

多摩大学 医療・介護ソリューション研究所 教授
一般社団法人 J A 共済総合研究所 客員研究員

まのとしき
真野俊樹

目次

1. オランダ概説	5. オランダの病院やG P
(1) オランダに注目する理由	(1) 病院の状況
(2) オランダと干拓	(2) デコーナスハウス病院
(3) オランダという国	(3) 労働者
2. オランダ医療福祉の考え方	(4) 医療専門家数
(1) オランダの福祉・医療の歴史	(5) オランダの家庭医制度
(2) オランダの医療保険制度	(6) G P 資格の更新制度
(3) 管理競争とは	(7) G P の例
3. オランダの医療制度	6. 介護への新しい考え方と医療の連携
(1) 特別医療費補償法による特別医療費保険	(1) 虚弱 (Fragility) の概念
(2) 社会支援法の成立	(2) 在宅ケア施設の例：ビュートゾーク
(3) 第3層の補完保険	(Buurtzorg)
4. 新しい動き	(3) 介護施設の例：ヒューマニタス (Humanitas)
(1) 健康保険委員会 (Health Care Insurance Board (CVZ))	(4) 医療と介護の連携
(2) HTA の導入模索	(5) 統合ケア (Integrated Care)
	7. オランダから日本への示唆

1. オランダ概説

(1) オランダに注目する理由

ヨーロッパの小国であるオランダに注目する理由は何であろうか。オランダは九州ほどの面積の、ヨーロッパ諸国のなかでも小さな国で、経済的な影響力もさほど大きいわけではない。しかし、国際司法裁判所・国際刑事裁判所が設置され、EU創設の調印が行われるなど、政治的存在感をもっている。また後述するが「オランダ病」と呼ばれる経済の低迷状態から奇跡的回復を遂げた国としても知られている。安楽死の容認、麻薬や売春の合法化など、独特のある意味先進的な制度を確立している点でオランダは実験国家と呼ばれることもある。

社会保障や医療においての構造的要因とし

ては、社会保険の国でありながら、家庭医すなわちゲートキーパー制度の導入、社会保険のうち、期間1年以内の医療をファイナンスする短期医療保険を民営化しているなど、実験国家の面目躍如たる部分に注目してのことである。

医療制度を考える場合には、その提供体制とファイナンス方法を分けて考える必要があり、古くは広井(1994)の表(表1)が有名である。つまり、税財源で医療提供をファイナンスしている国、例えば英国やスウェーデン、デンマークなどの北欧諸国においては、その提供体制もかなり公が行っているがゆえに、民営化の動きがある。逆に日本は医療へのファイナンスが税ではなく社会保険の国であり、医療提供は民間が中心である国とは構造上の違いが大きく、なかなか参考にならない

(表1) 医療システムの基本類型 (国際比較)

	イギリス	フランス	ドイツ	日 本	アメリカ
供 給 delivery	公 ほぼ全て	公 約70%	公 約90%	私 約20%	私 約25%
財 政 finance	公 税	公 保険料	公 保険料	公 保険料 + 税	私 —

(注) 供給の下欄は全病床に占める公的病院（国立・公立）病床の割合。ドイツの場合は「公益病院（宗教法人立・財団法人立等）」を含む。

(出所) 広井良典（1994）『医療の経済学』

いといわれ、逆に日本型への近接ととらえることも可能である（鈴木（2012））。

しかしオランダにおいては、短期保険制度は民間保険会社にその運用が委託され、提供主体は民が主体である。その意味で日本の医療制度にきわめて近似しているのである。

もう一つの要因はその歴史から来る。いわゆる資源バブルによって社会保障を充実させすぎ、オランダ病、という状態から脱却したわけであるが、その過程が急速な経済成長によって世界一ともいわれる医療制度を作り上げたわが国の今後の方向性を占うのに役に立つのではないかということである。

また高齢化の課題も似ており、オランダでは2025年にベビーブーマーが75歳以上になり、ケア人材の大幅不足が指摘されている。

通常は高福祉を目指すと言われる民主党政権では、医療や介護の領域においてはスウェーデンが注目された。しかし、保守の要素が強い自民政権下では、医療保険に大胆に管理市場制度を導入したオランダが注目されている。

(2) オランダと干拓

オランダという国を描写するときにならず、最初に記載されるという言葉がある。「世界は神が作ったが、オランダはオランダ人が

作った」というものである。これは干拓、干拓地（ポルダー）と切り離せない。

オランダでは海岸沿いに広がる湿地や泥炭地や干潟を埋め立てて土地を広げてきた歴史がある。オランダ最古の堤防はローマ帝国時代に遡り、初期の干拓は11世紀から13世紀の間に始まった。海や湖を干上げる近代的な干拓の始まりは、1612年のベームスター干拓地であった。以来オランダでは堤防に囲まれ風車・排水路・水門で雨水や地下水を排水する干拓地が広がった。

1865年、メアリー・メイプス・ドッジが書いた『ハンス・プリンカーまたは銀のスケート』で、お使いに行った帰りに堤防のそばを通りかかったハンス少年が、堤防から少しずつ水が漏れているのに気が付き、自分の右腕を上着で包むと、思いきって穴の中に突っ込んで一晩頑張って決壊を防いだという話がある。筆者の世代（50歳前後）では小学校の国語で学んだ記憶があろう。

堤防の保全という作業はあらゆる階層の干拓地住民の協力が不可欠なため、オランダには階層を超えた協力や話し合いを重視する気風が生まれた。

労使協調やワークシェアリングなどを特徴とするオランダ独特の政治・経済システムが「ポルダーモデル」の名で呼ばれるのはここ

からきている。

オランダモデルの特色の一つは、前述したポルダーモデル、すなわち「コンセンサス（合意形成）」システムにある。この点は日本にも似ている部分があろう。国家とはオランダでは、コンセンサス・システムを指すといっても過言ではない。

民主主義はそもそもコンセンサス・システムの一つだが、オランダでは合意形成のためのシステムが社会の内部にはりめぐらされ、時間をかけてでも、話し合って、合意を形成したうえで実験しその上で本格的に実施していくのである。オランダ的な審議会・諮問機関の設定も、異なる利益集団の統合システムの一つである。

（3）オランダという国

オランダは人口が1,670万人、面積は41,900平方キロメートルと九州よりやや小さい面積である。人口密度は393人／平方キロメートルと小国家を除けば世界一という。

