The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	ドイツ社会保険法における民間医療保険
Author(s)	水島, 郁子
Citation	阪大法学. 2010, 60(2), p. 57-84
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/54887
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

ドイツ社会保険法における民間医療保険

水島郁子

一　はじめに
二　医療保険における民間医療保険の位置づけ
三　民間医療保険に対する契約締結強制
四　民間医療保険に対する契約締結強制の合憲性判断

一　はじめに

医療費の増大と少子高齢化の進展は、日本と同様にドイツでも大きな課題となっている。国民に一定水準の医療を将来にわたって提供するためにどのような政策をとるべきであるかは、ドイツで国政選挙がなされるたびに一つの重要な争点となってきたが、選挙に勝利した各党は政権担当者として、次々と重要な医療改革を行ってきた。医療改革法（一九八八年）、医療構造法（一九九二年）、公的医療保険連帯強化法（一九九八年）、公的医療保険改革法（一九九九年）、公的医療保険現代化法（二〇〇三年）などである。[1] 最近では、大連立政権下で実施された二〇〇七年の「公的医療保険競争強化法」（GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz; GKV-WSG）による改革が注目され

る。[2] 同法は、医療基金を新たに設立し、医療保険財政を連邦保険局の集中管理のもとにおき、保険料率の統一化をはかるなど、ドイツ医療保険財政の仕組みを根本的に変えるものであった。また、ドイツに居住するすべての者に医療保険への加入を義務づけ、皆保険が達成されたが、これにより民間医療保険に大きな影響を与えることになった。

ドイツにおける医療保障の中心は、社会保険の方式で行われる公的医療保険（社会法典第五編）である。医療保障が主に社会保険でなされている点は日本と共通する。また日本と同様に、公的医療保険の発足当初は、公的医療保険は国民のごく一部を対象とするにすぎなかった。一八八三年制定の労働者医療保険法はブルーカラー労働者に関する法律であるが、なかでも保護が必要とされる低所得者の保障のみを目的としたため、[3] 保険加入を義務づけられる労働者は少数であった。低所得の労働者以外の者は、自分でリスクに備える必要があったが、まだ自ら医療保険に加入してリスクに備えるという考えはあまりなかった。一九一一年に制定されたライヒ保険法のもとでは、ブルーカラー労働者の所得要件がなくなり、さらに所得要件つきでホワイトカラー労働者も適用対象となった。[4] この頃になっても民間医療保険への加入はあまり進んでいない。

民間医療保険への加入が活発化するのは、一九二四年のインフレーションである。インフレーションにより医療費負担が中産階級にとっても重荷となり、公的医療保険の加入対象から外れている者が民間医療保険に加入するようになった。[5] インフレーション以前は、民間医療保険による保険給付は所得保障の役割をもつ日額給付金のみであったが、その後は治療費に対する給付も行うようになる。民間医療保険は、当初は公的医療保険に準じた内容の保障を行っていたが、保障内容は次第に拡充し、個々の被保険者のニーズにあうタリフ（保険料・料率表）を提供するようになった。民間医療保険はこのように、公的医療保険による保障を受けられない者の任意の保障手段とし

て、まず発展した。

公的医療保険の適用範囲は次第に拡充し、国民の相当部分に及ぶようになったが、ドイツ医療保険は、たとえば高所得労働者について、公的医療保険への加入にかえて民間医療保険を選択することを認めた。そのため、高所得労働者の中には、高い保険料を負担することを厭わず（公的医療保険の保険料額が報酬比例で決まるのに対し、民間医療保険の保険料額は疾病リスク（年齢、性別、健康状態など）と給付の内容により決まるため、若年の高所得労働者にとっては公的医療保険が「得でない」という感覚があったことも事実である）、それよりも手厚い保障が受けられるメリットを重視して、民間医療保険に加入する者が少なくなかった。公的医療保険への加入義務を負わない公務員や自営業者もまた、民間医療保険に加入した。このようにして、民間医療保険は次第に、一定の者にとって、公的医療保険の代替として機能するようになった。その結果、ドイツにおいては、公的医療保険とともに民間医療保険が、国民の医療保障に重要な役割を果たしている。

さて、二〇〇七年の医療制度改革による皆保険化は、民間医療保険の社会保険からの排除を前提としなかった。それどころか、民間医療保険に引き続き、公的医療保険を代替する役割を認めた。そのうえ、基礎タリフの導入を各民間医療保険に義務づけたことにより、民間医療保険に公的医療保険に相応する役割をも求めるようになった。いわば民間医療保険の、社会保険への組み込みである。

民間医療保険が社会保険としての医療保険の一部を担うドイツの方式を、日本との比較で眺めると、次のような疑問が生じる。第一に、ドイツの民間医療保険は日本の民間医療保険と同様のものと評価できるのか否か、第二に、民間医療保険はどのようにして公的医療保険を代替しているのか、第三に、公的医療保険を代替する役割を担うことにより、民間医療保険は特段の規制を受けるのか、である。

これらの疑問を法的側面から解決するために、本稿ではまず、民間医療保険の法的性格を検討し、公的医療保険との関係において区別される二つの民間医療保険の種類とその概要・実態を民間医療保険連合会[6]が公表するデータ等を用いて紹介することにより、ドイツ医療保険における民間医療保険の位置づけを確認する（二）。次に、二〇〇九年の皆保険の完全実施にともない民間医療保険契約に与えた影響について、とくに民間医療保険の保険者に対する契約締結強制の問題を指摘する（三）。そのうえで、二〇〇九年六月一〇日連邦憲法裁判所判決を中心に検討する（四）。

二　医療保険における民間医療保険の位置づけ

1　民間医療保険の法的性格

民間医療保険は民間保険（私保険）の一つであり、企業（私企業）等が医療保険サービスを提供するものである。民間保険の保険者（保険会社等）と被保険者は保険契約（私契約）を通じた関係にあり、保険契約法（Versicherungsvertragsgesetz）により規制される。保険契約法は社会保険法の対極にあるとされ、また民間保険における原理や保険技術は社会保険のそれと異なる[7]。民間保険の被保険者が自らの意思で保険契約を締結するのに対し、社会保険では、法律により保険適用範囲が定められ、被保険者となる者の保険締結意思とは無関係に保険関係が発生しうる[8]。民間保険は保険法（私法）によって、社会保険は社会法典（公法）によって規制され、保険という仕組みをとっている点では共通するものの法的性格の点では明確に区別される。

民間保険はこのように、契約を媒介として保険者と被保険者との間に法的関係が形成されるという点で、私法的性格を有する。しかし私人間（企業と個人間）における他の契約関係と比較すると、民間保険は一定の制約を受け

