

## II. 各論

### 第1節 医療保障

#### 1. 公私関係の見直し

##### (1) 加入義務の範囲の見直し

###### ① 年間労働報酬限度の引上げ

前述のとおり、被用者であっても年間労働報酬が年間労働報酬限度を超える者に対しては、公的医療保険への加入義務が免除されている。この意味において、年間労働報酬限度は、被用者の公的医療保険への加入義務の有無を区分する基準となっている。公的医療保険における年間労働報酬限度は、1971年以降、公的年金保険の保険料算定限度 (Beitragsbemessungsgrenze) の75%に相当する額とされてきた。公的年金保険の保険料算定限度は一人当たりグロス賃金の上昇率に応じて毎年引き上げることとされているため、公的医療保険の年間労働報酬限度もそれと同じ割合で毎年引き上げられた。

しかし、2002年末に制定された保険料率安定化法<sup>15</sup>によって、2003年の公的年金保険の保険料算定限度の算定には特例的な嵩上げ措置が行われた<sup>16</sup>。この結果、2003年の保険料算定限度は2002年の年額54,000ユーロから年額61,200ユーロへと大幅に引き上げられた。これに伴い公的医療保険の年間労働報酬限度も、2002年の年額40,500ユーロから2003年には45,900ユーロへと引き上げられた。ただし、2002年末現在で年間労働報酬限度を超えているために「公的医療保険に代わる民間医療保険(代替医療保険 (substitutive Krankenversicherung)<sup>17</sup>)」に加入している者には、信頼保護の観点から、従来どおりに引き上げた年額41,400ユーロの年間労働報酬限度が適用され、これを上回らない限りは公的医療保険への加入義務はないものとされた。

この改正は、若くて収入の多い被保険者が公的医療保険から代替医療保険へと移動していく傾向に歯止めをかけることを狙いとするものであった<sup>18</sup>。公的医療保険から代替医療保険に移動する者は、大幅に増加する傾向がみられ、2001年には約36万人と1994年の倍近くの人数となった。これに対して、代替医療保険から公的医療保険に移動する者は2001年には約15万人にとどまった。公的医療保険から代替医療保険に移動するのは若くて収入の多い被保険者であるため、このような移動を通じて、公的医療保険の財政的な負担増を伴

<sup>15</sup> Beitragssatzsicherungsgesetz vom 23. 12. 2002, BGBl. I S. 4637.

<sup>16</sup> 2004年以降は2003年の保険料算定限度をベースに従来どおりのルールによる改定が行われることとされた。

<sup>17</sup> 代替医療保険の詳細については松本(2012:93-96)を参照されたい。

<sup>18</sup> Bundestagsdrucksache 15/28, S. 14.

いながら、代替医療保険にとって有利なリスクの選別が行われているとみることができる。この結果、代替医療保険との関係において公的医療保険の競争条件が悪化するのみならず、公的医療保険の財政基盤が危うくなると考えられた。このため、2003年において年間労働報酬限度の特例的な引き上げが行われることになったものである。

## ② 国民保険の提案

近年の医療保険改革を巡る議論においては、年間労働報酬限度の引上げにとどまらず、現在の公的医療保険と代替医療保険との関係を根本的に変革する提案が二大政党の一つである社会民主党(SPD)などから行われている。この提案によれば、官吏及び自営業者を含む全ての者を公的医療保険の被保険者にするとともに、賃金などに限定されない全ての種類の収入を保険料算定の対象とする「国民保険(Bürgerversicherung)」が導入される<sup>19)</sup>。この提案の主な目的は、全ての者に同等の医療を保障すること、全ての者の間での連帯を確保すること、保険料負担の公平を確保すること及び財政的な持続可能性を確保することにある。

国民保険において、全ての者を被保険者とする必要がある理由として、現行制度が有する次のような問題点が指摘されている。現状において、医師は、同じ内容の医療を行ったとしても、代替医療保険の被保険者である患者の場合には、公的医療保険の患者よりも高い診療報酬を得ることができる。このために、患者が医師の診療を受けるまでに待たなければならない日数は、病気の重さではなく、その患者がどのような医療保険に加入しているかによって左右されるなど、加入している医療保険の違いが医療アクセスなどの格差をもたらしている。

現行制度に関しては、公的医療保険の基礎となる「連帯」の観点からも問題点が指摘されている。公的医療保険においては、賃金額に応じて徴収される保険料を財源に医療上の必要性に応じた給付が行われることを通じて、健康上のリスクの高い者と低い者、収入の多い者と少ない者、家族の多い者と少ない者との間の調整(再分配)が行われている。しかし、現状では、官吏及び自営業者のほか、収入が年間労働報酬限度を超える被用者が、代替医療保険に加入しており、公的医療保険におけるこのような調整から逃れている。

こうした問題に対処するため、国民保険の提案によれば、全ての者が公的医療保険の被保険者とされる。ただし、公的医療保険への加入義務がないために、既に代替医療保険に加入している者に対しては、当該契約を維持するか又は公的医療保険に移動するかを選択することが認められる。

この結果、保険会社が運営する代替医療保険は、新規の加入者がいなくなるとともに、

---

<sup>19)</sup> 国民保険の内容等は、2011年12月に行われたSPD党大会で採択された提案(SPD(2011))及びSPD所属の連邦議会議員で国民保険の提唱者であるラウターバッハ教授の提案(Lauterbach(2004))による。

既存の加入者の中にも公的医療保険に移動する者が出てくるため、縮小に向かうことになる。保険会社の活動にこのような制約を加える改正を行うことは、基本法に定める職業選択の自由に抵触する恐れがある。このため、この提案では、保険会社も、現行の公的医療保険の保険者である疾病金庫と並んで国民保険の保険者となることが認められる。ただし、この場合には、保険会社に対しても疾病金庫と同じ条件が適用される。したがって、保険者が保険会社であっても、国民保険の被保険者に関しては、疾病金庫と同じ給付及び保険料に関するルール、財政システム並びに被保険者の受け入れ義務が適用される。これにより、国民保険においては、全ての保険者にとって同一の競争条件が整備される。

これに対して、保険会社側は次のような見解を有している。公的医療保険と民間医療保険の間で診療報酬の水準が異なる理由は、両制度の歴史的な沿革の違いによるものである(PKV, 2012:7)。すなわち、公的医療保険の場合の診療報酬の水準が低いのは、そもそも公的医療保険が自分では将来のリスクに備えることができない者を対象に、基礎的な給付を行うものとして導入されることによる。また、民間医療保険が支払うより高い診療報酬の一部は、医師や病院が最新の医療機器や治療技術を導入することに役立っている。これらの医療機器や治療技術は、民間医療保険の被保険者以外にも用いられており、その意味で、全般的な医療水準の向上に重要な役割を果たしている。「民間医療保険の被保険者は多くの収入を得ている者である」というのは多くの人が持っている先入観であり、実際には、代替医療保険の被保険者の55%は年収30,000ユーロ未満である(PKV, 2012:17)。

二大政党のもう一つ側であるキリスト教民主・社会同盟(CDU/CSU)も、国民保険の導入には反対の立場をとっており、代替医療保険の存続を前提に、公的医療保険において、収入に応じた保険料に代わって、定額保険料(人頭保険料)を導入することを提案している。2005年の秋に行われた連邦議会選挙以降、国民保険と定額保険料の両提案を巡る政党間での意見の対立は続いており、現状では、いずれかの提案が完全に実施されるような情勢にはない。

## (2) 民間保険の役割の変化

CDU/CSU 及び SPD による大連立政権の下で 2007 年に制定された公的医療保険競争強化法<sup>20</sup>においては、代替医療保険に関する改正が重要な柱の一つとなった。代替医療保険の今後の在り方は、大連立政権を構成する両者の間で政治的に最も対立的なテーマとなっていた。CDU/CSU は代替医療保険を将来においても維持したいと考えていた。これに対して、SPD は、前述の国民保険を導入することにより民間医療保険の役割を付加医療保険(Krankenzusatzversicherung)<sup>21</sup>に限定するか、あるいは、代替医療保険の被保険者にも公

<sup>20</sup> GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von vom 26. 3. 2007 BGBl. I S. 378.

