

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
松本由美			『フランスの医療保障システムの歴史的変容』	早稲田大学出版部	東京	2012年	

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
松本勝明	「ドイツ医療保険における薬剤支給一価格規制と競争」	『後発医薬品による医療費適正化に関する調査報告書』			2013年(6月刊行予定)
松本勝明	「医療保険の公私関係—ドイツにおける変化と今後の方向—」	『フィナンシャル・レビュー』	第111号	90-110頁	2012年
加藤智章	「フランスにおける患者負担の動向」	『健保連海外医療保障』	96号	8-16頁	2012年
白瀬由美香	「イギリスの看護師の専門性と自律性：資格・教育・人事システムに基づく考察」	日本保健医療社会学会看護・ケア研究部会報告資料		1-39頁	2012年

IV. 研究成果の刊行物・別刷

医療保険の公私関係 —ドイツにおける変化と今後の方向—

松本勝明*

要 約

ドイツにおいて、民間医療保険は、公的医療保険を補完するだけでなく、代替する役割も担っている。公的医療保険と民間医療保険との関係については、公的医療保険に加入していない者に対する民間医療保険の契約締結義務が導入されるなど、近年において様々な見直しが行われている。また、今後の医療保険改革を巡る議論においては、両者の関係を根本的に変更するような提案も行われている。

本稿は、これらの見直しや提案について検討することにより、次のことを明らかにした。全ての者を対象にする国民保険の導入は提案されているが、現在までのところ公私関係に決定的な変化をもたらす改革は行われていない。また、公的医療保険による給付の範囲を縮減し、民間医療保険へ移管することが進んでいるわけではない。むしろ、公的医療保険の中に民間保険的な要素を導入することによりその効果と効率性を高めることが政策の方向となっている。

I. はじめに

ドイツの公的医療保険 (gesetzliche Krankenversicherung)¹⁾ は、全ての国民に対して加入義務を課す仕組みにはなっていない。このため、民間医療保険は、公的医療保険を補完するだけでなく、公的医療保険に加入していない者に対して公的医療保険を代替する役割を担っている。公的医療保険と民間医療保険との関係については、2009年に民間医療保険の契約締結義務が導入されるなど、近年、様々な見直しが行われてきている。また、今後の改革を巡る

議論においては、両者の関係を根本的に変更するような提案も行われている。

そこで、本稿では、まずドイツの公的医療保険及び民間医療保険の特徴を確認したうえで、公的医療保険の被保険者の範囲の拡大や給付の縮減、公的医療保険における選択と競争の拡大、民間医療保険への公的関与の拡大など、医療保険の公私関係に重要な影響を及ぼす制度改革について検討し、今後の方向について考察する。

* 北海道大学大学院公共政策学連携研究部 教授

1) 原語を直訳すると「法定医療保険」となるが、日本での用例にならって「公的医療保険」という。

II. 公的医療保険の特徴

ドイツにおいては、全ての国民に対して公的医療保険への加入を義務づける仕組みは取られておらず、公的医療保険に関する法律である社会法典第5編²⁾に規定されている者に対してのみ公的医療保険への加入義務が課されている。同編第5条第1項の規定によれば、公的医療保険への加入義務があるのは、労働報酬を得て就労している被用者³⁾、年金受給者、失業手当受給者、農業経営者及びその家族従事者、芸術家及び著述家などである。したがって、大部分の自営業者には公的医療保険への加入義務が課されていない。また、官吏 (Beamte)、裁判官及び軍人のように、特別の法的関係に基づき、使用者としての国などから疾病治療に関する費用の償還を受けられる者に対しては、公的医療保険への加入義務が免除されている。さらに、被用者であっても、通常の間労働報酬が限度額 (年間労働報酬限度 (Jahresarbeitsentgeltgrenze)) 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⁴⁾。

公的医療保険に任意で加入することは、加入義務がなくなった者であって、過去5年間に24か月以上被保険者であった又は直近12か月以上連続して被保険者であった者など、一定の

要件を満たす者に限り認められている⁵⁾。ただし、任意加入する者は、原則として3か月以内に疾病金庫に届け出なければならない。公的医療保険に加入義務のない自営業者等はすべて公的医療保険への任意加入が可能であるかのように誤解されがちであるが、対象が限定されていることに注意する必要がある。

被保険者の配偶者、パートナー及び子⁶⁾であって、その収入が限度額⁷⁾を超えないなどの要件を満たす者は、公的医療保険の家族被保険者となる⁸⁾。被保険者の親や祖父・祖母は家族被保険者となることができない。したがって、年金受給者となった者は、その子が公的医療保険の被保険者であり、自分の収入が限度額以下であったとしても、家族被保険者となるのではなく、年金受給者として公的医療保険への加入義務が課されることにより被保険者 (本人) となる。2010年では、公的医療保険の被保険者 (本人) は5,137万人で、そのうちの4,691万人は加入義務のある被保険者、446万人が任意加入の被保険者である⁹⁾。これに家族被保険者 (1,843万人) を加えた公的医療保険の加入者総数は6,980万人となっている。

公的医療保険の被保険者は、労使により自主的

2) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch vom 20. 12. 1988, Bundesgesetzblatt (BGBl.) I S. 2477.

3) 被用者には、ブルーカラー (Arbeiter) 及びホワイトカラー (Angestellte) が含まれる。

4) この意味において、年間労働報酬限度は、被用者の公的医療保険への加入義務の有無を区分する基準となっている。この年間労働報酬限度が存在することにより、被用者に関しては公的医療保険と民間医療保険の共存が可能となっている。このため、年間労働報酬限度は「和平境界線 (Friedensgrenze)」とも呼ばれている。2011年における年間労働報酬限度は年49,500ユーロとなっている。

5) ただし、ドイツ国内で初めて就労を開始し、収入が年間労働報酬限度を超えるために公的医療保険への加入義務がない者については、公的医療保険の被保険者期間にかかわらず、任意加入が認められる。

6) 学校教育を受けている場合などには25歳未満の子、就業していない場合には23歳未満の子、その他の場合には18歳未満の子が対象となる。ただし、その子が自ら生計を維持することが困難な障害者である場合には、年齢による制限はない。

7) この限度額は2011年で月額365ユーロとなっている。

8) 家族被保険者である子の子も、要件を満たす場合には家族被保険者となる。

9) BMG (2011a: 8.14) による。

に管理運営される公法上の法人である疾病金庫 (Krankenkasse) とされている。連邦、州及び地方自治体のような公的主体は保険者に含まれていない。疾病金庫の数は1992年には全国で1,223であったが、2011年には156にまで減少している¹⁰⁾。この変化の背景には、1996年に被保険者による疾病金庫選択権が大幅に拡大されたことにより、被保険者の獲得を巡って疾病金庫間での競争が行われていることがある。

公的医療保険による給付は法律により統一的に定められている。公的医療保険による給付には、外来医科診療(家庭医診療及び専門医診療)、入院療養、薬剤・療法手段 (Heilmittel)¹¹⁾・補助具 (Hilfsmittel)¹²⁾の支給、外来歯科診療、歯科補綴¹³⁾、傷病手当金などが含まれる。外来医科診療を受ける場合、被保険者は、最初に予め定めた家庭医 (Hausarzt) による診療を受けることは義務づけられておらず、自ら選んだ保険医 (Vertragsarzt)¹⁴⁾の診療を受けることができる。したがって、被保険者は直接に専門医 (Facharzt) にかかることも可能である。病院は一般的な外来診療を行っておらず、入院は開業医である保険医の指示に基づき行われる。

公的医療保険において保険医が請求可能な外来診療の給付とそれぞれの給付の相対

価値 (点数) は統一評価基準 (Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM))¹⁵⁾において定められている。EBMは、医学及び医療技術の進歩に応じて改定される。一方、入院療養に関する給付は、診断群 (DRG) に基づく包括的な報酬基準が適用されており、実際の在院日数並びに行われた給付の種類及び量にかかわらず、DRGに応じて予め定められた定額の報酬が支払われる。被保険者が医療給付を受けた場合の自己負担は、歯科補綴の給付を除き、日本よりも低い水準にとどめられている。

