



# 医療費抑制における包括化と薬価

豊平区支部 山 光 進

## はじめに

年金、医療、福祉を合せた社会保障給付費は税金と保険料で支えられており、この社会保障給付費が限度なく増大しても良いと考える人はまずいないであろう。近年高齢化の急速な進展や医療技術の進歩により国民医療費は確実に増加している。国民経済の中で適切な医療費水準を維持しつつ医療の質の向上をはかるためには、医療サービスの正当な評価と医療費の適正な配分が重要なことである。厚生省はこれまで医療費の増加を抑制する目的で医療の包括化と薬価の切下げを行ってきた。国民医療費にも限度は必要と考えられるが、現在の総枠が適切かどうか、また診療報酬の包括化や薬価切下げが本当に医療費の抑制につながるか否かを今回は考えてみたいと思う。

## 1) 定額制と出来高払い制

本質的にはこの両者は評価される対象の性格において決定されるべきものである。歴史的に見て、定額制は資本的費用を含む経費の補填という意味において病院を主とした入院関係に適用されている(日本の診療報酬も入院関係は早くから1日当り定額制となっていた)。出来高払い制は医療技術の評価という面が強い。医療技術は複雑多岐にわたり定型的類型化が困難であり、患者のケースに応じて多様になるため定額制による評価が困難である。しかし最近では厚生省はこの部分でも包括化を適用してきている。出来高払い制か定額制かということは診療報酬の価格の細分化か包括化かということでその都合の問題である。技術革進が一段落し検査や薬剤による大きな自然増が生じなくなってきた今日では、出来高払い制が大幅な医療費の増加を生むとは考えにくく、一定のスライド制を

伴なった定額性が医療費を抑制するとも考え難いのである。病院について入院の1日定額制をとってきたフランスでは医療費の高騰を招いたため、1984年以降定額制にかえて総枠予算制が導入されたという事実がある。

## 2) 医療費の中の薬剤費

1995年度の国民医療費は約27兆円であった。負担内訳は自己負担が約12~13%、医療保険約55~56%、地方負担約6~7%、国庫負担約24~25%となっている。総薬剤費は国民医療費の約30%弱でフランスやドイツに比べて著しく高くなっている。

1993年の薬剤費について見る。

### (1) 総薬剤費

	対総医療費比	国民1人当り
日本	29.1%	5.7万円
フランス	19.9%	5.0万円
ドイツ	17.1%	3.8万円

### (2) 外来薬剤費

	対総医療費比	国民1人当り	対外来医療費比
日本	21.3%	4.2万円	45.4%
フランス	17.1%	4.3万円	} ほぼ同
ドイツ	14.4%	3.2万円	

### (3) 入院薬剤費

	対総医療費比	国民1人当り	対入院医療費比
日本	7.8%	1.5万円	15.9%
フランス	2.8%	0.7万円	5.7%
ドイツ	2.7%	0.6万円	7.9%

日本では総薬剤費、外来薬剤費、入院薬剤費ともに医療費に占める割合が高く、総薬剤費が問題となることは当然のように思われる。では薬価の切下げは薬剤費の抑制につながるであろうか。1993年1月の時点でEUの薬価を比較すると、EU平均100とした場合、オランダ148、

イギリス123、ドイツ105、フランス63でフランスの薬価は著しく低い水準にあった。しかし薬剤消費量は国民1人当りEU諸国の中で最も高い水準にあり、これが薬剤費を引き上げる原因となっていた。まさに製薬会社の活躍によるものであった。この事実をみると、薬価の切下げは薬剤使用量の増大、高価薬使用の増大などを引きおこす可能性が大きいと考えられる。また日本の仕切価制度では仕切価70%の薬剤が薬価切下げ後は仕切価75%になるようなケースが多く、これが卸売業を圧迫し、結局は医療機関の経営を圧迫することになっている現在といえる。

### (3)国民医療費

1993年の国民医療費について見る。

	対国内総生産比	対国民所得比
日本	7.3%	6.5%
フランス	9.8%	11.9%
ドイツ	8.6%	10.8% (1992年)
イギリス	7.1%	7.3%
アメリカ	14.1%	13.2%

この数字を見る限り日本の国民総医療費は各国に比べて低いように思われる。

#### おわりに

わが国の国民医療費抑制のためには薬剤費の抑制が主役を務め、自己負担増加がその相手役を務めることとなろう。現に厚生省は医療費における薬剤費の割合を現在の30%から20%前後に圧縮しようとしている。今後、薬剤総枠規制、

償還払い制度(薬剤の償還率の区分)や参照価格制度などが導入される可能性は大きい。定額制(包括化)は現在のところ選択性が認められているものがあり、今後とも包括化には選択性を残すことにより医療の選択肢を多くすることが出来ると考える。われわれ医師と日本医師会は早急に薬剤差益から脱脚し、医療費の適正化と医療の質の向上を考慮した診療報酬のあり方、定額制(施設機能の補填)⇨ホスピタルフィ+出来高払い制(技術の評価)⇨ドクターズフィを、日本医師会主導により決めてゆくことが日本の医療を良くし、医療経営を良くするためには必要である。また国民医療費の総枠を対国内総生産比8.5~9.0%まで高める努力をすることも非常に大切である。

以上わたくしの私見をのべてみましたが、医療体制の変革期である今日、今後の医療を担う若い人達のために、札幌市医師会も日本医師会も真剣に取り組む必要性があると感じています。5月22日の日本経済新聞には厚生省健保本人2割負担を検討とあります。自己負担の増加は診療抑制のみではなく、初診の時期を遅らせて病状の悪化をまねき、また経済的理由で十分な治療を受け得ないという可能性が考えられ、国民にとって大きな損失となることは間違いありません。この様な状況をさけるために会員各位の御意見をお待ちしております。

(札幌月寒病院)