65歳以上人口は2010年には全人口の15%、2040年には全人口の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（46,986 USD）を持つ。

10の政党（それぞれ2－31議席を保有）があるが、現在は、意見が異なる自民党政権と労働党政権の連立であり、自由主義的な部分と社会民主主義的な部分の双方が現れるために、「紫政権」と揶揄される状況である。

なお、OECDヘルスデータでは、オランダの対GDP比あたり医療費は、2006年には10位であったが、2010年度には12%と米国に次

いで世界2位になっている。この一つの原因は、オランダ版DRG（Diagnosis Related Group）を導入したからである。また、現在、Casemix社のDirectorであるJacob Hofdijkによればオランダ版DPC（Diagnosis Procedure Combination）であるDBC（Diagnose Behandel Combinaties）の導入（2005年）によるのではないかという。予算制に比べれば包括払いとはいえ出来高払いであるDBCによる支払いは医師の裁量も働く。国としての管理が遅れがちになるので、医療費を上げるのではないかということであった。

DBCのためでないにせよ、オランダにおいて提供される医療の量（ボリューム）が急速に増えているという指摘は随所で見られた。対策の一つとしては、免責金額の増加がある、とオランダ保健省のJacob Hofdijk氏は指摘した。

2. オランダ医療福祉の考え方

（1）オランダの福祉・医療の歴史

天然ガスという貴重な資源で潤っていた1960年代にオランダは高福祉国家となった。元来、隣国のドイツのビスマルク政策と英国のベバレッジ政策の双方の影響を受けており、前者の要素としては労組が強く国の介入を嫌う面があり、医療提供は民間が中心になったし、後者の要素として均一拠出の要素が強くなった。

医療においてはアクセスの改善に主眼が置かれ、福祉では特に施設が多く建てられていった。「オランダ病」という言葉は、天然資源（天然ガス）価格の高騰によって、不労所得を得た国が、その経済政策運営を誤ったこ

とによりもたらされる経済危機を表す言葉として、国際的に定着した。しかしその後オランダは奇跡的によみがえり、この奇跡をもたらした改革モデルを、メディアは「干拓の国」オランダという意味で、「ポルダーモデル」と呼ぶようになった。「オランダ病」克服への道は、1982年に政労使三者間で、雇用確保を最優先するため自主的な賃金抑制に合意したことに始まる。これが有名な「ワッセナーの合意」である。

オランダでは景気の後退とともに1980年代から医療提供者に対して規制を強化することで医療費の抑制を図ることとなった。たとえば病院に対する総予算枠制（Global Budget System）は1983年に導入された。当初は病院の経常経費のみを対象としていたが、翌84年には入院治療全体に適用されるようになった。病院の変動費用への予算配分は、病院の利用状況（入院率、入院日数、外来受診率等）への見込みに依拠していた。ただし、その見込み自体、病院と保険者との間での交渉で決められていたことであり、交渉の起点は過去の実績から独立ではないため、この総予算枠制が病院への完全な「包括払い」であったわけではない。

さらに1992年以降、被保険者は疾病金庫を選択できるようになり、当初は2年に一回のペースだったが、1996年からは保険者に移る機会は年一回となった。1992年以来、公的な医療・介護保険制度でカバーするサービスに関して、ダニング委員会によって、以下4つの基準が設けられ、これら条件を満たさないサービスは、完全に自由な民間保険制度（補完保険第3層）の中で供給されることとなっ

た。

- i) 健康の観点から本質的（essential）であること
- ii) 効果（effectiveness）が実証されていること
- iii) 費用効果的（cost-effective）であること
- iv) 患者にとって経済的に利用不可能なほど高価であること

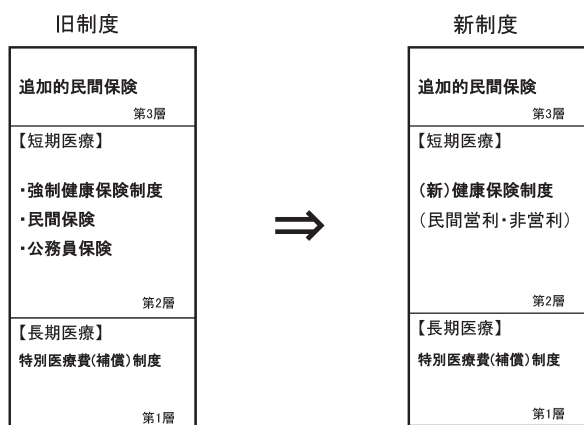
また1993年からは、オランダの疾病基金は専門医と選択的な契約を結ぶことができるようになった（ただし、病院との個別契約は2005年まで認められていない）。もっとも保険者は付与された権限を積極的に行使していなかった。

近年のもっとも大きな変化は2006年1月1日に施行された医療保険法（Netherlands Healthcare Act）である。前述してきたような状況の中で、Waiting Listが問題になったり、医療需要と供給のミスマッチが起きておりかつ医療費の抑制がうまくいっていないという指摘があった。

そこで、この法律では後述する管理競争という概念のもとで、これまで分立していた保険を統合し、第2層にあたる急性疾患・短期の入院等に係わる医療保険は民間保険会社によって提供されることになった。2006年以前には、医療保険が分断されており、連帯の精神に反したが、2006年以降は統合されたことになる。医療保険会社は基本保険に加えて第3層にあたる補完的保険を提供する。

さらに従来、疾病金庫は非営利であったが、医療保険法は営利保険者による参入を認めており、民間保険会社は株主に対して配当を支払うこともできるようになった。

(図1) 2006年医療保険制度改革



(出所) 東海大学 廣瀬真理子教授資料

(2) オランダの医療保険制度

現在のオランダの医療保険制度を少し詳しく解説しよう(図1)。従来、短期医療保険(第2層)は、一定所得以下の主として被用者とその家族に加入義務のある「強制健康保険」(65%加入)、「公務員保険」(5%)、「民間保険」(30%)に分かれていた。民間保険は高所得の人や日本でいう国保の加入者であったし、収益がいい場合には高齢者用の費用を支援したりしていた。国民が「分断」されているということで、2006年より上述の短期医療保険制度ができ、オランダの医療保険は、

- (1) 365日以上長期入院や介護等に要する医療費を補償する第1層
- (2) 急性疾患を主に対象とする第2層
- (3) 民間保険者が対応し、公的医療給付以外を含む第3層

から構成されることが明確になった。

2006年以前でも無保険者は2%程度であったが、制度間での分断が社会連帯という理念の下で問題になった。そこで2006年の医療保険法により、3つにわかれていた保険は一本

