

シュレーダー政権下での医療保険改革の評価と今後の展望

松本 勝明

■ 要約

これまでのシュレーダー政権下においては、保険料率の維持・引下げおよび医療供給の質と経済性の向上を目的とし、かつ、そのための手段として疾病金庫間の競争を促進することを重視した改革が行われた。それにとどまらず、医療供給の各分野間の連携強化などを通じた質の高い医療の確保や患者の権利の強化を図るため、多角的な取組みが可能となる多様な手段の整備が行われた点において大きな前進がみられた。昨年秋の大連立政権発足時に合意された政策は、従来の改革をさらに発展させることを目的としたものを中心となっており、少なくとも、これらの政策は、今後、確実に実施されていくものと考えられる。一方、両党がそれぞれ主張する国民保険および人頭保険料の案については、ドイツ医療保険の基本原則である連帯原則にかかわる基本的な対立を含んでおり、双方の主張を取り入れた形での抜本的な改革案を見出すことは容易ではない。

■ キーワード

ドイツ医療保険改革、疾病金庫間の競争、医療供給の質と経済性、国民保険、人頭保険料

はじめに

ドイツにおいては、昨年秋の政権交代までに7年間続いたシュレーダー政権の下で、人口高齢化の進展や医療技術の進歩などに対応した医療保険改革のためのさまざまな取組みが行われた。しかし、依然として解決すべき課題が残されており、今後とも改革の継続的な実施が必要となっている。

医療保険に関する政策については、昨年連邦議会選挙において、キリスト教民主・社会同盟(CDU/CSU)と社会民主党(SPD)の考え方が真っ向から対立し、両党間での最大の争点のひとつとなった。このような経緯からみて、この両党による大連立政権の下で今後の医療保険改革がどのように進められていくのかが大いに注目される場所である。

そこで、本稿においては、まず、シュレーダー政権下での医療保険改革について総括し、その評価を行うとともに、それを踏まえて、新政権による政策の方向性を展望する。

1. シュレーダー政権下の改革

シュレーダー政権の下では、医療保険の包括的な改革を行うための法律として、1999年には2000年医療保障改革法(GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000)が、さらに、2003年には医療保険近代化法(GKV-Modernisierungsgesetz)が制定された。このほか、2000年から2002年までの間にも、医療保険の個別分野にかかわる法改正が行われた¹⁾。

以下においては、これらを通じて実施された改革の目的および内容を総括するとともに、その評価を行うこととする²⁾。

(1) 改革の目的

ドイツの医療保険は、すべての被保険者に対して、その年齢、性別および所得のいかんにかかわらず必要な医療が受けられることを保障しているが、これを将来にわたって維持・発展させるためには、一層の改革が必要となっている。

その理由の一つは、高齢化の進展や医療技術の進歩により、今後とも、医療保険において収入の増加を上回る支出の増加がもたらされると予想されることにある。このような状況に対して保険料率の引上げにより対応することはもはや困難となっている。なぜならば、ドイツ経済が国際競争の中に一層組み込まれる中で、保険料率の引上げは、賃金付随コストを上昇させ、産業の立地場所としてのドイツの魅力をさらに失わせることにより、国内雇用を悪化させることが危惧されているからである。このため、保険料率の維持あるいは引下げを図ることは、シュレーダー政権下の医療保険改革における重要な目的となった³⁾。

また、現状の医療供給には、異なる分野（例えば、外来と入院）間での連携が欠如しているなどの構造的な問題が存在している。このため、医療には多くの費用がかけられているにもかかわらず、必ずしも十分な効果が上がっていないことが指摘されている⁴⁾。このような問題を解決するために医療供給の質と経済性を高めることは、医療保険改革のもうひとつの重要な目的となった。

保険料率の維持・引下げと質の高い医療の確保という一見対立的なこの二つの目的は、医療供給の効率を高め、無駄を省くことができれば、両立可能であると考えられた⁵⁾。

(2) 改革の内容

① 競争の促進

これらの目的を達成するための手段としては、従来のコール政権⁶⁾下と同様に、医療保険の実施にかかわる当事者間での競争の役割が重視され

た。ただし、この競争は、あくまでも連帯原則（Solidaritätsprinzip）に基づく医療保険の枠組みの中で行われるものである。この場合の連帯原則とは、所得に応じて負担される保険料を財源に医療上の必要性に応じた給付を行うことにより、高所得者と低所得者、高齢者と若年者、健康な者と病気がちな者との間の社会的調整（再分配）を通じた社会連帯の実現を図るという考え方を意味している⁷⁾。

