

ドイツの医療保険制度改革

田中 耕太郎

■ 要約

ドイツの90年代以降の医療保険改革は、与野党が攻守所を変える形で対立と妥協を繰り返しながら数度にわたって行われてきた。この間に、保険者選択制とリスク構造調整の導入など、公的医療保険の基本枠組みを変える画期的な改革も行われてきたが、医療費の増加と保険料率の上昇は止まらず、2002年初にはついに史上初の14%台にまで達した。このため与野党が精力的に交渉した結果、医療保険近代化法が成立して2004年から施行されることとなった。その中では費用負担のあり方をめぐって過去に各党間で意見が鋭く対立してきたものも含め大胆な見直しが行われているが、それを成立させたのは、公的医療保険は今後とも必要な医療水準を確保していくが、高い失業率の下で賃金追加コストとなる事業主の保険料負担の抑制が政策の最優先課題である、という共通認識である。医療の質と効率性を高めつつ必要な費用負担をどう行っていくか、ドイツの取り組み例から検証する。

■ キーワード

ドイツ、医療保険改革、賃金追加コスト、事業主の保険料負担、新たな医療供給モデル

I はじめに

本稿は、社会保険方式で医療保障を行っている代表的な国の一つであるドイツについて、尾形論文で述べられているISSA(国際社会保障協会)イニシアティブで示されたような共通の視点から、90年代以降の医療保険改革の構造分析と評価を行い、日本の医療保険政策への示唆を得ようとするものである。

ドイツでは、1988年末に医療保険改革が行われて以降、東西ドイツ統合を挟んでこの十数年間に数度の大きな改革が行われてきた。しかも、2大政党と少数政党が攻守所を変えて、それぞれの政治理念と現実をふまえ、対立を繰り返しつつ、節目の重要な改正については妥協を図って合意を形成してきた。そして、10年間の対立を経て久しぶりに与野党が合意して成立させた2004年医療保

険近代化法により、この間の改革の流れの大きな収斂の方向性が見えてきたと考えられる。

このため、本稿では、まず90年代の主要な改革の目指す内容と位置付けを明らかにしながらこの間の流れを俯瞰し、それを踏まえて一連の流れの中から明らかになってきた改革の方向性を、いくつかの共通の視点で貫いて分析評価を加えてみることにする。

II 主要な改革の内容と位置付け

1. 1989年医療保険改革法(GRG1989¹⁾)

(1) 経緯・趣旨

80年代を通じて医療費が賃金の伸びを上回って増加し、保険料率が11%台から12%台へ、さらに1988年内にも史上初の13%台が不可避と見られた状況下で、保険料負担の増加がもたらすさま

さまざまな社会経済上の弊害を除去するため、医療保険の経済性を高め、保険料を負担可能な限度内に抑えるため、公的医療保険のオーバーホールを行う、という位置付けで行われた。法案は医療関係団体や野党の激しい反対もあったが、コール首相率いるキリスト教民主/社会同盟(CDU/CSU)と自由民主党(FDP)の連立与党は1988年11月に連邦議会で法案を可決し、連邦参議院の同意も得て1989年1月から施行された。

(2) 主要な改正内容

① 公的医療保険のカバーすべき範囲・水準の見直し

公的医療保険からの給付範囲・水準は、医療上十分であって、かつ、目的に即して経済的で質が確保されている水準までとする観点から給付の見直しが行われた。その結果、医薬品と補助材料について定額給付制(日本でいう参照価格制)が導入された。また、埋葬料については国民経済の発展に伴い今日では予め自分で備えることができるようになっていくことを理由に将来に向けて廃止された。

他方で、この改革の積極的な側面として、全体の削減額の約半分を用いて、社会の新たな課題に対応するために重度の要介護者に対する在宅介護給付を創設した。

② 自己責任の強化

歯科集団健診の拡充や歯科個別健診および定期健診を導入し、健診受診者に対する歯科補綴の給付率を上乘せする措置を講じたほか、歯科補綴、移送費、定額給付が設定されていない医薬品、入院、各種療法に対する患者一部負担を大幅に引き上げた。

(3) 小括

この改革はこのほかにも経済性の強化のためのさまざまな工夫を盛り込み、支出削減規模も年

間約138億マルクと大きく、第1次医療保険改革といわれる。しかし、改革の対象が需要側に偏っていたことなど課題も残し、加えて、直後に起きた東西ドイツの統一という歴史的な出来事とその結果としての社会保険を含めた旧西ドイツの経済財政負担の急増と保険料率の上昇は、さらなる構造面に踏み込んだ改革を必要とした。

2. 1993年医療保険構造法(GSG1993)

(1) 経緯・趣旨

GRG1989によって医療費は一度は減少を示したものの、早くも1990年中頃から賃金の伸びを大幅に上回る増加を始め、1991年は56億マルク、92年は91億マルクもの大幅な赤字基調に転じた。このため、医療費増加に緊急ブレーキをかけるとともに、より踏み込んだ構造改革を行う必要に迫られ、野党との間で妥協点を探るねばり強い交渉を行ってついに合意に至り、これを基にしたGSG1993は短期間で連邦議会で可決され、連邦参議院の同意も得て1993年1月から施行された。

