

定し、質を評価・認証する仕組みが発展しつつあることが見て取れた。医療機関の登録と認可、保険医療機関の指定については、その国の医療システムに応じて、いずれかは導入されていた。病院での医療を中心に、質の基準や指標を策定する取り組みは3ヶ国すべてで実施されていた。医療機関の質について、定期的に評価や認証を受け、それに基づいて保険医療機関の指定や免許の発行を行うことは、とりわけフランスとイギリスで浸透していることもわかった。公的な医療保障における質の確保の観点から、フランス、イギリスにおける医療機関および医療サービスに対する管理は、2000年代を通じて、それ以前の時代よりも強化された。それらと比べると、ドイツでは緩やかな管理が行われているように見受けられる。

医療の質に関する指標の策定と医療機関の評価・認証制度は、相互補完的な関係にあるといえる。ドイツの場合、両者は共通した指標に基づいて行われており、病院ごとのデータをもとに連邦レベルで評価を行っている。イギリスでも2009年以前の仕組みでは、病院の登録基準と格付け評価は連動した形でなされていた。それに対して、フランスでは病院の質の指標に関する情報公開と認証とは必ずしも連動しておらず、整合性を図ることが目指されている。したがって、質の指標策定と認証制度という2つのアプローチで共通した基準で評価を行うことにより、質の確保はより効果的・効率的に実施されると考えられる。今後日本において医療機関の質に関する情報公開制度や認証制度を普及させていく上では、評価の基準や指標の整合性を保ち、共通化を図りつつ進めていくことが必要であると思われる。

医療の質を評価する際には、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの観点から判断すると一般に言われている（ドナベディアン，2007）。けれども、日本においてはアウトカムを評価する仕組みはまだ導入されていないのが現状であり、医療機能情報提供制度ではストラクチャーに関する情報公開、病院機能評価ではプロセスの調査を中心とした評価がなされている。世界的に見てもアウトカムの評価は難しい課題であるが、イギリスのCQCにおける評価基準は、患者がある一定の状態になるということをアウトカムとして、それを実現するための環境作りや手続きのプロセスを評価しようと試みていた。また、3ヶ国比較にそぐわなかったことから本稿では十分に議論できなかったが、イギリスの診療報酬制度には、プロセスとアウトカムを評価して支払いをする要素が含まれている。質の確保策が実効性を持ったものとなる上で、診療報酬によるインセンティブの付与は重要な機能を果たしており、将来の重要な検討課題であるといえる。

参考文献

ドナベディアン，アベディス（東尚弘訳）2007『医療の質の定義と評価方法』認定NPO法人健康医療評価研究機構。

OECD編（児玉知子・岡本悦司訳）2010＝2011『医療の質国際指標2：OECD医療の質指標プロジェクト報告書』明石書店。

IV. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
松本勝明	「第5章ドイツ医療保険財政制度の改革」	京極高宣・西村周三・金子能宏	『社会保障の国際比較研究』	ミネルヴァ書房	京都	2014年	79-98頁
松本由美			『フランスの医療保障システムの歴史的変容』	早稲田大学出版部	東京	2012年	

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
松本勝明	「メルケル政権下の医療制度改革—医療制度における競争—」	『海外社会保障研究』	No. 186	16-27頁	2014年
Matsumoto Katsuaki	Gesundheit im Land der Langleblichkeit	Gesundheit und Gesellschaft	2/14, 17. Jahrgang	S. 30-33	2014
松本勝明	「ドイツ医療保険における予防接種の位置づけ」	『社会保険旬報』	No.2551	22-29頁	2013年
松本勝明	「ドイツ医療保険における薬剤支給—価格規制と競争—」	『後発医薬品による医療費適正化に関する調査報告書』		1-23頁	2013年
松本勝明	「医療保険の公私関係—ドイツにおける変化と今後の方向—」	『フィナンシャル・レビュー』	第111号	90-110頁	2012年
加藤智章	「フランスにおける医療費適正化の試み」	『健保連海外医療保障』	99号	8-15頁	2013年
加藤智章	「フランスにおける患者負担の動向」	『健保連海外医療保障』	96号	8-16頁	2012年
片桐由喜	「医療サービスの情報提供と評価—日本とイギリスの比較を中心に—」	『週刊社会保障』	2748号	50-55頁	2013年

白瀬由美香	「医療サービスの情報提供と評価－日本とイギリスの比較を中心に－」	『公衆衛生』	Vol. 78 No. 1	20-23頁	2014年
白瀬由美香	「イギリスの看護師の専門性と自律性：資格・教育・人事システムに基づく考察」	日本保健医療社会学会看護・ケア研究部会報告資料		1-39頁	2012年
松本由美	「フランスにおける医療の質の確保に関する政策」	『熊本大学教育学部 紀要』	第62号	275-281頁	2013年

V. 研究成果の刊行物・別刷

メルケル政権下の医療制度改革

－医療制度における競争－

松本 勝明

■ 要約

競争はドイツ医療制度改革を理解する鍵となる概念であり、また、近年の全ての医療制度改革は競争をその旗印として掲げている。そこで、本稿では、メルケル政権下で行われた医療制度改革が医療制度における競争に及ぼす影響について検討を行った。その結果、これらの改革は、疾病金庫間での保険料に関する競争を促すとともに、提供する給付の範囲について疾病金庫が自ら決定できる余地や疾病金庫と医療提供者との個別契約の対象を拡大することにより、給付に関する競争にも進展をもたらすものであることが明らかとなった。

■ キーワード

競争、健康基金、追加保険料、選択タリフ、個別契約

I はじめに

2005年11月から8年に及ぶメルケル氏を首相とする政権の下では、医療制度改革のための様々な取組みが行われた。この間には、2009年秋に行われた連邦議会選挙の結果、メルケル氏のキリスト教民主・社会同盟(CDU/CSU)と社会民主党(SPD)による連立政権からキリスト教民主・社会同盟と自由民主党(FDP)による連立政権への転換があった。これに伴い医療政策を担当する連邦保健省においても社会民主党のシュミット大臣から自由民主党のレスラー大臣(2011年5月からは同党のバール大臣)への交代が行われたことは、医療政策にも一定の変化をもたらした。

本稿においては、この8年間における改革全般について概説するのではなく、メルケル政権下の改革が医療制度における競争に及ぼす影響について検討する。その理由は、競争はドイツ医療制度改革を理解する鍵となる概念であり、また、近年

