

デンマークにおける保健医療予算の決定メカニズム¹⁾

——中央政府と県議会連合との経済交渉を中心として——

菅 沼 隆

序章 問題関心と課題

本稿の目的は、デンマークの保健医療の財政規模とサービスの質を決定する重要な場である中央政府と県連合との経済交渉の内容を分析することを通じて、デンマークの保健医療経済の特質を明らかにすることにある。

北欧5ヶ国は高度の福祉国家として知られており、対人社会福祉サービスを公的に供給する水準は世界でも最も高い国と見なされている。このような高度の福祉国家において医療保障制度はいかなる位置づけを与えられ、いかなる政策が採用されているのかをデンマークを事例として確認することが本稿の問題意識の原点にある。5ヶ国はいずれも、租税を主な財源とする保健医療サービス制度を採用しており、所得能力に関係なく等しく医療サービスを給付するという普遍主義の度合いが高いことで知られている。とりわけデンマークの医療保障制度は一部の例外を除いて、患者負担がゼロに近く、北欧諸国のなかでも最も普遍主義的な医療保障制度を形成してきたといっただよいであろう²⁾。

また、その管理運営の基本的責任は県にあり、県が独自に税率を設定し、医療供給体制を整備しており、中央政府の権限は限定されている。すなわち、地方分権制のもとで医療サービスが供給されている。医療を国民の基本的権利であることを明言している国家において、分権的に医療サービスを提供しているのはなぜか、という点も第2の問題意識としてあった。というのも地方分権はある意味、各地方の独自性と差異を容認することになる。この中で、地域

1) 本稿は、筆者が2003～2004年にデンマーク王国ロスキレ大学社会科学部の客員研究員として調査研究した成果の一部である。同学部の Klaus Nielsen 教授、Bent Greve 学部長には本稿の草稿になる研究報告書（英文）を読んでいただき、コメントをいただいた。記して感謝したい。

2) Indenrings-og sundhedsministerens rådgivende udvalg, “Sundhedsvæsenets organisering sygehus, incitamenter, amter og alternativer”, Januar 2003, p. 71. Søren Holm, Per-Erik Liss and Ole Frithjof Norheim, “Access to Health Care in the Scandinavian Countries”: “Health Care Analysis” 7: 321 330, 1999. p. 321. なお「一部の例外」とは、成人の歯科診療と外来薬剤である。

間格差についてどのような措置が採られているのか、中央政府の役割はどのようなものか、県・市はどのように供給計画を策定しているのか、平等と差異をどのように調整しているのか、医師・看護婦ら医療専門職はどのように関与しているのか、国民経済と医療経済との調整をどのように果たしているのか、といった点が問題関心として浮かび上がってくる。

ヨーエン・G・クリステンセンによるとデンマークモデルと呼ばれるものは「地方自治体が福祉サービスを生産し供給している」点に求められるという³⁾。したがって、住民から直接選出された代表からなる議会によって計画され、議会の管理のもとに行政が直接福祉サービスを供給する点にデンマークの特徴があるといえる。保健医療サービスは県の基幹業務であり、クリステンセンの指摘したデンマークモデルを構成する重要な要素となっている。したがって、デンマーク保健医療制度の研究はデンマークの地方分権制度の研究と重なっている。

WHO において保健医療サービスの財源調達について共同研究をおこなってきたモシアロスとディクソンらによれば、地方税による公的な保健医療サービスの長所として「より高い透明性」が得られること、「説明責任の改善」が見られること、「地域の選好に対応」できること、「他の政府一般財源との競合から医療保障財源を分離できること」の4点を指摘している。しかし、同時に短所として、地方政治家がリスクに挑戦しないで惰性的になってしまう恐れがあること、その背景に地域の利害関係が絡み改革が行われにくくなること、地方政府間の税率が異なる場合には税の水平的公平性が維持できないこと、税率が同一の場合は地方制度間の担税能力の差により逆進的になったり累進的になったりしがちであること、地方税は国税と比べて地方制度間の財政調整機能が弱いこと、などが指摘されている⁴⁾。果たしてデンマークの分権

3) クリステンセンによると、デンマークの地方分権制度は次の6点の特徴を有しているという。第1に、市が地域のすべての業務を担い、県が県域のすべての業務を担っていること。第2に、市と県の規模は、専門的な行政機構を設立できることを基準に定められていること。第3に、政治と行政の指導性が明確に区別されていること。第4に、市も県もその内部では水平的分業を明確に保障していること。政治家で構成される専門的な委員会が設置され、行政的にはそれに対応した専門課が設置されている。第5に、議会の論議と市長/知事のリーダーシップによってそれをまとめることによって、市と県は数多くの複雑な業務を調整し重点化できること。これにより行政の統一性と市民の多様な要求と関心に配慮することができること。第6に、市と県のサービス供給業務は、行政的なヒエラルキーによって遂行されるべきであり、最終的には市議会・県議会に責務が由来する *udgå fra* べきものであること。Christensen, Jørgen Grønnegård, "Velfærdsstatens institutioner", Århus: Aarhus Universitetsforlag/Magtudredningen., 2003, p. 22-23. クリステンセンはこのモデルは決して社会民主党の独占物ではなく、他の様々な要素すなわち他のブルジョワ政党、行政機構、諸階層の関与を無視してはならないことを強調している。このことは、デンマークの議会構成の不安定さにも関わらず、デンマーク福祉国家が安定してきた理由を考察する際の糸口を提供しているといえるだろう。

4) Mossialos E., Dixon A., Figueras J., and Kutzin J. ed., "Funding Health Care", Open University Press, Observatory on Health Care Systems in 2002, World Health Organization 2002., p. 15-16. 一圓光彌監訳『医療財源論』光生館, 21~22頁。本書はヨーロッパ各国の医療保障制度の比較検討を試みている優れた研究であるが、デンマークに関する記述は少ない。

型保健医療サービスはこのような短所を抱えているのであろうか。この点が本稿で説明すべき課題であるといつてよい。

ちなみに、筆者が調査のためデンマークに滞在した2003・4年は地方制度改革論が活発に展開されていた。2004年1月9日に「構造委員会 [地方制度改革委員会]」が1970年の改革以来の大改革を提言し、県・市とも大幅な統合が行われる予定である。この中で県の機能と権限を見直すモデルも提出されている⁵⁾。本稿は地方制度改革が論じられている最中の調査報告であり、改革の収束点について見通しを示していない。だが、留意すべきは、デンマークの地方制度と社会保障制度は常に変化のただ中にあり、固定した完成された制度と見なすことはできないということである。

第1章 保健医療サービス制度とその主体

1節 デンマーク保健医療制度の概要

デンマークの保健医療制度に関する邦語文献は、すでに幾つか存在するが⁶⁾、しかしあまり知られているとは思われないので、本節では屋上屋を架することを承知で概要を紹介する。なお、概説書として英文では、デンマーク内務保健省が作成したもの⁷⁾と、世界保健機構 (WHO) ヨーロッパ支局が編集したもの⁸⁾があり、特に後者は極めて優れた解説書である。また、同支局が発行している「要約」⁹⁾は簡潔にまとめられている。最も優れた概説書としてデンマーク

5) 改革案は3つのモデルを提示し、国民的討議にかけることになった。2004年1月に提示された3つのモデルとは、「現状の県・市の権限を変えずに、規模のみ拡大するモデル」「県を統合し、県の権限を強めるモデル」「県の権限を縮小または廃止し、市の権限を強めるモデル」である。2004年6月に与党自由党とデンマーク国民党との間で合意された地方制度改革案は、県の課税権を廃止し、新たに中央政府が「保健医療負担金 [税]」を徴収するというもので、大きな反響を呼び起こした。特に社会民主党、革新自由党、県連合が与党合意に強く反発している。2004年12月現在、与党の路線は変化していないが、地方制度改革の収束点を予測することは困難になっている。

6) 基本文献は、拙稿「デンマークの分権的保健医療」『週刊社会保障』2303号 (2004年10月11日) 注1を参照されたい。他に、米林喜男「デンマークにおける医療保障の危機」、『海外社会保障情報』第80号は、1986年のオーデンセ病院の医師ストライキをあつかったものであるが、1980年代半ばのデンマークの医療保障制度の概要を適切に要約した優れた論考である。伊東敬文「福祉と医療連携の条件 デンマーク高齢者医療福祉政策からの教訓」『海外社会保障情報』国立社会保障・人口問題研究所、90号、1990年、1~16頁もすぐれた紹介である。西澤秀夫・真弓美果・上掛利博編『世界の社会福祉 デンマーク・ノルウェー』旬報社、1999年、218~226頁が要領よくまとめている。また、デンマーク日本人会『デンマークに暮らす』第2版、(2002年、コペンハーゲン) もデンマークの医療保障制度を適切に紹介している。

7) Ministry of the Interior and Health, "Health Care in Denmark", 2002.

8) Vallgård, S. et. al., "Health Care Systems in Transition: Denmark 2001", WHO Regional Office for Europe, 2001.

9) European Observatory on Health Care Systems, "HiT Summary: Denmark", 2002.

語で書かれたヴァルゴードとクラスニック Valgård og Krasknik の著作¹⁰⁾がある。

各種保健医療統計

最初に基本的な統計データを確認しておきたい (図表 1 参照)。デンマークの総人口は約538万人、面積は4万3千平方キロメートルであり (グリーンランド、フェロー諸島を除く)、人口は日本の約23分の1、面積は約9分の1である。65歳以上人口は1991年の15.6%をピークに微減傾向にあり、1996年に日本と同率となり、以後日本の高齢化が著しい。合計特殊出生率は1.7と欧州諸国の中では高いポイントを示している。これは世界で最も家族に優しい社会政策を採用しているからであるとみなされている¹¹⁾。

図表 1 基礎統計

項目	デンマーク	日本	比率 (デンマークを基準とする)	データ年 (デンマーク)	データ年 (日本)
国土 (千平方キロ)	430,04	377,829	8.8倍		
人口 (百万)	5.3	125.57	23.7倍	2001	2001
65歳以上人口割合 (%)	14.8	17.8	- 3.0	2001	2001
合計特殊出生率	1.7	1.36	0.34	2002	2000

出所) Danmark Statistik, "Statisk Årbog 2002", 日本は『厚生要覧』, 65歳以上人口は OECD, Health Data 2nd 2003による。

現在のデンマーク保健医療制度の基本的骨格は1970年の地方制度改革と1973年の疾病保障制度によって形作られている¹²⁾。一次医療と二次医療に明確に分けられており、いずれも県が基本的責任を負い、一次医療の一部を市が負っている。

地方行政区

保健医療を管轄する行政区は13県、1県市、2市の計16自治体である (図表 2 参照)。ボーンホルム島は地理的・人口的条件から県と市の2つの機能を兼ねている。コペンハーゲン市とフレゼリックスベア市は法的には市であるが、県と同格の保健医療行政を担っている。2市は県連合に加盟していないが、必要に応じて県連合と共同する。

10) Vallgård S. og Krasnik A., "Sundhedstjenest og sundhedspolitik, En introduktion 3 udgave", 2002, Munksgaard, København.

11) Bent Greve, "The changing universal welfare model; The case of Denmark towards the 21st Century", Roskilde University, Department of Social Sciences, 1999, p. 58 .

12) 疾病保障法 lov om sygesikringen は先行の邦語文献ではしばしば「疾病保険法」あるいは「医療保険法」と訳されているが、内容からみても言葉の厳密な意味 sikringen からみても保険という訳語は不適切である。なお、デンマーク政府発行の英文パンフレットでは現在もなお health insurance という訳語が使用されているが (例えば, Ministry of the Interior and Health, "Health Care in Denmark", および "The Danish Healthcare Sector in Figures 2001/2002", 2002など), これも不適切であるといつてよい。ちなみに「保険」に該当するデンマーク語は forsikringen である。

県の人口規模は、フレゼリックスベア市とボーンホルム島を除くと、おおよそ22万人から64万人の間に分布している。1970年の地方制度改革の際、二次医療圏は20万人以上の人口を確保

図表 2 県人口および面積 (2003年 1月)

		人口	面積 (km ²)
ユラン半島 (ユトランド半島)	北ユラン県 Nordjyllands Amt	495,625	6,173
	ヴィボー県 Viborg Amt	234,496	4,123
	オーフス県 Århus Amt	649,177	4,561
	リンケーピン県 Ringkøbing Amt	275,044	4,854
	ヴァイレ県 Vejle Amt	353,284	2,997
	リーベ県 Ribe Amt	224,257	3,132
	南ユラン県 Sønderjyllands Amt	253,013	3,939
フュン島	フュン県 Fyns Amt	473,471	3,486
シェラン島	フレゼリックスボー県 Frederiksborg Amt	372,276	1,347
	ロスキレ県 Roskilde Amt	236,151	891
	西シェラン県 Vestsjællands Amt	300,729	2,984
	大ストレムス県 Storstrøms Amt	261,188	3,398
	コペンハーゲン県 Københavns Amt	618,016	528
	コペンハーゲン市 Københavns Kommune	501,285	88
	フレゼリックスベア市 Frederiksberg Kommune	91,435	9
	ボーンホルム県市 Bornholms Regionskommune	44,060	589
	合 計	5,383,507	43,099
	平均 (ボーンホルム県市を除く)	374,858	

出典：Indenrigs-og Sundhedsministeriet, "Kommunernes økonomi og service; Indenrigs-og Sundhedsministeriets kommunale nøgletal", 2003. および Amtrådsforeningen, "Amterne i tal 2003", p. 7. による。

図表 3 医療経済関係指標 (2002年)

	デンマーク	日本
医療費の GDP 比	8.3%	7.6%
1人当たり医療費 (ドル換算)	2,398	1,984
総医療費に占める公費の割合	82.5%	78.3%
利用者負担の割合 (ドル換算)	381	334
その1人当たり GDP に占める割合	1.2%	1.1%
薬剤費の比率	8.7%	15.9%
医師数 (人口千人当たり)	3.4	1.9
平均在院日数 (日)	3.8	30.4

OECD, Health Data 2nd. 2003. 日本の平均在院日数は中医協「医療経済実態調査」による。

することを原則に県の規模が決められた。

図表3で医療経済関係の簡単な指標を確認しておこう。GDPに占める医療費は日本よりも0.7ポイント高く、1人当たり医療費も400ドルほど高くなっている。医師数では日本を1.5ポイントと大幅に上回っている。薬剤費の比率は日本が倍近く上回っており、平均在院日数が顕著に異なっている。

政党

今日のデンマークの代表的な政党は、社会民主党、自由党、デンマーク国民党、保守国民党、社会国民党である。社会民主党、社会国民党がいわゆる左翼政党、自由党は自由主義、デンマーク国民党・保守国民党は民族主義的な傾向が強く右翼政党に分類されることがある。特にデンマーク国民党は極右に分類されることが多い。

1971年以後の政権を概観しておこう。第二次大戦後のデンマーク議会は安定多数政権が誕生せず、常に少数与党、あるいは連立政権によって担われてきた。1970年代もこの傾向が継続している。1980年代には3つ以上の政党による連立政権が構成されることが多く、政治的には安

図表4 デンマークの政権党 (1971年以後)

選挙年*	政権党 (議席数)
1971年	A (70)
1973年	V (20)
1975年	A (53)
1977年	A (65)
1978年*	A (65), V (21)
1979年	A (68)
1981年	A (59)
1982年*	C (26), V (20), D (15), Q (4)
1984年	C (42), V (22), D (8), Q (5)
1987年	C (38), V (19), C (9), Q (4)
1988年	C (35), V (22), B (10)
1990年	C (30), V (29)
1993年*	A (69), D (9), B (7), Q (4)
1994年	A (62), D (5), B (8)
1998年	A (63), B (7)
2001年	V (56), C (16), O (22)

凡例) A : 社会民主党, V : 自由党, C : 保守国民党, D : 中央民主党, B : 革新自由党, Q : キリスト教国民党, O : デンマーク国民党 政党記号はデンマークの慣行に倣った。

注) *は連立再編のみ。議会定員は175人である。

出所) Danmarks Statistik, "50-års oversigten", 2001, p. 44-48.

