

維持した社会民主党 (SPD)・緑の党による連立与党は、第二次シュレーダー政権の発足に当たり、省庁再編により連邦経済労働省、連邦保険社会省を発足させ、労働市場改革・社会保障改革を実施する体制を整えた。

b リュールupp委員会

第二次シュレーダー政権は、労使折半で保険料を徴収している社会保障の負担 (2003年当時の保険料は、年金19.5%、医療保険14.3%、介護保険1.7%、失業保険6.5%を合計すると42%) が大きくなりすぎたため、企業の国際競争力や雇用創出能力を失わせているとの認識に基づき、社会保障改革を自らの重要な政策課題と位置づけた。

2002年11月、ウラ・シュミット健康社会保障相は「社会保障の資金調達を持続性に関する委員会」(委員長の名をとってリュールupp委員会と呼ばれる) を発足させ、年金保険、医療保険、介護保険の中長期的な抜本改革案を審議させた。

c アジェンダ2010と医療・年金改革の断行

2003年3月、シュレーダー首相は連邦議会における所信表明演説で、自らの改革方針「アジェンダ2010」を公表し、労働市場改革とともに、医療保険改革、年金保険改革を断行することを宣言した。その後の政治的な調整を経て、2003年9月に医療保険改革法、2003年12月に短期的年金改革法、2004年3月に中長期的年金改革法が成立した。

(2) 医療保険改革

2003年8月、与野党が11年ぶりに医療保険改革について妥協して共同の改革案を作成することとなり、同年9月、「医療保険近代化法」が連邦参議院の同意を得て成立した。法律の主な内容は以下のとおりである。

a 診察時患者自己負担の導入

2004年1月より、18歳以上の患者の外来について、一般開業医の場合、医師一人について3か月に1度10ユーロ、紹介状がない専門医の診療についてはこれに加え1回当たり10ユーロを徴収する。また、年収の2.0% (慢性疾患患者については1.0%) を負担の上限とする。

- b 入院について、2004年1月より、1日10ユーロの患者負担を1年に28日まで徴収する。
- c 訪問看護、マッサージ等については、2004年1月より費用の10%と、一処方当たり10ユーロの患者負担を徴収する (訪問看護については年28日まで)。
- d 2005年より歯科治療の給付を、公的医療保険給付から除外する。公的医療保険の被保険者は、公的に新たに創設される歯科治療に係る追加的保険又は私的医療保険に必ず加入しなければならない。
- e 2006年より傷病手当金 (現在、病休第7週目以降につき賃金の約8割を給付) は被保険者のみの負担 (0.5%の特別保険料) によりまかなう。
- f たばこ税を2004年と2005年に3段階に分けて増税し、その財源を保険になじまない給付 (出産手当金等) の財源に用いる。
- g 2004年より死亡一時金、分娩手当金、不妊給付等を公的医療保険の給付から除外する。
- h 外来患者の診療所までの交通費は、歩行障害のある者やがん患者の化学療法のための通院など例外的な場合を除き認めないこととする。眼鏡等に関する給付については、18歳未満の者及び重度の視力障害者を除き認めないこととする。
- i 被保険者は現物給付と現金給付とを選択できる。疾病金庫は、現金給付を選択した任意被保険者が医療費のうち一定額を自己負担することを条件に、低い保険料を設定できる。疾病金庫は、一定の要件を満たす任意被保険者が1年間医療を受けなかった等の場合に保険料の一部還付を行うことができる。疾病金庫は適切な予防活動を行った等の被保険者に対し「ボーナス」 (自己負担免除を含む) を支給したり、紹介状なしでは直接専門医に行かず家庭医にかかる等特定のサービス契約を行った被保険者の保険料又は自己負担を軽減することができる。疾病金庫は、病院の主治医指定、個室・二人部屋利用、海外での治療についての民間保険の付加保険契約の仲介をすることができる。
- j 医薬品について、以下の改革を行う。
 - (a) 医薬品に係る患者の自己負担を見直す (原則1割負担、医薬品毎に最低5ユーロ、上限10ユーロ。なお、上記aの負担の上限 (年収の2.0%) は、各種医療サー

