

ビスと社会支援市場における、多くの関連機関の事務負担を大きく軽減することになる。

2.5 オランダの医療・介護保険制度における情報共有の改善

これまで説明してきた情報共有について、本 2.5 の最後で Figure 5 に図示した。この情報フロー図は個別の Client レベルの個人情報のみに限られている。例えば、健康保険委員会 (CVZ) はここには含まれていない。CVZ は Care Office からウェイティングリストのデータを受け取る(詳しい情報は Figure 1、2 を参照のこと)。これらのデータは Client 個人のレベルではなく Client の集合で構成されている。また、一つの組織内におけるスタッフの情報共有は省かれている。例えば、同じ病院で働く専門医、看護婦、事務員の間での情報共有については触れられていない。同様に、似通った組織で働いているため、専門医の間での照会も含まれていない。

Figure 5 はオランダの医療・介護保険制度が極めて発達した官僚機構であることを示している。このような官僚制度の主な理由は、情報共有は通常の機能ではなく、むしろ例外としてみなされているからである。それは様々な形での情報共有が全く存在しないことを意味している。例えば CIZ 職員にとって、医療サービス提供者の情報システムにアクセスすることは極めて有効である。そうすれば CIZ 職員は Client の健康状態の具体像を速やかに知ることができる。しかしプライバシー上の理由により、法律がシステムへのアクセスを厳しく制限している。

情報が共有されない結果、法律、規制、及びプロトコルが機能し、全ての予防措置がとられた、安全な状態での情報共有が始動する。例えば、医療サービス専門家は単に他の情報システムの一部にアクセスするだけのために権限、UZI カード、パスワードを必要とする。オランダでは Client のプライバシーを犠牲にすることなく情報共有の効率を高めることについて、政策立案者、学者の間で議論されてきた。官僚機構が持つ弊害を縮小させる最も効果的な方法を以下 3 点に大まかにまとめた：

1. Client にもっと中心的な役割を担わせ、財務状況の透明度を上げる。Client 自身が自ら必要なサービスの多くの手続きを取り、情報共有における「楽屋」の部分を少なくして間接費用を減らす。AWBZ と WMO は、個人介護予算の方向に重点を移動させる。こうして自治体や Care Office は、長期療養・介護サービスや社会支援全ての手続きに対応するのではなく、個人介護予算からの支出と、その使用方法のモニタリングのみに特価する。

医療サービス庁 (NZa) は現在、病院の「不正コーディング詐欺(アップコーディング)」にいかに対応するかについて、リサーチを続けている。医療保険会社はコード化された請求書のみを受け取るため、実際にはどのようなトリートメントやテストが実施されたか知ることはできない。病院の部門がトリートメントについて高額の見返りを得るために、意図的に間違った DOT を請求する方法がある、という報告もある。医療保険会社から請求書を受け取った慎重な Client が、請求書が実際に実施された処置と一致していない事に気づき、アップコーディングが発覚する。

2. ZVW 内での情報共有システムの改善。LSP や RSP の導入によって、医療サービス提供者間の情報共有の遅延や事務上の負担は軽減される。又、以下 3 点の完璧な電子化により、近い将来、情報共有の問題も緩和されることになる。

(1) 患者ファイル

- (2) テスト、スキャン結果の格納、
 - (3) GP と専門医との間のコミュニケーション
3. AWBZ と WMO の内部、及び AWBZ-WMO 間の情報共有システムの改善。2012 年の初め、健康厚生スポーツ (VWS) 省が IZO と呼ばれるイノベーション・プラットフォームと議論の場を立ち上げた。このプロジェクトには VWS 省の他に、多くの組織が参加した：例えば Actiz、中央管理庁 CAK、ケア判定センター CIZ、健康保険審議会 CVZ、Federatie Opvang、GGZ、VGN、VNG、ZN などである。IZO プラットフォームの目的は ZVW、AWBZ、WMO の情報共有について最も大きなボトルネックを特定し、共通ゴールを定義して、長期的視野に立った情報共有を改善するというものである。IZO プラットフォームの一部を担うのは以下の組織である：
- iAWBZ と呼ばれる「シンクタンク」。iAWBZ では、医療サービス提供者が AWBZ の事務手続きの上で最も大きなボトルネックを特定し、解決策を模索するよう依頼される。iAWBZ は AZR のバージョンを 3.0 から 3.1 にアップデートし“quick wins”を手に入れた：メッセージは簡素化され、メッセージ送付の頻度は少なくなり、Client の個人データの変更も簡素化され、また LTC 提供者が CIZ の最初の認定結果を閲覧できるようになった。
 - 2012 年 10 月から医療介護・保険セクターの様々な組織が AWBZ と WMO の情報共有プラットフォームに関わっている。そのプロジェクトは GuWA (データ共有 WMO-AWBZ) と称され、現在その第一フェーズである。我々は情報共有の向上に向けてのシナリオと共に法的規制をリサーチし、既存のプラットフォームと情報・データの共有フローを詳細に分析した。た。ただ現在に至るまで、AWBZ と WMO の情報共有プラットフォームはどのような形を取るか、まだ見えてこない。新しい標準化・コード化されたメッセージのシステムが開発される可能性もあるが、自治体が AZR に組み込まれる、というのも一つのオプションである。
 - 2016 年に向けて、IZO プラットフォームは長期的ゴールを、(1) Client のための簡素化、(2) 医療・介護や社会支援の組織の事務負担の軽減、及び(3) データ管理の近代化、の 3 点に定めている。彼らは多くの組織が利用しながらも誤用を回避することが可能で、標準化されたメッセージを持つ情報システムを構築し、これらの目的を達成したいと考えている。このようにして CIZ、CAK、自治体、Care Office、長期療養・介護サービス提供者、またその他のサービス提供者は、権限を付与されれば、確実な情報に迅速にアクセス可能となる。

今まで述べてきた施策を用いて、多くの機関や組織が以下を軽減することにより、効率化を達成できると考えている：

- 間接費
- 情報交換の遅延
- 医療専門家が事務作業にかかる時間
- 十分に情報を得ない医者が決定する頻度
- オーバーラップの頻度、異なる専門家の類似した処置(例えば自治体と CIZ の認定評価)

Figure 5: オランダの医療・介護保険制度における保険機関と医療・介護サービス関係者との情報共有フローの詳細 (Source: Leyden Academy)

