

以上にわたり推奨される全ての予防検診を受けている場合には、最大65%にまで引き上げることが可能とされている。したがって、被保険者自身は歯科補綴の費用の35～50%を自己負担しなければならない。歯科補綴付加保険は、この自己負担をあらかじめ定められた条件に従い償還するものである。

Ⅲ-3. 被保険者数等の状況

民間医療保険連盟の統計²⁷⁾によれば、2010年現在で代替医療保険の被保険者数は、890万人であり、2000年の749万人に比べて19%の増加となっている。一方、付加医療保険の契約数は2010年現在で2,197万件となっており、

2000年の1,382万件に比べると59%の増加となっている²⁸⁾。2010年現在の付加医療保険に関する契約の内訳をみると、外来付加保険が744万件、病院付加保険が564万件、歯科補綴付加保険が1,287万件などとなっている。なお、代替医療保険の被保険者の82%は病院付加保険に、23%は傷病給付金保険にも加入している。民間医療保険連盟の加盟会社を対象とした集計によれば、民間医療保険の保険料収入は2010年で312億ユーロである。一方、給付費は総額で212億ユーロであり、そのうち96億ユーロが外来部門、64億ユーロが入院部門、32億ユーロが歯科部門の給付費となっている²⁹⁾。

Ⅳ. 公的医療保険と民間医療保険の相違点

民間医療保険との比較において、ドイツの公的医療保険を特徴づける重要な要素として次のような点があげられる(表1)。公的医療保険では、給付や保険料負担など制度の基本的な枠組みは法律により定められている。また、公的医療保険の被保険者は公法上の法人である疾病金庫に限られている。民間医療保険において、保険料は各被保険者の健康上のリスクの大きさを選択した給付の水準に応じたものとなっている。このため、被保険者の保険加入年齢や受けられる給付の水準が高いほど、保険料は高くなる。これに対して公的医療保険では、保険料は各被保険者のリスクではなく負担能力(収入)に応じて定められ、給付は、医学的に確定され、法律の規定の範囲内でニーズに応じて行わ

れる。このような給付と負担の在り方を通じて、健康上のリスクの高い者と低い者、収入の多い者と少ない者、家族の数の多い者と少ない者との間での調整(再分配)が行われている。公的医療保険の財政に対しては、国庫補助が行われている。ただし、この公的医療保険への国庫補助は2004年になって初めて本格的に導入されたものである。

加入義務が設けられていることは、長年、公的医療保険の特徴となってきたが、前述のとおり、2009年以降は民間医療保険に関しても契約締結義務が設けられている。また、民間医療保険に関する給付や保険料に関しても法律による規制が強化されている。

27) PKV (2011) による。

28) 一人の被保険者が複数の付加医療保険契約を行う場合や複数の被保険者がグループでひとつの付加医療保険契約を行う場合があるため、この統計では被保険者数ではなく契約数だけが示されている (PKV (2011:16))。

29) PKV (2011:24,53) による。

(表1) 公的医療保険と民間医療保険の重要な相違点

	公的医療保険	民間医療保険
保険者	・ 疾病金庫	・ 株式会社、相互保険協会、公法上の法人・組織
被保険者	・ 被用者 ^(注) 、失業手当受給者、年金受給者など	・ 公的医療保険の被保険者でない者(付加医療保険には全ての者が加入できる)
保険関係の成立	・ 法的加入義務(任意被保険者を除く)	・ 被保険者と保険会社との間の私的契約
保険料	・ 負担能力(収入)に応じた保険料 (家族に係る保険料負担なし) ・ 被用者の場合には被保険者と事業主が負担	・ リスク(加入年齢・性別)に応じた保険料 (家族に係る保険料負担あり) ・ 代替医療保険に加入する被用者に対しては、事業主が保険料補助
給付	・ 医学上の必要性に応じた給付 ・ 現物給付が原則	・ 医学上の必要性及び保険商品の内容に応じた給付 ・ 償還払い

(注) 労働報酬が年間労働報酬限度を超えない者に限る。

筆者作成。

V. 公私関係の見直し

ドイツにおける医療保険の公私関係を巡る論点は、公的医療保険と付加医療保険との間及び公的医療保険と代替医療保険との間に存在する。医療保険の公私関係に関連する近年の政策には相反する動きがみられる。公的医療保険と代替医療保険との関係に関しては、公的医療保険の被保険者、なかでも若くて収入の多い被保険者が代替医療保険に移動することに歯止めをかけるため、年間労働報酬限度を引き上げることなどにより、公的医療保険の被保険者の範囲を維持・拡大しようとする方向性がみられる。一方、公的医療保険と付加医療保険との関係に影響を及ぼす可能性があるものとして、公的医療保険の給付の縮減・廃止があげられる。しかしながら、何れの動きも、これまでのところ、医療保険の公私関係に決定的な変化をもたらすようなものにはなっていない。

V-1. 公的医療保険の被保険者の維持・拡大

V-1-1. 年間労働報酬限度の引上げ

公的医療保険における年間労働報酬限度は、

1971年以降、公的年金保険の保険料算定限度(Contributionsbemessungsgrenze)の75%に相当する額とされてきた。公的年金保険の保険料算定限度は一人当たりグロス賃金の上昇率に応じて毎年引き上げることとされているため、公的医療保険の年間労働報酬限度もそれと同じ割合で毎年引き上げられた。2002年末に制定された保険料率安定化法³⁰⁾では、2003年の公的年金保険の保険料算定限度の算定には、特例的な嵩上げ措置が講じられた³¹⁾。この結果、2003年の保険料算定限度は2002年の年額54,000ユーロから年額61,200ユーロへと大幅に引き上げられた。これに伴い公的医療保険の年間労働報酬限度も、2002年の年額40,500ユーロから2003年には45,900ユーロへと引き上げられた。ただし、2002年末現在で年間労働報酬限度を超えているために代替医療保険に加入している者には、信頼保護の観点から、従来どおりに引き上げた年額41,400ユーロの年間労働報酬限度が適用され、これを上回らない限りは公的医療保険への加入義務はないものとされた。

30) Beitragssatzsicherungsgesetz vom 23. 12. 2002, BGBl. I S. 4637.

31) 2004年以降は2003年の保険料算定限度をベースに従来どおりのルールによる改定が行われることとされた。

(表 2) 被保険者の移動

	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
(A) 公的医療保険 ⇒代替医療保険	325,000	360,700	362,000	338,400	297,700	274,500	284,700	233,700	244,900	288,200	227,700
(B) 代替医療保険 ⇒公的医療保険	148,600	147,500	129,800	130,400	130,600	154,200	143,900	154,700	151,000	146,500	153,200
(A) - (B)	176,400	213,200	232,200	208,000	167,100	120,300	140,800	79,000	93,900	141,700	74,500

単位: 人

(資料) PKV (2011) を基に筆者作成。

この改正は、若くて収入の多い被保険者が公的医療保険から代替医療保険へと移動していく傾向に歯止めをかけることを狙いとするものであった³²⁾。公的医療保険から代替医療保険に移動する者は、大幅に増加する傾向がみられ、2001年には約36万人と1994年の倍近くの人件となった(表2)。これに対して、代替医療保険から公的医療保険に移動する者は2001年では約15万人にとどまった。公的医療保険から代替医療保険に移動するのは若くて収入の多い被保険者であるため、このような移動を通じて、公的医療保険の財政的な負担増を伴いながら、代替医療保険にとって有利なリスクの選別が行われているとみることができる。この結果、代替医療保険との関係において公的医療保険の競争条件が悪化するのみならず、公的医療保険の財政基盤が危うくなると考えられた。このような傾向に歯止めをかけるため、2003年において年間労働報酬限度の特例的な引き上げが行われることになったものである。

なお、この年間労働報酬限度の特例的な引き上げに対しては、保険会社から連邦憲法裁判所に憲法異議が申し立てられた。申立人側の主な主張は、公的医療保険の年間労働報酬限度に関する保険料率安定化法の規定は、基本法に定める職業選択の自由³³⁾及び所有権の保障³⁴⁾に違反するというものであった。

これに対して、連邦憲法裁判所は、まず、こ

の改正が職業選択の自由に違反しないとの判断を示した³⁵⁾。なぜならば、年間労働報酬限度の引上げを通じて、社会的な保護を必要とする被保険者のために公的医療保険の安定を図るという公共の利益に対峙するのは、いずれにしても申立人の職業遂行の自由のどちらかといえはわずかの制限に過ぎないからである。また、この改正は、既存の保険関係には影響を及ぼさないことから、財産権の保障とはかかわりがないとされた。

このように、本判決においては、この特例的な年間労働報酬限度の引上げが保険会社の事業に与える影響の大きさが重要な判断根拠となっている。このため、年間労働報酬限度の更に大幅な引き上げが行われた場合には、これとは異なる判断が示される可能性もあると考えられる。

V-1-2. 国民保険の提案

近年の医療保険改革を巡る議論においては、年間労働報酬限度の引上げにとどまらず、現在の公的医療保険と代替医療保険との関係を根本的に変革する提案が二大政党の一つである社会民主党(SPD)などから行われている。この提案によれば、官吏及び自営業者を含む全ての者を公的医療保険の被保険者にするるとともに、賃金などに限定されない全ての種類の収入を保険料算定の対象とする「国民保険

32) Bundestagsdrucksache 15/28, S. 14.

