

# オランダの民間健康保険市場と民間健康保険事業

## —公的健康保険制度の担い手としての民間保険の役割と実態—

### 目 次

- |  |  |
|--|--|
| <p>I. はじめに一公的医療保険制度の担い手としてのオランダ民間保険者と民間健康保険市場の一般的特徴—</p> <p>II. オランダの現行健康保険システム—概要・特徴と民間保険者の役割・活動範囲—</p> | <p>III. 現行健康保険システムに至る沿革とオランダ的問題解決手法</p> <p>IV. 健康保険市場と民間健康保険事業者のビジネスモデル</p> <p>V. オランダの健康保険制度の際立つ独自性</p> |
|--|--|

ファカルティフェロー 小林 篤

### 要 約

#### I. はじめに一公的医療保険制度の担い手としてのオランダ民間保険者と民間健康保険市場の一般的特徴—

日本では、公的な社会保険制度によって国民に強制加入の皆保険を実現している。オランダでは、皆保険を目指す公的な健康保険制度を、保険市場の民間健康保険者が担っている。全員が加入できる社会保険的の実現は、民間健康保険では特に疾病リスクが極めて高い者を引き受けることはできないなどの問題があるため、通常は困難である。オランダでは、この問題やその他の問題を克服するためにどのように仕組みを導入しているか、また民間保険はどのような役割を果たしているだろうか。

#### II. オランダの現行健康保険システム—概要・特徴と民間保険者の役割・活動範囲—

オランダの健康保険システムは、三層構造になっている。第1層は、公的介護保険である。第2層は、管理規制された保険市場で民間健康保険者が、法定保険の販売競争をして皆保険体制を実現する健康保険部分である。第3層では、民間保険者が任意に第1層、第2層の補償内容を補完する保険も販売している。ヘルスケアに関する自由化が進展し、民間保険者は、ヘルスケアサービス供給者と交渉しヘルスケアサービスの質と価格について交渉出来る余地が拡大するなか、単に保険金を支払うだけでなく加入者に対し合理的なヘルスケアのサービス提供を確保する義務まで負っている。

#### III. 現行健康保険システムに至る沿革とオランダ的問題解決手法

オランダの社会保険は一定の所得水準以下の者を対象にし、その水準を超える者は任意加入の保険を利用してきた。1990年代に社会保険の保険者である疾病保険基金に、加入者が保険者を選択する競争が導入され、他方私的民間健康保険者が社会保険制度維持のために拠出金を支払う制度が導入されるなど、社会保険の保険者と私的民間健康保険者の同質化が進んだ。2006年に消費者の選択を強化する、ヘルスケアの自由化、保険市場への規制された競争の導入などの競争促進政策が実施された。公的制度の市場化のなかで、保険者が引受拒否をしない皆保険を実現するためのリスク調整が導入され発展した。

#### IV. 健康保険市場と民間健康保険事業者のビジネスモデル

現在のオランダの民間健康保険市場は、以前の社会保険の保険者と私的民間健康保険者が全て民間保険者となって、厳重で強い規制下で競争する市場である。その市場は4つの専門保険者による寡占市場となっているが、政府は適切な監視・監督によって健康保険入手可能性、ヘルスケアサービスへのアクセスおよび品質の確保という目標は達成されているとしている。現在の保険市場では、保険料割引がある集団加入の割合の高まりや保険料水準に不満をもつ多くの保険加入者の存在など、競争促進によって保険の補償範囲、保険給付の対象となる医療サービスの品質が多様化する傾向より、同一または類似商品の価格を重視して選択する価格競争の傾向が強く出ている。

#### V. オランダの健康保険制度の際立つ独自性

オランダには、他の国にみられない、独特の公私ミックスのハイブリッド健康保険と保険市場で強い規制を行って競争促進させる独特の民間保険市場が存在する。オランダの健康保険制度は、独自の集団的交渉・社会対話、現実的対処の姿勢・妥協も含め、長い独特の経緯を経て成立しており、際立った独自性を持っている。

## I. はじめに一公的医療保険制度の担い手としてのオランダ民間保険者と民間健康保険市場の一般的特徴一

### 1. オランダの特徴—公的医療保険制度の担い手としての民間保険者—

日本では、全国民を対象に社会保険として公的な健康保険制度が運営され、そのなかで民間健康保険あるいは民間医療保険は公的な健康保険の補完的役割を担っているとされている。オランダでは、民間健康保険は、公的制度の補完ではなく、公的制度の担い手である。すなわち、皆保険的な公的制度のなかで、民間健康保険者は加入強制の健康保険を引き受けている。さらに、強制加入の健康保険は定型的な保障内容であり、その保障内容を補完する任意加入の健康保険を強制保険とセットする形態で販売している。

オランダの民間健康保険が、公的制度の補完ではなく、公的制度の担い手である点は、異なる制度である日本でも米国でも税方式の英国でも高い関心を集めている。例えば、民間保険会社が任意保険市場で競争する市場原理と社会連帯を原理とする社会保険制度は両立しないと一般に観念されているが、競争メカニズムはそれが適切に管理されているならば、社会保険の連帯に基づく再分配原則と矛盾しないことがオランダの事例で明らかになっているとする研究<sup>1</sup>、および公的保険と私的保険の関係を再考する際に参考にできるとの研究<sup>2</sup>などがある。また、米国では、保険市場を通して、保険加入率向上を図る改革が近年行われたこともあり、オランダの事例を、保険市場を利用して皆保険的な制度を実現した、先行類似事例として注目をした研究<sup>3</sup>も多い。

本稿は、その制度のなかで民間保険はどのような役割を果たしているか、どのような実態であるかについて、取りあげる。第I章では、オランダの民間健康保険者は特異な保険市場で社会保険的な医療保険制度の担い手となっているが、一般的な民間健康保険と強制加入の社会保険の相違、および民間保険市場で強制加入の社会保険制度を実現しようとする際の課題を整理する。第II章ではオランダの現行健康保険システムの仕組みを、その概要・特徴と民間保険者の役割・活動範囲に関して概観する。第III章では、現行健康保険システムに至る沿革とオランダ的問題解決手法を検討する。第IV章では、健康保険市場と民間健康保険事業者のビジネスモデルについて、その実態を取りあげる。第V章では、第IV章までの記述に基づき、オランダの健康保険制度の際立つ独自性を整理する。

オランダでは、医療・介護保険制度は、三層構造の健康保険システムとなっている（図表1 三層構造の健康保険システム）。それぞれの層は、*compartment* と称されている。第1 *compartment* は、公的介護保険である。公的介護保険は、皆保険の公的保険であり、特別医療費補償法 AWBZ<sup>4</sup> (The Exceptional Medical Expenses Act, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten:AWBZ)に基づく社会保険制度として運営されている。第2 *compartment* は、主として急性期の治療を対象にする、公的健康保険であり、健康保険法 Zvw (Health Insurance Act, Zorgverzekeringswet: Zvw) に基づいて運営されている。2006

<sup>1</sup> 佐藤主光「医療保険制度改革と管理競争：オランダの経験に学ぶ」（会計検査研究，No.36, 2007年9月）

<sup>2</sup> 田近栄治（一橋大学国際・公共政策大学院教授）責任編集 特集「医療制度における公的保険と民間保険の役割」財務省財務総合政策研究所，フィナンシャル・レビュー，2012年第4号，2012年9月）がその代表である。

<sup>3</sup> 例えば、Pauline Vaillancourt Rosenau and Christiaan J. Lako, “An Experiment with Regulated Competition and Individual Mandates for Universal Health Care: The New Dutch Health Insurance System”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 33, No. 6, December 2008

<sup>4</sup> 以下の記述では、オランダの法律、制度、機関の表記は、原則として邦語とオランダ語略記を併用した表記とする。

《図表 1》三層構造の健康保険システム

Compartment	医療・介護保険	主たる保障内容	根拠法令	保険の性質	対象者
第1 Compartment	公的介護保険	主として介護サービス	特別医療費補償法 AWBZ	公的 (public) 保険	全ての合法的な住民に加入義務
第2 Compartment	公的健康保険	緊急治療・病院、外来、薬剤、出産など主として急性期の治療	健康保険法Zvw	疑似私的 (Quasi-private) 保険または私的社会保障 (private social insurance)	全ての合法的な住民に加入義務
第3 Compartment	民間保険	第1、第2Compartmentの補完	通常の契約法	私的 (Private) 保険	任意加入

(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

年に社会保険の保険者であった疾病保険基金 Ziekensfonds<sup>5</sup>と私的健康保険者が統合され、全て民間健康保険者となった。その民間健康保険者が、疑似私的な民間保険市場で強制加入の公的健康保険を引き受けている。疑似私的民間保険市場と記したのは、多くの国の民間保険市場とは大きく異なるからである。任意加入の保険が取引される保険市場では、一般的には保険者の免許制、保険販売者（保険募集人）の資格制度・行為規制、保険引受能力規制などの保険規制がどの国でも行われている。オランダの第2 compartment の健康保険が取引される保険市場には通常の民間保険では考えられない規制、資金移転、政府補助金および多くの規制当局が存在しているため、民間保険者と個人・法人が保険取引する保険市場ではあるが、疑似私的民間市場とするのがふさわしい。また、オランダの公的健康保険は、加入義務を課し皆保険を実現する社会保険制度であるが、同時に私的でもあるので「私的」社会保険(“private” social insurance)と表現されることもある<sup>6</sup>。民間健康保険者が、疑似私的民間保険市場で強制加入の私的社会保障の担い手になっている構図である。

第3 compartment は、第1 compartment と第2 compartment では対象とされない補償を行う、全くの私的な民間保険であり、任意加入である。多くの場合、同一の民間健康保険者が、第2 compartment の強制保険と第3 compartment の任意保険とをセットで引き受けている。

## 2. 民間保険市場・民間健康保険事業の特徴と社会保険との相違

日本では、公的な社会保険制度のもとで、国民に強制加入の皆保険を実現している。オランダでは、民間保険市場の取引を通して強制加入の健康保険を実現している。民間保険市場を通して、強制加入を実現するには幾つかの問題を克服する必要がある。

