

ドイツの医療保険制度改革追跡調査

報告書

平成21年6月

健康保険組合連合会

◆◇目 次◆◇

調査研究の概要.....	1
第1章 ドイツ医療保険制度の概要.....	3
1. 歴史的沿革.....	3
2. ドイツ医療保険制度の概要.....	4
3. 近年の医療保険制度改革.....	6
(1) 1970年代・80年代前半における費用抑制策.....	6
(2) 医療保険改革法（GRG）.....	7
(3) 医療保険構造法（GSG）.....	7
(4) 公的医療保険連帯強化法と医療保険改革2000.....	10
(5) リスク構造調整改革法.....	10
(6) 公的医療保険近代化法（GMG）.....	12
第2章 公的医療保険競争強化法の成立.....	16
1. リュールupp委員会.....	16
(1) リュールupp委員会.....	16
(2) リュールupp報告書における医療保険制度の代替案.....	17
2. 2005年9月の総選挙と大連立政権の誕生.....	19
(1) 2005年9月の総選挙と医療保険構想.....	19
(2) 大連立政権の誕生.....	20
(3) 医療改革に向けての重点項目.....	21
3. 公的医療保険競争強化法の成立.....	22
第3章 公的医療保険競争強化法の概要.....	23
1. 国民皆保険化と民間医療保険の改革.....	23
(1) ドイツ医療保障制度における無保険者の存在.....	23
(2) 2007年における無保険者解消策～標準タリフの導入.....	23
(3) 2009年における無保険者解消策～基本タリフの導入.....	24
(4) 老齢積立金のポータビリティの確保.....	25
(5) 民間医療保険からの強い反発.....	25
(6) 政府の目指す「国民皆保険」とは.....	26
2. 医療保険財政の改革.....	27
(1) 全国一律の法定保険料率と追加保険料の導入.....	27
(2) 医療基金の創設と罹病率によるリスク構造調整の導入.....	29

(3) 保険料徴収方法の見直し	30
(4) 連邦政府補助金（税財源）の増額	31
3. 保険給付の改革	32
(1) 選択タリフの導入	32
(2) 医療給付の拡大	34
(3) 医薬品の安全性と経済性の向上	35
4. 外来診療報酬、診療契約・報酬支払方式の改革	36
(1) 外来診療報酬の改革	36
(2) 診療契約・報酬支払方式の改革	36
5. 疾病金庫組織の改革	38
(1) 疾病金庫の合併の促進	38
(2) 連邦組織の改編	38
第4章 公的医療保険競争強化法による影響と関係者の評価	39
1. 公的医療保険競争強化法のねらい	39
(1) ドイツにおける少子高齢化と失業率	39
(2) 疾病金庫間の競争の限界	39
(3) 新たな競争強化の必要性	40
2. 公的医療保険競争強化法をめぐる評価	41
(1) 統一保険料の導入をめぐる評価	41
(2) 罹病率加味のリスク構造調整をめぐる評価	42
(3) 疾病金庫の組織改革をめぐる評価	44
(4) 連邦補助金の拡大をめぐる評価	44
(5) 国民皆保険化をめぐる評価	45
3. 公的医療保険競争強化法のもたらしたものと残された課題	46
(1) 未解決の財源問題～大連立政権下の妥協策	46
(2) 急加速する疾病金庫の統廃合	47
(3) 変容する「当事者自治」	47
(4) 国民皆保険の未達成～二元構造	48
公的医療保険競争強化法における財政制度改革（土田武史）	50
ドイツ医療保険における「連帯と自己責任の変容」（土田武史）	64
参考資料	

調査研究の概要

1. 背景と目的

ドイツでは、メルケル首相率いるキリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）と社会民主党（SPD）の大連立政権のもと、2007年2月に「公的医療保険競争強化法（Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung ; GKV-WSG）」が成立した。同法では国民皆保険化や連邦補助金の拡大、異種間の疾病金庫の合併容認、診療報酬制度の改正のほか、2009年1月からは「医療基金（Gesundheitsfond）」の導入が予定されている。医療基金構想は、全国一律の「統一保険料率（Einheitlicher Beitragsatz）」による保険料を被保険者から徴収し、医療基金に組み入れ、各疾病金庫の被保険者の年齢・性別・罹病率といったリスク指標に基づいた財政調整（Morbidityorientierte Risikostrukturausgleich ; Morbi-RSA）を行い、各疾病金庫に予算（交付金）を配分するというものである。

政府は医療基金の導入により、公正な競争体制の確保や経営努力による競争強化をメリットとして挙げているが、自主・自律に基づくこれまでの疾病金庫の枠組みを大きく崩すおそれのある改革だけに疾病金庫側の反発は大きい。

本調査研究では、同法をドイツ医療保険制度体系の一元化構想として捉え、その最新動向を調査し、特に、医療基金構想に至った背景や関係者の評価、課題・問題点等を把握することにより、わが国の一元化や財政調整をめぐる議論に対峙する上での基礎資料を得ることを目的とする。

2. 調査研究の実施体制

土田 武史 早稲田大学 商学部 教授 ※敬称略

戸島 夕貴 健康保険組合連合会 企画部 社会保障研究グループ
(委託先)

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

田極 春美 経済・社会政策部 主任研究員

岩名 礼介 経済・社会政策部 主任研究員

(通訳)

佐々木 洋子

※敬称略

3. 調査研究の方法

本調査研究は、以下の方法により実施した。

(1) 文献調査

公的医療保険競争強化法の概要や改革の動向、改革に関する関係者等の評価等を把握するために広く情報を収集し、分析を行った。

(2) インタビュー調査

以下の調査内容を把握するために、ドイツ現地調査を実施した。現地調査では、田武史教授（当時、マックス・プランク外国社会法・国際社会法研究所）に同行していただいた。

【調査内容】

- ・大連立政権下で実施される「公的医療保険競争強化法」の内容
- ・公的医療保険競争強化法の背景とねらい
- ・医療基金・統一保険料率導入の内容、実施までのプロセス、実行上の課題
- ・公的医療保険競争強化法をめぐる関係者の現時点での評価や世論（保険の効率的運営の可能性、保険者間の競争の内容、保険者の自治と連帯、国民皆保険化の実現性など）
- ・その他（連邦補助金拡大のための財源、民間保険の動向など） 等

上記の内容について、以下の機関・団体に対して現地インタビュー調査を実施した。

- ・調査実施時期：2008年11月3日（月）～11月7日（金）
- ・調査対象機関（訪問日時順）

調査対象機関名	機関の概要
AOK 連邦連合会	保険者団体
連邦保険医協会（KBV）	医療団体
ドイツ労働総同盟（DGB）	労働団体
民間医療保険協会（PKV）	民間医療保険団体
ドイツ使用者団体連邦協会（DGB）	使用者団体
連邦保健省	医療保険を所管する政府機関
BKK Ford & Rheinland	保険者
BKK 連邦連合会	保険者団体
E.ON BKK	保険者

第1章 ドイツ医療保険制度の概要

ドイツでは、2007年2月に「公的医療保険における競争の強化に関する法律（公的医療保険競争強化法、Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung ; GKV-WSG）」が成立した。本調査研究の本題は、この「公的医療保険競争強化法」の内容や改革の影響、関係者の評価等を把握することであるが、ドイツ医療保険制度の大きな時代的変遷を理解するために、本章ではドイツ医療保険制度の概要を簡単に整理しておきたい。

1. 歴史的沿革

ドイツの医療保険法¹は、今から120年以上も前の1883年6月15日に、ドイツ帝国（1871年成立）の宰相ビスマルクの主導の下に制定された。ビスマルクが社会民主主義の台頭に対応するために、「アメとムチ」の「アメ」に当たる政策として社会保険を整備したことは有名である。

1883年に成立した医療保険法は、労働者（被用者）を対象とした制度であり、保険事業実施にあたっては、「医療保険のための全く新たな組織機構を設けたのではなく、既に存在した共済金庫（Unterstützungskasse）²に『疾病金庫（Krankenkasse）』としての法人格を与え、医療保険の保険者とするなど、既存の枠組みを踏襲しながら社会保険としての制度化を図った³」ことに大きな特徴がある。ドイツにおいて、共済金庫を社会保険に組み込んでいくといった形で医療保険における利用可能性を見出すことができたのは、手工業者を対象としたツunft金庫（Zunftkasse）や鉋夫を対象にしたクナツプシャフト金庫（Knappschaftskasse）といった古くからの同業者組合があり、これらが、同業者の疾病や障害、老齢、貧困、死亡などに対して幅広い救済活動を行ってきた実績があったからといもいえよう。

わが国とは異なり、保険料のみを財源とし、国家の介入をできるだけ排除するといったように、疾病金庫が自治的性格を有する組織であることは、こうした歴史的背景にもよっている。

1883年の医療保険法は、「労働者の医療保険に関する法律」として制定されたが、その後、相次いで制定された「労災保険に関する法律」、「障害及び老齢保険に関する法律」を含む3つの社会保険制度⁴を包括的に規定するものとして、1911年に「ライヒ保険法

¹ この医療保険法（Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter）については、松本勝明著『ドイツ社会保障論Ⅰ－医療保険－』（信山社、2003）では「労働者医療保険法」、倉田 聡著『医療保険の基本構造－ドイツ疾病保険制度史研究』（北海道大学図書刊行会、1997）では「疾病保険法（KVG）」と訳しているが、ここでは単に「医療保険法」とした。

² Unterstützungskasse を「救済金庫」と訳し、Hilfskasse を「共済金庫」と訳しているものもある。

³ 松本（2003）p16

⁴ 医療保険法は、労働者災害保険法（UVG、1884年6月6日制定）と廃疾・老齢保険法（Iavg、1889年6月22日制定）と一括して「ビスマルク社会保険立法」と呼ばれる。倉田（1997）p50

(Reichsversicherungsordnung)」が制定された。ライヒ保険法は、その後、ナチス政権下における弾圧⁵を経て、長年にわたってドイツ疾病保険における最も基本的な法律として機能した。現在、医療保険はライヒ保険法から分離され、予防やリハビリテーション給付などと統合された制度として、「社会法典第5編」に組み込まれている。

2. ドイツ医療保険制度の概要

(1) 被保険者

ドイツの医療保障制度は、公的医療保険制度が中心となっているが、わが国のような、いわゆる「国民皆保険」にはなっていない。すなわち、法定疾病金庫に加入している国民はおよそ9割であり、残りの1割の国民は民間医療保険またはその他の医療保障制度によって医療サービスを利用している。

公的医療保険制度の加入者は、「強制被保険者 (Pflichtversicherte)」「任意被保険者 (Freiwillig Versicherte)」「家族被保険者 (Familienversicherte)」に分けられる。強制被保険者は、保険加入限度額⁶を超えない労働報酬を得ている被用者等が対象となる。一方、任意被保険者は主として保険加入限度額を超える収入を得ている被用者等である。家族被保険者は、強制被保険者および任意被保険者の配偶者または子で、自らが被保険者ではなく、かつ毎月定期的に得られる収入が一定額以下の場合にその対象となる。

(2) 保険者

① 疾病金庫の法的位置づけと種類

ドイツ公的医療保険の保険者は「疾病金庫 (Krankenkasse)」である。疾病金庫は、法的には、連邦政府や州政府、自治体から独立した「自治を備えた公法上の権利能力のある社団」として社会法典第5編第4条に位置づけられている。

疾病金庫には、「地区疾病金庫 (AOK)」、「企業疾病金庫 (BKK)」、「同業組合疾病金庫 (IKK)」、「農業疾病金庫 (LKK)」、「労働者代替金庫 (EAR)」、「職員代替金庫 (EAN)」がある⁷。この他に、「連邦鉦夫組合 (BKN)」と「海員疾病金庫 (SEEKK)」があったが、2008年に両者は統合した⁸。

1990年代初頭には約1,200の疾病金庫が存在したが、疾病金庫の吸収・合併が進み、

⁵ ナチスによる独裁的な指導者原理に基づき、いわゆる疾病金庫の自主的管理は廃止された。戦後、1952年に自主管理法が制定されるまでの間、疾病金庫の自主管理権は制限された。松本 (2003)

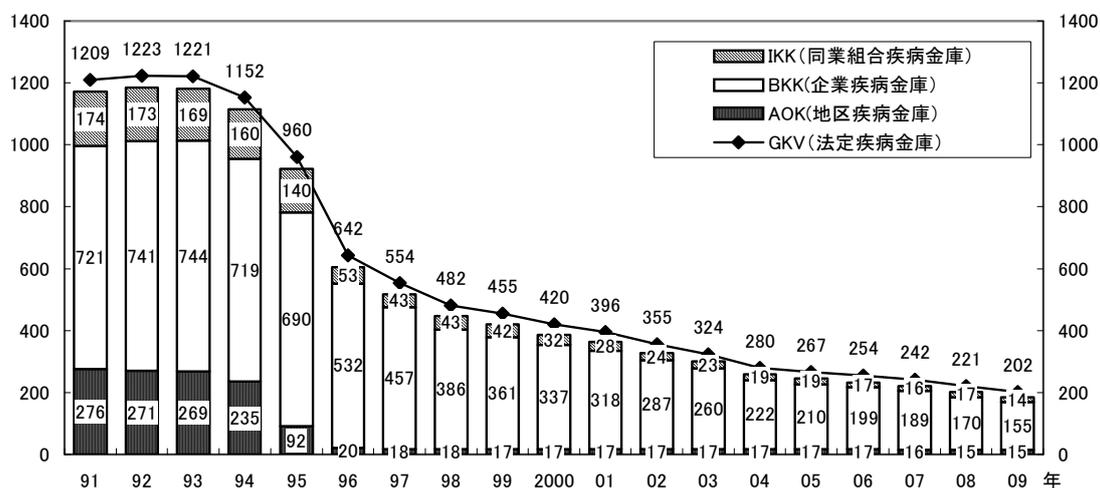
⁶ 従来、保険料算定限度額が保険加入限度額とされてきたが、2002年の法改正で保険加入限度額が保険料算定限度額と分離され、保険料算定限度額よりも高い額に設定されている。労働所得が3年連続して保険加入限度額 (2009年は48,600ユーロ) を上回った場合、被用者は保険加入義務が免除される。

⁷ 2009年より、労働者代替金庫と職員代替金庫が統合され「代替金庫連盟 (vdek)」となった。

⁸ 医療部門について、2008年1月に「連邦鉦夫組合」と「海員疾病金庫」が統合され、2009年1月からは

2009年1月現在、疾病金庫数は202まで減少している。

図表 1 疾病金庫数の推移



(資料) 連邦保健省

②疾病金庫の組織と運営

疾病金庫には、創設当初より「代議員総会 (Generalversammlung)」と「理事会 (Vorstand)」を通じて加入者自らの意思決定を行う自主管理が認められていた。代議員総会も理事会もともに加入者、使用者側からの同数の代表者で構成され、代議員総会から選出された者で構成された理事会 (メンバーは名誉職) が、金庫の管理運営と重要案件の審議を行ってきた。しかし、こうした伝統的な運営形態は 1993 年の「医療保険構造法 (Gesundheitsstrukturgesetz ; GSG)」によって変更されることとなった。

医療保険構造法 (GSG) の施行以降は、代議員総会と理事会の機能を統合して「管理運営委員会 (Verwaltungsrat)」を設置することとなった。また、従来の理事会とは別に、日常的な金庫の運営に直接携わる数人の専従職員によって構成される、新しい「理事会」を設置している。「運営委員会」は、代替金庫および連邦鉦夫組合を例外として、被保険者数に応じて、労使同数の代表者が参加して理事の任用や業務の監査、合併などの重要事項の決定を行っている。

こうした運営形態の改編について、当事者による「自治」という観点からみると、労使同数の代表者で構成される旧来の理事会による「共同運営」的な形式から、専門知識を持つ運営の専従職員である新しい理事会に「経営」を委ねる形式に転換したと見るこ

海員疾病金庫も開放型となった。

ともできる⁹。一方で、管理委員会が従来と同様に労使代表による名誉職的な任命によって構成されている点や、事務面での実務職を名誉職で構成される管理委員会で任命するといった形式においては、従来の伝統的な被保険者自治の主要な部分が継承されているとする見解もある¹⁰。

疾病金庫は、当該金庫の被保険者に対する保険給付の種類や範囲について自ら決定する権限を持ち、保険料についても料率や支払期日などについて独自に決定することができる。

病院や保険医との契約交渉については、各金庫が単独に行うのではなく、金庫種別ごとに州単位で連合会を組織し、州の病院協会や保険医協会と団体交渉を行う。

3. 近年の医療保険制度改革

(1) 1970年代・80年代前半における費用抑制策

ドイツ公的医療保険制度は、戦後の経済成長とともに発展した。1969年に社会民主党（SPD）と自由民主党（FDP）の連立政権が発足すると、被保険者範囲の拡大と給付拡充策が推進された。こうした医療保険拡大路線は、医療給付費の急速な増嵩を招き、度重なる保険料率の引上げをもたらした。1970年において8.20%であった法定疾病金庫の年間平均保険料率が1976年には11.28%まで上昇した。

このような保険料率の急伸を背景に、ドイツ公的医療保険制度の政策課題は「費用抑制」へとシフトしていった。1970年代後半から1980年代前半にかけて、「医療保険費用抑制法（Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz, 1977）¹¹」をはじめ、「オペレーション1982（1982年節約作戦）」として「費用抑制補完法（Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz, 1981）¹²」、「病院費用抑制法（Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz, 1981）¹³」が相次いで打ち出された。これらの多くは需要側である被保険者に対する費用抑制策であった。

その後、1982年に誕生したキリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）と自由民主党（FDP）による保守・リベラル連立政権下においても費用抑制策がとられた。1983年・1984年「予算随伴法（Haushaltsbegleitgesetz）」では、入院療養および温泉クア療法に係

⁹ 土田武史「医療保険」『先進諸国の社会保障4：ドイツ』（1999）p214

¹⁰ 倉田（1997）

¹¹ 薬剤に係る一部負担金の導入や歯科補綴に係る法定給付率の80%への縮減、温泉療法および交通費の給付の縮減等が盛り込まれた。このほか、年金受給者の医療保険に係る財政調整の導入が盛り込まれたが、これについて、松本（2003）では「財政調整制度の存在がかえって各疾病金庫による給付管理がルーズになる原因になった」としている。

¹² 軽微な薬剤の保険対象からの除外、歯科補綴、補助具および眼鏡に関する給付の縮減、薬剤、療法手段および眼鏡にかかる一部負担の強化などが行われた。

¹³ 州が策定する病院計画に対する疾病金庫および病院の関与の拡大、大型医療機器の導入に対するコント

る一部負担金の導入をはじめ、薬剤一部負担金の引上げ等が行われた。また、個別法として「病院財政再編法（Krankenhaus-Neuordnungsgesetz, 1984）」、「連邦入院療養費令（Bundespfllegesatzverordnung, 1984）」などが制定され入院分野での費用抑制が試みられたが、十分な成果を上げることはできなかった。

こうした一連の費用抑制策は、保険料率の急速な上昇を食い止めるという初期の目的に対しては一時的な成果はみせたものの、1980年代後半から保険料率の上昇は激しくなり、保険料率の長期にわたる安定性は確保されなかった¹⁴。

（2）医療保険改革法（GRG）

需要側に対する費用抑制策だけでは限界があり、医療供給構造の根幹部分に係る改革にまで踏み込まない限り、保険料率の安定化は困難であることが明らかとなった。このため、1988年「医療保険改革法（Gesundheitsreformgesetz ; GRG）¹⁵」が制定され、翌年1989年1月から施行されることとなった。

同法では、ドイツ医療保険制度における二大基本原則である「連帯原則」と「当事者自治原則」による保険運営が再確認されるとともに、従来、「ライヒ保険法第2編」に位置づけられていた医療保険法が「社会法典第5編」に組み込まれ、全面的な改正が行われた。

「医療保険改革法（GRG）」では、一部負担金の引上げと給付の縮減といった、従来と同様の費用抑制手法が踏襲された部分が多いが、一方で薬剤の定額給付制の導入といった新たな費用抑制策も導入された。また、保険料の安定化の観点から、州内の同種疾病金庫間の高額医療に関する財政調整が法律的に義務づけられたほか、AOKの合併要件の緩和などが行われた。

しかしながら、「医療保険改革法（GRG）」は、被保険者による疾病金庫の選択の幅を拡大することなど、疾病金庫相互間に競争の要素を導入するような改革は行われなかった。また、医療供給構造の根幹部分に係る改革にまで踏み込めなかった¹⁶。

（3）医療保険構造法（GSG）

①医療保険構造法（GSG）の概要

医療保険改革法（GRG）の費用抑制策は成功し、法定疾病金庫の平均保険料率は同法施行時点（1989年）の12.9%から1991年には12.2%へと低下した。しかし、その後、保険料率は再び上昇に転じ、政府は更なる改革に迫られることとなった。

ロールの強化などが行われた。

¹⁴ 一連の費用抑制策に関する記述は、松本（2003）による。

¹⁵ 「医療保障改革法」と訳す場合もあるが、本報告書では「医療保険改革法」と訳した。

¹⁶ 松本（2003）p35-p36

この結果、成立したのが「医療保険構造法（Gesundheitsstrukturgesetz ; GSG）¹⁷」である。医療保険構造法（GSG）は1992年12月に成立し、1993年1月から施行された。医療保険構造法（GSG）では、「被保険者による疾病金庫の選択」と「リスク構造調整」といった仕組みが導入されたが、これにより、ドイツ公的医療保険制度は大きな転換点を迎えたといえる。

医療保険構造法（GSG）では、従来型の費用抑制策を盛り込む一方で、外来診療、入院療養、薬剤給付等の分野で「予算制」が導入された。これによって、保険医の診療報酬総額、病院予算額、薬剤給付等に係る支出額の毎年の伸び率は1993年から1995年までの間、基礎賃金の伸び率の範囲内とすることとなった。また、病院については、新たな入院診療報酬制度が導入された。具体的には、1993年より実費補填原則を廃止し、「入院療養費日額」による診療報酬支払方式を、1996年から「1件当たり包括払い」「特別報酬」「診療科別療養費及び基礎療養費」の3つを組み合わせる方式に改めることとなった。この新たな入院診療報酬制度では、報酬の種類や点数は全国一律に定められるが、1点当たりの単価は州ごとに決めるといった内容であった。さらに、保険医認可について制限を設けるとともに、保険医の定年制を導入した。

このように、医療保険構造法（GSG）は、今までの改革よりも医療供給構造に踏み込んだ内容を持つ改革であった。そして、最大の構造的な改革は、被保険者における疾病金庫選択権の拡大とリスク構造調整の本格的な導入であり、わが国でも大きく注目されたことは記憶に新しい。

②被保険者による疾病金庫の選択権拡大

疾病金庫の選択権は、形式的には代替金庫という形で医療保険構造法（GSG）以前より認められていたが、実際には、代替金庫の定款で加入対象者の範囲を定めていたため、その選択の幅は狭かった。医療保険の強制被保険者の場合、従来、企業疾病金庫（BKK）が設立されている事業所に勤務する場合はその企業疾病金庫（BKK）に、同業組合疾病金庫（IKK）が設立されている同業組合のメンバーである事業所に勤務する場合はその同業組合疾病金庫（IKK）に、それ以外の場合は勤務地の地区疾病金庫（AOK）に加入することが基本であった。

医療保険構造法（GSG）ではこうした制約を撤廃し、1996年からは被保険者の疾病金庫選択権を拡大し、被保険者が地区疾病金庫（AOK）、企業疾病金庫（BKK）、同業組合疾病金庫（IKK）、職員代替金庫（EAN）、労働者代替金庫（EAR）の中から、加入する疾病金庫を自由に選択できることとなった。加入者は、一度、疾病金庫に加入すると18か月間の拘束期間が生じ、その期間の経過後でなければ疾病金庫選択権を行使することはできない。疾病金庫の脱退時期については、当初は年末に限られていたが、2002

¹⁷ 「医療保障構造法」と訳す場合もあるが、本報告書では「医療保険構造法」と訳した。

年 1 月からは脱退の意思表示を行った翌々月の経過後に脱退することが可能となった。ただし、加入している疾病金庫の保険料率が引き上げられた場合には、保険料引上げの発効の翌月の経過後までに当該金庫を脱退することができる。

この結果、より低い保険料率を設定する疾病金庫を求めて金庫を転々と移動する「金庫ホッパー」も出現した¹⁸。概して、高齢者はインターネット等を利用して情報収集や手続を行うことが若年者に比べて苦手であるため、健康な若年者を確保したい疾病金庫では、インターネットを積極的に利用して勧誘するなどの動きもあったようである。

この改革によって、従来からの加入者以外に、新規加入者も受け入れる決定を行った疾病金庫は「開放型疾病金庫」と呼ばれる。一方、従来どおり加入者を限定している疾病金庫は「閉鎖型疾病金庫」と呼ばれる。閉鎖型企业疾病金庫では、従来どおり、事業主である母体企業との結びつきが維持され、例えば、事業主負担で保険事業の遂行に必要な人材を任用することができる（疾病金庫の人件費を母体企業が負担することができる）が、開放型疾病金庫では事業主との関係は希薄なものとなり、法的にもこれらの費用は保険料から賄うことが求められた。

この被保険者による疾病金庫選択の自由は、ドイツ医療保険における「連帯」のあり方や範囲を変える転換点となった。特に、開放型疾病金庫では、その影響は大きかったといえる¹⁹。

③疾病金庫間のリスク構造調整の導入

リスク構造調整は、被保険者の疾病金庫選択権の拡大に伴って発生する「競争」を、より公正に実現することを目的として導入された。当時、各疾病金庫の保険料率は 8% 台から 16% 台までと格差があり、こうした格差は、疾病金庫間における被保険者の年齢構成や所得水準の違いなどのリスク構造の格差ゆえに生じていると考えられた。このため、このような状態を放置したまま、被保険者の疾病金庫選択権を拡大した場合、不利なリスク構造を有する疾病金庫はますます不利な状況に陥ることが十分に懸念されたため、こうしたリスクを予め財政的に調整し、公正な競争環境を整備することが必要と考えられた。リスク構造調整は、あくまでも公平な競争環境を整備するためのものであった。

1994 年 1 月からは、従来の年金受給者に関する医療保険の財政調整と併行して、一般の医療保険についてリスク構造調整が行われることとなった。この結果、大まかにみると、企業疾病金庫（BKK）および職員代替金庫（EAN）が拠出側となり、地区疾病金庫（AOK）が受取側となった。1995 年には、年金受給者分もリスク構造調整に統合された。1997 年には、家族被保険者もリスク構造調整の対象となった。これにより、

¹⁸ 詳細は「欧州の医療保険制度に関する国際比較研究報告書（平成 18 年 9 月、健康保険組合連合会）」参照。

¹⁹ 詳細は「欧州の医療保険制度に関する国際比較研究報告書（平成 18 年 9 月、健康保険組合連合会）」参照。

被保険者の年齢構成、性別構成、家族被保険者数、障害年金受給者数、基礎賃金といった要素について疾病金庫間の財政調整が図られることとなった。

(4) 公的医療保険連帯強化法と医療保険改革 2000

①公的医療保険連帯強化法

1998年9月のドイツ連邦議会選挙により、社会民主党（SPD）と同盟'90／緑の党による連立政権が誕生した。1998年11月には「公的医療保険連帯強化法（GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz）」が制定され、1999年1月から施行された。

この内容は、前政権下で行われた医療保険改革を無効にしようとするもので、第1次医療保険再編法²⁰で導入された「保険料率引上げと患者一部負担金の引上げとの連動制」が廃止された。また、薬剤に関する患者一部負担の引下げの他、給付を受けなかった被保険者への保険料の還付や一部負担金の引上げ、被保険者の負担による付加給付の導入など「民間保険的な方式」と呼ばれる仕組みの導入が廃止となった。

②公的医療保険改革 2000

1999年12月には「公的医療保険改革 2000（GKV-Gesundheitsreform 2000）²¹」が成立し、2000年より施行された。この「公的医療保険改革 2000」では、「統合化された医療供給」として外来診療と入院診療との連携の強化が図られた。また、複数医師のもとでの検査等の重複や無駄な通院を排除し、患者の症状に的確に対応した医療を行うため、家庭医の機能強化が図られることとなった。この他、入院診療報酬改革としてDRGが試行的段階的に導入されること、保険医については2003年以降、保険医の種類ごとの比率を定め、それに基づいて保険医数の制限を設けること、疾病予防の充実を図る観点から健康増進のための給付を設けること、リハビリテーションに係る一部負担を引き下げることなどが盛り込まれた。

(5) リスク構造調整改革法

1998年から1999年にかけて、リスク構造調整の限界が露呈した。小規模の企業疾病金庫（BKK）を中心にリスク選別が活発化し、その結果、保険料率の格差の拡大と更なる被保険者の金庫移動が加速した。これにより、地区疾病金庫（AOK）や職員代替金庫（EAN）が大幅に被保険者を失う一方、企業疾病金庫（BKK）は被保険者を大量に獲得した。また、この時期は、リスク構造調整の「地域化（Regionalisierung）」をめぐ

²⁰ 前政権下の1996年11月成立、1997年7月に施行された。

²¹ 「2000年医療保障改革法」と訳しているものもある。

る議論も活発化した。例えば、1999年から予定されていた旧東ドイツ地域へのリスク構造調整の拡大については、バイエルン州やバーデン・ビュルテンベルク州が、これを3年間の時限措置とし、2002年からリスク構造調整の範囲を各連邦州内に制限するよう提案を行ったが、多数の反論があった。

このような中、1998年3月には「公的医療保険財政強化法（GKV-Finanzstärkungsgesetz）」により、全ドイツレベルでのリスク構造調整を1999年から2001年まで導入することが規定された。また、1998年12月には、「公的医療保険連帯強化法（GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz）」により、2001年までという期限が撤廃された。さらに2001年1月の「公的医療保険権利調整法（GKV-Rechtsangleichungsgesetz）」では、全国レベルでの完全なリスク構造調整を2007年までに導入することが決定された。

2001年11月には「リスク構造調整改革法（Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung）」が成立し、翌年の2002年1月から順次施行されることとなった。改革の主眼は、性別や年齢、家族被保険者数、障害年金の有無、傷病手当金の有無、被保険者の所得をリスク指標とする調整方式を改め、「罹病率を指標とするリスク構造調整」を導入するということであった。しかし、すぐに新たなリスク構造調整方式に移行するのは難しいため、新たな罹病率に基づくリスク構造調整は2007年から導入することとし、当面の対策として、①高額医療費に対するリスクプールの導入、②疾病管理プログラム（Disease-Management-Programm；DMP）の導入が決まった。2002年1月からは、リスク構造調整に用いられる平均給付費を著しく超えるような高額医療費については、リスクプールから一定割合が補填されることとなった。また、罹病率に基づくリスク構造調整の導入に向けて、慢性疾患患者が特定のDMPに登録した場合には、リスク構造調整において、一般的なリスク構造調整とは別に疾病ごとの平均的な医療給付費を用いて財政調整が行われることとなった。

この高額医療費に対するリスクプールは2007年までの当面の方策と位置づけられており、罹病率に基づくリスク構造調整が導入されれば廃止されることとなっていた²²。

²² 2007年に成立した「公的医療保険競争強化法」により、罹病率に基づくリスク構造調整の導入は2009年1月からと延期された。

(6) 公的医療保険近代化法 (GMG)

①公的医療保険近代化法の背景²³

1989年以降の度重なる制度改革にもかかわらず、公的医療保険の平均保険料率は、2002年に初めて14%の大台を突破した。そこで、2002年の総選挙後も引き続き政権を維持することができた社会民主党 (SPD) と同盟'90/緑の党は、①2003年の保険料率を2002年の保険料率に固定し、同時に、②医師および歯科医師の診療報酬のゼロシーリング (Nullrunde)、③疾病金庫が医薬品の製造業者および卸売業者に支払う対価の減額、④高額所得被用者が民間医療保険に移行しないことを狙った保険加入義務の上限の引上げなどを内容とした「保険料安定化法 (Beitragssicherungsgesetz)」を2002年12月23日に制定し、2003年1月1日より施行した。

この法律は、単年度の保険料率を安定化させるための緊急措置法であり、2003年中に新たな改革法を制定するというのが連立与党の真の狙いであった。この改革法の立案にあたっては、これまで重視されてきた医療保険財政の安定化だけではなく、医療サービスの提供にかかる構造の改革が強く意識された。

また、2003年4月11日には「第12次医療保険改革法」が制定され、①2003年に疾病金庫の管理費に対してゼロシーリングを実施すること、②被保険者数を、疾病金庫の1人当たり管理支出の基準とすること²⁴、③2,000超ある病院の半数に1件当たり包括払いを適用すること、④特許で保護された高額薬剤の価格高騰を制限すること、などが盛り込まれた。この制度も「保険料安定化法」と同様に、短期的財政的余裕を獲得する目的で制定されたものであった。

連邦政府は、2003年5月28日に新たな改革に関する法案を閣議決定し、6月には法案を連邦議会に提出し、9月26日に同法案は連邦議会で可決され、10月17日には連邦参議院でも可決された²⁵。これが「公的医療保険近代化法 (GKV-Modernisierungsgesetz ; GMG) ²⁶」であり、2004年1月1日より施行された。

²³ 倉田 聡「ドイツ疾病保険制度をめぐる最新動向 (2005年3月)」『欧州の医療保険制度に関する国際比較研究報告書』(健康保険組合連合会, 平成18年3月)に詳細な記述があり、この部分についてはそれをもとに記載している。

²⁴ この結果、家族被保険者数の多い疾病金庫に有利となる。

²⁵ ただし、野党のドイツ自由民主党 (FDP) だけは賛成しなかった。

²⁶ 倉田は、「近代化」という訳語は「従来の疾病保険制度が前近代的であるという価値判断を強く含むため、適切ではない」とし、「公的医療保険現代化法」と訳している。(倉田 聡「ドイツ疾病保険制度をめぐる最新動向 (2005年3月)」『欧州の医療保険制度に関する国際比較研究報告書』(健康保険組合連合会, 平成18年3月)

②公的医療保険近代化法の概要

1) 患者負担の引上げ

改革の目的のひとつは、「すべての制度関係者が支出抑制措置に適度に引き込まれること」であった。より具体的にいえば、患者の定額自己負担の導入等を意味する。

この一環として、2004年1月からは外来診療において「診察料 (Praxisgebühr)」が創設された。これにより患者は1回の外来診療につき10ユーロの診察料を医療機関の窓口で支払うこととなった。同一の疾病について四半期毎に医療機関の窓口で支払うことが求められることから、初診料とは異なる。この診察料は、最初に受診した医師に支払い、転医する場合は転医証明を持って受診することで再度の負担は免除される仕組みとなっている。転医証明を持たずに他の医師を受診する場合は、再び10ユーロの支払いが発生する。ドイツでは他の欧州諸国に比べて医療機関での受診回数が多いことが指摘されていた²⁷ため、いわゆる「はしご受診」などの重複受診を抑制することも目的の一つであった。医療保険制度創設以来、外来診療に関して自己負担金を徴収しないという伝統が維持されてきたが、この「公的医療保険近代法 (GMG)」により、この伝統が破られたことになる。

また、入院時の患者負担が従来の1日9ユーロから10ユーロに引き上げられ、支払期間も年に14日であったのが2倍の28日まで延長された。

さらに、運動療法・作業療法・マッサージ等の各種療法や在宅看護については、従来、患者負担は費用の15%であったのが、「費用の10%と処方せん1枚につき10ユーロ」といった組合せによる負担方式に改められた。

この他、家事援助については、従来、患者負担はなかったが、1日当たり費用の10% (ただし最低5ユーロ、最高10ユーロ) の患者負担が導入された。

2) 医薬品・補助具に関する患者負担の定率化

従来、医薬品については包装の大きさにより3種類の定額制が採られてきたが、10%の定率負担制に変更となった。ただし、患者負担は最低5ユーロ、最高10ユーロの上下限がある。また、おむつや包帯などの補助具についても定額負担から10%の定率負担制に改められた。

3) 患者主権の強化

患者負担の引上げが行われる一方で、医療保険への患者の参加を促進させる「患者主権 (Patientensouveränität)」が強化された。具体的には連邦共同委員会への患者団体の参加が認められるようになった。また、患者には疾病金庫の財務状況に関する情報の取得に関する権限が与えられたほか、医師や歯科医師、病院に対して費用や給付に関する詳

²⁷ 「ドイツ医療関連データ集 2007年版」(医療経済研究機構)

細情報の開示を求めることができるようになった。

4) 医療供給体制に関する改革

医療サービスの提供に関する基本原則として、家庭医を中心とした仕組みについての合意を、総契約上の取り決めとして疾病金庫と保険医協会との間で締結することが義務づけられた。この取り決めにより、疾病金庫は保険医協会との総契約上の規律の枠内で、家庭医中心の医療供給形式（*hausärztlich zentrierte Versorgungsformen*）に関する契約を家庭医と締結しなければならなくなった。しかし、被保険者がこの形式を選択するかどうかは、被保険者の自主性に任せられるものであり、疾病金庫はこれを強制することはできない。被保険者が家庭医による医療サービスの提供を選択した場合、疾病金庫は、被保険者に特別なボーナスを付加することを規約に定めることが認められている。一方で、被保険者は家庭医を決定すると、最低でも1年間は重大な理由が提示されない限り、同じ家庭医を選択しなければならないこととなっている。

従来、疾病金庫は保険医協会とのみ契約を締結することが認められていたが、この改正による家庭医制度の導入で、疾病金庫と医師の間の直接契約の道が開かれた。

また、2000年より実施されてきた統合診療形態による契約についても推進していく方向性が確認された。統合診療は、専門診療科を越えた医療機関のグループをサービス単位として、別途サービス提供委託契約を締結するものである。この統合診療形態による契約では、グループ化された医療機関（保険医）は、ひとつの病院と同等の機能を持つものとして扱われる。

5) 国税の投入

母性保護給付や出産手当金、分娩手当金、子どもが病気の場合の傷病手当金については「本来の保険原則になじまない給付」であり、国が行う給付制度と位置づけられ、これらの財源を国税に切り替えることとなった。しかし、実際の運営は、これまでと同様に疾病金庫を通じて給付が行われる。連邦政府が疾病金庫から給付を購入する形式とし、連邦政府はたばこ税の増税分を財源として、これを疾病金庫に支払うといった仕組みとなった。

6) 傷病手当金の独立会計

従来、傷病手当金は被保険者と事業主の折半による保険料から賄われてきたが、2006年以降は被保険者側のみが拠出する保険料で賄うこととなった。このため、新たに「傷病手当保険」として、医療保険給付会計から分離されることとなった。

7) 疾病金庫の財務改善

公的医療保険近代化法（GMG）では、疾病金庫の増大し続ける借入金の返済と財務

改善を各疾病金庫に強く求めた。2003年12月31日までに予算調整のために借入れをした疾病金庫はこの債務を毎年最低でも4分の1ずつ削減し、遅くとも2007年12月31日までに完済することが求められた。また、疾病金庫は2003年12月31日以降に借入れを行うことが認められなくなった。

③公的医療保険近代化法に対する評価

医療保険収支は2001年から3年連続で赤字だったのが、医療保険近代化法（GMG）の施行により、2004年には約40億2,200万ユーロの黒字を計上した。疾病金庫の借入金総額も2003年12月末には60億ユーロであったのが、1年後の2004年12月末には20億ユーロに圧縮された。

公的医療保険近代化法（GMG）の目的の一つが疾病金庫財政の安定化と保険料率の抑制であったことから、こうした財政改善を受けて、ウラ・シュミット連邦保健・社会保障大臣²⁸は、「改革によって発生した剰余金を各疾病金庫の保険料引下げに用いるべきである」と主張した。当初、連邦保健・社会保障省はこの改革によって平均保険料率は14.3%から13.6%まで引き下げられると予想していたが、結果的には、2004年の平均保険料率は14.2%にとどまった²⁹。

平均保険料率の引下げ幅が連邦保健・社会保障省の予想よりも大きく下回った理由としては、各疾病金庫が保険料率の引下げよりもむしろ借入金の返済を優先したためといわれる。これについては、疾病金庫の利払い増加を懸念する事業主側やドイツ使用者団体連邦協会（BDA）なども賛成を表明した。

政府は改革の主眼である保険料率の引下げをその後も強く要請した。2005年の平均保険料率は13.7%と13%台にまで下がったものの、保険料率の引下げが当初予想に達しない状況について連邦政府の不満が残り、更なる今回の改革に取り組む理由の一つとなったことは否めない。しかしながら、この医療保険近代化法による医療保険財政の黒字化と保険料率の抑制は、これまで悪化の一途を辿り続けていた財政状況から考えれば、一定の成果があったといえる。

²⁸ CDU/CSU と SPD の大連立政権下で、現在も連邦保健大臣として、引き続き、医療保険制度改革を主導している。

²⁹ 詳細は「欧州の医療保険制度に関する国際比較研究報告書（平成18年9月、健康保険組合連合会）」の倉田 聡「ドイツ疾病保険制度をめぐる最新動向（2005年3月）」参照。

第2章 公的医療保険競争強化法の成立

第1章では、ドイツの医療保険制度の概要や歴史的沿革、近年の改革について概観した。本章では、現在のキリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）と社会民主党（SPD）による大連立政権の誕生と「公的医療保険競争強化法（Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung ; GKV-WSG）」の成立までの経緯について整理したい。

1. リュールupp委員会

(1) リュールupp委員会

先に述べたように、「公的医療保険近代化法（GMG）」は2003年9月に成立し、2004年1月に施行されたが、それに先立つ2002年9月に、ウラ・シュミット連邦保健・社会保障大臣は、ダルムシュタット工科大学教授のリュールupp氏を委員長に起用し、いわゆる「リュールupp委員会³⁰」を立ち上げた。ここでは、年金保険、医療保険、介護保険分野において、財政的に持続性のある制度構築のための抜本的な改革に向けた検討が行われた。

2003年8月28日に提出されたリュールupp委員会報告書「社会保障システム財政の持続可能性」では、年々進む高齢化に社会保障制度がどのように対応していくのかという点について、主に財政面から社会保障制度の持続性を維持する上での障害を明らかにし、今後の代替案を提示した。

報告書では、まず、年金や医療、介護それぞれの社会保険制度改革について共通して要請される課題に言及し、「社会保障財源が労働コストに強く関連づけられている現在の状況を改善しなければならない」としている。

1998年に誕生したシュレーダー政権では、高い失業率の改善が最大の課題であり、この失業問題を解決する上でも、賃金にリンクした保険料抛出手法は限界とされ、この改善にプライオリティが置かれた。賃金にリンクした保険料抛出手法の問題点は、高齢化に伴う被扶養者層の増大が現役労働者世代の保険料を引き上げ、賃金付随コストの増加をもたらす結果、雇用の創出を困難にするという考え方である。このため、報告書では、将来的に社会保障費用が増大した場合であっても、賃金付随コストが増大しない仕組みを構築することを基本目標としている。

具体的には、報告書では「新たな社会保障制度の改革は、世代間の連帯を強化するものでなければならない」としている。ある特定の制度における給付と抛出の関係性が、一方的に若年世代の損失に繋がるような構造をつくり出してはならないとし、今後進行

³⁰ 正式には「社会保障システムの持続性に関する委員会」という。

する高齢化の負担を若年者層にのみ押しつけるのではなく、若年層やまだ生まれていないコーホートに有利な形でバランスを取り直す必要があると指摘した。

さらに、報告書では医療保険における所得再分配効果についても言及しており、現行の医療保険制度の枠組みにおいては、高所得者層が所得再分配機能を持つ拠出制の公的医療保険に加入していないことを問題として指摘している。高所得者層がより多くの保険料を拠出し、低所得者層の保険料負担を軽減することが意図されており、これもひとつの連帯の形として考えられた。

(2) リュールupp報告書における医療保険制度の代替案

前述のような基本原則に立ち、リュールupp委員会報告書が医療保険の代替案として提示したのが「国民保険 (Bürgerversicherung)」構想と「人頭割健康保険料モデル (Modell pauschaler Gesundheitsprämien)」であった。このリュールupp報告書の2つの構想は、その後の議論や現行の改革に大きな影響を与えるものであった。

①国民保険構想

1) 概要

国民保険構想の基本的な原則は、医療システム内における個人間の所得再分配原則を包括的に実現するためのものであり、保険財政の安定化と被保険者範囲および保険料賦課対象の拡大を求めている。すなわち、①現行制度下で加入義務を免除されている高額所得者や自営業者、公務員等を含めてすべての国民に加入義務を課し、国民皆保険を達成すること、②保険料賦課対象となる収入の範囲を資本や資産も含めたすべての収入源に拡大することとしている。後者について具体的にいえば、給与所得だけでなく家賃や利子収入、資本収入も保険料算定基礎の対象とし、保険料算定上限額を5,100ユーロに引き上げることで、より公平な保険料設定とし、保険料収入の増大と安定化を目指している。ただし、労使による保険料折半による拠出については、現状のままとしている。

2) 民間保険のあり方

国民保険構想では、長期的には、生命維持に係わるような医療サービスは公的医療保険でカバーし、それ以外の部分を補足的保険として民間保険を活用するという考え方である。つまり、民間医療保険は公的医療保険の補足的保険であり、代替関係（競合関係）にはないという整理である。

3) 保険料試算

リュールupp報告書では、この国民保険を採用した場合、短期的には14.4%の保険料

率を 13.1%まで引き下げることが可能であり、長期的には、すべての国民が公的医療保険に加入した場合、さらに 0.7 ポイント保険料率を引き下げることが可能と試算している。また、保険料率の変化による可処分所得への影響についても試算している。年収が 4 万ユーロ未満の世帯においては、本制度を導入すれば、可処分所得に対する保険料負担が 0.2 ポイント程度、また長期的には 0.5%程度低下する見込みであり、一方、年収 11 万ユーロまでの世帯は、短期的には 1.1%、長期的には 2.2%程度の負担増になると試算している。11 万ユーロを超える高所得者層についての相対的な追加負担は、再び減少すると見込まれている。

②人頭割健康保険料モデル

1) 概要

人頭割健康保険料モデルでは、所得にリンクした保険料算定を廃止し、等価原則 (Äquivalenzprinzip) を志向する保険料体制を構築しようとするものである。すなわち、「応能負担」から「応益負担」へと変更されることになり、所得や資産に関係なく、疾病金庫毎に設定される定額保険料が徴収されることになる³¹。これにより、保険料算定が労働所得から分離されるため、医療保険における保険料の引上げが労働コストとは切り離される。しかしながら、応益負担では低所得者層の保険料負担が相対的に重くなるため、この部分については税財源によって補完するという考えである。

2) 民間保険のあり方

この人頭割健康保険料モデルでは、民間保険は今までと同じように医療保険を提供することが可能となっている。つまり、民間保険は公的医療保険と代替的關係になっており、民間保険と法定疾病金庫間での保険のポータビリティを確保することで、競争の強化を図ろうとするものである。

3) 保険料試算

リユールップ委員会の保険料試算によると、被保険者 1 人当たりの保険料は概ね 210 ユーロ程度になると見込まれている。これは、サラリーマンの平均収入の 9.5%に相当する。この金額がどの程度の負担になるかは、税財源による補助をどの程度受け取るかによって変化することになる。

年収 1 万ユーロ未満の世帯では、保険料は現在よりもやや減額されることになる。年収 1 万～4 万ユーロの世帯では、従来よりも可処分所得の最大 0.5%、平均 0.3%程度の増額になると見込まれている。4 万～11 万 5,000 ユーロの世帯は現状よりも支払額が減

³¹ 倉田聡「ドイツの医療改革の軌跡—2004 年改革から 2006 年改革へ—」『クォーターリー生活福祉研究』(通巻 60 号 Vol.15 No.4) より。

少することになる。7万ユーロの世帯が最も恩恵を受けることになり、世帯可処分所得の1.3%を得ることになる。11万5,000ユーロ以上については、累進性をもって負担が増加するように設計されている。

2. 2005年9月の総選挙と大連立政権の誕生

(1) 2005年9月の総選挙と医療保険構想

景気低迷や失業の深刻化、構造改革に対する労働者等の反発を背景に、シュレーダー政権の支持率が低下する中、2005年5月に行われたノルトライン・ヴェストファーレン州選挙では、与党である社会民主党（SPD）がキリスト教民主同盟（CDU）に敗北し、同州における政権の座を失った。これにより、州政府の代表者で構成される連邦参議院³²において野党が多数派となった。これに危機感を持ったシュレーダー政権は、連邦議会総選挙を1年前倒しして2005年9月に行うことを決めた³³。

この総選挙では、医療保険分野についても与野党の政策闘争が激しく行われた。社会民主党（SPD）は「国民保険」を主張し、キリスト教民主/社会同盟（CDU/CSU）は「連帯的医療プレミアム（Solidarische Gesundheitspämie）³⁴」を主張した。

社会民主党（SPD）が主張した「国民保険」では、①高額所得者を含めたすべての国民に加入義務を課すこと（国民皆保険とすること）、②保険料負担は応能負担原則に従うこと、③被用者においては労使折半負担とすること、④保険者に民間保険会社を含めること（つまり、疾病金庫と競合関係となる）などが盛り込まれた。社会民主党（SPD）は以前より国民皆保険構想を主張してきたが、民間保険を含めた形での国民皆保険を実現しようと考えたのである。この「国民保険」構想は、民間保険を代替関係と位置づけたことや保険料賦課対象を賃金に限定していることなど、いくつかの相違点がみられるものの、ルールブック報告書の国民保険構想に近いモデルといえる。

一方、野党のキリスト教民主/社会同盟（CDU/CSU）が主張した「連帯的医療プレミアム」では、①家族被保険者を含むすべての成人の被保険者に対して1人当たり定額保険料を賦課すること、②被用者の保険料については労使で負担すること、③税投入により低所得者に対する保険料補助を行うことなどが盛り込まれた。この「連帯的医療プレミアム」は、ルールブック報告書の人頭割健康保険料モデルに近いモデルといえる。

³² ドイツ議会は「連邦議会」と「連邦参議院」の二院制。連邦議会議員は小選挙区制を加味した比例代表制の直接選挙により選出される。任期は4年で598議席であるが、超過議席を含め、現在612議席となっている。これに対し、連邦参議院は各州政府の代表（州首相および州の閣僚、人口比により各州3～6名）により構成される。69議席（以上、外務省HPより）。

³³ 2005年7月1日、ドイツ連邦議会においてシュレーダー首相の信任決議案が否決されたため、首相が大統領に議会の解散を申入れ、7月21日に大統領が議会解散を決定した。議会の解散はこの手順を踏まなければならないとされている。

³⁴ 人頭包括保険料となっている。

社会民主党（SPD）の「国民保険」では、社会保険における連帯原則の強化が強調され、医療保険における所得再分配機能を高めることに重点が置かれた。これに対し、キリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）の「連帯的医療プレミアム」では、医療費と労働コストの関連づけを弱めることで雇用拡大と経済成長を図ることに重点が置かれた。しかしながら、「国民保険」は保険料負担と労働コストがリンクしているため、失業率改善につながらないと批判され、一方「連帯的医療プレミアム」は社会保険における連帯原則という基本的理念が失われると批判された。

