

医療史第13回

戦後の医学、医療と病院(1)

第13回
「医学の歴史」
(ルチャーノ・ステルペローネ)も
参照ください

現代の医療の提供方法

- 税方式：イギリス、カナダ
- 社会保険方式：日本、フランス、ドイツ、オランダ
- 民間保険：アメリカ
(メディケア、メディケイド、国民皆保険へ)



各国保険制度

ゲートキーパー

- 家庭医受診：フランス、ドイツ、日本、スウェーデンは自由。イギリスは登録制
- 病院受診：フランス（自由）、ドイツ（紹介）、日本（自由）、スウェーデン（自由だが事実上紹介）、イギリス（紹介）、アメリカ（マネージドケアでは紹介）

	フランス	ドイツ	日本	スウェーデン	英国	米国
家庭医へのアクセス	自由	自由	自由	自由	登録制	
病院へのアクセス	自由	紹介	自由	自由	紹介	
家庭医への診療報酬支払	出来高払い	上限付き出来高払い	出来高払いと一部丸め	出来高払い	人頭払い	出来高払いなど
病院への診療報酬支払	公病院： 予算制 私病院： 日額制	DRG	出来高払いと一部丸め DPC	予算制	予算制	DRGなど

診療報酬支払制度とアクセス

診療報酬

- 家庭医：
 - フランス(出来高)、ドイツ(上限付き出来高)、日本(出来高と一部丸め)、スウェーデン(出来高)、イギリス(人頭払)、アメリカ(出来高など)
- 病院：
 - フランス(公的:予算制、私的:日額制)、ドイツ(DRG)、日本(出来高とDPC)、スウェーデン(予算制)、アメリカ(DRGなど)
- DRG／PPS(疾患ごとにいくら)
- DPC(疾患ごとに日額いくら)
- 診療報酬の決定:中医協とロビー活動

患者・保険者・医療機関

- 普通の売買：売り手と買い手
- 保健診療：
 - 患者（買い手）
 - 医療機関（売り手）
 - 保険者（支払い）

買い手である患者が支払者となっていない
(一部負担金を患者は支払うのみ)

価格の決定

- 普通の価格決定：市場原理では売り手と買い手が値段交渉で価格が決まる。
- 保険診療：売り手も買い手も価格を決定できない（公定価格で国家が価格を決定）

患者負担 < 医療機関収入

- 患者の自己負担率：最高でも3割
 - 10,000円の医療を購入するのに、患者負担は最高でも3,000円
 - 患者の支払額が低いため、大量の購入を求める。
(値段に応じた購入量の決定ができない)

保険者の存在

- 公的保険：人々の公平を保つ
 - 保険料はリスクに応じて変わることがない
 - すべての住民をカバーすることが多い
- 私的保険：会社の利潤の追求が存在
 - リスクの応じた保険料の設定
 - 逆選択

需要 > 供給 (モラルハザード)

- 保険診療がある限り、医療者の不足は免れない
 - 需要と供給のギャップは価格によって調整されないため
 - 医師需要仮説は現在は？
 - 医療費の高騰は、技術革新によるところが大きい

戦後の医学・病院(1)のまとめ

- 各国における医療制度の整備
- 福祉社会とその弊害
 - モラルハザード
 - 医療福祉予算の膨張
 - 医療費削減への動き
 - 市場の失敗