

＝平成 26 年度診療報酬改定を占う＝

今年度末には、2 年に 1 回の診療報酬改定＝平成 26 年度診療報酬改定の内容が決まります。

先日は、厚生労働大臣の「必要があればプラス改定」という発言も報道される一方で、診療報酬改定の内容を議論する中央社会保険医療協議会の審議も本格化します。

今回は、医療に関わりのない人もわかるように、診療報酬改定の仕組みを整理しつつ、平成 26 年度診療報酬改定について考えてみます。

<診療報酬改定とは>

診療報酬改定とは、過去、概ね 2 年に 1 回の頻度で行われてきた、医療サービスや医薬品等の提供について定めている「保険償還額」の見直しのことです。

医療サービス、医薬品等は、それぞれ約 1 万種類の額が決められていますが、それらの一部又は全部を見直す作業です。

この作業は、決められた手順を踏んで行われます。

年内に行われる政府予算決定時に、通常、「改定率」と呼ばれるものが決まります。例えば▲1%改定であれば、医療費の総額約 40 兆円の▲1%＝約 4 千億の規模を政策的に削減することになります。

医療サービスと医薬品等の改定率は、それぞれ別に定められ、その合計が、通常、「ネット改定率」と呼ばれます。このネットの改定率がプラスの場合には、政策的・人為的に医療費を増やした(この他に、高齢化による医療費増として年間 1 兆円規模の増があります。これは自然増とか当然増とか言われるものです。)ことになります。

まず、医薬品等の改定率が決まります。医薬品や医療材料は、医療機関と卸の間で取引がされますが、その価格は、両者の価格交渉の結果、通常は、保険償還額より低い価格で取引されます。この価格を基本として薬価等の改定を行いますので、必ずと言っていいほど、マイナスの改定率になります。平成 24 年度改定では、▲1.38%～約 5,500 億円のマイナスとなりました。

次に、診療報酬改定率が決まります。これは薬価等のように取引価格を基にした改定ルールが決まっていないので、「医療機関の経営状況」、「保険者の財政状況」、「医療政策の方針」などを勘案して決められます。1996 年までは、この改定率も中央社会保険医療協議会における保険者代表と医療提供者代表の合意で決まっていたましたが、その後は、両者の合意ができずに、今では、政治プロセスで決まります。

平成 24 年度改定では、当初は、医療機関側の経営状況が良いこと、保険者の財政が悪いことを背景に、ネットでは、マイナス改定と言われていましたが、当時の民主党政権下で、財務大臣・厚生労働大臣の予算折衝により、ネットでゼロ改定となりました。病院の経営状況は、自治体病院を除けば概ね 5%程度の経常損益という調査結果でしたので、「自治体病院救済＝地方公務員組合救済」ともとれる改定結果となりました。

診療報酬改定の手順

年内(政府予算決定時)

薬価等改定率
診療報酬改定率(本体及び各科改定率)

年明け後

各科診療報酬改定率の範囲内で、
診療報酬の単価を見直し

平成23年12月21日 財務大臣・厚労大臣 大臣折衝結果

1 診療医報酬改定

我が国の医療はいまだ極めて厳しい状況に置かれている。国民、患者が望む安全・安心で質の高い医療が受けられる環境を整えていくため、厳しい経済環境や保険財政の下、平成 24 年度改定においては、概ね 5,500 億円の診療報酬本体の引き上げを行うこととし、その増加分を下記の3項目に重点的に配分する。

<重点項目>

- ・救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供し続けられるよう、病院勤務等の負担の大きな医療従事者の負担軽減・処遇改善の一層の推進を図る。
- ・地域医療の再生を図る観点から、早期の在宅療養への移行や地域生活の復帰に向けた円滑な連携を強化するとともに、地域生活を支える在宅医療の充実を図る。
- ・がん治療、認知症治療などの推進のため、これらの領域における医療技術の進歩の促進と導入を図ることができるよう、その評価の充実を図る。

＜今年の特殊事情～消費税引上げ＞

例年の診療報酬改定と異なり、今年は、平成26年度4月から予定される消費税引上げという特殊事情があります。既に基本方針は、消費税引上げに係る影響分を診療報酬等に上乘せすることが決まっていますが、問題は、そもそも消費税の引上げがどうなるか、消費税が引き上げられた場合の診療報酬等への上乗せ財源をどのように確保するか、また、それをどのように診療報酬等に反映するかです。

(1) 消費税の引上げはどうか

消費財の引上げについては、有識者等にヒアリングがなされ、全般的に予定通りに引上げるべき(景気対策もあわせて)という意見が多数ですが、一部には、毎年1%ずつ引き上げるなどの有力な意見もあります。一方、世論調査では、引上げ・先送りが拮抗しており、引上げ賛成ながらも、「段階的に」という意見も結構あります。

