

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 —

目 次

- I. 本稿の目的と構成
- II. ドイツ医療保険システムの概要と動向
- III. ドイツの民間医療保険—公的医療保険制度改革とその影響、市場動向、民間医療保険会社の概要—
- IV. 医療保険制度改革と展望—2007年医療保障改革の概要と民間医療保険業界の受け止め方および対応策—

研究員 川端 勇樹

要 約

I. 本稿の目的と構成

本稿では、ドイツ医療保険システムの概要、民間医療保険市場の動向について整理する。また連邦保健省、疾病金庫、民間医療保険業界団体、民間医療保険会社に対するインタビューをもとに、2007年医療保障改革が目指す目標と改革に対する民間医療保険業界の受け止め方や対応策についても紹介する。

II. ドイツ医療保険システムの概要と動向

ドイツの医療保険は、公的医療保険と民間医療保険で構成される。民間医療保険会社は、公的医療保険ではカバーされない部分医療保険に加え、公的医療保険への加入義務の無い国民に対して公的医療保険に代わる完全医療保険を提供し、国民の約1割がこれに加入している。このように、公的医療保険と民間医療保険は補完関係のみではなく競争の関係にもあり、前者の改革が後者に大きな影響を及ぼしてきた。次章で民間医療保険を紹介するに先立ち、本章では公的医療保険を含めたドイツ医療保険システムの全体像と医療の「質と経済性」の向上を重視した2007年医療保障改革までの流れを整理する。

III. ドイツの民間医療保険—公的医療保険制度改革とその影響、市場動向、民間医療保険会社の概要—

本章では、民間医療保険の市場動向および商品等の概要、個別企業の概況、戦略について紹介する。また民間医療保険における完全医療保険の加入条件に関する改革、保険料におけるリスクベースでの設定を禁止する基本料金制の導入、老齢引当金の保険会社間における移動自由化等の改革が、民間医療保険会社や被保険者に与える影響についても整理する。

IV. 医療保険制度改革と展望—2007年医療保障改革の概要と民間医療保険業界の受け止め方および対応策—

2007年医療保障改革について、その主目的、公的医療保険および民間医療保険における改革の内容及び展望について整理する。また、2007年医療保障改革について、民間医療保険会社による批判をとりあげ、改革への対応策として疾病金庫との提携を開始していることを紹介する。

I. 本稿の目的と構成

1. 本稿の目的

本稿はドイツの医療保険システムについて、近年の医療保険制度改革を概観しつつ、2006年を基準点としたドイツの民間医療保険市場の動向について整理したものである。なお、本稿でとりあげる医療保険システムの対象は、保険者・被保険者とし、医療提供者については必要な範囲での説明にとどめる。

ドイツの公的医療保険制度は全住民を対象とする社会保障制度であるが、一定以上の高所得者層については公的医療保険か民間医療保険を選択することができ、民間医療保険が公的医療保険に代替できるという特徴がある。また、民間医療保険は公的医療保険の給付対象とならない個室ベッド利用料等に対して補足的な補償を提供している¹。このため、公的医療保険と民間医療保険は補完関係のみではなく競争関係にもあり、一連の公的医療保険制度の改革や直近の2007年の医療保障改革は公的および民間医療保険の双方に多大な影響を及ぼしている。

本稿の執筆にあたり、2007年12月に現地取材を実施し、公的医療保険については、政府機関および疾病金庫、民間医療保険については、ドイツ民間医療保険協会（PKV）、保険会社、再保険会社およびブローカーへのインタビューを通じて、実務的な問題や医療保険制度および市場に対する展望等について聴取した。また2008年3月には、政策当局である連邦保健省へのインタビューも実施し、ドイツ医療保険システムが抱える問題の背景、方針、課題についての見解を得た。本稿ではこれら取材先のコメントや提供資料に基づき、医療保険システムの

概要とともに、民間医療保険業界の最新の動向と同業界の2007年の医療保障改革に対する視点等を紹介することを目的としている。

現地調査で訪問した先は以下のとおりである。

- 連邦保険庁：Bundesversicherungsamt, ボン
- 連邦保健省：Bundesministerium für Gesundheit, ベルリン
- 地区疾病金庫 研究所：Wissenschaftliches Institut der AOK(WidO), ボン
- ドイツ民間医療保険協会：Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV), ベルリン
- DKV 社（民間医療保険部門ドイツ第2位の保険会社）、ケルン
- Munich Re 社（再保険会社）、ミュンヘン
- AON 社（リスク及び保険仲介サービス会社）、ハンブルク

2. 本稿の構成

本稿の構成は以下のとおりである。本章につづく第II章でドイツ医療保険システム全体の概要について整理する。次に第III章では、公的医療保険制度改革が民間医療保険に与えた影響を説明した上で、民間医療保険市場、商品等の概要を示すとともに、個別企業の概況、戦略について紹介する。最後に第IV章において、2007年医療保障改革の柱である「皆保険」「医療改善」「財政運営の改革」「医療保険の近代化」についてその概要を整理し、同改革の目的、経営環境の変化と公的および民間医療保険への影響について、インタビューより得た見解や見通し等を紹介することとする。

¹ ドイツで提供される2種類の医療保険、Krankheitsvollversicherung (Comprehensive healthcare insurance)とZusatzversicherungen(Additional insurances)について、本稿では、前者を「完全医療保険」、後者を「部分医療保険」と表記する。なお、医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集【2005年版】」（2006年）では、前者を「包括的医療保険」、後者を「補足的な医療保険」と表記している。

II. ドイツ医療保険システムの概要と動向

1. 医療、医療保険システムの概要

(1) ドイツ医療保険システムの沿革

ドイツ医療保険システムは、19世紀中盤以降の工業化の流れの中で、都市部の職人や鉦夫が任意に創設した共済組合を基に、労働者の傷病時の保障による生活の安定を目的として創設された。背景には、激化する労働運動や社会主義運動から労働者を切り離し、体制内に組み入れることを政府が社会政策（および社会保険の制度化）の重要な目的としていたことがあげられる。1884年に施行された労働者医療保険法のもとでは、a. 旧来の各種協同組合を公的医療保険の保険者（疾病金庫）として公法人化、および包摂されない労働者のための新たな疾病金庫の創設、b. 保険の適用範囲、保険料の労使間の負担割合、給付水準等の規定が行われた²。そして、職業、地域、企業等を基盤とする多くの疾病金庫が設立された。公的医療保険運営の第一原則は「社会的連帯」（健康な人と病気の人、所

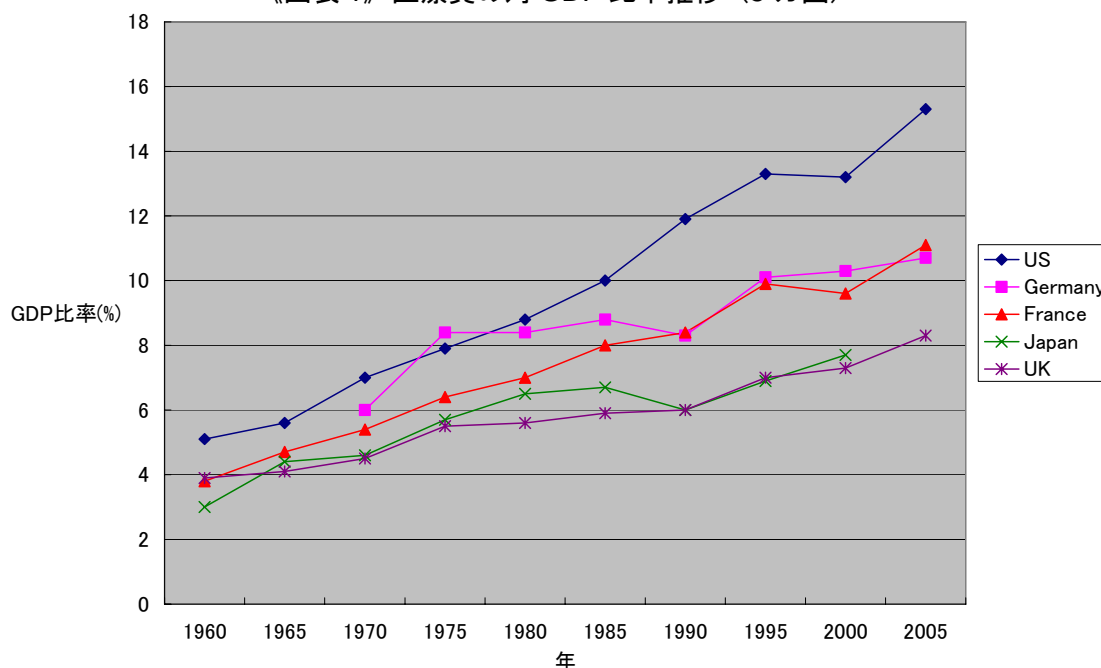
得の高い人と低い人との間の連帯を実現するという理念）であり、その他疾病金庫の管理運用に関する自治、分立した保険者という特徴を維持し、今日まで続いている。

(2) ドイツ医療保険システムに関連する統計データ

現在のドイツにおける医療分野の総支出は対GDP比約11%（2005年）であり、公的医療保険支出額は約1,439億ユーロ（2005年）、民間医療保険支出額は約173億5千万ユーロ（2005年）である。

日本をはじめとする先進各国と同様にドイツにおいても人口の高齢化は進行しており、労働人口（20歳-59歳）を100とした場合の60歳以上の人口は、2005年が45に対し、2030年では71、2050年では78と見込まれている。また人口の高齢化に伴い、医療費の対GDP比率の増大傾向（《図表1》参照）が続いている³。

《図表1》医療費の対GDP比率推移（5カ国）



(出典) Organization for Economic Co-operation and Development, "OECD Health Data 2007", 2007.

² 医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集【2005年版】」（2006年）

³ Organization for Economic Co-operation and Development, "OECD Health Data 2007", 2007.

(3) 公的医療保険の中の医療供給体制⁴

ドイツの医療供給体制は、外来医療と病院医療が明確に区分されている。外来医療の診療は疾病金庫と契約している保険医 (Kassenarzt)⁵が行っている。保険医は一般医と専門医に分類されており、診療プロセスとしては、患者はまず一般医の診察を受け、その後必要である場合には一般医が紹介状を発行して専門医や病院での治療を受けることが原則である。しかしながら現実には重複受診も多く、医療費支出増大の要因となっていた為に、2003年成立の医療保険近代化法 (GMG) では「家庭医モデル」を実施し、家庭医 (Hausarzt)⁶のゲートキーパーとしての役割の強化による医療費支出の抑制を図った⁷。一方で病院医療については、基本的に入院による治療を行うが、近年では保険医との連携強化等を目的に入院前後の診療や外来の手術も実施している。

(4) 公的医療保険における診療報酬⁸

保険医の診療報酬については、従来は州の保険医協会が総額請負方式で疾病金庫と契約し、包括の人頭払い (一人当たりの診療報酬金額×連邦保健省の示す変化率×加入者数) を基本として、実際に行われた診療行為の量や内容にかかわらずの仕組みであった。2007年医療保障改革では、開業医の収入の減少と診療の質が問題とされたこともあり、必要なコストを払う方向

へ転換した。改革では、診療行為を反映させた診療報酬契約を目標とし、患者の受療動向 (被保険者の有病度を加味) を基本とする基準診療行為量 (PLV) が法で定められ、出来高払い的要素が重視される内容となった (2009年実施)。

病院の診療報酬については、2004年に病院のDRG (診断群)⁹方式支払いへの移行が実施された。この方式では、各診断群についての基準値 (1.00) と比較した相対係数を設定し、病院への報酬は原則として1症例ごとの包括払いとなり、入院診療実績に応じた診療報酬が支払われることになった¹⁰。2005年からの診療報酬契約はDRG包括払い (DRG-Fallpauschal) で、疾病金庫側が個別病院と診療行為の量・価格を交渉しており、2009年以降は予算額ではなく、設定された価格に基づく診療行為総量の交渉が重点となる予定である¹¹。

(5) 公的医療保険と民間医療保険の概要

ドイツ医療保険は、公的医療保険 (疾病金庫が保険者) と民間医療保険 (民間医療保険会社が保険者) により成り立つ。以下、両医療保険の概略を比較の視点から紹介する。

まず、保険加入に関しては、被用者については所得制限が課されており、一定以下の収入の者に関しては、公的医療保険への強制加入となっている。

次に、給付に関しては、公的医療保険では法

⁴ 医療供給体制については主に、前掲注2、医療経済研究機構を参照。

⁵ 保険医とは、保険診療を行う開業医のことである。

⁶ 家庭医は保険医の内の一般医が担う。

⁷ 家庭医モデルは、医療費の財政逼迫やそれを助長する被保険者の重複受診を回避し、効果的・効率的医療供給体制を提供する目的で導入された。内容は、家庭医の相談機能および振り分け機能を強化する目的で、被保険者が最初に家庭医の診察を受け、家庭医が必要と認めた場合には紹介状を持ち専門医や病院の診察を受けるというものである。

