

オピオン

医療保険における「出来高払い制」について

札幌市医師会中央区東支部医政研究会

中央区東支部医政委員 橋本 紘 治

1. はじめに

医療費抑制を主目的として押し進められている医療保険制度改革の様々な項目の一つに、定額払い制の拡大がある。現在既に定額制は老人保健での慢性疾患等に選択的に採用されているが、平成8年6月に医療保険審議会から出された制度改革のための検討項目として、外来の慢性疾患、入院は急性疾患も慢性疾患も定額払いにすることが明記されている。

医療保険制度の長い歴史の中で、その存続基盤の根幹を形成してきた「出来高払い制」の崩壊が始まっている今、医療における「出来高払い制」の理論をもう一度整理しておく必要がある。

2. 歴史的背景

わが国の医療保険制度は昭和2年に健康保険法施行をもって発足した。当時は鉱工業労働者の体力低下や疾病増加が重大な社会問題となっており、富国強兵の国策上早急な必要に迫られて、大工場や鉱山労働者を対象に、全国で政府管掌111万人余、組合77万人余の被保険者の規模で開始された。診療報酬の支払い方式は、発足した当時から点数制による「出来高払い制」であった。計算方法は旧日本医師会との契約により組合保険は「人头割請負方式」や「定額単価方式」などの「総枠定額制」、政府管掌は「時価方式」など様々な形で支払われていた。

しかしこの頃は、医療機関の大部分は自由診療であり保険診療は収入のごく一部でしかなかったため、支払い方式は余り問題にはならなかった。

健民健兵の国策により普及した医療保険制度は、昭和18年に点数単価方式による支払制度に統一された。ところが診療は制限され入院や手

術に許可を要し、治療期間も制限があったために、適切な治療は自費診療でしか行うことができなかった。したがって適切な治療を望む多くの患者は、健康保険証を持ちながら自費診療を希望した。

戦後の医師会活動は、この制限診療の撤廃とインフレに追いつかない診療報酬の改善運動が中心であったが、「いつでも、どこでも、誰もが、安心して受けられる医療」を基本理念とした国民皆保険制度の維持と発展を目的としたものである。

発足から70年間に及ぶ医療保険制度の波乱に満ちた歴史の中にあっても、医師の裁量権を保障する出来高払い制という基本的形態だけは、常にしっかり堅持されて来た。

3. 「出来高払い」という語句について

「出来高」とは広辞苑によると「出来上がった量、生産量、収穫の量」であり、「出来高払い」とは「出来高給」という基本的な賃金形態の一つである。出来高給は、生産量すなわち出来高を尺度単位とし、時間給に比べ労働意欲を刺激するため、監督なしに労働の質の規制と能率向上をもたらす性質を持つ。対語・反義語は時間給、同義語は能率給、業績給であり、「出来高払い」という語句は、本来は賃金形態を表すものである。

医療における出来高すなわち経済価値の生産量とは、本来は患者の健康回復の度合いで示されるべきものであるが、医療保険では、医師の診療行為や薬剤の使用量を「出来高」としている。また保険診療の報酬は、雇用者に対する賃金ではないので「出来高払い」という表現は厳密にはふさわしくなく、「実績支給制」もしくは「実行代価支給制」とする方が的確であるが、

保険診療では作業量に対応した報酬という意味で用いられており、一般的にも通用している。

4. 出来高払い制の利点と問題点

出来高払い制は、労働意欲を刺激するといわれるが、最適な治療を自由に選択するためには代価の保障が必要である。代価の保障のない労働は質の低下を招くことは、最も基本的な経済原則である。

従って個々の診療行為に代価を保障する出来高払い制は、疾患の重軽に応じて必要な治療を必要だけ提供するという医師本来の裁量が自由に発揮できるため、良質な医療の保障や能率向上をもたらす性質を持ち、この点が出来高払い制の最大の利点である。

一方患者には、受けた医療サービスの量に応じた代価のため、診療報酬に対する理解や安心が得られ易く、不審不安が生じにくい。

また、医療機関にとっては、最新の医療機器や医療技術の導入、新薬の採用などが行い易く、これらは医学医術の進歩発展の大きな要因の一つになっている。

現在用いられている診療報酬点数は、個々の診療行為に対して正当な価格が設定されているかどうかという疑問の部分はあるが、時代に即応した診療報酬点数は正は十分可能である。

逆に出来高払い制は濃厚診療や過剰投薬を招きやすい欠点があるとし、医師のモラルの問題として取り挙げられているが、検査漬け、薬漬けという表現は、医師に対する悪意に満ちた表現であり、医師の真意に反して患者との信頼関係を分断する目的で、意図的に使用されている。

しかし残念ながら過去には、医療の常識を越えた過剰診療や不正の摘発が幾度となく存在した。これらは現在の診療報酬体系に起因するところが多く、医師の技術料や医療従事者の労働の適正評価、キャピタルコストの保障などにより改善され得ることである。

