

ドイツの医療保険制度改革追跡調査報告書（概要）

ドイツでは、メルケル首相率いるキリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）と社会民主党（SPD）の大連立政権のもと、2007年2月に「公的医療保険競争強化法（Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung ; GKV-WSG）」が成立した。同法には、国民皆保険化や連邦補助金の拡大、異種間の疾病金庫の合併容認、診療報酬制度の改正のほか、2009年1月からは「医療基金（Gesundheitsfond）」の導入が盛り込まれた。

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

また、同法に関する関係者の評価を把握するため、2008年11月3～7日に現地調査を実施し、連邦保健省、AOK連邦連合会、BKK連邦連合会、BKK Ford & Rheinland（開放型企業疾病金庫）、E.ON BKK（閉鎖型企業疾病金庫）、連邦保険医協会、民間医療保険協会、ドイツ使用者団体連邦協会（経済団体）、ドイツ労働総同盟（労働者団体）といった多様な機関・団体に対してインタビューを行った。なお、現地調査には土田武史教授（当時、マックス・プランク外国社会法・国際社会法研究所）に同行していただいた。

1. 公的医療保険競争強化法とその評価

（1）統一保険料の導入及び医療基金の創設とその評価

①統一保険料の導入及び医療基金の創設

従来、医療保険の保険料率は、当事者自治の一環として、各疾病金庫が独自に決定していたが、2009年1月からは全国一律の「統一保険料率（Einheitlicher Beitragsatz）」が導入されることとなった。つまり、保険料率の決定権が各疾病金庫から国家に移ることになる。2008年10月には、2009年の統一保険料率を15.5%とすることが閣議決定された。この15.5%のうち14.6%が労使折半部分で、残りの0.9%は傷病手当金の請求権のある被保険者が負担する。また、2009年1月には「医療基金（Gesundheitsfond）」が創設され、被保険者から徴収された保険料は医療基金に納められた後、「罹病率によるリスク構造調整（Morbiditäts-Risikostrukturausgleich ; Morbi-RSA）」を経た交付金（Zuweisung）が各疾病金庫に配分されることになる。

医療基金の創設と統一保険料率の導入について、疾病金庫や疾病金庫連邦連合会等からは、社会保険における当事者自治の原則を侵害し、国家介入を強めるものだといった批判が大きい。AOK連邦連合会では「これまでのように各疾病金庫が自らの経営状況

に応じて保険料率を独自に決定することができなくなる。これは当事者自治への政府による干渉である」と主張している。また、BKK 連邦連合会でも「統一保険料率の設定は国家による中央集権化の現れである」と批判している。さらに、開放型疾病金庫である BKK Ford & Rheinland からは「競争強化といいながらも、保険料率での競争がなくなったため、むしろ、競争の余地が制限されてしまった」といった批判も聞かれた。この点については、連邦保健省も「これまで疾病金庫が持ってきた権限のうちの大きな部分が喪失することになる」、「統一保険料率を政府が決定するという点で国の権限が強まったのは事実である」と認めている。

②追加保険料の徴収

これまで疾病金庫間の競争要素の一つとして保険料率があったが、今後は競争の要素から外される。今まで低い保険料率で健康な若者を集めてきた疾病金庫では、罹病率を加味したリスク構造調整の導入により収入が減り経営が厳しくなるのではないかと見方もある。

各疾病金庫では医療基金から配分される交付金収入に対して、いかに支出を抑えるかがマネジメントの大きな課題となる。結果的に医療基金から配分される交付金で自らの支出の 95%までしか賄えない場合、その疾病金庫は「追加保険料」を被保険者から徴収することができることになっている。しかし、追加保険料を徴収する場合、被保険者には「特別解約告知権」が与えられる。そのため疾病金庫としては、追加保険料の徴収は被保険者の流出につながり、命取りになりかねない。AOK 連邦連合会や一部の BKK などは、追加保険料の徴収の有無が疾病金庫の生き残りに大きな影響を与えるのではないかと懸念している。

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

(2) 罹病率加味のリスク構造調整をめぐる評価

2009 年 1 月からは罹病率加味のリスク構造調整が導入されるが、関係者の評価は賛否両論である。

AOK 連邦連合会は、長年、「罹病率をリスク構造調整に取り入れるべきである」と主張してきたことから、今回の罹病率加味のリスク構造調整を歓迎している。罹病率加味のリスク構造調整の結果、AOK 被保険者の 60%~70%がカバーされることになり、大きな収入増になるものと見込んでいる。