任意保険市場では、保険加入者は自分が負担できる保険料水準で、その保険料水準に見合った保障・補償内容の保険に任意に加入する。換言すれば、保険取引においても他の財と同じく、Value for Money が事業成立の条件になっている。保険料算出の原則のひとつとして、給付・反対給付均等の原則と言われるのが、それに当たるだろう。この原則は、保険加入者のリスクに見合った保険料にしなければならないことを意味している。もし、保険加入者のリスク水準より低い水準の保険料で保険引受を継続すれ

<sup>5</sup> 疾病保険基金法 ZfW (Health Insurance fund Act, Ziekensfonds Wet: ZfW) に基づいて設立された、社会保険制度における保険者。Ziekensfonds は、疾病金庫とも訳されているが、本稿では健康保険基金と区別するために疾病保険基金と表記する。

<sup>6</sup> Stefan Greß et al, “Health Insurance Reform in the Netherlands”, CES ifo DICE Report 1/2007 (Spring), 2007

ば、その保険事業は赤字となり継続できない。逆に保険加入者のリスク水準より高い水準の保険料で保険引受を継続しようとするれば、保険加入者を獲得・維持することは困難になる。保険需要からみて高すぎる保険料水準は保険需要を阻害消滅させ、リスクより低すぎる保険料水準は保険事業の継続を不可能にする。このため、保険者は、販売する保険料水準が許容できる保険加入者のみと契約し、許容できないリスクの者とは契約しないことにする必要がある。保険申込者のリスクをもとに、保険引受の可否、条件を決めることを、保険者の危険選択という。保険者の危険選択は、保険申込みの引受拒絶および優良契約者のみの引受（クリーム・スキミング）の現象を伴うことになる。保険の強制加入を実現するには、保険加入者に加入義務を課すだけでなく、保険者に全ての申込みに対する保険引受の義務を課す必要があるが、保険事業継続のために必要不可欠な、保険者の危険選択と衝突することになる。

さらに、任意保険市場では、保険加入申込者・保険契約者と保険者の間に深刻な情報の非対称性の問題がある。リスクが高すぎる保険加入者による逆選択の問題、および保険加入後の保険加入に伴い発生するモラル・ハザード（保険加入の結果、当初想定していたリスクを高くする行動を保険加入者が行うという心理的な状況が出現する）の問題がある。前者は、保険加入契約時に生じる問題である。保険者が健康保険の加入申込者の健康状態を、外部からの観察で把握することは困難である。保険加入者は、自分が経験した病歴をよく知っているが、保険者は保険加入者から自己のリスクに関する情報の提供を受けなければ、その病歴を知ることは困難である。また、保険加入者が意図的に自己のリスクに関する情報を歪めて、自己に有利な申告をしているかどうか判断することは難しい。保険者がリスクの高すぎる者を判断する危険選択ができないばかりか、あたかも保険加入者に保険加入者のリスクを逆に選択されてしまうことが起きる。これが、逆選択と呼ばれているものである。これが生じると、保険者は、低すぎる保険料水準の保険引受を余儀なくされ、事業収支を悪化させることにもなる。保険料は、個々の加入者のリスクを判断して決定するが、実務的には効率性の観点から料率区分(classification)と呼ばれる範囲の被保険者に同一の保険料を適用している。例えば、生命保険では年齢・性別で保険料を区分しているなどが、これに当たる。同一の料率区分に多くの逆選択の者が混入したら、事業収支が悪化し、結果的に保険料水準の引き上げに繋がる可能性もある。後者は、保険加入後に生じる。例えば、自動車保険に加入した被保険者が保険加入によって安心して乱暴な運転を行う、あるいは保険加入者が、保険がないときには受診しない軽い症状などでも受診してしまうなどである。保険加入後に、被保険者の心理的な状態（モラル）が保険加入時に想定していたリスクの程度より高い程度で、実際の事故・保険給付を引き起こすことがある問題を、保険実務ではモラル・ハザード<sup>7</sup>と呼んでいる。保険者は、保険加入者のモラル・ハザードの状況を把握することは、非常に難しい。保険者は、保険契約後被保険者を継続して観察することができないからである。

オランダの現行制度では、民間健康保険市場の一般的特徴に由来する、これらの問題を克服しようとする仕組みを導入している。例えば、危険選択禁止の実効性担保のための資金フロー調整（リスク調整・財政移転）、モラル・ハザード対策の自己負担などである。しかし、果たしてこれらの仕組み・措置で問題は解消しているのだろうか。

<sup>7</sup> 情報の非対称性に由来して当事者に生じる心理的・道徳的な問題群を、モラル・ハザードと呼ぶことが一般に多いが、保険分野では保険加入後に保険加入時に想定していたリスクに変化が起きてしまうことを問題にしている。

## II. オランダの現行健康保険システムー概要・特徴と民間保険者の役割・活動範囲ー

### 1. 現行健康保険システムの概要・特徴

#### (1) ヘルスケアサービス提供システムとヘルスケア・ファイナンスシステム

医療・介護を含む広義のヘルスケアに関するシステムは、ヘルスケアサービスを提供するヘルスケアサービス提供システムと、ヘルスケアサービス提供に対してファイナンスを付けるヘルスケア・ファイナンスシステムのふたつのサブシステムから成り立っている。

健康保険は、ヘルスケア・ファイナンスシステムの一部に位置づけられる。オランダの健康保険システムも、医療・介護を含む広義のヘルスケアに関するシステムであり、ファイナンスのシステムが機能している。資金の流れをみることによって、ファイナンスのシステムの状況を理解することができる。オランダのヘルスケア・ファイナンスの全体状況は、資金フローの流れの概要から知ることができる(図表2 参照)。図表2では、介護関係の介護サービス(long-term care)と急性期を中心とする治療サービス(curative care)とに分けられている。この2つは、概ね三層構造の第1 compartment と第2 compartment に対応する。ここでの特徴は、健康保険者の近くにリスクを均一化するための組織である健康保険基金 Zorgverzekeringsfonds (health insurance fund, Zorgverzekeringsfonds)があり、また政府から補助金等が支出されていることである。

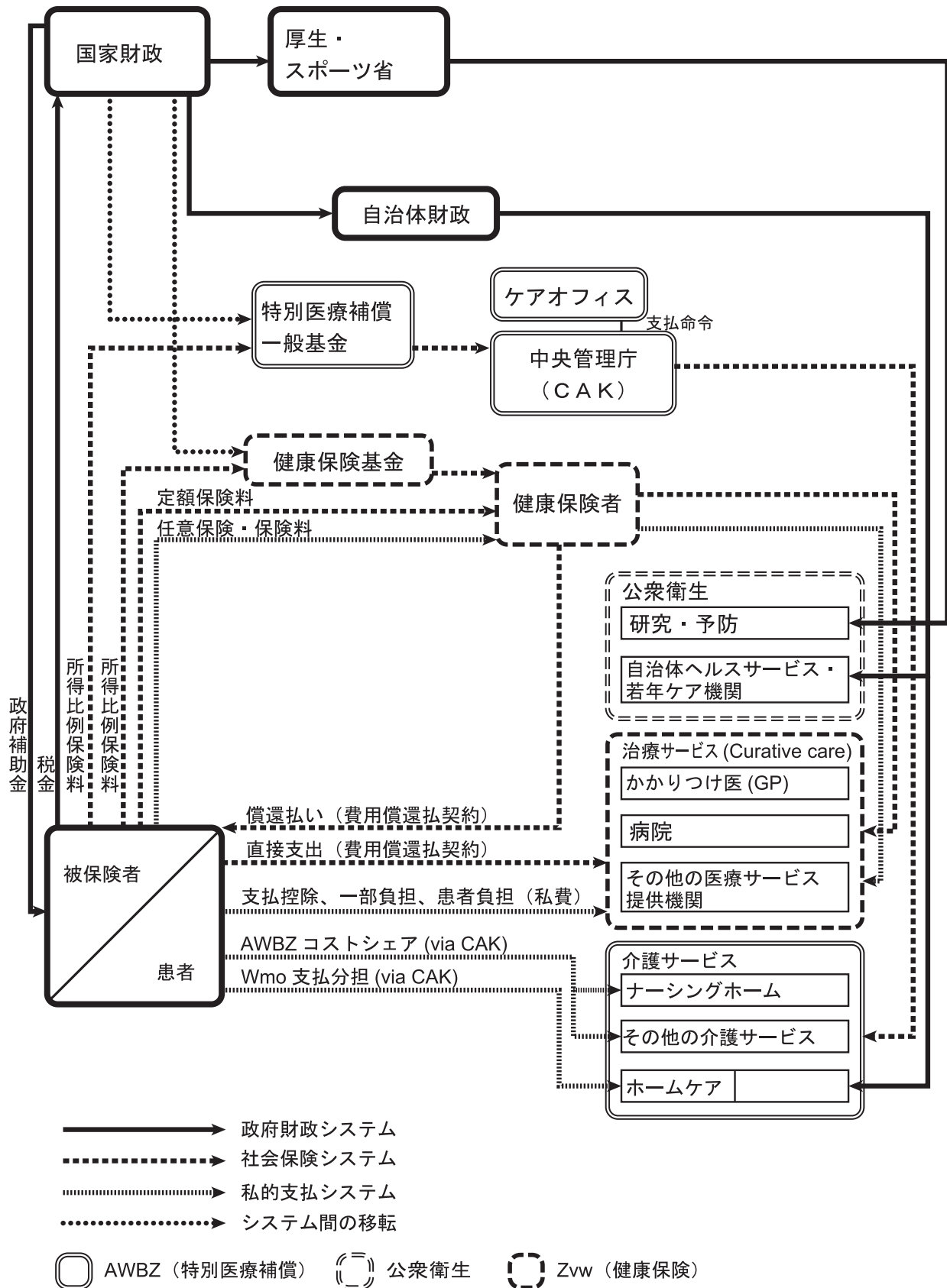
#### (2) 三層構造のヘルスケアシステム

第1 compartment の公的介護保険は、介護関係の介護サービスに関する保険である。1968年から施行された特別医療費補償法 AWBZ の英文表記である The Exceptional Medical Expenses Act が示すように、長期的な身体障害、精神障害の医療リスクに関して個人では対処できないほど例外的で高額な(catastrophic)医療費の大きな部分を負担する制度として発足し、長期ケアの介護、慢性的疾患に関するリスクを対象にしていた<sup>8</sup>。公的介護保険は、介護サービス、ナーシングホーム等を給付対象にし、強制加入の公的社会保険である。第2 compartment の健康保険は、急性期を中心とする治療ケア(curative care)に関する保険である。オランダでは、日常的な健康問題(腰痛等の急性的問題、高血圧等の生活習慣病、予防接種等の予防)を対象にするプライマリーケア(一次医療)と専門医と病院による二次医療・三次医療がはっきり区分されているが、健康保険の給付内容は、プライマリーケア、二次医療・三次医療も含んだ、基本的な医療保障が確保される内容となるように法定されている。基本的な医療保障としては、かかりつけ医、専門医等による医学ケア、失語症ケア、理学療法士等のパラメディカルケア、限定的な口腔ケア、薬剤、医療機器、入院・施設入所(入院期間は365日まで。それを超える場合は特別医療費補償法 AWBZ の対象になる)、妊娠ケア、および患者の搬送がある<sup>9</sup>。この健康保険は、民間健康保険者が引き受けている。民間健康保険者には、加入申込みがあれば、全て引き受ける保険引受義務がある。健康状態を理由に引受拒否はできない。これに対して、第3 compartment の任意保険(追加保険 Aanvullende verzekeringen と呼ばれている)は、保険の内容を規定する法律はない。保険の補償内容は、

