

基礎研 レポート

ドイツの医療保険制度(1)

—被保険者による保険者選択権の自由化により、
保険者の集約化が進む公的医療保険制度の現状—

取締役 保険研究部 研究理事 中村 亮一

TEL: (03)3512-1777 E-mail: nryoichi@nli-research.co.jp

1—はじめに

高齢化の進行や医療の高度化等に伴って増大する医療費支出にどのように対応し、医療保険制度の持続可能性・安定性を確保していくのかは、先進国共通の課題である。今回のレポートでは、社会保険発祥の国であり、日本の先例となりつつも、その後も数々の改革が行われてきているドイツの医療保険制度の状況について、3回に分けて報告する。

ドイツの医療保険制度は、以下の特徴や仕組みを有している。

- ① 民間医療保険が公的医療保険の一部を代替し、公的医療保険に加入義務の無い人は、民間医療保険との加入選択権が与えられている。
- ② 公的医療保険に加入する場合にも、被保険者に、保険者の選択権が認められている。
- ③ 公的医療保険の給付は、保険者毎に異なっており、各被保険者も、自分の加入する保険者が提供する給付プランの中から、保険料支払を条件に任意に給付を選択できる。
- ④ 民間医療保険も、実損填補の医療保険を終身保障で提供しており、これに対応して健全性を確保するための特別な仕組みが導入されている。
- ⑤ さらには、家庭医制度の推進、診療報酬の包括化、医薬品等に対する費用対効果分析、ジェネリック医薬品の拡大、医療のIT化等、今後日本においても導入及びより一層の推進を検討していかなければならない制度の実施にも積極的に取り組んできている。

こうした特徴や仕組みの中で、ドイツにおいては、公的医療保険と民間医療保険の保険者間だけでなく、公的医療保険の保険者間でも競争が行われ、医療の効率化や質・サービスの向上に向けた保険者による経営努力が促されてきている状況にある。ドイツの医療保険制度におけるこうした特徴や仕組みは、日本における医療保険制度を考えていく上で示唆になるものもあると考えられることから、テーマとして採り上げることとした。

まずは、今回のレポートでは、公的医療保険制度の現状について報告する。次回のレポートで、民

間医療保険及び民間医療保険会社の状況について報告する。3 回目のレポートで、公的医療保険と民間医療保険の課題と役割分担について述べた後、これらを踏まえて、日本における医療保険制度を考えていく上での示唆について考察する。

2—医療保険制度全体の概要

医療保険制度全体における民間医療保険の役割を考える場合、大きく、①主要（代替）、②二重、③補完、④補足、といった分類が考えられている。ここに、①主要（代替）は、公的医療保険に加入していない人に（民間医療保険が）提供される場合、②二重は、公的医療保険制度への加入がありながら、公的医療保険と同様な範囲を保障する場合、③補完は、公的医療保険における自己負担部分を保障する場合、④補足は、公的医療保険の保障範囲に含まれないサービスを保障する場合、を指している。

この中で、ドイツの医療保険制度は、公的が主で、民間が一部を代替する①のタイプとなっている。

ドイツでは、2007 年の「**公的医療保険競争強化法（GKV-WSG）**」を受けて、2009 年に実施された制度改革によって、国民全員が加入する「**国民皆保険体制**」が実現することになった。

それまでは、①公的医療保険への加入義務のない者に分類され、公的医療保険及び民間医療保険のいずれにも加入していない者や、②過去に公的又は民間のいずれかの医療保険に加入していたが、保険料を支払えない等の理由で無保険になった者等、「約 20 万人の無保険者が存在する」とされていた。

2009 年 1 月以降は、全ての国民は、公的医療保険もしくは民間医療保険に加入しなければならなくなった。これを受け、無保険者に対して、①過去に公的医療保険に加入していた者は、公的医療保険に再加入すること、②過去に民間医療保険に加入していた者は、民間医療保険に再加入すること、③公的医療保険にも民間医療保険にも加入経験のない無保険者は、2009 年 1 月までにいずれかの医療保険に加入すること、が義務付けられる¹こととなった。

これを推進する観点から、医療保険制度における各種の改正も行われた。

このように、ドイツの「**国民皆保険体制**」は、公的医療保険だけでなく、民間医療保険がその一部を代替することで、構築されている。なお、2014 年度末では、基本的な医療保障については、概ね全国民の 9 割弱が公的医療保険でカバーされ、1 割強が民間医療保険でカバーされる形になっている。

3—公的医療保険制度の概要

この章において、ドイツの公的医療保険²制度の概要を説明する。

保険者の代表団体である**疾病金庫中央連合会（GKV-Spitzenverband）**の資料によれば、「ドイツの公的医療保険の基本的構造原理は、①**連帯原則**（全ての被保険者が、その所得や支払った保険料の額や罹患リスクに係らず、医学上必要な給付を受けることが保証されている）、②**現物給付**（被保険者

¹ なお、実際には、いまだ無保険者が存在しており、国民皆保険が実現しているわけではない。

² ドイツでは、1995 年から公的介護保険（Pflegeversicherung）がスタートしているが、ここでは、公的医療保険について報告している。

が前払での支払をすることなく、給付を受けることが保証されている)、である。」とされている。

1 | 加入者(被保険者)³

ドイツにおいては、全ての国民に対して、公的医療保険への加入が義務付けられているわけではない。社会保険法典が「公的保険への加入義務者のある人」と「公的医療保険への加入義務のない人」を定めているが、これに基づくと、公的医療保険の加入者は、以下の通りに分類される。

① 公的医療保険への加入義務がある人（強制被保険者（Pflichtversicherte））

- ・所得が一定の基準所得（Jahresarbeitsentgeltgrenze）（2016年1月現在、年間56,250ユーロ）以下の被用者（ブルーカラー、ホワイトカラー）
- ・公的年金の年金受給者
- ・失業手当受給者
- ・農業経営者及びその家族従事者
- ・芸術家及び著述家
- ・学生 等