⁸ 診療報酬制度については、国民健康保険中央会「ドイツ医療保険制度調査 (第4次) 報告書」(2007年)を参照。

⁹ DRG (診断群) 包括カタログは連邦レベルで疾病金庫と病院の合意により設定され、これが個別の病院予算の基となる。

¹⁰ DRG体系の見直し (グループの加除、相対係数の更新) は、毎年、前年の診療実績全数と費用実績 (協力病院の実績) をもとに改定される。

¹¹ 診療行為総量の交渉が重点となることにより、有病度を把握して診療の量が予想されるようになり、病院側のコスト面でのリスクが少なくなる。

的に統一されており、一方で民間医療保険では個々人のニーズに合わせた給付を基本としている。公的医療保険の現物給付の対象としては、①健康増進、疾病予防や早期発見のための検診等、②医師・歯科医師による外来診療、③入院療養、④医薬品、療法、補助具の給付等があり、また現金給付については、①傷病手当金、②交通費（歩行障害、癌患者等特別な場合のみ）が支給される（民間医療保険商品の詳細については、第Ⅲ章で紹介。）。

最後に、保険料に関しては、公的医療保険では連帯原則の下で年齢や性別に関係なく、所得額で保険料が決定される。また被保険者の費用負担は、受診等発生した分のみに対して支払うこととなる（Pay-as-you-go system）。一方で民間医療保険では、加入者個人のリスク（年齢、

性別等）および補償内容を考慮のうえで保険料が決定される。また民間医療保険では、保険料は契約期間中は同じ水準を保つが、老齢期の疾病等のリスクが高まることに備えるために老齢引当金を積み立てる必要があり、自身については自分で面倒をみるという原則が成り立っている（《図表 2》参照）。

2. ドイツ医療保険システムの監督機関・保険者・被保険者について

ドイツ医療保険システムは、連邦保健省（BMG）の管轄である連邦保険庁（BVA）の監督下にある。以下、保険者および被保険者について、その構成と特徴について解説する。

《図表 2》 公的医療保険・民間医療保険 比較

	公的医療保険	民間医療保険
加入者	加入義務: 保険加入義務限度額(4,012.50ユーロ)以下の月収の被雇用者 任意加入: 限度額以上の収入のある被雇用者、自営業者、公務員	公務員、自営業者、自由業、学生: 収入とは無関係に加入可能 被雇用者・労働者: 月収が4,012.50ユーロを超える者
家族構成員	無収入の、または月収350ユーロ以下の収入の被保険者の配偶者および子供は、保険料なしに被保険者と共同で保険をかける事ができる	家族の各人に対して独自の契約を結び、保険料を支払わなければならない
給付	現物給付の原則 1. 医師の選択に制約がある: 医師・歯科医・治療士は保険医の許可が必要 2. 疾病金庫は医師/病院と直接決算し、患者は計算書を見る事なく、費用清算と前払の必要なし 3. 登録許可された病院: 大部屋への入院、勤務医 4. 妊娠の場合: 妊娠手当または出産手当	費用補償の原則 1. 医師を自由に選択(専門医・治療士も同様)。但し、医学的必要性が前提条件 2. 給付提供者が患者と費用清算を行い、その後計算書を保険会社へ償還のために提出 3. 請求額が削減される可能性があり、この場合は患者の負担増につながる 4. 病院を自由に選択: 料金制に基づき個室または二人部屋へ入院、医局長による治療が可能
外国	保険保護は、EU圏内および社会保険条約を結んでいる国でのみ有効	保険保護は自動的に欧州全域で有効で、欧州域外でも最短1ヶ月間は有効 保険料が低い場合は、填補を請求される可能性あり
保険料	雇用者と被雇用者は、保険料査定限度額3,600.00ユーロを限度として、総収入の現在平均13.9%の一般保険料を分担 被雇用者は補足的に0.9%の保険料を支払う 最高保険料は、雇用者分担分が250.20ユーロ、被雇用者分担分が282.60ユーロ	保険料は、契約締結時の健康状態・年齢・性別に基づき決定。病気がある場合、リスク割増を支払わなければならない可能性あり さらに保険料は、病気の際の給付レベルと自己負担分によっても決定される ここでも雇用者は、GKVの最高保険料の半額を限度として、実際の保険料の半分を支払う

(注) 内容は、2008年1月1日現在のものである。

(出典) AON社への取材等に基づき損保ジャパン総合研究所作成。

(1) 保険者について

ドイツ医療保険システムにおける保険者は、公的医療保険の保険者である疾病金庫と民間医療保険の保険者である民間医療保険会社に分類される。

①公的医療保険：疾病金庫

a. 疾病金庫の体制

疾病金庫については、社会法典(Sozialgesetzbuch)¹²第5編第4条にて「自治を備えた公法上の権利能力のある社団で公法上の法人格が付与されており、疾病金庫自身が自治組織である」ことが明記されている一方で、連邦保健省の「法定疾病保険の手引き」の記述にあるように「国家の監督の下、法定された任務を民主的な自治および自己責任という基本原則に基づいて遂行する」として活動が法律で定められている。自治については運営管理において、財源のほとんどを保険料で賄うこと、医師との契約(診療報酬等)が疾病金庫連合会と金庫医師協会との団体契約に委ねられること、加入者サービスの強化、IT化、再編によるコスト削減等の経営体質の強化による差別化等で自治を強化させている。

マネジメント体制の動向では、1993年成立の医療保険構造改革法(GSG)により、代議員総会と理事会(いずれも労使同数のメンバーで構成)の統合による管理委員会としての再編、日常運営に携わる理事会を設置して運営形態の改編を行ったことで、労使による共同運営形式から経営者によるマネジメント形式へと移行した。

b. 疾病金庫の再編

疾病金庫の種類は、地区疾病金庫(AOK)、職員代替金庫(Er-An)、企業疾病金庫(BKK)、同業組合疾病金庫(IKK)、労働者代替金庫(Er-Ar)等が存在し、弱小で非効率的な金庫の分立状態が続いていた¹³。対応策として、疾病金庫の再編を前提に1993年のGSGにより、保険者選択制の競争基盤の整備として組織法に関する規定改正が実施された¹⁴。

疾病金庫の再編状況については、1996年以降の被保険者による疾病金庫選択権の拡大も促進要因となり、合併による規模の拡大と効率化、財務体質の改善と経営基盤の強化を目的とした疾病金庫間の統合再編が進んだ結果、疾病金庫数は急激に減少している(《図表3》参照)。2007年10月1日現在では疾病金庫の総数は236にまで減少しているが、将来的には更に、財務的な視点を主な理由に合併が続き金庫数も減少していくという予測をAOKおよびMunich Re社が示している¹⁵。

c. 地区疾病金庫(AOK)の概要、サービスおよび活動について¹⁶

ここで、疾病金庫の中で最大の規模を有するAOKの概要、サービスおよび活動についてインタビュー内容も踏まえて紹介する。

AOKの歴史は120年余に及び、被保険者は約2,500万人を擁し、従業員数は約58,000人、支部は1,300以上存在する。組織は地域(州)ごとに編成されており(16のAOKコミュニ

¹² 多数の法律に分かれていた社会保障関連法を一つにまとめたもの。

¹³ 田中耕太郎「ドイツ医療保険改革にみる「連帯下の競争」のゆくえー公的医療保険における保険者選択制とリスク選択ー」(フィナンシャルレビュー, 2006年3月)

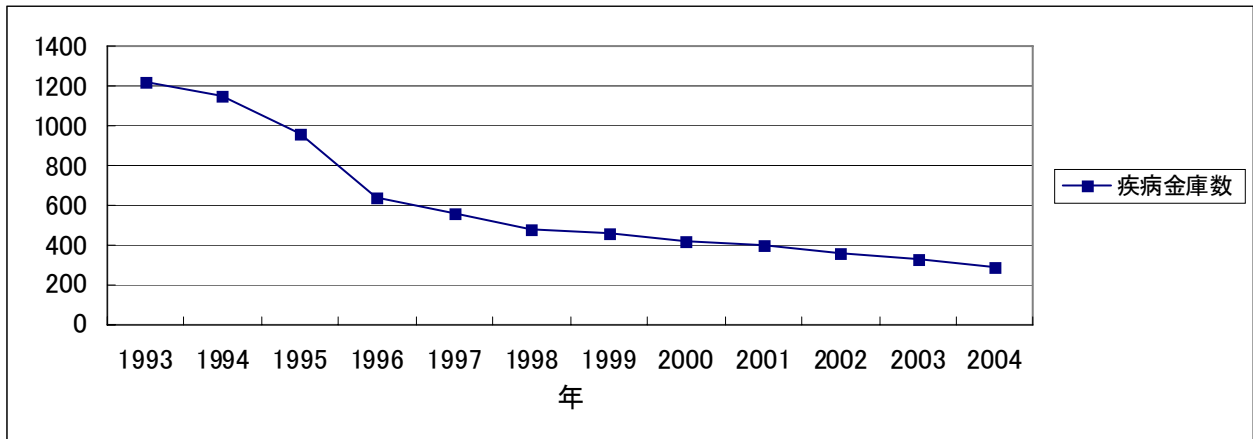
¹⁴ 法改正の内容としては、企業疾病金庫については、①対象事業所の規模の引き上げ、②(開放型の場合は)母体企業からの独立性の向上、AOKについては、広域的再編のための規定等があげられる。

¹⁵ 2007年12月実施、AOK研究所および再保険会社(Munich Re)へのインタビューによる。

現時点(2008年3月)では、約220にまで減少し、そのうち約40は閉鎖型の企業内疾病金庫である(2008年3月実施、連邦保健省インタビューによる。)

¹⁶ AOKの説明については、“The AOK in the German health care system” 2007。(AOK提供資料)、2007年12月実施、Wissenschaftliches Institut der AOK(WidO)へのインタビューによる。

《図表 3》 疾病金庫数推移



(出典) Bundesministerium für Gesundheit, “Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005”, 2005.より損保ジャパン総合研究所作成。

ティ)、その代表として AOK 連邦協会が存在する。AOK 連邦協会は総合的な医療の提供を目的として、メンバーの意見を連邦政府に反映および関連行政機関等との協力体制を構築している。

体制に関しては、まず各地域の AOK で従業員および雇用主が運営委員会（従業員および雇用主で構成）の代表者を 6 年ごとに選出している。運営委員会は、AOK の社会およびビジネスに関する方針を決定し、また管理人委員会のメンバーを選出する。管理人委員会のメンバーは 6 年の任期で、運営委員会の決定した方針を実行している。一方、AOK 連邦協会については、地域 AOK の運営委員会が AOK 連邦協会の運営委員会代表者を選出し、連邦協会の運営委員会が管理人委員会のメンバーを選出する。

活動については、まず AOK 連邦協会では医療システムの品質向上および効率化を主な活動としている。また、医療提供においては、各地域の AOK に対して医師、歯科医、病院、その他サービス提供者との契約交渉を支援し、それらサービス提供者間の競争を促すことで医療の効率化を図っている。AOK 連邦協会の具体的なサービス内容は以下の通りである。

- 新サービスの提供および医療システムにおける革新の推進
- 関係者へのトレーニング提供
- 国レベルの PR
- 各地域の AOK への支援
- マーケティング、営業のための構想、資料提供
- 地域の AOK の代表としての政府への影響行使

また AOK 連邦協会では、1976 年に研究所 (WidO; Wissenschaftliches Institut der AOK) を設立し、医薬および病院セクターに焦点を当てて公的医療に関するデータおよび分析と研究結果の公開、ドイツの医療システムの効率化および品質向上のための構想および資金供給についての提言を行っている。

一方各地域の AOK では、被保険者等の顧客に対して医療保険に関するあらゆるサービスを提供している。具体的なサービス内容は以下の通りである。

- 保険料を負担する雇用主へのアドバイス
- 医者、歯科医、病院、その他サービス提供者への報酬、医療提供の連携
- 疾病予防およびカウンセリング

● 医療カードの提供と診療費用支払いの効率化等

各地域の AOK 職員は、3 年以上のトレーニングを受け、ジョブトレーニングの専門家により常に最新の知識・スキル等に対応できるように指導されている。また、近年では、マネジドケア¹⁷やディジーズ・マネジメントの分野の専門家も拡充されている。

②民間医療保険

民間医療保険会社については、詳細は後述(第三章)するが、一定年収以上の雇用労働者・特定の業種を除く自営業者・官吏等に対する完全医療保険および公的医療保険では十分補償されていない部分を補完する部分医療保険を提供している。

