

# 疾病保険費用抑制法の効果

(西ドイツ)

## 1. 保険医の診療報酬の引上げ

西ドイツでは1977年6月に増大する疾病保険の費用を抑制する目的で「疾病保険費用抑制法」が制定されたが、その後この法律に基づき種々の措置がとられてきている。とくにこの法律の最大のねらいである医師の診療報酬の引上げの制限は、関係者のもっとも深い関心事であったが、1978年3月、この法律によって設けられた医療保障制度審議会において診療報酬の引上げ率が検討され、1978年7月1日から5.5%引き上げるよう勧告が出された。5.5%のうち2.5%は診療料金の引上げ、3%は診療件数の増大分である。医療保障制度審議会は、医師、歯科医師、疾病金庫、労働組合、使用者、州、市町村、薬剤師および薬品業者の代表60名から成っており、このほかに処方薬剤費総額についても勧告を出した。その内容は、1978年下期の薬剤費は1977年の薬剤費の $\frac{1}{2}$ より最高3.5%高いものとする、というものである。保険者と保険医の間で交渉が行われ、医科診療については5.5%、歯科診療については6.0%の引上げを行うこと、薬剤費総額については5.5%引き上げることが決まった。

また、医療保障制度審議会は、現在、同法では特別に規定していないが、入院療養費についてもつぎのような趣旨の勧告を出している。すなわち、(1)疾病保険の保険料率の安定化は、病院部門も費用抑制の対象とすることによってのみ可能となる、(2)審議会としては保険料率が一定に抑えられても1978年の疾病保険の収入の伸びが、病院の運営を十分可能にするものであるとみている。病院は医学の進歩に応じた医療供給能力をもち、その使命を果たしうるに十分な収入を得るであろう、(3)個々の病院の入院療養費の設定はこのこととは関係な

く運営費に基づいて行われるべきである、(4)審議会は、州および病院経営者が入院診療の構造的改善のための措置を、1978年においても費用抑制効果のあるようなかたちで実施することを期待する、(5)病院の経営・財政の改善ならびに実際の需要に対する病院サービスの供給の適応は、なるべく早い機会に「病院財政安定法」(1972年に制定)の新しい規定によって行うようにすべきである、というものである。

さらに同審議会は医療保障のその他の部門についても勧告を出しているが、その要点は、(1)とくに治療・補助材料と補てつ・歯冠についての費用は、他の部門の費用増加と同じ範囲内に抑えられるべきである。その際、この部門の料金の引上げが適切な範囲内で行われることが大事である、(2)審議会としては、すべての関係者、疾病保険の被保険者に対し、広く医療費についての認識および健康意識をもつようにPRし、それによって1978年の保険料率の安定化を図りたい。連邦、州および市町村もそのために寄与すべきである、というものである。

医療保障制度審議会の勧告に基づき診療報酬が引き上げられると、1978年において疾病保険が保険医に支払う診療報酬総額は最高4.75%増加する見込みである。また、開業医(保険医)の収入は平均2.5%増加する見込みである。

## 2. 薬剤費の一部負担

一方、疾病保険費用抑制法により1977年7月1日より処方薬剤およびその他の治療材料につき、1剤当たり1マルクの患者負担(それまでは1処方当たり薬剤費の20%で最高2.50マルク=約250円の患者負担)が課せられることになったが、法律で定める者と特定の被保険者およびその家族はこの患者負担を免除されることになっている。後者の範囲については各種の疾病金庫連合会が協議して共通の要領を定めることになっていたが、その後つぎの場合に被保険者およびその家族は患者負担を免除されることがきまった。すなわち、3カ月以上の期間継続して医薬品、包帯または治療材料を必要とする場合で、被保険

者の総収入が月620マルク(約62,000円)を超えない場合である。この収入限度額は家族1人につき185マルク(約18,500円)引き上げられる。もちろん、配偶者の収入も合算される。また、収入がこの限度額を超える場合でも、被保険者またはその家族が特別の負担(たとえば看護費や施設入所費)を負っている場合には免除される。

法律では3つのグループを患者負担の一般免除者としている。すなわち、それらは(1)児童、(2)妊娠中および産後の被保険者、(3)戦争障害者である。これまで患者負担を免除されてきた年金受給者、重度障害者および傷病手当・経過手当の受給者は一般的に免除されない。

このように薬剤等の患者負担をできるだけ広い範囲の者に課し、患者負担の免除の範囲をせばめ、かつ実質的な患者負担の引上げをしたことによってどれほどの効果があるかはまだ明らかでないが、薬剤費等の抑制の一環としてならぬかの効果があるとみられている。しかし、通常の薬剤費の一部負担は一処方当たり2~3マルク(約200~300円)であるので、従来の負担額とあまり変わらない。ただ最高額が従来のように定められていないので心理的効果があるかもしれない。いずれにしても、疾病保険費用抑制法が疾病保険の費用にどのような効果をもたらすかは、早くとも1978年末にならないと明らかにならないであろう。

### 3. 病院財政安定法の改正と入院費の抑制

疾病保険費用抑制法では1972年に制定された「病院財政安定法」をできるだけ早い機会に改正することが定められているが、それをうけて現在改正法が国会に提出されている。同法で改正の必要がうたわれたのは、連邦補助金が大幅に病院建設に導入され、病院の増設や近代化が進んでいるが、反面設備費や人件費のアップ、経営の緩慢などにより経営コストが上昇し、これが入院費増大につながっているため、病院財政安定法を手直しし、経済的効果的な病院サービスをするようにしたいとの意図からである。病院財政安定法の改正法案の要

点は、(1)病院経営者と疾病金庫はこれまでよりもっと計画に関与すべきである、(2)入院療養費の額は、病院経営者と疾病金庫との間で原価計算に基づき、病院のサービス供給力と経済性についての一般的基準を考慮してきめるべきである。そしてそれについて州の同意を必要とする、(3)関係者の自主管理の強化の観点から、各種の疾病金庫連合会とドイツ病院協会は、病院の経済性とサービス供給力についての一般的基準、とくに人件費および物件費についての基準値を策定する任務を負う、(4)医療保障制度審議会は、入院給付についての疾病保険の支出に関しても勧告を行う義務を負う、というものである。この法案は、連邦、州・市町村および社会保険の保険者に直接影響(財政的効果)はないが、長期的視野に立って将来費用増大の抑制に役立つとみられている。

Bundesarbeitsblatt Juni 1978

(石本忠義 健保連)

## 児童のいる家庭に対する 所得維持制度の改革

(イスラエル)

イスラエルでは、これまで、所得維持の5つの領域 — ①税制の児童扶養控除、②国民保険の児童手当、③公的扶助、④低賃金補助金、⑤最低賃金制度 — において、公的な施策が行なわれてきた。これらの領域のそれぞれにおいて、児童のいる低所得家庭の所得を維持し、補足することが試みられた。しかしながら、実際には、これらの家庭の所得を補足するという目的と各種の施策の実際の効果との間に大幅な乖離が生じてきた。政策の調整が欠けているために、しばしば制度の重複および効果の相殺が生じた。

1974年12月、大蔵省は専門家よりなる委員会を任命し、所得維持制度につい