<sup>8</sup> Nicole Tapay and Francesca Colombo, "Private Health Insurance in the Netherlands: A Case Study", 2004, OECD Health Working Papers DELSA/ELSA/WD/HEA (2004)9, p.17., Ministry of Health, Welfare and Sport, "Health insurance in the Netherlands", 2012, p.58.

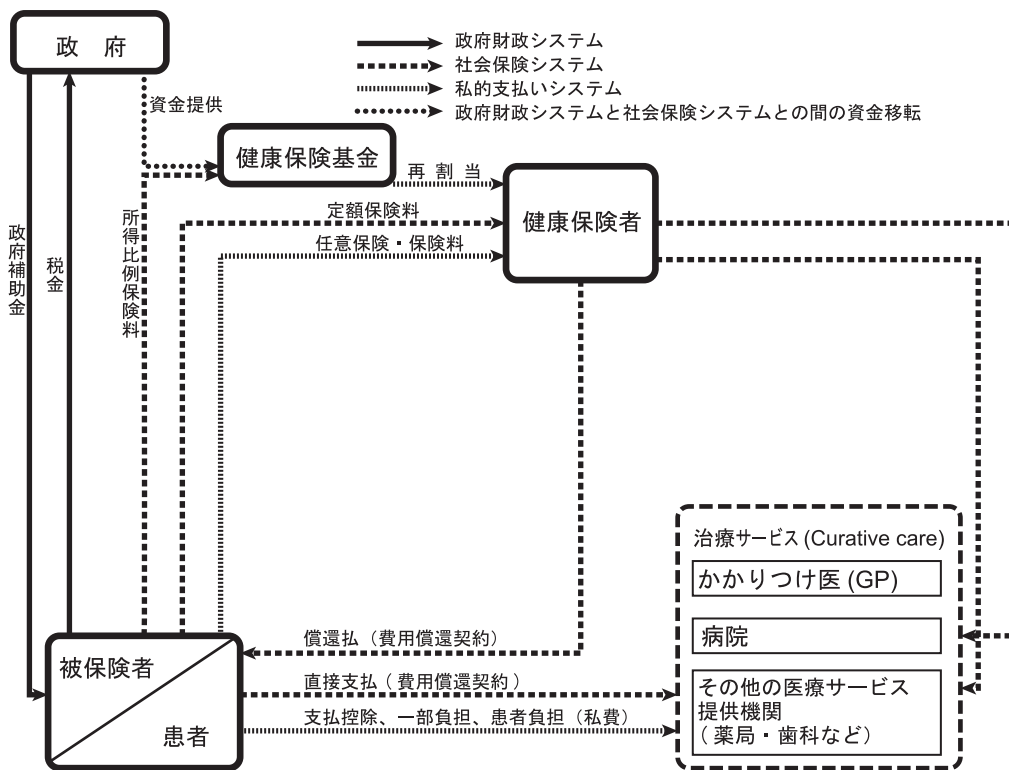
<sup>9</sup> Ministry of Health, Welfare and Sport, "Health insurance in the Netherlands", 2012, pp.26-28.

《図表2》オランダのヘルスケアシステムの資金フロー



(出典) Willemijn Schäfer et al, "The Netherlands: Health system review", Health Systems in Transition, Vol.12 No.1. 2010.

《図表3》第2 compartment の資金フロー



(出典) 図表2に同じ。

第1 compartment と第2 compartment の保障・補償を補完するものであり、通常の保険市場の取引と同じように、任意加入で、健康保険者による危険選択が行われる。

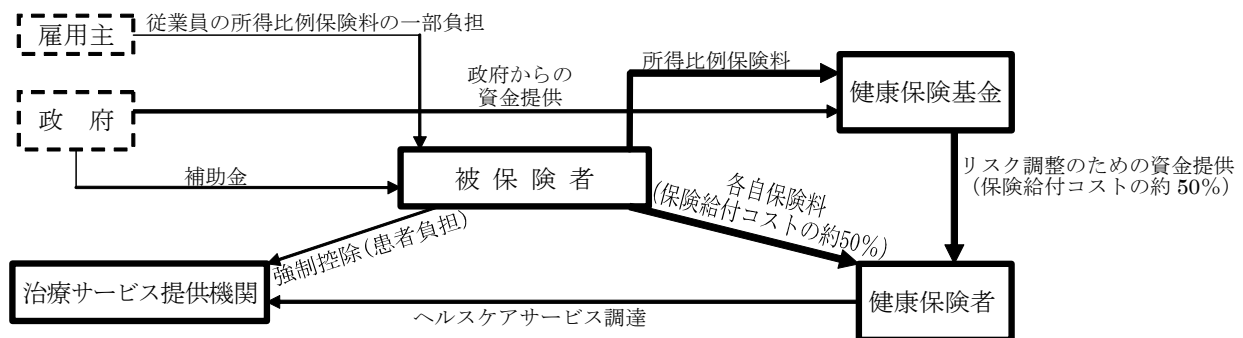
### (3) 第2 Compartment の健康保険部分の資金フローと関係する3つの市場・当事者

第2 Compartment の健康保険部分の主要な当事者は、被保険者・患者、健康保険者、治療サービス提供者である。治療サービス提供者には、プライマリーケアの中心であるかかりつけ医 (GP)、二次医療・三次医療の担い手である専門医・病院、その他のヘルスケアサービス提供者 (薬局、歯科) などが含まれる。図表2 オランダのヘルスケアシステムの資金フローから、第2 Compartment の健康保険部分を抜き出したのが、図表3である。この図表には、政府、健康保険基金 Zorgverzekeringsfonds も資金フローの当事者として登場している。すなわち、被保険者は定額保険料を健康保険者に支払い、所得比例保険料 (雇用主は一定率を拠出する) を健康保険基金 Zorgverzekeringsfonds に支払う。被保険者は、政府に税金を支払うが、他方で政府から補助金を受け取ることがある。健康保険基金 Zorgverzekeringsfonds には、政府から資金提供がなされる。被保険者・患者は、支払控除、医療費の一部負担等による私費負担も生じる。そして、現物給付方式の保険では、健康保険者は治療サービス提供者と事前に支払内容・方法を詳細に交渉して決めておくことになる。図表では、システム間 (この場合、社会保険システムと政府財政システム) での資金フローが生じている。第2 compartment には、被保険者・患者、健康保険者、治療サービス提供者の主要な三者による、社会保険システムの資金フロー

のメカニズム以外に、政府と雇用主から財政的支援および健康保険基金 *Zorgverzekeringsfonds* (以下本項では単に健康保険基金という)を用いた健康保険者間の財政調整メカニズムが存在しているのである。

その関係をより明示したのが、図表4である。通常の保険では、保険加入者は保険者に保険料を支払うが、第2 compartment の健康保険では、被保険者は健康保険者に保険料を支払う以外に、健康保険基金にも保険料を支払う。健康保険基金は、保険者間のリスク調整のために、健康保険者ごとに異なる、リスク調整に必要な額を提供する。健康保険者は、保険料収入の半分を被保険者から、もう半分を健康保険基金から受け取る。さらに、健康保険基金に対しては、政府からの資金提供がある。例えば、18歳未満の子供の健康保険料は政府の財源で負担している。保険料負担が困難な被保険者に対しては、医療サービス手当法 *WZT*(*Health Care Allowance Act, Wet op de Zorgtoeslag :WZT*)に基づき、政府が補助金を提供する。雇用主がその支払う保険料負担に一部負担する支援措置が施されている。

《図表4》第2 compartment の健康保険の資金フロー



(出典) Ministry of Health, Welfare and Sport, "Health insurance in the Netherlands", 2012

## 2. 第2 Compartment の規制された競争の実施：保険市場の特性に応じた競争政策と消費者の選択

### (1) 市場競争・規制および財政支援による「私的」社会保険の実現

第2 Compartment の健康保険は、強制加入の皆保険である点で社会保険であるとともに、市場競争が行われる保険市場における私的保険（民間保険）という両面がある。この両面があることによって生じた問題、すなわち第1章第2節で指摘した衝突を解決する必要がある。

その解決策が、以下に掲げる、規制された競争（regulated competition）の導入である。

第一に、社会保険的であるために、保険市場に強い規制を実施している。健康保険加入は任意ではなく強制加入とし、被保険者にして加入義務を課す。任意保険では保険者は補償内容を自由に決め、多様な商品開発ができるが、社会保険として必須の(essential)基礎的補償内容をパッケージした、標準的な「基礎的健康保険」(basic health insurance)を定め、健康保険者に対して被保険者から保険申込みがあれば必ず引き受ける、引受義務を課す。これは、保険者に危険選択を禁止したことを意味する。さらに、任意保険では当然である、リスクに見合った保険料水準設定を禁止し、保険加入者に保険料の差を付けない保険料とする（具体的には、community rating と呼ばれる、同一地域では保険者は被保険者に対して同一の保険料とする方式を採用する）。加えて、保険料負担能力が不足する被保険者に対して政府からの補助金支給などの財政支援を行い、保険加入を可能にする措置を講じている。



