

参 考 资 料

参考資料について

「12. スウェーデンの社会保障に関する資料」は、奥村芳孝氏（著書に、『スウェーデンの高齢者・障害者ケア入門』筒井書房（2005年）、『新スウェーデンの高齢者福祉最前線』筒井書房（2000年）など。）が翻訳した。

「13. ドイツの社会保障に関する講演資料」は、2006年10月5日(木)に開催した「医療供給体制に関する日独ワークショップ」の資料の一部である。

「14. ドイツ社会法典第5編邦訳」は、菌部順一氏が翻訳した。掲載部分については、以下の点に留意されたい。

「公的疾病保険における競争を強化するための法律」（Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung）（略して「公的疾病保険競争強化法」（GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz））は、2007年2月2日にドイツ連邦議会を通過し、同年2月16日に連邦参議院で可決、成立した。そのうち、2007年4月1日に施行される条文以外に、2008年1月1日に施行される条文、2008年7月1日に施行される条文、2009年1月1日に施行される条文等があり、法律の内容はこれら全ての改正が施行された後のものとなっている。なお、2007年4月1日に施行される条文以外については、条文中に括弧書きで（例えば、「2008年1月1日施行」）施行日を記載した。

統合された在宅ケア (Sammanhållen hemvård(SOU 2004:68)) (困い込み記事)

第3章 統合された在宅ケア責任

試案の目的

個人は在宅において、安心と継続性を保証された良質のケアと介護を受けることができなければならない。社会的および医療的援助を合わせた個人の必要性は満たされなければならない。ハビリ、リハビリ、補助器具および一部の消耗品を含めて市と県における社会的および医療的援助について、長期的に安定した責任分担の基本構造が存在しなければならない。明確な責任分担は、市と県が地域の事情に応じてケアと介護の組織を適応させることを妨げるものではない。統合されたケアと介護の必要性がありまたはその必要性が早く変化する高齢者や他の人のために、市と県はケアと介護において協力しなければならない。

統合された在宅ケアの市の責任

- 試案**
- 市は統合された在宅ケアにおいて、リハビリと補助器具を含む社会的および医療的援助を合わせた責任を持たなければならない。
- 市は在宅と特別な住居における保健医療の責任を持たなければならない。(保健医療法第 18 条第1段落)
 - 社会サービスとしてショートステイが導入される。(社会サービス法第3章第6条)
 - 市は社会サービス法によってデイケアとショートステイにおける保健医療、さらに一部の機能障害者のための援助とサービス法により在宅外でのデイケアとショートステイの責任を持たなければならない。(保健医療法第 18 条第2段落)
 - 責任はハビリ、リハビリ、補助器具および一部の消耗品も含む。(保健医療法第 18 条 b および c)
 - 市の責任は、医師による業務、病院の医療的および技術的資源あるいは他の特別な資格を必要とする保健医療は含まない。(保健医療法第 18 条第3段落)
 - 市からの依頼に基づいて医薬品を無料にて提供する県の権限はショートステイにも適用される。(保健医療法第 18 条第3段落)
 - 責任は滞在市にある。特例として他の市の費用責任の規定が導入される。(保健医療法第 19 条)

在宅ケアにおける医師の責任

- 試案**
- 県は依然として責任主体で、在宅ケアにおける医師の財政責任を持つ。
- 県は在宅ケアにおける医師の資源を配分しなければならない。援助は患者の継続性と安全性の必要が満たされ、また定まった医師を選ぶ可能性があるものでなければならない。(保健医療法第 26 条 c 第1段落)
 - 医師の参加の時間の量と形態について、県と市は毎年契約を結ばなければならない。(保健医療法第 26 条 c 第2段落)
 - もし県が契約によって市のために医師の時間を配分するという義務を満たし得ないのであれば、市は県の支払い責任下において医師を利用、その医師業務を配分する権限を有する。(保健医療法第 26 条 c 第3段落)
 - 市の医療責任看護師は、市が依頼する医師業務が良質のケアの必要性が満たされるよう配分、利用される責任を負う。(保健医療法第 24 条第1段落)
 - 政府あるいは政府の同意を得た社会庁は、継続性と安全性について庁令を作成することができる。(保健医療法第 26 条 c 第4段落)

- 社会庁は、在宅において個人が良質の保健医療を得られるよう、在宅ケアにおける医師の参加が發展するようフォロー、評価する任務を与えられる。

判断

- 政府は専門医の見直しにおいて老年科医の役割を取り上げ、老年科と一般内科の協力について考慮を払うべきである。
- 県は、患者が地区診療所を訪問することに比べて医師の家庭訪問が不公平にならないように財政的補償体系を作るべきである。

県と市の協力

試案

- 県と市の協力は発展されなければならない。
- 県と市は、専門医療、県のプライマリケアおよび市の訪問看護からの統合された援助を必要とする患者のケアと介護について協力しなければならない。(保健医療法第 26 条 d)
- 県と市は、それぞれが自己負担するという条件においてお互いの業務に参加する権限を与えられる。(保健医療法第 26 条 e)
- ケアと介護の必要性がどこに存在するかかわらず、個人あるいはその合意に基づいてケア/介護計画が作成されなければならない。ケア/介護計画が作成される際には、市は調整/コンタクトマンを指名しなければならない。(社会サービス法第 11 章第 4 条 a および保健医療法第 26 条 f)

判断

- 計画されている患者カルテ法の見直しにおいて、一人の患者のすべてのケアと介護における共通したカルテの可能性も考慮するべきである。

研究開発

判断

- 研究審議会およびその他の関係する研究財団は、統合されたケアと介護の必要性があり、またはその必要性が早く変化する高齢者およびその他の人のための研究を優先し、プログラム援助を行うべきである。
- 高齢者分野における地方の研究センターの長期的な財政は、政府と責任主体との交渉の際に扱われるべきである。
- 社会庁と責任主体は、組織を超えてケアと介護のフォロー、評価を長期的に發展させられる可能性について協力するべきである。
- 補助器具研究所は、補助器具についての重要な数字および比較ができるような統計を開発する指示を与えられるべきである。

第5章 ケアと介護 - 事実背景

在宅ケアは3つの法律によって規定されている (要約)

1. 在宅ケアとは何か

我々は、在宅ケアとはいろいろな状況において本人が家庭あるいはその他の住居において必要とされる統合された医療的、リハビリのおよび社会的援助を意味する。我々の試案によれば、これらの責任は市にある。特例は、個人の家庭あるいはその他の住居において県が責任を持って医師によって行われる援助である。在宅ケアには、病院付属の訪問看護あるいはプライマリケア外の外来ケアにおける種々の専門医療は含まれない。

プライマリケアは、保健医療法第5条によると病氣、年齢、患者の種類にかかわらず、病院の医療、技術およびその他の特別な専門を必要としない基本的な治療行為、看護、予防的処置およびリハビリなどを住民に対して行う外来ケアの一部である。プライマリケアは、このためケアレベルであって組織形態ではない。(脚注: この報告書における在宅ケアとは、ホームヘルプ、訪問看護、デイケアおよびショートステイをさす)

2. 保健医療法、社会サービス法、LSS法の基本的違い

人々のケアの必要は社会的および医療的援助を統合して決定されなければならないが、保健医療法、社会サービス法、LSS 法はいくつかの点で異なり、構造が異なる2つあるいは3つの法律によって援助が決

定されることもある。社会サービス法とLSS法は時に4点において保健医療法と異なっている。それは調査、決定、決定の訂正および監査である。

障害者のケアも同様。社会サービス法の調査は個人がどのような物質的および個人的必要性を持つていて、これが社会サービス法あるいはLSS法による援助によって満たせるかという点を調べるものである。保健医療法における調査は個人の身体的、精神的状況から個人の病気を治療、改善あるいは和らげるためにどのような方法があるかという点を調べるものである。

社会サービス法第1条第2項によれば、決定者が常に法律事項を引用しなくても社会サービス法第4章第1条第2項による援助として決定される。同様な規定はLSS法第7条である。社会サービス法あるいはLSS法による決定は行政決定である。もし本人がその決定、あるいは却下に不満足であるならば不服訴訟を起すことができる。

保健医療の援助における決定は普通の意味における決定ではなく、医師などの専門職がどのようなケア、治療を与えるかという判断である。この判断は行政決定ではなく、個人によって不服訴訟を起すことはできない。しかしながら、本人あるいは親族が後日、専門者の決定が間違っていたらあるいは職務遂行に関して怠慢であったかどうかを審査してもらうことはできる。

社会サービスと保健医療との監査は、特に社会庁および保健医療責任委員会が職員に対する介入の方法で可能性の違いがある。社会サービスにおいてはこの可能性はない。決定に介入、変更あるいは他の方法で間違いを正すことも、社会サービスと保健医療では異なる。

社会サービス法

社会援助の調査

社会サービス法第4章第1条あるいは第2条による援助の決定の前に調査がされなければならない。社会サービス法第11章第1条において、「社会福祉委員会は、申請あるいはその他の方法により委員会が知るところとなり委員会からの何らかの対応が必要である事項については遅滞なく調査を始めなければならない」と定められ、児童についてはどのようなように調査がされなければならないかということについて特別規定があるもの、それ以外には定められてはいない。