33) 基本法第12条第1項は、「全てのドイツ人は、職業、職場及び養成所を自由に選択する権利を有する」と規定している。

34) 基本法第14条第1項は、「所有権及び相続権は、これを保障する」と規定している。

35) Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 4.2.2004, BvR 1103/03.

(Bürgerversicherung)」が導入される³⁶⁾。この提案の主な目的は、全ての者に同等の医療を保障すること、全ての者の間での連帯を確保すること、保険料負担の公平を確保すること及び財政的な持続可能性を確保することにある。

国民保険において、全ての者を被保険者とする必要がある理由として、現行制度における次のような問題点の存在が指摘されている。現状において、医師は、同じ内容の医療を行ったとしても、民間医療保険の被保険者である患者の場合には、公的医療保険の患者よりも高い診療報酬を得ることができる。このために、患者が医師の診療を受けるまでに待たなければならない日数は、病気の重さではなく、その患者がどのような医療保険に加入しているかによって左右されるなど、加入している医療保険の違いが医療アクセスなどの格差をもたらしている。

現行制度に関しては、公的医療保険の基礎となる「連帯」の観点からも問題点が指摘されている。前述のとおり、公的医療保険においては、健康上のリスクの高い者と低い者、収入の多い者と少ない者、家族の多い者と少ない者との間の調整（再分配）が行われている。しかし、現状では、官吏及び自営業者のほか、収入が年間労働報酬限度を超える被用者が、代替医療保険に加入しており、公的医療保険におけるこのような調整から逃れている。

こうした問題に対処するため、国民保険の提案によれば、全ての者が公的医療保険の被保険者とされる。ただし、公的医療保険への加入義務がないために、既に代替医療保険に加入している者に対しては、当該契約を維持するか又は公的医療保険に移動するかを選択することが認められる。

この結果、保険会社が運営する代替医療保険は、新規の加入者がいなくなるとともに、既存の加入者の中にも公的医療保険に移動する者が出てくるため、縮小に向かうことになる。保険

会社の活動にこのような制約を加える改正を行うことは、基本法に定める職業選択の自由に抵触する恐れがある。このため、この提案では、保険会社も、現行の公的医療保険の保険者である疾病金庫と並んで国民保険の保険者となることが認められる。ただし、この場合には、保険会社に対して疾病金庫と同じ条件が適用される。したがって、保険者が保険会社であっても、国民保険の被保険者に関しては、疾病金庫と同じ給付及び保険料に関するルール、財政システム並びに被保険者の受け入れ義務が適用される。これにより、国民保険においては、全ての保険者にとって同一の競争条件が整備される。

これに対して、保険会社側は次のような見解を有している。公的医療保険と民間医療保険の間で診療報酬の水準が異なる理由は、両制度の歴史的な沿革の違いによるものである（PKV, 2012a:7）。すなわち、公的医療保険の場合の診療報酬の水準が低いのは、そもそも公的医療保険が自分では将来のリスクに備えることができない者を対象に、基礎的な給付を行うものとして導入されることによる。また、民間医療保険が支払うより高い診療報酬の一部は、医師や病院が最新の医療機器や治療技術を導入することに役立っている。これらの医療機器や治療技術は、民間医療保険の被保険者以外にも用いられており、その意味で、全般的な医療水準の向上に重要な役割を果たしている。「民間医療保険の被保険者は多くの収入を得ている者である」というのは多くの人が持っている先入観であり、実際には、代替医療保険の被保険者の55%は年収30,000ユーロ未満である（PKV, 2012a:17）。

二大政党のもう一つ側であるキリスト教民主・社会同盟（CDU/CSU）も、国民保険の導入には反対の立場をとっており、代替医療保険の存続を前提に、公的医療保険において、収入に応じた保険料に代わって、定額保険料（人頭

36) 国民保険の内容等は、2011年12月に行われたSPD党大会で採択された提案（SPD（2011））及びSPD所属の連邦議会議員で国民保険の提唱者であるラウターバッハ教授の提案（Lauterbach（2004））による。

(表3) 公的医療保険の給付の縮減・廃止

給付の種類	内容
不妊手術	従来の規定では、その目的を問わず、違法なものでない限りは、不妊手術(Sterilisation)の費用は公的医療保険で負担されていた。この改正により、公的医療保険による給付の対象は病気のために必要な不妊手術に限定され、家族計画のための不妊手術は給付対象から外された。
人工授精	公的医療保険の対象となる人工授精の試みは、従来は、「原則として4回」までとなっていたが、「最大3回」までに限定された。また、給付の対象者は25歳以上で、女性は40歳未満、男性は50歳未満の者に限定された ^(注1) 。さらに費用の50%に相当する自己負担が導入された。
視力補助具	視力補助具(Sehhilfe) ^(注2) の給付は、18歳未満の者、重度の視力減衰のある18歳以上の者、並びに目のけが又は病気の治療のために必要な視力補助具の場合に限り行われることとされた。
処方箋のいらない薬剤	医師の処方箋なしで購入できる薬剤が公的医療保険の給付対象から除外された ^(注3) 。ただし、12歳未満の子供、13歳以上18歳未満の発達障害のある者、又はがんの治療、心臓発作のアフターケアなど、重篤な病気の場合には、この例外とされた。
生活の質を向上させるための薬剤	生活の質の向上が主たる使用目的である薬剤が公的医療保険の給付対象から除外された。このような薬剤には、勃起機能障害の治療薬(例:パイアグラ)、精力増強剤、禁煙、減量、体重調整、育毛改善などのための薬が含まれる。
葬祭料	これまで対象者の限定や金額の削減が行われてきた葬祭料の給付が、公的医療保険による給付から完全に除外された。
移送費	移送費に関する給付について、医学的にどうしても移送が必要であることや外来診療の場合には特別の例外的なケースに限られることなどの制限が設けられた。

(注1) 従来、女性の対象者は原則40歳未満、最高で45歳未満と定められていただけである。

(注2) 給付の対象となる視力補助具には、視力矯正用のメガネレンズ及びコンタクトレンズのほか、メガネレンズ及びコンタクトレンズでは通常の新聞の文字が読めない場合には拡大視力補助具(ルーベなど)が含まれる。

(注3) いずれの薬剤が処方箋なしで購入できるかは、医薬品法 (Arzneimittelgesetz vom 12.12.2005, BGBl. S. 3394) に基づき「医薬品及び医療製品に関する連邦研究所 (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte)」により決定される。

保険料)を導入することを提案している。2005年の秋に行われた連邦議会選挙以降、国民保険と定額保険料の両提案を巡る政党間での意見の対立は続いており、現状では、いずれかの提案が完全に実施されるような情勢にはない。

V-2. 公的医療保険の給付範囲の変更

2003年に制定された公的医療保険近代化法³⁷⁾により、公的医療保険における被保険者の給付請求権を変更し、医療保険の公私関係に影響を及ぼす可能性のある改正が行われた。改正内容の一つは、優生手術、人工授精、視力補助具、処方箋のいらない薬剤、生活の質を向上させるための薬剤、埋葬料及び移送費に関する給付の縮減・廃止である。それぞれの具体的な内容は表3のとおりである。縮減・廃止の対象となった給付は疾病の治療のために不可欠であるとは必ずしも言い切れないものである。このため、

公的医療保険においてこれらの給付の縮減・廃止が行われたことは、付加医療保険の対象がこれらの給付にまで拡大することにはつながっていない。

二つ目の改正内容は、歯科補綴の給付に関する新たな制度の導入である。公的医療保険近代化法には、2005年1月から適用される歯科補綴に関する新たな規定が盛り込まれていた。この規定によれば、歯科補綴に関しては、従来の定率の給付に代わって、症状に応じて定められた定額の給付が行われることとなった。この給付を受けるためには、被保険者は、事業主と折半で負担する通常の保険料とは別に、歯科補綴のための保険料を単独で負担しなければならないとなった。ただし、通常の保険料の場合と同様に、家族被保険者はこの歯科補綴のための保険料を負担することを要しない。この保険料の額は、公的医療保険の全ての被保険者に対して統

37) GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003, BGBl. I S. 2190.