ア. 疾病金庫間の競争の導入

医療保険における競争は、これまでのところ、特に保険者である疾病金庫間において大きな進展がみられる。ドイツにおいては、コール政権時代の1996年から被保険者が自ら加入する疾病金庫を選択する権利が大幅に拡大された。従来、各被保険者は、基本的に、それぞれの職業、勤務事業所および居住地に応じて加入する疾病金庫が定められていたが、この拡大により、各被保険者は複数の疾病金庫から自分が加入する金庫を選択することが可能となった⁸⁾。これにより、各疾病金庫は被保険者の獲得をめぐる互いに競争する立場に立たされた。この競争は、各疾病金庫に保険料率引下げなどのための経営努力を促す効果を持つと期待された。

しかし、各疾病金庫間には、被保険者の年齢構成や所得水準などのリスク構造において大きな違いが存在し、それが各疾病金庫の保険料率にも大きな格差をもたらしていた。したがって、そのままの状態では、公平な競争は実現せず、有利なリスク構造を持った疾病金庫が競争上も優位に立つだけになってしまう。これでは、各疾病金庫に対して、本来の経営努力を促すことにはならず、むしろ、有利なリスクを持った被保険者（例えば、より若く、より所得の高い被保険者）の選別を行う誘引を与える恐れがあった。このため、公平な競争のための前提条件の整備を目的としてリスク構造調整

(Risikostrukturausgleich)が導入された。これにより、各疾病金庫における被保険者の所得水準、年齢および性別ならびに家族被保険者数の違いが競争上の有利・不利をもたらさないよう、財政的な調整が行われることになった⁹⁾。

イ. 競争導入の影響と問題点

リスク構造調整を伴った疾病金庫間の競争は、各疾病金庫の保険料率に応じた被保険者の大幅な金庫間移動をもたらした。疾病金庫への競争圧力が高まるなかで、競争力の向上を狙いとした疾病金庫の合併が促進され、金庫数は大幅に減少した。また、リスク構造調整を通じた財政移転は、金庫間での保険料率の平準化にも効果を発揮した¹⁰⁾。

一方、給付の質を高める観点からは、この競争には問題点が存在した。例えば、疾病金庫が慢性病患者に対する適切な医療の確保に努力することは、給付費の増加や他の疾病金庫からの慢性病患者の流入を誘発することにより、競争上の不利をもたらす恐れがあった。また、リスク構造調整においては、年齢および性別が同じであれば、健康な者も、慢性病患者も同等の医療給付費がかかるものとして取り扱われるため、より健康な被保険者を獲得しようとしてリスク選別が行われる余地が存在した。このような歪みを抱えたままでは、疾病金庫間の競争が本来期待される効果を十分に発揮することはできないと考えられた。

ウ. 改善策

このため、シュレーダー政権の下では、疾病金庫間のより公平な競争を実現するために、リスク構造調整制度の改善が図られた。2002年からは、疾病管理プログラム(Disease-Management-Programm)¹¹⁾の制度が導入され、慢性病患者に対する適切な治療を促進するためのプログラムに基づき行われる給付のために通常よりも多くの費用がかかることがリスク構造調整において配慮され

ようになった。さらに、2007年からは、現在のような年齢、性別などの間接的な指標ではなく、被保険者の疾病罹患状況を直接考慮することによりリスク構造調整を行う方法を導入することが予定されている。

