

参考文献

- 江口成美(2009a)「医師確保策 ―15ヶ国における産科医調査―」日医総研ワーキングペーパー No. 185
- 江口成美 野村真美 出口真弓(2008)「院内保育所を含む医師就労支援に関する調査」日医総研ワーキングペーパー No. 164
- Dumont JC and Zurn P. (2007) "Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly-skilled Migration", International Migration Outlook, Part III, OECD, Paris, pp162-228.
- Eastwood JB, Conroy RE, Naicker S, West PA, Tutt RC, Plange-Rhule J. (2005) "Loss of health professionals from sub-Saharan Africa: the pivotal role of the UK" Lancet. Vol. 365, No.9474, pp.1893-1900.
- EU(1993) "Working Time Directive 93/104/EC"
- EU(2000) "Working Time Directive 2000/34/EC"
- EU(2004) "Procedure file for the Commission's proposal for revision of Working Time Directive, COM/2004/0607"
- Gravelle H, Sutton M.(2001) "Inequality in the geographical distribution of general practitioners in England and Wales 1974-1995." J Health Serv Res Policy. Vol.6, No.1, pp.6-13.
- Hawkins J. (2000) "Physician Employment in 2000 and Beyond." Hospital Physician, Vol. 36, No.2, pp.74-86.
- 泉田信行(2009)「医療サービス供給体制に対する数量的接近」社人研
- 自治医科大学(2010)「義務年限終了者の進路」published online:
<http://www.jichi.ac.jp/chisuika/sotsugyouseidate.htm#5>
- 厚生労働省(2006)「医師の需給に関する検討報告書」
- 厚生労働省(2008)「平成20年度医師・歯科医師・薬剤師調査」
- Labonté R, Packer C, and Klassen N. (2006) "Managing health professional migration from sub-Saharan Africa to Canada: a stakeholder inquiry into policy options" Hum Resour Health, Vol 4:22.
- 前田由美子 福田峰(2007)「診療所医師の診療時間および診療時間外活動に関する調査結果 (2007年7月実施)」日医総研ワーキングペーパー No. 151
- 前田由美子、森宏一郎(2008)「医師確保のための実態調査」日医総研ワーキングペーパー No. 178
- 丸尾美奈子(2009)「医療特区再考について」ニッセイ基礎研 REPORT pp2-3.
- 森宏一郎(2008a)「新医師臨床研修制度と医師偏在化・医師不足に関する調査 ―新医師臨

床研修制度は医師不足を顕在化させたか ー」日医総研ワーキングペーパー No. 166

森宏一郎(2008b)「医師数の統計分析 ー 医師不足はどこで起きているか ー」日医総研ワーキングペーパー No. 167

日本外科学会 (2009)「外科医志望者減少問題に関する要望書 (2009/11/26)」
<http://www.jssoc.or.jp/other/info/info20100129.html>

日本医師会(2009a)「グランドデザイン 2009 ー国民の幸せを支える医療であるためにー」

日本医師会(2009b)「日本医師会の提言 ー新政権に期待するー」

日本医師会(2009c)「平成 21 年度 日本医師会事業計画」

日本医師会男女共同参画委員会(2009)「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」

日本救急医学会 (2008)「救急医療を再構築するための提言 (2008/12/10)」

日本救急医学会 (2008)「救急医療を再構築するための提言 (2005/8/24)」

日本内科学会 (2010)「「総合内科専門医」の医師像と適正な医師数について」 published online: http://www.naika.or.jp/nintei/tebiki/ishizo_top.html

日本プライマリ・ケア学会 (2010)「日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会・日本総合診療医学会 三学会の合併に関する経過報告書」 published online: <http://www.primary-care.or.jp/main.htm>

日本産科婦人科学会 江口成美 野村真美 佐藤和孝 出口真弓 澤倫太郎(2007)「女性医師を中心とした産婦人科医の就労状況についての調査報告」日医総研ワーキングペーパー No. 143

日本産科婦人科学会 (2007)「周産期医療提供体制の危機的状況を打開するための声明 (2007/12/7)」

日本小児科学会 (2001)「小児科医確保に関する提言 (2001/1/10)」

日本小児科学会 (2005)「病院小児科医の将来需要について (2005/4/6)」

Nusbaum NJ.(2009)“Commentary: Physician Retirement and Physician Shortages.” J Community Health. Published online: 21 August 2009.