の全ての医療制度改革が競争をその旗印として掲げているためである。

II 医療制度改革の目的と特徴

1970年以降、ドイツでは、医療保険における被保険者の範囲の拡大や給付の拡充が行われた。このような改革は、医学の進歩や被保険者の給付受給に対する積極的な姿勢と相まって、医療保険給付費の著しい増大をもたらした。このため、1977年からは一部負担の引上げや給付の縮減を内容とする多くの費用抑制立法が行われた。しかし、これらの費用抑制立法は、医療の需要面での対策を講じることを中心としており、医療供給構造という支出増加の根幹にある問題にまで踏み込んだ抜本的な改革を行うものではなかった。このため、費用抑制のための法律が制定されても、その効果は長続きせず、毎年のように新たな対応に迫られることになった。

このような経験を通じて、医療保険財政の長期

的な安定を図るためには、医療供給構造にまで及ぶ構造的な改革を行う必要があることが明らかとなった。そこで、1989年に制定された医療保障改革法（GRG）¹⁾を皮切りに、様々な改革立法が行われることになった。その目的は、一つには医療保険料率の維持・引下げ及び公平な費用負担の実現にある。もう一つの目的は、医療の質と経済性の向上を図ることにある。保険料率上昇の原因としては、高齢化の進展、医学・医療技術の進歩などのほかに、過剰供給、非経済性の存在などの問題が挙げられる。したがって、このような問題を排除することによりこの二つの目的を両立することが可能であると考えられた。

現行の医療保険制度においては、各被保険者が疾病に罹患するリスクの程度ではなく、賃金の水準に応じて保険料が徴収され、それを財源として医療上の必要性に応じた給付が行われている。その結果、病気がちな者と健康な者、高齢者と若年者、賃金の低い者と高い者との間での再分配が行われている。

この構造的な改革は、このような意味での社会連帯に基づく現行制度を全く別の制度に転換しようとするものではない。つまり、この改革は、「連帯原則」、「労使による自主管理」、「分立した保険者」などの現行制度の基本原則を放棄して、完全に市場経済的なモデルを導入するものでも、租税を財源とする公的医療供給システムを導入するものでもない。また、単一の保険者により運営される統一的な医療保険システムへの転換を目指すものでもない。なぜならば、このような基本原則を廃止することは、制度に対する信頼性を損ね、不安定さを生み出すとともに、社会政策上も容認しがたい結果をもたらすと考えられたからである。

しかし、このことは、医療制度の中にこれまでに以上に競争を取り入れることを否定するものではない。それどころか、この改革の最も重要な特徴は、医療制度における競争の役割を重視した政策

が取られていることである。

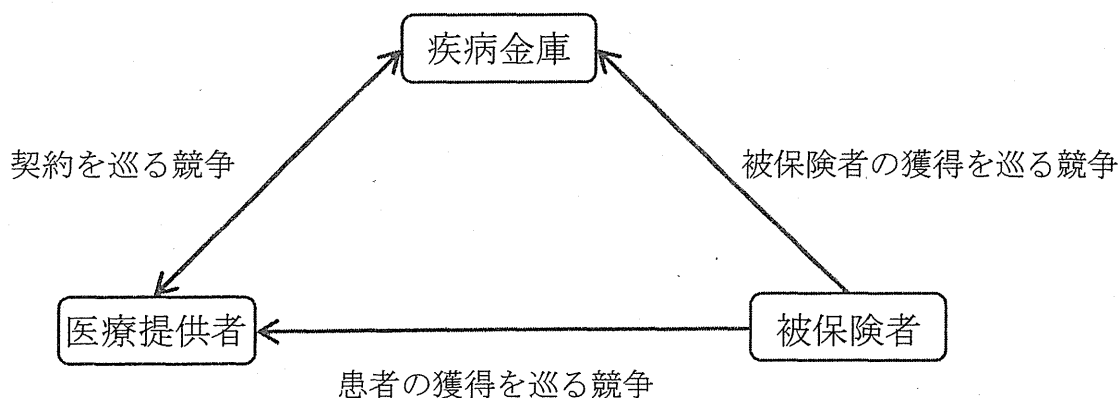
III ドイツ医療制度における競争の位置づけ

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的費用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（Kassenärztliche Vereinigung）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。さらにもう一つの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。

医療保険の現物給付として医療が行われる場合には、被保険者、疾病金庫及び医療提供者の三者相互の関係が生じる。すなわち、被保険者は病気になったときには疾病金庫に対して給付を請求することができる。これに対して、医療提供者から当該被保険者に必要な医療サービスや薬剤などが提供される。また、疾病金庫は医療提供者との契約を通じて適切な質の医療の十分な提供を確保する。

競争はそれぞれの当事者の間で行われる可能性がある（図1）。一つは、被保険者と医療提供者との関係である。両者の間では、被保険者が医療を受ける医療提供者を自由に選択できることにより、患者である被保険者の獲得を巡る医療提供者間の競争が行われている²⁾。ただし、通常の財・サービスに関する市場とは異なり、医療保険

図1 競争が行われる分野



注: 矢印は選択の方向を示す。

出典: 筆者作成。

の枠内で提供される給付に係る費用の額は疾病金庫の連合会と医療提供者の団体との団体契約 (Kollektivvertrag) により統一的に定められた価格 (診療報酬基準) に基づき算定される。また、被保険者はかかった費用の全てを自分で負担するわけではなく、給付に係る費用の額に敏感に反応するわけではない。このため、この場合の競争の対象は主として医療提供者が提供する給付の質となる。

もう一つは、疾病金庫と被保険者との関係である。両者の間では、被保険者が加入する保険者を自由に選択できることにより、被保険者の獲得を巡る疾病金庫間の競争が行われている。この場合の競争の対象となるのは、保険料の水準や疾病金庫の被保険者に対するサービスなどである。各疾病金庫が行う給付の範囲は基本的に法律で一律に定められているため、提供する給付の範囲が疾病金庫間の競争の対象となる余地は限定されている。

さらに、疾病金庫と医療提供者との関係である。疾病金庫が医療保険の給付として行われる医療を確保する手段としては、団体契約が中心となっている³⁾。このため、この分野においても、競争の可能性は制限されている。もし、個別の疾病金庫と医療提供者が医療提供に関する契約を自由に締

結できるようになれば、疾病金庫と医療提供者はこの分野においてもそれぞれが相互に競争的な関係に立つことになると考えられる。これにより、疾病金庫は、供給に関する契約を通じて、被保険者に対するより低い価格、より良い質の医療の提供を確保することにより、他の疾病金庫との競争において有利な立場に立つことが可能となる。そうなれば、被保険者の獲得を巡る疾病金庫間の競争は、被保険者が受けることができる給付の内容や質にまで及ぶことになる。