エ. 質をめぐる競争

疾病金庫間の競争は、これまでのところ、保険料率および被保険者サービスをめぐるものにとどまっており、給付の質をめぐるものにはなっていない。競争の対象を給付の質にまで広げるためには、各疾病金庫が個々の給付供与者(Leistungserbringer、保険医、病院など)とともに新しい診療プロセスや給付形態を開発することなどを通じて、被保険者のニーズや要望により適合した給付を確保することが可能となる必要がある。しかしながら、例えば、外来診療においては、疾病金庫の連合会と全保険医の利益を代表する保険医協会との間の統一的な契約締結が原則となっている。このため、2000年医療保障改革法により導入された家庭医、専門医、病院の連携による「統合された医療供給」(Integrierte Versorgung)方式では、個々の疾病金庫と個々の給付供与者との間の契約締結が可能とされた。このことは、給付供与者間の競争を促進することにもつながるものと期待される。

② 医療供給の質と経済性の向上

医療供給の質と経済性を高める観点からは、競争を促進することだけでなく、次のような多様な取組みが行われた。

ア. 分野間の連携強化

外来診療を担当する保険医(家庭医および専門医)¹²⁾ならびに入院療養を担当する病院の連携の下で、患者の状況に応じた適切な医療供給を可能にするため、前述の「統合された医療供給」方式および疾病管理プログラムが導入された。また、

医療の水先案内人としての家庭医の機能強化が図られるとともに、家庭医を中心とした診療の確保に資するため、家庭医の指示なしには専門医の診療を受けないことを誓約した被保険者に対する一部負担金、保険料の割引が可能とされた。ドイツにおいて、病院は、基本的に入院療養のみを担当してきたが、疾病管理プログラムに基づく場合などには、入院療養以外に外来での専門医療を行うことが認められた。さらに、専門分野の異なる複数の医師が他の給付供与者とも協力して外来診療を行う医療供給センター（Medizinisches Versorgungszentrum）を設けることが認められた。

イ. 質の確保

給付供与者全般に対して、自らが提供する給付の質の確保・改善に関する法律上の責務が課された。この責務を具体化するため、保険医、病院などに対して、疾病金庫側と給付供与者側による共同連邦委員会（Gemeinsamer Bundesausschuss）が定めた指針に従い、質の確保のための措置に参加することおよび自ら質のマネジメントを実施することが義務づけられた。また、保険医による診療の質の確保に関する保険医協会の責務が強化され、同協会に対して、そのために行った活動を毎年公表することが義務づけられた。

ウ. 継続教育の義務づけ

保険医に対して、その職務遂行に必要な専門知識の維持・向上を図るため、最新の科学的知見に対応した内容の継続教育を受講することが義務づけられた。

エ. 「医療の質と経済性に関する研究所」の設置

共同連邦委員会により、「医療における質と経済性に関する研究所」（Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen）が中立的

な専門研究機関として設置されることになった。この研究所は、重要疾病の治療指針の評価、疾病管理プログラムに関する勧告、薬剤有用性の評価など、医療保険により提供される給付の質と経済性に関する重要問題を担当する。

オ. 患者の権利強化

患者の権利を強化するため、診療内容および診療費などに関する情報提供の改善が図られるとともに、疾病金庫側と給付供与者側が診療指針などを協議・決定する共同連邦委員会に患者団体代表が参加し、意見を述べる事が認められた。また、連邦政府に患者の利益を代表する役職がおかれた。

カ. 診療報酬制度の見直し

病院運営の効率性の向上を目的として、診断群（DRG）に応じて包括的な入院診療報酬が支払われる制度が導入されることになった。外来診療報酬についても、患者の需要に応じたものとするため、州レベルの疾病金庫の連合会と保険医協会との間で合意される標準給付量（Regelleistungsvolumina）の範囲内では固定された一点当たり単価により支払われる新たな制度が導入されることになった¹³⁾。なお、標準給付量を超える部分の給付については、合意された一点当たり単価の10%で計算した報酬が支払われる。

③ 使用者負担の軽減

保険料の使用者負担分の軽減を図るため、歯科補綴および傷病手当金のための費用が被保険者だけで負担される保険料により賄われることになった。また、「保険になじまない給付」（versicherungsfremde Leistung）¹⁴⁾のための疾病金庫の支出に対して、連邦がタバコ税の引上げによる増収を財源とした財政補填を行うことになった。