- ビス・医薬品に係る自己負担の合計額に適用される)。
 (b) 定額給付制の対象となる医薬品の範囲の見直し(拡大)を行う。
 (c) 処方せんなしで入手できる医薬品については、一部の例外を除き医療保険からの給付は行わず、原則全額自己負担とする。
 (d) 医薬品の通信販売を認める。
 (e) 薬剤師による薬局の4店舗までの複数所有を認める。

なお、ポジティブリスト(保険が適用される医薬品の限定列記)の導入は見送られた。

- k 被保険者は自己の医療費について情報提供を受けることとする。
 l 医師に医療の質の管理及び定期的な研修を義務づける。
 m 政府から独立した財団により「医療の質・経済性研究所」を設立し、治療方法や医薬品等の効果等について研究し、成果を公表・勧告する。
 n 現在入院に特化している病院の機能を一部外来診療に開放する(医療が不足している地域、高度専門的な治療等)。
 o 保険医協会^(註2)の近代化・合併を促進する(現行23→17又は18)(管理コストの削減などがねらい)。疾病金庫の管理コストの抑制・透明化を図る。

疾病金庫は各保険医と個別に診療報酬契約を結べるようにする。

- p 外来診療の診療報酬総額^(註3)について、罹患率の上昇により生じた診療の増加に対応できるよう2007年から変更する。

2004年4月、連邦保険社会省は「医療改革断行100日」と題する記者発表を行い、2004年半ばまでに公的医療保険の被保険者(約7,000万人)の38%が保険料軽減の恩恵を受け、保険料率の全国平均も2004年中には14%(2003年1月の全国平均は14.3%)を下回るとの見通しを示している。

(3) 年金改革

- a 年金財政の逼迫により、2004年の年金保険料を引き上げないための緊急措置が必要となり、2003年12月、社会保障法典第VI編(公的年金保険法)の改正が成立した。その主な内容は以下のとおりである。

- (a) 2004年1月以降も年金保険料を19.5%に据え置く。
 (b) 2004年7月の年金スライドを凍結する。
 (c) 2004年4月1日より年金受給者の介護保険料を全額本人負担とする(注：従来は保険料の半分を年金受給者が負担)。
 (d) 変動準備金の下限を1か月の支出額の50%から20%に引き下げる。
 (e) 2004年4月以降新たに年金受給者となる者については毎月初めではなく毎月末に年金を支給する(注：当該改正事項については連邦参議院の同意を得て成立)。
 b 2004年3月、年金財政の中長期安定化を目指す「公的年金保険持続法」が連邦議会で成立した。その主な内容は以下のとおり。
 (a) 年金スライド式に「持続性要素」を導入する(被保険者と年金受給者の割合の変化率をスライドに反映させる)とともに、計算式に用いる所得を保険料納付義務所得に限定する。
 (b) 失業者及び高齢部分就労者(高齢者パートタイム就労者)の早期年金受給制度の支給開始年齢を2006年から2008年にかけて60歳から63歳に引き上げる。
 (c) 老齢年金一般の支給開始年齢上げを検討するため、2008年に政府は人口高齢化の状況及び労働市場の状況につき報告書を作成することとする。
 (d) 算入可能就学期間(年金受給資格に考慮される保険料免除期間)を原則として職業訓練期間のみの最高36か月に限定する。
 (e) 変動準備金の上限を1か月の支出額の70%から150%に引き上げ、積立金の形成を目指す。
 (f) 将来の年金水準(45年加入の平均的賃金の労働者の年金額を、現役労働者の税・社会保険料控除前所得と比べたもの)を、2030年で43%を下回らないようにする。
 c 年金課税の見直し

1982年の連邦憲法裁判所の判決に則り、年金保険料の課税撤廃と、年金給付への課税について法案が審議されている。

- d 年金金庫統合

ドイツの26の年金金庫(各産業ごとに、独立の年