

＝診療報酬を考える(3)＝

～病院(医科)の診療報酬を考える～

新型コロナウイルス流行の際の補助金の「大盤振る舞い」が終わって・・・経営の苦しい病院が多数出てきた感があります。こうした収支状況も踏まえて、今回は病院の診療報酬を考えます。

経営主体側の内部努力で頑張るべき事項は何か、内部努力では改善できない点は政策対応との原則で考え・・・現行の点数表からの移行にも触れてみます。

<病院収支に影響を与えるもの～内部努力でできることは減ってきた実感>

病院の経営が厳しいという統計・情報は溢れているので、その数値を追うのは、そこにお任せして・・・ここでは、病院収支に影響を与えるのは何かと考えて、その将来性等について考えてみます。

1 収入面 収入＝新規入院患者数×平均在院日数×1日単価＋補助金等

私が、収入面で主に気にするのは、新規入院患者数の変動、1日単価(DPC係数含む)の変動、及び補助金等の変動です。

新規入院患者数は、その地域における病院への信頼性と直結します。後期高齢者の数が増えているので、通常、ある程度新規入院患者数は増えていくはずですが、しかし、これとは違う動きがあるとすると、地域からの信頼性の低下(連携病院・診療所との関係不全、他の病院のサービス向上の反映等)が確実にあるか、医師確保に失敗して診療能力が低下しているかです。

1日単価の変動は、急性期病院では、診療密度の向上(入院期間を短くして、新規入院患者を増やす)で自ずと1日単価は上昇するものですが、病院の基礎体力として、その限界にきているほかは、病棟の運用に問題がある(人的要因で動きが悪い)、標準的な治療内容とは違っているなどの課題があるものです。

補助金等については、その交付主体の財政状況・病院との関係等に左右されますが、流れとしては、補助金等は減っていく方向です。特に自治体病院は、その影響が大きいでしょう。

これら収入面のポイントにおいては、診療報酬改定の出番はないと考えます。記載した理由を見ればわかる通り、病院間競争・病院内行動に要因があり、一定程度、病床を減らしていく方針の下では、地域要因・内部要因での不振を支える必要はないからです(地方の下支えの必要性については、次回に記載予定)。

2 費用面

費用面では、人的投資(給与制度・教育制度・働く環境等)、設備投資(物品調達・院内物流、契約管理等)に2分して考えます。

人的投資は、人材確保・定着に必須ですが、これまでは収入増を原資に設備投資面のコストコントロールで利益を出し、人的投資に回すという循環でしたが、世の中の賃金・物価の上昇や設備投資面の費用が急増・・・人的投資の資金に困るという状況になったと理解しています。

また、設備投資面のコストコントロールの面でも、既に市場価格が数割も上昇した建築費のほか、あらゆる物品・契約について、従来価格水準を維持するのは無理になっているでしょう。元々、物品調達のコストコントロールには限界があります。昔所属した独法では、特定の事業者本部が目をつけ、病院の意向も無視して直接交渉～「この病院の単価下げないと、他の貴社の契約全部を解除する」と圧力をかけるといった不法事例も生じたくらいです。個別委託から法人直営などの新しい方法論(＝消費税負担を回避)を導入しないと光明はありません。当座の弥縫策として、契約総額を増やす＝他病院と一括契約・契約期間を5年以上に延長などは思いますが、所詮は先送り・・・5年後には同じ問題に直面します。

以上のように、費用面では、10年以上前には効果のあった手法が、概ね、限界にきていると考えられます。この認識のもとで、「賃金・物価上昇に応じた診療報酬改定が必要な時代」との前の考えに、たどり着くわけです。なお、過剰病床の職員余剰・過大な管理部門の問題を指摘する人もいるでしょうが、患者単位で支払う診療報酬ですので、余剰人員分が払われるわけではありません。他産業と同じく、人員整理に着手するか、新サービス開始をするしかないだけのことです。

＜全国的な課題は、過剰な急性期病床、感染症病床確保と建築・設備投資等に係る消費税問題＞

1 過剰な急性期病床の対応

7:1 看護導入の当初の甘い条件で、急激に増えた過剰な急性期病床の処理が第1の課題でしょう。対応が遅れたせいもあって、数が急激に増えた結果、その後、種々の対応措置を講じてきましたが、未だ、不十分～病床が多いが医療人材は限られているという状況下で、個別には医師等の負担増・離職、地域全体の医療体制の弱体化につながっているように思います。

