

## オランダの医療制度改革と「保険者機能」

大森 正博

### ■ 要約

本稿では、オランダの今日の医療・介護制度を概観し、その制度改革、制度設計を「保険者機能」の視点から分析することを試みている。

効率的な資源配分を実現し、衡平な医療を提供するために、オランダは、1980年代後半以降、デッカー・プラン、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・介護制度改革を推し進めてきたが、1995年にその制度改革の方向性を修正し、今日に至っている。そこで、最も興味深いことは、オランダは、医療・介護制度へ、一般的に「規制された競争」を導入する代わりに、サービスを3つに分類し、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(“Compartment 3”)と公的に介入を行う部分に分けた。そして、後者については、短期に治療の行われる医療サービス(“Compartment 2”)には「規制された競争」を導入し、長期療養サービス(“Compartment 3”)については、「規制された競争」を導入せず、入札制など別の形で資源配分の効率性を実現しようとしている。そして、それぞれの“Compartment”に応じ、「保険者」の役割にも違いを持たせている。

### ■ キーワード

特別医療費保険、疾病基金保険、規制された競争、「保険者機能」

### I はじめに<sup>1)</sup>

今日、先進諸国を中心として、世界の多くの国々では、高齢化の進展といった社会環境の変化に直面し、医療・介護制度をどのように整備していくかが重要な政策課題になりつつある。わが国もその例外ではなく、20世紀最後の年に介護保険制度が施行され、さらに医療保険制度改革について真剣な議論と改革が行われつつある。

本稿で対象とするオランダは、人口約1575万4000人(1999年)(65歳以上人口割合は、1997年で13.3%)、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、さかのぼれば、オランダ船の日本漂着以来、日

本と最も交流期間の長い西欧諸国の一つである。

そのオランダにおいて、1968年より介護保険(「特別医療費保険」)が実施され、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。その改革の考え方の一つの柱になっているのが、「保険者」を核にした競争原理の導入である。近年、日本の医療制度改革の構想において、保険者の役割に焦点をあてた、いわゆる「保険者機能」の議論があるが、オランダの試みは、それと軌を一にするものといえる<sup>2)</sup>。本稿の目的は、オランダの医療・介護制度における、「保険者機能」の姿を概観し、考察することにある。

本稿の構成は以下の通りである。IIでは、オランダの今日の医療・介護制度について、医療・介護保険制度を中心に概観する。そして、IIIでは、「保険者機能」を中心に、オランダの医療・介護制度改革の根底にある考え方について、若干の検討をしてみたい。そして、IVにおいて、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

今日のオランダの医療・介護保険には、3つの“Compartment”が存在している。“Compartment”は、オランダの医療行政関係者の間で使われている用語である)。大きく分けると、公的保険と私的保険である。そして、前者については、カバーされるサービスの種類に応じて2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。「1995年の改革」の後、最近では、前者を“Compartment 1”、後者を“Compartment 2”と呼んでいる。また、私的保険は、公的保険でカバーされないサービスをカバーしており、“Compartment 3”と呼ばれている。以下ではこの3者について、説明したい。

#### (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<sup>3)</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かかわらず強制的に加入させられる。また、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。

保険料は加入者の所得に比例して課される(10.25%、2000年)が、課される所得には上限(48994ギルダ)がある。保険料は、被用者の場合には雇用者が給与天引きで徴税当局に納めることになっているが、非被用者の場合には、非被用者自身が徴税当局に納付しなければならない。

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、精神障害ホームでの診療、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、現金給付も導入されている。月額200ギルダ(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<sup>4)</sup>。

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疾病基金保険会社、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、“Care Office”と呼ばれており、地域(Region)ごとに一つだけ存在している。“Care Office”は、毎年度、疾病基金保険会社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。したがって、“Care Office”を落札した疾病基金保険会社は、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。“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。ここで、保険者(および事務代行

者)とサービス供給者の間の契約について少し詳しくふれておく必要がある。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が明示的な

