

ドイツにおけるリスク構造調整の仕組みとその問題点

菌 部 順 一

I はじめに

現在、わが国で医療保険制度の構造改革が進められようとしているが、89年から2次にわたる医療保険制度の構造改革が実施されているドイツでは既に第3次構造改革のための法案が議会の通過し、実施に移されている。経済の低成長のもとでの保険料収入の伸び悩みおよび高齢化に伴う医療費の上昇が医療保険財政を圧迫しており、その目的が医療保険財政の安定化にあることは改めて言うまでもない。さらに、年金保険を始めとする社会保険料の上昇に伴う労務費の上昇がドイツ経済の国際競争力を低下させており、生産拠点の海外への移転に伴う失業率の上昇、働く場の確保といった問題の解決が重要な政治課題となっている。

こうした中で、96年1月1日から加入する医療保険制度を自由に選択できる権利が被保険者に認められるようになった。93年に行われた社会法典第V編（疾病保険法）の改正（正式には「法定疾病保険の構造改善および安定確保のための法律（GRG）」という。89年に実施された保健医療制度の第1次構造改革に次ぐ第2次構造改革と位置づけられている）により導入されたもので、保険者間における被保険者をめぐる獲得競争を活発化させ、保険者の経営効率を向上させることがその狙いである。しかし、公平な

競争の前提条件として、個々の保険者の経営努力とは無関係に生じる財政格差を是正し、各保険者を同じスタートラインに立たせる必要がある。このため、保険料の算定基礎となる所得や扶養率（被保険者1人当たりの家族数）、加入者（被保険者+家族）の年齢構成および男女構成の違いから生じる保険者間の財政格差を是正する「リスク構造調整」と呼ばれる財政調整の仕組みが94年から導入されている。本稿の目的は、リスク構造調整の仕組みを解明し、その問題点を明らかにすることである。

II ドイツ医療保険制度の概要 （わが国の医療保険制度との違いを中心に）

ドイツの公的医療保険制度は、職種別、職域別および地域別に分けられた地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業疾病金庫、職員補充金庫、労働者補充金庫、海員疾病金庫、連邦鉱山従業員組合および農業疾病金庫の計8種類の「疾病金庫」と呼ばれる健保組合方式により運営されている。一定所得以下の被用者、船員、失業者、年金受給者、自営農民、障害者、学生および芸術家・ジャーナリストはこれらの公的医療保険制度への加入を義務づけられているが、一定所得を超える被用者、自営業者、公務員、聖職者などは加入を義務づけられていない。国民の約

90%は公的医療保険に加入しているが、残りは民間保険に加入しており、わが国のような国民皆保険体制とはなっていない。なお、家族として医療保険制度に加入できるのは、配偶者および子のみである。

医療（出産を含む）は原則として現物給付方式により提供されており、①1日当たり17マルク（：西ドイツ地域。東ドイツ地域：14マルク）の入院時自己負担（年に14日間を限度）や薬剤、各種療法および義歯などの場合を除き、被保険者本人、家族、年金受給者（高齢者）の別なく10割給付となっていること、②ガン検診や成人病検診および歯科検診などの予防給付も法定給付となっていること、③救急車等による救命救急サービスも第三者行為によるものを除き医療保険の給付となっていること、④病気の子どもを看病するために休業した場合も傷病手当金が支給されること、⑤傷病により労務不能となった場合、労務不能となった日から6週間は使用者に給与支払い義務があり、傷病手当金の支給は7週目からとなっていることなどが給付における主な違いである。

疾病金庫の財政は所得に疾病金庫毎に異なる保険料率を掛けて算出される保険料によって主に賄われており、出産手当金1件当たり400マルクの国庫負担を除き、わが国のような公費負担は殆どないに等しい。なお、保険料の算定対象となる所得の上限がわが国より低く設定されていることも大きな違いと言える。また、疾病金庫の財政は年金受給者とその家族を対象とした年金受給者疾病保険財政と年金受給者以外の一般被保険者とその家族を対象とした一般疾病保険財政とに分けて運営されている。このうち、年金受給者疾病保険財政においては農業疾病金庫を除く全疾病金庫間で財政調整（その仕組み

はわが国の退職者医療制度のモデルとなったもの）が行われていたが、95年からは一般疾病保険財政において導入されたリスク構造調整に吸収されている。このほか、高額医療費を対象とした州連合会内および補充金庫連合会内の財政調整と、特に財政が窮迫している疾病金庫に対する同一種類の疾病金庫間の全国レベルでの財政調整が任意で実施されている。

医療費支払い方式は、開業医に対しては州の保険医協会による総額請負方式（個々の保険医への配分は点数出来高払い方式により州の保険医協会が行っている）、病院に対しては、一定の手術については病院における全てのサービスを対象とした1件当たりの包括払い報酬、一定の手術のみを対象とした包括払い報酬（これらの報酬については連邦レベルで点数が定められ、州レベルで点数単価が決められている）、それ以外の入院については各科毎の医師および看護サービスに対する1日当たり定額報酬が病院毎に決められ、室料および給食費などを対象とする1日当たり定額報酬が州毎に決められている。

なお、東西ドイツの統一に伴い、旧東ドイツ地域にも旧西ドイツ地域の医療保険制度が91年より導入されているが、所得格差などを考慮して経過規定が設けられているほか、連邦全域を管轄地域とする疾病金庫の財政運営およびリスク構造調整についても東西別々に実施されている。

III 財政調整の歴史

年金受給者が疾病保険の強制加入者となったのは、ナチス政権下の1941年における年金受給者疾病保険制度の導入による。これ以後、年金受給者は地区疾病金庫（地域住民を対象とした

