

医療経済学(2012.5.22. 中澤)

- なぜ保健行政で医療経済学を学ぶのか
 - ・ 保健医療行政は基本的に厚生労働省が所掌しているが、財務省が財布の紐を握っていて、なるべく予算をかけずに(医療費を削減しつつ)進めたがっている。
 - ・ 財務省の論理に勝つには、医療経済学という根拠に基づいた主張(現在のところ保健所・市町村保健センター・日本医師会等による)が必要。パラメディカルでも必要な知識
 - ・ 混合診療、レセプトオンライン義務化などの問題を考える上で有用なアプローチ
- 参考文献
 - ・ 真野俊樹『入門 医療経済学:「いのち」と効率の両立を求めて』中公新書, 2006年⇒網羅的読み物
 - ・ 西村周三, 田中 滋, 遠藤久夫(編著)『医療経済学の基礎理論と論点』勁草書房, 2006年⇒教科書的
 - ・ 今村 聡, 海堂 尊『医療防衛——なぜ日本医師会は闘うのか』角川 one テーマ21, 2012年⇒消費税問題等
 - ・ 小林美希『看護崩壊:病院から看護師が消えてゆく』アスキー新書, 2012年⇒看護師不足について

医療経済学とは

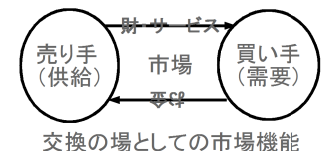
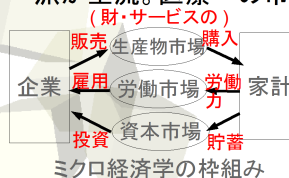
- 経済学の定義
 - ・ サミュエルソン (USA)「経済学とは、人びとないし社会が、いくつかの代替的用途をもつ希少性のある生産資源を使い、さまざまな商品を生産して、それらを現在および将来の消費のために人びとや集団に分配するうえで、どのような選択的行動をすることになるかということについての研究」
 - ・ ロビンズ (UK)「経済学とは、代替的用途をもつ希少な諸手段と諸目的との間の関係としての人間行為を研究する学問」
 - ・ ケインズ (UK)「経済学は、動機、期待、心理学的不確実を扱う学問であるといっても良かったであろう」
- いずれにせよ、ターゲットは人間の営み
 - ⇒医療経済学は、医療に関する人間の営みを扱う学問
 - ⇒医療経済学において、医療は学問ではない。人間を対象とした経済行為である
 - ⇒医療を支える学問としての医学・看護学等々とは対立？(※ただし公衆衛生学に代表される社会医学は医学に対して実際の医療を相対化する。その意味で、公衆衛生学の専門家は医師である必要はないし、保健学科生こそ学ぶべき)

経済学が医療を分析する意味

- 医学側から必ずしも歓迎されない
 - ・ 経済学は伝統的には合理的経済人を仮定(近年の行動経済学は別)するが、医療の場においてヒトの行動は合理的とは限らない場合が明らかに存在する
 - ・ 医学はヒトの行動の合理性を前提としなくても研究できる
- 医療の何が経済行為に当たるか？
 - ・ 医療行為のすべて
 - ・ 資源や国の財源は有限。他の経済活動との資源配分を考える上での合理的な根拠が必要
- 医療における財(人間の欲望をみたし、人間が支配・処分できるもの)のいろいろ
 - ・ 経済財(市場において特定の価格で売買される財)
 - ・ 自由財(経済財でない財)
 - 空気のように共有されるもの
 - 互酬・贈与のように値段がつかないもの
 - 赤ひげ先生が無報酬で診療するのは経済行為でない(その分金持ちから高い報酬を得ていれば、彼の医療行為全体としては経済活動。個人レベルの所得の再分配)
 - ・ 公共財？