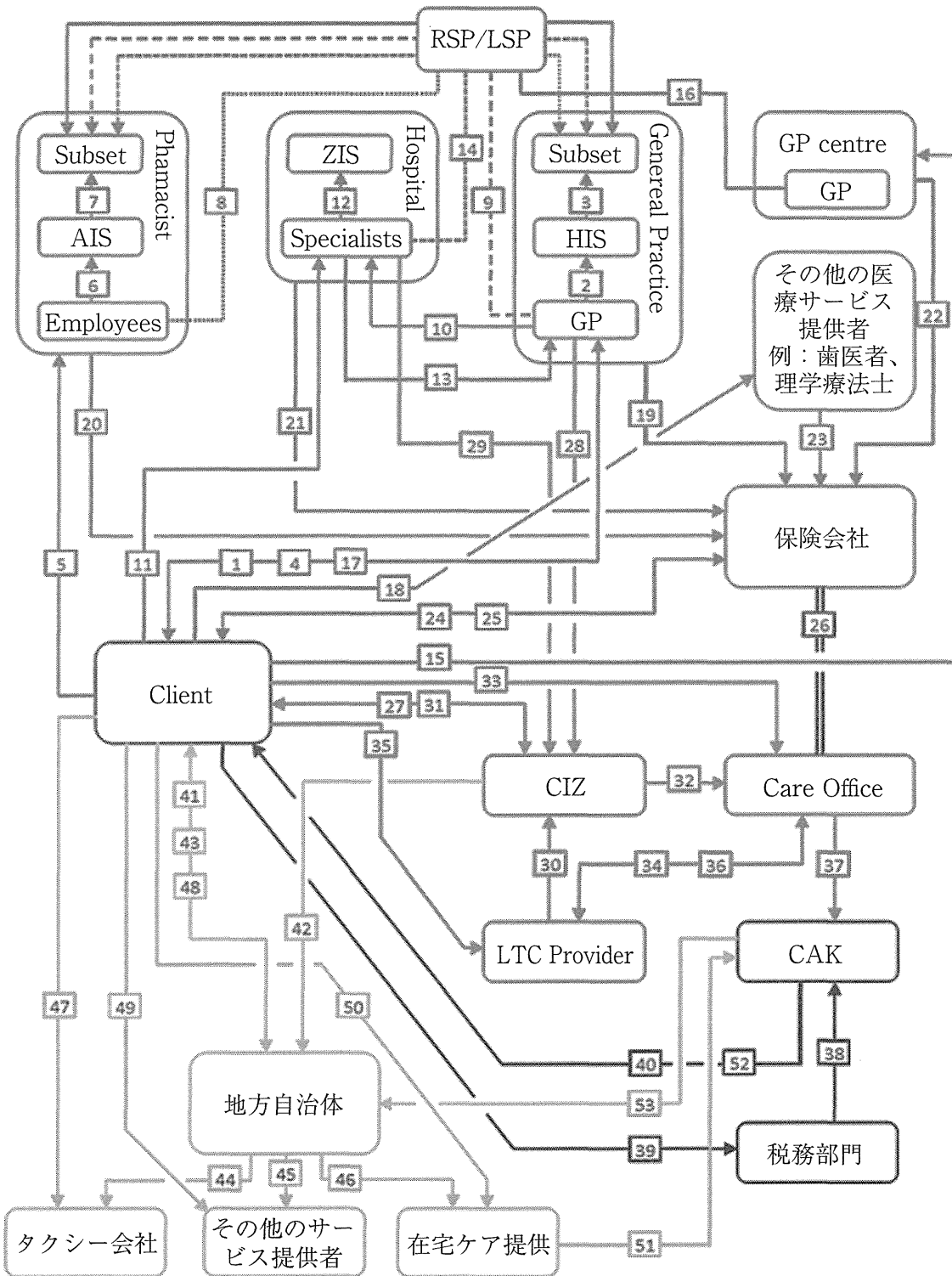


Figure 5 のフロー

1. Client が GP を訪ね、個人データ、健康、生活状態について話し合う。
2. GP かアシスタントが、新しい診断や治療について HIS に入力する。
3. 患者の診断や治療に関する重要な情報は、HIS の一部である RSP/LSP に別に格納される。

4. GP は必要に応じて Client に投薬の処方を書き、医療処置を行う。
5. Client は医薬品を購入し、副作用があればフィードバックし、担当薬剤師と情報を共有する。
6. 薬剤師は使用した医薬品と副作用について AIS に入力する。
7. Client の医薬品の使用と副作用についての重要な情報は、AIS の一部である RSP/LSP に別に格納される。
8. 薬剤師は必要に応じて、GP が入力した Client の重要情報を RSP/LSP で閲覧することができる。
9. GP は必要に応じて、薬剤師が入力した Client の医薬品の使用と副作用についての基本的かつ重要な情報を RSP/LSP で閲覧することができる。
10. GP は必要に応じて、Client を専門医に紹介する。
11. Client は専門医を訪ね、健康と生活状況について話し合う。病院が Client の個人データを収集する。
12. 診断、治療、スキャンやテスト結果は ZIS に格納される。
13. Client と面談の後、専門医は GP に手紙を送り、Client に関する新しい診断、投薬、テストやスキャン結果などを告げる。
14. 専門医は必要に応じて、GP や薬剤師が入力した Client の重要な医療情報を RSP/LSP でチェックする。
15. 緊急の場合、又は GP と接触できない場合、Client は GP センターを訪れる。
16. GP センターの GP の代理者は必要に応じて、GP や薬剤師が入力した Client の重要な医療情報を RSP/LSP でチェックする。
17. GP は必要に応じて、紹介状を書いて関連健康サービス業者（例：理学療法士、心理療法士）を Client に紹介する。
18. Client は歯医者や関連健康サービス業者を訪ね、健康と生活状態について話し合う。
19. GP は Client に関する各請求書を保険会社に送付する。
20. 担当薬剤師は Client に関する請求書を保険会社に送付する。
21. 病院はコード化された DOT で、Client に関する各請求書を保険会社に送付する。
22. GP センターは Client に関する各請求書を保険会社に送付する。
23. その他の医療サービス提供者は Client に関する請求書を保険会社に送付する。
24. Client は保険会社に加入しているため、保険会社は Client の個人データを所有している。
25. 保険会社は Client に請求書のコピーを送るか、免責額又は一部負担を請求する。
26. AWBZ 地域で一番大きなシェアを持つ保険会社がある地域で Care Office の役割を果たす責任がある。法的には保険会社の健康保険部門は Care Office 部門と Client 情報を交換してはならない。しかし実際には起こっている。
27. Client が AWBZ の認定を希望する場合、Client は健康、生活状況、社会的環境についての個人データ、情報を CIZ に伝える。
28. 認定に必要な場合、CIZ 職員は GP に情報を依頼する。まず Client が明確に許可する必要がある。
29. 認定に必要な場合、CIZ 職員は専門医に情報を依頼するが、まず Client の明確な許可が必要である。
30. 認定に必要な場合、CIZ 職員は Client の現在の 長期療養・介護サービス（LTC）提供者

に情報を依頼するが、まず Client の明確な許可が必要である。

31. CIZ が AWBZ サービスについての認定を行い、判定結果を Client に送付する。
32. CIZ は Care Office にも認定結果を送付する。
33. Client は自分が希望する、必要な LTC について Care Office に伝える。
34. Care office は LTC 提供者が認定されたサービスを支給できるかチェックする。
35. 支給可能な場合には、LTC 提供者は最良のサービスを支給するため、Client の健康、生活状況、好みに関する情報を集めてから、支給を開始する。
36. LTC 提供者は、Care Office に LTC 給付の開始、終了、変更についての情報を伝える。
37. LTC の開始、終了、変更についての情報は、CAK に転送される。
38. CAK は税務部門から Client の財政状況について情報を得る。
39. Client は納税申告によって、既に自分の財政状況を税務部門に伝えている。
40. CAK は Client に LTC の使用状況をフィードバックし、一部負担金を請求する。
41. Client は用紙に記入して WMO サービスを自治体に申し込む。
42. 自治体は CIZ に代わって認定評価が可能である。この場合 CIZ が正式な認定を自治体に送付する。
43. Client は WMO 支援の認定結果の手紙を受け取る。
44. Client が WMO からの交通サービスの受給資格がある場合、指定されたタクシー会社に連絡する。
45. Client が WMO からのその他のサービスの受給資格がある場合（補助器具など）、指定されたサービス提供者に連絡する。
46. Client が WMO の在宅ケア・サービスの受給資格がある場合、指定された在宅ケア・サービス提供者に連絡する。
47. 自治体によっては、請求書を作成するために指定タクシー会社に Client の交通サービス使用状況を尋ねる。
48. 自治体によっては請求書を作成するために Client に交通サービスの使用状況を尋ねる。
49. Client が WMO からその他のサービスを受けている場合には、サービス提供者に自分のサービスのニーズを伝える。
50. Client が WMO を通して在宅ケア・サービスを受けている場合には、在宅ケア・サービス提供者に、自分のサービス・ニーズを伝える。
51. 在宅ケア・サービス提供者はしばしば地方自治体から、CAK のために Client のサービス使用状況について聞かれる。
52. CAK は在宅ケア・サービス提供者に関する Client の自己負担金を計算し、Client に請求する。
53. 集められた Client の負担金は自治体に送られる。