② 公的医療保険への加入義務がない人のうち、公的医療保険加入を選択した者（任意被保険者（Freiwillig Versicherte））

「公的医療保険への加入義務のない人」は、

- ・所得が一定の基準所得を超える被用者
- ・自営業者（①に含まれる芸術家等を除く）
- ・官吏、裁判官、軍人、大学教授等の特別な法的関係に基づき、公費による保障を受ける者
- ・EUの医療保障制度によって保障される者 等

であり、このうち、「公的医療保険への加入が認められる人」は、例えば、以下の通りとなる（即ち、公的医療保険に加入義務のない人が全員、公的医療保険への任意加入が可能というわけではない）。

- ・かつて公的医療保険の強制被保険者であった人は、過去5年間に24か月以上被保険者であった又は直近12か月以上連続して被保険者であった者等の一定の要件を満たす場合
- ・初めて就労する時の所得が加入限度額を超えているために、加入義務がない者

③ 公的医療保険加入者の家族（家族被保険者（Familierversicherte））

- ・被保険者の配偶者、パートナー及び子⁴（一定の要件あり）であって、その所得が限度額を超えないなどの要件を満たす者（被保険者の親や祖父母は家族被保険者となることができない）。

（参考）被保険者数等の状況

「連邦保健省（BMG：Bundesministerium für Gesundheit）」のデータによれば、2016年1月の被保険者数は、公的医療保険の被保険者（本人）が5,471万人で、そのうちの4,903万人が強制被保険者（うち、年金受給者が1,680万人）、568万人が任意被保険者である。これに家族被保険者1,618万人を加えて、公的医療保険の被保険者総数は7,089万人となっており、全国民の約9割が加入する形になっている。

³ 以下の記述においては、加入者と被保険者の両方の表現を使用しているが、基本的には同じ意味で使用している。

⁴ 学校教育を受けている場合には25歳未満の子、就業していない場合には23歳未満の子、その他の場合には18歳未満の子が対象となる。ただし、その子が自ら生計を維持することが困難な障害者である場合には、年齢による制限はない。

公的医療保険の被保険者構成(2016年1月)

	本人	強制被保険者		任意被保険者	家族被保険者	合計
			年金受給者			
被保険者数(万人)	5,471	4,903	1,680	568	1,618	7,089
(構成比)	(77.2%)	(69.2%)	(23.7%)	(8.0%)	(22.8%)	(100.0%)

(※)連邦保健省の Gesetzliche Krankenversicherung Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstandに基づく。

2 | 保険者

公的医療保険の保険者は、連邦政府、州政府及び地方自治体から、財政的、組織的に独立した公法上の法人である「**疾病金庫** (Krankenkassen : health insurance fund)⁵」となる。疾病金庫⁶の数は、1992年1月には全国で1,223であったが、各種の公的医療保険制度の改革の動きを受けて、吸収・合併が進んできており、2016年1月には118にまで減少している。

疾病金庫は、(a)地域疾病金庫 (AOK)、(b)企業疾病金庫 (BKK)、(c)同業組合疾病金庫 (IKK)、(d)農業疾病金庫 (LKK)、(e)鉱業・鉄道・船員年金保険(KBS)、(f)代替疾病金庫 (vdek) という6種類に分類される。

(d)農業疾病金庫 (LKK) と(e)鉱業・鉄道・船員年金保険(KBS)は、それぞれに該当する職業従事者のために設立されたものである。(b)企業疾病金庫 (BKK) は、企業や企業グループ単位で設立・運営される。(c)同業組合疾病金庫 (IKK) は、職業組合単位で設立・運営される。(a)地域疾病金庫 (AOK) は、上記のいずれにも該当しない人 (小規模企業の被用者、学生、一部の自営業者等) を主な対象に、地域単位で設立・運営される。

公的医療保険の加入者は、基本的には、①企業疾病金庫が設立されている企業等に勤務している場合にはその企業疾病金庫、②同業組合疾病金庫が設立されている事業所に勤務している場合にはその同業組合疾病金庫、③それ以外の場合には勤務地の地域疾病金庫、に加入する。④ただし、これらに代わって、労働者 (ブルーカラー) は労働者代替金庫 (EAR) に、職員 (ホワイトカラー) は職員代替金庫 (EAN) に加入することができた。なお、2009年に労働者代替金庫と職員代替金庫が統合して代替疾病金庫ができた。

1996年以降、加入者の疾病金庫選択権が拡大され、加入者は疾病金庫を自由に選べるようになった。ただし、企業疾病金庫と同業組合疾病金庫については、それぞれの金庫の定款において、認められる場合のみ選択可能となっている。即ち、これらの疾病金庫は、従来通りの加入者に限定する「**閉鎖型疾病金庫**」⁷と、従来の加入者に加えて、他の疾病金庫からの新規加入者も受け入れることとした「**開放型疾病金庫**」に分かれることとなった。これにより、例えば、企業疾病金庫の場合、従来の閉鎖型では、母体企業からの事務所費や職員給与に対する資金補助等が行われていたが、開放型に移行することで、これらの補助が行われなくなっている。

いずれにしても、これらの改革により、加入者の獲得を巡って、疾病金庫間の競争が行われること

⁵ 「Krankenkassen」の英訳は「health insurance fund」であり、日本語訳も「健康保険基金」となるが、一般的な呼び方である「疾病金庫」という用語を使用している (日本の「健康保険組合」に相当するものである)。以下、英訳は、疾病金庫中央連合会 (GKV-Spitzenverband : The National Association of Statutory Health Insurance Funds) や民間医療保険会社連盟 (Verband der Privaten Krankenversicherung) のWebサイト (英語版) 等から引用している。