ている。第一に、民間保険は国家の保険監督に服するという特徴がある。保険監督は基本的に保険監督法（Versicherungsaufsichtsgesetz）に基づいて行われるが、これは公法による規制である。第二に、民間保険には当事者の任意による保険のほかに、強制保険がある。自動車損害賠償責任保険や専門家強制責任保険がそれにあたり、私的・職業的活動の行使の前提として保険契約締結が強制される。これは私的自治の例外である。第三に、社会保険と密接な関係があることに伴う制約である。民間保険制度は国家による社会保険という大きなシステムに統合され、かつ統合されつつある私経済上の要素であり、保険契約も保険契約にかかるルールもその影響を受ける。[9]

民間保険の私法的性格に対する制約のうち、前二者は日本の民間保険に共通する。すなわち、民間保険に対しては保険業法に基づき国家による保険監督がなされる。民間保険の種類として、自動車損害賠償責任保険や各種専門家の責任保険が存在する。とくに自動車損害賠償責任保険は強制保険であり、自動車を利用する保有者は加入が義務づけられる。保険会社による利益追求は認められていない。自動車損害賠償責任保険は私保険ではあるが公保険としての色彩も相当程度帯びていると評価される。[10]

それに対してドイツ民間保険に対する制約の第三の特徴は、日本の制度になじまないものである。もちろん日本においても、民間保険が社会保険と関係しないわけではない。ただ、社会保険がすべての国民を対象とする強制保険の形式をとっていることから（国民皆保険・皆年金）、医療、年金そして介護に関する基礎的保障は社会保険によって行われ、その基礎的保障の上乗せとして、国民が任意で民間保険を契約するにとどまる。長寿化や社会保障財政の窮迫により、個々の国民による私的保障の役割は高まる傾向にあり、社会保障と私的保障を適切に組み合わせることが不可欠で、国の政策として誘導することが肝要であるとの指摘もあるが、[11] 現時点の法制度としては民間保険と社会保険は別個に設けられ、別個に運営されている。[12]

他方ドイツでは、社会的課題を克服するために、国が一方で社会法的な形式を、他方で私法上の方式を選択することがあった。[13] その例は医療保障においてみられる。すなわち、公的医療保険においては、保険加入義務を負う者（社会法典第五編五条）のうちの一定の者につき、法律の規定により、あるいは保険加入義務を負う者の申請により、加入義務を免除する（社会法典第五編六条以下）。公的医療保険に加入しないことを選択する者は、通常、民間医療保険に加入した。もっとも、民間医療保険に加入しない者（保険料滞納により保険契約が解約される例も含む）も存在し、無保険者の発生は避けられなかった。とはいえ実際には公的医療保険と、それを代替しうる民間医療保険（保険監督法一二条）によって国民の九九％以上がカバーされ、[14] 国もそれを前提として医療保険制度の維持・見直しを行ってきた。二〇〇七年の医療制度改革によって、社会的課題、すなわち疾病・負傷によるリスクの軽減の克服のために、民間医療保険を活用するという方法が維持されたが、皆保険化によって民間医療保険に対する新たな規制を生みだすことになった。後述するように、これは民間医療保険の私法的性格を動揺させる規制である。

2　公的医療保険と民間医療保険の関係

公的医療保険の被保険者は、公的医療保険の加入が義務づけられている者（強制被保険者、社会法典第五編五条）、公的医療保険への加入が義務づけられていない者（任意被保険者、社会法典第五編六条、七条）、公的医療保険の被保険者の家族（家族被保険者、社会法典第五編八条）に大別される。二〇一〇年四月時点の、公的医療保険の被保険者総数は、六九八〇万人で、その内訳は、強制被保険者（年金受給者を除く）が二九九〇万人、任意被保険者が四五〇万人、年金受給者が一六九〇万人、家族被保険者が一八六〇万人となっている。[15]

公的医療保険の被保険者には基礎的な部分での医療保障がなされているが、被保険者が疾病時に備えてさらなる

保障を求める場合には、民間医療保険もしくは公的医療保険の追加保険（Zusatzversicherung）に、任意で加入できる。これらは公的医療保険による基礎的な医療保障を補うものであり、公的医療保険の上乗せの役割がある。民間医療保険の追加保険には、公的医療保険の被保険者に特有なものと、公的医療保険・民間医療保険の被保険者に共通するものがある。前者は、外来タリフ（薬剤や眼鏡などについて）、入院タリフ（いわゆる差額ベッド代、医長による治療）、歯科タリフ（義歯、インレー（詰め物）や矯正も保障することがある）とからなる。[16] 二〇〇九年度の、公的医療保険の適用を受けている者でこの追加保険に加入している者は、一六〇〇万人である。[17] 公的医療保険の被保険者の二〇％超が、民間医療保険の追加保険を選択していることになる。二〇〇三年の公的医療保険現代化法により、公的医療保険給付が縮減されたため、追加保険の必要性ないし重要性が強まり、加入者数も増加している。[18] とくに歯科タリフの加入者数が増加している。追加保険の後者の例として、入院日額給付金や疾病日額給付金がある。公的医療保険の給付には入院日額給付金はなく、これは追加保険に独自の給付である。疾病日額給付金は、疾病を理由とする労働不能による休業の四三日目から支給されるものである。[19] 公的医療保険の被保険者である労働者には、公的医療保険から傷病手当金が支給されるが（社会法典第五編四四条）、傷病手当金の額は賃金の七〇％であるので、通常賃金との差額を補填するために、公的医療保険の被保険者も、疾病日額給付金を内容とする追加保険契約を結ぶことがある。

他方、公的医療保険の適用を受けていない者については、全面的な医療保障が必要である。完全医療保険（Krankheitsvollversicherung）は、公的医療保険と同一のリスクに対する保障を行い、公的医療保険と同等の内容をカバーする包括的な保険であり、公的医療保険の代替として機能する。二〇〇九年度の、完全医療保険被保険者数は、八八〇万人である。[20] この中には、民間医療保険以外から何らの給付を得ない者（高所得労働者、自営業者

など）と、公務員のように法律等に基づき一定の補助を受ける者とがいる。後者は、補助と実際の医療費の差額を補填するために完全医療保険に加入する。二〇〇八年度の内訳は、前者が四五〇万人、後者が四二〇万人であり、おおむね半々である。

完全医療保険の被保険者もまた、追加保険に加入することがある。その内容は、入院日額給付金や疾病日額給付金などである。

3　完全医療保険の内容

民間医療保険の完全医療保険は、公的医療保険による保障を受けていない者に対して、公的医療保険と同じかもしくはそれを上回る給付を行うものであり、公的医療保険を代替している。完全医療保険も民間保険であることから、当然に私法的性格を有する（前述1参照）。そのため法規制や保険関係の成立、保険料の算定方法など、公的医療保険とは異なる点も少なくない。