3. オランダの医療・介護保険制度の料金体系とインセンティブ

3.1 料金体系とインセンティブ

第一回報告書では、医療・介護保険制度の Client、サービス提供者、保険者、国家機関等、様々な組織の間の資金のフローを説明した。今回は、関係者間の資金フローについて更に詳細を説明する。特に重要なのは、いかに料金体系がインセンティブに影響するかである。まず料金体系の概要と、それぞれの医療サービスにおける長所と短所について述べる。ここで問題にするのは、経済的インセンティブのみである。幸いなことに医療専門家の多くはこのようなインセンティブに左右されない。

大まかに 4 種類の基本的な料金体系がある。以下にその概要を説明する：

- **人頭割診療報酬**：医療サービス提供者は担当する Client の数で補償され、直接支払いを受けることはない。良い点は、過剰な治療に対しては報酬がないということである。悪い点は、健康な Client も取り込んで頭数を増やしたり、比較的健康的な住民の住む地域で働くインセンティブになることである。健康な人々はそれほど治療を必要としない。健康な Client を多く持つ医療サービス提供者にとっては、患者が増えればそれだけ人頭割診療報酬が増える。そして彼らに対し、同じデータベース上でそれほど健康でない Client と同じ数の治療を実施して報酬を得ることが可能である。
- **予算制度**：医療サービス提供者と運営組織は、一定の時間枠に予算制限を設けることに合意している。人頭割診療報酬と同様、予算制度の枠組みの中では不必要なケアを提供しても報酬がない。従ってサービス提供者は、時間制限に縛られながら、Client に優先順位をつけざるを得ない。この制度の悪い点は、ウェイテリングリストを作ってしまうことである。
- **成果報酬**：医療サービス提供者は患者のために時間を費やし、医療機器を使用して補償を得る。賦課方式の長所は、あらかじめ費用を設定したり手順を整える必要がなく、ウェイテリングリストもなく、また健康な Client を取り込もうとするインセンティブもないことである。短所としては、サービス提供者が適切な時期までケアを待ったり断ることをせず、断行しがちなことである。この方法だと医療・介護制度のケアのボリュームが増大し、医療・介護支出 の増加につながる。
- **診断グループ別定額料金(パッケージ料金)**：医療サービス提供者は、診断や治療を基に、「ケア・パッケージ」に対する標準報酬の形で補償を受ける。例えば肺炎の患者を入院させた病院は、この診断に対しての標準報酬を得る。診断が間違っていたり、患者が合併症を発症して別の治療が必要な場合には、既に料金が設定されている別のパッケージに変更する。同じ肺炎を患っていても、ある患者は他の患者よりも多くの治療を必要とする。ただ、ここでの目的は肺炎患者一人に対する治療費用の平均が、パッケージ費用と呼応していることである。この方法であれば過剰な治療は、長いウェイテリングリストや患者の選り好みという副作用なしで回避される。短所としては、医療サービス提供者が不十分な治療を提供しつつ、一方で入院患者の数(診断数)を増やそうとすることである。つまり患者を多く回転させて支払い回数を増やし、費用の方を不十分な治療で抑えるのである。長所として挙げられるのは、サービス提供者が治療の相談や業務管理のための費用を、詳細

に見積もる必要があることである。彼らは自分たちが提供する治療の費用詳細を理解するようになる。

3.2 ZVW の料金体系

3.2.1 Client から保険会社、医療サービス提供者への支払い

オランダの市民は全員が、競合している民間保険会社のどれかで医療保険基本パッケージに加入する義務がある。保険会社は以下の方法で、それぞれが資金を得ている。

- 保険会社は 18 歳以上の Client から基本パッケージと任意のオプション・パッケージの保険料を受け取る。保険料は Client の銀行口座から直接、保険会社の事務局に振り込まれる。
- Client は健康保険基金(HIF)に所得比例保険料を納付する。Client が被用者の場合には、事業主が事業主の銀行口座から被用者の収入の一部を HIF の口座へ振り込む(2012 年では被用者の収入が €34,055 までは 7.1%)。会社経営やフリーランスの場合には、納税の際に直接、所得比例保険料を HIF に払い込む。もし Client が AOW、民間の年金、離婚慰謝料など他の方法で収入を得ている場合には、このような(社会的)給付を行っている機関が HIF に所得比例保険料を支払う。
- Client は最初に受けた医療サービスに対して免責額を納める。2012 年では €220、2013 年では €350 だった。医療行為が実際に行われて、免責額、又はその一部を支払う必要が生じた場合、Client はこの部分を保険会社から借りていることになる。保険会社は既に請求額の全額を支払っているからである。この免責控除制度は Client に不必要な診察や治療を思い留まらせるために設定された。但し Client に必要な診察や基本的な医療サービスを回避させないため、GP の医療サービスにはこの制度は適用されない。
- その他にも特定のケアに対しては、Client に一部負担が要求される。医療保険基本パッケージの一部負担は以下のとおりである：
 - 補助器具
 - 特定の投薬
 - 産科サービス
 - 医療スタッフが同乗しない患者の送迎
 - 医療認定がない病院での出産
 - プライマリ・ケア部門での心理セラピー
 - 精神医療ケア
 - 歯科治療

オプション・パッケージの Client の一部負担については、各保険会社によって方針が異なっている。

3.2.2 保険会社から医療サービス提供者への支払い

医療サービス提供者は、以下のような形で補償される。

- GP は人頭割診療報酬と成果報酬を受ける：一年のうち Client が訪れた回数(4 回まで)と、一回の診察毎の標準報酬(€9)を受け取る。特定の治療を実施したり、設備の使用があった場合には(簡単な施術や、血液検査、スキャンなど)保険者から追加の補償が支払われる。

GP が人頭割診療報酬制度を利用して余分な報酬を得るため健康リスクの低い Client や地域を選ばないように、Client 一人当たりの報酬額は Client が住む地域によって異なっている。

- 病院、関連健康サービス業者、歯科サービス業者、その他の医療サービス提供者は、(疾病・診療分類の)パッケージ料金で報酬を支払われる。2006 年から 2011 年までは、このパッケージ料金は DBC、2012 年からは DOT と呼ばれている。DOT と DBC の間には大きな違いが 2 点ある：

- DBC はおよそ 30,000 存在し、一部は特定の病院のみに適用される。DOT はおよそ 4400 存在し、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類(ICD-10)」をベースとしている。

- DBC が直接請求なのに対し、DOT の場合はいわゆる「分類システム」を使用して請求する。医療サービス提供者が診断、テスト、トリートメントをウェブサイトに入力すると、ウェブのアプリケーションがデータを分類し、提供された医療サービスに最も適合する DOT を探してそれを「認証」する。この認証を終えてからでないと 保険者に DOT を請求することはできない。

DOT は大まかにいって 2 つのセグメントで構成されている：(1)セグメント A (± 30%)はオランダ医療サービス庁(NZa)が年間料金を設定し、(2)セグメント B (± 70%)は保険者やサービス提供者が料金について交渉する。DOT の支出は主に 2 つで、人件費も含めた病院と専門医への補償である。専門医とは、勤務医と開業医の両者を指す。(3.2.3 に詳述)

- CVZ が HIF を管理している。保険会社は HIF を通して 18 未満の Client や高リスクの Client への医療サービスの報酬を受ける。

3.2.3 医療サービス提供者からスタッフへの支払い

医療専門家は開業しているか、勤務医として雇用されている。開業医は直接、保険者から報酬を得て、装置、設備、医療サービスを実施するために、必要なスタッフへ賃金を支払う。通常、スタッフは時給払いである。