⁶ 疾病金庫は、医療保険や介護保険だけでなく、年金保険、失業保険、労災保険の全ての社会保険の保険料徴収機関として機能している。

⁷ 閉鎖型の疾病金庫の加入者も他の疾病金庫へ移動することはできる。

になり、これが疾病金庫の再編につながる事となった。なお、2007年4月からは、種類の異なる疾病金庫間の合併も可能となっている。

保険者数という点では、企業疾病金庫の数が多いが、被保険者数という点では、地域疾病金庫と代替疾病金庫の2つで7割程度を占めている。

疾病金庫数の推移及び被保険者数

	地域 疾病金庫	企業 疾病金庫	同業組合 疾病金庫	農業 疾病金庫	鉱業・鉄道・ 船員組合	代替 疾病金庫	合計
保険者数(2016年1月1日)	11	93	6	1	1	6	118
保険者数(2006年1月1日)	17	200	19	9	2	10	257
保険者数(1992年1月1日)	271	741	173	21	2	15	1,223
被保険者数(万人) (2016年1月) (構成比)	2,465 (34.8%)	1,174 (16.6%)	540 (7.6%)	68 (1.0%)	170 (2.4%)	2,671 (36.9%)	7,089 (100%)

(※)連邦保健省の Gesetzliche Krankenversicherung Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstandに基づく。

3 | 給付

(1)給付の種類

公的医療保険による給付は、基本的には法律により統一されたものであるが、一部、疾病金庫の規約に基づく付加給付が行われる。これらの給付は、原則「現物給付⁸」で行われる。大きくは、①予防・早期発見給付、②疾病給付、③傷病手当金、に区分される。

① 予防・早期発見給付

疾病の予防及び早期発見のための給付で、予防接種や予防診療、避妊・不妊・妊娠中絶に関するサービスも含まれる。さらには、乳幼児健康診断、心臓・循環器病、腎臓病、糖尿病を対象とする健康診断、がん検診に加えて、歯科検診等が含まれる。

② 疾病給付

医師・歯科医師による外来診療、歯科診療、歯科矯正、薬剤・包帯類供給、各種療法、入院療養費、訪問看護療養・家事援助、医学的リハビリテーションが含まれる。さらには、人工授精や社会療法、入院・外来ホスピス、ストレステスト・作業療法等も含まれる。

③ 傷病手当金(Krankengeld)

疾病・事故による就業不能に伴う所得保障のための「現金給付」で、疾病・事故により就業不能となった被保険者に対して、1日につき、総収入 (Bruttoarbeitsentgelt) の70% (ただし、税・社会保険料等を控除した純収入 (Nettoarbeitsentgelt) の90%以下) が支給される。就業不能になった最初の6週間は雇用者が給料・賃金を継続して支払うこととされているので、公的医療保険による手当の支給は就業不能から7週間目からとなる。同一疾病・事故につき3年間で (雇用者による支払い分を含めて) 最長78週間支給される。

(参考)給付額の内訳

2014年度暫定ベースでの総給付額は、約193.63十億ユーロで、その内訳は以下の図表の通りとなっている。入院療養費が67.86十億ユーロで35.0%(2004年度は36.0%、以下同様)、医師・歯科医

⁸ 被保険者に医療が現物給付できなかった場合等には、保険者から費用償還が行われる。

師の診療費が 43.26 十億ユーロで 22.3%(22.5%)、医薬品が 33.43 十億ユーロで 17.3%(16.1%)、傷病手当金が 10.62 十億ユーロで 5.5%(4.9%)を占めている。

入院療養費が最大の支出項目であるが、ここ 10 年間では、その構成比は若干低下し、医薬品や傷病手当金の構成比が高まってきている。なお、医師療養費の構成比は上昇しているが、歯科医師療養費の構成比は低下している。

公的医療保険の給付額の内訳

(単位:十億ユーロ)

	医師・歯科医師療養費	医師療養費	歯科医師療養費	入院療養費	医薬品	傷病手当金	総給付額
給付額(2014年暫定値) (構成比)	43.26 (22.3%)	33.43 (17.3%)	9.83 (5.1%)	67.86 (35.0%)	33.43 (17.3%)	10.62 (5.5%)	193.63 (100.0%)
給付額(2004年実績値) (構成比)	29.45 (22.5%)	21.86 (16.7%)	7.59 (5.8%)	47.17 (36.0%)	21.13 (16.1%)	6.37 (4.9%)	131.16 (100.0%)

(※)連邦保健省の Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln– Juni 2015 に基づく。

(2)選択タリフ

公的医療保険競争強化法に基づいて、2007年4月から、「**選択タリフ (Wahltarife)**」が導入された。これは、法定給付に加えて、疾病金庫が様々な給付プログラムを提供するもので、加入者が選択し、対応した保険料を支払うことになる。

選択タリフ導入の目的は、加入者の保障選択の自由度を高めることで、①加入者の給付の充実を図るとともに、②加入者のコスト意識を醸成する、ことにあるが、一方で、こうした民間医療保険に準じた任意給付の提供で、疾病金庫間の競争を促すことにある。

(2-1)選択タリフの種類

選択タリフには、**A** 疾病金庫が必ず提供しなければならないもの、**B** 疾病金庫が任意に提供できるもの、がある。例えば、以下のようなものが挙げられる。

A 疾病金庫が必ず提供しなければならない選択タリフ

- ①総合的医療 (外来診療と入院診療等の連携)、②疾病管理プログラム DMP (糖尿病や乳がん等の疾患に対して特定のプログラムに即して治療等を実施)、③家庭医中心医療(加入者が家庭医と契約)、④特別の外来医療(心筋梗塞等の特定疾患に対する特別なサービス)、⑤傷病手当金 (自営業者等の傷病手当金の受給権のない加入者を対象)