定したことがないといつてよい。誤解を恐れず、概括的にいえば、社会民主党政権は福祉充実・大きな政府を志向し、自由党・保守国民党政権は規制緩和・小さな政府を志向しているといつてよい。したがって、社民党首班政権であった1975年から1982年、1993年から2001年は大きな政府が志向され、それ以外の時期は小さな政府が志向される傾向があった。だが、連立政権、あるいは少数与党であるため実際の政策は単純化できるものではないことに留意する必要がある。スウェーデンを凌駕するともいわれる高度福祉国家の特徴が現れるのは1970年の地方制度改革以後であるとみなすと、不安定な連立政権のもとでデンマーク福祉国家は展開してきたといえることができる。

医療政策上重要な政党は自由党と社会民主党であるといわれている。自由党は自由主義理念のもとに市場原理の拡大を志向する傾向にあり、社会民主党は公的なサービス供給による平等な医療を志向しているといわれている。政権交代によって医療政策が変化しているかどうかは、明確ではないが、経済合意の内容を見ると、県税・補助金の使い方と相違があると思われる。この点は経済合意の項目で触れる。一次医療についての国民の満足度は高く、自由党も現行の無料で平等の制度を変更する政策は掲げていない。しかし、過去約20年にわたって患者負担の導入の可否について議論が展開されており、自由党の一部には患者負担の導入を志向する動きがあると思われる¹³⁾。

2節 保健医療政策の諸主体¹⁴⁾

ここでは保健医療政策を決定する主体を確認しておきたい。

内務・保健省、社会省

地方制度改革以前から、二次医療については内務省、一次医療の疾病保障制度は社会省が管轄していたが、1984年に疾病保障制度も内務省が管轄することになった¹⁵⁾。1987年9月に内務省から分離独立して保健省が発足した（初代大臣は保守国民党から任命された）。2001年11月の自由党連立内閣の発足とともに、保健省は内務省と合併し、内務保健省となった（大臣は自由党）。保健医療行政を管轄する中央省庁は、内務省から保健省、内務・保健省と移り変わったことになる。

保健管理庁

保健管理庁 Sundhedsstyrelsen SST（英語名 The National Board of Health）は内務・保健省の管轄下にあるが、医学的・専門的な見地から保健医療行政を監督しており、独立性が高

13) これは筆者の聞き取り調査による印象である。自由党代議士の話では「無料のホームドクター制は国民に根付いており、廃止を政策に掲げれば、選挙で負けるだろう」とのことである。

14) 以下の叙述は、拙稿「デンマークの分権的保健医療」で触れた点をよく詳しく叙述したものである。

15) 1980年に障害者向け病院、1982年に首都病院の管轄が社会省から内務省に移った。Heide-Jørgensen, Morgens ed., “Indenrigsministerie 1848 1998“, p. 215, p. 261.

い。その起源は18世紀半ばの医学大学 Collegium medicum まで遡るとされる歴史のある組織である。1803年の保健大学 Sundhedskollegiet において医師の資格認定権を握ることによりその基盤が形成された。現在の組織は1933年に設置された。医務官と事務官から構成されるが、歴代の医務官の地位は高い¹⁶⁾。医学教育、全ての医師・看護婦など医学専門職の資格認定制度を監督することをはじめ、病院の査察権、計画配置、予防衛生体制の監督、薬剤許認可などを行っている。また、これらに関連する情報の収集と公開を行っており、病院統計なども発行している。本研究に登場するほとんど全ての公的機関・医療機関の求めに応じて医学的専門の情報と助言を提供している。もちろんすべて法律に基づいて監督を行っているので、無限の権限を持つわけではない。また、医学的専門的見地からの監督であり、保健医療の制度設計・財政運営の権限はない。このため本研究では主要な調査対象から除外しているが、医療の質を維持する上で保健管理庁の役割は極めて大きい。本研究との関わりで重要な業務は DRG 方式の算定方法の開発と管理である。

調査研究機関

調査研究機関は医師会傘下の専門学会を含めると無数にあるといつてもよいが、医療財政・医療経済に直接関わる調査研究機関としては、前述の保健管理庁、デンマーク保健研究所 Institut for sundhedsvæsen DSI (英語名 Danish Institute of hospitals) が重要である。保健研究所は県連合およびコペンハーゲン市・フレゼリックスベア市の共同出資による調査研究機関であり、保健医療行政に関する実証的理論的研究を引き受けている。医療経済学に関する数多くの調査研究を行っている。大学¹⁷⁾では南デンマーク大学社会科学部保健医療学科が専門的なスタッフを多く擁している。オーフス大学政治学部は行政学をベースに医療政策の研究が行われている。コペンハーゲン大学では経済学部、医学研究所において保健医療政策が研究されている。ロスキレ大学社会科学学部では経済学・政治学・社会学・行政学で学際的に医療政策が研究されている。研究のアプローチとしては、限定的なテーマについては新古典派的な医療経済学の手法も使われるが、制度政策研究においては制度学派の様々な概念を使用した制度の分析が盛んである。

県および県連合、疾病保障交渉委員会

1970年の地方制度改革により県が再編され、県は二次医療を管轄することになった。1973年4月に疾病金庫が廃止され、一次医療の基本的業務も県が管轄することになった。県の業務はその後広域道路管理 (1973年)、ゴミ処理など環境政策の一部 (1974年)、自然保護業務 (1979年) などを包含していった¹⁸⁾。だが、国立精神病院の県移管 (1976年)、国立整形病院の県移

16) Vallgåda, S. 1999, p. 434-4

17) デンマークの総合大学はコペンハーゲン大学、ロスキレ大学センター (いずれもシェラン島)、南デンマーク大学 (フュン島)、オーフス大学、オールボー大学 (いずれもユラン半島) の5つである。

18) Amtrådsforeningen, "Regional Government in Denmark", 2001, p. 16. 7. これは県連合発行

管（1978年）など保健医療業務も拡大してきた。県は保健医療を管轄する行政単位として誕生し、現在までそれを中核業務にしてきた。県は独自の課税権を持ち、法律の範囲内で独自に医療給付を実施することができる。したがって、デンマークは保健医療政策専門の行政単位を設定し、保健医療政策専門の議員を選挙する仕組みをとっているといつてよい。

コペンハーゲン市とフレゼリックスベア市は地方制度改革の原則が適用されず1970年以後も存続した。両市は首都圏の大都市で人口規模・人口密度・経済的地位などの点で他の地方自治体と条件が違いすぎたためである。両市は県と市の2つの機能を兼ねている。保健医療行政についても権限を有しており、県連合と共同で各種の交渉に参加している。また、首都圏病院公社に理事を出している。

県議会選挙は市議会選挙と同時に4年に一度実施される。県知事は県議員の互選により、第一党より選出される。立候補者の多くは政党に所属し、選挙戦は事実上政党間で展開される。図表5は2001年11月国政・地方議会の同時選挙の際の各政党の議席獲得割合である。これによると第1に、自由党・社会民主党は国会よりも県・市の獲得割合の方が高くなっていること、第2に、革新自由党、デンマーク国民党、キリスト教国民党といったイデオロギー色が強い政党は県・市での獲得割合が低いこと、第3に、市において「その他」が顕著に多くなっていること、などが分かる。全体として県は国会と市の中間的な議席構成になっている。国会・市と異なる議席構成であることから、県独自の争点が存在していること、しかし、国会と市の中間的な構成になっていることから、一定程度中央政治や市の政治動向と相互に影響を及ぼし合っ

図表5 2001年11月国政・地方同時選挙の議席割合

政党議席割合 (略号)	国会	県	市
社会民主党 (A)	29.7%	34.5%	33.4%
革新自由党 (B)	5.1%	4.0%	1.9%
保守国民党 (C)	9.1%	9.4%	9.6%
中央民主党 (D)	0.0%	0.0%	0.1%
社会国民党 (F)	6.9%	6.1%	5.1%
デンマーク国民党 (O)	12.6%	6.4%	3.6%
キリスト教国民党 (Q)	2.3%	1.1%	0.7%
自由党 (V)	32.0%	37.2%	35.9%
進歩党 (Z)	0.0%	0.0%	0.1%
統一リスト (Ø)	2.3%	0.5%	0.2%
その他	0.0%	0.8%	9.5%

出所) Danmarks Statistik, "Statisk Årbog 2002", p. 79, 85, 86.

ていることが推測される。

県議会には専門委員会が設置され、各議員はいずれかの専門委員会に所属して活動を行う。委員会の種類と数は県により異なるが、通常は知事の下に「経済委員会」が設置され、その下に「技術環境委員会」「教育訓練文化委員会」「保健委員会」「病院委員会」「社会委員会」「精神保健委員会」「道路交通委員会」などの名称の委員会が4つから6つほど設置されている。予算は各委員会毎に編成される。経済委員会が予算全体の規模を調整する。この政治家によって構成される専門委員会と平行して行政官からなる専門の部局が置かれている。以下、一般的な例として「保健委員会」（県議会）「県保健部」（事務）が病院行政を管轄していると見なす。病院の管理機構は県ごとに相当異なっている¹⁹⁾。病院には通常「病院部長 sygehusdirektør」が全体を統括しているが、「医師長 cheflæge」と「看護師長 chefsygeplejeske」を含めた3者が病院の最高責任者とされることが多い。

県議会連合

県議会連合 Amtrådsforeningen ARF（以下、県連合と略称）は1913年に結成され、1970年の地方制度改革に伴い再編成された。13県とボーンホルム市の14行政単位から構成される²⁰⁾。県連合の17人の理事 bestyrelsen は、当選した全県の議員384人の県連合総会によって選出される。理事は県議会議員の政党構成比に基づいて選出される。図表6にみられるごとく、少数政党は理事を獲得することができない。1989年選挙までは社会民主党が過半数を占めていた。1993年選挙から自由党の伸びが見られ、2001年選挙では理事数では同数であったが、基礎の県議数では自由党が第1党となり、会長（理事長）は自由党から選出されることになった。

県連合の主要な業務は、傘下の県の連絡・調整など連合組織に共通するものに加えて、経済

図表6 県連合理事の政党別構成比

	1970	1974	1978	1981	1985	1989	1993	1997	2001
社会民主党	6	6	6	5	7	8	7	7	7
革新自由党	1	1	1	1	0	0	0	0	0
保守国民党	3	1	2	2	4	2	2	2	1
社会国民党	0	0	0	1	2	1	1	1	1
デンマーク国民党	0	0	0	0	0	0	0	1	1
自由党	3	4	3	3	4	5	7	6	7
進歩党	0	1	1	1	0	1	0	0	0
合計	13	13	13	13	17	17	17	17	17

19) 各県の病院管理体制の実態をまとめたものとして次の報告書がある。DSI, “Den samordnede sygehusvæsen”, Sept. 2003. 特に第1章を参照。

20) 県連合の概要については以下を参照した。Amtrådsforeningen, “Præsentation af Amtrådsforeningen”, in <http://www.arf.dk/OmForeningen/Praesentation.htm>.

合意の交渉（後述）、県公務員の雇用主としての公務員労働組合と団体交渉などを行うことにある。県連合は県の連合体であり、法律で規定された団体ではない。疾病保障交渉委員会を例外として、政府・労働組合・関係団体との交渉権は法律上は各県議会にある。このため政府との経済交渉はインフォーマルな慣行として行われている。

市（コムーネ）および市連合（KL）

市（コムーネ）は子供・若者、成人、高齢者、予防、精神の保健医療サービスの一部を担っている。市は課税権を持ち、国からは一括補助金が給付される。市連合は273の市の連合体であり、県連合と同様に毎年6月政府と経済交渉を行い「経済合意」を取り結ぶ。子供・若者向けのサービスは「子供および若者に対する予防的保健サービス法」「子供に対する健康診断法」「学校医師法」「保健婦法」で規定されている領域を管轄することとされている²¹⁾。これらの法律に基づいてサービスを供給するが、原則として市の自治に委ねられている。保健医療サービス全体からみるとその占める比重は小さく、本稿では研究の対象から外している。

医師および医師団体

医師を養成する教育機関はコペンハーゲン大学、オーフス大学、南デンマーク大学の医学校である。医師の資格を取得するには²²⁾、医学校で12セメスター6年間の課程を修了した後、「予備医師 *reservelæge*」として18ヵ月の「ローテーション研修」国内の複数の医療機関で研修を積む を経験しなければならない。これにより「A資格」が付与される。A資格取得後、専門科を選択し、その専門分野に応じて3年から6年の研修を行う。例えば、専門科の1つとして確立している一般医（家庭医）の場合は3年半の研修が必要とされる。こうして専門医となり、一般医・開業専門医（歯科など）の場合は開業の資格を取得し²³⁾、病院医師は専門医として診察をすることができる。病院医師が雇用保障付きの「上級医師 *overlæge*（英語訳 *consultant*）」の職を得るのは困難で、40歳以下の上級医師は珍しいと言われる。

医師の分類方法は多様であるが、最も一般的な分類は、一般医、若手医師、専門医師の3区分である。医師はこの区分毎に医師会を形成しており、3医師会の連合体としてデンマーク医師会総連合 *Den Almindelige Danske Lægeforening* (DADL) を構成している。

デンマーク一般医師会 *Praktiserende Lægers Organisation* (PLO) は、一次医療を担当する一般医 *almen læger* と一次医療に関わる専門医 *speciallæger for almen medicin* を組織する団体である。彼らは、疾病保障制度を担う医師であり、一般医は家庭医でもある。およそ

21) Kommunal Landsforeningen, “KL mener om sundhed”, Aug. 2001.

22) 医師の養成については、保健管理庁と教育省が管轄しているが、医学校終了後の研修制度については保健管理庁が基準を定めている。医師養成制度の概要は、医師会総連合のホームページ (http://www.laegeforeningen.dk/app/plsql/lf_menusen.) *Lægeuddannelsen* の項を参照。

23) 一般医の場合、開業の許認可権は県にあり、開業の場所も規制されている。また、新規の開業医は引退する開業医あるいは既存の開業医から受け持ちの患者を譲り受けて開業する。

3500人の一般医とその他およそ1200人の会員を組織している (2004年)。

若手医師会 Foreningen af Yngre Læger (FAYL) は若手医師 yngre læger を組織している。若手医師とは医学大学を終了し医師免許を有する者のうち、一般医師会・専門医師会に属さない者を指す。7850人のメンバーを擁している (2004年)。

専門医師会 Foreningen af Speciallæger (FAS) は、上級医師、専門医師 speciallæger から構成される。医師の中では最も地位が高い。8132人のメンバーを擁している (2004年)。

各医師会は、一次医療の診療報酬については県連合の疾病保障交渉委員会と交渉し、勤務医の待遇については、県、国など各経営主体と交渉している。この交渉は医療費の規模を決定する重要な要素であり、別の機会に詳しく触れることにする。

看護師、保健師、社会保健福祉師、その他保健医療福祉関連専門職

看護師 sygeplejersker はおよそ56000人 (2004年) が就労している。看護師はそのおよそ6割が県の病院、2割強が市の訪問看護に従事し、およそ5%が老人ホーム plejehjem に従事している。看護師は3年半の専門教育によって養成される。保健師 sundhedsplejersker は市に雇用され、乳幼児家庭の訪問と学校保健に従事する。その他、助産師 jordmoder, 社会保健助手 social-og sundhedsassistenter, 社会保健ヘルパー social-og sundhedshjælper, 看護助手 sygehjælper, 理学療法士 fysioterapeuter, 作業療法士 ergoterapeuter, 医学助手 lægesekretærer, 老人ホーム助手 plejehjemsassistenter など数多くの関連職種が存在するが、詳細は割愛する。これら専門職毎に職能団体が結成されている。これらの職種の労働条件は、二次医療関係は公務員組合 Forbundet of offentligt ansatte と県連合との団体交渉によって決定され²⁴⁾、一次医療・社会ケア関係は公務員組合と市連合との団体交渉によって決定される。大学病院など国立機関に雇われる者は国と労働条件について団体交渉する。また、労働条件の一部は各県・各市とそれぞれの職能団体との交渉によって決められる。

3節 保健医療サービス

一次医療

デンマークに居住権を有する者は所得に関係なく医療保障を受ける権利を有する。医療保障は「疾病保障制度 sygesikringen」に基づいて、グループ1とグループ2の2種類があり、住民はいずれかを選択する。グループ1は一般医 almenpraksislægeの中から1つの一般医を指定するもので、診療費は無料である。この一般医はしばしば家庭医 famililægeとも呼ばれる。グループ2は一般医を指定せず、自由に一般医を選ぶことができるが、診療費の一部を自己負

24) 公務員組合と県連合との団体交渉では、看護師、社会保健ヘルパー、社会保健助手、プライイェム助手、作業療法士、介護士 plejer、その他社会保健関連職員はまとめて交渉の合意文をとりかわしている。ARF og Forbundet af offentligt ansatte, "Overenskomst vedrørende løn-og ansattelsesvilkår for social-og sundhedspersonale", 2002.

