

(2) Critical Illness Insurance(重篤疾患保険)

完治することが難しい特定の病気にかかった場合に、契約時に取り決めた一定額を支払うことを内容とする保険である。PMI では慢性疾患の治療費用については対象外としているため、この保険は PMI を補完する役割を果たす。

この保険も 90 年代後半に入り加入者を急速に増やしているが、これは近年の高齢化・長寿化を反映しているものと思われる。

(3) Income Protection(所得保障保険)

病気により就労することが不可能となったことが原因で収入が減少した場合に、契約時に取り決めた金額を支払うことを内容とする保険である。

この保険も 90 年代後半に加入者数を大幅に増やしている(図表 15)。

図表 15 その他の保険の加入者数(上位 10 社、2000 年末)

重篤疾患保険		所得保障保険	
会社名	加入者数	会社名	加入者数
Legal and General	359,771	Wesleyan Assurance	127,254
Scottish Provident	265,472	Friends Provident	116,346
Standard Life	171,182	Norwich Union	93,365
Halifax	158,350	Permanent Insurance	79,650
Norwich Union	157,118	Zurich Life	59,525
AXA Sun Life	153,374	Legal and General	58,726
Barclays	114,463	Royal & Sun Alliance	57,368
Abbey National Life	109,147	Scottish Amicable	46,498
Scottish Mutual	89,256	AXA Sun Life	38,264
Countrywide Assured	87,190	Canada Life	36,571
上位 10 社計	1,665,323	上位 10 社計	713,567

(出典) Laing & Buisson "Health Cash Plan-UK Market Sector Report 2001 2nd Edition"
(原出典) HealthWatch 2001, Swiss Re Life & Health

5. 民間医療保険会社と政府との関係

民間医療保険会社の許認可・監督権限は、イギリスにおいては保健省ではなく、金融庁にある。また、イギリスでは金融の自由化の進展の伴い、保険の新商品発売については従来の保険発売前の事前審査から、発売後の事後審査の仕組みに変わっている。そのため、民間保険会社が医療に関する新保険を発売するに当たり、政府と何らかの調整を行うことは全く行われていない。

しかしながら、イギリスにおいては政府の運営する NHS が一般国民の幅広い支持を受けている一方、NHS 制度に対する不満が民間医療保険のニーズにつながっていることも事実である。そのため、これまでも NHS 制度の改革は民間医療保険のマーケットに大きな影響を与えてきているが、今後も NHS 制度の改革は民間医療保険の商品性のみならず経営にも影響を与えることは避けられない。

現在のブレア政権は NHS 制度への予算投入額を増やすことを言明しているが、これにより長いウェイトングリストの問題等が解決するようであれば、現状の PMI 保険料高騰の影響と相俟って民間医療保険の需要を縮小させる可能性がある。

6. まとめ

イギリスにおける民間医療保険は、公的制度である NHS 制度の影響を大きく受けつつ、NHS にはない質の高いサービスや NHS に不満を持つ層をターゲットとして民間独自のアイデアを元に商品開発を行っている。この点では、今後日本において特定療養費制度が拡大した場合、公的保険制度の枠外の費用を民間保険でカバーすることが、民間保険会社の経営面から見ても可能となり得ることを示している。また、イギリスにおいてこの分野の保険が成長を継続していることは、日本においても同様に成長が見込まれる保険分野であることを示している。

しかしながら、保険者の収益確保の観点からは支払保険金である医療費の抑制・適正化を如何に行うかが各保険者の課題となっており、特に日本において PMI と同様の治療費実費を全額担保する保険を販売する場合には、何らかの方策を取らなければ保険者は収益を上げることは困難と思われる。これまで、海外旅行保険を除くと治療費実費を支払う保険を販売したことのない日本においては、この分野で取り組み実績のあるイギリスのノウハウは有益なものと思われる。

(別表 1) PMI 加入者の属性

属性	法人加入による被保険者	個人加入による被保険者	未加入者
平均年齢	40	46	47
子供のいる家庭の割合	0.7	0.5	0.6
男性(単位%)	56	50	45
持家率(単位%)	89	84	68
1 家族収入 6000 ポンド以下の人の割合(単位%)	1	6	22
1 家族収入 15,000 ポンド以上の人の割合(単位%)	90	71	44
サラリーマンの割合(単位%)	85	62	50
サラリーマンのうちフルタイム労働の人の割合(単位%)	86	82	75
金融業界で働く人の割合(単位%)	23	13	7
属性がAまたはそれ以上の人の割合(単位%)	56	53	32
社会階層 1 または 2 の人の割合(単位%)	57	39	26
保守党支持者の割合(単位%)	53	46	25
ロンドンを含む南東地域に住む人の割合(単位%)	48	39	28
対象者数	286	246	2,929

(出典) British Social Attitudes Survey 1994

(別表 2) PMI 保険料と保険金の伸び率比較

	保険料の対前年比伸び率(名目)	保険料の対前年比伸び率(実質)(※)	保険金の対前年比伸び率(名目)	保険金の対前年比伸び率(実質)(※)
1980年	27.6	8.1	53.5	30.1
1981年	34	19.7	53.1	36.9
1982年	41	29.8	27.8	17.6
1983年	25.5	20	19.6	14.4
1984年	17.4	11.9	17.6	12
1985年	15.3	8.7	23.2	16.1
1986年	17.1	13.3	12.5	8.8
1987年	16.7	12.1	13.3	8.7
1988年	15.2	9.8	18.6	13
1989年	16	7.6	17.8	9.3
1990年	16.7	6.6	21	10.5
1991年	15.7	9.3	14.7	8.4
1992年	14.1	10	6.6	2.8
1993年	5.8	4.2	2	0.4
1994年	4.4	1.9	5.7	3.2
1995年	6.3	2.7	7.1	3.5
1996年	9	6.4	8.2	5.7
1997年	6.8	3.5	5.6	2.4
1998年	3.6	0.2	7.4	3.9
1999年	6.7	5.1	7.2	5.5
2000年	10.7	7.4	5.9	2.9

