

論文

ドイツ公的医療保険におけるリスク構造調整 —公平な競争の実現をめざして—

松 本 勝 明

要 約

高齢化の進展、疾病構造の変化、医学・医療技術の進歩などに対応して、公的医療保険による給付の質と効率性の向上を図ることは、日本及びドイツのいずれにとっても最も重要な課題の一つとなっている。そのための手段として、ドイツでは、当事者間の競争を促進することが重視されており、1990年代の半ばには、被保険者に自分の保険者（疾病金庫）を選択する包括的な権利が認められた。これにより、各疾病金庫は被保険者の獲得をめぐり互いに競争する立場に立つことになった。

この競争の公平な前提条件を整備するために併せて導入されたのがリスク構造調整である。リスク構造調整の制度については、その目的により適したものとするための改正がこれまでに何度も行われてきたが、今日なお見直しの必要性が議論されている。

このような状況を踏まえ、本稿においては、リスク構造調整の制度や実施状況について検討を加えることにより、連帯に基づく公的医療保険にとってのリスク構造調整の意義、リスク構造調整が疾病金庫間の競争に及ぼす効果と問題点を明らかにする。その上で、本稿は、公的医療保険における公平な競争を実現するためには、リスク構造調整の更なる改革が必要であること示す。

はじめに

日本と同様に、ドイツは多数の分立した保険者により管理運営される公的医療保険制度を有している。両国においては、高齢化の進展、疾病構造の変化、医学・医療技術の進歩などに対応して、公的医療保険における給付の質と効率性の向上を図ることが最も重要な課題の一つとなっている。しかし、そのための手段については、両国間での大きな違いがみられる。すなわち、日本では厚生労働大臣が定める診療報酬基準の改定などの「国による介入」が中心となっているのに対して、ドイツでは保険者などによる「当事者間での競争」を促進することが重視されている。

日本では、各被保険者が加入する保険者は、法律の規定に基づきその者の年齢、職業、就労事業所、居住地などに応じて決定される仕組みとなっており¹、被保険者が自ら加入する保険者を選択することは原則として認められていない。これに対して、ドイツでは、1990年代の半ばに被保険者による保険者（疾病金庫²（Krankenkasse））の選択権が大幅に拡大され、各疾病金庫は被保険者の獲得をめぐる互いに競争する立場に立つことになった。また、これと併せて、公平な競争が行われる前提条件を整備するためリスク構造調整（Risikostrukturausgleich）が導入された。

リスク構造調整については、その後においても調整の対象を拡大するなどの変更が行われてきており、20年以上が経過した今日においてもなお制度見直しの必要性が指摘される状況にある。

本稿では、このリスク構造調整について検討し、その意義、効果及び問題点を明らかにするとともに、公平な競争の実現をめざした今後の改革について展望する。

1. 公的医療保険の財政方式とリスク構造

リスク構造調整についての検討を行う前提として、まず、ドイツの公的医療保険（Gesetzliche Krankenversicherung）の財政方式をみておく。公的医療保険の財政は賦課方式に基づいており、各年の支出はその年の収入に

より賄われる。公的医療保険の収入は基本的に保険料収入と連邦補助³により構成される。各被保険者⁴に係る保険料額は当該被保険者の「保険料負担義務のある収入 (beitragspflichtige Einnahme)」⁵に保険料率を乗じることにより算定される。ただし、被保険者の配偶者、パートナー及び子であって家族被保険者 (Familienversicherte) に該当する者についての保険料は徴収されない。被用者である被保険者に係る保険料については、被保険者及び事業主が折半で負担する。

このように、公的医療保険においては基本的に各被保険者の経済的な負担能力 (収入) に応じて保険料が徴収される。このため、被保険者の性別、年齢及び家族の数は保険料額に影響を及ぼさない。一方、公的医療保険による医療給付は、保険料額とはかかわりなく、医学的に確定され法律の規定により範囲が定められた医療上の必要性に応じて行われる。こうした仕組みを通じて、公的医療保険においては、所得の高い者から低い者、健康上のリスクの低い者から高い者 (例：若者から高齢者)、家族の数の少ない者から多い者への再分配 (社会的調整 (sozialer Ausgleich)) が行われている。こうした社会的調整は、各被保険者のリスクに応じて保険料が徴収される民間医療保険の場合にはみられない公的医療保険の機能である。このように、公的医療保険の特徴は社会的調整を通じて被保険者間の連帯を実現する制度となっていることにある。

このような制度となっているために、公的医療保険においては加入する被保険者の年齢、性別、所得などの要因が疾病金庫の財政に影響を及ぼすことになる。たとえば、被保険者の年齢が高くなるほど平均的には医療給付のための費用が多くかかるため、加入する被保険者の年齢が高くなることは疾病金庫の支出を増加させる。一方、加入する被保険者の所得水準が低くなることは一定の保険料率の下での疾病金庫の収入を減少させる。したがって、これらの要因は、疾病金庫側からみると、財政赤字が発生し、保険料率を引き上げなければならなくなるリスクに影響を与える要因 (リスク要因) となっている。

リスク要因の状況が各疾病金庫で異なることは、各疾病金庫に財政上の有利・不利をもたらし、疾病金庫間での保険料率の格差が生じる原因となる。疾病金庫間での財政的な調整が行われなければ、加入する被保険者の平均年齢が高く、所得水準が低い疾病金庫は、通常、給付費支出に見合った保険料収入を得るために相対的に高い保険料率を設定しなければならない。このような疾病金庫は「不利なリスク構造（Risikostuktur）を持った疾病金庫」といわれる。

2. リスク構造調整の必要性

1992年に制定された医療保障構造法⁶により、1996年から、被保険者が自ら加入する疾病金庫を選択する権利が大幅に拡大された⁷。これにより、各疾病金庫はより多くの被保険者を獲得するため互いに競争する関係に立つことになった。