一的に適用される。つまり、各被保険者が歯科補綴のために負担する保険料の額は、当該被保険者の収入の多寡にかかわらず一律である(Orlowski, Wasem, 2003: 56)。この保険料の額は、疾病金庫の中央連合会により、歯科補綴のための給付費及び事務費を賄える水準に設定される。また、歯科補綴に関する収入（保険料）及び支出（給付費及び事務費）は、他の収入及び支出とは区分して経理される。

ただし、公的医療保険の被保険者は、この歯科補綴の給付に関する制度に参加することを望まない場合には、その代わりに、自分自身及び家族のために保険会社との間で歯科補綴に関する保険契約を締結することが認められた。この民間保険における歯科補綴に関する給付は種類及び量において公的医療保険の給付と同等又はそれ以上のものでなければならない。歯科補綴に関する民間保険契約を締結した公的医療保険

の被保険者については、公的医療保険における歯科補綴のための保険料を負担する義務がなくなる。

しかしながら、2004年末に制定された「歯科補綴の費用負担の調整に関する法律」³⁸⁾により、歯科補綴の給付に関して公的医療保険と民間医療保険との選択を可能にするこの仕組みは実施前に再び改正された。この結果、公的医療保険の被保険者は歯科補綴の給付を従来どおり公的医療保険から受けることとなった。ただし、歯科補綴の給付に要する費用は被保険者のみが負担する追加的な保険料により賄われる。この保険料は、公的医療保険近代化法による改正で予定されていたような全ての被保険者に一律の定額保険料ではなく、各被保険者の保険料算定の対象となる収入に保険料率（0.4%）を乗じて得た額とされた。

VI. 公的医療保険における選択と競争の拡大

公的医療保険に関する近年の改革においては、公私の医療保険の重要な相違点に変化をもたらす改革が行われている。なかでも、被保険者が自ら加入する疾病金庫を自由に選択する権利が認められたことは、重要な意味を持っている。従来、各被保険者が加入する疾病金庫は、基本的に、被保険者の勤務する事業所等に応じて定められていた。しかしながら、1992年に制定された医療保障構造法³⁹⁾により、疾病金庫間の競争を促進する観点から、疾病金庫選択権の大幅な拡大が行われた。ただし、この場合の競争は、それ自体が目的ではなく、あくまでも連帯を基礎とする公的医療保険を中心としたシステムを前提としつつ、その効果と効率性を

高めるための手段として位置づけられるものである。

この疾病金庫選択権の拡大と併せて、リスク構造調整が導入された。リスク構造調整により、有利なリスク構造となっている疾病金庫（加入する被保険者の年齢が低く、収入が高い疾病金庫）から拠出金が徴収され、それに基づき、不利なリスク構造となっている疾病金庫（加入する被保険者の年齢が高く、収入が低い疾病金庫）に交付金が支給される。リスク構造調整が行われることにより、若くて収入の高い被保険者を獲得することは疾病金庫にとって競争上の有利をもたらさないことになる。その意味で、リスク構造調整は、いわゆるリスク選別を排除し、

38) Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 15.12.2004, BGBl. I S. 3445.

39) Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992, BGBl. I S. 2266.

(表4) 選択タリフの種類

<p>家庭医を中心とした医療供給への参加</p> <p>2007年4月以降は、全ての疾病金庫に「家庭医を中心とした医療供給」のプログラムを実施することが義務付けられた。その目的は、患者の病状等に応じて必要な医療が継続して提供されるよう、家庭医を中心とした医療供給を促進することにある。このプログラムへの被保険者の参加は任意であるが、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。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又は一部負担金の軽減を行うことができる。</p>
<p>統合医療供給及び疾病管理プログラムへの参加</p> <p>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、参加した被保険者には一定の治療上の義務が課される(注1)。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。</p>
<p>免責</p> <p>疾病金庫は、免責を組み入れた選択タリフ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かわりに、疾病金庫から報奨金を受け取ることができる。なお、この制度の適用は、従来は任意被保険者に限られていたが、全ての被保険者に拡大された。</p>
<p>保険料還付</p> <p>疾病金庫は、保険料還付を組み入れた選択タリフ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か月分相当額を超えてはならない。なお、この制度の適用は、従来は任意被保険者に限られていたが、全ての被保険者に拡大された。</p>
<p>償還払い</p> <p>疾病金庫は、償還払いを組み入れた選択タリフ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規定(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かわりに、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。</p>
<p>特別の薬剤治療</p> <p>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タリフを提供することができる。このような薬剤としては、ホメオパティ―治療のための薬剤などが該当する(注2)。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。</p>

(注1) 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、検診の定期的な受診や患者教育への参加などが義務付けられる。

(注2) ホメオパティ―(Homöopathie)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。

公平な競争の前提条件を作り出すものである。この競争においては、最近まで、より多くの被保険者を獲得するために各疾病金庫が行う努力の対象は、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いた。提供する給付の質の向上などが十分に追及されなかった理由は、各疾病金庫の行う給付の内容などが疾病金庫の連合会と医療供給者の団体との間で一律に定められてきたためである。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し、他の疾病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、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、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。

さらに、2007年に制定された公的医療保険競争強化法⁴⁰⁾による改革では、疾病金庫が被

40) GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.3.2007 BGBl. I S. 378.

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タリフ（Wahltarif）を提供する制度の拡充が行われた。これにより、各疾

病金庫は被保険者に対して表4のような広範な選択タリフ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タリフの提供にも拡大したことを意味している。

Ⅶ. 民間医療保険への公的関与の強化

保険会社と被保険者との間の契約に基づく民間医療保険に対しては、従来から、その適正な運営を確保するため、法律による規制が行われている。この規制は、民間医療保険との契約締結義務の導入に伴い、強化された。

Ⅶ-1. 民間医療保険に対する規制

民間医療保険の被保険者を保護するための一般的な手段は保険監督法⁴¹⁾により定められている。同法に基づき、保険会社は営業を開始するために監督官署の許可を受けなければならない（第5条）。営業許可は、株式会社、相互保険協会及び公法上の法人・組織にしか与えられない（第7条）。保険会社は、営業全体について監督官署による法的及び財政的な監督を受け（第81条）、資本構成や投資に関するルールに従わなければならない（第53c条など）。

このような一般的な規定に加えて、代替医療保険に関しては、私的自治の原則を逸脱するような法的規定も存在する。すなわち、保険監督法においては、保険料の算定ルールが定められ（第12条）、適切な保険料の変更を担保するため、保険料の変更には保険会社から独立した専門家である受託者（Treuhand）による同意が必要とされている（第12b条）。また、同法は、給付費用は年齢とともに増加することを前提に、後半生の負担の増加に備えるため、全ての

被保険者に関して高齢化引当金を積み立てることを保険会社に義務付けている（第12a条）。

同様に、保険契約法⁴²⁾にも次のような特別の規定が設けられている。代替医療保険は原則として終身保険である（第195条）。契約において給付を受けるために必要な加入期間（待機期間）が定められる場合には、待機期間は3か月を超えてはならない（第197条）。保険者は、被保険者の子が誕生した場合には、リスク加算や待機期間なしにその子を保険に加入させなければならない（第198条）。被保険者は毎年の終わりに契約を解除する権利を有する（第205条）。保険者による代替医療保険の解約は認められない（第206条）。

このように、公的医療保険を代替する代替医療保険に対しては、被保険者保護の観点からより厳格な規制が行われている。

Ⅶ-2. 公的医療保険競争強化法による改正

キリスト教民主・社会同盟（CDU/CSU）及び社会民主党（SPD）による大連立政権の下で2007年に制定された公的医療保険競争強化法においては、代替医療保険に関する改正が重要な柱の一つとなった。代替医療保険の今後の在り方は、大連立政権を構成する両者間で政治的に最も対立的なテーマとなっていた。CDU/CSUは代替医療保険を将来においても維持し

41) Versicherungsaufsichtsgesetz vom 17.12.1992, BGBl. I S. 2.

