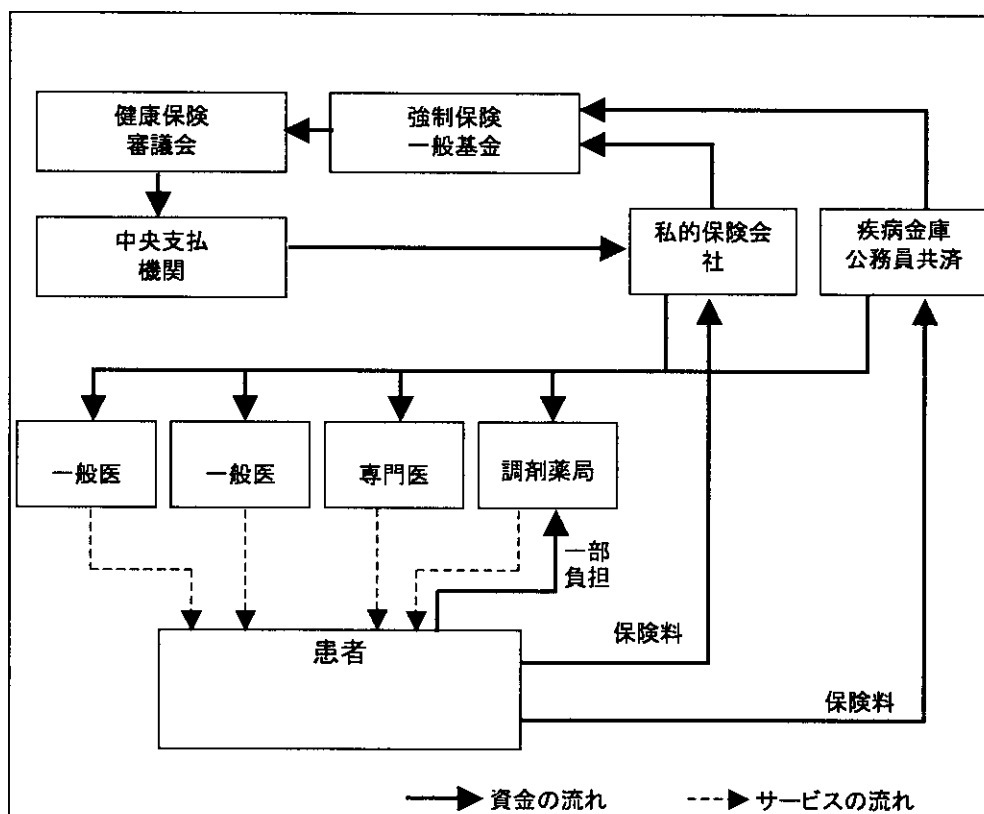


また、疾病給付方式は償還払い方式を採用している。償還方法は、特別医療費保険と同じ方法である。一部の薬局などでは、薬局と保険会社が協約を結び、第三者払いが可能な薬局もある。

次に制度の運営組織・方法について説明する。各保険会社が徴収した保険料は、強制保険一般基金¹⁴⁾に集められ、健康保険審議会を介し、中央支払機関でリスク調整し、それぞれの保険会社にかかった費用に応じて償還する。ただし、かかった費用が疾病基金保険・公務員保険の所得比例保険料よりも多い場合は、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（図表 3-2）。

また、患者は一般医・専門医にかかる際には基本的に窓口で診療費を支払う必要がない。つまり、完全に徴収した保険料で賄われていることが分かる。

図表 3-2 短期医療保障制度の運営図



(事務局作成)

疾病基金保険と公務員保険において、ホームドクターと呼ばれる医師が被保険者と医療供給者を結ぶ重要な役割をしている。そこで、ホームドクターの役割について説明する。

日本と異なり、ヨーロッパ諸国では、患者が特定の医者とは契約を結ぶホームドクター制を導入している国が多く、オランダにおいても一部の保険制度ではその制度が採用されている。オランダには、ホームドクターも含まれる一般医と専門医の2種類の医者がおり、

ホームドクターがあらゆる医療に関することの被保険者とその家族のコンタクト先になる。ホームドクターは自由に選択でき、被保険者の診療行為・処方などの病歴情報と基本情報を一括管理している。なお、ホームドクターを変更することは2年に1回可能である。ホームドクターを決め、診療までの順を追って説明する。

