

疾病保険費用抑制法

(西ドイツ)

1977年6月30日に「疾病保険費用抑制法」(Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz)が成立し、7月1日から施行された。この法律は、年々増大する疾病保険の費用を抑制しようとするもので、3月から国会で審議されていた。この法律の成立までには関係者の間や国会内で激しい議論が行われ、とくに保険医団体は強く反対した。しかし、所管官庁である連邦労働省の大PR作戦による世論の喚起、国会での与野党の政治的妥協などにより、保険医団体の反対を押し切ってこの法律は成立した。

この法律の効果については未知数であるが、保険者団体をはじめ関係者の間では大いに期待されている。この法律の重要な点は、(1)医師の診療報酬を平均賃金上昇率に応じて引き上げる、(2)現在ばらばらの契約診療報酬基準を統一する、(3)処方薬剤費の総額を決める、(4)連邦労働大臣が「医療保障制度審議会」を設置し、各界の代表によって診療報酬の引上げ率と薬剤費総額を検討させる、(5)年金受給者疾病保険への年金保険からの財源繰入れを法定の年金支払総額の10.98% (実際には17%) から11%にし、繰入れ保険料でまかなえない費用について疾病金庫間の財政調整を行う、(6)薬剤費の患者一部負担を1剤1マルクとし、義歯、補装具の一部負担を費用の20%とする。また、これまで患者一部負担を免除されていた年金受給者等もこれらの一部負担をする、(7)同一州内で同一種類の疾病金庫間の財政調整を行う、ことである。以下、これらの点についての概要を紹介しよう。

(1) 診療報酬の契約方式の変更

西ドイツにおける開業医(保険医)および病院の診療報酬は、疾病保険の保

険者団体と保険医団体、各疾病金庫と各病院の間で契約される。これまで保険医の診療報酬の契約は、全国疾病金庫連合会と連邦保険医協会の間で基本的事項(引上げを含む)が取り決められ、疾病金庫州連合会と州保険医協会の間で診療報酬総額が決められていた。このたびの法律により、1978年から診療報酬総額の契約にあたっては、(a)関係疾病金庫の被保険者の平均基本賃金上昇率、(b)開業経費、(c)保険医療に費やされた労働時間および医療の種類・範囲を考慮することになった。そしてこの診療報酬引上げ率の決定は、連邦労働大臣が召集する「医療保障制度審議会」(Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen)が行うことになった。審議会の決定は、勧告のかたちで審議会に出席する疾病金庫の代表、保険医の代表および保険歯科医の代表の同意を得なければならない。この勧告は拘束力をもつものではない。もし当事者の同意が得られない場合には、連邦保険医協会、連邦保険歯科医協会と各種の全国疾病金庫連合会の間で話し合うことになっている。各疾病金庫、各保険医および各保険歯科医は、審議会の勧告を尊重しなければならない。

また、これまで診療報酬基準は、連邦保険医協会、連邦保険歯科医協会のそれぞれと、全国疾病金庫連合会、全国企業疾病金庫連合会、全国同業疾病金庫連合会および全国農業疾病金庫連合会のグループとの間で定められた「保険医契約報酬基準」(1971年)、「保険歯科医契約報酬基準」(1962年。1965年大幅改正)、連邦保険医協会と全国職員疾病金庫連合会および全国労働者補充金庫との間で定められた「契約報酬基準」(1963年。1974年大幅改正)、連邦政府が連邦参議院の同意を得て定めた公定の「医師報酬基準」(1965年)(郵便職員、警察職員、職業組合員など一部の者に適用されている)および「歯科医師報酬基準」(1965年)のほか、個別契約による報酬基準などがあり、統一的な報酬基準によって診療報酬の支払が行われていたわけではなかった。これが、法律によりすべての疾病金庫全国連合会と連邦保険医協会、連邦保険歯科医協会は、すべての疾病金庫と保険医、保険歯科医に適用する統一的な「契約報酬基準」を定めなければならなくなった。この報酬基準は共通項目(医療行為)

とその点数を示したものである。各疾病金庫全国連合会は、点数単価については、従来のようにそれぞれ異なる契約をすることができる。統一的な報酬基準は医科診療と歯科診療のそれぞれについて定めるものとし、これらを診療報酬評価委員会（7名の保険医代表と7名の疾病金庫代表で構成）で協定すべきこと、その場合、現在の補充金庫の契約報酬基準を基礎とすべきこととなっている。これに関する法律の規定は、1978年7月1日から施行される。

以上のように診療報酬の契約は、これまでのように当事者間で自由に行うことができなくなった。こうした変更について、疾病保険の保険者は大きな改善として評価し、その効果を期待しているが、連邦保険医協会は、診療報酬の契約は本来当事者間で行うべきものであるのに、政治的妥協の産物としてこのような奇異な方法がとられることになり、当事者がいわゆる少数派となり、あまりよい結果は出ないであろうとの見解をもっている。また、連邦労働省は、新しい方法により適切な診療報酬の引上げを行うようにしたいとの意向をもっている。

(2) 薬剤費の総額契約と薬剤費等の患者一部負担の変更

西ドイツでは医薬分業により、入院外の薬剤は医師の処方に基づきすべて薬局で提供されるが、この保険医（歯科医）の処方する薬剤費の総額を、各州の保険医協会、保険歯科医協会と疾病金庫連合会との間で協定することができることになった。薬剤費の総額の算定にあたっては、(a)薬剤価格の動向、(b)診療件数、(c)関係疾病金庫の被保険者の平均賃金を考慮すべきこととなっている。また、軽微な薬剤・治療用品は処方しないかまたは特定の場合のみ処方するものとし、その薬剤・治療用品の範囲は、連邦医師疾病金庫委員会（既存の委員会）で基本方針を決め、その基本方針に基づいて各疾病金庫が定款に具体的に定めることになった。

処方薬剤はこれまで1処方につきその費用の20%（最高2.50マルク）を患者が負担することになっていたが、これが1剤につき1マルクとなった。したがって、たとえば1処方当たり3剤の処方がしてある場合には患者は3マルクを

負担しなければならない。この患者負担は、児童、妊産婦および戦傷病者の場合には従来どおり免除されるが、年金受給者、重度障害者および傷病手当・経過手当受給者の場合には従来とちがって免除されないことになった。

義歯および補装具については、原則として費用の20%を患者負担とすることになった。

(3) 医療保障制度審議会の設置

連邦労働大臣によって「医療保障制度審議会」が設けられることになった。この審議会の任務は、(a)医療・経済的データの策定、(b)医療保障制度の合理化、効果の促進などについての提案、である。具体的には同審議会は年1回3月31日までに診療報酬総額の引上げ率と薬剤費総額について勧告を行う。この勧告について同審議会内の疾病金庫の代表と保険医、保険歯科医の代表の同意が得られない場合には、疾病金庫の各全国連合会と連邦保険医協会、連邦保険歯科医協会がこの勧告について話し合わなければならない。審議会の委員は、連邦労働大臣が任命する公的疾病保険の保険者、民間疾病保険の保険者、保険医（歯科医）、病院経営者、薬剤師、薬品業者、労働者、使用者、地方公共団体の各代表から成る。

(4) 年金受給者疾病保険への年金保険からの保険料繰入れの変更と財政調整

年金受給者疾病保険の費用は、当初、原則として80%を年金保険の保険者が負担し、残りの20%を疾病金庫が負担することになっていたが、1969年以降年金保険の保険者の負担分は、年金支払総額の10.98%とされたため、年金支払総額の伸びを疾病保険の費用の伸びが上回ったことにより、疾病金庫の著しい負担増が生じている。すなわち、疾病金庫の負担は1968年に費用の20%であったが、1975年には40%になっており、このままでいくと1978年までには50~75%に達するとみられている。年金保険の保険者の負担分も当初は法定の年金支払総額の10.98%であったが、その後これにプラスして追加繰入れが行われるようになり、最近では事実上年金支払総額の17%となっている。それでもこのように疾病金庫の負担は増大してきている。また、各疾病金庫間に年金受給者

の占める割合のちがいによる負担の不公平が生じている。費用の20%までは負担調整が行われているが、それを越えた部分については調整がなされていないため、著しい不公平が生じている。10.98%という数値は、1968年における年金保険の負担額の年金支払総額に対する比率（実績値）で、その負担額が費用の80%に相当したことから用いられるようになった。

こうした状況から、「疾病保険費用抑制法」では、(1)年金受給者疾病保険の費用にあてるため一般被保険者から徴収する連帯保険料の料率を1.1%から、2.2%に引上げる、(2)年金保険の保険者が負担する費用は、年金支払総額の11%（任意加入者等に対する補助金を含めて11.7%）とする。そしてこの11%の繰入れ保険料率を疾病保険の平均保険料率の上昇に合わせて引き上げる必要があるかどうか、3年ごとに検討する（1976年における疾病保険の平均保険料率は11.3%）、(3)1978年7月1日以降新規に年金を申請する者については、最初の就職の時点（ただし1950年1月1日以前）から年金申請の時点までに半分以上の期間疾病保険に加入していた場合に限り、保険料の徴収をしない。その他の場合は任意加入とし、所得に応じて完全保険料を支払うものとする。ただし、実際に支払う保険料を超えない範囲において、年金保険の保険者からその者の年金額の11%相当額を補助する（保険料補助）、(4)地区疾病金庫、同業疾病金庫、企業疾病金庫および補充疾病金庫の間で、年金保険者からの繰入れ保険料でまかなわれない費用について、完全な負担調整を行う（財政調整）ことが定められ、年金受給者疾病保険の新しい財政対策が実施されることになった。これにより、各疾病金庫間の負担の格差は解消されるが、疾病金庫の負担する費用は任意加入者から保険料を徴収するとしても減ることはなく、さらに増大するとみられる。年金保険の保険者が負担する費用を年金支払総額の11%としたのは（実際は17%を負担しているのに）、最近とくに年金保険財政の状況が悪くなってきたためである。

(5) 一定範囲内での疾病金庫間の財政調整

個々の疾病金庫の特別の負担を調整するために、同一州内において同じ種類

の疾病金庫間で財政調整を行うことになった。この財政調整は、被保険者の保険料算定報酬に対する支出の割合（所要財源率）がその州の疾病金庫の平均所要財源率より5%を超えて高い場合に、疾病金庫州連合会によって行うことができる。

(6) その他の措置

以上のほかに、疾病保険費用抑制法は被扶養者の制限を規定している。すなわち、被扶養者の所得が一定額（1977年は月額370マルク＝約44,000円）を超える場合には、被扶養者として認定されないことになった。また、病院財政改革法（1972年）をできるだけ早い機会に見直すべきことが規定された。

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Eine stabile Rentenversicherung und eine gesunde Krankenversicherung. Übersicht über die soziale Sicherung; April 1977. Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz.

（石本忠義 健保連）