

健保組合の現状と 診療報酬改定の動き

健康保険組合連合会専務理事

白川修二

講演1では、健康保険組合連合会専務理事の白川氏に健康保険組合の現状と診療報酬・薬価の改定についてお話しいただいた。

中医協の保険者代表委員として薬価専門部会などで活躍される白川氏は、財政的に比較的優位と思われている健保組合の運営の現状や解散する組合が増えている実情などについて説明。

その上で、医療費を支払う側の立場として、前回改定後の課題なども踏まえ、平成26年度改定についての方向性や見通しなどについて語られた。



日時：平成25年11月7日(木) 12：50～13：50／場所：東京・有楽町朝日ホール

■ 国民医療費と診療報酬改定

●はじめに

本日の講演では、まず健保組合の現状を理解していただき、その上で、診療報酬改定の動きについてお話しします。診療報酬改定はいま微妙な段階で明確な話はできませんが、可能な限り我々の考え方がご理解いただけるようにお話しします。

●プラス改定は認められない

平成23年度の国民医療費は38兆円で、国民所得約360兆円の10%強という状況です。国民医療費は伸び続けており、そのような中で2年に一度、診療報酬改定が行われます。平成18年度は小泉内閣

時代でマイナス3.16の改定、平成20年度も自民党政権で0.82のマイナス改定、民主党時代の平成22年度と平成24年度は、わずかながらプラスの改定でした。

現在、平成26年度の診療報酬改定についていろいろな議論が行われていますが、我々保険者は、これから話しする財政状況を考えると、当然、プラス改定は認められないという立場です。

国民医療費の構造を制度別に見ると、給付は健保組合、協会けんぽ、国保、共済組合などの医療保険等給付分が全体の47.8%、その中で健保組合分は規模の割に給付費が少なく、8.5%です。

また年齢別の1人当たりの医療費を見ると、48歳～64歳は約19万円ですが、65歳になると急に増えて約52万8000円と約2.7倍になり、75歳以上は67

万2000円で3.5倍です。こうした現状は、既に皆さんよくご存じのところだと思います。

■ 健保組合の現状

● 経常赤字減でも料率上げ

次に、このような中で健保組合がどういう状況にあるかを説明します。

組合数は平成24年度末で1431、直近は1415で年々減っています。組合数は減っていますが、被保険者数はあまり変わらず約1500万人、被扶養者を含めると約3000万人という規模です。平均保険料率は、8.343%です。

収支の推移は、平成19年度に医療制度改革で高齢者医療制度が創設されるまでは黒字でした。しかし、それ以降は赤字で累計額は1兆9000億円になります。この厳しい状況の中で、保険料率を引き上げる組合がどんどん増えています。

実は、数字上では赤字の金額自体は年々減っています。しかし、これは中身が改善されているからではありません。経常収支の赤字分は、経常外を黒字にして、総収支では最低でもゼロにしなければなりません。その経常外は、積立金を取り崩して埋めるわけです。積立金は平成19年度末で約2兆8000億円ありました。ところが、赤字が続き、それを埋めるために積立金を取り崩しているため、平成24年度末、つまり5年間で1兆3000億円と半分弱になっているのです。

積立金がなくなったら、経常収支でプラスマイナスゼロにしなければなりませんから、当然、保険料を上げざるを得なくなります。健保組合は保険料しか収入がありません。だから、保険料を上げる健保組合が増えているのです。

経常収支の赤字額が減っていても、積立金がなくなって保険料率を上げているわけですから、財政状況はだんだん悪化しています。そのような現状にあるのです。

● 4割を超える拠出金

健保組合の収支内訳を見ると、予算規模は6兆8000億円です。支出は、保険給付費が約3兆6700億円、前期高齢者納付金、後期高齢者支援金、退

職者拠出金を合わせて約3兆1000億円で、全体に占める割合は43%くらいです。

簡単にいうと、保険料を7兆円集めて、そのうち43%は健保組合以外に拠出しているわけです。しかも、保険料収入の5割以上を支援金・納付金などに充てざるを得ない組合は492組合で、全体の3分の1強あります。

高齢者医療制度に対する支援金・納付金を見ると、平成19年度を100とした場合の指数で、5年後の平成24年度は136です。一方、健保組合加入者への医療給付費は13%の伸びです。つまり、健保組合にとって、加入者の保険給付費の伸び以上に、拠出金の負担が年々大きくなっているということです。

高齢者医療制度への拠出で、75歳以上の後期高齢者への支援は、1人当たり負担見込み額5万円で、本人と家族分、しかも生まれたての赤ちゃんまでも含めた人数を掛けた金額を納める計算になっています。