さて、完全医療保険の適用対象は、公的医療保険に加入すべき義務を負わない者である。自営業者（ただし、農業経営者、芸術家などは独自の公的医療保険に加入する）、三年にわたり一定以上の所得（二〇一〇年の基準は年収四九一九〇ユーロ（およそ六〇〇～七〇〇万円））がある者、公務員などである。これらの者は完全医療保険契約を締結することにより完全医療保険の被保険者となる。契約締結は当事者の任意であり、給付内容も当事者の契約で決まるというのが原則である。

もっとも皆保険の実施のため、法はドイツ国内に居住する者に完全医療保険に加入する義務を課している（保険義務、保険契約法一九三条三項一文）。この完全医療保険には少なくとも外来・入院時の医療費保障が含まれていなくてはならない。一見すると保険加入が強制されているようであるが、まずこの保険義務は、公的医療保険によ

る保障を受けている者や公的医療保険への加入が義務づけられている者には及ばない（同項二文）。皆保険は、公的医療保険によって達成が目指されているが[21]、公的医療保険が適用除外（加入義務の免除）を認めていることから、民間医療保険の完全医療保険に加入する義務をおくことによって皆保険が実現されるわけである。したがって法が完全医療保険への加入義務を規定するといっても、それは完全医療保険への加入を強制するものではないし、ましてや特定の保険者との契約締結を強制したり、保険契約の内容を法定したりするものではない。

完全医療保険と公的医療保険の大きな違いの一つは、保険給付の内容にある。公的医療保険の保険給付は、法律等によって定められ、給付は原則的に一律である。また基本原則として経済的要請が規定されており、保険給付は十分に合理的で経済的でなくてはならず、必要な範囲を超えてはならないとされる（社会法典第五編一二条）。そのため、公的医療保険の保険給付は一定の範囲内に制約される。なお、保険者間の競争を高めるために、公的医療保険の保険者においても保険者が一定のタリフを提供することが現在では認められている（社会法典第五編五三条）[22]。それに対して完全医療保険では、さまざまなタリフから被保険者が個々のニーズに応じたタリフを選択して給付を受ける。民間保険者が定める診療報酬は、一般に公的医療保険の診療報酬よりも高額である[23]。概して完全医療保険の被保険者は、公的医療保険の場合と比べて、質量ともに高い給付を受けることができる[24]。病院や医師の選択も、公的医療保険と比べると自由である。

さて、公的医療保険の保険給付が原則として現物給付であるのに対して、完全医療保険は金銭給付であり、医療費が後日償還される。民間医療保険の完全医療保険の被保険者はいったん医療費全額を病院等に支払わなくてはならないことになるが、実際には病院等が支払いを猶予したり保険会社が早急に保険給付を支払ったりすることによって、被保険者の負担が緩和されている[25]。

公的医療保険の保険料が報酬比例で計算され、疾病リスクを一切考慮しないのに対して、完全医療保険の保険料は疾病リスクと給付の内容により決まる。公的医療保険においては家族被保険者の保険料負担はないが、民間医療保険においては収入の有無にかかわらず被保険者一人一人について保険料を支払うことになる。もっとも被保険者の家族（とくに子）については保険料が低額に抑えられている。

公的医療保険の被保険者が労働者である場合、その保険料は当該労働者と使用者で負担される。労使折半ではなく労働者の保険料率が〇・九％高く（社会法典第五編二四九条一項）、二〇〇九年度（七月以降）は、労働者が七・九％、使用者が七・〇％である。公的医療保険の任意被保険者である高所得労働者が民間の完全医療保険に加入した場合には、使用者から保険料手当が支給される（社会法典第五編二五七条）。保険料手当は原則として公的医療保険に準拠して支払われ、これにより労働者である民間医療保険・公的医療保険被保険者間の衡平がはかられている。

4　小括

民間医療保険は私保険の一つであり、契約を媒介として保険関係が成立する。保険者と被保険者間には、契約の自由の原則をはじめ一般に私法原理が妥当するが、保険契約法による規制を受け、また保険監督法により国家の保険監督に服するという特徴がある。さらに公的医療保険と密接な関係にある。このような特色はあるものの、民間医療保険の根本は私法関係にあり、民間医療保険には私保険法の原則が適用される。[26]

民間医療保険には、公的医療保険の上乗せの役割をもつ追加保険と公的医療保険を代替する完全医療保険とがある。前者と公的医療保険との関係は、公的医療保険が基礎的な保障を行い、それを超える保障は民間医療保険（追加保険）が担うというものである。一方、後者の完全医療保険は民間医療保険が基礎的保障をも行うものであり、

これは日本の医療保険では見られない方式である。このような方式は、本来、国が公的医療保険を通じて提供すべき基礎的保障を、民間医療保険が代わりに担っているとみることができる。

三　民間医療保険に対する契約締結強制

1　完全医療保険における基礎タリフと契約締結義務

二〇〇七年医療制度改革を実施したシュミット連邦保健大臣が連邦議会の演説で、「将来的には、民間医療保険は公的医療保険と同様に、個人の疾病リスク、障害、年齢にかかわらず保障を行わなければならない。正確にいえば、条件や範囲を公的医療保険と同様にしなければならない。現状よりもより連帯が強まるが、これはわれわれが本法律に取り入れたものである。[27]」と述べたように、国は民間医療保険を社会保険に組み込み、民間医療保険の保険者に相応の責任を負わせることを企図している。そのような政策が民間医療保険に与える影響は少なくないが、民間医療保険が私法・私保険法の原則で運営されていることからしても、国によるこのような介入には当然限界があるはずである。二〇〇七年医療制度改革ならびにそれを受けて行われた同年の保険契約法改革により、完全医療保険契約の締結・解約の両面で、民間医療保険の保険者の自由が制約されている。

二3で言及したように、保険契約法は公的医療保険による保障を受けない者に完全医療保険に加入する義務を課す（保険契約法一九三条三項）。この保険義務に対応する形で、保険契約の他方当事者である民間医療保険の保険者も、これらの者と保険契約を締結すべきことになる。民間医療保険の原則からすれば、保険者は被保険者となろうとする者のリスクを考慮して契約内容を決めることができるし、場合によっては保険契約を締結しないことも可能である。しかしそれでは、保険義務が空文化してしまい、皆保険も達成できない。そこで公的医療保険を代替し