尚、公的医療保険および民間医療保険の関係を単純化して図に示すと以下《図表 4》のよう

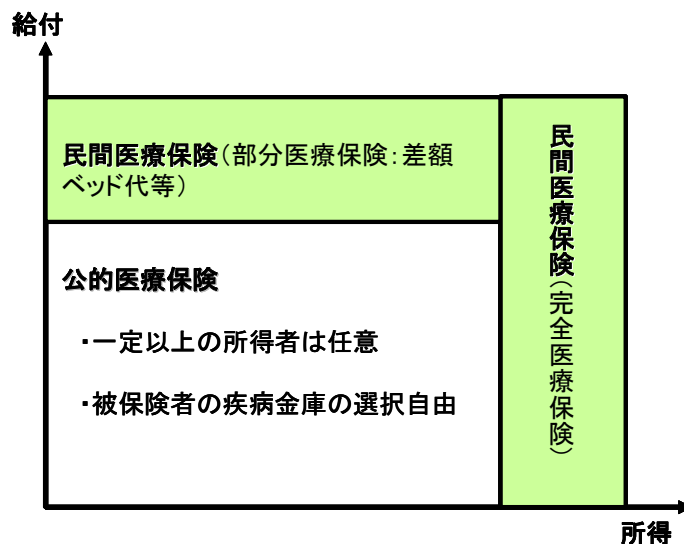
になる。

(2) 被保険者について

ドイツでは公的医療保険が中心であり、被保険者の構成では公的医療保険の加入者は 2006 年現在では国民の約 9 割を占め、残りの約 1 割が民間医療保険の完全医療保険に加入している。また、民間医療保険の部分医療保険については 2006 年末時点で約 1,840 万人加入している。

公的医療保険における被保険者の区分は、「強制被保険者」「任意被保険者」「家族被保険者」に分類される。強制被保険者の構成は、①所得が保険加入限度額以下の労働者および職員、②失業手当を受給している失業者、③芸術家およびジャーナリスト、④公的年金の受給者¹⁸等である。一方で加入義務を免除されている者は、①所得が保険加入限度額を超えている労働者および職員、②官吏、軍人、大学教授等の官吏法による援助が受けられる者、③EU の医療保障

《図表 4》 公的・民間医療保険の概念図 (イメージ)



(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

¹⁷ マネジドケアとは、医療のコスト、質およびアクセスについて、保険者が管理のために一連の介入を行う手法をいう (久司敏史・森朋也「日本におけるヘルスサポート事業の現状」(損害保険研究, 第 68 巻第 4 号, 2007 年 2 月))。

¹⁸ 年金受給者については、退職時 (あるいは年金受給時) に公的医療保険の被保険者、被保険者資格が継続することになっている。

制度によって保障される者、④（一部を除く）自営業者等である。最後に家族被保険者については、強制被保険者および任意被保険者の配偶者または子¹⁹であり、自身が医療保険の被保険者ではなく、定期的に得られる毎月の収入が一定額²⁰を超えない場合が対象となる。

一方、民間医療保険の完全医療保険の被保険者は、①所得が保険加入限度額を超えている労働者および職員、②官吏・大学教授等官吏法による援助を受けられる者、③（一部を除く）自営業者で、援助を補完するために民間医療保険に加入している者で構成され、部分医療保険の被保険者については、公的医療保険および民間医療保険の被保険者で構成される。

尚、ドイツ全人口（約 8,250 万人：2004 年現在）の被保険者の区分別構成は《図表 5》の通りである。

3. 近年の改革と現在の医療保険システムの形成²¹

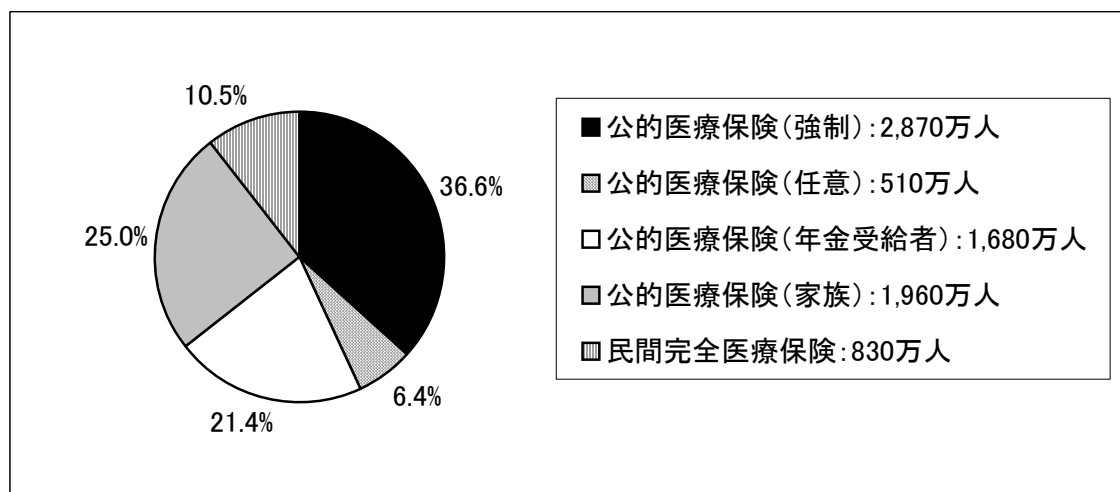
(1) 給付費の増大・保険料の上昇と抑制策（～1970 年代）

公的医療保険は 1970 年代半ばまでの期間は拡張期にあり、医療保険における被保険者の範囲の拡大・給付の拡充、医学の進歩の結果、医療保険給付費の著しい増大と保険料率の急上昇を招いた。これに対応し、1977 年に医療保険費用抑制法（KVKG）を成立させ公的医療保険は費用抑制に方針を転じた。しかしながら、その方法は自己負担引き上げや診療報酬引き上げ幅を抑制する等の需要側からの費用抑制策のみであり、効果は短期間しか持続せず、その後 1980 年代にかけて毎年のように費用抑制法の改正が繰り返された。

(2) 連帯原則の維持と競争の導入（1989 年～）

この状態からの脱却とより抜本的な解決を目

《図表 5》ドイツ医療保険 被保険者構成（2004 年）



(出典) Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV), “Financial report for private healthcare insurance 2006/2007”, 2007 および「ドイツ医療関連データ集【2005 年版】」(2006 年)より損保ジャパン総合研究所作成。

¹⁹ 「子」の定義は、18 歳以下（就業していない場合は 23 歳以下、学校あるいは職業教育を受けている場合は 25 歳以下、障害者は年齢制限無し）である。

²⁰ 一定額とは、年金保険における前年の保険料賦課対象の平均報酬月額（月間平均報酬額）の 7 分の 1 のことである。月間平均報酬額は、毎年連邦政府の政令により定められる（2005 年は月額 345 ユーロ）。

²¹ 公的医療保険改革の内容については主に、前掲注 2、医療経済研究機構を参考にしている。

指し、1989年に医療保険改革法（GRG）を成立させた。改革では、①連帯原則、②自主管理原則、③分立した保険者という現行制度の基本原則を維持するとともに、①保険料率の安定、②医療供給の質と経済性の確保の実現を目的とした。このための手段としては、給付の質と経済性を高めるために「競争」の役割を重視するとともに、総枠予算制等の公的介入を実施した。

1993年には、GSGを成立させ、「連帯下の競争」という基本理念を導入した。具体的な施策は以下の通りである。

- 医療費のコントロール（病院・開業医の診療報酬の予算枠制定、外来薬剤費の抑制による）
- 保険医数のコントロール
- 被保険者が加入する疾病金庫の選択の自由度を上げることによる疾病金庫間の競争と疾病金庫による経営努力の促進
- 被保険者に対する疾病金庫のリスク選別の排除や疾病金庫間の公平な競争の前提条件整備の必要性による「リスク構造調整」の導入²²
- 疾病金庫の理事会を中核とする管理運営体制の強化と疾病金庫間の再編促進による医療提供の効率化の促進

疾病金庫間の競争促進の効果としては、被保険者による疾病金庫の選択の自由化も手伝い、以下の効果が得られた。

- 保険料率に応じた被保険者の移動

- 保険料率の平準化
- 金庫間の合併促進

（3）医療供給体制の改革（1999年～）

1999年に成立した公的医療保険連帯強化法（GKV-Solidaritätssärkungsgesetz）では「医療保険改革2000」と称し、包括予算制（全国規模の総医療費として政府が決定）による保険料率の安定維持や薬剤に関するポジティブリスト等の多くの政策提案がなされたが、実施されたのは、家庭医の役割強化、外来医療と入院医療の連携、被保険者の健康増進活動の強化、リハビリテーションの強化のみとなった。

（4）リスク選択・逆選択への対応策および医療給付・供給体制の改革（2001年～）

2001年のリスク構造調整改革では、リスクの低い加入者をめぐる疾病金庫によるリスク選択や被保険者の逆選択による疾病金庫間の移動が激化して、1993年のGSGにより一旦収束に向かっていた保険料率格差が再度拡大したことに対応するために、リスク選択による被保険者の移動と疾病金庫間の保険料格差に対する措置がとられた。第一に、リスクプール制が導入され、慢性疾患患者を多く抱え財政窮迫している疾病金庫の負担を調整することを主な目的に、病院での入院治療費や薬剤費等が疾病金庫間の調整の対象とされた。第二に、ディジーズ・マネジメント・プログラム（DMP）²³の導入とリスク

²² リスク構造調整の内容は、疾病金庫の力が及ばない被保険者のリスク構造の差（被保険者の所得水準、性別及び年齢、家族被保険者数等における）が財政に及ぼす影響が、競争上の有利・不利をもたらさないように調整し、収入が高く、健康で若い被保険者を集めることが競争上の優位につながらないようにすることであり、「連帯下の競争」理念の中核を成す方法として位置付けられた。

リスク構造調整による交付金（拠出金）＝所要保険料額（BB）－財政力（FK）、 $BB > FK$ であれば交付金の受け取り側に、 $FK > BB$ であれば拠出側に回る（詳細は、前掲注13、田中耕太郎を参照。）。

²³ DMPは、人口の高齢化、医療費の増大が進む中で、疾病金庫と医療提供者の協力により、医療供給体制を（入院と外来の連携により）改善し、コストが大きい慢性疾患患者の治療を効果的・効率的に行う目的で2003年に導入された。DMPを特徴付ける要素は、①根拠に基づく治療、②品質確保、③被保険者の登録と参加、④研修、⑤診療記録（の作成）、⑥評価である。2007年現在でDMPの対象疾患とされているのは、2型糖尿病、乳がん、冠動脈心臓疾患、1型糖尿病、喘息、慢性閉塞性肺疾患の6疾患である。DMPは、社会法典第5編第137f条第1項では「構造的治療プログラム（strukturierte Behandlungsprogramme）」として規定されている。

構造調整への反映があげられる。DMP に登録した被保険者についてはその医療給付費をリスク構造調整の対象とすることとなった²⁴。現行のリスク構造調整の仕組みについては、9つの調整対象支出を設定し²⁵、リスククラス区分については、①傷病手当金、②年齢、③性別、④障害年金、⑤DMP登録状況を対象にしている²⁶。最新の動向としては、DMP に替わる指標として有病率リスク指標導入とその適用モデルが検討されており、適用の基準としては①リスク選択への誘因の軽減、②サービスの質と経済性への誘因の増大、③手続きの実務可能性とコントロール可能性が考慮されている。

最後に、2003年に成立したGMGでは、①

患者負担の引き上げおよび給付範囲一覧の変革の実施²⁷、②医療供給体制の改革(コーディネートされた治療)の検討等が実施された。

2007年の医療保障改革では、医療の「質と経済性」を高める目的で、以下に焦点をあてたさまざまな取り組みが行われている(直近の2007年医療保障改革の詳細については、第IV章参照)。

- 家庭医の機能強化
- 家庭医、専門医、病院の連携による「統合化された医療供給」方式の推進
- 慢性疾患に対するDMPの推進
- 財政運営の改革

《図表6》ドイツ医療保険改革の推移

年代	改革	改革の内容
~1970年代	—	●公的医療保険の拡張期 ●医療保険給付費の増大、保険料率の上昇
1977年	医療保険費用抑制法(KVKG)	●自己負担の引き上げ ●診療報酬引き上げ幅の抑制
1989年	医療保険改革法(GRG)	●連帯原則等、基本原理の維持 ●保険料率の安定、医療給付の質と安定性の確保→「競争」の役割を重視
1993年	医療保険構造法(GSG)	●「連帯下の競争」の基本理念導入:医療費・保険医数のコントロール、被保険者による疾病金庫選択の自由度向上、リスク構造調整、疾病金庫の管理運営体制の強化
1999年	公的医療保険連帯強化法(GKV-Solidaritätssärkungsgesetz)	●家庭医の役割強化 ●外来医療と入院医療の連携 ●被保険者の健康増進活動の強化 ●リハビリテーションの強化
2001年	リスク構造調整	●リスク選択と保険料格差の拡大に対する措置:リスクプール制、DMP登録患者の医療給付費をリスク構造調整の対象に
2003年	医療保険近代化法(GMG)	●患者負担の引き上げおよび給付範囲一覧の変革 ●コーディネートされた治療

