

保健費節約法の成立

(西ドイツ)

保健関係費用節約法 (Gesetz zur Dämpfung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen) は与党連合内や与野党間の激しい折衝の後7月1日からようやく発効することとなった。この法律の目的は疾病金庫の支出が拠出収入より急速には増大しないようにするもので、労相 Ehrenberg の意図は、完全ではないにしても、実現することになったわけである。

年金受給者の疾病保険の費用に対して年金保険から疾病金庫への補助金が制限されたため、疾病金庫は本年約30億マルクの欠損を処置せねばならない。この負担は1978年には70億マルクにも達する。このため拠出を増額するしかないが、金庫連盟では本年末までに1%以上は拠出を上げざるをえないとみており、労相は0.5ないし0.6%とみていたが、連邦参議院で拠出測定限度の上昇を妨げたため、これでは無理とみられる。

法律改正の主要なものは次の点である。

1) 医療報酬の上昇、金庫の医薬品支出の制限について勧告をするため、連邦労相を中心に疾病金庫、民間疾病保険、医師、歯科医、病院、薬局、医薬産業、労働組合、使用者同盟、州、市町村ならびに保健相、経済相が集まって協議し、保健制度の医学上、経済上の指針を定める。

2) この協議で有効な結論の出ないときは、疾病金庫と金庫医が連邦全体についての医療費の上昇の勧告をし、各地域の組合は今後はこの勧告に拘束されるが、個々の金庫の特殊性や地域的差を考慮できるよう、法律で定められている。

これまではライヒ保険法により報酬協定に当って疾病金庫の事情を考慮しな

ければならないことになっていたが、今後は疾病金庫の平均基本賃金額(つまり被保険者の拠出義務のある賃金)、診療費、金庫医の仕事に用いられる時間の予想される推移その他の点を考慮しなければならない。労相が連邦参議院に提出した資料によると、以上のほかさらに医療技術の進歩に伴う処置の高価になったこと、患者の医師への要求の過大化もあげられている。

3) 医師と金庫は毎年医薬品支出の増大に関して報告しなければならない。これでもって医師は医薬品を“経済的に”処方することとなろう。医薬品の最高額の測定に当っては、薬価の推移、処置数、基本賃金の上昇が考慮される。この最高額を超えたときは、個々の医師の処方点検し直される。“不経済な”処置をした医師は責任を問われ、報酬請求を削減されることもある。一定の枠を越えた場合の補償については金庫と金庫医の間で協議するが、実際問題としてこれは極めて困難である。平均から逸脱しているものについては正当な理由がなければならない。

政府は独立の専門家委員会を招集し、医薬品についてリスト (Transparenzlist) を作り、このリストにより医薬品の価格と効果が示される。

4) 被保険者の薬価自己負担が新たに定められ、今後は処方箋毎に1マルクを払うことになる。従来は処方箋毎に20%、最高2マルク半と定められていたのは廃止される。今後はすべての被保険者は、子供を除き、負担しなければならないが、年金受給者の自己負担は大いに問題であろう。

5) 疾病金庫は今後義歯と金冠の費用の80%を負担しなければならない。残りの20%は被保険者が負担する。従来は金庫の負担率はまちまちで、特別な場合被保険者は全部か一部を免除されていたのである。顎整形処置の場合も被保険者は20%負担する。自己負担は1977年は462.50マルクまでで、この額は平均賃金と共に上がる。

6) 金庫が旅費を補償するのは3マルク半以上を要した場合に限られる。少額の場合は被保険者は自分で負担しなければならない。

7) 出産のときはこれまで金庫は50マルク以上を支給していたのが、100マル

クと改められた。

8) 家族の保険給付は今後は比較的少額の収入の者に限られ(1977年月370マルクを限度), 子供も両親に一定の収入のある場合保険給付を除かれる。

9) 母親が入院し, 家庭に8歳以下の子か障害児がいて手伝いを頼まねばならないときは, これまで金庫は世帯扶助を払っていたが, 近くの親類に子供の世話が頼めるときは支給されない。ただし旅費および収入の欠落については金庫は補償する。

10) 療養のための費用は大巾に削減され, 顧問医が認定した場合に限り金庫はその費用を支給する。外国への湯治は特別な場合に限り例外的に補助が出される。

11) 病院については入院前の診断と退院後の治療が許される。つまり患者は病院で, 即座に入院しなければならない場合でなくとも, 診断が受けられ, 退院後も病院で治療を受けられる。これで入院期間が短縮できるわけであるが, このためには患者は開業医から病院を指定されなければならない。

12) 疾病保険の新しい規定として, 例えば看護婦による, 在宅看護が行われることとなった。この結果不必要な入院をしなくてもいいこととなる。

13) 病院の主任医のみならずその他の専門医も通院医療(ambulante ärztliche Versorgung)を, 直接にか, または金庫医の委託で, 行えるようになった。この場合病院はこのような副業的活動で病院の仕事が支障を受けないことを証明しなければならない。開業医がこうして病院で働くこと(Belegärzte)を助成すること, および報酬についてこれらの医師の特殊性を考慮すること, を法律で定めている。

14) 疾病保険における各種の報酬規定は統一する。これは疾病保険で医師の処置を統一的に評価するためであるが, 個々の金庫毎に別々の報酬率を医師と協定することは許される。評価の基準は金庫と金庫医が平等に代表を出す委員会で詳細を定める。

15) 代用金庫(Ersatzkasse)はこれまで非常に独自の立場を保ってきたが,

評価基準を統一するに当っては, 報酬および医薬品最高額の協議について同一歩調をとることとする。

Süddeutsche Zeitung, 1977, 7, 1.

(安積鋭二 国立国会図書館)

