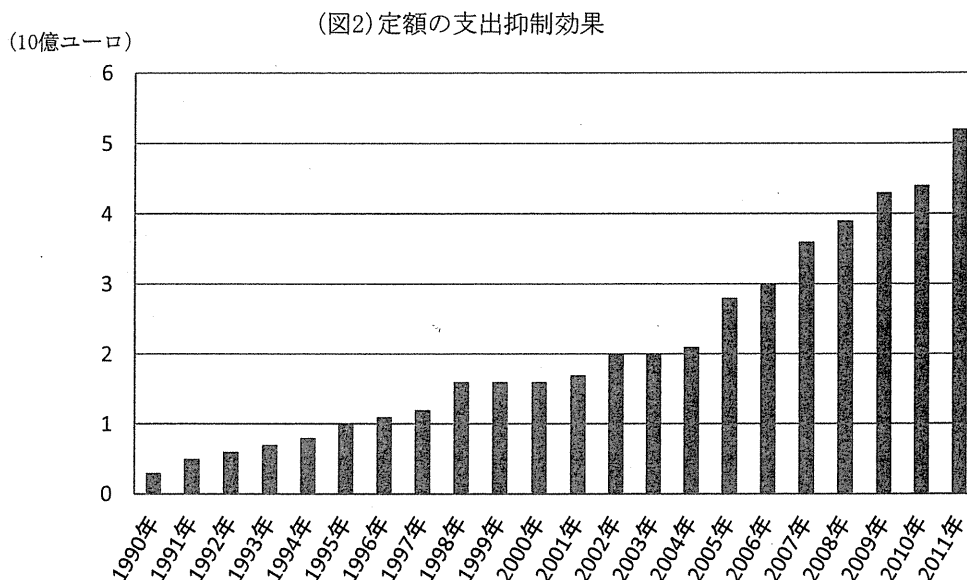


50 台に低下しており<sup>49</sup>、定額が対象薬剤の価格の抑制に大きな効果を発揮していることがわかる。定額が医療保険にもたらす支出抑制効果も、年々拡大し、2011 年では 52 億ユーロに達している（図 2）。



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>49</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の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。

2011 年 1 月 1 日現在、159 の薬剤グループに属する約 6,700 の薬剤が、定額よりも 30%以上低い価格であるために被保険者一部負担の免除対象とされている (GKV-Spitzenverband, 2011 : 65)。

<sup>49</sup> Coca, Schröder (2012 : Abbildung 4.3) による。

## 4. 製薬企業による値引き

### (1) 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、前述の薬局による値引きと並んで、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。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<sup>50</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>51</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>52</sup>。

連邦保健省は、毎年、経済情勢及び薬剤価格の値引きが医療保険に及ぼす影響に照らして、これらの値引きを継続する必要性を審査しなければならないこととされている。その結果、値引きが適当でないとは判断される場合には、値引きの廃止又は値引き幅の縮小を行わなければならない<sup>53</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<sup>54</sup>。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

<sup>50</sup>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>51</sup> Bundestagsdrucksache 17/2170, S. 36.

<sup>52</sup> Bundestagsdrucksache 17/2170, S. 36.

<sup>53</sup> 2012年2月1日付けの連邦保健省告示（Bekanntmachung zur Überprüfung des Preisemoratoriums und der gesetzlichen Herstellerabschläge nach § 130a Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 1. Februar 2012, eBAnz AT17 2012 B1）によると、法律の基準に基づく審査の結果、景気の不確かさ、医療保険の支出増加見込みから、医療保険の財政的な安定を確保するための値引きの継続が正当なものと判断された。

<sup>54</sup> 2007年1月以降に引き渡し価格が引き下げられた場合には、引き渡し価格の引下げ幅に相当する額だけ値引き額が減額される。一方、36月以内に引き渡し価格が引き上げられた場合には、引き渡し価格の引上げ幅に相当する額だけ値引き額が増額される。

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>55</sup>。なお、定額よりも30%以上低い価格の薬剤に対しては、この値引きの規定は適用されない。これは、前述の被保険者一部負担の免除と同様、ジェネリックを製造・販売する製薬企業に対して引き渡し価格を引き下げるインセンティブを与えるものと考えられる。

公的医療保険の被保険者となっていない者に対しては、2009年1月以降、民間医療保険との契約締結義務が導入された<sup>56</sup>。この契約締結義務の導入により、立法者は民間医療保険に対して財政的に過重な負担をかけないことにも責任を負うことになった（B MAS, 2012 : 262）。これに対応して、2011年から、製薬企業は民間医療保険に対しても値引きを行うことが法律により義務づけられた。この値引きは、民間保険の支出を年間約2.1億ユーロ軽減する効果を持つ。

## (2) 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。これによって、疾病金庫と製薬企業との関係においては、製薬企業の引き渡し価格に基づく薬剤の価格は「上限価格」になったといえることができる。

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<sup>57</sup>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）。この場合に、薬局は処方された薬剤と効果の強さや量が同一で、同じ適用分野について許可され、同じ又は代替可能な形状のものを支給しなければならない。ただし、当該患者の疾病金庫に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される。このため、製薬企業は、値引き契約を締結することにより他の製薬企業との競争において特別の地位を確保することが可能となる。このことは、製薬企業にとって値引き契約を締結することを魅力なものとしている。

<sup>55</sup> Bundestagsdrucksache 17/1297, S. 51.

<sup>56</sup> 民間医療保険との契約締結義務の導入に関しては、松本（2012 : 106）を参照されたい。

<sup>57</sup> GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. 3. 2007, BGBl. I S. 378.

値引き契約の対象は、特許権保護の対象となっていない有効成分を有する薬剤に限られるわけではない。しかし、実際には今のところ特許権保護の対象となっている薬剤に対する値引き契約の適用は広がっていない。その理由は、医療保険による現行の費用償還システムにおいては、特許権保護の対象となっている薬剤の生産者には基本的に値引き契約を締結するインセンティブは存在しないためである。

実際に、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。2007年7月時点では、合計で172の疾病金庫が53の製薬企業と17,997製品に関する値引き契約を締結していたが、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、その対象薬剤は33,355製品にまで拡大している。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)。2007年12月時点では、ジェネリックのうち値引き契約の対象であるものの割合が、処方件数では36%、支出額では29%を占めていた<sup>58</sup>。この割合は2011年の平均では処方件数で61%にまで増加している。

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>59</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。値引き契約による支出削減額を被保険者一人あたりでみると、地区疾病金庫 (AOK) では28.12ユーロであるのに対して、同業疾病金庫 (IKK) では13.25ユーロとなっており、疾病金庫による違いがある。このことから、値引き契約による更なる節約の余地が残されているものと考えられる。