表 1 特別医療費保険制度

制度	特別医療費保険
保険者	政府
運営者	“Care Office”
被保険者	オランダの居住者(国籍, 所得額, 収入に依存しない, 強制加入) オランダで雇用され, 所得税を納めている者
保険料	所得比例保険料(保険料賦課上限所得あり)
給付内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 栄養指導</li> <li>b. 入院サービス</li> <li>c. ナーシングホームおよび身体障害施設でのケア</li> <li>d. Arnhem の HetDorp における障害者ケア</li> <li>e. 身体障害者ホステルへの入所</li> <li>f. 身体障害者デイサービスセンターへの通所</li> <li>g. ナーシングホームにおける外来ケア</li> <li>h. 在宅ケア</li> <li>i. リハビリテーション</li> <li>j. 精神病院における精神医療</li> <li>k. 一般・大学病院の精神科における精神医療</li> <li>l. 精神科外来の地方施設 (RIAGG) によるサービス</li> <li>m. 地方組織による Sheltered accommodation におけるサービス</li> <li>n. 非診療所精神科ケア</li> <li>o. 精神科外来</li> <li>p. パートタイムの精神科治療</li> <li>q. 視覚障害者のケア</li> <li>r. 聴覚障害者のケア</li> <li>s. 精神薄弱者のケア</li> <li>t. 精神薄弱者のデイセンターの通所</li> <li>u. 精神薄弱者のホステルへの入所</li> <li>v. 妊娠中の B 型肝炎の検査</li> <li>w. 親子に対するサービス</li> <li>x. 先天性代謝異常の検査</li> <li>y. ワクチン(児童に対して)</li> </ul>

出典: Ministry of Health, *Welfare and Sport* (2000)より作成

プロセスの下で行われる。まず、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、「諮問結果(Consultation Result)」といわれる契約内容についての合意書を作成する。「諮問結果」が無事作成された場合には、健康保険審議会(Health Care Insurance Board, CVZ)に承認を求める。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、医療料金法によって CTG (National Tariff Agency) 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)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。

また、“Care Office”は、病院についてはすべての病院と契約を締結しなければならないが、ナーシングホーム等の病院以外の施設、医師等の医療サービス供給者すべてと契約を締結する義務はない。

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。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(CVZ)が、その中から中央支払い機関を通じて、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および一

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、“Care Office”に事後的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。また、消費者には、サービスによって、一定の自己負担が存在していることも付け加えておこう。

(2) 短期医療保険…“Compartment 2”

次に短期の医療費をカバーする保険について解説しよう。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64600ギルダーより低い65歳未満の被用者とその家族、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、課税所得が41200ギルダー未満の65歳未満の自営業者、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、課税所得が一定水準未満の場合などである。(2000年)

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。

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。具体的には、年収が64600ギルダー以上の65歳未満の被用者とその家族、課税所得が41200ギルダー以上の自営業者、および疾病基金保険、公務員保険への加入資格のない退職者等である<sup>5)</sup>。表2に短期医療保険についてまとめてあるので参照されたい。

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996万1708人で全人口の約63%である(2000年)。人々は非営利の疾病基金保険会社に加入し、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一般医(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、疾病基金保険会社(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。

表2 短期医療保険制度

制度	疾病基金保険(ZFW)	私的保険	公務員保険
保険者	疾病基金保険会社	私的保険会社	公務員保険共済組合
運営者	同上	同上	疾病基金保険会社
被保険者	被用者と家族 自営業者 両者とも所得による 加入制限あり	疾病基金保険、 公務員保険の非対象者	公務員と家族
保険料	所得比例保険料 定額保険料	定額保険料 割り当て保険料	所得比例保険料 定額保険料
給付内容	a. GPによる医療 b. 助産サービス c. 歯科治療 d. 薬剤サービス e. 専門医による治療 f. 人口補綴物 g. 移送 h. マタニティケア i. 聴覚センターによるサービス j. 遺伝子検査センター k. 診療所以外の血液検査 l. 慢性呼吸器障害 m. リハビリテーション n. 血栓症予防サービス		

