

オランダの保健医療費効率化方案

장 익현(チャンイックヒョン)
オランダ海外通信員 マストリフト大学校



1. はじめに

現在ヨーロッパはギリシア・スペイン発の金融危機によってユーロ貨の存立可否まで論議されるほどに大きい危機を迎えている。危機打開とユーロ貨価値の下落を阻むためにドイツ、フランスなどの主要国は緊縮財政に同意し、ユーロ貨国家にこれを広く適用することにした。しかし続く不況と社会に対する不満によって、フランスでは社会党政権が成立し、このような合意を原点に再び論議をするなど、意見の合致は見にくい状況にある。

このような状況でオランダ政府も緊縮財政案を国会に提出したが否決され、マークルート総理を含めた内閣の総辞職などの混乱が加重している。このような状況で財政の大きい負担になっている保健医療費の縮小が、また重要なイシューとして浮び上がった。オランダの財務部長官 Jans Kees de Jagerはオランダで最も大きい財政的問題は保健医療費用の増加である言っている。財務部の年例報告書発刊演説で、財務部長官は債務危機を解決するために内閣は 180億ユーロの財政赤字を解決が必要で、最大の問題は増加する保健医療費用と指摘した。

この10年間、経済は年間 2%で成長する一方、保健医療費用は年間 4%の割合で増加している。これは長続き可能でなく、このままでは早晚、保健医療費がすべての経済を占めると指摘した。オランダは昨年約 600億ユーロの保健医療費を出費し、保健部の予算は常に超過している。

財務部長官は、解決策は保険料の増加や保険恩恵の縮小ではなく、'長期的な私たちの保健医療が自らの問題であることを直視すること'であるとし、我々がこれにどのように近づくのかが、オランダのみならず全世界において重要なイシューであると言っている。

本報告書では 2012年上半期(6月)までに新しく成立したオランダ政府の多様な保健医療費効率化政策に関し、手短によく見て時事点を述べることとする。

2. 保健医療費支出減少のための多様な政策方向

가. 病院運営効率化方案

コンサルティング専門会社の Price Waterhouse Coopers(以下 PWC¹⁾)の分析によれば、オランダの病院の大多数は健康保険会社への債務支払に困難が増加している状態である。オランダの 83病院のうちの70病院の年例報告書の分析結果、PWCは病院が増大する債務を引き替えるための十分な流動資産を持っていないと分析している。現在、病院が健康保険会社に支払うべき債務は20億ユーロに達することが判明した。このような債務は主に保険会社の過多支払金に対する再請求によるものであり、そのために流動資産が減少した病院が収益を合わせるためには余分の流動資産が必要になる。オランダのすべての病院は基本的に非営利団体財団によって運営されている。利潤を出すことはできるが、その利潤は全面的に病院の再投資に回さなければならない(ゾングヤングホ、2010)。

2006年に新保険法が導入されて以来、オランダ国民は必ず基本的保障項目に対しては民間保険への加入が必要で、民間保険会社は基本項目に対する国民の加入を阻むことができないことになっている。保険が適用される診療に対しては、保険会社と病院が毎年協議することになっている。2009年現在、少数の大型保険会社が保険市場の 88%を占め、保険会社と病院の交渉は大型保険会社の力が病院より非常に大きいものとなっている(Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis、2010)。

したがって保険品目と価格の交渉で、保険会社は過去の保険適用項目の廃止や再調査を通じて保険金支給が不適切なので払い戻しを請求する場合、病院の財務状況は脅威を受けやすい。このような状況で病院の財務構造を確認して改善法案を用意するために政府が PWCにコンサルティングを依頼した。

PWCの報告書によると、赤字の病院は2007年の4件から2011年は5件に増加し、まだ報告書を提出しない3病院を考慮すれば、2011年の病院の平均損失は2010年と等しい360万ユーロになると伝えた。また、このような財政赤字を銀行貸し出しに切り替えることは非常に難しいと予測した。銀行は病院の財政能力に対して古くから批判的で、さらに多くの担保を要求すると予測した。PWCの結論は、病院の財務状態が永続する可能性は非常に低く、病院は自らの財務能力強化の努力が必要という。

これに対し病院の効率性強化のための多くの案が最近オランダ政府から提案された。2012年2月9日、保健部長官は病院が民間投資者に配当金を支給するようにする法案を提出した(dutch news、2012. 3. 26日付)。現在、病院は配当金の支給ができないことになっているが、長官は病院がより多い外部資金を引き入れるように制度を変更するとしている。8か所の大学病院は相変わらず投資者に利益を分配することができないようにするだろう。また、投資会社が短期差益を狙っての接近防御のため、投資者は投資の3年後に配当金を受けることができるようにする予定である。このような政策の組合せを通じて病院の効率性増進と医療サービスの質向上を同時に追い求めるという戦略である。