## 5. 新たな有効成分を有する薬剤の有用性評価

ジェネリックに関しては、継続的な価格の低下により、存在していた費用節約の余地は相当部分が使い尽くされ、新たな節約の可能性は、特許期間の終了により定額が設定される薬剤が増えることによってのみもたらされるに過ぎないとの見方がある (Cassel, 2011 : 16)。

2009年には、定額の設定されている薬剤に対する支出が2%の減少であったのに対して、定額の設定されていない薬剤に対する支出は8.9%も上昇した。このような大幅な上昇は、とりわけ費用のかかる「特別の薬剤」によるところが大きい。このような「特別の薬剤」としては、例えば、関節リウマチ、多発性硬化症及び癌疾患の治療に用いられる生物製剤やモノクロナール抗体などがあげられる。処方件数に占めるそのような薬剤の割合は2.5%に過ぎないにもかかわらず、医療保険の薬剤支出に占める割合は26%にも達した<sup>60</sup>。このため、費用節約の関心は、これまでは定額制の対象外であった薬剤に向くようになってきた。

<sup>58</sup> Bundestagsdrucksache 16/9284, S. 6.

<sup>59</sup> BMG (2012b : 9) による。

<sup>60</sup> Bundestagsdrucksache 17/2413, S. 1.

デンマークとマルタを除き、他のヨーロッパ諸国では見られないことではあるが、ドイツにおいては薬剤価格に対する直接的な規制が存在しない(Cassel, 2011 : 16-17)<sup>61</sup>。このため、製薬企業は、新たな有効成分を有する薬剤に関して、特許権保護の有効期間においては、競争上の強い立場を利用し、その薬剤の研究開発費用を反映するとともに他国での価格交渉の基準となるだけの価格を設定することができた。

治療不可能な、あるいは、対症療法しかない多くの疾病が存在することから、薬剤治療の進歩には大きな期待が寄せられている。しかしながら、定額が設定されていない、大半は特許権保護の対象となっている薬剤に対しては、費用節約の観点からの批判がある。特に類似薬などの新薬については、頻繁に処方され、多くの費用がかかっているが、確立された標準的治療に比べてさほどの追加的な有用性が存在しないのではないかと疑念が持たれている。

革新的なブレーキシステムの搭載された新車を購入する場合と同じように、もし、患者が自らの好みと支払い能力に応じて新薬を評価し、それに基づいて新薬から得られる追加的な有用性が要求される値段だけの価値があるかどうかを決定することが可能であるならば、費用節約のために公的規制を行うべき根拠は見いだせないであろう。しかし、既存の標準的治療と比較して新薬が有する長所を新薬が許可された直後に評価することは、患者にとっても、医師にとっても困難である。しかも、医療保険においては、患者は薬剤の費用の一部を負担するに過ぎない。このため、新薬の場合に、費用と有用性についての患者自身の評価に基づく需要を通じて、価格や販売量がコントロールされることにはならない。

このため、従来においても、定額が設定されていない薬剤に対しては、疾病金庫連邦中央連合会が「保健医療における質と経済性に関する研究所」による費用・有用性評価に基づき償還価格の上限額を定めることが可能とされていた。このようにして、疾病金庫に対しては、特許権保護の対象となっている薬剤のダイナミックな価格上昇に対抗するための手段が与えられていた。しかしながら、この費用・有用性評価は、薬剤の有効性に関して「根拠に基づく医療」の原則に基づく十分な知見が揃って初めて実施された。それまでの間は、定額が設定されていない薬剤に対しては、製薬企業が定めた引き渡し価格に応じて医療保険による費用償還が行われた。患者の生存率などに関する十分に信頼のおけるデータが揃うには何年もかかることがよくあるため、この仕組みは実際には適用されていなかった(Schwetzer, Becker, 2012b : 533)。

医薬品市場再編法により、この仕組みに替わって、2011年以降新たに販売される薬剤(医療保険による費用償還の対象となる薬剤に限る。)であって新たな有効成分を有するものに対しては、早期の有用性評価が行われることになった。その目的は、新たに許

<sup>61</sup> 他の大部分のヨーロッパ諸国では、費用償還が可能な薬剤全体を対象として国レベルでの価格規制が行われており、その方法としては公定価格の設定が中心となっている。さらに、社会保険との間で価格についての合意を行うことを保険による費用償還の対象とする前提条件としている国も存在する(Coca, Schröder, 2012 : 175)。

可された革新的な薬剤にもできるだけ早期に償還価格の上限を定めることにある。このような薬剤についても、とりあえずは製薬企業が自由に引き渡し価格を定めることが認められる。しかし、今後は、製薬企業が定める価格は1年間しか適用できない。

新たな手続の概要は次のとおりである（表1）。

（表1）新たな有効成分を有する薬剤の償還価格の設定

関係者	製薬企業	共同連邦委員会 IQWiG	共同連邦委員会	疾病金庫連邦中央 連合会、製薬企業	仲裁所
時期	販売開始までに	3か月以内	3か月以内	6か月以内	3か月以内
内容	評価資料の提出	評価の実施	意見聴取 評価の決定  「追加的な有用性が認められない薬剤」 ⇒定額が設定された薬剤のグループに位置づけ	交渉 償還価格の合意  (対象) 「追加的な有用性が認められない薬剤で定額が設定されたグループに位置付けられないもの」及び「追加的な有用性が認められる薬剤」	償還価格の決定

（注）IQWiG は、「保健医療における質と経済性に関する研究所」を意味する。

資料：GKV-Spitzenverband（2011）を基に筆者作成。

まず、製薬企業は、遅くとも薬剤を最初に販売する際には、有用性評価のための資料を共同連邦委員会に提出しなければならない<sup>62</sup>。この資料に基づき、共同連邦委員会が自ら、あるいは同委員会の委託により「保健医療における質と経済性に関する研究所」又は第三者が3か月以内で評価を実施する。この評価の対象となるのは、特に、同じ目的を有する治療と比較した当該薬剤の追加的な有用性の有無、追加的な有用性の種類、大きさ及び対象となる患者グループなどである。

この場合に薬剤の「有用性」とは、特に、健康状態の改善、治療期間の短縮、生存期間の延長、副作用の軽減又は生活の質の改善の観点からみて、患者にとって重要な治療上の効果を意味する。また、「追加的な有用性」とは、有用性のうち、目的に関して同等の治療が有する有用性を質的又は量的に上回る部分をいう。

追加的な有用性の大きさは、社会法典第5編に基づく薬剤有用性評価規則<sup>63</sup>が定める

<sup>62</sup> この資料には、許可された使用範囲、医学的な有用性、同様の目的を有する治療と比較した医学的な追加的な有用性、治療上有意な追加的な有用性が存在する患者及び患者グループの数、医療保険に生じる治療コスト、質が確保された使用の条件などに関する情報が含まれる。

<sup>63</sup> Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung vom 28. 12. 2010, BGBl. I S. 2324.

