

オランダの医療(保険)制度の特徴

石塚 秀雄

1. はじめに

オランダの面積の3分の1は干拓地であり、人口は約1600万人の柱状社会と呼ばれる社会を構成している。柱状とは、政治、宗教によって利害団体ができており、団体交渉型のいわゆるコーポラティズム型国家の性格を持つと言える。現在、ベアトリス女王がいる立憲君主国であるが、柱状社会の統合の象徴としての役割を果たしていると言える。現在、オランダ政府は、2006年の選挙によって、キリスト教民主党と労働党を軸とした連立政権である。これは労働党が躍進して、社会党が後退した結果を受けたものである。連立は、個人主義的自由主義原理のキリ民党と社会民主主義原理の労働党という、いわば生活意見の違う夫婦のようなものである。こうした同棲は政治原理的に可能であろうか。オランダの医療制度改革は、普遍化、市場化という一見対立する原理を結びつけようという点で、柱状社会という形式をよりフラットな一本化統合化を目指す試みの一環なのかもしれない。

オランダの医療制度は、1990年代のいわゆるデッカー改革以来、「費用効率化」、「医療アクセス改善化」を軸として「構造改革」の試行錯誤が進められてきている。オランダはこれまでドイツ、ビスマルク型の社会保険制度を採用してきた。しかし、2006年度医療改革はいくつかの重要な変更を行った。オランダの医療政策の性格としては、医療アクセスの普遍主義追求と市場化指向との、常識的には対立する要素の混合型となっている。それは「民営化」社会保険制度とでもいえるようなものである。民間保険会社（大部分非営利）が介在することや、医療供給者（病院、診療所）は民間非営利を主体としている点が特徴である。政府は直接医療供給はしない。オランダにおける民

営化市場化とは基本的に「非営利民営化」であり、政府の統制を受けた「社会的市場化」ともいえるべきものである。その点で、オランダの医療政策と医療制度は、日本の医療政策と医療制度にとって、今後どうあるべきかについての参考になると思われる。

2. 2006年以前の医療保険制度

2006年以前の医療保険制度は、社会保険制度であった。原理的に言えば、いわゆる社会保険制度と公的保険制度は厳密に言うとは異なるものである。社会団体が行う者が社会保険であり、国家・公的機関が行うものが公的保険である。もちろん実際にはいろいろなバリエーションがある。

オランダは社会保険により職能的区分と低所得者をカバーし、高所得者は民間保険に加入するという二重制度であった。すなわちセフティネットとしてのAWBZ（特別医療費用法）は主として低所得者や長期入院患者を対象にしたものであったが、誰でもがアクセスできる基本医療であった。疾病金庫（ZFW）と民間保険は中所得、高所得者むけであった。その他整形外科など自由診療分野は民間保険がカバーした。問題点は、民間保険が、いわゆる加入者を選別するという「クリームスキミング」を行うこと、医療機関に不効率による診療待機の「ウエイティングリスト」の待ち時間が長いこと、医療機関に費用的インセンティブがないための費用増加すること、労働者の保険料は実質的に事業主が支払っているために保険料が経済に左右されやすいこと、などであった。

3. 新医療保険制度は民間社会保険への一本化

2006年1月に新しく「健康保険法」(ZVW)が作られ新社会保険制度となった。疾病金庫の役割は廃止され、民間(社会)保険者団体(会社)に一本化された。それまでは高額所得者や年金者は医療社会保険制度には任意加入であったものが、すべての住民が基本医療制度の枠組みに入れられることになった。基本医療サービスに関して社会保険と民間保険の一元化である。これは普遍主義、連帯原則を保険市場の中で遂行するという新しい形である。保険者団体(主として非営利)は、加入者を拒否できない。この部分においては共済原理が働いている。すなわち、リスクに基づく保険料という営利保険の手法は禁じられている。病人だからとか老人だからとか貧乏人だからとかの理由で加入を拒否することはできない。オランダには約50の保険者団体(保険会社)がある。しかし、4つの大手の保険事業者グループ(VGZ、Trias、Cz/Oz、Achmea)が医療保険市場の90%を占めているという。住民がどの保険者団体を選択しても、基本医療保険のパッケージはどの保険者団体でも同一となる。基本医療の範囲は、一般医、専門医、入院、薬、22歳までの歯科、救急、リハビリが対象となる。