IV 競争強化のための従来の取組み

上記三分野での競争のうち、被保険者の獲得を巡る疾病金庫間の競争についてはこれまでの改革の中で大きな進展が見られた。特に重要な意味を持つ改革は、1993年に制定された医療保障構造法 (GSG)⁴⁾ により、被保険者による疾病金庫選択権が大幅に拡大されたことである。従来は、各被保険者が加入する疾病金庫は、法律の規定に基づき、基本的に当該被保険者の居住地、勤務事業所などに応じて定まる仕組みとなっており、被保険者が加入する疾病金庫を選択することは限定的に認められているにすぎなかった⁵⁾。しかしながら、

医療保障構造法による改革が行われた結果、被保険者は、就労地若しくは居住地の地区疾病金庫（Ortskrankenkasse）、就労地若しくは居住地を管轄する代替金庫（Ersatzkasse）、就労している事業所の企業疾病金庫（Betriebskrankenkasse）若しくは同業疾病金庫（Innungskrankenkasse）、規約により外部にも開放している企業疾病金庫若しくは同業疾病金庫⁶⁾、直近に加入していた疾病金庫又は配偶者の疾病金庫のなかから加入する疾病金庫を選択することが可能となった。一方、疾病金庫には被保険者の受け入れ義務が課されており、被保険者が選択の対象となりうる疾病金庫への加入を希望する場合、当該疾病金庫が受け入れを拒否することは認められない。

このような選択権の拡大が行われた背景には、各被保険者の加入する疾病金庫が法律により定められ、被保険者には加入する疾病金庫を自由に選択することが認められていないにもかかわらず、疾病金庫間での保険料率の格差が拡大するという状況が、憲法上の要請である被保険者間の平等取扱いを維持することを困難にしたことがある⁷⁾。

被保険者による疾病金庫選択権の拡大は、より多くの被保険者を獲得することを目的として、各疾病金庫が保険料率の引下げや被保険者に対するサービス向上などのための経営努力を行うことを促進する効果を持つと期待された。しかし、疾病金庫間には、加入する被保険者の年齢・性別構成、所得水準などのリスク構造に格差が存在していた。そのままの状態で行われた場合には、疾病金庫の経営努力の成果よりも、リスク構造の優劣が競争の結果を左右することになった。また、競争上の優位を得るため、より有利なリスク構造となるよう、若くて、所得の高い被保険者を獲得するためのいわゆる「リスク選別」が行われる恐れがあった。

こうした問題に対処するため、公平な競争の前提条件を整備することを目的としてリスク構造

調整（Risikostrukturausgleich）が行われることになった。リスク構造調整を通じて、有利なリスク構造となっている疾病金庫は拠出金を拠出し、不利なリスク構造となっている疾病金庫は交付金を受け取ることができる。これにより、リスク構造の違いが各疾病金庫に及ぼす財政的な影響が調整され、有利なリスク構造とするためにリスク選別を行うことは競争上の優位につながらないこととなった。また、疾病金庫間でのリスク構造調整が導入されたことにより、医療保険における連帯は、それまでのような各疾病金庫の内部での被保険者間の連帯にとどまるのではなく、疾病金庫の枠を超えた医療保険の被保険者全体での連帯へと発展したということができる。

この疾病金庫間の競争において、各疾病金庫がより多くの被保険者を獲得するために努力する対象は、保険料率の水準を引き下げることや窓口対応の改善など被保険者サービスの向上を図ることが中心となってきた。本来は、これに加えて、被保険者のニーズに対応してより質の高い給付を行うことも疾病金庫による努力の対象となるはずである。しかし、疾病金庫が行う給付の範囲は法律により一律に定められ、また、疾病金庫が医療保険の給付としての医療の提供に関して個別の医療提供者と異なる内容の契約を締結することは基本的に認められてこなかった。このため、提供する給付の質に関しては疾病金庫による努力の余地が限られていた。

V メルケル政権下の改革

過去8年間のメルケル政権下においては、医療制度改革のために多くの法律が制定され、様々な改正が行われた（表1）。これらのうち、医療制度における競争に特に重要な意味を持つ改革として次のものを挙げることができる。

表1 メルケル政権下で制定された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
[社会民主党との連立政権]		
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
[自由民主党との連立政権]		
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、革新的な治療に関する試行制度の導入

出典：筆者作成。

1 医療保険財政制度

(1) 公的医療保険競争強化法による改革

2007年に制定された公的医療保険競争強化法 (GKV-WSG)⁸⁾により、健康基金 (Gesundheitsfonds) の創設を柱とする医療保険財政制度の抜本的な改革が行われた。新たな制度において、各被保険者の保険料は、各疾病金庫を通じて徴収され、各疾病金庫ではなく、新たに創設された健康基金の収入となる (図2)。医療保険に対する連邦からの補助も健康基金に対して支払われる。保険料率は、疾病金庫ごとではなく、全疾病金庫に統一的に適用されるものとして連邦政府により設定される。この保険料率 (一般保険料率) は、健康基金の収入により全疾病金庫の給付費支出及び事務費支出の総額を賄える水準に設定される。健康基金の収入が全疾病金庫の給付費支出及び事務費支出の総額の100%を上回る又は95%を下回ると見込まれる場合には、それぞれ保険料率の引下げ又は引上げが行われる。

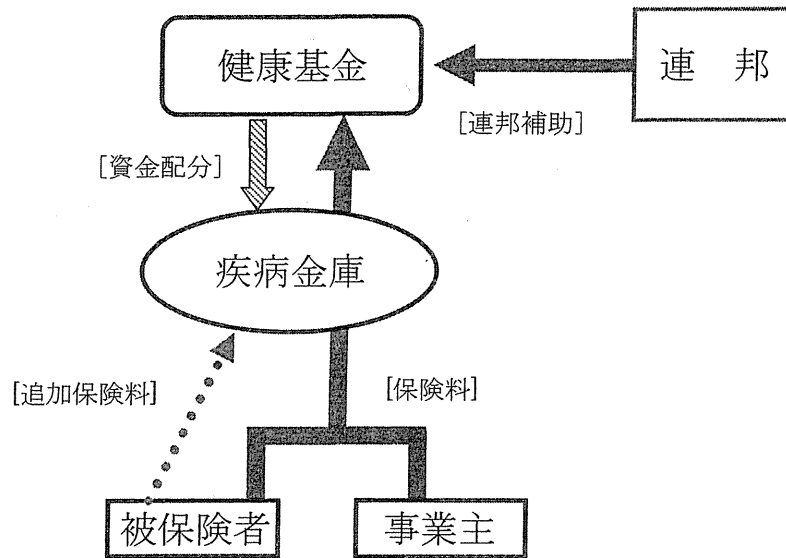
各疾病金庫には健康基金から資金が配分されるが、その際には各疾病金庫のリスク構造の違いが考慮される。すなわち、各疾病金庫に配分される額は、まず、加入する被保険者 (家族被保険者を含む) ごとに、定額の基礎包括額に各被保険者の

