

【1999年10月21日】医療・医療保険制度改革の推進と平成12年度に向けての要請
健康保険組合連合会・日本経営者団体連盟・日本労働組合総連合会

平成11年10月21日

健康保険組合連合会 会長 千葉 一男
日本経営者団体連盟 会長 奥田 碩
日本労働組合総連合会 会長 鷲尾 悦也

医療・医療保険制度改革の推進と平成12年度に向けての要請

私たち支払い側三団体は、これまで、医療・医療保険制度の抜本改革を政府の公約通り平成12年4月から実施するよう強く求めて共同行動を続けて来ましたが、しかし、そのスケジュールは大幅に遅れ、抜本改革の道筋すら、いまだに明らかにされていません。このままでは、平成12年度の医療保険制度の円滑な事業運営の目途が立たない上に、介護保険制度の実施についても支障が生じることが大いに懸念されます。

私たちは抜本改革の実現は、「費用膨張、負担増」の悪循環を断ち切ることにないと期待しています。抜本改革が行われないままでは、これ以上の負担増を受け入れることはできません。

健保連の平成12年度財政予測調査によれば、介護保険の実施による老健拠出金の減少は、それに相当する程度の医療給付費の増で相殺されるなど、財政状況は一段と厳しく、このままでは80パーセントを超える組合が赤字予算となると報告され、政管、国保などもふくめ、健康保険財政は破局的状況にあり、改革に向けての時間はほとんど残されていません。新体制のもとでリーダーシップを発揮して、国民の期待にこたえることを熱望いたします。

ここで改めて、従来から主張してきた平成12年4月からの抜本改革（医療提供体制 薬価基準制度 診療報酬体系 高齢者医療制度の4本柱での改革・別紙参照）を強く要請します。少なくとも、平成12年4月までに抜本改革の方向性を明らかにすると共に、平成12年度に医療費を圧縮するための実効ある施策を具体化されるよう強く要請します。また、介護保険制度についても、その円滑な実施に向けての対策を実施されるようあわせて要請いたします。

1. 薬価基準制度、診療報酬体系、医療提供体制の改革および高齢者医療制度の創設を急ぎ、国民医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲にとどめるといふ政府目標を達成するため、医療費を圧縮する。一連の改革を推進する中で、その方向に合わせ、平成12年度の医療

保険制度の厳しい財政状況にかんがみ、次の実効ある施策を講ずるよう要望します。

1) 高齢者医療制度

高齢者の患者負担について、一連の改革の中で、現行の定額制を改め、介護保険制度との整合性を図り、定率1割負担とすること。

健康保険組合では老人保健などの拠出金が平成11年度では全体として保険料収入の40%以上に達している現状に鑑み、給付費に対する国庫負担を増やすなど、適切な対策を講ずること。また政管健保、市町村国保等についてもこれに準じた措置を講ずること。

2) 診療報酬体系

出来高払い制にかえて定額払い制(包括払い制)を拡大するとともに、物価の安定、雇用の悪化、賃金の抑制などで保険料収入が伸び悩み、医療保険財政の厳しい現状を考慮し、平成12年度診療報酬についてはマイナス改定とするなど医療費を抑制するものにする。

3) 薬価基準制度

現行のR幅方式(リーズナブルゾーン方式、加重平均値に現在5%上乘せ)のR幅を適正化するなど薬価を下げる具体的措置を講ずること。

グルーピングの考え方を取り入れ、同一成分等の薬剤については平均値で価格を定めること。

画期的新薬の価格設定を見直すこと。

新規性の乏しい新薬(ゾロ新)の価格を引き下げること。

4) 医療提供体制など

カルテ等の診療記録など医療情報の開示を推進すること。

医療法による広告規制を緩和すること。

医療費の減額査定に伴う一部負担金の患者本人への返還を行う対応策を講じること。

患者への受診ごとの領収書発行を義務づけること。

健保組合の運営・解散等への規制を緩和すること。

2. 介護保険の円滑な実施に向けて、この制度の導入で医療保険が実質負担増になることは受け入れられない。改革を推進することとあわせ、次の対策を行うよう要望します。

今後数年にわたり、介護保険料の急激な増高が予測され、老健拠出金とともに医療保険財政を圧迫していく。これに対する対応策を検討し、具体化すること。

被保険者の保険料についても急激な負担増をさけるため、上限改定は行わないこと。

私たちが求める抜本改革

1. 基本的考え方

国民皆保険制度の維持を前提に良質で適切な医療を効率的に提供する。

国民医療費の伸びを、国民所得の伸びの範囲にとどめるという政府目標の達成を図るため、医療費を圧縮する。

平成12年度から医療提供体制、薬価基準制度、診療報酬体系、高齢者医療制度の4本の柱で改革を実施する。

保険者機能を強化する。

医療制度の改革は介護保険制度との整合性を確保したものとする。

2. 医療提供体制

病床を慢性期、急性期に区分し、医師・看護婦等の人員配置基準、病室等の構造設備基準を引き上げ、それぞれの病床に応じた診療報酬体系を構築する。また過剰病床の適正化を図る。

インフォームド・コンセント、レセプト・カルテ等の開示をはじめとする医療情報の開示を制度化する。

病院・診療所の機能分担、連携・強化を図るとともに在宅医療を推進する。

医師数等、将来的な過剰への対応を進める。

レセプト、カルテの電子化・電算化を推進する。

3. 薬価基準制度

薬価基準の枠組みは 薬価差の解消 薬剤費全体の抑制 高価薬シフト、多剤投与の抑制を図るものとする。

医薬品に関する情報公開を進め、患者に対する説明を義務付ける。

現在の薬剤費一部負担を抜本的に見直し、保険給付と患者負担の新たなシステムを創出する。

「医薬分業の合理的システムの推進」を図る。

医薬品流通市場の近代化・透明化を進める。

4. 診療報酬体系

現行出来高払い制を抜本的に見直し、定額払い制（包括払い制）を中心とした診療報酬体系に改める。

急性期入院医療について、現在進めている試行の結果を踏まえ、早期に定額払い制（包括払い制）に改める。

外来についてもできるだけ速やかに、幅広く定額払い制(包括払い制)を導入する。

「病院追い出し」につながる診療報酬体系を改める。

5. 高齢者医療制度

高齢者の医療費（1人当たり）が若年者の医療費の5倍という現状を改善し、3倍程度をめざす。また長野県、山形県など老人医療費の少ない県の医療のあり方や医療を取りまく環境条件などを調査の上、国全体の施策に反映させる。

現行の老人保健制度にかえて、医療保険福祉審議会制度企画部会で提案されている「被用者OBを対象とした新しい高齢者医療保険制度」を具体化する。

社会的入院・長期入院を是正する。要介護者について在宅介護を重視するとともに、在宅診療、在宅看護の体制を整備する。

6. 保険者機能の強化

診療報酬の不当・不正請求を排除するため、医療機関及び患者への調査権、医療機関の選択及び個別契約を認めるなど保険者の権限の付与・強化を図る。