基準に従い次の6段階に区分される。

- 1)相当の追加的な有用性がある
- 2)少なからぬ追加的な有用性がある
- 3)わずかの追加的な有用性がある
- 4)定量化できない追加的な有用性がある
- 5)追加的な有用性が証明できない
- 6)目的に関して同等の治療よりも有用性が小さい<sup>64</sup>。

共同連邦委員会は、あらかじめ製薬企業の意見を聞いたうえで、評価結果の公表<sup>65</sup>から3か月以内に有用性評価についての決定を行う。評価の結果、「追加的な有用性が認められない薬剤」については、この決定において定額の設定された薬剤のグループのいずれかに位置づけられ、当該グループに適用される定額が医療保険による償還の上限額となる。

一方、「追加的な有用性が認められない薬剤であって、定額が設定された薬剤のグループのいずれにも位置づけられないもの」及び「追加的な有用性が認められる薬剤」については、有用性評価の決定を基に、疾病金庫連邦中央連合会と製薬企業との交渉・合意により<sup>66</sup>製薬企業の引き渡し価格の値引きとしてすべての疾病金庫に対して効力を有する償還価格が定められる。有用性評価の決定が行われてから6か月以内に償還価格についての合意が成立しない場合には、その後3か月以内に仲裁所 (Schiedsstelle) が償還価格を決定する<sup>67</sup>。

したがって、薬剤が最初に販売された時点から遅くとも15か月以内には、仲裁所による償還価格の決定が行われる。ただし、この仲裁所の決定した償還価格は、薬剤が最初に販売された時点から起算して13か月目から遡及適用される<sup>68</sup>。

「追加的な有用性が認められない薬剤であって、定額が設定された薬剤のグループのいずれにも位置づけられないもの」については、同等の目的を有する治療に要する費用の範囲内で償還価格が定められる。一方、「追加的な有用性が認められる薬剤」については、疾病金庫連邦中央連合会及び製薬企業の中央連合会が枠組合意<sup>69</sup>に従い、有用性評価の決定(追加的な有用性の大きさ、患者の数ないしは治療対象となる患者の範囲など)、他のヨーロッパ諸国での価格水準、同等の薬剤による治療費用などを基準として、

<sup>64</sup> 同様のランクづけは、他のEU諸国においても行われている。ドイツの場合のランクづけはフランスの評価システムに依拠して設けられた。なお、他国における薬剤有用性評価に関しては、Zentner, Busse (2011)を参照。

<sup>65</sup> 評価結果はインターネットで公表される。

<sup>66</sup> この交渉のため、製薬企業は、疾病金庫連邦中央連合会に対して、他のヨーロッパ諸国での当該薬剤の販売価格を知らせなければならない。

<sup>67</sup> 仲裁所は、1名の中立的な議長及び2名の中立的な委員並びにそれぞれ2名の疾病金庫連邦中央連合会と製薬企業を代表する委員により構成される。

<sup>68</sup> それまでの間は、製薬企業が定めた引き渡し価格が適用される。

<sup>69</sup> Rahmenvereinbarung nach § 130b Abs. 9 SGB V.

償還価格が定められる<sup>70</sup>。

いずれかの当事者は、有用性評価を再実施し、それに引き続き再交渉を行うことを目的として、償還価格に関する合意及び仲裁所の決定を1年以上の期間経過後に破棄することができる。

個別の疾病金庫又は疾病金庫の連合会は、製薬企業との間で、疾病金庫連邦中央連合会と製薬企業の中央連合会との間で成立した合意又は仲裁所の決定とは異なる合意を行うことができる。これは、個別の交渉・合意を通じて、薬剤支給の質と価格を巡る競争を促進することを狙いとするものではある。しかし、前述の償還価格についての合意又は仲裁所の決定が行われた後において、個別の合意を行うことが当事者にとって魅力的と考えられるような余地が残されていることには、懐疑的な見方がある（Axer, 2012 c : 1136-1137）。

2011年においては、23の「新たな有効成分を有する薬剤」の有用性評価が行われた。この結果は表2のとおりである。

(表2) 有用性評価の結果 (2011年)

少なくとも一つの適用症に少なからぬ追加的な有用性あり	4 薬剤
少なくとも一つの適用症にわずかの追加的な有用性あり	7 薬剤
定量化できない追加的な有用性あり	3 薬剤
評価対象とした全ての適用症に追加的な有用性なし	8 薬剤
疾病金庫に与える影響がわずかであるため評価外	1 薬剤

資料 : Schwabe (2012) を基に筆者作成。

注目されることは、薬剤によって追加的な有用性の大きさには大きな差がみられることである（Schwabe, 2012 : 150）。14の薬剤については、少なくとも一つの適用症に関して追加的な有用性が認められた。これらの薬剤については、その製造業者は目的において同等の治療を上回る償還価格を設定するための交渉に入ることができる。また、1つの薬剤については、疾病金庫の支出に与える影響がわずかであるとして評価外とされ

<sup>70</sup> このようにして償還価格が定められることにより、医療保険には年間20億ユーロの支出削減効果があると推計された。この推計は、スイスよりも18%も高い水準にある対象薬剤の価格がヨーロッパ諸国の平均に合わせられることを前提としていた（Bundestagdrucksache 17/2413, S. 38-39）。これに対しては、製薬企業の連合会は、当初、英国、デンマーク及びオーストリアを引き合いに出して、ドイツの薬剤価格は他の先進国に比べて高いわけではないと主張した。次に、ヨーロッパ諸国の薬剤価格を価格交渉の基準とすることを拒否した。さらに、比較するとしても、経済力が同等のユーロ通貨圏の国を対象とすべきであると主張した（Schwabe, 2012 : 148-149）。この問題に関して、仲裁所は製薬企業側の主張を斥け、ユーロ通貨圏の国にとどまらない15国（ベルギー、デンマーク、フィンランド、フランス、ギリシア、英国、アイルランド、イタリア、オランダ、オーストリア、ポルトガル、スウェーデン、スロバキア、スペイン及びチェコ）を対象として価格の比較を行うべきであると判断を示した。



た。

残りの8つの薬剤については、いずれの適用症に関しても追加的な有用性は認められなかった。このうち4つの薬剤については、この結果を受け、ドイツでの販売又は導入が中止された。他の4つの薬剤のうち1つについては、既存の定額が設定された薬剤のグループに位置づけられた。また、3つについては、目的に関して同等の治療と同じ水準で償還価格を設定するための交渉の対象となる。

