

ドイツの医療保険者機能について

静岡県立大学教授 藤本 健太郎

目 次

1. ドイツの医療保険制度の概況
 - (1) 被保険者—被用者中心から皆保険へ
 - (2) 保険料—保険料率の統一、追加保険料による差別化
 - (3) 給付内容—外来は10割給付、18歳以下は自己負担なし
 - (4) 保険者—歴史的に分立してきた保険者

2. ドイツの医療保険者間の競争
 - (1) 医療保険者間の競争が導入された経緯
 - (2) リスク構造調整 (Risiko Struktur Ausgleich)
—競争の前提条件としての財政調整
 - (3) 保険者の統合・再編

3. 近年の大きな制度改革
 - (1) 2007年の医療制度改革 (第1次メルケル政権の改革)
 - (2) 2010年の医療制度改革 (第2次メルケル政権の改革)

4. 医療保険者 (疾病金庫) の変化、求められる役割
 - (1) 薄れた当事者自治
 - (2) 製薬企業との交渉

5. おわりに

要 約

1. ドイツの医療保険者は長い歴史を有している。世界最古の医療保険法である労働者医療保険法が制定される1883年より前から、疾病、障害、老齢、貧困等に対して救済活動を行う共済金庫(Unterstützungskasse)はすでに存在していた。共済金庫の系譜を遡れば、さらに中世の手工業者によるツンフト金庫(Zunftkasse)や鉱山労働者を対象とするクナップシャフト金庫(Knappschaftskasse)に行きつく。
2. このような長い伝統を有するドイツの医療保険者であるが、近年、その姿を大きく変えつつある。かつてはドイツの医療保険は職場ごとに運営されており、1992年には全国で1123の保険者がいた。しかし、1996年の医療制度改革により、医療保険の被保険者が保険者を自由に選択できるようになり、保険者間の競争が導入されたことにより、急速に再編が進んだ。なかでも、代表的な医療保険者である地区疾病金庫は被保険者に低所得者や高齢者が多いために影響は大きいと思われた。保険者間の競争の導入に当たり、保険者の努力の及ばない要素である被保険者の年齢、収入、性別についてはリスク構造調整(Risiko Struktur Ausgleich)と呼ばれる財政調整の仕組みが設けられたが、なお保険料率が高い傾向にあり、競争上不利であると想定されていた。このため、競争の導入をにらんで事前に統合が進められたこともあり、1992年にはドイツ全国で271存在していた地区疾病金庫は1995年には92にまで統合が進んだ。さらに、本格的な保険者の選択制が導入された1996年には全国で12の地区疾病金庫に集約された。その他の種類の保険者においても集約は進み、2016年にはドイツ全体で医療保険者の数は116にまで減少している。
3. また、医療保険制度全体の方向性についても、近年、大きな改革が繰り返されており、向かうべき方向性が定まっていない印象がある。2003年のリユールップ委員会において、将来にわたり持続可能な医療保険の姿が議論されたが、一つの構想に絞り込まれるのではなく、全国民を強制加入の対象とする国民保険と、人頭割の定額保険料による人頭割保険料モデルという2つの構想が示された。ドイツの2大政党はキリスト教民主・社会同盟と社会民主党であるが、それぞれ、キリスト教民主・社会同盟は人頭割保険料モデルを支持し、社会民主党は国民保険を支持し、主張には隔たりがある。ドイツでは総選挙において単独過半数を占める政党はないのが通例であり、様々な連立政権が誕生する。最近ではキリスト教民主・社会同盟が第一党を占めているが、経済界に近い自由民主党と連立を組んだときと、労働組合を支持母体とする社会民主党と大連立を組んだときとは、自ずと医療保険に関するスタンスも異なる。このところのドイツの医療保険制度改革の動向をみていると、国民保険と人頭割保険料モデルという二つの方向性の間で揺れ動いているように思われる。
4. このように、ドイツの医療保険制度は世界最古の歴史を持つが、近年、大きく変動しており、そのなかで医療保険者の姿も変わりつつある。本稿では、近年のドイツの医療保険制度改革の動向を追いながら、ドイツの医療保険者はどのように変化し、どのような保険者機能の発揮が求められているのか見ていくこととしたい。

1. ドイツの医療保険制度の概況

(1) 被保険者—被用者中心から皆保険へ

従来のドイツの医療保険制度では、一般の被用者は日本と同様に強制加入の対象であったが、自営業者および所得の高い被用者は任意加入とされていた。無保険者の多いアメリカとは異なり、ドイツの公的な医療保険は広いカバレッジを有していたが、すべての国民が何からの公的な医療保険制度に加入する皆保険ではなかった。

しかし、2007年の制度改革により、2009年1月からドイツにおいても皆保険が実施された。

まず、2007年に第1段階として、以前に公的医療保険に加入していた者は公的医療保険への再加入が義務付けられ、以前に私的医療保険に加入していた者は私的医療保険への再加入が義務付けられた。私的医療保険についても加入義務が課されたことから、私的医療保険の被保険者が公的医療保険と比べて不利にならないよう、標準タリフ (Standardtarif) を提供することが保険会社に義務付けられた。標準タリフの保険料は公的な医療保険の平均最高保険料を超えてはならないこととされている (注1)。なお、ドイツの医療保険加入者の約9割は公的医療保険に加入しており、公的医療保険が医療保障の柱となっている。

次に、2009年1月から第二段階として、ドイツの全居住者に公的な医療保険あるいは私的な医療保険に加入することが義務付けられた。これにより、ドイツにおいても皆保険が導入された。