OECD(2004)“PART III. The international mobility of health professionals: An evaluation and analysis based on the case of South Africa.” Trends in International Migration SOPEMI 2003 edition

OECD(2006)“The Supply of Physician Services in OECD Countries”

OECD(2007)“Health at a Glance 2007”

OECD(2008)“The Looming Crisis in the Health Workforce: How Can OECD Countries Respond?”

OECD(2009)“OECD International Migration Outlook” SOPEMI 2009

Pittman M A. and Svensson P-G (2008). “Ensuring Global Human Resources for Health” Hospitals & Health Networks Magazine online site.

Rourke J.(2008)“Increasing the number of rural physicians.” CMAJ. Vol. 178, No.3.

pp.322-5.

Schofield DJ, Page SL, Lyle DM, Walker TJ (2006). "Ageing of the baby boomer generation: how demographic change will impact on city and rural GP and nursing workforce." Rural Remote Health.Vol.6, No.4, p.604.

UK, Department for Work and Pensions(2000) "FLEXIBLE RETIREMENT A Snapshot of Large Employers' Initiatives"

WHO(2006a) "The global shortage of health workers and its impact" Media Center, Fact sheets

WHO(2006b) "The World Health Report 2006 - working together for health"

吉田澄人(2007)「医療提供体制の国際比較」日医総研ワーキングペーパー No. 139

Young R, Leese B.(1999) "Recruitment and retention of general practitioners in the UK: what are the problems and solutions?" Br J Gen Pract.Vol.49 No.447, pp.829-833.

デンマークのプライマリケアについて、内包するインセンティブの構造と現実に行き起こっている身近な医療問題を含めてまとめた。まず 1 章では、医療制度全体を概観するため、保健予防省 (Ministeriet For Sundhed og Forebyggelse)¹²の報告書に基づき、かかりつけ医を中心とした医療提供体制の構造や医療費の流れについて要約した。2 章では、かかりつけ医制度の詳細に移り、かかりつけ医に対する支払い制度がもつインセンティブの構造のほか、かかりつけ医が具体的にどのような機能を担っているかを明確にするため、開業医医師会 (PLO : Praktiserende Lægers Organisation) の 2005 年の報告書³から、かかりつけ医の典型的な一日および収入構造を抜粋した。3 章では、デンマークの医療システムの光と影とし、こうしたかかりつけ医に基づく医療制度について国際的にも高く評価されている光の面と、影の部分である病院待機期間の統計およびメディアを騒がしている医療問題についてとりあげた。

文中のデンマーククローネと日本円の換算は 1 DKK=20 JPN で統一した。

¹ http://www.sum.dk/publikationer/healthcare_in_dk_2008/index.htm 英語

² Det Danske Sundhedsvæsen i National Perspektiv July 2009 デンマーク語

³ Almen Lægepraksis I Danmark, Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 2005 デンマーク語

目次

1章	デンマークの医療システム	3
1-1	公的医療制度	3
1-1	医療提供体制	3
1-2	医療行政	4
1-3	医療費	7
1-4	病院サービス	10
1-5	プライマリケアサービス	12
2章	かかりつけ医制度	17
2-1	かかりつけ医への支払い	17
2-2	25/75比について	18
2-3	サービス消費量	19
2-4	病院等への紹介率	20
2-5	かかりつけ医の収入	21
2-6	診療報酬点数表の例	21
2-7	かかりつけ医の一日	25
2-8	プライマリケアに関する研究	31
3章	デンマーク医療システムの光と影	33
3-1	国際比較による評価	33
3-2	病院待機期間	36
3-3	医療問題	38
4章	まとめ	45

1章 デンマークの医療システム

1-1 公的医療制度

デンマークのすべての住民は、公的医療制度の現物給付を受ける対象である。公的医療制度は税金によって成り立っているため、住民は特別な保険料を支払う必要はない。住民は公的医療制度に関してグループ1かグループ2に属し、グループ1の住民は、住民登録と同時に自分のかかりつけ医を登録する義務がある。グループ1の住民は事故や救急の場合を除いて、まずかかりつけ医を受診し、かかりつけ医の判断によって検査や治療を受けるための専門開業医や病院に紹介される必要があり、かかりつけ医受診にも専門医受診にも費用負担は発生しない。一方、グループ2の住民はかかりつけ医を登録する権利はあるが義務はなく、かかりつけ医を通さずに専門医を受診できるが、窓口負担を支払う。

