

欧州の医療保険制度に関する国際比較研究

【資料編】

平成 18 年 10 月

健康保険組合連合会

資料編

参考資料：1 ドイツ現地調査インタビュー記録	1
1. 連邦保健・社会保障省	1
2. 企業疾病金庫連邦連合会	6
3. ドイツ銀行企業疾病金庫	13
4. バイエル企業疾病金庫	20
5. エッソ企業疾病金庫	27
6. ドイツ労働総同盟	34
7. ドイツ使用者団体連邦協会	39
8. ベルント・バロン・フォン・マイデル教授 インタビュー	44
参考資料：2 フランス現地調査インタビュー記録	53
1. 保健省	53
2. 全国被用者医療保険金庫	59
3. フランス共済組合全国連合会	65
4. 労働者の力	70
5. 労働総同盟	76
6. フランス企業運動	80
7. ジャン-ピエール・ショシヤール教授 インタビュー	84
参考資料：3 医療保険関連条文集（ドイツ・フランス）	89
ドイツ重要法律条文一覧	翻訳：森 周子*93
フランス重要法律条文一覧	翻訳監修：稲森 公嘉** .185

* 西武文理大学 専任講師

** 京都大学大学院法学研究科 助教授

参考資料：1 ドイツ現地調査インタビュー記録

1. 連邦保健・社会保障省（Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung）

- 日時：平成 17 年 5 月 3 日（火）17:00～18:30
- 先方：Dr. Joachim Müller 氏（疾病保険財務統計部長）
- 当方：藤田伍一 一橋大学大学院社会学研究科 教授（当時）
倉田 聡 北海道大学大学院法学研究科 教授
岩名、小川 UFJ 総合研究所（現在 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング） 研究員

(1) 自治の定義について

- ドイツで「自治」という言葉を用いる時には、2 つの意味を区別することが必要である。1 つは疾病金庫内の自治、もう 1 つは疾病金庫対供給者側の関係を指す自治である。
- 疾病金庫には保険料率の決定以外にも裁量権はあるが、保険料率を決めるというのが競争の中で一番大切なポイントである。1994 年までは金庫選択権がなく、その後、選択権と同時にリスク構造調整が導入された。その結果、10%程度であった BKK の市場占有率が倍増した。それ以前の BKK では、企業に属している人だけしか被保険者として受け入れることができなかったが、非常に安い保険料率を設定することによって他の企業の被用者も引きつける結果となった。

(2) 競争の変化

- 2004 年現在を見てみると、BKK 全体の保険料率は上昇しているものの、各疾病金庫の保険料率の差は縮小してきている。比較的小さな疾病金庫がダンピングに近いような非常に安い保険料率で市場に現れ、大きなリスクを負うようになり、最終的に保険料率を維持することができず赤字を抱えた結果、保険料率を引き上げている疾病金庫も見られる。
- 保険料率は今でも重要なポイントであるが、最近では位置づけが変わってきている。法改正によって新しい競争要素が導入されたからである。例えば、ボーナス制度や民間の保険会社と協力することが認められるようになった。いわゆる法定の給付以外の給付を疾病金庫として提供することはできないが、民間保険が提供することに対して仲介役のような形をすることは認められている。

(3) ボーナス制度の実施状況

- ボーナス制度は、2004 年に導入されたばかりのため、多くの疾病金庫では準備段階にある。例えば BEK という大手の疾病金庫は、このボーナス制度を家庭医制度と一緒に提供し始めた。被保険者が自発的に家庭医と自分がいつも使っている専用の薬局をあらかじめ決めると、本来支払わなくてはならない診療手数料が返還されるボーナス制度である。

- これについては薬局などで宣伝をしている。今朝、BEK 理事のテレビインタビューで、「今後このようなことにもさらに力を入れていきたい」というような発言があった。こういう意味でも、他のものも非常に重視されつつあるというように見ることができる。
- 基本的に家庭医を選択できるという選択肢を与えることに関しては、疾病金庫は義務付けられているが、逆に家庭医を義務付けるということはドイツの中では伝統的、歴史的に非常に難しい。
- ドイツでは、最初から専門医に行くことができるが、この権利を制限するのは難しい。したがって、制度としてインセンティブを与え、自発的に家庭医を選ぶようにもっていこうという形をとるしかない。結果としてはその方向で動いている金庫が多いように見える。改正とともに診療手数料を導入したが、これは4半期ごとに10ユーロ払わなくてはならない。さらに他の専門医にかかるとまた10ユーロ払わないといけないのが、家庭医に相談してから専門医のほうに行くと10ユーロの負担は1度で済む。
- ボーナス制度をどのような形で提供するか、例えば、手数料を100%払わなくてもいいという特権を付与するのか、品質管理を導入するのか、薬局を一緒に引き込むかといった具体的な手法は、各疾病金庫が選択できる。

(4) 疾病金庫の合併について

- 合併プロセスはまだ終了していないと思う。今後も合併は継続すると思われる。また継続すべきだと考えている。合併により相乗効果を期待できるからである。ただし、どの程度の規模が適正なのかということを決めることはできない。今でも小規模なBKKは存在している。閉鎖型を続けたところもある。開放型とした金庫の中には一気に加入者が増えたところもあったようだ。
- いろいろな考えはあったが、当時の与党は疾病金庫別に分けるのではなく異なる種類の疾病金庫同士の合併も検討していたが、妥協案で成立し、同一金庫種別の合併に限定された。

(5) 疾病保険現代化法

① 改革の背景

- 2004年の疾病保険現代化法によって疾病金庫の財政は好転した。ただ、その前は難しい状況にあった。2001年～2003年にかけては、非常に赤字が増えていた。当時は総額60億ユーロぐらいの赤字を抱えていた。これはもちろんあるべき姿ではないが、疾病金庫によっては保険料率をあまりにも低く設定しすぎたり、同時に支出額が上がったり、あるいは収入の方が期待通りにならなかつたりというようなことによって、非常に難しい条件に置かれたというのが当時の現状だった。

② 改革の効果

- 初年から効果を見せている施策もある。自己負担額の引上げや、給付の除外などである。タバコ税については、数年間で3段階にわけて引き上げられるため今後もしばらく増加することになる。
- ただし、これらの取り組みは長期的に問題を解決するものではないと考えている。長期的には他の政策が必要である。例えば、給料以外の他の収入源をもっと増やすとか、市民保険というような形でもっと他の国民を取り込むといった考えも政府にはある。それによって連帯の基盤となるものを広げたいということである。
- 野党側はそれとは全く違う考え方で、人头割保険料とか健康保険料といわれているフラットレートのような一定額を全ての人が同じ額を払って、低収入の人だけは国がそれを補助するというような形を考えている。この2つのモデルというのはまったく異なる考え方に基づいているため、世間でさまざまな議論がなされていたが、最終的な結論は2006年の選挙後、次の政権の時であると思われる。
- 今度の改正というのは中期的な改正であって、持続的な解決法を提供するものではない。しかし、いろいろな構造上の改良点はそこに含まれているので、今度は各疾病金庫が自治を生かして取り組むべきである。

(6) 有病率指向型リスク構造調整

- 有病率を考慮したリスク構造調整を導入するのは、今までリスク要因として考慮されている要素が十分ではなかったと考えられたからである。
- 各疾病金庫の保険料率は接近しつつあるが、一部では間違ったインセンティブが出ている。つまり疾病金庫がリスクを選択する方向に流れているということであり、特に慢性疾患の患者が問題となっている。
- 現在はディジーズマネジメント（DM）をリスク構造調整に取り入れ、DMに参加している患者を特別に評価している。我々が依頼した鑑定書では、海外での経験から有病率を重視した制度を導入した方が良いという結論である。これにより疾病金庫も慢性患者に対してより努力をするのではないかと考えている。有病率の導入は2007年までに行われる予定だ。
- 開放型の金庫の場合は、加入希望者に対して契約義務があり、被保険者のリスク選択は禁じられているが、潜在的にはリスク選択は間接的な方法で可能である。例えば、積極的に若く健康的な人に対して加入を呼びかける営業を行うことなどである。また被保険者へのサービスで色々変わってくる。相談窓口を置いているところと置いてないところでは、慢性患者への対応が異なる。例えば金庫が1か所にしかないところよりも、全国に支店を持つ金庫の方が被保険者へのサービスが良い。
- 開放型の金庫の中には、あたかも特定の企業や医療関係者しか入れないような名前をつける金庫もある。これも一種のリスク選択であるといえる。

- 受け入れた慢性患者に対するサービス向上へのインセンティブを与えることにより、慢性患者を受け入れることがリスク構造上のネガティブな要素にならないようにすることができると考えている。これは支出面で調整するという意味ではない。そういう制度は1993年まで年金受給者の疾病金庫であったが、経済的ではないという理由で廃止された。
- 複雑で難しい道だが導入できると思う。必要な法的枠組みはすでに作られており、公開された鑑定書による科学的な裏づけもできている。不正な診療により調整金を多くもらおうとするアップグレーディングが短所として言われるが、これも防止できるということを、2週間前に開かれた国際的なワークショップで、既に制度を導入しているアメリカやオランダの専門家に確認した。特にドイツでは、供給側と疾病金庫が分かれていて、金庫の方から診断に関与できない点も大きなポイントである。

(7) 疾病金庫のリスク選択への対策

- 被保険者の誤解を招くような疾病金庫の名前をつけることに対する規制はない。ドイツで3番目に大きな疾病金庫TKK（テクニカ）は、もともと技術的な職業、建築家やエンジニアだけを受け入れていたためにそのような名前がついているなど、伝統的な理由がある場合があるからだ。開放後の現在、技術者しか受け入れないことを暗示した場合、監督庁がそのような活動を禁止させることになっている。
- 例えばそれまで民間保険に入っていて、法律上疾病金庫には入れない人については、疾病金庫は加入希望者の受け入れを拒否することができる。ただしこれが慢性患者であって、AOKからBKKに移りたいという人を拒否した場合には、監督庁が訂正を勧告する。これは行政措置であり、これに対し疾病金庫は社会裁判所に訴えることが出来る。

(8) 金庫間の連帯に対する考え方

- 全国包括的な連帯もあるかもしれないが、例えばその下に同じ種類の疾病金庫同士の連帯もあると思われる。AOKベルリンは高齢者を多く抱え、組織的にも問題があり、リスク構造調整でも調整しきれない苦しい状況にあるため、他のAOKが支援している。これにはもちろん再建への条件がある。
- あるいは医療職向けBKKは小さな金庫として始まり、数が非常に増えたが、一気に保険料率を上げたため加入者が離れていった。それに関してもBKKの州組織や連邦組織が支援を提供している。
- ただし個々の金庫で保険料を設定するので、支援を受けるためには、内部での経済的余裕を利用し尽くす必要がある。無駄遣いや報酬が高すぎるようなことがあれば疾病金庫で責任を取らなければならない。最悪の場合は廃止となる。
- 疾病金庫間での支援を行う場合は、まずタスクフォースが設定され、条件付で支援を行うことになる。AOKベルリンの場合、入院費用にコストがかかりすぎているの

でベルリン政府などと交渉して入院費用を下げるのが条件となっている。

(9) 市民保険

- ドイツの疾病保険では、良いリスクが民間保険に集中しているのが現状である。保険料の設定を給料から切り離して、資本や賃貸借による他の収入源も含めるべきである。その理由として給料による収入が減ってきていることと、企業のコスト負担が重く企業の競争力が抑制されていることが挙げられる。特に高齢者の年金以外の収入源が評価されていなかった点が問題視されている。

2. 企業疾病金庫連邦連合会 (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)

- 日時：平成 17 年 5 月 4 日（水）10:00～12:00
- 先方：Dr. Stephan Burger 氏（健康政策・コミュニケーション次長）
- 当方：藤田 伍一 一橋大学大学院社会学研究科 教授（当時）
倉田 聡 北海道大学大学院法学研究科 教授
岩名、小川 UFJ 総合研究所（現在 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング） 研究員

(1) 有病率指向型リスク構造調整について

- ドイツでは 1996 年から任意の選択権が導入され、公正な競争を促進するためにリスク構造調整が導入された。我々は、この導入が必ずしも疾病金庫の選択の促進につながらないのではないかという懸念をもったこともあり、手放しで歓迎したわけではなかった。
- リスク構造調整は、今は政治的にも定着して、完全に反対する議論はでてきていない。BKK の市場でのシェアは 10% から 20% に増加している。全ての BKK のうち約半数はリスク構造調整によって受け取る側になっている金庫であり、残りの半数は支払う側になっている。つまり、リスク構造調整の導入について我々の会員の 50% は満足していないということになる。
- 必ずしも一枚岩ではない状況の中で、我々は全体の利益を守りつつ選択権、自由権を維持していかなければならない。ただ、モビリティ（加入者の年齢、収入など）についてはこれ以上調整したくないという気持ちを抱いている。
- モビリティにさらに手をつけて微調整すると、保険者同士の給付の均衡化に対して、患者の疑問が大きくなる。そのようになると、1つの保険者でよいということになり、競争がなくなる恐れがある。実際、リスク構造調整のモビリティ調整の議論の中で、そうした議論がでてきた。

(2) 金庫と供給者間の戦略的連立への憂慮

- 有病率を勘案することが議論されているが、それについて BKK は完全に反対である。給付の差が、結局、我々の負担によって補填される恐れがあるということだ。金庫と提供側との「戦略的な連立」が起こり得るということだ。
- 従来、疾病金庫と医療提供者とでは利害の整合性がなかった。そのため、医師は疾病金庫からより多くのお金をとろうとし、一方で疾病金庫は払いたくないという状況だった。この両方の要因がもし一緒になって連立に向かえば、追加的に発生するコストは、金庫にとってはどうでもいいことになる。なぜなら追加コストは、他の金庫から払われるからだ。
- 例えば、疾病金庫と提供者の個別契約の導入によって、そうした状況がもたらされる場合もあるだろう。地域によっては非常に加入者が多い疾病金庫があり、市場に

において非常に力を持っている。疾病金庫と医師や病院など医療提供者が戦略的に連携するとより多くの費用が発生することになる。逆に、多く払って患者に自分たちの金庫を紹介・宣伝してくれということがあり得るだろう。

- 医療提供者を疾病金庫が囲い込んで、その中に患者を全て取り込むということも考えられる。そのような事態を懸念している。患者に対する血圧測定などの取るに足らないサービスから始め、何でも医師や病院ができるようになる。その費用はリスク構造調整の負担によって他へ転嫁されていく。
- 医療提供者側は、リスク構造調整のモビリティに関心を寄せている。それはお金になるからである。疾病金庫によっては、当然このような医療機関との連携にに関心をもっている。病気ではなくてもこのような連立によって意図的にモビリティが増えることがあり得ることを意味している。
- 戦略的な連立が起りやすい条件としては、企業城下町のような、特定の企業が特定のエリアに集中していて、加入者が集住しているような地域で起りやすいということと言える。
- 有病率をリスク構造調整の中に入れることについて、賛成を表明する BKK も潜在的にはあり得る。先ほども言った通り、BKK も半数はリスク構造調整の受け取り側にいるのだから、十分可能性はある。我々が恐れているのは結局、有病率の導入が全体のコストを引き上げてしまうのではないかということである。

(3) 金庫選択権についての評価

- 1996年に選択の自由が導入された時は、コスト抑制や、それと並行して金庫の経済的経営観念が出てきた。それにも関わらず、給付額は伸びているが、これには他の理由がある。まず高齢化が進んできている。次に、高コストを伴う医療が普及してきているということもある。また、医療は人件費が大きなウェイトを占める分野であるが、医療費の中の人件費の増加がある。それに対して一応、支出面に対する色々な操作を導入している。
- 金庫を開放型にすることで我々はシェアを2倍にすることができたが、他方でアイデンティティの喪失を招いた。例えば、かつてはジーマンスの BKK はジーマンスの社員とその家族でないと入れなかった。開放型になってからはそれ以外の人でも入れようになったが、他方ではアイデンティティを守るための努力が必要になっている。
- アイデンティティについては、いわゆる経営社会政策として、労務管理としての側面を持っていたと思うが、それが無くなってくると、従来の企業福祉という考え方は難しくなる。
- そうは言っても、他方では金庫選択権の導入は正しい判断であったと思っている。他の分野では、例えば電話会社や電気会社も選べるようになったし、EUによる開放

という側面もある。昔のように社員に対して疾病金庫を強制することはできなくなってきた。

- 一方では競争関係を歓迎して、他方では軋轢を避ける努力をしなければならない。連合団体としては共同歩調によってアイデンティティを認識しなければならない。

(4) 閉鎖型を維持しているBKKの金庫について

- 200あるBKKのうち、28%はまだ完全な閉鎖型であるが、閉鎖型の金庫数は現在以上に多くしてはいけないということになっている。加入者の90%以上が開放されたBKKの加入者である。したがって、高齢化その他の問題が発生しているのは、会員単位では10%以下と言える。また、閉鎖型のBKKであっても、加入者は開放型に移ることができる。
- 閉鎖型の疾病金庫が縮小化していくかどうかは、企業の成長度にもよる。まず、現在のドイツには成長企業が減少しており社会問題となっているが、企業の成長率が低いために若年者BKKの場合は、比較的まだ若い企業のBKKと合併するケースも出てきている。現在、全体の28%を占めている閉鎖型のBKKはリスク構造調整によってお金をもらう側になるだろう。

(5) BKK内部で対立している事案

- まず賠償責任の問題だ。特に急速に加入者が増加した後に、組織を維持できず多額の借金をしたBKKの取扱に関する問題である。
- 産業構造が変化した結果、特にウェストファーレン州ではかつての有名企業が軒並み経営不振に陥った。しかし、BKKの破産を避けるために、上部機構である隣の州のBKK連合会が責任を全部引き受けることになった。責任を引き受ける際に資金が必要になるため、今度は各州の上部団体が借財を抱えた。そして、自分たちだけで償還できなくなると、今度は連邦のほうで責任を引き受けることになる。借金を抱えている州の連合会は、それをいかにして償還していくかというプログラムを作っている。
- 当然上部団体としては、個々のBKK会員ではなく州同士で大いに軋轢が発生する。従業員との取り合いに加え、お金までやりとりをするということで、州のBKKの集まりの時には議論になる。借入れについては、このようなプロセスを経ることが義務付けられていて、それがメンバー間の軋轢の原因になっている。
- リスク構造調整も問題になっている。我々に非常に負担がかかってくるからだ。もうひとつは、保険当事者が医療供給者と契約ができるかどうかという問題である。
- もちろんそれには議論がある。つまり、その種の事業をいかに実施するかという議論が育っているのである。企業によっては、全ドイツにあっても、各所在地のシェアが小さいところもあるといった問題も出てくる。そういう所だと、今度は全ドイツに渡って総括契約を結ぶのが難しいという問題がある。それで今度はBKK同士が

それをどのように処理するか、どのように自分達のポジションを強めていくかという議論がされている。

(6) 金庫内のマネジメント・人材確保

- 法律改正以前は、大体は同じ職業団体の中から教育を受けて上がってきた人が、自然にマネジメントをするというのが通例であった。これは 1980 年代の状況で、当時はまだ 1,600 ぐらいの BKK があった。今では 300 程度の金庫しかない。AOK の場合も州レベルでの合併が進んでいる。
- 近年ではマネジメント層に、外部からプロが採用されるようになった。それと同時に、契約内容や給付内容を熟知する必要性から医師の採用も増えている。
- BKK で医師の資格を持っている人を雇っているのは、医療保険のシステムやお金の動き、組織としての医療提供者側の行動原理を理解する必要があるからである。個々の病院との契約は素人にできることではなく、医学的な知識が必要な分野である。病院の管理職員と対等に話せる存在が必要だ。これらの医師は、専従で勤務している。
- これらの医師の多くは一般内科医である。その特定の BKK がどのような課題を抱えているかにもよる。AOK のような大規模な疾病金庫だと内科医だけでなく、統計の専門家なども雇用していることがある。州レベルや連邦レベルで、小規模な BKK の抱えている問題への支援もしている。
- 「考える金庫」のような、自分でアイデアを出したりデータを分析したり、そのようなブレーンを持つ金庫になるためには、ある程度の大きさ・規模を持たないと不可能だ。そういう意味では、もっと合併が必要であると認識している。

(7) デイジーズマネジメント (DM) とリスク構造調整

- 企業による健康管理は伝統的に BKK の仕事のひとつになっている。BKK の場合だと当然その分野の特有の職業病があるため、これに対応する形で取り組みが行われる。
- DM では、その企業の特有の病気以外での努力がなされている。例えば、糖尿病などである。1990 年代の初めに DM はリスク構造調整と共に検討された。BKK は DM の分野では非常に長い伝統を持っているので、それをリスク構造調整の一環として入れることについては批判的に見ている。それは結局、疾病の管理にかかる費用を他の金庫に負担させるという方法であり、逆に希薄な連帯感に基づく考え方だ。
- DM は確かに重要だと考えているが、生活習慣にまで強制的に介入する事に関しては、やや疑問に思っている。これは誤った方向への展開であり、あくまでも自由選択の枠内にあるべきだと考えている。ドイツは他の国と比べて糖尿病が多く、足の切断も多い。したがって定期的に脚の血圧を測って、できるだけ切断を回避するプログラムを行っている。また、コールセンターを設置している。これは、栄養関係

の専門家や医師を相手に血糖値など相談ができるが、いずれも自由参加である。

- DM は現在リスク構造調整の対象になっている。これは連帯という観点ではなく、効率性の観点から理解している。一般に言われるように、DM が本当にお金を節約するのであれば、原理的には間違いではないが、リスク構造調整自体に DM の評価を反映させることに対しては懐疑的である。DM を実施しないと他の金庫にお金が流れていくというような消極的な理由で取り組んでいるようなものだ。

(8) 近年のBKKにおける財政黒字について

- 簡単にいうと収入が増えて、支出が減った。法定疾病保険はかなりの赤字だったが、去年になってようやく黒字になった。支出を制限し、患者負担の追加支払い制度を導入した。これが大きなインパクトを与えた。さらに法定保険で保障しない項目も増えたため、支出が減った。
- 発生した黒字は、まずは財政の改善に用いられる。と同時に今、保険料の切り下げが議論となっている。政治家と我々の立場は違い、我々は借金体制をまず改善したい。
- 患者負担を引き下げることには異論がないが、それは、保険料の方で行うことが今議論されている。
- 内部留保することについては、法律ではっきり繰越金なり留保金の天井が決められており、厳しく制限されている。だから黒字分については、何らかの方法で適切に活用されなければならない。

(9) 連帯について

- 連帯とは、普通は個々の BKK 間の連帯を指すと考えられてきたが、今は自分の金庫さえよければいいという考え方が通用しない時代である。故に、金庫外に連帯を広げなければならないという前提がある。その際の外部への広げ方には理論的には 2 つあり、ひとつは今の構成員を維持しながら困っているところにお金を出すという形、もうひとつは困っている人をどんどん引っ張りこんで構成員にするという形である。1993 年の金庫選択の自由というのは後者である。
- ドイツは 1970 年代から 1980 年代にかけて BKK 内部での財政調整を非常に積極的に行った時期があった。そのような形の連帯が比較的受け入れやすかったかどうかについては、同じ連帯と言えど格好がいいが、全部の金庫が喜ぶわけではない。だから、負担する側はクレームをつける。小規模な BKK がたくさんあって、HIV 等の特定の高額給付が発生すると 5,000 人ぐらいのメンバーのところは支払い不能になる。いわゆる BKK 同士の再保険制度のようなものがあった。州レベルでもそうした再保険は大規模な BKK に負担が偏ってしまった。
- 19 世紀、20 世紀初頭の疾病金庫は社団の人的関係というのが金庫の中にあっただと考えるが、最近のように巨大な疾病金庫が増えるとそれはフィクションでしかない。

つまり、法的にはあるけれども、当事者の意識として挙がってくるような緊密な関係ではないのではないかという点については、新しく人が入っても、伝統的な金庫の場合だと能動のプロセスを密接に結びつけるので、非常に連帯意識が高かった。また BKK の職員は企業の職員だったので、非常に関係が深かった。

(10) 金庫種別を越えた合併と連帯について

- 金庫種別を越えた合併が、意味のある分野もある。総括契約をする場合だったり、地域に限定したりする場合は金庫種別を超えた合併が意味をもつだろう。ジーマエンスの疾病金庫が実際に取り組んでいる。あそこは技術系の職員が多い企業だが、同じ社員の中でも技術系職員には別の疾病金庫があるのだが、この金庫はジーマエンスの疾病金庫とも協力関係にあるようだ。ただ、AOK と BKK の協力関係というのは少ないと考えている。
- 金庫種別を越えた合併が将来広がっていったときに、もっと大きな単位での連帯ということはあり得る。ただし、様々な問題が関連するので、金庫種別を越えた合併にブレーキをかける要素はたくさんある。例えば、借財を誰が負担するか、特許保護など。こうしたシステムは何十年もかけてやってきたので、それを知的財産権のように捉える。その他、伝統のある金庫と新興の金庫の合併にも問題が起こる。
- 我々は、被保険者間の連帯を連帯と呼ぶ。リスクとは無関係に保険料負担をするため、そういう時は連帯という意識を使っても良いと思う。金庫同士の連帯は、相互に競争関係にあるため、意味が違ってくる。まずは金庫同士の競争、そして今度は BKK 同士の競争というのがある。だから連帯的競争というのはいかならないか。

(11) リスク構造調整と連帯

- リスク構造調整の法案を見ると、連帯という言葉は一度も出てこない。リスク構造調整は同じ競争条件を調整することでしかない。
- つまり被保険者間には連帯があり、あとは競争条件の整備であるという認識。この認識があったからこそ 1993 年法が成立したと思っている。リスク構造調整として、競争条件の整備を行っているが、同じ言葉を使っていながら実質的にこの 10 年に違うことをしようとしてきたのではないかという疑念は、多くの日本人が持っているはずである。
- これは非常に難しい問題である。だから、それで何を目指したかということだ。まず、なぜこんなにたくさんの疾病金庫が必要なのか。他方において、給付をできる限り下げなくてはならないという政治的課題がある。そのためにまずとられたのが被保険者の選択の自由である。
- 競争の仕方には 2 つある。保険料の差をつけて競争させるとというのがひとつ。そうすると高いところが破産に追い込まれる。別のやり方としては同じスタートライン

を設けること。これが競争である。本来の競争を保障する、これがリスク構造調整である。それは何も連帯的な関係を作るためではない。

(12) 市民保険への評価

- 高齢化社会との関連で出てきた話であるが、議論の中から出てくるのは、給与をもらってカバーされている人がカバーされていない収入の少ない人を助けるかどうかという議論である。
- もし連帯の一環としてそういう考えが義務付けられるのであれば、給付の方も減らすべきであるという議論が出てきている。ただ、すでに満足している高収入者を法定疾病保険に引きずり込むために色々なモデルが考えられている。
- だから、今までは民間保険だったのが、強制保険の方に移せという議論は出てきている。もちろん民間保険は反対している。

(13) BKKの独自性

- ある程度の統合と安定は認めるが、ある種の多様性はこの制度は残すのだという合意ないし前提があるからこそ、BKKはこの制度の中で今後も独自性を発揮できると考えている。
- 合併を迫りかける必要は全くない。そうすると我々はアイデンティティを喪失し、企業疾病保険とは何かということになる。BKKの多様性というのはAOKに対する我々の優位性である。単位が小規模の方が、全ドイツにある組織よりは行動しやすい。バーマーは全ドイツに展開する歴史の古い金庫であるが、これも全国組織に展開するのに3年もかかった。

3. ドイツ銀行企業疾病金庫 (Betriebskrankenkasse Deutsche Bank AG)

- 日時：平成 17 年 5 月 6 日（金）14:00～16:00
- 先方：Ute Manthey 氏（理事）
- 当方：藤田 伍一 一橋大学大学院社会学研究科 教授（当時）
倉田 聡 北海道大学大学院法学研究科 教授
岩名、小川 UFJ 総合研究所（現在 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング） 研究員

(1) ドイツ銀行BKKについて

① 沿革

- ドイツ銀行 BKK は閉鎖型の疾病金庫であり、ドイツ銀行の従業員とその家族だけが加入することができる。現在、約 5 万 5,000 人の加入者がおり、家族を含め約 8 万人の被保険者がいる。設立は 1952 年。
- 1989 年まではこの州だけの BKK であったが、1990 年に全ドイツ規模の BKK となると同時に、2000 年以降は、新連邦州（旧東独）における従業員も加入している。1995 年の立法上の決定によって、企業はこのまま自己の BKK を閉鎖型にしておくかどうか、ならびに BKK の職員の人件費を自らが負担するかどうかの決定を行うこととなった（開放型か閉鎖型かの選択）。
- ドイツ銀行は当時、独自にコンサルタント会社に調査を依頼し、鑑定書の結果、閉鎖型のままとし、また BKK の人件費も従来通り銀行が負担することを決定した。

② 加入者構成

- ドイツ銀行の従業員の 75% がドイツ銀行 BKK に加入している。また、ドイツ銀行の従業員でドイツ銀行 BKK に未加入の 25% のうち、約 10% は民間医療保険の加入者である。残りの 15% は、DAK やバーマーといった大手の代替金庫 (Ersatzkasse) に加入している。もともと DAK やバーマーに加入していた被保険者が、後にドイツ銀行に勤めるようになり、そのままドイツ銀行 BKK への加入手続きをしなかったというケースである。
- 代替金庫の金庫の保険料率の方が高いにも関わらず、転職先であるドイツ銀行の BKK には呼びかけても、移動するものは少ない。

(2) 金庫の開放と閉鎖

① 閉鎖型と帰属意識

- ドイツ銀行の銀行員という目標集団（ターゲットグループ）に対する保障が可能である、ということが閉鎖型を選択した決定的な理由であった。被保険者が均質的に構成されていることが、サービスを提供する際には非常に有利に働く。

- もう1つの理由は、自主運営ができることである。代議員会（Verwaltungsrat）は使用者側が50%、従業員側が50%という構成であるが、ドイツ銀行BKKの場合は、被保険者代表が15人おり、その15人が従業員側として50%の代表権を有する。他方の使用者側は1人しかいないが、その1人が50%の代表権を持つこととなる（なお、労働組合からの参加はない）。代議員会は、6年ごとに社会選挙（Sozialwahl）が行われる。ドイツ銀行には ver.di という労働組合が組織されている。しかし閉鎖型の場合には、代議員会は強固な共同決定権を有しており、労働組合は副次的な役割しか担わない。
- 個人的な考えだが、ドイツ銀行BKKにおいて労働組合の影響力が小さくなく、代議員会がドイツ銀行の従業員や、ドイツ銀行BKKの被保険者の立場でものを考えられるということは、非常によいことであると思われる。ドイツ銀行という企業がBKKの背後に存在することが大きなメリットである。なぜなら、企業やその従業員の関心が全面に出てくるからである。
- 金庫運営にかかる人件費についてもドイツ銀行本体からの財政サポートがある。同時に、職場における健康促進のための製品パッケージの費用も、ドイツ銀行とBKKが共同で負担している。
- 1995年当時の閉鎖型選択の決定は正しかったと考えている。毎年のように疾病保険の制度改正が試みられ、変化が多く不安定である。どの金庫にも、長期的な戦略計画というのが存在しない。そのような状況を考えると、閉鎖型にしてよかったと考えている。
- ドイツ銀行が閉鎖型を選択したのは、銀行の勤続期間や雇用形態が安定的であることとも関係している。
- ドイツ銀行BKKの加入者が他のBKKに移らないのも、まず企業の名前のもとにつながりを持っているということが背景にあると考えられる。従業員たちは、BKKを企業の一部門であると考えており、別の公法人であるということを認識していない。従業員には、自分たちがエリートであるとの認識があることから、ドイツ銀行BKKという名前に共属意識を持っている。

② 閉鎖型を選択する上でのリスクへの対応

- 閉鎖型のドイツ銀行BKKの被保険者は、他の疾病金庫に移ることが可能である。つまり我々は市場ではなく、ドイツ銀行内において顧客を獲得するのであり、他の疾病金庫から被保険者を獲得することは出来ない。したがって、組織が徐々に縮小する可能性は、1995年の時点では視野に入れていた。
- しかしそうした懸念よりも、被保険者との結びつきということを非常に重視した。それゆえ、ドイツ銀行のみを対象とした特殊な商品を積極的に提供した。
- まず、法定医療保険の給付はどこも同じである。95%は法定の給付であることから、

どこの金庫でも変わらないが、残りの5%については定款で決めることができる。

- 被保険者に選ばれる金庫となるために、健康促進や予防を推進した。また、従業員の要望を把握するためのアンケートを実施した。その結果、ストレス、栄養問題、運動不足といった問題点が明らかになった。
- 運動不足に関しては、ドイツ銀行の企業スポーツの運動部門との協働で、特別プログラムを提供した。ストレスについてはドイツ銀行の医療サービスとの協働で対策を講じている。栄養問題に対しても独自の構成部門を持っている。

③ 疾病金庫の開放が進んだ理由

- 1995年当時、開放型を選択した金庫の行動については、ある程度理解できる。政治的には、1995年～1996年頃は個々のBKKではなく、企業が主導的に開放型への移行を決定した。開放型にすることにより、企業はBKKの人件費負担から解放され、また人員も削減できるからだ。
- 人件費を金庫で負担すると（開放型）、0.4～0.5%の保険料の上昇に結びつくということで開放型にしたところは、できるだけ多くの新規加入者を獲得し、保険料率の上昇を回避するという発想があった。しかし、開放型では、企業との緊密な結びつきが失われ、企業の一員であるというアイデンティティが希薄になるという点で不利であり、自分の金庫であるという信頼感がなくなる。

④ 現在閉鎖型を選択している金庫の今後について

- 閉鎖型を選んでいる金庫の多くは大企業である。ドイツ銀行、メルセデス、ダイムラークライスラー、BMW、ヒポ・フェアアイン銀行などである。これらはグローバルな企業なので、今後どうなるかは不透明だ。ただし、閉鎖型から開放型へはいつでも移ることが出来るのであり、どう決定するかは各企業の問題である。
- 閉鎖型を選択した金庫に対して、開放への圧力を感じることは実際にあり、問題であると思っている。国は被用者やその家族に対して社会的責任を負う企業に対して、協力的であるべきだと考えている。企業は社会的責任を妨げているわけではなく、疾病金庫は社会部門において、社会的責任を壊すどころか支援しているのである。

(3) リスク構造調整に対する考え方

- 今後、構成員が高齢化していくことは憂慮している。ただし高齢化についてはリスク構造調整が存在する。ドイツ銀行BKKでは被保険者の年齢構成が健全であることから、保険料収入の43%を直接リスク構造調整に拠出している。13.9%という保険料率をもっと下げても良いのだが、これにはリスク構造調整の拠出金が入っている。本来ならば、もっと競争力があるはずだ。
- 法律にも書かれているとおり、リスク構造調整の役割は競合条件を同等化するということだ。閉鎖型だから競争からは除外されているということではない。加入者は

他の金庫に移動可能であるのだから。

- 特に腹立たしいのは、リスク構造調整の枠内で、調整需要率（Ausgleichsbedarfssatz）というものに限度が設定されていないことである。これは人工的に、仮定として算定された通常金庫が必要とする費用を指す。しかし受け取る金庫に対して、受領限度額というものは存在しない。したがって、我々の出した金でやりくりしながら、我々よりも保険料率を下げているところが出てくる。

(4) 閉鎖型金庫と「連帯」

- 連帯という言葉は、ドイツにおいて、ここ何年間で非常に悪用されている言葉である。世代間契約を背景とする連帯共同体の意味が国民に明らかにされる必要がある。子どもの頃は無料で保険に加入し、職業生活に入ると保険料を支払うが、自身は健康である。そして老齢になって、現役世代によって費用を支払ってもらうこととなる。競争の強化によって、加入者が金庫から金庫へと渡り歩くことは、連帯共同体という観点から、決して良いとは思わない。加入者を奪い合うような競争も、連帯のもとでは理解されない。
- ほとんどの金庫は債務超過である。それは競争を強いられて自分の能力以上に保険料率を下げ借金を抱えているからである。それゆえ、国から保険料を上げろと言われて上げた途端に、今度は収入源である加入者が他へ行ってしまう。
- 金庫を渡り歩く人（金庫ホッパー）が出てくるというのは、金庫の枠を超えて連帯の幅が広がったと見えるかもしれないが、実際の運用場面では全然違う。
- 民間保険の場合は競争が存在して、保険料も全部違う。一方で、民間保険の加入者があまり金庫を移らないのは、民間保険の場合、長年病気にならなかった場合には残金の額があり、それを老齢時まで全部計算すると帳尻が合い、それによって保険料率が安くなっていくからである。ただしポータビリティがないため、金庫を移る際には、新しい健康診断があってリスクを被ることになる。そういうことが、金庫の移動への歯止めとなっている。これは法定疾病金庫にも取り入れることができるだろう。

(5) 疾病保険における競争と連帯への影響

- 競争自体が間違いだというのは、金庫が保険料率でしか競争できないからである。支出項目で一番大きいのは、医師と病院（入院）と薬剤費である。製薬会社や保険医協会、病院協会などとの契約の際に、個々の疾病金庫が行使できる影響力というのは皆無か、あるいは微々たるものである。
- 強制保険の場合は収入上の問題を抱えている。まず、経済全体の成長率が低い。そして失業率が高い。さらに早期退職制度によって年金受給者が非常に若くなってきた。結局、55歳くらいから若くして年金生活者となる人は、費用を発生させる代わりに保険料を支払わず、財政はアンバランスになる。

- 連帯は支出に相当する収入があって初めてできることだ。失業者や社会扶助受給者など、費用を払わずに給付ばかりが発生する構成員が多いような連帯共同体に対しては、その連帯に加わる気構えは小さくなる。
- 法定疾病金庫が疑似市場化してきて、連帯の意味が小さくなっている。そういう状況の中では、徐々に払う意思が薄れてくる。連帯がなくても、繋がっているのは強制だからだ。

(6) 「連帯」の概念

- 我々の分野では、連帯は世代間の公正という意味で用いる。世代間であっても、連帯という言葉は使える。18歳に達するまでは無料で（家族と）一緒に保険でカバーされる。職業生活に入ると、未成年の間利益を受けた共同体である金庫に対して保険料を支払うことになる。
- それと同時に、自己責任も連帯の中に入る。予防や自分の健康促進といった形での自己責任という義務を負う。個々人の節約や、健康への留意、ボーナス制度の利用といった色々な対策は、最終的には自分が属する共同体への還元となる。**Versicherungsträger**（保険者）はゲマインシャフトだという認識だ。
- 今度の改正で金庫選択権を行使した後の拘束期間が短くなったが、拘束期間を長くするだけでは歯止めをかけることはできないだろう。その場合には代償として、民間保険で行っているような、積立を放棄することなどとリンクさせなければならないだろう。
- （倉田教授）1993年に選択権の法律ができたが、その時の選択権の考え方は、自分が全く意図できないリスク構造を引き受けることに問題性があったということだった。最初に一度選ばせなければならないということが、法律成立の意識にあったと私は理解している。少なくとも、あちこちに移動して **Solidargemeinschaft**（連帯共同体）を破壊して、ゲゼルシャフト、つまり利益状態に近い金庫にしていくということを最初の立法時には予定していなかったと思うが、どうか。
- （先方）今のような状態まで考えてなかったのではないだろうか。少子や高齢化社会の人口の変化などを全部考慮したが、こういう結果になると思っていなかった。経済成長については考えていなかった。

(7) 職員について

① Manthey氏の経歴

- 1994年までは業務執行社員（**Geschäftsführer**）と言われる立場についていた。業務執行社員とは、株式会社ではない会社で使われる言葉で、**General Manager**にあたる立場である。1995年からは、取締役（**Vorstand**）になった。最初から銀行員ではなく、社会保険専門の教育の見習いから始めて、1982年から25年、ほとんど全ての分

野を担当した。

② 職員の雇用について

- IT 関係の専門家は職員の中に配置されている。あとは、保険サービスの専門家として他の金庫に勤めていて、顧客の扱いに慣れている人を雇ったということはある。
- 銀行との人事交流は、ファイナンス部門に限定される。人数は 85 人のうち 8 人から 10 人で、企画部と企業財政監査（finance controlling）が元ドイツ銀行員だ。社会保険の分野から転職してきた人と、保険とは関係ない経営学や財務の人とのチームワークが非常にうまくいっていると思う。
- 我々ドイツ銀行 BKK の職員も皆、ドイツ銀行の従業員である。ここは公法人であるが銀行である。ドイツ銀行が人件費を賄う。給与は皆ドイツ銀行から支払われる。職員は、銀行の職務はしていないが、銀行の職員だ。従業員契約は銀行が行っている。給与システムも銀行と全く同じだ。
- 閉鎖型 BKK であるため、独自の雇用については、ドイツ銀行の許可がなければ雇えない。BKK で人員が必要となった場合には、ドイツ銀行から BKK に対して人員を提供してもらう。
- この 10 年間でスタッフの仕事が増えた。まず、介護金庫が登場し、失業者や社会扶助受給者についても対応しなければならなくなった。しかし職員の人数は 10 年前と同じである。もちろん銀行の方は決して贅沢しているわけではなく、いつもぎりぎりのところで運営している。

(8) 医療との結びつきについて

- 全国には 23 か所の金庫医協会が存在する。この金庫医協会と交渉するのは、個々の BKK ではなく、BKK の州連合会である。
- したがって個別契約は行っていない。これは我々に関しては、会計部門が 23 の異なる契約内容に留意しなければならないということの意味する。被保険者は国内のどこでも同じ給付を受けるが、契約内容がそれぞれ異なるので、異なる支払いをすることとなる。
- ただし、2004 年から統合診療（integrierte Versorgung）が開始されている。外来診療に関する病院と個別 BKK との間の契約である。2004 年から個別 BKK に、そのような契約を締結する可能性が提供された。州連合会がそのような契約を行っていることから、我々もそのような契約を締結している。しかしそれらの契約に対しては、追加的な支払いが必要となる。ゆえに追加的な支払いをしたくないからその分給付を削減してほしいと被保険者が要求することはできる。

(9) ボーナス給付と連帯

- ボーナス給付では、健康診断を定期的に受けたり、スポーツをしたり、健康な食生

活を送るなど予防に取り組んでいる証明を提出すれば、活動に応じたポイントを付与している。ポイント数に応じて、現物給付、あるいはプレゼントを提供している。例えば、フィットネスの機械とか、プール1年間無料利用券などである。

- 保険料の返還といった形でのボーナス給付は検討したこともあったが、意識的に実施していない。それは連帯の主旨に反するからである。例えば、ある家庭では3人子どもがいて、家族が皆健康で、皆がプレミアをもらう。しかし別の家庭では1人子どもがいて、その子が病気であると家族がプレミアをもらえない。このようなことは我々の連帯意識には反する。
- 民間保険では個々人の持つ疾病リスクに応じて保険料を支払うが、法定疾病保険において個々人が持っている疾病の危険度に応じて保険料に差がつくのはおかしいという発想だ。
- 高額所得者は民間保険に加入する傾向がある。しかし家族被保険者のある者、つまり例えば子どもがたくさんいるような者のほとんどは、民間保険ではなく法定保険に加入する。なぜなら民間保険ではそういった子どもの分の保険料も計算されて請求されてしまうからである。ゆえにそういった者は、連帯共同体に加入する。なぜならそれによって利益を得るからである。

4. バイエル企業疾病金庫（Bayer Betriebskrankenkasse）

■ 日時：平成 17 年 5 月 4 日（水）14:00～16:00

■ 先方：Hans Joachim Röminger 氏（理事）

Christine Löb 氏（理事代理）

■ 当方：藤田伍一 一橋大学大学院社会学研究科 教授（当時）

倉田 聡 北海道大学大学院法学研究科 教授

岩名、小川 UFJ 総合研究所（現在 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング） 研究員

(1) Röminger 氏の紹介

- 私と Löb 氏（インタビュー同席者）はバイエル BKK の理事であり、マネジメントを受け持っているが、それだけではなく、デュッセルドルフにある自営業者である医療関係職（Heilberufe）（鍼師やマッサージ師など）の職業団体の BKK（BKK fuer Heilberufe のこと。以下これを医療関係職 BKK と記す）の理事も担当している。
- 私は 2001 年から理事を務めている。Löb 氏は、1992 年からバイエル BKK に勤めており、現在は理事代理と同時に、顧客サービス部門を担当している。もう 1 つの医療関係職 BKK については、2003 年の 3 月から理事を務めている。医療関係職 BKK は、ドイツで実施された BKK 整理統合の第 1 号であった。

(2) バイエル BKK の概要

- バイエル BKK は、2000 年から独立自営している（selbstaendig）。つまり開放型になったということだ。それまでは、企業の人事部が所管していた。バイエル BKK は、ドイツにおける最も古い伝統的な BKK の一つであり、120 年の歴史を持っている。そして当然ながら、本体のバイエル株式会社や、その関連会社の疾病保険と関係している。
- 保険料を支払っている被保険者数は 13 万 5,000 人であり、その家族被保険者を入れると、合計 20 万人となる。
- バイエル BKK の本拠地はレバークーゼンにあり、全構成員のうち約半数がここに拠点を置いている。さらに国内に 9 か所、活動拠点がある。例えば南部ドイツではミュンヘンにあり、また旧東独地域、北部ドイツにも拠点が存在する。それらはいずれもバイエルの工場、又は関連会社が存在する場所である。
- 2002 年から中央管理センターをレバークーゼンに置き、個々の活動拠点は被保険者に対するサービスのみを行う出先機関ということになった。被保険者は個々の出先機関で直接アドバイスを受けたり、電話でもアドバイスを受けることができる。
- バイエル BKK は大変古い疾病金庫なので、構成員の内訳を見ても、高齢者が多い。構成員の約 45% が年金受給者である。
- レバークーゼンの人口は 16 万人。この都市の人口に占めるバイエル BKK のシェア

は 40%である。

- 被保険者 1 人につき家族被保険者が 0.3 人となっている。年金受給者が多いからかもしれない。また、ドイツでは女性の多くが働いているので、女性が別の疾病金庫に入っている可能性がある。年金受給者が多いので、被保険者の平均年齢は 49 歳となっている。
- バイエルと関係ない被保険者は約 30%。そのほとんどが、結婚をして仕事をやめた主婦が、夫の勤めるバイエル BKK に加入するというような事例であり、バイエル関係者とそうでない者、という切り分けで被保険者を区別することは難しい。
- 現在の保険料率は 14.4%である。昨年度（2004 年度）に黒字を出したので、6 月 1 日に 14.1%に下げる。7 月 1 日から法律で改定されるが、それとは関係なく、我々が独自に決議して決めた。
- 1993 年から 1995 年あたりの保険料率は 13%以下だと思われる。この時期においては比較的安定していたが、高い方であった。
- 開放したことを積極的に宣伝しなかったため、加入者は急増しなかった。前任者の戦略にもよっていた。当時は企業の人事部であり、宣伝のプロではなかった。また、バイエル関係者（従業員の家や親族）以外の被保険者を集めることに対して興味なかった。

(3) バイエルBKKでの改革

- 私がここの理事となってから、経営陣を刷新し、全く新たな組織構造を導入し、経営に携わっていた職員を全部替えた。例えば従来の職員を単純な仕事の方に送り、それ以外の職員の中から引き抜いたりした。それと同時に、外部からも人材を登用した。
- 私自身が産業界の出身で、バイエルと BP（British Petrol）との間の石油化学の営業担当責任者であった。バイエルがジョイントベンチャー部門を BP に売却した際に、バイエル BKK の健全化と刷新を担うために、私が雇われることとなった。
- マネジメントの構造について説明すると、まず 4 人の部門別の役員がいる。Löb 氏は顧客サービス担当、1 人は総合給付担当（本部で全ての給付と契約を全て担当する）、1 人は財政、1 人は保険料などの収入担当、1 人は IT・人事などの総務担当である。2002 年 1 月から、このようなスリムな中央組織に変えた。250 人が勤務しており、そのうち 200 人が本拠地で、50 人が各地の活動拠点である顧客センターで働いている。
- 新しく経営チームを再構成した際に、債務も引き継ぐこととなった。ゆえに保険料を上げざるをえなかった。バイエル株式会社の合理化が迫られていた時期も重なって、解雇の代わりに早期退職が促された。そういうわけで新規採用はゼロとなり、研修生受け入れもゼロとなったので、構造改革が必要となった。

- ドイツでは BKK に限らず、疾病金庫にはほとんど債務がある。2004 年の法律によって、全ての疾病金庫は、2004 年から 2007 年までに債務を全て償却する義務を負うこととなった。バイエル BKK の場合は、昨年度において、債務を約 3 分の 2 償却できた。そういうわけで、他にさきがけて 6 月 1 日から保険料を下げる事ができた。

(4) ITを活用したマネジメント

- 将来を志向してマネジメントの改革を行った。効率を上げるために、中央管理システムにすることを決めた。それまでは分権的であり、10 拠点で同じ仕事がなされていた。金庫の安定的な存続ということを考えると、長期的に債務を抱えたままでは良くないということを確認していたし、市場で生き延びていくためには債務を償却せねばならない、と考えていた。
- そしてまた、それまでは企業内部での管理という意識であったが、今後は積極的に外に出て行って、被保険者との対話に重点を置くということが目標とされた。
- 中央管理化をするにあたっては、IT が非常に重要な決め手となった。顧客サービスと事務処理とを完全に分離したので、顧客サービスを担当する人は、コンピューターを経由してデータを全て利用できるようになった。
- バイエル本社は、BKK に対してはそのような電子化ということはしてくれなかった。最初はバイエルのシステムの中でデータを構築していたが、5 年前から完全に分離し、SAP のシステムを採用した。
- システムを導入したことによって余剰人員が発生したということはない。データ処理という業務は以前から存在した。ただシステムが違っていた。ゆえに質を高めるための再教育ということも行われても、解雇ということにはなかった。以前は 10 か所で事務処理を全て行っていた。ゆえに同様の事例に対して 10 の異なる決定が下された可能性が大いにあった。
- 例えば傷病手当金 (Krankengeld) を認定するとき、労働不能が何%であるのかを判定するのだが、その判定の仕方が拠点によって異なる可能性があったということである。しかし今では全て本拠地で決定するので、そういうことはなくなった。

(5) 医療関係職BKK

(バイエル BKK の役員は一方で、医療関係職 BKK を兼任している。)

① 医療関係職BKKの概要

- 薬剤師はイヌングだが、薬局に勤める職員や、マッサージ師などは医療関係職と呼ばれる。そうした人々を対象として創設された BKK である。
- 1996 年以降はすべて開放型となったので、医療に関係ない人々の加入が増えた。現在では、医療関係職の人々と、医療に関係ない人々との構成員比率は半々である。
- 医療関係職 BKK は、2001 年と 2002 年には、被保険者数が 52 万 5,000 人、家族被保

険者を入れると 70 万人の構成員を抱えていた、という意味でドイツ最大の金庫であった。

- 1996 年に設立され、当初は加入者 5,000 人程度であったが、その後、爆発的に構成員が増えた。その理由は、保険料率が全国で最低であった（11.9%）からであった。1996 年時点では職員は 4 人しかいなかったのが、4 年後には 1,100 人となった。しかしマネジメントは同じ人が担当しており、急激な成長に耐えられなかった。
- ゆえに、2003 年に支払不能申請を裁判所に提出した。3 億 6,000 万ユーロの債務があった。社会法典には、ある州内の BKK が破産した場合には、その州の全ての BKK が責任を持つという一項がある。このノルトライン＝ヴェストファーレン州には 60 の BKK があり、本来ならばその責任を共同に負担する必要があった。

② 経営の立て直し

- BKK は、1 つの連邦連合会と 8 つの州連合会がある。2003 年 3 月にこの州の州連合会から私に、医療関係職 BKK の面倒を見てくれないかという話が持ち込まれた。破産したわけではなく支払不能状態なので、裁判所の許可を得て更生手続に持ち込まれた。それを私が引き受け、管財人のようなものになった。前任者は監査役会から追い出された。
- 2003 年 7 月 1 日に、医療関係職 BKK の中に新しい中央管理本部を作った。そして、その下の 8 つの部門の担当者を全て解任した。経営難の状態を招いたのは経営陣だけでなく、その下の人々の責任でもあるという理屈からである。そして 2003 年 4 月に保険料率を 14.8%に引き上げた。ちなみに、11.9%から保険料率を徐々に引き上げ、14.8%に至るまでにかかった期間は 1 年半であった。
- 加入者のうち約半数は脱退した。現在は 29 万人の被保険者で、全体では 40 万の構成員である。以前は月平均 5,000 件の脱退があったが、現在は 3,500 件まで減り、できるだけこれを安定、あるいは削減する努力をしている。
- 現段階においては、医療関係職 BKK とバイエル BKK の間に組織的なつながりはない。しかし、協力関係に持ち込もうとしている。契約面では、協力した方が有利な面が多い。また経営面での経験を交換したり、データ比較などの面でも有利である。

③ 医療関係職BKKの財政再建

- 4 年間で債務を償却しなければならないと法定されてしまった。しかし達成できないところも出てくるはずである。その場合には、保険料率を上げなければならない。そうすると、加入者は他の疾病金庫に逃げてしまうため内部コストを下げるしかない。全ての BKK が、一生懸命そのことに取り組んでいる。
- 医療関係職 BKK の場合、人件費を 2003 年の実績では 5,000 万ユーロ、2005 年は 3,500 万ユーロというように、減らしている。家賃や IT コスト、契約コストなどを全て含めた広義の事務費は、2003 年は 3,300 万ユーロであったが、今年は 2,300 万ユーロ

が目標となっている。

- つまり、合計で 2003 年の 8,300 万ユーロから今年は 5,800 万ユーロに下げると宣言している。これだけでも節約金額が 2,500 万ユーロであり、保険料率に換算すると 0.4%下がる計算になる。

④ バイエルBKKと医療関係職BKKの合併について

- 合併しても借金は減らないから、合併は考えていない。
- バイエル BKK と医療関係職 BKK、これら両方に同じようなマネジメントモデルを適用させようとした。同じ人間が実施したのであるから、同じマネジメントモデルである。医療関係職 BKK の組織形態をバイエル BKK と全く同じにした。担当する理事もみな同一人物であり、いわばクローンである。我々はしたがって、週 60 時間も 70 時間も仕事をしている。
- ただし両方の金庫同士は質的にも大変差があった。バイエル BKK は伝統があり、大企業と関係もある。被保険者の間でも、自分たちの金庫という意識が強いので、保険料率上げてやめる人は少ない。一体感がある。
- 医療関係職 BKK は、1 つ 1 つの企業規模がたいへん小さい (3、4 人の鍼灸医院や、4、5 人の職員の薬局など)。医療関係職 BKK には年金生活者がほとんどいない。平均年齢も 40 歳くらいである。女性の割合が高い (60%以上が女性)。このように両者の構造は完全に異なり、合併は考えていない。
- 医療関係職 BKK にはまだ債務が残っている (4 分の 1 減らしたが)。もし合併したらその債務も抱えなければならない。バイエル BKK の監査役会は当然拒否するだろう。
- 我々の戦略の基本方針は、協力である。我々は様々な分野を同一化し、協働している。例えば精算システムや病院のマネジメントシステムなどである。また IT 部門でも協働している。会計チェックシステムも共通化した。全ての医療関係職が豊富な知識を有しているわけではないことから、我々はイントラネットで、そのような知識を向上させ、仕事の質を向上させるようなプログラムを構築した。

(6) 疾病金庫の自治

- 我々は公的法人ではあるが、自治組織である。我々は政府の代弁者とは思っていない。したがって法律が施行された以上は、それに対して動的に弾力的に対応していくべきと思っている。
- 次の戦略としては、サービス面で他の BKK と協力するということを考えている。まず病院の例をとってみると、2003 年に DRG が導入されたが、これには 700 種類くらいの症例モデルがある。これに対して病院協会は、病院の費用を合理化するために、支払いシステムのモデルを検討した。現在、それをチェックするためには管理

部門の専門家ではなく、医学知識のある医師を必要とする。また、全国レベルでの病院の行動パターンを知るためのベンチマークも必要である。

- しかし小さい **BKK** は、医師を雇える余裕がない。ゆえに大きな組織団体を作って、医療機関の行動パターンを知るための分析などを実施できるようにしたい。サービス面での協力のネットワーク化を我々が実施し、運営の中心になろうと考えている。とりあえずは医療関係職 **BKK** との間で行う。我々の手元には 12 万の症例データが毎年蓄積されている。このデータを活用して分析してみたい。この取り組みが成功すれば、このモデルを他の **BKK** に販売することも検討している。それは合併ではなく、協力ネットワークである。同様のことが他のサービスの購買に関するにも適用される。リハビリの機械や道具の共同仕入れや、メーカーと直接契約するなどである。市場価格を有利なものにするために、市場での力を大きくしようとしている。
- 部門を選んでの協力なので、パートナーとしては開放型であるか閉鎖型であるかということは全く関係ない。自己の金庫の名前や、名誉を損なわずに協力ができるということである。
- 疾病金庫が価格交渉力を持ち、価格が下がると医療の質が落ちるという懸念は特にもっていない。当然、医療機関と契約する場合には質の維持ということが明記され、またチェックも行う。最近も、あるリハビリセンターと契約をしたが、その患者 70 人にアンケートを行いサービスの質のチェックをしている。

(7) デジタルマネジメント (DM) について

- 我々が把握している患者の症例を、どのようにプログラムとリンクさせることができるかということに対して、努力している。被保険者に手紙を出したり、新聞広告を出したり、被保険者と個人面接を行ったり、ボーナス制度を行ったり、協力してくれる医者を探したりもする。DM の対象となる患者の数を 100 とすると、そのうち 60 が協力するなど、協力率が高い。
- DM は始まったばかりであり、まだ経験が浅いので何ともいえない。予防というものは長期的に見ないと分からない。短期的には数量化できない。リスク構造調整に対するインセンティブをつけ、それに対して金庫が反応を示すかが大事である。金庫にとってはまず費用が出るのであり、利益が出るには時間がかかる。リスク構造調整システムの運用次第である。
- 医療関係職 **BKK** では、DM への参加者は比較的少ない。しかし、過去 3 年間の DM 参加者の動向から、DM プログラムへの参加者は疾病金庫を脱退しない比率が高いということが確認された。顧客確保の面からは DM は有効である。

(8) BKKの今後の方向性

- 顧客と金庫との関係をどう維持するかが一つの課題だと思っている。我々の戦略は、多製品戦略である。すなわち、従来の給付の他にも、さらなる製品を被保険者に売

り、関連づけようとしている。

- 保険料がいくら上がったかということ以上に、被保険者に教えたり、教育したりするという仕事を自ら引き受けている。我々は例えば民間保険からの追加保険（*zusätzliche Versicherungen*）も提供している。民間保険に加入しうる被保険者がいる場合に、追加保険を締結する可能性を提示し、追加保険を斡旋したりもする。顧客が何を要求しているのかをつかみ、それを提供しようとしている。物的なプレゼントを求める被保険者もあれば、保険料償還を求める被保険者もある。
- 我々は顧客以外の人々への宣伝よりも、本来の業務に集中している。1994年時点と比べると、最近ではリスク構造調整の影響により、疾病金庫間の保険料格差は縮まっているので、保険料は争点にならない。ゆえに、質や付加サービスが決め手となってくる。
- 医療関係職 BKK については、かつてのように急激に加入者は増やせないかもしれないが、加入者を増やそうと努力はしている。2004年の実績では、解約者は全体の約17%に相当する。ところが金庫が用意する DM プログラムに参加する加入者は、解約率が3%である。このようなシステムがあれば脱退はしないだろう、という認識は持っている。

(9) 有病率指向型リスク構造調整に対する評価

- これは大きな問題である。有病率リスク構造調整は非経済的であると思われる。治療措置により多くのお金を出すようになり、現在のシステムとは反対になる。費用のチェックではなく、リスク構造調整の方が優先されて、どんどん費用が出て行く。
- 利益を得るのは給付提供者の方であり、疾病金庫が経済的な枠組みの中で力を発揮できなくなる。

(10) ボーナス制について

- 我々は既に両方の BKK において、ボーナスシステムを実施している。これはプレミアシステムである。また、ある特定の構成員に対しては保険料還付をしている。しかしこの還付要求の割合はたいへん少ない。
- 導入してから1年しか経っていないので、費用対効果の評価まではできていない。しかし医療関係職 BKK をみて現時点で分かっていることは、ボーナスシステムの参加者は、非参加者よりも脱退する率が比較的少ないということである。ゆえにマーケティングシステムとしては良い。現在は、医療関係職 BKK に対して新しいボーナス率の表を作成しており、監督局の許可をとっているところである。

5. エッソ企業疾病金庫（Esso BKK）

■ 日時：平成 17 年 4 月 29 日（金）14:00～17:00

■ 先方：Carsten Dierk 氏（理事）

■ 当方：岩名 UFJ 総合研究所（現在 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング） 研究員

(1) 疾病金庫の開放の経緯

- BKK が開放型を採るようになったきっかけのひとつは、アンバランスな現役と退職者の構成比である。企業では定年退職で出ていく人と新規採用されて入ってくる若い人が、ひとつのサイクルを形成している。しかしエッソの例では、ここ 20 年間採用人数を抑制してきたため退職者が増える一方、現役職員は減り、閉鎖型では健全な若年・高齢者の構成比が維持できなくなってきた。これが開放型を採るきっかけとなった。
- BMW やアウディでも人員削減を行っているが、企業が大きいと何か構成比を保持している。ダイムラークライスラーも閉鎖型である。
- 開放化当時、BKK は低額の保険料設定で、インターネットで簡単に加入できるのも若い人には魅力的だろうと考えていた。若くて健康な人が加入してくれることを期待し、高齢者は今までお世話になったところに残るであろうと計算していた。そうした目論見も、開放型を選択した判断の中に含まれていた。
- 開放時、新規の加入者は基本的には個人ベースで入ってきた。小さな企業が 5、6 人で入ってくることもあったが、千人単位の企業がまとめて入ってくることはなかった。開放型を選んだ狙いのひとつは、エクソンモービルの関連会社の従業員（つまりエッソ石油のガソリンスタンドの従業員）を引き入れるのが狙いだった。そのため開放したことは公開しなかったつもりだが、情報が新聞などから広まり、予期していなかった人達が全国から集まってきた。グループ金庫のようにするつもりだったが、一旦開放したら新規加入希望者を制限することはできず色々な人が入ってきてしまった。1998 年当時は今ほどインターネットが普及していなかったにも関わらず、インターネットでも情報が流れた。

(2) 疾病金庫開放の誤算

- 一旦開放するとなると、一部だけではなく全員に開放することになる。はじめはうまくいっていたが、2000～2001 年頃には判断の誤りを認めざるを得なくなった。つまり、多くの BKK の被保険者層が社会全体のリスク構造に平準化されていった反面、低い保険料を維持していたので、大きな赤字を抱えることとなった。一般には保険料が低いほど多くの人が入り、例えば 4 千人程度だったところが 2、3 年で 50 万人に膨れ上がったケースもあった。一般の契約法と異なり、加入希望者を拒否することはできない。リスクに応じて現実的な高さに保険料を引き上げなかったところは非常に大きな負債を抱えた。

- リスクは非常に計算しにくいものである。リスク構造調整において、全体の精算が終わるまで3年ほどかかり、結果が出るまでには時間的ギャップがある。対象となるリスク自体も、医師側との精算によって時間を置いて発覚する。低すぎる保険料を維持し、赤字になって慌てて保険料を引き上げたところ、脱退が相次ぎ、一人当りの負債額が大きくなるという悲惨な状況に陥ったBKKも少なくなかった。当初、BKK連合会は加入者が増えたことを評価したけれども必ずしも良い結果ばかりだったわけではない。
- 開放した後どのような動きになるか、当時はメカニズムを見抜けなかった。特に加入者数が多かったところほど危険であった。保険料収入増により資産が増えたように見えるが、潜在的には負債が増えることになる。ある時点で負債の方が大きくなり、保険料引き上げを図るのだが、リスク計算が困難で負債がいくらになるのか見通しがつかなかった。
- 法的には閉鎖型に戻ることは不可能であるが、新たに閉鎖型にしようとも思わない。今から閉鎖型にするのは全く意味がない。なぜなら被保険者構造は6年前と変わっていない、あるいは悪化している。エッソBKK全体で現役社員は1,000人以下、一方定年退職者は4,000人と健全な構造でない。もし仮に閉鎖するとしたら現在約2万人いる被保険者はどうするのかという現実的な問題からも、閉鎖することはできない。当時、開放を選択したことは良かったと思うが、やり方に関しては、見直す余地がある。保険料率はもっと上げるべきだったと考えている。