10月には決まるようですが、どうなるか注目されます。個人的には、「予定通りに引き上げないでどうするのか…」とは思いますが、それは置いておいても、毎年、少しずつ引上げるというのは、診療報酬改定、医療機関経営という目から見れば、厳しいシナリオとなります。

毎年、消費税が上がると・毎年改定が行われる＝毎年診療報酬等の額が変わることになりますが、毎年の上乗せ財源をどうするのかという政府部内の問題が顕在化しますし、医療機関も報酬請求の情報システムを毎年更新することが必要となります。特に、後者の情報システムの更新は、医療だけでなく、他の一般産業も同じであり(消費税課税事業者の私も含みます。)、システム改修という設備投資を、無駄に繰り返すことが必要になります。

この投資が、景気を良くするのもかもしれませんが、できれば納税義務を負う事業者の経営行動に、大きな影響を与えないものにして欲しいものです。

(2) 上乗せ財源をどうするか

仮に、当初の予定通りに消費税が3%引き上げられると、医療だけで6千億前後の上乗せ財源が必要なのではないかと推測されます。

この財源は、最終的には、保険料と税金、患者負担で賄われますが、今の医療費の財源構成を単純に当てはめると、保険料が約3千億、税金が約2千億、患者負担が1千億となります。

このうち税金については、消費税の引上げ分です。保険料と患者負担は純増になります。消費税でするので、最終消費者である被保険者、患者が負担するのが当然とも言えますが、できれば、こうした負担は少なくしたいと保険者側は考えることになるでしょう。

医療の場合には、最初に説明したように、薬価等は、マイナス改定になるのが普通ですから、この分を使って消費税引上げに伴う上乗せ分を賄えれば・医療費総額(自然増等を除く)は増えずに、被保険者、患者の負担は増えません。これを実現するには、診療報酬の改定率をゼロやマイナスなどの低い数値に抑えることが必要になりますが、「単純に上乘せすべき」と主張することが確実な医療提供側と真正面から衝突することになります。

これは保険料財源を原資とする介護保険も同じことであり、保険者と医療提供者の主張が、例年とは違う形で激しくぶつかりあうことになるでしょう。国民的、財政的には、消費税の上乗せ分を含めて、ネットゼロ改定がベストでしょうが、政策担当者・政治がどのように判断するか注目されることです。

(3) どのように診療報酬等に反映するか

財源問題が解決しても、消費税の引上げの影響をどのように診療報酬等に反映するかは難しい問題です。

薬価等の単品での取引額が明確なものは簡単です。現在でも、税抜き市場実勢価格の平均値に5%の消費税相当分を上乘せしていますので、これを引き上げるだけのことです。

しかし、医療サービスの対価である診療報酬は、このように単純にはいきません。仮に医療が消費税課税であれば、薬価等のように、今の報酬額に消費税相当分を加えればよいのですが、残念ながら非課税となっていますので、難しい判断が必要になります。

医療機関では、医療サービスの提供のために、病院の建設、医療機器の購入、医療消耗品の購入などの投資、調達をしていますが、それら自体は、薬価等のように、診療報酬で額が決められているわけではありません。患者に対するサービスの対価である報酬の支払いを受け、それで投資、調達を行うという間接的な関係にあります。手術等の多い急性期の病院では、こうした投資・調達額が多くなり、慢性期医療・精神科医療を担う病院では、少なくなる傾向にあります。また、同じ急性期病院でも対象となる疾病(治療方法)が違う、建築費・購入費の単価が大きく違う、機器等の数・稼働率が違うといった、個々の違いもあります。

こうした違いに応じた細かな対応は不可能ですので、過去2回と同じく、一定の仮定の下で、特定の点数(サービス価格)に重点的に上乘せするしか方法がありませんが、結果としては、急性期の病院等に十分な財源が回らない可能性が生じます。マクロでは合っている、個別では損得が大きくなる・・・これまでの税率5%が10%に引き上げられると、その損得の額が倍増しますので、病院にとっては、この反映方法自体が、死活問題になります。

どうやっても公平な結果になるわけではないので、医療を課税にする又は免税にする(還付を受ける)といった税の面で対応するのがベストですが、既に過去2回、消費税相当分を診療報酬に上乘せしているので、方針変更自体も現時点では、極めて難しくなっています。この決着が医療提供側には、最も大きな課題となるでしょう。

<診療報酬改定率と医療機関経営>

医療機関経営からみると、薬価等の改定は、損益面では、概ね中立的なものになります。

薬価等は、通常マイナス改定になり、その結果、医療機関の収入は減少します。しかし、医療機関は、従前より取引価格の水準を引き下げて、これまで通りの利益を確保しようと行動し、現に、多くの病院では、それを達成しています。