15歳以下の子供は、通常親と同じかかりつけ医に登録され15歳になると、自ら選択しない限り、グループ1に登録される。結果ほとんどすべての住民(98.5%)がグループ1を選択している。グループの変更およびかかりつけ医の変更は市役所への申請で簡便に行うことができる。

1-2 医療提供体制

医療提供部門は、かかりつけ医を中心としたプライマリケアサービスと病院サービスに大きくわかれる。患者の視点からみた医療提供体制を図1に示す。

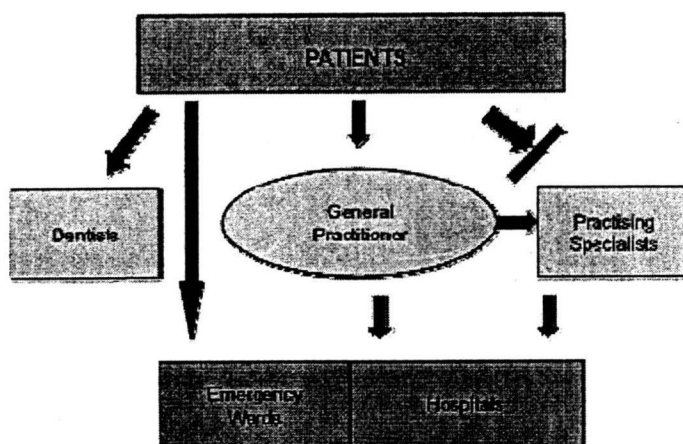


Figure 1 患者の視点からみた医療サービスの構造

デンマークの医療サービスにおいて鍵となる重要な役割を担っているのは、図中心に位置するかかりつけ医 (General Practitioner) であり、病院サービスや専門医サービス (Practising Specialists) へのゲートキーパーとしての役割を担っている。

かかりつけ医制度は、患者が必要とする治療が確実に提供され、かつ、必要以上に専門的なレベルの治療がされないようことを目的としており、これは、効果的な治療のためのコストを最小にする、というデンマーク医療の原則 LEON (デンマーク語の Laveste Effektive Omkostningsniveau の頭文字、最小の効果的な費用レベルの意味) に基づいている。

1-3 医療行政

医療行政は、国、県 (レギオン)、市 (コムーネ) の 3 層に分かれている。なお 2007 年 1 月より施行された地方自治体法の改正により、それまで 15 に分かれていた県 (アムト) と 271 あった市 (コムーネ) は、医療サービスを担う行政として集約された 5 つの県 (レギオン) と 98 の市 (コムーネ) に再編されている。⁴

⁴ すでに 1970 年の地方自治体法の改正により、1200 以上あった市は 275 に、26 あった県は 14 に合併され、以前より医療については県に一元化されていた。つまり、病院は県の所有であり、

1-3-1 市

98 ある市は、ナーシングホームを含めた社会サービスと社会サービスと密接に関連する医療サービスである訪問看護、公衆衛生、学校保健、小児の歯科診療を担っている。病院治療が終了した後の入院費用は市が負担するため、市は社会的入院を減らすための社会サービスの整備を進めるインセンティブともつとされる。なおナーシングホームは、1987年以降新規建築はされていないが、既存のナーシングホームのリフォームが順次すすめられており、もとより個室のナーシングホームは現在一人2部屋で台所付が標準になりつつある。さらに2007年の地方自治体法の改正により、それまで県の医療サービスであった維持期のリハビリテーションが県から移管されるとともに、県の病院サービスに対する市民の利用実績に応じた分担金を県に支払う仕組みが導入され、市はさらに病院以外の予防サービスを充実させるインセンティブをもつこととなった。

1-3-2 県

病院運営を行うには市よりも大規模の人口が必要であることから、その責任は5つの県におかれている。さらに主に医師が担うプライマリケアサービスも県の責務である。県は、住民の希望および県で入手可能な設備にもとづいて、独自の医療計画を策定する義務がある。

1-3-3 国

県は住民に対し定率の所得税を課税し、その財政責任を負っている。こうした地方分権に基づいた医療サービスの提供は地方による格差が容認されることが前提であったが、後述する(1-4-2)病院選択の自由が広まるにつれその格差は受け容れ難くなり、県の統廃合とともに、より住民に近い市の医療サービスへの関与の増大が望まれるようになった。この改正は県を排除し、医療に対する中央政府の介入を強める方策とも指摘されている。2. Pedersen, K.M., T. Christiansen, and M. Bech, *The Danish health care system: evolution - not revolution - in a decentralized system*. Health Economics, 2005. 14(S1): p. S41-S57.

