

「受診時定額負担」に反対します

第7回 国民医療推進協議会総会

2011年9月23日

社団法人 日本医師会

2011年7月1日に閣議報告された「社会保障・税一体改革成案」では、高額療養費の負担軽減の財源とするため、受診時定額負担を導入することが示されました。

「社会保障・税一体改革成案」から抜粋

- ・高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討
- ・受診時定額負担等(高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて実施。例えば、初診・再診時100円の場合、 1,300億円)

日本医師会は

1. 高額療養費のあり方を見直し、患者負担を軽減することには賛成です。
2. しかしそのために、病気などで通院しておられる患者さんに、さらなる負担を求めることには反対です。公的医療保険である以上、高額療養費のあり方を見直すための財源は、幅広く保険料や税財源(公費)に求めるべきです。

なお、「社会保障・税一体改革成案」は閣議報告されたものにすぎず、閣議決定されたわけではありません。

「閣議報告」は、検討の内容を閣議で知らせるだけのものであり、意思決定を行なったものではありません。

内閣における案件の処理

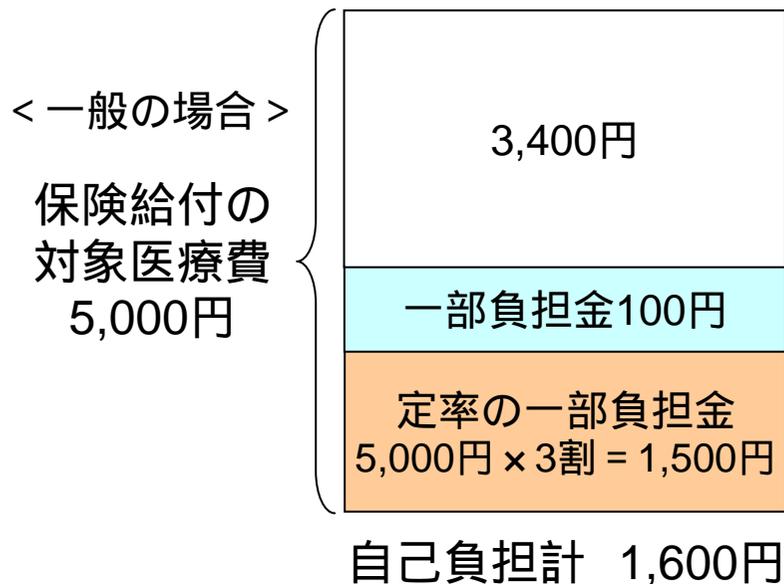
閣議決定	合議体である内閣の意思決定で、閣議のなかでは、最も重みを持つ。
閣議了解	本来主任大臣の権限に属する事項について、閣議に提出して他の国務大臣の意向も聞くことが適当と判断されたものを対象にする。
閣議報告	主要な審議会の答申や省庁の白書等を閣議で披露するような場合にする。