(※)物価上昇率を控除した実質伸び率

(出典) Laing & Buisson "Health Cash Plan-UK Market Sector Report 2001 2nd Edition"

(別表 3) BUPA 損益計算書

(単位 100 万ポンド)

	2000 年	1999 年	1998 年
保険引受勘定			
元受収入保険料	1368.1	1194.5	1033.5
未経過保険料	-72.4	-52.7	-24.8
正味収入保険料	1295.7	1141.8	1008.7
発生保険金	-995	-908.6	-807.9
正味支払保険金	-39.9	-29.8	-22.5
正味発生保険金	-1034.9	-938.4	-830.4
営業経費	-218.7	-215.7	-201.4
出再保険料	0.3	-4.1	-6.7
保険引受利益	42.4	-16.4	-29.8
保険外勘定			
ヘルスケア事業			
収入	824.0	763.2	699.4
支出	-762.9	697.4	626.2
	61.1	65.8	73.2
資産運用収益			
資産収益	32.0	48.0	86.3
投資経費	-59.9	-58.7	-67.0
未実現投資利益(損失)	10.8	10.6	-18.9
資産運用収益	-17.1	-0.1	0.4
保険外収益			
税引き前経常利益		49.3	43.8
資産評価損	-21.0	-2.6	-1.9
税引き前当期利益	65.4	46.7	41.9
法人税	-27.0	-13.8	-10.5
当期利益	38.4	32.9	31.4
少数出資者への配当金	-0.3	-1.7	-0.8
当期利益	38.1	31.2	30.6

(出典) BUPA

(別表 4) WPA 損益計算書

(単位 1,000 ポンド)

	2000年	1999年	1998年	1997年	1996年
保険引受勘定					
元受正味保険料	122,930	108,258	97,381	96,829	96,000
出再保険料	-1,066	-1,134	-896	-1,063	-933
正味収入保険料	121,864	107,124	96,485	95,766	95,067
未経過保険料	-5,369	-5,703	-1,538	-379	-4
未経過保険料のうちの出再保険料分	1	-11	-10	-23	18
経常収入	116,496	101,410	94,957	95,364	95,053
保険引受費用					
元受支払保険金	-94,219	-86,484	-83,172	-79,417	-81,807
再保険金回収	1,701	857	1,034	791	744
正味支払保険金	-92,518	-85,627	-82,138	-78,626	-81,063
未払い保険金準備金	-2,161	-1,495	-759	-164	-215
正味発生保険金	-94,679	-87,122	-82,897	-78,790	-81,278
営業経費	-19,668	-16,570	-15,044	-15,441	-14,983
保険引受費用合計	-114,347	-103,692	-97,941	-94,231	-96,261
保険引受利益	2,149	-2,282	-2,984	1,133	-1,208
保険外勘定					
資産運用収益	10,142	9,774	13,188	4,693	6,389
未実現運用収益	0	8,087	2,063	10,321	2,428
投資経費	-324	-294	-232	-198	-252
未実現運用損失	-8,665				
保険外利益	1,153	17,567	15,019	14,816	8,565
税引き前経常利益	3,302	15,285	12,035	15,949	7,357
法人税	-459	3,661	3,687	-2,929	-2,061
当期利益	2,843	11,624	8,348	13,020	5,296

(出典) WPA

III. ドイツにおける民間保険の現状と役割

1. 公的制度における医療保障制度

(1) 成立

ドイツの公的医療保険制度は 19 世紀末に時の宰相ビスマルクが、労働者を対象とした医療、労災、障害・老齢保険法を制定したことに始まる。1911 年にはこれらの社会保険法を統合した「ライヒ保険法」が制定された。1970 年からは「社会法典」の編纂が始まりライヒ保険法はその「第 V 編」に組み込まれ、全面的な改定が行われた。近年の動きとしては 1989 年に「医療保険改革法」、1993 年には「医療保険構造法」、1997 年には「第 3 次医療保険改革 第一次再編法・第二次再編法」そして、2000 年 1 月から「医療保険改革 2000」が施行されている。

(2) 保険者

公的医療保険の保険者は地域、企業、職業等を基盤とする 8 種類の疾病金庫 (Krankenkasse) と呼ばれる公法人である。(図表 1 参照)

図表 16 疾病金庫一覧表

疾病金庫種類		1999 年金庫数
地区疾病金庫	Ortskrankenkassen(AOK)	17
企業疾病金庫	Betriebskrankenkassen(BKK)	365
同業組合疾病金庫	Innungskrankenkassen(IKK)	42
農業疾病金庫	Landwirtschaftliche Krankenkassen(LKK)	20
連邦鉱夫組合	Bundeskknappschaft(BKN)	1
海員疾病金庫	See-Krankenkasse(SEEKK)	1
労働者代替金庫	Ersatzkassen für Arbeiter(EAR)	6
職員代替金庫	Ersatzkassen für Angestellte(EAN)	7

(出典) Statistisches Bundesamt; Statistisches Jahrbuch 2000, Tab19.2.1

疾病金庫はそれぞれの種類毎に州連合会、連邦連合会を組織し、それぞれのレベルで定款を定め、当事者による自治(Selbstverwaltung)の原則を基に運営されている。

疾病金庫の自治の範囲は広く、保険料の決定、保険医及び病院との診療報酬契約、資産の調達及び管理、疾病金庫間の紛争の裁定、他の社会保険者との協定、加入者への啓蒙・指導等、個別の疾病金庫、州連合会、連邦連合会、各々のレベルの権限に応じて行うことが認められている。

