

ドイツの医療保険財政改革

이경원 (イキョンオン) 健康保険審査評価院通信員
Duisburg-Essen University 博士課程社会政策本部



1. はじめに

ドイツの医療保険財政改革は連合政府が出帆した以後、最大の論争と論難を呼び起こした事案である。

改革案を囲んで政府は野党とはもちろん連合政府当事者の間にも大きい意見の相違によって合意点を捜すことができなかつた。

結局、改革の内容を記した公共医療保険財政調達法 (GKV-Finanzierungsgesetz) が 2010年 11月、保健部長官の元来の構想とは非常に異なった姿で連邦議会を通過した。

そのためにドイツ政府は、改革に対する他の理解と意見で連合政府が座礁するかも知れないという憂慮を抱えながら医療改革に決着をつけた。

ここでは、公共医療保険財政調達法を基盤とするドイツの医療保険財政改革の背景と具体的改革措置、さらに示唆点を述べる。

2. 医療保険財政改革の背景

ドイツでは過去20余年間、に新たに出帆する政府の核心課題は公共医療保険のシステム改革であった。このシステム改革を促す最も直接的な問題は、公共医療保険の財政赤字である。ドイツ政府は 2011年医療保険財政赤字が 90億ユーロに達すること予想している。

ドイツの医療保険赤字の問題を医療保険財政の支出面と収入面に分けてよく見れば次のようになる。

第一に、医療保険財政の支出面での増加が激しい。これには多様な意見が存在するが、医療費を構成する全要素の爆発的な増加に起因すると評価するのは難しい。

なぜなら、医療費の支出は全経済規模で医療費用が占める割合を把握することでその意味を理解することができるからである。

したがって国民総生産 (GNP) に占める一国の全医療費支出を示す健康率 (Gesundheitsquote) を通じてドイツの健康率をよく見れば、1995年 10.1%、2005年 10.7%、2008年 10.5% で 1995年以後安定の動きを見せる一方、去る過去10年間の医療保険支出内訳を分析して見れば薬剤費上昇が最も著しい。

とくに革新医学による新薬の高薬価が医療費支出を増加させる最も重要な原因になっている。

すべての医療保険支出で二番目に大きい増加傾向を示すのは入院治療費用である。これに反して、疾病数当たりの支出はむしろ減少しており、薬剤費増加とは好対照である。

第二に、公共医療保険の収入面を見れば、ドイツの公共医療保険収入は雇用主と被用者の寄与金で構成されている。

この寄与金は賃金を根拠に取り立てられる。従って収入に影響を与える最も核心的な要素は公共医療保険に義務的に加入しなければならない被雇用人の数と賃金水準であるが、ドイツではこの二つの要素が医療保険組合の収入に非常に否定的な影響を及ぼした。

それはドイツが 1990年には 7.1% であった失業率が継続的に増加し、2006年には 13% の最高値に達し、2009年には 9.1%、そして 2010年現在は 6.7% を記録するが、これは最近まで高い失業率に苦しんで来た結果である。

それにドイツは去る 10年間ヨーロッパで最悪の実質賃金上昇率 (-0.8%) を見せて公共医療保険収入に致命的な損失を与えてきた。結果的に過去5年間の組合の支出は年平均約 4% ずつ増加したが、収入は 1.5% ずつ増加している。

3. 公共医療保険財政調達法による改革措置

ドイツ政府は今度医療保険改革措置の核心を次のように明らかにしている。

第一、労働費用で医療保障費用を分離して、これを通じて働き口を誘致して創出を保障する。すなわち、雇用者と被雇用人の寄与金共同負担で労働費用に医療保障費用が結合している現在の公共医療保険財源調達システムを修正して、労働費用を減少させて雇用安定を図るというものである。

第二、公共医療保険組合の間の競争強化を目的に追加寄与金制度を拡大する。

第三、社会的公平性のために税金を財源にする補助金を支給する。

第四、医療保険組合の赤字を保全するために寄与金料率を引き上げる。

ロスラー(Rosler)保健部長官はこのような財政構造改革を通じて、医療保険に対するドイツ国民の責任はもちろん、競争と連帯を強化して大々的なシステム転換を起こすことができると評価した。以下に改革措置を具体的に示す。

