

# 民間保険から見たドイツの健康保険システムの特徴

## —公的保険者が競争し民間保険が公的保険を補完し代替するシステム—

### 目 次

- |                                   |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| I. はじめに                           | IV. 公的保険を代替する民間保険者の事業形態       |
| II. 健康保険システムの概要と健康保険者・<br>制度改革の沿革 | V. 健康保険システムの特徴と民間健康保険者<br>の役割 |
| III. 民間健康保険市場の現状                  |                               |

ファカルティフェロー 小林 篤

### 要 約

#### I. はじめに

多くの先進国では、多様なニーズに対応する民間健康保険が公的健康保険制度を補完することが多い。ドイツは社会保険発祥の国で日本の社会保険の先例であるとの理解から、早くから国民全員が加入する皆保険が実現し、民間保険は公的保険の補完であるに違いないと即断しやすい。しかし、実態は違っている。最近まで全国民が健康保険に加入する義務がなく、国民皆保険ではなかった。ドイツの健康保険システムは、公的保険者が競争し民間保険が公的保険を補完し代替するという他に例が少ないシステムとなっている。ドイツ独特の健康保険システムの特徴を、保険市場で競争をしている民間保険事業者の視点から理解する。

#### II. 健康保険システムの概要と健康保険者・制度改革の沿革

ドイツの健康保険システムでは、異なる原理で運営される健康保険システムが複雑な形で二つ並立している。一つは、主として加入義務がある被用者を対象とする法定健康保険システムであり、もう一つは任意加入の民間健康保険システムである。法定健康保険システムは、ドイツでは社会保険とされているが、日本と異なり政府が運営することではなく、当事者自治の原則に基づき被用者と雇用主が保険料を負担する「疾病金庫」と呼ばれる保険者と、医療サービス提供側の医師等の専門職業団体とが協議をして運営するコーポラティブな方法が採用されている。社会保険と観念されている法定健康保険には、国民全員が加入する義務はなく、被用者等が加入する義務がある一方、被用者以外の者も一定の条件の下で任意に加入することができる。被用者のうち、報酬が高い者には法定健康保険に代替する民間健康保険に加入する選択肢もある。また、法定健康保険の加入者は、法定健康保険を補完する民間健康保険を利用することもできる。法定健康保険の保険者である、疾病金庫は、中世に遡る古い歴史があり、社会保険発祥の頃には、強制加入の疾病金庫、任意加入の疾病金庫の両方が存在し、金庫の任意設立や金庫選択の自由を認められていたという経緯から、このような複雑な仕組みとなった。

#### III. 民間健康保険市場の現状

ドイツでは民間健康保険者と公的医療保険である法定健康保険システムの保険者である疾病金庫との競合があり、公的保険者が実質上民間健康保険市場のプレーヤーとなっている点が特徴的である。1990年代から競争促進的政策が導入され保険加入者の選択肢が拡大した結果、多くの保険加入者は疾病金庫間を移動した。さらに、疾病金庫と民間健康保険者の間も多く移動した。

#### IV. 公的保険を代替する民間保険者の事業形態

民間健康保険者は、民間健康保険者以外に疾病金庫との競合もあり、その競争条件は、制度改革における政治的妥協によって大きく左右される。また、民間健康保険が社会保険を代替する方法は、加入したら加入者が脱退しない限り終身補償を提供するために特異な事業形態を取っており、その事業特性に応じた事業リスクマネジメントが行われている。

#### V. 健康保険システムの特徴と民間健康保険者の役割

最大の特徴は、公的健康保険を代替する民間健康保険の存在であるが、健康保険システムを主導する原理が単純ではなくそれぞれ矛盾し相克しており、政治的信条の衝突妥協のなかで制度改革が重ねられた結果形成された複雑な仕組みも特徴である。さらに、法定健康保険システムの保険者である疾病金庫同士が競争し、民間健康保険者の間でも、疾病金庫と民間健康保険者も競争する競争重視も特徴である。ドイツの民間健康保険者の役割として、公的な制度の補完と代替があるが、代替保険は、公的健康保険に代わる以上に医療サービスの優遇措置を求めるニーズに答えている。

## I. はじめに

### 1. ドイツの健康保険システムに関する印象と実態

多くの先進国では、公的健康保険制度などにより公的医療保障制度が充実し、多様なニーズに対応する民間健康保険が公的制度を補完することが多い。ドイツは社会保険の発祥であり日本の社会保険の先例であるとの理解から、早くから国民全員が加入する皆保険が実現し、民間保険は公的保険の補完であるに違いないと即断しやすい。しかし、実態はそうではない。

国民全員が加入する「国民皆保険」が実現したのは 2009 年に実施された制度改革によってであり、それまでは、健康保険に加入する必要がない者が多く存在し、公的保険に加入できない者も発生した。また、ドイツの民間健康保険には、公的保険を補完する商品もあるが、公的保険を代替し公的保険にない補償も提供する代替保険の商品もある。このように、健康保険システムに関して、印象と実態には大きな乖離がある。

### 2. 公的保険と民間保険の二つのシステムの併存と公的保険者の競争

医療・介護を含む広義のヘルスケアに関するシステムは、ヘルスケアサービスを提供するヘルスケアサービス提供システムと、ヘルスケアサービス提供に対してファイナンスを付けるヘルスケア・ファイナンスシステムの二つのサブシステムから成り立っている。

ヘルスケアサービス提供に対してファイナンスを付ける方法として、古くから行われてきた利用者が自己負担する方法、税金を財源とする方法、および保険を利用する方法等がある。健康保険システムは、ヘルスケア・ファイナンスシステムの一部に位置づけられる。健康保険システムは、公的保険者が社会保険として実施する場合と、民間保険者が私的保険として実施する場合とがある。日本の場合、被用者は就業先の健康保険組合等に参加し、被用者以外の自営業者等はその居住する市町村の国民健康保険に参加するのが通例となっており、公的保険者を選択することは考えられない。ドイツにおいては、加入者は公的保険者を選択することができる。公的健康保険システムに競争市場が存在し、加入者は任意に選択することができ、公的保険者は、競争しているのである。

加えて、上述のように民間健康保険者が公的健康保険を代替する保険商品も販売しており、その保険を購入し、公的保険に加入しない者も存在している。公的保険と民間保険とを選択できるシステムとなっている。

### 3. 代替という特徴があるドイツの民間健康保険

ドイツの民間健康保険では、他の多くの国々と同じように、公的健康保険の加入者も対象にする、任意加入の補完的な健康保険がある。公的保険を代替する民間健康保険は、単に公的健康保険を代替するだけでなく、公的保険にない補完的な補償も加えて提供している。従って、ドイツの民間健康保険者は、公的健康保険と同等の内容の補償をし、さらに補完的補償も加えた代替保険と、公的健康保険を補完する補完的健康保険の 2 種類を販売している。

補完的健康保険は民間健康保険者の主力商品とはなっていない。ドイツで保険事業を監督する連邦金融監督庁（Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht、以下 BaFin という。）は、この代替

保険に約 9 百万人が加入し、民間健康保険者の保険料収入の 73%を占めており、民間健康保険者の最も重要な事業であり続けていると述べている<sup>1</sup>。この代替的な健康保険が、長らく大規模に実施されているのが、ドイツの健康保険システムの大きな特徴である。

公的健康保険を補完する保険は、付加保険（独 *Zusatzversicherungen*: 英 *Additional insurances*）<sup>2</sup> と呼ばれる。公的健康保険に対して代替的（*substitutive*）な健康保険は、完全保険（*Krankheitsvollversicherung*: *Comprehensive healthcare insurance*）と呼ばれる。その日本語表記はいくつかあるが、本稿では、前者を「部分医療保険」、後者を「完全医療保険」と表記する<sup>3</sup>。

#### 4. 本稿の問題設定と構成

ドイツの健康保険システムは、公的保険者が競争し民間保険が公的保険を補完し代替するという他に例が少ないシステムとなっているのが特徴である。

この特徴は、ある時点で制度を設計してできたのではなく、その時代の課題を解決すべく取り組んだ長い歴史的展開を辿った末にできあがったものである。従って、本稿では沿革に着目して、その実態を理解することにする。

また、公的保険者の競争という興味深い特徴もある。任意加入の保険市場で事業展開をしている民間保険事業者の経験は、公的保険者の競争と健康保険システムの特徴を理解するのに有用であると考えられる。本稿で取り上げる問題は、民間保険事業の観点から、ドイツの健康保険システムの特徴を理解し、そのなかでドイツの民間健康保険が果たしている役割を検討することとする。