B 疾病金庫が任意に提供できる選択タリフ

- ①免責タリフ (自己負担の免責額を設定する代わりに報奨金を受給)、②費用償還タリフ (加入者が医療機関で費用を支払った後、疾病金庫が手数料控除後の医療費を償還)、③保険料償還タリフ (1年間医療給付等を受けなかった場合に保険料の一部を返還)、④保険外給付タリフ (薬剤・療法等で保険対象外給付を受けた場合に、患者負担分を償還)、⑤患者負担償還タリフ (入院や薬剤等における一部負担を償還)

(2-2)選択タリフの提供と加入者による選択

各疾病金庫は、選択タリフの内容を任意に設計することができる。提供される各選択タリフのいずれかを選択するかどうかは、加入者の判断に委ねられる。ただし、加入者の選択タリフの選択に向け

て、それぞれの選択タリフの内容に応じたインセンティブが付与されている。

なお、一度選択タリフを契約した加入者は、失業等の場合を除き、3年間（一部の選択タリフは1年間）その契約を変えることができない。

(3)自己負担

疾病給付を受けた場合には、被保険者が負担する自己負担金がある。例えば、入院診療時は1日10ユーロ（毎年28日の上限有）、薬剤・包帯類等は費用の10%（下限5ユーロ、上限10ユーロ等）となっている。ただし、一部自己負担を免除されるケース（18歳未満の子ども、青少年等）があり、さらに所得に対する負担限度額（一般患者の場合、年間所得の2%等）も設定されている。なお、外来診療に対する一部自己負担は、2004年に導入されたが、2013年に廃止された。

4 | 保険料

公的医療保険の保険料は、基本的には、各被保険者の負担能力に応じて決定する「**応能負担**」となっている。被保険者の年齢・性別、健康状態等の実際の給付に影響を与える要素は、保険料に関係していない。さらには、家族被保険者に対する保険料負担もない。即ち、個人の置かれている各種の状況に係らず、国民全体における所得再分配機能を働かせることで、全ての国民に必要な給付を保証する形になっている。これにより、基本的構造原理の1つである「**連帯原則**」を具現している。

保険料は、各被保険者の「**保険料算定基礎収入**（Beitragbemessungsgrundlage）⁹」に「**保険料率**（Beitragsatz）」を乗じて算出される。保険料算定基礎収入には上限があり、2016年は50,850ユーロとなっている。

以下の4—3 | で述べるように、基本となる保険料率は、全国、全疾病金庫一律に統一されている。

これに対して、各疾病金庫の財政状況に応じて、各被保険者に対して、所得の一定率の追加保険料が、さらには、選択タリフを選択した被保険者に対しては、給付に必要な保険料が課せられる。

5 | 医療の供給体制

(1)診療体制

ドイツの医療は、開業医と専門医及び病院により提供されている。開業医が外来診療を担当し、病院が入院診療を担当している。緊急の場合を除き、病院診療を受けるには、開業医の紹介を受けなければならない。

殆どの被保険者は家庭医を有しているが、外来診療の場合に、家庭医の存在にも係らず、自ら選んだ保険医の診療を受けることができる。ただし、政府は「**家庭医中心医療**」（病気になった場合には、最初に家庭医の診察を受け、家庭医の判断に従って、専門医や病院の診療を受ける）を推進することで、医療費支出の抑制を図ろうとしており、疾病金庫の提供義務のある選択タリフにも「家庭医中心医療」を含めている。

開業医は定員制となっており、地域及び診療科毎に保険医の供給制限が行われている。なお、開業医の殆どは保険医であるが、自由診療医として診療を行うこともできる。

過去においては、医師の過剰が問題となっていた時期もあったが、最近では地方を中心とした医師不

⁹ 被用者の保険料算定基礎収入には、各種の一時金や手当等も含まれる。

足が問題になってきているようである。

病院数及び病床数は減少傾向にあり、代わりに介護療養施設数やその定員数が増加してきている。

なお、医療データの電子化が進んでおり、開業医及び病院が患者の医療データを共有している。

(2)医薬品

ドイツは完全な医薬分業で、外来診療における医薬品は保険医の処方に基づいて薬局で給付される。

医薬品は、「医師の処方を要する医薬品」と「医師の処方を要しない医薬品」に分けられる。前者の価格は、政府による各種の規制が行われているが、後者は自由に価格設定される。また、前者は一般的に保険給付の対象になるが、後者は原則全額患者負担となる。なお、「参照価格制度（成分と効能が同じ薬をグループ分けし、参照価格を設定して、その価格までを保険で支払われる範囲とする制度）」が採用されている。さらには、ジェネリック医薬品の使用を促進する方策が設けられている。

これまで、医薬品の給付額抑制に向けて、数々の改革が行われてきている。

6 | 診療報酬

(1)保険医

保険医に対する診療報酬のうち、外来診療については、連邦保険医協会と疾病金庫中央連合会の代表者により構成される評価委員会（Bewertungsausschuss）で定められる「統一評価基準 EBM(Einheitlicher Bewertungsmaßstab)」において、各診療行為の点数単価等が定められている。EBM は、医療技術の進歩等の反映を含める形で、毎年定められる。

EBM は、医師全般に共通する診療、特別な診療及び医師のグループ（家庭医と専門医）別の診療等に大別されているが、例えば、家庭医と専門医の診療報酬については、それぞれ実際に行われた診療行為に関わらず定額を支払う包括化が進められてきている。

なお、各疾病金庫が各州の保険医協会に診療報酬総額を支払い、保険医協会から各保険医に対して診療報酬が支払われることになるが、この診療報酬総額の算定においては、被保険者の罹患率を反映した算定基準が使用され、以下の 4—6 | で述べる、健康基金から各疾病金庫に支払われる交付金と整合的な仕組みが導入されている。