が. 雇用主と被雇用人の寄与金料率引き上げ及び雇用主寄与金料率の固定

2009年からは、それまでは各医療保険組合が自律的に決めていた医療保険寄与金料率を14.9%(雇用主7%、被雇用人7.9%)に確定し、すべての組合に一律的に適用することとした。

このような健康基金のフレームは今般制定された法でもそのまま維持される。そして、2011年1月からは医療保険寄与金料率は現在の14.9%から15.5%に引き上げる。引き上げられる0.6%の寄与金料率は、雇用主と被雇用人が共に0.3%ずつ負担する。

こういうわけで雇用主と被雇用人税金賃金の7.3%を、被雇用人は7.3%に追加で0.9%を納めるようになる。医療保険の寄与金料率は法的に15.5%に固定されている。したがって関連法律の改訂がない限り、料率は今後持続的に15.5%を維持することになる。

全体の寄与金料率は固定されるが、これは実際に雇用主にだけある。雇用主の負担金賃金の7.3%に固定されて維持される一方、被雇用人は税金賃金の8.2%に加えて医療費用増加に相応する追加寄与金を納めなければならないからだ。

下でよく見るようになるように追加寄与金の納付によった被雇用人の過重な負担を減らしてくれるために政府は追加寄与金に対する補助金を支給する計画である。ただし、追加寄与金が個別被雇用人税金賃金の2%を越える時に限られる。言い換えれば、被雇用人は税金賃金の2%までは政府の補助なしに追加寄与金を単独で納めるようになる。

したがって被雇用人分担の寄与金8.2%と追加寄与金約2%を合わせれば、被雇用人の負担は基本的に税金賃金の10%を上回ることになる。もちろん新しい財政調達法が発効すると同時に、直ちに寄与金は10%にはならないだろう。

10%にのぼる時点は追加寄与金の増加推移によるので、所得水準と関係なく等しい寄与金が取り立てるので賃金水準が低い被雇用人から10%以上を納めるようになる。専門家は大部分の被雇用人が10%を上回る寄与金を出すと推算している。

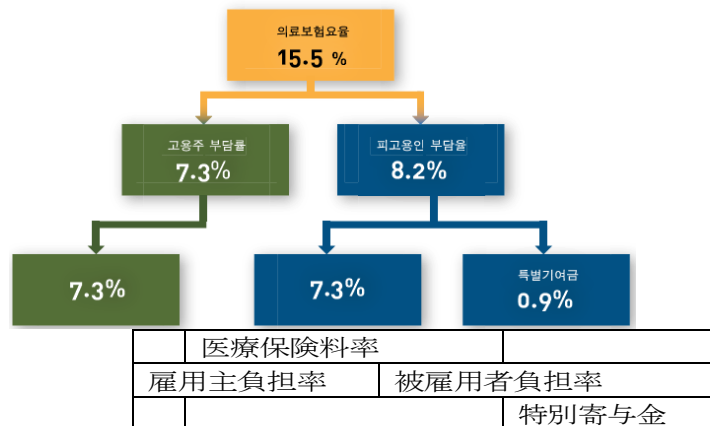


図 1. 2011年ドイツ医療保険料率

ㄋ. 医療保険財源調達原則の変更

医療保険財政調達の労使共同負担原則は今回の法制定を通じてもっと急激に変わることになった。雇用主と被雇人が共同で負担する寄与金(15.5%)で公共医療保険全体医療費用が負担できない時、被雇人が単独で負担する追加寄与金を取り立てて費用をあてるようになったからだ。

各組合は健康基金で受けた配当で組合財政を運営することができない時、組合の財政状態に適合する追加寄与金を取り立てるようになる。

この時追加寄与金は加入者の所得水準と関係なく等しく賦課されて、組合の不足する財政は法的制限なしにすべて追加寄与金の取り立てに充当される。今回の改革措置以前にも医療保険組合は健康基金で受けた配当より支出が少なく黒字を見た時、加入者に余剰部分を分けて返してやり、反対に組合の実際支出が多くて赤字が発生した時は賃金の1%を超過しない範囲内で追加保険金を取り立てることができた。

しかし公共医療保険財政調達法の制定で上のような制限規定が削除されたのである。追加寄与金はもちろん健康基金ではなく組合に直接納付される。

2011年は寄与金引き上げで赤字を保全することができる財政が確保されたので、追加寄与金は2012年から付加する。一研究所の算定によれば2015年追加寄与金は約33ユーロ、2025年には150ユーロに至ることになった。

