

2025年に向けた病院経営と 後発医薬品の位置付け

～機能評価係数Ⅱにおける後発医薬品係数の影響～

工藤 高 氏 株式会社MMオフィス 代表取締役

1982年、日本大学経済学部卒業、河北総合病院、亀田総合病院の分院等の合計18年間にわたる病院勤務を経て'99年より現職。専門は診療報酬側面からの病院経営戦略立案で、現在、20弱の急性期病院中心のクライアントを持つ。

関東学院大学大学院経済学研究科(医療経済学)後期2単位の非常勤講師、日経BP「日経ヘルスケア」で巻頭コラム「病院経営最前線」を連載の他に、キャリアブレイン「CBnewsマネジメント」、全国の薬剤卸会社が医療機関に配布しているユートプレーン「卸ニュース」と医療経営情報社「医業経営ダイジェスト」に連載を合計で月間7本を持つ。



INTERVIEW

団塊の世代が75歳以上を迎える2025年に向けて医療制度改革が進んでいます。診療報酬改定の度に、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率などのハードルが上がり、DPC機能評価係数Ⅱによる評価も厳格化していくと考えられます。2025年を見据えた病院経営を考える上で、病院薬剤部として後発医薬品の位置付けをどのように考えればいいのか、医療コンサルタントの工藤高氏に10の質問に答えていただきました。

能力評価に応えられる機関は 増益傾向に

Q1 2014年度の診療報酬改定の病院経営全般に与えるインパクトと、その理由についてお聞かせください。

2014年度改定率は、本体部分が+0.1%、薬価部分が-1.36%。消費税部分の補填措置として1.36%を上乗せしており、全体で0.1%のプラスになっています。しかし、消費税が5%から8%になったわけですから薬剤費、材料費などは増税分で、利益が圧縮されていることになります。売上ベースでは、消費税アップ補填のため入院・外来などの収入は、一見上がっているように思えます。ただし、経常利益を見ると、実質的には下がっている医療機関が多いのではないのでしょうか。

国の財源が限られているので、今後も厳しい改定が続く、病院の経営戦略が収入に反映される改定になると予想されます。こういうことを考慮してきちんと経営している医療機関は、微増ではあるものの利益を向上させ、逆にそれ

ができないところは、淘汰されていくでしょう。

消費税増税の先送りとは関係なく 診療報酬改定はマイナス傾向へ

Q2 消費税増税が2017年4月に先送りになることによって、予定していた社会保障費の財源が減少することが考えられます。これは医療費削減にどのように影響すると思われますか？

昨年の4月に消費税が8%になりましたが、その際も診療報酬改定は実質マイナス改定でした。増税する・しないにかかわらず、診療報酬は今後もかなり厳しい改定になるでしょう。介護報酬も-2.27%のマイナス改定です。2025年に向けて高齢者が増えていきますから、効率的な配分をしていかなければいけないわけです。マクロで考えると整合性は取れています。ミクロの医療経営で考えると、医療資源が限られ、報酬はマイナス改定となると、腑に落ちないと思われる方も少なくないのではないのでしょうか。

経営上で重要なのは、機能評価係数Ⅱへの早めの対応

Q3 DPCの調整係数は2018年度までに段階的に置き換えられる予定ですが、そのプロセスと方向性についてお聞かせください。

前年度の収入を保証する暫定調整係数の財源配分は2016年度には2014年度の半分、2018年度にはゼロになります。一方、機能評価係数Ⅱの財源配分は2016年度には2014年度の1.5倍に、2018年度には2倍になります。機能評価係数Ⅱは病院のパフォーマンスを評価した係数です。たとえば後発医薬品(以下、後発品)への切り替えの努力、在院日数短縮の努力、重症患者を診ている、そういった機能評価に置き換えていくということです。いま機能評価係数Ⅱの部分が5千万円の病院は、同じパフォーマンスで置き換わると、あと2回の改定で1億円になりますが、機能評価係数Ⅱを構成する各項目の係数の取り方によって、金額は変わってきます。図1は調整係数の異なる3つの病院(A、B、C病院)が、それぞれ同率係数を取って置き換わった場合のシミュレーションですが、実際はこの通りになるとは限りません。たとえば、それまで高い係数を取っていたA病院が2016年の改定時に低い係数となり、一方、B病院が最も高い係数を取ったとすると、B病院の方が高い収入を得ることになります。2018年にはさらにその差は大きくなるでしょう。このように機能評価係数Ⅱによる収入を高くすることが、DPC対象病院の経営にとっては、非常に重要になります。