うる民間医療保険の保険者には、基礎タリフでの保険契約締結が義務づけられている（保険契約法一九三条五項、保険監督法一二条一ａ項）。

基礎タリフによる給付は、種類、範囲、量の点で、公的医療保険の給付（社会法典第五編第三章）と同等のものでなくてはならない。公的医療保険の給付範囲は、連邦金庫医（保険医）協会、ドイツ病院団体と連邦疾病金庫（公的医療保険組合）総連合会で組織される連邦共同委員会が、策定する指針によって定められる（社会法典第五編九一条、九二条）。民間医療保険の保険者はこの指針にしたがって基礎タリフを提供することになる。

基礎タリフの保険料は、公的医療保険の保険料の上限を超えてはならないとされる（保険監督法一二条一ｃ項）。事務費を除く基礎タリフの保険料は、基礎タリフを導入する全保険者について算定され、統一される（保険監督法一二条四ｂ項）。通常の民間医療保険では、保険者ごとに、被保険者の疾病リスクを考慮して保険料が決定されるが、基礎タリフにおいては被保険者となる者のリスクを考慮することができない。疾病リスクが高い者であっても基礎タリフの締結を求める者に対して、保険者が保険料を基礎タリフ以上に引き上げたり、保険給付を制限したりすることは許されない（保険契約法二〇三条一項参照）。

疾病リスクが高い者にとって、疾病リスクが考慮されない基礎タリフは魅力的である。実際に基礎タリフの開始当初は、基礎タリフを選択した者における高年齢者と有病者の割合が平均を大きく上回った[28]。このような基礎タリフは民間医療保険の保険者からすれば、リスク負担が大きいことを意味する。そこで民間医療保険の保険者間で、リスク調整が行われる（保険監督法一二ｇ条）。これにより慢性疾患者など高リスク被保険者に対する給付にかかるリスクは、基礎タリフを導入するすべての保険者で負担することになる。リスク調整の対象となるのは、基礎タリフのリスクについてのみであり、その他のタリフについてはこれまで通り、各保険者でリスクに対処する。

さて、このような基礎タリフを選択できる者は完全医療保険の被保険者となりうる者、言いかえれば公的医療保険の加入義務を負わない者である。ただし、一部の者については基礎タリフを選択できる期間が定められている。公的医療保険の任意被保険者は基礎タリフの導入後六ヶ月間（すなわち二〇〇九年六月三〇日まで）もしくは社会法典第五編に規定される任意保険関係に変更可能となった時点から六ヶ月間に限られる。公的医療保険の適用が除外されている者でいずれの保険にも加入していない者ならびに法律等により一定の補助を受ける者については制限がない。すでに民間医療保険の被保険者である者は、二〇〇八年一二月三一日までに契約が発効した場合には、二〇〇九年六月三〇日まで、それ以降の契約者については制限なく、基礎タリフを選択できる（保険契約法一九三条五項、保険監督法一二条一ｂ項）。なお、民間医療保険において期間の定めのない保険契約を締結している被保険者は、一般に、保険者に対してタリフの変更を申し出ることができるが、基礎タリフへの変更は、二〇〇九年一月一日以降に完全医療保険が締結された場合、被保険者が満五五歳に達したか公的年金受給権を取得した場合などに、限定される（保険契約法二〇四条一項）。したがって、基礎タリフが導入される以前から完全医療保険の被保険者であった者は、基礎タリフ導入後六ヶ月間は基礎タリフの選択が可能であるが、その後は基礎タリフの選択がきわめて制限される。

さて、右の要件を満たす者が基礎タリフで保険契約を申し込んだ場合、保険者は原則としてその申込みを拒否できない。申込みが拒否できるのは、申込者がかつて当該保険者と保険契約を締結しており、その保険契約を脅迫もしくは悪意をもった詐欺により取り消したか、または故意に契約前の届出義務に違反して保険契約が取り消された場合に、限定されている（保険契約法一九三条五項四文、保険監督法一二条一ｂ項四文）。

民間医療保険における基礎タリフの独自性として、基礎タリフによる保険契約においては、病院や医師が、直接

保険者に対して給付にかかる費用を請求できることがあげられる。保険者が給付を義務づけられる範囲で、保険者と被保険者は医療提供者に対する共同債務者となる（保険契約法一九二条七項）。すなわち、基礎タリフ適用の場合は、民間医療保険で一般にみられる償還払いではなく、現物給付に近い形で医療保障を受けられる可能性がある。この点でも公的医療保険への接近が見られる。

2　完全医療保険の保険者からの解約禁止

民間医療保険の保険者の契約自由に対する制約は解約の場合にも及ぶ。保険者は、保険義務に基づき締結された完全医療保険契約を解約できない（保険契約法二〇六条一項）。これは1で言及した基礎タリフによる保険契約だけでなく、他のタリフに基づく契約も同様である。被保険者が保険料を滞納した場合、従前は一定の期間をおいて保険者が保険契約を解約することができた。しかし完全医療保険ではそれが認められないことになった。

保険者と滞納被保険者との間で保険契約は存続するが、一定期間経過の後、その保険は停止する。すなわち、完全医療保険の被保険者が保険料を滞納した場合、保険料滞納が二ヶ月分になった後、保険者は被保険者にまず督促をしなければならない（保険契約法一九三条六項一文）。督促二週間後に保険料滞納額が一ヶ月分を超えている場合には、保険者は保険の停止を確定する（同項二文）。滞納分ならびに停止期間中の保険料が支払われた場合には通常の保険関係に戻る。また、被保険者が社会法典第二編もしくは第一二編の要保護者である場合には保険は停止しない（同項五文）。ただし保険停止期間であっても、保険者は急迫した疾病や苦痛状態にある被保険者や妊娠・産後の被保険者に対して、必要な給付をなすべき責任がある（同項六文）。保険が停止されてから一年がすぎてもなお保険料の滞納・未納がある場合には、その後の保障は基礎タリフに基づいてなされる（同項九文）。

完全医療保険の保険者は、被保険者が保険料を滞納している場合であっても、必要な場合には給付を行わなけれ

ばならない。この点、立法者は原則として保険関係は停止し被保険者が請求できる場面が限られることから、保険者に与える影響は少ないと理解している。[29] しかし保険停止期間中に給付すべき場面は、立法者が想定しているよりも広く、保険者は多大な負担を強いられるのではないかとの指摘がある。[30] 心筋梗塞や交通事故のように緊急治療が必要な場合が給付すべき場面に該当することはいうまでもないが、慢性疾患に対する治療（とくに早期に適切な治療を行わなければ重大な疾病につながる可能性がある場合）や精神疾患に対する治療（とくに自殺の可能性がある場合）、疼痛緩和の措置などにおいても、保険請求がなされる可能性がある。

完全医療保険が保険者により解約されないことは、皆保険の実現のためには意味がある。また被保険者は保険料を滞納していても、治療が必要な急迫した健康状態になれば医療を受けることができる。被保険者の側、あるいは社会保険の側からみれば、このような規制は真の意味での医療保障として重要であるが、民間医療保険の保険者の側からすれば、私保険の原則を大きく揺らがすものである。