2024 年度補正予算で、昔々の減反補助金と同種の仕組みを見つけましたが、長年、進路変更を渋ってきた経営者が、これで動き出すかは未知数です。この措置でも、十分な結果が得られない場合には、診療報酬を絞る～日々の運営原資の収入を抑制するという手段をとるしかないでしょう。

ただし、地域により、病院により事情は違うと思いますので、今まで、診療報酬では採用されてこなかった、都道府県・医療圏単位の「地域措置」を考える必要があります。対象となる病棟の診療報酬は、一旦は削減～地方社系保険医療協議会等を使って、当該措置を除外する病院・エリアを指定。指定された病院等は、元々の報酬水準を算定できるというイメージです。地方単位で指定する際には、お役所お得意の移行計画等の提出で、削減時期を延期などの工夫もあるでしょう。

今の診療報酬は全国一律が原則ですが、場合によっては、同じ報酬で2種類の単価を設定し、地域レベルで算定するものを選択するという形も考えていかないと、医療内にある地域問題等に対応できなくなるでしょう。次回以降も記載しますが、人口変動・医療者の偏在等で、全国一律で考えられる医療問題は減っていると考えられます。

2 結核医療の再整理と感染症病床の確保

先の新型感染症で、入院患者の病床確保が重要な課題となりましたが、「のど元過ぎれば熱さ忘れる」とならないよう、今後の改定では、感染症の入院管理体制の構築を進めて欲しいと考えています。

現在の結核・感染症対策は、二次医療圏・都道府県・全国の3段階構成になっていますが、非常時に、この体制は無理でしょう。都道府県・国の2段階として、広域での病床確保を進めるほうが、今回の現実に沿っていると考えます。

いざという時のために、多量の空床を遊ばせて、かつ病院負担で行うことは避けるべきでしょう。平時は、通常時のデータに基づき必要十分の病床を持ったうえで空床保障をセット。この必要十分の病床も、平時には一般患者利用・重症個室利用を認めるなどの利用率向上の措置を講じるのが良いと考えます。

この考え方にに基づき、まず結核病棟・病床を都道府県単位で再編～多くの県ではモデル病床で十分、結核病棟は不要になり、平時の余剰人員を病院の機能強化＝新規の感染症病床の拡大等を図ることは可能でしょう。これにあわせて、結核入院の支払も標準治療前提の報酬に簡素化＝1件払い定額に移行です。

また、感染拡大した際に、感染患者に病棟提供する病院については、当該病棟の感染患者利用期間中には、他の病棟の人員配置条件の緩和（人員移動の円滑化）、全病棟の療養環境加算等の割増（感染防止環境の評価）などの措置が必要と考えます。

平時の評価としては、病棟単位で陰圧設備がある場所は、一般患者の利用でも環境面の評価を上げることは考えられます（陰圧設備の維持費相当）。公費は一時の資金投入・保険は平時の体制維持と発生時の規制緩和等と、役割分担するということです。これくらいはやっておかないと、次の時も同じようなドタバタが起きるだけでしょう。

3 建築・設備投資等に係る消費税問題

右表は、0 府の病院を複数経営する独立行政法人の2023年度の決算書です。補助金収入1割、材料費は医業収益の1/3などの数値の高さはおいて、営業外費用の「控除対象外消費税」の金額48億に注目ください。

医療～保険診療は消費税非課税なのですが、これが事業者側には見えない負担を生じさせます。これが控除対象外消費税です。

通常の事業者が消費税を納付する際の基本の計算式は次です。

「預かり消費税(売上の10/110)」-「仮払い消費税(支払の10/110)」

	億円
営業収益	986
医業収益	891
補助金・交付金等	90
営業費用	1,001
医業費用	991
給与費	442
材料費	296
一般管理費	10
営業損失	-15
営業外費用	9
営業外費用	53
控除対象外消費税	48
経常損失	-60