公的医療保険の支出は主として保険料により賄われている。公的医療保険に対しては、農業者疾病金庫の場合を除き、つい最近までは国庫補助は行われてこなかった。しかし、2004年以降は、保険料率の上昇を抑えるため、「保険になじまない給付 (versicherungsfremde Leistung)」に対する国庫補助が行われている¹⁶⁾。保険料率は法律により全金庫統一的に15.5%と定められている。従来、被用者に係る保険料は労使折半負担とされていた。しかし、2005年7月以降は、保険料の使用負担分の増加による労働コストの上昇を抑制する観点から、歯科補綴及び傷病手当金に係る保険料 (料率0.9%相当) は、被保険者による単独負担と

10) BMG (2011a:8.4) による。

11) 療法手段には、マッサージ療法、運動療法、言語療法などが含まれる。

12) 補助具には、メガネのレンズ、コンタクトレンズ、補聴器などが含まれる。

13) 歯科補綴の給付には、義歯のほかに、歯冠、ブリッジ、インプラント義歯などの給付が含まれる。

14) 保険医は保険医協会 (Kassenärztliche Vereinigung) の認可を受けた開業医 (家庭医及び専門医) であり、公的医療保険による外来医科診療を担当する。

15) EBMは、連邦保険医協会 (Kassenärztliche Bundesvereinigung) と疾病金庫連邦中央連合会 (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) の代表者により構成される評価委員会 (Bewertungsausschuß) により策定される。

16) 「保険になじまない給付」に対する国庫補助の額は、2004年には10億ユーロであったが、2010年には157億ユーロにまで増額されている。2010年においてこの国庫補助が公的医療保険の収入総額に占める割合は8.9%となっている (BMG, 2011b:1)。

ドイツ連邦政府の「経済発展の評価に関する専門家委員会」によれば、医療保険における疾病のリスクが高い被保険者と低い被保険者の間の調整に役立たない又は保険の目的に適合しない給付及び再分配は「保険になじまない」とされる (SVR, 2005:346)。医療保険における「保険になじまない要素」の太宗を占めているのは、保険料を負担することなしに給付を受けることができる家族被保険者に関するものである。このほかに、妊娠・出産に関する給付、一部負担の免除などがあげられる。その総額は2003年で450億ユーロと算定される。このような「保険になじまない要素」は、本来は社会保険ではなく公的主体が果たすべき一般的な責務に対応したものと考えられる。したがって、それに対応した社会保険の支出は、社会保険料ではなく、公的主体の財政により、つまり税により負担されるべきであるとされる。

「保険になじまない要素」の詳細については、松本 (2012) を参照されたい。

されている。このため、現在では、事業主及び被保険者が負担する保険料の料率は、それぞれ7.3%及び8.2%となっている。

全ての被保険者に係る保険料と国庫補助は健康基金（Gesundheitsfonds）に集められ、そこから、各疾病金庫のリスク構造（被保険者の年齢・性別構成、疾病罹患状況など）の違いを考慮して配分される。健康基金から配分された資金では必要な支出が賄えない疾病金庫は追加保険料（Zusatzbeitrag）を徴収する。追加保険料は各被保険者の収入とは無関係に定額で定められ、被保険者が単独で負担する。ただし、追加保険料の負担が低所得者にとって過重な負担とならないように社会的調整（Sozialausgleich）の仕組みが設けられている。これにより、被保険者は、平均追加保険料¹⁷⁾が自分の保険料算定基礎となる収入の2%を超える場合には、当該超過額について税による補填を受けることができる。

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、被保険者の健康

状態、年齢、性別及び家族の数は保険料額に影響を与えない。一方、給付は、医学的に確定され、法律の規定により範囲が定められたニーズに応じたものとなっている。このような仕組みを通じて、公的医療保険においては、健康上のリスクの高い者と低い者、収入の多い者と少ない者、家族の数の多い者と少ない者との間での調整（再分配）が行われている。公的医療保険は、このような意味における連帯に基づく制度となっている。

公的医療保険における保険料率の上昇は、支出の増加よりも、むしろ、収入面での構造的な問題に原因があると考えられている。過去30年間をみると医療保険支出のGDP比はさほど変わりがないのに、保険料率算定の基礎となる被保険者の収入の伸びはGDPの伸びよりも低い水準にとどまっている。したがって、持続可能で安定的な医療保険財政を確立するためには、その収入が経済成長と歩調を合わせて増加するような基盤を作り上げることが重要な課題と認識されている。

Ⅲ. 民間医療保険の特徴

ドイツでは、既に19世紀の末に、公的医療保険の対象にならない者が病気になった場合に備えるための私的契約に基づく保険が民間会社から販売された（Nagel, 2007: 113）。1901年には、民間医療保険が新たに設立された帝国民間保険監督庁（Kaiserliches Aufsichtsamt für Privatversicherung）の監督を受けるようになり、1920年代には民間医療保険の保険者団体が設立された。第二次世界大戦後、東ドイツでは民間医療保険会社が禁止されたが、西ドイツでは

戦後間もなく保険者団体が設立され、民間医療保険は今日に至るまで発展を遂げてきた。この間、特に1960年代には、被用者の公的医療保険への加入義務に係る報酬の限度が何度も恣意的に引き上げられた（Uleer, 2002: 768）。この結果、1965年から1973年の間には、210万人が民間医療保険から公的医療保険へと移動した。1971年からは年間労働報酬限度が毎年のグロス賃金の伸びに応じて引き上げられることになった。1975年以降、民間医療保険（代

17) 平均追加保険料は、各疾病金庫において実際に徴収される追加保険料ではなく、全疾病金庫の支出総額の見込額から健康基金の収入総額の見込額を控除した額を全被保険者数の見込数で割ることにより計算される。

替医療保険)の加入者はようやく増加に転じ、1975年の約420万人から1996年には従来の水準である700万人にまで回復し、その後も増加を続けている。

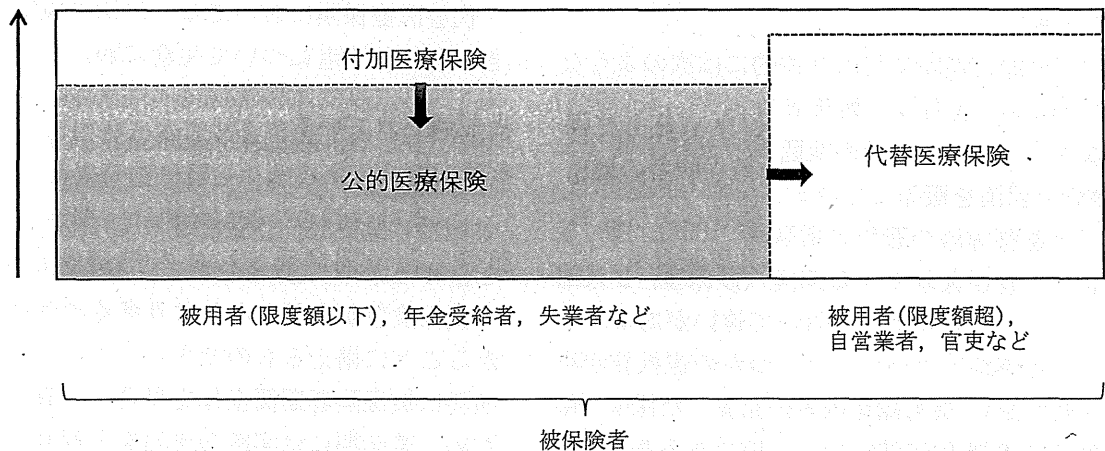
民間医療保険は代替医療保険(substitutive Krankenversicherung)¹⁸⁾と付加医療保険(Krankenzusatzversicherung)に大別される。公的医療保険の加入者でない者は、保険会社と疾病費用保険(医療保険)の契約を締結することが義務づけられている。公的医療保険に代わるこのような民間医療保険を代替医療保険という(図1)。代替医療保険の加入者となるのは、自営業者、官吏及び年間労働報酬限度を超える収入がある被用者などである。公的医療保険への加入義務がなく、かつ、公的医療保険への任意

加入が可能な者は、3か月の届出期間内においては、公的医療保険への加入と代替医療保険への加入を選択する権利を有する。したがって、被用者で当初は公的医療保険への加入義務があった者が、その後に収入が増加したために加入義務がなくなる場合や自営業になる場合には、このような選択権が発生する¹⁹⁾。公的医療保険の場合とは異なり、代替医療保険には保険料負担義務のない家族被保険者の仕組みは存在しない。したがって、公的医療保険の場合には家族被保険者となる者も、代替医療保険の場合には保険料を支払わなければならない。

保険会社は、代替医療保険のほかに、日本でも見られるように、公的医療保険を補完する民間医療保険である付加医療保険を提供してい

給付水準

(図1) 公的医療保険と民間医療保険の関係



(注) 矢印は境界線変更の可能性がある方向を示している。
筆者作成。

る。付加医療保険は、公的医療保険の加入者を対象に治療費用のうち公的医療保険ではカバーされない費用などを補填する。多くの国で民間医療保険は公的医療保険を補完するものに限られており(von Maydell, 2005: 585)、それと併

せて公的医療保険を代替する民間医療保険が提供されていることは、ドイツにおける医療保険の公私関係に関する最も重要な特徴の一つとなっている²⁰⁾。

18) 代替医療保険は、「フルの医療保険(Krankenvollversicherung)」とも呼ばれる。

19) 代替医療保険を選択した場合には、収入が年間労働報酬限度以下になるか、失業者にならなければ、公的医療保険に戻ることはできない。

20) オランダにおいても、公的医療保険を代替する民間医療保険がみられたが、2006年の改正により全居住者に公的医療保険への加入義務が課されたことにより存在しなくなった。

Ⅲ-1. 代替医療保険

代替医療保険に加入している者のうち、およそ半分は官吏及びその家族である。次に多くを占めているのは自営業者であり、収入が年間労働報酬限度を超えている被用者は代替医療保険の被保険者の1/8にとどまっている（PKV, 2012a: 17）。

公的医療保険による給付の範囲及び水準が法律により一律に定められているのに対して、代替医療保険の給付の範囲及び水準は、保険料率表（タリフ（Tarif））及び「タリフの条件（Tarifbedingung）」により定められる。このため、各保険会社からは、給付の範囲及び水準が異なる複数の保険商品が販売されている。一般的には、代替医療保険による給付の範囲及び水準は公的医療保険よりも広くかつ高いものとなっている。加入希望者はこれらの保険商品の中から自分のニーズや好みに合ったものを選択することができる。

選択可能な保険商品は具体的には次のようなものである。A社は、対象者を特定しない代替医療保険として、給付の範囲及び水準の異なる3種類の保険を販売している。これらの保険は、例えば歯科補綴の費用の償還率（65%、75%及び85%）及び入院できる病室（多床室、2人部屋及び1～2人部屋）において違いがある。さらに、免責額についてもいくつかの選択肢が用意されており、最も給付内容が充実した保険（歯科補綴の償還率が85%で、入院できる病室が1～2人部屋）は、免責額として保険による償還額の10%（最高年間500ユーロ）又は年間3,000ユーロのいずれかを選択することができる。

加入希望者は、保険会社と契約を締結することにより保険に加入することができる。後述する基本タリフに基づく保険の場合を除き、保険会社には加入希望者との間で保険契約を締結する義務はない。したがって、保険会社は、加入

希望者のリスクが大きすぎると思われる場合には、保険契約の締結を拒み、あるいは、加入希望者と当該リスクに見合った保険料の加算（リスク加算（Risikozuschlag））や特定の疾病に対する給付の除外について合意することができる。

代替医療保険の保険料は、各被保険者のリスクに応じたものとなっており、契約締結の際の被保険者の年齢及び性別に基づき算定される。また、いずれの保険商品及び免責額を選択するかが保険料の額に影響を及ぼす。保険料額は原則として変更しないこととされており、保険会社は、契約締結後に当該被保険者の健康上のリスクが高くなったことを理由に保険料を引き上げることや契約を解除することはできない。保険料の引き上げが認められるのは、平均寿命の伸長やそれまでに予測できなかった相当の支出の増加など、各被保険者の個別の事情を超えた一般的な情勢の変化による場合に限られる。

代替医療保険においては、法律の規定に基づき、各被保険者について生涯にわたり必要となると考えられる標準的な費用を前提とした高齢化引当金（Alterungsrückstellung）を積み立てることが義務づけられている。このため、保険料は所要の高齢化引当金を積み立てるための費用を含めた水準に設定される。高齢化引当金は、被保険者が高齢となりより多くの医療費がかかることに備えるものである。このように、保険料は被保険者期間全体を見通して算定されるため、若年期には実際の支出を上回り、高齢期には実際の支出を下回る水準となる（図2）。

被用者であって、その収入が年間労働報酬限度を超えるために公的医療保険への加入義務がなく、代替医療保険²¹⁾に加入している者は、事業者から保険料補助（Beitragszuschuss）を受けることができる²²⁾。その額は、当該被用者が公的医療保険の加入者であったとすれば事業主が負担する保険料の額に相当する。ただし、

21) この場合の代替医療保険において、加入者は公的医療保険の場合と同じ種類の給付が受けられることが条件となる。

22) このような被用者は、公的医療保険に任意加入する場合にも、事業主から同様の保険料補助を受けられることができる。

保険料補助の額は代替医療保険に支払うべき保険料の半額を超えることはできない。

代替医療保険の給付は、現物給付ではなく、費用償還の形態により行われる。すなわち、医師は患者と間の診療契約に基づき診療を行う。患者はその報酬を医師に対して支払い、保険会社が保険契約に基づき患者にその費用を償還する。医師による診療に対する報酬は、公的医療保険の場合に用いられる前述のEBMではなく、連邦医師令²³⁾第11条の規定に基づく法規命令である医師報酬規定(GOÄ)²⁴⁾に基づき算定される。GOÄにおいては、医師が行う給付の種類ごとに報酬点数が定められている。報酬点数に一点単価(5.82873セント)を乗じて得た額が各給付の報酬単位となる。医師への報酬額は、報酬単位に一定範囲の倍率を乗じて得た額とされている。代替医療保険による費用償還額の算定に当たっては、保険商品により異なる倍率が適用される。例えば、前述のA社による3種類の保険においては、それぞれ2.3倍、3.5倍及び「医学的に必要性が認められる場合には

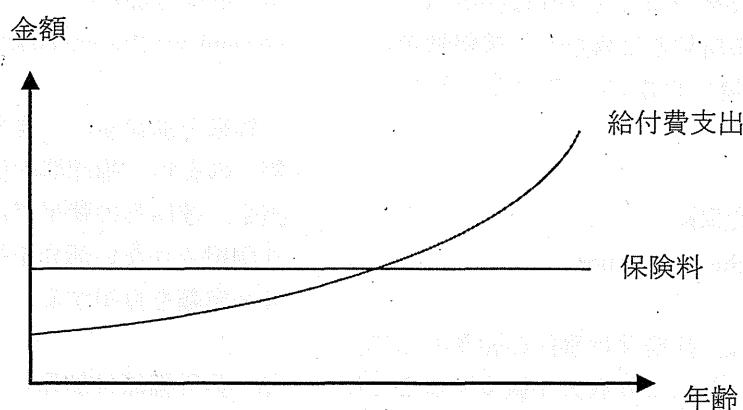
3.5倍を超える」倍率が適用されている。

同じ内容の診療を行った場合でも、一般的に、医師の報酬額は、代替医療保険の方が公的医療保険よりも高い。民間医療保険連盟(Verband der privaten Krankenversicherung)²⁵⁾による試算では、例えば、がんの疑いがあり、骨盤のMRI検査を行った場合に算定される医師の報酬は、代替医療保険では公的医療保険の3倍程度になる(PKV, 2012a:6)。

Ⅲ-2. 付加医療保険

付加医療保険に関する契約は分野ごとに行われる。ただし、保険会社によって提供している付加医療保険の分野には違いがある。代替医療保険の被保険者を含め、原則として全ての者が付加医療保険に加入することができる。付加医療保険の保険料は、選択する給付の内容と、被保険者の加入時の年齢、性別及び健康状態に応じて算定される。付加医療保険の主な分野は次のとおりである。

(図2) 代替医療保険の保険料と給付費支出の関係



(資料) PKV (2012a)を基に筆者作成。

23) Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. 4. 1987, BGBl. I S. 1218.

24) Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. 2. 1996, BGBl. I S. 210.

25) 民間医療保険連盟は民間医療保険と保険会社の利害を代表する組織である。同連盟に加盟しているのは、2010年現在で24の株式会社及び19の相互保険協会(Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit)であり、民間医療保険市場の大部分は連盟加入の保険者で占められている。

(1) 病院付加保険

(Krankenhauszusatzversicherung)

公的医療保険の被保険者が入院する場合には、通常、多床室に滞在し、病院に勤務する医師による診療を受ける。病院付加保険では、一人部屋又は二人部屋に入院した場合の差額や医長 (Chefarzt)²⁶⁾の診療を受けるための費用が負担される。さらに、患者が開業医によって指示された病院ではなく、自らの希望でより多くの費用がかかる大学病院などに入院する場合には、追加的に必要になる費用もカバーされるような契約内容とすることも可能である。

(2) 病院給付金保険

(Krankenhaustagegeldversicherung)

この保険では、入院した場合にあらかじめ定められた一日当たり定額の給付金が支払われる。この給付金は、公的医療保険の一部負担金（一暦年当たり28日まで入院1日当たり10ユーロ）の支払い、電話代、家族が病院に来るための交通費、入院中の家事援助者にかかる費用などのために使われることが想定されている。病院付加保険の給付とは異なり、被保険者はこの給付金の用途を自由に決定することができる。

(3) 傷病給付金保険

(Krankentagegeldversicherung)

傷病給付金は、疾病又は事故の結果として労働不能となることにより収入が減少することに対応するものである。したがって、この保険の対象者は労働収入のある者に限られる。被用者が傷病により労働不能となった場合、事業主は通常6か月間は賃金を継続して支払う義務がある。この期間が経過した後は、公的医療保険に

よる傷病手当金が支払われる。しかしながら、傷病手当金の額はグロス収入の70%（ただし、ネット収入の90%以下）とされている。このため、平均的な傷病手当金の額はグロス収入の60%程度の水準となっている（PKV, 2012b:4）。収入が保険料算定限度を超える者の場合には、保険料算定限度がグロス収入とみなされ、これを基にネット収入が算定されるため、実際の収入に対する傷病手当金の割合はさらに小さくなる。傷病給付金保険では、このような実際の収入と公的医療保険による傷病手当金との差額を埋めるために、予め定められた金額の給付金が支給される。ただし、この給付金と公的医療保険の傷病手当金の合計額は、ネット収入と公的年金保険の保険料の合計額を超えることはできない。

なお、自営業者は、傷病により労働不能となった場合に備えて、公的医療保険から傷病手当金を受けられるようそれに対応した保険料を支払うこと、保険会社と傷病給付金保険の契約を締結すること、あるいは、何もしないことを選択することができる。

(4) 外来付加保険

(Ambulante Zusatzversicherung)

外来付加保険は、視力補助具（眼鏡、拡大鏡等）の費用、補聴器の費用、薬剤に係る一部負担金、補助具の費用であって公的医療保険により負担されない部分を対象に、その一定割合又は一定額を負担する。

(5) 歯科補綴付加保険

(Zusatzversicherung für Zahnersatz)

公的医療保険の被保険者が歯科補綴を必要とする場合には、疾病金庫はその費用の50%を負担する。この割合は、当該被保険者が10年

26) 病院内の各部門の長となる医師をいう。大学病院の場合には、教授資格 (Habilitation) を有することが前提となる。

以上にわたり推奨される全ての予防検診を受けている場合には、最大65%にまで引き上げることが可能とされている。したがって、被保険者自身は歯科補綴の費用の35～50%を自己負担しなければならない。歯科補綴付加保険は、この自己負担をあらかじめ定められた条件に従い償還するものである。

Ⅲ-3. 被保険者数等の状況

民間医療保険連盟の統計²⁷⁾によれば、2010年現在で代替医療保険の被保険者数は、890万人であり、2000年の749万人に比べて19%の増加となっている。一方、付加医療保険の契約数は2010年現在で2,197万件となっており、

2000年の1,382万件に比べると59%の増加となっている²⁸⁾。2010年現在の付加医療保険に関する契約の内訳をみると、外来付加保険が744万件、病院付加保険が564万件、歯科補綴付加保険が1,287万件などとなっている。なお、代替医療保険の被保険者の82%は病院付加保険に、23%は傷病給付金保険にも加入している。民間医療保険連盟の加盟会社を対象とした集計によれば、民間医療保険の保険料収入は2010年で312億ユーロである。一方、給付費は総額で212億ユーロであり、そのうち96億ユーロが外来部門、64億ユーロが入院部門、32億ユーロが歯科部門の給付費となっている²⁹⁾。

Ⅳ. 公的医療保険と民間医療保険の相違点

民間医療保険との比較において、ドイツの公的医療保険を特徴づける重要な要素として次のような点があげられる(表1)。公的医療保険では、給付や保険料負担など制度の基本的な枠組みは法律により定められている。また、公的医療保険の保険者は公法上の法人である疾病金庫に限られている。民間医療保険において、保険料は各被保険者の健康上のリスクの大きさと選択した給付の水準に応じたものとなっている。このため、被保険者の保険加入年齢や受けられる給付の水準が高いほど、保険料は高くなる。これに対して公的医療保険では、保険料は各被保険者のリスクではなく負担能力(収入)に応じて定められ、給付は、医学的に確定され、法律の規定の範囲内でニーズに応じて行わ

れる。このような給付と負担の在り方を通じて、健康上のリスクの高い者と低い者、収入の多い者と少ない者、家族の数の多い者と少ない者との間での調整(再分配)が行われている。公的医療保険の財政に対しては、国庫補助が行われている。ただし、この公的医療保険への国庫補助は2004年になって初めて本格的に導入されたものである。

加入義務が設けられていることは、長年、公的医療保険の特徴となってきたが、前述のとおり、2009年以降は民間医療保険に関しても契約締結義務が設けられている。また、民間医療保険に関する給付や保険料に関しても法律による規制が強化されている。

27) PKV (2011) による。

28) 一人の被保険者が複数の付加医療保険契約を行う場合や複数の被保険者がグループでひとつの付加医療保険契約を行う場合があるため、この統計では被保険者数ではなく契約数だけが示されている (PKV (2011:16))。

29) PKV (2011:24,53) による。

(表1) 公的医療保険と民間医療保険の重要な相違点

	公的医療保険	民間医療保険
保険者	・疾病金庫	・株式会社、相互保険協会、公法上の法人・組織
被保険者	・被用者 ^(注) 、失業手当受給者、年金受給者など	・公的医療保険の被保険者でない者(付加医療保険には全ての者が加入できる)
保険関係の成立	・法的加入義務(任意被保険者を除く)	・被保険者と保険会社との間の私的契約
保険料	・負担能力(収入)に応じた保険料 (家族に係る保険料負担なし) ・被用者の場合には被保険者と事業主が負担	・リスク(加入年齢・性別)に応じた保険料 (家族に係る保険料負担あり) ・代替医療保険に加入する被用者に対しては、事業主が保険料補助
給付	・医学上の必要性に応じた給付 ・現物給付が原則	・医学上の必要性及び保険商品の内容に応じた給付 ・償還払い

(注) 労働報酬が年間労働報酬限度を超えない者に限る。

筆者作成。

V. 公私関係の見直し

ドイツにおける医療保険の公私関係を巡る論点は、公的医療保険と付加医療保険との間及び公的医療保険と代替医療保険との間に存在する。医療保険の公私関係に関連する近年の政策には相反する動きがみられる。公的医療保険と代替医療保険との関係に関しては、公的医療保険の被保険者、なかでも若くて収入の多い被保険者が代替医療保険に移動することに歯止めをかけるため、年間労働報酬限度を引き上げることなどにより、公的医療保険の被保険者の範囲を維持・拡大しようとする方向性がみられる。一方、公的医療保険と付加医療保険との関係に影響を及ぼす可能性があるものとして、公的医療保険の給付の縮減・廃止があげられる。しかしながら、何れの動きも、これまでのところ、医療保険の公私関係に決定的な変化をもたらすようなものにはなっていない。

V-1. 公的医療保険の被保険者の維持・拡大

V-1-1. 年間労働報酬限度の引上げ

公的医療保険における年間労働報酬限度は、

1971年以降、公的年金保険の保険料算定限度(Beitragsbemessungsgrenze)の75%に相当する額とされてきた。公的年金保険の保険料算定限度は一人当たりグロス賃金の上昇率に応じて毎年引き上げることとされているため、公的医療保険の年間労働報酬限度もそれと同じ割合で毎年引き上げられた。2002年末に制定された保険料率安定化法³⁰⁾では、2003年の公的年金保険の保険料算定限度の算定には、特例的な高上げ措置が講じられた³¹⁾。この結果、2003年の保険料算定限度は2002年の年額54,000ユーロから年額61,200ユーロへと大幅に引き上げられた。これに伴い公的医療保険の年間労働報酬限度も、2002年の年額40,500ユーロから2003年には45,900ユーロへと引き上げられた。ただし、2002年末現在で年間労働報酬限度を超えているために代替医療保険に加入している者には、信頼保護の観点から、従来どおりに引き上げた年額41,400ユーロの年間労働報酬限度が適用され、これを上回らない限りは公的医療保険への加入義務はないものとされた。

30) Beitragssatzsicherungsgesetz vom 23. 12. 2002, BGBl. I S. 4637.

31) 2004年以降は2003年の保険料算定限度をベースに従来どおりのルールによる改定が行われることとされた。

(表2) 被保険者の移動

	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
(A) 公的医療保険 ⇒代替医療保険	325,000	360,700	362,000	338,400	297,700	274,500	284,700	233,700	244,900	288,200	227,700
(B) 代替医療保険 ⇒公的医療保険	148,600	147,500	129,800	130,400	130,600	154,200	143,900	154,700	151,000	146,500	153,200
(A) - (B)	176,400	213,200	232,200	208,000	167,100	120,300	140,800	79,000	93,900	141,700	74,500

単位: 人

(資料) PKV (2011) を基に筆者作成。

この改正は、若くて収入の多い被保険者が公的医療保険から代替医療保険へと移動していく傾向に歯止めをかけることを狙いとするものであった³²⁾。公的医療保険から代替医療保険に移動する者は、大幅に増加する傾向がみられ、2001年には約36万人と1994年の倍近くの人数となった(表2)。これに対して、代替医療保険から公的医療保険に移動する者は2001年では約15万人にとどまった。公的医療保険から代替医療保険に移動するのは若くて収入の多い被保険者であるため、このような移動を通じて、公的医療保険の財政的な負担増を伴いながら、代替医療保険にとって有利なリスクの選別が行われているとみることができる。この結果、代替医療保険との関係において公的医療保険の競争条件が悪化するのみならず、公的医療保険の財政基盤が危うくなると考えられた。このような傾向に歯止めをかけるため、2003年において年間労働報酬限度の特例的な引き上げが行われることになったものである。

なお、この年間労働報酬限度の特例的な引き上げに対しては、保険会社から連邦憲法裁判所に憲法異議が申し立てられた。申立人側の主な主張は、公的医療保険の年間労働報酬限度に関する保険料率安定化法の規定は、基本法に定める職業選択の自由³³⁾及び所有権の保障³⁴⁾に違反するというものであった。

これに対して、連邦憲法裁判所は、まず、こ

の改正が職業選択の自由に違反しないとの判断を示した³⁵⁾。なぜならば、年間労働報酬限度の引上げを通じて、社会的な保護を必要とする被保険者のために公的医療保険の安定を図るといふ公共の利益に対峙するのは、いずれにしても申立人の職業遂行の自由のどちらかといえはわずかの制限に過ぎないからである。また、この改正は、既存の保険関係には影響を及ぼさないことから、財産権の保障とはかかわりがないとされた。

このように、本判決においては、この特例的な年間労働報酬限度の引上げが保険会社の事業に与える影響の大きさが重要な判断根拠となっている。このため、年間労働報酬限度の更に大幅な引き上げが行われた場合には、これとは異なる判断が示される可能性もあると考えられる。

V-1-2. 国民保険の提案

近年の医療保険改革を巡る議論においては、年間労働報酬限度の引上げにとどまらず、現在の公的医療保険と代替医療保険との関係を根本的に変革する提案が二大政党の一つである社会民主党(SPD)などから行われている。この提案によれば、官吏及び自営業者を含む全ての者を公的医療保険の被保険者にするとともに、賃金などに限定されない全ての種類の収入を保険料算定の対象とする「国民保険

32) Bundestagsdrucksache 15/28, S. 14.

33) 基本法第12条第1項は、「全てのドイツ人は、職業、職場及び養成所を自由に選択する権利を有する」と規定している。

34) 基本法第14条第1項は、「所有権及び相続権は、これを保障する」と規定している。

35) Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 4.2.2004, BvR 1103/03.

(Bürgerversicherung)」が導入される³⁶⁾。この提案の主な目的は、全ての者に同等の医療を保障すること、全ての者間での連帯を確保すること、保険料負担の公平を確保すること及び財政的な持続可能性を確保することにある。

国民保険において、全ての者を被保険者とする必要がある理由として、現行制度における次のような問題点の存在が指摘されている。現状において、医師は、同じ内容の医療を行ったとしても、民間医療保険の被保険者である患者の場合には、公的医療保険の患者よりも高い診療報酬を得ることができる。このために、患者が医師の診療を受けるまでに待たなければならない日数は、病気の重さではなく、その患者がどのような医療保険に加入しているかによって左右されるなど、加入している医療保険の違いが医療アクセスなどの格差をもたらしている。

現行制度に関しては、公的医療保険の基礎となる「連帯」の観点からも問題点が指摘されている。前述のとおり、公的医療保険においては、健康上のリスクの高い者と低い者、収入の多い者と少ない者、家族の多い者と少ない者との間の調整（再分配）が行われている。しかし、現状では、官吏及び自営業者のほか、収入が年間労働報酬限度を超える被用者が、代替医療保険に加入しており、公的医療保険におけるこのような調整から逃れている。

こうした問題に対処するため、国民保険の提案によれば、全ての者が公的医療保険の被保険者とされる。ただし、公的医療保険への加入義務がないために、既に代替医療保険に加入している者に対しては、当該契約を維持するか又は公的医療保険に移動するかを選択することが認められる。

この結果、保険会社が運営する代替医療保険は、新規の加入者がいなくなるとともに、既存の加入者の中にも公的医療保険に移動する者が出てくるため、縮小に向かうことになる。保険

会社の活動にこのような制約を加える改正を行うことは、基本法に定める職業選択の自由に抵触する恐れがある。このため、この提案では、保険会社も、現行の公的医療保険の被保険者である疾病金庫と並んで国民保険の被保険者となることが認められる。ただし、この場合には、保険会社に対して疾病金庫と同じ条件が適用される。したがって、被保険者が保険会社であっても、国民保険の被保険者に関しては、疾病金庫と同じ給付及び保険料に関するルール、財政システム並びに被保険者の受け入れ義務が適用される。これにより、国民保険においては、全ての被保険者にとって同一の競争条件が整備される。