<sup>21</sup> 付加医療保険は、公的医療保険や代替医療保険の加入者を対象としてこれらの保険ではカバーされない費用などを補填することを目的とした民間医療保険である。付加医療保険

的医療保険の被保険者と同様のルールに従い収入に応じた保険料を負担させることを企図していた。このような状況の下で、将来の代替医療保険の在り方を巡っては、最終段階まで対立的な議論が繰り広げられた。

このため、制定された公的医療保険競争強化法による改革は両政党の考え方を部分的に反映した内容となった。この改革により、代替医療保険の契約締結義務が導入され、全ての者が公的医療保険又は代替医療保険に加入することになったことは、SPD が主張する全ての者を対象とした国民保険の実現に向けた第 1 歩と解釈することができる。しかし、公的医療保険をベースとした統一的なシステムの実現は見送られ、公的医療保険と代替医療保険により構成される医療保障システムが維持された点では CDU/CSU の主張に沿った改革ともいえる。

#### ① 民間医療保険契約の締結義務

2009 年 1 月以降、ドイツに居住する全ての者には、保険契約法<sup>22</sup>に基づき保険会社と医療保険に関する契約を締結することが義務付けられた(第 193 条)。ただし、公的医療保険に加入している者などはこの義務を免除される。これは、全ての者が公的医療保険又は民間医療保険のいずれかに加入することを意味している。契約締結義務の対象となる民間医療保険は少なくとも外来及び入院による治療費用の償還を行わなければならない、また、その免責額が 1 暦年当たり 5,000 ユーロを超えてはならない。さらに、被保険者に安定的な医療保障を行う観点から、保険会社側からこの民間医療保険に関する契約を解除することは認められない。

従来、民間医療保険契約の締結義務は設けられていなかったが、公的医療保険の被保険者になっていない者の大半は代替医療保険に加入しており、いずれの医療保険にも加入していない者は 20 万人以下にとどまっていた(Orlowski, Wasem, 2007:9-10)。このため、この契約締結義務の導入は、医療保険による保障を受ける者の範囲に量的には大きな変化をもたらすものではなかった。

ドイツの公的医療保険は、創設以来 120 年以上にわたって「社会的保護の必要性(Soziale Schutzbedürftigkeit)」が認められる者だけをその対象にするとの考え方を取っている。その背景には、個人が自ら将来に備えることに対する国家的な介入は、そのことが自らの経済的・社会的状況のために個人にとって過大な要求となりうる場合にのみ正当化されるという補完原則(Subsidiaritätsprinzip)の考え方がある。このため、「社会的保護の必要性」が認められる者のみが公的医療保険の対象とされ、それ以外の者については、疾病のリスクに対して自ら備えることができるものとされる。ただし、どのような方法をもって自ら備えるかは、これまでは各人の判断に委ねられてきた。これに対して、民間医療保険契約

---

の詳細については、松本(2012:93)を参照されたい。

<sup>22</sup> Versicherungsvertragsgesetz vom 30. 5. 1908, Reichsgesetzblatt (RGBl.), S. 263.

の締結義務が導入されたことは、その方法が民間医療保険に加入することとされたことを意味している

## ② 基本タリフの導入

前記改正により、公的医療保険への加入義務がなく、公的医療保険の任意被保険者にも、民間医療保険の被保険者にもなっていない者は、民間医療保険契約を新たに締結しなくてはならなくなった。このような者の中には、自ら零細な事業を営む者も含まれている。このため、この改正に併せて、通常の代替医療保険に加えて、給付の種類、範囲及び水準が公的医療保険と同等で、保険料額が抑えられた「基本タリフ(Basistarif)」に基づく保険の契約を締結することを可能にするための改正が行われた。

具体的には、まず、代替医療保険を運営する保険会社は、2009年以降、基本タリフに基づく保険を提供することが義務づけられた(保険監督法<sup>23</sup>第12条)。また、被保険者となりうる者から申請があった場合、保険会社はその者と基本タリフに基づく保険契約を締結することが義務づけられた。基本タリフに基づく保険の場合には、給付の種類、範囲及び水準は、法律に定められた基準に基づき、民間医療保険連盟により決定される。免責額としては300、600、900及び1,200ユーロの選択肢が用意される。保険料は共通の算定基礎に基づき全ての保険会社に関して統一的に算定される。ただし、保険料は公的医療保険の最高保険料額を超えてはならない。また、特別にリスクの高い者に保険料のリスク加算を求めるとか給付の除外を求めるとは認められない。このため、基本タリフに基づく保険では、個々の被保険者に関して「リスクに応じた保険料」の考え方が貫徹しない。その結果、基本タリフに基づく保険に加入する者のリスクの違いが各保険会社に異なる財政的な影響を及ぼすことになる。このため、基本タリフに基づく保険に関して、保険会社間でのリスク調整が行われる。

## 2. 給付の範囲の見直し、選択制の導入

公的医療保険による給付に関しては、次のように給付範囲の見直しや選択制の導入が行われている。

### (1) 給付範囲の縮減等

2003年に制定された公的医療保険近代化法<sup>24</sup>により、公的医療保険の給付範囲を変更し、医療保険の公私関係に影響を及ぼす可能性のある改正が行われた。改正内容の一つは、優

<sup>23</sup> Versicherungsaufsichtsgesetz vom 17. 12. 1992, BGBl. 1993 I S. 2.

<sup>24</sup> GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. 11. 2003, BGBl. I S. 2190.