第二に、強い規制措置と併せて、保険市場における市場競争に基づき取引する当事者のインセンティブ構造を考慮した、市場競争の成果を確保しようとする措置も導入されている。保険加入者に保険者のサービスの質・価格をもとに、保険者の選択ができるようにする一方、保険者のインセンティブにも大きな考慮をしている。もし、各保険者が引き受けた被保険者集団のリスクが同一ならば、保険者間の市場競争は、市場競争の利益を生み出す。しかし、保険者が危険選択をせず、被保険者が逆選択を行えば、各保険者が引き受けた被保険者集団のリスクが、保険市場の平均より高い被保険者集団と低い被保険者集団が当然生じる。このため、各保険者集団のリスクを均一化する、リスク調整を採って、保険者にリスクがより低い被保険者を獲得しようとする志向ではなく、危険選択をしないインセンティブを与えている。また、被保険者・保険加入者のインセンティブに注目した措置も行われている。保険加入による医療資源の浪費など、被保険者・保険加入者に生じるモラル・ハザードに対して、もしモラル・ハザード的行動を行えば、当事者の不利益が生じることになる費用負担を課す仕組みを導入している。具体的には、保険給付を受ける際の、被保険者も負担をする、自己負担制度・一部負担制度である。例えば、実際に掛かった医療費のうち、一定の金額を自己負担とする仕組みである。強制されるものと任意に設定できるものがある。

規制された競争と言われる内容は、以上のように、民間保険事業の特性を理解し考慮している面がある。

## (2) リスク調整と保険者のインセンティブ

各保険者の被保険者集団に関するリスク均一化は、実際に異なるリスクの被保険者を入れ替えることは不可能なため、各保険者の被保険者集団を構成する被保険者の健康状態によって生ずる保険給付の費用の差違を、各保険者の被保険者集団別に金銭的に補填する方法が採用されている。差違の補填は、リスクを均一化する調整基金である健康保険基金 *Zorgverzekeringsfonds*（以下本項では単に健康保険基金という）を設け、健康保険基金へ被保険者と政府が拠出を行い、拠出された資金を健康保険基金が各保険者に再分配する方法によって行われている。資金を再分配する基準は、被保険者集団を構成する被保険者それぞれの健康状態によって生ずる保険給付の費用と相関が高いリスク・プロファイルの指標をもとに、数理モデルを用いて予測した費用である。健康保険基金は、この被保険者のリスク・プロファイルによる予測に基づき、被保険者集団単位ですなわち各保険者に資金を提供する。資金提供は、過去の健康リスク実績を考慮して事業年度の始めに事前（*ex ante*）に行われる。健康保険者は、当該事業年度の保険給付額を見積もる。保険給付額総額と資金提供を受けた額との差額は、保険加入者から受領する、均一の定額保険料（*nominal contribution*）の収入によって充当する。

オランダ税・関税庁（*Dutch Tax and Customs Administration, Belastingdienst*）に、18歳以上の被保険者から納付される所得比例保険料（*percentage contribution*）と政府からの補助金（18歳未満の子どもに対する保険料を政府が補助している）が基金に拠出される。基金から保険者に提供される資金は、当該年度の保険給付額の概ね50%程度であり、保険者は、残り50%を定額保険料として徴収する仕組みであり、また事前のリスク調整としている理由として、保険者が効率的に資金を使うインセンティブ

ブを与えるためであると政府は説明している<sup>10</sup>。

なお、事前のリスク調整に加えて、事後(post ante)のリスク調整もあり、事業年終了の時点で遡及的にリスク調整が行われる。例えば、被保険者が保険者を選択して契約していた保険者を変更すれば、事前のリスク調整と差違が生じる。このような変化に対して遡及的リスク調整が行われる。また、保険者の総費用の事後調整もある。この調整の目的は、事前の保険者の総費用の予測値と事後の実際に要した総費用とに大きな差額が生じた（予測は常に不確実性を伴う）場合、その調整を行うものである。この他の例として、異常外れ値・高額費用分担がある。ある一定金額以上の異常外れ値と見なされる高額費用の負担が、健康保険者に生じた場合には、事後的にその一定額を超える額の90%が償還される。

### （3）ヘルスケアサービスの自由化とその範囲

規制された競争と言われている上述の制度は、国民全部を対象にして2006年から実施されている。この制度は、単に保険市場に留まらず、より広くヘルスケアサービス全体に関わる競争政策が変化した一環として実施されている面がある。オランダは、ヘルスケアサービスの自由化を2005年、2006年にかけて推進した。

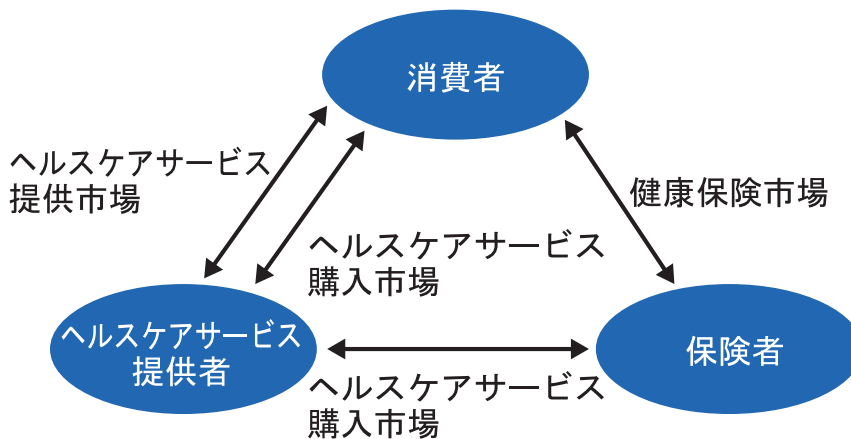
ヘルスケアサービスの自由化でその中心となる観念は、消費者の選択である<sup>11</sup>。消費者は、健康保険を購入すると共にヘルスケアサービスも購入する。消費者の選択には、保険者を選択することとヘルスケアサービス提供者を選択することの両方を含んでいる。ヘルスケアサービスの競争促進・自由化には、健康保険を取引する健康保険市場だけではなく、ヘルスケアサービス購入先であるヘルスケアサービス供給者の市場も当然対象になる。ヘルスケアサービスの自由化を実現する方法は、需要者である消費者主導の競争と市場の当事者のインセンティブを重視する方法（必要なら規制を行い）を取り、その目的は、健康保険とヘルスケアサービスへのアクセス、品質、および利用可能性（affordability）の向上・改良を実現することにあつた。

ヘルスケアサービスの自由化が対象にする範囲は、保険市場だけでなく、3つの市場である（図表5参照）。消費者と保険者の間には、健康保険市場があり、消費者とヘルスケアサービス提供者との間にはヘルスケアサービス提供市場がある。ヘルスケアサービス購入市場は、消費者とヘルスケアサービス提供者との間と、保険者とヘルスケアサービス提供者との間の2つに存在している。2つある理由は、健康保険からの給付が、現物給付（ヘルスケアサービス提供者からヘルスケアサービスの現物が給付され、その費用を保険者が予めあるいはその都度ヘルスケアサービス提供者と交渉して支払う）と償還払い（消費者がヘルスケアサービス提供者からサービスを受けて、その対価を一旦ヘルスケアサービス提供者に支払い、保険者に対して支払った額を償還払いするよう求める）の2つの給付方式があることを反映している。従って、健康保険市場における「規制された競争」の実施は、ヘルスケアサービス提供市場とヘルスケアサービス購入市場にも関わる問題になる。

<sup>10</sup> Ministry of Health, Welfare and Sport, *“Risk adjustment under the Health Insurance Act in the Netherlands”*, 2008, p.17.

<sup>11</sup> Nederlandse Zorgautoriteit (Dutch Health Authority), *“Submission by the Dutch Healthcare Authority (Nederlandse Zorgautoriteit, NZa) to the EU consultation regarding Community action on health services”*, 2006 (visited Aug. 31, 2013) <[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/healthcare/docs/health\\_services\\_co201\\_nl.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/health_services_co201_nl.pdf)>

《図表5》ヘルスケアの3つの市場



(出典) Wolf Sauter, “The role of competition rules in the context of healthcare reform in the Netherlands”, 2010.

(4) ヘルスケアサービスの独自性を考慮した自由化とヘルスケアサービス供給市場での競争促進

ヘルスケアサービスの自由化は、競争促進の一般的ルールに従う以外に、ヘルスケアサービス独自のルールにも従う2面的な面がある<sup>12</sup>。ヘルスケアサービスの自由化では、保険事業の特性に対応した措置をして、市場競争を促進しようとしている。そのため、一般の競争法当局以外にヘルスケアサービス市場専門のオランダ医療サービス庁 NZa (The Dutch Health Care Authority, NederlandsZorgautoriteit : NZa) を設けている。オランダ医療サービス庁 NZa は、上述の3つのヘルスケアサービス市場を対象に、競争促進的な政策を実行する一方、ヘルスケアサービスに関するユニバーサルサービスの確保も図るという使命も担っている。

伝統的にヘルスケアサービス供給者には、財政政策的にもまた政治的理由からも、新規参入の制限、予算制、抑制的価格規制が行われてきたが、病院でのヘルスケアサービスで待機者リストが生じるなどヘルスケアサービスへのアクセス、品質、および利用可能性 (affordability) の向上を実現出来なかった。このため、ヘルスケアサービス提供者についても、需要者主導の競争を積極的に導入し、規制を出来るだけ緩和する自由化・規制緩和の政策が採用されることになった。2006年改革の一環として、1971年に供給規制のために立法された、病院の新設、事業規模内容の決定に政府の事前認可を要することを定めた Hospital Provisions Act (Wet Ziekenhuisvoorzieningen:WZv) を廃止し、病院の自主判断を基本とする Health Care Institutions Admission Act (Wet Toelating Zorginstellingen : WTZi)が立法された。

ただし、ヘルスケアサービス供給の自由化は徐々に進められた。2005年に診断治療群 DBC (diagnose behandelings-combinaties, diagnosis-treatment-combination:DBC)がオランダの病院に導入され、病院はこれに基づいて支払を受けることになった。DBCには、オランダ医療サービス庁 NZa が価格設定する部分 (DBC-A と通称されている) と健康保険者と個別の交渉によって決まる部分 (DBC-B と通称されている) から構成されている部分の2つがある。2005年の時点では健康保険者と病院が交渉できる分

<sup>12</sup> Wolf Sauter, “The role of competition rules in the context of healthcare reform in the Netherlands”, 2010, p.16.