旧社会サービス法の説明文章の中には、社会サービスの援助と他の機関による援助を調整することの意義が記載されている。その他社会サービス法の調査以外にも行政法において、行政機関の調査における規則が適用される。市の社会サービスは部分的には、地方自治法による処理の適用を受ける。

社会サービス法第4章第1条および2条による援助決定

社会サービス法による援助決定は、第4章第1条あるいは第2条によって行われる。

「もしニーズが自らあるいは他の方法によって満たすことができない者は、生計(生計援助)および生活その他のための援助を、社会委員会より受け取る権利を有する。個人は援助によって適切な生活水準を確保されなければならない。援助は本人の自立した生活を強化するように行われなければならない」(第4章1条)

第1条による決定は、どのような形で援助かということの規定してはいない。生計援助は原則として現金で、いくつかの補完規則が存在する。ホームヘルプ、特別な住居、デイケア、種々の治療、里親などの援助に関しては、4条には詳細には規定されていない。

第4章第2条において第1条によるもの以外の援助を市が与えることができるという権限が明記されている。第4章第1条による援助の権利がないと判断されても、個人に対して第2条による援助を与えることができる。第4章第2条は一般的な援助に使うことはできない。必ず必要性の審査がされる。さらに地方自治法の公平の原則が満たされなければならない。さらに市の権限に相反する援助などは与えることはできない。地方自治法第2条第1条において、市や県の業務は他の市、県あるいは国のみによって行われない業務のみに限られており、特例も存在し、その例は「ケア/介護分野における共通の委員会に関する法律」による共通決定されている。特例も存在し、その例は「ケア/介護分野における共通の委員会に関する法律」による共通決定されている。特例も存在し、その例は「ケア/介護分野における共通の委員会に関する法律」による共通決定されている。

援助決定の不服

社会サービス法第4章第1条による援助決定は行政決定で、県行政裁判所に不服訴訟を起すことでできる。もし市が正式に第4章第2条によって決定したならば、第4章第1条は却下ということであり、これを不服訴訟することができ、県行政裁判所は市の決定を変更、新しく決定することができ、もし裁判所が法的に有効になったから決定が実行されるという決定をしない限りは、裁判所の決定はすぐに実行される。裁判所の決定が法的に有効になるには3週間以内の上訴されなければならない場合である。これらの決定はさらに高等行政裁判所および最高行政裁判所に上訴されることができる。

社会サービスの監査

社会庁は社会サービスにおける全般的監査責任を負っている。直接の監査は県行政庁によって行われ、その役割は社会サービス法第13章第2条および3条に書かれている。県行政庁は業務を監査し、場合に

よっては市あるいは民間団体に改善指示を出すことができる。問題が重大であり、指示に従わなければ県行政庁は業務の活動を中止させることができる。

市は行政裁判の決定に従わなければならない。もし市が妥当な期間内に決定を実行しなかった場合は、最低1万クローナ、最高100万クローナの特別な料金を払わなければならない。その代わり、社会庁あるいは県行政庁は間違った行為をしたあるいは怠慢な職員を雇用主あるいは検察に連絡する以外に、職員に対する介入する権利を与えられていない。

保健医療法

医療援助の調査

保健医療分野においてはいつどのようにして調査をするかという特別な規定は存在しない。しかし患者カルテ法第3条には、カルテはケアの背景となる重要な情報を含まなければならないと定めている。多くのカルテには含むべき情報は、ケア組織を訪問した原因の記述である。これは普通、治療方法の選択の基礎となるもので、正しいケアと治療を行うためにたとえば社会サービスなどの他の機関とのコンタクトなどを含むことが、連続したケア/介護などの決定をする基本となるものである。

保健医療における判断

保健医療における判断は、ある種の権利状況あるいは問題についての行政の考えではなく、助言あるいはある種のケアあるいは治療についての提供である。患者の調査の後には専門者がたどり着く助言あるいは提供は「決定」という言葉を使うのは適当ではない。保健医療におけるケア供給者および保健医療職員の責任は、保健医療法と保健医療分野における職務法による。

県と市(責任主体)

県と市(責任主体)は自己責任によって保健医療を運営しなければならない。保健医療とは、保健医療第1条によって傷病を医療的予防、調査、治療することをさしている。保健医療には、また患者の運送(県の責任)および亡くなった人の世話も含む。歯科は特別な規則があり、保健医療法には歯科は含まれないが、職務法には含まれる。

医療の責任主体(県と市)は個人に対して良質の保健医療を提供しなければならない。県は、市の責任以外に住民の保健医療に関して全体的責任を負う。患者がどのような保健医療が必要であるかという個人的判断は保健医療に従事している専門者によってなされる。保健医療に従事している医師やその他の職員の責任に関しては職務法に述べられている。誰が保健医療職員に含まれるかというのは、職務法第1条に述べられている。

重要な規則が職務法第2章第5条に述べられていて、保健医療職員に属するそれぞれの個人は、それそれとその職務について責任を負うということである。ある行為をすることを指示されても、常に本人がそれに対する責任を負う。

医療的判断の訂正

医師やその他の職員によってなされた、どのようなケアおよび治療が必要かという判断は不服申請を行うことはできない。患者は、原則的には保健医療における他の専門家から他の判断を仰ぐことはできる。

しかしながら後日、本人あるいは親族がケアあるいは治療の担当だった職務者が間違っていたらあるいは怠慢だったかということ審査してもらうことはできる。患者あるいは親族は、保健医療責任委員会に直接訴えることができ、ケアおよび治療が等間と十分な経験に基づいていないかあるいは職務者が、たとえ必要ならばケアおよび治療を提供しなかったことにより間違っていたらあるいは怠慢であったかということ訴えることができる。これは社会庁に訴えることもでき、その場合には社会庁が調査をして、それを保健医療責任委員会に送るかどうかが決定する。保健医療責任委員会の決定は、県行政裁判所に不服申請することができる。

保健医療の監査

保健医療の監査に関しては、県行政庁はどの役割も担っていない。職務法第6章第1条には、「保健医療およびその職員は社会庁の監査下の置かれる」と書かれている。

3. ケア計画

日常業務において、何が社会サービス法あるいはLSS法による援助か保健医療援助かは明確ではない。個人にとっては、援助に不満足であるならばどのような形で変更されることができるかは、援助がどの法律によっているものかによって大きく異なってくる。

保健医療では保健医療法第3条bおよび18条bに、ハビリ、リハビリ、補助器具の貸与に関しては本人とともに計画することが定められている。

社会サービスにおいては、第11章第3条において児童の場合の計画が定められている。市の支払い責任法では第10条bにおいて、患者が県の病院から退院し、市の社会サービス、県のケア、精神科外来などが必要な場合、ケア計画がされなければならないことが定められている。

身体的病院ケアにおいて医療的に治療が終了した患者 (Medicinski färdigbehandlade patienter inom sluten somatisk sjukhusvård)

2002年5月22日

報告書の内容については県連合会の以下の者によって与えられる。
Ulif Engström tel. 08-4527725
Inger Lundkvist tel. 08-4527698

背景

1992年1月1日、身体的病院ケアにおいて市の保健医療を待っている医療的に治療が終了した患者に対する市の支払い責任が導入された。県連合会は1989年以降、治療が終了した患者の変化をフォローしている。医療的に治療が終了した調査は1994年までは毎年、以降は1996年、1999年に行われた。(記者注: 不正確な記述である。市の支払い責任の対象は、身体的ケアだけに限定すると、患者が県の病院から退院し、市の社会サービス保健医療などが必要な患者で、市の保健医療を待っている患者のみではない)

医療的に治療が終了した患者の新しい調査は2002年5月22日に、社会庁と市連合会との協力の下に行われた。この調査は他の科において続けてケアを待っている患者は含まれていない。以前の調査においては、これらの患者も医療的に治療が終了した患者の総数に含まれていた。

質問個々の未回答率は多くの場合、数百パーセントである。未回答が3%を越えているのは2つの質問事項である。ひとつは退院ができなかった理由(9%)、他のひとつは患者は次にどのようなケアを待っているか(4%)である。

果レベルのコメントについては、1999年から2002年の医療的に治療が終了した患者の人数の変化のみ文章で行われる。医療的に治療が終了した患者数は少ない。2002年の調査に置いては、多くの県では30人以下であった。県ごとの数字は別表にある。

医療的に治療が終了した患者の人数

2002年5月22日、病院の身体的ケアに1329名の医療的に治療が終了した患者がいた。このうち1235名(93%)は市の保健医療を待っていて、県の外来ケアを待っている人は37名であった。57名に関しては退院後のケアの必要性は不明である。

今回の調査は病院の他の科でのケアを待っている人は含まれていないので、時系的変化を見ることができるのは市の保健医療を待っている患者のみである。1992年から2002年についてのこの比較は図1にて行われる。