この意味では、医療機関の経営に影響を与えるのは、診療報酬改定です。

介護保険が創設された 2000 年以降の診療報酬改定率をみると、3 回がゼロ又はマイナス、4 回がプラス改定であり、その 4 回の平均は、わずか +1.3% です。

現在の病院平均の収入は年間 23 億円強ですので、過去の平均的な改定による影響額は年間 3 千万程度です。定期昇給や数人の看護師増による人件費増に要する費用程度でしかありません。

しかし、実際の病院の変化は、この程度ではありません。病院の 1 日あたり医療費（通常の企業の用語でいえば客単価）は、診療報酬改定率が停滞していたにも関わらず、入院、外来とも、2000 年以降で 3 割以上増えています。入院で行っていた医療を通院で行う（抗がん剤治療など）、同じ医療を短い入院期間で行うなどの治療行動の変化を反映してのことです。

こうした行動変容を達成し、かつ医療連携等で患者確保の体制を整えた病院では、いずれも増収、増益の傾向を示しています。

ここ数年は、病院平均でも、患者数の増加が始まり、単価も患者数も増加しています。この傾向は、高齢化による患者の増加、政策的な在院日数の削減等から、この傾向は止まることなく、今後とも継続するものと思われる。

病院に限って言えば、病院の行動変容が経営に大きな影響を与えるものであり、診療報酬改定率という短期的なものよりは、診療報酬改定の中期方針＝経営方針が重要になるといえます。

それでも診療報酬改定率が政治的に大きな課題になるのは、不思議な気がします。一つの要因としては、診療所を母体とする日本医師会の存在にあると考えられます。診療所では、病院のような大きな行動変容は難しく、どうしても単価の改善は、診療報酬改定に依存することになります。過去は、改定財源は主として診療所に振り向けられる傾向がありましたが、最近では、改定財源は病院に中心的に投入され、診療所数の増加もあって、診療所（特に 1 人医師のもの）の経営不振が目立つようになってきました。

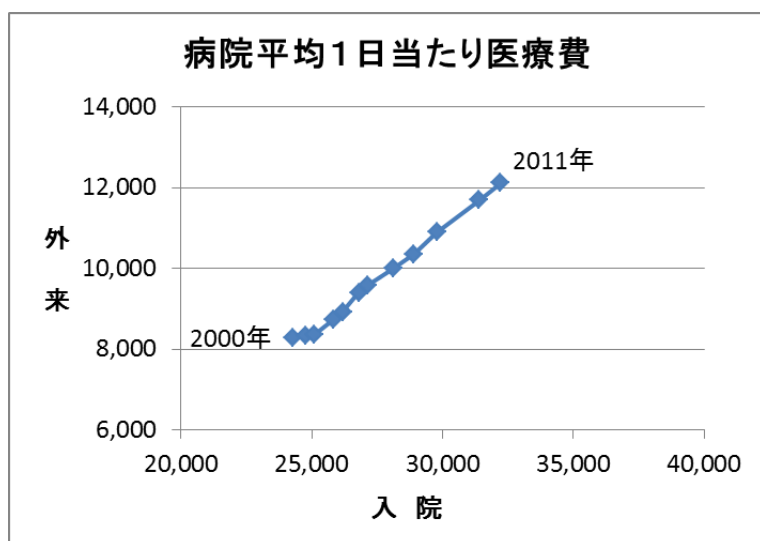
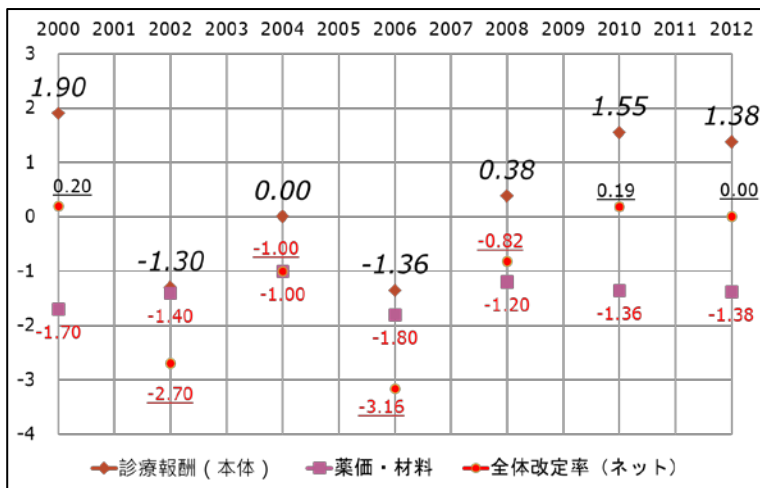
また、報道によれば、大学病院の外来について、紹介のない患者の窓口負担を 1 万円単位で求めるという制度改正を行う方針となったとされています。患者負担を増やすことで、直ぐには大学での外来受診を必要としない患者を一般診療所に向かわせるという発想でしょうが、政策的には大学の医師の負担軽減等を名目とし、医師会も「診療所の患者確保に貢献」と大きな反対をしないという背景によって、表に出てきたのでしょうか。

