

ドイツ医療保険の保険者機能

船橋 光俊

■ 要約

ドイツ医療保険の保険者である疾病金庫は、独立の公法人であり、自主管理を基本とする。医療保険制度の実施にあたり、基本的事項を法律で定めるとともに、実施内容の詳細を疾病金庫(団体)に委ねることが多く、保険者の機能ないし活動の自由度は日本より広範である。また、1989年以来、医療保険の財政対策を念頭に数次の改革立法が施行される中で、疾病金庫の管理体制の整備、合併による経営規模の拡大が進められている。さらに、疾病金庫実務における専門能力を高めるため、各州単位に州内の疾病金庫の共同負担で医学的鑑定を行うMDK(常勤医師中心の構成)が設置されている(現在は介護金庫のために要介護認定の鑑定等も担当。業務量の半分を占める)。また、調査研究機関WIdOがAOKにより1976年に創設され、実績を上げている。疾病金庫の機能発揮の具体例として、診療報酬体系への関与が大きく、各疾病金庫団体が連携して活動している。

■ キーワード

疾病金庫、介護金庫、保険者選択、リスク構造調整

ドイツの疾病金庫について、業務の実態を整理し、保険者としての疾病金庫の機能の体系的な分析を試みる¹⁾。

1. 医療保険制度の概要

(1) 保険者

ドイツの法定医療保険は社会法典(SGB)第5編に規定され、法制上単一の制度である。保険者は疾病金庫(Krankenkasse)であり、疾病金庫は地区疾病金庫(AOK)、職員代替金庫(EAN)、労働者代替金庫(EAR)、企業疾病金庫(BKK)、同業者疾病金庫(IKK)、海員金庫(SeeK=全国に1つ)、連邦鉱山従業員共済組合(BKn=全国に1つ)、農業金庫(LKK=各州に1金庫)の8種類(グループ)に大別される。制度の対象者は、主として被用者と(年金受給者と)その家族であり、自営業者は一定の従前加入期間要件のもとに任意加入の対象で

ある。ドイツは皆保険ではないが、法的医療保険が人口の約90%をカバーしている。加入する疾病金庫は、沿革的には、居住地域の地区疾病金庫、勤務先企業の企業疾病金庫などと法定されていたが、法改正により被保険者の疾病金庫選択の自由の拡大が1997年から実施された結果、流動化している。現在、各疾病金庫グループ内での合併が進行中である。旧西ドイツ地域の疾病金庫数は保険財政が大きな問題となる前の1970年の1815から1998年に439に減少した(AOK399→12、BKK1119→366、IKK178→28、EAR7→6、なお、EAN7→7)。また、1998年に旧東ドイツ地域の疾病金庫数は37である(VdAK)。

疾病金庫の給付内容は基本的な部分(大部分)が法定されており、各疾病金庫グループとも同一である。保険料賦課の対象所得については、その所得の範囲(給与、年金、利子、賃貸収入などの

それぞれの扱い)と上限収入の額が法定されている。保険料賦課の上限収入は年金保険の賦課対象収入上限の75%とされ、1999年は月額6375マルクであった。

疾病金庫は独立の法的権利義務をもつ公法人であり、管理運営は加入者が自ら行う(自主管理)。「管理委員会」は被用者、経営者(事業主)同数の代表により構成され、疾病金庫運営の基本的事項を定め、理事を選任する。理事は疾病金庫の日常業務を処理する常勤の役員であり、その任期は6年(再任可)である。この意志決定の仕組みは1993年の医療保障構造法GSGによるもので、業務管理の責任体制が強化されている。AOKの場合、理事は3人以内(加入者50万人以上)であり、理事2人制をとるAOKもある。

疾病金庫は各グループごとに、AOK連邦連合会(所在地ボン)、VdAK(職員代替金庫連合会・所在地ジークブルク)、BKK連合会(所在地エッセン)などを組織している。さらに、これらの団体が連合して、中央連合会Spitzverbandを構成している。中央連合会は保険者(団体)間の情報交換、業務分担、合意形成などに寄与しているほか、保険者共通の利害を代表し、保険医団体との診療報酬決定交渉や医療保険制度改革に対する発言、政府との交渉に重要な役割を果たしている。