国の医療サービスにおける責務は、先導、コーディネート、助言である。主要な責務の一つは、国としての医療政策を立案することである。

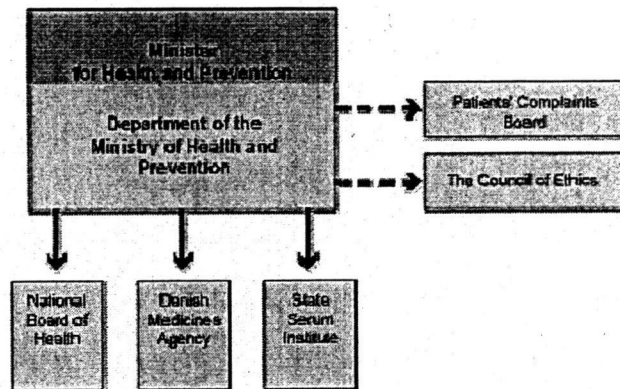


Figure 2 保健予防省の構造

保健予防省（Minister for Health and Prevention）は、医療分野全般、たとえば医療サービスの内容、医療従事者、病院、および薬局、医療機器、ワクチン接種、妊産婦ケア、小児保健、患者の権利などに関する法律に関して責任がある。さらに保健予防省は、国立医療委員会（National Board of Health）を通して医療サービスのガイドライン作成も行っている。

1-4 医療費

1-4-1 総医療費の国際比較

2005年の総医療費は、約 16.8 billion USD (PPP)であり、一人あたり 3,108 USD (PPP)、対 GDP 比は、9.4%であった。この水準は OECD 平均のやや上となる。

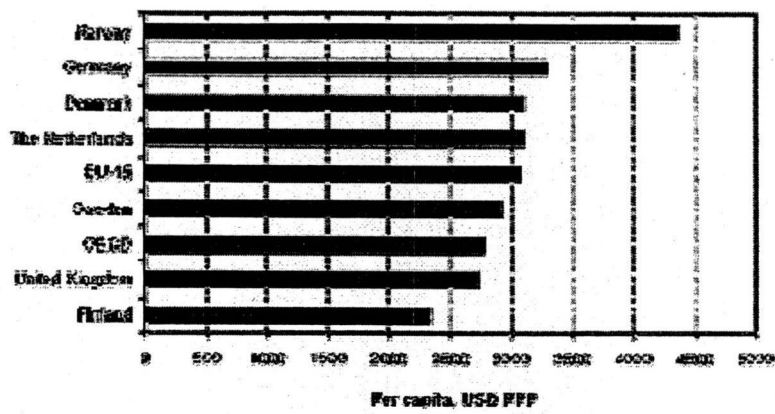


Figure 3 一人あたり医療費 2005, USD PPP Source: OECD Health Database

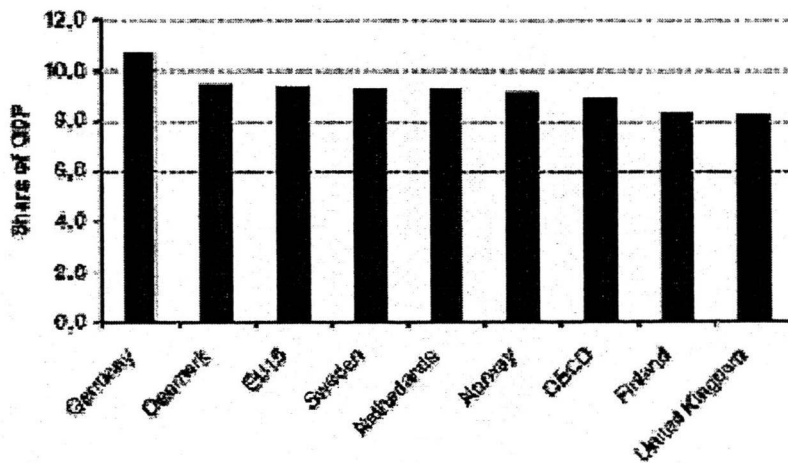


Figure 4 医療費の対 GDP 比 2005 Source: OECD Health Database

1-4-2 公的医療費の財源と支出先

総医療費の約 85% は公的医療費であり、残り 15%の私的医療費は、主に医薬品と歯科治療に対する自己負担である。2008 年の公的医療費 DKK 124,5 billion (約 2 兆 5 千億円) の財源内訳は、国が 0,1%、県が 77%、市が 23%であった。