## 6. まとめ

以上のように、ドイツにおける薬剤価格の重要な特徴の一つは、製薬企業が引き渡し価格を自由に決定できることであり、もう一つは、価格形成に影響を及ぼすための様々な手段が医療保険制度の中に設けられていることである。

近年の改革では、特に、製薬企業間の競争を通じて薬剤価格が形成される余地を拡大することに重点が置かれてきたといえることができる。しかしながら、薬剤に関する価格規制と競争に関しては、特許権保護の対象となっている薬剤と特許権保護の対象となっていない薬剤との間で大きな違いがみられる。すなわち、製薬企業間の価格競争は、これまでのところ、特許権保護の対象となっていない薬剤に関してのみ効果的なものとなっているに過ぎない (Schweizer, Becker, 2012a : 383)。

医療保険において処方される薬剤の7割はジェネリックである<sup>71</sup>。ジェネリックに関しては、価格競争を通じて価格が低下しており、医療保険の薬剤支給のための支出額に占めるジェネリックの割合（販売価格ベース）は3割に過ぎない。薬剤の価格低下は、まず、定額制の導入により、同じ有効成分又は薬理・治療効果が同等の有効成分を有する薬剤について、医療保険による償還額の統一的な上限額が定められ、製薬企業による価格形成の余地が事実上狭められることによってもたらされた。これと併せて、有効成分が同じ薬剤のなかから、より価格の低いものを支給することが薬局に対して義務づけられたことにより、この価格競争は定着した。さらに、疾病金庫が製薬企業との間で個別の値引き契約を締結することが可能されたことも、ジェネリックの分野での価格競争を促進することに貢献している。

これに対して、特許権保護の対象となっている薬剤に関しては、これまでのところ本来の競争は行われてこなかった (Schweitzer, Becker, 2012a : 382)。特許権保護の対象となっている薬剤に関する競争を作り出すことが難しい理由は、薬剤市場の特殊性にある。医療保険により支給される薬剤に関しては、薬剤を消費する者（患者）、処方する者（医師）及び費用を負担する者（疾病金庫）が分かれている。患者は、通常、薬剤の

<sup>71</sup> ジェネリックに係る処方及び支出に関するこれらのデータは、Albrecht et al (2011 : 7, 8) による。ただし、研究開発医薬品生産者連盟 (Verband forschender Arzneimittelhersteller) の統計 (VfA (2011)) によると、これとは若干異なり、ジェネリックの割合は処方の80%、支出額の45%と、ジェネリックの割合がより高くなっている。

効果とリスクを判断することができず、また、薬剤のための費用の全てを自分で負担するわけではない。このため、価格は需要に対して僅かな影響しか与えず、製薬企業の価格決定に通常の市場メカニズムを通じたコントロールは働かない。医師は、患者一部負担が発生する又は医療保険による経済性のコントロールが行われる限りにおいて、薬剤を処方するに当たってその費用を考慮するに過ぎない。

供給側にも特殊性が存在する。新薬開発には膨大な費用がかかる一方で、それを模倣する費用は非常に小さい。このため、後発品生産者との競争から先発品生産者を保護するために一定期間の特許権保護が設けられている。一方、医療保険における費用抑制の必要性が高まっていることなどから、特許権保護の対象となっている薬剤についても、価格規制が行われるようになってきている。したがって、この規制においては、費用の抑制と研究開発意欲の維持という対立的な課題が解決されなければならない。

特許権保護の対象となっている新薬に対しても、有用性評価に基づき、疾病金庫側と製薬企業との交渉を通じて償還価格を定める仕組みが導入された。これについては、特許権保護の対象となっている新薬に対しても競争的な手続きが導入されたとの評価がある一方で、自由な市場参入や価格形成という市場経済の根本的な仕組みへの重大な介入であるとの批判も存在する。

有用性評価に基づき新薬の償還価格を定める仕組みは、2011年から実施されたばかりであり、それが実際に効果を発揮するかどうかを判断するためには、更なる経験の積み重ねが必要である。この仕組みは、定められた手続きにより、特許保有者に対しても他の財・サービスに係る市場では適用されるが、薬剤に係る市場では適用されない市場の機能を代替しようとするものである。見かけだけ革新的な薬剤を確実に特定し、定額の設定された薬剤のグループに位置づける一方で、真に革新的な薬剤に対してその追加的な有用性に見合った価格をつけることに成功するならば、この手続きは、見かけだけの革新を行うことについての誘因を制限する効果を持つことができると考えられる。しかし、新薬が持つ治療上の改善や医学の進歩に寄与する性質が十分に評価されない危険性がないとは言えない。もし、有用性評価がこのような効果を持つとするならば、特許権保護を空洞化し、研究開発を進める製薬企業の技術革新に向けた意欲を削ぐ恐れがある。

[付記]本稿は、厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「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）の研究成果の一部である。

(引用文献)

- Albrecht M., Bleß H.-H., Brenck A., Haustein R., de Millas Ch., 2011, *Generika in Deutschland: Wettbewerb fördern – Wirtschaftlichkeit stärken*. (<http://www.iges.de>)
- Axer P., 2012a, Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, in : Becker U., Kingreen Th. (Hrsg.), *SGB V*, 3. Auflage, München, 319-326.
- Axer P., 2012b, Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel, in : Becker U., Kingreen Th. (Hrsg.), *SGB V*, 3. Auflage, München, 326-335.
- Axer P., 2012c, Verträge von Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmen, in : Becker U., Kingreen Th. (Hrsg.), *SGB V*, 3. Auflage, München, 1136-1138.
- Bär-Bouyssière B., 2009, Vereinbare und unvereinbare Beihilfe, in: Schwarze J. (Hrsg.), *EU-Kommentar*, 2. Auflage, Baden-Baden, 978-1033.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), 2012, *Übersicht über das Sozialrecht*, 9. Auflage, Nürnberg.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2012a, *Gesetzliche Krankenversicherung. Kennzahlen und Faustformeln*. (<http://www.bmg.bund.de>)
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2012b, *Gesetzliche Krankenversicherung. Vorläufige Rechnungsergebnisse 1. - 4. Quartal 2011*. (<http://www.bmg.bund.de>)
- Cassel D., Arzneimittel-Innovationen im Visier der Kostendämpfungspolitik, 2011, *Gesundheit und Gesellschaft*, Jg. 11, Heft 1, 15-24.
- Coca V., Schröder H., 2012, Ökonomische Aspekte des deutschen Arzneimittelmarkts 2011, in : Schwabe U., Paffrath D. (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report 2012*, Berlin, 167-221.
- Fricke U., Schwabe U., 2012, Neu Arzneimittel 2011, in, Schwabe U., Paffrath D., *Arzneiverordnungs-Report 2012*, Berlin, 43-126.
- GKV-Spitzenverband, 2011, *Geschäftsbericht 2010*, Berlin.
- Hess R., 2011, Die Frühbewertung des Nutzens neu zugelassener Arzneimittel, *Gesundheit und Gesellschaft*, Jg. 11 Heft 1, 8-14.
- Igl G., 2012, Arzneimittel, in : Igl G., Welti F. (Hrsg.), *Gesundheitsrecht*, München, 152-160.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), 2012, *Das IQWiG in Zahlen - 2004 bis 2012*. (<https://www.iqwig.de>)
- Luthe E.-W., Der Pharmarabatt nach § 130a SGB V (Teil 1), *Sozialgerichtbarkeit*, 06/11, 316-321.
- 松本勝明 『ドイツ社会保障論 I —医療保険—』 2003 年、信山社。
- 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』 2012 年、第 4 号 90-110 頁。
- Orlowski U., Wasem J, 2003, *Gesundheitsreform 2004. GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)*, Heidelberg.
- Schulte B., 2008, Pflüge in Europa – Teil 1, *ZFSH/SGB 12/2008*, 707-718.

