

## ドイツにおける医療制度改革

松本勝明（国立社会保障・人口問題研究所）

### I. 総論

#### 1. 医療制度の現状

##### (1) 医療保険制度

###### ① 被保険者

ドイツにおいては、全ての国民に対して公的医療保険(*gesetzliche Krankenversicherung*)<sup>1</sup>への加入を義務づける仕組みは取られておらず、公的医療保険に関する法律である社会法典第5編<sup>2</sup>に規定されている者に対してのみ公的医療保険への加入義務が課されている。

同編第5条第1項の規定によれば、公的医療保険への加入義務があるのは、労働報酬を得て就労している被用者、年金受給者、失業手当受給者、農業経営者及びその家族従事者、芸術家及び著述家などである。大部分の自営業者には公的医療保険への加入義務が課されていない。また、官吏(*Beamte*)、裁判官及び軍人のように、特別の法的関係に基づき、使用者としての国などから疾病治療に関する費用の償還を受けられる者に対しては、公的医療保険への加入義務が免除されている。さらに、被用者であっても、通常の間労働報酬が限度額(年間労働報酬限度(*Jahresarbeitsentgeltgrenze*)<sup>3</sup>)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。

公的医療保険に任意で加入することは、加入義務がなくなった者であって、過去5年間に24か月以上被保険者であった又は直近12か月以上連続して被保険者であった者など、一定の要件を満たす者に限り認められている。

被保険者の配偶者、パートナー及び子であって、その収入が限度額<sup>4</sup>を超えないなどの要件を満たす者は、公的医療保険の家族被保険者となる<sup>5</sup>。

---

<sup>1</sup> 原語を直訳すると「法定医療保険」となるが、日本での用例にならって「公的医療保険」という。

<sup>2</sup> *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch vom 20. 12. 1988, Bundesgesetzblatt (BGBl.) I S. 2477.*

<sup>3</sup> 2012年における年間労働報酬限度は年50,850ユーロとなっている。

<sup>4</sup> この限度額は2012年で月額375ユーロとなっている。

<sup>5</sup> 2012年では、公的医療保険の被保険者(本人)は5,205万人で、そのうちの517万人が任意加入の被保険者である(BMG, 2012a: 8.14)。これに家族被保険者(1,766万人)を加えた公的医療保険の加入者総数は6,970万人となっている。

## ② 保険者

公的医療保険の保険者は、労使により自主的に管理運営される公法上の法人である疾病金庫(Krankenkasse)とされている(表 1)<sup>6</sup>。連邦、州及び地方自治体のような公的主体は保険者に含まれていない。

(表1)疾病金庫の種類と数 (2013年1月現在)

種類	数
地区疾病金庫	11
企業疾病金庫	109
同業疾病金庫	6
農業疾病金庫	1
ドイツ年金保険 鉱夫組合・鉄道・海員 代替金庫	1 6
計	134

出典：BMG (2013 : 116)を基に筆者作成。

## ③ 給付

公的医療保険による給付は法律により統一的に定められている。公的医療保険による給付には、外来医科診療(家庭医診療及び専門医診療)、入院療養、薬剤・療法手段(Heilmittel)<sup>7</sup>・補助具(Hilfsmittel)<sup>8</sup>の支給、外来歯科診療、歯科補綴<sup>9</sup>、傷病手当金などが含まれる。

被保険者は、医療保険の給付を受ける際には給付の種類ごとに定められた一部負担金を支払わなければならない<sup>10</sup>。ただし、被保険者の過重な負担となることを避けるため、年間の一部負担金額は、生計のためのグロス収入の2%(継続的な治療が必要な重度の慢性病患者の場合は1%)が上限とされている。

公的医療保険による給付には、このような「疾病の治療のための給付」だけでなく、「疾病の予防のための給付」及び「疾病の早期発見のための給付」も含まれている。被保険者は、「予防のための給付」として、例えば、感染症の予防のための予防接種であって、接種が勧告されているものを、「疾病の早期発見のための給付」として、例えば、がん検診や循環器病検診などを、公的医療保険による費用負担で受けることができる。

<sup>6</sup> 疾病金庫の数は1992年には全国で1,223であったが、2012年には146にまで減少している(BMG, 2012a : 8.4)