(2)病院

入院療養給付は、「診断群分類（DRG : Diagnosis Related Groups）に基づく包括的な報酬基準」が適用されており、実際の在院日数や給付の種類及び量にかかわらず、DRG に応じて予め定められた定額が支払われる。

4—公的医療保険の財政の仕組み

ここでは、ドイツの公的医療保険の財政の仕組みについて、報告する。

1 | 財源確保の全体像

公的医療保険は、主として、被用者と雇用者によって支払われる「保険料」によって賄われている。

2009年1月に、「健康基金（Gesundheitsfonds : Health Fund）」と、全ての被保険者に対する「統一保険料率（Einheitliche Beitragssatz : Uniform Contribution Rate）」が導入され、さらに個々の

疾病金庫は「追加保険料 (Zusatzbeitragssätze : Supplementary Premium)」を徴収することができることになった。なお、2004 年からは、税金を財源とする「連邦補助金」も投入されている。

このように、現在の公的医療保険財政においては、①統一保険料率による保険料、②追加保険料、③連邦補助金、の3つが主要な財源となっている。ただし、2014 年度暫定ベースの財政収支によれば、総収入 204.13 十億ユーロのうち、③の連邦補助金は 10.50 十億ユーロで 5.1%の構成比であり、疾病金庫からの保険料収入（実質的に①）が殆どを占める形になっている。

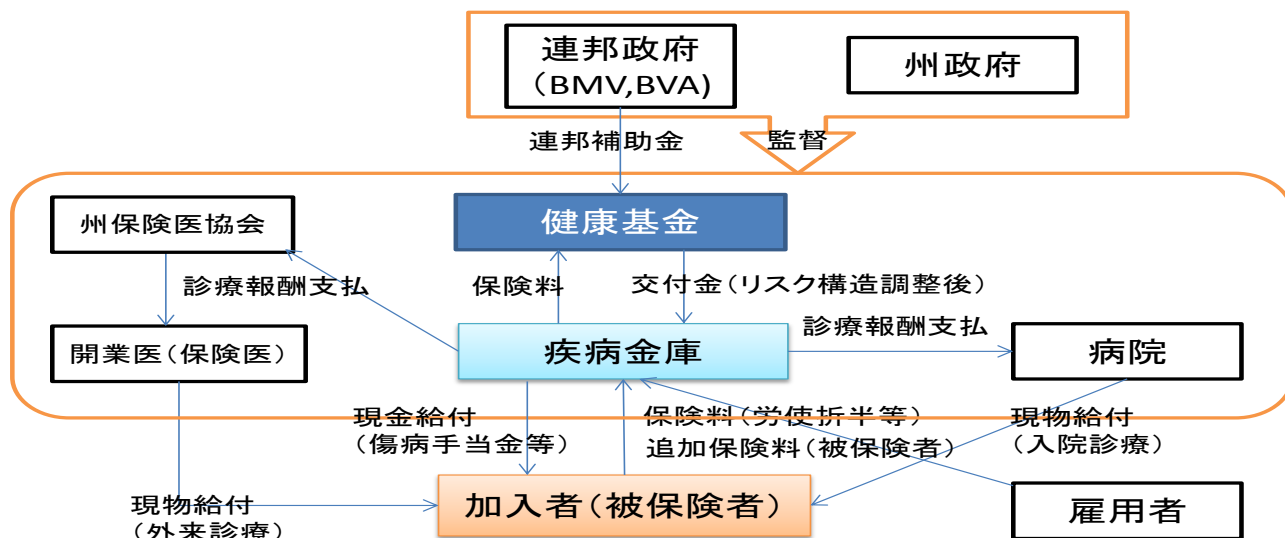
2 | 健康基金

健康基金は、連邦の特別な基金として、「連邦保険庁 (BVA : Bundesversicherungsamt : Federal Insurance Office)」で管理運営されている。健康基金は、疾病金庫からの保険料と税金を財源とする連邦補助金で財源を確保している。6 | で述べる「リスク構造調整 (Risikostrukturausgleich)」を行った上で、各疾病金庫に必要な資金を「交付金 (Zuweisung)」として配分している。

このように、健康基金が、公的医療保険全体の収入と支出を一括して管理しており、各疾病金庫は、配分された交付金の下で、加入者の疾病予防・管理等を通じて、給付支払額を適正な水準に保ちつつ、効率的な運営を行っていくことが求められる形になっている。

こうした健康基金を中心とした公的医療保険の資金の流れのイメージは、以下の通りとなる。

公的医療保険の資金の流れ(イメージ図)



(※)筆者作成

3 | 統一保険料率による保険料の算定

2007 年の公的医療保険競争強化法に基づく改革以前は、公的医療保険の保険料率は各疾病金庫が独自に決定していたが、この改革により、保険料率の決定権が各疾病金庫から国に移管された。2009 年 1 月からは、全国、全疾病金庫に一律の統一保険料率が適用され、全ての保険料負担者には、各人の収入を基準とした統一的な保険料率が課されることとなった。この統一保険料率は、法定保険料率で、連邦議会で決定される。

2011 年から 2014 年までの統一保険料率は、15.5% (傷病手当金の請求権がない被保険者について

は 14.9%) に設定され、被用者が 8.2%、雇用者が 7.3%を支払ってきた。以前は、被用者に係る保険料は労折折半であったが、保険料の雇用者負担分の増加を抑制する観点から、雇用者負担分は 7.3%に固定され、傷病手当金や歯科補綴に係る保険料 (0.9%に相当) については、被保険者である被用者の単独負担となっていた。

2014 年 7 月に成立した「公的医療保険の財政構造と質の向上のための法律 (GKV-FQWG)」により、2015 年から、この仕組みが変更され、全体の統一保険料率が 14.6%に引き下げられ、被用者、雇用者とも 7.3%の保険料率に基づく保険料を支払うことになった。

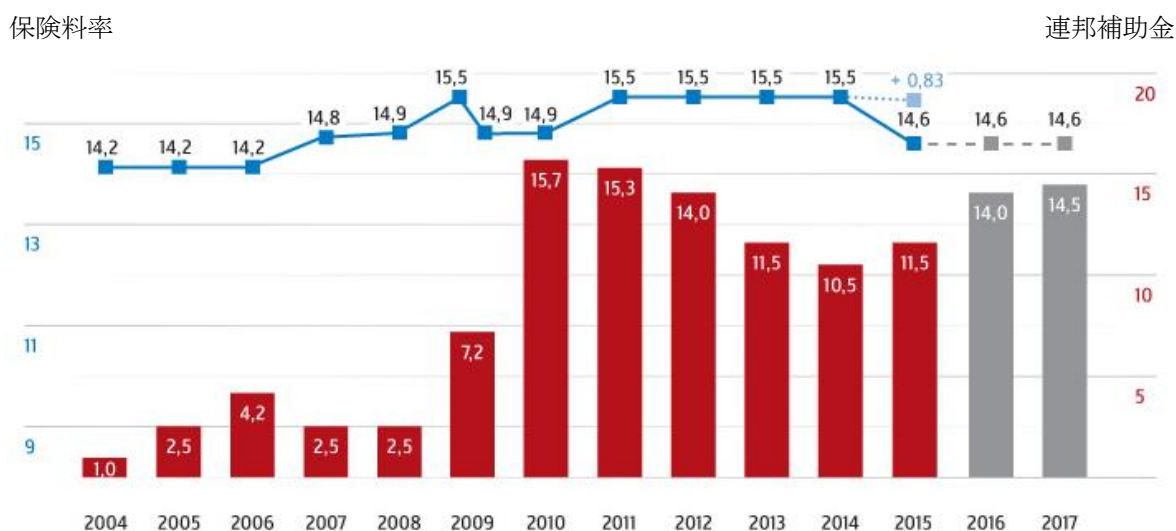
4 | 連邦補助金

連邦補助金は、例えば、出産手当金や子供の病気の際の傷病手当金等のような「**保険になじまない給付**」を補償するための財源として、2004 年に導入された。ただし、連邦補助金は、各疾病金庫の被保険者数に応じて支給されるので、実際の「保険になじまない給付」に対応したものとなっているとは限らない。

(参考) 保険料率と連邦補助金の推移

過去から及び今後の保険料率と連邦補助金の推移は、疾病金庫中央連合会からの資料に基づくと、以下の通りとなっている。

連邦補助金の金額は、2010 年度まで大幅に増加してきたが、その後 2014 年度までは減少している。ただし、今後は 2017 年に向けて増加していくことが想定されている。



- ・ 2008 年までは全ての健康保険の平均保険料率、・ 2009 年からは法定された均一料率
 - ・ 2005 年 7 月 1 日から 2014 年までは、被保険者負担の 0.9%を含む数値
 - ・ 2015 年は法定の 14.6%、任意保険が個別の追加保険料を課すケースもある。
 - ・ 2015 年は、連邦保健省が 2014 年秋に平均 0.9%の追加保険料を予測 (実際の平均追加保険料率は必ずしもこれと一致しない (2015 年 1 月から 11 月の平均は 0.81%))
 - ・ 2016 年は、連邦保健省が 2015 年秋に平均 1.1%の追加保険料を予測
 - ・ 2014 年の連邦補助金は予算支援法による変更に対応している。
 - ・ 2017 年から、14.5 十億ユーロ
- (※) 疾病金庫中央連合会 (GKV-Spitzenverband) の資料から引用 (筆者翻訳)

5 | 追加保険料の賦課

各疾病金庫は、支出をカバーするために、健康基金から各自の被保険者に対する交付金を受ける。健康基金からの交付金で財政需要をカバーできない疾病金庫は不足額を補填しなければならない。不足額を補填できない場合、追加保険料を課す義務がある。

具体的には、健康基金からの交付金では、自らの支出の95%以下しか賄えない場合で、交付金以外の収入や積立金を考慮しても財源が賄えない場合に、各被保険者に対して、追加保険料が賦課されることになる。追加保険料は、公的医療保険の平均所得に対する率に基づいて決定される。

(1) 2009年1月1日から2014年12月31日までの仕組み

2009年1月から徴収可能となった追加保険料については、当初、「被保険者の保険料算定基礎収入の1%以下かつ月額8ユーロを超えてはならない」とされていた。

2011年1月からは、定率性が廃止され、「定額制となり、保険料算定基礎収入の1%との上限も撤廃」された。さらに、追加保険料は、各被保険者が単独で負担するが、過重な負担とならないように「社会的補償 (Sozialausgleich : Social Compensation)」の仕組みが設けられた。具体的には、「平均追加保険料¹⁰」が被保険者の保険料算定基礎収入の2%を超える場合には、当該超過額については税による補填を受けることができるようになった。

(2) 2015年1月1日からの仕組み

2015年1月1日から、追加保険料は、従来の定額から「所得の一定率」として徴収される形に変更された。なお、この変更に合わせて、疾病金庫が加入員に配当を支払う制度も廃止された。さらには、2011年に導入された社会的補償の仕組みも廃止された。これにより、公的医療保険制度における所得再分配機能の計画された税制への移転も廃止されることになった。