健保組合)への加入が義務づけられるとともに、年金受給者にかかる医療費は年金保険からの繰り入れ保険料により賄われることになった。その後、1956年から退職前に加入していた疾病金庫に継続加入できるようになり、1968年からは年金受給者にかかる医療費の20%は同じ疾病金庫に加入している一般被保険者の保険料で賄われることになった。

さらに、1977年からは年金保険者からの繰り入れ保険料で賄えない医療費について、94年まで行われていた財政調整の仕組みが導入されたが、この仕組みはわが国の退職者医療制度のモデルとなったものである。その後、1983年からは年金受給者自身にも段階的に保険料支払い義務が導入されるようになり、1987年より保険料率の半分を年金受給者が、残りの半分を年金保険者が負担することとなった。

89年に実施された第1次構造改革では、財政調整の対象となる給付が限定されるようになるとともに、年金受給者の保険料は所得（主に年金）に全疾病金庫の一般被保険者の平均保険料率を掛けて算出されるようになった。また、91年からは各金庫の年金受給者の医療費のうち5%から30%を財政調整の対象外とすることが予定されていたが、東西ドイツの統合により棚上げされたまま、結局実施されなかった。

これらの改正は、高齢化に伴う年金受給者の医療費の増大に対処するためのものであることは言うまでもない。医療費全体に占める年金受給者の医療費の割合は1978年の38.8%から1988年には41.3%へと上昇しているが、保険料収入全体に占める年金受給者の保険料の割合は1978年の18.2%から1988年には16.4%へと低下している。このため、年金受給者疾病保険財政における一般被保険者からの保険料の占める割合

は、1978年の約45%から1988年には59%へと増大している。また、年金受給者疾病保険の給付総額に対する保険料収入の割合は76年の約75%から88年には41%まで低下しているが、逆に一般被保険者の保険料から年金受給者疾病保険財政へ支払われる財政移転額は、一般被保険者の保険料率にして1.9ポイントから3.58ポイントまで上昇している。こうした現役被保険者と年金受給者の負担のアンバランスを是正するために行われたのが89年の改正であった。

こうした改革により、89年および90年における年金受給者疾病保険の給付総額に対する保険料収入の割合は約48%まで上昇したものの、92年には43%まで低下した。また、一般被保険者の保険料から年金受給者疾病保険財政へ支払われる財政移転額も、89年には一般被保険者の保険料率にして2.85ポイントまで低下したものの、91年には3.43ポイント、92年には3.77ポイントと再び上昇に転じた。

一方、高額医療費にかかる財政調整および同一州内、同一種類の疾病金庫間の財政窮迫金庫に対する財政調整は1977年に導入されたが、任意規定であったため、実施したのは企業疾病金庫および同業疾病金庫の一部の州連合会だけであった。その後、1989年より財政窮迫金庫に対する州レベルでの財政調整の実施が義務づけられるとともに、連邦レベルでの財政窮迫金庫に対する財政調整も任意で実施できるようになった。

しかし、こうした疾病金庫間の財政調整にもかかわらず、各疾病金庫の保険料率の格差（93年1月1日現在の最低保険料率は8.5%、最高保険料率は16.8%）は依然として是正されなかったことから、同一州内、同一種類の疾病金庫間における財政窮迫金庫に対する財政調整に代え

て、一般疾病保険財政においても全疾病金庫間（農業疾病金庫を除く）の財政調整が導入されることになったのである。

IV 疾病金庫選択の自由

既に述べたように、ドイツの医療保険制度は8種類の疾病金庫と呼ばれる健保組合方式によって運営されている。一定所得以下の一般の被用者は補充金庫と呼ばれる疾病金庫への加入が認められる場合を除き、勤めている企業に企業疾病金庫（わが国の単一健保に相当）または同業疾病金庫（わが国の地域総合健保に相当）が設立されていないならば、地区疾病金庫（地域住民を対象とした健保組合）に加入しなければならないというように、わが国と同様、これまで原則として加入する疾病金庫が法律によって決められていた。しかも、補充金庫への加入は誰にでも認められていたわけではなく、加入できる者の範囲は補充金庫の規約に決められており、こうした権利を有する被用者は全体の約50%に過ぎなかった。

こうした制限があったため、これまで疾病金庫間の被保険者をめぐる獲得競争は殆ど行われなかったと言ってよい。競争のないところに進歩はないと言われるが、医療保険財政の安定化を図るためには給付提供者間の競争が必要だけでなく、保険者間にも競争原理を導入する必要がある。このため、第2次構造改革により96年（新規就業者の場合）から導入されたのが被保険者による疾病金庫選択の自由である。選択できる疾病金庫の範囲をこれまでより大幅に拡大することにより、疾病金庫間の被保険者をめぐる獲得競争を活発化させ、疾病金庫の経営効率化へ向けた努力を活発化させることがその狙

いである。

選択できる疾病金庫としては、地区疾病金庫、企業疾病金庫および同業疾病金庫ならびに補充金庫が対象となる。例えば、勤めている企業に企業疾病金庫または同業疾病金庫が設立されていても、住所地または勤務地の地区疾病金庫へ加入できるようになった。これをわが国に当てはめてみれば、健保組合の被保険者にも政府管掌健康保険または国民健康保険への加入が認められることを意味する。

なお、連邦鉱山従業員組合、海員疾病金庫および農業疾病金庫は法律に定められた特定の被保険者を対象とした特殊な金庫で、96年以降も選択の対象とはならず、これらの疾病金庫に強制加入となっている被用者はこれまでどおり他の疾病金庫への加入は認められていない。

V リスク構造調整の仕組み

リスク構造調整の原則は社会法典第V編（疾病保険法）第266条第1項に規定されている。具体的な調整交付金および調整拠出金の額は、所要保険料と財政力を比較して算出される。財政力が所要保険料を上回る場合は上回った額の拠出金を支払うことになり、所要保険料が財政力を上回る場合は上回った額の交付金を受け取ることになる。

所要保険料の定義は社会法典第V編第266条第2項に定められているが、いわばあるべき給付費の合計である。それぞれの年齢階級別・性別毎の被保険者および被扶養者の1人当たりの基準給付費（その殆どは医療費であるため、以下、「基準医療費」という）が算出され、それに年齢階級別・性別毎の被保険者数および被扶養者数を掛けた値の合計が各疾病金庫の所要保険

料となる。また、財政力とは、保険料の算定基礎となる被保険者の所得の合計と調整所要財源率の積である。

ここでいう調整所要財源率とは、全疾病金庫の保険料の算定基礎となる所得の合計に対する所要保険料の合計の割合で、各金庫の実際の保険料率や法定給付所要保険料率とは関係なく、疾病金庫全体の財政調整の対象となる給付費（その殆どは医療費であるため、以下、「医療費」という）を賄うために必要な一種の保険料率と言える。

(例)

財政調整の対象となる医療費総額

$$= 14億8,850万 DM$$

基礎賃金総額 = 114億5,000万 DM

調整所要財源率

$$= 14億8,850万 DM \div 114億5,000万 DM$$

$$= 0.13$$

1 収入面と支出面における調整

リスク構造調整は、基礎賃金調整という収入面における財政格差の調整と罹患率調整という支出面における財政格差の調整との2つに分けて考えることができる。

2 基礎賃金調整

リスク構造調整では、まず加入者(被保険者+家族) 1人当たりの保険料の算定対象となる所得(基礎賃金)の疾病金庫間の格差の調整(基礎賃金調整)が行われると考えることができる。被保険者1人当たりの基礎賃金が同じでも、扶養率が高いほど加入者1人当たりの基礎賃金は低くなり、その疾病金庫の財政は苦しくなる。基礎賃金調整においては、各疾病金庫は疾病金庫全体の加入者1人当たりの平均基礎賃金を得ているものと見なされることになる。

例えば、表1のような4つの疾病金庫があったとする。加入者1人当たりの年間平均基礎賃金は24,466マルクとなる。加入者数にこの値を掛けて得られた値を仮定基礎賃金総額と名付ける。実際の基礎賃金総額と扶養率を考慮に入れた仮定基礎賃金総額との差額が、基礎賃金調整において調整されると考えることができる。

調整額は調整所要財源率をその差額に掛けて得られる(表2の④)が、基礎賃金総額に占める割合(表2の⑤)、つまり保険料率におけるポイントでも表わすことができる。

この例で最高額の調整交付金を受けるのは、被保険者1人当たりの基礎賃金が30,000マルク(年間)で最も低く、しかも扶養率が高いA疾病金庫である。最高額の調整拠出金を支払わな

表1 疾病金庫の適用状況

金庫名	被保険者数	加入者数	基礎賃金総額 (百万マルク)	被保険者1人当たり 基礎賃金(マルク)	加入者1人当たり 基礎賃金(マルク)
A疾病金庫	10万人	15万人	3,000	30,000	20,000
B疾病金庫	16万人	20万人	5,600	35,000	28,000
C疾病金庫	6万人	10万人	2,400	40,000	24,000
D疾病金庫	1万人	1万8千人	450	45,000	25,000
全体	33万人	46万8千人	11,450	34,697	24,466

表2 基礎賃金調整

金庫名	実際の基礎賃金総額(百万マルク)①	仮定基礎賃金総額(百万マルク)②	①-②=③	③×0.13=④	④÷①=⑤(%)
A疾病金庫	3,000	3,670	-670	-87.1	-2.90
B疾病金庫	5,600	4,893	707	91.9	1.64
C疾病金庫	2,400	2,447	-47	-6.1	-0.25
D疾病金庫	450	440	10	1.3	0.29
全体	11,450	11,450	0	0	

表3 調整前の財政力と調整後の財政力

金庫名	実際の基礎賃金総額①	仮定基礎賃金総額②	調整前の財政力 (①×0.13)=③	調整後の財政力 (②×0.13)=④
A疾病金庫	3,000	3,670	390	477.1
B疾病金庫	5,600	4,893	728	636.1
C疾病金庫	2,400	2,447	312	318.1
D疾病金庫	450	440	58.5	57.2
全体	11,450	11,450	1,488.5	1,488.5

ければならないのは、被保険者1人当たりの基礎賃金が高く、しかも扶養率が最も低いB疾病金庫である。

表3は基礎賃金調整前の財政力と調整後の財政力を対比したものである。差額は表2の④の財政移転額に相当する。

3 罹患率調整

次に、支出面の調整（罹患率調整）が加入者1人当たりの基準医療費の合計である所要保険料をもとに行われると考えることができる。年齢階級別・性別毎の加入者1人当たりの基準医療費は、原則的には年齢階級別・性別毎の全疾病金庫の加入者1人当たりの平均医療費に相当する。これにより、各疾病金庫のリスク構造の特徴が明らかとなる。年齢階級別・性別毎のそれぞれの平均医療費は、疾病金庫の種類には関

係なく、連邦レベルで調査される。年齢および性別ならびに被保険者か被扶養者（家族）かによって平均医療費は異なることから、これらの要素のそれぞれの組み合わせ毎に平均医療費は算出される。つまり、被保険者と同じように、家族も年齢階級別・性別毎に平均医療費が算出される。