まず、地方自治体が毎年発行している地域情報誌¹⁵⁾の医療関係欄に一般医の一覧が記載されているので、その中からホームドクターを1名決める。ホームドクターの契約をする為に、身体の調子に係わらず直接訪問する。その際には、住所・氏名・電話番号・家族構成・病歴等をホームドクターに登録する。

病気など体調不良の際には、ホームドクターに連絡し、ホームドクターの受診・往診を受け、必要に応じ処方箋を発行してもらう。薬局もホームドクター制を取っている為、登録されている薬局にて処方してもらう。他に検査などが必要な際には、検査所をホームドクターより紹介してもらう。同様に、専門医による診療が必要な場合や入院が必要な場合は、紹介状をホームドクターに書いてもらう必要がある。また、急病の場合の救急車を呼ぶなど緊急の手配はすべてホームドクターが行う。仮に、ホームドクターと連絡がつかない場合は、各都市にある当番医セントラルサービスで対応することができる。病院の緊急外来へ直接行き、診察してもらうことも可能であるが、待ち時間などを考えるとホームドクターもしくは、当番医セントラルサービスに連絡することが得策である。

私的保険の加入者はホームドクター制の対象外となり、病院や専門医や一般医に直接行くことがみとめられている。

(1) 疾病基金保険

① 疾病基金保険の構成

(a) 組織

オランダのすべての疾病基金保険は営利法人である。つまり、損失や赤字が生じた場合、保険料を上げ、被保険者から徴収することが許されている。同様に、利益により保険料を下げ被保険者に還元することも可能である。保険料という視点からも疾病基金保険の自由競争が認められている。しかし、以前は疾病基金保険会社を選択することが出来ず、居住区により決められていた。1980年代半ば、のちにデッカープランと呼ばれる医療保険改革により、被保険者の保険者選択が可能になった。具体的には、他の地域で活動している疾病基金保険会社などの保険者を選ぶことが出来ようになった。また、1991年にオランダでは地域単位の疾病基金保険を廃止した。現在では自由に地域を選択して活動することが可能である。このことは、疾病基金保険会社数の増加からも分かる。デッカープラン前には、20機関の疾病基金保険会社が営業を行っていたが、デッカープラン後の現在では、従来の20機関の疾病基金保険会社と、新たに私的保険会社によって設立された10機関の合わせて30機関の疾病基金保険会社が存在する。(健康・福祉・スポーツ省のヒアリングより)

疾病基金保険会社を設立・営業するには法律に基づいていくつかの許可を得ることが必要である。設立に関しては、健康・福祉・スポーツ省の許可が必要である。また、営業に関しては、オランダ国内の疾病基金保険条項¹⁶⁾の規制を受ける必要がある。疾病基金保険条項の一例として、疾病基金保険に加入している人々のメールアドレスを商業メーリングリストに使うことなどは厳しく規制されている。そして、実際に営業を開始する際にCVZあるいはWTZの監督下に入る。

疾病基金保険会社の破綻は、疾病基金保険会社設立当初は、想像も出来なかったが、保険地域の自由化やリスク調整などにより疾病基金保険会社の破綻も考えられるようになった。CVZは政府からの資金をコントロールすることや他の疾病基金保険会社との合併を提案するなど疾病基金保険会社の経営を監視する権限を持っている。ゆえに、CVZは疾病基金保険会社に干渉し、財政破綻を防ごうと試みている。過去財政問題が生じた際には、疾病基金保険会社の帳簿類に対する検査権限を持っているCVZが事業を引継ぎ、場合によっては疾病基金保険会社の経営上支障があるという理由で理事を解雇することも行われた。(CVZのヒアリングより)

(b) 機能・役割

疾病基金保険会社では、保険請求・保険給付・マネージメントについての情報分析を行っている。マネージメントケアは、健康保険財政管理、保険料管理、積立金管理の3つの要素がある。これらの分析技術の質を向上させることが後述するリスク調整と深く関係す

ることから疾病基金保険会社にとって重要な課題である。また、日本と同様にオランダにおいても地域医療格差が称している為、全国展開を行っている保険者では、地域特性についても調査を行っている。

