

1. 支出の増大

入院療養のための支出が医療保険の給付費支出全体に占める割合を旧西独地域についてみると、1980年には29.6%であったが、2000年には35.0%にまで上昇している¹⁰。このことは、入院療養の分野における支出の伸びが、他の給付分野に比べていかに突出したものであったかを示している。

入院療養ための費用（以下「入院医療費」という。）は、入院延べ日数、患者一人一日当たり入院医療費（以下「一日当たり医療費」という。）、入院件数及び平均在院日数の各要素に分解することができる。また、それぞれの要素相互間の関係は、次の算式によって示すことができる。

$$\text{入院医療費} = \text{入院延べ日数} \times \text{一日当たり医療費}$$

$$\text{入院延べ日数} = \text{入院件数} \times \text{平均在院日数}$$

図2のとおり、ドイツにおいては、入院件数は相当に増加しているものの、平均在院日数が大幅に短縮されているために、入院延べ日数はむしろ減少を続けている。したがって、入院医療費の増大は、一日当たり医療費の増加によってもたらされたことがわかる。

一日当たり医療費増加の原因としては、まず、最大の費用項目となっている人件費の増加をあげることができる。医療内容の変化等に伴う職員配置の強化¹¹及び賃金の上昇が病院における人件費の上昇につながったと考えられる。また、医学・医術の進歩も、一日当たり医療費の増加に影響を及ぼしている。近年、大型の先端医療機器を用いた診断・治療が著しく増加¹²するとともに、心臓センター、臓器移植センターの整備などにより高額医療を供給する能力が拡大している。しかも、従来の入院診療報酬制度は各病院において実際にかかる費用をベースとしたものであったため、こうした費用の上昇が、診療報酬の増加に直接結びつくことになった。

入院件数増加の原因としては、前述のとおり、疾病構造の変化、人口高齢化などの要因をあげることができる。高齢者の場合には、複数の病気や慢性疾患に罹患している割合が大きいため、高齢者の増加は、入院件数を増加させるとともに、平均在院日数の短縮化を押し留める効果を持つ。ただし、短期的には、むしろ、入院療養の過剰供給能力と入院療養を指示

¹⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Daten des Gesundheitswesens Ausgabe 2001 und Ausgabe 1995.

¹¹ 1991年から1999年までの期間でも、病院数及び病床数がともに減少する中で、病院で勤務する医師数は99,548名から111,198名に、看護職員数は389,511名から415,865名にそれぞれ増加している。(Vgl. Statistisches Bundesamt, a.a.O., S.16.)

¹² Vgl. Paff, M./Wassener, D., Das Krankenhaus im Gefolge des Gesundheits-Struktur-Gesetzes 1993, Baden-Baden 1995, S.57.

する開業医の行動が入院件数の増加に影響しているものと考えられている¹³。また、高齢化に伴い増加する要介護者に対して適切な介護が確保されない場合には、いわゆる社会的入院の増加につながる恐れもある。

平均在院日数は、医学医術の進歩、早期退院を望む患者の希望、診断・治療を集中的に行おうとする病院側の取組みなどにより短縮の方向に向かっているものの、ドイツは依然として平均在院日数が長い方の国に属している。平均在院日数が長い原因の一つは、患者一人一日当たり定額で定められている入院診療報酬制度にある。通常、入院当初は診察、検査、手術など多くの給付が行われるため、実際の日当たりの費用は平均費用よりも高くなるが、入院日数が長くなれば、実際の費用が平均費用を下回ることになる。このため、患者一人一日当たり定額の入院診療報酬制度のもとでは、病院側には入院日数をできるだけ長くしようとする経済的なインセンティブが働く。このほかにも、入院療養の過剰供給能力が平均在院日数に影響を及ぼしているものと考えられる。

以上のことから、入院療養のための医療保険支出の伸びを適切な範囲内に留めるためには、入院診療報酬制度及び入院療養の供給能力のコントロールが重要な意味を持っていることがわかる。このため、現実の政策においても、入院療養の効率性・経済性を高めるための入院診療報酬制度の改革及び病院計画を通じた過剰病床の削減等が行われてきたが、依然として解決すべき問題点が残されている。

2. 医療の質

医療供給において病院が果たす役割やその可能性は、入院療養の前後に行われる外来診療によって影響される。通常、患者の入院は保険医の指示に基づき行われる。このため、患者の病気がどの段階にまで進行した時点で入院させるか、また、それに対応して病院でどのような治療や看護が必要になるかは、開業医の判断によって左右されるところが大きい。その意味で、病院で行われる給付の種類及び量は外生的要因により影響される部分が多い仕組みとなっている。

ドイツにおいては、保険医と病院との役割が明確に区分され、かつ、両者間の連携が十分でないために、様々な問題が生じている。例えば、同一の患者に対し保険医と病院とで重複して検査が行われる場合や、退院後の外来診療がうまく整えられないために、退院患者が必要な助言・指導を受けられない場合など¹⁴が生じている。

また、我が国と同様の社会的入院の問題も発生している。すなわち、もはや病院での医療給付が必要でないにもかかわらず、例えば一人暮らしの高齢者で、在宅での介護が確保できないために入院している者や、介護ホームなど退院後の適当な施設が見つからないために入

¹³ Bäcker G., Bispinck R., Hofemann K., Naegele G., Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland 3. Aufl., Band 2, Wiesbaden 2001 S.87.

¹⁴ Bundesministerium für Gesundheit, Informationen zum Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000, S.3.

院している者が存在する。

このように、入院療養と入院前及び退院後の給付との連携が欠けている背景としては、入院療養に留まらず外来診療から介護・リハビリ給付に至るまでを総合的に調整する仕組みが存在しないこと、それぞれの給付分野によって費用負担者が異なること、診療報酬全体の配分を巡る保険医側と病院側の対立があることなどの問題点があげられる。慢性病患者や要介護高齢者が今後更に増加することを考えると、相互の連携がうまく機能しなければ、費用面の問題だけでなく、対象者に対する適切な医療・介護の確保の面からも問題が生じる恐れがある。

施設・設備、医療機器、人員配置などの面のみならず、病院自体の質には、近年、明らかな改善が見られる。また、それに伴い、高度医療の面などでは相当の成果をあげている。それに比べて、慢性病患者及び高齢患者に対する医療やそれらの患者が持つ社会的なニーズへの対応が置き去りにされているとの批判がある。つまり、健康の回復にとっては、自然科学的・医療的な要素だけでなく、個々の患者がおかれた精神的な状態なども重要な要素であるにもかかわらず、経済性を追求するあまりに、患者とのコミュニケーションなど、入院療養の人間性にかかわる部分がおざりにされることを危惧する見方もある¹⁵。

IV 入院診療報酬制度改革

1. 改革の基本的方向

一般的に、入院診療報酬は、算定単位（量の要素）と単位当たりの価格（価値の要素）によって決定され、必要に応じてこれに対する加算・減額が行われる。

このうち算定単位としては、図7にあるように、個別給付、入院日数、診療科別入院日数、診療科共通の入院日数、一群の給付、診断群ごとの件数、登録被保険者数などが考えられる。単位当たりの価格としては、病院ごとの費用に基づく価格、病院の平均的な費用に基づく価格、病院ごとの交渉による価格、州単位の交渉による価格、連邦単位の交渉による価格、個別選択的な交渉による価格、市場価格などが考えられる。また、補完的な要素である加算・減額としては、例えば緊急のケースについて算定単位の補正を行うことや単位当たり価格に成功報酬的な要素を加えることなどが考えられる。

算定単位については、その欄の下に位置付けられたものほど、実際の罹患率が報酬設定時に想定された水準から乖離した場合の病院側のリスクが大きくなる。例えば、個別給付を算定単位とした個別出来高払いであれば、罹患率の上昇による給付の増加はそれに見合った報酬の増加につながるが、米国で行われているHMO¹⁶の場合にみられるような登録被保険者

¹⁵ Bäcker G., Bispinck R., Hofemann K., Naegele G., a.a.O., S.91.