支出先は下図に示すように、病院が 53%、プライマリケアが 17%、市の社会サービスから公的医療費として計上されているナーシングホーム、および市の医療サービスである訪問介護が 20%を占めている。

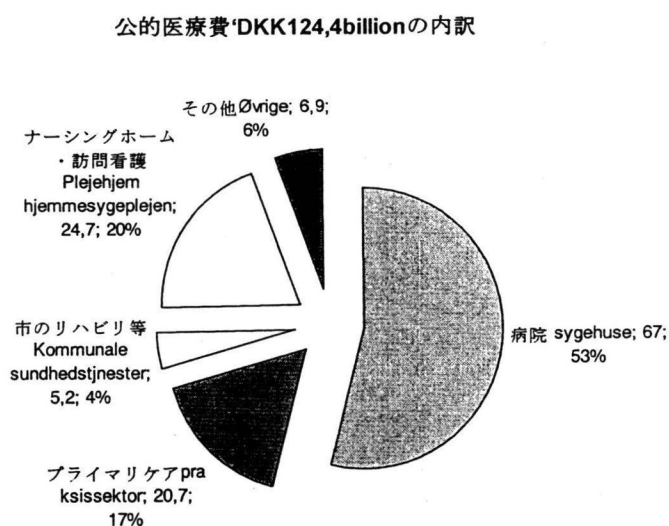


Figure 5 公的医療費の内訳 (図中の数値は、DKK billion と構成比)

1-4-3 県の医療財政

公的医療費の77%を支払う県の収入は4種類から構成されている。国からの定額補助金、国からの実績に応じた補助金、市からの基礎分担金および実績に応じた分担金である。

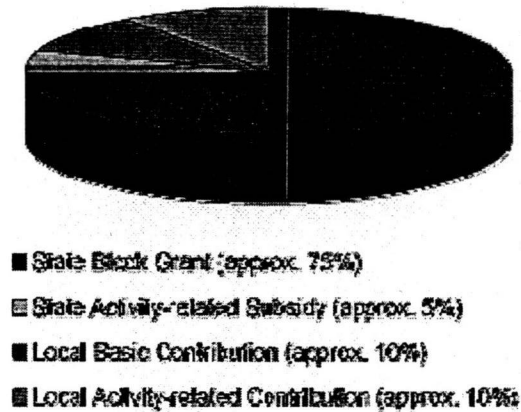


Figure 6 県の医療財政の収入源の構成 Source: Bill on financing of the regions.

県の収入は、国の定額補助金(State Block Grant)が最大であり、約75%を占める。これは、どの県も同等に医療サービスを提供する機会が与えられるように、各県の支出を反映する人口統計、社会構造などの客観的な基準によって配分されている。そのほか、国からは、県の医療費支出の5%を上限として、実績に基づいた補助金(State Activity-related Subsidy)が県に支給されている。この補助金は病院に対して生産性向上のインセンティブを与えることを目的としている。

2007年1月施行の地方自治体法改正における斬新な点は、市が医療サービスの財源を分担することになった点である。市の分担金は、基礎部分と実績に基づいた部分に分かれ、両方で県の医療費の約20%を占める。基礎部分(Local Basic Contribution)は、住民一人あたりDKK1500(2003年の価格賃金水準、約3万円)を上限とした範囲内で県ごとに定められる。市は、県下の2/3以上の市の賛成により、県による価格賃金水準を超えた

分担金の引き上げ要求を拒否することができる。法施行時の基礎分担金は住民一人あたり DKK1,000 (約 2 万円) であった。

実績比例分担金(Local Activity-related contribution)は、各市の住民が利用した県の医療サービスに応じて支払われる。つまり住民の入院と外来治療の件数およびかかりつけ医のサービス件数に基づく。この分担金により、効果的な予防活動により入院等の必要性を低下させるインセンティブを市がもつ仕組みである。