オランダでは多くの場合、専門医が病院で開業医と同じステータスで働いており、“Freely Established Specialists” (FE specialists)と呼ばれている。同じ病院で働き、心臓病など専門を同じくする専門医は、協同組合のもとで FE Specialists として仕事をする。全ての FE specialists は病院に拠点を置く協同組合の組合員 (Partner) である。組合は提供した医療サービスの対価として保険者から直接支払いを受け、利益は組合員に分配し、病院に使用した設備や用具の支払いをする。

現在、病院が FE specialists を置くことについては議論がある。彼らは雇用されて働く同業者よりも高くつく可能性があるというのがその根拠である。彼らの収入は治療の数にかかっているため、収入のために数を多くする可能性がある。一方、専門医が時間単位で収入を得ていれば効率的に仕事をするインセンティブがそがれる、という反論もある。

3.3 AWBZ の料金体系

収入のある全てのオランダ市民は(賃金、利子、年金、その他の社会保険給付全て)、2012 年で年収が €34,055 までの場合、収入の 12.15% を AWBZ の保険料として中央政府の税務部

門に納付する。中央政府はこの資金を AWWZ の財源を管理する CVZ に供給する。CVZ は Care Office に PGB の資金を、CAK に現物給付に必要な資金を支給し、そこから資金は各医療サービス提供者に送られる。

Care office はその地域の長期療養・介護サービス提供者(居宅サービス組織、ケア・ホーム、ナーシング・ホーム)と毎年契約内容について交渉する。契約はその地域のサービス提供者が実施する長期療養・介護サービスの種類、規模、価格、質を記載したものである。長期療養・介護サービス提供者は、年の初めに Care Office から支払指示を受けた CAK から手付金を受け取る。Care Office は年末に長期療養・介護サービス提供者への支払い残高を計算し、CAK に新たな支払指示を出す。

CAK は税務部門からの情報を基に、AWBZ ケアに対する Client の一部負担金額を計算する。Client は長期療養・介護サービスを受けたその日から、負担金を支払う義務が生じる。最初の 6 ヶ月間は月最高 € 715 までの低額負担で済む。Client が病院から転院した場合には、病院での月日がこの最初の 6 ヶ月に含まれる。6 ヶ月を過ぎると Client は月最高 €1773.40 までの高額負担を支払わなければならない。Client は毎月、自己負担金額の大きさと根拠を記した手紙を受け取る。負担金額は毎月請求されるか公的年金から差し引かれる。

SVB は Care Office の指示に従って、PGB を支給する。話を単純にするために、よく Care Office が PGB を支給すると言われる。PGB を受け取った Client は、どのように PGB を使用したかを Care Office に報告する義務がある。SSP は PGB の利用方法に関し Client を助けて、申し込みや事務手続き、確認を行う。PGB に対する Client の負担金額は Care Office が計算する。自己負担分は PGB 合計から差し引かれ、差引額が Client に支払われる。

長期療養・介護サービス提供者の全てのスタッフは賃金で収入を得ている。

3.4 WMO の料金体系

地方自治体は中央政府からの交付金と地方税から財源を得て、毎年 WMO の予算を組む。通常は、社会支援サービスを営利団体へ委託し、毎年契約について交渉する。

各地方自治体は、Client の一部負担が必要かどうか、また必要な場合の計算方法を決定する。自治体の職員が自分たちで請求額を計算することもあれば、CAK に委託することもある。CAK が負担金額を計算する場合、給付したサービスについては自治体かサービス提供者から、収入については税務部門から情報を得る。自己負担分は在宅ケア、補助器具、自宅の改装、個人介護予算などに適用される。自治体によっては交通サービスにも適用する。営利タクシー会社を利用する時は、自己負担分をどのように交通サービスに充てるか方法が分かる。まず収入に関係なく、タクシー会社が直接自己負担分を請求する場合がある。例えば、タクシー会社は自治体には走行キロ数毎に決められた金額を請求し、残りを Client に請求する。また、自治体がタクシー会社にサービス代金全額を支払い、後でタクシー会社からの情報を基に Client の負担金額を請求する方法もある。その他には、Client がタクシーの乗車代金のレシートを自治体に提出し、それが収入に応じて補填されることもある。

4. 費用を抑制し効率化を進めるための施策

ここでは4.1で増大するオランダの医療・介護サービス費用の変動を大まかに紹介し、その後医療・介護サービス給付、有効性や効果などの傾向について分析する。そして4.3と4.4で極めて急速に増大しつつある医療・介護費用に対する過去と未来の政策の変遷について述べる。

4.1 増大するオランダの医療・介護支出

オランダの医療・介護セクターの費用は膨らんでゆく一方である。以下にその要因を挙げる：

- **医療の革新**により様々な治療が可能となり、過去には治療できなかった疾患や健康問題が治療できるようになった。これはもちろん Client にとっては朗報だが、医療・介護の平均支出を押し上げるのも事実である。
- Client が自分自身の健康について認識を高め、また自己主張するようになった。Client が健康状態や健康リスクについての知識を得、また権利意識が強くなったために、治療数は上昇傾向にある。医者の方も健康上好ましくない結果になれば責任を問われるため、小さなリスクも見逃さなくなっている。
- **人口の高齢化**。高齢化が公的医療・介護サービス支出の増大の主な要因である。2010年では人口1660万人のうち65歳以上は250万人だった。中央統計局(CBS)は、65歳以上の人口は2020年に340万人、2030年には410万人に増加すると予測している。それに対し人口は2010年から2020年までの間に2.6%、2020年から2030年までは2.2%と僅かな伸びを示すに過ぎない。これは65歳以上が2009年には15%だったのが、2040年には24%に増加することを示している。オランダ市民は生涯の医療・介護支出のうち72%を65歳超³から支出することを考えると、高齢化による医療・介護支出の大幅な増加は避けて通れないものであることがわかる。
- **ポーモル効果(Baumol effect)**。この経済理論によれば医療・介護セクターは他の公的セクターと同様、経済成長を遂げている時には「生産性：価格」率が継続して低減してゆく。労働生産性が上がり革新が経済成長をもたらし、賃金が上がる。ポーモル効果とは、生産性を上げている部門の被雇用者が高い賃金を得ているため、生産性を上げていない部門の被雇用者も(主に公的部門)高い賃金を要求することを指す。つまり賃金の上昇と共に医療・介護支出も膨らんでゆくが、「アウトプット」— 治療を受けた患者数で測る — は平均賃金と同じペースでは上昇してゆかないことを意味している。
- **医療・介護制度改革**。オランダでは公共予算から、自由市場制度へと重点が移行しつつある。これは競争によって医療サービス提供者が効率化を求めてリサーチし、ウェイティングリストをなくそうというものである。一方、多くの医療サービス提供者は現在規模を拡大しようとしている。例えば、病院が扁桃腺手術に公的予算の制約を受けなければ、専門医に働きかけ、できるだけ多くの扁桃腺手術を試みて実績を増やそうとする。
- **供給サイドが主導する需要**。もし長期療養・介護サービスをAWBZやWMOを通じて

³Source: RIVM

“free basis”で提供できれば、公共支援の周辺で家族介護活動が活発化する(BOX 3 参照)。特に他の国と比較するとオランダは長期療養・介護サービスと社会支援が極めて公共性の強いものとなっている。つまりオランダ市民は医療・介護サービスと健康については(少なくとも一部は)政府からの支給にたよっている。これはオランダの文化と共に公的機関を通じて幅広いサービスが入手可能な環境のためである。