なお、2015年における平均的な追加保険料率は0.83%となっている。

(3) 疾病金庫による追加保険料の賦課プロセス等

疾病金庫は、追加保険料の賦課、保険料の変更を行う場合には、その1ヶ月前に加入者に対して（文書か加入者向けの雑誌を通じて）通知しなければならない。これに対して、加入者には、特別な解約権があり、これを行使して、追加保険料を支払う義務を負うことなく、疾病金庫を脱退して、他の疾病金庫に移ることができる。このため、追加保険料の徴収が加入者の流出に繋がる可能性がある。

このように、統一保険料率の導入と各疾病金庫毎の追加保険料徴収の仕組みにより、疾病金庫の再編がさらに加速されることが想定されている。

6 | リスク構造調整

「リスク構造調整」と呼ばれる財政調整の仕組みが、1994年から導入されている。これは、疾病金庫間における被保険者の年齢・性別構成等のリスク構造の差から発生していた保険料率の格差を是正し、公正・公平な競争環境を整備するために導入された。

2009年1月に健康基金が創設され、各疾病金庫により加入者から徴収された公的医療保険の保険

¹⁰ 平均追加保険料は、各疾病金庫で実際に徴収される追加保険料ではなく、全ての疾病金庫の支出総額推定額から健康基金の収入総額推定額を控除した額を全被保険者数で割って算出される。

料は、いったん健康基金に納められた後、交付金として各疾病金庫に配分されるようになったが、この際に各疾病金庫に配分される交付金の額は、疾病金庫毎の加入者の年齢・性別構成、罹病率（健康リスク）、稼得能力の減退を考慮した「リスク構造調整」を経て決定される。

それまでのリスク構造調整は、各疾病金庫の加入者の年齢・性別構成、家族被保険者数、所得、稼得能力の減退をベースに計算され、加入者の健康度合いによる負担リスクの相違は考慮されていなかった。そのため、低い保険料率を提示して、健康な若者を多く集める疾病金庫が競争上の優位に立つことになり、疾病金庫の中には、健康リスクの高い高齢層を避け、健康リスクの低い若者を多く集めようとするものもあった。

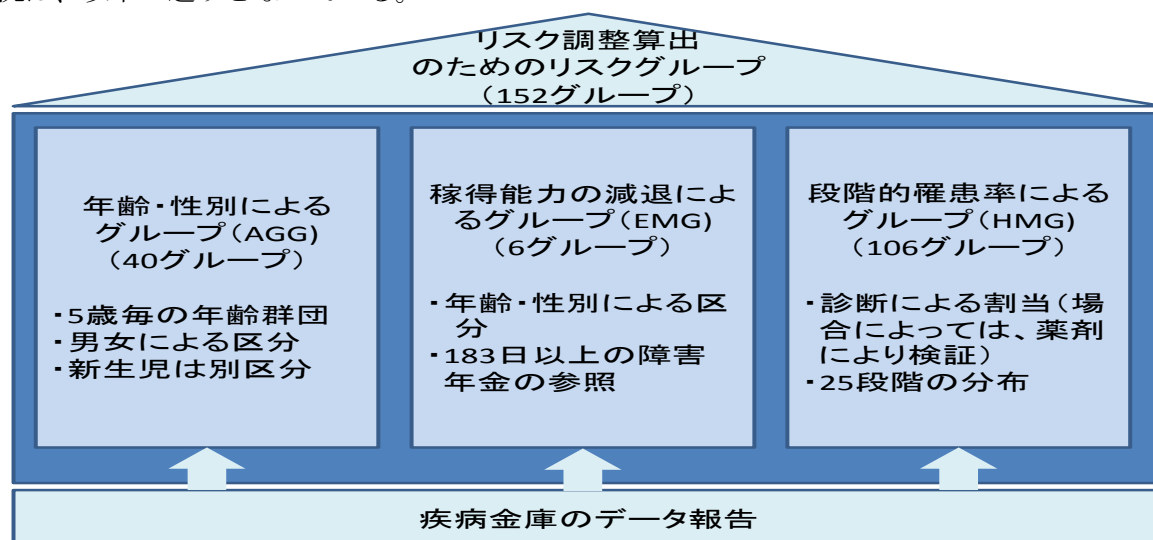
2009年の改正により、従前の「年齢や性別等に基づくリスク構造調整」に加えて、「罹患率に基づくリスク構造調整 (Morbi RSA)」が行われる¹¹ことになり、健康リスクを多く負担している疾病金庫には、その分を増額した交付金が与えられることとなった。これにより、保険料率による若者への訴求、加入者の選別が、疾病金庫間の競争要素から除外されることとなった。

なお、「罹患率に基づくリスク構造調整の基準」は、以下の通りである。

<罹患率に基づくリスク構造調整 (Morbi RSA) の基準>

- ・罹患リスクは、偽名化された入院及び通院診断を通じた 80 の選択された疾病グループを使用して、直接調査される。
- ・製薬に関するデータが高い信頼性で通院診断を確保するために使用される。
- ・以前のリスク構造調整において使用されていた年齢・性別・稼得能力減退者の罹患率基準の考察
- ・構造化された治療プログラム (疾病管理プログラム DMP) に登録された被保険者はもはや区別して含まれない。
- ・リスク・プールの廃止

また、連邦保険庁の資料に基づく、年齢・性別等を含むリスク調整の対象になるリスクグループの状況は、以下の通りとなっている。



(※)連邦保険庁の資料より引用(筆者翻訳)

¹¹ なお、所得をベースにした統一保険料率や被保険者数をベースにした健康基金からの交付金の導入により、リスク構造調整から、所得や家族被保険者数の要素は除外された。

ベースとなる各被保険者に対する統一保険料率に基づく金額に、このようなリスクグループに対応して算出される調整金が加算あるいは減額された金額¹²が、各疾病金庫の法定給付に対する交付金となる。これに事務費に対する交付金を加えた金額が、各疾病金庫に交付されることになる。