図 1 病院の身体的ケアで市の保健医療を待っている医療的に治療が終了した患者数 1992-2002

と介護を提供するために必要とされる情報伝達を不可能にすることなく、個人の尊厳への権利が保障される。

ケア計画が、継続した医療のために市が支払い責任を持つ基礎となるために、両者にどのような義務が課せられるか明確化されなければならない。両連合の試案は、部分的には社会庁の庁令およびガイドラインに比べて厳しくなっている。病院におけるケア計画を招集する責任を負っている。ケア計画は遅くとも招集の次の日に始められ、市および県からの援助の必要、どの機関に必要情報を行うかについてを明確化しなければならない。退院の前日には、ケア計画に従って続けてケアと介護をおこなう機関に退院連絡と呼ばれる連絡が行われなければならない。退院後のケアを行う機関に必要な情報を連絡しなければならない。政府はこのモデルに同意する。この場合、情報連絡のための明確な手順が作成されることは重要である。日常の業務に置いては患者のケアチームの異なる参加者がケア計画を行い、ケア計画の招集を行っている。たとえばケア計画を招集する担当医の責任などが権限委譲される場合には、たとえば責任を持つ看護師あるいは他の職の人にどのようなようにして権限委譲されるかの明確な手順が存在しなければならない。

病院精神科ケア患者の市の支払い責任

病院精神科ケア患者の場合、現在では続けて3ヶ月以上病院にてケアされた患者の場合のみ市には支払い責任がある。病院でのケアが最低3ヶ月続かなければならないと言っていることは、現実には支払い責任は、精神科強制ケア法(1991:1128)および司法精神科ケア(1991:1129)の患者のみになっている。再訪問する患者あるいは新しく病気になる患者の場合は、精神科におけるケアの期間が多くなる場合3ヶ月を超えることはないで、市の支払い責任の対象ではない。病院精神科ケア患者の患者に対する市の支払い責任が導入されて以来、精神科における入院日数および市の精神障害者に対する援助形態の乗違も大きく変わった。政府は、市連合会および県連合会と同様に精神科ケアにおける特例の存在理由は見いだせない。市が続けてケアのために支払い責任を負うまで、患者が病院の精神科においてある期間看護をされている必要性はない。

両連合会の試案は、病院精神科から退院する患者の場合は、ケア計画招集から30日(つまり病院からの他の場合より長い)たたなければ支払い責任が生じないというものである。責任主体は、精神患者の統合した必要に合った住居を提供するための調査、計画する十分な時間を必要とする。

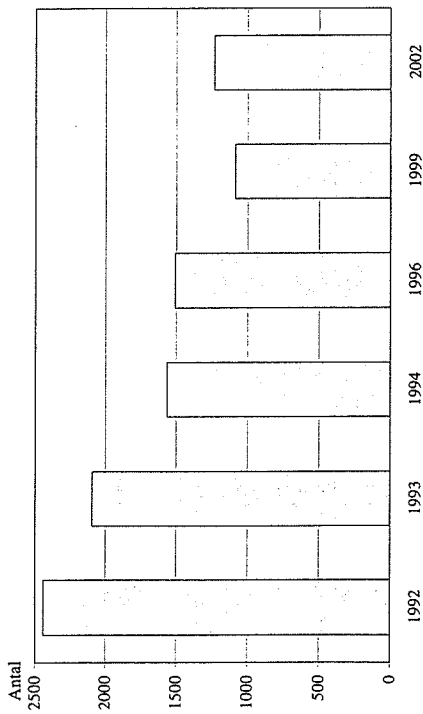
これらの違いはたとえば社会庁から批判された。政府は、精神科ケアの支払い責任もできるだけ身体的ケアと同様にすべきであると考えた。方向性は、公的にフィナンシングされているケアと介護は明確で均一的な規則によって作られることである。精神科ケアの患者と身体的ケアのために特別な住居や他の援助を得るための条件は異なる。精神科ケアの患者の場合は身体的ケアの患者の場合よりも、現実的で実現可能な計画を行うことは困難であることもあり得る。政府の考えとして、支払い責任が生じる日には自分の間異なるべきである。

責任主体に対する影響

保健医療の一部の部門における加重負担は、その部門に置いて小さすぎるといえるのではない。多くの場合一部の問題点が、他の部門での加重負担となって現れる。この典型的な例は、支払い責任法が解決しようとした状況である。エーデル改革および市のケア介護組織の拡充の前は、病院の病床は病院の専門的医療と状態として患者によって占められていた。急性期病院での入院期間が1年以上というも存在した。これは患者が悪い環境の中に長く滞在しないといけないということである。市の支払い責任は介護組織を拡充するための財政的原動力を作るために導入された。その時期に存在した特に急性期病院における長期の滞在は現在ではなくなつた。

保健医療の発展国家行動計画(prop 1999/2000:149)と同時に県と市のプライマリケアの強化が実施された(第4章を見よ)。これらの強化を通して、プライマリケアの責務と資源のアンバランスは少なくとも減るであろう。行動計画の一般的な目的は保健医療全体としてよい効果と及ぼすことで、つまりプライマリケアと専門医療および病院外では協力を通じてケアの質およびアクセスの改善のためのよい条件を作り出すことである。

支払い責任法の変更およびプライマリケアの強化を通じて、責任主体はケアと介護の質を上げるための条件を作り出す資源をよりよく使えるであろう。政府は、試案が責任主体および社会全体に対して経済的および質的により結果をもたらすものと判断している。



1992年の調査時においては病院の身体的ケアでおおよそ2500名の医療的に治療が終了した患者が市の保健医療を待っていた。医療的に治療が終了した患者は1999年までのすべての調査時において減少した。なお1994年から1996年までの減少は微々たるものである。全体的には、1992年から1999年までに市の保健医療を待っている医療的に治療が終了した患者は半減した。

今回行われた調査によれば、1992年に支払い責任法が導入されて以来、医療的に治療が終了した患者は初めて増加した。市の保健医療を待っている患者は1999年から2002年まで1089人から13%増えて1235人になった。

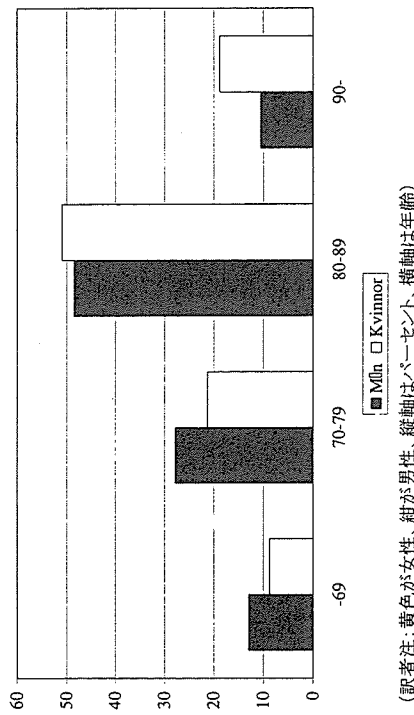
増加は西ヨータ県(+89名)、スコーネ県(+48)の2つのレジオンとホルムランド県(+36)で顕著である。ストックホルム県においては、増加はわずか6名である。9つの県においては医療的に治療が終了した患者は減少した。総数では、ヨーンショーピング県の減少が最大である(-20名)。

医療的に治療が終了した患者数合計(1329)は、2002年5月22日身体的ケアで入院しているすべての患者の6.7%に当たる。過去の比較は、上記に述べたように市の保健医療を待っている患者のみ可能である。これらの患者の1992年には7.9%、1999年5.0%、2002年6.2%であった。

年齢と男女別

図2において、2002年5月における医療的に治療が終了した患者の男女が年齢別に分析されている。女性は全体の59%である。

図2 2002年5月22日医療的に治療が終了した患者の年齢



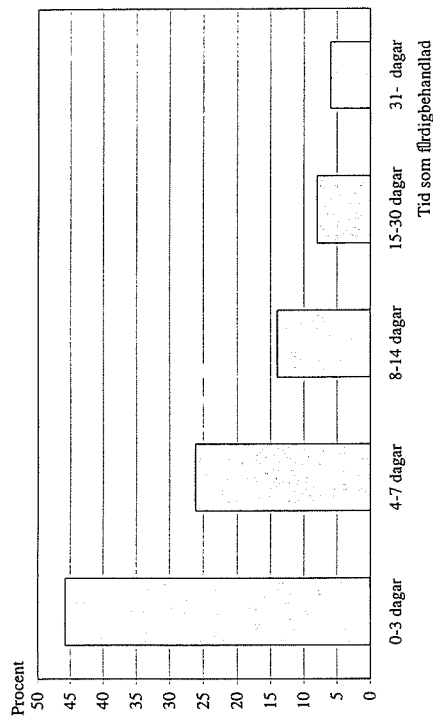
(訳者注：黄色が女性、紺が男性、縦軸はパーセント、横軸は年齢)

患者の半分は80-89歳である。この年齢層における女性の割合は男性よりも若干高い。男女により差異は90歳以上ではさらに大きい。このグループは女性の19%であるが、男性の場合はわずか11%である。

医療的に治療が終了した期間

図3において、2002年5月22日の調査時において患者がどれくらいの期間医療的に治療が終了したかを尋ねている。患者の半分が(46%)最高3日である。約4分の1(28%)が1週間以上続いてケアを待っている。6%は1ヶ月以上待っている。医療的に治療が終了していた期間の平均値は9.1日でメジアンは5日である。

図 3 2002 年 5 月 22 日現在、患者が医療的に治療が終了した期間



(訳者注:縦軸はパーセント、横軸は日数)

図においては、1ヶ月以上待っている患者の割合は男女間の差異はほとんどないので男女別の分類は行われていない。1ヶ月以上待っている患者に関しては男性患者の8%、女性患者の4%が含まれている。

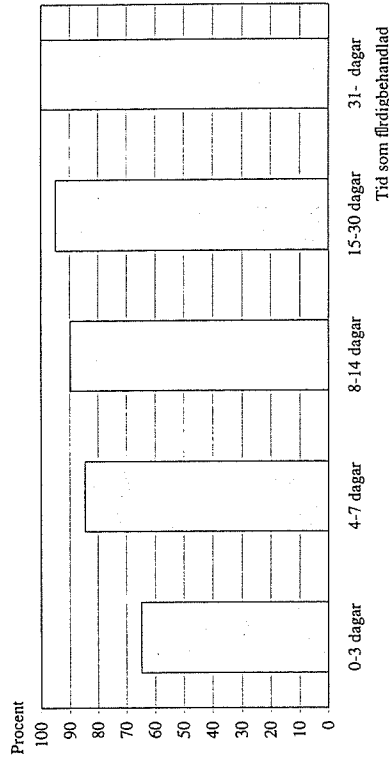
年齢別にどれくらい期間医療的に治療が終了したかについては図表に示していない。図3に比較していくつかのコメントがある。特に若い高齢者と後期高齢者が図に比べて異なっている。70歳より若い高齢者では1ヶ月以上待っている割合が一番大きく11%になるが、90歳以上の高齢者では最高3日待っている患者が一番低い(39%)。

1999年から2002年までの間、治療が終了して待っている期間が短くなっているというのは、市の保健医療を待っている患者の比較である。これらの患者が治療が終了して1週間以上待っている割合は、33%から29%に減少した。

共通のケア計画

医療的に治療が終了した患者の約4分の3(78%)が共通のケア計画が作成されていた。図4は、医療的に治療が終了して待っていた期間が長くなるに応じて共通のケア計画が作成されている割合は高くなっている。図は市の保健医療を待っている患者の場合である。

図 4 2002 年 5 月 22 日現在、医療的に治療が終了していた日数別で共通のケア計画が作成された割合、市の保健医療を待っている患者

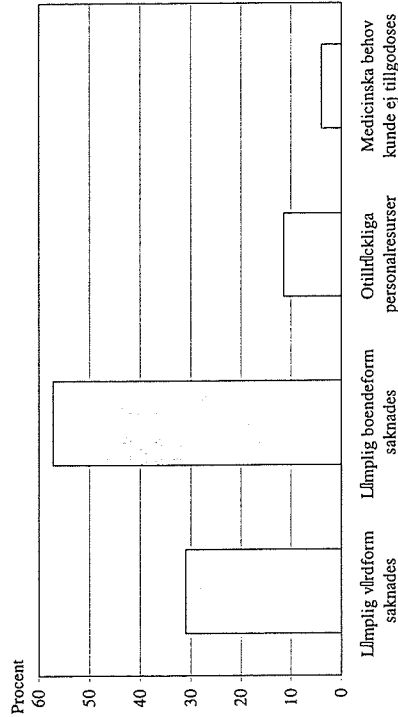


待機日時が最高3日の患者の場合、患者の65%が共通のケア計画が作成されていた。これは1999年度の調査に比べて56%の増加である。待機日時が4日から7日の場合、共通のケア計画が作成されている割合は85%で、1ヶ月以上待っている患者の場合は全員がケア計画を持っていた。

退院ができなかった理由

図5において、医療的に治療が終了した患者の退院ができなかった理由が示されている。これは一番無回答が多かった質問である。患者の10%において回答が示されていない。また患者の3%において複数の回答があった。

図 5 2002 年 5 月 22 日、医療的に治療が終了した患者が退院できなかった理由



(訳者注:横軸左より、適当なケア形態がない、適当な住居形態がない、職員資源の不足、医療的必要性が満たされない)

退院ができない一般的な理由は適当な住居形態が見つからないというもので、返答の57%に当たる。適当なケア形態がないが31%、職費資源の不足が12%、医療的な必要性が満たされないが4%である。詳細に見れば、退院を待っている期間が長くなるにつれて適当な住居形態がないという割合が増えている。最高3日間の待機日の場合49%、1ヶ月以上待っている場合76%である。

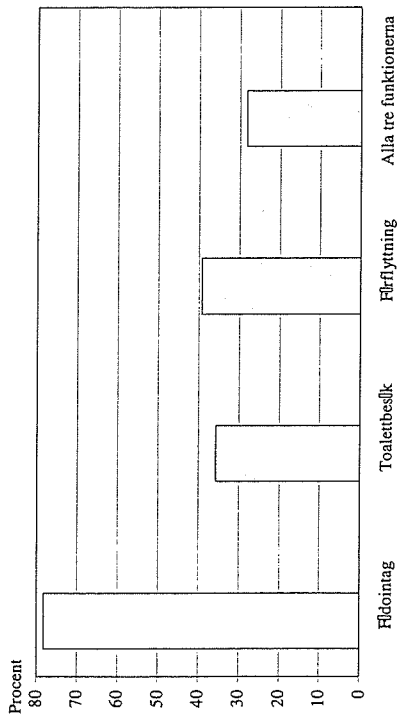
県の外来ケアを待っている人37名の内、適当なケア形態がない(16名)、次には適当な住居形態がない(7名)で、8名に関しては理由が明示されていない。

患者の介助の必要性

図16は医療的に治療が終了した患者がどの程度の3つの機能、食事摂取、トイレ失禁、移動を行えるかを示したものである。

患者の78%が一人で食事ができる/ほとんどできる。しかしより少ない患者が一人でトイレを使い(36%)そして39%が一人で移動できる。約4分の1がすべての機能を一人であるいはほとんど一人でできる。

図17 医療的に治療が終了した患者の中で、異なった機能をすべて一人あるいはほとんど一人でできる割合。2002年5月22日



(訳者注: 食事摂取、トイレ、移動、すべての3つの機能)

表1においては、患者がどれくらい退院を待っているかによってどの程度異なった機能ができるかを表している。

表1 医療的に治療が終了した患者の退院待機日数による異なった機能の可能性(%)、2002年5月22日

一人でできる/ほとんどできる	患者の退院待機日数 (日)				
	0-3	4-7	8-14	15-30	31-合計
食事摂取	81	78	74	77	70
トイレ	41	35	31	33	24
移動	42	37	38	41	35

3つすべての機能	31	27	25	28	23	28
----------	----	----	----	----	----	----

表は、日数が一番短い(0-3日)患者ほど自分でできる割合は例外なく一番高い。長い期間待機している患者(31日以上)は、3つそれぞれの機能において自分でできる割合が低い。

3つの機能はそれぞれ点数が付けられ、3から10の指数が与えられる。高い点数ほど介助が必要である。平均点は5.0である。最低の平均点は3日まで待機していた患者で、4.8である。他方1ヶ月以上待機していた患者の平均点が最高で5.5になる。

(訳者注: いくつかのコメントを、良く引用される県連合会の統計(たとえば世界の社会福祉スウェーデン88頁、旬報社)は1991年から1996年までの数字で、社会庁の報告書に引用されている。この数字の中には例えば外科での治療が終わって老年科に移されるべき患者も含む。一方、今回翻訳した報告書は市の保健医療を待っている患者である。この2つの統計を付き合わせてみると、1996年の数字では前記の統計によって、身体急性期ケアにおける治療が終了した患者1387名、老年科において治療が終了した患者627名で、単純合計で2014名になる。しかし後者の統計によれば、市の保健医療を待っている患者は1511名である。さらに気をつけなければならないのは、これらの統計は調査時における数字であって年間総人数ではないことである)

健康、ケアおよび成長 (Hälsa, vård och tillväxt)

第 10 章 まとめと誌案

生産性、効率性、質と優先

健康と成長は関連する。健康度がすぐれている住民は生産能力が高い、健康自身が重要な福祉要素である。医療が健康を生み出している分、経済の生産能力と住民の消費の可能性と幸福に寄与している。1900 年代における平均寿命増加と余命の質の向上の価値は、一人当たりの GDP のような経済成長の価値とほとんど同じであると言った。よく見られるように医療は第1時的には費用の問題として捉えらるべきではない。

医療分野における生産性と効率性の改善は、与えられた資源の投入に対してケアがよりよい結果を出していることを意味している。同時にまた経済の他の分野における資源量を減らすことなくあるいは新しい財源問題を起こすことなく、医療における需要増大を満たすことを可能にしている。すべての国は公的医療支出を増やすことの問題を抱えている。予算バランスは、以前にも増して患者費用の増額という形で行われている。この様な解決方法は、すべての人に対する医療とよい健康の供給という目標とコンフリクトを起こす。たとえ十分な生産性の向上時にあってもケアにおける優先は必要である、しかしケア資源からの結果が少なくなるに従って、さらに優先は必要とされ問題となる。

これを背景として、スウェーデンの医療における生産性と効率性の問題に十分重点が置かれていないのは驚くべきことである。どのようにして生産性と効率性が年々通じてきたかあるいはケアの供給体において年々どの程度の差異があるかという点の十分な報告でさえ存在しない。現在の統計によれば、1990 年代の中頃に増大して以来、最近では生産性は減少していることを示している。データの欠如というよりは、医療は IT のもたらす効率の可能性を十分に利用していない、職員の時間使用が非効率的であるあるいは医療プロセスの徹底が十分目的を意識したものでないという研究を評価することを難しくしている。

十分信頼の置けるオープンな質の報告がないということは大きな問題である。これがなければ、ケアシステムにおける資源の配分を十分な根拠を持って評価、決定することは難しく、ケアを求めている人にとっても、何を要求でき、どこに患者の影響の限界があるのか知ることは不可能である。

我々は、時間を超えて異なった供給体間の生産性、効率性および質に関する比較ができる比較可能な情報を作成する権限を持った独立した調査グループを設置することを提案する。グループはたとえ県の監査官とともに、民間会社のような共通した報告システムを作り出すことができる。第1時的には DRG が重要な道具である病院ケアに重点が置かれる。病院外来やその他の専門医療、地区医療においても同様の道具が作成されなければならない。目標は完全なシステムを作ることではなく、良質で同じ条件において対費用効果が高いという医療法の目標に操作的内容を与えるプロセスである。

これに関連しているのは、ケアにおけるオープンな優先付けである。この分野においては大きな欠如がある。いろいろな分野における優先を調査、決定および実施するために中央、地方および地域レベルにて大きな資源が使われている。これには2つの大きな問題が存在する。1つ目は、医薬品庁、医薬品補助委員会 (LFN)、医療技術評価審議会 (SBU) および社会庁などの中央組織だけでも、十分協同された委員 (LFN) にその業務が取り扱われればならない。目標は完全なシステムを作ることではなく、良質で同じ条件において優先順位付けの結果が不明確で、たぶん制限された意味しか持っていない。現実の医療資源の配分のプロセスとは別に、この仕事は独自に行われている。オープンな優先付けが前進するためには、優先業務が医療政策とすべてのレベルにおける医療資源配分に統合される必要がある。特に優先されていない分野が保険などを通じて保証されるような場合、将来にとって重要な問題である。

第2に優先順位付けの結果が不明確で、たぶん制限された意味しか持っていない。現実の医療資源の配分のプロセスとは別に、この仕事は独自に行われている。オープンな優先付けが前進するためには、優先業務が医療政策とすべてのレベルにおける医療資源配分に統合される必要がある。特に優先されていない分野が保険などを通じて保証されるような場合、将来にとって重要な問題である。

公的および民間ファイナンス：医療と備病体

我々は公的ファイナンスを分析し、医療は地方というよりも全国的な要件になりつつあることを示した。この結果は、ファイナンスは国政的、つまり国でなければならぬということである。たとえば目的税などを通じての国の資金調達、現在の問題点である二重の資金調達責任の問題点の一部を解決し、さらに市間の税の均衡の必要性を取り除く。我々の分析は、これに達するまでに明確な原則に立ち、長期的かつ安定性を持った分担したファイナンスについて調査するのが至当である。これは、現在の一端でない国家交付金および税均衡を、将来医療を供給するであろう県やレジオンに対する「安全な」国庫補助に代えることが条件である。

公的ファイナンスがどのように構成されるにしろ、公的税金による医療支出がこの将来大きな増大の余地はない。医療は、学校、児童および高齢者のケア、高等教育研究、司法分野、文化さらには所得移転

同様な生産性の比較は病院間あるいはクリニック間で行える。表 6 は KPP データベースによるいくつかの病院における1入院当たりの費用を示している。数字は特例とケースミックスによって調整されている。

特例は、同じ DRG グループでその他の入院に比べて特に高価な費用を示した入院の例である。特例は入院件数全体のおよそ5%であるが、費用総額の25%を占めている。これらの入院例は、病院が KPP システムを使っている場合費用比較から除外することができる。この場合の比較は生産の観点からは、より公平である。表6を見よ。

表6 2002 年度 KPP データベースのいくつかの病院における費用比較、特例とケースミックスを調整

病院	指標、実際の のコースト	指標、特例をのぞ く実際のコースト	ケースミックス 指標	変化 2001-2002、%
Karolinska	115	109	100	1
Huddinge	104	111	107	4
Akademiska	112	109	101	
Lund	132	127	107	1
Halmstad	70	78	92	
Varberg	63	70	86	-2
Sahlgrenska	98	96	98	-3
Kungälv	69	76	88	3
Skaraborg	74	84	97	2
Norrlands univ.	96	95	101	2

特例と病院のケースミックスを調整すると、病院間の費用の差異は平均化される。ヴァーベルグ (Varberg) 病院とサーグレンスキャ (Sahlgrenska) 病院は2001年から2002年にかけてケースミックス指標の改善 (指標の減少) を示している。しかし他の病院ではケースミックス指標の増加を示している。アカデミスカ (Akademiska) とヘルムスタッド (Halmstad) は、2002 年度の初めて参加したので、比較には含まれない。この情報はインターネットを使って入手可能であり、毎年 NordDRG として出版されている (9)。

どと公的ファイナンスの余裕が非常に高い。このため医療資源への大きな増額は、他の資本調達が必要とされる。訪問時における患者からの直接の初診料は制限された財源でしかなく、多くの場合支払能力が低い人たちに支拂われている。医療における一部の治療は非常にコストが高いので、一部の裕福な人だけが支払う余裕がある。

個人保険はその保険料が実際のケアの消費ではなく期待される消費に基づくものなので、均衡化する効果がある。個人保険の可能性と問題に関する我々の調査は、危険の分散および資金調達に意味があるためには多くの人によって加入されなければならない。我々は、基礎的医療地区医療は一部の公的補助を加えても強制的個人保険によって資金調達することを考えるべきであると思う。すべての人が参加するたためにこの様な保険の保険料は低く抑えられ、ケアの供給者は一人当たりの定額とたとえ訪問のような実施したサービスに対する支払いによって補償される。そのような保険は一部の基礎的医薬品のコストも含むことができる。たぶこの様な保険は費用転換への動機付けを行わないように、病院および専門医療との関係についての条件を含まなければならない。これらの問題は既に集団で資本調達が行われていても同じである。個人保険によるファイナンスが示さなければならない長点は患者の希望および必要性について供給側からのより良い反応である。我々は、この資金調達方法が現在のケア供給者と住民の間の見えない財政リスクよりもより原動力となる条件を作るものだと考える。

我々は、現在ではほとんど無料で費用を支払うことがポピュラーでないことは承知しているし、一種の考え方は医療のこの分野は無料で費用を支払うべきだと主張することもできる。しかし目的は、たとえば病院の専門医療、ガンのような慢性的病気の対する高価な新薬品財政的余裕を作ることである。これらの分野ではたとえば高齢者のような必要性の高いグループを含む個人保険を作り出すことはできない。

歯科医療についての我々の調査は、10年前の SNS レポートの結果が通用する。民間あるいは公的保険も効率的な保険市場を作り出せなかった。成人の歯科医療に対する公的補助はとりわけ患者の負担が低くなるよりは自己負担増額という結果になった。しかし歯科医療市場は、民間および公的保険の規則作成についての興味を経験を提供するものとなった。

傷病欠働および傷病休暇は大きな問題であり、健康と医療だけに限らない。医療の知識と資源を、不健康を予防およびリハビリのために利用するべきである。我々は医療と医療保険のよりよい協力のためのいろいろな可能性について議論したが、簡単な解決方法は見いだせない。決定的なのは医療保険の効率化と健康改善である。医師の役割について目を向けるべきである。我々は、資金主として雇員と主として社会保険事務所へ傷病欠働およびその費用をコントロールできる実態の可能性についてより確実な責任を与えられるべきである。これはどの医師が傷病証明を書くことができるか選択および制限のような対策および実際には医師が証明を書くのではないということを意味している。

国境を越えた所有とケア

現在国境を越えた患者の流れは非常に小さい。国境を越えた流れでさえ小さい。この状態がこのまま続くとは思えない。長い目で見るならば我々は、他の国の患者がスウェーデンにおいてケアを受けその費用を払う新しい「輸出産業」になるよう医療を発展させるか、我々自身が外国においてケアを受けける輸入者になるか、その選択を余儀なくされる。後者の場合は、それに対して他の輸出で補わなければならない。スウェーデンが純輸出者になるか純輸入者になるかは、スウェーデンにおける医療のどのような条件が作られるかに寄る。すこし長い目で見るならば、その他多くの知識集約的業務と同じく職員および知識は移動でき、医療会社はさらに国際的になる。

決定的な問題はどのような条件においてスウェーデンにおける医療供給者が働くかである。大きな政治的エネルギーが病院の民間所有に伴う危険に費やされた。病院の増える民間所有が公的ファイナンスに対する本当の脅威であるが、患者の公平な扱いは所有が適当な政策の重要性を持っている。我々の分析は、そうではないという結論である。自分で支払うことのできるスウェーデン国民は、常に他の国においてケアを受けることができる。しかし質が高くコスト効率的な高いケアを受けられる場合のみ、外国籍の人はスウェーデンに来る。所有形態、費用、効率性および質の関係について明白な結果は存在しない。しかしスウェーデンがもし他の国からの患者にケアを提供するならば、ケアの供給者は莫大な費用負担の患者にケアを提供しなければならぬ。誰が所有者か業務がどのような運営形態かは第2次のもので、規制の対象であるべきではない。大事なものはすでに他の国からの患者、研究費などで行われているように、財政的報告が明確に異なった責務ごとに分けられることである。医療における所有と運営形態の多様性と融通性は、競争と発展に刺激を与える。

医療、医薬品および工業発展

医療は、器具、機器、医薬品などのように具体化されている医療知識あるいは技術の輸出にとつて重要な意味を持っている。輸出はいろいろなレベルでの生医学研究プロジェクトのような無形の権利の販売にも当ててはまる。普通は、研究投資を通じて開発され工業方法によって生産される医薬品や機器である。医薬品は重要な国際的輸出品であるが、最近では腹腔镜手術やバルーン血管形成術あるいは血管を拡張しておく精巧な網(stents)のような器具は、重要な国際的輸出品になっている。

ひとつの国が医薬品や他の医療技術の輸出において成功を収められるためには、質の高い研究と新しい研究者の良いい生計条件が存在することである。医療に関しては、たとえば臨床試験のように研究や製品開発においては重要であるが、無批判的に使われるべきではない。スウェーデンの医薬品市場は効率的な市場の原則に基づかなければならない。対象となる患者グループにおいて使用度が高くなる以前は、新しい医薬品についての情報は限られているので、効率的な医薬品市場は十分な研究と製品開発を含まなければならない。効果と副作用について過小評価する危険性がある。系統的な評価およびフォローアップにおいて効果がない、効果に対して不適当な副作用があるあるいは対費用効果がなくような医薬品を使うことは効率的でない。臨床試験に参加する、新しい有望な医薬品を早く導入し評価するおよびレベルに達しない療法を取り除くのは、効率的な医療として適している。

医療、健康および福祉

医療を福祉および成長の観点から見ると、健康改善が福祉に対する貢献を系統のおよび明白に計算しななければならない。そのような計算が困難であることは過小評価できないが、GDP のような経済的福祉指標を健康指標によって補完することは多くの誤解が避けられ、福祉を作る要因として医療のすべての局面を取り入れる。現在、まだ必要なデータが入りてきないことは、将来にわたってもこれが続くこととは意味していない。今世紀における医療経済研究における発展は、健康は系統のかつ多岐に計測し、評価できることを示している。この様な研究は、現在では費用に対して利益が最大になるよう医療において既存の方法を使うことを目的とした優先研究において系統的に行われている。目標に従って医療のコントロールは、またこれらの目標を実現するためにどこまで定義、計測および評価できるかも知れない。

結果の適当な指標を作ることによって、発展への刺激が与えられる。適当な目標に関連づけられた補償システムを作ることによって、練いた発展への正しい刺激が与えられる。医療は地方に限定された供給者としての役割を離れて、国際化および美証可能な結果を持つ標準化されたプロセスに基づいて、社会における新しい役割に向かう。これが本当の知識産業への方向である。

10点の試案

1. 医療の生産性、効率性および質の継続的計測および評価のためのシステムとデータを開発する。
2. 均等税および特別補助金を医療を行っていている県に対する一般交付金に代える。
3. プライマリケア/地域医療における個人保険を通じて、医療における民間ファイナンスの増大のための条件を作る。
4. 医療におけるどのような所有形態が許されるかの制限の法律を作る。かわりに質、アクセスおよび費用などについて運営者に要求を出す。
5. オープンな優先付け作業と医療のコントロールおよびファイナンスを統合させる。
6. 現在のままの医薬品委員会を廃止し、医療技術と同じように医薬品使用の決定を県の一般的業務および財政コントロールに統合させる。
7. 医療および医療保険はもと共同されなければならない。傷病決定プロセスにおける医師の役割は、財政者の決める条件に限定する。
8. 臨床業務における臨床研究、医薬品革新および他の新しい医療技術の発展に力を入れる。
9. いくつかの行政機関に分かれている医療技術の評価と治療方針の開発のための資源を統合させ、この分野における国際的協力を進める。
10. 医薬品および医療サービスの輸出の増加を容易にすることにより医療の国際化を利用する。

A. Einleitung はじめに

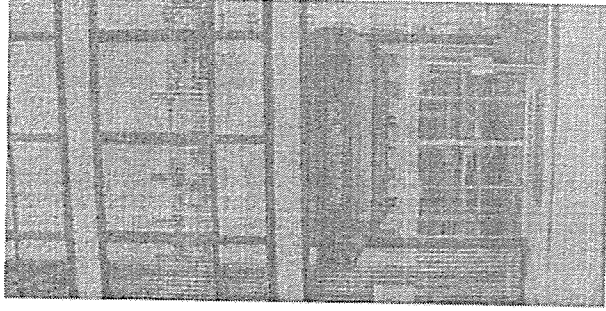
I. Kontext: 文脈

Sozialpolitische Diskussion um Neuausrichtung in der Ausgestaltung von Versorgungsstrukturen und -prozessen. 供給構造及び供給プロセスの策議に関する新たな方向づけを巡る社会政策上の議論

Kritik an der Systemeffektivität infolge Ineffizienz. (nur durchschnittlicher Output bei hohem Input, Quelle: OECD Health Data 2005 /WHO, The World Health Report 2000).

II. Hintergrund der Reform-Diskussion: 改革議論の背景

- Historisch „gewachsene“ Zergliederung und Ausdifferenzierung in der Versorgungslandschaft. Abschottung einzelner Versorgungsbereiche (=> Leistungsrecht und Vergütung).
- Staatliche und korporatistische Bedarfsplanung
- Kommunikations-, Koordinations- und Kooperationsdefizite im Bereich der Versorgungsschnittstellen
- fehlende Flexibilität, etwa im Hinblick auf den Wandel im Krankheitsbild
- anreiz- und interessengeleitetes Fehlverhalten der beteiligten Akteure



Neue Versorgungsformen in der GKV

公的医療保険における新しい給付形態

Prof. Dr. Ulrich Becker, LL.M.
(EHI)

Direktor MPI für ausländisches
und internationales Sozialrecht

(原訳: 松本朝明)

Neue Versorgungsformen in der GKV

公的医療保険における新しい給付形態

Gliederungsübersicht

目次

- A. Einleitung はじめに
- B. Integrierte Versorgung 統合医療供給
- C. Medizinische Versorgungszentren 医療供給センター
- D. Disease Management Programme 疾病管理プログラム
- E. Zusammenfassung und Ausblick まとめと展望

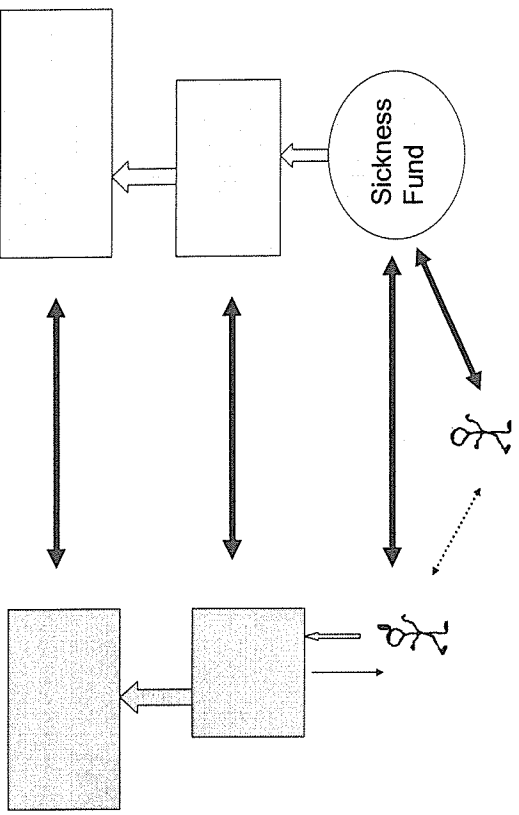
IV. Überblick über die verschiedenen Versorgungsformen:様々な給付形態の概要

1. Traditionelle „Regelversorgung“ (Begriff weitgehend überholt) : 伝統的な通常の給付
 - Vertragsärztliche Versorgung i.F.d. hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung, § 73 Abs.1 S.1 SGB V
 - Versorgung mit Krankenhausleistungen
2. „Moderne Versorgungsformen“: モダンな給付
 - Besondere Versorgungsformen in der *vertragsärztlichen* Versorgung:
 - Strukturverträge, § 73a SGB V
 - Hausarztzentrierte Versorgung, § 73b SGB V
 - Besondere Versorgungsverträge, § 73c SGB V
 - Integrierte Versorgung, §§ 140a ff. SGB V
 - Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung, §§ 63 ff. SGB V
 - Medizinische Versorgungszentren, § 95 SGB V
 - Strukturierte Behandlungsprogramme, §§ 137f und g SGB V

V. Eckpfeiler bei der Einführung der neuen Versorgungsformen 新たな供給形態導入の支柱

- 2. GKV-NOG v. 23.6.1997 (BGBl. I 1520) [erste Möglichkeiten zur Erprobung neuer Versorgungsformen, bspw. § 73a SGB V]
- Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung 2000 v. 22.12.1999 (BGBl. I 2626, 2641)
- Gesetz zur Reform des RSA in der GKV v. 10.12.2001 (DMPf)
- Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung v. 14.11.2003 (BGBl. I 2190, 2224)

Overview Corporate Governance ガバナンスの概観



III. Neuorientierung in der Gesundheitspolitik 医療政策における新方向

- von einer reinen Kostendämpfungspolitik zur Umsetzung neuer Versorgungskonzepte mit folgender Grundtendenz:
 - Eröffnung von Spielräumen durch Flexibilisierungsmöglichkeiten/ Flexibilität der Versorgung durch neue, flexible Steuerungselemente
 - Z.T. Kompetenzbeschränkung der korporatistisch agierenden Akteure [zugunsten des Wettbewerbs]
 - Rahmenartige Gesetzesvorgaben bei beschränkter Regelungstiefe und Regelungsichte
 - Wettbewerb im Sinne gesundheitspolitischer Zielsetzungen (Schaffung einer „solidarischen Wettbewerbsordnung“/ Wettbewerb zunehmend auf Seite der Leistungserbringung/Vertragswettbewerb)



B. Integrierte Versorgung 統合医療供給

I. Allgemeines 総論

- Gesetzliche Definition in § 140a Abs.1 S.1 SGB V
„... eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende* Versorgung...“
- Eingeführt durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000: Aufnahme eines 11. Abschnitt (§§ 140a – 140h) in das 4.Kapitel des SGB V
- Änderung durch das GMG mit Wirkung 1.1.2004 (*)



II. Zielsetzung 目的設定

- Stärkere Koordination zwischen den verschiedenen Leistungssektoren (Durchbrechung der sektoralen Ein- und Aufteilung, insbesondere der strikten Trennung zwischen „ambulant“ und „stationär“)
- Effizienzsteigerung durch engere Verzahnung der Versorgungsstrukturen/ Kooperation der Leistungserbringer und Einbindung der Krankenkassen
- Besseres Qualitätsmanagement (abgestimmte Qualitäts-/Qualifikationsanforderungen, z.B. durch medizinische Leitlinien [evidenzbasierte Medizin], externe Qualitätssicherungsprogramme u.ä.)
- Vertragsschluß- und Gestaltungscompetenz zur Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen
- Stärkung des Wettbewerbs sowohl zwischen den Leistungserbringern, als auch zwischen den Krankenkassen (Qualitätswettbewerb)
- Stärkung der Finanzierungsgrundlage der GKV durch Einsparpotential



VI. Vortragsschwerpunkt IV-MVZ-DMP 講演の重点

- Integrierte Versorgung (IV) als zentrales Element in der Neugestaltung der Versorgungsstrukturen
- Medizinische Versorgungszentren (MVZ) – zugleich „geborener Vertragspartner“ der IV
- Disease Management Programmes (DMP) – besondere, an einer bestimmten Diagnose orientierte Form der ganzheitlichen Versorgung v.a. chronisch Kranker; auf der Grundlage anerkannter medizinischer Standards; Umsetzung durch den Abschluß (öffentlich-rechtlicher) Verträge, insbesondere durch den Abschluss von IV-Verträgen



VII. Erläuterung 説明 (統合医療供給、医療供給センター、疾病管理プログラム)

- Integrierte Versorgung: Begriff steht für Vernetzung zwischen einzelnen medizinischen Versorgungssektoren. Im Vordergrund steht die Überwindung üblicher Abgrenzungen von Sektoren. Eröffnung der Möglichkeit für verschiedene Leistungsanbieter *gemeinsam* als eine Art „Anbietergemeinschaft“ Versorgungsleistungen zu erbringen.
- Medizinische Versorgungszentrum: Begriff beschreibt den *organisatorischen* Zusammenschluss von verschiedenen Leistungserbringern, vorrangig Ärzten. Das MVZ selbst nimmt dann als solches an der Versorgung teil.
- Disease Management Programmes: Begriff steht für speziell entwickelte Behandlungsprogramme für chronische Erkrankungen mit dem Ziel einer systematischen und kontinuierlichen Versorgung (unter Beteiligung verschiedener Leistungserbringer). Gedanklicher Anknüpfungspunkt ist die jeweilige Indikation und ihre spezifischen Anforderungen an die medizinische Versorgung.



IV. Überblick Modelltypen IV (abgestuft nach Integrationsgrad):

統合の程度に応じて段階の付けられた統合医療供給のモデルタイプの概要

Modelltyp Vollversorgung
Modelltyp Indikationsbezogene Versorgung
Modelltyp Einzelkooperation

→ jeweils unterschiedlicher Ressourcenbedarf



V. Zahlen und Daten zur IV

1. Zahlen zur IV (Quelle: Gemeinsame Registrierungsstelle, BQS GmbH)

Zeitpunkt (Stichtag)	Anzahl der Verträge (alle KV-Regionen)* 契約数	Anzahl der Versicherten 被保険者数	Vergütungsvolumen 報酬総額
1. Quartal 2005 (31.3.2005)	643	2.149.876	254.752.932 €
2. Quartal 2006 (30.6.2006)	2.590	3.707.713	555.011.800 €

*Verträge, die mehreren Krankenkassen gemeinsam geschlossen haben, werden separat gezählt.



III. Rechtliche Umsetzung 法的実態

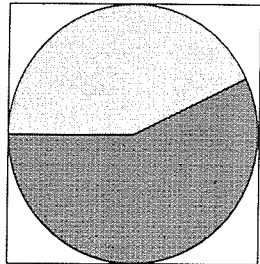
- Überblick: zentrale Regelungsgegenstände der §§ 140a bis h SGB V
 - Ziel und Inhalt der IV, § 140a Abs.1 S.1 SGB V
 - Recht der Versicherten auf Teilnahme, § 140 Abs.2 S.1 SGB V
 - Versorgungsverträge als Grundlage der IV, § 140b Abs.1 S.1 SGB V
 - Festlegung der Vergütung, § 140c Abs.1 S.1 SGB V
 - str. Einschreibemodalitäten
 - *vormals: Rahmenvereinbarungen über Inhalt und Durchführung der IV, § 140d SGB V*
- Voraussetzung der IV: Verträge zur Integrierten Versorgung (sog. Integrationsversorgungsverträge), § 140b SGB V
 - Vertragsparteien auf **Kostenträgerseite**: Krankenkassen
 - Vertragsparteien auf Seiten der **Leistungserbringer**: (direkt:) diese und ihre *Gemeinschaften*; Träger von Krankenhäusern und anderen ambulanten und stationären Einrichtungen; Träger von MVZ
 - sonstige Vertragsparteien: Managementgesellschaften, § 140b Abs.1 Nr.4 SGB V



- Inhalt der IV (obligatorischer Vertragsgegenstand)
 - sektorenübergreifende Versorgung (Leistungssektoren sind bspw. ambulante haus-, fach- oder vertragsärztliche Versorgung, stationäre Krankenhausbehandlung, ambulante bzw. stationäre Rehabilitation)
 - Regelungen über die Versorgungsqualität
 - Regelungen über Kooperation, Koordination und Dokumentation
 - Vergütung
- weiterer Inhalt der IV (Fakultative vertragliche Festlegungen)
 - Bonus für Leistungserbringer
 - Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsüberwachung
 - Beitrittsmöglichkeiten



4. Anteil der Vertragspartner-Kombinationen an gemeldeten Verträgen zur integrierten Versorgung, Seite der Kostenträger (Stand 30.6.2006)
契約締結者組合せ(費用負担者の割合)



- Vertrag von mehreren Krankenkassen abgeschlossen 46 %
- Vertrag von einer Krankenkasse abgeschlossen 54 %

(Quelle: Gemeinsame Registrierungsstelle, BQS GmbH)



5. Evaluationsreport* der Barmer Ersatzkasse ハーマー代替金庫による評価レポート
a) Patientenzufriedenheit im Vergleich 患者満足度比較

Befragungsgegenstand	Antwort IV-Patienten	Antwort Vergleichsgruppe	Ergebnis vergleichende Befragung
Gesundheitszustand heute	41,7 % als „gut“	24,6 % als „gut“	Signifikante Besserung
Bewertung KH-Aufenthalt	84,1 % als „gut“	62,9 % als „gut“	Signifikante Besserung

*Gebiet: Endoprothetik, Zeitraum: 2003 bis Juni 2006, Teilnehmer: 243 IV-Patienten und 400 Patienten der Regelversorgung als Vergleichsgruppe

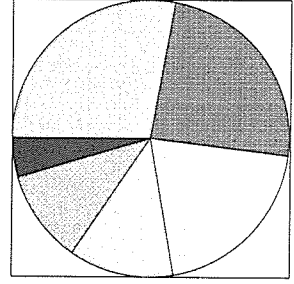


2. Zahlen zur Anschubfinanzierung, § 140d SGB V (費用助成に関する数字)
- (1) 1% Einbehalt von der vertragsärztl. Gesamtvergütung
- (2) 1% der Krankenhausrechnung für voll- und teilstationäre Versorgung

