

ドイツにおける
企業疾病金庫の統合を進めた背景・要因
統合実態に関する研究

(平成15年度 医療保障総合政策調査・研究事業)

健康保険組合連合会

はじめに

政府は15年3月に「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」を決定した。その中で、医療保険制度の体系の在り方の一つの柱として「保険者の再編・統合」が掲げられた。

基本方針の決定を受け、健保連においても四つのワーキング・グループを設置し医療保険制度の改革について検討を進めている。その中の一つに「保険者の再編・統合と事業の共同化」ワーキング・グループがある。

保険者の再編・統合は現存する保険者にいわば変身を迫る内容を含んだものであるだけに、検討にあたっては、このテーマが提起する課題とその解決の方向・妥当性・有効性、また、実現可能性が焦点となる。

そうした中で、ドイツにおいては、近時、疾病金庫の統合が大きく進み、中でもフォルクスワーゲンとドイツポスト、ドイツテレコムなどが合併してドイツ最大の企業疾病金庫「ドイツ疾病金庫」が誕生したことが健保連の調査等を通じて紹介された。

日本の医療保険制度はドイツの医療保険制度を手本としてスタートしたが、現状では、基本的な枠組みにおいて類似点と同時に相違点を有している。

このことを意識しながら、ドイツにおける制度改革の背景や改革の視点、技術的手法などを学ぶことは、わが国の問題を考える上で有益な示唆が得られるものと考え、ドイツにおける「保険者の統合の実態」について、訪問調査を実施することとした。

それは、「ドイツ疾病金庫」の誕生に見られるように経営上何のつながりもない母体企業の企業疾病金庫の合併を可能にした背景や条件は何か、保険料率の差など合併の障害となる問題はなかったのかどうか、あったとしたらどう解決したのか、合併によりもたらされた効果はどうか、企業や被保険者は合併後の姿をどのように受け止めているのか、今後の課題はなにか。などを知りたいと考えたからであった。

ドイツ問題の専門家でもないわれわれで自ら調査を実施することとなり、事前に文献等でドイツの医療保険制度の最近の動きなどを学ぶとともに先達を尋ねアドバイスもいただいた。

訪問調査においては「ドイツ疾病金庫」以外の様々な合併事例も調べたいし、BKK 連合会や連邦保健省なども訪れ、この問題等についてどう評価しているか聞きたいと考えた。

しかしながら抱負はあっても相手先の実情を知り訪問先を特定しないと計画は立てられない。早稲田大学の土田教授などのお力も借り、ドイツ在住の佐々木ケベレ洋子氏などの協力を得て訪問先の目処をつけた。

共同事業部が窓口となり訪問希望先等との折衝等をメールなどを使って行い、訪問計画を立てた。

ドイツ側の受け入れ先から承諾を得るのに時間を要したが、最終的には在独日本大使館の須田一等書記官のお口添えが力を発揮したと思っている。

旅程や宿泊先の手配などは業者の手を借りた。また、訪問先への依頼状は研究室等の協力を得て英文で、また予め準備した質問事項は独文で送付した。そうした準備に時間をとられ調査の実施は10月にずれ込んだ。

調査は、相手国の実情について手探りのところもあって一回の調査では十分な調査は難しいと考え二度に分けて実施することを当初から計画した。

第一次調査は、再編・統合WGの座長であり東芝健保の理事長代理の伊藤氏を団長に、健保連・理事・共同事業部長の須藤及び早稲田大学の土田教授、早稲田大学大学院博士課程研究生の百瀬氏の計四名で実施した。

いずれの訪問先も友好的で、予め依頼しておいた質問事項に沿った説明と質疑のやり取りを中心にその他関連事項も、と言う形できちんとした対応をしてくれた。また、相手側からも、なぜ再編・統合に絞った調査なのか、日本の医療保険の事情はどうか、等の質問を受けた。

通訳を介しての質疑のやり取りなので短時間の濃縮した的確な質疑のやり取りが必要とされた。この点は土田教授の先導と佐々木ケベレ洋子通訳の技量が大きかった。

第一次調査では、

合併した企業疾病金庫の当事者から、

- ・ 合併への誘因・動機・プロセス
- ・ 合併への障害の有無とその克服方法
- ・ 企業疾病金庫の開放条件
- ・ 企業疾病金庫と母体企業との関係
- ・ 合併を可能としたもの
- ・ 合併の成果
- ・ 今後の見通し
- ・ 疾病金庫を開放した理由

等を学ぶことが出来た。

また、企業疾病金庫連合会から合併に関する評価や対応を、連邦保健社会省・ボン駐在企業疾病金庫担当や地区疾病金庫連邦連合会から彼らから見た疾病金庫の統合の評価などを聞くことが出来た。

[参考] 第一次調査について

I. 調査期間

2003年10月20日から10月28日

II. 調査事項

- ・ドイツにおける企業疾病金庫の合併について、
- ・合併の動機と合併で目指した方向性
- ・合併相手の選択基準、
- ・合併までのプロセス、
- ・合併に際しての問題点、
- ・問題点をどのように克服したか
- ・合併の効果
- ・今後の課題
- ・合併を進める上での労使との関係と合併についての労使の評価
- ・開放型の運営選択の動機

III. 調査先

1. 合併事例

- ・ドイツ企業疾病金庫
- ・ノインプラス企業疾病金庫
- ・メリタプラス企業疾病金庫
- ・ライン・ジーク企業疾病金庫

2. 企業疾病金庫 ノルトライン・ウエストファーレン州連合会

3. 地区疾病金庫連邦連合会

4. ドイツ政府連邦保健社会省・ボン駐在企業疾病金庫担当

IV. 訪問地

ヴォルフスブルク、ハノーバー、ミンデン、トロイスブルク、エッセン、ボン

第二次調査は、山口県立大学の田中 耕太郎教授と早稲田大学の土田 武史教授にお願いして実施した。依頼に当たっては当方で質問事項を用意しそれを中心に実施していただいた。

〔参考〕第二次調査について

I. 調査期間 2004年3月27日～4月3日（田中）、3月27日～4月8日（土田）

II. 調査事項

1. 合併事例に関する調査対象の拡大
閉鎖型の疾病金庫の動きについて
2. 保険者機能の発揮への挑戦の観点及び合併による保険者機能の強化

- ・保険者が取り組み可能な領域
 - ・疾病予防や健診へのインセンティブをどのように与えているのか。
 - ・企業福祉との関係
 - ・デジーズ・マネイジメント
 - ・家庭医モデル事業
 - ・統合型医療機関との契約状況
 - ・疾病金庫間の共同事業の具体例（ねらいと効果）
3. 統合に関する関係者の評価
 - ・企業疾病金庫連合会
 - ・病院団体、保険医協会
 - ・連邦保健・社会省
 4. 疾病金庫の開放に関する事項
 - ・規約上の記載
 - ・解散時の清算
 5. 企業疾病金庫のマネイジメント
 - ・理事には具体的にどのような人が就任しているのか。（職歴・資格）
 - ・内部組織の改革によって以前と比べ経営の効率化がどの程度図られたか。
 - ・事務スタッフとしての社会保険専門員の資格はどのようなものか。その従事状況は。
 - ・経営のノウハウはどのように学んでいるのか。研修は。
 6. 最近の制度改革などの動き

III. 調査先

1. 合併事例
 - ・シティ企業疾病金庫
 - ・フォード企業疾病金庫
 - ・タウヌス企業疾病金庫
 - ・ダイムラー・クライスラー企業疾病金庫
2. 企業疾病金庫東部州連合会
3. 企業疾病金庫連邦連合会
4. 連邦保険医協会
5. ドイツ病院協会
6. 連邦保険庁・医療保険部等
7. 連邦保健・社会保障省

IV. 訪問地

フランクフルト、ベルリン、ブレーメン、エッセン

二度にわたる調査によって企業疾病金庫の再編・統合の実態についてかなり
のことを知りえたと思っている。

併せて、医療提供体制に関する改革の動きや医療費適正化を目指した保険者
機能の観点からの最近の動きについても知ることができた。

訪問して具体的な事実によって調査をしないと実際の姿は分からないものと
実感した。

この報告書が少しでも役立つことになれば幸いである。

目 次

はじめに

第1章 疾病金庫選択権の拡大と疾病金庫の合併

1. 保険者間の競争の活性化と競争条件の整備	1
(1) GSG 1993による改革以前の疾病金庫と被保険者	1
(2) 被保険者の疾病金庫選択権の拡大とリスク構造調整	2
2. 疾病金庫の合併に関する医療保険法の改正	3
(1) 医療保険法の改正	3
<地区疾病金庫に関する規定>	3
<企業疾病金庫に関する規定>	5
(2) 従来の規定との比較	6
3. 被保険者の疾病金庫選択権の拡大	7
(1) 疾病金庫選択権に係る法改正	7
a. 一般的な選択権	7
b. 特別の選択権	8
c. 選択権の行使	8
4. 地区疾病金庫の合併	8
第2章 企業疾病金庫の合併	11
1. 企業疾病金庫の合併の状況	11
(1) 疾病金庫数、被保険者数の推移	11
(2) 最近の合併をとりまく状況の変化	12
2. 企業疾病金庫の合併の類型化	18
(1) 規模の拡大により全国展開を図ろうとするケース	18
(2) 地域における競争力を強化しようとするケース	18
(3) 財政窮迫金庫が再建・合理化を図るために合併するケース	19
(4) 母体企業と協力して閉鎖型の疾病金庫を維持しようとするケース	19
3. 日本とドイツの相違点—保険者の再編・統合に関連して	21
第3章 企業疾病金庫の合併の事例—現地調査結果の報告—	23
○ドイツ企業疾病金庫の合併事例一覧	23
1. ドイツ企業疾病金庫	27
(1) 基本的事項	27
(2) 合併の動機	27
(3) 合併までの経緯とパートナー選択基準	28
(4) 合併に際して問題となった点とその解決方法	29
(5) 合併に際しての被用者側および使用者側の意見	30
(6) 企業側（フォルクスヴァーゲン社）の合併に対する意見	30

(7) 合併の効果	30
(8) 今後の課題	31
2. ノインプルス企業疾病金庫	31
(1) 基本的事項	31
(2) 合併の動機	32
(3) 合併までの経緯	32
(4) 合併に際して問題となった点とその解決方法	32
(5) 合併に際しての被用者側および使用者側の意見	33
(6) 合併の効果	33
(7) 今後の課題	34
3. メリタプラス企業疾病金庫	34
(1) 基本的事項	35
(2) 合併の動機	35
(3) 合併までの経緯とパートナー選択基準	36
(4) 合併に際して問題となった点とその解決方法	36
(5) 合併に際しての被用者側および使用者側の意見	37
(6) 合併の効果	37
(7) 今後の課題	38
4. ライン・ジーク企業疾病金庫	38
(1) 基本的事項	38
(2) 合併の動機	39
(3) パートナー選択基準と合併までの経緯	39
(4) 合併に際しての被用者側および使用者側の意見	39
(5) 合併に際して問題となった点とその解決方法	40
(6) 合併の効果	40
(7) 今後の課題	41
5. シティ企業疾病金庫	41
(1) 基本的事項	41
(2) 合併の背景とねらい	41
(3) 合併の経緯	41
(4) 被保険者側および使用者側の対応	42
(5) 負債等の状況について	42
(6) 合併の効果について	43
(7) 費用削減の余地と手法について	43
(8) 現状の評価と今後の方針について	43
(9) 疾病金庫の専門職員の資格について	44

6. フォード企業疾病金庫	44
(1) 基本的事項	44
(2) 合併のねらい	44
(3) 合併の経緯	45
(4) 母体企業および被保険者の対応	45
(5) 管理委員会の構成	46
(6) 合併の効果	46
(7) 専門職員の研修、資格等	46
(8) 疾病管理プログラム (DMP) について	47
(9) その他	47
7. タウヌス企業疾病金庫	47
(1) 基本的事項	48
(2) 合併のねらい	48
(3) 合併の経緯	48
(4) 合併の意図と影響	49
(5) 職員について	50
(6) 疾病管理プログラム (DMP) について	50
(7) 健康増進とボーナスプログラムについて	50
(8) リスク構造調整(RSA)の影響について	51
(9) 患者一部負担金の過酷緩和条項の運用について	51
8. ダイムラークライスラー企業疾病金庫	52
(1) 基本的事項	52
(2) 閉鎖型を選択した理由	53
(3) 企業グループ内の疾病金庫が合併した経緯	53
(4) 合併に対する労使の対応	54
(5) 企業グループ内部の合併の影響	54
(6) 合併に対する今後の方向	55
(7) 疾病管理プログラム(DMP)への対応	55
(8) 家庭医モデルについて	55
(9) 職員の研修等について	55
9. ノルトライン・ヴェストファーレン州企業疾病金庫連合会	56
(1) 企業疾病金庫の合併の状況と州連合会の対応	56
(2) 閉鎖型の企業疾病金庫について	56
(3) 管理コスト抑制策の影響について	57
(4) 合併に関する規定	57
(5) 合併のタイプ	57

(6) 合併のプロセス	58
(7) 合併のメリット	58
10. 東部州企業疾病金庫連合会	59
(1) 旧東ドイツ地域における企業疾病金庫および州連合会の推移と現状	59
(2) 東部州連合会内の合併の事例	60
(3) 合併の際の州連合会の役割とスタンス	60
(4) 合併の際の母体企業の影響力	61
(5) 合併が挫折した事例	61
(6) 管理費の増加について	61
(7) 疾病管理プログラム (DMP) について	61
(8) 家庭医主導モデルについて	62
(9) 社会保険専門職員について	62
11. 連邦企業疾病金庫連合会	63
(1) 合併に対する連邦連合会のスタンス	63
(2) 合併の目的について	63
(3) オープン化と母体企業の関係の希薄化についての評価	64
(4) 負債と債務保証について	64
(5) 公的医療保険と民間医療保険の関係	65
(6) 連邦連合会の戦略について	66
(7) 疾病管理プログラム (DMP) について	66
(8) 統合サービスについて	66
(9) リスク構造調整 (RSA) について	66
12. 連邦保険医協会	66
(1) 疾病管理プログラム (DMP) について	67
(2) 統合的医療サービスについて	67
(3) 家庭医モデルについて	68
(4) 診察料 (一部負担) の導入の影響	68
(5) 罹患率による診療報酬体系の導入について	68
13. ドイツ病院協会	69
(1) 統合医療サービスについて	69
(2) 病院の外来診療へのオープン化について	70
(3) 共同連邦委員会について	70
(4) 医療サービスの質と経済性に関する研究所の設立について	71
(5) 包括払い (DRG) について	71
14. 連邦保険庁	72
(1) 統合的医療サービスについて	72

(2) 疾病管理プログラム (DMP) について	72
(3) リスクプールについて	74
(4) 罹患率をファクターとするリスク構造調整の導入について	74
15. 連邦保健・社会保障省	74
(1) 医療近代化法 (GMG) の施行状況	74
(2) ボーナスプログラムについて	76
(3) 社会扶助受給者の自己負担について	76
(4) ポリクリニックについて	76
(5) 統合的医療サービスについて	77
(6) 疾病管理プログラム (DMP) について	77
(7) 医療の質と経済性に関する研究所について	78
(8) DRG について	78
(9) 2006 年までの今立法会期の課題について	78
16. 地区疾病金庫連邦連合会	79
(1) 基本的事項	79
(2) 疾病金庫間の競争について	80
(3) 連帯と競争の理念について	80
(4) 国民保険構想について	81
(5) 医療費の地域格差について	81
(6) 医療保険近代化法について	81
17. 連邦保健社会省・ボン駐在企業疾病金庫担当	82
(1) 基本的説明	82
(2) 質疑	82
おわりに	85
付属資料	
・ 付属統計資料	89
・ ドイツの病院医療について	98

第1章 疾病金庫選択権の拡大と疾病金庫の合併

1. 保険者間の競争の活性化と競争条件の整備

ドイツでは1993年から1995年にかけて地区疾病金庫の統合が行われたのに続いて、1996年から企業疾病金庫をはじめとして疾病金庫の合併が急増した。1999年頃から合併数はやや減少したものの、今日に至るまで疾病金庫の合併が続いている。疾病金庫の合併を促した要因は個々の疾病金庫によって異なるが、すべての疾病金庫に共通する要因として、1993年の医療保険構造法（Gesundheitsstrukturgesetz. 以下GSG1993）により1996年から被保険者の疾病金庫選択権が大幅に拡大されることになったことがあげられる。端的にいうと、被保険者の疾病金庫選択権が拡大されたことにもなつて、疾病金庫間で被保険者獲得をめぐる競争が盛んとなり、その競争に対応していくための方策の1つとして、疾病金庫の合併が行われたということである。

最初に、GSG1993による被保険者の疾病金庫選択権の拡大と、疾病金庫の合併を容易にするための法改正についてみることにしよう。

(1) GSG1993による改革以前の疾病金庫と被保険者

ドイツの公的医療保険の保険者である疾病金庫（Krankenkasse）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、農業者疾病金庫、職員代替金庫、労働者代替金庫の8種類の疾病金庫から成っている。

GSG1993による改革が行われる以前は、この8種類の疾病金庫のなかで、個々の被保険者が加入する疾病金庫は、職業、勤務する事業所、居住地、所得水準等によって決まっていた。すなわち、企業疾病金庫が設立されている事業所に勤務する被保険者は当該企業疾病金庫に、同業組合疾病金庫に加入している同業組合（Innung. 各種の手工業ごとにつくられている同業者団体）のメンバーである事業所に勤務する被保険者は当該同業組合疾病金庫に、鉱山従業員は連邦鉱夫組合に、海員は海員疾病金庫に、自営の農業者は農業者疾病金庫に加入することになっていた。それらのいずれにも該当しない者で、被用者である場合は勤務地を対象地域とする地区疾病金庫へ、被用者でない場合は居住地を対象地域とする地区疾病金庫へ加入することになっていた。

また、職員代替金庫と労働者代替金庫は、地区疾病金庫、企業疾病金庫および同業組合疾病金庫に加入するかわりに、被保険者の選択により加入することができる疾病金庫である。ただし、各代替金庫では定款で、受け入れ対象となる被保険者の範囲を、被保険者の職業等によって定めていた。したがって、実際に代替金庫に加入できるのは、それぞれの定款に定められている受け入れ条件に該当する被保険者に限られており、一般的に、職員（Angestellte.

ホワイトカラー)には職種等の範囲が広く設けられていたが、労働者(Arbeiter, ブルーカラー)には選択の範囲が狭く、両者の間には相違がみられた。

それらに加えて、GSG1993による改革以前は、被保険者の疾病金庫選択権の取り扱いが大きく異なっていた。ドイツの医療保険は国民皆保険体制とはなっておらず、官吏(日本の上級職の公務員に類似)、自営業者、所得が保険加入限度額を超える被用者は、公的医療保険への加入義務が免除されていて、それらの者は公的医療保険のかわりに民間医療保険に加入することもできるし、公的医療保険に任意加入することもできている。そして、公的医療保険に任意加入する場合には、もしその者が強制加入であった場合に加入しなければならない疾病金庫以外に、受け入れ条件を満たす疾病金庫のなかから被保険者自身が加入したい疾病金庫を選択することができることになっている。こうした仕組みは、基本的には現在も変わりはないが、所得が保険加入限度額を超えることにより加入義務を免除される被用者の範囲と、任意加入する場合に選択できる疾病金庫の範囲が、GSG1993以前と以後とは大きく異なっている。

まず、所得が保険加入限度額を超えることにより加入義務を免除されるのは、元来、職員についてのみ認められており、労働者は所得の多寡にかかわらず全員強制加入であった。したがって、任意加入者として疾病金庫を選択できるのは、所得の高い職員に与えられた特権であった(自営業者はもともと加入義務を免除されているため、公的保険に入る場合は任意加入者として疾病金庫選択権を有している)。しかし、そうした労働者と職員の社会保険上の差違が基本法(Grundgesetz, 憲法に相当する)の平等原則との関連で疑義が出され、1989年の医療保険改革法(Gesundheitsreformgesetz, GRG1989)による改革で、所得が保険加入限度額を超える労働者に対しても職員と同じ条件で加入義務が免除されるとともに、任意加入の労働者について疾病金庫選択権が認められた。しかし、疾病金庫側で加入要件を定めた定款を変えない限りは、任意加入の労働者が選択できる疾病金庫は限定されており、職員との間には依然として格差がみられた。また、疾病金庫の側からみると、職員代替金庫には多くの任意加入の職員が加入しているのに対して、地区疾病金庫を選択する者はきわめて少なく、両金庫の間には大きな差異がみられた。

こうした状況に対処するため、GSG1993では、任意加入者だけではなく、強制加入者を含む全ての被保険者に対して、自ら加入する疾病金庫を選択する権利を付与することにした(ただし、政府から農業政策による医療補助を受けている農業者疾病金庫の被保険者は、原則として除かれている)。それが実施されたのが1996年である。

(2) 被保険者の疾病金庫選択権の拡大とリスク構造調整

GSG1993による改革の最大の目的は、疾病金庫間の競争を活発化させることによって医療保険の効率的な運営を促し、保険料率の抑制を図ることにあつた。そのための方策の1つが

被保険者の疾病金庫選択権の拡大である。すなわち、被保険者の疾病金庫選択権を拡大した場合、被保険者は一般的に保険料率とサービスをメルクマールに疾病金庫を選択する傾向が強まるので、各疾病金庫は被保険者の獲得をめぐって、より低い保険料率、よりよいサービスの提供に努めることが期待されたのである。

しかし、疾病金庫の間には、被保険者の年齢構成・所得水準・扶養率などリスク要因の大きさに著しい格差がみられ、それによる保険料率の差違も大きかった。例えば、被保険者に占める高齢者の割合が高く、低所得者の割合が高い疾病金庫は、相対的に高い保険料率を設定せざるを得ない。1993年当時の保険料率をみると、疾病金庫によって7.8%から16.8%までの格差がみられた。こうしたリスク要因の疾病金庫間での分布状態を「リスク構造」(Risikostuktur)という。リスク構造に大きな格差がある状態で競争を行ったのでは、大きなリスクを抱え高い保険料率となっている疾病金庫では、リスクの低い被保険者が他の疾病金庫へ移動し、リスク構造の格差がますます大きくなり、保険料率の格差も大きくなる。そこで、疾病金庫選択権の拡大に先立って、リスク構造の調整を行い、疾病金庫間の競争条件を公平にすることが求められた。さらに、競争的な環境に適応させるため、疾病金庫内の組織についても改革を行う必要があった。

そのため、GSG1993では、段階的に次のような改革が行われた。まず、次項でみるように、1993年に疾病金庫の財政上の安定を図るとともに競争力を強化するには、規模の拡大が必要であるとして、合併を容易にするための法改正が行われた。次に、医療給付の面でのリスク格差である性別、年齢、家族被保険者数、障害年金受給の有無、また財政負担能力の面でのリスク格差である所得(家族の扶養率による差を含む)について、疾病金庫間で財政調整を行うこととされた。いわゆるリスク構造調整(Risikosturkturausgleich, RSA)である。1994年に年金受給者を除く一般被保険者について実施され、1995年からは年金受給者を含む全ての被保険者を対象にリスク構造調整が実施された。このようにして競争を公正なものとするための前提条件を整えたうえで、1996年から被保険者の疾病金庫選択権の拡大が実施された。また、それにあわせて、疾病金庫の内部組織についても改革が実施された。

2. 疾病金庫の合併に関する医療保険法の改正

(1) 医療保険法の改正

GSG1993では、疾病金庫の合併に関する規制を緩和するため、1993年に社会法典第V編(医療保険法)の改正が行われた。改正された法の条文は以下のとおりである。第143条から第146条aは、地区疾病金庫に係るものであり、第150条は企業疾病金庫に係るものである。

<地区疾病金庫に関する規定>

第 143 条 地区疾病金庫の地域

- (1) 地区疾病金庫は、決められた地域(region)を単位として存在する。
- (2) 州政府は地域の設定を法規命令により定めることができる。州政府はこの権限を州法に基づき管轄する官署に委任することができる。
- (3) 該当する州は州間協定により、地域が複数の州にわたって拡大することを合意することができる。

第 144 条 任意の合併

- (1) 地区疾病金庫は、管理委員会 (Verwaltungsraete) の決議により合併することができる。その決議は、合併に先だって、監督官庁の認可を必要とする。
- (2) 合併しようとする疾病金庫は、認可申請書に添えて、定款、加盟疾病金庫の招集に関する提案、第三者との法的関係に関する協定書を提出しなければならない。
- (3) 監督官庁は、定款と協定書を認可し、疾病金庫の加入者を招集し、合併の発効期日を決定する。
- (4) この発効期日をもって従前の疾病金庫は解散する。新しい疾病金庫が従前の疾病金庫の権利および義務を継承する。

第 145 条 申請に基づく州内の合併

- (1) 州政府は、以下の 2 条件のいずれかに該当する場合、地区疾病金庫またはその州連合会の申請により、対象となる地区疾病金庫およびその州連合会の意見を聴取したうえで、法規命令 (Rechtsverordnung) に基づいて、州内の個別の地区疾病金庫もしくは全ての地区疾病金庫を合併させることができる。
 1. 合併によって、当該疾病金庫の給付能力が改善される場合
 2. 当該地区疾病金庫の所要保険料率 (Bedarfssatz) が、連邦内または州内の全地区疾病金庫の平均所要保険料率を 5%以上上回っている場合。この場合、第 313 条第 10 項 a 号を準用する。
- (2) 州政府は、以下の 2 条件がともに満たされる場合、州連合会の申請により、対象となる地区疾病金庫およびその州連合会の意見を聴取したうえで、州内の個別の地区疾病金庫または全ての地区疾病金庫を合併させる。
 1. 第 1 項の 1 の要件が満たされており、かつ、
 2. 申請後 12 カ月以内に任意の合併が実現していなかった場合。なお、地区疾病金庫の合併により、管轄区域が州の領域以外にまで広がる場合は、法第 143 条第 3 項を準用する。
- (3) 所要保険料率とは、事業年度における被保険者の保険料賦課対象総収入に対する

ドイツにおける
企業疾病金庫の統合を進めた背景・要因
統合実態に関する研究

(平成15年度 医療保障総合政策調査・研究事業)

健康保険組合連合会

給付支出の比率をいう。この給付支出は、第三者によって償還された給付支出、付加給付、モデル事業給付、法的請求権のない給付および第 266 条に基づくリスク構造調整の交付金を差し引いたものである。支出には第 266 条に基づくリスク構造調整への拠出金も算入される。

(注) 第 143 条第 3 項は、地区疾病金庫の管轄範囲が州の領域を超えることを、関連する州の間で国家契約によって協定することができることを規定している(編者)。

第 146 条 申請に基づく州内の合併に係る手続き

- (1) 地区疾病金庫が第 145 条に基づき合併する場合には、当該地区疾病金庫は監督官庁に対し、定款、疾病金庫の加入者の招集に関する提案および第三者との法的関係に関する協定書を提出する。
- (2) 監督官庁は、定款と協定書を認可し、疾病金庫の加入者を招集し、合併の発効期日を決定する。
- (3) この発効期日をもって従前の疾病金庫は解散する。新しい疾病金庫が従前の疾病金庫の権利および義務を継承する。
- (4) 関係する疾病金庫が、監督官庁が定めた期間内に第 1 項に定める義務を果たさなかった場合は、監督官庁が定款を定め、疾病金庫の加入者を招集し、第三者との法的関係の新しい規定を定め、合併の発効期日を決定する。この場合、第 3 項が準用する。

第 146 条 a 疾病金庫の閉鎖

地区疾病金庫は、その給付能力が継続して保証されなくなった場合、監督官庁によって閉鎖される。監督官庁は、閉鎖の発効期日を定める。この場合、第 155 条および第 164 条第 2 項から第 5 項までの規定を準用する。

<企業疾病金庫に関する規定>

第 150 条 任意の合併

- (1) 複数の企業疾病金庫は、それらの疾病金庫の管理委員会の決議により、1 つの共同の企業疾病金庫に合併することができる。その決議は、合併前に所管していた監督官庁の認可を必要とする。
- (2) 第 144 条第 2 項から第 4 項までの規定を準用する。定款が第 173 条第 2 項第 1 文第 4 号の規定を含む企業疾病金庫については、第 145 条および第 146 条を準用する。一ないし複数の連邦単位の企業疾病金庫と他の企業疾病金庫との合併に関しては、第

168条a第2項を準用する。

(注) 第173条第2項第1文第4号は、企業疾病金庫または同業組合疾病金庫が、母体企業の被保険者以外の被保険者の加入を認める場合を定め、また、第168条a第2項は、代替金庫の合併に関する規定で、連邦政府が申請の受理や認可を行うことを定めている(編者)。

(2) 従来の規定との比較

以上が、GSG1993によって改正された疾病金庫の合併に関する条文である。従来条文と比較すると、まず第143条については、従来は地区疾病金庫の所轄する地域は、原則として、市または郡を単位とする地域とされていたが、この規定が取り払われ、州政府が定める規定により、より広範囲な地域を基礎に置くことができるように改められた。

第144条については、任意の合併は代議委員会(vertreterversammlung)の決議に基づくこととされていたが、管理委員会の決定に変更されている。GSG1993によって疾病金庫の内部機構が改正され、理事会は疾病金庫経営の専門家で構成され、被保険者代表および事業主代表で構成される機関は管理委員会となり、かつそれが最高の決定機関となったことによる改定といえよう。それ以外は従来の規定と同じである。

第145条については、従来は合併に必要な要件として、当該疾病金庫の所要保険料率が、州内の地区疾病金庫の平均所要保険料率を12.5%以上上回っていることとされていた。GSG1993によってこの基準が緩和され、全国または州の平均保険料率を5%以上上回っているか、あるいは合併により当該疾病金庫の給付能力が高まる場合には、申請により合併させることが可能となった。また、第2項は、GSG1993で新しく付け加えられたもので、州政府が強制的に疾病金庫を合併させることができるようにした規定である。これによって、後にもみるように、各州の地区疾病金庫の合併が進められた。この第145条の規定は開放後の企業疾病金庫の合併にも準用されるとされており、財政状況が悪化している企業疾病金庫等には合併が進められることになる。また、複数の州にまたがる企業疾病金庫については、連邦政府がそうした権限を行使することができるようになっており、州を越えた企業疾病金庫の合併も可能になった。

第146条は、従来の規定と変わりがない。第146a条は、給付能力のなくなった地区疾病金庫を強制的に閉鎖する権限を監督官庁に与えたもので、GSG1993によって新たに定められた規定である。この規定も企業疾病金庫に準用されることとされている。

第150条は、企業疾病金庫の合併に関する規定で、先にも述べたように、第145条、第146条に定められた地区疾病金庫にかかる規定が準用されるが、その範囲は企業疾病金庫が開放型、すなわち一般の被保険者にも加入を認めている場合に限られる。

第160条で同業組合疾病金庫の合併、第168a条で同業組合疾病金庫の合併、第168a条で

代替金庫の合併に関する規定があるがここでは省略する。

3. 被保険者の疾病金庫選択権の拡大

(1) 疾病金庫選択権に係る法改正

先に述べたように、被保険者の疾病金庫選択権が拡大され、被保険者の獲得をめぐる疾病金庫間の競争の激化が、企業疾病金庫の合併を促すことになった。被保険者の疾病金庫選択権（Wahlrechte der Mitglieder）に係る規定の概要は、次のようになっている。

a) 一般的な選択権（第 173 条第 2 項関係）

強制被保険者および任意被保険者は、別段の定めのない限り、自ら選択した疾病金庫の加入者となる。選択できる疾病金庫は、以下のとおりである。

- ア. 勤務地または居住地の地区疾病金庫
- イ. 定款に定める管轄範囲が勤務地または居住地に及んでいる代替金庫
- ウ. 勤務する事業所に設けられている企業疾病金庫または同業組合疾病金庫
- エ. 定款により、一般の被保険者の加入を認めた企業疾病金庫または同業組合疾病金庫（開放型の企業疾病金庫および同業組合疾病金庫）
- オ. 直近に加入していた疾病金庫
- カ. 配偶者の加入している疾病金庫

上記のうち、疾病金庫選択権の拡大に関する改定の中心は、エの規定である。企業疾病金庫および同業組合企業疾病金庫については、母体企業以外の企業の被保険者を受け入れる開放型の疾病金庫にするか、従来通り外部の被保険者は受け入れない閉鎖型の疾病金庫にするかの選択は、各疾病金庫の選択に委ねられている。これは、企業疾病金庫と同業組合の場合は、疾病金庫職員の賃金や事務所の費用等を母体企業が負担するなど、疾病金庫と母体企業が密接な関係にあることに配慮したもので、開放型にした場合は、事務所の費用や金庫職員の人件費等は疾病金庫自身が負担することになる。

開放型の企業疾病金庫および同業組合疾病金庫の場合、そこに加入できる被保険者の範囲は、母体企業の事業所が置かれている地区疾病金庫の管轄範囲で、多くは同一州内となっている。なお、これらの疾病金庫が閉鎖型にした場合でも、当該疾病金庫の被保険者は他の被保険者と同様の選択権が認められている。

その他、173 条関係の規定としては、次のようなことが定められている。

- ・学生は学校の所在地を対象とする地区疾病金庫または代替金庫への加入を追加的に選択することができる。
- ・青少年扶助施設で就労している青少年、就労のためにリハビリテーションを受けている青

少年、障害者作業施設で就労している障害者、年金受給者は、親の加入している疾病金庫への加入を選択することもできる。

・年金受給者は、現役時代に企業疾病金庫または同業組合疾病金庫が設立されている事業所に勤務していた場合には、当該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もできる。

・家族被保険者には独自の選択権が認められず、従来どおり、被保険者の選択した疾病金庫に加入する。

b) 特別の選択権（第 174 条関係）

第 174 条では、特別な選択権として、次のような規定が設けられている。

ア． 鉦夫組合年金保険の受給資格を得ている場合は、年金申請前の直近 10 年間に連邦鉦夫組合の医療保険の被保険者であった場合にのみ、疾病金庫の選択権が認められる。

イ． 企業疾病金庫または同業組合疾病金庫に現在勤務しているか、または年金受給開始前に勤務していた被保険者は、その企業疾病金庫または同業組合疾病金庫に加入できる。また、企業疾病金庫連合会または同業組合疾病金庫連合会に勤務しているか、または年金受給前に勤務していた被保険者は、居住地または勤務地の企業疾病金庫または同業組合疾病金庫に加入できる。

ウ． 海員組合に勤務している被保険者は海員疾病金庫へ、連邦鉦夫組合に勤務している被保険者は連邦鉦夫組合への加入を選択することもできる。

c) 選択権の行使（第 175 条関係）

疾病金庫の選択権は、加入を希望する疾病金庫に意思表示を行うことにより行使することができる。疾病金庫には受け入れ義務が課せられており、受け入れを拒否することは認められていない。選択権は満 16 歳以上の被保険者に与えられる。

強制被保険者になった者は、2 週間以内に疾病金庫を選択し、加入の申し込みをしなければならない。選択の結果には 18 カ月間拘束される。疾病金庫の変更については、解約の申し出を受けた疾病金庫が申し出を受けてから 2 週間以内に解約証明書を発行するとともに、その期間内に被保険者は加入者証明書により他の疾病金庫の被保険者になることを証明した場合に、変更が行われることになる。

4. 地区疾病金庫の合併

社会法典第 V 編（医療保険法）の改正によって、疾病金庫州連合会や州政府に合併のイニ

シアティブをとる権限が与えられた。これによって合併が強制されたのが、地区疾病金庫であった。

1993年にGSG1993が施行される前には、旧西ドイツ地域で260を超える地区疾病金庫があったが、法改正と合併申請により合併が行われ、1996年には12になった。州ごとに合併がすすんだ結果で、ドイツ最大の州であるノルトライン・ヴェストファーレン州に2つの疾病金庫がある以外は、1つの州に1つの地区疾病金庫となっている(表1)。

こうした合併のイニシアティブをどこがとったのかは必ずしも明らかではないが、1998年に出された国民健康保険中央会の『「ドイツ医療保険制度調査」報告書』によると、1992年の地区疾病金庫連邦連合会の理事会で突如「地区疾病金庫は州単位で合併する」という動議が出され、理事の多くが驚きながらもそれを可決したことが記されている。その決議に基づき、最初の合併を行ったのがヘッセン州の地区疾病金庫で、それには社会民主党の州政府の強力な後押しがあったとされている。続いて各州の合併が行われていったが、いずれの州でも幾つかの地区疾病金庫が合併し、それが広がっていくというのではなく、州内の地区疾病金庫がまとまって連合会として合併申請を行い、その申請を受けた州政府では合併手続きを迅速に行うといった支援措置を講じるという形がとられている。州単位の合併がもっとも遅れたのがバイエルン州で、キリスト教社会同盟の州政府が反対の立場をとっていたこともあり、地区疾病金庫州連合会の説得にもかかわらず、地区疾病金庫の意見の一致をみることができなかった。そのため最終的には州政府が法規命令を発動し、合併を行った(国保中央会『「ドイツ医療保険制度調査」報告書』1998年、による)。

合併当初は、まだ被保険者の疾病金庫選択権が拡大されていなかったもので、強制加入者は疾病金庫にとどまらざるを得なかったこともあり、被保険者数の大きな変化はみられなかった。また、合併によって事務費が効率化されることや、事務所の営業時間の延長、土曜日午前中の営業などのサービス強化を図ったことなどもあって、被保険者からの不満はなかった。事務体制の面では、合併にともない州連合会の本部が地区疾病金庫の本部となり、従来の各地区疾病金庫を支部とし、従来の事務所はそのまま残した。ただ、従来の理事のポストがなくなること、事務長(Geschaeftsfuehrer)が支部長(Leiter der regionale Direktion)になることへの抵抗、合併に対する職員の反対などもあり、必ずしも全面的な賛同を得られたわけではなかった。

旧東ドイツ地域では1991年の統一ドイツ発足にともなって公的医療保険の導入が行われ、疾病金庫も旧西ドイツ地域と同じかたちで設立が図られた。地区疾病金庫は当初から州単位に組織化され、1991年に12金庫、1995年に8金庫、1999年から5金庫となっている(表1)。

表 1 疾病金庫の種類別金庫数の推移

Zahl der gesetzlichen Krankenkassen

Jahr ⁽¹⁾	Kassen ins- gesamt	davon					Ersatz- kassen ⁽³⁾
		Orts- Krankenkassen	Betriebs- Krankenkassen	Innungs- Krankenkassen	landwirt.		
West ⁽²⁾							
1970	1.815	399	1.119	178	102	15	
1975	1.479	314	965	164	19	15	
1980	1.316	271	853	156	19	15	
1985	1.215	270	754	155	19	15	
1990	1.147	267	692	152	19	15	
1991	1.135	264	684	151	19	15	
1992	1.123	259	680	148	19	15	
1993	1.111	257	673	145	19	15	
1994	1.051	223	653	139	19	15	
1995	875	84	633	122	19	15	
1996	571	12	485	39	18	15	
1997	498	12	424	28	18	14	
1998	443	12	370	28	18	13	
1999	420	12	347	28	18	13	
2000	393	12	324	25	18	12	
2001	370	12	305	22	17	12	
2002	331	12	275	19	11	12	
2003	300	12	249	17	8	12	
2004	267	12	221	14	7	10	
Ost ⁽⁴⁾⁽⁵⁾							
1991	74	12	37	23	2	0	
1992	100	12	61	25	2	0	
1993	110	12	71	24	3	0	
1994	101	12	66	21	2	0	
1995	85	8	57	18	2	0	
1996	71	8	47	14	2	0	
1997	56	6	33	15	2	0	
1998	39	6	16	15	2	0	
1999	35	5	14	14	2	0	
2000	27	5	13	7	2	0	
2001	26	5	13	6	5	0	
2002	24	5	12	5	2	0	
2003	24	5	11	6	2	0	
2004	21	5	8	6	1	1	
Bund							
1991	1.209	276	721	174	21	15	
1992	1.223	271	741	173	21	15	
1993	1.221	269	744	169	22	15	
1994	1.152	235	719	160	21	15	
1995	960	92	690	140	21	15	
1996	642	20	532	53	20	15	
1997	554	18	457	43	20	14	
1998	482	18	386	43	20	13	
1999	455	17	361	42	20	13	
2000	420	17	337	32	20	12	
2001	396	17	318	28	22	12	
2002	355	17	287	24	13	12	
2003	324	17	260	23	10	12	
2004	288	17	229	20	8	11	

- 1) 1970 Stand Jahresende; ab 1975 Stand jeweils 1. Januar.
- 2) Inklusive je 1 See-Krankenkasse und 1 Bundesknappschaft in den einzelnen Jahren.
- 3) Bis 1996 je 8 Ersatzkassen (EK) für Arbeiter u. 7 EK für Angest. 1997=7, 1998 u. 1999=6, 2.000=5 und 2001= EK für Arbeiter.
- 4) Kassen mit Sitz in den Neuen Ländern.
- 5) Ab 1995 wird Berlin-Ost dem Fröh. Bundesgebiet zugerechnet.