Box 3: 供給サイトが主導する需要の例。

初期のアルツハイマーで、歩行も少し困難になってきた A 氏は奥さんの B さんからケアを受けている。B さんは息子や娘と共に A 氏には WMO の在宅ケア、AWBZ の施設外個人サービス(レベル 3)、ナーシング・ケア(レベル 2)の受給が必要であるとの結論に達した。B さんと子供たちは、公共のケア・サービスに申し込んで免責額を支払い、WMO からの支援と AWBZ のサービスに補足する形で、自分たちがケア活動を割り振ろうと決心した。こうして B さんは家を離れてしばらく過ごすことができ、子供たちは A さんを見舞わなければというプレッシャーから解放された。

4.2 現在の医療・介護サービスの傾向

医療・介護保険制度をマクロ・レベルで評価する上での重要な指標は健康寿命である。マクロ・レベル(制度的レベル)で医療・介護サービス給付の水準を計る物差しは、例えば医療・介護支出、施設での平均入院(入所)日数、死亡リスク、患者の満足度などである。また高齢者の健康のバロメータとなるのは、褥瘡と転倒回数である。以下に医療・介護保険制度の効率(質)と費用を反映する指標について説明する。

4.2.1 マクロ・レベル：平均余命⁴

平均余命は全死亡率を反映した人口統計学上の重要な数値であり、国別、時代別の有効な比較も可能である。平均余命は全ての年齢グループについて医学的、社会的、政治的構造が影響する具体的な健康度の指標といえる。社会的、経済的發展が継続してゆく中で、平均余命は過去 150 年の間、先進国全てで大きく伸長してきた。2010 年のオランダの平均余命は女性が 81 年、男性が 77 年である。Figure 6 は 1850 年から 2010 年までオランダを含む「平均余命の記録保持国」、つまり最も高い平均余命を記録した国々である。まずオランダの平均余命は 1850 年には傾向直線の遥か下にあることに気付く。先進国では若年層中年層の死亡率は最低に至っているため、平均余命の差は主に老年に達してからの死亡率である。従って 65 歳での平均余命、つまり 65 歳に達した段階であと何年生存できるかを調査することが重要である。オランダでは 65 歳の平均余命は 2010 年で女性 21.2 年、男性 18 年だった。

⁴更に詳しい情報は以下のサイトで閲覧が可能：“Dutch life expectancy from an international perspective” by D. van Bodegom L. Bonneux, F. M. Engelaer, J. Lindenberg, J. J. Meij, R. G. J. Westendorp, Leyden Academy on Vitality and Ageing 2010. Web address: http://lava.test.yellowcat.nl/UserFiles/file/Onderzoek%20levensverwachting_okt_2010/rapport_2010_in_boekvorm_definitief_30_9_2010.pdf

特に65歳での平均余命は(Figure 7)、その国の社会・医療制度の加齢に伴う慢性的疾患の予防、対処の成果を反映している。オランダで過去10年の間、個人が慢性疾患なしで迎える年数は減少している。これは主に慢性疾患に高血圧も含んでいるからだが、より若いうちに、医者にせよ自己診断にせよ症例が発見されるようになってきたためでもある。また人工股関節置換手術など、治療が可能になったこともその一因である。少なくとも長寿の一因は、症例発見数が増え、同時にリスクに対する医療処置の数も増したからだといえる。

長く健康な生活を送るためには様々な方法がある。まずアテローム性動脈硬化、糖尿病、認知症など、加齢に伴う慢性疾患の予防が大切である。食生活を改善し、運動量を増やし、喫煙、高血圧、肥満を予防するなど、公衆衛生対策には重要な役割がある。第二に、執拗な合併症や障害を若い段階で最小限に抑えるため、加齢に伴う慢性疾患に対する審査と診断戦略が重要である。第三に治療とケアの両方の枠組みと資金調達を最適化しなければならない。そしてその効果は平均余命の伸長で推し量ることができる。

Figure 6: 1850年から2010年までの男女別平均寿命、オランダと平均余命の記録保持国との比較

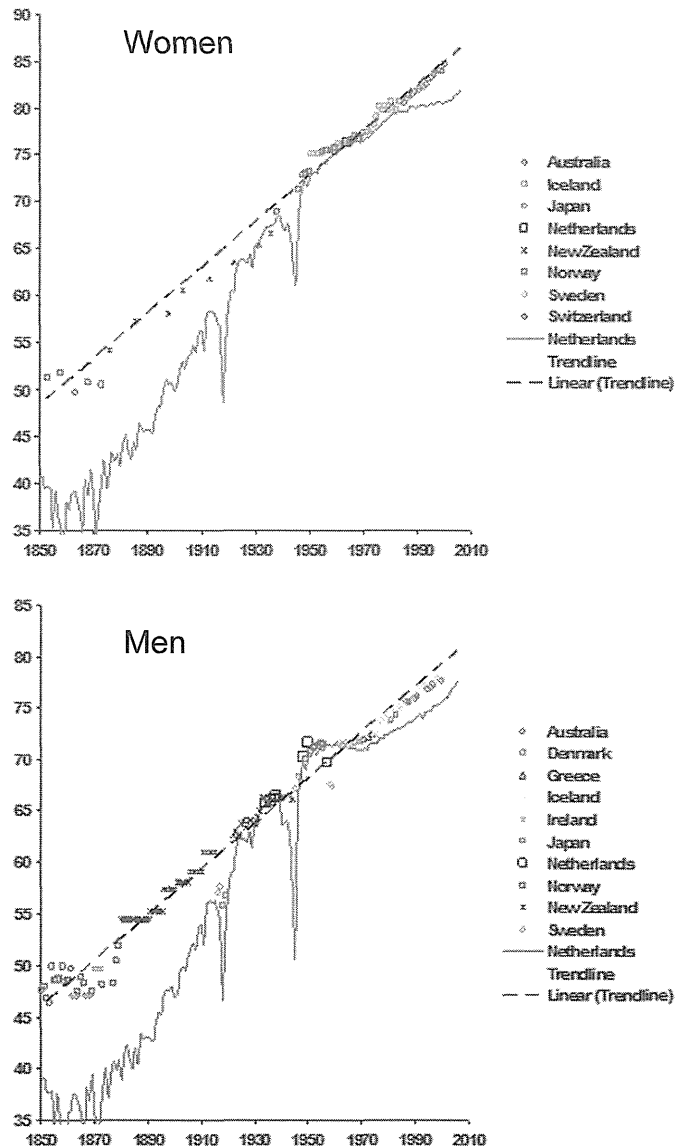
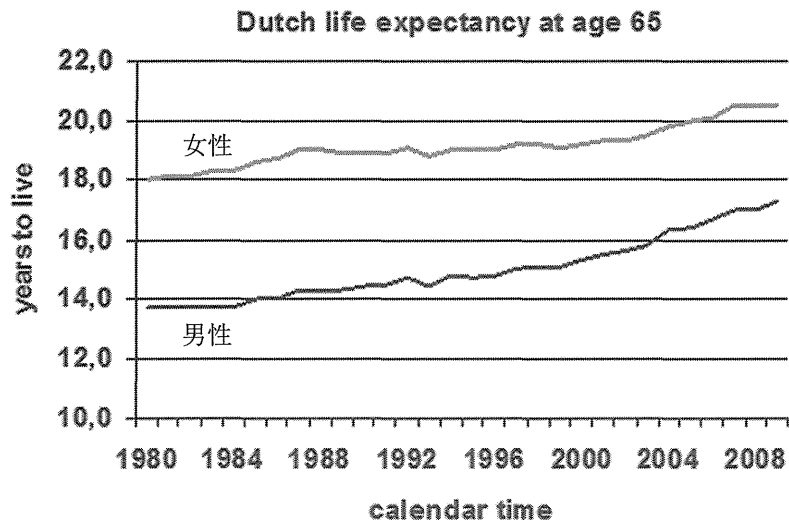


Figure 7: 1980年から2008年までのオランダの65歳での平均余命 (source: CBS).