(2) 医療保険制度における保険者(疾病金庫)の位置付け

法的医療保険制度の枠組みはSGBにより基本的には法定されている。医療保険の具体的運用に関しては、連邦政府(保健省)の政令(法規命令)や連邦保険庁BVAの諸指針のほか、当事者(団体)に委ねている(法律による授権)事項が多い。個々の疾病金庫が個別の運用について、定款で定めることのできる場合がある。例えば保険料率の設定や任意加入者の保険料賦課の等級の設定がある。また、BKKやIKKにおいては加入選択の自

由の制限規定を定款で定めることが可能である。疾病金庫の監督は、全国レベルの疾病金庫は連邦政府(BVA)が、州レベルの活動範囲の疾病金庫は州政府が行うが、その内容は自主運営とのバランスをとっている。

2. 保険給付

(1) 保険給付費管理

診療報酬体系は、統一的枠組みについての連邦レベルでの団体間の取決めと、具体的内容についての州レベルでの契約とにより、設定される。診療報酬の体系について、外来(2)、薬剤(3)、入院(4)別に記述するが、開業医の「外来診療」の請求は保険医協会、調剤薬局の「薬剤費」(開業医の処方による)の請求は疾病金庫、病院の「入院診療費」の請求は疾病金庫に対して行われる。各給付額の疾病金庫支出総額2026.8億DM(旧西ドイツ地域1997年)に占める割合は、外来16.9%、歯科9.5%、薬剤12.7%、病院33.7%であった。従って、以下の記述は給付費全体の4分の3以上の支出額の管理方式の説明になる。そのほかに、治療材料7.3%、傷病手当金5.8%などがある。また、事務費は5.0%である(VdAK)。

予防給付は2000年実施法で規定が再整備された。この具体化を、疾病金庫団体と保険医団体が協議して定める(SGB第5編第20条)。病院のドイツ版DRGは2000年改革法で規定が導入された。この具体化は、疾病金庫団体と医療提供団体の今後の協議の進展次第である。

保険医数の限定に関しては、保険医登録において医師会と疾病金庫が同数と中立委員とによる委員会(SGB第5編第90条)が機能している。病院の投資的経費は、2000年改革法では疾病金庫が新たに負担する案が盛り込まれていたが、疾病金庫の意図する医療供給分野への発言権拡大を警戒する病院関係者の意向もあり実現しなかった。

(2) 開業医の診療報酬

被保険者は開業医(一般医と専門医がある)にフリーアクセスできる。これはSGBに規定されている。開業医は、外来診療のみを行う。診療行為を体系化し、個別の診療行為ごとに点数Punktwertを設定した統一評価基準EBM(Einheitlicher Bewertungsmaßstab)が作成されている。なお、疾病金庫のうち代替金庫グループの診療報酬は、独自の沿革があり、別の体系であるが、内容は現在ではEBMと類似している。EBMの決定/改定は連邦レベルで保険者団体と保険医協会の合意により行われる。両当事者代表各9名と中立3名による委員会が組織され、委員会の事務局は連邦保険医協会(所在地ケルン)、保険者側窓口はAOK連邦連合会である。

外来診療の診療報酬は州レベルで、保険者(個別種類の疾病金庫グループの団体ごとに)と保険医協会とが総額請負契約を結ぶ。契約交渉では外来報酬の総額予算を決定する。この際、改定額は前年比の伸び率等のデータをもとに議論される。契約では、当該疾病金庫の「加入者(被保険者本人)1人当たりの単価(マルク)」を定める。契約は、疾病金庫が四半期ごとに保険医協会に支払うべき金額も定める。

開業医は診療した実績に基づき診療報酬を州保険医協会に請求する。請求明細は被保険者単位で、定められた様式でEBMのコードを記して請求する(診療行為の点数を記す必要はない)。磁気請求(FD)用の請求ソフトを保険医協会が指定し、統一的な電算事務処理の促進を図っている。磁気情報による請求は磁気媒体によるもので、回線利用の伝送は今後の課題である。州保険医協会は医師の請求内容について審査する。問題があると判断する場合は、請求した医師に連絡の上、査定することがある。連絡を受けた医師は請求内容について説明をすることができる。審査では10~30%の医師について問題になり、ケルン地区では平日の夜、毎日4、5人の請求側医師と面談している、