(3) 給付内容及び方法

医療保険給付の約 97%が「法定給付」として法律で決められていることから、各疾病金庫の給付内容に大きな格差は無い。但し、訪問看護、交通費の支給、クア療法等リハビリテーションにかかる給付及び国外での給付については疾病金庫の規約による給付となっている。なお、給付は原則、現物給付であり、一部の給付では患者の自己負担が必要となっている。

(4) 保険料の算定及び負担

加入者の保険料は、疾病リスクとは関係なく、各加入者の年収等をベースに加入している疾病金庫の保険料率により算出される。各疾病金庫の保険料率は、リスク構造調整と呼ばれる疾病金庫間の財務調整後、各疾病金庫の財政状況に応じて決定される。被保険者が被用者の場合には、年収に保険料率を乗じて算出され、保険料は労使折半負担となる。失業保険金の受給者については連邦雇用庁が、社会扶助受給者については社会扶助機関が、兵役中の者については連邦政府が保険料を負担する。また、年金受給者の保険料は、年金受給額に保険料率を乗じて算出され、年金受給者と年金保険者との折半負担となる。

(5) 医療提供体制

1) 開業医

開業医は、一般開業医、専門開業医、歯科開業医の 3 つに分類される。その中で保険医協会の会員であり疾病金庫と契約した医師が保険医である。患者が保険給付を受ける場合には先ず一般開業医で診察を受け、そこで専門医または病院での治療が必要と判断された場合には、一般開業医に紹介された専門医なり病院で受診することとなる。法的には直接、専門医を受診したり、一般医に紹介された病院以外で診療を受けることも可能であるが、この場合には費用の一部ないし全額を自己負担することとなる。

2) 病院

病院は設立主体により公立病院、公益病院、私立病院の 3 つに分類される。公立病院は連邦、州、市町村等により、公益病院は財団や宗教団体により運営されている。私立病院は連邦営業法第 30 条により認可されたものである。入院診療と外来診療は厳格に区分されており、病院では外来診療は行われないし、外来診療を担当する医師は入院診療を行わない。概ね公立病院と公益病院は総合病院であることが多く、私立病院は単科病院であることが多い。

病院は疾病金庫と個別に契約することにより、保険医療機関として機能する。尚、大学病院や州の病院計画に含まれる「計画病院」は自動的に契約病院となる。

3) 薬局

ドイツでは古くから医薬分業が行われている。薬局は「薬局法」に基づいて開設されるが、開設基準は州によって若干異なっている。

(6) 診療報酬制度

1) 外来診療費

外来診療費については州レベルで保険医協会、疾病金庫が保険医の数、被保険者数を基に交渉し、予算総額を決定する。総額決定後、保険医協会は加盟する保険医に対して「保険医の給付に関する統一基準 (Einheitlicher Bewertungsmaßstab für Kassenärztliche Leistungen: EBM) 」に基づいて出来高払い方式により予算枠内で分配を行う。なお、この EBM は連邦レベルでの保険医協会と疾病金庫の連邦委員会によって決定される。

2) 入院療養費

入院療養費は「特別報酬」、「1 件当たり包括払い」、「診療科別療養費」、「基礎療養費」の 4 つの報酬制度の組み合わせ方式がとられている。

特別報酬制度(Sonderentgelte) 及び 1 件当たり包括払い制度は 1993 年の医療保険構造法 (GSG) 以降採用された。特別報酬制度は技術的に高度、金額的に高額で、1 件の療養の中で行われる中心的な給付に対する診療報酬であり、1998 年 1 月現在で 165 種類となっている。

1 件当たり包括払い制度(Fallpauschalen) は疾病パターン別に通常予想される診療行為の費用を包括的に評価して支払うものである。適用されているのは主に外科的診療部分であり、1998 年 1 月現在で 94 種類ある。

1 件当たり包括払いと特別報酬が適用される療養の種類や報酬額は在院日数とは無関係に定められるため、同じ診療行為を提供しても病院毎に黒字を発生させる病院や赤字を発生させる病院が出てくるとともに、在院期間を短縮させる機能を有している。

診療科別療養費及び基礎療養費は患者 1 人 1 日当たりの定額払い制度であり、これらは病院医療費支出の約 8 割を占めている。診療科別療養費は診療科毎に設定された診療及び看護に対する報酬であり、基礎療養費は室料、食費、水道光熱費等、医療措置以外に関する費用に対する支出となる。

3) 薬剤費

医薬分業が行われているドイツでは、医師の処方による薬剤は薬局において受け取ることになる。薬剤は参照価格が設定されたものと、そうでないものとに分けられる。参照価格が設定された医薬品は同一の効能、成分などによって分類され、償還価格(参照価格)が一律に決定される(当該価格を超える場合は、超過分を患者が負担する)。それ以外のものに関しては販売価格が基準とされ、それぞれ参照価格または販売価格から患者の自己負担分を控除した額が支払われる。

2. ドイツの民間医療保険

(1) 民間医療保険の設立の経緯

ドイツの民間医療保険会社は公的医療保険制度が成立してから約40年後の1920年代に設立された。ドイツの公的医療保険制度は、我が国とは異なり皆保険制度ではなく、資産家や高所得者は医療費を自分で賄っていた。しかしながらドイツが第一次世界大戦で敗戦後、1923年に頂点に達したインフレ経済は彼らの保有する資産価値に急減させ、それまでのように自費診療を続けられなくなり、被用者が公的医療保険制度によって医療保障を受けられる中、彼らは別個に保険制度ニーズが発生し、民間医療保険会社が設立される運びとなった。