4.2.2 マクロ・レベル：医療・介護支出

マクロ・レベルの医療・介護支出の情報を、Appendix の A1.1 及び A1.2 に示す。Figure 8 は、国レベルでの長期療養・介護サービス・セクター及び社会支援セクターの資金の流れを表している。社会支援セクターでの支出は、2011年に123の自治体から集めたSGBOのデータを基に算出している。

Figure 8 : 2011年のAWBZとWMOの資金の流れ (Source: Leyden Academy)⁵

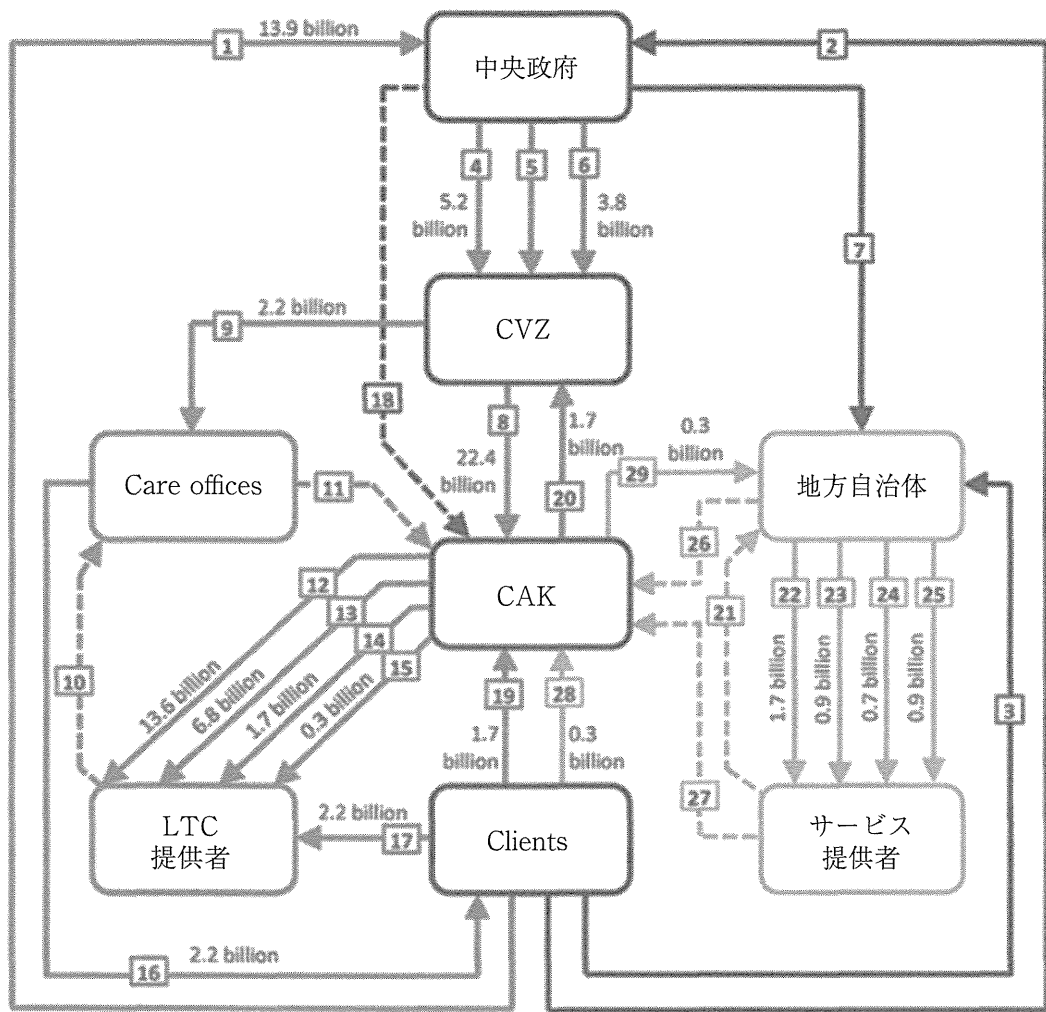


Figure 8 のフロー説明 :

1. 全てのオランダ市民は課税前収入の12.15% を保険料として支払う。
2. 全て収入のあるオランダ市民は、様々な種類の税金を中央政府に納める。
3. 全て収入のあるオランダ市民は、様々な種類の税金を地方自治体政府に納める。
4. 中央政府はAWBZに原資を拠出する (BIKK)。
5. 中央政府はCVZにAWBZ保険料の原資を管理させる。
6. AWBZの原資の不足分は中央政府が補填する。
7. 中央政府は国税の一部を自治体交付金を通じて自治体に支給する。
8. CVZはAWBZ原資の一部を長期療養・介護サービスのためCAKに支給する。
9. TCVZはAWBZ原資の一部を個人介護予算のためCare Officeに支給する。

⁵ Data of the levels of AWBZ expenditure are from the CVZ. Data on the levels of WMO expenditure are estimated from the data in a report by the SGO ("Benchmark WMO 2012: Results of the Year 2011"). Data on personal budgets for instrumental aids and home adjustments (WMO) were unavailable. Therefore, flows of expenditure through PGBs are not reported for the WMO, and instead subsumed under flows 22, 23, 24, and 25.

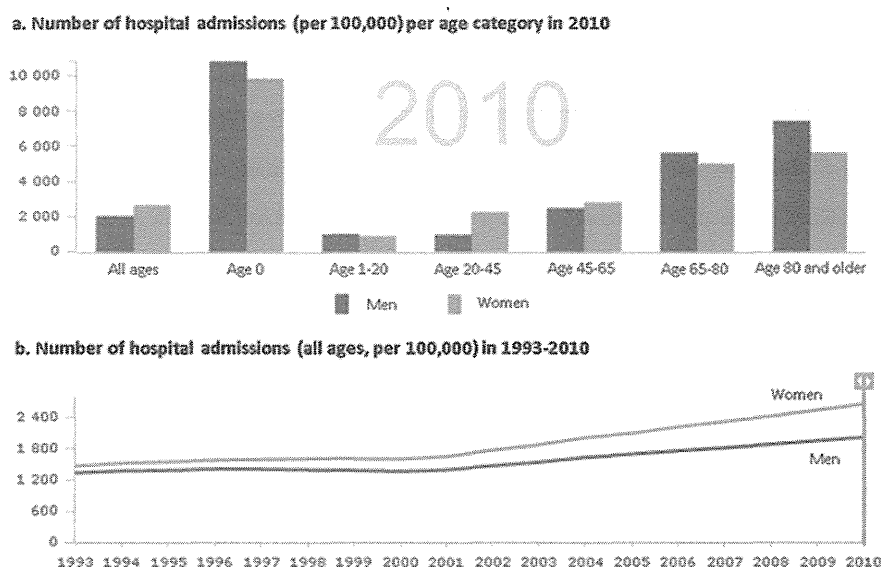
10. 長期療養・介護サービス提供者は、Clientに支給されるサービスの開始、終了、変更についてCare Officeに報告する。
11. Care officeは長期療養・介護サービス提供者への補償金額を計算し、CAKに請求に対する支払いの指示を出す。
12. CAKはナーシング・ケア、個人サービス、カウンセリングの提供者に支払いをする。
13. CAKは障害者へのサービス（ケア）提供者に支払いをする。
14. CAK長期的な精神面でのケアの提供者に支払いをする。
15. CAKはAWBZサービス提供者への支払いをする。
16. Care officeは、Clientに個人介護予算の支払いをする。
17. Clientは個人介護予算を使用して、長期療養・介護サービス提供者にサービスの支払いをする。
18. CAKは中央政府の税務部門から、全てのClientの財政状況の情報を入手する（AWBZ及びWMO）。
19. CAKは（11）及び（18）から得た情報を基に、AWBZの一部負担金額を計算しClientに請求する。
20. ClientのAWBZの一部負担はAWBZの原資となりCVZが管理する。
21. サービス提供者がClientをWMOを通して支援した場合は、サービスについて地方自治体に情報を提供し請求書を送付する。
22. 自治体政府は在宅ケアの提供者に支払いをする。
23. 自治体政府は障害者の補助器具やその他の援助について提供者に支払いをする。
24. 自治体政府は、社会カウンセリングやアドバイスの提供者に支払いをする。
25. 自治体政府は社会・文化活動（0.7 billion）やその他の社会援助サービス（0.2 billion）の提供者に支払いをする。
26. 自治体政府は、Clientへの社会援助サービスにかかった金額をCAKに報告する。
27. 在宅ケア・サービス提供者は、Clientへのサービスにかかった金額をCAKに報告する。
28. CAKは（18）、（26）、（27）からの情報を基にWMOの一部負担金額を計算し、Clientに請求する。
29. WMOへのClientの負担金は自治体政府に還流する。