四　民間医療保険に対する契約締結強制の合憲性判断

1　連邦憲法裁判所への提訴と概要

三で述べたように、二〇〇七年の医療制度改革は民間医療保険の保険者の自由を制約するものであったが、とくに基礎タリフの契約締結を強制するなど、保険者に経済的負担を受忍させるだけでなく、法的見地からも疑問がある改革であった。そのため、民間医療保険の保険者三〇社と被保険者らが憲法異議を連邦憲法裁判所に申し立てた。[31] 連邦憲法裁判所は、このうち保険者五社と被保険者三名について憲法判断を行うこととし、手続きを開始した（事案一）。小規模の保険者二社については、別に憲法判断を行った（事案二）。

事案一の申立人となったのは、民間保険会社五社（株式会社三社（申立人一～三）と保険相互会社二社（申立人四、五））ならびに申立人五の被保険者（申立人六～八）である。[32] 申立人一～五はいずれも完全医療保険と追加保険を行っており、もっぱら完全保険を事業の中心においている。これら五社の完全医療保険被保険者数はあわせて四〇〇万人を超えている。

申立ては、二〇〇七年の公的医療保険競争強化法ならびに保険契約法改革法の各規定が基本法と適合するか否かについて憲法裁判所の判断を求めるものである。その具体的内容は広範に及ぶが、保険者（申立人一～五）の申立ては主として、[33] 基礎タリフに関する保険契約法一九三条五項ないし保険監督法一二条など基礎タリフに関する諸規定の、基本法一二条一項（職業の自由）適合性、絶対的な解約禁止を定める保険契約法二〇六条一項の、基本法一二条一項適合性、保険相互会社（申立人四、五）に関し同規定の基本法九条一項（団体結成の自由）適合性、高齢引当金のポータブル化[34]にかかる保険契約法二〇四条一項ないし保険監督法一二条一項の基本法一二条一項、一四条一項（財産権）ならびに三条一項（平等権）適合性にまとめられる。さらに、公的医療保険における、任意被保険者に関する規定、選択タリフに関する規定、連邦の費用負担を定める規定（社会法典第五編六条、五三条、二二一条一項）についても疑義があるとした。

被保険者の申立人のうち二名（申立人六、七）は、基礎タリフに関する規定が基本法九条一項に違反すること、高齢引当金のポータブル化にかかる規定が基本法一四条一項に抵触することなどを主張した。被保険者のもう一名（申立人八）は民間医療保険の被保険者であったが、社会法典第五編六条一項の変更により、公的医療保険への加入義務が生じたものである。申立人八は、社会法典第五編六条一項および同条九項が基本法二条一項（一般的人格権）ないし三条に違反すると述べた。

連邦憲法裁判所は二〇〇九年六月一〇日の判決で、事案一の申立人らの憲法異議の申立てのうち、①基礎タリフに関する規定の基本法適合性（申立人一～五）、②高齢引当金の部分的ポータブル化に関する規定の基本法適合性（申立人一～五）、③任意被保険者に関する規定の基本法適合性（申立人八）について申立てを認めたが、結論としては、裁判官一致の判断で（ただし③を除く、③は賛成五、反対三）これらはすべて棄却された。その他の申立ては却下された。本稿では、連邦憲法裁判所の判断のうち①をとりあげる。

事案二の申立人は、特定の職域（聖職者）を対象とする小規模の保険相互会社二社である。[35] 二〇〇九年六月一〇日の決定により申立人らの請求は棄却されたが、事案一ではふれられなかった内容につき新たな判断が示されている（後述3参照）。

以下では、事案一の判決をとりあげる。事案二の決定については後述3で言及するにとどめる。

2　連邦の立法権限

連邦憲法裁判所は判断にあたり、民間医療保険に基礎タリフを導入した点に関し、連邦に立法権限があることを確認する。連邦および州の競合立法権の範囲を定めた基本法七四条一項では、一一号に経済関係法をあげ、民間保険制度もそこに明記されている。そのため連邦憲法裁判所は、同条項により保険会社に関する規制を連邦が行うことが根拠づけられているとする。さらに民間医療保険者に対して介護保険契約の締結義務を課した公的介護保険法（社会法典第一一編）に関する先例を参照して、[36] 私経済上の保険制度を特徴づけるメルクマールに限定的にのみ影響するような社会的調整の規定を私保険に予定することも立法権限の範囲に含まれると述べる。基礎タリフに関する規定は民間医療保険につき本質的な新たな法形成を行うものではなく、国家により規制されたタリフの導入に制限されている。また保険会社は通常のタリフを引き続き提供できることなどから、基礎タリフに関する規定につき、

連邦憲法裁判所は連邦の立法権限を肯定した。

3　保険相互会社の団体結成の自由と契約締結強制

申立人四、五の申立てに関し、連邦憲法裁判所は、基礎タリフによる契約締結を強制されること（三1参照）が、保険相互会社の団体結成の自由（基本法九条一項）を侵害しないかを検討する。連邦憲法裁判所は、基礎タリフによる保険契約の締結強制により課される負担は経済的負担であり、これは基本法一二条一項の問題としてとらえるべきであるとする。ただ、株式会社の場合と異なり、保険相互会社においては通常、被保険者の加入＝新たな構成員（社員）の受入れであるため、そのかぎりで団体結成の自由との関係が問題となりうる。しかし、改正法は保険相互会社に、新たな被保険者の受入れを義務づけたのではなく、基礎タリフによる保険契約を義務づけただけである。また申立人四、五は大規模の保険相互会社であって、保険監督法二一条二項が許容する、「非構成員に対する保険」の方式をとることも可能である。すなわち、保険相互会社が望まない（したがって契約締結を強制されたと感じる）基礎タリフの被保険者を保険相互会社の非構成員とすることによって、構成員の受入れ強制を伴わない基礎タリフに基づく保険を実施することが可能である。よって、保険相互会社の団体結成の自由は侵害されていない。

事案一で示されたこの論理は、小規模の保険相互会社にそのまま妥当するものではない。事案二において連邦憲法裁判所は、小規模の保険相互会社においては構成員に対する保険のみが認められ、それを超えて保険業を営むことが許されないことから、基礎タリフに基づく保険契約の義務づけは、（構成員の受入れ強制となるので）団体結成の自由の侵害にあたるとする。そして基本法違反を避けるべく、連邦憲法裁判所は、基礎タリフに基づく被保険者の加入義務は、保険相互会社の規約における構成員の要件を満たすかぎりで生じると判断し、結論的には本事案において基本法違反は生じないとした。

