

巻頭言

イデオロギーとしての「出来高払い方式」の終焉

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授

高木 安雄

ニューヨーク・ヤンキースの名監督、ジョー・トリリー氏が大幅減俸の再契約を拒否して、今季限りで退任するニュースが入ってきた。その理由は、「契約期間にも不満を感じたし、出来高払いは侮辱と受け止めた。交渉の余地も、まったくなかった」というものだ（朝日新聞2007. 10.20 夕刊）。専門職者の技術評価は、出来高払いが一番ふさわしいというこれまでの考えに真っ向から対立するものであり、「おやっ？」と思った人も多いはずである。

再契約の提示内容は、プレーオフ進出などの出来高払いをつけた1年契約で、今季の年棒750万ドルから500万ドルへの大幅な減俸だという。監督は、「金額の問題ではなく、提示の内容が屈辱的だった」と出来高払いに激高したと報じられている。確かに、功なり名をとげた名将・名監督に対して、プレーオフ進出や地区優勝、ワールドシリーズ制覇ごとに出来高払いで年棒を支払うのは失礼かもしれない。「そこらの若造とは違うのだぞ！」という怒りだったと考えられる。

わが国の診療報酬の出来高払い方式も、医師も患者も共に若い戦後の一時期には有効であった。少ない医師でたくさんの患者を診療してもらうには、「もう一人多く診れば収入も増える」という出来高払いが効果的であり、医師も若さゆえにそれに応えることが出来たのである。皮肉な見方をすれば、出来高払いのニンジンをおろ下げられて、医師はクスリと検査で患者をさばいて来たといえる。

しかし、後期高齢者医療制度の診療報酬の議論にあるように、そろそろイデオロギーのように信奉されてきた「出来高払い方式」は見直されてよいだろう。外来医療において後期高齢者を総合的に診る主治医の役割が強調され、いわゆる主治医の「登録制度」の提言がある一方、患者のフリーアクセスの制限は不适当という伝統的な考えからの反対もある。外来医療において、総合的に診る医師をどう決めるか、その報酬をどう支払うか、主治医の役割はもちろん、責任と誇りを保証するものでなければならない。

病院・診療所の外来医療の点数のうち（平成18年社会医療調査）、初診・再診や医学管理、在宅医療の診察部分は32.5%であり、投薬・注射が27.6%、検査・画像診断が22.6%となっている。この三者で医療費の82.7%と占め、これに処置の10.9%を加えると93.6%とほぼ全体を構成する。そして、医師の技術の根幹をなす内科系の診察と外科系の処置を合わせると43.4%となり、診療所の外来ではこれが51.6%とさらに高くなる。これら診察、処置の点数は患者か来るか来ないかで決まってしまうものであり、クスリや検査の物の部分が医師の技術と収入に対して中立的であるとすると、何のことはない現行の出来高払い方式も患者の頭数で決まる包括支払い方式と変わらないことになる。イデオロギーとしての「出来高払い方式」は後期高齢者の診療報酬の中で、そろそろ終焉を迎えていると思うのだが…。