(c) 財政の運営・管理

1999年の社会保障にかかった経費は、総額8.8億NLGである。その内、約2億NLG(23%)は疾病基金保険会社、約1.3億NLG(15%)は私的保険会社に配布された。疾病基金保険会社の財政の内訳は、資金の88%が被保険者から徴収した保険料と政府からの補助金を中央支払機関から償還され、残りの12%が定額保険料から充当されるものである。したがって、定額保険料から拠出した12%は、リスクを考え効率的な保険運営をする必要がある。

疾病基金保険会社への当初予算より支出が伸びた場合には財務省より補助金が配布される。年初に、健康・福祉・スポーツ省の予算組みが行われ、予算枠内で疾病基金保険会社への割り当てなどを行う。年の途中で、疾病基金保険会社・私的保険会社・公務員共済組合からの支出を統合し、財政運営上、財務省と交渉する。年末に補助金は交付される。交付金と財政リスクの為に貯蓄されていた定額保険料でカバーするが、カバーできなかった場合には、次年度の保険料は値上げする必要がある。

デッカープランを境に、疾病基金保険会社中心から被保険者が保険者を選択することができる被保険者中心に考える保険システムが変わった。具体的には、被保険者の支払う保険料のうち定額保険料については、後述するリスク調整により疾病基金保険会社毎に差が生じる。その定額保険料により競合するシステムに変更した。疾病基金保険会社における資金運用の方法次第で、保険料の値下げを求めることができる。現時点では、大きな変化の兆しがあるわけではないが、今後このような取組みが必要となっていくと考えられる。

(d) デッカープラン

1986年に、厚生大臣によってデッカー委員会が設置された。翌年3月にデッカープランとして知られる”Willingness to Change”を纏め、政府はこれに基づいて、医療制度改革の提案”Change Assured”を纏め、1988年に承認を受けた。医療制度改革の委員会であるデッカー委員会の座長であるデッカーは、フィリップスカンパニーのトップを勤めていた財界陣である。

このデッカープランでは、保険給付にばらつきのあった短期疾病を一元化と長期・短期疾病の包括的な保険給付が出来る制度がポイントであった。下記に概要を纏める。

- ・ 介護サービスの追加
- ・ 所得比例保険料方式の採用
- ・ 保険市場の拡大

デッカープランにより、長期疾病を対象とした保険と短期疾病を対象とした保険の壁を取り除き、包括的な保険給付をすることが出来た。つまり、医療と介護の境を取り除くことにより、広範囲における保険給付サービスを提供することである。デッカープラン前は、加入している保険制度により給付内容がほぼ等しいにもかかわらず、保険料の格差が生じ

ていたが、所得比例保険料方式を採用することにより各保険制度間での格差は解消された。また、従来は法律により、加入することのできる制度・営業圏が決められていたがデックプランにより同じ市場において被保険者が保険者を選択することが出来る。疾病基金保険では、保険給付範囲をサービス種類のみがサービス一覧表に記載されている。つまり、医療供給サイドと自由に契約をする事ができる。具体的には、介護サービスの契約を一般医とも施設とも契約する事が可能である。このようなことにより被保険者の保険者選択の自由と保険者の医療供給者選択の自由を得ることができ、保険市場の自由度は高くなった。

(e) リスク調整

疾病基金保険と公務員保険は、政府より補助金が充当される。その際の補助金の算出を行うのにリスク調整が用いられる。リスク調整の方法には、人頭払い方式とリスク共有方式がある。増えつづける医療費を考え、1993年に初めて人頭支払方式システムが実施された。導入当初3%しかなかったリスクが年々増加し、今日に至っては、約40%まで膨れ上がっている。このような背景で、リスク調整は大きな役割を示すことが分かる。