5—財政収支の状況

ここでは、こうした仕組みを受けての、国全体の医療に関する財政収支の状況及び各疾病金庫の収支運営の状況について、簡単に報告しておく。

1 | 公的医療保険の財政収支の状況

過去からの財政収支の推移は、以下の図表の通りである。

公的医療保険の収支は 2000 年代の初頭までは赤字等で苦しい状況にあったが、その間、多くの改革を行ってきたこともあり、2004 年以降は、2010 年と 2014 年を除いて黒字を確保している。

ただし、国の医療財政収支はあくまでも賦課方式によるものであり、今後の高齢化の進行等を考慮すると、支出の増大が想定されることから、これに対応した収入の安定的な拡大を図っていかねばならない状況にある。

公的医療保険の収支の推移

(単位: 百万ユーロ)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
収入	131,203	133,808	135,790	139,707	140,770	142,460	143,828	147,619
支出	130,918	133,695	138,811	143,026	145,095	140,178	143,809	148,004
収支差額	▲ 80	103	▲ 2,691	▲ 3,409	▲ 3,441	4,020	1,424	5,459
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
収入	153,567	162,516	172,202	175,597	183,774	189,688	195,847	204,237
支出	153,876	160,937	170,784	175,993	179,608	184,249	194,490	205,540
収支差額	1,744	1,430	1,418	▲ 396	4,165	5,440	1,357	▲ 1,302

(※) 連邦保健省 Daten des Gesundheitswesens 2015 に基づく。

2 | 各疾病金庫の収支管理

各疾病金庫の収支管理については、以下の通りとなっている。

収入面においては、法定給付に関する部分については、健康基金からの交付金が、加入者のリスクを（完全ではないものの一定程度）反映して、民間医療保険の仕組みに近い形で収入される形になっている。ただし、総額のベースとなる統一保険料率等の決定権は、各疾病金庫にあるわけではないので、基本的には、国が全体財源を定め、それが各疾病金庫にそれぞれの加入者のリスクを反映する形で公平に配分される形になっている。

一方で、支出面においては、各疾病金庫が保険医に支払う診療報酬については、基本的には、各州の疾病金庫連合会と保険医協会の協議等によって決定されることになっている。ただし、疾病金庫が保険医と個別契約を締結することや製薬企業との間で医薬品の割引契約を締結することも認められており、これらを通じて費用の抑制を行うことができる形になっている。

¹² なお、2014 年 7 月に成立した「公的医療保険の財政構造と質の向上のための法律 (GKV-FQWG)」により、傷病手当金や外国人被保険者に対する支払額調整の算出方法において、実際の支払額の要素を反映する等の改正も行われている。

さらに、各疾病金庫は、選択タリフの導入を通じて、給付・サービスの質や選択肢の拡大を行うことができるため、これらを通じて収入の拡大や支出の抑制等を目指すことができることになる。

いずれにしても、これらの仕組みを活かして、効率的な運営を行っていくためには、被保険者数という規模が大きな意味を有してくることもなっている。こうした観点から、より一層の疾病金庫合併に向けたインセンティブが生まれている状況にある。

このように、ドイツの公的医療保険の保険者である疾病金庫は、民間医療保険会社と同様に、疾病金庫間あるいは民間医療保険会社との競争環境下に置かれて、さらなる経営効率化が求められる状況にあるといえる。

6—まとめ

以上、ここまでドイツの公的医療保険制度の現状を見てきた。

ドイツでは、これまでも数々の医療保険制度改革が行われてきている。ドイツの医療保険制度の現状を理解し、今後の改革の方向性を考えていく上においては、これまでの改革の経緯等も十分に踏まえておくことが大変重要になってくる。これについては、いくつかの報告書が出されているので、今回のレポートでは触れていない。

いずれにしても、こうした過去からの改革等を踏まえた上で、医療保険制度の持続可能性・安定性を確保していくために、公的医療保険と民間医療保険の役割分担等も考えながら、今後とも必要な改革が行われていくことになるものと想定される。

今回はあくまでも公的医療保険制度の現状について報告したが、ドイツにおける医療保険制度においては、民間医療保険が公的医療保険の一部代替機能を有していることから、民間医療保険についての現状を知ること、医療保険制度全体を理解する上で、重要になってくる。

次回のレポートで、民間医療保険及び民間医療保険会社の状況について報告する。

以 上

【参考文献・資料】

Quality-improving,assuring,publishing Annual Report 2014 GKV Spitzenverband
Financial report for private healthcare insurance 2014

Verband der Privaten Krankenversicherung

Daten des Gesundheitswesens 2015

Bundesministerium für Gesundheit

ドイツ医療関連データ集【2014年版】 ドイツ医療保障制度に関する研究会編 医療経済研究機構
医療制度における公的保険と民間保険の役割 財務総合政策研究所

医療保険の公私関係ードイツにおける変化と今後の方向ー 松本勝明

フィナンシャル・レビュー 平成24年(2012年)第4号(通巻第111号)

ドイツの医療保険制度改革追跡調査 報告書 平成21年6月 健康保険組合連合会

世界の医療保障 第2章 ドイツ 水島郁子 法律文化社

民間保険から見たドイツの健康保険システムの特徴

ー公的保険者が競争し民間保険が公的保険を補完し代替するシステムー

小林 篤 損保ジャパン日本興亜総研レポート

ドイツの医療保険について

青山麻里 生命保険経営第76巻第6号(平成20年11月)

医療制度の国際比較 第1章 ドイツの医療制度 菅和志 加藤千鶴

財務省財務総合政策研究所／2010.4

公的医療保障制度と民間医療保険に関する国際比較ー公私財源の役割分担とその機能ー

河口洋行 成城・経済研究 第196号(2012年3月)

ドイツの医療保険における「連帯と自己責任」の変容

土田武史 早稲田商学第428号 2011年3月