出典：Ministry of Health, Welfare and Sport (2000)より作成

保険者は疾病基金保険会社であり、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。

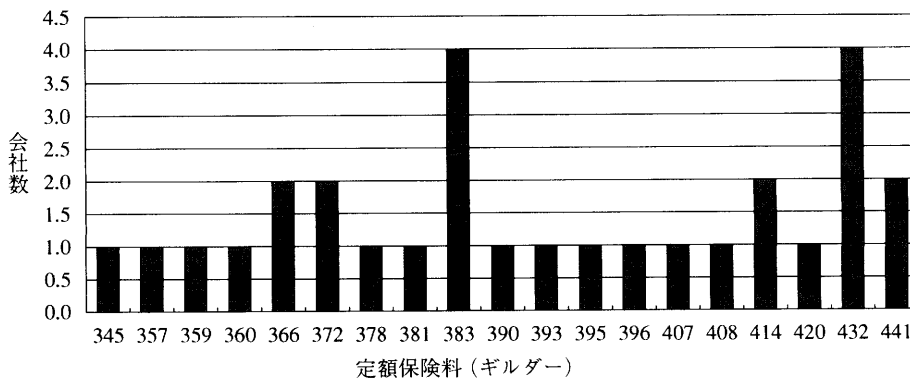
保険料は、所得比例保険料 (Percentage contribution) と定額保険料 (Nominal contribution) の2つから構成される。所得比例保険料は、8.1% (2000年) であり、雇用者と被用者がそれぞれ負担する。雇用者が6.35%、被用者が1.75%を負担しているが、保険料が課される上限の所得は56376ギルダである。自営業者、65歳未満の早期退職者、65歳以上の退職者等で引き続き疾病基金保険に加入している人々は、保険料を全額自分で払わなければならないが、特別な制度が準備されている。すなわち、所得を、退職年金 (the State Retirement Pension, 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、子供を除いたすべての加入者が個々に支払う。図1は、1999年度の定額保険料の保険会社間の分布を示しているが、保険会社によって、ばらつきがあることが見て取れる。

このままでは、定額保険料と所得比例保険料の関係が分かりにくいと考えられるので、以下で疾病基金保険のファイナンスについて説明する。

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る。

所得比例保険料、MOOZ 割り当て保険料、国庫補助金は、一度、強制保険一般基金 (General Treasury of the Health Insurance Fund Scheme) に集められる。この基金に集められた資金のことを、マクロ医療予算 (The Macro Health Care Budget) と呼ぶ。健康保険審議会は、厚生大臣の監督の下でこの強制保険一般基金を管理し、それぞれの疾



注: CVZの資料による

図1 ZFWの定額保険料の分布(1999年度)

病基金保険会社に費用を償還する。費用償還方式は、表3の通りである。保険でカバーするサービスを4つに分類して、それぞれに対して、予算を設定する。

- ① 病院における医療サービスの固定費用 (Fixed costs of hospital health care)
- ② 病院における医療サービスの可変費用 (Variable costs of hospital health care)
- ③ 専門医の医療サービスの費用 (Costs of specialists health care)
- ④ 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。「病院における医療サービスの可変費用」「他の医療サービス」は、30%が過去の実績に基づいて決められ、残り70%は、加入者の年齢、性別、居住地域、雇用・社会保険の状況という被保険者のリスク要素によって、

決められる。「専門医のサービス」については、加入者の年齢、性別、居住地域、雇用・社会保険の状況という加入者のリスク要素によって、決定される。この結果、全体としては表4のような予算配分状況になる。年々、被保険者の持つリスクによる償還部分が増加してきていることが見て取れる。

なお、疾病基金保険会社の事務費用は、医療サービスの予算と同様に予算として与えられる。現在(2000年)は、予算の3分の2が、被保険者の数による部分、3分の1が、被保険者の数の加重平均による。新規参入した疾病基金保険会社や規模の小さな疾病基金保険会社(加入者数が6万人未満)は、4段階の追加的な予算を受け取っている(1999年から2002年で、最高は10万ギルダーである)。