年齢、性別及び疾病り患状況⁹⁾ に応じた加算又は減額を行うことにより算定し、それを合計することにより得られる。

各疾病金庫はこのようにして配分された資金だけでは必要な支出が賄えるとは限らない。なぜならば、リスク構造の違いによる影響が調整されても、年齢、性別及び疾病り患状況が同じ被保険者に対して他の疾病金庫よりも多くの給付費がかかる疾病金庫は、健康基金から配分される資金だけでは支出を賄いきれなくなるからである。この場合には、当該疾病金庫は不足分を補うために被保険者から追加保険料を徴収しなければならない。その逆の場合には、被保険者に保険料の一部を還付しなければならない。追加保険料は、被保険者の収入の一定割合又は定額で定められ、被保険者により単独で負担される。ただし、被保険者にとって過大な負担となることを避けるため、各被保険者の負担する追加保険料の額はその者の収入の1%未満でなければならない¹⁰⁾。

通常、被保険者は選択した疾病金庫に18か月は留まらなければならない。ただし、疾病金庫が追加保険料の徴収を開始する又は額を引き上げる場合には、直ちに他の疾病金庫に移動することが認められる。

図2 医療保険財政制度の概要



出典：筆者作成。

(2) 公的医療保険財政法による改革

2009年から実施されたこの新たな財政制度は、2009年の連邦議会選挙の結果を受けて成立した新たな連立政権の下で制定された公的医療保険財政法（GKV-FinG）¹¹⁾により変更された。この法律が制定された背景の一つは、2011年において医療保険全体で90億ユーロにも及ぶ赤字が発生すると見込まれたことにある（BMG, 2013：1）。また、中長期的にも、高齢化の進展、医療技術の進歩などにより医療保険の支出が収入を上回って増加し、保険料率が上昇すると予想された。保険料率の上昇は、賃金コストを増加させることにより、雇用情勢を悪化させることが懸念された。このため、医療保険財政制度の改革が再び行われることになった。

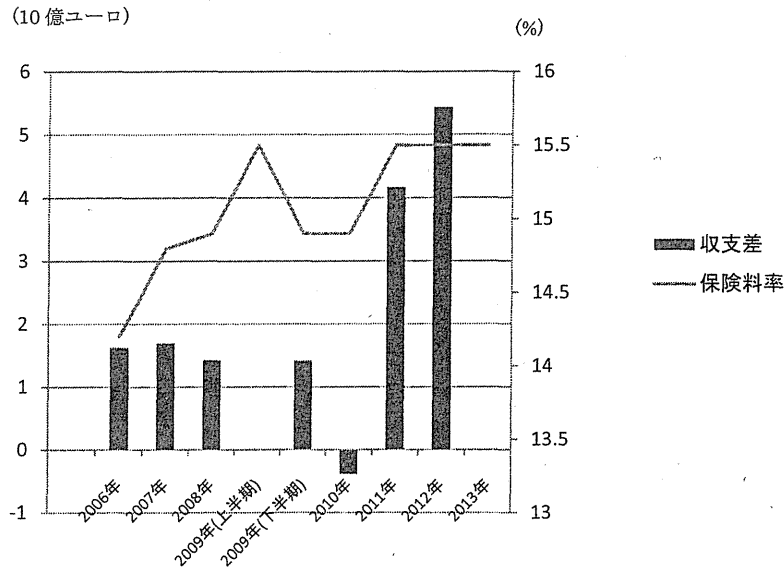
この改革により、一般保険料率の水準は、経済・金融危機に対応するために引き下げられる前の水準である15.5%に再び引き上げられた（図3）。また、連邦政府が健康基金の収入と支出に応じて一般保険料率を設定する仕組みは廃止され、一般保険料率は法律により定められることになった。これにより、事業主が負担する保険料の料率は

7.3%で固定される¹²⁾。人口高齢化や医療技術の進歩等により保険料収入の増加を上回る給付費支出の増加があった場合には、一般保険料率を引き上げるのではなく、被保険者のみが負担する追加保険料の引上げにより対応される。この点において、企業の国際競争力を維持する観点から社会保険料に係る事業主負担を軽減する政策を重視する自由民主党が政権に加わった特徴が現れている。

追加保険料についても大きな変更が加えられた。追加保険料は定額による徴収のみが可能とされ、かつ、各被保険者が負担する額の上限が撤廃された。ただし、追加保険料が被保険者にとって過大な負担とならないよう、被保険者に対して税を財源とする一定の補てんが行われる¹³⁾。

この保険料率の引上げと併せて、支出抑制策が実施されることにより、90億ユーロと見込まれた医療保険の赤字は、被保険者、事業主、給付提供者（開業医、病院、製薬企業）、連邦の負担により賄われると予想された。実際には、医療保険全体で2011年には42億ユーロ、2012年には54億ユーロの黒字が生じており（図3）、追加保険料を徴収しなければならない疾病金庫は2013年11月現在で

図3 医療保険の保険料率と収支差の推移



出典：BMG (2013) を基に筆者作成。

存在する134疾病金庫の13.4%に相当する18疾病金庫にとどまっている (vdek, 2013)。

2 選択タリフ

疾病金庫が行う給付は、基本的に、一律に定められており、個別の疾病金庫が給付に違いを設けることはできない。しかし、近年の改革においては、限定的な範囲で疾病金庫が給付に差を設ける余地が認められるようになってきている。

公的医療保険競争強化法においては、疾病金庫は被保険者が任意に選択することができる選択タリフ (Wahltarif) を提供することが認められた。これにより、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代わって「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を提供する制度の拡充及び体系化が行われた。この結果、各疾病金庫は被保険者に対して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、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、疾病管理プログラム、統合供給、「家庭医を中心とした医療供給」など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択タリフ、疾病金庫が民間保険と同じ水準での償還払い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 (GKV-VStG)¹⁴⁾ 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とき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。

3 疾病金庫と医療提供者との個別契約

疾病金庫と医療提供者との間では、団体間での交渉・合意に基づき団体契約を締結することが基本となっている。しかし、近年の改革では、特定の分野において個別契約 (Selektivvertrag) の締結が認められるようになってきている。そのような分野には、各供給分野 (家庭医診療、専門医診療、入院療養、リハビリテーションなど) をまたがる包括的なサービス提供を行うための統合供給 (Integrierte Versorgung)¹⁵⁾、家庭医がゲートキーパーとしての役割を適切に果たせるようにするための「家庭医を中心とした医療供給 (hausarztzentrierte Versorgung)」、質に関する特別の基準を満たす「特別の外来医科診療 (besondere ambulante ärztliche Versorgung)」などが該当する¹⁶⁾。