(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

²⁴ ただし、DMPのリスクファクターとしての導入は、2009年予定有病度指標のリスク構造調整導入までの経過的部分的な有病度指標という位置づけである。

²⁵ 調整対象支出は、①開業医の外来診療、②歯科医師、③入院診療(病院)、④薬剤費、⑤その他、⑥傷病手当金、⑦医師でない外来透析、⑧入院外、⑨DMPである。

²⁶ 例えば年齢については、0歳、1歳・・・89歳、90歳以上の91区分、性別については、男・女の2区分である。

²⁷ GMGによる医療給付改革については、①外来診療における診察料の導入や医薬品、患者負担の限度額について患者負担が増加したこと、②眼鏡、コンタクトレンズ等の給付の削除等、給付内容が削減されたことが特徴である。

- 疾病治療指針や薬剤有効性についての専門評価機関の設置、患者の権利強化（診療に関する情報開示、審議会への患者団体の参加）

Ⅲ. ドイツの民間医療保険—公的医療保険制度改革とその影響、市場動向、民間医療保険会社の概要—

1. 公的医療保険改革の流れと民間医療保険への影響—加入条件、保険料に関する動向を中心として—

前述のとおり、ドイツでは公的医療保険と民間医療保険が補完のみではなく競争の関係にある。これはそもそも公的医療保険と民間医療保険は、公的医療保険の給付範囲ではない部分医療保険を民間医療保険が給付するという点で補完の関係にある一方で、完全医療保険では競争の関係にあることによる。古くは 1960 年代末から 70 年代にかけて公的医療保険の強制加入の職種範囲を拡大したことで民間医療保険の加入者数が減少する等、公的医療保険の改革が民間医療保険に影響を及ぼしてきた。

(1) 加入条件に関する改革と民間医療保険への影響

第Ⅱ章で紹介したとおり、ドイツでは公的医療保険で補償されていない部分を補完する部分医療保険とともに、完全医療保険が民間医療保険会社より提供され、後者に関して高額所得層は、公的医療保険か民間医療保険を選択することができる。所得に関する加入条件については、従来は保険加入義務限度額（2006 年では 47,250 ユーロ）を上回り、翌年度も年間労働報酬限度額（2007 年では 47,700 ユーロ）を上回ると予測された場合に限り、翌年度のはじめよ

り公的医療保険への加入義務を免除されていた。この条件は 2007 年の医療保障改革により改定され、2007 年 2 月 2 日以降は報酬が保険加入義務限度額を超え、さらに連続する 3 年間限度額を超えた場合に初めて保険加入義務を免除されることとなり、結果として民間医療保険への加入についても条件が厳しくなった。

その他加入に関する改革としては、医療保険加入に関する被保険者の逆選択の禁止²⁸を目的として、1989 年に医療保険改革法（GRG）および 1993 年に医療保険構造改革法（GSG）を施行させたことが挙げられる。この背景としては、公的医療保険が被保険者の収入に比例した応能負担のルールによる保険料徴収である一方で、民間医療保険においてはリスクベースでの保険料であることから、被保険者が若く健康で扶養家族がいないうちに民間医療保険に加入し、高齢になり健康のリスクが高まり家族が増えた時点で公的医療保険に加入することに対応したものである。社会的公平と連帯の視点より、これまで保険料を支払ってこなかった者を高齢期で医療費が高くなる時期のみ加入することを認めることは容認されないことから、高齢期からの公的医療保険に移ることがほぼ不可能になった²⁹。

(2) 保険料に関する改革と民間医療保険への影響

上記の逆選択の禁止を目的とした加入に関する規定により高齢期に保険料が支払えなくなる被保険者が生じることを防ぐ為に、1993 年の GSG にて、民間の完全医療保険における高齢者の保障措置が採択されている。内容は、65 歳以上の高齢者（2000 年の法改正により 55 歳以上

²⁸ 被保険者の逆選択の禁止の改革に関しては、前掲注 13、田中耕太郎を参照。

²⁹ 1989 年の GRG による加入期間（就業開始から年金申請を行うまでの 9/10 以上の期間）の規定および 1993 年の GSG による任意加入の期間を含めないという規定等による。

に引き下げ) に対して、民間医療保険会社に保険料が公的医療保険の最高額を超えない範囲で、公的医療保険と同様の給付内容の保障「標準料金制 (Standardtarif)」の提供を義務付けるというものである。

保険料についてはさらに改革が行われ、従来では民間医療保険ではリスクに見合った保険料負担であったが、2007年に成立した公的医療保険競争力強化法 (GKV-WSG) に伴う医療保障改革による改定で、すべての民間医療の完全医療保険を提供している保険会社が、2009年1月1日より基本料金制 (Basistarif) を提供しなければならないことが決定された。基本料金制では、保険料額の決定が被保険者の加入時の年齢と性別だけにもとづき、健康状態には左右されない。この改定により、民間医療保険会社にも条件の悪いリスクの受け入れが義務付けられ、すでに病気にかかっている保険未加入者も含めたすべての人が支払い可能な保険料 (保険料は公的医療保険の最高額を上回ってはならない) で加入を拒否されないこととなった。また、基本料金制における完全医療保険の商品内容は、法律上の規定から公的医療保険の給付内容と同

等かそれ以上でなければならないことが規定された。

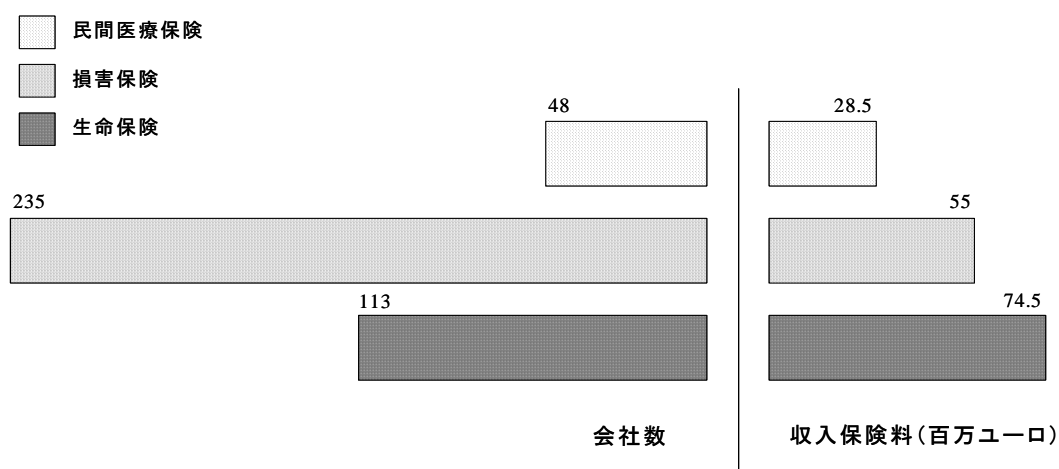
(3) 老齢引当金の移動自由化と民間医療保険への影響

その他の 2007 年医療保障改革による民間医療保険への主な影響としては、公的医療保険が一連の改革により競争が激化する一方で、民間医療保険では中途での保険会社の移動が事実上困難で競争が少ないという事態となっていたが、2009年1月1日より基本料金制の範囲内で老齢引当金を他の民間医療保険会社に資金移動できるようになり、被保険者による保険会社間の移動が事実上可能となった。これにより民間医療保険会社間の競争が厳しさを増すことが予測されている³⁰。

2. 民間医療保険の概要

ドイツの民間保険市場は、医療保険、損害保険、生命保険の3つに分類される。それぞれの2006年時点の会社数、収入保険料については《図表7》のとおりである。

《図表7》民間保険市場の構成 (2006年)



(出典) Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV), "Financial report for private healthcare insurance 2006/2007", 2007.

³⁰ 2007年12月実施、DKV社へのインタビューによる。

(1) 市場動向、プレーヤー、マーケットシェア

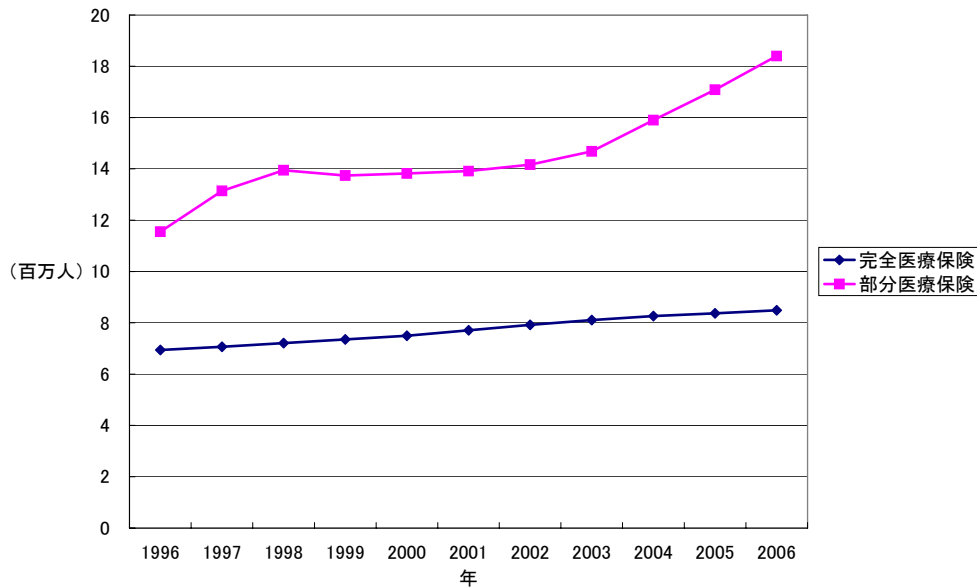
以下、民間医療保険の市場動向の概要について紹介する。

①加入者数

第一に、加入者数については、2006年、完全

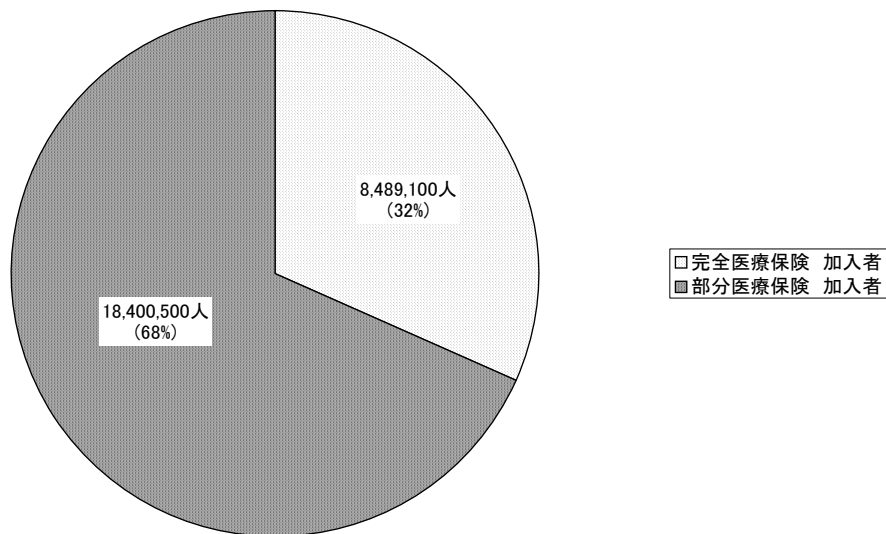
医療保険では848万9千人と前年度に比べて1.4%増加している。一方で、部分医療保険については、同年で1,840万人と前年に比べて7.7%増加しており加入者の伸びは完全医療保険を大きく上回っている（《図表8》および《図表9》参照）³¹。

《図表8》民間医療保険 加入者数の推移



(出典) 《図表7》に同じ。

《図表9》民間医療保険 加入者数の内訳 (2006年)