¹⁶ 1970年代以降、米国において普及したHMO（Health Maintenance Organization；健康維持機構）には、いくつかの異なったモデルが存在するが、例えば、グループモデルの

数に応じた報酬では、罹患率上昇による費用の増加分は全て病院側が負うことになる。一方、診療報酬の支払い側である疾病金庫のリスクについては、この逆のことが当てはまる。

単位当たり価格については、「病院ごとの費用に基づく価格」及び「病院の平均的な費用に基づく価格」のように、実際にかかる費用をベースにした価格の場合には、より多くの費用がかかることが病院側にとってより多くの収入をもたらすため、病院での費用を押し上げるインセンティブを持つことになる。一方、交渉による価格の場合には、交渉の仕組みが重要な意味を持つ。すなわち、交渉の当事者のうち、支払い側は一つの疾病金庫なのか、複数の疾病金庫か、あるいは疾病金庫の連合会なのか、診療側は一つの病院なのか、複数の病院なのか、あるいは病院協会なのかが問題となる。その理由は、例えば、一对多数の交渉では、一方がいわば市場独占的な力を持つことになってしまう恐れがあるからである。

ドイツにおいて実際に行われてきた入院診療報酬制度の改革は、医療保険支出の伸びを適正な範囲内に留め、保険料率の安定を確保する観点から、基本的には次のような方向に沿ったものとなっている。診療報酬の算定単位については、他の先進諸国でもみられるように、罹患率変動のリスクを病院側に従来よりも多く負わせる方向での改革が行われてきている。また、単位当たりの価格については、実際にかかる費用をベースにしたものから交渉に基づくものへ、複数疾病金庫と個別病院との交渉から、連邦、州レベルにおける当事者団体同士の交渉へと変化してきている。

その具体的な内容の重要なポイントは、次に述べるとおりである。

2. 病院財政安定法

入院診療報酬制度は、1972年に制定された病院財政安定法(Krankenhausfinanzierungsgesetz)及び同法に基づく法規命令である連邦入院療養費令(Bundespflegesatzverordnung)において規定されている。病院財政安定法は、もともと、病院の財源確保のために制定された法律であり、費用抑制を目的とするものではなかった¹⁷。同法により導入された制度は、①二元財政方式、②実費用補填原則、及び③患者一人一日当たり定額の報酬(日額)を基本原則とするものであった。

まず、病院費用の全てが入院診療報酬により賄われるのではなく、投資費用については公費助成により、経常費用については疾病金庫等の負担する入院診療報酬により賄われる二元

場合には、HMOとの契約により会員への医療を提供する医師グループに対する支払いは、人頭前払いの方式がとられている。

¹⁷ 当時適用されていた「1954年入院療養費規則」(Pflegesatzregelung 1954)により支払われる入院診療報酬では、算定の前提となっていた長期資本財の耐用年数が長すぎたことに加えて、疾病金庫などの経済的な負担能力が考慮されたため、病院において実際にかかる費用の相当部分がカバーできない状況にあった。この結果、病院全体で年間10億マルクにも上る赤字が発生し、また、病院の老朽化が進んだ。このような状況に対処し、国民に対して適切な医療の提供を行うという要請に応えるため、病院財政安定法が制定され新たな財政システムが導入された。(Vgl. Vollmer, R./Graeve, K., Krankenhausfinanzierungsgesetz, Remagen 1991, K. 120 S. 2.)

財政方式が採用された。この場合、公費助成は、病院運営に必要な投資のための財源確保と併せて、入院診療報酬の負担を軽減し、それを社会的に負担可能な水準に留めようとする副次的な狙いがあった¹⁸。また、節約的に運営され、かつ、効率的な病院にかかる実費用が全て公費助成及び入院診療報酬によってカバーされるという実費用補填原則が採用された。つまり、入院診療報酬は、我が国の場合のように、病院が行った給付の種類や量に応じて支払われるのではなく、それぞれの病院が必要とする費用をベースとして設定されることになった。これにより、従前のように疾病金庫等の経済的な負担能力が低いことを理由に報酬額を低く設定することが認められなくなった。さらに、入院診療報酬は、各病院と疾病金庫等との間の交渉により、基本的には、疾病の種類や治療内容にかかわらず、病院ごとに患者一人一日当たりの定額により定められた¹⁹。この額は、各病院の費用と入院延べ日数に基づき算定されるが、実際に発生した費用との間で差異が生じた場合には、その相当部分が調整されるシステムが採用されていた²⁰。

病院財政安定法は、病院財政安定のための確固たる基盤を作り出し、入院療養を質的、量的に改善することに貢献した²¹。しかしながら、医療保険支出の伸びを適正な範囲内に留めるという観点からは、同法が採用したこれらの基本原則は様々な問題を伴うものであった。二元財政方式は、投資費用と経常費用との間でその財源及び責任が異なっており、例えば、州の財政状況が病院の投資額に影響を及ぼすことになるなど、各病院が需要に応じて経営上適切な決定を行うことを妨げる要因になった。また、実費用補填原則の下では、病院に経済的な運営を行おうとするインセンティブが働き難く、かつ、病院側にとって必要とする費用を証明することは容易であるのに対し、疾病金庫側が病院の非経済性を証明することは容易でないため、結局、非経済性に起因する費用まで疾病金庫が負担することになってしまうという問題があった。また、個々のケースごとにかかった費用とは関係なく、予め定められた患者一人一日当たり定額の報酬が支払われることは、病院側が医学的に根拠のある範囲を越えて入院日数を長くすることになりやすいなどの問題を持っていた²²。

このため、1981年には病院費用抑制法(Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz)が、1984年には病院財政再編法(Krankenhaus-Neuordnungsgesetz)が制定され、入院療養

¹⁸ 連邦政府は、病院財政安定法に基づく公費助成により入院診療報酬の水準が従前の75%までに留まることを期待していたが、現実にはそのとおりにとはならなかった (ibid., K. 120 S. 3.)。

¹⁹ 患者一人一日当たり定額の診療報酬のほかに、特定の診療科や施設(重度熱傷、小児ガンなどの治療のためのもの)について一般の診療とは異なる日額を定めることや、特に高額な診断・治療(心臓手術、心臓、腎臓または骨髄の移植など)について特別報酬を定めることが認められていた。しかしながら、これらは、いずれも任意の規定であったため、その採用は広がらなかった。(土田武史「ドイツの医療費支払い方式に関する調査研究」(財団法人医療保険業務研究協会『現行医療保険の今後の在り方』1993年所収)46頁)。

²⁰ この差額は、時期の交渉において調整される仕組みとなっていた。

²¹ Vgl. Jung, K., Bundespflegesatzverordnung 1986, Köln 1985, S. 45 ff.