個別契約においては、医療保険について定める社会法典第5編の医療提供者に関するルール及びこれに関連する団体間の合意と異なる定めを行うことが認められており、診療報酬に関しても異なる定めを行うことが可能である。ただし、被保険者の給付受給権を制限する定めや一般的に定められた質に関する基準を引き下げるような定めを行うことはできない。

このうち、「家庭医を中心とした医療供給」

は、社会民主党を中心とするシュレーダー政権の下で2003年に制定された公的医療保険近代化法 (GMG)¹⁷⁾ により、疾病金庫が任意に実施することができる制度として導入された。しかし、2007年に制定された公的医療保険競争強化法により、疾病金庫はその対象地域全体をカバーする形で「家庭医を中心とした医療供給」を実施し、加入する全ての被保険者が身近なところでこれに参加できるようにしなければならないとされた。被保険者がこの「家庭医を中心とした医療供給」に参加するかどうかは任意である。しかし、参加を決定した被保険者は、自分の家庭医を選択し、他の専門医の診療は必ずこの家庭医の指示に基づき受けることが義務付けられる代わりに、報奨金の支払い又は一部負担金の軽減を受けることができる。

疾病金庫は「家庭医を中心とした医療供給」を実施するために医療提供者との契約を締結する。公的医療保険競争強化法により、疾病金庫は個々の家庭医又はそのグループとこの契約を締結することになった¹⁸⁾。同様に、「特別の外来医科診療」に関する契約も、疾病金庫と個々の医師又はそのグループとの間で締結することができることとされた。

また、疾病金庫と医療提供者の間では、今後このような個別契約の範囲が拡大される方向が見込まれることから、競争法の適用に関しても見直しが行われた (Orlowski, Wasem 2007: 8)。従来は団体契約の締結が前提とされてきたため、疾病金庫と医療提供者の間には反競争制限法 (GWB)¹⁹⁾ の適用が除外されてきた。しかし、公的医療保険競争強化法によりこれが緩和され、市場支配的な地位の濫用などに関する反競争制限法の規定が準用されることになった。ただし、疾病金庫又はその連合会に契約締結義務があり、かつ、当事者間で合意が成立しないときには仲裁に関する規定が適用される場合は、その例外とされた。

しかし、「家庭医を中心とした医療供給」を実施するための契約の相手方については、2008年に制定された公的医療保険組織構造発展法（GKV-OrgWG）²⁰により大きな変更が加えられた。すなわち、疾病金庫は単独で又は他の疾病金庫と協力して、2009年6月末までに保険医協会の管轄地域において家庭医診療に従事する一般医（Allgemeinarzt）の半数を代表する団体との間で「家庭医を中心とした医療供給」を実施するための契約を締結しなければならないとされた²¹。また、当事者間で合意が成立しない場合には仲裁手続きが行われることとされた。これにより、「家庭医を中心とした医療供給」に関する契約のいわば「再団体化（Re-Kollektivierung）」が行われ、反競争制限法の適用も除外されることになった（Becker, Schweitzer, 2012 : 104）。この改正が行われた背景には、それまでの規定の下では、全ての地域をカバーするような形での「家庭医を中心とした医療供給」の実施が実際には確保されていないことが挙げられる（Kruse, 2012 : 716）。

4 疾病金庫と製薬企業との個別契約

個別の疾病金庫又は疾病金庫連合会は、2003年以降、製薬企業との間で個別契約を締結することにより、薬剤の値引きについて合意することが認められている。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、公的医療保険競争強化法により、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的なものとなった。

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。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²²。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。

VI 評価と展望

1 保険料に関する競争

メルケル政権下の改革では、健康基金の導入に伴い医療保険の一般保険料率が連邦政府により統一的に定められることになり、さらに、公的医療保険財政法により15.5%と法定された。その限りにおいて、それまでは独自に保険料率を定めることができた疾病金庫の自己決定の余地は狭められたということが出来る。しかし、そのことは、ドイツの医療保険が統一化の方向に転換したことを意味するものではない。

健康基金から配分される資金では支出が賄いきれない疾病金庫は加入する被保険者から直接に追加保険料を徴収しなければならない仕組みは、むしろ、疾病金庫に対して追加保険料の徴収を避け、あるいは追加保険料の額を抑えようとする強い誘因を与えることになることと期待される。なぜならば、被保険者は、追加保険料を支払わなければならないことに対して、保険料率の違い以上に敏感に反応すると考えられるからである。実際に追

加保険料を徴収しなければならなくなった疾病金庫では、短期間で多くの被保険者が当該疾病金庫から出ていく動きが見られた（Zok, 2011 : 2）。

公的医療保険財政法による改革の結果、医療保険の財政状況が好転し、当面は追加保険料を徴収しなければならない疾病金庫は一部に限られた。このため、医療保険財政制度の改革は、保険料に関する疾病金庫間の競争を弱めることになったとの見方もある。しかし、15.5%という法律で定められた保険料率が維持されれば、高齢化や医療技術の進歩などによりいずれは増加する支出を賄うために疾病金庫にとっては追加保険料を徴収することが普通になる。そうなれば、加入する疾病金庫を選択する被保険者にとっては、追加保険料の徴収の有無ではなく、具体的な金額で示された追加保険料の額が重要な判断基準となる。その結果、疾病金庫間では追加保険料の水準に関する競争が起こるものと予想される。

2 給付に関する競争

メルケル政権下の改革では、給付に関する競争についても進展が見られた。給付の範囲に関しては、選択タリフや追加給付の提供が認められるなど、疾病金庫が自らの判断で決定することができる余地が拡大された。また、各疾病金庫が個別の医療提供者やそのグループと医療供給に関する個別契約を締結することができる範囲も拡大された。

これまでのところ、個別契約の対象となる給付は医療保険において大きな割合を占めているというわけではない。医療保険財政に与える効果の観点からは、個別契約の中で薬剤に関する割引契約のみが重要な意味を持っているに過ぎない（Schweizer, 2012 : 54）。また、「家庭医を中心とした医療供給」の場合のように、一旦、前進がみられた後で、再び後退するケースもあり、必ずしも個別契約の方向に向け直線的に進んでいるわけ

ではない。

その背景の一つには、医療提供者側の慎重な姿勢があげられる。20世紀初頭までは、疾病金庫と医師との間では主として個別契約が締結されていた。その中で、疾病金庫は契約条件を主導的に決定することに個々の医師との個別契約を活用していた。これに対抗して、医師側が対等の立場での交渉を可能とする団体契約の導入をストライキなどを通じて実現させた歴史的な経緯がある。今日においても、医療提供者側は個別契約を導入することにより疾病金庫側との交渉力の均衡が崩れることに慎重な姿勢を取っている（Becker, Kingreen, 2012 : 551）。