(3) 評価

以上のように、保険料率の安定および医療供給の質と経済性の向上を改革の目的とし、かつ、そのための手段として、連帯を基礎とする医療保険にあっても競争を重視する点において、シュレーダー政権の政策には従来からの政策との共通性が見出せる。また、シュレーダー政権により行われたリスク構造調整の改革や疾病金庫と給付供与者との関係の弾力化は、疾病金庫選択権の拡大により作り出された医療保険の競争的な枠組みをさらに発展させるためのものであり、その意味では従来からの政策の延長線上にあると考えられる。

一方、シュレーダー政権の政策に特徴的な点は、医療供給の質と経済性の向上を図るため、医療供給の構造的な問題を解決し、資源の効率的な利用を図るとともに、患者の権利を強化するための多角的な取組みが可能となる手段を整備した点にある。もちろん、それらの手段が期待どおりに機能し、中長期的に効果を発揮するかどうかは、実際にそれらを活用して医療供給の質と経済性を高めるための具体的な取組みを行うことになる関係者(疾病金庫および給付供与者)の対応にも依存している。したがって、その効果については今後の動向を見守る必要があるが、少なくとも、そのような取組みを可能とする多様な手段を整備した点において、シュレーダー政権は従来からの政策を大きく前進させたものと評価できる。

2. 新政権の政策合意

(1) 選挙公約

2003年に制定された直近の改革法である医療保険近代化法については、当時の与党であった社会民主党と野党であったキリスト教民主・社会同盟との合意に基づく法案が提出され、可決成立したものである。したがって、少なくともこの法律に示された政策の方向性について、両党の間での大きな相違が存在するわけではなかった。

しかしながら、昨年秋の連邦議会選挙に際し選挙公約¹⁵⁾として発表された今後の基本政策において、社会民主党は国民保険(Bürgerversicherung)、一方、キリスト教民主・社会同盟は人頭保険料(Gesundheitsprämie)¹⁶⁾の導入を公約し、両党の考え方は大きく対立した。

① 国民保険

社会連帯を重視する社会民主党は、医療保険における負担の公平の実現を目的として、国民保険の案を提案した¹⁷⁾。

前述のとおり、現行の医療保険は、連帯原則に基づく制度となっており、高所得者と低所得者との間などでの所得再分配を行う機能を有している。ドイツの医療保険の被保険者は主として被用者であり¹⁸⁾、我が国のように医療保険がすべての国民を対象としているわけではない。また、被用者であってもその賃金・給与が一定限度¹⁹⁾を超える高額所得者は医療保険への加入義務が免除されている。このため、高額所得者、自営業者、官吏などは医療保険による再分配に参加していない。

医療保険の保険料額は、各被保険者の賃金・給与の額²⁰⁾に応じて算定されるため、資産収入の多寡は保険料額に影響を及ぼさない。したがって、総収入の額が同じ被保険者であっても、それに占める資産収入の割合が違えば、それぞれの被保険者が負担しなければならない保険料額は異なるものとなる。

現行制度にはこのような問題が存在するため、医療保険における負担の公平を実現し、連帯の強化を図ることを目的とした改革が必要であると考えられた。このため、すべての国民を被保険者とし、かつ、より広範な収入を保険料の賦課対象に含めることを柱とする国民保険の導入が提案された。

国民保険では、高額所得者、自営業者および官吏を含むすべての国民に加入義務が課せられる。

国民保険は、現在の医療保険の保険者である疾病金庫と民間医療保険の保険者(保険会社)により運営される²¹⁾。ただし、この場合の民間医療保険には、通常の民間保険とは異なる考え方が適用される。すなわち、国民保険の保険者に対しては、対象者のリスクを考慮することなく、たとえ病気や障害を有する者であっても、被保険者として受け入れる義務が課せられる。また、現在の医療保険と同じ給付が維持されるため、支払った保険料の額にかかわらず、医療上の必要性に応じた給付が現物給付として行われる。一方、保険料は、たとえ民間医療保険であっても各被保険者の経済的な負担能力に応じて賦課される。保険料を負担せず保険の対象となる家族被保険者の制度も維持される。以上の結果、国民保険においては、民間医療保険も、現行の医療保険と同様、連帯原則に基づく制度となる²²⁾。国民は、いずれの保険者に加入するかを自ら選択することができる。また、保険会社を含めたすべての保険者間でリスク構造調整が行われる。これにより、国民保険の保険者としての疾病金庫と保険会社は、同等の競争条件の下で、互いに競争する立場に立つことになる。