しかし、実際の医療機関行動は、大きくは変わらず、ほとんどが診療所を経由して大学病院に行くか、1 万円を支払って大学病院に行き続けるとなるような気がします。患者側には診療所に行かない～それなりの理由（情報が不明確な診療所への不信・不安等）があり、それが解消しないと行動は変わらないと考えるからです。

いずれにしても診療報酬改定率が、今回も政治的な課題になるのか・注目される点です。

個人的には、自治体病院を除く今の病院の経営状況からして、プラス改定を行う必然性は乏しく、政策目標の達成は既存医療費の枠内で振り替え（あるものを削って、必要なものに回す）を行えば十分ではないか・と考えますが、どのような結果になるのでしょうか。

通信 Vol. 59 で記したように、今の安定政権下で社会保障改革は進みにくいという結果になるのか、それとも、私の予測が外れるのか・皆さん どのようにお考えでしょうか。



<診療報酬改定と医療機関の行動変容>

改定率が決まると、年明け後に、具体的に新設・変更するサービス等を決め、その価格を決める作業が中央社会保険医療協議会で行われます。もちろん公開の審議会の場だけでなく、水面下で関係者との調整も行われます。

この作業の基本方針は、年内に議論されますが、本格的には、年明け後です。この改定の内容によって、医療機関は、行動を大きく変えたり、または既存の行動を継続したりします。制度が行動変容を促すという・・・他産業では珍しいことが、医療分野では普通に起きます。したがって、政策側は、ある意味では政策誘導が簡単ですが、別の意味では政策の失敗は、将来に大きな禍根を残すという、両面の特徴を持っています。

さて、今回の改定の重点項目は、平成 24 年度と大きく変わることはないと思いますが、入院部門では、医師の負担軽減から、病棟機能の再編に重点が移ると考えられます。

8 月末の中央社会保険医療総会で、入院医療等の調査・評価分科会からの報告がありました。平成 24 年度診療報酬改定の影響の検証を目的とする分科会ですが、一般病棟 7:1 (一般病棟入院基本料の中で最も人員配置の手厚い病棟)、亜急性期入院医療管理料 (急性期病床から転院等を受け入れる病室)、特殊疾患病棟等 (神経系の疾患等で長期の入院が必要な患者を受け入れる病棟) の評価と今後の方向性 (下記の URL 参照) についての報告です。

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000016157.pdf>

この 3 種類の病床・病室は、いずれも当初の予想に反して、急激に数が増えたものです。いずれも算定要件等が不十分なために、短期的な経営改善の一環として、各病院が、政策意図に反して利用し始めたことによります。

例えば平成 18 年度に新設された一般病棟 7:1 は、特定の病棟に限定 (特定入院料の形式) して始めず、一気に制度化したため、種々の弊害を生じさせました。本来は、医療必要度の高い患者を受け入れる一部の病院を念頭においたものと思いますが、形式的には、看護師の数が足りていれば高い報酬を得られるので、病床稼働率が低く、看護師が余剰状態の病院が飛びつくことになり、右図のように、急速に拡大しました。

笑い話で言えば、病床稼働率が 7 割を切るような病院で、気づいたら 7:1 になっていたということもあります。NHO 時代、この改定が実施された初年度では、各病院長に「甘い仕組みは長続きしない」と慎重対応を要請していました (結局は、本来不要と思われる病院も今や 7:1 ですが)。

当初の仕組みは、理念はともかく、政策としては、明らかな失敗です。その後、何回かの見直しがありましたが、現在でも、「短時間で退院可能な手術や検査が多いこと」「特定の診断群に集中していること」などの課題が分科会で指摘されました。病床数としても、医療費としても「水ぶくれ」した今の状態を、いつまでも放置はできませんから、平成 26 年度改定では、主要課題になることは確実でしょう。

その他の亜急性や特殊疾患なども、急性期病床と並行して保有することで、急性期病床の平均在院日数をクリアしつつ、病院全体の病床稼働を維持するという「一時的な経営改善策」として、多数の病院で導入されました (私も、NHO 時代には、この目的で、特殊疾患病棟等の算定を促していました) が、その算定後、病院が、何をしていたか (人材育成、患者確保等) が、問われる時代になります。

利益を享受するだけで何もしていない病院は、平成 26 年度以降、大きな打撃を受けることになるでしょう。制度利用は一時的なものに過ぎず、サービス業の本来の姿として、サービス本質の改善に妥協する者は、生き残れないということです。

個人的には、NHO 病院も、次の行動変容 (将来) に向けて準備してきたか・・・心配です。