住民の社会保険料の支払いは2種類ある。第1は、所得に連動している保険料である。これは勤労者は所得の6.5%、自営業は所得の4.4%(2008年度)となっている。この6.5%は実際には雇用主(会社)が負担する。この財源は医療保険基金にプールされて、リスク保険分として保険者団体(保険会社など)に配分される。第2は、県が決める一律の保険料である。年約1,035ユーロ(2008年度)である。18歳未満は支払い義務はない。低所得者には、医療手当が毎月支払われる。したがって、低所得の高齢者も対象となる。2009年度では、年間所得32,502ユーロ以下の単身者の場合、医療手当は月額57.66ユーロ以下であり、配偶者がいる場合は、年間所得47,520ユーロ以下の場合、医療手当は月額121.75ユーロ以下となる。

旧社会保険制度と比べると、住民は支払いにおいては、基本医療にたいしての職能的な疾病金庫

への支払いと追加選択的な医療にたいしての民間保険への支払いの二本立てから、疾病金庫を軸とした旧社会保険システムが解体されて、住民は直接保険料は、自己選択した保険者団体(主として非営利、旧疾病金庫など)と契約する。住民としては、費用負担としては、以前の制度とはそれほど変わらないが、『選択の自由』は増したとされる。低所得者には「医療手当」という補助金が支給され、個人が直接保険を「購入」するシステムとなっている。すなわち、通常は、ひとつの保険者団体と契約して、基本医療とオプションを『自由に選択』するという患者の『選択権』が拡大するのだという考えに基づくのである。さらに住民(患者)の自由裁量(権利)として保険料控除を選択することができる。これは100ユーロから500ユーロまでの5区分あるが、保険の適用を縮小するものでもあり、実際には住民の4%しかこの控除方式を選択していない(2006年度)。もうひとつは、無受診払い戻しシステムである。年間155ユーロ以下(2008年度)しか医療費として使わなかった場合に、払い戻し金ができるシステムである(一般医受診、産科は受けても費用と見なされない)。しかし、払戻金を支払うケースは少ないそうである。また団体医療保険は10%の割引を行っている(保険加入者の57%を占める(2007年度))。

こうした制度変更の理由の一つは、以前の「社会保険」下では職能的区分を中心に行われていたので、失業者、移民などの中には基本医療にアクセスできない少なからぬ人口が発生するからであった。2006年度には社会保険非加入者は人口の1.5%、約24万人いたとのことである。

また基本医療について、18歳以下および高齢者は保険料の支払いの必要はない。また保険者団体によって、基本医療以外との組み合わせは異なるので、その分の保険料は保険者団体によって異なるという形になっている。それは住民(患者)の選択度やアクセス度の自由化という考えに基づくものである。

年間約1050ユーロの保険料を支払う。保険料を変えることができるが、同一の医療提供義務が保険者にある。住民は一年ごとに保険者を変更することができる。

医療保険基金(CVZ)が新しい役割を担うことに

なった。主たる目的は保険者団体が基本医療保険を実施できるように、リスク調整し、保険者間の競争を促すことである。

新社会保険制度における「保険者」とは、第1の保険者団体は旧疾病金庫である。疾病金庫は、日本の保険組合と異なり、非営利組織としてガバナンスの自立性が強調される。したがって、社会保険は字義どおり「社会保険」なのであって、厳密には「公的保険」とは違うものなのであるが、日本においては、そうした点は看過されがちである。

保険者団体の第2の種類は民間保険会社である。大手6社で民間保険分野の90%の市場占有率を持つ。その他地域の小規模民間保険が7つ程度存在する。オランダは、医療制度への民間保険の参入を促進する政策を取ってきており、2006年改革は、民間保険会社の「社会保険」参入あるいは社会保険の担い手の一員にするという政策であり、この点では、アメリカのオバマ医療改革のプランのひとつとして民間保険会社に社会保険的な役割を担わせるという点で類似性がある。すなわち、政府は、民間保険会社に対して、基礎医療受給のために、保険加入者の選別あるいは拒否をすることを禁じ（営利保険では当然ながら「クリームスキミング」として、リスクの高い人は加入拒否をする）、保険料額などの規制を行う。もちろん、任意追加型の医療保険はその限りではない。この場合、市場化は強い政府の統制下であって成立するものである。

おおざっぱに言って、社会保険におけるシェアは、旧疾病金庫（非営利）が6割、保険会社（営利）4割である。

医療費（診療報酬）はどのように決定されるのだろうか。政府は強制保険に該当する基礎医療費部分（AWBZ）について報酬基準（金額）を定めているが、競争原理の下、一部分野における価格自由化を認めている。

4. オランダの医療機関の特徴

医療供給者についてもまた、保険者と同様に、2006年改革は混合型を指向している。すなわち、

非営利医療機関と営利医療機関の共存である。というよりも従来の非営利医療機関だけから営利的医療機関の参入を一部図るという形で進められている。

オランダにおいては、分権化指向の中で、医療政策は県が責任をもつ。介護などの社会サービスは市町村が担当する。地方政府が病院プランをつくる分権化が進んでいる。

2006年1月にできた「医療機関許可法」（WTZi）は、①より効率的、医療の質、患者（消費者主導）、医療の革新をめざし、そのために②競争、③医療保険者と医療機関との契約自由化、④患者による選択自由化、⑤病院の格付けを目指す。

医療改革は病院や医師から指示されている。病院は資本投資。保険者は市場化に対応し、病院との交渉の余地を広げたいと考えている。患者協会は競争は患者の立場を強化するので改革に好意的である。医療労働者は、効率化が労働強化や賃金低下につながるようになるのは反対であろう。

新法 WTZi は医療機関認可法の性格を持つ。認可の基準は病院の経営透明性、患者のアクセス性を重視する。また、病院が資金調達をしやすいように、逆に言えば銀行などの金融投資機関が投資しやすいように、病院の経済規模がわかりやすく算定するために DBC 制が活用されている。政府は病院の経営をモニター機関として VEKTIS/CBS を設置している。DBC 診療報酬項目数は3万項目あり、簡素化の方向である。新法は2012年までに営利病院の解禁を目指している。病院に民間資本導入を容易化を目指しているが、実際に営利病院化がすすんでいるわけではない。現在の連立政府は病院の営利化には慎重といわれ、営利病院のための条件整備は未定といわれる。

オランダの医療機関は法人形態によって、財団または基金（Stichting）、非営利組織またはアンシエーション（vereniging）、そして営利会社（besloten vennootschap）と別れる。しかし、営利医療機関の占める割合はきわめて小さい（市場占有率1.5%、2005年）。

一般医の半分は個人開業医であり半分はグループ診療所を運営するパートナーシップ（maatschappen）である。家庭医は、基本医療制度では登録患者に応じて経費が支出されるので、

医療改革における効率化、競争化という問題ではそれほど影響を持つ要因ではない。

2000年の医療計画では、政府は、医療価格の自由化促進を目指して、2008年度までに病院費用の70%の価格自由化を目指したが、現在20%の達成している。これは、2007年2月の新たな連立政権が、それ以前のキリスト教民主党と自由党との連立政権から、新たにキリスト教民主党、労働党とキリスト教同盟の三党による「保革」連立政権となったために、医療価格自由化構想はスピードダウンした。また医療政策の行方は不透明さが増しているともいわれる。

公的統制は医療のアクセスの平等性と連帯を確保するものであり、競争の最適化のために公的医療監督部がモニターしている。

病院の効率化と競争化は2つの政策によって行われている。第1は、病院診療価格を保険者と病院との交渉で自由決定する部分の拡大と、さらにいろいろな医療、眼科、糖尿病などの項目での価格自由化である。