かつてドイツの医療保険制度は、所得が低い被用者や年金受給者を主たる対象として発達してきた。その背景として、相対的に社会的立場の弱い人こそ義務的に加入させることにより、医療サービスを受けることを保障するという考え方があった。日本の最高裁判所に相当するドイツ連邦憲法裁判所の判例をみると、「医療保険による重篤患者のための高額医療手術の償還費用」(2005年12月6日連邦憲法裁判所第一法廷決定)において、「法定医療保険は、一方において、収入が平均的および低い被用者ならびに年金生活者を医療保険に加入することを義務付け、他方において、病気のときは自己負担で治療すべきであるが、収入が低いために何らかの保護を必要とする者を対象とする。この保険方式により、収入の低い国民にとっても医療保険による完全な保障が僅かな保険料で実現される。」と述べられており、社会的に弱い立場の人を中心にした制度として認識されていることが分かる。自営業者も任意で公的な医療保険に加入することができたが、制度の中心はあくまでも被用者であった。自営業者や所得の高い被用者の多くは、公的な医療保険に任意加入するのではなく、私的な医療保険に加入していたが、近年、倒産等により保険料を支払うことができなくなった自営業者が無保険者となっている問題が生じている。こうした自営業者の無保険者の問題も、ドイツにおける皆保険導入の理由の一つであると考えられる。また、2007年の制度改革は、キリスト教民主同盟・社会同盟と社会民主党による大連立政権 (第1次メルケル政権) によって導入されたが、社会民主党の主張に沿った改革内容であったといえる。2007年の医療制度改革の内容については、後に詳しく述べることにしたい。

なお、日本の医療保険制度においては、高齢者のみを対象とする特別な制度があり、現役世代の加入する医療保険から拠出金を集め、税も投入して財源をまかなう仕組みとなっているが、ドイツには高齢者を対象とする特別な医療保険制度は存在しない。収入に着目するのではなく年齢によって一律に高齢者を優遇する制度は欧州諸国にはみられず、日本独自の制度である。

ドイツでは、高齢者も年金などの所得に応じて現役世代と同一の保険料率による保険料を負担する。年金受給者からの保険料の徴収方法は、いわゆる年金からの天引きとなる。ただし、年金生活者は雇用されていないことから、現役世代の保険料の労使折半を擬制し、使用者負担に該当する部分は年金保険者が負担している。

(2) 保険料—保険料率の統一、追加保険料による差別化

医療保険料は、日本と同様に、基本的に賃金に定率で賦課される。

ドイツの医療保険制度では、伝統的に医療保険者の自治が尊重されており、その象徴の一つとして、保険料は疾病金庫（Krankenkasse）と呼ばれる保険者ごとに異なっていた。なお、ドイツの医療保険料には定額の保険料はなく、高齢者も含めて収入に定率で賦課される。

保険者によって保険料率が異なることは、後述する保険者間の競争において、保険料率を下げようとする保険者の努力を促すことにもつながっていた。

しかし、2007年の制度改革によって、統一保険料率が導入された。

2009年1月より、ドイツのすべての疾病金庫の保険料率は15.5%（うち労使折半分が14.6%、被用者負担のみの特別保険料0.9%）に統一された。これにより、保険料率を低くして被保険者を獲得しようとする保険者間の競争にいったん終止符が打たれた。

2007年の医療制度改革は、上述のとおり、キリスト教民主同盟・社会同盟と社会民主党による大連立政権によって導入されており、保険料率の統一も皆保険の導入と同様に社会民主党の主張に近い改革内容であった。このように、2007年の医療制度改革は国民保険構想に近い改革であったといえる。

しかし、2010年の医療制度改革において、また保険料率をめぐる政策の動向は違った展開をみせる。保険料率は統一されたままであったが、15.5%が上限とされ、それでは支出を賄えない場合、追加保険料（Zusatzbeitrag）が徴収されることとなった。追加保険料率は疾病金庫ごとに異なることとされたため、実質的な保険料率は再び疾病金庫によって異なることとなった。

2010年の医療制度改革は、2009年の総選挙において社会民主党が歴史的な大敗を喫したことを受けて大連立政権が解消され、第一党の座を保ったキリスト教民主同盟・社会同盟と躍進した自由民主党の連立によって誕生した新たな連立政権（第2次メルケル政権）によって実施された。

第2次メルケル政権の連立協定（注2）における医療政策には「医療保険者を統一し、国営の中央集権的医療システムを志向することは誤りである」という文言が盛り込まれ、長期的には医療費負担を賃金付帯コスト（Lohnnebenkosten）から外すことを目指すこともうたわれており、国民保険ではなく人頭割保険料モデルを志向することが明示されていた。

賃金に定率で賦課される社会保険料はドイツでは賃金付帯コストと呼ばれ、実質的な雇用コストであると認識されている。医療保険料率の上昇が雇用に悪影響を与えることを止めることは、人頭割保険料モデルの目標である。

保険料率は日本と同様に労使折半であるが、追加保険料は事業主の負担増を避けるために、被保険者のみの負担とされた。

このように、政権によって国民保険と人頭割保険料モデルの間で揺れ動いているのが、ドイツの近年

の医療制度改革の特徴である。2010年の医療制度改革の内容については、後で詳しく述べることにしたい。

(3) 給付内容～外来は10割給付、18歳以下は自己負担なし

ドイツの医療保険給付は、日本と同様に現物給付が基本となっている。

給付率については、日本では当初から患者の自己負担が設定されていたが、ドイツでは入院費や医薬品の費用には患者の自己負担はあったが、外来診療については10割給付とされてきた。

しかし、医療保険料率の上昇を抑制しようとする改革の一環として、2003年の医療制度改革によって、外来診療にも患者自己負担による診察料（Praxisgebühr）が創設された。これにより、患者は外来診療時に10ユーロを診察料として診療機関の窓口で負担することとされた。なお、同一の疾病については3か月毎に10ユーロを負担することとされており、初診料とは性格が異なる。この外来診療への診察料の導入により、外来診療における10割給付に終止符がうたれた。

ところが、2013年1月から外来患者への患者負担は再び廃止され、10割給付に回帰している。

入院給付については、病院で入院治療を受けた場合に、医師の診察、看護、薬剤、宿泊、食事などが包括的に給付される。そして1日当たり10ユーロを患者は自己負担する。ただし、年間28日が負担の限度である。また、18歳以下は自己負担を免除されている。

外来診療における医薬品については、ドイツでは完全に医薬分業となっている。薬事法（Arzneimittelgesetz）第43条の規定に基づき、薬局における販売義務（Apothekenpflicht）が課されており、患者が診療機関で薬剤を受け取ることはない。薬事法第48条に基づき、薬局における販売が義務付けられている薬剤の中でも特に使用リスクの伴う薬剤は処方が必要な（verschreibungspflichtig）薬剤とされ、医師の処方に基づいて薬局で処方される。どの薬剤について処方が必要とされるかは、連邦参議院の同意を得て連邦保健省が定めることとされている。

ドイツでは薬剤の価格は基本的に製薬企業が決定できる。薬価については、保険者と製薬企業の交渉による部分があり、この点は後述することにした。

医師から処方された薬剤については公的医療保険者が費用を負担し、被保険者は10%を自己負担する。

なお、薬剤費に関する被保険者の最少負担額は5ユーロ、最大負担額は10ユーロに設定されている。薬剤の価格が5ユーロ未満の場合は、患者は薬剤の価格を自己負担する。

薬剤の価格と自己負担を具体的に例示すると、たとえば以下のとおりとなる。

薬剤の価格が10ユーロ	⇒	自己負担額は5ユーロ
薬剤の価格が75ユーロ	⇒	自己負担額は7.5ユーロ
薬剤の価格が400ユーロ	⇒	自己負担額は10ユーロ
薬剤の価格が4.75ユーロ	⇒	自己負担額は4.75ユーロ

薬剤の患者一部負担には例外があり、18歳以下であれば、すべての薬剤自己負担が免除される。それに加えて、12歳以下の子どもと18歳以下の発育障害の青少年については、基本的にすべての償還可能な薬剤について、レセプトの不要な薬剤も含めて、疾病金庫が負担する。ただし、伝統療法等は例外とされている。

このように、ドイツでは18歳以下の子どもの患者自己負担は免除されており、一方、日本のような高齢者の自己負担を優遇する仕組みはない。

現物給付以外の給付としては、日本と同様に、傷病のために働けなくなった場合に支給される現金給付の傷病手当金もある。

(4) 保険者—歴史的に分立してきた保険者

ドイツでは1883年に労働者医療保険法が制定され、世界で最初の医療保険制度が誕生した。しかし、ドイツの医療保険者の歴史はさらに旧く、医療保険制度が創設される前から、疾病、障害、老齢、貧困等に対して救済活動を行う共済金庫（Unterstützungskasse）が存在していた。共済金庫のルーツは、さらに中世の手工業者によるツunft金庫（Zunftkasse）や鉱山労働者を対象とするクナップシャフト金庫（Knappschaftskasse）にまで遡ることができる。

このため、ドイツでは労働者医療保険法が制定された際、新たな医療保険者を設置するのではなく、既存の共済金庫を法定保険者である疾病金庫（Krankenkasse）に衣替えすることが行われた。

ドイツの医療保険は、このように手工業者、鉱山労働者などの職種ごとに発達してきた歴史的経緯があるため、法定された医療保険制度においても、複数の公的な保険者が並立してきた。なお、疾病金庫は法律に基づく非営利の公的な保険者であるが、行政機関からは独立した団体である。

疾病金庫は職場ごとに運営されてきた歴史的経緯があり、1992年にはドイツ全国で1123の保険者が存在していた。しかし、1996年の医療制度改革により、医療保険の被保険者が保険者を自由に選択できるようになり、保険者間の競争が導入され、急速に統合・再編が進んだ。

また、疾病金庫には八つの種類があったが、近年の医療制度改革によって保険者の統合・再編が進み、種類の違う保険者の間の統合も行われたことから、現在では、以下の6種類に集約されている。

以下、6種類の疾病金庫の概要を述べることにしたい。

○ 地区疾病金庫（AOK：Allgemeine Ortskrankenkasse）

地域住民を対象とする医療保険者である。他の疾病金庫に加入しない保険加入義務者が加入することから最も一般的な保険者だと認識されており、ドイツ語の名称には「一般（Allgemeine）」という言葉が入っている。直訳すれば一般地区疾病金庫だが、慣例に従い、地区疾病金庫と呼ぶこととする。

かつては最も加入者の多い疾病金庫であったが、保険者選択制の導入によって加入者が流出した。現在では、代替疾病金庫に次いで二番目に加入者が多い。

図表1のとおり、地区疾病金庫の数は1992年にはドイツ全国で271あったが、1995年には92、2000年には17にまで集約された。2016年には11となっており、基本的に各州に一つずつとなっている。

○ 企業疾病金庫（BKK：Betriebskrankenkasse）

企業を単位として設立される医療保険者である。少なくとも1,000人以上の保険加入者を雇用するなど一定の要件を充たす場合に設立することができる。単独の大企業が設立するほかに、複数の企業が共同して設立する場合もある。わが国の健保組合に類似するが、ドイツでは州・市といった行政機

(図表1) 種類別の疾病金庫数の推移

	合計	地区疾病金庫	企業疾病金庫	同業者疾病金庫	農業者疾病金庫	代替金庫
1992	1,223	271	741	173	21	15
1993	1,221	269	744	169	22	15
1994	1,152	235	719	160	21	15
1995	960	92	690	140	21	15
1996	642	20	532	53	20	15
1997	554	18	457	43	20	14
1998	482	18	386	43	20	13
1999	455	17	361	42	20	13
2000	420	17	337	32	20	12
2005	267	17	210	19	9	10
2010	169	14	130	9	9	6
2015	124	11	99	6	1	6
2016	118	11	93	6	1	6
2017	113	11	88	6	1	6

(出所) Daten des Gesundheitswesens 2017 p114, Zahl der Gesetzlichen Krankenkassen.

(注1) 各年の1月1日時点の数字である。

(注2) このほかに2007年までは船員保険及び連邦鉱業組合、2008年以降は鉱業・鉄道・船員疾病金庫があり、合計数には含まれている。

関の疾病機関も含まれるなど、異なる点もある。

また、保険者の選択制が導入された際に、規約を改正すれば、設立事業所の従業員以外にも門戸を開くことが可能となった。このような企業疾病金庫は開放型と呼ばれ、従来どおりに自社の従業員のみが加入する企業疾病金庫を閉鎖型と呼ばれる。

疾病金庫の統合・再編が進むなかで、とくに閉鎖型の企業疾病金庫は大きく減少し、図表1に示されているとおり、企業疾病金庫の数は1992年には741あったが、2000年には337とほぼ半減し、さらに2016年には93にまで減少している。

○ 同業者疾病金庫 (IKK : Innungskrankenkasse)

手工業者等の同業者組合ごとに設立される医療保険者である。少なくとも1,000人以上の保険加入義務者が常時いるなどの要件を充たし、職人委員会 (Gesellenausschuss) の同意を得た場合、単独の同業者組合または複数の同業者組合が共同して設立することができる。

○ 農業者疾病金庫 (LKK : Landwirtschaftliche Krankenkasse)

自営農民とその家族従業員を対象とする医療保険者である。農業被用者は加入できない。他の法定保険者が基本的に加入者の保険料で運営されてきたのに対し、例外的に補助金も財源として運営されてきた。

○ 鉱業・鉄道・船員疾病金庫 (KBS : Knappschaft-Bahn-See-ein Verbundsystem)

鉱山労働者、鉄道労働者、船員を対象とする総合的な保険者である。医療保険のほかに年金保険、介護保険なども提供している。

なお、従来は船員を対象とする医療保険は独立した保険者が運営していたが、2008年1月1日に統

合された。

○ 代替金庫（vdek：Ersatzkassen）

伝統的にホワイトカラーの労働者を主たる対象としてきた職員代替金庫（DAK; Deutsche Angestellten-Krankenkasse）、技術職を主たる対象としてきた技術者疾病金庫（Techniker Krankenkasse）など複数の代替金庫が並立してきた。

かつてはホワイトカラーを主な対象とする代替金庫と、ブルーカラーを主な対象とする代替金庫の二種類に区分されていたが、1996年の医療制度改革において公平性の観点からホワイトカラーとブルーカラーの区別なく代替金庫に加入できることとされ、現在では一種類の代替金庫として分類されている。

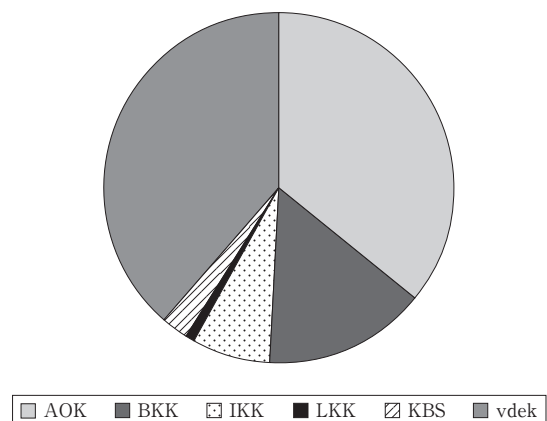
これらの疾病金庫は、従来は種類ごとに全国団体である疾病金庫連合会も有していたが、2007年の医療制度改革により、すべての種類の疾病金庫連合会は一つの連合会に統合された。

種類別の疾病金庫数の推移は図表1のとおりである。上述のとおり、近年、急速に統合・再編が進み、1992年にはドイツ全国で1223あったが、1995年には1000を割り込んで960となり、1998年には500を下回って482となり、2017年には113にまで減少している。

また、疾病金庫の種類別に、被保険者全体の何%が加入しているかを示したものが（図表2）である。

このように、非常に古い伝統を有するドイツの医療保険者であるが、近年、劇的に変化を遂げている。次に、ドイツの医療保険者の再編・統合を促した保険者間の競争がどのように行われたかを述べることにしたい。

（図表2）保険者の種類別の被保険者の割合



（出所）Daten des Gesundheitswesens 2017, p.115

（注1）ドイツの私的医療保険は公的医療保険の上乗せ給付を行う日本の私的医療保険とは異なり、この制度改革の前から公的医療保険と同等の給付内容を有していた。

（注2）“Wachstum.Bildung.Zusammenhalt.” Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP

2. ドイツの医療保険者間の競争

(1) 医療保険者間の競争が導入された経緯

A. 医療保険料率の上昇

高齢化や医療技術の進歩に伴い、ドイツにおいても医療費は増大した。このため、ドイツの全疾病金庫の平均保険料率は1975年に10.43%と10%を超え、1980年には11.38%、1990年には12.53%と上昇を続

けていた（注3）。

また、疾病金庫の種類によって保険料の違いも大きくなっていった。1980年には相対的に保険料率の高い地区疾病金庫の平均保険料率が11.70%であるのに対し、相対的に保険料率の低い企業疾病金庫の平均保険料率は10.49%であり、その差は1%強であった。しかし、1990年には地区疾病金庫の平均保険料率は13.13%にまで上昇し、企業疾病金庫の平均保険料率は11.10%であり、両者の差は2%を超えていた。

B. ラーンシュタインの合意

医療保険の財政悪化、疾病金庫間の保険料率の格差の拡大などの問題を解決するために、当時の連邦保健大臣（注4）であったゼーホーファーは、1992年に与野党の医療政策担当者をライン地方のラーンシュタインに集めて、医療保険改革について議論を重ね、各党の合意を取り付けることに成功した。その主な内容は、疾病金庫間で一定の財政調整を行ったうえで、被保険者が加入先の保険者である疾病金庫を自由に選択できる新たな枠組みを導入するというものであり、「ラーンシュタインの合意」と呼ばれる。

医療保険に関して考え方の異なる与野党の政策担当者が集まり、超党派で合意をすることは容易なことではなく、ドイツ連邦保健省医療保険局長をつとめたフランツ・クニープス氏は、歴史的なラーンシュタイン（Lahnstein）の合意と評価している（注5）。また、田中耕太郎〔2016〕は、「ラーンシュタインの合意」により、一世紀を超えるドイツの医療保険は競争型の新たな枠組みへとその基本構造を大きく変えたと指摘している（注6）。

ラーンシュタインの合意の主な内容は、保険料率の上昇を抑制するために疾病金庫間に競争を導入し、従前は自営業者等の任意被保険者にのみ認められていた、どの疾病金庫に加入するか選択できる権利をすべての被保険者に認めるというものであった。同時に、競争力を強化するために疾病金庫を統合することが認められた。

C. 医療保険構造法（GSG）の成立

1992年12月に医療保険構造法（GSG：Gesundheitsstrukturgesetz）が成立し、1996年から全被保険者に対し、農業者疾病金庫以外の全疾病金庫に加入できる選択権が認められた。ただし、企業疾病金庫と同業者疾病金庫については、設立母体である企業や同業者組合との関係に配慮し、母体企業または組合に所属する被保険者以外の加入を認めないという選択肢が認められた。ただし、その場合にも、そのような被保険者が他の疾病金庫に加入できるとされた。

(2) リスク構造調整（Risiko Struktur Ausgleich）—競争の前提条件としての財政調整

上述のように、ドイツでは本格的に保険者の選択制が導入された。しかし、各疾病金庫の給付内容はほぼ同一であるが、保険料率には相当のばらつきがみられた。その状態のままで保険者の選択制が実施されれば、保険料率が高い疾病金庫から低い疾病金庫へと雪崩を打って被保険者が移動するのではないかと懸念された。もし保険料率の違いが、各疾病金庫の運営の効率性などによって生じているのであれば

ば、低い保険料率の保険者に被保険者が集中することは正当な競争の結果と言えるかもしれない。しかし、当時、保険料率の違いには、被保険者の年齢構成や収入の多寡など、保険者の経営努力の及ばない要素が大きく影響していることが、関係者の間で共通認識となっていた。

このため、保険者の選択制の本格導入に先立ち、各疾病金庫の保険集団の収入、性差及び年齢構成の違いについて財政調整を行う、リスク構造調整（Risiko Struktur Ausgleich）と呼ばれる仕組みが導入された。リスク構造調整では、被保険者を年齢別、性別に分類してリスククラスを設定し、リスククラスごとに標準的収入および標準的支出を算出し、各保険者の実際の収入及び支出との差額について財政調整が行われた。

しかし、リスク構造調整が行われてもなお地区疾病金庫は保険料率が相対的に高く、相対的に保険料率が低い企業疾病金庫への被保険者の流出が生じた。ハイリスクの人のみが被保険者として残っていくと、さらに保険料率が上昇するという悪循環に陥ることも懸念される。また、ハイリスクの被保険者は保険料率の上昇要因であることから、被保険者の移動が自由化されたといっても、ハイリスクの被保険者を忌避する動きもみられた。このため、地区疾病金庫などはリスク構造調整を拡充し、罹患率の違いも含めて調整すべきであると主張した。そして、2007年の医療制度改革において、罹患率も含めてリスク構造調整が行われることとなった。これにより、地区疾病金庫は競争上不利な立場を脱し、企業疾病金庫は優位性を失うことになった。

(3) 保険者の統合・再編

A. 地区疾病金庫の急速な統合

地区疾病金庫は、かつては郡や市ごとに設立されていた。しかし、1993年から96年にかけて大規模な再編が行われた。地区疾病金庫は他の疾病金庫に加入していない強制加入の対象者が加入するため、失業者や障害者、高齢者などリスクの高い被保険者が多く、保険料率が高い傾向にあった。このため、1996年からの保険者間の競争の前に少しでも競争力を高めるために統合が図られた。

1992年にはドイツ全国で271存在していた地区疾病金庫は、図表1に示されているとおり、1995年には100を下回って92にまで統合が進んだ。さらに、本格的な保険者の選択制が導入された1996年には、基本的に各州に一つずつにまで集約され、地区疾病金庫はドイツ全国で12のみとなった。

B. 疾病金庫全体の再編・統合の進行

医療保険者間の競争により、被保険者はより低い保険料率の疾病金庫へ移動したが、それは地区疾病金庫から企業疾病金庫へという流れだけではなく、企業疾病金庫の間でも生じた。このため、保険料率の高い企業疾病金庫は存続が難しくなり、合併が促進された。図表1に示されているとおり、1995年にはドイツ全国で企業疾病金庫は690あったが、2000年には337にまで集約が進んだ。

なお、上述したように、2007年の医療制度改革によってリスク構造調整が罹患率を含めるようになると、企業疾病金庫の優位性は失われていった。逆に薬剤購入における割引契約などで1保険者当たりの被保険者の多い代替金庫や地区疾病金庫が優位にたち、今度は企業疾病金庫から代替金庫や地区疾病金庫への流出が生じた。

図表3に示されているように、1995年に比べると2005年には企業疾病金庫の被保険者数（家族被保険者を除く）は約2倍に増加したが、2005年と比べて2010年には減少しており、2015年にはさらに減少を続けている。これに対し、代替金庫は2005年には2000年に比べると増加しており、地区疾病金庫も2010年に比べると2015年には増加している。このように、企業疾病金庫は競争上の優位性を失ったこともあり、その数は一層減少し、2017年には88にまで集約されている。

同業者疾病金庫は、被保険者の数はほぼ一貫して伸びているが、1995年の140から2017年には6にまで集約が進んだ。

(図表3) 主な疾病金庫の被保険者数（家族被保険者を除く）の推移

(千人)

	地区疾病金庫	企業疾病金庫	同業者疾病金庫	代替金庫	
				(労働者)	(職員)
1995	22.259	5.226	2.909	909	17.466
2000	19.965	7.426	3.241	1.007	17.619
2005	18.35	10.151	3.277	1.071	15.746
2010	17.836	9.352	3.854	18.378	
2015	18.542	8.636	4.051	20.492	

(出所) Daten des Gesundheitswesens 2017 p116, Zahl der Mitglieder einschließlich Rentner (ohne Familienangehörige) nach Kassenartenをもとに筆者作成