4.2.3 制度レベル：病院

オランダでは過去 20 年間、入院数は増え続けているが、病院のベッド数平均と入院日数は減少している。1976 年から 2006 年の間、一般病院と大学病院の両方でベッド数は 30% 減少し、1993 年から 2010 年の間に入院数はほぼ 50% 増加した (Figure 9 の折れ線グラフ b 参照)。棒グラフ a では、新生児と 65 歳超の人々が最も多く入院している。また Figure 10 に示す通り、ベッド数と同様、入院日数も減少している。

周辺諸国 (オーストリア、ベルギー、デンマーク、フランス、ドイツ、スペイン、スイス、イギリス) と比較して、2009 年ではオランダの入院率と入院日数は、平均をやや下回っている。⁶

Figure 9: オランダにおける入院数の変遷 (Source: CBS)



オランダの病院のベッド数は少なく (人口 1000 人に対してベッド数 2.8 / 平均は 3.7)、医者の数に至っては 8 カ国の中で最も少ない (人口 1000 人に対して医者 1.6 人 / 平均 2.4 人)。7 カ国の平均と比べると手術の数は少ないが (扁桃腺切除と白内障の手術を除く)、5 年生存率が高い。

こうしてみるとオランダが他の国々と比較して GP や病院への支出が GDP に占める割合が一番低いのは驚くに当たらない (性別、年齢別に調整後 3.7%)。また欧州医療・介護消費指数 2012 (Euro Health Consumer Index 2012) によると、オランダは病院の実績については最高スコアを取得している。スコアは患者の権利と情報、アクセスのし易さ、治療の成果、予防、調剤という 5 つのカテゴリに分けられている。このスコアからみる限り、オランダの医療・介護制度はかなり効率的とみることができる。

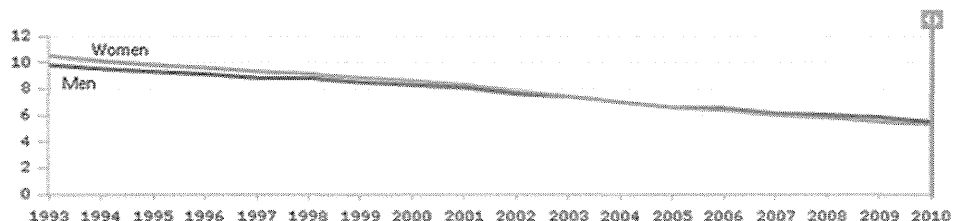
⁶ Based on Health at a Glance, 2011: OECD.

Figure 10: オランダにおける入院日数の変遷 (Source: CBS)

a. Average days of admission per age category in 2010



b. Average days of admission in 1993-2010 (all ages)



一方、医療・介護におけるその他の支出(GP と病院以外)は他の欧州7カ国と比較してオランダが最も高い。長期療養・介護サービス給付、社会支援、精神面のケア、事務費、その他の医療・介護サービス提供者がGDPの7.4%を占める(性別、年齢別調整後)。つまり、政策立案者は増大する医療・介護サービス支出と効果的に取り組むためには、GP と病院以外の医療・介護サービス・セクターを見直す必要がある。

4.2.4 制度レベル：長期療養・介護サービス

2006年から2010年にかけて、施設外サービス提供者の数は700前後から1200超まで増加した。それに対して施設サービス提供者の数は減少している。特にケア・ホームの数は500前後から400前後と減少した。またナーシング・ホームの数は安定している。これには2つ理由が挙げられる：(1)ケア・ホーム全体の中でケア・ホームの合併が減少している；(2)多くの長期療養・介護サービスが施設サービスの形ではなく施設外サービスの形で提供されるようになった。これは施設サービスは施設外サービスよりも高額であるため、効率化を進めるにつれてサービスを施設から施設外へ移行させたためとみられる。

2006年から2010年までの間にケア・ホームの数が減少しただけではなく、Client一人当たりのケア・ホームやナーシング・ホームへの入所日数も減少した。仮に長期療養・介護サービス施設の収容人数が100人とすると、2006年にこの施設に入所を許可されたのは、平均152人だった。2006年から2009年までに平均入所日数が5%減少し、2009年には160人となった。相対的にここ数年施設を利用した長期療養・介護サービスは減少しているが、家族介護者数は増加している⁷。これは高齢化の直接の影響ともいえるが、オランダでは長期療養・介護サービスが公共のものではなくてきたことを示しているともいえる。これはオランダ政府が公的長期療養・介護サービス制度よりも家族介護者、社会的ネットワークとコミュニティの努力に期待している事と連動している。次頁のFigure 11は、2009年に長期療養・介護サービス

⁷Source: Social and Cultural Planning Bureau

施設に入所した Client の年齢別入所日数である。

Figure 11 の下で説明するとおり、施設外サービスは WMO からの在宅サービスを含むが、その他の WMO サービスは含まない。WMO の効果(質)と費用については 4.2.4 で述べる。

Figure 11: 年齢別長期療養・介護サービスの使用状況 (2009年)⁸

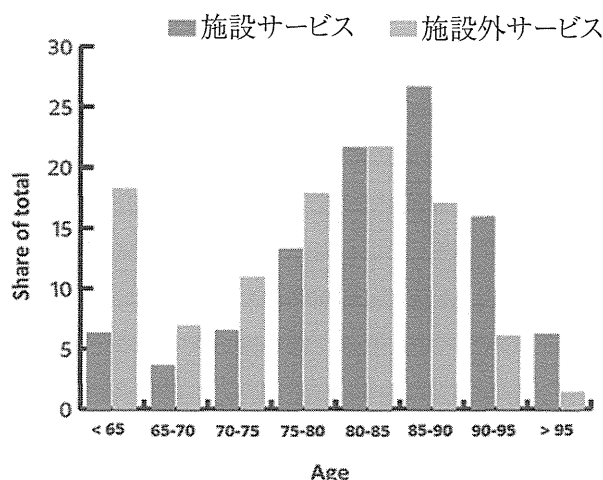


Figure 8 に長期療養・介護サービス及び社会支援(AWBZ 及び WMO)の資金のフローを图示しているが、数字をみる限り AWBZ の支出は 24.6 billion で、WMO の 4.2 billion という支出予測よりも遥かに高い。AWBZ のケアは WMO の援助よりも遥かに集中的である(要介護度による完全入院と 24 時間看護、ナーシング・ケア、個人サービス)。しかし政策立案者は、あまり集中を必要としない長期療養・介護サービスは、予算に制限のある地方自治体を通して支給する方が、大きな公的制度を通すよりも効率的であるとみているため、AWBZ の多くの部分を WMO に移管しようとしている(4.3 及び 4.4 参照)。