4　職業遂行の自由と契約締結強制

基礎タリフでの保険契約締結強制は、申立人一～五の職業遂行の自由（基本法一二条一項）を一定程度制約すると、連邦憲法裁判所は述べる。しかしながら次のように述べて、それが重大な制約にはあたらないとする。まず基礎タリフでの契約締結強制は、職業選択の自由を何ら制約するものではない。職業の開始を妨げるものでも、職業にあたり義務を課すものでもないからである。問題となるのは民間保険会社の職業活動の遂行、すなわち通常のタリフのほかに基礎タリフを提示し、加入を求める者の申出により保障を行うことにある。基礎タリフを選択する者がいるかぎりで、たしかに申立人一～五はリスクを考慮しない保険料での保障を内容とする契約締結を強制され、しかもリスクに応じて保険料引き上げや給付制限を行うことが禁止されている。しかしこれは保険会社ではなく民間医療保険の被保険者らが負う負担である。基礎タリフに要する追加費用は、まずリスク調整の方法で各保険者に分担されるが、その後被保険者のタリフに反映されるからである。もっともその結果、多くの被保険者が基礎タリフに移動するかもしれない。そうなれば民間医療保険の経営モデルを侵害する可能性があるが、現時点ではこの問題は生じていない。

連邦憲法裁判所は、本件における職業遂行の自由への侵害が公共の福祉からも正当化できるとする。公的医療保険競争強化法の目的は、すべてのドイツ住民が医療保険による保護を受けること、かつ（保険料が）支払可能であることを保障することにあるが、これは基本法二〇条一項の社会国家の要請に基づくものである。これはすなわち、医療保険に加入して保障を受けるには、被保険者は保険料を負担しなければならないが、その保険料が支払可能であることによって、実質的に医療保障が図られるということである。基礎タリフはこの目的に適うものである。

民間医療保険による保護を受けられない者を公的医療保険に加入させるべき義務を、立法者は負っているわけで

はない。連邦憲法裁判所は、仮に公的医療保険に加入させるべきであるとすると、公的医療保険に一方的な負担をかけることになり、妥当でないとする。

予測可能性、受忍可能性の点からも、基礎タリフに基づく契約締結強制は容認される。

基礎タリフは統一的に定められ、公的医療保険に準拠しなくてはならないが、高リスク者についてもリスクを考慮せずに保障しなければならないことからすれば、むしろ統一的な給付水準の定めが必要である。基本的な疾病事例において満足できる保障水準を決定することは立法者の裁量に属する。

5　保険者からの解約禁止と保険停止期間中の保障

完全医療保険においては保険者からの解約が禁止されている（三2参照）。保険相互会社である申立人四、五は、このことが団体結成の自由（基本法九条一項）に抵触すると主張するが、前述のとおり（3参照）これは団体結成の自由に影響を与えるものではない。また、職業遂行の自由（基本法一二条一項）は、保険者からの解約を禁止する規定（保険契約法二〇六条一項）により不相当に侵害されてはいない。絶対的な解約禁止の正当性は、公的医療保険競争強化法により導入された民間保険における保険義務とそれに関する立法者の意思から正当化される。この立法者の意思とは、医療保険体系において、公的医療保険と民間医療保険という二本柱を互いに区別されるものとして維持し、さらに強化しようというものである。民間医療保険の被保険者は公的医療保険におけるのと同様に、全般的に法的に安定し、かつ持続的な保護を受けられなければならない。そのために立法者は、保険料滞納のために保険契約を解約され、被保険者が高齢引当金を失うことを回避しようとした。このような立法者意思に照らして、解約禁止は職業遂行の自由に反するものではないとする。

保険料を滞納して保険が停止された期間についても、急迫した疾病など治療の必要がある場合には、被保険者は

給付を受けることができる（三2参照）。連邦政府の説明によれば、これは社会的倫理的理由から必要不可欠な最低限の保護として保障されなくてはならないものである。これについて連邦憲法裁判所は、たしかにこのような規定は一般的私法原則ならびに保険契約法の原則を逸脱すると述べる。しかしながら、保険者に対するこの義務づけを公的医療保険競争強化法の全コンセプト、すなわち公的医療保険におけるのと同様、すべての民間保険被保険者に国家による扶助を利用することなく保障が行われるという目標との関連で、判断しなければならないとする。連邦憲法裁判所はまた、急迫時の保障を強制することが不当な負担を保険会社に求めることになるかは確認できないとする。連邦憲法裁判所によれば、保険会社が負っているのは被保険者の保険料不払いのリスクのみである。民間保険への保険義務（二3）が取り入れられたことにより被保険者の幅が広がったこと、被保険者が急迫時に民間医療保険の保険者からの支払いをあてにして故意に支払わないという事態はあまり考えられないこと、支払能力のある滞納者には保険会社（保険者）が民事訴訟により保険料支払いを求めることが可能なことなども指摘したうえで、保険者に課された保険停止期間中の急迫時の保障義務についても、職業遂行の自由（基本法一二条一項）を侵害するものではないと、連邦憲法裁判所は判断する。

6　総合判断と立法者に対する注意喚起

連邦憲法裁判所は一般論として、それぞれの点で権利侵害がわずかであっても全体として不相当な侵害を与えることがあることを指摘するが、公的医療保険競争強化法による法改正については、全体としても基本法上の権利侵害はみられないとする。

このように連邦憲法裁判所は申立人らの申立てのすべてについて基本法違反はないと判断したが、最後に立法者の監視義務に言及する。

連邦憲法裁判所は、基礎タリフや高齢引当金のポータブル化、公的医療保険の保険適用範囲の拡大が、民間医療保険で通常のタリフで保障を受けている被保険者の保険料引き上げにつながり、それにより被保険者の保険料の安い基礎タリフへの移動が進むかもしれないと述べる。さらに、被保険者が基礎タリフを選べば選ぶほど、通常のタリフの保険料は高くなり、通常のタリフを選んでいる被保険者の負担はそれだけ重くなり、最後には民間保険の経営にも影響を与えるかもしれないとする。そして立法者は、今後も法改正の影響を注視し、民間保険会社やその被保険者に受け入れられがたい結果をもたらさないよう注意を払わなければならないと述べる。連邦憲法裁判所は現時点では権利侵害はないとの判断を示したが、将来重大な権利侵害をともなう可能性を示唆し、立法者に法改正の影響を監視すべき義務があるとする。