担する。

住所登録をすると国民登録制度に基づいて中央国民登録番号 Det Centrale Personregister number (略称 CPR ナンバー) が定められ²⁵⁾、医療保障カードが与えられる。グループ1を選択した住民は一般医(家庭医)を指名することが義務づけられている。医療保障カードはプラスチック製でクレジットカードと同形で、CPR ナンバー、本人の名前・住所、一般医の名前・住所・電話番号などが記載されている。全体が黄色のため通称「イエローカード」と呼ばれている。16歳未満の子供は親の名のもとに医療保障を受け、16歳に到達すると自らの番号とカードが与えられる。全住民の98%がグループ1を選択しているため、以下はこれを念頭において説明する。

一般医は住所のある地点から10km、コペンハーゲンなど都市部は5 km 以内から選ぶことが原則となっている。指名後6ヶ月を超えると希望に応じて別の医師に変更することができる。一般医1人当たりの受持住民数は全国平均で1559名である(2002年)。緊急時を除いて、住民は指定した自分の一般医のみ受診することができる²⁶⁾。旅行時の医療費は償還払いとなる。専門医・病院の受診は一般医の紹介を必要条件とする。一般医の紹介なしに専門医を受診した場合は、その費用は全額自己負担となる。一般医は医療政策上「ゲートキーパー」と位置づけられており、診断が重視されており、治療は簡単な処置をするにとどまる²⁷⁾。薬剤処方箋の発行も一般医の重要な職務となっている。ちなみに、処方箋の作成・発行に診療報酬は支払われない。

専門医の受診も基本的に全額公費負担である。ただし、眼鏡などは医学的見地から眼科医が必要と認めない限りは自己負担となる。

外来薬剤費は一部自己負担制が採用されている。図表7は2004年1月に改訂された自己負担表である。これは一年間に使用した薬剤費総額が左記の金額の場合は、疾病保障制度から右側の割合で償還されることを意味する。2004年の区分改訂で境界領域の患者の自己負担は軽減されることになった²⁸⁾。なお、低所得者で自己負担が困難なものは市役所に申請し負担分の償還

25) 中央国民登録番号の歴史は「古く」、1922年「国民登録法」が制定されたことにさかのぼる(1924年実施)。これは住民の移動が激しくなり、基礎自治体における租税徴収が困難になったことをきっかけにしている。Willumsen Hanne, “Folkeregistreringen 75 år i 1999”, 1999.

26) 一般医への受診は予約制を原則とし、通常午前8～9時の間に電話で予約する。電話での受診相談は午前8時から午後4時まで行い、急を要する場合は直ちに受診あるいは緊急センターに連絡する。また、一般医が市の訪問看護婦に患者宅への訪問を依頼することもある。急を要しないと判断された場合は、数日待たされることがある。また、「電話診療」といって電話で口頭により助言するだけにとどまる場合もある。

27) 「ゲートキーパー」という位置づけがいつ頃から始まったのかは不明であるが、第二次大戦後間もない時期に、既に使用されていたという。K. M. Pedersen 氏からの聞き取り。この点を確認する作業は今後の課題である。

28) 例えば、18歳以上の者が530クローナ使用した場合、2003年は償還割合はゼロ%で自己負担530クロー

図表7 外来薬剤費自己負担表

2004年区分 (DKK, 年間)	(2003年区分)	18歳以上償還割合	18歳未満償還割合
0 520	(0 540)	0%	50%
520 1260	(540 1300)	50%	50%
1260 2950	(1300 3045)	75%	75%
2950超	(3045超)	85%	85%

注) 区分は「超 - 以下」である。

を受ける。

専門医医療

眼科医、歯科医、耳鼻科は一般医の紹介なしに受診することができる。歯科医療は、全額公費負担医療の原則が適用されていない領域である。その理由は、関係者に聞き取りをした限りでは「歴史的事情による」とされ、明らかではない。公費でカバーするルールは複雑であるが、公費補助の対象となっている診療項目については、公費負担割合は65%と45%となっている。公費負担が適用されない治療サービスを選ぶ患者もいるため、歯科医療費全体の7割は患者が自己負担する。残り3割は「疾病保障制度」から給付される²⁹⁾。窓口でいったん全額自費負担し、領収書を県に送付して、払い戻しをうける償還払い方式を採用している。ただし、18歳未満の歯科診療は全額公費負担で患者の負担はない。

国民の約30%が非営利民間の医療保険「デンマーク Danmark」に加入している。これは上記の患者負担分をカバーしている。医療保険「デンマーク」は1973年4月に疾病金庫が廃止された際、疾病金庫が改組されて従業員の一部を引き継いで発足した³⁰⁾。

「疾病保障制度」

一次医療の公費負担分は「疾病保障勘定」が賄う。県の一般財政において疾病保障勘定は病院勘定と区別されて計上されている。一般医、専門医らへの診療報酬は県連合に設置された疾病保障交渉委員会と各医師会との全国交渉によって決定され、また、一般医の定員と地域配置については保健管理庁の定めた基準にしたがう。このため一次医療に関しては、各県が個別に決定しうる余地は限定されている。県の意志は県連合に一端集約されることになる。

ーナであったが、2004年は265クローナの負担となる。この負担軽減の理由を内務保健省は「薬価の引き下げによる」と説明している。Ændring af udgiftsgrænser i det behovsfhængige medicin-tilskudssystem pr.1.januar 2004, 2003/Dec/03.

29) Ministry of Interior and Health, 2002, p. 12.

30) Pedersen, K. M., "Sundhedsøkonomiske grundproblemstillinger i forbindelse med brugerbetaling", in Per Andersen et. al., "Bruger betaling i sundhedssektoren", 1990, p. 66.

市の保健医療サービス

市は、訪問看護、学校医、子供歯科を管轄している。デンマークの分類慣行では、ナーシング・ホーム、高齢者向け訪問看護も保健医療サービスに含まれる。このためデンマークの保健医療統計を読む際には、高齢者向けサービスが含まれているか否かに注意する必要がある。非高齢者向けの訪問看護は、児童および妊産婦を対象としている。子供歯科は18歳未満の子供に対する全額公費負担の歯科診療サービスである。

4節 二次医療

病院は県によって管轄されている。コペンハーゲン市・フレゼリックスベア市は首都圏病院公社を設置し管理しているが、ここにはリース病院 Rigshospital など高度先端医療病院も含められる。これら公立病院が病床数の97～98%を占めているが、非公立病院も存在する³¹⁾。入院施設のある私立病院は4つあるが(2003年1月)、ベッド数はあわせて150床ほどであり、現在のところ無視しうる数である。私立病院には自費で待機期間なしに直ちに入院できる。また、県と契約を結び、公立病院への待機期間の長い患者も受け入れており、現在のところ公立病院を補完する機能を果たしている。以下の叙述では民間病院を割愛する。この他、病院の「自由選択制度」に基づいて公費で外国の病院に入院することが制度的に可能であり、年平均75名程度が利用しているといわれているが³²⁾、これも数が少ないので以下の叙述では割愛する。

公立病院には専門治療のための外来部門も設けられている。公立病院を受診するには、外来・入院を問わず救急時医療を除いて、一般医あるいは一次医療に従事する専門医の紹介によることを原則とする。公立病院入院の場合、患者の自己負担は理論的にゼロといってよく、ほぼ完全な公費負担医療となっている³³⁾。例外は、「病院の自由選択制度」に基づいて、患者が希望して他県の病院を選択した際に移動に要する交通費である。

図表8に見られるごとく、県の歳入の85%が地方所得税であり、資産税10%と併せて95%が独自財源となっている。また、図表9に見られるごとく、病院費用は県財政のおおよそ50%を占めており、最大の支出項目である。一次医療である疾病保障制度がおおよそ19%であり、保健

31) これには3つのタイプが存在する。1つは、所有は県であるが、「県からの自立性が高い」病院である。基本的に待機期間の長い患者を受け入れている。これは3病院ある。2つめに、団体所有の病院である。所有者はリューマチ協会、硬化症 Sclerose 協会、てんかん協会など難病患者団体が独自に設立した病院であり、経営の独立性が高いとされる。3つめが、本文中に記した民間経営の病院である。Inderigs-og sundhedsministerens rådgivende udvalg, "Sundhedsvæsenets organisering", Jan. 2003, p. 74 5.

32) Strukturkommissionen, "Sektoranalyse på sundhedsområdet", 2003, p. 49.

33) 例えば、入院時に「持参すべきもの」は CPR カード、入院許可証、血液型カード、常用薬剤一覧表、個人的な歯磨き化粧品類、パスロップ、本・雑誌など待ち時間を過ごす物、のみである。ロスキレ病院の「入院案内」による。

図表8 県の歳入構成 (2003年, 全国, 単位10億クローナ)³⁴⁾

所得税	67.8	85.1%
資産税	8.6	10.8%
国庫交付金	3	3.8%
利子	0.3	0.4%

出所) Amtsrådsforeningen, "Amterne i tal 2003", p. 14.

図表9 県の歳出構成 (2003年, 全国, 単位10億クローナ)

病院	39	51.1%
疾病保障制度	14.3	18.7%
社会福祉	7.2	9.4%
行政	5.2	6.8%
都市開発・環境	0.6	0.8%
交通・社会資本	2	2.6%
教育・文化	8	10.5%

出所) 図表 8に同じ

医療費が県支出のおよそ70%を占めている。デンマークの医療経済は県財政を機軸に展開しているといつてよい。

病院数は1980年代初頭以後、傾向的に減少してきた。1981年に113存在した公立病院（精神病院を含む）は1991年に106、2001年に69と激減した。なお統廃合だけでなく、新しい病院も設置している。1991年から2001年の間に、47の病院を削減し、10の病院を新設している。また、入院期間（精神を除き、分娩を含む）も1981年の9.2日から1991年6.6日、2001年5日と激減した³⁵⁾。その理由について、保健管理庁は「病院業務の合理化」を行ったことと「一体的な行政のもとで地域の統合を強化」したことによると説明している³⁶⁾。デンマークは第二次大戦後1970年代半ばまで、医療費の増大は福祉国家の充実の証左であり、無条件に肯定されていた。この基調が変化するのは、1977年の議会報告である。そこでは「診断と治療に対する支出の増大が続いているが、これがそのまま死亡率と平均寿命の改善につながっていない」と指摘した³⁷⁾。これは極めて単純化された形であったが、病院の専門化・高度化に対する強烈な批判であった。こうして1970年代末以後、いわゆる「脱施設化」と呼ばれる病院入院期間の短縮政策が採用されるにいたった。だが、このような統廃合と大規模病院の新設が可能となった背景

34) 1クローナ (DKK) はおよそ18円である。2004年1月現在。

35) Sundhedsstyrelsen, "Landspatientregisteret gennem 25år", 2003, p. 7 8.

36) Ibid., p. 7.

37) Vallgård, 1991, p. 314.

には、1970年の地方制度改革により人口規模の大きい県が誕生し病院規模の拡大が容易になったこと、および第2章でみる経済交渉制度における県財政の調整制度が導入されたことが挙げられると考えられる。

首都圏病院公社

首都圏病院公社 Hovedstadens Sygehusfællesskab (略称 H:S, 英訳 The Copenhagen hospital cooperation) はコペンハーゲン市・フレゼリックスベア市を主な経営母体とする。ここにはリース病院 Rigshospital³⁸⁾、フレゼリックスベア病院 Frederiksberg Hospital、ビスベア病院 Bispebjerg Hospital、ピーソワ病院 Hvidover Hospital、および精神病院の聖ハンス病院 Sct. Hans Hospital を経営しており、またコペンハーゲン県とともにアマー病院 Amager Hospital を管理している。いずれの病院も高度医療を行いうる人材と設備を有するデンマークでもトップクラスの病院であった。他県の病院で治療が難しい疾病はこれら首都圏の病院で治療することが多かった。1990年代初頭にこれらを管理するコペンハーゲン市・フレゼリックスベア市の保健医療財政は深刻な財政危機に見舞われ、病棟の閉鎖・病院の廃止の瀬戸際に立たされた³⁹⁾。様々な打開策が模索された結果、コペンハーゲン市とフレゼリックスベア市が共同で公社を設立することになり、1995年1月発足したものである。経営を統括する理事会のメンバーは15名であり、そのうち7名がコペンハーゲン市議会議員から、2名がフレゼリックスベア市議会議員から、6名が内務保健省（発足時、保健省）から選出される。財源はコペンハーゲン市が総費用のおよそ50%、フレゼリックスベア市が10%、内務保健省が20%を拠出する他、残りのおよそ20%を他県の住民の診療費を当該県から受け取る仕組みになっている。

近年の二次医療政策の特徴は、第1に、病院待機リスト問題に対する継続的な対策であり、その過程で「病院の自由選択制度」と「DRG方式」が導入されたこと（本稿補章参照）、第2に、患者の権利を保証するための制度の整備・患者の満足度の改善のために病院管理体制が見直されていること、第3に、保健予防政策・情報技術（IT）を重視する効率化が図られていること、が挙げられる。これらはいずれも経済交渉・経済合意の重要な協議交渉事項となっている。

38) リース病院は、病院公社発足以前は国立病院として高次医療を提供していた。だが、他県の病院の診療内容の高度化が進展し、患者数の減少が予想されていた。リース病院の英訳は「国立大学病院」とされている。コペンハーゲン大学医学校の付属病院としての性格も有している。

39) 設立の経緯は次のものを参照。Hovedstadens Sygehusfællesskab, “Hovedstadens Sygehusfællesskab 1995-2000 et strejftog i en ny konstruktions besværligheder og succeser”, Kapitel 1, Juni 2001. 英文資料として次のものがある。The Copenhagen Hospital Corporation, “Restructuring hospital services in Copenhagen, the capital city of Denmark 1995-1999”, Feb. 2000. [http://www.hosp.dk/direktion.nsf/pics/615rappo.doc/\\$FILE/615rappo.doc](http://www.hosp.dk/direktion.nsf/pics/615rappo.doc/$FILE/615rappo.doc)