(3) 疾病金庫間の競争と今後の戦略

- 今はまだ、本当の意味での競争市場になっていない。つまり価格競争であり、加入するかは保険料によって決まる。開放当時よりも保険料の差は縮まって一定の幅に収まっており、被保険者は金庫間を移動しなくなってきている。保険料が極端に安いところもあるが、とても安心して加入できるものではないと評価している。
- なかなか見通しは立たないが、今後の傾向としては、価格競争ではなくなると見ている。保険料は一定化してくるので、サービスや供給の内容での競争となってくる。今後疾病金庫は30~50に減り、運営費が削減されると政府側は言っているが、疑問である。小さい保険会社の方が、効率がよいこともある。
- 今後の加入者数については現状維持を狙っている。我々は小規模のため資源は限られているが、これから職業教育を受けようとする人に対する展示会に行くなど、若干のPR活動はしている。疾病金庫の中には、ダンピングのような安い保険料で宣伝しているところも5、6か所程ある。
- よく金庫を移る人を金庫ホッパーと呼んでいるが、彼等はサービスではなく安さを求めて移っていく。節約が流行し、自己負担率が上昇する中ではサービスを強調しても通用しない。エッソBKKは保険料も中程度なので、あまりアピールはできない。

- 加入者減は、財政面では必ずしも悪いことではない。伸びることは大事でも一度に伸びすぎるのは組織的な問題が生じ、良いことではない。ゆっくり健全な形で伸びるのを狙うべきである。民間保険会社と比べられることが多いが、我々は加入時にリスクを選択できない面があり、比較はできない。

(4) リスク構造調整と有病率

- リスク構造調整が、保険料の均一化につながっていると言うことはできる。しかしリスク構造調整自体に問題がある。問題は、実際の出費は全く検討されないことである。ある額が突きつけられ、その額は固定されている。実際の収支が合わない場合、保険料引き上げで対応するしかない。ハンブルグやベルリンなどの大都市ではコストが高くなるが、それも計算に含まれない。最近ではリスク構造調整も変わりつつあり、リスクプールといった微調整も増えているが、やはり根本的な部分に問題がある。調整数値を予測しても、1年後に突きつけられる数字はいつも仮定より高かった。今まではコストに並行して収入も上がっていたけれども、最近では景気が悪く、予測を下回る状況が続いて収入面がついていかない。差額も10万ユーロ、100万ユーロ単位となっている。
- もし有病率を含むリスク構造調整が行われれば、BKKの負担はより大きくなる。政治的にはAOKが中心となったロビー活動によって実現した。実際には裏口を通して均一保険を導入するのに等しい。ここでの均一保険とは、1か所が全体を運営しているもので、表向きには色々な看板があるかもしれないが、全部が一体となって個々の金庫では予算など何も左右できないという意味である。現在の介護保険と同じ形である。
- 実際にこれを導入する基盤となった鑑定書（調査報告書）は、2000年か2001年のものであって、今となっては古いデータを基にして検討されている。導入されるかは疑問であり、どちらかと言えば実施されない方向になっている。全体の構造を複雑化したところで、これが公正につながるかは疑わしく、逆に不公平につながるとみられる。公正の確保には適正なデータを用いることが前提条件となるが、それさえできていない。
- 1994年リスク構造調整導入時の保健大臣も、4、5年後にこれほど大きな額が動き、これほど複雑化するとわかっていれば導入しなかったと語っている。もし公正を狙いとするならば、それが何であるか定義して欲しい。個人的な意見だが、複雑であればあるほど、それは公正ではない。

(5) 疾病保険の改革と連帯の位置づけ

- 全てのリスクは、どこかで負担してもらえというのが最近の人々の考え方である。連帯を命令することは不可能であり、連帯は社会の中で生きていないと生まれない。実際に連帯があるのかといえば、20年間で誰もが自分のことしか考えないようにな

ってきた。ある改正に賛成していても、その負担を自分が背負うとなると反対の声が上がるという具合だ。

- 例えば、診療時の10ユーロ自己負担への改正に対して、全国で大きな反対の声が上がった。公正かどうかは別として、採算を考えると自己負担は必要である。
- 連帯という考え方は薄れてきている。個人的な見解では、この30年で自己責任の考え方が薄れてきた。健康保険に限らず、企業に対しても家族とは考えず、自分のレジャーのためのお金を稼ぐ場所としてみている。連帯をどう定義するのか、誰に対して請求するのかという問題もあるが、人々の間でお互いに助け合うという意味で用いるならば、それは失われつつあるものである。

(6) 疾病金庫の自治

- 現在でも社会法典が我々の活動の基盤となっており、直接的ではないにしろ疾病金庫は国の行政機関のようなものである。国から疾病という生活リスクの保険を委託されている公法人で、活動も行政官庁に似たところがあり、法律による規制に左右される。
- 自由な経済活動を行う企業とは異なる。疾病金庫は競争関係の中に置かれたいけないといわれるが、これは民間企業間の本当の意味での競争とは違う。取締役会の役割も異なり、民間企業なら採算の合わない事業から自由に撤退できるが、我々は「この分野はコストが高いから除外しよう」というような決定をすることは許されない。利益を目的とせず、基本的には収入と支出をイコールにする点でも企業活動とは異なる。
- リスク構造調整に関しても、黒字企業は赤字企業にお金を払いましょうと言っているようなものである。このような環境の中で活動している我々は、法律や政令に拘束されている行政機関に似ているところがある。
- 国は疾病金庫に対する発言権を持っている。疾病金庫が法律を作るわけでもないし、供給についても国が決めている。やはり間接的には行政機関であるということができる。国としては基本法により国民を病気などから守る義務がある。それを自分で行うのではなく、国のルールの下に他の機関に委託しているという構造である。自治と言いながら供給面ではほとんど自己決定権はなく、部分的には国の影響力が直接働いている。コスト面では全く左右できない面がある。法律の制約により交渉の余地は非常に限られている。
- ただし、開放型になってから全体的にみると、マネジメントに関する自由度は若干高まったかもしれない。閉鎖型のときにはエッソの社員として拘束される部分があった。しかし提供している商品に関して自由は少ない。自由度が下がったわけではないが、もともと影響力が小さい。外からの枠組みができ上がっている中で活動しなければならない。マーケティングや広告に決定権はあるかもしれないが、予算自

体は法律によって決められている。

- BKKに限らず一般的な話では、マネジメント能力、特に人事に関してより求められるようになったと思う。疾病金庫は行政官庁と同じような形であって、被保険者もお客様ではなく申請者と捉えていた。今ではマーケティング活動やサービス概念を重視する必要が出てきた。BKKは企業から出てきたので、違う考え方を元から持っていたのではないか。マネジメント能力といってもコストに対する影響力は限られているし、コスト削減をしてもその分リスク構造調整による負担が増えてしまう。

(7) 家族手当への税の投入について

- 家族手当も保険料で賄ってきたが、元々これは疾病ではなく、国が面倒をみるべきものである。今後は国のお金で運営していくことになり、本来間違っていたことが是正されたと考えている。
- 基本法にある「家族の保護」を国が委託したような形である。

(8) 疾病金庫と企業の関係

- エッソ BKK は会社の一部であったわけではなく、最初から公法人として別の組織だった。ただし人件費、運営費はエッソが負担するという特殊な状況はあった。そしてエッソ職員以外にも開放するとなった時、エッソはその人件費、運営費を負担しないという開放条項が設けられた。
- 企業から運営費、人件費は全くもらっていない。同じ建物にいるが部屋を借りているという形で、別の企業である。ルーツが同じであるという意味での連結感や役員が元々の社員であることなどから同じ建物内にいるが、財政面でも組織面でも全く別である。
- 人事交流はない。たまたまエッソで働いていた人が、こちらで働きたいと言ってきた場合には全く新規の労働契約となる。

(9) 疾病保険現代化法について

① 発生した剰余金を用いた保険料引き下げについて

- 反対しているのは BKK だけではない。逆に保険料を上げたところもあるくらいだ。経済的圧力があり、保険料を下げる余地がない。2003年までに赤字が相当積みあがっているはずで、しかも本当の負債額も中々分からない。法律によって4年間で赤字を毎年25%減らす義務があり、残りの部分を保険料の引き下げに使ってもよいことになっている。
- 2004年は保険料を引き下げられたかもしれないが、2005年の見通しは更に悪く、慎重に経営するのであれば、大臣が言ったからといって引き下げるのはばかげている。政府は赤字をみていない。体力のあるところは引き下げをすればよいのであって、普通はできないはずだ。

- 疾病金庫が供給面で拒否しているとみられてしまうが、実際には金庫は、政治で決められたことを実行しているのに過ぎないのであって、誰が決めているのかと聞きたいくらいだ。コスト削減のために経済界から有能なマネージャーを連れてきて運営すべきだと言われるが、必要なのはどういう能力なのか定義してもらいたい。法定疾病金庫をよりよく運営するとはどういうことなのか、半公的機関としてどういう自由があり、どのような役割を果たすのか。利益を得てはいけない状況の中でどんな能力が要求されているのか知りたいくらいである。

② 赤字の削減について

- 黒字が出ることは確かである。赤字を毎年 25%削減しなければいけないことが現代化法の中で決められたが、実現については前向きに考えている。2002 年から 2003 年、特に 2002 年は苦い経験をしてきた。昨年は 25%以上削減できたが、2005 年は少なくなると思う。1年できっかり 25%は難しいが、4年で元通りになっていけばよいと考えている。
- これは何が何でも、保険料を引き上げてでも達成したい。この企業（エッソ及び開放後のエッソ BKK）に入って 20 年以上経つが、今まで赤字というものを経験したことがなかった。赤字を抱えて経営するのは難しいことだし、気持ちのいいことではない。役員会の理解もあり、銀行、監督庁との関係も良好なので何が何でも達成したい。

(10) 疾病金庫の合併について

- 金庫の合併が行われているが、病気のもの 2 つくっついて健全なものが生まれるかといったら、これは無理だ。戦略的な意味での合併も存在するかもしれないが、合併は「目的」ではない。合併の背景には個人的ステータスや収入であったり、企業内の問題を一定期間隠すことが目的であったりすることもある。BKK でも合併はあるけれども 95%はそういった理由からだろう。真実を恐れ、逃げるための合併だとみている。

(11) 今後取り組むべき課題

- 品質上もよい医療を、負担できる形で提供することが今後の課題だ。まずは病院、薬局など供給側が、効率的に動いているかを検討する必要がある。現行の予算内でよい医療を提供することは可能であるはずだ。
- この 10 年間で出来てきた供給側の形は、いくらでも改良する余地がある。ロジスティクス面でも最適化されていないところがある。効率のよい医療がいくらかかるか算出した上で、その費用をどのように負担するかを考える必要がある。
- 保険料か税金で賄うのか、あるいは収入源をどのように分配するかということが、解決すべき課題となる。公正に分配する必要があるが、公正とはどういうことなのか検討する必要がある。ドイツでは保険料に依存してきた。保険料は収入に連動す

るため、景気に左右される。収入と無関係な保険料設定は、収入側を計画しやすくする点では非常に良いと思われる。

- つまり、まずは提供側を効率よく整える。2つ目に財政面を安定化し、計画しやすい形にする。3つ目にどのように分配するかを検討する必要がある。
- 数十年間で出来上がってきた供給側の固まった部分を、いかにして崩していくかがこれからの課題である。守りたい部分はあるだろうが、遅かれ早かれこのような議論はなされないといけない。
- 長期的に計画するためには今後の社会構造の動きも検討する必要がある。若い人だけを狙い、高齢者は何とか処理しようという考えは間違っている。この問題に接する時は必ず収入面から議論されるが、そうではなくコスト面から始めなければならない。
- 特に今は選挙が近付いており、抜本的な改革は控えているのが現状である。
- 基本供給と追加供給に分ける議論をすると、すぐに2つの階級に分けることになるという批判がなされる。しかしすでに階級医療は存在している。もっと事実に基づく議論をして欲しい。

6. ドイツ労働総同盟（Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand）

- 日時：平成 17 年 5 月 3 日（火）10:00～12:00
- 先方：Kerstin Kreuger 氏（社会政策部保健政策課長）
- 当方：藤田伍一 一橋大学大学院社会学研究科 教授（当時）
岩名、小川 UFJ 総合研究所（現在 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング） 研究員

(1) 疾病保険現代化法

- 医療政策に関しては、改正が行われたばかりで、評価については検討中だが、コスト面での解決には至らず、やり残された面もあるといえる。
- 中心的な問題と見ているのが、供給面での構造改革だ。特に外来医療に関しては、団体契約制度があり、供給側を選択することが出来ない、もしくは特定の医療機関を除外することが出来ない。したがって、医者として認められてさえいれば、その医師とは契約を交わすという制度になっている。
- これは、非常に問題だと考えている。ドイツは医療の品質に大きな問題点を抱えていることになる。この契約制度を柔軟化すべきであると主張したが、残念ながら実現しなかった。改正は与野党の妥協案であり、根本的な構造改革には至らなかったためだ。
- 医療の質の改善においても競争がキーワードである。疾病金庫側には競争があり、被保険者に対して介入して良い供給をしなければならないという状態になっているが、供給側では競争が全く実現されていない。あくまでも、競争は手段であり、目的は医療の品質を向上させることである。

(2) 個別契約と団体契約

- 個別契約制度であれば、契約を希望している各医師が自分の提供する医療の品質を管理し、医療のガイドラインにしたがって医療提供するということが可能だろう。ドイツでも大きな問題となっている慢性患者に対する医療に関しては、現状では外来と入院がまったく別の分野に切り離されていて、互いに上手く調整が取れていないということに問題がある。これが競争という手段によって、改良されると思っている。
- 具体的に言えば、外来医療の場合であれば開業医同士の競争である。現在では、開業さえしていれば団体契約の中に入るため、各医者の医療の品質に関してはまったく管理することができない。DGB としては、一つは医者の品質管理ということ、もう一つは透明性の向上ということを大きな課題として考えている。そういう理由で、団体契約制度から、個別契約制度に変えていきたいと思っている。
- 我々は外来以外に関しても、さらなる情報公開を希望している。各医者の権限を狭めるような事や、医療に料理のレシピを渡すような決まったやり方をさせたいとも思っていないが、開業医も質の向上のための勉強を続けていかなければならない。

自発的な取り組みができないというならば、法律によって義務付ける必要があると思っている。

- 他の組織、例えば病院、医師以外の療法士、あるいは同業者の医師などと協力関係を結ぶ必要があるとも思っている。例えば難しい病気の場合だと、外部の診断という形で、他の医者意見も参考にするというように、もっと協力を深める必要があると思う。医師の代表機関である保険医協会の、州組織、あるいは連邦組織は、そういう事に関して全く否定的だ。
- おそらく、競争によって、全体の効率は改善し、コストを削減する事が出来ると考えている。これは特に外来医療に関与している供給者同士の協力によって、例えば二重診療だとか、二重処方とか言ったことを防止できるのではないかと考えている。
- 競争というのは、弱肉強食のような競争ではなく、品質を向上するための品質についての競争であると考えている。ただし、その中で品質基準に合わなくて、ついていけないというものが出てきても、それは一つの結果として認めるしかないと思っている。

(3) 予防活動について

- 企業における疾病予防活動については、立法活動が行われている最中であり、この予防を義務付けようという方向で動いている。今までは、保険者の裁量に任されている形だった。実際には、予算を下回った活動しか行われていない。法律は十分なものではないが、大きな一歩だと思っている。
- 予防活動に取り組んだ被保険者に付与するボーナスモデルについて問題となるのは、どれだけの人に、それを実現させる事が出来るのだろうかということだ。ある程度の社会的ステータスと学歴がないと、自分から自分の健康に対して自発的に取り組むのは難しいという調査分析結果が出ている。残りの層に対しては、これを実現するのは非常に難しいが、この層こそ、若くして疾病を患うか、重い病気にかかる傾向がある。
- 昨年の疾病金庫における支出総額は 1,430 億ユーロだった。新しい立法府が検討中の予防法の対象となっているコストは疾病金庫だけではなく、全ての法定保険（年金保険、介護保険、労災保険）が、総額で 2 億 5,000 万ユーロを支出しなければならないというような内容のものだ。
- 予防は非常に大切だといっておきながら、予算は限られている。全体から見ると本当に一部だ。少なすぎると、我々 DGB としても指摘している。

(4) リスク構造調整について

- リスク構造調整はより改善されるべきだと考えている。有病率の導入が検討されており、2007 年からの導入を期待している。リスク構造調整は絶対に維持すべきだと考えている。

- リスク構造調整をなくすと、連帯で財政をまかなうという制度、連帯性がなくなってしまう。連帯性のない保険は民間の保険とかわらなくなってしまう。これは我々の望む所ではない。
- 現行の法定疾病保険制度は絶対に維持すべきであり、その中に有病率を取り入れる必要がある。何故ならば、医療供給面では外来や入院においても、有病率という考え方が徐々に取り入れられているからだ。供給面で取り入れられるのであれば、これを反映するような形で、疾病金庫側でも有病率を取り入れる必要があると思う。
- 今言っている連帯財政というのは、保険料が被用者と使用者で折半されている状況での連帯をさしている。ただし、この保険料を賦課するという形では、やはりリスクに相応した賦課が必要で、そこでも必然的に連帯性というものが必要であると考えている。
- 各疾病金庫には加入希望者の受け入れ義務があるからこそ、リスク調整が必要であると考えている。民間の保険の場合だと、受け入れの際に選択が可能だが、これは疾病金庫には許されていない。何故ならば患者の保護、すべての市民が自分の疾病に関するリスクが保護されているということは、これこそが疾病金庫の本来の役割であると考えているからだ。それによってどのようなリスクに対して保険を提供しないといけないかということに関しては、疾病金庫は全く左右する事ができないので、リスクに応じた財政調整が必要となる。
- 現状では、慢性患者などに対して特別な医療を提供するためのインセンティブは疾病金庫にはない。リスク調整と共にインセンティブというものを設定する必要があると思っている。しかし、このことは疾病金庫だけに該当するわけではなく、基本的には医療制度全体に関与している全ての当事者に該当するものである。

(5) リスク構造調整に対する評価

- リスク構造調整が疾病予防に関するインセンティブを全てなくしてしまうのではないかという質問だが、これに関しては我々はそうではないと思っている。理由の一つ目は、リスク構造調整は国民の中で、ある有病率というものを細かく反映するものではないし、すべきものではない、と考えているからだ。これは特別なリスク、高いコスト、高い負担を承認させるようなものだけを対象とし、そのような負担があることによって、ある疾病金庫が競争の中で難しい立場に置かれるというのを防ぐためのものだ。
- 理由の二つ目は、これは実際に生じたコストを根拠としている訳ではなく、標準化した平均値を基にこの調整がなされているという点だ。ある医療のために予測される支出を根拠としている。したがって、ここではインセンティブが大いに残っていると考えている。つまり、ある疾病金庫の交渉の結果として得られた価格が平均より高ければもっと効率を上げるという意味で方針を再検討する必要があるし、平均より下であれば余った部分を他の分野に投入する事が出来ると考えるからだ。

(6) 疾病金庫の組織のあり方について

- 現在の疾病金庫数 267 を維持する必要があるかということに関しては、多少疑問の余地があるかもしれない。合併により、さらに数が減少してもよいと思う。合併も、効率を上げるという事に繋がるのであれば、他の金庫同士が合併してもいいのではないのかと思っている。大きい金庫や小さい金庫や中規模のものなど色々なものが存在する事が可能になると思っている。
- 金庫の選択は非常によい事だと思っていて、今後も維持すべきだと考える。開放された事に関して、非常に肯定的に捉えている。選択権をなくしてしまえば、疾病金庫間の競争がない。当時は、歴史的進歩という形で評価されたとし、患者が自分の疾病金庫を選択でき、不満があれば疾病金庫を変えられるということは非常にいい事だと思っている。
- 今、現在ある疾病金庫について開放型・閉鎖型別に優劣をつけるというのは、よいことだとは思っていない。疾病金庫というのは基本的には同じ役割を持って、同じ供給内容を義務付けられているからだ。ほんの小さな部分、全体の4%や5%が、独自の個別性というものを発揮出来るようになっていく。例えば、新しい供給モデルを実施出来るような余地がそこにあるということだ。
- 例えば最近、被保険者の数が500万人を超えるバーマーという疾病金庫が、家庭モデルというものを全国で導入するといっている。しかし、このような事は、他の疾病金庫もマネをしてやる事が出来るので、競争の中でほんの一步進んでいるに過ぎないということだ。したがって、供給のサービスの内容というのは殆ど一定化しているので、疾病金庫の種類の違いは今後はあまり意味がないと思っている。どちらかという、合併などによってそうした区別は消滅してもいいと思っている。

(7) 連帯拡大の観点からみた今後の疾病保険のあり方について

- 連帯という言葉の意味は、本来はドイツ国民全体の連帯という意味だと思う。現在よりもより連帯の対象を広げたいと考えている。現在、国民の9割ぐらいが法定疾病金庫に加盟している。残りの10パーセントが、民間の疾病金庫の被保険者である。民間保険の方がもっと良いリスクをカバーしている。というのは、健康な人がそこに集まっているということだ。財政のことを考えると、連帯というものを、全ての市民に広げる必要があると思っている。全ての市民が、どの疾病金庫に入るか選択し、今のような民間の保険だけが良い条件で市場に存在するという状態はなくしていきたいと思っている。つまり、リスクの低いものばかりを選んだり、あるいは、財政の面での違いがあるといった状態は解消していきたい。
- 一方で、使用者と被用者が両方で保険料を負担しているという制度は、保持すべきだと考えている。実際には被用者のほうが使用者より、多く負担している。できるだけ平等にすべきだと思っている。
- 現在の制度では、失業率だとか雇用関係の変化が保険料に響くため、今後は保険料

算定に用いる収入源を給料だけでなく、資本（家賃や利子）による収入も含めるべきだと考えている。なおかつ、使用者の責任は今までどおり保持してほしいと思っている。人頭割保険も議論されているが、全く反対である。スイスの例を見れば、これが医療制度の改良につながるとは思えないからだ。

- 家族手当に関しては、法定保険の中におくべきだと思っているが、これは保険料ではなく税金でまかなうものだと思っている。全体の保険料、医療制度の負担に関しては、あくまでも保険料制度というものを維持すべきだと考える。

(8) 医療費の増大と保険料について

- 医療技術の発展にともない、より多くの医療サービスが提供され、医療費を押し上げるということは、当然のことであると考えている。これが人の健康を促進するために必要なものであれば、負担しなければならないコストだと考えている。意義のあるコストである以上は、保険料が上がっても支払うべきだと思っている。ここで、問うべきは、新しい技術が、本当に革新的なものなのかどうかということだ。
- 使用者の負担部分だけを凍結、もしくは引き下げるという考えがしばしば議論されるが間違っていると思っている。ここで忘れてはいけないのは、医療の話をする、コストの話ばかりになるが、実際にこれは経済的に見て成長の可能性が多いにある、経済的な分野でもあるということだ。500万人以上の人々が、この分野で働いている。世間の議論で除外されているが、経済的可能性のある分野として医療を見る必要があり、コストだけに議論をとどめるべきではないと思っている。

(9) 今後の疾病保険の方向性について

- 内部でも様々なモデルを検討してきた。例えばイギリスや北欧のような、税金のみで運営している制度もあるし、スイスのように資本だけが基盤となって動いている制度もあるが、いずれも我々にとって納得のいく制度ではなかった。
- アメリカのような、全てが民間の保険によって運営されている制度は受け入れられない。企業が責任を回避して、2割の人しか保険の対象となっていないという状況は全く考えられない。
- 様々なモデルを考えた上で、ビスマルク時代からある保険制度に代わる制度は見出せなかったということだ。
- リュルップ委員会の報告の結果として、市民保険といわれている部分に関しては、我々は大いに賛成だし、結果に対して我々が貢献してきたという面がある。しかし、人頭割の保険制度に関しては反対である。

7. ドイツ使用者団体連邦協会

(Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände)

- 日時：平成 17 年 5 月 2 日（月）10:00～12:00
- 先方：Dr. Volker Hansen 氏（社会保障部部長代理）
- 当方：藤田伍一 一橋大学大学院社会学研究科 教授（当時）
岩名、小川 UFJ 総合研究所（現在 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング） 研究員

(1) 疾病保険現代化法について

① 改革によって生じた黒字を保険料引き下げに使うべきだという大臣の発言について

- 本来ならば、雇用者側は自分たちの利益のために保険料率の引き下げを請求するはずである。なぜなら、それによって企業のコストが減るからだ。
- 大臣は正しくないと思う。確かに黒字は 40 億ユーロ発生したが、疾病金庫はその大部分を赤字削減に使用した。それは、それまで實際上法律に違反する状態が続き、80 億ユーロの赤字が蓄積されてきたからである。雇用者側としては赤字削減を優先すべきだと考えている。赤字のある状態では利子を払わなくてはならず、保険料率が高い状態と比較しても利子を減らしたほうがメリットが大きい。
- 法律が制定された当時、大臣が予測していたのは平均的な保険料率が 14.3%から 13.0%に引き下げられることだったが、実質的には 14.2%までしか下がらなかった。疾病金庫は、2005 年の支出は 2004 年よりも大幅に増加すると予測している。その理由として、経済成長の低迷が挙げられる。加えて、どこの国の政府も自分たちの作る法律には楽観主義的である。結果を予測する時に、根拠をあまりにも楽観的に解釈する傾向がある。

② 保険料率引き下げについての責任主体について

- それは一番難しい質問だ。一番大きな問題は、給付面の 95%以上が法律で定められていることにある。つまり、疾病金庫の裁量が非常に狭められている。2つ目の問題は、医療供給面で競争が非常に少ないことだ。疾病金庫は、法律によって病院や医師と交渉する際には共同で交渉する事が義務付けられている。各疾病金庫がより良い交渉をしようとしても、それは許されていない。
- 金庫側は州単位で全ての種類の疾病金庫が一体となり、病院・医師側では州の病院や医師が一体となって交渉するため、両サイドで独占になっている。交渉においては、AOK が外来、代替金庫が入院医療、BKK が医薬品というように、各金庫が分野ごとに他の金庫を代表して交渉する。個別の金庫が独自性を発揮する余地はまるで無いということだ。
- 疾病金庫は保険料率を決めることができるが、裁量の余地はあまり大きくない。保険料率は給付に左右されるが、給付は法律で定められるからだ。競争はどこである

かということ、新しく出来た疾病金庫間で、できるだけ若い健康な高収入の被保険者を狙っての競争が行われている。これは短期的には良い結果につながるかもしれないが、いつかは被保険者も年をとるので、問題が生じる。

(2) 疾病金庫の開放と自治

① 疾病金庫の開放

- 開放されるまでは疾病金庫は企業の一部であった。例えば人件費は企業が負担していた。これはおそらく 19 世紀の発想で、被用者の健康保持に貢献するという考え方が背景にあったのではないかと思う。それではなぜ、企業は開放型を選んだのか。1 つは連帯感、企業で働いている人への貢献という考え方がグローバル化の中で薄くなってきたことがある。また、BKK の中では開放型にすることによって保険料率を下げることを狙っていたところもあったと思う。
- このような傾向は年金制度でも言えると思う。かつては、企業が今とは違う企業哲学を持っていて、まるで家族の長のような形で、被用者に非常に責任を持っていた。
- BDA は数年前から独自のペーパーを作り、自治に対して疾病保険、年金保険両方においてもっと大きな裁量を要求している。現状の「自治」はおしゃべりの会のようなもので、何も決定できないのが現状である。医療において競争を本当に導入したいと考えるなら、強い自治が必要である。自治の義務と権限の拡大を要請している。

② 金庫の自治

- 社会法典で出てくる自治 (Eigenverantwortung) と、従来の金庫で言われていた自治 (Selbstverwaltung) について、ドイツ語ではこの二つの言葉は全く違う意味を持っている。Eigenverantwortung は、自己責任ということで、患者の自己負担、あるいは医療費用を全く独自で負担しなくてはならないという考え方の中で使われる。つまり、被保険者と疾病金庫との関係で使われる言葉である。もし自治の裁量権が拡大されれば、自治に関与している雇用者側や組合側の自己責任の拡大につながる。

(3) 疾病保険への税の投入について

- 年金制度では 3 分の 1 が税金で賄われており、医療制度についても昨年からはあるが税金を投入している。タバコ税を 3 段階を経て引き上げ、それを家族手当に充当している。しかし、投入額は 40 億ユーロで、全体の 1,400 億ユーロに対してほんの一部に過ぎない。
- BDA はもともと疾病金庫の給付対象になるものとそうでないものを分けて考えている。例えば、もともと給付ではなかった死亡手当や妊婦への手当は国費で賄っても良いと考えている。
- 税金は保険料の代替とはならない。税金も被用者や企業が負担するものだからだ。もし社会構造などが原因で財政難に陥った場合、まず給付面において、どの部分が

自己負担という形で除外できるか検討する必要がある。最初にどこから収入を増やそうかと考えるのは間違っている。

(4) 経済団体としての意思決定への影響力

- 保険料で財政を運営していくのであれば、運営の形や財政の動かし方に大きな関心を持つことになる。税金で賄うよりも当団体としては発言することに意義が見出せるだろう。
- 第1のレベルでは、BDAは連邦政府の社会保障に関する全ての立法において話し合うことになっており、法律の草案にコメントしたり、連邦議会のヒアリングに招かれたりしている。
- また、企業の85%が加盟する、ドイツの民間経済の代表機関として発言権を持っている。BDI（ドイツ産業連盟）など他の代表機関との約束で、社会保障に関してはBDAのみが発言権を有している。
- 第2のレベルでは、DGBといった組合側、各省庁、政党などと定期的に話し合いを続けている。第3のレベルでは、経済界を代表しての発言ができることを利用して、メディアに対して積極的に広報活動をしている。過去10年から15年間でBDAが要請してきたもののうち、50%以上が実現している。「分厚い板に穴を開ける（ドイツの慣用句）」作業を行っている。

(5) 保険料算定を雇用関係から分離するアイデアについて

- BDAはそれを希望し、提案している。独自のモデルで算定している。
- 企業は今まで負担していた社会保険料の50%（使用者負担分）を給料として被用者に支払う。これにより企業は保険料の増減と無関係になる。保険料増が給料の付随コストにならず、失業にもつながらない。現状のシステムは就業にかかる税金のようなもので、昇給に伴い保険料も上がり、保険料率が上がれば雇用コスト上昇につながる。つまり雇用の障害になっている。
- 組合側は企業との労働協約で保険料上昇分を取り戻すことは可能だ。自動的に事業者負担が上がらない点で、現在のシステムと大きく異なる。
- 保険料を雇用関係から切り離すと、企業の社会的責任の放棄と批判される可能性があるが、負担が高くなれば労働協約の交渉段階で使用者側に負担させる可能性もある。使用者は被用者の健康を望んでいる。被用者が病気になっても6週間は給料を100%払う義務があるからである。
- まず、BDAが提案しているモデルは疾病保険と介護保険の中だけで応用したいと考えている。年金保険については別に考えている。
- 使用者は、今までの負担分を給料という形で被用者に支払うことによって今後も医療制度に財政的に貢献していく。組合側は、使用者側がコストを抑える役割を担う

ことを期待して、使用者側が自治に残ることを求めている。

(6) 高い保険料と企業の海外流出

- 企業側はドイツの法定疾病保険の保険料率が高いために、企業が海外に流出するような現象があると指摘している。アンケートでは付随コスト、税金、規制の3つの理由が挙げられている。新たなEU加盟国に投資している企業は、その動機として賃金の差が大きな比重を占めていると述べている。チェコやハンガリーでは高学歴で質の良い被用者を安く雇うことができ、新規の投資によって最新の技術、最新の資本を投入することができるため、企業にとっては生産拠点を移すインセンティブが高い。
- 海外の企業が、ドイツに投資した場合社会保障費がいくらかかるかを問い合わせることがあるが、保険料率が計42%程度で休暇が6週間ということを挙げていくと、絶望して断念するというケースがよくある。
- 近年のドイツ社会全体の動向として社会的市場経済から離れるということはないと思う。ただ過去数十年間は「社会的」が強調されすぎていた。それが「市場経済」の方に傾向が変わってきているが、社会的市場経済の終わりとは言えない。確かに部分的にグローバル化、アメリカ化しているところはある。企業の運命を決めるのが会社の所有者から経営者に移行し、長期の戦略よりも短期の業績が重視されている。残念だがこれが現状だ。
- 忘れてはいけないのが、ドイツにおける企業の9割が従業員20人以下の中小企業であり、雇用の30%以上を占めていることだ。中小企業はアメリカ化していないが、社会保障によるコスト負担が大きな課題となっている。生産拠点を移すこともできず、ドイツ国内でやっていくしかないという運命にある。

(7) パートタイムの社会保険料

- ドイツはEU諸国と比較してもパートタイムの比率は低い。特に男性は基本的にフルタイムで働いている。パートタイムも原則的に社会保険料を支払わなければならない。しかし、社会保険料を払わなくてもよいパートタイムも存在する。ミニジョブと呼ばれ、収入が月額400ユーロ以下のパートタイムに適用される。
- 雇用主が一定額の保険料を支払い、被用者は支払う必要がない。このため企業が1つのフルタイムの仕事を4つか5つのミニジョブに変換して、社会保険料を節約していると非難されている。ただこれを裏付けるデータはなく、今後の調査が待たれる。
- より具体的には、ミニジョブで支払われる保険料は、年金が12%、疾病保険が11%で合計23%である。通常の雇用の事業者負担は21%とミニジョブより低いいため、社会保険料を理由に非難することは難しい。むしろ、雇用の柔軟性の方が理由になっているのではないか。現在、ミニジョブの数は600万で、主婦や学生、高齢者など

ミニジョブ以外では働けない人が従事していると言われている。

(8) 改革の方向性

- 年金や介護もあわせた包括的な改革が理論的にも一番良いかもしれないが、ドイツは伝統的に医療保険、年金保険、事故保険、失業保険を切り離して考えている。まとめて改正しようとするすると複雑過ぎるかもしれない。BDAも全体として改正しようとする提案や全体構想は出したことがない。個別の柱ごとに改革を推進してきた。それぞれの分野に個別の問題があり、同じような問題が違う時期に生じる可能性がある。あるいは政治的にも別々に推進した方がやりやすいという理由がある。ただし基本的な考え方からすれば、全体的な構想を作るのが理想的かもしれない。
- 産業別の連帯があるとすればBKKのような分野のみに限られる。BDAの提唱するモデルはこれとは全く異なり、財政面だけを見ている。医療コスト増大が自動的に労働コストにつながることから保険料率を給与と分離せよという主張は、連帯を弱めるかもしれない。しかし、その場合の連帯は、我々の指摘している連帯とは異なるのではないかと思う。

8. ベルント・バロン・フォン・マイデル教授 インタビュー

- 日時：平成 17 年 5 月 6 日（金）9:00～11:00
- 先方：Bernd Baron v. Maydell 氏（マックスプランク国際社会法研究所前所長）
- 当方：藤田 伍一 一橋大学大学院社会学研究科 教授（当時）
倉田 聡 北海道大学大学院法学研究科 教授
岩名、小川 UFJ 総合研究所（現在 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング） 研究員

マイデル氏：私は健保連についてある程度理解しているつもりだが、いつも、日本の方が来られるたびに、しっくりこない問題が発生する。すなわち、日本では健保連と BKK の連邦連合会が同一のものであると理解されているように思うことがあるが、これは誤りだ。健保連というのは被用者の保険の集まりであるが、ドイツでは BKK は被用者の金庫種類の一つに過ぎない。そして BKK よりも規模が大きく、より重要な金庫種類もあれば、より規模の小さい金庫種類も存在する。したがって BKK の組織や構造、及びそれらが抱えている問題を、日本の健保連に移し変えることは必ずしも適切ではないということを、予めお断りしておく。

医療保険における競争については、個人的には必ずしも賛成していない。なぜなら、リスク構造調整がなされていても、適切に機能していないという問題があるからである。

もう一つの問題点は、疾病金庫の中における高齢者の比率である。すなわち、疾病金庫の中で、現役世代と年金受給世代との間の問題が生じてくる。どの疾病金庫も年金生活者を抱えている。どの疾病金庫においても、年金受給者の比率が同じであれば、うまくいくであろうが、そのようにはならない。なぜならリスク構造には、疾病金庫ごとに差があるからである。

また金庫選択権が生まれ、被保険者が他の疾病金庫に移れるようになったことも、変化をもたらした。その結果、保険料を支払う人が外部の疾病金庫に出て、年金生活者だけが残る、ということにつながりかねない。リスク構造調整の長所は、良いリスク構造を有する疾病金庫と、悪いリスク構造を有する疾病金庫の間の大きな分配メカニズムであるという点である。だがその結果、金庫選択権という競争のメカニズムのメリットはご破算になってきた。

このことは、皆さんが関心を寄せている連帯性の問題とつながってくる。若い人と高齢者の結びつきはどこにできるか？原理としては、疾病金庫の中で、現役の被保険者と年金受給者との間の連帯が存在した。それは徐々に機能しなくなりつつある。高所得の被保険者は、連帯という意味での保険料率が高いと、他の金庫へ移ってしまうからである。このようなリスク構造調整の機能は、従来は疾病金庫の内部で行われていたが、現在では、そのような個々の疾病金庫の組織を超えた、法定医療保険全体の中での調整というものに変わってきている。

このことを次に、理論的な観点から再検討してみる。極端な例だが、保険料を支払う人だけがみな他の金庫に移って、年金生活者のみが残ったと仮定する。当然そういった疾病金庫は存在基盤がなくなるわけで、いつか支払不能になるが、それまでの期間、どこかで支援しなければならない。それがリスク構造調整だが、それは他の疾病金庫の負担によって行われる。法定医療保険全体の連帯調整（Solidarausgleich）の外に位置するのは、民間医療保険と、官吏を対象とする機構である。今検討されているのが、そういった、比較的健全な財政基盤を有する民間や官吏を対象にする機構なども全て法定医療保険に入れようとする市民保険（Volkversicherung）であり、それが実現されると、100%がカバーされる大連帯になる。

ドイツ医療保険システムには、もう一つポイントがある。すなわち、年金受給者は支払う保険料が少なくなるが、受け取る給付は高くなるということである。これは「古い負担（die alte Last）」と呼ばれるものである。それは連帯共同体内で発生するということから、国はそれに対して負担しないこととなっている。金庫の自治に任せ、国は関与せず、金庫のみが負担している。

英国の制度に由来する市民保険（Volkversicherung）の構想は、被保険者の支払う保険料は全て同じであり、貧富、老若の間の調整の差額を国が負担しようという構想である。来年の総選挙で政権につくかもしれない CDU/CSU がこれを提唱している。

倉田教授：健保連の問題意識を説明したい。今、政府は、保険者機構を大きく変えようとしている。従来の企業型の健康保険組合を、ある意味なくしてしまう、という方向性がある。

ドイツは、各金庫の自立性や独自性を強調した制度を持ってきたといわれていたが、金庫選択の自由とリスク構造調整の導入によってそれが大きく崩れ、統一化、均等化という方向に大きく向かっているということ、日本政府は言うようになってきた。ドイツでも、金庫の自治・自立のようなものが失われつつあって、均等化に向かっているのだから、日本もそうしなければならないのだ、という風に、ドイツの制度の紹介が進められているように私は理解している。そして、その状態に対して、私個人は大きな疑問を持っている。

出発点が、少し違うような気がする。というのは、ドイツの問題点というのは、疾病金庫の種類が複雑で大小さまざまであり、大きいところは数百万人の被保険者があるが、小さいところは数千人といったように格差があり、中には自立性が維持できない疾病金庫もある、といった点である。そのような問題と、日本の危機意識を重ねあわせるというところに問題がある。

それから、リスク構造調整というのは、非常に様々な要素の微調整が必要ということが出てきたのだが、金庫の自主権というのは、財政面との関連でつめられており、これは国が支援しているのではなく、あくまで金庫間の支援制度である。した

がってリスク構造調整が生まれてきたそもそもの背景は、金庫の自主性の状況ではなくて、むしろ財政的に金庫が自立できる、自立を維持するためである、という発想である。

しかし、そのようには説明されておらず、日本の研究者の多くは、リスク構造調整は、金庫の財政自立権を排除する仕組みであると理解している。

マイデル氏：二つの観点がある。一つは、何が正しいリスク構造調整の機能であるのか、ということである。この機能は、自治を妨げるということとは対極に位置するものである。むしろそれを維持するためのシステムである。もう一つは、実際の場合では自主権というのは財政自主権と結びついており、収支のバランスが取れていなくてはならないということである。そうでなければ自主権という問題は議論できない。ただし、長期的に見た場合に、主たる財源が自己の被保険者による保険料ではなく、リスク構造調整からの支援となっているような金庫については、存続すべきであるのか、という議論が当然出てくる。

小川：リスク構造調整に頼っている金庫であれば存続の意味がないのではないか、という議論について、もう少し詳しくお話を伺いたい。

マイデル氏：背景としては、リスク構造が金庫によって異なるということがある。金庫によってまず歴史的な差が確実にある。また分野によるリスクであるとか、慢性病の発生が多い金庫、そういうものも皆一緒になっている。

例えば新しく出来た金庫であると、いちばんいい例がコンピューター産業の金庫であるが、従業員は大変若い。もしもリスク構造調整が導入されていなかったとすれば、こういった企業の金庫は様々な輝かしい可能性を有している。例えば高額所得者が多い、若い人が多い、年金生活者もゼロ、障害者もいないなど、負担がほとんどないので、保険料率を下げることはできる。国や政治家は、当然そういった状況を受け入れるはずがない。というのは、従業員に加入を義務付けているのは国であるが、連帯という概念があるからである。

ドイツの状況を理解するには、まず一方において、全ての被用者に医療保険への加入義務がある、ということがある。これは強制である。他方においては、立法当局者が競争を金庫間に導入した。それによって金庫間移動が可能になったが、その結果としてアンバランスが逆に生じてきた。

リスク構造調整の本来の目的ということに立ち戻ると、まず競争概念を、既存のシステムの中に導入するという要請があった。その既存のシステムというのは、一方では強制加入、他方では、あなたはこの金庫だ、という指定があるという「存在システム」であった。その中で、均等化、バランスをとらせようとした。リスク構造調整は当然、個々の背景や内容を考慮しなければ存立できない考え方である。したがって、まず構造を同じにすることが先にあり、それから競争しなさいと

いう背景があった。

藤田教授：競争の条件は分かるが、競争の目的は何であるのか。

マイデル氏：リスク構造調整のシステムは要するに金庫間の経済性の観念を高めるということであるが、それはある意味で幻想である。付け加えると、競争を経済構造の中で行うという経済原則に則っている。このような経済界からの要請を、経済界とは異なる医療保険の業界に輸入・移転しようとした意味で、幻想であると述べた。

岩名：連帯のことについても聞きたいのだが、冒頭で、選択の自由が生まれたことによって金庫間の移動が発生し、リスク構造調整も導入され、それにもなって疾病金庫全体に連帯が広がったという表現をされたと思う。しかしその連帯も幻想なのではないか？

マイデル氏：連帯と呼ばれるものには様々な面がある。まず人間からは非常に好まれる概念である。それは正しいものであるが、例えば家族間の連帯、若い人が老年者を助けるというのは、一部では法律に織り込まれているが、これは共同体意識である。これは機能するし、歓迎される概念である。

同じ連帯という言葉、ただしこれはあくまでも括弧付きだが、実際の仕事をしている若い人、つまり保険料を払う人と、払う額がぐっと少なくなる年金生活者との間の連帯は、保険料の安い金庫を選ぶことができるシステムを国が作った場合には、発生しえない。

倉田教授：包括的な選択の自由（*die umfassende Wahlfreiheit*）に関する質問だが、金庫間のリスク構造の違いというのは、いわば歴史的な由来、伝統的な由来に基づいて生じたものであって、個人がそれに強制を受けるのはおかしいという発想であった、というように私は理解しているが、そのような理解でよいだろうか。

したがって、金庫を選ぶということを、人権的な発想から確保するというのが、この制度の基本的な理念だったと思う。問題は、選択権を行使した後の個人についてどのように考えていたのかということであり、その点について先生のご意見をお聞きしたい。

マイデル氏：まず、当然同じ条件が構成されれば、選択権の行使が始まるであろうという想定はあった。その際は、過渡期の制度で、競争が完全に行われると考えられていた。しかし現在では過渡期ということは言われなくなった。これを長期的なシステムとして、しかも維持しようとする方向に動いている。

そういったことから今後の展開を見ると、極端な方向では金庫がなくなって、英国化するという方向が地平線上に見えてきているのではないかと思う。

倉田教授：それはつまり、被保険者が保険料率に関してしか選択行動を起こさないという前提だからではなかろうか。しかし従来の疾病金庫の考え方というのは、金庫運営に民主的に参加するという側面があったと思うが、そのようなことは現在の制度のもとではほとんど考えられていないのか？

マイデル氏：被保険者はいまでも権利があり、その教科書は間違いではない。自分の代理人を選ぶ。そして当然、選ばれた人は、監査役会というのがあり、それに入って、取締役をくびにしたり決定したりできる。そういう意味では参加している。これは民主制度であるが、こういった選挙制度の原型を行使するかどうかというのは、アクティブとパッシブとではいろいろ違ってくる。

倉田教授：二つの考え方があると思うのだが、ひとつの考え方は、同じ金庫に残って参加権を行使して金庫の状態をよくするというタイプが想定される。もうひとつは、残らないで保険料率の安いところに参加するというものだ。合併によって金庫が巨大化し、被保険者一人ひとりの参加権の実質が小さくなっていくという現状の中で、特定の金庫に残って自分の力で金庫をよくしていこうという考え方が、そもそも薄れてきているのではないのか？

マイデル氏：参加権の行使というのは、自主的に主観的にそれを意識しているかということがひとつ、もうひとつは客観的にそれを行使しているかということがある。

藤田教授：それと関係するが、ひとつの金庫には監査役会があって、そこでは労使が同数で参加して、重要事項について決定している。そういう構造はどこの金庫でも変わらないのか。

マイデル氏：どこでもそういうシステムはあるが、ただバーマーなどの代替金庫は、もともと民間保険会社からスタートして、それが徐々に公的な強制保険会社となったために、ここには資本家代表がない。経営の主体がそもそも民間であるからだ。

藤田教授：強制的（zwanglich）なシステムに対して、これを国民金庫（Volkskasse）のような大きな単一の制度にすること、これを、さっき大連帯といったのはそういう意味かと思われるのだが、そういったものを今後ありうる姿として捉えているのか。それとも、もっと、選択などを含めて自立的な（selbstaendlich）ものを考えているのか。

マイデル氏：ドイツ人だったら当然「はい」と答えるだろう。選択権は残しながら、大きな規模の連合体という感じである。国民にとってはそういった選択自主権というのは一般的である。というのは、ドイツにおいては、全体の15%くらいを占める高所

得者層が存在する。こうした人々は選択自主権というものを要請している。国民保険というのは議論の段階だが、これは連帯から出てきたのではなくて、逆にまだ2、3割いる、金持ち連中だけがいいことしているのはけしからんという、そういった発想から出てきている。そういう集団から金を取って、連帯金庫にいれようという概念である。これは短期的には機能するかも知れないが、長期的には全然機能しないだろう。

倉田教授：私は去年の12月からドイツにいて、この間のドイツの状況を見て、疾病金庫の類型について二つの意見がドイツにはあると思われる。ひとつは限りなく統一的(einheitlich)な方向を目指していくという方向であり、もう一方は必ずしもそうではなく、限りなく統合は進めるが、最後のところで多様性とか選択可能性というものをなくしてはいけないという二つの考え方が同時に現在の制度のもとで進行している。私の意見ではマイデル先生は後者の考え方だと思っており、今日そのことを確認できて個人的には嬉しいが、そのような整理でよいか？

マイデル氏：それでよいと思う。そしてまた、これはまだ議論の段階だが、全て一般強制保険として、どこに加入するかは自由にしよう、という意見がある。この場合は保険料は同じとする。いわゆる均衡化であり、足りない部分は国に出させる、という意見である。そうなるのとどの保険会社でもこれは受容できるわけで、足りなくなれば国が払ってくれる。但しそうすると今度は、自主性や共同体意識といったものは、金庫の手を離れて、国の方へいってしまう。理論的にはこのアイデアは成立する可能性がある。

倉田教授：ただ国民保険については、民間の保険会社が財産権とか職業選択の自由という基本法12条、13条に違反するのではないかと、という論文がいくつかあって、私も読んだのだが、それをどのようにクリアするのかという点についてお聞きしたい。

マイデル氏：これは既に連邦憲法裁判所で判決が出ている。今度はそれが出るとすればその延長か拡大解釈となるわけだが、これまでの判決を見ると、社会均衡、社会国家の維持のためには個人の自由がある程度は制限されねばならないとされている。問題が出てくるわけである。民間保険のウェイトが高いので、それを守るための何らかの対策が出てくるだろう。

問題はもっとある。EUということがある。EU法は憲法と同じくらい強いものなのだが、EUが指令している基本的自由権があるわけで、ドイツにも外国人がかなり入ってきている。そういった加盟国の人々の権利をそういう形でおさえていくということに対しては当然EUの方からクレームがあるだろうし、欧州裁判所でどのような判決が出るかわからないがそういった問題をクリアしていった後でなら実現する可能性はありうる。つまり、すぐに実現することは難しいということであ

る。それから、民間の医療保険会社はお金を持っているし、CDU/CSU と連立を組むことが予想される SDP と密接なつながりがあり、影響力を行使してくるだろう。

藤田教授：最後に、リスクを調整していくということで、費用が平均化されていくわけだが、リスクそのものはそのまま残って総費用は同じになる。ゆえにこれからの課題としてはそのリスクを減少させるような、何らかのアイデアや体制を考えなければならないわけだが、それは国内ではどういった議論がなされているのか。

マイデル氏：まず支出については今後も、高齢化や技術の高度化などによって増加していく。リスク構造調整は、費用抑制のための歯止めにはならない。今まで支出抑制は過去何十年と取り組んできた。様々な試みが行われたが、支出削減が可能な項目はなくなってきている。しかも国民に人気があるのは、疾病金庫の管理費がまだ多すぎるという類の話である。これはここ数ヶ月の間の議論である。ドイツ国民が好きなテーマで、ドイツのメディアの常套手段で、国民の妬みを煽る手法である。つまり、バーマーなどの疾病金庫の取締役の給料が高すぎるというような話である。しかしこれは短期的には効果があっても、全体から見たら根本的な解決にはならない。

岩名：実は昨日バイエル BKK に行ったが、そこでの印象では、自治というよりは、どちらかという民間企業のマーケティングのように非常に戦略的で、コスト削減にも積極的だったのだが、そういった急進的な、突出した取り組みに対して批判などはないのか。

マイデル氏：そういった議論は時々出る。バイエル BKK の場合は、戦略的な取り組みを行っていて、非常にポジティブに展開している。ただ、それは一般的なことではなくて良い意味での例外である。

コスト抑制というのは大きく分けて二つあり、ひとつは被保険者の啓発・教育を進めて自主治療 (self medication) を用いて給付をできるだけ抑制しようとするのであり、もうひとつは医療提供側の費用を抑制するということである。被保険者の教育や、給付の抑制ということでは、今までドイツではなかった診察料 (診察の際の自己負担) を導入した。この自己負担制度の目的は二つあり、ひとつはその自己負担が最終的には疾病金庫にまわってくるという意味でのメリット、もうひとつは患者の意識を変えさせて、創造的病気というか、病気を作り出そうとする傾向を改善させるということもある。患者が病院にいけば、医者は歓迎するものだ。

岩名：さきほどリスク構造調整というのは競争を機能させるためには必要なものだと説明があった。最近、リスク構造調整への有病率の導入が話題になっているが、これは、競争を機能させるという本来の目的からは外れているようにも感じられるが、このことについてはどうお考えになるか。

マイデル氏：リスク構造調整というのは非常に複合的な、お金を分配するシステムなので、様々なところで利害関係が出てくる。有病率の導入と競争が両立するかの問題については、これは信じるか信じないかの問題であると思われる。私は信じていない。しかし経済学者は信じている。なぜなら自分たちが有病率の導入効果についての鑑定書を作ったわけであるから。結果は出ていないので、いつか結果が出ればどちらが正しいか分かるだろう。今はそういう段階だ。

岩名：政策の意図としては、競争を機能させようとして有病率をいれるという意図なのか、全く違うところに意図があるのか。

マイデル氏：私は、競争との関連性はないと思う。リスク構造調整というのは自己増殖を始めてしまい、つかみどころのないところまでいっている。その結果は誰も分からない。

藤田教授：BKKは開放型と閉鎖型があるが、先生は、このBKKの将来や、閉鎖型と開放型2つについてどのようにお考えか。どちらで行くべきと考えているか？

マイデル氏：まず私自身としては、BKKをどうして開放したのか、理解できない。BKKのメリットというのは企業と密接に結びついていて、従業員との調和、一致に影響力を与えるということにあった。だからそれをなくすことについては、私は疑問に思っている。したがってBKKは、その会社に勤めていない非従業員が入ってきて、その数が多くなったら、もうBKKではなくなるということである。

(文責：三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

参考資料：2 フランス現地調査インタビュー記録

1. 保健省（Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille）

- 日時：平成 17 年 4 月 26 日（火）16:00～18:00
- 先方：Mme Elizabeth Lion 氏（社会保障局 局長付顧問）
- 当方：加藤智章 新潟大学大学院実務法学研究科 教授
稲森公嘉 京都大学大学院法学研究科 助教授
岩名、小川 UFJ 総合研究所（現在 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング） 研究員

(1) 2004 年医療保険改革について

① かかりつけ医制度

- 「かかりつけ医制度」に関する法律は既に成立しているが、まだ施行されたばかりである。実際にかかりつけ医を指定し、それに基づいた行動をしている人の割合はまだ非常に少ない。制度の評価については、2 年程度、実際にシステムを運用した後でないと何とも言えない。
- 制度導入のねらいは、医療の質を向上すると同時に、コストを維持または圧縮することにある。つまり、一般医がどのような専門医に患者を導いていくべきかを判断することによって、治療を効率化することを目的としている。
- この制度が成功するためには、一般医が十分な責任感を持って、かかりつけ医としての機能を果たすことが前提となる。制度構築にあたっては、医師会、地域単位で設置されている医療保険金庫、社会保障予算法を編成する役人、医療保険支出全国目標（Objectif National d'évolution des Dépenses de l'Assurance Maladie : ONDAM）を策定している部署が、様々なデータをみて、フランスの医療システムのターニングテーブルになり得る機能を一般医が果たせるということを判断した。
- 現状をみると、大学病院、専門医といった供給が充実しすぎているパリを除けば、2 番目のリヨンにおいてすら、リーズナブルな供給水準になっている。したがって、（かかりつけ医制度が創設される前から）パリ以外のフランス各地においては、ホームドクターという形で、実質的なかかりつけ医を持っている国民が非常に多いといえる。ホームドクターがどの程度定着しているかという調査が行われたことはないが、病院と役所の外局から入ってくる情報によれば、内科医がホームドクターとして活動しているようだ。
- 1996 年のジュペプランで行われた「かかりつけ医制度」は実験的なもので、1 つか 2 つの県を対象に、かつ任意で行われたものであった。結果は良好と評価されたものの、あくまでも実験的であったため、適用の拡大は限定的だった。今回の場合、かかりつけ医の指定は強制ではないが極めて強いインセンティブが働いていることが

(ジュペプランとの) 違いであると考える。

- かかりつけ医指定の強いインセンティブとして、ネガティブな金銭上のインセンティブをかけることは、正当な対価であると考える。患者がかかりつけ医を通して専門医を受診する場合、専門医は一般医の作業をベースとして治療を行うことができるが、直接専門医を受診する場合は、その分の作業も専門医自身が行わなければならないので、費用が上乘せされることは当然であると考えられる。

② 電子カルテ

- かかりつけ医制度がうまく機能するためには、各患者の医療情報を、全ての医療従事者が共有できる電子カルテのシステムの存在が不可欠である。かかりつけ医は、医療従事者が必要とする患者情報を、まずカルテにおこすという役割を担っている。
- フランスは個人情報の取り扱いに非常に厳しい国である。そのため、電子カルテの開発にあたっては、十分な時間をかけて調査研究を行い、関係者との協議を踏まえた上で、プライバシーを守る第三者機関からの承諾を得た。
- 具体的な手続きは、まず、各医療従事者が IC チップの入ったスマートカードを所持するようにする。ただし、患者の個人データを閲覧するためには、スマートカードだけではなく、各医療従事者の ID およびパスワードが必要になる。
- 支払方式の変更（償還払い方式から第三者支払方式）とかかりつけ医制度の因果関係はない。しかし、患者への医療サービス向上の一環として、ペーパーレス化を進めている中、並行して行われた措置であるということ是可以する。

(2) 「連帯」の概念について

① 「国民連帯」と「職域連帯」「職域間連帯」

- 確かに、フランス医療保険制度の出発点は、ビスマルク型の職場を媒介とした連帯のシステムであった。例えば、保健省でも 20 世紀の第 2 四半世紀（1925 年から 1950 年）くらいには、「社会保険局」が存在していた。社会保険局の業務は、当初は複数の企業間、その後は産別のリスクをプールすることであった。
- その後、「社会保険」を「社会保障」に変えていく試みがなされた。その目標は「社会保険」を、全ての国民が対象になる平等な制度に変えていくことであった。1945 年に、ビスマルク型からベバリッジ型に移行すべきであると考えたのだと思う。
- フランス政府は、「社会保険」から「社会保障」への転換を、強制的ではなく、コンセンサスを取りながら実施しようと考えた。既に存在していた制度に統合を命じるのではなく、権利・義務のレベルの平準化、保険料及び給付水準の平準化といった統合が容易になる環境づくり、間接的な誘導策をとった。そのため、現在では、統合の母体である一般制度が国民の 85% をカバーするところまできている。普遍的医療給付 (Couverture Maladie universelle : CMU) を入れるとさらにこの数字は増える。

- 1970年代の財政調整には、制度間の平準化、調和を図りたいという問題意識があった。産業構造の変化による人口動態の大きな移動があった時、制度間において調整、補償、平準化を行うことによって制度間の連帯を機能させる。それは同時に、世代間の連帯、社会的なカテゴリー、階層間の連帯、時にはリスク同士の調整も同時に意味している。
- 例えば、炭坑労働者の制度は、国内の炭鉱が完全に閉山された今でも年金受給者が存在しているため、特別制度として残っている。この制度と一般制度の間には連帯が機能している。また、農業制度も、現在では現役世代より年金受給者の方の数が多くなってしまっているため、一般制度との連帯が機能している。
- 制度間の連帯の上位概念には、国民連帯（solidarité nationale）の概念がある。1945年の社会保障制度の構築は、まさにこの考え方に基づいていた。1945以前は産別に組織された特定のカテゴリーの制度であり、その中で最大限の被保険者を集めることによって、可能なかぎりのリスクの共有化や共同化の試みが行われてきた。しかし、1945年には社会保障制度の普遍化、一般化による、全ての国民を対象にした連帯という考え方がベースにあった。ただし、それは1945年に全て実現されたわけではなく、段階的に普遍性に近付いてきたという経緯がある。
- フランス国民は、徐々に連帯は強まっていると認識している。フランスの社会は、社会保障制度というコクーン（cocon）によって守られていることを十分に認識していると考える。フランスは経済的な危機の時代を経験してきたが、社会のバインダーとしての社会保障制度があったからこそ、爆発的な事件が発生しなかったのだと考える。

② 「世代間連帯」について

- 「世代間連帯」はもちろん重要なものとして認識されている。例えば、首相から、高齢者介護に充てる財源を捻出するため、国民の休日1日（聖霊降臨祭の翌月曜日、今年は5月16日）を返上しようということが提案された。いくつかの大企業では、（休日1日の返上ではなく）毎日の労働時間を2分間伸ばすことによって、財源を捻出したところもある。
- 政府が社会保障制度改革をしようとしているのは、今の若者が社会保障制度を必要とするようになった時に、制度が良好な状態で機能しているようにという意図がある。これは逆の方向での「世代間連帯」といえるかもしれない。

(3) 金庫の「自治」について

① 政府の役割

- 国民に対して、社会保障制度を保証する（garantir）役割を果たしているのは政府である。

- 社会保障制度の財政規模は極めて大きく、ある意味では政府一般予算よりも大きくなっている（社会保護政策に投入されている約 4,380 億ユーロのうち 3,470 億ユーロが社会保障制度、326 億ユーロが失業保険）。そのため、政府が社会保障制度の機能を保証する保証人としての役割を果たすということは当然であり、納税者、有権者の希望に合致していると思う。実際の制度運営機関に労使の代表が参加していることは望ましいことであるが、最終的には国の監督の下に置かれることは必要不可欠であろう。
- 政府が社会保障制度を保証するという考え方は、1945 年の社会保障の創設時から存在していたと思われるが、時が経つにつれて強化されてきたのも確かである。この考え方が最初に強化されたのは 1967 年に全国社会保障金庫が分割され、各リスクが区分された時点である。その後も支出実態をよりよく把握する目的から政府の役割が強化され、特にこの 15 年間強化されてきた。
- 政府の役割が強化された背景には、社会保障制度を維持する必要性を国民に認識させる必要が出てきたことがあった。1996 年の社会保障財政法律はその 1 つの例証であり、国民に対して、政府が社会保障制度の保証人であることを明確に知らしめる役割があった。
- 毎年国会に社会保障の状況を報告することは、シモーヌ・ヴェイユ保健大臣時代に既に慣行として始められていたが、それが立法措置として公式化されたのが 1996 年の社会保障財政法である。社会保障制度が全ての国民を対象にしているもの以上、その政策は民意を代表する国会が決めていくのが当然であることが再確認された。

② 金庫の役割、位置づけ

- 医療保険金庫 (caisse) は、保険料、財源、給付等に関していかなる決定も政府の意向に反することはできない。新しい給付、水準の変更、廃止等には立法行為が必要である。給付条件も政府が決めている。政府は、全ての社会保障金庫の運営について、社会保障金庫自身が決定する事項に関する明示的な拒否権を持っている。
- 全国被用者医療保険金庫 (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés : CNAMTS) の事務総長 (Directeur Général) の任命権は政府にあり、閣議で決定される。事務総長の行う法律行為、契約行為は主務大臣の後見が明示的な形で決められている。
- ただし、日常的な管理に関する監督 (surveillance) は労使に任されている。日常的な管理に関する監督とは、制度運用にかかわる費用 (管理コスト) について労使が決められることを指している。
- 保険料、財源、給付等の決定について、労働組合や経営者団体に政府とは異なる意見がみられるのは当然である。なぜなら、社会保障制度、特に保険料や一般社会拠

出金（Contribution sociale généralisée : CSG）の水準に関しては、経営者団体も労働組合も利益団体として行動しているからである。だからこそ重要かつ大規模なシステムの運営責任を国家が担保することが必要であり、個々の利益団体の要求事項の交通整理をすることが重要だと考える。

- 医療保険金庫は、「行政の政策代行機関」という位置づけとあってよいのではないか。政府と議会で決めた社会保障政策を執行しているのが医療保険金庫と考えてよい。
- 医療保険金庫が運用する資金や資産は、立法行為に基づいて徴収されているので、その帰属は国民・納税者という解釈になると考える。具体的には、徴収されたお金は預金供託金庫（Caisse des dépôts et consignations : CDC）の特別口座に入る。そして、社会保障・家族手当保険料徴収連合（Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales : URSSAF）が毎日各医療保険金庫に配付すべき資金の調整を行い、CDCに指示を出すことになっている。

③ 2004年医療保険改革の影響

- 2004年8月13日法により、医療保険金庫により多くの当事者能力が付与され、政策策定への参加の可能性が認められることになった。例えば、全国医療保険金庫連合（Union nationale des caisses d'assurance maladie : UNCAM）に、償還対象となる医療行為に関する提案権や、政府が定める範囲内での償還率の変更が認められた。また、医療従事者との交渉を行う権限も認められた。すなわち、従来の単純な事務代行機関ではなく、イニシアチブをとることができるスマートな機関としての位置づけ、役割の強化が行われた。
- 医療保険金庫に政策決定の参加可能性を与えた理由は、医療保険金庫は被保険者、政府、医療関係者が交わり、様々な情報が集まる場所であるため、医療関係者の事情や給付についてよく理解しているためである。
- ただし、制度の本質は2004年医療保険改革（以下、「2004年改革」）以降も不変であり、最終的な決定には政府の許可が必要である。したがって、医療保険金庫が自律性をもったということでは決してない。医療保険金庫の審議会には必ず政府代表がメンバーに入っており、審議会のあらゆる決定に関して、政府には20日以内の拒否権の行使が認められている。