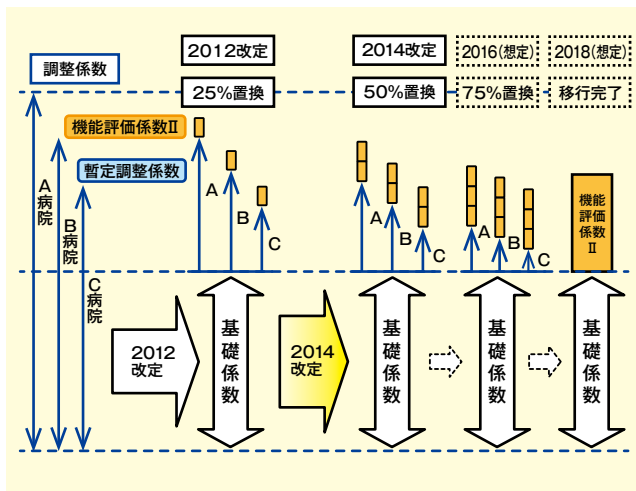


図1. 「調整係数」から「基礎係数」+「機能評価係数Ⅱ」への移行
(厚生労働省 平成26年度診療報酬改定の概要(DPC制度関連部分)(平成26年3月5日版)を基に作成)
 ●DPC制度の円滑導入のために設定された「調整係数」については、段階的な廃止に向けて、今回の改定においては調整部分の機能評価係数Ⅱへの置き換え率を50%とする
 ●調整係数の置き換え等に伴う激変緩和の観点から、推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2%を超えて変動しない範囲となるよう暫定調整係数を調整する措置も併せて講ずる

短期的に収入増を可能にする後発医薬品係数

Q4 2014年度の診療報酬改定で機能評価係数Ⅱに加わった後発医薬品係数の病院経営に与えるインパクトは？

機能評価係数Ⅱは7つあり(表1)、そのなかで短期的に病院の努力で変えることができるのは後発医薬品係数と在院日数を評価した効率性係数です。機能評価係数Ⅱは毎年変わり、10月から翌年9月までの1年間のデータが次年度の4月からの係数に反映されます。ですから、この間に医薬品をどんどん後発品に切り替えていけばよいということです。一番即効性があり、データも自院で可視化できます。

表1. 機能評価係数Ⅱの7つの項目

名称	評価の考え方
1 保険診療係数	質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取り組みを評価
2 効率性係数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
3 複雑性係数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価
4 カバー率係数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価
5 救急医療係数	救急医療(緊急入院)の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価
6 地域医療係数	地域医療への貢献を評価(中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価)
7 後発医薬品係数	入院医療における後発医薬品の使用を評価

●機能評価係数Ⅱの中で、保険診療係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数については、I~III群毎に評価設定されている。

2014年4月から後発医薬品係数ができましたが、最も高い係数が1.544%です。1,000床クラスの病院では、係数前の包括分が100億円くらいありますので、その約1.5%は1億5千万円です。これは、病院にとって真水の収入(利益)です。いまでも病院は後発品に切り替えてきていましたが、主に薬価の高い薬を切り替えてコストダウンするという方法でした。今回は評価が使用量になるので、薬価が低くても使用量の多いものを切り替えて、高い係数を獲得しにいくという考え方です。公開データですと、係数1.544%を取っているところは、189病院あります。

表2は、ある病院のシミュレーションです。後発品のある先発品の上位10品目を後発品に切り替えた場合、後発品割合は48.2%から71%になります。後発品係数が0.001上がった場合、係数前部分が10億円だとすれば、100万円の収入アップとなります。

表2.先発品上位10位を後発品に切り替えた場合のシミュレーション

	薬剤名	数量	数量割合	累計
1	〇〇錠	47,531	14.2%	14.2%
2	〇△錠	19,719	5.9%	20.1%
3	〇〇シロップ	17,170	5.1%	25.2%
4	〇〇テープ	10,850	3.2%	28.4%
5	△△テープ	9,478	2.8%	31.2%
6	〇〇内用液	9,470	2.8%	34.0%
7	△△錠	8,730	2.6%	36.6%
8	〇〇錠〇mg	8,488	2.5%	39.1%
9	△△錠〇mg	8,111	2.4%	41.5%
10	〇△錠〇mg	7,424	2.2%	43.7%
合計		146,971		

項目	後発品数量	先発品数量	割合
検討前	310,885	334,033	48.2%
検討時上位10品目	146,971		↓
検討後合計	457,856	187,062	71.0%

●切り替え可能な先発品の上位10位(146,971単位※、43.7%)を後発品に切り替えると、後発品の割合は71%になる。
 ※1薬価収載規格(1錠、1カプセル、1管など)を1単位とした

ネガティブ方式で後発品への切り替えを推進

Q5

後発品への切り替えは、DPC対象病院でどのように進んでいますか？

2014年の改定において後発医薬品係数のインパクトが大きかったので、切り替えはスピーディーに進められています。一番大きな変化が必要なのは院内薬事審議会のあり方です。2ヵ月に1回、3ヵ月に1回開かれていた薬事審議会で切り替えを決めたとしても在庫が残ります。その在庫がなくなってから切り替えるとなると、場合によっては相当に時間がかかります。そうすると、先程お話しした10月から翌年9月のデータが翌年4月の係数に反映されるペースに間に合わないわけです。

このため、薬事審議会を開くことなくダメなものを申告してもらってネガティブ方式が必要でしょう。これは薬剤部から医局に対してリストを提出し、後発品に切り替えられないも

のを聞く方法で、「何月何日までに、このリストの薬剤のなかで後発品に切り替えることに反対なものを申告してください」と通知するのです。このように薬剤部の主導で後発品への切り替えを行なうべきです。

減算を見据えた早めの切り替えを

Q6

後発品使用率が60%に達した途端に、切り替えに消極的になる医療機関があるのはなぜでしょうか？

一番大きな理由は、60%になったら本年4月に、係数1.544%が得られると勘違いしている点です。いまは、60%以上で係数1.544%をとっている医療機関が189病院しかないわけです。財源には限りがあるので、60%以上とる医療機関が多くなったら、取り分は相対的に落ち、係数が低くなるわけです。このため最低でも「使用率80%以上を目指していかなければならない」と、私は言っています。いつかはわかりませんが、この係数はミッションを達成するといずれなくなり、後発品への使用率が低いところは減算という方向性になるかもわかりません。

後発品への品質の不安を解決できるAG

Q7

後発品へ切り替える際に、オーソライズド・ジェネリック(以下AG)という選択肢もありますが、これについてどのように考えられているのでしょうか？

私はコンサルタントの立場なので、病院経営をよくするためにどんどんジェネリックに切り替えることを推進しています。切り替えを検討する際に必ず出てくるのは、後発品の品質に対する不安です。そう考えた場合、AGは後発品メーカーがパテントを譲り受けてそのまま作っているわけですから、品質への不安は一切ありません。非常に安心感も高く、説得力もあると思います。医師のなかには、後発品の品質に不安を感じている方もいらっしゃいますが、AGであれば薬剤部から切り替えの話がしやすいのではないのでしょうか。ただ、なかにはAGをご存知ない医師もまだいらっしゃるかと思います。

