



少子高齢化への対応： オランダの医療制度改革

2012年1月17日 東京にて

在中国オランダ王国大使館
保健・福祉・スポーツ担当参事官
ライニール・J. コペラール

reinier.koppelaar@minbuza.nl



オランダの主要データ(2010)



- 人口:1,670万人
- 面積:16,500平方マイル
(41,900平方キロメートル)
- 人口密度:1,259人/平方マイル
(393人/平方キロメートル)
- 65歳以上人口:現在—全人口の15%
2040年—全人口の27%に
(日本では全人口の36,5%に)
- 世界16位の経済規模(GDP総額)
世界9位の1人あたりGDP(46,986USD) (IMF)
- 議会:二院制
- 10の政党(それぞれ2-31議席を保有)、連立内閣



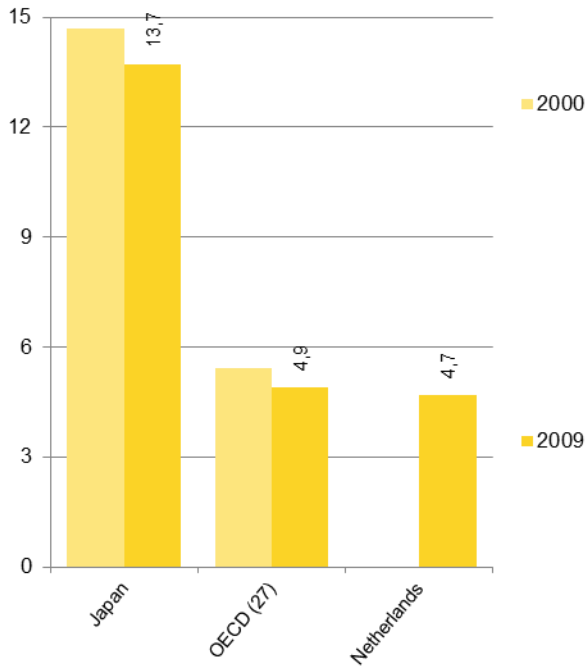
日本とオランダの主要な医療データ

	日本	オランダ	OECD
出生時平均寿命	83	80,6	79,5
医療費の対GDP比(%)	8,5	12	9,6
1人当たり医療費(USD)	2878	4914	3233
家計所得に占める医療費の個人負担(%)	2,4	1,5	3,2
長期療養・介護費用の対GDP比(%)	1,0	3,8	1,39