第2章 経済交渉と経済合意

経済合意は県と市の財政規模を決定する最も重要な要素であり、デンマークの保健医療経済の枠組みを決定している。この経済合意システムはスウェーデン、ノルウェーとも異なる「デンマーク独自の特質」と見られている⁴⁰⁾。そこでここでは経済合意システムの概要とそこにおいて保健医療政策がどのように扱われているのかを検討する。

経済合意システムは、政府と県連合が次年度の県財政について交渉し、枠組みについて合意するものである。交渉項目は、政府補助金の額と内容、県税率、借入金規模、公共投資の規模などの他、保健医療政策の具体的内容に及ぶこともある。毎年6月の前半に交渉が行われ、合意を結ぶので「6月合意」と呼ばれることがある。この合意は、法的根拠のないインフォーマルな慣行であり、法的拘束力はない。だが、両者の信頼の上に成り立っているため尊重されている。ほぼ同じ時期に、市連合、コペンハーゲン市、フレゼリックスベア市も別個に中央政府と交渉し合意を結ぶ。

1節 交渉の概要

毎年、合意に至る交渉は極めて短い期間に済まされる⁴¹⁾。合意に向けた[準備]期間は非常に長いものであるが、交渉は[短いにもかかわらず]単なる内容確認以上のものとなっている。国と県の少数の議会代表が会合して、交渉項目を話し合う。慣例では、5月の終わりが6月初めに最初の交渉会議が開かれ、6月の半ばに合意を結ぶ。交渉に参加するものは、国側が財務大臣、経済・職業大臣、内務・保健大臣、社会大臣、教育大臣とその担当官僚であり、県連合側が3人の議員と事務官2人で行う。財務大臣が議長となり、議事を進める。

官僚の作成したプラン[資料]を、初回の会合の際、国と県の議員が吟味し、経済状態について共通の理解に到達するようにする。このことは次のことを意味する。最終的な合意に向けた政治的な手続き *scenarium* は、政治家同士の最初の会合で確認されるということである。交渉の前には国側の支出方針や県の財政政策について具体的に情報交換をしないことになっている。両者が受け入れられる合意を形成するための具体的な手続きは、このように実際に6月前半の3週間程度の期間に「凝縮され *klemmt*」ている。それ以前に[準備していた]目標を変更しなければならぬかも知れないという「リスクを両者が抱えている」という。

40) Niels J. M. Pedersen, 1998, p. 336, p. 339. Pedersen によれば、スウェーデンとノルウェーは近年[1990年代]になって、「中央集権的特質」から「財政共同システム」へと変化しつつあるが、しかし、分権の度合いはデンマークに比べると「小さい」という。

41) 以下の叙述は、Dorte Hansen Thrige, ARF, Økonomi kontor (県連合, 経済課長)からの聞き取りによる。2003年8月14日。

県連合によると、この交渉制度の前提条件は、国と自治体の政治家との間に「役割分担に関する共通理解」が存在することであるという。すなわち、病院、ハンディキャップ・精神障害者の処遇、児童ケア、学校など自分たちの管轄する政策に優先度を設定し管理することは、県と市の当局の責任であり、他方、財政政策を整備することは政府の責任という1970年地方制度改革における原則を両者が尊重していることを意味する。しかし、「何が次年度の合意において結ばれるか」についての共通理解は、もちろん相手の見解に対する理解の進み具合によるし、同時に交渉の現実的な結果政治的なバランス感覚にもよっている⁴²⁾。

合意された遵守項目には高い優先度で、税率の設定が含まれてきた。しかし、それ以外の項目も含まれてきた。そのような項目には、合意された税率と歳出水準の範囲内で、県・市の管理能力を改善するための多くの方策が含まれていた。これらの改善方策を実施することが、自治体側からみると、合意の遵守を評価する重要な要素となってきた。1999年の経済合意以後、合意の手続きは拡大され四半期、半年ごとの会合も開催されるようになった⁴³⁾。

2 節 拡大総枠均衡原則 (DUT) と格差縮小制度

拡大総枠均衡原則は今日まで存続している地方制度間の財源調整政策の原則である。その概要を紹介しておこう。拡大総枠均衡原則は別名「地方自治体財政保護制度」と呼ばれる⁴⁴⁾。この原則は、3つの約束と1つの慣行からなる⁴⁵⁾。3つの約束とは、第1に「国・県・市の間で業務の委譲を行う場合、予算の委譲を伴うこと」、第2に「県・市の業務を拡大ないし縮小する場合、あるいは新たな業務を行う場合、それに付随した予算をつけること」、第3に「拡大総枠均衡原則は、明示 signal と公開を伴うこと」である。慣行とは「拡大総枠均衡原則のルールは地方自治体と交渉する際に堅持されなければならないこと」というものである⁴⁶⁾。政府が地方自治体に新たに何らかの業務を遂行させる場合、県税率の引き上げを認めるか補助金を増額させなければならない。同様に、業務を削減した場合は、税率引き下げるか補助金を削減することができる。すなわち、法律に基づいて実施される地方自治体の業務について政府は財政的な裏付けを与える義務があることになる。しかし、その場合も特定補助金という形をとることはない。

格差縮小制度 *udligningssystem* は、地方自治体間の財政調整制度である。この制度も1984

42) Amtrådsforeningen, p. 41.

43) この目的は、合意は両者にとって「単なる義務以上のもの」にすることにある。これにより合意をフォローアップする手続きが必要となり、また [合意の] 前提を論議することになったという。Ibid.

44) Indrings-og sundhedsministriet, "Municipalities and Counties in Denmark", 2002, p. 53 .

45) Strukturkommissionen "Bind I", 2004, p. 471.

46) その内務省の公的な定義は次を参照した Indenrigsminister, "Vejledning om regeludstedelse i forhold til kommunerne", 2001, p. 56 .

年度から実施された。これは課税ベース（歳入）調整と支出ベース調整の2つの要素からなる。

課税ベース調整は、課税ベースである各県の所得水準を調整するものである。全県平均を基準に所得格差を計測し、所得水準の格差のうち45%を財政調整している⁴⁷⁾。また、消費税についても財政調整している。

支出ベース調整は、同水準の公的サービスを保障することを目的として、特定の指標に基づいて調整するものである。県の財政調整には「片親の児童数」「65歳以上の単身世帯」「技術的領域に関する再計算支出⁴⁸⁾」を使用している⁴⁹⁾。

また、ある年の財政運用が合意から「逸脱 afvigelse」した場合は翌年の交渉で「修正されている⁵⁰⁾」。合意の遵守という観点からみると、国も常に経済合意内容を達成してきたわけではない。自治体にとって、「政府と議会が支出 udgiftsdrivende を取り下げる」と自治体の歳出水準に影響を及ぼすので、「常に関心を払ってきた」。自治体は県・市の行政能力を強化することを重視し、そのため脆弱な領域の法律の改正と財政の組み替え finansieringsomlagninger をすることで歳出に優先度をつけ管理することを重視してきた。

1995年以後の合意の税率の動向

1993年に社会民主党が政権に返り咲いた後の合意（1995年合意）の税率の動向をここで確認しておこう。

1995年合意 [1994年6月合意、以下同様] では、[交渉の] 前提条件を計算する際に、県税を平均0.2%、すなわち9.8%から10.0%に引き上げることが容認された。

1996年合意では、合意文書において明示的に県税を平均0.5%、10.0%から10.5%に引き上げることが合意された。これは税制改革によって生じた税収減を県がこれ以上 [自助努力で] 補完できない事態に対応したためである。

1997年合意では、県税を0.3%、10.5%から10.8%に引き上げることが明示された。これは、県の支出は県税で賄うべきであるという点で国と県の見解が一致したからである⁵¹⁾。

1998年合意では、県税を0.5%、10.9%から11.4%に引き上げることが明示された。これは個別の県の歳出増大状況を考慮したものであった。なお、ここで昨年度の合意された税率と今年

47) Betænkning nr. 1437, "Et nyt udligningssystem; Indrings- og Sundhedsministeriets Finansieringsudvalg", Januar 2004, p. 62.

48) 「技術的領域」の定義は明確でないが、おそらく水道・地域暖房・道路・ゴミ収集などの公益事業に関わるものと思われる。

49) ちなみに市間の財政調整に用いる指標は「片親の児童数」「単身世帯数」「劣悪な住居数」「外国人居住者数」「劣悪な住居の居住者数」「20歳から59歳の失業者数」である。

50) ARF, 2003, p. 43.

51) 1997年度は、合意が結ばれてから各県で予算編成手続きに入る間に、合意が前提条件としていた前年度からの繰り越し金が見込めないことが明らかになった。すなわちおよそ2億5千万クローナの欠損が発生し、病院に用途を限定した支出が要請された。

図表10 県税率の推移

財政年度	県税引上率%	引上後の平均税率%
1995	0.2	10
1996	0.5	10.5
1997	0.3	10.8
1998	0.5	11.4
1999	0.09	11.44
2000	0.09	11.54
2001	0.1	11.64
2002	0	11.69
2003	0	0
2004	0	0
2005	0	0

出典 Amtradsforeningen, "Budgetoversigt 2003", p. 42.

度の基礎となる平均税率が異なるのは、合意が法的拘束力を持たず、昨年合意よりも税率を引き上げた県が存在するからである。

1999年合意では、前提条件を計算する際に県税を0.09%、11.35%から11.44%に引き上げることが容認された。

2000年合意では、前提条件を計算する際に県税を0.09%、11.45%から11.54%に引き上げることが合意された。

2001年合意では、県税を0.1%、11.54%から11.64%に引き上げることが明示された⁵²⁾。

2002年合意では、税率の引き上げは認められなかった。しかし、交渉の過程で、県の活動水準の引き上げが合意されたが、県連合は2つの県では明らかに税率を引き上げることなしにこの活動水準を満たす予算編成ができないと主張し、[全県]平均して0.03%の引き上げが了解された。

2003年合意では、いかなる県税の引き上げもなされないことになった。2004年合意でも、税率の引き上げは行わないことになった。2005年合意⁵³⁾では、すべての県を一体とみなし例外なく税率を据え置くことになった。

このように1980年以後県税率は国との合意により統制されてきた。図表11に税率の推移を、

52) 2001年には、支出について具体的な制約条件は設定されなかったが、財政補助は、優先度の高い領域が拡大するように設定された。9つの県が税率を引き上げ、その余剰はより高い給付水準と財政健全化に使用された。これは、合意の前提条件である県の福祉分野の活動に上限を設定するという点を遵守しておらず、さらに病院分野の支出に先だって実施された点でも合意に反するものであった。

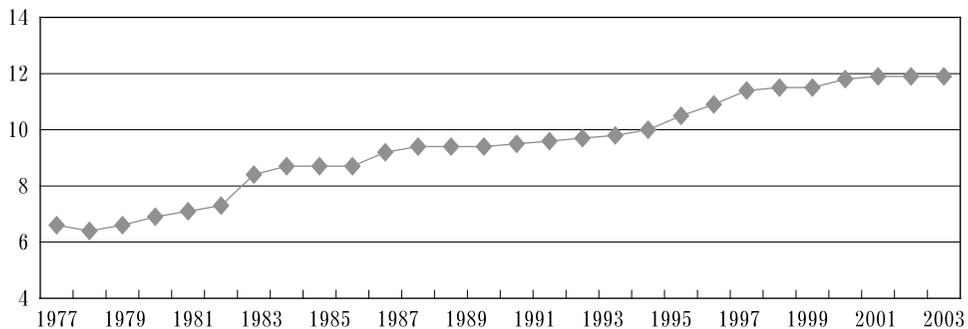
53) <http://www.arf.dk/Oekonomi/Oekonomiaftaler/AftaleOmAMternesOekonomiI2005.htm>

図表12で税率の対前年比引き上げ率を掲げておいた。

合意システム以前の1978年に税率引き下げがなされているが、1980年以後は税率の引き下げはない。この税率の推移をみると、1983年に1.1%、1987年に0.5%税率と大幅に引上げがなされ、その他の年はゼロまたは0.2%程度の低い伸びとなっている。1990年代の前半は伸び率が0.1%程度で推移したのに対して1995年から1998年は0.4%から0.5%の高い伸びとなっている。

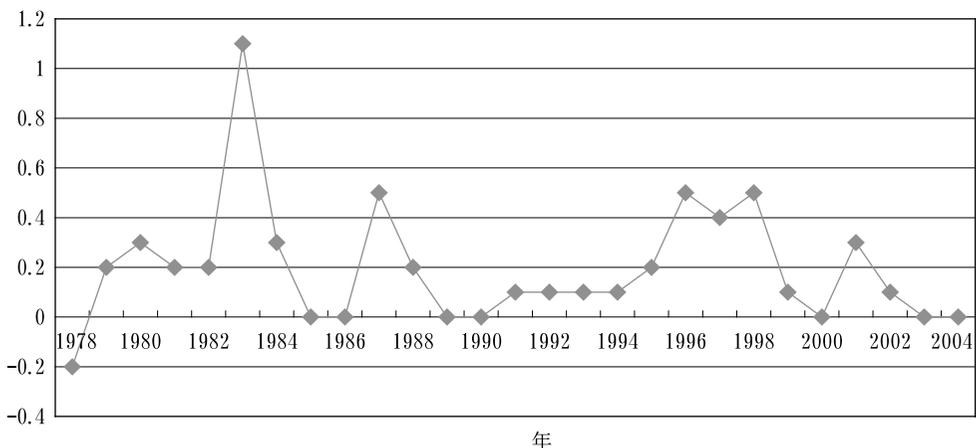
以上のように、社会民主党首班の連立政権期の1995年から2002年にかけては、多かれ少なかれ県の平均税率の引き上げが合意された。中央政府は[国・県・市の]累計税率の上限を規制したが、税率の引き上げは合意された。その理由は1つには県の歳出を引き上げて県のサービスを拡大することが合意されていたからであり、もう1つは税制改革において県の課税ベースが縮小したことを補完するためであった。県連合は数次にわたって各県に税率を変更できる余地を与える必要性を表明した。この必要性は合意の中に暗黙のうちに考慮された。

図表11 県税率の推移 (全県平均)



出所) 県連合入手資料による。

図表12 前年比県税率引上率 (全県平均)



出所) 図表11に同じ

だが、2001年11月に自由党首班の連立政権が誕生すると「増税ストップ」政策が採用され、県の税率引き上げも凍結されることになった。社会民主党を基軸とする左翼政権と自由党を基軸とする中道保守政権との間に、税負担をめぐる明確な対立が存在することをうかがわせる。また、この点が保健医療政策のあり方にも一定の影響を及ぼしていると考えられる（後述）。

3 節 経済交渉における保健医療政策

経済交渉の最大の議題は税率の決定と国庫補助金の額である。だが、同時に県が所管する個別の領域についても交渉の俎上に乗せられる。保健医療のあり方は最も重要な交渉事項の1つであるといつてよい。そこで近年の経済交渉が保健医療政策をどのように規定してきたのかを確認しておきたい。ここでは合意の本文が入手できた1998年以後の合意⁵⁴⁾に限定しておく。

1998年合意（1997年6月11日）

1998年合意は全体は7節から構成されている。第1節は導入部であるが、政府は「パイオニア国家としてのデンマーク Danmark som foregangsland」をスローガンに掲げ、「福祉社会を維持していく」ことを確認している。これはこの頃社会民主党が掲げた政策⁵⁵⁾と見てよい。これを公共部門のサービスの質と効果 kvalitet og effektivitet を高い水準で操作 handle することによって達成すると述べている。ここではマクロ経済的な動向について触れられていない点が注目する。

第2節は2005年までの「中期的な歳出政策」を取り扱っている。政府側は、公務員全体の人員数を「削減する」とともに、人口構造の変化に対応できていない分野を「強化する」目標を設定することが必要だと指摘し、県連合も「重視」することで合意した。具体的には、政府と県連合共同の検討委員会を設置することが合意された。以下、合意された項目を列挙しておく。