7　連邦政府、民間医療保険連合会の反応

連邦憲法裁判所の判決を受けて、連邦政府ならびに民間医療保険連合会はすぐにコメントを発表している。

連邦政府は、これまで政府が主張していた二〇〇七年医療制度改革の基本法適合性が連邦憲法裁判所により確認されたと、判決を歓迎した[37]。そして民間医療保険もまた社会的責任を負うべきであり、それによってドイツに住むすべての者が医療保険による保障を受けられ、高齢者もまた高額の保険料支払いを求められないことが可能になるとして、民間医療保険に今回の医療制度改革の遂行と、今後の積極的な協働を期待すると述べる。このコメントからは、民間医療保険の社会保険へのさらなる組み込みを考えていることがうかがえる。

一方、民間医療保険連合会は、連邦憲法裁判所の判断を、民間保険による完全医療保険が、基本法上保障される医療保障システムの二本柱の一つであることを確認したこと、連邦憲法裁判所は民間医療保険の憲法異議を棄却したが、それは医療制度改革により受け入れがたい負担が現時点では発生していないことによるためであること、立

法者に将来的にもまた被保険者と保険会社に「受け入れられないような結果をもたらさないよう」監視する義務を課したものと、受け止めた。[38] すなわち、民間医療保険が医療保障システムの一つとして位置づけられるとしても、立法者が無制約に民間医療保険に社会的責任という名の負担を課すことはできないというのが連邦憲法裁判所の考えであると、民間医療保険連合会は理解する。

さらに、民間医療保険連合会は、事案二における連邦憲法裁判所の決定を積極的にとらえる。[39] すなわち連邦憲法裁判所が、当該事例（小規模の保険相互会社）においては、一般的な契約締結強制が及ばないことを明確に述べたとして、法による締結強制が修正されたとコメントした。

8　総括

二〇〇九年六月一〇日に示された連邦憲法裁判所の判断によって、民間医療保険に対する契約締結強制の問題は決着がついたようにも思われる。全面棄却・却下の判断からは、民間医療保険の側の主張がすべて退けられ、立法者に広い裁量が与えられたかのようにも読み取れる。

判決でも述べられたように公共の福祉による正当化（4参照）はそれなりに説得力がある。国民に一定水準の医療を安定して継続的に提供することは、社会施策の中でも優先順位の高いものとしてとらえられるだろう。とくに被保険者の保険料拠出をともなう社会保険により医療保障を行う場合には、被保険者が負担可能な制度が構築されなければならない。その意味では、基礎タリフの義務づけは必要であるし、医療保障を担う民間医療保険に責任を求めることも妥当であるように思われる。

しかしその一方で、根本的な問題が解決されていないのではないかとの疑問が残る。すなわち、公的医療保険と民間医療保険を二本柱として医療制度を構築し、それぞれの保険者に同様の社会的責任を課すことに問題はないか

ということである。連邦憲法裁判所は、民間医療保険が医療保険システムに位置づけられ、十分な社会保障責任を果たすべきことを疑いないものとして判断を行っているが、その根拠については述べていない。[40]

これまでの民間医療保険と公的医療保険の関係と展開をふまえて、一定の社会的責任が民間医療保険の保険者に課されることが肯定されるとしても、その責任の程度を連邦憲法裁判所がどのようにとらえているかは必ずしも明らかではない。連邦政府、民間医療保険連合会双方のコメント（7参照）からも、責任の程度のとらえ方にはかなりの差があることがうかがえる。その程度を明確にすることは困難であるが、少なくとも、民間医療保険の責任には限度があるというべきであろう。公的性格が強まっているとはいえ、私法人である民間医療保険の保険者に対して責任を負わせ負担を求めることや、私法関係にある民間医療保険の保険契約に介入することには、それが衡平であり、社会的に相当であるか、また予測可能・受忍可能であるかといった観点から、慎重に判断されるべきである。

連邦憲法裁判所は、この点を仔細に慎重に判断しているが、全面棄却となった。しかし、それは法解釈上の問題がないことを意味しているわけではない。全面棄却となった理由は、二〇〇七年医療制度改革による影響が未だ十分にあらわれていなかったことにある。完全な皆保険化のスタートが二〇〇九年一月一日であるが、申立てはそれより前になされ、判決・決定も制度開始から半年を経ない時点での判断である。

連邦憲法裁判所が立法者に対して注意喚起を行ったように、今後、医療制度改革の影響が徐々にあらわれ、民間医療保険の保険者やその被保険者に対する権利侵害がより重大なものとなるかもしれない。そうなれば連邦憲法裁判所の判断も異なるものになる可能性がある。[41] もっともその前に立法者が適正な制度改革をする必要がある。[42]

※　本稿は、財団法人かんぽ財団・財団法人簡易保険加入者協会平成二一年度の助成による。

(1) 二〇〇三年改革をのぞく各改革の詳細は、松本勝明『ドイツ社会保障論Ⅰ』(信山社、二〇〇三年) 三一頁以下を参照。

(2) 二〇〇七年医療制度改革に関する論稿として、青山麻理「ドイツにおける医療保険をめぐる最近の動向について」ニッセイ基礎研REPORT二〇〇八年一一月号 (二〇〇八年) 二頁以下、川端勇樹「ドイツ民間医療保険市場の動向」損保ジャパン総研クォータリー五〇号 (二〇〇八年) 二頁以下、土田武史「ドイツ医療保険における新たな競争」週刊社会保障二五四四号 (二〇〇九年) 四二頁以下、拙稿「ドイツの医療保険をめぐる現状と課題」世界の労働五九巻二号 (二〇〇九年) 二二頁以下など。

(3) Quellmalz, Die Zukunft der Privaten Krankenversicherung, 2008, S. 5.

(4) 詳細は、倉田聡『医療保険の基本構造』(北海道大学図書刊行会、一九九七年) 一八一頁以下を参照。

(5) BWV e. V., Private Kranken- und Pflegeversicherung, 2009, S. 6.

(6) 民間医療保険連合会 (Verband der privaten Krankenversicherung e.V.; PKV) は、民間医療保険の保険者によって組織される任意加入の団体である。二〇一〇年三月時点で四九団体 (株式会社二六社、保険相互会社二〇社、その他三団体) が加入している。http://www.pkv.de/zahlen/PKV 保険相互会社には一〇〇年以上前に創設されたものもあり、もともと職域を中心として組織されたものや、地域を中心として発展してきたものがある。任意加入のため、小規模零細の約三五社は加入していないが、その大半は追加保険 (二2を参照) のみを行っており、総保険料収入も全体の〇・〇五%以下にとどまる。Thüsing/von Medem, Vertragsfreiheit und Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung, 2008, S. 27. そのため便宜上、本稿では民間医療保険連合会が公表する統計、すなわち同連合会に加入する団体各社のデータを用いる。

(7) ヴァイヤース=ヴァント『保険契約法』(成文堂、二〇〇七年) 二頁。

(8) ヴァイヤース=ヴァント・前掲注(7)六九頁以下。

(9) ヴァイヤース=ヴァント・前掲注(7)七一頁。

(10) 山下友信他『保険法〔第三版〕』(有斐閣、二〇一〇年) 一九頁〔洲崎博史執筆部分〕。

(11) 石田重森「私的保障を担う民間生命保険」週刊社会保障二三四六号 (二〇〇五年) 二四頁以下。

(12) 日本においても民間保険と社会保険が交錯する例がみられる。国民年金基金は国民年金法に基づく公的な年金制度であるが、国民年金（基礎年金）と異なり、加入は被保険者の意思に委ねられる。制度としては社会保険に分類されるが、被保険者に加入の自由があり掛金額（保険料）を選べるなど、私保険的性格を有する。企業年金は私的保障に分類されることが多いが、企業型年金の場合、要件を充足する労働者は加入を強制される。加入の自由はなく、公保険の性格を多分に帯びている。

(13) ヴァイヤース＝ヴァント・前掲注(7)七〇頁。

(14) Orlowski/Wasem, Gesundheitsreform 2007, 2007, S. 4.