第2章 企業疾病金庫の合併

1. 企業疾病金庫の合併の状況

(1) 疾病金庫数、被保険者数の推移

企業疾病金庫数の変化をみると、表1のように、1993年から1995年にかけて673金庫から653金庫へと徐々に減少していたが、1996年には一挙に485金庫にまで減少し、多くの合併が行われたことを示している。先にもみたように、1996年には地区疾病金庫は12金庫となり、州単位の合併をほぼ終了させていたが、企業疾病金庫の場合は、1997年に451金庫、98年には380金庫と、むしろこの時点から合併が盛んになっている(図1参照)。図2は企業疾病金庫の合併数の年次推移を示したものであるが、1995年に183もの合併が行われており、1996年から始まる疾病金庫選択権の拡大に備えて企業疾病金庫の合併が一挙に行われたことを示している。その後も、1996年には81の合併、97年には79の合併というように、企業疾病金庫の合併は継続して行われ、合併数は減少しているもののなおその傾向は続いている。

一方、疾病金庫選択権の拡大にともなう被保険者の移動は、選択権拡大の施行当初はそれほど大きな移動はみられなかった(健康保険組合連合会『「ドイツ・フランスにおける医療保険財政と制度改革に関する調査研究事業」報告書』1997年3月)。しかし、1999年頃から急速に移動が拡大し、当初の予想を上回るものとなっていった。

図3は1996年から2003年における被保険者の疾病金庫種類別構成比を示したものである。地区疾病金庫が43.6%から37.1%へ、職員代替金庫が36.6%から33.8%へ減少しているのに対して、企業疾病金庫は10.3%から19.4%に上昇している(その後のデータによると、2004年には20%を上回っている)。被保険者数でみると、地区疾病金庫と職員代替金庫がそれぞれ400万人、200万人を超える減少をみたのに対して、企業疾病金庫では約650万人もの増大となった。

こうした被保険者の移動は、明らかに保険料率の格差を反映している。疾病金庫の種類別に平均保険料率の推移を示すと、表2、図4のようになっている。リスク構造調整の導入によって、各種疾病金庫の平均保険料率の格差が縮小する傾向を示しているが、依然として企業疾病金庫の保険料率は地区疾病金庫や職員代替金庫などよりも低い保険料率となっている。疾病金庫選択権の拡大とリスク構造調整の導入によって、疾病金庫間のリスク構造の格差が解消したわけではない。GSG1993の改革以前はもっとも財政状況のよかった職員代替金庫のリスク構造は、地区疾病金庫のリスク構造に徐々に近づいているが、それは被保険者の移動によって両金庫間でリスクファクターが同じようになったのではなく、職員代替金庫の有利なリスクが企業疾病金庫に移動したことによって生じたものである。いわば企業疾病金

庫の一人勝ちの様相を示しているといつてよい。

このように大量の被保険者の企業疾病金庫への移動は、地区疾病金庫や職員代替金庫の財政状況を悪化させ、ドイツ医療保険制度の伝統的な構造を歪めてしまうことにもなりかねない。そのため、政府与党は 2001 年にリスク構造調整法を改定し、2002 年からは高額医療費に対して給付費の補填を行うリスクプールを導入するとともに、2003 年からは 4 つの慢性疾患（糖尿病、ぜんそく、乳ガンおよび冠状血管に係る心臓病）の患者に対して疾病管理プログラム（Disease Management Programm, DMP）を導入し、その医療費（通常の医療給付費ではなく、高く設定された給付費が適用される）をリスク構造調整の対象とするなどの対策を講じている。

さらに、リスク構造調整が必ずしも当初の意図どおりに行われていないとして、性別や年齢・所得といった間接的なリスクファクターを改めて、2007 年からは罹患率そのものをファクターとするリスク構造調整に改めることとしている。こうした対応によって、果たして疾病金庫の組織がどのように変化していくのか注目される。

ところで、企業疾病金庫の合併と企業疾病金庫への被保険者の移動にともなって、企業疾病金庫の規模も大きく変化した。企業疾病金庫のなかで被保険者数が 1 万人以上の疾病金庫が 60% となり、5000 人以上を加えると 76% を占めている（図 5）。被保険者規模による企業疾病金庫の被保険者数と疾病金庫数の変化を示すと、図 6、図 7 のようになる。規模の拡大が急速に進展していることがわかる。

(2) 最近の合併をとりまく状況の変化

企業疾病金庫の合併を促している要因として、疾病金庫間の競争圧力に対応した競争力の向上と疾病金庫財政の安定化にあるといえるが、最近の合併に関しては、さらに 2 つの要因が加わっているように思われる。その 1 つは、連邦政府の社会保険料率の抑制策が強まり、特に 2002 年 11 月から保険料率の引き上げが原則として禁止されたことから、疾病金庫の収支バランスが崩れて、負債を抱える疾病金庫が多くなり、事務費・人件費の縮小、医療供給側との交渉力の強化、リスクの分散等を図るため、疾病金庫の規模の拡大を求める金庫が多くなったことがあげられる。これに付言すると、疾病金庫間の競争が激しくなるなかで、より多くの被保険者を集めようとしたり、あるいは被保険者の離脱を防止しようとして、保険料率を低く抑える疾病金庫が多くなり、それが金庫財政の悪化を招く原因ともなっている。

いま 1 つは、連邦政府が医療保険近代化法（Gesundheitsmodanisierungsgesetz, GMG）の当初案で、疾病金庫の種類を超えた再編・統合を認める対策を打ち出し、またウラ・シュミット連邦保健大臣が近い将来、疾病金庫数が 50 程度になるだろうといった発言をするなど、疾病金庫の合併を促すかのような言動がみられたことである。近代化法で疾病金庫の種類を超えた統合案は見送られたが、そうした連邦政府の意向が企業疾病金庫の合併に拍車

をかけることとなった。

図 1 法定疾病金庫数と企業疾病金庫数の推移

(毎年 1 月 1 日現在)

Abbildung 1: Entwicklung der Zahl der gesetzlichen Krankenkassen und Betriebskrankenkassen (jeweils zum 1. Januar)

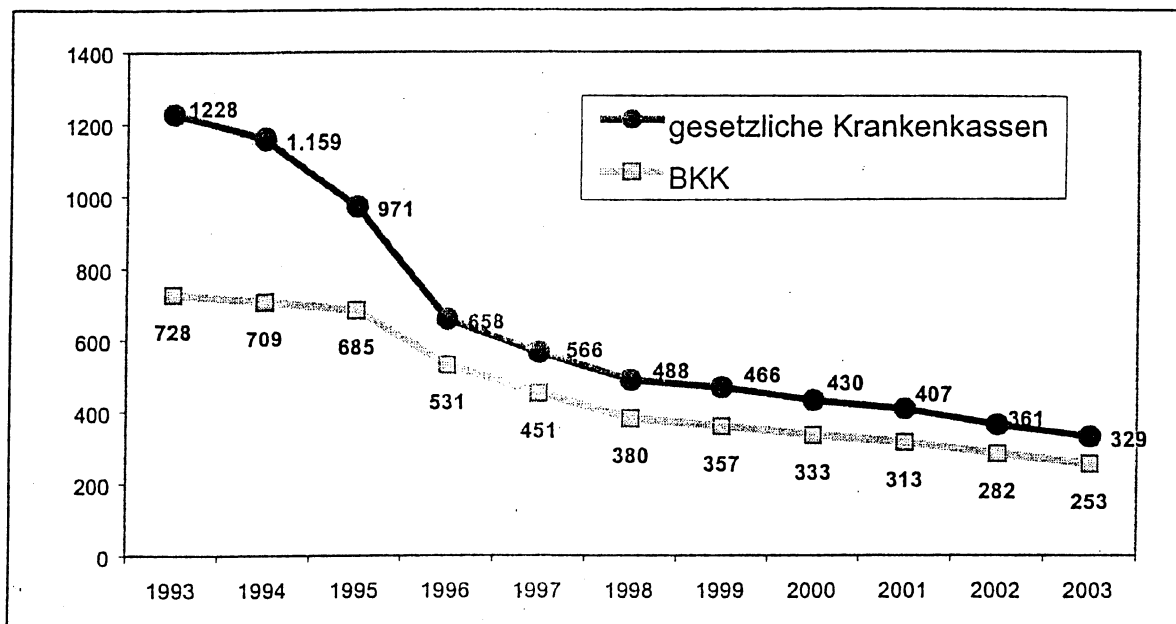


図2 企業疾病金庫の合併数の推移

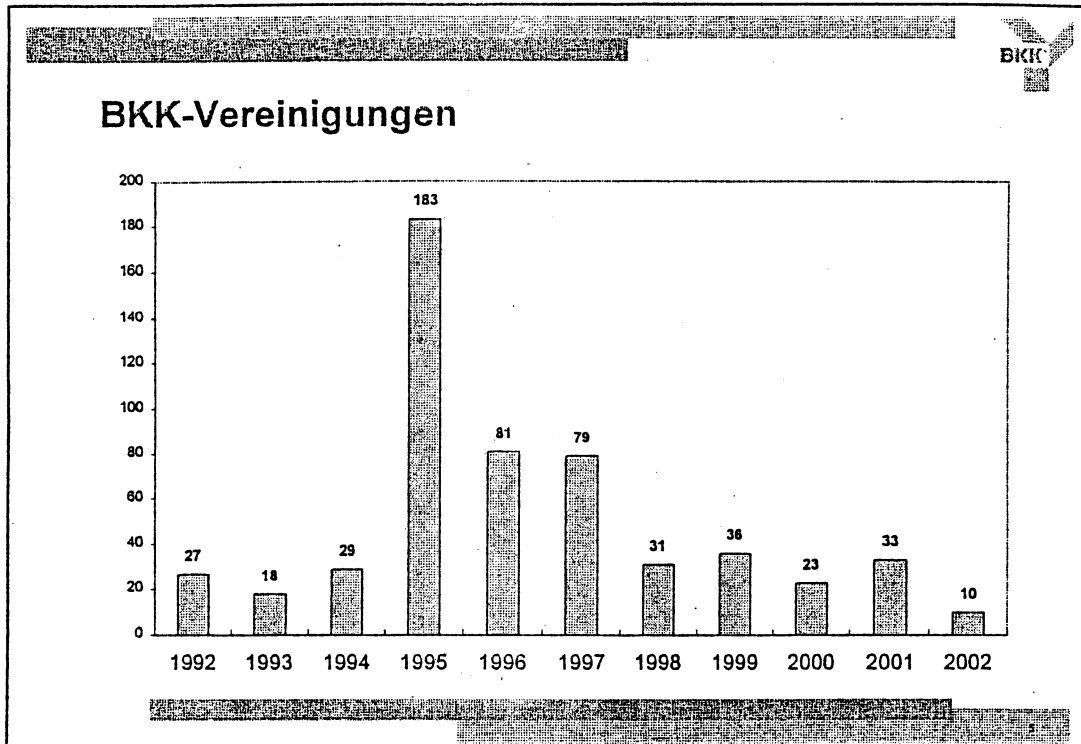


図3 被保険者の疾病金庫種類別構成比の変化（1996年と2003年の比較）

Abbildung 2: Entwicklung der Marktanteile (1996 und 1. April 2003)

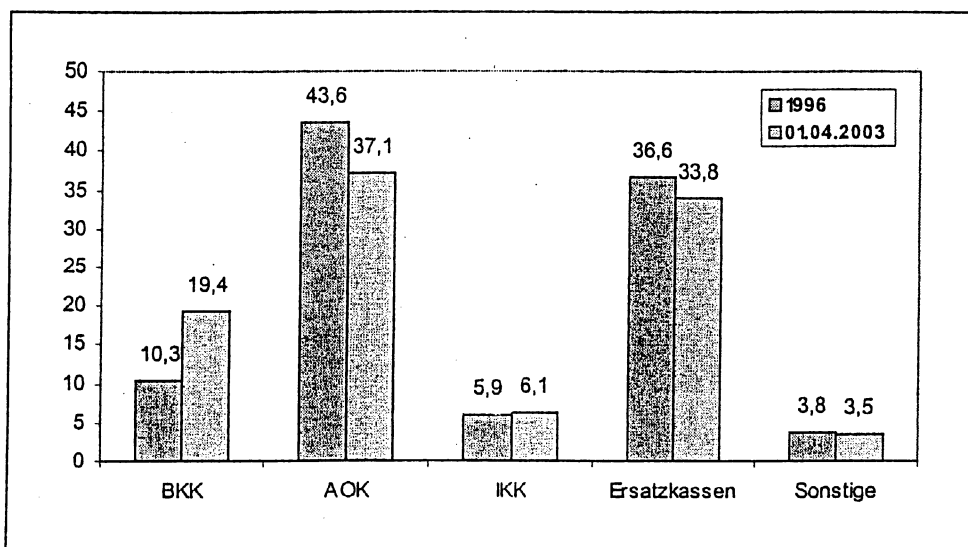


表2 疾病金庫の種類別にみた保険料率の推移

- Beitragssätze der Krankenversicherung - Stand : Januar 2004

Monat	Jahr	Insgesamt	Orts-	Betriebs-	Innungs-	See-	Bundes-	Ersatzkassen für	
			krankenkassen			krankenkasse	knappschaft	Arbeiter	Angestellte
	1991	12,36	12,77	11,25	12,05	12,21	12,75	11,14	12,23
	1992	12,71	13,27	11,43	12,52	12,06	13,44	11,17	12,41
	1993	13,22	13,80	11,83	13,00	12,83	13,53	12,34	12,95
	1994	13,17	13,57	11,95	12,65	12,35	13,46	12,37	13,20
	1995	13,15	13,55	12,06	12,48	12,20	13,12	13,08	13,15
	1996	13,48	13,90	12,57	13,07	12,64	13,21	12,84	13,40
	1997	13,58	13,80	12,73	13,12	12,75	13,37	12,99	13,76
	1998	13,62	13,79	12,82	13,18	12,79	14,41	13,03	13,83
	1999	13,60	13,77	12,76	13,48	12,78	13,80	13,44	13,77
	2000	13,57	13,82	12,59	13,73	13,07	13,50	13,64	13,73
	2001	13,58	13,99	12,55	13,84	13,20	13,10	13,65	13,72
	2002	13,98	14,25	13,03	14,23	13,20	12,90	13,95	14,29
	2003 (p)	14,31	14,47	13,66	14,32	12,90	12,90	13,96	14,68
Januar	2003	14,32	14,49	13,61	14,32	12,90	12,90	13,96	14,70
Februar	2003	14,32	14,48	13,61	14,31	12,90	12,90	13,96	14,70
März	2003	14,31	14,48	13,60	14,31	12,90	12,90	13,96	14,69
April	2003	14,31	14,48	13,62	14,30	12,90	12,90	13,96	14,68
Mai	2003	14,29	14,47	13,58	14,34	12,90	12,90	13,96	14,68
Juni	2003	14,28	14,47	13,56	14,33	12,90	12,90	13,96	14,68
Juli	2003	14,28	14,47	13,57	14,33	12,90	12,90	13,96	14,67
August	2003	14,31	14,47	13,70	14,32	12,90	12,90	13,96	14,67
September	2003	14,32	14,47	13,76	14,32	12,90	12,90	13,96	14,67
Oktober	2003	14,32	14,47	13,79	14,32	12,90	12,90	13,95	14,67
November	2003	14,32	14,47	13,78	14,31	12,90	12,90	13,95	14,67
Dezember	2003	14,32	14,46	13,76	14,31	12,90	12,90	13,95	14,67
Januar	2004	14,27	14,45	13,87	14,25	12,90	12,60	13,95	14,47
	<i>Folgemonat</i>	14,27	14,45	13,87	14,25	12,90	12,60	13,95	14,47

図4 保険料率の推移

Abbildung 3: Beitragssatzentwicklung

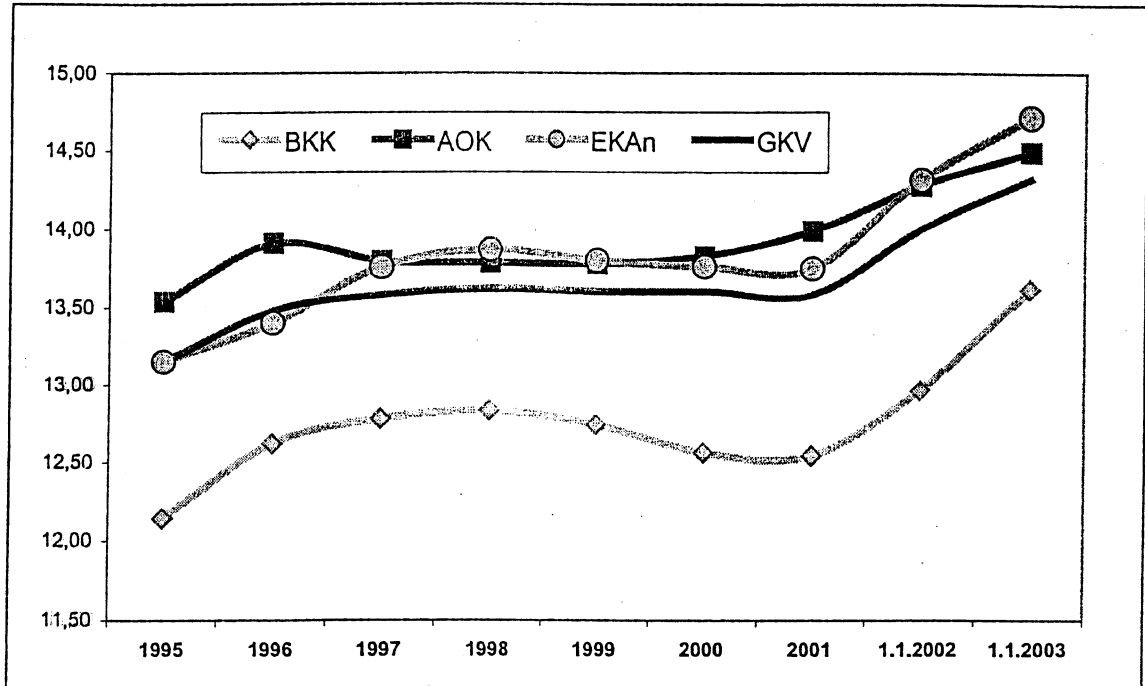


図5 企業疾病金庫の規模別構成比
(家族被保険者を除く被保険者数の割合)

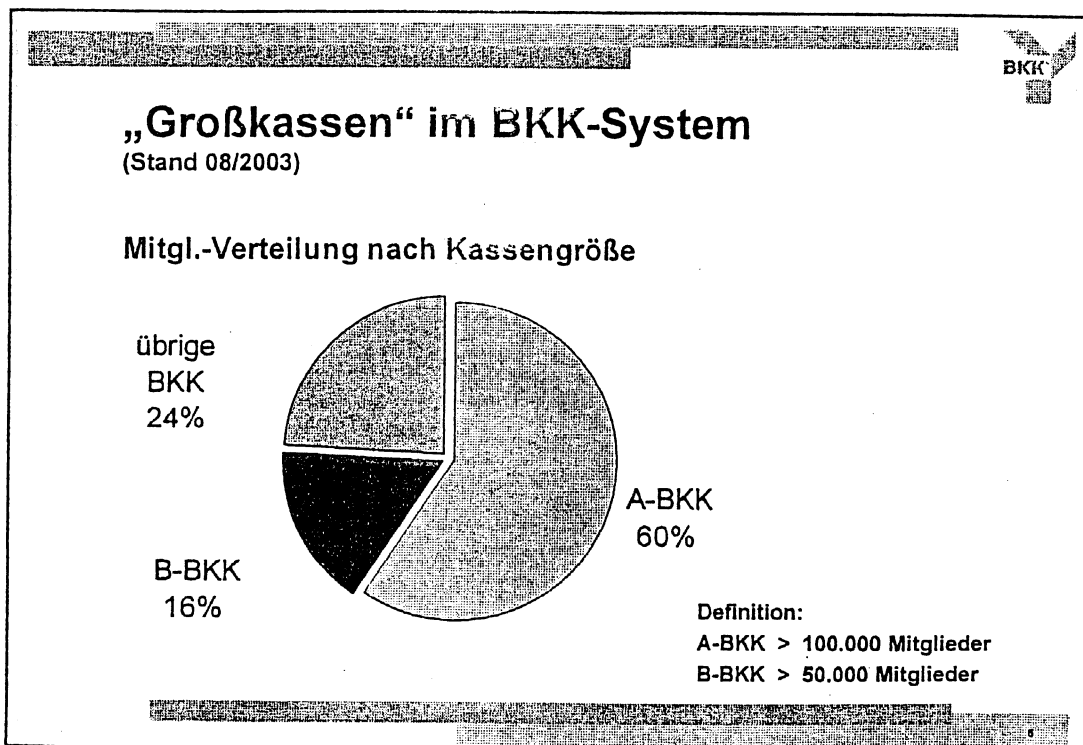


図6 企業疾病金庫における被保険者数の変化（被保険者数の変化）

BKK nach Größenklassen (Mitgliederzahlen)

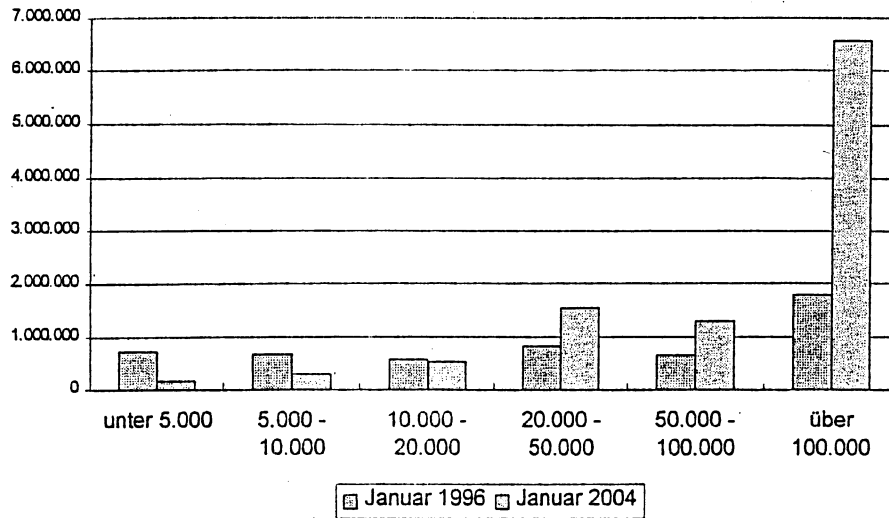
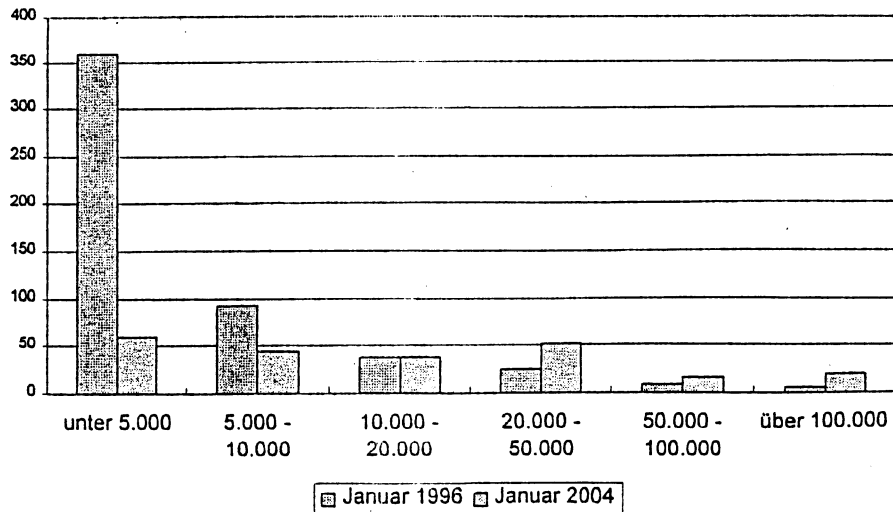


図7 企業疾病金庫における被保険者数の変化（疾病金庫数の変化）

BKK nach Größenklassen (Kassenzahlen)



2. 企業疾病金庫の合併の類型化

今回の企業疾病金庫の合併に関する調査結果は、事例報告で詳しく記したが、調査対象となった企業疾病金庫の合併に対する取り組み方は決して一様ではなく、各企業疾病金庫の運営理念、母体企業の意向等によって大きく異なっている。企業疾病金庫における合併への対応の相違を類型化すると、大きく4つのタイプに分けられる。このことは同時に、合併の規模、母体企業との関係の相違にも対応している。

(1) 規模の拡大により全国展開を図ろうとするケース

この類型に属するものとしては、ドイツ企業疾病金庫（Deutsche BKK、以下、ドイツ BKK という）があげられる。ドイツ BKK は、2003 年 1 月 1 日にフォルクスヴァーゲン企業疾病金庫（Volkswagen BKK、以下、フォルクスヴァーゲン BKK という）とポスト企業疾病金庫（Post BKK、以下、ポスト BKK という）が合併して設立された。被保険者数が家族被保険者を含めて 110 万人、ドイツの企業疾病金庫のなかで最大の金庫である。

合併はフォルクスヴァーゲン BKK の主導で行われたが、その合併を促したのは、ドイツの疾病金庫は 50 程度に統合されるだろうという予見であり、そこでは疾病金庫再編成の主導権を握り、政治的な影響力の拡大と財政的安定化をはかることが目指された。民営化したドイツ・ポスト社の企業疾病金庫は、その事業所の配置や被保険者数などからいって、フォルクスヴァーゲン BKK の狙いを満たすものであったといえよう。全国的な展開を目指そうとする意図は、名称をドイツ企業疾病金庫としたことからもうかがうことができよう。

母体企業としてのフォルクスヴァーゲン社は、1996 年に疾病金庫が開放型になった時点から、疾病金庫との関係は緩やかなものになっていた。疾病金庫の合併や名称の変更に対しても何ら関与していない。合併に関しては、保険料率の安定化を期待して賛意を表している。

こうした全国展開を企図している企業疾病金庫としては、タウヌス企業疾病金庫もあげられる。そこではわずか 200 名の被保険者を抱える企業疾病金庫が、低い保険料率を目玉に疾病金庫をオープン化し、2 年半で 50 万人を超える全国 3 位の企業疾病金庫となった。その背後には、人事面を中心に業務協力を行い、合併に至るフォーラム企業疾病金庫（被保険者数 9 万人）の戦略があった。

被保険者の疾病金庫選択権の拡大にともなう企業疾病金庫の再編が進むなかで、こうしたいわゆる疾病金庫としての実態がほとんどなかった弱小な金庫が、低保険料率を掲げて急速に拡大していくと言う状況は、ドイツの疾病金庫の将来像を不透明なものにさせている。

(2) 地域における競争力を強化しようとするケース

第 2 の類型は、地域内での影響力の強化を目的に規模の拡大を図ろうとする企業疾病金庫

である。この類型に属するものとしては、フォード企業疾病金庫があげられる。地域内での影響力の強化というのは、例えば、ある病院の病床占有率が 5%を超える疾病金庫は、当該病院と個別に診療契約を結ぶことができるようになることや、医療給付の 1 つである補助具の購入などは個々の疾病金庫で行うため、規模の大きい疾病金庫は補助具の製造・販売企業との交渉力が強くなることなどがあげられる。

被保険者数 10 万人のフォード企業疾病金庫は、同じ地域内で被保険者数 2.5 万人の企業疾病金庫と合併し、そうした交渉力の強化を目指しているが、先にあげたドイツ企業疾病金庫のような全国展開を行う意図はない。疾病金庫の名称からもうかがわれるように、緩やかではあるが母体企業との関係を維持しながら、疾病金庫の基盤強化を図ろうとする姿勢がうかがわれる。ドイツ BKK に対しては、母体企業との結びつきや地域的な影響力が強かったことによるメリットを失ったとして、厳しく批判していた。

ノインプルス企業疾病金庫も、この類型に属する企業疾病金庫の典型といえよう。この場合はフォード企業疾病金庫とは異なり、9 企業の疾病金庫の合併ということで、母体企業との関係はきわめて弱いが、地域内での支配力、影響力の強化を目指し、地域外への拡大を求めている点で類似している。

調査した企業疾病金庫のなかでは、メリタプルス企業疾病金庫、ライン・ジーク企業疾病金庫などこの類型に属するものが多かった。ただし、メリタプルス BKK は母体企業との関係が強いのに対して、ノインプルス BKK やラインジーク BKK は希薄であるなど、異なる点も多い。

(3) 財政窮迫金庫が再建・合理化を図るために合併をするケース

このタイプの例としては、ベルリン市企業疾病金庫とハンブルク市企業疾病金庫が合併してできたシティ企業疾病金庫があげられる。今回の調査では唯一の例である。市の職員を主な被保険者とする疾病金庫で、合併前は保険料率がそれぞれ 15.7%（ドイツでもっとも高い保険料率）、14.9%と高く、ともに膨大な負債を抱え、監督官庁からは合併しない場合には解散することを勧告されていた。

そうした財政窮迫金庫が合併し、本部をハンブルク市におくことの見返りにベルリン市から多額の補助金を得るとともに、徹底した合理化、コスト管理を行い、負債を大幅に減少させ、保険料率も 14.8%にまで低下させた。今後さらに他業種の企業疾病金庫と合併をしていくことを希望しているが、そこにみられるのは、合併によるリスクの分散を図る一方、疾病金庫の経営としては徹底した合理化、コスト管理の姿勢である。ルーズな疾病金庫運営を行っている疾病金庫の改革の方向を示しているといえよう。

(4) 母体企業と協力して閉鎖型の疾病金庫を維持しようとするケース

このタイプの企業疾病金庫としては、ダイムラー・クライスラー企業疾病金庫があげられる。2002年に母体企業のイニシアティブにより、ダイムラー・クライスラー社のグループ内にあった3つの企業の企業疾病金庫が合併し、ダイムラー・クライスラー企業疾病金庫をつくった。対等合併となったが、1つの疾病金庫の保有資産が少なかったため、その母体企業が100万ドイツマルクを支出するといったことから、母体企業と疾病金庫の関係をうかがうことができる。合併により、被保険者数は12.5万人となったが、それ以上の拡大は企図せず、閉鎖型を維持している。保険料率は12.5%と低い。

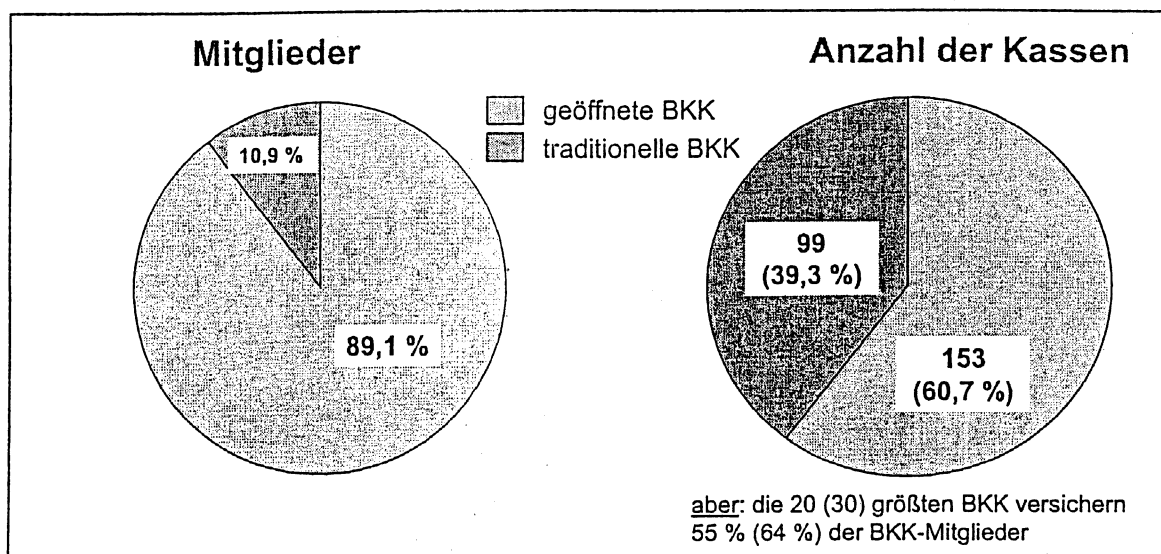
ダイムラー・クライスラー企業疾病金庫の職員の給与は母体企業が負担し、人事交流もある（現在の理事長は人事部から移動）。閉鎖型を維持していること理由としては、母体企業の従業員の勤続年数が長く、企業への帰属意識が強いことや、企業と疾病金庫が協力して独自の健康管理対策を実施することなどがあげられている。

こうした閉鎖型の企業疾病金庫は、母体企業およびその疾病金庫が古い伝統を有し、疾病金庫の財政状態が比較的良好で保険料率も低いところが多い。ダイムラー・クライスラー企業疾病金庫のほかに、BMW企業疾病金庫も閉鎖型を維持している。自動車メーカーの企業疾病金庫は、全国展開をめざすドイツBKK、地域的な展開をめざすフォードBKK、そして閉鎖型を維持するダイムラー・クライスラーBKKとBMW BKKと、対応が異なっている点も興味深い。