65歳～74歳の前期高齢者は、少々複雑です。定年退職後はほとんどが市町村国保に移るので、国保の65歳以上の加入率は非常に高く、全国平均13%です。それに対して被用者保険は、その年代が退職で減っていますから平均3%～4%。この差を財政調整しようということで、被用者保険の健保組合と協会けんぽは、市町村国保にそれぞれ1兆2000億円くらいずつ納付する仕組みになっています。

● 負担増の先行きが読めない

健保組合の現状をまとめると、5年間で1兆9000億円の赤字という財政悪化が課題です。収入は、賞与は下がっていますが、標準報酬月額ほぼ横ばいか、若干下がっているような状態で、支出では、特に高齢者医療制度への拠出金の占める割合が4割、組合によっては5割を超え、負担がどんどん増えています。

これを乗り切るために積立金が減ってきていることから、保険料率の引き上げが続いています。すでに1415の健保組合のうち、協会けんぽの料率の10%を上回る健保組合が78。これは、料率のことだけでいえば健保組合をやっている意味がない



健康保険組合の現状について話す白川氏

といわざるを得ず、解散することになってしまいます。

最大の問題は、健保組合の負担がどうなるかという先行きが不明なことです。私も健保組合にいたときに保険料率引き上げの必要があり、事業主と加入者に説明しました。なぜ上げるのかというと、自分のところの加入者のためではなく、高齢者医療制度への拠出金負担が増えているから上げざるを得ないのだという理由を説明しました。しかも、今後どうなるか、先行きは分からないと伝えざるを得ません。高齢者の医療費がどれだけ伸びるかで推計値は出ますが、個々の健保組合にどれくらいの負担がくるかが計算できませんから、分からないというしかないのです。

●皆保険制度を守るために

国民会議の議論に基づく「法制上の措置」の骨子が、8月21日に閣議決定され、それに基づいてプログラム法案が策定されて、いま国会で審議されるという流れです。

したがって、国民会議の報告書がこれからの医療制度改革の基本になるということですが、私たちにいわせると、国民会議の報告書は失望以外の何ものでもありません。国民医療費約38兆円のうちの6割弱は65歳以上の高齢者の医療費で、現役世代の医療費は4割強です。皆保険制度をどうやって維持するかという話になれば、当然、この6割弱の高齢者の医療費をどうやって負担するかが最大の問題になります。ところが、国民会議はそれについてほとんど議論していないという状態です

から、不満と言わざるを得ません。

「国民皆保険制度」と当たり前のように言われていますが、皆保険というのは全員が保険に加入すると同時に、保険料で運営するのが基本です。健保組合、協会けんぽ、国民健康保険、共済組合の中で、基本的に保険料だけで運営できているのは健保組合だけです。他の保険者は、税金を投入しなければ維持できない状況なのです。

私は、保険をベースに、足りない分を税金で補うのが皆保険制度の理念だと思います。そして、国民全体で高齢者の医療を支えなければならないという考えはそのとおりだし、そうしなければならないと思っています。

ただ、我々が保険料を集めて、その一部を高齢者医療制度に拠出することについては、負担の限界というものがあるはずで、集めた保険料の半分をも他へ拠出する保険制度など聞いたことがないでしょう、ということなのです。

したがって、皆保険制度を守るためには、弱い部分には適切に公費を入れるという仕組みにしていかなければ高齢者医療制度は維持できません。まず、健保組合がつぶれます。つまり、保険でやる組織がなくなります。そうなると皆保険制度が持たなくなるので、全部税金で運営せざるを得なくなります。そうなってはならないと、我々は主張しているのです。

■薬価改定での課題

●平成24年度の薬価改定

平成26年度の薬価改定について述べる前に、平成24年度の改定がどうであったか、その積み残しの課題を平成26年度改定でもう一度議論しますので、まずは平成24年度改定を振り返ってみます。

平成24年度の薬価改定では、製薬業界からいくつかの要望がありました。新薬創出・適応外薬解消等促進加算の本格導入・恒久化、それから、保険医療上必要性の高い医薬品の薬価の維持。これは、例えば輸液とかペニシリンといったものです。そして、先発品の特例引下げの廃止、市場拡大再算定の廃止又はルールの見直し、最低薬価のルールの見直し、革新性の高い新薬のイノベーション

の評価、長期収載品の薬価の引き下げ反対、という要望です。

これらがどうなったかについて、いくつかお話しします。

●新薬創出加算は「試行継続」

新薬創出・適応外薬解消等促進加算については、薬価の維持に財政的には約770億円の費用をかけた、つまり、製薬業界にそれだけの利益が確保されたこととなります。

それに対して、この加算が新薬創出にどれくらい貢献したのかという議論、また、先発医薬品からジェネリックへの置き換えが政府目標に比べて進んでいないという議論がありました。適応外薬等の開発・上市の状況については、特にドラッグ・ラグがどれくらい解消されたか、また、アンメット・メディカル・ニーズ、いわゆる新薬の創出に向けて、それも日本発の新薬がどのくらい開発されたのが論点になりました。

平成24年度改定の結論としては、この新薬創出加算はさらに2年間の試行を継続し、国の開発要請を受けていない企業は加算の対象外とすることと、ドラッグ・ラグ解消の指標を検討することが盛り込まれ、真に医療の質の向上に貢献する医薬品を世界に先駆けて国内開発した企業に対する評価のあり方を検証しようという話になりました。

これらのほとんどが、平成26年度改定で継続して議論されています。

●必要性の高い医薬品の薬価は見送り

保険医療上必要性の高い医薬品の薬価の見直しは、製薬業界から不採算を防ぐ仕組みが必要との要望がありました。

不採算になっても、最低薬価制度があるからいったん戻ったりするのですが、結局また下がります。すると、必要な設備投資、品質管理、安全管理の体制に影響を与えるということで、特例的な薬価制度ができないかという趣旨でした。

検討の結果、実態が十分に明らかになっていないので、平成24年度改定での導入見送りとなりました。業界全体で、不採算ではあるけれども必要性の高い医薬品の安定供給体制確立のための取り

組みを提案してほしいということで、とりあえずは見送りという結論になったわけです。

●長期収載品の取扱い

長期収載品の薬価の取扱いについては、様々な意見が出ました。行政刷新会議ではジェネリックの薬価まで下げろという意見があり、財務省はジェネリックのシェア30%に向けて長期収載品の薬価を10%引き下げるべきだとしました。長期収載品の薬価を引き下げてジェネリックのシェアを高めることが主張されたのです。

その結果、長期収載品についてはジェネリックの使用が政府目標に達していないことを考慮して、平成24年度改定の特例措置として、薬価を一定程度下げることになりました。その金額は225億円に上ります。そして、ジェネリックもついでに25億円下がりました。

●ジェネリックの薬価

ジェネリックの薬価については、行政刷新会議からは、先発品とジェネリックの薬価の差の一部を自己負担にするという意見がありました。財務省は、さらにジェネリックの使用促進を図るべきだという意見でした。製薬業界からは、ジェネリックの薬価のバラつきを是正すべきではない、あくまで原則どおり、市場実勢価格に応じた薬価にすべきだという意見、あるいはジェネリックの当初収載薬価を引き下げるべきではない、先発品の7掛けルールを維持してほしい、といった意見が出ました。そして薬価算定組織からは、当初収載薬価を見直すべき、また7割を下げる方向で検討すべきであるという意見や薬価のバラつきは是正すべきであるという意見がありました。

結論としては、当初収載薬価は7割を維持するけれども、内用薬で10品目を超えるものは6割になりました。薬価算定値が3%以内にある複数の品目は薬価を統一し、また最高薬価から30%以下のジェネリックの薬価は統一薬価、20%~30%は統一薬価・統一名にすることになりました。

ジェネリックについては、一般名処方も推進されて加算2点に、また後発医薬品調剤体制加算もジェネリック調剤率をさらに高くした薬局の点数



白川氏の話を受講する参加者

が高くなるように改定されました。

●医薬品の流通面における課題

医薬品の流通面の問題では、未妥結・仮納入、総価取引、公定価格との乖離率、新薬創出加算の対象医薬品の取引上の問題が提起されています。これは中医協としてはなかなか踏み込みにくい部分もあるので、問題意識だけ整理します。

未妥結・仮納入の問題は、平成23年9月の薬価調査の時点で妥結率は78.1%でした。チェーン店で妥結率が低いという話などもありましたが、民間の商取引の話で、中医協としては「向上を図るべき」という言い方しかできないところです。

総価取引の問題は、実態を聞くととんでもない話だと思えます。ただ、これも単品・単価取引の率がかなり回復してきているようですので、その方向に進んでいただければと思っています。

公定価格との乖離率の問題は、ボリュームディスカウントが反映されていないなどの問題があることは承知しています。

新薬創出加算の対象医薬品の取引上の問題は、ゆゆしき問題だと思っています。新薬創出加算は市場実勢価格の平均乖離率をベースにしていますから、薬価がその平均乖離率を超えないように無理な取引が行われているということで、私も2～3の団体からは是正に関する要請を受けています。これは次の改定における議論の一つのポイントになると考えています。

以上は昨年9月時点の話です。今回の改定で使う薬価の状況については近々に報告があると思わ

れますので、そのときにまた再評価したいと考えています。

■平成26年度薬価改定の動き

●業界の主な要望

次回の平成26年度改定の動きとして、まずは業界からの主な要望事項を整理します。既に業界からの意見聴取、ヒアリングは終了しており、そのときの各団体からの要望を紹介します。