(2) 主要な改正内容²⁾

① 予算制の導入と患者負担の引き上げ

医療費の急増に対して当面緊急にブレーキをかけるため、入院、外来の各分野に対して、1993年から95年までの間、法律に基づき給付総額を1991年の給付費を基礎にその後の保険料賦課対象収入の伸びの範囲に抑える予算制が導入された。また薬剤費についても1993年の給付総額について予算制が設けられ、94年からは基準処方量による経済性のチェックが行われることになったほか、定額給付が設定されていない医薬品については93年から2年間にわたって価格が5%引き下げられた。加えて、薬剤に対する患者一部負担も従来は一律3マルクだったものが1993年からは価格に応じ、94年からは包装単位に応じ、それぞれ3、5、7マルクへと大幅に引き上げられた。

② 医療供給側の見直し

入院医療費について、病院ごとの1日当たり定額の療養費の支払い方式を改め、1件当たり包括払い、特別報酬、診療部門別療養費という新たな診療報酬支払い方式が1996年から全面的に導入されることになった。また、保険医の過剰供給を是正するため、1999年からは保険医需要計画に基づく保険医過剰地域での新たな保険医の承認の基準を厳しくするとともに、保険医の68歳定年制が導入された。

③ 保険者選択制とリスク構造調整の導入

ドイツの医療保険の保険者には歴史的経緯により、義務的(一次)金庫のなかにも地区疾病金庫(AOK)、企業疾病金庫(BKK)、同業者疾病金庫(IKK)などその設立基盤を異にする各種の疾病金庫があり、さらにこれらの義務的金庫との間で選択して加入できる代替金庫があるという具合に保険者が分立していて、しかもその被保険者の性別、年齢、扶養率、所得水準などのリスク像において構造的な格差があり、それがまた8%から16%までの保険料率格差を生じていた。

このため、保険者の選択制を通じて保険者間競争を高め、効率的な運営を実現するためには、競争の土俵を整える必要があった。また、代替金庫がほぼ自由に選択できるホワイトカラーに対して労働者についてはこれが事実上制限されていたため、保険者間の保険料率の大きな格差の存在と合わせて基本法の平等原則との関連でも疑義が出され、この面からも取り扱いの格差の是正が求められていた。

このような背景の下で、医療支出面でのリスク差である性別、年齢、傷病手当金請求権の内容の相違、障害年金受給の有無、そして財政負担力の面でのリスク差である所得(扶養率の差を含む)について財政調整を行うこととされ、まず1994年から一般医療保険を対象に、そして95年からは年金受給者医療保険を対象を拡大して全面的なリスク構造

調整が導入された。さらにその結果を踏まえて96年から保険者選択制が導入され、各年末の3カ月前までに申し出れば翌年初から保険者を移ることができることになり、97年初から移動が始まった。

(3) 小括

GSG1993は長いドイツの医療保険の歴史の中でも基本的な枠組みの変更を行った画期的なものだったが、その効果が医療費の面で出て来るには時間を要し、また仕組み自体が不十分だったこともあり、予算制で強制的に医療費を抑制した1993年から94年にかけては医療費が大幅に減少したものの、95年からは再び保険料収入の伸びを超えた増加基調に転じ、保険料率も上昇したため、さらなる改革を迫られた。

3. 1997年第3次医療保険改革(NOG1997)

(1) 経緯・趣旨

1995年から96年にかけての時期は、戦後最悪の失業率を背景に、失業問題の解決とそのためのドイツへの企業立地の確保が社会経済政策上の最大の政治課題となった。このため、連立与党は96年4月に投資と雇用の確保のための50項目からなる「経済成長と雇用拡大のためのプログラム」を決定し、規制緩和、税制改革、雇用制度改革と並んで、高い賃金追加コストの原因である社会保険料負担の抑制を図ることとした。

しかし、このために連立与党が提出した中核的な法案は、野党社会民主党(SPD)が多数を占める連邦参議院の同意が得られず廃案になったため、急きょ、当初案の中から連邦参議院の同意が不要な内容だけを取り出した形で、第1次及び第2次の「公的医療保険における自治と自己責任の再編に関する法律案—新秩序法(NOG)」が連邦議会に提出されて可決され、連邦参議院は否決したものの、連邦議会で再可決されて成立し、97年7月から実施された。

(2) 主要な改正内容³⁾

① 保険料率の引き上げの抑制と患者一部負担の大幅な引き上げ

保険料率の引き上げを困難にするために、保険料率引き上げと患者一部負担との連動制の導入や保険料引き上げの際の特別な脱退権の保障などの措置が導入された。また、患者一部負担が定額負担については一律5マルク、定率負担については一律5%ほど引き上げられ、この結果、患者負担はこれまでになく高まった。ただし、負担能力を超えた過重な負担を生じないよう、過酷緩和条項の改善を同時に図っている。

② 給付範囲や費用負担の新たなルールと民間保険的要素の導入

歯科補綴の給付について、1996年の保険料負担軽減法により、施行日に18歳未満の者については公的医療保険の保険給付から削除されたのに続いて、この改正により、保険給付についても従来の現物給付・定率補助の仕組みが定額補助、つまり差額負担の仕組みに改められた。