- Schwabe U., 2012, Nutzenbewertung von Arzneimitteln, in, Schwabe U., Paffrath D.,  
*Arzneiverordnungs-Report 2012*, Berlin, 127-165.
- Schweitzer H., Becker U., 2012a, Preisregulierung und Wettbewerb in der Arzneimittelversorgung  
der gesetzlichen Krankenversicherung (Teil 1), *Wettbewerb in Recht und Praxis*, 4/2012,  
382-388.
- Schweitzer H., Becker U., 2012b, Preisregulierung und Wettbewerb in der Arzneimittelversorgung  
der gesetzlichen Krankenversicherung (Teil 2), *Wettbewerb in Recht und Praxis*, 5/2012,  
533-539.
- Thanner M., Arzneimittelversorgung, im Nagel E. (Hrsg.), 2013, *Das Gesundheitswesen in  
Deutschland*, 5. Auflage, Köln, 191-205.
- Verband forschender Arzneimittelhersteller (VfA), 2011, *Statistics 2011. Die Arzneimittelindustrie in  
Deutschland*. (<http://www.vfa.de>)
- Zentner A., Busse R., 2011, Bewertung von Arzneimitteln — wie gehen andere Länder vor ?,  
*Gesundheit und Gesellschaft*, Jg. 11 Heft 1, 25-34.

## 医療保険の公私関係 —ドイツにおける変化と今後の方向—

松本勝明\*

### 要 約

ドイツにおいて、民間医療保険は、公的医療保険を補完するだけでなく、代替する役割も担っている。公的医療保険と民間医療保険との関係については、公的医療保険に加入していない者に対する民間医療保険の契約締結義務が導入されるなど、近年において様々な見直しが行われている。また、今後の医療保険改革を巡る議論においては、両者の関係を根本的に変更するような提案も行われている。

本稿は、これらの見直しや提案について検討することにより、次のことを明らかにした。全ての者を対象にする国民保険の導入は提案されているが、現在までのところ公私関係に決定的な変化をもたらす改革は行われていない。また、公的医療保険による給付の範囲を縮減し、民間医療保険へ移管することが進んでいるわけではない。むしろ、公的医療保険の中に民間保険的な要素を導入することによりその効果と効率性を高めることが政策の方向となっている。

### I . はじめに

ドイツの公的医療保険 (gesetzliche Krankenversicherung)<sup>1)</sup> は、全ての国民に対して加入義務を課す仕組みにはなっていない。このため、民間医療保険は、公的医療保険を補完するだけでなく、公的医療保険に加入していない者に対して公的医療保険を代替する役割を担っている。公的医療保険と民間医療保険との関係については、2009年に民間医療保険の契約締結義務が導入されるなど、近年、様々な見直しが行われてきている。また、今後の改革を巡る

議論においては、両者の関係を根本的に変更するような提案も行われている。

そこで、本稿では、まずドイツの公的医療保険及び民間医療保険の特徴を確認したうえで、公的医療保険の被保険者の範囲の拡大や給付の縮減、公的医療保険における選択と競争の拡大、民間医療保険への公的関与の拡大など、医療保険の公私関係に重要な影響を及ぼす制度改革について検討し、今後の方向について考察する。

\* 北海道大学大学院公共政策学連携研究部 教授

1) 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。

## II. 公的医療保険の特徴

ドイツにおいては、全ての国民に対して公的医療保険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<sup>3)</sup>、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。したがって、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)) 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<sup>4)</sup>。

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<sup>5)</sup>。ただし、任意加入する者は、原則として3か月以内に疾病金庫に届け出なければならない。公的医療保険に加入義務のない自営業者等はすべて公的医療保険への任意加入が可能であるかのように誤解されがちであるが、対象が限定されていることに注意する必要がある。

被保険者の配偶者、パートナー及び子<sup>6)</sup>であって、その収入が限度額<sup>7)</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>8)</sup>。被保険者の親や祖父・祖母は家族被保険者となることができない。したがって、年金受給者となった者は、その子が公的医療保険の被保険者であり、自分の収入が限度額以下であったとしても、家族被保険者となるのではなく、年金受給者として公的医療保険への加入義務が課されることにより被保険者 (本人) となる。2010年では、公的医療保険の被保険者 (本人) は5,137万人で、そのうちの4,691万人は加入義務のある被保険者、446万人が任意加入の被保険者である<sup>9)</sup>。これに家族被保険者 (1,843万人) を加えた公的医療保険の加入者総数は6,980万人となっている。

公的医療保険の被保険者は、労使により自主的

2) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch vom 20. 12. 1988, Bundesgesetzblatt (BGBl.) I S. 2477.