なお、2003年6月1日現在、ドイツの企業疾病金庫のなかで閉鎖型の疾病金庫は99金庫で39.3%を占めている。しかし、被保険者の割合でいうと、10.9%を占めるに過ぎない。閉鎖型では、ダイムラー・クライスラーBKKやBMW BKKなどの大規模な疾病金庫が少なく、比較的小規模な企業疾病金庫が多いことを示している（図8）。

図8 閉鎖型の企業疾病金庫の割合

Abbildung 5: Struktur der Betrieblichen Krankenversicherung
(Stand: 1. Juni 2003)



3. 日本とドイツの相違点—保険者の再編・統合に関連して—

次の第3章では、今回の調査で訪問した企業疾病金庫等の事例報告を記しているが、日本とドイツでは医療保険のシステム、保険者組織内の仕組みなど異なる点が少なくない。ドイツにおける疾病金庫の合併に対する各企業疾病金庫の対応をみていくことは、日本の保険者の再編・統合を考えるうえでおおいに参考になるが、日本とドイツの間に横たわる相違点を看過してはならないであろう。

以下では、簡単にそうした相違点を列記しておこう。

- ・ドイツの医療保険は国民皆保険ではないこと：ドイツの医療保険では、官吏、聖職者、自営業者、保険加入限度額を超える所得の被用者（職員・労働者）等は、加入義務を免除されている。また、加入免除者のうち、自営業者、被用者は公的医療保険に任意加入することもできるし、民間医療保険に加入することもできる。したがって、ドイツの保険者である疾病金庫は、任意加入者をめぐって民間医療保険と競争する一方、公的医療保険内部で被保険者の獲得をめぐる競争を行っていることになる。疾病金庫の合併もそうした競争を背景に行われていることが、日本と大きく異なる点である。
- ・被保険者に保険者選択権があること：本文で詳述したところである。疾病金庫間で保険料率、サービスをめぐって激しい競争が行われている。
- ・母体企業との関係が希薄であること：ドイツでは被用者の保険料に関する労使の負担割合は労使折半であり、日本のように使用者側が多く負担するといったケースはない。むしろ、医療保険近代化法では使用者側の保険料負担を抑えるため、傷病手当金は被保険者負担のみとなり、歯科補綴なども被保険者負担が大きくなった。そうした点で、医療保険ないしは疾病金庫（健康保険組合）における労務管理的機能は、きわめて希薄なものとなっている。最近の企業の関心事は専ら保険料率の高さにあるとあってよい。企業疾病金庫の合併に対しても、それによって保険料率がどのようになるかという点にのみ関心が払われている。そうしたなかで、上述のダイムラー・クライスラー-BKKのようなケースはまれであるが、同時にまた伝統的な大企業で閉鎖型疾病金庫を維持していることの意義も大きい。
- ・保険者機能が大きいこと：ある病院の病床占有率が5%を超える疾病金庫は、当該病院と直接的な診療契約を結べるようになることや、疾病管理プログラムへの関与など、疾病金庫の有する保険者機能は大きく、それによる影響も大きい。疾病金庫間の競争が激しくなるなかで、そうした保険者機能の持つ意義は大きい。
- ・疾病金庫職員の業務が専門化していること：疾病金庫職員にも資格制度が設けられており、多くの職員が社会保険専門職員（Sozialversicherungsfachangestellte, Sofa）、疾病金庫経営士（Krankenkassebetriebswirt）といった資格を有し、専門職員としての職務に従事している。疾病金庫間の競争が激しく、かつ業務が高度化・専門化して、そうした専門職の果た

す役割が大きくなっていることを示している。

- ・理事長・理事の権限が大きいこと：今回の調査では、合併にあたって理事長や理事の果たす役割がきわめて大きかった。理事長同士が知り合いであったり、兄弟であったり、理事長や理事の移動した疾病金庫との合併であったりするケースが多く見られるとともに、合併に当たって理事長・理事がリーダーシップを発揮している。また、彼らの多くが社会保険の専門家であることも、そうした役割を果たすうえで大きな意味を有している。

第3章 企業疾病金庫の合併事例－現地調査結果の報告－

ドイツ企業疾病金庫の合併事例一覧

	ドイツ企業疾病金庫 Deutsche BKK	ノインプラス企業疾病金庫 BKK NEUNPLUS
合併企業疾病金庫 と合併成立年月等	Volkswagen BKKとBKK Post 2003年1月	Hannover市内とその周辺の9企業疾病金庫 (Pelican社、USTRA社、Wabco+MRP社、 Wohlenberg社、Senkingwerk社、VSM社、 Korting社、OHE社、Bahlsen社) 1996年1月
合併前の状況	V. BKKは2000年4月にBKK Böhl en&DOYEN、BKK direktの2企 業疾病金庫と合併 P. BKKは2000年1月にBKK Land Bayern、BKK des Rosenth al-werksの2企業疾病金庫と合併	
合併後の被保険者数	110万人(含む家族被保険者) ドイツ最大の企業疾病金庫 母体企業外の被保険者は15%	5万人(含む家族被保険者) ニーダーザクセン州最大の企業疾病金庫 合併と同時に開放型を採用、9企業以外の保 険者が3分の2を占める
合併後の企業疾病金庫の職員数 事業所数等 財政規模	1,500名、本部はWolfsburg、 支所はドイツ全国に46ヶ所 25億ユーロ	75名 州の首府ハノーバーに本部を置く 事業主は6000名、9社の多くは伝統的な企 業が多く高齢者比率が高いため、開放化により 若い被保険者の獲得を図る
保険料率の推移	合併前 13.8% 合併後 14.3% ※合併前から保険料率を引き上げる予定であった	2003年1月1日現在14.5%
合併の目的・動機	・企業疾病金庫が政治的に集約されてくること に対して事前に合併を検討 ①被保険者の獲得をめぐる金庫の市場競争力の 拡大 ②金庫のIT分野中心に投資能力の確保 ③政治的影響力の拡大 ④給付等に関する能力の強化 ⑤合併による相乗効果	合併は企業疾病金庫間の競争に取り残されないた めに実施。平均規模を多少上回る規模の金庫を目 指す 規模の拡大でDPMの導入にも耐えうる金庫の管 理コスト削減を目指す
合併までの経緯等	合併のパートナー選択の基準 ①同等の財政規模、②合併の目的が同じ ③目的達成の戦略が同じ、④医療の質と供給体 制が同等、⑤母体企業が大企業 ・合併までの経過 ①2002年2～3月に事前の根回し ②同年7月～公式の話し合い ③同年9月双方の管理委員会招集、合意	合併前から企業疾病金庫の理事長は相互に知 り合っていたが、Bahlsen社の理事長がイ ニシアティブを取って合併の必要性を訴え、最終 的に9社が合意する。 ①1995年1月に最初の話し合い ②同年4月に管理委員会開催
合併にいたるまでの課題	・母体企業の業種の同一性より財政力重視 ①管理委員会の構成人員、②理事長の選任 ③名称、④本部の位置、⑤企業文化の相違	①給付水準の格差は最も良いサービスを取り入れ る方法を採用 ②準備金は合併後の金庫に移管されたが、準備金 を保有しない金庫は保険料率を上げて、準備金 を積み立てる方法を取った ③9金庫の保険料率は12.2～13.6%の範 囲にあったが、加重平均して12.9%に決め たが料率が上がる金庫には説得のキャンペーンを実 施した
合併の効果(メリット、デメリット)	①管理コストの合理化、医療供給側との交渉力 強化により保険料率の低位安定化の実現 ②事務体制の充実によりサービスが向上	①12ヶ所の支部をすべて閉鎖して本部に集中 することで管理コスト、人員コストを大幅に削減 ②補助器具購入に交渉力の強化で安価を実現 ③9企業は各々異業種で景気のリスクを緩和 ④合併によりDMPを積極的に取り組みが可能
今後の課題	①被保険者で100万人規模の金庫を目指す ②将来に備え、組織強化と運営費削減を図る ③被保険者への還元などでアピールしたい	①規模は現状が最適で更なる拡大は考えない ②DMPの導入で被保険者の流出防止が課題 ③保険料率の安定化も課題であるがリスク構 造調整により、疾病金庫の裁量の余地が少 ない

ドイツ企業疾病金庫の合併事例一覧

	メリタプラス企業疾病金庫 BKK Melitta Plus	ライン・ジーク企業疾病金庫 BKK Rhein-Sieg
合併企業疾病金庫 と合併成立年月等	コーヒーメーカーやフィルター製造のメリタ社 (本社ミンデン市)を母体とするBKK Melitta と海底ケーブル会社マリティメン社(本社ノル デンハム市)を母体とするMaritimen BKK 2003年4月1日	①1996年にラインジーク地方に本社を置く 3つのBKKが合併 1)HTTROPLAST社(プラスチック製造業) 2)Dynamit Nobel社(火薬製造業) 3)Siegwert Druckfarben社(印刷塗料製造業)
合併前の状況	1999年にメリタBKKは金庫を開放しており 1998年の6,000人から合併後は26, 000人に増加。	②2003年1月にBKK M. Dumont Scha berg.母体企業は出版業と合併
合併後の被保険者数	26,000人 メリタ社とマリティメン社の従業員は被保険者の 10%程度	29,000人(内家族被保険者9,000人) 企業疾病金庫の100番目の規模で、ライン ジーク地方で最大の企業疾病金庫 母体企業4社の従業員比率は65%
合併後の企業疾病金庫の職員数 事業所数等 財政規模		
保険料率の推移	現在の保険料率は13.0%(全国平均保険料率 より1%程度低い) 内訳:管理コスト0.4%、医療給付費8.0% リスク構造拠出金4.6%)	合併前のR. BKKは13.8%、 M. D. BKKは14.7% M. D. が小規模であるのと保有資産売却などで 13.8%を維持
合併の目的・動機	・メリタBKKはDMP、DRGの導入に小規模 では難しいが、巨大金庫へ吸収されることを避 けるため少しずつ規模拡大を図る。 ・マリ. BKKは4000人の小規模ながら合併 の必要は感じなかったが他の金庫に吸収される よりは前もって任意に合併できることを選択	R. BKKとM. D. BKKとの合併は医療保険 近代化法による保険料のボーナス規則(健康人に 対する保険料還付の仕組み)の財源捻出やDRG、 DMP導入の職員確保が難しいことから規模の拡 大を図る
合併までの経緯等	両金庫は共同で健康管理センターの設置などの 協力関係があったことと、双方の理事長が知り合 いで、両金庫のデータ分析で被保険者のリスクが 同様であることが判明した	2002年1月頃にR. BKKは今後の戦略から 合併による規模の拡大の必要性から、それを公表 してラインジーク地方から合併相手を募る 2002年6月にM. D. BKKが名のりを上げ、 2003年1月に合併が実現する
合併にいたるまでの課題	①合併前の保険料率はメリ. BKKは13.0% マリ. BKKは13.9%であったが、内、 0.9%が管理コストであることから、 13.0%に同一化した ②サービス差は良い方を取り入れることにする ③管理委員会の構成は両金庫で成り立っている が、両企業の被保険者は10%のため、今後 の課題である ④金庫名称や簿記方式の相違が問題になった	①保険料理の相違は上記に記述 ②合併後の定款の調整は両疾病金庫の理事長が 定款を持ち寄り、相違を列挙して調整した新 定款案を管理委員会に提出
合併の効果(メリット、デメリット)	①人員の効率的配置やコスト削減が実現 ②社会保険専門職員(Sofa)の確保が可能 ③規模拡大の効果はDMPの実施、病院との契 約交渉にも現れている ④デメリットとしてマリ. BKKの被保険者に 疾病金庫のアイデンティティの喪失や職員の 人事異動等の不満が生じている	①管理コストが相乗効果により削減した ②M. D. BKKは傷病手当金の支出が極めて 多かったが、R. BKKの力ゆで削減できた ③合併時の保険料率13.8%は2003年8月 に14.3%に引き上げた。これは前年度のリス ク構造調整の負担増と2004年施行の医療 保険近代化法の費用を見越したもの ④M. D. BKKは吸収されたため疾病金庫間の 職員に不満が残った
今後の課題	①リスク構造調整の変更などで今後の財政状況 は楽観できない	①今後はラインジーク地方に限定して、被保険者 数5万人程度の規模を目指す

ドイツ企業疾病金庫の合併事例一覧

	シティ企業疾病金庫 City BKK	フォード企業疾病金庫 Ford BKK
合併企業疾病金庫 と合併成立年月等	ベルリン市企業疾病金庫と ハンブルク市企業疾病金庫 2004年1月	フォード企業疾病金庫 と重工業の企業を母体とするKHD企業疾 病金庫 2003年1月1日
合併前の状況	①B. BKKの負債額は1億5千万€、 被保険者数は15万人で減少傾向 ②H. BKKの負債額は4,700万€、 被保険者数は7万人	①合併前のフォード企業疾病金庫は被保険者数 10万人、保険料率13.9%、1996年 にオープン化し、負債を有していた。 ②KHD企業疾病金庫は被保険者数2.5万人、 保険料率12.8%、1996年からオー プン化し資産を有していたが、給付費用を賅え る水準ではなく、保険料率を早晚引き上げる 方向にあった。 年金受給者は被保険者数の40%
合併後の被保険者数	22万人（内ベルリン地域の被保険者は12万人、 ハンブルク地域は6万人）	被保険者数125,000人、家族被保険者数 を除く被保険者数は76,000人、フォード社 勤務者は18,000人で殆どが製造部門の 労働者で、エンジニアの多くは民間医療保険 に加入。保険料率は13.9%
合併後の企業疾病金庫の職員数 事業所数等 財政規模		職員数は175名（パートを含む、フルタイム換 算で140人）、その90%が社会保険専門職員 （Sofa）、このうち20%が疾病金庫経営士 （kkbetriebswirt） ③疾病金庫の所在地はケルン
保険料率の推移	①合併前のB. BKKの保険料率は15.7% ②合併前のH. BKKの保険料率は14.9% 合併後、調査時点の保険料率は14.8%	合併してからの保険料率は13.8%で、その後 14.5%に引き上げ、 フォード企業疾病金庫側が4倍の規模であったが、 対等合併であった。
合併の目的・動機	B. BKKもH. BKKも共に大きな負債を抱え 監督官庁からは合併しなければ解散要請があった。 合併すれば補助金の期待があった。 両金庫の理事長は双子の兄弟であったことから両 者の間で合併の話合いが持たれた 負債の問題から疾病金庫の所在地の決定は大きな 課題であったが、ハンブルグに決まって、ベルリ ン市から補助金が支給されることになった	①ケルン近郊地域での市場競争力の強化と 医療供給側との交渉力の強化が狙い ②フォード企業疾病金庫はドイツ全国展開の意 図はなく、比較的小さな規模を維持すること を選択した。
合併までの経緯等	ベルリン市疾病金庫の巨額の負債の原因はマネジ メントの拙さが大きい。被保険者の減少を恐れて 保険料率を上げられず、1993年の医療保険改 革で保険料率抑制、ベルリンの高度機能病院が集 中しているための入院費増大 なども負債増の原因。ハンブルグ市企業疾病金庫 の負債増もミスマネジメントが最大の原因	①合併にはフォード疾病金庫がイニシアティブ をとったわけではなく、KHD疾病金庫は規 模が小さいため今後長期の存続を考えて、フ ォード側と利害が一致した。
合併にいたるまでの課題		
合併の効果（メリット、デメリット）	合併により補助金の効果に加え、コストマネジメ ントの強化で財務状態は急速の改善され、 2003年末で負債残高は2,300万€に減少 マイナス面はベルリンとハンブルグに分かれてい ることの無駄や不便さが生じている	①合併後の被保険者のアンケート調査結果では 90%が合併に満足していた ②被保険者数は若干ながら増加し、財政状態も 安定し、フォード企業疾病金庫の負債も解消 した
今後の課題	①債務の完全返済と2005年1月から保険料率 の引き下げたい ②今後も企業疾病金庫と合併を進めたい。合併の 対象は同じ地域のBKK、有病率の低い若い加入 者、20万人以上の規模など	DMPの基本的な考え方はいいが、実現方法がめ ちゃくちゃで医師の多くも反対している。 DPMをリスク構造調整（RSA）という財政調 整制度と結び付けたのがよくない

ドイツ企業疾病金庫の合併事例一覧

	タウヌス企業疾病金庫 Taunus BKK	ダイムラー・クライスラー企業疾病金庫 DaimlerChrysler BKK
合併企業疾病金庫 と合併成立年月等	タウヌス企業疾病金庫(TaunusBKK) とフォーラム企業疾病金庫(ForumBKK) 2003年1月1日	ダイムラー・クライスラー企業疾病金庫は母体 企業であるダイムラー・クライスラー社(その 傘下の企業を含む)の従業員を被保険者とし、 他企業の被保険者の加入を認めない閉鎖型の企 業疾病金庫である。
合併前の状況	①ForumBKKは9万人、保険料率14.9%、 負債500万ユーロ、職員450人、1996年 からオープン化、当初の母体企業はスーパーマー ケットのREWE社でその後10回の合併を経る。 交通、大学病院、保険会社、機械製造、公務部門 などが参入 ②TaunusBKKは被保険者56万人、保険料 率11.9%、負債なし、職員12人、当初の母 体企業は精練所、1998年にオープン化、2年 半で56万人の被保険者を獲得した	被保険者数205,000人、うち家族被保険 者は80,000人、閉鎖型では最大の企業疾 病金庫。 現時点の保険料率13.9% 職員数は190人 所在地(本部)はブレーメンで10州25カ所 に支部・事務所を置く
合併後の被保険者数	被保険者数は64万人、 全国で3番目の企業疾病金庫疾病金庫、 本部はフランクフルト	●閉鎖型を選択した理由 母体企業のダイムラー・クライスラー社の意 向が強い ①母体企業が従来から従業員の独自の健康管理 対策を推進してきたが、オープン化により健 康管理対策の意義が喪失・弱化する ②母体企業の従業員は他社に比べ勤続年数が長 く企業への帰属意識が高い。オープン化でこ のメリットが希薄化する。 ③疾病金庫職員の給与を母体企業が負担し人事 交流もあり、その関係を今後も維持して行き たい ④オープン化しても経済効果が上がらないと判 断される ※企業疾病金庫の内、閉鎖型疾病金庫は40% 弱を占めるが、小規模疾病金庫が多く、発言 力が弱くなってきている
合併後の企業疾病金庫の職員数 事業所数等 財政規模	合併当初は職員数が460人の内、約70%が社会保 険専門職員(Sofa)、この中にはさらに疾病金庫 経営士が25~30名。残りの30%は会計士やソ シヤルワーカーなどである	●企業グループ内の疾病金庫が合併した例 2001年1月1日にD. BKKはエヴォ・ プス企業疾病金庫とメルツェデス・ベンツ企 業疾病金庫と合併。各BKKの状況は以下の通り DaimlerChrysler BKK (被保険者数17,100人(除く家族)、保険料率11.7%、 主な被保険者ブレーメンの乗用車生産工場の労働者) BKKEvobus. (被保険者数9,400人、保険料率12.9%、 主な被保険者はホルムバスの製造工場の労働者) BKKMercedes-Benz. (被保険者数60,400人、保険料率12.9%、 主な被保険者はシュトゥットガルトの管理部門職員)
保険料率の推移	合併直後の保険料率は12.8%、2004年4月 から13.8%に引き上げ	
合併の目的・動機	①経済基盤の強化と若者に偏っていた被保険者構造 をバランスよく分散させる ②サービスネットを拡大して消費者サービスの向上 を図る ③医療供給側に対する地域での交渉力強化 ④T. BKKは急激に大きくなったため職員の確保 が追いつかず、将来の合併をにらんでF. BKK がT. BKKの業務支援の人事同盟を締結。 T. BKKがF. BKKを吸収する合併であった が合併のリーダーシップ、職員面では逆であった。	
合併までの経緯等	両者とも多くの合併を経ていることから、合併にあ たっては口約束ではなく書面を残すことでトラブルはな かった。	
合併にいたるまでの課題		合併は母体企業の強い働き掛けで進められたダイ ムラーグループは「健全な企業は健康な職員から 生まれる」のスローガンで健康増進政策を推進し てきた。更にD. BKKと他の2つの疾病金庫 間で財政格差の拡大と保険料率の差異が大きくな り企業グループとして統一化を図る必要があると判 断された 合併に際してD. BKKとM. BKKは資産を有 していたがE. BKKは資産を保有していないた め母体企業が100万ユーロを拠出して対等合併とした
合併の効果(メリット、デメリット)	①合併により保険料率は12.8%になり、F. B KKの負債も解消したが ②医療給付支出の増大、新規加入者の負担増、医療 保険近代化法の導入で駆け込み医療費の増大など で2004年4月から保険料率を13.8%に引 き上げざるを得なかった。	●企業グループ内部の合併の影響 ①事務部門の統合整理により本部の一元的管理が 可能になり、事務費が軽減された ②被保険者の健康状態に関するデータが疾病金庫 で一元的に収集・保管が可能になった ③疾病金庫の規模拡大により地域での発言力や交 渉力が強化された
今後の課題	①健康増進とボーナスプログラムの導入 ②リスク構造調整には保険料収入の55%を支払っ ている ③患者一部負担金の過酷緩和と条項の運用	●合併に対する今後の対応 ①閉鎖型は今後も維持していきたい ②母体企業の今後の吸収合併や連携などの動きに 対応して疾病金庫のあり方も検討する ③疾病金庫間の競争は異論がないが、そのために 合併が法律で強制されることには反対

1. ドイツ企業疾病金庫 (Deutsche Betriebskrankenkasse, Deutsche BKK)

調査日：2003年10月20日

対応者：シュッツ副理事長 (Sjutz, Ralf. 2004年1月から理事長)

インゲルハイム理事 (Ingelheim, Julius v.)

ボルム管理部長 (Borm, Tomas)

フォルクスヴァーゲン社ディアケス広報担当部長 (Dierkes, Klaus)

(1) 基本的事項

- ・ドイツ企業疾病金庫 (Deutsche BKK) は、2003年1月に、フォルクスヴァーゲン企業疾病金庫 (Volkswagen BKK) とポスト企業疾病金庫 (BKK Post) が合併することによって誕生した、ドイツ最大の企業疾病金庫である。両金庫とも、合併する前から、母体企業に所属しない被保険者が当該金庫に加入できるように開放していた。また、それにともなって、疾病金庫職員の人件費および事務所使用料等の費用を母体企業が負担することがなくなった。疾病金庫が開放されたこと、人員コストが母体企業から離れたことによって、母体企業と疾病金庫との関係が緩やかになり、それが金庫の合併を可能にした一つの要因になったとしている。
- ・両金庫が合併する前に、フォルクスヴァーゲン BKK は2000年4月に2つの企業疾病金庫 (BKK Bohlen & Doyen、BKK direkt) と合併しており、ポスト BKK も2000年1月に2つの企業疾病金庫 (BKK Land Bayern、BKK des Rosenthal-Werks) と合併していた。
- ・被保険者数は、家族被保険者を含めて110万人となっている。このうち、母体企業外の被保険者は15%程度である。母体企業以外の被保険者の存在は、金庫を開放したことによるものだけでなく、両金庫が合併する際に、それらの子会社の従業員もそれぞれの疾病金庫に加入したことにもよる。また、被保険者の約30%がフォルクスヴァーゲン社のあるニーダーザクセン州に居住している。ドイツ BKK に加入している事業所は全国で9500カ所である
- ・現在、金庫職員は1500名 (社会保険専門職員のほか、経済や法律の専門家、医師3名、薬剤師1名がいる)。本部はヴォルフスブルク (Wolfsburg)、支所はドイツ全国に46ヶ所となっている。財政規模は25億ユーロである。
- ・現在の保険料率は14.3%となっており、全国平均を若干下回っている。合併前の保険料率は両金庫ともに13.8%であったが、この料率は合併前から引き上げる予定であったもので、合併によって料率が上がったというわけではない。

(2) 合併の動機

- ・1994年にドイツ全国で1146金庫あった疾病金庫は、1996年に実施された規制緩和により、

2003年には323金庫となり、金庫数が急速に減少する傾向を示している。そうしたなかで企業疾病金庫はいまだ250金庫あり、他の種類の金庫と比べて数が多い。企業疾病金庫に関しては、一部の政治家が、将来はドイツ全国で5～10金庫で十分やっていけると考えていることを公表している。ドイツ BKK では、このような政治的意図などをふまえて、他の疾病金庫に吸収される前に、積極的に合併を行い、生き残りを図ったのが今回の合併の大きな動機であるとしている。

・より具体的な動機としては、次の5点をあげている。

- ① 被保険者の獲得をめぐる金庫の市場競争力の拡大。
- ② 金庫の投資能力の確保。とりわけ、ソフト、ノウハウ部門への投資に関してである。ノウハウについては、事務的なものにとどまらず、被保険者拡大のマーケティング、IT、医療に関する購買力（医療機関との診療契約・報酬契約に際しての交渉力）、経営経済学などが含まれる。
- ③ 政治的影響力の拡大。医療政策に対する金庫側の主張の影響力を大きくすることができる。
- ④ 給付等に関する能力の強化。医療給付、各種サービス等に関する他金庫を上回る画期的な能力の強化を図る。
- ⑤ 合併による相乗効果。金庫の管理コスト、とくに人件費の効率化を図る。具体的には、金庫の職員数を現在の1500名から5年後には1100人程度にする予定である。ただし、この人員削減は解雇無しで自然減少により行う。

（3）合併までの経緯とパートナー選択基準

・合併のパートナー選択については、以下の5点を重視した。

- ① 同等の財政規模であること。
 - ② 合併による目的が同じであること。具体的には、今後とも金庫の拡大を目指していくこと、被保険者のためになるサービスを提供すること、全国平均より低い安定した保険料率を設定することなどである。
 - ③ 目的を達成するための戦略が同じであること。
 - ④ 医療の質とサービスの提供の仕組みが類似していること。例えば、すでに電話、ファックス、インターネットなどによる被保険者のアクセス可能性が確保されていることなどである。
 - ⑤ 母体企業がドイツ全国で活動するような大企業であること。
- ・合併までの経緯については次の通りである。まず、合併の公式な話し合いが始まる前に事前の根回しが始まったのは、2002年2～3月頃である。その後、公式な話し合いが同年7月から開始された。同年9月25日には、双方の金庫の管理委員会が招集され、合併が正式

に合意された。その後、合併後の疾病金庫の名称をどうするか、どのように発表するかを決めたほか、新しい被保険者カード作成などの事務的な作業を経て、2003年1月1日に合併が行われた。

- ・今回の合併については、フォルクスヴァーゲン BKK 側からポスト BKK 側に話を持ちかけた。たまたまジュッツ副理事長がポスト BKK からフォルクスヴァーゲン BKK に移ってきていたが、彼がフォルクスヴァーゲン BKK の現状を分析し、100万人規模の加入者が必要であると判断したことから、パートナー探しが始まった。当初、フォルクスヴァーゲン BKK 側では、自動車産業同士の合併が良いという意見もあった。しかしながら、オペルやフォードといった企業の疾病金庫よりもフォルクスヴァーゲン BKK の方が金庫の財政状態が良く、それらと合併すると財政的に厳しくなるという理由から実現に至らなかった。最終的には、合併に際しては、母体企業の業種の同質性よりも、疾病金庫の財政強化の方が重要であった。
- ・一般的に、理事長同士の話し合いは容易であるが、議論が下に降りていき、話し合いに参加するメンバーが増えると合意形成が難しくなる。今回の合併では、管理委員会での話し合いがスムーズにいったが、それは、両金庫共に合併の経験がすでにあったことが大きく影響していると思われる。また、両金庫ともに、合併は今しなくとも、いずれは必要であり、吸収されるよりは早めに合併した方が良いという気持ちを持っていたことも大きい。

(4) 合併に際して問題となった点とその解決方法

- ・管理委員会の構成をどうするか。法律上、管理委員会は最大 30 人で労使半分づつとなっているが、この人員の割り当てをどうするかが議論になった。フォルクスヴァーゲン BKK は、ポスト BKK の半分の規模であったが、その規模の差を管理委員会の構成にそのまま反映させずに、使用者側については 6 名をフォルクスヴァーゲン側、9 名をポスト側から、被保険者側については 6 名を金属産業労働組合 (EG Metal、自動車産業が加入する労働組合)、9 名をヴェルディ (WERDI、サービス産業の労働組合) から選出することで落ち着いた。
- ・理事長をどうするか。最初は、規模の大きいポスト側から選出した。2004 年からはフォルクスヴァーゲン側から理事長を選出することとなっている。
- ・名称をどうするか。内部では意見がまとまらず、企業コンサルタントに依頼して、アドバイスを受け、国際化時代を反映した「ドイツ企業疾病金庫」(Deutsche BKK) に決定した。
- ・本部をどこにおくか。フォルクスヴァーゲン BKK の本部であったヴォルフスブルクとした。
- ・企業文化の違い。企業文化の違いによって、合併に軋轢が生じるようなことはなかった。
- ・総じて、内部的には合併に関する問題点は大きくなかったとしている。一方、外部的には、

名称に関して、あたかもドイツに企業疾病金庫が一つしかないような印象を与えるとして、他の企業疾病金庫からクレームがあったという。

(5) 合併に際しての被用者側および使用者側の意見

- ・使用者側、被保険者側ともに、合併に賛成であった。
- ・被保険者側は、規模拡大によって、医療供給側に対する影響力が増し、それによって、医療の質が向上することを期待していた。
- ・使用者側は、相乗効果、経営効率の向上によって、保険料率が安定化することを期待していた。

(6) 企業側（フォルクスヴァーゲン社）の合併に対する意見

- ・合併前から母体企業は疾病金庫に大きな影響力をもっていなかった。
- ・合併による母体企業への帰属意識の変化の有無については、以前から金庫を開放しているので、他の企業から新たに被保険者の加入が多くなったとしても、企業に対するアイデンティティの面で悪影響を生むことはない。
- ・今後の企業活動に関して良い影響を狙って合併したわけではない。
- ・疾病金庫の合併によって、明確な形で株式に良い影響が出たということはない。ただし、投資家筋では、保険料率の安定、将来を見据えた経営という点から評価を受けた。
- ・疾病金庫の合併について、株主の認可を得る必要はない。
- ・企業の取締役会では、疾病金庫の管理委員会で正式に合併が決まった 2002 年 9 月 25 日の 1 週間前に合併が認可されていた。
- ・母体企業の合併に関する関心は、短期的には、保険料率安定による経費の低下に関心がある。ただし、長期的には、合併の進展によって、医療供給システムそのものが安定化の方向に向かうことが重要である。もし、医療供給システムが破綻してしまった場合、その負担は経済界にかかってくることは確実であり、その破綻は回避しなければならない。
- ・ディシーズ・マネジメント・プログラム（DMP）について、合併すれば、各企業疾病金庫のノウハウを持ち寄って実施できることにも注目している。DMP は、独自で行うよりも共同で行う方が効果がある。

(7) 合併の効果

- ・管理コストの合理化、医療供給側との交渉力の強化によって、保険料率を全国平均以下で安定化することができた。
- ・事務体制の充実により、電話やEメールによる 24 時間サービスを行うとともに、外国からのアクセスが可能となったほか、栄養関係のアドバイスなどあらたなサービスが行われる

ようになった。

- ・被保険者に対して常時アンケート調査を実施するとともに、各支所に対して監査を行い、同一水準のサービスが行われているかどうかをチェックしている。

(8) 今後の課題

- ・家族被保険者を含まずに 100 万人規模のマンモス金庫を目指したい。
- ・将来の更なる合併に備えて、組織を堅固にしたい。
- ・コスト削減に関しては、医療給付費のみならず、運営費をさげる努力を続けていきたい。
- ・2004 年の医療システム近代化法案が成立したときには、被保険者への保険料還付などの特典を導入し、他の被保険者にアピールできる対応策をとりたい。
- ・ドイツ BKK としては、次回の改正によって、他の種類の金庫との合併が可能になってもかまわないとしている。現在、疾病金庫が種類別に分裂していることの合理的理由はあまりない。

2. ノインプルス企業疾病金庫 (BKK NEUNPLUS)

調査日：2003 年 10 月 21 日

対応者：オルボンズ理事長 (Orbons, Henri)

ゲルマー副理事長 (Germer, Berndt)

(1) 基本的事項

- ・ノインプルス BKK は、ニーダーザクセン州の首府ハノーファーに本部を置く企業疾病金庫で、州内で最大の規模となっている。ハノーファー市内およびその周辺に本社のある 9 つの企業 (Pelican 社、USTRA 社、Wabco+MRP 社、Wohlenberg 社、Senkingwerk 社、VSM 社、Korting 社、OHE 社、Bahlsen 社) の企業疾病金庫が、1996 年 1 月に合併してできた企業疾病金庫である。
- ・家族被保険者を除く被保険者数が約 3 万人で、家族被保険者を含めると約 5 万人の規模となっている。職員数は 75 名、2003 年 1 月 1 日現在の保険料率は 14.5%となっている。
- ・ノインプルス BKK は、合併と同時に金庫の開放を行っており、現在では 9 つの企業以外の被保険者が 3 分の 2 を占めている。ただし、このなかには以前 9 つの企業に勤めていた年金生活者も含まれている。また、合併により、新たに自営業者や小規模企業の事業主も加入するようになり、現在ではそれらの事業主が 6000 名を数えている。母体となった 9 社は、USTRA 社を除いて、1873 年から 1906 年の間に創設された伝統的な企業であるため、被保険者には高齢者が多く、金庫の開放によって、新たに若い被保険者の増加を狙ったと

している。高齢で病気がちな人ほど、長く付き合ってきた金庫に留まり、そうでない人ほど金庫を変更する傾向があり、開放によって、若い加入者の増加を図ることが求められた。

(2) 合併の動機

- ・巨大な企業疾病金庫ではなく、平均を少し上回る程度の規模の金庫をつくることを合併の動機としてあげている。疾病金庫の規模があまり大きくなりすぎると、本部のイニシアティブにより統一的に金庫運営を行うことが難しくなり、また意思決定に時間がかかるなど、さまざまな問題に対して迅速な対応をとることが困難になるとしている。
- ・合併のより具体的な目的として、規模の拡大による疾病金庫の管理コストの削減をあげている。これについては、法律によって管理コストの削減が要請されるようになったことが大きいとのことである。また、ディジーズ・マネジメント・プログラム (disease management program, DMP) などのプログラムを実施するにあたって、運営コストの発生、専門医との契約交渉などの点で、小規模の金庫では対応が困難であるため、規模の拡大によって、それらを円滑に実施できるようにすることも合併の目的であったとしている。さらに、中長期的には、ディジーズ・マネジメント・プログラムの実施や病院との交渉力の強化等を通じて、医療費そのものを抑制することも合併の目的だったとしている。

(3) 合併までの経緯

- ・1995年1月に最初の話し合いがもたれ、4月には管理委員会でのプレゼンテーションが行われた。その後、作業部会での検討が行われ、1996年1月には合併に至った。
- ・同じ地区内の企業疾病金庫の理事長同士は会合などで同席することが多く、合併の話が持ち上がる前から知り合いであった。Bahlsen社の企業疾病金庫の理事長であったゲルマー氏(現ノインプルスBKK理事長)がイニシアティブを取って、合併の必要性を訴え、数社に話を持ちかけ、最終的に9社の理事長が合併に合意した。合併の合意が行われた後に、各社の企業疾病金庫の管理委員会に議題が下ろされ、正式に合併が決定した。
- ・合併を拒否した企業疾病金庫もあったが、何故拒否したのかについては、ノインプルスBKKは把握していないとのことであった。

(4) 合併に際して問題となった点とその解決方法

- ・合併前の各企業疾病金庫における給付水準の差をどう調整するのが課題となった。これについては、9社がこれまで行ってきたサービスの中で、最も良いサービスだけをとりあげて、合併後の企業疾病金庫の定款に取り入れるという調整方法を取った。
- ・また、大きな議論となったのは、準備金の取り扱いである。企業疾病金庫は、1カ月分の保険料と半月分の事務費の合計額を最大とする準備金を保有することができる。各疾病金

庫の準備金は、原則として、そのまま合併後の金庫に移管されることとなったが、9つの企業疾病金庫のなかで、準備金を全く保有していない金庫がひとつだけあった。そこで、公平性を保つために、その企業疾病金庫では、合併直前に保険料率を上げることによって準備金を積み立てるといった方法がとられた。

- ・合併前、9つの金庫の保険料率は、12.2%～13.6%の範囲で異なっていた。合併する際には、9つの企業疾病金庫の保険料率を加重平均して12.9%とした。合併によって保険料率が上がることになる疾病金庫もあったが、それに対しては、事前に企業疾病金庫の新聞その他の広報を通じて周知を図るとともに、さらに金庫の管理委員会が合併のメリットを強調するキャンペーンを行って説得を図った。
- ・合併後の新しい金庫における管理委員会には、原則として、それまでの9つの疾病金庫の使用者側代表と被保険者側代表が加わった。ただし、1社のみ代表が2名づついたため、彼らはそのまま加わり、合計20名で管理委員会が構成された。
- ・合併に際しては、従来の事業所単位での共同体意識に替わる、新しい共同体意識を醸成すること、指導部に有能な人材を集めることが重要であったとしている。