という。また、請求の診療行為を内容により分類し、統計的に分析して、平均値との乖離の大きい請求を査定する方法が行われている(経済性の審査)。このために請求内容を磁気情報として(紙による請求明細については磁気化した上で)処理する。保険医協会は、一定の審査事務費を、開業医への支払い決定額から差し引いて徴収するが、紙の明細書による請求については、磁気化作業のために、この事務費の賦課率を高く設定する(例:磁気化請求2.4%、紙請求2.6%)。現在、70%の請求は磁気媒体で提出されている。

保険医協会は、各保険医の請求額(支払決定額)の診療報酬点数を総計し、この総点数で、疾病金庫と契約済の請負総予算額を除いて(逆算による)点数の基準単価を決定する。各開業医への支払額は、その請求(決定)点数にこの単価を乗じたものである。つまり、疾病金庫の支出は開業医への総額であるが、保険医間では出来高で按分した額が支払われる。診療報酬の請求は、四半期ごとに行われる。開業医は、診療実績に基づき、毎四半期の翌月10日までに請求し、診療報酬は翌々月末までに支払われる。保険医協会は、各四半期の配分額を予め定め、審査決定後、上記の方法で各保険医への支払額が計算される。州保険医協会は、疾病金庫の求めに応じてすべての請求資料を提供する。AOKベルリンの例では、98年までは紙ベースの請求の全資料を受領していたが、活用できていなかったもので、99年から中断している。

歯科医師については同様に歯科保険医団体の契約と審査による。

2000年改革で導入された新方式による報酬体系について、疾病金庫と保険医の全国段階での枠組み契約を、現在、協議中である(総額請負方式とは別に、別報酬体系での給付を志向した97年改革の構造契約条項の理念を発展させたものという。2000年の年内に1次案を予定し、実施は早くても2003年の見込み)。

(3) 薬剤費

ドイツでは医薬分業であり、外来（開業医）処方に基づき、調剤薬局が医薬品を被保険者に給付する。保険給付の額は、患者一部負担を除き、いわゆる「参照価格」の定められた上限固定額制のものはその上限額までの実費額、その他のものは購入（販売）価格となる。州レベルでの保険医協会と疾病金庫団体との契約交渉で、薬剤・材料費総額予算を決定する。この場合、前年比の伸び率等が議論される。その年度の実績において予算額を超過した場合、翌年度の契約において、「前年予算の超過分を差し引く」契約をする。つまり、過剰処方についてのペナルティを開業医が共同で負担する。ただし、この仕組みに対する批判があり、現実には運用されていないようである。

薬局は、医師の処方により給付した薬剤費を疾病金庫に請求する。疾病金庫は、薬局に対して、請求額を支払う。疾病金庫は、請求情報をもとに個別処方の妥当性について審査する。問題のあると思われる処方については、通常は、処方した医師に一般的注意を喚起し、今後は行わないように指導する（当該疾病への有効性および適正価格の医薬品の視点）。特に問題の事例については、疾病金庫から州保険医協会に通報する。州保険医協会はその判断によりその医薬品給付額を減額することができる。減額した場合は、開業医からその額分を回収し、疾病金庫に償還する。薬剤請求情報は疾病金庫に提出される。疾病金庫は、処方した開業医名を把握できる。ただし、処方権は医師にあり、疾病金庫が処方内容に直接に関与することはない。

(4) 病院（入院診療）

病院は入院医療のみを行い、外来診療はしない。したがって、診療報酬体系は入院医療分である。なお、病院勤務医が保険医として外来診療をすることは可能である。診療報酬の体系は、①入

院療養費日額 Pflegesatz、② 包括払い Fallpauschal、③ 特別報酬 Sonderentgelt の組み合わせである。① は入院日数に応じて算出される日額単価として定められる。② と ③ については、ICD-10 分類をもとに各診療行為による点数を設定している。診療報酬体系の内容について、全国レベルで保険者団体と病院団体が協議し決定する。保険者団体の窓口は、VdAK である。契約は、各州の疾病金庫団体全体が、各病院と個別に結ぶ。①、②、③ につきそれぞれ予算額を設定する。②、③ については予算額を上回った給付分の扱いを契約で設定する。超過分については、基本予算額に対して単価に段階的に低減した率を乗じた額が支払われる。