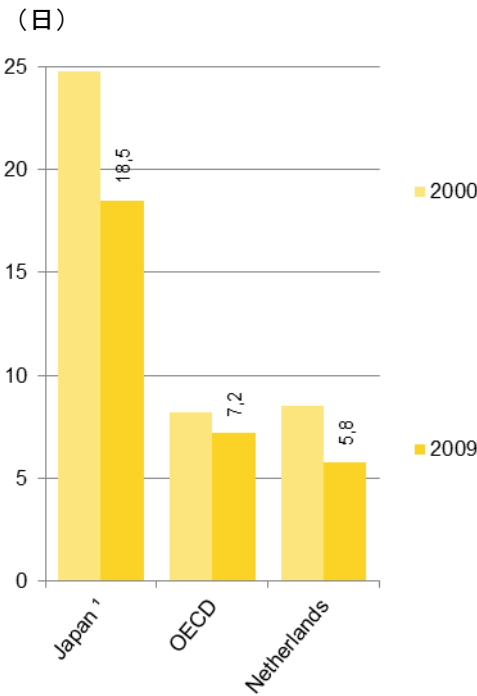


日本とオランダの医療セクターと長期療養・介護セクター

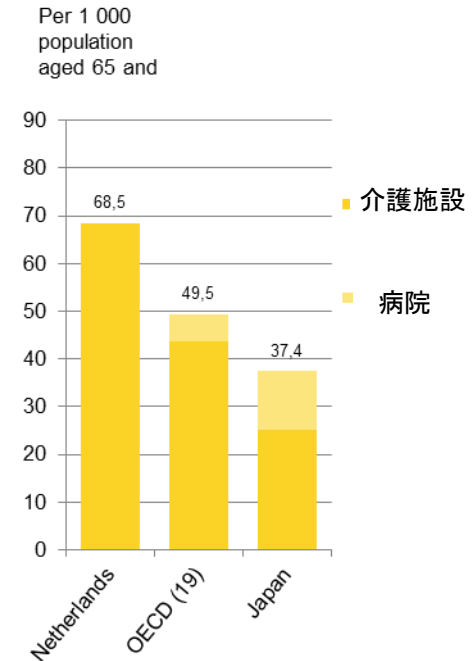
人口1,000人あたりの病床数



平均入院日数



65歳以上人口1,000人あたりの
介護施設及び病院における長期療養用病床数





医療保険制度の区分 (Compartment)

短期医療保険

(健康保険法)
(Health Insurance Act)

“治療サービス”

- かかりつけ医
- 病院
- 医薬品
- 医療機器 / 患者の移送

約 € 330億

補完保険

(Supplemental
Health
insurance)

- パラメディカル
サービス
- 歯科治療
- 代替医療

約 € 50 億

特別医療費保険

(Long Term Care Act)

“療養・介護 サービス”

- 長期ケアを要する高齢者
- 慢性疾患患者
- 身体障害者
- 長期ケアを要する精神病患者

約 € 230 億

社会支援法

(Social Support Act)

- 在宅ケア
- 患者の移送
- 社会参加支援

約 € 30億



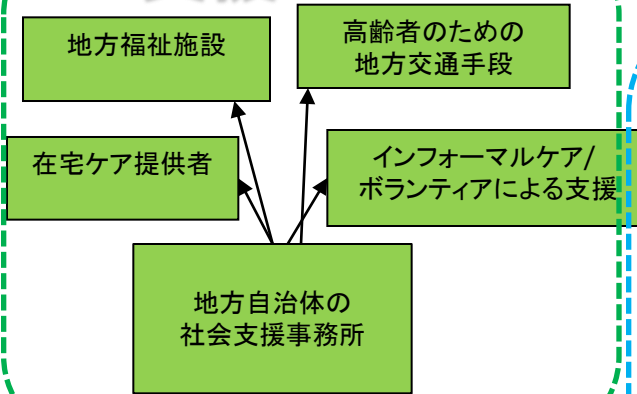
オランダの医療制度の制度的基盤

1. マネージド・コンペティション(Managed Competition: 管理された競争)
2. リスク連帯(risk-solidarity)の最大化
3. 小さな急性期医療セクターと大きな長期療養・介護セクター
4. 医療セクターは民間非営利セクター
5. かかりつけ医(GP)は「門番」としての役割
6. ホルダー・モデル