²² Vgl. Bundesratdrucksache 391/84, S. 15 ff.

のための支出の抑制を目的とする改正が行われた²³。しかしながら、これらの法律は、前述の基本原則に対して経済性・効率性向上の観点から一定の修正を加えようとしたものであり、長期的な支出の安定につながる抜本的な改革を行うものではなかった。その背景の一つとして、病院に対する権限を巡る連邦と州との対立が挙げられる。かつて、病院に関する問題は州の専管事項とされていた。1969年の基本法改正においては、当初、州政府の代表から構成される連邦参議院において反対があったものの、基本法第74条第19号aに、病院の経済的な安定確保と入院診療報酬に関する定めが「競合的立法分野」²⁴として位置付けられた。これによって、連邦法である病院財政安定法を制定する前提条件が整備されたわけである。しかしながら、州側にはできる限り病院に対する自らの権限を維持したいとの意向があり、実際に制定された同法においても、医療保険制度について責任を持つ連邦の病院に対する権限は限定的なものに留まった。

3. 医療保障構造法による改革

(1) 改革の概要

医療保障構造法（Gesundheitsstrukturgesetz 1993年施行）においては、このような問題点に対処して、入院療養の経済性・効率性の向上を図るための抜本的な改革が行われた。それにより、各病院で実際にかかる費用をベースにした診療報酬から各病院が行った医療給付の内容に応じた診療報酬への転換が図られた²⁵。具体的には、従来の実費用補填原則が廃止され、一人一日当たり定額の報酬に代わって、「一件当たり包括払い」(Fallpauschal)、「特別報酬」(Sonderentgelt)、「診療科別療養費」(Abteilungspflegesatz)及び「基礎療養費」(Basispflegesatz)から構成される新たな入院診療報酬制度が導入された。このうち、一件当たり包括払いは、特定の療養一件に対する包括的な報酬であり、特別報酬は手術等の特定の給付に対する包括的な報酬である。包括的な報酬である一件当たり包括払い及び特別報酬の対象とならない給付に対しては、個々の病院ごとに設定される予算に基づき算定される診療科別療養費及び基礎療養費が支払われることになった(図8)。この新たな制度は、1996年から、全ての病院に対して強制的に適用された。

²³ 例えば、病院財政再編法(1984年制定)により、実費用補填原則を緩和し、実費用の事前予測に基づく報酬が導入され、一定の赤字・黒字を容認するシステムに改められた。しかしながら、依然として、利用状況の変動により収入の差額が発生した場合にはその75%が、賃金協約などの改定による人件費の変動により支出の差額が発生した場合にはその100%が調整された。詳細については、松本勝明『社会保障構造改革—ドイツにおける取組みと政策の方向—』信山社1998年78頁以下を参照されたい。

²⁴ 連邦と州が競合的立法権をもつとされている分野は基本法第74条に規定されており、これらの分野については、連邦が立法権を行使した場合には、州は独自の法律を制定することができない。

²⁵ 入院診療報酬制度のほかにも、病院と開業医との連携の強化、入院に係る患者一部負担金の引上げ、民間投資資金導入などのための改正が行われた。

① 一件当たり包括払い

一件当たり包括払いは、特定の療養一件当たりに必要な費用全体を対象とする包括的な報酬である。つまり、病室及び食事の提供を含め、医師による診療、看護、薬剤の支給など、入院してから退院するまでの間に行われる全ての給付に対応した報酬である。したがって、一件当たり包括払いが適用される療養²⁶には、他の種類の報酬、すなわち、特別報酬並びに診療科別療養費及び基礎療養費は適用されない。

一件当たり包括払いの対象となる具体的な療養は、「主たる診断」と中心的な「給付」の組合せにより定められている（表4）。対象となる療養には、それぞれ報酬算定の基礎となる報酬点数が人件費及び物件費に区分して定められている²⁷。この点数にそれぞれの一点当たり単価を乗じて得られる額の合計額が一件当たりの報酬額となる。

一件当たりの在院日数は、「限界在院日数」（Grenz-Verweildauer GVD）よりも短い限り、報酬額には影響しない。つまり、実際の在院日数が何日であっても、同額の報酬が支払われる。しかしながら、実際の在院日数が限界在院日数以上になった場合には、限界在院日数以降の日について診療科別療養費及び基礎療養費が算定される。これは、特別に重篤な経過を辿るケースで、在院日数も顕著に長くなり、必要な費用も定められた報酬額をはるかに超えるような例外的な場合を想定した「避難条項」として設けられたものである。

② 特別報酬

特別報酬は、一件の療養の中で行われる中心的な給付に対する報酬である。つまり、特別報酬は、一件当たり包括払いとは異なり、特定の手術等の給付を対象として、そのために直接必要な人件費及び物件費をカバーする報酬である。したがって、特別報酬の対象となる手術等以外に、患者が入院してから退院するまでの間に行われる通常の給付（例えば、診断、看護）については、診療科別療養費及び基礎療養費を算定することが認められる。ただし、手術に係る特別報酬の場合は手術を行った診療科の診療科別療養費が20%割り引かれる。これは、特別報酬の中にも手術に関連した医師等の診療費用に相当する部分が含まれているため、重複を避ける意味で行われるものである。

特別報酬の対象となる給付には、それぞれ、一件当たり包括払いの場合と同様に、報酬点数が定められている（表5）²⁸。中心的な給付が一件当たり包括払いと特別報酬の両方の適用対象に該当する場合には、主たる診断が一件当たり包括払いの対象になれば一件当たり包括

²⁶ 一件当たり包括払いの対象となる療養を選定する考え方については、松本勝明前掲書84頁を参照されたい。

²⁷ 報酬点数は、それぞれの療養一件当たりには要する費用の実態調査に基づき設定されている。ただし、在院日数が15%短縮されることを前提にした修正が加えられている。（詳細について、同前100頁から103頁までを参照されたい。）

²⁸ 特別報酬の対象となる給付を選定する考え方及び報酬点数の設定方法については、同前85頁以下を参照されたい。

払いが、そうでなければ特別報酬が適用される²⁹。

③ 一件当たり包括払い及び特別報酬の設定手続き

ア. 連邦レベルの合意

従来、一件当たり包括払い及び特別報酬の対象及び報酬点数は、連邦政府が連邦参議院の同意を得て法規命令(連邦入院療養費令)により定めることとされていた³⁰。しかしながら、1997年に制定された第2次医療保険再編法により、当事者自治を拡大する観点から連邦の権限が委譲され、1998年1月からは、疾病金庫中央連合会及び民間医療保険協会とドイツ病院協会の合意により、新たな一件当たり包括払い及び特別報酬の設定、既存の報酬に関する見直し及び点数の設定が行われることになった。