また、病院の大規模修繕に充てるための被保険者のみの負担による特別保険料の徴収や被保険者のみの保険料負担による任意給付を疾病金庫が定款で設けることができること、さらには償還払いの場合の償還免責額の設定と保険料率の割引や、給付を請求しなかった被保険者に対する保険料の還付など、自己責任の考えを強化した民間保険的要素が大幅に導入された。

(3) 小括

NOG1997は各州選挙で躍進して連立与党内で発言力を強めたFDPの影響下で、これまでの医療改革の中では最も市場経済指向を強め、個人主義的な民間保険の手法が取り入れられた改革だった。しかし、翌年の総選挙で政権交代が起き、16年ぶりに与党となったSPDと連帯90/緑の党はその公約通り、この改正内容のほぼすべてを廃止し

て元に戻した。

4. 2000年医療保険改革法(GKV-GR2000)

(1) 背景・趣旨

1998年秋の総選挙で16年ぶりに政権の座にいたシュレーダー首相率いるSPDは連帯90/緑の党との連邦レベルで史上初の連立政権を樹立し、その選挙公約に従って前政権の保険料負担軽減法1996とNOG1997によって改正された内容のほぼすべてを撤回したうえで、改めて新政権の考える医療保険改革法案を提出した。

しかし、その内容は伝統的なSPD的な統制的な手法が中心で、しかも前政権の政策とは対照的に直接に医療供給のあり方に踏み込む内容が中心だったため、医師など医療供給側の激しい反発・抵抗を招き、連邦参議院の多数を占める野党の強い反対もあって、結局はその同意の不要な内容に絞って立法化せざるを得なくなった。

こうして当初の目玉だった総額予算制や病院投資財源の保険財源への一元化と病院設立への疾病金庫の関与の拡大などは法案修正の段階で削除され、医療費抑制の観点からは不十分な内容となった。

(2) 主要な改正内容

① 分野別の予算制の継続

総額予算制は野党の反対等により断念されたが、外来診療、入院、薬剤の分野については引き続き予算制が維持されることとなった。

② 統合サービス(Integrierte Versorgung)の導入

ドイツの医療サービスは外来と入院が峻別され、保険医による外来診療については強制加入の保険医協会を一元的な窓口としてこれに全面的に委託するという形で実施されてきた。統合サービスモデルは、この構造に穴を開け、疾病金庫が個々の開業医、そのグループ、あるいは病院など分野を越えてさまざまな医療サービス供給主体と

直接に契約を結び保険診療を提供することを可能にするもので、保険者選択制と結びついて〈ドイツ型マネジドケア〉を目指すものである。それだけに、医師側はこれに激しく抵抗し、最終的に政府与党はこの法律を押し通したが、実施に移すための当事者間の交渉は難航し、制度が導入されて4年経った現在もこの新たなサービス供給形態はまだほとんど動いていない。

③ 入院医療に対するDRGの全面導入

入院医療費の支払方式については、すでにGSG1993により1件当たり包括払い方式と特別報酬が導入されたが、これが入院医療費全体に占める割合は20～25%程度にとどまり、残りは依然として個別の病院ごとの前年の実績に応じて1日当たり療養費により支払われている。このため、入院医療の質、透明性、経済性の向上を図るため、DRGを導入することとされ、その後、具体的導入手続き等を定める包括払い法が2002年3月に連邦参議院の同意を得て成立した。同年6月には病院協会が疾病金庫連合会との交渉の決裂を宣言したものの連邦保健省が規則により2003年DRGカタログを制定し、2004年からは精神病院を除く全病院がDRGの導入を義務づけられることとなった。

(3) 小括

2000年医療改革は以上見てきたように、左派政権になって初めての医療改革で、従来の主張を貫き、患者や被保険者への負担の転嫁を修正して正面から医療提供体制のあり方や診療報酬支払い方式の改善を通じて医療の質と経済性を向上させようとしたものだった。しかし、その改革内容に対して医療供給側の反発が激しく協調体制がとれなかったことに加え、連邦参議院の同意不要な内容に限らざるを得なかったことから、将来に向けて新たな仕組みの種は仕込まれたものの、中途半端な内容に終わり、医療費の面でも抑制効果は出ずに終わった。

5. 2004年医療保険近代化法(GMG2004)

(1) 背景・趣旨

2001年1月にシュレーダー首相はBSE騒動の処理をめぐる対応の不手際の問題に対処するとともに、医療供給側との激しい対立と相互不信を解消するねらいもあって、連邦保健大臣をSPDのシュミット女史に交代させた。しかし、同大臣が就任直後に医療担当者の不満の強かった薬剤予算制の廃止を明言したのをきっかけに、薬剤費の大幅な増加が始まった。このため、急きょ、薬剤定額給付調整法を制定するなど医療費抑制の姿勢を強めたが増勢は止まらず、2002年初の平均保険料率は史上初の14%台を記録した。さらに2002年に入っても景気後退により保険料収入が伸びない中でこれを越えた医療費の増加が続き、同年で約30億ユーロの赤字が見込まれるにいたった。このため、連立与党は11月に、薬剤費用の削減措置や診療報酬のゼロシーリングなどの緊急措置を内容とする保険料率安定化法を成立させ、2003年1月から施行した。そして、これにより当面の財政が一息つく見通しがついたため、引き続き、医療保険改革に取り組むこととした。