<sup>7</sup> 療法手段には、マッサージ療法、運動療法、言語療法などが含まれる。

<sup>8</sup> 補助具には、メガネのレンズ、コンタクトレンズ、補聴器などが含まれる。

<sup>9</sup> 歯科補綴の給付には、義歯のほかに、歯冠、ブリッジ、インプラント義歯などの給付が含まれる。

<sup>10</sup> 外来医科診療の場合は4半期当たり10ユーロ、入院療養の場合は1日当たり10ユーロ(1年28日まで)、薬剤支給の場合は価格の10%(最低5ユーロ、最高10ユーロ)などと定められている。

#### ④ 診療報酬

外来医科診療に関しては、まず、州レベルの疾病金庫の連合会と保険医協会(Kassenärztliche Vereinigung)との合意に基づき、疾病金庫から保険医協会に診療報酬総額(Gesamtvergütung)が支払われる。保険医協会はこれを一定の配分基準に基づき傘下の各保険医に配分する。配分基準は、公的医療保険において請求可能な外来診療の給付とそれぞれの給付の相対価値(報酬点数)を定めた統一評価基準(Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM))<sup>11</sup>を勘案して定められる。

入院療養に関しては、診断群(DRG)に基づき、入院から退院までを対象とした一件当たりの包括的な報酬基準が適用されており、実際の在院日数並びに行われた給付の種類及び量にかかわらず、DRGに応じて予め定められた定額の報酬が支払われる。

外来医科診療を行う保険医の処方に基づき薬局から支給される薬剤の費用に関しては、薬局での販売価格に基づき医療保険による償還が行われる。ただし、同一の成分を有する薬剤などに関しては、償還価格の上限が定額(Festbetrag)として定められている。

#### ⑤ 財政

公的医療保険の支出は主として保険料により賄われているが、「保険になじまない給付(versicherungsfremde Leistung)」に対する国庫補助も行われている。保険料率は法律により全金庫統一的に15.5%と定められている。このうち、歯科補綴及び傷病手当金に係る保険料(料率0.9%相当)は被保険者による単独負担とされているため、事業主及び被保険者が負担する保険料の料率は、それぞれ7.3%及び8.2%となっている。

全ての被保険者に係る保険料と国庫補助は健康基金(Gesundheitsfonds)に集められ、そこから、各疾病金庫のリスク構造(被保険者の年齢・性別構成、疾病罹患状況など)の違いを考慮して配分される。健康基金から配分された資金では必要な支出が賄えない疾病金庫は追加保険料(Zusatzbeitrag)を徴収する。追加保険料は被保険者の収入とは無関係に定額で定められ、被保険者が単独で負担する。ただし、追加保険料の負担が低所得者にとって過重な負担とならないように社会的調整(Sozialausgleich)の仕組みが設けられている。

#### (2) 医療供給体制

医療保険による外来医科診療は、保険による診療を行う認可<sup>12</sup>を受けた自由業の開業医である保険医(Vertragsarzt)により現物給付として行われている。保険医による診療は、家庭医(Hausarzt)診療と専門医(Facharzt)診療に区分されている。家庭医診療に従事するのは、

<sup>11</sup> EBM は、連邦保険医協会(Kassenärztliche Bundesvereinigung)と疾病金庫連邦中央連合会(Spitzenverband Bund der Krankenkassen)の代表者により構成される評価委員会(Bewertungsausschuss)により策定される。

<sup>12</sup> この認可は、認可委員会(Zulassungsausschuss)により行われる。認可委員会は、それぞれ半数の保険医及び疾病金庫を代表する者で構成される。

一般医、小児科医及び家庭医診療を選択した内科医である。しかしながら、外来医科診療を受ける場合、被保険者は、最初に、予め定めた家庭医による診療を受けることを義務づけられているわけではなく、自ら選んだ保険医の診療を受けることができる。したがって、被保険者は直接に専門医にかかることも可能である。保険医のほかにも認可を受けた医療供給センター(medizinisches Versorgungszentrum)が医療保険による外来医科診療を行っている<sup>13</sup>。保険医により外来医科診療の一環として処方された薬剤は、保険医とは別に地域で開業する薬局により被保険者に支給される。

医療保険による入院療養を担当するのは、州の策定する病院計画に盛り込まれた病院など(認可病院)である<sup>14</sup>。病院は、基本的に入院療養を担当しており、一般的な外来診療を行っていない。このため、病院への入院は、通常は開業医である保険医の指示に基づき行われる。病院には、州及び地方自治体により開設された病院(公立病院)、公益団体により開設された病院(公益立病院)のほかに、株式会社などの営利企業により開設された病院(私立病院)が含まれる(表 2)。