具体的に疾病基金保険会社で行われているリスク調整方法は、予算配分、見込み予算の算出、支払、精算で順番で行われる。各ステップの詳細について説明をする。第一に、医療・介護に関する国家予算全体を病院施設費、薬品等の費用、一般医の診療費、専門医の診療費の4パートに振り分ける。第二に、それぞれのパートごとに、被保険者の持っているリスク調整型人頭払い方式とリスク共有方式で算出する。つまり、年齢・性別・地域・過去の疾患等、患者の持っているリスクの属性に応じて、かかる費用の予測を算出する。第三に、第二ステップで求められた費用を疾病基金保険会社や公務員共済に事前に支払う(図表 3-3 参照)。第四に、事前に支払われた金額と実費に差が生じた場合は、各々の疾病基金保険会社や公務員共済組合に加入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。実際には、毎月徴収している保険料のうち定額保険料より支出し、調整を行う。現在は、各疾病基金保険会社同じ定額保険料を徴収している。今後、疾病金庫保険会社間の定額保険料格差は生じるであろう。

図表 3-3 リスク調整分類表

	1997年	1998年	1999年	2000年
病院施設費	総額を配分	総額を配分	総額を配分	総額を配分
薬品等の費用	100%リスク調整 ・年齢 ・性別 ・地域 ・障害状況	100%リスク調整 ・年齢 ・性別 ・地域 ・障害状況	100%リスク調整 ・年齢 ・性別 ・地域 ・前年の保険状況	30%が過去の実績 70%をリスク調整 ・年齢 ・性別 ・地域 ・前年の保険状況
一般医の診療費	100%リスク調整 ・年齢 ・性別 ・地域 ・障害状況	100%リスク調整 ・年齢 ・性別 ・地域 ・障害状況	100%リスク調整 ・年齢 ・性別 ・地域 ・前年の保険状況	30%が過去の実績 70%をリスク調整 ・年齢 ・性別 ・地域 ・前年の保険状況
専門医の診療費	-	100%リスク調整 ・年齢 ・性別 ・地域 ・障害状況	100%リスク調整 ・年齢 ・性別 ・地域 ・前年の保険状況	100%リスク調整 ・年齢 ・性別 ・地域 ・前年の保険状況

(出典: Health Insurance in the Netherlands 2000)

AGIS では、リスク調整に関する、独立系・非独立系の生産・病院コスト区分に関する研究と診療情報や処方された薬に基づいた人頭払い方式に関する研究を独自に行っている。また、その研究内容をふまえた新システムと現行システムを比較検討行っている。このように先行研究として、リスク分析技術などを研究するセクションが大きな疾病基金保険会社には存在する場合が多い。

② 疾病基金保険と被保険者の関係

デッカープランの導入により、被保険者は居住区などに関係無く疾病基金保険会社を選択することができるようになった。また、2年に1回加入している疾病基金保険会社や制度を変更することも出来る。実際には、疾病基金保険会社間の移動は少ないが、制度間の移動は多少ある。具体的には、疾病基金保険会社から私的保険会社への移動はここ数年伸びつつけている。

(a) 保険給付

現在、疾病基金保険の保険給付対象となっているサービスは、広域に渡っている(図表3-4)。また、特別医療費保険と併せることによりほとんどの医療サービス・介護サービスを網羅していることが分かる。

図表 3-4 疾病基金保険の給付対象サービス

保険でカバーされている医療・介護サービス

-
- | | |
|----|---------------|
| a. | 一般医による医療 |
| 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. | 人工補綴物 |
| 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. | 非診療所の血液分析 |
| 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: Health Insurance in the Netherlands 2000)

(b) 保険事故の確認

疾病基金保険会社では、より効果的かつ合理的な疾病管理を行う事を念頭においている。その対策として、慢性的な疾病に関しては特別医療費保険の対象範囲内外かをチェックする。具体的には、各疾病基金保険会社は慢性的な疾患を持つ被保険者を中心に請求書の診療行為などにより、特別医療費保険の対象給付サービスか対象給付サービス外か点検を行う。その理由としては、特別医療費保険は、最終的には公費で賄われるためである。