このようにして決められる疾病基金保険会社の医療サービスの予算は、現実にかかると考えられる費用と大きく乖離することがあるので、3つの予算補正措置が準備されている。1つが、“Generic Settlement”である。これは、疾病基金保険会社間での補正で、予算が平均よりも大きい疾病基金保険会社から平均よりも小さい疾病基金保険会社に

表3 疾病基金保険(ZFW)の予算プロセス

	1997	1998	1999	2000
病院の固定費用	過去の実績	過去の実績	過去の実績	過去の実績
病院の可変費用	年齢、性別、 居住地域、障害の状態	年齢、性別、 居住地域、障害の状態	年齢、性別、 居住地域、 雇用・社会保険の状況	年齢、性別、 居住地域、 雇用・社会保険の状況 (70%) 過去の実績(30%)
他のサービス	年齢、性別、 居住地域、障害の状態	年齢、性別、 居住地域、障害の状態	年齢、性別、 居住地域、 雇用・社会保険の状況	年齢、性別、 居住地域、社会保険の 状況(70%) 過去の実績(30%)
専門医のサービス		年齢、性別、 居住地域、障害の状態	年齢、性別、 居住地域、 雇用・社会保険の状況	年齢、性別、 居住地域、 雇用・社会保険の状況

出典：Ministry of Health, *Welfare and Sport* (2000)

表4 疾病基金保険の費用償還方式

年度	— 1992	1993 — 1995	1996	1997	1998	1999	2000
事後的費用償還方式(%)	100	97	85	73	71	65	n.a.
リスク調整型費用償還方式(%)	0	3	15	27	29	35	n.a.
リスク調整指標	なし	年齢, 性別	年齢, 性別, 居住地域, 障害の状態	年齢, 性別, 居住地域, 障害の状態	年齢, 性別, 居住地域, 障害の状態	年齢, 性別, 居住地域, 雇用・社会保険の状況	年齢, 性別, 居住地域, 雇用・社会保険の状況

F.T. Schut et al. (1999), Ministry of Health, *Welfare and Sport* (2000)より作成

予算を一定の割合 (Settlement Percentage) だけ移転させるものである。

2つ目が、年度末の強制保険一般基金による財政調整である。これは、疾病基金保険会社の財政上の危機に対応するために導入されている。

3つ目が、高額療養費の補正措置(HKV)である。高額療養費の負担を疾病基金保険会社間で負担し合うための政策装置である。すべての疾病基金保険会社は、自らの「病院における医療サービスの可変費用」と「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、すべての疾病基金保険会社共通の基金にプールする。そして、被保険者の医療費が1万ギルダーを超えた場合には、費用の90%がその共通の基金から償還される。

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、疾病基金保険は、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。図1は、1999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。保険会社によって、定額保険料に差が出てきていることが分かる。

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。

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、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まれである。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、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 Cover)を提供することを義務づけられている。保険料は、(1人当たり)定額保険料である。定額保険料で費用をまかなえない場合、割り当て保険料(The apportionment contribution)を65歳未満の被保険者に対して1人当たり定額で請求する。

これらの制度的措置では、保険者が、消費者のために医療サービスを購入する役割を演じることを期待されている。保険者は、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価格、サービスの質について、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骨きである。このメカニズムは「規制された競争 (Regulated Competition)」と呼ばれている。

### (3) 民間保険…“Compartment 3”

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)、また医療上の必要性 (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>6)</sup>。実際には、私的保険会社のみならず疾病基金保険会社も “Compartment 2” 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。“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<sup>7)</sup>。

具体的には、政府はかつて成人歯科と理学療法サービスの一部を、“Compartment 3” 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 “Compartment 2” 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、“Compartment 2” でカバーされることになった。

“Compartment 3” は、人体に対する医療・介護上の危険が大きくなく、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。

## 2. 供給サイド

次に供給サイドについて説明しよう。オランダでは、GP (一般医) システムがとられており、人々は病気になったときには、最初に GP を訪問し、その

表 5 GP に対するリスク調整型支払い方式 (2000 年)