42) Versicherungsvertragsgesetz vom 23.11.2007, BGBl. I S. 2631.

たいと考えていた。これに対して、SPDは、前述の国民保険を導入することにより民間医療保険の役割を付加医療保険に限定するか、あるいは、代替医療保険の被保険者にも公的医療保険の被保険者と同様のルールに従い収入に応じた保険料を負担させることを企図していた。このような状況の下で、将来の代替医療保険の在り方を巡っては、最終段階まで対立的な議論が繰り広げられた。

このため、制定された公的医療保険競争強化法による改革は両政党の考え方を部分的に反映した内容となった。この改革により、代替医療保険の契約締結義務が導入され、全ての者が公的医療保険又は代替医療保険に加入することになったことは、SPDが主張する全ての者を対象とした国民保険の実現に向けた第1歩と解釈することができる。しかし、公的医療保険をベースとした統一的なシステムの実現は見送られ、公的医療保険と代替医療保険により構成される医療保障システムが維持された点ではCDU/CSUの主張に沿った改革ともいえる。

このほかにも、この改革では、民間医療保険における被保険者の選択権及び移動の可能性を拡大するために、基本タリフに基づく保険の導入や高齢化引当金のポータビリティを高めるための改正が行われた。

Ⅶ-2-1. 民間医療保険契約の締結義務

2009年1月以降、ドイツに居住する全ての者には、保険契約法に基づき保険会社と医療保険に関する契約を締結することが義務づけられた(第193条)。ただし、公的医療保険に加入している者などはこの義務が免除される。これは、全ての者が公的医療保険又は民間医療保険のいずれかに加入することを意味する。契約締結義務の対象となる民間医療保険は少なくとも外来及び入院による治療費用の償還を行わなければならないが、また、その免責額が1暦年当たり5,000ユーロを超えてはならない⁴³⁾。さらに、

被保険者に安定的な医療保障を行う観点から、保険会社側からこの民間医療保険に関する契約を解除することは認められない。

従来、民間医療保険契約の締結義務は設けられていなかったが、公的医療保険の被保険者になっていない者の大半は代替医療保険に加入しており、いずれの医療保険にも加入していない者は20万人以下にとどまっていた(Orlowski, Wasem, 2007: 9-10)。このため、この契約締結義務の導入は、医療保険による保障を受ける者の範囲に量的には大きな変化をもたらすものではなかった。

ドイツの公的医療保険は、創設以来120年以上にわたって「社会的保護の必要性(Soziale Schutzbedürftigkeit)」が認められる者だけをその対象にするとの考え方を取っている。その背景には、個人が自ら将来に備えることへの国家的な介入は、自らの経済的・社会的状況のためにその個人にとって過大な要求となりうる場合にのみ正当化されるという補完原則(Subsidiaritätsprinzip)の考え方がある。このため、「社会的保護の必要性」が認められる者のみが公的医療保険の対象とされ、それ以外の者については、疾病のリスクに対して自ら備えることができるものとされる。ただし、どのような方法をもって自ら備えるかは、従来、各人の判断に委ねられてきた。これに対して、民間医療保険契約の締結義務が導入されたことは、その方法が民間医療保険に加入することとされたことを意味している

Ⅶ-2-2. 基本タリフの導入

前記改正により、公的医療保険への加入義務がなく、公的医療保険の任意被保険者にも、民間医療保険の被保険者にもなっていない者は、民間医療保険契約を締結しなくならなくなった。これに伴い、このような者が、通常の代替医療保険に加えて、給付の種類、範囲及び水準が公的医療保険と同等の基本タリフ

43) 2007年3月までに締結された民間医療保険契約はこの条件を満たしているとみなされる。

(Basistarif)に基づく保険の契約を締結することを可能にするための改正が行われた⁴⁴⁾。

具体的には、まず、代替医療保険を運営する保険会社は、2009年以降、基本タリフに基づく保険を提供することが義務づけられた（保険監督法第12条）。また、被保険者となりうる者から申請があった場合、保険会社はその者と基本タリフに基づく保険契約を締結することが義務づけられた。基本タリフに基づく保険の場合には、給付の種類、範囲及び水準は、法律に定められた基準に基づき、民間医療保険連盟により決定される。免責額としては300、600、900及び1,200ユーロの選択肢が用意される。保険料は共通の算定基礎に基づき全ての保険会社に関して統一的に算定される。ただし、保険料は公的医療保険の最高保険料額を超えてはならない。また、特別にリスクの高い者に保険料のリスク加算を求めることや給付の除外を求めることは認められない。これに対して、基本タリフに基づく保険では、個々の被保険者の「リスクに応じた保険料」の考え方が貫徹しない。その結果、基本タリフに基づく保険に加入する者のリスクの違いが各保険会社に異なる財政的な影響を及ぼすことになる。このため、基本タリフに基づく保険に関して、保険会社間でのリスク調整が行われる。

Ⅶ-2-3. 高齢化引当金のポータビリティ

保険会社と被保険者の間で締結された契約においては、被保険者による契約解除の場合、被保険者が高齢化引当金の払い戻しや新たに加入する保険会社への移管を求める権利は認められないと定められていた。これに対して、被保険者が他の保険会社に移動し、あるいは、その者に公的医療保険への加入義務が生じた場合には、当該被保険者に係る高齢化引当金はそれま

で加入していた代替医療保険に残されることになった。

このような移動に伴い従来の保険に残される高齢化引当金が生じることは、保険料率設定の段階から解約確率（Stornowahrscheinlichkeit）として考慮されており、その分だけ保険料が低くなっている。しかしながら、被保険者が移動する場合には高齢化引当金がこのように取り扱われるため、一定年齢以上の被保険者は、他の保険会社に移ることにより相当の損失を余儀なくされてきた。高齢化引当金が持ち運べないために、高齢の被保険者が新たな保険会社に移る場合には保険料が相当に高くなってしまいうからである。このため、長期間継続して加入し、年齢が高い被保険者ほど、保険会社を変更することは経済的に不利であり、実際には例外的にしか行われなかった。このことは、被保険者による選択の自由の妨げとなり、保険会社間の競争を阻害するとして非難されてきた。

これに対応して、被保険者が同じ保険会社の別のタリフに基づく保険に移る場合に限り、積み立てられた高齢化引当金を新たな保険に算入することが認められていた。さらに、公的医療保険競争強化法による改正では、別の保険会社へも一定額の高齢化積立金を伴って移動することが認められた。この額は、当該被保険者が当初から基本タリフに基づく保険の被保険者であったとするならば生じたであろう高齢化引当金に相当する額とされた⁴⁵⁾。

Ⅶ-2-4. 憲法異議

公的医療保険競争強化法によるこれらの改正に対しては、保険会社及び民間保険の被保険者からこの法律の規定が基本権、特に職業選択の自由及び結社の自由⁴⁶⁾を侵害するとして連邦憲法裁判所に憲法異議が申し立てられた。しか

44) このほかに、新たに任意被保険者となってから6か月以内の者、官吏などで補完的な保険が必要な者、2009年1月1日以降に保険会社と民間医療保険の契約を締結した者などが基本タリフに基づく保険に加入することができる。

45) この規定は、2009年1月1日以降新たに締結された契約には制限なく適用されている。しかし、それ以前に締結された保険契約の場合には2009年の上半期に限り適用された。