なお、2015 年 6 月にドイツにおいて民間健康保険者、再保険者、販売事業者などに聞き取り調査を行った。本稿では、この聞き取り調査の情報も使用している。

本稿の構成は、次のとおりである。

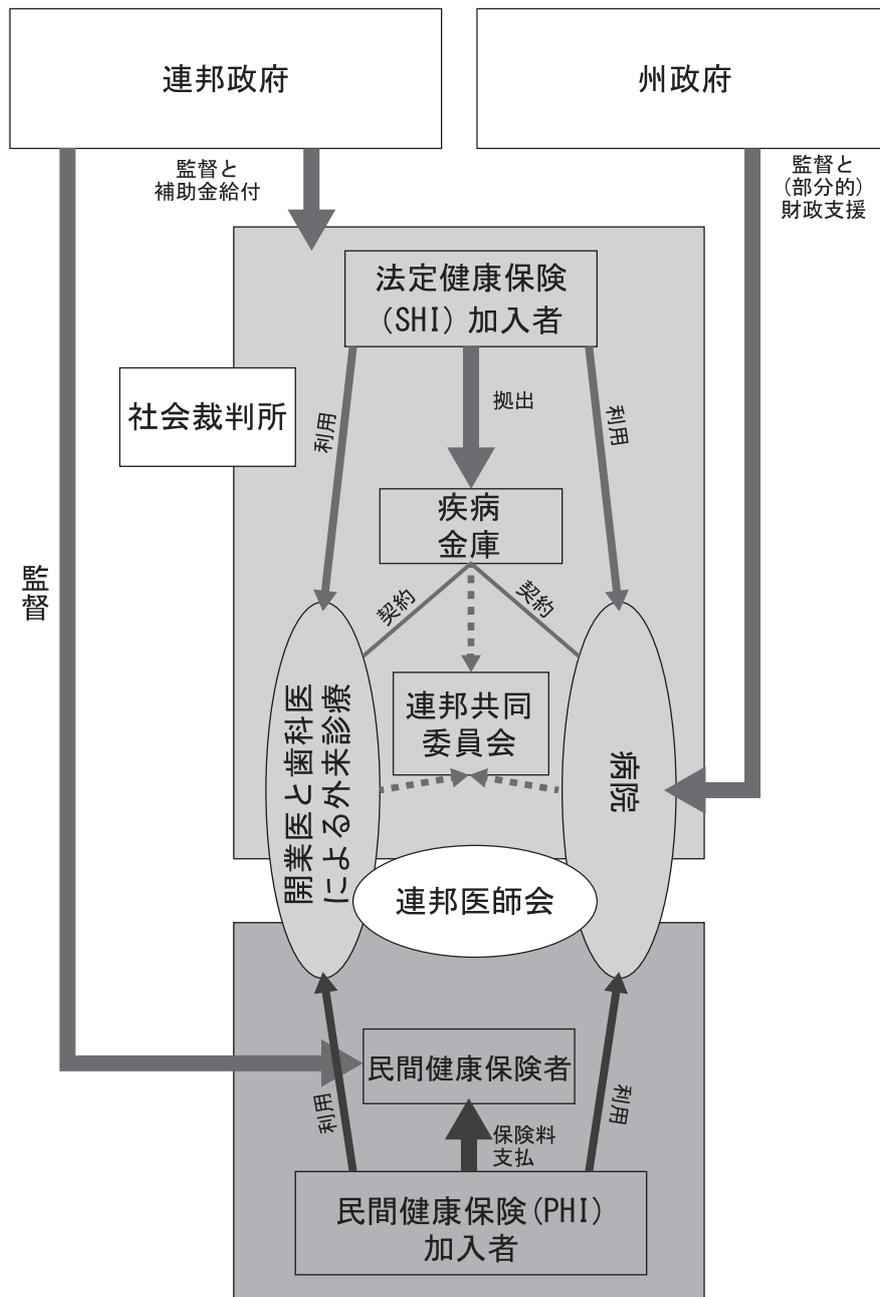
第Ⅱ章健康保険システムの概要と健康保険者・制度改革の沿革では、健康保険システムの概要を整理し、健康保険者・制度改革の沿革を、その時期の取り組むべき課題と解決策という観点から取り上げる。第Ⅲ章民間健康保険市場の現状では、長い沿革を経て成立した民間健康保険市場を、その当事者、ニーズ等などを取り上げて概観する。第Ⅳ章公的保険を代替する民間保険者の事業形態では、特異な事業環境とその環境に適合する事業方法、近年の保険事業リスクを制御する保険規制への対応などを取り上げて、事業形態の特徴を検討する。第Ⅴ章健康保険システムの特徴と民間健康保険者の役割では、第Ⅳ章までの記述を踏まえて健康保険システムの特徴と民間健康保険者の役割を整理する。

<sup>1</sup> Federal Financial Supervisory Authority (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – BaFin), “*Annual Report 2013*”, 2014, p.145.

<sup>2</sup> 以下、独語と英語の表記を併記する場合には、独語：英語で示す。

<sup>3</sup> 川端 勇樹「ドイツ民間医療保険市場の動向—公的医療保険との関連と民間医療保険業界の展開—」（損保ジャパン総研クォーターリー, Vol.50, 2008 年 8 月）における表記を踏襲した。

《図表 1》SHI システムと PHI システム関係と当事者



(出典) Reinhard Busse et al, "Germany: Health system review", Health Systems in Transition, Vol.16 No.2, 2014,

## II. 健康保険システムの概要と健康保険者・制度改革の沿革

### 1. 健康保険システムの概要

#### (1) 二つの健康保険システムの並立

多くの先進国では、ヘルスケア・ファイナンスシステムに公的システムと私的システムの両方があり、公私分担論として議論されている。ドイツの健康保険システムでは、公私二つの健康保険システムが並

立している（《図表 1》）と主張されている<sup>4</sup>。一つは、法定健康保険<sup>5</sup>（Gesetzliche Krankenversicherung：Statutory Health Insurance (SHI)）システム（以下 SHI システムという）であり、もう一つは民間健康保険（Private Krankenversicherung：Private Health Insurance (PHI)）システム（以下 PHI システムという）である。この二つのシステムの並立関係は複雑であり、理解は容易ではない。

SHI システムでは、主として加入義務がある被用者を対象とし、加入者の疾病リスクの程度とは無関係に公的保険者に拠出する。PHI システムでは、従来は法定健康保険の加入義務がないまたは加入義務を免除された者が任意に加入し、加入者のリスクに応じた保険料を支払ってきた。

法定健康保険は、ドイツの社会保険システムの 5 部門の一つであり、SHI システムの基本原理は、連帯（solidarity）、金銭ではなく医療サービスの現物を給付する（benefits-in-kind）、雇用主と被用者の平等負担（equal financing by employees and employers）、自己統治（self-administration）および保険者の分立（plurality）であるという<sup>6</sup>。法定健康保険は、例えば連帯の原理がない民間健康保険とは異なる原理で運営されている社会保険であると観念されている。それぞれの健康保険システムは、原則的に異なる対象者に異なる原理で運営されていることは、並立しているとの主張の一つの根拠である。

## （２）健康保険システムの当事者と意思決定方法

《図表 1》は、健康保険システムの当事者を示している。健康保険システムの主たる当事者は、保険加入者と保険者である。SHI システムでは、保険加入者である法定健康保険加入者と保険者である疾病金庫（Krankenkassen：Sickness Fund）であり、PHI システムでは民間健康保険加入者と民間健康保険者である。

SHI システムでは、多数の分立する保険者は、ドイツ社会保険の基本原理である自己統治によって運営されるはずであるが、実際には多くの関与者がいるし、コーポラティブな運営がなされている。

開業医・歯科医と病院などのヘルスケアプロバイダーも、当然健康保険システムに深く関与している。ドイツでは、開業医・歯科医による外来診療と病院での診療（入院治療・病院専門医による診療）は明確に区分されていることを、《図表 1》の両側に病院と外来診療を配置することで示している。疾病金庫は法定健康保険加入者が、現金支払いをしないで診療サービスを利用できる「現物給付」を実現するために、開業医・歯科医や病院と予め契約をしておく。民間健康保険者は、原則として保険加入者が現金で支払った金額をもとに償還<sup>7</sup>する。このように、開業医・歯科医と病院などのヘルスケアプロバイダーも、当然健康保険システムの当事者になる。

<sup>4</sup> Reinhard Busse et al, “Germany: Health system review”, Health Systems in Transition, Vol.16 No.2, 2014.p. xxvii, Erich Schneider, “The Main Features of German Private Health Insurance”, at 27th International Congress of Actuaries, Health Seminar, March 19, 2002 (visited Sep.1, 2015)

<[http://www.actuaries.org/EVENTS/Congresses/Cancun/health\\_subject/health\\_16\\_schneider.pdf](http://www.actuaries.org/EVENTS/Congresses/Cancun/health_subject/health_16_schneider.pdf)>

<sup>5</sup> 法定健康保険は、法定医療保険との邦訳もあるが、一般的には公的医療保険と呼称されている。本稿では、英語を直訳した法定健康保険を用いる。

<sup>6</sup> ドイツ社会保険（deutsche-sozialversicherung）のホームページ（visited Sep. 3, 2015）

<<http://www.deutsche-sozialversicherung.de/en/health/history.html>>.

<sup>7</sup> 一般的な「償還」の用法は、国債を償還する redeem a government bond、手付金が償還される The deposit is refunded などであるが、ヘルスケア分野では reimburse の訳語として償還を当てるのが一般的である。reimburse の意味は、仕事等のために使ったお金を払い戻すということである。例えば、We will reimburse you for any expenses incurred 我々は掛かった費用を償還します等である。保険加入者がヘルスケアサービスを受けて支払った費用を健康保険者が支払うときも、病院等のヘルスケアプロバイダーが患者の治療のために掛けた費用を健康保険者が支払うときも、reimburse 償還すると表現する。

また、ドイツの健康保険システムでは、有力な当事者として連邦政府と州政府が、監督および財政的支援を通して大きく関与している。さらに、社会裁判所は、健康保険システムにおける紛争への判断により既に実際に運営されている制度運営の方法を変更させることがある。

ヘルスケアプロバイダーは、古くから専門職団体を組成している。保険者側も団体を古くから組成している。その専門職団体を SHI システムの運営に関する方針・意思決定に参加させるコーポラティズム的方法が実施されている点が、ドイツの特徴である。その意思決定のメカニズムは、次のように説明されている<sup>8</sup>。保険者側と開業医・歯科医、病院等のヘルスケアプロバイダー側の双方には、強制参加を伴う会員制組織で自主規制 (self-regulated) を行う、いわゆるコーポラティブ団体が組織されており、連邦政府と州政府は、これらの組織と意思決定の権能を共有している。例えば、SHI システムでの診療を担当することを認定された医師は、保険医 (Kassenärztliche Vereinigungen) として、それぞれの地区の団体に所属する義務を負い、その団体は民主的選挙で運営幹部を選出する。SHI システムでは、疾病金庫の団体、法定健康保険の外来診療を行う保険医等、および病院代表者等で構成する連邦共同委員会 (Gemeinsamer Bundesausschuss : Federal Joint Committee) が最も重要な役割を果たしており、保険給付の具体的内容、価格および基準を連邦レベルで定めている。この連邦レベルの決定を受けて、地域毎のコーポラティブ団体である、保険者側団体とヘルスケアプロバイダーの団体側との交渉が行われる。