預かり消費税が多ければ差額を納付、少なければ差額を還付となります。保険診療が非課税なら、上記の式だと「仮払い消費税＝医療機器・診療材料に上乗せされている消費税相当」は全額還付されそうですが、実際は消費税が非課税だと還付は受けられず、右表のように営業外費用として計上されます。

この控除対象外消費税分の費用増は、過去、消費税創設、引き上げ時に一定の財源を確保して、当時の初再診料や入院料に上乗せされましたが、前回説明したサービス費の特性（＝実際の費用とは個別に対応しないこと）から、当該控除対象外消費税分に対応しているかは不明瞭です。過去、消費税対応で引き上げられた点数合計を、入院料等の算定数に乗じれば、当該病院が得た額はわかりますが、ほぼ間違いなく控除対象外消費税分とは一致しないでしょう。

特に、大型の医療機器を大量に使う高度急性期病院では、ほぼ控除対象外消費税分が数字は大きく～損得で言えば、相当の損をしていると想像されます。また、建物・機器等の単価が高い病院は、その損は大きくなるでしょう。

○問題解決の新たな視点

この点の改善を病院団体が長年要請していますが、実現の光明は見えません。

全ての保険診療の消費税扱いの変更は無理でしょうが、前回提案の「病院用の診療報酬区分」を作ることきっかけに、問題の大きいと思われる DPC 病院に限って、控除対象外消費税分の還付を受けられるようにできればと考えます。当然、診療報酬上の措置で得ている額を勘案した計算式を用いることになるでしょう。

計算式＝預かり消費税＋今期診療報酬に上乗せされた計算額－今期の仮払い消費税

今期診療報酬に上乗せされた計算額＝入院料等の算定実績×上乗せ単価分（過去説明）

消費税対応を、税務当局に要請することが基本でしょうが、難しい場合には、保険制度で追加給付を考えてもよいと思います。もちろん政策改定ですから、最初は財源確保が必要でしょう。

また、病院の申請を待って、追加給付をするという仕組みですから、種々の条件設定は可能です。例えば、次のような視点の条件設定はあるでしょう。いずれも保険者と病院団体が協議して定めていく事項です。

ア 決算数値の適正さの確保～決算の監査法人の監査・HP 等の公表

イ 対象品目の単価等の上限～建築㎡単価上限、機器別の上限価格、材料費比率の上限などの設定
で非効率な調達・購入は対象制限

ウ 給付率の設定～財源区分における患者負担分相当を割り引いて支給（患者分相当は病院負担）

エ 支払財源は、当該1年間の保険者別の請求額に比例して配分（基金・国保連で処理）

オ 計算額が 当該計算式の額を下回った場合は、翌月の請求額から減額（エの逆）

＜医科診療報酬から病院（医科）診療報酬への移行～最初は簡素に10年くらいで完成へ＞

現在の医科診療報酬の各部別に「ほぼ病院」「ほぼ診療所」「共用」の点数があると思いますが、最初の段階では、「ほぼ病院」「ほぼ診療所」の点数は、病院・診療所に区分し、「共用」の点数は、双方に置くことで十分と思います。

次は、DPC 病院の評価に関わる手術について、「共用」の点数の病院と診療所で診療内容の違いの有無を確認（研究費等の対象という方法もあり）することから始め、順次、その対象を拡大～6年程度で医科病院・医科診療所別の報酬を組み立て、そこから病院固有の報酬体系の完成まではさらに6年くらいでしょう。

病院と診療所で診療内容の違いがあれば、同じような名称の手技であっても、病院と診療所の間で点数を区分することもあり得ると考えます。ここまで進めば、4 区分の報酬体系に新たな価値が生じることになります。

仮に、賃金・物価に応じた病院診療報酬の改定率の確保ができないのであれば、患者選択によるサービスを大幅に認める～30 年前の C 国で既に採用されていた外来・手術の医師の指名制など、病院の自由度を上げることも、この病院診療報酬体系の一環として考えるべきでしょう。それが日本の医療保険になじむかは別ですが、事業持続に必要な資源提供ができないなら、避けて通れないでしょう。

単に点数を技術的に動かすだけでなく、こうした報酬体系の進化も考えて欲しいものです。