3) 被用者には、ブルーカラー (Arbeiter) 及びホワイトカラー (Angestellte) が含まれる。

4) 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。この年間労働報酬限度が存在することにより、被用者に関しては公的医療保険と民間医療保険の共存が可能となっている。このため、年間労働報酬限度は「和平境界線 (Friedensgrenze)」とも呼ばれている。2011年における年間労働報酬限度は年49,500ユーロとなっている。

5) ただし、ドイツ国内で初めて就労を開始し、収入が年間労働報酬限度を超えるために公的医療保険への加入義務がない者については、公的医療保険の被保険者期間にかかわらず、任意加入が認められる。

6) 学校教育を受けている場合などには25歳未満の子、就業していない場合などには23歳未満の子、その他の場合には18歳未満の子が対象となる。ただし、その子が自ら生計を維持することが困難な障害者である場合には、年齢による制限はない。

7) この限度額は2011年で月額365ユーロとなっている。

8) 家族被保険者である子の子も、要件を満たす場合には家族被保険者となる。

9) BMG (2011a:8.14) による。

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。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。疾病金庫の数は1992年には全国で1,223であったが、2011年には156にまで減少している<sup>10)</sup>。この変化の背景には、1996年に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により、被保険者の獲得を巡って疾病金庫間での競争が行われていることがある。

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>11)</sup>・補助具 (Hilfsmittel)<sup>12)</sup>の支給、外来歯科診療、歯科補綴<sup>13)</sup>、傷病手当金などが含まれる。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 (Hausarzt) による診療を受けることは義務づけられておらず、自ら選んだ保険医 (Vertragsarzt)<sup>14)</sup>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 (Facharzt) にかかることも可能である。病院は一般的な外来診療を行っておらず、入院は開業医である保険医の指示に基づき行われる。

公的医療保険において保険医が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 (点数) は統一評価基準 (Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM))<sup>15)</sup>において定められている。EBMは、医学及び医療技術の進歩に応じて改定される。一方、入院療養に関する給付は、診断群 (DRG) に基づく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。被保険者が医療給付を受けた場合の自己負担は、歯科補綴の給付を除き、日本よりも低い水準にとどめられている。

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。公的医療保険に対しては、農業者疾病金庫の場合を除き、つい最近までは国庫補助は行われてこなかった。しかし、2004年以降は、保険料率の上昇を抑えるため、「保険になじまない給付 (versicherungsfremde Leistung)」に対する国庫補助が行われている<sup>16)</sup>。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。従来、被用者に係る保険料は労使折半負担とされていた。しかし、2005年7月以降は、保険料の使用負担分の増加による労働コストの上昇を抑制する観点から、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

10) BMG (2011a: 8.4) による。

11) 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。

12) 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。

13) 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。

14) 保険医は保険医協会 (Kassenärztliche Vereinigung) の認可を受けた開業医 (家庭医及び専門医) であり、公的医療保険による外来医科診療を担当する。

15) 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。

16) 「保険になじまない給付」に対する国庫補助の額は、2004年には10億ユーロであったが、2010年には157億ユーロにまで増額されている。2010年においてこの国庫補助が公的医療保険の収入総額に占める割合は8.9%となっている (BMG, 2011b: 1)。

ドイツ連邦政府の「経済発展の評価に関する専門家委員会」によれば、医療保険における疾病のリスクが高い被保険者と低い被保険者の間の調整に役立たない又は保険の目的に適合しない給付及び再分配は「保険になじまない」とされる (SVR, 2005: 346)。医療保険における「保険になじまない要素」の太宗を占めているのは、保険料を負担することなしに給付を受けることができる家族被保険者に関するものである。このほかに、妊娠・出産に関する給付、一部負担の免除などがあげられる。その総額は2003年で450億ユーロと算定される。このような「保険になじまない要素」は、本来は社会保険ではなく公的主体が果たすべき一般的な責務に対応したものと考えられる。したがって、それに対応した社会保険の支出は、社会保険料ではなく、公的主体の財政により、つまり税により負担されるべきであるとされる。

「保険になじまない要素」の詳細については、松本 (2012) を参照されたい。

されている。このため、現在では、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。追加保険料は各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。これにより、被保険者は、平均追加保険料<sup>17)</sup>が自分の保険料算定基礎となる収入の2%を超える場合には、当該超過額について税による補填を受けることができる。

このように、公的医療保険においては、基本的に各被保険者の負担能力（収入）に応じて保険料が徴収される。このため、被保険者の健康

状態、年齢、性別及び家族の数は保険料額に影響を与えない。一方、給付は、医学的に確定され、法律の規定により範囲が定められたニーズに応じたものとなっている。このような仕組みを通じて、公的医療保険においては、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、家族の数の多い者と少ない者との間での調整（再分配）が行われている。公的医療保険は、このような意味における連帯に基づく制度となっている。

公的医療保険における保険料率の上昇は、支出の増加よりも、むしろ、収入面での構造的な問題に原因があると考えられている。過去30年間をみると医療保険支出のGDP比はさほど変わりがないのに、保険料率算定の基礎となる被保険者の収入の伸びはGDPの伸びよりも低い水準にとどまっている。したがって、持続可能で安定的な医療保険財政を確立するためには、その収入が経済成長と歩調を合わせて増加するような基盤を作り上げることが重要な課題と認識されている。

### Ⅲ. 民間医療保険の特徴

ドイツでは、既に19世紀の末に、公的医療保険の対象にならない者が病気になった場合に備えるための私的契約に基づく保険が民間会社から販売された（Nagel, 2007: 113）。1901年には、民間医療保険が新たに設立された帝国民間保険監督庁（Kaiserliches Aufsichtsamt für Privatversicherung）の監督を受けるようになり、1920年代には民間医療保険の保険者団体が設立された。第二次世界大戦後、東ドイツでは民間医療保険会社が禁止されたが、西ドイツでは

戦後間もなく保険者団体が設立され、民間医療保険は今日に至るまで発展を遂げてきた。この間、特に1960年代には、被用者の公的医療保険への加入義務に係る報酬の限度が何度も恣意的に引き上げられた（Uleer, 2002: 768）。この結果、1965年から1973年の間には、210万人が民間医療保険から公的医療保険へと移動した。1971年からは年間労働報酬限度が毎年のグロス賃金の伸びに応じて引き上げられることになった。1975年以降、民間医療保険（代