PHI システムと SHI システムとは複雑な形で並立している。SHI システムで外来診療を行う開業医・歯科医と病院とが、コーポラティズム的方法で決めた内容に準拠して運営される。また、連邦医師会は、PHI システムと SHI システムの両方に大きな影響力を持つ仕組みもあり、PHI システムは、SHI システムとは切り離されておらず、共通のインフラストラクチャの上で運営されている。民間健康保険システムには、公的医療保障システムとは別枠のインフラストラクチャの上で運営されている例もある。例えば、民間医療保険は、保険加入者が特定の民間医療機関のヘルスケアプロバイダーから受ける医療サービスのみを保険給付の対象にしている健康保険システムなどがその例である。ドイツの PHI システムは、このような例とは異なり、公的医療保障システムとは切り離された、別のヘルスケアプロバイダーを基盤として運営されていない。

### (3) 資金フロー

《図表 2》は、SHI システムと PHI システムの主たる資金フローを示している。SHI システムの資金フローは実線で、PHI システムの資金フローは破線で示している。

PHI システムの主たる資金フローは、民間健康保険者に関わる外側の資金フローである。保険加入者は、任意に加入し加入者の疾病リスクの程度に応じた保険料 (すなわち、病気になる確率が高い者には高い保険料、低い確率の加入者には低い保険料) を支払う。保険給付は、診療等を受けて自分でその費用を支払い、その後保険者に請求して支払を受ける償還方式が原則である (一部、健康保険者から医師・病院等のヘルスケアプロバイダーに直接支払うこともある)。なお、図表には PHI システムにおけるヘルスケアプロバイダーは表示されていない。

<sup>8</sup> Reinhard Busse et al, "Germany: Health system review", Health Systems in Transition, Vol.16 No.2, 2014, p. xxiv, p.17.



り、予定通り保険給付を行うことができるというメカニズムがある。ドイツのSHIシステムでは、このメカニズムは存在しない。SHIシステムでは、保険者である疾病金庫に保険契約引受義務が課される一方<sup>9</sup>、保険加入者が疾病金庫を選択でき、かつ疾病リスクの程度を反映しない一律の保険料率となっている。このため、保険料の収入総額が保険給付の支払総額を下回ることが起き、また一律の保険料率水準より高い疾病リスクの保険加入者集団の保険者と、一律の保険料率水準より低い疾病リスクの保険加入者集団の保険者とが生じることになる。疾病金庫には危険選択が行われていないため生じる、この不均衡の問題に対処するために、リスク構造調整の措置が実施されている。リスク構造調整は、健康基金（Gesundheitsfonds：Central Reallocation Pool）<sup>10</sup>が実施している。疾病金庫が集めた保険料は、一旦健康基金にプールされる。プールされるのは、保険料だけでなく、連邦政府等からの補助金も含まれる。健康基金は、プールされた資金を、それぞれの疾病金庫の保険加入者集団のリスク構造調整（集団の年齢、疾病罹患状況などの指標をもとに、配分する資金を決める）に基づいて、それぞれの疾病金庫に配分している。

この方式では、疾病金庫は収入と支出の両方を均衡させることを自己で決定できず、社会保険システムの原理とされる自己統治と整合的か疑問が生じることになる。疾病金庫は、加入者からの保険料収入のみで収支を均衡させるために、頻繁に保険料水準を変更し、その結果疾病金庫間の保険料率に相当の差違が生じることがあった。保険料を変更して財政的独立を維持することは、当事者自治（Selbstverwaltung）の原則に基づくものであるが<sup>11</sup>、その原則と実態に乖離が生じている状況になっている。

医師・病院等のヘルスケアプロバイダーに対する支払は、予め取り決めをした支払基準に基づき実施される。ドイツのシステムの特徴として、医師会等の専門職能団体を經由してその団体の会員への支払がなされる点がある。なお、《図表2》で保険医と表記しているのは、概ね開業医に相当する。

患者への保険給付は、病気の治療等に必要なサービスを現物給付して行うことが一般的である。一部金銭給付も実施されている。傷病手当金（子供の世話のための休業の場合も含む）や出産手当金などである。現物給付される病気の治療に必要なサービスには、入院療養、外来診療、処方箋薬などがある。

また、《図表2》の保険加入者には、民間健康保険に任意加入する者と疾病金庫に強制加入する者・任意加入する者を含んでいる。疾病金庫に加入する者には、強制被保険者（Pflichtversicherte）、任意被保険者（Freiwillig Versicherte）、家族被保険者（Familierversicherte）の三種類がある。強制被保険者は、年間労働報酬が一定額を超えない、全ての労働者（ブルーカラー）と職員（ホワイトカラー）である。芸術家、著述業等の一部の自営業者も含まれる。また、年金受給者も強制被保険者になる（現役時代の疾病金庫に引き続き加入する）。年間労働報酬が一定額を超えた者であっても、一定の条件を満たせば任意被保険者になることができる。強制被保険者と任意被保険者の配偶者と子供は、収入が一定額以下の場合の場合は、家族被保険者となる。

また、SHIシステムにおけるこれらの内容は、社会法典（Sozialgesetzbuch: Social Code Book）と呼

<sup>9</sup> 保険契約引受義務（Kontrahierungszwang）が法定されている（松本勝明「ドイツ社会保障論－医療保険－」（2003年）p.3）。

<sup>10</sup> Gesundheitsfondsは、医療基金と訳される場合もある。なお、本稿の英文表記は、Reinhard Busse et al, “Germany: Health system review”, Health Systems in Transition, Vol.16 No.2, 2014, p. xxv に準拠した。この表記はその活動内容を明確に示している。

<sup>11</sup> 土田武史「ドイツの医療保険における「連帯と自己責任」の変容」（早稲田商学第428号、2011年3月）p. 564.

ばれる法令の一部で規定されている。なお、現物給付されるサービスのなかには、法令に基づいて法定給付となったものの他に、社会裁判所の判決に基づくものもある。

## 2. 健康保険者の沿革

### (1) 中世以来の互助的共済組合組織に由来する健康保険者

現在のドイツにおける健康保険システムおよび健康保険者は中世の時代に遡る。中世以降、互助的な共済組合組織である共済金庫（Unterstützungskasse）が、同業組合、職業別に組織され発展していった。商人、手工業者、職人、鉱夫、工場労働者などによって作られた様々な共済金庫が、疾病、障害、老齢、貧困、死亡などに対して幅広い救済活動を行ってきた<sup>12</sup>。ドイツやオランダの疾病金庫<sup>13</sup>は、中世の都市国家において経済・社会・政治的生活に重要な役割を果たしたギルドに遡るが、18世紀末から19世紀初頭に社会保険制度が導入され、廃止された<sup>14</sup>。次に述べるビスマルクが主導する社会保険制度の発足前には公的制度は存在していなかった。互助的な共済組合組織である共済金庫が健康保険的給付を行う事業は、今日の民間健康保険に類似する存在と考えることができる。

### (2) ビスマルク期の経緯

ドイツでは19世紀に社会保険制度の原型的な立法がなされ、その成立に深く関与し主導したオットー・フォン・ビスマルクの名前を取ってビスマルク社会保険立法と呼ばれることがある。

1871年プロイセンの指揮下に25の諸国を包括する世襲君主国としてドイツ帝国が成立し、ビスマルクは、連邦諸国中最大のプロイセンの首相兼ドイツ帝国宰相に就任した。1883年に帝国議会は「労働者の医療保険に関する法律（Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter）」を可決し、労働者が強制加入する保険制度が導入された。

保険者は、それまで活動していた共済組合組織である共済金庫を疾病金庫という公的法人として社会保険制度に組み込んだ。ビスマルク社会保険立法で、当事者自治（Selbstverwaltung）の原理が導入された。健康保険事業は、疾病金庫が自己の責任において実施するものとされ、国家は適法性審査に限定された監督を行う体制であった<sup>15</sup>。この伝統は、今日まで続いている。従って、財源は、国家からの支出はなく保険料とし、保険料負担は、労働者と雇用主が負担した。

また、加入強制の方法も、決まった疾病金庫に加入することを強制するか、疾病金庫に加入することを強制するかのいずれもあった。また、保険加入義務を課された労働者は、加入すべき疾病金庫に不満があれば、自分たちの仲間を募って疾病金庫を設立し、そこに加入することができた。つまり、強制加入の疾病金庫、任意加入の疾病金庫の両方が存在し、金庫の任意設立や金庫選択の自由を認められていた。この時代から加入者の選択は、部分的には存在したのである。

<sup>12</sup> 松本勝明「ドイツ社会保障論－医療保険－」（2003年）p.16.

<sup>13</sup> オランダの疾病金庫は、疾病保険基金 Ziekensfonds といい、その前身は1800年代にあった、慈善団体、医師・薬局、個人が運営する相互扶助的な基金に遡り、その後工業化に伴い疾病に関する、社会保険的基金として発展した（拙稿「オランダの民間健康保険市場と民間健康保険事業－公的健康保険制度の担い手としての民間保険の役割と実態」（損保ジャパン総研レポート Vol. 63、2013年9月）。

<sup>14</sup> K.P. Companje, "Two centuries of solidarity: German, Belgian and Dutch social health care insurance 1770-2008," 2009, p.29.