(出典) 《図表7》に同じ。

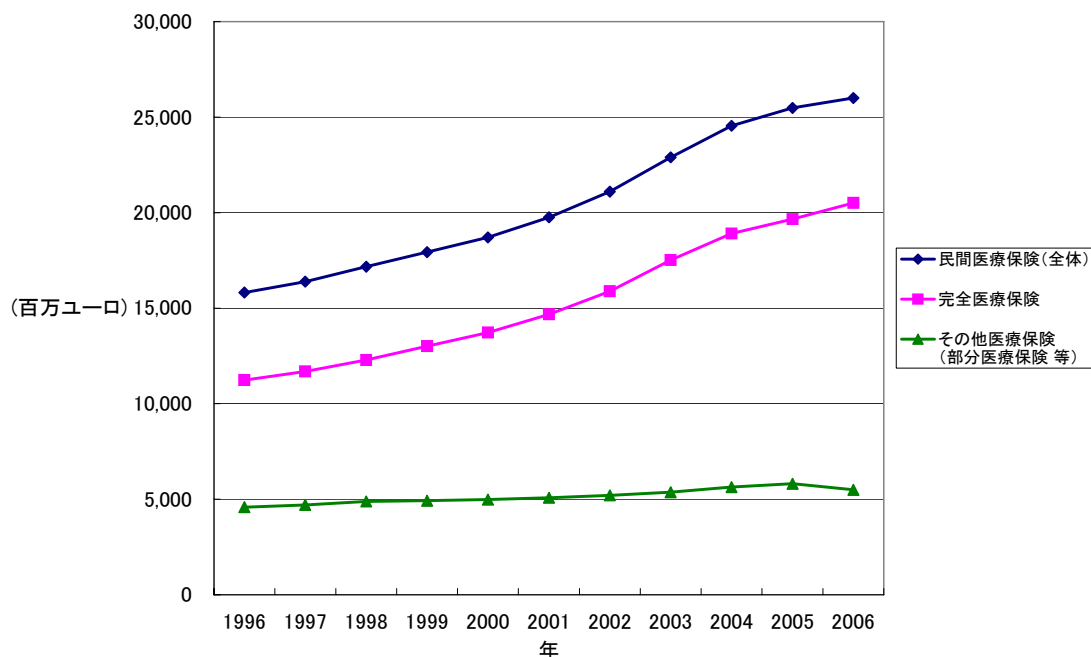
³¹ 以上の実績数値は、Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV), “Financial report for private healthcare insurance 2006/2007”, 2007.による。

②収入保険料

第二に、収入保険料については 2006 年では 266 億 1,200 万ユーロであり前年比で 4.4%増加している。このうち完全医療保険については 2006 年では 200 億 5,900 万ユーロで前年比 4.3%増加しており、部分医療保険は同年では

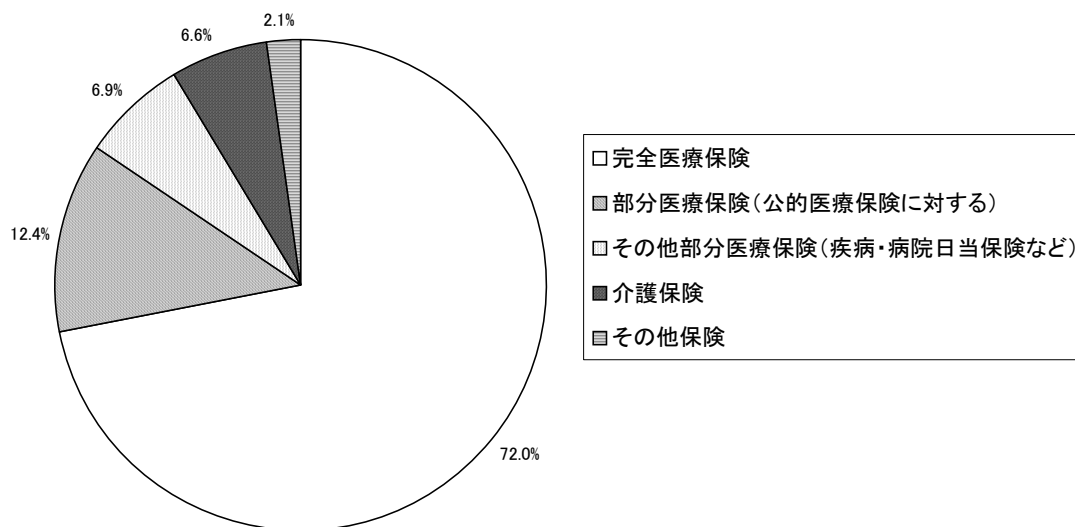
54 億 9,300 万ユーロであり前年比で 4.6%増加している。各種保険の収入保険料の推移および内訳は、以下の《図表 10》および《図表 11》のとおりである。

《図表 10》民間医療保険 収入保険料の推移



(出典)《図表 7》に同じ。

《図表 11》収入保険料の内訳 (2006 年)



(出典)《図表 7》に同じ。

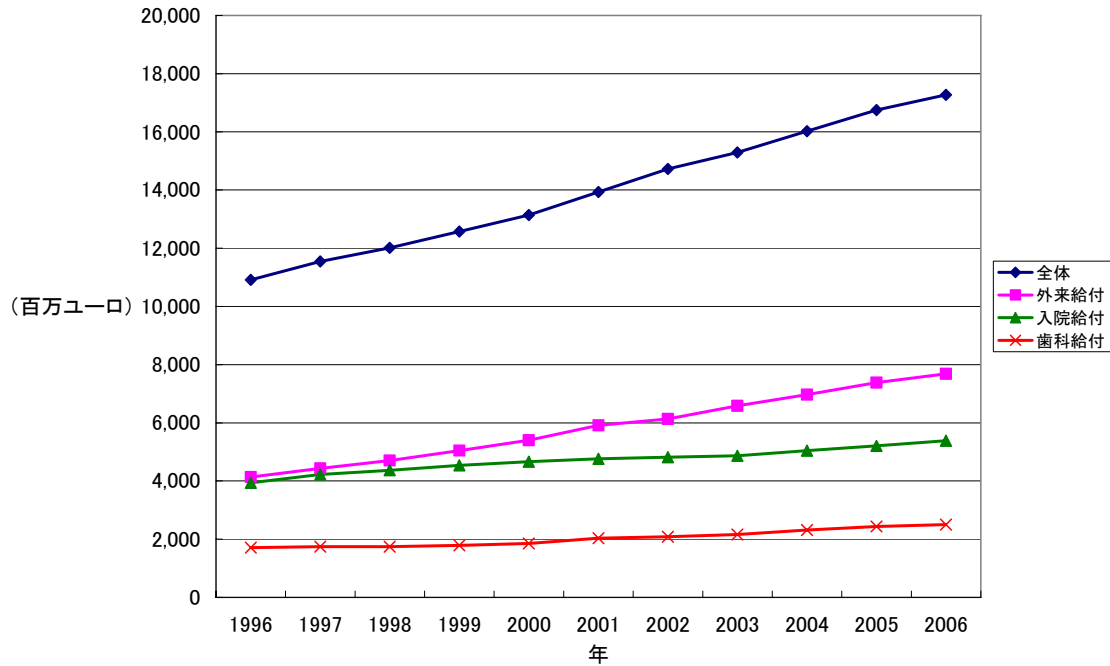
③給付サービス別の支出額

第三に、給付サービス別の支出額の推移および内訳については、以下《図表 12》および《図表 13》の通りである。

④保険事業による利益率

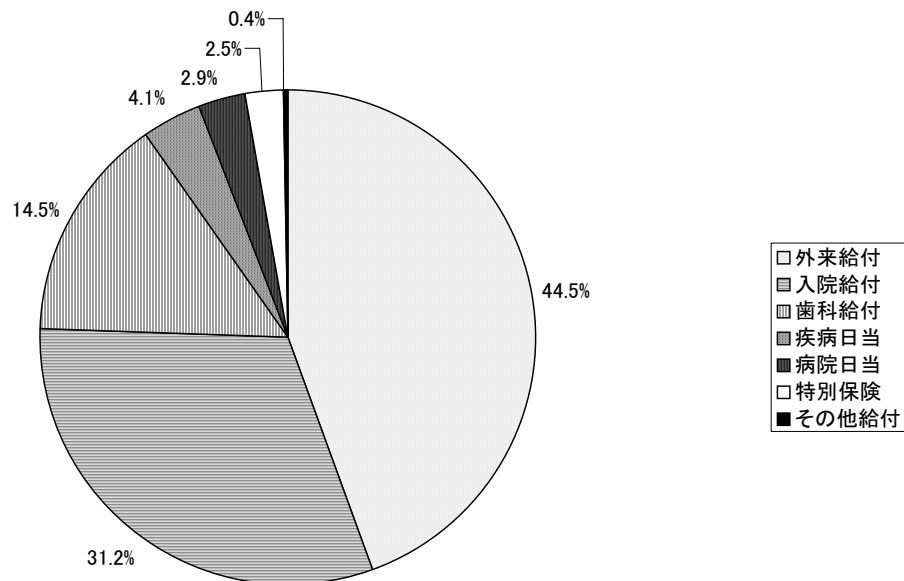
最後に、保険事業による利益率については、2006 年では 11.0%である。一方損害率については、2006 年では 77.8%であり、1996 年から 2006

《図表 12》民間医療保険 給付サービス別支出額推移



(出典) 《図表 7》に同じ。

《図表 13》民間医療保険 給付サービス別支出額の内訳(2006 年)



(出典) Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV), "Financial report for private healthcare insurance 2006/2007", 2007.より損保ジャパン総合研究所作成。

年の期間では 80%前後で推移している（《図表 14》参照）。

⑤市場の展望

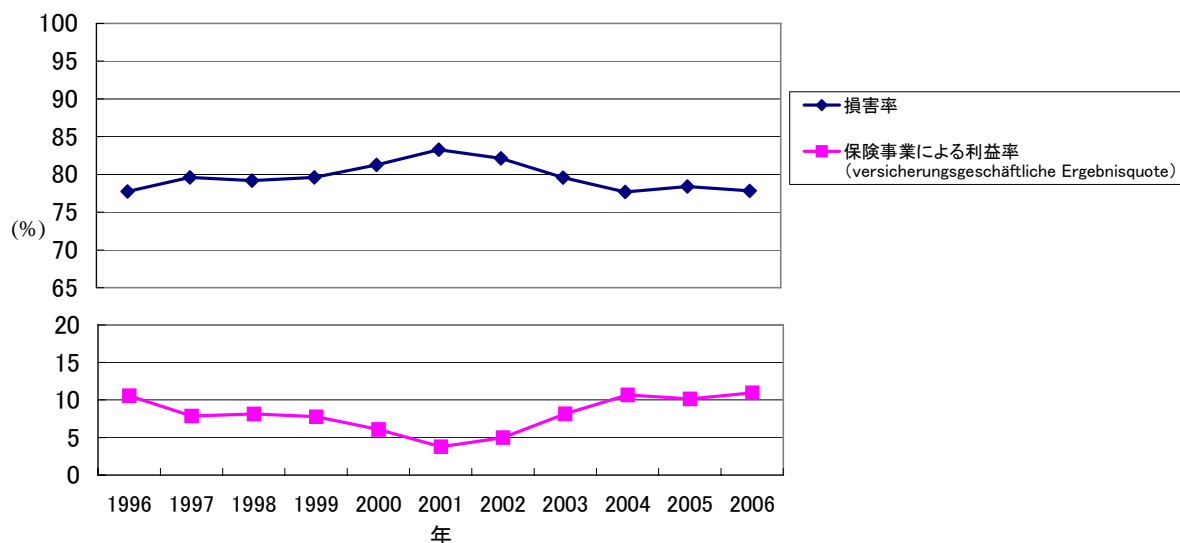
市場の展望については、2007 年の医療保障改革による民間医療保険への加入条件の改定³²、民間医療保険会社間の競争の激化および前述した保険料に関する改定等による影響で、これまで堅調であった市場（特に完全医療保険について）の成長が減速する局面に入ることが予測されている³³。

⑥PKV メンバー企業およびマーケットシェア

民間医療保険会社については、現在ドイツ民間医療保険協会(PKV)³⁴には、2006 年現在で 48

のメンバー企業（外資系企業を含む）が加入しており、会社形態別には相互会社（Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit）が 20 社、株式会社（Aktiengesellschaften）が 28 社の構成となっている。収益規模別での企業構成では、10 億ユーロ以上の企業が 9 社、3 億ユーロ以上～10 億ユーロ未満の企業が 13 社、2,000 万ユーロ以上～3 億ユーロ未満の企業が 15 社、2,000 万ユーロ未満の企業が 11 社である。企業別の収入保険料およびマーケットシェアについては、2006 年現在では Debeka 社が最大で、2 位に DKV 社、3 位に Allianz 社と続き、上位 8 社で市場の 6 割以上を占めている（《図表 15》参照）。