一方、BKK 連邦連合会は罹病率加味のリスク構造調整の導入について反対しており、

今回の決定についても「疾病金庫が医療提供者と交渉し、良質で効率性の高い医療を提供しようとするインセンティブを阻害するものであり、非常に大きな問題をはらんでいる」と批判している。BKK はリスク構造調整においてこれまでも拠出側であったが、今回の措置でさらにその立場が強まることははっきりしているからである。しかし、BKK によっては、今回のリスク構造調整の結果、加算交付金による収入が増える、あるいは変わらないと見込んでいるところもあり、一枚岩とはなっていない。

疾病金庫以外の関係者の評価をみると、ドイツ労働総同盟では、以前から、「疾病金庫がリスク選別を行わないようにするためには、できるだけ公平な調整が必要であり、罹病率を加味したリスク構造調整は早急に必要である」と主張しており、今回の導入を概ね評価している。また、ドイツ使用者団体連邦協会も、「十分に機能しないリスク構造調整下では公平な競争が進まない。罹病率加味のリスク構造調整の導入については評価している」と賛成の立場である。ドイツ使用者団体連邦協会では、罹病率加味のリスク構造調整を導入すれば、各疾病金庫が罹病率による加算交付金を受け取ることで、疾病予防活動や早期の治療等に取り組んで、結果的に医療費を削減できるのではないかとみている。

（３）疾病金庫の組織改革をめぐる評価

2008 年末に「疾病金庫中央連合会」が創設・公法人化され、これまで疾病金庫の種別毎に 7 つあった各疾病金庫連邦連合会については、公法人の資格がなくなった。これに対して疾病金庫側からは、「当事者自治を侵害し、政府介入を強めるものである」と強い抵抗があった。

BKK 連邦連合会はドイツ労働総同盟やドイツ使用者団体連邦協会と協調して大きな反対活動を行い、法案作成時の公聴会への代表者参加をボイコットするなど強硬手段にも出た。AOK 連邦連合会も「これまでは 7 つの疾病金庫毎に連邦連合会を設立していたが、疾病金庫中央連合会の設置により、当事者自治を抜きにした中央集権化が医療制度ないし疾病金庫に加えられたのは明らかだ」と批判している。

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

（４）連邦補助金の拡大をめぐる評価

ドイツ公的医療保険は、わが国とは異なり、保険料のみを財源に運営し、政府の介入を極力排除してきた点に大きな特徴がある。しかし、2004 年に施行された医療保険近代化法（GMG）では「保険になじまない給付」（母性保護給付金や出産手当金、子の病気の際の傷病手当金）について税財源である連邦政府補助金、具体的にはたばこ税の一部が投入されるようになった。

今回の改革では、この給付に対する連邦政府補助金が増額されることとなった。計画では、2008年に25億ユーロ、2009年に40億ユーロと増額し、2010年以降は最終的に140億ユーロに達するまで毎年15億ユーロずつ引き上げていく予定となっている。

連邦政府補助金は「保険になじまない給付」に対する補助となっているが、各疾病金庫に対しては加入者数に応じて給付される仕組みとなっており、実際の用途についてはこれに限定されていない。連邦政府補助金の増額については、「保険になじまない給付」は政府責任で行うものであるといった意識が浸透していること、「保険になじまない給付」額そのものをカバーできるだけの金額が投入されていない状況であることなどから、国家介入に対する警戒心はそれほど強くなかった。ただし、ドイツ労働総同盟からは「連邦補助金の投入は望ましいことではあるものの、国家があまり影響力を持たない形で投入すべきである」、「財務省の考えで予算が減らされる可能性もあり、確保が確実ではない財源である」といった意見もあった。

(5) 国民皆保険化をめぐる評価

2009年1月からは無保険者に対する「基本タリフ」の提供と締約義務が民間医療保険会社に課せられる。これは、民間医療保険に加入していたが、保険料の未納等を理由に無保険者となってしまった人たちを、民間医療保険に再度加入させるというものである。同様に、疾病金庫に加入していた無保険者についても2007年より再加入策が進められてきたところである。

これについて、民間医療保険会社やその団体である民間医療保険協会は強く反発しており、2008年3月には民間医療保険会社30社が連邦憲法裁判所に集団訴訟を提出した。訴訟の焦点としては、第一に、▽民間医療保険ではリスクに応じた保険料をもとに契約するが、基本タリフではそのような保険料賦課方法を認めず、公的医療保険と同様に応能主義による保険料賦課を義務づけている、▽リスク選別を認めずに締約義務を課していることなど、民間の自由な経済活動を侵害している—という点である。第二に、老齢積立金のポータビリティを認めることは、既に民間医療保険に加入し老齢積立金を保有する人たちの既得権を侵害するものであるという点である。

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

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

2. 公的医療保険競争強化法のもたらしたものと残された課題

(1) 未解決の財源問題～大連立政権下の妥協策

もともと医療保険政策に関して、キリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）は公的医療保険と民間医療保険が併存し、人頭割保険をとる「連帯的医療プレミアム」構想を、社会民主党（SPD）は公的医療保険と民間医療保険を同一の枠組みに入れ、保険料賦課対象を広げる「国民保険」構想を支持していた。

そのためキリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）と社会民主党（SPD）による大連立政権下で施行された公的医療保険競争強化法には、「妥協の産物」といえる要素が盛り込まれている。

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

一方、そもそも「国民保険」構想や「人頭割健康保険料」構想といったモデルが提示された背景には、失業問題の解決や少子高齢化に対応しつつ、医療保障財源をどのように確保していくかという大きな問題があった。この中で、賃金所得とリンクした保険料では現役世代に過重な負担がかかること、労働付随コストの上昇は企業の国際競争力を弱め、雇用確保を阻害してしまうことなどが指摘されていた。しかし、公的医療保険競争強化法は大きな転換点を迎える改革といいながらも、このような重要な課題は未解決となっており、現在は、2009年秋に行われる総選挙の行方を眺めている状況である。ドイツ使用者団体連邦協会では、再び、大連立政権となって、この問題が先送りとなることに大きな危機感を抱いている。

(2) 急加速する疾病金庫の統廃合

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

連邦保健省は、疾病金庫間の競争を推進する措置を様々な側面から設けている。罹病率加味のリスク構造調整による交付金で自らの支出を賄えないような財政的に厳しい疾病金庫が採る戦略としては、合併相手を探すか破綻するかのどちらかになる。連邦保健大臣は「疾病金庫の数は約50位が理想」などと発言しており、今後、疾病金庫の統廃合は急速に進んでいくものと思われる。異種間の疾病金庫の合併が認められたこともこれを後押しすると見込まれ、これまで疾病金庫が負ってきた歴史や文化、特異性がま

すまず失われていくことは否めない。

疾病金庫の統廃合を進める連邦保健省の意図としては、①疾病金庫の数を減らすことでその管理コストを減らすこと、②医療提供側との交渉力をもたせ、医療の質の向上と経済効率性を高める役割を担わせること一などがあるが、最大の目的は後者である。社会民主党（SPD）が主導権を握っていた医療保険近代化法の頃から、医療の質の向上と経済効率性の向上は主要課題となっており、疾病金庫がその役割を十分に果たしていないという不満が政府にあったのは先に述べたとおりである。また、連邦保健省としては、当面は疾病金庫間の統廃合を進めるが、やがては、医療提供側にその照準を移すことになると思われる。

（３）変容する「当事者自治」

ドイツ医療保険の特徴は、使用者と被用者による当事者自治と連帯原則に基づいた運営である。しかし、使用者側と被用者側とで医療保険に対する姿勢が大きく異なってきたことが、今回の調査の中でも明らかとなった。端的には、使用者側であるドイツ使用者団体連邦協会は「人頭割保険」を支持し、被用者側であるドイツ労働総同盟は「国民保険」を支持している。ドイツ労働総同盟では、民間医療保険の加入者も含めて一つの国民保険に統合し、賃金所得だけでなく、様々な収入・資産から保険料を徴収しようと考えているのに対し、ドイツ使用者団体連邦協会では、民間医療保険と公的医療保険の枠組みは崩さずに、公的医療保険について人頭割保険料を徴収しようと考えている。

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

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

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

(4) 国民皆保険の未達成～二元構造

今回の改革の主要な柱は「国民皆保険」の実現であった。しかし、その内容をみると、無保険者を公的医療保険あるいは民間医療保険に再加入させるというものであり、公的医療保険における「強制加入」と「任意加入」の枠組みを変えるものではない。皆保険といっても、わが国のものとは大きく異なっている。連邦保健省も「強制加入」と「任意加入」を取り払うような大きな制度改革を担える政党は今のところ見当たらないとしている。

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

※ 本報告書は2008年11月の現地調査時点での情報に基づくものである。