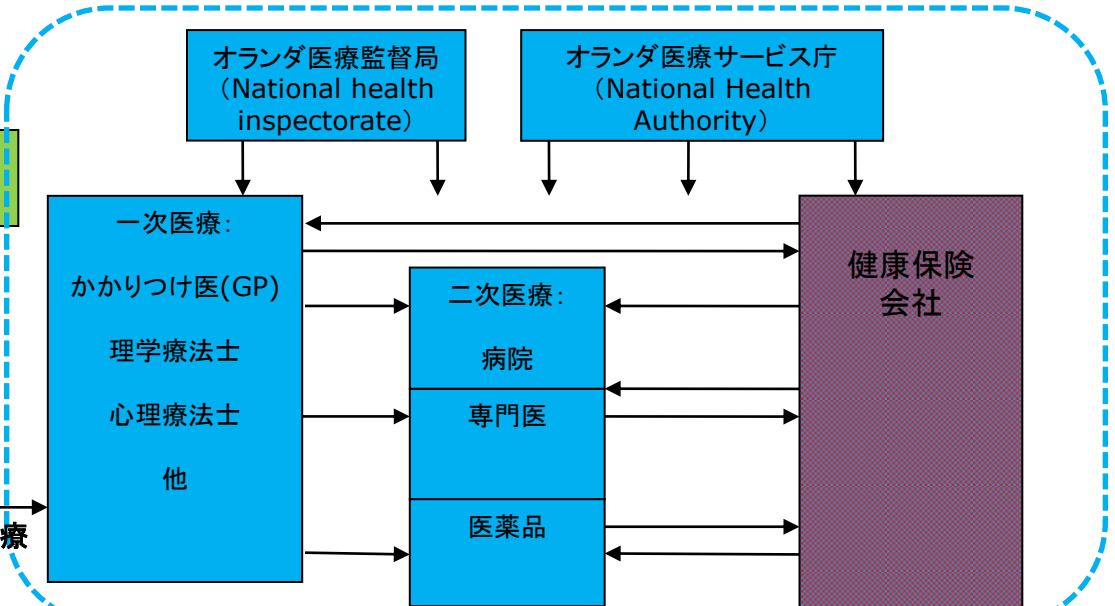


オランダの医療制度の構造

支援



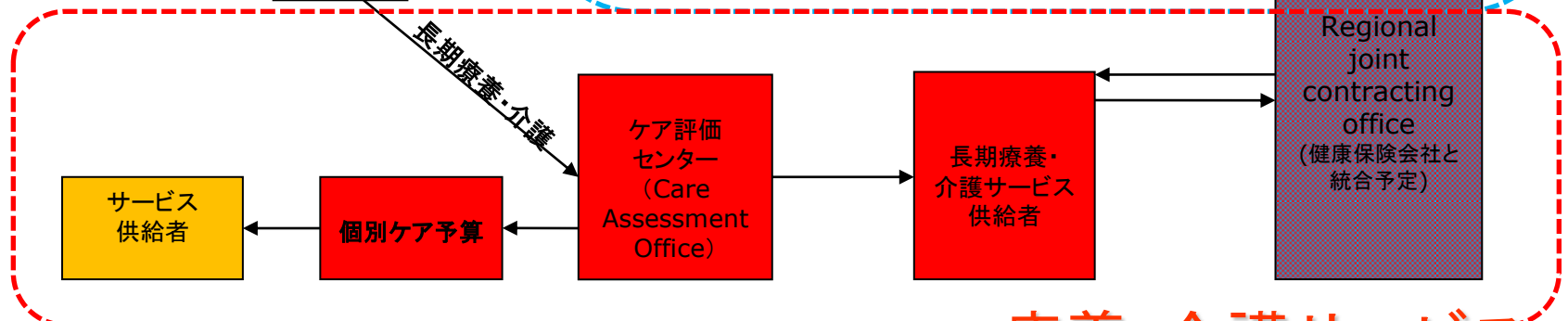
治療サービス



社会的支援

急性期医療

長期療養・介護



療養・介護サービス



1. 健康保険法（2006年施行）による短期医療保険

- 個人強制保険
- 主要な医療サービスについて給付内容を法律で規定
- 被保険者は保険者を選んで年ごとに自由に契約：定額保険料をめぐる競争
- コミュニティ保険料方式（同じ保険商品に対して同じ保険料）を採用。雇用者からも所得に応じた保険料
- リスクセレクションを防止するため、保険者間のリスク格差を調整
- 強制的免責控除金額(deductible)は低額（€ 220）。自主的にこれより高額に設定することも可能
- 医療サービス手当（税額控除）
- 18歳未満の被保険者の保険料は税金により補填

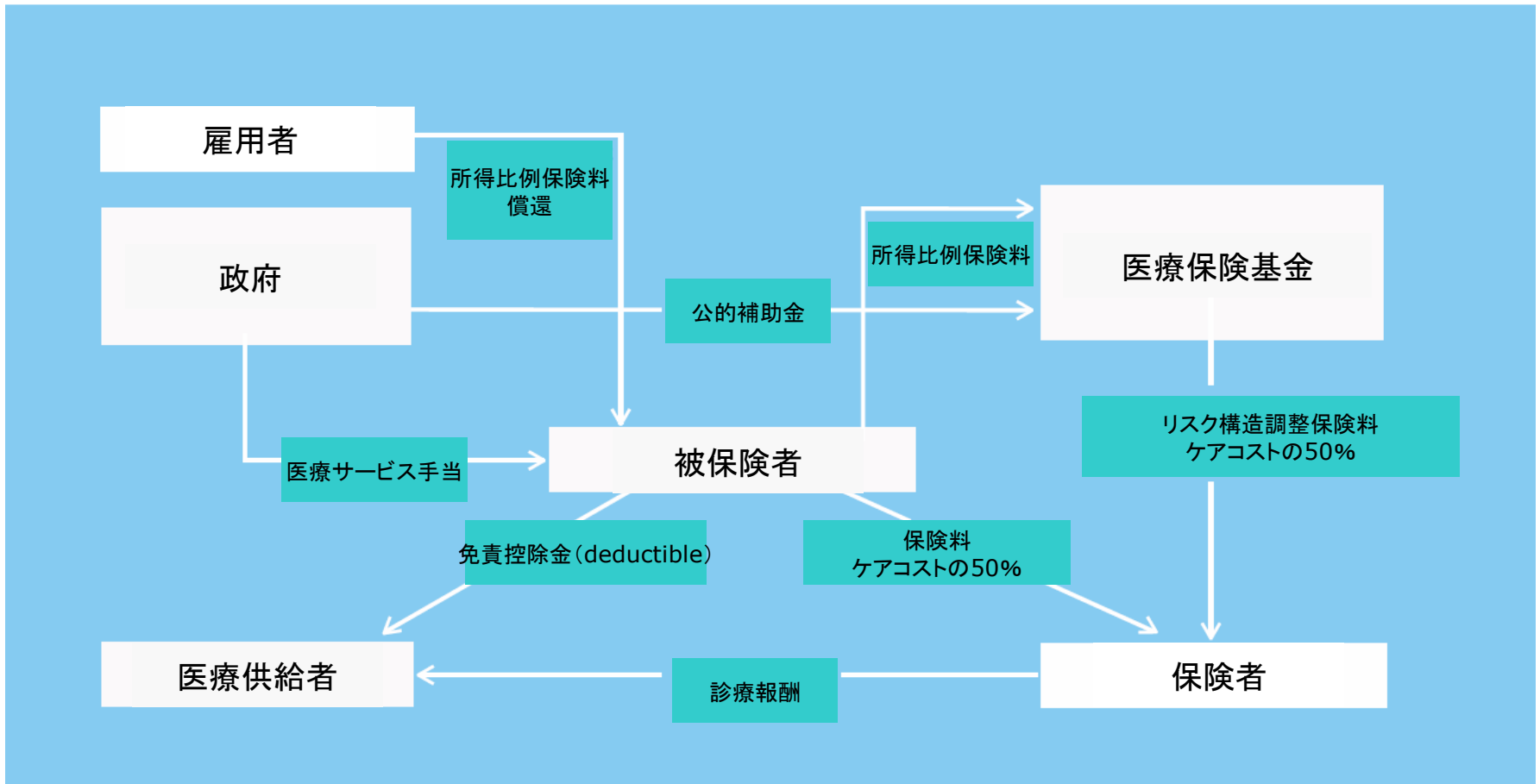


マネージド・コンペティションの関係者

- **保険者**
 - 被保険者獲得のために競争を行う: 年毎の自由契約
 - 保険範囲を法で規定、保険料の差別化なし
- **医療サービス供給者**
 - 患者と保険者との契約獲得のために競争を行う
 - サービスの価格と品質を競う
- **被保険者／患者**
 - 保険者や医療サービス供給者を自由に選択することができる
 - 費用償還か現物支給を選択することができる
- **政府**
 - 直接介入から(強い)市場規制へ
 - サービスの質の透明化に重点



健康保険法





主な課題

- 2010年まで低かった保険料の増加率が、現在加速中(8-10%)
 - 保険会社は、被保険者に多額の現金を還元: 一般管理費を大幅に削減するが、保険の請求は大幅に増加
 - 健康保険会社間の統合が加速: 現在トップ5社が市場シェアの95%を占める
 - 被保険者が保険者を変更するインセンティブが小さい(2006年:18%、2011年:6%)
 - サービス供給者市場: 価格は低下するが供給量が増大。選択的契約やネットワーク・ポリシーはほとんどなし
- マネージド・コンペティションの条件が全て満たされているわけではない。
特に、透明性の追求とリスク共有については不十分。