交渉力の均衡を保つための方法としては、例えば、複数の医師が外来診療に従事する医療供給センター（Medizinisches Versorgungszentrum）を設立することや個別の医師が職業団体に交渉権限を委任することが考えられる。しかし、これでは医療提供者間の競争を弱めてしまうことになる。

したがって、個別契約に基づく競争を促進することと併せて、公平な競争条件を確保するとともに、競争が社会政策上の好ましくない効果をもたらさないようにする法的な枠組みが必要であるとの指摘がある（Becker, Kingreen, 2012 : 551）。既に、疾病金庫と医療提供者との間の個別契約に対しては反競争制限法の規定が準用されるような改正が行われた。さらに、反競争制限法の規定を疾病金庫間や疾病金庫と被保険者の間にも準用するのか、あるいは、一般の市場とは異なる医療分野の特殊性を考慮した規定が必要となるのかなどが今後の検討課題になるものと考えられる。

以上述べたように、過去8年間のメルケル政権においても、医療制度における競争の役割を重視するという基本的な方向性に変化は見られなかった。実際に行われた改革では、特に、疾病金庫が提供する給付の範囲や質に関する競争に進展をも

たらず枠組みの整備が行われた。

医療制度における競争には、その効果について大きな期待があると同時に、不安も存在している。しかし、メリットと同時にデメリットが存在することは、公的主体による介入などについても同様であり、今のところ、医療制度をコントロールする上でより優れた手段であるとして、いずれかに軍配を上げることができるとはならない。

その中で、ドイツにおいては、分立した保険者により運営される医療保険制度の特性を積極的に活かして医療の質と経済性を高める手段として競争を活用することが選択され、20年近くにわたり医療制度における競争を発展させるための取組みが行われてきた。新政権を構成する二大政党の間にも医療制度における競争の役割を重視すること自体に考え方の相違はなく、したがって、今後の4年間においても、このような政策の方向に沿った取り組みが更に進められるものと考えられる。

付 記

本稿は、厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究推進事業）による「諸外国における医療制度改革と日本への適用可能性に関する研究」（研究代表者 松本勝明）による研究成果の一部に基づくものである。

注

- 1) Gesundheitsreformgesetz vom 20.12.1988, Bundesgesetzblatt (BGBl.) I S. 2477.
- 2) このような意味における競争はドイツだけでなく日本にも存在する。
- 3) たとえば、保険医による外来医科診療に関する州レベルの契約の当事者は、一方は全ての保険医により組織される州レベルの組織である保険医協会であり、もう一方は州レベルの疾病金庫連合会（地区疾病金庫州連合会、企業疾病金庫州連合会及び同業疾病金庫州連合会）及び代替金庫である。それぞれの州連合会が締結した契約は、傘下の疾病金庫に対して効力を有している。全ての種類の疾病金庫に適用される共通かつ統一の契約を締結する義務は一般的には存在しないが、外来医科診療の診療報酬に関しては全疾病金庫に適用される共通かつ統一の契約が締結される。
- 4) Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1922, BGBl.

2266.

- 5) 地区疾病金庫、企業疾病金庫及び同業疾病金庫の加入者には、代替金庫への加入を選択することが認められていた。代替金庫はその定款により受け入れる被保険者の範囲を定めており、特にブルーカラーである被保険者の場合には加入できる代替金庫の範囲は限定されていた。
- 6) 企業疾病金庫及び同業疾病金庫については、母体企業との間に特に強いつながりがあることを考慮して、外部の被保険者の加入を認めるかどうかをその規約により定めることができるとされた。
- 7) この点に関する連邦憲法裁判所の考え方は、Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts 89, 365, 376 ff.において示されている。
- 8) GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.3.2007, BGBl. I S. 378.
- 9) 従来リスク構造調整においては、疾病り患状況の違いが加味されなかったため、基本的に同じ年齢・性別の被保険者に対しては、疾病の有無等にかかわらず同等の給付費しか認められなかった。このため、費用がかかる疾病に罹患した被保険者が多く加入する疾病金庫は競争上不利になる恐れがあった。こうした問題に対処するため、疾病り患状況も加味した資金配分が行われることになった。
- 10) 定額の追加保険料が月8ユーロ以下である場合に、この規定は適用されない。
- 11) GKV-Finanzierungsgesetz vom 22.12.2010, BGBl. I S. 2309.
- 12) 保険料率15.5%のうち0.9%に相当する保険料は傷病手当金及び歯科補綴の費用に相当する部分として被保険者のみで負担される。したがって、事業主が負担する保険料の料率は14.6% (15.5% - 0.9%) の半分で7.3%となる。一方、被保険者が負担する保険料の料率は8.2% (0.9% + 7.3%) となる。
- 13) この補填は「社会的調整 (Sozialausgleich)」と呼ばれる。社会的調整の対象となるのは、平均追加保険料が「保険料納付義務のある収入」の2%を超える被保険者である。平均追加保険料は、各疾病金庫において実際に徴収される追加保険料ではなく、全疾病金庫の支出総額の見込額から健康基金の収入総額の見込額を控除した額を全被保険者数の見込数で割ることにより計算される。つまり、社会的調整は一般保険料率が固定されているなかで全疾病金庫の支出総額が健康基金の収入の増加を上回って増加することに対応して行われるものである。したがって、当該疾病金庫の給付費が他の疾病金庫よりも相対的に高いために生じる追加保険料の負担は社会的調整の対象とならない。

- 14) GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011, BGBl. I S. 2983.
- 15) 統合供給の制度は1999年に制定された2000年公的医療保険改革法 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999, BGBl. I S. 2626) により導入された。
- 16) このほかに、個別契約の締結が可能な分野としては、補助具、家事援助などに関する提供者との契約があげられる。
- 17) GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003, BGBl. I S. 2190.
- 18) 家庭医のグループからの委任を受けた場合には、保険医協会も契約の相手方になることができる。
- 19) Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 26.6.2013, BGBl. I S. 1750.
- 20) Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 15.12.2008, BGBl. I S. 2426.
- 21) この契約が成立した場合には、従来から相手方として認められてきた医療提供者との間でも契約を締結することが可能とされた。つまり、家庭医診療に従事する一般医の半数を代表する団体との契約は、個々の家庭医やそのグループとの契約よりも優先する位置づけにあるといえる (Huster, 2012 : 593)。
- 22) BMG (2012 : 9) による。

引用文献

- Becker U., Kingreen Th., 2012, § 69 Anwendungsbereich, in: Becker U., Kingreen Th., *SGB V*, 3. Auflage, München, 543-566.
- Becker U., Schweitzer H., 2012, *Wettbewerb im Gesundheitswesen-Welche gesetzliche Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs der Versicherten und Leistungserbringer im Gesundheitswesen?*, Gutachten B zum 69. Deutschen