1-5 病院サービス

5つの県は住民に対し無料の病院治療と住民以外への救急治療を提供しなければならない。住民への病院治療提供の義務は、県の所有する病院以外の他県の病院や民間病院（特に専門的なサービスについて県と契約関係にある場合）に適用される。

1-5-1 病院サービスの内容

病院は、専門的な検査、専門的な治療、専門家の知識や設備または集中ケアやモニターの必要性により、プライマリケアや社会サービスで対応するよりも病院で提供したほうが適切な場合に提供される。各県の病院サービスの提供方法は、県の医療計画によって規定されている。また、5つの県は高度専門部門については共同利用することに同意する義務がある。これは、すべての県がすべての医療サービスを網羅する必要はないことを意味している。

県は、国立医療委員会の承認を経た場合、患者を海外の高度専門医療施設に送ることができ、その費用は国によって支払われる。また県独自に、県の財政の許す範囲で患者を承認された海外の病院に送ることも可能である。

病院サービスは、そのほかにも検査を通じてプライマリケアの診断サポートを行うほか、救急や事故に対応するため 24 時間体制を敷く必要がある。また、教育と研究の場として機能し、研究結果を臨床応用する場でもある。病院サービスは、入退院に関してプライマリケアおよび社会サービスの部門と密接な協力体制をとることが期待されており、これは法に定められている。

1-5-2 選択の自由

1993 年 1 月より、住民は自分が治療を受ける病院を選択できることになった。つまり住民は病院サービスが必要であるとかかりつけ医が判断した時点で、自分の住む県の公的病院のほか、県と契約関係にある他県を含めた小規模の専門病院の中からの選択をすることができる。もし、医学評価によって高度専門レベルでの治療が必要と判断された場合、さらに高度専門レベルの治療を提供する病院の部門を選択することができる⁵。さらに、2002 年 7 月より、待機期間が 2 ヶ月を超えた場合、県と契約関係にあるデンマーク国内および海外の民間病院やクリニックを選択できるようになった。2007 年 10 月よりこの待機期間は 1 ヶ月に短縮されている⁶。

1-5-3 病院サービスの消費量

⁵ 1993 年の本制度導入に対する当初の反応は限られ、病院選択をする患者は少なかったが、2000 年に病院への支払いの 20%に DRG に基づいた実績支払いが導入されたことにより、県をまたいだ病院選択が進んだ³。 Vrangbaek, K. and M. Bech, *County level responses to the introduction of DRG rates for "extended choice" hospital patients in Denmark*. Health Policy, 2004. 67(1): p. 25-37.

⁶ しかし、2008 年春から夏にかけてデンマーク全体の医療および社会サービス部門でおきた長期の労働闘争の余波で、待機期間の限度は一時的に 3 ヶ月に延ばされた。その後 2 ヶ月に戻ったが、2009 年 7 月からかかりつけ医が特に早期の治療が必要とした場合は待機期間は 1 ヶ月となり、それ以外は 3 ヶ月となった(2009 年 10 月現在)。

公的一般病院（精神病院以外）の2007年の統計をみると、病床稼働率は内科94%、外科83%であり、2008年の平均在院日数は4.2日であった。直近10年間をみると、退院患者数は年間1.1%ずつ増加、在院日数は3.0%ずつ短縮している。

Table 1 公的一般病院（精神病院以外）の病院活動統計

Tabel 5.2 Stationær somatisk aktivitet på offentlige sygehuse, 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Sam- årlig vækst, pct.	
退院患者数	Udskrivninger, 1.000	1.019	1.029	1.030	1.062	1.071	1.089	1.105	1.127	1.136	1.121	1,1
	Udsatvnr personer, 1.000	612	614	612	628	629	630	631	642	647	634	0,4
平均在院日数	Gennemsnitlig liggetid, dage	5,5	5,4	5,4	5,2	4,9	4,7	4,5	4,4	4,3	4,2	-3,0
	Sengedage, 1.000	5.650	5.567	5.509	5.471	5.241	5.115	5.011	4.929	4.828	4.713	-2,0
病床稼働率(内科)	Belegningspct. medicinsk blok	96	95	95	95	92	94	94	93	94	-	-0,2
病床稼働率(外科)	Belegningspct. kirurgisk blok	82	82	82	83	82	81	81	82	83	-	0,1

Kilde: Lægepatientregisteret, Virksomheden ved sygehuse (diverse årgange), Sygehusstatistikken (diverse årgange) samt Belegningsprocenter ved offentlige sygehuse 1997-2007, alle udgives af Sundhedsstatistikken.
Anm.: Opgørelserne er ekskl. raske nyindtr. Belegningsprocenten er beregnet på baggrund af sygehusenes indberetninger af gennemsnitlige disponible sengepladser. Den medicinske blok dækker foruden de medicinske specialer også sygehusafdelinger med håndledede specialer og ingen specialisering. Pædiatri er ikke inkluderet i opgørelsen.