第2は、新しい民営化の動きである。これは民間診療所 (prive-klinieken) と呼ばれたり、独立診療センター (Zelfstandig behandelcentrum) と呼ばれており、新法改正により専門医療に参入しやすくなったために近年増加しつつある。眼科、整形外科、皮膚科、不妊治療、歯科、産科など、さらには在宅介護、施設介護などの分野にも進出している。一例としては MediNova グループがあり、3つの診療所をもち、外科、整形外科などの入院治療を実施している。2006年以前にはベッド滞在

は診療所には認められていなかった。また Vision Clinic グループはユトレヒトを中心とする眼科診療所でイギリスに本部を置く Dotrek 医療グループの一員である。これらは地方に拠点を置く独立診療センター (ZBC, zeelfstandig behandelcentra, Independent Treatment Centers の一部である。一部の論者はこうした診療所を「いいとこ取り」して、新自由主義的手法で参入していると批判している。

5. オランダ医療制度のゆくえ

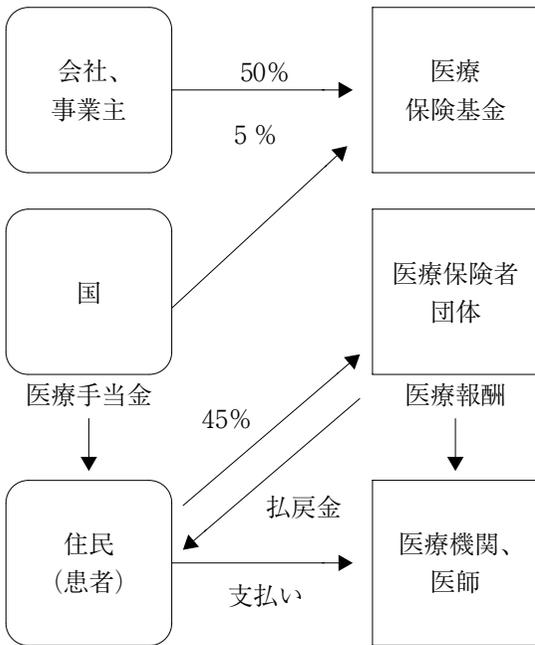
オランダが旧社会保険制度を住民全員のアクセスを可能にしていなかった点では、たとえば、中国のこれまでの社会保険が全員をカバーするものにはほど遠く、公務員などの少数の利害グループのためでしかなかったあり方への批判と原理的には同じであり、日本の皆保険制度も実際には全員がアクセスできないものであることと、同じである。したがって、現実的に皆保険制度にする実験的な試みであるということである。保険者団体を「社会保険」民間非営利保険事業者(会社)と一元化したことは、住民(患者)の主体性の尊重という点でひとつのあり方である。この点は日本でも議論すればよい。医療供給者の主体が非営利機関であること、家庭医制度と合わせて医療報酬制度をどうするか、それぞれのアクターの役割と位置づけをどう見るのかなど、日本の今後のあり方の議論の一助になるであろう。政府の強い統制に基づき、患者主権の最大化、非営利医療機関

表1 オランダの病院数(2008)、単位:百万ユーロ

		数	事業高
一般病院	SAZ 非営利財団病院	37	11,348 (2,643)
	OvA その他一般病院	22	(2,913)
	STZ 非営利アソシエーション		
	研修教育病院	26	(5,792)
大学病院		8	5,497
専門病院		35	—
リハビリ病院		24	—
合計	(数字はあわない、原資料のまま)	145	16,846
地域独立診療センター	うち民間診療センターは106	135	

DHD, 2009に基づき作成。

図 医療保険制度のしくみ



を主軸に医療の社会的市場化をするという実験が、オランダの取り組みと思われる。

主要参考文献

“Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen, 2008”(2008年オランダデータ年報)、DHD, 2009

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)