46) 基本法第9条第1項は、「全てのドイツ人は、社団及び団体を結成する権利を有する」と規定している。

し、連邦憲法裁判所は次の理由によりこの憲法異議を棄却した。

第一に、通常のタリフに基づく保険に加え基本タリフに基づく保険を提供することは、保険会社の職業遂行を制約するものではあるが、不可能にするものでも、また、継続的に困難にするものでもない。基本タリフの場合には保険料額に上限が定められており、また、特にリスクの高い者に対して保険料の加算を行うことや給付に除外を設けることが認められないため、場合によっては、保険会社はリスクに見合わない保険料で保険を提供しなければならない。しかし、保険料で賄いきれない費用は、保険会社により負担されるのではなく、民間医療保険の被保険者により負担される。また、それほど多くの被保険者が基本タリフに基づく保険に移動するとも見込まれない。

第二に、保険会社に基本タリフに基づく保険に関する契約を締結する義務を課したことは、代替医療保険に加入することになる者に十分でかつ負担可能な保障を確保するという目的を達成する上で適切なものである。この義務がなければ、重大な既往歴がある者は民間医療保険に加入することはできないであろう。また、代替

医療保険の解約を禁止したことは正当な介入である。これにより、代替医療保険の被保険者は公的医療保険の被保険者と同等に包括的で、法的に安定し、かつ、継続性のある保障を受けられる。

第三に、高齢化引当金の部分的なポータビリティを認めたことは、基本法にも調和するものである。立法者の目的は、これにより民間医療保険市場における競争を作り出すとともに、被保険者が他の保険会社に移ることを容易にすることにある。保険会社の職業遂行に対するこのような介入は、公共の福祉により正当化される。また、高齢化引当金のポータビリティは部分的に認められたにすぎず、それが保険会社にリスク選別の危険性をもたらす過度の介入にあたるとは言えない。

この判決は、公的医療保険競争強化法により、民間医療保険が、公的医療保険と並んで、全ての者にとって負担可能な医療保険による保護を確保する役割を担うものとして位置づけられたことに伴い、保険会社に対してその役割に応じて必要な制約を加えることを容認する考え方を示したものと理解される。

VIII. まとめ

ドイツにおいて、医療保険の公私関係については、現在までのところ決定的な変化をもたらす改革は行われていない。もちろん、「国民保険」が導入されることになれば、公的医療保険と代替医療保険との関係は現状とは根本的に異なるものとなる。すなわち、代替医療保険はいずれ存在しなくなり、全ての者を対象とした公的医療保険のなかで、保険会社は疾病金庫と同じルールで競争する保険者として位置づけられることになる。しかし、現状では、国民保険の案がそのままの形で実施に移されるような政治的状

況にはない。

また、公的医療保険の給付範囲の変更についても、その対象は、疾病治療のためにどうしても必要な給付とはいえないものであって、個人による対応に委ねることができるような必要性に応じた給付にとどまっている。このことは、公的医療保険から除外された給付が付加医療保険の給付に取り込まれるようになっていないことにも表れている。つまり、実施された給付範囲の変更は、疾病治療のために必要な給付は公的医療保険を通じて確保するとの考え方を変え

るものではなく、財政負担軽減の観点から、そのような給付まで公的医療保険から付加医療保険へと振り替えていこうとする意図は窺えない。

たしかに、公的医療保険の給付範囲を縮減し、それを付加医療保険の給付とすることは、公的医療保険の給付費支出の削減をもたらすことが期待される。しかし、国全体で見た場合には、そのことにより医療費が削減されるわけではない。それどころか、民間医療保険のより高い報酬基準が適用されることにより、医療費の増加とそれに伴う国民の負担増につながるが予想される。

将来の公的医療保険の在り方については、特に民間医療保険との関係や財政方式を巡って政党間で考え方の大きな対立がみられる。このため、今後の改革が何れの方向に進んでいくのかを予見することは容易ではない。しかしながら、何度かの政権交代を伴いながら進められてきた近年の改革からは、次のような方向性が見出せる。

連帯に基づく公的医療保険は今後も維持される。公的医療保険の給付範囲が大幅に縮減され、それらが付加医療保険によりカバーされるようになるとは考え難い。むしろ、公的医療保険の効果と効率性を高めるとともに、被保険者の要望に適切に応えるための手段として、公的医療保険のなかで民間保険的な要素である「選択」や「競争」が一層活用される。また、このような競争が医療給付の内容や質の改善につながるよう、保険者と医療供給者との関係についても見直しが進められる。

ドイツにおいて医療保険の公私関係に関して行われた見直しや提案からは、日本の医療保険への次のような示唆を得ることができる。

ドイツにおいて国民保険の提案が行われている理由の一つは、公的医療保険と民間医療保険では給付の範囲や診療報酬基準が異なるために、両者の間で被保険者の医療へのアクセスに関して格差が存在することである。もう一つの理由は、収入が一定額を超える被用者は、公的

医療保険において行われる所得再分配から逃れており、これによって負担の不公平が生じていることである。

これに対して、日本の場合には、全ての者が公的医療保険に加入しており、かつ、被用者と自営業者で適用される給付の範囲や診療報酬基準が異なるわけではなく、ドイツのような医療アクセスへの格差はみられない。また、高収入の者を含めた全ての者が公的医療保険に加入し、公的医療保険において行われる所得再分配に参加している。一方で、高齢者以外の被保険者に関しても、公的医療保険の保険者間には、加入する被保険者の年齢構成や収入の水準などのリスク構造の違いが存在している。このため、国庫補助による調整は行われているものの、保険料の水準には保険者間での格差がみられる。しかも、我が国においては、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ず、加入している保険者の保険料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。負担の公平性を高めるためには、リスク構造の違いが各保険者の財政に及ぼす影響に関する調整の在り方を検討する必要があると考えられる。この点で、ドイツの取組みはさまざまな示唆を与えるものである。

また、連帯に基づく公的医療保険に「選択」や「競争」の要素を適切に取り入れることは、被保険者の同等取扱いが重視される日本においても、医療の質と効率性を高めるための効果的な手段となりうるものと考えられる。これにより、保険者が地域における医療の改善に積極的に取り組む医療供給者と協力し、新たな診療プロセスや給付形態を開発・実施し、被保険者のニーズにより適合した給付を実施することに主導的な役割を果たすことや、選択タリフのような仕組みを活用して、望ましい医療供給を実現するためのプログラムにより多くの被保険者が参加することを促すことが可能になると考えられる。

付 記

本稿は、厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「諸外国における医療制度改革と日本への適用可能性に関する研究」（研究代表者 松本勝明）の研究成果の一部である。

引用文献

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2011a) *Daten des Gesundheitswesens 2011*.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2011b) *Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitt 2010*.
<http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_Jahresdurchschnitt_2010.pdf>
- Karl, B. and B. von Maydell (2003) *Das Angebot von Zusatzkrankenversicherung*, Verband der privaten Krankenversicherung (PKV).
- Lauterbach, K. (2004) "Die Bürgerversicherung" in: U. Engelen-Kefer (ed), *Reformoption Bürgerversicherung*, VSA-Verlag, pp. 48-63.
- 松本勝明 (2012) 「ドイツにおける社会保障財源の見直し」『海外社会保障研究』第179号, pp. 4-16.
- von Maydell, B. (2005) "Gesetzliche und private Krankenversicherung. Neuere Entwicklungen eines schwierigen Verhältnisses in der Europäischen Gemeinschaft", in: A. Söllner, W. Gitter, R. Waltermann, R. Giesen and O. Ricken (ed), *Gedächtnisschrift für Meinhard Heinze*, C.H.Beck, pp. 585-595.
- Nagel, E. (2007) *Das Gesundheitswesen in Deutschland*, 4. Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag.
- Orlowski, U. and J. Wasem (2003) *Gesundheitsreform 2004*, Economica-Verlag.
- Orlowski, U. and J. Wasem (2007) *Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG)*, C. F. Müller, 2007.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2005) *Jahresgutachten 2005/06*.
- Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD) (2011) *Solidarische Gesundheitspolitik für alle Bürgerinnen und Bürger*, Ordentlicher SPD-Parteitag Berlin vom 4.-6. Dezember 2011, Beschluss – Nr. 59.
- Uleer, Ch. (2002) "Die »richtige« Abgrenzung von PKV und GKV", in: W. Boecken, F. Ruland and H.-D. Steinmeyer (ed), *Sozialrecht und Sozialpolitik in Deutschland und Europa*, Luchterhand, pp. 767-785.
- Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) (2011) *Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011*.
<https://bestellungen.pkv.de/w/files/broschueren/zahlenbericht_2010_2011.pdf>
- Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) (2012a) *Gut für sie. Gut für alle*.
<https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_allgemeine-informationen-zu-pkv/pkv_kampagnenbroschuere.pdf>
- Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) (2012b) *Private Zusatzversicherung. Ergänzung zum gesetzlichen Versicherungsschutz*.
<https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_krankenversicherung-in-der-pkv/private_zusatzversicherung.pdf>