化され、オランダの居住者及び所得税の納税者全てが強制加入となった。

ここで注目したいのは後述するような、管理競争下における営利も含めての民間保険会社の参入はそもそも土台があったということである。ある日いきなり、民間保険会社が米国型の医療保険を提供し始めたわけではない。実損填補型の医療保険には当然ながらノウハウの蓄積が必要である。なお、この民間保険会社には外資は入っていない。

短期医療保険(第2層)の運営が民営化された。この特徴は下記のとおりである。

- ・現物給付であったが2006年より現金給付も選択可能になった。
- ・加入は世帯単位ではなく個人単位である。
- ・加入者は原則1年に1回、保険会社を選択できる。
- ・医療サービスを受けるにあたって、原則自己負担なし。

短期医療保険(第2層)の財源は、所得比例保険料50%、国庫補助5%、定額保険料45%自己負担1%程度からなる。18歳以下の人には定額保険料がないので、総額の5%ほど国庫補助金があてられる。

所得比例保険料、国庫補助金は、一旦、一般基金(General Fund)に集められる。

オランダの管理競争の概念では、リスク調整が行われているのが特徴である。すなわち、予算は、過去の実績に基づく部分と、保険加入者のリスクに応じて決められる部分(加入者の年齢、性別、収入(雇用・社会保険の状況)、簡単な職業分類、医薬品の使用や過去の診断、居住地域)に分類される。所得比例保険料は、2006年には被用者6.5%、

自営業者4.4%である。

また、この改革により健康保険会社間の統合が加速し、現在トップ4社が市場シェアの約90%、5社で95%を占めるようになった。しかしこれらの会社はオランダの会社でありグローバルな会社ではない。

G P (General Practitioner) には免責なく自由にかかるが(その他出産関係も)、2008年からは専門医を受診する場合には現在350ユーロ(2012年では220ユーロ)の免責制度がある。また海外(特にEU)で医療を受けた場合にはオランダの基準で償還される。

なお、この2層保険では、慢性疾患の予防は給付されるが、一般の予防給付は行われな。また、歯科医、理学療法は2層保険ではなく補完的な3層保険の領域になる。

もうひとつ特徴的なことには、ヘルスケアアローワンス(Healthcare Allowance)の存在がある。これは低所得者に法で担保された医療手当を与え、医療コストの意識を持ちながら医療へのアクセスを保証するという考えで行われている。

また後述するように糖尿病など慢性疾患については、病院や診療所といった枠を超えて、保険者も越えての包括払いがパイロットスタディとして行われている。

(3) 管理競争とは

第2層保険では診療報酬の上限価格規制(プライスカップ)の制約下で、医師、医療機関等とサービスの価格、質について交渉し、契約することができるという管理競争の考えを採用している。保険者には、医療機関を審査・評価する能力、医療機関を切り続け

る権限、加入者の厚生を増進する誘因、が求められている。

管理競争はEnthoven(1988)によって発展された概念であり、オランダをはじめ欧州諸国の医療制度改革に多大な影響を及ぼしている。形は違うがドイツ、アメリカも管理競争の概念を導入している。しかし、オランダにおいて、「米国型の医療保険になったのか」、と問うと、「そうではない」と答えるケースがすべてといってもよかった。管理競争は自由競争を意味しない、というのが反論の趣旨であった。

オランダの場合の管理競争とは、患者からの選択が自由であって好きな保険者を選択できることで、保険者と患者の間の競争を促そうというものである。また保険者と病院の競争においては、DBC包括払いを予算策定に採用しており、その中でAセグメントは規定料金のもとであるが、Bセグメントにおいては、上限価格のもとで保険者と病院が個別契約を結ぶことで競争を促している。なお、このBセグメントの比率は、2005年には10%であったものが、2009年が34%、2012と2013年70%と増加した。また、Quality indicators(医療の質の指標)、ガイドラインの策定、といった形で質の管理も並行して行っている。

管理競争への批判としては、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%)また、事後的なリスク調整を行っているので真の管理「競争」ではないという批判がある。

オランダの厚生労働省にあたる、保健福祉スポーツ省によれば、この管理競争の導入で、大きな問題は見られない。個別には、保

険料は想定範囲内で上昇した。しかし、競争的なセグメントBと管理的なセグメントAを比べても、むしろ管理的なセグメントAのほうが上昇率が高く、競争を否定するものではない。競争的な契約が増加したことで保険料の上昇が抑制され、またわかりやすい quality indicatorsを作るインセンティブが増加した、といったメリットがあるという。また、現在保険者はほとんどの病院と契約しているが、より選択の度合いを増してほしいという希望があった。

医療供給量は増加したが、これもセグメントAとBでは差がなかった。問題といえば、病院が予定を密に入れるようになったので病院からのキャンセルが増えたという。保険者の変更は、2006年では25%あったのが、導入後は3-7%に減少した。無保険者の増加は目立たず、患者囲い込みのためのグループ契約（最大10%まで割引が可能）が増加している。

なお、長期医療保険が第2層ではなく第1層になっているのは興味深い。実際にはオランダにおける第2層の医療保険に対する管理競争の導入は結果的に第1層の医療保険に対して、より厳しい態度を含んでいるという見方もある。

つまりオランダにおいて今後の医療保険制度に関して第2層を中心に1本化しようという議論と、第2層も民営化してしまおうという真逆の議論がある。現在、第2層の医療保険は年率で2%ほど増加しており、第1層の医療保険は4-5%増加している。今後第1層の医療保険には2%の増加は容認する（最大2.5%）が、第2層の医療保険には理想と

しては年に1%の伸びしか容認しないというものである。

3. オランダの医療制度

（1）特別医療費補償法による特別医療費保険

1968年から施行されている第1層にあたる特別医療費補償制度（AWBZ）は全人口を対象とした強制保険であり、1年を超える医療、介護、精神病及び身体障害者向け施設介護などをカバーする。AWBZはオランダの医療支出の44%あまりを占める。これが日本の公的介護保険制度と誤解されることがあるが、介護保険はその一部であり、長期であるから重度のサービス提供に関する保障であるという見方をされており、民間ではリスクが高すぎて管理できないとされる。