③ 疾病基金保険と医療提供者の関係

(a) 診療報酬等の協約締結

疾病基金保険会社は病院や一般医および医療機関などのすべての医療供給サイドと交渉しなければならなかったが、1992年1月より医師との契約については、保険者が個別に選択し、交渉し、契約することが可能となった。このことにより、保険者が特定の医師と交渉・契約を行うことによって、疾病基金保険会社から見て有利な条件でサービスを提供する医師との契約が可能になった。そのような医師との契約により保険者間の競争を促進させるためである。保険者間で競争する際には、被保険者も大きなポイントである。具体的には、100万人の加入者がいるような大規模の疾病基金保険会社は500人の加入者を抱える小規模な疾病基金保険会社よりも医療提供サイドとの交渉が進めやすい。そして、保険会社は被保険者のエージェントとして、疾病基金保険や公務員保険の被保険者の利益のために、低価格の保険料で最大の利益を得るために各医療提供サイドと交渉しなければならない。

例外的ではあるが、保険者が一般医の医師組合との契約の取り纏めを取りやめることもある。例えば、契約していた一般医の医師組合に所属していた1人の一般医が、その一般医の患者全員に対して抗生物質を処方していた。その後、その抗生物質がある患者にとって悪影響を及ぼした事件があった。このような場合は、一般医の医師組合と契約を破棄し、個別に一般医と契約を行った。

保険者は医療供給サイドと政府で定められたモデル契約を締結する必要がある。モデル契約は、特別医療費保険におけるモデル契約と基本的概念は同じである。モデル契約には、診療行為のみが記載されている（図表3-5）。また、価格についても同様に保険者と医療供給サイドと価格交渉を行い、その結果を契約書に載せる必要がある。その外、特別医療費保険のより、どのように視察が入り、支払やコンサルがなされるのか等細かく記載されている。

図表 3-5 AGIS における医療供給サイドと保険者の契約書

RECHTMATIGHEIDSVERKLARING BIJ FORMULIER 08 EN TOELICHTINGEN A EN B	
---	--

	Afdoening	Verwijzing
4. OVERIGE CONTROLES		
4.1 Controles aan de hand van queries		
a. Query op > 365 verpleegdagen per rubriek ten laste van ZFW. Verklaring voor posten op deze lijst. b. Query verstrekkingen genees- en verbandmiddelen > f 5.000, waarbij vastgesteld moet worden dat deze verstrekkingen niet zijn begrepen in het COTG-tarief en evenmin kan worden aangemerkt als farmacie c. Queries "verkeerde bed" : • 50 langst in ziekenhuis liggende verzekerden • verkeerde bedden > 28 dagen d. Query van afwijking opnames in relatie met verpleegdagen e. Query afwezigheidsdagen die niet aansluiten op verpleegduur f. Query van dagverpleging in combinatie met opname g. Query combinatie van dagverpleging met poliklinische cytostatica h. Query van bovenregionale toeslagen in primaire verzorgingsgebied i. Query op de diverse relatie- en termijncontroles j. Query op kosten van specialisten in loondienst en artsenpotten die niet onder nevenverrichtingen zijn verantwoord k. Query op revalidatiekosten door niet-revalidatie-instellingen l. Query of per 12 maanden meer dan 1 eerste polikliniekbezoek per specialisme wordt gedeclareerd m. Query of de perioden van een opname aaneengesloten zijn. Een opnameperiode mag onderbroken worden door afwezigheidsdagen (A006 of 190034) n. Query of perioden cq dagen niet dubbel zijn gedeclareerd o. Query of verpleegperioden betrekkinghebbend op verschillende ziekenhuizen elkaar niet overlappen p. Query of het aantal gedeclareerde dagen meer is dan de opnameperiode q. Query of een "klinische opname" (A002/190021) gedeclareerd wordt zonder combinatie met verpleegdagen r. Query van openstaande machtigingen ouder dan 3 maanden s. Queries op kosten die rechtstreeks ten laste van de Algemene Kas gebracht kunnen worden : kosten voor bewijs van inschrijving (o.a. zuigelingen), kosten ingeschrevenen ten laste van buitenland, kosten achtergebleven gezinsleden t. Query op kosten na uitschrijving (dmv bestandvergelijking schadebestand met polisbestand). Deze kosten mogen niet ten laste van ZFW. u. Query op vastlegging declaraties op bulkniveau; niet toegestaan v. Query op vastlegging op dummycodes (niet bestaande verrichtingencodes) w. Query op doorgedrukte declaratieregels		

(出典 : AGIS)