こうした疾病金庫間の競争は、各疾病金庫が給付の質と効率性を改善し、保険料率の引下げに努力することを促進する効果を持つと考えられる。なぜならば、そのような経営努力を行わない疾病金庫は、被保険者にとって魅力のないものとなり、加入している被保険者が他の疾病金庫に移動することにより、最終的に存続しえなくなる恐れがあるからである。

しかし、疾病金庫間には、加入する被保険者の性別、年齢構成、所得水準などの違いによるリスク構造の大きな格差が存在していた（表1）。仮にそのままの状態で競争が行われた場合には、疾病金庫による経営努力の程度よ

（表1）疾病金庫の種類別にみたリスク構造の格差（旧西独地域 1992年）

	地区疾病金庫	企業疾病金庫	同業疾病金庫	労働者代替金庫 (注1)	職員代替金庫 (注2)
平均年齢（歳）	41.3	41.0	35.3	34.2	37.6
被保険者本人に占める女性の割合（%）	45.4	37.2	30.6	24.1	59.4
1人当たり基礎収入月額（ドイツマルク）	3,075	3,900	2,933	3,634	3,345

（注1）ブルーカラーを対象とした代替金庫。

（注2）ホワイトカラーを対象とした代替金庫。

出典：Schneider W., Der Risikostruktureausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 1996
に基づき筆者作成。

りも、リスク構造の有利・不利が競争の結果を左右することになったと考えられる。なぜならば、経営努力の程度に変わりがないとしても、若くて、所得の高い被保険者の割合が高い疾病金庫は、医療給付のために必要な費用が少なくすみ、かつ、保険料の算定基礎となる被保険者の所得水準が高いために、低い保険料率を維持することが可能であるからである。それにとどまらず、有利なリスク構造とすることにより競争上の優位に立つために、各疾病金庫が若くて、所得の高い被保険者を獲得しようとしてリスク選別を行うことが誘発される恐れがあった。それでは、疾病金庫間の競争が本来期待される効果を発揮することにはつながらない。

こうした問題の解決には、リスク構造の違いが各疾病金庫に与える財政的な影響を調整することにより、公平な競争のための前提条件を整備するとともに、リスク選別を排除する必要があると考えられる。ドイツにおいて疾病金庫選択権の拡大に併せて1994年からリスク構造調整が導入されたことは、正にこのような必要性に対応したものであったといえる。

1990年代には、ドイツ以外に、オランダ、ベルギー、スイスなどの国でも公的医療保険における保険者間の競争が導入された。このいずれの国においても、互いに競争する立場に立つ保険者間で予想される費用の格差を調整し、リスク選別を回避することを目的としてリスク構造調整が導入された⁸。これらの国々における対応も、社会的調整を伴う公的医療保険において保険者間の競争を導入するに当たってはリスク構造調整が不可欠であることを示しているといえる。

3. 調整の仕組みと期待される効果

ドイツにおけるリスク構造調整の具体的な仕組みは、制度導入時において次のようなものとなっていた。

リスク構造調整においては、疾病金庫ごとに「標準化された保険料総額」と「標準化された給付費総額」とを比較し、前者が後者を上回った疾病金庫はその差額を調整拠出金として拠出し、逆の疾病金庫はその差額を調整交付

金として受け取る。

「標準化された保険料総額」は、当該疾病金庫に加入する被保険者の「保険料負担義務のある収入（基礎収入）」の総額に、全疾病金庫の給付費総額を全疾病金庫の基礎収入総額で除して得た率（計算上の平均保険料率）を乗じたものである⁹。一方、「標準化された給付費総額」は、性別、年齢階級及び障害年金受給の有無によって区分された被保険者のグループごとに「全疾病金庫平均の被保険者一人当り給付費」を算出し、各グループに属する当該疾病金庫の被保険者数をそれぞれ乗じて得た額の合計額である¹⁰。

見方をかえれば、この仕組みは、全ての疾病金庫がそれぞれの基礎収入総額から同じ割合で拠出し、その拠出総額から、各疾病金庫はそれぞれの性別、年齢階級及び障害年金受給の有無で区分した被保険者数に応じて標準的に必要となる給付費を受け取るようなものである。

これにより、リスク構造の違いが各疾病金庫に及ぼす財政的な影響が調整され、有利なリスク構造とするためにリスク選別を行うことは、それに応じて拠出すべき拠出金が増える、または、受け取れる交付金が減少するだけで、競争上の優位につながらないこととなる。

リスク構造調整の下では、加入する被保険者の性別、年齢構成及び障害年金受給の有無ではなく、実際の給付費の水準が各疾病金庫の保険料率に決定的な影響を与える。なぜならば、リスク構造調整が行われても、実際の給付費が標準的に必要となる給付費を上回る疾病金庫にとっては、支出を賄うためにより高い保険料率を設定することが必要となるからである。このような疾病金庫は、提供する給付の質が他の疾病金庫と同等であれば、被保険者にとっては加入する魅力がないものになるため、被保険者が他の疾病金庫に移動してしまう恐れがある。このため、リスク構造調整は、各疾病金庫の経営努力をリスク選別ではなく、給付の質と効率性を高めることに向かわせる効果を持つと考えられる。

4. 実施による効果と問題点

リスク構造調整の実施によって次のような変化がもたらされた。リスク構造調整による財政移転の全体規模は年々拡大し、2000年では公的医療保険の収入総額のおよそ9%に相当する約235億マルク（約120億ユーロ）にまで達した¹¹。この財政移転によりリスク構造の違いが疾病金庫財政に与える影響が調整された結果、疾病金庫間の保険料率格差は縮小した¹²。