4.2.5 制度的レベル：社会支援

次頁の Table 1 には 2008 年から 2012 年までの、124 の自治体の WMO の一人当たりの費用と、高齢者にとって特に重要な 3 つの分野を示している。これは公共施設のサービスの指標を作成する民間研究所 SGB0 が集めた数字である。WMO サービスの実績と支出のデータは 415 の自治体(2012 年)をまたがっており、各自治体はそれぞれが WMO サービスの領域を設定しているため、社会支援セクターの支出レベルの統一した情報を得るのは難しく、通常の方法では不可能である(例：健康厚生スポーツ VWS 省、中央統計局 CBS、SCP)。Table 1 の数字は WMO の支出レベルについてある見解を示してはいるが、高齢者が支出のどの程度を占めているかは明確ではない。

在宅ケアの一人当たりの支出レベルは 2010 年に大きく増加したが、2009 年から 2011 年の間に、新規の申込者数は減少している。2009 年から 2010 年に在宅ケアを受けた一人当たりの平均支出は €2,929 から €3,234 に上昇している(2011 年では €3,370)。恐らく認定の基準が厳しくなり、サービス提供者のコストが上昇したためと思われる。また SGB0 の報告によると、WMO の一人当たりの支出は小規模な自治体よりも大規模の自治体の方が遥かに大きく、€334.91 対 €237.11 である。大きな自治体の方がより多くの WMO サービスを提供しているか、WMO の援助を受ける住民の数が多いためと思われる。しかし支出の差はおよそ €100

(29%)であり、また他の要素も関係しているはずである。ボランティア、民間支援、家族介護の水準はコミュニティが小さい方が高く、公共サービス、公共支援の代替となっている。

Table 1: WMOの年次支出と実績 (2008年～2011年、124の自治体)⁹

	2008	2009	2010	2011
一人当たりの支出 (€)				
合計	208.77	230.07	233.16	252.17
活動分野 5 & 6	-	140.71	154.73	157.25
在宅ケア (±) ¹⁰	78.00	77.00	91.00	96.00
(PGB で受領する %)	-	(16%)	(17%)	(18%)
家の改装	13.60	12.60	12.60	11.10
一般交通サービス	11.10	10.30	11.80	11.70
車椅子	9.40	9.20	9.00	8.40
スクーター	-	7.60	8.10	8.10
個別交通サービス	-	6.60	4.70	4.20
間接費	18.89	17.41	17.53	17.75
(一部負担金)	(11.24)	(11.64)	(13.85)	(16.93)
活動分野 4	-	-	4.71	4.45
家族介護活動	-	-	2.05	1.95
ボランティア活動	-	-	2.66	2.50
その他の活動分野	-	-	73.72	90.47
実績 (平均スコア、0-10)				
社会的品質	-	6.6	6.6	6.7
環境遮断・妨害	-	3.9	3.8	3.4
満足度：在宅ケア	7.8	7.8	7.8	7.8
新規アプリケーション (per 1,000)				
情報とアドバイス：field 3	-	126.0	145.0	108.0
在宅ケア：Field 5/6	-	12.0	10.9	9.2
Field 5 & 6 のその他の給付	-	23.2	21.9	19.2

4.3 増大する医療サービス費用に対するこれまでの対策

4.3.1 政治環境

医療及び長期療養・介護サービス・セクターで、増大する医療・介護支出に歯止めをかけるため、近年行われた重要な変革を定義する前に、オランダの政治状況を述べておく。2010年、政府が解散した後に国政選挙が行われた。この選挙ではVVD (Conservative-liberal Party) が最も多くの議席を獲得し(150議席のうち31議席)、30議席のPvdA (Social-democratic or “Labour” party)がそれに続き、PVV (Party of Geert Wilders)が24議席、CDA (Christian-

⁹Source: SGB0, Benchmark WMO 2012.

¹⁰Client一人当たりの在宅ケア・サービス支出の平均は2008年が€2,638、2009年が€2,929、2010年が€3,234、2011年が€3,370だった。

democratic Party)は21議席だった。VVD、PVV、CDAはRutte Iと呼ばれる連立内閣を組織したが、PVVは閣外協力に留まった。この内閣は2012年4月21日に解散し、PVVは協力から撤退した。Rutte I内閣の間にZVW、AWBZ、WMOに関連する多くの決議がなされた。ただ、これらの決議は内閣が解散したために、実行に移されなかった。

2012年10月に新しく選挙が行われ、その年の11月、新しい連立内閣が発足した。VVDとPvdAが連立を組んだRutte IIと呼ばれる新しい内閣である。Rutte IIは健康保険料を収入に比例して徴収し、健康手当を完全に廃止しよう試みた。これは中・高収入層は保険者に高い保険料を、低収入層は少ない保険料を支払うということである。これに対し多くの反対が起こり、所得比例の健康保険料というプランは中止となった。AWBZの大きな予算削減もRutte IIのアジェンダであった。予算削減には国民も医療専門家も反対を唱えたが、どうやら従う見込みである。このことは4.4.2.に詳しく述べる。

4.3.2 医療サービス

この10年間、特にZVWが導入された2005年から2006年にかけて、医療サービスの費用は大幅に膨らんだ。2006年のZVW導入時からの医療サービス・セクターにおける費用増大を抑制するため、多くの対策が取られた。

- 主に増長してゆく患者の自己主張、要求を抑え、医療・介護施設の過剰利用を防ぐため、免責控除金額が引き上げられた。
- 政府は健康保険料の大幅な値上げを回避するため、医療保険基本パッケージの範囲を縮小した。例えば理学療法範囲はここ数年継続して縮小している。例を挙げると、理学療法の最初の20回までのセッションは、2013年に基本パッケージからはずされ、20回目以降のセッションでも、一部の治療のみが基本パッケージによって補償される。
- 自由市場インセンティブによるサービス過剰に対応するため、医療監察局(IGZ)がいわゆる“Volume norms”のリサーチを行い、公表した。Volume normsは、病院が複雑な手術や治療を実施する能力を持続するため、一年で最低限実施する必要がある手術や治療を示している。膵臓がん、直腸がん、大動脈瘤の選択的手術などがこれに含まれる。Volume normに必要な手術や治療の回数については、医療・介護の科学評議会に意見を求めている。
- 保険会社は、Volume normsや医療機関の質的な水準を発表している。例えば2011年に保険会社CZは、オランダの6つの病院で乳癌の手術の補償を取り止めた。この6つの病院は、品質指標のスコアがあまりに低かった。品質指標で最も重要なのは手術後の生存率である。CZはオランダの医療・介護セクターで最も大きい保険会社の一つであるため、病院側は医療行為のレベルを上げるか、手術の実施を取り止めるしか方法はない。IGZや保険会社がVolume normsと品質標準を管理しているため、病院は医療の特定領域に特化することになる。
- 2012年、Rutte Iは入院に対してもClientの自己負担を適用しようとしたが、(一日およそ€7.50)、Rutte IIはこのプランを破棄した。
- 2011年11月4日、Conservative-liberal Party (VVD)は、Clientは保険会社だけでなく、医療サービス提供者の請求書も受け取るべきだと主張した。これには2つの理由がある：(1) Clientが医療・介護サービスがどれだけ高額か確認できるため、将来的に医療・サービス支出の抑制に理解を示すようになる、(2) 保険会社は正しいDOTが入力されたか確認