抽出調査により得られた加入者の年齢階級別の格差指数および例にあげた4つの疾病金庫の年齢階級別構成割合を表4のとおりとする。年齢階級別格差指数とは、ある年齢階級の加入者1人当たりの平均医療費を調査対象となった全加入者の1人当たり平均医療費で除して得た値、つまりある年齢階級の加入者1人当たりの平均医療費が全加入者の平均医療費とどれだけの格差があるかを指数で表わしたものである。表4によると、25歳から34歳の加入者の平均医

表4 年齢階級別格差指数と年齢階級別構成割合

年齢階級	年齢階級別格差指数	A疾病金庫	B疾病金庫	C疾病金庫	D疾病金庫
0—14歳	47	5%	10%	5%	5%
15—24歳	39	5%	10%	10%	5%
25—34歳	60	5%	15%	10%	10%
35—44歳	73	15%	10%	10%	20%
45—54歳	93	20%	20%	15%	20%
55—64歳	131	30%	20%	15%	20%
65—74歳	202	10%	10%	20%	10%
75歳以上	244	10%	5%	15%	10%

療費は、全加入者の平均医療費の60%に相当する。つまり、その年齢階級の加入者の平均医療費は全加入者の平均医療費より40%少ないということである。65歳から74歳までの年齢階級の加入者の平均医療費は全加入者の平均医療費の202%、つまり約2倍の医療費を必要とするということである。表4を見ると、例にあげた疾病金庫のうち、A疾病金庫とC疾病金庫が特に加入者の年齢構成が高年齢層に片寄っているのが分かる。

所要保険料の計算方法を簡単に説明すると、まず、予め計算された各年齢階級別の被保険者・被扶養者（家族）別の加入者1人当たりの基準医療費（実際にはこれを男女別に算出する）にそれぞれの加入者数を掛ける。その合計額が疾病金庫の所要保険料、つまり、それぞれの罹患率により決まる各年齢階級別の加入者毎の調整対象となる医療費の合計額となる。

しかし、異なる年齢構成をリスク要素として考慮に入れた調整額（罹患率調整）を算出するためには、年齢構成の違いによる各疾病金庫の加入者1人当たりの平均基準医療費と全疾病金庫の加入者1人当たりの平均医療費との格差を表わす指数（以下、「年齢構成格差指数」という）

を算出しなければならない。そのためには、まず、各年齢階級別の加入者数の加入者総数に占める割合にそれぞれの年齢階級別格差指数を掛け（例えば、A疾病金庫の15歳未満の加入者の割合は5%、つまり0.05で、15歳未満の年齢階級別格差指数は47だから、 $0.05 \times 47 = 2.35$ ）、合計しなければならない（表5）。

4つの疾病金庫の合計を足すと400にならないことから、例にあげた4つの疾病金庫は、全体としては年齢階級別格差指数を算出する際に抽出調査の対象となった疾病金庫とは年齢構成が異なることが分かる。そのため、4つの疾病金庫の平均の年齢構成格差指数を100とした場合に、各疾病金庫の年齢構成格差指数がいくつになるかを求めなければならない。それにはまず、4つの疾病金庫の年齢構成格差指数の合計を求める。

$$120.75 + 102.10 + 130.15 + 114.30 = 467.30$$

年齢構成格差指数の平均を100とするためには、この合計を400としなければならない。そのため、一定の係数（ $400 \div 467.30 = 0.85598$ ）を掛けなければならない。これにより、4つの疾病金庫の年齢構成格差指数の平均を100とし

表5 年齢構成格差指数

年齢階級	年齢階級別格差指数	A疾病金庫	B疾病金庫	C疾病金庫	D疾病金庫
0—14歳	47	2.35	4.70	2.35	2.35
15—24歳	39	1.95	3.90	3.90	1.95
25—34歳	60	3.00	9.00	6.00	6.00
35—44歳	73	10.95	7.30	7.30	14.60
45—54歳	93	18.60	18.60	13.95	18.60
55—64歳	131	39.30	26.20	19.65	26.20
65—74歳	202	20.20	20.20	40.40	20.20
75歳以上	244	24.40	12.20	36.60	24.40
合計		120.75	102.10	130.15	114.30

た場合の各金庫の年齢構成格差指数が求められる。この作業は、抽出調査により得られた年齢階級別格差指数から全疾病金庫の年齢構成格差指数を求める際に必要となる。

A疾病金庫： $120.75 \times 0.85598 = 103.4$

B疾病金庫： $102.10 \times 0.85598 = 87.4$

C疾病金庫： $130.15 \times 0.85598 = 111.4$

D疾病金庫： $114.30 \times 0.85598 = 97.8$

4つの疾病金庫の年齢構成格差指数からは、C疾病金庫の加入者の平均年齢が最も高く、以下、A疾病金庫、D疾病金庫、B疾病金庫の順に平均年齢が高いことが分かる。つまり、これらの疾病金庫の各年齢階級別の加入者1人当たりの医療費が平均的な医療費であれば、C疾病

金庫およびA疾病金庫は平均より多くの保険料収入を必要とするが、D疾病金庫およびB疾病金庫は平均より少ない保険料収入で済むことが分かる。

次に、4つの疾病金庫の年齢構成格差指数にそれぞれの加入者数を掛ける(表6)。その結果は加入者数を加味した年齢構成格差指数となる。各疾病金庫の加入者数を加味した年齢構成格差指数の全体に占める割合は表6の④のとおりである。この割合に応じて所要保険料の合計(=財政力の合計)を配分した額が各疾病金庫の所要保険料となる。

4 調整額

最終段階として財政力(表3の③)から所要

表6 各疾病金庫の所要保険料

	A疾病金庫	B疾病金庫	C疾病金庫	D疾病金庫	合計
年齢構成格差指数①	103.4	87.4	111.4	97.8	
加入者数②	150,000	200,000	100,000	18,000	468,000
①×②=③	1,551万	1,748万	1,114万	176万	4,589万
③の合計に占める割合④	33.8%	38.1%	24.3%	3.8%	100%
所要保険料の合計×④=⑤	503.1	567.1	361.7	56.6	1,488.5

保険料（表6の⑤）を差し引いたものが調整額となり、それから基礎賃金調整における調整額を引いたものが罹患率調整における調整額となる。

財政力が所要保険料を上回る疾病金庫（BとD）は調整拠出金を支払わねばならず、反対に所要保険料が財政力を上回る疾病金庫（AとC）は調整交付金を受け取ることができる。

5 リスク構造調整に必要なデータの調査

リスク構造調整に必要な給付費、保険料収入および保険料の算定基礎となる所得の調査については、社会法典第V編第267条第1項に規定されている。特に新たに規定されたのは年金受給者の所得の把握についてである。これまで年金受給者の保険料は直接年金保険者から年金受給者疾病保険の財政調整へ繰り入れられていたため、疾病金庫は年金受給者の保険料の算定対象となる所得（年金）を把握できなかったが、疾病金庫と年金保険の保険者間においてこのための統一手続き規程が定められた。

また、社会法典第V編第267条第2項により、疾病金庫は毎年10月1日現在の年齢別・性別毎

の被保険者数および被扶養者数に加え、職業不能年金の受給者数および稼得不能年金の受給者数を把握しなければならないことになったが、これらの年金受給者の罹患率が特に高いためである。

さらに、疾病金庫は少なくとも3年毎に、年齢階級別・性別毎の給付費の抽出調査（加入者の10%を限度）を実施しなければならないことになっている（社会法典第V編第267条第3項）。

6 リスク構造調整の実施機関

リスク構造調整の実施は、既に長年にわたり年金受給者疾病保険における財政調整を実施してきた連邦社会保険庁に委託されている。そして、年金受給者疾病保険における財政調整と同じように、1994年からは毎月、必要な財源の拠出が暫定拠出率により実施されている。なお、財政調整の仕組みの詳細についてはリスク構造調整令（Risikostuktur - Ausgleichsverordnung）に定められている。

7 疾病金庫財政への影響

94年（見込み）および95年（概算拠出率）の

表7 疾病金庫の種類毎の調整額

（単位：百万マルク。-は拠出）

金庫の種類	94年（見込み）			95年（概算拠出）		
	西ドイツ	東ドイツ	全 体	西ドイツ	東ドイツ	全 体
地区疾病金庫	3,370	618	3,988	9,901	3,519	13,419
企業疾病金庫	-868	-112	-980	-392	-169	-561
同業疾病金庫	99	-120	-21	-641	-724	-1,365
海員疾病金庫	0	-8	-8	0	-19	-19
鉱山従業員組合	45	-42	3	1,718	313	2,032
労働者補充金庫	-313	-14	-328	-999	-81	-1,080
職員補充金庫	-2,332	-325	-2,657	-9,613	-2,845	-12,458

財政移転額を疾病金庫の種類別に見ると、94年のリスク構造調整では被保険者1人当たりの基礎賃金が低い地区疾病金庫および扶養率（被保険者1人当たりの家族数）が高い連邦鉱山従業員組合（いずれの場合も加入者1人当たりの基礎賃金は低い）が調整交付金を受けており、これらの疾病金庫はこれまでより負担減となっているが、被保険者1人当たりの基礎賃金が高い企業疾病金庫および補充金庫が調整拠出金を支払っており、これらの疾病金庫はこれまでより負担増となっている（表7）。95年も同様であるが、企業疾病金庫の95年の調整拠出額が94年に比べて減少しているのは、95年からリスク構造調整の対象となった年金受給者の割合が高いためであり、逆に、同業疾病金庫および補充金庫の95年の調整拠出額が94年に比べて大幅に増加しているのはこれらの疾病金庫の年金受給者の割合が低いためである。

VI リスク構造調整の問題点

1 一般被保険者の所得の伸びを下回る年金受給額の伸び

ドイツにおいても、医療保険制度改革の狙いが医療費の上昇を如何に抑えるかに向けられていることはもちろんである。このため、第1次構造改革では医療費の伸びを保険料収入の伸びの範囲内とするという政策目標（これを「保険料率安定の原則」という）が法律上に明記され、第2次構造改革では93年から95年までの3年間の医療費の伸びを保険料の算定対象となる所得の伸びの範囲内とすることが法律に規定されたが、96年からは社会法典第V編第71条に基づく保険料率の安定という一般原則が再び医療機関側と疾病金庫間の診療契約の締結において中心

的な役割を担っている。

保険料率安定の原則とは、保険料率の引き上げを回避するよう診療報酬契約の当事者に求める指針である。被保険者1人当たりの保険料収入は基礎賃金に保険料率を掛けて求められることから、そのためには被保険者1人当たりの医療費も被保険者1人当たりの基礎賃金の伸びの範囲内とすることが必要となる。

第2次構造改革で導入された93年から95年までの3年間における医療費の伸びの上限を基礎賃金の伸びの範囲内とするという規定もこれに沿ったものと言える。しかし、この規定は診療報酬の契約当事者に対する保険料率の安定に対する注意義務にふさわしいものとなっていない。何故ならば、この場合の基礎賃金には年金受給者以外の一般被保険者の保険料の算定対象となる所得だけが含まれており、年金受給者本人の所得は対象から除外されているからである。