それでもなお存在する保険料率格差に反応して、被保険者の疾病金庫間での移動は当初予想を上回る規模でみられた。こうしたなかで注目されたのは、他の種類の疾病金庫に比べて保険料率の水準が低い企業疾病金庫への被保険者の流入であった。1997年1月から2000年1月までの3年間だけでも企業疾病金庫では被保険者（家族被保険者を除く）数が全体で34%も増加した。しかも、移動したのは、必要な給付費が全疾病金庫の平均給付費の半分程度で済む比較的健康的な被保険者であった。これによって、健康的な被保険者が流入した企業金庫は更に有利な状況になった¹³。このままでは、被保険者の移動に伴いリスク要因の混ざ合わせが進むことにより疾病金庫間のリスク構造の格差が縮小するのではなく、「健康な人が多く加入する疾病金庫」と「病気がちな人が多く加入する疾病金庫」への二極化が進む恐れがあった。

このような状況が生じた原因としては、リスク構造調整には依然として疾病金庫をリスク選別に向かわせる誘因が内在していたことが考えられる。前述のとおり、リスク構造調整においては、個々の被保険者の健康度や疾病罹患状況を直接的に考慮して、それぞれの者の健康状態に対応する標準的な給付費が定められるのではなく、性別、年齢階級及び障害年金受給の有無により区分したグループごとの平均給付費に基づく調整が行われていた。このため、例えば、同じ40歳の男性で障害年金を受給していない者であれば、健康的な者であっても、糖尿病の患者であっても、リスク構造調整においては同じ平均給付費が適用された。逆にいえば、各疾病金庫は、性別、年齢階級及び障害年金受給の有無が同じ被保険者であっても、健康的な者を獲得することにより競争上有利な立場に立つことが可能であった。つまり、各疾病金庫には、

依然として、リスク選別を行い、健康な被保険者を獲得することによって、競争に影響を及ぼしうる余地が残されていた。

リスク構造調整にこのような歪みが存在することは、疾病金庫が加入被保険者に対する給付の質の向上に努力することを抑制する原因にもなりかねない。疾病金庫が慢性病患者である被保険者の適切な医療の確保に努力することによって給付費支出が増加しても、リスク構造調整においては性別、年齢階級などが同じ健康な被保険者と同等の給付費支出しか認められない。このため、このような疾病金庫は他の疾病金庫との競争において不利になる恐れがあった。また、こうした疾病金庫には、適切な医療を受けるために他の疾病金庫からも慢性病患者が流入し、そのことが競争上の不利を更に拡大する可能性もあった。これでは、疾病金庫は慢性病患者に対する医療給付の改善に慎重な姿勢をとらざるをえないと考えられる。

5. 「疾病罹患状況に応じたリスク構造調整」への転換

前述のような問題が生じる原因は、リスク構造調整において性別、年齢階級及び障害年金受給の有無といった被保険者の健康状態に関連した間接的な指標に基づく調整が行われていたことにあった。したがって、問題解決のためには、リスク構造調整を個々の被保険者の健康状態に関する直接的な指標に基づく調整へと改める必要があった。

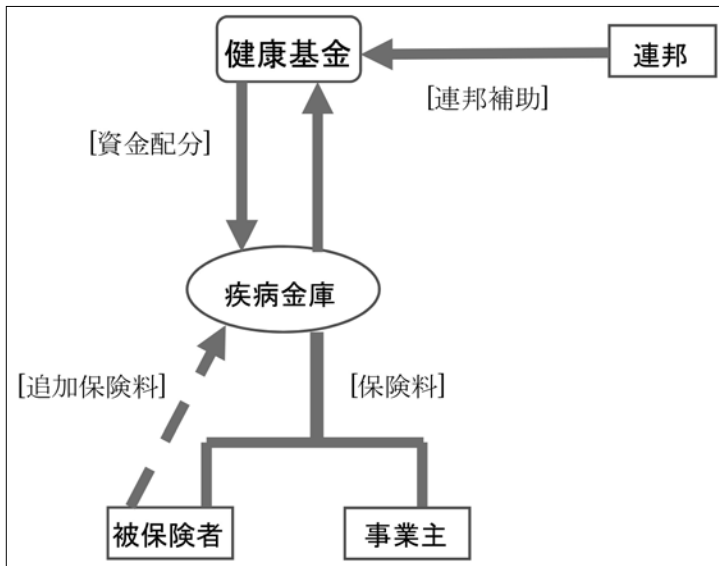
このため、2001年には、「公的医療保険におけるリスク構造調整の改革のための法律」¹⁴が制定され、リスク構造調整において、糖尿病等の一定の慢性病患者や特に高額な医療費を必要とする患者に係る給付費支出への配慮が行われることになった¹⁵。しかし、この法律は改善のための暫定的な措置を講じたに過ぎないものである。これに対し、2007年に制定された公的医療保険競争強化法¹⁶においては、次に述べるように健康基金の創設による公的医療保険財政制度の抜本的な改革を行うなかで、リスク構造調整の抱える問題点に対しても本格的な対応が行われた。

(1) 健康基金の創設

従来、各疾病金庫に加入する被保険者に係る保険料は当該疾病金庫の収入とされていた。また、各疾病金庫はそれぞれの支出に見合った収入を確保できる水準に保険料率を定めていた。前述のとおり、各疾病金庫におけるリスク構造の違いがそれぞれの疾病金庫に及ぼす財政的な影響を調整するためにリスク構造調整が行われていたが、それでも各疾病金庫の保険料率には格差がみられた。

このような公的医療保険の財政制度については、公的医療保険競争強化法に基づき、健康基金（Gesundheitsfonds）¹⁷の創設を柱とする抜本的な改正が行われた。健康基金の中心的役割は、公的医療保険の保険料収入を集約し、それと連邦補助とを合わせた資金を各疾病金庫に配分することにある（図1）。