ㄎ. 税金で調達される補助金支援

社会的公平性を考慮して被雇人負担の過負荷を阻むために補助金支援措置を用意した。被雇人が納めなければならない追加寄与金が税金賃金の2%を越えるようになれば補助金が支給される。の補助金は税金によって財源が用意される。

しかし税金賃金の2%を超過する部分を政府がすべて保全してくれるのではない。実際特定医療保険組合で取り立てた追加寄与金ではないすべての医療保険組合追加寄与金の全体平均値を基準に補助金が支給されるからである。

例えば、A医療保険組合で被雇者の甲氏に取り立てた追加寄与金は45ユーロで、すべての医療保険組合の追加寄与金平均を25ユーロと仮定する場合、甲氏の月賃金は1,000ユーロだから税金賃金の2%にあたる20ユーロまでは支援金なしに自ら納めなければならない。ところが追加寄与金が税金賃金の2%を越えたので補助金が支給される。

平均追加寄与金が25ユーロだから甲氏に支給される補助金は45ユーロで20ユーロを除いた25ユーロではなく、平均追加寄与金25ユーロを基準に5ユーロだけが支給される。甲氏の支給額は40ユーロになる(表1)。

(単位：ユーロ)

区分	甲	乙	丙	丁
貫全月賃金	1000	2000	3000	4000
補助禁止金境界	20	40	60	80
場合1. 実際徴収された追加寄与金: 45ユーロ / 全体医療保険組合の追加寄与金平均は25ユーロ				
政府補助金	25-20=5	-	-	-
最終自己負担	45-5=40	45	45	45
場合2. 実際徴収された追加寄与金: 45ユーロ / 全体医療保険組合の追加寄与金平均は42ユーロ				
政府補助金	42-20=22	42-40=2	-	-
最終自己負担	45-22=23	45-3=42	45	45

表1. 税金で調達される補助金算定の支給方式は比較的簡単だ。

補助金を受けるために被雇人が別に補助金申し込みをする必要はないし、雇い主または年金公団がこの業務を担当するようになる。追加寄与金平均が税金賃金の2%を越える時被雇人の賃金で源泉徴収される被雇人分け前の寄与金で補助金位が差引される。年金生活者は年金公団が支給する寄与金分け前で同じく差引される。したがって医療保険組合はこれと構わずにそのまま追加寄与金を被雇人に請求すれば良い。

前述の甲氏の場合を説明すれば1,000ユーロの賃金で源泉徴収になる医療保険寄与金82ユーロに補助金5ユーロが差引かれ、結局77ユーロだけ取り立てられる。追加寄与金の平均を算定する仕事は連邦か社会保険庁が引き受ける。

㉔. 公共医療保険の私的医療保険への転換規定緩和

改革法案は高賃金被雇用人が私的医療保険に容易に移れるように規定を緩和した。まず公共医療保険被雇用人の公保険義務加入者の上限線が現在の月賃金 4,162.50ユーロを 4,125ユーロと低く策定された。

さらに一步進んで公保険に加入しているが過去 1年間に 4,125ユーロ以上の賃金を受けた被雇用人は 1年以後にいつでも私保険に切り替えられるようにした。

以前までは 3年以上連続的に加入義務上限では以上の賃金を受ければこそ私保険で切り替えることができたが、上限線以上の賃金を受ける社会初年生も 1年を待つ必要なく公保険と私保険のいずれかを選択できるようになった。

㉕. 選択料金制の活性化

選択料金制(Wahltarif)は加入者にもっと幅広い選択の自由を保障するという主旨で導入された。基本的に四種の方式の選択料金があり、組合は各選択料金制の原則中で商品を開発して提供するので具体的な商品は組合ごとに多様である。

加入者はこの内の一つを(漢方自然治療料金制を除く)を選択することができる。選択料金制類型の中の一番目は、1年間の一定額までは加入者が直接医療費用を負担し、代わりに組合は加入者にボーナスを支給するものである。組合の大部分は自ら支給しなければならない医療費用の限度と、組合が支払うボーナスを加入者の月収によって差別的に決めている。

これがたとえ組合ごとに多様に提供されると言っても、基本原則は自ら支給しなければならない医療費用の限度が組合から受けるボーナスに比べて高いというので、またボーナスの水準は法的に決まっており、一年寄与金の 20%、最高 600ユーロを越えることはできない。