特集：医療費適正化の取組み

フランスにおける医療費適正化の試み

北海道大学大学院法学研究科教授
加藤 智章
Kato Tomoyuki

社会保障給付の伸びが国民総生産の伸びよりも大きいという逆転現象は、世界各国に共通に見られる。保険料率あるいは税率は高止まりの状態にあり、これ以上の引き上げは困難である。社会保障給付の縮減も、社会保障への依存を強めている現状では簡単に実現されない。さりとて、収支の不均衡を放置することもできない。フランスではこのような閉塞状況にどのように対応しているか、その打開策を検討する。多種多様な需要抑制策を採用する一方、ガバナンスの強化を通じたサービスの質の向上を目指しているといえる。

はじめに

医療費の対GDP比および国民一人当たりの医療費はともに、アメリカ合衆国が群を抜いた首位独走状態にある。フランスは、国民1人当たりの医療費がOECD諸国中第3位であり、国民1人当たりの医療費も日本と比べて900ドルほど多い。フランスにおける一部負担割合は日本と同じく3割であるから、人口千人当たり医療従事者・病床数をも加味すると、フランスでは、いわゆる“はしご受診”の結果、医療費が高くなっていることを示唆しているように思われる（表1参照）。

フランスはまた世界でも有数の薬剤消費国である。わが国の国民医療費に相当する医療・医療財消費額は2011年1,800億ユーロで、うち薬剤消費は347億ユーロで全体の19%強を占めている¹⁾。日本は2010年のデータであるが、薬局調剤医療費は6兆1,412億円で国民医療費の16.4%である（平成22年度国民医療費の概況）。ただ、OECDヘルスデータによれば、総医療費に占める薬剤費の割合は、フランスが15.9%日本が20.3%、1人当たり薬剤費につきフランス637.3ドル日本651.6ドルとなっている（ともに2010年）。

ある論者によれば、過去30年間の医療保険に関する改革は、①財源の拡充、②需要の抑制、

表1 データから見た各国の医療（OECDヘルスデータ2013に基づき筆者作成）

	医療費の概況		人口千人当たり 医療従事者数・病床数		
	医療費の 対GDP比	国民1人当たり医療費	医師数	看護師数	病床数
フランス	11.6%	4,118ドル	3.3人	8.7人	6.4床
日本	9.6%	3,213ドル	2.2人	10.0人	13.4床
アメリカ	17.7%	8,508ドル	2.5人	11.1人	3.1床
OECD平均	9.3%	3,339ドル	3.2人	8.7人	4.8床

③供給抑制など費用の削減、④管理運営の効率化すなわちガバナンスの強化、⑤医療の質の見直し、という5つの類型に分類されるという²⁾。この視点から概観すると、90年代後半からのフランスにおける改革は、②需要の抑制、④ガバナンスの強化および⑤医療の質の見直しに重点を置いているといえる。以下では、医療費抑制に関連する施策を打ち出した3つの枠組を中心に検討していきたい。その3つとは、社会保障財政法律 (LFSS)、2004年法および2009年法である。

1. 社会保障財政法律の制定と改正

(1) ジュベプランにより社会保障財政法律の制定

フランスは、ながらく労使代表による管理という当事者参加原則と保険料を財源とする財政的自律原則に基づき社会保障制度を運営してきた。そもそも、第5共和制憲法では社会保障の基本原則のみが法律事項とされ、社会保障財政に対する議会の統制は強いものではなかった。しかし、1980年代以降、高い失業率のために社会保障財政の不均衡に悩まされてきたうえ、度重なる改革も制度状況を抜本的に改善するには至らなかった。こうして、巨額の累積赤字の存在により労使の管理運営能力が疑問視される一方、1990年に導入されたCSGに代表される租税代替化の進行により、社会保障財政に対する議会の関与を明確にすることとした。ジュベプランである。この改革に基づき憲法を改正し、憲

法34条に社会保障財政法律 (LFSS) に関する規定を設けた (1996年2月22日の憲法的法律N0.96-138号)。この社会保障財政法律を通じて、議会は「社会保障の財政的均衡の一般条件を決定し、その収入の見通しを踏まえ、支出の目標を確定する」ことができるようになった³⁾。同時に、社会保障財政法律の中に医療保険支出全国目標 (ONDAM) を設定した。

しかし、予算法ともいえる財政法律 (LO) が支出可能な上限を設定するのと異なり、社会保障財政法律は収入の見通しを前提とした支出目標を設定するに止まっていた。したがって、現実の結果が目標値と乖離していても、それに対する制裁手段や規制手段が存在しなかった。こうした拘束力の弱さはONDAMの推移に明らかである (表2参照)。設定初年度である1997年こそ、実績値は目標値を下回ったものの、その後は実績値が目標値を上回る事態が続いた。このことは、ONDAMの信頼性を損なうばかりでなく、LFSSの存在意義をも疑わせることになる。このため、2005年8月2日の組織法律 (以下、2005年組織法という) により、社会保障財政法律の見直しが行われ、規律対象を再構成し、財政法律との整合性を図り、議会の統制を強化することとなった⁴⁾。

(2) 社会保障財政法律の改正

2005年組織法による社会保障財政法律の改正は、2001年8月1日の財政法律に関する組織法の改正の影響を強く受けている⁵⁾。これは国家予

表2 社会保障財政法律における1997年以降のONDAMの推移

(単位: 億ユーロ)

年度	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
目標額	915	936	960	1,004	1,057	1,128	1,235	1,297	1,345	1,407
実績額	914	951	976	1,030	1,088	1,167	1,247	1,310	1,349	1,413
差異	+1	-15	-16	-26	-31	-39	-12	-33	-4	-6

年度	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
目標額	1,448	1,520	1,576	1,624	1,671	1,712	1,754
実績額	1,476	1,529	1,581	1,618	1,671	1,708	****
差異	-28	-9	-5	+6	0	+4	****

算と社会保障財政とが密接に関連するだけでなく、EU法の規制が社会保障財政にも及ぶからである。

以下では、議会の権限強化とONDAMの2段階化を中心に、2005年組織法を検討する。

1) 議会の権限強化

これについては、社会保障財政法律の対象となる制度の規模、対象期間、対象事項および情報提供機能に関係する。

第一は制度規模の拡大である。改正前までは、収入に関しては特に下限を設けていなかったが、支出面では2万人以下の法定基礎制度を対象としていなかったために、収入と支出の対象範囲が異なっていた。このため、すべての法定基礎制度を採決の対象とすることとした。こうして、収入と支出の審議対象の範囲を一致させることとなった。

第二は、議会による採決の対象期間をそれまでの2年間から、4年間に延長した。社会保障財政法律の複数年的要素を強化し、長期的な政策遂行が目指されることとなった。

第三は、対象事項の明確化である。保険料の減免等の措置を行う場合、国家予算による財源の補填が必要とされるが、財源補填を伴わない保険料の減免等の措置は、社会保障財政法律によってのみ規定できることとされた。

第四は、議会に対する情報提供機能の拡充である。対象期間の長期化に伴い、社会保障制度に関する部門別の4年間にわたる収入・支出の予測に関する報告書が議会に提出される。また、社会保障財政法律の附属報告書として、保険料の減免等に関して講じられた措置およびその財政影響等を提出しなければならない。このほか、附属報告書の詳細化ともいうべき取組として、政府および関係機関は議会に対して、前年度の赤字および黒字の処理方法に関する報告書、社会保障制度各部門における質・効率性に関する取組、制度運営に関する複数年の管理・手段目標など、11項目にわたる報告書を提出することとされた。

