

ドイツの医療保険制度における一元化の取組について

- ドイツの公的医療保険では、公法人である疾病金庫が保険者。地域・産業・職業・企業などによって区分される8種類の疾病金庫からなる。
- また、疾病金庫の管理運営は伝統的に「当事者自治の原則」に基づいて行われ、ドイツの医療保険制度は多元的・分権的な点の特徴であるが、疾病金庫の総数は、1992年 1221金庫 → 2007年 242金庫 とここ15年間で大幅に統合再編が進んでいる。

1993年 医療保険構造法の制定

- 加入する疾病金庫を被保険者が自由に選択できるように段階的に措置
→ 被保険者の獲得をめぐる疾病金庫間の競争が激しくなり、それに伴い疾病金庫の統合再編が進展。

2007年 医療保険競争強化法の制定(多くは2009年1月より施行)

- 「医療基金」の創設
 - 基金は連邦保険庁が運営。基金が全国一律の保険料率による保険料収入及び国庫補助を一括して受け入れ、各疾病金庫に対して、加入者人頭割の交付金と、加入者の年齢・性別・罹患率を指標とするリスク構造調整のための加算金を交付する仕組みを創設。
 - 保険料は、被保険者の保険料算定基礎収入に保険料率を乗じて得た額となる。保険料負担は、被用者については労使折半が原則であるが、自営業者については(事業主・本人負担分も含め)全額本人負担が原則である。また、自営業者に対する保険料基準については、①一般に所得が高いため、保険料算定の限度額の上限、②所得税決定通知書で前年所得が証明できればその額、③所得が少ない場合は予め設定する最低算定基礎額のいずれかを適用している。
 - したがって、被用者と自営業者との間で、保険料負担の仕組みが異なっている。また、基金の創設については、疾病金庫側の反対が強いとも言われており、今後の動向に注意が必要。
- 異なる疾病金庫間での合併が可能となる(2007年施行)。また、各疾病金庫における連邦レベルの連合会を1つに統合