1. 財務省の設定した枠組みのもとで、関係省庁と地方自治体が、今後の自治体の歳出と収入の展望を「共同で分析する」こと（1997年度中に実施）。
2. 県間の財政を比較し分析する手法を検討すること。また、行政サービスの情報制度を改善すること。これにより政治的に優先度を設定し、業務を管理することが可能となる。
3. 補助金と平衡交付金制度の簡素化。
4. 2005年までの財政赤字縮小計画「デンマーク2005年」の策定。
 1. について補足すると、「県行政の柔軟性」を高めるための「法制度の改正」の必要性が共有され、「総枠均衡原則」の枠組みで財政を分析することになった。その際、より責任が明

54) 経済合意の原文は次のサイトに掲載されている。 <http://www.arf/Oekonomi/Oekonomiaftaler/> (2004年3月現在)

55) これは1997年以後、社会民主党政権のもとで作成された一連の財政方針であり、財政制度の見直し、グローバル化、環境、EUとの経済的關係、ITの導入と職業訓練などを含むものである。

確で、責任と能力の関係がより密接に実施できるような改良が必要であるとされ、県に対して能率刺激的な incitements (incentive) 目標設定的な手法を使用することが合意された。政府と県が共同で将来の財政の分析を行うことで、認識を共有するとともに、具体的な行政サービスについては、柔軟でより効率的なシステムを追求することで合意を見た。特に能率刺激的な手法が目指されていたことが注目しうる。

第3節で、保健医療政策に関して具体的に合意をみている。冒頭で「1995年合意」に基づく「4カ年合意」は1997年までに十分かつ目標を超過して達成されたことを確認している。病院委員会の『病院制度の経済に関する報告書』（1994年⁵⁶⁾）の提言を継続して実施すること、すなわち、今後の病院の管理構造、労働力の配分、病院と緊急医療との関係、情報技術の活用のあるあり方（特に予約と電子患者情報誌）について考察することが確認された。また、心臓疾患の受け入れ態勢を拡大すること、脳外科患者の入院を増やすことが確認された。

「病院待機期間」の改善については、この他「保健医療の質の確保」、「病院委員会報告」の提案の履行」の他、「病院管理体制」、「病院と救急医療の分担体制」、「情報技術の利用」について言及されている。重篤な疾患について特に節を設け「心臓疾患の収容能力を増強」、「既存の心臓センターの分院（サテライト）設置」、「脳傷患者の受入数の増大」などを具体的に取り決めている。

また、従来の一括補助金のうち37800万クローナを理学療法への費用に振り替えること、これまでの精神患者援助 psykologhjælp 金を県への一括補助金に振り替えることが確認された。

1999年合意（1998年6月16日）

前年に合意した「デンマーク2005年」で設定した政策目標を継続することが合意された。これに加えて政府は、経済の「グローバル化 internationaliseringen」と「高齢者人口の増大」「若年人口の減少」に対応し、将来の「プラスの経済成長」をもたらすために、当面「財政赤字の縮減」と「税負担に歯止めをかける」ことが必要であるとして「財政政策の引き締め」を提案した。これに対して県連合は「政府の政策目標を尊重」し「県の活動水準の伸びを抑えること」を認めた。県税率を据え置き⁵⁷⁾、活動水準を経済成長率の範囲内に抑えることとし、財政規模を自然増収の範囲内の対前年比1%増とすることで合意した。

保健医療政策については、入院のための「予診待機期間を2週間以内」とすること、待機期間短縮のための「国と県との継続的協議」を強めること、病院の管理体制の再編すなわち「管理者の説明責任の明確化、要員配置の見直し」を行うこと、「24時間救急体制の縮小」とそれに伴う対策の確立、病院および薬局から「患者宅への訪問提供体制の確立」を図ること、「首都圏の病院機能」の見直しをおこなうこと、DRG方式の本格的導入を前提にして「病院の自

56) Sundhedsministriet, "Rapport fra udvalget vedrørende sygehusvæsenets økonomi", 1994.

57) 財政赤字が著しい県に例外的に引き上げを認めたため、全県平均すると0.09%の引き上げとなった。

由選択制度に対する支払システムの整備」を行うこと、「組織間の障壁の排除」「疾病保障制度における薬剤提供制度の改善」を実施することで合意を見た。この年も保健医療政策全般について具体的な実施項目が数多く協議され、合意を見たといってよい。

2000年合意（1999年6月11日）

2000年合意は6節から構成されている。2000年合意文は、これまでで最長の分量になっており、合意の内容がかつてなく詳しく規定された点が特徴である。

「はじめに」において、「高齢者人口が増大する前に財政赤字を解消しておく必要がある」とのべ、県の業務の「効率化」をはかることで合意したと述べている。続く第2節「県経済」において、国と地方をあわせた公共部門のサービスの実質伸び率を1%に抑えることとし、県がこれに十二分に配慮することを合意した。そのような緊縮財政路線の中で「経済的なゆとりは病院の活動を強化することに使用すべき」ことで合意した。実際、保健医療分野の予算は1.5%引き上げることとなった。また、児童・青少年領域への特別教育の予算も1%引き上げることとされた。県税は平均11.5%を維持することとされた。

第3節は合意文のおよそ5割を占める。「2000年から2002年における保健医療行政の発展」という見出しが付いている。「予防」「病院」「精神病」「薬剤」という4項目からなるが、その7割が「病院」の記述に充てられている。そこでは「住民が高品質で良好な治療を享受するために改革が必要」であり、「病院体制の戦略案」を政府と県で立案したと述べている。そして保健医療サービスに関して「2002年までの〔国と県の〕共同目標」を設定することで合意した。

この「戦略案」の「共同目標」の項目は「専門職の質の向上」「高い患者満足」「住民に対するサービスと質に関するよりよい情報提供」「効率的な資源利用」「病院機能の統合」「保健医療分野における患者の受け渡しの共同」「品質の向上」「個別病院における指導と労働力配置」「人事、教育、研究、協力、採用」「情報技術（IT）への投資」「その他」「フォローアップ」である。

このうち「専門職の質の高さ」では、病院待機期間の縮小⁵⁸⁾と待機情報の提供について具体的な数値目標を設定している。「高い患者満足」の項目ではヨーロッパ諸国で最も高い「患者満足度」を今後も維持することを確認した。また「よりよい情報提供」では医療の質に関する情報提供、各病院の目標の公表、待機期間、患者の満足度、各病院に診療評価センターを設置し情報を公開すること、95%の患者に「病院の自由選択制度」の存在を通知すること、を目標とした。実際の病院の活動水準を全県平均で年2%改善することとした。

「効率的な資源利用」の項目は詳しく叙述されている。「効率性を年2%改善すること」を数値目標として合意した。特に「待機期間短縮」の数値目標の実現、「ガン」「心臓病」治療の

58) 非急性患者全員が8日以内に受診できること、全患者の85%以上が4週間以内に治療を受けられること、非急性患者の85%以上が3ヶ月以内に治療を受けられることを数値目標として決定した。

活動水準を高めることとした。その際、専門職不足が需要に追いつかず、資源の効率的利用を妨げる恐れがあるため、人員配置・他の資源の活用を工夫するべきであるとされ、特に「当直医 vagtberedskaber」の数を見直すことで合意された。すなわち、医師の総数を引き上げることなく効率性を高めることが追求された。

「病院機能の統合」は特に詳しく具体的に決められた。保健管理庁の勧告に基づいて病院の管理機能を「専門的一体性⁵⁹⁾」に基づいて統合するべきであるとされた。そして1つの病院が20～25万人の住民を、専門内科については5～10万人の住民を担当するように統合し大規模化させることを提案した。そこでは7点について合意した。第1に、県が管理機能の統合に貢献してきた実績に信頼をおくこと、第2に、専門医師が患者を受け入れ診察する場所は一カ所にすべきであること、第3に、各県が2000年4月までに病院計画を策定すること、第4に、救急医療と計画的手術を区別すること、第5に、病院における外来診療数の割合を他のヨーロッパ並に引き下げること、第6に、外国の診療件数(頻度)を調査しデンマークの診療件数と比較すること、第7に、高度の専門医の配置状況について保健省が情報を収集すること、の7点であった。第1点は、県の主導性を確認したもの、第2点は、専門医の併業を制限することを意図したもの、第3点は、工程を確認したもの、第4点は、患者の分類を厳格にシムダを省くこと、第5点は、病院の外来受付件数を減らすこと、第6点は、他のヨーロッパ諸国と効率性を比較すること、第7点は専門医の有効活用に向けた情報を収集することが意図されたといえる。

「患者の受け渡しの共同」は、病院と他の医療機関(一般医、開業専門医、市)と患者情報の提供を緊密にすることを決められたものである⁶⁰⁾。具体的には、第1に、全ての患者がいずれかの医療機関において24時間以内に受診できること、第2に、診療所あるいは夜間診療所、救命救急室の間の待機体制について情報を密にすること、第3に、一般医の質の改善と専門医と病院の連携強化を検討する審議会を県連合に設置すること、第4に、すべての入院患者が専門の「コンタクトパーソン⁶¹⁾」を持てるようにすること、第5に、病院と一次医療の連携を改善する委員会を設置し、患者の受け渡しについて包括的に調査すること、が決められた。

59) 「専門的一体性」とは1998年に専門医学会であるデンマーク内科医師会が提唱した概念で、病院における専門的治療に関して「高度の専門的水準を以て診断・治療・看護[介護]・医師の訓練を含めた個別専門領域の主要な部分を取り扱おうる専門的組織的一体性」と定義されるものであり、内科医療全般を有機的に結合して運用する概念である。“Den højtspecialiserede enhed i det danske sygehusvæsen; Rapport fra Dansk Medicinsk Selskabs udvalg”, 2000.

60) 特に高齢患者の一部は「地元の市が提供する介護サービス plejetilbud を自分の生活環境に即して」ケアされ見守られるべきであることを改めて確認した。

61) 「コンタクトパーソン」とは「入院中の手続き全体について調整し、患者に情報提供する責任を有する医療専門職」と定義された。本文中に明示されていないが社会保健・福祉助手がその主たる任務に当たると想定されていると思われる。

「品質の改善」では、高い質の治療を実現するために「継続的体系的な追跡調査」を内外の調査機関を使用して実施することとした。

「個別病院における指導と労働力配置」では、各病院で「効率的な活動」を促進できるように動機づけるためのリーダーシップと共同が重要であるとされた。具体的には、第1に、病院の管理者に「生産性を引き上げるための経済的動機を与えること」、第2に、リーダーに改善のための青写真を提供すること、第3に、病院のすべての部門の責任者に生産性と資源利用実態について監督できるようにすること、第4に、DRG [疾病診断群] 方式のさらなる普及が確認された。

その他の「人事 - 教育、研究、協力、採用」「情報技術 (IT) への投資」「その他」「フォローアップ」についても詳細に規定されているが、割愛する。

2000年合意は、県の病院政策に関する包括的な検討を加えたものであり、単なる経済合意というよりは、保健医療政策合意というべきものになっている。社会民主党首班政権のもとでの保健医療政策の集大成という印象を受ける。全体としてみた場合、公費医療の枠内で生産性を向上させるために考えられる方策を網羅したという印象が強い。ここで採用されている方法は、公的な供給制度を存続しつつ、病院の管理体制を抜本的に見直すことにあり「公共部門の効率化」にあるとみてよい。

2001年合意 (2000年6月)

2001年合意の分量は前年の半分ほどになっている。県税を全県平均で11.6%に引き上げること、道路建設など借入金を引き上げることが、合意された。合意の冒頭で、1999年10月に財務省が中心となって作成した与党提案『サービスと福祉』⁶²⁾ プロジェクトに基づいて「病院利用者が関心を寄せる評価項目」として「情報の提供 [説明]」「コミュニケーション」「患者の受け渡し手続き patientforløb⁶³⁾」の3点があるとし、これを改善する取り組みを一層強化することが確認された。また、病院の設備近代化のために一括補助金を積みますことが合意された。

保健医療政策について、前年に合意した2000年から2002年の「共同目標」を共同で実施してきたこと、また、今後も継続することを確認している。すなわち、前年の合意を基本的に継承している。その上で新たに「ガン治療」「医師の卒後教育」「救急体制検討委員会の設置」「IT戦略」「リハビリテーション」「国民の保健」「精神科の財政プール」「社会保健ヘルパーと助手/看護師の教育」について合意を結んでいる。ガン治療については保健省の「ガン管理グル

62) Regeringen, "En offentlig sektor på borgernes præmisser: et debatoplæg om Service & Velfærd", October 1999. これは社会民主党財務大臣モーエンス・ロケットフト Morgens Løkketoft が深く関与して作成された。この報告書は「公共部門が住民の要求にどのように応えたらよいのか」「各論と総論との調整」を基本的問題意識とし、「住民による管理」「議会の能力」「情報提供」などについて検討したものである。

63) 患者が円滑に医師・医療部門の間で受け渡されること。

ープ」が提案した新しい方針⁶⁴⁾を各県が実施することを確約したものである。「医師の卒後教育」では専門医の教育訓練を計画的に充実することを意味する。「救急体制」では特に救急隊員の教育訓練のために4千万クローナを特別に国庫から拠出することにした。

「リハビリテーション」では、現状は「リハビリテーションの責任の所在が曖昧になっている」とみなし、県が患者の身体能力機能の改善に従事し、市が機能のフォローアップに従事するという役割分担を明確にした⁶⁵⁾。そして全国横断でリハビリテーション事業を展開するために2000年の政府予算で7千万クローナの拠出が決まったが、これを2001年も継続することになった⁶⁶⁾。「国民の保健」では、「予防は保健医療サービスと一体化したもの」と見なすことが強調され、県と市が予防に重点を置くべきことが確認された。特に、ここでは「県と保健省の協力の促進」「モデル事業」「保健の専門家教育」が指摘されている。注目すべきは、必要な追加予算については「拡大均衡予算原則」に基づくこととされ、一括補助金の拡充が示唆されている。「その他」として疾病保障制度の体制について再検討することとされた。「社会保健ヘルパーと助手/看護師の教育」については、高齢者サービスと病院で社会保健ヘルパーと助手の人手不足が予測されるとして、教育訓練体制の充実をはかることで合意された⁶⁷⁾。

2001年合意は2000年合意を継承しているといつてよいが、予防・リハビリテーションをいっそう重視するものとなった。

2002年合意 (2001年6月)

これは社会民主党政権のもとでの最後の合意となった。財政については、次の9点で合意をみた。第1に、経済成長の範囲内という限定のもと、保健医療サービスの領域で実質1%以内、金額にして15億7500万クローナを増額すること、第2に、県税率は11.8%で据え置くこと、第3に、中央政府からの一括補助金を8億5500万クローナに引き上げること、第4に、国の時限的な補助金法を延長し実質的に県補助金を増額すること、第5に、賃金上昇率が経済成長を上回る事が予測されるため、新たな賃金体系について検討すること、第6に、特別のニーズを有する児童・少年への特別教育を充実するため国庫から1億4700万クローナを補助すること⁶⁸⁾、

64) そこでは外科治療とともに「薬物治療を発展させる」こと、組織の「一体性を強め」「専門的能力を確立する」こと、「放射線治療」の施設と「画像診断」を充実させること、「教育・品質向上・予防」を充実させること、各県に「地域ガン専門委員会を設置」すること、「リハビリテーションなどに人的資源を投入すること」などを確認した。

65) 市はまた予防と健康の維持に責任を負うこととされた。

66) 2000年のリハビリテーション予算については2000年経済合意には明記されていない。1999年6月の合意成立後、政府の予算審議の過程で浮上したものと推測できる。