イ. 州レベルの合意

前述のとおり、一件当たり包括払い及び特別報酬の対象と報酬点数は全国一律に定められているが、一点当たり単価は、各州の病院協会、疾病金庫連合会及び民間医療保険協会が人件費部分と物件費部分に区分してそれぞれの州内で統一的に適用される金額を決定することになっている。相対価値である報酬点数は一般的な費用上昇に応じて調整されるものではなく、全体的な報酬額の水準調整は州レベルで行われる一点当たり単価についての合意に委ねられている。

④ 診療科別療養費及び基礎療養費

一件当たり包括払い及び特別報酬の対象とならない給付については、各病院と疾病金庫等が、病院ごとに設定する予算に基づき、診療科別療養費及び基礎療養費を患者一人一日当たり定額の形で定める。

このうち、診療科別療養費は、診療及び看護などの医療給付³¹に対する報酬であり、その額は、個々の病院の診療科ごとに直接必要な費用を予想される年間入院延べ日数で割ることによって算定される。一方、基礎療養費は、医療給付以外の給付に対する報酬³²であり、個々の病院ごとに各診療科共通の額が定められる。

²⁹ 例えば、外科的な虫垂切開の場合には、主たる診断が穿孔のない虫垂炎のときは療養全体に一件当たり包括払いが、穿孔のある虫垂炎のときは虫垂切開にのみ特別報酬が適用されることになる。

³⁰ 実際には、連邦保健省に設けられた作業グループの指導の下、同省の委託を受けた民間研究機関が中心となって具体的な作業が進められ、その過程では、医師の職業団体、病院協会、疾病金庫中央連合会、各州などの意見も聴取された。

³¹ 検査やX線のように医師による診療などに伴い発生する費用も診療科別療養費の対象となる。

³² 室料、食費、事務費などが対象として含まれている。

(2) 効果と問題点

一件当たり包括払い及び特別報酬の場合には、同一の療養又は給付について、各病院で実際にかかる費用に応じた額ではなく、州内の全病院に対し同額の入院診療報酬が支払われるので、各病院には、できるだけ経済的な運営を行い、費用を節約することにより利益を得ようと努力するインセンティブが働く。特に、一件当たり包括払いの場合の報酬額は実際の在院日数とは無関係に決まっており、在院日数が長くなれば病院にとってそれだけ余分の費用がかかることになるため、各病院が在院日数の短縮に向けて努力するよう促す効果を持つ。

疾病の種類や治療の内容にかかわらず病院単位（各診療科共通）に患者一人一日当たりの定額で定められていた従来の制度においては、病院全体の運営に要する費用が算定のベースとなっていた。これに対して、新たな入院診療報酬制度においては、給付の種類や診療科に応じて病院費用を区分することが必要となった。このことは、従来に比べて、各病院の費用構造の透明性を向上させることにつながった。それによって、病院運営上の意志決定を行う者は、経済性向上の余地と非経済性の存在を把握し、経営管理のために必要な情報をより多く得ることが可能となった。同時に、入院診療報酬の交渉当事者（病院及び疾病金庫等）にも議論の基礎となる情報が与えられることになった。

一件当たり包括払い及び特別報酬が入院療養のための医療保険支出に与える定量的な効果は、病院における給付のうちこれらの包括的な診療報酬の対象となるものの割合及びそれによる節約効果によって決まる。2002年1月現在、96種類の療養に対する一件当たり包括払いと148種類の特別報酬が定められているが、これらの包括的な報酬の対象となる給付の割合（金額ベース）は、病院の規模及び診療科により大きく異なるものの、平均的には依然として20ないし25%程度に留まっている³³。また、4種類の診療報酬が並存することにより、相互間での線引きの問題が生じる可能性がある。例えば、特別報酬の対象となる手術等の給付と併せて行われる通常の診療等については、診療科別療養費及び基礎療養費を算定することが可能であるため、特別報酬の対象である費用の一部が診療科別療養費の算定にも含まれる恐れがある。

一件当たり包括払い及び特別報酬は、病院の変動費用のほかに、病院費用の75%を占める固定費用³⁴も対象にしているため、各病院はこれらの診療報酬の対象となる給付の量を損益分岐点よりも増加させることより利益を得ることができる（図9）。このため、一件当たり包括払い及び特別報酬は、各病院が給付の量を供給能力の限界にまで拡大することを促す効果を持つ。したがって、包括的な報酬制度の導入後も、量的な拡大による費用の増大をコントロールするための手段が必要となる。このような観点から、病院ごとに包括的な診療報酬並びに診療科別療養費及び基礎療養費算定の基礎となる予算から得られる総収入を対象

³³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheitsreform 2000, Januar 2001, S.24.

³⁴ 人件費、事務管理費などの一部が固定費に該当する。

にした予算制が実施され、総収入の伸びに一定の制限が設けられている³⁵。

4. 2000年医療保障改革法による改革

(1) 内容概略

2000年医療保障改革法 (Gesundheitsreformgesetz 2000 2000年施行) においては、前述のような問題を解消し、入院療養に関する費用の透明性及び経済性・効率性を一層向上させる観点から、入院療養全般を対象として診断群 (Diagnosis Related Groups DRG) をベースとした包括的な入院診療報酬制度 (以下「DRGシステム」という。) が2003年から段階的に導入されることになった³⁶。これによって、個々の病院において実際にかかる費用をベースとした患者一人一日当たり定額の診療報酬は廃止され、今後は原則として入院療養全体³⁷を対象に、患者の属する診断群に応じた包括的な入院診療報酬制度が適用される。なお、DRGに基づく報酬システムは米国等で既に導入されているが、ドイツの場合には、高齢者に限らず全ての患者に対して、室料、看護料等だけでなく入院療養に必要な経常費用全体を対象にDRGシステムが適用される点に特徴がある³⁸。

ドイツで導入されるDRGシステムの具体的内容については、疾病金庫中央連合会及び民間医療保険連合会とドイツ病院協会の間の合意に委ねられている。この三者の間では、DRGシステムの導入に当たっては、オーストラリアで行われているAR-DRGをベースとすることが決定された³⁹。それによれば、DRGシステムにおいては、医学上存在する多数の診断群が、同等の経済的な支出を伴う一定のグループに絞り込まれることになる。このグループを特定する際の基準となるのは、医学的な診断名と手術・処置の種類である⁴⁰ (図10)。AR-DRGにおいては、入院療養の全ケースが主たる診断名によって25のグループに分類されている。そのうちの23グループ (BからZまで) は、主たる診断名に関連する臓器・組織による分類であり、残りは、例外的なケースである臓器移植及び気管切開 (A) 並びにグループ化が不可能なケースである。次に、このBからZのグループは、診断名及び手術・

³⁵ 1999年以降は、病院の総収入の伸びを基本的に被保険者一人当たり保険料算定基礎収入の伸びの範囲内に留めることを内容とする予算制が実施されている。予算制の詳細については、「ドイツ医療保険における予算制」『社会保険旬報』社会保険研究所第2118号20頁以下及び第2119号20頁以下を参照されたい。

³⁶ 2003年には希望する病院に対して任意に、2004年には全ての病院に対して強制的に適用される。

³⁷ ただし、精神科での療養には、DRGシステムは適用されない。

³⁸ 米国においては、高齢者を対象とした医療保障制度であるメディケアのうち室料、看護料などを対象とするパートAにおける支払い方式としてDRGが採用されており、医師の診療費等は対象には含まれない。

³⁹ Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17b KHG vom 30.Juni 2000.

