

医政メモQ&A

厚生労働省試案に対する日医の見解

政府が平成14年度から断行しようとしている医療制度改革の内容について、厚生労働省は9月25日「医療制度改革試案」として公表した。(札幌通信10月号15頁参照)

日本医師会では予てより独自の医療構造改革構想を基に、政府機関から改革方針や改革案の中間報告が出される度に反論を展開してきたが、10月29日「厚生労働省試案に対する日医の見解」と題して、これまでの意見を集約した見解を公表した。

Q：厚労省試案に対する日医の見解は？

A：一般医療保険制度の改革案に対して

- ①制度一本化を展望して被用者保険内及び国保内の財源調整の段階的開始を求める。
- ②国レベルでの国保未収金対策の開始を求める。
- ③政管健保の負債対策の開始を求める。
- ④財源構成 保険料80% 自己負担20%を基本とすることを求める。(公費負担医療を除く)
- ⑤被用者保険料の対総報酬制には賛成。
- ⑥公費の不足財源はタバコ税の増税で対応することを求める。
- ⑦自己負担率30%で統一には反対。
→自己負担率20%で統一を求める。
- ⑧薬剤二重負担廃止には賛成。
- ⑨205円ルールの撤廃には反対。

高齢者医療制度の改革案に対して

- ①制度の手直してお茶を濁すことは許されない。
→高齢者医療制度の創設を求める。
- ②高齢者医療制度を創設する前提で、対象者を75歳にするのは賛成。段階的实施にも賛成。
- ③拠出金制度の存続には反対。
→拠出金制度は廃止することを求める。

④財源構成 公費50% 拠出金40% 自己負担10% には反対。

→公費90% 保険料+自己負担で10%を基本とすることを求める。

⑤**集団罰則的医療費抑制策**(次頁Q&A参照)には反対。

→合理的包括制、大病院に対する総額予算制、介護保険制度との調整等の制度的アプローチでの対応を求める。

⑥自己負担率10%には反対。

→自己負担率5%とすることを求める。

⑦外来月額上限制・定額負担制の廃止には反対。

⑧所得によって自己負担に差をつけることには反対。

診療報酬・薬価基準制度等の改革案に対して

①医療提供のコスト構造に係る分析・検証には賛成。

②技術料や運営コスト等を踏まえた診療報酬体系の構築には賛成。

③診断群別診療報酬支払方式(DRG/PPS)の調査検討を急ぐことには反対。

④むやみに特定療養費の拡大を図ることには反対。

→普遍的な医療については材料等を含め迅速に現物給付化することを求める。

⑤薬価・保険医療材料価格の適正化には賛成。

保険者に関する規制緩和等の改革案に対して

①組合健保の直接審査支払には、条件整備がされない限り反対。

②組合健保の直接割引契約には反対。

③各保険者の複式簿記による会計方式の確立、貸借対照表の作成公表を求める。

医療供給体制の改革案に対して

- ①営利企業の参入には反対。
- ②IT化の推進には賛成。
- ③健康づくり、疾病予防の推進には賛成。

Q：集団罰則的医療費抑制策とは？

A：厚労省の改革試案による老人医療費抑制策「伸び率管理制度」は次のような手法で行われる。

毎年度設定される老人医療費伸び率目標値
 =高齢者人口伸び率×一人当りGDPの伸び率
 →医療費の実績が目標値を超過した場合
 次々年度診療報酬支払額で調整
 →調整率計算式：点数×10円×目標値/実績
 医療費の実績が目標値を超過した場合、総ての医療機関全体に連帯責任としてペナルティを課すことから、集団罰則的医療費抑制策である。

Q：集団罰則的医療費抑制策の問題点は？

A：集団罰則的医療費抑制策には次のような重大な問題が存在する。

憲法違反の疑いがある。

試案の抑制策は連帯責任による集団罰則的な手法である。実際には地域により、あるいは診療科目の違いにより老人患者数や老人医療費には格差がある。また、医療費を低くする努力をした医療機関としなかった医療機関との差もある。これらを無視して全体的にペナルティを課すことは個人の尊重と平等の理念に反し、これを保障している日本国憲法に違反する疑いがある。

フランスでは同様の法案が1998年12月に憲法評議会により違憲と決定され当該箇所が廃案となっている。

医療供給量低下を招き、医師が進退両難の状況に陥る。

インフルエンザが大流行した場合、全患者の治療を全国の医療機関で行えば「目標伸び率」を超過することは必至であり、結果として翌々年に財政的ペナルティが課せられる。

医療費を押さえるために治療を断わると、「医師の応召義務」違反に止まらず、患者との損害賠償問題発生の可能性もある。

本来、治療を要する患者と応召義務のある医師の間でバランスが保たれる医療の需要供給が、財政的要素が入り込むことにより、需要過多、供給不足に陥る可能性がある。英国のウエイティングリストやドイツの年度末休診は医療費調整の為といわれている。

また、医療機関には翌々年の診療報酬削減を避けるため、診療自体の制限による収入減および損害賠償義務発生の可能性など経済的なしわ寄せを強いるものであり、医師は進退両難の立場に追い込まれることになる。

目標値に係る各指標に客観性がない。

①GDP予測値の信頼性

過去の例から結果の速報値ですら的確な数値が出せず時により数%の修正が行われるのに、翌年度の予測など実質不可能でありGDP予測値を指標とするのは不適当である。

②高齢者人口伸び率の信頼性

国立社会保障人口問題研究所によれば、1983年現行老人保健制度施行時に2025年70歳以上人口は2,055万人と推計したが、1997年に行った2025年70歳以上人口推計は2,625万人で約600万人の誤差があり、高齢者人口伸び率も指標としては不適当である。

③目標値に折り込まれない要因

インフルエンザの流行など不可逆的医療費増加要因の発生の対応がない。これによる医療費の増加は何ら医療機関の責任ではない。

集団罰則が課される国はどこにもない

西欧諸国では、医療費制度に総額予算制や総額請負制を採用している国が多いが、予算超過分を返還したり、ペナルティを課せられる国はない。実績超過の場合は予算を補正したり次年度請負額や予算額折衝の基礎資料となり、予算増額や単価を上昇させて調整している。

日医では、医療保険財政再建の道筋についても膨大なデータを示して提案している。

このような厚労省試案は、国民の為にも絶対に実現させてはならない。

(医政部担当理事 橋本 紘治)