病院は、診療実績に基づき、疾病金庫に報酬を請求する。疾病金庫は、契約に基づき、予算額内分と超過分の通減（出来高）請求額分を支払う。予算超過分の取り扱いは、契約に従い、減額される。ただし、実際の運用では、予算の契約時の予測から極端に差が生じることはあまりないようである。疾病金庫は、個別患者の診療内容をチェックできる。このために、入院被保険者についてのあらゆる情報提供を病院に求めることができる。入院給付には、入院が必要な場合にのみとの制約（SGB 第5編第73条）がある。このため、入院期間については以下の手続きがある。

- 病院は患者入院時に疾病金庫に通報し、疾病金庫は予定入院日数を決定し通知する（通常の期間は、疾病ごとにあらかじめ想定された日数を基本とする）。
- 病院がその患者についてさらに長期の入院が必要と考える場合は、同様に疾病金庫の延長決定を必要とする。
- 疾病金庫は、上記の判断にあたり個々の患者の症状について病院からの説明を求めることができる。具体的には、疾病金庫の依頼により、MDK の医師が、一般的には説明聴取により行

う。なお、権限としては、あらゆる情報の提供を求め、また、患者を自ら診断する権限をもつ。

3. 保険者としての機能の事例

疾病金庫は保険者としてさまざまな役割を果たしている。以下はいくつかの具体例である。

(1) 疾病金庫の定款・運用での対応事例

保険料は疾病金庫ごとに定款で定める。このため、財政状況に応じて毎年改定されるのが通例であり、場合により年2回の改定もあり得る。実際の保険料率も格差があり、1995年のリスク構造調整の本格実施以降は保険料率の格差は縮小傾向にあるとはいえ、1998年1月現在で、最高15.4%、最低9.0%となっている(VdAK)。任意加入者の保険料等級は定款で定める。保険者選択の自由が拡大されたが、BKKやIKKは、定款で、例えば加入資格を従業員、関連企業所属、同業者などに制限できる。ただし、脱退の制限はできない。被保険者の保険者選択の自由のもとで疾病金庫は被保険者の勧誘宣伝を行うことができるが、その経費は、加入者1人当たり7マルク以下と設定されている。任意加入者は保険料を2カ月滞納すると被保険者資格喪失と法定されているが、運用では疾病金庫により弾力的取り扱いの差がある。

(2) 疾病金庫(団体)間の運営協力事例

加入者は、疾病金庫加入者選択の自由に基づき、年1回、疾病金庫を変更できるが、手続きでは、新たな疾病金庫加入情報(の証明書)が提出された上でその者の従前加入の疾病金庫の資格喪失手続きが行われることにより、疾病金庫が連携した運用をしている。1995年から全面実施されたリスク構造調整RSAでは、約5%の被保険者の医療費の状況をもとに、リスク構想調整は最終的に精算される。その基礎データは各疾病金庫からその団体を經由して収集し、連邦保険庁BVAが確定する。

リスク構造調整の実施における上記のデータ収集には、被保険者カードの磁気情報中に抽出調査対象被保険者を特定する情報を埋め込んである。この被保険者カードの導入時にその利用のために、保険医療機関に被保険者カードの読み取り機器を設置する必要があったが、そのために疾病金庫全体が1医療機関につき700マルクを助成し、磁気化を促進した。

社会保険料は、医療保険、介護保険、年金保険および失業保険の保険料を疾病金庫が一括徴収する(事業主は、各被保険者が加入する疾病金庫に、その者にかかる保険料を事業主負担分も含め、毎月、一括納付する)。なお、事業主に対する保険料の申告納付に関する保険者の調査権限は、従来、疾病金庫にあったが、1999年からは、年金保険者が行うことに改められた。これは、医療保険の保険者選択の自由拡大により1事業主の保険料納付先の疾病金庫数が増えたことによる事業主の事務的負担の軽減を図ったものである。

4. 保険者機能の強化策の展開

疾病金庫が保険者として機能を発揮し適切に事業運営をするために、専門家集団を中心とする組織を構築している。まず、保健医療に関する調査研究を行うWiDoが、医療費の抑制が政策課題として重視され始めた時期である1976年に最大の疾病金庫であるAOKグループにより設立された。WiDoの調査研究は現在、医療保険をめぐる広範な分野に及んでいる。さらに、医学的鑑定を主業務とするMDKは、今日まで続く一連のドイツ医療保険制度改革立法の第1段階で1989年の法改正により導入され、各州に州内の全疾病金庫によって設置された。いずれも医療保険財政問題を念頭に、保険者機能強化のために保険者の財政負担のもとに設置されたものと考えられる。両機関の機能と活動状況は、日本の医療保険制度において保険者の在り方を考える際、保険者の機能を有

効に発揮するための実質的な仕組みないし条件づくりとして、注目に値する。

(1) MDK(医療保険メディカルサービス)

MDK(Medizinische Dienst der Krankenversicherung)は、疾病金庫および介護金庫のために医学的相談および鑑定を業務とする公法人である。各州ごとに州内のすべての疾病金庫(AOK、BKK、IKK、VdAK、AEV、LKK)が共同して出資し設立している。全国に17のMDKがある。その業務および組織の設立・監督については、SGB第5編医療保険第9章(第275条ないし第283条)、これを準用する農業者医療保険法KVLG第56条およびSGB第11編介護保険第18条(要介護認定)、第80条2項(施設の質の審査)に規定されている。MDKは1989年の医療保障改革法GRGにより先ず医療保険分野のために導入され、1995年の介護保険制度創設に伴い、要介護認定の鑑定等介護保険の業務が追加された。以下はヘッセン州MDKの説明(実績は1999年の概件数)であるが、他のMDKの業務も基本的には同じである²⁾。

疾病金庫が、医療保険分野での各給付の審査をするにあたり必要と判断した場合にMDKに依頼する。具体的には①就業不能の鑑定(傷病手当給付の審査のため)47000件(事業主の依頼5000件を含む)、②リハビリテーション給付、ケア給付の必要性の鑑定17000件、③入院の必要性和在院期間の鑑定18000件、④その他、薬剤費等の審査、精神科の鑑定などである。なお、現実には薬剤費の審査は、事後でかつ例外的な品目すなわち希少医薬品(成長ホルモン)や国内未認可薬の使用の適否を評価し、今後の投与に関して注意喚起する事後指導用である。また、疾病金庫がテーマを決めて重点的な鑑定を依頼することがある(例として、非常に高額な酸素吸入器や補助具の使用)。MDK側からそのような提案をすることもできる。また、MDKは介護保険分野での鑑定(介護

金庫からの依頼事項)も行っている。要介護の鑑定件数は在宅90000件、施設22000件であった。その他、組織の特性を生かしての研究業務等を行っている。例えばMDK全国連合会(MDS)が疾病金庫連合会の委託により、「ドイツにおけるマネジドケア具体化の可能性」について報告書にまとめている(2000年;米国型を直ちには採用できない、と指摘するもの)。

州内の各疾病金庫グループAOK、BKK、IKK、VdAK、AEV(職員代替金庫連合会)、LKK一代表により構成する管理委員会が事業計画と予算を決定し、理事長の選任等の権限をもつ。管理委員会は年2回程度開催され、理事長が通常業務執行の責任者である。職員数は500人(うち医師160、介護専門士24、技術員2、心理学者2)、医師は常勤で、実務経験10年以上が採用条件である。精神科、歯科医療について嘱託医師等を置く。州内に28の支所を配置し、各地の疾病金庫(支所)と連携して業務を行う。一般的事例は支所限りで、難しい事例を本部で処理する。鑑定医25名を置く大きな支所がある。鑑定業務にあたり、MDK(職員)は、医療機関に資料提供や説明を求められることができる。また、必要があれば自ら医療機関で患者を診察することもできる(実例は少ない)。これは、保険者である疾病金庫からの委託業務であり、保険者の権限をいわば代行するものと理解される。予算額は7000~8000万DMで、疾病金庫は被保険者1人当たり22DM(2000年)を拠出する。この拠出収入額を医療保険と介護保険の関係業務に各50%ずつ配分し事業を執行している。なお、各業務について1件当たり手数料をとらない。

(2) WIdO(地区疾病金庫立科学研究所)

WIdO(Wissenschaftliches Institut der AOK)は、1976年に設立された。実際的な必要性の視点に立ち、公的医療保険の諸問題およびその関連分野を調査研究の対象とする。目的は、疾病金庫の高

い質を維持し、人々への医療費保障を支えることであり、WidOは自らを科学と実務との仲介者と位置付けている。

AOK連邦連合会内にあるが、専任の所長を置き、独自に立案し業務を行う。また、大学での研究との関係を継続的に確保するために顧問を置いている。このような独立性と独自性により、WidOはAOKの立場を離れて分析結果を提示することができ、また、他の保健医療の研究機関との意見交換でも信頼関係を保つことができる。所員数約35名のうち半数が研究者で、社会学、経済学、心理学、数学、情報工学等の専門家である。なお、医師はいないが、医学的知識を提供できる者はAOK連邦連合会に常にいる。また、研究プロジェクトに従事する専門職員、プログラマー、秘書、薬剤および技術の補助員がいる。研究には、薬剤給付、病院(入院)給付、外来給付の部門や協力研究がある。また、医療経済分野での重要課題は、医療政策上講じられた対策に対する政策評価である。このような基礎的研究はAOKの個別利益のためにとどまらず公的医療保険全体のために役立ち、ドイツの医療制度の関係者への重要な基本情報となっている。研究は実証的なもので、具体的な活用に留意し、政策的助言やAOKの意見も参考にして行われる。研究所の強みは統計データの加工と分析であり、その一部は独占的なデータとして特に評価されている。研究所の運営は、弾力的なプロジェクト管理ができるように現代的な実効ある運営を目指し、境界領域のテーマや相互交流、水平的組織、自主的な体制づくりに配慮している。

研究内容は、現状分析、アンケート調査、将来予測、ワークショップ、ソフトウェア開発、効果評価、提案または学術的勧告の形でまとめられる。例えば、薬剤給付費の動向を分析する「薬剤レポート」や病院医療に関する重要課題を論ずる「病院レポート」が定期的に公表・刊行され高い評価を受けている。医師用の薬剤処方アドバイスのソフト

ウェアを開発した実績もある。開業医による薬剤支出額の変遷に関する情報提供のプログラムを開発中という。医師会系の中央研究所と共同でICカードに関し調査研究したこともある。運営費はAOKが大部分を賄っているが、他の関係者からの依頼での調査研究も多く、約3分の1の経費は他の関係機関からの収入である。提携機関および調査研究受託機関には、公的医療保険の保険者団体、医療サービス提供団体、連邦保健省、個別の疾病金庫、学術的研究機関、市場調査機関、企業がある。

5. ドイツ保険者機能の特色

ドイツの医療保険制度において、制度設計上、疾病金庫が保険者機能を発揮できるように仕組みを工夫していることを、3点に要約して示す。また、疾病金庫が主体的に保険者機能を発揮している業務は多いが、その中でも特に保険財政運営の基本的枠組みにかかわる機能として、保険給付費管理および保険料収入の管理の機能について特色をまとめた³⁾。

(1) 制度設計

第1に基本的ルールの明確化である。医療保険の基本思想を法律で提示し、それを仕組みに具体化している。特に、SGB第5編第1条は「加入者の連帯の原則」を定めている。この具体的な仕組みとして、公費の投入や患者の受診時一部負担ではなく加入者全体の保険料を主体にした疾病金庫の財政運営、保険者間の負担の公平を目指すRSAの実施、基本的には保険料負担能力を加入の前提条件とする(低得者の保険料負担問題は福祉の領域の対応として整理している)ことなどを挙げることができる。また、基本的な実務手続きを法定して示すことが多い。例えば、疾病金庫設立手続きおよび運営体制、被保険者の加入選択権行使手続きとその制限方法、適用賦課対象所得の金

額および関係する他の額の連動ルール、RSAの基礎情報収集と精算計算処理手続きなどである。さらに、保険給付に関連する事項の指針を示すものとして、開業医へのフリーアクセスの保障、入院給付への制約条件、医療費請求の経済性審査実施などがある。

第2に役割分担であり、SGBでは、事項により行政庁あるいは疾病金庫が担当するものを区分し、それぞれの実施基準、実施細目などを、位置付けている。疾病金庫の役割は広い範囲で設定されており、最近拡大の傾向にある(表1)。そして、現在さらにその役割拡大を志向しているとみられる。例えば、2000年改革法での給付関係の改革規定において、具体化を疾病金庫側と医療提供側の協議に待つものがある。また、司法が医療保険制度の在り方に対し役割を果たすことがある。すなわち、医療保険法制に関する裁判において制度の問題点に対する司法の判断が示された場合に、その判決内容を尊重する方向での制度改革が課題となることがある。例えば加入選択の自由の拡

大、賦課対象所得の範囲の見直し(強制加入と任意加入での所得種別の違い)である。いずれも制度改正の検討が、憲法上の「法の下での平等」(ボン基本法第3条)の観点での司法の判断を契機とするものである。

第3に疾病金庫は自主的管理運営を基本とする公法人として医療保険制度運営上の役割を分担しているが、その機能発揮のために環境整備も進められている(表2)。管理運営の体制については93年の改革で制度的に強化された。また、疾病金庫の連合団体が協調・連携して行動する事項も多い。さらに疾病金庫の業務運営の実質的な強化支援策として、疾病金庫の専門的技術的能力の発揮のために専門家集団の確保が進んでいる(MDKおよびWIdO)。

(2) 保険財政運営の基本的枠組みにかかわる 疾病金庫機能

診療報酬体系の設定から審査支払いまで、疾病金庫の機能として、保険給付費の管理にかかわる

表1 制度の枠組みと疾病金庫の役割

枠組み		被保険者	保険財政	給付
A	連邦 連邦議会 連邦保健省 連邦保険庁 各州政府	疾病金庫の設立要件 被保険者の加入要件 金庫選択権	適用賦課対象所得 基本的考え 毎年の金額 RSAの体系 RSAの精算実施	給付の種類 薬価体系 入院診療報酬体系
	疾病金庫連合会 同 中央連合会 各 疾病金庫	加入制限の定款 (適用実務)	RSAデータの収集 所得等級の定款 [=任意加入者] 保険料率の設定**	外来診療報酬体系 基本契約 〔審査は保険医協会〕 薬局調剤基本契約 同 審査支払* 入院診療個別契約 同 審査支払*

注：Bに掲げる事項は、日本と比べてドイツの保険者(疾病金庫)に特徴的な保険者の機能の例である。なお、*は日独共通である。**は、一定条件下での日本の保険者の機能である。

表2 疾病金庫の機能発揮の仕組み

機能	仕組みと目標/内容	経緯	
1. 経営管理	管理委員会 理事の責任と権限 同グループ内合併促進手続き整備	執行体制の強化 (自主運営が疾病金庫の原則) 合併による規模拡大	93年法改正
2. 相互協力 団体活動 業務運営	連合会間連携 金庫間の連携	対診療側団体/国 統一方針/提案 RSA(データ収集、拠出) 加入選択(適用手続き情報交換)	94年実施 97年実施
3. 専門能力	各州MDK WIdO(AOK)	医学的鑑定能力 調査研究能力	89年法改正 76年設立

範囲が広い。具体的には、医療費管理の方法として、開業医の外来診療の総額請負契約、入院医療における疾患に対する包括払いの部分的導入や、入院期間の管理への関与などが注目される。

保険料賦課基準や徴収手続きが明確化され、保険料収入の確保に役立っている。具体的には、保険料率(額)は各疾病金庫が定めるが、支出見込み次第で毎年変更されるのが当然のこととされており、必要があれば年途中で改定する事例もある。また、毎年、適用賦課上限所得額と平均給与額が告示されると、それらと連動して任意加入者の賦課最低所得(一般および自営業者)、扶養家族限度所得などの金額が確定する。保険料納付では、年金受給者の保険料は年金保険者が源泉徴収し2分の1の年金保険者負担分とあわせて一括納付する、失業者の保険料は連邦雇用庁が、生活保護受給者の保険料は福祉事務所が納付する、任意加入

者の滞納2か月で被保険者資格喪失とする、などの運用ルールがある。

注

- 1) 本稿は船橋・泉田(2001)を改訂したものである。
- 2) ヘッセンHessenn州はドイツ中部に位置し、フランクフルト、ヴィースバーデン等の都市がある。人口603万人、被保険者本人365万人(1997年)。
- 3) 国民健康保険中央会(1998)および国民健康保険中央会(2000)の内容も踏まえた要約である。

参考文献

医療経済研究機構 2001ドイツ医療関連データ集 2000年版
 国民健康保険中央会 1998 ドイツ医療保険制度調査(1997年12月)報告書
 国民健康保険中央会 2000 ドイツ医療保険制度(第2次)調査(1999年10月)報告書
 船橋光俊, 泉田信行 2001 ドイツ医療保険の保険者機能「保険者機能に関する研究プロジェクト」報告書
 VdAK. Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 1998.
 (ふなばし・みつとし 国民健康保険中央会常勤監事)