(4) 財源政策について

- 医療保険財源について議論する前提として、6,000万人のフランス人全体のコストを2,000万人強の活動人口が全て負担する事が正当かという問題がある。全ての国民を対象としている医療保険について、年金受給者、失業者、金利生活者が医療サービスの対価を支払わない事は正当ではない。このような考え方から、労使が拠出する保険料と並行して、全てのカテゴリーの国民に対して、平等に費用を配分すべきであるということになった。

- 現在、(社会保護収入に占める) CSG の割合は全体の 18~20%程度で、導入以降それほどの変化はないが、重要な部分を占めているとは言える。
- 今後の保険料と CSG の割合については、その均衡を維持すること、すなわち、個人、企業、政府の均衡を維持し、崩さないことが重要だと考える。政府としては、特定のステークホルダーが突出した負担をすることのないように配慮をしている。
- 政府には、公務員の使用者という側面がある。2003 年における個人、企業、政府の負担の比率をみると、家計(個人)が 36.3%、企業が 40%、国(政府)が 23.8%となっている。国(政府)の 23.8%のうち、公務員の使用者によるものが 19.3%、その他政策的な事由によるものが 4.5%である。
- 医療保険財源としての、社会付加価値税の可能性は排除されている。

2. 全国被用者医療保険金庫

(Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés :
CNAMTS)

- 日時：平成 17 年 4 月 27 日（水）10:00～12:00
- 先方：M.Gabriel Bacq 氏（国際関係責任者）
- 当方：加藤智章 新潟大学大学院実務法学研究科 教授
稲森公嘉 京都大学大学院法学研究科 助教授
岩名、小川 UFJ 総合研究所（現在 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング） 研究員

(1) 医療保険制度における「連帯」の概念

- 「国民連帯」は、フランス国民にとって重要な価値をもつ概念であり、フランスでは、貧富の差や収入の差に関係無く、病人は誰でも病院で同じ質の治療を受けられるべきだと考えられている。しかし、一部の改革派は、今後は「国民連帯」から「民営化（privatisation）」の方向に進むと考えている。
- 「民営化」とは、完全な「連帯」ではなく、多くのお金を払うほどよい治療が受けられるという意味で用いている。現在、医療行為の 70～80%を医療保険制度がカバーしているが、財政的に赤字であるため、いくつかの治療は民間保険によって保障されている。例えば、いくつかの民間保険会社が、民間病院など CNAMTS の影響力が弱い分野に進出を図っている。
- CMU は「全体的な連帯（solidarité générale）」に基づく制度である。また、財政面をみると、稼働所得だけでなく、資産所得等全ての所得に課税される CSG が導入されたことによる連帯も存在している。
- 「世代間連帯」については、医療財政赤字のために借金をして、子どもの世代にその費用を返済させることになっていることが問題となっている。

(2) 2004 年医療保険改革について

① 事務総長の権限強化

- 2004 年改革において政治的に最も大きな意味をもつのは、CNAMTS とその事務総長が重大な権限を持ったことである。
- 2004 年改革以前は、CNAMTS の理事長（président）が CNAMTS を統括しており、理事長は保健大臣と同じ位、もしくはそれ以上に重要なポジションを占めていた。理事長は労使のメンバーから選出されることになっていたが、歴史的には労働組合（労働者の力（Force Ouvrière：FO）、フランス民主労働総同盟（Confédération française démocratique du travail：CFDT））が理事長を、フランス企業運動（Mouvement des Entreprises de France：MEDEF）が副理事長（vice président）を務めてきた。

- 理事長は交代制ではなく、「政府と労働組合の小さなアレンジメント」によって決められてきた。最終的には政府が誰を理事長にするか決めることになっていたが、その決定をめぐるのは、FO（反政府側）と CFDT（政府寄り）の間に緊張関係があった。そのため、FO も、政府の考え方に比較的近く、あまり急進的でない人物をだしていた。
- 2004 年改革によって、閣議によって任命される事務総長が、大臣と同じような権限を持つようになった。CNAMTS の人事権、予算に対する権限など全ての権限は事務総長が持つようになった。一方、理事長は、事務総長の決定事項に対して意見を述べることはできるが、もはや権限はもっていない。医師との交渉も以前は理事長が行っていたが、現在はそうではない。
- 2004 年改革以前は、理事長が副（bis）大臣として閣議に参加していたが、監督官庁である保健省との間で議論が絶えなかった。しかし、現在は、保健省の代理人（représentant）が事務総長となり、議論がなくなった。
- 現在の事務総長はフレデリック・ヴァン・ロッケゲム（Frédéric Van Rookeghem）氏、理事長はミッシェル・レジェロー（Michel Régereau）氏、副理事長はサルコジ（Sarkozy）氏（MEDEF）となっている。ロッケゲム氏は、理工科学校（Ecole polytechnique）の卒業生で、保健大臣官房の局長（directeur）を務めていた人物である。
- ロッケゲム氏は、1996 年のジュペプランの策定に関わっており、CNAMTS と保健省の議論による不都合をよく知っていた。そして、そのような不都合を全てなくするために 2004 年 8 月 13 日法をつくった。そして、ロッケゲム氏自身が CNAMTS の事務総長となった。
- 現在、CNAMTS は保健省のひとつの執行機関であり、政府の権限の一部が CNAMTS にあるような状況である。会議の場において、以前は理事長が発言していたが、今は保健大臣が発言するようになっている。
- CNAMTS の理事会（conseil of administration）は名称を変更し、評議会（conseil）となった。評議会のメンバーは、労働組合から 13 名、MEDEF から 13 名の他、新たに参加することになった民間保険業界・共済組合からの 9 名となっている。また、それ以外にメンバーではないが、政府代表者、保健省代表者、財務省関係者が参加する。

② MEDEFのCNAMTS脱退と復帰

- MEDEF は、ここ数年、CNAMTS 理事会への参加を拒否していた。しかし、評議会に復帰することになり、再び労使が集まることになった。
- 基本的に、MEDEF が関心を持っているのは職業リスク・労災であり、医療保険にはあまり関心を持っていない。法定医療保険は財政的に問題があり、負担が大きいので

で、MEDEF はサポーターとしての立場にとどまっている。

- 医療保険のうち MEDEF が関心を持っているのは、眼鏡や歯科など、民間保険会社にとって利益となる分野、あまり費用をかけず多くの利益を生み出すことのできる分野である。
- ただし、ガンなど重大な疾病、費用のかかる疾病には無関心で、このようなものは法定医療保険で対応すればよいと考えている。例えば、60 人の血友病患者について毎年 1 億ユーロの医療費がかかるとすると、このような支出を賄える民間保険会社は存在しないので関心がない。

③ 新たな組織の設立

- UNCAM の設立に関するキーワードは、「中央集権化」である。以前は、3 つの異なる制度（一般制度、農業制度、自営業者制度）があったが、今日ではこれらが一本化され、共通の政策が適用されることになった。UNCAM は、将来的に 3 つの制度を一本化するための準備室のようなものである。
- UNCAM の事務総長は CNAMTS の事務総長が兼任することが法律で定められている。これまで CNAMTS は人口の 70% を占める被用者を対象としていたが、現在では、農業従事者、自営業者を含めた人口の 95% を対象としている。
- 3 つの制度は独立しているが、UNCAM の事務総長と CNAMTS の事務総長が同一人物なので、CNAMTS 以外から UNCAM に参加しているメンバーは、CNAMTS の事務総長に比べると、権限も裁量権も小さい。また、UNCAM の会議は、CNAMTS 内の会議室で開催されている。
- UNCAM の主な業務は、下位機関となる CNAMTS、農業共済組合中央金庫（Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole : CCMSA）、全国自営業者医療保険金庫（Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes : CANAM）の全体的な政策を決定することである。
- 前理事長のスパース（Spaeth）氏は、保健省と意見の対立があり、UNCAM の設立に反対していた。しかし、現在の事務総長は保健省の代弁者であるため、対立することがなくなった。結局のところ、UNCAM の設立は、CNAMTS が望んだのではなく、保健省から強制されたということができる。
- 薬剤の償還基準については、科学者の集団である高等保健機構（Haute Autorité de Santé : HAS）が科学的観点からの意見を述べる。その意見に基づき、UNCAM が償還レベルを決定することになっている。
- 現在のフランスは「司法的な不確実性」と呼ばれる状況にあり、政府の多数派を占める政党が変わるたびに、前政権の法が破壊される。そのため、社会党が政権に戻ってきたら、「中央集権化」の流れが変わり、理事長と事務総長の権限の配分が変わる可能性はある。しかし、この財政危機の中、方針を大きく変更することはないと

思う。

④ 医療費をコントロールするための施策

- これまで CNAMTS は被保険者に対して、迅速な給付を行うことを第一としていた。しかし、今後は民間保険会社と同様に、高齢化リスク、疾病リスク等の管理をしていかなければならない。これは「小さな革命」といってもよい改革である。
- 2004年改革以前は、患者の医師へのアクセスは完全に自由であった。しかし、今後はまず自分が選んだ「かかりつけ医」を受診しなければならない。患者が「かかりつけ医」を選択せず、今まで通り自由に医師にアクセスする場合は、医療費の償還率が低くなる。

(3) 金庫の「自治」と権限

① UNCAMの権限

- UNCAM、すなわち CNAMTS は、診療報酬に関する医師との交渉、償還対象となる薬剤とその価格の決定、公的病院への支払に関する権限を持っている。「かかりつけ医」による診療の工程の管理と、「診療行為報酬 (Tarification à l'activité : T2A)」による公的病院の予算管理が大きな柱となっている。
- T2A とは、これまでのように病院に一括して予算を渡すことはせず、病院がどのような診療をしたのかを確認し、医療行為に対して支払を行うもので、2005年3月1日から公的病院に導入された。例えば、病院の「今月の診療件数は心臓関連が20件、虫垂炎が10件」という報告に対して、UNCAM は、例えば虫垂炎1件1,000ユーロといった報酬を決める。また、搬送や外科手術等の活動については各行為ごとに支払う。このような方法はリスクの管理、つまり何に対して費用を支払っているのかを UNCAM がよく理解することにつながっている。
- T2A の導入にあたり、診療行為の分類を検討した結果、6,900種類の診療行為があった。そして、各診療行為のコストを定義するため、医師や薬剤師がチームを結成し、10年近く研究を行った。
- 報酬の交渉は、口腔科医や婦人科医等、各専門家の職業団体との間で行い、病院との交渉は行わない。

② CPAM、URCAMについて

- 現在、CNAMTS の下位機関である初級医療保険金庫 (Caisse primaire d'assurance maladie : CPAM) や医療保険地域圏金庫連合 (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie : URCAM) に権限はない。これらの機関は CNAMTS の政策を実行する機関である。
- 以前は、CPAM や URCAM にも、地域レベルの管理権限、予算の範囲内での裁量権があった。しかし、(2004年改革によるものではなく) 4~5年前から、中央集権化

により、地域や地方の裁量権は小さくなった。

- 2004年改革前は、CPAMの局長は理事会によって選ばれており、CNAMTSが強要することは出来なかった。しかし、改革後はCNAMTSの事務総長によって任命されることになり、理事会は人事権を失った。
- CNAMTSが政策を決定し、その政策が機能するという条件下でCPAMの自由裁量に任せるシステムも考えられたが、採用されることはなかった。地方及び地域金庫の長には、ほぼ毎週CNAMTSが決定した政策に関して報告する義務が課せられることになった。
- 最近になって、CNAMTSの事務総長が医師と協約交渉をした時、URCAMやCPAMに何を求めてよいか分からず、URCAMやCPAMの役割は何かということが問題になった。特にURCAMは、病院と連携し、地方レベルの合意に署名する役割を持っていたため、今後は何をすればよいか問題となった。
- CPAMあるいはURCAMに残っている権限は事務総長に従うことであるため、CPAMにしてみれば、自分達の役割について疑問をもつこともあるだろう。これはCPAMの局長とCNAMTSの事務総長との人間関係の問題でもあるので、難しい状況である。

(4) CNAMTSの財源政策について

- 医療保険財政の赤字の背景には、雇用問題がある。現在の失業率は10%以上となっており、結局のところ、保険料を支払う被用者が少ないのが赤字の一因となっている。その上、失業率が高ければCMUの受給者が増えるため、赤字額は120億ユーロとなっている。
- 金庫の予算や会計について、単年度毎に収入と支出の帳尻を合わせていかなければならないという法的なルールはない。ここ10年来、社会保障財政法律によってONDAMが定められているが、実際の支出額は毎年ONDAMを超えている。
- 社会保障財政法律はONDAMを定めるだけで、その財源については何も述べていない。支出を抑えればよいといっても、そもそも財源を拠出できる人が十分にいないため、常に赤字になってしまう。
- 財源の不足分は、フランスの政府系金融機関である預金供託金庫（Caisse des dépôts et consignations : CDC）を通して国内外の市場で借入を行っている。しかし、これが更に赤字を大きくしている面もある。また、CNAMTSの不動産を社会債務返済基金（Caisse d'amortissement de la dette sociale : CADES）を通して売却した。
- 2000年以前の負債を支払うため、社会債務償還拠出金（Contribution au remboursement de la dette sociale : CRDS）が導入され、2009年までの期限が2014年まで延長された。ただ、おそらく2014年までに返済することは出来ないと思う。
- 負債の主体は金庫であるが、金庫には、返済の手段として保険料を上げたり、給付率を下げたりすることは出来ない。そのため、最終的に責任を負うのは政治家だと

考えている。

(5) CNAMTSの概要

① 組織の概要

- フランスの社会保護制度には、医療、年金・老齢、家族という3つの柱があり、被用者のための全国組織として、それぞれCNAMTS、全国被用者老齢保険金庫（Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés : CNAVTS）、全国家族手当金庫（Caisse nationale d'allocation familiale : CNAF）が設けられている。
- CNAMTSの職員数は、CNAMTS本体が約5,000人、下位機関を合わせると約10万人となっている。CNAMTSが管理している機関は約250あり、そのうち、CPAMが128、CRAMが16、URCAMが22、情報科学技術センター（centre technique informatique : CTI）が14となっている。また、社会保障一般金庫（Caisses générales de sécurité sociale : CGSS）では、海外県の医療保険、年金保険、家族手当全部を担当している。
- CNAMTSは4,000人のIT技術者を雇用しており、フランスでナンバー2か3の情報処理システムを持っている。CNAMTSでは1日あたり3,000万ユーロのお金が動くので、情報処理システムは重要である。

② 人材育成

- CNAMTSでは人材育成のため、サンテティエンヌ（St-Etienne）とレンヌ（Rennes）の2か所に高等専門学校（grandes écoles）を設けている。サンテティエンヌの正式名称は、最近、国立社会保障上級学校（Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale : En3s）となった。
- En3sでは、毎年約150名の学生が学んでいる。その他、海外からの留学生も受け入れている。学生は、法学、経済、情報処理分野の修士号を取得した後、選抜試験を受け、給与をもらいながら2年間の教育を受ける。その後、CNAMTSの経理担当や経営管理部局のスタッフ（attaché direction）のポストにつき、成功すれば局長になる。なお、CNAMTSでは、管理職の約80%がEn3sで教育を受けている。
- レンヌにあるのは病院長のための学校で、教育システムはEn3sと同様である。学生数は、（En3sと同じ）150名程度、もしくは200~300名程度となっている。
- CNAMTSでは、マネジメントに関わる人材を、民間企業から採用することもあり、数年前には、CNAMTS内の文化を変えるために民間企業からの採用が進められたことがあった。しかし、それは財務管理や情報処理の分野が多く、局長の80~90%はCNAMTSかCPAMでキャリアを積んできた人材である。

3. フランス共済組合全国連合会

(Fédération Nationale de la Mutualité Française : FNMF)

- 日時：平成 17 年 4 月 28 日（木）9:30～11:30
- 先方：M. Kuimie Samantar 氏（国際部責任者）
- 当方：加藤智章 新潟大学大学院実務法学研究科 教授
稲森公嘉 京都大学大学院法学研究科 助教授
小川 UFJ 総合研究所（現在 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング） 研究員

(1) 補足医療保険制度の概要

① 沿革

- フランスの医療保険制度の償還率は 100%ではなく（万能（*universel*）ではなく）、医療費の一部は被保険者が負担しなければならない。そのため、補足医療保険制度が必要となる。
- 補足医療保険制度の運営主体には、共済組合（*mutuelles*）、相互扶助組織（*institution de prévoyance*）、民間保険会社の 3 つの種類がある。根拠法は、共済組合は共済組合法典、相互扶助組織は社会保障法典、保険会社は保険法典である。
- フランスの医療保険制度は、労働、職業と結びついた制度であり、労働することによって医療費を負担するという考え方に基づいている。この考え方は、第二次世界大戦前、共済組合の前身である相互救済会社が、労働者が働けなくなった場合に一定の補償をしたところから生まれてきた。そのため、共済組合と労働組合には非常に密接な関係がある。
- 相互扶助組織は、もともと補足退職年金制度を運営するためにつくられた団体である。現在でも、主に民間企業と団体契約を結ぶことによって年金のサービスを提供している。補足退職年金は強制制度であり、相互扶助組織が国から委託を受けて活動する形式になっている。
- 長い間、補足医療保険制度の運営主体は共済組合だけであった。相互扶助組織が補足医療保険制度に進出することを禁じる規定がある訳ではなかったが、共済組合は医療、相互扶助組織は年金と、それぞれの活動分野が規定されていた。
- 民間保険会社については、1990 年代、エバン法の成立・施行によって市場が開放され、民間保険会社が補足医療保険に進出するようになった。

② 最近の動向

- 保険料収入を運営主体別にみると、共済組合は 100 億ユーロ、相互扶助組織が 18 億ユーロ、民間保険会社が 34 億ユーロとなっている。全体の約 6 割を共済組合が占め

ている。

- 保険料、償還率の設定は自由である。ただし、法定医療保険の協約で7割償還されているものは、補足医療保険で少なくとも3割の償還をしなければならないことは決められている。一方、専門医に協約で定められた以上の金額を支払う場合については、各共済組合や保険会社が自由にカバー率を定めている。通院医療で最低限の保障内容である場合、保険料は月15～20ユーロである。
- 最近では、共済組合と相互扶助組織が一緒になって、企業にサービスの提案をすることがある。相互扶助組織は非営利団体であり、共済組合と非常に近い考え方を持っているため、お互いの成長のためには、競争よりもパートナーシップが必要であると考え、提携することになった。
- 共済組合と相互扶助組織の提携には、互いの足りないところを補完し合う目的もあった。共済組合は、25～30年前くらいから、企業との団体契約の締結を促進することを最大の課題としていた。一方、相互扶助組織は、企業との団体契約しか扱えず、個人に対する活動ができなかった（ただし、退職者には個人契約の提供ができる）。
- 共済組合と相互扶助組織は、具体的には年金、医療、介護のトータルパッケージ商品を提案している。近年の高齢化の進展にあわせて、医療だけではなく、高齢・障害に伴う介護リスクに対する提案もするようになった。

③ 具体的な償還手続き

- 被保険者は、補足医療保険の支払いを受ける前に、まず法定医療保険の医療保険金庫に書類を提出する。医療保険金庫が払い戻しをした後、残りの分を補足保険の運営主体（共済組合等）に請求すると支払いが受けられる。法定医療保険と補足医療保険の償還に使用する書類は同じものであり、書き直す必要はない。
- 補足医療保険の償還手続は、銀行振り込みや小切手で行われている。
- 医療保険金庫と医療機関・薬局が契約を結んでいる場合には、「Vitale カード (carte vitale)」というグリーンのカードを提示すると、法定医療保険分の第三者支払いが可能となる。このような場合、被保険者は残りの差額分のみ補足保険制度に請求することになる。
- 現在の Vitale カードには、医療情報は入っていない。単にいつ支払いがあったか、払い戻しを受けたかという情報しかない。被保険者の医療情報は、法定医療保険が持っている、補足医療保険に渡すことはない。

(2) 共済組合について

① 組織の概要

- 共済組合の加入者は1,600万人、家族契約を含めると対象者は3,000万人である。
- 契約企業数については把握していない。大企業の共済組合であれば簡単に数えるこ

とができるが、中小企業は、より大きな組合に所属していることもあるので、正確な企業数を提示するのは難しい。

- 共済組合は医療費の償還だけでなく、病院、眼鏡センター等の運営を通して、医療サービスの提供も行っている。この眼鏡センターが法定医療保険、補足医療保険の両者と第三者支払い方式の契約を締結している場合、共済組合の組合員は、眼鏡センターの窓口で自己負担分を支払う必要はない。一定の上限額を超えると自己負担分が生じることもあるが、その金額は決して高くない。
- FNMF では 3 年ごとに総会があり、毎回、組合加入者の満足度、信頼度を測定している。

② 保険料、償還率の設定について

- 入院の場合、患者が快適性を求めるために追加される料金（個室等）なども共済組合がカバーしている。ただし、3 か月以上の入院は対象外となっている。
- 共済組合の保険料は、団体契約の場合、使用者が保険料の 40～55%を支払っている。ほとんどの労使協定において、使用者の一部負担が定められている。なお、使用者の保険料負担分は税金の控除の対象となる。

(3) 2004 年医療保険改革について

① 全国補足医療保険組織連合（UNOAMC）について

- 現在の医療保険制度は、補足医療保険制度がなければ医療費の償還が不可能であり、国民は医療へのアクセスができない。このように補足医療保険の果たすべき役割が非常に大きくなっているため、全国補足医療保険組織連合（Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire : UNOAMC）が設立された。
- UNOAMC 設立の目的は、法定医療保険と医療従事者との交渉に補足医療保険を参加させること、及び法定医療保険と補足医療保険のあり方を見直し、償還率を決めることにある。
- メンバー構成は、FNMF から 17 名、フランス保険会社協会（Fédération française des sociétés d'assurances : FFSA）から 8 名、相互扶助組織の専門委員会から 6 名、および特別な制度を有しているアルザス・ロレーヌ地方から 1 名となっている。議長は FNMF のメンバーが務めている。
- UNOAMC は 2005 年 2 月に活動を開始した。現在、2 週間に 1 回のペースで会議を開催している。主に医療費の償還の範囲、償還率について議論を行い、地域圏医療保険金庫（Caisse régionale d'assurance maladie : CRAM）や医療従事者の組合との交渉も行っている。
- これまでは、被保険者が主治医の紹介で専門医を受診した場合、協定以上の料金を請求されたとしても、その差額は補足医療保険によって償還されていた。しかし、

FNMF では、医療費抑制のため、そのような場合の差額は負担しない、すなわち、法定医療保険で定められた医療行程の中で生じた費用以外の償還はしないことを理事会で決定した。この問題に関して、UNOAMC 内部では意見が分かれており、民間保険会社は、専門医の請求額が協定をはるかに超えている場合であっても償還すると主張している。

② 医療費をコントロールするための仕組み

- 2004 年改革によって、「かかりつけ医制度」が導入された。共済組合としては、以前から医療機関の系列化、ネットワーク化を主張しており、2004 年 8 月 13 日法は共済組合の考え方を取り入れ始めたと言える。
- 最終的には、医療保険制度のリスク管理を行うことが求められていると考える。現在は盲目的とまではいかないが、むやみに医療費の払い戻しが行われている。
- 責任契約 (contrat responsable) の導入に伴い、共済組合が扱う契約だけでなく、民間保険会社の扱う契約も保険料税 (保険料の 0.7%) の免除を受けることができるようになった。これまでは、共済組合は (民間保険会社とは異なり) 誰でも加入を認めるという理由で保険料税の免除を受けていたが、それに対して民間保険会社は不当であると主張していた。ただし、民間保険会社も保険料税の免除を受ければ、法定医療保険で償還されない診療行為について払い戻しをするのはおかしいという考え方もある。

③ 改革の評価

- 2004 年 8 月 13 日法は、被保険者に負担を強いることを決断した法律である。ジュペプランでは医療供給者側の再編成を行ったが、今回の改革では負担を患者側に課した。
- 昨年 12 月に設立された HAS は、科学的見地からの最高の権威を持った組織である。ここで、償還対象となる診療行為が決定されることになっている。
- 今回の改革の内容はよいと思うが、十分な強制力を持っていないのが問題である。また、改革の背景には 130 億ユーロの赤字があるにもかかわらず、財政的観点が弱い。
- UNOAMC や HAS は、医療保険システムの一部であり、各組織がそれぞれの役割を果たすことでシステム全体をうまく機能させていくことを目指している。しかし、このシステムまだ始まったばかりであり、各組織が果たすべき役割についても、まだ結論は出ていない。
- 医療保険制度には、医療従事者の報酬の調整、支払い方法の改正という大きな 2 つの課題がある。そのような中、FNMF としては、CNAMTS の評議会に加わって医療従事者と交渉していくこと、そこで FNMF がどう機能していくかなどが課題である。

- 社会保障、特に医療保険の赤字をなくしていきたいと考えてはいるが、それによって、低所得者層が医療システムから排除されることは認めることができない。全ての人に対する医療保障は、常に忘れてはならない問題である。

(4) 法定医療保険制度と補足医療保険制度の関係

- 法定医療保険制度と補足医療保険制度は、長い間、互いに補完し合い、安定した良い関係を保っていた。ところが、医療保険制度の財源は、ユーザー（被保険者）が保険料や CSG などの形で拠出しているにもかかわらず、国が一方的に全ての政策決定を行い、しかも償還率を低く、CSG を高くしようとしている。今後は、そのような状況に対して、FNMF も発言することができるようになったので、ガバナンスの問題が出てくると思う。
- 将来的には、医療保険制度における補足医療保険の償還率が増えていくと思う。法定医療保険の赤字が一番の問題で、その分、補足医療保険がしわ寄せを受けている状況になっている。

(5) その他

- 2003 年夏の猛暑により、高齢者約 15,000 人の死者が出たことをきっかけとして、マスコミでは、高齢・障害のリスク（介護）に関する公的介護手当が話題になっている。そこでは、公的介護手当の財源確保のため、労働者が祝日 1 日（聖霊降臨祭の翌日の月曜日）を返上して働くことで生じた生産高に対して課せられる、社会保険の負担分を高齢・障害のリスクに回すことが議論されている。

4. 労働者の力（Force Ouvrière : FO）

- 日時：平成 17 年 4 月 25 日（月）15:00～18:00
- 先方：M. Jean-Claude Mallet 氏（同盟書記長）
M. Arnaud Breuil 氏（同盟補佐）
Mme Marie Christine Santis 氏
- 当方：加藤智章 新潟大学大学院実務法学研究科 教授
稲森公嘉 京都大学大学院法学研究科 助教授
岩名、小川 UFJ 総合研究所（現在 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング） 研究員

(1) FOの概要

- FO は、フランスの 5 つのナショナルセンターのうちのひとつであり、労働運動の第 1 次分裂によって、当時の共産党である、労働総同盟（Confédération générale du travail : CGT）と袂を分ち誕生した「独立系」の労働組合（政治とは区別した立場で活動する労働組合）である。
- 労働運動の第 1 次分裂当時、もうひとつの潮流として存在していたのは、キリスト教系の労働運動だった。それが現在の CFDT とフランスキリスト教労働者総同盟（Confédération française des travailleurs chrétiens : CFTC）である。
- FO は団体で労働問題を解決していくことを基本的な方針としており、アングロサクソン流の個を優先するアプローチは否定している。
- FO には 33 の産別組合が加盟している。通常、団体交渉が行われる単位はこの産別組合であり、その交渉のテーブルには FO の産別代表が参加することになっている。また、全国レベルの産別組合とクロスする形で、地域組織としての 105 の県連がある。
- FO の組合員数は、67 万人（欧州労働組合連盟（European Trade Union Confederation : ETUC）への申告ベース）。この組合員数については、カウントの仕方がナショナルセンターによって異なっているので、同じ基準で揃った数字が出てこないという問題がある。
- 労働組合の影響力を測定する選挙には、労使協議会としての企業委員会の選挙、これと並行した従業員代表制度の従業員代表の選挙、労働審判所の労働代表審判員の選挙の 3 つがある。この時にトップになるのは CGT で、2 位が CFDT、3 位が FO だが、最近 FO が追い上げを見せている。ただし、これらの選挙は民間労働者にしか投票権がなく、FO の影響力が強い公務員、退職者が入っていない。

(2) フランスの医療保険制度

① 医療保険制度の管理運営

1) 1945 年当時の状況

- フランスの医療保険制度は、19 世紀後半のビスマルク的な社会保険方式をもとにしてつくられた。そのため、20 世紀前半に様々な形の医療保険が産業別にうまれた。
- 2 つの大戦間に、全ての被用者に対する医療保険制度の一般化が図られた。しかし、いくつかの職域が各々の制度の特性を維持したがったため、1945 年までは一般化は成功しなかった。
- 1945 年、産別単位のシステムを被用者全体に拡大・統合したことによって、現在のフランス社会保障制度の原型が誕生した。1945 年のオルドナンスのコンセプトは、「平等」と「連帯」であり、被保険者がそれぞれ受け取る賃金に応じた負担をする一方、給付面では必要なだけ給付を支給するというところに「連帯」の考え方が現れていた。
- 当時の政策担当者は「普遍性」を「完全な普遍性」として捉えており、被用者だけではなく、全国民を対象とした皆保険システム、単一のユニバーサルなシステムを目指していた。
- しかし、各制度の固有の既得権への執着は残り、農業従事者、自営業者、鉱山労働者、国鉄、地下鉄労働者のような特別制度が残存した。この時、本当の一般制度ができなかったことが、医療保険制度の運営を労使自治に任せるということにつながった。
- 当時、一般制度への参加を拒否したのは、農業従事者、自営業者等であった。その理由は、人口動態や分野別成熟度が現在とは全く異なっており、（一般制度に入ると）農業従事者や自営業者にとって、拠出金の負担が高くなる懸念があったためだった。

2) 1970 年代からの財政調整

- 1974 年法を根拠として、制度間の財政調整が行われるようになった。理由は、人口動態の変異の調整の必要性がうまれたことだった。
- 1974 年とは、社会保障制度が当初想定していた産業別の人口構成が、大きく変化したことが明らかになった年だった。つまり、1945 年当時は農業部門の活動人口が多かったが、1960～1970 年代になると農業から第 2 次産業、第 3 次産業への人口移動が発生した。その結果、農業部門では、夫が農業経営者から被用者になり、妻が農業を行う世帯（母ちゃん農業）が多く現れた。そのため、1974 年法では、農業経営者（例：「母ちゃん農業」世帯の妻）は、退職後、農業制度から一般制度に移るなどが定められた。

- フランスには、年金の給付を行う制度が、受給者の医療給付を行う決まりがある。例えば、農業経営者が途中で被用者になる等の理由で、退職後、年金給付を一般制度から受け取る場合、それ以降の医療給付も一般制度から受け取ることになる。つまり、農業制度に対して長期間保険料を支払ってきた世帯であったとしても、退職後は一般制度から給付を受ける形になる。これが人口動態の変異による制度間の歪みであり、このような状態を是正するために財政調整（compensation）が行われた。

3) 現在の状況

- 特別制度の一般制度への統合が段階的に行われ、3～4年前に現在の形となった。現在の一般制度はユニバーサルなシステムであり、全ての被用者、退職者、元被用者を対象としている。
- 一般制度の対象者は国民の83%で、支出ベースの財政規模は1,020億ユーロである。なお、家族、老齢、労災をも含めた社会保障制度の規模は2,600億ユーロとなっている。フランスの政府予算は3,200億ユーロであり、大変な金額である。
- CNAMTS 理事会の理事数の配分は、予め決められたものとなっている。労働組合からは、CGT が3人、FO が3人、CFDT が3人、幹部職員総同盟（Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres : CGC）が2人、CFTC が2人となっている。
- 1967年から1996年まで、CNAMTS の理事長のポストは FO から選出された理事がつとめていた。そのうち、1991年から1996年までは、マレ氏が理事長であった。マレ氏が理事長を辞任した理由は、当時のジュペプランに FO が反対したことであった。
- 特別制度については、国民の3～4%の極めてマイナーな存在であるため、大きな問題とする必要はない。フランスの戦後史の中で残ってしまった「残渣」という位置づけで構わないのではないか。例えば、オペラ座の団員は入団年齢も退団年齢も非常に早いので、医療保険、老齢年金共に、極めて特殊な制度となっているが、このような制度には一般制度が財政調整（compensation）を行っている。
- 農業制度については、今後、農業被用者を一般制度に統合していくべきであるのは当然だが、農業経営者に関しては、その妥当性について議論がある。現在の大統領は農業を擁護する立場にたっているため、この問題に関して詳しい議論はしづらい状況である。
- 補足医療保険制度が国民全てに保障されていなかった時代には、特に目や歯などの治療に関して、社会的弱者の治療が遅れてしまうという問題が発生していた。そこで、シビルミニマム的な考え方から CMU が導入された。ただし、CMU でカバーされる比率は必ずしも充分ではない。

② 医療サービスの供給体制

- 医療保険によって償還される範囲は政府が決定する。1996年までは行政手続だけで決められていたが、ジュペプラン以降、国会を通してこれを確認することになった。
- フランスの医療供給システムは、公立病院、開業医の2本立てとなっている。医療サービスの消費の配分は、公立病院が52%、医療保険金庫と診療に関する協約を交わす開業医が48%である。
- 公立病院と開業医の配分バランスは、基本的には変化していない。その理由は、公立病院と開業医の役割分担がかなり明確で、重い病気は公立病院、軽微なものは開業医ということになっているためである。
- 医師数は25万3千人。そのうち、開業医が11万人（一般医6万人、専門医5万人程度）程度となっている。

(3) 財源政策に関する見解

- 医療保険制度の管理運営方法には欠陥がある。「労使同数管理」といいながら、実際には、政府が給付の内容、範囲に関する決定権を持っている。政府は、財源の手当をせずに給付の範囲や適用方法を決めてしまうため、誰もお金の動きを掌握できない状態になっている。その結果、医療保険財政は赤字となっている。政府は、一般制度が事務代行機関であるように行動することがあるが、そうであるならば、財源についての責任は政府が負うべきである。
- 政府が雇用政策の一環として保険料の減免措置を取った場合、社会保障の管理運営組織にその分の資金を償還する約束をしているにもかかわらず、実際には償還していない。1年間に様々な理由で軽減される保険料の額は200億ユーロになっているが、そのうち20~25億ユーロの未償還分が残ってしまう。結局、その未償還分は、一般制度に押しつられている。2005年の社会保障制度の赤字は100億と言われているが、そのうちかなりの部分は政府の未償還分により発生しているものである。
- 医療保険制度は、1945年から労使が拠出する保険料によって運営されてきた。しかし、1991年にCSGが導入されてからは租税代替化(fiscalisation)が部分的に行われ、今日では「保険料6:CSG4」の配分になっている。この租税代替化によって、さらに財政の透明性が失われたという面がある。
- フランスの医療保険制度は、「普遍性」と「社会保険」という相容れない2つの目標を抱えている。そういう意味で、人口動態、人口構成の変化に伴う財政調整、ナショナルミニマムであるCMUの導入という普遍性の追求を、社会保険を母体としたシステムで行おうとすると無理が出てくるのは当然であり、そこにCSGが登場せざるを得なかった要因がある。
- FOでは、医療保険制度に関する最も緊急かつ重要な問題は、医療保険財政の簡素化を通じた透明性の確保であると考えている。そのため、税と保険を明確に分けるこ

とを提案している。つまり、政府が「国民連帯」を根拠に決定する給付（予防医療、公衆保険、CMU）は全て税で、それ以外の一般制度でカバーすべきリスク（労災、職業病）は全て保険料で賄うことを主張している。ある給付を実施する時は、その理由に合った財源で賄い、財源の道筋を明確にすべきである。

- 予防医療が必要であることは言を待たない。ただ、費用を誰がどのように負担するかについては、ケースバイケースである。例えば、交通事故が発生すると、多くの場合、一般制度が治療費を負担する。だからといって、交通事故予防キャンペーンのような予防行為の費用を一般制度が負担すべきかといえばそうではない。労働組合として、予防行為を全く行わないとはいわないが、本来あるべき役割を考えていくべきであると考えます。
- 予防医療は、必ずアウトプットが出るまでにタイムラグがある。ROI（Return on Investment）を考えると、単年度で収支を合わせる医療保険で行うことは難しいだろう。
- 今後、CSGの比率は、価値判断を捨象して回答すると、増えざるを得ない。政府の立場にたってみると、CSGから財源を得るのが最も効率がよい。CSGを1%上げた時に得られる財源と同じ金額を保険料で確保するためには、保険料を2~2.5ポイント上げなくてはならず、被保険者の痛みが大きい。

(4) 2004年医療保険改革について

- 1ユーロ定額負担金の導入や、CSGの拡大には反対している。
- CNAMTSの管理運営について、FOは常に「労使自治」を要求してきたが、MEDEFは理事会への参加をボイコットしていた。何とか経営者団体を呼び戻すために交渉をする中で、MEDEFがCNAMTSの管理をしたくないという理由から、「理事会」ではなく「評議会」に名称を変更した方がよいというフランスらしい馬鹿げた議論が行われた。
- FOとして要求していたのはあくまで「労使自治」であるが、2004年改革によって、「政労使」の3者による管理になってしまったことは問題である。
- 2004年改革の最も重要な点は、医療サービスの供給体制に関する改革（かかりつけ医制度、電子カルテの導入）であった。これらの改革には、FOは賛成している。
- 「社会付加価値税」の議論は、必ずしも事業主の保険料負担の軽減が目的とされている訳ではない。また、「社会付加価値税」の提案をしたのは政府ではなく、有志議員からであり、その中には、保守だけでなく社会党や共産党の議員も含まれていた。確か共産党議員からは、社会付加価値税の課税算定基礎の中にラットイト運動のような機械自動化率を入れるべきであるという意見もみられた。FOとしては、この社会付加価値税には反対した。
- 全体として、2004年改革について評価するのは、まだ早すぎる。一般的に、1本の

法律には 95 から 97 本の行政規則が必要と言われているが、2004 年のうちに発効された行政規則は 85 本程度であり、現時点でも、まだ未発効のものがいくつか残っているはずである。よって、100%施行されている状況ではないということもある。

(5) 補足医療保険制度について

- フランスの補足医療保険制度の運営主体には、民間保険会社、共済組合、相互扶助組織の 3 つの種類がある。このうち、共済組合、相互扶助組織は労使自治に関する団体ということで、FO が積極的に運営に関わっている。なお、最近では民間保険会社が台頭してきている。
- 基本的に、法定制度（医療、年金）の強化充実を図るのが FO の方針である。最近、法定医療保険制度による償還の比率を落としたり、償還の対象を狭めたりして、それを補足医療保険制度の方に移していくということが行われた。このような動きには、FO は当然反対である。
- EU レベルの問題として、補足医療保険制度について団体交渉、協約で義務化することは競争規則違反であるかどうかを問う裁判が起こっている。法定医療保険制度については、欧州裁判所の判例で、独占であっても競争規則の違反ではないという判例が確定している。補足医療保険制度についても、産別レベルで加盟が義務付けられた場合には競争規則の違反ではないということが確認されている。これらは、法定医療保険制度と同様に、補足医療保険制度の性格を強化することを認める歓迎すべき判例だと考えている。

5. 労働総同盟（Confédération Générale du Travail : CGT）

- 日時：平成 17 年 4 月 27 日（水）15:00～17:00
- 先方：M. Pierre-Yves Chanu 氏
Mme Cathy Suarez 氏（同盟顧問）
- 当方：加藤智章 新潟大学大学院実務法学研究科 教授
稲森公嘉 京都大学大学院法学研究科 助教授
岩名、小川 UFJ 総合研究所（現在 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング） 研究員

(1) 2004 年医療保険改革について

① 医療保険の将来に関する高等評議会

- 「医療保険の将来に関する高等評議会」のメンバーは全部で 53 人で、労働組合や医療関係者の代表がメンバーとなっていた。シュアレ氏、シャニュー氏は、2 人とも「医療保険の将来に関する高等評議会」のメンバーであった。

② 医療保険制度のガバナンス

1) CNAMTS の改革

- 今回の 2004 年改革によって、非常に強い、中央集権的なガバナンスが実施されるようになった。CNAMTS の「理事会」の決定権が少なくなり、単なる「評議会」になってしまった。
- 一方、事務総長が閣議によって決定されるようになった。事務総長の決定に反対するには、評議会のメンバーの 3 分の 2 が反対意見を表明しなくてはならない。ところが、MEDEF が復帰したことによって、政府寄り人間が増えたので、実際には反対が通ることはほとんどない。
- 労働組合の間でも、完全に意見が一致しているとは言えず、CGT は少し孤立している。その理由は、FO や CFDT は当事者の間に入るネゴシエーター（交渉人）としての性格が強いのにに対して、CGT は労働者の代表という性格が強く、本当に労働者のニーズを把握しているのは CGT だからである。
- 中央集権化が進んだことによって、CNAMTS の審議会における CGT の発言権が小さくなった。評議会に MEDEF が復帰したこと、共済組合や民間保険会社が入ってきて意見の一致がみられなくなったことにより、さらに力は弱まった。
- 政府の介入が強くなった状況については、どちらかといえば否定的に捉えている。フランスの社会保障制度は、基本的には被用者が被用者のためにつくったものであり、「労使同数管理」といっても、1967 年までは被用者側が多かった。ただ、医療保険制度がつくられた 1945 年当時の状態に戻ることはできないので、労働組合と経営者団体、国会が医療保険制度の方向性を決めていくことが理想だと考えている。

2) 新たな組織の創設

- 2004年改革によって、CNAMTSの中にUNCAMという組織ができたことによって、さらに中央集権的な体制が強化された。UNCAMの仕事は、医療関係者との医療協約を結ぶこと、予算を提案すること、医療保険の適用範囲を決めることの3つである。
- CNAMTSの中に、医療保険支出警告評価委員会（Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie）ができた。メンバーは、経済・財政・産業省（Ministère de l'Economie et des Finances et de l'Industrie : MINEF）の統計部長、社会保障会計委員会の事務局長、経済社会評議会によって指名された者の3名から構成されている。
- 医療保険支出警告評価委員会は、3か月ごとの支出目標値の0.75%を超えた場合には、警告を出すことになっている。警告が出されたら、UNCAMは3か月以内に元の水準に戻さなければならない。これまでのところ、まだ警告の例はない。
- もし警告がなされたのにもかかわらず、元の水準に戻すのが難しい場合、1ユーロの定額負担金（franchise）の値段を上げるという手段をとるだろう。他に償還率を低くするという手段もあるが、決定までに時間がかかるため、難しいだろう。
- HASができたこと自体は評価している。これまでは、医療保険の適用範囲が広すぎる一方で、眼鏡や歯に関する償還率は極端に低いなど、カバーしているものの間に不公平さがみられた。薬剤についても、ジェネリック医薬品が出されると、同じ効果をもつ薬剤の代替とするのではなく、それらの薬を残したまま、ジェネリック医薬品も償還対象に加えてしまうので、どんどん償還できる薬が増えていくという状況がみられた。
- ただ、HASの委員会のメンバーが、政府、上院、経済社会評議会が任命した委員で構成されていることについては、労働者の立場が全く考慮されていないため、不満である。任命されるメンバーは医療関係者ではなく、中には薬剤のことを理解しているとは考えられない税吏官も含まれている。
- 2004年改革によって、補足医療保険制度はさらに重要なものとして位置づけられるようになった。そのため、共済組合、相互扶助組織、民間保険会社をまとめるUNOAMCという上部機関が設置されることになった。

③ 医療費をコントロールするための施策

- CGTは1ユーロの定額負担金には反対している。年間50ユーロまでという上限を設けていたとしても、貧富の差にかかわらず全員から1ユーロを徴収するのは公正さを欠く。
- 補足医療保険制度を扱う民間保険会社が、1ユーロの定額負担金に関する商品の取り扱いを希望しているという話がある。共済組合は希望していない。

(2) 「連帯」のあり方について

- CMU が出来たことは、個人的には 1 つの進化であると考えている。ただ、CMU には、スティグマがみられる、CMU の収入制限のすぐ上の人が阻害されてしまう、医療関係者の中に CMU 受給者の受付を拒否する者がいるという 3 つの問題がある。CGT としては、一般制度を更に下の所得層に広げていくのがよいと考えている。
- もともと被用者の制度であった一般制度に、被用者以外の者が入ってきていることについて、問題であるとは考えていない。フランスでは、失業者、社会参入最低所得 (Revenu minimum d'insertion : RMI) 制度の対象者も給与所得者と考えることを前提として制度がつけられている。例えば、失業者は「仕事が見つからない給与所得者」と捉えている。
- RMI 対象者のうち、社会復帰契約を遵守していない者は、契約を締結すること自体が無理な者と、最低賃金が低すぎるため、RMI 対象者でいた方がラッキーな者に分かれる。このような者も含めて全国民をひとつの制度に入れることが望ましいと考えている。ただ、問題は RMI 対象者をひとつの制度に入れるかどうかではなく、最低賃金が低すぎることにある。
- 普遍的な制度を構築することと、ビスマルク型の制度を残すことは矛盾しないと考える。国民が被用者化することによって、それは実際に行われている。現在では、人口のほとんどは被用者であり、自営業者等はマイノリティであると考えている。ただし、年金生活者、主婦も多くいるので、全国民としての連帯という捉え方をしている。
- CGT としては、3 つの制度 (一般制度、自営業者制度、農業制度) で同じレベルの給付が受けられている限り、制度が並存していることに問題はないと考える。現在でも、3 つの制度間には財政調整などの連帯がある。今後は高齢化が進行するので、更に連帯を深めていかななくてはならない。

(3) 財源政策について

- 農業制度は、制度間の財政調整により、一般制度からの拠出金を受け取っている。その他、農業政策の関連で、フランス予算法アネックスの規定に基づいた補助金が出ており、農業制度の赤字分は所得税等で補填する措置がとられている。
- 医療保険制度の財源に税が投入されていること自体はともかく、農業制度に拠出金や補助金が投入されているという、制度間の不均衡については、一般制度からみて農業制度が特に問題であるとは思っていない。
- 医療保険の財源は、保険料を主な収入源とすべきであり、もう一度ビスマルク型にこだわりたいと考えている。しかし、CSG は収入の 40% を占めており、社会保険にこだわることは現状と合わない部分もある。
- 財源政策について最も重要であるのは、収入を上げることだと考えている。確かに、

毎年 5% ずつの割合で社会保障支出は増加しているため、もっと効率的に支出を抑制することも必要ではあるが、高齢化や医療技術の高度化によって、支出はこれからも増えざるを得ない。この点は、MEDEF とは意見の合わないところである。

- 最も重要な問題は、高齢化よりもむしろ先進国の中でもずば抜けて高い失業率の問題である。最近では、若年者や高齢者だけでなく、企業の幹部クラスの失業が問題になりつつある。社会保障の収支のバランスを取るためには、失業者をなくすことが必要になる。また、現在は、被用者の給与を基準に保険料を計算しているが、企業の利益からも保険料をとることを考えるべきである。
- フランスには、会社と労働契約を締結し、給与所得者となっている経営者について、保険料が控除されるという制度がある。約 20 年前、雇用拡大のインセンティブを与えるため、一部の人の保険料を控除するという施策をとったからである。しかし、結局のところ、雇用は増えず、保険料収入も減少した。この制度について、労働組合はずっと反対を表明しており、MEDEF とは大議論を行ってきた。
- 2004 年改革の中で、業種によって保険料率を変える仕組みがつくられたことについては支持している。具体的には、労働者階級が多い職種（例：土木業、建築業）は保険料率が低くなり、資本家的な会社（例：石油会社）は保険料率が高くなった。産業の活性化に伴う雇用の促進を目標としているのは事実であるが、従来は雇用者数の多い企業が高い保険料を払わなければならないという大変な矛盾があった。

(4) 補足医療保険制度について

- CGT としては、補足医療保険制度は、あくまで法定医療保険制度の「補足」であって欲しいという立場をとっている。そのため、法定医療保険制度では全く償還できない医療行為を、補足医療保険制度が代わりにカバーすることについては、強く反対している。
- しかし、今回 UNOAMC が設置されたことによって、政府は、法定医療保険制度と補足医療保険制度の比率を半々程度にしたいと考えているように思われる。

6. フランス企業運動（Mouvement des Entreprises de France : MEDEF）

- 日時：平成 17 年 4 月 26 日（火）14:00～15:00
- 先方：M. Bernard Caron 氏（社会保護局長）
- 当方：加藤智章 新潟大学大学院実務法学研究科 教授
稲森公嘉 京都大学大学院法学研究科 助教授
岩名、小川 UFJ 総合研究所（現在 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング） 研究員

(1) フランス社会保障制度の概要

① 沿革と現状

- フランス社会保障制度は、もともと事業主が被用者を保護するためにつくられたものであったが、1945 年以降、政府によって、その責任の大部分が引き取られていった。
- 1945 年当時の社会保障制度（医療、老齢、労災、家族給付）は、それぞれ職域別（*activité professionnelle*）に運営されるシステムであった。医療保険制度は、ビスマルク型（分担型）とベバリッジ型（再分配型）の中間の性格を有しているが、基本的にはビスマルク型の考え方に基づいてつくられている。
- 以前は、医療保険の財源は、労使（あるいは使用者のみ）の保険料で賄われていたため、給付を受けるためには、被用者であることが必要だった。しかし、現在では就労が受給の要件でなくなり、フランスに居住しているだけで医療を受けることが出来るようになった。このように、医療給付が再分配の論理に基づいて行われるようになったため、その財源の多くは CSG におきかえられるようになった。
- しかし、現在でも、最大の財源は事業主が負担する保険料である。例えば、被用者に 100 ユーロの賃金を設定したとすると、被用者の手取りは 78 ユーロしかない。また、会社は社会保護制度の事業主負担として、145 ユーロを支払わなければならない。
- 診療報酬については、開業医と病院で異なるシステムが存在している。開業医は CMAMTS と医師の間で交わす協約に基づいた償還、病院（公的病院、民間病院）は医療行為別料金体系に向かう新システム（T2A）に基づいている（ただし、現状では、公的病院は総枠予算方式、民間病院は医療行為別料金体系となっている）。

② 問題点

- 社会保障制度の赤字の主な要因は医療保険である。基本的な問題は、1945 年以来、サービスの給付を自由セクター（自由医による診療）が行っているにもかかわらず、償還は共同的なシステムで行っているということである。これまで医療保険については、給付金を出来る限り迅速に支払うために、単なる事務的な管理しかしていなかったが、ここ数年はリスク管理に関心を持っている。

- 国民は、市場経済を認めていながらも、同時により多くの再分配所得を要求している。フランス国民の経済に関する考え方は自由主義的だが、社会福祉的な問題に関する考え方はマルクス主義的である。フランス国民は、暗黙のうちに現在の借金を次世代に押しつけようとしている。
- フランス医療保険制度の大きな問題点は、支出の規模が患者数ではなく、医師数とベッド数を基準として決められていることである。また、患者はあらゆる医療サービスに全く自由にアクセスする事ができ、開業医や病院は患者の求めるままにサービスを提供し、その費用が自動的に償還されている。これで赤字が出なければ奇跡である。
- ほとんどの場合、法定医療保険で医療費の70%が償還され、残りの30%についても補足医療保険で賄われる。そのため、多くの患者にとって医療は無償ということになっている。そのため、医療保険の支出は爆発的に増加することになる。
- フランス医療保険制度は、世界中で最も良い制度といわれているが、実は生産性・効率性の減退（rendement décroissant）を引き起こしている。つまり、費用をかければかけるほど、効果が上がらなくなっている。また、院内感染、都市周辺部における医師不足、救急医療、薬による中毒の問題など、医療の質も問題となっている。

(2) 医療保険制度に対するスタンス

- 医療の分野は、労使の交渉事項ではない。例えば、2004年改革は政府による改革であったため、労使とは交渉ではなく、ヒアリングや協議を行った。
- MEDEFは、健康・保健の問題については、基本的に政府が主たる責任を負うべきであると考えている。国民の健康状態は極めて政治的な課題であり、労使関係の範疇を大きく超えている。ただし、その中で企業が果たすべき責任について話し合う余地はもちろんある。
- 保険料（保険料率12.8%）を負担しているということは、MEDEFに何ら権限を与えるものではないと考えている。これは一種の税金（prélèvement public）のようなものであって、その使い方は政府が決める性格のものである。
- ただし、「税金」を払う準備はあるが、それが無駄遣いされるのは好まない。つまり、決して負担を拒否している訳ではないが、もう少し民間のコスト管理の手法に倣った方がよいと主張している。
- 政府だけの力で、民間企業のようなシステムをつくることは簡単なことではないだろう。そこで、基本的な政策は政府が決定し、事業の実施については民間事業者に委託すべきだと考えている。例えば、公立病院、民間病院の現状をみると、同じ規模の資源を使っているにもかかわらず、アウトプットは公立病院が民間病院の半分程度という状況がある。

(3) 財源政策に関する見解

- 老齢保険、年金保険、失業保険、労災保険のような「職業に関連する給付」は、労使の保険料によって賄われるべきである。しかし、「職業に直接関連していない社会保障給付」、つまり家族給付や医療給付のような「全ての国民を対象とする再分配的給付」は、保険料を財源とするべきではない。そこで、医療保険、家族給付はすべて税金、特に CSG で賄われるべきだと考えている。
- しかし、事業主は医療保険、家族給付の保険料を支払っている。CSG が導入された時は、これが医療保険、家族給付の財源となるはずであったが、支出の伸びが大きすぎて CSG だけでは賄いきれず、「保険料+CSG」という現在のスキームが出来てしまった。また、それでも赤字が解消されないため、「社会的付加価値税」という新たな財源の議論も出ている。MEDEF は、徒に新しい財源を求めるのではなく、むしろいかにして支出を圧縮するかを検討するべきだと考えている。
- フランスでは、法人税率、付加価値税（VAT）の税率、社会保障の保険料率等、全てが高すぎる。そのため、国民負担率が高くなりすぎているので、またインテリジェントでスマートな新たな財源を見つけようとする事は無意味である。重要なのは、公共支出の構造そのものを変換していくことである。
- もし支出を減らすことができれば、保険料を減らすべきだと考えている。しかし、実際には、いかにして保険料を下げるかではなく、いかにして上がることを防ぐかということになると考えている。そのためには、「共同性連帯 (solidarité collective)」のコンセプトで処理すべきリスクと、個人の自己責任で処理すべきリスクを区別することである。
- MEDEF の主張について公式な文書にはしていないが、様々な機会に、個人的責任と国民的連帯を区別すべきこと、企業が負担すべき部分と国が負担すべき部分を区別すべきことを述べている。
- 先進国であるフランスが社会的な結束を維持していくためには、社会的結束 (cohésion sociale) を維持していく必要があることは MEDEF でも認識している。また、その社会的結束を維持するには、比較的高い国民負担率が不可避であることも認めている。ただ、経済の活力を維持するためには、国民負担率がどんどん増えてしまう現状に歯止めをかけなければならないと考える。そういう意味で、いかにして完備した社会保障システムと競争力のある経済を共存させるかということが課題であるが、この問題に対する回答はまだ誰も見つけていない。
- 医療については、おそらく「社会保険」というよりも、社会的カバー (couverture sociale) という方が適切ではないかと考える。そもそも「社会保険」というのは形容矛盾であり、保険とその社会性、共同性を併記することには無理がある。

(4) 2004 年医療保険改革について

- CNAMTS の「理事会 (conseil d'administration)」は労使代表がメンバーになっているが、ここで医療保険の管理をすることはないため、「administration」がなくなり、「評議会 (conseil)」となった。評議会は、拠出金や給付の水準を決めるのでもなく、単なるオブザーバーとして、方向性を示すだけとなっている。
- 4 年前から、MEDEF は、CNAMTS の理事会が役に立つ仕事をしていないため、理事会への参加を拒否していた。しかし、2004 年改革で、CNAMTS の事務総長に執行権が付与されたこと、また、医療保険にリスク管理のコンセプトが導入されたことから、改革をサポートするために「評議会」に復帰した。
- MEDEF は、医療費の抑制を図ろうとしている 2004 年改革を支持している。具体的には、治療の過程で患者を指導すること、「かかりつけ医制度」を導入すること、電子カルテを用いてリスクを管理することを提案している。MEDEF としては、これらの方法を用いて、支出規模を現在以下に抑えながらも、よりよいサービス供給が出来るのではないかと考えている。

(5) 補足医療保険制度について

- 補足医療保険制度は任意の制度で、大企業では非常に広く採用されているが、中小・零細企業では非常に少ない。保険料は、料率ではなく一括金で決められているケースもあるが、だいたい人件費総額の 1~3% 程度である。なお、保険料は労使折半で負担している。
- 補足医療保険は、個人責任の領域ではなく、任意ではあるが共同性連帯の領域に属すると考える。
- 2004 年改革では、必ずしも法定医療保険を圧縮し、それを補足医療保険にシフトさせればよいとは考えていない。そのようにすると、結局は支出が増え、企業負担が増えることが明らかだからである。
- MEDEF では、むしろ法定医療保険の支出を圧縮する努力をしつつ、補足医療保険との相互補完的な関係をより効率的に機能させていくことを考えていた。具体的には、補足医療保険が 30% のうち、適切な割合をカバーしていく役割分担について考えていた。

7. ジャン-ピエール・ショシャール教授 インタビュー

- 日時：平成 17 年 4 月 28 日（木）16:00～18:00
- 先方：Jean-Pierre Chauchard 氏（ナント大学 教授）
- 当方：加藤智章 新潟大学大学院実務法学研究科 教授
稲森公嘉 京都大学大学院法学研究科 助教授
小川 UFJ 総合研究所（現在 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング） 研究員

(1) 「連帯」の概念について

① 「国民連帯」と「職域連帯」「職域間連帯」

- 「1945年にラロックが「国民連帯」を提唱して社会保障が発足したが、1947年あるいは1948年に自治制度ができたことによって、「職域連帯」に変化した。1976年に財政調整が行われるようになって「職域間連帯」に変化した。そして、1991年のCSG導入によって「国民連帯」が最終的に実現した。」という考え方については、肯定(yes)の部分と否定(no)の部分がある。「職域連帯」「職域間連帯」が存在したという考え方についても同様である。
- フランスの社会保障制度は、この「国民連帯」という原則の下で生まれた。1945年当時の「国民連帯」の意味は、社会保障制度が国全体に広がるということであった。
- 現在、被用者の制度では被用者同士の連帯、農業従事者の制度では農業従事者同士の連帯があるが、これは1945年の「国民連帯」ではなく、「職域連帯」である。また、1967年頃、財政的に苦しい制度が出てきたことから、1974年12月に財政調整法ができ、制度間の資金の移転が可能になった時に「職域間連帯」が現れた（例：一般制度と農業従事者制度との連帯）。
- 社会保険において、被保険者は所得に応じて保険料を支払い、給付を受ける。しかし、1978年に新たな動きが現れ、家族手当の中に、収入や職業に全く関係なく、子供のいる全ての世帯を対象とした給付が導入された。これは、調整(harmonisation)ではなく普遍化であり、「国民連帯」に基づく。そこで、1991年、雇用者が支払う保険料のみで賄われていた家族手当の財源に、税金であるCSGの一部が振り分けられることになった。
- 医療保険について、「国民連帯」が強まったエポックメイキングな出来事は1991年のCSGであった。家族手当だけでなく、医療保険の現物給付も普遍的に全員が享受出来るという理由から、医療保険の財政難が生じた際、CSGが割り当てられることとなった。
- 日額手当金以外の医療サービス（現物給付）は、労働により得られる賃金とは直接には無関係である。そのため、医療保険には保険料とは違うタイプの財政拠出が必

要だという考え方が「国民連帯」につながっている。

- 「国民連帯」の考え方は 1945 年から存在していたものであるが、1999 年の CMU 導入で最終的に実現された。

② 低所得者への対応

- 1946 年 10 月 27 日の憲法前文には、健康保護に対する権利について謳われている。そこには「あらゆるフランス人」ではなく、「あらゆる人」に権利があると書かれているため、フランスでは不法滞在者であっても医療を受けることができる。
- 不法滞在者等に対しては、国家医療扶助 (Aide médicale d'Etat : AME) という、CMU とは別の社会扶助の仕組みがある。現在の政権は、フランスに 3 か月以上滞在しなければ AME の受給資格が得られないとしてアクセスを制限しようとしたが、不法滞在者の支援団体の抗議により、結局断念した。
- CMU が導入される前は、所得が十分でないために補足医療保険に加入できない者は、しばしば医師の受診をためらい、特に歯の治療を受けない傾向があった。その対策として 1999 年に導入された CMU には、法定医療保険と同じ条件で償還をする「基礎的 CMU」と補足医療保険の役割を果たす「補足的 CMU」がある。
- CMU の導入によって、フランスの居住者の「ほとんど」が医療を受けられるようになった。ただ、ここで「カバー率 100%」と言えないのは、ホームレスなど治療を受けたがらない者の存在による。また、自己負担分を支払うことができない者については、2004 年 8 月 13 日法で金銭的援助の仕組みが創設された。

(2) 金庫の「自治」

- 「金庫の自治」という考え方はあるが、紙の上を書いてあるだけの概念といってもよい状況である。
- 医療保険金庫、家族手当金庫、年金金庫は、財政的にも運営的にも独立しており、別々の組織であるが、財政的に自立してはいない。金庫の運営に必要な資金について、保険料だけでは足りない分は、政府が提案し、国会の決議を経た上で補填されることになっており、金庫は足りないからといって増額することはできない。
- 金庫の権限は、保険料の償還、医療従事者への支払など実務的な面に限られる。被保険者が医療費の償還を受けるためには、自分が住んでいる県の金庫に加入しなくてはならず、加入すると被保険者には認識番号が与えられる。

(3) 財源政策について

- 2004 年 8 月 13 日法で、CSG の税率を上昇させた。以前は誰に対しても税率が同じであったが、一部のカテゴリーの税率を上げたため、被用者、失業者、年金受給者で税率が異なることとなった。
- 使用者の保険料率は今後どうなるかは政治的な問題である。今の政権は強力ではな

いので上げられないだろう。

- 現在、社会保障制度全体の収入のうち、保険料が占める割合は 67%であり、その他は CSG や他の社会保障充当税（アルコール、たばこ、医薬品）で占められている。1991 年には医療保険の財源に割り当てられた CSG は 1%であったが、現在は 7.2%にまで高まっている。
- 「保険料をゼロにする」という考察はあるが、税制を変えようという動きは非常に遅いので、簡単には進まない。ただし、保険料が CSG に代替されている（租税代替化）からとって、被保険者の手取り収入が増えた訳ではない。

(4) 2004 年医療保険改革について

① 医療費をコントロールするための施策

1) かかりつけ医制度

- 2004 年改革は、ここ 20 年来の財政難と結びついている。1996 年にも大きな改革を行ったが、それでも医療費は増えつづけたので、2004 年改革が行われた。2004 年改革は「フランスの被保険者の行動を変えること」を目的としている。
- フランスでは受診の自由が保障されている。それは、医師が希望したものであるが、開業医と医療保険の関係は、診療報酬の問題のため、常に困難なものであった。
- 2004 年改革では、各被保険者が 1 人のかかりつけ医を選ぶことが要請された。ただし、これは任意の制度となっている。具体的には、2005 年 6 月までにフランス国内の居住者全員に書類が送られてくるので、かかりつけ医を選び、（そのかかりつけ医の）署名をもらう。主治医は、内科医（一般医）でも眼科医でも心臓医（専門医）でもよいが、その後は必ずその医師を受診しなければならない。かかりつけ医の変更は可能であるが、その場合、医療保険金庫に連絡しなくてはならない。連絡しなかった場合、償還金額が減額されることになっている。
- かかりつけ医制度はまだ実施されておらず、どのくらいの人達がこの制度を選択するか、まだ分かっていない。

2) 個人診療情報記録の交付

- 2006 年から、個人診療情報記録（Dossier Médical Personnel : DMP）というコンピューター化された医療情報ファイルを作成することになった。このファイルの中には、個人の医療情報、すなわちカルテの一部が入っている。例えば、かかりつけ医が心臓の専門医に患者を送る場合、それぞれの医師が IC チップの入ったスマートカードを持っていて、そのカードによって患者の情報を読み取ることができる。
- DMP は Vitale カードとは異なるものである。Vitale カードには医療保険の個人認識番号が入っており、医療情報は入っていない。

- 数年前、医療保険金庫から、紙製の医療用ファイルが送られてきたことがあった。このファイルを持って受診すると、医師が病状を書きこむようになっていた。しかし、このような試みは、医師の反対により一度も上手くいったことがない。

3) その他

- ジェネリック医薬品を推進することによって、医療費を削減しようとしている。同時に、薬漬けになっている患者の行動を変えようとしている。
- 2004年改革で、日額手当金（病気で欠勤した場合に支払われる保証金。金額は給与をベースに決められている。）のチェックを強化したところ、3か月間でかなり病気による欠勤数が少なくなり、その結果、日額手当金の金額が減少した。
- これまでは医師が患者におもねる傾向がみられ、病気のために仕事を休む許可を得ることは簡単であった。医療保険支出に占める日額手当金の割合は最も大きなものではないが、例えば、インフルエンザが流行するとその金額は相当なものとなっていた。