67) 具体的には、中央政府に県連合、教育省、市連合、デンマーク看護協会、公務員組合 Foreningen af Offentlig Ansatte からなる教育体制を見直す委員会を設置することとされ、そこでの検討課題についても詳しく合意された。

68) 2000年合意に基づき、薬剤費については使用の実績に応じて次年度に一括補助金として給付する予定であったことからこのような措置がとられた。

第7に、薬剤費については2000年度分は2000年合意の予算額通りに、2001年度分は追加的に7600万クローナを補助すること、第8に、2002年の薬剤費の予算と最終的支出との差を2003年の一括補助金で補填すること、などが合意された。

この年の合意では、財政・税制の改革について合意または共通の認識に達した。すなわち「リース病院への特別補助金⁶⁹⁾」、「国庫補助金の県から市への移転に伴う激変緩和措置⁷⁰⁾」、「所得税の課税ベースの変更⁷¹⁾」、「財政調整金の事後的調整⁷²⁾」、「付加価値税⁷³⁾」、「県プール金」についてである。ここでは全体として政府が実施した税制改革について県連合が追認した。

第2節が保健医療政策に関する合意である。この冒頭で「政府と県連合は全国民が無料で平等で高品質の診察を、待機期間なしで受けることができるべき」であることで合意した。そして2000年合意の「3カ年発展計画」[「戦略案」]を継続することで合意した。具体的には「高齢患者⁷⁴⁾」、「緩和ケア」、「ガン対策計画」、「命に関わる疾病」、「心臓病」などについてその目標を設定した。「緩和ケア」とはホスピス拡充計画である。予定を早めて実施することで合意した。「ガン対策計画」ではガン検査・放射線治療への投資を早めることになった。

合意文は「待機期間」対策について多くを費やしている。ガン・心臓病など命に関わる疾病以外の一般疾病においても待機期間を一層短縮することになった。すべての疾病において待機期間を3ヶ月以下に短縮することで合意した⁷⁵⁾。具体的には、第1に、2002～2004年度に治療件数を全国で毎年前年比2万件増加させること、その費用として2002年度3億5千万クローナ、2003・2004年度各2億5千万クローナの追加予算が必要と見積もられた。第2に、待機期間が一定程度ある場合は他の病院の同一の診療科の待機情報を患者に提供し、本人の希望で他の病院に入院することを権利として保障すること、第3に、家庭医の助言機能を強化し、病院の自

69) リース病院のため首都圏病院公社に配分していた特別基金 *bonuspuljen* を2004年から廃止することになった。リース病院に自県の患者が入院した場合、その費用の一部はこの特別基金で賄われていたため、この基金は事実上県連合に対する補助金となっていた。これが廃止されることは、自県の患者が入院した場合、その費用の全額を当該県が負担することを意味した。廃止の理由は、リース病院と他の高度医療病院との差異がなくなり、リース病院のみ特別基金を設ける理由がなくなったからとされる。

70) 国庫補助金52億クローナを県から市に振り替えるとともに、その激変を緩和するために7500万の調整基金を設置した。

71) 2002年の所得税の課税ベースを1999年の課税ベースから相続税を除外したものとした。

72) これは決算ベースで最終的に県間の財政調整を行う際、2000年度と2001年度で税体系が異なるため、その財政調整の方法について取り決めたものである。2000年度については2000年度までの税体系を前提に財政調整することになった。

73) これは付加価値税の県への配分に関する合意である。付加価値税による調整交付金の金額を46億クローナにすることで合意した。また、配分のルールを簡素化することも合意した。

74) これは保健セクターと社会〔介護〕セクターとの間で高齢者ケアについて、治療・ケア方針を共有する体制を確立することになった。

75) ただし、本人の意志あるいは新しい治療方法を待つ場合はその限りではないとされた。

由選択制度を拡充することで合意した。

この他、医療の質を評価する「デンマーク型品質評価モデル」を構築すること、電子患者ジャーナル、待機期間情報のインターネット掲載、患者からの問い合わせにたいする迅速な回答、待機期間追跡体制の確立などが確認された。

2002年合意は、待機期間対策に重点をおいたものであったが、その方策は予算の増額と情報通信技術の全面的な導入による情報伝達の迅速化によるものであった。

2003年合意 (2002年6月)

2003年合意は前年までと異なり、マクロ経済の将来見通しについて多くの分量を費やしているところに特徴がある。合意の冒頭では2010年以後の高齢者数の「相当な増大」に国民経済が備えることが、今後のデンマーク社会の「主要な課題」であると述べられている。そして「増税ストップ」政策と「財政赤字半減」のため政府は2004年から所得税の引き下げが可能になるように取り組むとした。

ついで労働力率が増大し、実質経済成長に貢献していることから、公共部門の消費は全体(国・県・市)で2005年まで年平均1%、2010年まで0.5%の実質成長が、そして2003年は0.7%までの成長が許容されることが確認された。ついで、県連合は政府の主要な経済政策について承認した。

以前よりも「成長の制約」が強まってきているが、「市民志向の福祉サービス *borgerrettede velfærdsservice*」を引き続き推進するとともに、しかし、「人口構造の変化」に高い関心を払わねばならない、とされた。成長の制約が強まることは、県が「重点化と効果的施策 *prioritering og effektivisering*」をとる必要があることを意味する。国と県は共同で「県民の期待に応える」責任があるが、これは「経済[財政]的に可能なものとして」行われなければならない、とされた。

ついで「拡大均衡原則」は重要な原則であり、継続していくことを確認している。「成長の制約の中で...市民志向のサービス」といった表現が使用されている。経済成長の範囲内での公共部門の拡大が一定程度認められたが、全体として「成長の制約」が強調され「重点化と効果的施策」を進めることが確認された。

第3節の「県の活動条件」では、「合意した経済目標を達成するに相応しい水準に県の機能を軽減すること」が確認された。保健医療政策については「病院の自由度[裁量]を拡充すること」が強調され、「公立病院と私立病院の協力を強化すること」が合意された。

第4節で保健医療政策について詳細に合意している。そこでは「過去10年間」の保健医療活動は、財政規模で年2.5%成長し、診療件数も増大し、「効率性も改善した」ことを確認した。2003年も「さらに病院活動に資源を投入する」ことが合意された。ここで注目すべきことは次の点である。第1に、4億5千万クローナを追加することにしたが、うち3億クローナを一括補助金として、残りの1億5千万クローナは「実績ベース」の特定補助金として各県に配分す

ることとした。第2に、この特定補助金および県間の診療報酬の決済において DRG 制度を導入することとなり、2003年1月から DRG 制度を試験的に実施することになった⁷⁶⁾。第3に、「デンマーク型医療の質モデル」を共同開発する事務局を設置し保健管理庁・内務保健省・県連合・首都圏病院公社から委員を選出することになった。

もう一つの重要な合意点は「薬剤」に関することである。2001年の薬剤費の伸び率は対前年比11.7%にのぼったことを指摘し、その原因は「医師・患者・薬局がいずれも患者が服用している薬全体について情報を得ていないこと」にあるとみなした。このため「電子服用記録 elektroniske medicinprofiler」システムを確立することが重要であるとされた。国はそのための法整備とシステム作りの予算に責任を負うことを約束した。国は、薬剤使用状況の県間のバラツキが大きいことを指摘し、県間での薬剤使用に関する情報の緊密化を求めた。

この他、情報技術を使用した電子患者ジャーナルの充実のために500万クローナを国が拠出すること、要介護状態の高齢者に関して保健医療分野と社会福祉分野の緊密な連携をはかることでも合意した⁷⁷⁾。

このように2003年合意は、政権交代により2002年までと相当異なる合意となった。経済・財政の見通しに関する叙述が増え、全体として財政の引き締めが追求されることになった。2001年11月総選挙で誕生した自由党・保守党・国民党連立政府は、「増税ストップ skattestop」政策と「2010年までに財政赤字半減」を掲げた。2002年1月の財政報告において、2010年までの公共部門のあり方について「公共部門の活性化 effektiviseringer と公共サービスの重点化 prioritering のために採用すべき戦略」を発表した。経済合意もこの政権交代の影響を受けた特定補助金制度が導入された。

2004年合意 (2003年6月)

中央政府のマクロ経済政策の目的は前年と同様に「増税ストップ」と「財政赤字半減」による「経済の安定成長」に置かれた。県連合もこの目的を尊重することを確認している。県財政について、「県支出は県税でまかなわれるべき」「県支出の変更は県税に反映されるべき」と国庫補助金の縮小を示唆した。

次いで、県の財源について19項目にわたって詳しい合意をみた。煩瑣を避けるためその詳細は割愛するが、拡大均衡原則の確認、公務員賃金の規制、薬剤支出について事前の一括補助金化による県の費用節減努力の促進、公共事業支出の抑制、例外として病院建設経費の増額、公共部門と民間部門との共同プロジェクト促進、債務が過大な自治体の債務処理計画、県税率・相続税率の据え置き、税制改革による県税と市税の調整などの各項目について具体的な金額を伴って補助金の額が明記された。病院予算については「実績ベース」の補助金プールを9億8

76) 2003年は県の任意によるものとされた。全県に DRG 方式が導入されるのは2004年からである。

77) この他、「県の社会福祉業務が増加しつつある」ことから、市との役割分担の見直しを含めた財政改革をおこなうことでも合意した。

千万クローナ補助することになった。

保健医療政策は前年と同程度の分量が当てられている。待機期間の動向について詳細に確認をしている。近年、「心臓・ガン・精神」の待機期間が顕著に減少していることを確認した。外科手術18種の平均も4分の1に短縮したことを確認した。

そして引き続き「病院補助金制度」を改革することした。特に重要なのは2004年1月より全国のすべての県のすべての県立病院にDRG方式を導入し、その実績に基づいて補助金を給付することで合意した点である。ただし、DRG方式で算出した金額をそのまま給付するのではなく、各年毎に補助金総額が決められ、これをDRG方式で算定した総額で按分して給付するという方法がとられることになった。また、病院の自由選択制度にもとづく県間の診療報酬の決済もDRG方式で算定した金額が採用されることになった。

経済合意の特徴と機能

以上、やや細かく経済合意の内容を確認してきた。その概要を簡単に図表13で一覧しておこう。

経済合意の一般的な特徴をまとめると次のようになる。第1に、県予算規模を規定する税率と中央政府からの一括補助金が経済合意によって決定される。第2に、一括補助金の原則は全体として保持されているが、「拡大均衡原則」のもと補助金の増減は具体的な活動を伴うこととされている。第3に、県連合は「拡大均衡原則」に基づいて予算の増額を要求する。第4に、国庫補助金額の増減により県間財政調整額が異なるため、6月の経済合意なしに次年度の県予算を決定することができない。第5に、過去の合意が各県でどの程度遵守されたのかは論議されない。一括補助金による地方分権という原則は維持されているからと思われる。

保健医療政策についても、具体的な方策について詳細に議論されている。県連合は予算増額を要求する根拠を明示する必要があり説明責任を国に果たすことが要請される。他方、中央政府は保健医療予算の用途について具体的に要望し、確認を求めている。その合意事項の多くが県の政策を拘束するものであるからである。この交渉は中央政府による県の保健医療政策を点検し、改善する役割を果たしているといつてよい。

4節 経済合意の歴史

経済合意は1970年の地方制度改革がもたらした「無秩序状態」に対する解決策であったとみることができる。そこで経済合意の形成過程と歴史を簡単にみておこう。

1970年代における県財政の膨張

県連合と政府との間で経済交渉が開始されたのは1979年のことであった⁷⁸⁾。それ以前は、個

78) 本節の叙述は断りのない限り Amsrådsforeningen, "Amternes økonomi budget oversigt 2003", p. 40 による。

図表13 経済合意前文と保健医療政策の概要

年	前 文*	保健医療政策
1998年	特定領域における公共サービスの再構築 高度福祉国家の維持 2005年に向けた公的福祉サービスの目標を設定すること。 公務員定数の削減	病院待機期間問題、精神病院、保健医療の質の確保 1994年合意の継続 「病院委員会報告」の提案の履行：病院管理体制、病院と救急医療の分担体制、ITの利用 心臓疾患の収容能力を増強 既存の心臓センターの分院（サテライト）設置脳傷害患者の受入数の増大 理学療法のため3780億クローナを一括補助金として支給
1999年	財政赤字の削減と税負担の削減を最優先課題とする。 県の歳出の実質1%増 2000年度に資産収入課税を認める。	緊縮財政の中でも病院の改善と取扱実績の引き上げ。 保健医療体制の強化に重点目標の設定。 入院のため予診待機期間を2週間以内とする。 待機期間短縮のための国と県との継続的協議。 病院の管理体制の再編 - 管理者の説明責任の明確化、要員配置の見直し。24時間救急体制の縮小とその対策。病院薬局の訪問提供体制の確立。首都圏の病院機能。病院の自由選択制度に対する支払システムの整備。組織間の障壁の排除。 疾病保障制度における薬剤提供制度の改善。
2000年	効率的な行政と県業務の重点化 財政赤字の削減、高齢者人口の増大に対処し、公共部門の支出の増大に歯止めをかける 県支出水準の伸びを年1%に抑える 一括補助金額を2.5億クローナから5億クローナに増額	財政の余裕分を病院の活動強化に使用する 包括的な「病院体制の戦略案 - 2002年までの [国と県の] 共同目標」を設定 専門職の質の向上、高い患者満足、住民に対するサービスと質に関するよりよい情報提供、効率的な資源利用、病院機能の統合、保健医療分野における患者の受け渡しの共同、品質の向上、個別病院における指導と労働力配置、人事 - 教育、研究、協力、採用、情報技術（IT）への投資
2001年	県税を11.6%に引き上げる 病院のIT化のため5億クローナの一括補助金 公共事業借入金の引上げ	前年度の「戦略案」を継承 ガン治療、医師の卒後教育、救急体制検討委員会の設置、IT戦略、リハビリテーション、国民の保健、精神科の財政プール、社会保健ヘルパーと助手 / 看護師の教育
2002年	経済成長の範囲内で保健医療費の増額を認める 県税率の据え置き 一括補助金の増額	2000年「戦略案」を継承 補助金制度の見直し（「リース病院への特別補助金の廃止」、 「国庫補助金の県から市への移転に伴う激変緩和措置」、 「所得税の課税ベースの変更」、 「財政調整金の事後的調整」「付加価値税」「県プール金」）。 デンマーク型品質評価モデルの開発。
2003年	県税率の据え置き 2004年から所得税の引き下げを目標 公共部門の成長を年1%以内 拡大均衡原則の確認	病院の裁量の拡大病院への補助金に実績ベース部分を導入デンマーク型品質評価モデルの事務局設置薬剤の電子服用制度の構築
2004年	県税率の据え置き 国庫補助金の縮小	DRG方式の全面的導入。公務員賃金の規制、薬剤支出について事前の一括補助金化による県の費用節減努力の促進、公共事業支出の抑制、例外として病院建設経費の増額、公共部門と民間部門との共同プロジェクト促進、債務が過大な自治体の債務処理計画、県税率・相続税率の据え置き、税制改革による県税と市税の調整

* 県経済の見直しに関する節を含める。

別の県と政府との間で財政合意を結ぶことが一般的であった。また、財政に関わる県連合と政府との間の合意は、借入金と施設投資 anlægsinvesteringerne に限定されていた。

1970年代を通じて市・県の財政赤字と財政規模が拡大していった。このため財政に枠をはめることが検討され、1979年に経済合意システムが形作られたという。なお、経済合意の外形的特徴については、ピーデルセンが簡潔に紹介している⁷⁹⁾。

改革以前、中央政府による地方財政調整の交付金は、福祉・教育・道路・病院などの支出項目毎に配布される特定補助金の形をとっていた。この特定補助金制度は地域のニーズから乖離した経済的に非効率なものであると厳しく非難された。地方制度改革後の財政調整制度は、地方自治法に基づき、特定補助金制度を縮小し、「支出客観基準 objective criteria of expenditure」方式が拡充された。これは特定の支出領域の必要性を評価して補助金を給付する方式であった。1975年にこの方式が拡張された。1972年1月に県は所得税率を自主的に決定する権限を手に入れた。

なお、1973年4月に疾病金庫が廃止され、疾病金庫の財源が県連合に移管された際、「診療報酬支払令 refusionsordning」が制定され、診療報酬支払総額の35%を国庫が負担することが定められた。しかし、1975年の補助金改革の際、この35%分は一括補助金に統合され、廃止された。その理由は2点あったという。1つは県の権能と経済的責任との関係を強化すること、2つめに、一括補助金の方が診療報酬補助金よりも実際の支出水準から独立していて、住民に対する政策の優先度に影響を与えないとされたからである⁸⁰⁾。

1975年の補助金改正はより地方政府の裁量権が大幅に拡大した。1970年から75年は地方制度改革の理念を実現すべく、地方の裁量を拡大する形で補助金改革が進められたといつてよい。地方制度改革以後の財政の伸び率をみておこう(図表14参照)。

図表14 1970年代前半における中央・県・市の財政の対前年度比伸び率

伸び率	中央	県	市	教会
1971	29.7%	130.0%	16.9%	33.3%
1972	8.0%	34.8%	24.4%	0.0%
1973	20.4%	16.1%	6.3%	25.0%
1974	15.4%	38.9%	22.7%	0.0%
1975	15.3%	18.0%	14.4%	20.0%
1976	6.3%	23.7%	18.0%	16.7%

Amtsrådsforeningens (1975), p. 2より作成。決算, 1974年度以後は予算。
1972-73年度から1973-74年度の増大は疾病金庫の県への移管分を含む。

79) Pedersen, Niels J. M., 2002, p. 105 6. (英文)

80) Amtsrådsforeningen, "Beretning 85/86", p. 30.