2) ONDAMの2段階化

社会保障財政法律の問題のひとつは、財政法律と異なり、その規律性ないし規律力に乏しいことであった。その端的な事例がONDAMである⁶⁾。社会保障財政法律がはじめて制定された1997年度こそ、実際の数値がONDAMの目標値を下回ったものの、その後は、目標値は実現されることはなかった。この目標と現実の乖離が社会保障財政法律の信頼性を大きく損ねているとの認識から、05年組織法はONDAMを全体目標 (objectifs) と下位目標 (sous-objectifs) の二段階で制定することとした。また、後に言及する2004年法は、ONDAMの実効性を確保するために、警告委員会を設けた。

現在、下位目標については表3のように、開業医部門、病院部門 (T2A適用医療施設、その他の医療施設)、社会医療部門 (高齢者施設、障害者施設)、それ以外に分類されている。ONDAMの細分化は、それ自体がただちに医療保険における支出を抑制する効果を期待されているものではない。しかし、支出超過を繰り返す医療保険部門において、いかなる領域が赤字の根源になっているのかを明らかにするとともに、医療費抑制策の効果を判定する材料を提供する。この意味で、ONDAMは医療費抑制策のターゲットを絞り込むためのシステムであり、抑制策の効果を検証する手段といえることができる。

ONDAM設定の効果として指摘すべきこと

表3 2012年・2013年におけるONDAMの下位目標額

(単位：億ユーロ)

	2012	2013
開業医 (Soins de ville)	78.5	80.5
病院部門	74.6	76.5
T2A適用医療施設	55.4	56.7
その他の医療施設	19.2	19.8
社会医療部門	16.5	17.1
高齢者施設	8.0	8.4
障害者施設	8.4	8.7
その他	1.2	1.3
合計	170.8	175.4

出典：表2・3ともに <http://www.securite-sociale.fr/LFSS-2013> 等に基づき筆者作成

は、診療行為共通分類（CCAM）と1件当たり包括評価方式（T2A）の導入である。日本にとってはあまり参考にはならないが、診療報酬の支払い方式や提供された医療行為の表記を統一するシステムである。

CCAMは診療報酬表の一元化ともいうべきもので、開業医であれ病院施設であれ、医療行為の表記を統一するとともに、診療報酬基準の統一化を図るものである。2005年4月1日から施行された。また、T2Aは、フランス版DRGに基づく入院診療に関する算定方式であり、公立病院と民間病院における診療報酬の算定方式を統一することを意図する。公立病院については、2004年から導入を開始し、総枠予算制を徐々に縮減し、2012年にはすべての施設で実施される予定であったが現在のところ、2018年における完全施行が目指されている。ONDAMによる医療情報の共有化や医療政策の透明化を促進しようとする政策要請が、これらCCAMやT2Aに結びついたといえよう。

2. 2004年8月13日法による医療保険改革

話はやや前後するが、2005年組織法による社会保障財政法律の改正前に、医療保険に関する重要な改革が行われた。2004年8月13日の法律である⁷⁾。

本稿冒頭に示した医療保険を5つの類型に分類した論者によると、2004年法は①財源の拡充、②需要の抑制および④ガバナンスの強化に着目した改革であるとされる⁸⁾。このうち財源の拡充は、医療保険の長期的な安定を目的として、一般社会拠出金（CSG）の算定基礎を拡大しその料率を引き上げたほか、累積赤字の解消に関連して、社会債務償還拠出金⁹⁾の算定基礎も、稼働所得に対して97%に引き上げ、2014年1月末までとされていた拠出金の徴収期間を、債務返済の完了まで延長した。

以下、需要の抑制に関しては受診時定額負担金とかかりつけ医について、ガバナンスの強化

に関してUNCAM、HASおよび警告委員会についてややくわしく考察する。

(1) 需要の抑制

1) 受診時定額負担金の導入

受診時定額負担金の負担は、医療保険と労災保険に関する医療給付の受給者を対象に、2005年1月1日から実施された。しかし、18歳未満の被扶養者、妊娠6か月までの妊婦・産後12日までの産婦および医療扶助受給者などは対象外とされる。

受診時定額負担金の対象となる医療行為は、開業医あるいは病院施設において行われる診察・治療・検査であり、放射線検査や臨床検査も対象とされる。次に述べるかかりつけ医での診療行為も定額負担金の対象となる。しかし、入院期間中に行われる診療、歯科診療あるいは助産師や開業看護師の行う診療行為は対象外である。

負担額は、1回の診療につき1ユーロである。フランスの外来診療は償還払方式を採用しているため、患者は医師に対し診療報酬全額を支払った後に、所属する医療保険金庫から保険給付相当額の払い戻しを受けることになる。その際、払戻額から1ユーロを差し引く形式で、定額負担金を負担することとなる。しかし、上限額が50ユーロとされているため、単純に言えば、50回を越えて外来診療を受ける場合には、50回目以降は定額負担金を負担することはない。

2) かかりつけ医の指定¹⁰⁾

かかりつけ医の指定は、患者をかかりつけ医に誘導し、そこから病状に応じた診療の道筋を設定するという意味で、受診行動の合理化を目的とする。

16歳以上の被保険者および被扶養者は、医師との合意を前提として、所属する医療保険金庫にかかりつけ医を通知しなければならない。18歳未満の被扶養者の場合は、両親の一方あるいは親権者と医師との合意による。通知は、所定の用紙に、被保険者とかかりつけ医の住所、氏

名、登録番号を記載し署名のうえ、所属金庫への送付によって行われる。

医師は、一般医・専門医、開業医・勤務医の別を問わず、その指定に地理的制約はない。例えば週末には実家に戻る大学生の場合、実家の所在地か大学通学のための居住地のどちらかがかかりつけ医を指定することになるが、患者の選択に委ねられている。しかし、複数の医師をかかりつけ医に指定することは認められない。また、かかりつけ医の変更はいつでも可能である。

かかりつけ医制度の核心は、かかりつけ医がいわゆるゲートキーパーとして、患者に対して受診行動の方向性を適切に指示することである。このため、かかりつけ医以外の医師の診療を受けた場合には一部負担金が増額される。しかし、この増額は緊急の場合や旅行先での受診、あるいはかかりつけ医の不在の場合には適用されない。また、婦人科医、眼科医および歯科医については診療の性格から、小児科医については患者の年齢との関係で、一部負担金の増額措置はとられない。このかかりつけ医制度は、2005年7月1日から実施されている。

(2) ガバナンスの強化

1) 全国医療保険金庫連合(UNCAM)の創設

全国医療保険金庫連合(以下、全国金庫連合と略す)は、法定基礎制度における3つの全国金庫すなわち全国被用者医療保険金庫、全国非農業非被用者疾病出産保険金庫および中央農業共済金庫の上位に立つ組織と位置づけられる。全国金庫連合は、医療関係者の全国団体との間で枠組協定、協約、追加協定・附属協定に関する交渉を行い、締結をする。また、医療保険において償還の対象となる診療行為や給付の範囲を画定するとともに、被保険者の一部負担金あるいは薬剤や保険給付の償還率に関する決定権などを有する。

全国金庫連合には、評議会と事務総長のほか、事務局長会が置かれる。評議会は全国金庫連合の一般的な方針を定める機関であり、方針の原案を作成するのは、連合を構成する3全国金

庫の事務総長・事務局長から構成される事務局長会である。全国被用者医療保険金庫の事務総長は全国金庫連合の事務総長を兼任し、この事務局長会においても2票の投票権をもつものとされている。この意味で、全国金庫連合の実質的な運営は事務局長会、とりわけ全国被用者医療保険金庫の事務総長に委ねられることになる。

