



北海道医報に「地域医療崩壊」をテーマとして、全道各地からの報告がシリーズで掲載されている。いずれも大変興味深い論旨であった。医療を経済学の観点から眺めることも大切ではないかと考えている。「医療経済学」を本格的に勉強したことはないが、諸兄からのご批判を覚悟の上で素人の意見を書いてみることにする。

医療経済学とは需要（患者）と供給（病院）の関係であり、この関係をつなぐものが価格（医療費用＝診療報酬）であることは、一般的な経済の原則と同様である。「フリーアクセス」と「フリーネットワーク」としての「高額療養費制度」

「医療経済学」

情報広報部副部長

前川 勲

などを持つている「国民皆保険制度」に支えられている。診療の対価は、国家予算（公助）、健康保険（共助）、受益者負担（自助）で維持されており、医療の原資は、国（中医協）によって決定されている「診療報酬」である。医療そのものは、公共サービスとして側面を持つているために供給側に参入規制、応召義務、非営利など多くの規制がある。

現在の北海道の医療状況を俯瞰すれば一部の地域を除いて「需要過多＝供給不足」である。通常の市場の原則に従えば「価格」というファクターが変動することにより需要と供給のバランスが適正化することになるが、医

療にあつては価格である「診療報酬」が一定に制限されている「準市場」であり、この機能が作動しにくい。とすれば需供バランスを取るためには「総供給」を増やすか「総需要」を減らすことが解決策となる。

まず総供給を増やすためには「医療側の数的増加＝医師数の増加」が第一に考えられるが、これ以外に「独立財である医者の仕事量を代替する＝業務を他職種へ委譲する」あるいは供給財の公平化のために「配置を規制する＝機能分担を進める」などの施策が考えられる。「価格＝診療報酬」を増やすという方法もあるが、これには賃金の下方硬直性（一度アップさせた報酬をダウンさせ難い）に十分な配慮が求められることになる。

一方、総需要を抑制するためには需要の発生の不確実性（病気になることが予測し難い）、情報の非対称性（予防医学の推進）が課題となる。また「受診抑制＝コンビニ受診」受診時の自己負担増などが考えられる。しかし今後高齢社会、医療技術の進歩など総需要の増加が避けられないことを考えると、総需要の抑制策は現実的ではなく、総供給を増加させる施策を考えることが妥当であろう。

次に経済の原則である「価格＝診療報酬」の問題を考えてみたい。これは医療行為の経済的評価であり「医療政策」の基本的な考え方である。限られた国家予算、増加し続ける福祉予算の中で「公助」としての税金を医療費用に歯止めなく投入することは困難である。

医療の価格は、医療機関の経営を全体として補填（物価・賃金スライド方式）すること、医療技術の相対的評価（自然増を含む）の体系維持という2つの側面を持つていて、本来的にはこの異なった評価は別個に算定されるべきであるが、日本では1958年以来、固定化した単価として取り扱われていることは極めて不自然である。特に日本の診療報酬は、医療の役割（機能）分担が考慮されていないことを問題視する意見が多い。

欧米では、家庭医と専門医、外来機能と入院機能が別個に評価されている。すなわちホスピタルファイとドクターファイを区別するという診療報酬が設定されている。この考え方は医療の歴史的な経緯に深く関係しており、いわば「医療制度のお国柄」でもある。

将来ますます医療のグローバル化（診療デバイス・薬剤など）が進むであろう。また先進医療の普遍化などによって「医療の総需要」が高まることはあっても減少するとは考え難い。今後「総供給サイドである診療側」は一物一価にこだわらず、それぞれの役割に応じたEBM、P4P、費用対効果（B/C）などの条件が勘案された診療報酬を主張するべきである。「医療の価格」の決定には、基本的な「決定の論理」を粗上にあげ、現在中医協による決定の手順を改める必要があると感じている。医療崩壊にある現状を変革するためにも、供給側と需要側の両者が納得する新しい価格＝診療報酬体制を考えることが肝要である。

「限られた医療資源が適切に配分される」と、すなわち「出来るだけ多くの患者に、出来るだけ高い質の医療を提供する」という視点（牛越博文著、医療経済学入門）でことが論じられることを期待したい。