厚生労働省は、受診時定額負担について次のように説明しています。

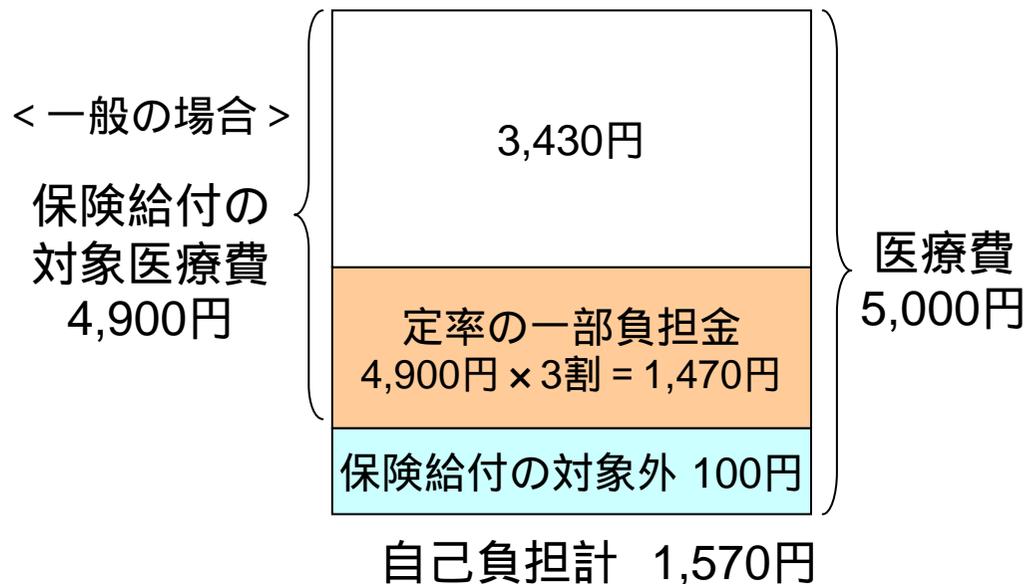
2011年9月16日 社会保障審議会医療保険部会資料から抜粋

定率負担に定額負担を加えた額を自己負担とする仕組みが考えられる。
医療保険がカバーする範囲をせばめる「保険免責制」とは異なる。医療保険がカバーする病気の範囲は変わらない。

受診時定額負担(厚労省の考え)



保険免責制の場合



自己負担は保険免責制の場合よりも増えます。医療保険がカバーする範囲が変わらないというのも詭弁です。

厚生労働省は、受診抑制も狙っています。

「社会保障・税一体改革成案」で、厚生労働省は、受診時定額負担による効果が 1,300億円であると試算しました(1頁参照)。なぜ、1,300億円なのでしょう？

初診・再診の外来受診延べ日数(年間)は約20.6億日)。

100円 × 20.6億日 = 約2,000億円 逆に言うと医療費は 2,000億円。

長瀬効果を加えて、医療費は 4,000億円ぐらいにはなる。

医療費のうち公費負担割合は 4,000億円 × 約3割なので、公費は約 1,300億円。

)厚生労働省「概算医療費データベース」による。2010年度の医科・歯科の入院外日数の合計。

長瀬効果とは？

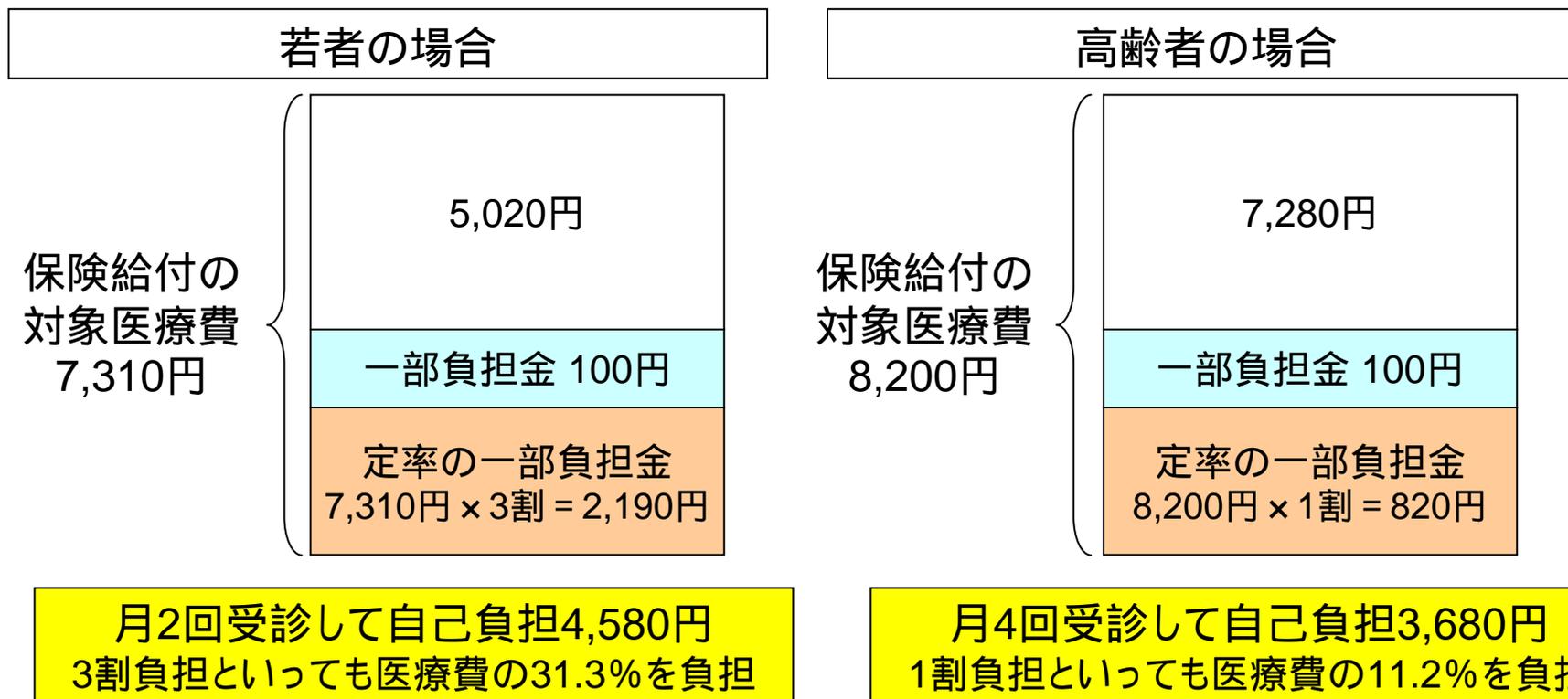
制度的な給付率の変更に伴い、医療費の水準が変化することが経験的に知られており、この効果を「長瀬効果」と呼んでいる。

例えば、給付率が低くなる(=患者負担が増加する)制度改革が実施されると、受診行動が変化し、受診率が低下したり、1件当たり日数が減少する。

つまり厚生労働省は、受診時定額負担の負担金、受診抑制による給付費削減の両方を狙っているのです。

受診時定額負担の問題点

1. 当初は定額100円であっても、いったん導入されれば、その水準が引き上げられていくことは、過去の患者一部負担割合の引き上げを見ても明らかです。高齢者や低所得者の方は受診を差し控えざるを得なくなります。
2. 受診回数の多い高齢者や病気がちの方ほど、負担が大きくなります。



医療費は、若者と高齢者の実際の平均値を用いて計算しました。

2006年6月の健康保険法等の一部を改正する法律案附帯決議に、公的医療保険の給付範囲を維持することが明記されています。受診時定額負担はこれに抵触しています。

健康保険法等の一部を改正する法律案及び良質な医療を提供する体制の
確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議
(2006年6月13日 参議院厚生労働委員会)

「平成14年の健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第1項に明記された、『医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。』ことを始めとして、安易に公的医療保険の範囲の縮小を行わず、現行の公的医療保険の範囲の堅持に努めること」

受診時定額負担の導入を提案した「社会保障・税一体改革成案」は、閣議報告されたものに過ぎません。ところが、政府は、「規制・制度改革に係る追加方針」に、高額療養費の負担軽減策について、「社会保障・税一体改革成案を踏まえる」と記載し、これを閣議決定しました。これは、受診時定額負担を間接的に閣議決定しようとするもので、このような手法は絶対に認められません。

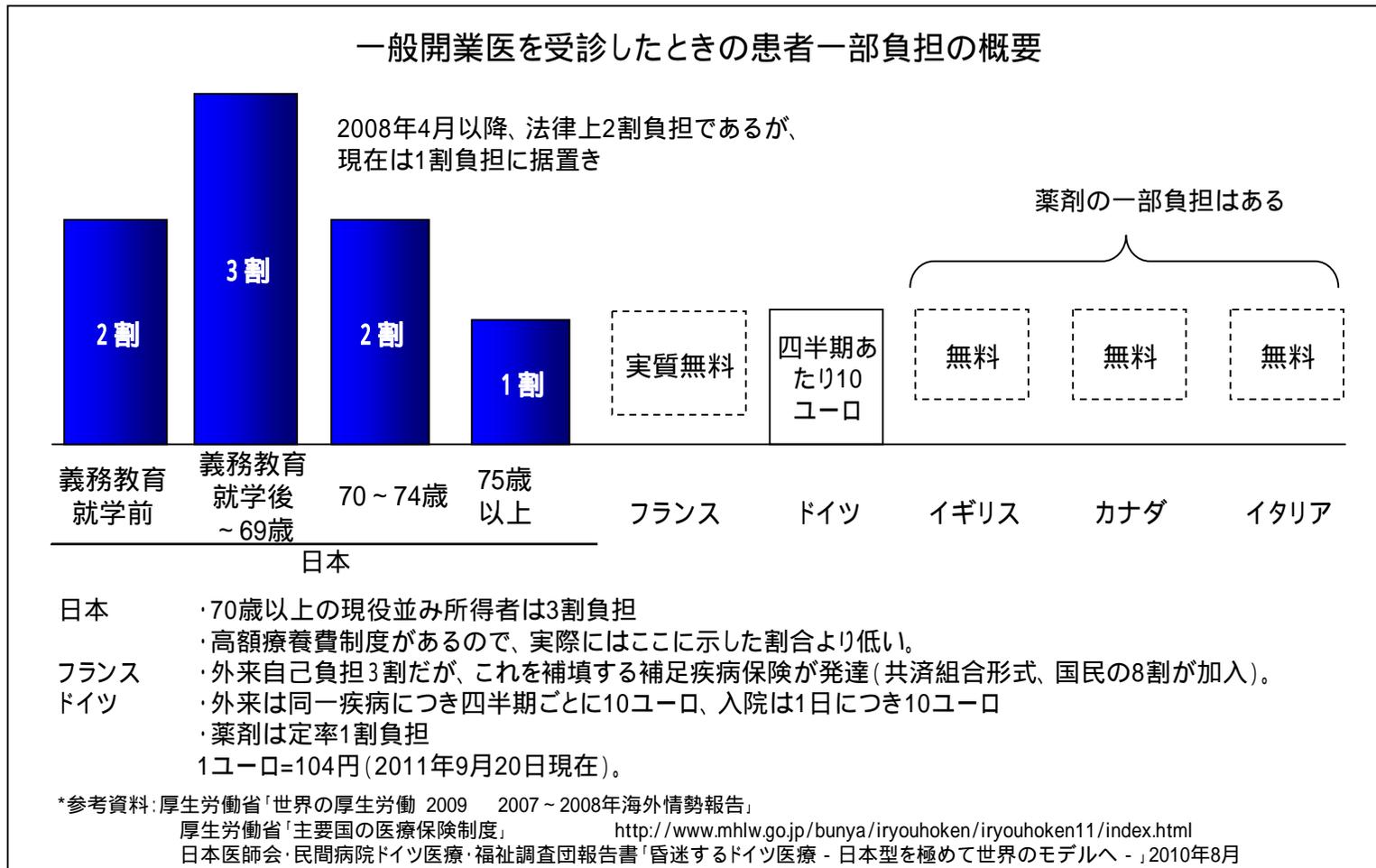
【規制・制度改革に係る追加方針(2011年7月22日閣議決定)】

ライフノベーションWG「高額療養費制度の見直し」

かかった疾病の種類にかかわらず、長期にわたる慢性期の療養の際の負担をより軽減できる制度となるよう、高額療養費制度における外来診療の現物給付化を行う。 <平成24年度措置>

更なる負担軽減策については、社会保障・税一体改革成案(平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定)を踏まえ、検討する。
<平成23年度検討>

そもそも、日本の患者負担はこれ以上引き上げてはなりません。日本の患者一部負担割合は、公的医療保険がある先進諸国と比べてかなり高くなっています。これ以上患者負担が増加すれば、受診を控え重篤化するケースが生じかねません。



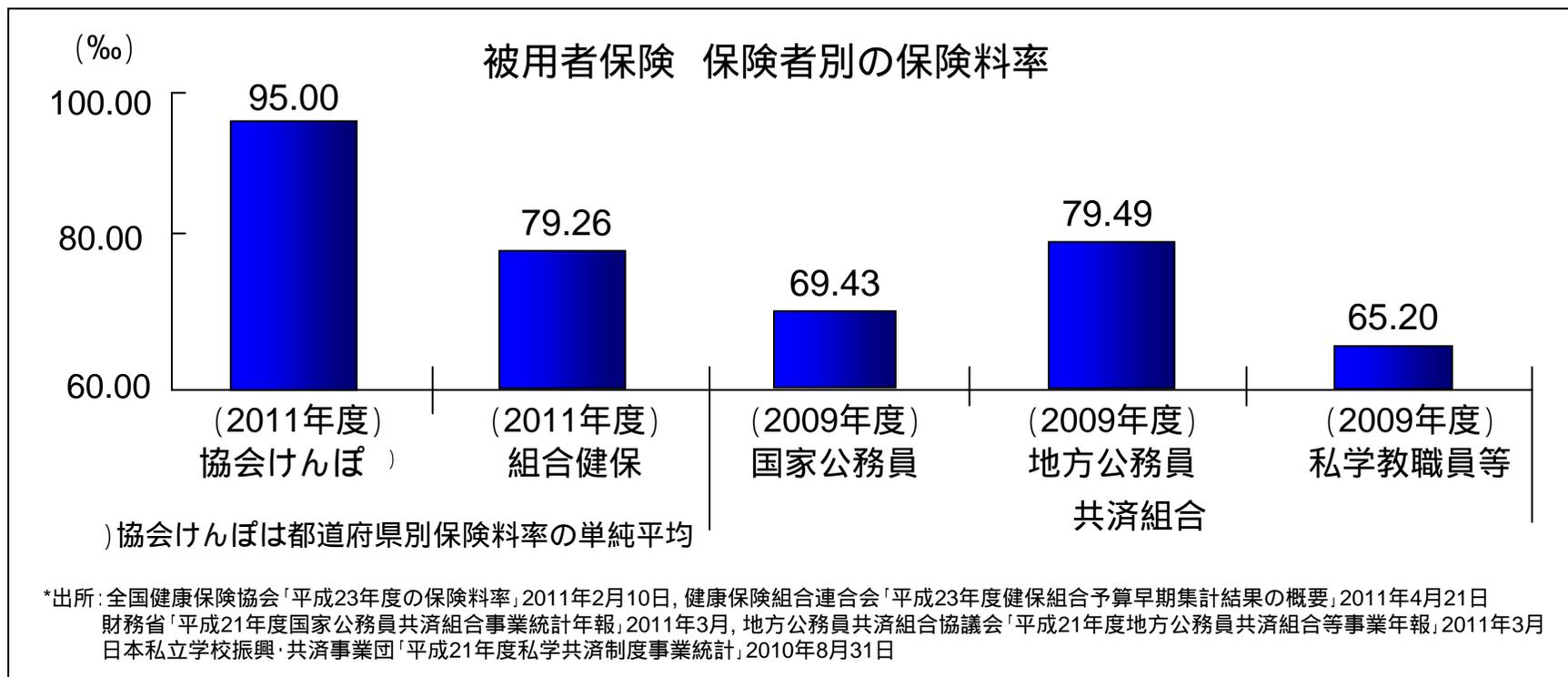
公的医療保険の財源は、公費と保険料に求めるべきです。

保険料の見直しについて、日本医師会は次のように提言します。

保険料の見直しについて - 日本医師会の提言 -

1. 被用者保険の保険料率を、もっとも保険料率の高い協会けんぽの水準に引き上げ、公平化すること。
2. 国民健康保険の賦課限度額、被用者保険の標準報酬月額の上限を引き上げ、高額所得者に応分の負担を求めること。
3. 低所得者や高齢者の負担軽減に配慮すること。
4. 日本医師会は公的医療保険の全国一本化を提案しているところであるが、それまでの間、保険料の見直しを通じて確保した財源によって、保険者の財政調整、特に財政基盤の弱い保険者を支援すること。

1. 被用者保険の保険料率には大きな格差があります。大企業が組織し平均給与の高い組合健保や、事業主負担にかわって公費負担のある公務員などの保険料率を、中小企業の社員が加入する協会けんぽの保険料率にあわせ公平化すべきです。



2. 保険料がかかる給与収入の上限は国保では約1,000万円、被用者保険では約2,000万円です。この上限を引き上げ、高額所得者に応分の負担を求めていくことも必要です。

日本医師会は、すべての国民が、公平な負担の下で、同じ医療を受けられることが公的医療保険制度の根幹であると考えます。それは、年齢や、地域や、所得の違いによる格差のない制度です。

そのために、将来的に公的医療保険を全国一本化することも視野に入れています。もちろん、受診時定額負担のように、給付範囲をせばめる政策、患者負担を強いる政策には徹底的に反対します。

日本医師会が考える国民の安心を約束する医療保険制度の基本理念
すべての国民が、同じ医療を受けられる制度
すべての国民が、支払能力に応じて公平な負担をする制度
将来にわたって持続可能性のある制度



将来的には、公的医療保険を全国一本化

**受診時定額負担をはじめとする給付範囲の縮小、
患者負担の増加は断固阻止**