(15) 連邦保健省二〇一〇年四月三〇日付統計による。http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1193098/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Mitglieder-und-Versicherte/Januar-2010,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Januar-2010.pdf

(16) PKV, Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2008/2009, 2009, S. 14.

(17) 民間医療保険連合会二〇一〇年三月一七日付統計による。http://www.pkv.de/zahlen/krankenversicherung/

(18) PKV, Rechenschaftsbericht der privaten Krankenversicherung 2008, 2009, S. 17.

(19) 労働者が、疾病・負傷を理由とする労働不能により休業した場合、最初の六週間（四二日間）については、賃金継続支払法に基づき、使用者から賃金が支払われる。

(20) 民間医療保険連合会二〇一〇年三月一七日付統計による。http://www.pkv.de/zahlen/

(21) 公的医療保険の強制被保険者は、社会法典第五編五条一項一号以下に列挙されているが、最後に「疾病時に他の方法による保障を受けられない者」と規定することで（一三号）、医療保障をすべての者に及ぼしている。

(22) 被保険者は追加保険料を支払うことによって、自己負担タリフを設定したり、公的医療保険給付の範囲外にある特定の治療（たとえばホメオパシー（同種療法）やフィトテラピー（アロマテラピーなどの植物療法））の薬剤補助を受けることができる。

(23) Wille/Koch, Die Gesundheitsreform 2007, 2007, S. 384.

(24) このような事態は、医療格差をもたらす。民間医療保険の被保険者は一般に、公的医療保険の被保険者と比べて優先

的に治療を受けることができる。公的医療保険による治療は保険医に限定されるので、それだけ選択肢も少なくなり、このことも待ち時間（期間）を長くさせる。やや特殊な手術治療などの場合、公的医療保険を用いた場合には半年、一年後の予約しか取れないのに対して、民間医療保険を用いた場合には（あるいは医療保険を用いずに全額自己負担という方法もある）数週間後の予約が取れるというケースもあるという。受ける治療や地域によって格差は変わりうる。なお生命にかかわる治療が必要な場合に、公的医療保険の被保険者が後回しにされるといった事態には至っていないとのことである（マックスプランク国際社会保障法研究所におけるヒアリングによる）。

(25) ケースによっては、民間医療保険の保険者からの支払いをまって、病院等に支払うこともあるという（マックスプランク国際社会保障法研究所におけるヒアリングによる）。

(26) ヴァイヤース＝ヴァント・前掲注(7)三〇八頁。

(27) 公的医療保険競争強化法の審議終了日（二〇〇七年二月二日）の発言。http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Bulletin/2007/02/12-1-bmg-bt.html

(28) PKV (Anm. 18), S. 29.

(29) BT-Drucks. 16/4247 S. 68.

(30) Thüsing/von Medem(Anm. 6), S. 47.

(31) PKV (Anm. 18), S. 29.

(32) BverfG 10. 6. 2009, NJW 2009, S. 2033.

(33) すべての申立人が同一の申立てをしているわけではない。また明らかに無理と思われる主張も一部展開されている。これらについては憲法異議の訴え自体が却下されている。

(34) 民間医療保険において疾病リスクとして年齢を考慮することは、被保険者が若い時の保険料が低額に抑えられる反面、高齢になると著しく保険料が高くなる可能性がある。しかしそれでは高齢被保険者が保険料を負担できない恐れがある。そこで保険監督法に基づき、民間医療保険の保険者は、被保険者らの加齢のリスクを考慮して保険料を定め、（若い被保険者の）超過保険料を高齢引当金としてプールする。従来、被保険者がこの高齢引当金を持ち出すことはできなかったため、被保険者が保険契約を解約して他の保険者（保険会社）と契約することは極めて不利であり、被保険者が保険者を変

えることは多くなかった。二〇〇七年医療制度改革により、二〇〇九年一月一日以降に締結された保険契約においては基礎タリフの範囲で高齢引当金を他の保険者に移動できることになった（ポータブル化、保険契約法二〇四条一項、保険監督法一二条一項）。改正前の記述であるが、ヴァイヤース＝ヴァント・前掲注(7)三一二頁以下も参照。

(35) BverfG 10.6.2009, Pressemitteilung Nr. 78/2009 vom 14. 7. 2009 http:// www. bundesverfassungsgericht. de/pressemitteilungen/bvg09-078.html

(36) BverfG 3. 4. 2001, NJW 2001, S. 1709.

(37) 連邦政府報道発表（二〇〇九年六月一〇日）、http:// www. bmg. bund. de/ cln _ 117/ nn _ 1168278/ sid _ 2CD2B83B266A36C20B6C7B1F13ABD29C/nsc _true/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2009/Presse-2-2009/pm-10-06-09-bundesverfassungsger-pkv.html?_nnn=true

(38) 民間医療保険連合会報道発表（二〇〇九年六月一〇日）、http:// www.pkv.de/presse/pressearchiv/2009/karlsruhe_bestaetigt_das_duale_gesundheitssystem.pdf

(39) 民間医療保険連合会報道発表（二〇〇九年七月一四日）、http:// www.pkv.de/presse/pressearchiv/2009/erfolg-fuer-private-krankenversicherungen-bundesverfassungsgericht-korrigiert-basistarif-fuer-kleinere-versicherungsvereine.pdf

(40) Knieps, Zwischen Ideologie und Wirklichkeit, Gesundheits- und Sozialpolitik 2009, S. 20.

(41) 民間医療保険連合会は、再度の憲法異議の申立てを検討している。Leienbach, Der Einwand der PKV bleibt auf Wiedervorlage, Die Krankenversicherung, 2009, S. 156f.

(42) Vgl., Hufen, Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Privaten Krankenversicherung, NZS 2009, S. 652.