二番目は1年間定期健康検診以外のいかなる医療措置も受けなかった加入者には最高の寄与金を返還するものである。

三番目は加入者が病院に直接医療費用を支払って、この費用を自分が加入した組合に請求する方式である。この形は私的医療保険システムを借用したもので医師はこの料金制を選択した患者には一般公保険患者より高い診療費を要求する。

しかし、その代わりに加入者は私保険患者のような待遇を受け、待つことなしに診療を受けることができる。

組合は加入者が請求した費用をすべて返還してくれない場合もあるので、この料金制を選択すると一定の危険負担は甘んじなければならない。

四番目は一般に医療保険が適用されない特定自然治療療法や漢方治療療法、または医薬品で治療を受けた場合、組合で費用を代わりに支給するようにする料金制である。加入者がこの料金制を選択した時は普通月収と無関係に決まった追加料金を毎月納付しなければならない。

今までは一つ選択料金制を採択すれば、3年間は他の料金制を選択したり、または一般的な医療保険方式に切り替えられなかったが、医療保険財政調達法は加入者の選択料金制活用度を高めるために、選択料金制の適用義務期間を 1年で縮めた。

4. ドイツ医療保険財政改革の示唆点

ドイツ保守-自由連合政府の医療保険財政改革の政策方向は過去10年間の改革とその脈絡を共にする。単に改革の歩みが少し急進的という点の差である。改革の政策方向はドイツ医療保険が過去の140余年間続けてきた老人と若者、病者と健常者、低所得者と高所得者、雇主と被雇用人の間の連帯原則の浸食である。

第一は労働費用を引き下げようとする試みとかみ合った寄与金労使共同負担の原則を破棄した点である。野党である社民党、緑色党、左派党及び労組が強く批判する点でもある。

寄与金料率の引上げと寄与金の取り立てで被雇用人にこの中の負担を消したり、一步進んで増加する医療費用を被雇用人一人ですべて負担するようにしたことは社会的連帯に基盤を置いたドイツ医療保

険システムに終末を告げる措置という批判である。

寄与金料率の引き上げで今後いくらかの追加寄与金の取り立てが被雇用人に肌深く触れる大きい負担に作用しないこともある。

しかし寄与金料率が固定された状況で全体医療費用が賃上げをずっとしのぐ速度で上昇するならば、追加寄与金が多く増えると専門家は予想している。社会的公平性のための補助金支給も批判を避けることができない。名前だけが雄大では実際に社会的公平性に貢献するには不足だという評価である。

二番目は医療保険組合別に制限なしに追加寄与金を取り立てるようにすることで組合の間の競争を強化させたことである。一組合の加入者の中で低所得者と病者、そして老人が多い組合は収入と支出の両面面で有利な状況に処することができない。改革措置以前にもこのような動きはすでに捕捉されていたが、追加寄与金取り立てを制限する規定がなく、このような傾向はさらに加速化されることが予想される。

三番目は選択料金制を活性化させたことである。選択の自由を拡大するための選択料金制は幼児のいる家庭、慢性疾患者、老人、低所得者に選択権がない制度である。やはり、若くて元気で、子供がいなくて高所得者だけが選択可能で、それで彼らだけが利点を享受することができる制度である。

結局、元気で、若くて、高所得で幼児がいらない人にはもっと低い水準の寄与金を許容するようになるのだ。ボーナスや寄与金還給の形式で彼らに帰った恩恵は全体医療保険組合財政に負担で作用するようになる。

四番目は高所得者たちを対象に公保険から私保険への転換を容易にした措置である。私保険市場の基盤拡大に寄与するようになるこの措置は、高所得加入者を連帯的な危険分担システムから手軽に脱するようにした。

しかし公共医療保険組合は高賃金被保険者が私保険に移ることで発生することになる深刻な寄与金損失を憂慮している。不幸にも今回の財政改革は大多数国民と野党、労組及び社会福祉団体から手酷い批判と拒否に阻止されている。

しかし上に列挙されなかった反対理由があるのに、これは経済界から出た。健康保険部長官も案外という反応を見せながら見守っている彼らの反対根拠は、引き上げられた寄与金が労働費用の上昇をもたらす、経済成長と雇用に害を来すというのである。