⁴⁰ Vgl. Dukett S., Das australische AR-DRG-Klassifikationsystem für den Krankenhausbereich. in: Arnold, Litsch, Schellschmidt(Hrsg.), Krankenhaus- Report 2000, Stuttgart 2001, S.70.

措置の種類に応じて、まず、外科的治療によるケース、内科的治療によるケース又はその他のグループに分類された上で、更に、細分化が行われている。例えば、外科的治療によるケースについては、手術の種類に基づき01から39までの番号が付与されている。この結果、アルファベットと01から99までの数字によって区分された基本グループが出来上がる。AR-DRGの特徴は、基本グループにさらに主たる診断名及び補完的な診断名により複雑度が加味されることである。以上のような基準より、入院療養全体が661種類のグループに分類されている。この分類については、ドイツにおける入院療養の供給システムとその特殊性に応じた修正が行われることになっている。

このようにして分類された各グループの療養に対する相対価値（報酬点数）の設定並びに医学医術の進歩及び必要な費用の額の変化に応じた相対価値の改定は、それぞれのグループの療養一件当たりには要する標準的な費用を基礎として行われる。このために、ドイツの病院で必要な費用についての実態調査が行われる。報酬点数一点当たりの単価は、各州ごとに州内統一的な価格として病院協会と疾病金庫州連合会等との交渉によって決定され、費用の実態等に応じて改定される。

（2）効果と問題点

DRGシステムの場合には、従来の一件当たり包括払いと同様に、報酬額が個々の案件ごとの入院日数とは無関係に設定されるため、各病院には、入院日数を短縮し、費用をできるだけ少なくしようとするインセンティブが働くことになる。ただし、通常、入院療養の開始直後には診断・手術など多くの給付が行われるために一日当たりの費用の額も高くなるが、一定期間経過後は給付の減少とともに一日当たり費用も減少する。したがって、在院日数の短縮によって得られる費用節約効果もそれだけ少なくなる。また、在院日数の短縮のためには、病院側に在院日数短縮のインセンティブを付与するだけでなく、退院後の患者を在宅で介護する体制や入所介護のための施設の整備などその受け皿が必要になる。

DRGシステムの効果として重要な点は、病院の費用構造を透明化し、病院間での経済性の比較を可能にすることである。現在でも、各病院の入院療養一件当たり費用を求め、それに基づく比較を行うことは可能である。しかしながら、ある病院の一件当たり費用が他の病院に比べて高いという事実だけでは、それが、当該病院の非経済性を示すものであるのか、それとも当該病院では費用がより多くかかる種類及び重症度のケースが取り扱われていることを示すのかが区別できない。

DRGシステムにおいては、DRGグループごとにその療養に要する標準的な費用が相対価値（点数）として示されるので、これを用いることにより、各病院が取り扱うケースの内容的な違いを勘案した比較が可能となる。つまり、病院ごとに、療養に要する総費用（予算額）をDRGシステムによる総点数で割ることにより、標準的なケースの場合に各病院で必要となる費用の額（一点当たり費用）が計算できるので、その結果を用いてそれぞれの病院における療養の経済性について比較が可能となる。

DRGシステムに移行した後の各病院における収入額は、当該病院で行われる入院療養に係る総点数に一点当たり単価を乗じて得た額となる。したがって、DRGシステムへの移行に伴う各病院の収入額の増減は、各病院の予算を基に算定した一点当たり費用と州内統一的に定められる一点当たり単価を比較すれば容易に把握することが可能である。DRGシステムの導入に当たっては、関係者において所要の準備が可能となるよう2006年までの経過期間が設けられている。すなわち、2003年及2004年においては、各病院の予算に基づき算定された一点当たり費用が報酬額算定の際の一点当たり単価として用いられ、2005年以降、州内統一的な単価と各病院の単価との差が3分の1ずつ段階的に是正され、2007年から州内統一単価が各病院にそのまま適用されることになる。しかしながら、非経済的な病院にとっては、州内統一単価が示された時点で、そのままではいずれ経営的に立ち行かなくなることがはっきりする。また、病院ごとに入院療養にかかる費用全体をベースとして設定される報酬の場合とは異なり、DRGシステムの場合には、給付を行うことがそれに対する報酬と直接に結びついている。このため、各病院の内部においても、部門間で需要に応じた効率的な資源配分が行われることになると期待される。以上のことから、DRGシステムの導入に伴い、小規模公立病院の民営化や対象とするケースを絞り込んで効率を高めるための専門病院化などが一層進展するものと予想される。

DRGシステムの下においても、一件当たり包括払いの場合と同様、各病院は一件当たりの固定費用を減少させるため供給能力の限界まで入院件数を増加させようとするインセンティブが働くことなどから、医療保険支出の伸びを適正な範囲内に留め、保険料率の安定を図るためには、DRGシステムの導入後も、支出の伸びのコントロールが必要となる。そのための中心的な手段は、2003年及び2004年においては、従来どおりの病院ごとの予算⁴¹であるが、2005年以降は入院件数の増加等に応じて一点当たり単価の水準をコントロールすることや相対価値（点数）を見直すことへと移行する。

DRGシステムの導入は、病院に対する費用抑制圧力を高め、これにより病院のコスト意識が強まり、給付提供の効率性が高まるものと期待される。しかしながら、このような費用抑制圧力がむしろ患者に対する医療の質の低下につながる可能性がないとは言い切れない。すなわち、医学的に説明のつかない在院日数の短縮により療養の負担が家族や開業医に押しつけられることや、同じDRGグループに区分されるケースであってもより治療の手間がかからず費用的に有利なケースの選別が行われる恐れもある。

したがって、DRGシステムがその目的を達成するためには、経済性を高めるための在院日数の短縮化などが医療の質の低下につながることを防ぐよう、入院の必要性や在院日数を

⁴¹与党提出の法案(BT-Drucksache 14/6893)では、件数が予算の前提よりも増加したことにより、収入額が予算を超過する場合には、超過分の一定割合(2003年は75%、2004年は65%)が調整の対象となり、病院側がそれを疾病金庫に返還しなければならないこととされている。

チェックするなど、品質保持のための努力が必要となる。医療の質を確保するためには、まず、患者が適切な権限を持つ必要がある。そのためには、患者に対して医療サービスの質に関する十分な情報を提供する必要がある。また、地域の病院の中から受診する病院を選択することが可能になるような医療供給体制の整備が必要となる。さらに、質のコントロールのために、病院に対して質の改善のための積極的な取組みを行わせること、各病院における診断・治療の質を統一的な基準に基づき評価することなどの多様な取組みが必要になると考えられる⁴²。

