

医療保障総合政策調査・研究基金事業
独仏の医療保険制度に関する調査研究
＜ドイツ報告書＞

平成30年6月

健康保険組合連合会

ドイツの医療保険制度に関する調査研究報告書

放送大学客員教授 田中耕太郎*

目 次

| | |
|---------------------------------|----|
| I. 医療保険制度、医療提供体制等の概要 | 6 |
| 1. 医療保険制度の概要とその特徴 | |
| (1) 歴史的経緯 | |
| (2) 保険者－重層的な保険構造 | |
| 1) 公的医療保険と民間医療保険の並立 | |
| 2) 重層的・競争的な各種疾病金庫の構造 | |
| 3) リスク構造調整と被保険者による保険者選択制の導入 | |
| 4) 当事者による自治的管理 | |
| (3) 被保険者 | |
| 1) 公的医療保険の強制加入被保険者 | |
| 2) 公的医療保険の加入免除 | |
| 3) 公的医療保険の家族被保険者 | |
| 4) 公的・民間医療保険を含めたドイツにおける医療保障の全体像 | |
| (4) 保険料による財政運営 | |
| 1) 医療基金による一元的な資金管理 | |
| 2) 保険料率 | |
| 3) 連邦補助 | |
| (5) 保険給付 | |
| 2. 医療提供体制の概要とその特徴 | 14 |
| (1) ドイツの医療提供体制の特徴 | |
| (2) 病院(入院)医療 | |
| 1) ドイツの病院医療の基本的な特徴 | |
| 2) 病院の動向と現状 | |
| (3) 外来診療 | |
| 1) ドイツの外来診療の基本的な特徴 | |

*本報告書は、健康保険組合連合会が平成29年度調査研究事業として、放送大学客員教授・田中耕太郎氏に委託したものである。

| | |
|----------------------------------|----|
| 2) 開業医の状況 | |
| (4) 新たな診療形態の創出と展開 | |
| 1) 統合型医療 | |
| 2) 構造化治療計画－疾病管理計画 | |
| 3) 家庭医中心医療 | |
| 3. 診療報酬制度 | 22 |
| (1) 病院への件数包括払い制の導入 | |
| 1) 導入の経緯 | |
| 2) DRG制度の目的と基本的な枠組み | |
| 3) DRG制度導入から収れん期間(2003年-2009年) | |
| 4) 2010年からの州基礎件数単価の統一化のプロセス | |
| 5) DRG制度の下での病院診療報酬の仕組み | |
| 6) DRG制度の基本的な仕組み | |
| 7) DRG制度の導入と本格展開による病院診療報酬改革の評価 | |
| (2) 精神科包括払い制(PEPP)の導入 | |
| (3) 保険医への統一報酬評価基準(EBM)による診療報酬支払い | |
| 1) 保険医協会による独占的な外来診療報酬分配制度の歴史的経緯 | |
| 2) 統一報酬評価基準(EBM) | |
| 3) 統一報酬評価基準(EBM)の構成 | |
| 4. 医療改革の経緯 | 35 |
| 参考文献・資料 | |
| | |
| Ⅱ. リスク構造調整と被保険者による保険者選択制 | 38 |
| 1. はじめに | |
| 2. リスク構造調整導入の背景 | 38 |
| (1) リスク構造調整の導入前の各疾病金庫の状況 | |
| (2) リスク構造調整前史－年金受給者の医療保険 | |
| 3. リスク構造調整と保険者選択制の導入とその後の展開 | 41 |
| (1) リスク構造調整導入の趣旨、目的 | |
| 1) 疾病金庫間の格差と職種間の取扱いの差別の是正 | |
| 2) 連帯下の競争という新たなパラダイムの導入 | |

- (2) リスク構造調整の基本理念
 - (3) 当初のリスク構造調整の具体的な内容
 - 1) 給付費に関するリスク指標
 - 2) 所得水準に関するリスク調整
 - 3) リスク構造調整交付金(拠出金)
 - (4) 導入後に生じた弱点の露呈と改善策
 - 1) 積極的・消極的なリスク選択の激化
 - 2) 制度の枠組みを揺るがす疾病金庫間の被保険者の移動の激化
 - 3) 専門家の鑑定報告書と対応策
 - (5) 2001年のリスク構造調整改革法
 - 1) 疾病金庫選択権に関する新規則に関する法律
 - 2) リスク構造調整改革法
 - (6) その後のリスク平準化等による急激な疾病金庫間移動の沈静化
4. 直接的な有病率指標による新たなリスク構造調整の導入と医療基金の創設・・・50
- (1) 有病率指標による新たなリスク構造調整の導入
 - (2) 有病率指標によるリスク構造調整の具体的な仕組み
 - 1) 対象80疾患の選択
 - 2) 有病率指標に基づく加算/減算の枠組み
 - 3) 具体的なリスク指標(セル)
 - 4) 新たなリスク構造調整の各リスク・カテゴリーを通じた財政調整の全体像
5. 2009年以降の実施状況と新たな利害対立・改革論争・・・61
- (1) 地区疾病金庫の一人勝ちとさらなる改革に向けての新たな対立・論争
 - (2) 傷病手当金と海外被保険者に係る給付費調整の改善
 - (3) その他の調整手法の改善をめぐる議論
6. リスク構造調整と保険者選択制の成果・・・65
- (1) 疾病金庫間の保険料率の格差の縮小
 - (2) 疾病金庫の統合再編の劇的な進展
 - (3) 疾病金庫の顧客サービスやマネジメントの改善
 - (4) 膨大な医療費データベースの蓄積
 - (5) 新たな医療サービス形態の開発と普及
7. リスク構造調整の問題点と今後の見通し・・・68
- (1) 際限のないリスク細分化と複雑化

- (2) 保険者主導による医療の質と効率化の難しさと保険者の連帯の弱体化
- (3) 医療費効率化と保険料負担抑制の効果への疑問
- (4) 今後の見通し

(別表Ⅱ－1) 疾病金庫別の被保険者数の増減の年次推移

(別表Ⅱ－2) 有病率リスク構造調整(M-RSA)対象の80疾患名

(別表Ⅱ－3) 各リスクグループの加算/減算額(月額、日額)

【資料Ⅱ－1】医療金庫の新たなリスク構造調整はこのように機能する

【資料Ⅱ－2】リスク構造調整の歩み

【資料Ⅱ－3】共同声明

参考文献・資料

Ⅲ. 医療保険の財政 100

1. はじめに

- (1) 労使折半負担の保険料のみによる財政運営の伝統
- (2) 社会保険料負担の増加と事業主負担の抑制への流れ

2. 保険料 102

- (1) 労使折半負担による報酬比例保険料の原則の一部修正
 - 1) 社会保険料の事業主負担抑制の先駆的な動き
 - 2) 医療保険における労使折半原則の一部修正の第一段階：特別保険料
 - 3) 追加保険料
- (2) 保険料算定上限額の設定ルール
 - 1) ドイツの医療保険の保険料算定上限額の設定ルール
 - 2) わが国の健康保険の標準報酬月額上限の設定ルール

3. 連邦補助 109

- (1) 公的医療保険現代化法による連邦補助の導入
- (2) その後の削減・廃止の動き
- (3) 公的医療保険競争強化法による連邦補助の再度の導入と拡大
- (4) 経済金融危機下での連邦補助の拡大
- (5) 緊縮財政下での連邦補助の削減と回復・確立
- (6) 公的医療保険への連邦補助の導入の評価と今後の見通し
- (別表Ⅲ－1) 疾病金庫種類別の平均保険料率の年次推移

参考文献・資料

| | |
|--|-----|
| IV. 公的医療保険と民間医療保険との関係、相互の影響 | 119 |
| 1. はじめに | |
| 2. 民間医療保険の現状 | 120 |
| (1) 民間医療保険の位置づけと提供する保険 | |
| (2) 民間医療保険市場の現状 | |
| 1) 保険会社の規模別分布と法人形態 | |
| 2) 民間医療保険の加入者数と保険料収入構成 | |
| 3. 公的医療保険と民間医療保険との関係をめぐる動向 | 122 |
| (1) 公的と民間の領域調整－強制加入の線引きをめぐる問題 | |
| 1) 被用者の保険加入義務上限額をめぐる攻防 | |
| 2) 農業者など被用者以外の職種への適用拡大 | |
| (2) 異質な制度の並存に伴う構造問題と民間医療保険への公平性の要求・規制の強化 | |
| 1) 逆選択の防止と制度間の公平性の確保 | |
| 2) 民間医療保険への保険引受義務と基礎タリフの導入 | |
| 3) 保険種別や保険会社変更時の老齢準備金の携行 | |
| 4. 今後の動向 | 127 |
| 参考資料・文献 | |
| V. ドイツの医療制度改革の日本への示唆 | 129 |

I. 医療保険制度、医療提供体制等の概要

1. 医療保険制度の概要とその特徴

(1) 歴史的経緯

1883年の疾病保険法により、ドイツ帝国宰相ビスマルクの主導の下で世界で最初の社会保険として成立した。翌84年に労災保険法、89年に年金保険法と、相次いで立法化し、その後、1911年の帝国保険令(RVO)に労災保険法、年金保険法とともに統合した。

近年では1988年の医療保険改革法(GRG)により、全面的に見直し現代化されて、社会法典(SGB)第5編として編入された。

(2) 保険者—重層的な保険構造

1) 公的医療保険と民間医療保険の並立

疾病保険法により、それまでにすでにあった支援金庫(Unterstützungskasse)や扶助金庫(Hilfskasse)が疾病金庫(Krankenkasse)に切り替わった当時、一部のものは民間医療保険として残った歴史的な経緯もあり、国民の約9割をカバーする強制適用の公的医療保険と、強制適用対象となっていない官吏、裁判官、軍人、一定所得以上の被用者、自営業者など約1割の比較的条件に恵まれた人たちを対象として代替的な医療保険を提供する民間医療保険とが並立する、独特の保険構造を有している。こうした二元的な保険構造は、かつてはオランダでも採用していたが、これが2006年から一元化された現在、欧米先進諸国で唯一ドイツに残る独特の仕組みとなっている。

2007年の公的医療保険競争強化法により、2009年1月からは、このような公的と民間の並立を前提に、すべての住民に医療保険への加入を義務づける、ドイツ版の国民皆保険が導入された。

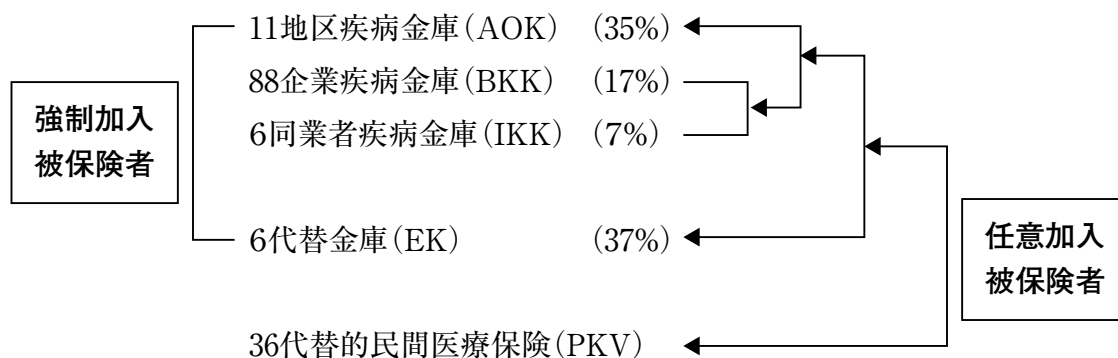
このように、「強制適用、リスクとは関係ない報酬比例の保険料、連帯の原理」により構成される公的医療保険と、「等価交換の任意の契約に基づき、リスク見合いの保険料を採用する」民間医療保険という、基本的な原理やルールの異なる制度が並立する仕組みの下では、両者の間で、相互のあり方や役割をめぐる問題、相互間の競合とせめぎ合いなど、ダイナミズムと同時に公平をめぐる様々な歪みや論争などを惹起する。このため、1996年以降、公的医療保険については競争の強化が進む反面、本来自由な市場競争に委ねられているはずの民間医療保険に対する公共的観点からの規制の強化が進むという、ある種の収れん化とも言うべき現象が生じている。これらの点については、第IV部で詳述する

2) 重層的・競争的な各種疾病金庫の構造

ドイツの医療保険制度は、上述のように強制適用から除外されている約1割の国民をめぐる公的医療保険と民間医療保険が競合する関係に立つのに加えて、公的医療

保険内部においても、疾病金庫が形成された当時の経緯もあって、法律に基づき職業や雇用関係あるいは住所地により法律に基づき加入先が強制される一次金庫 (Premärkasse)あるいは義務的金庫(Pflichtkasse)と呼ばれる地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業者疾病金庫等に対して、これら強制加入の被保険者がその選択により移行できる代替金庫との間で、図 I - 1 に示すような重層的、競争的な保険者構造があった。

図 I - 1 もともとのドイツの医療保険の保険者の4層構造(1992年まで)



(注1) 数字は2017年の疾病金庫および代替的医療保険を提供する民間医療保険会社の数、カッコ内の%は2016年の疾病金庫の全被保険者数のうち、それぞれの種類の疾病金庫に加入している被保険者数の構成比率を示す。

(注2) 日本の保険者との対応関係は、概ね次のとおり。

地区疾病金庫 (AOK) ≡ 市町村国保 + 協会けんぽ

企業疾病金庫 (BKK) ≡ 健康保険組合

同業者疾病金庫 (IKK) ≡ 国保組合

(注3) この他に、農業者疾病金庫 (LKK)、鉱業・鉄道・船員金庫 (KBS) がある。

(出所) 筆者が作成。

義務的金庫と代替金庫との関係であるが、特定の職業グループについては、義務的金庫に代えて代替金庫に加入することが従来から認められていた。

代替金庫のうち、バルマー代替金庫 (Barmer Ersatzkasse, BEK) とドイツ職員疾病金庫 (Deutsche Angestelltenkrankenkasse, DAK) は商業従事者からエンジニアに至るまですべての職員¹ (ホワイトカラー) を対象としているのに対し、技術者疾病金庫 (Techniker Krankenkasse, TK) は技術者のみ、商業従事者疾病金庫 (Kaufmännische

¹ 'Angestellte' は一般に「職員」と邦訳され、いわゆるホワイトカラー、事務職を指し、'Arbeiter' (通常「労働者」と邦訳) とは伝統的に労働法や社会保険各法において区別されてきた。前者は Gehälter という月極の「給与」を受けるのに対し、後者は日額の Lohn (賃金) を受ける。しかし、近年では両者の取扱いの差異は解消される方向にあり、年金のように制度は別でも完全な財政調整が行われ、実質的に区別する意味は少なくなっている。

Krankekasse, KKH)は商業従事者のみが加入できた。これらの職員代替金庫のほか、若干の特殊な職業の労働者に限定した労働者代替金庫があったが、そのうち断トツに大きかったのはゲーミュンダー代替金庫(Gmünder Ersatzkasse, GEK)で、これは金属産業専門労働者のうちの特別なグループのみが加入することができた²。

このような代替金庫の状況のため、1992年時点で、職員代替金庫の被保険者が約2,400万人(全被保険者の約34%)いたのに対し、労働者代替金庫の被保険者は約130万人(同約2%)にとどまり、この選択をめぐる不平等が疾病金庫間の保険料率の格差と相まって、基本法(憲法)上の法の下での平等との関係で違憲の指摘を受けていた(1994年2月8日連邦憲法裁判所第1法廷決定-1BvR1237/85-)。

また、疾病金庫によって加入する被保険者の性別、年齢別構成や有病率、所得水準などには構造的な格差があり、それが疾病金庫間で8%から16%まで倍もの保険料率の格差となっていた。

3) リスク構造調整と被保険者による保険者選択制の導入

こうした保険料率の格差と、代替金庫への選択の可能性が労働者と職員で大きく異なっていた点を是正し、さらに疾病金庫間のリスク構造を調整した上で被保険者による保険者選択制をすべての疾病金庫に対して導入するため、1992年の医療保険構造改革法により、ドイツの医療保険は新たなパラダイムの下に、「連帯下の競争(solidarische Wettbewerb)」と呼ばれる仕組みへと構造転換を遂げた。

このリスク構造調整と保険者選択制による新たな競争環境の下で、疾病金庫の統廃合が急速に進展し、1992年当時で1,223あった疾病金庫は、2017年にはその10分の1以下の114にまで、劇的に減少した。

このテーマについては、第Ⅱ部で詳述しているので、そちらを参照されたい。

4) 当事者による自治的管理

ドイツの公的医療保険制度の大きな特徴は、労使の対等な参加による自治的管理の原則(Selbstverwaltungsprinzip)が徹底していることである。これはまず何よりも保険者である疾病金庫の組織が、労使同数代表により構成される管理委員会を中心に運営されることに現れている。また、その財政運営も、19世紀末の制度発足当時から21世紀に入るまで、一世紀以上にわたって労使折半負担の保険料により賄い、給付費はもとより事務費についても連邦などからの公費には依存しないとする姿勢を堅持してきた。これは、公費助成を受ければ、財政支援を通じて管理運営に対する政府の関与や介入を招くためである。ただし、保険料率の上昇を抑制するため、2004年からは、家

² GEKはその後、2010年1月にバルマーと合併してバルマー-GEKとなり、これがさらに2017年1月からはドイチェ企業疾病金庫(Deutsche BKK)と合併して、新たなバルマー代替金庫(Barmer)となっている。

族被保険者の費用や母性保護の費用など、保険になじまない給付に対して連邦補助による財政支援が開始され、段階的に拡大されて現在に至っている。

また、当事者自治の原則は、疾病金庫内部にとどまらず、保険診療のあり方や診療報酬決定などの局面においても、保険者である疾病金庫側と診療側である保険医協会・病院協会との関係で貫徹されている。連邦政府は、制度の枠組みを決める法律や規則、あるいは団体に対する監督行政は行うものの、保険診療に関する基本的なガイドラインやルールを決定する合同連邦委員会(G-BA)も疾病金庫側と診療側の同数代表で構成され、また診療報酬の内容や水準も両者の交渉により決定され、合意に至らない場合には仲裁機関が裁定する、という仕組みが徹底している。

この点は、中央社会保険医療協議会などの構成において形式的に診療側と支払側の同数代表と中立的な学識経験者で構成されていても、実質的な内容決定については、行政の強い関与と指導の下で運営されているわが国とは大きく様相を異にしている。

(3) 被保険者

1) 公的医療保険の強制加入被保険者

公的医療保険への加入が強制される人は、社会法典第5編第5条に次のように規定されている。

- ① 労働報酬を得ている労働者、職員および職業訓練生
これが伝統的な公的医療保険の中心的な強制適用対象者である。
ただし、2)で述べるように、これら被用者のうちでも年間労働報酬が保険加入義務上限額(Versicherungspflichtgrenze)を超える高所得者は強制適用から免除される。
- ② 社会法典第3編に基づく失業手当、移行手当の受給者等
- ③ 社会法典第2編に基づく失業手当Ⅱの受給者であって家族被保険者になっていないもの
- ④ 農業者医療保険法に規定する農業者および家族従事者
- ⑤ 芸術家社会保険法に規定する芸術家および出版者
- ⑥ 青少年扶助施設の就労能力のあるもの
- ⑦ 障害者のうち職業生活への参加給付の受給者
- ⑧ 認可を受けた障害者作業所に通う障害者
- ⑨ 障害者施設で授産作業を行い、完全な就労能力のある人の5分の1以上に相当する成果を上げているもの
- ⑩ 大学生
- ⑪ 労働報酬を受けていない職業訓練生
- ⑫ 年金受給者および年金受給申請者
- ⑬ 他の方法による傷病時の保障がない人で、最後に公的医療保険に加入していたか、あるいは公的/民間のいずれの医療保険にも加入したことがない人で主に自営業や

高所得の被用者や官吏等ではないもの

以上の強制加入被保険者のうち、被用者に次ぐ多数が加入している年金受給者の医療保険料は、一般の被用者と同様に、法定された14.6%のうち労使折半部分の7.3%部分に本人のみの負担となる追加保険料分を加えたものは本人の年金から源泉徴収され、一般の場合の事業主負担分に相当する7.3%分は年金保険者、つまりは現役の被用者たちが負担する。

また⑬の条項は、既述の2007年の公的医療保険競争強化法により導入された国民皆保険の受け皿となる規定である。

2) 公的医療保険の加入免除

社会法典第5編第6条では、強制加入による保護の必要性の認められないカテゴリーとして、公的医療保険への保険加入が免除される範囲を定めている。このグループは、民間医療保険に加入し、あるいは公的医療保険に任意加入することとなる。

- ① 年間の労働報酬が保険加入義務上限額を超える被用者
- ② 官吏、裁判官、職業軍人など、傷病時に俸給の継続支払いと医療費助成(Beihilfe)を受給できるもの
- ③ 宗教団体の構成員、EUの医療保障対象者など

①の上限額は、強制加入との線引きとなり公的と民間の医療保険のせめぎあいの歴史があるが、1971年からは年金保険料算定上限額の4分の3というルールが設定され、長らくこの和平ラインが維持されてきた。

しかし、経済不況下で社会保険財政が窮迫した2000年代初期に、社会民主党と緑の党の連立政権下の2003年から、この上限額が保険料算定上限額と切り離され、年金の保険料算定上限額の大幅な引上げに対応して、独自に大幅に引き上げられた。その後は、毎年平均労働報酬の上昇率に対応して引き上げられ、2017年には5万7,600ユーロ/年(4,800ユーロ/月)となっている。

また②については、ドイツでは現在でもなお官吏等は、公的年金が適用されず無拠出の恩給制度が設けられるなど、一般の被用者とは異なる様々な特別扱いが行われており、医療保障についても、その職階や現役か恩給受給者かなどにより異なるが、基本的にかかった医療費の50%から70%が公費で助成される。したがって、自ら備える必要のある費用負担が少ないため、民間医療保険では、官吏等に対して一般の場合の半額以下の有利な保険約款が官費用タリフとして特別に用意されている。

以上の公的医療保険への加入義務免除対象者は、その多くが民間の医療保険に加入しているほか、一定の要件を満たせば、公的医療保険への任意加入も可能である。その要件としては、継続加入として、すでに過去に公的医療保険に加入したことがある人で、直前に12か月以上継続して被保険者だったか、あるいは公的医療保険をやめる前の最後の5年間のうち少なくとも24か月以上被保険者だったことが必要とされる。

3) 公的医療保険の家族被保険者

公的医療保険の加入者³(被保険者本人)の配偶者、登録された同性の生活パートナーおよび子は、その総収入が月額で被用者平均年収の月額の7分の1(2017年で425ユーロ)を超えなければ、家族被保険者として保険料負担なしで被保険者とされる。

子とは、原則として18歳に到達するまでをいうが、就業していない場合には23歳まで、さらに実習や職業訓練等を受けている場合には25歳まで対象とされる。

4) 公的・民間医療保険を含めたドイツにおける医療保障の全体像

以上のように、ドイツでは公的医療保険と民間医療保険が並立し、また公的医療保険においても各種の疾病金庫が保険者として競合関係に立つ、多元的な構造となっている。

こうした制度の下で、連邦政府は、マイクロセンサス(国勢調査)において3年ごとに医療保険の加入状況について質問項目を設け、国民の加入状況を調査している。その最新の2015年のマイクロセンサスの結果による各保険者ごとの被保険者の加入状況を示したものが表I-1である。

表 I - 1 国民の医療保険への加入状況(2015年)

| | 合計 | 強制被保険者 | 任意加入被保険者 | 家族被保険者 |
|------------------------|--------|--------|----------|--------|
| 総計 ¹⁾ | 79,022 | - | - | - |
| 医療被保険者 | 78,943 | - | - | - |
| 公的医療保険 | 69,252 | 49,371 | 3,374 | 16,507 |
| 地区疾病金庫 | 25,254 | 18,498 | 734 | 6,022 |
| 企業疾病金庫 | 9,975 | 6,783 | 556 | 2,635 |
| 同業者疾病金庫 | 4,099 | 2,934 | 164 | 1,001 |
| 農業疾病金庫 | 708 | 501 | 32 | 175 |
| 連邦鉱山夫組合・船員疾病金庫 | 1,645 | 1,291 | 40 | 314 |
| 代替金庫 | 27,281 | 19,152 | 1,826 | 6,303 |
| 民間医療保険 | 9,093 | - | 9,093 | - |
| その他の保障形態 ²⁾ | 143 | - | - | - |
| 医療保険に関する回答なし | 455 | - | - | - |
| 無保険者 ³⁾ | 79 | - | - | - |

(注1) ミクロセンサスの対象者で医療保障について質問された人をいう。

(注2) 社会扶助受給者、戦傷病者年金受給者、戦争負担調整の生活扶助受給者、官吏、裁判官、警察官、軍人として医療受給請求権を有する者。

(注3) 「あなたは医療保険に加入していますか」という質問に「否」と回答した人で、他の医療保障のない人をいう。

(出所) Statistisches Bundesamt(2016)より作成。

³ ドイツの医療保険では、わが国とは逆に、保険料を負担する被保険者本人を「加入者(Mitglied)」といい、家族被扶養者などを含め加入しているすべての人を「被保険者(Versicherte)」と称しているため、本稿でもこの表現をそのまま使用する。

また、この表の加入状況を質問対象となった人の構成比で見たものが次表で、ほぼすべての人が医療保険に加入しており、そのうち9割弱が公的医療保険に、そして近年被保険者が増加してきた民間医療保険に1割強が加入していることが分かる。また、疾病金庫間では、地区疾病金庫と代替金庫が3割台で覇権を争っている。

| | 合計 | 強制被保険者 | 任意加入被保険者 | 家族被保険者 |
|----------------|-------|--------|----------|--------|
| 総計 | 100.0 | - | - | - |
| 医療被保険者 | 99.9 | - | - | - |
| 公的医療保険 | 87.6 | 62.5 | 4.3 | 20.9 |
| 地区疾病金庫 | 32.0 | 23.4 | 0.9 | 7.6 |
| 企業疾病金庫 | 12.6 | 8.6 | 0.7 | 3.3 |
| 同業者疾病金庫 | 5.2 | 3.7 | 0.2 | 1.3 |
| 農業疾病金庫 | 0.9 | 0.6 | 0.0 | 0.2 |
| 連邦鉱山夫組合・船員疾病金庫 | 2.1 | 1.6 | 0.1 | 0.4 |
| 代替金庫 | 34.5 | 24.2 | 2.3 | 8.0 |
| 民間医療保険 | 11.5 | - | 11.5 | - |
| その他の保障形態 | 0.2 | - | - | - |
| 医療保険に関する回答なし | 0.6 | - | - | - |
| 無保険者 | 0.1 | - | - | - |

(4) 保険料による財政運営

1) 医療基金による一元的な資金管理

ドイツの医療保険は、既述のように制度創設以来、一世紀以上にわたって保険料のみによる財政運営を行ってきた。また、保険料率は各疾病金庫がその財政状況を踏まえて自治的に決定し、疾病金庫が年金保険料、失業保険料とともに一元的な徴収機関としてまとめて徴収し、他の保険制度の保険料収入については、それぞれの保険者に納付する仕組みを取ってきた。

しかし、保険料賦課対象賃金の伸びを超える医療給付費の費用を賄うため、保険料率の上昇が続き、その上昇を抑制するために、2004年以来、連邦補助が導入され、時々の景気動向を反映した医療保険財政や連邦財政の状況に応じて、増額と減額を繰り返しつつ、最近では好調な経済と連邦財政を背景に、医療給付費の7%程度の水準で推移している。

医療保険財政は、伝統的な各疾病金庫ごとの自治的な運営から大きく変貌し、2009年からは連邦保険庁に設けられた医療基金(Gesundheitsfonds)が一元的に保険料のほか連邦補助も含めてすべての資金をいったん受け入れ、これを各疾病金庫ごとに性・年齢別・障害年金の受給別の指標に加えて、直接的な有病率によるリスク構造調整を行った上で、必要な資金量を各疾病金庫に交付する仕組みに変わった。

2015年からは、労使折半による14.6%の一般保険料に加え、これによっては必要な

給付費を賄えない場合に各疾病金庫ごとに定める、被用者のみの負担による追加保険料についても、いったんは医療基金を通じて所得水準に関するリスク調整を行った上で各疾病金庫に交付されることとなった。

2) 保険料率

キリスト教民主/社会同盟と社会民主党の大連立政権下で、2014年の「公的医療保険の財政構造および質の発展法」により、労使折半負担による一般保険料率は法律で14.6%(被用者7.3%、事業主7.3%)と固定され、これで必要な給付費を賄えない疾病金庫は、それぞれ独自に、被用者のみの負担による、報酬比例制の追加保険料を徴収することとされた。

2018年の追加保険料率は、1.0%となっている。

3) 連邦補助

与野党合意に基づき成立した公的医療保険現代化法により、2004年から包括額の連邦補助が導入され、いったんは連邦財政悪化のため2006年予算随伴法により廃止されたが、2007年の公的医療保険競争強化法により再度導入され、拡大された。

その後も、時々々の経済や財政状況に応じて増額や減額が繰り返されてきたが、ここ数年は安定的に計画どおり増額され、2017年以降は毎年145億ユーロが助成されることとされている。ただし、この金額でも医療保険給付費の7%程度の比率にとどまる。

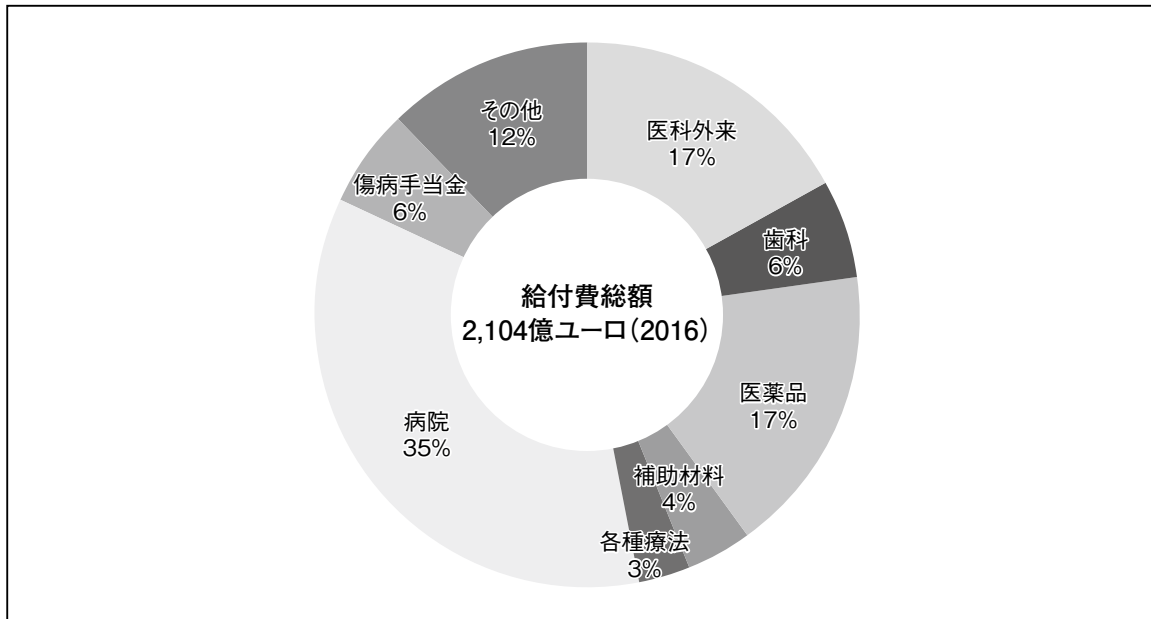
なお、医療保険財政については、**第Ⅲ部**で詳述している。

(5) 保険給付

わが国と同様に、ドイツの公的医療保険においても医療の現物給付以外に金銭給付もあり、その中心は傷病手当金(Krankengeld)であるが、それでも保険給付費の5%前後にとどまり、9割以上の費用は、病院による入院医療、保険医による外来診療、薬局を通じた医薬品など、現代の医学薬学水準にそった必要な医療はほぼすべて、現物給付により給付されている。

2016年で約2,106億ユーロの給付費に占める主要な領域ごとの構成比は図 I - 2 に示すとおりである。

図 I - 2 給付費の分野別構成割合 (2016年)



(出所) 連邦保健省資料より作成。

2. 医療提供体制の概要とその特徴

(1) ドイツの医療提供体制の特徴

ドイツの医療提供体制の大きな特徴は、入院医療を担う病院と、外来医療を担う保険医 (Vertragsarzt、開業医) とが明確に区別され、その縦割りによる連携の悪さや非効率性が長らく指摘されながら、制度横断的な相互の連携や新たなチーム医療の展開が阻まれてきたことである。

こうした課題を乗り越えるため、2000年以降、とりわけ社会民主党政権下において、法律改正や診療報酬制度改正、あるいは保険者に対するリスク構造調整を通じたインセンティブの付与、選択タリフによる被保険者の誘導など、様々な政策手段を通じて、保険医協会による独占と保険診療のブラックボックス化に風穴を開け、制度横断的な新たな診療形態を創出し、普及させる努力が重ねられてきた。

こうした新たな展開は、いうまでもなく、従来からの保険医協会による独占的な外来診療の提供責任に外部から踏み込むものであり、医療提供側との間で様々な局面で軋れきや抵抗を生み、時の政権の影響を受けつつ、拡大と停滞を重ねてきた。

とはいえ、いくつかの新たな診療形態が着実に地域によって根づきつつあり、こうした保険者主導による新たな診療形態がもたらす医療の質の向上と効率的な医療提供への貢献は、保険者機能の強化が重要な課題として指摘されるわが国においても注目に値する。

(2) 病院(入院)医療

1) ドイツの病院医療の基本的な特徴

ドイツの病院医療は、基本的に外来医療とは全く異なった位置づけや構造を有している。病院(入院)医療を確保する責任(Sicherstellungsauftrag)は各州が担っており、各州はその病院需要計画(Krankenhausbedarfsplan)に基づいてこれを実現する。同時にまた、各州は、1972年の病院財政法(Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG)により、州の病院計画に採択された病院の投資費用について責任を持っている。公的助成は、大きく分けると包括的助成と個別的助成に分けられ、具体的な内容はそれぞれの州病院法により規定されている。備品の更新や小規模修繕などの短期的な設備投資は包括額の助成対象とされ、一定規模を超える大規模な投資費用は、病床規模や症例数、症例と診療科の構成その他供給レベルなどに応じて、病院の申請に基づき、個別に助成される。

このように投資費用を各州が負担する一方で、その運営費用は疾病金庫により支払われる療養費によって賄われるという、財政二元方式が採用されている。これに対しては、病院の開設がもっぱら州の政治的・行政的な事情により決定され、後の運営費用だけは医療保険制度において各疾病金庫が負担することになるとして、疾病金庫の側からは強く批判され、これまでも医療保険改革のつど、財政責任を医療保険に一元化すべしとする議論が提起されてきた。しかし、州の地域行政にとって病院医療は重要であり、その権限を手放すことには政党の別を超えて各州の強い反対があり、かけ声ばかりで実現してこなかった。さらに近年では、州により事情が異なるものの、州財政が厳しさを増す中で、必要な更新投資の費用の助成が十分に行われず、疾病金庫の支払う診療報酬の一部がこれに転用されているとの批判もある。

図 I-2 からも明らかなように、公的医療保険の給付費のうちで最大の分野が病院医療の分野であり、その効率化と質の確保は最重要の課題だが、各州に関連する法案は、各州代表で構成する連邦参議院の同意がないと制定できないため、これまでも様々な改革案が提起されながらも、病院医療の改革は遅々として進展してこなかった。

他方で、2003年から導入され本格的な適用が始まっている件数包括払い(G-DRG)による病院診療報酬改革により、ドイツの病院は現在大きな変革の時を迎えており、その効率化を図りつつ質を高めるための努力が続いている。

2) 病院の動向と現状

他の欧米諸国と同様に、ドイツの病院は、救急などの例外を除いて、一般的な外来診療は行わず、もっぱら保険医の紹介による入院医療を担っている。また、伝統的に病院の中心は、市町村立や州立などの公立病院と、カリタスやディアコニーなどの宗教系や赤十字などの公益病院が中心を占めており、私立病院の役割は機能的にも病床数の上でも、限定的なものであった。

しかしながら、2003年から精神科病院を除くすべての病院に対して件数包括払いのドイツ版DRGが導入され、それまでの個別病院ごとの診療報酬が段階的に州レベルで統一され、さらには一定の許容幅を設けながらもこれが連邦レベルで統一化されるプロセスの中で、否応なしに病院運営の効率化が求められ、公立と公益の病院は減少し、その分、私立病院が急速に増加してきた。

病院の概要は表 I - 2 のとおりであり、病院全体では、2016年末で1,951の病院があり、総病床数は49万8,718床となっている。これは25年前の1991年と比較すると、病院数で460病院の減少(19%減)、総病床数では16万6,847床の減少(25%減)となっている。

運営主体別に見ると、近年公立と公益が減少傾向にあり、代わって私立が急増している。病院数で見ると、同じ期間内に、公立は1,110病院から570病院へとほぼ半減し、公益も943病院から674病院、ほぼ7割へと減少し、代わって私立は358病院から707病院へとほぼ倍増している。その結果、現在では病院数で見ると、この3者がほぼドイツの病院を三分している状況である。

ただし、私立病院はまだ規模の小さなものが多く、1病院当たりの平均病床数は公立の419床に対して公益248床、私立は132床と病床規模には大きな差がある。その結果、総病床数で見ると、公立と公益とを合わせて総病床数の81%を占め、現在でもなおこの両者が中心であることが分かる。

ただし、公立病院においても、経営の効率化の要請は強く、公立とはいえ法人形態としては有限会社など私法上の法人化しているものも年々増加し、あるいは経費の効率化のため、同系統の病院が集まってコンツェルン化する傾向も強まっている。

表 I - 2 ドイツの病院の概要 (2016年12月末日現在)

| | 病院数 | 病床数 | 備考 |
|--------------|-------|---------|-----------|
| 病院総数 | 1,951 | 498,718 | 平均在院日数 |
| 病床規模別 | | | 7.3日 |
| 99床以下 | 670 | 25,255 | |
| 100床以上199床以下 | 427 | 61,318 | |
| 200床以上499床以下 | 581 | 187,513 | |
| 500床以上 | 273 | 224,632 | |
| 運営主体別 | | | 1病院当たり病床数 |
| 公立病院 | 570 | 238,803 | 419 |
| 私法上の法人 | 346 | 136,951 | 396 |
| 公法上の法人 | 224 | 101,852 | 455 |
| 法律上非独立 | 90 | 30,736 | 342 |
| 法律上独立 | 134 | 71,116 | 531 |
| 公益病院 | 674 | 166,858 | 248 |
| 私立病院 | 707 | 93,057 | 132 |
| 一般病院 | 1,607 | 452,765 | |
| その他の病院 | 344 | 45,953 | |

(出所) Statistisches Bundesamt(2017)より作成。

また、病院数、病床数の削減と並行して、先進国ではまだ長い方だと言われてきた平均在院日数についても、1991年には14.0日であったものが、2016年には7.3日と、ほぼ半減し、平均在院日数の短縮化が進んでいる。

なお、「その他の病院」の内訳は、病院数では精神科病院が282、純然たるデイ/ナイトクリニックが62病院で、病床数は4万5,953床すべて精神病床となっている。精神病床は、精神科病院以外の一般病院にもあるため、総病床数は7万3,008床となっている。

(3) 外来診療

1) ドイツの外来診療の基本的な特徴

ドイツの外来診療を特徴づけるのは、保険医協会が総額請負報酬の仕組みと一体となって、独占的に外来診療確保の任務(Sicherstellungsauftrag)を担っている点である。ドイツ医療保険の黎明期に、強大な疾病金庫による開業医の選別に対抗するために医師側が団結し、帝国保険令(RVO)が施行された1914年1月1日に向けて医師団体が保険医総辞退のストライキで対抗しようとした。これは帝国政府の仲介で回避されたものの、1913年12月23日に疾病金庫と医師団体との間で締結されたベルリン協定(Berliner Abkommen)により、現在に至るドイツの外来保険診療の基本構造が形成された。

保険医協会(Kassenärztliche Vereinigung, KV)は、公法上の法人で、原則として各州単位で存在するが、ノルトライン・ヴェストファレン州だけは、規模や歴史的経緯もあってノルトラインとヴェストファレンに分かれているため、全国で17の保険医協会がある。

保険医として保険診療に携わる医師は、医師免許に加えて、各地域ごとに疾病金庫と保険医協会の同数代表により構成される承認委員会(Zulassungsausschuss)により保険医の承認を得る必要があり、承認を得れば、保険医協会に加入する義務がある。

承認に際しては、医師の専門領域ごとに保険医需要計画が定められており、専門領域ごとに狭い区域から州単位まで4種類に分けられた区域ごとに、人口〇人に1人という形で承認基準が設けられ、原則としてその110%を超える医師過剰地域では、新たな承認は認められない。

こうしたドイツ特有の歴史的な経緯によって形成されてきた外来診療における保険医協会の独占的地位が、病院による入院と保険医による外来診療という峻別をもたらし、医学の進歩と高齢化に伴い疾病像が変化した今日に求められる、病状の経過に対応した一貫した効果的で質の高い医療の提供を阻む元凶として、疾病金庫や専門家からも批判されてきた。

近年の20年におよぶ医療改革の1つの重点が、こうした外来保険診療における保険医協会の独占による弊害の除去の試みだったといえよう。こうして、病院での外来手術を可能にしたり、入院の前後の一定期間は病院が外来診療を行ったり、特殊専門的な診療については病院も外来診療を行うことができることとするなどの改革が進められてきた。

さらに、保険医と病院それぞれの内部、あるいは相互の連携が悪い部分を是正し、医療の枠も超えて介護領域も含め、保険者主導で、家庭医、専門医、病院、介護施設など、患者の状況に応じて一貫した質の高いサービスを提供するため、統合型医療や疾病管理プログラム、家庭医主導モデルなど、時代の要請に応じた新たな診療ネットワークが創出、展開されてきた。

2) 開業医の状況

まず、ドイツで医師免許を持って就業している医師の全体の状況は、表 I-3 のとおりである。

ここから分かるように、ドイツにおいても外来を担当する開業医等よりも病院で勤務する医師の方が多く、44：56の比率となっている。

表 I-3 就業形態別の就業している医師数(2016年12月末日現在、人)

| 医師総数 | 外来 | | 病院 | その他の分野 |
|---------|---------|---------|---------|--------|
| | | 開業医 | | |
| 378,607 | 151,989 | 119,641 | 194,401 | 32,217 |

(出所) 連邦医師会資料。

また、2015年末現在で、保険医診療に従事している医師は、総数で14万4,769人となっているが、そのうち、保険医は12万2,935人、保険医に雇用されている医師は1万3,902人、病院で外来診療に当たる授権医は9,363人となっている。また、保険医診療に従事している医師のうち家庭医(Hausarzt)は5万4,094人となっている。

なお、臨床心理士法(Psychotherapeutengesetz)により、ドイツでは臨床心理士は保険医と同等の立場で外来の精神科心理療法を行うことができることとされており、これに従事する臨床心理士が2万2,547人いる。

(4) 新たな診療形態の創出と展開

ドイツの医療提供体制の長年の課題とされてきた、病院と開業医に分断されて分野横断的な連携が悪い点については、歴史的な経緯や疾病金庫側との交渉力をめぐるヘゲモニー闘争の側面があり、また、保険医協会の抵抗やその意向を汲んだ政党による巻き返しなどもあり、直線的に根底からの見直しが進んだわけではないが、それでもこの20年あまりの間に、その弊害を除去し、時代と患者のニーズに合った、新たな診療形態が開発され、発展してきた。その主要なものは、以下のとおりである。

1) 統合型医療(Integrierte Versorgung ; IV) (140a条～140d条)

新しい診療モデルとして最初に制度化されたのが統合型医療で、社会民主党と緑の

党との本格的な左派政権下で、2000年医療保険改革法により導入された。しかし、保険医協会の外来診療独占に風穴を開けようとするこの医療モデルに対しては、当然のことながら、導入自体に保険医協会が激しく反対し、法律上も妥協策として疾病金庫と医療提供者との契約にあたり保険医協会が関与する仕組みとなったため、制度化された後も、ほとんど進展しなかった。

このため、2003年の公的医療保険現代化法(GMG)により、契約締結への妨害を避けるため、保険医協会の関与規定が外され、契約主体も保険医個人や直接診療を担当しないコーディネイト法人などに拡大された。さらに、同法に基づき、2004年から2008年までは、保険医協会と病院に支払われる診療報酬の1%分をこの統合型医療に振り向けるなどの財政支援策が講じられたため、契約件数は増加傾向にあった。

しかし、その後2009年から政権についたキリスト教民主/社会同盟と自由民主党の政権下では、保険医協会などの強い懸念を背景に、その展開にブレーキをかける方向での見直しが進められ、停滞を余儀なくされる時期が続いた。

その後、2013年の連邦議会総選挙で自由民主党が歴史的惨敗を喫し、連邦議会の議席を失い、キリスト教民主/社会同盟と社会民主党との大連立政権が成立し、積極的な支援策の下での大きな進展は見られないが、着実に一定の範囲で定着しつつある。