これまで各疾病金庫がそれぞれの財政状況に応じて定めていた保険



（図1）公的医療保険の財政制度

（出典）筆者作成。

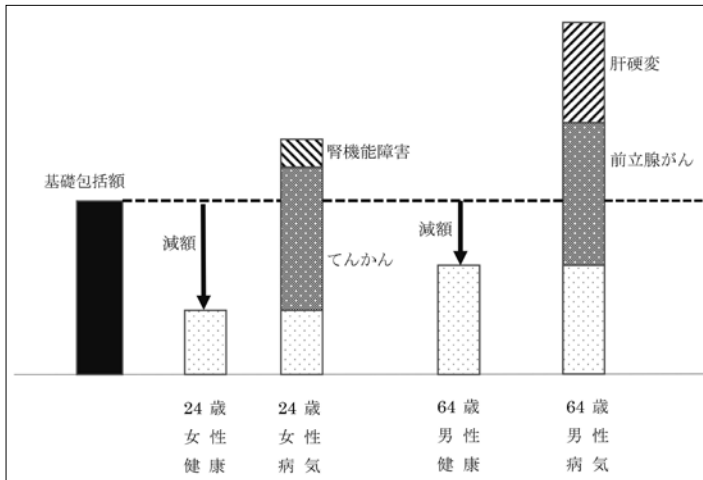
料率は、2009年からは全疾病金庫に統一的に適用されるものとして設定されることになった。この保険料率は「一般保険料率 (allgemeiner Beitragssatz)」と呼ばれる¹⁸。一般保険料率に基づく保険料は各疾病金庫を通じて徴収されるが、各疾病金庫ではなく健康基金の収入とされる。なお、被用者である被保険者に係る保険料は、従来どおり被保険者及び事業主により折半で負担される。医療保険に対する連邦補助も健康基金に対して支払われる。このようにして得られる保険料収入及び連邦補助を財源として、健康基金から各疾病金庫に資金が配分される。

(2) 健康基金からの資金配分

健康基金から各疾病金庫に配分される資金（交付金）のおよそ95%は、法律に基づき各疾病金庫に実施が義務づけられた給付（義務的給付 (Pflichtleistung)）の費用を賄うための交付金である¹⁹。この交付金の配分に当たっては、従来からリスク構造調整の対象とされていた各疾病金庫に加入する被保険者の性別、年齢階級及び障害年金受給の有無だけでなく、疾病罹患状況も考慮されることになった。その目的は、公的医療保険における連帯を損なうことなしに、疾病金庫間での公平な競争を確保すると同時に医療の質と効率性を高めることにあった²⁰。

具体的には、各疾病金庫に配分される交付金の額は、当該疾病金庫に加入する被保険者ごとに、定額の基礎包括額 (Grundpauschale) に各被保険者の性別、年齢階級、障害年金受給の有無及び疾病罹患状況 (Morbidität) などに応じた金額を加算又は減額することにより算定し、それを合計することにより得られる。基礎包括額は公的医療保険の全ての被保険者の一人当たり平均給付費に基づき算定される。この仕組みでは、性別、年齢などが同じであっても特定の疾病に罹患している被保険者の場合には加算が行われる。

図2はこの交付金の算定の仕組みを図示したものである。この4人全員について、まず、基礎包括額が算定される。24歳の女性の場合には、性別・年齢に応じた減額が行われることになるが、24歳の女性が対象疾病となって



(図2) 義務的給付に対する交付金の算定

(出典) Bundesversicherungsamt, So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds, 2008に基づき筆者作成。

いる「てんかん」及び「腎機能障害」の患者である場合には、それぞれに応じた加算が行われるため、結果的には交付金額は基礎包括額を上回ることになる。64歳の男性の場合もこれと同様であるが、給付のために必要な平均的な支出額が24歳の女性の場合よりも多くなることから、性別・年齢に応じた減額の幅は24歳の女性の場合に比べると小さくなる。

性別、年齢階級、障害年金受給の有無及び疾病罹患状況が同じ被保険者に対して平均よりも多くの給付費を支出する疾病金庫は、健康基金から配分される資金だけでは支出が賄い切れなくなる。このような疾病金庫は、不足する資金を補うために当該疾病金庫に加入する被保険者から追加保険料²¹を徴収することが必要になる。

前述のとおり、一般保険料率は全ての疾病金庫の被保険者に統一的に適用される。したがって、被保険者が加入する疾病金庫を選択するに当たっては、疾病金庫による追加保険料徴収の有無及び徴収される場合の追加保険料率が重要な意味を持つものと考えられる。

（３） 疾病罹患状況に応じたリスク構造調整

統一的な一般保険料率に基づき保険料が徴収され、それを財源として各疾病金庫に加入する被保険者の性別、年齢階級、障害年金受給の有無及び疾病罹患状況に応じて資金が配分されるこの新たな財政システムも、リスク構造の違いが各疾病金庫の財政に及ぼす影響を調整する効果を持っている。その意味において、この新たなシステムは従来のリスク構造調整の機能を引き継いだものである。しかし、新たなシステムにおいては、従来のリスク構造調整で考慮されていた間接的な要素に加えて、疾病罹患状況が直接的に考慮されるようになった点において重要な改善が図られたといえる。

ただし、「疾病罹患状況に応じたリスク構造調整（morbidityorientierter Risikostrukturausgleich）」と呼ばれるこの新たな調整においても、全ての疾病の罹患状況が考慮されるわけではなく、その対象は50～80種類の慢性疾病及び重篤な経過をたどる疾病に限定されたことに留意する必要がある。具体的な対象疾病については、連邦保険庁に設置された専門家委員会（wissenschaftlicher Beirat）の勧告に基づき連邦保険庁が決定することとされている。対象疾病の選定は2008年に最初に行われ、それ以降も定期的に見直しが行われている。対象疾病は、平均費用、重篤度、慢性度及び費用集約度を勘案して選定される。ある疾病が対象疾病に選定されるためにこの4つの要素についてそれぞれどの程度の値に達しなければならないかは、専門家委員会によって決定される。