カテゴリー	支払い (年/ギルダー)
65 歳未満	139.91
65 歳以上	165.10
65 歳未満 (問題カテゴリー)	153.91
65 歳以上 (問題カテゴリー)	179.08

Landelijke Huisartsen Vereniging

紹介状がないと病院を訪問することができない。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<sup>8)</sup>。表 5 は、疾病基金保険に加入している被保険者が登録した場合の 2000 年の支払い額を示したものである。65 歳を境とした年齢および問題カテゴリー等のリスクが指標として入っていることが分かる。

一方、専門医 (Specialist) 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、ナース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・バジェットティング・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3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、CTG (National Tariff Agency) において交渉、認可される<sup>9)</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している。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。このような形で、各地域の種類別の病院のベッド数、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>10)</sup>。

### III オランダの医療・介護制度改革の考え方

本節では、オランダの医療・介護制度改革の考え方について「保険者機能」を中心に考察する。オランダにおける、今日の「保険者機能」についての基本的なアイディアは、デッカー・プラン、シモンズ・プランにさかのぼる<sup>11)</sup>。

保険者の役割は、理論的には以下のようにまとめることができる。

- ① (リスク分散としての) 保険サービスの提供
- ② 消費者の医療サービス購入のエージェント  
サービス供給者 (医師、医療機関 etc) との価格などの契約交渉および選別
- ③ 保健 (予防を含めた) サービスの供給、住民の健康相談

こうした「保険者機能」により、以下のような成果が期待された。

- ① サービス供給者の提供する医療・介護サービスが、価格、質について、消費者に望ましい水準に設定される。
- ② サービス供給者の生産の効率性が実現する。

しかし、今日のオランダの医療・介護制度は、デッカー・プラン、シモンズ・プランの構想がそのまま実現されているわけではなく、その考え方の一部が実現されたものである。

#### 1. 今日のオランダの医療・介護制度と「保険者機能」

今日のオランダの医療・介護制度は、基本的に「1995年の改革」の路線を踏襲していると言ってよい<sup>12)</sup>。

「1995年の改革」では、医療・介護サービスを、“Compartment 1” “Compartment 2” “Compartment 3” に分類し、それぞれに応じて、異なった需給システムを対応させるのが基本的な考え方である。以下では、“Compartment 1” “Compartment 2” “Compartment 3” それぞれにおける保険者の役割を検討する。

(1) “Compartment 1”

“Compartment 1”における「保険者機能」は、比較的限定されている。

“Compartment 1”における文字通りの保険者は、国であるが、「保険者機能」を主として発揮するのは、地域に唯一の“Care Office”である。リスク分散については、国レベルの保険であることによる程度達成されているとみることができるが、消費者のエージェントという意味では、“Care Office”が役割を担っている。

“Care Office”は、特別医療費保険の事務の代行をするわけだが、重要な役割が、その地域の消費者のために“Compartment 1”にあたるサービスについて、サービス供給者(医師その他のヘルスマンパワー、医療機関 etc)と契約を行うことである。“Care Office”は、すべて、事後的費用償還を行われているので、デッカー・プラン、シモンズ・プランが想定したような効率性へのインセンティブ・メカニズムを持たない。また、消費者は、地域に1つしかない“Care Office”に対して事務手続きを行うという形になっているので、“Care Office”を選ぶことはできない。したがって、“Care Office”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。これらを考え合わせると、「規制された競争」のメカニズムが機能する前提条件が満たされていないとみることが妥当である。しかし、“Care Office”が消費者のために働かないと決めつけるのは早計である。なぜならば、業務成績の良し悪しが、“Care Office”の落札の成否に影響を与えると意味で効率化を促し、入札のメカニズムが機能すると理論的には考えられるからである。しかし、入札については、落札・更新の基準について明確なルールが必ずしも確立されているわけではないことに注意する必要がある<sup>13)</sup>。

(2) “Compartment 2”

“Compartment 2”については、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明確になっている。つまり、消費者のエージェントとしての「保険者機能」が広範に発揮される条件づくりが行われつつある。

