

＝診療報酬を考える(2)＝

～診療報酬改定率を考える～

診療報酬改定は、まず年末の政府予算案の編成時に診療報酬改定率が決まります。

1 人当たり医療費を軸に、各保険制度の年齢構成の変化を予測して計算する新年度の医療費を基本に、政策的にどれだけ増減するかを決めるのが診療報酬改定率です。

政治ショーのように扱われてきた改定率決定のプロセス～今後の変化の必要性を考えます。

<診療報酬改定の枠組み～サービス費と医薬品・高額材料費に 2 分>

医療費を区分する方式は種々ありますが、診療報酬改定を前提に考えると、次のような式で表せます。

医療費＝サービス費(診療報酬)＋医薬品・高額材料費(薬価等)

サービス費＝初再診料・入院料・医学管理・検査・画像診断・リハビリ・注射麻酔・手術等

医薬品・高額材料費＝薬価・特定保険医療材料(ペースメーカー・人工関節・ステント等)

このうち、医薬品・高額材料費は、1 品ごとに保険上の支払額が決められていますが、その額は、医療機関と卸との実取引の分布や、同種の医薬品の価格等を基に定めるルールにより決まります。その意味では、わかりやすく～言い換えればルールを変えれば価格操作＝財源捻出できるので、常にマイナスの方向に力が働いてきました(このルールの課題等は、2022 年公表の通信参照)。

一方、サービス費は、薬価等のように明快なルールがないので、その決め方、決まった水準について、常に、モヤモヤ感がつきまといます。数種類のサービス(価格)ならともかく、数千種類(それも万に近い)のサービス(価格)を決めるのですから、個々に計算式を作るなど物理的に不可能です。

理屈で言えば、次のような関係式が成り立ちますが、そもそも病院ごとに給与水準・建築費・機器購入費など全てが違いますので、全ての医療機関に通ずる計算式を作るのは理論的にも不可能です。

病院経費総額(人件費・材料費・減価償却費・経費等)－(医薬品購入費＋高額材料購入費)

＝ Σ (サービス価格×サービス件数)・・・数千種類のサービスに実施件数を乗じて得た額の総計

現実には、 Σ (サービス価格×サービス件数)の範囲内で、各病院が工夫して給与制度・物品購入・設備投資を行うと考えて行動することになりますが、例えば病院独自で給与が決められない自治体病院(公務員給与制度)では、看護師給与の水準が高く、診療収入では赤字、自治体が交付金を出して赤字補填という事例も多いのですが～これも診療報酬が低いからと非難されることもあります。

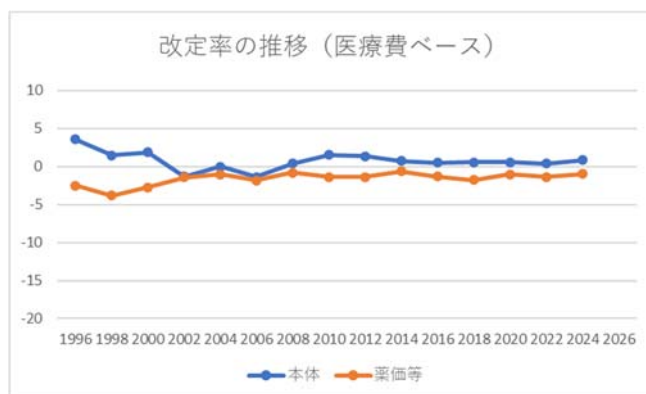
診療報酬は、常に難しい立場に置かれる存在ですが、上記式のように、診療報酬は病院経営を背景としているので、病院経費の人件費や物件費(減価償却も元は物件費)の動きに応じて変化させないと、病院が過剰に赤字になり、事業廃止が続いて供給不安を生じさせるリスクもあるという点を理解して、診療報酬改定について考えることは大事なポイントです。

<現在の診療報酬改定率の決定方式は 2000 年から～保険の自主決定から政治決定へ>

右図は過去 30 年の改定率の推移です。

青線はサービス費に係るもので、赤線は医薬品・高額材料に係るものです。いずれも医療費を分母にしていますので、数字は小さくなります。

2024 年の報道であれば、「薬価等▲0.96%、本体＋0.88%、ネット▲0.08%」となり、次年度の医療費として推計した額から、▲0.08%分を減じて予算編成されます。こうして見ると「騒ぎ」の割には微々たる数字ですが、相手が 46 兆円となると、金額では 400 億程度～国庫だと 100 億の規模になります。



右図は、分母をサービス費・薬価等にして、それぞれで影響を見たものです。最近では医薬品・高額材料の医療費内での比率は 1/4 程度ですので、過去も含めて、この数値で計算しています。