- Juristentag, München.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2013, *Das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz)*. (<http://www.bmg.bund.de>)
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2012, *Gesetzliche Krankenversicherung. Vorläufige Rechnungsergebnisse 1.- 4. Quartal 2011*. (<http://www.bmg.bund.de>)
- Coca V., Schröder H., 2012, *Ökonomische Aspekte des deutschen Arzneimittelmarkts 2011*, in : Schwabe U., Paffrath D. (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report 2012*, Berlin, 167-221.
- Huster S., 2012, § 73 b Hausarztzentrierte Versorgung, in: Becker U., Kingreen Th., *SGB V*, 3. Auflage, München, 586-599.
- Kruse J., 2012, § 73 b Hausarztzentrierte Versorgung, in: Hänlein A., Kruse J., Schuler R., *Sozialgesetzbuch V*, Baden-Baden, 710-719.
- Orlowski U., Wasem J., 2007, *Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG)*.
- Schweizer H., 2012, *Wettbewerb im Gesundheitswesen-Rechtliche Grundlagen und rechtspolitische Grundfragen*, in: Immenga U., Körber T., *Wettbewerb im Gesundheitswesen*, Baden-Baden, 35-72.
- Verband der Ersatzkassen (vdek), 2013, *Prämien. Gesetzliche Krankenkasse 2013/11-Bundesgebiet*. (<http://www.vdek.com>)
- Zok K., 2011, *Reaktionen auf Zusatzbeiträge in der GKV. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage, WIdO monitor 1/2011*, 1-8.

(まつもと かつあき 厚生労働省/
国立社会保障・人口問題研究所)

TITELTHEMA

Gesundheit im Land



Vor rund 90 Jahren hat Japan eine gesetzliche Krankenversicherung nach deutschem Vorbild geschaffen. Heute steht das Land in der Gesundheitsversorgung vor ähnlichen Herausforderungen wie Deutschland: demografischer Wandel, steigende Kosten, mangelnde Vernetzung. **Katsuaki Matsumoto** skizziert die Grundzüge des japanischen Systems und beschreibt Reformansätze.

der Langlebigkeit

Das Gesundheitssystem der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklung anzupassen, ist in Japan wie in Deutschland eine Daueraufgabe. Japan hat dazu eine Reihe von Reformen umgesetzt. Dabei ging es in erster Linie darum, die finanzielle Stabilität der Krankenversicherung zu sichern und der gesamten Bevölkerung Zugang zu einer hochwertigen medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Um diese Ziele zu erreichen, sind weitere Reformen notwendig. Im Folgenden werden die Grundzüge des japanischen Gesundheitssystems, die aktuellen Herausforderungen und bisherigen Reformansätze im Vergleich zu Deutschland dargestellt und der weitere Reformbedarf betrachtet.

1927 trat in Japan das Gesetz der Arbeiterkrankenversicherung in Kraft. Dafür war das deutsche Krankenversicherungsgesetz das wichtigste Vorbild. Seitdem hat sich die Versicherung im Einklang mit dem gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Wandel weiterentwickelt. Heute erhalten alle Einwohner über die Krankenversicherung die notwendige medizinische Versorgung, wobei sie eine zumutbare Selbstbeteiligung tragen müssen. Wenn Patienten eine medizinische Behandlung brauchen, können sie Arzt und Krankenhaus frei wählen. Dieses System trug dazu bei, dass Japan ein sehr hohes Niveau medizinischer Versorgung erreicht hat. Mit der Verbesserung der Lebensumstände und der Ernährung führte dies dazu, dass Japaner in der Lebenserwartung weltweit in der Spitze liegen (2013 nach Angaben des CIA World Factbook auf Platz 3 nach Monaco und Macao: Die Lebenserwartung in Japan beträgt durchschnittlich 84 Jahre – gegenüber 80 Jahren in Deutschland).

Bürgerversicherung auf japanisch. Das japanische Krankenversicherungssystem weist einige wichtige Unterschiede zum deutschen auf. In Japan gibt es eine Art Bürgerversicherung: Die gesamte Bevölkerung – nicht nur Arbeitnehmer, sondern auch Selbstständige, Landwirte und Beamte – ist in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Die einzige Ausnahme sind Sozialhilfeempfänger. Sie sind versicherungsfrei und bekommen bei Krankheit Leistungen nach dem Sozialhilfegesetz. Es gibt keine Versicherungsfreiheit für Menschen, deren Einkommen eine bestimmte Grenze übersteigt.

Die Grundlagen für dieses System legte die Reform der Krankenversicherung im Jahr 1961. Sie zielte hauptsächlich darauf ab, den Versichertenkreis der gesetzlichen Krankenversicherung zu erweitern und damit die gesamte Bevölkerung gegen Krankheitsrisiko abzusichern. Anders als in der Diskussion über die Bürgerversicherung in Deutschland ging es damals in Japan aber nicht darum, eine Krankenversicherung zu schaffen, die auf der Solidarität aller Staatsangehörigen beruht.

Kein Wettbewerb zwischen den Trägern. Denn Japan hat bis heute kein einheitliches Versicherungssystem. Das japanische System besteht aus einer Arbeitnehmersversicherung und einer Volksversicherung. Darüber hinaus wurde im Jahr 2008 ein neues eigenständiges Versicherungssystem für alte Menschen geschaffen. Diese Reform zielte darauf ab, dass die medizinischen Kosten für Ältere, deren Zahl mit dem demografischen Wandel künftig noch steigen wird, gerecht und transparent verteilt werden. Seitdem sind alle Menschen ab 75 Jahren in dieser neuen Versicherung versichert. In jedem Versicherungszweig gibt es mehrere Träger, deren Zuständigkeit gesetzlich geregelt ist. Versicherte haben grundsätzlich kein Recht, ihren Versicherungsträger selbst zu wählen. Die Versicherungsträger stehen in Japan also – anders als in Deutschland – nicht miteinander im Wettbewerb. Es steht auch nicht zu erwarten, dass der Gesetzgeber einen solchen Wettbewerb in der näheren Zukunft im Bereich der Krankenversicherung einführt. Die Verantwortlichen befürchten, dass auch ein Risikostrukturausgleich eine Risikoselektion nicht verhindert und die Solidarität in einzelnen Versicherungsgemeinschaften geschwächt werden könnte.

Die private Krankenversicherung spielt in Japan nur eine ergänzende Rolle – sie bietet keine Vollversicherung an. Als Zusatzversicherung erstattet sie in der Regel die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht oder nur teilweise gedeckten Kosten, zum Beispiel für ein Einzelzimmer im Krankenhaus.

