かというダミー変数の係数が有意でないという制約がある。
- 50) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.63。
- 51) ウェイティング・リスト問題については, Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.76-78を参照のこと。
- 52) Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.78。
- 53) リスク選択に関する理論的な分析は, 佐藤 (2003)を参照のこと。佐藤 (2003)は, 「規制された競争」のメカニズムについて, 理論的分析を展開している。
- 54) 大森 (2001a) (表4)を参照のこと。
- 55) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002b) P.4。
- 56) 各法律の概要については, Ministry of Health, Welfare and Sport (2002b)を参照のこと。
- 参考文献**
- (論文)
- Hermans. A. E. H. and Dosljak. M. 2002. "Health Care Systems in Transition Netherlands 2002", The European Observatory on Health Care Systems.
- Maarse. J. A. M. 1995. "Hospital Financing in the Netherlands," in U.S.Congress, Office of Technology Assessment (1995) Ch.7.
- 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.
- Schut. F. T, van Doorslaer E. K. A. 1999. "Towards a reinforced agency role of health insurers in Belgium and the Netherlands," Health Policy Vol.48 P47-67.
- Schut. F. T. and Hassink. W. H. J. 2002. "Managed competition and consumer price sensitivity in social health insurance," Journal of Health Economics Vol.21, No.6 P.1009-1032.
- van Barneveld. E. M., Lamers. L. M. van Vilet and van de ven. W. P. M. M. 2001. "Risk sharing as a supplement to imperfect capitation: a tradeoff between selection and efficiency," Journal of Health Economics Vol.20, No.2 P.147-168.
- 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.
- 大森正博 1998「オランダの医療・介護制度改革」『海外社会保障情報』第124号 P.28-44
- 大森正博 2000「医療・介護制度改革」仲村優一, 一番ヶ瀬康子編『世界の社会福祉 ドイツ・オランダ』旬報社 P.334-362
- 大森正博 2001a 「オランダの医療制度改革と「保険者機能」」『海外社会保障研究』P.59-71
- 大森正博 2001b 「オランダの医療保険制度改革の現状」『国民健康保険』5月号 P.2-9
- 佐藤主光「保険者機能と管理競争—オランダの医療保険制度改革を例に—」国立社会保障・人口問題研究所編「選択の時代の社会保障」東京大学出版会 2003所収(第10章)
- 廣瀬真理子 2000「オランダの長期医療・介護保障制度」『海外社会保障研究』No.131 P.47-55
- 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
- 松田晋哉 2003「オランダの診断群分類DBCについて(上・下)」『社会保険旬報』No. 2177 P.6-9, No. 2178 P.10-16
- 山崎泰彦 2001「保険者機能に注目した医療制度改革論」国立社会保障・人口問題研究所(主任研究員 山崎泰彦 上智大学教授)『保険者機能に関する研究プロジェクト報告書』所収
- (書籍・資料)
- Government Committee on Choices in Health Care. 1992 "Choices in health care." Landelijke Huisartsen Vereniging. 2003 "Ziekenfonds Tarieven Per 1 Januari 2003."
- Ministry of Health, Welfare and Sport. 1999 *Jaaroverzicht zorg*.
- Ministry of Health, Welfare and Sport. 2000 *Zorgnota 2000*.
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 2002a, *Health Insurance in the Netherlands*.
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 2002b, *Choosing*

with Care.
Ministry of Health, Welfare and Sport, 2002c, *A Question of Demand.*
Okma. G. H 1997. *Studies on Dutch Health Politics, Policies and Law.*
U.S. Congress, Office of Technology Assessment (1995)

Hospital Financing in Seven Countries Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
VEKTIS. 1999 *Financiering van de zorg in 1999.*
VEKTIS. 2002 *ZORGMONITOR Jaarboek 2002.*

(おおもり・まさひろ お茶の水女子大学助教授)