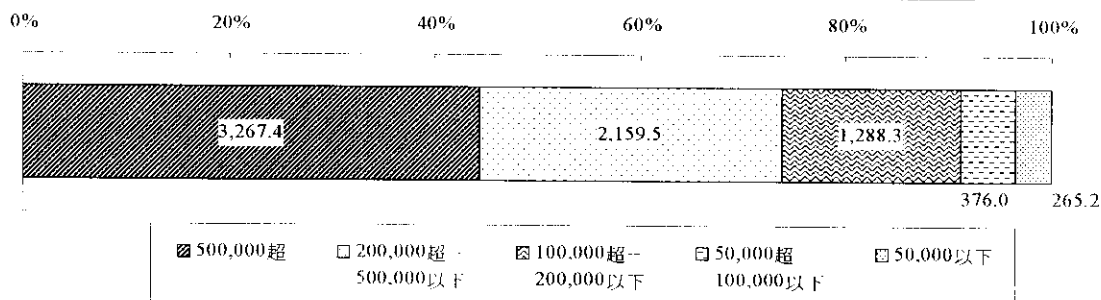
(2) 保険者

1999年現在で民間医療保険協会(Verband der privaten Krankenversicherung)に加入している保険会社が52社(相互会社22社、株式会社30社)あり、その他に連邦ないし州の監督下で地域の特殊事情により設立された協会非加盟の極めて小規模な保険者が約40存在する。

民間医療保険会社主力商品である完全医療保険(後述)の被保険者数別に会社数を見た場合、上位18社が10万人以上の被保険者数を有する保険会社であり、この18社で完全医療保険被保険者全体の9割以上をカバーしている。(図表17参照)

図表17 完全保険被保険者数別会社数一覧表(1999年12月31日現在)

保有完全保険被保険者数	会社数	完全被保険者数	
		人数(千人)	構成割合(%)
500,000超	3社	3,267.4	44.42
200,000超 - 500,000以下	6社	2,159.5	29.36
100,000超 - 200,000以下	9社	1,288.3	17.52
50,000超 - 100,000以下	5社	376.0	5.11
30,000超 - 50,000以下	3社	105.2	1.43
20,000超 - 30,000以下	3社	74.3	1.01
10,000超 - 20,000以下	3社	49.1	0.67
5,000超 - 10,000以下	1社	9.1	0.12
3,000超 - 5,000以下	3社	12.9	0.17
1,000超 - 3,000以下	6社	12.7	0.17
1超 - 1,000以下	4社	1.9	0.02
完全保険未販売	6社	0.0	0.00
合計	52社	7,356.4	100.00



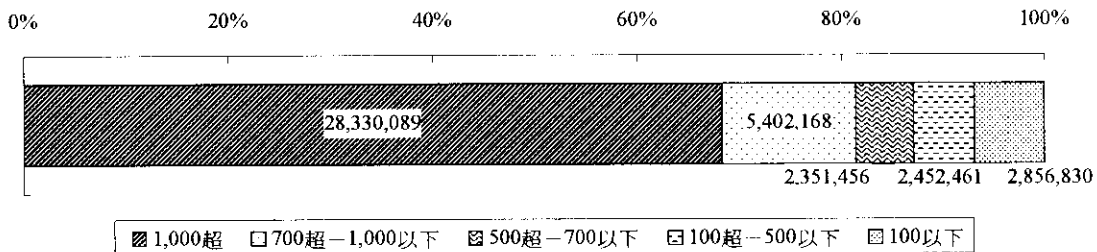
(出典) Verband der privaten Krankenversicherung, Private Health Insurance Facts and Figures 1999/2000 Table 1

尚、52社中6社は完全保険を販売していない。

また、保険料収入別に会社数を見た場合、10億DM以上の会社が10社あり、上位10社で全保険料収入の73%を占めている。(図表18参照)

図表18 保険料収入規模別会社数一覧表(1999年現在)

保険料収入規模(百万DM)	会社数	保険料収入	
		金額(千DM)	構成割合(%)
1,000超	10社	28,330,089	72.75
700超 - 1,000以下	6社	5,402,168	13.87
500超 - 700以下	4社	2,351,456	6.04
100超 - 500以下	11社	2,452,461	6.30
50超 - 100以下	2社	146,085	0.38
30超 - 50以下	3社	118,412	0.30
20超 - 30以下	3社	70,100	0.18
10超 - 20以下	4社	49,636	0.13
3超 - 10以下	3社	13,613	0.03
1超 - 3以下	3社	6,145	0.02
- 1以下	3社	378	0.00
合計	52社	38,940,543	100.00



(出典) Verband der privaten Krankenversicherung; Private Health Insurance Facts and Figures 1999/2000 Table 1

医療保険会社は保険監督法の規定により原則、他の保険種目(損害保険、生命保険)との兼業が認められていない。物保険と人保険で区分されている他、人保険はさらに生命保険と医療保険に区分されている。

図表19 他の保険種別との比較(1999年現在)

保険種別	会社数	保険料収入(10億DM)
生命保険	171社	114.8
損害保険	123社	68.9
医療保険	52社	38.9

(出典) Verband der privaten Krankenversicherung; Private Health Insurance Facts and Figures 1999/2000 P.9

(3) 商品内容

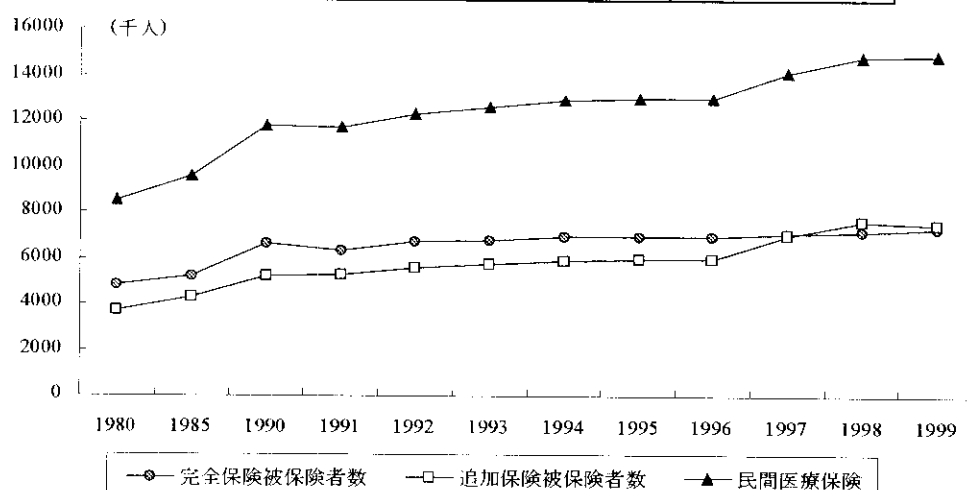
1) 完全医療保険

この商品は民間医療保険総保険料の65%を占める、いわば主力商品に当たる。完全医療保険は公的医療保険で受けられる各種給付を受けられる他、公的医療保険では自己負担扱いとなる個室・2人部屋の選択、上級医師(Chefarzt)による診察等の付加価値が付いている。

完全医療保険の被保険者数推移を示したものが図表20である。1999年は対前年比で150,700人の被保険者が増加しているが、内訳として新規加入に伴う増加が634,100人、被保険者は死亡、強制保険への移動等による減少が483,400人である。

図表20 民間医療保険被保険者数推移

	完全保険被保険者数 (千人)	追加保険被保険者数 (百万人)	民間医療保険 被保険者数(百万人)
1980年	4,843	3.7	8.5
1985年	5,241	4.3	9.6
1990年	6,614	5.2	11.8
1991年	6,333	5.3	11.7
1992年	6,686	5.6	12.3
1993年	6,829	5.7	12.6
1994年	6,934	5.9	12.9
1995年	6,945	6.0	13.0
1996年	6,977	6.0	13.0
1997年	7,066	7.0	14.1
1998年	7,206	7.6	14.8
1999年	7,356	7.5	14.9



(出典) Verband der privaten Krankenversicherung; Private Health Insurance Facts and Figures 1999/2000 P.12

この被保険者数推移に少なからず影響を与えるのが、被用者の公的医療保険への強制加入を左右する保険料算定上限額の推移である。被用者の場合、その所得が保険料算定上限額を超えないと公的医療保険への加入が義務づけられ、超えた場合には公的医療保険への任意加入、民間医療保険への加入、保険に加入しないという選択権を得る。尚、自営業者、公務員等は所得水準に関係なく公的医療保険への強制加入を免れる。

図表21 保険料算定上限額推移表

	保険料算定報酬額(DM)	
	旧西独	旧東独
1975年	2,100	-
1980年	3,150	-
1985年	4,050	-
1990年	4,725	-
1995年	5,850	4,800
1996年	6,000	5,100
1997年	6,150	5,325
1998年	6,300	5,250
1999年	6,375	5,400
2000年	6,450	5,325
2001年	6,525	6,525

(出典) Verband der privaten Krankenversicherung; Private Health Insurance Facts and Figures 1999/2000 P.13

この保険料算定上限額は 1971 年 1 月以来、公的年金保険の保険料算定上限額の 75%と定められているが、図表 21 に示す通り毎年上昇しており、この水準をクリアできない民間医療保険被保険者は、公的医療保険へ戻ることとなる。(図表 22 参照)

1970 年代前半は公的医療保険への移動者が、民間医療保険への移動者を上回っていたが、1974 年以降は一環して民間への移動者数が上回っている。90 年代半ばに民間への移動者数の伸びが鈍るが、これは 89 年の医療保険改革法(Gesundheitsreformgesetz:GRG)で任意被保険者の公的医療保険への加入要件が厳しくなったことに加え、当時、民間医療保険における高齢者の保険料率が高水準であることがクローズアップされたことに起因すると考えられる。その後、再び民間への移動者数が増えるが、第3次医療保険改革の保険料負担軽減法により公的医療保険の一部の給付について削減、廃止措置が取られたことが影響していると思われる。

図表22 公的・民間間移動者数推移

(単位:人)

	完全医療保険 への移動者(a)	公的医療保険 への移動者(b)	(a)-(b)
1975年	170,000	152,000	18,000
1980年	217,000	109,000	108,000
1985年	243,000	98,000	145,000
1986年	206,000	86,000	120,000
1987年	368,000	103,000	265,000
1988年	352,000	112,000	240,000
1989年	664,000	149,000	515,000
1990年	310,000	112,000	198,000
1991年	356,000	125,000	231,000
1992年	483,000	154,000	329,000
1993年	307,000	175,000	132,000
1994年	195,000	103,000	92,000
1995年	271,000	186,000	85,000
1996年	247,000	181,000	66,000
1997年	315,700	144,400	171,300
1998年	327,800	154,800	173,000
1999年	324,800	149,200	175,600

(出典) Verband der privaten Krankenversicherung; Private Health Insurance Facts and Figures 1999/2000 P.14

2) スタンダード・タリフ(Standard Tariff)

民間医療保険加入者は、公的医療保険強制被保険者対象者になる等の事由が無い限り公的医療保険に戻ることができない。一方、各加入者の保険料水準は、公的医療保険は所得水準に左右されるが、民間医療保険の場合には被保険者のリスク状況に応じて決定される。民間医療保険に加入している高齢者の場合、若年者と比較して疾病リスクが高いことから自ずと保険料水準も高くなる。このような高齢加入者層を対象として 1994 年に開発・商品化されたのがスタンダード・タリフである。

スタンダード・タリフに関する規定は、1993 年の医療保険構造法(GSG)によって社会法典第 V 編(公的医療保険)第 257 条に第 2a 項から 2c 項までの規定を追加する形で導入された。同条は保険料算定上限額を超える被用者が公的医療保険や民間医療保険に加入した場合、強制加入の場合に相当する保険料負担の半額を事業主が補助することを定めた規定である。

この改正により、1994 年 7 月 1 日以降は民間医療保険に加入した場合には、加入先の保険会社が次の要件を満たす場合に限り事業主の補助が受けられることが法律上明確にされた。

- ① 当該医療保険が生命保険の方式によって運営されていること、すなわち平準保険料により老齢積立金を保有していること。
- ② 保険料補助の対象となる保険会社の完全医療保険に 10 年以上加入していた 65 歳以上の被保険者に対して、保険給付内容が公的医療保険に相当し、保険料が公的医療保険の最高上限額を超えないスタンダード・タリフを提供すること。

スタンダード・タリフの要件は 2000 年医療改革法によってさらに拡大され、対象年齢が 55 歳に引き下げられ、さらに医療費補助を受けられる官吏も対象に加えられた。

スタンダード・タリフは、このように若くてリスクが低いときに民間医療保険に加入していた者がリスクが高くなる高齢期において過重な保険料負担を負わされたり、場合によっては加入できなくなる事態を回避し、民間保険が公的医療保険を代替するにふさわしい保障機能を終身にわたって提供することを求めたものである。そしてこれを選択肢として提供することを被用者に対する事業主の保険料補助の条件としたことにより、事実上、民間保険会社にその提供を義務付けた。

しかし、このような経緯で導入されたこともあり、各社はその提供に積極的ではなく、より魅力的な自社の固有の保険商品を提供したり、加入を先送りしたりしている。また、診療報酬も普通の民間保険よりも低目に抑えられているため医療機関から歓迎されないということなどもあり、実際にはあまり利用されていない。

具体的には、加入者は 1998 年で 1,161 人、1999 年で 1,407 人と極僅かな人数であったが、2001 年 11 月に同国民間医療保険会社の Vercinte 社を訪問した際のヒアリングでは、その後、完全医療保険の保険料が払いきれない高齢者が増え、現在では約 5,500 人まで増えているとのことであった。

3) 追加医療保険

追加医療保険は、主に公的医療保険加入者を対象とした商品であり、公的医療保険の給付水準以上の給付ニーズを満たすためのものである。追加医療保険は入院に関する追加給付、外来に関する追加給付など、給付内容に応じて別商品となっている。尚、協会調べでは1999年現在、750万人の被保険者数が存在する。(図表5参照)

4) その他の保険

その他の保険としては、公的医療保険の傷病手当金に相当する所得保障保険や入院の際に日額定額払いがされる入院日額給付保険、海外旅行の際の医療保障をカバーする海外旅行保険等がある。

(4) 保険料

1) 商品別保険料収入規模

完全医療保険が民間医療保険会社の主力商品であり、保険料収入の6割強を占めている。次いで多いのが95年に導入された強制介護保険であり、全体の1割前後を占めているが、他の商品についてはいずれも全体の5%以下に止まっている。(図表 23 参照)

図表23 商品別保険料収入規模推移表

(単位:百万DM)

		完全医療 保険	介護保険	所得保障 保険	入院日額 給付保険	その他の 追加保険等	合計
1997年	保険料収入	22,867.0	4,237.4	1,651.7	1,525.7	6,014.5	36,296.3
	構成比	63.00%	11.67%	4.55%	4.20%	16.57%	100%
	増減額	894.6	918.4	15.8	-21.9	228.3	2,035.2
	増減率	4.07%	27.67%	0.97%	-1.42%	3.95%	5.94%
1998年	保険料収入	24,038.5	4,203.2	1,700.0	1,500.0	6,344.6	37,786.3
	構成比	63.62%	11.12%	4.50%	3.97%	16.79%	100%
	増減額	1171.5	-34.2	48.3	-25.7	330.1	1,490.0
	増減率	5.12%	-0.81%	2.92%	-1.68%	5.49%	4.11%
1999年	保険料収入	25,441.9	3,861.7	1,723.4	1,555.1	6,358.4	38,940.5
	構成比	65.34%	9.92%	4.43%	3.99%	16.33%	100%
	増減額	1403.4	-341.5	23.4	55.1	13.8	1,154.2
	増減率	5.84%	-8.12%	1.38%	3.67%	0.22%	3.05%

(出典) Verband der privaten Krankenversicherung; Private Health Insurance Facts and Figures 1999/2000 Table2, 3

2) 保険料率

保険料率は被保険者の属性により商品毎に定められている。保険料率の算定方法は保険監督法 12 条に定められているが、算定に当たって使用するデータ等については定めがなく、各社独自のデータに基づき算出される。

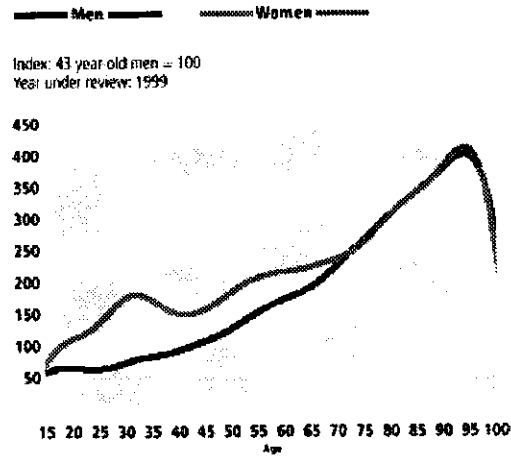
一般的に、商品毎に被保険者の性別、加入時年齢、給付範囲などにより保険料率が決められている。性別で見た場合は男性に比べて女性が、年齢で見た場合には若年者に比べて高齢者の外来、入院治療費支出が多い(図表 24 参照)ことから、保険料率は男女別では女性の方が高めに設定されていることが多く、また加入時の年齢が高くなるほどに保険料率も上昇する。ただし、一旦保険に加入した後は、加齢に伴う保険料率上昇を防ぐため、加齢に伴う将来リスクを予め平準化した保険料率となっている。(図表 25 参照)尚、図表 25 に示す老齢積立金には医療費のインフレ要素は含めてはならず、この部分については毎年、見直しが行われている。

また保険会社の経営収支上、保険金支払実績が当初の支払見積もりと比較して 10%以上の乖離があった場合には、連邦保険監督庁の任命を受けた信託請負人(Treuhand)の判断に基づき保険料率の見直しが行なわれる。

図表24 年齢・性別、医科外来費用支出指数(1999年)

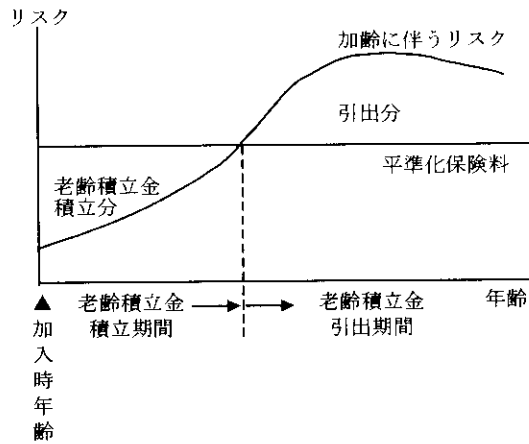
Ependiture on outpatient treatment as a function of age

(without drugs and dressings, and dental care)



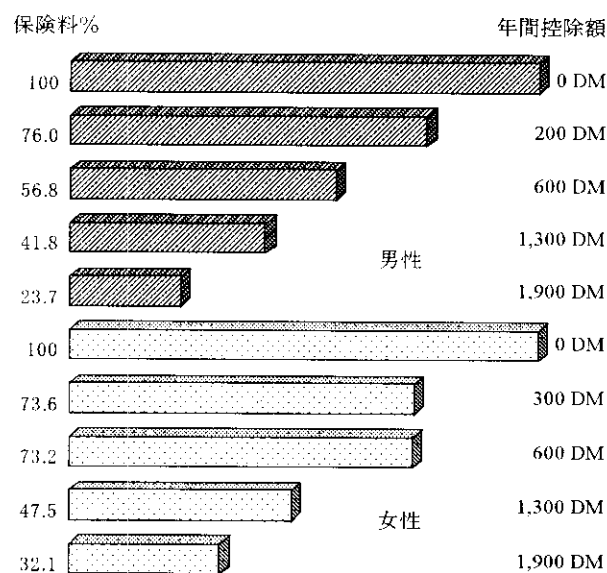
(出典) Verband der privaten Krankenversicherung; Private Health Insurance Facts and Figures 1999/2000 P.59

図表25 平準化保険料



また、保険料率は商品の給付範囲によっても異なってくる。給付項目数、質の差による相違の他、免責金額の設定有無(図表 26 参照)によっても差が生ずる。その他、契約条件上、「初診の際に必ず家庭医を受診する」といった制約を課すことにより保険料率を低くするようなプランもある。

図表26 免責額と保険料の関係



サンプルタリフ: 医科外来費用保険、加入年齢33歳

(注) 医科外来費用保険、加入年齢33歳、免責額0を100とした場合、年間免責額が300DM、600DM、1,300DM、1,900DMの保険料を指数化している。上段が男性、下段が女性である。

(出典) Verband der privaten Krankenversicherung; Private Health Insurance Facts and Figures 1999/2000 P.27

(5) 保険金

公的医療保険は原則、現物給付であるのに対して民間医療保険の場合は償還払いの形式をとっている。従って保険者は原則、医療提供者ではなく保険契約者に対して保険金を払っている。

図表27 保険給付額一覧表

(百万DM)

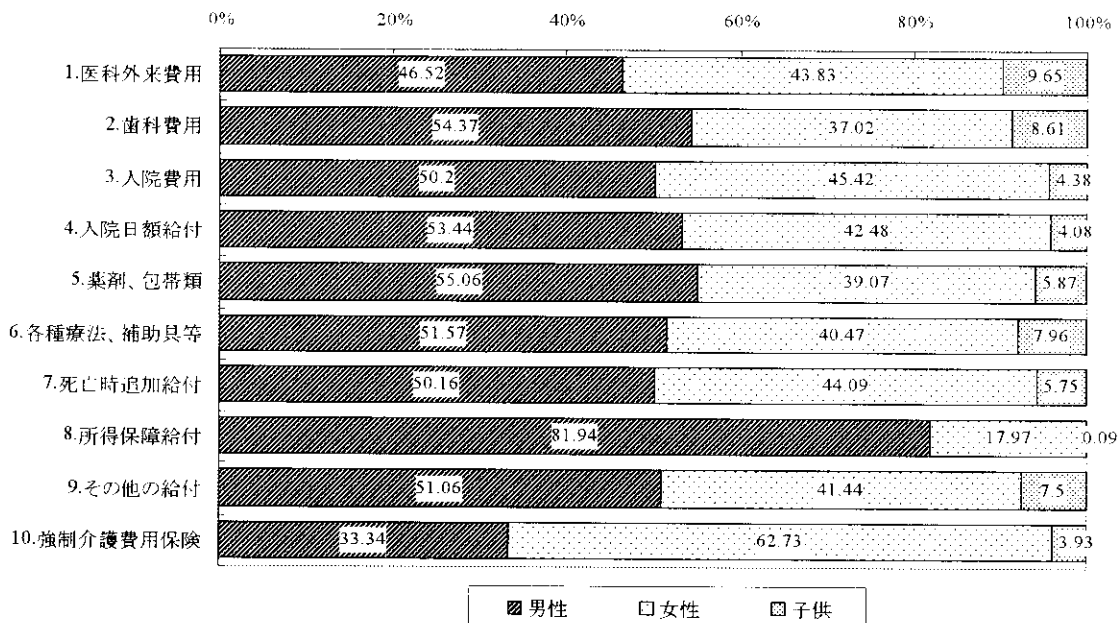
	1998年		1999年	
	保険金	構成比	保険金	構成比
1.医科外来費用	5,559.0	22.81%	5,854.0	22.96%
2.歯科費用	3,416.8	14.02%	3,493.2	13.70%
(歯科治療)	1,473.1	6.04%	1,573.7	6.17%
(義歯等)	1,750.7	7.18%	1,732.0	6.79%
(歯科矯正)	193.0	0.79%	187.5	0.74%
3.入院費用	8,549.6	35.08%	8,874.6	34.80%
(入院費用)	3,808.0	15.62%	3,920.3	15.37%
(選択給付:除く医師報酬)	1,368.4	5.61%	1,440.5	5.65%
(医師診療報酬)	3,373.2	13.84%	3,513.8	13.78%
4.入院日額給付	1,054.3	4.33%	1,067.3	4.19%
5.薬剤、包帯類	1,981.2	8.13%	2,230.8	8.75%
6.各種療法、補助具等	1,435.9	5.89%	1,550.0	6.08%
(各種療法)	691.6	2.84%	753.5	2.95%
(補助具等)	744.3	3.05%	796.5	3.12%
7.死亡時追加給付	6.7	0.03%	7.4	0.03%
8.所得保障給付	1,275.3	5.23%	1,293.9	5.07%
9.その他の給付	215.4	0.88%	223.7	0.88%
医療保険合計	23,494.2	96.39%	24,594.9	96.45%
10.強制介護費用保険	879.7	3.61%	905.4	3.55%
保険給付合計	24,373.9	100.00%	25,500.3	100.00%