<sup>15</sup> 倉田聡「医療保険の基本構造－ドイツ疾病保険制度史研究」1997年, p.306.

### (3) 疾病金庫と民間健康保険者

ドイツにおける民間健康保険の開始に関する略史は、次のように説明されている<sup>16</sup>。民間健康保険は、病気になった場合に財政的負担に備えるための保険と考えられた。19世紀末に初めて公的医療保険制度の対象にならない者を対象に、私的契約に基づく保険が民間会社から販売された<sup>17</sup>。その後、民間医療保険者は監督され、組織化された。1901年には、新たに設立された帝国民間保険監督庁 (Kaiserliches Aufsichtsamt für Privatversicherung) が民間保険者の監督を受けるようになった。1903年に帝国民間保険監督庁は、法定健康保険と明確に区分するために、民間医療保険 (Private Krankenversicherung) という用語を初めて公式に使用した。1926年には、それまでの民間健康保険団体を統合した団体である “Verband der Versicherungsanstalten für selbstständige Handwerker und Gewerbetreibende Deutschlands e.V.” がライプチヒに設立された。

1883年の労働者の医療保険に関する法律で、保険者とされた疾病金庫には、地区疾病金庫 (特定の地域を対象とする。ただし、特定の地域には、同じ産業部門・事業で働いている労働者が居住していた。)、企業疾病金庫 (50名以上の強制加入者を雇用する企業が設立する疾病金庫)、同業組合疾病金庫 (同業組合を母体とした疾病金庫。同業組合には強制的な加入と任意の加入とがあった。)、建設疾病金庫 (建設作業のために多数の労働者を雇用する雇用主が設立しなければならない疾病金庫) 等があった。

このほかに、扶助金庫 (Hilfskasse) もあった。民間健康保険者との関係では、扶助金庫は重要な存在である。強制加入の保険加入者でも扶助金庫に加入すれば他の種類の疾病金庫に加入する義務はないとされた。また、強制加入の保険加入者が自分の疾病金庫の給付を補足する目的をもって、追加の給付を受けるために加入することもあり、さらには扶助金庫には公務員や自営業者のような強制加入者でない者が任意加入することもあった<sup>18</sup>。そのため、扶助金庫は、任意加入の受皿的な疾病金庫の役割を果たしたのである。つまり、扶助金庫は、今日の民間健康保険と同様な機能を果たしたのである。この扶助金庫は、後に代替金庫 (Ersatzkasse) <sup>19</sup>に改組された。

このような背景もあって、疾病金庫と民間健康保険者の区別は曖昧で、上述の法定健康保険と明確に区分するために、民間健康保険を明確化する必要が生じたと考えられる。

1900年代以降の流れは、次のように説明されている<sup>20</sup>。民間健康保険の用語の公式使用は、1903年の帝国民間保険監督庁の年次報告が最初とされるが、それでも当時は民間医療保険会社も一般に疾病金庫と呼ばれていた。その後、疾病金庫は、整理統合が進められ、扶助金庫は、代替金庫と相互会社に分かれたが、いずれの監督も連邦民間医療保険監督庁が所管していた。このように代替金庫は公的医療保険と民間医療保険の中間的な存在であって、これが明確に公的医療保険の保険者として位置づけられた

<sup>16</sup> Kaufmann Uwe Bannenber, “Private Krankenversicherung” in E. Nagel (Hrsg.), “Das Gesundheitswesen in Deutschland”, 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, 2013, p.113.

<sup>17</sup> この時期に、強制加入の疾病金庫、任意加入の疾病金庫、および任意加入の民間健康保険者が存在していたことになる。オランダもドイツと同様に三つの部門が併存した経緯がある。1941年にオランダはドイツに占領され、ドイツの指令に従ってドイツ的 disease fund が導入された。疾病基金は、強制加入の社会保険制度であった。保険加入者は、労働者だけではなかった。この社会保険には、任意で加入できたのである (「任意保険 (Voluntary Insurance)」と呼ばれていた)。それ以外の人々は、任意に私的な健康保険を利用した。

<sup>18</sup> 土田武史「ドイツ医療保険制度の成立」1997年, p.222.

<sup>19</sup> 代替金庫とは、任意設立で任意加入の一定水準以上の給付を行う疾病金庫で、例えば特定の企業疾病金庫しか加入できない場合、代替金庫に加入すれば特定の企業疾病金庫への強制加入を免除される。

<sup>20</sup> 田中耕太郎「ドイツの民間医療保険」(健保連海外医療保障 No.9、2013年6月) p.2.

のは近年になってからのことである。

### 3. 制度改革の略史

#### (1) ビスマルク期以降の制度改革

ビスマルク期には、小規模金庫が乱立し、安定した保険給付が実現できないことが懸念される事態になった。このため、財政安定化のための介入がなされた。ただし、当事者自治の原則が一方に存在していた。このため、その範囲を逸脱しないように制度改革は実施された。

ナチス政権下では、社会保険への抑圧と人気取りのための給付拡大策という制度改革がなされた。社会保険の当事者自治的制度は撤廃されたが、他方で 1941 年からは、医療保険が完治までの費用をカバーするようになった<sup>21</sup>。

#### (2) 第二次大戦後の制度改革

ここでは、ヘルスケア・ファイナンスシステムの一部を構成する民間健康保険に影響する制度改革を取り上げる。

第二次大戦後は、経済復興と経済成長を背景にした制度の拡大期、そしてその後医療費増大に対処する医療費抑制期に至る流れがある。しかし、制度改革は、単に財政対策のみを目的に実施されたのではなく、その時々ヘルスケアシステムが直面した諸課題に対処しようとして実施された。

ドイツ連邦共和国労働社会省「図像と記録資料で綴るドイツ社会保障史」2014 年は、医療保障システムの課題について次のように述べている<sup>22</sup>。「1970 年代半ばから、保険給付額が保険料収入額を上回るようになり、保険給付を制限する必要性が出てきた。今日の課題は、社会保険による医療保障制度の財源を確保し、給付サービスの質を向上させ、被保険者の自己責任を強化することである。医療制度の充実と医療の進歩のおかげで、高齢化が進んでいる。従って、システムの効率化と、ニーズ変化に対応したサービス提供が求められている。」ここでは課題の全体像を、医療費抑制期に入ったとの認識に加えて、システムの効率化・品質向上・ニーズに対応するサービスへの転換も課題として捉えている。

以下、拡大期を簡単に概観し、今日に繋がる抑制期の課題と対応策を取り上げる。

拡大期は、経済復興と経済成長の時期であった。経済成長は、SHI システムでは賃金に連動する保険料の増加を、PHI システムでは保険料負担能力の増大をもたらした。この時期の制度改革は、民間健康保険の事業内容に介入するほど影響が大きくなかった。医療供給側のヘルスケアプロバイダーに対して公費助成拡大がなされた。病院の財政は、二元財政方式と呼ばれる方式が導入された。病院の施設整備に公費が投入され、運営費用は病院の収入で賄う方式である。病院の収入の多くは、健康保険からの収入であるので、間接的に健康保険に影響することになった。

その後、1970 年代に生じた医療費の高騰傾向は、医療費の増大による保険料率の上昇として SHI システムと PHI システムに大きなインパクトを与えることになった。

<sup>21</sup> ドイツ連邦共和国労働社会省「図像と記録資料で綴るドイツ社会保障史」2014 年 p.43. (visited Sep.1, 2015) <[http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a202-in-die-zukunft-gedacht-japanisch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a202-in-die-zukunft-gedacht-japanisch.pdf?__blob=publicationFile)>.

<sup>22</sup> 同上 p.71.

1989年施行の医療保険改革法（Gesundheitsreformgesetz, GRG）と1993年施行の医療保険構造法（Gesundheitsstrukturgesetz, GSG）は、大規模かつ構造改革的な取組である。医療保険改革法（GRG）は、保険加入者の自己負担の拡大、給付の縮減、薬剤の定額給付の導入などの費用抑制策を実施し、SHIシステムの疾病金庫の保険料率は低下した。しかし、その状況は長く続かず、また上昇基調となった。このため、医療保険構造法（GSG）が立法され、1993年から施行された。同法では、保険加入者の需要を抑制する対策に加えて医療供給側への改革も実施された。入院診療報酬制度の改定も行われた。従来の出来高払いから包括的な支払方式も一部導入された。この改定では、報酬の種類・点数は連邦レベルで決めるが、一点あたりの単価は州別に決めることになった。このときの大きな改革は、保険加入者の疾病金庫選択の拡大とリスク構造調整である。勤務する企業の企業疾病金庫に加入することになっている一方、代替金庫の加入条件に合致すると代替金庫に加入できる選択肢が従来からあった。1996年からは保険加入者の疾病金庫選択権を拡大し、保険加入者が地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業組合疾病金庫、職員代替金庫<sup>23</sup>、労働者代替金庫の中から、加入する疾病金庫を自由に選択できることとなった。疾病金庫の保険料率は、大きな格差があったので、公平な競争条件を整備するために、リスク構造調整が実施された。これは、標準的な条件よりリスク構造が劣る（保険料率が高い）疾病金庫へ、リスク構造が良好な疾病金庫（保険料率が低い）から財源を移転する措置である。

2005年の総選挙の結果、異なる原則・原理を主張するキリスト教民主・社会同盟（CDU/CSU）と社会民主党（SPD）とが大連立を組むことになった。その影響は、医療保障システム全般に及ぶ、2007年に議会で可決成立した公的医療保険競争強化法（Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, GKV-WSG）の成立・実施として現れた。