定量的なデータを基に 切り替えについて検討する

Q8 後発品への切り替えを不安に感じる医師に対して、薬剤部としてはどのように対応されているのでしょうか？

品質という点では、AGがある薬剤であれば、AGへの切り替えという方法もあります。後発医薬品係数は薬価ではなく、数量ベースですから、普通のジェネリックでもAGでも数量という意味ではどちらでも構わないわけです。私がコンサルティングする場合は、「この薬剤を切り替えないと、病院にとって係数分がとれないので年間何千万円のマイナスになります」といった数字を提示します。シミュレーションに基づいた数字をお示しすると、医師は定量的なデータに対して理解のある方が多いので、概ね納得されます。品質に対する不安以外で最も大きいのは、「後発品に切り替えたことで、薬剤が安定供給されなくなるのではないか」ということではないでしょうか。そういったことが起こらないよう、薬剤部として気をつけて後発品への切り替えを推進していく必要があると思います。

選択のポイントは ブランド力と安定供給

Q9 病院経営を考えた場合、薬剤費や材料費などのコストダウンをはかる必要があると述べられましたが、薬剤選択のポイントとして納入価も極力抑えたほうがよいのでしょうか。

DPC病院では後発品に切り替えると当然コストダウンになりますし、出来高請求できる外来使用薬剤の薬価差を求めるのであれば、ある程度は納入価を抑える必要もあるでしょう。ただし、薬価差のみに目を向けることは「先を見据えた経営」とはいえません。後発品に限った話ではありませんが、薬価改定は実勢価格によって決まりますので、低価格で納入されている製品は、改定時に低薬価で収載されることになります。これは、ある意味大きなリスクといえます。このような製品に対しては生産が持続可能なのか、安定供給できるのかといった不安が生じますし、低薬価になってし

まったのでは薬価差そのものも望めなくなってしまう。厚生労働省は、後発品に関して「少なくとも5年間は継続して販売し保険医療機関及び保険薬局からの注文に迅速に対応できるよう、常に必要な在庫を確保すること」と通知していますが、実際に、5年以内に供給を中止した後発品が多くあります。後発品選択のポイントは、品質、情報提供などを含めたブランド力と安定供給です。「先を見据えた経営」を実践する病院は、間接的に長期にわたって使用できる標準的な後発品をジャッジするという役割をも担っているといえます。

診療報酬改定を追いかけるのではなく、 先を見据えた経営で事例を作る

Q10 診療報酬改定を見据えた経営改善の必要性についてお聞きします。先進的に取り組んでいる病院と、そうでない病院は、今後どのように変化していきますか？

優れた病院は診療報酬改定を追いかけていない、むしろ診療報酬改定の内容が後追いになっています。先進的な病院では、薬剤師の病棟配置や栄養サポートチーム、いわゆるチーム医療の部分にも先駆的に取り組んでいて、それを厚労省が見て診療報酬に反映してきました。後発医薬品係数にしても、先程お話しした1.544%を取得している189病院は、他の多くのDPC病院でやっていた薬価が高いものを安いものに切り替えるコストダウンだけではなく、使用量の多い薬剤なら低薬価の薬剤も後発品にしてきました。今後の流れを予測し、後発品にどんどん切り替えてきたわけです。そういう病院は、院長のトップダウンと薬剤部長のボトムアップがうまく融合して切り替わっていくケースが多いですね。先進的な病院は、医療経営に関する情報をセミナー等の外部から積極的に収集しています。優れた病院は前例のないことをやっている。逆にそうでない病院は、「前例がない」といって躊躇する。後者は自院の課題をわかっていないケースも少なくないですね。急性期病院を謳っていても、平均在院日数は長いし、看護必要度は低いし、看護師の数は少ない。そういう病院は診療報酬による評価が低くなってしまいます。地域で求められている医療を見極め、自院の立ち位置を検討する必要があるといえるでしょう。