V 供給能力のコントロール

通常の財貨・サービスの市場においては、価格メカニズムを通じて需要と供給の均衡が達成されるが、医療の分野は、こうした価格メカニズムが十分に機能しないという特徴もっている。その理由としては、供給側である病院と需要側である患者との間に情報の非対象性⁴³が存在すること、医療保険制度が存在するため医療コストのすべてが消費者である患者の負担になるわけではないこと、診療報酬が公定されており供給の増加が価格の低下につながるわけではないことなどがあげられる。

このために、医療の分野では「供給が需要を作り出す」側面があると言われている⁴⁴。この考え方に立てば、病床数などの増加はそれに対応した給付の増加をもたらすことになる。したがって、入院療養のための医療保険支出の伸びを経済的に負担可能な範囲内に留めるためには、供給能力の過剰を防ぐことが重要な対策の一つとなる。

(1) 病院計画によるコントロール

前述のとおり、ドイツにおいては、需要に応じた医療供給体制を確保するために、病院数、病床数などの供給能力のコントロールを行うことは、州の責務となっている。各州は、この責務を果たすため、病院財政安定法第6条に基づく病院計画の策定を行っている。病院計画は、単なる病院の整備目標を示すものではなく、具体的な効果と結びついている点に特徴がある。第1に、病院計画は、病院の投資費用に対する公費助成の基礎となっている。投資費用に対する公費助成は、対象となる病院が病院計画及びそれに基づく具体的な投資プログラ

⁴² Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001 Kurzfassung, S.86ff.

⁴³ 通常、医療についての専門的な知識をもたない患者は、病気の治療のためにどのような医療が必要であるかが分からない。

⁴⁴ Neubauer G., Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung und deren Bestimmungsfaktor in Deutschland und besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung, 1997, S.6.

ムに盛り込まれていることが前提条件となる（同法第8条）。第2に、病院計画に盛り込まれた病院は、疾病金庫州連合会等との間で医療供給契約を締結したものとみなされ、保険給付としての入院療養を担当し、疾病金庫からそれに対する診療報酬を受けることができる。このような仕組みを通じて、病院計画は、入院療養の供給能力をコントロールするための重要な手段となっている。

病院計画に関する詳細の規定は州法に委ねられており、全国統一的な基準は存在していない。このため、各州が策定している病院計画の内容等には州によって大きな違いがある。ここでは、バイエルン州などの場合を例としながら、病院計画の概略を説明する。

（1）目的

病院計画の目的は、効率的な病院により需要に応じた医療供給を確保することにある。しかしながら、すべての病院において希な病気の診断・治療のための人的配置及び設備整備を行うことや特定の医療技術を前提とする医療を可能にすることは、コストの面からも現実的ではない。したがって、病院計画の目的は、供給する医療のレベルに応じて段階がつけられた病院が相互に補完し合うようなネットワークを地域において形成することにより達成される。

（2）機能

病院計画は二つの機能を持っている。一つは入院療養に対する具体的な需要を確定することであり、もう一つはいずれの病院が需要に応じた医療を確保するために必要であるかを決定することである。具体的には、住民の需要に応じた医療供給を確保するために必要な病院の立地場所、病床数、供給レベルなどが示される。いずれの病院計画も継続的な見直しが行われ、入院療養を取り巻く状況の変化に応じて改定される。その際には、もはや需要に適合しなくなった病院を病院計画から削除することや、需要の変化に応じて計画に記載された病床数や診療科を変更することなどが行われる。

病院が病院計画に盛り込まれることは、投資費用に対する公費助成を受けるための前提条件となるが、病院計画にはいつの時点でその助成を行うかは定められておらず、具体的な投資プログラムは別途に定められる⁴⁵。

（3）内容

病院計画の中心となるのは、住民の需要に応えるために必要であり公費助成の対象となる個別の病院を、立地場所、設置・運営者、必要病床数（計画病床数）、診療科及び供給レベ

⁴⁵ 例えば、バイエルン州の2002年病院整備計画においては、10プロジェクト、総額約5.5億マルクの病院改築計画が盛り込まれ、具体的な対象病院名が助成金額とともに示されている。（Vgl. Pressemitteilung der Bayerischen Staatskanzlei vom 26.Juni 2001, Bericht der Kabinettsitzung.）

ルとともに記載した部分である。

表5は、バイエルン州病院計画の一部を抜粋したものである。このように、同州の計画においては病院ごとの必要病床数と中心となる診療科は示されているが、診療科に応じた病床数の配分は各病院設置者に委ねられている⁴⁶。一方、ノルトライン・ヴェストファーレン州やハンブルク市などでは病院ごとの必要病床数が診療科ごとに示されている。

また、バイエルン州の病院計画では、供給レベルとして次の四段階が設けられている。レベルⅠ……外科あるいは内科といった基礎的な医療供給に貢献する病院。需要に応じて、内科と外科を併せ持つ。

レベルⅡ……レベルⅠの病院とともに基礎的な医療供給に貢献する病院。外科及び内科のほか、需要に応じて、婦人科、産科、耳鼻咽喉科、眼科などを持つ。

レベルⅢ……広域的にみて重要な診断・治療に貢献する病院。レベルⅡの場合の診療科に加え、需要に応じて、小児科、神経科、口腔外科を持つ。

レベルⅣ……大学病院のようにレベルⅢを遥かに凌ぐ高度の医療技術を持つ病院。研究・教育機能を併せ持つ。

ただし、この供給レベルの区分は、病院財政安定法等に規定された区分ではなく、各州が病院計画の策定及び投資費用に対する公費助成を行う上での必要性から設けたものである。したがって、区分の基準等は各州により異なっている⁴⁷。

(4) 計画区域

病院計画における計画区域も、各州が独自に設定している。例えば、バイエルン州では、レベルⅠ及びレベルⅡの病院に関する計画は、複数の町村から構成される郡または郡に属さない市の区域を計画区域とする。レベルⅢの病院に関する計画は、複数の郡または郡に属さない市から構成される社会経済的にまとまりのある区域を計画区域とする。レベルⅣの病院に関する計画は、州を七つに分ける各行政区画 (Regierungsbezirk) を計画区域としている。

(5) 必要病床数の決定

前述のとおり、病院計画の目的は、第一義的には地域における需要に応じて、供給量、すなわち病院及び病床の種類と数をコントロールすることにある。一定の地域における必要病床数は、具体的には次の算式 (Hill-Burton 式) により求められている。病院計画上の必要

⁴⁶ バイエルン州の場合には、病院計画により病院の内部組織にまで介入することは各病院の独自の発展を妨げることになるので避けるべきであるとの考え方がとられている (Krankenhausplan des Freistaates Bayern 1996, S. 9)。

⁴⁷ 例えば、ノルトライン・ヴェストファーレン州の場合には三段階の供給レベルに区分されている。

病床数は、この算式において、住民数⁴⁸、入院件数、平均在院日数の見込数を前提に目標とする病床利用率が達成される病床数を計算することにより得られる。

$$\text{病床数（需要）} = \frac{E \times KH \times VD}{BN \times 365}$$

E： 当該地域住民数

KH： 入院件数

VD： 平均在院日数

BN： 病床利用率……延べ入院日数÷(病床数×365)