生手術、人工授精、視力補助具、処方箋のいない薬剤、生活の質を向上させるための薬剤、埋葬料及び移送費に関する給付の縮減・廃止である。それぞれの具体的な内容は表1のとおりである。

(表1) 公的医療保険の給付の縮減・廃止

給付の種類	内容
不妊手術	従来の規定では、その目的を問わず、違法なものでない限りは、不妊手術(Sterilisation)の費用は公的医療保険で負担されていた。この改正により、公的医療保険による給付の対象は病気のために必要な不妊手術に限定され、家族計画のための不妊手術は給付対象から外された。
人工授精	公的医療保険の対象となる人工授精の試みは、従来は、「原則として4回」までとなっていたが、「最大3回」までに限定された。また、給付の対象者は25歳以上で、女性は40歳未満、男性は50歳未満の者に限定された <sup>(注1)</sup> 。さらに費用の50%に相当する自己負担が導入された。
視力補助具	視力補助具(Sehhilfe) <sup>(注2)</sup> の給付は、18歳未満の者、重度の視力減衰のある18歳以上の者、並びに目のけが又は病気の治療のために必要な視力補助具の場合に限り行われることとされた。
処方箋のいない薬剤	医師の処方箋なしで購入できる薬剤が公的医療保険の給付対象から除外された <sup>(注3)</sup> 。ただし、12歳未満の子供、13歳以上18歳未満の発達障害のある者、又はがんの治療、心臓発作のアフターケアなど、重篤な病気の場合には、この例外とされた。
生活の質を向上させるための薬剤	生活の質の向上が主たる使用目的である薬剤が公的医療保険の給付対象から除外された。このような薬剤には、勃起機能障害の治療薬(例:バイアグラ)、精力増強剤、禁煙、減量、体重調整、育毛改善などのための薬が含まれる。
葬祭料	これまでも対象者の限定や金額の削減が行われてきた葬祭料の給付が、公的医療保険による給付から完全に除外された。
移送費	移送費に関する給付については、医学的にどうしても移送が必要であることや外来診療の場合には特別の例外的なケースに限られることなどの制限が設けられた。

(注1)従来、女性の対象者は原則40歳未満、最高で45歳未満と定められていただけである。

(注2)給付の対象となる視力補助具には、視力矯正用のメガネレンズ及びコンタクトレンズのほか、メガネレンズ及びコンタクトレンズでは通常の新聞の文字が読めない場合には拡大視力補助具(ルーペなど)が含まれる。

(注3)いずれの薬剤が処方箋なしで購入できるかは、医薬品法(Arzneimittelgesetz vom 12.12.2005, BGBI. S. 3394)に基づき「医薬品及び医療製品に関する連邦研究所(Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte)」により決定される。

縮減・廃止の対象となった給付は疾病の治療のために不可欠であるとは必ずしも言い切れないものである。このため、公的医療保険におけるこれらの給付の縮減・廃止が行われたことは、公的医療保険で負担されない費用をカバーする民間医療保険である付加医療保険の対象がこれらの給付にまで拡大することにはつなげていない。

二つ目の改正内容は、歯科補綴の給付に関する新たな制度の導入である。公的医療保険近代化法には、2005年1月から適用される歯科補綴に関する新たな規定が盛り込まれていた。この規定によれば、歯科補綴に関しては、従来の定率の給付に代わって、症状に応じて定められた定額の給付が行われることとなった。この給付を受けるためには、被保険者は、事業主と折半で負担する通常の保険料とは別に、歯科補綴のための保険料を単独で負担しなければならなくなった。通常の保険料の場合と同様に、家族被保険者はこの歯科補綴のための保険料を負担することを要しない。この保険料の額は、各被保険者の収入の多寡にかかわりなく一律である(Orlowski, Wasem, 2003: 56)。

ただし、公的医療保険の被保険者は、この歯科補綴の給付に関する制度に参加することを望まない場合には、その代わりに、自分自身及び家族のために保険会社との間で歯科補

綴に関する保険契約を締結することが認められた<sup>25</sup>。

しかしながら、2004年末に制定された「歯科補綴の費用負担の調整に関する法律」<sup>26</sup>により、歯科補綴の給付に関して公的医療保険と民間医療保険との選択を可能にするこの仕組みは実施に移される前に再び改正された。この結果、公的医療保険の被保険者は歯科補綴の給付を従来どおり公的医療保険から受けることとなった。ただし、歯科補綴の給付に要する費用は被保険者のみが負担する追加的な保険料により賄われる。この保険料は、公的医療保険近代化法による改正で予定されていたような全ての被保険者に一律の定額保険料ではなく、各被保険者の保険料算定の対象となる収入に保険料率(0.4%)を乗じて得た額とされた。

## (2) 選択制の導入

2007年に制定された公的医療保険競争強化法による改革では、疾病金庫が被保険者に対して通常の給付範囲と保険料の組合せに替わって「より高い給付とより高い保険料」、「より低い給付とより低い保険料」のような組合せである選択タリフ(Wahltarif)に関する制度の拡充及び体系化が行われた。これにより、各疾病金庫は被保険者に対して表2のような広範な選択タリフを提供することが可能となった。これにより、疾病金庫間の競争の対象は被保険者に対して魅力的な選択タリフの提供することにも拡大した。

---

<sup>25</sup> この民間保険における歯科補綴に関する給付は種類及び範囲において公的医療保険の給付と同等又はそれ以上のものでなければならない。

<sup>26</sup> Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 15.12.2004, BGBl. I S. 3445.

(表2) 選択タリフの種類

家庭医を中心とした医療供給への参加
2007年4月以降は、全ての疾病金庫に「家庭医を中心とした医療供給」のプログラムを実施することが義務付けられた。その目的は、患者の病状等に応じて必要な医療が継続して提供されるよう、家庭医を中心とした医療供給を促進することにある。このプログラムへの被保険者の参加は任意であるが、参加した被保険者には、自分の家庭医を選ぶこと及び当該家庭医の指示によらなければ専門医による診療を受けないことが義務付けられる。一方、疾病金庫は、この制度に参加する被保険者に対して報奨金の支給又は一部負担金の軽減を行うことができる。
統合医療供給及び疾病管理プログラムへの参加
疾病金庫は、医療供給の各分野間の適切な役割分担と連携を強化し、患者の状態に適合した質の高い医療を効率的に提供することを目的として「統合医療供給」及び「疾病管理プログラム」を実施することができる。これらの制度への被保険者の参加は任意であるが、参加した被保険者には一定の治療上の義務が課される(注1)。一方、疾病金庫は、この制度に参加した被保険者に対して報奨金の支給又は一部負担の軽減を行うことができる。
免責
疾病金庫は、免責を組み入れた選択タリフを提供することができる。これを選択した被保険者は、通常の一部負担金に加えて、免責額までは本来は疾病金庫が負担すべき費用を自ら負担しなければならないかわりに、疾病金庫から報奨金を受け取ることができる。なお、この制度の適用は、従来は任意被保険者に限られていたが、全ての被保険者に拡大された。
保険料還付
疾病金庫は、保険料還付を組み入れた選択タリフを提供することができる。これを選択した被保険者は、当該被保険者及びその家族被保険者(18歳未満の者を除く)が1暦年において給付を受けなかった場合には、疾病金庫から報奨金を受け取ることができる。ただし、この報奨金の額は当該暦年に支払われた保険料の1か月分相当額を超えてはならない。なお、この制度の適用は、従来は任意被保険者に限られていたが、全ての被保険者に拡大された。
償還払い
疾病金庫は、償還払いを組み入れた選択タリフを提供することができる。これを選択した被保険者は、民間医療保険の加入者の場合と同等に、民間医療保険に適用されるより高い水準の診療報酬規定(GOÄ)に基づき医師から請求された費用の償還を疾病金庫から受けることができる。これによって、当該被保険者は、診療において民間医療保険の加入者と同等の取扱いを受けることが可能となるかわりに、疾病金庫に対して追加保険料を支払わなければならない。
特別の薬剤治療
疾病金庫は、通常は公的医療保険による給付の対象外である薬剤の費用償還を組み入れた選択タリフを提供することができる。このような薬剤としては、ホメオパシー治療のための薬剤などが該当する(注2)。これを選択した被保険者は疾病金庫に対して追加保険料を支払わなければならない。