具体的なこのモデルの内容は、家庭医、専門医、病院など、異なる診療領域の医療機関が横断的に一つの医療提供グループを形成し、疾病金庫と契約する形態で、ドイツ型マネジド・ケアとも呼ばれる。その後、公的医療保険競争強化法により、2007年4月からは、介護保険法に基づく介護サービスについてもこの統合型医療の中に組み込むことが可能となった。

このサービスに加入するかどうかは、被保険者の自由な選択に委ねられる。ただし、2007年4月からは、疾病金庫はこの形態の保険診療に加入する被保険者に対して、特別な選択タリフを提供することが義務づけられ、加入者に対しては、各疾病金庫の規約により、奨励金の支給や患者一部負担の軽減などの報償が提供される。加入者は、加入してから最低1年間は、この契約に拘束され、医師選択の自由は制限される。

このような各種の促進策により、2008年末までに6,407件の統合型医療契約が疾病金庫と医療提供機関グループとの間で締結されている。また、登録加入者数と統合型医療に支払われた診療報酬額は、表 I - 4 のとおりと推計されている。

表 I - 4 統合型医療への登録加入者数と診療報酬支払額の推移(2004年-2008年)

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|--------------------|------|-------|-------|-------|-------|
| 登録加入者数 (千人) | 679 | 2,973 | 3,762 | 3,956 | 4,036 |
| 支払診療報酬額 (百万ユーロ) | 248 | 498 | 650 | 768 | 811 |

(出所) BQS gGmbH(2009)15頁より作成。

2) 構造化治療計画－疾病管理計画(Disease-Management-Programm, DMP, 137条f・g)

正式には構造化された治療計画と表現されるが、もともとアメリカのマネジド・ケアで開発・発展してきたプログラムであるため、一般にはその名を取って、疾病管理計画(DMP)と呼ばれる、特定の慢性疾患患者を対象として、2001年のリスク構造調整改革法により導入され、2002年から逐次運用されてきた診療形態を言う。

治療プロセスと医療サービスの質の向上を目的に、家庭医と専門医、病院治療など分野を超えて連携し、最新の医学のエビデンスに基づいた治療と適切な患者教育や行動変容を生み出すプログラムとして、専門家からなる合同連邦委員会の勧告を基礎に、各疾病金庫の申請に基づき、連邦保険庁が個別のプログラムを認可する。

理想的には、次のような給付で構成される。

- ・ 疾病およびその後遺疾患に関し、医師に対するエビデンスに基づくガイドライン
- ・ 患者に対する分かりやすい言葉によるエビデンスに基づくガイドライン
- ・ 自己管理を身につけるための患者に対する(グループ)教育
- ・ 患者と医師との間の情報システム(ビデオ、インターネットプラットフォーム、データバンク、ホットライン、コールセンターなど)
- ・ 郵便、ファックス、電話、メールなどによる注意喚起システム
- ・ 患者に対する個別治療計画
- ・ 疾病管理プログラムの内容に関し医師に対する参加型の生涯教育
- ・ すべての参加者のためのデータバンク
- ・ 組織管理と決定支援
- ・ 医師と患者に対する動機づけシステム

このプログラムを導入する主要な目的は、医療費の抑制ではなく、治療効果とその質の改善にあるとされる。被保険者の登録は自由だが、統合型医療と同じく、このプログラムに登録した被保険者に対しては、奨励金や患者一部負担の軽減措置が提供される。

疾病管理プログラムが他の診療形態と異なるのは、このプログラムへの参加者については、疾病金庫間のリスク構造調整の算定上、別途の調整措置が講じられ、疾病金庫にとっての財政上のメリットと結びつけられていた点にある。慢性疾患患者の多くは地区疾病金庫に加入しているため、財政的にはこれに有利な仕組みである。

この財政調整措置については、2009年から有病率指標によるリスク構造調整が導入されたことに伴って、医療費についてはリスク構造調整の対象から除外されたが、その事務運営などに関する経費がリスク構造調整の対象とされ、一定額が別途に連邦保険庁の医療基金から各疾病金庫に支払われることとなった。

これまでに次の6疾患が指定されている：

冠状動脈性心疾患(03/5～)、I型糖尿病(04/3～)、慢性閉塞性肺疾患(COPD)(05/1～)、ぜん息(05/1～)、II型糖尿病(05/9～)、乳がん(06/2～)

認可されたプログラムに登録した患者数は、2008年4月時点では470万人で、そのう

ち270万人がⅡ型糖尿病、120万人が冠状動脈性心疾患だったが、その後も参加者は増加し、現在では全体で680万人以上に上り、そのうち360万人強がⅡ型糖尿病、150万人強が冠状動脈性心疾患となっている⁴。

このプログラムは、政治的な立場を超えて専門的にその効果が確かめられて発展し、2015年7月23日の公的医療保険供給強化法(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz)は、合同連邦委員会(G-BA)に対して、さらなる適切な慢性疾患を指定するとともに、とりわけ背部疼痛(Rückenschmerzen)とうつ病(Depression)に関するガイドラインを2016年12月末までに策定するよう委託している。

3) 家庭医中心医療(Hausarztzentrierte Versorgung ; 家庭医モデル : 73b条)

外来診療を担う保険医は、従来から家庭医と専門医に分かれていたが、いずれも保険医協会を一元的な窓口とし、その内部で診療報酬も点数表に基づいて分配され、患者も医師選択自由の原則の下、自由に医師にかかることができた。

このような仕組みによる無駄や医療の質の問題を改善するために導入されたのが家庭医中心医療である。これは、公的医療保険現代化法により導入され、さらに公的医療保険競争強化法により07年4月からはすべての疾病金庫に対して被保険者への選択タリフの提供が義務づけられた。その狙いは、家庭医に医療サービス受診の「水先案内人」の役割とコントロール機能を期待し、受診時はまず家庭医にかかり、必要ならばその紹介によりさらに専門医を受診するようシステム化することである。これにより、診断と治療プロセスのコーディネートを改善し、所見の書類化と紹介先への報告、家庭医による継続的・長期的な加入者のケアを可能にしようとするものである。

家庭医になれるのは、一般医(Allgemeinarzt)、専門分野を持たない内科医と小児科医である。このモデルに参加した被保険者は、原則として家庭医の紹介がなければ、他の保険医の診療を受けることができない。その例外は、眼科医と産婦人科医である。

各疾病金庫は、家庭医モデルに参加する被保険者への経済的なメリットとして奨励金か患者一部負担の減免を盛り込んだ特別な家庭医タリフを用意しなければならない。

家庭医中心医療の実績は、各州や地域で大きな格差がある。全国レベルで家庭医モデルの契約を締結しているのはバルマー代替金庫で、ドイツ家庭医協会・家庭医契約団体・ドイツ薬剤師会との間で契約を締結し、その720万人の被保険者に対して用意しており、そのうち約217万人が実際にこのモデルに参加している(2008年時点)。これ以外は、各州内で個別に契約され、参加者が1,000人単位の地域がきわめて限定された小さなものから、バイエルン地区疾病金庫のように州域全体で契約し、約155万人が参加しているものまで、様々である。

連邦議会に対して2008年1月に連邦政府が報告した内容によれば、全国では、07年

⁴ Bundesministerium für Arbeit und Soziales(2017)、259頁より。

12月現在で、約3,100万人の被保険者に対して提供され、そのうち約590万人が参加しているとされている。

3. 診療報酬制度

(1) 病院への件数包括払い制の導入

ドイツにおける病院への件数包括払いの導入は、奇しくもわが国におけるDPCの導入と同じ2003年であったが、法律に基づく体系的な枠組みとその後の計画的でダイナミックな展開は、わが国の状況とは好対照で、この十数年の間に病院医療のあり方は大きく変わってきた。

その導入の経緯と展開、内容やその影響を受けた病院医療の大きな変化の詳細については、田中(2014)で詳しく分析しているので、本稿では、主に日本の病院診療報酬改革に向けて示唆に富むと考えられる点を中心に、主要な内容を論述する。

1) 導入の経緯

1998年秋に誕生した社会民主党/緑の党によるドイツ政治史上初の左派連立政権下で成立した、2000年医療保険改革法により、病院診療への全面的な件数包括払い(DRG)制度の導入が決定された。

これにより2003年1月1日から件数包括払い制度を全面的に導入することは決定されたものの、関係者間での意見対立は深刻で、またドイツにおける疾病ごとの費用などこの制度の基礎となるデータが決定的に不十分であった。

このため、まず2000年6月27日に、疾病金庫と病院協会との間で、ドイツにおけるDRGの基礎となるモデルとして、オーストラリアのDRGを採用することが決定され、これに基づき、2001年9月4日に第1次ドイツコード化ガイドラインが合意された。

こうした準備を経て、2002年4月23日の件数包括払い法(Fallpauschalengesetz)により、具体的なDRGの導入に向けた内容が規定された。これによれば、2003年から導入し、同年はこれを採用するかこれまでの連邦療養費規則によるかは、病院の任意に委ねられた(オプション期間)。そして、2004年からは、精神科病院を除くすべての病院に強制的に適用され、公的医療保険、民間医療保険、自費患者などすべての患者に同一に適用され、収れんに向けた経過措置期間を経て、2007年1月1日からは各州で統一的な州基礎件数単価に基づき算定することとされた。また、同法第5章において、DRG算定のための「病院診療報酬法(Krankenhausentgeltgesetz)」が制定された。

しかし、このような法律が整備され、当事者間での交渉と合意作りに向けた枠組みが決定された後も、関係者間の意見の隔たりや利害関係は激しく衝突した。このため、導入に向けた各段階で、閣議決定を要せず各州の代表からなる連邦参議院の同意も必要としない、連邦保健省令による代替規定(Ersatzvornahme)が活用され、政府主導で一歩ずつ実現に向けて地ならしが進められた。

2) DRG制度の目的と基本的な枠組み

ドイツのDRG(G-DRG)の目的は、次のとおりである。

- ・ 給付と費用についての透明性の向上
- ・ 病院の費用ではなく給付に応じた報酬
すなわち、「報酬は給付に応じる」原則の確立
- ・ 病院間競争の促進
- ・ 病院の構造転換の促進
- ・ 公的医療保険の支出の安定化
- ・ 病院における患者の在院日数の短縮化
- ・ 経済性の余地の開拓

そしてDRGの実施のために必要なデータの収集・分析等を行う専門的な機関として病院診療報酬研究所(InEK)を疾病金庫と病院協会が共同で設立し、その費用は、件数ごとに算定される「DRG制度加算」によって賄われることとされた。

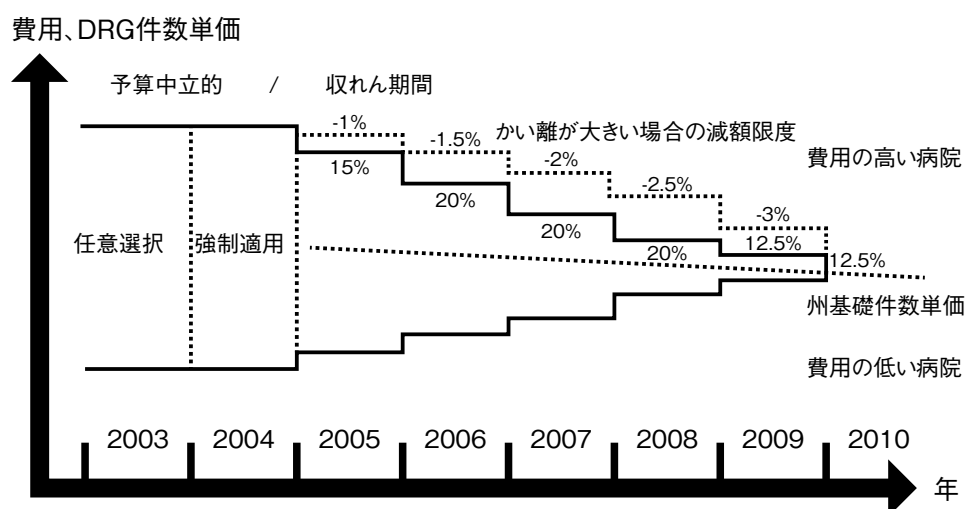
3) DRG制度導入から収れん期間(2003年－2009年)

2003年の任意参加の下での制度の導入から州基礎件数単価による州統一的な制度の導入までの収れん期間における段階的な病院ごとの診療報酬の収れん過程は、図 I - 3 のとおりである。

まず、2003年はDRGの採用は各病院の任意で、これを採用した病院は従来の療養費日額と収益調整による弾力的予算制の制約から解放された。

続く2004年からは、精神科病院を除くすべての病院に対して強制的にDRGを適用することとされた。ただし、この2年間は従来の各病院ごとの予算は保障する予算中立的にまず緩やかに導入が進められた。

図 I - 3 DRG制度導入から収れん期間中の工程表



(出所) Tuschen/Trefz(2010)より作成。

この当初の導入時期には、法律で授権された疾病金庫と病院協会という自治当事者間では合意に至ることができず、繰り返し連邦保健省による代替規則が省令により公布され、事後的に自治当事者に受け入れられて徐々に実績が積み上げられてきた。その上で、2004年秋には、2005年件数包括払い対象カタログと追加報酬カタログについて、初めて自治当事者間で合意が成立するまでになった。

2004年12月15日の第2次件数包括払い改正法により、教育施設の費用がDRGから除外されて別途算定するなどの内容の変更が行われたほか、収れん期間の終了を2007年から2009年まで2年間延長する改正が行われた。こうして、2005年から2008年までの収れん期間を経て、個別病院ごとに定められてきた基礎件数単価が2009年までに州基礎件数単価に統一された。

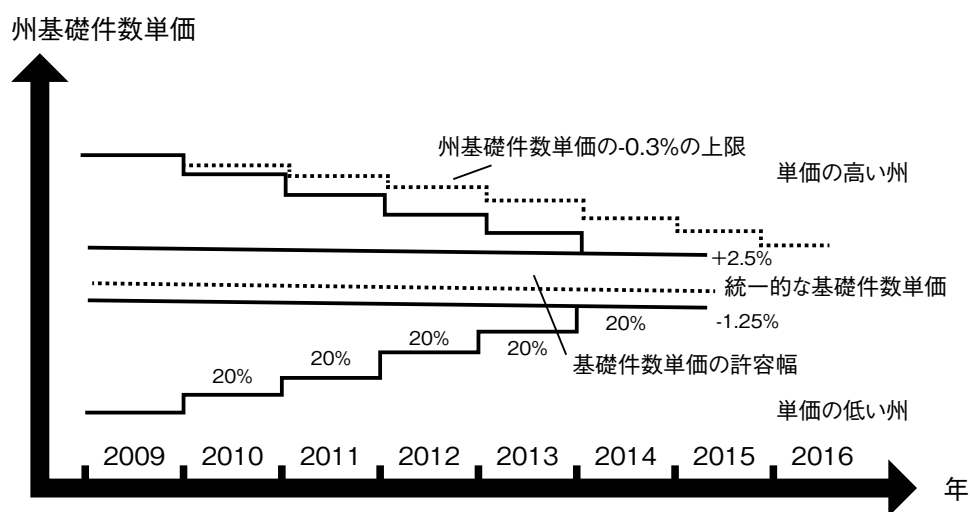
4) 2010年からの州基礎件数単価の統一化のプロセス

DRG制度の導入の最後の仕上げの法律が2009年3月17日の病院財政改革法である。これにより、州での統一的な州基礎件数単価への移行による本格運用開始は2009年についてはさらに1年ほど猶予されたものの、それ以外は予定どおり進められることが確定した。

その上で、2010年からは、同じ疾病についても各州で大きな格差のある州基礎件数単価について、連邦基礎件数単価の上下に非対称的に設けられた回廊(Korridor)すなわち+2.5%から-1.25%の許容幅の範囲内に5年間で収めることとされた。ただし、ここでも単価の高いラインラント・プファルツ州などでの急激な単価の引下げによる病院運営への深刻な影響を避けるため、この上限を大きく上回る州における毎年の引下げ幅は毎年-0.3%の限度枠が設けられている。

法律に基づく2010年からの各州の単価の収束の枠組みの工程表は、**図 I - 4** のとおりである。

図 I - 4 州基礎件数単価の連邦レベルでの収れんに向けた工程表



(出所) Tuschen/Trefz(2010)より作成。

この法律では、このほかに、これまで包括払いの適用が除外されていた精神科病院について、日額包括払いの診療報酬制度の導入に向けた開発を自治当事者に委託したほか、病院のケア職員の不足問題の解決のため、ケア職員の定員拡充に向けた2009年から11年までの3年間の特別財政支援プログラムを設けたことも重要である。

5) DRG制度の下での病院診療報酬の仕組み

2010年以降、DRG制度が本格的に運用されるようになってからのドイツの病院診療報酬制度の全体の構造は、**図 I - 5**のとおりである。

まず、当然のことながら診療報酬算定の中核はDRG制度である。この具体的な仕組みは次項で述べるが、基本的に実際の調査対象病院における調査結果を踏まえて自治当事者間の合意に基づき設定された、診断群ごとのカタログとその症例1件当たりの相対評価(評価係数: Bewertungsrelation)が示される。そしてその評価係数すべてに共通の評価係数1単位当たりの州統一的な州基礎件数単価(Landesbasisfallwert, LBFW)が各州での自治当事者間の交渉を経て合意に基づき設定される。そしてこの州基礎件数単価については、既述のように2010年から5年間の収れん期間を経て連邦統一単価を基準とした上下の許容限度範囲(回廊)内に収めることになっており、基準となる連邦基礎件数単価と上下幅については、毎年、連邦レベルでInEK研究所の提出したデータなどに基づき、自治当事者間で交渉して合意される。

図 I - 5 2010年以降のDRG制度の本格運用の構成

| 病院診療報酬法4条に基づく収益予算 | 病院診療報酬法6条に基づくその他の報酬 | 加算/減算 |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - DRG件数包括払い - 追加報酬による報酬算定 - 診療行為量×DRG価格および追加報酬 - 州基礎件数単価によるDRG評価 | <ul style="list-style-type: none"> 各病院ごとに合意に基づき設定される診療報酬 - 新しい診断および治療技術 - 当該病院の高度に専門的な給付 | 加算の例: <ul style="list-style-type: none"> - 教育費用 - 病院立地確保加算 - DRG制度運用費 質保障のための加算/減算 |
| 収益調整 (4条3項、総額) | 収益額を形成(6条3項) 収益調整 (4条3項、総額) | 調整なし |

(出所) Tuschen/Trefz(2010)より作成。

現場では、実際に取り扱った症例に基づき、診療報酬額として、

$$\text{各症例件数} \times \text{対応する評価係数} \times \text{州基礎件数単価}$$
 という算式により報酬額が算出される。

このほか、件数包括払いでカバーしきれないものを補完するため、例えば血友病患者の血液製剤やインプラントなど、きわめて限られた例外的な範囲で、特定の給付、

複合給付あるいは薬剤について、連邦レベルでの合意に基づき、追加報酬 (Zusatzentgelte) が支払われる。

2017年のDRGカタログによれば、1,255の件数包括額(2016年は1,220件)と、超高額薬剤などを中心とした191の追加報酬(2016年は179)が規定されている。

連邦レベルで評価係数に反映できない内容や、住民への病院医療の提供の確保に必要な個別事情のあるもの、例えば新しい診断および治療技術やその病院の高度に専門的な給付などについては、一定の条件の下で、個別病院ごとに報酬を定めることができる。

そのほか、すべての病院に該当せず件数包括払いに算入できない費用、例えば、救急医療加算やがんセンターなどの追加的費用や、教育費用に対する加算、病院立地の確保加算、DRG制度運用加算、あるいは質の保障に対する加算/減算なども行われる。

個別にはこのような支払い方式の組み合わせにより各病院の診療報酬は決まるが、一方で、ドイツでは病院の認可を含めて病院医療の提供責任は各州にあり、その定める病院計画に基づいて病院の設備投資費用は各州が負担し、疾病金庫も病院による医療提供責任の遵守のチェックを行うなど、公的な性格が強い。また、新たな制度への移行に伴って、予想外の症例の変動などに伴う病院の収入減や、逆に予測を越えた診療報酬支払いの増加による疾病金庫の負担増などの危惧も強い。このため、上記のような件数包括払い制度を中核とした新たな支払制度に移行した後も、病院と疾病金庫との間で予測症例件数に基づく収益予算について合意することとされ、実績値がこれと異なった場合には可変費用を中心に収益調整が行われる仕組みも残っている。

6) DRG制度の基本的な仕組み

ドイツのDRGで用いられる主要診断群別分類(Major Diagnostic Category, MDC)は、器官あるいは疾病の原因に応じて、23グループで構成されている。これは多くの場合、国際疾病分類第10回修正(ICD-10)のコードによる診断にしたがっており、MDCを示すアルファベットの頭文字(A~Z)と基礎DRGを示す2桁の数字およびアルファベットの4桁で示されている。

実際の件数包括払いの基準は、すべての診断群・診療行為に共通の評価係数で表されており、これが各診療行為の相対的な難易度や資源投入量などを反映した相対評価で、これに各州統一的な州基礎件数単価を乗じて、具体的な医療行為の価格が算定される。

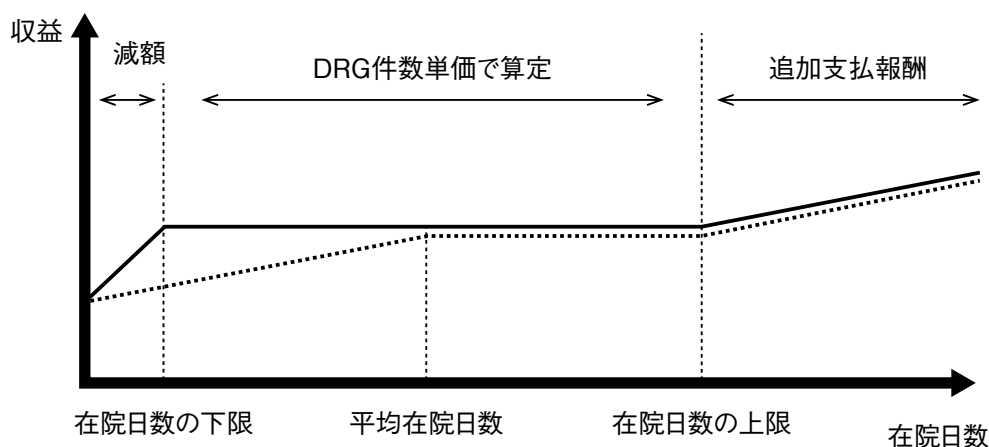
ただし、ドイツのDRGに特徴的なのは、これに在院日数に関わる加算/減算が加わる点である。すなわち、評価係数を実際の病院診療・費用データから算出するに当たり、当該疾病と診療行為に応じて統計的に算出された平均在院日数を基礎に算出しているが、やはりそこには一定の在院日数の幅があるため、在院日数の平均値と併せて下限と上限を各疾病・診療行為ごとに定めている。そして、実際の症例の在院日数の実績がこの上下限の幅に収まっていれば、示された評価係数によって算定される。

しかし、症例によっては下限を下回って短い在院日数となった場合は、それぞれに規定されている1日当たりの評価係数を用いて減算される。つまり、当該疾病の治療上一般に最低限度必要と考えられる日数よりも早期に退院させた場合には、いわば患者の保護のために報酬を減額するという仕組みだ。

逆に、一般的に当該疾病について必要と考えられる在院日数の上限を超えて入院させた場合には、在院実績を踏まえて追加支払いはするものの、件数包括払いの趣旨からは本来は評価されない部分であるため、1日当たり加算される評価係数は大きく減算されている。

これらの基本的な仕組みを示したものが、図I-6である。

図I-6 DRGによる報酬算定と在院日数



(出所) Tuschen/Trefz(2010)より作成。

次に、これを実際の例で確認してみよう。

(事例)

| DRG | 分類 | 内容 | 評価係数 | 平均在院日数 | 在院日数下限 | | 在院日数上限 | |
|------|----|----------------------------------|-------|--------|--------|----------|--------|----------|
| | | | | | 減額初日 | 評価係数 / 日 | 加算初日 | 評価係数 / 日 |
| F60A | M | 急性心筋梗塞、侵襲性の心臓病学上の診断なし、特に重症の合併症なし | 1.639 | 11.9 | 3 | 0.395 | 24 | 0.093 |

このような症例に該当する場合、基本となる症例ごとの件数包括払いの算定の基礎となる評価係数は、実際に在院日数が4日以上23日以下であれば、1.639となる。

したがって、この場合の診療報酬は、例えばベルリンの2015年の州基礎件数単価3,190.81ユーロを用いれば、

$$1.639 \times 3,190.81 = 5,229.74 \text{ユーロ}$$

となる。

しかし、例えば早期に退院して3日目に退院した場合には、評価係数が

$$1.639 - 0.395 \times 1 \text{ 日} = 1.244$$

に減じるため、これに対応して支払報酬額も減額になる。

逆に、25日間入院させていた場合には、2日分が加算されるが、その単価は低く、合計すると

$$1.639 + 0.093 \times 2 \text{ 日} = 1.825$$

となり、これに州基礎件数単価を乗じた額が診療報酬として支払われることになる。

7) DRG制度の導入と本格展開による病院診療報酬改革の評価

ドイツの病院は公的色彩が強く、各州当局の権限に委ねられ、二元財政方式が採用されていることから、その改革は多くの困難を伴うが、2003年のDRG制度の導入から十数年が経過し、様々な軋れきや調整を経ながらも、ドイツにおいては次のように、概ね肯定的な評価が行われており、着実に定着しつつある⁵。

- ① 2000年には9.7日あった一般病院の平均在院日数が2016年には7.3日にまで短縮化している。
- ② DRGの導入を通じて、各病院の透明化が進んできている。このことは法律に基づく病院の質に関する報告書でも明らかにされている。
- ③ 病院の経済性が向上している。入院から退院までのプロセスが合理的になり、不要な検査などの待ち時間も解消され、各地域における病院間の連携や機能分化も進んだ。こうした動きの中で、病院同士の合併や機能連携も進んできている。
- ④ 病院の患者指向が強まり、その提供する医療サービスの質の向上により、患者の利益が増している。

(2) 精神科包括払い制(PEPP)の導入

一般病院への全面的なDRGの導入の成果と経験を踏まえ、残された精神科病院への包括払いの導入に向けた議論が進められ、2012年の精神科診療報酬法(Gesetz zur Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vom 21. Juli 2012)により、2013年からの精神科病院への日額単位の包括払い制が決定された。

具体的には、一般病院へのDRGの導入手法と同様に、2013年と14年はオプション期間としてその採用は病院の任意に委ねることとされた。さらにその後の2年間は財政中立期間として従来の病院ごとの収入を保障したうえで、17年から5年間を取れん期間として段階的に州統一単価による日額単位の診断群別包括払い制に移行することと

⁵ Bundesministerium für Arbeit und Soziales(2017)、S313による。

された。

しかし、病院協会の要請等を背景に2014年の「公的医療保険の財政構造および質の発展法(GKV-FQWG)」によりオプション期間がさらに2年間延長され、この間に内容のさらなる精査と各病院での検証が行われることとなった。

その後、さらに2016年末に制定された「精神科医療および診療報酬の発展に関する法律(Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen(PsychVVG) vom 19.12.2016)」により、強制適用の開始時期がさらに1年延期されて2018年からとされるとともに、州統一単価への取れん規定が廃止され、今後とも報酬単価は病院ごとに決定されることとされるなど、一般病院へのDRG導入時以上に病院側の対応の困難な状況への配慮が見られている。

とはいえ、2018年からはすべての病院に対する強制適用が始まり、診療報酬カタログも2013年以降、毎年保険者団体と病院団体の交渉を通じて改善が図られてきており、精神科病院でも医療必要度に応じた診療報酬という基本理念は確実に具体化・定着しつつある。

2016年9月23日に公的医療保険最上級団体、民間医療保険協会およびドイツ病院協会が合意した「2017年精神疾患および心身症に対する包括払い報酬に関する合意書(PEPPV 2017)」および「精神疾患および心身症診療報酬カタログ2017年版(PEPP-Version 2017)」によれば、77の包括報酬と99の追加報酬、4つの補足的な日額報酬が規定されている。

このカタログによれば、例えば報酬番号PA02Bは次のとおりである。

| PEPP | 名称 | 算定日数/ 報酬クラス | 1日当たり 評価係数 |
|-------|---|----------------|---------------|
| PA02B | 向精神物質による心理的および身体的障害で、複雑な合併症を伴うもの、あるいは麻薬もしくはコカイン服用による複合的な物質濫用を伴うもの、あるいは高度の集中治療が必要なもの、あるいは親子間調整が必要なもの | 1 | 1.3925 |
| | | 2 | 1.2964 |
| | | 3 | 1.2605 |
| | | 4 | 1.2188 |
| | | 5 | 1.2063 |
| | | 6 | 1.1937 |
| | | 7 | 1.1811 |
| | | 8 | 1.1685 |
| | | 9 | 1.1559 |
| | | 10 | 1.1433 |
| | | 11 | 1.1307 |
| | | 12 | 1.1181 |
| | | 13 | 1.1055 |
| | | 14 | 1.0929 |
| | | 15 | 1.0804 |
| | | 16 | 1.0678 |
| | | 17 | 1.0552 |
| | | 18 | 1.0426 |

したがって、例えば基礎報酬額が230.00ユーロの病院について、8日間入院した場合には、

1日単位評価係数(8日)： $1.1685 \times 230.00 \text{ユーロ} = 268.76 \text{ユーロ}$
(小数点2位に四捨五入)

8日間の入院への診療報酬： $268.76 \times 8 \text{日} = 2,150.08 \text{ユーロ}$
が診療報酬として支払われることとなる。

なお、各カタログに応じて算定日数/報酬クラスは異なり、いずれにおいても、もっとも長い日数を超えて入院した場合には、規定されたもっとも長い日数に対応する評価係数を用いることとされている。

(3) 保険医への統一報酬評価基準(EBM)による診療報酬支払い

1) 保険医協会による独占的な外来診療報酬分配制度の歴史的経緯

すでに2(3)1)でドイツ独特の保険医協会を通じた独占的な外来診療の仕組みについて触れたように、強制加入の疾病保険導入の黎明期の20世紀初期に、強大な保険者として誕生した疾病金庫と開業の保険医との対抗関係から、保険医総辞退のストライキを背景に、医療団体と疾病金庫中央団体との間で1913年12月23日にベルリン協定が締結された。これにより、医科外来診療を各地域で確保する責任は保険者から保険医協会に委ねられるとともに、これに対する診療報酬は各地域の保険医団体に総額報酬として疾病金庫から支払われ、ここが加入する各保険医に報酬を分配する2段階の仕組みが成立し、すでに100年以上が経過する。

このシステムは、その後、1931年12月23日に帝国大統領の緊急勅令により保険医協会が公法上の法人として設立され、これが戦後、1955年の保険医の権利に関する法律(Gesetz über das Kassenarztrecht)により継承された。これにより、疾病金庫は保険医協会に総額報酬を支払うことにより、各医師に診療報酬を支払う責任と外来診療を確保する責任を保険医協会に委託することとなった。

この基本的な仕組みが現在まで続いてきており、わが国同様に、診療報酬支払方式とその水準をめぐる問題は、ドイツでももっとも複雑で扱いの難しい分野となっている。と同時に、保険給付費の中心は診療報酬であり、医療費の効率化や抑制にとっても医療の質の確保の上でも、病院と並んで外来診療報酬制度の改革は重要な領域である。このため、これまでの医療保険改革でも幾度となく取り上げられ、医療提供側と支払側や政策担当者との間で激しい交渉が重ねられ、変遷を遂げてきた。

2) 統一報酬評価基準(EBM)

現在の保険医外来診療に適用される診療報酬表は、統一報酬基準(Einheitlicher Bewertungsmaßstab, EBM)で、その法律上の根拠は、社会法典第5編87条2項で、ここでは次のように規定されている。

「統一報酬評価基準は、報酬請求可能な給付の内容およびその評価の基準となる点数で表現された相互間の関係を定める；可能な限り、給付はこれを行うのに必要な保険医の消費時間に関する記述を伴うべきである。」

1980年代の終わりまでは、疾病金庫の中でもいわゆる義務的金庫と呼ばれる地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業者疾病金庫、農業者疾病金庫に対しては、医師報酬評価基準(Bewertungsmaßstab Ärzte, BMÄ)が適用され、これは各診療行為の相対的評価を点数で示し、その請求総額が州疾病金庫連合会が基礎賃金の伸び率などを基準に保険医協会と妥結した総額報酬を超える場合には、それに応じて点数単価が減額される、いわゆる点数フロート総額請負方式が採用されていた。このため出来高払いの下でも外来診療報酬の総額抑制は容易であったが、他方で、診療担当者からは、頑張っただけ患者を増やし医療行為を増やしてもその分だけ単価が切り下げられる、いわゆる「ハムスター効果」として、強く批判されていた。

これに対して、代替金庫は、民間医療保険に適用される医師手数料規則(Gebührenordnung für Ärzte, GOÄ)と同様に、診療報酬が各診療行為ごとにドイツマルクの金額で表示される代替金庫手数料規則(Ersatzkassengebührenordnung, EGO)が適用され、その単価も含めて保険医にとって有利な診療報酬が適用されていた。このため、保険医協会はまず代替金庫との間で診療報酬交渉を行い、その成果を背景に他の疾病金庫とBMÄの交渉を行うなど、不利な交渉スタンスを余儀なくされていた。

こうした問題点を背景に、1988年の医療保険改革法で、両者が点数単価方式の統一報酬評価基準EBMに統合されることとなった。そうして、各疾病金庫の連邦連合会と連邦保険医協会の代表各3名の同数で構成される報酬評価委員会で決定されることとなった。この委員会で合意に至らない場合には、中立の委員長と2名の中立の委員により構成される拡大報酬評価委員会において、多数決により決定される。この決定内容は拘束力を有する。

2004年1月から施行された公的医療保険現代化法により、各給付は複合的ないしは件数包括的にとりまとめ、協調的な診療形態に特に考慮するものとされた。その結果、現在では、給付費の約70%が件数包括払いあるいはまるめ⁶の給付になっており、出来高払いは約30%にとどまっているとされている⁷。

連邦レベルで決定された統一報酬評価基準を基礎として、各州単位で保険医協会と疾病金庫連合会と代替金庫との間で交渉されて各地域ごとの具体的な診療報酬が決まるが、個別の保険医は、これに従えば無制限に出来高払いで支払われるわけではなく、

⁶ 原語では、各専門領域ごとに設けられた標準的な給付のための基本診療料(Ordinationsgebühr)のような個別の給付をまるめたものを複合給付(Leistungskomplex)と呼び、件数包括払い(Fallpauschale)と使い分けているので、本稿においては前者を「まるめ給付」、後者を「包括払い」と呼ぶことにする。

⁷ Knieps, F., Reiners, H(2015) : S.217による。

1990年代半ばからは診療所予算(Praxisbudgets)が決められ、それを超える診療行為に対しては報酬は支払われなかった。

2003年の公的医療保険現代化法により、この診療所予算制は廃止され、これに代わって基準給付量(Regelleistungsvolumina, RLV)が導入され、各診療科ごとに定められた基準給付量を超える診療報酬請求が行われた場合には、超えた部分については段階的に減額された報酬が支払われることとされた。

さらに2007年の公的医療保険競争強化法により、疾病金庫が保険医協会に支払うべき総額は、それまでの基礎賃金の伸び率への準拠から、高齢化などによる被保険者の有病率構造の変化と疾病金庫の被保険者数の変化に応じることとされ、これにより有病率リスクの負担が保険医協会から疾病金庫に移されることとなった。

他方で、この法律により、いわゆるユーロ表示の手数料規則が導入され、2009年からは連邦レベルでの統一報酬評価基準では、診療行為相互間の相対評価を表す点数と同時にユーロの金額で表示され、これが指標値(Orientierungswert)と位置づけられ、各州ではこれを基礎として、保険医協会と州疾病金庫連合会および代替金庫との間の交渉により、ユーロ表示の地域の診療報酬が決定されることとなった。ただし、この各州レベルの地域の診療報酬は、地域の費用構造および症例数が著しく連邦平均とかい離している場合にのみ、連邦レベルの指標値とは別に定めることができることとされた。さらに、こうした地域の実情に応じた加算/減算を設けることができることとされたが、これは連邦の報酬評価委員会で定めることとされ、連邦への権限の集中が図られた。

しかし、こうした仕組みは各州の保険医協会の権限を大きく制約するものであったため、その要求に応じる形で、自由民主党のバル連邦保健相の下で、2011年12月22日の公的医療保険供給構造法(GKV-Versorgungsstrukturgesetz, GKV-VStG)により、重要な決定事項が連邦から各州レベルでの裁量に委ねられることとなった。こうして、統一報酬評価基準の仕組み自体は変わっていないが、その位置づけは勧告レベルのものとし、地域の実情に応じた評価基準の加算/減算も連邦レベルの報酬評価委員会の権限から各州の交渉内容に委ねられることとなった。さらに基準給付量(RLV)による各保険医への診療報酬の配分基準の義務づけも2011年までとし、12年からは保険医協会内の配分基準の1つで、各州でそれぞれ診療報酬配分基準(Honorarverteilungsmaßstab, HVM)で定めることとされた。

3) 統一報酬評価基準(EBM)の構成

統一報酬評価基準は、次の6つの部門から構成されている。

- ① 一般規定
- ② 診療領域横断的な一般的な給付
- ③ 診療領域固有の給付
- ④ 診療領域横断的な特殊な給付

⑤ 費用包括額

別表

- 別表1 まるめに含まれていて別途算定できない給付
- 別表2 個別の手術行為の第31章および第36章に規定する給付への分類
- 別表3 給付に際して必要となる時間消費に関する記述
- 別表4 2007年以降はもはや診療報酬請求できない給付

いずれの診療行為についても、5桁の手数料規則番号(Gebührenordnungsposition, GOP)が振られている。その最初の2桁は、上記の大分類にしたがって、次のように割り振られている。

②の診療領域横断的な給付のうち、診療領域横断的な一般的な給付は、すべての診療科の医師が算定できる点数で、時間外診療、往診、報告、不妊手術、予防給付などがここに規定されており、最初の2桁は01とされる。また、一般的な診断および治療行為は、例えば穿刺、創傷処置、注射、輸血、理学療法などで、02が付される。

③の診療領域固有の給付は、まず大きく家庭医給付領域と専門医給付領域に分かれる。そしてここに掲げられた給付は、それぞれの診療領域に該当する医師のみが算定できる。家庭医給付領域は、03家庭医と04小児科医に分かれる。

専門医給付領域は、05麻酔科から始まって27理学療法・リハビリ科まで、次のように25の専門領域に分類される。

| | | | |
|----------|-------------------|--------------|--------|
| 05麻酔科 | 06眼科 | 07外科 | 08産婦人科 |
| 09耳鼻咽喉科 | 10皮膚科 | 11遺伝学 | 12ラボ医学 |
| 13内科 | 14児童・青少年精神医学・心理療法 | 15口腔・顎顔面外科 | 16神経科 |
| 17核医学 | 18整形外科 | 19病理学 | 20言語療法 |
| 21心理療法科 | 22精神身体医学・心理療法 | 23心理療法 | 24放射線科 |
| 25放射線治療科 | 26泌尿器科 | 27理学療法・リハビリ科 | |

④の診療領域横断的な特殊な給付とは、すべての専門領域の保険医が算定できるが、請求するためには所属の保険医協会の許可が必要とされる。一般的には、特殊な資格が必要とされるような給付がこれに属する。例えば、30201の脊柱へのカイロプラクティック手技は、その専門教育を受けた場合のみ算定が認められる。

⑤の費用包括額とは、郵便料金、往診時の交通費などの物件費の包括額が規定されている。

具体的な保険医診療報酬は、連邦レベルと州単位に分けられる。まず連邦レベルでは、疾病金庫代表と連邦保険医協会代表の同数で構成される報酬評価委員会で統一的な報酬評価基準(EBM)が決定され、そこでは、各算定可能な診療行為について点数とユーロ表示が併記されている。また、多くの対面診療行為については、標準的な開業時間を考慮して、時間消費の基準時間が分単位で表示で示され、これが日単位および四半期ごとの診療報酬請求単位ごとに、信頼性チェック(Plausibilitätsprüfungen)の基

準としても用いられる。

連邦レベルで合意されたEBMは指標値とされ、これを基礎として、各州レベルで、州疾病金庫連合会と保険医協会との間で、具体的なユーロ表示の診療報酬について交渉され合意される。そして、州単位では、四半期ごとに、3か月間の診療行為に対して、保険医協会から個別の保険医に診療報酬が分配される。

統一的な報酬評価基準では、2013年9月末日までは、点数とユーロでの金額表示が併記されていたが、異なる手数料規則番号の間の調整用に算定用の点数単価という概念が用いられて換算が分かりにくかった。このため、同年10月1日からはこれが指標となる1点単価に統一され、1点=10セント(0.1ユーロ)とされた。ただし、これに応じて、同額の水準となるように点数自体が切り下げられているので、端数処理に伴う調整だけで、報酬水準には変化はない(次の事例を参照)。

表 I - 5 点数単価の表示方法の変更の例

| GOP | 2013年7月1日時点のEBM | | 2013年10月1日時点のEBM | |
|-------|-----------------|--------|------------------|--------|
| | 点数 | 金額 | 点数 | 金額 |
| 01410 | 600 | 21.22€ | 212 | 21.20€ |
| 03321 | 565 | 19.98€ | 200 | 20.00€ |
| 05330 | 2,375 | 83.99€ | 840 | 84.00€ |

(出所) Einheitlicher Bewertungsmaßstab(2017)より作成。

2013年に1点=10セント(0.1ユーロ)とされた統一的な報酬評価基準の点数単価は、その後も、毎年 of 経済社会情勢に応じて連邦レベルで交渉・決定された結果、引き上げられてきている。点数単価は、導入後、現在まで次表のような推移を見せている。

表 I - 6 基準給付量の範囲内の指標値の1点単価の推移

| 年 | 1点単価(ユーロ) |
|---------------|-----------|
| 2017 | 0.105300 |
| 2016 | 0.104361 |
| 2015 | 0.102718 |
| 2014 | 0.101300 |
| 2013(第4四半期) | 0.100000 |
| 2013(第1-3四半期) | 0.035363 |
| 2012 | 0.035048 |
| 2011 | 0.035048 |
| 2010 | 0.035048 |
| 2009 | 0.035001 |
| 2008 | 0.033600 |

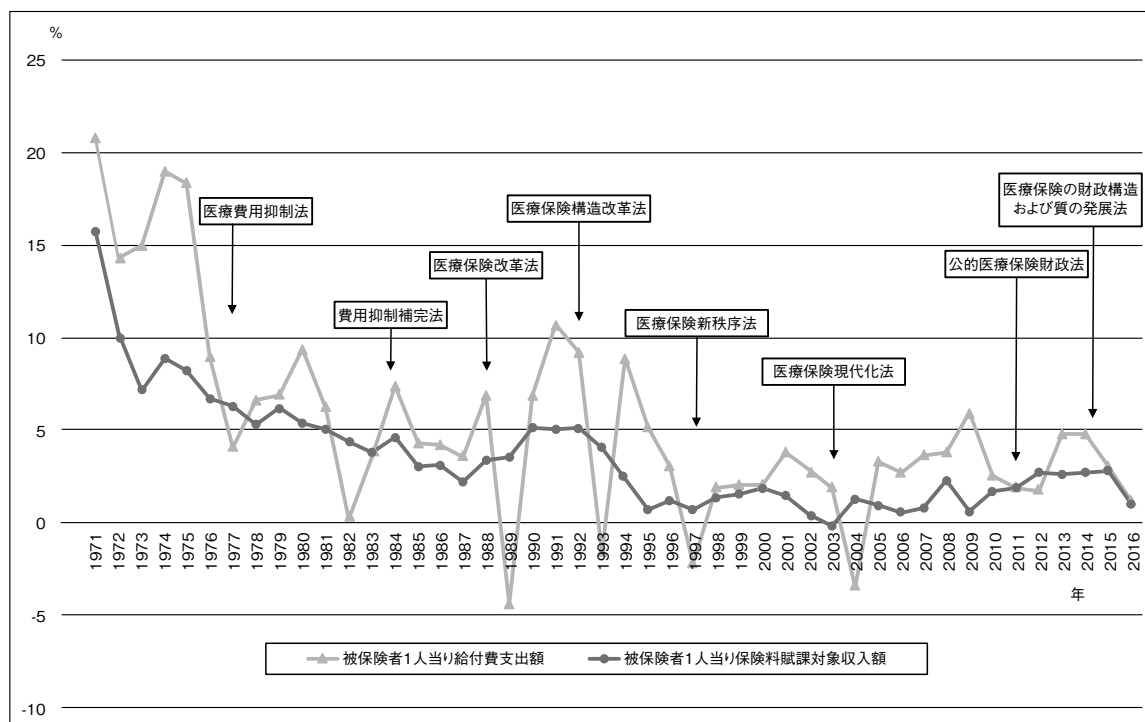
(出所) Einheitlicher Bewertungsmaßstab(2017)より作成。

4. 医療改革の経緯

ドイツの医療保険改革と医療提供体制の改革は、1977年の医療費抑制法に始まるが、本格的な構造改革に着手したのは1988年の医療保険改革法(GRG)が最初で、それゆえ一般に第一次医療保険改革と呼ばれる。この改革は、当時は、ビスマルクによる疾病保険法以来の100年来の改革と呼ばれたが、ちょうどその直後に生じた歴史的な東西ドイツ再統一により、旧東ドイツ領の再建のため、ドイツの経済財政社会がその後長きにわたって、予想外の巨大な負担を背負ったこともあり、改革の効果は長続きしなかった。その教訓を踏まえて、1992年の医療保険構造改革法は、**第Ⅱ部**で詳述するような疾病金庫間のリスク構造調整と被保険者による保険者選択制という、革新的な新たなパラダイムを取り入れ、現在に至るドイツの公的医療保険の基本骨格を形成してきた。しかし、この大改革も、医療費負担の抑制と医療サービスの質の向上という狙いから見ると十分な成果を上げることができず、その後も政権交代を経ながら、主要政権政党の医療政策に基づき様々な改革に取り組んできたが、いずれも効果が長続きせず、あるいは新たな弊害が生じてきて、次の改革を招く、ということを繰り返してきた。

基本的に必要な支出をすべて保険料財源で措置するドイツの医療保険の仕組みでは、保険料の賦課対象となる基礎賃金の伸びを超過して医療費が増加した場合には、必然的に保険料率を引き上げて対応するほかない。こうして、医療改革においては、「改革の終わりは次の改革の始まり(Nach der Reform ist vor der Reform)」といわれるように、相次ぐ大きな改革を繰り返して現在に至っている(図I-7)。

図I-7 被保険者1人当たり給付費と基礎賃金の伸びと主要な医療改革



(出所) 連邦保健省資料より作成。

これらの個々の法律改正の内容については、すでに参考文献に掲げた資料集に詳細な内容の記述が行われているため、本稿で引用した改革の内容以外については、それらを参照することとし、ここでは、それぞれの改革を担当した政権の一覧(表 I-7)を示すことにより、主要政党の目指す改革の方向性を確認しよう。

これらの改革の中でも、とりわけ与野党・連邦と各州間の画期的なランシュタイン合意に基づく1992年の医療保険構造改革法、小連立政権ながら与野党の合意のもとに成立した2003年の公的医療保険現代化法、2007年の大連立政権下でこれをさらに推し進めた公的医療保険競争強化法、そして戦後3度目の大連立政権下で連立合意に基づき成立した2014年の公的医療保険の財政構造および質の発展法は、異なる医療政策と支持団体を抱える2大政党が、激しい交渉と妥協、合意の下に実現してきた医療保険改革として一定の重みを持つ重要な改革となっている。

表 I-7 主要な医療保険改革と政権政党

| 政権政党 | 首相 連邦保健大臣 | 年 | 医療保険改革法 |
|--------------------------------------|--|------|---|
| CDU/CSUとFDP (1982-1998) | コール首相 ジュースムート大臣 (CDU) (86/6-88/12) ゼーホーファー大臣(CSU) (92/5-98/10) | 1988 | 「医療保険改革法(GRG)」 |
| | | 1992 | 「医療保険構造改革法(GSG)」 (与野党合意) |
| | | 1997 | 「第1次および第2次医療保険新秩序法」 (第3次医療保険改革(1./2.NOG)) |
| SPDと緑の党/連帯90 (1998-2005) | シュレーダー首相 フィッシャー大臣(緑の党) (98/10-01/1) シュミット大臣(SPD) (01/1-05/11) | 1998 | 「医療保険連帯強化法」 |
| | | 1999 | 「2000年医療保険改革法」 |
| | | 2003 | 「公的医療保険現代化法(GMG)」(与野党合意) |
| CDU/CSUとSPDの 大連立政権 (2005-2009) | メルケル首相 シュミット大臣(SPD) (05/11-09/10) | 2007 | 「公的医療保険競争強化法(GKV-WSG)」 |
| CDU/CSUとFDP (2009-2013) | メルケル首相 レスラー大臣(FDP) (09/10-11/5) バル大臣(FDP) (11/5-13/12) | 2010 | 「公的医療保険財政強化法(GKV-FinG)」 「医薬品市場新秩序法(AMNOG)」 |
| | | 2011 | 「公的医療保険供給構造法(GKV-VStG)」 |
| CDU/CSUとSPDの 大連立政権 (2013-) | メルケル首相 グローエ大臣(CDU) (2013/12-) | 2014 | 「公的医療保険の財政構造および質の発展法 (GKV-FQWG)」 |
| | | 2015 | 「公的医療保険供給強化法(GKV-VSG)」 「病院供給構造改革法(KHSG)」 |

折しも、本稿の執筆最終段階において、2017年秋に実施された4年ぶりの連邦議会総選挙でいずれも歴史的な得票減と右派政党の躍進の中で、再選挙を回避する残された選択肢として2大政党間で史上4度目の大連立政権に向けたギリギリの連立交渉が行われているが、そこでは医療保険改革が主要交渉事項の1つとして交渉が続けられている。今回はもはや後のないメルケル首相率いるキリスト教民主/社会同盟が一旦

は野に下ることを決めた社会民主党に大連立擁立に向けた必死の働きかけを行っている環境下であり、その結果によっては、また新たな政策選択が見えてくる可能性もある。

引き続き、大きな関心を持って、さらなる展開を注視したい。

参考文献・資料

* 第Ⅱ部から第Ⅳ部までの参考文献・資料として掲げたものはそちらに委ね、ここではそれらで取り上げていないもののみを掲示する。

Bundesministerium für Arbeit und Soziales(2017) : Übersicht über das Sozialrecht 2017/ 2018 : BW Bildung und Wissen Verlag und Software GmbH.

Statistisches Bundesamt(2016) : Sozialeistungen Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus), Fachserie 13 Reihe 1.1.

Statistisches Bundesamt(2017) : Gesundheit Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab(2017) : https://de.wikipedia.org/wiki/Einheitlicher_Bewertungsmaßstab (2017/10/15取得)

医療経済研究機構(2017)『ドイツ医療関連データ集【2016年版】』.

田中耕太郎(2014)『「ドイツの医療提供体制と診療報酬制度改革に関する研究」報告書(Ⅱ)』平成26年度(財)医療保険業務研究協会委託研究.

田中伸至(2016)「第2章 ドイツ」加藤智章編著『世界の診療報酬』法律文化社.

II. リスク構造調整と被保険者による保険者選択制

1. はじめに

ドイツの公的医療保険におけるリスク構造調整(Risikostrukturausgleich-RSA)と、これと結びついた被保険者による保険者選択制(Kassenwahlrecht der Versicherten)は、1992年の医療保険構造改革法(GSG)により導入された。そして保険者選択制に先立って、まずリスク構造調整が94年から一部実施され、95年からはそれまでの年金受給者の医療保険(Krankenversicherung der Rentner-KVdR)を吸収する形で全面実施された。そして、これにより疾病金庫間の被保険者構造の相違に由来するリスク格差を調整し、その公平な競争の土俵の上で、96年から被保険者による保険者選択の自由という新たな仕組みが実施に移された。

ドイツ医療保険の根幹に関わるパラダイム・シフトともいうべきこの新たな制度が導入されてすでに20年以上の年月が経過し、その間にドイツ医療保険の基本構造に大きな影響を与えつつ、課題も出現してその度に制度の重要な見直しも加えられてきた。

本報告では、改めてこの仕組みが導入された背景や経緯、制度の狙い、運用の過程で達成できた目的と明らかになってきた課題、さらにそれに対応する法律改正の経緯などについて、分析する。

なお、制度導入の背景や2000年代半ばまでの展開については、すでに田中(2006)で詳細な分析を行っているので、本報告書ではその主要な内容を振り返るにとどめ、主に2001年および2007年の法律改正により、2年間延長の末に2009年1月から導入された、直接的な有病率指標による新たなリスク構造調整の仕組みについて、その背景や狙い、導入の経緯、具体的な仕組みの詳細などを中心に分析を行う。

そして、その結果を踏まえて、当初の導入から20年以上を経たこの新たな仕組みが、ドイツの医療保険に及ぼした影響や変化と、なお残る今後の課題について考察する。

2. リスク構造調整導入の背景

(1) リスク構造調整の導入前の各疾病金庫の状況

I. 1. (2) でドイツの医療保険の伝統的な構造とその特徴について述べたように、歴史的に労働組合や同業者組合などの職業、職域などを基盤として成立してきた疾病金庫は、その基礎となる加入者層の違いを反映して、被保険者の年齢、性別、扶養率、所得水準、有病率などにおいて大きな構造的格差を抱えていた。

加えて、強制加入対象となる国民の約9割を対象とした公的医療保険内部でも、法律により加入先が一義的に決められた一次金庫(Premärkasse)ないし義務的金庫(Pflichtkasse)と呼ばれる地区疾病金庫(AOK)、企業疾病金庫(BKK)および同業者疾病金庫(IKK)と、主に職員(ホワイトカラー)を対象としてその選択により一次金庫を離れて加入でき、選択金庫(Wahlkasse)と呼ばれる代替金庫(Ersatzkasse, EK)に分か

れていた。

こうしたもともとのドイツの医療保険が持つ、職業・職域に応じて分立的であると同時に、部分的ではあるが競争的な構造を背景として、制度導入前の各種疾病金庫は、種別間で大きな格差を抱えていた。

具体的には、1987年7月に連邦議会によって設置された調査委員会(Enquete-Kommission)の報告書によれば、各疾病金庫の保険料率の分布と疾病金庫数、加入者数、加入者数の構成比率で比較すると、表Ⅱ－1のとおりである。

表Ⅱ－1 保険料率に応じた疾病金庫および加入者数の分布

(1989年6月現在)

| 保険料率(%) | 疾病金庫数 (総数1,131) | 加入者数 (総数20,441千人) | 加入者の構成比率 (%) |
|---------|--------------------|----------------------|-----------------|
| 8～8.9 | 7 | 3 | 0.015 |
| 9～9.9 | 8 | 278 | 1.359 |
| 10～10.9 | 235 | 720 | 3.524 |
| 11～11.9 | 255 | 2,621 | 12.824 |
| 12～12.9 | 256 | 9,454 | 46.250 |
| 13～13.9 | 187 | 4,147 | 20.286 |
| 14～14.9 | 105 | 2,843 | 13.909 |
| 15～15.9 | 11 | 361 | 1.764 |
| 16～16.9 | 2 | 14 | 0.068 |

(出所) Enquete-Kommission(1990)

このように最も保険料率の低いものと最も高いものを比較すると、8%から16%まで、じつに2倍の開きがあった。しかもこれはドルトムント市という同じ場所にある疾病金庫の間での格差だった。また、加入者の約3分の2を占める規模の大きい3分の1の疾病金庫間で見ても、12%から14%までの格差があった。このような格差は、法律に基づき同一の義務的給付カタログを提供していることを考えると、正当性が疑問視された。

こうした疾病金庫間の大きな格差を生み出す要因について詳細な調査分析が行われた結果、まず明らかになったのが表Ⅱ－2のような加入者の所得水準の相違である。

表Ⅱ－2 各種疾病金庫の平均基礎賃金の水準

(1988年)

| | |
|--------------|--------|
| 地区疾病金庫(AOK) | 94.4% |
| 企業疾病金庫(BKK) | 120.0% |
| 同業者疾病金庫(IKK) | 85.6% |
| 職員代替金庫 | 101.5% |
| 労働者代替金庫 | 110.6% |

(注) すべての疾病金庫の加入者の平均基礎賃金に対する比率である。

(出所) Enquete-Kommission(1990)

さらに、調査委員会の分析などにより、所得面のみならず、給付費の面から見ても、表Ⅱ－3のように各疾病金庫間に存在する大きな格差が明らかになった。

表Ⅱ－3 給付面の各種疾病金庫間の構造的な格差

| | |
|---------------|--|
| 同業者疾病金庫 (IKK) | 低賃金は、支出面での若い被保険者の加入により、補填されている。一般被保険者の半数弱は30歳未満。 |
| 職員代替金庫 (EA) | 家族扶養率は全体平均(61.8%)に対して53.5%と低い |
| 地区疾病金庫 (AOK) | 高い疾病リスクを抱える特定のグループの加入が多い。失業者の61.1%、障害者およびリハビリ者の67.4%が加入している。 |

(出所) Enquete-Kommission(1990)

こうした疾病金庫間の著しい格差の存在に加えて、さらに問題視されたのは、職種による疾病金庫選択の可能性についての不平等な取扱いであった。すなわち、職員については一次金庫から職員代替金庫を選択してこれに移る選択肢が幅広く存在したのに対して、労働者については、労働者代替金庫があったものの、その対象業種等がきわめて限られ、実質的に多くの労働者が一次金庫への加入に留め置かれ、代替金庫に移ることができなかった点である。

疾病金庫間の保険料率の大きな格差に加えてこのような選択権における差別的取扱いは、基本法上の平等原則に抵触するものと考えられ、地区疾病金庫の被保険者が金属労組の支援を受けて連邦憲法裁判所に出訴した事案の決定⁸において、基本法との抵触の危惧の判断が示された。

こうした動きの中で、保険者構造を根本的に改革すべしとの機運が高まってきた。

(2) リスク構造調整前史一年金受給者の医療保険

じつはこのような加入している被保険者の給付面からの構造的な格差の存在は、すでに以前から知られていて、部分的にこれに対応しようとしたのが年金受給者の医療保険である。

年金受給者の医療保険は、もともとは年金保険が必要な保険料を負担していたが、年金改革と医療保険改革を通じて何度も変遷を遂げてきた。1967年の財政改革法で費用負担のルールが変更され、年金受給者の医療保険の費用の80%は年金保険者が、残る20%は一般の医療保険者、つまりは就業している被保険者が、いわゆる関係者分担分(Interessenquote)として負担することとされた。

⁸ 1994年2月8日連邦憲法裁判所第1法廷決定-1BvR1237/85-。ただし、この決定を詳細に読むと、労働者に対しても職員と同様に代替金庫への移動の自由を認めれば憲法への抵触問題を回避できるのか、あるいは保険料率の大幅な格差の存在自体に対して疑義を示したものであるのかは、必ずしも明確ではない。

しかし、その後、年金受給者の医療費が増大する中で年金財政に占める医療保険料の負担が増大する一方、一般医療保険の関係者負担分も1976年には24.5%へと増大した。さらに1977年には年金財政の危機もあり、医療費抑制法により年金受給者財政調整が導入され、年金制度からの保険料は17%から11.7%に引き下げられた。このため、年金受給者の医療保険は大幅な赤字に陥り、これは一般の医療保険加入者が負担せざるをえない。しかし一方、年金受給者の加入割合は疾病金庫の種別によって大きく異なっていたため、これにより医療保険制度全体に歪みを生じることになる。

そこでこれを避けるため、年金受給者の医療保険における財政調整制度が設けられ、学生と実習生を除く一般医療保険の加入者は、年金受給者の医療保険の赤字分を補填するため、基礎賃金の2.2%を負担することとされた。しかし赤字分の増大に伴い、この料率は1984年にはすでに2.9%にまで上昇した。

この制度の導入により、年金受給者の医療保険の高い有病率リスクは均等に各疾病金庫に分配されたが、このような実際に生じた支出に着目した後ろ向きの事後的な財政調整は、いわば共通のどんぶり勘定を設けたようなもので、各疾病金庫に対して年金受給者への給付費を管理し合理化しようという動機づけに欠けるものだった。

さらに、当時は代替金庫は一次金庫よりも高い診療報酬表を用いていたため、結果的に財政力の弱い一次金庫がその費用を分担させられることになるなど、不合理や不適切な運用が生じ、その改善が求められていた。とりわけこうした後ろ向きの実際に生じた費用(Ist-Kosten)の財政調整が非効率を生むことは反省として強く認識され、その後のリスク構造調整においても調整対象はあくまでも将来に向けての予測費用(prospektiv)とするという原則が貫徹されることとなった。

3. リスク構造調整と保険者選択制の導入とその後の展開

(1) リスク構造調整導入の趣旨、目的

このような各種疾病金庫間の格差と職種間の取扱いの不平等の問題を背景として、ドイツの医療保険の一世紀を超える歴史の中でも画期的なリスク構造調整と保険者選択制が導入されたが、その目的は大きく分けて次の2つがある。

1) 疾病金庫間の格差と職種間の取扱いの差別の是正

その第1は、上記の背景や直接的な経緯から明らかなように、保険料率の不合理的な格差を是正するとともに、職員と労働者という職種による疾病金庫選択に関する不平等な取扱いを是正する、という点にある。これは上記の連邦憲法裁判所決定に沿うものであるとともに、社会的公正を求める社会政策上の要請にも応えるものであった。

2) 連帯下の競争という新たなパラダイムの導入

新たな制度の導入の直接の端緒は以上のような疾病金庫間の格差と職員と労働者と

いう職種間の不平等の是正にあったが、単なる格差の是正が新たな制度導入の中核的な狙いではない。その第2の目的は、当時、ドイツの国内外で専門家による研究と理論的な枠組みが提唱され、ドイツ同様にもともと競争的な土壌を有していたオランダやスイスなどでも導入の検討が進んでいた「管理下の競争(managed competition)」と呼ばれる、公的医療保険における新たなパラダイムの創設とこれによる医療の質と経済性の向上に向けた理論枠組みの導入である。

すなわち、ドイツにおける保険者選択制は、あくまでも連帯を基盤とした公的医療保険の枠内の競争であり、その使命として、官吏や高所得者などの例外を除き、すべての国民に対する公的医療保険への強制加入を維持し、傷病時にはその所得水準にかかわらず必要な保険診療を保障しようとするものである。このため、保険者に対しては保険引受け義務(Kontrahierungszwang)を課し、加入拒否を認めない。しかも公的医療保険として加入者の保険料は応能負担の報酬比例制で、扶養される家族被保険者は保険料負担がなく、加入者の既往症や健康リスクに応じた追加保険料も禁止される。

こうした公的医療保険としての連帯の枠組みの中で、被保険者による選択を通じて、疾病金庫間に競争を導入し、医療の質と経済性・効率性を向上させようとする仕組みである。その際に、この制度の最大のアキレス腱(Van de Ven(2002))となるのがリスク選択(Risiko Selektion)の存在である。すなわち、医療保険の分野においては、被保険者の性別、年齢別、有病率などの健康状態による医療費支出面と、他方でその所得水準による保険料負担能力の収入面の両面で、被保険者間に大きな格差が存在することが明らかとなっている。したがって、何らかの調整をしない限り、保険者によるリスク選択によって保険者間に大きな構造的なリスク格差が生じ、これは保険料率の格差となり、本来の公平な競争を大きく阻害してしまう。このため、加入する被保険者の構造的な格差を是正し、リスク選択を無効化あるいは少なくとも意味がない程度に最小化することが制度の存立にとって不可欠の前提条件となる。これが本質的な意味でのリスク構造調整の意味であり、役割である。その意味でリスク構造調整は、公的医療保険の連帯下の競争における「技術的核心」を成す。

したがって、このような枠組みは、民間保険市場を通じて、保険者によるリスク選択と無保険者の発生を是認するアメリカの医療保険とも、また加入先の保険者を法律で一義的に義務づけて被保険者による選択を認めない日本など伝統的な公的医療保険とも異なる新たな可能性を探る理論枠組みであり、「連帯下の競争(solidarische Wettbewerb)」と呼ばれるゆえんである。

(2) リスク構造調整の基本理念

次項以下で具体的な制度の仕組みやそこで生じてくる結果を正確に理解し評価するため、ここで改めてドイツにおけるリスク構造調整の基本理念を整理しておく。

① すべての人に必要な医療を保障するという社会的目的のために国民の加入が義務

づけられ、任意の契約に基づく民間保険のようなリスク見合いの保険料が採用できない公的医療保険において、

- ② 被保険者による疾病金庫(保険者)選択の自由を通じた効率的で良質な医療サービスをめぐる疾病金庫間の公正な競争の環境を整備し、
- ③ リスク選択による不公正な競争を防止する。
そのためには、
- ④ 疾病金庫間の被保険者をめぐる構造的なリスク格差を可能な限り調整する必要がある。
- ⑤ ただし、リスク構造調整とその上での疾病金庫間競争はそれ自体が目的ではなく、あくまでもこれを通じて効率的で効果的な質のよい医療サービスの提供を実現することにある。

このように、リスク選択の問題は常にこの制度枠組みの最大のアキレス腱であり、これをいかに最小化、無効化するかが制度の存立に関わる課題であった。そして、保険料率の高低は、昔も今も、疾病金庫にとって最も重要な競争指標であり、有利な保険料率を実現するためには、多大の労力を要する困難な医療提供者との交渉よりも、「優良な」低リスク者を積極的に勧誘し、「劣悪な」高リスク者を遠ざけるリスク選択をする方が遙かに快適に実現できる手段であった。

別の言い方をすると、リスク構造調整とは、公的医療保険の枠組みの中で、

- (i) 疾病金庫間の競争における機会の公平(Chancengleichheit)を作り出し、
 - (ii) 個々の被保険者に対するリスク選択を最小化する(BT-Drucksache 2006ほか)
- ことにあるといえる。

なお、リスク構造調整は一般には財政調整の仕組みとして理解され、社会法典において法律上も「財政調整」と明記されているが、連邦保険庁は、リスク構造調整は財政調整ではなく、連帯によるリスク共同体としての公的医療保険内部における分配システム(Zuteilungssystem)だと明言している。

また、リスク選択の防止というRSAの目的と、結果として費用補填されることに伴う生活習慣病(循環器疾患、糖尿病、がんなどの国民病)などの予防活動や医療の効率化へのインセンティブ阻害の問題があり、このため調整対象は過去に実際に生じた後ろ向きの費用(Ist-Kosten)ではなく、疾病の結果将来に向かって生じる(prospektiv)継続的治療費(Folgekosten)を対象とする、という基本原則が貫徹されている点が重要である。

(3) 当初のリスク構造調整の具体的な内容

1995年から全面的に実施に移された当初のリスク構造調整は、性別、年齢別、障害年金受給の有無別という、有病率リスクを間接的に反映する指標と、所得水準に着目した調整方式だった。

具体的には、次のような手法で調整が行われた。

1) 給付費に関するリスク指標

<一般分>

障害年金受給者を除く一般の被保険者については、

- ① 性別：男女の2分類
- ② 年齢別：0歳から90歳以上まで各歳刻みの年齢別の91分類
- ③ 傷病手当金の受給権の有無と内容に係る3分類

この3つの分類の組み合わせから、 $2 \times 3 \times 91 = 546$ 群(セル)が用意される。

<障害年金受給者>

障害年金受給者は、典型的に一般の被保険者よりも医療費が多くかかることが明らかになっており、しかも年金保険者からの情報により外形的に明確に特定できるため、同様の手法で、しかし別途に分類される。ただし、該当者数が相対的に少ないため、男女別に、年齢区分は35歳以下と65歳以上は一括されてその間は各歳刻みの31区分とされ、傷病手当金も受給権の有無の2区分とされるため、合計 $2 \times 2 \times 31 = 124$ 区分に分類される。

その結果、全体ではこの4つの指標により区分されたセルの合計**670のセル(群)**に区分される。そして、それぞれの群ごとに集計された被保険者1人当たりの平均的な給付費日額が標準化給付費(standardisierte Leistungsausgaben, sLA)として計上される。

他方で、連邦保険庁は、全被保険者から提出された調整対象給付費総額を全被保険者延べ日数で除することにより、被保険者1人当たり平均給付費日額(100%値)を算出する。そして各セルごとの標準化給付費の平均給付費に対する100%比を各セルの相対計数(Verhältniszwert, VHW)として、この両者を公示する。

これを受けて、各疾病金庫は、それぞれに加入している被保険者の各セルごとの被保険者延べ日数にこの相対計数を乗じ、その総和に平均給付費を乗じることにより、当該疾病金庫の所要保険料額(Beitragsbedarf)を算出する。これがリスク構造を調整した後の各疾病金庫が必要とする標準給付費になる。

2) 所得水準に関するリスク調整

疾病金庫間には、上記のような給付費に関する加入被保険者に由来する構造的な格差が存在する一方で、保険料収入に結びつく加入者の所得水準に関する格差も存在する。賃金水準の高い加入者が多い疾病金庫は、給付費水準が同じであっても低い保険料率で必要な給付費を賄うことができるため、競争上優位な立場に置かれるためである。

このため、すべての疾病金庫の調整対象給付費総額を保険料賦課対象賃金の総額で除して得られる調整保険料率を算出し、これを各疾病金庫ごとの保険料賦課対象賃金に乗じて当該疾病金庫の財政力を求める。

3) リスク構造調整交付金(拠出金)

上記のような手続きを通じて各疾病金庫の標準化給付費と財政力を求め、その不足があれば調整交付金として受け取り、過剰があれば逆に調整拠出金として拠出する。

$$\text{各疾病金庫の調整交付金(拠出金)} = \text{標準化給付費} - \text{財政力}$$

(4) 導入後に生じた弱点の露呈と改善策

1) 積極的・消極的なリスク選択の激化

こうして周到な準備を経て1995年からスタートしたリスク構造調整の下で翌96年から保険者選択制が実施された。世界でも最も精緻と言われた670ものセルに細分化して7,000万人を対象として実施されたリスク構造調整だったが、施行後間もなくして、積極的あるいは消極的なリスク選択が激しさを増し、性別・年齢別などの間接的なリスク指標によるリスク選択の防止の限界が露呈してきた。

① 高リスク者に対する消極的なリスク選択

純然たる民間保険市場とは異なり、公的医療保険における選択制であるため、すでに述べたように疾病金庫に対しては保険引受け義務が課されており、またリスク追加保険料も禁止されている。しかし、高リスク者の加入があればその分財政収支にはマイナスとなり競争上不利になるため、制度導入当初は、隠れた、あるいは陰湿な形で高リスク者に対する消極的なリスク選択が行われ、社会的に批判された。

例えば、難病患者や重度障害者などについて、加入申請時に様々な書類を求めたり、あるいは意識的に手続きを引き延ばしたり、車いすでは来訪できないようなエレベーターのないビルの上層階に事務所を置いたり、あるいは勧誘をインターネットだけで行ってこれを利用できない高齢者などの加入を困難にしたり、といった事例が実際に報道され、社会的な批判を浴びた。

しかしながら、高リスク者の保険引受けを回避する行為は、経済的には合理的とはいえ、法律で禁止されている行動で、件数的にも限られており、制度が周知されるにつれて終息していった。

② 低リスク者をめぐる積極的なリスク選択の急増

これに対して、本質的により重要なのは、当時のリスク指標では調整できない、より低リスクな被保険者を求めての疾病金庫によるリスク選択であり、それに呼応する低リスク者による、より安い保険料を求めての加入先の移動の加速化であった。こうした健康で所得の高い若者などの低リスク者を積極的に勧誘するリスク選択は法律上は自由である。また当事者が自ら保険料率の低い疾病金庫を探してこれに移ることも、もちろん自由である。まさにこうしたリスク選択を無効化し公平な競争の障害を防止するためにリスク構造調整の仕組みが導入されたわけだが、670ものリスクグループに分類した精緻な指標をもってしても、あくまでも有病率リスクの間接的な指標にとど

まるため、その効果には限界があった。同じ性別・年齢であっても健康な被保険者を獲得すれば、調整により得られる費用よりも実際には少ない費用ですみ、利益になるためである。

2) 制度の枠組みを揺るがす疾病金庫間の被保険者の移動の激化

こうした被保険者の移動が1998年から99年にかけて一気に拡大し、年間で数十万人規模で地区疾病金庫と代替金庫から企業疾病金庫への被保険者の移動が生じ、企業疾病金庫の一人勝ち状態が生じてきた。とりわけ注目を集めたのがバーチャル企業疾病金庫(vertuelle BKK)と呼ばれる疾病金庫の出現で、インターネットでしか加入を受け付けないような、新興の小規模な企業疾病金庫だった。これに保険料負担に敏感な健康で高学歴な層が反応し、急速に被保険者を獲得した。これらの「移動者(Wechsler)」と呼ばれる被保険者は、ひたすら安い保険料を追求し、ラウターバッハ/ヴィレ報告書(Lauterbach/Wille)の分析によれば、安い保険料であってもなおこれにかかる医療費は保険料負担の半分程度で、これがさらに保険料率の引下げを可能にし、これを武器に非生産的な加入者の獲得競争に拍車をかける結果となった。そして、疾病金庫間の保険料率の格差が再び拡大傾向を示すようになった。

こうした一方で、慢性疾患を抱える高リスクの加入者の多い疾病金庫は保険料率も高く、競争環境は不利で、慢性患者によい医療サービスを提供するという本来のサービス競争は生まれにくい。

このような、慢性疾患の患者へのサービス提供へのインセンティブを欠く仕組みと、金庫間移動者をめぐる非生産的な獲得競争は、いわばコインの両面である。すなわち前者はリスク構造調整による過小な保険料分配の結果であり、後者はこれによる過剰な保険料分配の結果である。

この時期の各疾病金庫種別の被保険者数の増減をみたのが別表Ⅱ-1で、ここから明らかなように1999年から2003年までのわずか4年間で、地区疾病金庫は256万人、代替金庫は359万人の被保険者を失い、他方で企業疾病金庫はこの間に571万人の新たな被保険者を獲得し、急激な制度の流動化を招き、連帯下の競争という制度の枠組み自体が瓦解する危機に直面した。

ここから、リスク構造調整をもっと目的に適合した(zielgenauer)仕組みに改善するために、直接的な有病率指標によるRSAの導入が検討された。

3) 専門家の鑑定報告書と対応策

連邦保健省は2000年5月に保健・経済調査研究所/カッセル教授/ヴァーゼム教授(IGES/Cassel/Wasem)にリスク構造調整の改善に関する鑑定意見を委託し、ほぼ同時期に企業疾病金庫を除く各疾病金庫連合会もラウターバッハ教授/ヴィレ教授に鑑定委託し、それぞれの報告書が2001年2月に提出された。両報告書は、いずれもリスク

構造調整が果たしている役割を肯定的に評価した上で、喫緊の課題となっているリスク選択の防止に向けて、それぞれの立場から改善策を提言している。

(5) 2001年のリスク構造調整改革法

連邦保健省では、両報告書の提出を受けて、集中的に関係団体等へのヒアリングを行うとともに、必要な対応策を盛り込んだ法律案を連邦議会に提出した。

1) 疾病金庫選択権に関する新規則に関する法律

リスク構造調整の改革案に向けた検討を進める間にも、疾病金庫間の被保険者の移動は激しさを増しており、改革案を決定するまでにまずその動きを沈静化する必要があった。このため、連邦政府は、改革案に先立って、2001年7月に疾病金庫選択権新規則法を制定し、この年の疾病金庫の移動を一時的に凍結するとともに、選択のルールを変更することとした。

具体的には、従来は疾病金庫の変更は、原則として毎年1回9月30日までに届け出るものとし、3か月経過した翌年初めから変更することとされていた。このため、9月の届出期限が近づいてくると各疾病金庫が一斉に勧誘合戦を行い、マスコミもこの時期に各疾病金庫の保険料率の比較などのキャンペーンを張るため、被保険者が煽られて競争が加熱し、しかも一斉に大量の移動が生じるため年間計画を立てにくいなどの弊害も指摘されていた。そこで、新しいルールでは、原則いつでも変更できるとし、届け出た翌々月の末日で脱退し、以後18か月は新たな移動先に拘束される、というものだった。

この法案は、2001年5月に連邦議会に提出され、野党の反対を押し切って同年7月に連邦議会で可決成立し、この年末の移動は凍結された。

2) リスク構造調整改革法

さらに連邦政府は2001年、基本的に保健・経済調査研究所/カッセル教授/ヴァーゼム教授報告書で示された内容を中心として、それにラウターバッハ/ヴィレ報告書で提案された疾病管理プログラムをリスク構造調整にリンクさせる内容を加味し、「公的医療保険におけるリスク構造調整の改革に関する法律案(Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung)」(BT-Drs.14/7123)を連邦議会に提出した。この法案に対して野党は反対したが、2001年11月9日、リスク・プールの要件と導入時期について一部修正の上、連邦議会で可決、11月30日に連邦参議院の同意を得て12月10日に官報公布され、2002年1月1日から施行された。その主な内容は、次の3点である。

① 有病率指標による新たなリスク構造調整の導入

リスク選択を防ぎ疾病金庫間の公正な競争条件を整える上で、それまでの性別・年

年齢等の間接指標によるリスク構造調整の限界とその結果生じた制度の混乱を改善するため、従来の指標に加えて新たに直接的な有病率指標によるリスク構造調整を導入することとした。

これにより立法者は、病気の、とりわけ重度で慢性疾患を抱える人への医療の質を改善し、経済性を高めることにつながるような、疾病金庫間の有効に機能する競争を可能にするという目標を追求した。この目標は、それまでの間接的な有病率指標に基づく限定的なリスク構造調整では、なお残るリスク選択への誤った誘因によって達成することができなかった。この新たな構築によって、病気、なかでも慢性の病気の被保険者が特定の疾病金庫に集中し、これが不可避免的に重大な競争上の不利益と結びつくことがないことが確保されるべきものとされた。

この新たな制度は2007年1月から導入することとし、それまでの間に、新たな指標の開発に向けたデータの収集、海外の先事例の調査とドイツへの適用に際してのその評価などのタイムスケジュールを定めるとともに、連邦保健省に対して、適切なリスクグループの設定、ウェイトづけの要素、分類指標の設定のための専門家への調査などを義務づけた。

② リスク・プールの創設

実際に発生した費用についての事後的なリスク・シェアリングの手法による財政調整は、各疾病金庫の効率的な管理へのインセンティブを損なうという欠点があるものの、2007年の新たな有病率指標の導入までの間、慢性疾患患者などのハイリスク者が地区疾病金庫など一部の疾病金庫に偏った加入状況はそれまで放置できないとして、一定額以上の高額医療費についてリスク・プールを2002年に創設することとした。

対象となる医療費の免責額は、当初の専門家の報告書では9,750ユーロ、シェア率は80%とされていたが、企業疾病金庫の反対に配慮し、2万450ユーロに引き上げられ、シェア率は60%に引き下げられた。

なお、このリスク・プールは、後述の2007年の公的医療保険競争強化法により最終的に新たな有病率指標が2009年1月から導入された際に、廃止された。

③ 疾病管理プログラム(Disease-Management-Programm, DMP)への登録被保険者を対象とするリスク構造調整の実施

疾病管理プログラム(DMP)とは、アメリカのマネジド・ケアで開発されたコンセプトで、医師、患者に対するエビデンスに基づく疾病およびその後遺症の治療指針、自己管理を含む患者教育、医師と患者間の情報システム、個別の患者への治療計画、医師相互間の専門教育、全参加者のデータバンクなどの要素で構成される構造化された治療計画をいう。ドイツでは1997年の公的医療保険新秩序法で新たな医療形態として疾病金庫州連合会と保険医協会との間の構造協定(Strukturverträge)によって導入する途が開かれた。

しかし、これは保険医協会の集団協定制度の枠組みに阻まれて普及せず、2001年時

点では6つの保険医協会において地域の診療ネットとの間でわずか21の協定が締結されるにとどまっていた⁹。

そこでこの新たな医療サービス形態を普及させるため、2000年医療改革法により統合化医療と並んでこの疾病管理プログラムを保険医協会との間の総診療報酬の枠組みとは別途に診療報酬を設定する道が開かれた。

この疾病管理プログラムは、初期の投資費用を必要とし、その費用は短期的には疾病金庫による回収が難しい。その導入は費用抑制が目的ではなく、治療効果とその質の改善を目的とするものである。

そこでこの法律で疾病管理プログラムに登録した被保険者を特別なグループとしてリスク構造調整の対象とし、これにより多くの慢性疾患を有する被保険者を抱えた疾病金庫(その多くは地区疾病金庫)を魅力あるものとするを意図したものである。

疾病管理プログラムの対象疾患としては、現在では、糖尿病Ⅰ・Ⅱ型、冠状動脈性心疾患、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、喘息および乳がんの6種類で、対象被保険者は約680万人にまで拡大している。

なお、後述のように2007年の公的医療保険競争強化法により2009年から直接的な有病率指標の新たなリスク構造調整が導入されたことに伴い、この対象患者の多くは重複するため、疾病管理プログラムへの登録被保険者を対象とした特別な医療費支出の調整は廃止され、その管理運営費のみがリスク構造調整の対象として残っている。

(6) その後のリスク平準化等による急激な疾病金庫間移動の沈静化

このように1990年代の終わりから2000年代の初めにかけて、いわゆるバーチャルBKKに代表される小規模で積極的なリスク選択を通じた安い保険料を武器に急速に被保険者を獲得した疾病金庫と、他方で若くて健康で高学歴で保険料負担に敏感な層を中心に積極的に安い保険料率を求めて移動する被保険者群の存在により、当初から連帯下の競争のアキレス腱として警戒されていたリスク選択を通じた競争の激化という現象が生じた。

この間の勝者は、バーチャルBKKのほか、ゲーミュンダー代替金庫と技術者疾病金庫(Techniker Krankenkasse)だった。前者は、医療提供体制の整備が遅れていて医療費が相対的に低い旧東独領を中心に被保険者の獲得を行い、労働者代替金庫のうちで唯一被保険者増となった。また後者は、特に社会的ステータスが強く高収入の加入者が多く、財政力に関するリスク構造調整の対象が保険料収入の約92%にとどまることを利用し、定款に基づく充実した付加給付にもかかわらず有利な保険料率を提供することにより加入者増を果たした。

いうまでもなく、各疾病金庫の競争条件には、保険料率以外にも利用へのアクセス

⁹ Tophoven(2001)による。

の良さや個人的な相談支援の充実などの被保険者サービスもある。しかし、こうしたサービスはコストがかかる一方で、これに魅力を感じるのは病気を抱えて医療サービスを頻繁に利用する人が多く、これらは従来のリスク構造調整では調整対象とならず、疾病金庫にとっては不利な被保険者となっていた。

この間の疾病金庫の種類ごとの被保険者数の増減は別表Ⅱ－１のとおりであるが、2001年の改革法が成立して2007年からの新たな有病率指標の導入が決まった後、程なくして、被保険者の激しい移動が急速に沈静化し、この間の制度の根幹に関わる大きな社会的な関心も急速に冷却化してきた。

このような環境変化をもたらした要因の一つは、いうまでもなく制度改正による効果で、2001年の疾病金庫移動の凍結や過度の保険料率をめぐる疾病金庫間競争を抑制するための手続きの改善、さらには新規の開放型企業疾病金庫の新設の禁止などによるものである。

しかしより本質的には、小規模の保険者が急速に規模を拡大する過程で起きるリスク平準化といわれる現象である。積極的な低リスク者のリスク選択によって有利な競争条件を作り、急速に被保険者を獲得してきたバーチャルBKKなどは、リスク構造調整による拠出金の負担にタイムラグがあり予測が困難な面があることや、急速な拡大に伴う負債が増大し唯一の武器だった保険料率を引き上げざるを得なくなって競争力を失った。

このような保険者の規模の拡大の過程で生じるリスク平準化と呼ばれる現象は、すでにWelch(1985)で“regression towards the mean”として知られていた。例えばBeck/Zweifel(1998)はスイスの事例から、いわゆる「悪い」リスクの50%は「よい」リスクに転じ、逆に「よい」リスクの20%は「悪い」リスクに転じることを示している。また、ドイツでの1999年から2001年にかけての疾病金庫移動者の実証分析の結果からは、積極的な移動者はいったん病気になると平均以上に医療費請求をするという、モラル・ハザードも指摘されている。

さらに一般的にも、被保険者数の増大や疾病金庫の合併による被保険者の移管などで規模が拡大する過程で、いわゆるリスク・ミックスが生じることもよく知られており、一定規模になるともはや積極的なリスク選択だけでは事業拡大は困難になる。

こうして、あれほど制度の根幹となる枠組みを揺るがす危機的状況として立場を超えて受け止められた事態は、急速に沈静化し、社会的な関心も失われてきた。

4. 直接的な有病率指標による新たなリスク構造調整の導入と医療基金の創設

(1) 有病率指標による新たなリスク構造調整の導入

こうして2001年のリスク構造調整改革法の成立以降、ほどなくして、急激な疾病金庫間移動はすっかり沈静化し、有病率指標による新たなリスク構造調整の導入は法律でスケジュールが決まったものの、疾病金庫間の激しい利害の対立が根底にあるだけに、その実施に向けた動きは鈍化した。

しかし、地区疾病金庫を中心にその具体化、実現を求める要求は根強く、1998年に成立した社会民主党と緑の党による戦後初めての本格的な左派政権の誕生の下で、1999年の「公的医療保険の財政強化法(GKV-Finanzstärkungsgesetz)」により、2000年から段階的にそれまでの東西に分かれて実施されていたリスク構造調整が全ドイツで実施されることになった。

これに反発したバイエルン州、バーデン・ヴュルテンベルク州およびヘッセン州は、基本法の抽象的規範的統制訴訟としてリスク構造調整の違憲性を訴えて連邦憲法裁判所に出訴した。これに対して連邦憲法裁判所第2法廷は2005年7月18日の決定(2BvF 2/01)で違憲の主張を退けた上で、さらに次のように述べて、性別・年齢別の間接的な指標による調整は不十分であるとして、直接的な有病率指標によるリスク構造調整の必要性を指摘した。

「現在のリスク構造調整は、間接的な有病率指標のため、限定的にしか、健康な人と病気の人との間の連帯的な調整(Solidarausgleich)を保障することができない。…立法者は、直接的な有病率指標により、正当性のある目的を追求している。というのは、これにより健康な人と病気の人との間の連帯的調整を改善し、とりわけ慢性の病気の人への負担となるリスク選択を避けようとしているからである。」

この連邦憲法裁判所の決定を契機として、さらに2005年の連邦議会総選挙の結果、キリスト教民主/社会同盟と社会民主党による戦後2度目の大連立政権の誕生により、再び新たなリスク構造調整の導入に向けた機運が盛り上がり、具体的な調整が進んだ。

その結果、2006年12月22日の保険医法改正法(Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, VÄndG)により、有病率指標によるリスク構造調整の導入時期は当初の2007年1月1日から2009年1月1日まで延期され、2007年3月26日の公的医療保険競争強化法(GKV-WSG)により、有病率指標のリスク構造調整は医療基金の創設と結びつけて、2009年1月1日から導入されることとなった。

同時に、この法律により関係条文が改正され、直接的な有病率指標によるリスク構造調整はすべての疾病を対象とするのではなく、当初は50から80の疾病に限定して導入することとされた。立法者は、この限定の根拠として、「移行期の予期できない混乱を避け、疾病金庫にとって計画確実性を高めるため、円滑に直接的な有病率指標の導入」を図るとした(BT-Drs.16/3100,204)。

具体的な制度は、次のように規定されている。

第268条 リスク構造調整の発展

- 1 第266条第1項第2文および第3文による被保険者グループならびに第266条第2項第2文によるウェイトづけ要素は、2009年1月1日からは、第266条にかかわらず、分類指標に基づき構築することとし(有病率グループ)、これは同時に、
 - 一 被保険者の有病率を、診断名、診断名グループ、適応症、適応症グループ、医療給付あるいはこれらの指標の組み合わせを基礎として直接的に考慮し、
 - 二 分類された被保険者の平均的な疾病固有の給付費の額を指標とし、

- 三 リスク選択への動機づけを減らし、
- 四 医学的に正当化されない給付の拡大への動機づけを生み出さず、
- 五 50から80までの特別に費用がかかり慢性の(kostenintensive chronische)疾病および重症の経過をたどる(mit schwerwiegendem Verlauf)疾病を有病率グループの選定の基礎に置くものである。

なお、その他については、第266条が適用される。

- 2 連邦保健省は、2009年12月31日までに、第266条第7項の政令により連邦参議院の同意を得て、第1項の規定を実施するための詳細を定める。当該政令においては、2008年12月31日まで適用される被保険者グループを規定するカテゴリーの一つまたは複数のものが、第1項第1文に掲げる規定と並んで引き続き適用されるかどうかについても、決めなければならない；第266条第7項第3号が適用される。

この第268条第1項の規定は、当初の2001年改革法では、その第4号および第5号は、次のように規定されていた。

「四 サービス提供の質と経済性を向上し、

五 実施可能(praktikabel)でありコントロール可能(kontrollierbar)であること」

これが2007年改正により、現在の規定に改められ、とりわけ対象疾病を50から80の疾病に限定したことは、疾病金庫種類間でその加入する被保険者構造の相違を反映して、有病率指標の導入に対して激しい意見対立があったことを映し出している。

この50から80という対象疾病の数自体については、専門的な見地からの根拠はまったくなく、もっぱら対象範囲をめぐる政治的な妥協の産物だとされている。

その核心となる概念は、法律上の「特別に費用がかかる(費用集中性:kostenintensiv, Kostenintensität)」、「慢性(性)(chronisch, Chronizität)」、「重症(性)(schwerwiegend)」という要件に加え、リスク構造調整規則第31条に規定された要件である「閾値(最小値、Schwellenwert)」、そしてそもそもの基礎概念となる「疾病(Krankheit)」を専門的にどう解釈、定義し、具体的な対象疾病を確定するかである。その上で、選定された疾病について、診療報酬請求などですでに定着している疾病分類(ICDコード)と医学的な同質性に着目してグループ化される診断群、さらにこれを経済的な同質性に着目してグループ化される有病率グループをどういう基準と手続きによって定めるか、ということが問題となる。それらが具体的にどう規定されるかは、各疾病金庫にとって直接的な財政影響を及ぼすため、その制定過程では各種の団体や関係者から様々な主張が行われ、毎年、何度もヒアリングを重ねながら合意形成が進められる¹⁰。

¹⁰ この具体化の作業の詳細なプロセスは、毎年、「連邦保険庁による有病率指標のリスク構造調整において考慮されるべき疾病の確定(Festlegung der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten durch das Bundesversicherungsamt)」として、連邦保険庁のホームページで公開されている。

なお、この新たな仕組みは非常に複雑になっており、その全体像を把握するには、連邦保険庁が2008年9月に作成した資料が分かりやすく有用であるため、その全訳を【資料Ⅱ－1】として掲げておいた。

(2) 有病率指標によるリスク構造調整の具体的な仕組み

1) 対象80疾病の選択

① 疾病、診断群、診断名

対象疾病の選定方法について専門家の意見を聞くため、2007年5月3日の連邦保健省の告示により、ブッセ教授(Reinhard Busse)、ドレスラー教授(Saskia Drösler)、グレスケ教授(Gerd Glaeske)、グライナー教授(Wolfgang Greiner)、シェーファー教授(Thomas Schäfer)およびシュラッペ教授(Matthias Schrappe)が専門家委員会委員に任命され、これが連邦保健省および連邦保険庁との情報・意見交換ならびにリスク構造調整に参加する各疾病金庫連合会などからのヒアリングを経て、2007年12月19日に専門的・技術的な選定手続きについて鑑定意見書を提出した。

まず、使用するデータについては、2005年と06年の実績データを基に、対象疾病を選定することとした。

基本となる「疾病」概念について、専門家委員会は操作性のために**診断群(DxGruppen, DxG)**を用いることとした。これはすでにオランダのリスク構造調整で実施済みのDCG/HCC－被保険者分類モデルで、すでに2001年に保健・経済調査研究所/カッセル教授/ヴァーゼム教授報告書によって提唱された、ボストン大学が開発したIPHCC+RxGroups－被保険者分類モデルを基礎とするものである。この分類法は、国際疾病分類(ICD)のみに依存する場合と比較すると、各疾病群の事例数が個別の診断名のレベルよりもずっと多くなり、各群の形成を通じて書類実務のバリエーションを設け、重症度の相違を区別して把握することができるというメリットが指摘される。病院診療報酬におけるDRGに似た分類手法である。

なお、ドイツでは、国際疾病分類は、連邦保健省傘下の医療文献および情報研究所(Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI)が編纂する国際疾病分類第10版ドイツ版(**ICD-10-GM**)が用いられ、2003年以来DRGが提供されている病院はもちろん、保険医の診療報酬請求書においてもすでに長らく、このICD-10-GMに基づくコードを付すことが義務づけられている(社会法典第5編第295条)。したがって、有病率リスク構造調整においても、実務的なすべての処理は、これに従った診断名が基礎となって実施される。

各診断群(DxG)は、1つまたは複数のICDコードから構成され、またDxG単独では「疾病」は構成せず、「疾病」は選定された複数のDxGの集合により形成される。

② 対象疾病の選定手続き

まず出発点となる50から80の対象疾病の選定が各疾病金庫にとってきわめて重要な

影響を与えるため、選定手続きおよび連邦保険庁の示す原案に対しては、各疾病金庫から基本的な概念のレベルから具体的な疾病の取扱いに至るまで、様々な意見が主張され、一つひとつ丁寧にその妥当性について検証され、修正案が示され、さらにヒアリングを経て、最終的に決定されるとともに、その過程が逐一公表され、決定過程の透明性が確保されている。

対象疾病の選定に用いる単位については、様々な議論を経て、法律の規定が「疾病」としていることも考慮し、診断群(DxG)のレベルではなく疾病レベルで取り扱うことになった。当初の2008年に決定されたところでは、約1万5,000のICD-10-GMのコードを基礎に医学的な同質性に着目して751のDxGが形成され、さらにこれを基礎として367の疾病が形成された。

③ 慢性(性)

法律上の対象疾病の選定要件としての疾病の慢性(性)については、疾病の診断名のうちの少なくとも1つが四半期ごとに提出される保険医の診療報酬請求書のデータに記載され、さらにこの疾病の診断名のうちの少なくとも1つが2つの四半期において記載されている疾病をもって、慢性疾病として取り扱うこととされた。

④ 重症(性)

対象疾病の要件の一つである重症な経過をたどる、つまり重症(性)については、**入院率(Hospitalisierungsquote)**がその指標とされる。この入院率は、年間の入院(病院)の主要疾病として記載されているか、あるいは外来(保険医)診療報酬請求書において少なくとも2つの四半期のデータで確定された診断名に対応する疾病を分母とし、このうち当該疾病について入院において主診断名とされた件数の比率が10%以上のものを重症疾病とする。この入院比率については、当初の連邦保険庁の原案では5%以上とされていたが、批判を受けて検証した結果、データ処理上の問題があったことを認め、この限度値を10%に引き上げた。

⑤ 費用集中性

有病率指標のリスク構造調整の対象疾病の選定に当たって、もっとも大きな影響を与え、疾病金庫間の利害が鋭く対立する要件が、この費用集中性である。この要件をどう解釈するかについては、1件当たりでは高額な医療費がかかるが発生頻度は稀な疾病と、1件当たりはそれほど高額ではないが発生頻度が高いため医療費総額としては大きな金額を占める国民病という、2つの異なる財政調整の要請をどうバランスさせるかが問題となる。

1つの選択肢は、2002年に導入されたりスク・プールが有病率指標の導入に伴い廃止されることも考慮し、1件あたりの給付費が高額な疾病を対象とするという考え方で、有病率調整に消極的だった代替金庫などがその採用を主張した。しかしこの基準では、1件当たりの医療費は高額だが発症頻度は稀な疾病は対象となるが、これが疾病金庫間の財政調整に与える影響はきわめて限定的なものにとどまる。

これに対して、連邦保険庁は、このような疾病の発生率(Prävalenz)のウェイトを全く無視した解釈は、法律が求めた導入の趣旨である「サービス供給にとって特別な意味を持ち、疾病金庫の費用負担に対して多大な影響力を有する(BT-Drucksache 16/3100, 200)」という立法者の立法目的に適合せず、また、リスク構造調整の発展によりリスク選択への誘因を軽減するという立法目的を達成するためには、疾病の発生率を考慮すべきだとした。

専門家委員会の報告書では、この相反する2つの選択肢の間で、有病率指標の導入に伴い従来のリスク・プールが廃止されることを考慮し、発症件数の(自然)対数を発生頻度として用いることを提言した。

これに対して連邦保険庁は、この対数を用いた発症率の考慮では制度導入の趣旨からみて不十分であり、他方でリスク・プールの代替機能としても不十分だとし、発症件数の平方根を発生頻度として用い、これに1件当たりの医療給付費を乗じた総額を疾病の費用集中性の指標の判断に用いることとした。

1件当たりの医療給付費と発症件数が異なる2つの事例の間で、i) 1件当たり医療給付費をそのまま用いた場合、ii) 実際の発症件数をそのまま用いた総費用、iii) 発症件数の(自然)対数を用いた場合、iv) 発症件数の平方根を用いた場合、当該疾病により生じる医療費の額は、それぞれ次表のとおりとなる。

表Ⅱ－４ 1件当たり医療費と発症頻度の扱いと対象医療費総額のモデル比較

| 疾病 | 発症件数 | 1件当たり費用 | 総費用 | (自然)対数 | 平方根 |
|----|---------|---------|--------------|---------|----------|
| 1 | 500 | 10,000€ | 5,000,000€ | 62,146€ | 223,607€ |
| 2 | 100,000 | 2,000€ | 200,000,000€ | 23,026€ | 632,456€ |

(出所) Bundesversicherungsamt(2008b)より作成。

このような検討結果と各団体からのヒアリング結果を踏まえ、連邦保険庁は発症件数の平方根を用いることと決定し、1件当たり医療給付費にこれに乗じたものをそれぞれの疾病の医療費として扱うこととした。そしてすべての365疾病についてこの医療給付費を算定し、その総額に占める上位の80疾病を選定することとした。

その結果、下位から76.5パーセント値で切ることにより、これより上の医療給付費が集中する80疾病を有病率指標のリスク構造調整の対象疾病として決定した。

具体的にこうして選定された80の疾病は、別表Ⅱ－2のとおりである。ここから明らかのように、発症件数の多い糖尿病や認知症、うつ病、高血圧症なども対象とされている。

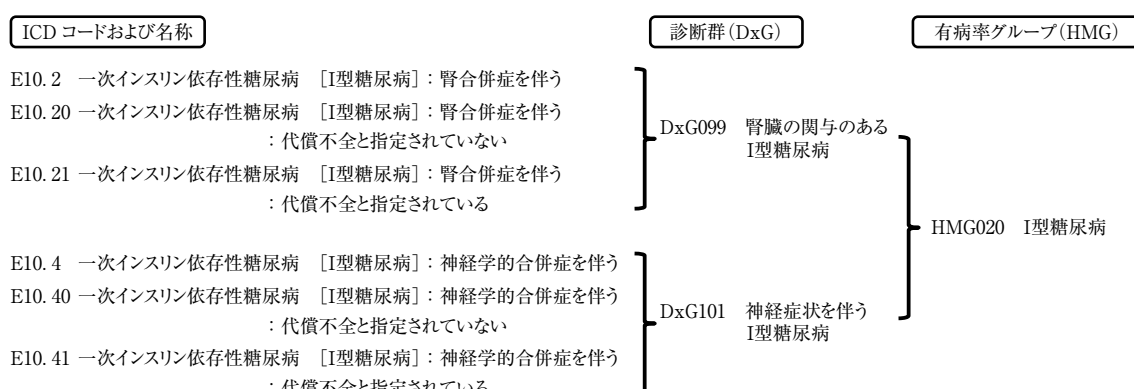
2) 有病率指標に基づく加算/減算の枠組み

当初の2008年においては、80の疾病に対応して選定された751の診断群(DxG)から、さらに経済面(費用面)の同質性に着目して106の階層化された有病率グループ

(Hierarchisierte Morbiditätsgruppe, HMG)が形成された。有病率指標に基づく財政調整の際の有病率に着目した加算/減算額は、このHMGごとに設定される。なお、このHMGは毎年の見直しのつど精緻化され、2017年リスク構造調整では、199のグループが形成されている(章末参照)。

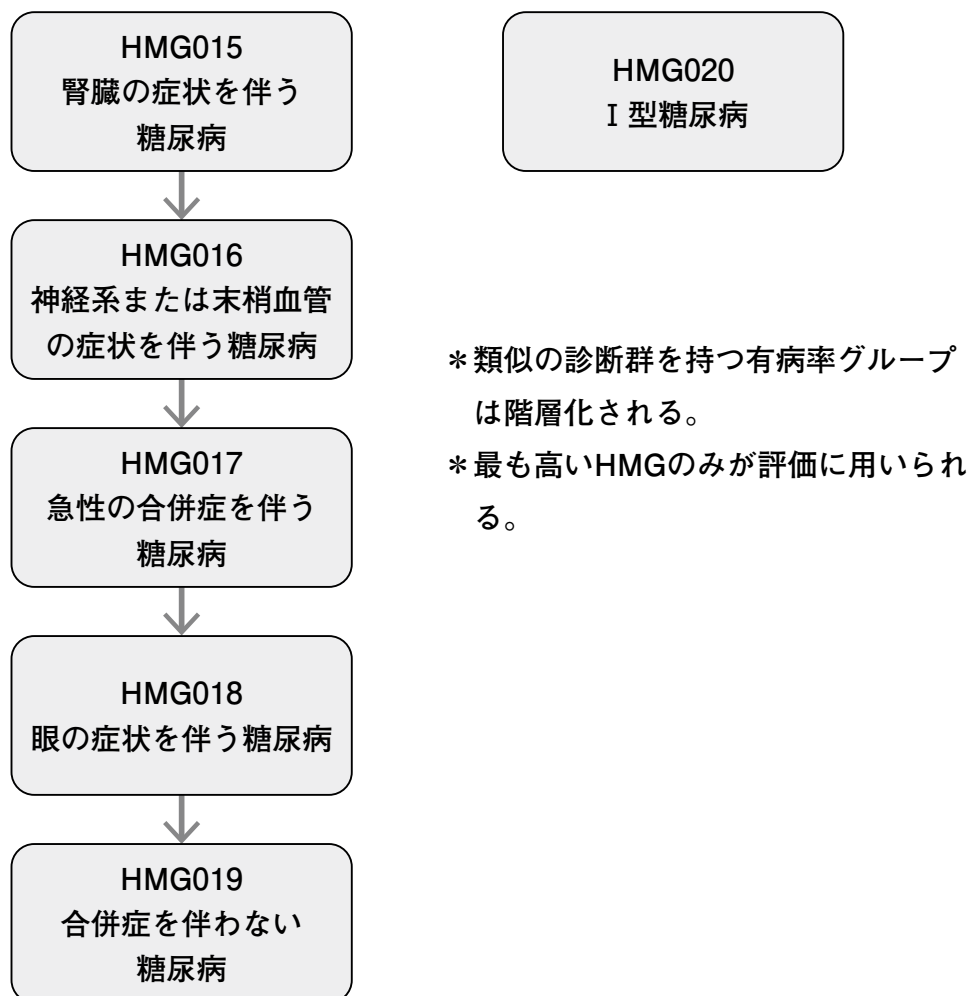
毎年の財政調整のデータ処理の基礎となる被保険者の疾病に係るICDコードと診断群(DxG)、そして階層化された有病率グループ(HMG)との関係は、**図Ⅱ－1**に示すとおりである。

図Ⅱ－1 階層化された有病率グループ(HMG)の形成の例(I型糖尿病)



さらに、具体的に対象80疾病の1つである糖尿病についての階層化された有病率グループ(HMG)は、次の**図Ⅱ－2**のとおりである。階層化という意味は、このように同一疾病の中でかかる医療給付費の大小に応じて階層化された群については、被保険者がその群の中で複数のHMGに該当する場合には、そのうちのもっとも高い階層のHMG 1つだけに分類される、という意味である。

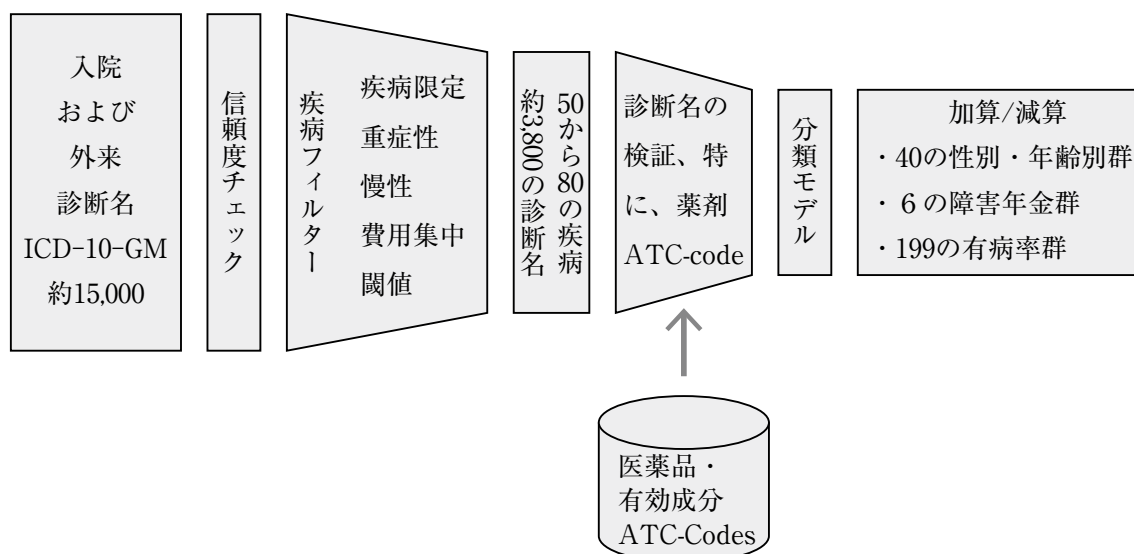
図Ⅱ－２ 糖尿病(疾病番号19)についての階層化された有病率グループ(HMGs)



(出所) 連邦保険庁資料(本報告書【資料Ⅱ－1】に全訳掲載(P.83))より引用。

また、80の対象疾病の選定を含めたリスク構造調整の一連の操作の流れは、図Ⅱ－3に示すとおりである。

図Ⅱ－３ 有病率リスク構造調整のリスクグループ選定の流れ



(出所) 連邦保険庁資料(本報告書【資料Ⅱ－1】に全訳掲載(P.83))より引用。

3) 具体的なリスク指標(セル)

上記の枠組みの下で、まず新たなリスク構造調整の指標としては、新たに導入された直接的な有病率指標に基づく群(セル)のほか、この対象疾病に罹患しなかった被保険者のために従来の間接的な性別・年齢別の群や障害年金受給者の群も併せて用いられ、それぞれは独立して相互に干渉しないように算定されているため、該当する複数の群に応じて基礎包括額に加算/減算が行われて、当該被保険者に係る翌年の医療給付費がその加入先の疾病金庫に交付される仕組みになっている。

まず基礎包括額(Grundpauschale)は、総医療給付費を被保険者総数で除して得られる被保険者1人当たり平均医療給付費を示す。これは毎年11月15日に翌調整年のものが連邦保険庁により公示される。2017調整年については、

被保険者1人当たり月額：249.083775620653ユーロ

被保険者1人1日当たり：8.189055636843ユーロ

となっている。

次に、各種のリスク指標については別表Ⅱ－3に示すとおりであるが、まず性・年齢別指標(Alter-Geschlecht-Gruppe, AGG)については、従来は1歳刻みであったが新たな制度ではそのウェイトが下がったため集約が図られ、男女別にそれぞれ0歳と95歳以上は別にして、基本的に5歳刻みで20の群が用意され、合わせて40の群がある。具体的な加算/減算額からも明らかなように、例外的に0歳と90歳以上は基礎包括額に対して加算されるが、それ以外の年齢層では軒並み減算される。

さらに障害年金受給者については、男女別に46歳未満、46～55歳、56～65歳の3グループに分類され、計6グループが設けられている。

また、新たに導入された有病率グループについては、既述のとおり診断群(DxG)のレベルで毎年の医療給付費の実績をふまえて見直しが行われ、2017調整年については、「DxG 1 継続的な薬剤投与を伴う HIV/AIDS」から「DxG313結腸/詳細な記述のない消化器/腹膜/皮膚/男性器/腎臓および腎盂/その他の不十分な記述の部位/子宮/の悪性新生物」に至るまで、199の診断群が選定され、それぞれについて被保険者1人当たりの月額に加算額と被保険者1人1日当たりの加算額が示されている。

これらの範疇ごとの加算/減算額は、つぎのような手続きを経て決定される。

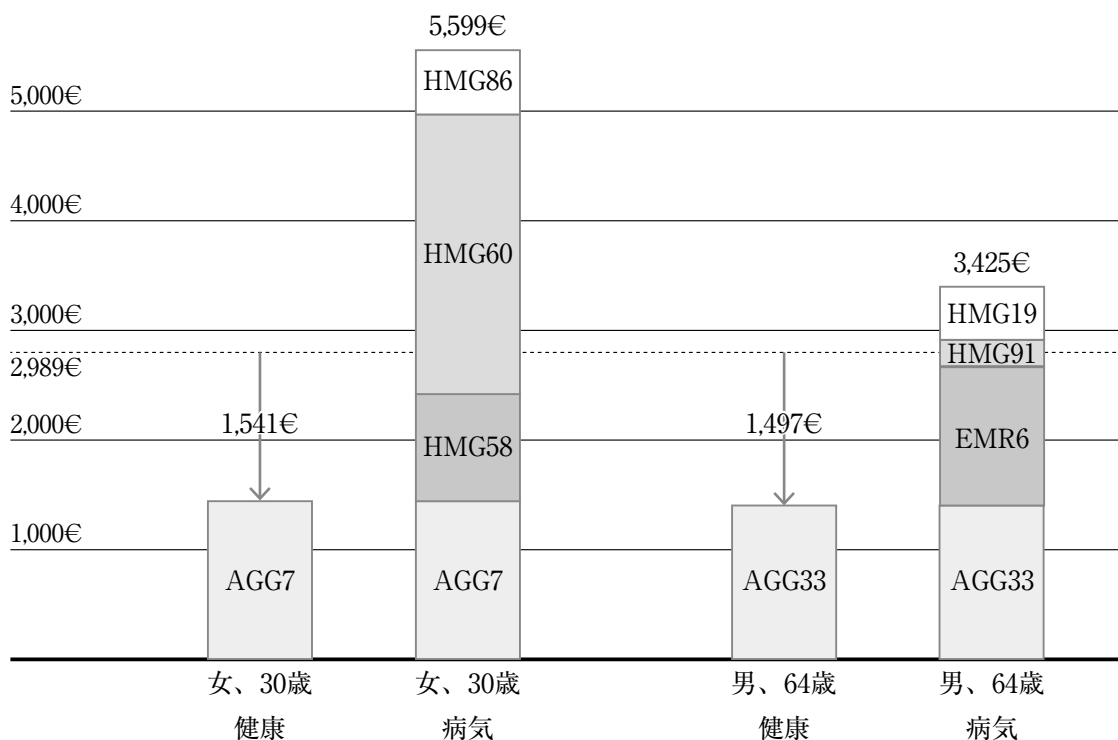
- ・すべての被保険者は、診断群(HxG199群)、性別年齢別群(AGG40群)ないしは障害年金受給者群(EMG6群)のいずれかに割り当てられる。
- ・各カテゴリーについて費用(医療給付費)が次のようにして調査される。
 - 診断群については、診断名確定の翌年の継続費用(Folgekosten)
 - その際は、回帰分析によって、カテゴリー(診断群、疾病)と費用との関係が分析される
 - 回帰係数からそれぞれの診断群のウェイトづけが行われる
- ・そこから各診断群ないしリスクグループに対する加算額が算定される
 - 前年の11月15日に確定される
- ・被保険者構成に基づき各疾病金庫に対して医療基金から資金配分される
 - 被保険者構造については3月と9月に調整

例えば最初の調整年となった2009年についていうと、2006年の診断名と薬剤処方に関する実績データに基づき、各被保険者の当該疾病による2007年の継続費用(Folgekosten)を調査する。その結果に基づき、2008年11月に、連邦政府による一般保険料率の確定後に、連邦保険庁が基礎包括額と各152(AGG40群、EMR6群、HMG106群)のリスクグループに対する加算/減算額を公示する。

その後、連邦保険庁は、医療基金から各疾病金庫への2009年1月の交付金を直近の被保険者数に基づいて調査し確定する。被保険者の移動に伴う各疾病金庫の被保険者構造の変化を毎年2回、3月と9月に更新する。その後、従来のリスク構造調整と同様に、2010年秋に、各疾病金庫の財務諸表が提出された後、年間調整が実施される。そこでは2008年と2009年のデータに基づき、加算額が新たに調査される。

また、こうして決定された被保険者分類モデルに従って示された具体的な基礎包括額、性別年齢別加算/減算額と診断群に応じた加算額が2017調整年の金額を用いた実際のモデルでどう算定されるかの例を示したのが、**図Ⅱ－4**である。

図Ⅱ－４ 有病率リスク構造調整の加算モデル(2017調整年のカテゴリー、単価)



基礎包括額：2,989€/年

AGG7：-1,448€

AGG33：-1,492€

HMG86：後天性心臓弁膜症：541€

EMR6：障害年金受給：1,266€

HMG60：拒食症：2,423€

HMG19：合併症なし糖尿病：412€

HMG58：うつ病：1,094€

HMG91：高血圧症：250€

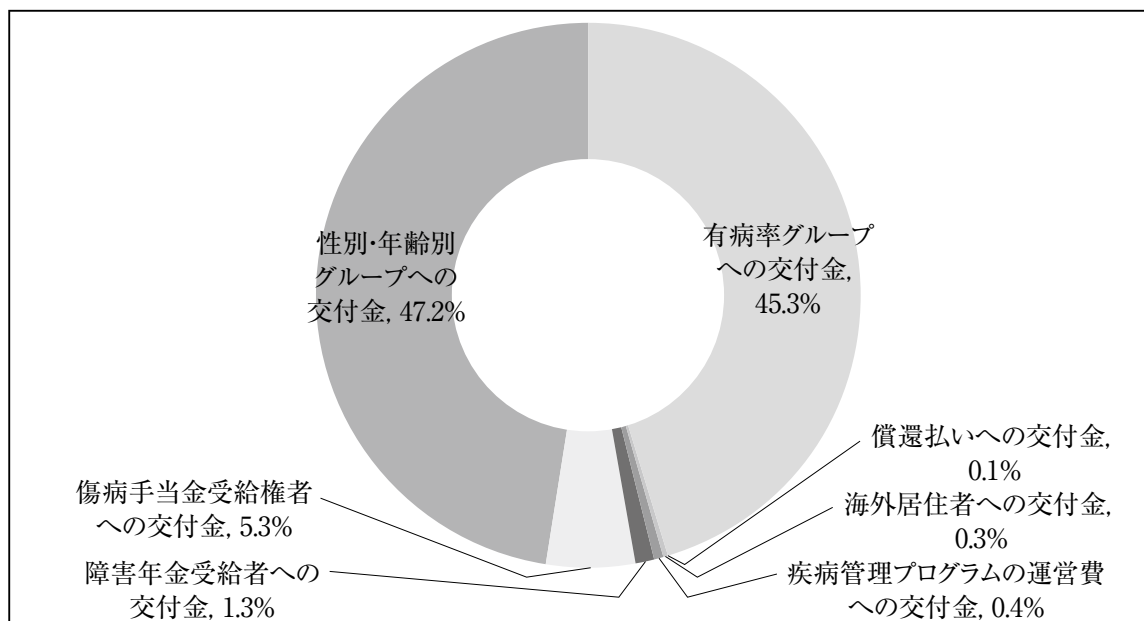
(出所) Bundesversicherungsamt(2008c)等の資料を参考に筆者が作成。

4) 新たなリスク構造調整の各リスク・カテゴリーを通じた財政調整の全体像

こうして2009年に医療基金の創設と同時に導入された新たなリスク構造調整は、常に各疾病金庫間の利害対立と論争を伴いながらも、毎年の実績を踏まえて改善と精緻化が進められ、高齢者や慢性疾患を患う被保険者に対するリスク選択を軽減し、疾病金庫間の医療の質と経済性をめぐる公正な競争を目指す仕組みとして、受け入れられてきた。

2015調整年の実績で、各リスクグループに基づく財政調整の結果は、図Ⅱ－5のとおりである。

図Ⅱ－５ 新たなリスク構造調整による財政調整の効果(2015調整年)



(出所) BKK(2016)より作成。

なお、この図に示されているように、主要なリスクグループとしての性別・年齢別、障害年金受給者、有病率のほか、特別な調整対象群として、傷病手当金受給権、償還払い、疾病管理プログラムの運営費、海外居住者に係る交付金も、その性質上、通常の医療給付費とは別のカテゴリーにより財政調整が行われている。

5. 2009年以降の実施状況と新たな利害対立・改革論争

(1) 地区疾病金庫の一人勝ちとさらなる改革に向けての新たな対立・論争

以上のように疾病金庫間の利害対立を反映して、有病率リスク構造調整の対象となる疾病数も上限80までに限定され、またその具体的な対象疾患の選定をめぐる個別に激しい駆け引きと調整が行われてきた。

こうした経緯からも容易に想像できるように、とりあえず2009年から新たな制度がスタートを切ったものの、被保険者リスクの公平・平等な調整とは何か、どうあるべきかをめぐって火種は残ったままになっている。

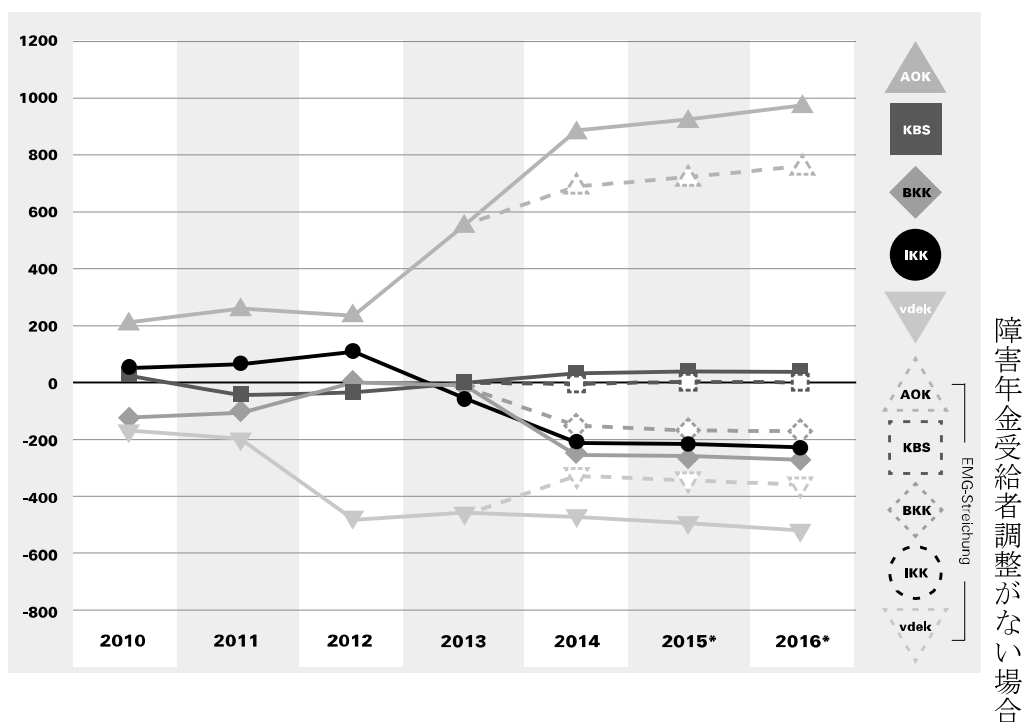
そうした中で、これまで長い間、高齢者や失業者、低所得者などの慢性患者を多く抱えて最も厳しい立場に立たされてきた地区疾病金庫が、有病率リスク構造調整を通じて俄然、財政状況が改善し、逆に、それまで社会的ステータスがが高く、比較的低い保険料率で被保険者を獲得してきた代替金庫や企業疾病金庫が一転して厳しい競争環境に置かれるようになってきた。

このため、両者の間で、リスク構造調整のあり方や範囲、手法などをめぐって論争が活発になってきている。具体的な改善に向けての要求や提案はいくつかあるが、そ

の中でも、有病率調整が導入されたにもかかわらず、依然として障害年金受給者について特別なリスク調整が行われている点について、企業疾病金庫や代替金庫などは、ダブルカウントだとしてその是正を強く求めている。

疾病金庫の実際の支出に対してどれだけの交付金が医療基金から配分されているかをカバー率(Deckungsquote)と呼んでいるが、企業疾病金庫などは、この障害年金受給者を通じた財政調整により、地区疾病金庫は数億ユーロの過剰な資金を獲得し、その分、他の疾病金庫の財政を厳しくしている、と主張している(図Ⅱ-6)。

図Ⅱ-6 疾病金庫の義務的給付に対するカバーに必要な保険料(百万ユーロ)



(注) 2015年と2016年は2014年実績に基づく見込額である。

(出所) BKK Dachverband(2016)より作成。

これに対して地区疾病金庫側からは、ダブルカウントがあることは認めつつ、障害年金受給者に係る財政調整は十分に行われておらず、これを廃止するのであれば、その前提として、そもそも対象疾病を80に制限していることが不当であり、疾病数の制限を廃止し、すべての疾病に拡大すべきと主張しており、2017年の連邦議会総選挙後の新政権によって、どのような対応が図られるか注目される。

(2) 傷病手当金と海外被保険者に係る給付費調整の改善

新たなリスク構造調整の仕組みが導入されて以降、まず理論的にも実務的にも改善の必要が明らかになってきたのが傷病手当金と海外被保険者に係る医療給付費の調整

方法である。

まず傷病手当金についてみると、公的医療保険の給付費総額に占める比率は、5%程度であるが、他の現物給付による保険診療の給付と比べると、明らかにその性質が異なっている。すなわち、金銭給付であることや、そもそも、その受給権がある現役の加入者に対して、年金受給者や家族被保険者など傷病時の所得保障の対象とならないグループとに区別されることなどである。

さらに、他の保険診療の給付が保険料負担の軽重に無関係で、医療の必要性という必要性原則に従って給付されるのに対し、傷病手当金は傷病時の賃金代替給付であり、その額はそれまでの基礎賃金の水準を反映し、高所得者は保険料負担も重い代わりに傷病手当金の額も高く、低所得者はその逆になる。このため代替金庫などのように、高所得の現役の加入者が多い金庫は給付総額も多くなり、年金受給者や生活保護受給者などが多い地区疾病金庫は実際の支出額は少ない。

しかし、リスク構造調整の基本的な考え方と算定方法は、各疾病金庫において実績として生じた費用を対象とするのではなく、各リスク群ごとの将来発生する見込みの標準的な給付見込み額を対象とする。この点において、そもそも他の医療給付費と同一原理で調整するのに無理があるのに加えて、2014年の法律により、疾病金庫間の保険料収入の所得水準の格差の調整は、競争条件を公平にするために、労使折半負担で法定の保険料率14.6%の部分だけではなく、各疾病金庫独自に設定し被保険者本人だけが負担する定率の追加保険料についても、医療基金が全額を収入に入れ、完全な財政調整の対象とすることになったという事情がある。

その結果、それだけでなくとも疾病金庫間の加入者の所得階層の差によって各疾病金庫の傷病手当金の支出額に差があったのに加えて、相対的に高所得の加入者の多い代替金庫などは、その高い傷病手当金を賄うための保険料収入が平準化されるため、その分の追加保険料を引き上げないと賄えなくなる事態が生じる。こうした所得比例の傷病手当金という金銭給付の性格に由来する競争条件のかく乱は、やはり不合理であるといわざるを得ない。

次に海外居住の被保険者の場合は、実際にかかる医療が海外で行われるため、その医療費もそれぞれその海外の医療機関の診療報酬に応じて支払われる。このため、海外被保険者を抱える疾病金庫間では、結果的に医療費が高い国に住む被保険者の医療費を医療費の低い国に住む被保険者が加入する疾病金庫が余分に負担することになるという不公平が生じる。

こうした批判を受けて、当面の対応策として、2014年7月21日の「公的医療保険の財政構造および質の発展法(GKV-FQWG)」により暫定的な妥協が図られ、傷病手当金に係る給付費の調整については、その総額の半分を従来どおりの見込み額による財政調整の対象として残しつつ、他の半分については各疾病金庫において実際に生じた傷病手当金の給付実績額に応じて配分するように改善が図られた。

また海外被保険者については、性別年齢別の区分ごとに、すべての疾病金庫の実際に生じた給付実績額に応じて配分することとされた。

こうした当面の妥協策を講じた上で、この2つの給付に係るリスク構造調整のあり方については、さらに連邦保健省が専門家に鑑定意見を委託し、その結果を踏まえてさらなる改善を図ることとされた。

(3) その他の調整手法の改善をめぐる議論

上記の改善をめぐる主張や論点のほかにも、各疾病金庫の特性を反映したり、あるいは研究者の問題提起として主張されている改善点のうちで、問題の性質が本質的で重大な影響を与える可能性のある論点が、各地域の医療提供体制の格差を反映した、地域間の医療費格差をリスク構造調整で取り入れるかどうか、取り入れるとすればどういう客観的な指標を用いて測定するか、という課題である。

この主張は、各疾病金庫の医療給付費は、被保険者構造のほか、被保険者が居住し利用する地域の医療提供体制により、大きな格差があり、これが現在の仕組みでは反映されていない、とするものである。

高度医療機関が集中する大都市部と、アクセス可能な医療機関が限られる郡部とでは、かかる医療費に格差があることはドイツでも広く確認されている。このため、大都市部に居住する被保険者が多い疾病金庫と、郡部に居住する被保険者が多く加入する疾病金庫とでは、被保険者構造が同じであったとしても、医療給付費には格差があり、現在の仕組みでは調整されなため、前者の疾病金庫は競争上不利な立場に置かれている。

このように地域格差に関わる調整の問題は、一定の合理的な根拠があるが、他方で、そもそも実務的な実施可能性の観点から、被保険者の居住地の医療提供体制をどうやって客観的に把握するかという困難な問題がある。さらにより本質的には、2000年に東西ドイツ領の間で分離して調整していた仕組みが全ドイツで統一された際、旧西独領のバイエルン州などが違憲訴訟を提起した背景にもなっているように、医療提供体制の格差を医療保険の財政調整でどこまで調整すべきかは、事柄の本質に関わる問題をはらんでいる。

つまり、高度医療機関などの医療提供体制が充実している地域に住んでいる被保険者は、それだけ多くの医療サービスを享受しているのだから、それに対応して保険料負担が重いのはやむを得ない、あるいはさらには当然ではないか、という点である。そういう視点からいうと、リスク構造調整が目指している公平な競争、つまりは医療サービスの質の向上と効率的な事業運営をめぐる疾病金庫間の競争という面では、地域間の格差は少なくともリスク構造調整で是正を図るべき課題ではない、ともいえよう。

こうした実務的な課題と理論的な問題、そして現実に各疾病金庫に与える財政影響

の大きさ等もあって、今後とも議論は続くものの、具体的な改善策を講じることは難しいのではないかと、思料される。

なお、以上に詳述したリスク構造調整の歩みについて、改正の経緯を簡潔に年表にまとめたものを【資料Ⅱ－２】として掲げておいたので、参照されたい。

6. リスク構造調整と保険者選択制の成果

(1) 疾病金庫間の保険料率の格差の縮小

リスク構造調整の導入と発展、それと結びついた被保険者による保険者選択制が導入されて20年あまりが経過したが、その結果、導入前には8%から16%まで2倍の格差のあった保険料率は急速に取れんし、最終的に2009年の医療基金制度の導入時には労使折半負担の一般保険料は14.6%、被保険者のみが負担する特別保険料は0.9%と法律上規定され、それでは支出が賄えない疾病金庫は追加保険料を徴収することとされたが、当時の好景気と基礎賃金の順調な伸びを背景に、ほとんどの疾病金庫は法定保険料の水準を維持した。その意味で、保険料率の格差はなくなったといってもよい。

その後、2014年の法律改正により、労使折半の一般保険料は法律上14.6%に固定され、これを超える費用は、各疾病金庫が独自に設定し被保険者のみの負担となる定率の追加保険料を徴収することとされた。しかし実際には、この局面でも、好景気と順調な基礎賃金の伸びに支えられ、追加保険料は1.0%前後で、従来の特別保険料をほぼ振り替えた水準で推移していた。

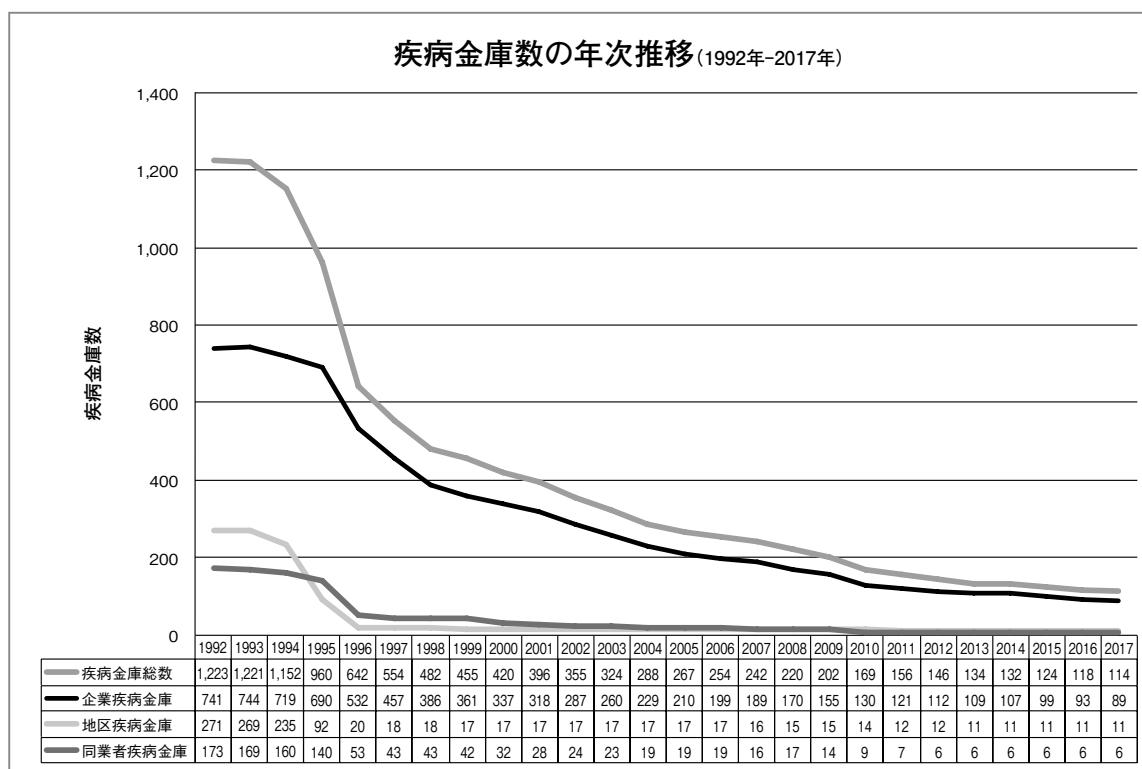
しかし、有病率指標による新たなリスク構造調整の定着に従い、地区疾病金庫のひとり勝ち状態が生じ、これに伴い追加保険料の水準はやや拡大傾向にある。とはいえ、2017年の実績では、全114の疾病金庫平均で1.1%に対して、0.3%から1.8%程度とそれほど大きなものではなく、所期の目的は達成していると評価してよいものと思われる。

(2) 疾病金庫の統合再編の劇的な進展

長年その必要性が指摘されながらも組織事情によって進まなかった疾病金庫の統合再編についても、保険者選択制による厳しい競争環境の中で、おのずと合併が進み、疾病金庫の数の縮小と適正規模への拡大という狙いについても、ほぼ所期の目的は達成されたものと評価できる。

疾病金庫総数と主要な地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業者疾病金庫の数の年次推移は、図Ⅱ－7のとおりである。

図Ⅱ－７ 疾病金庫数の年次推移



(出所) 連邦保健省資料より作成。

まず、最初に大規模な再編が進んだのが地区疾病金庫で、制度導入後のわずかな期間の間に271あったものが20へと劇的な統合再編が進んだ。その後も徐々に合併が進み、地区疾病金庫は各州に1つ以下という規模にまで拡大し、競争力を強めてきた。

小規模のものが多かった同業者疾病金庫も、同様の合併の動きが見られ、現在では6金庫と、州単位を超えるまでに合併が進んでいる。

さらに母体企業との関係や規模など様々な性格を持ち、多様で数も多かった企業疾病金庫についても、確実に合併が進展し、制度導入前の741から89にまで大幅に減少している。

最近では疾病金庫間の合併の動きはやや落ち着きを見せているものの、2017年1月1日にはドイチェBKK(Deutsche BKK、被保険者数109万人)とバルマーGEK(Barmer GEK、被保険者数840万人)が合併して新たにバルマー(Barmer)としてドイツ最大規模の疾病金庫が誕生するなど、なお疾病金庫間の統合再編の動きは続いている。

(3) 疾病金庫の顧客サービスやマネジメントの改善

法律によって加入先の疾病金庫が決まっていた時代には、疾病金庫の仕事もお役所仕事といわれ、効率や顧客サービスという面では多くの課題があるとされていた。それが保険者選択制の導入に伴い、否応なく被保険者の獲得実績によりその業績が評価

され、加入者の減少が続けば他の疾病金庫に吸収される他ないため、疾病金庫運営の顧客サービスは格段に向上したと評価されている。

また、制度上、疾病管理プログラムがリスク構造調整の対象とされ、その被保険者対応の巧拙がそのまま事業運営の成果に反映されるため、加入している被保険者へのきめ細かな支援や相談援助活動が活発になってきている。

また制度上も、このような事業主体としての効率的な運営が可能になるように、少数の理事会と執行部への権限の集中ができるような組織改革も上記のような運営の改善を支えるものとなっている。

反面、伝統的な被用者と事業主による共同運営の自治的管理体という本来の公共的性格は大幅に後退しており、被保険者の増加など事業成果を追求する事業体としての性格が強まるにつれ、運営責任者の専務理事の高額報酬が社会的に批判されるなど、民間医療保険との違いを含めて、疾病金庫のあり方については、なお議論が続くものと考えられる。

(4) 膨大な医療費データベースの蓄積

ドイツのリスク構造調整は、公的医療保険の被保険者約7,000万人という膨大な対象者に関わる医療と医療費に関するデータを処理する仕組みである。2009年からの有病率指標が導入される以前にあっても、性別・年齢(各歳)、障害年金受給者、傷病手当金受給権という、医療リスクに関する間接指標とはいえ、670もの詳細な分類に応じたデータが収集され、処理されていた。

これに加えて、有病率指標の導入により、ICDコードを用いたルーティンベースの診療報酬請求データを用いて、個人情報保護のために必要な匿名化を行った上で、個人と疾病、医療費に関する膨大なデータが収集され、処理されて、具体的な費用のやり取りが行われている。その基礎には、2003年以来、病院データについてはすべてDRG制度を通じた厳しく正確なコーディングの実務がすでに長らく定着しており、外来医療についても保険医と保険医協会との間の四半期ごとの診療報酬事務にもICDコード化とコンピュータ処理可能な実務がすでに定着していることが背景にある。

こうしたビッグデータの存在は、医療に関する大規模な分析、実証的な根拠に基づく医療政策の提案や採用、さらには継続的な被保険者データの活用による重症化予防や保健活動への示唆など、今後とも様々な活用が可能になるものと期待される。

(5) 新たな医療サービス形態の開発と普及

ドイツも含めてリスク構造調整についての誤解は、疾病金庫、つまりは保険者の公平のための財政調整制度だとする理解である。また、保険者選択制についても、疾病金庫間の競争は、あくまでもそれ自体が目的ではない。すでに繰り返し説明してきたように、強制加入でリスク見合いではなく報酬比例保険料という仕組みの公的医療保

険においては、リスク構造調整を行わない場合には、保険者選択制は、高リスク被保険者の排除や健康で高所得の被保険者の選好というリスク選択を引き起こす。このため、リスク構造調整によってこうしたリスク選択を防ぎ、効率的で質の高い医療サービスの提供を巡る本来の競争を実現することが制度の目的である。

そのためにも、保険者である疾病金庫のイニシアティブで、様々な医療提供機関との交渉を通じて、患者のニーズにこたえ、効率的で質の高い医療サービスの提供に向けた工夫が可能となる医療サービス基盤の構築を可能とする途が拓かれなければならない。

2000年以降のドイツ医療保険改革の主眼は、一つには目の前の財政状況が厳しさを増す中で財源確保対策にあることは明らかであるが、それ以上に、改革の重点はより効率的で質の高い医療サービスの提供に向けた新たな医療提供体制や従来の縦割りを超えた横断的な医療ネットワークの構築であり、またそれを経済的に支援するための診療報酬制度改革にあることが見て取れる。

こうした保険者である疾病金庫が医療サービスのあり方に積極的に関わりイニシアティブを取ろうとする挑戦は、いうまでもなくそれまでの病院協会や保険医協会などのヘゲモニーを揺さぶるものであり、根強い反発に常にさらされる。このため、こうした新たな試みは、とりわけ社会民主党が政権にある時期に、法律改正や予算措置などを通して強力な支援を受けて一定程度前進するが、なかなか一気に全国的に普及するまでには至らず、2009年以降の保守党主導の政権下でやや停滞を余儀なくされている。

とはいえ、政権交代を経てもなお、疾病管理プログラム、家庭医主導モデル、統合型医療、ポリクリニックなど、従来の病院と診療所の縦割りの弊害を乗り越えた、新たな医療サービスモデルが各地域で着実に展開し、根を下ろしている。また、こうしたサービスを支援するような疾病金庫の選択タリフ(保険料率表)の提供、病院診療報酬におけるDRGの全病院に対する強制適用、保険医診療報酬の改革なども着実に実行に移されてきている。

リスク選択を通じた安易で非生産的な保険料率競争を防ぎつつ、より効率的で質の高い医療サービスの提供を通じた真の疾病金庫間競争を通じて、単なる財政調整を超えた、保険者の主導による新たな医療サービスの創出こそが、道半ばとはいえ、この20年余りのドイツ医療保険改革の核心であるといえよう。

7. リスク構造調整の問題点と今後の見通し

(1) 際限のないリスク細分化と複雑化

リスク構造調整の目的は、個々の被保険者に関するリスク選択を防止し、疾病金庫間の公平な競争条件を整えることである。したがって、発生した支出を事後的に100%調整することではない。そうなると各疾病金庫の効率的で質の高い医療サービスを目

指した競争をかえって阻害することになる。この意味で、保険料率は、構造的な被保険者リスクを反映せず、純粹にその疾病金庫が効率的で質のいい医療を提供したことを反映するものであるべきである。この目的適合性(Zielgenauigkeit)に照らせば、様々なリスクのうち、補填対象部分(Compensation)は調整する必要があるが、保険者責任部分(Responsibility)については調整すべきではないことになる。したがって、どのリスクをどこまで調整対象とするかは、実施可能性や操作に対する耐性などの要素と並んで、この目的適合性をめぐる判断が必要で、この評価をめぐっては、ある意味で各疾病金庫が置かれた被保険者構造と費用配分、その結果としての財政状況をめぐって、永遠に論争が続くという性格を有している。

このように保険料率以外の要素による明確な差別化と競争が容易ではないため、結局は各疾病金庫間の財政状況を反映して保険料率の格差が開き、その原因をめぐってリスク構造調整の不備が主張され、それが放置できない程度に進行するたびにリスク要因の細分化が進み、その度に制度は複雑化し、不透明になってくる。

そもそも、導入当初の性別・年齢別の調整の仕組みですら当時のゼーホーファー連邦保健相が「ドイツでこの仕組みがわかる人は片手もない」と評したと言われている。また、連邦保険庁の担当課長が「法王(Papst)」と揶揄されるなど、統計処理の巧拙や基準設定の内容如何で多額の資金が動く仕組みであるため、巨大な「官僚的な怪物(bürokratischer Monster)」と称されるように、制度の全体像を理解できる人が専門家ですらほとんどいなくなる恐れと同時に、疾病金庫関係者はいかにこの複雑な仕組みを自らに有利に利用するかに汲々とし、被保険者教育や情報提供、保健活動、医療提供者との交渉力の強化など、本来の保険者機能の方がおろそかになることすら危惧される。

(2) 保険者主導による医療の質と効率化の難しさと保険者の連帯の弱体化

リスク構造調整と結びついた保険者選択制の本来の狙いは、保険者間の連帯的競争が安易な被保険者リスクの選択に走ることを防ぎ、本来の提供する医療の質と効率性による競争を促すことであった。

しかし、この20年を越える実績を見る限り、6.で総括したようないくつかの重要な成果は見せたものの、当初から筆者が危惧し指摘してきたように、かつては疾病金庫連合会として医療提供者側と対峙し一致して交渉してきたものが、疾病金庫間の連帯が弱体化し、果てしない疾病金庫間の資金の配分獲得競争と対立、論争に力を削がれているようにも見受けられる。

肝心の医療提供体制に対する保険者の積極的な介入や、病院と開業医との間など制度横断的な新たな医療提供システムの開発、普及などは、2000年医療改革法以降、2007年の公的医療保険競争強化法に至るまで、2000年代の社会民主党のシュミット連邦保健相とクニープス保険局長の下で、財政的な支援の仕組みと規制改革を通じて、家庭

医主導医療、統合型医療、疾病管理プログラムなど新たなサービスが一定程度普及を始めたものの、2009年の政権交代に伴いこうした強いリーダーシップを失うと、保険医協会やドイツ病院協会など、旧来の医療提供者団体の巻き返しに会い、停滞状況に陥っている。

このような意味で、関係者すべてに膨大な労力をかけて導入されたこの仕組みは、さらなる複雑な仕組みへと駆り立てられる一方で、本来の医療サービス改革に及ぼした効果はなお限定的なものにとどまっているとの批判も甘受せざるを得まい。

(3) 医療費効率化と保険料負担抑制の効果への疑問

1992年の医療保険構造改革法とその後の一連の大きな改革を促してきたのは、経済成長、より具体的には保険料賦課対象となる基礎賃金の伸びを越えて増加する医療費を効率化し、負担の増加を抑制することにあったことは言を俟たない。

たしかに、わが国ほどではないにしろ、ドイツにおいても人口の高齢化が進み、加えて医療技術の高度化に伴い医師、看護師等の従事者も増加し、超高額な医薬品や医療技術の開発・普及・保険導入が進んできていることは事実であり、この間の医療費の増加が非効率だったのか、効率化されても避けられなかったのかは、議論の余地があるし、簡単な検証は困難である。

しかし、評価は別にして事実として見る限り、とりわけ2010年代のドイツは1990年の東西ドイツ再統合以降の四半世紀では最も経済成長が安定しており、賃金の伸びも見られ、連邦一般会計は2015年には単年度での赤字脱却を達成するなど、経済、財政ともに順調に推移してきた。

そのような環境下であってなお、医療保険財政は一時的な変動準備金の積み増しはあっても、保険料率は追加保険料も含めて高止まりである。その意味で、20年以上におよぶこの挑戦的な新たな公的医療保険の枠組みが、保険者間競争を通じた医療費の効率化と保険料負担の抑制に成功したと評価することは難しいのではないかと思われる。

(4) 今後の見通し

以上見てきたように、リスク構造調整を伴う保険者選択制という新たなパラダイムは、一定の成果を示したものの、なお残る課題やそもそもこのパラダイムが本当に適切だったのか、実施可能性があったのかなど基本的な疑問とともに、具体的な問題点もなおいくつも残っており、引き続き関係者間で論争と交渉が続けられていくものと思われる。

とりわけ、新たな有病率指標のリスク構造調整の結果、それまでとは各疾病金庫の種類別に見た財政状況＝競争条件は一変し、慢性疾患患者や高齢者、失業者、障害者、低所得者などのハイリスク者を多く抱える地区疾病金庫のひとり勝ち状態になっている。

このような疾病金庫の種類別の勝ち負けと同時に、種別を超えて、各疾病金庫間の財政状況の格差が拡大傾向にある。具体的には、法定の労使折半による一般保険料率14.6%では賄えない支出に充てるための追加保険料率は、2017年では次のようになっている。

| | |
|----------|--------------|
| 56疾病金庫 | 1.1%未満 |
| 27疾病金庫 | 1.1%ちょうど |
| 31疾病金庫 | 1.1%超 |
| 付加保険料率の幅 | 0.3%から1.8%まで |

114疾病金庫の平均追加保険料率 1.1%

(出所) <http://www.krankenkassen-direkt.de/news>による。

これに対して、それまでは社会的ステータスや財政状況に比較的恵まれていた代替金庫、企業疾病金庫、同業者疾病金庫が合同で現在のリスク構造調整の仕組みの問題点の洗い出しと、2017年秋の連邦議会総選挙後の新政権における速やかな改革を各政党に強く求める決議【資料Ⅱ-3 共同声明】を公表するなど、リスク構造調整を伴う保険者選択制という仕組みは、その導入から20年を経て、さらに新たなステージへと進もうとしている。

しかしながら、保険者が法律により強制的に被保険者を割り当てられていたかつての制度に比べ、矛盾や具体的な内容に対する批判はあるものの、各保険者がそれぞれに工夫して被保険者を獲得し優劣を競いあえる土壌自体は、立場を越えて広範囲に受け入れられているように見受けられ、制度の理念や基本的な枠組み、パラダイム自体に対する批判や懐疑は、少なくとも公式に表立ってはほとんど見受けられない。その意味で、いったん競争を是とする理念を受け入れると、競争の弊害や矛盾が露呈してもそれは競争環境が不十分だからだとしてさらなる競争に向かうという、ある種の「競争のパラドックス」とも言うべき現象が見られる。

こうした現状から考えると、将来よほど想定を越えるような異常事態が生じない限り、現在の枠組みをさらに精緻化したり合理化するなどの具体的な内容の改善により、関係者の間の大きな不満を解消しつつ、保険者のさらなる合併再編を通じた規模の拡大と、保険料率の収れんが進んでいくものと見込まれる。

それが果たして、当初の根本的な狙いである競争の促進による被保険者の選択の自由の拡大と、保険者主導による医療の質と効率性の向上につながるかは、なお批判的な検証が必要であろう。

別表Ⅱ－１ 疾病金庫別の被保険者数の増減の年次推移

| 年 *1) | 疾病金庫合計 | | 地区疾病金庫 (AOK) | | 企業疾病金庫 (BKK) | | 同業者疾病金庫 (IKK) | | 代替金庫 (EK) | | 民間医療保険 (PKV) | |
|----------|--------|-------|-----------------|---------|-----------------|---------|------------------|-------|--------------|---------|-----------------|------|
| | 数 | 増減 | 数 | 増減 | 数 | 増減 | 数 | 増減 | 数 | 増減 | 数 | 増減 |
| 1992 | 71,975 | | 31,345 | | 8,258 | | 3,711 | | 25,473 | | 6,686 | |
| 1993 | 72,165 | 190 | 30,979 | ▲ 366 | 8,127 | ▲ 131 | 3,949 | 238 | 26,031 | 558 | 6,829 | 143 |
| 1994 | 71,710 | ▲ 455 | 30,562 | ▲ 417 | 7,924 | ▲ 203 | 4,100 | 151 | 26,159 | 128 | 6,934 | 105 |
| 1995 | 71,886 | 176 | 30,418 | ▲ 144 | 7,836 | ▲ 88 | 4,282 | 182 | 26,488 | 329 | 6,945 | 11 |
| 1996 | 72,132 | 246 | 29,951 | ▲ 467 | 7,868 | 32 | 4,382 | 100 | 27,161 | 673 | 6,946 | 1 |
| 1997 | 71,601 | ▲ 531 | 28,847 | ▲ 1,104 | 8,151 | 283 | 4,505 | 123 | 27,393 | 232 | 7,065 | 119 |
| 1998 | 71,373 | ▲ 228 | 28,234 | ▲ 613 | 8,530 | 379 | 4,631 | 126 | 27,346 | ▲ 47 | 7,206 | 141 |
| 1999 | 71,283 | ▲ 90 | 27,973 | ▲ 261 | 9,028 | 498 | 4,662 | 31 | 27,009 | ▲ 337 | 7,356 | 150 |
| 2000 | 71,257 | ▲ 26 | 27,158 | ▲ 815 | 10,834 | 1,806 | 4,604 | ▲ 58 | 26,181 | ▲ 828 | 7,494 | 138 |
| 2001 | 70,948 | ▲ 309 | 26,211 | ▲ 947 | 12,526 | 1,692 | 4,483 | ▲ 121 | 25,268 | ▲ 913 | 7,710 | 216 |
| 2002 | 70,775 | ▲ 173 | 25,794 | ▲ 417 | 13,638 | 1,112 | 4,426 | ▲ 57 | 24,498 | ▲ 770 | 7,924 | 214 |
| 2003 | 70,398 | ▲ 377 | 25,413 | ▲ 381 | 14,739 | 1,101 | 4,408 | ▲ 18 | 23,415 | ▲ 1,083 | 8,110 | 186 |
| 2004 | 70,242 | ▲ 156 | 25,233 | ▲ 180 | 14,665 | ▲ 74 | 4,524 | 116 | 23,383 | ▲ 32 | 8,110 | 0 |
| 2005 | 70,544 | 302 | 25,299 | 66 | 14,548 | ▲ 117 | 4,816 | 292 | 23,444 | 61 | 8,373 | 263 |
| 2006 | 70,356 | ▲ 188 | 24,925 | ▲ 374 | 14,271 | ▲ 277 | 5,194 | 378 | 23,554 | 110 | 8,489 | 116 |
| 2007 | 70,343 | ▲ 13 | 24,278 | ▲ 647 | 14,040 | ▲ 231 | 6,015 | 821 | 23,566 | 12 | 8,549 | 60 |
| 2008 | 70,214 | ▲ 129 | 23,804 | ▲ 474 | 13,824 | ▲ 216 | 6,392 | 377 | 23,660 | 94 | 8,639 | 90 |
| 2009 | 70,005 | ▲ 209 | 23,747 | ▲ 57 | 13,424 | ▲ 400 | 5,559 | ▲ 833 | 24,762 | 1,102 | 8,811 | 172 |
| 2010 | 69,777 | ▲ 228 | 24,182 | 435 | 13,040 | ▲ 384 | 5,404 | ▲ 155 | 24,624 | ▲ 138 | 8,896 | 85 |
| 2011 | 69,672 | ▲ 105 | 24,302 | 120 | 12,721 | ▲ 319 | 5,453 | 49 | 24,663 | 39 | 8,976 | 80 |
| 2012 | 69,465 | ▲ 207 | 24,272 | ▲ 30 | 11,592 | ▲ 1,129 | 5,436 | ▲ 17 | 25,633 | 970 | 8,956 | ▲ 20 |
| 2013 | 69,932 | 467 | 24,272 | 0 | 11,620 | 28 | 5,456 | 20 | 26,111 | 478 | 8,890 | ▲ 66 |
| 2014 | 70,442 | 510 | 24,361 | 89 | 11,687 | 67 | 5,454 | ▲ 2 | 26,494 | 383 | 8,834 | ▲ 56 |
| 2015 | 70,728 | 286 | 24,496 | 135 | 11,715 | 28 | 5,432 | ▲ 22 | 26,670 | 176 | 8,787 | ▲ 47 |
| 2016 | 71,601 | 873 | 25,386 | 890 | 11,827 | 112 | 5,294 | ▲ 138 | 26,762 | 92 | | |

1) 各年10月1日現在

(注) 疾病金庫合計の数字には、表に掲げた主要な4種類の疾病金庫以外の疾病金庫の被保険者数も含まれている。

(出所) 連邦保健省資料より作成。

別表Ⅱ－２ 有病率リスク構造調整(M-RSA)対象の80疾患名

| | |
|----|--|
| 1 | 敗血症/全身性炎症反応症候群 |
| 2 | HIV/エイズ |
| 3 | 日和見感染症 |
| 4 | 口唇、口腔および咽頭の悪性新生物 |
| 5 | 消化器官の悪性新生物 |
| 6 | 呼吸器および他の胸腔内器官の悪性新生物 |
| 7 | 腎臓、尿路および副腎の悪性新生物 |
| 8 | 骨、支持組織および軟部組織の悪性新生物 |
| 9 | 乳腺の悪性新生物 |
| 10 | 生殖器官の悪性新生物 |
| 11 | 眼、脳ならびに脳下垂体および松果体を含むその他の中枢神経系の悪性新生物 |
| 12 | 続発性の、隣接した部位に認められたりまたは多発性部位に認められるものではない、悪性新生物(合併症を含む) |
| 13 | リンパ腫および白血病 |
| 14 | 骨髄増殖性および骨髄異形成疾患 |
| 15 | 後天性貧血 |
| 16 | 再生不良性および鉄芽球性貧血症 |
| 17 | 凝固障害、紫斑病および他の出血性素因 |
| 18 | 無顆粒球症および好中球減少症 |
| 19 | 糖尿病 |
| 20 | 重度の代謝または内分泌障害 |
| 21 | 認知症(アルツハイマー病および脳血管性認知症を含む) |
| 22 | せん妄および脳症 |
| 23 | 重度のアルコールおよび薬物濫用 |
| 24 | 統合失調症、分裂型および妄想障害 |
| 25 | 双極性感情障害 |
| 26 | うつ病 |
| 27 | 慢性疼痛 |
| 28 | 摂食障害 |
| 29 | 人格および行動障害 |
| 30 | 深刻な発達障害 |
| 31 | 主に中枢神経系に係る系統的萎縮症 |
| 32 | パーキンソン病および他の大脳基底核の疾患 |

| | |
|----|-----------------------------|
| 33 | 多発性硬化症および中枢神経系の他の脱髄疾患 |
| 34 | てんかん |
| 35 | 脳卒中および合併症 |
| 36 | 睡眠時無呼吸症候群、ナルコレプシーおよび脱力発作 |
| 37 | 神経障害 |
| 38 | 筋ジストロフィー |
| 39 | 脊髄の著しく重度の麻痺/損傷/および神経系の先天性奇形 |
| 40 | 水頭症および他の重度の脳損傷 |
| 41 | 心臓弁膜症 |
| 42 | 高血圧症 |
| 43 | 虚血性心疾患 |
| 44 | 肺性心および肺循環器系の疾患 |
| 45 | 心室頻脈/不整脈、心停止 |
| 46 | 心房性不整脈およびその他の心臓伝導系障害 |
| 47 | 心不全 |
| 48 | アテローム性動脈硬化症、他の末梢血管疾患 |
| 49 | 肺炎および他の感染性肺疾患 |
| 50 | 嚢胞性線維症 |
| 51 | 肺気腫/慢性閉塞性気管支炎 |
| 52 | 急性肺水腫および呼吸不全 |
| 53 | 炎症後遺性および間質性肺線維症 |
| 54 | その他の胸膜の疾患 |
| 55 | 慢性炎症性腸疾患(クローン病/潰瘍性大腸炎) |
| 56 | 腸閉塞 |
| 57 | 腹膜炎 |
| 58 | 肝硬変(合併症を含む) |
| 59 | 急性の重症肝臓疾患 |
| 60 | 慢性肝炎 |
| 61 | 細菌性皮膚感染症 |
| 62 | 乾癬および類乾癬(関節障害合併を含む) |
| 63 | 皮膚潰瘍(褥瘡潰瘍を除く) |
| 64 | 関節リウマチおよび炎症性結合組織疾患 |
| 65 | 大きな関節の変形性関節症 |

| | |
|----|----------------------------------|
| 66 | 脊柱管狭窄症 |
| 67 | 骨の炎症/壊死 |
| 68 | 腎炎 |
| 69 | 腎不全 |
| 70 | 神経因性膀胱 |
| 71 | 現在妊娠状態(合併症併存を含む) |
| 72 | 先天性の重度の心臓奇形(18歳未満) |
| 73 | 小児(最大で5歳まで)の呼吸器系および胃腸管系の先天性奇形 |
| 74 | 重度の頭蓋骨骨折/重度の頭蓋骨-脳の外傷 |
| 75 | 脊椎骨折 |
| 76 | 四肢の外傷性切断 |
| 77 | 大腿骨折 |
| 78 | 外科的または内科的治療の途中または終了後の患者の詳述された合併症 |
| 79 | 臓器移植後の状態(合併症を含む) |
| 80 | 胃腸の出血および胃腸の静脈瘤 |

別表Ⅱ－３ 各リスクグループの加算/減算額(月額、日額)

| リスクグループ | 属性 | 被保険者1人当たり加算/減算月額(ユーロ) | 被保険者1人1日当たり加算/減算額(ユーロ) |
|---------|--------------------|-----------------------|------------------------|
| AGG001 | 女、0歳 | 146.7940856 | 4.826106924 |
| AGG002 | 女、1～5歳 | -176.486725 | -5.802303286 |
| AGG003 | 女、6～12歳 | -171.7678145 | -5.647161025 |
| AGG004 | 女、13～17歳 | -130.1702804 | -4.279570862 |
| AGG005 | 女、18～24歳 | -156.3682522 | -5.140874045 |
| AGG006 | 女、25～29歳 | -136.6625683 | -4.493015945 |
| AGG007 | 女、30～34歳 | -120.6303691 | -3.965929944 |
| AGG008 | 女、35～39歳 | -133.2242164 | -4.379974238 |
| AGG009 | 女、40～44歳 | -151.5971001 | -4.984014249 |
| AGG010 | 女、45～49歳 | -149.7109909 | -4.92200518 |
| AGG011 | 女、50～54歳 | -141.8946923 | -4.665030979 |
| AGG012 | 女、55～59歳 | -138.1964815 | -4.543445969 |
| AGG013 | 女、60～64歳 | -133.3362647 | -4.383658017 |
| AGG014 | 女、65～69歳 | -108.2663344 | -3.559441129 |
| AGG015 | 女、70～74歳 | -81.43121736 | -2.677190708 |
| AGG016 | 女、75～79歳 | -58.86283557 | -1.935216512 |
| AGG017 | 女、80～84歳 | -39.93300103 | -1.312865787 |
| AGG018 | 女、85～89歳 | -21.71480078 | -0.713911259 |
| AGG019 | 女、90～94歳 | -11.03137063 | -0.362675199 |
| AGG020 | 女、95歳以上 | -19.25914302 | -0.633177305 |
| AGG021 | 男、0歳 | 210.0210569 | 6.904801871 |
| AGG022 | 男、1～5歳 | -159.6417602 | -5.248496227 |
| AGG023 | 男、6～12歳 | -153.2387909 | -5.037987645 |
| AGG024 | 男、13～17歳 | -156.9381188 | -5.159609386 |
| AGG025 | 男、18～24歳 | -188.6421699 | -6.201934353 |
| AGG026 | 男、25～29歳 | -192.3506639 | -6.323857443 |
| AGG027 | 男、30～34歳 | -189.1354715 | -6.218152488 |
| AGG028 | 男、35～39歳 | -184.7124375 | -6.072737671 |
| AGG029 | 男、40～44歳 | -179.3026288 | -5.894880948 |
| AGG030 | 男、45～49歳 | -171.1091273 | -5.625505554 |
| AGG031 | 男、50～54歳 | -158.6449717 | -5.215725098 |
| AGG032 | 男、55～59歳 | -140.1643686 | -4.608143627 |
| AGG033 | 男、60～64歳 | -124.3551152 | -4.088387348 |
| AGG034 | 男、65～69歳 | -90.96523718 | -2.990637935 |
| AGG035 | 男、70～74歳 | -55.03875119 | -1.80949319 |
| AGG036 | 男、75～79歳 | -32.94272886 | -1.08304862 |
| AGG037 | 男、80～84歳 | -24.55620639 | -0.807327333 |
| AGG038 | 男、85～89歳 | -15.79068646 | -0.519145856 |
| AGG039 | 男、90～94歳 | 1.404927112 | 0.046189384 |
| AGG040 | 男、95歳以上 | 29.75311082 | 0.978184465 |
| EMG001 | 女、46歳未満、前年に障害年金受給 | 237.2127287 | 7.798774642 |
| EMG002 | 女、46～55歳、前年に障害年金受給 | 151.0994395 | 4.967652804 |

| | | | |
|--------|--|-------------|-------------|
| EMG003 | 女、56～65歳、前年に障害年金受給 | 81.22440879 | 2.670391522 |
| EMG004 | 男、46歳未満、前年に障害年金受給 | 193.4315923 | 6.359394814 |
| EMG005 | 男、46～55歳、前年に障害年金受給 | 132.0351684 | 4.340882247 |
| EMG006 | 男、56～65歳、前年に障害年金受給 | 105.4738028 | 3.467631873 |
| HMG001 | 継続的薬剤投与を伴うHIV/エイズ | 1396.575636 | 45.91481543 |
| HMG002 | 敗血症 | 279.2458838 | 9.180686591 |
| HMG003 | アスペルギルス症/クリプトコッカス症 | 914.1736625 | 30.05502452 |
| HMG004 | 日和見感染症 | 443.4921417 | 14.58056356 |
| HMG005 | サイトメガロウイルス/カンジダ症/進行性多巣性白質脳症(PML)による感染症 | 384.9085884 | 12.65452893 |
| HMG006 | 全身性炎症反応症候群 | 150.6361602 | 4.952421705 |
| HMG012 | 退行性脳疾患/せん妄/脳症/器質性精神障害 | 105.5871259 | 3.471357562 |
| HMG013 | その他の認知症 | 69.98802276 | 2.300976091 |
| HMG015 | 複数の症状またはケトアシドーシス、昏睡を伴う糖尿病 | 142.2351403 | 4.676223791 |
| HMG016 | 腎臓、神経、末梢血管の病気の症状またはその他の不特定の合併症を伴う糖尿病 | 89.01346335 | 2.926470028 |
| HMG017 | 眼の症状またはその他の不特定の合併症 | 58.42838907 | 1.920933339 |
| HMG018 | I型糖尿病の12歳未満の子 | 542.7336148 | 17.84329693 |
| HMG019 | 合併症を伴わない糖尿病 | 34.2962718 | 1.127548662 |
| HMG020 | インシュリン療法 | 210.018477 | 6.904717053 |
| HMG021 | BH4欠損性フェニルケトン尿症、ウィルソン病、ガングリオシド、血漿タンパクの代謝障害 | 460.7084432 | 15.14657896 |
| HMG022 | クッシング症候群、アミロイド症、下垂体機能低下症 | 185.619492 | 6.102558642 |
| HMG023 | レッシューナイハン症候群、副甲状腺、副腎、脳下垂体および胸腺の疾患、多腺性機能不全症候群 | 75.04608047 | 2.467268399 |
| HMG024 | 医療処置後の代謝障害、先天性内分泌腺異常 | 8.79688139 | 0.289212539 |
| HMG025 | 肝動脈症候群/慢性肝不全 | 1261.471681 | 41.47304157 |
| HMG026 | 肝硬変 | 115.4264387 | 3.794841819 |
| HMG027 | 継続的薬剤投与を伴わない慢性ウイルス性肝炎(C型を除く) | 45.88451059 | 1.508531855 |
| HMG028 | 肝不全、急性肝疾患 | 180.0856529 | 5.920624205 |
| HMG029 | その他のウイルス性肝炎(A型肝炎ウイルスを除く)であって、急性または不特定の経過で肝性昏睡を伴わないもの | 115.4264387 | 3.794841819 |
| HMG031 | 腸閉塞 | 224.1302833 | 7.368666849 |
| HMG032 | 術後腸閉塞 | 39.98556779 | 1.31459401 |
| HMG033 | 継続的な薬剤投与/放射線直腸炎/放射線大腸炎を伴わない慢性炎症性腸疾患 | 66.93715587 | 2.200673618 |
| HMG034 | 医療処置後の消化管のその他の合併症 | 285.4152687 | 9.383515685 |
| HMG035 | 継続的薬剤投与を伴う血友病またはヴィレブラント-ユルゲンス症候群 | 22094.92771 | 726.4085822 |
| HMG036 | 血友病：必要に応じて薬剤投与を行う男性 | 7933.613922 | 260.8311426 |
| HMG037 | 二次的血小板減少症および後天的な凝固因子欠乏症 | 230.9103254 | 7.591572342 |
| HMG038 | 必要に応じて薬剤投与を行うヴィレブラント-ユルゲンス症候群 | 3927.327827 | 129.1176272 |
| HMG039 | その他の脊髄症 | 61.81003169 | 2.032110631 |

| | | | |
|--------|--|-------------|-------------|
| HMG040 | 腰または膝の変形性関節症 | 116.258793 | 3.822206895 |
| HMG041 | 関節内人工装具による機械的合併症 | 228.485523 | 7.51185281 |
| HMG042 | 運動器のその他の医原性疾患 | 73.41216605 | 2.413550665 |
| HMG043 | 血友病：継続的あるいは必要時の薬剤投与を伴わない男性、必要時の薬剤投与を伴わない女性 | 598.7061945 | 19.68349132 |
| HMG044 | 再生不良性貧血、溶血性尿毒症症候群 | 399.1753258 | 13.12357235 |
| HMG045 | 後天性溶血性貧血、重症の難治性貧血および骨髄異形成症候群 | 2398.989294 | 78.87088091 |
| HMG046 | 血友病：継続的または必要に応じた薬剤投与を伴わない女性、紫斑病その他の凝固障害 | 60.44657767 | 1.987284745 |
| HMG047 | 新生物の際の貧血 | 821.9036434 | 27.02148965 |
| HMG048 | ヘパリン誘発性血小板減少症Ⅱ型 | 457.7714551 | 15.05002044 |
| HMG049 | シデロ残留性貧血、真性多血症 | 88.56515034 | 2.91173097 |
| HMG050 | 急性出血による貧血、その他の難治性貧血および骨髄異形成症候群 | 210.2971121 | 6.913877657 |
| HMG051 | アルコールまたは薬物誘発性精神病 | 284.2346796 | 9.344701796 |
| HMG052 | アルコールまたは薬物依存症 | 121.4363101 | 3.992426635 |
| HMG053 | 依存症候群を伴わないアルコール/薬物の有害な摂取 | 68.75408828 | 2.260408382 |
| HMG054 | 統合失調症 | 390.8190542 | 12.84884562 |
| HMG055 | 特定の双極性感情障害 | 253.8613094 | 8.346125242 |
| HMG056 | 精神病、妄想 | 92.05074753 | 3.026325946 |
| HMG057 | その他のうつ病とエピソード | 42.64115553 | 1.401901004 |
| HMG058 | うつ病、その他の不特定の躁および双極性感情障害 | 91.13196523 | 2.996119405 |
| HMG060 | 神経性無食欲症/過食症 | 201.8817648 | 6.637208707 |
| HMG061 | 胃食道静脈瘤 | 565.9995802 | 18.60820538 |
| HMG063 | 腹膜炎 | 159.0604153 | 5.229383516 |
| HMG064 | 出血性胃炎/消化管出血、不特定 | 82.44717033 | 2.710591901 |
| HMG065 | タール便および吐血 | 218.9067924 | 7.196935639 |
| HMG071 | 多発性神経障害 | 63.55350863 | 2.089430421 |
| HMG072 | 継続的な薬剤投与を伴わない多発性硬化症 | 267.5682271 | 8.796763631 |
| HMG073 | 継続的な薬剤投与を伴わないパーキンソン病およびハンチントン舞踏病 | 107.7117566 | 3.541208435 |
| HMG074 | てんかん | 145.3719353 | 4.779351297 |
| HMG075 | 脳浮腫/低酸素症脳損傷 | 291.0316334 | 9.568163289 |
| HMG077 | 発作性心室頻脈 | 206.8699805 | 6.801204838 |
| HMG078 | 肺性心 | 278.2056158 | 9.146486 |
| HMG079 | 心停止/ショック | 126.7414643 | 4.166842663 |
| HMG080 | 心不全 | 89.34885991 | 2.937496764 |
| HMG081 | 急性心筋梗塞/不安定狭心症およびその他の急性虚血性心疾患 | 157.9317275 | 5.192275974 |
| HMG083 | 狭心症/古い心筋梗塞の後の状態 | 59.50967053 | 1.956482319 |
| HMG084 | 冠状動脈性心疾患/その他の慢性虚血性心疾患 | 43.70062272 | 1.436732802 |
| HMG086 | 後天性心臓弁膜症およびリウマチ性心疾患 | 45.04794131 | 1.481028207 |
| HMG087 | 肺動脈閉塞症(18歳未満)/選択的開胸術 | 1283.349093 | 42.19229895 |
| HMG088 | その他の先天性心臓奇形 | 201.2759789 | 6.617292457 |
| HMG091 | 高血圧症、高血圧性疾患およびその他の不特定の心疾患 | 20.82658692 | 0.684709707 |

| | | | |
|--------|-------------------------------------|-------------|-------------|
| HMG092 | 詳細な記述のある不整脈 | 98.81688028 | 3.248774146 |
| HMG095 | 脳出血 | 486.2947273 | 15.98777186 |
| HMG096 | 脳虚血または不特定の脳卒中 | 199.3906774 | 6.555309942 |
| HMG098 | 壊疽を伴う四肢血管のアテローム動脈硬化症 | 610.6602373 | 20.07650095 |
| HMG099 | その他の血管系および動脈の疾患 | 5.653425035 | 0.185866029 |
| HMG100 | 片麻痺 | 188.5915276 | 6.200269401 |
| HMG101 | 上肢の両側麻痺、単麻痺およびその他の麻痺 | 137.7081342 | 4.527390713 |
| HMG103 | 脳血管疾患の未知の後遺症 | 49.96118083 | 1.64255937 |
| HMG104 | 潰瘍を伴う四肢血管のアテローム動脈硬化症、末梢およびその他の血管奇形 | 522.5721901 | 17.18045557 |
| HMG105 | 肺血管の疾患/末梢血管の疾患 | 72.55600829 | 2.385403012 |
| HMG106 | その他のアテローム動脈硬化症 | 0 | 0 |
| HMG108 | 継続的な薬剤投与を伴うその他の間質性肺疾患 | 378.8356368 | 12.45487025 |
| HMG110 | 呼吸不全、肺膿瘍、気胸 | 291.946728 | 9.598248592 |
| HMG111 | 特定の細菌性肺炎 | 1481.814814 | 48.71719935 |
| HMG113 | その他の肺炎 | 117.6182363 | 3.866900921 |
| HMG114 | その他の胸膜の疾患 | 19.65277099 | 0.646118498 |
| HMG115 | 四肢血管のアテローム動脈硬化症 | 136.1925519 | 4.477563351 |
| HMG117 | 胸水 | 255.0696715 | 8.385852212 |
| HMG124 | 不確定性のモノクローナル性ガンマパチー(MGUS) | 96.21688002 | 3.163294686 |
| HMG130 | 人工透析 | 3821.010175 | 125.6222523 |
| HMG131 | 高血圧性および/または慢性腎疾患/術後合併症および生殖器の感染症 | 72.15923707 | 2.372358479 |
| HMG132 | 腎炎および腎機能障害/その他の医療処置後の泌尿生殖器系の疾患 | 33.48172399 | 1.100769008 |
| HMG133 | 神経因性膀胱/医療処置後の尿道狭窄 | 134.0486885 | 4.407080169 |
| HMG134 | 進行性慢性腎不全 | 341.8183033 | 11.23786203 |
| HMG136 | 腎不全 | 283.6013731 | 9.323880761 |
| HMG138 | 医療処置後の骨盤内の腹膜癒着および生殖器の機械的合併症 | 72.15923707 | 2.372358479 |
| HMG144 | 尿路における機械的合併症およびプロテーゼなどにより引き起こされた感染症 | 417.8116339 | 13.7362729 |
| HMG146 | 妊娠 | 112.9534691 | 3.713538711 |
| HMG147 | 多胎妊娠 | 190.7892603 | 6.272523626 |
| HMG149 | 皮膚潰瘍(褥瘡潰瘍を除く) | 258.8539743 | 8.510267649 |
| HMG152 | 重症の皮下および脂肪組織の細菌性感染症 | 89.46308413 | 2.941252081 |
| HMG153 | 大腿骨骨折 | 117.7968731 | 3.872773909 |
| HMG155 | 部位の記述のある脊柱の損傷 | 98.46439767 | 3.237185677 |
| HMG157 | その他の損傷 | 68.38124169 | 2.248150412 |
| HMG158 | 従前の意識レベルに戻らない意識喪失を伴う外傷性脳損傷 | 1670.095448 | 54.9072476 |
| HMG160 | 切断断端の合併症 | 310.8758421 | 10.22057563 |
| HMG161 | 外傷性頭蓋内出血 | 158.9025156 | 5.224192294 |
| HMG162 | 外傷性切断(手および足の指以外) | 233.6616952 | 7.682028336 |
| HMG164 | 重症の合併症 | 614.3117088 | 20.19654933 |
| HMG165 | その他の医原性合併症 | 191.6105125 | 6.299523699 |

| | | | |
|--------|--|-------------|-------------|
| HMG166 | その他の医療処置後の特定の合併症/予防接種後の合併症 | 51.55823949 | 1.695065408 |
| HMG169 | 呼吸器および消化器官の重度の先天性奇形 | 1716.721519 | 56.44015952 |
| HMG170 | その他の横隔膜および消化器官の先天性奇形 | 518.3574102 | 17.04188746 |
| HMG172 | 心臓、肺、心肺、脾臓または肝臓の移植後の合併症 | 1821.357985 | 59.88026252 |
| HMG174 | 心臓、肺または心肺の移植後の状態 | 1091.987544 | 35.90096035 |
| HMG175 | 肝臓移植後の状態 | 949.066282 | 31.20217914 |
| HMG176 | 腎移植後の合併症および状態 | 598.9742827 | 19.69230518 |
| HMG177 | 皮膚、角膜、骨髄およびその他の組織や器官の移植後の合併症および状態 | 180.9777485 | 5.949953376 |
| HMG178 | 幹細胞移植の失敗/慢性の移植片対宿主病(GvHD)に特徴的な形態/重症度III/IVの急性移植片対宿主病 | 2236.796096 | 73.53850178 |
| HMG180 | 重症度I/IIの急性移植片対宿主病、その他の移植片対宿主病、造血のための幹細胞移植後の当面の免疫抑制後の状態 | 771.3352772 | 25.35896802 |
| HMG184 | 継続的な薬剤投与を伴わないHIV/エイズ | 415.6216231 | 13.66427254 |
| HMG185 | 薬物誘発性の無顆粒球増加症および好中球減少症:危機的段階20日以上 | 2440.171331 | 80.22481089 |
| HMG186 | 薬物誘発性の無顆粒球増加症および好中球減少症:危機的段階10日以上20日未満 | 1643.098913 | 54.0196903 |
| HMG187 | 薬物誘発性の無顆粒球増加症および好中球減少症:その他の経過形態 | 811.1468837 | 26.66784275 |
| HMG188 | 先天性の無顆粒球増加症および好中球減少症/好中球顆粒球の機能障害 | 348.1057887 | 11.44457387 |
| HMG189 | 環状およびその他の特定の好中球減少症 | 189.8783468 | 6.242575786 |
| HMG190 | 無顆粒球増加症、不特定 | 90.21618077 | 2.966011423 |
| HMG191 | 好中球減少症、不特定 | 40.66847395 | 1.337045719 |
| HMG198 | 継続的な薬剤投与を伴う若年性関節炎 | 724.7578741 | 23.82765613 |
| HMG199 | 継続的な薬剤投与を伴うベーチェット病、炎症性椎体疾患、乾癬性関節炎、臓器関与を伴う慢性多発性関節炎 | 616.5370093 | 20.2697099 |
| HMG200 | 継続的な薬剤投与を伴うその他の全身性リウマチ疾患 | 306.2696466 | 10.06913907 |
| HMG207 | 整形外科用インプラントによる感染症および炎症性反応 | 360.1480631 | 11.84048427 |
| HMG208 | 薬物誘発性の骨壊死/感染性の骨および関節疾患 | 180.678771 | 5.940123979 |
| HMG209 | 筋骨格系のその他の炎症性および壊死性の疾患 | 66.48234938 | 2.185721076 |
| HMG215 | 継続的薬剤投与を伴うCOPDまたは肺気腫、気管支拡張症、継続的薬剤投与を伴わないその他の間質性肺疾患 | 170.9305151 | 5.619633374 |
| HMG216 | 慢性呼吸不全、特殊な肺炎 | 816.0365794 | 26.82859987 |
| HMG217 | 嚢胞性線維症(11歳超) | 2648.19703 | 87.06401193 |
| HMG218 | 嚢胞性線維症(12歳未満) | 1506.337301 | 49.5234181 |
| HMG219 | 継続的薬剤投与を伴う乾癬および類乾癬 | 423.4519215 | 13.92170701 |
| HMG220 | 継続的薬剤投与を伴わない乾癬および類乾癬 | 19.70050474 | 0.647687827 |
| HMG225 | ソマトロピン摂取を伴う下垂体機能低下症 | 1449.412822 | 47.65192841 |
| HMG226 | 若年性関節炎 | 114.99082 | 3.78052011 |
| HMG227 | ベーチェット病、炎症性椎体疾患、乾癬性関節炎、臓器関与を伴う慢性多発性関節炎 | 53.16908973 | 1.748024868 |

| | | | |
|--------|---|-------------|-------------|
| HMG228 | その他の全身性リウマチ疾患 | 19.48293703 | 0.640534916 |
| HMG230 | 人格および行動障害、その他の摂食障害 | 85.72313027 | 2.818294694 |
| HMG231 | 気分障害 | 50.5259307 | 1.661126489 |
| HMG232 | 筋ジストロフィー(17歳超) | 370.7127151 | 12.18781529 |
| HMG233 | 筋ジストロフィー(18歳未満) | 1314.772717 | 43.22540439 |
| HMG234 | 継続的な薬剤投与を伴う多発性硬化症 | 1248.604866 | 41.05002298 |
| HMG235 | 継続的な薬剤投与を伴うパーキンソン病 | 484.6776811 | 15.93460869 |
| HMG237 | 継続的な薬剤投与を伴わないCOPDまたは肺気腫 | 24.10526586 | 0.792501891 |
| HMG238 | 肺/呼吸器系の先天性異常 | 647.926835 | 21.30170416 |
| HMG250 | フェニル酪酸ナトリウム療法を伴う尿素サイクル障害、テトラヒドロピオプテリン応答性フェニルケトン尿症/高フェニルアラニン血症(PKU/HPA)、ニチシノン摂取を伴うチロシン血症 | 4686.033925 | 154.0613893 |
| HMG251 | 継続的な薬剤投与を伴わない慢性C型肝炎 | 773.4886714 | 25.42976454 |
| HMG252 | 慢性疼痛 | 22.22453385 | 0.730669606 |
| HMG253 | 継続的な薬剤投与を伴う慢性疼痛 | 184.5395507 | 6.067053721 |
| HMG254 | 深刻な発達障害 | 213.5538183 | 7.020947451 |
| HMG256 | 肝性脳症 | 206.7746276 | 6.798069948 |
| HMG258 | 睡眠時無呼吸症候群、ナルコレプシーおよび脱力発作 | 60.73450498 | 1.996750849 |
| HMG259 | 完全な外傷性の頸部脊髄病変 | 7712.299734 | 253.5550598 |
| HMG261 | チロシンキナーゼ阻害剤投与の慢性骨髄性白血病およびその他の非急性白血病 | 3358.565999 | 110.4186082 |
| HMG262 | 急性骨髄性白血病/多発性骨髄腫/形質細胞腫 | 1075.434844 | 35.356762 |
| HMG263 | 急性リンパ球性白血病、赤白血病、肥満細胞白血病/チロシンキナーゼ阻害剤を投与しない慢性骨髄性白血病およびその他の非急性白血病 | 645.9959932 | 21.23822443 |
| HMG265 | 非ホジキンリンパ腫 | 314.9886837 | 10.35579234 |
| HMG266 | 慢性リンパ球性白血病、不特定細胞に起因する白血病、慢性骨髄増殖性疾患 | 281.6239955 | 9.258871084 |
| HMG267 | ホジキンリンパ腫、組織球症、リンパ球、造血および関連組織の不確定または未知の行動のその他の新生物 | 127.4012344 | 4.188533733 |
| HMG268 | 肺転移および消化器管の転移 | 1965.837622 | 64.63027797 |
| HMG269 | 腫瘍崩壊症候群 | 2919.872252 | 95.99580007 |
| HMG270 | その他の部位の転移 | 1328.305146 | 43.67030618 |
| HMG271 | リンパ節転移/肝臓の悪性新生物 | 712.3706707 | 23.42040561 |
| HMG273 | 膵臓、中枢神経系ならびに食道の悪性新生物 | 544.0251861 | 17.88575954 |
| HMG276 | 小腸/腹膜および後腹膜/胆嚢/胆管の悪性新生物 | 474.9102862 | 15.61348886 |
| HMG277 | 気管、気管支、肺、胸膜/骨および関節軟骨の悪性新生物 | 327.5466425 | 10.76865674 |
| HMG278 | 咽頭/喉頭/乳房(45歳未満)の悪性新生物 | 392.1422637 | 12.89234839 |
| HMG281 | 酵素置換療法(ERT)/酵素補充療法(SRT)を伴うゴーシェ病、酵素補充療法(SRT)を伴うニーマン・ピック病、酵素置換療法(ERT)を伴うムコ多糖症I型 | 25858.44132 | 850.1405366 |
| HMG282 | 酵素置換療法(ERT)を伴うファブリー病 | 19389.53434 | 637.4641428 |
| HMG283 | 先天性代謝異常、ポルフィリン症、ヘモクロマトーシス、その他の鉄、銅およびリン酸の代謝障害 | 23.7896097 | 0.782124154 |
| HMG284 | 酵素置換療法(ERT)を伴うボンベ病 | 32102.97305 | 1055.44021 |

| | | | |
|--------|--|-------------|-------------|
| HMG285 | 酵素置換療法(ERT)を伴うムコ多糖症Ⅱ型またはⅣ型 | 47438.42053 | 1559.619305 |
| HMG286 | 酵素置換療法(ERT)を伴わないスフィンゴリピドーシス、グリコーゲン蓄積症およびムコ多糖症(Ⅰ型を除く) | 1127.10141 | 37.05538883 |
| HMG287 | 末梢神経/結合組織/口/舌/直腸/胃の悪性新生物 | 240.2432071 | 7.898406808 |
| HMG288 | 継続的な薬剤投与を伴う慢性ウイルス肝炎 | 800.6055254 | 26.32127755 |
| HMG289 | 慢性肝炎(ウイルスに起因しない)、その他の二次的な肝疾患 | 5.49468334 | 0.180647124 |
| HMG290 | 継続的な薬剤投与を伴う慢性炎症性腸疾患 | 382.9969974 | 12.59168211 |
| HMG292 | 完全な胸部脊髄病変/ロックイン症候群 | 3222.12411 | 105.9328474 |
| HMG293 | 不完全な子宮頸部ないし胸部脊髄病変/完全な四肢麻痺/運動ニューロン疾患/外傷性脊髄病変の後遺症 | 1544.243011 | 50.76963324 |
| HMG294 | 不完全な四肢麻痺/脊髄の動脈圧迫症候群 | 751.554795 | 24.70865079 |
| HMG295 | 先天性および幼児麻痺/その他の外傷性脊髄病変/(亜)急性骨髄炎/対麻痺/術後の脊髄疾患 | 420.7702452 | 13.83354231 |
| HMG296 | 瘻性双麻痺性脳性麻痺/馬尾症候群/神経系の先天性奇形/脊髄小脳疾患 | 222.9678508 | 7.330449888 |
| HMG297 | 遷延性意識障害 | 3548.629201 | 116.6672614 |
| HMG298 | 水頭症および他の重度の脳損傷 | 224.0243725 | 7.365184848 |
| HMG299 | てんかん重積状態 | 856.9528373 | 28.17379191 |
| HMG300 | その他の先天性心臓欠陥 | 95.82451147 | 3.150394898 |
| HMG301 | 重度の先天性心臓欠陥 | 466.4370341 | 15.33491619 |
| HMG305 | その他の気道の悪性新生物/胸郭の悪性新生物/尿道、卵巣、子宮傍組織および胎盤の悪性新生物 | 180.8203844 | 5.944779761 |
| HMG306 | 副腎/乳房(44歳超)/眼/子宮頸部その他の女性生殖器/複数または不特定の部位/前立腺の悪性新生物/非浸潤性乳管ガン/カボジ肉腫 | 111.7242534 | 3.67312614 |
| HMG313 | 結腸/その他の不特定の消化器/腹膜/皮膚/男性生殖器/腎臓および腎盂/その他の不十分な記述の部位/子宮の悪性新生物 | 60.76208851 | 1.997657704 |
| KEG001 | 社会法典第5編13条2項による費用償還が183日以上で、調整年において1~29歳 | 0 | 0 |
| KEG002 | 社会法典第5編13条2項による費用償還が183日以上で、調整年において30~59歳 | 30.01563902 | 0.986815529 |
| KEG003 | 社会法典第5編13条2項による費用償還が183日以上で、調整年において60~69歳 | 82.53569928 | 2.713502442 |
| KEG004 | 社会法典第5編13条2項による費用償還が183日以上で、調整年において70~79歳 | 165.2462233 | 5.432752546 |
| KEG005 | 社会法典第5編13条2項による費用償還が183日以上で、調整年において80歳以上 | 300.8356201 | 9.890486139 |
| KEG006 | 社会法典第5編53条4項による費用償還が183日以上で、調整年において0~65歳 | 0 | 0 |
| KEG007 | 社会法典第5編53条4項による費用償還が183日以上で、調整年において66歳以上 | 0 | 0 |

【資料Ⅱ－１】 医療金庫の新たなリスク構造調整はこのように機能する

連邦保険庁資料「So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds ; Stand 16. September 2008」の全訳

I. リスク構造調整の目的と背景

公的医療保険(GKV)における連帯的調整

1994年に立法者は、リスク構造調整によって疾病金庫間の包括的な財政調整を導入した。なぜか？これを理解するためには、公的医療保険の保険料－および加入者法の特異性を想起する必要がある。

1995年までは、被保険者は法律により個々の疾病金庫への加入先が決まっており、わずかに特定の職業グループに属する人だけが職員－および労働者－代替金庫への限定的な選択権が認められていた。私たちが今日知っているような疾病金庫間の競争はなかったものであり、1996年以降になって初めて加入者は疾病金庫間で自由に選択できるようになった。

しかしながら公的医療保険における連帯原則は変更なくそのまま残った。このことは、疾病金庫への保険料は個人の疾病リスクによるのではなく、民間医療保険(PKV)とは異なり、リスク追加保険料を徴収することは許されない、という点に現れている。それどころか、保険料は報酬比例とされており、その結果、高所得者は低所得者を支援することになる。さらに、固有の所得のない家族構成員は保険料負担なく、共に被保険者とされる。

このような構成の保険料の下では、個別の疾病金庫の収入は、当該疾病金庫の加入者がどれだけ強くこの連帯的調整に参加しているかにかかっている。疾病金庫間の財政調整がないとするならば、連帯的調整は個々の疾病金庫の加入者間に限定される。もっとも有利な保険料によって競争に勝ち抜くためには、疾病金庫はできるだけ若くて健康な加入者を獲得するという戦略を追求するしかない。しかしその結果、資金がもっとも経済的に用いられている被保険者サービスに流れるという保障は全くない。

連帯原則と競争を同時に可能にすることが、リスク構造調整の役割である。これによって、公的医療保険のすべての加入者がどの疾病金庫に属しているようが関係なく、同等に連帯的調整に参加することが保障される。それと同時に、公平な競争の前提条件が用意される。疾病金庫はその保険料率によって－将来はその追加保険料と定額保険料によって－お互いに競争することになる。保険料率は、その疾病金庫がたまたま

他よりもより健康な被保険者あるいはより稼ぎの多い加入者を確保していることの結果ではなく、その提供するサービスの質と経済性の表明であるべきである。

リスク構造調整のさらなる発展

2001年からは、「有病率指標によるリスク構造調整」、略して有病率RSAという名称で知られている、リスク構造調整のさらなる発展が計画されている。それは何をめぐるものだろうか？リスク構造調整は、疾病金庫のリスク構造の格差－すなわち、被保険者がどれだけ病気か健康か、保険料賦課対象収入がどれだけ高いか、何人の家族構成員が保険料負担なく被保険者とされているか？－を同等化するものである。保険料賦課対象収入と家族被保険者の人数は確定が容易であるのに対し、「病気」か「健康」かを段階づけるのはずっと複雑である。これまでのリスク構造調整は、これを取りわけ年齢によっていた－高齢の被保険者は経験によれば平均的に病気がちである。しかしそれは常に当てはまるわけではない。重症の若い人もいれば健康な高齢者もいる。とりわけ慢性疾患の被保険者は網の目からこぼれてしまう。リスク構造調整はこれにより不正確になる。

この理由により、「健康な」と「病気の」－すなわち被保険者の有病率－の区別は、今後はもっと強く考慮されなければならない。グループ化は、将来は医師によりつけられた診断名と処方された薬剤によって、直接的に行われることになる。立法者は、こうして「病気がちの、とりわけ慢性疾患の被保険者が特定の疾病金庫に集中することが、これにとって不可避的に圧倒的な競争上の不利益と結びつくことがない」ことを達成しようとしている。

医療金庫とリスク構造調整

「有病率指標のリスク構造調整」に加えて、立法者は医療基金(Gesundheitsfonds)を設立することを議決した。これにより、当初は2007年に予定されていた有病率RSAは、2009年に医療金庫と同時に施行されることとなった。医療基金は、連邦保険庁によって管理運営される特別財産(Sondervermögen)で、ここに公的医療保険の財政に予定されている資金が集められる。ここには、とりわけ今後は統一保険料率に基づく保険料と連邦の税補助が合わせて流れ込む。スタートの年である2009年には、金庫は公的医療保険の予定支出の100%がカバーされるよう設計されている。

疾病金庫はその支出の財源に充てるため、医療金庫から交付金(Zuweisung)を受け取ることになる。その際には、

- ・ 疾病金庫の義務的給付をカバーするための交付金
- ・ 約款－および付加給付のための交付金
- ・ 構造化治療プログラムの開発および実施のための支出への交付金
- ・ 事務費をカバーするための交付金

が区別される。

義務的給付への交付金は、その際、各疾病金庫の被保険者の異なる医療ニーズに配慮するため、リスク構造調整により調整される。

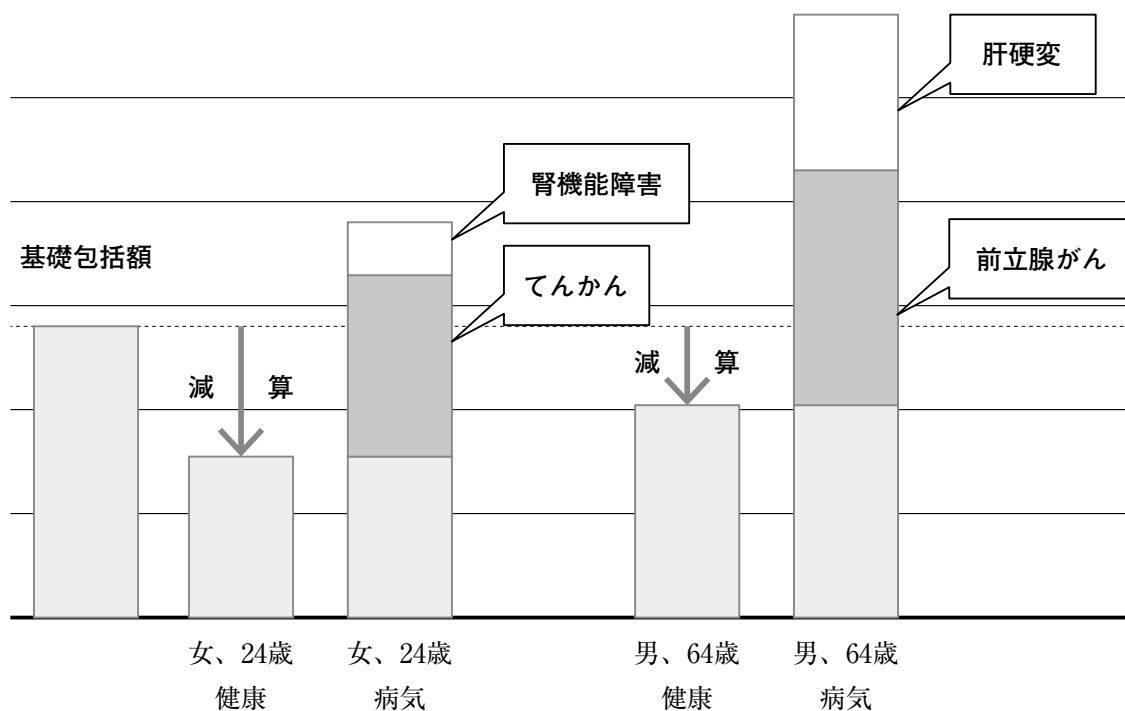
Ⅱ. 新たなリスク構造調整はどう機能するか

加算/減算を伴う基礎包括額

医療基金の資金は、被保険者の医療にもっとも必要とされるところに届くように、各疾病金庫に配分されるものとする。まず、各疾病金庫は各被保険者につき、公的医療保険における平均的な1人当たり支出額に相当する基礎包括額(Grundpauschale)を得る。多くの高齢で病気の被保険者を抱える疾病金庫についてはこの金額ではもちろん足りず、他方で、多くの若くて健康な被保険者を抱える疾病金庫は過剰な資金を得ることになる。そこで、この基礎包括額は加算/減算システムによって調整される。これまでのリスク構造調整の指標－年齢、性別および障害年金の受給－と並んで、その際、80の選ばれた疾病について算定された疾病金庫の疾病負担が考慮されることとなる。年齢と性別に応じた加算/減算により、支払いは健康な、すなわち80の疾病のいずれをも患っていない同一年齢および性別の被保険者に平均的にかかっている額まで調整される。新生児と非常に高齢の人を除いて、この額は基礎包括額よりも低く、したがって年齢と性別というリスク指標によれば、原則として減算となる。

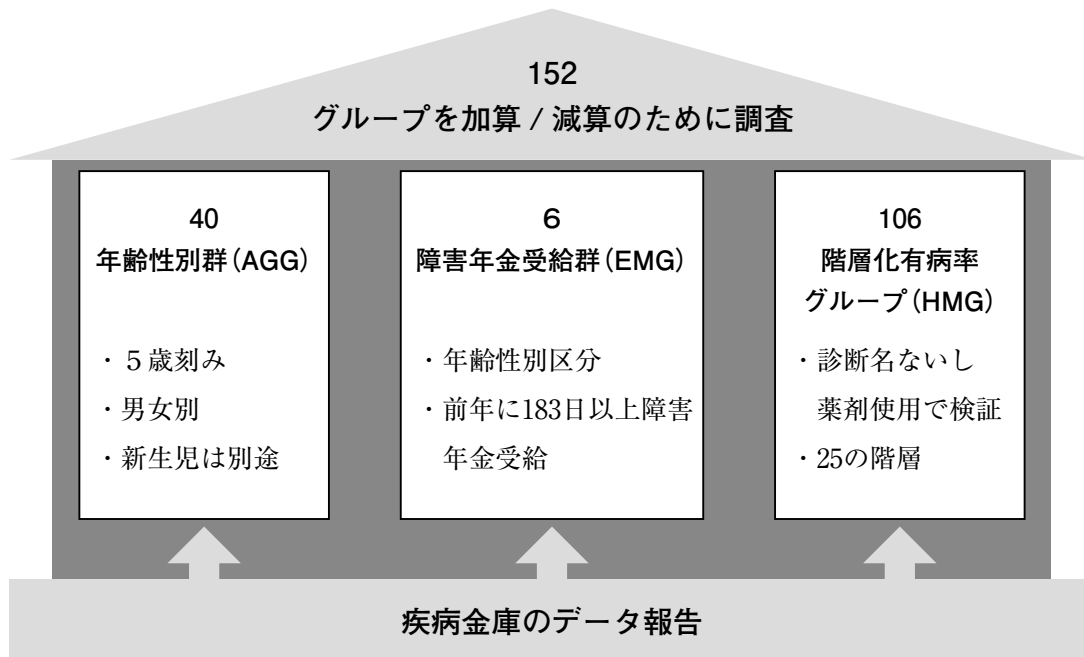
病気の被保険者については、疾病金庫はさらに加算を得る。この80の疾病については、平均的にこの疾病によって引き起こされるより高額な支出を反映した有病率加算が行われる。図1は、この関係を4人の例を用いて図示している。4人の被保険者は全員がまず基礎包括額を得る。24歳の女性については年齢および性別減算がある。健康な24歳の女性についてはこうして給付支出をカバーする交付金が支払われる。しかしながら重篤な疾病がある場合には、追加的な有病率加算が行われる。64歳の男性についても同様であるが、ここでは年齢および性別減算はより少ない。

図1 疾病金庫の義務的給付に対する交付金：
年齢・性別およびリスク調整による加算/減算を伴う基礎包括額



80の疾病の他に、被保険者が障害年金を受給している場合には、さらなる加算がある。このような場合には、被保険者には、医師によって確認され、疾病金庫にとって原則として有病率加算を超える負担となる重篤な疾患が存在すると考えられる。こうして、新たなリスク構造調整は、年齢および性別による加算/減算、障害がある場合の加算、そして疾病加算の3つの柱から構成される(図2参照)。

図2 新たなリスク構造調整のリスクグループ



連邦保険庁は、年齢および性別の段階として40グループ、障害年金受給者6グループ、そして(加算をもたらす)疾病グループとして106グループを設けることを予定していた。合計で、新たなRSAは今後152のリスクグループを考慮することになる。各被保険者は、正確に年齢/性別グループのいずれかに位置づけられる。そうして、基礎包括額は各被保険者の年齢および性別に応じて調整される。予測では公的医療保険の全被保険者の約3分の1について、疾病金庫は障害グループおよび/あるいは階層化された疾病グループから追加的な加算額を得る。

疾病の有病率グループへの編成

80の疾病に対して、連邦保険庁により106¹¹の有病率グループが定義された。その数は、いくつかの疾病に対しては重症度に応じて加算が異なるため、同じではない。他方で、同様の医療ニーズのある2つの異なる疾病が共通の有病率グループにおいて考慮されるケースもある。

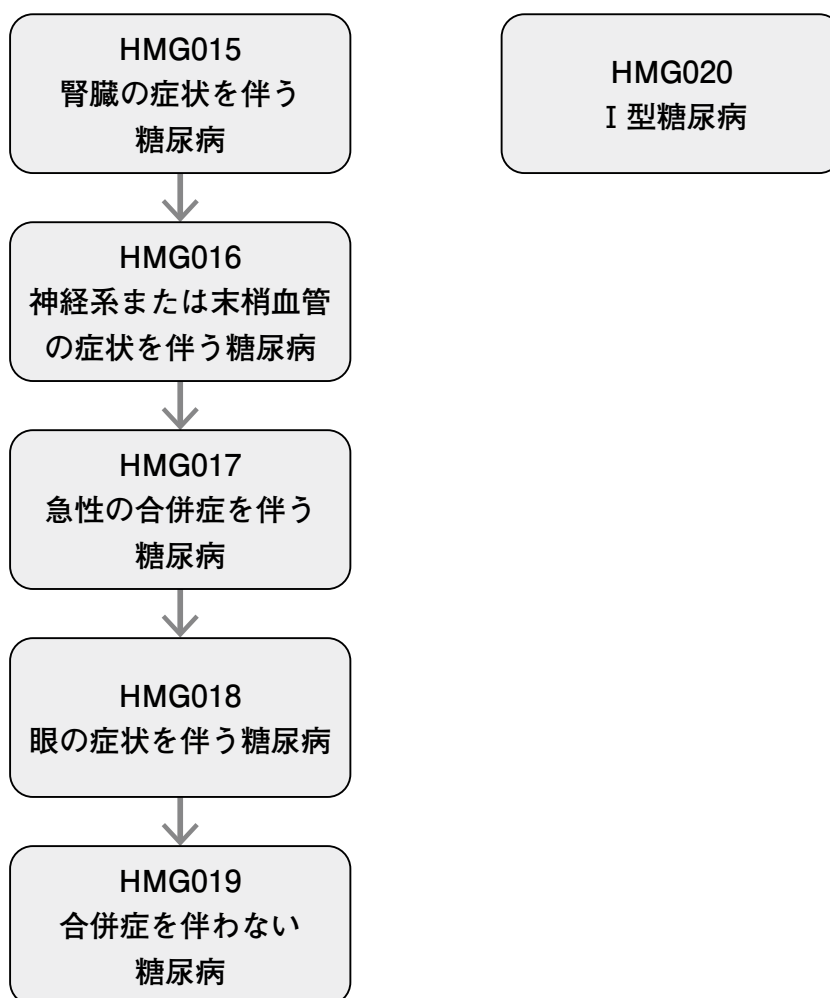
ある疾病に対して複数の重症度に応じて異なる病状グループがある場合には、これ

¹¹ 記者注：2009年の制度発足当初は106グループだったが、グループの内容や数は毎年更新され、2017年の年間リスク構造調整では199グループになっている。

らは階層化される。このため、「階層化された有病率グループ(HMG)」とも呼ばれる。被保険者がその診断名に応じて同一階層に属する複数の病状グループに該当する場合には、当該階層のもっとも高い有病率グループに対応する加算が行われる。

例えば、「糖尿病」の階層の中では、合併症のない糖尿病(HMG019)がもっとも低い加算に、腎機能障害を伴う糖尿病(HMG015)がもっとも高い加算に分離される(図3)。

図3 糖尿病の例を用いての階層化した有病率グループ



合計でこのような疾病階層が25ある。階層によってそれぞれの疾病のもっとも重い症状が確定される。これに対してのみ加算もまた保障される。さもないと、医師のコード化実務や医学的な治療経過の違いが適切でない加算の組み合わせに通じる可能性がある。

80の疾病に限定しているのは、法律上の所与の枠組みである。立法者は、これによって有病率RSAへの段階的な移行を意図した。これにより、直接的な有病率と関係のない古いリスク構造調整から新たな手続きへという、疾病金庫にとって計画できない財

政の仕組みが一気に変更されることを避けることとした。選択される疾病は、費用のかかる慢性疾患(kostenintensive chronische Kranakheiten)か、平均を超える費用をもたらす重篤な経過をたどる疾病とされている。これは学問的な鑑定と疾病金庫最上級団体のヒアリングに基づき、連邦保険庁によって確定された。

どの被保険者に対して有病率加算が行われるか？

それでは、疾病金庫が被保険者について有病率加算を得るかどうかは、どうやって確定されるのだろうか？この際の出発点は医師の診断である。外来の医師と病院は、疾病金庫との診療報酬請求のために、すべての診断名を所定の分類システム、いわゆるICD-10にしたがってコード化しなければならない。1万5,000を超えるICDコードの中から、約3,800が選ばれた80の疾病と関連し、そこから病状グループが編成できる。

入院の診断名は、その際、特別な質をもっている。病院においては、拘束力のあるコード化ガイドラインが適用されているからである。そのほか、診断名は「DRG制度」において病院会計の一部であり、疾病金庫により診療報酬請求の審査の枠組みの中で特別にコントロールされている。この背景の下で、すべての重要な入院の診断名は、被保険者の病状グループへの当てはめと、それにより加算につながる。

開業医の診断の場合には、被保険者の病状グループへの当てはめは、その診断が少なくとも他の診療報酬請求四半期に同一疾病の「2度目の診断」によって確定された場合に初めて行われる。いくつかの疾病については、さらに対応する治療の証明が必要とされる。これは、とりわけ入院(例えば急性心不全)や薬剤治療(例えばI型糖尿病)が医学的にどうしても必要とされるような疾病や疾病の経過の場合に該当する。

加算額の調査

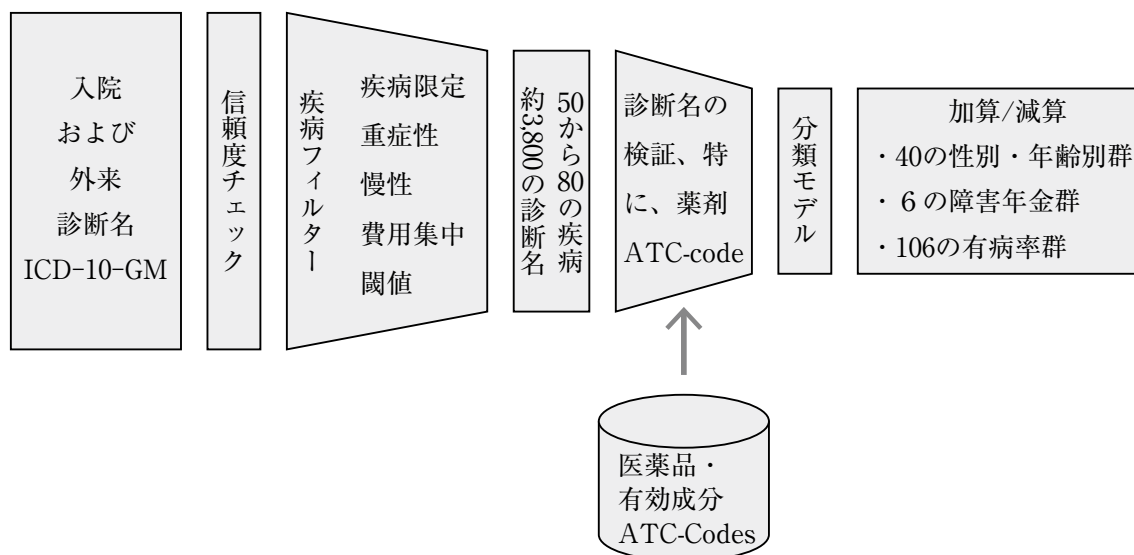
どのような有病率グループがあり、被保険者がいつこのグループに分類されるかが分かったら、加算額の調査を明らかにしなければならない。基本的に、加算は現在の治療費用ではなく、この疾病と結びついた事後費用をカバーするものである。そこで、すべての病状グループについて、被保険者が診断が行われた次の年に対応する診断によって平均的にどれだけの支出が引き起こされたかを調べる。これを「将来見込みモデル(prospektives Modell)」と呼ぶ。例えば、盲腸炎が選択された疾病に入っていたとして、加算額は0ユーロと推定される。というのは、盲腸炎の場合には、翌年は例外なく完全に快癒しているからである。いうまでもなく、選定された重症で慢性の疾患については、異なる様相を呈する。しかし、ここでも同じ事が当てはまる。例えば

急性心不全に対する加算については、現にこの疾病の治療に要する費用によるのではなく、あくまでもその後心不全の後遺治療に要する費用によるのである。

平均的な継続費用の算定に当たっては、なお以下の点に注意を要する。それは、すべての発生した事後費用が原因からみて前疾病によって引き起こされたものではない、ということである。例えば心不全のある人が翌年にたまたま脚の骨を折ることもある。この支出はもちろん心不全とは関係なく、したがって加算額から除外されなければならない。こうしたことは、累積的遡及の統計手法により行われる。

図4は、新たなリスク構造調整の「診断から加算まで」の概要を示す。

図4 新たなリスク構造調整：診断名から加算まで



リスク構造調整の実施

目下、連邦保険庁が2009年の暫定的な交付金のための加算額の調査のための疾病金庫のデータ報告を受け取っているところである。これはとりわけ、2006年の各公的医療保険被保険者の診断名および医薬品処方ならびに各被保険者に対する2007年の給付支出額である。2008年11月以降－連邦政府による一般保険料率の確定の後－、連邦保険庁は基礎包括額ならびに152の各リスクグループに対する加算額を算定し、公示する。

その後、連邦保険庁は最新の被保険者数に基づき、各疾病金庫に対する2009年1月の医療基金からの割当額を調査し、確定する。年に2回－3月と9月に－疾病金庫移

動によって変動する疾病金庫の被保険者構成の更新が行われる。その後は、これまでのリスク構造調整と同様に、2010年秋に、疾病金庫の会計結果がでた後、年間調整(Jahresausgleich)が実施される。ここで、2008年および2009年のデータに基づき、加算額が新たに調査される。

Ⅲ. 新たなリスク構造調整に関するよくある質問

・疾病金庫に対して、被保険者を実際以上に「病気に」する誘因が働くのではないか？

ノー。診断の確定は医師によって行われるものであって、疾病金庫により行われるのではない。

たしかに、医療提供者はそれが診療報酬に反映される場合には、より多くの診断名をつけるという一般的な見解がある。この「アップ・コーディング」と呼ばれる現象がすでに存在する病状のよりよい把握を意味するかどうかについては、争いがある。リスク構造調整にとっては、これは何の役割もない。医療基金の財政支出内容はあらかじめ決められているため、一般的なアップ・コーディングをしたとしても、それは有病率加算の額を低下させることになろう。個々の疾病金庫は、これによって得をすることはない。

最後に、追加的な診断名や処方箋は、単に医療基金からのより多くのあるいはより多額の交付金につながらないばかりでなく、他方で診断を確定した医療提供者に対する診療報酬の増額に結びつき、これはいうまでもなく当該年には補填されない。

・疾病に対して加算が行われることになると、疾病金庫はこの疾病の予防に対して関心を失うのではないか？

ノー。というのは、ある疾病を予防すると、疾病金庫に対して相当する加算が行われるだけでなく、それ以上に疾病金庫は相当する支出も避けることができるからである。

<将来見込みモデル>では、まさに疾病金庫は健康な被保険者への関心を失う。さらにいえば、被保険者についての交付金は、前年の診断名に基づいて決定される。疾病金庫は、現在の支出がこの交付金を下回るところにとどまれば、利益を得る。これはもちろん、被保険者が毎年前年よりもいくらかでも健康になった場合の話である。

その他に、新たな枠組み条件の下では、80の選定された疾病のうちのどれかの慢性疾患にかかっている被保険者は、疾病金庫の目から見ると、もはや劣ったリスクではない。疾病金庫にとっては、このような被保険者を2次予防措置を幅広く含む魅力的なサービス提供を通じて惹きつけることだけが魅力的になろう。

・新しい手続きにはデータ保護の欠陥による危険はないのか？

ノー。というのは、被保険者に関連するデータは一切収集されないし、報告されないからである。さらに加算額の計算に必要なデータは匿名化されており、具体的な個人への遡及は不可能にしてある。匿名化手続きは、連邦情報技術安全庁およびデータ保護および情報の自由のための連邦受任者と共同で開発されたものである。

・私は、選定された80のうちに入っていない疾病を患っている。私にとっては何が変わるのか？

基本的に何も変わらない。傷病名は、医療基金からの交付金の分配を決めるだけの役割しか持たない。被保険者の給付請求権はここでは全く影響を受けない。各疾病金庫は各被保険者について年齢と性別によって調整された基礎包括額を受け取るので、これに対しては必要な財政措置も行われている。

(了)

【資料Ⅱ－２】リスク構造調整の歩み

2009年の有病率指標のリスク構造調整の導入は、公的医療保険における調整制度の継続的な発展の結果である。その際、調整を有病率指標で行うという考えは、すでに当初から考えられていた。有病率指標によるリスク構造調整への道のりの重要なポイントは、以下のとおりである。

1977年

疾病金庫間の調整を伴う年金受給者の医療保険の導入。この年金受給者の医療保険の調整手続きは、各疾病金庫における年金受給者のためのより多くの支出を相互の支払いによって調整した。その際、疾病金庫に対しては常に年金受給者のために実際に生じた支出が償還された(いわゆる実際の費用の調整(Ist-Kosten-Ausgleich))。

1992年

医療政策におけるランシュタインの合意：キリスト教民主/社会同盟(CDU/CSU)および自由民主党(FDP)からなる連邦政府と野党社会民主党(SPD)は、1992年秋に医療保険構造改革法(GSG)により、公的医療保険におけるさらなる競争のための礎石を設けた。この法律は、公正な疾病金庫選択の自由と疾病金庫間競争における基本装置として公的医療保険全体を対象とするリスク構造調整の導入を内容としている。

1994年

リスク構造調整の導入。すべての疾病金庫は、この新たな財政調整の仕組みを通じて競争における平等な機会を得るべきである。高齢の、あるいは病気の被保険者の負担におけるリスク選択は、避けられなければならない。リスクは調整要素としての被保険者の年齢と性別、傷病手当金請求権の種類ならびに障害年金を受給する被保険者への特別な配慮によって把握される。同時に、加入者の異なる保険料賦課対象収入の水準ならびに保険料負担なく被保険者とされる家族構成員の数も考慮される。年金受給者の医療保険は、当初は対象外に置かれ、従来制度により平行的に機能する。いわゆるリスク構造調整令(RSA-V)は具体的な実施方法と、後には疾病管理プログラム(DMP)の法的根拠も規定する。

1995年

リスク構造調整はすべての公的医療保険に拡大されるが、東側と西側の法的領域に分離され、年金受給者の医療保険における非効率な実際の費用に基づく調整は廃止される。

1996年

被保険者は加入先の疾病金庫を自由に選ぶことができ、もはやその被用者としての地位ないしはその職業グループによって自動的に加入先の疾病金庫に振り分けられることはない。これを通じて疾病金庫間には、いわゆるよいリスク、すなわち少ない医療費用とできるだけ高い所得の被保険者を求めて、より激しい競争が生じる。

1999年

公的医療保険財政強化法により、2000年から完全な全ドイツ規模でのリスク構造調整の導入が規定される：段階的にこれまであった公的医療保険における東と西との間の区別は解消される。これは、今後は公的医療保険におけるすべての支出と収入がリスク構造調整の計算において統一的に考慮されることによって実現する。

2002年

リスク構造調整改革は、2006年末までに有病率指標のリスク構造調整を導入することを予定する。その前段階として、慢性疾患を有する被保険者は、承認された疾病管理プログラム(DMP)に登録した場合には、リスク構造調整において特別に考慮される。特別に高額な給付事例に対しては、公的医療保険全体でリスクプールが設立される。

2004年

連邦保健省の委託による鑑定報告書が、有病率指標のリスク構造調整のための分類手続きを提案する。疾病管理プログラムとリスクプールとの連結は、再び廃止されるものとする。

2005年

連邦憲法裁判所は、バイエルン州、バーデン・ヴュルテンブルク州およびヘッセン州のリスク構造調整に反対する訴えを棄却する。2005年7月18日の判決の理由において、リスク構造調整は社会的な調整に寄与すると判示する。またリスク構造調整がなければ、立法者の意図した疾病金庫競争は保障されないとする。また、リスク構造調整改革法と予定されている有病率リスク構造調整は、憲法に適合すると判示している。

2006年

大連立政権は保険医法改正法により、有病率リスク構造調整の導入を医療基金の発足時点に合わせて2007年から2009年に延期する。将来的に50から80までの疾病がリスク構造調整において考慮される。第14次リスク構造調整令により、疾病金庫は有病率リスク構造調整のために必要なデータを収集する法的根拠を得る。

2007年

公的医療保険競争強化法(GKV-WSG)は2009年からの医療基金と同時期のリスク構造調整の有病率指標化の導入を予定する。このため、連邦保険庁の専門家会議は有病率加算が支払われる対象となる80の疾病リストを提出することとされる。

2009年

医療基金と有病率リスク構造調整がスタートする。

2011年

連邦保険庁の専門家会議は、連邦保健省の委託に基づく有病率リスク構造調整の初年次に関する鑑定意見書において、有病率リスク構造調整において「過剰」は確認することはできないという結論に至った。それどころか、逆に、有病率リスク構造調整はリスク構造調整の目的適合性(Zielgenauigkeit)を明らかに改善した、と確認した。専門家会議は、同時に、年途中で死亡した被保険者に対する支出の算定においては、修正を警告している。

2013年

ノルトライン・ヴェストファレン州社会裁判所は、年間途中で死亡した被保険者に対する支出の算定の際の誤りは訂正され、連邦保険庁の調整手続きは2013年から変更されるべきだと決定した。

2014年

連邦社会裁判所は、有病率リスク構造調整の憲法適合性を確認し、各疾病金庫の法的な危惧を退けた。

2015年

公的医療保険財政構造および質発展法(GKV-FQWG)は、傷病手当金と海外居住被保険者に対する交付金について、2015年から実施すべきものとして、部分的に、実際に生じた費用に基づく調整を導入する。この実際に生じた費用に基づく調整は、経過的な解決と位置づけられている。というのは、同時に、傷病手当金と海外居住被保険者に対する交付金が意味ある形でさらに発展できるかについて、最初の提言の作業を2015年末までに取りまとめるよう、鑑定意見を委託しているからである。

(出所) 地区疾病金庫資料(aok-bv.de/hintergrund/dossier/morbi-rsa/)より作成。

【資料Ⅱ－3】 共同声明

公平な競争のため、直ちに有病率リスク構造調整の改正を

ベルリン、2017年6月15日

有病率指標のリスク構造調整は、年齢、性別および有病率の要素に着目して、公的な疾病金庫の被保険者構造の相違を調整するものである。これは疾病金庫によるリスク選択を回避するためだけでなく、良質な医療サービスをめぐる疾病金庫間の機会平等な競争を可能にするためのものである。代替金庫、企業疾病金庫および同業者疾病金庫は、この目的に全面的に賛同するものである。しかしながら、現在の競争を歪める有病率リスク構造調整のやり方を批判するものである。われわれは、重要な改革の諸提案の結果について実証的に評価するために、現在の連邦政府が連邦保険庁に設置されたリスク構造調整のさらなる発展のための専門家委員会に対して、特別鑑定を依頼したことを歓迎する。求められているのは、疾病金庫間の競争を強化し、被保険者への効率的で質の高い医療サービスを確保するために、よく機能する有病率リスク構造調整である。このため、代替金庫、企業疾病金庫および同業者疾病金庫は、共同で以下のとおり宣言する。

1. 有病率リスク構造調整は、リスク選択への誘因を軽減するという役目を果たしている。しかし、より上位の目的である、同等の競争機会を確保するという目的は、現在のところ満たしていない。したがって、これは改革されなければならない。
2. 有病率リスク構造調整は、将来は、より不正に対する抵抗力が強く、公正なものでなければならない。今日の追加保険料率の格差は、主に有病率リスク構造調整を通じた不公正な歪みに起因している。われわれは、競争の歪みを排除する有病率リスク構造調整を欲する。
3. 有病率リスク構造調整のさらなる発展に際しては、一方的に統計上の手法とその量的な効果に集中してはならない。これは競争における機会の平等を作り出すかどうかによって評価されなければならない。これは有病率リスク構造調整が満たさなければならない質的な目標である。
4. その際には、被保険者と個別金庫レベルだけを考慮すべきではない。有病率リスク構造調整の影響は、疾病金庫種別のレベルも同時に視野に入れなければならない。これは最終的に責任共同体を形成するからである。

5. われわれは、連邦保険庁に設けられた専門家委員会がすでに議論された有病率リスク構造調整の弱点を分析し、現存する誤った配分に対する解決法の提案を示すことを期待している。
6. われわれは、新たな政権がすでに立法会期の初期に、有病率リスク構造調整の過剰－および過小カバーを調整するために適切な措置を講じ、現存する競争上のかく乱を可能な限り速やかに廃止することを要求する。
7. 有病率リスク構造調整は、試運転中の(lernendes)制度である。その受入れと透明性を創出するためには、この声明の意味における継続的な見直しを必要とする。

参考文献・資料

- AOK (2017) : Von der KVdR über den RSA bis hin zum Morbi-RSA, aok-bv.de/hintergrund/dossier/morbi-rsa/index_15416.html.
- Binder, A., König, W., et al. (2017) : Keine Angst vorm Morbi-RSA – Reformoptionen für ein komplexes System. In : Knieps, F. (Hrsg.) : Gesundheitspolitik Akteure, Aufgaben, Lösungen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- BKK-Dachverband (2015) : 20 Jahre Finanzausgleich Risikostrukturausgleich.
- BKK-Dachverband (2016) : Stellschrauben im Morbi-RSA Sondergruppen im Fokus.
- Buchner, F., Schillo, S. (2016) : RSA-Systeme im internationalen Vergleich. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2016, 54-59.
- Bundesversicherungsamt (2008a) : Festlegung der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten durch das Bundesversicherungsamt.
- Bundesversicherungsamt (2008b) : Anhang 2 – Dokumentation der Berechnungsschritte.
- Bundesversicherungsamt (2008c) : So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds.
- Bundesversicherungsamt (2016) : Festlegungen nach § 31 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2017.
- Glaeske, G. (2016) : Morbi-RSA und die Krankheitsauswahl. In : Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2016, 21-26.
- Göpfarth, D. (2009) : Der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds, Wie der morbiditätsorientierte Finanzausgleich funktioniert. In : Soziale Sicherheit 1/2009, 12-17.
- Göpfarth, D. (2016) : Morbi-RSA: Ziele, Methoden und Weiterentwicklung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2016, 8-14.
- Greiner, W. (2016) : Brauchen wir eine Reform des RSA?. In : Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2016, 91-94.
- Hoyer, J. M. (2016) : "Surrogatparameter" im Morbi-RSA: Auf die Zielstellung kommt es an!. In : Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2016, 74-77.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012) : Sachgerechte Diagnosenkodierung nach ICD-10-GM in der ambulanten Versorgung. www.kbv.de/media/sp/2012_02_Sachgerechte_Diagnosedokumentation_in_der_Ambulanten_Versorgung.pdf.
- Knieps, F., Reiners, H. (2015) : Gesundheitsreformen in Deutschland Geschichte- Intention- Kontroversen : Huber.
- Knieps, F. (2016a) : Der RSA vor Gericht – Welche Rolle spielt die Dritte Gewalt?. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2016, 61-64.

- Knieps, F.(2016b) : Brauchen wir eine Reform des RSA? Plädoyer für Veränderungen aus Sicht der Betriebskrankenkassen. In : Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2016, 106-109.
- König, W., Binder, A. et al.(2016) : Weiterentwicklung des RSA um eine Regionalkomponente. In : Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2016, 35-44.
- Litsch, M.(2016a) : Krankheiten im Morbi-RSA : Aufhebung der Krankheitsbegrenzung statt Diskussion um Prävalenzgewichtung!. In : Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2016, 69-73.
- Litsch, M.(2016b) : Brauchen wir eine Reform des RSA?. In : Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2016, 104-105.
- Neumann, K.(2016) : Wettbewerbsgerechtigkeit des RSA objektivieren – Managementleistung der Kassen vergleichen. In : Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2016, 45-52.
- Reiners, H.(2016) : Missverständnisse und Irrtümer, Anmerkungen zur Debatte um eine RSA-Reform. In : Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2016, 96-99.
- Schaffert, R.(2008) : Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich. http://www.mydrg.de/dload/morbi_rsa.pdf.
- Schepp, T. : Surrogate im Morbi-RSA. In : Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2016, 78-83.
- Tophoven, C(2001) : Disease-Management und Integrierte Versorgung – zur Reichweite zweier gesundheitspolitischer Konzepte. In : Arbeit- und Sozialpolitik 55(11-12).
- Wasem, J, Lux, G et al.(2016) : Berücksichtigung des Krankengelds im RSA. In : Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2016, 15-20.
- Weber, S, Unterhuber, H(2001) : Von der guten Absicht zum bürokratischen Monstrum. In : Forum für Gesundheitspolitik 7(Juli/August), 259-265.
- Wille, E., Ulrich, V.(2016) : Der RSA in der deutschen Regionalisierungsdebatte. In : Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2016, 28-34.
- 田中耕太郎(2006)「ドイツ医療保険改革にみる「連帯下の競争」のゆくえ – 公的医療保険における保険者選択制とリスク選択 –」『フィナンシャル・レビュー』2006年第1号(通巻第80号).
- 船橋光俊(2011)『ドイツ医療保険の改革 その論理と保険者機能』時潮社.

Ⅲ. 医療保険の財政

1. はじめに

(1) 労使折半負担の保険料のみによる財政運営の伝統

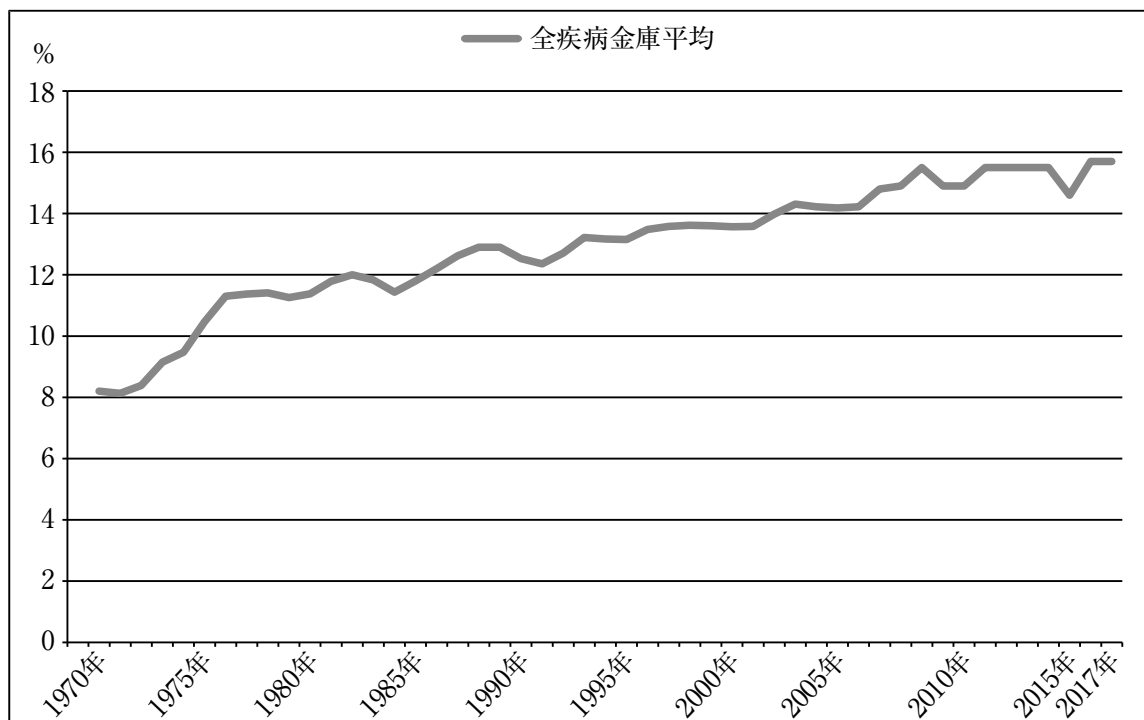
社会保険の母国ドイツにおいては、労使折半負担の保険料による財政運営が基本であるが、公的年金制度では1891年の障害年金の創設以来、一貫して連邦の補助が行われてきた。これは当初は労働者年金保険に対してのみ行われてきたが、1946年以降は職員年金保険に対しても行われるようになった。その水準も、現在に至るドイツの年金制度の基本骨格を形成した第一次年金改革が実施された57年当時で316億マルクと、年金支出額の31.8%を占めていた。この比率はその後低下を続けたが、1992年年金改革以降増加し、2017年では678億ユーロと、年金支出額の26.6%を占め、連邦歳出予算に占める比率も20.6%と、その最大の費目となっている。

これとは対照的に、公的医療保険制度においては、1883年の制度創設以来、一世紀以上にわたって国の補助は行われず、給付費はもちろん事務費についても、必要な費用はすべて労使折半負担の保険料財源により賄う伝統が堅持されてきた。これは、医療保険は労使の代表で構成される疾病金庫が保険者となり、当事者自治の原則の下で運営されるべきで、安易な国の補助金への依存は国による制度運営への介入を招き、また時々の国の財政事情により大きく影響され、医療保険制度の運営が不安定になることへの懸念によるものだった。

こうした財政構造の下では、保険料収入の基礎となる労働報酬の伸びを超えた医療費の増加は必然的に保険料率の引上げをもたらすことになる。実際にも、医療費の増加が大きな問題となってきた1970年代後半以降は、必要な費用を賄うために保険料率の引上げが続き、これを防ぐために医療費抑制策が繰り返されてきた。しかし、こうした医療費抑制策の効果は一時的で、**図Ⅲ－1**に示すように、全疾病金庫の平均保険料率は1970年には8.2%だったものが、80年には11.38%、90年には12.53%、2000年には13.57%へと上昇を続け、その抑制が医療保険制度の持続可能性を確保する上で喫緊の課題となってきた。

なお、各疾病金庫の種類別の平均保険料率の年次推移については、**別表Ⅲ－1**を参照されたい。

図Ⅲ－１ 医療保険の平均保険料率の年次推移(1970年－2017年)



(出所) 連邦保健省資料より作成。

(2) 社会保険料負担の増加と事業主負担の抑制への流れ

少子高齢化の進展など、厳しさを増す経済社会環境の下で、医療保険にとどまらず、年金や雇用保険など、他の分野も含めた社会保険料負担の増加が続いた。とりわけ1990年の東西両ドイツ統一後は、旧東ドイツ領の再建のための重い経済財政負担が加わったことや、ほぼ期を同じくしてEU域内市場の統合・深化と国際的な企業間競争の激化などの環境変化の中で、ドイツ企業の国際競争力の確保と企業立地・雇用創出の場としてのドイツの立場を回復することが政労使や与野党の立場を超えて、90年代のドイツ社会の最優先の課題となっていた。

具体的な状況を見ると、全ドイツで年金保険、医療保険、失業保険と介護保険を合わせた社会保険料率が1996年に初めて40%台に上昇すると、98年には42.14%まで増加した。このため、これを40%以下に抑制すること、とりわけその半分を負担する事業主の負担を抑制・軽減することが90年代後半から2000年代の社会保険改革の基本命題となっていた。

こうした文脈の中で、2.に述べるような労使折半負担の報酬比例保険料の原則が一部修正されるとともに、3.で述べるように、保険料による財政負担の軽減のため、歴史的な連邦補助(公費負担)の導入・拡大が実現した。

2. 保険料

(1) 労使折半負担による報酬比例保険料の原則の一部修正

1) 社会保険料の事業主負担抑制の先駆的な動き

1990年代のドイツでは、経済成長と雇用の創出・確保が社会全体の最優先課題となったが、その際に、雇用確保の阻害要因として指摘されていたのが労使折半負担の原則の下での社会保険料の事業主負担の重さであった。

このため、医療保険も年金も雇用保険も保険料収入の伸びを上回る支出増によって保険料率の上昇が続く中、事業主負担の増加を抑制し、さらには軽減するための試みが始まった。

そもそも労働起因性の少ない社会保険の保険事故についてその費用の半分を事業主が負担する根拠については様々な議論があるが、いずれにせよこれはすでに長い歴史の中で確固として確立されてきた原則であり、また労使間の雇用条件や賃金交渉なども深く結びつく重大な原理であるため、その修正は容易なことではない。にもかかわらず、上昇を続ける社会保険料負担がドイツにおける雇用の確保にとって阻害要因となっているという認識が立場を超えて形成されていく中で、まず、医療保険以外の分野で、その修正が図られてきた。

その先鞭をつけたのが1994年の介護保険法である。この新たな第5の社会保険の領域の創設自体も多くの議論があったが、注意が払われたのは、この介護保険料の新設に伴う事業主負担をどう補填するか、という点だった。結果的には、1995年4月からの在宅給付の導入に先だって1月から労使折半負担の1%の保険料が設定されたが、その際、事業主のこの新たな負担増0.5%分、つまり支払賃金総額の200分の1に相当する負担を補填するため、各州で定める有給の休日を1日分削減することとし、これを実施しない州で就労する被保険者は折半負担ではなく保険料全額を本人負担とすることとされた(介護保険法58条3項)。実際にもザクセン州では宗教上の理由から1日分の休日を労働日に変更する措置を講じなかったため、同州で就労している被保険者は1%分が全額本人負担とされた。

次に、法律上の労使折半負担の修正という形は取っていないが、実質的に事業主負担の抑制と被保険者のみの負担への一部切り替えと評価することができるのが、年金保険における2001年のいわゆるリースター年金による公的年金の一部代替措置である。すなわち、少子高齢化が進行する2020年および2030年においても公的年金の保険料率をそれぞれ20%と22%を限度とするとともに、これに伴う公的年金の給付水準の低下をカバーするために、公費助成付きで任意加入の積み立て方式の個人年金を導入し、保険料賦課対象労働報酬の4%まで、段階的にその保険料率を引き上げた。その意味では、これも労使折半負担の原則を実質的に一部修正したものと評価することができる。

2) 医療保険における労使折半原則の一部修正の第一段階：特別保険料

医療保険の保険料の労使折半原則の一部修正を制度上正式に位置づけたのは、連邦補助に途を拓いたのと同じ公的医療保険現代化法であったが、その経緯は若干複雑で、公的医療保険の給付範囲の問題とも密接に絡んでいる。

まず、この議論の始まりはキリスト教民主/社会同盟と自由民主党政権下の1997年に成立した第1次および第2次公的医療保険新秩序法による歯科補綴の公的医療保険からの給付除外措置だった。これは虫歯は本人の予防責任が大きいことや、EU加盟国の間でも歯科補綴を公的医療保険の対象としていない国や給付範囲が限定された国が多いことなどを理由に、財政対策の見地から、これを給付範囲から除外しようとした。

これに対して、1998年の総選挙で16年ぶりに政権復帰し、緑の党との間で史上初の本格的な左派政権を誕生させた社会民主党は、選挙時の公約にしたがってこの法律による改正内容をほぼすべて撤回ないし凍結した。

しかし歯科補綴についてはすでに民間保険が取り扱い始めていたこともあり、その加入者の扱いも含めて問題が生じた。このため、2003年の公的医療保険現代化法では、歯科補綴について労使折半負担による給付の対象から除外し、労働報酬と切り離れた定額の保険料により、民間保険か公的医療保険かを選択できることとし、2005年1月1日から施行することとした。

他方で、同法では、傷病手当金についても、保険料負担の軽減に向けての被保険者の貢献として、これを労使折半負担の保険料対象から除外し、そのために新たに241a条を新設して、被保険者は0.5%の追加的な保険料を納付しなければならないこととし、2006年1月1日から施行することとした。

このような内容の法律が成立したが、歯科補綴に関する折衷案は、実際に施行する段階で困難な問題が生じることが明らかとなり、その施行を前に急ぎよ2004年12月15日の「歯科補綴の財政の調整に関する法律(Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 15. Dezember 2004)」により、歯科補綴に関する改正内容を撤回して公的医療保険の給付と位置づけ直すとともに、2006年1月から実施予定だった0.5%の追加的な保険料を0.9%に引き上げ、さらにその施行を前倒しして2005年7月1日から実施することとした。

このようにして2005年7月から被保険者のみの負担による0.9%の特別保険料が労使折半負担の本来の保険料に加えて徴収されることとなった。このような経緯から見ると、この特別保険料は歯科補綴と傷病手当金の財源に対応するものとみられるが、政府の公式の法案説明では、この特別保険料は雇用の確保に向けて賃金追加コストとしての労使折半負担の保険料負担を軽減するためのもので、具体的にどの給付に対応するというものではなく、すべての疾病金庫に同じ率で配分される、と説明されている。

3) 追加保険料

① 被用者のみが負担する定額の追加保険料と公費による社会的調整の導入

このように複雑な経緯と若干曖昧な説明の下で2005年7月から被保険者のみの負担による保険料が徴収され、その限りで労使折半負担の原則が一部修正されてきたが、本体の保険料率については2009年以降は連邦政府が政令により統一的に規定し、各疾病金庫が徴収していったんすべてが医療基金に集められ、リスク構造調整を行った上で各疾病金庫に配分されており、両者の関係は必ずしも明確ではなかった。

このような状況に対して社会保険料の事業主負担に上限を設け、これを超える財政需要に対しては被保険者のみの負担による保険料で賄うことを明確にしたのが2010年12月22日の公的医療保険財政法(GKV-Finanzierungsgesetz vom 22. Dezember 2010)であった。経済界や民間医療保険業界との結びつきの強い自由民主党が初めて獲得した連邦保健相のポストに就いたレスラー大臣の下で成立したこの法律では、事業主負担を抑制するため、労使折半負担の保険料率を将来的に法律上14.6%、つまり事業主負担分を7.3%、そして被保険者分はこれに特別保険料0.9%を加えて8.2%に固定した。

その上で、医療保険の支出がこの15.5%の保険料では賄えない疾病金庫は、独自にさらに追加保険料を徴収して対応すべきものとされた。しかも、この各疾病金庫の定める追加保険料は、労働報酬と切り離れた定額保険料によることとして、念願の定額の人頭保険料をこの部分に限ってではあるが実現した。同時に、これは当然のことながら、低所得者には逆進的で過重な負担が生じることから、その額が保険料賦課対象賃金の2%を超える場合には、連邦補助による社会的調整を実施することとされた。

しかし、この時期は経済・雇用環境が好転し、加えて2011年から保険料率を15.5%に引き上げた効果でかつてない大幅な収入増加が実現したため、この定額の追加保険料は実際には実施されなかった。

② 大連立政権下での報酬比例の追加保険料の導入

こうして定額の追加保険料は実施されないまま、2013年秋の連邦議会総選挙により、自由民主党は5%条項を超えられず連邦議会の議席を失うという惨敗を喫し、戦後3度目のキリスト教民主/社会同盟と社会民主党による大連立政権が発足した。

この政権に至る連立交渉において、社会的調整による連邦の負担の増加に対する財政負担増加への危惧と、もともとの理念として人頭保険料に対する社会民主党およびキリスト教民主/社会同盟内部の批判を背景に、新たな財政方式について次のような内容の協定が結ばれた。

<2013年のキリスト教民主/社会同盟と社会民主党の連立協定（抄）>

一般的な労使折半負担による保険料率は、14.6%で固定され、これにより事業主負担分は7.3%に固定される。

疾病金庫は、今後は競争の中で疾病金庫ごとに保険料賦課対象収入の定率による追加保険料を徴収する。現在、被保険者のみの負担による0.9%部分は、この追加保険料に吸収される。疾病金庫によって異なる収入構造の差が競争を阻害しないように、完全な所得調整が不可欠である。

これらにより、税財源による社会的調整は必要なくなる。

その後、2014年に入ると早速その実現に向けて立法化の作業が進み、2014年7月21日の「公的医療保険の財政構造および質の発展法(GKV-FSQG)」により、連立協定に沿った内容の改正が行われた。これにより、労使折半負担の保険料率は法律上14.6%（事業主負担分7.3%）に固定され、さらに従来 of 被保険者のみの負担による0.9%は各疾病金庫が定率で定める追加保険料に吸収され廃止された。

さらに定額の追加保険料が廃止されて定率とされたことに伴い、低所得者に対する社会的調整の必要がなくなったため、連邦補助も廃止された。

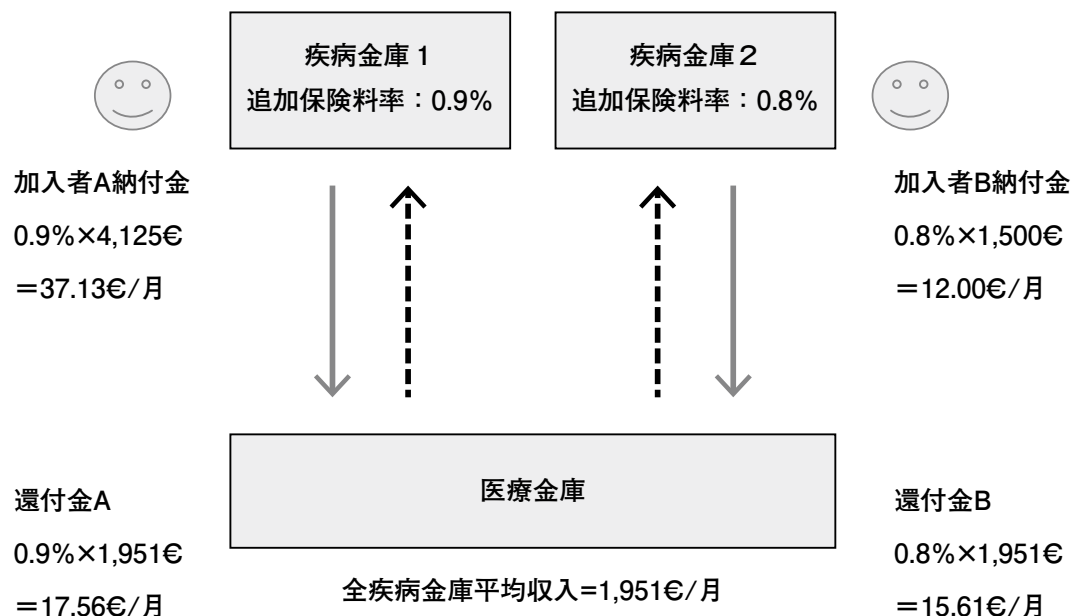
③ 追加保険料の財政調整と実施状況

こうして2015年からは労使折半負担による法定の14.6%の保険料収入と連邦補助によっては必要な財政支出を賄えない疾病金庫は、それぞれ独自に被用者のみが負担する追加保険料を徴収することになった。しかし、これをそのまま各疾病金庫に委ねていたのでは、同じ保険料率でも、加入者の所得水準の高い代替金庫などは、低所得者の多い地区疾病金庫などと比べてより多くの収入を得ることになり、それを使ってより好条件の付加給付を提供して被保険者を獲得するなど、所得格差をならずというリスク構造調整の趣旨を逸脱し、公平な競争環境を阻害することになる。

このため、各疾病金庫が独自に設定する追加保険料についても、すべて一旦は全額を医療基金に納付し、所得格差を調整した上で各疾病金庫に交付することとされた。こうして、加入者の所得水準については、法定の保険料に加えて追加保険料についても対象とされ、100%調整されることとなった。

追加保険料に関する財政調整の仕組みは、**図Ⅲ-2**に示すとおりである。

図Ⅲ－２ 追加保険料に係る医療金庫を通じた財政調整の仕組み



(出所) BKK(2015)の図5を参考にして作成。

2015年以降の追加保険料の平均保険料率は、

2015年 ゼロ(財政余力あり徴収せず)

2016年 1.1%

2017年 1.1%

2018年 1.0%

となっている。

またその内訳としては、2017年に関しては、Ⅱ. 7. (4) で示したように、114疾病金庫のうち27金庫は平均と同じ1.1%、約半分に当たる56金庫が1.1%未満、31金庫が1.1%超となっている。また個別の疾病金庫間で見ると、0.3%から1.8%まで格差が広がっている。

さらに2018年に関しては、全般的に経済の好調に支えられて追加保険料は0.1%ほど引き下げられて1.0%となっているが、個別の疾病金庫については、状況が異なっている。すなわち、8つの金庫が0.1%から0.6%までの範囲で追加保険料率を引き上げ、逆に19の金庫は0.08%から0.4%までの範囲で料率を引き下げた。

この結果、最も低いメッツィンガーBKK(Metzinger BKK)は追加保険料がゼロになり、全体では、0%から1.7%(メルクBKK: Merck BKK)までの格差が生じ、これを14.6%の法定保険料に加えると、疾病金庫間の保険料率の格差は、14.6%から16.3%までの幅となっている(Versicherungs Journal. de(2018)による)。

④ 追加保険料の評価と今後の見通し

被用者だけの負担による追加保険料に対しては、当然視されてきた労使折半原則を崩すものとして批判は根強くあるものの、かつての公的医療保険に対する連邦補助がそうであったように、2大政党間の連立交渉の合意内容であることの重みは無視できず、想定外の経済雇用情勢の変化や、医療保険における財政の収支バランスの急激な変化がない限り、今後とも雇用の確保のための環境整備としての事業主の保険料負担の抑制という政策は継続される可能性が高いと考えられる。

一方で、この仕組みがもたらす医療費抑制への推進力の低下は大きな懸念材料として残る。それだけでなく、医療提供体制の整備や充実、医療技術の高度化・高額化は保険料収入の伸びを越えて今後とも増加することは広く認識されているにもかかわらず、ここ数年の医療保険改革では、長年の医療費抑制策の効果が長続きしなかったことによる改革疲れか、病院への費用の追加投入や、高齢化の進展による有病率の増加リスクを医療提供側から疾病金庫側に移すなど、かつての医療費抑制への強い意思や取組み姿勢が見られない。

今回の保険料負担をめぐる構造変化により、経済界はその負担限度が現状に固定されたため、今後これ以上の医療費の増加に対しては急速に関心を失うおそれが強い。それどころか、むしろ医療・製薬産業は今後のドイツ経済の発展にとって有望な分野であり、経済界の一員として、その成長、つまりは医療費の拡大を歓迎する側に回る可能性もある。

さらに、今回の措置により、一時期議論を賑わした労働報酬から切り離れた定額の人頭保険料という主張は、ごくわずかな追加保険料としてすらドイツでは支持されないあだ花として、自由民主党の惨敗とともにほぼその政治的な命脈は絶たれたものと言えよう。

しかし、3.で述べる包括的な連邦補助が導入されてほぼ制度的に確立したとはいえ、医療費の増加に伴って自動的に増額する社会的調整のための連邦補助も定額の追加保険料と共に廃止されたことにより、強力な権限を持つ財政当局も今後の医療費の増加に強い関心と関与を持ち続けることは期待できないであろう。

そうすると、結局、この新たな保険料負担と連邦補助のルールの下では、今後の医療費の増加圧力やそれに向けての医師会や病院協会、製薬企業など強い政治的圧力団体に対抗して医療費抑制を主張するのはひとり被保険者あるいはその団体としての労働組合のみという構図が見えてくる。このような医療費抑制をめぐる交渉団体間の力学の重大な変化が、今後の医療費の上昇にどのような影響を及ぼすのか、またそのときにその負担をひとり被保険者の肩に負わせるということが、労使間の賃金交渉も含めて政治的・社会的に容認されるのか、今後の展開を注意深く見守っていく必要がある。

(2) 保険料算定上限額の設定ルール

1) ドイツの医療保険の保険料算定上限額の設定ルール

ドイツでは強制加入の公的医療保険は国民の9割前後にとどまり、官吏、軍人、裁判官や自営業者などと並んで被用者のうちの保険加入義務上限額を超える収入を得ているものは加入義務が免除されている。そして、医療保険の保険料賦課限度額は、この保険加入義務上限額と同額とされてきた。

この保険加入義務上限額の設定は、すなわち強制加入の公的医療保険と民間保険との境界線を引くことを意味し、双方にとって重要な意味、影響を有している。このため、公的医療保険への強制加入をめぐる攻防の主要な戦線が、被用者への保険加入義務上限額をめぐる綱引きであった。1960年代までは、この上限額は不定期にルールもなく引き上げられてきたが、1971年にはこの保険加入義務上限額および保険料算定上限額は、年金の保険料算定上限額の75%に設定するというルールが確立し、それ以降、毎年の被保険者の平均労働報酬の推移に応じてスライドが行われてきた。このため、この境界線は、公私の医療保険の間の「和平ライン(Friedenslinie)」と呼ばれる。

このような医療保険の保険料算定上限額を年金の保険料算定上限額の75%に押さえるという考え方は、次のような理由による。すなわち、年金は、保険料算定上限額を高く設定して保険料負担が相対的に重くなっても、その負担はこれに対応して高い年金額を被保険者は享受できるという対応関係があるのに対して、医療保険の保険料負担と医療給付との間にはこのような関連性がない。医療保険における医療給付は、負担した保険料に関係なく、傷病時の医療の必要性によって決まる。このため、こうした給付と保険料負担との関連性のない医療保険においては、いくら収入が多いとはいえ、その限度額は年金を下回るべきだ、という考え方だ。

こうした理念は、ほかの社会保険分野でも共通しており、年金と同じく金銭給付である失業保険の保険料算定上限額は年金と同額であり、一方、1994年に創設された介護保険においては、介護給付は保険料負担に関係なく、要介護度、つまり必要性の原則に基づいて決定されるため、医療保険の保険料算定上限額と同一とされている。

ただし、2000年代初期の経済低迷による社会保険財政の立て直しのため、社会民主党/緑の党連立政権下で、2002年12月23日の保険料率安定化法(Beitragssatzsicherungsgesetz vom 23. Dezember 2002)により、2003年1月から年金の保険料算定上限額が平均労働報酬の約1.8倍から2倍に相当する5万1,000ユーロに引き上げられた。これに対応して、医療保険の加入義務上限額も年収4万5,900ユーロへと大幅に引き上げられた。ただし、医療保険の加入者の負担増の影響を抑えるため、それまでの既加入者については保険加入義務上限額が年収4万1,400ユーロに抑えられるとともに、すべての加入者について保険料算定上限額もこの額に抑えられた。

その後は、いずれの額も毎年の労働報酬の変動に応じてスライドされてきた結果、2017年については次のとおり上限額が設定されている。

年金の保険料算定上限額(旧西独領)： 7万6,200ユーロ/年(6,350ユーロ/月)
医療保険の保険加入義務上限額(統一)： 5万7,600ユーロ/年(4,800ユーロ/月)
医療保険の保険料算定上限額(統一)： 5万2,200ユーロ/年(4,350ユーロ/月)

この結果、2003年以降は四捨五入の関係で若干の数字の変動はあるものの、医療保険の保険料算定限度額は旧西独領の年金のそののほぼ68%程度となっている。

2) わが国の健康保険の標準報酬月額上限の設定ルール

こうした理論的に整理されたドイツの医療保険の保険料算定上限額の決定ルールと比較して見ると、わが国では保険料限度額が年金と医療保険とで逆転しており、しかも両者の間には関連がない。

これまでの経緯を見ると、わが国では両者の関係はバラバラで、いずれかが高い時期と低い時期が交互にあったが、1973年から77年までは保険料算定上限額は、年金と医療保険とで同額とされていた。これが年金を超えて一挙に引き上げられたのが1984年の健康保険法改正だった。その布石はすでに1980年の健康保険法改正によって敷かれており、標準報酬等級表の最高等級に該当する被保険者数の割合が3%を超えた場合には、政令でその上限を改定できる旨の規定が設けられた。しかし、この水準は、ほとんど上限額がないに等しい、極めて高い水準であり、これによりそれまでの上限額と性格が変質したとあってよい。

こうしてその後も年金の上限額は報酬比例年金として給付に反映されるため据え置かれる一方で、健康保険の上限額は相次いで引き上げられてきた。その結果、直近の2015年の法律改正により、厚生年金の上限額62万円に対して、健康保険の上限額は139万円と、じつに2.24倍もの高い水準となっている。さらに国民健康保険や後期高齢者医療の保険料についても、同様の基準によって大幅な上限額の引上げが相次ぎ、医療保険の保険料負担が取りやすい中高所得者に集中しているとの批判が強まっている。

いかに強制徴収により所得再分配機能が働くとはいえ、税とは異なり保険料という、給付と反対給付という性格と医療給付という必要性の原則に基づく制度における上限額のあり方については、ドイツでの理論的で一貫した水準設定の思想も参考に、見直すべきではないかと思料される。

3. 連邦補助

(1) 公的医療保険現代化法による連邦補助の導入

1998年の連邦議会総選挙の結果、1982年から4期16年間続いたキリスト教民主/社会同盟(CDU/CSU)政権に代わってドイツ政治上初の社会民主党(SPD)と連帯90/緑の党による本格的な左派政権が誕生し、医療保険についても大胆な改革に乗り出した。

その重要な成果の一つが2003年11月14日の公的医療保険現代化法で、与野党間での事前協議と調整の結果、連邦議会では自由民主党(FDP)を除くすべての政党の賛成に

より可決され、連邦参議院でもほぼ無修正で両院協議会の召集もなく可決成立し、その主要な部分が2004年1月1日から施行された。

この改革はいくつもの重要な新たな手法を導入しているが、財政の仕組みに関しては、社会法典第V編221条に新たに「支出への連邦の参加」とする規定を設け、保険になじまない給付に対する疾病金庫の支出への連邦補助に関する根拠規定を置いた。そして、2006年以降、毎年42億ユーロを連邦から補助することとし、段階的に04年は10億ユーロ、05年は25億ユーロを支出することとされた(本稿では「連邦補助I」と呼ぶ)。

(2) その後の削減・廃止の動き

このように史上初めて公的医療保険への公費負担が法律上規定されたが、その後の連邦財政の悪化と財政基盤の強化のため、早くも2006年6月29日の「2006年予算随伴法」により縮小・廃止が決定され、2006年の42億ユーロは07年には25億ユーロほど削減されて15億ユーロに、そして08年からは完全に廃止されることとなった。

この改正の背景には、国の財政の急激な悪化と厳しい雇用情勢がある。すなわち、1990年代半ば以降続く経済の低迷と財政状況の悪化はこの時期ピークにきており、2006年の財政収支はGDPの3.5%と大幅な赤字に陥った。他方で完全失業率は全ドイツで05年13.0%、06年12.0%と、再統一後も含めて戦後最悪の数字を計上した。

このため、2005年の総選挙の結果、戦後2度目の大連立政権を構築したキリスト教民主/社会同盟と社会民主党政権にとって、経済成長と雇用の改善に向けた施策の強化が急務となっていた。そこで、この法律により、付加価値税率を一気に16%から19%に引き上げて財源確保の強化を図るとともに、雇用の改善に向けて賃金追加コストとしての社会保険料負担を軽減するため、引き上げる付加価値税率3%のうち1%分を用いて代替財源に当てることで、2007年1月から雇用保険の保険料率を6.5%から4.5%に一気に2%ほど引き下げることにした。加えて、その施行前に、2006年12月21日の「雇用保険料率の引下げ等に関する法律」を成立させ、4.5%からさらに4.2%にまで引き下げ、2007年1月1日から実施した。

2006年から毎年42億ユーロと規定された公的医療保険に対する連邦補助の削減・廃止は、このような差し迫った財政基盤の強化の一環として実施されたものである。政府の提案理由の中では、一方で経済成長と雇用の促進を目指しつつ、他方で財政基盤の強化という喫緊の目標を実現するための一連の措置で、「公的医療保険に対する連邦の包括的な支払いは2007年は15億ユーロに設定され、その後はこの種の支払いはもはや行われぬ」と説明されている。

(3) 公的医療保険競争強化法による連邦補助の再度の導入と拡大

このように、2004年から初めて導入された公的医療保険への連邦補助という新たな財政の仕組みは、ドイツ社会の中で未だ根を下ろす間もなく、厳しい財政状況に直面

してわずか4年間であえなく廃止の憂き目にあった。

このような状況をひっくり返し、再度規模も拡大して制度の柱に位置づけたのが2007年3月26日の公的医療保険競争強化法であった。この法律の成立の背景には、2005年の総選挙に際して、市民保険(Bürgerversicherung)による国民皆保険を主張する社会民主党と、逆に労働報酬への関連性を断ち切った定額の人頭保険料(Kopfprämien)方式を主張するキリスト教民主/社会同盟とが医療保険のあり方をめぐって大きく対立する政策を掲げて戦ったが、結果的に両者ともに少数政党との連立による過半数を獲得できず、戦後2度目の大連立政権を選択したことがある。このように、本来は逆方向の改革を主張した2大政党がその主張を妥協して成立させたものだけに、双方の主張を取り入れた広範で複雑な内容となっているが、2003年の公的医療保険現代化法を主導した社会民主党のウラ・シュミット女史が引き続き連邦保健相として同じくクニープス保険局長とのコンビで主導したこともあり、内容的には社会民主党色が強いものとなった。

その改革内容は多岐にわたるが、本稿との関係でいうと、その改革の柱の一つとして、財政方式の改革を位置づけたことが重要である。具体的には、公的医療保険は保険料負担のない児童への医療保障を始めとして社会全体の連帯の維持に貢献しており、保険になじまない給付のための財源として包括的な連邦補助を再度制度上に位置づけ、これにより公的医療保険を長期的に安定し、公正で雇用促進的な基盤を構築するとした。

しかし政府原案では、将来的な財政負担を危惧する財政当局の慎重な姿勢もあり、具体的な金額としては2008年に15億ユーロを支出するとだけ定められ、それ以降は次の総選挙後の政権の判断に先送りする消極的な内容となっていた。

これに対して、連邦議会での審議の過程で大連立政権を構成する2大政党の合意として議会修正が行われ、2007年および08年はそれぞれ25億ユーロとし、その後は毎年15億ユーロずつ増額して最終的に16年より毎年140億ユーロとすることとされ、その金額も一気に連邦補助Ⅰの3.3倍へと拡大された(本稿では「連邦補助Ⅱ」と呼ぶ)。

このように、連邦議会での2大政党の合意による議会修正により連邦補助の位置づけが政治的に明確に示されたことにより、その後も時々の経済財政状況に応じて激しい変動はあったものの、現在に至るまで、この水準での連邦補助を新たに医療保険財政の一部として位置づける新たな財政パラダイムがほぼ確立したものと見ることができよう。

(4) 経済金融危機下での連邦補助の拡大

上記のような経緯で公的医療保険への連邦補助は年次計画に着実な増額が位置づけられたが、そのペースに大きな変動をもたらしたのが2008年秋に発生したリーマン・ショックによる世界的な経済金融危機とこれによる雇用情勢の悪化であった。ドイツ

でも同年の冬には雇用情勢が深刻化し、早急に経済雇用対策を実施する必要に迫られた。

これを受けて連邦政府は2009年1月14日に「雇用の確保、経済成長力の強化および国の現代化に向けたドイツの雇用と安定のためのパッケージ」を決定し、これを実施するために2009年3月2日の「ドイツにおける雇用と安定の確保のための法律」（いわゆる景気パッケージⅡ）を制定した。その内容は、各種の税制改革から研究開発投資の促進、職業訓練などの雇用促進措置に至るまで多岐にわたるが、その一環として雇用に伴う社会保険料負担を軽減するため、公的医療保険の労使折半負担の保険料率を14.6%から0.6%ほど引き下げて14.0%とする措置を講じ、2009年7月1日から実施した。

同時に、これに伴う保険料収入の減少分約60億ユーロを補填するため、予定されていた連邦補助を前倒しして増額し、2009年に32億ユーロ、10年と11年にはそれぞれ63億ユーロほど追加するほか、12年には55億ユーロの増額により、本来は16年に予定されていた年額140億ユーロの連邦補助を12年に達成することとした。

さらにこれに追加して、2010年4月14日の社会保険安定化法により新たに221a条を設け、景気の低迷に対応するための一時的な連邦補助として、2010年に39億ユーロを、さらに2010年12月9日の「2011年予算随伴法」により11年には20億ユーロを一時的に支出することとした。この結果、本来予定されていた連邦補助Ⅱの各年予定分に前倒し増額分、そして一時的連邦補助を加えた総額は、09年が72億ユーロ、10年が157億ユーロ、そして11年が153億ユーロと急激に増額された。

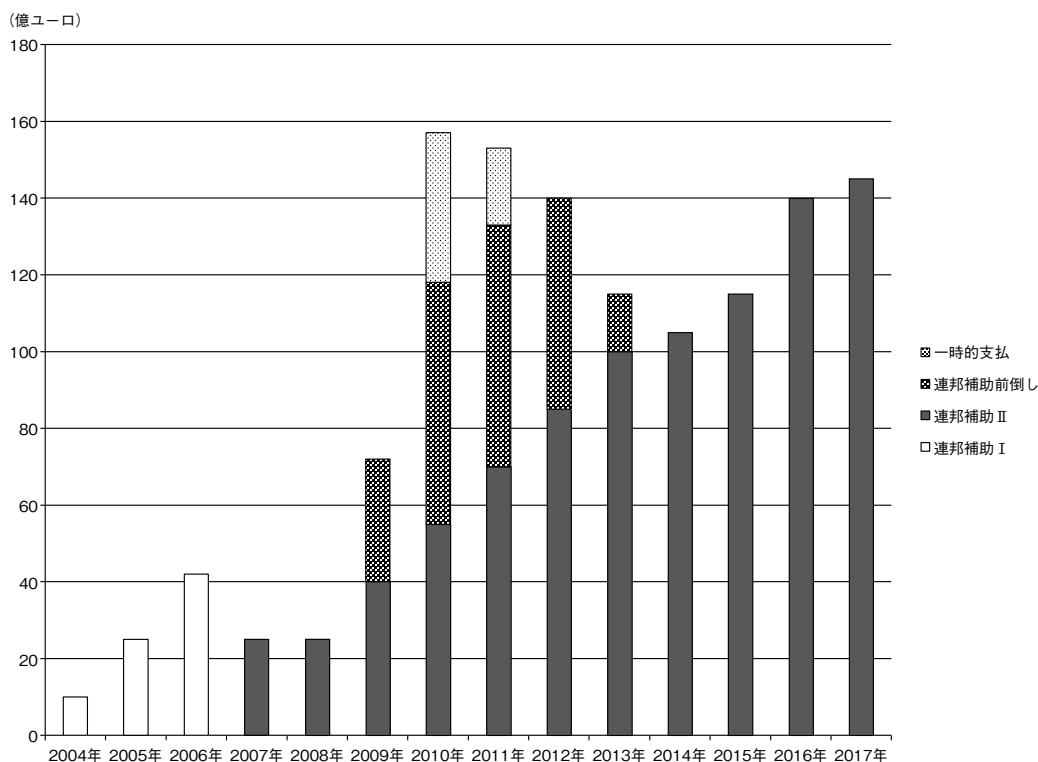
（5）緊縮財政下での連邦補助の削減と回復・確立

その後は経済金融危機の影響も乗り切り、経済雇用状況も急速に改善してきたことと、保険料率を2011年から再び15.5%（労使折半分14.6% + 被保険者のみ負担の保険料0.9%）に引き上げた効果もあり、医療保険財政は医療基金の支払準備金も各疾病金庫の剰余金もかつてない規模にまで膨らみ、結果的に被保険者のみの負担による各疾病金庫の追加保険料の徴収は不要のままで済んだ。

このような背景の下で、今度は財政基盤の強化のための施策が優先され、2012年12月20日の「2013年予算随伴法」により、13年の連邦補助は25億ユーロほど減額されて115億ユーロとされ、さらに「2014年予算随伴法」により、14年は105億ユーロ、15年は115億ユーロに引き続き減額され、16年には本来の水準額である140億ユーロまで回復し、将来の医療費支出の増加に備えて17年には145億ユーロとすることとされた。

このような2004年からの連邦補助額の推移をその性格別に分類して年次推移で見たものが、**図Ⅲ-3**である。

図Ⅲ－３ 連邦補助額の年次推移(2004年－2017年)



(出所) Clemens(2013)の図を参考に、連邦保健省資料により加筆修正した。

また、このような連邦補助をめぐるめまぐるしい一連の法律による導入後の拡大から削減、廃止、そして再導入と拡大、さらに削減を経て確立した時期の根拠法とそれぞれが規定した内容、そして実際に実施された連邦補助額の推移を見たものが表Ⅲ－1である。

表Ⅲ－1 連邦補助の根拠法と補助額の変遷

| 根拠法 年 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
|---------------------------|----|----|----|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 2004年の公的医療保険現代化法 | 10 | 25 | 42 | (42) | (42) | (42) | (42) | (42) | (42) | (42) | (42) | (42) | (42) | (42) |
| 2006年予算随伴法 | - | - | - | (15) | (0) | (0) | (0) | (0) | (0) | (0) | (0) | (0) | (0) | (0) |
| 2007年の公的医療保険競争強化法 | | | | 25 | 25 | (40) | (55) | (70) | (85) | (100) | (115) | (130) | (140) | (140) |
| 2009年のドイツの雇用の確保と安定化のための法律 | - | - | - | - | - | 72 | 118 | 133 | 140 | (140) | (140) | (140) | (140) | (140) |
| 2010年の社会保険安定化法 | - | - | - | - | - | - | 39 | 20 | - | - | - | - | - | - |
| 2013年予算随伴法 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 115 | (140) | (140) | (140) | (140) |
| 2014年予算随伴法 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 105 | 115 | 140 | 145 |
| 実際の連邦補助額 | 10 | 25 | 42 | 25 | 25 | 72 | 157 | 153 | 140 | 115 | 105 | 115 | 140 | 145 |

(注1) 単位は億ユーロ。

(注2) ()は、後の法律により改正され実施されなかった内容であることを示す。

(注3) 根拠条文は、2010年の社会保険安定法は社会法典第5編第221a条で、それ以外21条の改正による。

(出所) Schepp(2017)の表11を参考に、加筆修正した。

ここからも、連邦補助の水準が、一方で保険料の過重な負担の軽減に配慮しつつ、他方で国の経済や雇用情勢、そしてとりわけそれを反映した国の財政状況によって大きく変動し、影響を受けていることが見て取れよう。

(6) 公的医療保険への連邦補助の導入の評価と今後の見通し

以上述べたように、ドイツでは21世紀に入って、新たな公的医療保険の財政枠組みの一部として一定程度の連邦補助(公費負担)を組み込むパラダイムの転換が図られてきたが、ここではその10年余りの変遷の跡から、その背景や評価、そして今後の見通しや課題について考察する。

① 公的医療保険財における連邦補助の位置づけの定着

ドイツの公的医療保険においては、19世紀末の制度創設以来、長きにわたって保険料のみによる財政方式が労使の自治的制度運営と一体となって伝統として確立されてきた。このため、社会民主党と緑の党による本格的な左派政権下で2004年から初めて導入された連邦補助の仕組みは、将来の財政負担への強い危惧から、導入早々にして縮小廃止の憂き目に遭遇したことからも明らかなように、ドイツでの受け入れ、定着は難しいかとも思われた。これは財政当局だけではなく、医療保険政策の専門家の間でも、公費負担の導入は政府や財政当局による制度運営への介入が強まることや、その時々々の財政状況により不安定になり、計画的な運営が困難になるおそれから、その導入に懸念を示す意見も少なくなかったことから、これへの理解や支持が広がるかどうか、不確定な状況だったといえよう。

しかし、社会全体を強く支配した経済・雇用の確保とそのための賃金追加コストとしての社会保険料、とりわけ事業主負担分の増加の抑制・軽減の要請は強く、2007年改革で連邦補助の継続と拡大が大連立を構成する2大政党の政治的意思として明確になって以降、その時々々の経済・財政・雇用状況により大きく変動はしつつも、導入から10年を経過して、おおよそ145億ユーロ、年間の公的医療保険収入の7%前後については、今後も時々々の財政状況によっては金額の大幅な変動はありうるものの、保険料に次ぐ公的医療保険の財政資金の一部として、連邦補助制度がほぼ確立・定着しつつあると評価して差し支えないものと思われる。

② 連邦補助導入を支えた公的医療保険制度の性格の変化

長い間排除されてきた連邦補助が導入され、短期間に拡大し定着してきた背景として、ドイツの医療保険における公的性格の強化を指摘しておく必要がある。ドイツの医療保険は、1992年の医療保険構造改革法により、被保険者による疾病金庫の自由選択制とそのための競争条件の整備として精緻なリスク構造調整が導入された。その目指すところは、疾病金庫間の自由な競争を通じて提供する医療サービスの質と効率性の向上を実現する、という基本理念だった。

しかし、アメリカと異なり、強制加入の被保険者を中心とした公的医療保険加入者

が人口の約9割を占め、残る約1割を対象とした代替的な民間保険が並立し、疾病金庫においても性・年齢・有病率、所得水準など加入者の収支両面にわたる構造的な格差を抱えての競争は、容易に保険者によるリスク選別や被保険者による逆選択を引き起こしやすく、それを制度的に封ずるために、本来の選択や競争の理念とは逆に、どんどん規制が強まるという逆説的な状況が見られてきた。

その一つの到達点が2007年の公的医療保険競争強化法で、これにより2009年から国民皆保険が実現されるとともに、各疾病金庫財政を一元的に管理するための医療基金が連邦保険庁に設立された。さらにここを通じて各疾病金庫に配分される費用について、従来の性・年齢・障害の有無という間接的指標に加えて直接的な有病率指標まで加えた精緻なリスク構造調整が導入された。

このように2009年からのドイツの医療保険制度は、その競争と選択という狙いにもかかわらず、実質的には国による統制と医療保障の公的責任を大きく前進させる内容となっていた。

連邦補助の本格的な導入と拡大は、目の前の事情としては雇用の改善に向けて保険料率を抑制する必要性があったことは明らかだが、それだけではなく、このようなドイツ医療保険制度における国による制度全体の運営への関与と責任の拡大という枠組みの中で比較的違和感なく導入されたということができるとは思われる。この点は、日本における1948年の国民健康保険の市町村公営原則の採用が、その後の国民健康保険への国庫負担の拡大を容易にした点と相通じるものがあるといえよう。

③ 国の厳しい財政規律と予断を許さない医療保険の財政基盤の確立

以上のように、ドイツにおいてもこの10年余り、医療保険の安定的な財源として連邦補助が定着してきたが、他方で、その長くはない歩みからも容易に読み取れるように、その時々を経済・財政事情により激しく変動し、制度の計画的な運営のための安定的な財政基盤とは言えないことも明らかであろう。

とりわけ日本とは異なり、ドイツはEUが定めるマーストリヒト条約による通貨統合の参加基準である、財政赤字を対GDP比で3%以内に押さえるという強い財政枠組みの制約がある。しかも、ドイツは独自に基本法(憲法)を改正して財政赤字を厳しく抑制する独自の取組みまで進めており、EU加盟国内の中でも経済財政の優等生として、財政健全化には最優先の課題として取り組んでいる。

そのような中で、2015年には東西ドイツ再統一以降初めて連邦予算が黒字になり、その後も経済財政は現在まで堅調に推移しているとはいえ、国の財政にも余裕はなく、今後の上昇する医療費負担の支えを連邦補助に期待することは困難であろう。

現在のところは、医療費の7%前後までの水準で公的医療保険の財政基盤の一部を国も相応に参加して支援する、という程度の位置づけについての合意にとどまっているというべきであろう。近い将来、次の段階でこれがどのような方向に進んでいくか、注意深く見守りたい。

別表Ⅲ－１ 疾病金庫種類別の平均保険料率の年次推移

| 年/種別 | 全疾病金庫 平均 | 特別(追加) 保険料(注3) | 地区疾病金庫 (AOK) | 企業疾病金庫 (BKK) | 同業者疾病金庫 (IKK) | 代替金庫 | |
|-----------|-------------|-------------------|-----------------|-----------------|------------------|---------|--------|
| | | | | | | 労働者代替金庫 | 職員代替金庫 |
| 1970 | 8.20 | | 8.15 | 7.51 | 7.82 | 8.07 | 8.89 |
| 1971 | 8.13 | | 8.08 | 7.53 | 7.81 | 7.99 | 8.66 |
| 1972 | 8.39 | | 8.40 | 7.80 | 8.07 | 8.21 | 8.85 |
| 1973 | 9.15 | | 9.11 | 8.37 | 8.58 | 8.97 | 9.74 |
| 1974 | 9.47 | | 9.49 | 8.76 | 9.15 | 9.60 | 9.83 |
| 1975 | 10.47 | | 10.64 | 9.43 | 10.38 | 10.17 | 10.70 |
| 1976 | 11.30 | | 11.32 | 10.18 | 11.07 | 11.07 | 11.85 |
| 1977 | 11.37 | | 11.40 | 10.39 | 11.19 | 11.40 | 11.83 |
| 1978 | 11.41 | | 11.52 | 10.58 | 11.36 | 11.45 | 11.60 |
| 1979 | 11.26 | | 11.47 | 10.46 | 11.18 | 11.03 | 11.22 |
| 1980 | 11.38 | | 11.70 | 10.49 | 11.21 | 11.01 | 11.22 |
| 1981 | 11.79 | | 12.11 | 10.69 | 11.44 | 11.18 | 11.87 |
| 1982 | 12.00 | | 12.39 | 10.90 | 11.73 | 11.42 | 11.94 |
| 1983 | 11.83 | | 12.17 | 10.60 | 11.54 | 11.11 | 11.91 |
| 1984 | 11.43 | | 11.80 | 10.13 | 11.07 | 10.60 | 11.51 |
| 1985 | 11.80 | | 12.09 | 10.29 | 11.26 | 11.33 | 12.10 |
| 1986 | 12.20 | | 12.69 | 10.76 | 12.01 | 11.49 | 12.10 |
| 1987 | 12.62 | | 13.16 | 11.18 | 12.66 | 11.62 | 12.42 |
| 1988 | 12.90 | | 13.46 | 11.45 | 12.79 | 11.96 | 12.69 |
| 1989 | 12.90 | | 13.48 | 11.47 | 12.74 | 11.96 | 12.68 |
| 1990 | 12.53 | | 13.13 | 11.10 | 12.28 | 11.23 | 12.32 |
| 1991 | 12.36 | | 12.77 | 11.25 | 12.05 | 11.14 | 12.23 |
| 1992 | 12.71 | | 13.27 | 11.43 | 12.52 | 11.17 | 12.41 |
| 1993 | 13.22 | | 13.80 | 11.83 | 13.00 | 12.34 | 12.95 |
| 1994 | 13.17 | | 13.57 | 11.95 | 12.65 | 12.37 | 13.40 |
| 1995 | 13.15 | | 13.55 | 12.06 | 12.48 | 13.08 | 13.15 |
| 1996 | 13.48 | | 13.90 | 12.57 | 13.07 | 12.84 | 13.40 |
| 1997 | 13.58 | | 13.80 | 12.73 | 13.12 | 12.99 | 13.76 |
| 1998 | 13.62 | | 13.79 | 12.82 | 13.19 | 13.03 | 13.83 |
| 1999 | 13.60 | | 13.77 | 12.76 | 13.48 | 13.44 | 13.77 |
| 2000 | 13.57 | | 13.84 | 12.57 | 13.70 | 13.63 | 13.73 |
| 2001 | 13.58 | | 13.99 | 12.55 | 13.84 | 13.65 | 13.72 |
| 2002 | 13.98 | | 14.25 | 13.03 | 14.23 | 13.95 | 14.29 |
| 2003 | 14.31 | | 14.47 | 13.66 | 14.30 | 13.96 | 14.68 |
| 2004 | 14.22 | | 14.39 | 13.90 | 14.03 | 13.83 | 14.41 |
| 2005 | 13.28 | 0.9 | 13.89 | 13.89 | 13.69 | 13.69 | 13.89 |
| 2006 | 13.32 | 0.9 | 13.53 | 13.53 | 12.90 | 13.18 | 13.49 |
| 2007 | 13.90 | 0.9 | 14.35 | 14.35 | 13.04 | 13.85 | 14.09 |
| 2008 | 14.00 | 0.9 | 14.35 | 13.86 | 13.06 | 14.10 | 14.17 |
| 2009/1/6 | 14.60 | 0.9 | | | | | |
| 2009/7/12 | 14.00 | 0.9 | | | | | |
| 2010 | 14.00 | 0.9 | | | | | |
| 2011 | 14.60 | 0.9 | | | | | |
| 2012 | 14.60 | 0.9 | | | | | |
| 2013 | 14.60 | 0.9 | | | | | |
| 2014 | 14.60 | 0.9 | | | | | |
| 2015 | 14.60 | 0.9 | | | | | |
| 2016 | 14.60 | 1.1 | | | | | |
| 2017 | 14.60 | 1.1 | | | | | |

(注1) 1990年までは西ドイツ、91年からは全ドイツが対象。

(注2) 2005-14年までは労使折半負担分に0.9%の被用者のみが負担する特別保険料が加わる。

(注3) 2015年からは法定の労使折半負担分に被用者のみが負担する疾病金庫別の追加保険料が加わり、その平均値。

(出所) 連邦保健省資料より作成。

参考文献・資料

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales(2014) : Übersicht über das Sozialrecht, Ausgabe 2014/2015, BW Bildung und Wissen Verlag und Software GmbH.
- Bundesregierung(2014) : Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG), BT-Drucksache 18/1307.
- Bundesregierung(2012) : Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2013(HBeglG 2013), BT-Drucksache 17/10588.
- Bundesregierung(2010), : Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2011(HBeglG 2011), BT-Drucksache 17/3030.
- Bundesregierung(2010) : Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Finanzlage der Sozialversicherungssysteme und Einführung eines Sonderprogramms mit Maßnahmen für Milchviehhalter sowie zur Änderung anderer Gesetze (Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz – SozVersStabG), BT-Drucksache 17/507.
- Bundesregierung(2006) : Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2006(Haushaltsbegleitgesetz 2006 – HBeglG 2006), BT-Drucksache 16/752.
- Clemens, J.(2013) : Der Einfluss der europäischen und nationalen Haushaltsregeln auf das deutsche Gesundheitswesen. In : G+S 6/2013.
- Fraktionen der CDU/CSU und SPD(2009) : Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland, BT-Drucksache 16/11740.
- Fraktionen der CDU/CSU und SPD(2006) : Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung(GKV-Wettbewerbs- stärkeungsgesetz – GKV-WSG), BT-Drucksache 16/3100.
- Fraktionen der SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN(2003) : Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), BT-Drucksache 15/1525.
- Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN(2004) : Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz, BT-Drucksache 15/3681.
- Richter, W. F.(2013) : Pzrrhussieg bei der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. In : Gesundheits- und Sozialpolitik 6/2013.
- Schepp, T.(2017) : Funktionsweise des Gesundheitsfonds. In:Knieps, F.(Hrsg.) Gesundheitspolitik Akteure, Aufgaben, Lösungen : Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

VersicherungsJournal. de(2018) : http://www.versicherungsjournal.de/artikel_druckversion.php?Nummer=131046.

田中耕太郎(2014)「ドイツにおける医療費財源構造の変革とその評価」『健保連海外医療保障』 No.103, 1-11.

田中耕太郎(1998)「日本の医療保険の財政構造の特徴とその課題 - ドイツとの比較を念頭に置いて -」手塚和彰、ベルント・バロン・フォン・マイデル編『高齢社会への途 - 日欧社会保障共同シンポジウム -』 信山社.

IV. 公的医療保険と民間医療保険との関係、相互の影響

1. はじめに

ドイツの医療保険の他国では例を見ない特徴は、1883年の疾病保険法により低所得の労働者を対象として強制加入の公的医療保険が創設されて以降、一世紀以上を経てその範囲・内容が拡大されて現在に至るまで、強制加入の被保険者を中心とした公的医療保険と、任意加入の代替的(substitutive)な完全保険(Vollversicherung)を提供する民間医療保険とが並存している点にある。主要先進国いずれにおいても、公的医療保険を補完する付加保険を提供する民間保険は存在するが、このような公的医療保険と競合する代替的な医療保険を民間保険が担っている国は、2006年にオランダが同様の制度を廃止して一元的な制度に移行して以降は、ドイツにのみ残る独特の制度となっている。

ドイツではこうした対象者や基本原理を異にする制度が並立する仕組みの下で、常に線引きをめぐる緊張関係があり、政治を巻き込んで激しいせめぎ合いが展開されてきた。

このようなドイツに特有の構造は、そもそも公的医療保険の疾病金庫が創設された当時からの歴史的経緯に由来している。もともとドイツでは、中世の時代から、支援金庫(Unterstützungskasse)や扶助金庫(Hilfsskasse)などと呼ばれる、職業や職場を中心とした職人や労働者の互助組織が多数存在し、公的と民間の区別は存在しなかった。1883年の疾病保険法は、このような互助組織を制度化したため、その多くは法律に基づく疾病金庫として公的医療保険の保険者に衣替えしたが、農業者を対象とした互助組織や、医療費について一定割合の医療費補助(Beihilfe)が受けられる連邦、州、市町村などの官吏を対象とした互助組織などは、そのまま民間の保険会社として残ってきた。

民間医療保険(Private Krankenversicherung)という用語が初めて公式に使用されたのは、1903年の帝国民間保険監督庁の年次報告が最初とされるが、それでも当時は民間医療保険会社も一般に疾病金庫と呼ばれていた。

その後、1911年の帝国保険令(RVO)は疾病金庫の整理を行ったが、その際、支援金庫や扶助金庫は代替金庫(Ersatzkasse)と相互保険会社(Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, VVaG)に分かれたが、いずれの監督も帝国民間医療保険監督庁が所管していた。このように代替金庫は公的医療保険と民間医療保険の中間的な存在であって、これが他の疾病金庫と並んで、明確に公的医療保険の保険者として位置づけられたのは近年になってからのことである。

こうした経緯から、組織形態についても他の疾病金庫が労使同数代表により構成される運営委員会を中心に自治的に管理運営しているのに対し、代替金庫では被保険者代表のみによって運営される。これはちょうど民間の相互保険会社とその構成員とし

ての社員の代表により運営されるのに似ている。また、医療機関に支払う診療報酬についても、1988年の医療保険改革法により統一報酬評価基準(EBM)に統一されるまでは、他の疾病金庫とは別に、民間の医療保険で使用される手数料規則(医科はGOÄ、歯科はGOZ)に類似した代替金庫手数料規則(EGO)によって支払われていた。逆に民間医療保険においても、このような経緯もあって、現在でもなお相互保険会社という法人形態が有力であり、また完全保険の加入者の半数近くが官吏となっている。

2. 民間医療保険の現状

(1) 民間医療保険の位置づけと提供する保険

ドイツの民間医療保険は、1927年に帝国保険監督庁が医療保険と生命保険を分離し、さらに1932年には損害保険会社の手術費用保険の申請を拒否して以降、現在に至るまで一貫して、生命保険および損害保険との兼業を認めず、独立した保険分野を形成している。

ドイツの医療保険は、被用者については保険加入義務上限額(2017年で年収5万7,600ユーロ)を超える高所得者以外はすべて公的医療保険への強制加入とされており、さらに農業者や芸術家など一定範囲の自営業者や年金受給者などについても法律上公的医療保険への加入が義務づけられている。このため、これらについては民間医療保険の代替的保険への加入の余地はなく、それ以外の強制加入から除外されている人たちを対象に代替的な完全保険を提供している。

また、1994年に制定されたドイツの介護保険法では、「介護保険は医療保険に従う」という方針が採用され、民間医療保険の加入者は、その加入先の保険会社の提供する介護保険への加入が義務づけられた。

このような制度環境の下で、民間医療保険会社は、具体的には次のような種類の保険商品を提供している。

- ① 官吏、高所得の被用者、自営業者など、公的医療保険への強制加入から除外されている人を対象とした代替的な完全保険
- ② 民間医療保険の完全保険に加入している人を対象とした介護保険
- ③ 公的医療保険の被保険者に対する歯科や差額ベッドなどの付加給付、傷病時日額手当などの付加保険
- ④ 海外旅行傷病保険などの特別な保険商品

(2) 民間医療保険市場の現状

1) 保険会社の規模別分布と法人形態

ドイツの民間医療保険協会(PKV-Verband)には、2016年末現在で41の保険会社が正会員、7社が準会員として加盟している。そのうち24社は職域や地域が限られた中小零細企業で、その保険料収入は合わせても協会加盟全社の総額の4%にも満たない。

逆に、完全保険の被保険者数では上位4社で全体の52%、保険料収入では上位12社で全体の77%を占めるなど、大手の会社への集中が見られる。完全保険の被保険者数でみた上位10社の被保険者数と保険料収入額は、表Ⅳ－1のとおりである。

表Ⅳ－1 完全被保険者数で見た上位10社の被保険者数と保険料収入額(2013年)

| 順位 | 保険会社 | 完全被保険者数 | 保険料収入額(百万€) |
|----|-------------------------|-----------|-------------|
| 1 | Debeka* | 2,243,473 | 5,085 |
| 2 | DKV | 856,996 | 4,840 |
| 3 | Axa | 779,260 | 2,530 |
| 4 | Allianz Private | 654,374 | 3,285 |
| 5 | Signal Iduna* | 613,627 | 1,963 |
| 6 | HUK-Coburg | 397,566 | 1,086 |
| 7 | Bayerische Beamtenkasse | 351,093 | 1,039 |
| 8 | Continentale* | 392,000 | 1,444 |
| 9 | Central | 379,213 | 2,138 |
| 10 | Barmenia* | 305,763 | 1,532 |

(注1) *は相互保険会社、それ以外は株式会社。

(注2) Axa、ContinentaleおよびBarmeniaは2012年の実績。

(出所) Wikipedia.

なお、被保険者数トップのDebekaの保険料収入額が被保険者数で半数以下の第2位のDKVと同程度にとどまっているのは、Debekaの加入者の中心が官吏で、医療費の50~70%の医療費補助を受けられる人が多く、医療保険ではその残額を付保すれば足りるため、保険料の安い官吏用タリフが適用されるためである。

48社の法人形態別の内訳をみると、歴史的な経緯を反映して、相互保険会社が17社、株式会社が31社となっている。株式会社が最初に認可されたのは、1913年のCentral KV株式会社が最初だったが、戦後は株式会社が増えている。とはいえ、完全保険の被保険者の構成割合でみると、両者は、ちょうど51:49とほぼ二分しており、なお相互保険会社の存在は大きい。ただし、Debekaについて述べたような被保険者の特性の相違を反映して、保険料収入額で比較すると、41:59と、株式会社の方がやや優勢になっている。

2) 民間医療保険の加入者数と保険料収入構成

医療保険会社の提供する主な保険商品の被保険者数と保険料収入は表Ⅳ－2のとおりである。

表Ⅳ－２ 民間医療保険の保険種類別の加入者数と保険料収入額(2016年)

| 保険種別 | 被保険者数(人) | 保険料収入額 | |
|---------------|------------|-----------|--------|
| | | 金額(百万ユーロ) | 構成比(%) |
| 完全保険 | 8,772,700 | 26,117 | 70.1 |
| うち医療費補助受給資格者 | 4,329,100 | － | |
| 介護保険 | 9,375,100 | 2,165 | 5.8 |
| 付加保険 | 25,083,900 | 8,158 | 21.9 |
| うち公的医療保険の付加給付 | － | 5,412 | 14.5 |
| うち外来タリフ | 7,919,800 | － | |
| 入院時選択給付タリフ | 6,058,600 | － | |
| 歯科タリフ | 15,371,900 | － | |
| うち傷病時日額手当 | 3,597,400 | 1,134 | 3.0 |
| 特別な保険 | － | 819 | 2.2 |
| 合計 | － | 37,258 | 100.0 |

(注) 介護保険の加入者が医療保険の完全保険の加入者数よりも若干多いのは、公的医療保険の任意加入者の一部や民営化に伴う経過的な郵政官吏疾病金庫および連邦鉄道官吏医療保険の被保険者が加入しているためである。

(出所) PKV-Verband(2017) Zahlenbericht 2016より作成。

公的医療保険の適用拡大期には完全保険の被保険者が激減して相対的に付加保険のウェイトが高まり、70年代半ばには付加保険の占める比率が半分近くを占めた時期もあったが、近年では公的医療保険の給付抑制や保険料率上昇、逆選択防止のための高齢期の加入制限などの措置を受けて、完全保険の加入者が増大を続けているため、完全保険の保険料収入が保険料収入総額の70%と、収入の大半を占めている。

3. 公的医療保険と民間医療保険との関係をめぐる動向

(1) 公的と民間の領域調整－強制加入の線引きをめぐる問題

これまで述べてきたところから明らかなように、ドイツの民間医療保険の中核を成す代替的な完全保険については、法律に基づき公的医療保険の強制加入の対象となる被保険者とその家族被保険者はそもそも競合の余地がなく、法律によりその範囲が拡大されれば、否応なく市場が縮小するという構図である。このため、強制加入の線引きは民間医療保険にとって重大な関心事という以上に死活問題であり、常に時の政治との関わりの中でつばぜり合いが繰り返されてきた。その領域は大きく分けて次の2つである。

1) 被用者の保険加入義務上限額をめぐる攻防

公的医療保険への強制加入をめぐる攻防の主要な戦線が、被用者への保険加入義務上限額をめぐるものである。1960年代までは、この上限額は不定期に、水準に関する

ルールもなく引き上げられてきたが、1971年にはこの保険加入義務上限額および保険料算定上限額は、年金の保険料算定上限額の75%に設定するというルールが確立し、それ以降、毎年の被保険者の平均労働報酬の推移に応じてスライドが行われてきた。

ただし、近年では社会民主党/緑の党連立政権下で、保険料率安定化法により、2003年1月から年金の保険料算定上限額が平均労働報酬の約1.8倍から2倍に引き上げられた際に、医療保険の加入義務上限額もそれに対応して年収4万500ユーロから4万5,900ユーロへと大幅に引き上げられたが、医療保険への影響を抑えるため、保険加入義務上限額はそれまでの既加入者については年収4万1,400ユーロに抑えられるとともに、すべての被保険者について保険料算定上限額もこの額に抑えられた。

その後は、いずれの額も毎年の労働報酬の変動に応じてスライドされてきた結果、2017年については次のとおり上限額が設定されている。

保険加入義務上限額： 5万7,600ユーロ/年(4,800ユーロ/月)

保険料算定上限額： 5万2,200ユーロ/年(4,350ユーロ/月)

2) 農業者など被用者以外の職種への適用拡大

強制加入の適用範囲をめぐるもう一つの争いが、被用者以外の職業に対する公的医療保険の適用拡大をめぐる問題である。

1966年からキリスト教民主/社会同盟との大連立を経て、1969年に史上初めて政権についた社会民主党は、独自の社会改革に取り組んだ。医療保険の分野では、傷病時の被用者の経済状況の改善に大きな効果を上げてきた公的医療保険について、その保護の対象となる人的範囲をその他の職業にも積極的に拡大した。

まず、1968年には原則としてすべての年金受給者を公的医療保険の強制加入の対象とした。

続いて1972年の農業者医療保険法により、自営の農業者とその家族従事者、経営委譲者に対して、固有の農業疾病金庫への加入を義務づけた。農業者については、それまでこれを主な加入者とする民間医療保険が存在していたため、一連の改革の中でもとりわけこの制度の創設により民間医療保険は大きな打撃を受け、解散する保険会社もでてきた。

さらに、1975年には、障害者の社会保険に関する法律により約4.5万人の障害者が公的医療保険に加入することになったほか、同年に成立した学生の医療保険に関する法律により、大学生や実習生が強制加入の対象に加えられた。

また、1981年には自営の芸術家および出版者の社会保険に関する法律により、これらについても公的医療保険の強制加入の対象とされた。

それぞれの法律による公的医療保険の適用拡大が民間医療保険に及ぼした影響は異なるが、いずれにせよ1970年代は民間医療保険業界にとっては戦後最大の危機の時代で、解散や合併する会社も相次ぎ、完全保険の加入者数も70年から75年のわずか5年

間で576万人から418万人へと激減した。これに対応して、各社は付加保険の拡大に力を入れて何とか乗り切ってきた。

その後1980年代に入ると、公的医療保険では医療費高騰とそれに対応した保険料率の引上げ、保険給付の抑制などが続いてきたため、相対的に民間医療保険にとって有利な環境が続いてきたほか、次項で述べるように高齢期になってからの公的医療保険への移動の制限が強化されてきたこともあり、完全保険の加入者数は少しずつではあるが増加傾向が続いた。そしてさらに90年代以降は、公的医療保険にリスク構造調整が導入され、これによりとりわけそれまで民間医療保険と任意加入者の獲得をめぐる競合していた代替金庫の競争力が低下したこともあり、別表Ⅱ－1（Ⅱ章章末参照）から明らかのように、完全保険の被保険者は増加を続けてきた。

（2）異質な制度の並存に伴う構造問題と民間医療保険への公平性の要求・規制の強化

1）逆選択の防止と制度間の公平性の確保

公的・民間という異質な制度が並存するドイツの医療保険では、公的医療保険は連帯の原則の下で、加入者の年齢や性別・既往症などの疾病リスクに関係なく、報酬比例の保険料負担で、被扶養家族は保険料負担なく被保険者とされて医療の保護の下に置かれ、賦課方式の保険料により運営される。一方で民間医療保険は、加入者と保険会社との間の契約に基づくもので、リスク見合いの保険料が適用されるため、高齢者や女性、既往症を持つ者など医療リスクの高い者は高い保険料負担が求められる。また、個人単位であるため、家族構成員も年齢などの条件に応じて人数分だけの保険料が求められるほか、保険料は積立方式で設定される。

このように基本原理を異にする両方式が並存しているため、公的医療保険の強制加入から除外されている一定所得以上の被用者や官吏、自営業者など、比較的条件に恵まれた人たちにとっては、若くて単身で所得が高い時期には民間保険に加入しておいて、家族が多くなったり所得が低くなり病気がちになる高齢期には公的医療保険に移動するという逆選択が生じやすく、これは社会的公正を著しく欠く。また、長らく民間保険に加入していた被用者が高齢期になって労働報酬が低くなったために強制加入対象になった場合にも、若くて条件に恵まれていた時期に公的医療保険の連帯の構築に財政的貢献をしなかった人がその職業生活の終わりの時期になって公的医療保険の被保険者として連帯の負担により受益することも公平ではない。

このような両制度間の公平を図るため、公的医療保険の任意加入については要件が年々厳格化されてきた。まず1988年の医療保険改革法では年金受給者の加入要件が厳格化され、就業の開始から年金申請までの期間の後半の10分の9以上が公的医療保険の被保険者本人か家族被保険者であることが必要とされた。さらに1992年の医療保険構造改革法では、強制加入被保険者あるいは家族被保険者から外れた者は、その直前に継続して12か月以上あるいは外れる前5年間のうち少なくとも24か月以上公的医療

保険の被保険者であった場合に限り、公的医療保険に任意加入できるとされた。

また、強制加入についても、民間医療保険に加入していた者が55歳以降になって報酬が低下するなどにより保険加入義務が生じた場合には、2000年7月1日以降は、直近5年間に一度も公的医療保険の被保険者だったことがなく、この期間のうち少なくとも2年半以上保険加入義務がなく、あるいは自営業であった場合には、引き続き民間医療保険にとどまることとされた。

このように、条件が悪くなった時期に公的医療保険に移行するという逆選択を防ぐ一方で、それらの者がリスク見合いの保険料の原則によって民間医療保険の加入を断られたり高額な保険料負担に耐えられないという事態が生じないように、1994年には民間医療保険に標準タリフが導入され、これに加入する途が開かれた。このような民間医療保険に対する社会的な保護機能の強化の流れは2007年の公的医療保険競争強化法によってさらに強化され、次項で述べるように、基礎タリフの提供と保険引受義務が法律上課されることとなった。

このように、両制度が並存し、それぞれの対象者のリスク構造や適用されるルールが異なることによる相互間の公平性の確保のため、各種の措置が講じられてきたが、それでもなお、とりわけ疾病金庫の側には民間医療保険が高所得の被用者や医療費補助を受けられる官吏など条件に恵まれた層を対象としたクリーム・スキミングを行う不平等な二元構造であり、これにより公的医療保険の連帯の財政基盤が損なわれているとの批判は根強い。また、民間医療保険は医療費を抑制する力が弱く、保険料の引上げを繰り返している点に対して社会的な批判も加えられている。

他方で、民間医療保険の側からは、そもそもドイツ社会の基本原則である補完性の原理から見ても、自分でリスクに備えることのできる者に対する公的医療保険の適用拡大は抑制すべきであり、また、少子高齢化が進む中で国民の保険料負担の増加を回避するためには積立方式の保険料を採用する民間保険に利があると主張している。

このように公私並存方式ゆえに生じる不公平や歪みは否定できないが、その著しいものは逐次是正しつつ、他方で相互の批判と刺激が活発な議論とある種のダイナミズムを生んでいるということもできるだろう。

2) 民間医療保険への保険引受義務と基礎タリフの導入

① 標準タリフの導入

上記のような流れから、高齢期になっての公的医療保険への逆選択を防ぐ一方で、本来は任意の契約に基づく等価交換の民間医療保険に対しても、社会的な保護機能を強化するための規制が強化されてきた。その第1歩が医療保険構造改革法により1994年に導入された標準タリフ(Standardtarif)である。この改正により、民間医療保険に加入する被用者が公的医療保険の保険料の事業主による折半負担に相当する保険料補助を受給できる要件として、加入先の保険会社が標準タリフを提供していることとされ

たため、事実上その提供が保険会社に強制された。

標準タリフは業界で統一的なものとして民間医療保険協会が開発し、また各社の財政調整を行うための調整基金を設けている。その給付内容は、公的医療保険からの給付内容に相当するものでなければならず、保険料は公的医療保険の最高額の保険料を超えてはならないものとされている。さらに夫婦の場合には、この最高額の150%を超えてはならないこととされている。

これに加入できる対象者は、65歳以上の者で、それまでに10年以上民間保険に加入していたという前被保険者期間の要件が設けられている。この年齢要件は、その後2000年改正で55歳以上に引き下げられたほか、55歳未満でも障害年金の受給者は所得に関係なく加入できることとされている。

このような要件を満たす加入者は、同じ加入先の保険会社が提供する標準タリフに移行できるが、2009年からはこの社会的な保護機能をさらに強化した基礎タリフが導入されたため、標準タリフに加入できるのは、それまでに保険契約を締結していた者に限られる。

2016年では、標準タリフに加入している被保険者は、4万7,300人となっている。

② 保険引受義務と基礎タリフの導入

2007年の公的医療保険競争強化法により、2009年1月1日からは、被用者など公的医療保険に位置づけられる無保険者は公的医療保険への加入が義務づけられるとともに、官吏や自営業者など民間医療保険に位置づけられる人は高齢や低所得など不利な状況にある人でも民間保険に加入できるようにすることで、すべての住民が傷病時に医療の保障を受けられることとされた。そのため保険監督法を改正し、標準タリフよりもさらに社会的な保護機能を強めた基礎タリフ(Basistarif)を2009年1月から提供することをすべての民間の医療保険会社に法律上義務づける一方で、これに対して保険引受義務(Kontrahierungszwang)を課した(保険監督法12条)。

基礎タリフは、給付内容が公的医療保険の給付内容に相当するレベルのものでなくてはならず、また保険料は公的医療保険の保険料の最高額を上回ってはならず、夫婦の場合にはこの最高額の150%を超えてはならない。さらに、保険料負担により社会扶助などの要扶助状態に陥る場合には保険料を半額に減じなければならず、それでもなお要扶助となる場合には不足額を社会扶助等が給付することとされた。また、リスク追加保険料の徴収や給付の一部除外も禁止されている。

2009年1月以降は、公的医療保険の任意加入の被保険者は、保険加入義務がなくなつて6か月以内に基礎タリフに移行できる。また、すでに民間保険に加入している者は、2009年6月末までに、自分の選ぶ保険会社の基礎タリフに移行することができるほか、55歳以上または保険料を支払えなくなった人は、その加入する保険会社の提供する基礎タリフに移行することができる。さらに2009年1月以降に保険契約を締結した人は、任意の保険会社の基礎タリフに移行できる。

2016年に基礎タリフに加入している被保険者は3万300人で、そのうち保険料負担により要扶助状態に陥るため保険料の半額減額を受けている人は1万7,500人となっている。

3) 保険種別や保険会社変更時の老齢準備金の携行

積立方式の保険料で運営される民間保険では、リスクが高くなる高齢期に保険料負担が著しく高騰するのを防ぐため、当初から将来のリスク増加分を含めた保険料を徴収するとともに、これを老齢準備金(Alterungsrückstellung)として積み立てている。加入する保険会社を変更しようとする場合には、これを携行できなければ新たな保険料は高すぎて事実上保険会社の変更はできない。この点は、かねてから批判されていたが、とりわけ医療保険構造改革法により1996年から公的医療保険に保険者選択制が導入されて疾病金庫間の競争が進む中で、本来は市場競争が活発に行われるべき民間医療保険では保険会社の変更が事実上できず、競争による効率化が進まないとして、老齢準備金の個人ごとの算定と保険会社を変更する場合の携行性(ポータビリティ)を求める声が強かった。

しかし、保険業界は、老齢準備金は個人単位で計算されていないこと、その携行を認めると古い加入者の積立不足分が流出して財政基盤が損なわれることなどを主張して、携行については強く反対してきた。

長年の懸案だったこの老齢準備金の携行の問題についても、2007年の法改正により、一定の範囲内ではあるが、ついにその途が開かれた。すなわち、同一の保険会社内で完全保険から基礎タリフに移行する場合には、老齢準備金は全額基礎タリフに携行される。また、2009年1月以降の新たな契約の加入者や、それ以前の契約の場合で同年6月末までに他の保険会社の基礎タリフに移行する場合には、基礎タリフの範囲内の老齢準備金が新たな保険会社に携行されることとなった。

4. 今後の動向

ドイツは歴史的な経緯もあって、強制加入と賦課方式による公的医療保険と、強制加入から除外された比較的條件に恵まれた層を対象として積立方式による民間医療保険という、異質な制度による二元的な仕組みで医療保障を行ってきた。そして、その領域分担を前提にさらに2009年以降は国民皆保険を実施している。その過程では、このような両制度間の基本原理の相違に由来する相互批判と境界線をめぐる攻防を繰り返してきた。

このドイツ独特の構造が今後そのいずれの方向に収れんしていくのかについては、これまでの歴史がそうであったように、時の政権をどの党が担うかによって大きく変わってくると考えられる。とりわけ社会民主党は、一貫して一元的な制度に向けて市民保険(Bürgerversicherung)の導入を主張しており、またオランダが一元的な制度に移行した実績もあり、リスク構造調整を進めれば進めるほど、理論的には一元化の合

理性、公正性が支持されることが考えられる。

他方で、長年にわたる攻防の結果、2000年代以降の社会民主党と緑の党の連立政権からキリスト教民主/社会同盟と社会民主党との大連立、さらにキリスト教民主/社会同盟と自由民主党との連立政権、そして再度の大連立政権という、各種の政権政党の組み合わせによる政権交代の時期を経て、政策の軸足の重点は変わりつつも、公的医療保険における競争要素の重視と、一方で民間医療保険に対する公共的役割の要求と規制強化を通じて、国民のほぼ9割を対象とした公的医療保険と、1割前後を対象とした代替的な完全保険を提供する民間医療保険とは、一定のバランスを保ちつつ、安定的な相互関係の時代に入っているようにも見える。

いずれにせよ、医療保障政策においては、公的か民間かという保険制度の違いを超えて、医療費の上昇と医療費負担の増加、医療提供体制の改革問題は共通の課題として今後とも重要な政策課題となることは確実であり、それらの改革との関連を含め、改めて医療保険制度のあり方や構造も引き続き議論が進んでいくものと思われる。

参考文献・資料

PKV-Verband(1997):Herausforderungen – Entwicklungslinien eines Versicherungszweiges von den Anfängen bis zur Gegenwart, PKV-Dokumentation 20.

PKV-Verband(2017): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2016.

田中耕太郎(2005)「12章 公的医療保険と代替的民間医療保険の取れん化現象－ドイツの経験からみる代替的民間医療保険の可能性と限界」田近栄治/佐藤主光編著『医療と介護の世代間格差』、東洋経済新報社.

田中耕太郎(2013)「ドイツの民間医療保険」『健保連海外医療保障』No.98.

松本勝明(2012)「医療保険の公私関係－ドイツにおける変化と今後の方向－」『フィナンシャル・レビュー』2012(4).

Private Krankenversicherung in Deutschland de.wikipedia.org/wiki/Private_Krankenversicherung (2017/1/15)

V. ドイツの医療制度改革の日本への示唆

わが国は、明治の開国以来、欧米を中心とした先進諸国の制度や技術を学び、それをこの国の実状に合わせて巧みに取り入れるという、「和魂洋才」を得意として発展してきた。これは産業や技術にとどまらず、社会制度についても同様で、現在でも世界各国の中で諸外国の動向にもっとも敏感な国民性といっても過言ではない。

医療保険についても同様で、1922年の健康保険法がドイツの疾病保険法を範にとったことは周知の事実であり、現在に至るまで、多くの調査研究と実務レベルでの交流が積み重ねられてきている。

そのこと自体はわが国の大きな長所であり、経済的・社会的に高いパフォーマンスを示す先進国として自他ともに認める今日においても、その文化を継承していることはさらなる発展を支える大切な基盤といえよう。

この意味で、一世紀前のわが国のモデルとなった社会保険制度を有し、経済力、人口規模など様々な指標からみてわが国ももっとも等身大に近い比較が可能な国として、ドイツの社会保障の展開は、多くの刺激と示唆に満ちている。

しかしながら、では、ドイツの医療保険改革の内容がそのままわが国の医療保険のこれからの改革の手法や方向性を良導するような成功事例かといえば、事は決してそう単純ではない。本稿で詳細に分析したように、ドイツでは果敢に新たな手法を取り入れて医療保険を現代に合ったものとするように改革を繰り返してきたが、成功したものもあるし、うまくいかなかったものも少なくない。ことドイツに限らず、先進諸国はどこも経済成長を超えて増加する医療費と医療サービスの質のコントロールに苦しみ、その国の実情に応じて様々な改革に取り組んできているが、管見の限りでは、成功したと言い切れる国はない、とあってよい。

ドイツの果敢な取組みとその成果や失敗は、いずれもわが国とは異なる政治、社会、歴史、文化等の文脈で行われたものであり、これらが異なるわが国でそのまま実現できるわけでもないし、それが望ましいものでもない。ただ、そうした彼我の相違や特殊性を正確に踏まえた上で、わが国の医療保険の実状と問題意識を踏まえて比較考察するとき、わが国の医療保険制度の今後のあり方を考える上で、多くの示唆が得られるものと確信している。

以下では、そういう意味で、筆者がドイツの医療保険改革からわが国のこれからの改革に向けて示唆に富むと考える内容を取り上げる。

① 新たな医療保険制度運営の手法への果敢な挑戦

この四半世紀の間のドイツの医療保険改革の動向と改革内容を分析してだれもが驚くのは、一世紀を超える医療保険誕生の地としての長い歴史と伝統があるにもかかわらず、医療費の効率化と医療サービスの質の確保に必要なだと考えれば、敢えてその伝

続に挑戦し、新たな改革手法やパラダイム自体の転換を恐れずに断行する勇気と、変化を受け入れる国民性だろう。個別の領域でいくつもの新たな試みが行われ、普及、定着しつつあるが、とりわけ刮目すべきは、幅広い関係者の合意を踏まえて導入された、1992年のリスク構造調整と保険者選択制であろう。

すでに**第Ⅱ部**で分析したように、このような公的医療保険の新たなステージを可能にしたのは、オランダやスイスと並んで、ドイツの公的医療保険がもともと民間医療保険との並立や部分的な疾病金庫間の選択と競争という土壌を有していたことを抜きには考えられない。その意味では、巨額の公費を導入して国民皆保険を早期に実現し、競争を嫌い、国民が皆同じ取扱いを受けることを好むわが国の国民性やそれを反映して形成されてきた現在の医療保険の構造とは異質であり、すぐにわが国の制度に適合的に馴染むとも考えられない。

また、ドイツのこの20年あまりの実践の示すところは、必ずしも当初の狙いが実現できたとはいえ、リスク選択などの理論的にも危惧されていた制度の脆弱性が現実になり、それへの対策で制度がさらに複雑化するという課題も見えてきた。

しかしながら、一方でこうした果敢な挑戦を通じて開発され、普及してきた新たな診療形態や疾病金庫の保険者としての機能と活動が活発化してきた重要な変化も多く見られる。わが国の医療保険が、増え続ける医療費、とりわけ高齢者の医療費の抑制に向けた有効な対策が打てず、この40年近くの間に行ってきた対策は、ひたすら患者負担の増加、財政調整を通じた優良な保険者への負担の転嫁、そして医療費総体は診療報酬改定を通じた現状追認的な微調整という手法の繰り返しに終始してきたことを考えると、もっと根本的な改革手法が求められていることは明らかであり、この意味でドイツの挑戦は多くの示唆に富む。

わが国のこれまでの現状追認でひたすら医療提供者を刺激せず政治的な対立を避けるようなやり方では、結局はすべての保険者が泥船に乗せられて全員が沈没を待つほかかないであろう。

② 効率的で質の高い医療サービス提供への保険者の責任と積極的な関与

ドイツの保険者選択制がもたらした最大の成果は、それまでとはレベルの違う、保険者としての意識と活動を生み出したことであろう。リスク構造調整が目指すものも、保険者間の競争がリスク選択を通じた非生産的で不公正な安い保険料率競争とならず、保険者がその被保険者に対して効率的で良質な医療サービスを保障することを通じた真の競争の実現である。

わが国でも、近年は保険者機能の強化ということが保険者はもちろん国でも強調されるが、多くの場合、掛け声の割には、健診の充実やデータの活用など、実効性に乏しい無難な内容にとどまっている。

保険者として、被保険者から大切な保険料を預かり、医療保険を責任を持って運営

する上で、もっとも基本的な役割は、加入する被保険者に対して効率的で質の高い保険診療を保障することであろう。もちろん、それを実現するためには、実際に医療サービスを担っている病院や診療所などの医療提供機関に対して、専門的な知識と豊富な情報を蓄積した上で、要請や働きかけをし、必要な場合には医療機関の間の連携を構築することも重要である。わが国でも、かつては国保の直営診療所が中心になって、市町村行政との密な連携の下で、地域の実情に応じた質の高い地域医療を構築してきた優れた先行事例も少なくない。また健康保険組合にあっても、母体企業のもつノウハウや直営の病院などとの連携で、効果的な取組みを行うことも十分可能であろう。

ドイツの保険者の様々な取組みの手法の中から、わが国の保険者が取り組むべき課題は少なくない。医療提供機関の側からの反発を恐れず、必要な資金を投入して、安易に国に頼らずに、保険者としての責務を今一度振り返るべきではないだろうか。

③ 地域や保険者の実情を踏まえたサービス提供を可能にするための弾力的な制度設計

ドイツでの従来の病院と開業医に分断された非効率な医療を改革するための手法として注目すべきは、モデル事業を可能とする法律上の根拠づけと、そうした地域の実情に応じた多様な新たな実践の取組みの中から、専門家による評価を経て、有効な取組み事例を全国に展開していく手法である。

わが国でも、地域に密着した国民健康保険は、介護保険との連携や共通化を可能とする余地は十分にあり、国民皆保険下にあるとはいえ、保険者が一定の手続きを経て、所定の予算を振り向けて、地域や被保険者の実状や要望に応じて、医療提供機関に任せきりの保険診療のあり方を変えていく必要がある。こうした、より効率的で質の高い医療や介護サービスを地域で構築するモデル事業を可能にするよう、国は全国画一的な制度をもっと弾力化し、法律できちんとした根拠規定を整備し、各地域や保険者が主導する多様なサービスモデルの開発を支援すべきであろう。

④ 医療提供体制と医療保険財政の一体的運営の重要性

ドイツでも医療保険制度と医療提供体制とは法体系上も区分されているが、その医療制度改革は、つねに両者が一体的に展開されてきた。もちろん保険診療とは質の異なる純然たる医療政策上の課題もあるが、そのほとんどは現実の保険診療をめぐる課題と密接に結びついている。また、程度の差はあれ、改革を実現するためには、予算を必要とし、財政支援のあり方がその成否を左右する場合も多い。

わが国では、ドイツの病院医療が抱えているような連邦制に起因する連邦と州との利害対立のような困難な障害はない。また、歴史的な経緯に起因する、保険医協会のような利害当事者が医療提供に責任と権限を有するような不自然な仕組みもない。国の影響力は大きく、これまでも、そしておそらくはこれからも、行政の主導や役割の下で、保険診療も展開されることだろう。

その際、重要なことは、ドイツの病院財政の二元化方式の問題点として指摘されたように、後の運営費用を度外視した医療提供体制の構築は、大きな禍根を残すという点である。地域の医療提供のあり方を決めるに際しては、その運営費用を負担する保険者の関与と役割が不可欠である。現在の地域医療構想の具体的な調整区域ごとの協議に際して、国も保険者代表の参画を求めているが、まだまだその役割と権限が弱い。医療関係者と同数の保険者代表の参画、そしていよいよ保険者として財政運営の中心的な責任と役割を担うこととなる都道府県が、さらに重い財政責任を負うことを通じて、政治力のある医療提供者に対しても、強くもの申していくような仕組みが必要であろう。

⑤ 医療保険料の特性を踏まえた保険料算定上限額の設定

本稿のⅢ. 2. (2) でも指摘したように、ドイツの医療保険の保険料算定上限額は、長らく年金保険料のその75%とされ、2003年以降はさらに低く7割程度とされている。これは、年金保険においては、賃金代替給付の金銭給付であるため、保険料負担と保険給付との関連制が強く、重い負担も高い年金給付に反映されるのに対して、医療保険では、かつて大きな役割を果たしていた傷病手当金は別にして、給付費の9割以上を占める医療サービスは、負担した保険料の多寡に関係なく、医療の必要性という必要性原則に支配されるため、その対価としての保険料には自ずから低い上限が設けられるべきだとするバランス感覚がある。

わが国においても、かつては健康保険の標準報酬月額の高等級が年金よりも低かった時期や同額だった時期があったが、財政対策が強化された1984年の法律改正以降、急激にその上限額が引き上げられてきた。またその引上げを容易にするため、法律では標準報酬月額の高等級に該当する被保険者数が被保険者総数の1.5%を超える場合には、政令でその最高等級を引き上げることができると授權している。

一方で、厚生年金については、標準報酬月額の高等級の引上げは、保険料収入の増加につながる反面で、将来の報酬比例年金の給付費増加に結びつくため、その水準は一貫して低く抑えられている。その結果、現在では、健康保険の標準報酬月額の高等級は139万円と、厚生年金の高等級62万円の2.24倍もの高さになっている。

しかし、ドイツでの理論的な議論に見られるように、保険料負担との対価性のない医療保険の保険料には、年金保険料と比べて自ずからその性格上、限度があるべきで、わが国の両者の関係は転倒しているといわざるを得ない。健康で医療リスクが一般的に低いと考えられる高所得層が、現在のような取りやすい所から取るようなルールの医療保険をいつまで支持できるか、疑問が多い。事は健康保険にとどまらず、これに準じるような形で、国民健康保険や後期高齢者医療の年間保険料上限額も相次いで大幅に引き上げられている。こうした安易な負担の一部への転嫁に批判的な論調も出てきており(2018年1月10日付、日本経済新聞)、当然の批判であろう。

⑥ 手続きの透明性と民主的統制：法律による基本的な枠組みの明示

同じ議会制民主主義と官僚制を備えた両国ながら、ドイツの医療保険改正とわが国のそれを比較して、手続き面の透明性と国民への説明責任という視点から、明らかな違いが見られるのが、立法による制度の基本的な枠組みへの関与の違いである。ドイツの制度改正は、重要事項はすべて法律で規定され、議会に提出される法案の内容も、総論の改革の目的や趣旨の説明、さらには各論においても、各条文ごとの逐条の立法理由説明も詳細に記載されており、海外の研究者でも容易に内容の正確な把握と理解が可能である。

これに対して、わが国の立法に一般的な傾向ではあるが、法案には最小限度の説明しかなく、本会議での趣旨説明や委員会での提案理由説明もまさしく官庁内で「お経」と揶揄されることに端的に示されるように、抽象的な内容が並ぶばかりで、統計データも付されなければ、逐条の立法趣旨や解釈も示されていない。これでは、立法府の専門的なチェックも働かないし、外部の専門家も内容にコミットするにはあまりにも判断材料となる情報が不足している。

この点は医療保険改革に限っても、ほぼすべての改正に当てはまるが、とりわけ関係者の利害関係に重要な影響のある診療報酬制度が、理念、目的、算定の基本ルール、手続きなどすら法律には一切規定されず、すべてが厚生労働大臣告示のレベルで処理されている。これはいかに専門性が高いとはいえ、40兆円を超える医療費の配分と国民の保険料・租税負担に直結する重要事項であることを考えれば、民主的統制にとってもはや欠陥ともいうべきレベルであろう。最低限度、ドイツのDRG法制や統一報酬評価基準に係る法的統制の内容なども参考にして、透明性を飛躍的に高め、民主的統制が働くための工夫を関係者一同、努力すべきであろう。

(了)

医療保障総合政策調査・研究基金事業
独仏の医療保険制度に関する調査研究
＜ドイツ報告書＞

平成30年6月

健康保険組合連合会
〒107-8558 東京都港区青山1丁目24番4号
TEL : 03-3403-0928

禁無断転載