《図表 14》 民間医療保険 損害率および保険業務での利益率の推移



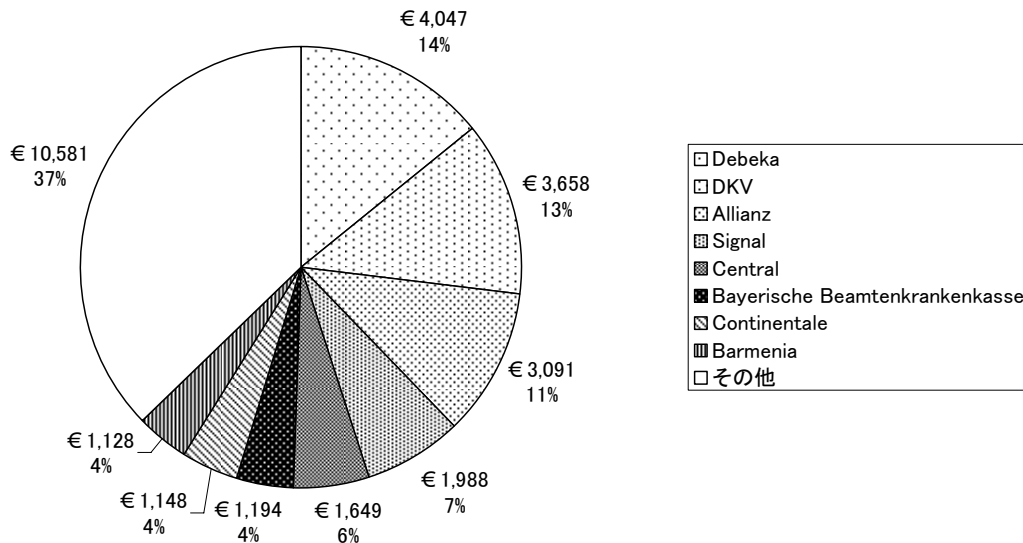
(出典) 《図表 7》に同じ。

³² 保険加入義務限度額に関する改定（詳細は第三章第 1 節参照）の影響として、民間医療保険への新規加入者数が 2006 年（116,100 人）から 2007 年（59,900 人）に大きく減少したことがあげられる（2008 年 3 月実施 PKV へのインタビューによる。）。

³³ 2007 年 12 月実施、DKV 社へのインタビューによる。

³⁴ PKV の主な目的は、民間医療保険会社の 48 社（外資系も数社あり）の利害を代表することである。活動内容は、第一にロビーやパブリックリレーション（例：①政府議会に法律改正の民間医療保険会社への影響を説明して議会の委員会に法改正の方向性を検討させること、②機関紙やパンフレットによる民間医療保険会社の社会へのアピール、③一般人対象のアンケートを政府に送付等）を実施している。第二に、メンバーの民間医療保険会社に対して政府の改革（例えば、2007 年の医療保障改革）に如何に対応するかについてのカウンセリングを提供（新法律の情報提供、法律の改変を契機に新たなビジネスの展開等）することや、PKV 内の委員会（PKV と民間医療保険会社の代表で成り立つ 12 人の委員会）にて民間医療保険の産業および企業としてのポリシーの検討を行っている。PKV のその他の業務としては、ヘルスカード（被保険者証）やホスピタル・キャッシュ・システム（病院での支払いを保険者に依頼するシステム）の運営があげられる（2007 年 12 月実施、PKV インタビューによる。）。

《図表 15》民間医療保険会社 収入保険料（百万ユーロ）・マーケットシェア（%）（2006 年）



(出典) infinma Institute für Finanz-Markt-Analyse GmbH のホームページ³⁵および Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV), “Financial report for private healthcare insurance 2006/2007”, 2007. より損保ジャパン総合研究所作成。

(2) 民間医療保険の商品（完全医療保険・部分医療保険）、その他サービス、販売

民間医療保険会社の提供する医療保険のタイプは、完全医療保険および部分医療保険が主であるが、その他の医療保険も提供している。

①完全医療保険

完全医療保険は、官吏、一定所得以上の就業者、自営業者等の公的医療保険の強制加入対象者とならない人々（詳細は第Ⅱ章第2節参照）を対象とした外来治療、入院治療、歯科治療費用を対象としたフルカバーの保険である（民間医療保険の給付の詳細については、第Ⅱ章《図表2》参照）。医局長の個人診療付きの個室（あるいは二人部屋）での入院、入院中の所得を補填するための給付（通常は、部分医療保険の対象となる給付）等がカバーされている料金制も提供されている。

②部分医療保険

次に、部分医療保険は主に公的医療保険の強制加入者向けに提供されるサービスであり、完全医療保険の基本的な給付に対して付加的な給付を受けることを目的に加入する。しかしながら部分医療保険の中には、病気や怪我により就労不能になった場合の所得減を補うための疾病日当保険、定額の日当が入院日数に応じて支払われる入院日当保険等も存在し、これらは民間の完全医療保険にも含まれていないため、同保険の加入者も対象としたサービスである。公的医療保険の給付を補うための部分医療保険のタイプとしては以下の3タイプがある。

- 外来診療のための給付（薬剤補助、眼鏡、補聴器等）
- 入院時のオプションサービスへの給付（個室あるいは二人部屋での入院、医局長の個人診療）
- 歯科給付（歯列矯正等）

部分医療保険の加入者数は、直近数年間で大

³⁵ http://www.infinma.de/bilanzanalysen/kranken/grafikentop30/2006/Gesellschaften_2006.pdf (visited April 24, 2008)

大きく増加している。これは、公的医療保険の給付の一部カットおよび公的医療の保険者と民間医療保険会社との事業上の協力が 2003 年の医療保険近代化法により可能になったこと等による。

③特別保険

最後にその他の特別保険(Besondere Versicherungsformen)として以下が提供されている。

- 海外旅行医療保険（短期および長期）
- 被用者が傷病休暇中に雇用主に要求される支払いに備え、雇用主が加入する保険
- 特定のリスク（例えば、目の治療に伴うリスク等）に対する保険
- 傷病中の所得減においてもローン等月々の

分割払いを可能にするための保険

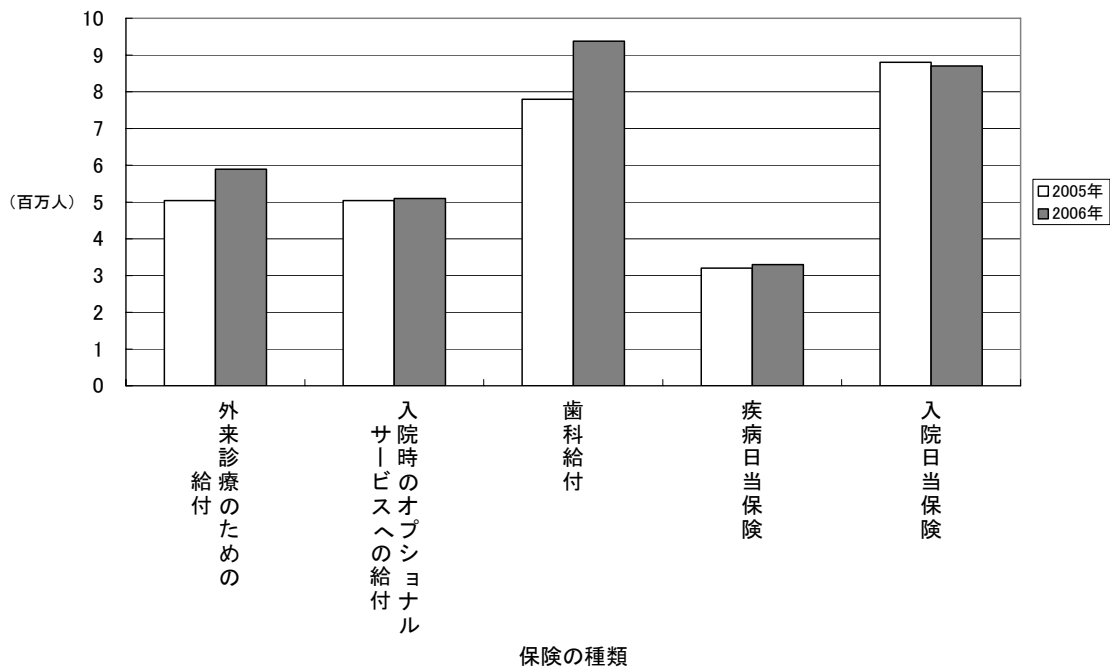
上記医療保険以外での民間医療保険会社のサービスとして、コールセンターでの健康相談、請求書審査³⁶等が提供されている。

以上の商品の販売方法としては、保険会社に属する外交員、複数の保険会社の商品を扱うエージェント、保険ブローカーに加え、近年ではコールセンターやインターネット利用の直接販売も拡大している³⁷。

民間医療保険会社が保険商品を販売する際の差別化要因としては、

- 保険料の安さと安定度（値上げの頻度や値上げ率）
- 補償内容

《図表 16》 部分医療保険（各タイプ）の加入者数



(注) 一般に、公的医療保険の被保険者が加入する部分医療保険についての加入者数を示している。

(出典) 《図表 7》に同じ。

³⁶ 民間医療保険の被保険者は医療費を立替払いするが、請求書の正当性を被保険者で判断することが困難である為、保険会社で請求書の内容の正当性を審査するサービス。

³⁷ 2007年12月実施、AON社へのインタビューによる。

以上の要素が基本的な要因であるが、トップレベルの保険の場合は上記に加えて、

- 加入に際しての待ち時間の短縮（通常、ドイツの民間医療保険では加入してから数ヶ月の待ち時間が設けられている）
- 医療費の請求に診療報酬規定の制限³⁸がないこと
- 歯科治療における自己負担率を少なくする
- その他、専門病院に関するデータベース、緊急手術が必要な場合の病院検索、国内外における輸血アレンジ等の付加価値等を差別化要因として商品が提供されている³⁹。

3. 民間医療保険会社の概要（DKV 社）

前節では民間医療保険業界の動向について紹介したが、以下、ドイツの大手医療保険会社である DKV 社をとりあげ、より具体的な民間医療保険会社の動向について解説する。

（1）DKV 社の概要

1927年に設立された DKV 社は、ケルンに本社を置く ERGO Insurance Group(ERGO Versicherungsgruppe AG)⁴⁰に属するドイツ第二位（マーケットシェア）の民間医療保険会社であり、従業員規模は4,900人余りである。海外への進出は、1964年のベルギーでの事業展開に始まり、現在、ヨーロッパにおいてはベルギーの他、ルクセンブルク・スペイン・ノルウェー・スウェーデン・イギリス、アジアでは中国・韓国・インドに進出している⁴¹。

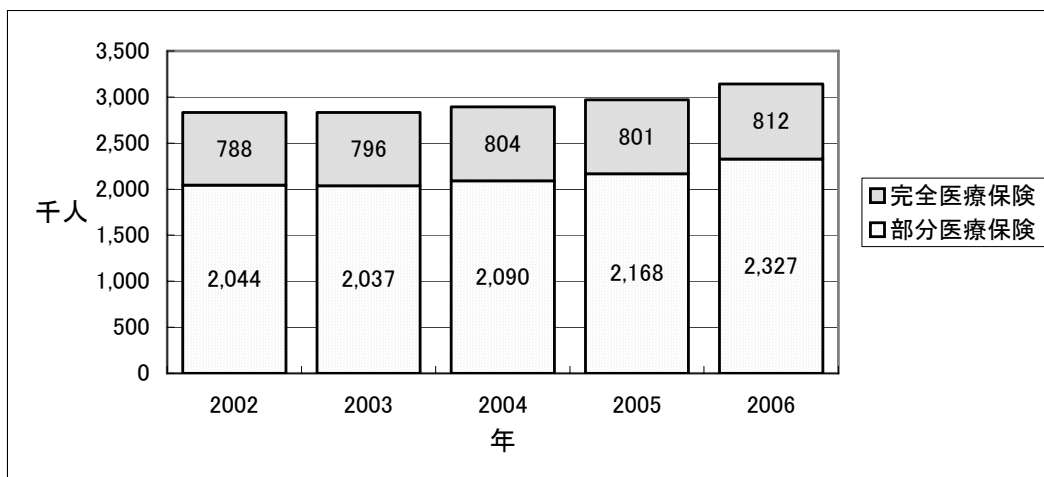
①加入者数

被保険者数は2006年現在では約313.9万人（完全医療保険：約81.2万人，部分医療保険：約232.7万人）であり、直近5年間では増加傾向を示している（《図表17》参照）。

②収入保険料

一方で収入保険料についても増加傾向が続き、2006年の実績は前年比3.4%増の約36億5,800

《図表 17》 DKV 社 医療保険加入者数の推移



（出典）DKV 社, “Annual Report 2006”, 2007.

³⁸ 通常医療費は診療報酬規定に基づく単価に係数（3.5が限度）を乗じて請求されるが、これを上回っても支払う。

³⁹ 医療保険商品の差別化要因については、2008年2月実施のAON社への追加取材による。

⁴⁰ ERGO Insurance Group は、ドイツ大手の元受保険会社であり、その持株会社下に DKV 社等が存在する。

⁴¹ DKV 社提供資料, “DKV-The No.1 among private health insurers in Europe”, 2007.