(注1) 数値は各年の平均。

(注2) 2010年以降の代替金庫は合計数。

(注3) BMG [2008] p.2

(注4) ゼーホーファーは、東西ドイツ統合後の初代の連邦保健大臣でもあった。

(注5) 幸田正孝・吉原健二・田中耕太郎・土田武史 [2011] p.97

(注6) 田中耕太郎 [2016] p.17

3. 近年の大きな制度改革

次に、ドイツの医療保険者の在り方に大きな影響を及ぼした2007年および2010年の医療制度改革について、少し詳しく内容を述べたい。

(1) 2007年の医療制度改革（第1次メルケル政権の改革）

A. 選挙戦における議論と連立協定

2006年の総選挙の結果、社会民主党と緑の党から成る与党陣営も、キリスト教民主・社会同盟と自由民主党から成る野党陣営も、ともに過半数を制することができなかった。このため、様々な組み合わせの連立構想が浮上しては消えていった結果、キリスト教民主・社会同盟と社会民主党による大連立政権が成立した。大連立政権の首相にはキリスト教民主同盟の党首であるメルケル氏が選出され、第1次メルケル政権が誕生した。なお、メルケル首相は、ドイツ政治史上初の女性首相であると同時に、東西両ドイツ統合後初の旧東独出身の首相でもあった。

大連立政権を誕生させるにあたり、キリスト教民主・社会同盟と社会民主党が結んだ連立協定においては、医療制度改革に関して、安定的な財政構造を保障することによって、持続可能な医療制度を築く

という目標は書かれたものの、改革の具体的な内容は合意には至らず、両党が違うコンセプトを持っていることを認めたとうえで、2006年中に成案を得たいと述べるにとどまっていた。

B. 公的医療保険競争強化法 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

第1次メルケル政権の発足後、違いの大きかった与党である二大政党の意見の調整が行われ、2006年10月に公的医療保険競争強化法 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) と名づけられた改革法案が閣議決定された。法案は、その後連邦議会において可決され、連邦参議院の同意も得て、2007年2月に成立した。

公的医療保険競争強化法の主なポイントは、以下のとおりである。

a. すべての人に医療保険を (皆保険の実現)

2009年1月1日以降、ドイツの全居住者は何らかの医療保険と契約しなければならない。それに先立ち、2007年4月1日以降、公的医療保険に組み込まれるべき被保険者 (無保険者及び以前に公的医療保険に加入していた者) は保険加入義務があると認められる。

b. 診療構造 (Versorgungsstruktur) と保険者機構 (Kassenorganisation) の改革

【疾病金庫、疾病金庫連合会の統合】

従来は七つあった疾病金庫連合会を一つに統合する。また、異なる種別の疾病金庫の統合を可能とする。

【病院における外来診療の一部解禁】

ドイツでは、従来、外来診療を行う開業医と入院治療を行う病院との役割分担が厳格であった。しかし、特別なケアを必要とする重病患者と希少疾病患者 (例えばエイズ患者や癌患者) は、最良の治療を受けられるようにすべきであることから、病院において外来診療を受けられることとする。

【医師によるセカンドオピニオン】

高度に先進的な医薬品は高価であるばかりでなく、しばしばハイリスクでもある。したがって、患者保護のため、このような医薬品について、医師によるセカンドオピニオンを導入する。

【緩和医療の改善】

終末期の最重度患者は、尊厳をもって死を迎えられる (in Würde sterben können) べきであり、可能な限り痛みを軽減しなくてはならない。このために、医療と看護の専門家から成る、いわゆる「緩和ケアチーム (Palliativ Care Team)」を発足させる。

c. 財政規律 (Finanzierungsordnung) の改革

【保険料率の統一】

2009年1月1日以降、医療基金 (Gesundheitsfond) の設立により、すべての疾病金庫の保険料率は統一される。

【人頭割の定額交付金とリスク構造調整】

各医療保険者は、被保険者一人につき定額の配分 (pauschale Zuweisung) を受け取る。同時に医療基金によって年金、性別、疾病要素が調整され、罹患率に基づいた (morbitätsorientierte) リスク構造調整が行われることとされた。

医療基金からの配分金が不足する場合には、

【税財源（Steuermittel）の本格的な投入】

従来、健康保険の財源は農業者疾病金庫を除き、基本的に保険料によってまかなわれていた。しかし、保険料率の上昇圧力を緩和するために、税財源を医療財政の柱の一つに据えることとされた。

このため、2008年には健康保険財政に対する税財源による補助として25億ユーロが支出される。その後、毎年15億ユーロずつ増額し、最終的には健康保険に投入される財源は140億ユーロにまで増額されることとなった。

d. 私的医療保険の改革

【私的医療保険への基本タリフ（Basistarif）の導入】

2009年1月1日以降、私的医療保険は基本タリフを提供しなければならないこととされた。

基本料金表は、給付範囲と給付メニューにおいて、公的医療保険に相当しなければならず、公的医療保険の最高保険料を超えてはならないこととされた。

(2) 2010年の医療制度改革（第2次メルケル政権の改革）

A. 第2次メルケル政権の誕生

2009年9月に行われた総選挙の結果、大連立を組んでいた社会民主党は歴史的な大敗を喫した。第1党の座を維持したメルケル首相のキリスト教民主・社会同盟は、躍進した自由民主党と連立政権を樹立し、コール政権以来の中道右派連立政権である第2次メルケル政権が発足した。

第2次メルケル政権における連立協定（注7）には、医療政策に関して予防医療の重視、医療保険における競争などが盛り込まれていたが、医療保険に関する内容のポイントは以下のとおりである。

「医療ケアをすべての人へ」

将来にわたり、ドイツのすべての人が所得、年齢、社会的出自や健康上のリスクに関わりなく必要な医療ケアを得ることができ、医療の進歩を享受できることを望む。

「世代間の公平性」

医療の進歩や人口構造の変化に対して法定医療保険の構造、組織および財政は適合しなければならない。その際、ある世代の負担を他の世代に回すことは許されない。

「医療保険者の統一の否定」

医療保険者を統一し、国営の中央集権的医療システムを志向することは誤りである。

「マーケットとしての医療への期待」

医療マーケット（Gesundheitsmarkt）はドイツにおける重要な成長セクターであり、就労セクター（Beschäftigungssektor）である。

さらに、新連立協定のなかでは、医療保険に関する対策が短期的なものとは長期のものに分けて記述されていたが、そのポイントは以下のとおりである。

- a. 危機をもたらす収入不足は被保険者だけが背負わされることは許されず、それゆえに危機を乗り越えるための政府全体による（gesamtstaatlich）補助策が講じられる。

b. 無駄な支出を避けること

そして、長期的な対策として、保険料自治 (Beitragsautonomie) の強化、地域による違いを可能にすること、収入と関係ない被用者負担への移行を挙げている。その理由として、医療費負担を賃金付帯コスト (Lohnnebenkosten) から外すことを目指していると述べられている。

B. 公的医療保険財政法 (GKV—Finanzierungsgesetz)

第2次メルケル政権は、公的医療保険財政法と名づけられた改革法案をまとめ、ドイツ連邦議会において2010年11月に可決され、2011年1月1日より施行されている。

連邦保健省は、公的医療保険財政法の必要性として、改革が行われなければ2011年の医療保険の財政赤字は約90億ユーロにのぼるおそれがあることを挙げている。

公的医療保険財政法のポイントは、以下のとおりである。

a. 収入安定化策

- 保険料水準は元の15.5%に戻される。経済財政危機に対するパッケージの一環として一時的に引き下げられていた。
- 保険料率は法律において15.5%に固定される。これによって、医療費の動向と労働コストの連動が解除される。
- 更に支出が増大した場合、賃金と切り離された保険料によって支出される。このことは保険料の自律性を高め、価格シグナル (Preissignal) を通じて疾病金庫間の競争を強化する。

b. 支出抑制策

- 疾病金庫の事務費は、今後2年間は2010年よりも高くなることは許されない。
- 病院への支出の増大および開業医への報酬の伸びは抑制される。
- 特にダイナミックに増大する医薬品への支出については、公的医療保険財政法と連動して、医薬品市場新秩序法 (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz) により、コスト削減と競争を強化する効果的な政策が導入される。

このうち、収入安定化策のなかで述べられている「賃金と切り離された保険料」は追加保険料 (Zusatzbeitrag) と呼ばれる。追加保険料を賦課するかどうか、また追加保険料をいくらにするかは疾病金庫によって異なることとされた。

また、追加保険料が徴収されることとなった場合、被保険者は疾病金庫を解約する (kündigen) することができることとされた。

公的医療保険財政法のポイントとして挙げられている価格シグナル (Preissignal) は、追加保険料のことを指しており、追加保険料の高低によって被保険者が疾病金庫を選択することは競争の強化であり、改革の狙いの一つであるとされた。

(注7) “Wachstum.Bildung.Zusammenhalt.” Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP

4. 医療保険者（疾病金庫）の変化、求められる役割

(1) 薄れた当事者自治

ここまで述べてきたように、ドイツの公的医療保険の保険者である疾病金庫は、保険者間の競争の導入や近年の制度改正によって大きく変化しつつある。

疾病金庫の管理運営は「当事者自治の原則（Selbstprinzip）に基づき、被保険者側（労働組合）代表と使用者側代表のそれぞれ同数の委員によって構成される管理委員会（Verwaltungsrat）が意思決定を行い、運営されてきた。

しかし、保険者間の競争が導入されてから、被保険者は疾病金庫を移動するようになり、使用者側も閉鎖型の企業疾病金庫が減少したことなどによって疾病金庫との関係が薄くなっていった。

土田武史（2011）は、「被保険者の流出入と金庫の合併の展開は、金庫内における共同体的な結合を希薄化させ、「連帯」の弱体化をもたらしたのは当然の帰結といえよう」と指摘している（注8）。

相対的に役割が大きくなった理事会は保険料率の抑制を目指し、医療機関や製薬会社と交渉してコストの引き下げを図ることを目標としており、労使は充実した給付内容と低い追加保険料を選考する顧客としての立場になってきている。

(2) 製薬企業との交渉

保険者が製薬企業と交渉するというのは、薬価が公定されている日本では考えにくい。

ドイツでは、薬価の決定は以下のような仕組みになっている。

A. 定額給付（Festbeträge）（注9）

薬剤の定額給付は、日本のような薬剤の公定価格がなく、製薬企業が価格を決めるドイツにおいて、増大傾向にある公的医療保険の薬剤費支出に対して、患者一部負担の増加などの間接的な抑制策ではなく直接的な抑制策として位置付けられる。

定額給付とは疾病金庫が薬剤価格を償還する上限額である。すなわち、製薬企業が自由に価格を決めるといっても、疾病金庫が決められた薬剤価格を自動的に支払うわけではなく、比較可能な薬剤のグループについては設定された定額給付しか負担しない。定額給付は、各種の疾病金庫の全国団体を統合して設立された疾病金庫連邦中央連合会（Spitzenverbände Bund der Krankenkasse）によって定期的に調整されている。

ドイツでは製薬企業が基本的に自由に薬価を設定するため、比較可能な品質の医薬品のなかには、同等の薬効でありながら価格が違うケースもある。連邦保健省は、他に同等の品質で価格の割安な薬剤があるにも関わらず高価な薬剤を法定医療保険が負担することは、経済性の観点からは認できないとしている。

定額給付は、1989年に成立した「医療保険改革法」（GRG）によって導入された。比較可能な薬剤のグループは様々な分類が可能のため、次のような比較可能性の三つのレベル（Stufe）によって区分されている。