実際に、年金受給者を除く一般被保険者のみを対象とする医療保険財政における保険料の算定対象となる所得の伸びは医療保険全体における保険料の算定対象となる所得の伸びを上回っている。92年から実施されている年金改革により、それまでの税・社会保険料控除前の給与（保険料の算定対象となる所得）の伸びではなく手取り給与の伸びに合わせて年金のスライド制が実施されるようになったため、年金受給者の保険料の算定対象となる所得の伸びが一般被保険者の保険料の算定対象となる所得の伸びを下回るようになったからである。しかも、90年の東西ドイツ統一以後、給与所得者の税・社会保険料負担が急激に上昇していることから、手取り給与および年金の伸びは税・社会保険料控除前の給与の伸びをかなり下回るようになってい

る。この結果、一般被保険者の基礎賃金の伸び率だけを診療報酬引き上げの際の基準とすることは保険料率安定の原則を損なう原因となっている。

2 保険料率に与える影響

次にリスク構造調整が各疾病金庫の実際の保険料率にどのような影響を与えるかを見てみることにする。表8は、計算を簡単にするために、被保険者数は10人（年齢構成および男女構成は同じとする）、1人当たりの給付費（その殆どは医療費であるため、以下、「医療費」という）は同額で、被保険者1人当たりの基礎賃金だけが異なる3つの疾病金庫を想定し、リスク構造調整の影響が保険料率にどのように表れるかを示したものである。

各疾病金庫が自らの医療費を自らの保険料で賄う場合、基礎賃金総額に応じて保険料率は算出される。その場合、被保険者1人当たりの基礎賃金が高いA疾病金庫の保険料率は6.7%、

被保険者1人当たりの基礎賃金が高いC疾病金庫の保険料率は20%となる。しかし、リスク構造調整が行われる場合は、各疾病金庫の基礎賃金総額に調整所要財源率（この例では調整前の平均保険料率と同じ）を掛けて得られた財政力と、全疾病金庫の被保険者1人当たりの医療費を各疾病金庫の被保険者数に掛けて得られる所要保険料（この例では各疾病金庫の被保険者1人当たりの医療費と被保険者数は同じであるため、所要保険料は3つの疾病金庫全てにおいて同額となる）とを比べて調整額が算出されるため、財政力が所要保険料を上回るA疾病金庫からその差額が拠出され、所要保険料が財政力を上回るC疾病金庫に交付される。1人当たり基礎賃金および1人当たり医療費が平均的なB疾病金庫は調整の影響を受けない。

リスク構造調整の仕組みは基礎賃金の伸び率の違いも調整する。この例でA疾病金庫の基礎賃金の伸び率を10%、B疾病金庫の基礎賃金の伸び率を5%、C疾病金庫の基礎賃金の伸び率

表8

(DMはマルク)

	A疾病金庫	B疾病金庫	C疾病金庫	合計(平均)
被保険者数	10人	10人	10人	30人
基礎賃金総額	300 DM	200 DM	100 DM	600 DM
1人当たり基礎賃金	30 DM	20 DM	10 DM	20 DM
医療費総額	20 DM	20 DM	20 DM	60 DM
1人当たり医療費	2 DM	2 DM	2 DM	2 DM
調整前の保険料率	6.7%	10%	20%	10%
財政力	30 DM	20 DM	10 DM	60 DM
所要保険料	20 DM	20 DM	20 DM	60 DM
+は拠出,-は交付	+10 DM	0	-10 DM	0
調整後の支出額	30 DM	20 DM	10 DM	60 DM
調整後の保険料率	10%	10%	10%	10%

を0%とする。リスク構造調整によって、財政力に優れたA疾病金庫は基礎賃金の伸びによって得られるはずの追加財源を利用できないことになり、A疾病金庫の基礎賃金の伸びによって得られる追加財源は全疾病金庫に配分される(表9)。基礎賃金総額が伸びたにもかかわらず、医療費が一定であったため、疾病金庫全体の平均保険料率は低下している。

次に、医療機関が基礎賃金の伸びを理由に各疾病金庫の基礎賃金の伸び率に合わせて医療費の引き上げを要求したとする。各疾病金庫の医療費は基礎賃金の伸びと同じように増加する。しかし、平均を上回る引き上げを行った疾病金庫はリスク構造調整により制裁を受けることになり、財政力に優れたA疾病金庫は保険料率を0.1ポイント引き上げなければならなくなる。リスク構造調整においては、財政力を算出する際に基礎賃金はそのまま計算に入れるが、所要保険料を算出する際に医療費は基準医療費までしか計算に入れないからである。A疾病金庫にお

ける平均を上回る医療費の伸びの恩恵に浴するのがB疾病金庫とC疾病金庫である。これらの疾病金庫の医療費の伸びは平均以下であるが、疾病金庫全体の平均医療費、つまり基準医療費は上昇していることから、これらの疾病金庫の所要保険料は上昇する。これに対し、これらの疾病金庫の基礎賃金は平均以下の伸び率であることから、これらの疾病金庫の財政力の伸びは所要保険料の伸び以下となる。この結果、B疾病金庫およびC疾病金庫に対する交付額が上昇し、財政力に劣るC疾病金庫は保険料率を平均保険料率以下の8.8%に引き下げることが可能となる(表10)。

これらの結果から、保険料率の安定を維持するためには、全疾病金庫が支払う医療費の伸びを基礎賃金の伸び率の平均以下にする必要があることは明らかである。各疾病金庫の医療費の伸びを保険料の算定対象となる所得の伸び率の平均以下にできれば、各疾病金庫の保険料率および平均保険料率は一定のまま推移する(表

表9

	A疾病金庫	B疾病金庫	C疾病金庫	合計(平均)
被保険者数	10人	10人	10人	30人
基礎賃金総額	330 DM	210 DM	100 DM	640 DM
1人当たり基礎賃金	33 DM	21 DM	10 DM	21.33 DM
基礎賃金の伸び率	10%	5%	0%	6.7%
医療費総額	20 DM	20 DM	20 DM	60 DM
1人当たり医療費	2 DM	2 DM	2 DM	2 DM
調整前の保険料率	6.1%	9.5%	20%	9.4%
財政力	30.94 DM	19.69 DM	9.38 DM	60 DM
所要保険料	20 DM	20 DM	20 DM	60 DM
+は拠出,-は交付	+10.94 DM	-0.31 DM	-10.63 DM	0
調整後の支出額	30.94 DM	19.69 DM	9.38 DM	60 DM
調整後の保険料率	9.4%	9.4%	9.4%	9.4%

表10

	A 疾病金庫	B 疾病金庫	C 疾病金庫	合計 (平均)
被保険者数	10人	10人	10人	30人
基礎賃金総額	330 DM	210 DM	100 DM	640 DM
1人当たり基礎賃金	33 DM	21 DM	10 DM	21.33 DM
基礎賃金の伸び率	10%	5%	0%	6.7%
医療費総額	22 DM	21 DM	20 DM	63 DM
1人当たり医療費	2.2 DM	2.1 DM	2 DM	2.1 DM
医療費の伸び率	10%	5%	0%	5%
調整前の保険料率	6.7%	10%	20%	9.8%
財政力	32.48 DM	20.67 DM	9.84 DM	63 DM
所要保険料	21 DM	21 DM	21 DM	63 DM
+は拠出, -は交付	+11.48 DM	-0.33 DM	-11.16 DM	0
調整後の支出額	33.48 DM	20.67 DM	8.84 DM	63 DM
調整後の保険料率	10.1%	9.8%	8.8%	9.8%

表11

	A 疾病金庫	B 疾病金庫	C 疾病金庫	合計 (平均)
被保険者数	10人	10人	10人	30人
基礎賃金総額	330 DM	210 DM	100 DM	640 DM
1人当たり基礎賃金	33 DM	21 DM	10 DM	21.33 DM
基礎賃金の伸び率	10%	5%	0%	6.7%
医療費総額	21.33 DM	21.33 DM	21.33 DM	64 DM
1人当たり医療費	2.13 DM	2.13 DM	2.13 DM	2.13 DM
医療費の伸び率	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%
調整前の保険料率	6.5%	10.2%	21.3%	10%
財政力	33 DM	21 DM	10 DM	64 DM
所要保険料	21.33 DM	21.33 DM	21.33 DM	64 DM
+は拠出, -は交付	+11.67 DM	-0.33 DM	-11.33 DM	0
調整後の支出額	33 DM	21 DM	10 DM	64 DM
調整後の保険料率	10%	10%	10%	10%

11)。

次に、表8をもとに疾病金庫全体の平均を上回る医療費がどのような影響を与えるかを見て

みよう。財政力に劣るC疾病金庫の医療費が表8より50%上回っていたとする。リスク構造調整が行われていなければ医療費全てを自ら賄わ

なければならないことから、本来ならば10ポイント保険料率を引き上げなければならないはずである。しかし、リスク構造調整によって医療費の一部を財政力に優れた疾病金庫に転嫁することができるため、8.3ポイント保険料率を引き上げるだけで済む（表12）。

財政力に劣る疾病金庫の医療費の上昇に伴う調整所要財源率の上昇から生じる追加負担額の一部を財政力に優れた疾病金庫が負担することになることから、それが可能となる。財政力に劣る疾病金庫が経営努力を怠ると、財政力に優れた疾病金庫の被保険者は何らの利益を受けないにもかかわらず、負担だけを被ることになる。しかし、財政力に劣る疾病金庫も追加負担の殆どを自ら賄う必要があることから、経営努力を怠るインセンティブは働かない。

逆に、リスク構造調整においては、財政力に優れた疾病金庫の平均を上回る医療費は特に厳しく制裁を受けることになる。A疾病金庫の医療費が平均を上回る場合、A疾病金庫は平均を上回る医療費分を自ら賄わなければならないの

と同時に、調整所要財源率の上昇から生じる拠出金の上昇分も負担しなければならないからである。これによって有利となるのは、追加交付金を受ける財政力に劣るC疾病金庫である（表13）。

平均を上回る医療費が各疾病金庫の保険料率にどのような影響を与えるかを見ると、財政力に優れた疾病金庫の方が財政力に劣る疾病金庫より不利益を被ることが明らかとなる。財政力に劣る疾病金庫は平均を上回る医療費の一部を交付金によって賄ってもらえるばかりでなく、財政力に優れた疾病金庫の平均を上回る医療費によっても交付金の上昇という形で利益を受け、財政力に優れた疾病金庫は平均を上回る医療費を自ら負担しなければならないだけでなく、財政力に劣る疾病金庫への自らの拠出金も引き上げる結果になるからである。

保険料率安定の原則は全疾病金庫の平均保険料率および各疾病金庫の保険料率の上昇を回避するという診療報酬の契約当事者に対する指針であるが、これまでに見てきたように疾病金庫

表12

	A疾病金庫	B疾病金庫	C疾病金庫	合計（平均）
被保険者数	10人	10人	10人	30人
基礎賃金総額	300 DM	200 DM	100 DM	600 DM
1人当たり基礎賃金	30 DM	20 DM	10 DM	20 DM
医療費総額	20 DM	20 DM	30 DM	70 DM
1人当たり医療費	2 DM	2 DM	3 DM	2.33 DM
調整前の保険料率	6.7%	10.0%	30%	11.67%
財政力	35 DM	23.33 DM	11.67 DM	70 DM
所要保険料	23.33 DM	23.33 DM	23.33 DM	70 DM
+は拠出、-は交付	+11.67 DM	0	-11.67 DM	0
調整後の支出額	31.67 DM	20 DM	18.33 DM	70 DM
調整後の保険料率	10.6%	10%	18.3%	11.67%

表13

	A 疾病金庫	B 疾病金庫	C 疾病金庫	合計 (平均)
被保険者数	10人	10人	10人	30人
基礎賃金総額	300 DM	200 DM	100 DM	600 DM
1人当たり基礎賃金	30 DM	20 DM	10 DM	20 DM
医療費総額	30 DM	20 DM	20 DM	70 DM
1人当たり医療費	3 DM	2 DM	2 DM	2.33 DM
調整前の保険料率	10.0%	10.0%	20%	11.67%
財政力	35 DM	23.33 DM	11.67 DM	70 DM
所要保険料	23.33 DM	23.33 DM	23.33 DM	70 DM
+は拠出, -は交付	+11.67 DM	0	-11.67 DM	0
調整後の支出額	41.67 DM	20 DM	8.33 DM	70 DM
調整後の保険料率	13.9%	10%	8.3%	11.67%

間の医療費の格差も各疾病金庫の保険料率の安定を妨げることは明らかである。それ故、財政力に優れた疾病金庫に対する医療機関側の診療報酬引き上げの要求は、特に厳しく批判されなくてはならないと言える。それは、財政力に優れた疾病金庫の保険料率の安定を妨げるだけでなく、交付金を受ける側にある財政力に劣る疾病金庫はそれによって得られる追加財源を保険料率の引き下げではなく、少なくとも部分的には給付提供の拡大にも利用する可能性があるため、疾病金庫全体の保険料率の安定も妨げるからである。さらに、財政力に優れた疾病金庫に対する医療機関側の診療報酬の引き上げは、医療機関側にとって収入を増加させる絶好の機会となる。財政力に優れた疾病金庫の診療報酬交渉の結果が財政力に劣る疾病金庫の診療報酬交渉に影響を与えるからであり、法律によって守られた保険医（保険歯科医）の団体である保険医協会（保険歯科医協会）の給付提供の独占がこれを可能にするからである。

VII おわりに

年金受給者疾病保険財政における財政調整にしろ、同一州内、同一種類の疾病金庫間の財政調整にしろ、これまでドイツで行われていた保険者（疾病金庫）間の財政調整の基準とされていたのは実際の医療費であったことから、各疾病金庫の医療費削減に対する経営努力が反映されない仕組みとなっていた。このため、医療費の上昇傾向と結び付けられ、改善すべき点であると以前から指摘されていた。

リスク構造調整ではこの点が改善され、各疾病金庫毎の実際の医療費ではなく、年齢構成や男女構成で決まる基準医療費が支出面の調整の基準とされたことから、各疾病金庫の医療費適正化へ向けた経営努力が求められる仕組みとなっている。つまり、ある疾病金庫がその医療費を基準医療費以下に抑えることができれば、それだけその疾病金庫の財政運営は楽になるが、医療費が基準医療費を上回った場合は、上回っ

た医療費の分だけその疾病金庫の財政運営は苦しくなるからである。

また、実際の給付にかかる所要保険料率ではなく、被保険者の基礎賃金総額と全疾病金庫の平均所要保険料率である調整所要財源率により保険料負担がほぼ決まることから、被保険者の所得格差から生じる疾病金庫間の収入面の財政格差も是正される仕組みとなっている。

しかし、リスク構造調整のもとにおいては、保険料率の引き上げを回避するという保険料率安定の原則の狙いは、診療報酬の引き上げの上限を年金受給者を含む全疾病金庫の被保険者の保険料の算定対象となる所得の伸びとした場合においてのみ可能となることは明らかである。

さらに、リスク構造調整の影響を分析すると、財政力に優れた疾病金庫の医療費が上昇すれば、財政力に劣る疾病金庫が財政上有利になることが分かる。これは社会的連帯のもとでの競争原理の導入というリスク構造調整の目的から見て問題であり、保険料率の安定も妨げる。現在の形でのリスク構造調整が保険者間の財政調整の方法としてふさわしいかどうかを再考する必要があると言える。

わが国の医療保険制度改革における給付と負担の一元化問題を考える場合、医療保険制度間の財政調整方式の見直しは避けて通れない問題

である。どのような財政調整の方法がわが国の医療保険制度における財政調整としてふさわしいかを考える場合、ドイツのリスク構造調整はひとつのモデルとして考えられる可能性があるが、これまでに見てきたようにリスク構造調整にも欠点があることは明らかである。財政基盤のしっかりした保険者のみが特に不利となることのない、わが国独自の財政調整方式を考える必要があると言える。

主要参考文献

- ① Theo Gieler/Wolfgang König: Risikostrukturausgleich nach dem GSG. Die Betriebskrankenkasse (/2/93).
- ② Dieter Cassel: Organisationsreform der GKV. Arbeit und Sozialpolitik (11-12/92).
- ③ Jürgen Wasem: Wahlfreiheit und Risikostrukturausgleich-eine neue Organisationsstruktur. Krv/April 1993.
- ④ Andreas Hustadt: Beitragssatzstabilität-zur Operationalisierung des Begriffs unter den Bedingungen des Risikostrukturausgleichs. Die Ersk. (6 /96).
- ⑤ Krankenkassenwahl 96: Theo von Stiphout. Die Betriebskrankenkasse 5-6/96.
- ⑥ Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.
(そのべ・じゅんいち
健康保険組合連合会調査課課長補佐)