政府は2003年5月28日に医療保険近代化法案(GMG)を閣議決定し、引き続き、与野党合意による改革案作りに向けて精力的に交渉を行った結果、ついに合意にいたり、これに基づく法律案⁴⁾が9月に連邦議会に提出されると9月26日に連邦議会でスピード可決され、引き続き連邦参議院でも10月17日に同意され、2004年1月から施行された。

(2) 主要な内容

① 新たな費用負担のルールの導入一関係者による負担の分かち合い一

今回の改正の最大の眼目は、財政負担の新たな枠組みの導入という点にある。一向に改善しない高い失業率を下げ、雇用を創出するために、上昇を続ける社会保険料の事業主負担を何としてでも

軽減することを至上命題とし、そのためにすべての関係者が負担を分かち合う内容となっている。

具体的には、埋葬料と出産一時金等の金銭給付や非処方せん薬、眼鏡、外来の交通費等の給付範囲からの除外、歯科補綴と傷病手当金の被保険者単独での保険料負担、薬剤定額給付対象への特許保護下の一定の新薬の追加および歯科補綴への定額補助制の導入、母性手当等の保険になじまない給付への連邦租税財源の投入、患者一部負担の強化といった内容で、これまで与野党の対立の中で導入と廃止を繰り返してきた各種の手法がついに両者の合意の下で妥協の産物として盛り込まれている。

② 新たな医療供給システムに向けての試み

今回の改正の中には、将来の効率的で質の高い医療サービスの確保に向けて次のようないくつかの意欲的な仕組みも盛り込まれている。

- 保険診療のあり方を審議する委員会等への患者代表の参加など、患者主権の強化
- 償還払い制の選択、予防措置や家庭医モデル・統合サービス・疾病管理プログラムなどの方式に参加する被保険者に対するボーナスの提供、償還限度額に応じた割引保険料率表の提供など、疾病金庫の選択肢の拡大
- 2004年から3年間、診療報酬総額の1%を統合サービスモデルの普及に充当
- 根拠に基づく医療 (EBM) のガイドラインや疾病管理プログラムの推奨、医薬品の有用性の評価等の医療の質の改善のために政府から独立した研究所の設立

(3) 小括

この改革は、何よりもまず、GSG1993を最後として与野党が攻守所を変えつつも、連邦参議院での与野党逆転という状況下で、対立と中途半端な改革を繰り返してきた状況に終止符を打ち、10年ぶりに与野党が妥協を図って一致して改革内容を

取りまとめた点に意義がある。そして、本来のスタンスの違いにもかかわらず、史上初の14%台の保険料率という事態を迎え、雇用創出による失業の改善が今のドイツの経済社会にとって立場を超えた最優先の政策課題であることを改めて確認した。しかし、同時にそれ故に、この改正内容には異なった質や方向性の改革内容が混在しており、それらはやがて整理が進んでいくものと考えられる。

III 共通の視点からみた数次の改革の評価と方向性

以上見てきたように、十数年来の政権交代を始めた歴代政権がとってきた医療改革の方向性を検証してみると、言うまでもなく今後の政治経済の変化や医療費の動向によって変更される余地は留保しなければならないが、現在までの流れを見る限り、政策の選択肢の幅は収斂しつつあり、改革の方向性は相当に明確になってきたと言ってよいのではないかと考えられる。その主な項目について、以下、分析を試みる。

1. 最優先の政策課題の明確化

雇用の創出による失業の改善が経済社会政策上の最重要課題であり、そのためには、企業の賃金追加コストである社会保険料負担の軽減をなすり構わず最優先する、という認識が与野党問わず共有され、労働組合を基礎に持つSPDの現政権においてもこの方針が明確に打ち出されたことの意味は大きい。

そのために、詳しくは4.で分析するが、医療保険については、公的医療保険の給付範囲の縮小、混合診療 (差額負担) の拡大、患者一部負担の引き上げ、連邦租税財源の導入、保険料の労使折半原則の一部修正による被保険者のみの負担による保険料の導入など、要は必要な医療水準は今後とも確保しつつ保険料の事業主負担の引き下げの

ためのあらゆるオプションを駆使したといえることができる。

2. 保険者のあり方(選択制、統廃合、リスク構造調整)

(1) ねらいと効果

ドイツの医療保険はもともと皆保険ではなく高所得層や官吏などについて民間保険との選択・競争という基礎があり、加えて公的医療保険の内部においても地区疾病金庫などの義務的金庫と代替金庫との間でホワイトカラーを中心に疾病金庫間の選択と競争という土壌を有していた。GSG1993はこれを一挙に原則として全疾病金庫間へと拡大するとともに、その間の公平な競争の条件整備として被保険者の性別、年齢、所得などの構造的リスク格差を調整する仕組みを導入したものである。