したがって、日本の介護保険と違って対象は高齢者のみではなく全住民である。また全国一律の給付内容で、保険者は国になる。事務代行は全国に32あるケアオフィスが行い、そこではサービス提供者との契約・サービス購入、保険料徴収を行っている。ケアの受給の判定はケア判定センター（CIZ）という組織が行う。報酬支払いは、機能別に時間を測定して判定しており、後述するように家事援助は当初AWBZの対象であったが社会支援法の対象になっている。

AWBZとは公的な特別医療費保険というものであるが、実際には特別という意味は、1年を超えるケアを必要とする、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、という意味であり、オランダの医療保険制度の中核の一つである。強制保

険で、オランダ人全てが加入しており、給付範囲は、ナーシングホームケア、障害者ケア、施設における精神科ケア、施設での長期ケアである。

特に、施設ケアについてはコストの70%をカバーし、在宅ケアにおいては利用者の70%をカバーしている。

保険料は所得比例で2009年の保険料率は12.15%（財務省財務総合政策研究所「医療制度の国際比較」）であったがその後上昇している。事業主負担はなく、課税所得の上限は30,357ユーロである。年齢に関係なく、課税所得を有しない被保険者は保険料支払い義務がない。

財源の区分は被保険者の保険料が3分の2、自己負担は8%程で、残りは公費になる。

（2）社会支援法の成立

さらに2007年1月、社会支援法（Wet Maatschappelijke Ondersteuning：WMO）が施行された。この目標は、それぞれの地域住民の希望に即したサービスの提供によって、全地域住民の自立を支援、さらに住民の側から言えば、市民の社会参加を推進することで、市民社会の活性と社会の団結を推進、介護を行う家族への支援、障害を持つ人々の自立を支援するというものである。

地方分権の考えに基づき、保険ではなく地方自治体が裁量と責任を持つ「自治体の義務」となったわけである。また、自治体の業務なので、4年ごとに地域計画を策定し、評価することとされ、政策決定に市民団体が参加する。

しかし問題も多い。予算制約がある公費に

財源が変更されたので、効率化につながるかもしれないが必要とされるサービスを受けることができない人が増える可能性がある。

オランダの介護政策は歴史的に1960年代に潤沢な予算を背景に施設が増え、1970年代在宅福祉への転換および民間非営利サービスが増加した。1990年代には施設と住まいの分離が図られ、2000年代にさらなる利用者本位と分権化やインフォーマルケア（通常無料）の重視が打ち出されていった。なお、施設サービスは在宅サービスでは不十分ではあるが軽度要介護者用の高齢者ホームと重度な要介護者や障害者が利用するナーシングホームがある。前者の利用者は在宅サービスの充実とともに減少しているが、利用者本位の視点では介護のための現金給付（個別ケア予算：Persoons-gebonden budget）を1995年より導入している。導入当初は在宅サービス中心であったが、現在は施設サービスにも利用できている。また、特別医療保険受給者のうちこの予算を利用しているのが10%であり、そのうち33%が家族や地域の人によるサービス（マントルケアといわれることもある）を購入することもできる。支給額は要介護度により異なるが、現金給付導入の主な目的は、利用者の選択の幅を広げ、事業者間の競争を働かせることである。その背景には、既存サービス提供者である民間非営利団体による硬直的なサービス供給システムを競争によって柔軟にするという政府の意図があった（医療経済研究機構（2008）「オランダの医療データ集【2007年版】」より抜粋）。

前述したように、施設が多く、そこから在宅ケアへの移行を図ろうとしてきたオランダ

ではあるが（85歳以上でも同居率は6%）、高齢化に伴い特別医療保険あるいはそこから提供されるサービス提供への需要が急速に増えている。そのために家族や友人、隣近所の住民が行うインフォーマルケアへの期待が高まっている。なお、2007年の社会支援法の制定に伴い、マントルケアは地方自治体の責任となり、給付の責任も地方自治体となった。

また、「個人で解決できることは個人で、地域で解決できることは地域コミュニティ（自治会、地域的な団体・サークル、社会福祉協、議会、生協など）で、さらには、市町村、都道府県、そして、国へと問題解決の範囲を徐々に移行させていく」という補完性原則を重視している。

（3）第3層の補完保険

補完保険の提供者の多くは短期医療保険（第2層）の保険者である。逆に言えば管理競争下にある第2層保険では利益を上げにくい構造であるために、第3層保険を販売して利益を上げるために第2層保険を手伝っているという見方も可能である。

もちろん、第3層保険のみを別の保険者から購入することも可能である。現物給付型の保険商品、償還型の保険商品がある。

補完保険には短期医療保険（第2層）加入者の9割以上が加入しており、補完保険の給付内容の主なものは、大人の歯科サービス、人工的補欠物（義眼、義足など）、聴覚補助、理学療法サービス、美容整形などであり、北欧諸国のように待ち時間短縮のためではない。

4. 新しい動き

（1）健康保険委員会（Health Care Insurance Board（CVZ））

ここでは、保険制度の持続を行うために、短期医療保険におけるキュア、医学的治療、薬剤、その他の医療サポートの保険償還の可否、特別医療保険における介護、個人ケア、療養、自立支援のガイダンスといったものの保険償還のパッケージを検討したり、また短期保険における保険者間のリスク調整を行っている。

リスク調整は欧米諸国の中でもかなり細かく行っており、

- 年齢、性
- 収入源
- 地域
- 社会経済地位（2008年から導入）
- 1人住まいかなどの状況
- 去年の医療費：薬剤使用、診断、メンタルヘルスケアをそのかかったコストによって群分けする

さらに、保険収載や医療技術評価（Health Technology Assessment：HTA）の基礎になる考え方としては下記を使用している。

- インターナショナル・データベース（Medline）
- コクランライブラリー
- 医療技術評価機関国際ネットワーク（International Network of Agencies for Health Technology Assessment：INAHTA）
- 世界でのガイドライン
- 各国の厚生労働省など
- 専門家の意見

(2) HTAの導入模索

CVZの視点でHTAについて述べたが、CVZやMOHへのアドバイザーであるNational Appraisal Committeeという審議会が月に1 - 2回開催されている。ここでは、後述するような研究者が行う経済的な評価に加え倫理的な部分、医学的な部分をそれぞれの専門家が議論し、その評価結果をCVZやMOHへ報告する。現在まだ保険償還の有無には用いていないようである。

オランダには8つの大学に医学部があるがそれぞれでこの研究を行っており、ラドバウト（Radboud）大学のHTA研究者からヒアリングを行ったが、この大学では製薬会社からの依頼、政策側からの依頼に基づいて分析をしているという。薬剤が中心で技術や医薬品、場合によっては組織に対しての評価も行うという。

分析研究後の評価の視点は、1）実現（継続）可能性、2）費用対効果、3）効果、4）必要性である。

ほかにもMOHの下部組織であるThe Netherlands Organization for Health Research and DevelopmentもHTAの研究を行っており、研究（者）の層の厚さを感じさせる。

5. オランダの病院やGP

(1) 病院の状況

2011年1月現在のオランダの病院数は95施設と、統合によって病床数、病院数ともに減少している。今後はこの病院と保険者間による価格交渉の割合が拡大される予定である。病院への支払いはオランダ版の医療コードで

あるDBCを利用している。ただ、DBCはICD-10（国際疾病分類第10版）を利用していない。医療行為を含む膨大な診断群分類であり、支払いの請求時には、いくつも病名を書いてもいいという仕組みになっているので、診断群の集約が行われている。

病院への支払いは契約制であったり予算制であったりするので、1年を終了した後に、保険者が追加で金銭を必要とする場合がある。現在は調整が認められているが、支払いをより精緻化し、この分を減らしていくという方針である。

DBCは、DRGと違って診断や治療だけでなくケアの全体像を対象にしており、医師の日常の診療行為記録を重視し、電子化しているという特徴がある。

オランダ版DPCであるDBCは支払いの視点では二種類に分かれている。DBC-Aといわれるものは、国が診療報酬支払金額を決める。DBC-Bといわれるものは、国は上限のみを決めてあとは病院と保険者が個別の診療報酬支払額を決める。ただ、いずれにせよ、年間の活動をDBCで評価し、まとめて支払うという方式なので、日本のように月ごとに支払うのではない。英国、フランス等と近い方式である。また、実際の支払いにはDBCは分類が400 - 600と多く複雑すぎるということでこれを簡便にした分類で支払いが行われている。

2005年ではDBCのうち90%が定額で残り10%が交渉だったが、2013年には70%が病院と保険者との交渉・契約により価格設定されるようになった。残りは診療報酬委員会／医療機構（CTG／Zaio）が定めた価格により

支払われ、2015年には、契約により90%を後述する統合ケア（Integrated Care）の支払いに集約していこうとしている。また徐々に支払いの基準を医療の結果に向けようとしている。

（2）デコーナスハウス病院

ユトレヒトにあるデコーナスハウス病院を訪問する機会を得た（写真1）。ここはユトレヒトの大学医学部の関連の医療機関であり、教育機能もある。1844年創設で医療スタッフが172名、従業員が2,700名、2次医療機関として30万人の住民をカバーしている。

この病院はがん、産科、老年科にフォーカスし、多発外傷ではないユトレヒトの外傷センターも行っている。ちなみに、病院の集約化が進んでいるオランダでは3次医療という概念もあり、例えば3次医療である心臓外科については手術を行っている病院は17しかない。逆に1病院での年間手術数は1,000を超える。

なお病院マネジメントに対しても関心が高く、MBA取得者や病院用のMBA取得者が勤

務し、「カイゼン」など日本流の品質管理も行っている。

（3）労働者

ワークシェアリング先進国といわれるオランダではこの点についても非常に特徴的である。すなわち、全従業員のうち約3人に1人がパートタイム労働者になっているということで、この比率は非常に高い（図2）。

労働時間差差別がなくなることによって、人々は3つの働き方を自由に選択できるようになった。選択肢は週36－38時間労働で週休2日の「フルタイム労働」、週約30－35時間労働で週休3日の「大パートタイム労働」、それに週約20時間労働の「ハーフタイム労働」である。これにもう一つ、臨時的に働く「フレキシブル労働（非典型労働）」がある。オランダの家族は共稼ぎによって実質所得の減少を防ぎ、家計所得と家庭消費の上昇を図ろうとした。こうして、オランダでは、1980年代に女性が労働市場に参入を始めた。しかも女性がパートタイム労働によって参入したのが、他の国と異なるオランダの特色であった。

さらに、オランダでは医療や社会福祉など

（写真1）



（図2）主要国のパートタイム労働者比率（1997年）

	全 体	女 性	男 性
オランダ	38.0%	67.9%	17.0%
ドイツ	17.5	35.1	4.2
フランス	16.8	30.9	5.5
イタリア	7.1	13.7	3.3
英 国	24.9	44.9	8.8
スウェーデン	24.4	41.4	9.3
E U	16.9	32.4	5.8
日 本	19.0	36.0	10.0
アメリカ	18.0	28.0	11.0

（出所）長坂寿久（2000）『オランダモデル 制度疲労なき成熟社会』

の公共サービスは、NGO・NPOに委託されて行われているため、この分野への労働に女性が多くなっている。

（４）医療専門家数

オランダの医療・介護では施設数が多いという言葉がよく聞かれた。実際、ナーシングホーム医という医師のタイプもあり、高齢者医療の専門家と位置付けられてきた。しかし、オランダ独自の考え方であり、最近ではいわゆる「老年科」専門医も増えてきているという。

医師数に関しては、今回の視察時にもいくつかの数字が話され、どこが正確なのかわかりにくい部分もあるが、National Association of General Practitionersによれば、2013年現在、G Pが9,000名、専門医は18,000名で、うち公衆衛生の専門医が3,900名、ナーシングケア医が1,500名となる。また歯科医7,400名、薬剤師2,250名、助産師1,300名、臨床心理士14,000名、看護師320,000名、コメディカル10,000名、診療補助20,000名となっている。

今回のほかの調査では、G P数は約8,000名（女性が2,580名）といった資料もある。また、2009年のオランダ医師会による資料によると医師数は、G P数が12,998人、専門医数が20,099人で、半分が勤務医、残り半分が開業医、契約医などとなっている。さらに実際に医師として医療に従事している者38,474人、登録医師数は71,276人（登録医師のうち、医療従事者は53.9%）というデータもある。オランダの場合65歳で仕事を辞める人が過半なので、そのために実働医師がかなり少なく見える。

（５）オランダの家庭医制度

オランダでは、病院などの2次医療とかかりつけ医を中心とした一次医療が分断されているという特徴がある。この特徴を形づくっているのはゲートキーパー制度を採用しているからである。つまり病院などの専門医によるサービスを受けるには、G Pによる紹介が必要である。