Ebenso wie in Deutschland müssen Versicherte einen Teil der Kosten für die medizinischen Leistungen als Selbstbeteiligung tragen. Das Niveau dieser Selbstbeteiligung ist viel höher als in Deutschland. So müssen Versicherte zwischen sechs und 70 Jahren 30 Prozent der Leistungen selbst tragen. Das beruht auf der Überzeugung, dass eine angemessene Selbstbeteiligung



„Der Austausch ist ein Gewinn“

Dr. Matthias von Schwanenflügel ist Leiter der Unterabteilung Haushalt, Recht und Telematik im Bundesministerium für Gesundheit.

Herr Dr. von Schwanenflügel, Sie nehmen an Treffen von Vertretern des deutschen und des japanischen Gesundheitsministeriums teil. Was bringt dieser Austausch den beiden Ländern?

von Schwanenflügel: Japan und Deutschland haben eine sehr ähnliche gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung genommen. Auch die demografischen Entwicklungen weisen viele Parallelen auf. Beide Länder sehen sich damit ähnlichen Herausforderungen gegenübergestellt, wie die sozialen Sicherungssysteme weiterentwickelt werden sollen und wie die Politik die entsprechenden Rahmenbedingungen setzen kann. In Japan bestehen ein hohes Interesse und präzise Kenntnisse über die sozialen Sicherungssysteme in Deutschland. Japan hat viele Aspekte der deutschen Sozialgesetzgebung übernommen. Das System, aber auch die Problemlagen in Japan weisen viele Ähnlichkeiten zu Deutschland auf. Vor diesem Hintergrund ist der Austausch für uns ein Gewinn. Wir können von japanischen Entwicklungen lernen.

Welche Hauptunterschiede sehen Sie zwischen dem japanischen und dem deutschen Gesundheitssystem?

von Schwanenflügel: Dazu ein konkretes Beispiel, das wir bei unserem letzten Treffen diskutiert haben: Obwohl Japan ein sehr technikaffines Land ist, fehlt es an einer klaren Steuerung für eine landesweite Telematikinfrastruktur. Vielmehr wird versucht, durch eine Bottom up-Strategie zu einer stärkeren Vernetzung zu gelangen und mit einer Konsensstrategie voranzukommen. Da liegt ein Unterschied zu Deutschland: Hierzulande hat der Gesetzgeber die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen beauftragt, eine Infrastruktur aufzubauen. Es wird sich zeigen, welcher Ansatz schneller zum Ziel der Vernetzung gelangt.

Wie weit ist denn Japan heute in der Nutzung der Informationstechnologie im Gesundheitswesen?

von Schwanenflügel: In Japan wie in Deutschland gibt es viele interessante lokale oder regionale telemedizinische Netzwerke mit guten Ideen und Ergebnissen für die Patienten. Die japanische Regierung will im Gesundheitswesen die Informatisierung beschleunigen und gleichzeitig damit die Kosten senken. Sie hat dies in ihre Wachstumsstrategie aufgenommen. Sie geht von einem Einsparpotenzial von umgerechnet rund 22 Milliarden Euro aus, das mit Hilfe von elektronischen Patientenakten und Telemedizin erzielt werden könnte. Einzelne Leistungserbringer, insbesondere im Krankenhausbereich haben eine sehr gute IT-Ausstattung, die zum Teil vorbildhaft ist. Es fehlt aber an einer Vernetzung der verschiedenen Versorgungsbereiche.

Die Fragen stellte Anne Töpfer.

das Kostenbewusstsein der Versicherten stärkt und den Missbrauch eines Leistungsanspruchs verhindert. Wenn die Selbstbeteiligung eine Obergrenze überschreitet, erstatten die Versicherungsträger diese Mehrkosten, um eine unzumutbare Belastung der Versicherten zu vermeiden. Für Versicherte mit geringerem Einkommen gilt eine niedrigere Obergrenze.

Der Staat mischt kräftig mit. In der gesetzlichen Krankenversicherung Japans spielt die staatliche Intervention eine größere Rolle als in Deutschland. Die Zulassung der Kassenärzte gehört beispielsweise in die Zuständigkeit des Gesundheitsministers. Die Richtlinien für die Krankenbehandlung sowie die Maßstäbe für die Vergütung von Ärzten und Krankenhäusern werden ebenfalls vom Gesundheitsminister einheitlich bestimmt. Aber der Minister ist gesetzlich verpflichtet, die Meinung des zentralen Ausschusses für die medizinische Versorgung in der Sozialversicherung einzuholen, bevor er diese Entscheidungen trifft. Dieser Ausschuss besteht aus unparteiischen Mitgliedern, Vertretern von Kostenträgern und Vertretern der Leistungserbringer. Durch dieses Verfahren können unterschiedliche Meinungen beider Seiten ausgeglichen werden.

Jeder Versicherungsträger ist finanziell eigenständig. Sie legen ihre Beitragshöhe je nach der Finanzlage selbst fest. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung werden durch Beiträge und öffentliche Zuschüsse finanziert. In der Volkskrankenversicherung wird die Hälfte der Leistungskosten durch öffentliche Zuschüsse finanziert. Die Aufwendungen der Krankenversicherung für alte Menschen werden nicht nur durch Beiträge und öffentliche Zuschüsse gedeckt, sondern auch mit Mitteln aus der Arbeitnehmer- und Volkskrankenversicherung. Darüber hinaus findet ein finanzieller Ausgleich der Altersstruktur-Unterschiede (Altersgruppe der 65- bis 75-Jährigen) in der Arbeitnehmer- und Volkskrankenversicherung statt.

Auch in der medizinischen Versorgung unterscheiden sich Deutschland und Japan. In Japan sind zum Beispiel die Aufgaben der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhäuser nicht klar voneinander abgegrenzt. Krankenhäuser in Japan übernehmen auch ambulante Behandlungen. Versicherte können frei zwischen einem niedergelassenen Arzt oder einem Krankenhaus wählen, wenn sie eine Behandlung benötigen. Sie können ohne Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt in einem Krankenhaus behandelt werden. Sie können im Krankheitsfall von Anfang an ein Krankenhaus aufsuchen und sich dort gegebenenfalls anschließend stationär behandeln lassen. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus können Patienten dort ambulant behandelt werden.

Mit dem demografischen Wandel steigen die Kosten. Die japanische Krankenversicherung steht vor ähnlichen Herausforderungen wie die deutsche. Dazu zählt vor allem der demografische Wandel. Infolge des Rückgangs der Geburtenrate und der Steigerung der Lebenserwartung werden voraussichtlich 32 Prozent der japanischen Bevölkerung im Jahr 2030 über 65 Jahre alt sein (siehe Abbildung „Japan und Deutschland altern parallel“ auf Seite 33). Die Altersstruktur wirkt sich stark auf die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung