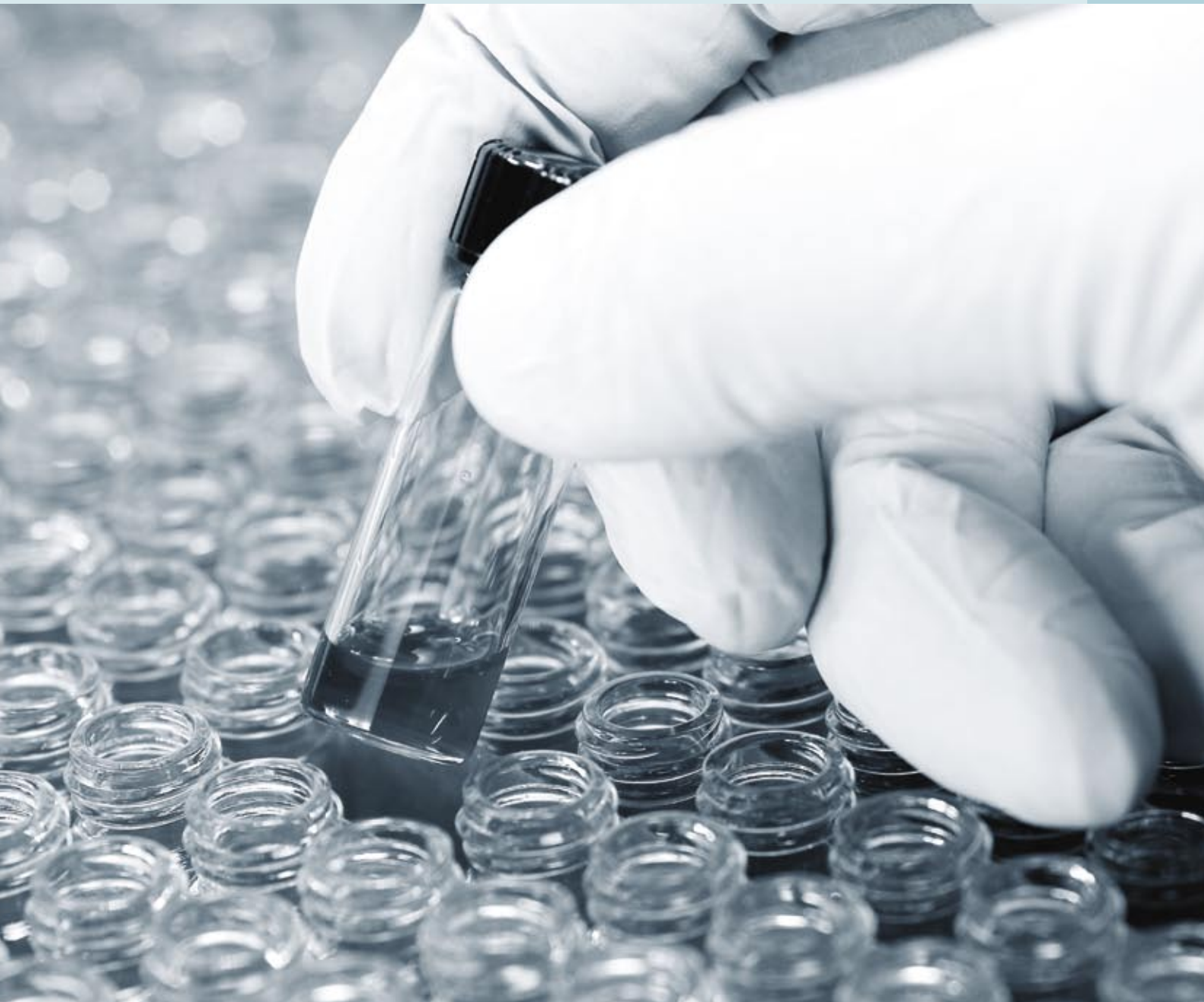
Deutsche Industrie-
und Handelskammer
in Japan
在日ドイツ商工会議所

「日本におけるドイツ年 2005/2006」
開催記念

# Das deutsche Gesundheitssystem

第1部:
急速に進む医療制度改革
－ドイツにおける課題と対策－

第2部:
日本におけるドイツ医療・製薬系企業の
活動報告



Federal Ministry of
Health and Social Security

Deutsche Industrie-
und Handelskammer
in Japan
在日ドイツ商工会議所

Bayer

Boehringer
Ingelheim

Fresenius

SCHERING
making medicine work

SIEMENS

TÜV SÜD
Japan



# 目次 *Inhalt*

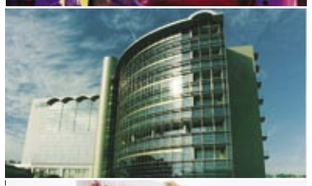
## 第1部


急速に進む医療制度改革
－ドイツにおける課題と対策－
Das Deutsche Gesundheitssystem 4


## 第2部

日本におけるドイツ
医療・製薬系企業の活動報告

バイエル
Bayer 14


ベーリンガーインゲルハイム
Boehringer-Ingelheim 18

フレゼニウス
Fresenius 22

シエーリング
Schering 26

シーメンス
Siemens 30

TÜV Süd 34

# ドイツ医療保障システムに関する概説
# 補償、最近の変化、展開、展望

**作成:**
**Prof. Dr. rer. pol. Gerhard F. Riegl**
**患者リサーチ専攻科学者**
**医療管理調査研究所**
**(アウグスブルク/ドイツ)創設者、研究部長**
**www.prof-riegl.de**
**応用科学大学–スクール・オブ・ビジネス、アウグスブルク**
**© 2005 by Prof. Riegl & Partner GmbH • Germany**

## 1. ドイツの医療保障システム

### 1.1. ドイツ医療保障制度の評価

世間では、また、病院では、健康のために支払う金額は次第に増加しているのに、それ対する補償は次第に減少してきているという国民の嘆きが聞かれる。実際のところ、人は生涯にわたり払い込んだ保険料の80%を死ぬ前の2年間に使う。医療保障システムにおいては、生涯で最も金のかかる日は、我々が死ぬ日である。この数字は「連帯の原則」が何であるかを説明する必要性を示している。また、ドイツ国民の高齢化とともに健康に対する需要もますます増加しているが、それに伴い浮上する資金問題に関しても言及する必要がある。

この事は、2004年に連邦統計局から発行された「ドイツ医療保障制度における年齢別費用の変化」に関する統計によっても裏付けられている。

ドイツの医療費
2002年 - 合計 2,236 億 €

| | | Ø 一人あたりの年間費用 | |
|---|---|---|---|
| 15歳未満 | 125 億 € | 男 | 1,050 € |
| | | 女 | 940 € |
| 15歳～30 歳未満 | 178 億 € | 男 | 900 € |
| | | 女 | 1,620 € |
| 30歳～45歳未満 | 341 億 € | 男 | 1,250 € |
| | | 女 | 2,150 € |
| 45歳～65歳未満 | 633 億 € | 男 | 2,760 € |
| | | 女 | 3,160 € |
| 65歳～85歳未満 | 775 億 € | 男 | 5,830 € |
| | | 女 | 6,250 € |
| 85歳以上 | 186 億 € | 男 | 11,690 € |
| | | 女 | 12,660 € |

出典:2004年連邦統計局

最新の学術研究(Beske 2004)によると、ドイツの医療保障システムは世界最高のシステムの一つに数えられる。しかし同時に、最も高いシステムの一つでもある。

2004年度医療保障支出(出典OECD)
USA　国内総生産の13.9 %、
　　一人あたり4,887 $
スイス　国内総生産の10.9 %、
　　一人あたり3,248 $
ドイツ　国内総生産の10.7 %、
　　一人あたり2,808 $

比較:
日本 国内総生産の7,6 %、一人あたり1,984 $

ドイツの医療保障システムのレベルが高いことは認知されているが、これは、以下の事実によっても裏付けられる。

- 一般的な法的保険に全国民が自由に加入する権利を持つ
- 実質的な待機時間がない(保険給付の統制なし)
- 医師、看護人、病院ベッド数の容量と緊急時対応性は
  平均を上回っている

ドイツは、イタリアとベルギーに次ぎ、世界で最も医師の密度の高い国である。ドイツでは、医師1人に対する患者数は271人である。

「医療保障制度に関しては、ドイツほど完璧な保障計画が整備されている国は世界のどこにもない。ドイツでは、どの患者も時と場所を問わずその需要に適した医療保障を受けられる」
出典: Beske, F.:評判以上のドイツの医療保障制度 (Deutsches Gesundheitswesen besser als sein Ruf)、2004年7月発行「医療保険」169-172頁

欧州連合と医療保障制度
25カ国が加盟する拡大EUは、人口4億5,300万人、医師の数は160万人である。東側加盟国においては、多くの医者の月収は、わずか300～400ユーロである。低い共通レベルへの調和は、ドイツ国民の負担につながる。ドイツのような高いレベルへの適合は、保険給付の非常に大きな移転を意味する。医療保障制度の組織は、新しいEU憲章の構想に基づいても、基本的には加盟各国の独自の管轄下におかれる(欧州共同体条約第152章第5項)。しかし、例えばEUカルテル法やEU域内市場などがあるので、横方向の影響をなくすことはできない。ドイツでは、2011年に初めて、医師の移住に関する制限が完全に撤廃され、医師は自由に移住できるようになる。

優れた医療保障と医学的進歩のおかげで、生命を脅かす病気を克服するドイツ人の数はますます増加している。必然的に、新しい病気にかかる可能性も高くなっている。すなわち、統計学的に見ると罹患率が上昇し、同時に、当然のことながら、医療保障制度が負担する費用も上昇している。

### 1.2. 人口統計学とドイツ医療保障制度

ドイツの人口 8,250万人に関して、人口統計学的な前線は2つある。つまり、ドイツ人の寿命は次第に長くなっているが、生まれてくる子供の数は次第に減少している。一世代の構成を維持するには、女性1人が子供2.1人を生む必要がある。しかし、現在、女性1人が生む子供の数は1.4人にしか達していない。2004年に誕生した子供の数はわずか712,000人で、前年度より3,000人少なく、0.5%の減少となっている。

さらに、2004年度の死亡者数は821,000人で、誕生した人数より死亡した人数の方が110,000人多かった。

作家シルマッハー(Schirrmacher)は、著書「メトセラの陰謀(Das Methusalem-Komplott)」(2004年発行)の中で、以下の数字を提示して、人口統計学的なカタストロフィー、いわゆる「エイジクエイク(Age-Quake)」を予告している。

2004年　ドイツ国民8,250万
2030年　ドイツ国民7,670万
2050年　ドイツ国民6,700万
この数字には移住者数も含まれるが、移住者を含めないとしたら、2050年のドイツの人口は2004年より2,300万人減少するだろう。

出典: Schirrmacher, Frank

「メトセラの陰謀」ミュンヘン、2004年

ドイツ人の年齢構成:
1950年　20歳未満　2,110万人(30.4 %)
　　60歳以上　1,010万人(14.6 %)
2001年　20歳未満　1,730万人(20.9 %)
　　60歳以上　1,990万人(24.1 %)
2050年　20歳未満　1,210万人(16.1 %)
　　60歳以上　2,760万人(36.7 %)

結果的に、2050年には人口統計学的な「老人介護指数」は4倍になる。老人介護指数とは、40歳～60歳の人口100人に対する80歳代の人口総数である。
2004年　12.6 %
2050年　55.0 %

出典: Schirrmacher「メトセラの陰謀」ミュンヘン、2004年

健康産業分野は飛び抜けて巨大な成長市場であり、その成長力は情報技術市場をも凌ぐ。未来学者レオ・ネフィオドフ(Leo Nefiodow)は、著書の中で、ロシアの景気循環研究者であり経済学者であるニコライ・コンドラチェフ(Nikolai Kondratieff)(1926年)の学説に基づき、健康を指向した産業全般で新たな景気上昇の段階が始まっていると述べている。さらに、これは、かつての蒸気機関、鉄道、化学、自動車、情報技術がもたらした経済的な推進に続く6番目のコンドラチェフ・サイクルであるとしている。

