

ドイツ公的医療保険制度(GKV)－「追加負担」(Zuzahlung)の考察－

高智英太郎 (元健康保険組合連合会・理事)

➤はじめに

「世界に冠たる医療保険制度」を自負するドイツ。その起源は帝国初代首相を務めたビスマルク(Otto von Bismarck)が 1883 年に創設した世界初の社会保険制度まで遡る。当該制度は後に日本の医療保険(1927 年/健康保険法施行)制度設計に際しても行政、研究者らの参考とされ、以来、有意な調査研究対象と位置づけられてきた経緯がある。

さて、「追加負担」(Zuzahlung;日本の窓口一部負担に相当)が制度論の視点となることは少ない。そこで改めて周辺事情にも焦点を当て、若干の考察を試みることにしたい。

1. ドイツの窓口一部負担：「一部負担」より低めの「払い足し」程度か？

なぜ、Zuzahlung なのか？ 標題には「追加負担」の添え訳を付したが、実はオーストリア南部で派生した Aufzahlung というドイツ語に„源流“の一部を見出せるようだ。動詞は aufzahlen:〈払い足す〉〈追加して支払う〉の意味をもつ。ならば、同義語の Zuzahlung がドイツのお役所用語として定着してきた背景事由をどう捉えるべきだろうか。考えられるのが「高い保険料率」(2024 年;16.3%。被用者は労使折半)との関係だ。これまでも、保険料に上乗せして「追加負担」を徴収することへの国民の納得感は低めに推移してきた。片や行政は、受診時負担の必要性を認めつつも「保険料の外側」で発生する追加負担については、常に、ナーバスな事案として取り扱ってきたものだ。

公的医療保障制度の運営に際しては、何らかの受診時負担を課している国が殆どである。ドイツの場合、「最低限の負担」に止める Zuzahlung という語彙を用いて、「一部負担に満たない払い足し」の範疇を越えない負担であれば、国民・加入者の理解を得やすいと考えられてきたのではないか。巷間使い慣れてきた『原則 10 割給付』というフレーズにも、あまり違和感を抱かせないで済むということなのかも知れない。

2. 『2004 年－公的医療保険現代化法(GKV-GMG)』の施行前後で変わる負担感覚

2004 年 1 月に施行された GKV-GMG の目的の一つは、行政サイドはもとより、「すべての関係者が支出抑制措置に適度に引込まれること」だった。まさしく、あの„大岡越前守による三方一両損“の名裁きに通じる意気込みすら感じさせるものがあった。

具体的には患者定額追加負担の新規導入だ。保険医と保険歯科医の外来診療について「診察料」(Praxisgebühr)が創設されたことにより、患者は各四半期の受診初日に 1 回 10.00-€を窓口で支払うことになった。同一疾患につき四半期毎の支払いとなるため、わが国の初診料とは性格を異にした。暦年最大 40.00-€の負担。転医する場合は転医証があれば期内の再收受は免除された。GKV-GMG 施行直前の歳末には「診察料」に替えて「入場料」(Eintrittsgebühr)という見出しを刻した複数の週刊誌が目についた。

特筆すべきは、ドイツでは GKV が創設されてこの方、外来診療に関しては追加負担を徴収しないという伝統が根強く保たれてきたことだ。それが、GKV-GMG の施行を契機として打破された。『ドイツ、本格的な一部負担(Selbstbeteiligung)実施へ』といったテロップが流れ、筆者には『原則 10 割給付からの決別』を暗示するものと映った。ドイツでは診療費が嵩む専門医(Facharzt)への受診頻度の高さが指摘されてきた。実態

を踏まえ家庭医への先行受診を推奨、専門医への直接受診を減らし、「ハシゴ受診」回避を通じた医療費節減も「制度現代化」に向けた重要目標の一つと位置付けられた。

結局のところ、追加負担としての「診察料」は2013年1月に廃止された。加入者からの評判も芳しくなく、コスト意識の喚起なども国民の共鳴を得るには至らなかった。連邦保健省は2011年中の「診察料」の総額が約20億ユーロだったと発表している。

3. 18歳未満の「子ども」は追加負担免除 高齢者に免除・軽減規定なし

ドイツでは、診療項目別に定額、定率、両者の組合せに基づく負担金額・割合を設定。一部を除き上下限が定められている。高齢者に対する特別な配慮規定はなく、18歳未満の子どもに対する適用除外（搬送交通費除く）を特徴としている。また、歴年負担については生計費に充てられる税込収入の2%（慢性疾患患者は同1%）までとされている。現行「追加負担」の概要は表のとおりである。

表一 公的医療保険(GKV)の「追加負担」(Zuzahlung) ; 2024.1.1～

- ◎**薬剤**：処方箋持参が義務の医薬品を対象とする。薬局引渡し価格の10%。下限5.00-€、上限10.00-€。包帯、血液等検査試験紙を含む。医師が一般名で処方し、他製品への変更を禁じていない場合、薬局はより安価な製品を引き渡す義務がある。
 - ◎**各種療法**：作業療法、言語療法等。費用の10%及び処方箋当たり10.00-€の合算額。
 - ◎**治療材料**：製品引渡し価格の10%。下限5.00-€、上限10.00-€。
 - ◎**在宅看護**：費用の10%及び処方箋当たり10.00-€の合算額。暦年28日限度。
 - ◎**搬送交通費**：費用の10%。下限5.00-€、上限10.00-€。18歳未満の子どもにも適用。
 - ◎**家事援助**：日額費用の10%。下限5.00-€、上限10.00-€。暦年4週間まで。入院、在宅看護を受けるため継続して家事が出来ない場合等に適用。
 - ◎**病院診療及び退院後の継続リハビリテーション**：日額10.00-€。暦年28日限度。
 - ◎**医学的リハビリテーション及び予防措置**：日額10.00-€。支払限度設定はない。
- *) 暦年の被保険者負担の上限は実質所得の2%（慢性疾患患者は同1%）まで。

4. 追加負担に占める割合：1位は「医薬品等」52%、3位に「病院（入院）」16%

2019年の追加負担総額は約44億2,050万ユーロだった。うち、医薬品等約23億500万ユーロ、「各種療法及び治療材料」約10億5,960万ユーロ、「病院（入院）」約6億9,100万ユーロの順だった。同年のGKV給付支出総額は約2,384億8,800万ユーロだったから、追加負担総額の占める割合は1.85%に止まり、GKVの実効給付率は98.15%であった。ドイツ「追加負担」の規模は、わが国の「患者一部負担」（定率1、2、3割）の実際と比較すればその相違は明らかであろう。なお、同年の追加負担免除者総数は全国で576万0,458人。加入者総数に占める割合は7.9%だった。医療保険財政に占める「追加負担」の総額・割合は既述のとおりだが、制度の安定維持を譲れない連邦保健省としては、今後ともZuzahlungの仕組みの温存を選択するものと推測される。

➤文献：BMG(連邦保健省)：Pressemitteilung; Zuzahlungen im internationalen Vergleich, „Praxisgebühren in anderen Ländern längst üblich“, 14.05.2004.