たとえば、2015年における対象疾病の選定に際しては、それぞれ次のような値が用いられた。平均費用に関しては、当該疾病に罹患する被保険者1人に対する疾病金庫の年間平均支出額が3,400ユーロを超えることとされた。重篤度に関しては、当該疾病に罹患する被保険者のうち入院治療が行われる者の割合が10%を超えることとされた。慢性度に関しては、当該疾病に罹患する被保険者のうち当該疾病が2 四半期以上続くと診断される者の割合が50%以上であることとされた。また、費用集約度に関しては、その疾病に罹患した被保険者のための疾病金庫の支出総額が上位 1 / 4 程度に入る疾病で

あることとされた。

これらの基準のなかでも、費用集約度の基準は特に重要な役割を担っている。費用集約的な疾病には、一つは希少疾病ではあるが個別の患者の治療に多くの費用がかかるものが、もう一つは患者の数が多いいわば「国民病」であるために多くの費用がかかるものがある。専門家委員会は前者の疾病を重視すべきであるとの勧告を行っているが、連邦保険庁は、「前者の疾病を少なくとも始めから事実上排除するというわけではないが、国民病に対するより良い医療を確保したい」との立場をとっている²²。

「疾病罹患状況に応じたリスク構造調整」においては、このようにして選定された対象疾病だけが加算の対象とされることから、対象疾病の選定基準がどのように設定されるかが、各疾病金庫の財政状況に重要な影響を及ぼすことになる。

6. 「疾病罹患状況に応じたリスク構造調整」の改革

「疾病罹患状況に応じたリスク構造調整」への転換が行われたにもかかわらず、その後の状況には依然として問題がみられる。義務的給付のための疾病金庫の支出が健康基金から配分される交付金で賄われている状況をみると、特に2013年以降において、疾病金庫間での格差が拡大している。疾病金庫の中でも、企業疾病金庫や代替金庫では交付金で賄いきれない金額が拡大しているのとは逆に、地区疾病金庫では交付金が実際の支出を上回る金額が拡大している。義務的給付のための交付金の額から実際の支出額を控除した金額は、2010年ではいずれの種類の疾病金庫でも±5億ユーロの範囲内にとどまっていた²³。しかし、2016年では、この金額の幅は代替金庫の-9.8億ユーロから地区疾病金庫の15.2億ユーロにまで拡大した（表2）。短期間でこれほどの変化が生じた原因を個々の疾病金庫の経営努力の差によって説明することは困難であると考えられる。

連邦保険庁の専門家委員会は2011年において「疾病罹患状況に応じたリスク構造調整」の目的適合性についての審査報告²⁴を公表した。そのなかで、

(表2) 交付金額と実際の支出額との差額

(単位：百万ユーロ)

	2015年	2016年
地区疾病金庫	1,085	1,523
ドイツ年金保険 鮎夫組合・鉄道・海員	9	-46
企業疾病金庫	-155	-222
同業疾病金庫	-209	-271
代替金庫	-730	-983

出典：vdek, BKK, IKK, Aktuelles zur Wettbewerbssituation der gesetzlichen Krankenkassen und zur Reformbaustelle Morbi-RSA, 1. Dezember 2017に基づき筆者作成。

同委員会は、「疾病罹患状況に応じたりスク構造調整」は従来のリスク構造調整に比べると目的適合性が向上しているものの、なお、対象疾病の選定、傷病手当金に関する資金配分、外国に居住する被保険者に関する資金配分、当該年度に死亡した被保険者に関する資金配分などに問題があると指摘した。2014年に制定された「公的医療保険における財政構造と質の継続的發展に関する法律（GKV-FQWG）」²⁵においては、この指摘を踏まえて傷病手当金や外国に居住する被保険者に関する資金配分に関する部分的な改正が行われた。それにもかかわらず、2013年以降においては、交付金と実際の支出との差額に関する疾病金庫間での格差がより拡大してきている。

このような状況を踏まえ、疾病金庫間での公平な競争を実現するためには、「疾病罹患状況に応じたりスク構造調整」について、次のような問題を解決するための改革を行う必要があると考えられる。

(1) 地域的要素

ドイツにおいても、医療供給の水準には大きな地域格差が存在している。人口密集地域においては、地方に比べると医療供給者の密度が高く、様々な専門医や病院による医療供給が行われている。専門家である医療供給者と患者との間には情報の非対称性が存在するため、医療においては供給が需要を作り出す側面がある。このため、医療費の水準は人口密集地域において地方よりも遥かに高くなっている²⁶。つまり、地域における医療供給の水準はそ

の地域の医療費の水準を決定する重要な要因となっている。

一方、個別の疾病金庫は、地域の医療供給の水準に影響を及ぼすことができない。たとえば、地域における病院の配置、病床数などをコントロールすることは州の権限とされている²⁷。

しかしながら、健康基金から疾病金庫に配分される交付金の金額は、基本的に性別、年齢階級、障害年金受給の有無及び疾病罹患状況が同じ被保険者に関してはその者がどの地域に居住しているかにかかわらず同額となる。このため、加入する被保険者の多くが人口密集地域に居住する疾病金庫²⁸は必要となる給付費支出がより多くなるため、競争上不利な状況に置かれることになる。

こうした問題を解決するためには、地域による医療供給水準の違いが疾病金庫の支出に及ぼす影響を調整することができるよう、交付金の配分に当たって地域的な要素を考慮する必要があると考えられる。