(b) 医療の質管理

(c) 情報提供

AGIS では、Eramus 大学と協力し、どのように病院財務システムが機能しているのかを研究している。また、その情報についてインターネットで情報発信を行っている。その他、医療提供サイドに薬剤のコストダウンをうたえるような広告をうっている。

AGIS では、被保険者のニーズにあった情報や医療供給者サイドの情報を発信している。具体的には、被保険者の興味ある健康維持の情報等を発信している。疾病基金保険は商業ベースの情報は提供ない。しかし、質について、被保険者から医療提供サイドに対しての質の評価を受けるようなことはされていない。例えば、被保険者にアンケート調査を行い医療供給サイドに対してのアンケート調査を行っているわけではない。また、Newsweek や Time 等の雑誌で、病院についてのクオリティ報告についての特集記事が出された際には、情報提供等を行った。そのような活動が保険者として被保険者への情報発信の第一歩である。

(2) 私的保険

① 私的保険の構成

(a) 組織

オランダにおいて、私的保険会社を設立・営業するには、許可が必要である。私的保険会社は、設立に関しては財務省の許可が必要であり、また、営業に関してはEUの規制を受ける必要がある。一方、疾病基金保険会社は、健康・福祉・スポーツ省の許可が必要であり、オランダ国内の法律の規制(Sickness fund law)を受ける必要がある。つまり、疾病基金保険は健康・福祉・スポーツ省の管轄下にあることに對し、私的保険は財務省の管轄下である。公的保険と私的保険の区別がはっきりとしていることが分かる。そして、実際に営業に関しては、CVZあるいはWTZの監督下になり、特別医療費保険と同じである。

私的保険会社の破綻対策も、疾病基金保険会社の対策と同様に行われている。具体的には財務省内の監督局が私的保険会社を監督しており、財政貯蓄に関する法律を制定し運用している。しかし、その法律は一般の銀行と同様であり、財務省が会社グループの財政上の規制を制定したものである。

② 私的保険会社と被保険者の関係

(a) 保険給付

疾病基金保険や公務員保険に加入できなかったハイリスクの被保険者、すなわち老人、病気がちな人、慢性疾患の患者等の為に、私的保険ではスタンダードカバーを提供することを健康・福祉・スポーツ省は義務付けている。スタンダードカバーとは、前述のようなハイリスクの被保険者に疾病基金保険などと同等の保険給付を提供するものである。いいかえると基本的な保険給付をカバーするものである。また、ハイリスクの被保険者は当然ながら保険給付の実費が保険料を上回るが、その上回った部分に関しては一定の予算以内で政府より補填される。このスタンダードカバーの義務付けは、私的保険会社にとって高いリスクを排除する魅力的な方法である。仮に、政府より補填された額を実費が超えた場合は、別計画として強制的に各私的保険会社に共同負担させるメカニズムである。例えば、保険給付が多い私的保険会社は老人に対する給付も多いと憶測できるが、老人に対してはスタンダードカバーが適応される為、多大な負担を和らげることができる。ゆえに、市場から保険のリスクを取り除いた。オランダでは、スタンダードカバーについて法律・規制を取り入れている。また、疾病基金保険には、私的保険のスタンダードカバーのようなシステムは存在しない。

ある私的保険は平均してより高額な費用がかかった場合、他のすべての私的保険会社は特別な計画の下で、費用圧縮に参加しなければならぬ。この計画に65歳以上の被保険者は対象外であるが、一種の強制課税である。このシステムの範囲内において、健康・福祉・スポーツ省では私的保険に対するスタンダードカバーの保険料を決定している。

4. オランダの医療・介護制度における「保険者機能」

本節では、オランダの医療・介護制度における「保険者機能」について、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・プランに遡る。

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及び選別
- 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て、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。（「1995年の改革」については、拙稿（本報告書所収）を参照されたい。）

「1995年の改革」では、医療・介護サービスを、“Compartment 1”（長期ケアと精神医療（Long-term care and mental health care）中心）、“Compartment 2”（基礎治療ケア（Curative ‘basic’ care）中心）、“Compartment 3”（アメニティーと高価でないケア（Amenities and inexpensive care）中心）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。「保険者機能」の観点からすると、Compartment 3, 2, 1に移行するにつれて、保険者の役割が強まっていくとみることができる。（“Compartment 1”, “Compartment 2”, “Compartment 3”という用語は、Ministry of Health, Welfare and Sportによる）