17) 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。

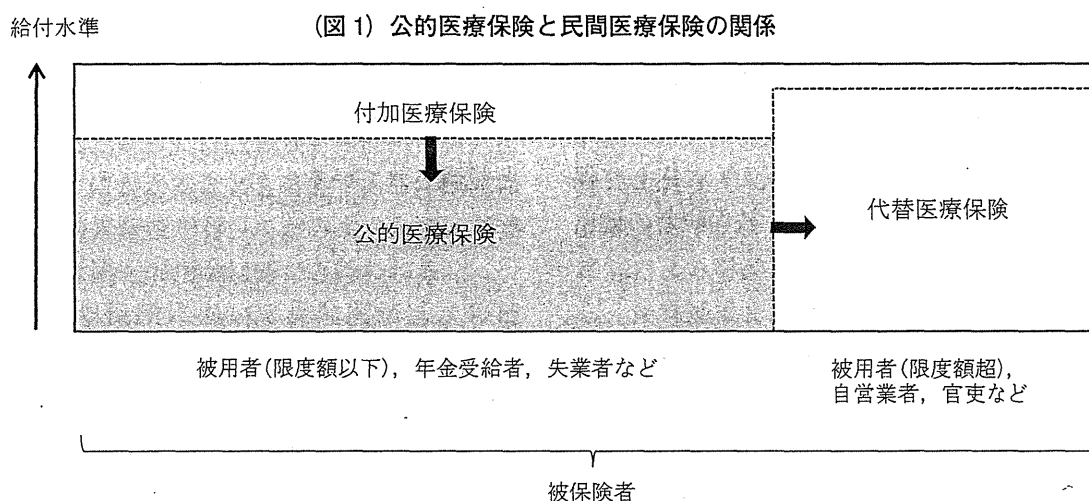


替医療保険)の加入者はようやく増加に転じ、1975年の約420万人から1996年には従来の水準である700万人にまで回復し、その後も増加を続けている。

民間医療保険は代替医療保険(substitutive Krankenversicherung)<sup>18)</sup>と付加医療保険(Krankenzusatzversicherung)に大別される。公的医療保険の加入者でない者は、保険会社と疾病費用保険(医療保険)の契約を締結することが義務づけられている。公的医療保険に代わるこのような民間医療保険を代替医療保険という(図1)。代替医療保険の加入者となるのは、自営業者、官吏及び年間労働報酬限度を超える収入がある被用者などである。公的医療保険への加入義務がなく、かつ、公的医療保険への任意

加入が可能な者は、3か月の届出期間内においては、公的医療保険への加入と代替医療保険への加入を選択する権利を有する。したがって、被用者で当初は公的医療保険への加入義務があった者が、その後に収入が増加したために加入義務がなくなる場合や自営業になる場合には、このような選択権が発生する<sup>19)</sup>。公的医療保険の場合とは異なり、代替医療保険には保険料負担義務のない家族被保険者の仕組みは存在しない。したがって、公的医療保険の場合には家族被保険者となる者も、代替医療保険の場合には保険料を支払わなければならない。

保険会社は、代替医療保険のほかに、日本でも見られるように、公的医療保険を補完する民間医療保険である付加医療保険を提供してい



(注) 矢印は境界線変更の可能性がある方向を示している。  
筆者作成。

る。付加医療保険は、公的医療保険の加入者を対象に治療費用のうち公的医療保険ではカバーされない費用などを補填する。多くの国で民間医療保険は公的医療保険を補完するものに限られており(von Maydell, 2005: 585)、それと併

せて公的医療保険を代替する民間医療保険が提供されていることは、ドイツにおける医療保険の公私関係に関する最も重要な特徴の一つとなっている<sup>20)</sup>。

18) 代替医療保険は、「フルの医療保険(Krankenvollversicherung)」とも呼ばれる。

19) 代替医療保険を選択した場合には、収入が年間労働報酬限度以下になるか、失業者にならなければ、公的医療保険に戻ることはできない。

20) オランダにおいても、公的医療保険を代替する民間医療保険がみられたが、2006年の改正により全居住者に公的医療保険への加入義務が課されたことにより存在しなくなった。

### Ⅲ－1. 代替医療保険

代替医療保険に加入している者のうち、およそ半分は官吏及びその家族である。次に多くを占めているのは自営業者であり、収入が年間労働報酬限度を超えている被用者は代替医療保険の被保険者の1/8にとどまっている（PKV, 2012a: 17）。

公的医療保険による給付の範囲及び水準が法律により一律に定められているのに対して、代替医療保険の給付の範囲及び水準は、保険料率表（タリフ（Tarif））及び「タリフの条件（Tarifbedingung）」により定められる。このため、各保険会社からは、給付の範囲及び水準が異なる複数の保険商品が販売されている。一般的には、代替医療保険による給付の範囲及び水準は公的医療保険よりも広くかつ高いものとなっている。加入希望者はこれらの保険商品の中から自分のニーズや好みに合ったものを選択することができる。

選択可能な保険商品は具体的には次のようなものである。A社は、対象者を特定しない代替医療保険として、給付の範囲及び水準の異なる3種類の保険を販売している。これらの保険は、例えば歯科補綴の費用の償還率（65%、75%及び85%）及び入院できる病室（多床室、2人部屋及び1～2人部屋）において違いがある。さらに、免責額についてもいくつかの選択肢が用意されており、最も給付内容が充実した保険（歯科補綴の償還率が85%で、入院できる病室が1～2人部屋）は、免責額として保険による償還額の10%（最高年間500ユーロ）又は年間3,000ユーロのいずれかを選択することができる。

加入希望者は、保険会社と契約を締結することにより保険に加入することができる。後述する基本タリフに基づく保険の場合を除き、保険会社には加入希望者との間で保険契約を締結する義務はない。したがって、保険会社は、加入

希望者のリスクが大きすぎると思われる場合には、保険契約の締結を拒み、あるいは、加入希望者と当該リスクに見合った保険料の加算（リスク加算（Risikozuschlag））や特定の疾病に対する給付の除外について合意することができる。

代替医療保険の保険料は、各被保険者のリスクに応じたものとなっており、契約締結の際の被保険者の年齢及び性別に基づき算定される。また、いずれの保険商品及び免責額を選択するかが保険料の額に影響を及ぼす。保険料額は原則として変更しないこととされており、保険会社は、契約締結後に当該被保険者の健康上のリスクが高くなったことを理由に保険料を引き上げることや契約を解除することはできない。保険料の引き上げが認められるのは、平均寿命の伸長やそれまでに予測できなかった相当の支出の増加など、各被保険者の個別の事情を超えた一般的な情勢の変化による場合に限られる。

代替医療保険においては、法律の規定に基づき、各被保険者について生涯にわたり必要となると考えられる標準的な費用を前提とした高齢化引当金（Alterungsrückstellung）を積み立てることが義務づけられている。このため、保険料は所要の高齢化引当金を積み立てるための費用を含めた水準に設定される。高齢化引当金は、被保険者が高齢となりより多くの医療費がかかることに備えるものである。このように、保険料は被保険者期間全体を見通して算定されるため、若年期には実際の支出を上回り、高齢期には実際の支出を下回る水準となる（図2）。

被用者であって、その収入が年間労働報酬限度を超えるために公的医療保険への加入義務がなく、代替医療保険<sup>21)</sup>に加入している者は、事業者から保険料補助（Beitragszuschuss）を受けることができる<sup>22)</sup>。その額は、当該被用者が公的医療保険の加入者であったとすれば事業主が負担する保険料の額に相当する。ただし、