(5) 合併に際しての被用者側および使用者側の意見

- ・使用者側からの反対の意見はなかった。その理由としては、合併に際して、それまで企業側が負担していた金庫職員の人件費や事務所の費用を疾病金庫が持つこととしたため、企業負担が軽減されることが大きいからである。また、被保険者の代表を送り込む労働組合はそれほど強くなく、特に混乱は起きなかった。

(6) 合併の効果

- ・創設時に12カ所あった支部(9企業疾病金庫の事務所)をすべて閉鎖し、機能と人員を本部に集中した。それによって、管理コストの削減が可能となった。ノインプルスBKKでは、被保険者1人あたりの管理コストが全国平均より低くなっているが、このコストは合併を機に、人員コストの削減をはじめとして大きく下がったことによるものである。
- ・補助器具の購入に際して、従来は、供給者側の言いなりになる傾向があったが、合併により交渉力が強化され、これまでよりも安く購入できるようになった。
- ・9つの母体企業は、食品、化学、公共交通など全くの異業種であるが、そのことが業種ごとの好不況に伴って保険料収入が減少するというリスクをミックスする効果を有しており、疾病金庫の財政安定に寄与するとされている
- ・各事業所の罹病状況を分析した健康レポートを定期的に作成するサービスが行えるようになった。それに基づいて健康サークルを設置し、医師や療法士によるアドバイスのもとに、事業所ごとに特有の疾病に対応している。こうしたサービスを行うためには一定の規

模が必要であったとしている。

- ・病院との契約交渉については、合併によって具体的な成果があがったという明確な回答は得られなかった。むしろ、病院が病院需要管理計画法に基づいて設置される際に、現状では、州政府に重要な決定権が与えられており、その結果不必要な入院が発生し、疾病金庫側に過剰な負担がかかっているため、今後は、病院や病室の設置計画段階で疾病金庫側の意見を取り入れて欲しいとしている。
- ・合併によって、ディジーズ・マネジメント・プログラムに積極的に取り組むことができるようになった。糖尿病患者に対してディジーズ・マネジメント・プログラムを行ったことが最初で、1年半前からはぜんそく・気管支炎の患者に対するディジーズ・マネジメント・プログラムを導入している。後者の概要は次のようになっている。まず、医薬品の使用状況とその症状の改善状況など、患者の観測を行う。ぜんそく・気管支炎では、医薬品の適正使用が行われないと、重大な疾患を生じ、さらに医療費がかかることになるので、そうした事態を未然に防ぐために、医薬品が適正に使用されているかどうかをチェックし、指導する。これによって、薬剤の使用率が15～20%減少した。それに加えて、被保険者とのコンタクトが改善し、以前は問題があった場合の患者からの連絡が遅れがちであったが、今では、すぐに連絡が来るようになったとしている。また、ガン患者、心臓病患者に対しても様々なプログラムが考えられている。

(7) 今後の課題

- ・合併は、企業疾病金庫間の競争に取り残されないために行ったものであり、現在の5万人の被保険者（そのうち保険料拠出者は3万人）という規模は、ハノーファー地域にあっては最適であると考えている。これ以上の規模の拡大は当面考えていない。
- ・慢性疾患の分野でディジーズ・マネジメント・プログラムを取り入れて、医療費の効率化を図るとともに、被保険者の満足度を高めて、被保険者の流出を防ぐことを今後の課題としている。また、保険料率の安定化も課題であるが、リスク構造調整により、疾病金庫のコントロールできる余地が少なくなっており、その実現は難しいとしている。さらに、被保険者向けフォーラムの実施により、疾病に関する幅広い知識の提供を行い、患者が病気を受け入れた上で生活の質の向上を行っていきけるようにしたいとしている。

3. メリタプラス企業疾病金庫 (Bkk Melitta Plus)

調査日：2003年10月22日

対応者：クナルト理事長 (Cunard, Reinhard)

フルヒェ副理事長 (Furche, Wilfried)

(1) 基本的事項

- ・メリタプラス BKK は、コーヒーメーカーやフィルターを製造するメリタ社 (Melitta、本社ミンデン市) を母体とする企業疾病金庫 (BKK Melitta) と海底ケーブル会社マリティメン社 (Maritimen、本社ノルデンハム市) を母体とする企業疾病金庫 (Maritimen BKK) が、2003年4月1日に合併してできた企業疾病金庫である。
- ・被保険者は、ドイツ各所に散らばっているが、その大部分はミンデン市やノルデンハム市のあるドイツ北西部に集中しており、今後ともこの地域での被保険者拡大を目指している。事務所はミンデン市とノルデンハム市の2カ所におかれている。
- ・合併前の1999年にメリタ企業疾病金庫は金庫を開放しており、その結果、加入者数は増加し、2003年の合併による拡大も含めて、被保険者数は1998年の6000人から現在の26,000人へと大きく増加した。現在では、メリタ社とマリティメン社の従業員は被保険者の10%を占めるに過ぎない。外部から加入してくる被保険者は保険料率の低さに大きな魅力を感じていると金庫側は指摘している。
- ・現在の保険料率は13.0%で、これは全国の平均保険料率より1%余り低い数値である。13.0%の内訳を見ると、管理コストが0.4%、医療給付費が8.0%、リスク構造調整拠出金が4.6%となっている。

(2) 合併の動機

- ・メリタ企業疾病金庫側は、小規模の疾病金庫では、立法者側が要請するディシーズ・マネジメント・プログラムや DRG の導入を行うことが難しいと判断し、疾病金庫の規模の拡大を目指したとしている。その際には、巨大な規模の金庫に吸収されることを避けるために、合併によって、少しずつ規模を拡大していく方向を取ったとしている。さらに、規模の拡大を通じて、保険者の機能を強化し、ドイツ北西部における医療機関側との交渉や被保険者へのサービス等において、メリタ企業疾病金庫の影響力を大きくすることが今回の合併の動機となった。
- ・マリティメン企業疾病金庫側は、合併前は被保険者数4000名の比較的小規模の金庫であったが、それよりも規模が小さくとも低い保険料率で健全に金庫を運営しているところもあり、逆に規模が大きくとも保険料率が非常に高く財政的に厳しくなっているところもあるので、合併しないでいることに恐れがあったという訳ではないとしている。ただし、将来、財政が厳しくなった時に、他の企業疾病金庫に吸収されてしまうよりは、前もって任意に合併出来るときに合併した方が良いと判断し、今回の合併を決断したとのことであった。

(3) 合併までの経緯とパートナー選択基準

- ・パートナー選択基準としては、メリタ企業疾病金庫がフリースランド地方にあるメリタ社の支社に対するサービス強化を目的として、マリティメン企業疾病金庫と共同でノルデンハム市に健康管理センターを設置するなど、従来から両金庫が協力関係にあったことをあげている。また、両者は全くの異業種であるが、同業種のライバル企業同士の場合に比べると、管理委員会でも揉めることが少ないことを指摘し、異業種間での合併には何の問題もないとしている。
- ・両疾病金庫が従来から協力関係にあったことから分かるように、両金庫の理事長同士が知り合いであったため、最初は二人の話し合いの中で、合併の必要性を確認しあい、合併に向けた準備が始まった。それに続いて、両金庫のデータ分析が行われ、その結果、両金庫の被保険者のリスクは同じような状況にあり、合併による弊害が大きいことが確認された。それを受けて、2003年1月双方の管理委員会で合併が正式に決定され、2003年4月に両金庫の合併が行われた。
- ・管理委員会で合併が正式に決まった後の最初の作業は、職員の配置であった。合併後に必要となるであろう部署や人員を割り出し、それに対して合併前の部署や人員を比較して、どのような形で職員の配置を図れるのかが検討された。最終的には、合併によって合理化できる部門の人員を他の新しい部門に配置転換することで、職員を解雇せずに合併することとなった。このことは、職員の合併に対する合意を取り付けるうえで大きな役割を果たした。また、病院や保険医協会との契約は、従来結んでいたものは一旦破棄して、すべて新規に契約し直したとしている。

(4) 合併に際して問題となった点とその解決方法

- ・合併前のマリティメン企業疾病金庫の保険料率は13.9%であり、メリタ企業疾病金庫の13.0%に比べて高い水準にあった。しかしながら、マリティメン企業疾病金庫の財政状況を分析したところ、13.9%のうち、約0.9%が管理コストに使われており、保険料率の高さは管理コストによるところが大きく、被保険者のリスク状況は大きく変らないため、合併によってメリタ企業疾病金庫側の負担が大きく増えることはない判断され、保険料率を13.0%と同一にすることの問題は解決できた。
- ・また、両疾病金庫とも、一定の準備金を保有していたため、他方の負債を抱え込むということはなく、その取り扱いについて問題が発生することはなかった。
- ・サービスの差については、合併にあたって、両疾病金庫の給付内容を付き合わせ、より良い方だけを定款に取り上げてその差を上方で調整したとしている。
- ・管理委員会の構成については、合併後、被用者側代表はメリタ企業疾病金庫から5名、マリティメン企業疾病金庫から3名、使用者側代表はメリタ社から8票の議決権を持つ委員

1名とマリティメン社から議決権のない委員1名が選ばれることになった。ただし、両企業の被保険者は10%しかいないので、現在の委員の任期が切れた後どうなるかはまだ分からないとしている。

- ・新しい金庫の名称については、メリタ社側としてはMelittaという名前を残したいという強い希望があった。一方、マリティメン社側としては、Maritimenという名前を通じて海岸沿いでのマーケティングを念頭に置いていたが、金庫の拡大によってマーケティングの対象となる地域が拡大したことから、この名前に特にこだわりを見せなかったとしている。その結果、新しい疾病金庫名はメリタプラスBKKに落ち着いた。
- ・その他の問題点としては、両疾病金庫では簿記の方式が違っており、その調整に時間がかかったことをあげている。

(5) 合併に際しての被用者側および使用者側の意見

- ・メリタ企業疾病金庫では、マリティメン企業疾病金庫の保険料率の高さに危惧を抱く被保険者がいた。一方、マリティメン企業疾病金庫では、100年の歴史を有する金庫の独立性が喪失してしまうのではないかという感情的な不満とノルデンハム市にある疾病金庫事務所が無くなるのではないかという危惧があった。これに対しては、合併のメリットを強調するとともに、リスク状況に大きな相違がないこと、ノルデンハム市の事務所は存続することを説明し、被保険者の説得にあたったとしている。
- ・また、母体企業のメリタ社は、合併によって保険料率が上昇するならば、合併は認めないという態度を取っていた。これについては、双方の金庫のリスクを分析した結果、保険料率の上昇は回避できるということになったため、合併への合意を得ることができたとしている。

(6) 合併の効果

- ・合併の効果としては、合併後、人員を効率的に配置することでコストを削減することができたことをあげている。例えば、両疾病金庫は、それぞれで財政計画担当者を抱えていたが、合併によってメリタ疾病金庫側の担当者のみで財政計画を立てられるようになったため、マリティメン疾病金庫側の担当者をマーケティング部門に配置できたとしている。
- ・メリタ企業疾病金庫側では、1999年に疾病金庫をオープンにした時点から加入者が増加する一方で、社会保険専門職員（Sozialversicherungsfachangestellte, Sofa）の資格を持った職員の確保が十分にできていないという状況にあった。そのため、今回の合併によって、マリティメン疾病金庫が雇用していた有資格職員を確保できたことを効果のひとつとしてあげている。
- ・また、メリタ社のフリースランド地方にある支社に対するサービスをノルデンハムの疾病

金庫事務所で担当できるようになり、従来に比べて被保険者に近いところでサービスが可能となったとしている。

- ・さらに、規模拡大の効果は、病院との契約交渉においても現れている。将来的には、ディーズ・マネジメント・プログラムなどの実施においてもその効果を発揮できるとしている。事業所対象のサービスも向上したとしているが、具体的にどのようなサービスが行われるようになったのかは明確ではない。
- ・財政状況については、合併によって悪化したわけではないが、リスク構造調整の変更など法制上の問題を含めて、医療保険を取り巻く環境が変化しており、現在の財政状況は必ずしも楽観できないとしている。
- ・デメリットとしては、マリティメン側の被保険者の間で疾病金庫のアイデンティティが喪失していることや、職員の配置転換や担当区域変更に対する不満などの問題が生じていることをあげている。被保険者にはノルデンハムの事務所は維持されることを強調し、また職員には解雇のないことを強調して、合併への賛同を求めている。

(7) 今後の課題

- ・今後については、更なる合併する可能性がないとは言えないとしている。ただし、ドイツ北西部におけるメリタプルス BKK の地位を強化することを主目的と考えているので、パートナーは同地域で探したいとしている。また、合併については、大きな金庫から圧力をかけられて合併するようなことは避けて、こちらから積極的にアプローチする形で行いたいとしている。今後とも、地域内における医療機関や被保険者への影響力を高めて、その地位を堅固にすることによって、他の疾病金庫よりも良いサービスを提供し、加入者を増やしていきたいと考えている。
- ・ディーズ・マネジメント・プログラムについては、基本的部分は、地域内の企業疾病金庫と共同で実施していきたいと考えている。また、付加的なサービスをメリタプルス BKK が独自に実施したいとしている。政府には、保険料率の安定化という政策だけでなく、サービスの質の向上につながるように、保険者の裁量の範囲を大きくするような政策を求めている。

4. ライン・ジーク企業疾病金庫 (BKK Rhein-Sieg)

調査日：2003年10月23日

応対者：シェーネボルン理事 (Schoeneborn, Hans)

(1) 基本的事項

- ・ラインジーク企業疾病金庫は、ラインジーク地方に本社を置く、HT TROPLAST 社（プラスチック製造業、本社トロイスドルフ）、Dynamit Nobel 社（火薬製造業、本社トロイスドルフ）、Siegwerk Druckfarben 社（印刷塗料製造業、本社ジークブルク）を母体企業とする3つの企業疾病金庫が1996年に合併して誕生した。さらに、2003年1月、エム・ドゥumont・シャウベルク企業疾病金庫（BKK M.Dumont Schauberg、母体企業は出版業、本社ケルン）との合併を行った。疾病金庫の本部はトロイスドルフ（Troisdorf）におかれている。
- ・被保険者数は29,000人（うち家族被保険者9,000人）。企業疾病金庫のなかでは100番目の規模で、ラインジーク地方では最大の企業疾病金庫である。保険料率は14.3%。また、疾病金庫はオープンとなっており、現在では、母体企業4社の従業員が被保険者の65%、それ以外が35%を占めている。

（2）合併の動機

- ・エム・ドゥumont・シャウベルク企業疾病金庫との合併については、立法者側が疾病金庫に対して要求する新しい課題に答えるために、規模の拡大を目指したとしている。具体的には、小規模の疾病金庫では、医療保険近代化法による保険料のボーナス規則（健康な人に対する保険料還付の仕組み）に要する財源の捻出や、DRG やディシーズ・マネジメント・プログラムを導入するための疾病金庫職員の確保が難しく、規模を拡大する必要があったとしている。

（3）パートナー選択基準と合併までの経緯

- ・パートナーを選択する際には、リスク構造調整等に対応するうえで双方の疾病金庫が抱える被保険者のリスクを確認する必要がある。それゆえに、財務状況の分析が重要となるとしている。そうした作業を行う際に、企業疾病金庫で使用するコンピューターソフトは、企業疾病金庫連合会のイニシアティブで共通のソフトが導入されており、データの交換や分析を比較的容易に行うことができるのが役だったとしている。
- ・2002年の1月頃、ラインジーク企業疾病金庫は今後の戦略を考えていくうえで、合併による規模の拡大を図る必要があると判断し、その旨を公表して、ラインジーク地方から合併相手を募った。2002年6月頃、募集に応じたエム・ドゥumont・シャウベルク企業疾病金庫との話し合いが始まり、双方の財務状況の分析を経て、2003年1月から合併することを決定した。

（4）合併に際しての被用者側および使用者側の意見

- ・双方の企業疾病金庫の管理委員会で合併の意図とその必要性を説明したところ、被保険者

側代表（労働組合から選出）と使用者側代表から賛同を得ることができた。被保険者側代表が合併の必要性を説いてまわったことで、一般の被保険者の同意が得られたとしている。

（５）合併に際して問題となった点とその解決方法

- ・合併前の保険料率は、ラインジーク企業疾病金庫が 13.8%、エム・ドゥモント・シャウベルク企業疾病金庫が 14.7%となっており、この差違をどう調整するかが課題となった。それについては、エム・ドゥモント・シャウベルク企業疾病金庫の被保険者数が 3000 人と比較的小さな疾病金庫であったことに加えて、疾病金庫の保有資産を一部売却することによって、合併後の保険料率を 13.8%に維持したまま合併することが可能となった。
- ・管理委員会の構成については、被保険者代表 15 名で、合併前のラインジーク企業疾病金庫側から 12 名、エム・ドゥモント・シャウベルク企業疾病金庫側から 3 名を選び、使用者側は母体企業 4 社で相談して 1 名（持ち分の票数は 15）を決めるという形にした。現在は、Dynamit Nobel 社の人事部長が使用者側代表を務めている。
- ・合併後の定款の調整も、場合によっては、給付の削減になってしまう可能性があるため容易ではなかった。今回の合併では、両疾病金庫の理事長が定款を持ち寄り、その違いを列挙して、それを調整した新定款案を作成し、管理委員会に提出したとしている。

（６）合併の効果

- ・合併の効果として、管理コストが相乗効果によって削減できたことを指摘している。その例として、高齢で退職したエム・ドゥモント・シャウベルク企業疾病金庫側の理事長の補充をせずに済んだことなどをあげている。また、合併によって人員の余った部署が発生したため、医療保険改革で導入された新規事業に携わる人材を調達できたことも合併の効果としている。
- ・財政状況については、薬剤支出、医療費支出が引き続き拡大しており、合併によって、それが改善したわけではないとしている。ただし、エム・ドゥモント・シャウベルク企業疾病金庫では、従来、傷病手当金の支出が極めて多く、それが保険料率の高さの一因となっていたが、合併後はラインジーク企業疾病金庫のノウハウを生かして、傷病手当金の合理化をすることができたとしている。
- ・また、保険料率は合併時の 13.8%から 2003 年 8 月に 14.3%に引き上げられたが、これは合併によって生じたものではなく、前年度のリスク構造調整の負担が予想よりも大きかったことや、2004 年施行の医療保険近代化法のための費用を見越したうえでの保険料率の引上げであったとしている
- ・今回の合併では、エム・ドゥモント・シャウベルク企業疾病金庫を実質的に吸収したような形になったので、その疾病金庫職員の間で不満が残ったとしている。

(7) 今後の課題

- ・今後とも、ラインジーク地方に限定して合併を行っていききたいとしている。地域にこだわるのは、アイデンティティを保ちたいという理由ではなく、この地域での地位を強化して、医療提供者との交渉力を高めるとともに、州の企業疾病金庫連合会に対する影響力も大きくしたいという理由があるからだとしている。また、同地域であれば、事務所を統合できる可能性が高いなど合併のメリットも大きいとしている。ただし、マンモス金庫を目指すのではなく、被保険者数5万人程度の規模を目指すとしている。

5. シティ企業疾病金庫 (City BKK)

調査日：2004年3月30日

対応者：シュルツ理事長 (Schulz)

(1) 基本的事項

- ・シティ企業疾病金庫は、ベルリン市企業疾病金庫 (Staedtische BKK Berlin) とハンブルク市企業疾病金庫 (Staedtische BKK Hamburg) が2004年1月に合併してつくられた疾病金庫である。疾病金庫の所在地 (本部) はハンブルクにおかれている。
- ・保険料率は調査時点で14.8%。被保険者数は22万人で、そのうちベルリン地域の被保険者が12万人、ハンブルク地域の被保険者が6万人である。被保険者数は合併前と比べると横ばい状態である。

(2) 合併の背景とねらい

- ・合併の直接の理由としては、ベルリン市企業疾病金庫もハンブルク市企業疾病金庫も大きな負債を抱え、監督官庁から合併しなければ解散させるといわれていたこと、そして合併すれば市からの補助金が期待できたことがあげられる。また、開放型の企業疾病金庫が負債を抱えたまま解散すると、州連合会がその負債を保証する責任を負わされるため、解散しないで合併することが強く求められた。

(3) 合併の経緯

- ・合併のイニシアティブはハンブルク側がとった。これは市議会が示した条件が、市の地域を超えた相手と合併することということだったが、多額の負債を抱えている疾病金庫が同じ企業疾病金庫の中でパートナー探しは難しかった。そのとき、両金庫の理事長が双子の兄弟 (ハンブルク市企業疾病金庫の理事長が弟で現理事長、兄は合併後退職) だったことから、両者の間でフランクに合併の話し合いが持たれた。

- ・合併が具体化する段階で問題になったのは、合併後の疾病金庫の所在地をどちらにおくかということであった。これは負債と関連している。つまり、上述のように、企業疾病金庫が負債を抱えて解散した場合、州連合会がその債務を保証することになるが、合併により負債のリスクも大きくなるため、合併後の疾病金庫の所在地をどちらにするかは、ベルリン、ハンブルク双方にとって政治的にも難しい問題であった。また、審査過程でトラブルが発生した場合には、監督官庁の認可が得られなくなる可能性もあるので、不安を抱えながら準備が進められた。
- ・疾病金庫の所在地がハンブルクに決まり、またベルリン市から補助金が支給されることなども決まって、合併にこぎつけた。理事長同士の話し合いから合併まで12カ月かかっており、他の合併のケースに比べると少し長い時間となっている。

(4) 被保険者側および使用者側の対応

- ・合併に対する被保険者側の対応は、疾病金庫の理事会が、合併により財政状態の安定した疾病金庫ができること、管理体制も近代化されること、サービスも向上することなどを約束していたこともあって、理事会に任せるという態度だった。使用者側になる市当局は、両市とも市の財政負担が軽くなるので、合併には終始積極的であった。

(5) 負債等の状況について

- ・合併前、ベルリン市企業疾病金庫の負債額は1億5,000万ユーロ(1999.4.1現在)であった。保険料率は15.7%とドイツの疾病金庫のなかで最も高く、被保険者数は15万人で減少傾向にあった。ベルリン市企業疾病金庫は、2000年に1,700万ユーロ、2001年に1,700万ユーロ、2002年に17,00万ユーロ、2003年に17,00万ユーロの補助金を受けていた(この中には、ベルリン市当局からのものと企業疾病金庫連邦連合会が各企業疾病金庫から賦課金という形で集めたものの両方が含まれている)。この補助金は2003年で終了したが、合併により、疾病金庫の所在地がハンブルクに移ることに対して、ベルリン市から一時金として3,100万ユーロ(さらに600万ユーロが加算される予定)の補助金が支払われることになっている。
- ・一方、ハンブルク市企業疾病金庫の負債額は4,700万ユーロ(2000.10.1現在)であった。合併前の保険料率は14.9%、被保険者数は7万人であった。
- ・負債は一般の銀行などからの借入金で、このような巨額の負債を抱えた最大の原因は、ベルリン市企業疾病金庫のミスマネジメントである。支出分野でのコストマネジメントや被保険者のケースマネジメントが出来ておらず、また被保険者が逃げていくのが恐くて保険料率を引き上げられなかった。さらに、1993年の医療保険改革で保険料率の引き上げが抑制されるなかで、ベルリンの病院では高度機能病院が集中していてコストが高いため、入

院費が増大したことも負債が拡大する要因となった。しかし、これはベルリンにある他の疾病金庫も同じ状況におかれていることや、病院以外の医療供給面では他地域と大きく異なる特殊性はないことなどを考えれば、疾病金庫のマネジメントの拙さによるところが大きい。また、ハンブルク市企業疾病金庫については、病院部門も含めて特別にコスト高になる理由はなかった。やはりミスマネジメントが最大の原因と思われる。

(6) 合併の効果について

- ・合併による補助金の効果もあるが、主にコストマネジメントの強化により財務状態は急速に改善し、2003年末で負債残高は2,300万ユーロにまで減っている。
- ・ベルリン市から3,100万ユーロの一時的な補助金が得られたこと、プロフィットセンターを設立し医療供給側と交渉することによって費用削減効果が生じていること、一方の地域での保険医協会などとの交渉のノウハウが他方の地域でも活かせることなどが挙げられている。
- ・マイナス面としては、地域がベルリンとハンブルクに分かれていることに伴う無駄や不便があげられている。

(7) 費用削減の余地と手法について

- ・確かに公的医療保険の給付の90%は法律で定められているが、これは何を給付すべきかを規定しているに過ぎず、全ての給付に関してどのようにして給付すべきか、誰に対して給付すべきかを規定しているわけではない。コストマネジメントによる費用削減の余地は大きい。
- ・プロフィットセンターは、一般企業の購買部門に相当するもので、ベルリン市に設置して専門職員を配置して補助材料の購入などを経済的に行っている。また、病院の診療報酬の審査支払いは、ハンブルクの分も含めて一緒に行っている。傷病手当金については、被保険者とのコンタクトが重要であるので、両地域でそれぞれ行っている。
- ・コスト削減部門としては、病院部門が一番大きい。また傷病手当金の削減も重要である。訪問看護については、支出を半分以下に減らした。補助材料費は大幅に削減し、クア（温泉療養等）も半減させた。薬剤費も上昇を抑えた。いずれの給付についても、医療提供側のロビーと多くの対立があり、訴訟も抱え、公共の批判にもさらされたが、やり通した。

(8) 現状の評価と今後の方針について

- ・まずは債務を完全に返済したい。そしてさらに引当金まで積み立てたい。また、保険料率を2005年1月からさらに引き下げたい。
- ・今後ともさらに他の企業疾病金庫と合併を進め、さらに成長したい。相手としては一般企

業の企業疾病金庫が念頭にある。その際の重要な要素としては、次の点が挙げられる。

- ① 同じ地域の BKK と合併して地域での力をつけたい。
 - ② 被保険者構造が若いところ。現在は、加入者のうちで若い人は保険料率の安い所に移ってしまって高齢の年金受給者が全体の 55% を占めている。リスク構造調整により健康な高齢者は決して悪いリスクではなく、むしろ調整金によって収入を増加させるいいリスクだが、そうはいつでも高齢者はやがて死亡し、被保険者が減少していくため、やはり若い加入者を獲得したい。なお、現在の収入全体に占めるリスク構造調整収入の割合は約 20% である。
 - ③ 小規模なところではなく、加入者数 20 万人以上の規模のところ。
- ・望ましい被保険者としては年齢よりもその人の職業や社会的ステータスなどによる有病率の少ない人であることが大切。公務部門は、病休の割合が一般企業の 3.1% に対して 8% ~9% と高く、あまり有利な部門ではないので、できれば今後の合併先は公務部門以外から選びたい。

(9) 疾病金庫の専門職員の資格について

- ・シュルツ理事長自身は、最初は社会保険専門職員 (Sofa) だったが、その後大学で勉強して疾病金庫経営士 (Krankenkassebetriebswirt) の資格を有している。シティ企業疾病金庫で働いている 400 名の職員のうち、半数以上が Sofa の資格を有している。

6. フォード企業疾病金庫 (Ford BKK)

調査日：2004 年 4 月 1 日 15:00~17:00

対応者：カイザー理事長 (Kaiser, Lutz)

グジンデ企業展開部長 (Gusinde, Andreas)

(1) 基本的事項

- ・フォード企業疾病金庫は、2003 年 1 月 1 日に、重工業の企業を母体とする KHD 企業疾病金庫と合併した。疾病金庫の所在地はケルン。被保険者数 125,000 人で、家族被保険者を除く被保険者数が 76,000 人である。フォード社勤務が 18,000 人で、そのほとんどは製造業部門の労働者である。給与の高いエンジニアなどの多くは、民間医療保険を選択している。保険料率は調査時点では 13.9% となっている。

(2) 合併のねらい

- ・両疾病金庫の合併は、ケルン近郊地域での市場競争力を高め、医療供給側との交渉力を強化することをねらいとしている。

- ・医療供給側との交渉力の強化という点では、確かに病院との契約も、保険医協会との契約も企業疾病金庫州連合会が行い、疾病金庫が直接行う訳ではないが、補助材料は地域で疾病金庫が直接に購入する。さらに、開業医が患者を病院に紹介する際に影響力を行使し、コストの高い大学病院への入院を控えてもらうなどということもありうる。かつてはこの面での各疾病金庫の影響力は小さかったが、最近では統合サービスなどに見られるように疾病金庫の関わる領域が拡大してきている。
- ・フォード企業疾病金庫はもともとケルン地域で最も規模の大きい企業疾病金庫であったが、合併によりさらに大きくなり、影響力が強化された。とはいえ、支配的というほどは大きすぎないため、地域の病院から統合サービスの色々なモデルの相談も来るようになっている。
- ・フォード企業疾病金庫を全国展開する意図は、フォード疾病金庫自体にも、母体のフォード社にもない。ドイツ企業疾病金庫は、新しい名前にも表れているように伝統的な企業（フォルクスヴァーゲン社）との結びつきから意識的に離れようとしたが、フォード企業疾病金庫は、名前からも分かるように、フォード社が最大の顧客というスタンスは変わらない。規模の拡大よりも、比較的小さい規模を維持したまま、地域の中でしっかりとした存在を占めるというメリットを選択した。

（3）合併の経緯

- ・BKK 企業疾病金庫との合併プロセスは、特にフォード疾病金庫がイニシアティブをとったというわけではなく、双方でパラレルに進んだ。KHD 疾病金庫側は規模が小さいので、今後長期の存続は難しいという意識を持っており、他方でフォード疾病金庫側は戦略的にこの地域での力を強めたかったので、互いの利害が一致した。
- ・合併前は、フォード企業疾病金庫が被保険者数 10 万人、保険料率 13.9%で、1996 年からオープン化し、負債を有していた。また、KHD 企業疾病金庫は被保険者数 2.5 万人、保険料率 12.8%で、1996 年からオープン化し、資産を保有していた。ただし、KHD 疾病金庫の 12.8%という保険料率は、給付費用を賄える水準ではなく、資産を取り崩して低く押さえていたので早晚引き上げざるを得なかった。また、年金受給者の割合も被保険者の約 40%と高かった。
- ・合併して、保険料率は 13.8%になった（その後、14.5%に引き上げ）。フォード側が規模としては 4 倍大きいですが、対等合併だった。

（4）母体企業および被保険者の対応

- ・母体企業は合併のイニシアティブを取ったわけではないが、反対はなく、管理委員会でも支持してくれた。

- ・被保険者の間には大きな反対はなかった。同質性が失われるのではないかという疑問も出されたが、将来性のある企業疾病金庫同士の合併であり、また合併しないと将来の存続が難しいということが理解され、また、合併後も被保険者サービスを低下させないということで了解された。合併後の被保険者のアンケート調査結果では90%が合併に満足していると答えた。

(5) 管理委員会の構成

- ・管理委員会(Verwaltungsrat)の構成は、被保険者代表は15名で、フォード社から9名、ヴェストン社(Vestron、フォードの子会社)から2名、KHD社から4名となっている。使用者側代表は4名で、票決数は両者同数(15票ずつ)である。
- ・被保険者については労働組合が名簿を作成する機関として正式に認められている。両企業疾病金庫の母体企業とも金属産業だったのでIG-Metall(金属産業労組)が名簿を示して行う平和的選挙(Friedenswahl)により行われた。

(6) 合併の効果

- ・年金受給者数の死亡によって旧来の被保険者数が減少し、また保険料率は平均的な水準であるにも拘わらず、合併後の被保険者数が若干ながら増加した。また、合併後の財務状態は安定しており、フォード企業疾病金庫が持っていた負債も解消した。

(7) 職員の研修、資格等

- ・職員数は175名(パートを含む。フルタイム換算では140人)で、その90%が社会保険専門職員(Sofa)、このうち20%が疾病金庫経営士(KKbetriebswirt)である。
- ・Sofaは公務員でいうと中級職に当たり、その養成は、3年間、3ヶ所で行う。すなわち、企業疾病金庫での実践が半分くらい、あとは職業学校での理論研修、そして企業疾病金庫連邦連合会が設置している施設(ローテンブルク・オブ・デア・フルダ Rotenburg ob der Fuldaにある連邦アカデミー等)で2週間の宿泊研修を10回受講する。
- ・Sofaの資格を有する職員は、その勤務する企業疾病金庫の承認を得て、さらに生涯教育(Fortbildung)により連邦アカデミーで3年間の研修を受けると、大卒資格である疾病金庫経営士の資格を取得することができる。連邦アカデミーとしては、上記のローテンブルクにあるもののほか、ベルリン(Berlin/Erkner)とザンクト・バルトノーメ(St.Bartonome)にもあり、いずれについてもホテルとセミナー室を有している。
- ・この生涯教育には1人につき疾病金庫側の負担が3年間で3万ユーロかかり、最近では毎年150~180名が受講している。
- ・なお、各種の疾病金庫は、このような連邦レベルでの養成システムを有している。基本的

な研修内容は共通だが、重点事項はそれぞれ少し異なる。資格としては社会保険専門職員も疾病金庫経営士も共通である。

(8) 疾病管理プログラム (DMP) について

- ・疾病管理プログラム (Diseas Manegement Program) という考え自体はいいが、実現方法がひどく、現状はめっちゃくちゃだ。実施が極端に官僚的であり、また制度化の課程でカギを握る医師を説得できず、今も多くの医師が反対している。また DMP をリスク構造調整 (RSA) という財政調整制度と結びつけたのがよくない。
- ・フォード企業疾病金庫では、急きょ特別の部署を作ってプログラムを用意し、糖尿病と乳がんについて申請している。具体的な対応としては、被保険者に登録するよう説明するとともに、登録すれば開業医の診察料自己負担を免除するというボーナスプログラムを用意した。
- ・現在のところの参加意向によれば、糖尿病では 6,500 人のうち 3,500 人、乳がんでは 200 人のうち 30 人と、他の疾病金庫よりも高い参加率になり、財政的にもプラスになる見込みである。財政と結びついているのでできるだけ登録してもらおうとしているが、糖尿病だと生活習慣を変えなければならず、また乳がんは患者がかなり難しい状況に置かれているのでマイルドな勧誘しかできない。
- ・BKK Med Plus (企業疾病金庫連邦連合会が DMP について共同で開発したプログラムの名前) を使って、各疾病金庫が具体的に申請書を作成し、実施する。現在、7 つまでのプログラムを検討している。

(9) その他

- ・企業疾病金庫のオープン化について。オープン化は、母体企業が営業の許可を持っている事業所 (Betrieb) のある地域 (Region) に限られ、その地域とは原則として州単位で決められている。ただし、ノルトライン・ヴェストファーレン州だけは、ラインラント (Rheinland) とヴェストファーレン・リップペ (Westfalen-Lippe) に分かれている。保険医協会の管轄区域に対応しているわけではない。例えば、ラインラント・プファルツ州には保険医協会が 3 つあるが、認可を受ける地域はラインラント・プファルツ州である。

7. タウヌス企業疾病金庫 (Taunus BKK)

調査日：2004 年 4 月 2 日

対応者：ザツィク副理事長 (Szadzik, Franz)

(1) 基本的事項

- ・タウヌス企業疾病金庫 (Taurus BKK) とフォーラム企業疾病金庫 (Forum BKK) は2003年1月1日、合併し名称はタウヌスを採用した。新疾病金庫の被保険者数は64万人で、全国で3番目に大きい企業疾病金庫である。保険料率は合併直後は12.8%であったが、2004年4月1日から13.8%に引き上げられた。疾病金庫の所在地 (本部) はフランクフルトである。

(2) 合併のねらい

- ・合併の狙いとしては、第1に経済基盤を強化するとともに、若い人などに偏っていた被保険者構造をバランスよく分散させること、第2にサービスネットを拡大し、消費者サービスを向上させること、第3に医療供給側に対する地域での交渉力を強化することがあげられる。
- ・なお、医療提供側に対する交渉力の強化について、具体的内容として次のような説明があった。第1には、補助材料(Hilfsmittel)の購入費が大きく、この分野はザニテーツハウス (Sanitaetshaus) という大きな会社が扱っているため、これに対する交渉力を強化し、あわせて輸送コストも削減することがあげられる。
- ・第2に、病院と地域で個別に契約を結べるようにする。法律 (注: 病院財政法18条) によると、ある病院の病床占有率 (Bettenbelegung) が5%を超える疾病金庫は当該病院と個別に保険診療契約を結ぶことができる。タウヌス企業疾病金庫は被保険者が全国に散在しているため、5%の病床占有率を有している病院はないが、これを獲得できるように合併を進めている。フランクフルトに主たる住所を置いているが、この地域でも5%を超える病院はなく、現在は他の企業疾病金庫と一緒に州連合会を通して病院と契約を結んでいる。
- ・また、保険医に対して影響力を行使して、コストの高い病院への紹介を避けるといったことは、法律上は患者の医師選択の自由を妨げるので認められない。実際にはトラブルにならない範囲でお願いすることはないわけではない。

(3) 合併の経緯

- ・フォーラム企業疾病金庫とタウヌス企業疾病金庫の合併前の状況は、次の通りである。
- ・フォーラム企業疾病金庫は、被保険者9万人、保険料率14.9%、負債500万ユーロ、職員450人、1996年よりオープン化している。当初の母体企業はスーパーマーケットのレーヴェ社 (REWE) であったが、1996年以降、さまざまな母体企業の企業疾病金庫と合併を繰り返してきて、今回の合併で10回目である。合併により、母体企業には交通、大学病院、保険会社、機械製造、公務部門などさまざまな業種の企業が加わっている。大事なものは業種ではなく運営が健全であることである。また、異業種だと特定の業種が不況のときにも

カバーしあえるというメリットがある。

- ・タウヌス企業疾病金庫は、被保険者 56 万人、保険料率 11.9%、負債なし、職員 12 人。当初の母体企業は精錬所で、ここの職員（被保険者）は 200 人しかいなかったが、幸いに保険料率が低かったのを武器に 1998 年にオープン化した。当初は 4 年以内に 15 万人という目標だったが、これをはるかに上回るスピードで拡大し、2 年半で 56 万人の被保険者を獲得した。オープン化については、母体企業がその州に 1 か所でも営業所を持っていればその州でオープンにできる。母体企業は小さかったが、全ての州に 1-2 名の営業所を持っていたので全国でオープン化できた。
- ・今回の両者の合併に先立って、双方の事情に応じた協力関係（Kooperation）が存在していた。タウヌス企業疾病金庫は短期間に急激に大きくなったため、職員の確保が追いつかなかった。そこで、近い将来の合併をにらんで、フォーラム企業疾病金庫の職員がタウヌス企業疾病金庫の業務を支援するという人事同盟（Personalunion）を結んだ。2001 年 4 月 1 日に協力契約（Kooperationsvertrag）を締結し、1 人の理事長が双方の理事長を兼ね、フォーラム企業疾病金庫の職員がタウヌス企業疾病金庫の業務を手伝うこととなった。そのうえで、2003 年 1 月 1 日にタウヌス企業疾病金庫がフォーラム企業疾病金庫を吸収合併する形をとったが、合併のリーダーシップ、職員の面で見ると逆になっている。
- ・このような協力関係を構築している例は、全国約 250 の企業疾病金庫のうちで当疾病金庫のほかに 3 疾病金庫で行われている。
- ・両者ともこれまでに色々な合併を経験して学んでいたもので、今回の合併については当初の準備段階から口約束ではなく書面で記録を残すなど工夫してきたので、トラブルはなかった。

（４）合併の意図と影響

- ・タウヌス企業疾病金庫にとって合併のメリットは、フォーラム企業疾病金庫は保険料率は高く負債も抱えているが、いい営業ネットワークを有しており、顧客サービスネットが拡充できることと、職員を多く抱えていることにあった。一方、合併のイニシアティブをとったフォーラム企業疾病金庫としては、タウヌス企業疾病金庫は低い保険料率を維持しており、オープンによって急速に被保険者を獲得しつつあったので、人事的關係を強めながら大規模化した時点で合併すれば双方の強みを発揮できると考えていた。
- ・合併により保険料率は 12.8% になり、またフォーラム企業疾病金庫が負っていた負債は解消された。しかし、①この間医療給付支出が増大したこと、②新規加入者の影響は最初は流動資金が増加して一見財務状態が良くなるが、その負担が 6 ヶ月後から出てくること、③医療保険近代化法による開業医にかかったときの患者自己負担（診察料）がこの 4 月から導入されたため、その前の駆け込みにより第 1 四半期の医療費が急増したことなどから、

2004年4月から保険料率を13.8%と大幅に引き上げざるを得なくなった。

- ・ 今回の保険料率引き上げは、タウヌス疾病金庫と連邦社会保険庁（Bundesversicherungsamt, BVA。対象地域が複数の州にまたがる疾病金庫の監督官庁）との日常的な情報交換と話し合いの中で行われ、認可が下りるまで普通は6~8週間かかるものが3週間でスムーズに進んだ。かつてBVAは必ずしも早期の保険料率引き上げを指導することはなかったが、被保険者獲得競争のために安い保険料率で据え置きすぎて負債を抱える疾病金庫が増加したため、最近では財務状態が悪くなれば早く引き上げるよう指導する傾向にある。保険料率引き上げの申請書を提出する前に、企業疾病金庫州連合会に報告する。連邦連合会は一切関係ない。合併時と異なり、州連合会から意見を求められることはないが、よい関係を保つために知らせるようにしている。
- ・ 疾病金庫にとって規模の大きいことは重要だが、唯一の力ではなく、重要なのは財政基盤の強化である。ドイツでは、長期的に見ると大きいところが将来的に生き残るだろうという見方をしているところが多い。規模が大きいと、専門職員を雇うことが出来るし、サービスセンターも拡大できるので顧客サービスも向上する。個人的には50程度の疾病金庫に収斂していくのではないかと考えている。今後2年間くらいでどこが生き残るかはっきりしてくるだろう。

（5）職員について

- ・ タウヌス企業疾病金庫では専門分野を熟知している人を活用するという方針を有しており、疾病金庫職員の約70%が社会保険専門職員（Sofa）の資格を有している。この中にはさらに疾病金庫経営士（KK-Betriebswirt）の資格を有する職員25名~30名も含まれる。残りの約30%は、財務（controlling）を行う会計士やソーシャルワーカーなどの職種である。

（6）疾病管理プログラム（DMP）について

- ・ 糖尿病についての最初のプログラムが、すでに連邦保険庁の認可を得ている。これは独自に開発したものではなく、企業疾病金庫連邦連合会が開発したものを取り入れた。すでに40人が登録した。登録に向けてのボーナスとしては、保険医の診察を受けたときの患者自己負担を償還し、薬剤一部負担金と入院時一部負担金の半額を償還するというものである。
- ・ もう一つの乳がんに関するプログラムは認可直前の状況にある。
- ・ DMPの業務に対応するために4人の職員を新規に採用した。

（7）健康増進とボーナスプログラムについて

- ・ 一つは「Gesundheit und Mehr（健康、そしてもっと）」というプログラムで、これはボーナスポイントをためると、健康に関するパートナー（例えば薬局、スポーツジム、サニタ

リーハウスなど)に持って行って利用できるというもの。これは2003年10月1日から始めたもので、スポンサーがついてくれたので財源は確保でき、保険料は使っていない。

- ・もう一つがGMGによって導入されたボーナスプログラムで、これは疾病金庫の負担で行っている。早期発見の健康診断に参加した場合や、健康に関する講習会に参加した場合にポイントを得て、これで保険がきかず全額自己負担だった健康診断の費用(例えば乳がんの超音波診断など)に利用できる。[このような医学的には必要だが公的医療保険がきかない給付のことをIGEL給付(Integrierte Gesundheitsleistung)といい、民間保険ではこれも対象にする場合がある]

(8) リスク構造調整(RSA)の影響について

- ・現在、保険料収入のうち55%をリスク構造調整のために支払っている。オープンにした当初は、低い保険料率にひかれて若くて高所得の人が多く入ってくるが、それに続いてさまざまな被保険者が入ってくる。被保険者が急速に拡大した結果、現在の年齢構成は全国平均とそれほど変わらないが、RSAは3年遡って確定されるので、支払う側になっている。2003年秋には2002年の暫定的な年間RSAが出されるが、同時に2001年、2000年の更正も行われる。
- ・2002年のRSAから導入されたリスクプールの影響についてはまだ結論が出ていないが、恐らくは支払う側に回ることになるだろう。

(9) 患者一部負担金の過酷緩和条項の運用について

- ・医療保険近代化法(GMG)により事務負担が増えた改正事項としては、患者一部負担金の増加と過酷緩和条項の運用である。世帯の患者一部負担金が世帯の年収の2%(慢性疾患患者については1%)を超えると一部負担が免除されるが、その手続きとしては、年収の2%を超えた段階で被保険者が申請をすれば、疾病金庫が証明書を発行し、以降は自己負担なしで受診できる。所得の証明は、事業主が発行する給与証明(Verdienst-nachweis)で足り、税務署の所得証明は必要ない。ただし、2%を超えたことは本人の申告が必要であり、その便利のようにタウヌス企業疾病金庫では各種の一部負担金ごとに支払った金額が分かるようなスタンプ方式のノート(図9)を被保険者に配っている。

Arznei- und Verbandmittel

Zuzahlung 10% des Preises jedes Arznei- und Verbandmittels/Hilfsmittels, mindestens EUR 5,- und höchstens EUR 10,- pro Arznei- und Verbandmittel/Hilfsmittel, aber nicht mehr als die Kosten des Mittels. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von den Gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht mehr erstattet.

Anzahl der Packungen	Bezeichnung	Zuzahlung EUR	Datum, Abgebende Stelle Stempel und Unterschrift
— —	Arzneimittel Verbandmittel		
— —	Arzneimittel Verbandmittel		
— —	Arzneimittel Verbandmittel		
— —	Arzneimittel Verbandmittel		
— —	Arzneimittel Verbandmittel		
— —	Arzneimittel Verbandmittel		
Nur gültig für den genannten Versicherten - siehe Titelblatt Vertragsärztliche Verordnung wurde vorgelegt.			

Anzahl der Packungen	Bezeichnung	Zuzahlung EUR	Datum, Abgebende Stelle Stempel und Unterschrift
— —	Arzneimittel Verbandmittel		
— —	Arzneimittel Verbandmittel		
— —	Arzneimittel Verbandmittel		
— —	Arzneimittel Verbandmittel		
— —	Arzneimittel Verbandmittel		
— —	Arzneimittel Verbandmittel		
— —	Arzneimittel Verbandmittel		
— —	Arzneimittel Verbandmittel		
Nur gültig für den genannten Versicherten - siehe Titelblatt Vertragsärztliche Verordnung wurde vorgelegt.			

8. ダイムラークライスラー企業疾病金庫 (DaimlerChrysler BKK)

調査日：2004年4月5日

対応者：ブレンネンシュトゥール理事長 (Brennenstuhl, Juergen)

シュトゥール副理事長 (Stolle, Reimund)

(1) 基本的事項

- ・ダイムラー・クライスラー企業疾病金庫は、母体企業であるダイムラー・クライスラー社（その傘下の企業を含む）の従業員を被保険者とし、他企業の被保険者の加入を認めない閉鎖型の企業疾病金庫である。
- ・1974年にシュトゥットガルトのメルツェデス・ベンツ社を中心にハノマック・ヘンシェル企業疾病金庫 (BKK Hanomag-Henschel) として疾病金庫を設立（それ以前は地区疾病金庫に加入）、1989年にメルツェデス・ベンツ企業疾病金庫 (BKK Mercedes-Benz) と名称を変更した。それとは別に、1996年に同じ企業グループ内のダイムラー・ベンツ社が母体となってダイムラー・ベンツ企業疾病金庫 (Daimler-Benz BKK) を設立し、2001年1月にダイムラー・クライスラー企業疾病金庫 (DaimlerChrysler BKK) と改称した。続いて同年に、ダイムラー・クライスラーBKKが、同じ企業グループに属するエヴォ・ブス企業疾病金庫

- (BKK EvoBus)、メルツェデス・ベンツ企業疾病金庫(BKK Mercedes-Benz)と合併した。
- ・被保険者数が205,000人、そのうち家族被保険者が80,000人で、閉鎖型では最大の企業疾病金庫である。調査時点の保険料率は12.5%。疾病金庫の所在地(本部)はブレーメンで、10州25カ所に支部・事務所がおかれている。疾病金庫の職員数は全体で190人である。

(2) 閉鎖型を選択した理由

- ・閉鎖型を選択したのは、母体企業であるダイムラー・クライスラー社の意向が強く働いている。その理由としては、1)従来から母体企業が従業員の特性等をふまえた独自の健康管理対策を推進しており、それを疾病金庫がサポートしてきたが、オープン化した場合、そうした母体企業の従業員を対象とした健康管理対策の意義が喪失・弱化していくことになる、2)母体企業の従業員は他企業に比べて勤続年数が長く企業への帰属意識も高く、それが企業経営のうえでメリットが大きいとされているが、オープン化した場合にはそうしたメリットが希薄になる恐れがある、3)疾病金庫の職員の給与を母体企業が負担(事務所費は1996年以降、疾病金庫が負担)し、人事的にも交流があるが、そうした関係を維持した方が総合的・長期的なメリットが大きいと判断される、4)オープン化しても経済的効果が上がらないと判断される(むしろ閉鎖型を維持して効率化に努める方がよい)、といった点があげられている。
- ・ただ、問題点としては、企業疾病金庫数では閉鎖型疾病金庫は40%弱を占めるが(図5参照)、小さな疾病金庫が多いため、州連合会や連邦連合会でも、発言力が弱くなっており、大型合併に向かう企業疾病金庫の主張が取り上げられることが多くなっていることがあげられる。これから閉鎖型の長所を主張していく必要があると考えている。

(3) 企業グループ内の疾病金庫が合併した経緯

- ・2001年1月1日に、ダイムラー・クライスラーBKK(当時、家族被保険者を除く被保険者数17,100人、保険料率11.7%。主な被保険者はブレーメンの乗用車生産工場の労働者)は、エヴォ・バス企業疾病金庫(BKK EvoBus。家族を除く被保険者数9,400人、保険料率12.9%。主な被保険者はウルムにあるバス製造工場の労働者)、メルツェデス・ベンツ企業疾病金庫(BKK Mercedes-Benz。家族を除く被保険者数60,400人、保険料率12.9%。主な被保険者はシュトゥットガルトにある管理部門の職員)と合併した。
- ・合併は母体企業の強い働きかけのもとで進められた。母体企業が疾病金庫の統合化を図ろうとした主な理由としては、次の2つがあげられる。第1は、先にも述べたように、母体企業が健康管理対策をきわめて重視していたことがあげられる。ダイムラーグループは古くから「健全な企業は健康な職員から生まれる」という標語のもとで、健康政策を重視する伝統があり、企業の人件費削減対策に関しても直接的な人件費削減よりも健康管理対策

をしっかりとやった方が効果があるときえいわれている。

- ・いま1つは、3つの企業疾病金庫のうちダイムラー・クライスラーBKK と他の2つの疾病金庫との間で財政格差が広がり、保険料率にも差違が大きくなってきたため、企業グループとして統一化を図る必要があると判断したことがあげられる。同じ企業グループの従業員である以上、同じ労働条件にしないと、グループ内の結束が強くならないと考えられた。
- ・3つの企業疾病金庫のなかで、ダイムラー・クライスラーBKK とメルツェデス・ベンツBKK は資産を保有していたが、エヴォ・ブス BKK は資産を保有していなかったため、母体企業の EvoBus 社が100万ユーロを拠出し、対等合併とした。

(4) 合併に対する労使の対応

- ・上記のように、使用者側のイニシアティブによる合併であり、使用者側には反対はなかった。
- ・被保険者側では、メルツェデス・ベンツ BKK の被保険者（労働組合）から保険料率（合併時は12.5%）が高くなることについて反対があった。母体企業が説得し、同意を得ることができた。
- ・合併後の管理委員会の被保険者代表の選定で問題が起こった。それは合併前、ダイムラー・クライスラーBKK とエヴォ・ブス BKK ではそれぞれ6人の被保険者代表、メルツェデス・ベンツ BKK では15人の被保険者代表がいたが、合併後の管理委員会では15人の被保険者代表となるため、12人が入れないことになり、それに対する不満であった。任期は6年間で、いずれも2005年までとなっていた。管理委員会のメンバーは無給でいわば名誉職であるが、その発言権や一定のステータスがあることによるものであろう。そのため、メンバーに入れなかった12人については、諸対策を検討する審議会のメンバーとすることで合意を得ることができた。

(5) 企業グループ内部の合併の影響

- ・事務部門が統合整理されたことにより、本部による一元的管理システムを行うことが可能となるとともに、事務費が軽減された。事務費節減にあたって職員の解雇は行っていない。
- ・健康管理対策がグループ内の全企業において、同じシステムで実施されるようになった。また、被保険者の健康状態に関するデータが疾病金庫で一元的に収集・保管されるようになった。
- ・具体的な健康管理の進め方は、生産拠点ごとに産業医と予防医学の専門家が中心になってプログラム（背骨強化のためのコース、椎間板ヘルニア対策のトレーニングコース、生活習慣病対策コース、ストレス解消コース、精神衛生のコースなど）を作成し、その実施にあたっては疾病金庫と共同でコーディネートしている。最近では、ストレス対策に力を入れ

ている。また、日常的に効果測定を行い、評価・分析して、必要な事後対策を行うとともに、プログラムの修正等を行っている。

- ・疾病金庫の規模が大きくなったことにより、それぞれの地域内での発言力が強化された。とくにブレーメン地域、デュッセルドルフ・ケルン地域、マンハイム・ヴォルムス・ラシユタット地域の3拠点を重点地域として、交渉力の強化を図っていきたい。

(6) 合併に対する今後の方向

- ・閉鎖型は維持していきたい。健康管理対策における母体企業と疾病金庫とのパートナーシップが維持できなくなるなどの事情が生じれば、閉鎖型をやめることもありうるが、現在はそのような状況は全くない。
- ・母体企業のコンツェルンにおいて、他企業の吸収合併や提携の強化などが図られていくのに対応して、疾病金庫の在り方も考えていく必要がある。
- ・医療保険のあり方として疾病金庫間の競争があることに異論はない。しかし、そのために合併が法律で強制されるようなことには反対である。

(7) 疾病管理プログラム (DMP) への対応

- ・特定疾病に対する医師との契約については、糖尿病検診やその後のフォローなど、以前からダイムラークライスラーBKK 独自で行っていたので、法の趣旨には賛成であるが、リスク構造調整と結びつけたことには賛成できない。リスク構造調整とのリンクを外すよう働きかけていきたい。
- ・糖尿病患者等に対しては、かかりつけ医とは別の医師に変更することにもなるので、趣旨をよく説明して、本人が納得したうえで、プログラムへ参加するようにしている。
- ・DMP は申請手続き等が煩雑なので、この部門を担当する専従職員を雇用して対応している。

(8) 家庭医モデルについて

- ・「資格を持った家庭医」の基準をめぐって論議が始まったところであり、実施にはかなりの時間を要すると思われる。
- ・かつて、家庭医制度を普及させる目的で、Praxisnet というプログラムがあり、それに参加すると待ち時間が少なく、診療時間が長くなるというメリットが与えられることになっていたが、家庭医の普及効果はなかった。診察料の免除ということがあっても、家庭医となる医師への信頼がなければ有効に機能しないと思われる。

(9) 職員の研修等について

- ・190人の疾病金庫職員のうち、社会保険専門職員の資格は80%以上が有している。疾病金

庫経営士の資格を持っているものは20%強である。

- ・ 疾病金庫職員の教育訓練は、主として企業内で独自の教育プログラムで行われており、疾病金庫経営士の有資格者が比較的少ないのは、そのことも関係している。

9. ノルトライン・ヴェストファーレン州企業疾病金庫連合会 (BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen)

調査日：2003年10月22日

応対者：Michael Radtke (BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen)

社会学者 コンサルティング、財政、市場担当

(1) 企業疾病金庫の合併の状況と州連合会の対応

- ・ 企業疾病金庫では1996年に最初の大きな合併の波がやってきた。これは1993年の法改正によって、合併のために必要な条件が緩和されたことと(第1章2を参照)、この年から被保険者の疾病金庫選択権の拡大が実施され、被保険者獲得をめぐる疾病金庫間の競争が激しくなったからである。その後も、なだらかな減少傾向が続いている。企業疾病金庫の数は、ドイツ全体で1994年の706金庫から2003年には255金庫まで減少している。ノルトライン・ヴェストファーレン州でも253金庫(1995年)から85金庫(2003年)にまで減少しており、さらに減ることが予想されている(図10)。
- ・ 今後の予測としては、ドイツ全体で30~50金庫ぐらいになるのではないかとされている。また、2007年の医療保険改革によって、疾病金庫の種類を超えた合併も認められるようになる可能性もあると指摘されている。
- ・ 州連合会としても、合併を推進する方向で対応している。企業疾病金庫に求められる役割が大きくなっており、そのためには合併が必要であると考えている。ただし、保険者を1つに統合してしまうことに対しては、疾病金庫間の競争による効率性が失われてしまうという理由から反対している。
- ・ 合併の成功例と同じぐらいの数の失敗例がある。合併後の管理委員会や理事の選出など人事関係の調整が難しい場合や、将来予測の結果、財政上のメリットが十分に期待できないと判断された場合などに、合併が失敗に終わるケースが多い。

(2) 閉鎖型の企業疾病金庫について

- ・ 企業疾病金庫で母体企業以外に被保険者の加入を認めない閉鎖型の疾病金庫は、この州で36金庫となっているが、規模の小さいところが多く、被保険者割合で見ると全体の9%にすぎない。これらの疾病金庫の多くでは、保険料率が平均以下となっており、このことがオー

プンにしないことの理由と思われる。もし、財政的に厳しくなれば、こうした金庫もオープン化するようになるかもしれないとしている。

- ・ 1996 年以降、企業疾病金庫がオープン化する可能性が高まったことによって、母体企業と疾病金庫との距離が離れつつある。現在は、オープンにした疾病金庫同士が母体企業の業種や取引等には関係なく合併する傾向にある。オープンにしていない場合は、コンツェルン内部での合併に留まっている。

(3) 管理コスト抑制策の影響について

- ・ 2004 年に施行される医療保険近代化法 (GMG) によって、管理コストの抑制が義務化されるようになる。すなわち、2003 年の管理コストを基準として、管理コストの伸び率は収入の伸び率の範囲内に抑えなければならないとされている。罰則規定は無いが、違反すると警告がなされ、翌年で調整するように求められる。管理コストの削減を図るために、合併が進むことも考えられる。

(4) 合併に関する規定

- ・ 合併に関する規定は、社会法典第 5 編 (Sozialgesetzbuch V, SGB V) の 150 条にある。合併を行うためには、管理委員会で合併が決定された後、BKK 側は、監督官庁 (州または連邦の保険庁) に対して、定款、管理委員会の構成員名簿、第三者との法的関係に関する協定書を提出し、合併の認可申請を行い、認可を受けなければならない。認可を受けることができた場合、新しい企業疾病金庫が、合併前の企業疾病金庫の権利と義務を引き継いだ形で誕生する。
- ・ 監督官庁は認可を行うにあたって、財政状況の分析等を行う。合併後の新しい疾病金庫で支出に見合わない保険料率の設定を行っている場合などには、認可しないで、保険料率の引き上げ等の是正を要求する。

(5) 合併のタイプ

- ・ 企業疾病金庫の合併の形式は、大きく次の 3 つのタイプに分けられる。
 - ① コンツェルン内部での合併。
 - ② 地域内での疾病金庫の合併。
 - ③ 同業種の疾病金庫による合併。
- ・ これまでのところ、同じような財政規模の疾病金庫の合併、保険料率の差違が少ない疾病金庫の合併、疾病金庫の土壌 (Kultur) が似ている疾病金庫同士の合併が多かった。疾病金庫の土壌とは、金庫を開放しているか否か、母体企業との関係が緊密か否か、人件費を疾病金庫が持っているか否か、どのような疾病金庫経営上の戦略を持っているかなどである。

(6) 合併のプロセス

- ・ 合併までのプロセスには次の3つの段階がある。
 - ① 構想段階：所属する疾病金庫の現状分析、意見調整、将来構想を検討したうえで、適切な合併候補を探す。
 - ② 分析段階：候補となった疾病金庫との合併による財政上の効果やその他の効果を分析したうえで、合併を計画する。
 - ③ 移行段階：合併のための具体的な作業計画を作成して、合併を正式に決定する。
- ・ 企業疾病金庫州連合会は、構想段階から疾病金庫側の問い合わせに対するアドバイスを行い、合併をサポートしている。

(7) 合併のメリット

- ・ 合併のメリットとしては、大きく分けて以下の3つがあげられる。

(1) 財政上の効果

- ① 被保険者の増加による効果：被保険者の増加は、a) 金庫規模に左右されずに金庫の任務を遂行することができるという相乗効果をもたらすとともに、b) 個々の給付に要する保険料率の低下をもたらす
- ② 市場での地位の強化：医療提供者に対する影響力が増加し、価格交渉を従来よりも有利に進めることができる。

以上のことを通じて、企業疾病金庫の経済性が向上する。

(2) 質の効果

- ① 疾病金庫職員の専門化：被保険者向けサービス、事業所向けサービス、疾病管理計画、業務管理、ケースマネジメント、マーケティング、代替給付や償還請求などの専門的知識の強化を図ることができる。
- ② 市場での地位の強化：医療提供者に対する影響力が増加し、医療給付の質の改善要求を行うことが可能となる。

以上のことを通じて、企業疾病金庫の提供するサービスの質が向上する。

(3) その他の効果

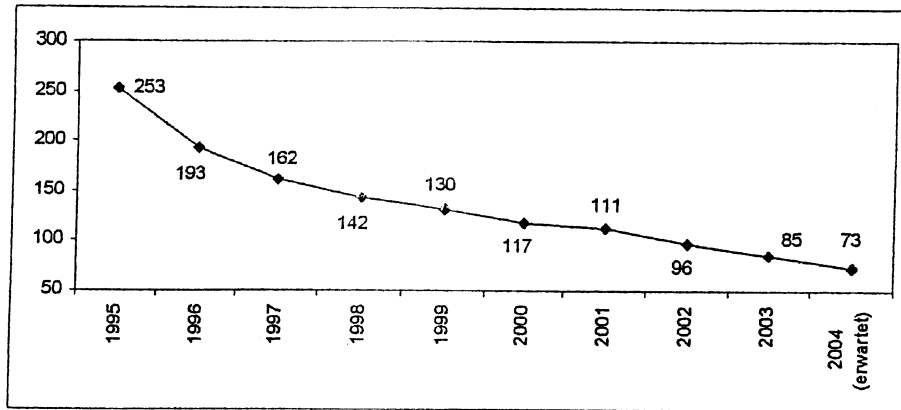
- ① 従業員に対して新しい課題を与えることで、キャリアアップをはかることができる。
- ② 母体企業からの影響力・干渉を低下させることができる。
- ③ 地域における企業疾病金庫の存在を拡大することができる。
- ④ 企業疾病金庫のアイデンティティに変化をもたらすことができる（疾病金庫名、活動範囲、自治、戦略上の新たな選択肢など）。

以上のことを通じて、企業疾病金庫の新しい可能性が生まれる。

- ・ これら3つの効果によって、合併は企業疾病金庫の将来を安定的なものにしている。

図 10 ノルトライン・ヴェストファーレン州の企業疾病金庫数の推移

Anzahl der BKK in NRW



10. 東部州企業疾病金庫連合会 (BKK-Landesverband Ost)

調査日：2004年3月29日 10:00～12:00

対応者：ヴァルト理事長 (Wald, Axel)

(1) 旧東ドイツ地域における企業疾病金庫および州連合会の推移と現状

- ・5つの新州（旧東ドイツ地域）では、ドイツ統一にともない、1991年に旧州（旧西ドイツ地域）の公的医療保険制度が導入された。各種の疾病金庫が設立され、企業疾病金庫も80金庫が設立された。その後、企業疾病金庫の合併が急速に進み、現在（2004年3月）は新州全体でわずか9つの企業疾病金庫となっている。
- ・東部州企業疾病金庫連合会は、もともとベルリンとブランデンブルク州を対象としていたが、1996年1月に新州のザクセン、ザクセン・アンハルト、チューリンゲンの各州の連合会と合併して現在の形になった。新州のうちメクレンブルク・フォアポンメルン州だけは、東部州連合会ではなく、旧州のハンブルク、シュレスヴィッヒ・ホルシュタイン州と一緒に北西部州企業疾病金庫連合会（BKK Landesverband Nord）を構成している。東部州連合会の職員数は75人である。
- ・新州に9つある企業疾病金庫うち、8つの金庫が東部州企業疾病金庫連合会の構成員であ

る。これは疾病金庫の本部の住所を東部州内におく企業疾病金庫が 8 金庫あるという意味である。比較的大きい企業疾病金庫としては、健康企業疾病金庫（BKK Gesundheit：家族被保険者を除く被保険者数 42 万人、保険料率 14.4%）、交通建設ユニオン企業疾病金庫（BKK Verkehrsbau Union：被保険者数 20 万人、保険料率 13.9%）などがある。

- ・ただし、2 年前の法律改正により、診療報酬の支払い方式が住所地原則に変更されたため、東部州企業疾病金庫連合会の対象区域内に、他地域に本部のある企業疾病金庫の被保険者が 1 人でも住んでいれば、州連合会がその被保険者のために保険医協会との契約などを行うことになっている。このような形で州連合会が対象とする被保険者数は総数で 420 万人である。一時期増加傾向にあったが現在は横ばいである。各州ごとの内訳は下記の通りである。ベルリン 65 万人、ブランデンブルク州 42.5 万人、ザクセン州 54 万人、ザクセン・アンハルト州 42 万人、テューリンゲン州 40.5 万人。このため、例えばザクセン・アンハルト州のための疾病管理プログラム（DMP）についても、この州に住んでいる被保険者のために 180 の疾病金庫分の契約を州保険医協会と締結しなければならず、事務負担が膨大になっている。

（2）東部州連合会内の合併の事例

- ・合併の動機としては財政的な基盤の安定ということが挙げられているが、とりわけ新州の企業疾病金庫においてその傾向が強い。新州には規模の小さい企業疾病金庫が多くあり、これが旧州の母体企業を同じくする企業疾病金庫と合併するというパターンが見られた。例えば、ジーメンス企業疾病金庫（Siemens BKK）やフォルクスヴァーゲン企業疾病金庫（Volkswagen BKK。現在はドイツ企業疾病金庫。事例 1 を参照）などがあげられる。しかし最近では、系列同士の合併から、異業種の合併により経営基盤の強化を図るという傾向が強くなっている。
- ・ベルリン市の公務従事者が加入していたベルリン市企業疾病金庫（Staedtische BKK Berlin）は保険料率が 15%を超えていたところ、同じく公務従事者を対象とするハンブルク市企業疾病金庫（Staedtische BKK Hamburg。保険料率 14.9%）と合併した。規模はベルリンの方が大きかったにも拘わらず、合併後の住所地をハンブルクにしたので、東部州連合会としては歓迎だった。債務保証の問題があるので州連合会としては財政状態の悪い企業疾病金庫には来て欲しくないというのが本当のところだ。

（3）合併の際の州連合会の役割とスタンス

- ・合併は基本的には各疾病金庫間の問題で、州連合会の役割はかなり小さい。合併するためには監督官庁の許可が必要で、その際に州連合会の意見を求められるが、合併によって安定した金庫になるため、ほぼ例外なしに肯定的な立場をとっている。

- ・全国の企業疾病金庫の約 60%が開放型の企業疾病金庫であるが、この場合には疾病金庫が財政難で債務を抱えたまま解散すると、その疾病金庫の属する州連合会が債務の支払責任を負うこととなり、州連合会に加盟する企業疾病金庫から拋出を求め、それによって債務を支払うということになる。現に加盟する企業疾病金庫の解散による苦い経験があるため、州連合会としては、財政状況の悪い金庫に対して解散する前にまず合併によって改善することを求めている。
- ・閉鎖型の企業疾病金庫は、もともと 19 世紀または 20 世紀初頭からといった長い伝統を有する疾病金庫が多い。保険料率が低い疾病金庫は、オープンにして被保険者をコントロールできなくなるよりもクローズドのままの方がいいとしている。また、オープンにすると母体企業との関連が弱まり、企業内の健康・安全対策との連携が取りにくくなるなどの問題もある。閉鎖型の企業疾病金庫が債務を抱えて解散する場合は、母体企業がその債務の支払責任を負うことになる。

(4) 合併の際の母体企業の影響力

- ・一般に合併の際には母体企業は大きな役割を果たしている。例えば、ジーマンス BKK やフォルクスヴァーゲン BKK の合併の際には、とりわけ傘下企業の従業員の保険料率格差を無くしたいというコンツェルンの意向が強かった。

(5) 合併が挫折した事例

- ・合併に至る以前で挫折した事例は多くある。特に合併による保険料率の見直しに関する意見の相違が原因となる場合が多い。

(6) 管理費の増加について

- ・疾病金庫の管理費の中心は人件費で、事務所の数などによっても影響を受ける。また団体契約から個別契約（疾病管理プログラム、統合サービス、家庭医モデルなど）へのシフトも、管理費を増加させる要因となり得る。他方で、管理費の増加に対しては批判が強く、その伸びを抑制する予算制が導入されたこともあり、連合会としては共通のモデル契約を作成するなどにより、疾病金庫の活動を支援する努力を払っている。

(7) 疾病管理プログラム（DMP）について

- ・2003 年 1 月から DMP が実施され、すでに糖尿病Ⅱ型、乳がん、冠動脈疾患が指定され、4 番目の喘息が準備中である。具体的には、州連合会が医療提供側と契約を締結することになるが、当初期待された医療提供側との個別契約は行われず、保険医協会との団体契約という形をとることになった。

- ・医療提供側との個別契約ではなく保険医協会との団体契約になったのは、個別契約では非常に手間がかかることと、他方で、DPM がリスク構造調整と結びつき直接に疾病金庫財政への影響があることから、疾病金庫としては出来るだけ多くの被保険者を参加させるためには、団体契約の方が手っ取り早くやりやすかったという事情がある。また、組織上、州単位で動きやすい地区疾病金庫が早期に団体契約の方針を決定したため、他の疾病金庫としても競争上保険医協会との団体契約を選ばざるを得なかった。ただ、保険医協会は独占的な地位にあるため、コストは高くなっている。
- ・数少ない個別契約の事例としては、ヘッセン州では州の保険医協会ではなく家庭医協会 (Hausarztverband) と契約を締結した。
- ・DMP の対象になっても、個別の診療行為の多くは通常の診療報酬 (EBM) で支払われ、特別に DMP 契約で支払われるのは、例えば、文書作成費 (Dokumentation : 初回 25 ユーロ、継続 15 ユーロ)、患者教育費 (Schulung)、紹介費 (Ueberweisung) などの費用である。
- ・すでに 3,000 件の具体的な DMP の認可申請が連邦保険庁 (BVA) に提出されており、そのうち 700 件についてすでに認可が下りている。
- ・企業疾病金庫としての DMP に対するスタンスは微妙で、DMP それ自体は医療の質の向上に役立つものとして積極的に評価している。具体的には、プログラムに参加すると医師も追加の診療報酬が得られ、他方で作成された文書 (Dokumentation) により治療プロセスが透明になる。しかし、これが RSA と結びつけられている点については、各疾病金庫において財政的な理由から出来るだけ多くの被保険者を参加させようとするモチベーションを生じさせ、質の向上にはマイナスになるという意味で否定的である。例えば、糖尿病については、一般の疾病が 2,000 ユーロに対して 5,200 ユーロ支払われる。州連合会の現在のスタンスとしては、まず現在の状況をしっかり評価した上で、必要ならば拡大を検討すべしという立場である。

(8) 家庭医主導モデル (Hausarztzentriertes Modell) について

- ・2004 年 1 月から制度としては導入されたが、実施に移すためにまず家庭医の定義から議論を始めている状況である。手続きとしては、まず疾病金庫州連合会と保険医協会の間で枠契約を締結し、それに基づいて、個別の疾病金庫が個別の医師と契約することになる。具体的な診療報酬は EBM で支払われ、年に 1 回、健康状態について話し合うための特別な診療報酬などが設定されることになる。
- ・現在のところ、全国で契約を締結した疾病金庫はまだ 1 件もない。今年末までには契約するところが出てくるだろう。

(9) 社会保険専門職員 (Sozialversicherungsfachangestellte, Sofa) について

- ・ Sofa は、3年間の職業専門学校(Berufsfachhochschule)での教育レベルを終了した者で、官庁でいうと中級職に当たる。給付法、保険料法、財政など社会保険の運営の全般に必要な教育を受けている。疾病金庫全体では、職員のおおよそ70-80%がこの資格を有しており、理事になることもできる。
- ・ 疾病金庫に勤務する職員のなかで、法律、経済、薬学、医学などの分野の大学卒資格者も増える傾向にある。理事になるのに特定の資格は必要ではない。企業疾病金庫の平均加入者数は1万人から1.5万人程度であるため、あまり理事長に高給を払うことは出来ず、Sofaの理事長が増える傾向にある。なお、医療保険近代化法(GMG)により理事長の給与は公開しなければならなくなった。

11. 連邦企業疾病金庫連合会(BKK Bundesverband)

調査日：2004年4月1日

対応者：ブルガー医療政策・コミュニケーション次長 (Burger, Stephan)

(1) 合併に対する連邦連合会のスタンス

- ・ 連邦連合会としての基本的なスタンスは、各疾病金庫の自主的な決定に委ねるということである。合併にインセンティブを与えるのは各地域の医療市場の動向であり、それについては各企業疾病金庫以上に連合会は知らないからである。
- ・ ただし、今後は今までと少しスタンスが変わって、連合会で調整するようになるだろう。地域内における地位の強化が企業疾病金庫の将来性につながるため、この部分で各企業疾病金庫に任せ放しにはせず、パートナー探し等で助言を与える活動などを行っていく。

(2) 合併の目的について

- ・ 合併の目的は、絶対的な規模の拡大ではない。医療提供側との契約締結権、交渉権をより発揮できるようにすることが目的であり、全国に多くの被保険者を抱えていても、散在しているには意味がない。全国に分散し、多様性を有していることは企業疾病金庫のメリットであるが、それに加えて、地域における市場占有率を強化し、地域内でのポジションを高めていくのが今後の課題である。
- ・ 合併による管理費など固定費の減少は些細なものであり、保険料率を引き下げるためには給付支出を削減する必要があるが、そのためには地域でのマーケティングを重視しなければならない。組織の最適化を図ることが必要である。
- ・ なお、ここで「地域(regional)」というのは、疾病金庫が医療提供側や被保険者に対して影響力を及ぼしうる範囲を意味している。したがって、州とかいうことではなく、ルール地

域といった領域に近い。例えば、バイエル企業疾病金庫（Bayer BKK）にとってはケルン・レバークーゼン地域という設定である。

（３）オープン化と母体企業との関係の希薄化についての評価

- ・企業疾病金庫と母体企業の判断であり、特定の意見はない。個人的には、母体企業から離れることによってうまくいかなくなることもあると考えている。例えば、フォルクスヴァーゲン BKK とポスト BKK の合併については、フォルクスヴァーゲン BKK は合併前はヴォルフスブルクとその周辺で圧倒的な力を持っていたが、合併して全国に散在することになったため、全国で交渉するための管理費用が大きく増えた。
- ・オープン化にはメリットもあるが、リスクもある。例えば、わずか1年半ほどで3万人の被保険者が70万人に膨れた企業疾病金庫があるが、このように短期的に多くの若い人が入ってくると、保険料収入による流動資金が増え、これを資産と勘違いして保険料率を下げってしまった。本来はあとで来るリスク構造調整による支払いのために引き当てなければならないのにこれを行わず、あとになって支払いができなくなって負債を負ってしまった。
- ・GMGによって導入された「新規設立の企業疾病金庫、同業組合疾病金庫は2007年までオープン化ができない」という、いわゆるモラトリアム措置は、決していいものではないと思われる。企業疾病金庫全体としてはそれほど影響は出ないが、被保険者の移動のダイナミズムは弱まるだろう。
- ・中小企業疾病金庫のロビー団体である”Mittelstand Offensive”（中立的な攻勢）については、企業疾病金庫の中には規模の大小、オープン化したものと伝統的な閉鎖型のもの、RSAの支払側と受取り側などさまざまなものがあり、利害が一致しているわけではない。これ以外にもロビー団体は色々ある。例えば、”Forum”（フォーラム）には大規模な企業疾病金庫や技術者代替金庫（Techniker Ersatzkasse）など規模の大きいものが入っており、また”Nassau”はEU全体でのオープン化を要求している。

（４）負債と債務保証について

- ・現在大きなテーマになっている問題である。母体企業がイニシアティブを取って解散した小さなものはあるかもしれないが、96年以降、州連合会が連帯債務を負うような解散は1件もなく、すべて合併している。
- ・企業疾病金庫が解散した場合には、州連合会が、つまりはそこに属する企業疾病金庫が共同で債務を保証し、その額が州連合会で対応できる規模を超える場合には連邦連合会が連帯債務を負う。すなわち、全国の企業疾病金庫が連帯責任を負っていることになる。つまり、影響力を行使できないにもかかわらず責任を負わされる。
- ・連合会の債務保証責任に事前に対応するために、基金を設立すべく、定款改正を行ったと

ころである。大変に複雑な拠出分担のルールになっている。企業疾病金庫の債務の状況に応じて拠出を求めるが、他方で誤った誘因を与えないようにしなければならない。また個々の企業疾病金庫の負担感は保険料率によって異なり、低い保険料率のところの方が影響が大きいという要素もあり、各企業疾病金庫の負担は不均衡である。

- ・債務保証に関する規定は前からあり、その範囲が変わったわけではなく、また負債を抱えることが違法であることも変わりはない。しかし、これを4年以内に解消しなければならないという規定を立法者が入れたために、債務問題に対する関心と緊張感が強まっている。
- ・今後の連合会の課題としては、各企業疾病金庫が加入する州連合会を選べるようにすることを通じて州連合会の中の競争を促進することと、どの連合会にも属さない企業疾病金庫の債務保証をどうするのかという問題がある。

(5) 公的医療保険と民間医療保険の関係

- ・保険加入限度額は過去数年間、労働報酬の伸びを上回って引き上げられてきた。また、GMGでは、自己免責額と保険料率の割引、給付を利用しなかった場合の保険料還付制、民間の付加保険のあっせんなど、公的医療保険と民間医療保険の競争に関して公的医療保険側にも対抗手段が与えられた。
- ・ここ数年間、公的医療保険に不利な改正が行われ、保険料率は上がり、給付は削減されてきたため、民間医療保険への被保険者の移動は止まっていない。公的医療保険の改革が繰り返し取り上げられる度に、不安感から被保険者が逃げていく。企業疾病金庫の強みだった低い保険料率が、リスク構造調整によって上がることにより、被保険者が民間医療保険に移り、それによって公的医療保険全体の競争力が民間医療保険に対して弱まってきた、というのが企業疾病金庫の一貫した主張である。
- ・公的医療保険のなかでは疾病金庫間の競争が強化される一方、民間医療保険のなかでの競争はない。奇妙なことだが、実は民間医療保険では解約して他に移る際にはそれまで積み立てられている老後積立金 (Altersrueckstellung) が払い戻されないため、民間医療保険の中での競争は起こらない仕組みになっている。これに対しては2つの反応があり、1つは連邦財務省の案で、老後積立金を個人ごとに管理させ、移動時にはこれを持って行かせるという案と、もう1つは民間医療保険にもリスク構造調整を導入するという案である。
- ・公的医療保険においてはリスク構造調整と疾病金庫選択制により競争が強化され、他方では、本来市場競争であるはずの民間医療保険においては標準税率 (Standard Tarif) が導入・強化されるなど、公的保険と民間保険が接近する現象がある。これは収斂理論 (Konvergenztheorie) といわれて、10年来議論されているテーマである。実例としてはすでに介護保険において両者の収斂が見られる。

(6) 連邦連合会の戦略について

- ・今はパートナー探しでの助言が中心だが、今後は連邦連合会としては一般企業におけるホールディング的な機能を強めていきたいと考えている。しかし、この方向は各州連合会は歓迎していない。また連邦連合会としては、各州連合会に対して、統一的な情報処理基盤の構築、各州における医療提供側との交渉での対応の共有化、企業統治綱領の強化などの役割を強化していきたい。

(7) 疾病管理プログラム (DMP) について

- ・DMP 自体はいいもので、すでに幾つかの企業疾病金庫が共同して「医療コンタクト株式会社」(Medical Contact AG) を設立し、コール・センターを設けて糖尿病患者に対して医師や栄養士がさまざまな助言を与える活動も行ってきていた。憂慮しているのは、これをリスク構造調整と結びつけた点である。連邦保険庁の認可を受けるために皆必死で、効果を考える余裕がなく、今のままではコストを高めるだけで終わり、保険料率にして0.7%の上昇につながる可能性が大きい。

(8) 統合サービスについて

- ・1%の別枠予算は取り分けておいて、最終的には医療提供側に戻さなければならないが、いいサービスが具体化しないと支払えない。最終的には外来と入院のインターフェイスの部分に支払うことははっきりしている。形態としては、「外来+入院」のみならず、「入院+リハビリまたは病院+介護」といったものも出てくるだろう。

(9) リスク構造調整 (RSA) について

- ・IGES 研究所に委託された患者分類法に関する調査結果の取りまとめが遅れているが、4月中には出てくる。ワーセム (Wasem) 教授がアメリカの状況などを調べてきたが、どんな結果が出てくるか誰にも予想がつかない。企業疾病金庫の主張ははっきりしていて、動かしているシステムを変えないで欲しい(Never change running system)ということだ。年々RSAによる企業疾病金庫の支払負担が増大しており、過重な負担となっている。現在のリスク構造調整指標は有病率をかなり反映したものとなっている。

12. 連邦保険医協会 (Kassenaerztliche Bundesvereinigung, KBV)

調査日：2004年4月6日

応対者：シュティルフリード基本問題部長 (Graf von Stillfried, Dominik)

ゴルフール業務部担当 (医師) (Golfier, Alexander)

(1) 疾病管理プログラム (DMP) について

- DMP には基本的に反対である。その理由として、疾病管理プログラムそのものに問題があることと、プログラムをリスク構造調整と結びつけていること、文書作成等の手続きが煩瑣であることがあげられる。
- 疾病管理プログラムといっても、医療の標準化は多くの問題を抱えているのに十分な検討がなされないまま実施が先行している。また、ガイドラインに従って患者グループごとに管理することになっているが、同じ疾病であっても個人差が大きいことをもっと認識するべきである。
- プログラムに参加する患者を登録することは、スパイ的な行為であり、医師の守秘義務を犯すおそれがある。
- リスク構造調整と結びつけたことによって、疾病金庫の財政対策が優先し、登録が疾病金庫によって強制されるという問題がある。
- 申請や記録等のために要するさまざまな文書 (Dokumentation) の作成に多大な労力を費やしている。医師本来の任務に支障さえ出ている。
- さらに、プログラムに参加するため、医師を変える患者も出てくるが、他の疾病では従来からの医師にかかるということで、患者側にも混乱をもたらしている。

(2) 統合的医療サービスについて

- 統合的医療サービス (Integrierte Versorgung) は医療供給サイドの競争を活発にすることを意図したものであるが、医療の特性からみてそうした競争原理の強化は好ましいとは思われない。
- 医療機関や医師の間で競争を活性化させようとする立法側の意図については、患者による医療機関・医師の選択の幅を広げることや、新規技術の導入・普及には一定の効果があると認められる。しかし、統合的医療サービスの推進は、そうしたメリットよりも、競争によって医療費を低く抑えようとする財政的効果を意図したものであり、医療機関側にとっても患者側にとってもデメリットの方が大きい。
- 保険医 (保険医協会) が外来医療を独占しており、それが医療の経済性を低くしているという批判については、次のように考えている。まず、保険医協会が外来医療をほぼ独占していることについては、保険医協会が疾病金庫連合会と共同で公的医療保険制度を自治的に運営していくうえで、必要なことだと考えている。しかし、権力をもって独占しているわけではなく、当事者自治という枠内で活動しており、患者にとっても公正なシステムとして機能している。この体制を崩した場合には、公正な医療提供に支障が生じることにな

る。

- ・立法者はマネジド・ケア（managed care）の影響を強く受けているが、経済効率のみを追求して安易にアメリカをはじめ外国の手法を安易に導入しすぎるきらいがある。

（３）家庭医モデルについて

- ・家庭医モデルの内容（社会法典第V編第73条b）が不明確である。「資格を有する家庭医」という場合の定義づけが不明確であり、これからその定義をめぐって議論が行われることになっているが、簡単にはまとまらないであろう。
- ・立法者の経済的意図のみが強く反映されており、患者にとってのメリットが現行制度よりも高くなるとは思われない。立法者はスイスモデルを想定しているといわれるが、スイスの家庭医制度も決してうまくいっていない。
- ・家庭医制度で想定されている一般医と専門医や病院との連携など、医師ないしは医療機関の間の協力関係を強化していくことは重要な課題である。

（４）診察料（一部負担）の導入の影響

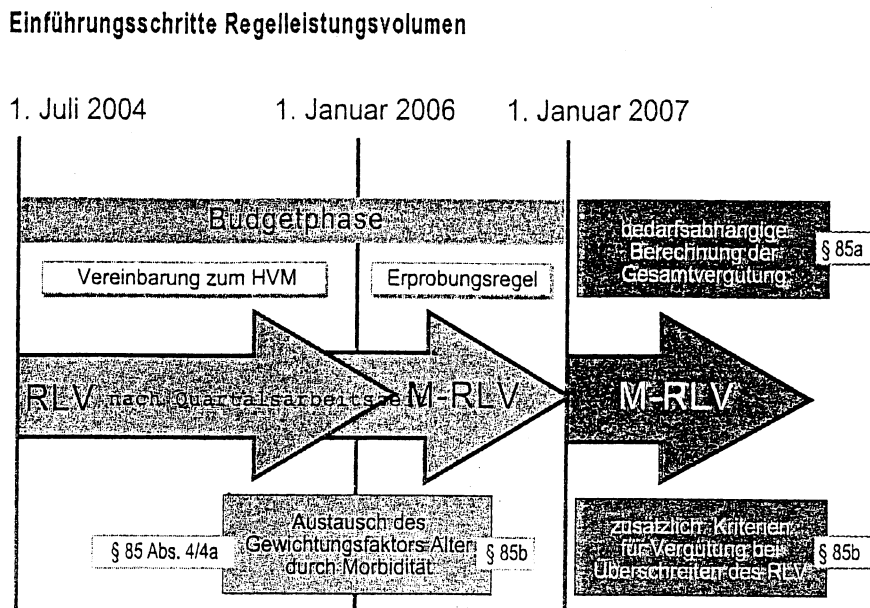
- ・診察料の導入は患者の受診抑制につながることであり、好ましくない。
- ・診察料は診療報酬の一部であり、事務量が多くなる分だけ、医師にとっては支障が多くなる。
- ・昨年末に駆け込み受診があったせいか、診察料の導入による混乱は起きていない。

（５）罹患率による診療報酬体系の導入について

- ・罹患率をベースにした新しい診療報酬体系の導入は、保険医協会が提案している方式である。その背景としては、現行の方式は、診療報酬総額が保険料の大きさ（それは被保険者数、賃金水準等によって決まる）にリンクしており、しかも賃金水準を基準に上限が設けられているため、診療報酬の引き上げが困難な状況にあることがあげられる。保険医が増加しつつあるなかで、この方式のままでは、医師1人当たりの報酬が逡減していくことになるので、新たな方式への転換を求めた。
- ・この方式は、アメリカのケースミックスインディケーションシステムを参考にして、各疾病の罹患率の差違に基づいて医師のグルーピングを行い、医師グループごとに疾病金庫と診療契約および診療報酬契約を結ぶというものである。これによって、各州の各種疾病金庫連合会と州保険医協会が総額請負を行い、州保険医協会から各保険医への医療費支払いは出来高払い方式によるという方式から、リスク予測の最高限度額に基づく支払方式に変わることになる。
- ・現在、ICD10による疾病分類にしたがって関連疾病の罹患率等を加味したリスク予想値を

算出する作業を行っており、2004年7月からデータ収集を本格化しながら具体化を進め、2005年末までに疾病金庫側と協議しながらリスク予想値に基づいた医療費を算定し、診療報酬を決めていく予定である。本格的な実施は2007年になる（図11）。

図 11 罹患率による診療報酬体系の導入の実施計画



13. ドイツ病院協会 (Deutsche Krankenhausgesellschaft)

調査日：2004年3月29日

対応者：ハイダー氏 (Ralf Heyder (政治部))

(1) 統合サービスについて

- 統合サービス (Integrierte Versorgung) は、2000年改革で導入されたが、予想されたほどには広がっていない。しかし、医療保険近代化法 (GMG) により、外来診療予算総額の1%と病院診療報酬の1%が別枠としてこれに充てられることになり、また、従来は疾病金庫と個別の医療機関と保険医協会の三面契約が必要だったが、GMGによりこれは不要となり、疾病金庫が個別の病院と、あるいはこれに個別の開業医を加えて直接に契約することになり、団体契約は認められないことになった。

- ・病院としては、その活動範囲が外来診療に広がる可能性があるため、この制度は基本的に歓迎している。ただし、イニシアティブを取るのは疾病金庫側である。まだ熟してはいないが、革新的な病院に積極的な取り組みが期待されており、また大学病院のなかにはその有しているリハビリ病院を活用してこの制度を利用できないか、積極的に動いているところもある。

(2) 病院の外来診療へのオープン化について

- ・病院にとって GMG の最大の成果は、外来領域への拡大である。具体的には、次の 5 つの場合に病院に外来治療へのオープン化が認められた。
 - (1) 病院での外来治療が DMP に含まれる場合
 - (2) 高度専門医療の分野 (例: まれな病気やエイズ治療など)
 - (3) 統合サービス
 - (4) 医療サービスの過疎地域
 - (5) GMG により導入されることになったポリクリニック (Medizinische Versorgungszentrum. 医療供給センター): 病院もポリクリニックを設立することが認められており、これを通じて病院と外来治療とを組み合わせたサービスを提供できる。ただし、その設立には地域の開業医らの承認が必要であり、これが具体化に当たって障害になる可能性もある。
- ・病院が外来治療を行う意義としては、次の点をあげることができる。
 - (1) 病院の競争力を高める。外来診療を取り入れるかどうかはまずは病院の判断だが、上記の 5 つの条件に該当する場合にも、これは包括的なオープン化ではなく、これを認めるかどうかは疾病金庫も契約を通じてコントロールできる。
 - (2) ドイツでは専門医が病院内と開業医とに重複しており、これがコストを高める要因になっていた。

(3) 共同連邦委員会について

- ・GMG の改革の中で、医療提供側と疾病金庫側によって自治的に運営される共同連邦委員会 (Gemeinsamer Bundesausschuss、社会法典第 5 編第 91 条) が設立されたことが重要である。これまでは医師、歯科医師、病院そして調整という 4 つの連邦委員会があったが、これが一つの委員会に統合され、その総会の決議が委員会の決定になる。
- ・全体会議の下に、手続き、病院の高度医療のガイドライン、外来治療、歯科治療を扱う部会 (Kammer) が設けられ、それぞれが疾病金庫代表 9 名、診療側代表 9 名、中立委員 3 名で構成される。
- ・患者代表が総会にも各部会にもオブザーバーとして参加できることとされており、これにより会議の透明性が確保されることが期待されている。

(4) 医療サービスの質と経済性に関する研究所の設立について

- ・GMGにより、合同連邦委員会が医療サービスの質と経済性に関する研究所（社会法典第6編第139a条から139cまで）を設立することになった。これはイギリスのNAISをモデルにしたもので、医学的学術情報の収集評価、医療サービスの質に関する評価、EBM、DMPに関するガイドライン、薬剤の効果、患者用の医療情報などの仕事に当たる。
- ・この種の研究所の設立は、これまでも法律で盛り込まれながら実施されずに後に法律で廃止されたこともあったが、今回は強い政治の意思が示されており、実施に向けて誠実な取り組みが見られる。その理由としては、1つには、共同連邦委員会への患者代表の参加によりこの研究所の運営についても透明性が高まったこと、第2に、今回は政府が当事者自治に譲歩して支払側と診療側の当事者自治組織である共同連邦委員会が研究所を設立することになったが、これがうまくいかなければ、これまで強く反対してきた国立の施設を、いよいよ政府の主張通りに作らざるを得なくなるためである。

(5) 包括払い (DRG) について

- ・2004年1月から全病院に対してDRGの導入が義務づけられた。ただし、2004年は従来の療養費日額による支払方式の予算額が保障される予算中立的であり、2005年、2006年と段階的に移行して、2007年からは全面的にDRGに依拠した診療報酬支払に切り替えられる。
- ・病院協会としては、DRGの導入に当たってのデータの収集期間が短いこと、病院内の実施のための管理体制が十分にできていないこと、現在のDRGシステムは特に集中治療、腫瘍治療、老人医療、小児医療などについて病院内のコストを適切に反映していないことなどを理由として、2007年からの全面切り替えをもう少し延期して徐々に導入するよう修正を要求していくことにしている。
- ・2003年の包括払い改正法 (Fallpauschalenaenderungsgesetz) により、それまで100%包括払いで支払うとしていたのが、特定の治療を除外できるようになった。これまで、精神病やてんかんが除外されたが、これらが将来ともに除外されるのか、当面データがそろうまでの一時的なものか、未だ決まっていない。精神病などは将来ともに除外されるものと思われるが、確定していない。
- ・リハビリ病院は対象外になっており、外来治療も対象外である。また統合サービスも別枠で扱われる。
- ・病院協会としては、DRGの導入自体に反対しているわけではなく、計算に使うことは合理的であり必要だと考えているが、これを予算配分と結びつけることには反対の立場である。病院のコストの増加や高齢化による有病率の変化などがDRGには反映されていない。しかし、2004年の予算中立的な期間をさらに延長することは、政治的に実現可能性がないので、大勢は、2005年からの移行期間を延して財政的な影響を少なくし、経営基盤が脅かさ

れないようにしていく方針である。DRG が継続的に改善を加えていく必要があるシステムであるということは政府も認めている。

14. 連邦保険庁 (Bundesversicherungsamt : BVA)

調査日 : 2004 年 4 月 1 日

対応者 : ゲッパート課長 (Goepffart,)

(1) 統合的医療サービスについて

- ・連邦保険庁としては、この仕組みに関しては、契約通りに動いているかなど一般的な監督の立場から関わるだけで、契約の審査を行ったり、1%の特別な報酬の配分に関わったりするわけではない。疾病金庫からはどんな契約が締結されたかとか、その報酬額に関する情報はほとんど上がってきていない。保険医協会側はやはり自分たちの影響力が削がれることを心配している。

(2) 疾病管理プログラム (DMP) について

- ・対象疾病としては、糖尿病Ⅱ型、乳がん、冠動脈疾患の 3 疾患が対象となっており、これに喘息が追加される予定で、当面はこの 4 疾患を対象として運用する段階である。さらに 3 疾患を追加するという動きは承知していない。
- ・プログラムの申請手続き等は、確かに批判されるようにとても官僚的だと思う。ただ、これは DMP がリスク構造調整 (RSA) と結びついており、疾病金庫の収入増加につながる仕組みであるためである。また、そのため疾病金庫は被保険者の登録率をより高めようと獲得しようと努力しており、それ故にまた保険医協会との集団契約を結ぼうとしている。それでも疾病金庫は 26 ある保険医協会と契約を結ばなければならない、それぞれに考え方が違うし、これまでのやり方が異なるため、契約内容も異なっており、これがまた手続きを膨大にしている要因である。
- ・医師側は文書作成 (ドキュメンテーション) の労力に比して、どれだけ報酬が入ってくるか分からないし、治療の自由を制約されるのではないかという危惧もあり、あまり積極的ではない。
- ・最初の 2 つの疾患 (糖尿病Ⅱ型と乳がん) については申請を受け付け中で、すでに 3000 件の申請があり、700 の契約が認可された。2003 年の年間調整においては、この 2 疾患が対象となる。冠動脈疾患については、これまで 3 件の申請がきているが、未だ承認されておらず 2003 年の調整の対象にはならない。
- ・2003 年の対象 2 疾患 (糖尿病Ⅱ型と乳がん) における年間平均値の登録者数は次の通りで

ある。すなわち、糖尿病Ⅱ型は、東部地域が 76,000 人、西部地域が 65,000 人で、乳ガンは東部地域は登録がなく、西部地域で 2,600 人である。東部地域が糖尿病Ⅱ型の登録患者が多いのは、これまで旧東ドイツ時代から医療提供体制ができていたためである。なお、登録率を推計するならば、糖尿病Ⅱ型の罹患率は 4.5%なので、被保険者総数の 7,000 万人にこれに乗じて母数を求めれば可能ではある。

※報告者<注>

訪問調査の時の質問に対しては上記の実績が口頭で示されたが、同時に提供された連邦保険庁の文書によれば、2003 年 12 月の登録者数は、糖尿病Ⅱが東部地域 65,590 人、西部地域 4,680 人、乳ガンが東部地域は登録なし、西部地域 4,061 人となっている。年間平均値とのある程度の差はありうるとしても糖尿病に関する西部地域の登録数は 1 桁少なく、連邦合計と東部地域の数字を言い誤っている可能性が高い。

- ・ 手続き的に言うと、毎月の調整手続きにおいては毎月の登録者がある度に 1 人当たり支出の推計包括値（糖尿病Ⅱ型は 5200 ユーロ/年、その他は 1700 ユーロ/年）を用いて計算し、前年の年間調整を翌年の秋に行う際に実際の支出額に基づいて調整する。登録申請は個々のプログラムについて認可が下りる前から行うことができ、毎月の調整手続きはこれに基づいて進み、認可は遡って有効になる。
- ・ プログラムの認可手続きは、個々の申請の審査自体にはそれほど時間はかからないが、1 つの疾病が指定されると、最初に例えばデータ保護などの基本問題を処理しなければならず、これが大変である。保険医協会側はデータを疾病金庫にできるだけ出たくなく、逆に疾病金庫側はできるだけ把握したいため対立している。これにはさまざまな解決方式があり、例えば中立的な第三者機関でこれを管理するという場合もある。また各州がもっている医療提供体制についても違いがあり、ザクセン州など東部地域は糖尿病などに特に重点を置いて医療提供体制を作ってきたのでうまくいった。
- ・ 医学的な基準に関してはすでに連邦委員会の勧告に基づいて連邦保健省の RSA 規則の中に規定されている。
- ・ DMP の評価は、3 年経過した後に症状が改善されたかどうかなどを行うことになっている。被保険者にとっては、これまでかかってきた医師を変えなければならない場合も生じるなど簡単でなく、あまりメリットがない。このため、立法者は、患者自己負担を免除することができるなど、誘因を与えるためにプレゼントを用意した。
- ・ DMP を RSA とリンクさせている点については、批判も多く、連邦保険庁長官も批判的であり、連邦と州の作業部会でもこの点については批判的だった。また IGES 研究所が技術者代替金庫（Techniker Ersatzkasse）の委託で提出した鑑定意見でも、このリンクは医療の質に関してネガティブな影響をもたらすとしている。連邦保険庁ではこの間の運用経験に関して 4 月 30 日までに連邦保健省に報告書を提出することとしている。

(3) リスクプールについて

- ・連邦企業疾病金庫連合会で入手した資料に記載されている、各疾病金庫の調整可能な給付支出額に占めるリスクプールの額の割合が約 20% 余りというデータは、リスクプールの対象となった事例の支出額に占めるリスクプールで調整された金額の割合を指している。つまり、支出額から 20,450 ユーロを控除した額の 60% が支出額に占める割合である。
- ・リスクプール用の費用は 0.4% の保険料率で各疾病金庫から集められる。
- ・リスクプールによる財政調整の効果は、これによる影響だけを見てはだめで、この対象になる分、すなわち一般の RSA の対象となる標準給付支出額も減少するので、実はこれも含めてネットで効果を見るとそれほど大きくない。具体的には、地区疾病金庫は全体としてはリスクプールを通じて 4 億 4,600 万ユーロを受け取っており、他方で企業疾病金庫は全体で 3 億 8,700 万ユーロを支払っているが、ネットで見ると地区疾病金庫はわずかに 1,600 万ユーロを受け取っているだけであり、他方で企業疾病金庫の支払額は全体では 8,200 万ユーロを支払うにとどまる。ただし、個別の疾病金庫別に見ると影響が大きいところもあり、0.6% の保険料率引き下げが可能になったところもある。

(4) 罹患率をファクターとするリスク構造調整の導入について

- ・連邦保健省がラウターバッハ (Lauterbach) 教授・ワセム (Wasem) 教授・IGES 研究所に委託していた鑑定意見書が、本来は 2003 年の年末の予定だったが遅れてこの 4 月末までに提出されることになっている。予定では、2005 年 1 月から分類を行うためのデータ収集が始まり、2007 年 1 月から毎月の調整手続きが始まることになっているが、具体的な導入に向けての議論や準備などすべてはこれからである。

15. 連邦保健・社会保障省

(Bundesministerium fuer Gesundheit und Soziale Sicherung)

調査日：2004 年 3 月 30 日 15:00～17:00

対応者：クニeps 保険局長 (Knieps, Franz)

(1) 医療保険近代化法 (GMG) の施行状況

- ・外来診療の際の自己負担 (Praxisgebuehr: 10 ユーロ) が最初国民の間で慣れておらず、特に社会扶助受給者について社会庁が硬直的な対応をとったのでスムーズにいかなかった。メディアでこの問題が誇張して報道されたが、トラブルが続いたのは最初の 2、3 日で、あとは円滑に進んだ。300 万件の支払が行われた中で問題があったのは 300 件に過ぎない。
- ・法律で枠を決めて、具体的な内容は自治組織である共同連邦委員会が決める事項などが多

かったが、これと連邦保健省との間で、例えば年間の自己負担が所得の2%から1%に軽減される対象となる「慢性疾患患者」の範囲や、医療機関への通院の交通費が例外的に支給される歩行障害者(Gehbehinderte)の定義などを巡って対立があった。この4月1日(木)にウラ・シュミット連邦保健大臣が記者会見でGMG施行100日の発表を行う。

※報告者注

4月5日の新聞報道によれば、4月1日のウラ・シュミット連邦保健大臣の見解は次の通りである。

- ・改革法施行後の状況には概ね満足している。
- ・被保険者7000万人中2500万人の保険料率が低下した。4月1日現在の保険料率は14.0%である。保険料率の引き上げを行っている疾病金庫もみられる。
- ・医薬品の給付額は3カ月で約865億ユーロ低下したが、法施行前の駆け込み需要の増加によるところが大きいと考えられるので、12月には約616億ユーロの増加が見込まれる。
- ・診察料導入の影響は全般的に少ない。はしかの予防接種を受けた子どもが昨年より30%低下していることが指摘されているが、18歳未満の者の診察料が免除されていることなど、周知が不十分なことによるものと考えられる。
- ・2006年に電子被保険者カード(Elektronische Gesundheitskarte)の発行を予定しているが、そのなかに電子レセプトの導入を検討している。
- ・今回のGMGで最大の政治的問題になっているのは、企業年金や恩給受給者の支払う公的医療保険の保険料が倍増したことである。これまでは、企業年金と恩給は公的医療保険の保険料算定においては保険料率が半分になっており、これを本人が支払うだけで、公的年金のように残り半分を保険者が支払う仕組みにはなっていなかった。これでは疾病金庫の側から見れば、同じ年金でありながらその種類によって保険料負担が倍違うのは不公平だということで、GMGにより全額を本人が支払うことになり(法248条の改正)、負担が一挙に倍増した。この問題については、連邦保健省が注意したが、社会民主党(SPD)が強く固執して踏み切った。これによる保険料の増収は20億ユーロに上る。
- ・この対象になるのは、ジャーナリストや大企業の従業員などで、彼らから強い反発が出て政治問題になっている。今回の措置の対象からは私的年金、つまり雇用と関係ない年金は対象になっていない。しかし、ジャーナリストの企業年金については、事業主が保険料は一切負担せずに全額本人が負担しているにもかかわらず、企業が保険会社と契約している年金であるため企業年金として保険料全額を負担させられることになった。これに対して労働組合や年金受給者団体は連邦憲法裁判所に出訴する動きがある。
- ・2004年1月には前年1年分を上回る苦情が来たが、企業年金等の保険料負担倍増の問題を除いてはGMGの施行も落ち着いてきており、バーマー代替金庫(Barmer Ersatzkasse)など保険料率を引き下げる疾病金庫もボチボチ出てきている。

(2) ボーナスプログラムについて

- ・ボーナスプログラムの導入は、キリスト教民主同盟 (CDU) の要求に SPD が譲歩したものであり、逆にポリクリニックの導入は SPD の要求に CDU が譲歩したものである。
- ・ボーナスプログラムのうち、免責額とセットでの保険料の割引と、給付請求しなかった場合の保険料還付については、任意加入の被保険者だけに認められている。これは、CDU は本来全被保険者に認めるべきであるとしたのに対して、SPD はこれは健康な人を優遇し連帯を損なうものだとして反対した。最終的に民間保険との競争上、任意加入被保険者について認めることとしたものである。
- ・実際の運用においては、全被保険者に対して免責額の導入を認める地区疾病金庫の規約改正に対して各州の監督官庁がとった態度は、9つの州で許可、3つの州で不許可 (バイエルン州、ザクセン・アンハルト州、ニーダーザクセン州)、4つの州で審査中という状況である。この対応の違いは、その州の与党となっている政党の違いというよりも、監督官庁が審査を法的に行うか政策的に行うかという違いによるものといえる。

(3) 社会扶助受給者の自己負担について

- ・社会扶助受給者は、薬剤費の一部負担金も、今回導入された外来診療の一部負担も、他の一般の被保険者と同様に年収の2% (慢性疾患患者の場合は1%) まで自己負担しなければならない。この額は年間で70ユーロ (慢性疾患患者では35ユーロ) 程度のものであり、これが特別に社会扶助の基準額で手当てされるわけではない。もしも支払えない場合には社会事務所が貸与してくれ、これは翌日の扶助費から差し引かれる。社会扶助受給者だけ自己負担の免除などの特例を設けることには、一般の被用者の批判が強い。
- ・今回の改正では、この自己負担の影響よりも、むしろ非処方薬、例えば花粉症の薬などが給付対象から除外されることによる自己負担の増加の方がずっと大きい。この非処方薬の給付除外の問題については今夏に実施状況を検討することになっており、その具体的な取り扱いが共同連邦委員会で審議することになっている。今年の1月にウラ・シュミット大臣がピルの除外を見直すと言ったのは先走ってミスだった。

(4) ポリクリニックについて

- ・GMG でポリクリニック (医療供給センター:medizinische Versorgungszentren、社会法典第5編第95条) という医療提供形態が新たに設けられたのは、東部での医師不足と関係している。若い医師が投資するにはリスクが高く、また投資して1人で開業すると早く償還しようとして医療の質に悪影響を及ぼす可能性もある。病院側もポリクリニックに大きな関心を示し、これを通じて外来分野に参入する道が開かれた。出資者としては当初から病院が有力視された。また一般企業も放射線や核医療など特殊な治療分野での設立を積極的に検

討している。

- ・ポリクリニックを設立するには、保険医の開業と同じように、需要計画に基づく承認を得なければならない。これが理論的にはポリクリニックを普及させるうえで障害になることも考えられないわけではない。しかし実際には、投資者はすでに承認を持っている医師を募集して一緒にセンターを作ればいいわけで、それほど障害にはならないのではないかと考えられる。SPDは承認を不要とするよう主張したが、CDUの反対で承認が必要とされた。
- ・投資のリスクが減ることに加えて、開業医の仕事の3分の1は事務仕事で、そのために長時間働いているが、ポリクリニックによりこのような労働時間も減り、また育児などをしながらの女医も働きやすくなる。またいろいろな専門家や投資家が関わるメリットも大きく、東部地域だけではなく西部地域でも今後広がりを見せるのではないかと。

(5) 統合的医療サービスについて

- ・普及の程度は遅いが、それでもバーマー代替金庫はすでに全国で大規模な、地域を超えた契約を締結しており、バイエルン州地区疾病金庫(AOK Bayern)も4つの契約、バーデン・ヴュルテンベルク州ではマンハイムで家庭医モデルの契約を締結するなど、具体化してきている。
- ・GMGにより、保険医協会と病院の各報酬総額の1%を統合的医療サービスの普及のために用いることになった(社会法典第5編第140d条)。しかし、1年目の2004年には100ほどの病院から提案のあったもののうち、95%は質の改善への工夫がないということで却下されたような状況であり、予算は使いきれないかもしれない。しかし各医療機関ともこの予算を獲得しようと懸命であり、2年目には1%を超えるのではないかと心配している。3年間のスパンで評価すべきだと考えている。
- ・統合サービス普及のための1%の予算というのは、ケースマネジメントや入院円滑化など、統合サービスのための特別な費用のために充てられるもので、このサービスの中の通常の治療行為は病院や保険医協会との総額報酬の中で支出される。

(6) 疾病管理プログラム(DMP)について

- ・当初想定した個別契約ではなく保険医協会との集団契約になったことについては、個人的には反対で、当時いた地区疾病金庫連邦連合会内部でもホーベルク(Hoberg)副会長と激しく対立した。私見によれば、個別契約を行うためには、4,000人の内科医、3,000人の家庭医、15,000人の糖尿病専門医だけいれば十分で、これらと個別契約を結べばいい。しかし、疾病金庫のマネジャーの多くは、個別に契約を結ぶのは大変だとして心配した。当初の法案では「保険医協会以外」となっていたのが「保険医協会」となった。
- ・集団契約に決まったのは極めて早い段階であったが、地区疾病金庫州連合会は各地域で

40%もの被保険者を有しているのだから、保険医協会の独占を崩せるはずなのに、結局は疾病金庫があまり競争にさらされなくなかったので、保険協会と一括契約する方が楽だった。早い時期に地区疾病金庫連邦連合会がホーベルク副会長の下で集団契約とすることに決めたため、他の疾病金庫も追随した。

- ・全国的に集団契約が支配的な中で、ラインラント・プファルツ州が個別契約をし、またヘッセン州が家庭医協会（Hausarztverband）と契約を締結したという2つの例外がある。

（7）医療の質と経済性に関する研究所について

- ・これまで診療側と支払側による自治組織によって中立的な研究機関を作るようにいつてきたが、実施されなかった。今回はそれならば国で作るといった途端に自分たちでやるということになった。そのような経緯なので、3月以内に設立し、6月以内に業務開始し、12月以内に提供開始というスケジュールを課しており、2007年までに成果が出ないようであれば執行猶予期間切れで直接国が乗り出すことになる。
- ・このような経緯の中で設立され活動するので、その影響は大きいものになるだろう。ただし、権限としては制限されており、科学的に中立の立場から独立して業務を行い、その結果を勧告するが、決定権限は共同連邦委員会にある。委員長のヘス（Hess）は20年間連邦保険医協会の事務局長を勤めていた人で、今回は疾病金庫側が彼を委員長に推薦した。

（8）DRGについて

- ・病院協会からの修正要望に対しては、2004年で財政中立的な移行期間を終了するという点については妥協の余地は無い。2005年からの第2段階の移行については、現在よりも少し時間をかけて段階的に移行するという方針を、4月1日の病院協会の大会でウラ・シュミット大臣が発表することになっている。具体的には、2007年からの完全実施を2年間延長して2009年からとする。したがって移行の影響は少し緩やかにはなるが、2005年からはDRGの財政効果が出始めるので、病院側は真剣に取り組まないと経営に影響が出てくる。
- ・この点以外に病院協会側の要求している、大学病院や大病院に対する例外措置については認めない。

（9）2006年までの今立法会期の課題について

- ・来年からのDRGの効果を検証するための作業に入る。
- ・2005年からの歯科補綴に関する法改正の施行準備に着手する。
- ・予防法(Praeventionsgesetz)をこの秋までに国会に提出する。年金保険、医療保険、労災保険、介護保険など各法にまたがっている内容を共通にして優先度を付ける。またハンディのある児童のための特別な基金（Stiftung）も創設する。

- ・2005年には罹患率をファクターとするリスク構造調整を動かすための改正法を予定している。法改正に向けて連邦と州の作業部会が連邦議会に設けられ、この3月に中間報告書が提出された。今後は、4月末までに専門家の鑑定意見書が提出され、今年末にはできれば法案を可決したい。そして2005から2006年にかけて実施に向けたデータ収集を行い、2007年1月から新たなDRGを導入したい。しかし、これについては、特に技術者代替金庫や企業疾病金庫の反対も強いので、難航はするだろう。
- ・市民保険（Bürgerversicherung）については、連邦保健省は公式にはタッチせず、定期的に党との間で意見交換している段階である。いずれにせよ、今会期中には具体化はしない。SPDではアンドレア・ラモン議員の下で検討されており、ドイツ労働総同盟（DGB）でも議論する人がいて、意見交換はしている。

16. 地区疾病金庫連邦連合会（AOK—Bundesverband）

調査日 2003年10月23日

応対者：ミカエル・ノイゲバウアー（Michael Neugebauer）

経営学士、市場担当

（1）基本的説明

- ・ドイツの医療保険は、法定の疾病金庫と民間の疾病金庫に分かれていて、法定の疾病金庫は、地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業者疾病金庫、代替金庫及び特別な制度として鉱山、海員、農業の制度がある。
- ・1994年時点で1,146あった金庫は現在では323金庫に集約されている。
この間、合併や閉鎖、新設などがあってこのような数に変遷したものである。
- ・2003年の種別の状況は、地区疾病金庫17、企業疾病金庫225、同業組合疾病金庫22、代替金庫12となっている。
- ・被保険者数が最大の金庫はバーマー代替金庫である。ドイツ企業疾病金庫は15番目になる。
（付属統計資料 参照）
- ・地区疾病金庫の側から見た疾病金庫の統合については、地区疾病金庫の統合は一段落したと思っている。企業疾病金庫の統合は今後も進んで行くであろう。
と言うのは、企業疾病金庫はまだ規模の違いがかなりばらついている。全国展開をしている金庫、特定の地域で展開をしている金庫、規模の小さい金庫など多様な形となっている。
- ・疾病金庫の開放について言えば、地区疾病金庫は以前から開放されている。

※報告者〈注〉

その後の情報では、2005年7月にAOK シュレスヴィッヒ・ホルスタインとAOK ウ

エストファレン・リップペとが州を越えた統合を行う予定。このほかにも同様の合併を試案しているところ（AOK ラインラント、ニーダーザクセン、ブレーメン、ハンブルク等）が存在する。

（２）疾病金庫間の競争について

- ・「企業疾病金庫は次第に大型化してきており地区疾病金庫は大型化した優位さを失うようなことになることはないか。」との問いに対し、
疾病金庫の規模が大きいことの意味をどう考えるかであるが、規模が大きいからといって必ずしも競争力が強まるという関係はない。確かに、規模が大きくなれば市場の占有率が高められ、その点で競争力が高まることもあるが、規模の小さいところでもニッチ市場を占めることもある。自分の強みを良く知っていて、そこを伸ばしてゆくことが重要である。地区疾病金庫から見た競争上の問題点は、歴史的な背景の問題と法律制度的な問題がある。企業疾病金庫や同業組合疾病金庫は 1996 年から当該疾病金庫の選択により開放が開始されたが、それまでは閉鎖されていた。開放された結果、非常に多くの人々が保険料率などの点でイメージの良い企業疾病金庫や技術者疾病金庫などに移ったという経緯がある。
また、企業疾病金庫は、地区疾病金庫と組織的な面で違いがあり、金庫の新設が今でも認められている。新設金庫は被保険者の年齢も若く保険料は安くなり地区疾病金庫に影響を与えている。また、開放していて、全国展開している企業疾病金庫はインターネットなどのメディアをとおして宣伝しているので（彼はこのような疾病金庫のことを「バーチャル保険者」と言っていた。）若い人が引き寄せられている。
反面、リスク構造調整が行われ地区疾病金庫に調整を与えていることは公平な取り扱いであると評価している。
- ・地区疾病金庫には結果としてリスクの高い人が滞留している。新設される企業疾病金庫は、年金受給者が所属することは少ないので当然リスクの低い人で構成される。設立の古い企業疾病金庫にも高齢者は比較的多くいる。
- ・合併は金庫の競争力を高めるために行われているもので地区疾病金庫間においても競争がある。
- ・管理費が増加しているが、それは DRG や DMP への対応などのためである。医療費の伸びよりも管理費の伸びが一時的に大きくなるおそれもあるが、法的に要求される義務は果たさなければならない。

（３）連帯と競争の理念について

- ・競争のために、各疾病金庫は販売部門やコミュニケーション部門、マーケット部門への投資を行っているが、これらの投資は医療の質や効率性とは直接関係ないものである。その

分の資金を医療費に回したらと言う考え方もある。

しかし、医療の経済性や効率性は、競争によってもたらされている。また、競争の結果、医療の質やサービスを向上させる。

- ・リスク構造調整は、連帯の精神の発露として行われているものであるが、それをどこまで広げるかは国民の間で議論のあるところである。なぜならば、競争は自立を前提として行われるもので、調整を広げすぎると競争と両立しなくなる。

(4) 国民保険構想について

- ・連帯の精神をどこまでも拡大してゆくとこのような構想につながるが、しかし、組織が肥大化すると被保険者へのサービスが希薄になる。
- ・国民保険構想の定額保険料は公平の観点から低額所得者については税による補助が議論としてはある。ただ、自主運営と税金との連携が可能かと言う議論も起きている。

(5) 医療費の地域格差について

- ・医療費の地域格差はドイツにあるのか。あるとしたら調整すべきとする議論は起こらないのか。との質問に対して、ドイツにおいても医療費の地域差はある。その原因は、医療サービスを提供する施設の多い少ないや、医療のコストの差にあるが、施設の多い少ないは病院計画の問題であり、医療のコストの低い高いは、地域ごとに診療報酬の単価を変えて協定しているので、医療費の地域格差自体は大きな問題とはなっていない。

(6) 医療保険近代化法について

- ・新たに設立される企業疾病金庫の開放は、2006年（罹患率を基としたリスク構造調整が実施される時期）まで暫定的に停止される。（近代化法第35条第7項）
- ・種類を超えた疾病金庫の合併については、法案のヒアリング段階で消えた。その理由は法案の検討が不十分であったことにある。例えば、種類を超えた合併が行われた場合新設金庫はどの種別となるのか位置づけが不明確。（地区疾病金庫間では財政調整をしているが、その位置づけ如何によっては取り扱われ方が異なる）。また、代替金庫の場合には、使用者がいない。
- ・分娩費や埋葬費は医療保険の給付対象から外して税金で行う、傷病手当金の費用を被保険者のみの負担とするなどの改正が行われたが、これは企業の賃金付随コストを減らし、雇用を増やすことは保険にも良い影響を与えるものと判断されたからである。
- ・税金を使うことに視点が集まるようであるが、これは経営側の付随コストを軽減させる目的で、ドイツは本格的に医療保険に税金を投入できる環境にない。EUの3%条項の問題もあるし、今後は保険料を軽減する目的で税金に頼ることはないであろう。

17. 連邦政府保健社会省・ボン駐在企業疾病金庫担当

調査日 15年10月22日

応対者：フランク ホーレンベルク (Frank Hollenberg)

財政分析、RSA 担当

(1) 基本的説明

- ・ 疾病金庫の合併については、各疾病金庫が独自に取り組むもので、連邦政府は直接関与していない。ただ、合併の認可を行うことで監督している。それと医療保険近代化法案で、疾病金庫の種別を超えた合併を可能とする条項を盛り込んだように、法案策定者として疾病金庫の合併の可能性を拡大させるような法律案を策定できる。
- ・ 種別を超えた疾病金庫の合併については、法案から取り除かれたが、今後も、その可能性を話し合うことは続けられるであろう。しかし問題もかなりあるのでどうなるか。この法案は、企業疾病金庫を念頭に置いたものであった。もし、これが可能となれば、規模の小さい疾病金庫は大きい金庫に吸収されてなくなってゆく虞があり、また、企業疾病金庫というグループの特色がなくなる虞もあった。
- ・ このような合併が現実のものとなると労使で共同して運営に当たる体制にも支障が生ずる懸念も強い。そうしたことから各州の方で反対の声が出た。

(2) 質疑

問① 政府は、各疾病金庫の特質に応じて疾病金庫の合併を考えているのか。言い方を変えれば、疾病金庫の種別によって合併の進め方が異なっていることはないか。

答え ・ BKK 連邦連合会から出向してきているので企業疾病金庫のことしか分からないが、ただ、同業者疾病金庫は歴史的な関係から地域的な合併が好まれるようだ。政府の方で合併について行政指導をしているようなことはない。

・ 企業疾病金庫の合併は、企業疾病金庫の開放が可能となってから大きく進んだ。

問② 合併のプラス面は

答え ・ 合併により企業疾病金庫の機能は強化されて来た。合併の相乗効果が潜在的な効率性を引き出した。

問③ 合併のマイナス面は

答え ・ 合併の話し合いを進める課程で調整に摩擦が生じ、それが後を引いて効果を減殺させる場合。(意見が一致する前に明確な方向性を持たずに合併を進めると、将来見通しを明確に出せない)

・ 合併に取り残される企業疾病金庫が残る虞がある。

・合併により企業疾病金庫の多様性が薄れる。

問④ 100万人を超える規模について

答え ・小さなトラブルが生じてそれを克服できるようになるが、将来の見通しをたてにくくなる。100万人を超えるような金庫は今後も出現する可能性はある。

問⑤ 今後の合併の見通しについて

答え ・シュミット連邦保健社会大臣は、現在の疾病金庫の数は必要なく集約していく考えを示した。可能性はあってもいつになるか分からない話である。

問⑥ 今回の訪問を通じて企業疾病金庫によって合併に対する戦略がかなり異なることを感じさせられたが、この点はどうか。

答え ・企業疾病金庫の特色は多様性にある。被保険者の構成も含めて母体企業との関係が強いところもある。逆にその関係が薄れて機能集団としてあるところもある。
・母体企業の疾病金庫に対する意識によって企業疾病金庫の文化も異なっている。
・疾病金庫とのつながりを維持したい企業は疾病金庫の人件費を負担している。また、合併後も疾病金庫の名前に企業の名前を残す。

問⑦ 閉鎖型の疾病金庫の特色は

答え ・個人的な見解を述べれば、数も微々たるもので、なんとなく取り残された疾病金庫という感じである。規模の小さいところが多い。
・こうした金庫の加入者の増加は母体企業の人採用如何によるので、高齢化によってコストが高くなり、将来を見据えた運営をせざるを得なくなる。

問⑧ 小規模の財政窮迫疾病金庫について

答え ・医療保険近代化法によって、こうした金庫に対処するため「基金」を設置することが決められた。
・また、財政的に安定した疾病金庫との合併によって対処する場合もあろう。リスク構造調整があるのでこのような可能性もあり得る。
・合併後に財政が窮迫して解散した疾病金庫はいまのところない。また、財政困難に陥って、合併もままならず自主的な解散に至った疾病金庫は少ない。過去に二つくらいである。解散は強制できない。

問⑨ 合併が失敗した例は

答え ・合併の交渉に入った時点で双方の財政状況をオープンにして、将来見通しを立てたときに保険料率が認められなかった事例もある。保険料率を引上げてまで合併はしたくないというケースである。

問⑩ 合併の効果は

答え ・医療保険市場における当該疾病金庫の存在が強化される。

問⑪ 被保険者による疾病金庫の選択についてどう評価しているか

答え ・競争の原理を取り入れたことから必要不可欠であった。ただ、個々の仕組みには問題をはらんでいることは事実である。

・疾病金庫の競争力を高めるために様々なケースマネジメントを取り入れることとなったことも評価している。

問⑫ リスク構造調整の考え方について

答え ・連帯の精神と競争条件の整備の考え方の両方が当てはまる。

問⑬ 罹患率による「リスク構造調整」の検討状況と国民保険構想の行方は

答え ・リスク構造調整の再検討部会はまだ開かれていない。現在のシステムの簡素化の可能性があるのかどうか。変更の可能性はあるのかどうか。罹患率を考慮に入れたりリスク構造調整の調査結果はまだできていない。

問⑭ 医療保険近代化法で管理費の抑制が決められたが。

答え ・これまで母体企業が負担していた人件費を企業疾病金庫が負担するようになったことや、政府の要求にあわせるための専門家の採用やIT投資などから基礎賃金の増加を上回る管理費増加が続いたので今回のような措置となった。

・マーケティングのコストは費用枠の制限が決められているので費用抑制の一因とはなっていない。

・目標を超過した時は翌年度に調整することになっている。

問⑮ 医療費の地域差は問題になっていないのか。

答え ・産業別に、あるいは地域別に医療費の差はある。医療提供体制が多いところと田舎との間においてなど。しかし、州単位で医療費を決定していることから問題とはなっていない。

問⑯ DMPの今後の見通しは

答え ・各疾病金庫が独自に設定して監督庁の認可を得て実施しているものであるが、DMPへの投資が将来的にメリットとなるかどうか、効果が見込まれるかどうか。効果が認められない時は被保険者サービスに費用が回されることとなる。どうするかは各疾病金庫の判断である。

終わりに

今回の調査（第一次）では、早稲田大学の土田教授にご指導いただいた上、現地での行動を含め多大なご協力をいただいた。また、早稲田大学・大学院生である百瀬氏に記録や取りまとめに力を注いでいただいた。

早朝にあわただしく成田を発ち、エコノミーの座席に揺られてフランクフルト経由でハノーバーに到着、空港からタクシーに乗りホテルに一目散。到着した時にはあたりは薄暗くなっていた。

チェックインを急いで済ませて近所のレストランに飛び込み夕食をとった。特別な料理ではないけれども腹がすいていたわれわれにとってはその夕食のおいしかったこと。

全てこんな調子で、ハノーバーからヴォルフスブルク、ミンデン、エッセン、ボン、トロイスブルクとジャーマンレイルパスを利用して列車で移動しながら訪問先を巡って訪ねた旅程であった。

事故があって、予定した列車が送れたり、そのためあわてて他の列車に乗り換えたり、時には売店でパンを買ってホームで昼食を済ましたこともあった。

その間、ミンデンでは市長の歓迎レセプションを受けるとともに、地元紙記者の取材を受け、一面に大きな記事として掲載されたなどのハプニングもあった。

ラインジーク疾病金庫では、自分の組合をどこで探して、何でこんなところまで尋ねてきたのか、との質問を受けたりもした。

しかしながら、健保連とドイツ疾病金庫との長年にわたる付き合いのなせるわざか？どこに行っても暖かく受け入れていただき、親切丁寧に説明をしてくれた。

ともかく目的を果たして帰国できた。こうした勉強の機会は多くの人と分かち合えればと感じた次第である。

付 属 資 料

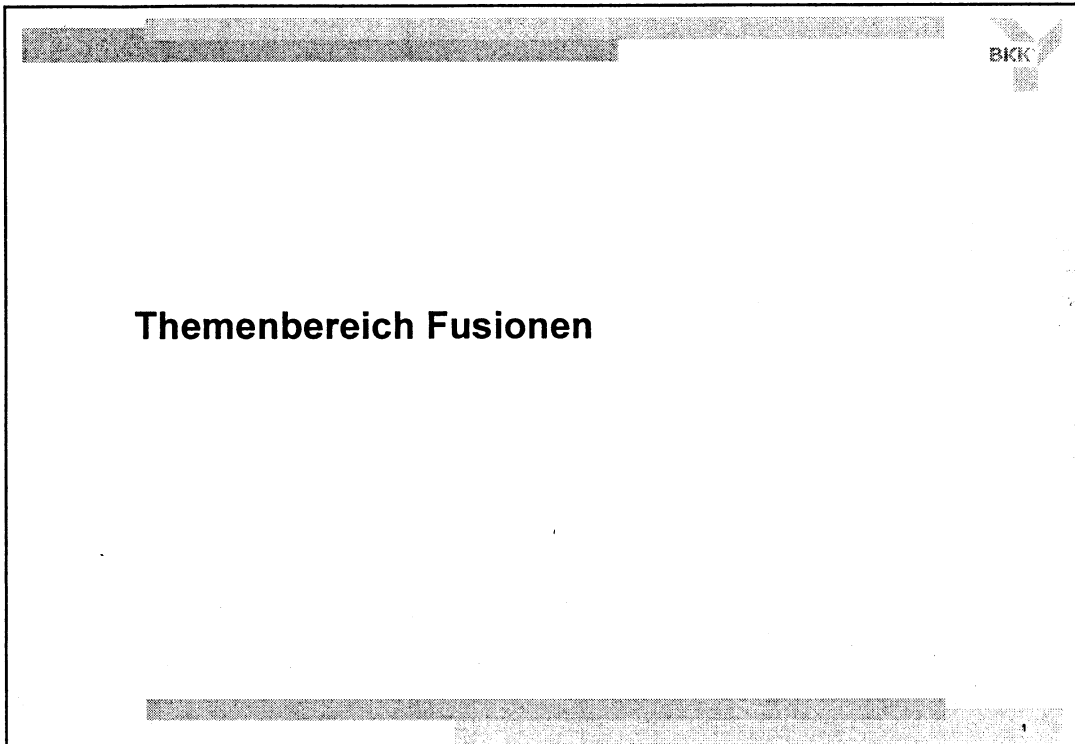
- 付属統計資料
- ドイツの病院医療について

Gesetzliche Krankenversicherung

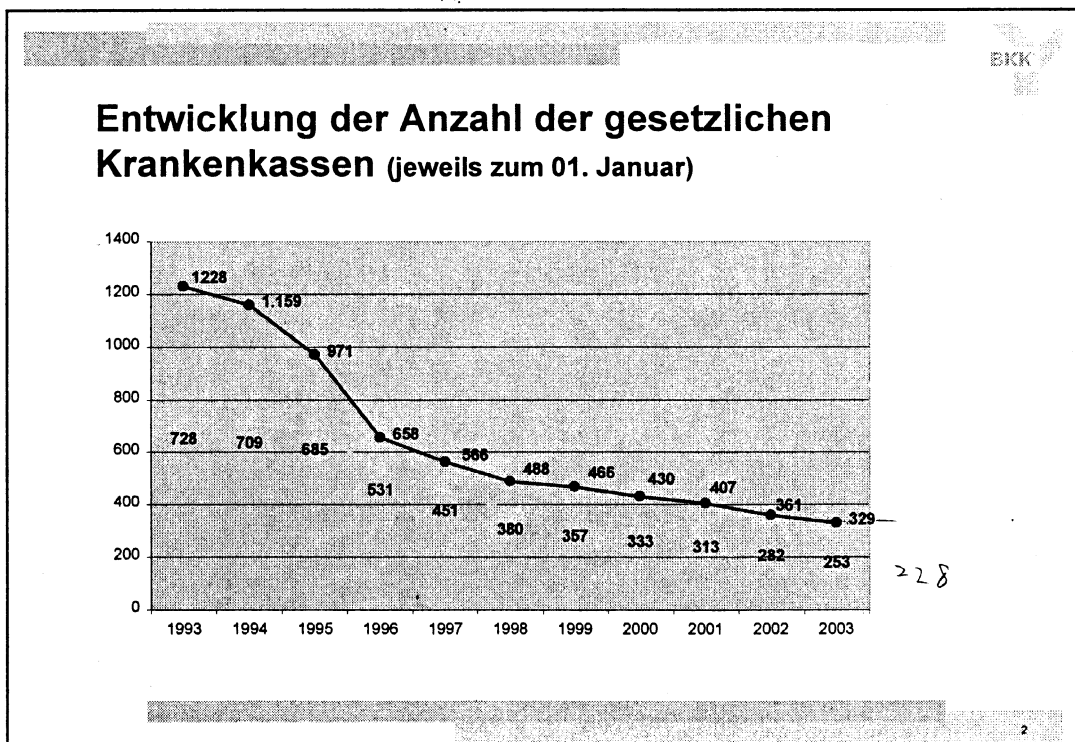
法定疾病金庫の「規模の上位15の疾病金庫」(2003年6月1日現在)

Die mitgliederstärksten Krankenkassen (Stand 01.06.2003):

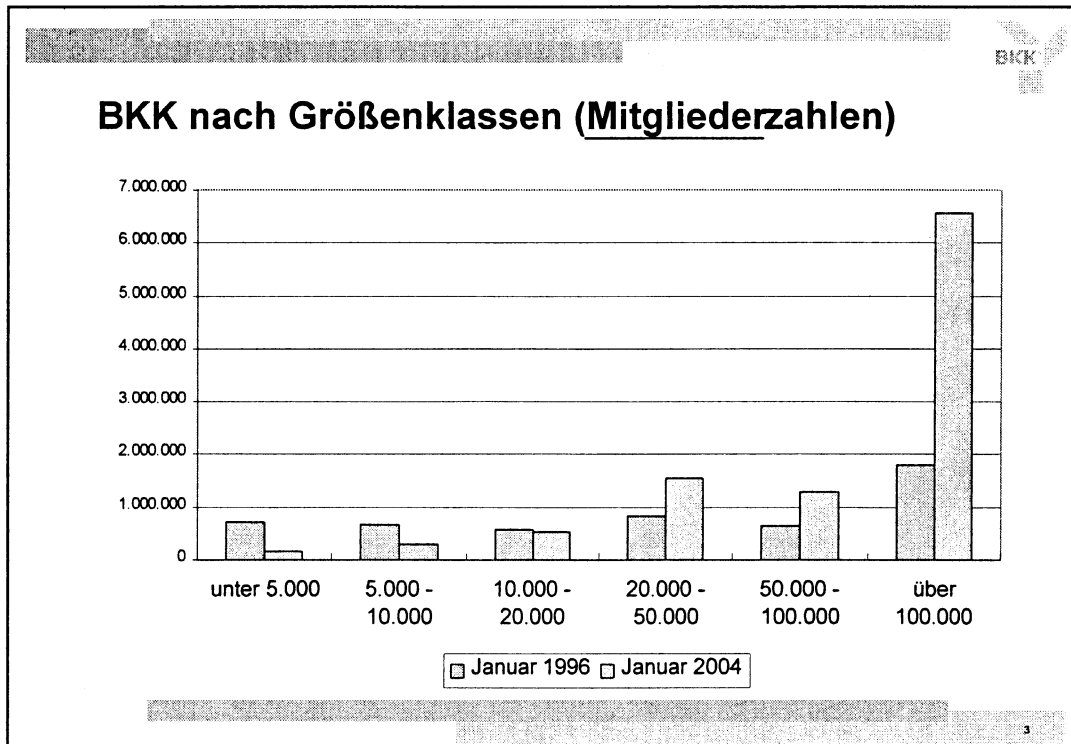
1. Barmer Ersatzkasse	(5.614.396)
2. Deutsche Angestellten Krankenkasse	(4.988.987)
3. Techniker Krankenkasse	(3.436.904)
4. AOK Bayern	(3.158.212)
5. AOK Baden-Württemberg	(2.911.676)
6. AOK Rheinland	(1.782.426)
7. AOK Niedersachsen	(1.607.586)
8. AOK Sachsen	(1.561.025)
9. AOK Westfalen-Lippe	(1.415.914)
10. Kaufmännische Krankenkasse Halle	(1.365.516)
11. AOK Hessen	(1.183.010)
12. Bundesknappschaft	(1.109.472)
13. Gmünder Ersatzkasse	(864.633)
14. AOK Rheinland-Pfalz	(823.840)
15. Deutsche BKK	(792.726)



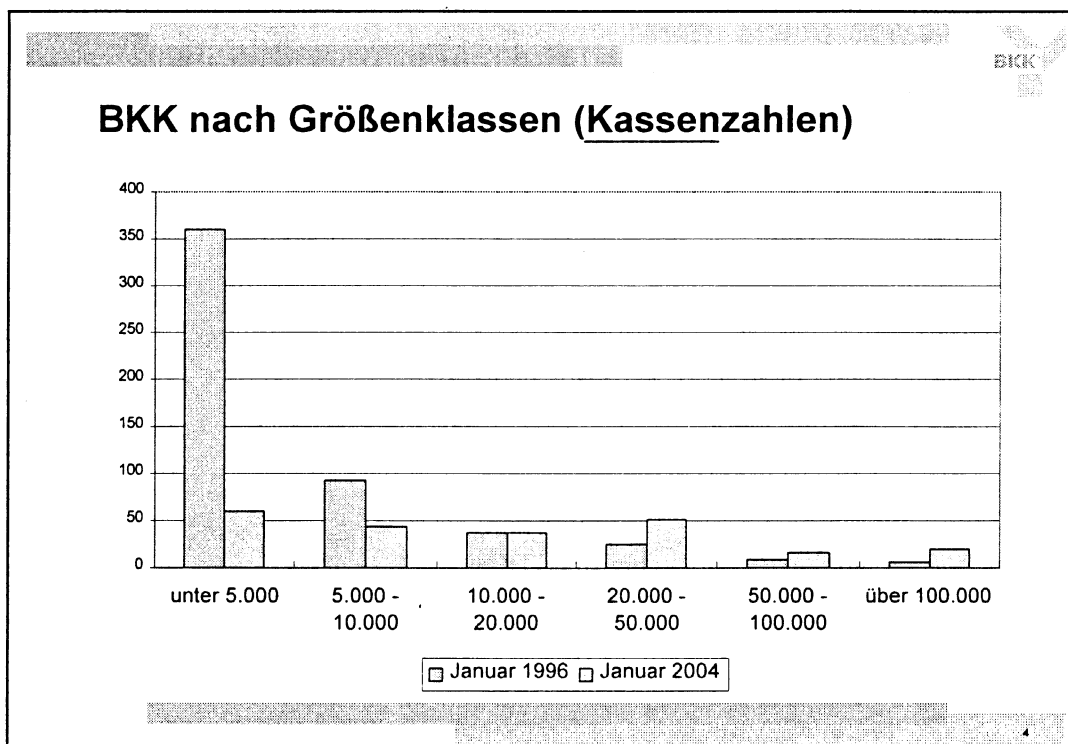
1. 法定疾病金庫数の年度別変化



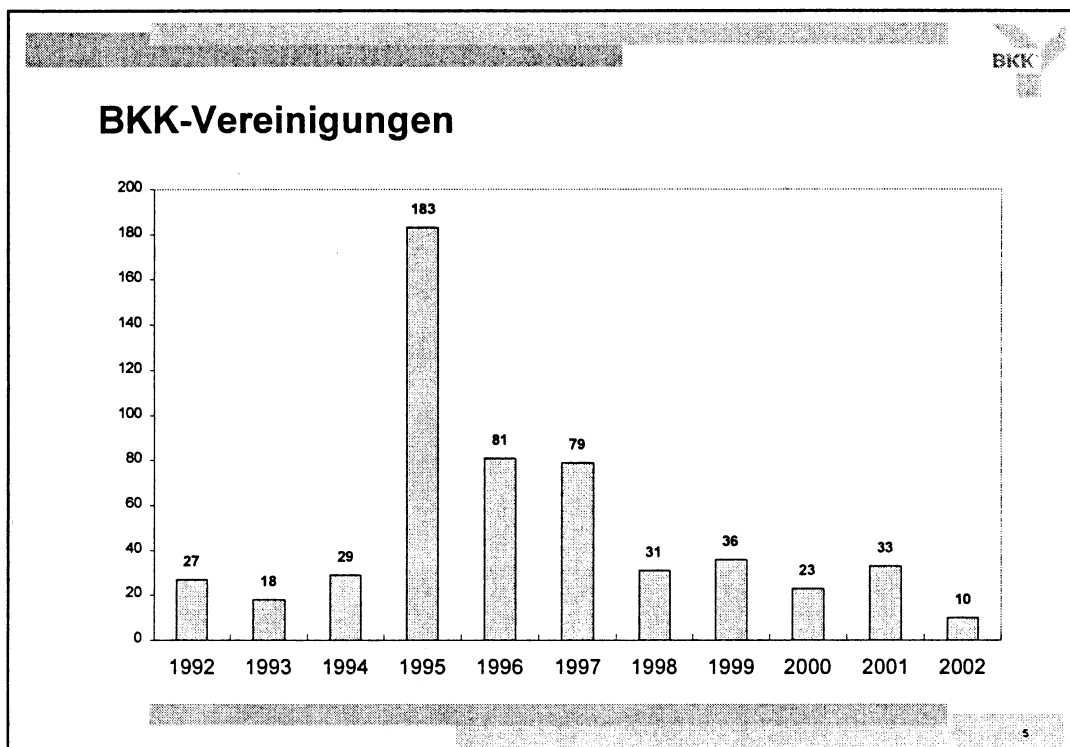
2. 規模階級別企業疾病金庫（被保険者数）



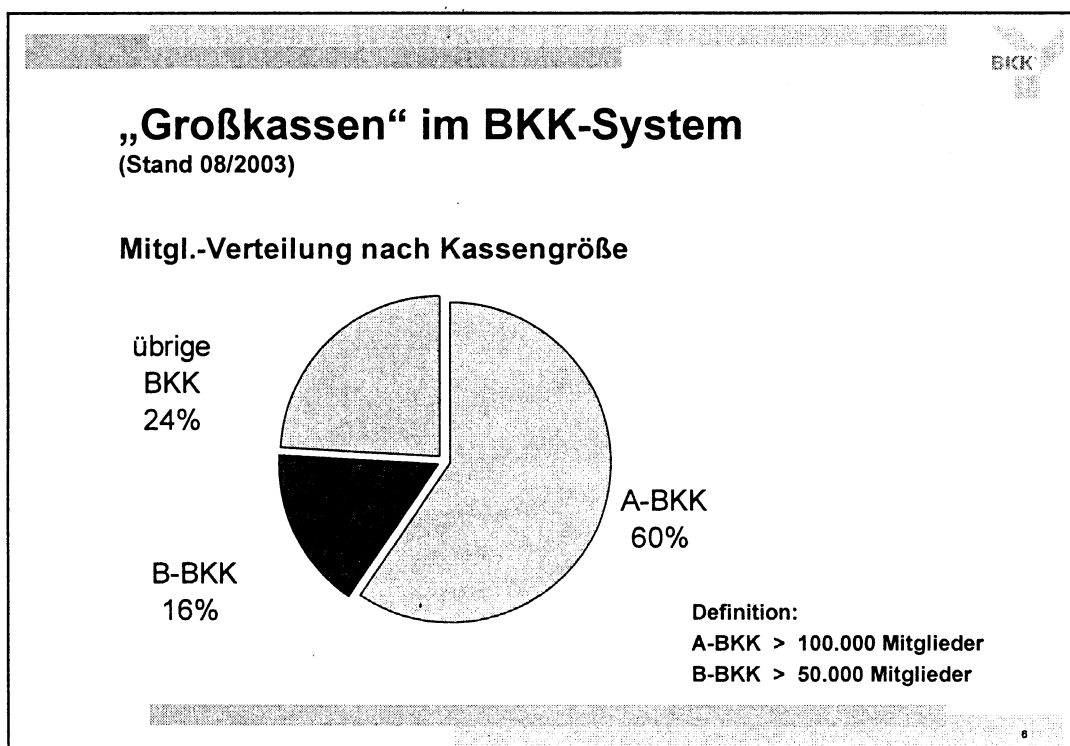
3. 規模階級別企業疾病金庫（金庫数）



4. 企業疾病金庫の（年度別）統合数



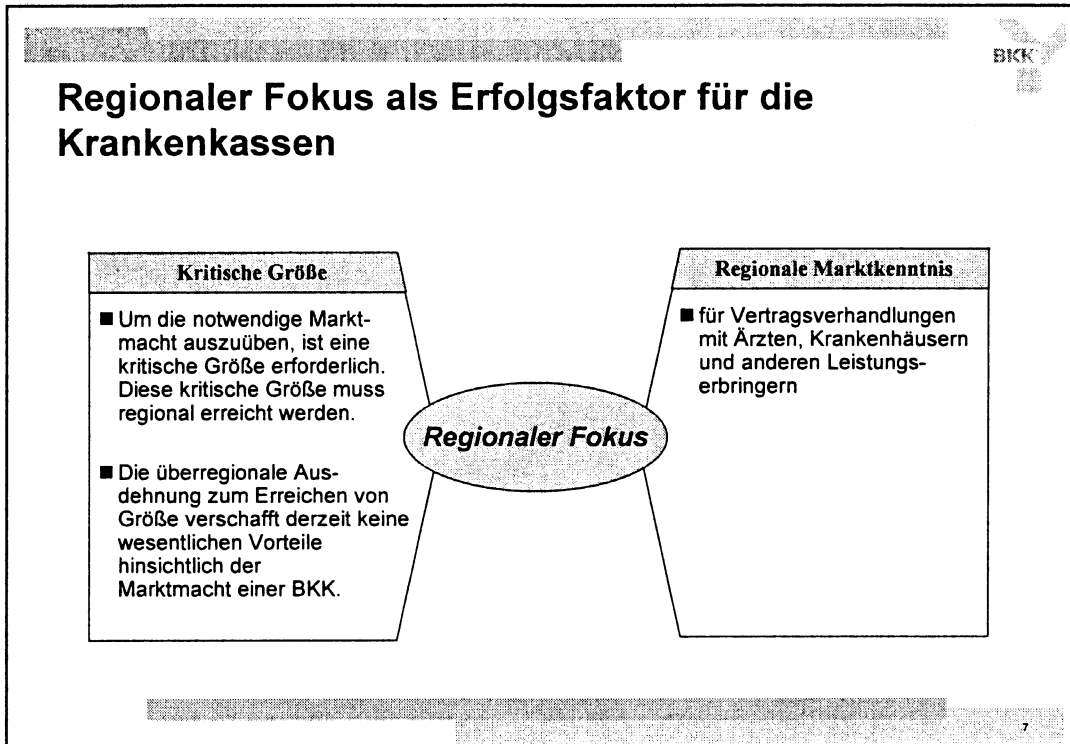
5. 企業疾病金庫の規模



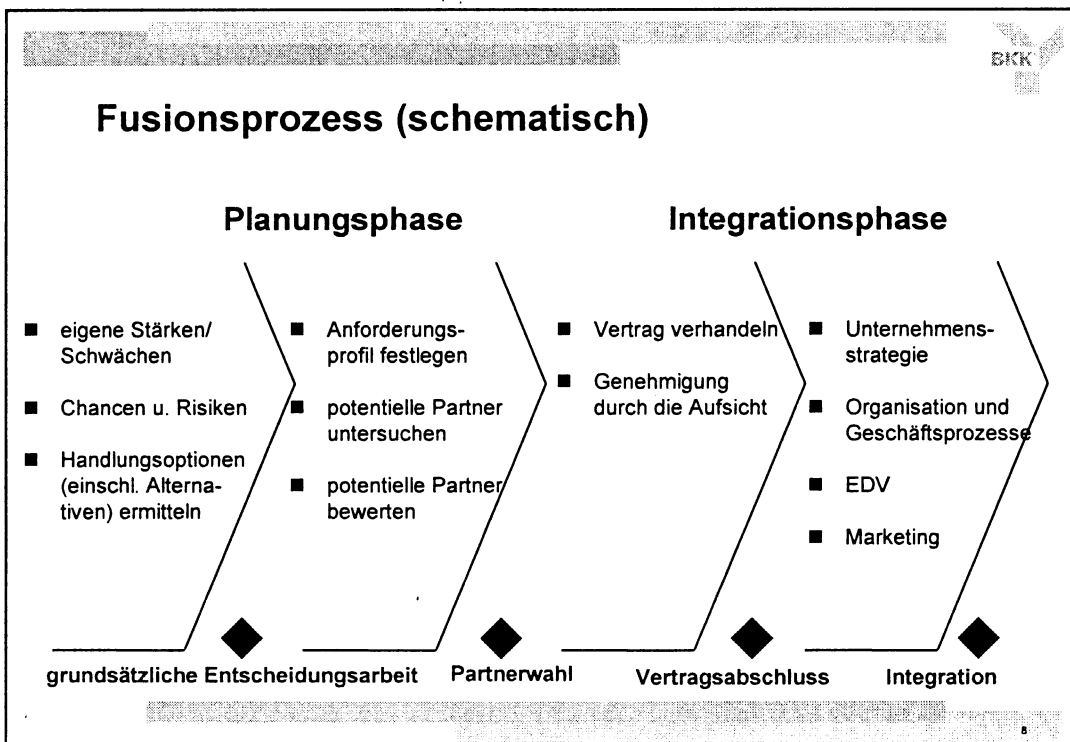
規模階級別被保険者数の割合

被保険者数 10 万人未満	60%
被保険者数 5 万人未満	16%
その他	24%

6. 疾病金庫の成功要素としての地域の焦点



7. 統合のプロセス




8. 統合の基礎 (1)、(2)

BKK

Gründe für Fusionen (1)

mögliche Fusionsanlässe

- Konzernkassen
- Branchenkassen (z.B. Automobil-, Chemiekassen)
- regionale Stärke
- West-Ost-Kassenzusammenführung
- höherer „Verbindlichkeitsgrad“ als bei Kooperationen bei Aufgabe der rechtlichen Selbständigkeit



9

BKK

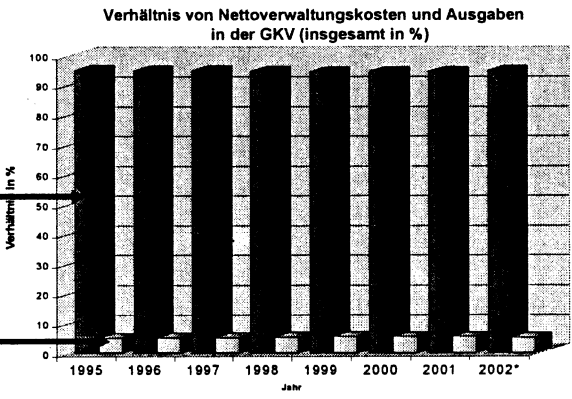
Gründe für Fusionen (2)

mögliche Fusionsanlässe

- vertragspolitische Motive
- Fixkostendegression

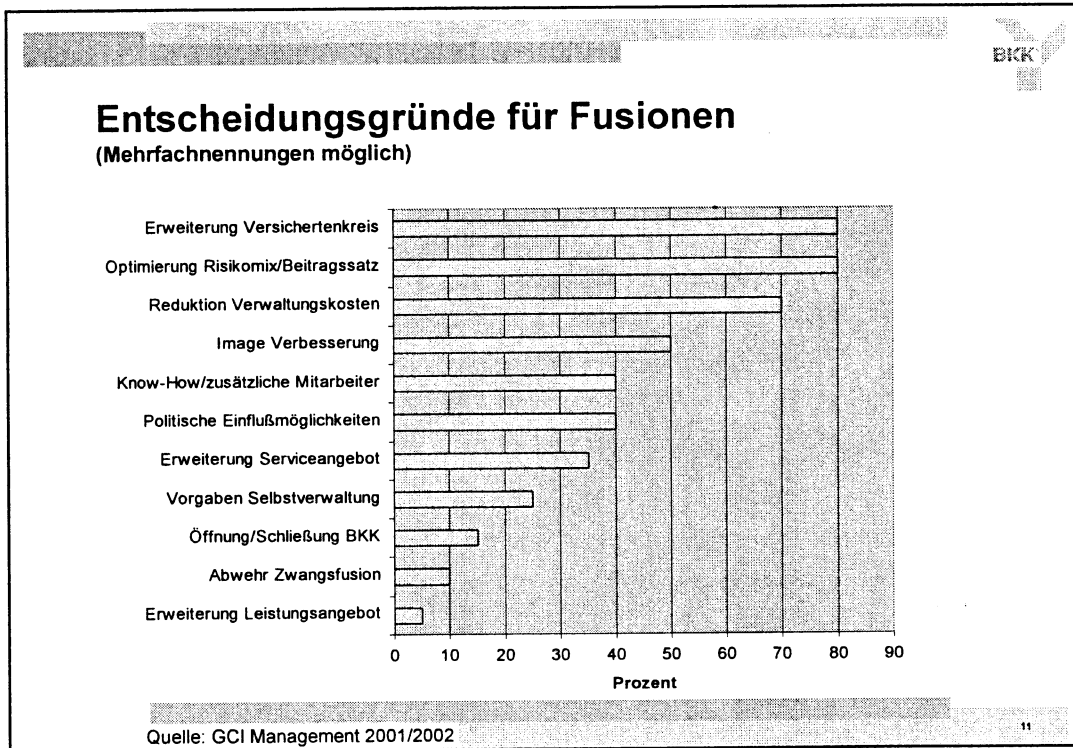
weniger rational aus betriebswirtschaftlicher Sicht:

- Größe als individuelle Existenzsicherungsmaßnahme
- „exitus triumphalis“

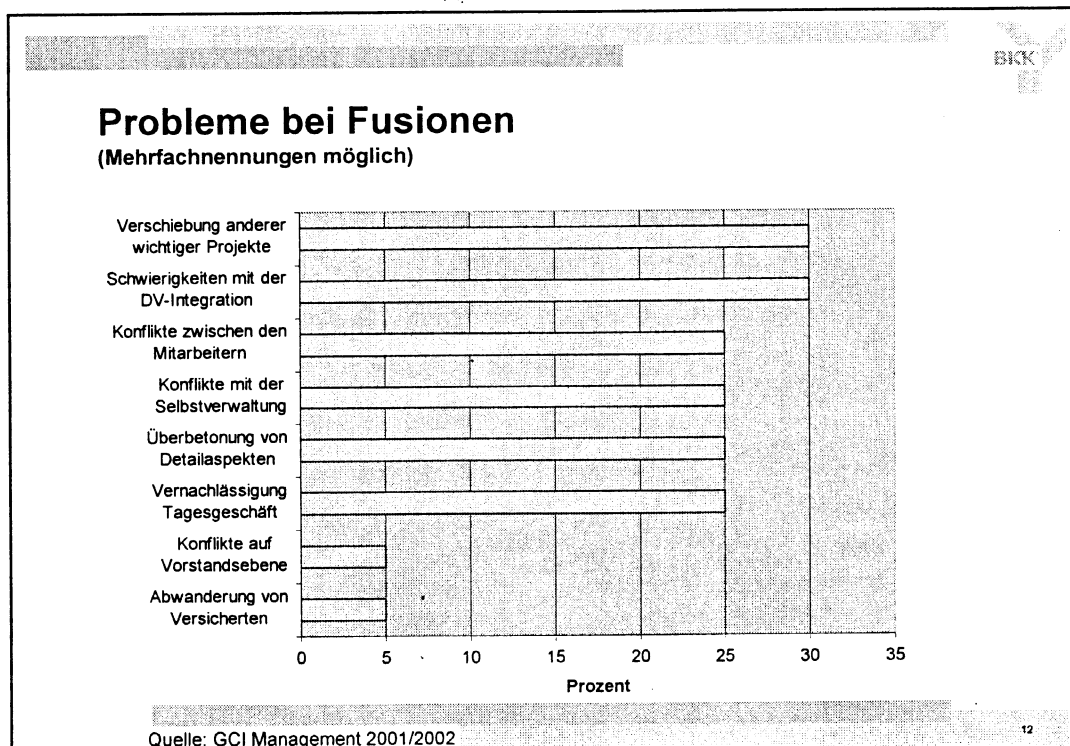


10

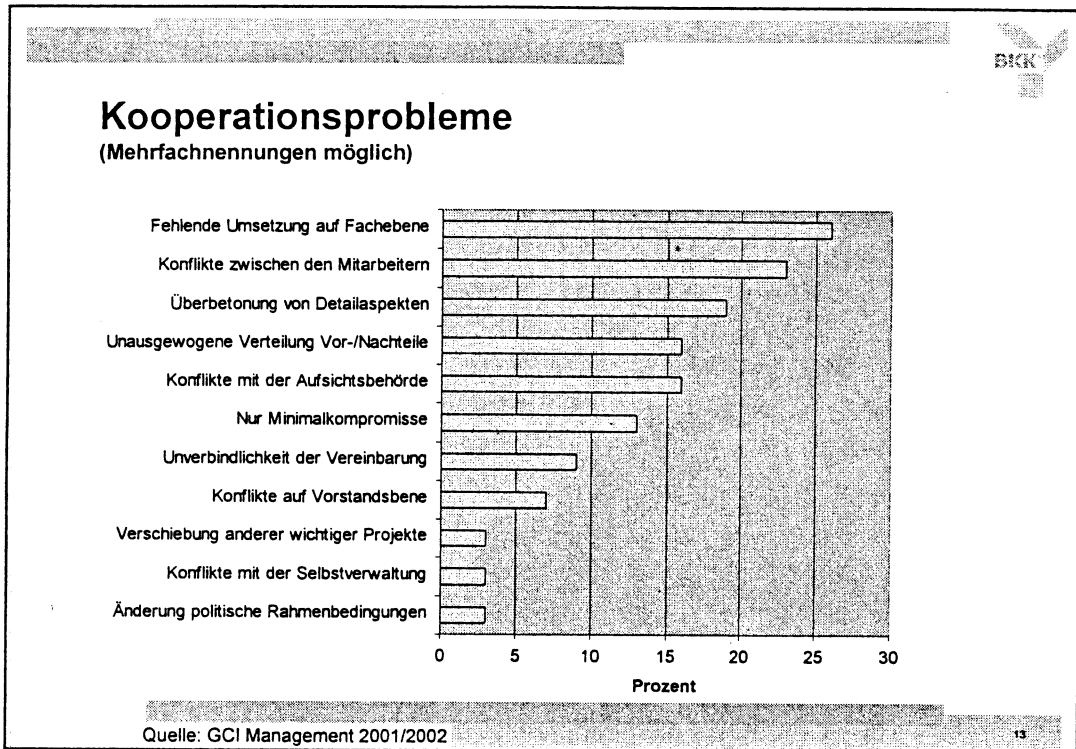
9. 総合決定の基礎



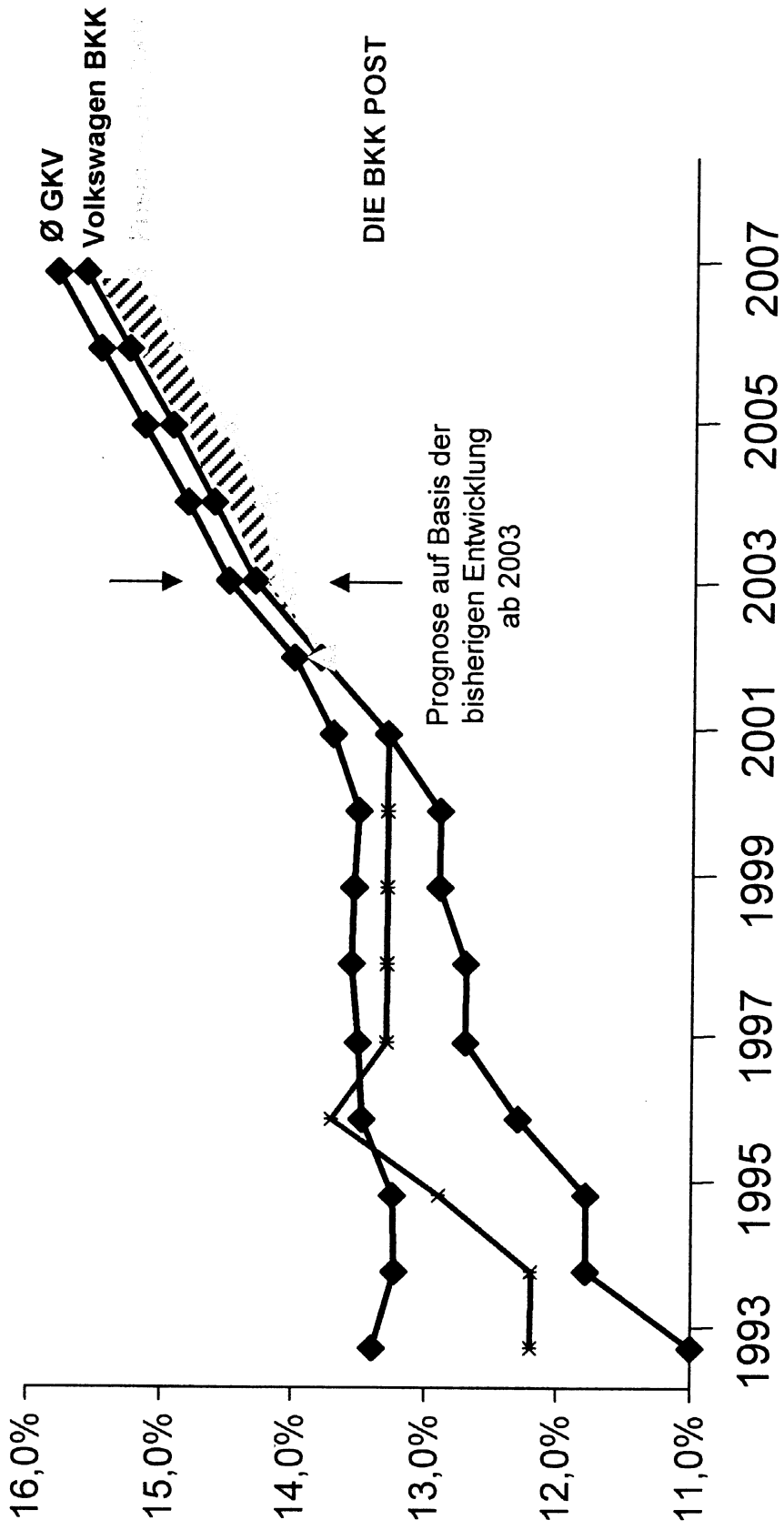
10. 統合上の問題



1.1. 共同上の問題



Beitragssatzentwicklung mit Risikoprognose ab 2003



ドイツの病院医療システム

ギュンター・ノイバウアー

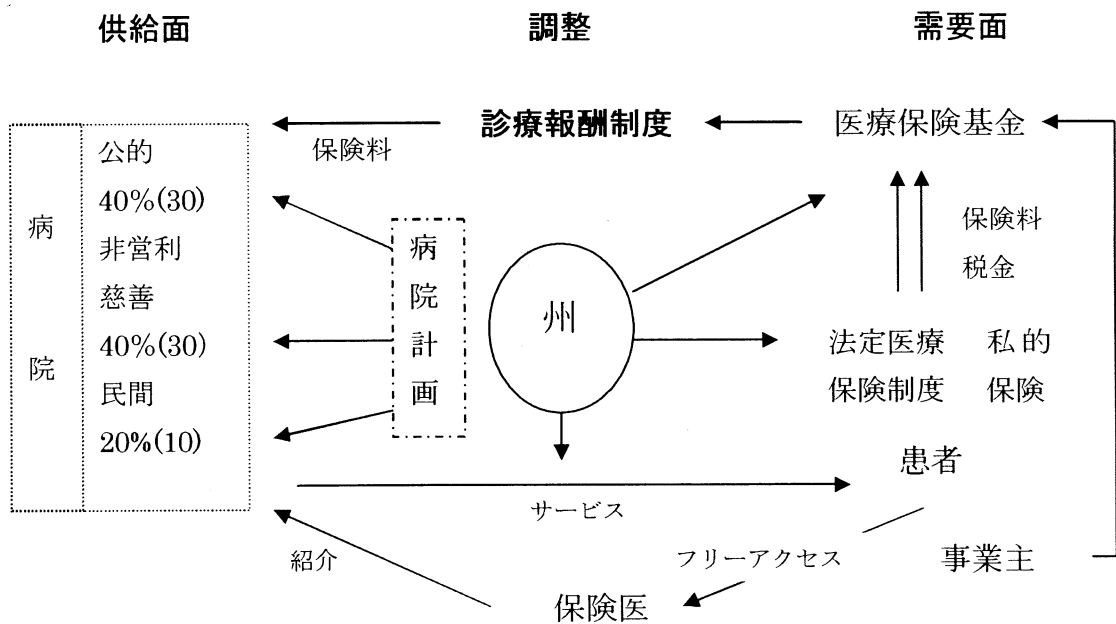
ドイツの病院医療システムは急速な変化の状態にある。以下にドイツの病院システムの基礎をなす構造と、ここ数十年の間に現れた発展の傾向及び次の数十年の見通しについて記述する。見方は医療システムのものであり、医療やビジネスの問題は二の次においている。

病院医療：根本的な構造

医療システムの研究において病院医療は三つの基本要素 (module) に分けられる。

- ① 供給要素
- ② 需要と財源調達要素
- ③ 調整要素

図表1 ドイツの病院医療制度 (2000)



図表1は、これらに三つの要素をドイツの病院医療システムの要素として示している。

ドイツの2200の病院は、所有形態により、公的病院、慈善ないし非営利病院および私的病院に分類することができる。

図表1は、それぞれの病院総数及びベッド総数に占める割合を示している。

需要と財源調達の要素は、ドイツの殆どの人は健康保険に加入していて資金調達システムに貢献している、ことを示している。

保険料は法定医療保険や私的医療保険の保険者や政府によって集められて調整要素を通じて病院に渡される。

民間医療保険は加入者数に比べてより大きな割合の資金を調達している。

民間医療保険は法定医療保険よりも常に高い診療報酬となっているからである。財源調達段階で使用者の役割が減じられることはない。使用者は全ての法定医療保険の保険料の約半分を支払う。

調整要素は、二つの部分からなる。一つは、調整は州によって行われる。それは病院計画を通して行われる。もう一つは、診療報酬システムを通して行われる。医療保険者と病院は診療報酬に対して交渉当事者である。

医療保険システムの主要な要素は患者が病院に直接にかかれないことである。

法定医療保険の患者は、最初に保険医にかからなければならない。救急の場合などにおいてだけ、患者は直接病院にかかる。

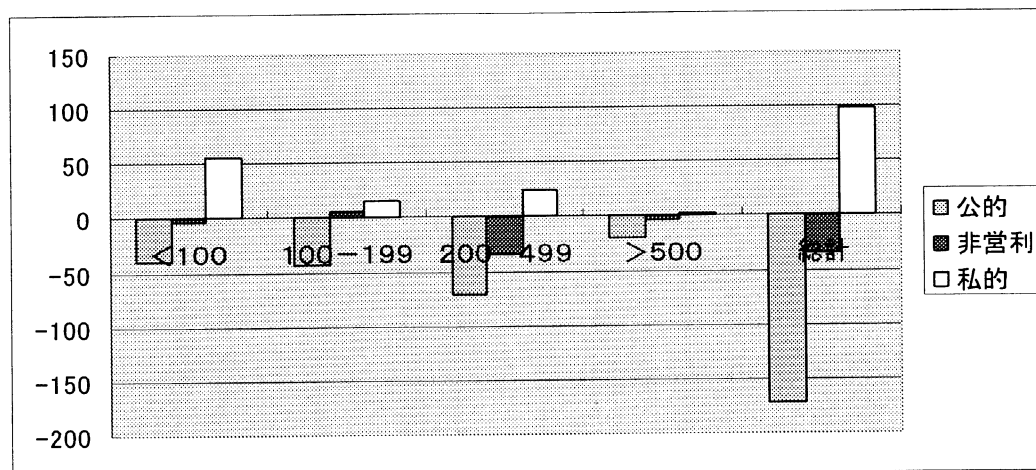
供給面

他の国と同様にドイツにおいて、病院は、過去数十年の間にサービスを顕著に高めた。図表 2 (略)は、過去における主要な病院サービスの発展を示している。

病院の在院日数がかかなり短くなる一方、取り扱い患者数は増加してきている。この傾向は入院日数の減少につながっている。

これらの発展はドイツの病院の構造に衝撃を与えた。入院日数の減少は病院のベッド数の減少を引き起こした。1993年から2000年の間に11%も病床数は減少した。同じ期間に病院数も5%減少した。収容能力の減少は、病院グループ全体に等しく生じたというよりも、劇的で現在も続いている病院自体のリストラ行動に至った。

図表 3 病院の再編成課程における勝者と敗者



図表3(略)はリストラの過程を示している。それは、主に公的病院は市場の占有割合を減少させ、他方において、私的病院は驚くほどの高い占有割合を獲得したことを明らかにしている。

しかし、図表3(略)は私的病院チェーンが最も急速に伸びたことを説明していない。1990年から1999年における病院全体の患者数の伸びは15%であったけれども、四大私的病院チェーンは1600%も患者数を伸ばした。このような驚くべき成長率は市場全体に配分されるはずがなく、むしろ主に、市場占有率内部の再配分として割り当てられた。この傾向は次の10年間は続くものと予想された。私的病院が現在占める12%の市場占有率は次の数十年間で二倍になると予期されている。これは今後20%から25%の間で増加する可能性を意味する。

ドイツの病院の発展を他の主要国の発展と比較すると同様の傾向がある。しかし、達成された水準は非常に異なる。

図表4(略)はドイツの主要な統計と他の主要国の統計との比較である。

ドイツは依然として比較的長い在院日数となっている。しかし、一人当たりのコストは在院日数が予想させるほど悪くはない。

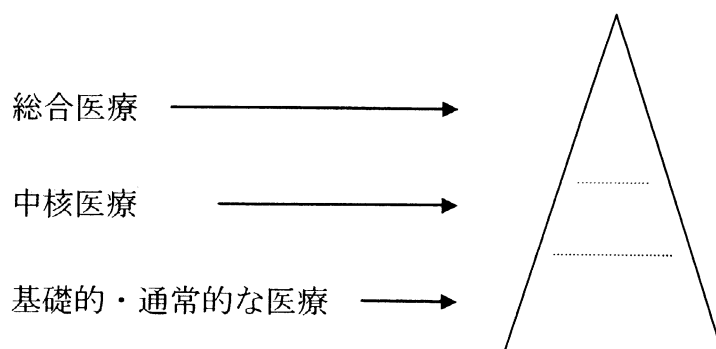
ドイツの病院は比較的低いレベルのコストを維持しながら広範囲のサービスを提供していると結論づけられる。アメリカにおいては、病院治療は選択的で在院日数は比較的短い。それにもかかわらず病院の人数当たりのコストは比較されている全ての国の中で明らかに最も高い。

特別な治療グループの比較は国際的な規模ではまだ可能ではない。

州による調整

ドイツにおける病院医療は1972年以来個々の州が責任を負っている。基本的な管理の考え方は階層的な医療構造にある。病院は、三つに分かれた医療グループに分類される。

図表5



病院医療の階層構造

総合医療	1. 5百万住民につき、 1×1000床
中核医療	1. 5百万住民につき、 4×700床
基礎的・通常的医療	1. 5百万住民につき、 19×250床

基礎的・通常的医療は、一般的な手術、投薬や婦人科治療を含み、その地方で提供される医療を意味する。このグループの病院は250ベッドを有する。

第二次の医療レベルは、コア医療で、病院サービスを含み、基本的な医療とともに、腹部または血管の手術のような追加的な専門治療を提供する。

内科医療は、幅広く専門を取り入れている。

その上に、耳鼻咽喉科、眼科、泌尿器科のようにより小さな専門のための病床がある。コア医療グループにおける病院は約700床あって、およそ50万人に役立っている。

最も高次の医療レベルは総合的医療を含む。ここでは、病院は医療サービスの完全な範囲を提供する。いくつかの市民病院もまたこのトップグループに含まれるけれども、これらは典型的に大学病院や大学専門病院である。

地域医療の計画目標にかなう全病院は、全ての病院の97%が含まれるが、それぞれの州の病院計画に組み入れられている。病院計画は専門分野の定員と病床数を限定している。他方、病院計画の直接の要素ではないが、大学病院やクリニックは医療システムに必要な部分である。専門病院は少し異なった役割を果たして、専門医療グループに類型化するには難しい。

病院に病院計画に従ってもらうことを確実にするために、計画に組み込まれた病院は、それぞれの州の財務部門によって徴収される税金から資本支出に資金提供してもらえ資格を有している。構造や領域に従って定員を変えることは病院計画や個々の州の財政当局？ (funding agency)によってのみ可能であり、私的な利益を目的とした病院も明白な支配の下に置くことを意味する。私的な病院も病院計画に組み入れられていれば資金を受ける資格がある。利益を目的とした病院の80%は実際に病院計画の下にある病院である。

病院計画はいくつかの理由で過去数十年にわたって機能しなくなっている。

第一に、州は、経営に必要な資本支出のために資金を供給するという合意をあまり守らなくなった。州の資金提供の削減から病院は自主的な投資に向かった。そのことは、文字通り定員はもはや病院計画の要求に従わないで確立されることを意味した。

第二にそしてより重要な理由として、患者は計画で設定された医療の階層的な提供にますます執着しなくなった。保険医は、もっとも近いところで、適した医療をもっとも効率的に提供する病院を紹介することを要請されている。

このことがまた意味するものは、患者は病院を選択することが自由ではなくて、最適な病院計画による病院を探さなければならないということである。もし、その病院が治療に適した形の医療を提供しているならば、患者は、このように基礎的医療グループの中の病院に行かなければならない。

病院への距離があまり問題にはならない大都市圏においては、患者は、基礎的な医療グループの病院よりも中核グループの病院に行くことを選ぶ。

と言うのは、患者は、より広範なより高い質の医療サービスを受けることを期待しているからである。紹介にあたる保険医は、患者の希望に逆らうことは難しい。なぜならば、保険医は患者を失うことを恐れているからである。

これは10%から30%の患者がもはや次善のレベルの医療を紹介されることなくより高次の医療を受けているからである。このため異なる医療グループ間の競争をもたらしている。競争は単に異なる医療グループ間においてだけではなく、特殊な医療グループの病院間でも生じている。このため病院計画において、必要とされる病床数を過剰に見積もらせる主な理由となる一連の不十分な計画手段を含む第三の問題領域を生じさせている。病院在院日数は予測した以上により短くなった。そして、病床数を減らすことは非常に困難であった。と言うのは、病床数を減らすことは多くの防衛機構の引き金を引くからである。殊に、都市レベルにおいては、結局、病院は小さな町にとっては重要な経済要素なのである。

事実、病院は割り当てられた病床数を維持することを望むし、州の資金供給が結びついていて、過剰な規模にさせる。過剰な規模は、今度は、技術革新を通して管理されている患者をめぐる競争にいたる。技術革新は投資を必要とするが、それについて州は資金を提供しない。剰余を達成できるのは自身で資本支出を調達できる病院のみである。第三図に示したように、民間病院に急激な拡大を許し、他方で、市立(町立)病院を縮小させた、主な成功要素の一つである。全体的に見れば、ドイツの病院計画は調整力を失っている。第二番目の調整のための基本要素である診療報酬が、このように重要性を帯びて来る。

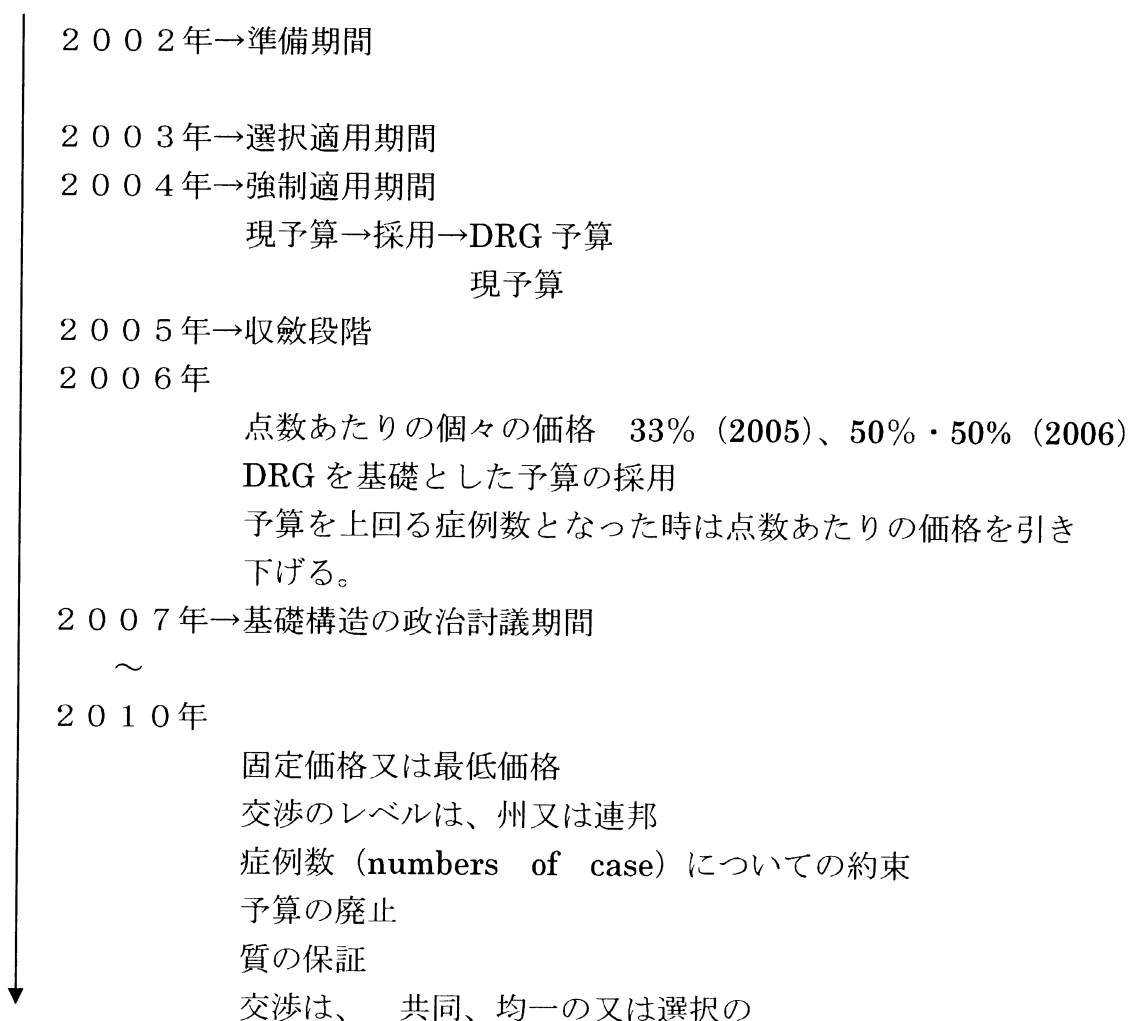
診療報酬を通じた調整：症例あたりの包括支払い制度

症例あたり包括支払い方式は、ドイツにおいては、1995年に導入された。

それは明確に定められる外科手術の小部門に適用された。他の大抵のサービスは病院在院日数の長さに従って報酬が決められことが継続された。2000

年に、ドイツ政府は広範囲な包括払い制度を実施することを決定した。そして、それはオーストリア方式のDRG制度に基づくものであった。これは診療報酬制度を根本的に再構築することを意味した。図表6でDRG制度の実施について説明した。7年かけて実施することが計画された。

図表6



2003年に、病院は、包括支払いを基礎としたサービスの請求書を送ることを選択できることとなった。しかしながら、このような請求書で請求することは、急激な財政上の衝撃にはならなかった。なぜならば、日数ではなく転帰 (cases) に応じて配分されたが、現存する病院予算は依然として適用されたからであった。

同時に、病院は、患者記録の作成や符号化及びグループ分けの包括的な制度を実施しなければならない。およそ60%の病院がこれらの選択を行った。

政府は選択した病院の予算に、他の病院よりも、より大きい伸びを認めることでこの選択にインセンティブを与えた。2004年には全ての病院はこの新しい制度を採用することが要求されるであろう。

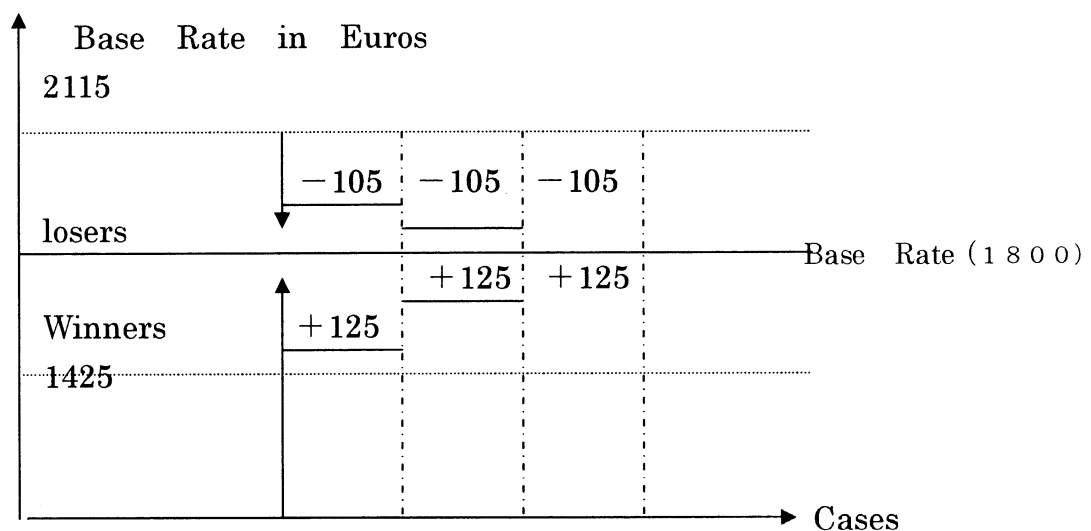
しかし、このことは病院にとって急激な財政上の衝撃にはならないであろう。

この制度は、集合段階である2005年と2006年にのみ、財政的に効果があるのであろうか。第7図は、標準的な価格は2005年及び2006年に徐々に完全になることを示している。このことは、個々の州における基礎となる価格は、全ての病院の全ての基礎的な価格の平均値として実施される。より高い基礎的な価格の病院は価格を切り下げることが強制されるのに対し、より低い基礎価格の病院は余剰を生じる。

標準化された価格のこのような圧力は、再構築過程を促進する。図表3参照。再構築は現状の形でよりスピードを上げて続くことを予想させる。このことは、実際上、公的病院は敗者で、私的病院チェーンは勝者で、教会が運営する病院は現状の位置を保持することを意味する。

2007年から、基礎価格は州レベルで医療保険者団体と責任を有する病院事業体との間で、それぞれの場合について交渉が行われることとなろう。医療保険者はこのように価格交渉において直接的にかかわる影響力を得る。

図表 7



概して、DRGシステムは医療保険者の立場を強化するのに対して、州によって行われてきた病院計画はその重要性を失う、ことは明らかである。

既に州の指導する病院計画と医療保険者との間において長期にわたる衝突の兆しがある。州は州民のために州全体にわたる医療を確保することを望むのに対し、医療保険者は、効率的で効果的な医療サービスの提供に関心がある。もし、州知事や地方自治体が病院医療を地域の経済政策の一部と見れば、このことは衝突の原因にはならないだろう。州知事は、価格機構に対してより影響力を獲得するように戦っている。これは、例えば、価格調整を実施するように当局に要求することにおいて明らかである。

他の側で、医療保険者は、交渉できる自治権を確保しようと戦っている。事実、医療保険者は、全ての病院計画による病院と契約しようとは思っていないで、好ましいところと契約したいと思っている。このことは現在の病院計画の終焉を意味する。医療保険者が取っている方法があまり進まないのは、交渉する基礎価格を最高価格と考えているところにある。基礎価格より下の診療報酬を交渉して決めたいと思っている病院を見つけられる医療保険者は、そうすることが許されるであろう。われわれは現存する集団契約の調整に柔軟性を加える選択的な競争のことを話している。DRGシステムの実施によって図表2及び3に示した傾向はより早いペースで続くであろう。多くの病院は規模を縮小する。と同時に、集中の波は病院全体に生じている。私的病院チェーンはこの傾向において先駆者の役割を果たすであろう。

概観

ドイツにおいては、病院内のサービスの過程や活動の形は提供されている病院医療の変化によって影響を受けている。病院サービスは病床とは関係がよりなくなり、デイクリニックや外来医療と関係がより生じている。

全ての病院のおよそ30%の患者は外来ベースであるいはデイクリニックで治療ができるであろう。医療システムに割り当てられる予算が厳しくとも、そのような発展は歓迎する。それでも我々は潜在的に節約できることを過大に評価すべきでない。

第二に発展の道は病院側にあることは明らかである。病院は周辺にある医療サービスを統合し集団化する医療センターにより形を変えてきている。医療保険者は、統合医療は、医療を高め、より費用効果をもたらす方法と見ている。

最後に、患者は、病院サービスの透明性を増すことを要求している。この傾向は、他の国では消費者主義と記されるが、ドイツにおいても前進してきている。

一方で、患者協会は医療構造の設計により関わりたいとしている。

他方、2000年に制定された法律で、病院に二年置きに「質に関する報告」

を作成し発行することを義務付けるDRGシステムを実施することとなっている。

DRGシステムは、このように病院サービスを患者にとってより透明なものにしている。

別の長期の軽んじてはならない要素は、EUの要素である。患者はEU内で国境を超えて益々移動している。ヨーロッパ裁判所を通して法律の調和が、医療労働法において2003年に起きたように病院の構造や治療方法に益々衝撃を与えるであろう。中期的に見れば、ヨーロッパの統合はたぶん病院医療に変化を引き起こす最も重要な要素であろう。

平成15年度 医療保障総合政策調査・研究事業
平成16年9月

ドイツにおける
企業疾病金庫の統合を進めた背景・要因、統合実態に関する研究
報告書

発行 健康保険組合連合会 共同事業部
〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4

※ 無断転載複製を禁じます