出典: Nefiodow, Leo A.「第6コンドラチェフ(Der sechste Kondratieff) 第5版、 セント・アウグスティン、2001年

健康産業分野では、根本的に考え方を改める必要がある。健康保険の支出は、保険損害あるいは財政危機とも見なせるが、それだけでなく、グローバル化する競争社会の社会的繁栄のための経済的な品質サービスを具体化するものであり、また、国民にとって最も重要な生活の質を具体化するものでもある。成人に達した消費者は、啓蒙される事によって学び、年々、自己責任に基づき、自身の購買力を、健康を買う方向へ転換させていくだろう。専門家は、現在、一般的需要の7%が健康関連分野へ移行していると断言する。これには、健康食品、健康に役立つ旅行、健康に関する講習会、フィットネス、ウェルネス、ライフスタイルなどが含まれる。健康は、将来の最も重要な有望な市場のキーファクター(原動力)である。

### 1.3. ドイツ医療保障制度の概要

これまでのドイツ医療保障制度の鉄則としては、以下があげられる。

1. GKVの加入者全員に対する総合的な保険給付
この方式は、二階級医療(医療保障の差別化/二分化)を防止するものである。わずかな金しか持たない人でも、早い時期に死なずにすむ。

2. 経済性の原則
法律に基づき、保険給付は目的に適した十分な内容であり、かつ経済的なものでなければならない。必要以上の給付が行われてはならない(SGB Ⅴ§2第4項)。すなわち、GKVでは豪勢なあるいは贅沢な治療は想定されておらず、医療提供者は償還請求のリスクから解放されている。

3. 自主管理の原則
健康保険事業体、医療提供機関(給付提供機関)、その連合体は、州レベルおよび連邦レベルで、政策審議を代行する自主管理機関(自治機関)を設立している。これに相当するのが、医師会、健康保健医連盟、薬剤師会、薬剤師連盟/協会などである。自主管理機関の基本条件と基盤は、国家の健康政策によって定められている。ドイツでは、自主管理機関は監視を受けるだけで、国家の健康保健業務は行わない。

ドイツ医療保障の将来的な発展のために最も重要で、最も新しい委員会が、「連邦共同委員会(Geminsame Bundesausschuss)G-BA」である。この委員会は「小さな立法機関」とも呼ばれ、GMG 2004に基づき初めて設置された。

4. 連帯の原則
法定の健康保険事業体はそれぞれ、様々に異なる症例を抱えており、それによって負担するリスクも異なる。こうした健康保険事業体間のリスク構造を調整するために、分担金システムが導入されている。このシステムにより、健康保険事業体によるリスク選別(被保険者の選別)を回避する。RSA導入前には、同種の健康保険の保険料には8～16.8%の相違があった。GKVでは、今日に至るまで、世代契約により、職業に従事していない配偶者や子供は無料で保障の対象とすることができる(無料で連帯保険加入が行える)。

雇用者としてドイツ医療保障機関
2002年末の「白い産業(= 健康産業分野)」に従事する従業員数は420万人で、前年度より45,000人増加している(= +1.1 %。これに対し、ドイツの産業界全体の従事者数は –1.4 %)。現在では、健康産業分野に占める職場の数は、全体の9分の1に達している。

現在、最大の雇用者は病院であり、二番目は診療所(Arztpraxen)である。入院施設の従業員数は180万人、外来施設の従業員数は170万人である。

医療機関の従業員の72 %が女性である(産業界全体ではわずか44 %)。

医療保障/健康管理領域は、ドイツ最大のサービス分野の一つであると共にドイツ最大の産業分野の一つであり、さらに、成長市場でもある。なぜなら、この市場の需要は国内総生産以上に急激に増加しているからだ。

出典:Specke, Helmut K.「ドイツの健康産業市場(Der Gesundheitsmarkt in Deutschland)、第3版(完全改訂版)、ベルン、トロント他、2005年

「白い産業」の経済力
医療保障関連の支出は年間2,342億ユーロである(2002年:前年度比+ 3.1 %)。これに、例えば、病気休業補償金や、生業不能者に対する年金のような所得補償金678億ユーロが加算される。

ドイツの公的な医療保障支出は、国民一人につき以下の額となる。

| | |
|---|---|
| 1992年 | 2,020ユーロ |
| 2001年 | 2,760 ユーロ |
| 2002年 | 2,840 ユーロ |

ドイツの医療保障部門における主な費用負担者は、以下である(2002年)。

1. 法定医療保険機関(GKV)
1,333億ユーロ (= 全支出の56.9 %)

2. 民間財政(自己払い給付(Selbstzahlerleistungen)
285億ユーロ(= 12.2 %)
3. 民間医療保険機関(PKV)
197億ユーロ(= 8.4 %)

ドイツの社会保険の分類と収入源(2003年)

2003年、賃金から控除される社会保険料の総計は42.1 %であった。
内訳:

| | |
|---|---|
| 年金保険 | 19.5 % |
| 健康保険 | 14.4 % |
| 介護保険 | 1.7 % |
| 失業保険 | 6.5 % |
| 合計 | 42.1 % |

出典: BMWA/BMGS

これまで、これらの社会保険料の半分は雇用者が負担していた。この保険料率は、99億ユーロの資金量に相当する。改革法GMG 2004に基づき、2005年7月1日から、雇用者は入れ歯と病気休業補償のための保険を単独で引き受けることになる。

保険料には、保険料査定限度額が適用される。法定健康保険(GKV)の場合、保険料率には以下の最大値が適用される。

| | |
|---|---|
| 2004年 | 年収46,350ユーロ |
| | 月収 3,862ユーロ |
| 2005年 | 年収 46,800ユーロ |
| | 月収 3,900ユーロ |

独自の収入を持たない家族構成員(扶養家族)は、§ 10 SGB V に基づき、保険料無料で保障の対象となることができる(連帯被保険者)。健康保険事業体における連帯被保険者の資金調達は、分担金手続きに基づき実施される。

ドイツ健康保障制度における支出の配分(2003年)

| | |
|---|---|
| 病院の保険給付 | 32.4 % |
| 診察/治療 | 16.8 % |
| 薬品 | 16.7 % |
| 歯科治療 | |
| 入れ歯以外 | 5.5 % |
| 入れ歯 | 2.6 % |

出典: Specke, Helmut K.「ドイツの健康産業市場」第3版(完全改訂版)、ベルン、トロント他、2005年

病気管理プログラム(DMP)の改革モデル

このモデルで重要な点は、慢性疾患における医療保障の払い過ぎ、不足、支払い不履行を防ぐ事である。現在は、糖尿病、慢性呼吸器疾患、血液癌、冠動脈心臓疾患のためのDMPモデルがある。