(表2)設置主体別病院数・病床数(2012年)

	公立	公益立	私立	計
病院数	601	719	697	2,017
病床数	240,275	171,170	90,044	501,489

出典: Statistisches Bundesamt (2012)を基に筆者作成。

病院で診療に従事する医師は、基本的に病院に雇用された勤務医である。病院に要する費用のうち、経常的な経費は診療報酬により賄われるが、投資的な経費(建物、設備の整備費など)は州による公費助成で賄われることになっている。

## 2. 対象とする改革

この調査研究においては、1988 年末に制定された医療保障改革法(GRG)<sup>15</sup>以降の重要な改革法による医療制度改革を対象とする(表 3)。その理由は次のとおりである。ドイツでは1970年代の後半から公的医療保険の支出拡大に対応して、様々な費用抑制策が繰り返し行われた。しかし、これらは、被保険者一部負担金の引上げや給付の縮減など、医療の需要面での対策を中心としており、常に短期的な効果しか持ちえなかった。このため、GRG以降の改革では、需要面での対策にとどまらず、医療の供給構造の改善にまで踏み込んだ構造的な改革が行われることになった。また、これらの改革においては、今日に至るまで、

<sup>13</sup> 医療供給センターは、医師により管理される専門分野横断的な組織であり、そこではセンターに雇用された医師又は自由業の保険医が診療に従事している。

<sup>14</sup> 認可病院には、病院計画に盛り込まれた病院のほか、州法により大学病院と認められた病院及び疾病金庫州連合会等と供給契約を締結した病院が含まれる。

<sup>15</sup> Gesundheitsreformgesetz vom 20. 12. 1988, BGBl. I S. 2477.

競争の拡大による給付の質と経済性の向上を図ることが一貫した方向性となっている。このように、GRG以降の改革はそれまでとは一線を画す内容を有している。

(表3) 医療保障改革法以降の主な医療制度改革関連法の概要

法律の名称	制定年月	主な内容
[CDU/CSUとFDPの連立政権]		
医療保障改革法(GRG)	1988年12月	一部負担金の導入・引上げ、給付範囲の縮減、薬剤定額制の導入、介護給付の導入
医療保障構造法(GSG)	1992年12月	疾病金庫選択権の拡大による疾病金庫間の競争の促進、リスク構造調整の導入
第一次及び第二次公的医療保険再編法(GKV-NOG 1 und 2)	1997年6月	一部負担金の引上げ、保険料率引上げの場合に被保険者が疾病金庫を変更する権利の導入
[SPDとBÜNDNIS90/GRÜNENの連立政権]		
公的医療保険連帯強化法(GKV-SolG)	1998年12月	前政権で行われた一部負担金の引上げ及び民間保険的な要素の取入れを廃止
2000年公的医療保険改革法(GKV-GRG 2000)	1999年12月	統合供給の導入、入院診療報酬の変更、質の確保の重視
公的医療保険近代化法(GMG)	2003年11月	統合供給などの拡充とそれに伴う個別契約の拡充、経済性及び質の審査の強化、外来診療の一部負担金導入
[CDU/CSUとSPDの連立政権]		
保険医法等改正法(VÄndG)	2006年12月	保険医診療報酬の改正、保険医に関する規制緩和
公的医療保険競争強化法(GKV-WSG)	2007年3月	保険加入義務の拡大、予防の拡充、選択タリフの導入、健康基金の導入、連邦補助の引上げ、民間医療保険への基本タリフの導入
公的医療保険組織構造発展法(GKV-OrgWG)	2008年12月	疾病金庫への倒産規定の適用、「家庭医を中心とした医療供給」に関する疾病金庫の契約締結義務の導入、保険医68歳定年制の廃止
[CDU/CSUとFDPの連立政権]		
公的医療保険薬剤市場再編法(AMNOG)	2010年12月	新たな有効成分を含む薬剤の有用性評価の導入
公的医療保険財政法(GKV-FinG)	2010年12月	一般保険料率の法定、税を財源とした社会的調整の導入、支出の抑制
公的医療保険供給構造法(GKV-VStG)	2011年12月	保険医の確保、保険医診療報酬の改正、新たな診断・治療方法に関する試行制度の導入