（２）大連立政権の誕生

2005年9月18日に行われた総選挙の結果、連立与党の社会民主党（SPD）および同盟90／緑の党も、野党のキリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）および自由民主党（FDP）もともに過半数の議席を確保することができなかった。このため、様々な連立構想が模索されたが、結局、2か月あまり経った11月22日に、キリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）が社会民主党（SPD）と大連立を組むことで合意し、キリスト教民主同盟（CDU）のアンゲラ・メルケル党首を首相とする大連立政権が誕生した。

図表 2 連邦議会の議席

政党名		議席数
与党	キリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）	223
	社会民主党（SPD）	222
野党	自由民主党（FDP）	61
	左派党	53
	同盟90／緑の党	51
	無所属	2
合計		612

（資料）外務省

図表 3 連邦参議院の議席

各州政府の構成	議席
CDU、CSU もしくは SPD 単独州（6州）	22
大連立（CDU と SPD の連立）州（5州）	19
野党（FDP、「左派党」、緑の党）が政権参加する州（5州）	28
合計	69

（資料）外務省

大連立政権発足に当たっては、キリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）と社会民主党（SPD）間で、医療保険分野について、公的医療保険の持続性と公正な財政運営の確

保が重要な課題と位置づけ、①無保険者を解消すること、②公的医療保険と民間医療保険との公正な競争を確保すること、③異なる種類の疾病金庫間の合併を可能にすること、④罹病率を加味したリスク構造調整を導入することなどで合意に至った³⁵ものの、国民保険モデルと連帯的医療プレミアムモデルといった改革の基本的方向性については隔たりが大きく合意には至らなかった。なお、大連立政権での保健大臣は、引き続き、社会民主党（SPD）のウラ・シュミット氏が担当することとなり、医療保険改革の基本的方向性は不透明なものとなった。

（3）医療改革に向けての重点項目

2006年7月には「医療改革に向けての重点項目」がとりまとめられ、連立与党の合意を経て閣議決定された。この重点項目には、公的医療保険と民間医療保険の併存による国民皆保険の実現や、異種疾病金庫間の合併容認といったように、2005年11月の連立協定で確認された内容も含まれているが、より踏み込んだ内容となっている。例えば、疾病金庫が個別に医師や医師グループと契約を結ぶことを認めること（個別契約）や、被保険者が多様な給付と料金表から選択できるようにすること（選択タリフの導入）、「医療基金（Gesundheitsfond）」を創設し、医療基金が全国統一の保険料率による保険料を徴収し、そこから各疾病金庫に対して罹病率を指標とするリスク構造調整を行った上で交付金を配分することなどが盛り込まれた。

政権発足時の2005年11月の連立協定での合意事項を含め、大連立政権で合意された内容は、以下のとおりである。

図表 4 大連立政権下での主な合意事項

- | |
|--|
| <p>①当事者間の関係の透明性・柔軟性の向上と競争の強化</p> <ul style="list-style-type: none">・ 疾病金庫と保険医・病院等における契約の自由の拡大・ 保険医（外来）の診療報酬体系の見直し・ 疾病金庫における多様な選択タリフ（Wahltarif）・ 新薬の費用対効果分析の導入・ 外来部門と入院部門の連携の改善・ 疾病金庫連合会組織の改編 <p>②医療サービスの質と経済性の確保のための公正な競争の強化</p> <ul style="list-style-type: none">・ 医療基金（Gesundheitsfond）の創設・ リスク構造調整の見直し（罹病率リスク Morbiditätsrisiko の導入） |
|--|

³⁵ 政権発足時に両党で合意した連立協定は「ドイツのために共同して一勇気と人間性をもって」というタイトルである。

③安定的な財政運営の確保

- ・統一保険料率の導入
- ・連邦補助金の拡大

④公的医療保険と民間医療保険の分立の維持と競争の強化

- ・無保険者の解消（公的保険と民間保険の併存による皆保険の実現）
- ・公的保険から民間保険への変更要件の見直し
- ・民間保険における任意被保険者向けの基本タリフ（Basistarif）提供の義務化
- ・保険間の移動における老齢積立金の携行を認可

（資料）土田武史「ドイツにおける医療保険制度改革－公的医療保険競争強化法の概要とその意義－」

3. 公的医療保険競争強化法の成立

大連立政権が示した医療保険改革案については、その後、批判が続出した。特に、医療基金の創設や疾病金庫改革をめぐっては、疾病金庫側だけではなく与党内からも異論が続出したため、2006年9月にメルケル首相は医療改革の実施を3か月延期し、2007年4月からとするとともに、医療基金の創設を2008年とすることとした。その後、医療基金の創設についてはさらに1年延期され、2009年1月からとなった。また、疾病金庫が強く反対していた医療基金による保険料徴収は廃止され、保険料徴収は引き続き各疾病金庫が行うこととなった。

この他にも、老齢積立金の携行可能性（ポータビリティ）の確保を民間保険会社間での移動の場合に限定するなどいくつかの修正が行われ、2006年10月に「公的医療保険競争強化法案」が閣議決定され、連邦議会に提出された。

連邦議会および連邦参議院でもいくつかの修正が行われた。その修正内容としては、①薬局による疾病金庫に対する強制割引の割引率を引き上げるかわりに、疾病金庫と薬局との交渉および契約に基づく、薬局による疾病金庫に対する割引制の導入を見送ること、②病院による疾病金庫に対する再建拠出金（Sanierungsbeitrag）の内容を見直すこと³⁶、③連邦補助金を増額すること、④民間医療保険による基本タリフの提供を1年延期し2009年1月からとすることなどが挙げられる。2007年2月、連邦議会の可決等を経て「公的医療保険競争強化法（Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung ; GKV-WSG）」は成立した³⁷。

³⁶ 病院側の反発を踏まえ、2007年、2008年において、疾病金庫に対する入院診療に係る診療報酬の割引を0.7%から0.5%へ引き下げた。公的医療保険競争強化法の成立経緯については、田中謙一「ドイツの2007年医療改革（2）」『週刊社会保障』（2007.6.25）に詳細な記述がある。

³⁷ 田中謙一「ドイツの2007年医療改革（2）」『週刊社会保障』（2007.6.25）に詳細な記述がある。

第3章 公的医療保険競争強化法の概要

2007年2月に成立した「公的医療保険競争強化法 (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung ; GKV-WSG)」は、①国民皆保険化および民間医療保険の改革、②医療保険財政の改革、③保険給付の改革、④診療報酬の改革、⑤疾病金庫組織の改革、と実に広範囲にわたる改革内容となっており、その中には、ドイツの社会保険における基本原則－「自治」と「連帯」－を大きく変容させてしまう改革も含まれている。本章では、この公的医療保険競争強化法の概要を整理した。

1. 国民皆保険化と民間医療保険の改革

(1) ドイツ医療保障制度における無保険者の存在

ドイツの医療保障体制は、わが国とは異なり国民皆保険とはなっていない。ドイツでは、高額所得者や公務員、自営業者等は、公的医療保険の強制被保険者ではなく、通常、民間医療保険に加入する。しかしながら、保険料の滞納等により無保険者となった者が2007年時点で約20万人おり³⁸、この無保険者の解消は公的医療保険競争強化法以前からの政策課題であった³⁹。

公的医療保険競争強化法では、2段階の措置で無保険者の解消を図ろうとしている。第1段階の措置は2007年に実施され、第2段階の措置が2009年から実施される予定である。この無保険者の解消、「国民皆保険」構想は、民間医療保険を巻き込んだ形で実行されるという点に大きな特徴がある。

(2) 2007年における無保険者解消策～標準タリフの導入

まず、第1段階の措置として、かつて公的医療保険に加入していたが現在は無保険となっている者は公的医療保険に、かつて民間医療保険に加入していたが現在は無保険となっている者は民間医療保険に、それぞれ再加入することが義務づけられた。公的医療保険への再加入の義務づけは2007年4月から、民間医療保険への再加入の義務づけは2007年7月から実施された。この受け皿として、民間医療保険では「標準タリフ (Standardtarif)」を提供することが義務づけられた。この標準タリフとは、提供される保険給付と保険料に相当する料金表を示したものであるが、その保険料は公的医療保険の平均最高保険料を超えてはならないこととされている。無保険者や民間保険の適用除外となった者なども含めてすべての人に適用するように改定が義務づけられた。標準タ

³⁸ 全国民の0.2%程度。

³⁹ 連邦保健省でのインタビューにおいても、国民皆保険は「公的医療保険近代化法」時からの構想であるとのことだった。

リフの提供は、第2段階の措置がスタートするまでの暫定措置としての位置づけであり、2007年7月以降標準タリフに加入している者は、2009年1月以降、自動的に基本タリフの適用者となる。

2007年の公的医療保険・民間医療保険の再加入の義務化で、無保険者20万人のうち約11万人が公的医療保険に、約6,500人が民間医療保険に再加入し、連邦保健省では非常に大きな効果があったと評価している⁴⁰。しかしながら、依然として無保険者が存在していることについて連邦保健省では、無保険の理由を調査する必要があるとしながらも、①無保険者本人が再加入の義務化を認知していない、②標準タリフが保険料の設定・給付内容という面で魅力がない⁴¹、といった可能性を挙げている。

無保険者の再加入義務化と合わせて、自営業者等の公的医療保険の任意加入者の取扱いの見直しが行われた。この背景には、無保険者の多くが倒産等により保険料を支払えなくなった自営業者であったことが挙げられる。2007年4月からは、自営業者に対する最低算定基礎額（保険料納付義務の対象となる総収入の下限）を月額1,837.50ユーロから1,225.00ユーロに引き下げ、強制被保険者の対象範囲を拡大することとなった。また、無保険者を発生させないために保険料の未納が2か月以上にわたる場合は、被保険者資格の喪失にかえて保険給付を制限することに制度が改められた。

（3）2009年における無保険者解消策～基本タリフの導入

2009年1月からは、第2段階の措置として、全住民の加入が義務化されることとなった。これにあわせて、民間医療保険会社は「基本タリフ（Basistarif）」を提供することが義務づけられた。基本タリフとは、医療の現物給付など、民間医療保険会社が公的医療保険の給付と同等の給付を行う保険プランである。

2007年7月以降標準タリフに加入している者は、2009年1月以降自動的に基本タリフの適用者となる。公的医療保険の任意加入者で所得が3年以上加入義務限度額を超えている場合、2009年6月までに限り民間医療保険の基本タリフに移行することができる。

基本タリフの保険料は、標準タリフと同様、公的医療保険の平均最高保険料⁴²を超えてはならないとされている。また、被保険者が保険料を負担することができないことが明白である場合、保険料は減額され、それでも負担できないときは社会扶助から支援されることになる。

民間医療保険会社では基本タリフに加入しようとする者の健康状態の審査結果によって加入を拒否したり、加入希望者が無職であることを理由に加入を制限することは

⁴⁰ 連邦保健省に対するインタビュー調査による。

⁴¹ 公的医療保険の平均最高保険料（保険料算定限度額に全疾病金の平均保険料率を乗じた額。2009年は月額約570ユーロ）を超えてはならない、とされている。

⁴² 保険料算定限度額に全疾病金庫の平均保険料率を乗じた額

きない。

（４）老齡積立金のポータビリティの確保

2009年1月から、民間医療保険の加入者が他の民間医療保険に移行する場合に、その老齡積立金（Altersrückstellung）を携行することが可能となる。この老齡積立金とは、加齢に伴う疾病リスクの増大が保険料の引上げをもたらさないようにするために行っている個人単位の積立金である。民間医療保険では積立方式による保険運営を行っているため、巨額の老齡積立金がある⁴³。当初は公的医療保険への移行に際しても、この老齡積立金の携行を認める内容であったが、民間医療保険会社の反発が非常に強かったため、民間医療保険相互間での移行に限定しての実施となった。

（５）民間医療保険からの強い反発⁴⁴

2009年1月から実施予定の改革内容については、民間医療保険会社から強い反発が出ている。「民間医療保険協会（PKV）⁴⁵」では、法案作成時の連邦保健省による関係者へのヒアリングにおいて、民間保険団体としてどのような意見を出すべきかを検討するために基本タリフ委員会を設置し、討議を行ってきた。この中では、当初は加入者を増やす商機と捉え改革案に賛成する民間医療保険会社もあったが、改革案が具体化する過程で、民間医療保険協会として改革案に反対するという意見がまとまったとのことだった。2008年3月31日には、民間医療保険協会に加盟する保険会社のうち大手30社⁴⁶が、集団訴訟として連邦憲法裁判所に提訴している。その理由としては、①基本タリフの保険料計算方法を国が民間企業に指示していること（民間保険が行っているリスクに応じた保険料算出の禁止など）、②老齡積立金のポータビリティは既得権の侵害であり、商法上の契約の自由に反するものであること、③基本タリフの契約で3年間の変更を認めないという規定は民間の自由な活動を阻害するものであることなどが挙げられている。

民間医療保険協会としては、①国による民間への介入に対する警告を発すること、②基本タリフをできれば廃止すること（ただし、国民からの支持もある民間医療保険への再加入者に対する保障はすべきと考えている）を目標として提訴したということであった。

⁴³ 民間医療保険協会（PKV、後述）によれば、老齡積立金の総額は1,200億ユーロとなっている。

⁴⁴ この内容は、主として民間医療保険協会（後述）へのインタビューによる。

⁴⁵ 民間医療保険会社の団体。民間医療保険協会には、47の保険会社（うち27社が株式会社、20社が共済組合）が加盟しており（ドイツで免許を保有・営業している保険会社の99%が加盟）、協会加盟の全保険会社の医療保険には854万9千人、追加保険（公的保険を補完する保険）には2,001万人が加入している（2007年）。

⁴⁶ 訴訟を起こした30社では95%の加入者を代表するとしている（民間医療保険協会 プレス報告2008年12月10日）。

民間医療保険協会では、基本タリフを受け入れるということは完全保険からの脱退を意味すると考えている。リスクに応じた保険料でない、しかも保険料上限額が決められている、そのような基本タリフにおける損失分は、基本タリフ以外の一般の保険加入者からの保険料で賄わざるを得ない。つまり、一般の保険料率が引き上げられることにつながり、やがてそれは一般加入者の基本タリフへの移行といった形で現れ、民間医療保険の公的疾病金庫化につながるといった負のスパイラルに陥ることを意味するからである。このような事態に陥れば、ドイツからの民間医療保険の撤退は十分考えられるといった意見まで聞かれた。

連邦憲法裁判所に提訴する一方で、民間医療保険協会では基本タリフの導入に備え、一般の民間医療保険の魅力を加入者等にアピールする努力を行っている。たとえば、よりきめ細かなオーダーメイド医療の提供や、医師の選択の多様性の提示、診療所における待ち時間なしの診察、良質な医療の提供などを訴えていく予定でいる。実際、基本タリフの設計が明らかになるにつれ、それが魅力的な保険プランではないことから、各民間医療保険会社にとって基本タリフの導入による影響は、それほど大きくないだろうと考えられている。民間医療保険協会では、基本タリフへの加入者数は2万人と見込んでいる。

しかしながら、民間医療保険会社では、政府が民間医療保険を公的医療保険の枠組みに取り入れようとしている（あるいは、民間医療保険会社を医療保険市場から追放しようとしている）、そして民間医療保険における老齢積立金をその財源に取り入れようとしているとみており、依然として警戒感を強めている。

（6）政府の目指す「国民皆保険」とは

一方、連邦保健省では、基本タリフの導入をもって、民間医療保険の一部を公的医療保険に取り組んだとはみていない。国民の健康の保障は国家に与えられた権限であり、それを実行するための手段として、無保険者を再度保険に加入させるための基本タリフの導入は設けざるを得ないものとみている。

連邦保健省の考える「国民皆保険」とは、①医療保険に加入していたが、何らかの理由で無保険になった者が再度保険に加入する、②以前加入していたのが公的医療保険であれば公的医療保険に、民間医療保険であれば民間医療保険に再加入する、といったものであり、③強制被保険者と任意被保険者の枠組みを取り払うことは意図していない、とのことだった。国民皆保険としてすべての国民に加入を義務づけ、公的医療保険、民間医療保険のいずれかを選択させる「スイス方式」が野党などから提案されたことは認めるが、現在の政治状況下ではそのような方式を推進する政治家・団体はないということであった。

連邦保健省によれば、無保険でよいと考える任意被保険者にまで加入を義務づけるも

のではなく、生活破綻等により保険料を支払えなくなった無保険者を救済するという意図であるとのことだった。したがって、「国民皆保険」という言葉から我々がイメージする、全国民の加入義務化とは異なるものであることに留意する必要がある。

2. 医療保険財政の改革

(1) 全国一律の法定保険料率と追加保険料の導入

従来、医療保険の保険料率は、各疾病金庫が独自に決定していたが、「公的医療保険競争強化法」の成立により、2009年1月からは全国一律の統一保険料率（Einheitlicher Beitragsatz）が導入されることとなった。つまり、保険料率の決定権が各疾病金庫から国家に移ったことになる。連邦保健省も、この点については、「これまで持っていた疾病金庫の権限のかなり大きな部分が喪失することを意味している」と述べている⁴⁷。当然、各疾病金庫・連合会とも、統一保険料率の導入は当事者自治を侵害するものと強い抵抗をみせたものの⁴⁸、大連立政権下の2008年10月には、2009年の統一保険料率を15.5%とすることが閣議決定され、翌11月末には連邦議会で可決された。この15.5%のうち、14.6%が労使折半部分で、残りの0.9%は傷病手当金の請求権のある被保険者が負担する。つまり、0.9%部分についての事業主負担はない。

全国一律の法定保険料率が15.5%に決定されたことについて、疾病金庫側では、2009年の保険医の診療報酬改定と病院財政改革法による支出増加を満たせる水準ではないと不満を表明している⁴⁹。

2009年1月からは「医療基金（Gesundheitsfond）」が創設され、医療基金から「罹病率によるリスク構造調整（Morbiditäts-Risikostrukturausgleich；Morbi-RSA）」後の交付金（Zuweisung）が各疾病金庫に配分されることになる⁵⁰。

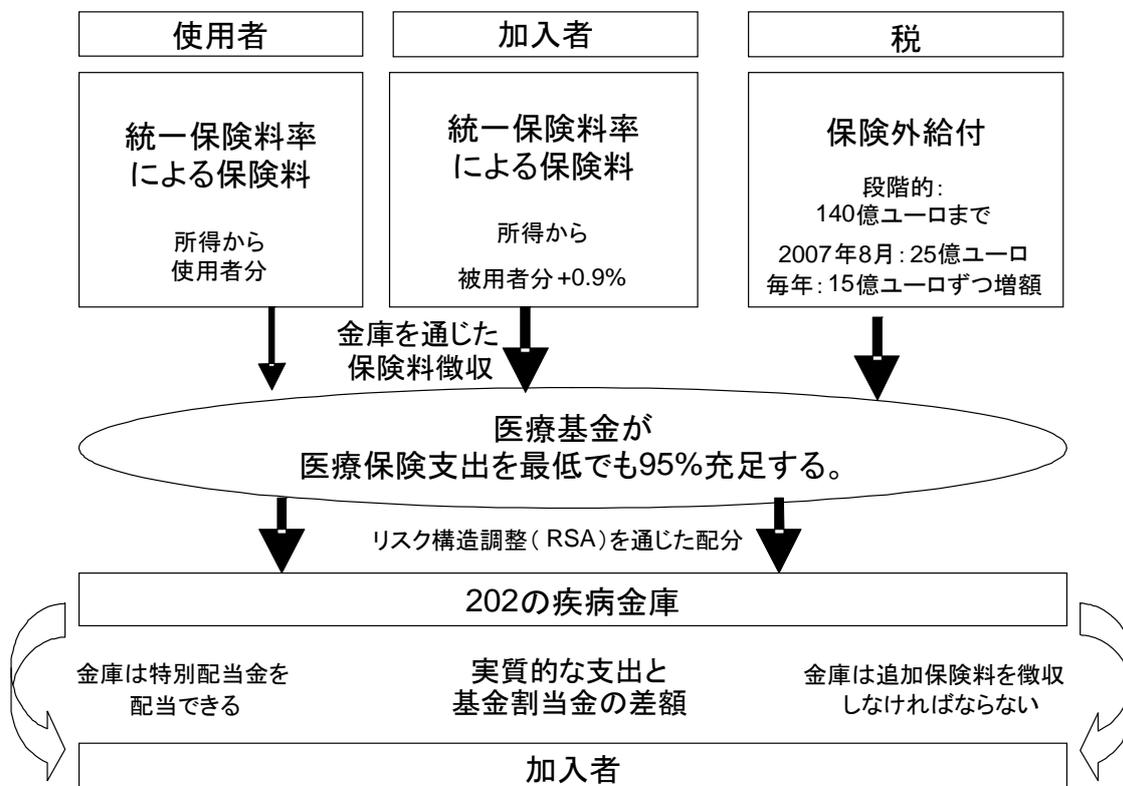
⁴⁷ 連邦保健省へのインタビューによる。

⁴⁸ 法案作成時の公聴会において、疾病金庫側の代表者は委員会出席を拒否し、強い抵抗姿勢を示した（連邦保健省インタビューによる）。

⁴⁹ AOK 連邦連合会では15.8%の保険料率を主張していた。BKK 連邦連合会では被保険者の90%くらいがこれまで以上に負担が増えるとしているが、BKKの中にもこの水準は低いという意見もあった。

⁵⁰ (2) 参照。

図表 5 公的医療保険における医療基金創設後の姿



(資料) AOK 連邦連合会資料をもとに作成

この医療基金からの交付金だけでは赤字となり、支出の 95%までしか財源確保ができない（つまり財源未充足分が 5%以内の）疾病金庫は、被保険者から定率または定額の「追加保険料（Zusatzbeitrag）」を徴収することができる⁵¹。ただし、この追加保険料は、月額 8 ユーロまでは保険料算定所得のチェックが不要であるが、8 ユーロを超える場合は保険料算定所得の 1%を超えないこととされている。

AOK 連邦連合会では、AOK の被保険者の中には低所得者が多いため、1%分の保険料を徴収しても財源確保が難しいところが出てくる可能性があり、その場合、疾病金庫は閉鎖を余儀なくされるのではないかとみている。

支出に対するカバー率を 95%と設定したことについて、連邦政府としては、このルールを導入で各疾病金庫が不足分を追加保険料として徴収することとなるため、すぐに統一保険料率を引き上げなくてすむというメリットがあるとの意見があった⁵²。一方、AOK連邦連合会からは、追加保険料（月額 8 ユーロといった定額の追加保険料が考え

⁵¹ 追加保険料は 5%以内ということになる。

⁵² 連邦保健省へのインタビューによる。

られる)の仕組みはキリスト教民主/社会同盟(CDU/CSU)が提唱したものであり、最終的には彼らの主張する「定額保険料(人頭割保険)」導入への道筋をつけるためのものだといった意見が聞かれた。また、労働者の団体であるドイツ労働総同盟からは、傷病手当金の保険料0.9%と追加保険料は事業主負担がなく、労働者の負担増が目立つといった意見が出された。

通常、同一の疾病金庫の被保険者として18か月以上経過しないと解約告知の権利を行使する(疾病金庫を移動する)ことができないが、この追加保険料を徴収する疾病金庫に対しては、被保険者は疾病金庫を変更する解約告知の権利を2か月後に行行使することができる(「特別解約告知権(Sonderkündigungsrecht)」といわれる)。一方、黒字の疾病金庫は被保険者に配当金を支給することができる。したがって、追加保険料を徴収する疾病金庫からは被保険者が流出してしまう可能性が高い。

従来、保険料率は疾病金庫が自らの収支予測のもと独自に決定できたが、この統一保険料率導入の結果、赤字の疾病金庫は追加保険料の徴収といった追加負担の形をとることで被保険者の反応も今よりも敏感になることが十分に考えられる。被保険者の流出が続く疾病金庫が存続することは難しく、疾病金庫の再編は加速されるものと関係者はみている。

この統一保険料率の導入は、疾病金庫の機能や競争の在り方を大きく変えるものであり、この点については第4章で詳述したい。

(2) 医療基金の創設と罹病率によるリスク構造調整の導入

統一保険料率の導入と並んで、保険者である各疾病金庫にとって大きな改革が2009年1月の「医療基金(Gesundheitsfond)」の創設である。この医療基金はボンにある連邦保険庁(Bundesversicherungsamt; BVA)が運営する。医療基金に携わる連邦保険庁の職員数は約20名である⁵³。各疾病金庫は徴収した保険料を医療基金に納付し、医療基金は、各疾病金庫に対して保険料と連邦補助金を財源とした交付金を配分するという仕組みである。

交付金は、「基礎定額交付金(Grundpauschale、加入者の人頭割による金額)」と「年齢・性別・リスク調整交付金(Alters-, geschlechts-, und risikoadjustierte Zu- bzw. Abschläge)」をもとに算定される。年齢・性別・リスク調整交付金とは、加入者の年齢や性別⁵⁴、罹病率によるリスクの格差を調整した交付金である。このうち、罹病率によるリスク構造調整(Morbi-RSA)とは、連邦保険庁が選定した80の慢性疾患・重篤な疾病等について調整する仕組みであり、対象疾患に罹っている被保険者については、該当する「罹病率加算金(Morbiditätszuschlag)」が交付される。これに伴い、従来のリスク調整(リス

⁵³ 連邦保健省プレス報告「2009年1月1日に何が変わるのか?新規定の概要」(2008年12月15日)

⁵⁴ 新生児と5歳ずつの年齢階級および性別により40のリスクグループに区分され、各グループ毎に調整金が算定される。

クプール) と結びついた「疾病管理プログラム (Disease management Programme ; DMP) は廃止される。また、従来、リスク構造調整の対象であった「所得」は除外される。

この罹病率によるリスク構造調整の導入について疾病金庫側の反応は様々である。

まず、以前から罹病率によるリスク構造調整の導入を主張していたAOK連邦連合会では、AOKの被保険者には高齢者が多いことから、これまで以上に他の疾病金庫からの資金移転があるとみている。AOK連邦連合会によれば、AOK加入者の60%がこの罹病率によるリスク構造調整でカバーされると予想している。AOK連邦連合会としても100%の調整は疾病金庫間の競争をなくすことを意味しており、それは望んでいないということだった⁵⁵。

一方、罹病率によるリスク構造調整の導入に反対していたBKK連邦連合会では、疾病金庫における経済効率性の追求インセンティブがなくなるため、罹病率によるリスク構造調整は問題があるとしている。罹病率によるリスク構造調整を導入しても、加算される対象疾病に罹った被保険者を集めるといった、新たなリスク選別の可能性は否定しきれないし、所得によるリスク調整がなくなったことは大きな欠陥であるといった意見も聞かれた⁵⁶。ただし、すべてのBKKが罹病率によるリスク構造調整に否定的な見解を持っているわけではない。例えば、開放型の企業疾病金庫であるBKK Ford & Rheinlandでは罹病率によるリスク構造調整の導入自体には賛成を表明している。しかし、カバーする対象疾病が全患者の約40%というのは高すぎると考えている⁵⁷。

この他、前年の加入者データに基づいて交付金が決められるため、例えば、前年のデータでがん患者が登録されていた疾病金庫には加算された交付金が配分されることになるが、その患者が移動した疾病金庫にはその年には加算された交付金が配分されないといったタイムラグが生じること、治療が途中で終わる場合でも1年間分として計算されてしまうことなど、基礎となるデータについて問題を指摘する意見もあった。

(3) 保険料徴収方法の見直し

被用者に関する医療保険料については、事業主が他の社会保険の被保険者負担分と事業主負担分を合わせて、被保険者の加入する疾病金庫ごとに納付することになっている。各疾病金庫は、このように徴収した医療保険料を医療基金に納付し、医療基金は交付金を各疾病金庫に配分する。医療保険料と一緒に納付された他の社会保険料についても、医療基金が各社会保険⁵⁸の被保険者に納付する。

被保険者の疾病金庫選択により、事業主は複数の疾病金庫に保険料を納付するため、事務が煩雑であった。こうした煩雑さを解消するため、2011年以降、事業主は1つの

⁵⁵ AOK 連邦連合会のインタビューによる。

⁵⁶ BKK 連邦連合会のインタビューによる。

⁵⁷ 全患者の20%~25%程度がよいと考えているとのこと。

⁵⁸ 年金保険、失業保険、労災保険、介護保険。

疾病金庫を「取次機関（Weiterleitungsstelle）」に指定しまとめて納付することもできるようになる。ドイツ使用者団体連邦協会（BDA）では、遅くとも 2010 年から実施すべきであると主張している⁵⁹。

当初、医療基金が保険料徴収を行う案が出されていたが、疾病金庫からの強い反対があり、医療基金による保険料徴収という文言は消えたという背景がある。

（４）連邦政府補助金（税財源）の増額

ドイツ公的医療保険は、わが国と異なり、税財源に依らず保険料のみで運営されてきたことは有名である。しかし、2004 年に施行された「医療保険近代化法（GMG）」では「保険になじまない給付」について税財源である連邦補助金が投入されることとなった。この「保険になじまない給付」とは、具体的には、母性保護給付金、出産手当金、子の病気の際の傷病手当金である。この財源についての議論の中で、喫煙者は健康に対して損害を与えているということで、たばこ税増税分を保険になじまない給付に充てることとなった。

2007 年の改革では連邦政府の補助金（税財源）が増額されることとなった。計画では、2007 年に 25 億ユーロ、2008 年に 25 億ユーロ、2009 年に 40 億ユーロと増額し、2010 年以降は最終的に 140 億ユーロに達するまで毎年 15 億ユーロずつ引き上げていく予定となっている。この計画の中で、たばこ税だけで賄うことには無理があるという見解のもと、たばこ税の一部投入といった財源確保は廃止となり、一般財源による財源確保といった形で行われることとなった。ただし、たばこ税そのものは存続する。

連邦政府補助金は「保険になじまない給付」に対する補助となっているが、各疾病金庫に対しては加入者数に応じて給付される仕組みとなっており、実際の用途については「保険になじまない給付」に限定されない。しかし、現状では、「保険になじまない給付」を満たせる予算額とはなっていないため、医療保険に充てられているという状況ではないようである。したがって、疾病金庫や AOK 連邦連合会、BKK 連邦連合会は、連邦政府補助金はあくまでも「保険になじまない給付」に対するものであって、医療保険における保険者自治を阻害するものではないと断言している。

⁵⁹ BDA 意見書「医療基金：構造上の欠陥を回避する」（2008 年 4 月）

3. 保険給付の改革

(1) 選択タリフの導入

2007年4月より、疾病金庫は様々な「選択タリフ (Wahltarif)」を導入することとなった。各疾病金庫は「選択タリフ」の内容を任意に設計することができ、被保険者も任意に契約することができる。しかし、1度、選択タリフを契約した者は、失業者等の場合を除き3年間その契約を変えることができない。また、選択タリフにおける保険料は、被保険者の保険料の20%、かつ年額600ユーロを超えてはならないとされている⁶⁰。さらに、疾病金庫は3年ごとに選択タリフに関する監査を受ける。

選択タリフには、必ず提供しなければならないものと任意に提供できるものがある。必ず提供しなければならない選択タリフを選択するかどうかは被保険者の判断に委ねられる。任意の選択タリフについては免責タリフや費用償還タリフがほとんどで、その他の選択タリフは少ないようである⁶¹。

図表 6 選択タリフの種類

種 類	概 要
1. 提供義務がある選択タリフ	
①総合的医療	・2000年改革で導入され、2004年の医療保険近代化法で強化された外来診療と入院診療の連携などを内容とする統合的医療が、選択タリフのひとつとして位置づけられた
②疾病管理プログラム	・2001年のリスク構造調整改革法により、糖尿病や乳ガンなどの疾患に対する治療指針として導入されたDMP。 ・罹病率によるリスク構造調整の導入により、DMPはリスク構造調整から外れたが、選択タリフとして位置づけられた。
③家庭医主導の医療	・2004年の医療保険近代化法で導入された家庭医モデルが選択タリフと位置づけられた。 ・この選択タリフを選択した場合、報奨金の支払または患者負担の軽減が行われる。
④特別の外来医療	・若年の喘息患者への行動トレーニングや心筋梗塞の予防などについて特別のプログラムを提供する。
⑤傷病手当金	・傷病手当金の給付がない自営業者などに傷病手当金を支給する。
2. 任意に提供できる選択タリフ	
①免責タリフ	・加入者が一定の水準に相当する医療費を免責額として自ら負担する。その代わりに、保険料の減額やボーナスの配給などがある。
②費用償還タリフ	・加入者が医療機関で医療費を支払った後、疾病金庫が手数料を控除した医療給付費を償還するといった内容のタリフ。 ・外来、入院、歯科などに区分して契約を結ぶ。 ・特別の契約として割増の契約料を支払い、疾病金庫の通常の医療給付費よりも高い医療費を償還するという契約を結ぶこともできる。

⁶⁰ 特別な場合は、保険料の30%、年額900ユーロを限度とする。

⁶¹ 連邦保健省による。

③限定的な費用償還タリフ	・特定の対象者に対する一定範囲の給付に関して、費用の一部を償還する。
④保険料償還タリフ	・少なくとも1年間、医療保険からの給付を受けなかった場合、最高で年間保険料の12分の1(1か月分)を受け取ることができる(プレミアム上限は1年に1か月間)。
⑤保険外給付タリフ	・薬剤や療法などで保険対象外の給付を受けた場合の患者負担分を償還する。
⑥患者負担補填タリフ	・薬剤や入院などにおける一部負担を補填する。

(資料)「ドイツにおける医療保険制度改革—公的医療保険競争強化法の概要とその意義—」(土田武史)、「ドイツ医療関連データ集【2008年版】」(医療経済研究機構)、「ドイツ医療保険制度の現状と2007年改革」(健康保険組合連合会、『健康保険2007.11』)等より作成

連邦保健省では、この選択タリフによって、疾病金庫間の競争を強化する狙いがある。しかし、一方で、選択タリフの多種多様性により被保険者側がどの疾病金庫でどのようなサービスを提供しているかといった全体像がわかりにくくなっているということ⁶²、選択タリフをリスク選別に使用する可能性があること等の問題点も指摘されている⁶³。

⁶² ドイツ労働総同盟へのインタビューによれば、本来、疾病金庫自身がサービスについて説明するべきであるが、実際には消費者相談センターなどへの問合せが多く、総同盟でも代表的な3タイプの選択タリフについてまとめたパンフレットなども配布しているとのことだった。

⁶³ ドイツ労働総同盟、BKK連邦連合会へのインタビューによる。

(2) 医療給付の拡大

公的医療保険競争強化法では、様々な医療給付の拡大が行われた。

図表 7 医療給付の主な改革

- 在宅看護の拡大
自宅や家族以外との居住共同体（介護・福祉施設等）に居住する者にも在宅看護を拡大する。
- 母子・父子保養の法定給付化
出産後の育児に伴う心身の疲労を癒すために、温泉等で3週間程度の療養サービスを給付する。
- 医療リハビリテーションの法定給付化
外来および入院によるリハビリテーションを給付する。
- 病院における外来診療の拡大
エイズ、がん等の稀少または重篤な病気のため専門的医療を必要とする者に対して、病院が外来診療を行う。
- 疼痛緩和ケアの拡大
医師・看護師・介護士等の疼痛緩和チームが、末期のがん患者や重篤な病気の児童に対して、外来、在宅あるいは児童ホスピス等における疼痛緩和ケアを強化する。
- 予防接種の指針の策定
予防接種を法定給付として行うための指針を策定する。
- 保険給付からの除外
医学的に必要とみなされない整形美容、ピアス、入れ墨等を保険給付から除外する。

2009年からの給付面の改革としては、重病の子どもに対する「社会医療上の事後的ケア (Sozialmedizinischer Nachsorge)」の対象が12歳から14歳までに引き上げられるとともに法定給付化される。また、2009年1月からは子どもの健診プログラムにおいて、新生児への聴覚に対する早期健診が法定給付化された。

この他、疾病金庫は任意加入の自営業者に対する傷病手当選択タリフの提供が義務づけられる⁶⁴。

⁶⁴ 連邦保健省プレス報告「2009年1月1日に何が変わるのか？新規定の概要」（2008年12月15日）

(3) 医薬品の安全性と経済性の向上

医薬品に関する改革として、①参照価格制の対象外の医薬品に対する償還価格の上限の設定、②医薬品の割引、③低価格薬剤の使用促進、などが盛り込まれた。

このうち、「②医薬品の割引」については、疾病金庫に対する薬局の法的割引額が 1 梱包あたり 2 ユーロから 2.30 ユーロに引き上げられた。これにより、全疾病金庫で 1 億 8,000 ユーロが削減されると見込まれている。実際、各疾病金庫でも割引契約を進めている。AOK では、各製薬企業との間でこれまでに 80 種類の医薬品に関して割引契約のための入札を行っているが、全国的な規模で製薬企業と値段の取引をすることはカルテル上の問題があるのではないかと疑義が生じたようである。これについては、新しい委託規定 (*Vergabebestimmung*) ができ、2009 年 1 月からは、公的医療保険の個別契約についても物資委託規定が適用されることとなった。このため、疾病金庫は当該契約をヨーロッパ規模で公示することが義務づけられるものの、薬剤割引契約などにおける法的問題はクリアとなる。

「③低価格薬剤の使用促進」としては、医師が処方薬剤を特定していない場合、薬剤師は同質で同じ効果を有する医薬品の中で、疾病金庫と製薬企業が割引契約を結んでいる医薬品を選択しなければならないこととなった。割引医薬品がない場合は、低価格の医薬品を選択しなければならないこととなっている。

4. 外来診療報酬、診療契約・報酬支払方式の改革

(1) 外来診療報酬の改革

ドイツでは、外来診療については医療費抑制の観点から、州レベルで各州の疾病金庫連合会と保険医協会との間の契約により予算総額が決められてきた。各保険医への診療報酬は出来高払い方式が基本であり、統一評価基準（EBM）による点数に、1点あたりの単価を乗じて算出される金額が保険医協会から支払われる仕組みとなっている。わが国の診療報酬と似ているが、わが国では1点あたりの単価が10円と固定されているのに対し、ドイツでは1点あたりの単価は算定総額次第で変動するものとなっている。当初の予想を上回る診療行為が行われ算定総額が予算額を上回ると1点あたりの単価は引き下げられてしまう。この結果、超過分を医師が負担することになり、結果的に診療抑制や医療の質の低下を招いたといった批判が強まった。

2007年の改革により、予算制が廃止されるとともに、「ユーロ診療報酬（Eurogebührenordnung）」と呼ばれる新たな診療報酬制度が導入されることとなった。従来の診療報酬との主な相違点は、①全国一律の1点あたりの単価が設定されたこと、②ユーロ（金額）表示による診療報酬となったこと、③被保険者1人あたり保険料算定基礎額ではなく罹病率をベースにした診療報酬総額（制限）の設定としたこと、④インフルエンザの蔓延など予測不可能な診療の増加については疾病金庫から別途支払われるようになったこと、などである。この結果、医師は自らの所得について計算しやすくなった。

新しい診療報酬の導入に際して、2009年度においては前年度と同じ診療量であれば増額となるような報酬基準を設定しているため、2009年には疾病金庫の保険医に対する報酬支払額が25億～30億ユーロ増額するものと推定されている⁶⁵。

連邦保険医協会では、①予算制がなくなったこと、②罹病率によるリスクをこれまでのように医療サイドが負うのではなく、疾病金庫が負うようになったことから、この改革を評価している。

(2) 診療契約・報酬支払方式の改革

従来、各疾病金庫の州連合会と保険医協会が契約を結んできたが、公的医療保険競争強化法では、個別または複数の疾病金庫と個別または複数の医師との間で診療契約を締結し、それに対応して報酬を支払うことが認められる⁶⁶。

また、「家庭医中心の医療の促進」として、疾病金庫は、単独または他の疾病金庫との協働で2009年6月30日までに「家庭医を中心に置いた診療契約」を結ばなければな

⁶⁵ 連邦保健省プレス報告によれば、2009年の増額分は具体的な数値として27.5億ユーロと見込まれている。

⁶⁶ ただし、報酬額の算定については、疾病金庫連合会の方式によることとなっている。

らないこととなった。この契約は、「家庭医診療に参加する一般医の半数を代表する団体」と優先的に締結されねばならない、となっている。

連邦保健省では、医療保険近代化法で家庭医中心の医療の推進を掲げており、これをより一層強化したいと考えている。疾病金庫には選択タリフとして、割引や保険料の還元等のサービスを提供するよう、推奨している。

一方、連邦保険医協会では、「私的な独占を家庭医団体に授与するもの」として、家庭医中心の医療の推進に反対の立場をとっている。

5. 疾病金庫組織の改革

(1) 疾病金庫の合併の促進

2007年4月から、種類の異なる疾病金庫間の合併が可能となった。2008年には連邦鉦夫組合と海員疾病金庫が統合している。ただし、企業疾病金庫と同業組合疾病金庫が関わる合併は2008年12月末までは禁止されている。

疾病金庫の数は1995年時点では旧西ドイツだけで875、旧東ドイツも含めると960あったが、その数は急激に減少しており、2009年1月1日現在は202となっている。

連邦保健省としては疾病金庫の数を減らして、疾病金庫間の競争や医療提供側との交渉により医療費節約の大きな力とすること、および事務管理コストの削減を図りたいと考えている。そのため、目標の疾病金庫数は50とも、30~40ともいわれる。

追加保険料の徴収や選択タリフの導入などの施策と合わせ、疾病金庫の統合・再編は、今後急速に進んでいくものと思われる。

(2) 連邦組織の改編

公的医療保険競争強化法により、疾病金庫の種類ごとに設置されていた、7つの「連邦連合会」が2008年12月31日をもって公法人としての資格を失い、2009年1月1日より民法上の団体になる。かわりに、新たに設立された「疾病金庫中央連合会 (Spitzenverband Bund der Krankenkassen)」が2008年12月31日に公法人となった。

この連邦組織の改編については、上述のように、異種間の疾病金庫の合併が認められたことで、種類別の連邦連合会を設ける必要がなくなったことに対応するためといわれている。しかし、一方で、中央集権化することで国の介入がしやすくなるなどといった見方もあり、当事者自治を弱体化させるものとの批判が強い。

第4章 公的医療保険競争強化法による影響と関係者の評価

前章でみてきたように、大連立政権下で実施されている「公的医療保険競争強化法」は広範囲にわたる大改革であるとともに、ドイツ医療保険の基本原則である「当事者自治」と「連帯」を大きく変える転換点となる改革といえるかもしれない。

本章では、関係者の評価も交えながら、同法のねらいと影響、今後の展望についてまとめた。

1. 公的医療保険競争強化法のねらい

(1) ドイツにおける少子高齢化と失業率

わが国と同様に、ドイツでも少子高齢化が進んでおり⁶⁷、医療や年金など社会保障に対する社会的ニーズの高まりと、それを実現する上での財源確保は大きな政策課題として認識されている。また、ドイツでは長期にわたって失業率が極めて高い状態が続いており、失業問題の解消は政局運営にも多大な影響を与えてきた。つまり、社会保障財政をどのように持続させていくかが大きな政策課題となっていた。

リュールupp委員会では、①賃金とリンクした保険料拠出には限界があること、②世代間連帯を強化するような拠出と負担のあり方を模索すべきであることなどが確認された。ドイツの疾病金庫の平均保険料率は10%台半ばと、わが国の被用者保険の2倍近くに達する。このため、賃金付随コストである保険料負担は使用者にとっても重く、雇用創出を図る上での足かせと指摘されていた。また、労働所得をもとにした保険料算出の場合、現役労働者の負担が相対的に重くなるといった問題点も指摘されていた。

こうしたことから、賃金と連動しない保険料拠出や所得再分配の拡大の案として国民保険構想や人頭割健康保険料モデルなどが提示され、産業界からの要請も高まった。

(2) 疾病金庫間の競争の限界

医療保険構造法（GSG）以降、被保険者による疾病金庫の選択自由化など、規制緩和が行われた。疾病金庫間の競争を通じて、医療の経済性と質の向上を高めることが目的であったわけだが、当初は医療保険財政が黒字化するなど効果はそれなりにみられたものの、政府が期待するほどの効果は上がらず、また持続もしなかった。

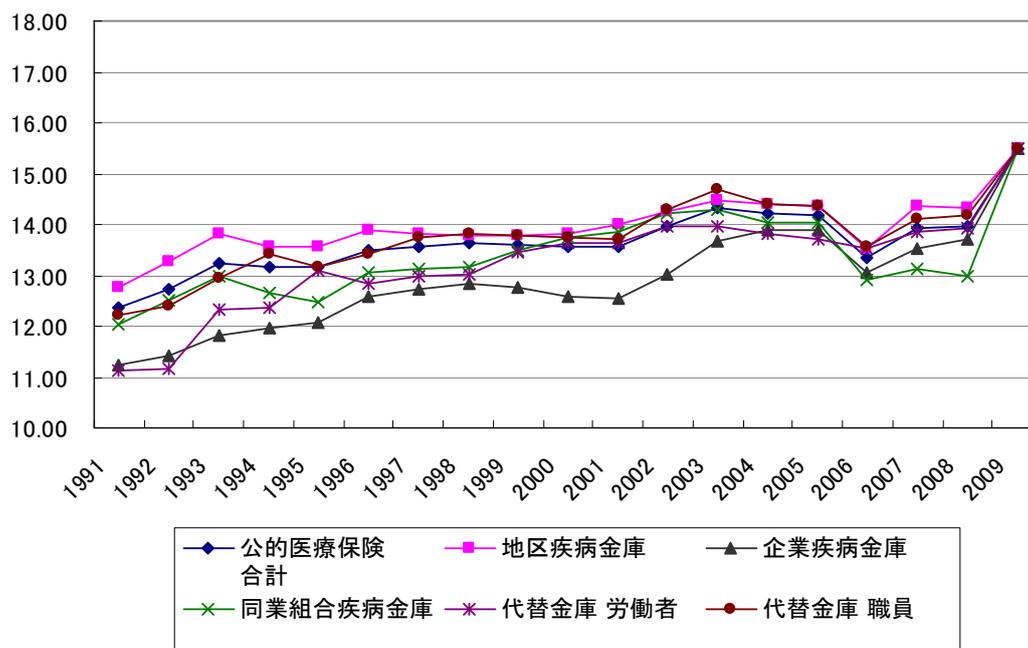
政府関係者からは、「疾病金庫はこれまであまりにも簡単に保険料率を引き上げてきた。その際、疾病金庫は本当に簡単に被保険者・患者や医師側、病院側にプレッシャーを与えるようなことを行ってきた⁶⁸」、「疾病金庫間の競争が弱くなってきた⁶⁹」、「疾病

⁶⁷ 高齢化率は19.7%（OECD Health Data 2008）。

⁶⁸ 連邦保健省へのインタビューによる。

金庫が保険料を下げなければならないのは明白だ⁷⁰」といった意見が出されているように、疾病金庫が「医療の経済性と質の向上」におけるプレイヤーとして十分に機能していない、といった「いらだち」があった。

図表 8 保険料率の推移



(資料)「ドイツ医療関連データ集【2008年版】」(医療経済研究機構)より作成

(3) 新たな競争強化の必要性

公的医療保険競争強化法の最大の目的は、医療保険近代化法と同様に、医療の経済性と質の向上である。これを追求するためには、弱体化してきた疾病金庫間の競争を強める必要があると政府は考えている。

公的医療保険競争強化法では、①統一保険料率と追加保険料の導入、②罹病率加味のリスク構造調整の導入、③選択タリフの提供、④異種間の疾病金庫の合併容認等、様々な仕組みを盛り込みながら、疾病金庫間の競争を「保険料率の競争」から「財政健全性と魅力的なサービス提供の競争」へと誘導しようとしている。また、その競争のレベルについても、政府幹部が目標とする疾病金庫数についてのコメントを度々発することで、生き残りをかけた競争イメージを関係者に植え付けていると言ってもよいだろう。

このように疾病金庫間で競争強化し、最終的には、ある程度の規模を有する疾病金庫

⁶⁹ 連邦保健省へのインタビューによる。

⁷⁰ 南ドイツ新聞(2005.3.31第1面)。翻訳したものが「欧州の医療保険制度に関する国際比較研究報告書」(平成18年10月、健康保険組合連合会)に掲載されている。(翻訳;倉田 聡)

が医療提供側に交渉し、医療の経済性と質の向上を実現させることが必要とされている。

2. 公的医療保険競争強化法をめぐる評価

「公的医療保険競争強化法」については、2007年4月1日から順次、様々な改革項目が実施されているが、改革の大きな柱である「医療基金の創設」や「統一保険料率による保険料徴収」、「罹病率を加味したリスク構造調整の導入」は2009年1月からの予定となっている。本調査研究で現地インタビュー調査を実施したのは、2009年1月の導入を目前にした、2008年11月初旬である。したがって、公的医療保険競争強化法に関する全般の評価を行うのは時期尚早の感があるが、同法に対する関係者の評価について幅広く意見収集を行った。ここでは、公的医療保険競争強化法の要素ごとに関係者の評価をまとめた。

(1) 統一保険料の導入をめぐる評価

①懸念される「当事者自治の弱体化」

医療基金の創設と統一保険料率の導入について、疾病金庫や疾病金庫連邦連合会等からは、社会保険における「当事者自治」の原則を侵害し、国家介入を強めるものだった批判が大きい。実際、法案作成時の公聴会についても、疾病金庫代表者がボイコットするなど、統一保険料率の導入は疾病金庫側が終始、強行に反対してきたものである。

AOK 連邦連合会では「これまでのように各疾病金庫が自らの経営状況に応じて保険料率を独自に決定することができなくなり、統一保険料率が設定されてしまうということについては当事者自治への政府による干渉である」と主張している。また、BKK 連邦連合会でも「統一保険料率の設定は国家による中央集権化の現れである」と批判している。さらに、BKK Ford & Rheinlandからは「競争強化といいながらも、保険料率での競争がなくなったため、むしろ、競争の余地が制限されてしまった」といった批判も聞かれた。

この点については、連邦保健省も「これまで疾病金庫が持ってきた権限のうちの大きな部分が喪失することになる」、「統一保険料率を政府が決定するという点で国の権限が強まったのは事実である」と認めている。

従来、各疾病金庫における使用者代表と被用者代表による話し合いで決められていた保険料率を国家が一律に決めてしまうということは、当事者自治の原則を侵害するものであるということとは否めない。それだけではなく、統一保険料率とあわせて導入される医療基金と交付金の配分といった仕組みは、疾病金庫のマネジメントのあり方を大きく変えるものといえるだろう。BKK 連邦連合会が「これまで疾病金庫が持っていた財政貢献が失われ、今後の疾病金庫の役割はいかに予算を管理するかということに焦点が移るだろう」と指摘するように、今後の疾病金庫のマネジメントの焦点は、収入面でのコ

ントロールができないことから、収入に見合った支出管理ということに終始していかざるを得なくなると思われる。実際、各疾病金庫では、自分のところの収入、すなわち、医療基金から配分される交付金がどのくらいになるか、収入面での見通しが立てにくくなったため、今後の疾病管理プログラム・個別契約をどのようにしていくかという方針が立てられない状況である。連邦保険医協会によれば、疾病金庫と保険医協会で従来締結してきた「医療の質の保証に関する契約」の更新も見送られているといった状況となっている。

②疾病金庫間の競争の変容～追加保険料

今までの疾病金庫間の競争の一つの要素として、保険料率があった。しかし、保険料率が全国一律になるため、今後、保険料率は競争の要素から外されることとなる。後述するが、むしろ、今まで低い保険料率で健康な若者を集めてきた疾病金庫では、罹病率を加味したリスク構造調整の導入によって経営が厳しくなるのではないかと、といった見方すらもある。

