

ドイツにおける 2007 年医療制度改革 — 競争強化の視点から —

松本 勝明

■ 要約

本稿は、ドイツの 2007 年医療制度改革について、公的医療保険財政制度の改革と選択的料率の拡充を取り上げて検討・評価するとともに、わが国への示唆を導出するものである。

健康基金の創設を中心とする財政制度の改革は、疾病金庫間の競争を強化し、給付の効率化に向けた疾病金庫の努力を更に促進する効果を持つものと考えられる。この改革は、わが国にとっては、公平な負担を実現するための財政調整のあり方を検討する必要性を示唆するものである。

また、選択的料率の拡充は、被保険者に魅力的な選択肢を提供する反面、被保険者間に格差と分断をもたらす危険性を持つものと考えられる。この改革は、わが国にとっては、望ましい医療供給を促進する効果的な手段として一部負担や保険料の軽減を活用する必要性を示唆するものである。

重要なことは、こうした競争や選択の拡大が、将来的にもすべての国民に質の高い医療を保障することにつながるかどうかにある。

■ キーワード

公的医療保険競争強化法、ドイツ医療制度改革、健康基金、選択的料率、疾病金庫間の競争

I はじめに

ドイツにおいては、2005 年秋に成立したいわゆる大連立政権の下で医療制度改革に関する議論が進められ、2007 年 2 月には改革を実現するための公的医療保険競争強化法 (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung) が制定された。

その背景には、ドイツの医療制度が人口構成の変化に伴う問題に直面していることがある。人口高齢化はそれだけでも医療保険支出の増加要因となることは間違いない。それに加えて、医学・医療技術の進歩による新たな疾病の発見や新たな治療方法の開発が医療保険の支出を更に拡大させることになる。また、実際の医療供給においても様々な

問題点が存在している。すなわち、医療供給は、必ずしも効率的に行われておらず、過剰・過少供給が見られること、医療の質に相当のばらつきがあること、医療資源の配分が効率的に行われていないことなどが指摘されている¹⁾。

このような問題に対応し、すべての国民が将来においてもその年齢や所得にかかわらず、医学の進歩に対応した医療を受けられることを保障するためには、医療保険の財政制度そのものの見直しと併せて、医療供給の効率と効果を高めることが必要であると考えられた。そこで、医療の広範な分野にわたり、その構造を見直し、より競争的なものとするために、この改革法が制定されることになったわけである。

この法律は、次のことを目的としている。

- すべての居住者を公的医療保険又は民間医療保険による保障の対象とすること
- 被保険者による自己決定の範囲を拡大すること
- 疾病金庫間及び医療供給者間の競争の強化、透明性の向上などを通じて、医療の質と経済性を向上させること
- 医療保険の財政的な持続可能性の確保を図ること

これらの目的を達成するため、この改革法は、公的医療保険における被保険者の範囲、選択的料率、医療供給構造、保険者組織及び財政制度などに関する改正を行うとともに、民間医療保険に関する規定の見直しを行うなど、広範な内容を持ったものになっている。

近年のドイツにおける医療制度改革においては、連帯原則を基礎とする公的医療保険制度にあっては、被保険者による疾病金庫の選択を通じて保険者である疾病金庫間の競争を促進することにより疾病金庫の経営努力を促すことが政策の最も重要な柱のひとつとなっている。そこで、本稿においては、この法律による広範な分野にわたる改正の中から、競争との関連において特に重要な意味を持つと考えられる公的医療保険における財政制度の改革と選択的料率の拡充を取り上げ、検討・評価を行うとともに、それを通じてわが国の医療制度改革への示唆を導出する。

II 公的医療保険財政制度の改革

1. 現行の財政制度

ドイツの公的医療保険財政においては、わが国と同様、賦課方式が採用されている。すなわち、各年の医療給付などに必要な費用は、基本的に各年の収入によって賄われる。医療保険の保険者に対して相当の公費補助が行われているわが国とは

異なり、ドイツの場合には保険料収入が医療保険収入の大部分を占めている²⁾。各被保険者の保険料額は、その者の保険料算定の基礎となる賃金・給与などの収入(保険料算定基礎収入)に保険料率を乗じることにより算定される。このようにして算定された保険料は、被保険者本人とその使用者により折半負担される³⁾。

このように、各被保険者が負担すべき保険料の額は、その者の持つ疾病罹患のリスクの大きさではなく、賃金・給与などの多寡に応じて算定される。一方、医療保険の給付は負担した保険料の額にかかわらず、基本的に医療上の必要性に応じて行われる。このような仕組みを通じて、公的医療保険は、被保険者集団の内部において、健康な者と病気がちな者、若年者と高齢者、高所得者と低所得者の間での再分配を行う効果を持っている。公的医療保険においては、このような被保険者間の連帯を基礎とする連帯財政(Solidarische Finanzierung)方式が採用されていることに大きな特徴がある。実際、ドイツにおいて年金受給者世帯のための医療給付に要する費用のうち、年金受給者世帯が負担する保険料によって賄われている部分は4割程度に過ぎず(Rürup B. 2007: S. 25)、不足部分は勤労世帯が負担する保険料により補填されている。こうした再分配が生じる原因は、年金受給者のような高齢者は、通常、若年者に比べて多くの医療給付を必要とする一方で⁴⁾、年金収入はネットベースで現役時代の賃金・給与の70%程度を代替するに過ぎないからである。

ドイツの医療保険における財政責任は保険者である各疾病金庫が負っており、各疾病金庫は年々の支出に見合った収入が確保できる水準に保険料率を設定する。疾病金庫間には、加入する被保険者の年齢構成、被保険者の賃金・給与の水準などのリスク構造に大きな違いが存在する。各疾病金庫におけるリスク構造の違いは、疾病金庫間での保険料率の格差をもたらす原因となる⁵⁾。例えば、

より多くの高齢者が加入し、加入する被保険者の賃金・給与の水準がより低い疾病金庫は、通常は他の疾病金庫に比べてより高い保険料率を設定しなければならなくなる。

このことは、次のような点で問題であると考えられる。ひとつは、同額の賃金・給与を稼得する被保険者であっても、加入する疾病金庫が異なれば、受けられる給付に違いがないにもかかわらず、負担しなければならない保険料額が異なることである。もうひとつは、疾病金庫間の競争に伴う問題である。ドイツでは、被保険者に対して、自らが加入する疾病金庫を選択する権利が広範に認められている。そのため、各疾病金庫は被保険者の獲得を巡り互いに競争する立場に立っている。被保険者が加入する疾病金庫を選択する際の重要な判断材料となるのは各疾病金庫の保険料率の水準である。仮に、特段の措置を講じないままに競争が行われたとすれば、加入する被保険者の年齢が低く、賃金・給与の水準が高い疾病金庫が有利になるだけで、競争の本来の目的である保険料率を引き下げのための各疾病金庫の経営努力を引き出すことにはつながらない。それどころか、疾病金庫が若くて賃金の高い被保険者を集めるためにいわゆるリスク選別に向かう恐れがある。

このような問題を解決し、保険料負担の公平を確保するとともに、疾病金庫間の競争の前提条件を整備するため、加入する被保険者の性別・年齢構成、家族被保険者の割合、保険料算定基礎収入の水準などの違いが各疾病金庫の支出及び収入に及ぼす影響を調整するための措置としてリスク構造調整 (Risikostrukturausgleich) が実施されている。リスク構造調整において、各疾病金庫は、計算上、その財政力 (Finanzkraft) に応じて資金を支払い、その所要保険料 (Beitragsbedarf) に応じて資金を受け取る⁶⁾。各金庫の財政力は、当該金庫の保険料算定基礎収入総額に調整所要率 (Ausgleichsbedarfssatz) を乗じたものである。調整所要率は全金庫の所要

保険料 (つまり全金庫の給付費総額) を全金庫の保険料算定基礎収入総額で割ったものであり、計算上の平均保険料率に相当する。一方、各金庫の所要保険料は、性別、年齢、障害年金受給の有無などにより区分された被保険者のグループごとに全金庫平均の被保険者一人当たり給付費を算定し、各グループに属する当該金庫の被保険者数をそれぞれ乗じて得た額の合計額である。

リスク構造調整の実施により、若くて、収入の多い被保険者を集めることなく、当該疾病金庫の被保険者一人当たり給付費の水準を抑えることが、他の疾病金庫よりも低い保険料率の設定を可能にし、被保険者の獲得を巡る競争において有利な立場に立つために決定的な要因となった。このため、リスク構造調整を伴う疾病金庫間の競争は、各疾病金庫に対して、給付の効率を高めて給付費を抑える努力を促す効果を持つと考えられる。

2. 問題点

現行財政制度の問題点のひとつは連帯財政方式に関連するものである。前述のように公的医療保険には再分配を行う機能が内在している。問題は、わが国のような「皆保険」制度を採らないドイツにおいては、この再分配の対象とならない者が存在することである。その代表的な例は高所得の被用者である。賃金・給与を得て就労する被用者には基本的に公的医療保険への加入義務が課されているが、賃金・給与が一定額⁷⁾を超える被用者は加入義務が免除され、公的医療保険の代わりに民間医療保険への加入を選択することが可能となっている。このような免除が認められる背景には、「社会的な保護を必要とする者を社会保険の対象とする」というドイツ社会保険の伝統的な考え方が存在する。しかし、高所得者が公的医療保険における再分配に参加せず、かつ、民間医療保険加入し、より有利な条件で保障が受けられることについては、負担の公平の観点から問題がある。また、公的医

療保険における保険料額の算定は、賃金・給与の額に応じて行われるため、たとえ総収入額が同じでも、資産収入の割合が異なる場合には、負担すべき保険料額が異なるという問題もある。

もうひとつの問題点は、公的医療保険への加入義務や保険料額の算定が就労と密接に関連していることである。このために、公的医療保険の保険料収入は、雇用の動向や賃金の変動による影響を受けることになる。近年の状況を見ると、公的医療保険においては、給付費支出の増加よりも、むしろ、大量の失業の発生と低い賃金上昇率を背景として保険料収入の伸びが低い水準にとどまっていることが、保険料率上昇の主要な原因となっている (Orlowski U., Wasem J. 2007: S. 1)。さらに、保険料率の上昇による賃金付随コスト (Lohnnebenkosten) の増加が産業立地場所としてのドイツの魅力を更に低下させ、それが国内雇用の減少をもたらすことが懸念されている。

3. 問題解決のための提案

こうした問題を解決するため、連立政権を構成する政党からそれぞれ次のような提案が行われた。社会連帯を重視する社会民主党 (SPD) からは、高所得者を含むすべての国民を対象とし、かつ、資本収入などより広範な収入を保険料算定基礎収入に含めることを柱とする「国民保険」(Bürgerversicherung) の導入が提案された。一方、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 (CDU・CSU) からは、保険料と賃金・給与との関係を断ち切るために、すべての被保険者に対して一律に賦課される定額の「人頭保険料」(Gesundheitsprämie)⁸⁾を導入することが提案された。両案は、各被保険者の賃金・給与に応じて賦課される保険料を財源として医療上の必要性に応じた給付を行うことによる医療保険の再分配機能に関して、相反する方向性を持ったものである⁹⁾。このため、大連立政権成立後の協議においても、

この両案を巡る両党の対立が続いた。最終的には、この両案に替わるものとして、健康基金 (Gesundheitsfonds) の創設を中心とする財政制度の抜本的な改革が行われることになった。この改革の内容は、国民保険と人頭保険料の提案のほんの一部を取り入れたに過ぎず、この両案とは本質的に異なるものとなった。

4. 改革の内容

今後、公的医療保険の保険料は各疾病金庫を通じて健康基金¹⁰⁾に対して支払われる。また、公的医療保険に対する連邦補助¹¹⁾も健康基金に対して支払われる。保険料は、従来どおり、賃金・給与などを基礎として算定され、被保険者及び使用者等により負担される。ただし、保険料率は、従来とは異なり、連邦政府により、全疾病金庫に統一的に適用されるものとして設定される。保険料率は、健康基金の収入により全疾病金庫の給付費支出及び事務費支出の総額を賄える水準に設定される。健康基金の収入が給付費支出及び事務費支出の総額の100%を上回る又は95%を下回ると見込まれる場合には、それぞれ保険料率の引下げ又は引上げが行われる。

各疾病金庫には健康基金から資金が配分されるが、その際には、各疾病金庫におけるリスク構造の違いが支出に及ぼす影響が考慮される。すなわち、各金庫に配分される額は、まず、当該金庫に加入する被保険者ごとに定額の基礎包括額 (Grundpauschale) にそれぞれ者の年齢、性別及び疾病罹患状況 (Morbidität) に応じた金額を加算又は減額¹²⁾することにより算定され、次にそれを合計することにより得られる。この資金の配分方式は、従来のリスク構造調整の機能を代替するものであるが、疾病罹患状況が考慮される点で従来とは大きく異なっている。

リスク構造調整においては、基本的に性別及び年齢が同じ被保険者であれば、その健康状態にか

かわりなく同額の給付費支出が適用される。このため、疾病金庫は、より健康な被保険者を加入者とするにより他の疾病金庫との競争において有利な立場に立つことが可能である。つまり、この仕組みには、各疾病金庫がリスク選別を行う余地が残されている。これを取り除き、より公平な競争を実現するため、健康基金からの資金配分においては、疾病罹患状況の要素も併せて考慮されることになったものである。なお、各疾病金庫に加入する被保険者の賃金・給与水準の格差が疾病金庫の収入に及ぼす影響については、前述の健康基金の創設により解消されるため、調整の必要がなくなる。

個別の疾病金庫において、健康基金から配分される資金では支出が賅い切れない場合には、被保険者から追加保険料が徴収され、その逆の場合には、被保険者に保険料の一部が還付される。追加保険料の額は、当該疾病金庫において、被保険者の賃金・給与などの一定割合又は賃金・給与などの額にかかわらず定額により定めることが可能とされている。実際には、賃金・給与の高い被保険者が他の疾病金庫に移動することを防ぐため、定額の追加保険料を採用する疾病金庫が多くなるものと予想される。また、被保険者にとって過大な負担となることを避けるため、各被保険者の負担する追加保険料の額は、月額 8 ユーロを超えるときは、その者の賃金・給与の 1% 以下でなければならないと定められている。

5. 改革の評価とわが国への示唆

(1) 評価

以上述べた財政制度改革は、ドイツにおけるこれまでの政策の方向に沿って、疾病金庫間の競争を更に強化する効果を持つものであると評価することができる。なぜならば、この改革により、各疾病金庫が給付の効率性を高めることにより給付費を抑えることに成果を挙げたかどうか、当該金庫に加入する被保険者に対して明確に示される

ことになるからである。従来の制度でも、疾病金庫がどの程度の成果を挙げたかは保険料率に反映される。しかし、多くの場合、被保険者は自分の賃金・給与から天引きされる保険料に大きな関心を持っていない。これに対し、新たな制度では、同じ職場に勤める被保険者であっても、平均的な疾病金庫よりも成果を挙げた疾病金庫に加入している者は保険料の還付を受けることができるのに対して、より成果を挙げられなかった疾病金庫に加入している者は追加保険料を負担しなければならない。しかも、疾病金庫が追加保険料の徴収を開始する、あるいは、追加保険料を引き上げる場合には、その被保険者は、追加保険料の徴収が実施されるまでの間に当該疾病金庫から他の疾病金庫に移動することが認められている¹³⁾。

加えて、健康基金から各疾病金庫への資金の配分の際に被保険者の年齢及び性別だけでなく疾病罹患状況も考慮されることは、疾病金庫が健康な被保険者の獲得ではなく給付の質と経済性の向上に努力することを更に促す効果を持つと考えられる。

このように、今回の財政制度改革は、それ自体が、例えば、高齢化等の影響により更に増加すると予想される医療保険支出を安定的かつ公平に賅うことのできる財源を確保するものではなく、むしろ、給付の効果と効率を高める誘因を強化することにより、財政的な安定を図ろうとする点に特徴がある。

一方、新たな制度には次のような問題点が存在すると考えられる。給付費支出及び事務費支出のうち健康基金の収入によりカバーされる割合は 95% にまで低下する可能性がある。その場合には、疾病金庫は平均で被保険者一人当たり月額 12.5 ユーロ(保険料率換算で 0.8 パーセントポイント)の追加保険料を徴収しなければならない¹⁴⁾。給付の効率化に十分な成果を挙げられなかった疾病金庫が徴収しなければならない追加保険料は、こ

れよりも更に高くなり、低所得の被保険者の場合には、定められた上限を超えることになる。そうなれば、当該疾病金庫は、高所得の被保険者の追加保険料を引き上げることにより、追加保険料のうち低所得の被保険者から徴収できない部分を埋め合わせなければならない。その結果、低所得の被保険者を多く抱える疾病金庫からは、高所得の被保険者が他の疾病金庫に移動し、最終的には、当該疾病金庫は不足額を追加保険料では賄いきれないために財政破綻に陥る可能性がある。

(2)示唆

わが国においても、2006年に行われた医療制度改革により、従来の老人保健制度に代わって、新たに後期高齢者医療制度が創設されるなど、特に高齢者医療費の負担に関連した医療保険財政制度の改革が行われた。しかし、この改革は、ドイツの場合のような競争との関連性を有していない。後期高齢者医療制度においては、高齢者が負担する一部負担の引上げ、保険料を負担する高齢者の範囲の拡大、若年者数に対する高齢者数の比率の増加に対応した高齢者の費用負担割合の引上げなど、人口高齢化が若年者の負担に与える影響を緩和する方向での配慮が行われている。しかし、これにより、競争を通じて給付の効率化に向けた保険者の努力を促進する仕組みが導入あるいは強化されたわけではない。

ドイツでは、疾病金庫の選択権が広範に認められる前から一定の範囲内で被保険者による選択を通じた疾病金庫間の競争が存在していた。また、診療報酬の基準などは、国が一律に定めるのではなく、疾病金庫が保険医協会や病院などと交渉し、合意する仕組みとなっており、疾病金庫には自らの努力により給付の効率化を図る余地が存在している。一方、わが国では、所属する制度及び保険者、居住地域などにかかわらず被保険者に対して同等の給付を保障することを重視した制度となっ

おり、ドイツとは大きく事情が異なっている。したがって、わが国において、近い将来に保険者間の競争が導入されるとは考えがたい。わが国では、従来から、法律改正による一部負担の引上げや厚生労働大臣による診療報酬基準の改定などが医療保険支出の伸びを抑制するための中心な手段となっており、今後においても、国等による公的介入が医療供給の質と経済性向上に大きな役割を担っていかざるを得ないものと考えられる。

わが国の医療保険における財政調整は、ドイツの場合とは異なり、専ら、高齢者のための給付に要する費用の公平な負担を目的としたものとなっている。とはいえ、わが国における高齢者以外の被保険者に関しても、保険者間には、加入する被保険者の年齢構成や賃金・給与の水準などに違いが存在している¹⁵⁾。そのため、国庫補助による一定の調整が行われているものの、保険料率には保険者間での大きな格差がみられる。しかも、わが国において、各被保険者は、自ら加入する保険者を選択することが認められておらず、加入している保険者の保険料率が高いからといって他の保険者に移動することはできない。このような問題を解決するため、すべての被保険者のための給付に要する費用を公平に負担する観点から、財政調整のあり方について検討する必要があると考えられる。

III 選択的料率の拡充

1. 疾病金庫間の競争の性格

前述のとおり、ドイツにおいては、被保険者による疾病金庫選択権を拡大することにより、疾病金庫が被保険者を獲得するために互いに競争する関係が作り出された。ただし、被保険者を獲得するための疾病金庫の努力は、従来、加入する被保険者に適用される保険料率の水準を抑えることが中心となっており、提供する給付の質の向上などには向かわなかった。その理由は、各疾病金庫の

行う給付の内容などが一律に定められてきたことにある。このため、個別の疾病金庫が医療供給者と協力してより高い質の医療供給の実現に努力することを通じて他の金庫との差別化を図る余地は存在しなかった。

このような状態を改善し、疾病金庫間の競争の対象が、保険料率にとどまらず、給付の内容や質にまで及ぶようにするため、最近の医療制度改革においては、様々な取組みが行われてきた。すなわち、個別の疾病金庫が開業医、病院などの医療供給者側と協力し、新たな診療プロセスや給付形態を開発し、実施することにより、被保険者のニーズにより適合した給付の提供を確保することが可能となる制度的な枠組みの整備が進められてきた。

その代表的なものとしては、個別の疾病金庫が、医療機関側と契約を交わすことにより、地域において医療供給の各分野(外来、入院、リハビリテーションなど)をまたがる医療が患者の状態に応じて適切なタイミングで適切な供給者から提供される体制を確保することを目的とした制度である「総合医療供給」(Integrierte Versorgung) 及び「疾病管理プログラム」(Disease Management Programm) 並びに「家庭医を中心とした医療供給」(hausarztzentrierte Versorgung) の導入が挙げられる。これらの制度に基づく具体的な取組みは、既に、相当の広がりを見せており、具体的なプログラムにおいては、治療期間の短縮や費用の節約などの具体的な成果を上げている。

2. 改革の内容

今回の改革では、疾病金庫が被保険者に対して通常の給付範囲と保険料の組合せに替わって「より高い給付とより高い保険料」、「より低い給付とより低い保険料」のような組合せである選択的料率(Wahltarif)を提供する制度の拡充及び体系化が行われた。これにより、各疾病金庫は被保険者に対して次のような広範な選択的料率を提供すること

が可能となった。このことは、疾病金庫間の競争の対象が、被保険者に対するより魅力的な選択的料率の提供にも拡大することを意味している。

(1) 選択的料率の種類

① 家庭医を中心とした医療供給への参加

2007年4月以降は、すべての疾病金庫に「家庭医を中心とした医療供給」の制度を実施することが義務付けられた。この制度への被保険者の参加は任意であるが、家庭医を中心とした医療供給を確保するため、参加した被保険者には、自分の家庭医を選ぶこと及び当該家庭医の指示によらなければ専門医による診療を受けないことが義務付けられる¹⁶⁾。被保険者はこの義務に一年間拘束される。一方、疾病金庫は、この制度に参加する被保険者に対して報奨金の支給¹⁷⁾又は一部負担金の軽減を行うことができる。

② 統合医療供給及び疾病管理プログラムへの参加

疾病金庫は、医療供給の各分野間の適切な役割分担と連携を強化し、患者の状態に適合した質の高い医療を効率的に提供することを目的として「統合医療供給」及び「疾病管理プログラム」を実施することができる。これらの制度への被保険者の参加は任意であるが、この場合にも、参加した被保険者には一定の治療上の義務が課される¹⁸⁾。一方、疾病金庫は、この制度に参加した被保険者に対して報奨金の支給又は一部負担の軽減を行うことができる。

③ 免責

疾病金庫は、免責を組み入れた選択的料率を提供することができる。これを選択した被保険者は、通常の一部負担金に加えて、免責額までは本来は疾病金庫が負担すべき費用を自ら負担しなければならない代わりに、疾病金庫から報奨金を受け取ることができる。この制度の適用は、従来は任意被保険者¹⁹⁾に限られていたが、今後はすべての被保険者に拡大される。

④保険料還付

疾病金庫は、保険料還付を組み入れた選択的料率を提供することができる。これを選択した被保険者は、当該被保険者及びその家族被保険者(18歳未満の者を除く)が1暦年において給付を受けなかった場合には、疾病金庫から報奨金を受け取ることができる。ただし、この報奨金の額は当該暦年に支払われた保険料の1カ月分相当額を超えてはならない。この制度の適用も、従来は任意被保険者に限られてきたが、今後はすべての被保険者に拡大される。

⑤償還払い

疾病金庫は、償還払いを組み入れた選択的料率を提供することができる。これを選択した被保険者は、民間医療保険の加入者の場合と同等に、民間医療保険に適用されるより高い水準の診療報酬基準(Gebührenordnung für Ärzte GOÄ)に基づき医師から請求された費用の償還を疾病金庫から受けることができる。これによって、当該被保険者は、診療において民間医療保険の加入者と同等の取扱いを受けることが可能となる代わりに、疾病金庫に対して特別の追加的な保険料を支払わなければならない。

⑥特別の薬剤治療

疾病金庫は、通常は公的医療保険による給付の対象外である薬剤の費用償還を組み入れた選択的料率を提供することができる。このような薬剤としては、ホメオパシー(Homöopathie)治療²⁰⁾のための薬剤などが該当する。これを選択した被保険者は疾病金庫に対して追加保険料を支払わなければならない。

(2)ルールを整備

公的医療保険競争強化法では、上記の選択的料率の提供に関し、次のようなルールが整備された。まず、それぞれの選択的料率において、報奨金の費用は選択的料率の適用による費用節約により、

選択的料率の適用による追加的な費用は追加保険料により賄われなければならないこととされた。したがって、例えば、免責を受け入れた被保険者に対して報奨金を支給する選択的料率において、予想ほどには給付費が節約されない場合に、免責を受け入れない被保険者に適用される通常の保険料率を引上げることにより不足額を補うことは許されない。

また、上記①及び②の場合を除き、被保険者は原則として3年間は選択の結果に拘束されこととされた²¹⁾。これにより、例えば、いままで健康であったため免責を組み入れた選択的料率を選んでいた者が病気になるとすぐに免責のない通常の保険料率に戻ることが防止される。また、被保険者がこの期間中に他の疾病金庫へ移動することも認められない。さらに、報奨金の額は、当該被保険者が当該暦年に負担する保険料額の20%未満でかつ年間600ユーロ以下に限定された。

3. 改革の評価とわが国への示唆

(1)評価

疾病金庫間の競争が進む中で、今後、疾病金庫は、被保険者を獲得するためにこれらの選択的料率の提供を積極的に拡大していくものと予想される。特に、従来は任意被保険者に限定されていた免責や保険料還付を組み入れた選択的料率は、すべての被保険者を対象に提供することが可能になったことや被保険者がこれを選択した場合には3年間はそれに拘束されることから、疾病金庫にとっては、健康な被保険者の獲得及びつなぎ止めを図るための有効な手段になると考えられる。また、健康な被保険者にとっても保険料負担を節約できる魅力的な選択肢となるであろう。

しかし、これらの選択的料率は公的医療保険の基礎にある被保険者間の連帯との関係において次のような問題を含んでいる。確かに、今回の改正により、例えば、免責を組み入れた選択的料率に

において不足する費用に免責を選択しない被保険者が負担する通常の保険料を当てることは禁止された。しかし、そもそも免責を組み入れた選択的料率が存在しなければ、健康な被保険者が負担していた保険料の一部は病気がちな被保険者のための給付の費用に充てられていたにもかかわらず、免責の適用により、その部分は健康な被保険者への報奨金に充てられてしまう。また、病気がちな被保険者はこの選択料率によるメリットを受けることができない。

免責や保険料還付を組み入れた選択的料率に関心があるのは若くて健康な被保険者だけであり、その影響は限定的なものにとどまるとの見方もあるが(Wille M., Koch E. 2007: S. 165-166)、このような選択の拡大は、公的医療保険の基礎である被保険者間の連帯を弱めるとともに、被保険者間に格差及び分断を生じさせる危険性を含んでいる。さらに、免責があるため、あるいは保険料還付を受けるために、被保険者が医療上必要な給付を受けない可能性も想定される。そのために、被保険者が疾病を更に悪化させ、結果的にはより多くの給付が必要となる恐れもある。

これに対して、「統合医療供給」、「疾病管理プログラム」などの制度はそもそも慢性疾患などに罹患している被保険者の参加を前提したものである。これに参加することにより、被保険者は、慢性疾患の治療のためにより適切な医療を受けることが可能になるとともに、報奨金の支給や一部負担の減額による経済的なメリットも受けることができる。その意味において、このような選択的料率は、免責や保険料還付を組み込んだ選択的料率とは、異なる方向性を有するものである。

(2) 示唆

わが国においては、現在のところ、選択的料率の制度は設けられていない。また、近い将来において、免責や保険料還付を組み入れた選択的料率

が導入されるとも考えがたい。その理由は、これらの選択的料率には前述のような問題点が存在することに加え、わが国の公的医療保険は被保険者の同等取扱いや連帯をドイツよりもはるかに重視した制度となっているためである。

一方、適切な医療供給を促進するための手段として選択的料率を活用することについては、これとは状況が異なる。ドイツでは「疾病管理プログラム」、「統合医療供給」などの実施を通じて疾病金庫が慢性病患者に対する適切な医療供給体制の確保に中心的な役割を果たすことが期待されている。これに対し、わが国では、2006 年の医療制度改革により、都道府県が「医療費適正化計画」の策定などを通じて主導的な役割を果たすものとされた。都道府県は、計画の策定を通じて、関係者の合意を形成し、地域における医療供給のあるべき姿を示し、その実現に努力する立場にはあるが、自らが具体的なケースにおける医療供給に直接的にかかわるわけではない。したがって、一部負担及び保険料の軽減により、望ましい医療供給を実現するためのプログラムへの被保険者の参加を促すことは、診療報酬制度を通じて医療供給者に対して適切な経済的誘因を付与することと並んで、わが国においても医療の質と経済性向上のための効果的な手段のひとつになると考えられる。

IV むすび

ドイツにおける 2007 年改革は、疾病金庫間の競争を一層強化するとともに、競争の対象を各疾病金庫が提供する給付の内容及び質にまで広げるものである。給付を巡る競争においては、各疾病金庫が医療供給者側との交渉・合意を通じて、自らの被保険者に対する適切な医療供給が行われるシステムを作り上げていくことが重要となる。疾病金庫間の競争は、これまでも競争力の向上を狙いとする疾病金庫の合併による金庫数の大幅な減

少をもたらしたが、今後は、医療供給者側との交渉を有利に進めるためにも、疾病金庫の集約が更に進むものと考えられる。将来的には、少数の疾病金庫が、それぞれの被保険者に対して特色のある医療供給や様々な選択的料率を提供するような姿となることが予想される。重要なことは、この過程を経て、競争の強化や選択の拡大が、将来においても国民に対してその年齢や所得にかかわらず質の高い医療を保障することにつながるのか、それとも、医療に関して国民の間に分断や格差をもたらすことになるのかにある。

投稿受理 (平成 20 年 4 月)

採用決定 (平成 20 年 7 月)

注

- 1) Bundestagdrucksache 16/3100, S. 85.
- 2) 2007 年では公的医療保険の保険料収入の総額は、1,497 億ユーロで、収入総額(1,554 億ユーロ)の 96% を占めている (Bundesministerium für Gesundheit, 2008: Anlage).
- 3) 公的年金の受給者の場合には、年金収入が保険料算定基礎収入となり、保険料は年金受給者本人と年金保険者により折半負担される。
- 4) 連邦保健省の公表データによると、公的医療保険の被保険者一人当たり給付費は、2004 年で、年金受給者及びその家族の場合は 3,937 ユーロであるのに対して、それ以外の被保険者及びその家族の場合は 1,294 ユーロとなっている。
- 5) リスク構造調整実施前の 1993 年において、保険料率は全疾病金庫平均で 13.22%であったが、疾病金庫の種類別では 11.83% (企業疾病金庫 (BKK)) から 13.80% (地区疾病金庫 (AOK)) までの格差が存在した (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2005a: 10.11).
- 6) 実際には、各金庫が財政力と所要保険料の差額を拠出金として支払うか又は交付金として受け取ることになる。
- 7) この額は、2007 年現在で年額 47,700 ユーロとなっている。
- 8) 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「人头保険料」という用語を用いることにする。
- 9) この両案の内容の詳細は、松本勝明 2006: 8-10 において紹介されている。
- 10) 健康基金は、これまでリスク構造調整に関する事務

を行ってきた連邦保険庁 (Bundesversicherungsamt) に設けられる。

- 11) 連邦補助の額は、2007 年及び 2008 年は 25 億ユーロであり、2009 年からは毎年 15 億ユーロずつ 140 億ユーロに達するまで引き上げられる。
- 12) 若くて健康な被保険者の場合には減額が、高齢で病気の被保険者の場合には加算が行われることになる。
- 13) 通常は、被保険者は疾病金庫の選択に 18 カ月間拘束されるため、その期間が経過する前に他の疾病金庫に移動することができない。
- 14) 地区疾病金庫連邦連合会 (AOK-Bundesverband) の試算による。
- 15) 例えば、政府管掌健康保険と組管掌健康保険を比較してみると、平均報酬月額 (2004 年度) はそれぞれ 28.3 万円及び 37.1 万円、70 歳以上の者を除いた加入者平均年齢 (2004 年度) はそれぞれ 34.8 歳及び 33.0 歳であり、保険料率 (2004 年度) は前者が 8.2% であるのに対して、後者は全組合平均で 7.5% となっている。更に、健康保険組合の保険料率 (2005 年 2 月末) を組合ごとにもと保険料率が 7.0% 未満の組合が全組合の 28% を占める一方で、保険料率が 9.0% 以上の組合が全組合の 7% を占めている。(厚生労働省 医療保険: 我が国の医療保険制度について (<http://www.mhlw.go.jp>) 並びに健康保険組合連合会 2005: 10)
- 16) 通常は、被保険者が自分の家庭医を選択し、医療が必要な場合にまず当該家庭医の診療を受けることは義務付けられていない。
- 17) 保険料の軽減を行う趣旨のものであるが、健康基金の導入により保険料は统一的に徴収されること becoming ため、報奨金の支払いという形態をとることになった。
- 18) 例えば、疾病管理プログラムでは、プログラムに参加する被保険者に対して、検診を定期的に受診することや患者教育に参加することなどが義務付けられる。
- 19) 公的医療保険への加入義務がなくなった者が、その時点で過去 5 年間に 24 カ月以上被保険者であった場合などには、公的医療保険への任意加入が可能である。
- 20) ホメオパティとは、通常の科学的治療とは異なり、患者の自然治癒力を活性化させる治療法であり、そのために植物の抽出物などが用いられる。
- 21) ただし、疾病金庫が定める「過酷なケース」に該当する場合には 3 年間の拘束についての例外が認められる。

参考文献

- Bundesministerium für Gesundheit, 2008. Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung 2007.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2005a. Statistisches Taschenbuch Gesundheit.

- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. 2005b. Übersicht über das Sozialrecht. BW Bildung und Wissen.
- Fülop G., Kopetsch T., Schöpe P. 2007. "Bedarfsgerechte Versorgungsplanung." Gesundheits- und Sozialpolitik Vol. 9-10/2007: S. 57-63.
- Kruse J., Hänlein A. ed. 2004. Die neue Krankenversicherungsrecht. Nomos.
- von Maydell B., Ruland F. ed. 2003. Sozialrechtshandbuch (SRH) 3rd ed. Nomos.
- Orlowski U., Wasem J. 2003. Gesundheitsreform 2004 GKV-Modernisierungsgesetz (GMG). Economica.
- Orlowski U., Wasem J. 2007. Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG). C.F. Müller.
- Rürup B. 2007. "Demografie und Krankenversicherung: Was kostet Gesundheit 2030?" Gesundheit und Gesellschaft Vol. 3/07: S. 22-29.
- Wille M., Koch E. 2007. Gesundheitsreform 2007. C.H. Beck.
- 健康保険組合連合会 2005 『平成 16 年度健康保険組合決算見込みの概要』
- 松本勝明 2006 「シュレーダ政権下での医療保険改革の評価と今後の展望」『海外社会保障研究』第 155 号 pp. 4-13
- (まつもと・かつあき 一橋大学経済研究所教授)