経済学の中での医療経済学の位置づけ

- マクロ経済学とミクロ経済学
 - ・ マクロ: 経済全体の行動をインフレ率や失業率などの統計を用いて分析
 - ・ ミクロ: 市場を中心に、個々の個人・家計や企業の行動、また生産物、労働、資本の個々の市場を細かく分析
- 医療は生産物市場の1つであり、医療経済学は主にミクロ経済学。国民医療費の分析などはマクロ経済学
- ミクロ経済学の中での新古典派経済学と制度派経済学
 - ・ 新古典派: 市場を信用←マクロ経済学の古典派を継承
 - ・ 制度派: 市場への懐疑←厚生経済学の影響
- 経済学一般には新古典派が主流だが、医療経済学では制度派が主流。医療への市場の適用には慎重



新古典派経済学は理想状態を扱っている

- 前提
 - ・ ヒトは経済的に合理的な判断をする
 - ・ 情報が完全に売り手と買い手で対称
 - ・ 不確実性がない
- 新古典派経済学では貨幣を考慮しない
 - ⇒(例)所得も商品価格もすべて2倍になったとき、消費者や企業行動は変化しないと考える
- マクロ経済学の祖、ケインズの理論では貨幣の存在を重視
 - ・ 不確実性を考慮すると、株式市場や債券市場への投資よりも貨幣として資産をもちたがる「貨幣愛」
 - ・ 健康不安・病気になることときの医療に不安があると貯蓄(保険を含む)が増す
 - ・ 現在の健康に問題があれば貯蓄よりも医療サービスの消費を重視する
 - ・ 市場の自己調整力を否定
- 医療においては市場は失敗している
 - ・ 財/サービスとしての医療の特殊性

厚生経済学

- 厚生経済学以前
 - ・ アダム・スミス「神の見えざる手」: 私利を利己的・個人的に追求することで、市場の自己調整力が発揮され、最大の公共的利益が達成される
 - そもそもアダム・スミスは小さな政府を目指していて、政府は防衛、司法、道路や交通機関の維持、教育だけやればいいと提唱していた
 - ・ セイの法則「供給はそれ自身の需要を誘発する」
 - 供給過剰なら価格が下がって需要が増える
 - 医療経済学では医師誘発需要という考え方につながる
 - ・ マーシャル(ケインズやピグーの師): 部分均衡論
- 厚生経済学
 - ・ ピグー: マクロ経済における分配の効率とその結果としての所得分布を同時に決定するためにミクロ経済学的手法を用いる
 - ⇒個人の経済活動を吟味し社会の厚生を最大化
 - ・ セン: 基礎教育や医療制度が人間の潜在能力(capability = あるヒトが自分で価値のある生活を選ぶ自由)と生活の質とその向上に直接貢献すると考える。潜在能力を各自が発揮できる空間を公正にもたらし、教育や医療など市場で実現できない「公共善」を実現するために政策があるべきと提唱

ピグーの理論とその派生

- 前提
 - ・ 経済的厚生は社会を構成する各個人の効用 (utility: 質を考慮した、費用をかけて行った行為の有用な効果) の和
 - ・ 個人の効用の大きさは計測でき、異なった個人間の効用は比較可能
- 結論
 - ・ 貧者に帰する分配が減少しないとすれば、総国民分配の増加は、他の条件と無関係である限り、経済的厚生の増加を意味する
 - ・ 比較的富裕な人々から比較的貧しい人々に所得移転があれば、比較的重要でない欲望を犠牲にして一層緊切な欲望を満たすことが可能になるので、満足の総和は増大する
- 批判
 - ・ 効用の個人間比較は完全には不可能
⇒しかし医療はアウトカムが明白なので他よりやりやすい
 - ・ 効用は基数性がなく序数性があるのみ⇒非線形ということなので、無差別曲線を導入しパレート最適を目標化することで解決

無差別曲線とパレート最適

- 医療経済学における無差別曲線とは、財を消費することによる個人の満足度を効用とした場合に、横軸に医療サービスによる効用、縦軸にその他の財による効用をとって各人をプロットすると、右下がりの下に凸な曲線「無差別曲線」に乗るといえる。この曲線上の点は同じ効用とみなせるので、個人間の効用が比較可能になる
- パレート効率性の基準: 社会構成員1人1人の効用を高めるように希少資源は無駄なく配分されるべきであるという前提の下で、ある資源配分から別の資源配分に移行したときに、効用が低下した人がいなくて少なくとも1人の効用が高まったとすると、配分はより望ましいといえる。より望ましい配分を続けていけば、いつかは、それ以上パレート効率性が上がらないピークである「パレート最適」に到達する。パレート最適な状態は公平な資源配分であるといえる