その結果、制度導入後の数年間に疾病金庫間の保険料率格差は大幅に縮小し、全疾病金庫の平均保険料率の上下1%を超える保険料を負担している加入者数は、1994年には全体の27%にもなっていたのが99年には6.5%にまで減少した。また疾病金庫の種類別の平均保険料率も急速に格差が縮小した。

さらにもう一つのねらいであった、競争的環境を通じて疾病金庫の統廃合を進め規模を適正なものにするという点で見ても、1993年に1,221あった疾病金庫は2003年には319と、この10年間で4分の1近くにまで減少した。また、従来のお役所的な疾病金庫の事務マネジメントを改善し、加入者に対する顧客サービスを向上させるというねらいについても、職員の資質の向上と顧客サービスが改善されたという評価も広く認められている。

(2) リスク選別の激化と枠組みの動揺

このように当初数年間はほぼその目的を達成したかに見えたリスク構造調整と保険者選択制だったが、1998年から99年あたりにかけてリスク構造

調整の限界が露呈し始め、小規模の企業疾病金庫を中心としてリスク選別が活発化し、その結果として保険料率の格差の拡大とさらなる被保険者の金庫間移動が加速した⁵⁾。その結果、かつて社会的ステータスの高かった代替金庫も軒並み競争力を低下させ、1996年から2002年までの6年間で、地区疾病金庫は387万人、職員代替金庫は193万人といずれも大幅に被保険者を失い、他方で企業疾病金庫は489万人もの被保険者を獲得するなど、雪崩を打って被保険者の移動が生じ、制度の基本枠組みが崩壊しかねない状況に至った。

このため政府与党は、2001年にリスク構造調整改革法を成立させ、移動の沈静化を図る一方で、高額医療費に対してリスクプールを導入するとともに、糖尿病などの慢性疾患患者に対する疾病管理プログラムを普及させるためにその医療費をリスク構造調整の対象とするなどの改善を行った。さらにこのようなリスク選別を制度的に封じて意味のないものにするため、これまでの性別や年齢別などの間接的なリスク指標による調整から直接的な有病率を指標とするリスク調整に根本的に改めることとし、2007年からの全面切替を目指すタイムスケジュールを法律で設定した。

(3) 評価と展望

このように、リスク構造調整と結びついた保険者選択制は、10年も経ずして大きな試練に立たされることとなった。この枠組みが今後とも質の高い医療を効率的に供給する切り札となるのかどうかは、今後の新たな有病率指標による調整制度が理論的にも実務的にも実施可能なものとして開発できるかどうかにかかっており、その見通しについては予断を許さない。さらに、保険者間の競争が保険料率だけの競争に終わらず、提供できる医療サービスの質の競争にまで行くには、統合サービスや疾病管理プログラムなど、医療供給側に対する影響力を強める必要があるが、これもアメリカ

のマネジドケアに見るまでもなく医療供給側との激しい軋轢を生む可能性が高い。

このような新たな困難に直面しているにもかかわらず、現在までのところドイツでは、《連帯下の競争》という概念自体には与野党を問わず基本的な疑念や異論を挟む雰囲気はなく、当分は党派を超えて主流の位置を占め続ける勢いである。

私見によれば、リスク選別は競争下に置かれた保険者にとって極めて合理的な経済行動であり、他方、医療リスクをどれだけ精緻に類型化しても7000万人もの対象者についてリスク選別を意味無からしめるような指標の開発は困難であると予測されるため、この制度枠組みは限りなく連帯の解体へと向かうことになるのではないかと危惧しており、今後数年間の展開にはとりわけ注視したい。

3. 医療費適正化と医療の質の向上

(1) 新しい医療供給モデルの推進

ドイツの医療は、かかっている費用がアメリカ、スイスに次いで高いにもかかわらず医療の質はヨーロッパの中でも中程度で、医療サービスには過剰・不足・ミスマッチが存在しているというのが専門委員会の鑑定書で公表されて以来、ほぼ共通の認識になりつつある。

このため、統合サービスや家庭医への診療報酬配分の重視、疾病管理プログラムなど、医療サービスの質の向上のための各種措置が今後とも推進されるものと考えられる。また、病院に対するDRGも2004年から全面实施され、さらに改善が加えられていくであろう。

(2) 質の評価・情報提供の促進

医療の質に関する文献や情報を収集し、科学的根拠に基づいた診断や治療のガイドラインの策定、普及や医薬品の有用性の評価を行うための研究機関がGMG2004により設立されることとなり、このような方向性自体は政権交代があったとしても逆

転することは難しいものと考えられる。しかし、医療の内容に対して国の直接的な関与が強まることにはFDPはもちろん、CDU/CSUも距離を置く可能性は十分あり、現にGSG1993で法律上設けられた医薬品研究所の設置や医薬品のポジティブリストなどは実施に移されないままに条文が削除された経緯もあるため、手法をめぐってはなお綱引きが行われる可能性も否定できない。