（２）対象疾病

前述のとおり、「疾病罹患状況に応じたりリスク構造調整」において考慮の対象となる疾病は、連邦保険庁により平均費用、重篤度、慢性度及び費用集約度を基準として選定された80種類の疾病に限られている。この基準のうち、費用集約度の基準には次のような問題点が存在する。

費用集約度の評価に関する現在の方法では、国民病に対して多くの加算が向けられ、多くの治療費用がかかる希少疾病は不利な取り扱いを受けている。これにより、疾病金庫に対しては望ましくない方向での経済的誘因が付与される恐れがある。つまり、糖尿病のような国民病の患者については疾病金庫への交付金の加算が認められるため、疾病金庫が国民病の予防のために費用を投入し、それによって病気の発生を防止しあるいは発生を遅らせるように努力することへの誘因が働きにくい。それと同時に、非常に重篤で、高い治療費用がかかる疾病に罹患した患者であって、交付金の加算が認められないあるいは少しか認められない被保険者が平均以上に加入する疾病金庫

は、他の疾病金庫との競争上不利な状況におかれることになる。したがって、交付金の加算の対象となる疾病の選定に関しては、治療費用がかかる希少疾病をより重視するような基準に転換する必要があると考えられる。

（３） 障害年金受給の有無

前述のとおり、「疾病罹患状況に応じたリスク構造調整」への転換以前から、リスク構造調整においては被保険者の性別及び年齢に加えて、障害年金受給の有無が考慮されてきた。これは、障害年金受給者については病気のためにより多くの支出が必要であることを根拠とするものである。つまり、障害年金受給の有無は、リスク構造調整において疾病罹患状況を考慮するための「間接的な指標」として用いられてきたわけである。

「疾病罹患状況に応じたリスク構造調整」への転換後は、被保険者の疾病罹患状況が80種類の疾病に応じた加算として直接的に考慮されることになった。それにもかかわらず、障害年金受給者に関する加算は従来どおり存続している。実際に、障害年金受給者の大部分はこの80種類の疾病に属する疾病に罹患している。このため、障害年金受給者に関する加算がなくても、障害年金受給者により多くの支出が必要なことは「疾病罹患状況に応じたリスク構造調整」において適切に反映される。したがって、障害年金受給者に関する加算について再考する必要があると考えられる。

7. 考察

以下においては、本稿のまとめとして、リスク構造調整の意義、効果及び課題並びに今後の改革について考察する。

社会的調整を通じて被保険者間の連帯を実現する公的医療保険においては、各疾病金庫のリスク構造がそれぞれの財政に大きな影響を及ぼすことになる。疾病金庫間にはリスク構造の格差が存在するため、そのままの状態での競争では、疾病金庫におけるリスク構造の有利・不利が結果を左右することになってしまう。したがって、被保険者による疾病金庫選択権の拡大がも

たらず疾病金庫間の競争が給付の質と効率性を高める方向での各疾病金庫の努力を促すことにつながるためには、リスク構造調整が不可欠である。また、各疾病金庫の努力を、より有利なリスク構造となるように若くて、所得の高い被保険者を獲得しようとする「リスク選別」に向かわせないためにも、リスク構造調整が必要である。このように、リスク構造調整は公的医療保険における被保険者間の「連帯」と疾病金庫選択権の拡大による保険者間の「競争」とを両立させるという重要な意義を有するものであるといえる。

また、リスク構造調整は、疾病金庫間でリスク構造の格差がもたらす財政的な影響の調整を行うことより、もともとは同じ疾病金庫に加入する被保険者の範囲内で行われてきた連帯を各疾病金庫の枠を越えた医療保険の被保険全体での連帯に拡大発展させるという意義も有している。

実際にも、リスク構造調整は、公平な競争のための前提条件を整備するとともに、疾病金庫間の保険料率の格差を縮小することに効果を発揮している。しかし、リスク構造調整については、導入後においても、その改善の必要性が指摘され、改正が行われてきた。そのなかでも特に重要な改正は「疾病罹患状況に応じたリスク構造調整」への転換であると考えられる。それ以前の調整は性別や年齢といった疾病罹患にかかわる間接的な指標にのみ基づき行われてきたのに対して、「疾病罹患状況に応じたリスク構造調整」ではこうした間接的な指標に加えて疾病への罹患が直接的に考慮されることになった。これによって、性別及び年齢が同じでもより健康な被保険者を獲得することにより競争上有利な立場に立つことが困難となった。このように、この改正は、リスク構造調整を「公平な競争条件の整備」及び「リスク選別の排除」という目的に適合したものとすることに大きく貢献するものであったと評価することができる。

こうした改善が図られたものの、依然としてリスク構造調整には問題点が存在しており、その解決が課題となっている。疾病金庫が給付の質と効率性を高める努力を行うことへの誘因を強化するための制度改正が行われても、それに対して、疾病金庫の側からは本来期待されたものとは異なる反応がみ

られることがある。そのために、また新たな改正が必要となることも少なくない。しかし、このことによってリスク構造調整の必要性や意義それ自体が疑問視されるわけではない。

リスク構造調整の制度の改正は、各疾病金庫に配分される資金の多寡に直接影響するだけに利害の異なる当事者間で意見が鋭く対立しかねない問題である。現状においても、企業疾病金庫や代替金庫は現在の「疾病罹患状況に応じたリスク構造調整」の見直しを強く求めているのに対して、地区疾病金庫は拙速を避けるべきであると主張しており²⁹、疾病金庫間での立場の違いが如実に現れている。このため、関係者の合意を得て、改正の具体的な内容をまとめていくことは決して容易ではない³⁰。しかし、公的医療保険における競争を給付の質と効率性の向上につなげていくためには、リスク構造調整を「公平な競争条件の整備」及び「リスク選別の排除」という目的に一層適合したものとするための不断の努力が不可欠であり、将来にわたって状況の変化に対応した制度の見直し・改善に取り組むことが求められる。