逆に、家庭医という概念は古くからあるようで、第二次大戦前からだとか、第二次大戦後にドイツで家庭医が制度化されようとしたときに、その制度を入れた（ドイツでは制度化は失敗）、といった意見を現地で聞いた。ちなみに、家庭医協会は1956年の設立である。明確には家庭医は1983年に、家庭医を専門医ではないが、専門診療科目の一つに位置付けるといった報告書が出てから、立場がより明確になった。

G Pに対する診療報酬は3つからなる。第1は登録した医師に人頭制で支払われる定額部分で、第2は20分を超えない診察ごとに支払われる定額部分で行った人数に対して支払われる。第3は20分を超える診察、往診、時間外診察など個別に支払われる出来高部分である（表2）。

以上は、国レベルで診療報酬委員会／医療機構（CTG／Zaio）が設定する単一報酬であり、医療過疎地域での診療、追加的サービスなども出来高で、これらは保険者とG P間の契約で自由に価格設定が可能である。G Pは1年に1回変更が可能で、消費者からの選択は効いている。G P数は適正であるといわれるが、ここにも競争原理が導入された。すなわち、2006年から、自由に開業ができるよ

(表2) GPの報酬体系

人頭制部分	
一般的地域に居住する住民一人あたりの報酬	
・ 65歳未満住民	13.00 €
・ 65歳以上75歳未満住民	14.70 €
・ 75歳以上住民	15.40 €
過疎地域に居住する住民一人あたりの報酬	
・ 65歳未満住民	14.70 €
・ 65歳以上75歳未満住民	16.50 €
・ 75歳以上住民	17.20 €
出来高部分	
・ 20分を超えない診察	9.00 €
・ 20分以上の診察	18.00 €
・ 20分を超えない往診	13.50 €
・ 20分以上の往診	22.50 €
・ 電話による診察	4.50 €
・ 2回目以降の処方箋発行	4.50 €
・ 予防接種	4.50 €
・ e-mailによる診察	4.50 €
・ GP post での時間外勤務（1時間当たり）	50.20 €

(出所) 産業医大 松田先生資料

うになったのである。

GPは、元々営業権を持っていた。市による割振りで開業するようになり営業権という概念はなくなった。近年、競争の導入で営業権の概念が復活してきており、アムステルダムでは営業権の売買が行われているという。

また、GP医師不足問題は、現在、顕在化していないが今後は問題になる可能性があるとの意見も聞かれた一方、開業の自由に伴って医師同士の競争も激しくなっている。また、特に高齢者医療関連では人材不足が予想され、2040年には看護師が40万人不足するといった指摘もある。

一方、GPが制度化されている国でよく問題になるGPと専門医の関係である。現在ま

では問題になっておらず、むしろ2次医療と1次医療の融合の考えのもとで、専門医が家庭医の指導やサポートに回ってくれる機会が多いという。

GPへの受診は通常の市民の75%が毎年1回、3年では90%が受診する。そして、80%が良好な健康状態である。

すべての患者がGPに登録しているという体制で、51ユーロが1名の年間管理費（人頭払い分）、1回の診療で9ユーロ、1回の在宅などへの訪問が13.5ユーロ、その他診断としては心電図、スパイロメトリー、オーディオメトリー、治療としては小手術、テーピングなど、また終末期ケア、高度な在宅ケアがGPの守備範囲であり、25-75ユーロの範囲内で診療報酬が設定されている。

1名のGPは平均2,350名の住民を管理し、同日受診が可能でウエイティングタイムはなくなっている。時間外や週末はGPポストといわれるユニットが病院のそばにあり対応している。1日に25-35名の患者を診察し、往診が1日2-3回が平均であり、電子カルテの普及はほぼ100%であり、処方も電子化されている。なお80%がグループ診療である。助産師による場合もあるが3分の1ほどが在宅出産である。

(6) GP資格の更新制度

GPの資格更新の要件が厳しいこともオランダの特徴である。この判断は

- ・ 時間外診療をある程度行うこと（GPポストなどで）
- ・ ある程度の数（最低800名）の住民を管理すること

- 様々な病気を診察すること
- 長年G Pをしていること
- 代わりの先生とコンビで地域医療を保証すること（自分が休んだ時など）

によるが、継続研修として年40ポイントの取得が義務となっており、この40ポイントの研修は、G Pに与えられている1年に2週間の教育期間を使って行われる。海外で行う場合もあるというが支払いは自費である。

(7) G Pの例

G Pのモデルケースとなっているオフィスを紹介したい（写真2・3）。G Pのコンセ

(写真2)



(写真3)



プトは、1次医療、生まれてから死ぬまで、予防、頻回に受診する疾患、たとえば消化器系、精神面、慢性疾患といった言葉がキーワードになる。

病院に紹介する患者は全体の4%という。

一般的なG Pは、高齢者で収入が低い人を対象にすることが多く、通常グループ診療で1クリニックあたり6,000名（ナイメーヘン市（Nijmegen）の場合）の住民を管理し、教育も行っている。平均的には3名のG Pに1名の研修生、1名の雇用者のG P、1名の看護師、3名の診療補助者といった感じになるという。ただし、ThermionのG Pクリニックは少し大きく、現在7,000の住民を対象だが人口も増加中でいずれ9,000－1万人対象、5名のG P、3名の看護師、7名の診療補助者、1名の診療マネージャー、1名の管理者、P T（Physical Therapist：理学療法士）、S T（Speech Therapist：言語療法士）、助産師、歯科医、臨床心理士、薬剤師、栄養士、ケースワーカーがいる。

イノベーションとしては、病院、例えば、ラドバウト大学の専門的ケアをこのG Pクリニックに導入しようという公衆衛生との統合があげられる。

6. 介護への新しい考え方と医療の連携

(1) 虚弱（Fragility）の概念

オランダでは1850年の死亡率は現在の3倍で、0－5歳までが死亡の40%、80歳以上生きる人は4%に過ぎなかった。2000年には、0－5歳での死亡は1%以下、33%が65－80歳、50%が80歳以上での死亡である。現在、

85歳以上は人口の1.5%だが、医療費の12.5%を使用し、100歳以上は人口の0.01%だが、0.1%の医療費を使っている。

薬剤の費用、治療費は人口の約15%の65歳以上で40%、65歳以上の人は90%が何らかの薬剤を服用している。

高齢者は運動器疾患、めまい、転倒、コミュニケーション障害、精神上の問題、尿の問題を抱えることが多い。

そこで、「虚弱」という概念が注目されている。「虚弱」と高齢者の心理、身体、そして社会面に注目したもので、心理、身体、社会面での細かな問題が蓄積されていくことで、施設や病院などへの入院あるいは死のリスクが高まっていく過程をいう、簡単に言えば、1名での日常生活がかなり難しい状況である。

今回の視察によるオランダの調査をもとに、「虚弱」を整理しよう。

- ① 理想の死に方とも言われるPPK（ぴんぴんころり）、つまり「虚弱」にならずに早めに死ぬ場合
- ② 徐々に、心理、身体、社会面の状況は悪化していくが、長生きする場合
- ③ 早期から「虚弱」になって早死にする場合
- ④ 早期から「虚弱」であるがそのまま長生きする場合
- ⑤ 急速に「虚弱」になる場合
- ⑥ 「虚弱」になるがまた改善する場合

そして、早死にしないケースで予測が可能になる。つまり3年以内に施設に入所するケースは、②と⑥の場合は、④、⑤に比べると4分の1とか5分の1である。3年以内の死

亡については、④>⑤>⑥>②の順である。

（2）在宅ケア施設の例：ビュートゾーク（Buurtzorg）

労働政策研究・研修機構の研究員である堀田聡子氏が紹介している、日本でも有名になっている在宅ケアの組織がビュートゾークである。オランダでは在宅ケアの民営化に伴い、従来地域看護師が行ってきた地域の「絆」の仲介機能が落ちてきたという議論がある。そのような中で地域看護師として起業しているのがJos de Blok氏が指揮するビュートゾークである。ここではG Pと共同して地域ケアを提供している。

2007年に4名で始まった組織であるが2013年5月現在で従業員5,500名、対象患者は年に5万人という急成長を遂げている。その秘訣は、専門職、この場合には看護師の自立にあるという。そのために管理スタッフは現在35名しかいないという。組織にはヒエラルキーはなく、患者のすべてに1看護師がチームとして責任を持つ体制をとっている。自ら教育予算を持ち、また地域でのインフォーマルなネットワークを重視している。

経営学的にも非常に興味がある組織であるが、実際、各拠点には最大限12名の看護師しか配置していないという。さらに看護師にモチベーションを持たせる仕組みとしては、数、すなわち出来高で管理をしていないことだという。つまり成果で管理し、ひたすら行為の数や時間にこだわる可能性がある診療報酬の仕組みと切れているのである。

オランダでは少人数のチームで自律的に働き、チームワークを大事に、ITを駆使する

ことが評価される文化である。その結果、オランダでの2011年と12年のベスト従業員雇用者に選ばれた。日本の経営にも関心があり、野中郁次郎一橋大名誉教授と意見交換をされたこともあるという。

ケアの対象の患者は下記である。

- 慢性疾患患者や障害のある患者
- 高齢者で疾患が多い人
- 末期患者
- 認知症患者
- 病院から退院したがまだ完璧ではない人

質の管理は米国のオバマシステムを改良して行っているという。

オランダでの自立支援の考え方は、「家族にも頼らないこと」であったが、最近は少し変化がみられるという。その意味で、ビュートゾークはインフォーマルとフォーマルのネットワークの間に入り、それらをつなぐ役割を行っているといえる。

(3) 介護施設の例：ヒューマニタス(Humanitas)

介護施設ヒューマニタスは、ヒューマニタス財団の理事長であるBecker氏の強い意志のもとで運営されている。高齢者ホーム、ナーシングホームを共に持つ大規模な施設である。

ナーシングホームにはナーシングホーム医が通常複数勤務しており、日本でいう老人保健施設というよりも療養病床に近いイメージであろう。また、旧来から家庭医の機能としてGPが介護にも関与していた点にも特徴がある。「寄りかかり住宅」といって、ナーシングホームの周辺に高齢者住宅ができてい

(写真4)



(写真5)



ケースも多い。施設の社会化ということが主張されている、これは、入居者ではない高齢者や地域住民がその施設のレストランや娯楽施設を利用できたりするといった地域に開かれた施設というものが方向性としてでていくということである。この施設はまさにその方向性にあっているといえよう。

写真4・5のように非常に開放的で娯楽性に富んでいる。また認知症の患者対応のために、昔の家庭用品を博物館として収集し、認知症の患者の戸惑いを減らそうとしている(写真6)。

(写真6)



(4) 医療と介護の連携

保険者が異なったり、保険のオペレーターが異なるとき連携が重要になってくる。しかし、医療者間では、病院内であったり、かかりつけ医において電子カルテで情報が蓄積されているのでさほど大きな問題ではない。最も大きな問題になるのは医療と介護の情報共有である。

介護者同士の情報共有は行われているし、かかりつけ医の電子カルテ普及率は98%という。しかし、電子的に医療データと介護データを統合する、あるいは共有するという試みは、個人情報保護やセキュリティの問題も含めて進んでいない。

結果、病院を出た患者は、在宅サービスについても、施設サービスについても、待たなければならないようである。

次章で述べる統合ケアの流れに乗せての改善が期待される。

(5) 統合ケア (Integrated Care)

ケアの統合ということには2つの意味がある。一つは機能的な統合であり、もう一つは機

能的な統合を促進するための財政面の統合である。前者の考え方は、疾病管理といわれることもあり、後者の考え方はバンドルペイメントといわれる。

医療は、サイロ化しやすい。統合ケアはこれを防ぐための試みであり、オランダでは、両方が並行でパイロットとして行われている。

オランダでは明確にバンドルドペイメントという表現はしていなかったと思うが、この方式の支払いは、米国の場合であれば保険者であるCMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) から直接病院に一括して支払われ、病院内で医師や病院、その他の医療提供者が分け合う。ここで病院が提供するサービスのコストや、病院と医師の利用を減らすことを重視しており、医療機器などの使用に伴うコストや、入院期間の短縮、再入院の頻度の低下などを通じた節約を狙っている。病院は、節約したコストを節約に協力した医師たちと分け合える仕組みとなっている。バンドルドペイメント方式の契約を結んでいる病院は、1人のメディケア加入患者に対して施された医療にかかわったあらゆる医療提供者のサービスについて料金を割り引くことを義務付けられている。

オランダの場合には、この予算が新しく考えられたケアグループという組織に支払われる。これはG Pが組織してもよいし (実際G Pが組織するケースが多いようだが)、ほかからの組織でもいいのである。例えば糖尿病の場合にはG P、専門医その他の医療スタッフがこのグループに参加し共同で治療やケアを展開することになる。ケアグループはG Pが管理していることが多いので、G Pが専門医を雇用する場合も想定される。また、G PへのI T導入率が高い

ので、ITを使って管理していく流れになる。

ケアグループは2006年に、パイロット的に10の組織ではじめられたが現在は100以上あるということであった。米国の例を記載したが、オランダでもコストが下がった分はケアグループの剰余金になる。疾患としては糖尿病、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、心臓病の予防があげられている。

この変化は概念的には、GPが単なるゲートキーパーからコーディネーターに変化することを意味する。これは英国のGPにも求められている動きであり、オランダでのこの仕組みが今後どうなるのかが興味深い。

7. オランダから日本への示唆

天然ガスという貴重な資源で潤っていた1960年代にオランダは高福祉国家となった。医療においてはアクセスの改善に主眼が置かれ、福祉では特に施設が多くたてられていった。

しかし、オランダでは景気の後退とともに1980年代から医療提供者に対して規制を強化することで医療費の抑制を図ることとなった。今後医療費抑制を考える日本へ、最後に3点ほど日本への示唆を考えてみたい。

最初に、短期保険のオペレーションの民営化である。2006年には10位であったが、2010年度

には12%と米国に次いで世界2位になっている。さらに2010年からも医療費の増加が激しいとされるが、日本でも同様の指摘があるように、近年目覚ましい医療技術の進歩による医療の高額化、人口高齢化の要素もあり（オランダではDBCによる支払い方式の変更の影響もあり）、民間医療保険会社のオペレーション能力不足とはとらえられていないようである。保険制度のさらなる改革の議論はあるが、むしろ増加率が大きく、保険制度になじみにくいとされている特別医療保険制度の給付範囲の縮小や、短期医療保険や社会支援法の領域への移管のほうが喫緊の課題であるようだ。

次に特別医療保険（含む介護保険）から税財源、サービス提供の責任を地方自治体へ移行するという点である。日本でも要支援を介護保険のサービスから、地方自治体、税財源あるいは自費でという動きがある。オランダでは、自治体の責任を法律で縛っているが、それでも過少サービスになってしまうのではないかという批判がある。その意味で、日本でも慎重な対応が望まれる。一方、インフォーマルケアに技術面も含めどこまで期待するのかは、期待も大きい大きな課題である。

最後にGP制度についてである（表3）。税金で医療提供へのファイナンスを行っている国

（表3）GP制度の構造

	財源	ゲートキーパー機能	患者からの選択	支払い方式	家庭医コースの独立性	waiting list
ドイツ	社会保険中心	弱い	強い	医師団体と保険者で協約	なし	なし
フランス	社会保険中心	弱い	強い	医師団体と保険者で協約	なし	なし
英国	税中心	強い	弱い	人頭＋P4P	あり	あり
スウェーデン	税中心	強い	弱い	人頭＋出来高（人数）	なし	あり
デンマーク	税中心	強い	弱い	人頭＋出来高（疾病ごと）	なし	あり
オランダ	社会保険中心	中くらい	中くらい	人頭＋出来高（人数、時間）	あり	なし

（出所）筆者作成

では、「医療を受けること」への権利意識が乏しい。社会保険の国では、権利意識が強く、ゲートキーパー制を導入しておらず、ドイツやフランスのように緩やかな登録制をとっている。例外のオランダは実験国家の面目躍如で、社会保険の国ではあるが、ゲートキーパー制を導入している。しかしこれは第二次大戦前からの長い歴史があり、国民に定着している制度であるので、比較にはならないかもしれない。

高齢者患者が多くなり家庭医機能は重要である。超高齢社会を迎えている日本も同じである。しかし、英国、オランダでは家庭医がサブスペシャリティを持つケースが増えてきている。家庭医機能は重要ではあるが、医師のキャリアパスを考えれば、それだけでは満足しない医師もいる。家庭医機能のみに特化した場合には看護師との役割分担が不明確になりがち（特に特定看護師など）という欠点がある。

謝 辞

この論文の執筆にあたっては、日本医師会鈴木邦彦常任理事の企画した、2013年5月の視察・現地調査に参加することで得られた部分が多い。鈴木氏ならびに参加された団員の方に感謝します。

(参考文献)

- ・メアリー・メイプス・ドッジ著、石井桃子訳（1865）「ハンス・プリンカーまたは銀のスケート（原題：Hans Brinker, or, the Silver Skates）」岩波少年文庫
- ・広井良典（1994）『医療の経済学』日本経済新聞社
- ・長坂寿久（2000）『オランダモデル 制度疲労なき成熟社会』日本経済新聞社
- ・大森正博（2001）「オランダの医療制度改革と「保険者機能」」『海外社会保障研究』No136, pp.59-71, 国立社会保障・人口問題研究所
- ・松田晋哉（2003）「オランダの診断群分類DBCについて（上・下）」『社会保険旬報』No2177, pp. 6-9, No2178, pp.10-16

- ・太田和敬・見原礼子（2006）『オランダ 寛容の国の改革と模索』寺子屋新書（子どもの未来社）
- ・大森正博（2006）「オランダにおける医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』No156, pp.75-90, 国立社会保障・人口問題研究所
- ・佐藤主光（2007）「医療保険制度改革の課題」『会計検査研究』第35号, pp. 7-25
- ・廣瀬真理子（2008）「オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題」『海外社会保障研究』No162
- ・財務総合政策研究所研究部－医療制度研究班－（2010）「海外の医療制度を訪ねて〈第4回～オランダ・EU（その2）・まとめ編〉」『ファイナンス』（1月）
- ・紺野登（2012）『幸せな小国オランダの智慧』PHP新書
- ・堀田聡子（2012）「在宅ケアのルネサンス」『週刊医学界新聞』（7月16日）
- ・鈴木邦彦（2012）「日本医師会 民間病院・イギリス医療・福祉調査団報告書Ⅱ」博仁会
- ・堀田聡子（2013）「オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策－我が国における地域包括ケア提供体制の充実に向けて－」（5月），ディスカッションペーパー 12-07, 労働政策研究・研修機構
- ・医療経済研究機構「オランダ医療関連データ集【2007年版】【2011年版】」
- ・財務省財務総合政策研究所「医療制度の国際比較」（http://www.mof.go.jp/pri/research/conference/zk087/zk087_03.pdf）
- ・日本医療政策機構「オランダの医療制度改革と高齢化対策」（http://www.hgpi.org/handout/TheNetherlands_120116.pdf）