平成24年度と同じ要望は、新薬創出加算の本格導入・恒久化、保険医療上必要性の高い医薬品の薬価の維持、長期収載品の特例引下げの廃止、市場拡大再算定の廃止又はルールの見直し、最低薬価の見直しの5項目です。革新性のある新薬のイノベーションの評価は、前回も同じような要望がありました。今回新たに出された要望は、長期収載品の新たな特例引下げルールの慎重な設定、消費税率引上げ分の薬価への適切な反映の2項目があります。

これに関して、いろいろな部門からの要望や意見をまとめて紹介します。

製薬業界は、ジェネリック関係では、ジェネリック、後発品の初収載薬価を0.7掛けのままにしてほしい、後発品の最低薬価の引き下げは反対、という意見でした。

卸業界からは4点で、新薬創出加算の本格導入・恒久化、長期収載品の特例引下げのルールなき実行は反対、流通の円滑化に資する後発品の統一名収載の範囲拡大、原価計算方式の流通経費は現行の定率方式を維持すべき、との意見でした。

また、中医協の薬価算定組織からの提案は3点で、①外国平均価格調整の対象範囲拡大等ルールの見直し、②原価計算方式におけるイノベーションの評価範囲の拡大(これは原価計算方式で、いま加算率は50%が限度ですが、100%まで拡大できないかという提案)、③イノベーション評価の観点から、日本発で世界に先駆けて上市した場合には有用性加算範囲を拡大加算できないか、というものです。

製薬業界は①は反対、②③は支持、中医協委員は①は支持、②③については慎重な姿勢という状

況です。

●平成26年度改定の課題

そこで、今回の改定で特に問題となるテーマについて、決定前の微妙な時期でもあるため、大まかな部分を数項目ご紹介します。

まず、新薬創出加算は、先ほど説明したとおり、製薬会社あるいは卸業団体からも、恒久化すべきという提案を受けています。

次に、長期収載品の薬価について、一つは、長期収載品と後発品の薬価差の問題で、長期収載品になり、後発医薬品との競争が始まってしばらく経つのに双方の薬価差がかなり大きい場合は、特例引下げをしようというのが薬価専門部会の中間とりまとめになっています。どの程度か、どういう基準でいくかを議論しなければならないということです。これは薬価調査が終わらないと薬価差が判明しませんので、そのデータを見てから議論する方向づけだけは済んでいるという状況です。

もう一つが長期収載品の特例引下げ幅の問題です。これは、医薬品が特許切れで長期収載品になる場合に、だいたい4%~6%薬価を引き下げる仕組みになっていますが、この4%~6%がいいのか悪いのか、過去にも率を変えたことがありますので検証が必要だということです。

後発品の薬価については、新規後発品の薬価は先発品の0.7掛け、内用薬で10品目以上の上市がある場合は先発品の0.6掛けにするというルールがありますが、これをどうするかという問題があります。

既収載後発品薬価のさらなるバラつきの是正の問題は、先ほど申し上げたとおり、30%未満は統一薬価で、20%以下は統一名・統一薬価になっています。その上は3%刻みになっていますが、これも薬価調査を見た上でどうするかということになると思います。

もう一つは、革新的な医薬品等の保険上の評価について、革新的な医薬品には、上市するときに画期性加算、有用性加算などの補正加算を付ける仕組みがあります。中医協に費用対効果の分科会ができ、いわゆるHTA、ヨーロッパ諸国などで行われている、費用対効果を保険収載や薬価に反映



資料を駆使して説明する白川氏

させる仕組みを検討中のため、それとこれらの加算をどうするのかを並行して考えないとならない状況です。

●中医協の委員として

時期的に、改定の詳しいところまではお話しすることができませんでしたが、最後に、私は中医協の委員を務めて丸4年経ったところですので、どういうスタンスで中医協に臨んでいるのかをお話ししたいと思います。

中医協の委員というのは、皆保険制度を守ることが前提、絶対条件です。その中で、国民にとって安心できる医療提供体制をつくるよう工夫すること、また、保険財政、国の財政を考えながら、効率的な医療提供体制をつくることをめざしています。

私は支払い側委員の立場で臨みますから、薬については、値段が低ければ低いほどいいというのが当たり前のスタンスです。ただ公定価格ですから、一定の合理的な理由で、納得していただけるやり方で改革、改定していきます。もう一つ、急激な改革、改定は、現場の混乱を招くことは重々分かっています。それは国民にとっても決していいことではありません。したがって、ソフトランディング、急激な改革ではなく一定の方向に向けて段階的に改定していく方向が非常に重要だと認識しています。

私からの説明は以上です。ご清聴、誠にありがとうございました。