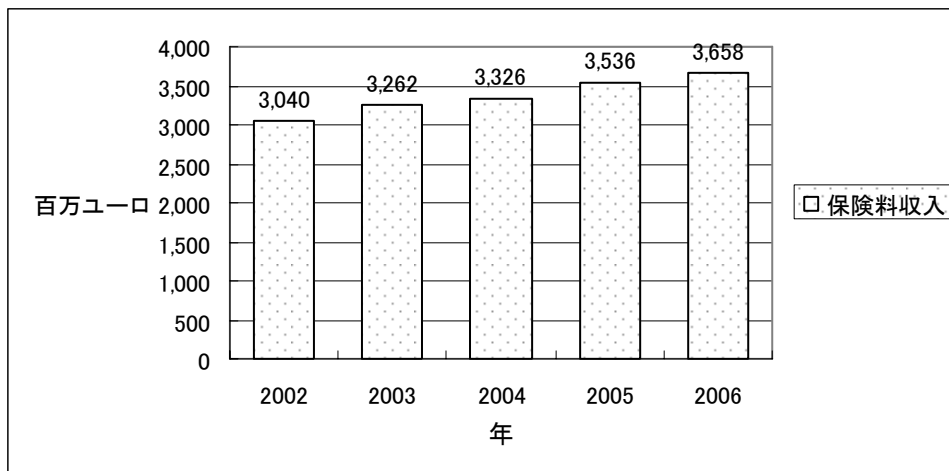
万ユーロに達している（《図表 18》参照）。

③損害率

最後に、損害率については2006年では75.6%である（推移は《図表 19》参照）が、今後の見

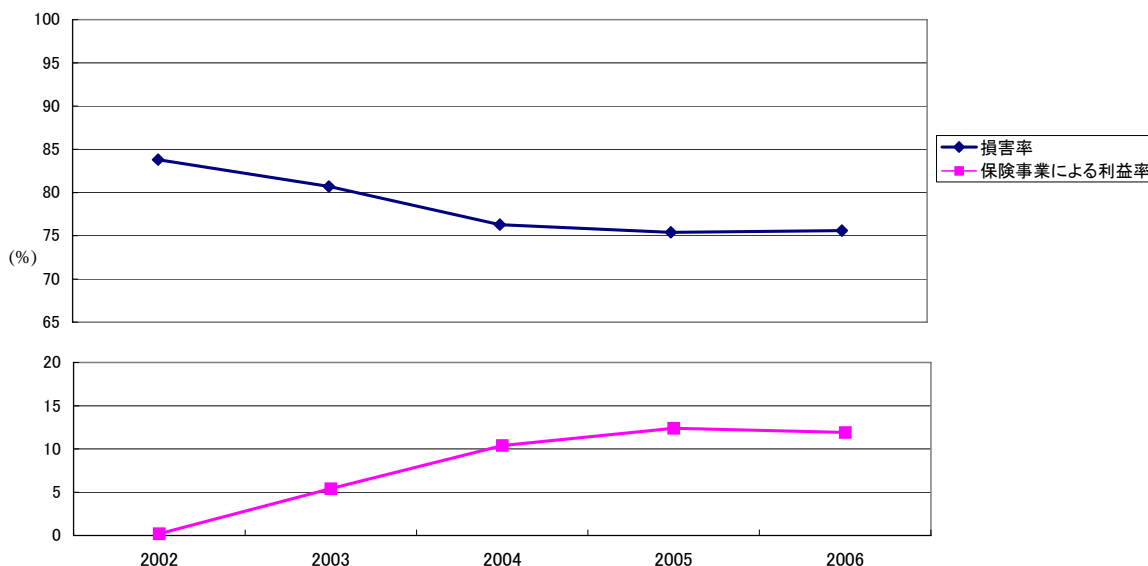
通しとしては、2007年医療保障改革における基本料金制の導入による（リスクの高い加入者を受け入れることによる）利益率の低下等により増大することが予測されている⁴²。

《図表 18》 DKV 社 保険料収入推移



（出典）《図表 17》に同じ。

《図表 19》 DKV 社 損害率推移



（出典）《図表 17》に同じ。

⁴² 2007年12月実施、DKV社インタビューによる。

(2) DKV 社の事業および提供する医療保険給付

①事業

DKV 社が提供しているサービス内容は、a. 各種医療保険、b.保健サービス、c.医療の3つに大きく分類される(《図表 20》参照)⁴³。

販売については、国内外での直販、ブローカー、代理店、銀行での販売(Bank assurance)等あらゆるタイプのチャネルで販売しており、主なターゲット顧客は、自営業者、公務員、高所得者である⁴⁴。

②医療保険給付内容

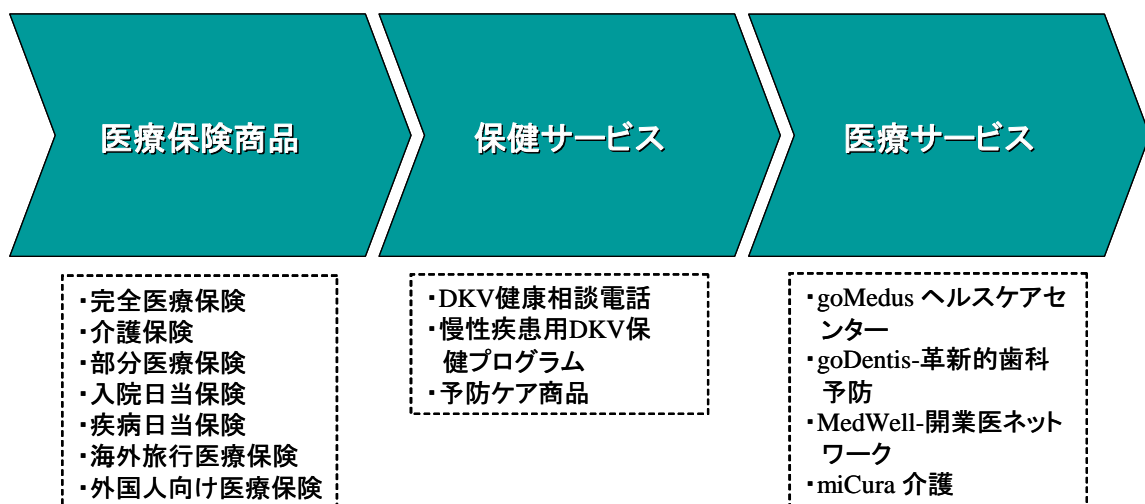
a. 完全医療保険

DKV 社で提供する完全医療保険の一例として「M 料金制」という給付サービスについて紹介する。M 料金制では、外来、入院、歯科のいずれの治療についても、世界中で無制限に保険が適用される。《図表 21》は、M 料金制における一般的な給付の内容である。

完全医療保険では、《図表 21》掲載の一般的な給付に加え、以下の給付(一部償還あるいは100%償還)を含めた料金体系が提供されている⁴⁵。

- 外来の心理療法
- 薬浴または療養地での外来療法
- (医学的に必要な) 帰国搬送費
- (死亡の場合の) 外国からの移送・外国での埋葬
- 予防検診
- 歯科予防
- 予防接種
- 医師による妊娠に伴う検査
- 出産の際の一時金
- 健康に関する一般的な質問、治療方法、入院計画等に関する健康相談
- 医師や病院、病院の治療方針やその他の情報
- 診察期日の取り決め、手術日程の仲介
- 海外旅行の際の 24 時間緊急呼び出しサービス

《図表 20》 DKV 社 提供商品構成



(出典) DKV 社 提供資料, "Overview Health Insurance-Germany", 2007.

⁴³ DKV 社の事業内容については、DKV 社提供資料, "DKV-The No.1 among private health insurers in Europe", 2007.による。

⁴⁴ 2007 年 12 月実施、DKV 社インタビューによる。

⁴⁵ 2008 年 2 月実施、DKV 社インタビュー (および入手した顧客向け資料) による。

《図表 21》完全医療保険（M 料金制）一般的な給付内容

給付対象	給付内容
外来治療 「費用の100%償還」	<ul style="list-style-type: none"> • 治療・診察の医療サービス(医者、歯科医の診療報酬規定の上限を超えた場合も含む) • 医薬品、包帯材料 • 治療(メディカルSPA、マッサージ など) • 補助器具(眼鏡レンズ、包帯 など) • (医師ではないが正式な許可を受けている)治療士、助産師、言語治療士による給付
入院治療 「費用の100%償還」	<ul style="list-style-type: none"> • 一般的な入院治療 • 2人部屋、あるいは個室 • 医局長による治療(医者、歯科医の診療報酬規定の上限を超えた場合も含む)
歯科治療 「(医者、歯科医の診療報酬規定の上限を超えた場合も含む)費用の償還」	<ul style="list-style-type: none"> • 歯科治療(100%償還) • 義歯・歯冠(75%償還) • 歯列矯正(75%償還)

(出典) DKV 社ホームページ⁴⁶。

b. 部分医療保険

次に部分医療保険に関しては、①（公的医療保険のカバー内容に）追加的な入院時あるいは通院時の保険（歯科医を含む）、②外来ベースでの予防検診等、上記の完全医療保険の給付対象となっている内容を部分医療保険として提供している。さらに、DKV 社では入院時の所得補償保険（病気手当保険）が提供されており、給付内容は就労不能の期間に対して、契約で取り決められた給付開始時点（43 日目、64 日目、85 日目・・・）から、契約された病気手当が支払われるというものである⁴⁷。

以上は、DKV 社の提供する給付サービスであるが、その他の民間医療保険会社においては、救援会社と提携あるいは専門子会社を設立して、旅行先の事故に対する救援サービス等を提供しているケースも存在する⁴⁸。また、(中国医療へ

の関心の高まりから) 中国医療等、西洋医学以外の学位を持っている医者との医療給付における提携等が検討されている⁴⁹。

IV. 医療保険制度改革と展望—2007 年医療保障改革の概要と民間医療保険業界の受け止め方および対応策—

1. 2007 年医療保障改革の概要⁵⁰

本章では、まず 2007 年医療保障改革による主要な変更について解説し、次いで民間医療保険業界がこの改革をどのように受け止めているかについて紹介する。この改革は、2007 年 2 月に成立した公的医療保険競争力強化法（GKV-WSG）に根拠を置き、公的・民間医療保険両方を対象として、①皆保険、②医療の質の向上、③財政運営の改革、④公的・私的保険の近代化を柱とした施策を推進することを決定

⁴⁶ http://www.international.dkv.com/start.phtml?content=e_insurance_products.phtml (Visited March 10, 2008)

⁴⁷ 2008 年 2 月実施、DKV 社インタビュー（および入手した顧客向け資料）による。

⁴⁸ 2007 年 12 月実施、AON 社インタビューによる。

⁴⁹ 2007 年 12 月実施、Munich Re 社インタビューによる。

⁵⁰ 以下、2007 年医療保障改革の内容部分については、連邦保健省公表資料：“Welcome to Solidarity!-Information on the 2007 Health Reform-” 2007., “Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2007” 2007., “Fragen und Antworten zur Gesundheitsreform 2006 / 2007-GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)-” 2007. による。

したものである。以下、それぞれの内容について解説する。

(1) 皆保険

まず皆保険については、自営業者等任意被保険者に分類され公的医療保険および民間医療保険のいずれにも加入していない者および過去にいずれかの医療保険に加入していたが保険料を支払えない等の理由で無保険になった者等、現状では少なくとも 20 万人の無保険者が存在する。これに対してドイツ社会保障史上はじめて保険加入の義務が導入され、それとともに保険料の納付の遅滞を理由に保険保護を剥奪されることはなくなり、遅滞者には保険給付の制限(急性疾患、出産等は除く)の措置がとられることとなった。このため、現在(2007年7月時点)無保険者であっても、①過去に公的医療保険に加入していた者は、公的医療保険に再加入、②過去に民間医療保険に加入していた者は、民間医療保険に再加入、③自営業者等の任意被保険者で無保険である者に関しても、2009年1月までにいずれかの医療保険に加入しなければならなくなった⁵¹。2008年3月に実施した、連邦保健省へのインタビューでは、皆保険への方針を反映し、2008年3月現在では、無保険者の約半分が医療保険に加入したとしている。

(2) 医療の質の向上

医療の質の向上については、ディジーズ・マネジメント・プログラム(DMP)や統合化医療のような画期的な医療供給形式等の医療給付における、新しい構造による競争促進と質の向上を主とした改革がなされた。例えば、医療給付においては、家庭医を中心とした医療供給が拡充され、全疾病金庫に被保険者への家庭医モデル(詳細については第II章第1節参照)の提供が義務付けられる。この点においては、病院、保険医、介護事業者の連携の強化により、退院管理、医療リハビリテーション、在宅看護、予防接種、母子・父子温泉療養等の分野においての統合化医療の推進が目標とされている⁵²。