これは病院の自由化のための最後の段階である。オランダには約90の総合病院と270の独立的なクリニックが存在する。上程された法案によると、投資者は病院運営に関与することができるし、医師は診療において相変わらず最終判断権を持つが、投資者は病院運営の効率性に対して批判的に眺める権利を持つようになる。病院が効率的に運営されないなら、投資者は投資する理由がないからだ。法案はまた治療が効率的ではないと判断されると投資者は特定の形態の診療の中断を要求する権利を持つという内容を添付した。一つの病院がある診療を中断しても、他の病院がもっと効率的にこれを診療することができるはずだから、大きい問題にはならないと思うと保健部長官は説明した。現実的に病院に民間投資会社を引き入れることは病院の財政状態改善のためにある程度効果を発揮することはできるが、国民情緒上、易しく受け入れられるかについては、持続的によく見なければならぬだろう。

また、最近保険会社は病院に対して救急部署を大幅に減縮することを要求していることがわかった(dutch news、2012. 5. 4日付)。保険業協会会長 Pieter Hasekampは多くの病院が救急部門を持っているが、規模が大きいハーグに6か所、アムステルダムに7か所の救急部署を持っていることが果して適切かとの質問を申し立てている。Hasekampは救急部署の閉鎖は非常に控え目に扱うべき事項であり、救急機関の分散度と接近性、そして医療の質も一緒に考慮しなければならない事項だと付け加えた。救急部門は病院の出入口のような役目なので調査過程は複雑になるしかない。保険業連合は救急部門の閉鎖に約1億ユーロ規模の費用がかかると推測している。

しかし一方、病院連合は声明を発表し代弁者は救急部門の閉鎖は患者に莫大な影響を与えることになり、保険業連合が提示した1億ユーロはただのジェスチャーに過ぎないと主張している。また、救急部門の閉鎖は現在保健部が推進している 'Close to the people' プロジェクトと全然符合しないと主張している。'Close to the people' はオランダが2012年5月から始めた政策で、保健医療サービスに対する幅広い接近性を強化するための政策である(Dutch national government、2012)。

これに対して保険業連合は2012年6月、病院と保険会社、そして保健部はより細分化された専門化制度を取り入れることに合議し、それによってすべての病院がすべての診療を提供する必要は消えており、救急部門の閉鎖はそういう合意の一部であると主張している。

同時に、保健部長官は保険会社に保険を提供するサービスとその価格に対し、もう少し選択的な接近を要求している。テレグラフ誌によれば、保健部は現在上昇する保健医療費用を抑制するために広範囲な論議ができる報告書を作成中としている。

また去る2012年3月、保健部は患者が自分の保険会社と契約していない病院や医師の診療を受ける時は必ず一定部分を本人が負担しなければならないという法案を議会に提出した。保健部長官 Edith Schipperは現在の制度が効率的ではないと言って、現在の規定では患者は自分の保険会社と契約しない病院や医師の診療を受ける時にも自分の保険会社で保険恩恵を受けることができるが、これは健全な保健医療システムを阻害するものと述べた。

保険会社はさらに自分が契約しない病院や医師に対して保険金を支給する必要が消えるはずだという内容を議会に提出した。長官はこのような内容の法案が患者の病院・医師を選択する権利を侵害しないと主張した。もし自分の保険会社が契約しない病院で診療を受けようとする場合は少し高い医療費を支払えば良いだけで、診療自体を拒否することではないと説明した。一方保険会社は自分の顧客にどの病院で保険恩恵を受けることができるかに対してで明確な説明を契約書に添付しなければならないとしている。これを通じて顧客は保険の契約内容を通じてどの病院で診療が受けられるかを確認した後、自分が願う保険会社と自由に契約することができるようになる。病院と保険会社間の診療の内容と費用に対する交渉は4月1日以前に仕上げなければならない。このような最近の変化はオランダの保険制度が伝統的なヨーロッパスタイルからアメリカ式スタイルに近付いているという事実を見せてくれる。

4. 政府財政支出縮小化方案

オランダ連立内閣は政府の財政赤字を3%以内に減らすことに最終合意した。財務長官が発表した結果によれば、連立内閣は政府支出縮小と税金増加などを通じて約120億ユーロに達する予算を節減し、10億ユーロを備蓄することにした。

詳細事項はまだ明らかでないが、付加価値税の21%増加、税金控除の制限、保健医療費の減少と年金の縮小などの内容が骨子とのことである。この計画は現在マクロ経済研究チームに送られてその影響を調査することになっている。自由党、緑色党、そしてキリスト教連合など3つの群小政党は後日合意を通じて詳細的な内容に結末をつけようとしている。