財としての医療の特徴

- 傷病の発生と経過に関わる不確実性 (uncertainty) ← 予測不可能性⇒モラルハザードにつながる可能性
- 患者・医療提供者間における情報の非対称性 (information asymmetry)
- 医療サービスの外部性 (externality)
 - ・ 外部経済: (例) 学童へのワクチン集団接種により感染症流行が抑制される集団免疫
 - ・ 外部不経済: (例) 感染症流行、受動喫煙の害
- 福祉的役割 (welfare role) ← 人間の基本的ニーズとして
- 不可逆性
 - ・ 一度受けた医療行為はやり直し不可能
 - ・ 市場が失敗すると大損害
 - ・ 一般消費財は消費以前に調査すると、この問題は緩和できるが、医療は経験財(事前調査が難しく情報蓄積が経験による)であり信頼財(情報の非対称性により、提供者を信頼するしかない)であるため、事前調査が問題緩和に必ずしも結びつかない(評判の医者は誰にとっても名医?)
- 私的財: 公共財の特徴(非排他性・非競争性・外部性)を満たさない

医療は「市場の失敗」の1つ

- 市場の失敗は、「公共財、費用逓減産業、あるいはその財が外部性や不確実性や情報の非対称性をもつとき、配分のときなどに起きる」
 - ・ 公共財: キューバや英国の国営医療は個人の支払いがゼロ(英国は薬代のみかかる)、日本の1973～83年の70歳以上の高齢者医療は支払いゼロであったため、医療の排他性も競争性も存在しなかった。日本は国民皆保険であり、医療保険により、医療は公共財の要素を部分的に有する。医療従事者を十分に供給する政策も競争性を減らすことに寄与する。cf. コモンズの悲劇に襲われる可能性
 - ・ 費用逓減産業: 電力・水道などのインフラはスケールメリットがあるため新規参入が不可能であり市場は自然独占。医療はこれには当たらない
 - ・ 不完全競争
 - ・ 外部性
 - ・ 不確実性
 - ・ 情報の非対称性

「合理的経済人」を超えた思想

- ゲーム理論: 囚人のジレンマなどを考えれば、ヒトの選択がナッシュ均衡(誰もが満足できない安定解)にあってパレート最適に到達できない場合があることは当然
- 行動経済学(カーネマンらは、これでノーベル経済学賞受賞)
 - ・ ヒトは不確実性の下では合理的な判断をするとは限らない
 - ・ ヒトの心理的バイアスとして以下2つを仮定
 - 自信過剰: 自分の能力以上の良い結果を予想
 - 自己奉仕的帰属バイアス: 悪い結果は他人のせいにしたがる傾向
- 行動経済学をとりいれた市場分析は、安定解にはつながらずカオスになることが普通。複雑系が分析困難なのは当然

医療の需要と供給

- 需要サイド
 - ・ 医療費自己負担と受診行動
 - ・ 医療サービスの価格弾力性 vs モラルハザード
 - 外来医療需要は、高価になると減少するし、安価になれば増加すると考えられるが、必要不可欠な医療ほど、その振れ幅が小さいと考えられる。この振れ幅が価格弾力性
 - 日本の医療保険データに基づいて推定されたデータ (Yoshikawa A, et al. Health Economics of Japan, Univ. Tokyo Press, 1996, pp.84): がんが-0.12, 精神障害が-0.31, 循環器が-0.54など概ねマイナスで、泌尿生殖器系のみ0.005とプラス
- 供給サイド
 - ・ 医師の分布: ニューハウスの仮説(ある程度医師数が多いと分布は不均等になる)
 - ・ 医師誘発需要の実証研究
 - ・ 医療費の出来高払い制 vs 定額払い制(例: DPC)
- 国民医療費: $C = \sum pv$; C: 国民医療費, p: 各医療行為の単価, v: 各医療行為の回数・量