必要病床数を算定する際の目標となる病床利用率の設定についても州によって違いがある。すなわち、バイエルン州の場合には、病床全体の利用率を85%とすることが目標となっているが、ノルトライン・ヴェストファーレン州やハンブルク市などでは、診療科ごとに目標となる病床利用率が設定され、それを基に診療科ごとの必要病床数の総数が算定される。その上で、診療科ごとの必要病床数が各病院に割り振られる。

(6) 病院計画委員会

病院財政安定法第7条は、病院計画及び投資プログラムは関係者の同意の下で定めるよう努めなければならない旨規定している。この規定を受け、関係者の協力を得て病院計画等の策定を行うため、州の病院計画担当官庁に病院計画委員会が設置されている。この委員会は、州内の病院協会、疾病金庫連合会、自治体、民間医療保険協会、医師会などの代表者から構成されている。

(7) 病床数の削減

前述のとおり、近年、ドイツにおいては、入院件数は増加するものの、それを上回る平均在院日数の減少により入院延べ日数はかえって減少している。このような変化が、以上のような必要病床数算定等の仕組みの中で病院・病床数の減少をもたらすことにつながった。例えば、ノルトライン・ヴェストファーレン州では、1990年から2000年まで間に、全体で、9病院の閉鎖と11535床の削減が行われた。同州において、2002年1月に新たな計画として公表された「ノルトライン・ヴェストファーレン州2001年病院計画」(Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen)では、DRGシステムの導入による平均在院日数の短縮化など、今後の入院療養を取り巻く環境の変化に対応して⁴⁹、同

⁴⁸ 近隣の地域との間の患者の出入りについても考慮される。

⁴⁹ Vgl. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie, und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen

州内の病床数を現状の約12万床から更に約9500床を削減することが決定されたところである。同様に、ハンブルク市においても、専門家による推計によれば、1998年と比較して2005年までに全体で19%の病床数を削減する必要性が指摘されている⁵⁰。

2. 効果と問題点

以上のように、ドイツにおいては、入院療養の供給能力について、制度としては公的なコントロールを行うための強力な手段が用意されている。その中心となるのは、病院の投資費用は診療報酬ではなく、州からの公費助成により賄われ、しかも、この助成は各州が策定する病院計画に基づき行われることにある。このため、病院計画に盛り込まれた病院に対しては財政的な保障が与えられるのに対し、その他の病院は入院療養への参入に困難を伴うことになる。つまり、市場経済システムが採用されているドイツの中で、入院療養に関しては一種の計画経済が行われているようなものである。

この仕組みは、供給能力のコントロールを行う主体である州によって正しい方向づけがなされる場合には、入院療養に関する適切な供給体制の確保に大きな効果を持つものと考えられる。現に、病院計画導入後の病床数（人口10,000人当たり）の推移を見ると、入院延べ日数の減少に対応して、1975年の118.4をピークに一貫して減少傾向にある。このような病床数の削減が進んできた理由は、病院計画において、一定の病床利用率を維持しうる病床数を計画上の必要病床数とする仕組みが採用され、かつ、入院診療報酬制度改革の効果などにより入院件数の増加を上回る勢いで平均在院日数の短縮が進んできたことにある。

しかしながら、ノルトライン・ヴェストファーレン州やハンブルク市の例にみられるように、ドイツにおいては、なお、病床数の削減が必要な状況がある⁵¹。その背景には、病院計画及び投資費用に対する公費助成が州の権限に属するにもかかわらず、その対象となった病院は、自動的に疾病金庫側との医療供給契約が締結されたものとみなされ、その結果、疾病金庫に当該病院の運営費を診療報酬として負担する義務が発生することにある。このため、仮に州が必要に適合しない誤った計画を策定したとしても、その影響を受けるのは、州よりはむしろ疾病金庫の方になる。州による公費助成の総額は1998年で68億マルクとなっている⁵²、疾病金庫は病院運営費として年間870億マルクの入院診療報酬を負担している。しかも、このような投資費用と経常費用との格差は年々拡大する傾向にある。この仕組

Rahmen Vorgabe, S.16ff.

⁵⁰ Vgl.Freie und Hansestadt Hamburg, a.a.O., S.5-10.

⁵¹ 入院療養に影響を及ぼすことなく、ドイツ全体で更に4万床を削減することが可能との見方もある。(Vgl.Rebscher H., Kernproblem Überkapazitäten, Soziale Sicherheit 4/1999, S.134.)

⁵² 病院財政安定法第9条第1項及び第2項により個別申請に基づき行われた助成(45億マルク)及び同条第3項により病床数に応じておこなわれた助成(23億マルク)の合計額である。(Deutsche Krankenhausgesellschaft, a.a.O., S.53 ff.)

みでは、州が、病院計画の策定に当たって、誤った優先順位づけを行うことや投資を行った後に発生する経常費用（診療報酬）への配慮に欠けることなどが生じやすい。また、州は、病院の建設費や設備整備費に対する助成だけでなく、耐用年数の短い設備等のための経費として病床数に応じた助成を行っており、病床数の削減は、その対象となった病院にとっては助成金収入の相当の減額につながる⁵³ため、病院側からの強い抵抗を受けることがある。

一方、診療報酬の支払義務を負う疾病金庫側には、入院療養の供給能力をコントロールするために何ら有効な手段が備わっていない。このため、疾病金庫側からは、病院計画は医療上の必要性や住民の健康状態よりも、現在の病床に対する既得権に配慮したものになっているとの批判がある⁵⁴。

疾病金庫側が病院との医療供給契約を解除する仕組みも、州がそのために必要な認可を行わないために、十分に機能していない。その原因は、契約解除に伴う政治的な困難さに加え、州が契約解除に応じれば、州の策定した病院計画が需要に適合していないことを認めることになるためである⁵⁵。

さらに、病院計画において設けられている供給レベルに応じた病院間の機能分担も現実にはうまく機能していない面がある。患者にとっては、いずれの病院に入院しても自己負担の額に違いはないことから、安心感を得るために、必要以上に高いレベルの病院への入院を希望するケースがある。このような入院は、制度上は認められないが、実際には、入院を指示する保険医にとって患者の希望にそむくことは難しい。このため、現実には、異なったレベルの病院間において、適切な役割分担に基づく補完関係ではなく、患者を巡る競合関係が生じている場合がある。

こうした問題点を解決するため、従来から、病院計画の策定に対する疾病金庫や病院設置者の関与を強化するなどの対策がとられてきたが、必ずしも十分な効果をあげていない。入院診療報酬制度に関して疾病金庫側の長年の要求であった実費用補填原則の廃止及び給付に応じた診療報酬の導入を実現し、抜本的な改革を行った医療保障構造法でさえ、供給能力のコントロールに関しては有効な対策を打てなかった。医療供給の質と経済性・効率性の向上に重点を置いた改革を行うための2000年医療保障改革法案においては、ようやく、外来と入院との連携強化、家庭医機能の強化などと併せて、入院療養の供給体制に関する改正が盛り込まれた。すなわち、入院療養の供給体制に関しては、病院の整備に関する疾病金庫の関与を拡大するために、2000年から2007年までの間、州は疾病金庫連合会の同意

⁵³ バイエルン州の場合には、1病床当たり定額の助成金は、バイエルン州病院法第12条に関する政令 (Verordnung zu Artikel 12 des Bayerischen Krankenhausgesetzes) 第2条によれば年間1床当たりの基本額が3,710マルクであるので、病床数を30床削減するとそれだけでも年間11万マルク以上の減収となる。

⁵⁴ Vgl. Schölkopf M., Die Planung von Krankenhauskapazitäten: Aktuelle Entwicklungen und europäischer Vergleich, Sozialer Fortschritt 9-10/2001, S.235.