中心となる考えは、治療段階と介護段階を部門(外来と入院)を越えて構想し、相互に調整する事である。

DMPは、最新の確実な医学的知識に基づき患者に治療を保証するものである。同時に、固有の活動と患者の健康とが守られる。ここで重要なのは、患者に最適な医療を提供するための病気固有の指針である。

登録された各慢性患者に対して、健康保険事業体間の枠を越えたリスク構造調整(RSA)に基づく補助金(糖尿病の場合は約5,000ユーロ)が請求できるようになって以来、健康保険事業体のDMPに対する興味は大きく増加している。嘱託医は、登録患者の補足的な管理に対して報酬を得る(糖尿病の場合、広範にわたる初期書類作成に対して25ユーロ、引き続く書類作成に対して15ユーロ)。

医療保障システムにおける慢性疾患患者の重要性は、以下の数字によって裏付けられる。
慢性疾患患者には、以下の保険給付が必要となっている。
病院の全労働時間の80 %
病院で扱う全症例の69 %
外来患者の60 %
薬品処方箋の83 %
家庭訪問介護の96 %

出典: Nüchtern/Bublitz「任意健康保険事業体 (Ersatzkassen)」2004年、62頁

§ 140 SGB Vに基づく統合型医療保障
効率の低下を招く分野の境界を克服するために、また、外来領域と入院領域における二重診察を解消するために、GMG 2004に基づき、統合型医療保障を促進するための補助金として、さしあたり6億8,000万ユーロの融資が行われた。

この資金は、2004年度の全病院の請求額を1%削減することにより(=4億6,000万ユーロ)調達された。これと並行して、嘱託医の2004年度の報酬総額も1%削減された(=2億2,000万ユーロ)。これらの資金が十分でない場合は、医師の報酬から、さらに資金を調達する必要がある。すなわち、今後、統合型医療保障が増大した場合、外来領域の嘱託医が、主要な財政的負担を担うことになる。従って、外来領域の嘱託医は病院と並び、この種のモデルへの参加に対して重大な利害を持つ。

2004年末の時点で、健康保険事業体と締結された統合型医療保障契約は50ある。このための前提条件は、保険給付提供者の専門の枠を超えた、複数の専門領域にまたがる協力であり、新しくは、医療保障段階における協力である。例えば、家庭常備薬や家庭医のモデルの場合は、薬剤師の参加も可能である。計画促進のための融資は、2004年から2006年までの期間限定で行われる。融資は、地域ごとに、その資金源に基づき実施される。全てのモデルの前提条件は、被保険者が自発的に参加する事、そして、この種のモデルに登録する事である。

医療保障制度の収支のバランスをとるのを難しくしているのは、比較的高齢の学生や比較的若い年金受給者である。しかし、収入面での最大の問題は、間違いなく、高い失業率にある。2005年初頭の失業者数は500万人を超えた。収入と支出の差がこれ以上拡大しないようにするため、一年周期で医療保障改革が実行される。

重要なのは、医療保障制度の乏しい予算を一定の新しい規則に従い、最もインテリジェントな方法で再配分する事である。その規則に関しては、今後の徹底的な議論が必要である。

## 1.4. ドイツ医療保障制度の改革

最新の例として、最新の改革の目的と結果を示す。
(GMG = GKV- 近代化法、2004年1月1日)

主要な目的の一つは、GKVの平均保険料を引き下げて、グローバル化競争における労働の付帯費用(企業が負担する社会保障費など)を削減できるようにする事であった。改革前と改革後のGKV平均保険料率は以下のとおりである。

| | |
|---|---|
| 改革前のGKV-料率、2003年 | 14.20 % |
| 2004年の目標 | 13.60 % |
| 2005年の目標 | 12.95 % |
| 2006年の目標 | 12.15 % |

出典:BPI Brauner 2005

GKV近代化法2004(GMG)に基づく改革の中核思想
- 被保険者の自己責任を増やす。
- GKVへの民間医療保険の要素の導入。例えば、被保険者に対するボーナス、保険料の払い戻しなど。
- 現物給付(医師の請求書なし)または費用補償原則(医師の請求書、健康保険事業体による現金支払い)の選択。
- 一定の保険給付(裸眼視力補助具(眼鏡、拡大鏡など)、葬祭料、殺菌、人工授精、精神障害の薬剤、交通費/タクシー)の切り離し
- 年間負担限度額を定めた追加支払い(薬剤、四半期につき10ユーロの診療手数料)
- さらに、ヨーロッパ最大のITプロジェクトのスケジュールも、この改革法で保証されている。2006年1月1日から、ドイツ人全員に対して電子式患者カードが導入される。この「テレマティック」により、革新の大きなチャンスが提供されるが、その全貌はまだ完全には見通せていない。

2004年には、GMGの改革の成果が幾つか示されている。

医薬品支出が25億ユーロ減少
追加支払い/診察手数料の引き上げにより30億ユーロ
企業年金に基づく保険料により20億ユーロ
保険給付削減により5億ユーロ
構造効果により(例えば、往診回数の減少)15億ユーロ
= 全体効果95億ユーロ

この節減効果は、2005年の該当する保険料率引き下げにも現れるはずである。

出典:Lauterbach「管理と病院 (Management und Krankenhaus)」2/2005

しかし、合理化による節減より、従来の保険料率以外の産業界や患者の追加給付の方が、ずっと重要な問題である。

GMG 2004以前の改革法の概要

1. GKV新条令 1997
- 費用弁済を初めて導入(医師の請求書、健康保険事業体からの現金の払い戻し)
- 新しい形態領域の導入
- 患者のための自己保有(Selbstbehalt)
- GKVでも保険料を返還

2. GKV改革法 2000(1999年)
- 前提:保険料率の安定
- 経済的備蓄品の動産化
- 外来と入院の医療保障分野の結合
- 被保険者の自己責任の強化

出典: Specke, Helmut K.「ドイツの健康産業市場」第3版(完全改訂版)、ベルン、トロント他、2005年

## 2. ドイツの医療保障システムにおける保険給付提供者

### 2.1. ドイツ医療保障制度の医師

ドイツには、合計388,206人の医師がいる(2003年)。
内81,100人は、医療活動に従事していない。
分野別の医師数:
外来診療に従事する医師の数は132,400人である(2003年)。
その内: 勤務医は8,200人
個人開業医は6,600人(健康保険事業体の嘱託医としての活動は許可されていない)
嘱託医は117,600人で、健康保険事業体から認可されており、自主管理機関(健康保険医協会)を介して、患者に提供した医療サービスの清算を行える。
その内: 家庭医59,000人
専門家/専門医58,600人(専門分野32)
入院治療に従事する医師は145,500人である(2003年)。
その内: 病院の指導的立場にある医師14,700人
指導的立場にない医師130,800人