平均年次
推移%

1-6 プライマリケアサービス

1-6-1 プライマリケアの内容とアクセス

かかりつけ医のほか、以下の医療サービスがプライマリケアとされている。それぞれの規模と住民のアクセス、費用負担について記す。

1. かかりつけ医 (Alment Praktiserende Læge)

かかりつけ医は、患者の最初のコンタクトであり、かかりつけ医は患者が確実に正しい治療を受けられ、医療サービスの中で正しい専門家に送られるようにしなければならない。

2008年 3,646 人のかかりつけ医が公的医療制度との協定を結び、一人平均約 1,300 名の住

民を担当している。かかりつけ医のおよそ 2/3 がソロプラクティスであり、1/3 がグループプラクティスである。

2. 専門開業医

公的医療制度は、専門医の治療についてもすべて、あるいは部分的に適用される。およそ 1,200 名の専門開業医が公的医療制度との協定に基づいて開業をしている。グループ 1 の住民は、かかりつけ医に紹介を受けたときのみ専門医の医療サービスを受ける権利があり、自己負担はない。グループ 2 の住民は、かかりつけ医の紹介なく専門医を受診でき、自己負担を支払う。

3. 歯科医

かかりつけ医の紹介は不要で、フリーアクセスである。およそ 4,600 名が歯科医免許をもち、約 2,500 名が公的医療制度との協定に参加している。18 歳以上の場合、予防、治療に対して公的医療制度からの助成は一部であるが、18 歳未満の場合は全額助成され、自己負担はない。身体または精神の障害によって通常の歯科治療が難しい場合は、自己負担額が軽減される。

4. 理学療法

およそ 2,100 名の理学療法士がいる。公的医療制度からの助成は通常一部であるが、疾病のための重度の身体障害がある場合は自己負担なく受けることができる。公的医療制度からの助成は、かかりつけ医の処方があったときのみ行われる。

5. カイロプラクティック

公的医療制度から一部助成がある。かかりつけ医の紹介は、助成に不要である。およそ 300 名の治療士が公的医療制度と協定を結んでいる。

6. 訪問看護

すべての住民が訪問看護を受ける権利がある。かかりつけ医の処方がある場合、市は自己負担なく訪問看護を提供しなければならない。さらに、市はすべての必要な物品、衛生用品、住民の負担なく用意しなければならない。訪問看護は、一時的、慢性的な疾患または終末期の人々に対して自宅で治療と看護を提供する。

7. その他の治療と助成

市は、リハビリテーションの必要性が医学的見地から十分に認められた退院患者に対し、自己負担なくリハビリテーションを提供する。(2007 年以降)

公的医療制度は、糖尿病や重度の慢性多関節炎患者の足治療にも適用される。プライマリケアセクターにおける心理療法は、特別に危険性がある人々に対しては適用される。16 歳未満の子供眼鏡を必要とした場合、公的医療制度から助成される。かかりつけ医の紹介は必要ではない。

公的医療制度を利用する資格のある人が死亡した場合、市は葬儀費用を支払う。額は死亡者の所得に応じて計算される。また、医師が通訳の必要性を認めた場合、公的医療制度からその費用が賄われる。通常住民はかかりつけ医や専門医受診のための交通費は自分で支払うが、グループ 1 で、ある特定の状況ではその費用も公的医療制度から支出される。

8. 医薬品

ほとんどの薬品は、国によって承認された約 300 件の薬局が販売する。薬局の数や地理的配置は保健予防省が管理している。ただし、いくつかの OTC 薬品はデンマーク医薬局が承認した薬局以外の店で販売可能である。デンマーク医薬局は Danish Health Care Act に基づき、公的医療制度の適用医薬品を決定する。公的医療制度の適用は、明確な指標を用いてある一定の価値のある治療効果があるかどうかで決まり、さらに価格はその製品の効果に比例しなければならないことになっている。一方すべての医薬品は、支払いの見地からは同等である。つまり、それぞれの必要性に基づき、適用率は年間の消費量に依存する。支払いは薬効と成分を同一にする異なる製品の中で最も安い価格に基づき計算される。薬局は、医師が処方箋に特別記載した場合以外は、最も安い製品を患者に与える義務がある。