公的医療保険競争強化法（GKV-WSG）には、異なる原理・原則の相克と妥協の結果生まれた対策と、費用抑制だけでなくシステムの効率化・品質向上・ニーズに対応するサービスへの転換を目指す政策を見ることができる。

同法に基づき、2009年に制度改革の一つとして実施された、保険加入の義務化と民間健康保険者の保険契約引受義務の導入は、異なる原理・原則の相克と妥協の結果生まれた対応策の一つである。目標は、制度から離脱してしまった、約20万人の無保険者<sup>24</sup>の解消である（ドイツは国民皆保険でないが、SHIシステムかPHIシステムかいずれかにほぼ全国民が加入している）。皆保険を目指す社会民主党（SPD）と自己責任・国家介入の限界があるという補完性原則を理念とするキリスト教民主・社会同盟（CDU/CSU）との妥協の結果、民間健康保険加入の義務化（ただし、SHIシステム加入者等は義務を免除される）と民間健康保険者の保険契約引受義務の導入となった。この措置は、最初に標準タリフ<sup>25</sup>を導入し、次に基本タリフを導入するという、段階を追って実施された。標準タリフでは、保険給付内容は法定され、保険料率は法定健康保険の最高平均保険料率を超えないなどの条件が課されて、民間健康保険事業としては受け入れがたい要素があるが、規模と実施状況からすると他の重要問題ほどではなく、現地聞き取り調査でも民間健康保険業界では特別大きな問題とは受け止めていなかった。

<sup>23</sup> 代替金庫は、労働者と職員で別々に設立されていた。なお、両者は2009年に統合され代替金庫連盟となった。

<sup>24</sup> Reinhard Busse et al, "Germany: Health system review", Health Systems in Transition, Vol.16 No.2, 2014, p.122には、20万人未満の推計値もいくつか紹介されている。137,000人の推計もあり、その人数は当時の人口の0.17%とされている。

<sup>25</sup> タリフ (tariff) とは、関税率、料金表、保険料率表などを示す用語だが、この場合のタリフは、保険加入者に適用される保険給付内容と保険料率をまとめたものという意味に用いられている。

システムの効率化・品質向上・ニーズに対応するサービスへの転換として、SHI システムにおける選択タリフの導入、健康基金・罹病率によるリスク調整などがある。また、リハビリテーションなどの給付の拡大もある。これらの制度改革を盛り込んだ公的医療保険競争強化法（GKV-WSG）の最大の目的は、医療の経済性と質の向上であり、その実現には弱体化してきた疾病金庫間の競争を強める必要がある。そのため、疾病金庫間の競争を「保険料率の競争」から「財政健全性と魅力的なサービス提供の競争」へと誘導しようと政府は考えているとの報告がある<sup>26</sup>。まさに競争強化が中心にある制度改革である。

2007 年から、疾病金庫はいくつかの選択タリフ（Wahltarif）を保険加入者に提供できるようになった。疾病金庫が提供する義務がある選択タリフとして、疾病構造の変化に対応する外来診療と入院診療の連携を実現しようとする「統合的医療」の選択タリフ、報奨金支払・患者負担の軽減がある「家庭医主導の医療」の選択タリフなどがあり、任意に提供できる選択タリフとして、保険加入者が免責金額を大きく設定することによって保険料の軽減・ボーナスの受領をうける「免責タリフ」の選択タリフ、一年間医療サービスの給付を受けなければ保険料の一部が返還される「保険料償還タリフ」の選択タリフなどがある。選択タリフは、保険加入者に多様な保険サービスを提供し、ニーズに呼応する措置である。

選択タリフは、保険加入者の選択の幅を拡大したが、保険料を変更できる程度が小さく、選択タリフで選択できる数・内容も極く限られているなどの制約があるので、大きな効果を期待するのは無理である。また、民間保険事業において、比較的単純かつ画一的な補償内容・保険料率の保険商品に長い加入経験がある場合（例えば、自賠責保険）には消費者の理解は容易であるのに対し、多様な補償内容・保険料率となり選択肢が拡大した時期には消費者の理解は困難さを増して苦情受付が増加した経験をした。この措置は、その経験を呼び起こす措置である。任意加入の保険市場では、保険加入者は保険者よりも保険に関する知識が圧倒的に少ないという情報の非対称性の問題がある。この経験は、保険市場において競争が促進された後によく生じる。保険市場における競争には、保険加入者の情報劣位に起因する問題を生じさせることがある。

選択タリフほか、全国一律の統一保険料率（Einheitlicher Beitragsatz）と追加保険料（Zusatzbeitrag）の導入、異種間の疾病金庫の合併容認の改革がなされている。全国一律の統一保険料率と健康基金からの交付金だけでは赤字となる疾病金庫は、保険加入者から定率または定額の追加保険料を徴求できる。しかし、その結果保険加入者が他の疾病金庫に移動してしまい、結果的に他の疾病金庫と統合合併になることも出現する。その統合合併を実行しやすくする措置も盛り込まれている。

### Ⅲ. 民間健康保険市場の現状

#### 1. 市場規模と市場当事者

ドイツの保険市場では、生命保険と損害保険の二つの市場に区分されるのではなく、生保損保とは別の独自の健康保険市場がある。2013 年段階で、健康保険事業は、元受営業保険料全体の約 19%を占め、1980 年代よりも増加している（《図表 3》）。

<sup>26</sup> 健康保険組合連合会「ドイツの医療保険制度改革追跡調査報告書」2009 年, p.40.

《図表 3》 保険事業別元受営業保険料と占有率

	1980年	1990年	2000年	2010年	2011年	2012年	2013年
元受営業保険料（単位百万ユーロ）							
合計	36,000	69,888	131,335	178,844	178,083	181,587	187,220
生命保険	13,215	27,403	61,225	90,355	86,801	87,340	90,829
健康保険	4,830	9,546	20,712	33,270	34,667	35,628	35,835
損害保険	17,955	32,939	49,398	55,219	56,615	58,619	60,556
元受営業保険料の占有率（単位％）							
生命保険	36.7	39.2	46.6	50.5	48.7	48.1	48.5
健康保険	13.4	13.7	15.8	18.6	19.5	19.6	19.1
損害保険	49.9	47.1	37.6	30.9	31.8	32.3	32.3

（出典） Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) (German Insurance Association),  
 “Statistical Yearbook of German Insurance 2014”, 2014, p.1.

（注） 健康保険には介護保険も含む。

健康保険事業が保険市場で大きな占有率となるのは、欧州の特徴である。欧州では、公的医療保障制度・医療保険を補足・補完する民間健康保険がある国（例えば英国）もあるが、民間健康保険の強制加入によって社会保険制度を実現している国（例えばオランダ）、公的医療保険を代替する民間健康保険が販売されている国（例えばドイツ）があるからである。

また、ドイツでは民間健康保険者と公的医療保険の保険者である疾病金庫との競合があり、公的保険者が実質上民間健康保険市場のプレーヤーとなっている点が特徴的である。疾病金庫の中には代替金庫のように民間健康保険加入者の受け皿となる疾病金庫もあり、また疾病金庫は、民間健康保険が販売している部分医療保険を販売することもできるようになったので保険加入者に対する商品提供面でも競合することになっている。ただし、競合とは単に競争相手になるというのではない。大手民間健康保険会社が大規模疾病金庫に部分医療保険を提供しているのである。この場合、大手民間健康保険会社は、大規模疾病金庫を保険販売チャネルにしている。このような提携は、多くの保険市場で見られる。

なお、保険市場は、個人が加入する個人市場と、主として企業・職域において団体単位で加入する団体市場とに分かれる。前者の市場では、民間健康保険者は、主に保険会社に専属する代理店によって保険を募集するほか、インターネットサイトで加入を直接受け付けることもある。後者の市場では、健康保険以外の保険も含めて、ブローカーが保険募集の企画運営を行っている。

## 2. 民間健康保険利用者のセグメント

民間健康保険利用者のセグメントは、次の三つである。①民間の被用者ではSHIシステムの加入を免除された比較的高額な労働報酬の被用者。これらのSHIシステムの加入を免除された者は、雇用主からSHIシステムの加入の際に雇用主が負担する負担金相当を受け取ることができる。②連邦官吏法に基づく医療援助が受けられる公務員。そのほとんどが民間健康保険に加入している。③自営業者。ただし、

芸術家等については、SHI システムの加入が義務づけられている。

### 3. 疾病金庫との競合と移動者の問題

選択肢の拡大による疾病金庫間の競争が存在し、さらに疾病金庫と民間健康保険者が競合関係になっている状況は、保険加入者の移動の問題を引き起こしている。

SHI システムの加入免除は、民間の被用者の場合、年間労働報酬限度によって決まるので、この額が SHI システム加入義務の有無を区分する基準になっている。この額が引き上げられると、民間健康保険加入者は減少する。被用者に関してはこの年間労働報酬限度が存在することによって SHI システムと PHI システムとの共存が可能となっており、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<sup>27</sup>。かつては、SHI システム加入義務の基準となる年間労働報酬限度は、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公的年金保険の保険料算定限度に準拠して決定されていたが、2003 年特例的に嵩上げされた。その理由は、若くて収入の多い加入義務者が SHI システムから民間健康保険の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とみなされた<sup>28</sup>。ドイツの民間健康保険事業は、ここにも政治的リスクを抱えている。

このほか、疾病金庫の一つである代替金庫の財政状況の悪化によって保険料率が上昇する状況になると、保険加入者は、民間健康保険に移動することも生じる。

### 4. 民間健康保険利用者の利用実態と加入動機

#### (1) 民間健康保険利用者の利用実態

民間健康保険利用者が、法定健康保険を選択するか民間健康保険を選択するかを考える事例を紹介する。検討することは、支払保険料の額である。法定健康保険では家族も対象になるが、民間健康保険では個人別であるので、家族分を支払う必要がある。法定健康保険では、労働報酬に応じた保険料率であるが、民間健康保険では疾病リスクに応じた保険料率である。若い加入者では疾病リスクが低いので当然高齢者より保険料は低くなる（従って、若く疾病リスクが低いと自覚する者は民間健康保険を選択するインセンティブが働くことになる）。その次は、補償範囲である。民間健康保険の方が法定健康保険より広い。しかし、法定健康保険と部分医療保険を組み合わせるとそれほど差がないかもしれない。

次に、インターネットサイト<sup>29</sup>の記事<sup>30</sup>から、ドイツにおける医療サービスの具体的な利用実態に関する要点を紹介する（《BOX.1》）。その記事を掲載した Expatica は、英語圏に欧州に関する記事を提供するサイトで、本記事は英語圏からドイツに来て居住する者を対象とした内容となっている。ただし、詳細すぎると判断した事項は取り上げていないので、細目に関する情報は省略している。

この記事は、具体的な手続きに関する情報も盛り込まれており、外部者がドイツの実態を理解するの

<sup>27</sup> 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、2012 年 9 月）p.91.