4) 患者負担の増加

- 現在、病院に入院した場合、患者が支払うのは1日13ユーロとなっている。2004年改革では、13ユーロを14ユーロ、また、2007年には17ユーロに引き上げようとしている。つまり、医療保険支出のうちの一部を被保険者に支払わせようとしている。なお、入院自己負担は1983年から導入されている。
- 自己負担（ticket modérateur）に近いものとして、まだはっきりした名称がついていないが、1ユーロの定額負担金が導入される。医師の診察を受けたり、医薬品を買ったりするたびに1ユーロを支払う。これは法定医療保険でも補足医療保険でも償還の対象にならない。ただし、結核、エイズ、いくつかのガンなどは例外的に扱われることになっている。

② 医療保険制度の「ガバナンス」について

- 1945年から、社会保険関係の組織は労使によって構成され、労使同数主義（パリタリズム）といって、事業主側・被用者側が、双方50%ずつの代表を選挙によって選んできた。1967年にその形態が変わり、事業主側は経営者団体から指名することになった。また、1996年から被用者側も労働組合の指名制になり、選挙ではなくなった。その理由はほとんどの被保険者が選挙に行かないからであった。
- そのような労使の動きと同時に、医療保険の財政運営が困難となり、組織を監督する側（政府）の権力が大きくなってきた。フランスでは、金庫は保険料率を勝手に決めることなできず、CMUなどの新しいサービスをつくることもできない。決めるのは法律であり、政令（デクレ）である。
- フランスでは、経営者団体と労働組合の間に対立があるが、特に、医療保険金庫で

それが明確である。MEDEF はこれまでの 3 年間、CNAMTS の理事会に参加しておらず、2005 年 1 月に戻ってきたばかりである。参加を拒否した理由は、5 年前に導入された週 35 時間労働制度に反対していたためであった。

- 労働組合が CNAMTS の運営にもっと積極的に参加していくことは、実は労働組合にとっても難しい問題である。現在の保険料増額の傾向に労働組合は反対しており、そのようなことは政府、国会が法律で決めてほしいと希望している。1967 年に、CNAMTS が保険料を増額できる権利を求める動きがあったが、労働組合はその運動に参加しなかった。

参考資料：3 医療保険関連条文集（ドイツ・フランス）

【目次】

ドイツ重要法律条文一覧	翻訳：森 周子*	93
<社会法典第5編>（抜粋）		93
第1章 総則（Allgemeine Vorschriften）（§1～4）		93
第2章 被保険者の範囲（Versicherter Personenkreis）（§5～10）		95
第1節 法律に基づく（kraft Gesetzes）保険		95
第2節 保険資格（Versicherungsberechtigung）		101
第3節 家族員（Familienangehörigen）の保険		102
第6章 疾病金庫の組織（§143～206）		104
第1節 疾病金庫の種類		104
第1款 地区疾病金庫（Ortskrankenkassen）		104
第2款 企業疾病金庫		105
第3款 イヌング（同業）疾病金庫		109
第4款 海員疾病金庫		111
第5款 農業疾病金庫		112
第6款 連邦鉱山労働者疾病金庫		112
第7款 代替金庫		112
第8款 金庫種別を越える規定		113
第2節 選択権及び管轄		114
第1款 構成員の選択権		114
第2款 管轄		116
第3節 加入（Mitgliedschaft）及び体制		117
第1款 加入		117
第2款 規約及び機関		120
第4節 報告		122
第7章 疾病金庫の諸団体（§207～219）		123
第8章 財政（§220～274）		130
第1節 保険料		130
第1款 財源の調達		130
第2款 構成員の保険料算定義務所得		133
第3款 保険料率		139
第4款 保険料の負担者（Tragung）		141
第5款 保険料の支払い		143
第2節 保険料補助金		145
第3節 資金（Mittel）の利用及び管理		147
第4節 財政調整、及びリスク構造調整		150

* 西武文理大学 専任講師

第 2 款 年金受給者の医療保険における財政調整	155
第 5 節 疾病金庫の審査及びその諸団体	158
＜バイエルBKK規約＞	159
フランス重要法律条文一覧..... 翻訳監修：稲森 公嘉*	185
＜社会保障法典＞（抜粋）	185
第 1 編 総論－基礎的制度の全部または一部に共通の規定.....	185
第 1 部 総論	185
第 1 章 社会保障制度.....	185
第 1 章の 2 社会保障財政法律.....	185
第 1 節 財政法律の内容と提示.....	185
第 1 章の 3 支出・収入目標	191
第 4 章 委員会及び評議会	192
第 7 節 医療保険支出評価警告委員会.....	192
第 3 部 財政に関する共通規定.....	193
第 6 章 一般社会拠出金（CSG）	193
第 1 節 就業所得及び代替所得に課せられる社会拠出金	193
第 6 部 給付及び治療に関する規定－医学的統制－社会的給付に対する監視	194
第 1 章の 2 高等保健機構	194
第 8 部 雑則－適用規定.....	198
第 2 章の 2 全国医療保険金庫連合－全国補足医療保険組織連合－全国医療職連合	198
第 1 節 全国医療保険金庫連合.....	198
第 2 編 一般制度の組織、予防活動、金庫の保健・社会活動.....	199
第 1 部 地方及び地域圏の組織－全国区の組織.....	199
第 1 章 初級医療保険金庫	199
第 3 章 社会保険・家族手当保険料徴収連合.....	199
第 5 章 地域圏金庫.....	199
第 1 節 地域圏医療保険金庫.....	199
第 2 部 全国組織	201
第 1 章 全国被用者医療保険金庫.....	201
第 5 章 社会保障組織中央財務管理機構.....	205
第 1 節 社会保障組織中央財務管理機構の使命.....	205
第 7 章 目標管理協定に関する規定	207
第 4 部 財源	209
第 1 章 総論.....	209
第 1 節 社会保険	209
第 1 款 医療・出産・障害・死亡保険	209
第 2 章 保険料の算定基礎、率、計算.....	210

* 京都大学大学院法学研究科 助教授

第 1 節 賃金労働者、および、それに類する者に支払われる報酬を基礎とする 保険料.....	210
第 1 款 一般規定.....	210
第 3 編 社会保険及び一般制度に属する者の各種カテゴリーに関する規定.....	212
第 1 部 総則	212
第 1 章 社会保険の適用範囲.....	212
第 2 章 加入・登録.....	214
第 3 章 給付への権利（医療・出産・障害・死亡）	214
第 4 章 医療保険により負担される治療に関する規定.....	215
第 2 部 医療保険	217
第 1 節 一般規定	217
第 2 章 現物給付.....	218
第 1 節 被保険者の負担金.....	219
第 2 節 被保険者の移動の費用－移送費	221
第 3 節 雑則	223
第 3 章 現金給付.....	223
第 4 章 長期疾病に罹患した患者の治療の質と調整	225
第 9 編 被用者の補足的社会的保護及び労使同数主義の性格を有する組織に関する規定	227
第 1 部 被用者の補足的社会的保護に関する一般規定	227
第 1 章 被用者への補足的保障の決定.....	227
第 3 部 相互扶助組織及びその活動.....	227
第 1 章 相互扶助組織.....	227
第 1 節 一般規定	227
＜公衆衛生法典＞（抜粋）	229
第 1 編 医療における人の保護	229
第 1 部 病者及び医療システム利用者の権利	229
序章 人の権利	229
第 6 編 医療施設.....	231
第 1 部 医療施設の活動の編成.....	231
第 1 章 医療施設の使命	231
第 2 章 公的病院サービス	231
第 5 章 地域圏病院庁.....	232

ドイツ重要法律条文一覧

<社会法典第5編>

(Sozialgesetzbuch- Fünftes Buch : SGB V)

法定医療保険 (Gesetzliche Krankenversicherung)

1988年12月20日 (BGBl.I S. 2477, Artikel 1)

最新の改正 : 2004年7月30日の法律 I 2014 第4章、4a章、14章2による改正

第1章 総則 (Allgemeine Vorschriften) (§ 1~4)

§ 1 連帯 (Solidarität) 及び自己責任 (Eigenverantwortung)

連帯に基づいた共同事業 (Solidargemeinschaft) としての医療保険は、被保険者の健康を維持し、回復させ、又は被保険者の健康状態を改善するという任務を有する。被保険者は、自らの健康に対して医療保険制度と共に責任を負う。被保険者は健康を意識した生活態度、健康保持のための予防措置への早期の参加、並びに患者治療及びリハビリテーションへの活発な参加を通じて、疾病及び障害の発生を回避し、又はその結果を克服することに寄与しなければならない。その際に疾病金庫は、説明、相談、及び給付を通じて被保険者を援助し、健康な生活環境の形成を目指して努力しなければならない。

§ 2 給付

- (1) 疾病金庫は、給付の原因が被保険者の自己責任によるものでない限り、経済性原則 (Wirtschaftsgebots) (§ 12) に従って本法第3章に列挙された給付を被保険者に提供する。特別の療養施設 (Therapierichtungen) における治療方法、薬剤及び治療器具 (Arznei- und Heilmittel) の提供は、これを排除しない。給付の質及び経済性は、一般に認知された医学上の知見 (medizinische Erkenntnisse) に合致し、また医学の進歩を考慮したものでなければならない。
- (2) 被保険者は、本法に別段の定め (Abweichendes) がない限り、現物給付及びサービス給付 (Sach- und Dienstleistungen) の方式で給付を受ける。その際には、予算規定と附合する (in Verbindung mit) 第9編 § 17 第2項から4項、及び第9編 § 159 が適用される (Anwendung finden)。現物給付及びサービス給付の提供に関しては、疾病金庫は第4章の規定に基づいて、給付提供主体と契約を締結する。
- (3) 給付提供主体の選択にあたっては、その多様性が留意されなければならない。被保険者の宗教上の要望 (Bedürfnisse) も考慮されなければならない。
- (4) 疾病金庫、給付提供主体及び被保険者は、給付が実効的 (wirksam) かつ経済的に提供され、必要な範囲内においてのみ請求されるようにしなければならない。

§ 2a 障害 (behinderte) 者及び慢性疾患 (chronisch kranke) 患者

障害者及び慢性病患者の特別な利害 (Belange) は、考慮されなければならない。

§ 3 連帯に基づく財政

疾病金庫の給付及びその他の支出は、保険料によって賄われる (finanziert)。金庫の構成員 (Mitglieder) 及びその使用者は、原則として、金庫構成員の保険料算定義務所得 (beitragspflichtige Einnahmen) に基づいて算出された保険料を納付する (entrichten)。家族給付の対象となっている被扶養者 (versicherte Familienangehörige) に関しては、保険料は課されない。

§ 4 疾病金庫

- (1) 疾病金庫は自立運営 (Selbstverwaltung) を行う公法上の権利能力のある社団 (rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts) である。
- (2) 疾病金庫は以下の種類に分類される。
 - 一般地区疾病金庫 (Allgemeine Ortskrankenkassen)、
 - 企業疾病金庫 (Betriebliche Krankenkassen)、
 - イヌング疾病金庫 (Innungskrankenkassen)、
 - 海員疾病金庫 (See-Krankenkasse)、
 - 農業疾病金庫 (Landwirtschaftliche Krankenkassen)、
 - 鉱山労働者医療保険の保険者としての連邦鉱山労働者金庫 (die Bundesknappschaft als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung)、
 - 代替金庫 (Ersatzkassen)
- (3) 法律上の医療保険の給付能力及び経済効率性を確保するために、疾病金庫及びその団体は、同一金庫種別内 (innerhalb einer Kassenart) だけでなく、金庫種別を越えて (kassenartenübergreifend) 相互に協働し、他の医療施設 (Einrichtungen des Gesundheitswesens) とも緊密に協働する (zusammenarbeiten)。
- (4) 疾病金庫は、自己の任務を果たす際、及び自己の運営事項 (Angelegenheit) に関連して、節約的かつ経済的に行動し (verfahren)、その際にそれらの使命を、保険料率引上げを行わないような形で目指す。但し、必要な治療 (medizinische Versorgung) が、経済性準備金 (Wirtschaftlichkeitsreserve) を取り崩した後でも保険料の引上げなくしては保障されないという場合は、この限りではない。2003 年における個々の疾病金庫の管理費 (Verwaltungsausgaben) は、2002 年におけるそれよりも高額となつてはならない。2003 年における年間平均被保険者数の変化は考慮される。第 2 文は、構造的な治療プログラムの発展、許可、実行、及び評価を理由とする追加支出 (Mehrausgaben) が発生し、それが前もって定められた (vorgegebenen) 管理費の金額の枠内で調整され得ない限りにおいては適用されない。2004 年から 2007 年までにおいては、被保険者一人当たりの疾病金庫の年間管理費は、前年と比較して、§ 71 第 3 項に基づく連邦地域全体に適用される変化率 (Veränderungsrate) を適用する際に発生する支出を超過してはならない。疾病金庫に

よって実施される際に、その費用が管理費に換算されるような業務を、疾病金庫が切り離す (ausgliedern) 場合には、当該費用もまた、第 4 文に基づく管理費とされる。2003、2004、2005、又は 2006 年に、一つの疾病金庫の被保険者一人当たりの管理費が、当該時期の全疾病金庫の被保険者一人当たりの平均管理費を 10%以上超過した場合には、被保険者一人当たりの管理費の引上げは、翌年にはなされない。疾病金庫が暦年中の第 4 文に基づく期間において、その都度、前年と比較して自己の年間平均被保険者数を 1%以上喪失している場合には、当該疾病金庫は、この被保険者数の喪失によって必要となる、第 4 文に基づく自己の管理費の 1%を超える調整を実施することができる。第 4 文から 7 文までは、管理費の引上げが使用者の人件費を疾病金庫に移管したことに起因する場合には、適用されない。第 4 文に基づいて列挙された期間においては、疾病金庫の諸団体の年間支出は、前年と比較して、§ 71 第 3 項に基づく連邦領域全体に通用する変化率を適用する際に発生する支出を超過してはならない。

第 2 章 被保険者の範囲 (Versicherter Personenkreis) (§ 5~10)

第 1 節 法律に基づく (kraft Gesetzes) 保険

§ 5 保険加入義務 (Versicherungspflicht)

(1) 以下の者は保険加入義務を有する。

1. 労働者、職員、及び労働報酬を得て彼らの職業教育に従事する者 (zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind)。
2. 第 3 編に基づく失業手当、失業扶助、又は家計手当を受給しているか、若しくはその請求権が、停止期間 (Sperrzeit) (第 3 編 § 144) の 2 カ月目の開始から 12 週間目までになされた、又は 2 カ月目の開始から休暇補償 (Urlaubsabgeltung) (第 3 編 § 143 第 2 項) によりなされたという理由によってのみ停止している者。このことは、給付の受給について行われた決定が遡及的に撤回される (aufgehoben) か、又はその給付が返還請求された (zurückgefordert) か、若しくは返済された場合にも適用される。
3. 農業従事者 (Landwirte)、彼らと共同で就業する (mitarbeitenden) 家族員、及び農業従事者医療保険に関する第 2 法の詳細規定に基づく隠居者 (Altenteiler)。
4. 芸術家社会保険法の詳細規定に基づく芸術家及び出版関係者 (Publizisten)。
5. 青少年福祉事業 (Jugendhilfe) の施設において就業能力を有するとされる (für eine Erwerbsfähigkeit befähigt werden sollen) 者。
6. 労働生活への参加のための給付の受給者、並びに職業適性 (Eignung) 又は試用労働 (Arbeitserprobung) の見極め (Abklärung) に参加する者 (Teilnehmer)。但し、その措置が連邦援護法 (Bundesversorgungsgesetz) の規定に基づいてなされる場合は、この限りではない。
7. 障害者のための、承認された作業場 (Werkstätte)、又は盲人作業場製品販売法

- (Blindenwarenvertriebsgesetz) に基づいて承認された盲人のための作業場 (Blindenwerkstätten)、又はこれらの施設と関連して、在宅で (in Heimarbeit) 就業している障害者。
8. 授産所 (Anstalten)、施設 (Heimen)、又は同種の諸施設においてある程度規則的に (in gewisser Regelmässigkeit)、同種の職種 (Beschäftigung) における完全に就業可能な (voll erwerbsfähig) 従業員の給付の 5 分の 1 に相当する給付を得る障害者。ここには、施設運営者に対するサービス給付も含まれる。
 9. 居住地又は通常の滞在が国内であるか否かに関わらず、国立の、又は国家によって承認された大学 (Hochschule) に在籍する学生。但し、超国家的な法律又は二国間の法律 (über- oder zwischenstaatlichen Rechts) を理由として、物的給付への要求が存在しない場合においては、第 14 学期の終了までであり、最長でも 30 歳満了時までである。第 14 学期の終了後又は 30 歳満了後の学生は、教育の種類又は家族及び個人的な諸理由、特に非正規の学歴 (Zweiten Bildungswegs) の教育施設における入学条件の獲得によって、年齢制限の超過又はより長期の専門研究期間が正当化される場合にのみ、被保険者義務を有する。
 10. 研究規定又は試験規定において規定された、労働報酬を伴わない職業研修活動 (berufspraktische Tätigkeit) を行う (verrichten) 者、及び労働報酬を伴わない職業教育に従事する者。連邦教育促進法 (Bundesausbildungsförderungsgesetz) に基づく一定の教育期間 (Ausbildungsabschnitt) の奨励可能な時期にある非正規の学歴の訓練生は、研修生と同様の身分とされる (gleichgestellt)。
 11. 法定年金保険からの年金の請求権のための要件を満たし、この年金を申請した者。但し、本人が最初に就業を開始した時点から (seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbsfähigkeit) 年金申請を行うまでに、義務保険 (Pflichtversicherung) 加入者という理由で、又は § 10 に基づく義務保険を理由として、最低でもその期間の後半の 10 分の 9 は被保険者であった場合。義務保険の期間としては、引退した鉱山労働者のための調整手当 (Anpassungsgeld) (第 7 編 § 38 の 2) の受給、又は船員金庫からの移行手当 (Überbrückungsgeld) (第 7 編 § 143) の受給によって任意の保険が存在した期間も通用する。
 - 11a. 自営での芸術活動又は出版活動に 1983 年 1 月 1 日以前に従事しており、年金保険からの年金への請求権のための要件を満たし、この年金を申請した者。但し、本人が最低でも 1985 年 1 月 1 日から、芸術家社会保険法に基づく年金申請を行うまでの期間の 10 分の 9 は、法定医療保険の被保険者であった場合；1990 年 10 月 3 日時点で新規加盟領域 (Beitrittsgebiet) に居住していた者に対しては、代わりに 1985 年 1 月 1 日から 1992 年 1 月 1 日までの期間が基準となる。
 12. 法定年金保険からの年金への要求に対する諸前提を満たし、この年金を申請した諸個人。但し本人が外国年金法の § 1 又は § 17a 又は社会保険における国家社会主義上の不法行為への補償に対する法律 (des Gesetzes zur Wiedergutmachung national-sozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung) の § 20 において挙げられた諸個人に属し、かつ本人の居住地が年金申請を行う以前の 10 年以内に国内に存在していた場合。

- (2) 加入者と結婚した個人がもはや僅少 (nur geringfügig) 労働者ではなく、又は自営業で僅少労働を行っている場合には、1988年12月31日まで、加入者との結婚の期間も、第1項の11に基づいて必要とされる加入期間と同様に扱う。他者の保険から自己の年金要求が派生する者については、当該他者が第1項の11又は12の前提を満たしていた場合に、これらの前提が満たされたものとして通用する。
- (3) 早期退職手当 (Vorruhestandsgeld) の受給者は、本人が早期退職手当の受給直前に被保険者義務を有しており、また、最低でも早期退職手当法の§3第2項の意味での総労働報酬の65%の額の早期退職手当が支払われる場合には、第1項1の意味での、労働報酬を得て就業している労働者及び職員として通用する。
- (4) 外国に居住地を有するか、又は通常はこの国において居住地又は通常の滞在をする従業員に対して、医療についての物的給付に関する超国家的規定又は二国間規定が存在しない国に滞在している者は、早期退職手当の受給者としての保険加入義務を有しない。
- (4a) 職業訓練法に基づく職業訓練契約の枠組みにおいて、職場外の (ausserbetriebliche) 施設において訓練を受ける職業訓練生 (Auszubildende) は、第1項1の意味において、当該職業訓練に従事する被雇用者と同様に扱われる。教会団体 (geistlicher Genossenschaften) 又は類似の宗教団体の、非正規の (nicht satzungsmässige) 加入者として、それらの団体又は類似の宗教団体における職務 (Dienst) のために学校外で (ausserschulisch) 教育を受ける者は、第1項1の意味における職業訓練に従事する被雇用者として通用する。
- (5) 主に自営業を営む者 (wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist) は、第1項の1又は5から12までに基づく保険加入義務を有しない。
- (6) 第1項の1に基づいて保険加入義務を有するものは、第1項の5から7まで、又は8に基づいて、保険加入義務を有しない。第1項の6に基づく保険加入義務が第1項7又は8に基づく保険加入義務と一致する場合には、より高い保険料を支払うべき保険加入義務が優先する。
- (7) 第1項1から8、11又は12に基づいて保険加入義務を有するか、又は§10に基づく被保険者である者は、第1項9又は10に基づく保険加入義務を有しない。但し、学生又は研修生 (Praktikanten) の配偶者 (Ehegatte)、生活パートナー (Lebenspartner)、又は子が被保険者でない場合はその限りではない。第1項9に基づく保険加入義務は、第1項10の保険加入義務に優先する。
- (8) 第1項1から7又は8までに基づいて保険加入義務を有する者は、第1項11又は12までに基づく保険加入義務を有しない。第1文は、§190第11a項において挙げられた者に対してもこれを準用する。2002年3月31日以降に§5第1項11に基づいて保険加入義務を有する者となり、その年金請求権が既に当該日に存在し、この時点までに農業従事者医療保険に関する第二法§10又は§7に基づいて保険に加入しており、しかし1993年1月1日より通用する版 (Fassung) の§5第1項11の事前保険加入期間 (Vorversicherungszeit) を満たさず、農業従事者医療保険に関する第二法§10又は§7に基づく当該保険が、§9

第 1 項 6 において挙げられた者に由来しないような法定年金保険の年金受給者に際しては、農業従事者医療保険に関する第二法 § 10 又は § 7 に基づく保険が、§ 5 第 1 項 11 に基づく保険に優先する。

- (9) 保険加入義務者となり、かつ民間医療保険に加入している者は、効力を有する保険契約を、保険加入義務が発生 (Eintritt) してから解約することができる。このことはまた、§ 10 に基づく保険が開始された場合にも通用する。
- (10) § § 5、9 又は 10 に基づく保険が保険契約の解約後も実現されない、又は § § 5 又は 10 に基づく保険が、§ 9 に基づく事前保険加入期間を満たす以前である場合は、民間医療保険会社は、保険契約の新たな締結を義務付けられる。但し従来の (vorherig) 契約が最低でもその解約以前の 5 年間について中断なく (ununterbrochen) 存続していた場合において。この締結はリスク審査なしに、解約の時期に存続していたのと同様の料金条件 (Tarifbedingungen) で行われる。脱退 (Ausscheiden) までに獲得された老齢払戻金 (Altersrückstellungen) は、この契約に追記 (zugeschrieben) されなければならない。法定医療保険が第 1 文に基づかない場合は、新たな保険契約が法定医療保険の終了後の日に発効する (in Kraft treten)。§ § 5、9 又は 10 に基づかない保険の場合は、第 1 文に基づく義務は、保険契約の終了の 3 カ月後に終了する。§ § 5 又は 10 に基づく保険を、§ 9 に基づく事前加入期間を満たす以前に終了する際には、第 1 文に基づく義務は最長でも当該民間保険契約の終了の 12 カ月後に終了する。

§ 6 任意の保険加入 (Versicherungsfreiheit)

(1) 以下の者は保険加入が任意となる。

1. 通常の間労働報酬が、第 6 節又は第 7 節に基づく年間労働報酬限度額 (Jahresarbeitsentgeltgrenze) を上回らない労働者及び職員；このことは船員には適用されない；家族状況 (Familienstand) を考慮して支払われる追加手当 (Zuschläge) は、考慮されない。
- 1a. 第 1 文と異なり、本法典の適用領域に居住又は日常的に滞在していない、ドイツ航海船の非ドイツ人乗組員 (Besatzungsmitglieder)。
2. 公務員 (Beamte)、裁判官 (Richter)、有期の (auf Zeit) 軍人、及び連邦国防軍 (Bundeswehr) の職業軍人、並びにその他の連邦、州、ゲマインデ団体、ゲマインデ、公的団体、施設、基金又は公法人の諸団体又はその上級団体の従業員。但し、本人が公務員法の規定又は原則に基づいて、疾病の際に恩給の継続支払いに対する請求権や、補助金又は治療扶助に対する請求権を有する場合。
3. 大学又は専門教育学校 (fachlichen Ausbildung dienenden Schule) の正規 (ordentliche) 学生としての就学期間中に労働報酬を得て就業する者。
4. 公法人として承認された宗教団体の宗教関係者。但し、本人が公務員法の規定又は原則に基づいて、疾病の際に恩給の継続支払いに対する請求権や、補助金に対する請求権を有する場合。
5. 私的に承認された代替学校 (Ersatzschule) において主に就業している教師。但し、本

- 人が公務員法の規定又は原則に基づいて疾病の際に恩給の継続支払いに対する請求権や、補助金に対する請求権を有する場合。
6. 2.、4.、5.に挙げられた者。但し年金報酬、又は類似の恩給に対する請求権が本人に承認されており、本人が、公務員法の規定又は原則に基づく疾病の場合における補助金に対する請求権を持っている場合。
 7. 宗教団体、ディアコニー（Diakonisse）の規定に基づく加入者や、それと同様の者。但し、本人が主に宗教的又は慣習的な動機（Beweggründen）から、医療看護や授業又は他の共同利益に基づく活動に従事し、自由な家計以上のものを得ず、又は住宅、養育、衣服及び同様のものへの直接的な生活必需品の獲得のためだけに充分であるような、少額の報酬しか得ない場合。
 8. 欧州共同体（EG）の医療扶助システムに基づき、病気の際に保護されている者。
- (2) § 5 第 1 項 11 に基づいて保険加入義務を有する、第 1 項 2 及び 4 から 6 までに挙げられた者の遺族は、本人が自己の年金請求権をこれらの者の保険からしか得ず、また公務員法上の規定又は基本原則に基づいて、疾病の際に補助金に対する請求権を有する場合に、適用除外となる。
- (3) 第 1 項又は他の法的な規定に基づいて第 2 項や § 7 によって保険加入が自由であるか、又は被保険者義務から免除された者もまた、本人が § 5 第 1 項 1 又は 5 から 12 までに挙げられた諸前提を満たす場合には、被保険者義務が免除され続ける。このことは、就業している間適用除外である限りは、第 1 項 3 に挙げられた者には通用しない。
- (3a) 55 歳の満了後に保険加入義務を有する者は、本人が保険加入義務を開始する以前の過去 5 年間に法的な被保険者ではなかった場合に、適用除外となる。この者が最低でもこの期間の半分は適用除外とされ、保険加入義務を免除され、又は § 5 第 5 項に基づく保険加入義務を有しなかった、ということがさらなる要件となる。第 2 文に基づく要件は、第 2 文に挙げられた個人との結婚についても同様にあてはまる。
- (4) 報酬が年間労働報酬限度額を超過する場合は、保険加入義務は、その超過が生じた暦年の終了と共に終了する。このことは、当該報酬が、翌暦年の開始時から通用している年間労働報酬限度額を上回らない場合には通用しない。報酬が遡及的に（rückwirkend）引上げられた場合には、その引上げられた報酬に対する請求権が発生した暦年の終了と共に、保険加入義務は終了する。
- (5) 連邦鉱山労働者年金保険の規定は、鉱山労働者年金保険が保険に対して管轄である場合は、保険加入義務はその年間労働報酬が第 1 項 1 に基づいて確定された額を上回る雇用に適用（erstrecken）され得る。
- (6) 第 1 項 1 に基づく年間労働報酬限度額は、2003 年には 45,900 ユーロである。当該金額は、毎年 1 月 1 日に、前暦年における平均的な雇用労働者一人当たりの総報酬額（Bruttolohn- und -gehaltsumme）の、前前暦年における同様の総報酬額に対する比率において変化する。

- (7) 第6項第1文とは異なり、2002年12月31日時点で当該日に通用する年間労働報酬限度額を上回ることにより適用除外となり、民間医療保険会社の補足的な医療保険に加入した労働者及び職員に対する年間労働報酬限度額は、2003年においては41,400ユーロとなる。第6項第2文から第4文まではこれを準用する。
- (8) 2004年の年間労働報酬限度額を定める上での起点となる金額（Ausgangswert）は、第6項において挙げられた労働者及び職員に対しては、45,594.05ユーロとなり、第7項において挙げられた労働者及び職員に対しては41,034.64ユーロとなる。

§ 7 僅少就業（geringfügige Beschäftigung）の際の任意の保険加入

- (1) 第4編§ 8、8aに基づく僅少就業を行う者は、この就業においては保険加入が任意となる。だがこのことは、以下の就業には通用しない。

1. 企業の職業教育の枠内における就業
2. 自発的社会活動年（freiwilligen sozialen Jahres）の促進のための法律に基づく就業
3. 自発的環境活動年の促進のための法律に基づく就業

第4編§ 8第2項は、僅少でない就業との合計が、保険加入義務の根拠となる場合にのみ適用される、という措置を伴って適用されなければならない。

- (2) 2003年3月31日時点での雇用においてのみ適用除外であり、第4編§ 8及び8aに基づく僅少雇用の特徴を満たし、2003年3月31日以降§ 10に基づく保険の要件を満たしていない者は、本雇用において引き続き保険加入義務を有する。本人は適用除外申請を免除される。§ 8第2項は、2003年4月1日に保険加入義務が開始されるという条件下で（mit der Massgabe）、これを準用する。

§ 8 保険加入義務の免除

- (1) 以下の理由から保険加入義務を有する者は、申告によって、保険加入義務を免除される。
1. 年間労働報酬上限の引上げによって。
 - 1a. 失業手当、失業扶助、又は生計扶助（Unterhaltsgeld）（§ 5第1項2）を受給し、その受給以前の5年間に法的医療保険加入義務を有しないことによって。但し、当該個人がある医療保険会社の保険に加入しており、本編の給付に基づく方法や範囲に一致するような契約諸給付を得ている場合。
 2. 教育休暇期間中であり、連邦教育手当法（Bundenserziehungsgeldgesetz）の§ 2に基づいて不完全就業を行うことによって（durch Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit）。この免除は、教育休暇期間中にのみ行われる。
 3. 労働時間が、同業種の比較可能な完全就業者の規則的な週労働時間の半分又は半分よりも少なく削減されることによって。このことは、他の使用者の下での従前の雇用関係に引き続いて、前文後半部の要件を満たすような雇用関係を受容した場合にも通用する。当該従業員が最低でも5年間、年間労働報酬限度の超過によって適用除外であることも、

さらなる要件である。

4. 年金の申請、又は年金の受給、又は就業促進措置 (berufsfördernden Massnahme) への参加によって (§5 第1節 6、11 又は 12)。
5. 学生登録又は職業研修活動によって (§5 第1節 9 又は 10)。
6. 医師として研修活動に従事することによって。
7. 障害者施設における活動によって (§5 第1節 7 又は 8)。

- (2) 申請は、保険加入義務開始後 3 カ月以内に疾病金庫に提出しなければならない。この時期にいかなる給付も請求されていない場合には、免除は保険加入義務の開始から発効するが、それ以外の場合には申請提出の翌暦月の初日から発効する。免除は撤回され得ない。

第 2 節 保険資格 (Versicherungsberechtigung)

§ 9 任意保険 (Freiwillige Versicherung)

- (1) 以下の者が保険に加入することができる。
1. 保険加入義務から除外され、除外される以前の 5 年間に少なくとも 24 カ月、又は除外される直前に継続して少なくとも 12 カ月被保険者であった者。§ 189 に基づく加入期間は考慮されない。
 2. 当該者の保険が § 10 に基づいて無効となるか、又は § 10 第 3 節の要件が、当該者又はその片方の親の保険に家族保険があり、それが 1. で挙げられた事前保険期間を満たす場合に、存続しないという理由のみによって存続しない場合。
 3. 初めて就業し、§ 6 第 1 節 1 に基づいて適用除外である者。職業訓練以前又はその間の就業は引き続き考慮されない。
 4. 重度障害者法 § 1 の意味における重度障害者。但し、本人か、その片方の親、又はその配偶者が加入以前の最後の 5 年間に少なくとも 3 年間は被保険者であった場合 (本人が自己の障害を原因としてこの条件を満たせない場合を除く)。規約により、加入の権利を年齢制限に依拠するようにすることができる (die Satzung kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen)。
 5. 外国での就業により加入を終了した被用者。但し、本人が帰国後 2 カ月以内に再び就業する場合において。
 6. 保険加入義務発生後 6 カ月以内における、2002 年 3 月 31 日以降に § 5 第 1 節 11 に基づいて保険加入義務を有することとなり、当該年金請求権が既に当該日に存在し、しかし 1993 年 1 月 1 日以降に通用する版における § 5 第 1 項 11 に基づく事前保険加入機関を満たしておらず、ゆえに 2002 年 3 月 31 日まで任意保険加入者であったような、法定年金保険の年金の受給者。
- (2) 加入に際しては、以下の場合において疾病金庫に 3 カ月以内に告知しなければならない。
1. 加入の終了後における第 1 項 1 の場合。

2. 保険の終了後、又は子の誕生後における第1項2の場合。
3. 就業の開始に基づく第1項3の場合。
4. 重度障害者法の§4に基づく障害の確定後における第1項4の場合。
5. 国内への帰国後における第1項5の場合。

第3節 家族員（Familienangehörigen）の保険

§10 家族保険（Familierversicherung）

(1) 加入者の配偶者及び子は、この家族員が以下に該当する場合に、被保険者となる。

1. その居住地、又は通常の滞在が国内であること。
2. §5第1項1から8、11又は12に基づかない、又は任意被保険者ではないこと。
3. 任意被保険者ではない、又は被保険者義務を免除されていない場合。ここにおいて、§7に基づく任意保険は考慮されない。
4. 本業が自営業でないこと。
5. 月額で定期的に、第4編§18に基づく月額受給基準額（Bezugsgrösse）の7分の1を上回る総所得を得ていないこと；年金については、児童養育期間（Kindererziehungszeit）の報酬点数に該当する部分を除いた支払額が考慮される；第4編§8第1項1、§8aに基づく僅少雇用者に対しては、承認される総所得は400ユーロとなる。

第1文4の意味での、本業としての自営業の活動は、農業労働者老齢保障法（Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte）（BGB I . IS. 1890, 1891）の§1第3項に基づく保険が存在しているという理由では、適用されない。夫婦及び生活パートナーは、本人がこの期間の直近に法律上の医療保険加入対象者でなかった場合には、母性保護法（Mutterschutzgesetzes）§3第2項や§6第1項に基づく保護限度（Schutzfristen）の期間、並びに両親期間（Elternzeit）に対して、被保険者とはならない。

(2) 子は、以下の時点まで被保険者となる。

1. 18歳の満了時まで。
2. 就業不能の場合には、23歳の満了時まで。
3. 学校教育又は職業教育を受けているか、又は任意の社会活動年の奨励についての法律の意味での任意の社会活動年にある場合、又は任意の環境活動年の奨励に基づく法律の意味で任意の環境活動年にある場合には、25歳の満了時まで。学校教育又は職業教育が、当該子の兵役義務の遂行によって中断されるか、又は延期された場合には、当該保険はこの兵役期間に一致する期間の分、25歳を超えて存続する。
4. 身体的、精神的な障害により自活が困難である場合には、年齢制限がない。この障害が、当該子が1、2、又は3に基づいて被保険者であったような、ある一定期間について提示されていたことが前提となる。

(3) 子は、その身内である加入者の夫婦が、疾病金庫の加入者ではなく、また彼の合計所得

が定期的に月額で年間労働報酬上限の12分の1を上回っている場合で、定期的に加入者の総所得よりも高い場合には、保険に加入しない。年金については、支払額が考慮される。

- (4) 加入者が主にその生計を維持する連れ子及び孫、並びに里子も、第1項1から3までの意味での子として通用する（第1編§56第2節2）。子として引き取るという目的で引き取り手の保護下に入り、その引き取りを要請する両親の同意が与えられている子は、引き取り手の子として通用し、もはや産みの親の子とはされなくなる。
- (5) 第1項から4項までの諸要件が重複して満たされた場合は、その加入者は疾病金庫を選択する。
- (6) 加入者は、家族保険の実行に対して必要な報告を伴う第1項から4項に基づく被保険者及び、これらの報告の変更を管轄の疾病金庫に届け出なければならない。疾病金庫の上級団体は、第1文に基づく届出に対して、統一的な手続きと統一的な届出書式（Meldevordrucke）を協定する。

第6章 疾病金庫の組織（§ 143～206）

第1節 疾病金庫の種類

第1款 地区疾病金庫（Ortskrankenkassen）

§ 143 地区疾病金庫の管轄地域（Bezirk）

- (1) 地区疾病金庫は、定められた（abgegrenzte）地域ごとに設立される。
- (2) 州政府は、法規命令によって管轄地域の境界を定めることができる。州政府は、州法により管轄を有する行政庁（zuständige Behörde）に法規命令の制定権を委任することができる。
- (3) 二つ以上の州は、州間条約（Staatsvertrag）によって、複数の州域を越えた管轄地域を設定することができる。

§ 144 任意の合併（Vereinigung）

- (1) 地区疾病金庫は、運営委員会の決議に基づいて（auf Beschluß ihrer Verwaltungsräte）合併することができる。決議には、合併以前に管轄を有していた監督行政庁（Aufsichtsbehörden）の承認を必要とする。
- (2) 合併に関与する疾病金庫は、規約及び機関構成員の任命に関する提案〔訳注：倉田訳では「任用名簿」〕、並びに第三者との（zu Dritten）法律関係に関する合意書を認可申請に添付する。
- (3) 監督行政庁は規約及び協定を認可し、機関構成員を任命し、合併が発効する期日を定める。
- (4) 前項の期日をもって、旧疾病金庫は閉鎖される。新疾病金庫は、旧疾病金庫の権利及び義務を継承する（eintreten）。

§ 145 申請に基づく州域内の合併

- (1) 州政府は、次の各号に掲げる事由が存在する場合、地区疾病金庫又は州連合会の申請に基づき、関係地区疾病金庫及び州連合会の意見聴取（Anhörung）を経て、法規命令により州の複数の疾病金庫又は州の全ての地区疾病金庫を合併することができる。
 1. 合併により関係疾病金庫の給付能力が改善され得るとき、
 2. ある地区疾病金庫の需要率（Bedarfssatz）が、連邦又は州における全ての地区疾病金庫の平均需要率を5%以上上回るとき。§ 313 第10項 a は、これを準用する。
- (2) 州政府は、次の各号に掲げる自由が存在する場合、州連合会の申請に基づき、関係地区疾病金庫及び州連合会の意見聴取を経て、法規命令により州の複数の地区疾病金庫又は

州の全ての地区疾病金庫を合併することができる。

1. 第 1 項に基づく要件が充足されるとき、
 2. 申請後 12 カ月以内に任意合併の合意が成立しない場合。地区疾病金庫の合併後、管轄区域が州域を越える場合には、§ 143 第 3 項を準用する。
- (3) 需要率とは、前年度 (abgelaufenes Geschäftsjahr) における被保険者の保険料算定義務所得の総額に占める給付支出の割合である。この給付は、第三者から償還されるべき給付費、附加給付及び試験給付 (Erprobungsleistung)、並びに法的請求権の認められなかった給付の費用、並びに § 266 に基づいて獲得されるリスク構造調整の分が減じられる。§ 266 に基づいて担わなければならないリスク構造調整は当該支出のうちに含まれる。

§ 146 申請に基づく州域内での合併手続

- (1) § 145 に基づいて地区疾病金庫が合併する場合、当該疾病金庫は監督行政庁に、規約及び機関構成員の任命に関する提案、並びに第三者との新しい法律関係に関する協定を提出する。
- (2) 監督行政庁は当該規約及び協定を認可し、機関構成員を任命し、合併が発効する期日を定める。
- (3) 前項の期日をもって、旧疾病金庫は閉鎖される。新疾病金庫は、旧疾病金庫の権利及び義務を継承する。
- (4) 合併に関与する疾病金庫が監督行政庁によって指定された期間内に第 1 項に基づく義務を遵守しない場合、監督行政庁が規約を作成し、機関構成員を任命し、第三者との新しい法律関係に関する協定を起案し、合併が発効する期日を定める。第 3 項は、これを準用する。

§ 146 a 閉鎖 (Schliessung)

地区疾病金庫の給付能力がもはや恒常的に確保され得ない場合には、監督行政庁がこれを閉鎖する。監督行政庁は、閉鎖が発効する期日を指定する。§ 155 及び § 164 第 2 項から 5 項は、これを準用する。

第 2 款 企業疾病金庫

§ 147 設立

- (1) 使用者は、次の各号に掲げる事由が存在する場合、一つ又は複数の企業について、企業疾病金庫を設立することができる。
 1. 当該企業において少なくとも 1,000 名の保険加入義務者が常時就業し、かつ
 2. 当該企業疾病金庫の給付能力が持続的に保障されるとき。

- (2) § 173 第 2 項第 1 文 4 に基づく規定を規約に含まない企業疾病金庫については、使用者は自己の費用で、業務の遂行のために必要な人物を任用することができる (bestellen)。企業の人事部門又は人事課 (im Personalbereich des Betriebes oder Dienstbetriebes) の人事部門に勤務する者は、任用されてはならない。企業疾病金庫が 1995 年 12 月 31 日以降に設立される場合には、§ 148 第 3 項に基づく認可申請に添付されるべき規約において、使用者が自己の費用において職員を任用するか否かが規定されていなければならない。使用者が、事務執行のために必要な者を自己の費用でさらに雇い入れる (übernehmen) ことを、疾病金庫の理事会に対する撤回不能の (unwiderrufliche) 説明によって拒否した場合は、企業疾病金庫は遅くとも、説明が到達する (Zugang) 翌々暦年の 1 月 1 日には、従来当該疾病金庫の事務執行を委託されていた人物を、本人が許可する場合において、雇い入れる。当該疾病金庫は、雇い入れた者の人事関係又は労働関係から生じる権利及び義務に介入する。民法 § 613a は、これを準用する。新規雇い入れは、第 4 文に基づく権利の到達の日から、企業疾病金庫に対して行われる。第 4 文から 6 文は、企業疾病金庫がその規約において、この規約規定の効力発生の日から、§ 173 第 2 項第 1 文 4 に基づく規定を予定している場合には、これを準用する。
- (3) 規約が 2004 年 1 月 1 日時点において、§ 173 第 2 項第 1 文 4 に基づく規定を含んでおり、その場合に使用者が、事務執行に必要な者のための費用を負担するような企業疾病金庫は、遅くとも 2004 年 12 月 31 日までは、事務執行を委託された人物を、本人が許可する場合には、雇い入れる。第 2 項第 5 文はこれを準用する。企業疾病金庫は新規雇い入れを、2004 年 1 月 1 日から予定する。
- (4) 第 1 項は、給付提供主体として認可された企業、又は給付提供主体の経済上の利益の実現を目的とするような企業については、それらの企業が本編に基づいて疾病金庫又はその団体と契約を締結しなければならない限りにおいて、適用されない。第 1 文は、疾病金庫又はその団体との契約を主たる理由として給付を提供していない給付提供主体に対しては適用されない。

§ 148 設立手続

- (1) 企業疾病金庫の設立には、設立を管轄する監督行政庁の認可が必要となる。認可は、§ 147 第 1 項に挙げられた要件を充足しないか、又は当該疾病金庫が設立時に 1,000 名の構成員を擁しない場合にのみ、拒否され得る。
- (2) 設立には、当該企業の被用者の過半数の同意を必要とする。監督行政庁又はその委託を受けた官庁は、同意にかかる被用者の採決を管理する。当該採決は秘密投票で行われる。
- (3) 使用者は、認可申請に規約を添付しなければならない。監督行政庁は当該規約を認可し、設立が発効する期日を指定する。

§ 149 他の企業への拡張

§ 173 第 2 項第 1 文 4 に基づく規定を規約に含まない企業疾病金庫は、使用者の申請に基

づき、同一使用者の他の企業にも拡張されうる。§ 148 はこれを準用する。

§ 150 任意の合併

- (1) 企業疾病金庫は、運営委員会の決議によって、共同企業疾病金庫に合併することができる。決議には、合併の前に疾病金庫を管轄していた監督行政庁の認可を必要とする。
- (2) § 144 第 2 項から 4 項までは、これを準用する。規約に § 173 第 2 項第 1 文 4 に基づく規定を含む企業疾病金庫には、§ § 145 及び 146 を準用する。一つ又は複数の連邦直轄の (bundesunmittelbar) 企業疾病金庫とその他の企業疾病金庫が合併する場合には、§ 168a 第 2 項を準用する。

§ 151 企業の脱退 (Ausscheiden)

- (1) 同一の使用者が有し、共同企業疾病金庫が設立されている複数の企業のうち一つの企業が、他の使用者に譲渡される場合には、関係使用者は、譲渡された企業の共同企業疾病金庫から脱退させるよう申請することができる。
- (2) 使用者の異なる複数の企業に対して共同企業疾病金庫が設立されている場合、関係使用者は、共同企業疾病金庫から自己の企業を脱退させるよう申請することができる。第 1 文は、自己の規約に § 173 第 2 項第 1 文 4 に基づく規定を含む、複数の使用者の企業疾病金庫には準用されない。
- (3) 共同疾病金庫からの企業の脱退の申請に関しては、監督行政庁がこれを決定する。監督行政庁は、脱退が発効する期日を定める。

§ 152 解散

企業疾病金庫は、運営委員会が投票権を有する (stimmberechtigt) 構成員の 4 分の 3 以上の同意を得た場合には、使用者の申請により解散することができる。当該申請に関しては、監督行政庁がこれを決定する。監督行政庁は、解散が発効する期日を定める。第 1 文及び 2 文は、当該企業疾病金庫の規約に § 173 第 2 項第 1 文 4 に基づく規定が含まれている場合には、適用されない。1995 年 12 月 31 日に合併された、複数の使用者の企業疾病金庫は、第 1 文に基づく申請を、全ての使用者によって実施しなければならない。

§ 153 閉鎖

企業疾病金庫は次の各号に掲げる事由が存在する場合、監督行政庁によって閉鎖される。

1. その規約に § 173 第 2 項第 1 文 4 に基づく規定が含まれていない企業疾病金庫の設立元である企業が閉鎖されたとき、
 2. 企業疾病金庫の設立が認可されなかったとき、又は、
 3. 企業疾病金庫の給付能力が、もはや恒常的に確保され得ないとき。
- 監督行政庁は、閉鎖が発効する時点を規定する。

§ 154 〔訳注：原文は空白〕

§ 155 保険事業の清算 (Abwicklung der Geschäfte)、義務に対する責任

- (1) 解散又は閉鎖された企業疾病金庫の理事会は、保険事業の清算を行う。保険事業が清算されるまでは、当該企業疾病金庫は、清算の目的に必要なとされる限りにおいて、存続しているものとみなされる。
- (2) 理事会は、解散又は閉鎖した旨を公示する。公示後 6 カ月以内に催告を申し出ない (Forderungen anmelden) 債権者への弁済 (Befriedigung) は、告示がこの期間内に催告のない債務について弁済しない旨の内容を含む場合には、これを拒否することができる。公示を了知した (bekannt) 債権者は、これらの申し出に対する結果の告示 (Hinweis auf) に関して、特別の要求を行ない得る。第 2 文及び 3 文は、保険給付請求権 (Ansprüche aus der Versicherung) 並びに州間又は州域を越えて適用される法に基づく請求権には適用されない。
- (3) 保険事業の清算の終了後もなお財産が残る場合には、当該財産は州連合会に引き渡される (übergehen)。当該財産は、州連合会が存在しない場合、又は企業疾病金庫が州連合会に所属していない場合には、連邦連合会に引き渡される。
- (4) 解散又は閉鎖された企業疾病金庫の財産が債権者への弁済に不足する場合、使用者が弁済義務を履行しなければならない。複数の使用者が関与している場合には、本人は連帯債務者 (Gesamtschuldner) として責任を負う。使用者の財産が債権者への弁済に不足する場合には、企業疾病金庫の州連合会が弁済義務を履行しなければならない。閉鎖される企業疾病金庫の規約が § 173 第 2 項第 1 文 4 の規定を含む場合には、第 1 文から 3 文までの規定は適用されない。この場合、州連合会が直ちに弁済義務を履行しなければならない。州連合会が存在しない場合、又は企業疾病金庫が州連合会に所属していない場合には、連邦連合会が弁済義務を履行しなければならない。企業疾病金庫の弁済義務が、§ 173 第 2 項第 1 文 4 に基づく規約規定の発効時点でその財産を上回る場合は、使用者が、規約規定の発効後 6 カ月以内に差額を清算 (ausgleichen) しなければならない。
- (5) 州連合会は、その規約において、第 4 項に基づく責任義務 (Haftungsverpflichtung) を果たすための基金の設置を規定することができる。第 1 文は、州団体による責任義務の充足を支援するために用いられるという条件下で、連邦連合会にも適用される。

§ 156 公行政の企業疾病金庫

§ § 147 から 155 第 4 項までの規定は、連邦、州、ゲマインデ団体、又はゲマインデの行政に関するサービス企業に対しても適用される。行政が使用者に該当するものとする。

第3款 イヌング（同業）疾病金庫

§ 157 設立

- (1) 一つ又は複数の手工業イヌングは、手工業名簿（Handwerksrolle）に登録されている構成員の手工業企業について、イヌング疾病金庫を設立することができる。
- (2) 次の各号に該当する場合にのみ、イヌング疾病金庫が設立される。
 1. 手工業イヌングの構成員の手工業において、常時最低でも 1,000 名の保険加入義務者が就業し、かつ、
 2. 給付能力が長期にわたって確保され得るとき。
- (3) 第1項は、給付提供主体として認可された手工業企業に対してのみ、当該企業が本法に基づいて疾病金庫又はその連合会と契約を締結した限りにおいては、適用されない。

§ 158 設立手続

- (1) イヌング疾病金庫の設立には、設立後に管轄となる監督行政庁の認可が必要である。認可は、§ 157 に掲げる要件を充足しない場合、又は疾病金庫が設立時に 1,000 名の構成員を擁しない場合においてのみ、これを拒否することができる。
- (2) 設立には、イヌング総会（Innungversammlung）の同意、及びイヌング加盟事業（Innungsbetriebe）の従業員の過半数の同意を必要とする。
- (3) 手続に関しては、§ 148 第2項第2文及び3文及び第3項を準用する。使用者の地位には手工業イヌングが当たるものとする。

§ 159 他の手工業イヌングへの拡張

- (1) 単独又は他の手工業イヌングと共同でイヌングを設立した手工業イヌングがイヌング疾病金庫を持たない他の手工業イヌングと合併する場合、他の手工業イヌング加盟事業に就業する保険加入義務者は、イヌング加盟事業の就業者の過半数の同意を得た場合にイヌング疾病金庫に加盟する。§ 157 第2項2は、これを準用する。第1文は、金庫を設立しているイヌング（Trägerinnung）がその地域及び事物管轄を（ihren Zuständigkeitsbereich örtlich oder sachlich）拡張した場合にも適用される。§ 158 は、これを準用する。
- (2) 手工業者法（Handwerksrecht）の改正により、金庫を設立したイヌングの構成員の範囲が変更される場合、管轄を有する監督行政庁がイヌング疾病金庫の構成員の範囲をこれに適合させなければならない。金庫を設立したイヌングの構成員のうち、1,000 名を超える就業者がこの変更措置に関係する場合、§ 157 及び 158 を準用する。
- (3) 適合に基づいて、複数の監督行政庁の地域を越えてイヌング疾病金庫が適用される場合には、第2項に基づく決定は、適合を管轄していた監督行政庁の決定に留まる。

§ 160 イヌング疾病金庫の合併

- (1) イヌング疾病金庫は、運営委員会の決議に基づいて合併することができる。決議は、合併以前に疾病金庫を管轄していた監督行政庁の承認を要する。手続に関しては、§ 144 第 2 項から 4 項までを準用する。
- (2) イヌング疾病金庫は、金庫を設立したイヌングが合併した場合にも合併される。手続に関しては、§ 146 を準用する。
- (3) 州政府によるイヌング疾病金庫の合併に関しては、§ § 145 及び 146 を準用する。

§ 161 手工業イヌングの脱退

手工業イヌングは、共同イヌング疾病金庫からの脱退を申請することができる。脱退申請については、監督行政庁が決定する。監督行政庁は、脱退が発効する期日を定める。第 1 文から 3 文までは、規約に § 173 第 2 項第 1 文 4 に基づく規定を含むイヌング疾病金庫には適用されない。

§ 162 解散

イヌング疾病金庫は、運営委員会が投票権を有する構成員の 4 分の 3 以上の同意を得た場合に、イヌング総会の申請に基づき、職人委員会 (des Gesellenausschuss) の意見聴取を経て、また共同イヌング疾病金庫の場合には全てのイヌング総会の申請に基づき、職人委員会の意見聴取を経て、解散することができる。解散申請については、監督行政庁が決定する。監督行政庁は、解散が発効する期日を指定する。イヌングの規約が § 173 第 2 項第 1 文 4 に基づく規定を有する場合には、第 1 文から 3 文までの規定は適用されない。

§ 163 閉鎖

イヌング疾病金庫は、次の各号に掲げる事由が存在する場合、監督行政庁によって閉鎖される。

1. イヌング疾病金庫を設立した手工業イヌングが解散したとき。但し共同イヌング疾病金庫の場合には、関係する全てのイヌングが解散していなければならない。
2. イヌング疾病金庫の設立が禁止されたとき、又は
3. 金庫の給付能力がもはや恒常的には確保されないとき。

監督行政庁は、閉鎖が発行する期日を指定する。第 1 文 1 の規定は、イヌングの規約に § 173 第 2 項第 1 文 4 に基づく規定が含まれない場合には、適用されない。

§ 164 財産の分割 (Auseinandersetzung)、保険事業の清算、義務に対する責任、服務規程上の職員 (Dienstordnungsangestellte)

- (1) イヌング疾病金庫の解散及び閉鎖に関しては、§ § 154 及び 155 第 1 項から 3 項を準用する。解散又は閉鎖されたイヌング疾病金庫の財産が債権者への弁済に不足する場合、手工業イヌングが弁済義務を履行しなければならない。複数の手工業イヌングが関与し

ている場合、連帯債務者として責任を負う。手工業イヌングの財産が債権者への弁済に不足する場合、イヌング疾病金庫の州連合会が弁済義務を履行しなければならない。州連合会が既に存在しない場合、イヌング疾病金庫の連邦連合会が弁済義務を履行しなければならない。第2文から4文の規定は、閉鎖されたイヌング疾病金庫の規約が § 173 第2項第1文4に基づく規定を含む場合には、適用されない。 § 155 第4項第4文及び5文は適宜通用する。 § 173 第2項第1文4に基づく規約規定の発効期日における責任に対しては、 § 155 第4項から6項が準用される。 § 155 第5項は、イヌング疾病金庫の州連合会及び連邦連合会に適宜通用する。

- (2) イヌング疾病金庫の解散又は閉鎖の時点で発生していた職員恩給受給者 (Versorgungsempfänger) 及び遺族の恩給受給権は、影響を受けない。
- (3) 服務規程上の職員は、職位が職員の能力に見合ったものである場合には、イヌング疾病金庫の州連合会によって認証された当該イヌング疾病金庫又は他のイヌング疾病金庫における服務規程上の職位に就任することを義務付けられる。この措置によって少額の俸給請求権又は恩給請求権 (Besoldungs- oder Versorgungsansprüche) が生じた場合は、それらは調整されなければならない。その他の職員には、職員の能力を考慮して従前の職位に応じた職位がイヌング疾病金庫の州連合会又はその他のイヌング疾病金庫において提供されなければならない。
- (4) 第3項に基づく職位に就任できなかった職員との契約関係は、解散又は閉鎖の日をもって終了する。解散又は閉鎖の日以前に解約告知を受ける雇用契約上の権利はこれによって影響を受けない。
- (5) 第2項から4項までに基づく義務から生じる責任に対しては、第1項がこれを準用する。

第4款 海員疾病金庫

§ 165 設立、組織

- (1) 海員疾病金庫は、海員金庫 (社会法典第6編) によって、特別な部門において、海員疾病金庫の名で実施される。
- (2) 海員金庫の代表総会 (Vertreterversammlung) は、海員疾病金庫に対して、それに基づいて海員金庫の組織が海員疾病金庫を管理するような規約を布告する (erlassen)。
- (3) 海員疾病金庫の収入及び支出に関しては、特別な規定が設けられなければならない。その資金は、別々に管理されなければならない。海員疾病金庫に対して規定された財産は、自己の目的のためにのみ用いられなければならない。
- (4) 海員疾病金庫の被保険者は、自己にふさわしい給付 (ihnen zustehende) が、海員疾病金庫自身によっては保証されない限りにおいて、委託及び、就業地や居住地の地区疾病金庫によるが、算定は海員疾病金庫によるという形で、受給する。規約には、州の保証

(Landesgewährung) を有する他の疾病金庫への委託を規定することができる。海員疾病金庫が独自の契約を締結した場合には、これらの契約が基準となる (massgebend)。その他の点では、委託先の疾病金庫の契約が適用される。海員疾病金庫は、委託先の疾病金庫に、給付支出の他にこの額の 5% を、管理費として償還しなければならない。第 10 編 § 91 第 4 項は、適宜適用される。

第 5 款 農業疾病金庫

§ 166 農業疾病金庫

農業疾病金庫の保険者は、農業従事者医療保険に関する第二法 § 17 に規定された疾病金庫である。これには農業従事者医療保険に関する法律の規定が適用される。

第 6 款 連邦鉱山労働者疾病金庫

§ 167 連邦鉱山労働者疾病金庫

鉱山労働者医療保険は、連邦鉱山労働者疾病金庫によって実施される。これには法定医療保険の規定が適用される。

第 7 款 代替金庫

§ 168 代替金庫

- (1) 代替金庫とは、1992 年 12 月 31 日時点で存在し、その被保険者が 1995 年 12 月 31 日までに、選択権の行使によって、構成員資格を獲得することができるような疾病金庫である。
- (2) 受入資格を有する構成員の範囲を制限することは許可されない。
- (3) 代替金庫の地域は、規約規定によって、一つ以上の州又は連邦地域に拡張され得る。規約規定には、拡張の前に管轄していた監督行政庁の認可を必要とする。

§ 168a 代替金庫の合併

- (1) 代替金庫は、監査役会の決定によって合併することができる。当該決定には、合併の前に管轄していた監督行政庁の同意を必要とする。手続きに関しては § 144 第 2 項から 4 項までがこれを準用する。
- (2) 連邦保健・社会保障省は、代替金庫又は代替金庫連邦連合会の申請に基づき、連邦参議

院の同意を伴う法規命令によって、関連代替金庫の意見聴取の後に、代替金庫を合併させ得る。連邦保健・社会保障省の法規命令による代替金庫の合併に対しては、§ § 145 及び 146 を準用する。

§ 169 [訳注：原文は空白]

§ 170 閉鎖

代替金庫は、その給付能力がもはや長期にわたって確保され得ない場合には、監督行政庁によって閉鎖される。監督行政庁は、閉鎖が発効する期日を定める。

§ 171 財産の分割、保険事業の清算、義務に対する責任

閉鎖に関しては、§ § 154 及び 155 第 1 項から 3 項までを準用する。解散又は閉鎖された代替金庫の資産が、債権者への弁済には不足場合は、代替金庫の所属する連合会が、弁済義務を履行しなければならない。代替金庫の連合会は、第 2 文に基づく責任義務の遂行に用いられ得るような基金の設置を、規約に規定することができる。

第 8 款 金庫種別を越える規定

§ 172 諸団体の聴聞権 (Anhörungsrecht) 及び情報権

- (1) 疾病金庫の設立、合併、開放 (Öffnung) (§ 173 第 2 項第 1 文 4)、解散又は閉鎖の前には、当該疾病金庫の連合会から意見を聴取しなければならない。一つの疾病金庫については、その所在地が他の団体の領域に存する場合には、第 1 文はこれを準用する。
- (2) 当該疾病金庫は、その解散又は閉鎖にあたって債権者に対する義務を果たすとされる連合会の請求に従って速やかに、当該疾病金庫の持続的な給付能力の判定のために必要とされる書類の提出及び情報伝達を行うか、又は当該団体の要求に従って、これらの書類の閲覧を許可しなければならない。当該団体が第 1 文に基づいて伝達された情報を根拠として、当該疾病金庫に持続的な給付能力が望めないと判断した場合には、当該団体は疾病金庫に、その持続的な給付能力を保障するための適切な措置について助言し、及び当該疾病金庫の監督行政庁に対し、当該疾病金庫の財政状況及び、提案した措置について伝達しなければならない。疾病金庫が第 1 文に基づく義務を果たさない場合には、当該疾病金庫の監督行政庁はこれについても伝達しなければならない。

第 2 節 選択権及び管轄

第 1 款 構成員の選択権

§ 173 一般選択権 (allgemeine Wahlrechte)

(1) 保険加入義務者 (§ 5) 及び保険加入資格者 (Versicherungsberechtigte) (§ 9) は、以下の規定、農業医療保険に関する第 2 法、又は芸術家社会保険法に別段の規定がない限り、自己の選択した疾病金庫の構成員となる。

(2) 保険加入義務者及び保険加入資格者は、次の各号に掲げる疾病金庫の中から自らの所属する金庫を選択することができる。

1. 就業地又は居住地の地区疾病金庫、
2. 規約に基づいて管轄区域が就業地又は居住地に及ぶ代替金庫、
3. 企業又はイヌング疾病金庫が設立されている企業又は事業に就業する場合には、当該企業疾病金庫又はイヌング疾病金庫、
4. 企業又はイヌング疾病金庫の規約が一般選択権の対象金庫になることを規定している場合には、当該企業又はイヌング疾病金庫、
5. 保険加入義務又は保険加入資格が発生する以前から構成員資格を取得し、また § 10 に基づく家族給付の対象となっていた金庫、
6. 配偶者の医療保険を担当する金庫。

規約が 4. に基づく規定を含む場合には、当該規約は、企業又はイヌング加入事業が存在し、かつ企業又はイヌング疾病金庫の規約が管轄区域とした § 143 第 1 項に規定された区域に適用される。規約は、選択権を特定の人的範囲に制限し、または特定の条件と結び付けてはならない。第 1 文 4 に基づく規約規定は、撤回不能である。企業疾病金庫又はイヌング疾病金庫の合併に際して、第 1 文 4 に基づく規約規定を有する一つの疾病金庫が関与している場合は、この規約規定は、合併された疾病金庫に対しても適用される。第 1 文 4 及び第 4 文は、民間医療保険又は生命保険事業のために設立された、又はそのような企業疾病金庫との協定から生じた企業疾病金庫に対しては、当該企業疾病金庫の規約に第 1 文 4 に基づく規定が 2003 年 9 月 26 日時点で含まれない場合には、適用されない。

(3) 学生は、前項の金庫に加えて、大学の住所地のある地区を管轄する地区疾病金庫又は代替金庫を選択することができる。

(4) § 5 第 1 項 5 から 8 までに基づいて保険加入を義務付けられた少年、労働生活への参加のための給付 (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) への参加者、障害者、及び § 5 第 1 項 11 から 12、又は § 9 に基づいて保険加入を義務付けられた障害者は、さらに、両親の一方の医療保険を担当する疾病金庫を選択することができる。

(5) 既に保険に加入している年金受給者が、かつて企業又はイヌング疾病金庫を有する企業又は事業に就業していた場合は、さらに、当該企業又はイヌング疾病金庫を選択するこ

とができる。

(6) § 10 に基づく被保険者に対しても、構成員の選択権が妥当する。

§ 174 特別選択権

- (1) 連邦鉱山労働者組合によって年金裁定を管轄されている年金受給者は、年金申請前の 10 年間について鉱山労働者組合医療保険に加入した期間が存在しない場合にのみ、§ 173 の規定を準用する。§ 5 第 2 項は適用されない。
- (2) 企業又はイヌング疾病金庫に就業していた、又は年金受給前に就業していた保険加入義務者又は保険加入資格者には、§ 173 第 2 項第 1 文 3 が適宜適用される。
- (3) 企業又はイヌング疾病金庫の連合会に就業していた、又は年金受給前に就業していた保険加入義務者又は保険加入資格者は、住所地又は就業地の企業又はイヌング疾病金庫を選択することができる。
- (4) 船員職業組合 (See-Berufsgenossenschaft) に就業している保険加入義務のある被用者又は保険加入資格を有する被用者は、海員疾病金庫の構成員資格を、連邦鉱山労働者組合に就業している保険加入義務のある被用者又は保険加入資格を有する被用者は、連邦鉱山労働者組合の、構成員資格を選択することができる。

§ 175 選択権の行使

- (1) 選択権の行使は、選択した疾病金庫に対する意思表示によってなされる。疾病金庫は、加入を拒絶することはできない。選択権は、16 歳以上から行使することができる。
- (2) 選択された疾病金庫は、選択権の行使後、遅滞なく構成員資格証明書 (Mitgliedsbescheinigung) を発行しなければならない。保険加入義務、又は保険加入資格の開始前の最後の 18 カ月以内に、他の疾病金庫において加入資格を有していた場合には、第 4 項第 3 文に基づく脱退証明書 (Kündigungsbestätigung) が提示される場合にのみ、構成員資格証明書は作成され得る。構成員資格証明書は、登録義務のある場所において提示するという目的のために、加入義務又は加入資格の発生時に遅滞なく作成されなければならない。
- (3) 被保険者は、届出を義務付けられた場所に遅滞なく構成員資格証明書を提出しなければならない。構成員資格証明書が、遅くとも保険加入義務の発生後 2 週間以内に提出されない場合には、届出を義務付けられた場所は、保険加入義務者に、保険加入義務の発生以降 (ab) に、当該被保険者が最後に加入していた (bei der zuletzt eine Versicherung bestand) 疾病金庫に届け出なければならない。保険加入義務の発生前に保険に加入していなかった場合には、届出を義務付けられた場所は、保険加入義務者に、§ 173 に基づいて選択可能な疾病金庫への保険加入義務の発生以降に告知しなければならない、また保険加入義務者に遅滞なく選択可能な疾病金庫に関して報告しなければならない。第 1 文に基づく構成員資格証明書が提出されず、第 2 文に基づく届出もなされない事例に対しては、地区

疾病金庫、企業疾病金庫、イヌング疾病金庫、及び代替金庫の上級団体は、共同かつ統一的に、管轄に関する規定を協定しなければならない。

- (4) 保険加入義務者及び保険加入資格者は、選択権を 2002 年 1 月 1 日以降に行使した場合には、自己の行った疾病金庫の選択に、少なくとも 18 カ月は拘束される。加入者の脱退は、加入者が脱退の意思表示をした月から数えて翌々暦月の満了時から可能となる。疾病金庫は当該加入者に、遅滞なく、しかし遅くとも脱退の受領 (Eingang) 後 2 週間以内に、脱退証明書を発行しなければならない。脱退は、当該加入者が脱退告知期間 (Kündigungsfrist) 内に、加入証明書によって他の疾病金庫に加入していることを証明する場合に有効となる。疾病金庫が保険料率を引き上げた場合には、第 1 文の規定とは異なり、加入者は保険料引上げの発効の翌暦月の満了時までには脱退が可能である。保険加入資格者の脱退の際には、第 1 文から 4 文までは適用されない。なぜなら、§ 10 に基づく要件が満たされているからであり、又は疾病金庫への加入が根拠づけられないからである (weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll)。疾病金庫は、同種別の他の疾病金庫への加入が根拠づけられる場合には第 1 文に基づく告知期間が適用されない、ということ、規約に規定することができる。
- (5) 第 4 項は、企業もしくはイヌング疾病金庫の設立もしくは管轄の拡張又は事業上の変更によって企業又はイヌング疾病金庫の構成員資格を獲得することができる保険加入義務者について、当該加入義務者が金庫の設立、管轄の拡張又は事業上の変更の時点から 2 週間以内に選択権を行使する場合には、適用されない。
- (6) 疾病金庫の連邦連合会は、本規定に基づく報告及び構成員資格証明書に関する手続及び様式の統一化について協定を締結する。

第 2 款 管轄

§ 176 海員疾病金庫の管轄

- (1) 保険加入義務を有する海員疾病金庫の加入者は以下であり、§ 173 とは異なる。
1. 第 4 編 § 13 に基づくドイツ船舶の船員 (Seeleute deutscher Seeschiffe)、及び
 2. 主としてドイツの海運で、ドイツの港で、甲板上の勤務で船主 (Reeder) の下で雇用されている時期について、航行に参加していない職業海員、
 3. 第 4 編 § 2 第 3 項に沿った申請を行った船主のもとにあるドイツ海員、
- 船員職業共同組合 (See-Berufsgenossenschaft) において災害に対する保険に加入する場合には、さらに以下の者が相当する。
4. 航海の訓練生として陸地で訓練を行う者、及び
 5. 早期退職手当の受給直前まで海員疾病金庫に加入していた、早期退職手当の受給者。
- (2) § 5 第 1 項 2 又は 5 から 12 までに挙げられた義務的被保険者及び § 189 に挙げられた年金受給申請者は、彼らが最後に海員疾病金庫に加入していた場合は、海員疾病金庫に属

する。§ 173 は適用される。

§ 177 連邦鉱山労働者金庫の管轄

- (1) 連邦鉱山労働者金庫の義務的被保険者である構成員は、§ 173 とは異なり、第 6 編 § § 137 から 273 までに挙げられた者である。
- (2) § 5 第 1 項 11 及び 12 に挙げられた義務的被保険者、及び § 189 に挙げられた年金受給申請者は、彼らが最後に連邦鉱山労働者金庫に加入していたか、又は連邦鉱山労働者金庫が年金の確定を管轄する場合には、連邦鉱山労働者金庫に属する。§ 173 第 2 項第 1 文 6 及び § 174 第 1 項は適用される。
- (3) § 5 第 1 項 2 又は 5 から 12 までに挙げられた義務的被保険者は、彼らが最後に連邦鉱山労働者金庫に加入していた場合は、連邦鉱山労働者金庫に属する。§ 173 は適用される。

§ § 178—185

§ § 178 から 185 は、第 2 節 (§ § 173 から 177 まで) が、Art. 1 Nr. 116 G v. 21.12.1992 I 2266 mWv 1.1.1996 に応じて新たに規定されることにより、保留される (Aufgeh.)。

第 3 節 加入 (Mitgliedschaft) 及び体制

第 1 款 加入

§ 186 保険加入義務者の加入の開始

- (1) 保険加入義務者の加入は、雇用関係が開始された日に開始される。
- (2) 不定期の被雇用者 (unständig Beschäftigter) (§ 179 第 2 項) の加入は、当該加入の確定が雇用の引受の 1 カ月後以内に行われる場合には、当該雇用を管轄する疾病金庫に最初に義務的被保険者として確定された、不定期な雇用の引受の日に開始される。その他の場合には、確定された日に開始される。当該加入は、当該不定期被雇用者が一時的に、最長でも 3 週間にわたり雇用されない日についても持続する。
- (2a) 失業手当、失業扶助、又は第 3 編に基づく生計扶助 (Unterhaltsgeld) の受給者の加入は、給付が受給された日に開始される。

(以下略)

§ 187 新たに設立された疾病金庫に際しての加入の開始

新たに設立された疾病金庫への加入は、当該疾病金庫が管轄する保険加入義務者に対しては、疾病金庫の設立が発効した時点で開始される。

§ 188 任意加入の開始

- (1) 任意加入者の加入は、疾病金庫に加入した日に開始される。
- (2) § 9 第 1 項 1 及び 2 において挙げられた保険加入資格者の加入は、保険加入義務から除外された日の翌日、又は § 10 に基づく保険の終了の日の翌日に開始される。§ 9 第 1 項 6 に挙げられた保険加入義務は、§ 5 第 1 項 11 に基づく保険加入義務の開始の日に開始される。
- (3) 加入は書面で説明されなければならない。

§ 189 年金申請者 (Rentenantragssteller) の加入

- (1) 法定年金保険の年金を申請し、§ 5 第 1 項 11 及び 12 及び第 2 項に基づく前提条件を満たし、しかしながら年金受給に対する前提条件を満たしていない者は、構成員に該当する。第 1 文は、他の規定に基づいて保険加入義務を負う者、又は § 6 第 1 項に基づいて適用除外 (versicherungsfrei) の者には適用されない。
- (2) 加入は、年金申請を行った日をもって開始される。当該加入は、死亡をもって、又は申請が差し戻される (zurückgenommen) か、又は申請の拒絶が取り消し不能となった日をもって終了する。

§ 190 保険加入義務者の加入の終了

- (1) 保険加入義務者の加入は、当該構成員の死亡をもって終了する。
- (2) 保険加入義務者の加入は、労働報酬を伴う雇用関係が終了した日をもって終了する。
- (3) § 6 第 4 項に基づく保険加入義務が失効した者の加入は、当該構成員が、脱退可能性に関する疾病金庫の説明 (Hinweis) の後 2 週間以内に、脱退を表明する (erklärt) 場合のみ、本規定で定められた時点で終了する。脱退が表明されない場合は、当該加入は任意加入として存続するが、但し § 9 第 1 項 1 に基づく任意保険の前提条件が満たされない場合には、この限りではない。
- (4) 常勤でない被用者の加入は、当該構成員が常勤でない雇用への職業的な従事 (berufsmäßige Ausübung) を一時的 (vorübergehend) にではなく放棄した場合に、遅くとも直近の常勤でない雇用の終了後 3 週間の経過をもって終了する。
- (5) 芸術家社会保険法に基づく被保険者の加入は、芸術家社会金庫の確認を理由として保険加入義務が終了した日をもって終了する。§ 192 第 1 項 2 及び 3 はそのままにされる。
- (6) 就業に対する青少年福祉事業 (Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit) の施設で訓練を受けている (befähigt) 者の加入は、当該措置の終了をもって終了する。
- (7) 労働生活参加のための給付 (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) の参加者で保険加入義務を有する者の加入は、当該措置の終了をもって、移行手当の継続支払の際には、

当該移行手当が支払われた日の経過をもって、終了する。

- (8) 障害者のための承認を受けた工場、授産所、施設、又は同様の施設における、保険加入義務を有する障害者の加入は、当該活動の終了（Aufgabe）をもって終了する。
- (9) 保険加入義務を有する学生の加入は、当該学生が最後に登録したか、又は再登録した（zurückgemeldet）セメスターが終了した1カ月後に終了する。
- (10) 保険加入義務を有する実習生の加入は、職業実習の活動を放棄した日をもって終了する。労働報酬を伴わない職業訓練のための被用者の加入は、当該雇用を退職（Aufgabe）した日をもって終了する。
- (11) 保険加入義務を有する年金受給者の加入は、以下をもって終了する。
 1. 年金の請求権を喪失した月、又は年金権の剥奪が取り消し不能となった月、早くとも最後の年金が支払われた月の経過をもって。
 2. 過去の（zurückliegende）時点に対する年金の承認（Gewährung）に際しては、当該決定が取り消し不能となる月の経過をもって。
- (11a) § 9 第 1 項 6 に挙げられた者で加入権を行使した者、並びに 2002 年 3 月 31 日以降に § 5 第 1 項 11 に基づいて保険加入義務を有することとなり、その年金請求権が既に当該日に発生しているものの、1993 年 1 月 1 日適用された版（Fassung）における § 5 第 1 項 11 に基づく事前保険期間（Vorversicherungszeit）を満たしておらず、2002 年 3 月 31 日まで農業医療保険に関する第 2 法（zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte）に基づいて被保険者となっていたその家族員の加入は、§ 5 第 1 項 11 に基づく保険加入義務の開始（Eintritt）をもって終了する。
- (12) 第 3 編に基づく失業手当、失業扶助、又は生計扶助の受給者の加入は、給付のなされた最後の日の経過をもって終了する。

§ 191 任意加入の終了

任意加入は、次の場合に終了する。

1. 当該構成員の死亡、
2. 加入義務（Pflichtmitgliedschaft）の開始、
3. 2 カ月にわたり、督促にも関わらず保険料を滞納した場合は、次の支払日の経過時、又は
4. 脱退（§ 174 第 4 項）の発効時。構成員が § 10 に基づく保険の前提条件を満たしている場合には、より早い期間を規約に規定することができる。

第 1 文 3 の場合には、構成員は特に、加入の終了後には他の疾病金庫においても任意の保険から排除されること、並びに、連邦社会扶助法の前提条件の下では、医療保険の保険料は社会扶助の担当機関によって可能となることに注意しなければならない。

§ 192 保険加入義務者の加入の継続

- (1) 保険加入義務を有する者の加入は、以下の限りにおいて保持される。
 1. 合法的な労働闘争下に置かれている、
 2. 疾病手当又は母性手当 (Mutterschaftsgeld) の請求権が存在する、又はこれらの給付のうちの一つ、又は法規定に基づいて養育手当を受給している、又は両親休暇 (Elternzeit) を利用している、
 3. リハビリテーションの担い手によって、医療リハビリテーションのための給付中に傷病手当、扶助医療手当 (Versorgungskrankengeld)、又は移行手当を支払われている、又は
 4. 第3編に基づく操短労働者手当 (Kurzarbeitergeld) 又は冬期休業手当 (Winterausfallgeld) を受給している。
- (2) 使用者の雇用関係の解消が許可されるか、又は構成員が労働報酬の喪失中に休職する (beurlaubt worden) 場合には、妊娠中でも保険加入義務を有する者の加入は保持される。但し他の規定に基づく加入が存在する場合は、この限りではない。

§ 193 兵役又は兵役代替勤務に際しての加入の継続

- (1) 職場保護法 (Arbeitsplatzschutzgesetz) § 1 第2項に基づいて報酬が継続的に保証される、保険加入義務を有する被用者に際しては、雇用関係は、兵役義務法 (Wehrpflichtgesetz) § 4 第1項及び § 6b 第1項に基づく兵役によって中断されないものとして通用する。
- (2) 保険加入義務を有する者で第1項に該当しない者、並びに任意加入者に際しては、兵役義務法 § 4 第1項及び § 6b 第1項に基づく兵役は、ある疾病金庫における現行の加入とは合致 (berührt) しない。保険加入義務を有する加入は、当該保険加入義務が兵役の開始以前の日を終了しているか、又は加入の最後の日及び兵役の開始の日の間に土曜日、日曜日、又は法定祝日が存在する場合に、存続しているものとして適用される。
- (3) 第1項及び2項は、兵役に対しては適宜適用される。
- (4) 第1項及び2項は、軍人法 (Soldatengesetz) § § 51a、54 第5項、又は § 58a に基づく勤務 (Dienstleistungen) 又は訓練を行っている者に対して適用される。当該勤務及び訓練は、社会法典第5編 § 5 第1項1 及び § 6 第1項3 の意味での雇用としては適用されない。

第2款 規約及び機関

§ 194 疾病金庫の規約

- (1) 規約は、特に以下に関する規定を含まなければならない。
 1. 疾病金庫の名称及び所在地、
 2. 疾病金庫の区域及び構成員の範囲 (Kreis)
 3. 給付が法律とは別の定めを置く限りにおいては、給付の種類及び程度 (Umfang)

4. 保険料の額、納付期限、納付方法
5. 組織の構成員数
6. 組織の権利及び義務
7. 監査役会の決議事項 (Art der Beschlußfassung)
8. 組織の構成員に対する補償の算定 (Bemessung der Entschädigungen)
9. 経営状況及び会計 (Betriebs- und Rechnungsführung) の年次監査及び年次決算の検査 (Abnahme)
10. 苦情処理機関 (Widerspruchsstelle) の構成 (Zusammensetzung) 及び所在地
11. 公示 (Bekanntmachungen) の方法

(1a) 規約は、それに基づいて疾病金庫が、自己の被保険者と民間医療保険企業との間の民間の追加保険契約の締結を仲介することができるような規定を有することができる。これらの契約の対象は、特に病院における選択医治療 (Wahlarztbehandlung) や、病院における1ベッド又は2ベッド追加料金 (Ein- oder Zweibettzuschlag)、並びに外国旅行医療保険 (Auslandsreisekrankenversicherung) である。

(2) 規約は、法定医療保険の任務に相反する規定を有してはならない。規約は、本編が許容する限りにおいてのみ、給付を規定することができる。

§ 195 規約の認可

- (1) 規約は、監督行政庁の認可を必要とする。
- (2) 規約が認可に適しなかったことが事後に (nachträglich) 判明した場合には、監督行政庁は当該疾病金庫に対して、一定期間内に必要な変更を行うよう命じることができる。疾病金庫が当該期間内に命令に従わない場合には、監督行政庁が自ら疾病金庫に代わって必要な変更を行い得る。
- (3) 第2項は、規約が事後の事情の変化によって変更を必要とするようになった場合にも、準用される。

§ 196 規約の閲覧 (Einsichtnahme)

- (1) 現に適用されている規約は、通常の事務執行 (übliche Geschäftsstunden) 中には、疾病金庫の事務室 (Geschäftsräumen) において閲覧可能な状態になければならない。
- (2) 構成員は、保険加入義務及び任意保険加入の開始及び終了、参加権 (Beitrittsrechte)、並びに疾病金庫によって保証される給付、及び保険料に関して無料でパンフレット (Merkblatt) を得ることができる。

§ 197 運営委員会 (Verwaltungsrat)

- (1) 運営委員会は、特に以下を実施しなければならない。
 1. 規約及びその他の自主法 (autonomes Recht) を決議すること、

- 1a. 理事会を監督すること、
 - 1b. 疾病金庫に対して原則的な意味を有するあらゆる決定を行うこと、
 2. 予算を確定すること、
 3. 年度会計（Jahresrechnung）を理由とする理事会の負担軽減を決議すること、
 4. 理事会及びその構成員に対して疾病金庫を代表すること、
 5. 土地（Grundstück）の取得、譲渡又は担保提供、並びに建物の設置を決議すること、
 6. 疾病金庫の解散又は他の疾病金庫との任意合併を決議すること。
- (2) 運営委員会は全体的な経営書類及び監査書類を閲覧し、検査することができる。
- (3) 運営委員会は、自己の任務を履行するために、専門家委員会を設立することができる。

§ 197a 医療制度における不正撲滅のための事務所（Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen）

- (1) 疾病金庫は、州連合会が通知する場合に（wenn angezeigt ihre Landesverbände）、疾病金庫の上級団体と共に、個々の疾病金庫又は個々の団体との関連で、不正、又は財政資金の不法又は目的に反した使用が行われた事例及び行動を追及するための組織単位を設置する。当該組織単位は、第 10 編 § 67c 第 3 項に基づく制御権限（Kontrollbefugnisse）を引き受ける。
- (2) 個々人は、第 1 項の事件に関して、疾病金庫及び第 1 項に挙げられた組織に問い合わせをすることができる。第 1 項に基づく施設は、その問い合わせが個々の任務又は総合状態から信用に値すると思われる場合には、当該問い合わせに関して調査を行う。
- (3) 疾病金庫及び第 1 項に挙げられた組織は、第 1 項に基づく任務の遂行のために、互いに、及び保険医協会及び連邦保険医協会と協働しなければならない。
- (4) 疾病金庫及びその他の第 1 項に挙げられた組織は、可罰的行為（strafbare Handlungen）に対する当初の疑念が、法定医療保険に対して少なからぬ意味を有することができるというこの確認（Prüfung）が発生する場合には、検察庁（Staatsanwaltschaft）に遅滞なく報告する。
- (5) 疾病金庫の理事会及び第 1 項に挙げられた組織は、監査役会に、2 年に 1 回、最初は 2005 年 12 月 31 日までに、第 1 項に基づく組織単位の業務及び業績に関して報告を行う。当該報告は、管轄する監督行政庁に送達されなければならない。

第 4 節 報告

§ 198 保険加入義務者である被用者に関する使用者の報告義務

使用者は、第 4 編 § § 28a から 28c までに基づく被保険者義務を有する被用者を、管轄の疾病金庫に届け出なければならない。

§ 199 不安定雇用に際しての報告義務

(略)

§ 200 その他の保険加入義務者に際しての報告義務

(略)

§ 201 年金申請と年金受給に際しての報告義務

(略)

§ 202 扶助収入に際しての報告義務

(略)

§ 203 養育手当の給付に際しての報告義務

(略)

§ 203a 失業手当、失業扶助、又は家計手当の給付に際しての報告義務

(略)

§ 204 兵役又は兵役代替勤務に際しての報告義務

(略)

§ 205 一定の保険加入義務者の報告義務

(略)

§ 206 被保険者の照会義務及び伝達義務

(略)

第 7 章 疾病金庫の諸団体 (§ 207 ~ 219)

§ 207 州連合会の形成 (Bildung) 及び合併 (Vereinigung)

(1) 各州において、

地域疾病金庫は、地域疾病金庫の州連合会、

企業疾病金庫は、企業疾病金庫の州連合会、

イヌング疾病金庫は、イヌング疾病金庫の州連合会、

を形成する。

疾病金庫の州連合会は、公法人である。 § 212 第 1 項第 2 文を留保して (vorbehaltlich)、

疾病金庫はその所在する州の州連合会に属する。他の疾病金庫は州連合会に加入することができる。

- (2) 1989年1月1日時点で、一つの州において複数の州連合会が存在する場合は、社会保険を管轄する当該州の最上位の行政官庁（Verwaltungsbehörde）がその承認を1989年12月31日までに拒絶しない場合には、これらは存続する。社会保険を管轄する州の最上位の行政官庁は、第1文に基づく当該承認を一年の期限の遵守（Einhaltung）の下で、暦年の終了時に撤回（widerrufen）することができる。行政官庁が承認を拒否又は撤回した場合は、行政官庁は必要な組織変更の実施を規定する。
- (2a) 一つの州において、州連合会の全構成員が合意するか、又は州連合会の全構成員が州政府によって一つの疾病金庫に統合された場合は、当該疾病金庫は州連合会の諸権利と諸義務に服する（eintreten）。
- (3) 州を越える範囲の州連合会は、関連する州において社会保険を管轄する最上位の州の行政官庁が、承認を1989年12月31日までに拒絶しない場合には、存続する。各最上位の州の行政官庁は、当該承認を、一年の期限の遵守の下で、暦年の終了時に撤回することができる。承認が拒否又は撤回される場合は、当該州は必要な組織変更の実施を、相互合意の下で（einvernehmlich）行う。
- (4) 一つの州において同種の疾病金庫が一つしか存在しない場合は、それは同時に州連合会の任務を遂行する。当該疾病金庫は、その限りにおいて州連合会の法的地位（Rechtsstellung）を有する。
- (4a) 一つの州において、一つの金庫種類に関して州連合会が存在しない場合には、この金庫種類のその他の州連合会が、関連する州において社会保険を管轄する最上位の州の行政官庁の承認により、この州の州連合会の任務を遂行する。関与者の合意が、州連合会の消滅（Wegfall）後3カ月以内に行われない場合には、当該金庫種類の連邦連合会がこの任務を遂行する。
- (5) 社会保険を管轄する最上位の州の行政官庁の承認によって、同種の疾病金庫の複数の州連合会は、一つの団体に合併され得る。このことは、州連合会が様々な州に所在地を有する場合にも適用される。

§ 208 監督、予算体制及び会計体制、資産、統計

- (1) 州連合会は、その所在する州の社会保険を管轄する最上位の州の行政官庁の監督下に置かれる（unterstehen）。
- (2) 監督に関しては、第4編の§ § 87 から 89 までが適用される。統計を含む予算制度及び会計制度（Haushalts- und Rechnungswesen）に関しては、第4編の§ § 67 から 70 第1項及び5項まで、§ § 72 から 77 第1項まで、§ § 78 及び 79 第1,2項、管理資産については§ 263 がこれを準用する。

§ 209 州連合会の監査役会 (Verwaltungsrat)

- (1) 疾病金庫の州連合会には、自主運営機関として、規約の詳細な決定に基づく監査役会 (Verwaltungsrat) が形成される。監査役会は最高でも 30 人の構成員を有する。監査役会においては、可能な限り全ての加入金庫が代表されなければならない。
- (2) 監査役会は被保険者と使用者とを各々半数とする代表者からなる。被保険者は被保険者の代表者を選任し、使用者は使用者の代表者を選任する。第 4 編 § 44 第 4 項がこれを準用する。
- (3) 監査役会の構成員は、加入金庫の監査役会によって、上記の順番で (aus dessen Reihen) 選任される。
- (4) 監査役会に関しては、§ 197 がこれを準用する。第 4 編の § 33 第 3 項、§ 37 第 1 項、§ § 40、41、42 第 1 項から 3 項、§ 51 第 1 項第 1 文の 3、§ § 58、59、62、63 第 1、3、4 項、§ 64 第 3 項及び § 66 第 1 項がこれを準用する。

§ 209a 州連合会における理事会 (Vorstand)

地域疾病金庫、企業疾病金庫、及びイヌング疾病金庫の州連合会には、理事会が形成される。理事会は最高でも 3 人から形成される。第 4 編の § 35a 第 1 項から 3 項まで、及び 5 項から 7 項までがこれを準用する。

§ 210 州連合会の規約

- (1) 各州連合会は、その監査役会によって規約を設定しなければならない。当該規約は、社会保険を管轄する最上位の州の行政官庁の承認を必要とする。当該規約は以下に関する決定を含まなければならない。
 1. 団体の名称、地域、及び所在地
 2. 監査役会の構成員及びその代表者の数及び選任
 3. 機関の構成員に対する補償
 4. 監査役会の公共性
 5. 加入金庫の諸権利及び義務
 6. 資金の調達及び管理
 7. 経営及び会計 (Betriebs- und Rechnungsführung) の年次審査
 8. 公示 (Bekanntmachung) の方法

第 4 編 § 34 第 2 節は、これを準用する。

- (2) 当該規約は、§ § 92、136a 第 1 文の 1、§ 136b 第 1 項第 1 文の 1、及び § 282 に基づいて連邦連合会によって締結される諸契約及び諸方針が、州連合会やその加入金庫に対して拘束的であるということに関して、さらなる規定を含まなければならない。

§ 211 州連合会の任務

- (1) 州連合会は、その法的に割り当てられた任務を遂行しなければならない。
- (2) 州連合会は、その任務遂行や利害の実現に際して、特に以下によって、加入金庫を支援する。
 1. 助言及び教示 (Unterrichtung)
 2. 団体の目的に対する統計資料の収集及び準備
 3. 加入金庫から代理権を得ている (bevollmächtigt) 限りにおいては、契約の締結及び変更、特に社会保険のその他の保険者との契約
 4. その他の社会保険、官庁及び裁判所に対する加入金庫の代理権 (Vertretung) の引受け
 5. 加入金庫間の管轄紛争 (Zuständigkeitskonflikten) の判決 (Entscheidung)
 6. 加入金庫の従業員の職業訓練・継続訓練・再訓練 (berufliche Aus-, Fort- und Weiterbildung) の際の助成及び協力
 7. 研究会 (Arbeitstagungen)
 8. 加入金庫との評決による、自動データ処理、データ保護、及びデータ保障、並びに計算機センター (Rechenzentrum) の運営に対する手続及びプログラムの決定及び評決 (Abstimmung)
- (3) 州連合会は、立法及び運営に関する問題において、管轄官庁を支援する。

§ 212 連邦連合会、連邦鉱山労働者金庫、代替金庫の団体

- (1) 地区疾病金庫、企業疾病金庫、及びイヌング疾病金庫の州連合会は、同様に連邦連合会を形成する。企業疾病金庫の連邦連合会には、さらに連邦のサービス企業 (Dienstbetriebe des Bundes) の企業疾病金庫も所属している。
- (2) 農業疾病金庫は、農業老齡金庫 (landwirtschaftliche Alterskasse) の全体団体に、農業疾病金庫の連邦連合会を形成する。
- (3) 鉱山労働者医療保険に対しては、連邦鉱山労働者金庫 (Bundesknappschaft) が、連邦連合会及び州連合会の任務を遂行する。
- (4) 疾病金庫の連邦連合会は、公法人である。
- (5) 代替金庫は、合併して団体となり得る。当該団体は、規約において自己の目的及び任務を確定しなければならない。当該規約は監督行政庁の承認を必要とし、社団登記簿 (Vereinsregister) への登録申請には監督行政庁の承諾 (Einwilligung) を必要とする。代替金庫及びその団体は、州レベルで締結されたあらゆる契約に対して、締結権限を伴う代理人 (Bevollmächtigte) を指名 (benennen) しなければならない。第 4 編の § 35a 第 6 項第 2 文から 4 文までがこれを準用する。

§ 213 上級団体 (Spitzenverbände)

- (1) 疾病金庫の上級団体とは、疾病金庫の連邦連合会、連邦鉱山労働者金庫、代替金庫、及

び船員金庫の団体である。

- (2) 上級団体は、本法に基づいて共同かつ統一的に決定された諸決定に同意する。同意がなされない場合は、船員金庫を含む地域疾病金庫の 3 人の代表者、代替金庫の 2 人の代表者、及び企業疾病金庫、イヌング疾病金庫、農業労働者疾病金庫、連邦鉱山労働者金庫の各代表者によって、議決 (*Beschlussfassung*) が行われる。議決は、第 2 文に挙げられた上級団体の代表者の多数決を必要とする。議決に関する手続は、上級団体が議事規則 (*Geschäftsordnung*) において規定する。
- (3) 必要な決定がなされない、又は連邦保健・社会保障省によって定められた期限内に決定がなされない場合は、連邦保健・社会保障省が、連邦経済・労働省との了解 (*Einvernehmen*) の下で決定を行う。当該決定は官報において公表される。
- (4) 上級団体は、相互の評決、及び構成員への学術上の支援のために、ワーキンググループを設立することができる。

§ 214 監督

- (1) 連邦連合会は連邦保健・社会保障省の監督下に置かれる。§ 208 第 2 項はこれを準用する。
- (2) 代替金庫の連合会は連邦保健・社会保障省の監督下に置かれる。§ 208 第 2 項第 1 文はこれを準用する。
- (3) 代替金庫の連合会及び農業疾病金庫の連邦連合会に関する監督は、連邦保健・社会保障省が完全に、又は部分的に引き受け得る。

§ 215 連邦連合会の自立運営組織 (*Selbstverwaltungsorgane*)

- (1) 連邦連合会の監査役会及び理事会に対しては、§ § 209 及び 209a がこれを準用する。当該理事会は 3 人からなる。
- (2) 企業疾病金庫の連邦連合会の監査役会の形成に際しては、連邦のサービス企業の疾病金庫も、その加入者数相応に適切に考慮されなければならない。

§ 216 連邦連合会の規約

各連邦連合会は、自己の監査役会によって規約を作成しなければならない。当該規約には、監督行政庁の承認が必要である。§ 210 第 1 項第 3 文及び 4 文は、これを準用する。

§ 217 連邦連合会の任務

- (1) 連邦連合会は、法によって規定された自己の任務を遂行しなければならない。
- (2) 連邦連合会は、特に以下によって、加入者を、その任務遂行及び利益の実現に際して支援する。

1. 助言、教示、及び雑誌
 2. 団体の目的に対する統計の作成及び評価
 3. 加入者から代理権を有している限りにおいては、構成員及び疾病金庫の契約の締結（特にその他の社会保険の保険者との契約に関して）
 4. 加入者及び様々な州連合会の加入金庫間の管轄紛争の判決
 5. 加入者及び疾病金庫従業員の職業訓練・継続訓練・再訓練の際の助成及び協力
 6. 研究会
 7. 調査研究
 8. その他の社会保険の保険者、官庁、及び裁判所に対する加入者及び疾病金庫の代理権の引き受け
 9. 自動データ処理、データ保護、及びデータ保障、並びに計算機センターの運営に対する手続及びプログラムの展開及び評決、並びに加入者及び疾病金庫の任務遂行のための計算機センターの経済的な利用に関する評決
- (3) 連邦連合会は、自己の加入者及び加入金庫に対する効力を伴って、以下の規定に対する原則決定を規定することができる。これに関する決定は、州連合会加入者の被保険者数に基づいて定められた票数の多数決によってなされる。
1. 本編において異なる事項が定められていない限りにおいては、報酬、
 2. 保健（Gesundheitsvorsorge）、
 3. リハビリテーション、
 4. 治験。
- (4) 連邦連合会は、法律上及び運営上の問題に関して、管轄官庁を支援する。
- (5) 連邦連合会は、自己の加入者に対する効力を伴って、その加入金庫が § 83 第 1 文及び § 85 第 2 節第 1 文 1 に基づく協定に際してその他の州連合会によって代理されるような州連合会を、当該協定の締結に関与させることを決定する。第 3 項第 2 文はこれを準用する。ここにおいて、第 1 文に基づく州連合会の同意が、第 1 文に挙げられた協定又は当該協定の部分に対して規定される際に基づかなければならない基準が規定されなければならない。

§ 218 地域（Regionale）金庫団体

- (1) 地区疾病金庫、企業疾病金庫、イヌング疾病金庫は、それらが同一の保険庁（Versicherungsamt）の地域又は区域（Bezirksteile）に所在する場合には、監査役会の全員一致の（übereinstimmend）決定によって、一つの金庫団体に統合され得る。
- (2) 社会保険を管轄する州の最上位の監督行政庁に承認によって、一つの金庫団体は、複数の保険庁の地域又は区域を超越して拡大することができる。

§ 219 ワーキンググループ

- (1) 疾病金庫及びその諸団体は、特に法的に委託された任務の枠内における緊密な協働の相

互的な教示、評決、調整、及び助成のために、ワーキンググループを形成することができる。

- (2) 疾病金庫及びその諸団体は、健康、予防、慢性患者の治療及びリハビリテーションの促進のために、特に保険医協会及びその他の給付提供主体、並びに公的な公衆衛生業務（Gesundheitsdienst）と共に、第1項1に挙げられた任務の実施のためのワーキンググループを形成することができる。
- (3) 第10編の§94第2項から4項までは、これを準用する。

§ 219a ドイツ国外医療保険連絡所（Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland）

- (1) 疾病金庫の上級団体は、ドイツ国外医療保険連絡所（連絡所）を形成する。当該連絡所は、多国間及び二国間の法律、並びに内国法に基づいて委託された任務を実行する。当該連絡所はまた、その限りにおいて、多国間及び二国間の法律、並びに内国法に基づいて2000年1月1日までにAOK連邦連合会に、連絡所としての資格（Eigenschaft）において委託された任務をも実行する。ここにおける任務には特に、以下が含まれる。
 1. 国外の連絡所との協定
 2. 国内及び国外の連絡所との費用算定
 3. 利用されるべき保険法の確定
 4. 国境を超越する事例における運営援助（Verwaltungshilfe）の調整
 5. 情報、助言、及び捜査（Aufklärung）
- (2) 連絡所は、公法人である。
- (3) 連絡所の組織は、監査役会及び業務執行者（Geschäftsführer）である。
- (4) 業務執行者は連絡所の運営を指揮する。業務執行者は連絡所を裁判上も裁判外でも（gerichtlich und außergerichtlich）代表する。第4編の§31第3項はこれを準用する。詳細は規約で定められる。
- (5) 第4編の§§34、37、38及び§194第1項10は、これを準用する。

§ 219b 連絡所の監査役会

- (1) 監査役会は以下を行わなければならない。
 1. 規定の締結。
 2. 予算計画の確定。
 3. 業務運営及び会計運営の毎年の審査及び年間会計の削減。
 4. §219dに基づく賦課金としての財政割当の締結。
 5. 理事及びその代理人の任命及び解任
- (2) 第4編§35a第1項第1文において挙げられた疾病金庫の上級団体は、各一人ずつ役員

を、その他の上級団体は、各一人ずつ理事会の構成員を、監査役会に派遣する。

- (3) 監査役会の諸決定は、構成員の単純多数決によって可決される。予算案件及び規定の設定や変更に関する諸決定は、構成員の3分の2の多数決を必要とする。

§ 219c 連絡所の常任作業委員会

連絡所は、各上級団体が一人の代表者を派遣することができるような常任作業委員会を有する。この委員会は、理事に助言し、援助を行う。詳細は規約に定められる。

§ 219d 連絡所に関する財政及び監督

- (1) 連絡所の財政について必要な手段は、加入者によって予め負担される賦課金や、その他の連絡所の収入によって賄われる。賦課金の算定根拠 (*Berechnungsgrundlage*) は、加入者数である。詳細は規約に定められる。
- (2) 統計を含む予算及び会計に対しては、第4編の§ § 67 から 70 第1項及び5まで、及び§ 72 第1項及び2項第1文前半文1、§ § 73 から 76 第1項及び2項まで、§ 77 第1項、§ 79 第3a項に関連する第1項及び2項に布告された法規定における規定がこれを準用する。資産に関しては、第4編の§ § 80 及び 85、及び§ 263 がこれを準用する。
- (3) 連絡所は連邦保健・社会保障省の監督下に置かれる。当該監督は、法律及びその他の法律の遵守にまで及ぶ。第4編の§ § 88 及び 89、並びに§ 274 はこれを準用する。

第8章 財政 (§ 220~274)

第1節 保険料

第1款 財源の調達

§ 220 原則

- (1) 医療保険に対する資金は、保険料及びその他の収入によって賄われる。保険料は、その他の収入と合算して、予算計画 (*Haushaltsplan*) に規定された支出及び予め規定された準備金 (*Rücklage*) を充足するように算定されなければならない。算定については、予め計算された収入額は、予算年度の開始時に存在する経営資金余剰 (*Betriebsmittelüberschuss*) を含め、予め計算された支出額は、経営資金の充足に必要な額を含めなければならない。
- (2) 予算年度中に、疾病金庫の経営資金が、準備金及び準備金全体からの貸付金の利用からの供給を併せても、支出の充足に対して不十分であるという事態が生じた場合には、保険料率を引き上げなければならない。疾病金庫が、自己の給付能力を維持又は確立する

ために、早急に自己の収入を増加させなければならない場合には、理事会は、保険料を規約に適した新たな規定分まで引き上げることと決議しなければならない。当該決議は、監督行政庁の認可を必要とする。決議が行われない場合は、監督行政庁が必要な保険料の引上げを命令する。

- (3) 疾病金庫の収入が支出を上回り、法定経営資金目標額（Betriebsmittelsoll）及び準備金目標額に達した場合は、保険料は規約の変更によって引き下げられる。
- (4) 2004年1月1日より、§ § 24b、27a、33第1項、§ 34第1項、及び§ 221並びに§ § 58及び59の変更によって2003年12月31日まで適用される版（Fassung）及びライヒ保険法§ 200bの廃止によってもたらされる節約分を、全面的に（in vollem Umfang）保険料引下げのために用いなければならない。2003年11月14日の医療保険現代化法（GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003）（BGBl. I S. 2190）によってもたらされるその他の節約分については、最低でもその半額が保険料引下げのために用いられなければならない。第1文は、§ 240第2項第3文並びに§ § 241a、245、247及び248によって、本規定の発効によって生じる節約分に対しても適用される。2003年11月14日の医療保険現代化法（BGBl. I S. 2190）によるその他の部分は、節約分を生じさせ、少なくともその半分が保険料引下げに利用されなければならない。第1文は、§ 240第2項第3文、並びに§ § 241a、245、247及び248によってもたらされる節約に対しても、本規定の発効時から適用される。

§ 221 支出に対する連邦の関与

- (1) 連邦は、疾病保険の保険外給付に対する包括的弁済（Abgeltung）として、2004年は10億ユーロを、2005年は25億ユーロ、2006年からは42億ユーロをそれぞれ5月1日及び11月1日に、半額ずつ、連邦保険庁（Bundesversicherungsamt）を經由して疾病保険に給付する。疾病保険の上級団体は、共同かつ統一的に、一つの疾病保険又は一つの団体を、連邦保険庁との算定の中心的な事務所（zentrale Stelle）として定める。連邦保険庁は、連邦の関与分を、受給資格のある（berechtigte）疾病保険にさらに給付するために、中心的な事務所に支払う。
- (2) 連邦保健・社会保障省は、連邦参議院の同意を伴う法規定によって、第1項に基づく配分に関する詳細を規定する権限を有する。保険外給付の支出が、当該配分の基準となる。

§ 222 貸付金による財源調達禁止に対する限定的な例外

- (1) § 220第2項とは異なり、疾病金庫は1998年12月31日までは、ベルリンを含む、統一協定の第1条第1項に挙げられた地域における保険料引上げを、予算調整のために貸付金を借り入れることによって回避することができる。
- (2) 貸付金の借入れには、監督官庁の同意を必要とする。この同意は、疾病金庫が、あらゆる経済性準備金を費消し、当該疾病金庫の連邦連合会の合意に基づいて、どのようにして従来の債務の根拠が5年以内に回避され、貸付金が最長でも10年以内に返済されるか

ということを再確認可能な形で説明することを証明した場合にのみ、なされることができ。監督官庁は、貸付金の借入れに同意した疾病金庫の業務・会計状況を、最低でも1年おきに審査しなければならない。

- (3) 当該貸付金は優先的に疾病金庫又はその団体に借り入れられる。§ 220 第3項は、この限りにおいて利用されない。疾病金庫及びその団体の資金は、貸付金を、それが保険料引上げを結果として引き起こさない限りにおいて、貸付金の許可 (Gewährung) のために用いられることができる。
- (4) 第1項に挙げられた地域において、§ 220 とは異なり、1998年3月24日の新州における法定医療保険財政基盤強化法 (BGBl. I S. 526) の発効前に予算調整のための貸付金を引き受けた疾病金庫は、監督官庁に、速やかに再検査可能な形で、5年以内に従来の債務の根拠を回避する方法、及び貸付金を、最長でも10年以内に返済する方法を、説明しなければならない。疾病金庫はここにおいて、自己の連邦団体と合意しなければならない。債務の根拠の回避及び、貸付金の返済に対する構想 (Konzept) は、監督官庁の承認を必要とする。当該構想が承認されない場合には、当該貸付金は速やかに返済されなければならない。§ 220 第2項は適用されるが、第1項から3項までは適用されない。第3文又は4文の場合には、監督官庁はこれらの疾病金庫の経営・会計監査を、最低でも1年おきに検査しなければならない。
- (5) 第4項は、2003年12月31日までに、§ 220 とは異なって予算調整のために貸付金を借り入れた疾病金庫に対しても、当該債務をその都度毎年、最低でも4分の1削減し、遅くとも2007年12月31日までに完済するという規定の下に、適用される。2003年12月31日以降の貸付金の借入れは許可されない。

§ 223 保険料支払義務、保険料支払義務収入 (beitragspflichtige Einnahmen)、保険料算定限度額 (Beitragsbemessungsgrenze)

- (1) 保険料は、本編に別段の定めがない限り、構成員資格の存在する暦日ごとに支払われなければならない。
- (2) 保険料は、保険料支払義務収入を基礎に算定される。算定にあたっては、1週を7日、1カ月を30日、1年を360日に換算しなければならない。
- (3) 保険料支払義務収入は、1暦日について、§ 6 第7項に基づく年間労働報酬限度額 (Jahresarbeitsentgeltgrenze) の360分の1の額までをいう (保険料算定限度額)。この保険料算定限度額を超える収入は、本法に別段の定めがない限り、算定の基礎から除外される。

§ 224 疾病手当、妊産婦手当、養育手当支給時の保険料免除

- (1) 構成員が疾病手当、妊産婦手当、又は養育手当の請求権を行使している期間については、保険料が免除される。このことは、第1文に挙げられた給付が支給されているときに限

られる。

(2) 保険料免除によって、損害賠償請求権は排除又は減額されない。

§ 225 特定の年金申請者 (Rentenantragsteller) に対する保険料免除

年金申請者は、次の各号に掲げる事由に該当する場合には、年金の支払われる時点まで保険料を免除される。

1. § 5 第 1 項 11 又は 12 所定の保険加入義務を有する年金受給者が年金受給後に死亡し、その遺族となった配偶者が遺族年金を申請するとき、
2. § 5 第 1 項 11 又は 12 所定の保険加入義務を有する年金受給者が年金受給後に死亡し、その遺族となった遺児 (Waise) が満 18 歳に達する前に遺児年金を申請するとき、
3. § 5 第 1 項 11 又は 12 所定の保険加入義務がなく、§ 10 又は農業医療保険法 § 7 に基づいて保険に加入しているとき。

第 1 文は、年金申請者が労働所得又は恩給 (Versorgungsbezüge) を受けている場合には適用されない。§ 226 第 2 節は、これを準用する。

第 2 款 構成員の保険料算定義務所得

§ 226 保険加入義務を有する被用者の保険料算定義務収入

(1) 保険加入義務を有する被用者については、以下が算定の基礎となる。

1. 保険加入義務を有する雇用からの労働所得、
2. 法定年金保険の年金の支払額、
3. 年金と比較可能な所得の支払額 (恩給)、
4. 法定年金保険又は恩給の年金の他に獲得された (erzielen) 労働所得。

早期退職手当も、労働所得と同等のものとみなされる。事業所外の (ausserbetrieblichen) 施設において、職業訓練法に基づく職業訓練契約 (Berufsausbildungsvertrag) の枠内で教育を受けている訓練生の場合には、教育報酬 (Ausbildungsvergütung) が労働所得と同等のものとみなされる。

(2) 第 1 項第 1 文 3 及び 4 に基づいて算定された保険料は、第 1 項第 1 文 3 及び 4 に基づく月額保険料算定義務所得が総じて第 4 編 § 18 に基づく月額の受給基準額の 20 分の 1 を超える場合には徴収されなければならない。

(3) § 192 第 2 項に基づく加入資格を保持する妊婦に対しては、規約の規定が適用される。

(4) 第 1 項第 1 文とは異なり、保険加入義務を有し、かつ月額労働報酬 (AE) が第 4 編 § 20 第 2 項に基づくスライドゾーン内に位置している被用者に際しては、以下の式に基づいて算定される額が、保険料算定の基礎となる。

$$F \times 400 + (2 - F) \times (AE - 400)$$

F は、100 分の 25 を、労働報酬の請求権が生じる暦年の平均総社会保険料率（Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz）で除した場合に得られる因数（Faktor）である。当該因数は小数点以下第 4 位に切り上げ又は切り捨てされる（runden）。ある暦年の平均総社会保険料率は、同年 1 月 1 日時点で適用される労働者及び職員の年金保険、法定介護保険、並びに雇用促進における保険料率、及び前年 3 月 1 日時点での疾病金庫の平均保険料率の合計から得られる。2003 年については、平均総社会保険料率は 100 分の 41.7 であり、F は 0.5995 である。翌暦年の平均総社会保険料率及び因数 F は、12 月 31 日までに、連邦保健・社会保障省によって官報で公表されなければならない。第 1 文は、職業訓練に従事している者に対しては適用されない。

§ 227 〔削除〕

§ 228 保険料算定義務所得としての年金

- (1) 増額保険（Höherversicherung）の保険料からの上昇額（Steigerungsbeträge）を含む、労働者年金保険及び職員年金保険、並びに鉱山労働者年金保険が、法定年金保険の年金とみなされる。
- (2) 保険料算定に際しては、法定年金保険からの年金の事後支払も、それが当該年金受給者が本編に基づく給付に対する請求権を有していた期間になされる限りにおいて、考慮されなければならない。事後支払からの保険料は、当該年金が事後に支払われた月に対する保険料として通用する。

§ 229 保険料算定義務所得としての恩給（Versorgungsbezüge）

- (1) 稼得能力の制限によって、又は老齢年金又は遺族年金として支給され、年金と比較可能な所得（恩給）として通用するのは、以下である。
 1. 公法上のサービス関係又は官吏法の規定又は基本原則に基づく恩給の請求権を伴う労働関係からの恩給。但し、考慮されないのは以下である。
 - a) 特に移行措置として需給を許可されたもの、
 - b) 事故を条件とする給付及び損害補償（Beschädigtenversorgung）給付、
 - c) 災害補償時における、支払額の 20% の額の給付、及び
 - d) 増額された災害補償における、通常補償の支払額との差額、最低でも増額された災害補償の 20% の額の給付、
 2. 議員、次官（Parlamentarische Staatssekretäre）、及び大臣の恩給、
 3. 一定の職務の職員を対象とした保険・恩給機関の年金、
 4. 移行扶助（Übergangshilfe）を例外とする農民老齢保障法に基づく年金及び農民年金（Landabgaberenten）、
 5. 公共サービスにおける追加保障及び冶金業（hüttenknappschaftlich）の追加保障を含む企業老齢保障年金。

第1文はまた、外国から又は二国間又は多国間の施設からこの種類の給付が受給される場合にも適用される。恩給の代わりに不規則な単発的な(wiederkehrende)給付が行われたり、又はそのような給付が保険事例の発生前に締結されていたか又は約束されていた場合には、給付の120分の1が恩給の支払月額となるが、しかしながらそれは最長でも120カ月しか受給されない。

(2) 扶助給付の追加負担に対しては、§ 228 第2節がこれを準用する。

§ 230 保険加入義務者である被用者の所得種類の順位 (Rangfolge)

労働報酬が保険料算定限度額に達しない場合は、当該加入者の恩給の支払額及び労働所得が保険料算定限度額まで考慮される。法定年金保険からの年金の支払額は、その他の所得種類とは分離されて、保険料算定限度額まで考慮される。

§ 231 保険料の償還

- (1) 恩給又は労働所得からの保険料は、疾病金庫が、恩給及び労働所得を、一度に支払われた労働報酬を含む労働報酬と共に、§ 6 第7項に基づいて分担される年間労働報酬限度額を超過した分の額についても保険料が算定されている限りにおいて、申請に基づき疾病金庫によって構成員に償還される。
- (2) 管轄の疾病金庫は、申請によって構成員に、当該構成員自身によって担われた法定年金保険の年金から徴収された保険料を、保険料算定の根拠となった当該構成員のその他の所得と年金との合計が、保険料算定限度額を超過した額からの保険料分について、償還する。疾病金庫の規約は、当該償還の実施に関する詳細を定めることができる。

§ 232 不安定被雇用者の保険料算定義務所得

- (1) 常勤でない被用者に対しては、一暦年内に獲得された労働報酬は、§ 6 第7項に基づく年間労働報酬限度額の12分の1までは、雇用期間に関わらず、保険料算定義務所得として基礎とされなければならない。§ § 226 及び 228 から 231、並びに第4編 § 23a が通用する。
- (2) 暦年内により多くの常勤でない被用者が発生し、労働報酬が総じて第1項に基づいて挙げられた月額算定限度額を超過する場合は、保険料の算定に際して、総額が算定限度月額を超過しない限りにおいて、個々の労働報酬が割合に応じて考慮されるのみである。構成員又は使用者の申請により、疾病金庫は保険料を、計算可能な労働報酬ごとに配分する。
- (3) 常勤でないとは、期間の定めが事物の性質上1週間よりも少なく制限されることが常であるか、又は前もって労働契約によって制限されることをさす。

§ 232a 失業手当、失業扶助、家計手当、短期雇用手当又は冬期失業手当の受給者の保

険料算定義務所得

(略)

§ 233 船員の保険料算定義務所得

- (1) 船員に対しては、保険料算定義務所得として、船舶乗組員や船舶種類の個別の階級についてライヒ保険法 § 842 に基づいて確定された月額平均報酬の 30 番目の部分、並びに暦日当りの早期退職手当の部分適用される。海上船舶で食事を世話されている船員に対しては、ライヒ保険法 § 842 で確定された食事の世話に対する平均率の 30 分の 1 の分、保険料算定義務所得が上乘せされる。
- (2) 船員に対して、ライヒ保険法 § 842 に基づく月額平均報酬が確定されない場合には、船員疾病金庫の定款が保険料算定義務所得を規定する。
- (3) § 226 第 1 項第 1 文 2 から 4、及び第 2 項、並びに § § 228 から 231 は適宜適用される。

§ 234 芸術家及び記者の保険料算定義務所得

- (1) 芸術家社会保険法に基づく保険加入義務を有する構成員に対しては、見込まれる年間労働所得（芸術家社会保険法 § 12）の 360 分の 1 の部分が、しかしながら最低でも社会法典第 4 編 § 18 に基づく月額の基準額の 180 分の 1 の部分が、保険料算定の基礎となる。養育手当の受給期間又は考慮されるべき所得のみを理由として養育手当が受給されない期間に対しては、構成員の申請によって、当該期間中に獲得が見込まれる第 1 文に基づく労働所得が、暦日当たりの部分をともなって、平均して月額 325 ユーロを上回らない場合に、算定根拠となる。疾病手当又は母性手当の請求権が存在するか、又は § 251 第 1 項に基づく保険料が支払われなければならない暦日に対しては、労働所得は算定根拠とされない。著作権上保護された作品又は業績の活用及び利用に対する報酬もまた労働所得である。
- (2) § 226 第 1 節第 1 文 2 から 4 まで、及び第 2 節、及び § § 228 から 231 までは適宜適用される。

§ 235 施設内のリハビリ者、若年者、障害者の保険料算定義務所得

- (1) § 5 第 1 項第 1 文 6 に基づく義務的被保険者で、労働生活参加のための給付を受給している者に対しては、保険料算定義務所得として、移行手当の算定の根拠となる通常報酬の 80% が適用される。当該報酬は、稼得能力の減少に伴う年金の支払額、並びに保険加入義務の根拠となる雇用から得られる報酬の分、削減されなければならない。第 3 編に基づく部分移行手当を受給する者については、第 2 文は適用されない。移行手当、傷病手当、または扶助疾病手当が調整される場合には、当該報酬はその調整分と同様の百分率の分引き上げられる。移行手当を得ていない者、並びに § 5 第 1 項 5 に基づいて保険加入義務を有する者に対しては、保険料算定義務所得として第 4 編 § 18 に基づく月額の基準額の 20% の額の労働報酬が適用される。

- (2) § 192 第 1 項 3 に基づいて構成員資格が保持される者に対しては、§ 251 第 1 項に基づく所轄のリハビリテーション機関によって負担されるべき保険料は、移行手当、傷病手当、又は扶助疾病手当を根拠とする通常報酬の 80%に基づいて算定される。第 1 項第 3 文が適用される。
- (3) § 5 第 1 項 7 及び 8 に基づく保険料算定義務を有する障害者に対しては、保険料算定義務所得として、実質的に獲得された労働報酬が、しかしながら最低でも第 4 編 § 18 に基づく月額基準額の 20%の額の保険料が、算定根拠とされなければならない。
- (4) § 226 第 1 項第 1 文 2 から 4 及び第 2 項、並びに § § 228 から 231 までは、適宜適用される。§ 230 第 1 文を適用する際は、労働報酬が優先的に考慮されなければならない。

§ 236 学生及び研修生の保険料算定義務所得

- (1) § 5 第 1 項 9 及び 10 に基づいて保険加入義務を有する者に対しては、保険料算定義務所得として、連邦教育促進法 § 13 第 1 項 2 及び第 2 項に基づく、親と同居していない学生に対する月間需要として確定された額の 30 分の 1 が適用される。需要額の変更は、当該変更の翌セメスターから考慮される。
- (2) § 226 第 1 項第 1 文 2 から 4 及び第 2 項、並びに § § 228 から 231 は、適宜適用される。§ 226 第 1 項第 1 文 3 及び 4 に基づいて算定される保険料は、それが第 1 項に基づいて算定されるべき保険料を上回る限りにおいてのみ、納付されなければならない。

§ 237 保険加入義務を有する年金受給者の保険料算定義務所得

保険加入義務を有する年金受給者の場合に、保険料算定の基礎となるのは以下である。

1. 法定年金保険の年金の支払額、
2. 年金と比較可能な所得の支払額、及び
3. 労働所得。

§ 226 第 2 節及び § § 228、229 から 231 はこれを準用する。

§ 238 保険加入義務者である年金受給者の所得種類の順位

法定年金保険の年金の支払額が保険料算定限度額に達しない場合には、当該構成員の恩給及び労働所得の支払額が、保険料算定限度額まで考慮される。

§ 238a 保険加入義務者である年金受給者の所得種類の順位

任意加入の年金受給者に際しては、保険料算定は年金の支払額、恩給の支払額、労働所得、及び当該任意加入者の経済的な負担能力を規定する (§ 240 第 1 項) その他の所得が、保険料算定限度額まで基礎となる。

§ 239 年金申請者に対する保険料算定

年金申請者に対しては、年金の開始までの年金申請の期間に関しては、規約によって規定される。このことはまた、年金の支払がなされる者に対しては、年金の消滅 (Wegfall) 又は拒否 (Entzug) に関する決定が確定 (unanfechtbar) した月の末日まで適用される。§ 240 は準用される。

§ 240 任意加入者の保険料算定義務所得

- (1) 任意加入者に対しては、保険料算定は規約によって定められる。ここにおいては、保険料負担が任意加入者の経済的な負担能力を考慮することが保障されなければならない。
- (2) 疾病金庫の規約は、最低でも保険料算定の比較可能な保険加入義務のある従業員の場合に基礎となる任意加入者の収入を考慮しなければならない。第 4 項第 2 文に挙げられた起業手当 (Existenzgründungszuschuss) は考慮されない。本編 § § 223 及び 228 第 2 項、§ 229 第 2 項及び § § 238a、243 第 2 項、§ 247 第 1 項及び § 248、並びに第 4 編 § 23a は準用される。
- (3) 労働所得の他に法定年金保険の年金を受給している任意加入者に対しては、年金の支払額はその他の所得とは分離され、保険料算定限度額まで考慮されなければならない。このことが総じて保険料算定限度に基づく保険料負担を超える限りにおいて、年金からの保険料に見合った補助金のみが年金保険者から支払われなければならない。
 - (3a) [削除]
- (4) 暦日に対して、少なくとも月額受給規模の 90 分の 1 の部分が、保険料算定義務所得として適用される。本業として自営業を営んでいる任意加入者に対しては、暦日に対して、保険料算定限度月額 (§ 223) の 30 分の 1 の部分が、保険料算定義務所得として適用される。低所得の証明に際しては、しかしながら最低で 40 分の 1 が、第 3 編 § 421 に基づく月払いの起業手当の請求権を有する任意加入者に対しては、月額受給規模の 60 分の 1 が適用される。第 2 文に基づき被保険者によってなされた証明を理由とした保険料算定の変更は、当該証明を呈示した翌月の最初の日に有効となる。

専門学校又は職業専門学校の生徒、又は定期的に労働者として様々な場所で (im Umherziehen) 労働を行っている任意加入者 (移動労働者) (Wandergeselle) に対しては、§ 236 が § 245 第 1 項との関連で適宜通用する。第 1 文は、法定年金保険からの年金の請求権に対する前提条件を満たし、当該年金を申請した任意加入者に対しては、当該任意加入者が、最初に就業を開始してから年金申請を行うまで、少なくとも当該期間の後半の 10 分の 9 の期間について加入者であったか、又は § 10 に基づいて被保険者であった場合には適用されない。§ 5 第 2 項第 1 文は適宜通用する。
- (4a) 任意加入者に対しては、疾病金庫の規約は、疾病金庫及び § 10 に基づいて保険に加入している家族員に対して、構成員、その配偶者、生活パートナー、又は親の出張である外国滞在の間の給付に対する請求権に条件づけられるか、又は § 16 第 1 項 3 が適用される限りにおいて、保険料算定義務所得を、第 1 項第 2 文及び第 3 項とは異なって規定し

なければならない。ここにおいては、第4編§18に基づく月額を受給基準額の100分の10を下回ってはならない。

(5) 規約は、保険料段階（Beitragsklassen）も規定することができる。

第3款 保険料率

§ 241 一般保険料率

保険料は、規約において保険料支払義務所得の百分率の形で確定された保険料率に基づいて徴収されなければならない。別段の定めがない限り、構成員は一般保険料率に基づいた保険料を支払う。一般保険料率は、労働不能時に最低でも6週間の賃金継続支払請求権又は保険加入義務に基づく社会給付請求権を有する構成員にも適用される。

§ 242 保険料率の引上げ

労働不能時に最低でも6週間の賃金継続支払請求権又は保険加入義務に基づく社会給付請求権を有していない構成員に対しては、一般保険料が適宜引き上げられなければならない。

§ 243 保険料率の引下げ

- (1) 疾病手当の請求権が発生しない場合、又は疾病金庫が本編の規定に従って個々の構成員集団に対して給付の範囲を制限する場合には、一般保険料率が適宜引き下げられなければならない。
- (2) 第1項は、§ 240 第4a項に基づく保険料算定には適用されない。§ 10に基づいて保険に加入している家族状況又は家族員の数に応じて保険料等級（Beitragsabstufungen）を設定することは、許可されない。

§ 244 兵役従事者及び兵役代替勤務者（Zivildienstleistende）に対する保険料の引下げ

- (1) 3日以上兵役に召集された際には、保険料は、以下の額とする。
 1. § 193 第1項に基づく兵役従事者は、召集直前に算定されていた保険料の3分の1、
 2. § 193 第2項に基づく兵役従事者は、召集直前に算定されていた保険料の10分の1。

本規定は、法定年金保険、恩給の年金、及び労働所得から算定される保険料には適用されない。

- (2) 連邦保健・社会保障省は、連邦防衛省及び連邦大蔵省との合意の後に、連邦参議院の同意を得て、法規命令により、第1項第1文2に基づく保険料支払いに対して包括的算定（pauschale Beitragsberechnung）を規定し、支払い方法を規定することができる。
- (3) 第1項及び2項は、兵役代替勤務者に準用される。第2項に基づく法規命令に際しては、

連邦防衛大臣に代わって連邦家庭・高齢者・女性・青少年省（Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend）との合意を必要とする。

§ 245 学生及び研修生の保険料率

- (1) § 5 第 1 項 9 及び 10 に基づく保険加入義務者に対しては、連邦保健・社会保障省が毎年 1 月 1 日に確定する疾病金庫の平均一般保険料の 10 分の 7 が保険料率として適用される。保険料率は、小数点以下をゼロとしなければならない。当該保険料率は、平均保険料率確定後の冬学期（Wintersemester）の開始から、学期制が取られていない場合には毎年 10 月 1 日から学生に対して適用される。
- (2) 第 1 項に基づく保険料率は、学生医療保険（studentische Krankenversicherung）の構成員資格が § 190 第 9 項に基づいて終了したが、最終試験（die das Studium abschliessende Prüfung）まで任意に保険加入を継続した者に対しても適用される。但しその期間は、最長で 6 ヶ月までとする。

§ 246 〔削除〕

§ 247 年金給付に対する保険料率

- (1) 保険加入義務者に対しては、法定年金保険の年金受給者に対する保険料の算定に対して、彼らが加入する疾病金庫の一般保険料率が適用される。保険料率の変更は、その都度変更後 3 暦月目の初日から適用される。2003 年 12 月 31 日に適用されており、2004 年 1 月 1 日時点で変更されなかった疾病金庫の一般保険料率は、2004 年 1 月 1 日の保険料率変更として適用される。2003 年 1 月 1 日時点で適用されていた保険料率は、2003 年 7 月 1 日から 2004 年 3 月 31 日まで適用される。
- (2) 第 1 項に基づく保険料率の通知手続きに対しては、§ 201 第 6 項が準用される。
- (3) 1995 年 1 月 1 日から 1997 年 6 月 30 日までの期間については、第 1 項第 1 文の保険料率に代わって、連邦保健・社会保障省が毎年 1 月 1 日までに確定する疾病金庫の平均一般保険料が適用される。この保険料率は、小数点以下をゼロとしなければならない。

§ 248 恩給及び労働所得に対する保険料率

保険加入義務者に対しては、恩給及び労働所得からの保険料の算定に関して、その者の所属する疾病金庫において毎年 7 月 1 日に適用される一般保険料率が、翌暦年に適用される。第 1 文とは異なり、§ 229 第 1 項第 1 文 4 に基づく恩給からの保険料の算定に対しては、その者の属する疾病金庫において毎年 7 月 1 日に適用される一般保険料率の 2 分の 1 が、翌暦年に適用される。第 2 文の事例においては、2004 年 4 月 1 日から 2004 年 12 月 31 日までの保険料算定に対しては、2004 年 1 月 1 日時点で適用された一般保険料率の 2 分の 1 が適用される。

第4款 保険料の負担者 (Tragung)

§ 249 保険加入義務を有する被用者の保険料負担

- (1) § 5 第 1 項 1 に基づいて保険加入義務を有する被用者及びその使用者は、労働報酬に基づいて算定される保険料を折半で (jeweils zur Hälfte) 負担する。
- (2) 使用者は、短期就労者手当 (Kurzarbeitergeld) 又は冬季手当 (Winterausfallgeld) に対する保険料を支払わなければならない限りにおいて、被用者に対する保険料を単独で負担する。
- (3) [削除]
- (4) 第 1 項の規定とは異なり、第 4 編 § 20 第 2 項に基づくスライドゾーン内の労働所得月額を得ている保険加入義務者に関しては、当該雇用に基づく労働所得に対して疾病金庫の保険料率が適用される場合に、保険料が使用者と折半される。但しそうでない場合には、全額が被保険者によって支払われる。

§ 249a 年金を受給する保険加入義務者における保険料の負担

法定年金保険から年金を受給する保険加入義務者及び年金保険の担当機関は、年金額に基づいて算定される保険料を折半で負担する。

§ 249b 僅少就業に対する使用者の保険料

第 4 編 § 8 第 1 項 1 に基づく雇用の使用者は、当該雇用において保険加入を免除されている、又は保険加入義務を有していない被保険者に対して、当該雇用の労働所得の 100 分の 11 の保険料額を負担しなければならない。第 4 編 § 8a 第 1 文に基づく家庭 (Privathaushalten) に雇用され、当該雇用において保険加入を免除されている、又は保険加入義務を有していない被用者に対しては、使用者は当該雇用の労働所得の 100 分の 5 の保険料額を負担しなければならない。使用者の保険料に対しては、第 4 編第 3 項並びに第 4 編 § 111 第 1 項 2 から 4、8 及び第 2 項、及び 4 項が準用される。

§ 250 被保険者単独の保険料負担

- (1) 以下の場合には、保険加入義務者は単独で保険料を負担する。
 1. 恩給から保険料が支払われるとき、
 2. 労働所得から保険料が支払われるとき、
 3. § 236 第 1 項に基づく保険料算定義務所得から保険料が支払われるとき。
- (2) 任意被保険者、§ 189 に挙げられた年金申請者、及び § 192 第 2 項に該当する被保険者である妊婦は、単独で保険料を負担する。

§ 251 第三者による保険料負担

(1) 被保険者に対して管轄を有するリハビリテーション担当機関は、労働生活への参加のための給付、並びに職業適正発見 (Berufsfindung) 又は試用労働への参加 (§ 5 第 1 項 6)、又は移行手当金 (Übergangsgeld)、傷病手当金 (Verletztengeld)、又は援護傷病手当金 (Versorgungskrankengeld) (§ 192 第 1 項 3) の受給を理由として支払われるべき保険料を負担する。

(2) 以下の者については、施設の運営主体が保険料率を単独で負担する。

1. § 5 第 1 項 5 に基づいて保険加入義務を有している青少年、
2. § 5 第 1 項 7 又は 8 に基づいて保険加入義務を有する障害者で、実際の労働報酬が § 235 第 3 項に基づく基準収入額を超えない者。これ以外の障害者に関しては、§ 249 第 1 項及び 3 項が準用される。

§ 5 第 1 項 7 に基づいて保険加入義務を有する障害者に対しては、施設の運営主体が負担すべき保険料が、当該障害者を管轄する給付担当機関から事後的に償還されなければならない。

(3) 芸術家社会保険金庫 (Künstlersozialkasse) は、芸術家社会保険法 (Künstlersozialversicherungsgesetz) に基づいて保険加入を義務付けられた構成員の保険料を負担する。芸術家社会保険金庫が芸術家社会保険法 § 16 第 2 項第 2 文に基づいて給付の停止を決定した場合には、停止の期間中について保険料の納付義務を免除される。但し、停止が芸術家社会保険法 § 16 第 2 項第 5 文に基づいて終了される場合にはこの限りでない。芸術家社会保険法 § 16 第 2 項第 6 文に基づく協定が存在する場合には、芸術家社会保険金庫には、被保険者が自己の保険料負担部分を支払っている限りにおいて停止期間中の保険料納付が義務付けられる。

(4) 連邦は、§ 193 第 2 項及び 3 項の場合における兵役者及び兵役代替勤務者、並びに第 3 編に基づく失業手当の受給者に対する保険料を負担する。

(4a) 連邦労働庁 (Bundesagentur für Arbeit) は、第 3 編に基づく失業手当及び扶助手当 (Unterhaltsgeld) に対する保険料を負担する。

(4b) 規約に基づかない宗教団体、又は類似の宗教的団体の構成員であり、宗教団体又は類似の宗教的団体の信仰を理由として学校外で教育を受けている者に対しては、宗教団体又は類似の宗教的団体が保険料を負担する。

(4c) 企業外の施設において、職業訓練法に基づく職業訓練協定の枠内で訓練を受ける訓練生に対しては、施設の担当機関が保険料を負担する。

(5) 疾病金庫は、保険料支払を監査することができる。

第5款 保険料の支払い

§ 252 保険料の支払い

法律によって別段の定めが定められない限りにおいて、保険料は、それを担うべき者によって支払われなければならない。第1文とは異なり、連邦労働庁、又は第2編 § 6a の事例においては許可されたコミュニーの機関が、第2編に基づく失業手当 II (Arbeitslosengeld II) の受給者に対する保険料を支払う。

§ 253 労働報酬からの保険料支払い

保険加入義務を有する雇用における労働報酬からの保険料支払いに対しては、第4編 § 28d から 28n に基づく総合社会保険料 (Gesamtsozialversicherungsbeitrag) に関する規定が適用される。

§ 254 学生の保険料支払い

保険料支払義務を有する学生は、大学への登録又は再登録 (Rückmeldung) の前に、 Semester 分の保険料を前もって管轄の疾病金庫に支払わなければならない。疾病金庫の規約は、別の支払方法を規定することができる。学生として被保険者となった者が本法典を根拠として疾病金庫に対して生じる義務を遂行していると立証できない場合は、大学は登録又は再登録の受理を拒否する。

§ 255 年金からの保険料支払い

- (1) 保険加入義務者がその年金から担うべき保険料は、年金保険の保険者によって、年金の支払い時に受領され、年金保険の保険者によって担われるべき保険料と共に連邦職員保険庁あてに、農民疾病金庫を例外として、疾病金庫に対して支払われなければならない。第1文に基づく保険料額の変更に際しては、年金保険の保険者による特別な情報伝達は必要ではない。
- (2) 年金の支払い時に第1項に基づく保険料の受領が行われない場合には、未払いの (rückständig) 保険料は年金保険の保険者によって、今後支払われるべき年金から受領されなければならない。第1編 § 51 第2項は準用される。年金がもはや支払われない場合には、未払いの保険料の徴収は管轄の疾病金庫の義務である。年金保険の保険者は、自らが支出上担当する部分を有し、医療保険に対して責任を負う。
- (3) 第1項及び2項に基づく保険料は、当該保険料支払義務を有する年金の受給者の疾病金庫に当然に帰属する。疾病金庫は、第1文に基づく保険料要求をリスク構造調整 (§ 266) における自らの義務として、連邦職員保険庁に受領された保険料と精算する (verrechnen)。年金保険の保険者は疾病金庫に、受領した保険料を証明しなければならない。保険料の分配手続に関する詳細は、関係疾病金庫及び連邦職員保険機関 (Bundesversicherungsanstalt) が、連邦保険庁 (Bundesversicherungsamt) の承認を得て協

定する。

- (3a) 第 1 項及び 2 項に基づく保険料の支払期日は、年金の支払われる月の翌月の初日である。保険料は、第 3 項第 2 文に基づいて精算された後直ちに、疾病金庫に支払われる。保険料が精算されない限りにおいて、当該保険料は疾病金庫から請求があった後の 5 日目の労働日に支払われなければならない。最も早い請求は、年金が支払われた月の翌月の初日である。年金が、支払期日のある月の前月の最後の銀行営業日（Bankarbeitstag）に支払われた場合（第 6 編 § 272a）には、第 1 項及び 2 項に基づく保険料は、第 1 文とは異なり、年金の支払われた月の初日が支払期日となる。第 3 文に基づく最も早い支払請求は、この場合には年金の支払われた月の初日である。
- (4) 1995 年 1 月 1 日より 1997 年 6 月 30 日までは、連邦保険庁は第 1 項及び 2 項に基づく保険料を、これらの保険料算定義務年金受給者の疾病金庫と、暦年に関する一般保険料率の生産物（Produkte）との割合と、疾病金庫に登録されている年金とに互いに整合的な割合で分け合う。疾病金庫は、第 1 項に基づく保険料請求を、リスク構造調整（§ 266）における各自の義務や、連邦職員保険庁（Bundesversicherungsanstalt für Angestellte）をもとに算定する。第 3 項及び 4 項はこれを準用する。

§ 256 恩給からの保険料支払い

- (1) 法定年金保険の年金を受給する義務的被保険者に対しては、恩給の支払所（Zahlstellen）は恩給からの保険料を受領し、管轄の疾病金庫に支払わなければならない。支払われるべき保険料の支払いは、そこから保険料が支払われるべき恩給が支払われる時点でなされる。支払所は疾病金庫に、支払われるべき保険料を証明しなければならない。加入者が恩給を多くの支払所から受給し、法定年金保険の年金の支払額とあわせて保険料算定限度額を超える場合は、疾病金庫は加入者の申請又は支払所の申請によって保険料を分散させる（verteilen）。
- (2) § 255 第 2 項第 1 文及び 2 文は準用される。疾病金庫は、事後に支払われた恩給からの保険料を徴収する。このことは、恩給の経済状況へのスライドを理由とする事後支払にも適用される。保険料の償還は、管轄の疾病金庫の義務である。疾病金庫は、恩給の支払所と別段の定めを協定することができる。
- (3) 疾病金庫は保険料支払を監督する。支払所による保険料支払の監督に対して、複数の疾病金庫が管轄である場合、それらの疾病金庫は、これらの疾病金庫のうちの 1 つが関与する疾病金庫に対する監督を引き受けることを協定しなければならない。第 10 編 § 98 第 1 項第 2 文は、準用される。
- (4) 30 人以下の保険料加入義務を有する加入者に定期的に恩給を支払う支払所は、管轄の疾病金庫に、加入者が保険料を自分で支払うことを申請することができる。

第 2 節 保険料補助金

§ 257 被用者に対する保険料補助金

- (1) 任意で法定医療保険に加入している被保険者で、年間労働報酬限度額を超過しているという理由だけで保険加入義務が免除されている者は、その者の使用者から保険料補助金として、保険加入義務を有する被用者に対して、その者が加入する疾病金庫に対して当該使用者が負担すべき保険料の半額を獲得する。しかしながらその額は最高でも、その者が実際に支払うべき額の半額である。同時期に複数の雇用関係が存在する場合には、関係する使用者は、各々の労働報酬額の割合に応じて、保険料補助金の支払いを義務づけられる。第 3 編に基づく操短労働者手当又は冬季休業手当を受給する被用者に対しては、第 1 文に基づく補助金に加えて、使用者が、保険加入義務を有する被用者が加入する疾病金庫に、§ 249 第 2 項 3 に基づいて保険料として負担しなけりばならなかつた保険料額の半額を支払わなければならない。
- (2) 年間労働報酬を超過しているというだけで、又は § 6 第 3a 項を理由として保険加入を免除されているか、又は保険加入義務を免除され、民間医療保険に加入している被用者であり、自己及び、保険加入義務を持つ被用者の場合に § 10 に基づいて保険に加入することとなる家族のために、本編の給付の種類に該当する契約給付を利用することができる被用者は、その者の使用者から保険料補助金を受け取る。当該補助金は、前年の 1 月 1 日時点の疾病金庫の平均一般保険料率 (§ 245)、また § 226 第 1 項第 1 文 1 及び § 232a 第 2 項に基づく保険加入義務の際に根拠とされるべき保険料算定義務所得の適用のもとで保険料として発生する額の半額である。しかしながら、最高でも実際に当該被用者が自己の医療保険に支払った額の半額が支払われなければならない。ある疾病金庫への加入に際して、傷病手当の請求権を持たない者に対しては、補助金の算定の際に、第 2 文に挙げられた保険料率の 10 分の 9 を適用しなければならない。第 3 編に基づく操短労働者手当又は冬季休業手当を受給する被用者に対しては、第 1 項第 3 文は、最高でもその者が実際に支払わなければならない額という条件の下で適用される。第 1 項第 2 文は適用される。
- (2a) 第 2 項に基づく補助金は、1994 年 7 月 1 日より民間医療保険に対しては、保険会社が以下の場合においてのみ支払われる。
1. この医療保険が生命保険という種類に基づいて実施される場合、
 2. 66 歳以上であり、代替的な保険保護（保険監督法 § 12 第 1 項）において最低でも 10 年の事前保険期間を享受しているか、又は 56 歳以上で、年間総所得（第 4 編 § 16）が § 6 第 7 項に基づく年間労働報酬限度額を上回らず、この事前保険期間を享受している者に対して、当該契約給付が本編の給付に対して、疾病の際そのつど比較可能であり、個人々人に対する当該保険料が、法定医療保険の平均最高保険料を上回らず、また配偶者又は生活パートナーに対しては、彼らの年間総所得が年間労働報酬限度額を上回らない限りにおいて、総じて法定医療保険の平均最高保険料の 150% を上回らないような部門統一的な基準料金（brancheneinheitlichen Standardtarif）を提供することを義務づけている場合、

- 2a. 法定年金保険の年金の請求権に対する前提条件を満たし、この年金を申請した、又は公務員法又は比較可能な規定に基づく恩給を受給する 55 歳以下の者にも、部門統一的な基準料金を、2.で挙げられた前提条件のもとで提供することを義務付けている場合。このことは、保険加入者の保険加入義務に際して、§ 10 に基づく家族被保険者となるべき者にも適用される。
- 2b. 公務員法の規定又は原理に基づき、疾病の際に補助金への請求権を有する保険加入者にも、並びに 2.で挙げられた前提条件のもとで考慮されるべきその家族員にも、補助金を補完する契約給付が本編での給付と疾病の際にそのつど比較可能であり、その保険料が 2.で挙げられた最高保険料に対して、補助金の率では充足されない百分率の割合から生じているような、部門統一的な基準料金を提供することを義務付けている場合、
- 2c. 2b.に挙げられた前提条件のもとでの部門統一的な標準料金を、事前保険期間、年齢制限、及び総所得を考慮せずに、リスク加算を伴わずに、リスク理由からの一般的な受入規定に基づいて、全く又は不十分な状態でしか保険加入できない者にも、彼らが障害の確定又は公務員関係への任命の確定後の最初の 6 カ月以内に、又は 2000 年 12 月 31 日までに、当該提供を受ける場合に、提供することを義務付けている場合、
3. 自ら締結した保険業務から生じた利潤の大部分を、被保険者の利益のために用いることを義務付けている場合、
4. 契約上、正規の解約権を放棄している場合、
5. 当該保険会社が本法の適用領域に所在する場合に、医療保険を他の保険部門 (Sparte) と実施していない場合。

第 1 文 2 に基づいて決定的となる法定医療保険の平均最高保険料は、そのつど前年の 1 月 1 日時点の疾病金庫の平均一般保険料率 (§ 245) 及び保険料算定限度額 (§ 223 第 3 項) に基づいて、1 月 1 日に算定されなければならない。保険加入者は、その者の使用者に、3 年が経過するごとに、監督官庁が当該保険会社に、当該保険が、それに基づいて第 1 文に挙げられた前提条件が実施されるような保険契約の根拠であることに関する保険会社の証明書を提示しなければならない。

- (2b) 第 2a 項第 1 文 2 及び 2a.から 2c.までに挙げられた制限を保障するために、第 2 項に基づく補助金を受ける資格を有する医療保険を実施する全ての保険会社は、財政上のピーク調整 (Spitzenausgleich) に参加しなければならない。その体制は、基準料金の細目とともに、保険体制に関する連邦監督庁及び民間医療保険の団体との間で、参加した企業に対する効力を伴って合意されなければならない。またこれらの企業に均一の負担を生じさせる。第 2a 項第 1 文 2c で挙げられた、重度障害者の労働、職業、社会生活への統合に関する法律 § 4 第 1 項に基づいて確定された者に対しては、第 1 文に基づく調整に含められる 100%の擬制の加算が、補助金総額に上乗せして算定される。
- (2c) 第 2a 項の前提条件を満たしていない民間医療保険会社の保険に加入している者は、1994 年 7 月 1 日より保険契約を、即時の効力を伴って解約することができる。
- (3) 被用者として継続的に、早期退職給付の開始前までに、第 1 項に基づく完全な、又は持ち分に応じた保険料補助金を有していた、§ 5 第 3 項に基づく早期退職手当の受給者に対

しては、早期退職手当の支払いを義務付けられた者に対する、早期退職給付の期間に対する請求権が保持される。当該補助金は、早期退職手当の受給者が保険加入義務を有する被用者として支払わなければならない保険料の半額であり、しかしながら最高でも、当該受給者が支払った額の半額である。第 1 項第 2 文は適宜適用される。

- (4) 被用者として継続的に、早期退職給付の開始前までに、第 2 項に基づく完全な、又は持ち分に応じた保険料補助金を有していた、§ 5 第 3 項に基づく早期退職手当の受給者に対しては、早期退職手当の支払いを義務付けられた者に対する、早期退職給付の期間に対する請求権が保持される。当該補助金は、保険料算定限度額（§ 223 第 3 項）までの早期退職手当、及び疾病金庫の平均一般保険料率の 10 分の 9 から、保険料として算定された額の半額であり、しかしながら最高でも、早期退職給付の受給者が彼の医療保険に対して支払わなければならない額の半額である。第 2 項第 3 文は適宜適用される。当該保険料率は小数点以下第 1 位で四捨五入されなければならない。

§ 258 その他の者 (andere Personen) に対する保険料補助金

§ 5 第 1 項 6、7 又は 8 に挙げられ、§ 6 第 3a に基づいて保険加入義務を免除されており、並びに移行手当の受給者であり、§ 8 第 1 項 4 に基づいて保険加入義務を免除されている者は、管轄の給付提供者から医療保険料に対する補助金を受給する。補助金として、給付提供者からは医療保険加入義務者が保険料として支払うこととなる額が支払われ、それはしかしながら最高でも民間の医療保険会社に支払われるべき額を最高とする。§ 257 第 2a から 2c までは準用される。

第 3 節 資金 (Mittel) の利用及び管理

§ 259 疾病金庫の資金

疾病金庫の資金は、経営費 (Betriebsmittel)、積立金 (Rücklage)、及び管理資産 (Verwaltungsvermögen) を包括する。

§ 260 運営費 (Betriebsmittel)

- (1) 運営費は、以下に対してのみ用いられることが可能である。
1. 法的に、又は規約によって規定された任務、又は管理費用に対して。介護金庫としての疾病金庫の任務は、本規定の意味での法的な任務ではない、
 2. 積立金の充足、及び管理資金の構築。
- (2) 運営資金は予算年を通じた平均月額で、第 1 項 1 に挙げられた目的に対する疾病金庫の予算計画に基づく 1 カ月分の支出額の 1.5 を超えてはならない。手元にある運営資金の確定に際しては、疾病金庫の要求及び義務は、それらが積立金又は管理資金に分類されない限りにおいて、考慮されなければならない。経過的な資金 (Durchlaufende Gelder) は引き続き考慮の対象とならない。

- (3) 運営資金は必要な範囲において準備され、残りは第1項に挙げられた目的のために利用可能なように投資されなければならない。

§ 261 積立金 (Rücklage)

- (1) 疾病金庫は、自己の給付能力の確保のため、積立金を準備しなければならない。
- (2) 規約では、予算計画に基づいて、平均的に § 260 第1項1に挙げられた目的 (目標積立金) (Rücklagesoll) のための支出の月額に相当する額の百分率が規定される。積立金は最低でも第1文に基づく1カ月の支出分の4分の1、最高で第1文に基づく1カ月の支出分はなければならない。
- (3) 疾病金庫は、予算年内における収入及び支出の変動が運営資金によっては調整されることができない限りにおいて、積立金からの資金を運営資金に繰り入れることができる。この場合には、それによって当該予算年内の保険料率の引上げが回避される場合には、積立金が利用される。
- (4) 予算計画の作成の際に、積立金が目標積立金よりも少ない場合には、目標積立金に達成するまで、最低でも目標積立金の4分の1の額の積立金を満たすことを予算計画において予定しなければならない。第1文は、積立金を満たすだけのために保険料率の引上げが必要になる場合には適用されない。
- (5) 積立金が義務的積立金を超過する場合は、超過分の金額は運営資金に繰り入れられることが可能である。
- (6) 積立金はその他の資金とは分離され、第1項に挙げられた目的のために利用可能なように投資されなければならない。それは § 262 を留保して、疾病金庫によって管理される。

§ 262 合計積立金 (Gesamtrücklage)

- (1) 州団体の規約は、団体構成員によって構築された積立金を、目標積立金の3分の1まで州団体によって特別資金 (合計積立金) として管理することを規定することができる。合計積立金は疾病金庫によって管理された積立金の部分に優先して充足されなければならない。
- (2) 1年間に発生した資本収益及び売却 (Veräußerung) から生じた合計積立金の利益は、売却によって生じた損失に対して調整される。その差額は、関与する疾病金庫に対し、その積立金の預金 (Rücklageguthaben) 額に応じて、州団体において年間平均で割り当てられる。
- (3) 第2項に基づいて余剰が発生した場合には、当該余剰は、州団体における積立金の預金が第1項に基づいて規定された割当に達しているような疾病金庫に支払われる。この積立金の預金が未だ達成されていない場合には、当該余剰は不足額分まで支払われず、貸方に記入される。第2項に基づいて不足額が生じた場合には、当該不足額は疾病金庫の

積立金預金に負債として記入される。

- (4) 疾病金庫は、当該疾病金庫自身が管理する積立金資金が使い果たされた場合にのみ、州団体における積立金預金を用いることができる。疾病金庫がその積立金預金を使い果たした場合には、それは州団体によって、合計積立金からの借入金を獲得できる。州団体の規約は、借入金の保障、返済、及び利子に関する規定を定める。
- (5) 合計積立金は、それが § 261 第 1 項及び 4 項に挙げられた目的に用いられることができるように投資されなければならない。

§ 263 管理資産

- (1) 疾病金庫の管理資産は、以下を含む。
 1. 疾病金庫の管理及びその業務上の施設（自己業務）（Eigenbetriebe）の運営のために用いられることが規定されている資産設備（Vermögensanlagen）、
 2. これらの資産部分の獲得及び刷新のため、及び将来において従業員及びその遺族のために支払われるべき恩給のために準備される資金。

但しこれらが疾病金庫の任務遂行のために必要である限りにおいてである。疾病金庫の管理目的のために部分的に必要な、又はその自己業務のために必要な土地も管理資産に属する。

- (2) 法的な義務又は権能を理由とするその他の資産設備もまた、それらが運営資金や積立金又は特別資産（Sondervermögen）に分類されない限りにおいて、管理資産として通用する。

§ 264 費用償還に関する任意の被保険者に対する治療の引受け

- (1) 疾病金庫は、法的に疾病に対する保険に加入していない失業者や、その他の扶助受給者、並びに連邦保健・社会保障省によって示された一定範囲の者に対して、当該疾病金庫に個別事例（Einzelfall）に対する支出全額、並びにその管理費用の適切な部分に対する補償（Ersatz）が保障される限りにおいて、治療を引き受けることができる。
- (2) 連邦社会扶助法 § 2 に基づく生計扶助給付を受給中の者や、第 3 項に基づく特別な生活状態への扶助（Hilfe in besonderen Lebenslagen）の受給者、及び避難所申請者給付法（Asylbewerberleistungsgesetz） § 2 に基づく給付を受給中の者で、保険に加入していない者の治療は、疾病金庫によって引き受けられる。第 1 文は、生計扶助（Hilfe zum Lebensunterhalt）を最低でも 1 カ月は継続して受けられないことが見込まれる受給者、連邦社会扶助法の § § 14 及び 17 に基づく給付のみを受給している者、並びに連邦社会扶助法 § 119 に挙げられた者に対しては適用されない。
- (3) 第 2 項第 1 文に挙げられた受給者は、直ちに当該扶助を管轄する社会扶助機関の地域において、自己の治療を引き受ける疾病金庫を選択しなければならない。在宅扱いの共同体（häusliche Gemeinschaft）に複数の受給者が居住する場合は、当該選択権は、本人に対して、及び世帯代表者（Haushaltsvorstand）が保険加入義務を有する場合に § 10 に基づき

保険に加入することとなる家族員に対して、世帯代表者によって検討される。第 1 文及び 2 文に基づく選択権が行使されない場合には、第 4 編 § 28i 及び § 175 第 3 項第 2 文が適宜適用される。

- (4) 第 2 項第 1 文に挙げられた受給者に対しては、§ 11 第 1 項並びに § § 61 及び 62 が適宜適用される。彼らは、§ 291 に基づく医療保険被保険者証を取得する。65 歳以下の受給者に対しては、§ 291 第 2 項 7 に基づく被保険者の地位として、「構成員」の地位が、66 歳以上の受給者には「年金受給者」の地位が適用される。65 歳以下の受給者で、在宅扱いの共同体に居住し、世帯代表者でない受給者は、「家族被保険者」の地位を取得する。
- (5) 受給者が、連邦社会扶助法の意味においてもはや困窮していない場合は、社会扶助の機関はこのことを疾病金庫に届け出る。届出の後の被保険者証の悪用によって疾病金庫に生じた支出は、社会扶助の機関が返済しなければならない。第 2 項に基づく一定の範囲の者に対する人的支出を含む適切な管理費用として、算定された給付支出の 5%までが定められる。非経済的な給付提供又は給付保障の証拠が存在する場合は、管轄の社会扶助機関が各疾病保険に、当該支出の妥当性を検討し、証明するよう求めることができる。

第 4 節 財政調整、及びリスク構造調整

§ 265 費用のかかる (aufwendig) 給付事例に対する財政調整

州連合会及び代替金庫の団体の規約には、費用のかかる給付事例、及びその他の費用のかかる負担に対する費用を全体的又は部分的に充足するために、団体構成員の分担金 (Umlage) を規定することができる。要件、償還、及び利息に関する詳細は、団体の規約に規定される。

§ 265a 特別な緊急状態 (Notlagen) に対する、又は競争力保持のための財政援助

- (1) 上級団体の規約には、当該団体の加入者及びその加入金庫に対する効力を伴って、当該金庫種類の疾病金庫の特別な緊急状態における、又は競争力保持のための財政援助に関する規定を定め得る。当該援助は、貸付金としても許可され得る。当該財政援助の要件、規模、財源調達及び実施に関する詳細は、規約に規定される。規約の規定には、州連合会の構成員の被保険者数に基づく過半数の賛成が必要となる。当該財政調整は、限定的かつ経済性及び給付能力の改善に役立つような賦課事項 (Auflagen) に拘束され得る。
- (2) 上級団体の理事会は、疾病金庫の理事会の申請により、援助に関する決定を行う。援助に関する当該決定は、関連する州連合会の承認を必要とする。所属する州連合会によって援助への合意がなされなかった疾病金庫は、調整手続には参加しない。

§ 266 リスク構造調整

- (1) 疾病金庫間で毎年、リスク構造調整が実施される。リスク構造調整により、加入者の保

除料算定義務所得額、及び § 10 に基づく被保険者の数、並びに年齢別並びに性別の被保険者集団（§ 267 第 2 項）ごとの被保険者の分布の相違がもたらす財政的な影響が、疾病金庫間で調整される。構成員の保険料算定義務所得額及び § 10 に基づく被保険者数、又は § 267 第 2 項に基づく被保険者集団の年齢構成及び性別構成に起因しない疾病金庫間の収入及び支出の相違に関しては、調整は行われぬ。

- (2) 疾病金庫の調整交付金（Ausgleichsanspruch）又は調整拠出金（Ausgleichsverpflichtung）の額は、当該疾病金庫の財政力（Finanzkraft）と所要保険料（Beitragsbedarf）とを衡量することによって算定される。疾病金庫の所要保険料とは、当該疾病金庫の標準給付費（standardisierte Leistungsausgabe）の総額をいう。被保険者 1 人当たりの標準給付費は、全疾病金庫の被保険者 1 人当たりの平均給付費を基礎として、当該被保険者集団の被保険者 1 人当たりの標準給付費の割合が、§ 267 第 3 節に基づいて全疾病金庫に対して算定される、§ 267 第 2 節に基づく被保険者集団の被保険者 1 人当たりの平均給付費の割合に合致するように毎年決定される。
- (3) 疾病金庫の財政力は、当該疾病金庫の加入者の保険料算定義務収入及び調整需要率（Ausgleichsbedarfssatz）から算定される。調整需要率とは、加入者の保険料算定義務収入の総額に対する全疾病金庫の所要保険料総額の割合に相当する。調整需要率は、百分率（Hundertstel）で確定される。疾病金庫の財政力が所要保険料を上回る場合は、その超過分は、所要保険料が財政力を上回るような他の疾病金庫に提供される。
- (4) 第 2 項に基づく標準給付費の算出に際しては、以下は考慮されない。
 1. 第三者から償還されるべき給付費、
 2. 規約に基づく附加給付又は試験給付、及び法律上の請求権が存在しない給付に対する費用、
 3. リスクプール（§ 269）によって調整される給付費。

入所での継続リハビリテーション（Anschlussrehabilitation）（§ 40 第 6 項第 1 文）に対する支出、並びに § 137g に基づくプログラムの展開及び実施を理由として発生し、第 7 項に基づく法規命令において、第 2 項第 3 文とは異なって詳細に規定されるべき支出は、第 1 文に基づく標準給付費の調査に含めなければならない。鉱山医（Knappschaftsärzte）又は鉱山歯科医の給付に対する支出は、契約医及び契約歯科医と同様の方法で算定される。

- (5) 連邦保険庁（Bundesversicherungsamt）が調整を実施する。連邦保険庁は、各疾病金庫の所要保険料及び財政力の調査に際して、以下を公示する。
 1. 最長でも 3 年ごとに、§ 267 に基づくデータ集積に基づく、調整手続に参加する全疾病金庫の被保険者 1 人当たりの標準給付費に対する、被保険者集団（§ 267 第 2 節）別の、被保険者 1 人当たりの全疾病金庫の標準給付費の割合、
 2. 毎年、1. に基づく割合値（Verhältniswerte）を基礎として標準化された、調整に参加する全疾病金庫の、被保険者集団（§ 267 第 2 項）別の各被保険者の給付支出、
 3. 第 3 項に基づく調整需要率。

連邦保険庁は、算定の基礎となるデータの統一的な整序及び把握のために、事務及び会計結果を超えて、さらなる情報や証拠書類の提供を求めることができる。

- (6) 連邦保険庁は暦年ごとに予め、第 5 項 2、3 に基づく値を暫定的に確定する。疾病金庫によって給付されるべき調整拠出金の算定に際しては、疾病金庫は、第 1 文に基づく値、前年の 10 月 1 日時点で調査された § 267 第 2 項に基づく被保険者集団ごとの被保険者の数、及び構成員の保険料算定義務収入の予想総額を根拠として用いる。暦年の経過後、各疾病金庫の所要保険料及び財政力が、連邦保険庁によって、当該暦年に関して作成された事務及び会計結果、及び当該暦年の 10 月 1 日時点で調査された、関係疾病金庫の被保険者数から算定される。第 2 文に基づいて給付される調整拠出金は、一部弁済 (Abschlagszahlungen) とみなされる。一部弁済は第 3 文に基づく所要保険料と財政力の確定後、当該業務年度に対して最終的に給付される調整拠出金によって調整される。リスク構造調整に必要な算定手続及び調整金交付事務は、第 7 項に基づく法的規定によって、連邦職員保険庁 (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte) に委託されうる。第 3 文に基づく値の算定手続終了後に、事実上又は会計上の過誤のあることが明らかになった場合は、連邦保険庁はこの過誤を次回の調整手続における算定の際に、適用規定に基づいて考慮しなければならない。
- (7) 連邦保健・社会保障省は、連邦参議院の同意を得て、法的規定により、以下に関する詳細を規定する。
1. 第 5 項に基づく値の算定及び、リスク調整手続の実施に必要なデータの公表の方法、範囲及び期日、
 2. 第 3 項に基づく考慮されるべき保険料算定義務収入の制限及び第 2、4、5 項に基づく給付支出の制限。その際、§ 267 第 3 項に挙げられた被保険者集団に対しては、第 2、3 項とは異なり、特別な標準化手続及び、疾病手当金又は、保険料算定義務収入の考慮に対する制限が規定されうる、
 3. § 267 第 2 項とは異なる、年齢集団間の年齢格差を含む、§ 267 第 2 項に基づいて考慮されるべき被保険者集団の制限、
 4. 余剰額又は不足額の整理のための暫定的な調整需要率の変更を含む算定手続、
 5. 遅滞利息の満期と、その算定、
 6. 算定手続とその実施、
 7. § 267 に基づく決定日と締め切りの確定。§ 267 第 2 項に基づく実施日の代わりに、調査期間が規定されうる、
 8. 疾病金庫や年金保険保険者や給付提供主体によってなされるべき報告、
 9. 第 2 項から 6 項までをも逸脱した、§ 249b に基づく使用者保険料の考慮、
 10. リスクプールによって調整された支出分、及びリスクプールによる調整額の後発的な変化を考慮した分の、標準給付支出の減少、
 11. § 274 に基づく検査を行う施設 (Stelle) による、誤ったデータ伝達の結果又は検査不能データのデータ、及び § 274 とは異なる検査手続及び検査基準を含む、疾病金庫から伝達されるべきデータの検査。

第 1 文とは異なり、第 4 節第 2 文及び第 1 文 3 に対する規則規定は、連邦参議院の同意なしには承認され得ない。

(8) 満期日 (Fälligkeitstag) の経過までに給付されなかった調整額に対しては、遅滞 (Säumnis) してからの各月の開始に対して、未払い額の 100 分の 1 の額の遅滞割増金 (Säumniszuschlag) を支払わなければならない。

(9) 農業疾病金庫はリスク構造調整に関与しない。

§ 267 リスク構造調整のためのデータ調査 (Datenerhebung)

(1) 疾病金庫は毎営業年度に、被保険者とは関係の無い (nicht versichertenbezogen)、以下の調査を行う。

1. 費用枠組の分類における、及びその規定に基づく給付支出と保険料収入
2. 一般の医療保険及び年金受給者医療保険別の保険料算定義務収入

(2) 疾病金庫は毎年 10 月 1 日に、構成員の数と § 10 に基づく被保険者の家族数を、5 年の年齢間隔を置いた年齢集団に基づいて、構成員集団別と性別で調査する。構成員集団の区別は、§ § 241 から 247 までで挙げられた指標に基づいて行われる。就業不能年金及び稼得不能年金受給者の数及び鉱山労働者年金の受給者の数の調査は、第 1 文に基づいて、共通のさらなる構成員集団として別々に調査される。

(3) 疾病金庫は最長でも 3 年の間隔を置いて、最初に 1994 年の営業年度に対して、被保険者とは関係なく、第 1 項で挙げられた給付支出及び医療保険給付金日数とを、年齢集団別に、第 2 項第 1 文に沿って、被保険者の性別に基づいて、また § 44 に基づく医療保険給付金支出と、医療保険給付金日数とを、追加的に § § 241 から 243 までで挙げられた構成員集団ごとに分類して調査する。超過給付及び試験給付に対する支出及び法律上の請求権を持たない給付に対する支出は、§ 266 第 4 項第 2 文に基づく給付の例外を伴って、算出されない。第 1 文に基づく調査に際しては、就業不能及び稼得不能年金受給者の集団と、鉱山労働者年金の受給者に対する給付支出とは、別々に調査されなければならない。第 1、2 文に基づくデータの調査は、連邦地域又は個々の州において地域や疾病金庫種別を代表するような抜き取り検査に制限されうる。抜き取り検査の合計範囲は、最高でも法定医療保険の全被保険者の 10% である。

(4) 疾病金庫は第 1、3 項に基づくデータ調査の結果を翌年の 5 月 31 日までに、また第 2 項に基づくデータ統計の結果を遅くとも調査期日以降の 3 カ月以内に、§ 266 第 7 項に基づく法的規定において挙げられた施設の上級団体を經由して、機械的な活用を実施することができるデータ保管者に提出する。

(5) 第 3 項に基づくデータ把握に対しては、ここに該当する疾病金庫は医療保険被保険者カードを、第 3 項第 1 文から 3 文に基づく加入者集団に対する標識として利用することができる。医療保険被保険者カードは、第 1 文に基づく標識を含み、医師と歯科医とは、これらの標識を、契約医診療に義務付けられている処方箋 (Verordnungsblätter) 及び移送

証明書に転記する。保険医協会、保険歯科医協会及び給付提供主体は、第 1 文に基づく標識を、給付算定に際して用いる。それらはさらに、個々の標識に対する算定額の合計を、給付算定において個別に提示する。第 1 文に基づく標識を別の用途に利用することは、許可されない。保険医協会、保険歯科医協会及び給付提供主体は、第 1 項から第 3 項までにに基づくデータ把握に対して必要な算定データを、適切な方法で、機械による利用が可能なデータ保管者に対して常時利用可能にしておく。

- (6) 疾病金庫は、法定年金保険の保険者に、その上級団体を經由して、§ 293 第 1 項に基づく標識及び、SGBVI § 147 に基づく、当該疾病金庫における保険加入義務者の年金受給者の被保険者番号を伝達する。法定年金保険の保険者は、管轄の疾病金庫に、その上級団体を經由して、毎年 12 月 31 日までに、第 1 文に基づく標識を基盤とした、10 月 1 日時点での § 5 第 1 項に基づく保険加入義務者である加入者に支払われた法定年金保険の年金の合計を報告する。第 2 文に基づく報告は、どの被保険者が就業不能・稼得不能年金を受給しているのか、に関する情報をも含む。法定年金保険の保険者は第 2、3 文に基づく課題の実施をドイツ郵便株式会社 (Deutsche Post AG) に委託することができる。疾病金庫はその上級団体を經由して、第 1 文に基づくデータをこの場合は、SGBVI § 119 第 7 項に基づいて管轄している場所に伝達する。SGBVI § 119 第 6 項第 1 文及び第 7 項が適用される。法定年金保険の保険者又は第 4 文に基づいて委託された場所は、第 6 項に基づくその任務の実施後は、データを消去する。疾病金庫はそのデータを、第 1 項から第 3 項までにに基づく任務に対してのみ利用してよい。第 3 文に基づくデータは、§ 266 に基づくリスク構造調整の実施及び決定後は、消去されなければならない。
- (7) 疾病金庫の上級団体は、1993 年 4 月 30 日までに以下について協定する。
1. 調査範囲に関する詳細、第 3 項に基づく地域及び抜き取り検査手続きの選択
 2. 第 5 項第 1 文に基づく標識手続きに関する詳細
 3. 連邦保険医協会と共に、§ 295 第 3 項に基づく協定において、第 5 項第 2 文から 4 文に基づく手続きに関する詳細
 4. ドイツ年金保険者団体と統一のかつ共通で、第 6 項に基づく報告の手続きの詳細
- (8) 第 7 項に基づく協定が 1993 年 4 月 30 日までに成立しない場合は、連邦保健・社会保障省が、データの調査と処理に関する詳細を定める。
- (9) 費用とその負担の協定は、以下の通りである。
1. 第 1、2 項に基づく調査に対しては、当該疾病金庫
 2. 第 3 項に基づく調査に対しては、各当該疾病金庫の上級団体
 3. データの調査と処理に対しては、保険医協会及び保険歯科医協会及びその他の給付提供主体
 4. 第 6 項に基づく報告に対しては、法定年金保険の保険者
- (10) 第 1 項から第 9 項までは、農業疾病金庫に対しては適用されない。

第2款 年金受給者の医療保険における財政調整

§ 268 リスク構造調整のさらなる展開

(1) § 266 第 1 項第 2 文及び 3 文、及び § 266 第 2 項第 3 文に基づく重点要素 (Gewichtungsfaktoren) は、2007 年 1 月 1 日より、§ 266 とは異なり、同時に以下のような分類標識 (Klassifikationsmerkmalen) に基づいて形成されなければならない。

1. 症例、症例グループ、適応症 (Indikationen)、適応症グループ、医療給付、又はこれらの特徴の複合を基盤として、被保険者の罹病率を考慮する、
2. 分類された被保険者の平均的な疾病特有の給付支出の額に適応する、
3. リスク選別のインセンティブを削減する、
4. 給付提供の質及び経済性を促進する、
5. 実践的、及び制御可能である。

その他の点については § 266 が適用される。

(2) 連邦保健・社会保障省は、2004 年 6 月 30 日までに、§ 266 第 1 項に基づき、連邦参議院の承認を得て、法令により、第 1 項に基づく措置の転換 (Umsetzung) に関する詳細を規定する。ここにおいては、被保険者集団や重点要素、及びその分類標識の規定に対する、疾病金庫の上級団体の一致した (einvernehmlicher) 提案が取り入れられなければならない。集団の形成に際しては、直接的な罹病パターンの分類モデルの国際的な経験が考慮されなければならない。当該法令においてはまた、被保険者集団の規定に対して 2006 年 12 月 31 日まで有効である一つ又は複数の措置が、第 1 項第 1 文に挙げられた措置と並んでさらに有効であるのか否かが規定されなければならない。§ 266 第 7 項 3 が有効である。適切な集団形成、重点要素、及び分類標識の選択に対しては、連邦保健・社会保障省は学術調査を委託する。当該調査は 2003 年 12 月 31 日までに終了することが確定されなければならない。

(3) 集団形成 (Gruppenbildung) の準備及び第 2 項第 5 文に基づく調査の実施に対しては、疾病金庫は 2001 年及び 2002 年に関しては、§ 267 第 3 節第 3 及び 4 文に相応する抜き取り検査として、毎翌年の 8 月 15 日までに、§ 267 第 2 項に基づく被保険者集団別に、被保険者ごとに、被保険者日数、区分別の給付支出、及び以下の領域別の費用枠組みの規定に基づいて、データを収集する (erheben)。

1. § 301 第 1 項第 1 文 6、7、及び 9 に基づく指示、及び § 301 第 1 項第 1 文 3 に基づく入院日及び入院処方日の指示を含む病院、しかしながら受け入れ先の施設の施設標識を伴わず、また退院の時間も含まない、
2. § 301 第 4 項第 1 文 5 及び 7 に基づく説明を含む、入院による継続リハビリテーション。但し受入先機関の機関標識を伴わない、
3. § 300 第 1 項 1 に基づく標識を含む薬剤、
4. § 295 第 1 項第 1 文 1 に基づく説明を含む、§ 44 に基づく疾病手当、
5. § 295 第 1 項第 1 文 2 に基づく説明、及び算定された点数 (Punktzahlen) 及び費用、及び § 295 第 1 項第 4 文に基づく説明を含む (但し診療日を含まない) 契約医診療、

6. 処方、所見、給付提供日を含む § 302 に基づく給付提供主体。但し種類、範囲、及び価格に基づく給付並びに、処方する医師の医師番号を伴わない、
7. 1.から 6.までに基づいて把握されないような給付提供主体。但し § 266 第 4 項第 1 文に基づく給付支出を除く。

抜き取り検査に必要な被保険者に関するデータは、仮名で提供されなければならない (pseudonymisieren)。仮名の設定に関するヒント (Schlüssel) は、委託者によって疾病金庫のデータ保護のために保管されねばならず、他者の手に渡ってはならない。金庫医協会及び金庫歯科医協会は、疾病金庫に、遅くとも翌年の 7 月 1 日までに、第 1 文の 5 に関して必要なデータを伝達する。

当該データは、伝達される前に、各被保険者に関して、疾病金庫によって保険医協会及び保険歯科医協会に伝達されるような仮名が定められなければならない。疾病金庫は、第 1 文に基づくデータを、仮名かつ機械読み取りが可能な形態で、上級団体を經由して連邦保険庁に伝達する。被保険者の参照 (Versichertenbezug) は、このことが第 6 文に基づく事後的な変化の考慮のために必要である限りにおいて、許可される。疾病金庫における仮名に関して、及び被保険者の参照に関しては、記録を作成しなければならない。疾病金庫の上級団体は、2002 年 3 月 31 日までに、連邦保険庁の了解を伴って、§ 267 第 7 項 1 及び 2 に基づく協定、並びに保険医協会及びその他の給付提供主体の経済的利益の実現のために形成された重要な上級団体との協定において、抜き取り調査の範囲及びデータ収集及びデータ伝達の手続に関する詳細を規定する。第 9 文に基づく協定では、抜き取り検査は補完的に 2003 年上半期までにも及び得る。§ 267 第 9 項及び 10 項は適用される。第 9 文に基づく協定が実現されない場合には、連邦保健・社会保障省が 2002 年 6 月 30 日までに、§ 266 第 7 項に基づく法規定において、手続に関する詳細を規定する。当該法規定はさらに、第 1 文に挙げられたデータのうち、どのデータが、2005 年 1 月 1 日よりリスク構造調整の実施のために収集されなければならないか、またこのデータ収集の手続及び範囲を定める。その他に関しては § 267 が適用される。

§ 269 費用のかかる給付事例に対する連帯的財源調達 (リスクプール)

- (1) リスク構造調整 (§ 266) に対して補完的に、2002 年 1 月から、疾病金庫間で費用のかかる給付比例に対する財政負担が調整される。ある営業年度内に、1 人の被保険者に対して、入院で行われたその他給付や、薬剤・包帯具、外来の糖尿病患者への医師によらない給付、及び疾病・死亡手当を含み、第三者によって償還された支出を含まない、入院診療に関する一つの疾病金庫の給付支出の合計が、第 3 文に基づく支出限度 (基準価値) を超える場合には、当該超過額の 60% が、全疾病金庫の共同のリスクプールから賄われる。基準価値は、2002 年及び 2003 年においては 20,450 ユーロであり、次年度には第 4 編の § 18 第 1 項に基づく参照値 (Bezugsgrösse) の変化に応じて調整されなければならない。リスクプールはこれに対して算定されるべき全疾病金庫の財政力から賄われる。ここにおいては、特別な調整需要率が算定される。§ 266 第 3 項は適宜有効である。第 2 文とは異なり、2002 年の調整年に対しては、医師によらない外来の糖尿病患者への給付に対する給付支出は考慮されない。

- (2) リスク構造調整とは別に算定される、各疾病金庫の調整請求及び調整義務、調整可能な給付支出の算定、リスク構造調整プールの実施、月額割引手続き、及び遅滞加算金に対しては、§ 266 第 2 項第 1 文、第 4 項第 1 文 1 及び 2、第 2 文、第 5 節第 1、2 文 3、第 3 文、第 6、8、及び 9 項がこれを準用する。
- (3) リスクプールからの調整請求及び調整義務の調査に関しては、疾病金庫が毎年、第 1 項第 2 文に基づき、各被保険者の給付支出合計額を調査する (erheben)。疾病金庫による、第 1 文に基づく個々の被保険者に関するデータの収集 (Zusammenführung) は、基準値 (Schwellenwert) 超過を算定するためにのみ許容される。収集された被保険者関連のデータセットは、この算定の終了後、速やかに抹消されなければならない。1 人の被保険者に対する給付支出合計額が、第 1 項第 3 文の基準値を超過する場合には、当該疾病金庫はこの給付支出を、仮名を用いて、当該疾病金庫の上級団体を經由して、連邦保険庁に届け出る。被保険者の参照 (Versichertenbezug) の実施は、このことが第 3 文に基づいて届け出られた給付支出の検査に対して、又は調整可能な給付支出の追加的な (nachträglicher) 変化を考慮するために必要である限りにおいて、許容される。給付支出、保険料算定義務所得、被保険者数の調査及び届出、及び被保険者集団の区分に関して、その他については § 267 第 1 項 4 から 10 までがこれを準用する。§ 267 第 9 項は適用される。
- (4) 連邦保健・社会保障省は、§ 266 第 7 項に基づく法規定において、以下に関する詳細を規定する。
1. リスクプールに関して必要なデータの区分、調整可能な給付支出の区分、及び第 1 項に基づく基準値の調査、並びに第 1 項第 2 文に基づいて第三者によって償還される支出の考慮に関する詳細
 2. 算定手続、保険料の支払時期 (Fälligkeit)、遅滞加算金の徴収、調整の手続及び実施
 3. 疾病金庫及び給付提供主体から伝達されるべき説明事項
 4. リスクプールの実施に必要な算定値 (Rechenwerte) の種類、範囲、及び公表時期
 5. § 274 に基づく検査によって把握される機関による、誤ったデータの伝達の結果、又は検査不能のデータ、並びに検査及び検査基準の手続きを含む、疾病金庫によって伝達されるべきデータの検査。また § 274 とは異なる。
- (5) データ及びデータ提供者の調査及び区分に関する詳細、及び第 3 項に基づく統一的な仮名に関する詳細は、疾病金庫の上級団体が、連邦保険庁の承認を伴って、§ 267 第 7 項 1 及び 2 に基づく協定で締結する。第 1 文に基づく協定が 2002 年 4 月 30 日までに実施されない場合には、連邦保健・社会保障省が、§ 266 第 7 項に基づく法規定において詳細を定める。
- (6) § 268 第 1 項に基づくリスク構造調整のさらなる展開の発効日に、リスクプールは、特別に費用のかかる給付事例 (高度のリスクプール) に対する連帯的な財源調達と入れ替わる。

第 5 節 疾病金庫の審査及びその諸団体

§ 274 事務執行、会計、経営執行の審査

- (1) 連邦保険庁及び州の社会保険を管轄する最上位の管理官庁は、最低でも 5 年に 1 度は、監督下にある疾病金庫の事務執行、会計、経営執行を審査しなければならない。連邦保健・社会保障省は、最低でも 5 年に 1 度は、疾病金庫及び連邦保険医協会の上級団体の事務執行、会計、経営執行を審査しなければならない。州の社会保険を管轄する最上位の管理官庁は、最低でも 5 年に 1 度は、疾病金庫及び連邦保険医協会の州団体、並びに § 106 に基づく委員会及び事務所の事務執行、会計、経営執行を審査しなければならない。連邦保健・社会保障省は、連邦直属の疾病金庫、疾病金庫の上級団体、及び連邦保険医協会の審査を、州の社会保険を管轄する最上位の管理官庁は、州直属の疾病金庫、疾病金庫及び保険医協会の州団体の審査を、審査の執行に際して独立している公法上の審査施設に委託するか、又はそのような審査施設を設立することができる。審査は業務領域全体に及ばなければならない。当該審査は、合法性及び経済性の審査を包括する。疾病金庫、疾病金庫の諸団体、保険医協会及び連邦保険医協会は、求めに応じて審査の執行に必要なあらゆる文書を提出し、あらゆる情報を伝達しなければならない。
- (2) 審査に従事する場所で発生する費用は、疾病金庫及びその諸団体が、加入者の保険料支払義務の関係に基づく比率に応じて担う。支払われた前払金 (Vorschuss) を含む費用の償還に関する詳細は、連邦直属の疾病金庫及び上級団体の審査に対しては連邦保健・社会保障省、州直属の疾病金庫及び州団体に対しては州の社会保険を管轄する最上位の管理官庁が規定する。保険医協会及び連邦保険医協会は、自らについて執行された審査の費用を担う。当該費用は実際に発生した人事費及び物的支出 (Sachaufwand) に基づいて算定される。連邦保険医協会の審査に対する費用の算定には、連邦内務省によって作成された、連邦行政における職場／従業員の包括的現物費用 (Sachkostenpauschale) を含む官吏・職員・賃金労働者 (Lohnempfänger) に関する概要が、保険医協会の審査に対する費用の算定には、管轄の最上位の州の官庁によって作成された概要が基礎とされなければならない。そのような概要が存在しない州に関しては、連邦内務省の概要が準用される。人事費に付随して発生する管理支出は、実際の額の費用で算出されなければならない。人事費は審査時間数で算定されなければならない。審査報告書の執筆 (Abfassung) や何らかの相談を含む審査の事前及び事後準備は、算定対象となる。疾病金庫及びその団体によって第 1 文に基づいて担われる費用は、保険医協会及び連邦保険医協会の審査費用の分削減される。
- (3) 連邦保健・社会保障省は、連邦参議院の承認を伴って、検査の実施に対する一般的な管理規定を公布することができる。ここにおいては、検査施設間での定期的な意見交換 (Erfahrungsaustausch) が規定されなければならない。

<バイエルBKK規約>

第1条 規約内容

§1 本企業疾病金庫の名称、所在地、範囲

- I. 本企業疾病金庫は、法的な権利を持つ公法人であり、「バイエル BKK」と称する。

これは、バイエル BKK と、EC 石油化学企業疾病金庫の合併に由来するものである。

本企業疾病金庫は、レーヴァークーゼンに所在している。

- II. 本企業疾病金庫の範囲は、規約 § 1 の付帯文書において挙げられているすべての企業に及んでいる。

1999年10月1日から、その範囲は、以下で挙げられている地域にも及んでいる。

1. シュレースヴィヒ=ホルシュタイン州
2. ハンブルク州
3. ニーダーザクセン州
4. ブレーメン州
5. ノルトライン地方
6. ヴェストファーレン地方
7. ヘッセン州
8. ラインラント=プファルツ州
9. バーデン=ヴュルテンベルク州
10. バイエルン州
11. ザールラント州
12. ベルリン州
13. ブランデンブルク州
14. メクレンブルク=フォアポンメルン州
15. ザクセン州
16. ザクセン=アンハルト州
17. テューリングゲン州

§2 評議会

I.

1. 本企業疾病金庫の自己統治機関は、評議会である。その選挙と任期は、法定社会保険の自己統治権に基づき定められている。
2. 評議会の構成員の役職は、名誉職である。
3. 評議会は、その構成員の中から、議長と副議長を選出する。両者は、異なる集団に所属している。
評議会の議長職は、2001年1月1日以降、毎年1月1日が到来するたびに、議長と副議長の間で交代される。

II. 評議会には、構成員として、15人の被保険者代表者と、8人の使用者代表者が所属する。使用者代表者は、あわせて被保険者代表者と同数の議決権を有する。各使用者の議決権の割合は、被保険者代表者の数及び使用者代表者の数の比率から算出される。

III. 評議会は、規約及びその他の企業疾病金庫の自主的な権利、ならびに法律または企業疾病金庫に対するその他の標準的な権利によって規定される事例を決議する。評議会には、とりわけ以下の任務が課せられている。

1. 本企業疾病金庫にとって重要なすべての事項を決定すること
2. 予算案を確定すること
3. 年度決算書に関わる理事の免責について決議すること
4. 理事を選出すること、そして理事の活動を契約によって定めること
5. 本企業疾病金庫の幹部職員に、理事の代行を委託すること
6. 理事を監督すること
7. 議長たちと共同で、理事に対して、本企業疾病金庫の利益を主張すること
8. 不動産の収益、売却、負担及び建築物の建立について決議すること
9. 開放や別の企業疾病金庫との合併について決議すること
10. 本企業疾病金庫の解散について決議すること

IV. 評議会は、評議会の運営規則を定める。

V. 評議会は、あらゆる取引書類と経営書類を閲覧し、検査することができる。これには、社会法典第IV編 § 63 第 3a 項、4 項が適用される。

VI. 任務の遂行のために、評議会は委員会を設置する。

VII. 評議会に議決能力があるのは、すべての構成員が規則通りに確保され、出席する議決権のある構成員が過半数の票をまとめ上げた時である。法律やその他の規定に基づき、特別多数の票が必要とされる事案について、議決能力があるのは、すべての構成員が規則通りに確保され、出席する議決権のある構成員が、少なくとも一定の数の票をまとめ上げた時である。

- VIII. 決議は、法律やその他の規定に反しない限り、投じられた過半数の票をもって成立する。投票同数の場合、新たな審議の後、票決が繰り返される。再び投票同数の場合、動議は否決されたものとされる。
- IX. 評議会は、書面により採決することができる。この詳細は、運営規則において定められる。

§ 3 評議会構成員の補償金算定

社会法典第IV編 § 41 に応じた評議会構成員の補償金は、規約 § 3 の付帯文書において定められた条文に従う。

付帯文書は、規約の一部である。

§ 4 理事

- I. 本企業疾病金庫の理事には、1人の構成員が就く。
- II. 理事は、評議会によって選出される。
- III. 理事は、法律やその他の標準的な規定に反しない限りで、本企業疾病金庫を運営し、法的、非法的にそれを代表する。

理事は、とりわけ以下の権限と使命を持っている。

1. 評議会に、根本的重要性を持つ決定の転換について報告すること
2. 評議会に、財政状況と予測展開について定期的に報告すること
3. 評議会の議長に、その他の重要な局面で報告すること
4. 予算案を作成し、評議会に提出すること
5. 毎年、満了した業務年度について、経営管理と会計管理の検査を受けること。これは営業のすべてに及ぶもので、合法性や経済性についての検査も含んでいる。満了した業務年度について、社会法典第V編 § 274 に基づく検査が行われる限り、理事は、二重検査を回避するために、その検査結果が、社会法典第V編 § 194 第1項9に基づき経営管理と会計管理の検査に取り込まれるかどうか、そうであればそれがどの程度かということを決定できる
6. 毎年、年度会計の検査を受けること、そして、検査された年度会計を、検査報告と査定に対する見解とあわせて、評議会に承認を求めて提出すること
7. 本企業疾病金庫を、社会保険における支払いの流れ、簿記、決算についての通達 § 3 に基づき、検査すること
8. 金庫規則を作成すること
9. 保険料を徴収すること
10. 給付提供者や、本企業疾病金庫の納入業者と、協定や契約を締結す

ること

11. 給付を確認し、それに対する支払いを行うこと
- IV. 理事は、本企業疾病金庫の運営方針を公布する。
- V. 運営の管理に必要な職員は、理事によって採用される。

§ 5 異議申立委員会

- I. 異議申立についての裁定と、異議申立通知の公布は、異議申立委員会に委ねられる。異議申立委員会は、レーヴァークーゼンに所在している。
- II.
 1. 異議申立委員会は、被保険者代表者 2 人と、使用者または使用者によって指名されたその代表者から構成される。後者は 2 議決権を持っている。
 2. 異議申立委員会の各構成員は、支障が生じた場合に備えて代理人を持つ。
 3. 異議申立委員会の被保険者代表者は、評議会の被保険者代表者によって選出される。異議申立委員会の使用者代表者は、使用者によって指名される。
選出は、評議会の在職期間中に行われる。異議申立委員会の構成員は、その後任者によって引き継がれるまで、職務に留まる。
 4. 異議申立委員会の構成員の役職は、名誉職である。
これには、社会法典第IV編 § 40 から § 42、§ 59、§ 63 第 3a 項、4 項が適用される。
 5. 異議申立委員会の委員長職は、使用者またはその代表者と、被保険者代表者の間で、会議のたびに入れ替わる。議長は書記を決定するが、これは本企業疾病金庫の職員であってもよい。
 6. 理事または理事の委任者は、異議申立委員会の会議に参加する。
- III. 任務処理の際の手順の詳細は、異議申立委員会が作成する運営規則で定められる。
- IV. 異議申立委員会は、秩序違反法§69 第 2 項、3 項及び 4 項と関連する社会法典第IV編 § 112 第 1 項及び 2 項に基づく異議申立場としての任務も引き受ける。

§ 5a 被保険者長老 (Versichertenälteste)

1. 本企業疾病金庫には、被保険者長老が勤める。被保険者長老は、その活動を名誉職として営む。
2. 被保険者長老と、その個人的代理人は、評議会にある名簿保有者の提案に基

づき、評議会によって選出される。一時的に任務を引き受けられなくなった被保険者長老は、その個人的代理人によって代理される。

3. 選出は、社会選挙の投票日から、6 カ月以内に行われる。
4. 被保険者長老は、地域に対して、そこに定住する加入者の数に応じて選出される。少なくとも半数の被保険者長老は、§ 1 第 2 項で挙げられている雇用者の企業で働いていなくてはならない。
5. 被保険者長老は、1 カ月あたり、25 ユーロの一括補償金を得る。また、その他実施される補償金は、規約 § 5a の付帯文書において定められた条文に基づいて決まる。付帯文書は、規約の一部である。
6. 任務
被保険者長老は、本企業疾病金庫と被保険者との結びつきを形成し、それに助言し、またそれを指導するという任務を持つ。これは、とりわけ以下のものである。
 - a) 給付についての案内と相談
 - b) 動議提出や、運営手続きに関わる支援
 - c) 被保険者による提案や苦情の受理、理事や評議会への転送

これらの任務は、介護金庫にも及ぶ。

7. 任務遂行のため、被保険者長老は、少なくとも毎年 1 回の教育を受け、必要に応じて書面で情報を受ける。
8. 被保険者長老の在職期間は、評議会による新規の被保険者長老の選出をもって終了する。

§ 6 被保険者の人的範囲

本企業疾病金庫の被保険者集団には、以下のものがある。

- I. 強制保険加入者
 1. 労働者、サラリーマン、及び職業訓練中の被雇用者。定年前退職金の受給者が、定年前退職金の受給直前に保険加入義務があり、定年前退職金が、定年前退職法 § 3 第 2 項の意図において、総労働報酬の少なくとも 65% 支払われている場合、その者は被雇用者とみなされる。規約に合わない宗教団体や類似の宗教集団の成員として、そのような団体や類似の宗教集団における業務について、学校外で職業訓練を受けている者も、職業訓練中の被雇用者とみなされる
 2. 現在、社会法典第Ⅲ編に基づく失業給付金、失業手当金、生活費を受給している者、または、停止期間（社会法典第Ⅲ編 § 144）の 2 カ月目の開始時から 12 週間目までの間に請求がなされたという理由

のみによって受給していない者。これは、受給に結びついた決定がさかのぼって取り消されたり、給付の返還が要求された場合でも当てはまる

3. 芸術家社会保険法の詳細な定義に基づく、自営業の芸術家やジャーナリスト
4. 青少年保護施設で就業のための資格が与えられねばならない者
5. 労働生活への関与のための給付の参加者、及び職業適性検査か労働試験への参加者。ただし、措置が連邦扶助法の規定に基づいてもたらされる場合は、当てはまらない
6. 公認の障害者作業場か盲人作業場で働いている、またはこれらの施設のために家内労働している障害者
7. 公共施設、ホーム、または同種の施設で働いている障害者
8. 国立の、または国家公認の大学に登録をしている学生
9. 研究規定、または調査規定で定められた職業実習活動を、労働報酬を受けずに行っている者、及び、労働報酬を受けない職業訓練中の被雇用者
10. 労働者年金保険、またはサラリーマン年金保険の年金を申請しており、年金受給の条件を満たしている者
11. 法定年金保険の年金を申請しており、保険加入義務に必要とされる条件は満たしているものの、年金受給の条件は満たしていない者

II. 任意加入者

本企業疾病金庫の加入資格は、法律や規約で挙げられた条件のもとで選ぶことができる。

1. 加入者である時に、保険加入義務の対象から外れた者
2. 家族保険が終了したか、社会法典第V編 § 10 第3項だけが理由で、それが子供に存続しない者
3. 初めて就職し、その規則的な年間労働報酬が、年間労働報酬限度額を上回っている者
4. 社会法典第IX編の意図する重度の障害者で、加入時点で50歳未満である者
5. 外国で就職したことによって加入資格が終了した被雇用者で、国内への帰還から2カ月以内に再び就職する者

III. 家族保険の被保険者

法定条件（社会法典第V編 § 10）が満たされている限り、加入者の家族は、被保険者となる。法定条件が何重にも満たされており、加入者が選択した場合、本企業疾病金庫の家族保険が実施される。

IV. 選択可能性

規約 § 6 の I と II で挙げられている者は、法律と規約で挙げられている条件のもとで、本企業疾病金庫を選択することができる。これは、以下の場合である。

1. その者が、規約 § 1 の付帯文書で挙げられている範囲に含まれている
2. 保険加入義務や保険加入権利の開始以前から、加入資格か、社会法典第 V 編に基づく保険契約が存続している
3. 配偶者が、本企業疾病金庫の被保険者である
4. その者が、保険加入義務のある青少年、労働生活への関与のための参加者、保険加入する障害者、または年金生活者であり、両親のどちらかが、企業疾病金庫の被保険者である
5. その者が、本企業疾病金庫と関係を持つ企業に勤務してきて、現在、被保険の年金生活者である
6. その者が、企業疾病金庫か、企業疾病金庫の連盟に勤務しているか、勤務していた

§ 7 加入資格の解約通告

- I. 保険加入義務者と、保険加入権利者は、2002 年 1 月 1 日以降に疾病金庫の選択権を行使した場合、その選択を 18 カ月間変更することができない。加入資格の解約通告は、加入者が解約通告を宣言した月の、翌々月の末日に実現する。解約通告は、解約通告期間中に、加入者が他の法定疾病金庫の加入資格を証明することによって有効となる。
- II. 本企業疾病金庫が保険料を値上げした場合、加入者は、第 1 項第 1 文に関わらず、保険料値上げ実施の翌暦月の開始までに、加入資格の解約通告を行うことができる。
- III. 第 1 項第 1 文、3 文は、保険加入権利者が、疾病金庫への加入資格が正当化されなかったために解約通告を行う場合、適用されない。
- IV. 第 1 項に関わらず、保険加入権利者は、社会法典第 V 編 § 10 の条件を満たしていれば、加入資格の解約通告を行うことができる。任意加入資格は、この条件を満たすことで終了する。
- V. 本企業疾病金庫は、迅速に、遅くとも解約通告の受理から 2 週間以内に、加入者に解約通告確認書を発行しなければならない。

§ 8 任意加入資格の解約通告

廃止

§ 8a 1997 年の追加保険料
廃止

§ 9 資金調達

本企業疾病金庫の資金は、保険料と、その他の収入を通じて調達される。

保険料は、その他の収入と合わせて、以下を満たすように算定される。

1. 法的に定められ、認められている支出を賄う
2. 法的に定められている、または認められている事業資金と、管理資産と積立金の形成に不可欠な資金が準備できることを保障する

§ 10 積立金額

積立金は、予算案に基づき、平均的に月に割り当てられる支出額の、25%である。

§ 11 保険料算定

- I. 保険料は、加入者の保険料負担義務所得（社会法典第V編 § 223、§ 226 から § 240、社会法典第IV編 § 23a）に基づき、算定される。算定にあたり、1週間は7日、1ヵ月は30日、1年は360日と設定される。
- II. 保険料負担義務所得は、社会法典第V編 § 6 第1項1に基づく年間労働報酬限度額の、360分の1の額までが考慮されうる。
- III. 保険料負担義務所得についての特別規定
 1. 任意加入者、年金申請者、社会法典第V編 § 192 第2項に基づく加入者、及び社会法典第V編 § 239 第2項の事例にあたる加入者の保険料は、保険料負担義務所得に基づいて算定される。これには、労働報酬と、生計費に用いられる、または用いられうるその他すべての収入が含まれ、税制上の待遇は考慮されない。年金と扶助受給の考慮にあたっては、法的規定が適用される。
 2. 第1項で挙げられている加入者の月間保険料の算定にあたっては、以下の保険料算定基礎が基準となるが、以下に相反する規定がない限り、これは少なくとも月収額の3分の1である（社会法典第IV編 § 18）。

人的範囲	保険料算定基礎
年間労働報酬限度額を超えたため、保険加入義務のなくなった被雇用者	保険料負担義務のある年間労働報酬の12分の1
公務員とそれに類する者	年間労働報酬の12分の1
自営業者	保険料算定限度額の100%。低

	所得であることが証明される場合には、翌月から年間所得の12分の1、しかしながら社会法典第Ⅲ編 § 421 第1項に基づく生存基礎追加手当月額に対する請求権を有する加入者に対しては、最低でも4分の3、または受給月額額の2分の1。生存基礎給付金は、保険料算定の際に考慮されない
法定医療保険の被保険者でなく、(控除、場合によっては児童控除に基づく) 大部分の収入を占める、同居の配偶者を持つ者	両配偶者の収入の50%。大部分の収入を獲得する配偶者の収入からは、扶養を受ける権利がある子供1人あたり、月間収入額の3分の1が控除される
専門学校か職業専門学校の生徒、または巡業しながら定期的に働く被雇用者(旅職人)	保険加入義務のある学生に標準的な保険料算定基礎
その他のすべての任意加入者	年間収入の12分の1
年金申請者と、社会法典第Ⅴ編 § 192 第2項に基づく加入者、及び社会法典第Ⅴ編 § 239 第2項の事例に当たる加入者	年間収入の12分の1

任意保険加入者である社会扶助受給者からは、最低保険料算定基礎(社会法典第Ⅴ編 § 240 第4項第1文)に基づく保険料が徴収される。著しい高収入は、被保険者によって届け出られ、保険料算定の際に考慮される。

任意保険加入者である社会扶助受給者については、保険料負担義務所得が、当該の社会扶助供給者との協定によって定められる。

- 2a. 本企業疾病金庫は、任意加入者に対して、すべての収入と、(保険料算定のために重要と考えられる限りで) その配偶者の収入の証明を要求しなければならない。警告したにもかかわらず、加入者とその証明を行わなかった場合、本企業疾病金庫は、最高限度額の保険料を徴収することができる。
3. 任意加入者については、加入者、配偶者、または両親のどちらかの職業に起因する海外滞在の間に、あるいは社会法典第Ⅴ編 § 16 第1項3に基づいて、その者と社会法典第Ⅴ編 § 10に基づく被保険者である家族構成員に対して、給付への請求権が停止している限り、社会法典第Ⅳ編 § 18に基づき、月間収入額の10%が保険料負担義務所得とみなされる。

§ 11a 保険料返戻

- I. 満了した暦年に 3 カ月以上企業疾病金庫の保険に入っていた任意被保険者は、その者と、社会法典第 V 編 § 10 に基づく被保険者である家族構成員が、その暦年に企業疾病金庫の負担する給付を利用しておらず、申請の時点で企業疾病金庫の加入者である場合、申請に基づき、保険料返戻を受ける。
- II. 保険料返戻について、以下の給付の利用は影響しない。
 - 予防と自助（社会法典第 V 編 § 20）
 - 歯科疾病予防のための給付（集団予防：社会法典第 V 編 § 21、個人予防：社会法典第 V 編 § 22）
 - 公認保養地における外来予防給付を除く、医療予防給付（社会法典第 V 編 § 23）
 - 健康診断（社会法典第 V 編 § 25）
 - 児童診断（社会法典第 V 編 § 26）同様に、18 歳未満の被保険者による給付の利用は、保険料返戻に影響しない。
- III. 返戻額は、その暦年に本企业疾病金庫に支払われた年間保険料の 24 分の 1 で、加入者によって担われていない保険料負担分も含んでいる。これは、給付の非利用が 2 年続く場合には支払われた保険料の 18 分の 1 に、3 年以上続く場合には 12 分の 1 にまで増える。
- IV. 保険料返戻は、給付が利用されなかった暦年の満了後、3 暦年以内に申請されうる。保険料返戻は、被保険者が、満了した暦年について、§ 14 第 6 項に基づく自己負担を伴う給付を選択していた場合、認められない。

§ 12 保険料率

保険料は、保険料負担義務所得の百分率で定められる。

- I. 一般保険料
14.4%
- II. 以下の者については、それとは異なる保険料が定められている。
 1. 労働不能状態に陥った際、最低でも 6 週間、労働報酬の継続支払に対する請求権、または保険加入義務に基づく社会給付の支払いに対する請求権を有していない加入者
15.4%
 - 1a. 労働不能状態に陥ってから 43 日以前に、§ 15 第 2 項または 4 項に基づいて、疾病給付金の請求権を持っている加入者
15.4%
 2. 労働不能状態に陥った際、法的な規定が存在しない限り、疾病給付

金の請求権を持っていない加入者

13.8%

3. 疾病給付金の請求権が、規約 § 15 第 1 項に基づき、認められない任意加入者

13.8%

- III. § 11 第 3 項 3 に基づく任意加入者については、第 1 項 1 の保険料率が適用される。

§ 13 保険料の支払期限

I.

1. 労働報酬から徴収される全体社会保険・保険料は、労働報酬を伴う雇用が実施された、または実施されたとみなされる月の翌月の 15 日が支払期限である。
2. 獲得報酬に基づき算定される保険料は、労働報酬が毎月 15 日までに支払われる場合、遅くとも同月の 25 日が支払い期限である。25 日が平日ではない場合、保険料は、それ以前で銀行が営業している最後の平日が支払期限である。
3. 労働報酬が、通常、雇用が実施された、または実施されたとみなされる月の翌月の 10 日以降にならないと差し引きされない場合、保険料は、見込みの保険料負担額において、労働報酬を伴う雇用が実施された、または実施されたとみなされる月の翌月の 15 日が支払期限である。残額は、通常の差し引きの 1 週間後が支払期限である。

- II. その他の保険料は、それが納められるべき月の翌月の 15 日が支払期限である。

§ 14 給付

I. 一般給付範囲

本企業疾病金庫の被保険者は、法的に定められた給付を受ける。

- 疾病とその悪化防止のための給付
- 疾病の早期発見のための給付
- 疾病治療のための給付
- 妊娠や出産についての給付
- 避妊と不妊手術のための給付と中絶についての給付

被保険者は、差し迫った障害や要介護状態を防止し、また発生後にはそれらを解消、改善、悪化予防するために不可欠な、医療リハビリテーションのための給付と、生活費保障給付及びその他の補完的給付を請求する権利を持つ

ている。

II. 家庭看護

医師の治療目的を達成するために不可欠である場合、家庭看護も認められる。家庭看護は、個々の事例に必要な基礎看護と治療看護、及び家事に関する扶助を含んでいる。

請求権は、世帯で生活する者が、病人を必要な範囲で看護し、世話することができない部分についてのみ、認められる。

本企業病金庫が家庭看護のための人員を用意できないか、それを見合わせる理由がある場合、被保険者は、自己調達した人員について相応額の費用の償還を受ける。

これには、社会法典第V編 § 61 第 3 文と関連する、§ 37 第 5 項に基づく追加払い規定が適用される。

III. 家事援助

本企業疾病金庫は、労働法の規定が類似の給付を定めていない限り、被保険者が疾病のために家事を継続できず、社会法典第V編 § 38 第 1 項第 2 文の条件が満たされている場合にも、家事援助を認める。

本企業疾病金庫が家事援助を用意できないか、それを見合わせる理由がある場合、被保険者は、自己調達した家事援助について相応額の費用の償還を受ける。これには、社会法典第V編 § 61 第 1 文と関連する、§ 38 第 5 項に基づく追加払い規定が適用される。

IV. 費用償還

1. 被保険者は、本企業疾病金庫に書面で通知することで、現物・サービス給付の代わりに、費用償還を選択することができる。選択の前には本企業疾病金庫に、その見通しについて相談することができる。社会法典第V編第 4 章で挙げられていない給付提供者は、本企業疾病金庫の事前の承認に基づいてのみ利用することができる。承認がなされるのは、医療的、社会的根拠によってその給付提供者を利用する正当性が証明され、少なくとも同等の扶助が保証される場合である。
2. 被保険者は、外来分野に限定して費用償還を選択することができる。
3. 被保険者は、利用した給付の種類や量を、詳しい請求書を通じて証明しなければならない。
4. 費用償還の請求権は、最高でも、本企業疾病金庫が現物・サービス給付の際に要したであろう補償額までしか認められない。法的に定められた追加払いは、控除においてもたらされうる。
5. 被保険者は、自己の選択の時点から計算して最低でも 1 年間は、費

用償還の選択、及び場合によっては外来分野への限定を、変更することができない。被保険者は、費用償還の選択を、四半期末の1月の期間を遵守することを条件に、書面により再宣言することができる。

6. 償還額は、管理費及び経済性検査の欠如と引き換えに、7.5%削減される。
7. 費用償還の選択期間中、医療保険証は、本企業疾病金庫に返却されなければならない。
8. 現物・サービス給付としての給付の利用が、本企業疾病金庫の事前の許可を必要とする場合、この許可は、費用償還を選択した被保険者によっても得られうる。

V. ヨーロッパ共同体条約の施行範囲における給付

1. 被保険者は、ヨーロッパ共同体創設条約及びヨーロッパ経済圏に関する協定の施行範囲内にある他国の給付提供者も、現物・サービス給付の代わりに、費用償還の方法で利用する権利を持っている。ただし、その国におけるこの人的範囲に対する治療が、総額を基礎に償還されるか、協定の償還放棄に基づき償還が認められない場合は別である。診療及び職務の執行の条件がヨーロッパ共同体の方針の対象である場合、または滞在各国の医療保険のシステムにおいて当該被保険者の治療の資格が認められる場合に、そのような給付提供者のみが利用されうる。これには、第4項3、4、8が適用される。償還額は、管理費及び経済性検査の欠如と引き換えに、10%削減される。医療知識の一般水準に適った疾病治療が、ヨーロッパ共同体加盟国か、協定参加国においてしか可能でない場合、疾病金庫は、必要な治療の費用の全額を負担しうる。
2. 1.に関わらず、ヨーロッパ共同体創設条約及びヨーロッパ経済圏に関する協定の施行範囲内にある他国において、社会法典第V編§39に基づく病院給付は、本企業疾病金庫による事前の承認に基づいてのみ利用することができる。承認が拒絶されるのは、医療知識の一般水準に適った同等の、または被保険者に対して同様に有効な疾病治療が、国内の本企業疾病金庫の契約締結者のもとで遅延なく行われうる場合だけである。
3. 第1項に関わらず、社会法典第V編§39に基づく病院給付は、ヨーロッパ共同体条約の施行範囲内にある他国において、本企業疾病金庫による事前の承認に基づいてのみ利用することができる。承認が拒絶されるのは、医療知識の一般水準に適った疾病治療が、国内の

契約締結者のもとで遅延なく行われうる場合だけである。

VI. 自己負担

1. 任意加入者本人及び社会法典第V編に基づき保険加入している家族加入者は、満18歳以上で第4項に基づく費用償還を選択している限り、自らと家族保険の被保険者である家族について、暦年ごとに、本企業疾病金庫によって担われる費用の一部として、250ユーロ、500ユーロ、または750ユーロを受け取ることができる。この場合、第IV項2に基づく費用償還の限定は認められない。
2. 自己負担には、以下の給付利用にかかる費用は算入されない。
 - 予防と自助（社会法典第V編 § 20）
 - 歯科疾病予防のための給付（集団予防：社会法典第V編 § 21、個人予防：社会法典第V編 § 22）
 - 公認保養地における外来予防給付を除く、医療予防給付（社会法典第V編 § 23）
 - 健康診断（社会法典第V編 § 25）同様に、満18歳未満の被保険者による給付利用にかかる費用も、自己負担には算入されない。
3. 自己負担の決定期間中、本企業疾病金庫は加入者に、償還期間に対して支払われる保険料を償還する。償還額は、自己負担が250ユーロの場合200ユーロ、500ユーロの場合400ユーロ、750ユーロの場合600ユーロである。支払いは毎年、事前に行われる。
4. 自己負担の選択は、それに続く暦年の開始から有効となる。これは、暦年の終了のたびに取り消すことができる。第1文に関わらず、被保険者は、2004年にまだ本企業疾病金庫の負担する給付（第2項にある給付は除く）を利用していなかった場合、2004年3月31日までに、2004年について第1項に基づく自己負担を選択することができる。
5. 自己負担の決定期間中、加入者と、社会法典第V編 § 10に基づく被保険者である満18歳以上の家族構成員の医療保険証は、本企業疾病金庫に返還されなければならない。
6. 自己負担は、費用償還の際に差し引かれる。その他の点では、第IV項1及び3から8に記述されている手続きが有効となる。

§ 14a

I. 鍼灸のモデル計画

本企業疾病金庫は、2000年10月16日の医師・疾病金庫連邦委員会の決議を基礎に、2001年5月23日、企業疾病金庫連合会がボッフム・ルール大学医療情報学・生物統計学・疫学部と契約したモデル計画に参加する。

モデル計画は以下の症例に適応するものである。

- 慢性頭痛
- 慢性的な腰椎柱の痛み
- 炎症性の関節疾患（骨関節症）の慢性痛

モデル計画の目的は、鍼灸を学術的に評価し、今後の法定医療保険給付目録への採用について、有用性、医療的必要性、経済性の条件が満たされているかどうか明らかにすることである。

モデル計画の形態

- 研究計画
- 被保険者の参加条件
- モデル計画の評価

に関しては、企業疾病金庫連合会とボッフム・ルール大学医療情報学・生物統計学・疫学部間の契約で定められた規定が適用される。

モデル計画は2001年4月1日に始まる。これは、モデル計画のもとで行われた鍼灸治療を、BUB（Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: 診断方法及び診療方法の評価）方針（BUB-Richtlinien）の付帯文書AまたはBに収録するという共通委員会の決議の発効をもって、遅くとも2009年3月31に終了する。

II. 疾病早期発見発展のためのモデル計画

1. 本企業疾病金庫は、扶助の質と経済性の改善に向けた法的使命の枠組において、疾病早期発見発展のためのモデル計画（社会法典第V編§63以降）を実施する。これは、社会法典第V編の規定またはこれに応じて定められた規定に基づき、医療保険の給付とはならない。本企業疾病金庫は、とりわけ以下のモデル計画を実施する。

包括的導入の準備としての、モデル地域シュレースヴィヒ=ホルシュタインにおける法定皮膚ガン早期発見発展のためのモデル試行第III段階（試験的段階）

2. 本企業疾病金庫は、これに加えて、医師・疾病金庫連邦委員会の承認の下での疾病金庫の上級団体及び連邦保険医協会との間の枠組協定、及び「包括的導入に対する準備としての法定早期発見診療の枠内での皮膚ガン早期発見のさらなる発展に対するモデル試行第III段

階の実施」に対するシュレースヴィヒ＝ホルシュタイン保険医協会と地域の契約当事者間の実行協定に参加する。

3. モデル計画の目的は、以下の試みを通じて、法定ガン早期発見枠内の皮膚ガン早期発見を発展させることである。
 - 早期発見の計画、組織、調整、評価
 - 講習と証明書発行による検査の質の保証
 - 適切な募集採用計画による利用促進
 - 医療扶助条件の同一化に向けた国・ヨーロッパレベルでの協力
4. モデル試行第Ⅲ段階（試験的段階）への参加資格を持つのは、シュレースヴィヒ＝ホルシュタイン州が契約医師地である有免許の皮膚科医、一般医・開業医、内科医、泌尿器科医、産婦人科医である。2001年4月から2002年4月までの四半期において、少なくとも1度、統一診療報酬基準第157項ないしは158項（ガン予防男性または女性）を決算したことがある場合は、外科医にも協定への参加資格がある。二段階検診の一次検査は上で挙げられたすべての診療科の証明書を有する診療所によって、詳細な二次検査は専ら皮膚科の証明書を有する診療所によって実施されうる。
5. この協定に基づく給付の請求権を持つのは、シュレースヴィヒ＝ホルシュタイン州に住み、参加有資格者である同州の医師の診察を受ける、20歳以上のすべての本企業疾病金庫被保険者である。
6. 以下の医師による給付が提供される。
 - I. 一次検査
 - 法定ガン早期発見検査枠内の給付についての情報提供
 - 検査情報の評価と転送のための患者同意の取り付け
 - 規格化された視覚的全身検査の実施
 - 記録用紙への所見の記録
 - 検査所見の解説
 - 陰性所見の場合
 - 患者の早期発見パスへの、陰性所見と推奨される早期発見間隔の記入
 - 皮膚ガンの予防に向けた個々の可能性についての情報提供
 - 陽性所見の場合
 - 証明書を有する皮膚科診療所への移送

II. 皮膚科医による詳細な二次検査の枠内で

- 規格化された視覚上の全身検査の実施
 - 記録用紙への所見の記録
 - 検査所見の解説
 - 患者の早期発見パスへの、陰性所見と推奨される早期発見間隔の記入
 - 皮膚ガンの予防に向けた個々の可能性についての情報提供
 - 場合によっては、さらに実施される診断と治療の手引き
7. モデル計画の期限は 2004 年 6 月 30 日である。その結果報告書は公表される。
8. 学術的検証は、2.に基づき協力者間で結ばれた協定に基づき、キール・皮膚病予防作業チーム（代表：E・クリストファース博士、教授）と、ブクステフェーデ・皮膚ガン早期発見・予防委員会（代表：E・ブライトバルト教授）によって行われる。

§ 14b 被保険者の健康を意識した行動に対するボーナス

- I. 満 16 歳以上で、健康を意識して行動する被保険者は、社会法典第 V 編 § 25 第 1 項に基づく健康診断及び社会法典第 V 編 § 25 第 2 項に基づくガン早期発見診断に請求権の範囲で定期的に参加し、1 暦年以内に 1.から 11.までの以下のボーナスポイントを証明した場合、ボーナスを請求することができる。
1. 被保険者の BMI が 18 から 27 の間である
 2. 被保険者が少なくとも 6 カ月間喫煙していない
 3. 被保険者が歯科医による専門的な歯の洗浄を受けた
 4. 被保険者が社会法典第 V 編 § 23 第 9 項に基づき企業疾病金庫によって提供される予防接種を利用した
 5. 被保険者がスポーツクラブの積極的参加者である
 6. 被保険者が質の確かなフィットネススタジオの積極的参加者である
 7. 被保険者がドイツスポーツメダルの獲得者である
 8. 被保険者が、社会法典第 V 編 § 20 第 1 項に基づく予防のための給付を利用した
 9. 被保険者が、§ 14c 第 3 項に基づく企業内の健康促進のための措置に積極的に参加した
 10. 被保険者が（血圧と血糖の測定及び視力検査からなる）健康診断を受けた

11. 被保険者が歯の健康維持のため、§ 30 第 2 項第 4 文に基づく歯科検査を受けた

条件の達成は被保険者によって適切な形で証明され、通常、医師か給付提供者がこれをボーナス手帳上で承認する。1.から 11.に基づくボーナス条件の達成に対しては、ボーナスポイントが 1 暦年あたり 1 度だけ承認される。法律や規約上の給付に関係しない限り、企業疾病金庫は参加費用を負担しない。

- II. ボーナスは被保険者に対し、賞品ポイントの形で積み立てられる。ボーナスポイント数は、付帯文書において規定されるポイントシステムに従う。被保険者は、ボーナスポイントに応じて段階分けされたカタログから、賞品を選び出す。ポイントは、最長で 3 年間貯め続けることができる。第 2 文に基づく賞品または第 3 文に基づく翌年へのポイント繰越のためには、その暦年に、最低ポイント数に到達する必要がある。最低ポイント数は、付帯文書の中で定められている。
- III. 社会法典第 V 編 § 137f に基づく構造化治療プログラムに参加する被保険者は、ボーナスの請求権を持っている。これは保険料割引の形で認められる。保険料割引額は、参加初年度が 100 ユーロ、2 年目以降が 50 ユーロである。社会法典第 V 編 § 28 第 4 項に基づく追加払い免除の形で、2004 年にすでにボーナスを獲得した被保険者については、これがその額に応じて、第 3 文及び第 4 文に基づくボーナスに算入される。保険料割引額の支払いは、加入者に対してのみ行われる。

§ 14c 企業の質の確かな企業内健康促進措置に対するボーナス

1. 本企業疾病金庫は、企業内健康促進が法的な義務を越えて営まれている場合、使用者にボーナスを与えることができる。本企業疾病金庫は、そのために使用者と、すべての企業か、個々の企業または企業部門について、ボーナス付与の条件、その証明、及びボーナス額を規定するボーナス契約を結ぶ。ボーナスは、1 年で、使用者、企業、または企業部門がその年の企業内健康促進のために用いる支出と、使用者、企業、または企業部門のもとで雇用される加入者からの本企業疾病金庫の月間保険料収入（使用者負担分を含む）を上回ってはならない。ボーナス額は、第 2 項から 4 項に基づく協定健康促進措置の集約性に応じて定められる。
2. ボーナス付与の条件は、使用者が、財政的資源や人的資源を企業内健康促進措置のために使用できるようにし、また少なくとも以下の措置のうち、a) から c) から 2 つ、d) から f) からもう 1 つを確約することである。
- a) 企業内に企業疾病金庫の協力する健康作業チームがある
 - b) 企業内健康促進が企業理念、経営原則、または目標決定方式の明確

な要素である

- c) 企業内健康促進のための企業協定または業務協定がある
- d) 企業が、少なくとも 2 年ごとに、企業疾病金庫の協力する企業健康報告を作成する
- e) 企業が、少なくとも 2 年ごとに、被雇用者調査で健康関連の情報を集める
- f) 企業が健康関連の情報を体系的に評価し、それを企業内プロセス（健康グループまたは同様の改善プロセス）及び従業員協議、経営者協議、目標協議の土台とする

3. 使用者がさらに、以下の健康促進活動から少なくとも 4 つを確約する場合、ボーナスは増額されうる。

- a) 体操室や休憩室を備えていること
- b) 追加的な有給の小休憩の許可
- c) 効果的な非喫煙者保護規則
- d) 健康診断を可能にすること
- e) 費用のかからない健康スポーツの提案
- f) 従業員志向の経営陣教育
- g) 「家族と職業」検査への参加
- h) 企業の中毒予防のための提案
- i) 被雇用者に対するジェンダー及び生活に特化した給付提供

ボーナス契約で、さらなる措置が取り決められることがある。

これらの措置にあたって、すべての被雇用者は、企業内健康促進計画についての情報を与えられ、また同様に活動に参加する機会を持つことが保障されている。

4. 被雇用者の健康状態が企業内健康促進の措置を通じて明らかに改善した場合、ボーナスは、さらに増額されうる。使用者と本企業疾病金庫は、ボーナス契約の中でこれについて、健康水準測定のための基準（患者数など）を定める目標協定を結ぶ。本企業疾病金庫が、企業について、企業内健康促進の措置に基づき医薬品支出、病院費、疾病給付金支出の削減を確認した場合、ボーナスは本企業疾病金庫において達成された削減額にまで増額されうる。法律改正、または罹患中の従業員との雇用関係終結による費用削減は、評価されない。健康関連効果の算出のために参照できるように、過去 3 年に対して算出された平均的な年齢別標準費用は、そのつど、インフレ処理されて考慮される。

§ 15 特別な人的範囲に対する疾病給付金

- I. 一切、あるいはほとんど労働報酬を伴う仕事をしていない任意加入者に対しては、疾病給付金の請求権が認められない。
- II. これに関わらず、任意被保険者である自営業者は、労働不能状態に陥ってから22日目ないしは43日目以降に疾病給付金の請求権のある加入資格を申請し、申請の時点で満45歳未満であるか、満45歳以降、法定疾病金庫において絶えず疾病給付金請求権のある被保険者であった場合、労働不能状態に陥ってから22日目または43日目以降、疾病給付金の請求権を持つ。
- III. 労働不能状態に陥る前に基準とされた保険料算定義務所得の直近の保険料支払の30分の1の部分が、第II項に基づく被保険者に対して基準となる報酬として、労働報酬及び労働所得から適用される。疾病給付金の請求権は、遅くとも、加入者が満65歳を迎えた月の終わりに終了する。
- IV. 芸術家社会保険法に基づく被保険者である自営業者の芸術家とジャーナリストは、労働不能状態に陥ってから15日目以降、早くも疾病給付金の請求権が始まることを、芸術家社会金庫に対して宣言することができる。
- V. 被雇用者については、定期報酬算出の際に労働報酬が一定でない場合、労働不能状態に陥る以前の最後の3報酬決算期間の労働報酬が参照される。
- VI. 継続的でない労働勤務について、本金庫は、疾病給付金の貸金補償機能を確実なものとするため、その支払いと算定を個々の事例の必要条件に合わせるすることができる。

§ 16 医療予防給付と医療リハビリテーション措置

- I. 本企業疾病金庫は、被保険者の健康維持のために、以下の措置を提供することができる。

公的な健康機関によって実施される予防接種が補われる場合、予防接種の費用は、企業疾病金庫州団体と金庫医協会間の契約枠内で負担される。

予防接種費用は、それが職業と無関係の海外滞在のために必要となる場合、負担されない。

自己負担による医師推奨の予防接種についての費用は、最高で、契約医師による処置の際に要したであろう額まで支払われる。これは、使用者が予防接種を無償で提供するか、企業疾病金庫州団体と金庫医協会間の契約枠内で予防接種が実施される場合には適用されない。

限られた地域で別の疾病金庫によって実施されたインフルエンザ予防接種の費用は、本企業疾病金庫に契約的規定が存在しない限り、負担される。企業内予防接種の機会を利用しなかった加入者については、費用の支払いは行われない。

- II. 外来予防給付と外来リハビリテーション措置(社会法典第V編 § 23 第2項、§ 40 第1項)が承認された場合、本企業疾病金庫は、交通費、宿泊費、給食費、療養施設利用税のための補助金として、暦日あたり13ユーロを負担する。慢性病の小児に対する外来予防療養の場合、補助金額は21ユーロとなる。
- III. 母性回復作業施設か同種の施設における母性のための医療的予防給付かりハビリテーション給付(社会法典第V編 § 24 または § 41)が承認された場合、本企業疾病金庫は、給付にかかる費用を負担する。

§ 17 一次予防

- I. 全体的な健康状態の改善と、とりわけ社会的原因による健康機会の不平等の減少のために、本企業疾病金庫は、疾病金庫の頂上団体が共通的、統一的に決議した手引き「2000年6月21日の社会法典第V編 § 20 第1項、2項実施のための疾病金庫頂上団体の共通的、統一的な活動分野と基準」に基づき、調節査定や個々の査定に応じた一次予防のための給付を実施する。以下の優先的活動分野がある。

運動習慣

- 心臓循環機能の発達のための措置
(予防的心臓循環機能訓練)
- 筋肉骨格系の発達のための措置
(予防的筋肉形成訓練)

食事

- 欠食と不適切な食物摂取を予防するための措置
(バランスの取れた食事のための講習)
- 減少と体重過多の予防のための措置
(体重減少講習)

ストレス解消

- 特有のリスクとストレス関連疾病の予防のための措置
(ストレス減少訓練)

嗜好品と中毒品消費

- 嗜好品と中毒薬の乱用減少のための措置
(ニコチン依存解消のための講習、アルコール減少のための講習、薬品との責任ある付き合いのための講習、薬物乱用防止のための講習)

- II. 第1項第1文に基づく統一手引きの中で挙げられている品質基準を満たす外部の提供者の給付については、参加証明の提示をもって、暦年あたり1度限

り、要した費用の 80%、最高で 100 ユーロの補助金が提供される。社会法典第V編 § 61 または § 62 に基づく社会的不公正が生じる場合、補助金は、要した費用の 100%、最高で 150 ユーロにまで増額される。

- III. 本企業疾病金庫は、外部の提供者との契約を通じ、適切な給付の調達を取り決め、その費用関与の程度を定めることができる。

§ 17a 民間医療保険との協力

本企業疾病金庫は、その被保険者に、民間医療保険会社の補足的保険契約を斡旋する。

§ 18 給付情報の案内

本企業疾病金庫は可能な限り、四半期の終了のたびに 1 度、被保険者の申請に基づき、提供される給付の種類と費用についての情報を開示する。被保険者が別の方法で知ることのできる給付は除外される。診断の通知を請求することはできない。被保険者は申請書において、利用した給付提供者を報告しなければならない。

§ 19 監督

本企業疾病金庫の監督は、ボンの連邦保険庁が行う。

§ 20 州団体の会員資格

本企業疾病金庫は、エッセンのノルトライン=ヴェストファーレン企業疾病金庫州団体に、規約規定に基づく会員として参加している。

§ 21 告示

1. 本企業疾病金庫の告示は、本企業疾病金庫のすべての業務地、フランクフルター・アルゲマイネ新聞、及びインターネットのサイト www.bayerbkk.de における掲示を通じて行われる。
2. 規約とその他の自律的権利の新版と改正について、その掲示期間は 1 週間である。
3. 掲示には、掲示日、掲示期間、撤去日が明確に書き留められていなければならない。

第Ⅱ条 発効

本規約付録は2002年1月1日に発効する。

1. 本規約は、1999年6月10日にバイエルBKKの評議会によって、1999年6月17日にEC石油化学企業疾病金庫の評議会によって決議された。
2. 本規約は1999年7月1日に発行する。
同時に、バイエルBKKとEC石油化学企業疾病金庫の規約、及びその付録が失効する。

レーヴァークーゼン、2001年12月12日

エルリッヒ署名

バイエルBKK評議会議長
会副議長

ベックリー署名

バイエルBKK評議

ケルン、1999年6月17日

ベックリー署名

評議会議長

レーミンガー署名

理事

承認

上記の規約は、§1第Ⅱ項1から4、8、9、11から14、16、17を除き、ならびに経過的な5の地域がラインラント地域に関する場合、及び社会法典第Ⅴ編§195第1項に沿った§14第Ⅳ項、及び社会法典第Ⅳ編§90第1項に関連した社会法典第Ⅳ編§41第4項と関係するという条件つきで承認される。

ベルリン、1999年6月29日

II3-59521.0-2277/99

連邦保険省

代理

ハインリヒ署名

規約§1第Ⅱ項の付帯文書

本企業疾病金庫の範囲は、以下で挙げられているすべての企業に及んでいる。

(※企業名の列挙につき省略)

規約 § 3 と § 5a の付帯文書

社会法典第IV編 § 40、 § 41 第 1 項に基づく評議会及び被保険者長老の構成員に対する補償規定

I. バイエル BKK は名誉職の評議会構成員に、以下の補償を与える。

評議会会議及び委員会会議への参加に関する補償

1. 現金経費の支払い

日当が問題とならない限り、経費が現金で支払われる。

1.1 日当

日当は、そのつど有効な連邦旅費法の条文に基づき、支払われる。

- 24 時間の不在の場合 =24 ユーロ (現在)
- 14 時間以上 24 時間未満の不在の場合 =14 ユーロ (現在)
- 8 時間以上 14 時間未満の不在の場合 =6 ユーロ (現在)
- 8 時間未満の不在の場合、日当は支払われない。

日当を超える費用は、それが不可避なものである場合のみ、支払われる。

バイエル BKK が食費を負担する場合、日当は、連邦旅費法 § 12 第 1 項第 1 項に基づき削減される。

1.2 宿泊手当

宿泊手当では、そのつど有効な連邦旅費法の条文に基づき、支払われる (現在、19.94 ユーロ)。

宿泊費が宿泊手当を上回ったことが証明された場合、超過額は、宿泊手当での 50%まで支払われる。これに関して、超過費用は、それが不可避なものである場合のみ、支払われる。

朝食費を含む宿泊費は、あらかじめ、連邦旅費法 § 10 第 3 項第 3 文に基づき削減されうる (現在 4.06 ユーロ)

1.3 交通費

出張の往復について実際に要した交通費、及び不可欠な追加費用 (例えば駅までの往復交通費、手荷物運搬のための経費) は補償される。

さらには、以下の費用も償還されうる。

- a) 水陸交通機関の一等席の費用、及び寝台車利用の際のベッド券の経費
- b) 空路利用の際のエコノミークラスの費用
- c) 乗用車の使用根拠がある場合、走行キロメートルあたり、連邦旅費法 § 6 第 2 項に基づきそのつど適用される料金 (現在、走行キロメートルあたり 0.3 ユーロ)

バイエル BKK に対して交通費の請求権を持つ者が同乗する場合、1 人 1 キロあたり 0.02 ユーロが補償される。

2. 時間消費に対する一括金
評議会構成員は、予備協議を含め会議の暦日のたびに、30 ユーロの時間消費に対する一括金を受け取る。
委員会への参加についても、会議と同様、30 ユーロの時間消費に対する一括金が与えられる。
 3. 同一日に複数の会議に参加する場合の補償
同一日に複数の会議に参加する場合、暦日あたり、日当、場合によっては宿泊費、及び時間消費に対する一括金が、総計で1日分しか認められない。
これは、同一日に、疾病金庫と介護金庫の機関で会議が催される場合も適用される。
- II. 被保険者長老の補償
- バイエル BKK は、名誉職として活動する被保険者長老に、以下の補償を行う。
1. 消費補償
被保険者長老は、1月あたり 25 ユーロの一括補償を受ける。
 2. 案内行事への参加に対する補償
 - 2.1. 会議手当ては支払われない。
 - 2.2. この他に行われる補償は、第 I 項 1 に従う。

規約 § 14 第 2 項の付帯文書

ボーナスモデルのポイントシステム

1. § 14b 第 I 項 1、2、4、11 のボーナス条件を達成した場合、被保険者はそのつど 250 ボーナスポイントを、§ 14b 第 I 項 3、5 から 10 のボーナス条件を達成した場合、500 ボーナスポイントを獲得する。
2. § 14b 第 21 項第 3 文に基づく最低ポイント数は、1500 ボーナスポイントである。

以上

フランス重要法律条文一覧

<社会保障法典>

第1編 総論—基礎的制度の全部または一部に共通の規定

第1部 総論

第1章 社会保障制度

L.111-1 条

社会保障制度（organisation）は、国民連帯の原則を基礎とする。

社会保障制度は、労働者とその家族に、稼得能力を減少させる、あるいは、奪う可能性のあるあらゆるリスクに対する保障を行う。社会保障制度は、また、母性、父性に関する負担、家族に関する負担も同様にカバーする。

社会保障制度は、フランス領土内に住むその他の者、及び、その家族に対しても、疾病に関する負担、母性、父性に関する負担、家族に関する負担を保障する。

こうした保障は、関係当事者の義務的制度の1つ（あるいは複数）への加入、及び、それに伴うその扶養者への保障によって実施される。

この保障は、本法典に定められた規定の範囲内で、社会保険給付、労働災害・職業病給付、老齢手当、そして、家族給付といったサービスを保障する。

第1章の2 社会保障財政法律

第1節 財政法律の内容と提示

LO.111-3 条

I. 当年の社会保障財政法律は、4つの部分から成る。

- 終了した前年度会計に関する規定を含む部分、
- 本年度に関する規定を含む部分、
- 来年度の収入と一般的均衡に関する規定を含む部分、
- 来年度の支出に関する規定を含む部分。

A. 終了した前年度会計に関する規定を含む部分において、社会保障財政法律は、以下のことを行う。

1°社会保険の基礎的義務的制度、一般制度、そして、これらの制度に財政協力する組織の終了した前年度会計についての部門別の貸借対照表、及び、その会計年度に確認されたONDAMの分野に属する支出の承認、

2°前年度会計について、社会保険の基礎的義務的制度のため収入の備蓄を担当する組織〔＝年金準備基金Fonds de réserve pour les retraites。以下FRRと言う〕に充当された収入に対応する額、及び、社会保険の基礎的義務的制度の負債の償還に対応する額の承認、

3°LO.111-4 条IIに定められた報告書の承認。そして、1°で定められた貸借対照表に場合によっては起こりうる黒字または赤字が記載されるような場合には、場合によっては、社会保険の各部門の財政均衡を尊重しつつ、終了した前年度会計の黒字の使用法、あるいは、赤字の補填方法に関する立法上の手段を決定する。

B. 本年度に関する規定を含む部分においては、社会保障財政法律は以下のことを行う。

1°基礎的義務的制度、一般制度、及び、これらの制度に財政協力する組織の部門ごとの収入予測と貸借対照表の修正、

2° 前回の社会保障財政法律で承認された諸制度の部門ごとの支出目標、基礎的義務的制度全体のONDAM、及びそれらの下位目標の修正、

3°基礎的義務的制度の負債の償還を担当する組織〔＝社会的負債償還金庫Caisse d'amortissement de la dette sociale。以下CADESと言う〕に与えられた目標、及び、基礎的義務的制度のための備蓄を目的として充当される収入の予測の修正。

C. 来年度の収入と一般的均衡に関する規定を含む部分では、社会保障財政法律は、以下のことを行う。

1°LO.111-4 条Iで定められた報告書の承認、

2°来年度について、一般的な経済状況、及び、その予想される進展を考慮に入れて、誠実に、社会保障財政の均衡のための一般的条件を決定すること。この均衡は、預算法律に関する2001年8月1日の憲法附属法律（Loi No.2001-692）50条に定められた報告書内に含まれる経済的社会的財政的データを見て、決定される。このために、

a)この部分は、部門ごとに、基礎的義務的制度全体の収入、そして、特殊的に、一般制度の収入、さらには、これらの制度に財政協力する組織の収入を定める。この収入の見積は、カテゴリーごとに、付属文書に記載される、

b)この部分は、基礎的義務的制度の負債の償還を担当する組織〔＝CADES〕の来年度の償還目標を決定する。また、カテゴリーごとに、基礎的義務的制度のための収入の備蓄を担当する組織〔＝FRR〕に充当される収入を定める、

c)この部分は、LO.111-4 条III5°で定められた付属文書に言及される補償額を承認する。

d)この部分は、部門ごとに提示され、基礎的義務的制度全体、及び、特殊的に、一般制度、さらには、これらの制度に財政協力する組織について作成される貸借対照表において、社

会保障財政の均衡を描く、

e)この部分は、非恒久的な財源に頼ることを認められた基礎的義務的制度及びこれらの制度に財政協力する組織のリスト、及び、こうした財源によってカバーされうるそれらの財政ニーズの限度を定める。

D. 来年度の支出に関する規定を含む部分では、社会保障財政法律は、以下のことを行う。

1°基礎的義務的制度の財政に協力する組織の予測される負担を決定する、

2°部門ごとに、基礎的義務的制度全体の支出目標、特殊的に一般制度の支出目標、さらに、場合によっては、それらの下位目標について、決定する。場合によって定められる下位目標のリスト、及び、それらの各々の範囲は、社会保障財政法律案の付託を実際に受けた議会の委員会の諮問の後に、政府によって決定される、

3°基礎的義務的制度全体のONDAM及びその下位目標を決定する。下位目標の項目の決定は、政府の発意に任される。社会保障財政法律案の付託を実際に受けた議会の委員会は、下位目標のリスト及び下位目標の項目の決定について、諮問を受ける。下位目標の数は、5項目以上でなければならない。

II. 当年の予算法律、及び、予算修正法律は、社会保障財政法律と同じ性格を有する。

予算修正法律は、2つの区別される部分からなる。初めの部分は、収入と一般的均衡に関する規定を含む当年の予算法律の部分に対応する。2番目の部分は、支出に関する規定を含む予算法律の部分に対応する。

予算法律だけが、Iによって定められた規定を修正することができる。

III. 社会保険の基礎的義務的制度、それらの財政、負債の償還、または、それらのための収入の備蓄に協力する組織、あるいは、ONDAMに関連する支出への出資・管理を行う組織の排他的収入の、他の法人への全部または一部の充当は、予算法律の規定によってしかなされえない。この規定は、予算法律に関する2001年8月1日の憲法附属法律(Loi No.2001-692)36条の規定を条件として、これらの制度及び組織のために定められた収入の国以外の他法人への充当にも適用される。

IV. 予算法律のみが、基礎的義務的制度に補償されない社会保険料の減免の措置を創設、あるいは、修正することができる。

この規定は、以下のものにも適用される。

1°社会保険の基礎的義務的制度、あるいは、それらの財政、負債の償還、またはそれらのための収入の備蓄に協力する組織、あるいは、ONDAMに関連する支出への出資・管理を行う組織に充当される拠出金の減免措置すべて、

2°これらの保険料及び拠出金の基礎の縮減あるいは控除措置のすべて、

3°社会保障財政法律に関する2005年8月2日の憲法附属法律(Loi No.2005-881)の施行日に補償されない諸措置の修正すべて。

V. A. 本年度に関する規定を含む当年の社会保障財政法律の部分において、I の B に定められたもの以外に、前述の 2001 年 8 月 1 日の憲法附属法律 (Loi No.2001-692) 36 条の規定を条件として、基礎的義務的制度、あるいは、これらの制度の財政、負債の償還、それらのための収入の備蓄に協力する組織の収入に関して影響を有する規定、あるいは、これらの制度や組織の支出に関して影響を有する規定が、記載されうる。

B. 来年度の収入及び一般均衡に関する規定を含む当年の財政法律の部分において、I の C に定められたもの以外に、以下の規定が、記載されうる。

1°基礎的義務的制度、あるいは、それらに財政協力する組織の当該年度の収入に関して影響を有する規定、または、前述の 2001 年 8 月 1 日の憲法附属法律 (Loi No.2001-692) 36 条の規定を条件として、これらの収入の充当に関する規定、

2°基礎的義務的制度、あるいは、それらに財政協力する組織の当該年度あるいはそれ以降の収入に関して影響を有する規定、または、前述の 2001 年 8 月 1 日の憲法附属法律 (Loi No.2001-692) 36 条の規定を条件として、これらの収入の充当に関する規定。ただし、これらの収入が、恒久的な性格を有することを条件とする、

3°基礎的義務的制度、あるいは、それらの財政に協力する組織に充当される保険料及び拠出金に関する準則を修正する規定、

4°基礎的義務的制度、あるいは、それらの財政、負債の償還、あるいは、それらのための収入の備蓄に協力する組織の財政及び会計に関する規定、

5°基礎的義務的制度の負債の移転、償還、償還のための財政条件に関する規定、及び、基礎的義務的制度のための収入の備蓄、及び、その備蓄の利用に関する規定。ただし、これら後者の行為〔＝備蓄及び備蓄の利用〕が当該年度の収入に関して影響を有すること、あるいは、それ以降の年度の収入に関して同じく影響を有する場合で、これらの行為が恒久的な性格を有することを条件とする。

C. 来年度の支出に関する規定を含む当該年度の社会保障財政法律の部分において、I の D に定められたもの以外に、以下の規定が記載される。

1°基礎的義務的制度の当該年度の支出、あるいは、これらの制度の財政均衡に直接影響を及ぼす、それらの財政に協力する組織の当該年度の支出に関して影響を有する規定、

2°基礎的義務的制度の当該年度あるいはそれ以降の年度の支出、または、これらの制度の財政均衡に直接影響を及ぼす、それらの財政に協力する組織の支出に関して影響を有する規定。ただし、それらの支出が恒久的な性格を有することを条件とする、

3°基礎的義務的制度によるリスク管理に関する準則、及び、これらの制度ならびにそれらの財政に協力する組織の内部編成あるいは内部管理に関する準則が、社会保障財政の均衡のための一般的条件の修正を目的とする場合、あるいはそれを結果としてもたらず場合において、それらの準則を修正する規定、

4°社会保障財政法律の適用に関する議会の情報収集及び統制を改善する規定。

D. 予算法律においても、このVのA、Bの1°、2°、3°及びCに定める条件において、かつその留保のもとで、ONDAMに関連する支出への出資・管理を行う組織に関する規定が、記載される。

VI. 法律または命令〔法令〕の規定が社会保険の基礎的義務的制度、それらの財政に協力する組織、あるいはそれらの負債の償還を担当する組織の収入または支出に関して影響を有しうる場合には、それら各規定の結果は、すぐ次の (la plus prochaine) 財政法律の収入予測及び支出目標において考慮されなければならない。

[2005年7月29日憲法院判決 (No.2005-519) により違憲と宣言された規定]

VII. 社会保障の制度及び組織の会計は、適法かつ誠実で、その資産及び財政状況について正確なイメージを与えるものでなければならない。

VIII. 憲法 47-1 条最終段落により会計検査院に委ねられる、議会及び政府の補助の任務には、特に以下のものが含まれる。

1° 財政裁判所法典LO.132-3 条に定める、社会保障財政法律の適用に関する報告書の提出、

2° 本条の I で言及された、終了した前年度会計についての部門ごとの貸借対照表の一貫性に関する意見の提出、

3° 財政裁判所法典LO.132-2-1 条で言及された、本章の規定に従って作成される、終了した前年度会計に関する、一般制度の全国組織の会計及び一般制度の各部門と徴収活動とを組み合わせた会計の適法性、誠実性及び正確性を証明する報告書の提出。この報告書は証明のために行われる検査についての報告を提示する。

LO.111-4 条

I. 当該年度の社会保障財政法律案には、基礎的義務的制度及び一般制度についての部門ごとの収入予測及び支出目標、これらの制度に財政協力する組織の収入及び支出の予測、そして、今後 4 カ年度の ONDAM について述べる報告書が添付される。これらの予測は、予算法律に関する 2001 年 8 月 1 日の憲法附属法律 (Loi No. 2001-692) 50 条の適用により当該年度の予算法律案に付される報告書において提示される、公行政全体の収入、支出及び収支 (solde) の進展見通し (perspectives d'évolution) と一貫した形で定められる。

II. 当該年度の社会保障財政法律案には、当該年度の財政法律の終了した前年度会計に関する諸規定を含む部分において、終了した前年度会計に関する貸借対照表の承認の際に確認された黒字の充当または赤字の補填のために定められた諸措置について述べる報告書が添付される。

III. 当該年度の社会保障財政法律案には、以下の付属書が添付される。

1° 今後の数年度について、社会保障の各部門の支出及び収入に関する質と効率性の計画を提

示するもの。これらの計画は、特に人々の保健的社会的データに基づいた状況診断 (*diagnostic de situation*)、正当に選択された明確な指標を用いて定められた目標、これらの目標を達成するために用いられる手段についての説明、そして、終了した前2カ年度の会計 (*deux derniers exercices clos*) において得られた諸結果、また場合によっては本年度に得られた諸結果についての報告を含む。この付属書には、ONDAMに関連する支出への出資・管理を行う組織の支出及び収入に関する質と効率性の計画も含まれる、

2°今後の数年度について、国と基礎的義務的制度の全国組織との間で共同決定されるような、多年度管理目標及びそれらを達成するために基礎的義務的制度の組織が保有する運営手段 (*moyens de fonctionnement*) を提示し、終了した前年度会計について、実際に用いられた運営手段に関して得られた結果を示すもの、

3°本年度の社会保障財政法律の諸規定の実施及び本年度中に実施された社会保障の収入の徴収ならびに給付の管理に関する簡素化措置について報告するもの、

4°カテゴリーごと及び部門ごとに、基礎的義務的制度全体、及び特殊的に一般制度、農業被用者制度、農業非被用者制度、非被用者非農業者制度、そして、これらの制度の財政、負債の償還、それらのための収入の備蓄に協力し、または、これらの制度全体のONDAMに関連する支出を管理する各組織についての、収入の一覧及び見積もりを詳しく述べるもの、

5°基礎的義務的制度またはそれらに財政協力する組織に充当される社会保険料もしくは社会保険拠出金の減免及びこれらの保険料及び拠出金の基礎の縮減もしくは控除に関する措置全体を列挙し、前年度中ならびに本年度中に導入された新たな措置ならびに来年度について検討されている措置について説明し、これらの措置が生じさせる財政的補償 (*compensation financière*) の方法及び額、前述の制度及び組織の財政状態に対するこの補償の中立性を確保しうる手段、そして債権の一覧 (*l'état des créances*) を明確にしつつ、これらの措置全体の財政的影響を評価するもの。これらの措置は性質ごと、部門ごと、そして、制度ごとまたは組織ごとに、割り振られる、

6°社会保障、国ならびにその他の公共団体の各々の介入分野に影響を及ぼした措置、及びこれらの措置が社会保険の基礎的義務的制度、一般制度ならびにこれらの制度に財政協力する組織の当該年度の収入、支出ならびに貸借対照表に及ぼす影響について詳しく述べ、また、社会保険の義務的諸制度及びそれらに財政協力する組織が、前述の諸制度・諸組織の財政のため、第三者の会計で行う行為の中立性を確保するための措置について説明するもの、

7°ONDAMの範囲及びその下位目標への分解について明確にし、公衆衛生上の必要を考慮して、この目標分として出資される治療 (*soins*) の進展を分析するもの。この付属書は、場合によっては行われうるONDAMの範囲またはその下位目標の構成の変更について、範囲の変更に関わる目標または下位目標の恒常的構造的進展を示しつつ、提示する。この付属書は、さまざまな部門の支出目標からONDAMへの移行方法を明確にする。この付属書はまた、全国保健支出の進展及びこの支出の負担方法を示す。この付属書は、場合によっては、法律の定める独立機関が発する警告を喚起させる、

8°終了した前年度会計については最終的な会計を、また、本年度以降については会計予測を提示し、そして、収入及び支出の進展を正当化し、さらに、当該年度の財政法律案に含まれる諸措置が、来年度分、また場合によってはそれ以降の諸年度分として、以下の組織の会計に及ぼす影響を詳しく述べるもの。

- a) 基礎的義務的制度の財政、負債の償還、それらのための収入の備蓄に協力する組織、
- b) 基礎的義務的制度によって出資される組織、
- c) 基礎的義務的制度に関連する特別支出の財政を描く会計基金 (fonds comptables)、
- d) ONDAM に関連する支出への出費・管理を行う組織、

9°一方で、当該年度の財政法律案によって非恒久的な財源に頼ることを認められた諸制度及び諸組織の財政上の必要、他方で、財政法律案の諸措置及びこの法律案が考慮する命令または協約による諸措置が、来年度分、また場合によってはそれ以降の諸年度分として、基礎的制度の会計及び特殊的に一般制度の会計に対して及ぼす影響、さらに、ONDAM に対して及ぼす影響を正当化するもの。

IV. 3年ごとに、政府は議会に対し、当該年度の財政法案と同時に、社会保障の基礎的義務的制度のリストを提示し、固有の諸権利の保有者であるそれらの現役の保険料拠出者及び退職した保険料拠出者の数を明確にする文書を送付する。

V. 議会には、以下のものも送付される。

- 1° 財政裁判所法典 LO.132-3 条に定める会計検査院報告書、
- 2° 本年度及び来年度分として、基礎的義務的制度の会計、特殊的に一般制度の会計、そして、それらの財政、負債の償還、それらのための収入の備蓄に協力する組織及び ONDAM に関連する諸支出の出資・管理を行う組織の会計を提示する報告書、
- 3° 特に本法典 LO.111-3 条 VIII 3° の適用により行われる検査の報告を提示する報告書。

第 1 章の 3 支出・収入目標

L.111-11 条

全国医療保険金庫連合は、毎年 6 月 15 日より前に、社会保障担当大臣及び議会に対し、全国被用者医療保険金庫、全国非被用者医療出産保険金庫、中央農業社会共済金庫の来年度分の負担と収益の進展、及び、医療保険支出の多年度財政枠組 (cadrage financier pluriannuel) が定める均衡の達成に必要な諸措置に関する諸提案を送付する。これらの提案は、公衆衛生に関する諸目標を考慮する。

全国医療保険金庫連合の諸提案は、その送付の前に、L.182-2-2 条に定める評議会 (conseil) の意見に服する。

第4章 委員会及び評議会

第7節 医療保険支出評価警告委員会

L.114-4-1 条

医療保険支出評価警告委員会は、医療保険支出の進展が、議会により可決された全国目標〔ONDAM〕の遵守と両立しない場合に、議会、政府及び全国医療保険金庫に対し、警告を行う任を負う。同委員会は、社会保険会計委員会の事務局長（secrétaire général）、INSEEの事務総長（directeur général）、そして、経済社会評議会の議長により指名された1名の有識者によって構成される。

同委員会は、社会保険会計委員会のもとに設置される。

毎年、遅くとも6月1日までに、必要のある限りにおいて、委員会は、本会計年度についてのONDAMの遵守に関して意見を述べる。委員会は、特に、協約による諸措置の影響、医療保険支出の経済的構造的決定因子の影響について分析を行う。

医療保険支出がデクレの定める閾値—これは1%を超えることはできない—を上回る規模でONDAMを超過する重大なリスクが存在していると判断した場合、委員会はそのことを議会、政府及び全国医療保険金庫に通知する。全国医療保険金庫は、再建のための措置を提案する。委員会は、その措置の、そして、場合によっては国が己の側で取ろうとしている諸措置の、財政上の影響について意見を述べる。

第3部 財政に関する共通規定

第6章 一般社会拠出金（CSG）

第1節 就業所得及び代替所得に課せられる社会拠出金

L.136-1 条

就業所得及び代替所得に課せられる社会拠出金が設けられる。この社会拠出金に服するのは、以下の者である。

1°所得税の証明（l'établissement de l'impôt sur le revenu）についてフランスに住所があるものとみなされ、かつ、いかなる資格においてであれフランスの義務的医療保険制度の負担にかかる自然人、

2°報酬がフランスで課税対象となり、かつ、いかなる資格においてであれフランスの義務的医療保険制度の負担にかかる限りにおいて、フランス国外でその職務を行いまたは任務を帯びる国家、地方公共団体及びそれらの行政的公施設法人の職員（agents）。

第 6 部 給付及び治療に関する規定—医学的統制—社会的給付に対する監視

第 1 章の 2 高等保健機構

L.161-37 条

高等保健機構 (HAS) は、法人格を与えられた学術的性格を有する独立の公的機関であり、以下の任を負う。

1°医療製品、医療行為、医療給付 (produits, actes ou prestations de santé) の期待されるサービス、及び、それらがもたらすサービスについて、定期的に評価を行うこと、医療製品、医療行為、医療給付の登録、償還、医療保険による引受けに関する決定、及び、長期疾患患者に対する治療の引受けに関する特別の要件についての決定の作成 (élaboration) に、意見を出すことで貢献すること。このために、HASは、医療製品、医療行為、医療給付の処方、実施あるいは使用の条件についても意見を発し、医療に関する技術の評価についての研究を実現させ、あるいは、有効なものとする、

2°医療の安全に関するその使命の範囲内で、フランス医療製品安全衛生機構 (AFSSAPS) による諸措置とは別に、治療の適正利用指針あるいは適正実践勧告 (RBP) を作成し、その普及に努め、この領域における医療従事者及び一般の人々への情報提供に貢献すること、

3°職業上の実践の評価手続、及び、公衆衛生法典L.1414-3-3 条に挙げられた医療専門職ならびに医療チームの認証手続の制定及び実施、

4°公衆衛生法典L.6113-3 条及びL.6113-4 条に定める医療施設の証明 (certification) 手続の制定及び実施、

5°医療制度から人々が受ける医療の質の評価の発展への参加。

これらの使命の達成のために、HAS は、とりわけ、AFSSAPS、全国保健衛生監視機構、フランス食品安全衛生機構と連携して働く。HAS は、医療分野の研究を行っている諸組織と、あらゆる共同行為をとることができる。

この使命の実行において、HAS は、公衆衛生法典 L.1411-2 条に言及された公衆衛生政策の数年目標を考慮に入れる。

HASは、年次活動報告書を作成し、7月1日までに、議会及び政府に送付する。同報告書は、とりわけ、本法典L.161-41 条に言及された委員会の仕事と、本条 2°の適用による情報提供活動について、報告を行う。

本条 1°及び 2°によって行われた決定及び通知は、公衆衛生法典L.1411-3 条で定められた全国医療会議 (Conférence nationale de santé) に、遅滞なく通知される。

L.161-38 条

HAS は、医療に関する情報サイト、及び、適正な実践に関する準則のすべてを遵守した医学的処方をするソフトウェアの証明手続を定める任を負う。

2006年1月1日以降、この証明は、HAS が規定した適正実践準則の遵守を証明する認証組織によって実施され、交付される。

L.161-39 条

HAS は、いつでも、医療製品、医療行為、医療給付の期待されるサービス、あるいは、それらをもたらすサービスについて、評価を行うことができる。HAS は、また、とりわけ、全国医療保険金庫連合から、治療全体、製品あるいは給付のカテゴリー、さらに、場合によっては、それらを結び合わせた治療プロトコルの正当性や償還条件について、相談を受けることができる。関係する企業、施設、組織及び専門家は、HAS がこのために請求した情報について、それを匿名にした後に、HAS に伝えなければならない。

安全衛生に関する使命の枠内でAFSSAPSによってとられる措置、及び、とりわけ、公衆衛生法典L.5311-2条の2°の適用によりとられる措置とは別に、HASは、同法典L.5311-1条に言及されたAFSSAPSによる適正実践勧告の作成及び普及のための方針を決定し、それらを普及させる。

HAS は、AFSSAPS に対し、医療職に対して行われる医療製品の広告宣伝についてのあらゆる検討要求を付託することができる。

個人データの伝達と取扱いに関する準則を遵守した上で、医療保険金庫及び医療データ機構は、HAS に対して、情報を匿名にした後に、その使命に必要な情報を伝達する。

L.161-40 条

人々が受ける医療の質の評価という使命から、HAS は、以下の任を負う。

1°職業実践の評価活動の実施への参加、

2°その権限の範囲に属する公衆衛生法典L.1413-14条に言及された事実の原因となった組織方法や職業実践を分析し、それを改善するために有効なあらゆる措置を保健衛生当局に提案すること、

3°予防、特に健康教育、そして、診断や治療に関する行動及びプログラムの質や効果についての評価。

L.161-41 条

HAS には、統括委員会 (collège) 及びその構成員が議長を勤める専門委員会が置かれる。特別委員会に対して、HAS は、一定の権限を委譲することができる。

公衆衛生法典 L.5123-3 条及び本法典 L.165-1 条で言及された委員会は、HAS の専門委員会を構成する。その権限は、統括委員会によって行使されうる。その他の専門委員会も、HAS によって創設されるが、その場合、その構成や機能に関する準則は、HAS が決定する。

L.161-42 条

統括委員会は、HAS の管轄領域におけるその資格や経験を理由として選ばれた 8 名によって構成される。

- 1°2 名は、共和国大統領によって指名される、
- 2°2 名は、国民議会議長によって指名される、
- 3°2 名は、上院議長によって指名される、
- 4°2 名は、経済社会評議会の議長によって指名される。

統括委員会の構成員は、共和国大統領のデクレによって任命される。統括委員会の長は、その構成員の中から同じ条件で任命される。

統括委員会の構成員の任期は 6 年で、更新回数は 1 回である。

任期満了前の 6 か月以上にわたり欠席がある場合、本条で定められた条件のもと、新たな構成員が任命される。その任期は、前任者の任期が終了する日に終了する。新任者が職務についた期間が 2 年未満の場合、その任期は、更新されうる。

統括委員会は、3 年ごとに半数が改選される。

L.161-43 条

HAS は、統括委員会の意見を聴取した後、統括委員会の長によって任命される一人の事務総長 (directeur) の権限のもとにおかれる複数の部局 (services) を持つ。

事務総長の提案に基づいて、統括委員会は、部局の内部規定を決定する。

統括委員会の長は、裁判、及び、すべての市民生活上の行為において、HAS を代表する。統括委員会の長は、このため、事務総長に代理権限を与えることができる。

HAS の職員は、公法上の契約職員、私法上の被用者、及び、社会保険組織の職員に適用される労働協約によって、あるいは、デクレの定める身分規程によって規律される私法上の職員から構成される。コンセイユ・デタの議を経たデクレの定める条件において、公法上の職員は、HAS において、彼らを規律する身分規程によって定められる地位に、置かれうる。

労働法典 L.412-1 条、L.421-1 条、L.431-1 条、及び L.236-1 条の規定は、HAS の部局の職員にも適用される。しかしながら、これらの規定は、コンセイユ・デタの議を経たデクレによって、HAS に固有の労働条件と、HAS が雇用する様々なカテゴリーの職員によって必要とされる調整の対象となりうる。

L.161-44 条

HAS の構成員、及び、HAS に協力する者、あるいは、その仕事に臨時に協力する者、そして、その部局の職員は、各々関係する事柄について、公衆衛生法典 L.5323-4 条の規定に服する。しかしながら、この規定は、コンセイユ・デタの議を経たデクレによって、HAS の使命、組織、あるいは機能にとって必要とされる調整の対象となりうる。このデクレは、とりわけ、統括委員会あるいは専門委員会の構成員で、本人あるいは第 3 者を通じて、HAS と関係のある施設や企業において、HAS の独立を危険にさらしかねない性質の利益を有し得ない者を定めている。こうした利益を有する関係構成員は、構成員の多数決で決定する統括委員会によって職権で辞職を宣言される。

L.161-45 条

HAS は、財政上の独立を有する。その予算は、事務総長の提案に基づき、統括委員会によって決定される。

HAS の財源は、とりわけ、以下のものから構成される。

1°国の補助金、

2°L.174-2 条で定められた条件のもとで支払われる総枠予算制 (dotation globale)、

3°事務総長の提案に基づき、統括委員会によって総額が決定される、サービスに対する使用料収入、

4°L.245-1 条からL.245-5-1A条に定められた拠出金収入の 10%、

5°公衆衛生法典L.5123-5 条及びL.5211-5-1 条で言及された税の総額、

6°種々の収入、贈与及び遺贈、

7°公衆衛生法典L.6113-3 条及びL.6113-4 条で定められた手続きに際して、医療施設によって支払われる財政拠出金。この拠出金の額は、デクレによって決定される。それは、証明のための訪問の前年の 12 月 31 日における、同法典L.6122-1 条の適用によって認可される施設のベッド数及び定員数、さらに、証明手続きに関係する敷地の数による。その額は、2,286 ユーロ以上 53,357 ユーロ以下でなければならない。この拠出金は、証明のための訪問の日の通知以降、請求することができる。この負担は、国の行政的公施設の債権の徴収について定める方式にしたがって徴収される。

L.161-46 条

本章の適用様式は、とりわけ、以下のものについては、コンセイユ・デタの議を経たデクレによって決定される。

1° HAS が評価を行い、L.161-37 条に定められた勧告を発する条件、

2°医療製品、医療行為、医療給付に関する評価の基準。

第 8 部 雑則－適用規定

第 2 章の 2 全国医療保険金庫連合－全国補足医療保険組織連合－全国医療職連合

第 1 節 全国医療保険金庫連合

L.182-2 条

全国医療保険金庫連合（UNCAM）は、公衆衛生政策の諸目標及び社会保障財政法律の定める諸目標を遵守して、以下の役割を果たす。

1°L.162-14-1 条に挙げられた医療従事者（professions de santé）及びL.162-32-1 条に挙げられた保健センターとの関係を規律する枠組協定、協約、それらの補足書ならびに付属書、協定、契約について交渉し、署名すること、

2°L.162-1-7 条に定める行為及び給付に関する決定を行うこと、

3°L.322-2 条の適用により定められる負担金を決定すること、

4°基礎的義務的医療保険制度と全国補足医療保険組織連合との関係を確保すること、

5°医療保険に関する法律案及びデクレ案について、理由を付した公的な見解を述べること。

全国医療保険金庫連合は、関係する代表的組合組織との協定により、かつ、デクレが明確にする条件において、全国補足医療保険組織連合を、L.162-1-13 条、L.162-12-17 条、L.162-12-18 条、L.162-12-20 条、L.162-14-1 条、L.162-14-2 条、L.162-16-1 条、L.162-32-1 条、L.165-6 条に定めるすべての協定、契約、協約及びそれらの付属書または補足書の交渉及び署名に参加させることができる。

第2編 一般制度の組織、予防活動、金庫の保健・社会活動

第1部 地方及び地域圏の組織－全国区の組織

第1章 初級医療保険金庫

L.211-1 条

初級医療保険金庫（CPAM）は、その管区内において、L.221-1 条 1°で定められた管理・運営の各々に関する給付サービスを保障する。

第3章 社会保険・家族手当保険料徴収連合

L.213-1 条

保険料徴収連合は、以下のことを保障する。

1° 賃金労働者あるいはそれに類する者の資格で使用者によって支払われる社会保険、労働災害、家族手当の拠出金、及び、任意被保険者、個人被保険者によって支払われるそれらの拠出金の徴収、

2° 使用者及び自営業者によって支払われる家族手当の保険料の徴収、

3° L.136-1 条以下の規定に従ったCSGの一部の徴収、

4° 1°、2°、3°に定められた徴収に関する統制と訴訟。

連合は、L.216-1 条の規定にしたがって設立され、機能する。

連合の管理・運営や財政に関する組織のあり方は、デクレで決定される。

統制に関しては、保険料徴収連合は、デクレで定められた条件において、他の連合に対して、その権限を委任することができる。

第5章 地域圏金庫

第1節 地域圏医療保険金庫

L.215-1 条

地域圏医療保険金庫（CRAM）は、その管区内の初級医療保険金庫に共通する利益を有する任務を保障する。地域圏医療保険金庫は、とりわけ、労災及び職業病の予防施策の発展と調整、さらには、労災及び職業病の保険料料金表の決定（tarification）に関する準則の適用及び保険料料

金表 (tarif) の決定への協力を、その役割とする。

地域圏医療保険金庫の管区は、デクレで決定される。

第 2 部 全国組織

第 1 章 全国被用者医療保険金庫

L.221-1 条

全国被用者医療保険金庫（CNAMTS）は、以下の役割を有する。

1°全国的なレベルで、2つの異なる管理・運営において、医療・出産・障害・死亡保険と労災・職業病の財政を保障し、これら 2 つの管理・運営のそれぞれの財政的均衡を維持すること、

2°労災・職業病の予防措置を決定、実施し、本編〔2編〕第 4 部第 1 章及び第 2 章に定められた規定に従い、労災・職業病部門の財政的均衡を維持するために必要な財源の決定に協力すること、

3°公衆衛生法典L.1417-1 条の適用により定められ、本法典〔社会保障法典〕L.227-1 条に定められた協定により明らかにされる全国優先プログラムの枠組において、加入者の健康状態を向上させる予防・教育・情報提供活動を促進し、このためにCRAM及びCPAMが行う活動を調整すること、

4°保健・社会活動を行い、CRAM及びCPAMの保健・社会活動について調整を行うこと、

5°医療に関するコントロールを組織し、指揮すること、

6°CRAM及びCPAMの不動産取引、及び、その不動産資産の管理について監督すること、

7°協約で定められた活動を実施すること、

8°現行の法令の規定、及び、L.123-1 条及びL.123-2 条により定められ国の所管庁により認可された協約の条項に従って、第 3 者のための活動を含む、CPAM、CRAM、社会保障一般金庫、及びこれら金庫の連合体の活動全体を中央に集め、一般制度に属する組織への活動の移転、あるいは、このために指名された組織へのその決算を保証すること。

全国金庫は、上記の権限において、CRAM 及び CPAM に対する監督権を行使する。

L.221-2 条

CNAM は、行政的性格を有する国の公的機関である。法人格を備え、独立の予算を有している。また、CNAM は国の所管庁の監督下にある。

全国金庫において、所管庁は政府委員によって代表される。

全国金庫は、評議会（conseil）と事務総長を有する。

L.221-3 条

評議会は、以下の者で構成される。

1°労働法典L.133-2 条の意味における全国レベルの代表的被用者組合が指名する被保険者と全国レベルの代表的使用者組合が指名する使用者の同数からなる代表、

2°全国フランス共済組合連合の代表、

3°医療保険分野に介入する国により指定された機関の代表。

評議会の大半は、2 段落で定められた代表により構成される。

選ばれた従業員代表も、評議会に発言権をもって出席する。

評議会は、コンセイユ・デタの議を経たデクレが定める条件に基づき、その中から議長を選出する。

2、3、4 段落で述べられた組織や機関は、各議席につき、正式な委員と代理委員とを指名する。正式な委員または代理委員の辞職、障害または死亡の場合には、任期残存期間中の代替者が指名される。

事務総長は評議会の審議に出席する。評議会の役割は、以下のことを決定することにある。

1°医療政策の実施、医療施設を含む医療システムの編成、及び、予防や治療に関する良き慣行に対する医療保険の貢献に関する方針、

2°リスク管理政策の方針、及び、その実施に際する目標、

3°金庫の負担と収入（charges et produits）の推移に関するL.111-11 条で定められた提案、

4°L.227-1 条で定められた目標管理協定の方針、

5°統制、予防、及び、濫用ならびに不正行為対策の活動を規定する原則、

6°利用者に対するサービスの質を向上するために追求される目標、

7°HASが確立した良き治療慣行に関するガイドに則った被保険者と医師に関するコミュニケーション政策の軸、

8°地域圏及び地方組織、さらには、それらの集合体あるいは連合のネットワーク編成に関する方針、

9°管理・運営ならびに介入にかかる国家予算。

事務総長は、評議会での承認を目指して、12 段落で言及された方針、13 段落で言及された提案、及び、19 段落で言及された予算の準備を行う。評議会は、理由を付した意見に基づいて、事務総長に対し、第 2 案を求めることができる。この第 2 案に対しては、評議会の委員の 3 分の 2 以上の多数が反対した場合でなければ、評議会は、反対することができない。

評議会の議長と事務総長は、L.227-1 条で言及された目標管理協定に署名する。

事務総長は、評議会により決定された方針を実行し、定期的に評議会に対し報告を行う。評議会は、必要に応じて、目標達成のために必要と考えた勧告を行う。

評議会は、金庫が議席を占めるに至ったヨーロッパもしくは国際的な決定機関乃至組織における金庫の代表に必要とされる指名を行う。

評議会は、社会保障担当大臣によって、医療保険に関する問題全般について、付託を受けるこ

とができる。

評議会は、委員の3分の2以上の多数により正当理由を付された意見を根拠として、その使命の実施に必要な統制を行うことができる。

評議会は、議長の召集により、最低でも四半期に1回開催される。施設の監督を担当する大臣の1人により召集が要求された場合にも、当然、評議会は召集される。評議会の委員の過半数以上の要求によっても、評議会は召集される。議長は議事日程を決める。票が同数割れした場合には、議長が採決権を有する。

本条の実施方式、とりわけ、評議会の機能の条件については、規則により明確にされる。

L.221-3-1 条

社会保障担当大臣により意見を求められた評議会は、委員の3分の2以上の多数により、事務総長の任命案に反対することができる。

事務総長は、デクレにより、5年間の任期で任命される。この任期の終了前は、評議会の3分の2以上の多数の賛成意見がなければ、その職務を終了させることはできない。

事務総長は、施設 (l'établissement) を監督し、CRAM 及び CPAM のネットワークについて権限を持つ。事務総長は、それらの良き機能について責任を負う。このために、事務総長は、あらゆる必要とされる決定を行い、他の機関に付与されていないすべての権限を行使する。

事務総長は、L.227-1 条で言及された目標管理協定や、L.227-3 条で言及された数カ年管理・運営契約について交渉し、署名する。

事務総長は、とりわけ、全国金庫、地方・地域圏金庫のネットワーク、そして、その集合体の管理・運営に関して、以下の責任を負う。

1°全国金庫の組織と機能、そしてその運営・財政・不動産管理に関して、あらゆる決定を行い、その活動を保障する。また、その管理の枠の中で、万一の場合には、負債契約を締結する、

2°管理・介入のための予算及び様々の基金の予算を作成、執行し、そして、金庫の名において、全きの協定を締結し、その良き適用を監視する、

3°一般制度の金庫ネットワークの編成と運営に必要な措置を取る。とりわけ、事務総長は、地方組織の介入区分を定め、L.224-11 条、L.224-12 条、L.224-13 条、L.281-2 条で定められた決定を行い、地域圏間、地域圏、県の各レベルで、ある一定の共通の使命を保障する責任を一定の組織に委任することができる、

4°情報システムのために、L.161-28 条で定められた責任を保障する。

事務総長は、国会で決められた支出目標を遵守するために必要な決定を行う。事務総長は、可能な限り遅滞なく、CNAMTS の評議会以外に、国民議会の管轄の委員会、社会保障担当大臣、L.114-4-1 条の警告委員会に、目標を超過させうる予定外の状況について報告する。

事務総長は、司法及びあらゆる市民生活上の行為において全国金庫を代表する。事務総長は、

民法典 2044 条の意味における売買契約、協定、商取引に署名し、金庫の支出と収入とを整理し、財務会計を査証する。事務総長は、また、職員を採用し、職員に対する権限を有する。事務総長は、その署名を委任することもできる。

使命実行の枠の中で、事務総長は、L.227-1 条で定められた目標管理協定または L.227-3 条で定められた数カ年運営契約に関する規定を理解していない地方または地域圏の金庫が行うあらゆる審議または決定を、停止または無効にすることができる。

事務総長は、評議会に対して、各会計年度終了後に、全国金庫とそのネットワークの管理・運営について報告を行う。

事務総長は、また、評議会に対して、評議会が定めた方針の実施について、定期的に報告する。

L.221-3-2 条

補助金や基金という形での、医療保険分野に介入する機関—ただし、医療施設や医療・社会施設を除く—への医療保険からの出資には、医療保険と受益機関との間で締結される協定を必要とする。

L.221-4 条

労災及び職業病の部門に適用される特有の規定であることを条件として、L.221-5 条で言及される委員会は、この労災・職業病部門について、とりわけ、L.221-1 条 2°で定められた使命のために、L.221-3 条で言及された評議会に付与された権限を行使する。

2つの部門に共通の事項について、委員会が諮問を受ける条件は、デクレで定められる。

CNAMTS の評議会の機能に関連する規定は、この委員会にも適用される。

L.221-5 条

労災・職業病委員会は、半分を被保険者の代表、もう半分を使用者の代表で構成する。

うち 5 名は、CNAMTS の評議会に代表を出している各全国組合の名において、当該評議会における被保険者の代表によって、その構成員及びその代理人、さらには、全国労災専門委員会及び地域圏労災専門委員会の構成員の中から、選ばれる。

また、うち 5 名は、当該評議会における使用者の代表によって、この構成員及びその代理人、さらには、全国労災専門委員会及び地域圏労災専門委員会の構成員の中から、選ばれる。

同じ条件で、同数の代理人が選ばれる。

委員会の委員の任期は、CNAMTS の評議会の委員の任期と同時期に更新される。

委員会の委員長 (président) は、CNAMTS の評議会の委員の中から、この機関によって内部で選ばれる。

第5章 社会保障組織中央財務管理機構

第1節 社会保障組織中央財務管理機構の使命

L.225-1 条

社会保障組織中央財務管理機構（ACOSS）は、関係大臣の報告に基づき（sur le rapport）作成されたデクレで定められた条件の範囲内で、全国家族手当金庫（CNAF）、CNAMTS、全国被用者老齢保険金庫（CNAVTS）によって運営される様々の部門の国庫予算に共通する管理・運営を保障する任を負う。

一般制度の各部門の管理・運営を明らかにする観点から、ACOSS は、会計予測とその実行を絶えず調査することによって、各部門の国庫予算の個別化を保障する。

本条の適用様式、及び、1段落で言及された部門全体に包括的に充てられる国家予算の黒字部分の投資に関する条件は、デクレで定められる。

L.225-1-1 条

ACOSS は、また、以下の任を負う。

1°管理及び財政に関して、徴収連合に対して指揮監督権を行使すること、

2°社会保障の保険料及び拠出金の監督及び徴収に関して方向性を定め、地方組織によるそれらの実施を調整し検査すること、

3°法律の定める場合において、保険料及び拠出金を直接徴収すること。この徴収は、第1編第4部第2、3、4、5章ならびに本編第4部第3、4章により、一般制度の保険料に適用される保障と制裁（sanctions）の下で行われる。

3°-2 L.231-1 条及びL.752-4 条が対象とする徴収組織によって徴収される社会保障の保険料及び拠出金に関する、法律及び命令の均一的な適用を確保すること、

3°-3 前述の諸組織に破毀院への上訴を許可すること、

3°-4 L.243-6-1 条の規定の適用により徴収組織がとる諸見解を調整すること、

3°-5 徴収組織が行う協調的な監督・徴収活動を手ほどきし調整すること。ACOSSはこの活動への徴収組織の参加を要求することができる、

4°反対の規定のない限り、第3者が徴収する保険料及び拠出金の利子を受領すること。コンセイユ・データの議を経たデクレは、これに関して適用される保障及び制裁を定める。これらの保障及び制裁は、国家には適用されない、

5°現行の法令の規定、及び、L.123-1 条及びL.123-2 条により定められ国の所管庁によって認可された協約の条項に従って、第3者のための事業（opérations）を含め、社会保障・家族手当保険料徴収連合、社会保障一般金庫、及び前述の諸組織の連合体が行う事業全体を中央に

集め、その収益を一般制度の諸組織に移転し、このために指定されたすべての組織に向けてその決算を行うこと、

5°-2 関係する社会保障制度会計のために、L.131-8 条の II に言及された租税の配分を管理すること、

6°徴収連合の不動産取引及びその不動産資産の管理について監督すること。

第7章 目標管理協定に関する規定

L.227-1 条

I. 社会保障財政法律を遵守して、国の所管庁は、それぞれ、CNAMTS、CNAVTS、CNAF、ACOSS と、署名者相互の取り決めを含む目標管理協定を締結する。

これらの協定は、L.200-2 条 1°、2°、3°、4°に掲げる諸部門及び徴収組織について、多年度管理目標、目標達成のために諸部門・諸組織が保有する運営手段、及び各署名者がこのために実施する活動について定める。

これらの協定は、以下のことを明確にする。

1°リスク管理、給付の支給、充当される保険料及び税の徴収を規律する法令の諸規定の実施に関連する目標、

2°利用者に対するサービスの質の改善に関連する目標、

2°-2 ネットワーク及びその地域組織の収益率の改善目標、

3°社会活動、予防、及び排除に対する闘いに関する目標、

4°行政管理予算及び、場合によっては、医療に関するコントロール、保健・社会活動及び予防に関する予算の算出及び進展に関する準則、

5°場合によっては、地方の金庫のネットワークの構築あるいは改善及び進展の条件。

これらの協定は、場合によっては、目標の定義に関連する量及び質の指標を定める。

これらの協定は、また、以下のことを定める。

1°特に社会保障財政法律、及び、諸組織の活動に関する法令の枠組の進展と関連する諸組織の活動負担の重大な変更との関連で、各協定の執行中における補足書の締結条件、

2°定められた目標に関して得られた結果についての対審的評価のプロセス。

II. 医療部門について、目標管理協定は、特に、公衆衛生、医療人口、医薬品、治療へのアクセスに関する排除との闘いといった諸領域における政府活動の複数年度の方向性について言及する。協定は、また、支給される給付の統制計画を含む。

一般制度の医療部門についての目標管理協定に毎年添付される補足書は、議会の可決した ONDAM との関連で、開業医療支出予測目標及びそのうちの L.162-43 条に挙げる部分ならびに委任支出目標 (ODD) を決定し、また、これらの諸目標の実施条件及び実施様式を明確にする。この開業医療支出予測目標は、施設、サービス、あるいは、保健衛生乃至社会医療活動について、その全部または一部が以前とは異なる法制度あるいは財政制度の下に置かれる結果となりうるあらゆる進展を考慮する。

開業医療支出には、以下のものが含まれる。

1°医療専門職、医療補助者及びラボの経営者が開業して提供する治療 (soins) の報酬、L.162-22 条で対象とされ、行為に対して報酬が支払われる施設で提供される治療、公立病院の

私的部門で活動する臨床医の報酬、

2°開業の形で給付される医療専門職の処方の実施に由来する支出、

3°現金給付。

委任支出には、上記 1°に掲げる支出及びL.322-5 条に挙げる移送費が含まれる。

Ⅲ. 目標管理協定は、少なくとも 4 年の期間について締結される。この協定は L.228-1 条に掲げる監視評議会に伝達される。

協定及び場合によってはこれを変更する補足書は、LO.111-9 条に掲げる議会の諸委員会に送付される。

第4部 財源

第1章 総論

第1節 社会保険

第1款 医療・出産・障害・死亡保険

L.241-1 条

本法典L.221-1条で述べた管理・運営についての財源は、現行の法令の規定が定める国家の拠出金のほか、被保険者の受領する報酬あるいは収入に比例した保険料と、L.136-1条、L.136-6条、L.136-7条、L.136-7-1条で述べた社会拠出金の収益の一定部分から構成される。

L.241-2 条

医療・出産・障害・死亡保険の財源は、また、以下のものを基礎とする保険料から構成される。

1°使用者の拠出金によって全部または一部が出資された場合であれ、保険料の遡及払い (rachat de cotisations) を引き起こした場合であれ、退職年金 (avantages de retraite)、及び、補足年賦金 (annuités supplémentaires) 以外の児童についての加算 (bonifications ou majorations) を除き、本法典L.381-1条及びL.742-1条により支払われる退職年金、

2°L.131-2条で述べられた代替的な手当及び所得、

3°L.245-13条に定める、会社の負担にかかる社会連帯拠出金の追加拠出金の収益。

一定のカテゴリーの被用者あるいはそれに類する労働者については、定額保険料が大臣アレテにより定められうる。

医療・出産・障害・死亡保険として支払うべき保険料は、使用者、被用者及びそれに類する者、本条の1°及び2°で言及された退職年金、代替的な手当及び所得の受給者が負担する。

医療・出産・障害・死亡保険の財源は、さらに、以下のものから構成される。

1°租税一般法典575条に定める消費税の32.46%に当たる部分、

2°CNAFによる、L.331-8条及びL.722-8-3条の適用により支払われる手当の償還。

第2章 保険料の算定基礎、率、計算

第1節 賃金労働者、及び、それに類する者に支払われる報酬を基礎とする保険料

第1款 一般規定

L.242-1 条

社会保険、労働災害及び家族手当の保険料の算定については、労働の対価としてまたは労働を契機として労働者に支払われるすべての金額、特に、賃金または稼得、有給休暇手当、労働者の保険料のための控除額、諸手当、特別手当、賞与、及びその他すべての現金給付ならびに現物給付、チップとして直接または第三者を介して得た金額は、報酬とみなされる。労働時間の短縮措置による報酬の喪失に対する賃金補填は、特にそれが賃金の差額補足あるいは時間当たり賃金率の引上げという形式をとる場合には、報酬とみなされる。

商法典 L.225-177 条乃至 L.225-186 条に定める条件において認められたオプションの受益者が租税一般法典 163 条の 2 の C の I に定める条件を満たさない場合には、同条の II に従って定められる額が報酬とみなされる。しかしながら、租税一般法典 80 条の 2 の II に定める差額 (différence) に相当する利得は、オプションの行使の際に報酬とみなされる。

社会保険、労働災害、家族手当の保険料の算定に用いられる関係者の報酬または稼得に対しては、大臣間アレテの定める条件及び限度においてのみ、職業上の経費としての控除を行うことができる。また、作業場経費としての控除についても、大臣アレテの定める条件及び限度においてのみ、行うことができる。

使用者を介して支給される社会保障給付は、報酬には含まれない。

法令の規定もしくは L.921-4 条で言及される全国職業間協定の条項の適用により使用者の負担とされ、かつ、第9編第2部第1章で言及される補足退職年金制度の財政にあてられるか、あるいは、L.921-4 条の適用により設立された制度を実施する組織に使用者が加入する以前に署名された補足退職年金契約の保障のために支払われ、これらの補足退職年金契約による保障を規律する条文の適用により使用者負担分として支払われるべき拠出金は、1 段落で言及された諸保険料の基礎から除外される。

本法典第9編第3部ならびに第4部もしくは共済組合法典第2部によって規律される諸組織、保険法典によって規律される企業、ならびに、保険法典 L.370-1 条で言及された組織で、同法 L.143-1 条、社会保障法典第9編第3部第2章第9節または共済法典第2編第2部第2章の2で定められた契約を提案する組織が支払う補足退職年金給付及び補足相互扶助給付 (prestations complémentaires de retraite et de prévoyance) の財政にあてられる使用者拠出金は、それが本法典 L.911-1 条に定める諸手続の1つの枠組において定められる集団的義務的性格を帯びる場合には、

以下に掲げる限度において、1段落で言及された保険料の基礎から除外される。

1°デクレの定める退職年金事業の財政への拠出金については、デクレの定める限度において、この限度の適用については、労働法典L.443-8条2段落により免除される、団体退職年金(retraite collectif exonéré)のための積立プランへの使用者の加入が考慮される、

2°補足相互扶助給付の財政への拠出金については、この拠出金が医療、出産または労働災害によって生じた費用の償還または補償に関する保障に出資する場合に、これらの保障がL.322-2条のIIで言及される負担金を保障しないという条件で、デクレの定める限度において、

しかしながら、前3段落の諸規定は、上記拠出金が本条の意味におけるその他の報酬要素に代替する場合には、全部または一部が廃止された報酬要素の最後の支給と上記拠出金の最初の支給との間に12か月の期間が経過しない限り、適用されない。

L.311-3条20°が対象とする、製品またはサービスの買入・転売を行う者は、自らのマージンの割合を、取引先の企業に伝えなければならない。

営業財産、手工業施設、または、動産もしくはその経営に必要な物資を備えた商工業施設の全部または一部の賃貸から得られる所得は、この最後の場合においては賃貸借が営業財産の無形的要素の全部または一部を含むと否とにかかわらず、これらの所得を賃借人たる企業として商行為を行う者またはそこで活動を行う者が受領する場合には、L.242-11条に定める条件において、同じく考慮される。

使用者側からの労働契約の破棄の場合、または、会社代表者、上級管理職及び租税一般法典80条の3が対象とする者の職務の強制的な中断の場合に支払われる補償金は、そのうちの同法典80条の12の適用により所得税が賦課される部分まで、同じく考慮される。

商法典L.225-197-1条乃至L.225-197-3条の規定に従って行われる株式の無償割当は、理事会、または、場合によっては、同法典L.225-197-1条6段落の規定の適用により業務執行役員会が定める割当条件が遵守され、かつ、使用者がその徴収組織に対して、前年度中に無償株式が最終的に割り当てられた自己の被用者または会社代表者の身分、及び、各人に割り当てられる株式の数ならびに価額を通知する場合には、1段落で言及された保険料の基礎から除外される。そうでない場合には、使用者は、自己の被用者分を含めて、社会保険料の全部を支払わなければならない。

前々段落の規定は、割当を受けた者が活動を行う企業の親会社または子会社で外国に本社がある会社によって、同一の条件で割当が行われる場合にも、同じく適用される。

第 3 編 社会保険及び一般制度に属する者の各種カテゴリーに関する規定

第 1 部 総則

第 1 章 社会保険の適用範囲

L.311-1 条

一般制度の社会保険は、以下の諸条文の定める条件において、医療、障害、老齢、死亡、寡居、母性、そして、父性に関するリスクまたは負担をカバーする。

L.311-2 条

年齢、年金受給者か否か、国籍、性別にかかわらず、いかなる資格によってであれ、あるいは、いかなる場所においてであれ、1人または複数の使用者のために雇われ、働いている者はすべて、報酬の額ならびに性質、及び、その契約の形態、性質ならびに有効性の如何にかかわらず、一般制度の社会保険に加入する義務がある。

L.311-3 条

以下の者は、たとえ使用者または企業主の施設で就業していなくても、たとえ自己の労働に必要な装備一式の全部または一部を保有していても、また、たとえ全部または一部をチップによって報酬を得ているとしても、L.311-2 条に定める義務を負う者に含まれる。

1°労働法典L.721-1 条以下の規定に服する家内労働者、

2°労働法典L.751-1 条以下の規定に服する外交商業代理人、

3°ホテル、カフェ、レストランの従業員、

4°保険副代理人 (sous-agents d'assurances) の地位を規律する本条 5°の規定は留保して、保険法典R.511-2 条 4°で言及される職業税の義務を負わない受任者で手数料を報酬とし、保険法典 L.310- I 条に定めるような1つまたは複数の保険会社のために保険紹介行為を習慣的継続的に行っており、これらの行為から前年度の資力の半分以上を得た者、

5°習慣的継続的に 1人または複数の総代理人のために働いており、顧客の開拓に加えて営業所の所在地で副次的な業務を課されている保険副代理人、

6°被用者ではない協同組合の管理者、及び、複数の支店を有する会社の倉庫またはその他の商工業施設の管理人、

7°その利用が公的当局の定める運送料金に服する公共車両の運転手については、その者が当

該自動車の所有者ではない場合、

8° 駅で働く荷物運搬人については、このために経営者または特許権者 (concessionnaire) と契約を結んでいる場合、

9° 劇場、映画館、その他の興行施設の女性案内係、及び、同じ施設においてクロークの管理を担当する従業員ならびに観客に種々の物品を販売する従業員、

10° 両親、行政機関または慈善団体から委ねられた子供の保護及び扶養を、それらの監督に服しつつ、報酬を得て、習慣的に自宅で行っている者、

11° 有限責任会社ならびに有限責任自由業会社の業務執行者については、全所有権または用益権のうち、業務執行者の配偶者または親権から解放されていない未成年子に帰属する部分は業務執行者が所有するものとみなされるとして、前記業務執行者が全体で資本金の半分以上を保有していない場合、

12° 株式会社及び匿名型の自由業会社の社長及び副社長、

13° 労働者生産協同組合の構成員、及び、同じ協同組合の組合長、副組合長、理事長ならびに執行役員については、彼らが自己の職務に対する分として報酬を受け、かつ、同じ組合内で賃金労働に従事していない場合、

14° 鉱山における社会保障の特別制度に属しない企業において自己の職務を行う採石場労働者の保安担当夫については、彼らに関して、使用者の義務が 1 つまたは複数の関係業者によって確保される場合、

15° 労働法典 L.762-1 条以下、L.763-1 条及び L.763-2 条の規定が適用されるものと認められた舞台芸術家及びファッションモデル。

前段落で言及された舞台芸術家及びファッションモデルに対する使用者の義務は、臨時にであっても、彼らの力を求めた企業、施設、部局、非営利社団、団体または者によって確保される、

16° 労働法典 L.761-1 条及び L.761-2 条の意味における職業的ジャーナリスト及びこれに類する者で、彼らによる通信社または日刊もしくは定期刊行の新聞社への記事、情報、ルポルタージュ、デッサンまたは写真の提供が、彼らをこれらの通信社または企業に結び付ける法的関係の性質の如何にかかわらず、出来高払いで支払われる場合、

17° 高齢者または成人障害者を収容し、このためにこれらの者と社会活動家族法典 L.442-1 条の規定に適合した契約を締結した、認可を受けた者、

18° 第 3 次雇用計画の実施のための、企業内訓練、社会・職業参入扶助及び労働時間調整による雇用促進を目指す 1991 年 1 月 3 日の法律 (Loi No.91-1) 22 条の I 及び II が対象とする、商業登録簿または職人登録簿に登録されていない、プレスの訪問販売員及びプレスの配達人、

19° 被用者たる弁護士については、障害・死亡リスクを除く L.723-1 条の対象とする全国フランス弁護士金庫の管理するリスク以外について、

20° 社会秩序に関する種々の措置に関する 1993 年 1 月 27 日の法律 (Loi No.93-121) 3 条の I で対象とされ、商業登録簿または商業使用人特別登録簿に登録されていない、在宅販売員、

21°国家、地方公共団体、それらの行政的公施設法人の1つ、または行政的性格の公役務の管理の任を負う私的組織のため、臨時に、法令の規定または裁判所の決定により報酬が定められる活動を行う者。問題となる活動や報酬の類型についてはデクレがこれを明確にする。

しかしながら、これらの規定は、L.621-3条が対象とする職業の1つを行う者に対しては、前記の臨時的活動がその職業の延長である場合には、その者の申請に基づき、デクレの定める条件において、適用されない、

22°租税一般法典261条の7の1°のdの2段落に定める条件を満たす非営利社団の上級管理職、
23°株式単純会社の社長及び上級管理職、

24°職務手当を受領し、かつ、社会保障制度に義務的に属していない、共済団体の理事、

25°商法典L.127-1条の定める条件において経済活動の創出または再開に対する支援を受けている者、

26°労働法典L.781-1条の2°で言及される者。

第2章 加入・登録

L.312-2条

加入に要求される条件を満たした労働者の社会保険への登録方法は、コンセイユ・ダタの議を経たデクレによって決定される。

第3章 給付への権利（医療・出産・障害・死亡）

L.313-1条

I. 以下に対する権利を有し、開始するためには、

1°L.321-1条の1°、2°、3°、4°、及び6°で定められた給付、

2°一定の期間について、L.321-1条の5°で定められた給付、

3°出産・死亡保険給付。

被保険者は、参照期間について、少なくとも最低賃金を参照して決められた額に等しい賃金を基礎として保険料を支払ったこと、賃金労働あるいはそれに類するものに最低限の時間数従事したことを証明しなければならない。

II. 以下のものを受益するためには、

1°前段落2°の適用において決められた期間を超えて中断なく受給するL.321-1条5°に定められた給付、

2°出産保険の日額手当。

被保険者は、さらに、最低限の期間、登録していたことを証明しなければならない。

L.313-3 条

家族の構成員として、認められるのは、以下の者である。

1° 被保険者の配偶者。

ただし、加入を強制される被保険者の配偶者が、社会保険の義務的制度を享受している場合、個人的に被保険者あるいは第 3 者のために、疾病リスクについてこうした義務的制度への加入が強制されない職業活動に従事している場合、職業あるいは商業登録簿に登録している場合、あるいは、自由業を営んでいる場合には、L.321-1 条及び L.322-6 条で定められた給付を要求することはできない、

2° 一定年齢以下の非就業の児童で、被保険者あるいはその配偶者の扶養の下にある児童。児童は、嫡出子でも非嫡出子でも、認知されていてもいなくても、養子でも、被保険者が後見人となっている国の援助を受けている戦災孤児でも、引き取られた子でも良い、

3° 一定年齢以下の、コンセイユ・デタの議を経たデクレで定められた条件を満たす以下の児童。

a) 労働法典で定められた条件を満たす見習い中の児童、

b) 就学を継続している児童、

c) 障害や慢性疾患によって、賃金労働に従事することが恒久的に不能な児童、

4° 被保険者の尊属、卑属、第 3 親等までの傍系親あるいは婚戚関係者で、被保険者の家に住み、家事や被保険者の扶養する児童の養育にもっぱら従事している者。児童の数や年齢制限については、コンセイユ・デタの議を経たデクレで定められる。

第 4 章 医療保険により負担される治療に関する規定

L.314-1 条

医療保険給付の受給権の開始のために作成された文書を受領した場合には、金庫は、各義務的医療保険制度の医療部局の支援を得て、職業上及び医療上の秘密保持を遵守しながら、以下のことを確認する。

1° 負担が従う条件のすべてが充たされていること。特に L.162-4 条、L.162-4-1 条、L.161-36-2 条、L.315-2 条、L.322-3 条、L.324-1 条に定める要件が充たされていること、

2° 行われる行為または命じられた治療が、

a) L.162-1-7 条、L.162-17 条、L.165-1 条にいうリストに定める限度及び指示を超えるものではないこと、

b)L.162-12-15 条にいう適正臨床行為勧告及び職業指標を遵守していること、
3°償還の際に示された費用が、協約上の取り決めまたは裁定的規則、L.162-12-18 条及び
L.162-12-20 条、L.183-1-1 条の適用により締結される契約及びL.162-12-17 条に定める協定にお
いて定められる取り決めを見誤っていないこと。

被保険者及び行為もしくは給付を行ったまたは物品を交付した医療従事者は、場合によっては、
金庫または医療監視部局に対し、上記の確認に必要な要素を提供しなければならない。

金庫または医療部局は、異常を確認した場合には、本条に定める準則の不遵守における被保険
者または医療従事者の各々の責任を評価する。この評価及び摘示された違反行為に応じて、本条
に定める手続、特に L.162-1-14 条、L.162-1-15 条、L.315-2 条にいう手続が適用される。違反行
為について被保険者またはその被扶養者に責がある場合には、金庫は費用の負担を行わないこと
を決定することができる。

第2部 医療保険

第1節 一般規定

L.321-1 条

医療保険は、以下のものを含む。

1°一般の及び特別の内科費用、歯科治療及び義歯の費用、薬剤及び装具の費用の補填、個別検査行為に関する費用の補填を含むラボでの分析検査費用の補填、医療施設、機能回復訓練施設及び職業再教育施設または職業教育施設への入院費ならびにこれらの施設での処置費の補填、及び、被保険者及びそのL.313-3 条に定める意味での家族構成員に必要な外科手術費の補填。避妊薬ならびに避妊具の費用、避妊の処方のために命じられたラボでの分析検査の費用の補填を含む、

2°L.162-4-1 条及びL.322-5 条に定める準則に従い、かつ、コンセイユ・デタの議を経たデクレの定める疾病状態及び移送費用を考慮した条件に従い、またそれを限度として、治療を受け、あるいはその状態に適した検査を受けるために、または、社会保障立法の適用により命じられた統制に服するために、移動せざるを得ない被保険者または被扶養者の移送費、

3°社会活動家族法典L.146-9 条にいう委員会の決定に基づく、障害児または障害のある青少年の同法典L.312-1 条の I の 2°及び 12°にいう施設への入所及び同施設での治療の費用の補填、及び、これらの施設の外部で付与されるこのような教育に協力する治療の費用の補填。ただし、これらの費用のうち、教育法典L.112-1 条乃至L.112-4 条、L.123-4-1 条、L.351-1 条乃至L.351-3 条、L.352-1 条の適用により国家の負担となる部分を除く、

4°公衆衛生法典第2編第1部第3章第1節に定める条件に従って行われる妊娠中絶のための治療・入院費用の補填、

5°L.162-4-1 条に定める、労働を継続または再開する準則に従い、かかりつけ医によって確認された肉体的不能の状態にある被保険者に対する日額手当の付与。不能は、同一の条件において、助産婦によって、その職業的権限の限度において、デクレにより定められた期間について、確認されうる。ただし、温泉治療の場合に命じられる労働停止は、関係当事者の状態がデクレの定める条件に従いそれを正当化する場合を除き、日額手当を生ぜしめない、

6°公衆衛生法典L.1411-6 条にいうプログラムの枠内で行われる予防目的の行為ならびに処置に関する費用の補填、特に同法典L.1411-2 条に定めるプログラムとして行われる検診ならびに予防的診断に関する費用、及び、同法典L.2121-1 条の適用により命じられる検査のための費用 [=婚前検診費用] 及び保健担当大臣及び社会保障担当大臣のアレテの定めるリストによるワクチン接種のための費用の補填、

7°廃止、

8°廃止、

7°及び8°は、2002年3月4日の法律（Loi No.2002-303）81-I条より廃止。

9°公衆衛生法典L.2132-2-1条にいう口腔及び歯の予防検査に関する費用の補填。

L.321-2 条

L.161-8条及びL.311-9条に定める規定を留保して、L.321-1条1°に定める給付は、被保険者がその償還が請求されているところの治療の日においてL.313-1条に定める条件を満たしていれば、期間の制限なく付与される。

労働中断の場合には、被保険者は、初級医療保険金庫に対し、所定の期間内に、かつ、デクレに定める制裁のもとで、労働中断命令書を送付しなければならない。この命令書は、大臣アレテに定める書式によることとし、医師の署名がなければならない。

初級金庫の事務総長は、前段落に定める制裁の仕組みを実施する。

L.321-3 条

金庫は、生涯の一定の時期に、被保険者及びその家族構成員に、無料健康診断を受けさせなければならない。

金庫が懈怠する場合には、被保険者及びその家族構成員はこの検査を受けることを請求することができる。

本条の適用方式は、コンセイユ・デタの議を経たデクレにより定める。同デクレは、この検査が、他の法律または命令の規定の適用により組織される他の予防検診と重複して行われることを回避するために有用な、あらゆる措置を定めるものとする。

第2章 現物給付

L.322-1 条

CPAMによって保障される部分は、要した費用の金額を超えることができない。この部分は、被保険者またはL.161-14-1条の2文にいう被扶養者に直接償還され、あるいは、被保険者の委任を受けた組織と協定を締結した施設または臨床医によって治療が施された場合には、この協定が医療保険の協約上の規制を遵守している限りにおいて、当該組織に償還される。

コンセイユ・デタの議を経たデクレは、被保険者が、自らに支払われるべき給付の受領について第三者に委任することのできる条件と限度を定める。

第 1 節 被保険者の負担金

L.322-2 条

I. L.321-1 条 1°、2°、3°に定める給付の算定基礎となる料金表に対する被保険者の負担金は、上述の料金表に比例して、または、定額で、定められうる。この負担金は、給付のカテゴリー、治療が付与される条件、入所条件、治療が付与される施設の性質によって異なりうる。被保険者の負担金は、給付受給者の年齢または家族状況に応じて減額されうる。

負担金は、コンセイユ・デタの議を経たデクレの定める限度と条件において、全国補足医療保険組織連合の意見を徴した後、全国医療保険金庫連合の決定により定められる。保健担当大臣は、公衆衛生上の理由から、この決定に異議を述べることができる。大臣の決定には理由が付記されなければならない。

L.162-17 条に挙げる特許調剤への前段落で挙げた負担割合の適用は、全国医療保険金庫連合の決定により定められる。

II. 被保険者は、入院中に行われる行為または診察を除き、医療保険により負担され開業医または施設もしくは医療センターの医師により行われる各行為または各診察について、定額の負担金を支払う。被保険者は、あらゆる医生物学行為についても同様にこの負担金を支払う。この負担金は I にいう負担金と併せて賦課される。その額は、コンデイユ・デタの議を経たデクレに定める限度と条件において、I に定める手続に従い、全国医療保険金庫連合が定める。

デクレは、各受給者が 1 年間に負担する定額負担金の上限数を定める。

同一日に同一の医療従事者により複数の行為または診察が行われた場合には、受給者が負担する定額負担金の数は、デクレの定める上限を超えることができない。

デクレは、被保険者が費用の前払い免除を受ける場合に、定額負担金について、被保険者が医療保険金庫に直接支払い、または、医療保険金庫が被保険者の次回以降の給付から回収することができる条件を定める。このデクレは、L.133-3 条の規定に反することができる。

L.322-3 条

全国医療保険組織連合及び全国補足医療保険組織連合の意見を徴した後、コンセイユ・デタの議を経たデクレにより定められた条件の中で、L.322-2 条 1 段落にいう被保険者の負担金を制限または廃止することができるのは、以下の場合である。

1°入院の場合または特定の期間中に、関係当事者の負担にとどまる費用が一定額を超える場合、

2°受給者の状態が上述のデクレの定めるカテゴリーに属する装具の支給を正当化する場合に、その装具の取得費用について、

3°受給者が、L.161-37 条にいう高等機構の意見を徴した後にデクレで定めるリストに登録された、長期の治療または特に高価な治療法を含む疾患の 1 つに罹患していることが認められた場合、

4°受給者が、上述のリストに登録されておらず、かつ、長期の治療または特に高価な治療法を含む疾患に罹患していることが、医療監視により認められた場合、

5°被保険者が、老齢給付として社会保障法典L.815-2 条またはL.815-3 条にいう補足手当の受給資格者である場合、

6°受給者が障害児または障害のある青少年である場合に、L.321-1 条 3°により補填される費用について、

7°被保険者が 1975 年 6 月 30 日の法律 (Loi No.75-535) 3 条にいう施設に収容された場合、または、公衆衛生法典L.355-1-1 条にいうセンターの施す治療を受ける場合、

8°被保険者がL.174-5 条または 1970 年 12 月 31 日の法律 (Loi No.70-1318) 52-1 条にいうユニットまたは長期滞在センターに収容された場合、

9°被保険者が、1975 年 6 月 30 日の法律 (Loi No.75-535) 1 条にいう施設により、在宅での維持型医療社会事業の枠組において、施されるパラメディカルケアを受ける場合、

10°廃止。

11°新生児がコンセイユ・デタの議を経たデクレの定める期間内に出生する場合に、その者の入院について、及び、コンセイユ・デタの議を経たデクレの定める年齢まで、医療施設においてその者に施されるすべての治療について、

12°不妊症の診断に必要な検査、及び、人工授精の方法を含む、不妊症の治療について、

13°L.311-10 条、L.313-4 条、L.341-16 条、L.371-1 条の規定を享受する者について、彼ら自身のために投入される費用に関して、

14°L.371-1 条の規定を享受する者の被扶養者について、

15°刑法典L.222-23 条乃至L.222-32 条及びL.227-22 条乃至L.222-27 条により定められ処罰される行為の被害者たる未成年子が被った虐待に由来する治療について、

16°L.321-1 条 6°にいうプログラムの枠内で行われる、検診の費用及び未成年者向けの予防的診断に関連する費用、

17°L.321-1 条 9°にいう口腔及び歯の予防検査に関する費用。

本条 3°にいうリストにはまた、付属書で、疾患の定義のために用いられ、また被保険者の負担金の制限または廃止の権利を開始させる医学的基準が含まれる。

医療保険金庫全国連合の提案に基づき、L.161-37 条にいう高等機構の意見を徴した後に定められるデクレは、本条 3°及び 4°の適用による被保険者の負担金の制限または廃止を、医療ネットワークまたは治療を連携させるしくみの枠組で行われる給付に留保することができる。

L.322-4 条

L.322-2 条のⅡにいう被保険者の負担金は、その者の未成年の被扶養者及び L.861-1 条にいう保健分野の補足的保護の受給者には要求されない。

第 2 節 被保険者の移動の費用—移送費

L.322-5 条

移送費は、受給者の状態と両立しうる最も費用のかからない行程及び移送方法に基づき、引き受けられる。

医療保険組織とタクシー会社との間で締結される協定は、地方の特有な事情を斟酌して、被保険者が費用の前払いを免除されうる条件を定めることができる。この協定は、県における国の代表者による認可の後にものみ、発効する。

L.322-5-1 条

協定を結んだ衛生輸送事業者によって移送が行われる場合には、被保険者は、義務的医療保険制度によって保障される部分について、その費用の前払いが免除される。

衛生輸送の給付者に支払われる被保険者の負担金は、L.162-14-1 条及び L.162-14-2 条にいう料金表に基づき算定される。

L.322-5-2 条

医療保険組織と衛生輸送事業者との間の関係は、救急車運転手の最も代表的な 1 つまたは複数の全国的な組合組織と全国医療保険金庫連合との間で最長 5 年間について締結される全国協定によって定められる。

この協定は、特に以下のことを定める。

- 1°医療保険給付を付与する組織と衛生輸送事業者の各々の義務、
- 2°協定の適用から生じる衛生輸送事業者の義務の履行の監督方法、
- 3°協定の適用を受けるために衛生輸送事業者が満たすべき条件、
- 4°協定及びその毎年の付属書の実施に必要な機関の財政、
- 5°規則制定権限を侵害することなく、事業者が支払うべき額の決定方法、
- 6°公衆衛生法典L.6312-5 条の最終段落に定める条件において組織される県の当番制度への参加について、衛生輸送事業者の報酬の条件。

L.322-5-3 条

2002年3月6日の法律（Loi No.2002-322）6条により廃止された。

L.322-5-4 条

L.322-5-2 条にいう協定、その付属書及び補充書は、L.162-15 条に定める条件において認可され、関係する衛生輸送事業者に適用される。

全国協定の規律を受けない事業者については、償還の基礎となる料金表は大臣間アレテで定められる。

L.322-5-5 条

2002年3月6日の法律（Loi No.2002-322）6条により廃止された。

第3節 雑則

L.322-6 条

義歯に関しては、被保険者及びその家族は、機能的装具及び治療用装具または職業の遂行に必要な装具の給付のみ受ける権利がある。

L.322-7 条

L.321-1 条 1°、2°、3°、4°、6°、7°で対象とされている現物給付は、被保険者の不正な策略または虚偽の届出の結果として不正に支払われた給付の徴収の場合を除き、譲渡することができず、また差し押えることができない。

口座に預けられた金額の凍結は、1 段落にいう給付の譲渡禁止及び差押禁止を妨げる効果を持つことができない。

第3章 現金給付

L.323-1 条

L.321-1 条の 4°に定める日額手当は、労働不能の開始時点に続く一定期間の満了した後に認められ、また、就業日であると否とを問わず、各日について支払われる。日額手当は、最長期間までの間付与され、以下の条件に従って算定される。

1°L.324-1 条に定める手続の適用を生ぜしめる疾病については、日額手当が付与される期間は、各疾病について日々算定される。労働再開後の中断の場合には、上記期間は、労働再開が少なくとも最小期間あったならば、新たに進行する、

2°L.324-1 条に述べられていない疾病については、被保険者は、1 つまたは複数の疾病により、上で述べたようにして定められた何らかの期間について、所定の数を上回る数の日額手当を受け取ることができない。

(参考) **R.323-1 条** L.323-1 条 1 段落の適用については、以下の通りとする。

1°L.321-1 条 4°に定める日額手当の開始日は、労働不能の第 4 日目である、

2°日額手当が付与される最長期間は 3 年とする、

3°L.323-1 条 1°にいう、それを超えれば 3 年の期間が新たに進行するところの労働再開の期間は、1 年とする、

4°L.323-1 条 2°にいう、何らかの 3 年の期間について被保険者が受け取ることのできる日額手当の最大数は、360 とする。

L.323-2 条

L.323-1 条の規定の例外として、一定年齢に達した、社会保障制度または文民・軍事年金制度または他のあらゆる法律上または命令上の年金制度により付与される年金または老齢手当の受給権者であって、その年額がデクレの定める額を超える者に支払われるべき日額手当は、同一期間に対応する上述の年金または手当の額に等しい額だけ削減され、また、この額が日額手当の額を超える場合には支給されない。しかしながら、家族負担のある被保険者の日額手当は、デクレに定める条件に従って削減されるのみである。

関係当事者の労働不適性を理由に年金が認められた場合には、日額手当は所定期間の満了後は支給されない。

L.323-3 条

労働再開の場合には、日額手当は金庫の定める期間、全部または一部が保持されうるが、以下の場合には、所定の期間を超えることはできない。

1°労働再開または行われる労働が被保険者の健康状態の改善を促進しうるものと認められる場合、

2°被保険者がその健康状態と両立し得る雇用を回復するために職業再教育または職業回復訓練の対象となるべき場合。

金庫が評価する例外的な場合を除き、日額手当の額は、被保険者の全稼得額を、同一職業カテゴリーの労働者の通常の賃金を上回る額に至らしめることはできない。

L.323-4 条

日額手当は、基礎日額の一定部分に等しい。L.313-3 条の意味での最小限度数の被扶養児童を抱える被保険者については、この手当金は、所定の期間後は、基礎日額のより多い一部分となる。

通常手当金及び加算手当金は、月額との関係で定められる最高限度額を超えることができない。

基礎日額は、労働中断日前の最後の賃金に従って定められる。

日額手当の率及び最高額、手当金が加算され始める日、及び基礎日額の決定方式については、コンセイユ・デタの議を経たデクレがこれを定める。

医療保険の給付金の開始後に賃金が一般的に上昇した場合、及び、労働中断が所定の期間を超えて続く場合には、日額手当の率は、同じ条件に従って改定の対象となりうる。

日額手当の額は、L.251-4 条に定める条件に従って、全国レベルでの制度の財政結果に応じて、減額または増額されうる。

L.323-4-1 条

3カ月を超えるすべての労働中断の間、顧問医はかかりつけ医と連携して、デクレの定める条件に従って、産業医に対して、場合によっては、労働再開の条件及び方法を準備・研究し、または職業訓練の進め方を検討するよう、求めることができる。被保険者は、この局面の間、同人の選ぶ1名の者により補佐される。

L.323-5 条

日額手当は、賃金の差押えに関する立法の定める条件及び限度に従ってしか、差押えまたは譲渡の対象となり得ない。

L.323-6 条

日額手当の付与は、受給者について、以下の義務に服せしめられる。

1°臨床医の指示を守る義務、

2°L.315-2 条に定める、医療監視部局によって組織される監視に服する義務、

3°臨床医によって許可された外出時間を守る義務。これは1日につき連続3時間を超えることができない、

4°許可されていないすべての活動を断念する義務。

上に示した義務を故意に守らなかった場合には、金庫はペナルティーとして、支払われるべき日額手当の全部または一部を支給しないことができる。

金庫の決定に対して不服申立てがなされる場合には、L.142-2 条にいう裁判所は、金庫の命じた制裁額が被保険者の犯した違反の重大さに照らして適正であるかを統制する。

第4章 長期疾病に罹患した患者の治療の質と調整

L.324-1 条

長期疾病の場合及び労働中断または一定期間以上の継続的な治療の場合には、金庫は受給者の特別検査を定期的に行わせなければならない。この検査は、治療が中断なく付与されるならば関係当事者が従わなければならない治療を決定するために、かかりつけ医と社会保障の顧問医が共同で行う。給付の付与の継続は、受給者の以下の義務によって決まる。

1°かかりつけ医と社会保障の顧問医による共通合意により命じられた、また、これら2名の医師の間に合意が成立しない場合には1名の専門家により命じられた、あらゆる性質の治療・処置に服する義務、

2°金庫の組織する検診及び特別監視に服する義務、

3°許可されていないすべての活動を断念する義務、

4°その職業再教育または再就職のために命じられる訓練または作業を遂行する義務。

上記の義務を遵守しない場合には、金庫は給付の付与を中断、減額、廃止することができる。

かかりつけ医—開業医であれ医療施設で活動する者であれ—と顧問医は、上に定める義務について述べる治療プロトコルを共同で作成する。このプロトコルは、特に患者の健康状態や治療法の進歩に応じて定期的に見直されうるものであり、さらに、L.161-37 条にいう高等機構の定める勧告を考慮して、疾患の治療に必要で、それについてはL.322-3 条 3°及び 4°の適用により、被保険者の負担金が減額または廃止されうるような行為や給付を定める。プロトコルの期間は、L.161-37 条にいう高等機構の勧告を考慮して定める。このプロトコルは患者またはその法定代理人によって署名される。

緊急の場合を除いて、患者またはその法定代理人は、負担金の減額または廃止を受けるためには、そのプロトコルを診察する医師に提示しなければならない。

医師は、開業医であれ医療施設で活動する者であれ、償還または負担に必要な文書を作成するにあたっては、プロトコルの内容を知ったことを証明するとともに、被保険者の負担金の減額または廃止について規律する規定に従わなければならない。

本条の実施方法、特に被保険者が治療プロトコルの内容を知り、処方の際に医師にこれを提示する条件については、デクレで定める。

第 9 編 被用者の補足的社会的保護及び労使同数主義の性格を有する組織に関する規定

第 1 部 被用者の補足的社会的保護に関する一般規定

第 1 章 被用者への補足的保障の決定

L.911-1 条

法律あるいは規則で創設されていない場合、被用者、元被用者、及びその家族が、強制的社会保険組織から受け取る集団的保障を補足する集団的保障を、労使協定あるいは協約、あるいは、企業のトップにより提案された協定案の関係者の過半数による承認、あるいは、企業のトップが各関係者に渡す文書に記載された企業トップの一方向的な決定により、行うことができる。

L.911-2 条

L.911-1 条で言及された集団的保障は、被用者、元被用者、及びその家族が、とりわけ、死亡、身体への健康への侵害、出産、労働不能や障害、不適性、失業といったリスクをカバーすることを目的とし、年金、あるいは、退職後あるいはキャリア終了後の手当という形での利益を定める。

第 3 部 相互扶助組織及びその活動

第 1 章 相互扶助組織

第 1 節 一般規定

L.931-1 条

相互扶助組織は、私法上の非営利法人であり、同数の代表を出す L.931-3 条に定められた加入者 (des membres adhérents) と参加者 (des membres participants) によって運営される。

相互扶助組織は、以下の目的を持つ。

- a) 参加者に対して、その履行が寿命に依存する契約を締結する。契約では、婚姻や子の誕生の場合に元金を支払うことを約束するか、あるいは、資本還元の見点から貯蓄を生じさせるかし、その結果として、一定の約束が契約されることとなる、
- b) 事故や疾病に関連する身体的損害のリスクをカバーする、

c)失業のリスクをカバーする。

1つの同じ相互扶助組織が、本条の a 及び c で言及された活動を行うことはできない。

相互扶助組織は、これらの同種の約束及びリスクに再保険がかけられるのを承認することができる。

相互扶助組織は、参加者の利益のために、社会的活動を実施することができる。ただし、その活動が、集団的社会的に実現される場合には、当該組織とは異なる 1 つまたは複数の法人によって管理・運営されなければならない。

相互扶助組織は、参加者に対して、参加者のために契約した約束の完全なる支払いを保証する。

相互扶助組織は、労使協定、あるいは、企業のトップにより提案され、関係者の過半数により承認された協定案、または、このために総会に集結した加入者及び参加者の合意によって提案された協定案をベースに設立される。

コンセイユ・デタの議を経たデクレが、本条の適用様式と、とりわけ、各組織が備えなければならない事業所基金の設立に関するルールを定める。

＜公衆衛生法典＞

第 1 編 医療における人の保護

第 1 部 病者及び医療システム利用者の権利

序章 人の権利

L.1110-1 条

医療による保護を受ける基本的権利は、あらゆる利用可能な手段によって、全ての者のために実行に移されなければならない。医療従事者、医療施設及び医療ネットワーク、医療保険組織、あるいは、予防や治療に参加するその他すべての組織、そして、保健衛生当局は、緊急に、予防活動を発展させ、各人がその健康状態によって必要とされる治療に等しくアクセスできることを保障し、治療の継続と可能な限りの保健衛生上の安心を保障しなければならない。

L.1110-1-1 条

医療及び社会的医療セクターの従事者は、初期教育の受けた後も、引き続き、障害の原因についての病理学に関する知識の進歩や、それに関連した治療や技術、教育、社会に関する革新、障害者の受入れや援助、障害の告知に関連した特別の教育訓練を受ける。

L.1110-2 条

病者は、その尊厳を尊重される権利を有する。

L.1110-3 条

何人も、予防や治療へのアクセスにおいて、差別されない。

L.1110-4 条

医療従事者、医療施設、医療ネットワーク、あるいは、その他の予防や治療を行う組織により受け入れられた者はすべて、その私生活、及び、私生活上の情報に関する秘密を尊重される権利を有する。

法律で明確に定められた適用除外の場合を除いて、この秘密は、医療従事者、医療施設や組織

のすべての従業員、及び、職務上施設や組織と関係を持ったその他のすべての者の知るところとなった個人情報全体を含む。これは、すべての医療従事者、そして、医療制度に介入するすべての専門職に課せられるものである。

2名または複数の医療従事者は、しかし、正式に情報を提供された者の反対がある場合は別として、治療の一貫性を保障し、可能な限り良質な治療を決定できるように、引き受けた当該人に関する情報を交換することができる。人が、医療施設内の1チームにより治療をうける場合、当該人に関する情報は、患者によりチーム全体に委ねられたとみなされる。

前段落で言及された医療情報の秘密保持を保障するために、情報媒体への情報の保管や、専門職間のコンピューターによる情報の送信は、世論を聴取したのち、情報処理と自由に関する国家委員会（CNIL）により正当化されたコンセイユ・データの議を経たデクレによって定められた規則に従う。このデクレは、社会保障法典 L.161-33 条の最終段落で言及された医療カルテの利用が義務とされる場合を定める。

本条に違反して、こうした情報の伝達を取得した、あるいは、取得しようとした場合、1年の禁固及び15,000ユーロの罰金に処せられる。

重大な診断あるいは予後の診断がくだされる場合、医療上の秘密は、病者の反対がなく、病者の家族、近親者、あるいは、L.1111-6 条に定められた信頼できる人が、病者に直接的な支援を行うために必要な情報を受け取る場合にのみ、提示することが許される。こうした情報を提供する、あるいは、その責任のもと提供させる資格を与えられているのは、医師のみである。

医療上の秘密は、死亡した人に関する情報が、その死の原因を知り、故人の名誉を守り、故人の権利承継者が権利を行使するために必要な限りにおいて、その権利承継者に提供されるのを妨げない。ただし、生前、本人により反対の意思が明示されていた場合は除く。

第6編 医療施設

第1部 医療施設の活動の編成

第1章 医療施設の使命

L.6111-1 条

公的・民間の医療施設は、患者の心理的な側面を考慮に入れた上で、病者、負傷者、妊娠した女性の診察、手当、治療を行う。

公的・民間の医療施設は、公衆衛生活動、とりわけ、組織されたあらゆる医療社会的活動、そして、健康や予防のための教育活動に参加する。

公的・民間の医療施設は、保健衛生上の安全、とりわけ、L.5311-1 条で言及された医薬品 (produits) の安全性を保障するためのリスク管理制度の実施に協力し、規則で定められた条件のもと、院内感染や医原病に対する対策をその内部で講じる。

公的・民間の医療施設は、患者を引き受けたことにより生じる倫理的な問題について、その内部で、熟考する。

医療施設は、規則で定められた条件に応じた医療装置の殺菌消毒の質を保障する制度を実施する。

L.6111-2 条

公的・民間の医療施設は、以下のものを提供することを目的とする。

1°入院の有無を問わず、

a)短期の治療、あるいは、外科や産科、歯科、精神科における急性の重大疾患に関係する治療、

b)継続的治療、あるいは、再参入を目的として、継続的な治療を要求する病者に対し、治療 (traitement) や経過観察の枠の中で行われる最適のための治療 (soins)、

2°絶えざる医学的観察や持続的な治療を必要とする健康状態のために、自立した生活を送ることのできない者に対する入院を含む長期の治療。

第2章 公的病院サービス

L.6112-2 条

公的病院サービスは、以下のものによって、保障される。

- 1°公的医療施設、
- 2°L.6161-6 条及びL.6161-9 条に定められた条件を満たす民間の医療施設、
- 3°傷痍軍人・戦争被害者年金法典L.529 条 2°に定められた使命を負う全国障害者機構、
- 4°ガン対策センター。

これらの施設は、提供する治療に全ての者が等しくアクセスできることを保障する。これらの施設は、その健康状態がサービスを必要としている全ての者に開かれる。これらの施設は、緊急の場合に、昼夜を問わず、患者を引き受けることができるか、あるいは、1 段落に言及された他の施設で患者を受け入れてもらえるよう保障することができなければならない。

これらの施設は、患者に対し、その健康状態が必要とする予防的ケア、治療、一時的に痛みを抑える処置を提供し、継続してこれらの処置を行いつつ、退院後、すべての患者が、治療を継続するために必要な生活条件を持っているかを確認する。そのために、これらの施設は、そうした生活条件を満たしていない退院患者を、その不安定な状況を考慮してくれる組織へと向かわせる。

これらの施設は、治療に関して、病者間で差別を行ってはならない。これらの施設は、現行法あるいは規則によって定められている制限の中でしか、また、それで定められている方法でしか、病者の意思によって異なる入院制度を用意することができない。

L.6112-4 条

L.6112-2 条 2°で言及された施設以外の民間医療施設は、L.6161-10 条で定められた様式にしたがって締結された協定により、公的病院サービスの機能に参加することができる。

病院勤務でない医師及びその他の医療従事者は、公的病院サービスを保障する施設の機能に参加することができる。彼らは、その技術的援助を求めることができる。彼らは、契約により、その医療設備を借り、その利用を効率化することができる。しかし、この医療設備が、病院センターのものであり、患者の入院を必要とする治療行為を実行する際に必要なものである場合、病院勤務でない医師及び助産婦のそれへのアクセスは、L.6146-10 条で定められた条件の範囲内で行われることとなる。

加えて、L.6112-2 条で言及された施設は、同条 2°に言及された施設以外の民間病院施設や、医師、その他の医療従事者とともに、協力する。

この施設は、主治医、社会的サービス、医学的社会的サービスと協力して、病者の在宅治療体制に参加することができる。

第 5 章 地域圏病院庁

L.6115-1 条

各地域圏及びコルシカ管区共同体において、地域圏病院庁（ARH）は、病院治療の提供に関

する地域圏の政策を決定、実行し、公的・民間医療施設の活動の分析、調整を行うと同時に、その機能を統制し、その財源を決定することを使命とする。L.6121-4 条により保健担当大臣に割り当てられた管轄内であることを条件として、ARH は、本編、社会保障法典第 1 編第 6 部第 2 章第 5 節及び同第 7 部第 4 章に定められた権限を行使する。ARH は、県における国の代表によって行使される警察権限及び市民の安全のための権限を侵害することなく、本段落に言及された権限を行使する。

デクレにより、いくつかの機構には、地方圏間の権限が与えられる。

L.6115-2 条

ARH は、国及び少なくとも CRAM ならびに医療保険地域圏金庫連合を含む医療保険組織の間で、公益団体という形式の下に設立される、管理・運営及び財政に関する自律性を与えられた公法人である。

この団体の設立協定は、特に機構の財務会計組織及びその財政に対する国ならびに医療保険組織の協力の性質について明確に定める標準協定 (convention type) に適合したものでなければならぬ。この標準協定は、医療保険の全国組織と協議して作成され、命令により決定される。

ARH は、本章に定める諸条件において、保健・社会保障担当大臣の後見監督のもとに置かれる。

ARH は、財政裁判所法典 L.133-2 条に定める諸条件において会計検査院の監督に服し、また、社会問題総監察局の監督に服する。その機能は国の経済財政監督に服する。

ARH は、執行委員会によって管理・運営され、事務総長によって指揮される。

L.6115-3 条

事務総長は、国の名において、L.6115-4 条の適用により執行委員会が行使するものを除いて、L.6115-1 条に掲げる諸権限を行使する。

事務総長は、以下の場合に、執行委員会の意見を徴する。

1°活動ならびに施設ごとに、L.6121-2 条に掲げる保健地域を定めるとき、

2° L.6121-1 条に掲げる衛生組織計画を決定するとき、

3° L.6122-13 条に定める条件において、許可の取消しまたは許可内容の変更を最終的に決定するとき、

4° L.6122-15 条及び L.6122-16 条に定める権限を行使するとき、

5° L.6141-1 条に定める条件において、国立以外の公的医療施設を設立するとき、

6° L.6143-4 条 2° に掲げる公的医療施設の決定 (délibérations) を認可するとき、

7° L.6145-1 条、L.6145-2 条、L.6145-4 条に定める権限を行使するとき、

8° L.6161-9 条に定める諸条件において、公的病院サービスの執行について特許契約 (contrats

de concession) を締結するとき、

9°L.3221-1 条に掲げる精神保健に関する協定を締結するとき、

10°L.6161-6 条に掲げる公的病院サービスへの参加承認決定を行うとき、

11°社会保障法典L.162-22-4 条、L.162-22-12 条、L.162-22-14 条に定める諸規定を定めるとき、

12°L.6143-3 条またはL.6143-3-1 条に定める措置を取るとき。

事務総長は、1°乃至 12°に列挙された以外の領域で行う決定について、執行委員会に報告する。

事務総長は、L.6122-13 条 1 段落の適用によるすべての許可停止について、執行委員会に通知する。

ARHの事務総長は、地域圏病院センター及び公衆衛生法典L.6141-5 条ならびにL.6147-4 条に掲げる施設を除き、1986 年 1 月 9 日の法律 (Loi No.86-33) 2 条 1°に掲げる施設において事務総長及び事務局長 (secrétaire général) の職務代理者を指定する。

本条に定める権限の行使においては、事務総長は保健・社会保障担当大臣の権限に服する。

事務総長は、病院医療の供給ならびに医療施設の運営に関する事項について、保健・社会保障担当大臣の委任を受けることができる。

事務総長は、命令の定める条件において、自己の署名を委任することができる。

副事務総長、あるいはこの職務が存在しないときには、事務局長が、一時的な欠員、不在または故障の場合には、当然に事務総長の代理を務める。

以上

欧州の医療保険制度に関する国際比較研究報告書
【資料編】

平成 18 年 10 月

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山 1 丁目 24 番 4 号

TEL : 03-3403-0928