国民保険における保険料は、当面は従来どおり賃金・給与に基づき算定されるが、将来的には利子などの資本収入もこれに含まれる²³⁾。この場合、賃金・給与に賦課される保険料は、引き続き、労使折半により負担される。この保険料賦課対象の拡大は、賃金・給与に賦課される保険料の軽減を通じて、賃金付随コストの削減にも寄与するものと期待されている。

② 人頭保険料

使用者が負担する賃金付随コストの軽減を通じた雇用の拡大を重視するキリスト教民主・社会同盟は、保険料と賃金・給与との関係を断ち切ることを目的として、人頭保険料の案を打ち出した²⁴⁾。

賃金・給与を基に算定される保険料による収入

は、勤労世代の減少や失業者の増加による影響を受ける。一方、医療保険の支出は高齢化の進展や医療技術の進歩などにより増加を続けるため、保険料率の引上げなしにはそれを賄えなくなることが予想される。しかし、保険料率の引上げは、賃金付随コストをさらに上昇させ、雇用拡大と経済成長の妨げになることが危惧される。

このような問題を解決するため、人頭保険料の導入が提案された。この案では、従来の賃金・給与に応じた保険料に代えて、家族被保険者を含むすべての成人の被保険者に対して、必要な費用を賄うことができる定額の人頭保険料が賦課される。この人頭保険料の額は、それぞれの疾病金庫の被保険者一人当たり平均支出に相当したものになる。人頭保険料は、被保険者がその賃金・給与の額などにかかわらず負担する定額の個人保険料(*persönliche Gesundheitsprämie*)と使用者の拠出により賄われる定額の使用者保険料(*Arbeitgeberprämie*)から構成される。各使用者は使用者保険料のために賃金・給与の一定割合に相当する金額を拠出する(使用者拠出金)²⁵⁾。2004年にまとめられたキリスト教民主・社会同盟の合意モデル²⁶⁾によると、人頭保険料の額は平均で月額169ユーロ(そのうち個人保険料は109ユーロ、使用者保険料は60ユーロ)となっている²⁷⁾。また、使用者拠出金の賃金・給与に対する割合は6.5%となっている。この割合は固定されるため、高齢化の進展や医療技術の進歩などにより医療保険支出が増加しても、使用者の負担はそれ以上増加しない。

所得の低い被保険者に対しては、保険料の補填が行われる。すなわち、前述の合意モデルによると、被保険者の収入の7%が個人保険料の額を下回る場合には、当該被保険者は収入の7%に相当する額を負担し、その額と個人保険料額の差額は使用者拠出金を財源として補填される。また、成人に達しない子に対しては保険料負担が免除される。この免除のために必要な費用は税財源により

賄われる。

なお、この案の場合には、国民保険の案のような被保険者の範囲や民間医療保険との関係の見直しは含まれていない。

③ 問題点

この双方の案については、それぞれ反対の側からの批判が行われた。国民保険の案に対しては、この案が保険料と賃金・給与との関係を断ち切ることにはつながらず、医療保険支出の増加が今後とも賃金付随コストの上昇を通じて国内雇用にも悪影響を及ぼすことになるとの批判がある。また、国民保険の案には、既に民間保険に加入している者の扱いや賃金・給与以外の収入の捕捉などの問題がある。

一方、人頭保険料の案に対しては、高所得者の負担を軽減する案であり、医療保険における連帯を損なうことになるとの批判がある。また、人頭保険料の案の場合には、低所得者や未成年の子の保険料に対する補助のために必要な多額の財源をいかにして確保するかが問題となる。

(2) 連立協定

連邦議会選挙の結果を受け、大連立政権を組織することになったキリスト教民主・社会同盟と社会民主党は、昨年11月、新政権による今後4年間の政策を連立協定²⁸⁾として取りまとめた。