<sup>28</sup> 同上 pp.99-100.

<sup>29</sup> Expatica のホームページ Your guide to the German healthcare system \_Healthcare\_ Expatica(visited Sep. 1, 2015) <[http://www.expatica.com/de/healthcare/Your-guide-to-the-German-healthcare-system\\_103359.html](http://www.expatica.com/de/healthcare/Your-guide-to-the-German-healthcare-system_103359.html)

<sup>30</sup> “A guide to accessing German healthcare: health insurance, visiting the GP, seeing a specialist, going to hospital and emergency services in Germany.”

に有用である。なお、《BOX.1》の説明内容は現地居住者のコメントに従い若干修正している部分がある点と、用語の表記・表現が本文中の表記・表現とは一部異なっている部分がある点に留意していただきたい。

## 《BOX.1》ドイツにおける医療サービスの具体的な利用実態

### 1. ドイツのヘルスケアシステムの特徴

ドイツのヘルスケアシステムは、1880年代に遡り、ヨーロッパでも最古と言ってもいい。今日では、専門医等の医師、医療施設は、世界で最も優れた一つとされている。ヘルスケアのサービスが誰にも提供されるような仕組みができあがっている。

大多数の者は、法定健康保険に加入している。法定健康保険の保険料率は、加入者収入を基に決められる。その保険料は、給与天引きか銀行口座の口座振替で納付する。比較的高額の所得がある者等は、法定健康保険の加入義務を免除され、民間健康保険に加入している。法定健康保険が不足する分があると考える者は、不足部分を補完する民間健康保険に加入することもできる。

### 2. 法定健康保険

年間 53,550 ユーロ（2014年基準。金額に関する基準は以下同じ。）未満の収入の勤労者は、労働契約を結ぶと、速やかに法定健康保険に加入しなければならない。法定健康保険は、約 130 の疾病金庫が運営し、報酬（ただし、対象となる報酬は月額 4,050 ユーロを上限として計算する）の 15.5%（全国統一）の保険料を支払わなければならない。納付する保険料は、概ね雇用主と折半する。

- ① 法定健康保険は、一旦加入した加入疾病金庫に 18 ヶ月間は加入する必要があるが、その加入期間を満了したら他の疾病金庫に移動することができる。
- ② 法定健康保険からの保険給付は、保険加入者が自分のホームドクターとしている医師によるプライマリーケア、病院によるケア（入院・外来）と基本的な歯科処置である。同一住所の就労していない被扶養者は、疾病金庫から追加の費用負担なしに保険給付を受けることができる。
- ③ 全国に約 130 ある疾病金庫のうち、どの疾病金庫にも加入できる。加入者が加入する疾病金庫を選び加入手続きをするが、雇用主がその手続きを助けることもある。

### 3. 民間健康保険

- ① 被用者（年間 53,550 ユーロ以上の収入がある者）、自営業者、フリーランスの専門職、公務員は、法定健康保険に加入せずに、民間健康保険に加入することができる。
- ② 民間健康保険は、法定健康保険よりも広い医療・歯科の処置を受けることができる。民間健康保険者は、多様な補償内容・保険料（加入時の年齢・既往症などによって異なる）の商品を提供している。法定健康保険は家族としての加入が可能であるが、民間健康保険は個人単位が原則である。保険料は、税控除の対象となる場合がある。

#### 4. 社会保険番号 (Sozialversicherungsnummer) の取得

ドイツに長期間居住するか就労しようとする場合には、自治体の役所 (Einwohnermeldeamt) に登録手続きをすると、社会保険番号 (Sozialversicherungsnummer) を取得することができる。そうすると、ドイツ人と同様に法定健康保険の保険者である疾病金庫に加入手続きができる。

#### 5. 被保険者カード (Krankenversichertenkarte)

健康保険者から、被保険者カード (Krankenversichertenkarte) が交付される。そのカードは、医療サービス・保険給付を受ける資格があることを証明するもので、医師、歯科医師、専門医にかかるときには持参する必要がある。2014 年からカードは電子化され、氏名、生年月日、住所、健康保険データが収納されており、診療所等でそのデータが読み取られる。

#### 6. 医師の診療を受ける方法

医師は、Arzt と呼ばれている。英語圏の GP またはプライマリーケア医師とほぼ同様な医師は、Hausarzt と呼ばれる。保険加入者は、自由に自分の医師を選択することができる。これらの医師は、少なくとも基本的な英語を使うことができる。医師のなかには、私費診療しかしない医師もあり、法定健康保険システムに参加していないので診療サービスは全額自己負担となる。法定健康保険加入者は診療をうける前にそうでないかどうか確かめておくことが望ましい。

法定健康保険システムに参加する医師は、保険医協会 (Kassenärztliche Vereinigung) に加入義務がある。保険医協会に加入している診療所には、Kassenarzt または Alle Kassen との表示がある看板が掛けられている。

診療所の開業時間は、通常月曜日から金曜日までの午前 8 時から午後 1 時までと午後 3 時から 6 時までである。多くの診療所は、水曜日午後を休診としている。少数の診療所は、土曜日に (緊急医療サービスのときだけは日曜日) に開業している。予約なしの方針を採っている診療所では、予約無しで診療所に行くことはできるが、長時間待たなければならない。他に予約制を取っている診療所もあるが、事前に電話予約が必要になる。緊急外来なら当日診療を受けることも可能になるが、そうでないと予約できるのは数日後あるいは数週間後になる。ようやく取れた予約で診察を受けるときには、被保険者カードの持参が必要。

#### 7. ヘルスケアサービスに対する報酬請求方法

法定健康保険システムの場合には、診療所は直接疾病金庫に請求する。民間健康保険システムの場合には、保険加入者がまず診療所に支払い、その後民間健康保険者に償還の請求の手続きを行う。

#### 8. 病院

病院は、Krankenhaus と呼ばれており、三つのタイプがある。一つは、公立病院 (Öffentliche Krankenhäuser) で、二つ目は、教会・赤十字社の組織などが運営する非営利 (公益) 病院 (Freigemeinnützige Krankenhäuser)、三つ目が私立病院 (Privatkrankenhäuser) である。どの

病院でも、病院にいる専門医にかかるには、自分のホームドクターである GP に紹介状を書いてもらう必要がある。

入院する際には、被保険者カードの持参が求められる。入院するときに注意事項がある。病院は、法定健康保険の患者用と民間健康保険の患者用とある程度病室を割り振っている。「プライベートの病室」といっても、自分だけが使える病室ではなく、民間健康保険システムの患者用という意味なのである。これらの「プライベートの病室」を、患者 2 名がカーテンで仕切って利用する。入院するときには、自分専用の石鹸と自分が日頃使う用品を持って行くことに気をつける必要がある。ただし、民間健康保険には様々なオプションがあり、病院に 1 人部屋があればそれを選ぶことも可能である。

## 9. 薬局

薬局 (Apotheke という) の営業時間は、月曜日から金曜日まで午前 9 時から午後 6 時まで、土曜日は午前 9 時から 12 時までである。自分の GP が発行した処方箋を持っていけば、どの薬局でも調剤してくれる。法定健康保険では、18 歳以下のこどもは無料である。

法定健康保険システムの加入者には、ピンク色の処方箋が発行され、処方箋薬については自己負担がある (薬剤毎に最低 5 ユーロ)。また、咳止めの調合薬などの軽症には処方箋は発行されず、保険適用がないので全額自己負担となる。民間健康保険システムの加入者には、青色の処方箋が発行され、薬局には全額を自分で支払い、その後領収書を保険者に送って償還を受けることになる。

## 10. 歯科の処置を受ける方法

法定健康保険システムに参加している歯科医 (Zahnarzt という) をを見つけるには、保険歯科医連邦連合会のインターネットサイトを利用するか (ただし、ドイツ語だけだが)、Kassenarzt または Alle Kassen と看板に表示している歯科医院を探すことになる。18 才までの子供・若年者は、歯科処置費の支払いは不要である。ただし、私費の患者のみを受け入れる歯科医師が増えてきている。

法定健康保険は保障範囲も限定的であり、民間健康保険も全額を償還しないので、それぞれの保険がどれだけの対象範囲としているかを確認する必要がある。そして歯科の処置を受ける前に、もっと重要なのはドイツの歯科処置の費用は極めて高いことを理解することである。

## 11. 緊急医療サービス

英語圏で A&E または ER という緊急医療サービスは、Notaufnahme と呼ばれている。この緊急医療サービスは、法定健康保険システムでも民間健康保険システムでも対象としている。

### (2) 民間健康保険利用者の加入動機

民間健康保険利用の加入動機に関して、民間健康保険利用の主要な利点は次の 4 点であるのと解説している実務書がある<sup>31</sup>。

- ① より良い治療をしてくれる大学教授クラスの医長の診察が受けられる (普通は病院で診療してくれ

<sup>31</sup> International Business Publication, "Germany: Healthcare Sector Mngement Payment Handbook", Vol.1, p.33, p.35.