これに対して、保険会社側は次のような見解を有している。公的医療保険と民間医療保険の間で診療報酬の水準が異なる理由は、両制度の歴史的な沿革の違いによるものである（PKV, 2012a: 7）。すなわち、公的医療保険の場合の診療報酬の水準が低いのは、そもそも公的医療保険が自分では将来のリスクに備えることができない者を対象に、基礎的な給付を行うものとして導入されることによる。また、民間医療保険が支払うより高い診療報酬の一部は、医師や病院が最新の医療機器や治療技術を導入することに役立っている。これらの医療機器や治療技術は、民間医療保険の被保険者以外にも用いられており、その意味で、一般的な医療水準の向上に重要な役割を果たしている。「民間医療保険の被保険者は多くの収入を得ている者である」というのは多くの人が持っている先入観であり、実際には、代替医療保険の被保険者の55%は年収30,000ユーロ未満である（PKV, 2012a: 17）。

二大政党のもう一つ側であるキリスト教民主・社会同盟（CDU/CSU）も、国民保険の導入には反対の立場をとっており、代替医療保険の存続を前提に、公的医療保険において、収入に応じた保険料に代わって、定額保険料（人頭

36) 国民保険の内容等は、2011年12月に行われたSPD党大会で採択された提案（SPD (2011)）及びSPD所属の連邦議会議員で国民保険の提唱者であるラウターバッハ教授の提案（Lauterbach (2004)）による。

(表 3) 公的医療保険の給付の縮減・廃止

給付の種類	内容
不妊手術	従来の規定では、その目的を問わず、違法なものでない限りは、不妊手術(Sterilisation)の費用は公的医療保険で負担されていた。この改正により、公的医療保険による給付の対象は病気のために必要な不妊手術に限定され、家族計画のための不妊手術は給付対象から外された。
人工授精	公的医療保険の対象となる人工授精の試みは、従来は、「原則として4回」までとなっていたが、「最大3回」までに限定された。また、給付の対象者は25歳以上で、女性は40歳未満、男性は50歳未満の者に限定された ^(注1) 。さらに費用の50%に相当する自己負担が導入された。
視力補助具	視力補助具(Sehhilfe) ^(注2) の給付は、18歳未満の者、重度の視力減衰のある18歳以上の者、並びに目のけが又は病気の治療のために必要な視力補助具の場合に限り行われることとされた。
処方箋のいらない薬剤	医師の処方箋なしで購入できる薬剤が公的医療保険の給付対象から除外された ^(注3) 。ただし、12歳未満の子供、13歳以上18歳未満の発達障害のある者、又はがんの治療、心臓発作のアフターケアなど、重篤な病気の場合には、この例外とされた。
生活の質を向上させるための薬剤	生活の質の向上が主たる使用目的である薬剤が公的医療保険の給付対象から除外された。このような薬剤には、勃起機能障害の治療薬(例:バイアグラ)、精力増強剤、禁煙、減量、体重調整、育毛改善などのための薬が含まれる。
葬祭料	これまでも対象者の限定や金額の削減が行われてきた葬祭料の給付が、公的医療保険による給付から完全に除外された。
移送費	移送費に関する給付について、医学的にどうしても移送が必要であることや外来診療の場合には特別の例外的なケースに限られることなどの制限が設けられた。

(注1) 従来、女性の対象者は原則 40 歳未満、最高で 45 歳未満と定められていただけである。

(注2) 給付の対象となる視力補助具には、視力矯正用のメガネレンズ及びコンタクトレンズのほか、メガネレンズ及びコンタクトレンズでは通常の新聞の文字が読めない場合には拡大視力補助具(ルーベなど)が含まれる。

(注3) いずれの薬剤が処方箋なしで購入できるかは、医薬品法 (Arzneimittelgesetz vom 12.12.2005, BGBl. S. 3394) に基づき「医薬品及び医療製品に関する連邦研究所 (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte)」により決定される。

保険料)を導入することを提案している。2005年の秋に行われた連邦議会選挙以降、国民保険と定額保険料の両提案を巡る政党間での意見の対立は続いており、現状では、いずれかの提案が完全に実施されるような情勢にはない。

V-2. 公的医療保険の給付範囲の変更

2003年に制定された公的医療保険近代化法³⁷⁾により、公的医療保険における被保険者の給付請求権を変更し、医療保険の公私関係に影響を及ぼす可能性のある改正が行われた。改正内容の一つは、優生手術、人工授精、視力補助具、処方箋のいらない薬剤、生活の質を向上させるための薬剤、埋葬料及び移送費に関する給付の縮減・廃止である。それぞれの具体的な内容は表3のとおりである。縮減・廃止の対象となった給付は疾病の治療のために不可欠であるとは必ずしも言い切れないものである。このため、

公的医療保険においてこれらの給付の縮減・廃止が行われたことは、付加医療保険の対象がこれらの給付にまで拡大することにはつながっていない。

二つ目の改正内容は、歯科補綴の給付に関する新たな制度の導入である。公的医療保険近代化法には、2005年1月から適用される歯科補綴に関する新たな規定が盛り込まれていた。この規定によれば、歯科補綴に関しては、従来の定率の給付に代わって、症状に応じて定められた定額の給付が行われることとなった。この給付を受けるためには、被保険者は、事業主と折半で負担する通常の保険料とは別に、歯科補綴のための保険料を単独で負担しなければならないようになった。ただし、通常の保険料の場合と同様に、家族被保険者はこの歯科補綴のための保険料を負担することを要しない。この保険料の額は、公的医療保険の全ての被保険者に対して統

37) GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003, BGBl. I S. 2190.

一的に適用される。つまり、各被保険者が歯科補綴のために負担する保険料の額は、当該被保険者の収入の多寡にかかわらず一律である（Orlowski, Wasem, 2003: 56）。この保険料の額は、疾病金庫の中央連合会により、歯科補綴のための給付費及び事務費を賄える水準に設定される。また、歯科補綴に関する収入（保険料）及び支出（給付費及び事務費）は、他の収入及び支出とは区分して経理される。

ただし、公的医療保険の被保険者は、この歯科補綴の給付に関する制度に参加することを望まない場合には、その代わりに、自分自身及び家族のために保険会社との間で歯科補綴に関する保険契約を締結することが認められた。この民間保険における歯科補綴に関する給付は種類及び量において公的医療保険の給付と同等又はそれ以上のものでなければならない。歯科補綴に関する民間保険契約を締結した公的医療保険

の被保険者については、公的医療保険における歯科補綴のための保険料を負担する義務がなくなる。

しかしながら、2004年末に制定された「歯科補綴の費用負担の調整に関する法律」³⁸⁾により、歯科補綴の給付に関して公的医療保険と民間医療保険との選択を可能にするこの仕組みは実施前に再び改正された。この結果、公的医療保険の被保険者は歯科補綴の給付を従来どおり公的医療保険から受けることとなった。ただし、歯科補綴の給付に要する費用は被保険者のみが負担する追加的な保険料により賄われる。この保険料は、公的医療保険近代化法による改正で予定されていたような全ての被保険者に一律の定額保険料ではなく、各被保険者の保険料算定の対象となる収入に保険料率（0.4%）を乗じて得た額とされた。

VI. 公的医療保険における選択と競争の拡大

公的医療保険に関する近年の改革においては、公私の医療保険の重要な相違点に変化をもたらす改革が行われている。なかでも、被保険者が自ら加入する疾病金庫を自由に選択する権利が認められたことは、重要な意味を持っている。従来、各被保険者が加入する疾病金庫は、基本的に、被保険者の勤務する事業所等に応じて定められていた。しかしながら、1992年に制定された医療保障構造法³⁹⁾により、疾病金庫間の競争を促進する観点から、疾病金庫選択権の大幅な拡大が行われた。ただし、この場合の競争は、それ自体が目的ではなく、あくまでも連帯を基礎とする公的医療保険を中心としたシステムを前提としつつ、その効果と効率性を

高めるための手段として位置づけられるものである。

この疾病金庫選択権の拡大と併せて、リスク構造調整が導入された。リスク構造調整により、有利なリスク構造となっている疾病金庫（加入する被保険者の年齢が低く、収入が高い疾病金庫）から拠出金が徴収され、それに基づき、不利なリスク構造となっている疾病金庫（加入する被保険者の年齢が高く、収入が低い疾病金庫）に交付金が支給される。リスク構造調整が行われることにより、若くて収入の高い被保険者を獲得することは疾病金庫にとって競争上の有利をもたらしなないことになる。その意味で、リスク構造調整は、いわゆるリスク選別を排除し、

38) Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 15.12.2004, BGBl. I S. 3445.

39) Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992, BGBl. I S. 2266.

(表4) 選択タリフの種類

<p>家庭医を中心とした医療供給への参加</p> <p>2007年4月以降は、全ての疾病金庫に「家庭医を中心とした医療供給」のプログラムを実施することが義務付けられた。その目的は、患者の病状等に応じて必要な医療が継続して提供されるよう、家庭医を中心とした医療供給を促進することにある。このプログラムへの被保険者の参加は任意であるが、参加した被保険者には、自分の家庭医を選ぶこと及び当該家庭医の指示によらなければ専門医による診療を受けないことが義務付けられる。一方、疾病金庫は、この制度に参加する被保険者に対して報奨金の支給又は一部負担金の軽減を行うことができる。</p>
<p>統合医療供給及び疾病管理プログラムへの参加</p> <p>疾病金庫は、医療供給の各分野間の適切な役割分担と連携を強化し、患者の状態に適合した質の高い医療を効率的に提供することを目的として「統合医療供給」及び「疾病管理プログラム」を実施することができる。これらの制度への被保険者の参加は任意であるが、参加した被保険者には一定の治療上の義務が課される(注1)。一方、疾病金庫は、この制度に参加した被保険者に対して報奨金の支給又は一部負担の軽減を行うことができる。</p>
<p>免責</p> <p>疾病金庫は、免責を組み入れた選択タリフを提供することができる。これを選択した被保険者は、通常の一部負担金に加えて、免責額までは本来は疾病金庫が負担すべき費用を自ら負担しなければならないかわりに、疾病金庫から報奨金を受け取ることができる。なお、この制度の適用は、従来は任意被保険者に限られていたが、全ての被保険者に拡大された。</p>
<p>保険料還付</p> <p>疾病金庫は、保険料還付を組み入れた選択タリフを提供することができる。これを選択した被保険者は、当該被保険者及びその家族被保険者(18歳未満の者を除く)が1暦年において給付を受けなかった場合には、疾病金庫から報奨金を受け取ることができる。ただし、この報奨金の額は当該暦年に支払われた保険料の1か月分相当額を超えてはならない。なお、この制度の適用は、従来は任意被保険者に限られていたが、全ての被保険者に拡大された。</p>
<p>償還払い</p> <p>疾病金庫は、償還払いを組み入れた選択タリフを提供することができる。これを選択した被保険者は、民間医療保険の加入者の場合と同等に、民間医療保険に適用されるより高い水準の診療報酬規定(GOÄ)に基づき医師から請求された費用の償還を疾病金庫から受けることができる。これによって、当該被保険者は、診療において民間医療保険の加入者と同等の取扱いを受けることが可能となるかわりに、疾病金庫に対して追加保険料を支払わなければならない。</p>
<p>特別の薬剤治療</p> <p>疾病金庫は、通常は公的医療保険による給付の対象外である薬剤の費用償還を組み入れた選択タリフを提供することができる。このような薬剤としては、ホメオパシー治療のための薬剤などが該当する(注2)。これを選択した被保険者は疾病金庫に対して追加保険料を支払わなければならない。</p>

(注1) 例えば、疾病管理プログラムでは、プログラムに参加する被保険者に対して、検診の定期的な受診や患者教育への参加などが義務付けられる。

(注2) ホメオパシー(Homöopathie)とは、通常の科学的治療とは異なり、患者の自然治癒力を活性化させる治療法であり、そのために植物の抽出物などが用いられる。

公平な競争の前提条件を作り出すものである。この競争においては、最近まで、より多くの被保険者を獲得するために各疾病金庫が行う努力の対象は、加入する被保険者に適用される保険料率の水準を抑えることが中心となっていた。提供する給付の質の向上などが十分に追及されなかった理由は、各疾病金庫の行う給付の内容などが疾病金庫の連合会と医療供給者の団体との間で一律に定められてきたためである。このため、個別の疾病金庫が医療供給者と協力してより高い質の医療供給の実現に努力し、他の疾病金庫との差別化を図る余地は存在しなかった。

このような状態を改善するため、最近の医療制度改革においては様々な取組みが行われてきた。すなわち、疾病金庫間の競争の対象が、保険料率にとどまらず、給付の内容や質にまで及ぶよう、個別の疾病金庫が開業医、病院などの医療供給者側と協力し、新たな診療プロセスや給付形態を開発し、実施することにより、被保険者のニーズにより適合した給付の提供を確保することが可能となる制度的な枠組みの整備が進められてきた。

さらに、2007年に制定された公的医療保険競争強化法⁴⁰⁾による改革では、疾病金庫が被

40) GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.3.2007 BGBl. I S. 378.

保険者に対して通常の給付範囲と保険料の組合せに替わって「より高い給付とより高い保険料」、「より低い給付とより低い保険料」のような組合せである選択タリフ (Wahltarif) を提供する制度の拡充が行われた。これにより、各疾

病金庫は被保険者に対して表4のような広範な選択タリフを提供することが可能となった。このことは、疾病金庫間の競争の対象が、被保険者に対するより魅力的な選択タリフの提供にも拡大したことを意味している。

Ⅶ. 民間医療保険への公的関与の強化

保険会社と被保険者との間の契約に基づく民間医療保険に対しては、従来から、その適正な運営を確保するため、法律による規制が行われている。この規制は、民間医療保険との契約締結義務の導入に伴い、強化された。

Ⅶ-1. 民間医療保険に対する規制

民間医療保険の被保険者を保護するための一般的な手段は保険監督法⁴¹⁾により定められている。同法に基づき、保険会社は営業を開始するために監督官署の許可を受けなければならない(第5条)。営業許可は、株式会社、相互保険協会及び公法上の法人・組織にしか与えられない(第7条)。保険会社は、営業全体について監督官署による法的及び財政的な監督を受け(第81条)、資本構成や投資に関するルールに従わなければならない(第53c条など)。

このような一般的な規定に加えて、代替医療保険に関しては、私的自治の原則を逸脱するような法的規定も存在する。すなわち、保険監督法においては、保険料の算定ルールが定められ(第12条)、適切な保険料の変更を担保するため、保険料の変更には保険会社から独立した専門家である受託者 (Treuhänder) による同意が必要とされている(第12b条)。また、同法は、給付費用は年齢とともに増加することを前提に、後半生の負担の増加に備えるため、全ての

被保険者に関して高齢化引当金を積み立てることを保険会社に義務付けている(第12a条)。

同様に、保険契約法⁴²⁾にも次のような特別の規定が設けられている。代替医療保険は原則として終身保険である(第195条)。契約において給付を受けるために必要な加入期間(待機期間)が定められる場合には、待機期間は3か月を超えてはならない(第197条)。保険者は、被保険者の子が誕生した場合には、リスク加算や待機期間なしにその子を保険に加入させなければならない(第198条)。被保険者は毎年の終わりに契約を解除する権利を有する(第205条)。保険者による代替医療保険の解約は認められない(第206条)。

このように、公的医療保険を代替する代替医療保険に対しては、被保険者保護の観点からより厳格な規制が行われている。

Ⅶ-2. 公的医療保険競争強化法による改正

キリスト教民主・社会同盟 (CDU/CSU) 及び社会民主党 (SPD) による大連立政権の下で2007年に制定された公的医療保険競争強化法においては、代替医療保険に関する改正が重要な柱の一つとなった。代替医療保険の今後の在り方は、大連立政権を構成する両者の間で政治的に最も対立的なテーマとなっていた。CDU/CSUは代替医療保険を将来においても維持し

41) Versicherungsaufsichtsgesetz vom 17.12.1992, BGBl. I S. 2.