医師には、清貧に徹する「食わねど高楊枝」的な絶対的なモラルが求められがちだが、古来、様々な社会環境によって規制される人間の経済行動に関する法則があり、個人のモラルを担保に経済行動を規制するのは非常に困難である。

「貧すれば貪する」という諺は正しい経済法則でもある。貧困社会における犯罪の多発はこの法則に基づいており、犯罪防止にはモラルの普及よりも貧困の解消が有効であることは、歴史的にも実証されている。

5. 医療費抑制の目的で出現した平均定額制

近年部分的に導入されてきた、まるめや包括制、定額制は明らかに医療費抑制が目的である。

濃厚診療や過剰投薬を抑止する為というが、濃厚や過剰を定義づける正確なデータがなく、もっぱら平均点を基準にしている。

医療行為の代価に平均制を導入することの理論的根拠が不明確である。同じ疾患でも生物統計学的分散の原理に従って、軽症者から重症者まで幅広く存在し、平均的治療を受ける患者は量的にはかえって少数の場合が多い。平均以上の治療を要する重症患者は、必要十分な治療を受けられるかという不安感を抱くし、逆に平均以下の軽症者は必要以上の無駄な医療費が支払われることに不審感を持つ。従って平均定額制は、患者の殆どが安心と満足を得られない支払い制度であり、益々医療不審の増大を招く。また平均水準以上の治療費を認めないことは、重症患者の生存権をも脅かすことにもなりかねない。

現在の包括点数の中で小児科外来診療料だけは例外的で、これは政府が抑制の目的で導入したのではなく、東京都小児科医会からの経営上の要求に基づいて、比較的高点数に設定されたものである。しかし、定額点数は操作が容易であり、その疾患に関わる人件費や医療資材料、薬剤料等のコストや医師の技術料を考慮せずに、医療費抑制の操作手段として利用されやすく、小児科外来診療料も、将来に亘って高点数が保障されている訳ではない。

6. 定額制の問題点

包括払い・定額制で指摘されている欠点や問題点には、非常に深刻なものが多い。その中で最も懸念されているのは、必要でも十分な診療が出来ない診療萎縮の問題である。

既に定額制を採用している施設での重症患者の敬遠や早期転院、老健施設でのインフルエン

ザによる多数の死亡事件など、萎縮診療と思われような状況が方々で問題化し始めている。

アメリカの医療保険メディケアなどで実施されている定額制、診断群別包括支払方式(DRG/PPS=Diagnosis Related Group/Prospective Payment System) の実際からも大いにその問題点を学ばねばならない。

DRGは、キャピタルコストや医師以外の人件費・技術料などを組み込んだ、各疾患の相対的な比重配分により、非常にきめ細かく疾患を分類したものであるが、包括払いに利用される場合に、最も価格設定の基盤となるベースレートは、いとも簡単に政策的に操作されやすい。

アメリカではこの制度が導入されて3年目から、政治的抑制操作により病院収入が急激に悪化している。非常に深刻な問題点は、医療機関では経済的インセンティブが最優先される結果、早期退院、入院患者数の減少、粗診粗療が横行し、それに基づく患者不安の増加、病院閉鎖や倒産の急増をもたらし、ナーシングホームや外来治療費の増加などをきたしているという点である。

重症患者が多い場合は、個々の医師が本来の使命感に基づいた裁量を発揮し、必要十分な医療行為を行うと、経費過剰となり医療機関そのものが存続できない。病院あつての医療のため、軽症患者優先、萎縮診療が余儀なくされ、医師のモラルは発揮できない。

医療機関には、存続をかけたコスト削減が最大の目標となり、そこではもはや医療本来の姿

は崩壊し始めている。

アメリカでは、結果的には医療費の伸びは鈍化したのが、患者や医療機関には、非常に大きな犠牲が強いられている。財政が優先され、本来あるべき医療や、国民の健康で生きる権利が軽視されている状況だが、政府や経済学者は、病院閉鎖や倒産も「医療供給体制の効率化」と表現し「医療費適正化の効果」などと、医療の本質を無視した誤った評価をしている。

この様に、定額払い制の医療保険制度の下では、医師のモラルだけでは決して解決できない医療の荒廃が現実のものとして実際に起こっていることをしっかり学び、我が国の医療保険制度改革に際しても、大いに参考にすべきである。

7. まとめ

日本の医療保険制度に、医療費抑制の手段として導入拡大が検討されている定額払い制は、医療の荒廃を招きかねず、診療報酬の支払い制度としては認めがたい。

必要十分な医療を保障し、健康保険制度の基本理念を維持発展させるためには、出来高払い制の堅持が是非とも必要である。

札幌市医師会中央区東支部

医政研究会(文案検討者):

長瀬 清、森 信也、小野迪昭、山本直也

島津 隆、松家治道、萬田直紀、長谷直樹

木村健修、山科賢児、竹田文彦、橋本紘治

平成10年4月