は全体の7%だったが、2008年には20%に上昇し、2009年には30%を超えた<sup>13</sup>。オランダ医療サービス庁 NZa は、2006年の時点で、病院でのヘルスケアサービスで待機者リストが生じるサービスの10%程度について価格規制を撤廃し、事前認可なしに保険者と病院が交渉することが既に行えるように変更し、規制方式もインセンティブ規制の方法である、プライスキャップ制<sup>14</sup>とヤードスティック（物差し）方式<sup>15</sup>を拡大する方針を打ち出し、実際に規制を行っている厚生・スポーツ省にも提言していた<sup>16</sup>。

### 3. 民間健康保険者に求められる役割と活動範囲

健康保険法 Zvw では、全ての国民に必要なケアが受けられるようにすることが意図されているが、同法に基づいて基礎的保険パッケージを販売する健康保険者は、単なる金銭給付を超えた、ヘルスケアサービス提供の義務（duty of care）を負っている<sup>17</sup>。

健康保険からの給付が償還払い方式である場合には、保険者は償還額の上限を定めることは許されており、オランダにおける一般的合理的水準以上の支払をする必要はない。また、健康保険からの給付が現物給付方式の場合には、保険者は予めヘルスケアサービス供給者と交渉し、ヘルスケアサービスの質と価格について事前に交渉しておくことが必要になる。この活動は、保険者が被保険者の代理人として交渉する行為であると観念されている。いずれの場合でも、保険者は被保険者に対して合理的なヘルスケアサービス提供の義務を負っている。

保険者は、リスク調整によって事前に一定の資金提供を受ける一方、被保険者から年1回更新時に選択される立場にある。従って、消費者にとってより良いヘルスサービスの獲得に努めるインセンティブが与えられる一方、効率性が低い事業活動を行うと被保険者に請求する定額保険料を競合保険者より高くしないと赤字になるので効率性を追求するインセンティブも与えられている<sup>18</sup>。

健康保険者の活動範囲は、健康保険市場に留まらず、ヘルスケアサービス購入市場にも及んでいるのである。

## Ⅲ. 現行健康保険システムに至る沿革とオランダ的問題解決手法

### 1. 現行健康保険システムに至る沿革

#### (1) 健康保険制度の沿革と3つの部門の制度

オランダの疾病保険基金 Ziekensfonds は、その前身を1800年代にあった、慈善団体、医師・薬局、個人が運営する相互扶助的な基金に遡り、その後工業化に伴い疾病に関する、社会保険的基金として次

<sup>13</sup> Willemin Schäfer et al, "The Netherlands: Health system review", Health Systems in Transition, Vol.12 No.1, 2010.p.175.

<sup>14</sup> 規制当局が該当事業者の価格査定を行って価格の上限を設定する方式ではなく、価格の変化率の上限を設け、事業者の自由度を拡大する方式。この方式は、価格査定による価格上限を設ける方式より自由度が高く、事業者に効率化のインセンティブが働くと考えられている。

<sup>15</sup> 当該事業者の販売価格と生産原価を考慮するのではなく、同業あるいは類似事業の最低水準を基準に規制を行う方式。この方式も、事業者に効率化のインセンティブが働くと考えられている。

<sup>16</sup> Nederlandse Zorgautoriteit (Dutch Health Authority), "Submission by the Dutch Healthcare Authority (Nederlandse Zorgautoriteit, NZa) to the EU consultation regarding Community action on health services", 2006 (visited Aug. 31, 2013) <[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/healthcare/docs/health\\_services\\_co201\\_nl.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/health_services_co201_nl.pdf)>

<sup>17</sup> Ministry of Health, Welfare and Sport, "Health insurance in the Netherlands", 2012, p.23.

<sup>18</sup> 大森正博「近年のオランダの医療・介護保険について」（「オランダ医療関連データ集【2011年版】2012年4月」）p.57.

のように展開してきた<sup>19</sup>。元々オランダは、政府が関与して強制的社会保険制度創設へ向かう志向に乏しかった。社会問題の深刻化に伴い、1901年に Accident Act (Ongevallenwet)、1913年に Sickness Act (Ziektewet)などの立法があったものの、第二次大戦まで本格的な社会保険制度の樹立はできなかった。しかし、1941年にオランダはドイツに占領され、ドイツの指令に従ってドイツ的 disease fund が導入された。疾病基金は、強制加入の社会保険制度であったが、一定水準以下の所得の勤労者とその扶養家族を対象とし、職域ではなく主として地域毎に設立された。保険料は労使折半で、保険給付は現物給付であった。国民の 45%から 60%程度が加入したと考えられている。しかしながら、保険加入者は、労働者だけではなかった。この社会保険には、任意で加入できたのである（「任意保険 (Voluntary Insurance)」と呼ばれていた）。それ以外の人々は、任意に私的な健康保険を利用した。1966年に社会保険制度の疾病保険基金法 ZfW (Health Insurance fund Act, Ziekensfonds Wet: ZfW)が施行されたが、全員加入の皆保険とならず任意加入は残った。1941年から続く、強制的な社会保険スキーム、任意加入の社会保険スキーム、私的健康保険の3部門構成は変わらなかった。

## (2) 疾病保険基金 Ziekensfonds が競争する制度の導入とリスク調整の導入・改良

1991年から1992年にかけて、社会保険制度の担い手である疾病保険基金制度に大きな変更がなされた。一つは、疾病保険基金 Ziekensfonds が競争する制度の導入であり、もう一つは予算制とリスク調整の導入である<sup>20</sup>。

1992年に疾病保険基金 Ziekensfonds は地域で事業展開をしていたのが、全国レベルでの事業展開が可能になった。このため、疾病保険基金 Ziekensfonds 同士が競争する関係になった。同じ頃、ドイツでも保険加入者が疾病金庫を選択できる制度が導入され、疾病金庫間での競争が導入されている。この変化は、疾病保険基金 Ziekensfonds が地域単位の保険加入だけでなく、全国的な集団加入も実施する道を開いた。雇用主を契約者とする集団契約 (Collective contract) も一般化し、基礎的な補償内容に追加的な補償を付加する契約も行われるようになった。そして、疾病保険基金 Ziekensfonds の M&A、民間健康保険者の取り込み・グループ化も活発になった。

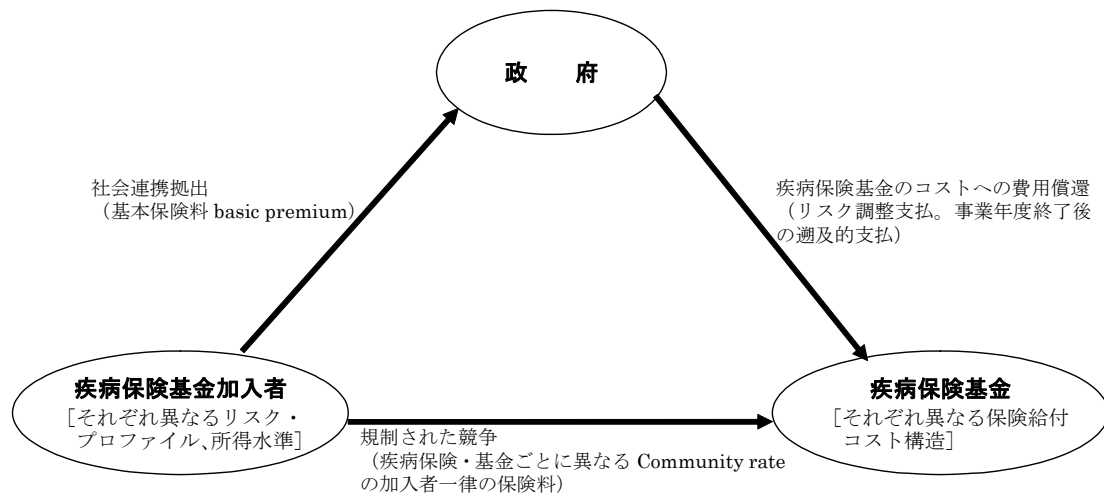
1991年に疾病保険基金 Ziekensfonds に保険給付に要する費用をベースにした予算制とリスク調整が導入された。現在と基本的に同様の資金フローがあるスキームが、この時点で導入されたのである (図表6参照)。疾病保険基金 Ziekensfonds の加入者のリスク・プロファイルはそれぞれ異なり、従って疾病保険基金 Ziekensfonds の予算額は異なる。リスクの相違に基づく差違を調整するための役割を政府が行う。すなわち、保険加入者は、保険者である疾病保険基金 Ziekensfonds に保険料を支払うだけでなく、政府に他の疾病保険基金 Ziekensfonds に関する社会連帯のための拠出を行い、政府が異なるコストに関する償還のための資金提供を行うスキームである。

リスク調整は、当初は過去の実績値をもとに遡及的に行う手法であったが、徐々に精緻化し加入者の

<sup>19</sup> Willemin Schäfer et al, "The Netherlands: Health system review", Health Systems in Transition, Vol.12 No.1, 2010, pp.16-18.

<sup>20</sup> Karel-Peter Companje et al, "Two centuries of solidarity: German, Belgian and Dutch social health care insurance 1770-2008", 2009, pp.334-335.

《図表 6》 疾病保険基金 Ziekensfonds の基本的資金フロー



(出典) Rudy Douven, *"Risk adjustment in the Netherlands: An analysis of insurers' health care expenditures"*, CPB Discussion Paper No 39, October 2004.