42) Versicherungsvertragsgesetz vom 23.11.2007, BGBl. I S. 2631.

たいと考えていた。これに対して、SPDは、前述の国民保険を導入することにより民間医療保険の役割を付加医療保険に限定するか、あるいは、代替医療保険の被保険者にも公的医療保険の被保険者と同様のルールに従い収入に応じた保険料を負担させることを企図していた。このような状況の下で、将来の代替医療保険の在り方を巡っては、最終段階まで対立的な議論が繰り広げられた。

このため、制定された公的医療保険競争強化法による改革は両政党の考え方を部分的に反映した内容となった。この改革により、代替医療保険の契約締結義務が導入され、全ての者が公的医療保険又は代替医療保険に加入することになったことは、SPDが主張する全ての者を対象とした国民保険の実現に向けた第1歩と解釈することができる。しかし、公的医療保険をベースとした統一的なシステムの実現は見送られ、公的医療保険と代替医療保険により構成される医療保障システムが維持された点ではCDU/CSUの主張に沿った改革ともいえる。

このほかにも、この改革では、民間医療保険における被保険者の選択権及び移動の可能性を拡大するために、基本タリフに基づく保険の導入や高齢化引当金のポータビリティを高めるための改正が行われた。

Ⅶ-2-1. 民間医療保険契約の締結義務

2009年1月以降、ドイツに居住する全ての者には、保険契約法に基づき保険会社と医療保険に関する契約を締結することが義務づけられた(第193条)。ただし、公的医療保険に加入している者などはこの義務が免除される。これは、全ての者が公的医療保険又は民間医療保険のいずれかに加入することを意味する。契約締結義務の対象となる民間医療保険は少なくとも外来及び入院による治療費用の償還を行わなければならない⁴³⁾。また、その免責額が1暦年当たり5,000ユーロを超えてはならない⁴³⁾。さらに、

被保険者に安定的な医療保障を行う観点から、保険会社側からこの民間医療保険に関する契約を解除することは認められない。

従来、民間医療保険契約の締結義務は設けられていなかったが、公的医療保険の被保険者になっていない者の大半は代替医療保険に加入しており、いずれの医療保険にも加入していない者は20万人以下にとどまっていた(Orlowski, Wasem, 2007: 9-10)。このため、この契約締結義務の導入は、医療保険による保障を受ける者の範囲に量的には大きな変化をもたらすものではなかった。

ドイツの公的医療保険は、創設以来120年以上にわたって「社会的保護の必要性(Soziale Schutzbedürftigkeit)」が認められる者だけをその対象にするとの考え方を取っている。その背景には、個人が自ら将来に備えることへの国家的な介入は、自らの経済的・社会的状況のためにその個人にとって過大な要求となりうる場合にのみ正当化されるという補完原則(Subsidiaritätsprinzip)の考え方がある。このため、「社会的保護の必要性」が認められる者のみが公的医療保険の対象とされ、それ以外の者については、疾病のリスクに対して自ら備えることができるものとされる。ただし、どのような方法をもって自ら備えるかは、従来、各人の判断に委ねられてきた。これに対して、民間医療保険契約の締結義務が導入されたことは、その方法が民間医療保険に加入することとされたことを意味している

Ⅶ-2-2. 基本タリフの導入

前記改正により、公的医療保険への加入義務がなく、公的医療保険の任意被保険者にも、民間医療保険の被保険者にもなっていない者は、民間医療保険契約を締結しなければならなくなった。これに伴い、このような者が、通常の代替医療保険に加えて、給付の種類、範囲及び水準が公的医療保険と同等の基本タリフ

43) 2007年3月までに締結された民間医療保険契約はこの条件を満たしているものとみなされる。

(Basistarif)に基づく保険の契約を締結することを可能にするための改正が行われた⁴⁴⁾。

具体的には、まず、代替医療保険を運営する保険会社は、2009年以降、基本タリフに基づく保険を提供することが義務づけられた（保険監督法第12条）。また、被保険者となりうる者から申請があった場合、保険会社はその者と基本タリフに基づく保険契約を締結することが義務づけられた。基本タリフに基づく保険の場合には、給付の種類、範囲及び水準は、法律に定められた基準に基づき、民間医療保険連盟により決定される。免責額としては300、600、900及び1,200ユーロの選択肢が用意される。保険料は共通の算定基礎に基づき全ての保険会社に関して統一的に算定される。ただし、保険料は公的医療保険の最高保険料額を超えてはならない。また、特別にリスクの高い者に保険料のリスク加算を求めることや給付の除外を求めることは認められない。これに対して、基本タリフに基づく保険では、個々の被保険者の「リスクに応じた保険料」の考え方が貫徹しない。その結果、基本タリフに基づく保険に加入する者のリスクの違いが各保険会社に異なる財政的な影響を及ぼすことになる。このため、基本タリフに基づく保険に関して、保険会社間でのリスク調整が行われる。

Ⅶ-2-3. 高齢化引当金のポータビリティ

保険会社と被保険者の間で締結された契約においては、被保険者による契約解除の場合、被保険者が高齢化引当金の払い戻しや新たに加入する保険会社への移管を求める権利は認められないと定められていた。これに対して、被保険者が他の保険会社に移動し、あるいは、その者に公的医療保険への加入義務が生じた場合には、当該被保険者に係る高齢化引当金はそれま

で加入していた代替医療保険に残されることになった。

このような移動に伴い従来の保険に残される高齢化引当金が生じることは、保険料率設定の段階から解約確率（Stornowahrscheinlichkeit）として考慮されており、その分だけ保険料が低くなっている。しかしながら、被保険者が移動する場合には高齢化引当金がこのように取り扱われるため、一定年齢以上の被保険者は、他の保険会社に移ることにより相当の損失を余儀なくされてきた。高齢化引当金が持ち運べないために、高齢の被保険者が新たな保険会社に移る場合には保険料が相当に高くなってしまいうからである。このため、長期間継続して加入し、年齢が高い被保険者ほど、保険会社を変更することは経済的に不利であり、実際には例外的にしか行われなかった。このことは、被保険者による選択の自由の妨げとなり、保険会社間の競争を阻害するとして非難されてきた。

これに対応して、被保険者が同じ保険会社の別のタリフに基づく保険に移る場合に限り、積み立てられた高齢化引当金を新たな保険に算入することが認められていた。さらに、公的医療保険競争強化法による改正では、別の保険会社へも一定額の高齢化積立金を伴って移動することが認められた。この額は、当該被保険者が当初から基本タリフに基づく保険の被保険者であったとするならば生じたであろう高齢化引当金に相当する額とされた⁴⁵⁾。

Ⅶ-2-4. 憲法異議

公的医療保険競争強化法によるこれらの改正に対しては、保険会社及び民間保険の被保険者からこの法律の規定が基本権、特に職業選択の自由及び結社の自由⁴⁶⁾を侵害するとして連邦憲法裁判所に憲法異議が申し立てられた。しか

44) このほかに、新たに任意被保険者となってから6か月以内の者、官吏などで補完的な保険が必要な者、2009年1月1日以降に保険会社と民間医療保険の契約を締結した者などが基本タリフに基づく保険に加入することができる。

45) この規定は、2009年1月1日以降新たに締結された契約には制限なく適用されている。しかし、それ以前に締結された保険契約の場合には2009年の上半期に限り適用された。

46) 基本法第9条第1項は、「全てのドイツ人は、社団及び団体を結成する権利を有する」と規定している。