入院治療に従事している医師の内、合計11,000人が、外来患者を治療する権限も与えられている。

1991年から2003年までの医師数の変化
就業している医師の総数:
1991年: 244,000人
2003年: 304,000人 = ＋24.5 %
外来治療に従事する医師 ＋33 %
入院治療に従事する医師 ＋20 %
ドイツでは、人口が比較的安定しており、医師の密度は上昇している。

1885年 国民2,800人に医師1人
2003年: 国民271人に医師1人

医師の密度の国際比較(2000 OECD)
1. イタリア 人口100,000人あたり医師600人
2. ベルギー 口100,000人あたり医師390人
3. ドイツ 人口100,000人あたり医師360人
USA 人口100,000人あたり医師280人

出典: Specke, Helmut K.「ドイツの健康産業市場」第3版(完全改訂版)、ベルン、トロント他、2005年

医師の自主管理機関
全ての医師は、医師会(公法団体)の強制会員であり、補習教育、研修教育、職業権、鑑定などに対する権限を持つ。

さらに、全ての嘱託医と精神療法医(GKV患者の治療への参加者)は、健康保険医連盟の強制会員でもあり、定められた清算条件に対する資格を持ち、地域の医療保障を確実に履行し、場合によっては、定員オーバーの地域での新規開業を差し止められている。
出典:「ドイツ医療保障報告書(Gesundheitsbericht für Deutschland)」連邦統計局発行

医師過剰から医師不足へ
今後数年のうちに、非常に多数の勤務医が退職することになる。なぜなら、特に嘱託医の定年が68歳と規定されており、家庭医53,000人の三分の一が60歳以上であるからだ。大学卒業者数も以前より減少しており、さらに、外国へ流出する医師もいれば、産業界で働いたり、コンサルティングの道へ進んだりする医師もいる。イギリスだけでも、2,600人のドイツ人医師が働いている。特に診療報酬額の低い東側では既に420件の診療所および4,800件の病院に空席ができている。家庭医の診療所では、後継者を見つけるのが難しくなっている。医師にとり、診療所の引き渡しは養老手当の重要な一部となる。

診療における現物給付と費用補償の原則
これまでは、GKV患者の場合、医師は道徳的原則により直接の現金支払いなしに、現物給付原則に基づき健康保険医協会を介して診療費の清算を行う事ができた。すなわち、患者はGKVの資格証明書(健康保険チップカード)を提示し、医師から「現物給付(すなわち診察/治療)」を受ける事ができた。ここでは、医師は官僚制に基づき監督され、償還請求のリスクを負うと共に、規定された予算内での医療行為の実施に対して責任を負っている。原則的には、医師は患者に対して、治療が経済性原則に反する場合には必要とあれば診療拒否しなければならない。

GKV患者は現在、費用保障原則を任意に選択できる。費用補償原則では、治療を受けた患者は一般患者と同様に医師から請求書を受け取る。そして、患者は加入している健康保険事業体に請求書を提出し、費用を弁済してもらう。この場合は、健康保険事業体が支払いの対象となる医療行為と支払い対象とならない医療行為とを確認する必要がある。

新しい種類の自己払い給付(Selbstzahlerleistung)
これは、GKVが提供する保険給付の範囲に属さない医療保険給付で、いわゆる、健康保険対象外給付または個別健康保険給付(IGeL)である。医師の自主管理機関(健康保険医の連邦団体KBV)はIGeL-リストで320項目を定義している。これらの保険給付は部分的には、以前は全く提供されていなかったか、あるいは無料で提供されていたか、あるいは許可されていない方法で連帯共同体の費用負担で清算されていた(場合によっては、経済性原則に抵触した)。

この「第二の健康産業市場」における保険給付の条件は、以下の通りである。
1. GKVが提供する保険給付に含まれていない事
2. 患者からの需要がある事(希望に基づく給付、例えば、妊娠中の「胎児画像」を見る超音波検査など)
3. 医療上推薦する価値がある事、または、医療的に是認できる事(例えば、刺青の除去など)

GMGによる、開業医の企業家的挑戦

2004年以降に徴収される四半期につき10ユーロの法定開業手数料、家庭医モデル、将来は選択性となる健康保険事業体との保険契約(医師および医師グループとの個別契約、ネットワーク)、外来治療が浸透している病院との競争の激化などにより、特に、開業している専門医は経営の危機に陥る可能性がある。現在、開業医は自分自身を、専門領域で失敗するのではなく、むしろ経済的に失敗する可能性のある、すなわち破産する可能性のある企業家であると感じている。

GMG 2004 の効果
(診療手数料、処方箋のいらない医薬品の償還額の引き下げ、嘱託医の往診の撤廃)
結果的に、通常は56,000万回であった年間診療回数が劇的に減少した。ドイツでは、これまで、それぞれの被保険者は年間平均して8～9回の往診を受けていた。

GMGの結果、2004年の診療件数の減少
全ての専門分野 - 8.7 %
家庭医 - 6.7 %
例;婦人科 - 15.1 %



移送(患者を他の病院に回す)割合の増加
(家庭医から専門医への移送により、患者は診察手数料を節約できる)
全ての専門分野の移送割合 40 %以上
婦人科の移送割合 50～70 %
(以前と比べると4倍)

### 2.2. ドイツ医療保障制度における病院

ドイツの病院の状況は、以下の特徴を持ち、大きく変化してきている。
病院数(2003年) 2,189件(前年度比 -1.5 %)
その内、私立病院は468件 (= 23.8 %、2002年)

ベッド数 (2003年) 542,000床
(-2.0 %)
内、私立病院のベッド数 42,283床
(= 8 %、2002年)