レベル1：同一の有効成分を有する

レベル2：薬理的（特に化学的）に同等の有効成分を有し、治療学的に同等に作用する

レベル3：治療学的に同等に作用する

その後、定額給付の仕組みは、2011年に制定された薬剤市場再編法（Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz：AMNOG）により、一部の新薬にも適用されることとなった。新しい特許権を保護された薬剤のうち、治療学的な改善を伴う場合、定額給付から除外される。しかし、新薬であっても、はっきりとした治療学的な進歩がない場合、レベル2に含められる可能性がある。

定額給付を上回る価格の薬剤が処方された場合、通常の患者自己負担に加えて、定額給付を上回る部分は患者の自己負担となる。当然のことながら、患者はそのような超過負担を望まないであろうし、薬剤を処方する保険医もまた、そのような処方をなるべく避けようとするだろう。このため、定額給付の適用される薬剤については、定額給付の価格水準にまで値下げする圧力が製薬企業にかかる。

また、定額給付を30%以上下回る価格の薬剤については、疾病金庫は患者自己負担を免除することができる。

B. 割引契約（Rabattverträge）

定額給付の対象とならない薬剤に対しては、割引契約によって、公的医療保険からの支出増の抑制が図られている。

疾病金庫と製薬企業の間で薬剤の割引を契約することは2003年に導入され、当初は6%の割引率とされた。翌年の2004年には、公的医療保険近代化法（GMG）により、割引率は16%へと大幅に引き上げられ、2004年の薬剤費の減少につながったと考えられる。しかし、製薬企業の強い反発を受けて、2005年には割引率は6%に戻された。

その後、2011年のAMNOGの効果が生じるまでの暫定措置として、2010年8月から2013年12月までの間、定額給付の対象とならない薬剤についての割引率を再び16%にすることとされた。暫定措置の終了後、2014年からは割引契約における薬剤の割引率は従来の6%よりも1%高い7%とされている。

また、割引契約による比較的安価な薬剤の普及促進のため、2007年から薬剤師は医師が処方した薬剤を代替する薬剤が疾病金庫と割引契約を結んだ製薬企業によって供給されている場合、その代替する薬剤を優先して患者に交付することが義務付けられている。

このような薬価決定の仕組みのもとで、疾病金庫は特定の薬効の医薬品について安価に供給する製薬企業を公募することなどにより、コストダウンを図っている。

（注8）土田武史 [2011] p.571

（注9）「参照価格」と訳されることも多いが、ドイツ語表記及びその内容に鑑み、土田武史 [2013] 等にならい、本稿では「定額給付」と訳すこととする。

5. おわりに

ドイツの医療保険制度は世界で最も古い歴史を有するが、ここまで述べてきたように、近年、大きく

変貌を遂げている。中世以来の伝統を持つ医療保険者である疾病金庫は急激に集約・再編が進み、その性質も大きく変化している。かつては当事者自治の原則に基づいて労使の代表によって運営されてきたが、今では被保険者も企業も低いコストを求める顧客の立場になっている。

ドイツの医療保険制度は、上述したように、国民保険と人頭割保険料モデルという二つの方向性の間で揺れ動いている。将来にわたって持続可能な医療保険制度はどのような制度であるべきかという難題には、未だに正解は見つかっていない。ドイツにおける様々な改革の試みから、日本が学べる点も多いと考えられる。

(2018. 3. 22)

参考文献

- [1] BMG [2008]. Gesetzliche Krankenversicherung, Allgemeiner Beitragssatz 1991 bis 2007.
- [2] BMG [2016]. Daten des Gesundheitswesens 2016.
- [3] BMG [2017]. Daten des Gesundheitswesens 2017.
- [4] 医療経済研究機構 [2017]. 『ドイツ医療関連データ集2016年版』 医療経済研究・社会福祉協会
- [5] 国民健康保険中央会（ドイツ医療保険制度調査団：団長 船橋光俊）[2009]. 『ドイツ医療保険制度調査（最終版）報告書』 国民健康保険中央会
- [6] 幸田正孝・吉原健二・田中耕太郎・土田武史編著 [2011]. 『日独社会保険政策の回顧と展望』 法研
- [7] 田中耕太郎 [2003]. 「ドイツの医療保険制度改革」 海外社会保障研究No.145, p.14～25
- [8] 田中耕太郎 [2016]. 「日独社会保障比較研究の歩みを振り返って」 山口県立大学学術情報第9号, p.13～22
- [9] 土田武史 [2011]. 「ドイツの医療保険における「連帯と自己責任」の変容」 早稲田商学第428号, p.557～586
- [10] 土田武史 [2013]. 「ドイツにおける薬剤政策」 『健保連海外医療保障』 No.97, p.1～8
- [11] 土田武史・田中耕太郎・府川哲夫編著 [2008]. 『社会保障改革—日本とドイツの挑戦—』 ミネルヴァ書房
- [12] 古瀬徹・塩野谷祐一編 [1999]. 『先進諸国の社会保障4／ドイツ』 東京大学出版会
- [13] 松本勝明 [2003]. 『ドイツ社会保障論I—医療保険—』 信山社
- [14] 藤本健太郎 [2009]. 「ドイツにおける終末期ケア」 海外社会保障研究No.168, p.36～47
- [15] 藤本健太郎 [2011]. 「ドイツの医療保険制度改革における2つの方向性について」 静岡県立大学経営情報学部研究紀要『経営と情報』 第24巻第1号, p.1～12
- [16] 藤本健太郎 [2016]. 「ドイツにおける薬剤政策の動向」 健保連海外医療保障No.109, p.1～7

○藤本 健太郎氏 ご経歴

静岡県立大学経営情報学部教授

東京大学経済学部卒。1991年厚生省（現在の厚生労働省）に入省。年金局、社会・援護局、大臣官房政策課、在ドイツ日本国大使館一等書記官、内閣官房特殊法人等改革推進室参事官補佐、静岡県立大学准教授等を経て、2017年4月から現職。

主な著書

『人口減少を乗り越える』法律文化社（2018）

『ソーシャルデザインで社会的孤立を防ぐ』（編著）ミネルヴァ書房（2014）

『孤立社会からつながる社会へ』ミネルヴァ書房（2012）