リスク・プロファイルの指標をもとに予測する手法に進化していった<sup>21</sup>。現在の手法も過去の試行錯誤によって得られた知見に基づいていると思われる。

### (3) 2006 年改革の意義

先に述べたように、2006 年にヘルスケアシステムに消費者の選択を強化する改革が実施された。その意義としては、待機者リストを作成するほどの供給抑制的アプローチが維持できないこともあって、消費者を中心とする、需要に応じる体制への変革を図る必要が政治的にあったということがある。1980 年代になると、それまで中央政府がヘルスケアサービス関係の市場において、その部分毎に価格と供給量の制限・規制を行ってきたアプローチの維持を困難する、次の事態が生じた経緯がある<sup>22</sup>。例えば、サービス供給・資金フロー体制が規制のために分断されたため、サービスの質を落とすことなくより費用対効果が高いサービスに誘導する代替政策(高価な施設ケアをより安価な外来ケアに切り替えるなど)が実現しにくくなったことがある。ファイナンス部門である公的社会保険制度でも、保険加入者は疾病保険基金を選択することができず、疾病保険基金は強い規制の結果、被保険者の費用を全て政府が償還することになり、財政的なリスクを負担しなくてもよい状態になった。このため、政府の諮問委員会であるデッカー委員会は、よりインセンティブを重視した、規制された競争的なシステムへの転換を提言した。そして、1990 年代に入り、政治的な次元でもこの流れが受入られて、供給抑制的政策から需要主体の競争促進的政策に転換が図られることになった。

また、第 2 compartment の健康保険に関しては、疾病保険基金 Ziekensfonds と私的民間健康保険者とが 2 元的であった状態が一元化された点があげられる。2006 年の改革実施まで、私的民間健康保険者と社会保険制度の疾病保険基金 Ziekensfonds は制度的には分離されていた(図表 7 参照)。制度的に

<sup>21</sup> Rudy Douven, *"Risk adjustment in the Netherlands: An analysis of insurers' health care expenditures"*, CPB Discussion Paper No 39, October 2004, p.15.

<sup>22</sup> Ministry of Health, Welfare and Sport, *"A Question of Demand"*, 2002, pp.1-2.

《図表 7》 2006 年改革の新旧システムの主要な相違

	旧システム		新システム
	社会保険	私的民間保険	「私的」社会保険
対象者と対人口比	一定水準以下の所得の被用者(加入義務) 人口の約 70%	一定水準以上の所得の被用者と 自営業者(任意加入) 人口の約 30%	全ての住民(加入義務)
負担保険料の校正 と算出方式	所得比例保険料(85%) 地域毎の均一保険料(15%) 加入者のリスクを反映しない保険料	加入者のリスクを反映した保 険料	所得比例保険料(50%) 定額保険料(50%) 加入者のリスクを反映しない保険料
給付(補償)内容	加入者一律の標準化された給付(補償)	加入者毎の給付(補償)	加入者一律の標準化された給付(補償)
給付方式	現物給付方式	償還払い方式	現物給付方式と償還払い方式の両方

(出典) Stefan Greß et al, "Health Insurance Reform in the Netherlands", CES ifo DICE Report 1/2007 (Spring), 2007

は、社会保険では加入者のリスクを反映しない保険料設定、加入者一律の標準化された給付(補償)、現物給付方式の支払が基本であり、私的民間保険では加入者のリスクを反映した保険料設定、加入者毎の給付(補償)、償還払いが基本であるとの原則的な違いがあった。

しかし、制度的には民間保険者と疾病保険基金は分離されていたが、実態としては既に述べたように任意で加入できる任意保険(Voluntary Insurance)も提供していた疾病保険基金 Ziekensfonds は社会保険と私的健康保険の両方を提供しており、社会保険だけを提供していた疾病保険基金 Ziekensfonds はわずかで、両者を分離する境界は曖昧になっていた<sup>23</sup>。私的民間健康保険に関しても、リスクに応じた保険料水準設定と多様な商品開発を行うだけでは済まない事態が生じた。すなわち、1986年には、私的民間健康保険者が、疾病保険基金 Ziekensfonds に社会的連帯を図る趣旨で拠出金を提供する制度が導入されたのである。年齢に関係なく、地域毎の均一である地域料率(community rating)制を採っている疾病保険基金 Ziekensfonds に高齢者が多数流入し、疾病保険基金 Ziekensfonds にとっては碾き臼のごとき財政上の重荷になっていた。このため、高齢者医療保険受給のための共同基金法 MOOZ (the Act on the Joint Funding of Elderly Sickness Fund Beneficiaries, Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden: MOOZ) が施行され、若年層が多く比較的健康的な被保険者集団を抱える私的民間健康保険者から拠出金が提供されるようになった。また、疾病保険基金 Ziekensfonds への任意加入制度が廃止となったために、加入できなくなった高リスク者は私的民間健康保険に加入せざるを得なくなった。このため、同年に医療保険アクセス法 WTZ (the Medical Insurance Access Act, Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen: WTZ) が施行され、同法は被保険者の健康状態に関わりなく固定保険料で標準的な補償内容の保険が購入できるようになった。これらの制度変更は、保険加入者が保険者を選択する障害になっていた。2006年の改革は、通説的には「規制された競争」を提唱したデッカー委員会のアイディアを実現した改革であるの理解されている。しかし、2006年の改革は、過去からの経緯を見ると、疾病保険基金法 ZfW の公法に基づく社会保険でも、私法に基づく私的民間健康保険でもない、「公法と私法に基づくハイブリッド保険」<sup>24</sup>を導入して、部分的には混迷状況を呈していた状態を整序する、現実的対処であるという面もあったのである。

<sup>23</sup> 同上, p.18.

<sup>24</sup> Ministry of Health, Welfare and Sport, "Health insurance in the Netherlands", 2012, p.9.

## 2. オランダヘルスケアシステムの特徴とオランダ的問題解決手法

上記のような経緯を経て成立している、現在のオランダのヘルスケアシステムについて、オランダの政策当局者・研究者は、次の特徴があると指摘している。

政府が2012年に発行している解説パンフレット“Health insurance in the Netherlands”は、三層構造になっていること、公法と私法に基づくハイブリッド保険が存在する独特の公私ミックス、およびヘルスケアサービスが私的部門で提供されていることをあげている<sup>25</sup>。

2001年に政府に対して政策提言を行う研究機関である Social and Economic Council (SER)の Edith Schippers 氏は、第一にヘルスケアサービスが公私ミックスでファイナンスされていること、第二にヘルスケアサービス供給が圧倒的に私的性質を有していること、および第三に政策形成に典型的なオランダ的問題解決手法が用いられることをあげている<sup>26</sup>。第二の供給の私的性質には長い歴史がある。中世にギルド、地域社会、教会が自力でヘルスケアサービスを得られない者にシェルターとして支援をしてきたが、その流れが今日の病院に繋がっている。オランダの病院は私的であるが、非営利的組織である。第三のオランダ的問題解決は、伝統的な合意形成である Poldermodel としてよく知られている。すなわち、公式セクターと非公式セクターの利害集団が、SER などの政策研究機関の助言を得て、交渉し妥協点を見いだしていくアプローチである。利害集団には、労働組合、経営者団体、消費者団体および患者団体がある。このアプローチでは、利害の衝突に現実的妥協を与えるので、ときに極めて複雑な解決策になることがある。

## IV. 健康保険市場と民間健康保険事業者のビジネスモデル

### 1. 健康保険市場の当事者と構造

一般的には、保険市場の当事者は、契約者・保険加入者、保険募集（販売）者、保険者、および規制者になる。しかし、オランダの健康保険市場には、健康保険システムを運営支援する組織、規制する組織が存在する。これらの規制組織、支援組織は、健康保険市場で市場競争を機能させるために設けられている。オランダの健康保険市場には、独自の支援・監督・規制の組織がある。

健康保険システムの通常業務の運営を担う組織として、健康保険審議会 CVZ (Health Care Insurance Board, College voor Zorgverzekeringen: CVZ) がある。基礎的医療保険 (basic health insurance) の内容を定め、多くのガイドラインをヘルスケアサービス提供者も含め提供し、リスク均一化のための基金である健康保険基金 Zorgverzekeringsfonds のリスク調整の運営、政府補助金の支給業務等を行う。

健康保険市場に対する監督・規制の分野としては、健康保険者の市場行動に関する監督・規制、第 2 compartment の市場における健康保険法の規定の執行に関する監督・規制、健康保険者・ヘルスケアサービス提供者が事業を展開する市場における競争に関する監督・規制がある。これらの監督・規制を行う機関として次のものがある。オランダ中央銀行 DNB (Dutch Central Bank, De Nederlandsche Bank: DNB)、オランダ金融市場庁 AFM (Netherlands Authority for the Financial Markets, Autoriteit Financiële Markten: AFM)、前出のオランダ医療サービス庁 NZa (Netherlands Health Care Authority,

<sup>25</sup> 同上, p.8.

<sup>26</sup> CIVITAS, “TOWARDS A SOUND SYSTEM OF MEDICAL INSURANCE?” (visited Aug. 25, 2013) <<http://www.civitas.org.uk/pdf/dutch.pdf>>.



Nederlands Zorgautoriteit:NZa)、オランダ競争庁 NMa (The Netherlands Competition Authority, Nederlandse Mededingingsautoriteit:NMa)である。健康保険者も金融保険市場の当事者であることから、保険者の財務関係の規制監督を行うオランダ中央銀行 DNB とオランダ金融市場庁 AFM の規制監督を受ける。民間健康保険者が、保険市場において社会保険的な健康保険を営利目的で販売する、競争的な制度となったことを考慮して、オランダ医療サービス庁 NZa が、健康保険市場が機能しているか、健康保険システムが適切に機能しているかを監視・監督する組織として設けられた。オランダ医療サービス庁 NZa は、健康保険システムが効率的に実的に機能しているか、そのパフォーマンスはどうかについて厚生・スポーツ大臣に報告し、必要な場合には健康保険者の検査も行う。

健康保険システムにおける、第 2 compartment の強制健康保険と第 3 compartment の任意健康保険は、制度的には別々であるが、実体的に両者がセットで販売されていることから、統合的な市場構造になっている。