医師(フルタイム) 143,800人
医師以外の従業員
(フルタイム) 899,420人
病院の全従業員数 110万人

人件費 66.4 %
その他の費用 33.6 %

ベッドの平均稼働率 80.1 %

2003年度の病院の総経費 6,230億ユーロ
(+ 2.7 %)

病院の経営者
公益団体 39.5 %
公的機関 26.8 %
私立病院 23.8 %
その他 9.9 %

出典:Specke, Helmut K.「ドイツの健康産業市場」第3版(完全改訂版)、ベルン、トロント他、2005年、261頁～

病院での症例1件あたりの平均費用
3,475ユーロ

連邦州ごとの病院治療および手術費に関する現在の平均料金表

| | |
|---|---|
| 盲腸手術 | 1,700 – 2,300ユーロ |
| 扁桃腺の切除 | 1,200 – 1,800ユーロ |
| 通常分娩 | 1,300 – 1,800ユーロ |
| 帝王切開または合併症 | 2,200 – 3,000ユーロ |
| 胆嚢手術 | 2,200 – 3,000ユーロ |
| 人工股関節 | 6,900 – 8,800ユーロ |
| 心臓手術(バイパス手術) | 10,000 – 15,000ユーロ |
| 心臓移植 | 30,000 – 40,000ユーロ |
| 肝臓移植 | 35,000 – 40,000ユーロ |

出典:Deutsche Presse Agentur dpa、2005年2月19日、DKGのデータによる

| | | |
|---|---|---|
| 入院期間 | 1993年 | 13.8日 |
| | 2002年 | 9.7日 |
| | 2003年 | 8.9日 |
| 比較: USA | 1997年 | 6.1日 |

出典:連邦統計局2005年、病院報告書2004年、DKG

病院の自主管理機関
病院の最高機関であり対外交渉機関は、ベルリンのドイツ病院協会 (DKG、Deutsche Krankenhaus Gesellschaft) である。これには28の病院連合が加入している。

出典:ドイツ医療保障報告書、連邦統計局発行

症例均一料金制による病院の新料金システム
(診断別分類 = DRG)

他の国で既に先行されている症例均一料金制への切り換えから知られているように、DRG導入により、効率面と給付面で以下のような効果が期待される。
- 完全なコード化により補足的疾病をより多く発見できるので、統計的に見て、患者症例の価値が引き上げられる(クリープ)。
- ベッド1台のあたりの仕事率が上昇する(ベッド1台あたりの患者数が増加)
- ベッド数が減少(空きベッドは長い間ふさがったままのベッドより利点が多く、空いている期間が長くなれば、ベッドの撤去が可能となる)。
- ベッド使用日あたりの保険給付が減少(医療保障給付の多様化)
- 入院日数の減少
- 外来症例数が減少
- 同じ疾病のための再受け入れ数が増加(回転ドア効果の上昇)

2008年以降、段階的に、世界的に比類のない形式で、救急病院の決算の100%が症例均一料金制(固定価格)へ転換される予定である。現在では、878項目の統一料金が決定されている。

症例均一料金により、効率面で以下の効果が達成されるはずである。

- 病院の全部門で能率アップを指向した行為が促進される。
- ケース・ミックスとプロセス管理の透明度が増す。
- 病院の専門化が強まる。最低量規則(Mindestmengenregelung)により補足。
- 特にプロセス管理や臨床過程に埋もれている合理化の余地が開拓される。
- 費用が圧迫されるにもかかわらず、より高度な品質管理、品質保証が可能となる。特に、「出血中の退院」の防止。あるいは、未完了の症例を回避。

ドイツの病院の傾向と展望
専門家の最新のシナリオに基づくと、病院施設2,189件のうち、生き残れるのはわずか約1,500件にしかすぎない。すなわち、公共病院の3件に2件が閉鎖するか、または民営化されることになる。

病院はネットワークで連携し、外来治療を行うパートナー、入院治療を行うパートナーと提携している。また、統合型医療保障に参加、§95 SGB Vに基づき新規に許可され助成される医療保障センター(MVZ)の開設に参加している。MVZとは、一種の(外来患者専門の)総合病院である。

救急病院では、入院期間はさらに4日にまで短縮されている。新しい種類のカルテル法に基づくバリアが構築されなければ、将来的には病院の約40%が私営となるだろう。

ドイツには、病院チェーンが約30～40ある。現在、7つの病院グループが株式市場に上場している。

現在、救急医療領域だけでなく、ライフスタイル、ウェルネス、美容、自然医学の分野も、病院の新しい収入源となっている。指示者(病院に行くように患者に指示を与える人)や被保険者(患者)に対する完璧な病院マーケティングにより、病院は健康センターまたは健康パークになるだろう。

出典: Ernst & Young (2005年)および Prof. Riegl & Partner 研究所の調査
Riegl, G. F.「病院マーケティングと品質管理」「病院管理ハンドブック」Prof. Riegl & Partner発行、アウグスブルク、2000年

## 2.3. ドイツ医療保障制度における薬局

ドイツでは、750年前から、a) 医師による医薬品処方の領域と、b) 薬局による医薬品販売の領域は、厳密に区別されている。医師は薬局開設権(調剤権)を持たない。

ドイツの薬局の状況と特徴
公立の薬局(Präsenzapotheken)は 21,300件、従業員数は約130,000人である。
病院付属薬局は600件、従業員数は約5,000人である。
卸売り企業は16社で、その支店数は106件である。
ドイツ全体で就業している薬剤師の数は53,500人、その内46,140人が公立薬局で働いている。

旧連邦州では、人口約3,800人あたりに薬局1件があった(新しい連邦州では、5,000人に1件)。

薬局は、国民への安全かつ規則に従った医薬品供給を行い、その業務に対して主権を持つ。薬局には、他主占有禁止条令および多数占有禁止条令(薬局1件の近隣地域+3件)が適用されている。チェーン組織化する事はできない。2004年、通信販売とインターネット販売が許可された。通信販売の市場占有率は、認可の一年間後には0.2%であった(2004年)。通信販売の許認可を受けている薬局は800件に達する。しかし、州全域にわたる薬品供給のためのインフラを持っているのは、わずか5件にすぎない。
薬局の自主管理機関
薬局は、薬剤師会の強制会員であり、職権に基づく業務に対して管轄権を持つ。
州の薬局連合/協会は、薬局の経済的利益を代表する。また、健康保険事業団体の契約相手でもある。

出典:ドイツの医療保障報告書、連邦統計局発行

病院付属薬局は、基本的には、入院治療のためだけに医薬品の供給を行う事ができる。それに応じて、産業界は、病院付属薬局と公立薬局の間で異なる価格政策と販売政策を講じている。



ドイツの薬局の売上高
2003年の薬局の総売上高は336億ユーロであった(付加価値税を含まず、前年度比 + 8 %に相当)。
その内93.8 % が医薬品(= 315億ユーロ)
3.6 % が患者介護用品
2.7 % が薬局で通常販売されている補足的品目

出典: Specke, Helmut K.「ドイツの健康産業市場」第3版(完全改訂版)、ベルン、トロント他、2005年、55頁～

2004年の薬局の売り上げは、GMGの結果、1993年以来初めて前年度比約2%の減少となった。

薬局の売上高に占めるGKVの割合は、1996年は70.1%、それ以降は継続的に減少し、2003年には63.3%となっている。しかし、全体的には1994年から2003年までの医薬品支出は228億ユーロへと上昇している。

2004年のドイツ薬局の経営学的指数は、以下のとおりである(暫定的な予測最終値)。

| | |
|---|---|
| 平均的なマージン | 24.5 % |
| 1平方メートル | |
| あたりの売上高 | 9,610ユーロ |
| 1従業員あたりの売上高 | 272,800ユーロ |
| 人件費 | 9.8 % |
| 在庫高 | 10.8 x 年間 |

2003年、国民が消費した医薬品は、一人あたり443ユーロ(付加価値税を含む)である(その内、処方箋に基づき調剤された医薬品は380ユーロ、市販の医薬品は63ユーロ)。

ドイツには、許認可を受けた薬品が約45,000種類ある。IMS Health によると、その内2000種類の薬品で、薬局の売上高の90%が構成されている。処方箋が必要な医薬品には全て、協定価格が定められている。デンマークを例外として、ドイツは、ヨーロッパで唯一、薬品に対して16%の完全な付加価値税を科している国である。もし税率が半分であれば、GKVは、年間20億ユーロの負担が軽減される。

GMG 2004に基づく薬局の改革
薬局はマージンの代わりに、薬品パッケージごとに報酬を得る。薬局の損益決算におけるこの「通貨改革」により、薬局の病気治療に関わるコンサルティング業務が強化される。

処方箋を必要としない医薬品、健康保険事業体からの補償がない医薬品に対しては、協定価格が廃止された。現在に至るまではまだ、この協定価格廃止に起因する異常な価格競争は生じていない。

家庭薬局(登録期間1年以上の登録患者を抱える薬局)として、薬剤師は家庭医とともに統合型医療保障に参加でき、ベッドでの世話が必要な患者に対しても、薬学的ケアを伴うホームサービスを提供する事ができる。

出典:Riegl, G.F「薬局の成功要因、顧客80,000人のアンケートに基づくイメージ分析と判断基準(Erfolgsfaktoren in der Apotheke, Imageanalyse und Entscheidungshilfen auf der Basis von 80.000 Kundenbefragungen)」

## 2.4. ドイツ医療保障制度における薬品産業

ドイツの薬品製造業界には、製薬会社が500社、バイオテクノロジー企業が300社ある。

企業の90 %は、従業員500人以下の会社である(BPIデータ、2004年)。
この業界の2003年の従業員数は118,720人であった(前年度比+ 2.9 %)。
職場の数は、1995年と比べると4,000ほど減少している。

ドイツの薬品業界の売上高は、以下のとおりである。
(メーカー引き渡し価格)

| | |
|---|---|
| 1991年 | 157億ユーロ |
| 2003年 | 213億ユーロ |

研究機関を持つ企業は、売上高の16%をF&Eのために支出している。
2003年のF&Eに対する支出は、合計35億6千万ユーロであった(1999年は28億7千万ユーロ)。

薬品業界には、まだ有望な市場チャンスがある。なぜなら、既知の病気の数は約30,000あるが、そのうち治療が可能なのは約10,000にすぎないからである。

ドイツでは、処方された薬品全体の3分の1以上が、ジェネリック(特許満了後の同じ効果のある模倣品)である。ドイツ市場には、ジェネリック企業が60社ある。2002年度のジェネリックの売上高は52億ユーロであった(前年度比+ 7.1 %、メーカー引き渡し価格)。
EU比較では、ジェネリック部分は、医師の処方の70%以上(売上高68.3%)で、第一位を占めている。

Specke, Helmut K.「ドイツの健康産業市場」第3版(全面改訂版)、ベルン、トロント他2005年、395頁～

## 2.5. ドイツ医療保障制度における健康保険事業体

ドイツのシステムの特徴は、法定健康保険と民間健康保険が共存している点にある。

7,050万人の国民(85,5 %)が法的に保障されており(GKV)、広範にわたる強制加入による利益を得ている。

79 0万人の国民(9,6 %)は民間保険に加入しており、保険加入前に健康に関するリスクの検査を義務付けられている。

2004年1月1日の時点で、独立した法的な健康保険事業体は287団体ある。その内の17団体は公共の地方健康保険事業体 (Allgemeine Ortskrankenkassen、AOK)である。
1991年には、合計1,207の健康保険事業体が存在していた。
平均保険料率は14.32%である(2004年1月1日)。
将来的には、健康保険分野で完全な医療保障を提供する事業体は40団体ほどになり、民間とGKVの格差はなくなるだろうと、専門家は予測している。

健康保険事業体間のサービス競争が求められる事もしばしばであるが、しかし、これには限界がある。なぜなら、保険給付全体の95%は法的に規定され統一されているからである。

ドイツの今後の健康保険

2005年初頭、ドイツの将来的な健康保険の形態に関して、政府側と野党側から二つのモデルが提案され、議論されている。
国民健康保険(政府モデル)
健康保険料(野党モデル)

国民健康保険では、健康保険加入義務が、保険加入義務に関する制限なしに、公務員、自営業者、自由業者に対して拡大される。保険料支払いに関しては、労働収入だけでなく、利息や株式利益のような資本収益や賃貸収入も考慮される。