① “Compartment 1” …… 特別医療費保険

“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、主として「保険者機能」を発揮するのは、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ってある程度達成されていることから国が「保険者機能」を持っていると見ることができる。しかし、消費者のエージェントという意味では、“Care Office”が中心である。

“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・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、地域に一つしかない“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、「管理競争」の様なメカニズムがストレートには働かない可能性が高い。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いう意味で効率化のインセンティブを持つと、理論的には考えられる。しかし、未だに認可の取り消し・更新の基準について明確なルールが確立されているわけではないことにも注意する必要がある。¹⁷

② “Compartment 2” …… 短期医療保険

“Compartment 2”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。

消費者のエージェントとしての保険者の機能に関連して、以下のことが指摘できる。

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年の内に病院の資本費用をのぞいた費用全てについて、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。（図表4-1）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、年々、事後的費用償還方式をする割合が減少し、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わかる。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。（図表4-1）を見ると、1993年から199

5年までは、リスク調整指標 (Risk adjusters) として、年齢、性別を利用していたが、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。2000年には、“Hospital health care variable”, “Other services”について、historical に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。

¹⁸ 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、いずれにせよ、現状の競争状況がどうなっているかを判断することは容易ではない。

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。サービスの価格設定、病院等の行う巨額の投資をのぞ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採っている。¹⁹

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、(図表 4-2) 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、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。

しかし、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ただけのもの、未だ、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、保険会社に参加した消費者のリスクに応じて与える予算の決定方式を、(図表 4-1) 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、様々な研究が出てきており、たとえば、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事も注目しなければならない。

(AGISにおけるヒアリングによる))

また、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。

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)」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 ヶ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。(Health Insurance in the Netherlands 2000)

③ “Compartment 3” …… 民間保険

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。²⁰ 実際には、私的保険会社のみならず疾病保険会社も “Compartment 3” 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。²¹

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で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のが妥当であろう。

5. オランダの医療・介護制度改革の経験が日本の医療制度改革に与える示唆

本節では、前節までの議論を踏まえながら、オランダの医療・介護制度改革の経験が、日本の医療・介護制度改革に対して与える意味づけを考える前提を準備するために、「保険者機能」について重要であると考えられる論点について両国の比較を行う。

(1) リスク分散としての保険

両国共に疾病リスク、介護リスクに対して、社会保険で対処している。ただし、共通点と相違点が混在しているので列挙しておきたい。

共通点

- 1 オランダも日本も、医療・介護をカバーする形で「社会保険」方式を採用している。オランダにおいては、特別医療費保険が強制加入であり、短期医療保険においても、疾病基金保険は、強制加入である。日本では、介護保険は40歳以上の国民すべてが強制加入であり、医療保険も強制加入である。
- 2 医療サービス、介護サービスを別個の保険制度でカバーしている。
- 3 被用者保険が、重要な役割を果たしている。
オランダにおいては、短期医療保険において、被用者保険である疾病基金保険、公務員保険が大きなシェアを持っており、日本においても、健康保険など職域保険が大きなシェアを持っている。

相違点

- 1 日本もオランダも「社会保険」方式ではあるが、オランダが「居住者」を対象としているのに対して、日本は主として「国民」を対象にしている。
- 2 オランダと日本では、医療保険、介護保険（特別医療費保険）のカバーするサービスが異なる。
例えば、オランダでは、1年以上の入院が特別医療費保険（介護保険）でカバーされているのに対して、日本では主として医療保険でカバーされている。また、精神保健はオランダの特別医療費保険でカバーされているのに対して、日本では、医療保険でカバーされている。これらは一例に過ぎないが、医療保険、介護保険と一言で言ってもそのカバーするサービスが同じではないことに留意する必要がある。

- (2) 消費者のエージェントとして、サービス購入契約を行う。

共通点

- 1 医療保険、介護保険共にサービス購入のエージェントが存在している。
- 2 医療保険、介護保険共に、非営利組織がエージェントになっている。
- 3 保険者の財源は、保険料が中心である。
特別医療費保険の財源は、約9割が保険料、約1割が自己負担となっている。
(ZORGNOTA P.159) また、疾病基金保険（短期医療保険の一つ）の場合は、財源が、約四分の三が保険料、約四分の一が国庫補助になっている。
- 4 消費者の保険者の選択が、全く自由でないわけではない。