出典：筆者作成。

### 3. 改革の主要目的

人口高齢化の進展、慢性疾患の増加などの疾病構造の変化、医療・医療技術の進歩などにより、医療にかかる費用はますます増加することが予想されている。このままでは、支出の増加により医療保険の保険料率が一層上昇することになる。しかしながら、国際的にみて既に高い水準にある社会保険料の水準がこれ以上上昇することは、賃金コストの増加を通じて、ドイツ企業の国際競争力を弱め、国内雇用にも悪影響を及ぼすことが懸念されるため、安易に容認される状況にはない。このため、近年の医療制度改革においては、医療保険の保険料率(特に事業主負担分)の維持・引下げを行うことが重要な目的となっている。また、増加する費用の負担について国民の納得を得るためには、被保険者間での負担の公平性を確保することが重要な課題となっている。

このほかにも、ドイツの医療制度に関しては、国際的に見て高い費用が投入されているにもかかわらず、それに見合った成果を上げていないことが問題として認識されている。

その背景には、過剰供給、非経済性など医療供給における問題点の存在が指摘されている。このため、医療制度改革においては、医療の供給構造を改善し、その質と経済性の向上を図ることが重要な目的となっている。

#### 4. 中心的な手段

ドイツにおいては、医療の需要と供給との間を調整するために三つの手段が用いられている。その一つは、公的主体による介入である。例えば、各州は病院計画を策定し、計画に基づく病院整備に公費助成を行うことにより、地域の入院医療に対する需要に適合した病院の整備を進めている。もう一つは、当事者団体間の交渉に基づく合意である。例えば、医療保険による外来診療を担当する開業医(保険医)に支払われるべき診療報酬の総額は、外来診療に対する地域の需要を勘案し、保険医の団体である保険医協会と保険者である疾病金庫の連合会との間の交渉に基づき合意される。さらにもう一つ的手段として競争が挙げられる。このように、ドイツにおいては、医療の需要と供給との間を調整するために競争を含む複数の手段が用いられる混合的なシステムが採用されている。

近年の医療制度改革において、この三つの手段の中でも、「当事者間の競争」を促進することを特に重視した政策が進められている。患者の獲得を巡る医療供給者間の競争は日本と同様にドイツにおいても従来から存在したが、近年の改革においては、被保険者が加入する疾病金庫を選択する権利を拡大することにより、被保険者の獲得を巡る疾病金庫間の競争が導入・促進されている。さらに、従来は、当事者団体間での交渉・合意に基づく調整が行われてきた疾病金庫と医療供給者との関係においても、個別の疾病金庫と医療供給者との契約を可能にすることにより、競争的な関係を作り出そうとする取組みが行われている。

## 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>16</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>17</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>18</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>19</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<sup>20</sup>。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

<sup>16</sup> Beitragssatzsicherungsgesetz vom 23. 12. 2002, BGBl. I S. 4637.

<sup>17</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>18</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>19</sup> Bundestagsdrucksache 15/28, S. 14.

<sup>20</sup> 公的医療保険と代替医療保険の間の被保険者の移動に関するデータは民間医療保険連盟 (Verband der Privaten Krankenversicherung) から毎年発表されている Zahlenbericht der

年では約 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。

その後の状況をみると、このような動きは当時に比べて減少している。例えば、直近のデータによると、2008 年から 2012 年までの 5 年間では、公的医療保険から代替医療保険に移動する者が代替医療保険から公的医療保険に移動する者を上回る数は、2009 年を除いていずれも 10 万人以下である。

## 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>21)</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、

---

Privaten による。

<sup>21</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。



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、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被保険者である疾病金庫と並んで国民保険の被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、被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、全ての被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、民間医療保険は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>22</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>23</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とされたことは、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は、保険契約法<sup>24</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

<sup>22</sup> GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. 3. 2007 BGBl. I S. 378.

<sup>23</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(例: 個室に入院した場合の室料)などを補填することを目的とした民間医療保険である。付加医療保険の詳細については、松本(2012 : 93)を参照されたい。

<sup>24</sup> Versicherungsvertragsgesetz vom 30. 5. 1908, Reichsgesetzblatt (RGBl.), S. 263.

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ふ補完原則(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ければならなくなった。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<sup>25</sup>。

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>26</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ことや給付の除外を求めることは認められない。このため、基本タリフに基づく保険では、各被保険者に対してそれぞれの「リスクに応じた保険料」の負担を求めるといふ考え方が貫徹していない。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

<sup>25</sup> 基本タリフが適用されている被保険者は、2012年現在、約3万人となっている。

<sup>26</sup> Versicherungsaufsichtsgesetz vom 17. 12. 1992, BGBl. I S. 2.