(3) 予算制

外来、入院、薬剤費など、各分野ごとの予算制による総額の抑制は、GSG1993で導入されて以降、政権を問わず医療費の急騰に対応する緊急措置として繰り返し用いられてきた。しかし、この手法は、基本的には応急のやむを得ない短期的手段として認識されており、中長期的にはこの手法は効率的な資源配分を歪める副作用も大きく、具体的手法も含めて課題は多く残っている。

4. 給付範囲の見直しと財源負担のあり方

この十数年間の数次に及ぶ改革を通じ、財源負担のあり方については各党が鋭く対立を繰り返してきたが、一方で、この間に現実をふまえて相当の歩み寄りも見られ、GMG2004で、これまでに試みられたさまざまな手法がほぼ出そろった感があり、今後の日本における選択肢を考える上でも示唆に富むものと考えられる。以下では、図1の概念図を参考にしつつ、医療費負担の選択肢別に整理して分析してみたい。

(1) 医療費総体の効率化(図1の①)

このアプローチは、医療費用の分担を論ずる前にまずは何よりも追求されるべき方向であり、そのための政策手段としては上記3.で述べた各施策が該当するであろう。ただし、このアプローチは、医療供給者側にとっては総収入が直接に抑制され、また手法によってはプロフェッショナル・フリーダム

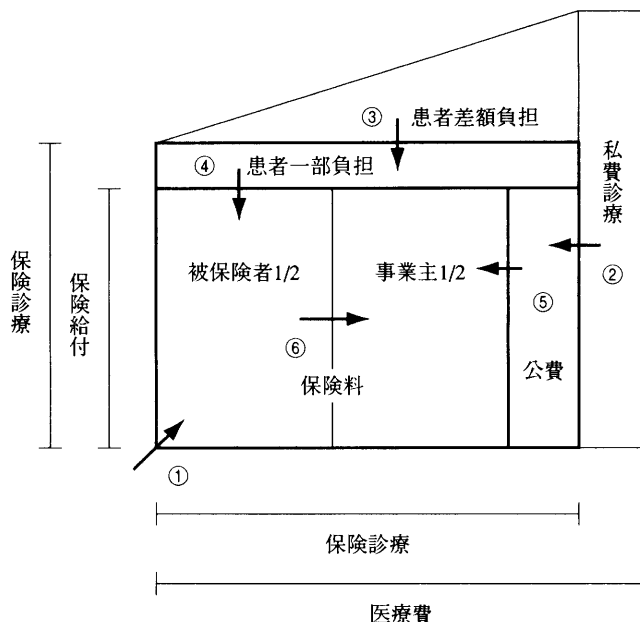


図1 医療費の範囲と費用負担の選択肢 (概念図)

が侵されることにもつながるため、医療供給側の反発が最も強く、軋轢を生むアプローチであることも理解しておく必要があり、質が高く効率的な医療の提供に向けて医療供給側をも巻き込めるようなインセンティブを設けるような配慮も必要となる。

(2) 保険給付の範囲からの除外(図1の②)

公的医療保険の給付水準を適正なものに維持しようとする以上は保険給付のカタログから除外できる余地はそれほど大きくはない。それでもこれまでの改革で主に次のような給付が除外ないし給付制限されている。

a) 埋葬料等

GRG1989ですでに将来に向かっては廃止されたが、経過的に当時すでに被保険者であった者についてはなお給付が残されていたものの、その後も金額の減額が行われ、最終的にGMG2004により給付そのものが完全に廃止された。このほか、出産一時金や医療上の必要

がない断種治療も保険給付から除外された。

b) 非処方せん薬や生活改善薬

GMG2004により、12歳以下の子どもの例外を除き、要処方せん薬以外の医薬品は原則として保険給付から除外されたほか、勃起不能治療薬、禁煙剤、肥満治療薬など主に個人の生活改善に役立つ医薬品なども除外することが法律上明確化された。

c) 歯科補綴

齲歯の予防は多くの場合可能であり、また個人の責任による部分が大きいため、1996年の改正により施行日に18歳未満の者については公的医療保険の給付から除外されたが、その後の政権交代に伴い1999年の改正により再び給付範囲に含まれることとされた。GMG2004ではこのような各党の見方の相違を反映して、歯科補綴は2005年からは法定給付からは除外され、各疾病金庫の義務的な定款に基づく給付という位置づけになった。そしてその費用は、

被保険者のみの負担で賃金比例ではない保険料により賄われることになり、さらに被保険者はこれによるか民間保険に加入するかを選択できることになった。

d) 眼鏡、通院の交通費

GRG1989により眼鏡については定額給付の対象とされ、また交通費については患者一部負担が大幅に引き上げられたが、これらの給付はGMG2004により原則として給付から除外された。

(3) 混合診療(差額負担)の拡大(図1の③)

GRG1989により薬剤分野で導入された定額給付制は逐次対象範囲を拡大して薬剤費の引き下げに効果を発揮してきたが、新薬開発指向の製薬企業にとっては脅威となった。このためそのロビー活動によって1995年には法律改正が行われて特許期間中の医薬品を対象から除外する規定が盛り込まれた。また、個別の定額設定をめぐって対象となった企業は、定額設定を疾病金庫連合会が行う点を取り上げてEUカルテル法違反で普通裁判所に出訴して一部の裁判所では勝訴するなど、その法的安定性が揺らいできた。このため政府は2001年に薬剤定額給付調整法を成立させて訴訟管轄を社会裁判所に一元化するとともに司法の最終判断が出るまでの間、カルテル法の問題が生じないように定額設定を連邦保健省規則により直接定めることとするなど、対抗措置を講じてきた⁶⁾。このように新薬開発との調和という問題は残すものの、この制度は政権交代の中でも一貫して薬剤の費用抑制の有力な手段として支持されてきている。

もう一つの有力な分野である歯科補綴分野における定額補助制度は、NOG1997でいったんは導入されたものの、導入直後の運用の混乱のうちに政権交代により廃止され、現物給付に戻された。しかし、GMG2004により再度導入され、疾病金庫が定款に基づいて給付する歯科補綴は定額補助の対象とされることとなった。

(4) 患者一部負担の強化(図1の④)

NOG1997は薬剤費を始めとして従来の患者一部負担を大幅に引き上げたが、これは患者に負担を転嫁するものだとその政策を強く非難していたSPDは政権の座につくと公約通り1999年にこれをほぼ撤回した。しかしその同じ政権がGMG2004ではついに患者一部負担の大幅な引き上げを行うこととなった。具体的にはすべての給付について原則10%の定率負担を導入し、1回の給付につき最低5ユーロ、最高10ユーロの一部負担が課されることとなった。医科および歯科外来についても、初めて患者一部負担が導入され、1四半期1治療件数につき10ユーロとされた。また入院についても1日当たり10ユーロを年間28日の限度で課することとされた。ただし、子どもについては原則として免除されるほか、負担が過重にならないように、総年間所得の2%(慢性疾患患者は1%)を限度とする。GMG2004の患者一部負担の強化による財政効果は、2004年の全体の削減額98億ユーロのうち32億ユーロと大きな割合を占めている。

(5) 連邦租税財源の投入(図1の⑤)

ドイツの1世紀を超える長い医療保険の歴史を通じて、農業者疾病金庫を唯一の例外として、給付費はおろか、事務費についても労使による保険料により賄ってきており、このような当事者自治を堅持することは党派を超えて共通の前提となっていたが、この点についてもGMG2004は変更を加えて連邦租税財源を導入した。具体的には、母性手当や病児の世話をする場合の傷病手当金など、保険になじまない給付に充てるためとして、連邦政府は2004年に10億ユーロ、2005年は25億ユーロ、そして2006年以降は毎年42億ユーロの拠出を行い、その財源として2年間に3段階に分けてタバコ税を1箱1ユーロ増税することとされた。

(6) 労使折半負担の修正と被保険者のみが負担する保険料の導入(図1の⑥)

被用者が受益する被用者保険において、事業主がその保険料の半分の強制的に負担される根拠については、ドイツでは一般に事業主の被用者に対する配慮義務を基礎とすると考えられているが、折半負担でなければならない根拠は実は必ずしも明確ではない。しかし、ともかく社会保険においては19世紀末の成立以来、労災保険を除き、保険料は労使の折半負担の原則が貫徹してきた。

しかし、社会保険の給付が労働との関連性を薄めるにつれ、また、雇用の阻害要因としての負担としての側面が重視されるにつれてその見直しを迫る試みは徐々に広がりつつあった。その最初が公的介護保険の導入時である。1994年当時、すでに事業主の賃金追加コストとしての社会保険料負担を抑制することがドイツでの企業立地と雇用創出の観点から必要だという認識が広まっており、そのような環境下で介護保険を創設するに当たっては事業主負担を増やさないことが前提とされた。このためにさまざまな代償措置が検討されたが、最終的には有給休暇である祝日を1日削除することとされ、これを行わない州の住民については第1段階の在宅給付分の保険料率1%の全額を被保険者本人負担とすることが法律上明記された。その結果、宗教的理由から祝日を削減しなかったザクセン州がこの特例の対象とされた。

さらにNOG1997においては、病院の大規模修繕費に充てる費用についてやはり全額被保険者本人負担の特別保険料を徴収することとしたが、99年に新政権により廃止された。

今回のGMG2004ではこれが2種類の給付との関連で新たに導入された。一つは、上述した歯科補綴の費用である。これは単に折半負担を廃止して全額本人負担としたにとどまらず、さらに賃金比例も改めて定額制とし、しかも民間保険との選択を認めるなど、限りなく民間保険に近い姿に変容

させた。

もう一つが傷病手当金で、公的医療保険の給付総額に占める割合は5%程度で、これを給付から除外するとの提案もあったが最終的には給付カタログには残すものの、その費用に見合うものとして被保険者本人のみの負担による0.5%の特別保険料が創設された。

このように事業主の折半負担を伴わず被保険者本人のみの負担による新たなタイプの社会保険料は、事業主に賃金追加コスト負担をもたらさずに増加する医療費を賄うという命題に対する有力な解として今後とも拡大する可能性があるものと考えられる。