次に、外来治療については、高度に専門的な医療(稀な疾患、特別な経過をもつ疾患:がん、エイズ等)に関しても病院における外来給付供与がなされることになった⁵³。

最後に、医薬品の供給については、新薬の価格が患者への効果とどのような関係にあるかを中立の立場で検査する「費用便益評価」により、医師と患者にとっての新薬の使用価値という基準での新薬の品質を明らかにする施策がとられた⁵⁴。また、「新薬のセカンドオピニオン」、疾病金庫と薬剤メーカーとの割引契約の自由度を拡大する等、医薬品の安全性と経済性の向上にむけた改革がなされている⁵⁵。

⁵¹ 尚、基本料金制の導入(第III章第1節参照)については、皆保険に対応して、民間医療保険に「支払可能な」保険料のもとで病気や高齢の加入者受け入れを義務付けるという目的がある。

⁵² 疾病金庫による統合化医療の推進のための制度的環境を整えるために、GKV-WSGにより、医療供給体制の最適化・効率性の向上を目的に、各医師・病院・その他の給付供与者との連携(および契約)の自由度が高められた(従来は、疾病金庫と保険医協会の集団契約)。

関連する先進事例としては、バーテンビンテンベルク州の家庭医と専門医が独自に契約を結び先進的な家庭医モデルを提供している事例等がある(2008年3月実施、連邦保健省インタビューによる)。

⁵³ 連邦保健省の意向としては、現在入院で行っている治療の約30%を外来で行っていく方針である(2008年3月実施、連邦保健省インタビューによる)。

⁵⁴ 新薬で高価なものについて、画期的ではないと判定された場合には、「参照価格」の対象となり薬価を下げる措置がとられる。また画期的と判定された新薬についても極端に高価な薬剤については、最高限度額の推薦を連邦政府に提出する(2008年3月実施、連邦保健省インタビューによる)。

⁵⁵ その他の医療改善に関する施策としては、①被保険者による料金体系の選択の自由を高めたこと、②家庭医、統合医療等を選択した者へのプレミアム提供等があげられる。

(3) 財政運営の改革

医療財政の改善策としては、医療基金の創設と保険料徴収の変更、リスク構造調整の変更を柱として実施される。

第一に、資金管理の流れの明確化を主な目的に、医療基金の創設と同基金を通じた公的医療保険の財政運営が決定された。まず、2009年1月よりすべての保険料負担者（すべての疾病金庫に適用）に同じ（収入に基づく）保険料率が課されることとなった⁵⁶。

次に、保険料の徴収に関しては、疾病金庫は徴収した保険料を医療基金に納入し、疾病金庫は医療基金より、被保険者の年齢、性別、疾病リスクの標準化された基準で調整された資金配分を受けることとなった。また、従来疾病金庫は雇用主から保険料を徴収していたが、2011年より保険料の納付、届出を1箇所の疾病金庫（または疾病金庫が共同で設置する機関）に一元化することになった⁵⁷。

最後に、リスク構造調整(RSA)については、従来の手法では調査対象とする項目において被保険者の健康状態や医療需要を十分には把握できなかったが、2009年1月1日以降は、目標を絞ったものに改変され、同時期に導入される医療基金を通じて根本的に簡素化・透明化されることとなった。

(4) 公的・私的保険の近代化

最後に、医療保険の近代化については更に激化する競争への対応と加入者の需要に応える体制を整える為に、①公的医療保険における被保

険者の料金体系に関する選択の自由化、②疾病金庫の脱官僚化、③民間医療保険会社への新しい料金体系の導入や老齢引当金の移動の自由化を実施することとした。

①料金体系の選択の自由化

公的医療保険における被保険者の料金体系の選択の自由化は、疾病金庫間の競争を高めると同時に被保険者に最適な保険の選択の自由度を高めることを目的としている。料金体系の一例としては、(家庭医モデルの推進をはかるため)家庭医にかかった被保険者については保険料が減額される体系や、これまで民間医療保険会社が部分医療保険として提供してきた給付内容を含む体系(医科長の診察や入院時の個室等)⁵⁸があげられる。

②疾病金庫の脱官僚化

次に、疾病金庫の脱官僚化については、a.費用の効率化を目的としたペーパーワークの軽減、b.疾病金庫の種類を超えた合併の自由化、c.新しい検査や治療法の採用の決定の迅速化等が目標として掲げられている。また、今後の疾病金庫としての役割としては、医療提供者等との契約の結び方、製薬会社との関係を含め、いかに資金を分配し効率的医療を提供することができるのかを追求するヘルスマネジャーとしての役割が強く求められることとなる⁵⁹。

③新料金体系の導入と老齢引当金の移動自由化

最後に民間医療保険については、a.基本料金

⁵⁶ 被保険者が支払うべき一部負担金については、慢性疾患の患者への負担限度額を年間家計総収入の1%、それ以外は2%とする。また保険料に関しては、疾病金庫が万が一分配された資金で財政を賄えない場合には、(各加入者の保険料支払い義務のある収入の1%を超えない範囲で)加入者から追加保険料を徴収することが可能となった。ただし、追加保険料の徴収の場合には、(追加保険料を支払わずに)加入者は即時の特別解約権を持ち、疾病金庫を移動することができる。

⁵⁷ 医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集【2007年版】」(2008年)

⁵⁸ 2008年3月実施、連邦保健省インタビューによる。

⁵⁹ 2008年3月実施、連邦保健省インタビューによる。

制の導入と保険給付・保険料の公的医療保険への同一化、b.被保険者の疾病リスクに応じた保険料加算、保険給付の除外の禁止、c.公的医療保険から民間医療保険に変更する際の所得基準等での加入条件の厳格化、d.老齢積立金の医療保険会社間の移動の自由化の措置がとられた（詳細については第三章第1節を参照）。

2. 2007年医療保障改革に対する民間医療保険業界の受け止め方および対応策

(1) 民間医療保険業界の受け止め方

2007年医療保障改革に対する民間医療保険業界の受け止め方は、総じて批判的であり、業界あるいは各企業への改革の影響を厳しく捉えている。

例えば、ドイツ民間医療保険協会（PKV）会長が2007年3月に行ったスピーチでは⁶⁰、

「民間医療保険の加入者および民間医療保険の立場は、この改革（2007年医療保障改革）により明らかに弱まった」としており、その理由としては、

- 2009年1月1日に提供義務が発生する基本料金制により、保険料の上限およびリスク割増金が禁止されることで民間医療保険会社の財政が成り立たなくなることが予測され、現加入者の保険料を引き上げざるをえなくなること⁶¹。
- 皆保険の実施により、民間医療保険でも基本料金制において（本来国の責務である）保険加入の希望者を全員受け入れる義務を負わ

なければならなくなったこと。

- 老齢引当金の移動については、被保険者がその移動の権利行使を望む、望まないにかかわらず、全員が保持しなければならないこと。等が挙げられ、本改革は保険会社および被保険者の自由権に著しく介入しており、政策の合法性に疑問を抱いているとしている⁶²。また改革の真の目的を、（完全医療保険について）比較的高所得者を対象としている民間医療保険会社から被保険者を公的医療保険に取り込むことで、同保険の赤字を減らすことであるという指摘もある⁶³。

また、2007年医療保障改革の民間医療保険会社の財務への影響については以下のように考えられている。

- 民間医療保険会社に参加するための所得制限が厳しくなったこと（詳細は第三章第1節参照）および基本料金制の導入（リスク割増金や加入拒否が禁止されること等）による完全医療保険での運営上の厳しさの増大。
- 老齢引当金の移動が可能になることによる競争の激化による各民間医療保険会社への多大な財務負担。

これらの結果、民間医療保険の完全医療保険の市場シェアの伸び（過去については、第三章第2節参照）は停滞することが予測されている⁶⁴。

(2) 民間医療保険業界の対応策

これらによる民間医療保険会社の動きとしては、

⁶⁰ “GdV-Presserkolloquium am 15. März 2007 in Berlin Statement Reinhold Schulte- Vorsitzender des PKV-Verbandes –” 2007.

⁶¹ 2008年3月実施、連邦保健省へのインタビューでは、基本料金制はもともと民間医療保険会社が、公的医療保険加入者で民間医療保険加入の選択権のある人々を取り込むために提供してきたサービスであり、2007年医療保障改革における皆保険の方針を反映し、（リスクの高い人々も含めた）未加入者にもオファーできる体系への改正を民間医療保険会社に要請したものであるとしている。

⁶² 合法性への疑問に対し、同スピーチでは、「提訴を予告している民間医療保険加入者が多数いることを把握している。」、また、「PKVの各会員企業も現在カールスルーエの憲法裁判所への提訴を検討している」としている。

⁶³ 2007年12月実施、PKVインタビューによる。

⁶⁴ 2007年12月実施、Munich Re社およびDKV社インタビューによる。

- 費用削減を目的に、民間医療保険会社が医者と病院に治療プロセスを効率化するように従来以上に強く働きかける（あるいは、PKVと医師会の交渉で報酬を抑えること、入院期間を短縮する努力を求める）こと⁶⁵。
- 改革による競争の激化等に耐えることのできない小規模の医療保険会社が、大規模の医療保険会社と合併することおよび部分医療保険において、民間医療保険会社が疾病金庫の流通網を活用して保険商品を販売する提携を結び、売り上げを増加させること⁶⁶。
をあげている。

民間医療保険会社と疾病金庫の提携の実例としては、DKV社とAOKの提携がある。両者の目的は、DKV社についてはAOKの広範な流通網を活用して自社製品（部分医療保険）を販売すること、AOKについてはカバーしていない商品（例えば、歯科に関するパッケージ）をAOKの被保険者に提供することである。提携形態は、AOKがブローカーとしてコミッションフィーを受け取るという形をとっている⁶⁷。今後はどの民間医療保険会社が、流通網の拡充度や契約内容の面で最も条件のよい疾病金庫と提携することができるかが、競争力を決定する大きな要因となってくるとの見方がある⁶⁸。一方で、連邦保健省側の見通しとしては、民間医療保険会社と疾病金庫がユニバーサル医療保険提供者（完全医療保険および部分医療保険双方を提供）として、同等の競争をしていくべきとしている⁶⁹。

3. おわりに

2003年のGMGにおいて公的医療保険の給付範囲が削減されたこともあり、民間の部分医療保険の加入者数は著しく増加している。しかしながら、その割合は民間医療保険全体の保険料の2割強を占めるに過ぎず、ドイツ民間医療保険協会（PKV）会長が2007年3月に行ったスピーチ⁷⁰で言及されているように、業界としては2007年医療保障改革を民間部門へのコストの転嫁、あるいは収益機会の剥奪と批判的に捉えている。また、2007年の医療保障改革における公的医療保険の料金選択の自由化により、従来民間医療保険会社が提供してきた部分医療保険での給付と同じ内容の給付を含めた体系を提供する疾病金庫が現れたことで、公的医療保険と民間医療保険のすみ分けの構造から変化する兆しがみられる⁷¹。

<参考文献>

- ・医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集【2005年版】」（2006年）
- ・医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集【2007年版】」（2008年）
- ・国民健康保険中央会「ドイツ医療保険制度調査（第4次）報告書」（2007年）
- ・田中耕太郎「ドイツ医療保険改革にみる「連帯下の競争」のゆくえー公的医療保険における保険者選択制とリスク選択ー」（フィナンシャルレビュー、2006年3月）
- ・土田武史「ドイツにおける社会保障改革の動向」（クォーターリー生活福祉研究, Vol.14 No.2,

⁶⁵ 2007年12月実施、PKVインタビューによる。

⁶⁶ 2007年12月実施、Munich Re社へのインタビューによる。

⁶⁷ 2007年12月実施、Munich Re社インタビューによる。

⁶⁸ 2007年12月実施、Munich Re社インタビューによる。

⁶⁹ 2008年3月実施、連邦保健省インタビューによる。

⁷⁰ “GdV-Presserkolloquium am 15. März 2007 in Berlin Statement Reinhold Schulte- Vorsitzender des PKV-Verbandes -” 2007.

⁷¹ 2008年3月実施、連邦保健省インタビューによる。

2005 年 7 月)

- Bundesministerium für Gesundheit, *“Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2007”*, (visited March 20, 2007) <www.die-gesundheitsreform.de>
- Bundesministerium für Gesundheit, *“Glossar zur Gesundheitsreform 2007 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)”*, (visited March 20, 2007) <www.die-gesundheitsreform.de>
- Bundesministerium für Gesundheit, *“Welcome to Solidarity! Information on the 2007 Health Reform”*, December 20, 2007, (visited December 10, 2007) <www.die-gesundheitsreform.de/presse/information_english/pdf/welcome_to_solidarity.pdf>
- DKV Deutsche Krankenversicherung AG, *“Annual Report 2006”*, 2007.
- Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV), *“GDV-Pressekolloquium am 15. März 2007 in Berlin Statement Reinhold Schulte- Vorsitzender des PKV-Verbandes -”*, 2007.
- Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV), *“Financial report for private healthcare insurance 2006/2007”*, 2007.
- Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV), *“Gesundheitsreform 2007 Neuregelungen für die PKV”*, 2007.