相違点

- 1 医療保険、介護保険におけるサービス購入のエージェントの役割が異なる。オランダのエージェントは、短期医療保険、特別医療費保険の両者について、上限価格規制はあっても、医療サービス供給者と価格交渉を行う事ができる。また、ウェイティングリストの取り扱いなど、医療の質に関わる項目についても契約交渉をする裁量権を持っている。また、保険者にも医療サービス供給者にも契約をうち切る自由が存在している。
日本の保険者は、こうした契約上の裁量権をほとんど与えられていない。
- 2 オランダにおいては、営利組織が、一定の役割を担っている。短期医療保険において、私的保険会社が保険サービスを提供しているし、特別医療費保険で、私的保険会社は、Care Office を落札することができる。
- 3 保険者に対する財源の与え方が異なる。
既に前に述べてあるが、保険者に対する財源の与え方について、いくつかポイントを指摘してみたい。
オランダの保険者には、疾病基金保険において、事前的风险調整型人頭払いの部分が存在している。全財源の35%が事前的部分であり、65%が事後的償還払いの部分になっている。(F. T. Schut et al. (1999)) 事前的部分が多いほど、保険者が赤字を出すリスクが高まり、もし、赤字を出せば、定額保険料の形で化保険加入者に請求しなければならなくなるので、経営に対する意識を高めざるを得なくなる。
日本の場合は、事後的費用償還方式である。
- 4 消費者の保険者の選択の裁量権の大きさに著しく差がある。
オランダの場合、消費者の保険者選択の裁量権は大きい。所得レベルによって、疾病基金保険、私的保険のどちらかの制度に分別され、身分（民間か公務員か）によって、

公務員保険かそれ以外（疾病基金保険、私的保険）に選択を制約される以外は、疾病基金保険、私的保険制度の中では、保険者の選択の自由がある。また、特別医療費保険については、自分の住んでいる地域に唯一の”Care Office”を選択せざるを得ないという意味で選択の自由はない。

日本の場合、身分を変えることによってのみ、保険者を変更することができる。ただし、介護保険については保険者の選択の余地はない。

（3）保健サービス

共通点

- 1 日本にもオランダにも保健サービスが存在している。

相違点

- 1 保健サービスの内容が異なる。

オランダにおいて、保険制度の中での保健サービスは、限定的である。

短期医療保険において、「血栓症予防サービス (Thrombosis service)」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 ヶ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。(Health Insurance in the Netherlands(2000))

健康診断、健康相談等の広い範囲の保健サービスが、保険制度の中では行われていないところが、日本とは異なる。

「保険者機能」に関連するポイントについて、多少あらっぽく、両国を比較してみた。決定的に異なるのが、保険者が消費者のエージェントとして、その能力を発揮する前提条件の存在である。

- 1 保険者がサービス供給者の選別も含めて、契約交渉を行う余地があるか。
- 2 保険者が、消費者に選ばれる立場にあるか。
- 3 保険者が、会計上、収支を気にする必要があるかどうか。

この三点が、オランダと日本の決定的に異なる点である。もちろん、これは、前提条件に過ぎず、理論的に想定されるような保険者が消費者のために機能することを保証するわけではない。保険者が、そのためのインセンティブを持つメカニズムが内包されていなければならないわけで、オランダもこの点で十分とはいえず、これからの検討課題といえるであろう。

6. 結論

本調査では、オランダの今日の医療・介護制度の概観をし、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、今日に至っている。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（"Compartment 3"）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"Compartment 2"と、"Compartment 3"に分類した。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我々には感じられた。

今回の調査では、多くの方々にお世話になった。中でも斎藤健一郎氏（山之内製薬株式会社）、Mrs. Francis Hoogenboom (Yamanouchi Europe)には、オランダにおける調査で多大なご協力をいただいた。また、現地における調査で、福田素生委員（岩手県立大学）は、私たちに貴重な助言を下された。記して感謝の意を表したい。