オランダの場合、すべての政府支出の中で保健医療費の支出比重は平均16%の水準で(WHO、2010)その削減を持続的に努力しており、現在どの程度の水準まで減らすかの論議が続いている。しかし詳細論議は進まず、具体的な項目を決めるのが困難になっている。

一方政府の保健医療費支出縮小化方案は、大きく在宅診療の強化と保健医療主体間のネットワーク強化を提示している。政府のソーシャルポリティクス研究機関(SCP)のDirectorであるPaul schnabelは、老人が自分の診療を支援するために家庭の役割の強調がもっとも良いと勧告した。Paul schnabelは老人層のための保健医療サービスは財政的に長続きの可能性が非常に落ちる状況に来ているので、在宅診療の強化が必要ということである。言い換えれば老人の長期療養サービスと慢性疾患サービスに対する保険恩恵を減らして、基本的にこのような責任を家庭が負うことを骨子とする政策ということである。

しかしこの主張は非常に多くの論争を生んでいる。蓄えた財産が子供達にでなく、診療に使われるということである。オランダのすべてに接近可能な老年診療システムを持つことが望ましくないというのかとの社会的連帯性に関する根本的疑義が申し立てられている。

また多くの学者はSchnabelが老人に対する診療を家庭に押し付けるためにはインセンティブの存在が必要との事実を見逃したと指摘している。インセンティブがなければ、多くの人は家庭の財源を老人のケアに消費するより、他の事に使おうとするだろう。結局、在宅治療の勧奨は長期療養と慢性疾患に対するサービスに恵まれる老人の数を減らすと予測される。

一方、保健医療専門研究機関であるNyferの研究によれば、過去12年間に保健医療費支出は2倍になり1人当たり年間約5,600ユーロとなったが、これは高齢化よりは保健医療サービス主体間のネットワーク不足によるシステムの非効率性に起因すると発表した(Nyfer, 2012)。Nyferの研究結果によれば人々は一般に元気になり、医療費支出の約15%だけが寿命延長及び平均年齢上昇に使われているとした。

最大の問題点は保健医療サービス提供者が生活の質と健康よりは単純な診療にもっと大きい関心を持つことである。これは生活の質を進めてライフスタイルの改善への投資の不足を誘発する問題である。また診療は人々が社会から断絶されないようにする道具であるだけに、より組織的でよりすぐれた接近性を持たなければならないと主張した。これは病院/ホームケア/薬剤師などすべての保健医療組織が効率的なネットワークを取り揃えてお互いに情報を共有して緊密に協力する体系を立てなければならないということの意味する。今後は保健医療費支出の縮小のためには多様な医療機関と保険会社間の協力的ネットワークの構築が最優先でなければならない。

オランダでは一般医(general practitioner、GP)と専門医の間の情報共有は非常によくできている方である。専門医の診察や検査を受ける場合はその結果を個人と個人のGPに頃通報され、GPの推薦書なしに専門医の診断が受けられないのはもちろん、専門医に診療を受ける場合は必ず個人のGPを登録することになっている。しかし相変わらず保険会社と病院間の意思疎通はよくできないようで、この間テレグラフ(Telegraaf)では保険会社が精神病の場合、催眠等の代案的処方に対して別に情報なしに保険金を支給することを指摘したりした(Telegraaf、2012. 2. 23日)。保険会社では請求書の項目をよくチェックしないで、また病院で発行する領収証でも詳細的な項目の費用を指摘しない関係で保険会社が患者の処方や診療に対する詳細的な情報が不足で費用支出が増えていると指摘されている。

3. 保健医療政策に対する批判的視覚

現在オランダで行われている各種保健医療政策で一番重要なのは、それが保健医療システムの構造的な改革に役に立ち、低廉な費用で必要な人々に良質な保健医療サービスを提供できるかに関してである。オランダの保健医療政策は費用削減、そして病院経営効率化の二つに集約することができる。

保険での個人負担の上昇、そして病院支援予算の削減、そして民間投資者の病院投資誘導など、最大限の費用支出を抑制して効率性を強化する努力が目立つように見える。しかし、一方で貧困層に対する医療

接近性の強化、医療サービスの質強化及び医療技術研究開発投資などに関する内容がほとんどないか非常に少ないのが実情である。

これは現在、ヨーロッパの経済的不況とも密接な関連があるはずで、2006年以後オランダで行われた一連の改革が政権の性向と関係なく、効率性の強化方向で行われている点も考慮しなければならない(정영호, 2010)。

保健医療政策は本質的に効率性だけでなく公平性の側面も考慮しなければならない。現在の政策組合がどんな結果をもたらすか見守らなければならない。