21) この場合の代替医療保険において、加入者は公的医療保険の場合と同じ種類の給付が受けられることが条件となる。

22) このような被用者は、公的医療保険に任意加入する場合にも、事業主から同様の保険料補助を受けられることができる。

保険料補助の額は代替医療保険に支払うべき保険料の半額を超えることはできない。

代替医療保険の給付は、現物給付ではなく、費用償還の形態により行われる。すなわち、医師は患者と間の診療契約に基づき診療を行う。患者はその報酬を医師に対して支払い、保険会社が保険契約に基づき患者にその費用を償還する。医師による診療に対する報酬は、公的医療保険の場合に用いられる前述のEBMではなく、連邦医師令<sup>23)</sup>第11条の規定に基づく法規命令である医師報酬規定(GOÄ)<sup>24)</sup>に基づき算定される。GOÄにおいては、医師が行う給付の種類ごとに報酬点数が定められている。報酬点数に一点単価(5.82873セント)を乗じて得た額が各給付の報酬単位となる。医師への報酬額は、報酬単位に一定範囲の倍率を乗じて得た額とされている。代替医療保険による費用償還額の算定に当たっては、保険商品により異なる倍率が適用される。例えば、前述のA社による3種類の保険においては、それぞれ2.3倍、3.5倍及び「医学的に必要性が認められる場合には

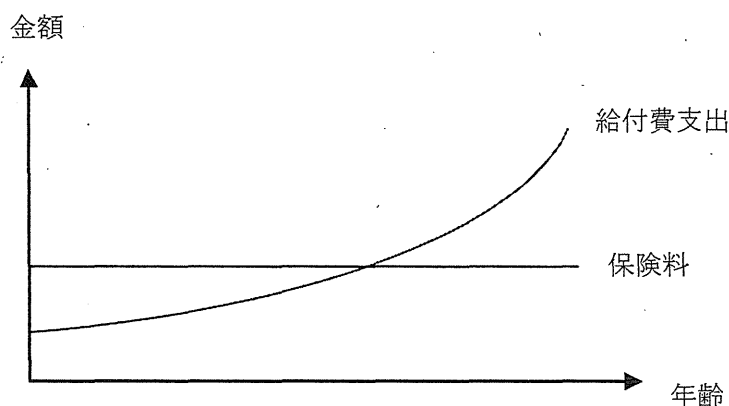
3.5倍を超える」倍率が適用されている。

同じ内容の診療を行った場合でも、一般的に、医師の報酬額は、代替医療保険の方が公的医療保険よりも高い。民間医療保険連盟(Verband der privaten Krankenversicherung)<sup>25)</sup>による試算では、例えば、がんの疑いがあり、骨盤のMRI検査を行った場合に算定される医師の報酬は、代替医療保険では公的医療保険の3倍程度になる(PKV, 2012a:6)。

### Ⅲ-2. 付加医療保険

付加医療保険に関する契約は分野ごとに行われる。ただし、保険会社によって提供している付加医療保険の分野には違いがある。代替医療保険の被保険者を含め、原則として全ての者が付加医療保険に加入することができる。付加医療保険の保険料は、選択する給付の内容と、被保険者の加入時の年齢、性別及び健康状態に応じて算定される。付加医療保険の主な分野は次のとおりである。

(図2) 代替医療保険の保険料と給付費支出の関係



(資料) PKV (2012a)を基に筆者作成。

23) Bundesärztereordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. 4. 1987, BGBl. I S. 1218.

24) Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. 2. 1996, BGBl. I S. 210.

25) 民間医療保険連盟は民間医療保険と保険会社の利害を代表する組織である。同連盟に加盟しているのは、2010年現在で24の株式会社及び19の相互保険協会(Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit)であり、民間医療保険市場の大部分は連盟加入の保険者で占められている。

(1) 病院付加保険

(Krankenhauszusatzversicherung)

公的医療保険の被保険者が入院する場合には、通常、多床室に滞在し、病院に勤務する医師による診療を受ける。病院付加保険では、一人部屋又は二人部屋に入院した場合の差額や医長 (Chefarzt)<sup>26)</sup>の診療を受けるための費用が負担される。さらに、患者が開業医によって指示された病院ではなく、自らの希望でより多くの費用がかかる大学病院などに入院する場合には、追加的に必要になる費用もカバーされるような契約内容とすることも可能である。

(2) 病院給付金保険

(Krankenhaustagegeldversicherung)

この保険では、入院した場合にあらかじめ定められた一日当たり定額の給付金が支払われる。この給付金は、公的医療保険の一部負担金（一暦年当たり28日まで入院1日当たり10ユーロ）の支払い、電話代、家族が病院に来るための交通費、入院中の家事援助者にかかる費用などのために使われることが想定されている。病院付加保険の給付とは異なり、被保険者はこの給付金の用途を自由に決定することができる。

(3) 傷病給付金保険

(Krankentagegeldversicherung)

傷病給付金は、疾病又は事故の結果として労働不能となることにより収入が減少することに対応するものである。したがって、この保険の対象者は労働収入のある者に限られる。被用者が傷病により労働不能となった場合、事業主は通常6か月間は賃金を継続して支払う義務がある。この期間が経過した後は、公的医療保険に

よる傷病手当金が支払われる。しかしながら、傷病手当金の額はグロス収入の70%（ただし、ネット収入の90%以下）とされている。このため、平均的な傷病手当金の額はグロス収入の60%程度の水準となっている（PKV, 2012b:4）。収入が保険料算定限度を超える者の場合には、保険料算定限度がグロス収入とみなされ、これを基にネット収入が算定されるため、実際の収入に対する傷病手当金の割合はさらに小さくなる。傷病給付金保険では、このような実際の収入と公的医療保険による傷病手当金との差額を埋めるために、予め定められた金額の給付金が支給される。ただし、この給付金と公的医療保険の傷病手当金の合計額は、ネット収入と公的年金保険の保険料の合計額を超えることはできない。

なお、自営業者は、傷病により労働不能となった場合に備えて、公的医療保険から傷病手当金を受けられるようそれに対応した保険料を支払うこと、保険会社と傷病給付金保険の契約を締結すること、あるいは、何もしないことを選択することができる。

(4) 外来付加保険

(Ambulante Zusatzversicherung)

外来付加保険は、視力補助具（眼鏡、拡大鏡等）の費用、補聴器の費用、薬剤に係る一部負担金、補助具の費用であって公的医療保険により負担されない部分を対象に、その一定割合又は一定額を負担する。

(5) 歯科補綴付加保険

(Zusatzversicherung für Zahnersatz)

公的医療保険の被保険者が歯科補綴を必要とする場合には、疾病金庫はその費用の50%を負担する。この割合は、当該被保険者が10年

26) 病院内の各部門の長となる医師をいう。大学病院の場合には、教授資格 (Habilitation) を有することが前提となる。