医療保険に関しては、選挙前から続いている国民保険と人頭保険料をめぐる両党間の対立が連立協議にも持ち込まれた。この点に関しては、協議の最後まで両党の間での合意は成立しなかった。このため、問題の解決が先延ばしされ、連立協定上は2006年中に両党が合意しうる案を見出すこととされた。

それ以外の点では、基本的に、従来と同様の考え方に基づく政策がさらに推進される。すなわち、競争的な誘因を与えることにより、構造的な改革

を進め、医療供給の質と経済性の向上、患者の権利の拡大を図ることが政策の目的となる。このため、外来診療、入院療養などの各分野において、質の高い医療を確保するための診療報酬制度の改善、外来・入院の垣根を越えた活動を可能にするための制度の弾力化を進めることなどが合意された。また、開業医、病院などの連携による適切な医療を確保するための「統合された医療供給」方式や疾病管理プログラムをさらに推進するための方策が講じられる。保険者である疾病金庫に関しては、金庫組織の効率性を高める観点から、金庫の種類を超えた合併を可能にする²⁹⁾、金庫間の公平な競争の前提となるリスク構造調整制度の改善が図られる。

これらと併せて、最近、著しい伸びを示している薬剤支出³⁰⁾を抑制するため、後発医薬品について5%の価格引下げを行うとともに、すべての医薬品の価格を2年間凍結することとされた。

3. 今後の展望

選挙公約を見る限り、今回の連立政権を構成する両党の政策には、その考え方が大きく異なるものが含まれていた。しかし、連立政権としての政策は、当然のことながら両党による合意の成立が可能な範囲のものにとどまることになる。医療保険に関しては、医療保険近代化法が両党の合意に基づき成立したことが示すように、二大政党の政策は競争的な誘因を与えることにより医療供給の質と経済性の向上を図ろうとする点において共通性を有していた。このため、実際に連立協定に盛り込まれた政策は、従来の改革をさらに発展させることを目的としたものが中心となっている。連邦議会および連邦参議院において与党勢力が多数を占めている大連立政権の下では、少なくともこの合意に基づく政策は確実に実施されていくものと考えられる³¹⁾。

一方、両党が主張する国民保険および人頭保険

料の案については、連立協議では両党の対立が解けず、その解決が先送りされた。また、連立政権成立後の協議においても調整が難航している。その理由は、双方の案の基本的な考え方が、ドイツ医療保険の基本原則である連帯原則を巡って真っ向から対立していることにあると考えられる。すなわち、国民保険の案の目的は、負担の公平を実現するために、すべての国民を医療保険の対象に取り込むとともに、保険料の賦課対象を拡大することにより、医療保険の再分配機能を強化・発展させることにある。これに対して、人頭保険料の案は、医療保険支出の増加が賃金付随コストの増加に結びつくことを避けるために、賃金・給与と保険料との関係を切り離そうとするものである。これにより、賃金・給与に応じて保険料を賦課することに基づく医療保険の再分配機能は廃止される。

このような基本的対立を含んだ国民保険および人頭保険料の案について、双方の主張を取り入れた形での抜本的な改革案を見出すことは容易ではない。また、現在の大連立政権の下で、いずれか一方の考え方に立った改革が実施されるとも考え難い。

120年前に成立したドイツの医療保険については、社会・経済情勢の変化に対応して数多くの改革が行われてきた。その中でも医療保険の基本原則は今日においてもなお維持されてきている。それにもかかわらず、国民の幅広い支持を集める二大政党の間で、医療保険の基本原則にかかわる議論が行われていることは、医療保険が社会経済のかつてない構造変化に直面していることの表れでもある。

[付記] 本稿は平成17年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)『医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究』(主任研究者: 島崎謙治)による研究成果に基づき取りまとめたものである。