Volumen (Berechnung/2002): 220 Mio. € (1)
460 Mio. € (2)
660 Mio. €



3. Anteil der Vertragspartner-Kombinationen an gemeldeten Verträgen zur integrierten Versorgung, Seite der Leistungserbringer (Stand 30.6.2006) 契約締結者組合せ(医療供給者の割合)



- Krankenhaus 23 %
- Rehabilitation/Krankenhaus 20 %
- Niedergelassener Arzt/Krankenhaus 17 %
- Niedergelassene Ärzte 10 %
- Rehabilitation/Niedergelassene Ärzte 9 %
- Rehabilitation/Niedergelassene Ärzte/Krankenhaus 4 %

(Quelle: Gemeinsame Registrierungsstelle, BQS GmbH)

VII. Rechtliche Probleme 法的問題点

- Budgetbereinigung 予算清算
- Insbesondere: Rechnungskürzung schon vor Abschluss konkreter Versorgungsverträge? 特に、具体的な供給契約締結前の請求カット
- Ausschluss Kassenärztlicher Vereinigungen (Rechtswirksamkeit, Altverträge, Dienstleistungsgesellschaften) 保険医協会の排除
- Bestimmung der Sektoren(-grenzen) 部門(境界)の決定
- Ausschreibungspflicht? 公示義務

23

C. Das medizinische Versorgungszentren 医療供給センター

- I. Allgemeines 総論
 - Gesetzliche Definition in § 95 Abs.1 SGB V
Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach § 95 Abs. 2 S.3 Nr.1 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind.
 - Einführung durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz
 - Vorläufer der Medizinischen Versorgungszentren:
 - Poliklinken, Ambulatorien und Fachambulanzen in der ehemaligen DDR (in Westdeutschland nur Berufsausbildungsgemeinschaften, Praxisverbund, Med. Kooperationsgemeinschaften u. a.).

24

b) durchschnittliche Verweildauer im Vergleich 在院日数比較

Aufhaltsort	IV-Patienten	Vergleichsgruppe	Ergebnis
KH-Aufenthalt	13,5 Tage	14,8 Tage	1,3 Tage kürzer
Stationäre Rehabilitation	17,9 Tage	19,6 Tage	1,7 Tage kürzer
Ambulante Rehabilitation	16,6 Tage	19,6 Tage	3 Tage kürzer

- Auswertung IV-spezifischer Befragung: 63,8 % der IV-Patienten „sehr zufrieden“, sowie 28,4 % „recht zufrieden“ 統合医療供給面有アンケートの肝面
- Wirtschaftlichkeitsanalyse: Versorgungskosten IV durchschnittlich 10 % niedriger als Kosten der Regelversorgung 経済性分析

21

VI. Spezifische Vor- und Nachteile 特有の長所・短所

- I. Vorteile 長所
 - vgl. Zielsetzungen 目的設定を参照
 - Vertragswettbewerb kreiert neue, mustergültige Strukturen 契約に関する競争が新たな規範的構造を創出
 - Binnenkonzurrenz und -kooperation der Leistungserbringer 医療供給者内競争と協力
- II. Nachteile 短所
 - Konkurrenzdruck auf die „Regelversorgung“ wächst, Gefahr der Risikoselektion 通常の供給に対する競争圧力がリスク選別の恐れを拡大
 - tatsächliche Schwierigkeiten in Folge organisatorischen Aufwands, etwa durch komplizierte Abrechnung 複雑な費用清算などによる組織的な費用支出の結果としての実務の問題
 - nur „Klein(ste) Brücken“ über die Sektoren 部門間のおさな橋渡しに過ぎない
 - => Häufig keine Flächendeckung (Care-management mit Budgetverantwortung) 広い範囲をカバーするものでないことがしばしば
 - „Run auf die Anschubfinanzierung“, Qualitätsmängel 助成金への頼り、買の次第
 - IV-Verträge häufig nur umgewandelte Strukturverträge 統合医療供給の契約はしばしば構造契約の變形に過ぎない
 - Wettbewerbsnachteile der Vertragsärzte (fehlende Managementkapazitäten, fehlende Vertretung durch Ausschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen) 契約医に関する競争上の短所
 - rechtliche Probleme (vgl. unten) 法的問題

22



- Vergütungssystematik
 - entspricht vertragsärztlichen Regelungen (Einheitlicher Bewertungsmaßstab), aber entwicklungssoffen (Leistungskomplexe und Fallpauschalen)
 - Privilegierung durch Aufschläge zum Ordinationskomplex
 - Vergütungsempfänger MVZ (nicht der einzelne Arzt)

27



III. Strukturierungsmöglichkeiten (Beispiele) 組織化の可能性

- MVZ (große Lösung)

Krankenhaus	Orthopäde	Apotheke
Hilfsmittelerbringer	Chirurg	Rehabilitation
- MVZ (kleine Lösung)

Urologe (als Vertragsarzt)	Anästhesist (als Vertragsarzt oder angestellter Arzt)
-------------------------------	--

28



II. Zielsetzung des medizinische Versorgungszentrums 目的設定

- sog. „Versorgung aus einer Hand“ - Stärkung des Gedanken der „integrierten“ Versorgung
 - Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen durch den interdisziplinären Charakter des Angebots von Gesundheitsleistungen in einheitlicher Trägerschaft.
 - Verringerung des mit der Inanspruchnahme verbundenen Wege- und Zeitfaktors
- Erleichterung der Niederlassung für Ärzte, insbesondere durch Verringerung des Investitionsrisikos

25



III. Rechtliche Umsetzung 法的実施

- „Medizinisches Versorgungszentrum“ entspricht Teilnahmestatus in der vertragsärztlichen Versorgung (Personenidentität von Genehmigungsinhaber und Leistungserbringer nicht zwingend)
- Besonderes Anforderungsprofil der medizinischen Versorgungszentren in § 95 Abs.1 SGB V
- Gründung möglich durch Vertragsärzte und andere nichtärztliche Leistungserbringer (insb. Krankenhausträger i.S.v. § 108 SGB V)
- kein Numerus clausus der möglichen Rechtsformen, § 95 Abs.1 S.2 SGB V
- Zulassungsverfahren vorgeschaltet, § 95 Abs.2 S.5 SGB V

26



- Ergänzende Erläuterung:
 - Steigende Zunahme der MVZs im gesamten Bundesgebiete (Vergleichszahlen 3.Quartal 2005: 270, 4.Quartal 2005: 341)
 - Etwas mehr als die Hälfte der in tätigen MVZ Ärzte im Angestelltenverhältnis
 - Die Größe der Zentren nimmt zu (Vergleichszahlen Ende 2004: 3, Ende 2005: 4 Ärzte im Durchschnitt)
 - Vertragsärzte (61 %) und Krankenhäuser wichtigsten Träger

31



V. Spezifische Vor- und Nachteile MVZ 長所・短所

- Allgemeine Vorteile
 - Wettbewerb zu den anderen Versorgungsformen
 - Zunahme „Qualitätswettbewerb“ unter den Anbietern
 - Förderung von Kooperation zwischen den Leistungserbringern
 - Effizienzsteigerung durch Verzahnung verschiedener Leistungen
 - Patientenfreundliche Versorgung
 - Berufseinstieg wird erleichtert
- Spezielle Vorteile für Krankenhäuser
 - Angebot ambulanter Leistungen, damit Kompensationsmöglichkeit der Verlagerung von Leistungen des stationären in den ambulanten Bereich
 - Zu- und Einweisung durch eigenes MVZ

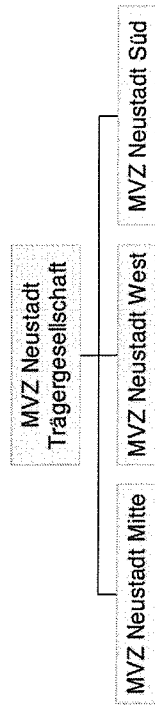
32



- MVZ (Spezialisierung)

Krankenhaus	Zahnarzt/Kieferorthopäde
HNO-Arzt	Mund-/Kiefer-/Gesichtschirurg
Neurologe	Physiotherapeut

- MFZ (Holding)



29



IV. Zahlen und Daten zum MVZ 数字・データ

- Zahlen zum MVZ, 2.Quartal 2006 (Quelle: KBV, 27.7.2006)

Gesamtzahl	491
Gesamtzahl der in MVZ tätigen Ärzte	1934
Ärzte in Anstellungsverhältnissen	1172
Am häufigsten beteiligte Facharztgruppen	Hausarzt, Internist, Radiologe (Diagnostik), Chirurg
MVZ-Größe	4 (im Durchschnitt)
Vorwiegender Träger	Vertragsärzte, Krankenhäuser
MVZ in reiner Trägerschaft von Vertragsärzten	61,1 %
Vorwiegende Rechtsform	GbR, GmbH, Partnerschaft
Top3-Regionen	Bayern, Berlin, Niedersachsen

30