これで見ると、医薬品等の市場は毎回 5% 程度の単価削減が繰り返されている一方で、人件費・物件費の動きを反映すべきサービス費は、ほぼ 1% 未満の+改定で推移しています。

賃金の伸び率が、あっても+1%～2%、物価はデフレでマイナス基調でしたので、厳密な数字は別として、特に、

違和感は覚えませんが、これに当時の政権を加えると・2002～2006 年の改定は小泉政権（聖域なき構造改革）、2010・2012 年は民主党政権（人への投資）と、わずかな数字ですが、当時の政権の政治方針の影響を受けていることがわかります。

また、1998 年までは、中央社会保険医療協議会で保険者・診療団体が協議（賃金の伸率・物価上昇率を基に）して改定率について合意し、それを当時厚生省が大蔵省に要求して決定するという手順でしたが、2000 年当時は、前年の経済状態が最低～賃金も物価もマイナスという状況の下で、一方では病院の機能分化・再編を政策的に進めるには一定の財源がいるという必要があり 保険者側はマイナス・診療側はプラスを主張、中医協では決裂して政治プロセスに移行したという経過です。

医療費の 1/4 は国庫負担ですから、政治プロセスでは財務省が保険者代わりですが・表には出ず、診療側の医療団体だけが報道されて、あたかも医療団体が政治的に押し切ったように見える映像が流されたという次第です。本当は、従来の延長の計算式か、政策的に重要な課題かの綱引きだったのですが・その貴重な財源により入院料の再編など、お陰様で、今につながる改正ができたというのが 2000 年です。

その後も、賃金・物価は低調でしたので、中医協での合意は成立せず政治プロセス決定方式は定着しましたが、自民政権下では基礎数値からは「厳しめ」、民主党では「優しめ」、その後は基礎数値付近という感じであり、報道されているほどの「政治力」はなく、基礎数値付近で小さな「勝負」がある程度が本当でしょう。

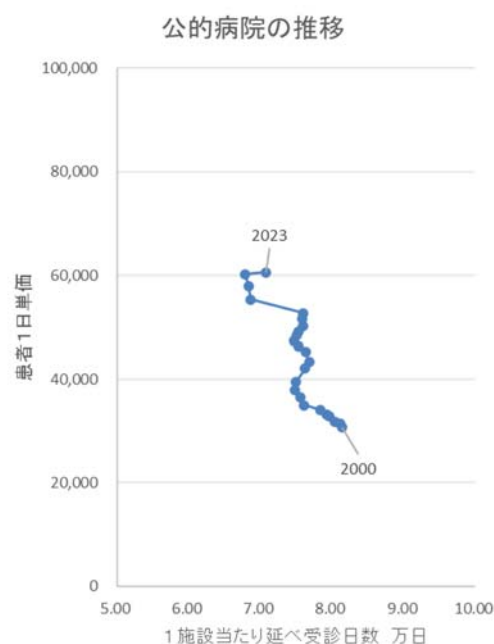
<2024 年診療報酬改定のリスク>

2024 年改定の結果は、病院には深刻な影響を与えたと思います。2024 年の賃金上昇は 4% 以上、物価もそれと同等以上の上昇でしょうから、病院の外部委託業務・食材等の調達等の費用は急激に増えたはずですが、2024 年の改定率では、世間並みの賃金上昇の原資は厳しいでしょう。

一方で、受診日数＝延べ患者数の減を超える 1 日当たり医療費の増で増やしてきた診療収入も、新型コロナウイルス以降、旧来型の在院期間増に切り替えたとの話も聞こえてきます。

2024 年当初は、受診日数＝延べ患者数は横ばい、1 日当たり医療費も従来のように伸びなくなっており、医療行動の変更＝入院期間を短くして 1 日医療費を増やし、総収入を増の方法も遂に限界に来たのかもしれませんが。

収入は伸びず、賃金・物価の上昇で、病院の出費は増加～損益状態は悪化して、職員の給与上昇原資にも事欠くといった数字が、次の医療経済実態調査に出ると思われます。こうした診療収入が頭打ちになり、賃金・物価上昇が続く時代にふさわしい「改定率の設定方法」を考えるべき時代になったと思います。



＜これからの診療報酬改定の議論の枠組み 若い世代でも理解可能な形に＞

賃金・物価が上昇する やっと「正常な時代」になったのですから、まずは基礎数値を確認し、そこから政策事項の有無＝財源の問題を熟議する、本来の保険制度に立ち戻って欲しいものです。

医療費財源から見て 2/3 を占める保険者・被保険者の代表が、少数代表の財務省に依存するのは残念～医薬品のドラッグロスが生じたように過度の財政重視はリスクが高く、保険加入者の必要な医療の確保も忘れずに、まずは医療保険の構成者で大人の会話をお願いします。