(出典) Verband der privaten Krankenversicherung; Private Health Insurance Facts and Figures 1999/2000 Table 4

給付項目別に支払保険金額を見た場合、入院給付が最も多く、全給付額の約 35%を占めている。(図表 27 参照)入院に次いで多いのが外来費用に伴う給付であり約 23%を占める。

図表28 男女・子ども別 保険給付割合一覧表

	1999年			
	男性	女性	子供	計
1. 医科外来費用	46.52%	43.83%	9.65%	100%
2. 歯科費用	54.37%	37.02%	8.61%	100%
(歯科治療)	57.98%	34.96%	7.06%	100%
(義歯等)	57.39%	41.12%	1.49%	100%
(歯科矯正)	6.18%	7.11%	86.71%	100%
3. 入院費用	50.20%	45.42%	4.38%	100%
(入院費用)	54.73%	39.00%	6.27%	100%
(選択給付: 除く医師報酬)	44.58%	53.14%	2.28%	100%
(医師診療報酬)	47.46%	49.42%	3.12%	100%
4. 入院日額給付	53.44%	42.48%	4.08%	100%
5. 薬剤、包帯類	55.06%	39.07%	5.87%	100%
6. 各種療法、補助具等	51.57%	40.47%	7.96%	100%
(各種療法)	49.70%	42.14%	8.16%	100%
(補助具等)	53.35%	38.88%	7.77%	100%
7. 死亡時追加給付	50.16%	44.09%	5.75%	100%
8. 所得保障給付	81.94%	17.97%	0.09%	100%
9. その他の給付	51.06%	41.44%	7.50%	100%
医療保険合計	52.26%	41.35%	6.39%	100%
10. 強制介護費用保険	33.34%	62.73%	3.93%	100%
保険給付合計	51.59%	42.11%	6.30%	100%



(出典) Verband der privaten Krankenversicherung: Private Health Insurance Facts and Figures 1999/2000 Table 5

一方、1999年の保険金支払割合を給付項目毎に性別で見た場合、図表28のようになる。同年の男女・子供別の被保険者数割合が男性52.56%、女性32.15%、子供15.29%であり、男性・子供に比して女性被保険者への保険金支払いが多くなる傾向が伺える。

(6) 診療報酬支払制度

公的医療保険と同様、医療提供体制に合わせて外来診療費、入院療養費、薬剤費の3つに分かれている。公的医療保険との相違点は次の通りである。

1) 外来診療費

公的医療保険の場合、EBMに定められた点数表を元に出来高払い方式に基づき保険医協会から開業医へ予算配分が為されているが、民間医療保険では、「医師手数料規則(Gebührenordnung für Ärzte:GOÄ)」及び「歯科医師手数料規則(Gebührenordnung für Zahnärzte:GOZ)」に記載されている診療行為毎の点数表に基づき出来高払い方式にて診療報酬が支払われる。1点当たりの単価は11.4ペニヒ(0.114DM)に固定されており、診療行為の点数総計に乗じて診療報酬が計算される。但し、診療の難易度、消費時間、特殊事情等に応じて、患者の同意のもとに一定の割増請求ができる仕組みになっている。割増倍率(標準最高額、最高率)は以下のように定められている。

図表29 医師手数料規定 標準最高額及び最高率

	標準最高額	最高率	備考
個人的な医師の給付について	2.30倍	3.5倍	—
臨床医学的給付について	1.80倍	2.5倍	手数料表A章、E章、O章該当項目
検査について	1.15倍	1.3倍	手数料表M章該当項目

医師は標準最高額を超えて最高率を限度に報酬を請求することができるが、通常の場合と明らかに異なっており且つ患者を納得させ、後から書面により理由付けが行われる場合に限られる。

なお、医師手数料規則上、医師は最高率までの報酬しか請求できない旨が規定されているが、医師と患者の同意があれば最高率の拘束を受けずに医師は報酬を請求できる。しかしながら、最高率を超えた額については保険で担保されることは殆どなく、患者の自己負担となる。

2) 入院療養費

基本的には公的医療保険と同じであり、特別報酬制度や1件当たり包括払い制度、基礎療養費等公的医療保険に準じて入院療養費として支払われる。但し、公的医療保険では支払われない選択給付に該当する個室・2人部屋の使用料は、各病院で定められている料金表に基づき支払われ、また、上級医(Chefarzt)による診察はGOÄに基づいて支払われる。

3) 薬剤費

民間医療保険の場合、公的医療保険では給付対象外となっている薬剤についても給付対象となっている他、公的医療保険にあるような患者の自己負担も原則存在しない。