IV おわりに—根本的な改革の可能性—

これまで見てきたように、90年代からの各党の医療保険改革の選択肢は与野党合意によるGMG2004により一つの集約を見たということができ、中途半端なものを含めてほぼすべてのメニューが出そろった状況にある。このため、今後は着実に法律に盛り込まれた新たな方向性を具体化し、成果を上げる努力が行われることになろう。

これに対して、制度の基本枠組みを変更する改正はよほどの緊急事態が生じない限りは、少なくとも2006年の次期総選挙の結果により大きな政治状況の変化がない限りは現実味を帯びることはないものと考えられるが、中期的にはこれに向けての諸提案は活発化するものと見込まれる。具体的には、社会保障の安定的な将来構想について検討するリユールップ委員会が2003年9月に提出した最終報告書の中では、医療保険について全く方向が異なる2つの改革の選択肢が提案されている。

その一つはラウターバッハ教授らが主導する案で、公的医療保険ですべての国民をカバーし、その費用については現行制度のように賃金および賃金代替給付である年金等に限らず、利子・家賃等

の財産所得を含むすべての所得を対象とする市民保険 (Bürgerversicherung) の提案である。これについては SPD がすでに党大会で基本的に賛成の態度を決めるなど、現連立与党は細部についてはさまざまな異論を抱えつつも基本的にこの方向を支持する流れにある。

これに対してリユールップ委員長自身は社会保険はリスクの分散に徹するべきで所得再分配は税の機能に純化すべきだとし、また企業の負担を軽減すべしとの立場から、すべての成人が個人で定額の保険料負担をおこなう定額保険料 (Kopfprämien) の導入を提案している。CDU/CSU が元連邦大統領を委員長として独自に設置したヘルツォーク委員会もこの定額保険料方式を打ち出しており、これも内部に異論を抱えつつもこの方向に傾きつつある。この方式はすでにスイスで採用されており、GMG2004によりすでに歯科補綴の費用についてはこの方式が例外的とはいえ導入された。さらに、競争的な枠組みを基本に持つ公的医療保険という面でドイツと類似点が多い隣国オランダではすでに1989年から賃金比例の医療保険料に加えて各疾病金庫ごとに決める定額保険料が導入されており、近い時期に医療保険料収入全体の半分以上をこれによる方針であるとされている状況⁷⁾などを考えると、ドイツにおいてもこの方向での抜本改革の主張も今後勢いを増していく可能性もある。

このような各党の抜本改革に対する基本姿勢には大きな隔たりがあり、現在の制度には一世紀を超える長い経緯もあるため、これが近い時期に現実の政治のタイムスケジュールに載ることは困難だと考えられるが、このような制度の基本枠組みの変更はまだ踏み込んだドラステックな改革の提案や論争についても引き続き注視が必要であろう。

注

- 1) 法律としては1988年末に成立しているが、「いつの改革」というような改革の内容を分かりやすく指し示す場合にはドイツでも当該法律の主要部分が施行された年とともに用いる場合が多く、その方が分かりやすいため、以下の他の改革についても同じように表記する。
- 2) 法律の詳細な内容については松本[1998]を、リスク構造調整の仕組みと運用の詳細については船橋[1998]を参照されたい。
- 3) 詳細な経緯や内容の特徴については、田中[1998]を参照されたい。
- 4) BT-Drucksache 15/1525.
- 5) リスク構造調整実施後のリスク選別による新たな問題と対策の詳細については、健康保険組合連合会[2001]第2章(2)ドイツ、田中[2003]等を参照されたい。
- 6) 薬剤定額給付制をめぐる一連の訴訟と判決は、保険者選択制の下で保険者が事業者としての性格を強めていった場合に、これと医療供給者や製薬企業との関係について、伝統的な社会法の適用とカルテル法などの経済法の適用とがどう交錯するかという興味深い法律論を提起している。詳細は田中[2001]を参照されたい。
- 7) 2003年11月17日に東京で開催されたISSA イニシアティブ日本プロジェクト国際シンポジウム「持続可能な医療保険制度を目指して」におけるオランダ保健福祉スポーツ省立法法律部長Hamilton氏の報告による。

参考文献

- 船橋光俊 1998「ドイツ医療保険のリスク構造調整—93年構造改革の原理と課題」『社会保険旬報』No.1994 pp.43-47, No.1995 pp.33-39, No.1996 pp.35-39
- 健康保険組合連合会 2001「医療保険制度に関する国際比較研究報告書」
- 松本勝明 1998「社会保障構造改革—ドイツにおける取組みと政策の方向」信山社
- 松本勝明 2003「ドイツ社会保障論—医療保険—」信山社
- 田中耕太郎 1998「ドイツ第3次医療保険改革に見る医療費負担の方向性」『社会保険旬報』No.1972 pp.10-15, No.1973 pp.28-32, No.1975 pp.26-30
- 田中耕太郎 2001「ドイツにおける薬剤定額給付制に関する特別法の成立とその意義」『社会保険旬報』No.2114 pp.14-19
- 田中耕太郎 2003「特集1ドイツ リスク構造調整をめぐる動きと新たな医療費抑制策」『けんぽれん海外情報 No.58』pp.17-23

(たなか・こうたろう 山口県立大学教授)