オランダの健康保険市場は、かなり寡占的になっている。オランダ医療サービス庁 NZa は、毎年市場分析を行い、その結果を公表している。その分析結果によれば、オランダの健康保険市場は、健康保険専門の 4 大保険者 Achmea (2012 年マーケットシェア 30%超)、VGZ (同約 25%)、CZ (同約 20%)、Menzis (同約 12%) が大きなシェアを形成する寡占的構造になっており、近年その構造は変化していない<sup>27</sup>。4 大保険者は、グループ化しているが (図表 8 参照)、健康保険者の数もグループの数も改革が行われた 2006 年以降減少している (図表 9 参照)。なお、オランダ医療サービス庁 NZa は、全国レベルだけでなく、地域市場も分析しており、地域別に市場集中を示すハーフィンダール・ハーシュマン・インデックス Herfindahl-Hirschman Index(HHI)を公表している。市場構造は寡占的であるが、オランダ医療サービス庁 NZa の報告書 Marktscan Zorgverzekeringsmarkt:Weergave van de markt 2008-2012 は、オランダの健康保険市場では市場集中により寡占的になっているものの、適切な監視・監督によって健康保険入手可能性、ヘルスケアサービスへのアクセスおよび品質の確保という目標は達成されていると結論づけている。2012 年 9 月に厚生・スポーツ大臣は、この結論に同意していると議会に書簡を送付している<sup>28</sup>。

## 2. 健康保険の募集形態と健康保険者の変更

健康保険の契約形態には、個人加入 (Individual contract) の形態と集団加入 (Collective contract) の形態の 2 つがある。集団加入の場合には、保険料の 10%までの割引が適用になるので、その利用率が高い。集団加入の割合は、2005 年には契約全体の 30%であったのが、改革が行われた 2006 年は 50%を超え、増加傾向は続き 2012 年には 67%まで上昇した。その結果、集団加入が全契約に占める割合が 50%を超える健康保険者の割合は、健康保険者全体の 3 分の 2 となっている。また、集団加入の形態には、職域集団、患者集団、インターネット経由で形成された集団、業界団体・スポーツ団体・消費者団

<sup>27</sup> Nederlands Zorgautoriteit (Netherlands Health Care Authority, Nza), "Marktscan Zorgverzekeringsmarkt: Weergave van de markt 2008-2012", 2012, pp.14.

<sup>28</sup> BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT, Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, Den Haag, 26 november 2012 (LETTER FROM THE MINISTER OF HEALTH, WELFARE AND SPORT, To the President of the Second Chamber of the States -General, The Hague, November 26, 2012) (visited Sep.3, 2013) <<http://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9vviij5epmj1ey0/vj4ylzfljml2>>

《図表 8》 グループ名と健康保険者名（2012 年）

グループ名	健康保険者名および健康保険者数
Achmea	AGIS ZORGVERZEKERINGEN N.V. AVERO ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN NV DE FRIESLAND ZORGVERZEKERINGEN N.V. FBTO ZORGVERZEKERINGEN N.V. INTERPOLIS ZORGVERZEKERINGEN NV OZF ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN N.V. ZILVEREN KRUIS ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN NV
<b>Achmea</b>	<b>7</b>
ASR	ASR BASIS ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN N.V.
<b>ASR</b>	<b>1</b>
CZ	DELTA LLOYD ZORGVERZEKERING N.V. OHRA ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN NV OHRA ZORGVERZEKERINGEN N.V. OWM CZ GROEP ZORGVERZEKERAAR UA
<b>CZ</b>	<b>4</b>
DSW-SH	OWM DSW ZORGVERZEKERAAR U.A. OWM STAD HOLLAND ZORGVERZEKERAAR U.A.
<b>DSW-SH</b>	<b>2</b>
Eno	ENO ZORGVERZEKERAAR N.V.
<b>Eno</b>	<b>1</b>
Menzis	ANDERZORG N.V. AZIVO ZORGVERZEKERAAR N.V. MENZIS ZORGVERZEKERAAR N.V.
<b>Menzis</b>	<b>3</b>
ONVZ	ONVZ ZIEKTEKOSTENVERZEKERAAR N.V.
<b>ONVZ</b>	<b>1</b>
VGZ	IZA ZORGVERZEKERAAR NV IZZ ZORGVERZEKERAAR N.V. N.V. UNIVÉ ZORG NV ZORGVERZEKERAAR UMC VGZ ZORGVERZEKERAAR N.V. ZORGVERZEKERAAR CARES GOUDA N.V.
<b>VGZ</b>	<b>6</b>
Zorg&Zekerheid	OWM ZORGVERZEKERAAR ZORG EN ZEKERHEID UA
<b>Zorg&amp;Zekerheid</b>	<b>1</b>
<b>Totaal 9</b>	<b>Totaal 26</b>

(出典) Nederlands Zorgautoriteit (Netherlands Health Care Authority, Nza), “Marktscan Zorgverzekeringsmarkt: Weergave van de markt 2008-2012”, 2012

《図表 9》 健康保険者数の推移（2006 年から 2012 年まで）

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
グループ数	16	15	12	12	11	10	9
健康保険者数	33	32	32	30	28	27	26

(出典) 図表 8 と同じ。

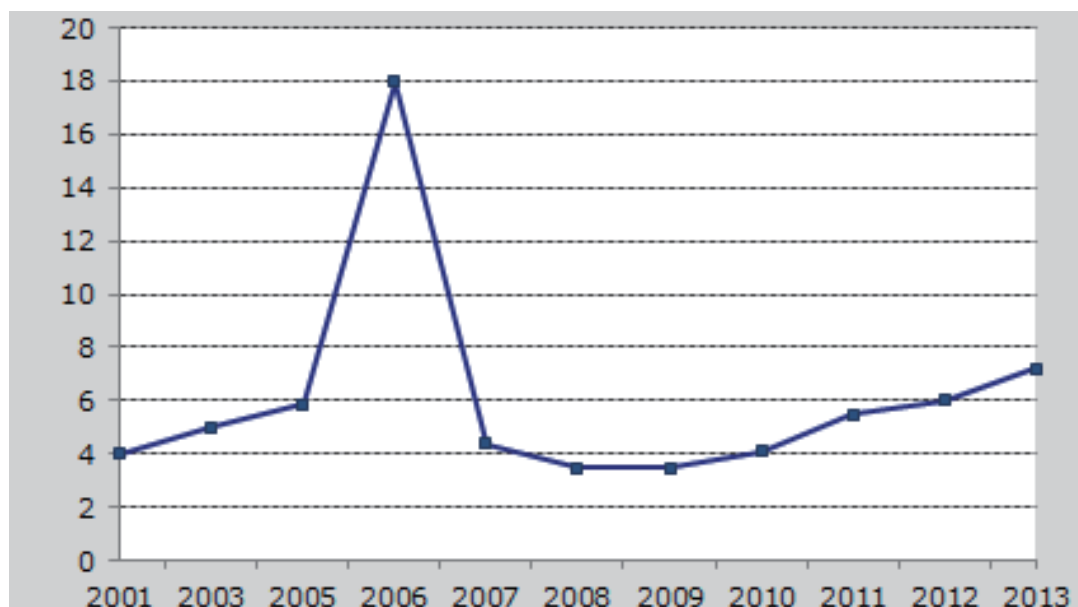
体・高齢者団体等の諸団体が集合した集団、地方公務員等の団体が集合した集団などがある。このうち、職域が全体の 60%程度で最多で、患者団体は数%程度である。残りの諸団体が全体の約 40%を占め近年増加傾向にある<sup>29</sup>。

また、募集形態には、保険会社との直接契約と募集人経由の契約の 2 つのルートがある。2009 年の実績は、取扱保険料ベースで、直接契約が 43%、募集人経由が 11%、不明が 46%である<sup>30</sup>。集団加入の割合の上昇が、直接契約と不明の割合の高さに反映されていると考えられる。

健康保険市場において、被保険者の選択が強化されたことに伴い、実際にどの程度被保険者が健康保険者を変更 (switch) したかについて、高い関心が寄せられている。市場競争の強化によって被保険者が従来の保険者を別の保険者に変更することは、顧客移動性(mobility)の問題として捉えられている。改革が実施された 2006 年には保険者の切り替えが 18%まで急上昇したが、翌年は通常ベースの 4%程度に低下し、しばらくその状態であった。しかし、その後上昇傾向に転じて、2013 年には 7%を超えるまで上昇した (図表 10)。オランダ厚生・スポーツ省がヘルスケアシステムのパフォーマンスについて定期的に公表する報告書 De Zorgbalan(Dutch Health Care Performance Report:DHCPR)のホームページにおける顧客移動性(mobility)のページでは、消費者が保険者を変更するのは、第 2 compartment の基礎的補償の強制加入保険と第 3 compartment の付加補償の任意加入保険の合計保険料水準 (価格) に不満があるからが最も高く 30%を超え、任意加入の付加補償の内容に不満があるからとする割合は 15%未満で、加入保険で給付される医療サービスに不満があるは 1%程度であるとの調査報告を紹介し

《図表 10》健康保険者を変更した保険加入者割合の推移

(単位%)



(出典) Ongeveer 7,2% van de verzekerden veranderde per 1 januari 2013 van zorgverzekering (visited Sep. 3, 2013)

<<http://www.gezondheidszorgbalans.nl/toegankelijkheid/keuzevrijheid/verzekerdenmobiliteit/>>

<sup>29</sup> Vektis, “Verzekerden in beweging 2013”, 2013, pp.29-30.

<sup>30</sup> Verbond van Verzekeraars (Dutch Association of Insurers), “Verzekerd van Cijfers 2011 (Dutch insurance industry in figures)”, 2011, p.53.

ている<sup>31</sup>。これは、オランダの健康保険市場は、商品・サービスの価格の差異が多数存在するなかで消費者の選択が行われる市場ではなく、保険加入者が保険商品の価格に敏感に反応する価格競争主体の市場になっていることを示唆していると考えられる。

### 3. 民間健康保険事業者のビジネスモデル

保険者は、「私的」社会保険という独特の健康保険システムにおける条件下で、制約を受けた状態で市場競争に臨んでいるので、そのビジネスモデルにも幾つかの特徴が現れる。その一つは、補償内容・保険料水準の商品設計の制約である。多くの規制のために商品設計の余地は少ない。確かに、第 2 compartment と第 3 compartment をセットした補償内容の商品設計が可能であるが、第 2 compartment の基礎的保険の補償内容は社会保険としての必須の条件を満たすものであり、健康保険加入者の強い需要はほとんど満たされることになる。従って、理論的にも制度的にも自由度が確保されているので第 3 compartment で保険者は自由に商品設計ができるが、保険加入者が保険加入してもいいと思う補償内容を見いだすことが困難になっている。民間健康保険市場に規制された競争が導入され、効率化が図られ商品・サービスの革新が進むことが期待できるが、実際には商品・サービスの多様性はそれほどでもなく、現状では価格競争、事業規模拡大への志向が強くなっている状況にあると考えられる。日本の保険市場においても、かつて保険商品規制が厳格な時期には同一の保険商品の販売量の競争がほとんどになっていた。現在のオランダの民間健康保険市場では、競争局面が小さすぎて、商品・サービスの革新・多様性を実行することが極めて困難になっていると推察される。2012 年の実績では第 3 compartment の任意加入保険の 76% に歯科治療の補償が付いている<sup>32</sup>。この実績は、歯科治療サービスに対する需要が存在し、かつ、保険料負担と釣り合うと考える保険加入者が多いことを反映している。言い換えれば、任意保険で事業成立の条件になる、Value for Money が、歯科治療についてはっきりしている状況がある。逆に言えば、その状況は、保険加入者による逆選択が生ずる可能性があることを意味する。2011 年に基礎的医療保険部分で要した一人当たり医療コストで、基礎的医療保険のみの加入者と基礎的医療保険と任意保険も併せて加入した加入者とを比較すると、後者の方が前者より高くなっている項目<sup>33</sup>が幾つかある(図表 11 参照)<sup>34</sup>。もし、前者も後者も同程度のリスクならば基礎的医療保険部分で要した一人当たり医療コストに差違は生じない。差違が生じたのは、逆選択の可能性を示唆する。全ての健康保険者が加入するオランダ健康保険者協会 ZN (Netherlands Health Insurers, Zorgverzekeraars Nederland: ZN)<sup>35</sup>は、現にその現象が起きていると考えている<sup>36</sup>。また、保険加入者へのインタビューでも、自分は歯科のリスクが少ないと解っているので、第 3 compartment の歯科治療の補償のプランを選択

<sup>31</sup> オランダ厚生・スポーツ省がヘルスケアシステムのパフォーマンスについて定期的に公表する報告書 De Zorgbalan(Dutch Health Care Performance Report:DHCPR)のホームページ “Ongeveer 7,2% van de verzekerden veranderde per 1 januari 2013 van zorgverzekering”(visited Sep.3, 2013).

<<http://www.gezondheidszorgbalans.nl/toegankelijkheid/keuzevrijheid/verzekerdenmobiliteit/>>

<sup>32</sup> Nederlands Zorgautoriteit (Netherlands Health Care Authority, Nza), “Marktscan Zorgverzekeringmarkt: Weergave van de markt 2008-2012”, 2012.p.34.

<sup>33</sup> なお、図表では、歯科治療関係の項目があるが、これは基礎的医療保険でも 18 歳以下の子どものフッ素塗布などの一部の口腔ケア関係が対象であり、本格的な歯科治療は任意加入の保険が対象にしている。

<sup>34</sup> Vektis, “Verzekerden in beweging 2013”, 2013. p17.

<sup>35</sup> オランダ健康保険者協会 ZN は、1995 年設立された業界団体。従来の疾病保険基金 Ziekensfonds と私的民間健康保険者の全社が加盟している協会。

<sup>36</sup> 2013 年 7 月 30 日訪問時にそのように考えていると説明を受けた。

《図表 11》 基礎的医療保険加入者における任意保険加入者・非加入者の一人当たり医療コストの差違  
(2011年)

(単位ユーロ、%)

	基礎的健 康保険＋ 任意保険 加入	基礎的健 康保 険のみ	差違
費用総計	€ 2,167	€ 1,956	-10%
パラメディカル関係	€ 49	€ 30	-40%
医療補助具関係	€ 90	€ 64	-29%
歯科治療関係	€ 44	€ 33	-25%
薬剤関係	€ 322	€ 254	-21%
妊娠関係	€ 17	€ 14	-21%
病院の専門治療関係	€ 1,134	€ 955	-16%
かかりつけ医(GP)	€ 144	€ 131	-9%
産科関係	€ 11	€ 11	-4%
緊急外来関係	€ 33	€ 32	-4%
メンタルヘルス関係	€ 239	€ 379	59%

(出典) Vektis, “Verzekerden in beweging 2013”, 2013

しなかったと語っている<sup>37</sup>。

保険給付の方式の違い（現物給付方式と償還払い方式<sup>38</sup>）によって、保険事業の形態・規模も違ってくる。特にヘルスケアサービス供給者と交渉する償還払い方式のビジネスモデルの場合には、規模の大きさは交渉力に直結するため、当該地区の多数の保険加入者を確保することが必要条件になる。また、ヘルスケアサービス供給者との垂直的統合を図るビジネスモデルも実施されている。2010年までに、Achmea、DSW、VGZ、Menzisの4つのグループとENO社が実施している。ただし、垂直統合は資本参加から提携まで様々である<sup>39</sup>。

オランダ医療サービス庁NZaは、健康保険市場もヘルスケアサービス提供市場もより市場競争を重視する政策を実施しており、健康保険市場はより競争的な方向に向かっている。健康保険者のビジネスモデルも、この変化に対応する必要性が生じている。オランダ医療サービス庁NZaは、2012年に報告書“SEPERATING FACT FROM FICTION: Annual statement of the Dutch healthcare system 2012”を公表し、2012年は従来の競争重視・市場機能活用をより徹底する施策を実施する年であるとした。例えば、病院については、予算制を廃止し、健康保険者と病院が交渉できる分は2009年には全体の30%を超えたが、70%まで引き上げ、健康保険者により交渉できる余地を拡大すること、またリスク調整も、健康保険者がヘルスケアサービス購入交渉の結果、過大・過小の購入となった場合あるいは低すぎる品質・高すぎる価格となった場合にはリスク調整の資金を提供しないことによって健康保険者がより事業リスクを負担するようにすることなどをあげている<sup>40</sup>。

<sup>37</sup> 2013年7月31日集団加入の被保険者へのインタビュー時の発言。

<sup>38</sup> 一部の支払を現物給付し、他を償還払いする方式もある。この場合、現物給付は高額な支払いに用いられることが多い。

<sup>39</sup> Nederlands Zorgautoriteit (Netherlands Health Care Authority, Nza), “Marktscan Zorgverzekeringsmarkt: Weergave van de markt 2008-2012”, 2012, pp.17.

<sup>40</sup> Dutch Healthcare Authority (NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT: NZa), “SEPERATING FACT FROM FICTION:

保険募集者については、個人加入だけでなく集団加入にも場合に大きな役割を果たしている。集団加入の大宗をしめる職域では、企業の福利厚生制度に関する制度設計の助言・健康保険等の手配を行うブローカーは、その専門性を生かし、健康保険加入者の条件、制度の制約等を考慮して、最適な保険加入プランの選択肢を雇用主へ提案している<sup>41</sup>。集団加入の健康保険の場合には、ニーズ喚起の必要性は他の保険より低いので選択肢の設計が重要になる。個人加入に関しては、消費者組織である消費者協会（Consumentenbond）のサイトや健康保険比較サイト<sup>42</sup>を利用して、加入することも最近は一般化してきている<sup>43</sup>。

## V. オランダの健康保険制度の際立つ独自性

健康保険分野あるいはヘルスケアの分野に公的部門、私的民間部門が併存する公私ミックスがあること、また民間健康保険者が単に保険金支払をする他に、現物給付を行うためにヘルスケアサービス提供部門と交渉し、ヘルスケアシステムの効率向上・革新に寄与する役割を果たすことは、オランダに限らず多くの国において観察され期待されている。

オランダには、他の国にみられない、独特の公私ミックスの健康保険（先に記したようにハイブリッドの保険と称すべきものである）と市場競争を促進させようとしている独特の民間保険市場が存在する。

オランダで導入されている、リスク調整・政府補助等は、保険市場で市場競争を行いながら、社会保険制度で実現している皆保険的制度を実現するために実施されている。強制加入・強制徴収の社会保険では、高リスク者と低リスク者での内部補助が見えない。しかし、市場競争を行っている場合には内部補助に当たる、補助金・資金移転が明確化される。ある意味では、透明性が高い仕組みと言える。

社会保険的な皆保険を実現する方法には、直ちに公的に市場に介入して市場を経由しない資金フローを組成し社会保険を導入する方法もあるし、オランダのように市場競争を維持しつつ多くの資金フローを組みあわせて実現する方法もある。20世紀前半にオランダが前者を採用しなかったのは、私的活動を尊重し公的介入を控える伝統<sup>44</sup>があったことも1つの要因にあげることができる。

保険市場における競争は、最初に指摘したように独特の情報の非対称性問題、そして保険料は将来予測に基づき計算されるので低めに予測し市場競争で優位な立場に立って事業規模を拡大し事業リスクを破綻に至るまで拡大してしまう、独自の問題がある。オランダにおいてこれらの問題が生じないのは、は、競争促進が破滅的競争（destructive competition）を招かない条件が整っているからだと考えられる。すなわち、暴走することがない合理的な判断行動を行う成熟した事業者が多く存在することが必要である。保険市場で市場競争が機能するためには、他の財の市場と同じく保険市場においても市場のプレーヤーである個人・組織がその効用拡大のインセンティブをもって個々の市場取引を行うという、経済学で想定している市場の機能・作用が存在するとの抽象的な見解が政策的に受け入れられているだけ

*Annual statement of the Dutch healthcare system 2012*, 2012, pp.9-10.

<sup>41</sup> 2013年7月30日企業向け福利厚生専門ブローカーへのインタビュー時の発言。

<sup>42</sup> 例えば、比較サイトとして *independer* がある (<http://www.independer.nl>)。1999年に設立され、25万人が利用していると自社のサイトで説明している。

<sup>43</sup> 2013年7月31日健康保険加入の被保険者へのインタビュー時の発言。

<sup>44</sup> Willemijn Schäfer et al, *"The Netherlands: Health system review"*, Health Systems in Transition, Vol.12 No.1, 2010, p.16.

でなく、保険市場における知見が蓄積され、市場のプレーヤーが相互に合理的行動を行うと信認しているなどの現実の条件が整っていることが必要である。オランダの場合には、集团的交渉・社会対話、現実的対処の姿勢・妥協があることも、市場競争が機能する好条件になっていると考えられる。

オランダの民間健康保険・市場は、長い経緯を経て成立した独特のシステムである。条件が整わない他の国に移植することは、現実的ではないだろう。