デンマーク医薬局が認めた慢性患者には、医薬品自己負担の上限が定められている。また、終末期を自宅やホスピスで過ごすことを選択した患者が、病院に入院しているよりも多く費用負担することがないようにデンマーク医薬局によって認められた場合は、自宅でも医薬品の自己負担は発生しない。さらに、年金生活者やある特定の疾患の場合、いくつかの OTC 薬品も公的医療制度の対象として助成される。

1-6-2 プライマリケアの医療費

1-4-2 で述べたように国民医療費の 17%にあたる DKK20,7billion (約 4,000 億円) がプライマリケアへの支出である。さらに内訳をみると 1/3 がかかりつけ医、1/3 が医薬品となっている。

プライマリケアDKK20,7 billionの内訳

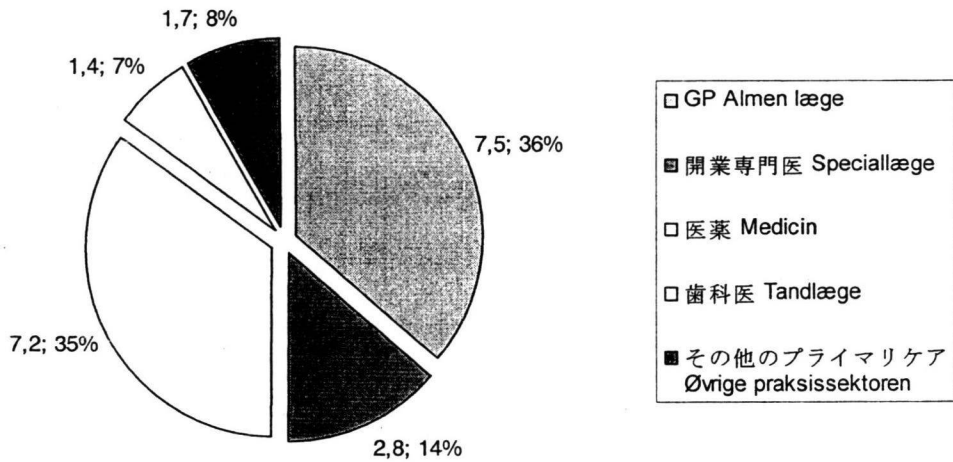


Figure 7 プライマリケア医療費の内訳

1-6-3 プライマリケアへの支払い

公的医療制度と労働協約を結んでいるかかりつけ医、専門開業医、歯科医、理学療法士、カイロプラクターなどは、県の賃金及び診療報酬点数表にしたがい、報酬を受けとる。県の賃金および診療報酬委員会は、さまざまな職能団体と労働協約を結び、委員会は、県、LGDK (デンマーク全国市連合)、保健予防省、財務省のメンバーから構成される。かかりつけ医には人頭払いと出来高払いの混合であり、その他のプライマリケアは出来高払いである。

2章 かかりつけ医制度

2-1 かかりつけ医への支払い

かかりつけ医への支払は、人頭払い部分と出来高払い部分から成り、出来高部分は基本診察料、加算料、検査料、その他に分かれている。

人頭払い部分は、四半期ごとの登録住民数に応じて報酬が支払われる。2004年は一住民一四半期あたり66,66kr（約1,300円）であった。人頭払いによる収入を医師一人あたり平均にすると年間約800万円となる。

出来高払い部分のうち基本診察料は、診察、電話対応、訪問診療、email対応（2003年より導入）別に料金が設定されている。2003年の実績では医師一人一労働日あたり44件の基本診察料を請求し、基本診察料による収入は医師一人あたり平均約1,300万であった。加算料は、医師の時間を追加的につかうことに対し、さらには政策的にプライマリケアでの実施を促進したい内容に対して設定されている。後者の例は小規模の外科手術などである。そのほか出来高払いには市の保健行政、社会サービスへの協力、当直に対する報酬などがある。

こうしたかかりつけ医への支払い実績を日本円換算と構成比とともにみると、表2によるように、全体が約3,000万円、その1/4が人頭払い部分、3/4が出来高払い部分である。