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)給付範囲の見直し

2003年に制定された公的医療保険近代化法<sup>27</sup>により、公的医療保険の給付範囲を見直し、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、不妊手術、人工授精、視力補助具、処方箋のいらない薬剤、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4のとおりである。

(表4) 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。
処方箋のいらない薬剤	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、12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, BGBl. 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がっていない。

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

<sup>27</sup> GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. 11. 2003, BGBl. I S. 2190.

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らず一律とされた(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>28</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>29</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5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。

その中の一つは、給付を受けないことへの誘因を与える選択タリフである。これに属するものとしては、本来は疾病金庫が負担すべき費用の一部を自ら負担する被保険者に対して報奨金が支払われる選択タリフ(免責)、被保険者が一年間給付を受けなかった場合に報奨金が支払われる選択タリフ(保険料還付)などがある。もう一つは、特別の給付形態に参加する誘因を与えるものである。これに属するものとしては、統合供給、疾病管理プログラム又は「家庭医を中心とした医療供給」に参加する被保険者に対して報奨金が支払われる又は一部負担が軽減される選択タリフである。さらに、医療保険による支給対象から除外された薬剤の費用を疾病金庫が負担する代わりに被保険者から特別の保険料が徴収される選

<sup>28</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>29</sup> Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 15. 12. 2004, BGBl. I S. 3445.

択タリフ、疾病金庫が民間保険と同じ水準での費用償還を行う代わりに被保険者から特別の保険料が徴収される選択タリフが認められている。

さらに、2011年に制定された公的医療保険供給構造法<sup>30</sup>においては、疾病金庫は、医学的予防・リハビリテーション、人工授精、歯科医診療(歯科補綴を除く)、薬局での販売が義務付けられていない薬剤の支給、療法手段及び補助具、訪問看護及び家事援助、並びに認可を受けていない給付提供者による給付に関して、規約で定めることにより追加給付(Zusatzleistung)を行うことが認められた。

選択タリフと追加給付との違いは、前者の場合には疾病金庫が提供する選択タリフを選択するかどうかは当該疾病金庫の個々の被保険者の選択に委ねられているのに対して、後者の場合には疾病金庫が追加給付を実施する場合には当該疾病金庫の全ての被保険者にそれが適用されることである。

選択タリフや追加給付の提供が認められたことは、疾病金庫間の競争の観点からは、競争の対象が被保険者に対して魅力的な選択タリフや追加給付を提供することにも拡大したことを意味している。

それぞれの選択タリフを実際に選択した被保険者の数をみると、2012年3月現在では、特別の給付形態に関する選択タリフを選択した者が約850万人で最も多く、次いで、費用償還に関する選択タリフを選択した者が約64万人、免責に関する選択タリフを選択した者が約54万人、保険料還付の選択タリフを選択した者が約17万人などとなっている。これに対して、薬剤に関する選択タリフを選択した者は僅か850人に過ぎない(SVR, 2012, 399-400)。

---

<sup>30</sup> GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. 12. 2011, BGBl. I S. 2983.

(表5) 選択タリフの概要

家庭医を中心とした医療供給への参加
全ての疾病金庫は、「家庭医を中心とした医療供給」の選択タリフを実施しなければならない。「家庭医を中心とした医療供給」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。
特別の給付形態への参加
疾病金庫は「モデル事業」、「特別の外來医科診療」、「統合供給」及び「疾病管理プログラム」のような特別の給付形態に参加する被保険者に選択タリフを提供しなければならない。この選択タリフにおいては、参加被保険者に対する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的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的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代わりに、疾病金庫に対して特別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、ホメオパティ(Homeopathie)治療のための薬剤などが該当する(注)。これを選択した被保険者は疾病金庫に対して特別保険料を支払わなければならない。

(注)ホメオパティとは、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>31</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>32</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>33</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<sup>34</sup>により定められる。

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

<sup>31</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>32</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、それに依り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>33</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な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>34</sup> 評価委員会は、連邦保険医協会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)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。



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>35</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>36</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>37</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

<sup>35</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>36</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>37</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。

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た。

#### (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、外来診療のための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>38</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>39</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>40</sup>。

#### (b)報酬システムの転換

##### 1)一点当たり単価の設定

<sup>38</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>39</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、診療のコーディネートなどがこれに該当する。

<sup>40</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。

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>41</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>42</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額表(regionale Euro-Gebührenordnung)が出来上がる。

## 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

---

<sup>41</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>42</sup> 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。

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>43</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

<sup>43</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。