注

- 1) そのようなものとしては、診断に応じた包括報酬制度の病院への導入に関する法律(Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser), 薬剤予算制廃止法(Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz), 薬剤支出制限法(Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz), 公的医療保険におけるリスク構造調整の改革のための法律(Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung)などが挙げられる。
- 2) 2000年医療保障改革法および前掲の個別分野の改正法の詳細については、松本(2003)を参照されたい。また、独語文献では、Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Übersicht über das Sozialrecht, 2. Aufl., Nürnberg 2005, S. 142 ff.において、2005年までの医療保険改革の動きが述べられている。
- 3) Koalitionsvertrag zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands und Bündnis 90/Die Grünen vom 20. Oktober 1998, Gerechte Steuern, ökologische Steuer- und Abgabenreform, 3. Senkung der Lohnnebenkosten durch eine ökologische Steuer- und AbgabenreformおよびBundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Wir gestalten den Wandel, Berlin 2005, S. 44.
- 4) 医療協調行動会議の専門家委員会(Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen)が2000年12月に取りまとめた報告書(Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit)によれば、ドイツの居住者一人当たり保健医療支出は、OECD諸国の中でアメリカおよびスイスに次いで第3位であるにもかかわらず、重要な指標でみれば、その効果は平均以下の水準にある。
- 5) Bundestagdrucksache 14/1245, S. 53.
- 6) 1982年以降シュレーダー政権が誕生するまでの16年間は、キリスト教民主・社会同盟および自由民主党(FDP)がキリスト教民主同盟のコール氏を首相とする連立政権を構成していた。
- 7) Ebsen I./Knieps F., Krankenversicherung, in: von Maydell B./Ruland F. (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch (SRH), 3. Aufl., Baden-Baden 2003, S. 851.
- 8) 海員、鉱山従業員、農業経営者などについては、疾病金庫選択権拡大の対象とされなかった。
- 9) この調整が行われることにより、例えば、より若く、より所得の高い被保険者を集めることは、それに相応した拠出金の増加または交付金の減少をもたらすだけで、競争上の有利にはつながらない。
- 10) 疾病金庫の種類別で見ると、リスク構造調整導入前の保険料率が最高および最低であった地区疾病金庫(AOK)および企業疾病金庫(BKK)では、被保

除者数はAOKで519万人の減少、BKKで683万人の増加、金庫数はAOKが271から17に、BKKが741から222に、両者の保険料率格差は1.97パーセントポイントから0.49パーセントポイントに変化した。(データは、いずれもBundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Statistisches Taschenbuch Gesundheit, Ausgabe 2005, Bonn 2005による。)なお、被保険者数の変化は疾病金庫選択権拡大前の1995年、金庫数の変化は合併要件緩和前の1992年、保険料率の変化はリスク構造調整実施前の1993年の状況をそれぞれ基準として2004年の状況と比較した。