毎月の保険料査定限度額(これまでは、2005年で3,525ユーロ)は、年金保険に適用されている限度額の毎月5,200ユーロへと引き上げられる。

雇用者は、引き続き、保険料の賃金控除を引き受けて、これまで同様に、資金調達に参加する。その他の種類の収入に関しては、税務署が統括する。

分担金システムや扶養家族の連帯保険加入が可能な世代契約は、そのまま残される。

国民健康保険の評価
これは、これまで以上に多数の幅広い加入者が見込める健康保険モデルである。労働の付帯費用の負担が軽減され、同時に、雇用者にとっても負担減となる。また、保険料に対する公正さも約束される。民間保険の役割は、補足的な保険に制限される。しかし、最終結果に関して評論家が危惧しているのは、統一健康保険事業体の誕生、労働費用の負担軽減が少なくなる事、競争がなくなる事、さらに、一定の種類の収入、例えば、一般企業、農林業、自営活動などの収入が包括されないので新たな不公正が生まれる事である。

健康保険料(頭割り均一保険料モデル)では、保険料は労働費用からは完全に切り離される。成人に達した被保険者は、全員が同額の保険料を支払う。保険料は、さしあたり毎月210ユーロである(平均総収入の9.5%に相当)。これは、これまでの資金需要、年間約1400億ユーロに基づき算出された。

扶養家族であっても成人に達している場合は、保険料無料の連帯被保険者とはなれない(但し、子供の場合は、保険料無料で保障の対象になれる)。
税引き前の月収が900～1580ユーロである場合、被保険者は非課税の補助金を受ける事ができる。費用は約280億ユーロとなる。

雇用者負担は一回の昇給だけに限られ、その後、同等の資金調達は廃止される。これは、公務員の補助金にも適用される。
民間保険はそのまま残されるが、保険料210ユーロは通常の民間保険料を下回るので、競合する事になる。民間保険の被保険者のGKVへの転換が期待できる。健康保険事業体の枠を越えるリスク構造調整は、40%減少するであろう。

健康保険料(頭割り均一保険料)の評価
保険料が労働費用からの切り離される事は、好ましいと考えられる。とは言うものの、社会保障補償費を税金から資金調達するのは不可能である。また、雇用者と被雇用者の連帯がなくなる事も、批判点としてとらえられる。健康保険事業体の自主管理機関における雇用者の従来の協力も期待できなくなる。

モデルの実施に関する審議、両モデルの組み合せに関する審議は、まだ行われていない。

出典:Specke, Helmut K.「ドイツの健康産業市場」第3版(完全改訂版)、ベルン、トロント他、2005年

## 3. ドイツ医療保障システムの展望 (コメント:最初の段落を多少「柔らかな表現にする」よう提案)

医療保障制度改革の問題点は、国民が、これまでの保険料引き上げを、将来的に必要な自己保険料、保険給付の切り離し、健康保険事業体の保険料率を維持するため、または引き下げるための手数料ほどには、全体的には煩わしく感じたり、負担に感じたりしていない点にある。ドイツで使われている賃金付帯費用(企業負担の社会保障費など)は少ないが、そうでなければ、グローバル化競争の中で職場が失われてしまうからである。 必要とされる合理化対策に基づき、以後数年、医療保障制度は、特に、連帯して資金調達されている医療保障の枠内で、保険給付提供機関の連合体系の転換を経験する事になるだろう。それは、必然的に、「 保険給付の倫理」すなわち「多くを給付し、多く儲ける」から「放棄の倫理」すなわち「少ない給付で、多くを保持する」へとつながる。症例均一料金、複合報酬、家庭医モデル、償還請求、予算補償、促進システム、頭割り保険料、統一査定基準(EBMplus)の中核となっているのは、保険経済的な「放棄の倫理」に基づく考えである。 このような基本的条件の制約があっても、保険給付提供機関は、 その社会的権限により、最も重要なパートナーである患者を勝者(利得者)にする必要がある。また、患者は、ますます自己責任による共同意思決定(Shared Dicision Making-SDM)を迫られるようになる。こうした観点でも、保険給付提供機関は被保険者との間にこれまで以上に確固とした関係を築く必要がある。

とは言うものの、ほとんどの患者は、このような自分の人生の例外的な状況において、顧客である事を必ずしも望んでいるわけではない。また、販売者としての医師も望んでない。顧客であれば、通常は、日和見主義的な情報と贅沢なプログラムを手に入れられる。しかし、患者はむしろ、健康回復のための率直な情報や治療を望んでいる。必要であれば、それが患者にとって負担となる場合も同様である。2004年以降、ドイツの患者はますます自己責任を迫られるようになり、また費用への自覚もますます強くなっている。こうしたメンタリティの転換は、完全な自由意志から発しているわけではないが、明らかに目に見える傾向として示されている。

患者に対する保険給付競争においては、将来的には、専門的な保険給付の品質と並び、専門外の社会的サービスの品質も、現在以上に重要となるだろう。 これは、特に、健康な人(保険契約者)を納得させるために重要である。健康な人は、正しい保険給付提供機関を後で利用するために、病気になる前に既に、契約項目を選択し決定を下さなければならない。重症患者の信頼は、手術室で初めて勝ち取られるものではない。手術室では、患者は意識がない事がしばしばだからである。

今後も、サービスに対して大きな信頼を寄せる患者、納得した保険契約者を「所有」する事は、ベッドや診療所や薬局を「所有」する事より、ずっと重要である。自分で決定を下した患者は完全な利益を受ける権限を持つ(ケース・ミックス最適化と専門化)。言い換えれば、患者は完全な治療を受ける権限を持つのである。患者に対して全的な感動を与え、比類のない、不可欠の、信頼できる品質の医療保障サービスを継続的に提供してこそ、健康産業分野で常に求められるような「中核的機関」になる事ができる。

出典:Riegl, G. F.「中核的機関としての歯科治療(Die Zahnarztpraxis als Center of Excellence)、30,000項目評価に基づくラボと歯科医のための新しい価値創造」第3版、出版社Prof. Riegl & Partner、アウグスブルク、2003年

出典:Riegl, G. F.「病院マーケティングと品質管理」「病院管理ハンドブック」、出版社 Prof. Riegl & Partner、アウグスブルク、2000年

Prof. Dr. Gerhard F. Riegl
アウグスブルク、2005年3月14日