この表から、地方制度改革以後、県・市の財政規模が拡大する傾向が見てとれるが、特に県財政の拡大が著しいことがわかる。

1970年代後半は、県も財政抑制の必要性を感じていた。1979年内務大臣が次年度一括補助金の削減を表明したことで、県の財政危機が深刻なものとなった。同年3月、県連合は「経済会議」を開催した。そこでは自由党の理事（フュン県選出）が「政府は我々 [県] が歳出を削減すると考えているが、我々は県の資産の活用 [借入金増大] か、増税をするだろう」と、一括補助金の削減に強い抵抗を示すとともに、県間の財政調整も十分に機能していないと問題を指摘した。

同年8月の県連合総会において理事長のペール・コーロン Per Kaalund（社会民主党選出）は市と県の歳出の伸びは [年率] 7 - 8%と予想され、これは物価上昇率を上回っており、「県にとってまったく受け入れがたい」と報告した。そして、「公共部門の財政増大を調整ができていない」とのべ、「国・市と財政協力 budgetsamarbejde する必要性が増大している」と述べた。すなわち、県財政の拡大を抑止する何らかの方策が必要であることを理事長自ら表明したのであった⁸¹⁾。

1979年に結び結ばれた最初の6月合意は「地方自治体を「一体のもの」と見なし、「1980年の一般歳出、建設支出の伸び率を3%以下に抑えること」というものであった。地方政府の支出について全国的なルールを設定しようとしたのである。すなわち、経済交渉創設の基本的目的はマクロ経済的統制と分権的財政運営を調整することにあつた。

このようにみると1970年代後半に県（および市）の財政規模の急拡大を見、政府、県、市いずれも財政規模の調整の必要性を感じていた。1970年の地方制度改革は財政的に行き詰まりを見せていた。この点を調整する方策として登場したのが経済合意システムであったといつてよい。

経済交渉の展開

経済交渉の時期区分については、定説を見つけないことができなかった。しかし、内務省局長のピーデルセン Pedersen⁸²⁾ が、経済合意の内容を6つに類型化して整理している。これを基礎に、時期区分を試みてみたい。

1980年から1983年の初期の合意は、「純活動 nettodrifts および固定資本 anlægs 投資の総計の目標を設定する」ものとして形成された。合意内容は簡単に歳出入の総枠を規定するもの

81) この発言は、最初の経済合意が締結された（6月）直後の県連合総会であったため、コーロンは締結した経緯を総会参加者に説明する必要からなされたと思われる。しかし、単なる弁明とみるわけにはいかないだろう。

82) この項目については特に断らない限り次のものによっている。Amtsrådsforeningen, “Amternes økonomi budget oversigt 2003”, p. 40 44, and Pedersen, Niels J. M., “Aftalesystemet mellem staten og kommunerne opgaver og udfordringer” in “Indenrigsministeriet 1848 1998”, 1998, p. 344.

に過ぎなかった。当時、政府側には「地方自治体が合意を果たして遵守するのかどうか」疑問を抱いていたという⁸³⁾。

第2期は1984年を画期とする。この年に「拡大総枠均衡原則 Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT)」が導入された。これは県業務の刷新を伴うものであり、関連する法律の改正を含んでいた。同時に、県間の平等化制度 [格差縮小制度] が再編された。この2つのルールに基づき、政府から県・市への国庫補助と県間・市間の財政調整が同時に行われることになる。財政調整は、一括補助金の形をとり、これにより各県は歳入と歳出の両面において完全に自主的に財政運営することになった。

1985年から87年にかけては裁可 sanktioner [制裁を伴う誘導] が支配的であった時期と特徴づけられる。1985年に、一括補助金は県・市の予算同意 budgetvedtagelse を経て、景気動向に従って調整されることになった。1986年からは裁可が明確になった。1987年は、当時の政府と革新自由党との合意に基づいて、1988年の県税の上限を変更しないことになった。

1986年の政府と県・市の共同宣言において、1988年から一括補助金を縮小することが合意されたが、これは間もなく立ち消えになった。1988年以後、合意は再び [国と県の] 財政政策を調整する koordinering 基本的な要素となった。

第3期は1989年以後今日までの時期である。この期になると交渉は多かれ少なかれ「支出項目を詳細に指定」する内容を含むようになった。保健医療政策はその最大の交渉事項となり、この交渉を通じて、中央政府の具体的な要望が伝えられ、県連合がその政策の実現を約束するとともに、予算の裏づけを中央政府から獲得するというパターンが形成された。

県財政の膨張に歯止めをかけることから開始された経済交渉は、1984年の拡大均衡原則と財政調整制度の導入により交渉のパターンを確立し、1989年以後、県の具体的な支出項目についても交渉項目に含めることになり、今日にいたっている。そして、2007年に予定されている地方制度改革により新たな段階に入ると考えられる。

第3章 事例 ロスキレ県における保健医療財政の決定過程

各県ではどのように保健医療財政が決定するのであろうか。ここではロスキレ県を事例にそのプロセスを確認しておこう。

ロスキレ県の概要

ロスキレ県の人口は23万6151人 (2003年1月)、シェラン島のほぼ中央に位置し、コペンハーゲン県の西に隣接する。11の市からなっている。県都のロスキレ市はロスキレ大聖堂を中心に発達した町で、商業・観光業が盛んである。ロスキレ大聖堂は現デンマーク王室の菩提寺で

83) Pedersen, op. cit., p. 336.

あり、歴代のデンマーク王族が葬られている。なお、ロスキレ大聖堂はユネスコの世界遺産に登録されている。県南東にあるクーイエ Køge 市が第二の都市で、中世から貿易都市として発達し、現在は漁業・商業・工業（木工業）が盛んである。ロスキレ市・クーイエ市ともコペンハーゲンから鉄道で2～30分程度に位置し、コペンハーゲンの通勤圏に含まれる。1人当たりの所得はコペンハーゲン県、フレゼリックスボー県（コペンハーゲンの北）に次いで高く、富裕な県である。

県議会は23人の議員からなり、2001年の選挙では自由党9、社会民主党6、保守党2、国民党2、社会国民党1、革新自由党1、その他2の議席構成となっている。県知事は自由党から選出されており、現在のクリスチャン・エブスゴール知事は、県連合の理事長を兼ねている。議会総会は通常年11回開催される。総会は事前に地域新聞（民営）で広報され、傍聴は自由である。議会には議員で構成される「経済委員会」「技術（道路）・環境委員会」「訓練・職業・文化委員会」「保健委員会」「社会委員会」「精神病委員会」の6つの委員会が設置されている。保健医療政策は「保健委員会」が管轄し、障害者政策は「社会委員会」が、精神病院は「精神病委員会」が管轄している。それぞれの委員会のもとに事務局が設置されている。

財政の規模は歳入39億4300万クローナ（2004年度予算）であり、所得税収入が95.2%、資産税収入14.7%、国庫交付金・平衡金支出がマイナス10.9%となっている（Roskilde Amt, 2004）。県所得税率は11.5%であり、これはヴァイリ Vejle 県（ユトランド南東）の11.4%に次いで低い税率である（2003年）。

ロスキレ県の二次医療

ロスキレ県には2つの一般病院⁸⁴⁾と1つの精神病院がある。一般病院はロスキレ市にあるロスキレ病院 Roskilde Amt Sygehus RAS（ラス）とクーイエ市にあるロスキレ病院クーイエ Roskilde Amt Sygehus Køge RASK（ラスク）である。ロスキレ病院は、ロスキレ駅の北正面、駅から徒歩1～2分に位置している。ロスキレ病院クーイエは、クーイエ市北にあり最寄り駅ウルビュー Ølby から徒歩5分に位置している⁸⁵⁾。病床数801（RAS500、RASK301以下同様）、25（14、11）の診療科からなっている。高度医療（心臓・肝臓移植など）は行うことができないため首都圏病院公社の病院に患者を移送する⁸⁶⁾。医師・職員数は総計2903人⁸⁷⁾となっている。年間の入院患者数（退院数）4万3849人、のべ入院日数21万1159人、外来診療27万3384人、緊急診療5万4950人、放射線検査12万5449人、検査256万1630件となっている（2004年度予算ベース）。

84) 精神病院は、議会の精神委員会の管轄下にあり、保健財政から区別されている。

85) ウルビューはクーイエ - コペンハーゲン間、クーイエ - ロスキレ間の2つの鉄道路線が合流する駅で交通の便が良い場所である。

86) 自分の県の住民が県外病院で治療を受けた場合は、自県が費用を他県に支払う。

87) 代替要員307名を含む（2004年1月現在）。

ロスキレ県の予算策定スケジュール

さて、ロスキレ県での年間の予算スケジュールを見ておこう。財政年度が始まる1月から次年度の予算に向けた動きが始まる。だが、「6月の経済合意までは、次年度の予算規模がまったく不明」とであるという。1月は病院の各診療科が次年度の予算要求書を病院長に提出する。病院長は2月から3月にかけて要求内容を点検し、優先度を決めていく。これを県の保健医療委員会に提出する。4月・5月は保健医療委員会において問題点・改善点の確認と重点項目について論議することが中心となる。「経済合意」に向けては、県庁内部でも政治家・事務局のいずれからも様々な議論がなされ、その多くは議場の外でのインフォーマルなものであるという。県から県連合にも要望を出す。要望が伝達される経路は政治家・事務局を含めて多様であるという。「経済合意」が締結されると次年度予算の規模の見通しがつき、これに基づいて具体的な予算内容を決めていく。従って6月の「経済合意」が県の予算規模を決定する最も重要な位置を占めていることになる。

7月初めに内務保健省から6月合意に基づいた次年度の補助金額が示され、これと合意した税率の範囲内で予算を策定する。8月・9月に予算の論議を行い、10月15日までに次年度予算を決定する。

2003年10月に決定した『県予算書』では、記述第1ページの10行目から「経済合意」の概要

図表15 ロスキレ県の財政スケジュール

月	政府	県
1月		病院管理部「コア計画」の準備 現状における問題点・改善点を確認し、予算 ノートについて準備を開始。
2月		県議会、財政と重点化に関する見通しと諸課 題 temaer を論議
3月・4月		経済委員会、各専門委員会とコア計画および 予算枠組みについて協議。
5月	県連合と財務省、経済合意について交渉	
6月	経済交渉、合意	県議員、経済合意の特徴と問題点と [県の] 基本予算について論議
7月	政府の法律、通牒 circular 計画および一 括補助金公表	
8月		議員の論議継続 事務、議会の論議と経済委員会の枠組み設定 に基づき予算草案を策定
10月		予算案の承認（経済委員会および2つの論議 を経て、10月15日まで）
11・12月	経済合意を含む政府予算案の承認	予算の執行準備

と、その合意のロスキレ県への影響が書かれている (Roskilde Amt, “Budget 2004”, p. 5.)。例えば「経済成長率は1.7%と予測され、全県では13億5千万クローナ、ロスキレ県には約6千7百万クローナの増大と予測される」などと書かれている。経済合意が県の予算編成の枠組みを規定していることが分かる。県の医療計画部長によると「「経済合意」で税率と国庫補助金および調整金が決まらない限り次年度の予算を組むことが出来ない」という⁸⁸⁾。実際に、『予算書』では「経済合意」が保健医療政策に関わる影響について詳しく触れられている。

補章 待機リスト問題と病院選択制度

1992年以後の経済合意において病院政策が重要な議題としてとりあげられた理由を理解するには、デンマークにおける病院待機問題を知る必要がある。その詳細は別の機会に詳述したいが、ここでは本論を理解するに必要な事実を紹介しておこう。

待機リスト問題の発生

1980年代から1990年代にかけての保健医療政策のみならず社会福祉政策全体の中での中心的な争点は病院の「待機リスト問題 ventetidsproblematik」であった。1980年から1995年までに待機リスト問題は議会で613回取り上げられたという⁸⁹⁾。これは地方自治体を取り扱う他のサービス政策（児童ケア、老人介護、小学校、高校など）と比べて最も多く議題として取り上げられた⁹⁰⁾。待機リスト問題を基軸に保健医療政策が展開したといっても過言ではない。

待機リスト問題がいつから発生していたのか、確定できないが、筆者が調べた限りでは1981年に外科手術で待機リスト問題に言及されている⁹¹⁾。また、県連合が1981年に「待機リスト問題ワーキンググループ」を設置したという⁹²⁾。このことはこの頃病院予算の抑制政策が開始されたことと期を一にしている⁹³⁾。そして2003年6月の「経済合意」において国庫補助金の給付算定として DRG 方式を採用することが決定し、大きな節目をむかえたといってよい。そこで1980年から2003年まで間に待機リスト問題の扱われ方を概観しておこう⁹⁴⁾。

88) Niels Petersen, Chief Planning Officer, Roskilde Amt. 2004年2月10日聞き取り。

89) Vrangbæk, 2001, p. 7.

90) Christensen, 2000, p. 386.

91) Ågård J. et. al., “Kirurgiske venteliste-patienter”, in “Ugeskrifter Læger”, 1981; vol. 143; p. 833-839.

92) Vrangbæk, 2002, p. 25.

93) Årgårdらは1977年からの待機リスト問題の推移を扱っている。また、次の文献も参照。Steen Antonsen, “Patienter indstillet til langtidsmedicinsk afdeling: en opgørelse af udskrivelser og ventetid for patienter fra en almen medicinsk afdeling”, in “Ugeskrift for læger”. vol. 142, nr. 37 (1980). p. 2441-2446.