(注1) 例えば、疾病管理プログラムでは、プログラムに参加する被保険者に対して、検診の定期的な受診や患者教育への参加などが義務付けられる。

(注2)ホメオパシー(Homöopathie)とは、通常の科学的治療とは異なり、患者の自然治癒力を活性化させる治療法であり、そのために植物の抽出物などが用いられる。



### 3. 診療報酬制度の改善

#### (1) 外来診療報酬

外来診療報酬制度については、様々な問題が指摘される医療供給構造の改革を行い、医療の質と経済性を向上させるための方策の一つとして、2007年に制定された公的医療保険競争強化法などにより次のような改革が行われた。

##### ① 従来 の 制度

公的医療保険競争強化法による改正前の制度の概要は次のとおりである。保険医による外来医科診療に係る診療報酬は、基本的に、疾病金庫から保険医協会を通じて、各保険医に支払われる。この場合、各疾病金庫は、保険医協会に対して、当該地域を管轄する疾病金庫州連合会<sup>27</sup>及び代替金庫(以下「疾病金庫州連合会等」という。)と保険医協会との間で予め合意された加入被保険者(家族被保険者を除く。以下同じ。)一人当たりの診療報酬額に当該地域に居住する加入被保険者数を乗じて得られる診療報酬総額を支払う<sup>28</sup>。診療報酬総額の合意にも「保険料率安定の原則」(Grundsatz der Beitragssatzstabilität)<sup>29</sup>が適用されるため、診療報酬総額の引上げ幅は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限定される。

保険医協会は、一定の配分基準に基づき、診療報酬総額を傘下の各保険医に配分する。この配分基準は、保険医協会により、統一評価基準を勘案し、かつ、疾病金庫州連合会等の同意を得て定められる。統一評価基準は、保険医が請求可能な給付とそれら給付の相対価値を点数(報酬点数)で示したものである。統一評価基準は、保険医側と疾病金庫側の代表者で構成された連邦レベルの委員会である評価委員会(Bewertungsausschuss)<sup>30</sup>により定められる。

<sup>27</sup> 各州に、それぞれ一つの地区疾病金庫(Ortskrankenkasse)州連合会、企業疾病金庫(Betriebskrankenkasse)州連合会及び同業疾病金庫(Innungskrankenkasse)州連合会が存在する。

<sup>28</sup> その際の加入被保険者数としては、実際に外来診療を受けたか否かにかかわらず、基準日における加入被保険者数が用いられる。また、一人当たりの診療報酬額は、合意後の疾病罹患状況に変化(例えば、インフルエンザの流行)があっても、それに応じて変更されることがない。診療報酬総額は、将来に向かって効力を有する形で、状況の変化に応じて改定される。

<sup>29</sup> 社会法典第5編第71条第1項は、疾病金庫側と医療供給者側は、経済性向上の余地を使い尽くしてもなお必要な医療が確保できない場合でない限り、保険料率の引上げが避けられるように診療報酬についての合意を行わなければならないとする「保険料率安定の原則」を定めている。

<sup>30</sup> 評価委員会は、連邦保険医協会(Kassenärztliche Bundesvereinigung)及び疾病金庫連邦連合会等(2007年7月以降は疾病金庫連邦中央連合会(Spitzenverband Bund der Krankenkassen))が指名するそれぞれ7名(2007年7月以降は3名)の委員から構成される。

各保険医に配分される診療報酬の額は、まず、当該保険医が行った個別給付(診療行為)に応じた点数を算定し、その合計点数に一点当たり単価を乗じることにより得られる。ただし、保険医に配分可能な診療報酬総額が予め定められるため、保険医協会傘下の保険医がより多くの給付を行い、報酬点数の総点数が増えるほど、一点当たり単価は低下する。一点当たり単価は地域による違いがあるため<sup>31</sup>、同じ診療行為であっても、それを行った保険医が属する保険医協会が異なる場合には、受けられる報酬額も異なる。

## ②問題点

このように、外来診療報酬に関しては、疾病金庫から保険医協会に支払われる診療報酬総額が保険料算定基礎収入の伸びの範囲内で改定され、かつ、各保険医による給付の量的拡大による影響を受けない制度となっていた。この制度の下で、公的医療保険における外来診療のための支出の伸びは、入院療養や薬剤支給のための支出の伸びよりも低い水準にとどまっていた<sup>32</sup>。しかし、一方では、現行制度に対して、公平性や透明性に欠け、効率的ではないとの批判が高まった(Orlowski, Wasem 2007: 51)。また、それと併せて、外来診療そのものに対する不満も増加した。

診療報酬総額の算定基礎となる加入被保険者一人当たり報酬額の水準は、疾病金庫によって大きく異なっていた<sup>33</sup>。この格差は専ら歴史的な沿革によるものであり、このため、報酬額の水準が相対的に高い疾病金庫からは従来の制度に対する批判があった。

一方、保険医側からは、一点当たり単価が変動するため、実際に行った診療行為に対する報酬額を事前に予測できないこと、医療上の必要により給付が量的に増加した場合でも、それに見合った診療報酬が受け取れるとは限らないこと、インフルエンザの流行など、疾病罹患状況に起因する費用増加のリスクを保険医側が負わなければならないこと、診療報酬総額の引上げ幅が保険料算定基礎収入の伸びの範囲内に限定されているため、人口構成の変化や医学の進歩による影響が十分に考慮されないことなどに対する批判があった(Orlowski, Wasem 2007: 52)。

## ③公的医療保険競争強化法による改革

このような問題を解決するため、公的医療保険競争強化法では外来診療報酬制度の改革

<sup>31</sup> 2006年の一点当たり単価は、例えば、チューリンゲン州では0.0301ユーロであるのに対して、バイエルン州では0.0390ユーロとなっている。(Neubauer, 2008: 8)

<sup>32</sup> 2002年から2005年までの医療保険の被保険者一人当たり支出額の対前年伸び率の平均は、入院療養で2.5%、薬剤支給(薬局)で3.5%であるのに対して、外来診療では0.0%となっている。(Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2006: 84)

<sup>33</sup> 2004年の加入被保険者一人当たり報酬額は、例えば、個別の疾病金庫としてはドイツ最大のバーマー疾病金庫では134.4ユーロであるのに対して、ベルリン地区疾病金庫では106.8ユーロとなっている。

が行われた。その目的は、保険医が行った外来診療に対する報酬を固定された一点当たり単価で算定するシステムに転換することにより、制度の透明性の向上を図るとともに、疾病罹患状況の変化に伴う費用負担のリスクを保険医側から疾病金庫側に転換させることにあった。この改正は、2008年における統一評価基準の改正及び2009年以降における固定された一点当たり単価による報酬システムへの転換という二つの段階を踏んで実施され。

#### (a)統一評価基準の改正

2009年からは、給付の量(総点数)によって変動しない固定された一点当たり単価で保険医の報酬が算定されることになった。これにより、保険医による給付量が増大し、外来診療のため医療保険支出が大幅に拡大することが懸念された。このため、新たな制度導入の前提条件を整備する観点から、公的医療保険競争強化法の規定に従い、評価委員会による統一評価基準の改定が行われ、家庭医及び専門医に対する診療報酬の徹底した包括化が行われた。

これにより、家庭医に対しては、実施した具体的な診療行為の内容にかかわらず、各四半期において診療を行った患者一人当たり定額の被保険者包括報酬(Versichertenpauschale)が支払われることになった<sup>34</sup>。この包括報酬の対象には、家庭医が被保険者の外来診療のために通常行う全ての給付が含まれる。

一方、専門医に対する報酬は基本的に基礎包括報酬(Grundpauschale)と加算包括報酬(Zusatzpauschale)とによって構成されることになった。これらの包括報酬は、内科医、泌尿器科医、精神科医などの専門医のグループごとに定められる。基礎包括報酬の対象となるのは、統一評価基準に盛り込まれた専門医の給付のうち、それぞれの専門医グループによって通常の場合には全ての診療ケースにおいて提供されるものである<sup>35</sup>。また、加算包括報酬は、診療を行う専門医の特別の資格及び診療に用いられる特別の設備、並びに特別の治療上の必要性があるケースを考慮したものである<sup>36</sup>。

#### (b)報酬システムの転換

<sup>34</sup> 新たな統一評価基準では、基本的な被保険者包括報酬の点数が、患者の年齢区分に応じて、4歳までは1000点、5歳から58歳までは900点及び59歳からは1020点と定められた。また、その患者が重度の慢性疾患に罹患している場合には、被保険者包括報酬の点数に更に495点の加算が行われる。

<sup>35</sup> 例えば、専門医としての内科医の場合には、患者への助言、診療記録の作成、診療のコーディネイトなどがこれに該当する。

<sup>36</sup> 新たな統一評価基準では、例えば、心臓病の診療に重点がある内科医について、診療ケース1件当たり(診療の開始からの終了まで)の基礎包括報酬の点数が、患者の年齢区分に応じて、4歳までは405点、5歳から58歳までは585点、59歳からは605点と定められた。また、二重エコー心臓検査(Duplex-Echokardiographische Untersuchung)及びそれに付随する給付などに対する加算包括報酬が定められた。

## 1) 一点当たり単価の設定

評価委員会は、各年において通常の場合に適用される「一点当たり単価の全国統一的な標準値」(以下単に「全国標準値」という。)を設定する。保険医が行った給付に対する報酬は、基本的に、統一評価基準に定められた当該給付の点数に全国標準値を乗じて得た額となる。これに加えて、同委員会は過少供給の場合及び過剰供給の場合に適用される全国標準値を設定する<sup>37</sup>。

疾病金庫州連合会等は、当該地域の費用構造及び供給構造に特殊性が存在する場合に限り、保険医協会との間で、評価委員会が定めた全国標準値の加算(Zuschlag)又は減額(Abschlag)について合意することが認められる<sup>38</sup>。

統一評価基準には、保険医が請求可能な給付とそれら給付の点数が定められている。また、各地域で適用される一点当たり単価は、全国標準値に保険医協会の管轄地域(17 地域)ごとに合意された加算・減額を行うことにより得られる。これにより、地域ごとに、保険医が請求可能な給付とそれぞれの給付に対するユーロ表示の診療報酬額からなる地域別ユーロ表示診療報酬基準額(regionale Euro-Gebührenordnung)が決定されることになる。

## 2) 診療報酬総額

疾病金庫州連合会等と各保険医協会は、毎年、各疾病金庫から保険医協会に支払われる翌年の診療報酬総額を定める。診療報酬総額を設定するために、まず、統一評価基準を基礎として、その保険医協会の地域に居住する当該疾病金庫の被保険者の数及び疾病罹患状況等から医療ニーズ(Behandlungsbedarf)が総点数として合意される。この総点数に当該地域に適用される一点当たり単価を乗じることにより、当該金庫が支払うべき診療報酬総額が算定される。医療ニーズは、被保険者の数及び疾病罹患状況の変化、法律改正等によってもたらされる外来診療の給付の種類および範囲の変化、外来診療と入院療養との比重の変化並びに経済性の向上が外来診療の給付量に与える影響を考慮して見直される。診療報酬総額の合意に当たって、もはや「保険料率安定の原則」は適用されない。したがって、当該地域での医療ニーズの変化によっては、診療報酬総額の伸びが被保険者一人当たり保険料算定基礎収

<sup>37</sup> 保険医の需要計画に基づき過少供給に該当する場合には、保険医としての開業を魅力的なものとして過少供給を解消するために、通常の場合よりも高い全国標準値が設定される。逆に過剰供給に該当する場合には、通常の場合よりも低い全国標準値が設定される。例えば、ある計画区域において、内科医の過剰供給が存在する場合には、内科医による給付に対しては、医師の開業行動に影響を与えられる程に引き下げられた全国標準値が適用される。

<sup>38</sup> 全国標準値この費用構造及び供給構造に関する地域的な特殊性の有無の判断は、評価委員会が定める指標に基づき行われる。

入の伸びを上回ることも容認される。

合意された診療報酬総額の範囲内では、実際に行われた給付の点数に当該地域に適用される一点当たり単価を乗じて得られる金額の報酬が各疾病金庫から保険医協会に対して支払われる。しかし、その額が診療報酬総額を超えた場合には、原則として、超過部分に相当する給付に対しては、報酬が支払われない。ただし、その額が、合意時点では予想できなかった疾病罹患状況の変化(例: インフルエンザの流行)を原因とする医療ニーズの増加により、診療報酬総額を超えた場合には、超過部分に相当する給付に対しても、当該地域に適用される一点当たり単価で算定した報酬が支払われる。つまり、事前に予想できなかった疾病罹患状況の変化によるリスクは保険医ではなく疾病金庫が負うことになる。

### 3)標準給付量

給付量をコントロールするためのもうひとつの手段は「保険医単位の標準給付量」(arztbezogene Regelleistungsvolumina)の設定である。疾病金庫州連合会と各保険医協会は、被保険者の疾病罹患状況に応じて、合意された診療報酬総額の基礎となる総給付量(総点数)を踏まえて、保険医のグループごと(家庭医、心臓医、泌尿器科医、婦人科医など)に保険医単位の標準給付量(点数)を定める。個別の事情により診療の対象となる被保険者の数や年齢に特殊性がある場合<sup>39</sup>においては、標準給付量の設定に当たって、個別保険医に関する例外が認められる。標準給付量は、その範囲内で、各保険医が外来診療に関する責任を果たすために必要な給付が行える水準に設定される。

この標準給付量の範囲内で各保険医が行った給付に対しては、その地域に適用される固定された一点当たり単価により報酬額が算定される。一方、標準給付量を超える部分の給付に対しては、減額された一点当たり単価により報酬額が算定される。ただし、診療の対象となる被保険者が極めて大幅に増加したことにより超過した給付については、この減額は行われない。

### ④公的医療保険供給構造法による改革

前述の公的医療保険競争強化法による改革に対しては、地方での保険医不足への対応を重要な目的として 2011 年に制定された公的医療保険供給構造法<sup>40</sup>により再び変更が加えられた。これにより、評価委員会が過剰供給又は過少供給が存在する場合の全国的な標準値を定める仕組みは廃止され、州レベルで決定されるより弾力的な制度に置き換えられた。この結果、保険医協会と疾病金庫州連合会等が過少供給の恐れがある又は過少供給が存在

<sup>39</sup> そのような場合としては、例えば過少供給区域で開業する家庭医で多くの患者の診療を行わなければならないケースや、近隣に老人ホームがあるために患者に占める高齢者の割合が大きいケースが想定される。

<sup>40</sup> GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. 12. 2011, BGBl. I S. 2983.

している地域などにおける医療供給を改善することを目的として、「特に促進するに値する給付」及び「特に促進すべき医療供給者による給付」に関して、全国標準値の加算について合意することが可能となった。このような場合として想定されるのは、例えば、過少供給地域での往診、糖尿病患者の血糖値改善に特に優れた医師による給付に対する加算であるが、過少供給地域での保険医としての活動全般を促進するための加算について合意することも可能である(Orlowski, 2012: 13)。

「保険医単位の標準給付量」により給付の量的コントロールを行う仕組みも廃止された。これに代わって、配分基準において、医師の活動が与えられた任務を超えて拡大することを防ぐための規定を設けることとされた。ただし、過少供給の恐れがある又は過少供給が存在する場合には、当該診療科の医師に関しては、配分基準において当該区域の患者の診療件数を制限又は抑制するような措置は講じないものとされた。したがって、保険医協会が、配分基準において「保険医単位の標準給付量」を設定し、実際の給付量がこれを超えた場合に一点当たり単価を減少させる措置を定めたとしても、過少供給地域で開業し、そのために診療件数が大きくなった医師には適用されない。なぜならば、このようなケースでは、診療件数の増加はその地域の医療需要に見合ったものであるからである。

## (2)入院診療報酬

入院療養の給付に対しては、従来、個々の病院において実際にかかる費用をベースとした設定された「患者一人一日当たり定額」の診療報酬が支払われていた。この「患者一人一日当たり定額」の診療報酬は、個々の患者に実際にかかる費用の額に関わりなく支払われた。このため、同じ診療科に入院する患者で、入院日数が同じであれば、患者の重症度にかかわらず同額の診療報酬が支払われた。このような報酬システムは、ドイツの病院における在院日数が国際的にみて非常に長くなっている重要な原因のひとつと考えられた。

このため、個々の病院でかかる費用をベースとした診療報酬から、行われた給付に応じて支払われる診療報酬への転換が進められていった。1995年には、一人の患者が入院してから退院するまでの療養全体を対象とした「一件当たり包括払い(Fallpauschal)」<sup>41</sup>と特定の手術を対象とした「特別報酬(Sonderentgelt)」が導入された。「一件当たり包括払い」及び「特別報酬」については、それぞれの病院において必要となる費用の額にかかわらず、全ての病院に一律に適用される報酬点数が定められた<sup>42</sup>。この結果、病院による入院給付の1/4が「一件当たり包括払い」及び「特別報酬」の対象となったが、残りは依然として、「患者一人一日当たり定額」の診療報酬が算定されていた(BMG, 2012c: 280)。

41 「一件当たり包括払い」が対象とする療養は、主たる診断名(例: 穿孔のない虫垂炎)と中心的な給付(外科的な虫垂切開)により特定された。

42 一点当たりの単価は州ごとに定められた。

2003年からは、2000年医療保障改革法に基づき、入院療養全般を対象に<sup>43</sup>、診断群 (Diagnosis Related Groups DRG) に応じて療養一件当たりの包括的な報酬を支払う制度 (以下「DRG システム」という。) が段階的に導入された。その目的は、入院療養に関する費用の透明性を高め、病院に関して、入院日数を長くしようとする誘因を除去し、経済性・効率性を向上させる誘因を付与することにあった。2009年までは、各病院について従来の報酬システムから DRG システムへ移行することに伴って生じる収入額の変化を緩和する措置が取られていた。この移行期間が終了した2010年以降は、基本的に州内の全ての病院に対して<sup>44</sup>、同じ療養には同じ金額の包括的な報酬が支払われることになった。ドイツの場合には、高齢者に限らず全ての患者に対して、また、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<sup>45</sup>。

報酬の対象となる診断群の区分とそれぞれの相対価値 (報酬点数) から構成される DRG カタログ (DRG-Katalog) は、疾病金庫連邦中央連合会及び民間医療保険連合会 (Verband der privaten Krankenversicherung)<sup>46</sup> とドイツ病院協会 (Deutsche Krankenhausgesellschaft) により全国一律に定められる<sup>47</sup>。診断群の区分は、医学的な診断名、疾病の重症度及び手術・処置の種類を基準として、医学上存在する多数の診断群を同等の経済的な支出を伴う一定のグループに絞り込むことにより行われる。それぞれの診断群に対応する疾病及び治療に関しては、入院日数が定められて範囲内である限り、定められた報酬点数に基づき報酬が算定される。つまり、定められた範囲内であれば、実際の入院日数は報酬額に影響を与えない<sup>48</sup>。それぞれの診断群の報酬額は、報酬点数に州ごとに定められる一点あたり単価を乗じることにより得られる。限定された例外的なケースにおいて必要がある場合には、特定の給付や薬剤に対する追加的な報酬を定めることができる。

DRG カタログは年々見直されている。DRG システムにおける報酬額は、全ての病院の給付実態に関するデータと抽出された病院の費用実態に関するデータを基に設定される。2012年現在では、1,187種類の包括報酬と大部分は高額な薬剤及び医療製品に対応する156種類の追加報酬が定められている。

DRG システムのもたらした効果としては次のような点が挙げられている (BMG, 2012c : 281)。第一に平均在院日数が2000年の9.6日から2010年には7.3日にまで低下した。第二に、病院における給付と費用の透明性を高めた。第三に、病院運営の経済性・効率性が

<sup>43</sup> ただし、精神医療などの分野はこの例外とされ、引き続き、患者一人一日当たり定額の診療報酬が算定された。

<sup>44</sup> 特別の施設 (例: 多発性硬化症の治療に重点がある病院) は例外とされる。

<sup>45</sup> 病院に施設・設備に要する投資費用は、診療報酬ではなく、州からの公費助成による賄う仕組みとなっている。

<sup>46</sup> 民間医療保険連合会が加わっている理由は、外来診療の場合とは異なり、入院療養の場合には公的医療保険と同じ診療報酬が適用されるためである。

<sup>47</sup> ただし、2012年の DRG カタログはこの代わりに連邦保健省の規則により定められた。

<sup>48</sup> 実際の入院日数がその範囲の下限を下回る場合にはその日数に応じた減額が、その範囲の上限を上回る場合にはその日数に応じた加算が行われる。

高められた(例: 合目的的な入退院、クリニカルパスを用いた運営の最適化)。

### (3)薬剤費用償還

#### ①定額制(参照価格制)

疾病金庫は、薬局での販売価格を基に、薬剤支給を行った薬局に対してその費用を償還する。ただし、定額(Festbetrag)が定められている薬剤については、薬局での販売価格ではなく定額が費用償還の上限となる<sup>49</sup>。したがって、例えば、実際の価格が30ユーロであったとしても、その薬剤に係る定額が20ユーロであれば、疾病金庫による費用償還額は20ユーロとなる。保険医が定額を上回る価格の薬剤を処方した場合には、被保険者は、一部負担金と併せて薬剤の価格が定額を上回る部分(この例では10ユーロ)を負担しなければならない。また、このような場合には、保険医は、定額を上回る部分を負担する義務が生じることを患者に対して注意喚起しなければならない。

このため、被保険者及び保険医には、治療上同等の効果を持つ薬剤のうち、価格が定額以下のものを選択するインセンティブが働く。これに対して、製薬企業は販売量を維持するために薬剤の価格を定額以下に抑えようとするものと考えられる。その結果、定額制は、医療保険による薬剤支給のための支出を抑制する効果を持つと期待される。さらに、疾病金庫連邦中央連合会は、定額よりも30%以上低い価格の薬剤に関して、法律で定められた被保険者一部負担金を免除することができる。これにより、「ジェネリック」<sup>50</sup>を供給する製薬企業にはその価格を更に下げようとする誘因が働くものと期待される。

定額の設定手続きは、定額の対象となる薬剤のグループを定め、次に、各グループに含まれる薬剤に適用される定額の水準を定めるという2段階で構成される。このうち、定額の対象となる薬剤のグループを定めることは、共同連邦委員会<sup>51</sup>により行われる。

定額が設定される薬剤のグループには次の三種類がある。

- 1) 同じ有効成分を有する薬剤
- 2) 薬理上・治療上同等の有効成分を有する薬剤

<sup>49</sup> 薬剤支給の費用償還に係る定額制は医療保障改革法(Gesundheitsreformgesetz vom 20. 12. 1988, BGBl. I S. 2477)により1989年から導入された。

<sup>50</sup> 新たに開発された有効成分の特許権保護の期間が終了した後に、別の製薬企業によって製造・販売される同じ有効成分を有する薬剤を「ジェネリック」という。

<sup>51</sup> 共同連邦委員会は、連邦保険医協会、ドイツ病院協会及び疾病金庫連邦中央連合会により設立される。共同連邦委員会の議決委員会(Beschlussgremium)は、中立の議長及び2名の中立の委員、連邦保険歯科医協会(Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung)が指名した1名の委員、それぞれ2名の連邦保険医協会及びドイツ病院協会が指名した委員、並びに疾病金庫連邦中央連合会が指名した5名の委員により構成される。共同連邦委員会は、被保険者に対する十分で、合目的で、経済的な医療供給を確保するために必要な指針を定めることとされている。



### 3) 治療上同等の効果を有する薬剤

一つのグループには同等の薬剤しか含まれないので、これによって、治療の可能性が制約されることはなく、医師は医療上必要な選択を行うことが可能であると考えられる。

画期的な新薬を開発するインセンティブを与えるため、上記 2) と 3) のグループからは、特許権保護(Patentschutz)の対象となっている成分を有する薬剤は除外されている(Axer, 2012b : 332)<sup>52</sup>。ただし、2003年に制定された公的医療保険近代化法により、当該薬剤の作用の仕方が「新たな種類である(neuartig)」こと又は当該薬剤が「治療上の改善(therapeutische Verbesserung)」<sup>53</sup>をもたらすものであることが、除外の前提条件とされた。このため、定額の対象は、医療保険による給付の対象となるすべての薬剤ではなく、主として「ジェネリック」となるが、特許権保護の対象となっているものの、既存薬との間に治療上の有用性に差がない又は限界的な差しかない類似薬(Analogpräparat)も含まれる。

各グループに適用される定額の水準は疾病金庫連邦中央連合会により定められる。定額は、経済性を高める余地を利用し、効果的な価格競争を生み出し、できる限り有利な価格での薬剤支給を目指すものとされている。一方、薬剤に関する十分な選択や、十分に、合目的的で、かつ、質の確保された薬剤支給が保障されなければならないとされている。具体的には、疾病金庫連邦中央連合会はそれぞれのグループに属する薬剤に関する定額を当該グループに属する薬剤の価格の下位 1/3 の上限に相当する水準に定める。ただし、当該グループに属する薬剤の全てのパッケージ及び処方少なくとも 1/5 は定額以下の価格とならなければならないとされている。

2011年1月1日現在で 429 の定額の対象となるグループが設定され、30,000 を超える薬剤に定額が適用されている(GKV-Spitzenverband, 2011 : 65)。定額の設定されていない薬剤に係る価格指数(Preisindex)<sup>54</sup>は、1989年を 100 とすると 2011年には 130 近くにまで上昇している。これに対して、定額の設定されている薬剤に係る価格指標は 50 台に低下しており<sup>55</sup>、定額が対象薬剤の価格の抑制に大きな効果を発揮していることがわかる。定額が医療保険にもたらす支出抑制効果も、年々拡大し、2011年では 52 億ユーロに達している(図 2)。

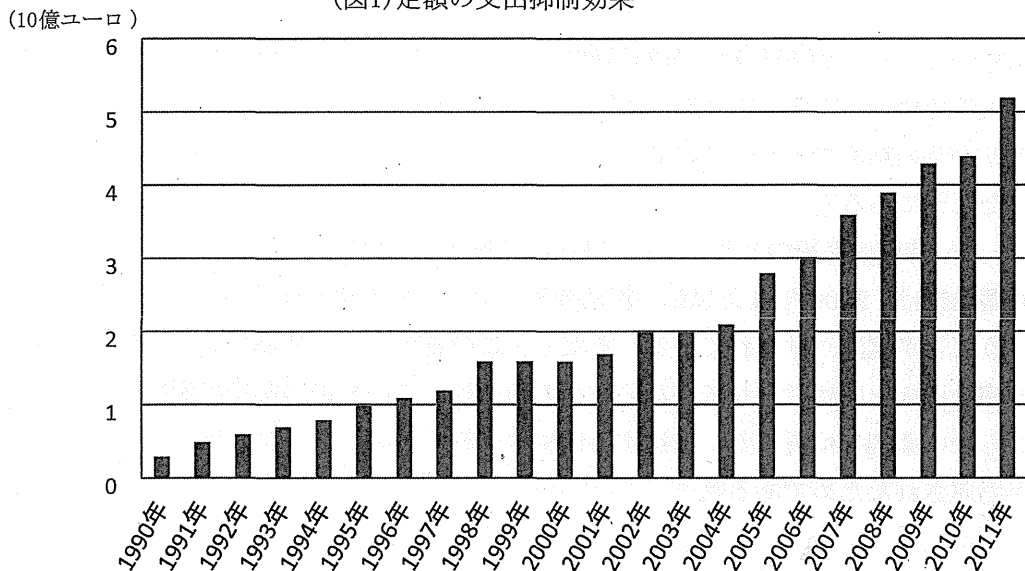
<sup>52</sup> 定額制が導入された当初は、基本的に、特許権保護の対象となっている薬剤もその対象に含まれていた。しかしながら、1996年に制定された社会法典第 5 編第 7 次改正法(Siebtes SGB V-Änderungsgesetz vom 28. 20. 1996, BGBl., I S. 1558)により、産業立地政策上の議論に基づき、制度に大幅な制約が加えられた。これにより、1996年以降に許可され、特許権保護の対象となっている薬剤に対しては、2) 及び 3) のグループに設定された定額は適用されないことになった。

<sup>53</sup> 副作用の減少も「治療上の改善」に含まれる。

<sup>54</sup> 価格指数の算定は、各年の年央におけるマーケットバスケットに基づいて行われている。

<sup>55</sup> Coca, Schröder (2012 : Abbildung 4.3)による。

(図1) 定額の支出抑制効果



出典: GKV-Spitzenverband (2011).

2011年12月15日現在、医療保険における薬剤処方<sup>1</sup>の78%は定額の設定された薬剤に係る処方である。一方、医療保険における薬剤支給ための支出に占める定額の設定された薬剤に係る支出の割合は41%にとどまっている。この理由は、定額の設定されている薬剤の価格が定額の設定されていない薬剤の価格に比べて低い水準にあるためである。定額の設定された薬剤に係る支出の割合は、1997年の60%弱から大幅に減少し2003年7月には34%にまで低下したが、2004年以降再び上昇に転じている(Coca, Schröder, 2012: 176)。このような変化が生じた背景には、特許権保護の対象となっている薬剤の取り扱いなどに関し、定額制の仕組みに改正が加えられてきたことがある。

## ②製薬企業による値引き

### (a)法定の値引き

製薬企業は、各疾病金庫に対して薬剤価格の値引きを行うことが法律により義務づけられている。これは、製薬企業の貢献により、医療保険の薬剤支出を削減し、財政的な安定を確保することを目的とするものである(Luthe, 2011: 316)。

疾病金庫は、2003年以降、自らの負担により支給される薬剤(定額が設定された薬剤を除く。)に関して、製薬企業からの引き渡し価格の6%に相当する値引きを受けることとされている。この値引きは、直接的には薬局から疾病金庫に対して行われるが、薬局の値引きに要する費用は製薬企業により補填される。ただし、「処方箋を必要とする薬剤」に対しては、

2010年8月から2013年12月までの間、6%にかわって16%の値引き率が適用される<sup>56</sup>。この値引き率の引き上げは医療保険の支出を年間11.5億ユーロ軽減する効果を有すると見込まれている<sup>57</sup>。医療保険の負担軽減を目的としてこのような薬剤値引き率の引き上げが行われる理由は、製薬企業は2008年に起こった金融危機の影響をそれほど受けておらず、3年5か月の期間であればこの値引き率の引き上げによる負担の増加にも耐えうると考えられたことにある<sup>58</sup>。

一方、特許権保護の対象となっておらず、有効成分が同じ薬剤(ジェネリック)に関しては、製薬企業は、2006年4月以降、疾病金庫に対して引き渡し価格の10%に相当する値引きを行うことが義務づけられている。ただし、この場合には、前述のような期間を限った値引き率の引き上げは行われていない。その理由は、この分野の薬剤の価格は、定額の対象にならない薬剤とは異なり、後述する値引き契約の効果などにより低下しているという事情が考慮されたためである<sup>59</sup>。

#### (b) 値引き契約

個別の疾病金庫又は疾病金庫連合会は、2003年以降、前述の法律で義務づけられた値引きに加え、製薬企業との間で個別の契約を締結することにより、薬剤の更なる値引きについて合意することが認められている。基本的に、この値引き契約は全ての薬剤を対象とすることが可能とされている。

当初、この値引き契約は実際には大きな意味を持たなかったが、2007年以降、特にジェネリックの分野では値引き契約の実効性が顕著に高まった。その主な理由は、2007年に制定された公的医療保険競争強化法において、医師が処方した薬剤を有効成分が同じで価格のより低い薬剤に代替する際には、値引き契約の対象となっている薬剤を優先することとされたためである。薬局は、処方した医師によりそれが明示的に排除されていない限りにおいて、処方された薬剤に替えて、有効成分が同じで価格がより低い薬剤を支給することが義務づけられている(Aut-idem-Regelung)。しかし、当該患者が加入する疾病金庫に対して効力を有する値引き契約が存在する場合には、有効成分が同じ薬剤であって値引き契約が存在する製薬企業の製品により代替することとされた。これにより、製薬企業にとっては値引き契約を締結することが魅力なものとなった。

値引き契約は特にジェネリックに関する競争を促進することに効果を発揮している。

<sup>56</sup> 製薬企業がこの値引きを考慮して引き渡し価格の引き上げを行う恐れがあることから、引き渡し価格が2009年8月1日時点の価格よりも引上げられた場合には、引上額に相当する値引きも併せて行われる。一方、引き渡し価格が2009年8月1日時点の価格よりも引き下げられた場合には、引下げ後の引き渡し価格に基づく値引きが行われる。

<sup>57</sup> Bundestagsdrucksache 17/2170, S. 36.

<sup>58</sup> Bundestagsdrucksache 17/2170, S. 36.

<sup>59</sup> Bundestagsdrucksache 17/1297, S. 51.

2011年12月現在ではすべての疾病金庫が値引き契約を締結しており、2011年において処方された薬剤の半数には少なくとも一つの値引き契約が適用されている(Coca, Schröder, 2012: 183)。値引き契約による医療保険支出の節約効果は2011年では16億ユーロとなっている<sup>60</sup>。この金額は薬剤支給のための医療保険の支出額の5.5%に相当する。

#### 4. 保険者の役割

##### (1) 保険者の機能強化

公的医療保険に関する近年の改革においては、医療保険の保険者の役割に重要な変化をもたらす改革が行われている。なかでも、被保険者に自ら加入する疾病金庫を自由に選択する権利が認められたことは、重要な意味を持っている。従来、各被保険者が加入する疾病金庫は、基本的に、被保険者の勤務する事業所等に依拠して定められていた。しかしながら、1993年に制定された医療保障構造法<sup>61</sup>)により、疾病金庫間の競争を促進する観点から、疾病金庫選択権の大幅な拡大が行われた。ただし、この場合の競争は、それ自体が目的ではなく、あくまでも連帯を基礎とする公的医療保険を中心としたシステムを前提としつつ、その効果と効率性を高めるための手段として位置付けられるものである。

この疾病金庫選択権の拡大と併せて、リスク構造調整が導入された。リスク構造調整により、有利なリスク構造となっている疾病金庫(加入する被保険者の年齢が低く、収入が高い疾病金庫)から拠出金が徴収され、それに基づき、不利なリスク構造となっている疾病金庫(加入する被保険者の年齢が高く、収入が低い疾病金庫)に交付金が支給される。リスク構造調整が行われることにより、若くて収入の高い被保険者を獲得することは疾病金庫にとって競争上の有利をもたらさないことになる。その意味で、リスク構造調整は、いわゆるリスク選別を排除し、公平な競争の前提条件を作り出すものである。

##### (2) 保険者と医療供給者との関係の見直し

この競争においては、最近まで、より多くの被保険者を獲得するために各疾病金庫が行う努力の対象は、加入する被保険者に適用される保険料率の水準を抑えることが中心となっていた。給付の質の向上などが十分に追及されなかった理由は、各疾病金庫の行う給付の内容などが疾病金庫の連合会と供給者の団体との間で一律に定められてきたためである。このため、個別の疾病金庫が医療供給者と協力してより高い質の医療供給の実現に努力し、それによって他の疾病金庫との差別化を図る余地は存在しなかった。

このような状態を改善するため、近年の医療制度改革においては様々な取組みが行われ

<sup>60</sup> BMG (2012b: 9)による。

<sup>61</sup> Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. 12. 1992, BGBl. I S. 2266.