フランスは、わが国とは異なり、医師、看護師など医療職種毎に診療報酬を協約の形式で決定するため、全国金庫連合とりわけ事務総長の権限は強大で重要な役割を果たす。

2) 高等保健機構(HAS)の創設

高等保健機構は、医療の質を確保するための中心的組織と位置づけられる。独立行政法人であり、独立採算によって運営される¹¹⁾。医薬品、診療行為および給付に関する定期的な評価を行い、医療保険の負担割合や長期疾病(ALD)患者に関する負担条件の決定過程において意見を表明するほか、医療の質を確保するため、あるべき診療のガイドラインを作成し、その推奨・普及に努めるとともに、医療従事者や国民に対する情報提供を行う。また、医療施設における診療内容や安全性に関する評価を行う。

高等保健機構は、販売認可を受けた医薬品について、それを医療保険の償還対象医薬品とする場合には、高等保健機構に置かれる「透明性委員会」において一定の評価を受けなければならない。いわば、医療保険における償還対象としての品質保証に関する評価を受けた後、販売価格と償還率が決定されることになる。

フランスで注目されるのは、薬剤の償還率が薬剤投与の必要性や薬価に応じて5段階に分かれていることである。①非代替的かつ高価な薬剤、②抗生物質など著しい効果の認められる薬剤、③一般的な疾病に対する薬剤、④効果が低いとされる薬剤および⑤その他であり、償還率はそれぞれ、100%、65%、30%、15%および0%となっている。また、後発医薬品を普及させるために、薬局における代替調剤権や第三者支払制度の導入が行われている。さらに受診時定額

負担金に関連して、薬剤1パッケージにつき0.5ユーロの免責負担金が賦課される。

3) 医療保険費用の推移に関する警告委員会 (以下、単に警告委員会という)

ONDAMの実効力を担保する警告委員会は、毎年遅くとも6月1日までの段階でONDAMの推移に関する意見書を提出する¹²⁾。医療保険費用の推移がONDAMを0.75%上回ると判断したときには、ONDAMの範囲内に収めるために必要な措置の提言を含めて、議会、政府および医療保険全国金庫に、その旨を警告する任務を負う¹³⁾。

このような警告手続が2007年にはじめて発動された。4月6日、警告委員会はそれまでの趨勢が続けば、ONDAMが0.75%の警告発動ラインを突破する可能性の高いことを示唆した。事実、2007年の最初の5か月間で、対前年度比5.4%の上昇が見られた(6月29日意見書)。そして遂に5月29日、委員会は警告手続を発動することを決定した。

具体的な発動措置については、受診時定額負担金を1回1ユーロから4ユーロに引き上げることなどが検討されたが、結果的には、薬剤定額負担金、パラメディカル受診時定額負担金および移送時定額負担金が導入された¹⁴⁾。薬剤の1パッケージおよび1診療行為あたり0.5ユーロ、また移送1回当たり2ユーロとされる。受診時定額負担金と同じように、年50ユーロを上限とし、パラメディカルの診療行為については、1日当たり2ユーロ、移送については1日当たり4ユーロを限度とする。この薬剤等定額負担金についても、妊婦、18歳未満の者、CMU-C受給者および労働災害の被災者はその負担を免れる。入院時に提供される薬剤や診療行為あるいは救急医療に関する領域に関しては、この定額負担金は適用されない。

3. 2009年7月21日法(HPST法)¹⁵⁾によるARSの創設

HPST法は、すべての地域において医療へのアクセスを確保するために、既存の保健医療・

福祉の供給体制を再編することを主要な目的とする。とりわけ地域における包括的なコントロール主体を設置し、供給者間の連携強化を通じて医療へのアクセスを確保しようとするものである。HPST法は、4編から構成されている。「医療施設の現代化」、「質の確保された医療へのすべての人のアクセス」、「予防と公衆衛生」および「保健医療システムの地域組織」である。ここでは、2004年法におけるガバナンスの強化とも密接に関連するARSについて考察を進める。

地域圏保健庁(ARS)は1996年に創設された地域圏病院庁(ARH)の後継組織で、国の定めた保険医療に関する全国目標や計画を地域圏レベルで具体化する権限を持ち、地域的な特性を踏まえて地域圏の優先課題を決定し、それを推進する役割を担う¹⁶⁾。医療費の増加傾向は、それ自体、肯定的に評価することも可能ではあるが、財源に限界がある以上、すべての人にとって最も有効な活動の選択すなわち優先順位付けを行わなければならない、との認識に基づき、地域圏ごとに有効な政策を立案し、かつその政策を実現することを任務とする。端的にいえば、保健医療に関する地方出先機関を統合することによって、地域圏における保健医療政策を推進する組織と位置づけられる。具体的には、ONDAMが目標値を達成できるよう、逆に言えば目標値を超えないように、保健医療サービスの供給側面に関するコントロールを通じて、医療システムを効率的に運営することが求められる。

若干のまとめ

ジュベブラン以後、フランスはガバナンスの強化と需要の抑制を中心に、医療費の抑制に取り組んできた。外来診療・入院診療を問わず患者の一部負担金は3割であり、かかりつけ医以外の診療を受けた場合には、7割負担とされる。一部負担金のほかに、受診時定額負担金、薬剤定額負担金あるいはパラメディカル受診時定額負担金などが存在する。また薬剤については、薬

効に応じて償還率が多段階に設定されている。このように、フランスにおける需要の抑制策は多種多様である。しかし、このような取組を専ら被保険者に負担を強いるものと理解するのは早計に思われる。

フランスには、高齢者だけを対象とする医療保険制度や一部負担金の上限を画するともいふべき高額療養費のような保険給付は存在しない。しかし、長期疾病（ALD）というシステムが存在する。これは、長期かつ高額な治療を必要とする結核、ハンセン病、精神病、重度の先天性小児麻痺とその後遺症、悪性腫瘍、小児糖尿病、危険な貧血症など30疾病については、患者の費用負担が免除され、費用の100%が償還される。このほか、特にリストには掲げられていないが、重篤な疾患あるいは進行性の疾患にかかっている患者、あるいはあらかじめ6ヶ月以上の治療が必要と見込まれ、かつその費用も高額となることが認められる疾患については、ALD患者と同様に、一部負担金の支払いを免除される。これら32種類のALD患者について、2005年には一般制度の被保険者のうち13.5%を占めていたALD患者が、2010年には15.5%に上昇しているといわれる。また、2001年には86万9000人だったALD対象者が2011年には125万人に達しているとの統計もあり、2010年、ALD患者に関する費用は1,000億ユーロで、一般制度における医療保険費用の63%を占めているといわれる¹⁷⁾。

このように、多種多様な需要の抑制策を打ち出す一方、長期慢性疾患や難病といわれる疾病については手厚い給付が確保されている。このほか、ガバナンスの強化は管理運営の効率化と同時に、提供されるサービスの質の向上も目指しているものと思われる。この意味では、2008年から設けられた不正行為対策委員会（DNLF）が注目される。ジュベプランにより導入された国と社会保障組織との間で締結される手段管理協約（COG）を実効あるものとする一環として、社会保障に関する保険料や給付に関する不正行為や冗費を指摘することが定められている。2011年には、社会保障制度全体で4億7,900

万ユーロを計上し、医療給付は、保険料関係2億2,000万ユーロに次いで1億2,000万ユーロの不正が指摘されている。社会保障関係の財政規模からすれば決して大きな金額ではないが、その役割や意義については、今後の検討課題としたい。

ALD：affection longue durée

ARH：Agences Regionales de l'hospitalisation

CCAM：Classification Commune des Actes Médicaux

COG：Convention d'objectifs et de gestion

CRDS：Contribution au remboursement de la dette sociale

DNLF：Délégation nationale à la lutte contre la fraude

HAS：Haute autorité de santé

HPST：Loi No.2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires.

LFSS：Loi de financement de la sécurité sociale

LO：Loi finance

T2A：tarification à l'activité

UNCAM：union nationale des caisses d'assurances maladie

URCAM：Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

<本稿は、厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）「諸外国における医療制度改革と日本への適用可能性に関する研究」（研究代表者：松本勝明）の成果の一部である。>

注

- 1) <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-comptes-nationaux-de-la-sante-en-2011,11013.html>.
- 2) D.Tabuteau, "Assurance maladie: les 《standards》 de la réforme", Dr.Soc., No9/10 sept.-oct.2004, pp.873-874.
- 3) 伊奈川秀和「フランスの社会保障財政改革」