94) 以下の事実については断りのない限り主として Vrangbæk, 2002, p. 25-55に依拠した。

1982年内務大臣が「待機リスト問題」の小委員会を設置し、待機リスト問題の所在を調査し、翌年の報告書では「患者情報を登録し、全国で情報を共有する」ことを提案した。1986年内務省がワーキンググループを設置し待機リストの実態調査と対策を検討した。そこでは「これまで情報を集め・比較することができず、問題の全体を把握することが困難であった」と指摘した。同グループは報告書の中で「四半期毎に印刷物で疾病群ごとに待機リスト情報を公表すること、特に「一般医に情報を提供すること」を提案した。1988年に、県連合がワーキンググループを立ち上げ「印刷物での情報では不十分」と指摘し、なぜ待機リストが発生するのか、原因を解明するべきだと提案した。図表16は当時の待機期間の一例である。

図表16 待機期間の一例 (単位：週)

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
心臓バイパス手術	4.1				5.9	5.3	3.3
膝関節炎	16.6	12.0	10.9	8.8	9.2	8.9	9.2
腰関節炎	6.7	7.4	9.1	6.1	6.0	7.1	6.0
白内障	7.8	8.6	8.8	7.3	5.5	5.0	6.2

出所) Vrangbak, Karsten (2001), p. 30. 原資料は保健省の「待機リスト委員会報告書」である。

1993年に保健省と県連合は「1995年末までに待機リストは縮小されるべき」との合意を結んだ。1993年に「病院選択制度」が導入され(後述)、また、病院委員会が設置されDRG方式の導入を提案した(後述)。保健省は93年「待機リスト委員会」を設置し、調査を行った。調査によると待機リスト問題は1980年代後半が深刻であったが、1990年代に入っても問題が解消されていないことが明らかとなった。これは議会でも頻繁に議論され、政治的な政策課題となった。そして、第2章でみたごとく、政府と県連合の経済交渉の交渉事項にもなり、具体的な対策が検討された。

待機リスト委員会は「病院で待機リストに適切に登録できるように病院を支援することが必要」と指摘し「強制的な全国的患者登録制度」の導入を提案した。1995年1月全国登録制度が実施された。これは病院選択制度とともに画期的な制度と見なされ、確かに治療回数が顕著に増大した。これは一定の成果を挙げたといってよい。

すなわち、1980年代初頭から待機リスト問題が注目され、調査と対策が検討されたが、1980年代を通じて、原因は患者情報を病院が正確かつ迅速に把握していないことに求められ、患者登録制度の整備が追求された。だが、1990年代に入ると登録制度のみでは不十分であることが認められ、病院の自由選択制度が導入された。

病院の自由選択制度

1993年1月から病院の自由選択制度が実施された。それ以前は、県は完結した *selfforsynende*

医療圏と見なされ、住民は県内の病院に受診・入院することが原則であった⁹⁵⁾。この自由選択制度は、住民は全国どこの病院にも受診・入院することができ、自県の住民の費用を受入県に支払うというものである。移送費を除いて患者負担はない。この制度の目的は、1つは、病院(県)が患者を受け入れるほど病院(県)の収入が増えることで、患者受入数が増大すること、2つめに、県外への支払を避けるために自県の病院での受入数が増大すること、の2つの効果により待機リスト問題を解消することにあった。すなわち、供給者である県間に競争原理を導入するものであった。だが、当初の費用計算方式は、入院日数を基礎にした簡単なもので、病院が患者を積極的に受け入れるインセンティブに乏しく、期待したほどの効果がみられなかった。このことが DRG 方式導入の重要な契機となった。2000年に県外病院への支払の基準として DRG 方式が採用された。2001年の実績では、入院患者の11.5%が県外の病院を選択したという。また、2002年6月から自由選択制度が拡張され、民営病院、外国の病院を選択することも可能となった。

待機リスト問題に対し、1980年代後半から1990年代初頭には、情報のミスマッチにあるとみなし、患者登録制度とその情報の流通で問題に対処した。需要側の効率化に重点を置いたのである。これに対し、1992年以後、供給側に競争メカニズムを導入する政策に転換した。

だが、図表17にみられるごとく、外科手術など特定の診療科において待機リストは解消せず、その後も継続した。

図表17 待機期間の推移の一例

	1991	1993	1995	1997	1998	1999	2000	2001
全国平均(日)	88	93	105	110	110	105	100	103
うち60日超の割合	37%	42%	46%	47%	49%	47%	46%	46%

Elektive kirurgiske heldognspatienter (終日入院外科患者)

出所) Inderings-og sundhedsministrens rådgivende udvalg, "Sundhedsvæsenets organisering", 2003, p. 33.

結局2003年経済合意で2003年1月から DRG 方式の試験的導入が決定され、2004年経済合意で2004年1月からすべての県に DRG 方式が導入された。導入に際して現場の混乱は全く無かったという。2004年10月内務保健省が発表した⁹⁶⁾ところによると、2002年1月から2004年9月にかけて待機期間がおよそ30%改善されと発表した。内務保健省・保健管理庁は成果を誇った。

この DRG 方式の導入によりデンマークの保健医療制度のアキレス腱であった「病院待機問題」が大幅に改善されたとすると、デンマーク型保健医療制度の普遍主義的特徴は一層注目に

95) Strukturkommissionen, 2003, p. 10 .

96) Indenrigs-og sundhedsministeriet, "Opgørelse af bagudrettede ventetider", 08 October 2004. この時期にこのようなデータが発表されるのは、総選挙を翌年に控えているという政治的事情もあると思われる。だが、公表されたデータを見る限り、待機期間が大幅に短縮していることは事実である。

値する制度になるといいようである。

まとめ

以上の点から、モシアロスとディクソンらが指摘した地方税による保健医療サービスの長所と短所という観点からデンマークの保健医療予算の決定メカニズムをまとめると次のようになる。

第1に、「より高い透明性」「説明責任の改善」という観点から見ると、議会選挙を通じて住民の意思が反映しており、議会が医療政策について説明する仕組みが存在するといえるであろう。政治家の優位性は明らかであり、それぞれの専門委員会が予算をコントロールしていると見て良い。ただし、財政規模は中央政府との経済交渉に委ねられており県議会で単独で決定することはできていない。住民が財政規模を決定する制度になっていないといえることができる。また、直近の国政選挙の影響を受けることが多く、中央政府の動向と無関係とはいえない。政府と県連合理事長が同一の政党になる場合が多いが、これは地方分権の理念からみれば問題があるかも知れない。だが、県連合の事務官の話によれば、「同一政党であるため、合意を形成しやすい」という。県財政を国民経済と整合性を持たせるためには経済交渉・経済合意は必要なシステムといえるかもしれない。

第2に、「地域の選好」については、本稿では十分に明らかにできなかった。経済合意で取り決められた内容はすべての県を拘束すると考えられるので、全国的に標準化・均一化させる作用が強いと考えられる。したがって、全国民に平等な医療サービスを提供することに経済合意は有効性を有しているといえる。だが、他方で、拡大均衡原則のもと国庫補助金の多くは一括補助金の形式をとっているため、最終的な用途は県に委ねられている。病院など医療機関の配置、一般医の配置、一般医に対する苦情処理は県が決定している。地域の要望がある程度取り入れられる仕組みができているといえるであろう。

第3に、他の政府の一般財源との競合が避けられているのかどうか、という点は必ずしも明確ではない。経済合意を通じて県民所得税率がコントロールされているからである。県は税率について排他的な権限を有しているわけではない。近年の経済合意はマクロ経済との整合性が強く意識されており、県の歳出の拡大が抑えられている。また、国庫補助金額は県の歳入に占める割合は小さいものの、その金額により県間の財政調整金額が異なってくるため、県の政策に及ぼす影響は無視できない。

次に、モシアロスらが短所として指摘した点であるが、第1の地方政治家が惰性に流されるという点であるが、その危惧はほとんどないといえるであろう。経済交渉で県の政策の具体的な内容まで詳しく検討されるため、県連合の政治家は要求の根拠を具体的に明らかにする必要がある。中央政府は県の政策について具体的に要望している。内務保健省と保健管理庁が保健医療サービスの質と量の両面について、県の政策に介入している。交渉を通じて、県は質の改善の努力をおこなっている。また、医師ら専門職が政治力を行使するか否かという点につい

では、本稿ではほとんど触れることができなかつた。この点を明らかにすることは今後の課題である。だが、経済交渉が、中央と県議会の政治家同士で行われているため、専門職が予算規模決定に介入できる余地は間接的になっているといえるだろう。

第2に、税率の公平性・県間の財政力の格差についてであるが、デンマークでは地方政府間での財政調整制度が存在しており、課税ベースと支出ベースの両方で財政調整されるため、地方制度間の公平性の度合いは高いとみることができる。また、モシアロスらの研究ではデンマークの保健医療制度は所得水準で見た場合税負担とサービス利用度を比較した場合、やや逆進性が存在すると見なされているが⁹⁷⁾、これは富裕層あるいは都市住民が医療サービスを利用する頻度が高いことも考慮しなければならない。

第3に、租税による保健医療サービスの非効率性については、確かに「待機期間」問題が存在してきたという意味で問題があることは事実である。だが、ひとつめに、無料・平等に提供されている一次医療の信頼感が高く、国民の満足度は高いことに留意する必要がある。この開業医がゲートキーパーとしての役割を果たしており、過剰あるいは濃厚な診療が相当程度回避されている。ふたつめに、経済交渉を通じて中央政府が県にさまざまな要望・指導を行っており、効率性の改善に役立っている。市場における競争ではなく当事者間の交渉を通じて効率を改善する方法が基軸となっている。だが、みつめに、供給側には「実績ベース」の補助金を給付するなど「経済的動機付け」が強まっている。特に、病院の自由選択制度とDRG方式による補助金制度の導入はその典型である。だが、サービスを必要とする患者に対しては「無料」で「平等な」サービスを提供しているため、供給側と需要側が自由に取引する市場メカニズムとは異なる経済的動機付けであることに留意するべきであろう。

経済交渉により各県の医療政策の達成度と方針が吟味されるため、県は国に対しても説明責任を負うことになり、これが医療サービスの質の改善と効率性の向上に貢献していると考えられる。また、経済交渉と財政調整制度を通じて、全県のサービスの標準化・平均化がもたらされているとあってよい。しかしながら、デンマークの保健医療制度が地方分権であるといっているのは、拡大均衡原則と財政調整制度そして県議会議員の選挙にあるとあってよいであろう。これらはデンマーク保健医療の分権制を支える 三種の神器 であるとみてよい。特に、経済交渉で詳細な事柄が取り結ばれるにもかかわらず地方分権的制度であるといっているのは拡大均衡原則のもとでの一括補助金にあるとあってよいであろう。この拡大均衡原則が中央の統制と地方分権というヤジロベエをバランスさせる絶妙の支点であると考えられる。だが、2007年の地方制度改革で県が廃止される可能性があり、その場合保健医療サービス財政の透明性と説明責任がどの様に変化していくのか、予測がつかない点がある。

2004年1月のDRG方式の全面的導入により待機期間が大幅に減少した。これによりデンマ

97) Mossialos, ed., p. 38, 邦訳54頁。

ーク保健医療制度の最大の弱点が克服されつつあるように見える。DRG方式の導入が経済交渉・経済合意によってもたらされたことは、市場の競争によらない交渉による効率の改善という点からみて注目に値すると思われる。

参考資料・文献

- Amtrådsforeningen, “Økonomisk styring i Amtskommunerne”, 1975.
- Amtrådsforeningen, “Beretning 85/86”, 1986.
- Amtrådsforeningen, “Sygesikringsområdet Strategi & analyse bilag 1”, 2001.
- Amtrådsforeningen, “Beretning 2002”, 2003.
- Amtrådsforeningen, “Amternes økonomi; Amterne i tal 2003”, 2003.
- Christensen, Jørgen Grønnegaard, “The Dynamics of Decentralization and Recentralization”, *Public Administration*, Vol. 78, No. 2, Summer 2000, pp. 386-405. (英文)
- Christensen, Jørgen Grønnegaard, “Velfærdsstatens institutioner”, Århus: Aarhus Universitetsforlag/Magtudredningen., 2003.
- Greve, Bent, “The changing universal welfare model; The case of Denmark towards the 21st Century”, Roskilde University, Department of Social Sciences, 1999. (英文)
- The Danish Ministry of Health, “Hospital Funding and Casemix”, 1999. (英文)
- Heide-Jørgensen, Morgens ed., “Indenrigsministerie 1848 1998”, Schultz Grafisk A/S, 1998.
- Indenrigsminister, “Vejledning om regeludstedelse i forhold til kommunerne”, 2001.
- Indrings-og sundhedsministeriet, “Municipalities and Counties in Denmark”, 2002. (英文)
- Indenrigs-og sundhedsministerens rådgivende udvalg, “Sundhedsvæsenets organisering”, Jan. 2003.
- Indenrigs-og sundhedsministeriet, “Kommunernes økonomi og service; Indenrigs-og Sundhedsministeriets kommunale nøgletal”, 2003.
- Institute of Political Science, University of Copenhagen, “Welfare Administration in Denmark”, 1991. (英文)
- Juul, Svend., Sabroe, Svend., Hansen, Ebba Holme., “Det Danske sundhedsvæsen”, FADL Forlag, 1984.
- Kommuneres Landsforening, “Kommunal budgetredgørelse”, 1982.
- Krage, Per Laage, “Landsoverenskomstens fortid og nutid”, in “Ugeskrift for læger”. - Årg. 147, nr. 1 (1985), S. 65-71, 1984
- Krasnik A., Launso L., Ølgod J., “Den Primære Sundhedstjeneste i Danmark”, Sundhedsstyrelsen, 1982.

- Ministry of Interior and Health, "Health Care in Denmark", 2002. (英文)
- Mossialos E., Dixon A., Figueras J., and Kutzin J. ed., "Funding Health Care", Open University Press, Observatory on Health Care Systems in 2002, World Health Organization 2002. (英文). 一圓光彌監訳『医療財源論』光生館, 2004年。
- Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, "Praktiserende Lægers Organisation 1967 1992", Lægerforeningens forlag, 1992.
- Pedersen, Kjeld M., "Sundhedsøkonomiske grundproblemstillinger i forbindelse med brugerbetaling", in Per Andersen et. al., "Bruger betaling i sundhedssektoren", 1990.
- Pedersen, Niels J. M., "Aftalesystemet mellem staten og kommunerne-opgaver og udfordringer", in Heide-Jørgensen, 1998. p. 335 370.
- Pedersen, Niels J. M., "Local government and debt financing in Denmark", in Dafflon, B. ed, "Local public finance in Europe; balancing the budget and controlling debt", 2002, Edward Elgar. (英文)
- Roskilde Amt, "Amtet i tal 2004", 2004.
- Sundhedsministeriet, "Rapport fra Udvalget vedrørende sygehusvasenets økonomi", 1994.
- Sundhedsministeriet, "Takststrukturen i sygehussektoren: Rapport fra Takstudvalget", 1998. (<http://www.im.dk/publikationer/takst/index.htm>)
- Sundhedsstyrelsen, "Landspatientregisteret gennem 25 år", 2003.
- Vallgåda, Signild, "The Danish Health Care Sector in a Historical Perspective", in Vallgåda, Signild, "The Rise, Heyday, and Incipient Decline of Specialization: Hospitals in Denmark, 1930 1990", in "International Journal of Health Services", Vol. 29, No.2, 1999. (英文)
- Vallgåda, S., Krasnik, A., Vrangbæk, S., "Health Care Systems in Transition: Denmark 2001", WHO Regional Office for Europe, 2001. (英文)
- Vallgåda S. og Krasnik A., "Sundhedstjenest og sundhedspolitik, En introduktion 3 udgave", 2002, Munksgaard, København.
- Vrangbæk, Karsten, "Ingeniørarbejde, hundeslagsmål eller hovedløs høne?", Magtudredningen og forfatteren, 2001.
- Willumsen, Hanne, "Folkeregistreringen 75 år i 1999", 1999.