

納得できるケアと透明な料金体系を目指して

多摩大学
真野俊樹

前提

- 理念と方向性の視点；マクロとミクロ
- 現実の視点（目的）：充実した医療提供体制の確立には適切な財務体制（財源のみではなく評価も）が必要

理念、世界の方向性から考える

マクロとミクロ

方向性

- 地域包括ケア
- グローバル化
- マネジメントの充実

日本型の提案

- 税金と社会保険料をうまくミックスさせる
- 開業医の役割: 各科の専門性とかかりつけ医機能
- 中小病院の役割

目指すべき方向性の論点：マクロ

- 税金型VS社会保険型
- 世界的に財源は税と社会保険の混合で似てきているが構造が違う：単一保険者なのかどうか重要
- 単一保険者は国家統制の恐れ：英国、韓国

税金と社会保険料をうまくミックスさせる

- 財源調整としてではなく。。。理念、目的に合った形で
- 高齢者の議論ばかりではなく勤労者や小児対策(というか充実)も重要な議論では

医療・介護に対する金銭的保障

- 税一普遍主義
- 社会保険一選別主義だが権利明確
- 民間保険一社会保障の枠から外れる(補完)

とすれば、それぞれに応じた仕組みがあってもいいのではないか。

財源の組み替えの例1

- 財源の組み替え：税と社会保険の混合ではなく
 - 小児、高齢者、生活保護-税(自己負担なし、あるいは定額)
 - 通常医療-社会保険(自己負担あり)

介護の位置づけは？

財源の組み替えの例2

- 急性期医療(たとえば1年以内): 保険
- 慢性期医療＋介護: 税金

評価体制の組み替え

- 慢性期医療と介護を一体化して社会保障として評価：オランダのように別の保険制度にするかどうかは別にして。。。中医協と介護保険給付分科会
- 高度医療は産業として評価する枠組みも導入

目指すべき方向性の論点2:ミクロ

- かかりつけ医(開業医)
- 中小病院

開業医の役割

- 開業医の役割: 各科の専門性とかかりつけ医機能
- 英国かかりつけ医でも各科専門性の模索

かかりつけ医への補助の考え方

- 診療報酬で行うと、患者負担に跳ね返る（自己負担の減とセットで行う方法もある）
- 法的な整理が必要だが、個人への補助（私有財産形成に寄与）英国では行われている

中小病院の役割

- 中小病院の役割: 在宅、外来、救急(高齢者)

現実の視点：充実した医療提供体制の確立には適切な財務体制（財源のみではなく評価も）が必要

わかりにくい価格設定

- 介護と医療の分断(介護給付費分科会と中医協)
- 複雑化する報酬制度(報酬によるあるいは数字目標でのインセンティブの限界)
- 包括化への動き(DPCあるいはDRGによる支払い方式が世界標準へ)

支払い方式の特徴

- 出来高払い
- 包括払い
- 人頭払い

出来高払い

- 長所
過少診療に陥らない、
- 短所
消費文明的、コスト抑制が難しい
医療者が金銭面を気にする場合がある(過剰診療)

人頭払い(予算性)

- 長所:

医療者がお金を気にしなくて医療に専念できる。
コスト抑制が容易

- 短所:

医療者の金銭的モチベーションが働かない
過少診療の可能性

かかりつけ医の構造

	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
イギリス	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

包括払い

- 出来高払いの長所短所、人頭払いの長所短所を緩和できる
- 人頭払いから見れば出来高払い、出来高払いから見れば「まるめ」

包括払いの種類

- 疾病ごと定額: DRG/PPS
- 1日定額: 入院基本料、日本での慢性期医療への支払い
- 両者のMIX: 日本のDPC制度による支払い

診療報酬の方向性

- 病院医療：包括払いへ
- プライマリケア：かかりつけ医の制度化の方向性だが支払いに関しては一定の方向みえない

診療報酬の新しい方向性

- **バンドルペイメント**: 米国、北欧で議論
急性期医療において一連のプロセスを包括で支払う。
- **人頭払い＋報酬性**: デンマーク、英国、オランダなどで導入
プライマリケアにおいて、人頭払いのデメリットを報酬制で緩和
- **機能による支払**: オランダの介護施設で導入: 介護系では施設と在宅の区別が減り、施設の類型が複雑化する傾向があるので、提供される機能で支払う。入居者は家賃を支払う。

まとめ

- つぎはぎの限界
- 改革は理念と現実(充実した医療提供体制の確立には適切な財務体制)に基づいて
- まず評価体制と診療報酬の新しい方向性の議論からではないか。