現在の改革の方向性

- 短期的課題: 基本的な給付内容を必要最小限にとどめる
- 透明性の追求とガイドライン整備を通じて品質の向上を図る (Quality Institute for Care)
- 契約者としての役割を果たすインセンティブとして保険者のリスクを高める
- 固定レートから自由レートへ: 34%から70%に引き上げ
- 自動的契約から選択的契約とネットワーク・ポリシーへ
- 一体型の病院ケアから集中的複合ケアへ (昨年夏にMOU締結)
- › 医療サービス供給者のリスクを高める: 資本投資の自由 (DRGごとの資本コスト)
- › 予算管理から成果に対する価格設定 (**output pricing**) へ / P4P
- › 医師の報酬をコントロール: メディカル・スクールの門戸を広く開放



2. 特別医療費保補償法による特別医療費保険 (Exceptional Medical Expenses Act: AWBZ/EMEA)

公的介護保険としての特別医療費保険

- 施設ケア（コストの70%）
- 在宅ケア（利用者の70%）

- 1年以上のケアを必要とする、民間保険会社では採算の合わないリスクの高いサービスを対象とする
- オランダの支払給与税対象者全てが加入
- 財源は所得及び給与税システム（及び、個人負担8%）
- 給付サービスは以下の6つの機能(functions)に区分
 - 個人的ケア
 - 看護
 - 支援的ガイダンス (> 社会支援法)
 - 能動化ガイダンス
 - 治療
 - 住居
- 給付を受けるにはケア判定センター(CIZ)による審査が必要
- 現物給付と現金給付を選択することが可能



主要な課題

1. コストの増大 / 持続可能性

	1968	1998	2008
費用 (単位: €10億)	< € 1	€ 12.8	€ 20.5
利用者数	55,000	900,000 (精神科と医療区域外 (extramural)患者 を除くと500,000)	600,000
保険料	0.41 %	9.60%	12.15%

2. 利用者中心ではなく供給者中心

3. 人材不足



現在の改革の方向性 (1): ケアの改善

- 指針: 高い信頼性と大きなペナルティ
- 供給サイド中心から利用者中心の制度へ
- サービスの品質基準順守の推進 (Quality Instituteの設置など)
- 審査手続きの簡略化
- 成果に基づく資金供給: 投入に対する支払いから、利用者が享受する成果に対する支払いへ



現在の改革の方向性 (2): 「市場」インセンティブ

- サービス供給者との強制的契約を廃し、自営業者との契約を許可
- サービス供給者が自らの不動産のリスクを負担
- 2013年には特別医療費保険の事務を民間保険者に委ねる
→急性期医療と長期療養・介護の連携を強化
- 住居サービスと治療サービスの費用を分離
- より統合的なケアの推進
医療区域外支援(extramural support) → 社会支援法
リハビリ、医療機器 → 健康保険法
- 施設ケアの認定を受けた被保険者に対する個別ケア予算の給付を制限
- 特別医療費保険の給付を制限 (「軽度」の支援、個人負担増など)



3. 社会支援法(2006年成立)

- 目標
 - 全地域住民の自立を支援
 - 市民の社会参加を推進
 - 市民社会の活性化と社会の団結を推進
 - 障害を持つ人々の自立を支援
- 地方自治体が裁量と責任を持つ
- 保険ではなく「自治体の義務」
- 4年ごとに地域計画を策定し、評価する
- 政策決定に市民団体が参加



社会支援法の給付サービス(1)



家事援助/清掃



車椅子



社会支援法の給付サービス(2)



住居の改修





社会支援法の給付サービス (3)

交通手段





終わりに: 医療制度改革の主な動向

- 「マネージド・コンペティション」モデルにおける未解決課題への取り組み
- サービスの品質向上への取り組みを強化
- ケアに関する患者のニーズを重視
- 総合的かつ創造的な医療サービスが提供できる余地を残す
- 給付と個人負担のバランスを再検討



ありがとう