各疾病金庫では医療基金から配分される交付金といった収入に対して、いかに支出を抑えるかがマネジメントの大きな課題となる。結果的に医療基金から配分される交付金で自らの支出の 95%までしか賄えない場合、その疾病金庫は追加保険料を被保険者から徴収することができる仕組みとなっている。しかし、追加保険料を徴収する場合、被保険者には特別解約告知権が与えられており、被保険者の流出につながりかねないため、各疾病金庫としては追加保険料を徴収することは命取りになりかねない。

AOK 連邦連合会や一部の BKK などは「追加保険料」の徴収の有無が疾病金庫の生き残りに大きな影響を与えるのではないかと懸念している。

2009 年 1 月から適用される統一保険料率は 15.5%と決まったが、これについて、各疾病金庫や疾病金庫連邦連合会などは、かねてから「15.8%は必要」と主張してきており、追加保険料を徴収せざるを得ない疾病金庫は早々に出るのではないかと、といった見方も強い。このような疾病金庫は、やがては別の疾病金庫に吸収されるか、破綻の道を選ぶしか道がないため、疾病金庫の統廃合は急速に進むものと思われる。

こうした状況については、疾病金庫だけではなく、ドイツ労働総同盟なども「被保険者は保険料率と医療保険サービスを比較することによって疾病金庫の質を評価し、疾病金庫を選択すべきであり」、「保険料率を統一するという政治決定は良くない」と反対意見を表明している。

(2) 罹病率加味のリスク構造調整をめぐる評価

2009 年 1 月からは罹病率加味のリスク構造調整が導入されるが、この罹病率加味のリスク構造調整をめぐる関係者の評価は賛否両論ある。

AOK 連邦連合会は、長年、「罹病率をリスク構造調整に取り入れるべきである」と主張してきたことから、今回の罹病率加味のリスク構造調整を評価している。「罹病率によるリスク構造調整の導入によって、我々の競争力は高まると考えている」といった意見も聞かれた。この罹病率加味のリスク構造調整の結果、AOK 連邦連合会では被保険者の60%~70%がカバーされることになり、大きな収入増になるものと見込んでいる。

一方、BKK 連邦連合会では、罹病率加味のリスク構造調整の導入について反対しており、今回の決定についても「疾病金庫が医療提供者と交渉し、良質で効率性の高い医療を提供しようとするインセンティブを阻害するものであり、非常に大きな問題をはらんでいる」と批判している。「罹病率加味のリスク構造調整でBKKが交付金の大きな受取り側になった場合、政府は『リスク構造調整の調整率が足りない』として、財政調整の対象となる疾病がいろいろと拵げられる可能性があると思う。逆にAOKが交付金の大きな受取り側になった場合には、『これによって本来の意味での競争の条件ができあがった』と政府は評価するだろう」と政府の態度に対する不信感も表明している。これまでも、BKK側はリスク構造調整による拠出側であったが、今回の措置でさらに拠出側となることがはっきりしているからである。

しかしながら、BKKも一枚岩とはなっていない。BKKによっては、今回の罹病率加味のリスク構造調整の結果、加算交付金による収入が増える、あるいは変わらないと見込んでいるところもあり、この罹病率加味のリスク構造調整に対する温度差も大きい。

一方、疾病金庫以外の関係者の評価についてみると、ドイツ労働総同盟では、以前から、「疾病金庫がリスク選別を行わないようにするためには、できるだけ公平な調整が必要であり、罹病率を加味したリスク構造調整は早急に必要である」と主張しており、今回の導入を概ね評価している。ただし、「現在、被保険者が持っている病気の3分の1しかカバーできていないので不十分であり、今後、対象を広げ、より完全なものにしていく必要がある」とより一層の拡大を求めている。

また、ドイツ使用者団体連邦協会も、「十分に機能しないリスク構造調整下では公平な競争が進まない。罹病率加味のリスク構造調整の導入については評価している」と罹病率加味のリスク構造調整の導入に賛成の立場である。ドイツ使用者団体連邦協会では、罹病率加味のリスク構造調整を導入すれば、各疾病金庫が罹病率による加算交付金を受け取ることで、疾病予防活動や早期の治療等に取り組んで、結果的に医療費を削減できるのではないか、とみている。

こうした見方がある一方で、BKK 連邦連合会などからは、「疾病金庫にとって『良い被保険者』の内容が変わるだけであり、疾病金庫によるリスク選別はなくならないだろう」といった指摘もあった。ここでの「良い被保険者」とは、リスク構造調整で加算される対象の疾病を持っているが、それを早期に手術・治療できるためコストが低く抑えられる患者である。つまり、収入に対して支出が低く抑えられる患者が良い被保険者ということになる。逆に、重症の患者で高額な医療費を支払ったにもかかわらず、翌年死

亡してしまった場合、その患者が加入している疾病金庫では、この医療費の回収が不可能となる。これは加算交付金は前年の被保険者の疾病データに基づくが、その交付金は当該年に所属している疾病金庫に配分されるために生じる「タイムラグ」の問題である。このほかにも、例えば、糖尿病患者が3か月間の治療しか受けていない場合でも、1年間治療を受けた前提で交付金が配分されるなど、いくつかの問題が指摘されている。

しかしながら、こういったリスク構造調整を精緻化しようとするほど、そのための管理コストが嵩むといった問題もある。BKK 連邦連合会では「これまでのリスク構造調整以上に非常に大きな管理組織が必要になってくるし、その管理事務コストは膨大なものになると思われる」と述べている。

(3) 疾病金庫の組織改革をめぐる評価

2008 年末に「疾病金庫中央連合会」が創設され、これまで、疾病金庫の種別毎にあった7つの疾病金庫の連邦団体の公法人の資格がなくなった。これについては、統一保険料率の導入と並んで、「当事者自治を侵害し、政府介入を強めるものである」として、疾病金庫側から強い抵抗があったものである。BKK 連邦連合会などでは、ドイツ労働総同盟やドイツ使用者団体連邦協会と協調して大きな反対活動を行い、法案作成時の公聴会への代表者参加をボイコットするなど強硬手段にも出た。

AOK 連邦連合会では「これまでは7つの疾病金庫毎に代表者を出して連邦連合会を構成していたが、疾病金庫中央連合会の設置により、当事者自治を抜きにした中央集権化が医療制度ないし疾病金庫に加えられたのは明らかだ」、「これまで疾病金庫の連邦連合会に集まっていたメンバーは医療経済学的な観点から、実際の疾病金庫の経営状態をみながら今後の医療制度に対しての政策を話し合ってきた。だが、今回設置された疾病金庫中央連合会のメンバーはあくまでも理論的に医療制度について話し合っている。役所的な観点からの話し合いになってしまった。」と批判している。

これに対して、連邦保健省は「あくまでも疾病金庫内での組織的な違いであり、これによって国の権限が強まったという捉え方は間違いである」としている。

(4) 連邦補助金の拡大をめぐる評価

ドイツの医療保険は、わが国やフランス、韓国など、社会保険方式をとる他の国とは異なり、当事者自治の原則の下、保険料のみを財源に運営し、政府の介入を極力排除してきた点に大きな特徴がある。しかしながら、「保険になじまない給付」に対しては連邦補助金の投入が2016年までは毎年15億ユーロずつ増額され、2016年以降は140億ユーロの連邦補助金が投入されることとなっている。これについて、政府や財務省の医療保険に対する介入が強まる余地を生む可能性といった観点から、関係者がどのように見ているか評価を聞いたところ、関係者はそのような懸念をほとんど抱いていないこと

がわかった。

AOK 連邦連合会からは、「連邦補助金と当事者自治とは別の事柄だ。連邦補助金というのはあくまでも、我々疾病金庫が負担すべきでないところに入ってくる財源だ。したがって、我々の当事者自治が連邦補助金によって阻害されるというものではない」といった意見が聞かれた。

また、BKK 連邦連合会からは、「連邦補助金は疾病金庫に対して投入されるのではなく、あくまでも個人に対して投入されているものであり、公的扶助と同じようなものであるといった見方をしている」、「所得再分配は疾病金庫や医療保険の役割ではなく、国家の役割である」といった意見が聞かれた。

連邦補助金は「保険になじまない給付」に対するものとされているが、実際の用途はこれに限定されていない。しかし、「保険になじまない給付」額そのものをカバーできるだけの連邦補助金が投入されていない状況であること、「保険になじまない給付」は疾病金庫が責任を負うものではなく政府責任で行うものであるといった意識が浸透していることなどから、連邦補助金の投入・増額に対する警戒心はあまりないようである。

今後の医療財源政策として、ドイツ使用者団体連邦協会では人頭割保険を提唱しているが、「1 人あたり定額保険料を支払うのに負担が大きい低所得者や多子世帯等に対しては、連邦補助金を投入すべきである」と考えている。これは BKK 連邦連合会と同様、医療保険に所得再分配機能を求めないといった考えに基づくものである。

一方で、ドイツ労働総同盟は「連邦補助金の投入は望ましいことではあるものの、国家があまり影響力を持たない形で投入すべきである」、「財務省の考えで予算が減らされる可能性もあり、確保が確実ではない財源である」と述べており、警戒する姿勢もみられた。

(5) 国民皆保険化をめぐる評価

2009 年 1 月からは無保険者に対する「基本タリフ」の提供と締約義務が民間医療保険に課せられる。

これは、民間医療保険に加入していたが、保険料の未納等を理由に無保険者となってしまった人たちを、民間医療保険に再度加入させるというものである。同様に、公的疾病金庫に加入していた無保険者についても 2007 年より再加入策が進められてきたところである。

これについて、民間医療保険会社やその団体である民間医療保険協会は強く反発している。2008 年 3 月には民間保険会社 30 社が連邦憲法裁判所に集団訴訟を提出した。訴訟の焦点としては、第一に、民間医療保険ではリスクに応じた保険料をもとに契約するが、基本タリフではそのような保険料賦課方法を認めず、公的医療保険と同様に応能主義による保険料賦課を義務づけていること、リスク選別を認めずに締約義務を課してい

ることなど、民間の自由な経済活動を侵害しているという点である。第二に、老齢積立金のポータビリティを認めることは、既に民間医療保険に加入し老齢積立金を保有する人たちの既得権を侵害するものであるという点である。

民間医療保険協会では「民間医療保険の保険料を支払えずに脱退してしまった無保険者に対して医療提供を保障するという点については必要なことであり、対応していく」としているが、民間医療保険に対する国の介入、特に老齢積立金をめぐる介入については非常に警戒している。

これに対して、連邦保健省は、「国民の健康を保障するという国に与えられた権限を施行するための手段として基本タリフを設けた。無保険者を医療保険に再加入させるためにはこのような手段を採らない限り、実現できないからである」と述べている。

3. 公的医療保険競争強化法のもたらしたものと残された課題

(1) 未解決の財源問題～大連立政権下の妥協策

2005年の総選挙後に、キリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）と社会民主党（SPD）による大連立政権下で施行した公的医療保険競争強化法には、「妥協の産物」といえる要素が盛り込まれてしまっている。医療基金の創設と統一保険料率の導入は、まさに、その典型例として関係者からは評価されている。

キリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）は、公的医療保険と民間医療保険が併存し、人頭割保険をとる「連帯的医療プレミアム」構想を支持し、一方の社会民主党（SPD）は、公的医療保険と民間医療保険を同一の枠組みに入れ、保険料賦課対象を広げる「国民保険」構想を支持していた。根本的な制度としては相容れない二つの構想に対して、本質的な改革はせず、どちらの考えも部分的に受入れるといった妥協点が今回の改革では盛り込まれたともいえる。

したがって、医療基金と統一保険料率の導入については、「国民保険」を支持するドイツ労働総同盟や、「人頭割保険」を支持するドイツ使用者団体連邦協会からも、それぞれの構想への第一歩として見られている。2009年の総選挙の結果次第で、どちらの構想になびいても影響のない改革となっているといった見方もある。

一方、そもそも「国民保険」構想や「人頭割健康保険料」構想といったモデルが提示された背景としては、失業問題の解決や少子高齢化に対応して、医療保障財源をどのように確保していくかといった大きな問題があった。この中で、賃金所得とリンクした保険料では現役世代に過重な負担がかかること、労働付随コストの上昇は企業の国際競争力を弱め、雇用確保を阻害してしまうことといった問題点が指摘されていた。しかしながら、公的医療保険競争強化法は大きな転換点を迎える改革といいながらも、このような重要な課題については未解決となっている。現在は、2009年秋に行われる総選挙の

行方を眺めている状況である。ドイツ使用者団体連邦協会では、再び、大連立政権となつて、この問題が先送りとなることに大きな危機感を表明していた。

(2) 急加速する疾病金庫の統廃合

公的医療保険競争強化法では、統一保険料率が導入されたため、疾病金庫間の競争から保険料率の競争がなくなった。こうした状況について、疾病金庫などの関係者からは『競争強化』といいながらも、『競争弱体化』である」といった批判が聞かれた。しかしながら、疾病金庫の経営を取り巻く環境は大変厳しいものとなり、文字通り、生き残りをかけた競争になることは誰もが感じているところであった。

連邦保健省は、疾病金庫間の競争を推進する措置を同法だけではなく、様々な側面から設けている。統一保険料率の導入と罹病率加味のリスク構造調整による交付金の配分方式によって、自らの支出を賄えない疾病金庫は追加保険料徴収という方法を探らざるを得ない。これは被保険者の負担感に結びつきやすく、被保険者の流出を招くことが想像できる。追加保険料を徴収する疾病金庫の被保険者には「特別解約告知権」が与えられており、被保険者の流出を後押しするものとなっている。こうした財政的に厳しい疾病金庫が採る戦略としては、合併相手を探すか破綻するか、のどちらかになる。

連邦保健大臣が疾病金庫の数は約 50 位が理想などと発言しており、この 50 に入る見込みのない疾病金庫は早々に合併相手を探すことになり、今後、疾病金庫の統廃合は急速に進んでいくものと思われる。異種間の疾病金庫の合併が認められたことも後押ししているといえる。異種間の疾病金庫の合併が認められたことで、それまでの疾病金庫が負ってきた歴史や文化、特異性が失われていくことは否めない。そのような意味で、ドイツ医療保険の多元的構造は大きく崩壊していくのかもしれない。

このような疾病金庫の統廃合を進める連邦保健省の意図としては、①疾病金庫の数を減らすことでその管理コストを減らすこと、②医療提供側との交渉力をもたせ、医療の質の向上と経済効率性を高める役割を担わせることなどがある。連邦保健省における改革の最大の目的はこのうち後者である。社会民主党 (SPD) が主導権を握っていた医療保険近代化法から、医療の質の向上と経済効率性の向上は主要課題となっており、疾病金庫がその役割を十分に果たしていないという不満が政府にあったのは先に述べたとおりである。連邦保健省としては、当面は疾病金庫間の統廃合を進めるが、やがては、医療提供側にその照準を移すことになると思われる。

(3) 変容する「当事者自治」

ドイツ医療保険の特徴は、使用者と被用者による当事者自治と連帯原則に基づいた保険運営である。

しかし、今回のインタビュー調査の中でも明らかになったことであるが、使用者側と

被用者側とで医療保険に対する姿勢が大きく異なっていることが伺える。端的には、使用者側であるドイツ使用者団体連邦協会では「人頭割保険」を支持し、被用者側であるドイツ労働総同盟では「国民保険」を支持している。ドイツ労働総同盟では、民間医療保険の加入者も含めて一つの国民保険に統合し、賃金所得だけでなく、様々な収入・資産から保険料を徴収しようと考えているのに対し、ドイツ使用者団体連邦協会では、民間医療保険と公的医療保険の枠組みは崩さずに、公的医療保険について人頭割保険料を徴収しようと考えている。

今回の改革で導入された統一保険料率では、被用者負担分のみの保険料率 0.9%があるほか、追加保険料については被用者のみが負担することになっている。こうしたことから、保険料負担の労使折半原則は崩れてきている。この点について、ドイツ使用者団体連邦協会は「労使折半だけが当事者自治ではない。従業員の健康管理に責任を負うという点では、相変わらず当事者自治を守り続けている」と何度も強調した。一方、ドイツ労働総同盟では、被用者負担分のみが増えていく仕組みについて強い警戒感を抱いていた。

使用者側としては、国際競争力の観点からも、労働付随コストを引き下げる必要があり、医療保険における事業主負担を増やさない仕組みを導入することに関心が移っていると見えよう。疾病金庫を開放型としたことで、使用者側の医療保険に対する関心や責任が薄れ、負担感のみが大きくなってしまったことは否めない。各疾病金庫レベルの運営面だけではなく、医療保険全体における使用者の責任をも可能な限り減らしていきたいという姿勢が見られる。

一方、閉鎖型企業疾病金庫では、母体企業からの人件費や管理費の援助があるなど母体企業との結びつきが強く、今回の改革も「母体企業の意識が変わらない限り、大きな影響はない」としている。これらの閉鎖型疾病金庫では、母体企業に、疾病金庫の活動や企業疾病金庫を持っていることのメリットを理解してもらう努力を続けている。

こうしたことを踏まえると、ドイツ医療保険において、被保険者による疾病金庫の選択と競争の導入が、現在の「当事者自治」と「連帯」原則の変容をもたらしてしまったといえるのではないだろうか。

(4) 国民皆保険の未達成～二元構造

今回の医療保険改革の主要な柱は「国民皆保険」の実現であった。しかし、その内容をみると、無保険者を公的医療保険あるいは民間医療保険に再加入させるというものであり、公的医療保険における「強制加入」と「任意加入」の枠組みを変えるものではなかった。つまり、かつて公的あるいは民間医療保険に加入していたが、保険料を支払えずに脱退した無保険者、主として自営業者を保険の枠組みに再加入させるという内容であった。したがって、わが国の国民皆保険の実態とは大きく異なるものであった。連邦

保健省としても、「強制加入」と「任意加入」を取り払うような大きな制度改革を担える政党は今のところ見当たらないとしている。

民間医療保険会社や民間医療保険協会の反対も強く、経済団体側もこれを支持していることから、今後もドイツ医療保険は、公的医療保険と民間医療保険の二元的な枠組み構造を外すことは難しいと思われる。したがって、公的医療保険と民間医療保険の枠組みを取り外す「国民保険」への道は遠いと思われる。しかしながら、民間医療保険に公的医療保険と同等の「基本タリフ」を導入し、民間医療保険による公的保障を担わせた連邦保健省の手腕・執念は評価に値するものがあり、今後の動向が注目される。

公的医療保険競争強化法における財政制度改革

土田 武史

はじめに

ドイツでは2007年2月に制定された「公的医療保険競争強化法（Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, GKV-WSG）」に基づき、同年4月から広範囲にわたる医療保険改革が段階的に実施されてきたが、2009年1月に改革の中核をなす財政制度改革が実施された。その内容は、統一保険料率の導入、連邦補助金の拡大、医療基金の創設、交付金の配布、罹病率加味のリスク構造調整の導入、追加保険料の設定など多岐にわたっている。

公的医療保険競争強化法（以下「競争強化法」という）は、いわゆる大連立政権の与党であるキリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）と社会民主党（SPD）が共同で作成したものであるが、連立以前は医療保険改革をめぐる、当時与党のSPDが「国民保険」（Bürgerversicherung）構想を提案したのに対して、CDU/CSUは「連帯的医療プレミアム（人頭包括保険料）」（Solidarische Gesundheitsprämie）構想を提示し、2005年の総選挙では争点の1つとして激しく対立していた⁷¹。それが大連立政権の樹立により共同で医療保険改革を行うこととなり、半年余りの協議を経てようやく合意に達したのが、この競争強化法である。しかし、合意に達したとはいえ、改革の理念や具体的施策が大きく異なっていた両党派の構想がともに競争強化法のなかに織り込まれ、複雑な内容となっている。なかでも改革の中核をなす財政制度改革については、両党派の主張が盛り込まれただけではなく、「医療基金」など両党派の構想にもなかった施策も導入され、従来の財政制度を抜本から改めるものとなっている。

さらに、2008年秋にアメリカの金融危機に端を発した世界同時不況がドイツにおいても深刻な影響をもたらしており、その対応として戦後で最大規模の経済政策・社会政策が講じられている。そうしたなかで医療保険改革においても、統一保険料率の導入から2週間も経たないうちに保険料率の引き下げが決定されるなど、波乱含みのスタートとなった。今後の状況によっては改革内容の変更も予想されるが、以下では、現時点に

⁷¹ 「国民保険」構想は、現行制度では加入義務を免除されている高所得者等を含め、全ての国民を加入対象とするとともに、資本収入なども含めて広い範囲にわたる収入を保険料の算定対象とするものであり、「連帯的医療プレミアム」構想は、保険料と賃金・所得との関係を断ち切り、全ての被保険者に対して定額の人頭保険料を導入するものである。これらの背景としては、高齢化の進展や医療技術の高度化による医療費の増大と、保険料率上昇による賃金付随コストの増大が、ドイツの産業立地条件を悪化させ、それが大量失業の1つの要因となっているということがあげられる。両提案ともそうした状況への財政対策を根幹とするものであるが、前者はより大きな財源確保に重点がおかれているのに対して、後者は企業活動の活性化に重点が置かれており、また医療保険における所得再分配機能の是非についても相反する内容と

における財政改革の内容を概観し、その意義と問題点について検討してみたい。

1. 医療保険財政の改革

(1) 統一保険料率の導入

1) 統一保険料率の設定

今回の財政制度改革における中心的施策の1つは、統一保険料率(Einheitliche Beitrag)の導入である。従来、公的医療保険(以下、「医療保険」という)の保険料率は、各疾病金庫が独自にその決定を行ってきた。近年は頻繁な改定や引き上げについて規制が加えられてきたが、原則としてはほぼ半年ごとに各疾病金庫が財政状況を点検し、必要に応じて保険料率の改定を行ってきた。こうした保険料率の決定は疾病金庫の当事者自治の原則に基づくものであり、また、保険料率決定を通じて短期保険としての収支均衡が維持され、個々の疾病金庫の独立した存在を財政的に裏付けるものとなっていた。

それに対して競争強化法は、個別金庫ごとに保険料率を決定することを廃止し、全国一律の法定保険料率を連邦議会で決定するという方式に改めた。この改定に従い、2008年11月、連邦政府は2009年における強制被保険者の統一保険料率を15.5%(14.6%を被保険者と事業主が折半負担し、強制被保険者はさらに0.9%を負担する)とすることを閣議決定し、連邦議会で可決された。2009年1月1日から統一保険料率が導入されたが、世界同時不況下におけるドイツの景気振興策の一環として、1月13日に医療保険料率の引き下げが決定された。その内容は労使折半負担部分の料率を0.6%下げて14.3%とし(したがって強制被保険者の保険料率は15.2%となる)、それに相当する財源を連邦政府が税から補填するというもので、7月1日から実施されることとなった。

また、統一保険料率の導入にともなって被用者に関する保険料納付の仕組みが変更された。従来、被用者の医療保険料は、事業主が医療保険以外の社会保険(年金保険、介護保険、失業保険および労災保険)の被保険者負担分と事業主負担分をあわせて、被保険者の加入する疾病金庫に納付することになっている。しかし、被保険者の疾病金庫選択により納付すべき疾病金庫が多数にわたり、金庫により保険料率が異なるため、納付実務の煩雑さが問題となっていた。そのため、競争強化法で統一保険料率が導入されたのを受けて、2011年より事業主が1つの疾病金庫を「取次機関」(Weiterleitungsstelle)として指定し、一括して納付できるように改められた。

なっている。

2) 統一保険料率導入にともなう問題

さて、統一保険料率の導入について、連帯と自己責任という疾病金庫の運営原則からみた場合、主として2つの問題があげられる。

1つは、疾病金庫の当事者自治との関係である。ドイツの医療保険では、短期保険として単年度ごとに収支均衡を図ることが重視され、その手段として保険料率の頻繁な改定が行われてきた。本報告書の「医療保険の『連帯と自己責任』の変容」で述べているように、ドイツ医療保険における「連帯」は疾病金庫を単位として形成されてきたが、当事者自治による疾病金庫の運営は疾病金庫における「連帯」を体現するものであり、保険料率を改定しながら金庫の収支均衡を維持していくことは、財政面から連帯の基盤を支えるものであった。したがって、保険料率の決定権を失うことは、疾病金庫における連帯の基盤が大きく損なわれることを意味している。

事実、統一保険料率の導入に対して、疾病金庫側から当事者自治の侵害であるとする反対が激しく行われた。それに対して連邦保健省は、統一保険料率の導入は年金保険や介護保険でも行われており、いずれも負担を公平化するためのものであって、疾病金庫の当事者自治を損なうものではないとしている。そして、今回の改革では医療機関との個別契約や選択タリフの導入などによって、疾病金庫における自治の範囲はむしろ拡大していると主張している。

しかし、介護保険では確かに統一保険料率が導入されているが、介護保険の財政は全国一本化されており、個々の介護金庫（介護保険者）において収支均衡が図られる必要はない。また、年金保険の場合も、労働者と職員に区分された全国単位の二大組織における保険財政であり、しかも完全賦課方式による長期保険であって、医療保険のように個々の疾病金庫が単年度ごとの収支均衡を求められる財政システムとは著しく異なっている。統一保険料率という点では同じであっても、それが保険財政およびその運営を担う保険者に与える影響は大きく異なっており、医療保険における統一保険料率の導入が介護保険や年金保険と同じものとみなすことはできない。しかも後に見るように、競争強化法では疾病金庫が赤字を出した場合にはその存続も危うくなるという要件が設定されており、そうしたなかでの統一保険料率の導入であり、それによって疾病金庫の財政上の裁量権が大幅に縮小されたことは否定できない。

また、連邦保健省は先述のように当事者自治の拡大を説いているが、それは一部の給付に関する裁量部分の拡大であり、保険料率の決定権とはその意義が大きく異なっている。むしろ連邦保健省の意図としては、疾病金庫の当事者自治権を侵害することを承知のうえで、疾病金庫間の競争を強化するために、敢えてそこまで踏み込まざるを得なかったと考える方が論理的である。すなわち、1996年以来のリスク構造調整と疾病金庫選択権の拡大が行われてきた結果、最近では疾病金庫間の保険料率格差が縮小かつ固定化し、保険料率をメルクマールとした競争が不活発になっていた。そうした状況を打開するために、統一保険料率の導入によって保険料率をめぐる競争に終止符をうち、負担

の公平化を前提として疾病金庫の財務状況と付加的サービス（選択タリフ）をメルクマールとした新たな競争を喚起しようとしたものと捉えた方が、論理としては納得できるように思われる⁷²。いずれにせよ、リスク構造調整と疾病金庫選択権拡大によって、疾病金庫を単位とした連帯は解体しつつあり、疾病金庫における保険料率決定権の喪失は連帯の解体を加速させる役割を果たすことになるであろう。

いま1つは、15.5%（7月からは14.9%）という保険料率の高さが、疾病金庫の合併や解散をもたらす誘因となり、疾病金庫における連帯の解体を促進することになるであろうということである。統一保険料率の決定までの過程を振り返ると、当初、統一保険料率の検討のために設置された査定委員会が15.8%という数値を示した。2008年の平均保険料率が14.92%であり、0.9%近い大幅な引き上げになるが、そのような査定をした根拠としては、2009年から保険医（開業医）の診療報酬改定にともない約25億ユーロの医療費増大が見込まれることと、さらに病院財政の改革のため疾病金庫から約35億ユーロの支出が行われることになったことがあげられる。この査定を受けて連邦保健省・社会保険庁・連邦疾病金庫中央連合会（Spitzenverband Bund der Krankenkassen）⁷³の三者協議が開かれたが、査定どおり15.8%を主張する連邦疾病金庫中央連合会と15.5%に抑えることを主張する連邦保健省および社会保険庁が激しく対立し、最終的には連邦保健省が15.5%とする決定を行った。また、この引き上げに対応して、失業保険料率を3.3%から2.8%に引き下げ、社会保険料全体の増額を抑える措置を講じたこととした。

連邦保健省が15.5%に引き下げたのは、保険料負担が過重になるのを避けるためとしているが、とりわけ企業の賃金付帯費用が過重になることを避けることを考慮したものであることは確かであろう。しかし、疾病金庫等では連邦保健省の意図はそれだけではなく、必要とされる収入を抑え、それによる交付金を少なくすることによって医療費抑制策を強化するとともに、赤字を計上した疾病金庫を合併ないしは破産法によって整理し、金庫数を少なくして連邦政府が制御しやすいものにしようとしていると指摘している。

15.5%という保険料率については疾病金庫のみならず専門家の間でも金庫財政が逼迫する可能性が高いという意見が多い。地区疾病金庫連合会では月額12ユーロの追加保険料が必要であるという推計もしており、さらに財政の悪化した疾病金庫ではそれを上回る追加保険料の導入も予想されている。連邦保健省の意図が金庫数の削減にあるか否かに関わらず、低い統一保険料率の設定によって疾病金庫の運営が厳しくなり、追加保険料の導入が行われ、それにとまって被保険者の移動が多くなり、金庫の合併が促

⁷² 競争強化法における新たな競争については、本報告書所収の「ドイツ医療保険における『連帯と自己責任』の変容」の「5. 公的医療保険競争強化法による改革」を参照。

⁷³ 競争強化法により、2009年から疾病金庫の種類ごとの連邦連合会が公法人としての資格を喪失するのに対応して、2007年に全ての疾病金庫を統括する新たな連邦組織として作られたもので、2008年12月31日に公法人となった。

され、疾病金庫における連帯が弱まっていくことは確かであろう。

(2) 連邦補助金の拡大

2004 年の「公的医療保険近代化法」(Gesetzliche Krankenversicherung Modernisierungsgesetz, GMG)で、妊娠・出産等の母性保護に関する給付、病気の子の看護等に際しての傷病手当金、家事援助などが「保険になじまない給付」として医療保険給付から削除され、それに要する費用として連邦政府から補助金が支給されることとなったが、競争強化法ではその補助額の段階的な拡大が行われた。すなわち、2007 年および 08 年はそれぞれ 25 億ユーロとし、財政改革の始まる 2009 年には 40 億ユーロに引き上げ、2010 年以降は 140 億ユーロに達する(2016 年)まで毎年 15 億ユーロずつ増額するというものである。なお、実務的には、「保険になじまない給付」も疾病金庫から給付され、被保険者にとっては従来の給付と大きな違いはない。ただ、その財源が連邦補助によって賄われるという形になったものである。

連邦補助の支給は、各金庫の被保険者数に応じて行われるので、実際の用途は「保険になじまない給付」に限定されない。しかし、「保険になじまない給付」のうち妊娠・出産等の母性保護に関する給付費だけをみても 2006 年に 31 億ユーロになっており、「保険になじまない給付」の全てが連邦補助によって賄われているわけではない。2009 年の医療支出総額が 1,600 億ユーロと推計されているが、40 億ユーロはその 2.5%程度となり、ようやく母性給付を賄えることになる。さらに上限の 140 億ユーロに達した場合には、「保険になじまない給付」の全てを連邦補助で賄うことができるようになる。

しかし、連邦政府の補助金が増額されるといっても、日本に比べるとドイツの国庫補助のウエイトは依然としてきわめて低く、ドイツ医療保険の特徴である保険料中心の財政構造に変わりはない。

なお、母性保護や子の病気時の傷病手当金等が「保険になじまない」として国庫補助が行われていることに対して疾病金庫側の受けとめ方をみると、当然の措置という認識が一般的であり、連邦補助が政府の介入とみなす見解はみられない。母性保護等に関する給付が「保険になじまない」とする認識が一般的になっていることを示すものといえよう。

(3) 医療基金の創設

2009 年 1 月に発足した「医療基金」(Gesundheitsfond)は、疾病金庫が徴収した保険料と連邦政府の補助金を一括して管理し、新たなリスク構造調整によって算定される交付金を各疾病金庫に配布する役割を担っている。医療基金の管理運営を行うのが連邦保険庁であり、実質的には医療保険財政の国家管理システムとみることができよう。

医療基金の創設については、「国民保険案」および「連帯的医療プレミアム案」のい

ずれにもなく、2007年6月に連立与党間の合意を得て閣議決定された「医療改革における重点項目」(Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform)で初めてその名称が出てくる。連邦保健省の話では、連立与党間の協議の過程でその構想が出てきたとのことであるが、詳細は不明である。改革原案が作成された後、法案作成に先立って関係団体等の公聴会が開かれた際、疾病金庫連合会の代表は医療基金の創設と連邦中央疾病金庫連合会の設立に反対して公聴会への参加をボイコットするなどの抗議を行ったが、原案を変えることはできなかった。

医療基金の設置については、統一保険料率、次項で述べる交付金の配布およびその中核をなす罹病率加味のリスク構造調整の導入と関連させて検討することが必要であろう。統一保険料率の導入によって疾病金庫による保険料率の差異がなくなり、保険料収入を一元的に管理できるようになることから、当初案では医療基金が保険料の徴収も行うとしていた。しかし、疾病金庫の反対により保険料の徴収機能は疾病金庫にとどめることとし、徴収した保険料を医療基金に納付する形となったが、医療基金を設置した狙いは保険料の徴収そのものにあるのではなく、保険料収入を一括して管理することにあつたと思われることからいって、その意図は十分に達したものといえよう。

さらに、従来のリスク構造調整では、概算により各疾病金庫が調整金の支払いと受け取りをした後、さらに1年後に精算を行うという二重の作業が必要であり、その算定にあつていたのが連邦保険庁であつた。競争強化法ではその作業を合理化し、リスク構造調整による疾病金庫間の調整金の授受にかわって、医療基金があらかじめ各疾病金庫のリスク構造に対応した金額を算定し、調整済みの金額を交付金として配布するという仕組みに変えた。また、リスク構造調整のリスクファクターおよび調整方法を変更し、罹病率加味のリスク構造調整としたことにともない、各疾病金庫から罹病率をはじめとするデータを収集し、事前に罹病率加味のリスク構造調整を行う必要性があることからいっても、連邦保険庁の管理下に医療基金を設置することは、合理的な根拠をもつものであつたといふことができよう。

この改革により、医療基金は収入を一括して管理するとともに、支出についても一括して管理するという役割を担うことになったが、このことは実質的に連邦政府がその役割を担うことになったことを意味している。従来、個々の疾病金庫が財源の収入と支出について管理してきた仕組みが根底から変更され、各疾病金庫は連邦政府から与えられた予算の下で、効率的な支出につとめるという役割を担うこととなった。

こうした改革を党派の意図と関連させることはかなり粗雑な検討になるが、若干ふれておこう。まずSPDからみた場合、医療保険における公平性の重視はかねてからの主張であり、そのための公的介入についても積極的である。そうした観点からすると、統一保険料率の導入は公平性の重視に見合うものであり、罹病率加味のリスク構造調整についても公平性の観点から積極的に支持してきた。また、かつて包括予算制を導入しよう

として野党（CDU/CSC, FDP）の反対により実施できないままに終わったが⁷⁴、今回の交付金はその仕組みと狙いは同一ではないものの、包括予算制に近いものといえることができる。したがって、それらを統括する機関である医療基金の設置についても、SPDの主張と一致することが多いように思われる。

一方、CDU/CSUからみた場合には、公的介入の強化ともいえる措置はその主張とやや矛盾するものが少なくない。しかし、疾病金庫間の競争を再び強化するために、従来の保険料率をメルクマールとする競争から疾病金庫の財務状況と付加的給付（選択タリフ）をメルクマールとする競争に転換させることは、その主張に即したものである。競争強化の前提として統一保険料率という負担の公平化、罹病率加味のリスク構造調整と交付金配布という競争条件の公平化についても、1つの試みとして強い反対はしなかったものとも想像される。また、定額による追加保険料は、被保険者の賃金・所得と切り離され、事業主負担のない人頭払い方式であり、その主張に即した形になっている⁷⁵。

(4) 疾病金庫への交付金配布

1) 交付金の算定

財政制度改革における最大の柱は、医療基金から各疾病金庫に「交付金」（Zuweisung）を配布するとしたことである。交付金の算定は、以下のようにして行われる。

疾病金庫への交付金は、「法定給付に関する交付金」と「事務管理に関する交付金」に区分される。法定給付に関する交付金は、各疾病金庫のリスク格差による財政上の格差を調整したうえで配分される。つまり、これまで各金庫間で行われてきたリスク構造調整をあらかじめ医療基金が行ったうえで各金庫に配分するというものである。また、リスク構造調整については、従来、性・年齢・家族被保険者数（日本の被扶養者数に該当）・保険料算定基礎収入・稼得能力の減退／喪失（障害年金受給者数）の5つをリスクファクターとして行ってきたが、今回の改革では性・年齢・罹病率（Morbidity）・障害年金受給の障害程度の4つがリスクファクターとされ、以下のような方式に改められた。

新しいリスク構造調整方式は、「基礎定額給付金」（Grundpauschale）と「年齢・性別・リスク調整金」（Alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- bzw. Abschläge）という2つの部分から成っている。基礎定額交付金は人頭割によるもので、被保険者1人あたり平均給付費に当該金庫の被保険者数を乗じた金額である。

そのうえで、各金庫の被保険者について、いわゆる「罹病率を加味したリスク構造調整」が行われる。調整は3段階に分かれており、最初に性別および年齢別の調整が行わ

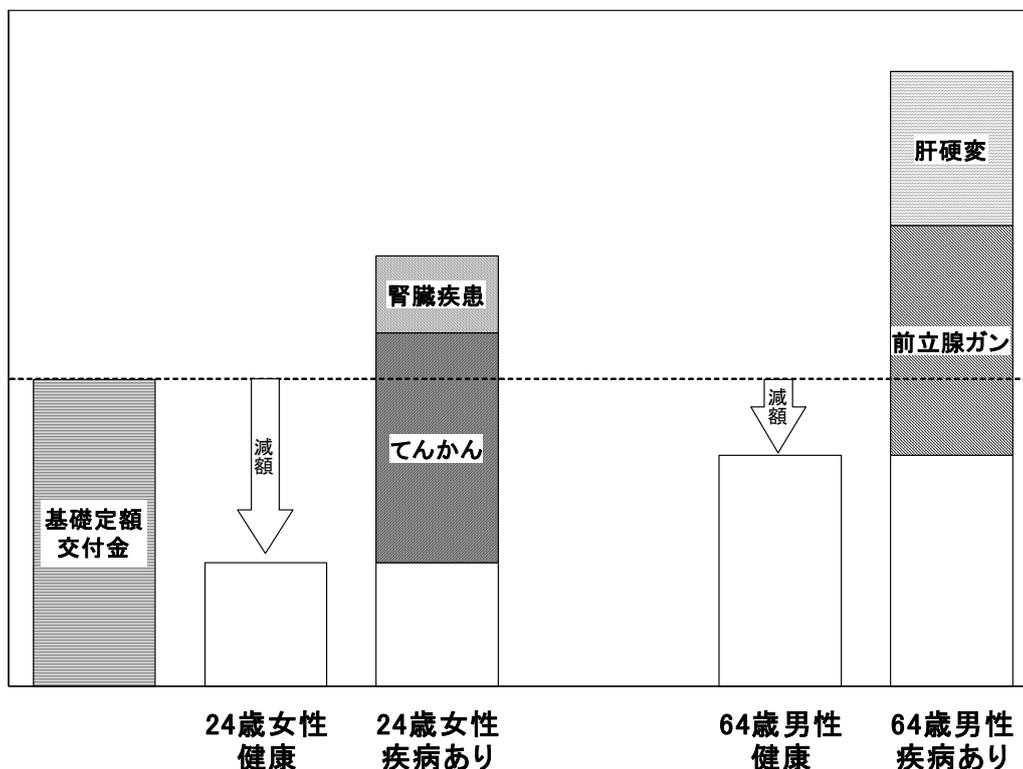
⁷⁴ 1998年に政権についたSPDと同盟'90/緑の党の連立内閣が、2000年からの施行をめざして公的医療保険連帯強化法案を策定したが、その改革案の支柱が包括予算制の導入であった。連邦参議院で多数を占める野党の反対を受け、法案提出前に修正し、包括予算制は削除された。

⁷⁵ 医療基金の設置に関する記述は、筆者の個人的推定によるものにすぎない。

れる。年齢は新生児および5歳ごとに95歳以上まで区分され、男女別にそれぞれ20、合計40のリスクグループに分けられ、それぞれのグループごとに疾病のリスクに応じて「年齢・性別調整金」が算定される。この調整金は、新生児・幼児や高齢者の場合は高く、若齢者は低い。

次に、各被保険者の疾病状態に対応した調整、すなわち「罹病率によるリスク構造調整」(Morbiditäts-Risikostrukturausgleich, Morbi-RSA)が行われる。この調整の対象となる疾病は80で、それがICD-10による分類にしたがい106の罹病率グループに分類される。このグループ化は、同じ疾病であっても症状の程度によって異なるグループに分けられる場合もあるし、異なる疾病であっても同じグループにまとめられる場合もある。それらの罹病率グループは25段階の調整金に区分される。これをもとに各被保険者の疾病状態に応じて調整金が算定される。健康な被保険者はマイナスの算定となり、その分が先の年齢・性別調整金から減額される。またMorbi-RSAに該当する疾病に罹っている被保険者については、その罹病率グループに対応する調整金が算定され、それが年齢・性別調整金に加算される。

図表 9 基礎定額給付金と年齢・性別・リスク調整金による交付金の決め方

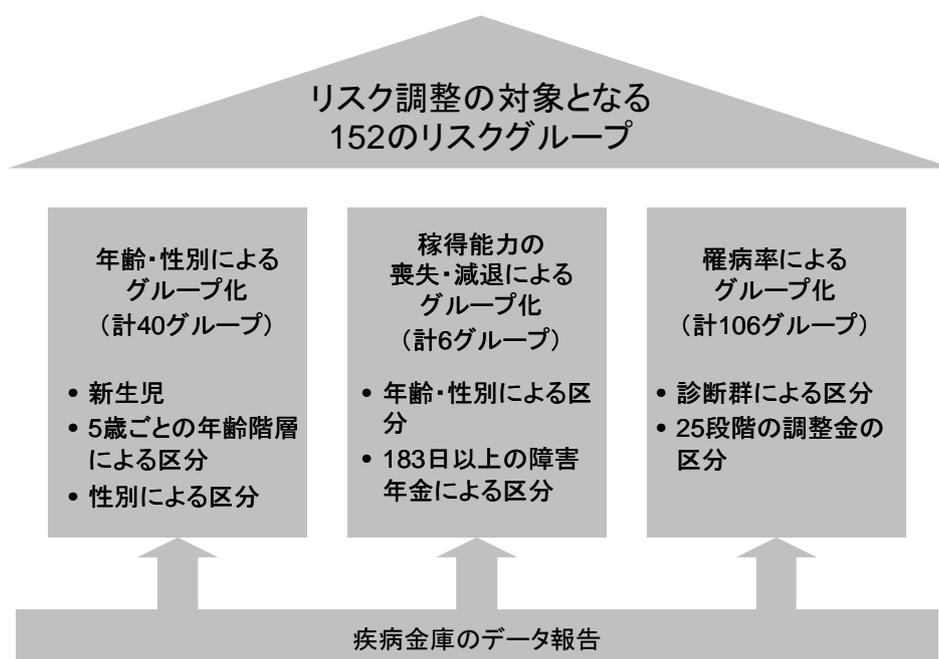


(資料) Josef Hecken, Gesundheitsfonds—Zielgenaue Zewweisungen erforderlich, *Die Krankenversicherung*, Oktober 2008, S.248-248 より作成。

さらに第3段階として、稼得能力の喪失および減退による障害年金の受給者に対する調整が行われる。障害年金受給者の障害の程度に応じて6つのグループに区分され、それぞれの調整金の算定が行われ、その分が先の調整金に加算される。

このようにして、全体で152のリスクグループに対応して算定された調整金が、各疾病金庫の被保険者の基礎定額給付金に加えられたり、あるいは基礎定額給付金から差し引かれたりした後、当該疾病金庫の全被保険者について調整した総額が当該金庫における法定給付に係る交付金となる。これらの罹病率加味のリスク構造調整に必要なデータは、各疾病金庫から事前に医療基金に提出されることになっている。

図表 10 リスク調整の対象となる152のリスクグループ



(資料) Josef Hecken, Gesundheitsfonds—Zielgenaue Zewweisungen erforderlich, *Die Krankenversicherung*, Oktober 2008, S.248-248 より作成。

この法定給付に係る交付金に被保険者数に応じて算定された事務管理に係る交付金を加えた金額が、各疾病金庫に配布されることとなる。

2) 新たな方式の評価と問題点

従来のリスク構造調整では、「罹病率」そのものをリスクファクターとはせず、それに間接的に影響を与える性・年齢をリスクファクターとし、さらに保険財政に影響を与える所得(保険料算定基礎収入)と扶養率(家族被保険者数)をリスクファクターに加えて、金庫間の財政調整を行うものであった。しかし、被保険者の疾病金庫選択権の

拡大にともない疾病金庫では保険料率を低く抑えることが至上命令となったことから、リスクの高い罹病者を保険料率引き上げの要因になるとして疾病金庫が排除する傾向が強まり、医療保険本来の役割に反するものとして問題となっていた。いわゆる「リスク選別」の問題である。そのため2001年の「リスク構造調整改革法」により、2007年より「罹病率を加味したリスク構造調整」を導入することが定められたが、2009年に至ってそれが実現したということになる。

「罹病率加味のリスク構造調整」では罹病者を排除するということがなくなるわけで、その点では当初新たなリスク構造調整の導入に消極的であった企業疾病金庫も含めて、肯定的な評価となっている。しかし、対象となる疾病の範囲が50~80疾病と予想されていたのが最大の80疾病となったことで、相対的に罹病率の低い企業疾病金庫ではマイナスの影響が大きくなることが予想され、地区疾病金庫や職員代替金庫に対する優遇措置だとして批判している。また、実務的な面から、対象疾病の重症度、慢性疾患と急性疾患の区分、合併症の取り扱いなどに関して問題点の指摘も行われている。また、医療基金に提出する被保険者のデータに関しても疾病金庫によって差異があるという指摘もみられる。リスク選別の問題がほんとうにクリアされたのかどうかについては、実施の過程で確認していく必要があり、新たな問題が出てくる可能性もある。

医療基金から配分される交付金は、各疾病金庫が法定給付費および事務管理費を賄うのに行うのに十分な額とされていることからいって、交付金はいわば各金庫の予算総額に相当するということになる。つまり、国から予算が配分され、それでもって各金庫が法定給付費事業を行うというシステムになったことになる。国の権限が大きくなったことはいうまでもない。

一方、疾病金庫は交付金の範囲内で法定給付費を賄うことが至上命令となり、赤字にならないための費用抑制が重要な課題となる。給付額が法定化されており、罹病率も急速な変化が見込まれないなかでどのようにして費用の削減を行うのかという疑問が提示されるが、これについて競争強化法では、疾病金庫が保険医の診療と報酬に関して個別契約やグループ契約を結んだり、製薬企業との間で医薬品の割引契約を結んだりする権限が拡大され、それらを通じて費用の削減が図られるようになっている。つまり、医療供給の面で市場機能が拡大され、その市場での保険者の裁量によって費用の抑制が行われるという仕組みが導入されたことになる。その際、医療機関との診療契約や製薬企業との薬剤割引契約で被保険者の多い疾病金庫が有利となるということもいわれており、疾病金庫の合併を促す要因ともなっている。いずれにせよ、疾病金庫の経営努力が問われることになったという意味で、民間保険的性格が強まったといえよう。

(5) 追加保険料の設定

医療基金からの交付金が、疾病金庫支出の95%を超え、交付金以外の収入や積立金

を投入してもなお財源が不足する場合、当該疾病金庫は「追加保険料」(Zusatzbeitrag)を徴収することができる。追加保険料は被保険者のみが負担し、事業主の負担はない。

追加保険料は、被保険者の保険料算定基礎収入額の1%以下とされ、また月額8ユーロを超えてはならないとされている。実務的には、定率徴収とした場合には、疾病金庫が被保険者の保険料算定基礎収入を把握し、被保険者ごとに保険料を算定しなければならないことから、最初はそうした事務作業を必要としない8ユーロまでの定額徴収が行われ、それでもなお不足する場合には定率徴収が行われるものとみられている。こうした追加保険料の設定が、CDU/CSUの人頭包括保険料の構想と類似していることは先にふれたところである。

ところで、疾病金庫が追加保険料を設定した場合、当該疾病金庫の被保険者に対して金庫を変更する「特別解約告知権」(Sonderkündigungsrecht)が与えられ、それを行使した場合には2か月後に金庫を変えることができる。通常の解約告知権の行使は、同一の金庫で18か月以上被保険者であることが条件とされているが⁷⁶、特別解約告知権の場合はその条件がなくなる。したがって、追加保険料を導入する場合には、その疾病金庫から被保険者が流出してしまうというリスクがともなう。

一方、交付金で黒字を計上した疾病金庫では、その余剰金を被保険者に配分することになっている。黒字の疾病金庫の配当金が減少した場合にも、被保険者は特別解約告知権が与えられることになっている。

こうした措置は、疾病金庫の財政の透明性を高めるためとされているが、それだけでなく疾病金庫の経営をめぐる競争を通じて費用の抑制を企図していることは明らかであろう。また、この競争に敗れた疾病金庫は、被保険者を失い、やがて他の疾病金庫と合併するか、破産法の適用を受け、淘汰されていくことになる。このようにして疾病金庫を統合し、少数の巨大疾病金庫に集約していくことが改革のいま1つの目的とされている。

医療基金から配布された交付金で赤字を出した金庫では追加保険料が徴収され、黒字の金庫では余剰金が配布されるという仕組みを導入して、疾病金庫の経営の成果を競わせ、それによって疾病金庫の運営を効率化し、費用抑制を図ろうとしている点に、今回の財政改革の特徴をみることができる⁷⁷。

⁷⁶ 解約告知権を行使してから2か月後に金庫の変更が認められる点は同じである。

⁷⁷ 競争強化法では疾病金庫の財政運営をめぐる競争に加えて、選択タリフ(任意の付加給付)をメルクマールとする競争も導入された。詳しくは、本報告所収の「ドイツ医療保険における『連帯と自己責任』の変容」の「5. 公的競争強化法による改革」を参照。

2. 病院財政の改革

(1) 病院財政の仕組みと変遷

2008年12月、連邦議会で「病院財政改革法」(Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, 正式名称は Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung, KHRG) が可決され、2009年1月に連邦参議院でも可決成立した。1993年のGSG以来、幾度となく病院財政の改革が企図されては、各州代表による連邦参議院の反対により実現に至らないということを繰り返してきたが、大連立政権のもとでようやく病院財政に関する改革法の成立をみたものである。最初に、これまでの病院財政改革をめぐる経緯を概観しておこう。

ドイツの病院は、1972年の病院財政安定法により、病院の施設・設備など投資的費用は州政府が負担し、経常的費用は診療報酬を通じて疾病金庫が負担するという「二元的財政方式」(Dualistische Finanzierungssystem)と「実費補填原則」(Selbstkostendeckungsprinzip)が導入された。その後、病院医療費が増大しその抑制が課題となるなかで、経常的経費をほとんど考慮しないで決定される州政府の病院計画とそれによる過剰ベッドが、病院医療費増大の大きな要因であると指摘され、その規制が求められてきた。しかし、病床数や医師・看護師等の医療供給のコントロールは州政府の自治権に属しており、連邦政府は直接病院に関与できないことから、病院財政の改革をめぐる連邦政府と州政府の意向が一致しない状況が続いていた。

そうした状況を変えようとしたのが、1993年の医療保険構造法(GSG)である。ここでは、①疾病金庫が投資的費用も負担することによって病院財政に関する疾病金庫の関与を強化する、②実費補填原則を廃止する、③病院の診療報酬体系を改革する、ということが盛り込まれていた。連邦政府が直接関与できないことから、財政負担を通じて疾病金庫の関与を強め、病院の経営的自覚を促し、診療報酬を通じて病院財政への規制を強め、病院経営の効率化を促そうとしたのである。この改革で1件当たり包括払いの導入など診療報酬体系の改革が一部行われたものの、病院の医療供給面でのコントロールに関しては依然として州政府の権限が大きく、実費補填原則も事実上維持されたまま、病院費用の増加傾向には大きな変化がみられなかった。

しかし、州政府の財政も逼迫してくるなかで、2000年の医療改革法案では、投資的費用に対する州政府の助成を段階的に縮小し、2008年からは投資的費用を含む病院費用を疾病金庫が一元的に担うこととし、同時にDRGシステムの導入による診療報酬体系の改革を進めるという病院改革案がつけられた。しかし、州政府が代表を送る連邦参議院では野党側が多数を占め、DRGシステムは導入されることになったものの、病院財政の改革については法案の修正が行われ、改革はまたもや失敗に終わった。

そうした状況を変えたのが、大連立政権の誕生である。競争強化法が段階的に実施されていくなかで、病院財政についても連立与党の合意が成立し、2008年12月末に連邦

議会で「病院財政改革法」が可決され、2009年1月に連邦参議院でも可決成立した。

(2) 病院財政改革法の概要

病院財政改革法は、財政難にあえぐ病院に対して疾病金庫が2009年に35億ユーロを投じ、看護師等の充足や待遇改善を図るとともに、DRGの完全実施を1年延長してその定着を図り、さらに病院医療の柔軟化を図ることを目的としたものである。主な内容は、以下のとおりである。

1) 当面の財政的措置

- ① 賃金協約の実施に向けた財政措置 — 2008年および2009年の賃金協約を実施するために財政上の支援を行う。そのための費用の50%を疾病金庫が保険料率引上げによって賄う（2009年に約12億ユーロ）。
- ② 看護師の雇用改善プログラムの実施 — 2009年から3年間に新たに17,000名の看護師を雇用するとともに、その待遇を改善する。これに要する費用の90%を疾病金庫が負担し、10%を個々の病院が負担する（2009年に約2億2000万ユーロ）。
- ③ 実地研修等の教育訓練に対する財政措置 — 病院スタッフの実地研修の質の改善、人員確保のための教育訓練の充実化を図る（2009年に1億5000万ユーロ）。
- ④ 精神病棟における雇用と財政の改善 — 精神病棟における必要人員の確保を図るとともに財政状況の改善を図る（2009年に1億ユーロ）。
- ⑤ 疾病金庫への財政支援の廃止 — 保険料率の安定化を図るために病院が疾病金庫に対して支払ってきた連帯拠出金を廃止する（2009年に2億3000万ユーロ）。
- ⑥ 病院の収入増加 — 統合的医療の拡大、その他による増収を図る（2009年に10億ユーロ）。
- ⑦ コスト引下げによる支出の減少 — 2009年に2億ユーロ。

2) 中長期的な対策

- ① DRGによる包括払いシステムの全面的実施を1年延長し、病院によって不均衡な導入基盤の整備を行うための支出を2009年と2010年に分けて行うこととする。
- ② 州政府の決定を経て、2012年から病院の投資的費用の一元化を図る。また、それに関連して2009年の末までに給付の必要性に基づいた病院の投資計画についての規定を策定する。
- ③ 連邦統計庁が2010年半ばまでに病院分野に係る費用の増大を把握するための基準を確定し、さらに2011年以降に保険料算定基礎収入をもとに病院医療費の価格設定をしてきた方式に替わる新たな方式を導入することをめざす。
- ④ これまで州によって異なっていた1件当たり入院費用を、2010年から段階的に調

整を行い、5年後には一定の幅を有した統一的な入院費用とするようにする。

- ⑤ 病院において専用ベッドを有している医師（Belegarzt）について、一定の費用を病院に支払いことなどを条件とするオプションを設定して、その診療報酬にフレキシビリティを与えるようにする。
- ⑥ 小児科における給付の制約を回避するために、疾病金庫と病院との間で契約を結び、専門医による特定の外来診療を行うことができるようにする。
- ⑦ 精神医学（Psychiatrie）および精神身体医学（Psychosomatik）について、2013年を目途に1件当たりおよび1日当たりの診療報酬システムを導入する。

以上が、病院財政改革の概要である。財政上の大きな変革の1つは、疾病金庫からの財源が大きく投入されることである。これにより、病院による二元的財政方式と実費補填方式の廃止を企図しているが、州政府がそのような権限縮小に果たして応じるかどうかについては疑問視する見解もみられる。また、疾病金庫からの診療報酬に財源を統一するというのは、SPDがかねてから主張してきたことであり、州政府の財政逼迫を背景にそれを具体化させたものといえるが、今秋に行われる総選挙でSPDが連立政権から去ることになった場合には見直しが行われるともいわれており、病院財政の改革については依然として流動的な状況を呈している。

（了）

ドイツの医療保険における「連帯と自己責任」の変容

土田 武史

はじめに

ドイツは基本法第 20 条で「社会国家」(Sozialstaat)であることを国の基本原理とし、それを決して変えることのできない不変条項としているが、そうしたドイツの社会国家(以下では「福祉国家」という⁷⁸)の内実を成してきたのが社会保障であった。その場合、ドイツの社会保障が社会保険を基軸として形成・展開されてきたことは、ドイツの社会保障を「ドイツモデル」として特徴づけるとともに、ドイツ福祉国家体制をも特徴づけるものとなっている。なかでも医療保険と年金保険は、国民生活の深奥にまで浸透し、ドイツ福祉国家の主軸としての役割を果たしてきた。しかし、そうしたドイツの医療保険と年金保険が、近年、財政問題をはじめとして多くの問題を抱え、幾度かの改革を余儀なくされるに至っている。

ドイツの社会保障は、「連帯 (Solidarität) と自己責任 (Selbstverantwortung)」による運営を基本的理念としているが、社会保障改革にあたっては連帯と自己責任は常に一対の基本的理念として掲げられ、今日に至っている。医療保険においてもそのことには変わりがない。しかし、1993 年の「医療保険構造法」(Gesundheitsstrukturgesetz, GSG)による改革以降、連帯と自己責任はともに大きな変容を余儀なくされ、さらに 2007 年 2 月に成立した「公的医療保険競争強化法」(Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, GKV-WSG)による改革が進められるなかで、その変容がいつそう顕著になってきたように思われる。

以下では、社会保険における連帯と自己責任の意義を述べた後、1993 年の GSG 以前のドイツの医療保険における特性を確認し、それをふまえながら最近の連帯と自己責任の変容について若干の考察を行ってみたい。

⁷⁸ 福祉国家のドイツ語表記は Wohlfahrtsstaat であるが、その語が庇護国家ないしは給付国家というイメージをとらえることなどから、ドイツでは一般に Sozialstaat という語が使われている。それぞれの言葉の意味するところは同一ではないが、社会国家は福祉国家の一類型 (ドイツ型福祉国家) として捉えることができる。

1. 社会保険における連帯と自己責任

福祉国家では、所得再分配によって国民生活の安定化と平等化が図られ、国民の連帯の強化が謳われるが、もちろんそのことが国民生活における自己責任の軽視を意味しているわけではない。福祉国家といえども、資本主義社会の基礎である市場経済を前提とし、生活の窮乏に対して自己責任を求める理念が厳然として存在していることに変わりはない。福祉国家は、市場経済において発生する失業や貧困の問題を放置しておいたのでは社会的危機が惹起しかねないことを危惧し、その対応として社会主義的な理念を取り入れて改良を行ってきた国家である。社会的公平のための連帯に基づく福祉政策は、資本主義固有の理念から生み出されたものではなく、資本主義の外部からもたらされたものであり、福祉政策が経済の効率性を著しく損なう恐れがあるとみなされたときには、資本主義の基礎をなす市場原理が働き、福祉に傾斜した政策を制約し、市場経済への回帰が図られる⁷⁹。そうした意味で、福祉国家はその根底に市場原理に即した「自己責任」があり、そのうえで「連帯」が形成される社会だといつてよい。

過去に目を転じると、どのような社会においても貧困者は存在し、それぞれの社会では何らかの方法で貧困者の救済が行われてきた。資本主義に至るまでの社会にあつては、それは主として上からの施しであり恩恵であった。中世ヨーロッパ社会にあつてはそれがキリスト教の教義と結びついて、恩恵による救済が広範に行われたことはよく知られている。資本主義社会への移行過程で恩恵による救済を法制化した救貧制度が導入されるが、資本主義の展開とともに個人責任が問われるようになり、救貧制度による救済は苛烈な処遇をもって行われるようになった。19世紀中葉のイギリス経済社会は、資本主義の理念に即して資本の自由な活動が大きく展開されたという意味で自由主義段階とよばれるが、その段階の初期に制定された新救貧法にみられる理念、すなわち貧困を個人責任に帰する捉え方は、資本主義社会における最も基本的な貧困観といえることができる。

しかし、やがて貧困の発生が社会的要因によるところが大きいことが明らかにされるにつれて、人々が生活困窮に対して救済を求める権利とそれに対する国家の救済義務が徐々に確立され、公的扶助として制度化された。恩恵から権利への展開である。公的扶助によって全ての国民に対して国の定める最低限度の生活が保障されることになったことの意義はきわめて大きい。しかし、その受給には多くの要件が設けられており、依然として貧困および救済へのスティグマが存在するといった問題が指摘されている。そこでは個人責任としての貧困観が通奏低音のように流れているといえよう。

一方、社会保険が登場するなかで、貧困やその原因となる疾病、老齢、失業等の問題に対して新たな対応策が講じられるようになった。保険的仕組みの導入により、個人責任という主観的捉え方からリスクという客観的捉え方にウエイトが移行し、社会保険は

⁷⁹ 林建久は福祉国家財政の特徴を、公正（福祉）と効率（市場）という2つのポールの間を揺れ動くフレキシビリティにあるとしている（林『福祉国家の財政学』有斐閣、1992年）。

貧困およびその原因に対して異なった観点から見ることを可能にしたのである。リスクという観点からみると、その発生の確率と発生への対応が中心となる。そこではリスクの発生に対して所定の給付を行うことにより、貧困に陥るのを防止することが主要な機能とみなされるようになった。公的扶助が救貧機能であるのに対して、社会保険が防貧機能とされる所以である。また、リスクという観点から、疾病、老齢、障害、死亡、失業、要介護、労働災害等が、それぞれ1つの範疇にまとめられ、それらのリスクの特性に応じた給付を行うことが可能となった。

さらに、社会保険においては、連帯原則に基づく財政方式により当初所得の格差を是正する所得再分配機能が付与されている。すなわち、社会保険の保険料は、民間保険のように被保険者のリスクに対応するのではなく、被保険者の収入の多寡に応じて算定され、その金額を納付することが社会成員の責務とされる。一方、その給付については、医療保険や介護保険等における現物給付の場合は、基本的に支払われた保険料の多寡に関係なく、医療や介護の必要性に応じて給付が行われる。年金保険や失業保険等における現金給付の場合は、保険料に比例する度合いが強いが、それでも所得の低い者への傾斜的配分がなされている。社会保険では、保険の基本的な技術的原則である「給付・反対給付均等の原則」から乖離することにより所得の平等化が図られているのである。

社会保険は、救貧制度のように上からの道義的理念による恩恵でもなく、公的扶助のように選別的に関与するのでもなく、社会的契約に基づいて給付を行う仕組みである。社会保険を導入した社会では、保険料の納付は資本主義の基本である「自己責任」の理念を満たし、事故が発生した場合には保険料を財源とした基金から給付が行われることを通じて、社会的な「連帯」を実現する。こうして社会保険においては、加入を義務化し、保険料拠出と保険給付による所得再分配を行うことによって、「連帯と自己責任の原則」が確立されることになる。同時にまた、連帯による給付が、恩恵となって自己責任を阻害することのないように、「補足性」(Subsidiarität)の原則が加えられ、それによって連帯と自己責任のバランスが加減される。こうして社会保険では、自己責任による対応を基礎としつつ、連帯による支援が行われ、それに補足性の原則が付随するという仕組みが作られたのである。

多くの国々が、社会保険を社会保障の根幹として福祉国家体制を形成し展開してきたのは、そうした社会保険における自己責任と連帯に基づく制度運営によるところが大きい。しかし同時に、連帯と自己責任とのバランスは一様ではない。保守主義的政権の場合には自己責任を重視する政策が展開され、社会民主主義的政権の場合には連帯を重視する政策が展開されるといった状況もみられる。自己責任と連帯にどのようなウエイトをつけるかによって、社会保険、さらには福祉国家のありようが大きく異なってくる。

こうした社会保険の特性に加えて、ドイツでは、後に詳しく述べるように、社会保険が地域や職域、職業、産業、職業身分⁸⁰などの多様な組織によって担われてきたことが

⁸⁰ ドイツ社会は、労働者 (Arbeiter、ブルーカラー)、職員 (Angestellte、ホワイトカラー)、公務員 (Beamte、

大きな特徴となっている。加藤榮一の言葉を借りると「仕切られた連帯」である⁸¹。とりわけ医療保険では当事者自治の原則の下に自主的な管理運営が行われ、保険者組織が共同体的な中間機能集団としてドイツ福祉国家体制の基盤を形成してきた。

それに加えて、ドイツの特徴として、第二次大戦後から今日に至るまで経済理念および経済政策の支柱をなしてきた「社会的市場経済」(Soziale Marktwirtschaft)との適合性を指摘することができる。すなわち、社会的市場経済は市場経済を基本としながらも国家による関与を是認し、市場経済における諸問題を国家が調整するものであるが、ここでは市場機能と国家の調整がそれぞれ自己責任と連帯に対応するものとして捉えることができる⁸²。また、保守党政権では「市場」(効率性、自己責任)に重点がおかれ、社民党政権では「社会」(公平性、連帯)に重点がおかれる点も社会保険と整合している。

2. 1993年改革以前の医療保険の特徴—多元的分権的な組織構造

ドイツの公的医療保険(以下「医療保険」という)の特徴として、多元的かつ分権的な組織構造があげられてきた。ドイツの医療保険には、地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業組合疾病金庫、連邦鉱夫組合、海員疾病金庫、農業疾病金庫、職員代替金庫および労働者代替金庫という8種類の保険者=疾病金庫(Krankenkasse)がある。各種の疾病金庫が存在する理由については、日本の各種医療保険のようにそれぞれの法律に基づいて設立されたというよりも、医療保険法制定時の歴史的経緯⁸³や20世紀初頭までの組織の再編によるところが大きい。さらに、全国単一組織である連邦鉱夫組合と海員疾病金庫を除く各種疾病金庫には、それぞれ多くの疾病金庫が設けられている。多元的分権

日本の上級職に近い)、自営業者(Selbstständige)、農業者(Landwirte)に区分されている。被用者の大半を占める労働者と職員は社会保険上の取り扱いも区分されてきたが(代替金庫はその典型である)、1989年の医療保険改革法(GRG)において労働者と職員を同等に取り扱うことに改められた。

⁸¹ 加藤榮一「ドイツ社会保険国家の動揺」『福祉国家システム』ミネルヴァ書房、2007年、248ページ。加藤は年金保険をとりあげてその連帯の特性を論じているが、医療保険においてはその特性がよりいっそう強くみられる。

⁸² 社会的市場経済における国家の関与については2つの点が指摘されている。1つは、市場機能を十分に発揮させるための仕組みを国家が整備しなければならないということであり、いま1つは、市場機能には限界があり、それを克服するには国家の調整措置が必要であるということである。とくに後者はドイツの特性とされ、社会政策、すなわち労働政策と社会保障により国民生活の安定と公平を図ることが国家の任務とされた。もっとも社会保障については、エアハルトをはじめオイケン、ミュラー・アルマックなど社会的市場経済の提唱者が市場機能を阻害しかねないとして消極的であったが、アデナウアー首相の強い意向により充実が図られた。とくに1957年の年金改革で、現役世代の賃金水準に比例した動態的所得比例年金を完全賦課方式のもとで給付することが実現されたことにより、世代間連帯による社会保険制度が確立し、ドイツ福祉国家体制の基盤となった。

⁸³ ビスマルクは医療保険法の制定に際して、旧来から傷病時の救済を中心に活動してきた職人や工場等における相互扶助組織(救済金庫 Unterstützungskasse、共済金庫 Hilfs-kasse)の多くを、公的医療保険の保険者=疾病金庫として公法人化し、拠出と給付などの仕組みも従来の方式を踏襲することによって医療保険の制度化を図った。ビスマルクが新たに設けたのは、従来の疾病金庫に包摂されない労働者および低所得の職員のための地区疾病金庫(Allgemeine Ortskrankenkasse, AOK)のみである。

的組織構造とは、それらの多数の疾病金庫が当事者自治の原則の下で自主的に管理運営される状況を指している。

それらの疾病金庫は、地域、職域、職業、産業、職業身分等によって組織された被用者を主な対象としているが、単に保険料の徴収と医療の給付を行うというだけではなく、各疾病金庫内の被保険者の間には連帯意識が醸成され、共同体的な中間機能集団としての性格を有していた。それは各疾病金庫の歴史的経緯に加えて、居住地域や職域、労働条件、就労履歴、職業および職業身分などそれぞれの疾病金庫に所属する被保険者の同質性によるところが大きい。とくに同業組合疾病金庫や一部の企業疾病金庫では「俺たちの金庫」という意識が強く、同じ疾病金庫内の被保険者の間には仲間意識がみられた。

各疾病金庫では、連邦、州および地方自治体から独立した公法人として、被保険者と事業主による自主的な管理運営が行われてきた。こうした当事者自治の歴史は古く、ビスマルクの労働者医療保険法の立法時にまで遡ることができる。それ以降、ナチス時代に指導者原理(Führerprinzip)により疾病金庫も国家の管理下におかれたときを除いて、自主的な管理運営が行われてきた。第二次世界大戦後には、旧西ドイツで1952年に制定された「自治法」(Selbstverwaltungsgesetz)により、疾病金庫の当事者自治に法的基礎が与えられた。また、共同決定制における労使対等の原則が適応され、同数の被保険者代表と使用者代表による代議員総会(Vertreterversammlung)と理事会(Vorstand)が設けられ⁸⁴、保険料率をはじめとする定款や予算の決定等を行ってきた。理事は無給で名誉職に近く、日常業務は理事会の下におかれた事務局長(Geschäftsführer)が掌っていた。

また、当事者自治を実質的に支えた要因として、公的医療保険の財源が保険料にのみよって賄われ、連邦政府や州政府からの補助は原則として行われてこなかったことをあげることができる⁸⁵。疾病金庫のなかには財政が逼迫する場合もみられたが、国家の補助に対しては、それが疾病金庫に対する国家の干渉を招くとして拒否する意見が一般的であった。各疾病金庫では、短期保険としてほぼ半年ごとに保険財政の見直しが行われ、財政状況に応じて保険料率の変更が頻繁に行われ、収支の均衡が図られてきた。疾病金庫間では保険料率の差異がみられたが、その差異が小さい間はそれを自分たちの金庫の特性によるものとして是認していた。疾病金庫における財政的独立性と保険料率の柔軟な変更による収支均衡の維持は、当事者自治と表裏をなすドイツ医療保険の特徴をなしていた。

このようにドイツの医療保険では、多数の疾病金庫が、歴史的経緯、成員間の同質性、法的規定、労使共同決定、財政的独立性、保険料率の変更による収支均衡等を背景に、

⁸⁴ 鉱山従業員組合では労使の比率が2対1、職員代替金庫および労働者代替金庫では被保険者代表のみによって構成された。

⁸⁵ 例外として、農業疾病金庫において農業経営から引退した高齢者の保険料および患者一部負担に対して政府補助が行われている。しかしこれは、医療保険に対する補助というよりも農業保護政策(農業者の所得保障)に基づくものである。また、社会扶助や失業給付の受給者に対して保険料や患者一部負担の補助

当事者自治による管理運営が営まれてきたのである。社会保険における連帯と自己責任の原則が、ドイツ医療保険においては多分的分権的な組織構造と密接に結びついていることを看過してはならない。このことから疾病金庫が一般に「連帯共同体」(Solidargemeinschaft) と呼ばれることもある。医療保険における中間機能集団の共同体的連帯は、年金保険における世代間連帯とともに、ドイツ福祉国家体制の基盤をなしてきた⁸⁶。

3. 1993年改革による疾病金庫選択権の拡大とリスク構造調整の導入

1993年の社会保険構造法(GSG)は、第二次大戦後に医療保険制度が再建されて以来の最大の改革であり、その範囲は多岐にわたっているが、連帯と自己責任に大きな影響を与えたのが「疾病金庫選択権の拡大」と「リスク構造調整の導入」である。以下では、歴史的経緯にもふれながらその内容について概観しておこう。

(1) 疾病金庫選択権の拡大

従来、公的医療保険の強制被保険者は、勤務する事業所に企業疾病金庫が設立されている場合にはその企業疾病金庫に、勤務する事業所が同業組合疾病金庫のメンバーである場合はその同業組合疾病金庫に加入し、それ以外の場合は勤務地にある地区疾病金庫に加入するのが基本となっていた⁸⁷。また、これらの被保険者は上記の疾病金庫に代わって、労働者(Arbeiter, ブルーカラー)は労働者代替金庫へ、職員(Angestellte, ホワイトカラー)は職員代替金庫への加入を選択することができた。ただし、その場合は各代替金庫の定款に定める被保険者の範囲に該当しなければならず、労働者はその範囲が狭く制限されていたのに対して、職員にはほとんど制限がないといった違いがあった。

また、公的医療保険への加入義務を免除されている者(公務員、自営業者、一定所得以上の職員等)は、一般に民間医療保険または公的医療保険に任意加入していたが、公的医療保険に任意加入する場合には、加入する疾病金庫を選択する権利が与えられた。その選択においては、職員のかなりの部分が、強制加入金庫とは診療報酬規定が異なり、医師や病院の医療サービスが優っていた職員代替金庫を選択していた⁸⁸。

が行われているが、その割合は低く、疾病金庫の財政的独立性を否定するほど大きなものではない。

⁸⁶ こうしたドイツ福祉国家の特徴をエスピン＝アンデルセンは「保守主義的福祉レジーム」としている。

⁸⁷ 連邦鉱夫組合、海員疾病金庫、農業疾病金庫にはそれぞれに該当数する職業に従事する者が加入することになっていた。

⁸⁸ 特定の疾病金庫への加入を義務づけることを「強制金庫」方式、加入は強制されるが特定の金庫への加入は強制されないことを「金庫強制」方式といい、ビスマルクの立法時において事業主と労働者の利害が絡んで大きな論点となった。ビスマルクの立法では金庫強制方式がとられたが、その後、1892年の改正で強制金庫方式に一本化するとともに、共済金庫(後の代替金庫)に一定の規制を加えて強制の枠外におく形で決着が図られた。そうした経緯から、1993年の金庫選択権の拡大を「ビスマルク疾病保険への回帰」とみなす見解もあるが、市場原理の導入が基本であり、「回帰」とみなすのは適切ではない。

こうした仕組みに変化をもたらしたのが、1989年の医療保険改革法（GSG）であった。職位身分による社会保険上の差別的取り扱いが廃止され、それまで特定の疾病金庫に強制加入となっていた労働者に対して、職員と同じく所得が一定限度額を上回る場合には加入義務が免除され、疾病金庫の選択権が与えられたのである。しかし、代替金庫を含めて各疾病金庫はそれぞれの定款において、加入できる被保険者の職種等の範囲を定めていたので、労働者が実際に選択できる疾病金庫の範囲は限られており、疾病金庫選択権を行使する労働者は少なかった。

こうした仕組みを抜本的に変更したのが、1993年の医療保険構造法（GSG）である。被保険者の範囲を限定する疾病金庫の定款が廃止され、所得の多寡や職業身分等の相違に関係なく、全ての被保険者に対して疾病金庫の選択権が大幅に拡大された。ただし、年金受給者、障害者、学生の被保険者については、その選択範囲が制限され⁸⁹、家族被保険者には選択権を認めないこととされた。

選択の対象となる疾病金庫の種類は、地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業組合疾病金庫、労働者代替金庫および職員代替金庫である。ただし、企業疾病金庫および同業組合疾病金庫の場合は、母体企業または母体同業組合との関係に考慮して、定款において母体の企業または同業組合以外の被保険者の加入を認めないとすることもできるとされた。なお、被保険者を母体の企業／同業組合に限定している閉鎖型の疾病金庫であっても、その被保険者が他の疾病金庫へ移動することは認められた。また、疾病金庫の選択の範囲は、同一州内の同一種類の金庫に限定された。

このようにして、疾病金庫選択権の拡大が図られることになったのであるが、疾病金庫間のリスク構造格差が大きく、競争条件が異なることから、そのままではきわめて不公平な競争になってしまう。そのため、疾病金庫選択権の拡大を行う前に、疾病金庫間の競争条件を平等にすることが必要であった。そこで行われたのが、疾病金庫の統合・合併、疾病金庫の内部組織改革、そしてリスク構造調整の導入であった。

(2) 疾病金庫の統合・合併

地区医療保険の競争力の強化を図るため、1994年から1996年にかけて原則として州ごとに1つの地区疾病金庫に統合が図られた。それまでの地区疾病金庫は、管轄範囲が市町村ないしはその周辺の郡単位までであったので、全国の職員一般を加入対象とする職員代替金庫とは著しい格差があった。疾病金庫選択権の拡大による疾病金庫間の被保険者獲得競争に対処するためには、その格差を是正することが必要とされた。これによ

⁸⁹ 年金受給者は原則として、年金受給者となったとき（退職時）に加入していた疾病金庫の被保険者となることとされているが、以前に加入していた企業疾病金庫または同業組合疾病金庫への加入を選択することが認められた。また、障害者の場合は親の加入する疾病金庫への加入が認められた。大学生については、家族被保険者の要件を満たさない場合や、その配偶者または子が医療保険の対象にならない場合、地区疾病金庫の強制被保険者となることとされていたが、同業組合疾病金庫への加入を選択することも認められた。

り、1993年に257を数えた地区疾病金庫が1996年には20金庫となった。

続いて、1996年からリスク構造調整の実施と並行して、企業疾病金庫およびその他の疾病金庫において同一種類の金庫間の合併が認められた。これは地区疾病金庫の統合とは性格が異なる。すなわち、リスク構造調整の実施により競争条件を整えたうえで競争が行われるなかで、疾病金庫を有していることにメリットを見いだせなくなった母体企業の意向で解散した金庫や疾病金庫間の競争に敗れた金庫を、競争力の強化を図る金庫が併合するものであり、いわば弱小金庫の駆逐ともいうべきものである。それによって、1992年に741を数えた企業疾病金庫が2000年には451金庫、2007年には189金庫に減少した⁹⁰。同業組合疾病金庫数も同じ年次に173金庫から33金庫、そして16金庫へと減少した。疾病金庫全体では同じ年次に1,223金庫から546金庫、そして242金庫へと15年間で約5分の1となっている。

(3) 疾病金庫の内部組織改革

1996年に疾病金庫間の競争に備えて、内部組織の改革が行われた。労使双方から選ばれた代議員総会と理事会は管理委員会（Verwaltungsrat）に統合され、理事会は事務局長の職務も兼ねる社会保険経営の専門家のポストとなった。管理委員会は定款の決定、基本政策の決定、予算の決定、理事の選定、金庫の合併・解散の決定などを行う。理事会は金庫の業務を執行し、理事長は対外的に金庫を代表する。理事の数は被保険者が50万人までの金庫では2人以内、50万人を超える金庫では3人以内となっている。任期は6年で再選も認められる。

こうした改革により、被保険者側代表も事業主側代表も、疾病金庫の管理運営に直接関与することはほとんどなくなった。とくに開放型の企業疾病金庫や同業組合疾病金庫の場合には、さまざまな企業や職業の労働者・職員が被保険者となり、しかも頻繁に移動する被保険者もみられるため、被保険者代表も事業主代表も疾病金庫の運営に関与する意味が薄れ、もっぱら保険料率の高さと医療サービスの内容に関心を寄せるだけの存在となってしまった。また、かつては理事会や代議員に有能なスタッフを投入し、共同決定制の一環として疾病金庫の運営に携わってきた労働組合も、内部組織の変更とGSGの進展とともに疾病金庫運営への関心が弱くなり、管理委員の選出も提出された名簿を承認するだけの形式的なものになっていった。また、企業疾病金庫ではかつては企業から疾病金庫の事務所費や人件費の補助が行われていたが、開放型になるとともにそうした補助もなくなり、企業と疾病金庫との関係も疎遠なものとなっていった。

それに対して、疾病金庫経営の中心となる新たな理事会については、その権限と責任が著しく大きくなり、金庫経営のプロとして他の疾病金庫に引き抜かれたりする理事も

⁹⁰ 企業疾病金庫の合併については、田中耕太郎・土田武史「ドイツ企業疾病金庫の統合・合併に関する調査研究報告書」健康保険組合連合会、2004年を参照。

少なくなかった。疾病金庫間の競争が激しくなるのにもない、それらの理事の下で民間企業になった疾病金庫の管理・運営方法が導入去れ、職員の資質の向上や事務の効率化が厳しく求められるようになった。

(4) リスク構造調整の導入

リスク構造調整は、被保険者の年齢および性別、家族被保険者数、基礎収入、稼働能力の喪失・減退による年金（障害年金）の有無をリスクファクターとして、それによる財政格差を調整するものである（その内容については省略する）。

1994年にリスク構造調整が実施され、それにもない高額医療費および財政窮迫金庫に関する財政調整が廃止された。1995年からは年金受給者もリスク構造調整の対象となり、年金受給者に関する財政調整が廃止された。そのうえで、1996年から疾病金庫選択権の拡大が行われ、それとともに企業疾病金庫等の合併も実施されることとなった。

そのようなリスク構造調整に課せられた役割として、2つのことを確認しておきたい。第1に、リスク構造調整は、従来の年金受給者医療費の財政調整等とは異なり、リスク構造格差が疾病金庫財政に及ぼす影響を事前に調整するものであり、公正な競争を行わせるための前提条件づくりであるということである。「平等な競争条件の設定」、これがリスク構造調整に課せられた役割である。

第2に、平等な競争条件の設定において重要なことは、疾病金庫間の競争がリスク選別にならないような仕組みを整えることであるという点である。民間保険においてリスク選別は合理的な経済行為であるが、公的医療保険でリスク選別が行われる場合には、ある疾病金庫が有利なリスクの被保険者を選んだ分だけ、他の疾病金庫に不利なリスクの被保険者が残ることになり、疾病金庫全体としてはリスク構造格差が再生産されることにほかならない。それではリスク構造調整を行う意味がない。したがって、疾病金庫がリスク選別をしてもそれが無意味になるようなリスクファクターを選別し、財政調整を行うことが必要となる。そこで選択されたのが、上記の5つのファクターであった。

こうしたリスク構造調整に関連して、さらに2つのことを確認しておく必要がある。1つは、公正な競争条件を整えるための財政調整は、社会保険の「連帯」理念に則したものであるという説明がなされていることである。つまり、一般の市場競争であるならば、競争者同士の財政調整などは行われず、リスク選別の排除も行われず、それを行うところに社会保険における連帯理念が発揮されているという理解である。「連帯理念に基づく競争」、それを実現させるのがリスク構造調整であるということになる。

いま1つは、競争条件を平等にしたうえで競争した結果、疾病金庫財政に差異が生じた場合、その差異はそれぞれの疾病金庫の自治の責任とみなされるということである。つまり、事前に平等な競争条件が設定されたうえでの競争であり、そこで生まれた財政

格差は当事者の経営のあり方によるものであるという理解である。したがって、赤字を出した疾病金庫はその「自己責任」を負うべきであり、他の疾病金庫との合併も1つの責任の取り方であるとされた。

このような改革は、医療保険の運営原則である「連帯と自己責任」にどのような影響をもたらしたのであろうか。次にそのことを検討してみよう。

4. 1993年改革による連帯と自己責任の変容

(1) 連帯の弱化と自己責任の強化

改革の影響を先回りしていうと、疾病金庫選択権の拡大後、夥しい数の被保険者が疾病金庫を移動し、疾病金庫間の激しい競争のなかで金庫数は大幅に減少していった。それとともに、疾病金庫において一対の運営原則として維持されてきた「連帯と自己責任」のバランスが崩れ、「連帯」が著しく弛緩し、「自己責任」が突出するようになった。少し詳しくみてみよう。

疾病金庫選択権の拡大により被保険者が移動し始めた1997年1月から2000年1月までの3年間に、地区疾病金庫から約120万人の被保険者（家族被保険者を除く。以下同じ）が流出し、職員代替金庫からは約58万人の被保険者が流出したのに対して、企業疾病金庫には183万人の被保険者が流入した。ただし、地区疾病金庫と職員代替金庫における流出状況は対称的で、地区疾病金庫では1997年に55万人という大量の流出をみた後、98年は38万人、99年は27万人と流出が減少していったのに対して、職員代替金庫は1997年に8万人、98年に12万人、99年に37万人と流出が増加していった。一方、企業疾病金庫への流入は、1997年は32万人であったのが、98年は50万人、99年は98万人と著しい増加傾向を示している。さらに、1997年と2007年と比較すると、地区疾病金庫は約330万人、職員代替金庫は約217万人が流出し、企業疾病金庫は380万人の流入があった。

また、疾病金庫の平均保険料率をみると、リスク構造調整が実施される前年の1993年に地区疾病金庫が14.05%、職員代替金庫が13.18%、企業疾病金庫が11.86%であったのが、97年にはそれぞれ13.66%、13.73%、12.70%となり、99年にはそれぞれ13.66%、13.76%、12.73%となっている。1993年当時は地区疾病金庫と職員代替金庫との間には1%近くの保険料率格差があったが、地区疾病金庫の保険料率が低下し、職員代替金庫の保険料率が上昇した結果、両者の差は0.1%にまで縮小している。それに対して企業疾病金庫は当初は1年間で保険料率が1%近くも上昇したが、その後の上昇はわずかで地区疾病金庫や職員代替金庫との間に1%前後の保険料率格差が生じるという異なった動きを示している。さらに2007年の保険料率をみると、地区疾病金庫は14.35%、職員代替金庫は14.09%、企業疾病金庫は13.53%となっており、企業疾病金庫の保険料率

は相対的に引き上げられているものの低位水準を維持し、職員代替金庫はやや保険料率を下げた中間的な水準に位置している。

この保険料率の動きと被保険者数の変化を重ねてみると、次のようなことがいえるであろう。すなわち、リスクの低い被保険者が多く加入していた職員代替金庫と企業疾病金庫は、リスク構造調整によって多額の調整金の支払いを行ったため、保険料率の引き上げを余儀なくされた。しかしその後、企業疾病金庫の保険料率が低位に維持されているのは、保険料率の低い一部の企業疾病金庫にリスクの低い被保険者が多く移動してきたことによるものである。それに対して、金庫数が少なく保険料率の差異も小さな職員代替金庫の場合には、リスクの低い被保険者は保険料率の低い企業疾病金庫や民間医療保険へ流出したため、保険料率のさらなる引き上げが行われていることを示している。一方、地区疾病金庫では 1997 年にリスクの低い被保険者を中心に大量の流出があった後は、リスク構造調整による調整金の受け入れによって保険料率の上昇が抑えられるとともに、被保険者の移動が少なくなっていたが、リスクの高い被保険者が滞留しているため、保険料率が高い水準のままに推移していることを示している。リスクの低い被保険者の夥しい移動とリスクの高い被保険者の滞留がみられるということは、後にもふれるように、リスク選別が行われている事実を示すものにほかならない。

また、疾病金庫数の変化をみると、先にもみたように、1992 年に 1,223 を数えた地区疾病金庫は 2007 年に 16 となり、同じ期間に職員代替金庫は 13 から 6 に、企業疾病金庫は 741 から 189 へと、いずれも著しく減少した。

以上のことから、疾病金庫選択権の拡大とリスク構造調整の導入後の疾病金庫の状況を端的にいうと、保険料率格差をメルクマールとして、リスクの低い被保険者が大量に疾病金庫を移動し、それとともに疾病金庫の合併が行われ、疾病金庫数が大幅に減少したということである。被保険者の移動は、それまで帰属していた疾病金庫からの離脱であり、被保険者の流出入の増大と疾病金庫の合併は、疾病金庫内における共同体的な結合を希薄化させ、個別疾病金庫における「連帯」の弱体化をもたらしている⁹¹。一方、被保険者が保険料格差をメルクマールとして移動し、疾病金庫がリスク選別をすることは、市場経済にあつては合理的経済行為であり、被保険者および疾病金庫においては市場経済の基本である「自己責任」による選択が拡大していることを示している。こうした疾病金庫における連帯の弱体化は、医療保険の多元的分権的組織構造を変化させ、ドイツ福祉国家体制の基盤の弱体化をもたらしていることを意味している⁹²。

⁹¹ 田中耕太郎は、疾病金庫選択権の拡大とリスク構造調整というシステムが、市場競争における合理的行為であるリスク選別を無意味化することはできず、「限りなく連帯の解体に向かうことになるのではないか」という危惧があるという、本稿と近接する考察を行っている（田中「ドイツ医療保険制度改革」『海外社会保障研究』145号、国立社会保障・人口問題研究所）。

⁹² 加藤榮一は、東西ドイツの統一にともなう年金保険改革が世代間連帯を揺るがし、ドイツ社会保険福祉国家存立の基盤喪失を招いているという考察を行っている（加藤、前掲論文）。

(2) 「連帯の弱体化」に対する批判の検討

こうした競争による疾病金庫内の連帯の弱体化について、それが医療保険の連帯の弱体化を意味するものではないという見解も少なくない。そうした見解の根拠として、主に2つのことが主張されている。1つは、疾病金庫選択権の拡大とリスク構造調整の導入による変化は、連帯の枠組みが個別の疾病金庫から医療保険全体へと拡大していることを示しており、連帯の弱体化は生じていないという主張であり、いま1つは、疾病金庫がリスク選別を行うことは法的に禁止されており、むしろ被保険者個人の選択に基づく組織体が新たな社会連帯を体現することになるという主張である。

前者からみていこう。そこでは、伝統的な疾病金庫の多元的分権的組織構造を維持したままでは効率的かつ公平な資源配分が達成できないのではないかという問題意識のもとで、経済性・効率性を高める社会的調整手段として「競争」を導入することは、疾病金庫の枠を超えて公平な資源配分を行うことを可能にし、また平等原則にたつ社会保険の目的にも合致しているという主張が行われている。それは伝統的な疾病金庫内の連帯から、疾病金庫の枠を超えたより広い連帯に向かうことを意味しており、また、疾病金庫の枠を超えた対策は必ずしも当事者自治を否定するものではなく、平等原則を遵守しながら当事者自治を機能させていくことこそが医療保険全体としての連帯における当事者自治であるという主張である⁹³。医療保険における効率的かつ公平な資源配分を重視し、そのための手段として競争を肯定的に捉え、疾病金庫内における連帯の後退を医療保険全体における連帯の構築とみなすものである。

しかし、現実に疾病金庫内部の連帯から医療保険全対の連帯へと向かっているのだろうか。一方ではリスクの低い被保険者が保険料率の低い疾病金庫へと大量に移動し、他方ではリスクの高い被保険者が従来からの疾病金庫に滞留しているという状況や、後にみるように保険料率を低く抑えるために病気の被保険者を排除するという医療保険らしからぬリスク選別が行われている状況を見ると、医療保険全体の連帯へ向かう過程にあるとは思われない。しかもリスク選別はすぐれて経済合理的行為であるだけに、それをやめさせることは容易ではない。リスク構造調整の導入が医療保険全対の連帯を示しているという見解は、理念としては想定できようが、現実にはそれが疾病金庫間の競争条件の設定のために行われ、しかもリスク選別を無意味化するには至らない以上、新たな連帯は構築され得ないというべきであろう。

さらに、従来の疾病金庫における連帯は成員間の同質性を大きな根拠としており、そ

⁹³ 倉田聡は、マックス・プランク国際社会法研究所長のウルリッヒ・ベッカー（Ulrich Becker）が教授資格論文（U. Becker, Staat und autonome Träger im Sozialleistungsrecht, 1996）において、保険者自治を社会給付法の目的に対応する機能として捉える観点から検討を行い、保険者の分権的な制度運営を超えて立法的裁量を行おうとする国家の政策について、社会給付法の政策目的との関係で機能的に決せられるとする考察を行っていることを紹介し、戦後の社会保険理解に変更を迫る画期的な業績として高く評価している。また同時に、ベッカーが1993年以降の市場原理的な改革動向等に対しては、価値中立的なスタンスを維持していることも指摘している（倉田「法理論における『自治』と『連帯』」健康保険組合連合会『欧州の医療保険制度に関する国際比較研究報告書』2006年、所収）。

れ故に共同体的な結合がみられたのであるが、医療保険全体の連帯は被保険者であるというだけの同質性でしかなく、疾病金庫の枠を超えた政策がいかに社会保険の目的に見合う集団化であるとしても、そこに新たな連帯を構築する根拠を見出すことはできない。すでに述べたように、ドイツ福祉国家体制は社会保険の多元的分権的構造という「仕切られた連帯」の基盤のうえに構築されたものであり、市場競争を通じてそうした「仕切り」をなくすことによって医療保険の目的をより効率的に機能させることができるとしても、それによる連帯の弱体化の影響は余りにも大きかったといわなければならない。

もう1つの主張は、疾病金庫が被保険者の加入を拒否することは法律で禁止されていることを根拠に、個人の選択とリスク構造調整の導入が新たな連帯を構築することを説くものである。すなわち、リスクの高い被保険者が保険料率の低い疾病金庫に加入申請をした場合、たとえ疾病金庫側にそれを拒否したい誘因があるとしても、それは法的に許されていないので、疾病金庫はリスク選別をすることができないと主張する。さらに、この主張を補強するものとして、有利なリスクの被保険者が保険料率の低い疾病金庫に大量に移動したとしても、リスク構造調整によってその疾病金庫から保険料率の高い疾病金庫に財源が移動し、その疾病金庫の保険料率が上昇することになるので、そうした疾病金庫への移動は合理的な行為とはいえないと述べている。そして、こうした被保険者個人の選択とリスク構造調整により、ドイツの医療保険は疾病金庫という単位の連帯ではなく、被用者保険加入者という単位の大きな連帯に転換されていく過程にあると主張し、先の見解と重なる認識が示されている⁹⁴。

この主張についても、現実にはいずれもそのようにはなっていないことが指摘できる。法的な違反には至らなくても、リスクの高い被保険者が移動しづらい状況をつくることは十分可能であり、事実そうした状況がつけられ、多くのリスクの高い被保険者は保険料率の高い疾病金庫にとどまっている。また、保険料率の低い疾病金庫へ移動したとしても、リスク構造調整によって保険料率が引き上げられるので、そうした選択は無意味化されるというのも、現実とは異なっている。企業疾病金庫が低位の保険料率を維持していることは、先にも見たとおりである。

医療保険全体の連帯に向かうことを説く2つの主張とも、従来の疾病金庫を単位とした連帯の弱体化ないしは解体を認めているわけであり、その点では筆者の認識と大きな違いはない。その先に新たな連帯が構築されるか否かという点で、筆者と見解を異にするものである。最近の市場原理主義批判の潮流に乗っての見解と誤解されるのを恐れずといえば、従来の個別金庫における連帯の弱体化を認めつつ、疾病金庫の自治の枠をこえて社会保険の目的に見合った社会的調整を行うことにより医療保険全体の連帯をもたらすとか、個人の選択とリスク構造調整が新たな社会連帯をつくりあげるといった主張は、いずれも疾病金庫選択権の拡大という市場競争の導入を合理的な選択として捉えようとするものである。こうした市場競争の導入による改革は、基本的に市場競争が合理

⁹⁴ 倉田、前掲論文、97ページ。

的・効率的な手法であり、最終的には調和のとれた状況が出現するという、1980年代以来世界を席卷した市場原理主義の理念に即したものであることはいうまでもない。上記2つの主張は、たとえ市場原理主義に即したものではないにしても、市場競争による改革を合理的なものとして評価し、その改革によって連帯が解体する可能性を指摘する見解を厳しく批判しているのをみると、それらの主張が「改革の理念と現実との乖離」を直視しないという点で、市場原理主義の影響に対する評価の違いを感じざるを得ない⁹⁵。

ただし、社会保険という方式が維持されている以上、そこでは拠出と給付を通じて何らかの所得再分配が行われており、それが行われている限りにおいて社会的連帯が維持されているというのであれば、それはその通りである。しかし、上記の2つの主張は、そうした意味でないことは明らかであろう。

(3) 疾病金庫選択権拡大とリスク構造調整の意味

1993年改革に関して、最後に、やや重複することになるが、改めて疾病金庫選択権の拡大とリスク構造調整の導入の目的は何であったのかを確認してみることにはしたい。

疾病金庫選択権の拡大とリスク構造調整の導入については、一般に、連帯原則に基づく公的医療保険制度における経済性・効率性を高める手段であったということがいわれる。それ故に、リスク構造調整は、公的医療保険の基礎にある連帯原則と疾病金庫選択権の拡大が作り出す競争秩序の調和を図るうえで不可欠の要素として位置づけられている⁹⁶。

それでは具体的に何を企図していたのかということについては明確にされていないが、以下の2点をあげることは広く共通する認識であろう。

第1は、疾病金庫間の保険料率格差の是正である。各疾病金庫は互いに独立した組織であり、年齢構成や疾病状況など加入者のリスク構造が異なっているが、各金庫は短期保険としての収支均衡を厳格に維持しているため、リスク構造格差による財政格差が保険料率格差となって現れる。1992年の平均保険料率をみると、地区疾病金庫が14.1%であるのに対して企業疾病金庫は11.8%であり、個別疾病金庫は最高保険料率が16.8%、最低保険料率が8.5%と大きな格差が生じていた。その格差が小さいときには各疾病金庫の特性によるものとして許容されたが、2倍近い格差になると、平等であるべき社会保険としてそれを放置しておくことは許されなかった。以前から疾病金庫間の財政調整が講じられていたが⁹⁷、その効果が十分でなく、さらなる格差是正策が求められた。そ

⁹⁵ 倉田は前掲論文等において、田中耕太郎の見解が誤解に基づいているとして厳しく批判している(倉田、前掲論文、94ページ。倉田「ドイツ疾病保険制度をめぐる最新動向(2005年3月)」健保連、前掲報告書、所収、171ページ)。

⁹⁶ 松本勝明『ドイツ社会保障論Ⅰ—医療保険—』信山社、2003年、210—211ページ。

⁹⁷ 1977年の医療保険抑制法以来、年金保険の財政状況とも関連しながら、年金受給者医療費に関する財政調整が行われてきた。また、1989年の医療保険改革法では、高額医療費と財政窮迫金庫に関して同一州内

れに応えたのが、疾病金庫選択権の拡大とリスク構造調整の導入であった。

その後の状況を見ると、最高保険料率と最低保険料率の幅は1993年7月から2000年1月までの間に8.8%から5.9%に縮小し、地区疾病金庫と企業疾病金庫における平均保険料率の格差も、1993年から2000年までの間に1.97%から1.23%へと小さくなっている。

確かに保険料率格差は縮小されている。ただし、ここで留意しなければならないのは、松本勝明も指摘しているように、保険料率格差の縮小は、被保険者の移動によってリスク構造格差が縮小したことによるよりも、リスク構造調整によって財政移転が行われたことによる影響の方がはるかに大きいということである⁹⁸。さらにまた、看過してならないのは、保険料率格差の縮小はリスク構造格差そのものの縮小を意味するものではないということである。例をあげると、職員代替金庫と地区疾病金庫の保険料率は接近しているが⁹⁹、それは「被保険者の移動に伴い疾病金庫間でリスク要因が混ぜ合わさったからではなく、有利なリスクが企業疾病金庫に移動するという、リスク要因の二極分化によって生じたものである」¹⁰⁰ということである。つまり、保険料率格差の是正は、リスク構造調整によってもたらされたものであり、被保険者の移動によるリスク構造の是正によってもたらされたものではないということである。その点で、疾病金庫選択権拡大よりもリスク構造調整の方が大きな役割を果たしているといえよう。

それではなぜ疾病金庫選択権の拡大という競争を導入したのであろうか。それは本来の目的が保険料率の抑制にあったからである。これが第2の点である。リスク構造調整により保険料率格差が是正されたとしても、非効率的運営を行う疾病金庫を放置したままであるならば、医療保険の経済性・効率性を高めるという改革の目的には合致しない。非効率的な運営を行っている疾病金庫を淘汰し、効率的な運営を行う疾病金庫の領域を拡大していくこと、それに向けての市場競争を促し保険料率を抑制することが疾病金庫選択権拡大の狙いであった。しかし、市場競争を社会保険において行う場合には、連帯原則に基づく公正な競争でなければならない。リスク構造調整は単に保険料率格差の縮小を図るために導入されたのではなく、そうした競争の前提条件づくりのために導入されたのである。

果たして保険料率は抑制されたのであろうか。疾病金庫全体の平均保険料率をみると、

同一種類の疾病金庫間で財政調整が導入された（詳しくは、土田「ドイツ医療費支払い方式に関する調査研究報告書」財団法人医療保険業務研究協会『医療保険の今後のあり方』1993年、59ページ以下を参照）。

⁹⁸ 松本、前掲書、201ページ。

⁹⁹ ここで詳しく論じる余裕はないが、GSGの前まで被保険者の45%を有する地区疾病金庫と37%を有する職員代替金庫のリスク構造が異なっており、両種金庫の財政格差が著しかった。そのため両者のリスク構造調整格差を是正し、地区疾病金庫の財政強化を図ることも疾病金庫選択権拡大とリスク構造調整の目的の1つであったと思われる。両者のリスク構造格差は確かに縮小されたが、それは職員代替金庫における有利なリスクの流出と不利なリスクの滞留によって生じたものである。そのため、民間医療保険との間で市場競争を行ってきた職員代替金庫の機能が弱体化し、それが公的保険と民間保険との関係の見直す契機になったと思われる。

¹⁰⁰ 松本、前掲書、203ページ。

1993年に13.22%であった保険料率が、95年に13.15%まで低下した後、96年13.48%、98年13.62%とやや上昇するが、その後の数年間は13.58%前後で横ばいとなり、2002年から再び上昇に転じ2003年には14.31%となる。そうした上昇傾向を抑えるため、2003年9月に「公的医療保険近代化法」(Gesetzliche Krankenversicherung Modernisierungsgesetz)が制定されるという経緯をたどることになるのであるが、1990年代半ばから5年～6年間の保険料率の安定は、GSGによる改革の成果といえよう。

しかし、疾病金庫の種類別にみると、先述のように、企業疾病金庫と地区疾病金庫との間の保険料率格差が固定化し、リスクファクターが二極に分化した状況になっている。こうした二極分化は、疾病金庫においてリスク選別が行われていることを示している。つまり、リスク構造調整による競争条件の設定は、リスク選別を無意味化することには至っておらず、そこでの競争は連帯原則を基礎とした公正な競争ではなかったということにほかならない。そのため、2000年代に入ると、リスク選別を無意味化するためのリスク構造調整の改革が、医療保険改革の重要な課題として取り上げられることになる。それに応えて登場したのが、2007年の公的医療保険競争強化法で導入された「罹病率を加味したリスク構造調整」であった。

5. 公的医療保険競争強化法による改革

これまで1993年の医療保険構造法(GSG)によるリスク構造調整を前提とした疾病金庫選択権の拡大という「競争」が、疾病金庫の運営原則である「連帯と自己責任」に対してどのような影響を与えたのかということについて検討してきた。2007年に成立した「公的医療保険競争強化法」は、統一保険料率の導入、連邦補助金の拡大、医療基金の創設、交付金の配布、選択タリフの導入、種類の異なる疾病金庫の合併の認可、開業医の診療報酬の改革、病院財政の改革など広範囲にわたる改革を内容としている。「競争強化」というのはGSGによって導入された競争を強化することを意味しているが、改革の規模と影響はGSGを凌ぐものと思われる。

これまでの検討の流れからいえば、リスク構造調整を改めた「罹病率加味のリスク構造調整」が1つの焦点とはなるが、「罹病率加味のリスク構造調整」は競争強化法では財政改革の一環である「交付金の算定」のなかに組み込まれており、それだけを取り上げると競争強化法の意義がよくみえてこない。そこで以下では、リスク構造調整の改革を起点として広範囲にわたる改革を試みようとしている競争強化法を「競争の改革」という視点からとらえ、そのなかで「連帯と自己責任の変容」について考えてみることにしたい。なお、それぞれの内容についての詳細な説明は省略する。

(1) リスク構造調整の改革

最初に、「罹病率を加味したリスク構造調整」の導入に至るまでの過程について簡単にふれておこう。疾病金庫間の競争において企業疾病金庫の一人勝ちの状況となってくるなかで、被保険者に対するリスク選別が行われているという批判が強まった。なかでも問題になったのは、罹病者を抱えることが疾病金庫のリスク増大をもたらすとして罹病者を忌避するという、医療保険としてはあるまじき状況がみられることであった。そのため、2000年頃からその対応策を講じることが大きな課題となり、疾病金庫をはじめ関係団体等から幾つかの改革案が提示され、それらをめぐって連邦保健省で検討が重ねられた。2001年4月にそれらの議論を集約する形で関係者の合意が成立し、同年11月「リスク構造調整改革法」が成立し、翌年1月に実施された。

その内容は、①2007年までに「罹病率を加味したリスク構造調整」を導入する、②それまでの暫定措置として、2002年1月より「疾病管理プログラム」(Disease Management Programm, DMP)と「リスクプール制」を導入するというものである。

疾病管理プログラムは、特定の慢性疾患(当面は糖尿病、喘息、乳がん、冠動脈心疾患の4疾病)を対象として、疾病金庫が適切な治療を推進するための疾病管理プログラムを開発し、連邦保険庁の認可を得たうえで、そのプログラムによる治療を受けることを登録した被保険者の医療費をリスク構造調整の対象とするというものである。

また、リスクプール制は、リスク構造調整に用いられる平均給付費を著しく超えるような高額な医療費について調整を行うもので、具体的には、入院医療、薬剤、傷病手当金、通院による人工透析等に関する給付費を対象に、その額が患者1人当たり年間20,450ユーロ(2002年の基準値)を超える場合には、その超過額の60%をリスクプールによって補填し、残りの40%を当該疾病金庫が負担するというものである。

これらはいずれも罹病者における医療費について財政調整を行うものであり、罹病者に対するリスク選別に対してその是正を図ることを目的としていた。それらを暫定措置として、「罹病率を加味したリスク構造調整」案の検討が重ねられたが、その導入に積極的な地区疾病金庫とそれに反対する企業疾病金庫の対立をはじめ、関係団体や専門家の意見が一致せず、その実施が危ぶまれた。

そうした状況を変えたのが、2005年11月の大連立内閣の発足であった。それまでまったく異なる医療保険改革案¹⁰¹を掲げていたキリスト教民主/社会同盟(CDU/CSU)と社会民主党(SPD)の間で2006年10月に医療保険改革についての合意形成が図られ、2007年2月「公的医療保険競争強化法」が成立した。

公的医療保険競争強化法は、広い範囲にわたる改革を2007年から2011年にわたって段階的に進める形になっている。そのなかで改革の中核となっているのが医療保険の財政改革で、疾病金庫に関しては統一保険料率の設定、連邦補助の拡大、医療基金の創設、

¹⁰¹ CDU/CSUの「連帯的医療プレミアム(Solidarische Gesundheitsprämie)」(人頭包括保険料)構想とSPDの「国民保険」(Bürgerversicherung)構想をいう。

交付金の導入、疾病金庫の上部組織の再編などを内容とし、「罹病率加味のリスク構造調整」も交付金算定の一環に組み込まれている。また、医療機関に関しては、保険医（開業医）の診療報酬の改革、病院財政の改革などが盛り込まれている。これにより医療保険の財政の仕組みは、文字通り抜本的に変わることになる。

(2) 疾病金庫間における競争の改革

1) 保険料率をめぐる競争の廃止

2009年1月、疾病金庫が財政状況に応じて保険料率を独自に決定してきた仕組みに替わって、全ての疾病金庫に共通する「統一保険料率」(Einheitlicher Beitragsatz)が導入された。また、連邦保険庁の管理下に「医療基金」(Gesundheitsfond)が設置され、疾病金庫が徴収した医療保険料と連邦政府からの補助金を一括して管理し、そこから各疾病金庫のリスク構造に対応した「交付金」(Zuweisung)が配布されることとなった。また、交付金の算定に際して、それまでのリスク構造調整に替わって「罹病率を加味したリスク構造調整」(Morbidityorientierte Risikostrukturausgleich, Morbi-RSA)が行われることとなった。

統一保険料率の導入は、これまで保険料率格差をメルクマールとして行われてきた疾病金庫間の競争が終ることを意味している。もとより、「競争強化法」という名称がつけられているように、競争自体がなくなるわけではない。それでは疾病金庫はいったい何をメルクマールとして競争を行うことになるのか。「金庫経営の成果」と「金庫の付加的サービス」である。競争強化法は、保険料率をめぐる競争から金庫経営の成果と付加的サービスをめぐる競争へと転換することによって、競争の強化を図ろうとするものである。

新たな競争について述べる前に、なぜ保険料率をメルクマールとした競争が廃止されたのかということについて検討しておこう。理由は2つ考えられる。1つは、保険料率をメルクマールとする競争は、疾病金庫においてはより低い保険料率を競うということになるが、それが先にも述べたように、リスクの高い罹病者を忌避するという医療保険としてはあるまじき状況を生み出したため、それを改めようとしたことがあげられる。従来のリスク構造調整では「罹病率」(Morbidity)そのものをリスクファクターとはせず、それに影響を与える性別、年齢、障害年金の受給など間接的なファクターによって調整しようとしたために、リスク選別の余地が生じたと指摘されてきた。そこで競争強化法では、罹病率そのものをリスクファクターとする財政調整に改め、リスクの高い被保険者を忌避するようなリスク選別の無意味化を強化すると同時に、リスク選別の誘因となった保険料率による競争をやめることにしたものと考えられる。

いま1つは、保険料率をメルクマールとする競争は、最初は確かに保険料率の抑制に大きく寄与したが、そうした競争が十数年続くうちに、疾病金庫間の保険料率格差が一

定程度縮小した後は格差が固定化し、被保険者の移動も疾病金庫間の合併も少なくなり、競争が沈滞化したために、保険料率の抑制効果がほとんどなくなってきたことがあげられる。それにもなつて再び保険料率の上昇傾向が強くなった。そのため、統一保険料という負担の公平化を前提として、金庫経営の成果と付加的サービスでの競争に転換し、再び疾病金庫間の競争を活性化させようとしたものと考えられる。

2) 金庫の財務状況がもたらすサービスをめぐる競争

最初に、金庫経営の成果をめぐる競争からみていこう。

医療基金から各疾病金庫に配布される交付金は、医療保険の法定給付に対する交付金と事務費に対する交付金から成っている。法定給付に対する交付金は、各疾病金庫のリスク格差による財政上の格差を調整したうえで配分される。つまり、これまで各疾病金庫間で行われてきたリスク構造調整を医療基金で行い、それに基づいて交付金を配分するという方式である。その際のリスク構造調整として「罹病率を加味したリスク構造調整」が導入されたことは繰り返し述べてきたとおりである。

医療基金から配布される交付金は、法定給付と事務管理費をすべて賄うことができるものとなっている。つまり、この交付金は疾病金庫における予算総額にはほかならない¹⁰²。

しかし、疾病金庫によっては予算額を超過する場合もあり得る。そのため、疾病金庫の支出額が交付金の95%を超え、交付金以外の収入や積立金をもってしてもなお財源が不足する場合には、その金庫は「追加保険料」(Zusatzbeitrag)を徴収することができることになっている。追加保険料は被保険者のみが負担し、事業主の負担はない。しかし、追加徴収を求められる被保険者に対しては「特別解約告知権」(Sonderkündigungerecht)が与えられ、それを行使した場合には2カ月後に疾病金庫を変えることができる¹⁰³。したがって、追加保険料を導入する場合には、その金庫からすぐに被保険者が減少してしまうというリスクがともなうことになる。一方、交付金で黒字となった疾病金庫では、その余剰金を被保険者に配分することになっている。そして、この配当金が減少した場合にも、被保険者は特別解約権を行使することができる。

こうした疾病金庫財政については、法定給付費と事務費に関することであり、疾病金庫による差異は大きくなりえないと思われるかもしれないが、競争強化法による改革で、開業医(保険医)の診療に関してグループ契約や個別契約が認められたり、また製薬企業との間で行われている医薬品の割引契約が拡大されたり、法定給付の面でもさまざまな選択肢などが設定された。したがって、そうした手段を駆使した金庫経営の効率化が

¹⁰² 1999年に政権についたSPDと同盟'90/緑の党の連立政権が「医療保険改革2000」(GKV-Gesundheitsreform 2000)と題した医療保険改革案で「包括予算制」(Global-Budget)の導入を掲げたが、医療機関や野党の反対で改革法案から削除した。予算制はSPDの費用抑制策の支柱をなすが、包括予算制による規制は医療機関側を対象としていたのに対して、今回の交付金は疾病金庫への規制となっており、性格を異にしている。

¹⁰³ 通常の解約告知権の行使は、同一疾病金庫で18か月以上被保険者であることが前提となっている(2か月後の変更は同じ)。

競われることになるので、金庫間における財政上の差異は小さくはないものといわれている。

先に疾病金庫の財務状況がもたらす成果の競争といったのは、こうした金庫運営によって付加保険料というマイナスの成果が提供されるのか、配当金というプラスの成果が提供されるのか、また疾病金庫間における成果の差異はどの程度かということである。こうした付加保険料や配当金の導入は、金庫財政の透明性を高めることを目的としているといわれるが、疾病金庫にとっては厳しい財政運営の競争を迫られることになる。疾病金庫の提供する成果に被保険者が満足しなければ、被保険者は簡単にそこを去ってしまう。競争に敗れた疾病金庫は存続が危うくなり、他の疾病金庫と合併するか、新たに制定された「破産法」の適用を受けて解散に至る可能性もある。このような新たなメルクマールによる競争の導入が、疾病金庫における経営の効率化を促し、医療費の抑制を企図していることはいままでのないであろう。

こうした競争の下においては、疾病金庫と被保険者の関係は「疾病金庫経営者と顧客」の関係に変化したというべきであろう。顧客としての被保険者がその疾病金庫に留まるか否かは、疾病金庫に対する個人の判断、すなわち「自己責任」によって決められる。被保険者に去られた疾病金庫の存続が危うくなろうが、それはもはや被保険者の関与するところではない。疾病金庫における共同体的な紐帯は弛緩し、個別の疾病金庫をベースとした「連帯」は解体へと向かうことが予想される。ただし、先にも述べたように、社会保険という方式が維持され、その拠出と給付を通じて所得再分配が行われている限りにおいて、社会的連帯は解体しないという理解ももちろんあり得るであろう。しかし、ドイツの福祉国家体制の基盤となり、ドイツの医療保険を特徴付けてきた連帯は、そのようなものではなく、疾病金庫における当事者自治による共同体的な連帯であった。被保険者自身が参画する金庫運営に替わって国から配布された予算による保険経営が行われ、疾病金庫経営者と顧客という関係がつくられていくなかに、ドイツ医療保険の連帯を見出すのはむずかしい。

3) 選択タリフをめぐる競争

金庫間競争のいま1つのメルクマールは、競争強化法により2007年4月から導入された「選択タリフ」(Wahltarif)である。選択タリフとは、法定給付以外に疾病金庫がさまざまなサービスプログラムを提示し、その中から被保険者が自由に選択して契約を結ぶというものであり、それぞれの給付に応じた掛金を保険料とは別途に支払うことになる。民間保険の手法を用いた仕組みといえよう。また、選択タリフについては、契約は3年間変えることができないとか、選択タリフにおける報奨金(プレミアム Prämien)は被保険者の保険料の20%かつ年額600ユーロを超えてはならない(特別の場合には、保険料の30%、年額900ユーロを限度とする)とか、疾病金庫は選択タリフに関して3年ごとに監査を受けるといった規定が設けられている。

選択タリフの内容を簡単にみておこう。選択タリフには、疾病金庫に導入を義務づけられているタリフと疾病金庫が任意に設定できるタリフがある。前者のタリフは以下のようなものである。①疾病管理プログラム（DMP）— 新たなリスク構造調整の導入に伴い調整の対象から外され、選択タリフとして提供されることになった、②統合的医療（Integrierte Versorgung）— 保険医（外来）と病院（入院）の連携による医療をいい、2000年改革で導入された、③家庭医主導の医療（Hausarztzentrierte Versorgung）— 2004年のGMGで導入された家庭医モデルが選択タリフとして提供されるもので、報奨金の提供ないしは患者負担の軽減が行われる、④特別の外来診療— 若年の喘息患者への運動トレーニングや心筋梗塞の予防などについて特別のプログラムを提供する、⑤傷病手当金— 傷病手当金のない自営業者などに給付する。

また、後者のタリフとしては以下のようなものが提示されている。①免責タリフ（Selbstbehalts-tarif）— 給付の一部を被保険者自身が負担する対価として報奨金を支給する、②費用償還タリフ（Kostenerstattungstarif）— 被保険者が医療機関に医療費を支払った後に金庫が手数料等を控除した費用を償還する、③保険料償還タリフ（Beitragsrückerstattungs-tarif）— 被保険者が予防給付と早期発見措置以外の給付を受けなかった場合に保険料の一部を償還する（プレミアムの上限は1年間に1か月分）、④保険外給付タリフ（Zusatz-leistungstarif）— 保険対象外の給付をうけた場合に患者負担分を償還する、⑤患者負担償還タリフ（Zuzahlungstarif）— 入院や薬剤などにおける一部負担を償還する。

これらを見て分かるように、提供を義務づけられている選択タリフは、もともと医療給付のなかで被保険者の選択に委ねられていたものが多く、しかも法定給付から移行されたことによりこれまで無料で受給できたものが有料となる。また、任意の選択タリフの多くは民間保険で商品として販売されていたもので、民間保険との委託契約によるものが少なくないといわれている。

選択タリフの導入によって、当然ながらそれらの契約ができる被保険者とできない被保険者との間で格差が広がることになるが、それは自己責任の領域とされている。競争強化法における他の改革でもみられることであるが、法定給付に関連する競争では平等な条件設定のために精緻な「罹病率を加味したリスク構造調整」が行われる一方、選択タリフにおいては被保険者の選択による不平等な給付が拡大していくという奇妙なアンバランスがみられる。こうした競争のアンバランスは、おそらく連立与党間の「競争」理念の相違によるものと考えられるが、競争の強化という点では共通しているといえよう。

4) 競争強化の狙い

競争強化法によって再び競争を強化しようとする意図については、金庫運営の効率化による費用抑制があげられるが、それに加えて疾病金庫を大規模化しその数を少なくす

ることもあげられている。疾病金庫の種類を超えた合併を認可し、各種疾病金庫の連邦組織を解体して単一の連邦連合会とし、さらに「破産法」の制定や、統一保険料、医療基金の導入なども、疾病金庫を大規模化し、その数を減らしていくための対策であるといわれている¹⁰⁴。厳しい競争の導入により疾病金庫が淘汰され、金庫の巨大化と寡占化が進むことは容易に想像できる。

どうして連邦政府は疾病金庫の数を減らそうとするのか。それについては、連邦政府の関与を容易にし、政府の意向に沿った医療保険運営へと誘導しやすくするためだとする説明が行われている。医療基金の創設、交付金の配布、連邦組織の再編など、確かに連邦政府による関与が拡大している。しかしその一方で、民間保険的な手法が拡大し、そこでは疾病金庫の自由競争が拡大している。先にふれたアンバランスがここにもみられる。大連立内閣における政策を統合的な論理で解き明かしていくのは、容易ではない。むしろ大連立内部における改革路線の相違を「競争強化」という論理で強引に一本化したとみる方が理解しやすい。今後の展開をみながら検討していくことが必要であろう。

(3) 交付金の配分と罹病率を加味したリスク構造調整

2009年1月に医療基金が設立され、医療保険料と連邦補助金を一括して管理し、各疾病金庫へ交付金を算定し分配する役割を担うこととなった。

疾病金庫への交付金は、法定給付に要する交付金と金庫の事務管理に要する交付金に区分される。法定給付に要する交付金は、「基礎定額交付金」(Grundpauschale)と「年齢・性別・リスク調整金」(Alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- bzw. Abschläge)によって算定される。基礎定額交付金は人頭割の金額で、被保険者1人当たり平均給付額に被保険者数を乗じたものがある。次に、各疾病金庫の被保険者ごとに年齢・性別・リスク調整金を算定し、その金額を被保険者1人当たりの基礎定額交付金に加える(あるいは差し引く)。そのようにして算定した金額を当該疾病金庫の全被保険者について合計した金額が交付金額となる¹⁰⁵。

罹病率加味のリスク構造調整が導入されたことについては、当初は反対していた企業疾病金庫も含めて、罹病者に対する疾病金庫の対応が改められるとして肯定的に評価されている。しかし、対象となる疾病範囲について50疾病～80疾病といわれていた予測が最大の80疾病となったことに対して、企業疾病金庫や同業組合疾病金庫は、地区疾病金庫および職員代替金庫に対する優遇措置であるとして厳しく批判している。また疾

¹⁰⁴ 疾病金庫等におけるヒアリング調査では、連邦保健大臣のウラ・シュミット(Ulla Schmidt)が将来は50金庫程度になるだろうと話したことをよく耳にする。シュミット保健相がそういう話をしたことは事実らしいが、具体的な目標数をあげたというよりも、競争を通じて金庫数を減らしていくことを企図しているという意味に解すべきだろうと思われる。詳しく論じる余裕はないが、SPDの意向としてはもっと少数の疾病金庫を想定していると解した方が改革の意図にそっているように思われる。

¹⁰⁵ 年齢・性別・リスク調整金の算定方法については、本報告書の「公的医療保険競争強化法の財政改革」を参照。

病金庫における実務的な対応として、対象疾病の重症度、慢性疾患と急性疾患の区分、合併症の取り扱い、対象者の特定などが一様ではないという問題が早くも指摘されている。さらに、交付金の算定に際して各金庫から提供された対象疾患患者に関する情報においても作適的な選別があったともいわれ、果たしてリスク選別が無意味化するかどうかという問題も依然として残っている。罹病率加味のリスク構造調整が実施されていくなかで、新たな問題が生じてくることも十分予想される。

しかし、罹病率加味のリスク構造調整の仕組みをみると、平等な競争条件の設定ということに関してきわめて精緻な算定方法が講じられている。競争を前提としない場合であっても保険者間の財政調整は重要な課題であり、その仕組みとして参考になる点が多いと思われる。

(4) 疾病金庫組織の改革

公的医療保険競争強化法により、2007年4月からこれまで疾病金庫選択の対象にならなかった連邦鉦夫組合と海員疾病金庫が選択の対象に含まれ、また疾病金庫の種類を超えた合併が認められることになった。これに対応して2007年4月、ドイツ鉦夫・鉄道・海員年金保（Deutsche Rentnerversicherung Knappschaft-Bahn-See, DRV KBS）が保険者となっている連邦鉦夫組合が全被保険者に開放され、2008年1月に海員疾病金庫がそれに統合された¹⁰⁶。さらに、職員代替金庫の1つである技術者代替金庫（Techniker Ersatzkasse）と同業組合疾病金庫の一部との合併が予定されている。

続いて2009年1月、疾病金庫の上部団体である連邦組織の変更が行われた。すなわち、各種の疾病金庫ごとに設けられてきた連邦連合会が2008年12月末をもって公法人としての資格を失い（民法上の団体として残る）、それに替わって、2007年4月に全疾病金庫の連邦組織として設立された「連邦中央疾病金庫連合会」（Spitzenverband Bund der Krank-enkassen）が2009年1月に公法人となった。

疾病金庫の種類を超えた合併の認可は、同一種類に限定してきた疾病金庫間の合併が少なくなっている状況を打開し、疾病金庫間の競争を活性化させ、金庫の合併・統合を促進させることを企図したものといえる。疾病金庫の種類を超えた合併が認可されるようになってからも金庫の合併の動きは鈍かったが、交付金による金庫経営が始まったことにより、合併の動きに変化が生じることも予想されている。

また、連邦組織の改革は、疾病金庫の種類を超えた合併に対応したものであるが、各種疾病金庫からは強い反対の声があがっていた。それを押し切って組織統合を行った理由としては、疾病金庫に対する連邦政府の統制がしやすくなることや、疾病金庫の統合

¹⁰⁶ 連邦鉦夫組合、ドイツ鉄道、海員組合はそれぞれ単独の年金保険と医療保険の保険者となっていたが、年金保険を統合して鉦夫・鉄道・海員年金保険となり、それが連邦鉦夫組合の医療保険者となった。2008年に海員疾病金庫を統合したが、鉄道企業疾病金庫（Bahn Betriebskrankenkasse, Bahn BKK）は開放型金庫として存続している。

推進を企図したものであるという指摘が行われている。いずれにしても、こうした改革により疾病金庫の統合が進み、多元的分権的構造が解体に向かいつつあることは確かであろう。

しかし、そのように疾病金庫の合併が促進されるなかにあつて、閉鎖型の企業疾病金庫が 2007 年現在、70 金庫存在していることが注目される。このなかにはドイツ銀行、ダイムラー、BMW グループ、E-on などドイツを代表する企業が母体になっている疾病金庫もあるが、比較的規模の小さい金庫が多く、被保険者数で見ると企業疾病金庫の 1 割程度と少ない。これらの閉鎖型金庫では、母体企業の特성에対応した健康管理対策が講じられ、また選択タリフの導入はしないなど開放型金庫とは異なった給付サービスを展開している。また、その存続を図るため、母体企業との結びつきを強める一方、任意ではあるが団体を組織して連携を強めている。現在存続している閉鎖型金庫はいずれも財政状態が安定しているといわれているが、公的医療保険競争強化法が展開され、また景気が急落し企業の経営環境が厳しくなるなかで、どのような展開を遂げていくのか注目される。

おわりに—私的な感想

ドイツの医療保険に疾病金庫選択権の拡大による市場競争が導入してから 15 年、疾病金庫における「連帯」は著しく弱体化し、「自己責任」が突出するようになった。疾病金庫の財政状況はいっそう厳しさを増し、新たに導入された統一保険料率も 15.5% (2009 年 7 月から 14.9%) となっている。医療供給面においても、保険医の不足や地域的偏りが問題となり、病院財政は悪化の一途を辿っている。WHO の 2000 年世界保健報告でドイツ医療制度のパフォーマンスが世界で 25 位とされ、国民に大きなショックを与えるとともに、医療の質の改善と資源配分の改革が問題となっている。こうした状況は決して 15 年前に描いたものではないであろう。

また、この間の展開においては、リスク選別という市場競争における合理的選択が社会保険においては許されないことから、リスク構造調整を前提とした競争を行ってきたのであるが、それが十分ではなくリスクが二極分化し金庫間の保険料格差が固定化するという状況を呈した。しかし、いったん疾病金庫の自由選択という市場競争の扉を開けてしまった以上、それを閉じるのは不可能に近いまでに難しい。そうしたなかで大連立内閣が選択したのは、保険料率をめぐる競争からサービスをめぐる競争への転換であった。負担の公平化を前提として、サービスという給付面での競争に変えることにより、リスク選別をめぐる問題を回避するとともに、市場競争を強化する改革を選択したのである。

市場競争による改革が展開されるなかで、疾病金庫の運営原則であった「連帯と自己責任」のバランスはますます崩れ、疾病金庫における「連帯」は解体の状況を呈し、「自

己責任」の領域が拡大している。

このような状況をみると、医療保険において「市場競争」の扉を開けたことの影響の大きさに驚くとともに、その修復の困難さにそれ以上の驚きを覚える。医療保険はその対象となる事故とそれに対する給付の特性からいって「市場競争」には適さないことを銘記すべきであろう。ドイツの医療改革の経験はそのことを物語っている。

しかし、そうした市場競争の扉を開けてしまった後でのドイツの対応は、高い評価に値しよう。社会保険における公平性の原則を遵守し、リスク構造調整の改革に取り組み、罹病率加味のリスク構造調整を具体化していく熱意と努力には、社会保険を基軸とするドイツ福祉国家としての矜持をみる思いがする。

エスピ＝アンデルセンは、ドイツの福祉国家体制を「保守主義的福祉レジーム」という言葉で特徴づけた。本稿で「疾病金庫における共同体的な連帯」あるいは加藤榮一という言葉の借りて「仕切られた連帯」と記したことの内容とほぼ重なる。エスピ＝アンデルセンの分析は、欧米諸国の福祉国家体制を「自由主義的」「保守主義的」「社会民主主義的」という三類型に分け、それぞれの国の特性を比較可能なものとしたことに大きな意義があり、ドイツ福祉国家の基盤をなす「疾病金庫における共同体的な連帯」が他国と比較した場合に「保守主義的」という特性として把握されるということも、妥当なものと思われる。

その際、エスピ＝アンデルセンは類型化された福祉国家の形成過程の分析は行っていないが、そうした類型化された特性は、それぞれの国の歴史過程の結果であることを認識することが必要であろう。と同時に、それぞれの国の歴史の経緯とともに、それらの特性も変化していく。事実、ドイツの医療保険では、市場競争のなかで「仕切られた連帯」の「仕切り」が取り払われるなかで「連帯」も変容ないしは解体していった。本論ではふれる余裕がなかったが、年金保険でもその中核となってきた「世代間連帯」の枠組みが変容ないしは解体しつつある。こうした「保守主義的福祉レジーム」の基盤が変容ないしは解体していくとき、その先にどのようなレジームが形成されるのか。本論のなかで、疾病金庫の枠をこえた医療保険全体の連帯の形成を説く主張を批判したのは、その転換が余りにも容易に起こり得るかのように描いているからである。ドイツの現実をみると、そのような転換は行われていない。「自由主義的福祉レジーム」の形成に向かっているわけでもないし、「民主主義的福祉レジーム」の形成に向かっているとも思われない。

そうした状況をみると、次のような解釈もできる。統合化の過程をたどっていくと十に満たない疾病金庫さらには単一の疾病金庫となる可能性もあり、それらを考えると、現在の SPD 主導の連邦保健省には医療保険における連帯の再構築という展望があるようにも思われる。それは、公的医療保険の世界に競争を持ち込んだことにより疾病金庫における連帯が解体していくことへの対応策として、疾病金庫を拡大し少数化することにより競争自体を無意味化し、国の掌る疾病金庫において社会的連帯を取り戻そうとし

ているのではないかということである。しかし、それに類似した組織として日本のかつての政府管掌健康保険を思い浮かべるとき、そこに再構築された連帯を想像するのはきわめて難しい。ドイツ医療保険を特徴付ける「仕切られた連帯」が解体し、ドイツの福祉国家体制も大きな変容を遂げていくことになるであろう。

ドイツ医療保険を特徴付ける「仕切られた連帯」が解体し、ドイツの福祉国家体制も大きな変容を遂げていくことになるであろうが、今のところ、その行く先は不透明なままであるというのが、本稿の結論といわざるを得ない。

<了>

参 考 资 料

インタビュー記録

1. AOK連邦連合会 (AOK-Bundesverband)	95
2. 連邦保険医協会 (KBV ; Kassenärztliche Bundesvereinigung)	104
3. ドイツ労働総同盟 (DGB ; Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand)	112
4. 民間医療保険協会 (PKV ; Verband der privaten Krankenversicherung e.V.)	120
5. ドイツ使用者団体連邦協会 (BDA ; Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände)	130
6. 連邦保健省 (Bundesministerium für Gesundheit)	137
7. BKK Ford & Rheinland (BKK Ford & Rheinland)	146
8. BKK連邦連合会 (BKK Bundesverband)	154
9. E.ON BKK (E.ON Betriebskrankenkasse)	161

1. AOK連邦連合会 (AOK-Bundesverband)

■日時：2008年11月3日(月) 10:00～12:00

■先方：Cornelia Wanke 氏 (政策担当)

Erich Peters 氏 (財政コントロール担当)

Christian Peters 氏 (外来医療部長)

■当方：土田教授、(健保連) 戸島、(MURC) 田極、岩名
(備考) 資料をもとに説明いただき、自由討議を行った。

○2009年からの医療基金について

- ・ 2009年から医療基金が導入され、今までのように各疾病金庫が経営状況に応じて保険料率を独自に決定するのではなく、全国統一の保険料率が設定される。
- ・ その統一保険料率に基づき医療基金に保険料が集められ、その後「罹病率を加味したリスク構造調整」に基づき、各疾病金庫に交付金が配分される。各疾病金庫では、それぞれの被保険者の年齢や性別、罹病率に従って、加算された交付金を受け取ることになる。

○追加保険料について

- ・ 医療基金からの交付金で(支出を)100%カバーするという前提がある。2009年から始まるが、2010年までの間に支出が収入を上回り、95%までしか支出をカバーできない時には、各疾病金庫は「追加保険料」を徴収できる。
- ・ なぜ95%かというと、5%分までならば追加保険料を設定してもよいのではないかということからだ。90%にしてしまうと、10%分を追加保険料でカバーすることになり、追加保険料が非常に高くなってしまうという理由だ。

(質問者) (医療基金からの交付金で支出を)100%カバーするのが多少難しいという見込みがあるということか。

- ・ 統一保険料率では足りなくなるであろうということは初めから予想されている。
- ・ 医療基金は、あくまでも社会民主党 (SPD) が主張していた「国民保険」と、キリスト教民主/社会同盟 (CDU/CSU) が提唱していた「人頭税のプレミアム方式」の妥協案である。この追加保険料徴収分は、キリスト教民主/社会同盟 (CDU/CSU) が提唱したことで、最終的には定額の保険制度を導入したいということが念頭にあったと我々はみている。

(質問者) もともと95%というルールを導入したかったのではなく、妥協案として致し方なくこういうルールを導入したということか。

- ・ そうだ。

(質問者) 妥協の産物であるということを、疾病金庫側はどのように考えているのか。

- ・ 医療提供に支障が生じるため、このような妥協の産物はよくないと思っている。各疾病金庫は支出に制限を設けないと、支出が収入を上回ってしまうようになると予想されている。
- ・ そうなると、追加保険料を徴収しなくてはならなくなる。しかし、追加保険料は、8ユーロまでは保険料算定所得のチェックが不要であるが、8ユーロを超える場合には、保険料算定所得の1%を超えてはいけないことになっている。
- ・ AOKは被保険者の中に低所得者が多く、1%分の保険料を徴収しても支出をカバーできないところが出てくると思われる。そうすると、そのような低所得者を多く抱えている疾病金庫は、閉鎖を余儀なくされるということになるのではないかと考える。
- ・

○罹病率を加味したリスク構造調整について

(質問者) ほとんどの疾病金庫で、保険料率がこれまでよりもかなり高くなると言われている。15.5%でもまだ不足するという計算を AOK 連邦連合会は出しているが、他の疾病金庫はどう考えているのか。

- ・ 以前の保険料率とは別の意味で、疾病金庫側は非常に不安な状況に陥っている。というのは、80の疾病が考慮される罹病率加味のリスク構造調整において、疾病ごとにどのくらいの加算があるのかが11月中旬になるまでわからないからだ。11月中旬になって初めて、どういった疾病をもつ被保険者に対してどのくらいの交付金が与えられるかがわかる。したがって、現在はこの交付金によってどのくらいの支出がカバーできるかが不透明な状況にある。
- ・ ただし、原則としては、健康な被保険者の数が多い疾病金庫は全体的に支出が抑えられるので、医療基金からの交付金で十分まかなえるのではないかという考え方ができる。

(質問者) 罹病率を加味しても、そうした疾病の患者を多く抱えている疾病金庫は不利だ、または十分には配分されないということが考えられるか。

- ・ 罹病率が加味されるのは、80の疾病だけである。したがって、疾病金庫ごとにどのような医療提供体制をとっているのかを、今後更に詳しく吟味する必要がある。
- ・ しかし、罹病率加味のリスク構造調整が導入されたことは歓迎している。これによって、我々の被保険者の70%くらいまではリスク構造調整によってカバーできる。
- ・ いずれにしても、連邦保険庁からそれぞれの疾病ごとの加算率が出てきていないので、各疾病金庫は具体的な財政計画を立てられない状況にある。

(質問者) 今まで、AOKは他の疾病金庫との競争に負けてきたように見える。しかし今回の改革によって、十分な競争力を得たと評価できるのではないか。

- ・ ご指摘のとおり、今回の罹病率加味のリスク構造調整によって、我々の競争率は高まると考えている。現在のリスク構造調整でもいくつかの疾患については考慮されているが

十分ではなかった。

- ・ 今回の罹病率加味のリスク構造調整により、AOK にはこれまで以上に、他金庫からのトランスファーがあると思っている。これは AOK の被保険者には高齢者が多いからだ。
- ・ 我々は 1 対 1 の財政調整は望んでいなかった。いわゆる 100% の財政調整となると、疾病金庫間の競争はなくなってしまう。疾病金庫間の競争という概念は残しておきたい。罹病率加味のリスク構造調整でも、疾病は 80 に限られている。
- ・ これまでの計算では、我々の被保険者の 60% が罹病率加味のリスク構造調整でカバーされる。残りの 40% の被保険者に関しては、従来どおり年齢と性別での財政調整ということになる。

(質問者) 以前のリスク構造調整では所得が考慮されていたが、今回は外されている。これはなぜか。

- ・ 確かに、これまでのリスク構造調整においては、各金庫の財政力をはかる指標として所得が含まれていた。しかし、今回のリスク構造調整で被保険者の収入が考慮されるのは、あくまでも追加保険料を徴収する場合に、各被保険者の保険料算定収入の 1% を超えてはならないという点である。
- ・ したがって、低所得者を抱えている疾病金庫に関しては、収入面でのリスクは残る。

(質問者) 所得と罹病率はある程度の相関があると思われるが、その部分で相殺されているということか。つまり、所得が低いと罹病率が高いので、罹病率をきちんと取り込んでもいけば、所得によるリスクも取り込んでいるということになるのか。

- ・ 低所得者＝罹病率が高い、という一般的な規定はできないが、現状としてはそのようになっている。今後導入される罹病率加味のリスク構造調整においては、個人の保険料だけではカバーできなかった医療給付の支出に対して、この罹病率加味のリスク構造調整によって、これまで以上に公平に配分されると思っている。

(質問者) さらに今後、調整に加えるべきと考えているものはあるか。

- ・ 今回の交付金は、罹病率加味のリスク構造調整、つまり法に基づいて分配されるわけだが、罹病率だけでなく疾病管理プログラム (DMP) に関しても、事務管理費が包括的に分配される。
- ・ もう 1 つのリスク構造調整の分配ファクターとしては、傷病手当がある。これについては罹病率とは別枠で、財政調整の枠組みができる。
- ・ 疾病金庫の事務管理費については、50% はリスク構造調整で、50% は疾病金庫の被保険者数でカバーされることになる。各疾病金庫では定款により医療給付内容を定めることができるが、その調整についてはまだはっきりと決定されていない。
- ・ DMP はリスクプールから外れ、それに参加する被保険者の医療給付費については、今後、罹病率加味のリスク構造調整により支払われる。また、先ほど述べたように、疾病管理プログラムに関わる事務管理費について「包括的に」支払われる。およそ 180 種くらいだ。

(質問者) 罹病率を加味する疾病の数はもともと少なかったはずが、AOK の要求で 80 になった。だから 80 というのは AOK にとって有利な条件であるはずだ。しかし、80 というのは曖昧でグレーゾーンがいっぱいあるということだが、こういった問題は片付いたのか。

- 80 の疾病とは、あくまでも 80 の疾病の枠である。それは、ICD に基づいて、それぞれのコードごとにフィルターされる。その意味で、定義自体は明らかになっている。
- 問題は、外来の診療部分からのデータを把握するのが難しくなっていることだ。
- 例えば、糖尿病と診断された人がいたとして、その期間が 1 年の 4 分の 1 に過ぎなくても、リスク構造調整上は 1 年間を通じてインシュリンが処方され続ける前提となっている。そのような場合、データが 100% 確実に把握できていないということになる。そうしたデータ収集が現在の課題になっている。

○統一保険料率について

- 今回の制度改革においては、外来診療報酬制度および病院の財源に関する改正もあった。外来診療報酬が改正され、病院側の支出も増加するので、非常に多くの医療費財源の増額が見込まれていた。
- こういった改正内容を踏まえた上での、統一保険料率の算定委員会であったが、算定委員会が決定した統一保険料率は 15.5% であった。疾病金庫側は 15.8% 以上ないと十分ではないと主張していたのだが、結果的には 15.5% ということになった。
- そのため我々は、当初から、支出が収入を上回るのではないかとということに危惧している。このため、政府に対して、医療費削減案を提示する可能性がある。

○AOKが提案する医療費削減案について

(質問者) どういった削減案を出そうとしているのか。

- ①政府が病院側に対して約束した収入増加案を、もう少し縮小するべきであるということ、②これまで 6% と設定されていた医薬品のメーカー割引を 16% にすること、を要求している。
- さらに医薬品に関する付加価値税は現在 19% だが、これを 7% まで下げるべきであるというのが我々の主張だ。

(質問者) 政府が病院側に対して約束した収入増加案をもう少し縮小するべきであるというのは具体的にどういうことか。

- 病院については包括報酬の価格が州ごとに異なっている。特にベルリンでは高い。我々が第一に要求しているのは、包括報酬のこうした州ごとの違いを調整し、その価格を同等にするべきだということだ。削減の一番大きな部門は薬剤支出であるので、医薬品の支出を削減するべきである。

(質問者) 病院で医薬品の支出を減らすべきとは、ジェネリックを使うようにすることも含まれるか。

- ・ ドイツでは以前からジェネリックの使用が進められてきたため、その使用率は高い。しかしジェネリック自体の価格も高いのが問題だ。ドイツは医薬品の価格に関して主導的な立場にあり、世界的に見て医薬品の価格が全般的に高い。
- ・ したがって、薬剤費を切り詰めれば、国全体で 39 億ユーロくらいは削減できるのではないかと考えられている。
- ・ AOK の研究所 Wido が毎年出版している「薬剤処方レポート」をよると、ドイツでは、高価な医薬品が処方される割合が年々高まっている。しかも高価ではあっても、実際の効果はこれまでと変わらない、いわゆる「ミーツー (me too)」製品の処方率が上がっていることが問題点だと考えられる。
- ・ 医師の方でも、高価な新薬を処方する傾向にあるということは確かだ。
- ・ また、ドイツの薬剤価格制度自体にも問題がある。新薬として登録されたものは、参照価格に入らず自由価格制度になっていて、自由に価格を設定しても良いことになっている。その価格制度に対して、価格と効率、つまり医薬品の経済性を測ることが必要だということで研究所の仕事がスタートした。しかしこれはできて間もなく、医薬品の経済性評価が薬剤市場に浸透するには時間がかかるだろう。

(質問者) 今回の医療制度改革では、参照価格以外の薬剤に対しても上限設定することになっている。それは実現しそうか。

- ・ 薬剤に関しては専門家でないが、特許があろうとなかろうと、できるだけ多くの医薬品を参照価格制度に入れていこう、という動きはある。

(質問者) 患者側にも薬剤費の負担があると思う。日本でもジェネリックの観点から、薬剤の問題が出てきている。患者の方から安い薬剤を要望するように AOK から働きかけることはしているか。例えば、患者が医師になるべくジェネリックを使って欲しいと言うとか、薬剤に対して何かプレファランスを言うとか、そのように働きかけていく予定があるか。

- ・ 我々は患者や医師に対して働きかけるのではなく、あくまでも製薬会社との割引契約によって、被保険者に安価で効率の良い薬品を提供しようとしている。AOK は全国的な規模で活動しており、各製薬会社との間でこれまで 80 種の医薬品の割引に関し入札を行っている。
- ・ しかし法律上の問題として、公法人である疾病金庫が入札を行っていいのかという疑問が出されている。ここがクリアできれば、AOK のように大規模な疾病金庫が全国レベルで製薬会社に圧力をかけ、割引率を上げることは可能になるだろう。

(質問者) 医師はどのように疾病金庫と製薬会社の割引契約を管理しているのか。

- ・ 医師は処方箋に剤名だけを書く。それを患者が薬局へもっていくと、薬局はオンラインで患者がどこの疾病金庫に属しているかわかる。

○連邦補助金について

- ・ 被保険者の中に失業者がいる場合、連邦補助金として、1人当たり 118 ユーロ交付される。ところが失業者は罹患率が高く、一般的に失業者 1 人当たりの医療費の支出は 240 ユーロくらいなので、はじめから 122 ユーロ分の欠損が出ることになる。その分を加味して連邦補助金を支出する必要がある。

(質問者) AOK には失業者はどのくらいいるのか。

- ・ 割合は分からないが、AOK は原則として低所得者や失業者を引き受けてきた疾病金庫である。また、より低い失業手当を受けている失業者の割合も高いはずだ。私の予想だが、失業者全体の 60% は AOK に加入しているのではないかと (AOK の被保険者の 60% が失業者ということではない)。

(質問者) 連邦補助金は AOK が要求したものだそうだが、その予算額には満足しているか。使用目的が「保険になじまない給付」となっているが、実際は何に使ってもいいということになっているのは本当か。

- ・ 連邦補助金だけでは足りない。保険になじまない給付以外に使ってもよいが、保険になじまない給付だけで、この数年間に 400 億ユーロくらいかかっているので、現在の連邦補助金 25 億ユーロでは全然足りない。
- ・ 失業者に対する支出だけでも、AOK だけで 45 億ユーロかかっている。このことから、全く足りないことが分かる。
- ・ もともと連邦補助金は、家族被保険者である児童の保険料として考えられたものだ。これは毎年 15 億ユーロずつ増加し、2016 年には 140 億ユーロにすると決定されている。

(質問者) 連邦補助金の財源としては何が考えられているのか。以前はタバコ税が税源として考えられたが、なぜやめたのか。

- ・ タバコ税は、何ら特別の理由がないまま、医療制度改正時になくなった。連邦補助金が特別税から入ることはない。一般財源から何らかの形で 15 億ユーロずつ、毎年増加させていくのだろう。そのため、医療財源は変則的な予算になる。毎年の予算の中で、どこから 15 億ユーロを捻出するかという議論が沸き起こるだろう。

(質問者) ドイツの社会保険は、国からのお金をできる限り入れずに自己責任原則に基づいてきたと聞いている。しかし今はどんどん補助金が必要だというお話だった。税財源が入ってくるということについて、どう考えているのか。

- ・ 連邦補助金と当事者自治とは別の事柄だ。連邦補助金は、あくまでも疾病金庫で負担すべきではないところに入って来るものだ。そのため、当事者自治が連邦補助金によって阻害されるというものではない。
- ・ だが、医療制度改革によって、これまでのように疾病金庫が独自に保険率を設定することができず、統一保険料が設定されるということについては、当事者自治への政府干渉だと考える。

(質問者) 国の機関がお金を配分するとなればそれは予算であり、予算を配分する側は、

その用途について介入する余地・理由が十分にあると思われる。その点についての不安はないか。

- ・ 今回の医療基金による交付金は、あくまでも収入面に対する政府の介入である。支出面のコントロール、ないし制限といったものは政府にはない。
- (質問者) 収入のコントロールであり、支出に対するコントロールはしないというような議論が実際にあったということか。
- ・ 我々としては支出のコントロール以前に、収入面でも、政府からの干渉はいらないと考える。

○外来診療報酬について

(質問者) 新たな外来診療報酬について、評価できる点と問題だと思われる点は何か。

- ・ これまでの診療報酬制度は、あまりフレキシブルではない「総額予算制」であったため、その中でなかなか動きが取れないようになっていた。しかし今回の診療報酬は少し動き易くなるという点で、制度としては評価できる。
- ・ だがそれを実現するには、様々な事務的・組織的な面で多種多様な労力が必要となるので問題だと考えている。
- ・ 2009年秋に選挙を控えているため、医師の診療報酬の改定となると、疾病金庫、病院、医師、保険医協会など様々な関連団体が動いて、それぞれの負担を軽減しようとする動きが出てくる。今後、その実現にあたってどのような組織が作られていくのか不透明な部分があり、問題点となっている。
- ・ ドイツでは連邦保健省が法的な枠組みを作り、運用については疾病金庫とそのパートナーである医療提供者側、つまり病院協会と保険医協会とが話し合う。そうした運用について連邦保健省が出した枠組みと期限とが、大きな負担となっている。

(質問者) 医療提供者と個別に契約を結んだり、プログラムを作成したりするのに負担がかかっているということか。

- ・ 医師との契約には集団的契約と個別契約があるが、とくに個別契約に関しては、我々がかねて主張してきたように、疾病金庫から医療提供者側へのコントロールが透明的になり、コントロールしやすくなる。個別契約を結ぶということは、我々のように地域のAOKの調整を行う組織では、人的に大きな負担になっている。
- ・ そういう意味では、時間的労力が大量になってしまっているのは確かだ。しかし選択的個別契約は、最終的にはコスト節減につながると思っている。

○選択タリフについて

(質問者) 今回、選択タリフが導入されて、疾病金庫間の競争は激しくなると思われるが、AOKとして対策は行っているか。

- ・ もちろん行っている。しかし、我々の対策は、あくまでも選択タリフに見合った個別契約を結ぶことである。各被保険者のために、いわば「テイラーメイド」のような保険を提供するということだ。これができれば競争力がつく。

(質問者) 個別契約を結ぶということで、(契約) 主体として、疾病金庫の規模はどのくらいがよいと考えるか。

- ・ 各被保険者に合った保険を提供するためには、やはり地域に根ざした疾病金庫が良いだろう。というのもドイツでは、各地域によって医療提供体制や生活水準に非常に大きな差があるからだ。例えば、ハンブルクの診療所の家賃と、ベルリン付近の村の家賃は大きく異なる。地域に根ざした、地域に見合った個別の選択タリフは重要だといえる。そういう点から AOK は強い。
- ・ しかし、既に全国規模の疾病金庫は、各地域に支部を置くというかたちで地域性の競争力を強めようとしている。
- ・ それでは全国規模の AOK が出現するかというと、これにはカルテル上の問題もある。全国的な規模で製薬会社と値段の取引をすることは、やはりカルテル上の問題が生じてくる。

(質問者) 連邦保健大臣が、時間はかかっても BundesAOK のようなものが望ましいとコメントした。AOK としてはカルテル上の問題を感じるというが、政府そういう方向性を考えているということなのか。

- ・ お読みになった記事は、AOK と連邦保健大臣が敵対しているという現在の状況を如実に表している。連邦保健大臣が出した「全国 AOK」というビジョンは、我々がボンからベルリンへと引越しをした当日に出されたので、さらにその敵対関係が強調された感がある。
- ・ 連邦保健大臣は、疾病金庫の事務管理費を節約するためにも、その数を減らした方がいいという観点から「全国 AOK」という考えを出してきたといえる。そうでなくても、節約案が出るたびに事務管理費の節約案が盛り込まれる。
- ・ だが、全国レベルになったからといって事務管理費が減るかということではない。全国組織になったとしても、地域性を出すために地域に支部を設置する。この点から言えば、結局、事務管理費も減らないと思う。
- ・ 東西南北 4 つになるという話はあるが、それがどこまで実現されるかは今のところはっきりしていない。

(質問者) カルテルの問題がなければ、大きな組織になった方が価格交渉力は強くなるはずだが、どうか。

- ・ 確かに、そうだ。しかし現在すでに、南ドイツのバーテン・ヴェルテンブルク州や、バイエルン州の AOK では、そこだけで 1 千万人くらいの被保険者がいる。こういったところが製薬会社と価格交渉に当たるとなると、全国組織は不要かもしれない。

○当事者自治について

(質問者) 医療保険競争強化法によって、ある面では当事者自治が阻害されたと思う。統一保険料率設定以外に阻害されていることはないか。また、今後の当事者自治をどう考えるか。

- 当事者自治に関して議論となったのは、統一保険料のほか、疾病金庫中央連合会の設立だ。これまでは7つの疾病金庫ごとに代表者を出して連邦連合会を構成していた。しかし今回の疾病金庫中央連合会により、この当事者自治を抜きにした中央集権化が医療制度ないし疾病金庫に加えられたのは明らかだ。
- この疾病金庫中央連合会にはほかにも問題がある。これまで疾病金庫連邦連合会のメンバーは、実際の疾病金庫の経営状態を見ながら、医療経済学的な観点から、今後の医療制度について議論してきた。だが、今回設置された疾病金庫中央連合会のメンバーは、あくまでも理論的に医療制度について話し合っている。
- 彼らは、あたかも連邦疾病金庫庁でもあるかのように、お役所的な色合いの濃い観点から話し合っている。診療報酬に関する保険医協会との話し合いや、病院の財源の話し合いに、この疾病金庫中央連合会の持つ問題点が明らかになっている。
- これまでの医療制度改革をみると、その時々で権力構造は異なっている。ある時はAOKが強く、別の時には政府が強く、その他の時期には他のパーティが強い。今回の医療制度改革では、AOKの力が少し弱体化したようだった。しかし我々は、再びバランスをとるべく、力を強化していけるよう努めてゆくつもりだ。

2. 連邦保険医協会 (KBV ; Kassenärztliche Bundesvereinigung)

- 日時：2008年11月3日（月） 14:00～16:00
- 先方：Roland Iltzhoefer 氏（原則・情報マネジメント・組織部長）
Thomas Reuhl 氏（EBM 部長）
- 当方：土田教授、(健保連) 戸島、(MURC) 田極、岩名

○現在の診療報酬制度と2009年以降の診療報酬制度の改正について

- ・ 現在の保険医の診療報酬制度では、ドイツ全体の診療報酬点数表に通貨単位はなく、点数だけを示したものとなっている。17州それぞれの州保険医協会が細かく複雑な計算を経て単価を決めている。今後は、現在の複雑な体系を簡素化しようとしている。
- ・ 2005年までの診療報酬制度は、レントゲンなど細かく個別に診療報酬が支給されていたが、「EBM+2005」によって、2005年以降は3か月ごとに各診療所に予算制のような形で診療報酬が出されるようになった。しかし、この予算制を超過した分についての診療報酬が認められていなかった。
- ・ 「EBM2008」では基礎包括報酬に加算報酬が追加され、以前のような個別に診療報酬が支給される体系に戻った。ただ、立法者としては、現在病院で導入されている DRG（包括報酬制度）を、外来診療分野でも導入したいと考えているようであるが、現在のところ導入の目処は立っていない。
- ・ これまでのような EBM 統一評価基準はなくなりつつあり、将来的には診断に基づいた包括報酬制度が外来診療分野でも導入されるだろう。
- ・ それについては、2つの側面がある。評価できる点としては、事務管理面が簡素化され、役所的な作業が軽減されるということである。一方、問題と思われる点は、個々の患者が抱える複雑かつ多岐にわたる疾病を明確に定義づけるのが難しいということである。医師としては、重篤な病気・合併症・身体障害・自分の病状を述べるできないような患者に関しては、十分な診療報酬の額を得られないのではないかと懸念する声がある。
- ・ 現在の診療報酬制度では、単価が地域ごとに決められており、医師はどれだけ報酬を得られるかがわかりにくくなっている。しかし、2009年より「ユーロ診療報酬制度」が導入されれば単価がわかるようになる。これは KBV が主張してきたことであり、要望が実現したことになる。
- ・ これまでの総額報酬制度とは違って、今後、疾病金庫と KBV で話し合われる予算額は、罹病率を勘案した予想できる範囲での診療報酬総額となる。
- ・ これとは別に、予防と特に勧めたい医療給付（疾病金庫と KBV の特別契約で含まれる

もの)の部分が追加される。予防と特に勧めたい医療給付(特別契約)部分は、疾病金庫からの請求で支払われるものではなく、予想がつくものとして予算が組まれる。罹病率加味の総額報酬とは別の予算額となっている。

- さらに、インフルエンザなどの予想ができない感染症が発生した場合には、別に疾病金庫から支払われることになる。ただし、例えば、総額報酬の想定内の小規模な感染症であれば、追加の金額が支払われることはない。
- これまでの統一評価基準の単価は地域ごとの差に加えて、被保険者がどの疾病金庫に加入しているかによって差が生じていたが、この2つの差が解消され、医師の多寡などの地域ごとの医療提供体制によって若干の差はあるものの、単価はほぼ均一になった。
- 新たなユーロ診療報酬制度はKBVにとって賛成すべき事項であると言っていいと思う。北ドイツと南ドイツそれぞれでレントゲン撮った場合、これまでは医師が受け取る報酬が違っていた。同じ医療行為をしているのに報酬に差が出ることの説明が難しかったので、KBVとしては新たな診療報酬制度を歓迎している。
- 収入減が見込まれる医師からは強い反対意見が出ているのは事実である。しかし、この制度導入の決定に際しては、大幅な収入減にならないように段階的に導入することや、受け皿的な措置も準備されている。疾病金庫側でも統一保険料が導入されるため、今までのような「地域差」を用意できない状況になってきていると思う。
- 診療報酬の単価算出計算式により、1ポイントあたり3.5セントという値が出る。この計算式の分子の部分は、2007年度の外来診療の総額報酬+2008・2009年度の保険料算定収入の増加分+調整のファクターである。一方、分母の部分は、2007年度分の総額点数+EBMの効果を算出した値×ある種の割合を掛けたものであり、これを計算すると3.5セントという値が出る。
- 3.5セントという値の算出にあたり、地価や病院までの距離などの地域性を加味するべきであるといった意見があった。しかし、このようなパラメータを加味してしまうと、非常に複雑な地域性が出てしまう。家賃の安い地域では診療報酬が安くなってしまい、医師不足が更に深刻化してしまうといった問題も生じるので、結果的にこのような意味での地域差調整はしないことにした。
- ただし、地域差が認められる部分もある。例えば、病院が少ない地域において、その地域の疾病金庫と保険医協会が話し合っ、外来が可能な手術について、外来手術を行った場合に特別な診療報酬を支給するといったことが可能になった。これは、外来手術を増やすためのインセンティブとなるが、このような地域差は認められる。
- こういった地域差は、17の州単位で地域性を加味した推進策が採られたが、来年度からは州を細分化した郡単位でインセンティブを出すことが可能となる。それによって、医療提供体制を鑑みたきめ細かい診療報酬の追加が可能となる。
- 診療量に対する規制の一部として、つまり医師が過剰に診療しないようにする規制として、保険医単位で「標準保険給付量」が設定された。この制度では、例えば心臓病に関

する担当医師について 2,500 ポイントという一定量がこれまでの例から決定されているとした場合、この 2,500 ポイントを上回った部分について、その医師が受け取る診療報酬は、症例ごとに減額された診療報酬となる。つまり、標準保険給付量を超えた部分について報酬は支給されるものの、1 ポイントの単価は 3.5 セントではなく、10 分の 1 の単価になる場合もある。

- 医師が前年と同じ量の診療をした場合には増収になるということが保険医協会を通じて各医師に対して通知されている。予期せぬ感染症の発生等によって昨年以上の診療量が出た場合には、それ相応の支払いがなされるといったことも通知されている。
- 法律上、医師には医療を提供する義務があるため、医師が提供した医療に対しては報酬が支払われなければならない。しかし、基準以上に診療した場合、患者 1 人に対する診療時間が短くなり、医療の質が低下するのだから単価が減額となるという理屈である。例えば、昨年度は病気で 6 か月間の休みを取ったという場合であれば、それは例外として認められる（昨年度の保険給付量を超えても単価が減額されない）。
- ドクターハウスなど、医師が共同で診療所を運営するような場合には診療報酬が加算される。これは、このような場合、患者は通常の診療よりも効率的に診てもらえるため、救急医療のような高い治療手段を選ばなくて済むようになるという理由づけによる。
- このような仕組みが導入されても、医師が実際に行っている医療提供のうち、3 分の 1 が無報酬で行われているという結果になってしまっている。
- 来年度の診療報酬は、10 パーセントの増額にはならないだろう。当該年の変化のファクターである「高齢化」は進んでいるが、だからといって罹病率が急激に高くなるというわけではなく、むしろ高齢になっても病気にかからないような治療法が確立されていくだろう。しかし、その治療法自体が高額になる可能性がある。そのため、KBV では、包括報酬制度を進めるにあたっては、年齢ごとの病気の状況を正確に測っておく必要があるため、そうした研究を進めている。

○疾病金庫との関係について

- 将来的には不透明な部分が多いが、これまで地域レベル、州レベルで持ってきた関係が、今後は全国レベルの関係に変わりつつあるのは確かである。これは、疾病金庫中央連合会の創設にも見られるように、全国レベルでのパートナーとなる方向へ動いてきている。これは州の連合体にとってはよくないことである。
- 疾病金庫との個別契約というと、地域性を打ち出した個別の契約というように考えられるが、大枠での契約情報というのは全国レベルで決められる。病気の治療、医療体系ということでいえば、例えば北ドイツのハンブルグの病気と南ドイツのバイエルンの病気は同じであり、個別の契約ではあっても、全国レベルで同じような枠組みを作ったの医療提供契約になるのではないかと思っている。

- 疾病金庫では個別契約を推進したいと考えているかもしれないが、現在の多種多様な選択タリフを見て、そのうえで個別の契約をしていくということになると、事務管理の労力が多くなるだけで、個々の医師にとってはメリットがあまりない。したがって、全国レベルでの医療提供の交渉基盤を作り上げ、その上での個別契約の方が望ましいと考えている。州保険医協会に聞けば異なる考え方があるかもしれない。
- 民間医療保険の基本タリフの場合は、保険医協会が民間保険会社と交渉して決めるということになるが、基本タリフの加入者自体は1万人、2万人といった規模である。これは各医師にとっては10年に1人しか出会わない計算になる。仮に10万人程度に増えたとしても、年に1人程度にしかならない。したがって、基本タリフ用の枠組みを設けることは意味がないと考えている。

○医療提供体制の変化について

- 外来医療提供体制の構造変化として、1人医師の診療所の減少が挙げられる。今後は医療のコーポレーション、つまり医療センターや2人以上の医師によるドクターハウスといったものが増えるだろう。このような形態であれば、早朝から深夜まで治療を受けることができるので、患者にとってもメリットがある。また、今回の診療報酬体系では、そのような形態を採ることに対してインセンティブを与えている（診療報酬の加算が認められる）。
- 2002年以降、診療所の数が減っているのに対して、医師の数は増えている。これは、ドクターハウスが増えているからである。ドクターハウスが増えているのは、医師のイメージが変わりつつあるからである。昔のような、「医者には24時間体制、1年365日が患者のためにある」というイメージは変わりつつある。若い医師はそのようなイメージを持っていない。
- 医学部卒業の学生のうち半数は女性である。女性医師の場合、家庭との両立を考えると、24時間体制の診療は不可能である。こうしたことも、新たな診療所形態の理由になっている。
- 今日の若い医師は、ほかに誰も話し相手がおらず、自分1人で黙々と治療をしていくといったワンマン診療所よりも、コミュニケーションを求める傾向がある。数人の医師と一緒に仕事をして、コミュニケーションを図ることに魅力を感じている若い医師が多い。
- しかし、村に1人の医師しかいないような地域では、1人診療が続けられることになる。ドクターハウスなどの新しい形態は都市部でのみ可能な形態ともいえる。地方では、これまでのやり方が続けられている。

○公的医療保険競争強化法について

- KBVは競争強化法を評価している。その理由の1つが、診療報酬制度において、固定

予算制でなくなったということ。2つ目の理由は、罹病率によるリスクを、これまでのように医療側が負うのではなくて、疾病金庫が負うように変わったことである。

- ・ しかしながら、KBV としては、選択的個別契約に対しては疑問を持っている。各診療所では、これまでは被保険者に対して一律に対応すればよかったが、集団契約に加えて選択的個別契約ということになると、まず、その患者がどの疾病金庫に属しているか、そしてどういった内容の個別契約を結んでいるかを識別する必要がある。また、疾病金庫がある製薬企業と割引契約を結んでいる場合には、その患者にはこの薬しか処方することができないといったことも判断しなければならない。医師は、こういった保険上の違いにとらわれて診療に集中できなくなってしまう。
- ・ (質問) 医師が何人かで診療所を経営する背景としては、事務専門の職員を雇うという意味合いもあるのか。
- ・ ドクターハウスになれば専従の人を雇うことは可能かもしれない。かなり事務管理の時間が必要になる。
- ・ 今回の医療制度改革に関しては、診療所から発するレセプトに関しては電子化が義務づけられた。これまでは義務でなく任意であった。この電子請求の義務化により、診療所専用のソフトウェアなども今後開発され、事務面での軽減が図られることもあり得るだろう。
- ・ 医師に対して実施したアンケート結果では、患者と接することが仕事だと考えている医師が多く、医師にとって事務作業は最も魅力のない業務となっていることが明確に出ている。

○疾病金庫の競争強化について

- ・ KBV としては、今回の医療制度改革は本当に競争強化をもたらすのか大きな疑問を抱かずにはいられない。疾病金庫の競争強化という点では、KBV としては、これまで追加給付の部分で各疾病金庫と交渉し、それにより各疾病金庫におけるメリハリのつけた給付として、彼らの競争強化の一端を担ってきた。
- ・ しかし、現在、各疾病金庫の追加給付に関する契約交渉は不可能な状況となっている。疾病金庫では統一保険料が設定され、どれくらいの交付金が入るかわからない状況となっており、そうした不透明な状況下で追加給付を行うことはできないと考えているからである。今後、疾病金庫は「競争強化」というよりも、数は減るかもしれないが似たような疾病金庫しかできないのではないかと KBV では見ている。
- ・ 今回の医療制度改革では、質の面での競争がなかなか行えない状況となっている。疾病金庫は保険医と「医療の質の保証に関する契約」を結んでいるが、それを今年末には解約することになる。保険医が医療の質を保証できないからという理由ではなく、疾病金庫の来年以降の状況が不透明であるからという理由による。

- ・ 医療の質の保証に関する契約とは、例えば疾病管理分野での糖尿病や子どもの動作障害について、特別の治療法とその品質の確保に関して結ぶ契約である。こういった契約が今年末に解約される。
- ・ 医療の質の保証に関する契約は、疾病金庫にとっては「プラスアルファ」部分として患者に対する良い宣伝になってきたが、現在の不透明な状況ではこのようなプラスアルファ部分について契約を結ぶことは難しい。これまで結んできた契約が解約されている。
- ・ これまでの「競争強化」の政策では、疾病金庫は若くて健康な被保険者を獲得し、それによって経営改善を図ったところはあるが、質の向上に関する競争は行われてこなかった。そのため、今後の疾病金庫の経済体制の強化ということになると、管理体制のスリム化・効率化を図っていくという道しか残されていないのではないかと思っている。
- ・ 現在のところ疾病金庫は、KBV にとって、医療提供に関しての良い交渉相手とはなりえない状況になっている。疾病金庫は、新しく導入される「医療基金」の準備態勢を整えるのに忙しく、医療提供の質を確保するような交渉はとてできない状況になっている。したがって、医療提供の質の向上を図るための交渉は、疾病金庫が落ち着いてから始められることになる。
- ・ 疾病金庫はまず、自らの状況や特徴を把握し、その上で、競争力を高めるために追加給付を充実させていくのか、医療アドバイスなどの被保険者に対するサービスを充実させていくのかなどの戦略を策定していく必要がある。
- ・ 疾病金庫が管理体制のスリム化・効率化を図るために合併していくという姿は、連邦保健大臣がまさに意図していることである。疾病金庫は、現在の数は 216 であるが、20 年程前には 1,000 あり、合併が進んでいることがわかる。連邦保健大臣は、今後は 30、40 で十分だと考えている。小さな疾病金庫の場合には、今後数か月から数年の間に、自分たちの存在を見直し、合併するべきなのか、破綻してしまうのかを見極めていく必要が出てくるだろう。

○個別契約について

- ・ 今後は選択的個別契約が増えていくかもしれないが、あくまでも集団的契約がメインになっていないと、ドイツ全体の医療提供の保証が危ぶまれてしまう。集団的契約で医療提供体制を確実にした上で、特別な治療方法や特に需要があると思われる分野に関して、選択的個別契約とすることは意味があるかもしれないが、これが逆になることは絶対にいけないと思う。また、個別契約についても、個別の医師ではなく保険医協会と話し合いながら進めていくのが妥当であると思う。

○家庭医主導型モデルについて

- ・ 現在の競争強化法ではなく、次の「公的医療保険組織発展法 (Gesetz zur Weiterentwicklung

der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)、公的医療保険におけるさらなる組織発展に関する法律)」が用意されている。その中では、「家庭医主導型モデルの場合に関しては保険医協会を除いても構わない」という文言がある。閉鎖型ではなくオープンな入札によって、家庭医主導型モデルを作り上げるべきであると KBV では考えている。

- 疾病金庫側は、患者の信頼を得て患者に最適な治療を提供したいが、給付額は抑えたいと考える。一方、医師側はそれに見合った診療報酬を得たいと考えている。このようにまったく異なる立場から考えているので、意見の対立が生じてしまうのは仕方がない。しかし、極端な場合、疾病金庫が自分たちの財政を強化したいがために、いわゆる安い医師と契約を結ぶようなことがあれば、医療の質の低下につながる恐れがある。
- 家庭医主導型モデルに関して、保険医協会が蚊帳の外に置かれているため、KBV としては批判的な意見しか述べられないが、これは非常に議論がなされているテーマである。例えばバーテン・ヴェルテンブルク州で家庭医主導型モデルの契約が結ばれたが、これはバーテン・ヴェルテンブルク州の AOK と家庭医連盟との間でのモデル締結であり、保険医協会は何も関与していない。
- 家庭医モデルへの参加とは、保険医協会が提供する養成訓練に参加するのではなく、医師会が提供する継続教育に参加するという形であり、医師会が責任を持つ。
- 疾病金庫側が家庭医モデルに対してコスト削減だけを目的をしているようであれば、医療の質に何らかのデメリットが生じるだろう。家庭医モデルでの質の確保については、いつのタイミングで患者を専門医に派遣したか、また派遣を滞りなく行ったかどうか、あるいは遅れたことによって患者に何らかの損害が生じていないかどうかといった調査を行うだけであり、医療の質そのものの調査は行われていない。したがって今後ドイツでは、医療提供者側にも疾病金庫側にも変化が生じてくるだろう。

○疾病金庫中央連合会について

- 疾病金庫中央連合会ができたことで、KBV にとって非常に強い契約相手、交渉相手が現れたのは確かである。
- これまでは7つの疾病金庫の代表が集まって、それぞれと契約を行うことができたので、全国レベルでも多種多様性を維持できた。例えばバーマーであれば、AOK よりも財政力があるので、その被保険者に対して、「この部分ではより良いサービスができる」といったことがあったが、今後はできなくなる。疾病金庫の連合会自体、閉鎖するところも出てくる。疾病金庫内での空気も今は非常に流動的である。疾病金庫中央連合会に対して、各疾病金庫では非常に強い批判をもっている。これが今後どうなっていくかが注目である。
- 今後政府がますます医療保険制度に介入していきたいと考えていることは、今回の改革

で明らかである。疾病金庫中央連合会の設立は、これまで連合会を構成してきた7つの疾病金庫の代表によるアイデアで設立されたものではなく、あくまでも政府の意図によるものである。

- ・ 残念であり危険であると思うのは、医療制度という健康・治療に関する事柄が本来の意味を離れて、政治的な事柄として捉えられるようになっていることである。また、これまでは保険料率が上がった場合、連邦保健大臣も、「これは私の責任でなく、疾病金庫の経営が悪くなかったことに責任がある」と言って涼しい顔をしていたが、今後は政府がやったことだということで、政府の責任が問われることになる。

3. ドイツ労働総同盟

(DGB ; Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand)

■日時：2008年11月4日（火） 9:00～11:00

■先方：Heinz Stapf-Finé氏（社会政策部門長）

■当方：土田教授、（健保連）戸島、（MURC）田極、岩名

○医療基金について

- ・ DGB は医療基金の創設には反対の立場であった。医療基金の運用の仕方について大きな疑問があったからである。
- ・ 連邦保健大臣の当初の構想では、民間医療保険を公的医療保険の財政調整の枠組みに組み込むということが考えられていた。DGB としては、そうした上で、「保険になじまない給付」のために連邦補助金も医療基金に投入するべきであると考えていた。
- ・ しかし、これから導入される医療基金は、統一保険料率を設定し、疾病金庫の支出を医療基金で賄うというものである。統一保険料率で疾病金庫の支出の95%を賄えない場合には、その疾病金庫は「追加保険料」を徴収することになる。
- ・ 各疾病金庫は被用者に対してのみ追加保険料を請求する。この方法は、保険料を労使で折半するという今までの方法とは異なる。被用者側は、既に保険料の被用者負担分に（傷病手当金部分の）0.9%分を上乗せして保険料を払っているが、これにさらに追加保険料が追加されることになる。これは、使用者にとっては優遇された措置といえるが、被用者にとっては負担を増やす仕組みである。

○統一保険料率について

- ・ 労組側としては、統一保険料率についても良い仕組みではないと考えている。
- ・ 第1の問題であるが、政府の示した統一保険料率は15.5%で非常に低い数値であるということである。疾病金庫側は、これでは疾病金庫の支出を賄えないだろうと指摘している。
- ・ 保険医に対する診療報酬体系は、今年度25億ユーロの支出増が見込まれている。また、政府は病院の財政改革のために25億ユーロの増額を約束している。医薬品の支出に関しても不透明である。そうしたリスクを考えていくと、この15.5%ではどうしても足りない。
- ・ 疾病金庫にとっては、追加保険料を請求すると加入者が移動してしまうといった危惧がある。そのため、できるだけ追加保険料を請求しないと疾病金庫は言っている。しかし

現状から考えると、疾病金庫は、予想よりも早く追加保険料を徴収しなくてはならなくなるのではないかと思っている。

- これまで 15.5%以上の保険料を支払ってきた被保険者だけは統一保険料率の導入でメリットを受ける。例えばこのベルリン地域がそうである。しかし、それは被保険者の 10%程度に過ぎず、残りの 90%は、これまでよりも高い保険料を支払うことになる。
- 第 2 の問題であるが、これまで疾病金庫間の競争は、独自の保険料率を設定することによっていた。その場合、低い保険料率を設定するというだけでなく、サービスを向上させれば良い疾病金庫として認知されるという仕組みになっていた。今後は、疾病金庫間の競争の焦点は、追加保険料を請求するかどうかという点に集中する。これは好ましい競争ではない。
- 追加保険料が被用者に対して過度な負担にならないように、8 ユーロの包括支払か、または保険料算定収入の 1%以下に抑えるという制限は設けられているが、被用者の負担増になることには変わりがない。
- 疾病金庫のなかでも、所得の低い被保険者が多いところでは、財政的に逼迫して追加保険料を請求しなければならないということになりかねない。その場合には、所得の低い被保険者にとって負担がますます重くなるということになる。

○罹病率加味のリスク構造調整について

- 現在のリスク構造調整では広範なリスク構造調整となっていないため、DGB は罹病率加味のリスク構造調整の導入を長年要求してきた。したがって、罹病率加味のリスク構造調整については賛成の立場である。
- 公的 disease 金庫には締約義務がある。しかし、罹病率のリスクを公平に調整しないことには、公的 disease 金庫であろうとリスク選別を行うようになると思われる。こうしたリスク選別を行わないようにするためには、できるだけ公平な調整が必要である。罹病率を加味した構造調整は早急に必要と考えている。
- しかし、罹病率加味のリスク構造調整だけでは、所得の低い被保険者を多く抱えているような疾病金庫の財政調整を 100%カバーすることはできない。というのも、罹病率加味のリスク構造調整では、最初は基礎的な交付金が支払われ、それから罹病率に従って加算された交付金が分配されるからだ。
- 現在のリスク構造調整では、各疾病金庫の被保険者の所得を平準化し「財政力」として計算の中に入れていた。罹病率加味のリスク構造調整では、所得の平準化という部分がなくなっており、統一保険料率で徴収した保険料を基金の中にプールして、それで交付するという方法である。したがって、対象の疾病を持っていない被保険者に対しては、これまで通りの分配、しかも所得の加味がなくなってしまった分配になる。
- 罹病率の加味に関しても、80 の疾病、さらにそれをグループ分けすると 140 くらいにな

るが、それでは、現在の被保険者が持っている病気の3分の1程度しかカバーできない。つまり、罹病率に関しては不十分な調整でしかない。

- これは社会民主党（SPD）とキリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）の妥協の結果である。社会民主党（SPD）は、完全な意味での罹病率によるリスク構造調整を提唱していた。一方、キリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）は、罹病率によるリスク構造調整を全く念頭においていなかった。この2つの全く異なる考え方の中間を採ったので、医学的、専門的な観点からのリスク構造調整とはなっていない。
- 罹病率加味のリスク構造調整自体は、正しい一歩であったと考えている。まだ実際には導入されていないので、導入されたところで様子を見つつ、それをより完全なものにしていくことが必要である。罹病率加味のリスク構造調整を拡大していくべきであると考えている。

○国民皆保険について

- DGB としては、国民皆保険の方向は原則的には望ましいものと考えている。DGB は将来的には「国民保険」を支持するが、実現する上で難しい問題も多々あると考えている。
- 今回、国民皆保険の第一歩として、民間医療保険の一部のみ、公的な医療保険に組み入れることになった。
- 民間医療保険については、以前は自分の資金で保険料を払っていた人が、何らかの理由でそれが払えなくなった場合、連邦からの援助金によって賄われることになる。DGB としては、これには問題があるとみている。
- これに対して、DGB が描いている「国民保険」というのは、民間の医療保険にせよ、公的な医療保険にせよ、条件は同じにすることにしている。したがって、今の制度よりは国民保険を構築する方が望ましい方向であると考えている。
- 国民保険を構築するためには、まずは、民間の医療保険を公的な医療保険と同じようにしていくことが必要である。締約の義務を導入し、収入に見合った保険料を設定するという方向に変えていくことが必要である。

○制度改革全般について

- 今回の医療制度改革については様々な面で批判がなされているが、その問題の核心は、これまで議論されてきた問題について根本的な解決がなされていないということである。
- その根本的な問題というのは医療保険財源のことである。これまでの方式であれば、被保険者の保険料算定所得が増えない限り、保険料収入に関する解決の糸口はつかめない。
- ドイツは非常に多くの失業者を抱えており、所得も経済の発展と同じほど大きくは伸びなかった。そのため、医療保険財政については、今のところ大きな解決策を見出せてい

ない。

○疾病金庫のマネジメントについて

- ・ 罹病率加味のリスク構造調整が 100%行われるようになったとしても、それによって各疾病金庫の支出が同じになるというものではない。あくまでも、各疾病金庫に対する収入が同じような条件で確保されるということである。したがって、疾病金庫が均質なものになるわけではない。
- ・ 各疾病金庫が、それぞれの経営判断で、被保険者に対して質の高いサービスを提供し、それが経済的にも効率の良いサービスであるなら、その疾病金庫においては支出が低く抑えられる。これによって、疾病金庫間の違い、つまり比較的良い疾病金庫と、悪い疾病金庫との差は、将来にわたっても存在することになると思われる。
- ・ 今後は疾病金庫間の競争よりも、医療提供側の競争をより強く進めていくべきであると考えている。ドイツの医療提供体制は硬直化している。少しずつは改善されているものの、1人の医師がやっている外来診療と、病院で行っている入院治療との間では、かなり硬直化した体制ができあがってしまっている。そうした部分で、何らかの措置を取らないことには、医療提供体制のフレキシブルな構築には進まない。
- ・ 疾病金庫と医師との個別契約というよりは、質を強化するための契約を強化していく必要があると考えている。

(質問者) 疾病金庫について、収入面で統一されても支出面では差がある、むしろマネジメントの余地があるという話だった。しかし、マネジメントの観点からいえば、収入と支出の両方をコントロールできる権限があつてこそマネジメントといえるのではないか。

- ・ DGB もまさに同様の意見を持っている。保険料を統一するという政治決定は悪いことだと考えている。被保険者は保険料率と医療保険サービスを比較することによって、疾病金庫の質を評価し、疾病金庫を選択すべきである。統一保険料率で医療保険サービスを比較するというのは公平な比較の仕方ではない。

○当事者自治について

- ・ これまで労使折半という方法で運営されてきたが、今回の制度改革ではそうした当事者自治が奪われてしまったと考えている。
- ・ 社会保険における当事者自治は、様々な圧力があつたにもかかわらず維持されてきた。しかし、2003年からは、連邦保健大臣は疾病金庫に対して保険料率をもっと下げろと要求してくるようになった。ドイツの国際競争力を強めるために使用者側の副次コストを引き下げよという圧力が強くなった。
- ・ 今回の改革で当事者自治の一部が失われた。しかし DGB としては、今後も国民に医療

を提供していけるように尽力していきたいと考えている。

- ・ 社会保険の中では今も当事者自治は保たれていると考えている。それが明確なのは年金保険である。政府が統一した年金保険料率を決定するが、年金生活者に対するリハビリテーションなど、被保険者に対する様々なサービスに関しては、質を維持したまま提供できている。年金保険料率は政府によって決められてしまうにしても、そうしたサービスの質を維持するという意味では、今なお当事者自治は残っていると考えられる。
- ・ 今までの医療制度改革においても、連邦保健省では当事者自治が機能していないから保険料率が上がるという意見を持っていた。政府が長年、当事者自治をよく思っていないことは明らかである。
- ・ これまで疾病金庫側は、連邦保健省からの批判を受けながらも、保険料率を上げずに済むように努力してきた。しかし今回の医療制度改革では、連邦保健省がかけてきた圧力に屈服してしまった。当事者自治にメスが入ってしまった。

○医療保険における「連帯」について

- ・ ドイツ医療保険制度では、財政力の弱い疾病金庫を国家が救うという考え方ではなく、あくまでも疾病金庫間の連帯の中で救うという考え方でやってきた。国家は決して介入しないという考え方である。
- ・ その「連帯」の中で救済を行ってきた側の疾病金庫から、自分たちはリスク構造調整では支払側に回っているのではないかという意見が出てきた。これは、これまで「良い疾病金庫」と言われてきた疾病金庫から出てきた意見である。
- ・ リスク構造調整の結果、「良い疾病金庫」から AOK へ移転される金額が非常に高いということが批判された。BKK からの批判が多かった。その際に、DGB の立場として難しかったのは、BKK に対して、疾病金庫全体として一致団結していなければならないと説得することだった。

○国民保険について

- ・ 疾病金庫間の連帯から国民全体への連帯へとその精神を広めるということは、まさに DGB が提唱してきた「国民保険」の理念である。これによって、公平な意味での医療保険の財源確保となる。国民にとっては、需要に従った医療サービスが受けられるようになる。
- ・ この国民保険では、経済力に見合った保険料を支払う。これまで別枠で捉えられてきた自営業者や公務員も同じ保険に入ることになる。また、民間医療保険においても、同じような条件で国民保険に入ることになる。これまでのように給料所得だけでなく、その人が持っている「経済力」を反映するという点では、不動産なども保険料を算定するための所得の範囲に入れる予定である。民間医療保険に加入している 10%の人たちも、国

民保険の財源確保のために組み入れられていくことになる。

- ただし、不動産については非常に長い議論があった。例えば税務署のデータも必要になってくるのではないかとといったように、方式自体が非常に複雑なものになってしまう。また、ドイツでは新しく貯金収入に関する法律ができ、源泉徴収されることになった。例えば投資で得た利子についても源泉徴収の対象となる。こうした税金分の一部を所得に加えて保険料を算定するという方式も考えられる。そうすると、税務署では、その人が持っているすべての財産ではなく、予め税法で決まっている源泉徴収税の部分から出せばいいことになる。そういった議論もある。
- 国民保険の導入については段階的に進めなければならない。第1段階としてまずは民間医療保険を、公的医療保険と同じようにリスク構造調整の枠の中に入れる必要がある。
- これが将来的に実現すれば、保険料は、「保険料算定収入」で算定されたものと、「資本収入」で算定されたものとの2つの柱によって成り立つことになる。
- DGB が提唱している連帯的な国民保険は、社会民主党（SPD）だけでなく、緑の党、また左派党とも連携して構想したものである。
- 医療制度に関して、ドイツは、他のヨーロッパ諸国と比べて遅れており、まだ発展の余地がある。オーストリアなど、国民の98%が保険に加入しているところもある。
- 国民保険の考え方は、DGB としては、近代的な考え方だと思っている。これまでの保険制度は、1人の人が同じ企業に40年以上勤めるという体制に立脚していた。だが今日では、会社に勤めていた人が独立して自営業者になり、そしてまたサラリーマンに戻るといったように様々なキャリア、多種多様な就業形態があり得る。公的な医療保険も、それに見合ったフレキシブルな体制になっていくべきである。その条件を国民保険は満たしている。
- DGB が実現しようとしている「国民保険」へ道は楽な道ではなく、むしろ茨の道である。DGB は、国民保険を実現するにあたって、まずは被用者と使用者との連帯の意識を植えつけていかなければならないと考えている。労働組合側でも、例えばヴェルディという最大の労働組合には、民間保険会社の職員も入っている。また疾病金庫職員、保険医の診療所や病院の職員も入っている。そうした人たちを一緒にして1つの国民保険としてやっていくためには、様々な就業形態の人たちに対して、同じ保険に入ることの意味を明確に理由づけしていく必要がある。説得は非常に難しい。

○社会保険方式について

- DGB としては、将来的にも社会保険方式を採っていくべきであり、社会保険料として支払った財源については、あくまでも当事者によって運営していくべきだと考えている。
- これを税方式にしてしまうと、財務省の管理下に置かれてしまう。財務省の考える医療保険制度となってしまう。これは、DGB が考える本来の医療保険ではない。

○連邦補助金について

- ・ 医療保険に入る連邦補助金は、「保険になじまない給付」に対するものである。今後、連邦補助金の投入額がいくら増額されるとしても「保険になじまない給付」にしかお金はいかないだろう。現在の年金保険のあり方を見ても、そう思われる。
- ・ 連邦補助金の投入は望ましいことではあるものの、国家があまり影響力を持たない形での連邦補助金の投入とすべきであると考えている。
- ・ 現在、基礎収入、つまりベーシックインカムという話題がある。1人に対して800ユーロずつ分け、少なくとも基礎収入だけは確保しようという考えだ。しかし、DGBではこれはよくない考えだと思っている。
- ・ 基礎収入という考えは、これまで仕事をしてきた人についても、仕事をしてこなかった人についても、同様に800ユーロあるようにするということである。しかし、社会の一員として自分の収入に関してはまずは各個人が責任を負うべきである。
- ・ 他にも問題がある。例えば、その年は国家財政が良く1人あたり800ユーロだったとしても、翌年には財務省の考えで国家財政の健全化と緊縮財政を図るべきだということになるかもしれない。このような場合、基礎収入の将来的な確保が確実ではないという問題がある。また、総花方式、単なるばらまき方式では、最終的には公平な分配とはならない。

○国家の権限について

- ・ 今回の医療制度改革をみると、これまでの地方分権的な志向から中央集権的な志向に変わったことは確かである。
- ・ 疾病金庫中央連合会の設立もそのひとつである。これによって、政府としては、介入がしやすくなった。これまでのように7つの疾病金庫に対応しなければならないのではなく、交渉相手は1つだけでよいことになる。また、政府が推し進めている疾病金庫の合併も、疾病金庫の数が少なくなり、全体像が把握しやすくなるし、コントロールがしやすくなる。統一保険料率の設定も政府サイドによる介入の1つである。
- ・ しかしそれを抑制する仕組みもある。例えば疾病金庫中央連合会のなかには、これまでと同様に、使用者の団体と被用者の団体が入っている。したがって、被用者の団体が疾病金庫中央連合会の中で、国家的なコントロールを抑えようと動くことは可能である。

○選択タリフについて

- ・ 疾病金庫では、免責タリフや償還タリフ、ボーナスタリフなど、様々な選択タリフを提供することができるようになる。しかし、被保険者にとっては疾病金庫や選択タリフを選ぶのが難しくなる。

- ・ サービスがあまりにも多種多様になると、被保険者としてはどの疾病金庫でこういったサービスを出しているのか全体像が把握できないといった、「情報過剰の問題」が生じる。こういった状況を受けて、DGB では代表的な選択タリフの比較表が入ったパンフレットを作成した。このパンフレットに対するニーズが非常に多い。
- ・ 疾病金庫自身が被保険者に対して様々な相談サービスを提供する必要があるが、実際には、不安になった被保険者は消費者センターへ相談しているようである。
- ・ それぞれの疾病金庫で、様々な選択タリフを、リスク選択に利用してしまう可能性があるといったことが問題となっている。例えば免責タリフでは、健康体であれば、1年間に200ユーロだけ支払えばよいということにすると、若くて健康な人はそれだけで来てしまう。
- ・ 今のやり方でいくと、疾病金庫にとって「良い被保険者」という見方が出てくる。罹病率加味の対象の疾病を抱えている人、例えば糖尿病患者で考えてみる。同じ糖尿病患者でも、疾病金庫が提供する様々な医療サービスによって、実際の支出が罹病率加味のリスク構造調整による加算支給分よりも少なくなる場合がある。この場合、その部分は疾病金庫の利益になるため、こういう人は疾病金庫にとって「良い被保険者」ということになる。
- ・ 一方、疾病金庫にとってあまり「魅力的でない被保険者」という見方も出てくる。罹病率加味のリスク構造調整の対象の80疾病に入っていない病気にかかっている、医療費がかさむ被保険者である。
- ・ 公的疾病金庫では締約義務があり、希望者は全て引き受けなくてはならない。しかし、上記のような選択タリフによって、自分たちが希望する人たちに見合ったタリフを提供することは可能である。そこにリスク選択が起こる可能性はある。
- ・ かつて保険料率の低い疾病金庫に加入者が移動するということが起こった。だが、それは全ての被保険者の移動ではなく、移動した加入者は全体の18%程度だった。多くが若い加入者であったため、結果として問題になったのは、移動しない人、つまり高齢者が残るということだった。移動した人たちが移った先は、インターネット上の疾病金庫や電話だけで契約できる疾病金庫だった。
- ・ 今回、罹病率加味のリスク構造調整と統一保険料が導入されたため、そうした若い人たちの移動というのはなくなると思われる。今後、疾病金庫にとっての競争というのは、追加保険料をめぐるものになる可能性がある。これは歪んだ競争であり、問題点は残ると思われる。
- ・ こういった状況であるので、3年後にはまた医療制度改革が行われるだろう。

4. 民間医療保険協会

(PKV ; Verband der privaten Krankenversicherung e.V.)

■日時：2008年11月5日（水） 10:00～12:00

■先方：Oliver Bauer氏（広報担当）

■当方：土田教授、（健保連）戸島、（MURC）田極、岩名

○民間医療保険協会の概要について

- ・ ドイツでは、民間医療保険会社は「医療保険」「介護保険」「追加保険」を提供している。このうち医療保険と介護保険はいわゆる「完全保険」であり、包括的なサービスを提供している。これに対して「追加保険」というのは、公的医療保険の加入者に対する補完的な医療保険である。
- ・ 民間医療保険協会の正規加盟社数は47社である。このうち株式会社が27社、いわゆる共済組合（連盟なども含む）が20社である。ドイツで営業している民間保険関連会社の99%が当協会に加盟している。
- ・ 正規加盟の他に特別加盟1社がある。この1社とは、イギリスのコンバインという会社で、生命保険と一緒にあった医療保険プランをドイツで販売している。さらに、旧ドイツ国有鉄道 of 公務員向けの介護保険団体と、民営化以前のドイツポストの公務員向けの介護保険団体が2社加盟している。したがって、全部で50社が当協会に加盟している。
- ・ 民間医療保険協会の加盟条件は、①ドイツに活動拠点があること、②連邦金融監督庁の認可、または州の監督庁（保険分野）の認可を受けた保険会社であること、である。
- ・ 旧公務員向けの介護保険2団体は古くからの団体であり、医療保険は既に解消され介護保険だけが残っている。したがって、そこに加入している旧公務員は、医療保険については他の民間医療保険に加入している。旧公務員向け介護保険団体への新規加入は認められていないため、20年、30年後には、この2つの団体は解消される見通しである。
- ・ 民間医療保険協会の事務所は、ケルンとベルリンにある。職員の大部分に当たる120名の職員がケルン事務所で働いている。ケルン事務所には、法務部、医療給付部、数理部、統計部がある。主な業務は、加盟企業に対して、新たな保険サービスに関する情報や、政府の決定による新たなサービスに関する情報を提供することである。例えば先般の医療制度改革によって決まった基本タリフを、どのように各民間医療保険で導入するかといった情報提供なども行っている。
- ・ 他にはAOKの研究所と同じように民間医療保険の研究所がある。また、いくつかの関連団体がある。メディプルーフでは公的医療保険におけるMDKと同様に審査、特に民

間介護保険の審査を行っている。メディコムでは民間の保険請求書を取り扱っており、コンパスでは民間介護保険の要介護者に対するアドバイスを行っている。

- ベルリン事務所では、ロビー活動と広報活動の2つの業務を行っている。
- (質問者) ドイツ政府に対する働きかけはどのように行うのか。
- 法案作成時には所管省庁が関係団体に対してヒアリングを行うことになっている。医療保険についての所管省庁は連邦保健省であるため、連邦保健省が関連団体に対して法案作成中にヒアリングを行う。また、議会の読会が始まる前に議会でのヒアリングが行われる。そのような場で、当協会は民間医療保険の団体として意見を提出している。
 - 当協会に加盟している民間企業は非常に多種多様である。例えば、ある町の消防隊員だけの保険を担当している小さな会社から、アリアンツやアクサ、テイクアフォームといったグローバル企業まで幅広いため、意見調整は非常に難しい。
 - そのため、法案作成時には協会内にそれに関連した委員会を設置し、検討を行うこととしている。今回の法案作成時では、基本タリフが非常に重要なポイントであったので、「基本タリフ委員会」を設置し、協会としてどのような意見を提出するか検討を行った。その後、各加盟企業に協会としての意見を事前に提出し意見調整を行った。

○基本タリフについて

- 基本タリフには次のような重要な要素がある。第1に、基本タリフの被保険者に対して、いわゆる「基礎的な保障」を確保するということ、第2に、基本タリフに加入している人たちが、ある会社（保険）から別の会社（保険）に移る時に、その老齢積立金を携帯して行けるということ、この2点である。
- 加入者が会社（保険）を移る可能性が出てきたため、各保険会社、特に株式会社形態の保険会社の中には、できるだけ多くの新規加入者を得ることを期待し、基本タリフに対してポジティブな意見を持つところもあった。しかし、いろいろと議論を重ねていくうちに、基本タリフ自体、民間医療保険会社にとっては全くネガティブなものであるということで、協会の統一した意見としてまとめる結果となった。
- 結果、30社がカールスルーエにある連邦憲法裁判所に集団訴訟を行った。この30社はしっかりした法務関係部署がある大企業である。集団訴訟に加わらなかった会社は小規模で法務部がないため、このような集団訴訟に関わるだけの力を持っていないところである。協会としても、基本タリフについて反対の立場をとっている。
- 協会としては、基本タリフを全く新しい観点から捉える必要があると考えている。すなわち、基本タリフは新しい保険商品ではなく、あくまでも政府による民間医療保険への対抗手段であると思っている。
- ドイツの医療保険制度には4つの問題点があると考えている。第1に、公的医療保険、民間医療保険にかかわらず、医療技術の進歩に伴って医療費が増加しているということ

である。第2に、高齢化が医療費の増加に拍車をかけているということ。第3に、保険料率・保険料がそれに伴って上がるということである。保険料率・保険料が上がるということは、すなわち労使折半で分担している使用者側の副次コストが上がるということになる。保険料が上がることについて経済界は非常に強く反対している。第4に、医療保険財政における分配の問題だが、公的医療保険では「連帯原則」に従って行っているのに対し、民間医療保険は「連帯」の理念に相反するような活動をしているといった考えが政府にあることである。公的医療保険の被保険者と民間医療保険の被保険者との間では、被保険者という共通枠はありながらも「連帯」の精神が生まれにくいと政府は考えている。

○老齢積立金について

- ・ 民間医療保険では積立方式によって保険財政を作り上げており、現在 1,200 億ユーロの老齢積立金がある。
- ・ 連邦保健大臣の意向は、まず基本タリフによって民間医療保険を公的医療保険の財政に組み入れることである。そして最終的には民間医療保険から公的医療保険への変更を可能にし、民間保険の老齢積立金を公的医療保険へ移動させたいと考えている。
- ・ 民間から公的医療保険への老齢積立金の移動が可能ということになれば、連邦保健省では法律を作成することもあり得る。その可能性を懸念して、民間保険会社は連邦憲法裁判所へ集団訴訟を提出した。連邦憲法裁判所で国がしても良いこと、国がしてはいけないことを明確にしてくれることを希望している。

○連邦憲法裁判所への集団訴訟について

- ・ いろいろな観点からの訴訟であるが、第1に基本タリフに関することである。基本タリフについては、国が民間保険会社に対して、リスクに対応した保険料計算ではない別の保険料計算方法を指定している。国が民間企業に対して保険数理上の計算方法を指定することは問題があるのではないか。
- ・ 第2に老齢積立金のポータビリティに関することである。この制度は、既に民間医療保険に加入し老齢積立金を保有する人たちの既得権を侵害し、契約の自由性を阻害するものである（3年間は加入した保険会社から移れないという規定がある）。3年という規定を設けることは民間企業の自由な活動を束縛するものではないか。
- ・ 2008年3月に連邦憲法裁判所に提訴した。公判記述・決定記述の内容はまだわからないが、少なくとも2009年1月に基本タリフが導入される前、すなわち今年中には、何らかの形で連邦憲法裁判所が意見を表明することを希望している。

(質問者) どのような結論が出ることを期待しているのか。

- ・ 国に対して、民間企業への介入姿勢に警告を発するという、また基本タリフの導入

自体をできれば破棄してもらいたいということである。ただし、基本タリフの中の少なくとも1つの要素、つまり、民間医療保険の保険料を支払えずに脱退してしまった無保険者に対して医療提供を保障するという点については、必要なことだと考えている。

○リスク構造調整について

(質問者) 民間保険会社もリスク構造調整の中に入るべきだという意見についてはどのように考えるか。

- それは始めから拒否する。我々は、加入者との間で公的医療保険財政に組み入れられるということを予定しないで結んだ契約がある。それを反故にすることはできない。
- リスク構造調整は、同じ条件の下で被保険者が入ってきたときに、その被保険者が持つリスクを調整するというのであれば意味がある。民間保険会社の基本タリフの加入者について、民間保険会社間でリスク構造調整をするというのは考え方としてはあるかもしれない。しかし、それを越えて、公的医療金庫とのリスク構造調整というのは無理である。

○医療保険における「連帯」について

- 民間医療保険は財政という点で、医療保険に非常に大きく貢献している。病院・診療所は民間の医療保険がなければ経営危機に陥るだろう。また新たな医薬品や新技術は、最初に民間の医療保険で導入され、その後公的医療保険で導入される。したがって、民間医療保険は、ドイツにおける医療技術の進歩や画期的な新薬の使用といった点でも大きく貢献している。
- 民間医療保険で支払われた医療給付費は2006年度には96億ユーロである。もし民間医療保険がなくなれば、医療保険財源として96億ユーロに当たる部分がなくなり、診療所・病院にとって非常に大きなマイナスとなる。
- 民間医療保険には855万人が加入している。この855万人については、積立方式による老齢積立金がある。その結果、加入者が高齢になっても、加入者の医療費支出分はもうカバーされている。その点で公的医療保険とは異なる。
- 例えば、共済組合では自分たちの保障は自分たちで行っている、そういった点で「連帯」を実現しているし、それと同時に、①国民全体の医療保険財政に貢献しているという点、②老齢積立金により将来的にドイツの若い世代への負担にはならないという点で、「国民全体での連帯」を実現していると考えている。
- 政府が医療保険市場の枠から民間医療保険を外したいと考えているのは、あくまでも完全保険の部分である。いわゆる基礎保障を(公的保険で)確立して、それ以外の部分を民間医療保険の追加保険でやればよいと考えている。

○国民皆保険と無保険者について

- ・ 民間医療保険協会は、国民皆保険化に反対の立場である。国民皆保険は、自分たちの保障を自分たちで行うといった、国民の「自由な保障」という手段、その自立性に対して国が介入しすぎてしまうことになると思っている。
- ・ 民間医療保険協会としても、民間医療保険に加入していたが保険料を払えずに脱退した加入者に民間医療保険に再度加入してもらおうとする動きは数年前からあった。加入方法について検討しモデルも考案したが、それが間に合わずに基本タリフの導入を決めた法律が先に通ってしまった。
- ・ 基本タリフにおける無保険者の再加入については世論も大きく賛成しているので、連邦憲法裁判所の判断如何に拘わらず、この部分だけは守ろうと思っている。
- ・ 無保険者数を把握するのは難しい。例えば、民間医療保険から脱退した人の数は把握できるが、その人たちが他の民間医療保険会社に入ったのか、あるいは外国に行ったのかなどはわからない。
- ・ 政府は「無保険者数 40 万人」という数字を出したが、これは非常に多すぎると思う。民間医療保険協会が依頼した研究機関は 20 万人という数字を出した。
- ・ 2007 年 7 月には、無保険者のために「標準タリフ」が設けられた。当初、この標準タリフに、無保険者が多数加入してくると予想していたが、現在までに 6,500 人くらいの加入しかなかった。その点を踏まえると、無保険者はせいぜい 2 万人～4 万人くらいなのではないか。

(質問者) その 6,500 人はどういう形で入ってきたのか。民間保険会社が積極的に加入を呼びかけたのか。

- ・ 協会としては、標準タリフに関する一般向け情報を一切出さなかった。宣伝したのは、連邦保健省である。
- ・ 無保険者がどうして無保険になったのか、その理由を考えれば明らかである。無保険者は、民間保険会社からみれば魅力を感じない対象である。保険内容の記載事項に不備があったため、あるいは保険料を滞納していたために無保険になってしまった人たちである。そういった人たちが民間医療保険の標準タリフに加入することについて、それほど大きなメリットはない。

(質問者) 先程の話では、民間保険から脱退した加入者を再加入させるための検討を行ったということであったが、そこで想定した対象者というのは、この無保険になってしまった人たちとはまた別の理由で脱退した人だったのか。

- ・ 数年前に民間医療保険会社で、再加入を進めるべくモデルプロジェクトを検討・推進する動きはあった。しかし、それは再加入者を獲得したかったからではなく、そうした無保険者が、例えば法案作成時に代表として意見聴取を求められたりする場合に、民間医療保険会社を攻撃し、民間保険会社のイメージを損ねることがあっては好ましくないという判断からであった。そのため、そういった無保険者を引き受ける体制を作るべきで

あるという意見が出たのだが、加盟企業に対する説得力が足りなかったために、具体的に実現には至らなかった。

(質問者) 協会でそういう議論をしていることを政府は知っていたのか。

- ・ 民間医療保険協会としては、このようなモデルプロジェクトを立ち上げ再加入の可能性を探っていると公表したが、政府は民間医療保険会社が実行するかどうかについては懐疑的だった。

○公的医療保険競争強化法について

(質問者) 今回の改革は競争強化法という名前であるが、民間保険団体としてはどのように考えているか。

- ・ 民間医療保険会社はこれまでも競争的な環境でビジネスを行ってきたので、競争強化というタイトルは、非常に歓迎すべき制度改革のタイトルといえる。しかし、制度改革の内容をみると、国家の介入が強まる内容であり、これでは「競争強化」ではなく「競争弱化」の方向といえる。
- ・ これまで公的医療保険の保険料率は 11.9%~14.8%と幅があり、保険料率においても競争の可能性が非常に多くあった。しかし、統一保険料率となってしまう点だけ見ても、競争が少なくなっているといえる。
- ・ 政府としては「医療保険市場の統一化」といった狙いがあると思う。公的医療保険・疾病金庫では追加保険や選択タリフがあるが、こうしたものを導入することで、この部分において公的医療金庫と民間医療保険会社との競争を生み出している。
- ・ 選択タリフにもいろいろあるが、公的医療金庫は追加保険として1人部屋の給付を提供することや、外国での医療保険を提供することが可能になった。また、公的医療金庫が代替医療に関して追加保険でカバーすることが可能になった。こういったことは民間保険会社がこれまでやってきたことであり、この部分では公的医療金庫と民間の医療保険会社との競争になると思う。

(質問者) 確かにそれは「競争」といえるかもしれないが、本当に「競争」になると考えているか。

- ・ この分野は民間医療保険がこれまでやってきたことであり、確固としたものがある。しかし、公的医療金庫は非常に多種多様な販売活動・営業活動の可能性があり、被保険者自体が多いため、その人たちをターゲットとした広報活動を行えば、それは十分に商品として成り立つ。
- ・ また、民間保険会社がこれまで行ってきた追加保険の保険料計算方法というのはリスク計算をするが、それについて金融監督庁が許可したものしか提供できないことになっている。しかし、公的医療金庫が例えば1人部屋という追加保険を提供する際には、そういったリスク計算方法は適用されないことになっている。これは大きな問題点だと思う。

- ・ 金融監督庁は民間保険会社の監督庁であって、公的 disease 金庫を監督するのは連邦保健省である。連邦保健省では、このような保険上のリスク計算については全然経験がない。したがって、公的 disease 金庫では自由な計算方法が可能と考えてもよいと思われる。
- ・ 追加保険分野で公的 disease 金庫が大きな競争相手になるとしても、民間医療保険会社は、医療保険、介護保険といった完全保険でビジネスが成り立っているのです。追加保険分野でこれまで以上に尽力するとか、営業努力をするというつもりはない。

(質問者) 完全保険が最も大事な分野だから守りきりたいということか。

- ・ そうしないと、民間保険会社は生き残れない。もし民間医療保険会社が追加保険しか認められなくなれば、医療保険分野からは完全撤退すると表明している保険会社もある。
- ・ 追加保険というのは、保険料がせいぜい月額 12 ユーロとか 15 ユーロくらいだと思うが、保険審査や請求書のやりとりなどの事務管理コストがかかるので、ビジネスとしては成り立たない。

○基本タリフを導入することについて

- ・ 民間医療保険会社が基本タリフを引き受けることについて、非常に多くの国民から賛同を得られるという見方があるかもしれないが、民間医療保険協会ではそのように考えてはいない。民間医療保険会社が基本タリフを受け入れるということは、むしろ完全保険から撤退する第一歩であると考えている。
- ・ 基本タリフを導入するという事は、これまで行ってきたリスクを加味した保険料設定が全然できなくなるということである。基本タリフの加入者部分からはじめから赤字になることが予想されるが、その赤字部分は基本タリフ以外の加入者分から補填することになる。つまり、基本タリフの損失分を一般の民間医療保険の加入者の保険料から賄うということになる。そうすると、一般の普通の民間医療保険の加入者の保険料が高くなる。基本タリフの保険料については最高限度額が設定されているので、保険料を引き上げることができない。このような経緯が、民間医療保険の加入者間に広まると、「そういうことであれば、自分たちも普通のタリフではなく基本タリフに移ろう」ということになり、普通の医療保険から加入者がどんどん出ていってしまう。最終的には、民間医療保険会社では基本タリフの加入者しかいなくなり、そうすると、これはまさに、公的 disease 金庫と同じになってしまう。まさに、負のスパイラルである。

(質問者) 話はとてもよくわかるが、民間保険の一般加入者が基本タリフに本当に流れていくと思うか。

- ・ このことは、当協会の加盟企業にとって非常に大きなリスクとして捉えられている。一般タリフから基本タリフへの移動を防ぐためにはどうしたらよいかといった検討が何度も行われた。結論としては、基本タリフがいかに魅力のないものであるか、そして一般タリフがいかに魅力のあるものであるかということのアピールする以外に方法はな

いという結論になった。

○公的疾病金庫との競争における競争戦略について

- ・ 公的疾病金庫との違いをアピールする必要性が出てきたという点で見れば、「競争強化」ということになる。例えば、民間保険では、公的医療保険の選択タリフなどとは違った、よりきめの細やかな、各被保険者に見合ったテーラーメイドの医療保険プランを多種多様に用意している。また、診療所では待ち時間なく優遇して診てもらえることができる。さらに、保険医でも自由診療医でも受診することができる。こういった点をアピールしていきたい。
- ・ 一方、民間医療保険が遅れている分野としては、公的疾病金庫で行われている製薬会社との割引契約である。このようなことは行ってこなかったため、今後は医療提供サービスに対するコントロールといった、そういった仕組みを考えていきたいと思う。
- ・ 民間医療保険の加入者に対しては、より質の高い医療を提供するために、これまでも行ってきた「ヘルスマネジメント」を更に進める。医師に対しては（医師は我々からの提言を好まないのだが）、例えば、民間医療保険の加入者が来た場合には、公的医療保険以上の高い水準の治療・処置をするように注文するといったようなことを推し進めていきたい。
- ・ 病院や医師を選択して契約を結ぶ方式についてはかなり進んでいる。例えば、ケルンにある民間医療保険会社 DKV 等では、特に優れた歯科医師だけを選んで契約を結び、加入者がそこに行くと非常に良い歯科治療を受けられるといったサービスをしている。
- ・ これ以外にも、例えば、民間医療保険会社が診療所に投資して、高額医療機器を購入してもらい、それによって質の高い医療サービスを提供するといった取組みもある。
- ・ 今回の改革により、民間保険の加入者と公的保険の加入者との間の溝は深まってしまうだろう。政府は、ドイツに民間医療保険がある限り、ドイツの医療保険制度は2階級制になってしまったと言ってきた。これをなくすため、基本タリフを導入すると説明してきたのだが、基本タリフを導入した結果、かえって溝が深まることになってしまっただろう。民間保険会社としては、民間保険加入のメリット PR やネガティブキャンペーンなどのような、溝が深まる形でしか対抗策の打ちようがない。

○国民保険構想と人頭割健康保険料モデルについて

- ・ キリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）が提案していた定額保険制は、あくまでも公的疾病金庫と民間医療保険会社が併存するという前提での定額保険制度であった。したがって、民間医療保険協会としてはその案に賛成の立場をとっていた。
- ・ それに対して、社会民主党（SPD）の国民保険は、公的・民間医療保険の併存ではなく、あくまでも統一の保険を設立するというものだったので、その政策案に対して、当協会

は反対の立場をとった。

- これまでの政府の方針は、医療制度改革の中に含まれている追加保険や選択タリフ、ヘルスマネジメントをみてもわかるように、民間医療保険会社に対する挑戦であるが、民間保険会社はそれに打ち勝つだけの新たな戦略を作り出すことができると考えている。
- 保険の原則である「リスクによる保険料設定」と、締約義務を課さないこと（リスクの内容によってはリスク選別の可能性を持つこと）、この2つが許されてこそ公平な競争が行われる。

○民間保険会社の再編の可能性について

- 民間医療保険会社の吸収・合併はこれまでも頻繁に行われてきた。しかし、当協会加盟の民間保険会社数がほとんど変わらずにきているのは、外国保険会社の新規参入があるからである。吸収・合併があっても、外国企業の参入がある限り、当協会の加盟企業数は50社程度のままで今後もほとんど変わらないだろう。
- しかし、ドイツの政治的な環境が、民間医療保険にとって非常に不利な状況になるようなことがあれば、ドイツの医療保険市場から撤退しようとする保険会社も出てくるだろう。

○今後の動向について

- 現在、基本タリフの導入は、各民間医療保険会社にとってそれほど大きな問題とはなっていない。ただし、今後どのような展開をするのか注目している。数年間、様子を見ないとわからない。
 - 基本タリフは、一般のタリフと比較すると魅力がない。例えば、32歳の女性の場合、基本タリフでは、最高保険料が576ユーロとなっている。基本タリフであれば、普通の公的医療保険と同じようなサービスしか受けられないが、民間医療保険会社の保険には、それよりも安い保険料で、公的医療保険のサービスよりも良いサービスを受けられる保険プランがある。
 - したがって、現在のところは、無保険者が基本タリフに入る場合を除いて、それほど脅威にはならないと見ている。しかし、民間保険会社としては、基本タリフが導入された場合のワーストケースを想定した上で、準備態勢を採る必要があると思っている。
- (質問者) 基本タリフの加入者に関する、民間保険間のリスク構造調整であれば認めるかもしれないという話であったが、政府としては、基本タリフに加入した人は、あくまでも公的なものとして、全体のリスク構造調整の対象とするということもあり得るのではないか。今後、そのような意見が出てくる場合も想定しているのか。
- 政府としては、基本タリフは公的医療保険と同じだから、リスク構造調整に組み入れるといったことを考える可能性はあるだろう。しかし、それは憲法上無理がある。集団訴

訟の中にもその点は入れ込んでいる。

- ・ 民間医療保険内でのリスク構造調整については、すでに保険監督法の中に盛り込まれており、可能である。

(質問者) 連邦憲法裁判所の判決が出た場合、判決結果によっては、今後反対運動やロビー活動を大きく展開させていく予定はあるのか。

- ・ 特別のロビー活動は考えていない。2つのケースを想定して準備態勢を整えている。基本タリフが違憲でないと判決が出た場合には、2009年1月1日から基本タリフが導入されることになるため、導入できるよう準備を進めている。一方、基本タリフが違憲であると判決が出た場合には、今後は反対の姿勢をますます強める予定である。

5. ドイツ使用者団体連邦協会

(BDA ; Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände)

■日時：2008年11月5日（水） 13:00～15:00

■先方：Gert Nachtigal 氏（社会保障部長代理）

■当方：土田教授、（健保連）戸島、（MURC）田極、岩名

○ドイツ経済の状況等について

- ・ ドイツでも金融危機の影響が深刻な状況である。EU・ドイツ政府において救済策が検討されている。本日（2008年11月5日）の午前中に、BDAが支持する景気対策が閣議決定された。
- ・ 今回の景気対策は「国家」を前面に押し出した内容となっているが、この危機的な状況が克服されれば、国家の介入は必要最小限にすべきである。
- ・ BDAとしては今後このような金融危機が再度起こることがないように、明確な規則づくりを求めていきたいと考えている。今回の金融危機から得た教訓としては、一国だけの対策では一切解決ができないということであり、今後ますます国際化が進むことを考えると、国際市場での統一ルールを設定することが必要だろう。

○2007年の医療制度改革について

- ・ 医療制度改革について、BDAは「一部賛成」という立場である。なぜ「一部」なのかというと、今回の制度改革が根本的な改革となっていないからである。
- ・ 第1に、医療保険財源に関することであるが、将来的には、保険料を所得にリンクさせるべきではないと考えている。保険料を所得と切り離し、低所得者に対しては連邦補助金を投入するというのがBDAの要望である。
- ・ 第2に、医療分野においてはこれまで以上に競争強化を図るべきであると考えている。現行制度では競争が十分に行われていない。医療費抑制と医療の質の向上のためには、疾病金庫の契約の自由性を拡大させることが非常に重要である。
- ・ 第3に、国民に対して、今まで以上に、自己責任による健康管理の必要性を啓発するべきであると考えている。自己負担を増やす一方で、医療コストの透明化を図ることが必要である。
- ・ 人工授精や家計に対する援助は自己責任として行われるべきであり、保険料から支払われるべきものではないと考えている。また、「消費者情報センター」や「患者情報センター」については連邦補助金で賄われるべきである。さらに医療過誤等によって発生し

た患者への補償や情報提供等についても、国民保護として連邦補助金を投入すべきであると考えている。

- ・ 「保険になじまない給付」については連邦補助金が投入されている。投入額を毎年 15 億ユーロずつ増やし、「保険になじまない給付」を全額、連邦補助金でカバーしていくというのが政府の考え方である。
- ・ BDA としては、公的医療保険の給付については基本的なコア部分に集約していくべきであると考えている。このコア部分は固定ではなく、絶えず見直しをしていく必要があると思っている。
- ・ 例えば、MRT を導入すればレントゲンは不要になるはずだが、レントゲンの数自体減少していない。給付でみても MRT 部分の新たな給付が加わっただけである。つまり、新技術が導入されて古い技術と重複している可能性があるにもかかわらず、その部分について見直しが十分に進んでいない。
- ・ 連邦合同委員会は治療ガイドラインなどを作成している委員会であり、メンバーは医師や病院の代表、疾病金庫の代表、患者の代表で構成されている。この連邦合同委員会がコア部分の見直しを行うべきであると思っている。

OBDAが望む財源政策について

- ・ 人口の高齢化や医療技術の高度化に伴う医療費の増加を考えると、長期的には、積立方式で今後の医療保険財源を確保していく必要があると思っている。
- ・ 5,600 万人の大人の被保険者と 1,400 万人の子どもについて、人頭保険料として一律に 200 ユーロを徴収すれば、十分な医療保険財源を確保することができるだろう。
- ・ BDA の提唱するモデルでは、保険給付については保険料だけで十分賄える。連邦補助金は、低所得者や多子世帯への支援といった「保険になじまない給付」にのみ投入するという考えである。

(質問者) ドイツでは伝統的に賦課方式が採られてきたが、積立方式の拡大ということは、今までの原理を変えていくということか。

- ・ ドイツの戦後初の首相アデナウアーは子どもは自然にできると発言したが、現在はそういう状況ではなくなっている。賦課方式というのは非常に無理がある。それは年金保険で如実に現れている。
- ・ BDA の提唱するモデルでは、今まで使用者分として支払われてきた保険料相当額を、その被用者に対して名目賃金として上乘せし、所得税を引いた手取り賃金の中から 200 ユーロを支払うといった仕組みである。

(質問者) 賃金を引き上げ使用者側は保険料負担をしなくなるという理解でよいか。

- ・ そうだ。現在の方式では、保険料率が上がる度に使用者側のいわゆる副次コストも上がり、ひいては人件費なども上がり、ドイツ経済界の競争力が弱まるという仕組みだった。

(質問者) 200 ユーロの根拠は何か。

- 現在の保険料平均額が 280 ユーロで最高額が 580 ユーロとなっている。平均的な所得は 2,500 ユーロで新たに導入される統一保険料率は 15.5%だから、そこから算出される保険料は平均 380 ユーロということになる。これを労使折半すると、使用者負担額は 200 ユーロで十分ということになる。
- BDA 提唱の定額保険を導入する上で、先般公表された連邦憲法裁判所の判決がネックになっている。具体的には、子供が 6 人いる弁護士の家庭で民間医療保険に加入しているが、所得査定時に保険料分が全額免除にならなかった。これが違憲となった。民間医療保険の加入者の保険料に関して、公的医療保険の加入者の保険料よりも保険料控除を認める措置を採ることといった決定がなされた。連邦憲法裁判所の結果を鑑みて、以前は 180 ユーロ定額保険としていたのを、200 ユーロに上げた。

(質問者) 今回の改革では「追加保険料」という仕組みが導入された。この追加保険料は被用者のみの負担となっている。その点では、BDA の主張がある程度受け入れられたというように捉えてよいか。

- そのとおりだ。したがって、これまでの医療制度改革の時とは違って、今回の改革については使用者側からはそれほど強い批判は出ていない。

○統一保険料率の導入について

- 統一保険料率の決定権は国にある。統一保険料率を引き上げる際には、①事前にあらゆる関係団体から意見を聴取すること、②その際、本当に保険料率を引き上げる必要があるのか理由付けも明確にすること、を政府に要求している。
- 統一保険料率という仕組みになっても、料率が上がれば使用者側の負担が増えるという点で以前と変わらない。したがって、BDA では定額保険制の導入を要求している。

(質問者) 今までは、各 BKK 単位で保険料率を決めることができたため、各企業である程度はコントロールできる部分があった。しかし、統一保険料率が導入されてしまうと、個別企業ではどうにもならない。したがって、使用者団体として BDA が国に強く交渉して欲しいといった、会員企業からの要望が増えるのではないか。

- BDA の社会保障部は、会員企業のために社会保障政策に関するロビー活動をする部署である。したがって、統一保険料率の引上げが議題に上れば、それによってドイツの産業競争力が下がり、失業者が増えると強く訴えていくことには変わりはない。
- 外資系企業にとっては、ドイツは賃金に伴う副次コストが高い国といえるだろう。現段階で既に保険料率は平均 14.9%であったのが統一保険料率で 15.5%と設定され、値上がりしている。将来的に医療費が下がることはないだろう。賃金交渉で賃金が上がる度、あるいは保険料率が上がる度に、企業の副次コストが上がり、外資系企業にとっても魅力のない国となっていくだろう。

○「当事者自治」について

(質問者) 定額保険料が導入された場合、使用者負担分の保険料相当額を給料に上乘せし、使用者負担をなくすということだったが、これからの医療保険は「当事者自治」の原則はなくなっていくという理解でよいか。使用者団体としては、もう保険運営の一端を担っていくつもりはないということか。

- ・ 「当事者自治」に関してだが、保険料労使折半だから「当事者自治」という捉え方はしていない。
- ・ 今まで行ってきた「当事者自治」の中で、保険料の労使折半部分がなくなるだけである。企業で働いている人たちが健康であれば、それだけ企業にとってプラスになるということに変わりはない。したがって、就業者の健康管理に留意するし、使用者側として疾病金庫の運営には関わっていくつもりだ。
- ・ 逆に、保険料の被用者負担がない「当事者自治」の例としては労災保険がある。労災保険の保険料は使用者側が全額払っているが、使用者側と被用者側の当事者自治として運営が行われている。

○国民皆保険について

- ・ 今後数年かけて医療保険に対する連邦補助金の投入額が増額されていく予定である。しかし、現在はまだ、保険料が支払えない人に対する十分な保険料補助額とはなっていない。このような段階での国民皆保険構想は時期尚早といえる。
- ・ 国民皆保険を提唱するのであれば、それに見合う財源の具体案を立てるべきではないか。

○医療基金について

- ・ 医療基金の創設について関係者からは様々な反対意見が出た。医療基金によって医療費がかえって高くなるという意見が出たが、その考えは間違っている。医療基金は「官僚機構の巨人」「怪物」といった表現をされるが、医療基金自体は連邦保険庁の職員 10 名くらいで事務的には運営が可能なものである。
- ・ 医療基金創設・統一保険料率設定は、我々が提唱する、いわゆる「定額保険制への第一歩」であると捉えている。統一保険料率の設定がなければ、BDA が提唱する「定額保険」の基盤はできないからだ。
- ・ 医療基金の設立が決まったときに、多くの新聞は「これで 90%の被保険者はこれまで以上に保険料を支払わなければいけなくなった」と、あたかも医療基金の設立が原因で保険料が増えるかのような書き方をした。しかし、これは間違った書き方である。保険料の増額は医療基金の設立によるものではない。
- ・ 保険料率がこれまで平均 14.9%だったのに対し、新たに導入される統一保険料率が

15.5%に設定されたからだ。14.9%から 15.5%に引き上げられたのは、保険医と病院に対する政府からのプレゼントのためだ。

- ・ 保険医の診療報酬制度改革により、総額 25 億ユーロの増加となる。これまでの診療報酬より 10%高くなる計算である。また、病院に対する予算は 35 億ユーロの増加である。
- ・ 診療報酬制度改革で、医師に対する診療報酬が引き上げられるが、それに見合うだけの医療の質の向上があるかは今のところ不明だ。医師からの得票を狙った、2009 年秋の選挙対策といえる。
- ・ BDA ではこのような保険料の増額・労使負担の増加について強く反対した。2005 年の大連立政権が誕生した時の連立協定では、医療保険料率を安定・現状維持するか、あるいは引き下げる方向で努力すべきであるといった一文がある。しかし、今回これとは全く反対のことが行われてしまった。

○罹病率加味のリスク構造調整について

- ・ BDA では罹病率加味のリスク構造調整の導入については評価している。十分に機能しないリスク構造調整下では公平な競争が進まない。
- ・ 疾病金庫間の競争は比較的良好に行われていると思う。しかしながら、医療提供側の競争は現在のところうまく機能していないと思う。したがって、この部分については、疾病金庫が医療提供者側と個別に契約を結ぶといった取組みを積極的に広げていくべきだと思う。
- ・ ある疾病金庫の例だが、糖尿病の患者に対して非常に良いモデルプロジェクトを導入した。糖尿病患者の治療に最適な医師を選び、糖尿病患者向けの運動療法を行った結果、非常に良い成果が得られた。
- ・ こうした取組みを行うにはお金がかかる。しかし、このモデルプロジェクトを導入した結果、失明や足を切断する患者がいなくなり、医療費抑制にも寄与した。
- ・ このモデルプロジェクトを行った時には、罹病率加味のリスク構造調整が導入されていなかった。したがって、この疾病金庫が自分たちのモデルプロジェクトを積極的に宣伝していれば、多くの糖尿病患者が加入してきて、その疾病金庫にとっては支出が大きく増えたに違いない。
- ・ 罹病率加味のリスク構造調整が導入されれば、こういった取組みが行いやすくなると思う。したがって、我々は罹病率加味のリスク構造調整の導入を非常にポジティブに捉えている。
- ・ 罹病率加味のリスク構造調整では、対象疾病に対する加算交付金が支給される。その結果、例えば糖尿病の患者がいればその分交付金が増えるということになる。一方、モデルプロジェクトを行うことによって医療費支出を抑制できれば、その疾病金庫に利益が生まれることになるので、疾病金庫にとっては非常に魅力のある仕組みだと思う。

○今後の社会保険における企業の役割について

(質問者) 今後、企業・使用者側は、国民の社会保障・医療保障に対してどこまで責任を負う、あるいは関与する必要があると考えているか。

- ・ 医療保険分野における企業の社会的責任について財政面だけで捉えるのは、一元的・部分的な捉え方だと思う。企業の社会的責任は、例えば保険料の折半部分がなくなるとしても、従業員に対する健康増進策は長年にわたって続けてきているわけであり、今後もその部分では変わることはない。企業は、社会保障分野においても社会的責任を今後も引き続き負うべきであり、減少していくことはないと考えている。
- ・ 社会保険の大きな枠組みはこれからも変わらないと思っている。したがって、高所得者と低所得者の間の連帯、健康な人と病気の人と間の連帯、若い世代と高齢者との間の連帯といった「連帯」は社会保険方式では不可欠だと思っている。

○制度における国の役割について

- ・ 今回の医療制度改革では、国の介入、国の影響力が強くなってきたと思う。金融危機による金融機関への国家介入は、あくまでも暫定措置であるとメルケル首相は断言している。しかし、医療分野においては、国家が恒久的に国の権力・影響力を行使しようとしているように見受けられる。
- ・ それに対する措置として、BDA は競争強化を提唱している。医療分野で競争が強化されれば、国が関与する余地は自然と減っていくと考えている。疾病金庫に対して契約の自由性・裁量性をもっと認めることで機能強化を図る必要があると考えている。
- ・ これまでのドイツの歴史を見ると、国家は枠組みや条件、規則を設ける立場であればよいが、市場におけるプレーヤーとしては不向きである。
- ・ 良いプレーヤーとはなり得ないという証が 15.5%という保険料率に表れている。しかし、これに対して、BDA としては批判するつもりは一切ない。BDA の提唱する定額保険料を導入するためのステップとして、統一保険料率の導入が必要だからだ。統一保険料率がなく、初めから定額保険料を設定すれば、国民のコンセンサスをなかなか得られないと思っている。

(質問者) 今回の改革によって民間保険が公的医療保険制度に組み込まれていくといった見方をすることができるかもしれない。これについてどのように考えるか。

- ・ 民間医療保険が公的医療保険に組み込まれることは良いことではない。その理由としては、民間医療保険は老齢積立金を設けており、公的医療保険とは比べ物にならないくらい、人口の高齢化に対して非常に良い準備態勢が整っているからだ。民間医療保険を公的医療保険に組み込もうという考えを持つ人がいるとしたら、これはあくまでも 1,200 億ユーロの老齢積立金を公的医療保険財源に組み入れたいという背景があるからだろう。

○今後の動向について

- ・ 大連立政権下で行われた今回の改革は妥協の産物といえる部分もある。2009年の選挙で社会民主党（SPD）が勝てば国民保険が導入されるだろうし、キリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）が勝てばいわゆる連帯的健康保険が導入されるだろう。最悪なのは大連立政権が続くことである。そうなると、一番重要なポイントである医療保険財源をどのように確保するかという点について、メスを入れられないまま4年間で過ぎてしまうことになる。そうなれば、ドイツの医療保険制度は破綻すると思っている。
- ・ 日本の健康保険組合とドイツの企業疾病金庫（BKK）には大きな違いがある。ドイツのBKKは、グローバル企業との結びつきをもっているところはほとんどなくなってしまった。閉鎖型のBKKがいくつかあるが、母体企業との結びつきは日本ほどには強くない。日本のように母体企業との結びつきが強く、それにより母体企業自体のイメージがアップするモデルは非常に良いと思う。日本のモデルでは、連帯の精神も被保険者の中に強くあり、そこではモラルハザードという危険性がなくなる。モラルハザードが生まれにくい環境である。
- ・ ドイツでは、今後、閉鎖型BKKは合併するか、あるいは開放型にしていくしかないのではないかと思っている。
- ・ 競争強化という意味では、開放型にする必要があったと思う。しかしながら、BKKは長年の歴史があり、その企業のイメージ、アイデンティティーをそれぞれ持っている。その企業のアイデンティティーが、開放型にすることによってなくなってしまったのは非常に残念である。しかし、あの当時の公的医療保険の状況を考えると、残念なことではあるが、開放型にして競争を強化させるしか方策はなかったと思う。

6. 連邦保健省 (Bundesministerium für Gesundheit)

■日時：2008年11月6日(木) 10:00～12:00

■先方：Hans-Walter Obert 氏 (公的医療保険担当)

■当方：土田教授、(健保連) 戸島、(MURC) 田極、岩名

○連邦保健省について

- ・ 1991年のボン・ベルリン協定によって、中央省庁の中でも6つの省だけは本拠地がボンに設定されている。そのうちの1つが連邦保健省である。ボンに本部があるのは、連邦保健省以外には、国防省や農水省、教育省、環境省、経済開発協力省であり、ベルリンには支部・支所がある。
- ・ 議会に近いため、ボンに本部がある省でも局長以上の幹部は全てベルリンにいる。したがって、連邦保健大臣と事務次官、副大臣はベルリンにいる。
- ・ 一方、専門家はボンにいる。ボンの本部は4つの局に分かれている。「中央局」には国際関係課があり、外国からの訪問者を迎えるためのアレンジを行ったり、ヨーロッパ連合本部やWHO、OECD等の国際機関との関係を調整したりするところである。「第1局」は医薬品の許認可・医薬品安全を、「第2局」は公的医療保険と公的介護保険を、「第3局」は予防・健康増進を担当している。
- ・ 「第2局」は3つの課で構成されており、そのうちの1つが「第21課」になる。ここでは、医療提供体制、医療の質、病院分野を担当している。「第22課」は公的医療保険課、「第23課」は公的介護保険課である。
- ・ 民間医療保険分野については連邦保健省の中に担当する課はない。あくまでも財務省の管轄になる。

○医療保険制度改革についての評価について

(質問者) 今回の調査では様々な所から話を聞いているが、医療制度改革について賛成の意見もあれば反対の意見もある。連邦保健省としては今回の改革に対する関係者からの反応についてどのように考えているか。予想の範囲内だったのか、予想を超えて反対が大きかったのか。そのあたりから話を聞きたい。

- ・ 医療保険制度改革では、まず2007年4月1日にいくつかの重要なポイントが導入された。しかし、医療保険制度改革の中核部分は2009年1月1日に導入される。確かに医療制度改革に関しては非常に多くの批判があったが、2009年1月1日に中核部分が導入されてからどのような効果が現れるかを待たなくては、この医療制度改革の全体的な評価はできないと思う。

- 2007年に導入された部分で非常に重要な効果が現れたものとして、1つには「国民皆保険化」の措置がある。無保険者が保険に再加入できるような措置をした。無保険者は20万人ぐらいいた。これは全国民の0.2%程度で割合としては少ない。そういった人たちがどうして無保険になったかという点、保険料の滞納など、いろいろな理由がある。
- 無保険者の再加入に関してだが、まず公的医療金庫での無保険者については、公的医療金庫は無保険者を加入させなくてはならないという規則が2007年からスタートした。その規則が民間医療保険に適用されるのは2009年からである。
- 既に11万人の無保険者が公的医療金庫（公的医療保険）に再加入している。11万人という数字は、例えばアメリカでは4,500万人が無保険であるという実態と比較すると、これは重要で効果があったのではないかと考えている。

(質問者) 数としては小さいものの、今まで皆保険ではなかったものを皆保険に向かわせたという、シンボリックな意味があるということか。

- そのとおりだ。やはり、保険のネットワークから漏れる人がいないということ、すべての人に対してのセーフティーネットができたということだ。

(質問者) 民間保険には6,500人が再加入したと聞いている。そうすると12万人しか達していないことになるが、残りの8万人はなぜ入っていないのか。

- どうして無保険になっているかの調査は行っていないが、あと1年くらいの猶予期間において調査していこうかと思っている。無保険のままにいる理由として、まず1つには、無保険者自身が再加入についての情報を入手していない可能性があるのではないかと考えている。それから、特に民間医療保険に関してだが、基本タリフではなく標準タリフの枠でのみの再加入が可能であったわけで、その場合、保険料の設定も公的医療金庫の最高基準であり、基本タリフより魅力がないため加入しなかった可能性がある。基本タリフであれば、この状況がもしかすると変わるかもしれない。ただ民間医療保険会社の方で、基本タリフによって保険再加入義務者をより多く加入させたいと願っているかどうかは別の問題だ。

(質問者) 今回の改革について、国民皆保険というのは、一番重要なキーワードなのか。それとも何か次の目標がある上での第一歩として考えているのか。その辺の位置づけや重要性を聞きたい。

- 国民皆保険は、あくまでも重要な要素の中の1つであるという捉え方をしている。無保険になった人たちの多くは自営業者である。倒産したり自己破産したりして、保険料が支払えなくなってしまった人たちが非常に多くいる。そういった人たちに対して、セーフティーネットの中から外れないようにすることが重要だった。
- 最大の目的は2003年の近代化法に盛り込まれていた目標を最終的に達成させることである。そのために追加的な手段として、今回の医療制度改革がある。医療の質を維持しながら、経済的に効率の良い医療保険制度を拓いていくということが近代化法の最大の目標であった。

- ・ 今回の医療制度改革の目標もそれを実現させることにあり、「競争強化」によって達成させるということであった。競争強化の手段の1つとして、個別契約をさらに発展させるといった措置も盛り込まれた。

○統一保険料率について

(質問者) 今回の調査の中で、統一保険料について、「国民保険」の礎になると考えている団体もあれば、「人头割保険」の第一歩だと考えている団体もあった。それについて、連邦保健省としてはどのように考えているのか。

- ・ 統一保険料率が国民保険への第一歩だとは捉えていない。2005年の選挙の前に、我々は既に「国民保険」という概念で仕事をしていた。完全な国民保険というのは、保険料をこれまでのように賃金所得からの保険料ではなく、それ以外の全ての利子所得や資本収入、家賃なども含めた全ての収入を基に設定するといったものである。それから、公務員に対しては保険料に補助があるがそれを外す、兵士・警官に対しての補助を外すという内容だった。しかし、これは連邦憲法裁判所の審判に基づき、法律上難しいということになった。話し合いの結果、現在は、資本に対しての利益部分も保険料算定対象に考えるというのが残っただけである。

(質問者) そうすると、現在、関係者が政策オプションについて様々な主張をしているが、そのどれに乗るというのではなく、連邦保健省としては別の戦略があって、その第一歩として今回の改革を行っているということか。

- ・ あくまでも目標は経済効率性であり、また、医療の質を維持した上での医療保険制度の実現ということになる。ただ今回は「国民保険」と「人头割保険」という大きな党派があって、その間での話し合いをしながら進めてこなければならなかった。実は、その話し合いをしながら「医療基金」構想が突然立ち上がった。医療基金構想は当初はなかったものである。いつも話し合いの時に忘れてしまいがちなのは、国民保険と人头割保険とでは非常に大きな違いがある一方で共通点もあるということである。つまり、賃金所得をもとにしての保険料の算定ということでは変わりはない。
- ・ 連邦保健省が望んでいたような、全ての収入を加味するという点には至っていないが、国民保険の場合は保険料率を設定し、人头割保険の場合は保険料率設定なしの定額ということで、現在のような賃金所得をもとにした保険料設定が基礎になっている点では、その2つの保険の間には変わりはない。

(質問者) ということは、今2つの主張があり政権も連立なので、妥協できるというか進められるところまでは進めたということなのか。意見が対立しないところまで進めたということか。

- ・ 今回の大連立政権に入る前に医療制度改革に関する話し合いをした時、医療制度改革に対する3つの大きな提案があった。1つ目は、以前の政権からの提案。2つ目は、以前の

野党側からの提案。3つ目は、社会部門（年金生活者の団体、いわゆる社会連盟とドイツ労働総同盟）からの提案、であった。

- この3つの大きな提案がパッケージとしてあったわけだが、大連立政権になった時に話し合いを進め、このパッケージの中から合意できる部分で結論を見出そうとした。ただ話し合いの中で、国民保険にも人头割保険にもいけないという方向性はかなり明らかになっていた。ご指摘のように、いくつかの点で連邦保健省が考えていたポイントは外れたと思うが、もう2年以上前の話なので具体的にどれが外れたかは記憶にない。
- 今回の医療制度改革法は、連邦保健省主導で進めたというわけではなく、あくまでも政治的に行われたものである。2005年の選挙で大連立政権ができた時、大連立政権の協定書として、今後は医療制度改革、労働改革、年金保険改革、財政改革といった改革をしていくことを発表した。医療制度改革に関しては、大連立政権下で特別に「医療制度改革委員会」が設けられ、大連立政権の各政党の政治家と連邦保健省の局長とが入り、「重要な項目」を作成した。それを受けて連邦保健省は初めて法案作りに着手することとなった。

(質問者) 医療基金はどのような背景で出てきたのか。

- 私自身はその委員会に属していたわけではないし、また、我々の部署に対しては委員会の決定通知がきて、これを実行に移せという指令が来ただけである。医療制度改革についての委員会がある。それ以外に各議員団の中の、いわゆる健康政策エキスパートという政治家のグループが各地それぞれに配置されている。提唱に従って医療保険制度改革法を作るとなれば、我々は、その委員会用に法案を3、4つ作成しなければならず、その部分だけでも非常に大きな仕事になった。
- 法律策定までの経過を簡単に話すと、課で法案を作成する場合、最初に関連団体、次に関連の各省庁の課、それから各連邦州に対して法案を提出し、最初のヒアリングを行う。その意見と法案が閣議で話し合われ、閣議で話し合われた法案が、連邦衆議院、参議院へ提出される。連邦参議院からの意見に対して連邦政府の意見が出され、法案、連邦参議院の意見、連邦政府からの意見について議会で話し合われ、それに基づいて新たな法案が作られる。その後、再度関連団体に対してヒアリングを求め、連邦議会に対する第一読会、第二読会、第三読会があつて決議ということになる。

(質問者) その中で、医療基金と統一保険料について具体的に強い批判、案、コメントはあったのか。

- 一番大きな抵抗は、統一保険料に対する疾病金庫側からのものだったと思う。これまで持っていた疾病金庫の権限の、かなり大きな部分が喪失することを意味しているからだろう。
- 法案を提出して、公聴会に各関連団体を呼ぶわけだが、この抵抗の意思表示として疾病金庫の代表者はその委員会の出席をボイコットした。抵抗の対象は統一保険料だけではなく、疾病金庫中央連合会の設立ということであった。これにより、各疾病金庫の連邦

連合会は「公法人」ではなくなり、いわゆる単なる民法上の団体ということになる。これも権限喪失ということで非常に大きな抵抗があった。

(質問者) それだけ大きなリアクションになったことから、生半可な意思決定はできないと思う。政府側としても強い目的と意図があったと思うが、それはどうなのか。

- ・ 疾病金庫や疾病金庫連合会と比べると、やはり政治家の方が力は強い。これが大連立政権ではなく野党の勢力が強かったらきっと難しかったと思うが、大連立政権で3分の2の政権を握っているのです、とにかく政治的な力が強かったということだ。政府側の意思が強かったというわけではない。

(質問者) 公法人は1つでなくてもよいと思うが、これについてはどうか。

- ・ 公法人としての立場にあるということは、公法上の業務を引き受けなければならないということである。その公法上の業務がすべて疾病金庫中央連合会に移行したという時点で、他の連合会は公法人としての立場でなくなる。そういった理論である。
- ・ また、疾病金庫における個別契約の可能性を広げるということは、これまでの疾病金庫の州連合会の業務が少なくなるということの意味する。連合会の職員数に関しても合理性というものがあり、連邦保健省としては州単位での疾病金庫の連合会はあと数年したら減少するのではないかと考えている。

(質問者) 疾病金庫の合併も進んでいき、そして州の連合会、金庫の数自体も減っていくという考えか。

- ・ あくまでも連邦連合会は数年後にはなくなるが、個別契約が拡張されても州単位での契約は残るので、州の連合会自体は残ると思う。集団契約が残る限り、州連合会はあると思う。個別契約だけにしてしまう法律ができれば話は別であるが、現在のところは政治的には多数派ではないので可能性は低いだろう。しかしながら10年後20年後はどうなっているか予測はつかない。

○疾病金庫の数について

(質問者) 疾病金庫そのものの減少は予想されているのではないか。

- ・ 以前1,000ほどあったのが現在は212になっている。5年後には100ぐらいにはなるかもしれないという話もある。

(質問者) 今回の改革では、疾病金庫数を減らすことも目的の1つなのではないか。

- ・ 目標の1つだ。

(質問者) 競争をしていく中で、ある程度の規模を維持しなければ生き残っていけないといった環境を作っているということか。

- ・ 連邦保健大臣が公共の場で、疾病金庫の数を減らさなくては行けないと発表している。200以上の疾病金庫があり、職員の人件費を考えても、数が少なければ、経済的な効率性を高めることができると考えている。

(質問者) いくつくらいが理想なのか。

- ・ 答えるのは非常に難しい。(連邦保健) 大臣は 50 ぐらいだと答えたことがあるが、これは真面目に答えたのかジョークを交えて言ったのかはわからない。

○医療保険における「連帯原則」について

(質問者) 数が減っていく中で、閉鎖型疾病金庫は依然として残っているが、連邦保健省としては、閉鎖型を開放型に変えていこうという意図はあるか。

- ・ 開放型にするか閉鎖型にするかの主導はこちらではとらない。あくまでも、各疾病金庫が自分たちの存在の可能性を鑑みながら、閉鎖型を維持するかあるいは開放型にするかといった決定をすることになると思う。

(質問者) ドイツの医療保険の場合、「連帯原則」が非常に重要だったと思う。閉鎖型と開放型では事業主の関わり方という点で「連帯」の意味するものが大きく違うと思うが、政府としては医療保険における「連帯」のあり方を、今後どのようにしたいと考えているのか。

- ・ 「連帯」については、「グローバルな立場での連帯」を想定している。高所得者と低所得者における「連帯」としては、具体的には所得の高い人が保険料を多く支払い、所得の低い人が保険料を少なく支払っても、同等の医療給付を受けられるということを考えている。若い人たちが高齢者に対して連帯を行っていることは、例えば年金保険料をみてもわかるかと思う。健康な人と病気の人では、健康な人はあまり病院に行かず医療費の支出が少ないが、病気の方は病院に行って医療費の支出がある。その間での連帯がある。
- ・ 保険料については「所得に見合った保険料」を設定し、なおかつ同等の医療給付を受けられ、医療サービスに対するアクセスが同等に受けられるという形での「連帯」である。

○医療保険における事業主の関わりについて

(質問者) 閉鎖型疾病金庫の場合は、事業主と被保険者といった労使による運営が行われているが、開放型の場合は、事業主は疾病金庫の運営に直接関わってこない。そうなった場合、事業主の医療保険に関する責任は、単に保険料を負担しているだけということになり、疾病金庫の管理運営に対する責任がなくなっていく、そういった傾向が強くなっていくと思う。それは明らかに連邦政府が事業主の運営責任を軽くしていこうという政策的な意図に基づいてやっているようにみえるが、これについてはどうか。

- ・ そのような傾向が強まっていることは確かだ。保険料が労使折半ではなく、被用者の方が特別保険料率として 0.9%上乗せされていることから、そういった傾向が強まっている。連立政権下では、事業主負担を軽減、少なくとも現状維持とし、これ以上増やすことはしないという意図がはっきりしており、それが現れた結果である。

○国家の権限強化について

(質問者) 今回は大連立政権という特殊な環境の中で行われた改革であり、連邦保健省としてはイニシアチブを取りにくい印象を受ける。とはいえ、周りの関係者から見ると国の関与、影響力の行使が強まってきていると捉えられているが、そのことについて、連邦保健省としてはどのように考えているか。

- ・ 国の権限が強まったという批判は、統一保険料を政府が決定するようになったという部分では確かに認めるが、それ以外の部分についてはこれまで通りである。したがって今回の医療制度改革をもって国の権限が強まったという捉え方は、解釈が間違っていると思う。
- ・ 例えば、疾病金庫中央連合会の設置等をもって国の権限の強化だという人もいるが、これはあくまでも疾病金庫内の組織的な違いであり、これによって国の権限が強まったという捉え方はしていない。

(質問者) 今回、統一保険料になり医療基金ができたが、その支出の 95%というシーリングを設けたことの政策的な意図について省としてはどう説明するのか。

- ・ 95%設定時に、私はその委員会にはいなかったのでよくわからないが、やはり、これもあくまでも政治的な決定であり、95%程度であれば政府もすぐに統一保険料率を上げなくても済むが(その部分は追加保険料として疾病金庫が徴収するので統一保険料率を上げなくても済む)、例えばそれが 98%くらいである場合、疾病金庫では追加保険料をどんどん出さなければいけないようになる。そういった考え方を調整しながら出てきたのではないか。

(質問者) 保険料というのは、国民から見れば非常にセンシティブな問題だと思うが、統一保険料を設定する権限が国の方に来たことで、料率を上げなければならなくなった時、今までであれば疾病金庫のマネジメントが悪いと言えたかもしれないが、これからは国が矢面に立つことになると思う。これについてはどのように考えるか。

- ・ 統一保険料という仕組みを政治的に決定したからには、それ相当の責任が生じてくるのを想定した上での決定だったと思う。政府は統一保険料率だけではなく、経済、あるいは景気対策に関しても責任を負う。保険財源は国の経済情勢によって変わるので、景気が良くなり所得が上がれば、それによって保険料収入が上がり、十分な医療財政を確保することができる。

(質問者) 先程、国の権限はそんなに強くなっていないという話だったが、民間医療保険に基本タリフの提供を義務づけるというのは、国がかなり強制しているものだと思う。財務省所管の民間保険会社に対して、そのような医療保険の枠組みでやれというのは財務省と協同で行っていると思うが、医療保障制度の中で財務省の関与の比重が次第に重くなっていくのではないか。

- ・ 連邦保健省としては、今回の基本タリフの導入によって、民間医療保険が一部公的な医療保険に組み込まれたとは考えていない。これはあくまでも、基本タリフを導入するこ

とによって、民間医療保険から脱退してしまった無保険者を民間医療保険に再加入させるということであり、その民間医療保険に再加入させる要件があくまでも公的な医療保険の要件と同じということに過ぎない。これで民間医療保険が公的医療保険のメンバーになったという捉え方はしていない。

(質問者) 民間医療保険会社にとって基本タリフを提供するということは、あまり優良でない被保険者を受け入れなければならないということであり、彼らにとっては強制されているという印象がとても強いと思う。

- ・ 国民の健康を保障するという国に与えられた権限、それを施行するための手段として、我々の意図としては、少なくとも国の権限強化という以前に、無保険者を再度医療保険の枠組みに入れる必要があった。そのためには、民間医療保険に関してはこのような規制を設けないことには無保険者の再加入は難しいだろう。

○国民皆保険化について

(質問者) 無保険者が保険に加入しなかった場合、罰則があるのか。自分は保険にはもう絶対に入りたくないという場合、どのようになるのか。

- ・ 加入義務者であれば自動的に加入する。それ以外の人は任意なので、その人たちが別に保険に加入しようがしまいが、それはその人たちの自由ということになる。例えば失業保険や労災保険についても、被用者である限りは自動的に事業主から支払われるが、それ以外の人たちは任意保険加入者なので、失業保険にも労災保険にも入らなくていいので、それは自分たちでかけなくてはいけない部分になる。

(質問者) 今回の国民皆保険化というのは、全員が加入しなければならないわけではなく、誰もが加入できる環境を作った、という理解でよいか。法的に、すべての人が加入しなければならないということではなく、国民皆保険の扉を開いたということによいか。

- ・ 今回の国民皆保険化の意図は、あくまでも、既に保険に加入していた人で何らかの理由で無保険になった人も再加入できるという話であり、以前からあった保険加入義務者と任意加入者という枠組みに変わりはない。したがって任意加入者で無保険のままでもいいという場合には、そのまま無保険になる。
- ・ 今回無保険者といっている人の多くは自営業者で、任意加入者として任意で保険に加入していたが、破綻によって保険料を滞納したのために無保険者になった人とか、あるいは、はじめから自分は健康だからと失業保険や労災保険の保険料も払っていない人、保険料を一切払いたくないという人（はじめから医療保険の保険料を払っていないで無保険者だった人）もいるわけであり、そういった人たちに、保険に入りなさいとアピールしている。

(質問者) そうすると、政府の意図としては、一定額以上の高所得者は保険に加入しなくてもよいが、一定額以下の人は加入しなさいといった線引きを、今後も変えるつもりは

ないということか。また、加入限度額を引き下げれば、それだけ多くの方が公的医療保険に入ることになるが、これにより医療保険財源も増えるということを考えているのか。

- ・ 少なくとも現在の大臣の任期中にはそういうことはないと思う。強制加入者と任意加入者という枠組みを取り除くことは、システム的にかなり大きな変化になる。そのような大規模な制度改革を行おうとするような政治家や団体はないと思う。野党側の提案、あるいは特に民間医療保険会社からの提案だと思うが、スイス方式で、国民皆保険化で義務保険とし、公的医療保険に入るか民間医療保険に入るかはその人個人の選択にするといった案もあった。

(質問者) 別の質問だが、異業種間の疾病金庫の合併について、具体的な話があるか。

- ・ 既に行われているのが AOK ハンブルクと代替金庫で、あとはフォローしていない。
- ・ 医療基金の設立により、異業種間の疾病金庫の合併も今後出てくると思う。

○たばこ税について

(質問者) たばこ税収入の医療保険財政への投入をやめたのはなぜか。

- ・ たばこ税自体はなくなる。たばこ税は残る。ドイツでは、たばこ税自体は非常に良い財源となっているので、これを廃止することはない。たばこ税の一部を「保険になじまない給付」として入れるというのが 2003 年の制度改革で導入された。その時の話合いで、どの部分を「保険になじまない給付」とするのか、どこの税を投入するのかという話になった時、喫煙者というのは健康に対して損害を与えているので、喫煙者のたばこ税の一部を導入しようということによって投入されることとなった。しかし、それだけでは「保険になじまない給付」への財源としては十分ではない。「保険になじまない給付」をたばこ税の増税分だけで賄おうとすると、喫煙者にとっては膨大な値上げになってしまい長期的な財源として不可能であるということになり、たばこ税の一部投入をやめ、その代わりとして連邦政府補助金を当てることになった。連邦政府補助金は 2016 年に 140 億ユーロまでに達し、それで「保険になじまない給付」をカバーする。もしそれをたばこ税の値上げだけでやろうと思うと大変である。

(質問者) 確認だが、連邦政府補助金の財源として何か特定のものが考えられているのか。

- ・ それは財務省の役割なので、連邦保健省では考えていない。

7. BKK Ford & Rheinland (BKK Ford & Rheinland)

■日時：2008年11月6日(木) 14:00～16:00

■先方：Dieter Schöler氏(理事)

Ralph Illmann氏(弁護士、経営管理部)

Manfred Hamann氏(経営管理部)

■当方：土田教授、(健保連)戸島、(MURC)田極、岩名

○組織の概要と疾病金庫の合併について

- ・ BKK Ford & Rheinland は、BKK Ford と BKK Rheinland が合併し、2008年1月1日に発足した。被保険者の構造が似通っていたことと、この地域に根ざした BKK だったということが、お互いをパートナーとして選んだ理由である。今日のドイツの医療保険制度においては、疾病金庫はある一定以上の規模がないと競争が難しい状況になってきていたので合併した。Ford という企業の疾病金庫であるということを失いたくなかったこと、それから Rheinland というこの地域の疾病金庫であることを示したかったことから、BKK Ford & Rheinland という名前にした。

(質問者) まだ発足ばかりということだが、今後もこのような合併があると考えているか。

- ・ その可能性は十分にある。合併により更に大きくなることの意味は、第一に医療提供者側との交渉において、ある一定の圧力をかけられるような力を持ち、我々が望む価格を引き出せるようになること。また、医療基金においてはある一定の大きさがないと疾病金庫は財政的にも非常に不安定になる要素がある。そのため、今後も合併により大きくなっていく可能性は高いと思う。

(質問者) 今回の合併はかなり前から構想があつてのことなのか、それとも 2005 年以降、国の改革の進み具合を見据えながら検討されてきたのか。

- ・ これまでの医療保険制度改革等をふまえ、BKK Ford では合併により大きくなるべきだといった意見が数年前からあがっていた。良いパートナー探しとは短期間にできるものではないので、数年前からお互いに理解し合えるパートナーを探していた。合併までの準備期間はほぼ9か月くらいだった。今回の医療制度改革の大枠が見込めてきたところで、これはぜひとも合併をするべきであるという意見に達したのは確かだ。

(質問者) 3年前に訪問した時に、BKK Ford がラインラント州でもっとも加入者の多い疾病金庫になりたいとお話されていたが、今後は更に州を越えて大きくなるというような見通しに変わったのか。

- ・ ご指摘の通り、我々は更に大きくなることを目指している。現在、合併によって被保険者数が16万人になったが、この大きさはドイツでは小さな疾病金庫とは言わないが、

大きな疾病金庫でもない。中規模である。政府は最終的な疾病金庫の数は 30 から 35、または 50 という予想を立てている。我々はぜひともその 50 の中に入りたいと思っている。したがって、今後更に発展して大きくなるというヴィジョンを持っている。

(質問者) 異種間の疾病金庫の合併が容認されたことは、合併に影響を及ぼしているか。異なる種類の疾病金庫を含めながら相手を探していくのか。

- 理論的にはそうだ。被保険者はできるだけラインラント地域の人というのが、これまでの我々の方針であり、現在でも被保険者の 75%はこの地域に住んでいる。ただし、この考え方自体が過去のものとなりつつある。先ほど述べたように、最終的に残る 50 の疾病金庫のひとつになりたいのであれば、ラインラントという州を越えて、被保険者を獲得する必要がある。当然、合併相手も州を越えた地域の疾病金庫ということになり、異業種間ということも念頭に入れることになる。しかし、もし異業種間ということになっても、例えば 200 万人や 300 万人の加入者がいるような AOK と合併する場合、規模的に我々は対等のパートナーとはなり得ない。また、同業疾病金庫などと合併する場合、同業疾病金庫の中にはどちらかというと財政的にあまり魅力的ではない疾病金庫もある。我々と同規模であり、財政的にも健全であり、しかも我々が全国的に活動していく上で非常にメリットがあるような、対等なパートナーを探していくことになる。

(質問者) それは具体的に頭の中にあるのか。

- 残念ながらもまだない。例えば、AOK のような異種疾病金庫との合併可能性が低いというのは、規模もそうだが、運営の仕方や管理の仕方、組織形態などが、やはり我々のような BKK とはかなり異なっているという理由もある。また、AOK のように大きな疾病金庫と合併した場合、もしかしたら重複するという理由で、これまでに我々が持っていた地域に根ざした支部などを閉鎖しなくてはいけなくなるかもしれない。そのような事態だけはできるだけ避けたい。

(質問者) マネジメントを考えていく上で、改革のスピードが重要だと思う。金庫数に関して、ある程度一定の数まで集約されるのにどのくらい時間がかかると思うか。いつ頃までに、どのくらいのペースで進むと想定して計画を立てているのか。

- 今日の非常に迅速な医療制度改革を考えてみると、あまり長期的な展望は立てられない状況になっている。しかしながら、今後 5 年くらいまでに少なくとも現在の半分には減るだろうと見込んでいる。

(質問者) そのような短期間に金庫数が半減する見込みがあるとすると、合併を繰り返すなどして、この 5 年間にかなりの環境の変化に対応しなければいけないのではないか。これは相当負担になるのではないか。

- ご指摘の通り、非常に大きな挑戦、負担になることは確かである。しかし、先ほど申し上げたように、合併相手の条件はこれまでも持っていたわけである。ただ、これまでは地域を限定してきたが、その地域を広げるだけである。同じような BKK あるいは疾病金庫との比較的大きな合併を 1 度か 2 度するよりも、小さい疾病金庫を何度も吸収合併

するほうが負担は少ないと考えているので、そういうやり方を探っていくと思う。

(質問者) 以前訪問したときは、地域限定ということで、被保険者や事業主に「連帯」がクリアに見えていた。しかし、地域を越えた場合、疾病金庫における連帯が変わってくるように思うが、それに関してはどう考えるか。

- ・ 合併をして拡がるとしても、使用者がいて被用者がいるという状況は他の地域でも変わらないと考えている。したがって、これまで持ってきた連帯が希薄になるとは思っていない。
- ・ 確かに金庫を開放にした時点で、母体企業との結びつきはすでに希薄になっている。その時点から以前持っていた「連帯」の考え方は少しずつ失われていった。さらに今回の統一保険料の設定で、以前のように各疾病金庫が母体企業の経営者側と話し合いながら、経営を健全化して保険料率も非常に低く抑えるというようなやり方は、今後はできなくなる。したがって、その1点だけ取っても今後はやはり「連帯」という考え方の転換が起こってくると思う。

○公的医療保険競争強化法について

(質問者) 今回の改革全般についての評価をおうかがいしたい。

- ・ 今回の医療基金は、ドイツの医療提供体制は全国的に色々な違いがあるということ、全く考慮に入れないで設立されたのではないかと思っている。例えば、ケルンにはケルン大学付属病院があり医療提供体制が非常に充実している。しかし、農村地域においては、医療提供体制が不十分である。それにもかかわらず統一の保険料率となると、特に農村地域の被保険者の納得を得るのは難しく、疾病金庫の経営にとって難しい状況が生まれてくるのではないかと思っている。それから、医師の診療報酬改正や病院財政の改革は3年4年くらいの期間を経て、段階的に行うべきであった。そうせずに今回一気に改正した背景として、医療基金の導入にはウラ・シュミット保健大臣自身に、国民保険と言うか政府で統一した医療保険制度を導入したいという意向が頭の中にあり、改革の中に盛り込まれたと考えざるを得ない。

(質問者) 今回の改革は大きな変化だと考えているのか。それとも、将来起こる大きな変化の始まりと考えているのか。

- ・ これまでは大連立政権にならなくて済んだため小さな改正のみが行われてきたが、大連立政権になって初めて大きな改革が行われることになった。今回の医療制度改革はやはり大きな変化であると思っている。より大きな改革の第一歩かどうかについては、もし来年の選挙で社会民主党 (SPD) が勝てば、これは非常に大きな変化、要するに国民保険という大きな改革の第一歩と捉えてもよいと思う。しかしながらキリスト教民主/社会同盟 (CDU/CSU) の勝利となると、今回の改革はより大きな改革の第一歩ではなくなると思う。キリスト教民主/社会同盟 (CDU/CSU) が勝てば、統一した保険制度

の確立にはならないと思うからだ。

(質問者) その一方で、今回の改革を両党の政策が両立しているような形で捉える意見も、他の訪問先でうかがっている。つまり統一するということは最終的に定額の人頭払いにする大前提になるという捉え方でもあるのだが、それについてはどのように考えているか。

- ・ それはその通りだと思う。ただ、先ほど述べたのは、キリスト教民主／社会同盟 (CDU/CSU) は、国でひとつの医療保険制度を作るという改革の方向にはいかないだろうということだ。

(質問者) 連邦保健省は、今回の改革は 2003 年の医療保険近代化法の効率性と質の向上という路線の延長線上にあると説明しているが。

- ・ 我々は今回の改革を 2003 年の医療保険近代化法の延長、その目的を達成するための改革だとは見ていない。先ほど述べたように、国の関与が強まった中央集権的な医療制度改革だと思っている。ひとつには統一保険料率の設定であり、競争強化法と言いながら、我々にとっては競争の余地が非常に制限されてしまった。追加保険料部分でしか競争がなく、追加保険料を徴収してもやっていけない疾病金庫には破綻の道しか用意されていない。確かに破綻の道が開かれたということによって競争を強化したという見方もあるとは思いますが、色々な制限、規則ができただけで、それに対する明確な定義づけがまだ出ていない。このような制限に対して疑問を感じている。また、医療基金からの交付金は 2006 年度のデータを基にして算出されるが、現在のデータを使わないで、交付金を設定するというやり方にも疑問点を持っている。

(質問者) 15.5%という統一保険料率について。AOK では 15.8%が望ましいと言っているようだが、こちらではどのように評価しているのか。

- ・ 15.5%は絶対に低すぎると思うし、十分ではないと思う。査定委員会が色々と計算し、15.5%と設定したわけだが、政府が選挙を控えて、医師側に対して 25 億ユーロ、病院側に対して 35 億ユーロのプレゼントを行ったこと、その増加分があまり考慮に入れられていない。確かに保険財源の収入部分に関しては非常に明確な規定があったと思うが、支出部分に関しては政府の計算方法に不備があったと思う。医師の診療報酬改正や病院財政あるいは物価の上昇を見ると、医療費支出は、現在、連邦保健省が考えている以上に増加すると思う。なので、やはり医療基金には大きな損失が出てくると思うし、15.5%という低い水準に設定した結果、追加保険料を徴収しなくてはならない疾病金庫が比較的、早いうちに現れてくると思う。

(質問者) こちらでの見込みはどうか。

- ・ 導入されてみないと分からないが、昨年度までにある一定の余剰金を持っているので、それを崩しながら、将来の予測をたてることにするつもりだ。

○選択タリフと個別契約について

(質問者) 選択タリフに対する被保険者の反応はどうか。

- ・ 選択タリフよりも、ボーナスプログラムの方が非常に好意的に受け取られているようだ。ボーナスプログラムとは、例えば色々ポイントを集めると歯のクリーニングが無料になるとかそういったもの。ある一定のポイントを集めると100ユーロ還付されるなど、現金が受け取れるプログラムは非常に好意的に受け取られている。選択タリフ自体に対する反応は少ない。そもそも選択タリフというのは疾病金庫側が任意で提供しているわけではなく、政府に命じられて出すようになっただけの話である。また、統合治療プログラムなども、選択タリフよりも好意的に受け取られている。例えば大腿骨の手術などはかなり待たなければならなかったが、統合治療プログラムに加入したら、すぐに整形外科医から認定された病院で手術が受けられるようになったというようなものである。

(質問者) 今まで行ってきたようなプログラムの方が、各疾病金庫間の競争には大きな影響を与えているということか。

- ・ そうだ。我々の競争強化という点ではやはりボーナスプログラムや、現在すでに被保険者に良い影響、好評を博している統合治療プログラムを拡張しようと考えている。選択タリフによって競争強化するという意図はない。

(質問者) 今回の改革の名称は競争強化法だが、その競争強化を図る要素はどこにあると思うか。あるいは、それは全くない、むしろ競争を抑制する方向にしか働いていないという認識か。

- ・ 競争抑制とまではいかないが、競争を最大限呼び出すような法律でないことは確かだ。メディアでは、今後の疾病金庫の競争は追加保険料を徴収するかどうかに関わっているというような書き方をしている。しかしそれは間違いであり、例えば我々が追加保険料を徴収する云々は別にしても、まず競争を強化するためには、被保険者に健康になってもらうのが一番のポイントだと思っている。先ほども述べたが、統合治療プログラムの拡張はこれまでも非常に大きな効果があった。膝の手術などにより病院で長い間待っていた患者が、この統合治療ネットワークに属することによって、非常に早く膝の手術を受けられるようになった。早く手術を受けられれば、それだけコストも低く抑えられるわけで、それによって我々は支出コントロールできるようになる。そういった部分での競争をしたいと考えているが、メディアはその部分は見てくれないようである。

(質問者) 統合治療プログラムとは、数年前にあった診療所と病院が統合しながら進めていくという話のことか。予算の何パーセント以上使うという規制があったと思うのだが。

- ・ ご指摘の通りである。それは統合治療ネットワークの枠組みの話で、今年末で終了する。来年度はその予算は入ってこないが、もうすでに統合治療のネットワークができているわけである。この統合ネットワークで、例えば手術の期間を4週間から6週間短縮することは、その期間分の患者にかかる医療費を節約できることになり、その部分は疾

病金庫にとってプラスになる。したがって、予算が入ろうと入らなかりと続けていくつもりだ。ただ、例えば家庭医モデル参加者の初診料 10 ユーロを免除すると年間で 40 ユーロだが、これを我々の疾病金庫で導入するかどうかはまだ考慮中である。その 40 ユーロを導入して家庭医モデルに入ってもらふことで、疾病金庫の支出がどのくらい減っていくのかという見通しがまだできないからだ。

(質問者) 保険料率が決められなくなる以上、最大の問題は支出をどう抑制するか、さらに被保険者の健康が重要なポイントとなる。そうになると、やはり医療提供者側と連携を密にしていくのが大きな方向性であると理解してよいか。

- 支出部分のコントロール、あるいは医療提供者側との契約と言っても、我々が行使できる影響力はほとんど無いに等しい。例えば医薬品や医師の診療報酬、また、病院についていえばレセプトを審査する権限は我々にはない。病院側が DRG に則ってしっかり治療を行っているかという審査の可能性はあるものの、この点でのコントロールは十分には行えない。それから被保険者に対して、この病院に行きなさいという指示を出すこともできない。

(質問者) 個別契約ができるようになったが、それは金庫側にとって有利だと見えるが、それはどうか。

- 理論上はそうだ。しかし、理論的にはコントロールできるということになるが、疑問である。個別契約はあくまでも大きい疾病金庫にとって意味があるかもしれないが、中規模の金庫の場合には、医師を選んで契約してなどというのは、少々難しい。

(質問者) この地域の医療提供体制はどうか。全国平均と比べて、病院や診療所は多いのか少ないのか。

- この地域はどちらかというと過剰気味だ。

(質問者) そういう意味では選択しやすいのではないか。

- 例えば、個別契約で比較的に効率の良い医師を選んで出したとしても、患者の意識としては、大学付属病院があればたとえ高くてもそちらに行く。だから、こういった個別契約では支出のコントロールはなかなか難しい。
- 実は以前にも疾病管理という枠の中で、BKK と医師との間で糖尿病患者に関してガイドラインに基づいた治療方法を行っていた。10 年 20 年という長期的視野で見れば、その糖尿病患者の治療費は削減できるということでスタートした。確かに 20 年後には治療費自体は低くなっているかもしれないが、我々としては最初に投資しなくてはいけない。ところが、今回の改革を見ると、そのようなやり方ではなくて罹病率ごとに一斉にやる。こういった政府の対応により我々の長期的な戦略がなかなか作れないということに対しても不満を持っている。

○罹病率加味のリスク構造調整について

(質問者) 罹病率加味のリスク構造調整は、AOK に対して有利に働くようだが、BKK はどのような評価をしているか。

- これまでのリスク構造調整は、年齢、性別、所得を指標としていた。罹病率を取り入れるという方向は正しいと思う。しかし、その選択方法には問題があると思う。例えば、80 の疾病の中には妊娠も入っているようである。妊娠は疾病としては相応しくないと思うし、これはあくまでも大きな疾病金庫 AOK のことだと思うが、AOK が抱えている被保険者の疾病を考えて生活習慣病のようなこととして選んだというやり方に問題を感じる。別にその AOK がやることに我々が異議を唱えるわけではない。AOK も BKK も長い歴史・伝統があり、構成も似ているので、同じようなことを抱えていることは確かだ。しかし今回の罹病率の導入は良かったが、具体的な実現化に関しては疑問がある。

(質問者) 医療基金から実際に交付される金額は全く見えないという状況なのか。

- 11 月 30 日にならないとわからない。
- 先ほども言ったように、罹病率の導入自体には賛成である。ただ我々は対象疾病の範囲をそれほど広くしないでいいと思っていた。当初は罹病率を考慮に入れることで、患者の 20~25% 程度をカバーする予定であり、そのくらいの範囲でいいというのが我々の考えだった。ところが、現在は 40% くらいまでカバーするという考え方となっており、我々としてはそこまで広げなくてもよいと考えている。
- 現在のリスク構造調整の移転額は 1,670 億ユーロほどである。それから考えると罹病率部分は 150 億ユーロくらいではないかということだ。しかし、まだよくわからない。
- 今回の改革に対して非常に強い反対を示したのは、BKK の中でも小さい閉鎖型のところと過去数年の間に急成長したところである。低い保険料率を宣伝にして若くて健康な人たちを集めて急速に加入者数を増やしてきたところは、非常に強く反対した。
- 過去数年間の保険料率に関しての競争というのは正しいやり方ではなく、リスク構造調整が入る前のやり方での保険料率の競争が妥当な競争のやり方であると思う。リスク構造調整があって、医療の質、あるいは医療提供とは関係のないところで、保険料率だけの競争をするというのは歪んだ競争であると思う。同じように、追加保険料を徴収するかどうかというところで競争を行おうとするのは、疾病金庫の本来の意味での競争にはなり得ないと思う。

(質問者) こちらの金庫の現在の保険料率は何%か。

- 15.2%だ。

(質問者) 統一保険料率と現在の貴金庫の保険料率との差に対して、被保険者からの反応はあるか。

- 実は顧客満足度調査ではないが、アンケート調査を行った。この中で、2009 年の 1 月 1 日から導入される、「医療基金の導入に関してどう思われますか」ということについて聞いたところ、40%が「知らない」、30%が「仕方がない」、20%が「ネガティブ」と答

えてきた。かなりメディア・プレスでは代々の的に発表したのだが、被保険者の浸透度はその程度である。だから、1月になって初めて、「あっ!? 保険料ちょっと上がっている」ということで、リアクションが出てくるのではないだろうか。

○疾病金庫の組織改革について

(質問者) 今回の改革で国の介入が強まったと考えているというお話だった。今後の方向性として更にもっと強まると想定しているのか。現在の流れに対してはどのような見解を持っているのか。

- ・ 選挙後、社会民主党 (SPD) の政権下にある場合には、今後ともこのような中央集権化というのは強まると思うし、キリスト教民主/社会同盟 (CDU/CSU) の場合には、もっと自由競争の考え方が入ってくると思う。
- ・ 我々としてはもちろん自由競争の方を好んでいるのは明らかだろう。
- ・ 連邦中央疾病金庫連合会の設立については、政府からと我々からとの2つの観点からの捉え方をしたいと思う。まず政府にとっては、その権限を強化する意味で中央連合会の設立のメリットがあった。これは、各疾病金庫の連合会が15.8%という統一保険料率を要求していたにも拘わらず、最終的には15.5%になったということでも明らかだと思う。各疾病金庫は組織的に非常に難しくなってきた。これまではBKK連邦連合会、BKK州連合会、それから各BKKというようにヒエラルキーが非常に明瞭で、それぞれのレベルでの仕事の内容もかなり明確になっていたわけだが、今回はまずその連邦連合会自体が公法人ではなくなり任務がほとんどなくなった。また、BKK州連合会の任務は、法律上では個々のBKKが行ってもよいということになっているので、州連合会がこれまで持っていた仕事の内容が非常にバラバラになった。意見をまとめる調整役という機能もなくなり、多種多様な意見を持つBKKが3つか4つのグループに分かれる可能性もある。BKKが全体としてバラバラになる可能性も出てくる。

(質問者) 私見でかまわないが社会民主党 (SPD) が主張する国民保険とキリスト教民主/社会同盟 (CDU/CSU) の人頭払い保険のそれぞれの構想について、どのように考えるか。

- ・ 国民保険はやはり最終的には政府で統一した医療保険制度を作り上げるという方向に進むであろうし、もう1つの方は、自由な競争の可能性が生まれるだろう。

8. BKK連邦連合会 (BKK Bundesverband)

- 日時：2008年11月7日（金） 9:00～10:30
- 先方：Stephan Burger 氏（健康政策・コミュニケーション次長）
- 当方：土田教授、（健保連）戸島、（MURC）田極、岩名

○公的医療保険競争強化法について

- ・ 我々が持っていた中央的な役割が低下してしまった。
- ・ 公的医療保険競争強化法の話合いでは、我々が重要だと思っていた事柄がほとんど盛り込まれなかったという結果に非常に落胆している。
- ・ 医療制度改革について議論するきっかけとなったのは、現在の医療保険財政のあり方を見直さなければ、ドイツの医療保険財政は近いうちに破綻してしまうといった危機感である。それがきっかけで制度改革について話し合いが行われたにもかかわらず、結果として、この部分には何ら変化がなく、むしろ、中央国家の権限が強くなった。国家の権限の強化という形になってしまった。
- ・ 中央集権化が進んだことの顕著な表れは、統一保険料の設定であり、これは、これまで疾病金庫が持っていた財政貢献が失われてしまうことを意味する。この結果、疾病金庫の活動範囲が非常に制限されるため、今後は、疾病金庫は財政面において積極的なプレーヤーとはなりえない。今後の疾病金庫の役割は、予算をいかに管理するかということであり、これまで疾病金庫が持ってきた企業的な性格は一切失われてしまうことになる。
- ・ 統一保険料率が15.5%に設定された。この結果、被保険者の90%がこれまで以上に保険料を支払うことになる。この15.5%という水準は、これまでのBKK全体の平均保険料率よりも高く、今後はより多くの負担を強いられるということになる。
- ・ 社会民主党（SPD）とキリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）がそれぞれ提唱していた案は非常に対立するものであった。今回の改革はそのミックスである。ミックスといっても、社会民主党（SPD）とキリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）が妥協を見出せるような、お互いから大きな批判が出ないような形でおさめた妥協案である。非常に曖昧な形での妥協案となってしまった。
- ・ 我々は、現行制度のように、賃金給与や年金所得とリンクさせた保険料の徴収には限界があると考えていた。賃金収入とは切り離して保険料を設定するべきだという考え方が経済学者や専門家からは出ていた。
- ・ BKK 連邦連合会は、この賃金所得から切り離れた保険料設定ということを唯一提唱した団体である。提唱というよりは、リユールップ委員会の提案に賛成の立場をとったということであるが。

- ・ 特に問題として考えているのは、政府が「競争強化」を要求している一方で国家的な権限を強めていることである。この矛盾する2つの概念を盛り込むことは、医療制度の秩序を乱すものであると思う。
- ・ 今回の「医療基金」と「統一保険料率」の導入は、来年の選挙でどちらの党が勝っても、その党の意向に合うように曖昧な形で導入されている。
- ・ しかしながら、そのような意図があっても、医療基金の設立は別に必要なかったと思う。医療基金を設立したいのであれば、あくまでもバーチャルで行っておき、その後の方向性が決まってから動けばよかった。実際に医療基金を設立して、一括管理を政府が行うという、そこまでの変革、システム的な変革は必要なかったと思う。
- ・ 次回の選挙前にはいろいろなことが変わり、我々が重要だと思っていたことが、選挙結果によっては実現する可能性はあるものの、現在既に行われてしまったことを元に戻すことはできない。既に設立されてしまった疾病金庫中央連合会を廃止することはないだろう。既に行ってしまったことを変化させるには新たなリスクを伴うという危惧があるため、導入済み内容の大部分は残るのではないだろうか。
- ・ つまり、各疾病金庫の連邦連合会が公法人に戻ることは基本的に望みが薄いし、将来的に、疾病金庫が以前のように独自に保険料率を設定することはないと思う。しかし、連邦連合会が公法人には戻れないということに関しては、それほど悪いことだとは捉えていない。
- ・ 今回の医療制度改革に関しては、いろいろな部門や関連団体からの批判が大きかったが、それは共通した批判ではなく関連団体独自の批判である。選挙後に新しくやり直す、新しい体制に作り直すといっても、同じ批判は残ると思う。したがって、現状が大きく変わるとは思っていない。

○保険料設定方法について

- ・ いわゆる人頭払いの「健康プレミアム」というモデルは、定額払いというよりは各疾病金庫によって保険料に差が出てくる内容となっている。この計算方法は各疾病金庫の支出を被保険者プラス子供の数で割って算出するものなので、各疾病金庫の支出と被保険者の子供の人数によって変わってくる。したがって定額保険料ということにはならない。これを導入する条件として、保険料がその被保険者およびその家族の年間収入の15%を上回るような場合には、その部分について連邦政府からの補助金を入れるというのが、健康プレミアムの考え方である。
- ・ この案がどうして廃案になったかという点、連邦補助金が入るということメディアが取り上げなかったからである。とにかく一律180ユーロだということ宣伝されてしまった。それで、いわゆる低所得者層にとって負担が非常に大きくなるということで批判が出たため廃案となってしまった。この案が次回浮上してくることはないと思う。

- 全国一律の人頭払い保険料がだめな理由についてであるが、競争要素が欲しいのであれば、1つの疾病金庫では駄目ということになる。定額保険による保険料方式で、しかも競争を行いたいというのであれば、今の計算方法ではなく、疾病金庫ごとの支出を反映させたものにする必要がある。
- 我々の提案する方式を導入する可能性が少しでも残っているならば、「医療基金」の設立といった形での医療制度改革にはならなかったと思う。国家の権力が強まる形での医療制度改革は行うべきではなかった。しかし、このように国家が権力を強めた時点で、もう1度国家の権力を弱めるような、戻るような政策転換はないと思う。
- メルケル首相は、大連立政権の成果を前面に打ち出したかったために、キリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）として予定していたモデルにかなり大幅な妥協をして、国家権力をとにかく強める形にしてしまった。国民にその考え方を植えつけてしまった後で、今度は逆の考え方を国民に植えつけるための新たな啓発活動を行うのは、非常に難しいことだと思う。
- （インタビュー調査の中で、使用者団体連邦協会（BDA）が統一保険料の導入は定額システムへの第一歩として受け入れると発言したことについて）非常に楽観的な見方だと思う。我々はかなり批判的な予測を立てている。このままの状況でいくと、現在のように収入にリンクさせた保険料とした場合、2020年、2030年頃には医療支出がどんどん増加するため、保険料が25%くらいまで上がるのではないかとみている。現在の金融危機の状況を考えると、できるだけ早い時期に医療保険財源を賃金所得とは切り離れた保険財源に改める必要があると考えている。保険料を上げないためには、医療提供や医療給付の部分で、かなり大きなカットをしないと非常に難しいのではないかと。医療給付の範囲をかなり狭めて、公的医療保険の支出を抑えるような方法でないと保険料は非常に高額になってしまい、労働者や利用者の負担は重くなってしまう。
- 個人的な考えだが、保険料の労使折半から離れるという使用者団体連邦協会（BDA）の考え方に、賛成である。保険料折半部分の使用者負担について、これは別に使用者側が払っているものという捉え方をしていない。あくまでも労働者に使用者から支払われるべき賃金の一部を使用者側が自分たちの分として払っているだけであるという考え方なので、労使折半の事業主負担が切り離されていくというふうには考えていない。
- 被保険者が受ける医療サービスについては、保険料全額分のサービスを本人が享受している。使用者負担分がなくなるという考え方に基けば、きっとこれまで以上に自分たちの医療費支出に関してコスト意識が高まると思う。
- 使用者団体連邦協会（BDA）の意見と同じであるが、労使の保険料折半がなくなっても、BKK側としては、使用者は従業員の健康管理について当事者自治として行っていると考える。労災保険の保険料は使用者が全額払っているが、それも使用者・被用者側での当事者自治で行われている。

○疾病金庫の組織改革について

- ・ 疾病金庫中央連合会の設立については、BKK 連邦連合会は、ドイツ労働総同盟（DGB）や使用者団体連邦協会（BDA）を動員して非常に大きな反対運動を行った。しかし、政府の意図としては、各疾病金庫の連邦連合会ではなくて、1つの中央連合会になれば交渉が簡単になるといった考えがあったと思う。
- ・ 多種多様な疾病金庫があり、多種多様な意見がある中で、それをまとめ、結束していく我々のような存在は、将来的にも必要であると思っている。我々は解消する方向に進むのではなく、今後とも存続して、これまで培ってきた重要な役割を担っていく考えだ。（質問者）疾病金庫中央連合会内での BKK の位置づけはどのようになると考えているか。
- ・ 現時点でも、疾病金庫中央連合会の職員として BKK のスタッフも入っているが、政府の考えとしては、疾病金庫中央連合会の中の勢力範囲として、非常に大きな AOK や代替金庫が念頭にあると思う。

○疾病金庫のグループ化について

（質問者）BKK 連邦連合会の内部でもいろいろな意見があると思う。閉鎖型疾病金庫は自分たちで団体を作り始めたという話を他で聞いたが、閉鎖型疾病金庫と開放型疾病金庫でだいぶ考え方が分かれてきているのではないか。

- ・ それについては、いろいろな動きがある。BKK が 2 つのグループに分かれて、それぞれに「サービス企業」というものを設立した。
- ・ この 2 つのグループは閉鎖型・開放型で分かれているのではない。「サービス企業」のうち、まず 1 つは「Spectrum|K」と呼ばれる有限会社である。個別 BKK と州連合会の共同企業である。もう 1 つは「GWQ Service Plus AG」という株式会社で政治的な要素は一切入っていない。連合会はまったく関係がなく、あくまでも BKK のためのサービスを行っている。どちらのサービス企業を利用するかは、閉鎖型、開放型に関係ない。閉鎖型、開放型の中でもいろいろ分裂が出てきているという状況だ。
- ・ このサービス企業は、医薬品メーカーとの割引契約をまとめて行い、各疾病金庫にそれを還元するといったことを行っている。この 2 つの企業は、一応業務の開始はしているが、非常に緩慢なスタートとなっている。
- ・ サービス企業が設立されるきっかけになったのは、今回の医療制度改革である。比較的最近できたものだが、そこで働く職員も、かつては連邦連合会等で働いていた職員たちである。
- ・ こういったサービス企業が設立されても、代表意見者や調整役といった、現在の連邦連合会のような役割を担う立場は今後も必要であり、BKK 連邦連合会はこのような役割を推進していこうと考えている。
- ・ BKK の中で様々な意見、方向性があったことは確かであるが、ただ連邦連合会、州連

合会があったからこそ秩序が保たれてきた部分がある。その秩序を保つ役割が連邦連合会になくなった途端、このようなサービス企業の誕生といった状況が出てきた。なくなって初めて、秩序統制の調整役をする連邦連合会の役割がいかに重要なものであったかというのが切実に表れてきている。疾病金庫中央連合会が実際に設立はされたものの、うまく機能するかどうかは非常に不透明である。

- ・ 2つのサービス企業は、あくまでも暫定的な機関に留まると思う。サービス企業が行う役割は、疾病金庫が合併して大きくなればなるほど、大規模疾病金庫が単独で行える内容である。大規模疾病金庫がいくつか出現して自らでやるようになれば、次第にこの2つのサービス企業自体の存在意義もなくなるだろう。
- ・ 疾病金庫の数は毎日のように変化しているのによくわからないが、BKK の数が 165 くらいだったと思うが、再来年（2010年）中には 100 以下になると思っている。

○雇病率加味のリスク構造調整について

- ・ BKK の意図とは別にしても、雇病率加味のリスク構造調整は非常に問題をはらんでいると思う。雇病率加味のリスク構造調整を導入した目標は「最大限の公平的な財政調整」ということであるが、支出に対して最大限公平に調整するということになると、疾病金庫側では経済的な効率性の追求と医療提供者との間での、質の高い、効率性の良い医療を提供するという努力、インセンティブが働かなくなる。
- ・ 雇病率加味のリスク構造調整が進むと、医師は、被保険者、患者の病気が重くなればなるほど診療報酬が加算されるという方式を、個別契約で盛り込むことが可能になる。個別契約として医師グループに対して、この疾病の患者を治療した場合には、このくらいの診療報酬を出しますといったような契約が結ばれると、ドイツ社会は現状よりも多くの患者を抱える状況になってしまうのではないか。

(質問者) 雇病率を加味したリスク構造調整については比較的評価している BKK もあるように聞いている。支出をもとにしていないわけではないので、患者の疾病が悪化しないように、何らかの予防努力をすれば医療費支出が削減されて利益が出るという考え方もあると思うがそれについてどう考えるか。

- ・ 雇病率加味のリスク構造調整の仕方は、まず年齢・性別で決まり、それに雇病率部分が加算されるという仕組みである。健康な人に対しては非常に低い交付金しか配分されない。ということは、健康体よりも病気の人を抱えている方が疾病金庫にとっては有利になっている。したがって、健康な人であっても病気であるというはんこを押してもらって、雇病率を加味した交付金をもらう方が、疾病金庫にとっては有利になる。

(質問者) 連邦保健省の説明では、非常に重い疾患や慢性の疾患の患者を抱えたくないというリスク選別があったため、改革が必要だったと聞いている。リスク選別が行われてきたということについてどう思うか。

- ・ これまでのリスク選別は、病気の人をなるべく抱えずに健康な人を選ぶというリスク選

別であったが、今回は逆で、病気で罹病率加味のリスク構造調整により高い交付金がもらえて、しかもその人たちの支出ができるだけ低く抑えられ、疾病金庫の収支にメリットとなるような被保険者を選ぶといった、そういった意味でのリスク選別が出てくると思う。リスク選別自体は減少するどころか多くなると思う。今、各疾病金庫は被保険者の病状をチェックし、スクリーニングにかけている。いわゆるクリームスキミングで、非常にメリットの大きい病気の被保険者を選んでいる。

- ・ 罹病率加味のリスク構造調整という仕組みは、これまでのリスク構造調整以上に、非常に大きな管理組織が必要になってくるし、その管理事務コストは膨大なものになると思う。
- ・ 罹病率加味のリスク構造調整で BKK が交付金の大きな受取り側になった場合、「リスク構造調整の調整率が足りない」として、財政調整の対象となる疾病がいろいろと広げられる可能性があると思う。逆に、AOK が交付金の大きな受取り側になった場合には、「これによって本来の意味での競争ができあがった」と政府は評価するだろう。
- ・ 人頭払い保険料とリスク構造調整について、我々は賛成の立場をとっている。定額保険モデルでもリスク構造調整は残ると思う。これまでのリスク構造調整では、「所得の調整」というものがあり、それがこれまでのリスク構造調整の中の非常に大きな部分、つまり金額的に大きな部分を占めていた。本来の意味では「所得の調整」があるべきだが、それがなくなったのは罹病率加味のリスク構造調整の非常に大きな欠陥といえるのではないか。

○連邦補助金について

(質問者) 社会保険に保険料以外の連邦補助金、すなわち税財源が入ってくるということは国家の介入がますます強くなることを意味しているのではないか。

- ・ 我々の考え方では、連邦補助金は疾病金庫に対して入るのではなく、あくまでも個人に対して入るものであり、生活保護と同じような考えである。
- ・ 所得再分配というのは、疾病金庫や医療保険の役割ではなく、あくまでも国家の役割である。医療保険の役割は、国民に対して良い医療を提供するということであり、誰が保険料を払ったか、どのくらい払ったかにかかわらず、同等の医療提供をするのが医療保険の役割である。

(質問者) 国民に対して、より良い医療を提供するのが医療保険の役割であるとのことだが、それならば税をもっと増やして税方式、イギリスの NHS 方式のようなやり方もあるのではないかと思うが、それについてはどうか。

- ・ 理論的にはそうだ。私は疾病金庫内での連帯というのは、あまり正しくないのではないのかと思っている。「連帯」というものはグローバルな意味で捉えるべきであり、高所得者と低所得者、患者と健康な人というのはいいが、「若年者と高齢者の連帯」という

捉え方はおかしいと思う。高齢者イコール病気で低所得者という捉え方自体がまずおかしい。高齢で健康で高所得者というのものもある。そういった捉え方をする必要がある。

- ・ 「連帯」を医療保険の中で考える場合には、あくまでも健康な人と患者との間にとどまるべきと思う。それ以外の分野、例えば被保険者の保険料を上げないために、負担が大きくならないようにといった意味での連帯を高額所得者に求めるのは、あくまでも医療保険を超えた国家単位のグローバルな考え方であり、医療保険の範囲ではない。
- ・ 小さな BKK にとっては、患者と健康体の枠を超えた「連帯」というものを引き受けるのはあまりにも役割が大きすぎる。
- ・ 疾病金庫に対する連邦補助金がますます増えるということになると、疾病金庫は先程も述べたように「予算の分配管理者」という機能しか持たなくなるので、それに対して我々は異論を唱えている。

○疾病金庫間の合併について

(質問者) 先程の話では、BKK は再来年中には 100 以下になるという話だったが、その中には異種間の疾病金庫の合併もありそうなのか。

- ・ 最初は BKK 同士の合併が増えるかもしれないが、最終的には異種の疾病金庫間の合併の方が増えていくのではないかと予想している。

9. E.ON BKK (E.ON Betriebskrankenkasse)

■日時：2008年11月7日（金）11:00～12:30

■先方：Joachim Wolf 氏（理事）

■当方：土田教授、（健保連）戸島、（MURC）田極、岩名

○組織の概要について

- E.ON BKK（イーオン BKK）は 1992 年に閉鎖型の BKK として設立された。それ以来、伝統的な閉鎖型疾病金庫を運営しているということに対して、また、母体企業と強い結びつきを持っているということに対しても誇りを持っている。
- 2003 年度に E.ON BKK は Ruhrgas BKK（ルールガス BKK）と合併した。Ruhrgas BKK は、E.ON BKK と比べると非常に小さな BKK であったが、そこと合併することで被保険者数が増えた。
- E.ON 社には 2 つの子会社がある。1 社は E.ON Climate&Renewable 社。再生可能エネルギー関係の会社である。もう 1 社は E.ON Energy Trading 社。エネルギートレーディングの会社である。排出権の取引以外にガス・電力の取引市場がある。本部はデュッセルドルフにあるが、そこで働く職員は、オランダ、スペインなどヨーロッパ中から集まってきたおり、社内の共通言語は英語となっている。
- E.ON BKK には 9,000 人の加入者がいる。このうち 30% が非常に健康な年金生活者である。我々のモットーは「家族型 BKK」であり、家族が他で仕事をしていても、従業員は我々の金庫に加入している。E.ON BKK を脱退する人は限りなくゼロに近く、非常に嬉しく思っている。
- ノルトライン・ヴェスト・ファーレン州の中では、唯一加入者数が増えている閉鎖型 BKK である。企業内健康増進計画の一環として、がん検診や大腸がん検診、乳がん検診、高齢化による疾病検診、糖尿病検診、眼科検診を行っているが、非常に良い成果をあげたということで、2007 年 10 月には、ノルトライン・ヴェスト・ファーレン州保健大臣から「あなたの BKK はこのノルトライン・ヴェスト・ファーレン州全市民の健康増進に寄与しております」という文言の入った表彰をいただいた。これも我々の誇りである。

○公的医療保険競争強化法と閉鎖型疾病金庫について

- 今回の医療制度改革は、政治的には我々のような閉鎖型疾病金庫にとっては逆風となっており、将来的な存続の危機感というものを持たなかったと言えれば嘘になる。しかしながら、我々は母体企業の人事部からの全面的なサポートを受けており、幸いなことに今

回の改革では、母体企業からの閉鎖型 BKK に対する資金援助は引き続き許されることとなった。まだ許されているのは、我々が非常に強いロビー活動を行ったからである。ロビー活動では、閉鎖型 BKK は従業員の健康増進という点で大いに貢献しているということを前面に押し出した。

- 我々は、今回のような閉鎖型疾病金庫に対する逆風がいつかは来るだろうと予想していたので、3年前に閉鎖型 BKK の中で同盟を作った。その同盟は「企業における企業疾病金庫登録社団 (Betriebskrankenkassen im Unternehmen e.V.)」と呼ばれるもので登録社団法人の形式を採っている。加盟しているのは、ダイムラークライスラーや BMW、ドイツ銀行、シュードツッカー (最大手の砂糖会社) などであり、ドイツ証券取引所に上場している優良企業が多く入っている。こういった優良企業の BKK が行うロビー活動は、政治的にも非常に大きな影響力がある。
 - 母体企業からは、BKK の人件費と管理費 (家賃や光熱費など) に対して資金が提供されている。他の BKK では、母体企業からの人件費の供給をストップされたところもあるが、E.ON 社と Ruhrgas 社は、BKK はあくまでもその母体企業の福利厚生部門であると捉えており、BKK を単なる保険会社としては捉えていない。こういった考えのもと、人件費や管理費に充当する資金を供給している。
 - 母体企業には取締役が 6 名いるが、このうち 5 名が E.ON BKK に加入している。母体企業である E.ON 社と Ruhrgas 社が、この疾病金庫に対して大変な信頼感を持っている、ということの現れである。
 - E.ON BKK の職員は 10 名であるが、この他に 5 名の訓練生がいる。BKK 内で独自に職員の養成・訓練をすることによって、質の高い従業員を確保できるし、BKK が持っているフィロソフィーを十分に浸透させることができるというメリットがある。他で養成・訓練を受けた職員を採用するよりも、BKK 内で養成する方がよい。
- (質問者) (あなたは) 以前、ドイツ銀行の疾病金庫にいたということだが、ここの違いは何か。
- ドイツ銀行の疾病金庫との違いはない。あるとすれば、母体企業の性格がドイツ銀行の場合は銀行関係であるのに対して、こちらはいわゆる生産企業という点だけである。そういう違いはあるが、BKK の組織自体に違いはない。ドイツ銀行の疾病金庫にはドイツ全国に 80 か所の営業所があったが、こちらは 42 か所で少し規模が小さい。それ以外のフィロソフィーや企業精神、理念に関しては同じだ。現在のドイツ銀行 BKK の理事長とは、以前の同僚だったということもあり、常時、情報交換をしている。
 - 開放型 BKK というのは、もはや BKK ではないと思っている。開放型にした途端、6 か月あるいは 1 年くらい経ったところで、本来の意味での母体企業とは全然関係のない人が多く入って来るので、これはすでに BKK とは呼べないものだと思う。
 - 以前、「この時期を過ぎたらもう開放型にできない」というモラトリアムな期間があった。その時、開放型にした場合と閉鎖型でいた場合のメリット、デメリットを考えたこ

とがある。しかし、最終的な結論として閉鎖型となった。従業員の健康増進活動、あるいは疾病予防を行うためには、どうしても閉鎖型でないといけないというのが決定的な要因となった。

- ・ 閉鎖型疾病金庫が廃止されるという危惧はないが、それはあくまでも母体企業の経済状況が良い限りにおいてである。私の一番の関心事・望みは E.ON 社が現状通り、今後も経済的に発展していくということである。
- ・ E.ON BKK では、本来であれば企業の人事部が行うような事務も行っている。例えば外国人の職員がオランダからデュッセルドルフに来て働く場合、一時的に AOK に入ることがあったが、E.ON BKK では当 BKK が加入事務手続きを行っており、外国人の移動でもスムーズに当 BKK に加入することができるようになっている。E.ON BKK は、被保険者に対してだけではなく、企業・使用者側に対してもいろいろなサービスを提供している。

(質問者) 今回の改革の中で、閉鎖型 BKK にとって最も問題であると思われる点は何か。

- ・ 今回の改革でもっとも心配だったのは、母体企業からの人件費が禁止されることであったが、その懸念はなくなった。もし、人件費への支援がなくなれば、これまで持っていた保険料率の魅力もなくなり、負担も非常に重くなる。そうなれば、閉鎖型 BKK にとっては存続の危機になったと思う。連邦保健省の職員の中には閉鎖型疾病金庫をなくしたいと思っている人も若干いるようだが。
- ・ 統一保険料自体はそれほど問題ではない。母体企業の方では、使用者負担分が増えるといったことがあるかもしれないが、E.ON BKK は閉鎖型であり、母体企業からの人件費の支援が許されている限りにおいては、それほど大きな問題ではない。

○罹病率加味のリスク構造調整について

- ・ 罹病率加味のリスク構造調整について問題は感じていない。いわゆる「メリットの多い被保険者」、つまり、病気にかかっても、我々のこれまでの予防対策が非常に効を奏して罹病率加味のリスク構造調整による加算交付金で十分に賄えるか、あるいは利益が出るといったような被保険者がいる。例えば、我々の予防対策によりかなり早期に大腸がんが発見された場合、早期の手術でも大腸がんは大腸がんとして登録され加算交付金が入ってくる。その上、早期であったので、支出は非常に低く抑えられる。そういった被保険者がいる被保険者構成となっている。
- ・ E.ON 社では 2 年前から、Ruhrgas 社では 6 年前から、大腸がん検診を行っている。これによって、大腸がんの早期発見が可能になった。最近では 1 件しかみつからなかった。がんが発見された人は 2 人の子どもがいる父親だったが、この人の場合、早期の発見だったので、その時の治療費は 1,295 ユーロであった。これが例えば 3 年後ぐらい、もう少しがんが進んだ段階で発見された場合、治療費はおそらくこの 10 倍ぐらいはかかっ

たのではないだろうか。この患者については治療・手術を既に行ったわけであるが、データはリスク構造調整上の記録に残り、「がん患者」として登録されている。したがって、罹病率加味のリスク構造調整から加算交付金が入り、その部分では利益が出ることになる。罹病率加味のリスク構造調整は、前年のデータをもとにして計算されるので、そういったことになる。

- 去年、糖尿病患者として指定された人がいる。この人の場合、非常に早いうちに発見されたため、コストは非常に低く抑えられている。それでも、罹病率加味のリスク構造調整では加算された交付金が多く入ってくる。
- 罹病率加味のリスク構造調整に肯定的な人は少ないと思う。E.ON BKK の罹病率は標準であり、罹病率が「1」となっている。ところが、過去数年、新しく雨後の竹の子のように出てきた保険料率が低い疾病金庫では、若く健康な人が多いので、罹病率は0.5とか0.7とかになっている。AOK の罹病率は2.5くらいで、受取側になっている。今回の罹病率加味のリスク構造調整では、E.ON BKK は拠出側にもならない。
- しかしながら、罹病率加味のリスク構造調整について、それほど賛成の意見が唱えられないのは、このリスク構造調整が非常に複雑であり、データの信憑性が疑わしいからである。今のやり方では、例えば2009年に罹病率加味の対象となっている病気に罹った人が、2010年に他の疾病金庫に移ったとすると、その患者の分は実際に費用を支払った疾病金庫ではなくて、新しく移った先の疾病金庫に入ってくる。E.ON BKK では、疾病金庫を移動する人がほとんどいないので、そういった点での危険性はないが。
- また、罹病率加味のリスク構造調整で使われる疾病データは、1年前の遡及データに基づくが、被保険者が死亡した場合、死ぬまでの治療費は疾病金庫が出しているが、翌年にはその被保険者はその疾病金庫に属していないので、その分の治療費をもらえないということになる。

○BKKの政治的発言力について

(質問者) 統一保険料や罹病率加味のリスク構造調整は、あまり影響ないということであるが、そうなると、閉鎖型疾病金庫にとっての最大の問題は何か。

- 1番目の問題としては、BKK 連邦連合会、州連合会が、大きな BKK の意見を代弁するようなどころになってしまい、小さな BKK の声が反映されなくなってしまうことである。したがって、閉鎖型 BKK の政治的な代弁を行うグループが必要であるということだ。
- 2番目は、今の方向だと、BKK は根なし草のようになってしまうおそれがあるということである。そこで、「back to the roots」(基本に戻ろう)ということ、BKK の本来の意味での重要性をアピールしていくことが非常に重要であると考えている。こういった考えに基づき、3年前にグループが結成されたわけであるが、もっと早いうちに結成して

いれば、きつとっと多くの BKK が閉鎖型のまま存続していたに違いない。閉鎖型でこのグループに入っている限りにおいては、疾病金庫間の競争はない。このグループの加入者同士の競争はない。

(質問者) そのグループとは何か。

- 先ほどお話しした登録社団法人である。このグループの中での環境・空気は非常に良い。皆パートナーシップがあり、フレンドリーである。
- この登録社団法人には「理事会」が設置されており、その理事会がいわゆるロビー活動を調整している。ロビー活動においては、背後に大きな経済力を持った母体企業があるということが強みになっている。ただし、母体企業自体は、この BKK グループのためのロビー活動を直接的に行うことはない。
- このグループでは、医薬品の割引交渉や予防活動を一緒に行うことができる。1つの例として、ドイツ全国で大腸がん予防キャンペーンを行ったところ、比較的短い期間だったにもかかわらず、被保険者 55 万人がこれに参加した。メディアにも大きく取り上げられた。このようにメディアに取り上げられることも、我々のロビー活動の1つとなっている。
- 他には、例えばジーメンス BKK の被保険者がこの地区にやってきたが、この地区にジーメンス BKK の営業所がなかった。そこで E.ON BKK の営業所に行けば、医師の予約を取ってもらえる、あるいは簡単な相談にのってもらえる、といったグループ内でのサービスの相互提供のようなものもある。
- AOK などはドイツ全国に営業所があることが強みだと言っている。それに対抗する手段として、このようなグループ内での相互業務代行というものを考えた。
- このグループには閉鎖型 BKK の半分ぐらいが加盟している。残り半分が加盟していない理由として考えられるのは、ドイツの政治動向が今後ますます閉鎖型疾病金庫に対して逆風となるという予想ができていないか、あるいはこのグループに加入することで、自分たちの疾病金庫は閉鎖型ですと公言することになるためためらっているのか、そういったことが考えられる。
- 例えば、ドイツ銀行 BKK は今年このグループに加盟したのだが、もしかしたらドイツ銀行の頭取は、ドイツ銀行の BKK が閉鎖型だということを知らなかったのかもしれない。

(質問者) このようなグループがあるのなら、BKK 連邦連合会は必要ないのではないか。

- 確かに我々のような閉鎖型 BKK にとっては、BKK 連邦連合会は必要ないかもしれないが、我々以外にも多種多様な BKK があるので、それらの意見を調整する場所としては、やはり必要なのではないか。
- BKK は数が多く多様であるので、政治的な発言をする際に意見を1つにまとめるのは非常に難しい。これまでもそうであったのだが、AOK は1つの意見として発言するが、BKK 連邦連合会は1つの意見としてまとめるまでに苦勞してしまう。

(質問者) 疾病金庫がそれぞれサービス会社をつかって活動し始めているなど、意見をま

とめるのが難しくなっているのではないか。

- ・ ご指摘の通り、非常にばらばらな活動が行われつつあり、意思決定機関の存在意義が失われつつある。これは非常に大きな問題といえる。新しくできあがった会社はあくまでもサービス会社である。それに対して我々のグループは、政治的な意見の代弁を念頭においている。我々のグループもサービス会社と同じようなことをする可能性は、無きにしてもあらずであるが、我々が重点を置いているのは、あくまでも政治的な意見の代弁というところである。我々以外の団体は、このような政治決定をどこがするかという点について混乱している状態だ。
- ・ 我々の中では、BKK 連邦連合会は我々の政治的な代弁者となり得ないということが以前から言われていた。そのため、3年前に社団法人を設立した。今回の医療制度改革の法案作成時の公聴会にも我々の社団法人は呼ばれた。
- ・ この社団法人に加盟している疾病金庫の数自体は少ないが、被保険者数でいえば 60 万人ということもあるし、やはり背後に控えている母体企業の経済力もあって、医療保険制度審議会での我々の意見は比較的重く見られている。

○疾病金庫の合併について

(質問者) 今回の改正で合併が再び進むことが予想されるが、こちらでは新しい合併戦略はあるのか。

- ・ 難しい問題である。白黒で答えられるようなものではない。実は昨日も話し合ったのだが、もし合併を考えるとすれば、これまで閉鎖型であった BKK が開放し、開放型 BKK と合併するよりは、閉鎖型のまま、我々と合併してもらったほうが良いだろう。ただ閉鎖型と合併する場合、やはり母体企業のフィロソフィーが合うところでないといけない。したがって、我々のような小さいところではなく、例えばダイムラーのような、非常に大きな、いわゆる複合企業体のようなところであれば、全く別の種類の企業の閉鎖型 BKK を引き受けることができるのではないかと思う。
- ・ 我々としては、大きな閉鎖型 BKK に吸収合併されるのではなく、同等くらいの BKK で、それぞれの独立した体制を保ち続けられるような、そういった形での合併を望んでいる。

(質問者) この疾病金庫は小規模なのか。

- ・ 我々のところは中規模である。ダイムラーが 17 万人くらい、BMW が 13 万人、ドイツ銀行が 8 万 8,000 人、その後は急に規模が小さくなって、メルクやミーレンが 2 万人くらいの規模である。この後者の規模のところに我々が入っている。我々は被保険者・被扶養者も合わせて 9,000 人くらいである。

○競争強化と医療の質の向上との関係について

(質問者) 今回の改革は競争強化法と名づけられており、競争強化法の目的は、最終的に

は医療の質の向上に繋がっているはずである。こちらで先程聞いた話では閉鎖型疾病金庫間では競争はないが、自分たちの提供しているサービスには非常に自信があるということだった。つまり競争が必ずしも質の向上をもたらすというふうには考えていないということか。

- ・ 医療の質の向上のためには、競争はそれほど必要ないと思っている。政府は医療の質の向上のための競争と言っているが、その背後には、疾病金庫の数を減らすという意向が前提として存在している。少なくとも閉鎖型 BKK では、疾病金庫間の競争というのはないと思っている。私の相手はあくまでも母体企業であり、母体企業と話し合いながら、医療の質の向上を図っていくというやり方である。母体企業との関係は今とても良好である。

○今後の動向について

(質問者) 一元化の流れがあると思うが、それに対してどのように思っているか。

- ・ 現在既に、AOK は将来的に 1 つになるのではないかという可能性が非常に強まっている。国全体として 1 つの医療保険ができるという危惧はかなり強く持っている。少なくとも 2009 年には選挙があるので何事も起こらないと思うが、2010 年あたりにまた何か変化があるのではないかと考えている。ドイツの医療保険は、年金保険のように一元化していくのではないかとといった危惧は少なからず持っている。

(質問者) 民間保険と公的保険が一緒に取り込まれていくという完全な一元化という形もあれば、公的医療保険だけが 1 つになり、民間保険と公的保険による 2 つの制度という形もあるかもしれない。あるいは開放型と閉鎖型と民間といった形になるのかもしれないが、ある程度多元性を残しながら統一されていくのか。これについて、どのように考えているか。

- ・ これも選挙結果によると思う。社会民主党 (SPD) が勝った場合は一律の国民保険に、キリスト教民主/社会同盟 (CDU/CSU) が勝った場合、現在のような多元的なものが存在すると思う。もし社会民主党 (SPD) が勝って一元的な医療保険制度になると、民間医療保険は公的医療保険に組み込まれる形で、民間医療保険の存在自体がなくなってしまふ。そうなると、今度は民間医療保険だけでなく、公務員に対する制度自体も一元化しなくてはならなくなり、国にとっては非常に大きな財政負担になる。この点からみても、全くの一元化というのは財政的に無理だと思う。

(質問者) 個別契約についてどのように考えているか。

- ・ これまでのような集団契約であれば、我々は非常に多くの年金生活者を抱えているので、1 人当たりの金額を一括して保険医協会に支払うが、集団契約ではなく個別に医師と契約するということになると、我々のような疾病金庫にとっては比較的有利になると思っている。

ドイツの医療保険制度改革追跡調査報告書

平成 21 年 6 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