⁵⁵ Vgl. Rebscher H., a.a.O., S.137.

を得て病院の投資プログラムを定めることとされるとともに、投資費用に対する州の公費助成は2003年以降段階的に廃止され、2008年からは経常費用及び投資費用が入院診療報酬により一元的に賄われるシステムに移行することが予定されていた。しかしながら、連邦議会における法案修正により、結果的に入院療養の供給体制に関する改正は実現されないことになってしまった。

入院診療報酬制度に関しては、2000年医療保障改革法においても、医療保障構造法による改革が更に推し進められ、入院療養全体を対象にDRGシステムが導入されることになった。これとは対照的に、供給能力のコントロールに関しては、前述のとおり、またしても、問題解決のための取組みは完結しないままに終わってしまった。DRGシステムの導入は、各病院がその経済性・効率性を高めるために対象とする療養の範囲を絞ろうとする動きを促進することになるため、こうした動きへの対応を含めて、今後、いかにして地域の需要に適合した供給体制を維持・発展させていくのかが、大きな課題となっている。

このような環境の変化に対応した病院計画の今後のあり方については、既に様々な提案が行われている⁵⁶。例えば、費用負担者である疾病金庫側は、病院計画は概括的なものに留め、基本的には、疾病金庫が個別の病院との間で供給契約の交渉・締結を通じて供給量のコントロールを行うことを提案している。病院側からも、現在の病院計画が需要の変化に対応した弾力的な病院運営の妨げになっているなどの批判はあるものの、供給能力のコントロールを疾病金庫との交渉に委ねることには反対の立場をとっている。その理由は、疾病金庫は相互に競争する関係にあるため、病院側は、そのような状況におかれている疾病金庫側との交渉においては、保険料率引下げのための費用抑制が優先されることを懸念していることにある⁵⁷。病院側としては、あくまでも、州が需要に応じた供給体制の整備に最終的な責任を持つべきであり、DRGシステムの導入後も、州が患者にとっての利便性と供給の経済性・効率性との調和を図るべきであるとの考え方に立っている⁵⁸。

以上のように、病院計画の今後の在り方については、当事者である疾病金庫側と病院側の考え方に大きな隔たりがあり、さらに、連邦と州の権限の問題なども複雑に絡んでくることから、関係者の合意形成には相当の困難を伴うものと考えられる。

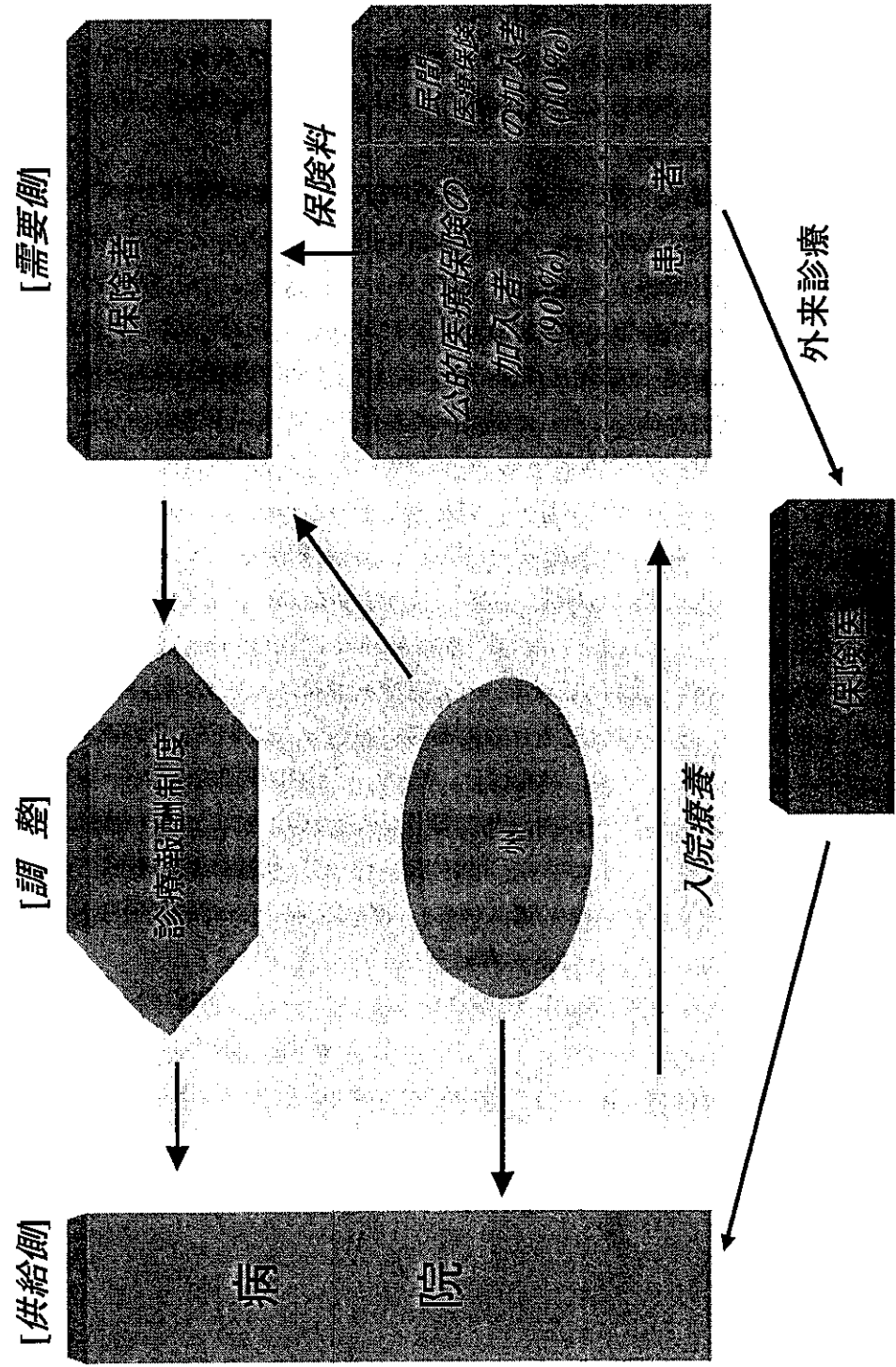
⁵⁶ Vgl. Schölkopf M., a.a.O., S.235 ff.

⁵⁷ Vgl. Pföhler W., Gesundheitsreform gefährdet stationäre Versorgung, Systemwechsel vermeiden, Soziale Sicherheit 8/1999, S.270.

⁵⁸ Vgl. Schölkopf M., a.a.O., S.235 ff.

(図1)

入院療養の基本構造



(資料) Neubauer G., Vergütung von Krankenhausleistungen auf der Grundlage von DRGs Vom 17.November2001を基に作成。