

## 「独仏の医療保険制度に関する調査研究」＜ドイツ報告書＞（概要）

### 1. ドイツの医療制度の基本的な仕組みと特徴

ドイツの医療保険制度の大きな特徴は、国民の9割前後を対象とする強制加入の公的医療保険と、官吏、高所得の被用者、自営業者など、1割前後の比較的條件に恵まれた層を対象とする代替的な民間医療保険との並立にある。さらに公的医療保険内部においても、職業や勤務先などに応じて、地区疾病金庫(AOK)、企業疾病金庫(BKK)など各種の疾病金庫と、一定の職種についてはこれらを離れて加入できる代替金庫が重層的に存在していた。これがさらに1996年からは、各疾病金庫のリスク構造調整を行った上で、被保険者による保険者選択制が導入され、仕組みが大きく変わった。

医療提供体制については、長い歴史的経緯もあり、外来診療を確保する責任は保険医が強制加入する公法人である保険医協会に委ねられている。これと表裏の関係で、外来診療報酬は、疾病金庫から各州の保険医協会に総額請負で支払われ、各保険医からの請求の審査と分配は、統一報酬評価基準に基づき、保険医協会内部で行われる。

他方で病院（入院）医療を確保する責任は各州が負い、その病院需要計画に基づき、病院の投資費用は各州の公費で負担し、運営費は医療保険の診療報酬により賄うという財政二元方式が採用されてきた。またその診療報酬は、2003年以降、件数包括払い(G-DRG)が導入され、段階的に件数単価が州レベルで統一され、さらに連邦レベルへの収束が進められてきた。これにより病院医療の透明化や効率化、在院日数の短縮化が進み、病院間の統廃合も急速に進んだ。

一方で、こうした入院と外来の峻別・分断により、両者の連携が悪く、相互の連携の強化が大きな課題となってきた。このため、とりわけ2000年代以降の改革により、病院での外来手術、入院前後の通院診療などが進められてきたほか、統合型医療、疾病管理プログラム、家庭医中心医療など、各種の医療機関が連携して効率的で質の高い医療を提供する診療システムが保険者主導で開発され、定着しつつある。

### 2. リスク構造調整と被保険者による保険者選択制

若くて健康で高所得の被保険者の獲得と、逆に高齢で慢性疾患を有し低所得の被保険者の排除というリスク選択を防ぎつつ、各疾病金庫がその被保険者に対して効率的で質の高い医療サービスの提供を通じた真の競争を促すための新たな仕組みが1996年から導入され、ドイツの公的医療保険の世界は大きく変貌した。

このリスク構造調整は、性別・年齢（各歳）・障害年金受給の有無別の精緻な外形的指標による調整にもかかわらず、制度導入後間もなくして、危惧されていたリスク選択

が激しさを増し、安い保険料を求めて被保険者の大量移動が発生し、制度の存続が危ぶまれた。このため、直接的な有病率指標によるリスク構造調整が医療基金の設置に併せて2009年から導入された。

法律で限定された有病率指標の対象となる80の疾病の選定、具体的な有病率調整の仕組み、対象となる診断群や階層化された有病率グループの設定などは、毎年のデータに基づき専門家や各疾病金庫からのヒアリングなどの手続きを経て決定されるが、年々精緻化される反面、技術的で複雑化した仕組みになっている。

新たな有病率指標の仕組みにより、低所得の高齢で慢性疾患を有する被保険者を多く抱える地区疾病金庫の財政状況が改善したが、逆にこれまで優位にあった企業疾病金庫や代替金庫の財政が悪化した。こうした各疾病金庫の利害を反映し、そのあり方をめぐっては議論が絶えず、一部修正も図られているが、今後とも部分的な修正を加えつつ、制度の基本そのものは堅持されていくものと思われる。

### 3. 医療保険の財政

ドイツの公的医療保険は、わが国と異なり、19世紀末の制度発足以来、一貫して必要な費用はすべて保険料で賄う伝統が確立してきた。その結果、とりわけ1970年代以降、医療給付費が保険料賦課対象賃金の伸びを超過して増加する中で、保険料率の引き上げが続いてきた。しかし、1990年代以降、事業主の社会保険料負担の重さが企業の国際競争力を削ぎ、失業問題の悪化の要因として問題視されてくる中で、医療保険料については、労使折半負担の一般保険料率は法律により14.6%と固定され、これを超える費用については、各疾病金庫が被用者のみの負担による追加保険料（2018年平均で1.0%）により賄うこととされた。

また、保険料率の上昇を抑制するため、2004年からは初めて連邦補助が導入された。これはその後、時々を経済財政状況により拡大と削減を重ねたが、最近では給付費の7%前後で安定し、新たな財源として定着しつつある。

### 4. 公的医療保険と民間医療保険との関係、相互の影響

民間医療保険は、公的医療保険と異なり、任意の契約に基づきリスク見合いの保険料の原則で、対象層も医療費補助を受けられる官吏などの恵まれた層が多く、診療報酬も高いため受診に当たって優遇されるなど批判もある。このため、公的医療保険との一本化が強く主張されるが、慎重論も強く、批判を受けて、社会的公正のために高齢者や低所得者保護のための規制も累次強化されており、共存のあり方が模索されている。

以上