〔付記〕本稿は、JSPS科研費JP16K04171の助成を受けて実施している「医療保険制度における選択と競争に関する研究」の成果に基づいている。

注

- 1 75歳未満の者では、公務員等や私立学校の教職員は各共済組合に、健康保険組合の設立された事業所で使用される被用者は当該健康保険組合に、それ以外の事業所で使用される被用者は全国健康保険協会に、自営業者などは居住地の市町村国民健康保険などに加入することになる。
- 2 疾病金庫は被保険者及び事業主により自主管理される公法上の法人である。疾病金庫の総数は2018年1月1日現在で110となっている。その内訳は、地区疾病金庫が11、企業疾病金庫が85、同業疾病金庫が6、農業疾病金庫が1、医療保険の保険者としての「ドイツ年金 鉦夫組合・鉄道・海員」が1、代替金庫が6となっている。

- 3 公的医療保険に対しては、農業疾病金庫に対するものを除き、最近まで連邦補助は行われてこなかった。しかし、2004年以降は「保険になじまない給付 (versicherungsfremde Leistung)」に対する連邦補助が行われている。ただし、この連邦補助が公的医療保険の収入全体に占める割合は、6 %程度 (2016年) に過ぎない。
- 4 公的医療保険においては、労働報酬を得て就労している被用者、年金受給者、失業手当受給者などが強制被保険者とされており、大部分の自営業者は強制被保険者となっていない。被用者であっても、年間労働報酬が限度額 (2018年59,400ユーロ) を超える者に対しては、公的医療保険への加入義務が免除されている。
- 5 被保険者が被用者である場合には労働報酬が、年金受給者である場合には年金支給額が、失業手当受給者である場合には失業手当の基礎となる労働報酬の80%が「保険料負担義務のある収入」に該当する。
- 6 Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. 12. 1992, BGBl. I S. 2266.
- 7 具体的には、被保険者は、就労地若しくは居住地の地区疾病金庫、就労地若しくは居住地を管轄する代替金庫、就労している事業所の企業疾病金庫若しくは同業疾病金庫、規約により外部にも開放している企業疾病金庫若しくは同業疾病金庫、直近に加入していた疾病金庫又は配偶者の疾病金庫のなかから、加入する疾病金庫を選択することが可能となった。現在では、これらに加えて、医療保険の保険者としての「ドイツ年金保険 鉱夫組合・鉄道・海員」が選択可能な疾病金庫となっている。
- 8 Buchner F., Schillo S., RSA-Systeme im internationalen Vergleich, Gesundheits- und Sozialpolitik, 4 - 5 /2016, S. 54.
- 9 当該疾病金庫の基礎収入総額に当該疾病金庫の保険料率を乗じることにより、当該疾病金庫の保険料総額が得られる。しかし、リスク構造調整では、「当該疾病金庫の保険料率」の代わりに「計算上の平均保険料率」が用いられることから、算定された額は「標準化された保険料総額」と呼ばれる。

- 10 区分された被保険者のグループごとの「当該疾病金庫の被保険者一人当り給付費」に、各グループに属する当該疾病金庫の被保険者数をそれぞれ乗じて得た額を合計することにより、当該疾病金庫の給付費総額が得られる。しかし、リスク構造調整では、「当該疾病金庫の被保険者一人当り給付費」の代わりに「全疾病金庫平均の被保険者一人当り給付費」が用いられることから、算定された額は「標準化された給付費総額」と呼ばれる。
- 11 VdAK/AEV, Ergebnisse des Risikostrukturausgleichs 2000/2001 による。なお、2000年における公的医療保険の収入総額は1,338億ユーロであった。
- 12 VdAK/AEV, Ergebnisse des Risikostrukturausgleichs 2000/2001 によれば、個別疾病金庫の保険料率の最高と最低の差は、1993年7月の8.8パーセントポイントから2000年1月には5.9パーセントポイントに縮小した。また、この間に、全疾病金庫の平均保険料率から上下0.5パーセントポイントの範囲内の保険料率が適用されている被保険者の割合は、51%から79%へと上昇した。
- 13 Rebscher H., Risikostrukturausgleich und Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, VSSR 4/2001, S. 3.
- 14 Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 10. 12. 2001, BGBl. I S. 3465.
- 15 この法律により、糖尿病等の慢性病の患者に対する継続的な治療を確保するために疾病金庫が実施する疾病管理プログラム（Disease-Management-Programm）であって、一定の基準に該当するとして連邦保険庁（Bundesversicherungsamt）の認可を受けたプログラムに参加する被保険者については、リスク構造調整において通常の前給付費ではなく、それよりも高額の特別の前給付費が適用されることになった。
- また、リスク構造調整に用いられる平均前給付費の額を遥かに超えるよ

うな特に高額の給付が必要なケースについては、当該超過額の60%がリスクプールの仕組みにより補填され、特に費用のかかる患者が被保険者として加入している疾病金庫の負担が軽減されることになった。