る専門医は毎回代わる)

- ② 国外でも加入した健康保険を使える。
- ③ 加入者個人毎に、広い選択があり、柔軟な給付が受けられる。例えば歯科の補償など。
- ④ 収入に応じた保険料負担とならない（収入が高いと負担額が大きくなる）

以上の4点のうち、最も保険加入者に遡及するのは①であると複数の業界関係者が語っていた。SHIシステムでは、診療所はフリーアクセスであり、最初に診療を受けた保険医の紹介があれば病院の特別な専門医にもフリーアクセスが保障されているという制度上の建前がある。しかし、実態は違う。民間健康保険においては、SHIシステムより専門医に高い報酬を支払うことが可能である（その分高い保険料になる可能性があるが）。実際には特別な専門医による診療を受けるにはある程度の待機期間が必要だが、民間健康保険に加入していると、待機期間も経ずに病院の特別な専門医の診察が可能になるという。医療サービスへのアクセスと保険利用方法に関して、建前と実態の乖離が見られる点は興味深い。

#### 4. 販売チャネルの役割

SHIシステムで法定されている健康保険は、概ね画一的な補償内容となっているのに対して、多様な選択がある民間健康保険は、それぞれの当事者のニーズに合った商品設計が可能である一方、商品内容が複雑多岐に亘り理解するのもにも利用するのもにも困難を感じることもある。そのような保険加入者の問題を解決あるいは軽減するのが、販売チャネルの役割の一つである。販売チャネルは、保険者と保険加入者の間にある情報の非対称性に由来する問題に対処するコンサルティングサービスの担い手と理解することができる。

個人保険市場では、販売チャネルである代理店等は個別のニーズと問題に対応する役割を果たし、団体保険市場では、ブローカーが職域などの団体に所属する加入者のニーズと問題に対応する商品設計と助言を行う役割を果たしている。現地聞き取り調査では、加入保険の切り替えを希望する加入者に既往症があると保険料が上がる可能性が高いなどの助言や保険請求時の書類作成に関わる情報提供を行う顧客対応の事例を紹介された。

### IV. 公的保険を代替する民間保険者の事業形態

#### 1. 事業環境

ドイツの民間健康保険者は、公的保険を代替するという特徴があるが故に、特異な事業環境におかれている。公的保険者である疾病金庫との市場での競合もあるが、上述のように政治的文脈で事業環境が大きく左右される。この点は、現地聞き取り調査で関係者が異口同音に指摘していた点である。

医療・介護を含む広義のヘルスケアに関するシステムは、ヘルスケアサービスを提供するヘルスケアサービス提供システムと、ヘルスケアサービス提供に対してファイナンスを付ける二つのサブシステムから成り立っている。健康保険は、ヘルスケア・ファイナンスシステムの一つだが、確定した損害額に対して保険金を支払う損害保険、契約時に約定した金額を保険金として支払う生命保険と異なり、現物給付や被保険者が支出した医療費用等を償還することを行っている。このため、ヘルスケアサービス提供システムの変化がその保険給付の方法、金額に大きく影響を受ける。ドイツの民間健康保険事業は、

SHI システムのインフラストラクチャを使っているため、SHI システムに関わるヘルスケアサービス提供の変更（例えば、診療報酬の支払方式の変更など）はそのまま民間健康保険事業に影響することになる。

このほか、生命保険とも損害保険とも異なる事業特性は、保険者に関する規制改革の動向に対して特性を生かした対応を要求している。

## 2. 完全医療保険の補償内容とビジネスモデル

### (1) 完全医療保険の補償内容

一つの補償例として職域向団体保険の補償内容例を紹介する（《BOX.2》）。この事例では、補償内容は、法定健康保険の給付内容にプラスアルファの内容を加えたものとなっている。また、ヘルスケアプロバイダーへの支払は、民間健康保険に適用される法定健康保険と異なる、民間健康保険独自のものが使われており、これが民間健康保険の魅力となる優遇措置の基盤となっている。

#### 《BOX.2》民間健康保険 職域向団体保険の補償内容例

支払い対象：

- A 医療上の必要性のある費用、および
- B 民間健康保険に適用される医師報酬規定（GOA）と歯科報酬規定（GOZ）に基づく費用

支払対象項目：

- ① 外来診療・治療費用
- ② 眼鏡・コンタクトレンズの補償：ただし、眼鏡ひとつ（度付きの場合もサングラスは対象外）、年間補償額の上限額あり。
- ③ 民間療法専門家による治療および東洋療法：年間補償額の上限あり。
- ④ 予防健康診断・予防接種費用  
対象検査項目：体重、BMI、身長、血圧、血液生化学検査、心電図、カラードプラ心臓超音波検査、肺活量検査、腹部超音波検査、血管カラードプラ超音波検査、便潜血検査、聴力、視力、眼圧、ガン検診、腫瘍マーカー、胸部レントゲン検査。ただし、ドイツ国内外を問わず、人間ドック受診には補償の上限あり。ドイツ国内外を問わず対象となる。
- ⑤ 精神療法 補償割合 80%。年間補償額の上限あり。
- ⑥ 入院治療費用 二人部屋でのプライベートの病室での治療を補償
- ⑦ 歯科診療費用・歯冠修復及び欠損部補綴費用（義歯・ブリッジなど）・歯科矯正費用
- ⑧ 外国からの救急移送費用：医療上の必要性からドイツ以外の外国から居住地へ移送するために要する付随費用を補償。本来要すべき通常の運賃は含まず

その他の条件

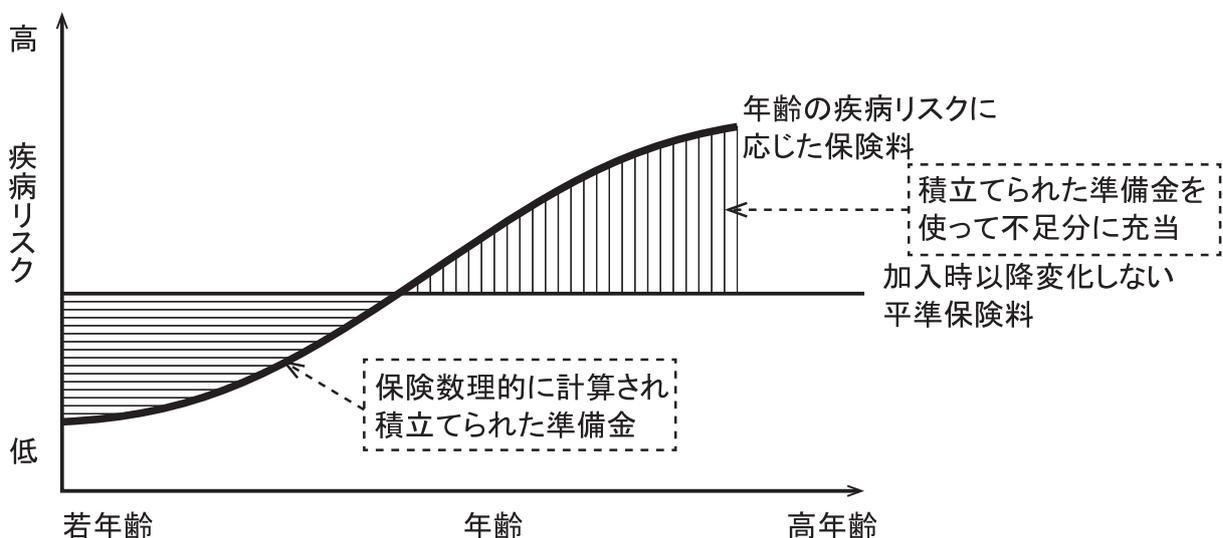
- 医師報酬規定・歯科医報酬規定に関わる支払い制限なし
- 保険加入後保険が有効となるまでの待ち期間なし
- 妊娠・出産費用：保険加入申込時に妊娠している場合も費用を補償
- 補償地域：ワールドワイド補償
- 割増保険料：加入者の過去の傷病歴や健康状態によっては、割増保険料を徴収

## (2) 任意加入の民間保険のビジネスモデル：民間健康保険が社会保険を代替する方法

法定健康保険は社会保険である。社会保険は、原則として加入強制であり、加入したら加入者が脱退しない限り終身補償が続く。民間健康保険で同様のことをするならば、民間保険会社は、加入したら死亡するまで、すなわち終身補償を提供することになる（健康保険者からの解約は行わない）。また、疾病リスクは、年齢が進むと高くなる、死亡率と同様の傾向がある。もし、年齢別にその年齢に応じた健康保険料を支払うとすると、高齢期には非常に高い保険料を支払うことになり実際の保険料水準を超える恐れがある。このため、死亡リスクを終身引き受ける生命保険の終身保険と類似した平準保険料方式が採用されている（《図表 4》）。平準保険料方式は、年齢が高くなると疾病リスクが高くなり、高齢期には保険料が支払えない事態を回避するために、加入した年齢時に保険料を固定する方式である。この方式では、若年期にそのときに保険数理的に計算された準備金を用意し、高齢期にその準備金を取り崩して不足する分に充当する。準備金は、後の使用に備えて積み立てる保険料積立金と考えることもできる（《図表 4》）。

民間健康保険者は、保険監督法に基づき連邦金融監督庁（BaFin）の監督に服している。保険監督法は、平準保険料方式を採用する際には、民間健康保険者は「老齢化引当金」を計算し積み立てなければならないと定めている。老齢化引当金は、概ね上記の保険料積立金に相当する。この老齢化引当金の基本思想は、保険給付の対象となる全期間において、保険加入者グループ毎に、年齢の上昇に左右されることなく、疾病費用の経過に関する他のすべての要因が変化しないという仮定の下で、平準保険料を終身保障することである<sup>32</sup>。この考えでは、例えば罹患率の上昇、技術革新による医療費の高騰などの要素は考慮されておらず、この変動リスクに民間健康保険者は対処する必要がある。

《図表 4》平準保険料方式の概念図



(出典) 損保ジャパン日本興亜総合研究所作成。

<sup>32</sup> 金岡京子「ドイツにおける疾病保険の保険料積立金規整」（生命保険論集第 179 号、2012 年 6 月）p.136.