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年のうちに病院の資本費用を除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4は、疾病基金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が、1992年には100%が事後的費用償還されていたものが、年々、事後的費用償還方式をとる割合が減少し、リスク調整型費用償還をする割合が増加していることが分かる。1999年には事後的費用償還する割合が65%まで縮小され、35%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、費用償還方式に改良がなされた。表4を見ると、1993年から1995年までは、リスク調整指標(Risk adjusters)として、年齢、性別を利用してしたが、1996年には、さらに居住地域(Region of residence)、障害の状態(Disability status)が追加されている。また、1999年には、従来利用されていたリスク調整指標の中から、障害の状態を外し、雇用・社会保険の状況(Employment/social security status)が追加され、費用償還方式の精緻化が行われた。表3を見ると、2000年には、病院の可変費用、他のサービスについて、過去の実績によって決める部分を設定するなど、費用償還方式の改良が着実に進められている様子が分かる。

第三に、保険会社間の競争条件である。2000年時点で、疾病基金保険会社は26存在している。合併による規模の増大、会社数の減少と新規参入が併存している状況である<sup>14)</sup>。競争状況は、必ずしも会社数が多いから激しいとはいえない。また、

新規参入が生じているのは、競争が生じている証拠だという見方もあるが、現状の競争状況がどうなっているかについては、実証分析の結果を待つ必要がある。

第四に、政府は、「規制された競争」が機能することを援助するために、価格規制、医療計画などの数量規制を緩和する方向性をはっきり打ち出している。医療サービスの価格設定、病院等の行う巨額の投資を除いた医療施設の建設等を、保険者と医療機関が交渉して行うこととした。また、病院の経常経費の費用償還は予算方式をとっていたのを、将来的には、産出価格制度(output-pricing)方式に変更していく方針を政府はとっている<sup>15)</sup>。

これらの政策措置に対する評価はいろいろである。

第一に、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、保険会社が競争を行い、効率化への努力を行ったことが一部反映されていると考えることもできる。もっとも、このことが実証的に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。

また、保険会社に対する費用償還の事前的リスク調整の割合が高まってはいるものの、いまだに、少なからず事後的費用償還の部分が残されており、規制された競争が十分に徹底されていない可能性も指摘しておかなければならない。もっとも、理論的には、一定の仮定の下で、事前的費用償還と事後的費用償還のミックスが最適な費用償還方式であるという議論もあるので、事の真偽は慎重に検討されなければならない。

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、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することによって、この問題を回避しようとしている。また、近年、リスク調整方式の改良について、さまざまな研究が出てきており、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、疾病基金保険会社による費用償還方式の研究が進んでいることも注目しなければならない<sup>16)</sup>。

「保険者機能」において、予防サービスも重要である。予防を含めた保健サービスについては、短期医療保険において、「血栓症予防サービス(Thrombosis service)」「遺伝子検査センターのサービス(Service of a genetic testing centre)」がカバーされ、特別医療費保険において、「栄養指導(Dietary advice)」「妊婦のB型肝炎の検査」「先天性代謝疾患の検査」(フェニルケトン尿症-PKU、先天性甲状腺機能低下-CHT、甲状腺の機能の先天性異常など。生後2カ月未満の乳児が受診)、「予防接種」(ジフテリア、百日咳、破傷風、小児麻痺、おたふく風邪、風疹、B型インフルエンザ、はしか)がカバーされている<sup>17)</sup>。

### (3) “Compartment 3”

IIにおいて検討したように、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、医療上の必要性、効果、効率性といったダニング委員会(Dunning Commission)による基準から見て、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。“Compartment 3”については、「保険者機能」が十分に発揮される制度的条件が満たされている。

## IV 結論

本稿では、オランダの今日の医療・介護制度を

概観し、その制度改革、制度設計を「保険者機能」の視点から分析することを試みた。

効率的な資源配分を実現し、衡平な医療を提供するために、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・介護制度改革を推し進めてきたが、1995年にその制度改革の方向性を修正し、今日に至っている。そこで、最も興味深いことは、オランダは、医療・介護制度へ、一般的に「規制された競争」を導入する代わりに、サービスを3つに分類し、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(“Compartment 3”)と公的に介入を行う部分に分けた。そして、後者については、「規制された競争」を導入した“Compartment 2”と、導入しない“Compartment 1”に分類し、それぞれの“Compartment”に応じ、「保険者」の役割にも違いを持たせている。この考え方は今日も変わることなく、改良を重ねながら、脈々と受け継がれてきているように思われる。