そうした場合に、どのような議論のテーブルが、若い世代が見てもわかりやすいかと考えた結果は次です。

1 サービス費・薬価等ごとに改定率を考える～ネット数字を過度に重視しない。

改定率は、サービス費に対して〇〇％、薬剤費等に対して〇〇％と考えるのを原則とするところからです。

賃金・物価の基礎数値は、サービス費に対して意味があるのですから、サービス費に対して〇％と示してこそ、その数値の意味が明確になります。被保険者、医療従事者への説明責任です。

また、薬剤費等に対して〇〇％の表示は、市場の政策的な縮減を意味しますので、社会的に重要な数値となるでしょう。もちろん、医療費への影響を考える際にはネットの数値は重要＝この数値を使って政府予算や保険者の予算を作るためには重要ですが、この 20 年間、その意味から離れて・・政治行政・医療関係者の「勝った・負けた」の判断基準にされてきたのではないかと思います。「本体のプラスはやむを得ないが、ネットはマイナスで」「そのために医薬品は深堀をする」といった感じではなかったかと思います。

少し、こうした発想から離れて、賃金・物価が上がる時代にふさわしく、医療経営、医薬品・医療機器産業を健全に維持・育てるという視点も忘れずに、国の財政・医療保険財政だけではなく、医療経営・医療関連産業の持続性もあわせて考えるべき時代になったと思います。

2 医科病院・医科診療所・歯科・調剤の4区分で改定率を考える

これまでは、医科・歯科・調剤の3区分でしたが、医科を病院と診療所に区分すべき時期と考えます。

理由は次の通りです。

ア 医療費の過半を占める規模

イ 伸び率が高い

ウ 薬剤費比率・費用構造も診療所と違う(例 人件費比率が低い)

エ 病院に係る政策課題が多い

オ エの改定に係る事後検証が行いやすい

カ 病院のDPCも普及し、事実上、病院と診療所は別の体系

キ 点数表も別になれば、システム改修も容易に。

	医科病院	医科診療所	歯科	調剤
2000年	16.7	7.4	2.6	2.8
2023年	25.4	9.7	3.3	8.3
伸び率	52%	32%	29%	198%

3 技術的準備は、お役所の得意とするところ

1・2ができれば、あとは次のような技術的な準備だけであり、お役所の得意とするところでしょう。

ア 4区分ごとに薬価等の比率を明確にし、サービス費比率を決める(社会医療診療行為別統計)

イ 4区分ごとにサービス費に対する人件費比率・物件費比率を決める(医療経済実態調査)

ウ 賃金・物価の変動の指標を決める

エ 議論の土台となるサービス費を試算する(試算サービス費/現行サービス費－1＝基本改定率)

試算サービス費

$$= \text{現行サービス費} \times \{ \text{人件費比率} \times (1 + \text{賃金変動率}) + \text{物件費比率} \times (1 + \text{物価変動率}) \}$$

4 最後に、政策的な課題の有無、及び所要の財源規模の試算

下記の計算式の前提で、4区分の政策課題について明示して検討する。

政策分の例としては、「過剰な急性期病床の削減」「感染症対策の強化」など、プラスもマイナスの両面を協議する。原則、各区分プラスが1、マイナスも1程度 保険者・診療側で、改定率決定の際に協議。

$$\text{新サービス費} = \text{試算サービス費} \pm \text{政策分}$$

＜いつまで、個々の点数を細かく動かす改定を繰り返すのか？＞

賃金・物価の変動を診療報酬に反映するのであれば、毎回、多数の点数を見直す作業によるのではなく、「総点数」×「単価（１点 10 円）」の計算式の単価を動かす方が、各点数に対して中立であり、改定影響の把握もわかりやすくなります。仮に、政策改定が必要であれば、改定率にカウントした「政策分」のほか、賃金・物価の変動率から計算される基本改定率の１～２割を留保して行えば十分～２年ごとの改定期間からして、点数自体を動かす必要があるのは、本来、次のようなものでしょう。

- ア 新サービスの導入・前回導入のサービスの調整等＋価値の乏しくなった旧サービスの除外
- イ 点数基礎の大部分が市場価格のあるもので、実際の取引価格の変動にあわせて見直すべきもの
- ウ 研究・調査結果等を踏まえて見直すべきもの

他は少し動かしても「労多くて益少なし」で終わるだけ。大規模な見直しは６年に 1 回の介護との同時改定時で十分でしょう。関係者の働き方改革にもなると思うのですが・・

実務担当のお役所の皆さんは、どう考えるのでしょうか？

ヒューマンケア・システム研究所 代表 北川博一