### 3. 完全医療保険事業の事業リスクとリスクマネジメント

完全医療保険事業には、特有の事業リスクがあり、その特性に応じたリスクマネジメントが求められる。その特性とは、終身の疾病リスクを対象にしているため、将来における医療技術の進展による予想以上の保険給付・長寿化および金利の変動である（準備金の算出には、将来の金利水準の予測が必要になる）。現地聞き取り調査でも、その問題を強調する関係者がいた。

完全医療保険事業が対象にしているリスクは、生命保険事業が対象としているリスクである死亡とは異なっており、疾病の発現による費用支払いという疾病リスクである。完全医療保険事業は、終身補償を提供するために死亡リスクを終身引き受ける生命保険の終身保険と類似した平準保険料方式を採用しているが、対象となるリスクが異なるため、事業リスクへの対策は高齢化引当金の積立など生命保険に類似しているものの異なっている。この問題は、**Similar to Life Techniques (SLT)**の問題といわれる。

現行の対策としては、次のものが導入されている。保険給付内容と保険料は、事故発生率等が変化しない限り現行内容は維持されるが、保険給付に掛かる費用と事故発生率が予想値より悪化したら保険料を調整する（引上げる）ことを契約条件とする。ただし、独立した第三者機関が承認した場合に限る。調整対象となった保険加入者は、調整（保険料引上げ）を受けられるか、解約するか、給付内容条件を変更（免責額、給付上限額の変更等）するかいずれかになる。このような保険加入者による事業リスクの一部負担以外に、準備金の運用により生じた剰余金は保険加入者に配当せず留保しておくこと、および保険数理技術を精緻化（判別分析等）して、不確実性が高い疾病リスクに対応することなどが実施されている。

SLTの問題は、欧州の保険規制改革に呼応するために更に検討が進められている。2009年金融危機の経験に基づく保険事業に止まらない金融業全般の規制改革や情報通信技術の進展が可能にしたリスクマネジメント技法の高度化を背景に、欧州でも保険監督規制の改革が進行中である。そのなかでは、保険者自身のリスクマネジメントの重要性と必要性が強調されている。民間健康保険者も、上述した事業特性に応じた、保険会社が自らの経営戦略と一体で全てのリスクを統合的に管理し事業全体でコントロールする統合的リスク管理態勢（Enterprise Risk Management, ERM）の実施を進めていかなければならない状況にある。

## V. 健康保険システムの特徴と民間健康保険者の役割

### 1. 健康保険システムの特徴

ここで、以上の記述からドイツの健康保険システムの特徴を整理する。

確かに最大の特徴は、公的健康保険を代替する民間健康保険の存在であるが、もう少し詳しく見ると、第一に度重なる制度改革のなかで生じた健康保険システムの複雑さと、第二に選択・競争への大きな期待が、その特徴として指摘することができる。

度重なる制度改革のなかで生じた健康保険システムの複雑さを示すこととして、異なる原理・原則の併存・相克とその結果として政治リスクの存在がある。健康保険システムを主導する原理が単純ではなくそれぞれ矛盾し相克しており、異なる原理が併存している。このため、制度改革は、政治的信条が衝突妥協して形成されてきた。その結果、民間健康保険者の事業環境は、政治状況に左右される。政治状

況が極めて重要である点は、現地聞き取り調査で業界関係者の一致した意見であった。もう一つは、制度の建前と実態の乖離である。この乖離は、外部からの観察者を混乱させる要因となっており、それぞれ注目した点を際立たせて紹介することを促進している面がある。なお、本稿における沿革に関する記述は、極めて単純化し詳細には立ち入らなかった。実際には相当入り組んだ経緯があった。この経緯も複雑さを生み出す一因である。

第二の特徴として、選択・競争への大きな期待の基に健康保険システムが運営されていることをあげた。任意加入の保険市場では、保険者と保険加入者の間に二重の情報の非対称性がある。保険加入者は保険者より圧倒的に保険商品・保険料・保険給付に関する情報について劣位にある。このため、市場の競争を整備するには、保険者・保険販売者に規制を掛ける必要があるとされ、ドイツでも実施されている。もう一つの情報の非対称性は、リスクに関して保険加入者より保険者は圧倒的に劣位である。外部から観察できる情報には限りがあり、本人しか分からない知覚などを保険者は察知できない。このため、保険者は危険選択を実施しても、なお平均的な保険料水準を超えるリスクを有する保険加入者の引受を完全に防止できない。また、現物給付あるいはヘルスケアプロバイダーへの償還に際して、保険者はヘルスケアプロバイダーの活動を熟知することは不可能であり、ここにも情報の非対称性がある。

このような情報の非対称性は、市場に参加する者（保険加入者・保険者・保険販売者）が同じ情報を保有しているとの競争市場の想定が、現実とは異なる面があることを意味し、競争条件の整備に留意する必要を示唆している。

競争条件の整備に関して、競争局面の問題がある。日本の損害保険市場での経験は、競争局面を限定すると、期待した効果が得られないことを示している（《BOX.3》）。ドイツにおける制度改革では、硬直的とも言える制度運営のなかで競争重視を推し進めることが続けられてきた。しかし、このような問題を含んでいる保険市場でどこまで保険料率上昇基調の改善・保険料率引下げ等の効率性を実現できるか大きな問題である。

#### 《BOX.3》日本における損害保険市場での競争経験：競争局面の問題

日本の損害保険事業は、第二次大戦後極めて競争制限的な規制を経験したことがある。自動車保険や火災保険では、加盟保険会社が同一保険料・同一補償内容で販売する算定会制度が実施された時期がある。このような競争制限的な環境下でも競争があった。その競争は、保険商品・サービス・価格ではなく、保険会社の持株状況、保険販売店へのメリットなど保険外の場で競争が行われた。その後、規制緩和が進み、各社がその考え・戦略に従った保険商品開発、サービス開発が行われるようになり、商品・サービスの多様化が進展して、消費者の選択は拡大した。この競争制限的な算定会制度のなかでも、商品・サービスは全社同一のまま、価格を弾力的に決めることができる仕組みが一部で導入された。その結果、全社は最低価格の保険料に張り付いてしまった。各社バラバラの保険料は実現しなかった。この経験は、競争局面が少ないと、商品・サービスの多様な開発、消費者の選択肢拡大は難しいとの示唆を与える。また、強い規制下で一部を弾力化しただけでは、例えば価格のみに集中し、期待できる効率性・品質の向上は大きくないことを示唆している可能性もある。

## 2. 民間健康保険者の役割

ドイツの民間健康保険者の役割として、補完と代替があるというのが通説である。民間健康保険の商品の種類が、そのまま民間保険者の役割となるわけではない。保険加入者は、法定健康保険の疾病金庫も選択できる環境下で民間健康保険者を選択する。しかし、保険加入者のインセンティブを見るならば、代替保険は、公的健康保険に代わる以上の選択肢になっている。代替保険は、優遇措置（*Preferential treatment*）を求めるニーズに応えているのである<sup>33</sup>。これは、業界の見方である。一方、批判的立場を取る論者には、民間健康保険業界は、ロビー団体であり、優良リスク集団の代弁者であるとの見方も存在する。

もう一つの論点は、民間事業者のもつ企画力・革新遂行能力に関わるものである。米国のヘルスケア改革のなかで、米国の健康保険者は社会保険的役割を担うことになった。現在、米国の健康保険者は、様々なイノベーションに取り組んでいる。例えば、ACO モデル、公的 *Exchange* を導入した私的 *Exchange* のモデルなどの取組である。また、公的保険者に相当する連邦政府部門もイノベーション促進に取り組んでいる<sup>34</sup>。ドイツでもそのような革新的なモデルの開発実践のポテンシャルがある。しかし、自由な企画実践に対する制限的環境があり、そのポテンシャルを生かす能力を発揮できない状況にある。ドイツ人が好む自由な選択と競争の環境下での試行錯誤のなかで、革新は生まれる。しかし、ドイツの硬直的な規制環境ではその革新は期待できない。ただし、この見方は、競争することによって得られる利益と目指す結果を、イノベーションによる消費者利益の実現とする立場に立ったものである。ドイツにおける競争は、社会的市場経済における市場での効率性を目指すものだとすれば、この見方はそぐわない。

<sup>33</sup> Stefan Greß, “Private Health Insurance in Germany: Consequences of a Dual System”, HEALTHCARE POLICY Vol.3 No.2, 2007, pp.29-37.

<sup>34</sup> 拙稿「社会保険志向の米国ヘルスケア改革と保険加入インターネットサイト“Exchange”導入の意義—保険加入システム・雇用主提供システムの変革とイノベーションへの期待—」（損保ジャパン日本興亜総研レポート Vol. 65、2014年9月）「米国ヘルスケア改革におけるイノベーションと健康保険者—ヘルスケア提供システムのイノベーションとしてのACOモデルへの期待—」（損保ジャパン日本興亜総研レポート Vol. 66、2015年3月）でその動きを紹介している。