注

- 1) 本稿は、国立社会保障人口問題研究所「保険者機能に関する研究プロジェクト」報告書(1999年4月より2001年3月まで)に多くを負っている。詳しくは本報告書を参照されたい。本稿をまとめるにあたって、多くの方々にお世話になった。中でもオランダにおける現地調査に援助の労を惜しむことのない斎藤健一郎氏(山之内製薬株式会社)、Mrs. Francis Hoogenboom (Yamanouchi Europe)には記して感謝の意を表したい。
- 2) 「保険者機能」については、山崎泰彦(2001)を参照されたい。
- 3) 本小節の制度の記述については、Ministry of Health, Welfare and Sport (2000)、堀勝洋(1997)、大森正博(1998)、F.T. Schut et al. (1997)を参考にした。
- 4) F.T. Schut et al. (1997)、廣瀬真理子(2000)を参照のこと。
- 5) 2000年の数字である。Ministry of Health, Welfare and Sport (2000)を参照のこと。
- 6) Government Committee on Choices in Health Care (1992)を参照。
- 7) Ministry of Health, Welfare and Sport (1999)。
- 8) 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。
- 9) National Hospital Association of the Netherlands (1989)、Maarse J.A.M. (1989)を参照。
- 10) National Hospital Association of the Netherlands (1989)を参照。
- 11) デッカー・プラン、シモンズ・プランについては、大森(2000)を参照されたい。
- 12) 「1995年の改革」については、大森(2001)を参照されたい。
- 13) F.T. Schut et al. (1999) p. 53.
- 14) F.T. Schut et al. (1999) p. 57. VEKTIS (2000)。
- 15) F.T. Schut et al. (1999) p. 57.
- 16) AGISにおけるヒアリングによる。
- 17) 表2およびHealth Insurance in the Netherlands (2000)を参照。

参考文献

[論文]

- Maarse, J.A.M. 1989. “Hospital Budgeting in Holland: Aspects, trends and Effects.” *Health policy* Vol. 11.
- Schut, F.T. 1996. “Health Care Systems in Transition: the Netherlands.” *Journal of Public Health Medicine* Vol. 18.
- Schut, F.T., and H.E.G.M. Hermans. 1997. “Managed Competition Reforms in The Netherlands and its Lessons for Canada.” mimeo.
- Schut, F.T., E.K.A. van Doorslaer. 1999. “Towards a Reinforced Agency Role of Health Insurers in Belgium and the Netherlands.” *Health Policy* Vol. 48 pp. 47-67.
- van de Ven, W.P.M.M., and F.T. Schut. 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 pp. 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 pp. 334-P. 362
- 大森正博、湯澤-Grace-敦子 2001 「オランダ訪問調査」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
- 大森正博 2001 「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 pp. 2-9
- 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 pp. 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
- 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]
- CVZ. 2000. "Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ)." (Hand-out)
- Government Committee on Choices in Health Care. 1992. "Choices in Health Care."
- Landelijke Huisartsen Vereniging. 2000. "Ziekenfonds Tarieven Juli 2000."
- Ministry of Health, Welfare and Sport. 1999. *Jaaroverzicht zorg*.
- Ministry of Health, Welfare and Sport. 2000. *Health Insurance in the Netherlands*.
- Ministry of Health, Welfare and Sport. 2000. *Zorgnota 2000*.
- National Hospital Association of the Netherlands. 1989. "Dutch Health Care System."
- VEKTIS. 2000. *Financiering Van De Zorg In 1999*.
- Zweifel, P., and F. Breyer. 1997. *Health Economics*. Oxford University Press.
- (おおもり・まさひろ 城西大学経済学部助教授)