- 11) 疾病管理プログラムの詳細については、松本(2004) 591頁以下を参照されたい。
- 12) 医療保険による外来診療は、一般医、小児科医などにより行われる家庭医診療と専門医診療に区分されている。ただし、被保険者が医療保険による外来診療を受ける場合に、まず最初に家庭医にかかることが義務づけられているわけではなく、直接、専門医にかかることも認められている。
- 13) 従来の制度では、州レベルの疾病金庫の連合会と保険医協会との間で外来診療報酬の総額が取り決められ、保険医協会がその総額を各保険医の行った給付に基づき算定される報酬点数に応じて配分を行う。このため、保険医の行った給付の総量(総点数)に応じて、一点当たり単価が変動する。
- 14) 法律上は、具体的にいずれの給付が「保険になじまない給付」に該当するのかが明確にされていないが、出産手当金などがこれに該当するものと考えられる。(Hänlein A., V. Beitrags- und Finanzierungsrecht, in: Kruse J/Hänlein A., Das neue Krankenversicherungsrecht, Baden-Baden 2004, S. 171.)
- 15) 社会民主党の選挙公約は「社会民主党選挙マニフェスト」(Das Wahlmanifest der SPD (<http://www.spd.de>)), キリスト教民主・社会同盟の選挙公約は「施政方針2005-2009」(Regierungsprogramm 2005-2009 (<http://www.cdu.de>))として発表された。
- 16) これを直訳すれば「健康保険料」となるが、その内容に合わせて、「人頭保険料」という。
- 17) 以下に述べる国民保険の案の内容等は、社会民主党選挙マニフェストおよびSPD, Die Bürgerversicherung: Solidarität nutzt allen, Berlin, 29.8.2004による。
- 18) 被用者のほかにも、公的年金の受給者、失業手当の受給者、農業経営者、芸術家などに医療保険への加入義務が課されている。
- 19) この額は、2006年では、年47,250ユーロと定められている。
- 20) 年金受給者の場合には年金額に応じて保険料が算定される。
- 21) 現在、保険会社は医療保険の加入者を対象に医療保険では負担されない費用をカバーする付加的な民間医療保険だけでなく、医療保険に加入していない者を対象とした医療保険に代替する民間医療保険を提供している。保険会社は、国民保険の保険者として位置づけられることにより、引き続き両方の種類の民間医療保険を販売することが可能となる。これは、国民保険が保険会社の活動領域を奪うことになるとの批判に配慮したものと考えられる。
- 22) 民間保険の給付や保険料に関して一定の制約を加える例は既に介護保険に見られる。介護保険の場合には、民間医療保険の加入者に対して民間介護保険への加入義務が課されている。この民間介護保険に関しては、保険契約の締結義務、(公的)介護保険と同等の給付の実施、保険料額に関する制限などが、介護保険について規定する社会法典第11編において定められている。
- 23) 資本収入に対して賦課される保険料は、国民保険の保険者が税務署のデータを基に保険料を賦課することや、資本収入に応じて課税される税金に付加して徴収し、それを国民保険の保険者の財源として用いることが考えられている。(SPD, Die Bürgerversicherung: Solidarität nutzt allen, Berlin, 29.8.2004, 4. Solidarität auf breiter Basis.)
- 24) 以下に述べる人頭保険料の案の内容等は、キリスト教民主・社会同盟の「施政方針2005-2009」およびCDU/CSU, Reform der gesetzlichen Krankenversicherung -Solidarisches Gesundheitsprämien-Modell vom 15.11.2004による。
- 25) 年金受給者の場合には、年金保険者が使用者分の拠出を行う。
- 26) CDU/CSU, Reform der gesetzlichen Krankenversicherung -Solidarisches Gesundheitsprämien-Modell vom 15.11.2004.
- 27) キリスト教民主・社会同盟の選挙公約(施政方針2005-2009)においては、「いずれの被保険者にも、人頭保険料の導入時点では、従来よりも重い負担は発生しない。」とされているだけで、人頭保険料の金額ならびに保険料補助の財源および金額は明示されていない。
- 28) „Gemeinsam für Deutschland-mit Mut und Menschlichkeit“, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005. (<http://www.cdu.de>)
- 29) これにより、例えば、地域単位で設立されている地区疾病金庫と我が国の健保組合のように企業単位で設立されている企業疾病金庫との合併が可能となる。
- 30) 2005年上半期の医療保険における被保険者一人当たり薬剤支出は、前年同期比で20.5%の増加となった。

た。(Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Finanzentwicklung der GKV, Pressestelle-Berlin, den 02.09.2005).

- 31) 連立協定で定められた後発医薬品の価格引下げ、医薬品価格の凍結などを実施するための「医薬品供給の経済性の改善に関する法律案」(Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung(Bundestagdrucksache 16/194))は、連立政権発足3週間後の2005年12月13日に連邦議会に提出された。

参考文献

- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Statistisches Taschenbuch Gesundheit, Ausgabe 2005, Bonn 2005.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Übersicht über das Sozialrecht, 2. Aufl., Nürnberg 2005.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Wir gestalten den Wandel, Berlin 2005.
- Hauk K./Noftz W. (Hrsg.), SGB V Gesetzliche

Krankenversicherung, Berlin, Loseblatt.

Kruse J./Hänlein A., Das neue Krankenversicherungsrecht, Baden-Baden 2004.

von Maydell B./Ruland F.(Hrsg.), Sozialrechtshandbuch (SRH), 3. Aufl., Baden-Baden 2003

Orlowski U./Wasem J., Gesundheitsreform 2004, Heidelberg 2003.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, 2002 Baden-Baden.

松本勝明2003「ドイツ社会保障論I —医療保険—」信山社

松本勝明2004「慢性病患者に対する医療の改善のための取組み—ドイツにおける疾病管理」『個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究』厚生労働科学研究費政策科学推進研究事業平成15年度研究報告書

(まつもと・かつあき)

国立保健医療科学院福祉サービス部長)