- 16 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. 3. 2007, BGBl. I S. 378.
- 17 健康基金の管理運営及び各疾病金庫への資金の配分は連邦保険庁の所管となっている。
- 18 一般保険料率については、当初、連邦政府が健康基金の収支状況に応じて定めることとされていたが、2011年以降は法律により定めることとされた。一般保険料率は2015年以降14.6%とされている。
- 19 このほかに、事務管理経費のための交付金、各疾病金庫の規約に基づく給付及び裁量による給付のための交付金などがある。
- 20 Schepp Th., Funktionsweise des Gesundheitsfonds, in: Knieps F. (Hrsg.), Gesundheitspolitik, Berlin 2017, S. 69.
- 21 2015年以降においては、追加保険料の額は各被保険者の収入の一定割合とされている。被用者である被保険者の場合でも、追加保険料については事業主の負担は行われず、被保険者による単独負担となる。
- 22 Schepp Th., a. a. O., S. 72.
- 23 vdek, BKK, IKK, Aktuelles zur Wettbewerbssituation der gesetzlichen Krankenkassen und zur Reformbaustelle Morbi-RSA, 1. Dezember 2017, S. 3.
- 24 Wissenschaftlicher Beirat des BVA, 2011, Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. (<http://www.bundesversicherungsamt.de>) .
- 25 GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz vom 21. 7. 2014, BGBl. I S. 1133.
- 26 たとえば、2015年における入院医療一件当りの費用の額は、旧東独地域のブランデンブルク州では4,156ユーロであるのに対して、大都市

であるハンブルクでは6,116ユーロとなっている（Bundesministerium für Gesundheit, Daten des Gesundheitswesens 2017, Berlin 2017, S. 105）。

27 病院財政法（Krankenhausfinanzierungsgesetz）に基づき、地域の需要に応じた病院を整備するため、州は病院計画（Krankenhausplan）を策定し、病院計画に位置づけられた病院に対して投資的経費の助成を行っている。

28 疾病金庫のなかには、対象地域を全国としているものと、一定の地域に限定しているものがある。

29 Litsch M., Brauchen wir eine Reform des RSA?, Gesundheits- und Sozialpolitik, 4 - 5 /2016, S. 105.

30 2018年2月に、キリスト教民主同盟（CDU）、キリスト教社会同盟（CSU）及び社会民主党（SPD）の間で合意された新たな大連立政権の政策についての連立協定（„Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land“, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, Berlin, 7. Februar 2018）においても、「連邦保険庁の専門家委員会による鑑定を考慮に入れて、公平な競争を目的として「疾病罹患状況に応じたりリスク構造調整」をさらに発展させ、意図的な操作から保護する」ことが合意された。しかし、そのための具体的な見直しの内容については定められておらず、今後の議論に委ねられた形となっている。

[参考文献]

- Binder A., König W., Schepp Th. (2017) Keine Angst vorm Morbi-RSA. Reformoptionen für ein komplexes System, in: Knieps F. (Hrsg.), *Gesundheitspolitik*, Berlin, 109-122.
- Buchner F., Schillo S. (2016) RSA-Systeme im internationalen Vergleich, *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 4 - 5 /2016, 54-60.

- Bundesministerium für Gesundheit (2017) *Daten des Gesundheitswesens 2017*, Berlin.
- Bundesversicherungsamt (2008) So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds. (<http://www.bundesversicherungsamt.de>)
- Elsner U. (2016) Morbi-RSA reformieren für einen fairen Kassenwettbewerb, *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 4-5/2016, 100-103.
- Hermann Ch. (2017) Perspektiven des Risikostrukturausgleichs für eine bessere Versorgung der Versicherten, *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 3-4/2017, 9-15.
- Knieps F. (2016) Brauchen wir eine Reform des RSA? Plädoyer für Veränderungen aus Sicht der Betriebskrankenkassen, *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 4-5/2016, 106-109.
- Litsch M. (2016) Brauchen wir eine Reform des RSA?, *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 4-5/2016, 104-105.
- 松本勝明 (2003) 『ドイツ社会保障論Ⅰ—医療保険—』 信山社。
- 松本勝明 (2017) 『社会保険改革: ドイツの経験と新たな視点』 旬報社。
- Rebscher H. (2001) Risikostrukturausgleich und Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, *VSSR*, 4/2001, 1-8.
- 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, 557-586頁。
- Schepp Th. (2017) Funktionsweise des Gesundheitsfonds, in: Knieps F. (Hrsg.), *Gesundheitspolitik*, Berlin, 67-81.
- Schneider W. (1996) *Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung*, Berlin.
- Wissenschaftlicher Beirat des BVA (2011) Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. (<http://www.bundesversicherungsamt.de>)

Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland – zum Ermöglichen eines fairen Wettbewerbs

MATSUMOTO Katsuaki

Es ist eine der wichtigsten Aufgaben sowohl für Japan als auch für Deutschland, die Qualität und Effizienz der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhöhen, um der Überalterung der Bevölkerung, der Veränderung der Morbiditätsstruktur sowie der medizinischen und medizintechnischen Entwicklung entgegenzuwirken. Als Instrument dafür wird in Deutschland großer Wert darauf gelegt, den Wettbewerb zwischen den Akteuren zu beschleunigen: Mitte der 1990er Jahre wurde das umfassende Recht den Versicherten gegeben, ihren Versicherungsträger (Krankenkassen) selbst zu wählen. Dies führte dazu, dass Krankenkassen miteinander im Wettbewerb um Versicherte stehen.

Der Risikostrukturausgleich wurde gleichzeitig eingeführt, um faire Voraussetzungen für den Wettbewerb zu schaffen. Obwohl das System des Risikostrukturausgleichs seitdem mehrmals geändert wurde, um seine Zielgenauigkeit zu erhöhen, steht heute noch sein Reformbedarf zur Diskussion.

Angesichts dieser Situation werden in diesem Aufsatz das System des Risikostrukturausgleichs und seine Umsetzungslage geprüft. Dadurch werden die Bedeutung des Risikostrukturausgleichs für die solidarische gesetzliche Krankenversicherung sowie seine Auswirkungen auf den Wettbewerb und Probleme dabei festgelegt. Darüber hinaus zeigt dieser Aufsatz auf, dass weitere Reformen des Risikostrukturausgleichs notwendig sind, um einen fairen Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermöglichen.