HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	公的医療保険における公平と競争 ： ドイツにおける政策選択
Author(s)	松本, 勝明
Citation	年報 公共政策学, 13, 223-238
Issue Date	2019
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/74452
Type	departmental bulletin paper
File Information	13-14_Ronbun_Matsumoto.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

公的医療保険における公平と競争
―ドイツにおける政策選択―

松本　勝明*

1. はじめに

日本と同様に、ドイツの公的医療保険は多数の分立した保険者により実施されている。このような制度においては、各保険者に加入する被保険者の年齢構成、所得水準などの違いによって、保険者間で保険料率の格差が生じる可能性がある。そうなれば、病気になった場合に受けることができる給付に違いはないにもかかわらず、経済的な負担能力が同等の被保険者であっても、加入する保険者が異なることにより負担する保険料額に差が生じることになる。このことは、特に、各被保険者の加入する保険者が、被保険者自身の選択ではなく、当該被保険者の職業、勤務事業所、勤務地などに応じて法律に基づき決定される場合には、被保険者間の公平の観点から問題となる。

こうした問題を解決するための方法の一つは保険者を統合し、分立を解消することである。西欧諸国のなかでも、たとえばフランスではこうした方向での政策が進められた。これに対して、ドイツにおいては、1990年代の半ばに、多数の分立した保険者により実施される制度を維持したままで、被保険者による保険者（疾病金庫[1)]）の包括的な選択権を認める改革が行われた。この結果、分立する疾病金庫は被保険者を獲得するために互いに競争する立場に立つことになった。

本稿においては、公的医療保険における公平と競争について検討し、ドイツにおいてこのような政策選択が行われた理由及びそれに影響を及ぼした要因を明らかにする。

2. 公的医療保険における当事者関係と競争

2.1　公的医療保険における競争の可能性

医療にかかわる当事者は、本来的には医療を行う医師と医療を受ける患者である。医師と患者の間には、医師が治療を行う義務を負い、患者は医師に対してその報酬を支払う義務を負うという私法上の契約に基づく関係が成立する。

人は病気になった場合には生存のために医療に頼らざるを得ず、また、病気のために働けなくなる恐れがあると同時に、医療のために多額の費用がかかることもある。

* 熊本学園大学社会福祉学部教授・北海道大学公共政策大学院公共政策学研究センター研究員　E-Mail: matsumo@kumagaku.ac.jp

1) 疾病金庫（Krankenkasse）は、労使により自主管理される公法上の法人である。

このため、他の西欧諸国と同様、ドイツにおいても広く国民に対して負担可能な医療を提供することが公的な責務とされている[2)]。このような責務を果たすため、各国では、国民に必要な医療を提供する社会給付制度が整備されている。そのなかでも、イギリスや北欧諸国などでは、租税を財源として国ないしは地方自治体が医療給付を行う制度が、その他の国では、公的医療保険の制度が設けられている。ドイツでは、国民のおよそ 9 割が公的医療保険の被保険者となっており、病気になった場合には公的医療保険の給付としての医療を受けている[3)]。

西欧諸国の公的医療保険はその給付の形態によって二つのカテゴリーに区分することができる。一つは、民間医療保険と同様、被保険者に対して医療に要した費用の償還を行うものであり、もう一つは現物給付原則に基づくものである。前者に属する国としてはベルギー、ルクセンブルク及びフランスが、後者に属する国としてはドイツ、オランダ、オーストリアなどが挙げられる。

現物給付原則は、公的医療保険が被保険者に対して治療にかかった費用を負担するのではなく、治療に必要な財・サービス（診察、検査、処置、薬剤など）を給付することを意味する。現物給付原則に基づく公的医療保険においては、保険者に代わって医療供給者が被保険者である患者に対する医療を行うことにより、被保険者の給付受給権が満たされる。したがって、この場合には、被保険者、保険者及び医療供給者の三者相互の関係が生じることになる。被保険者は、公的医療保険に加入し、保険者に保険料を支払うことにより、病気になったときには保険者に対して給付を請求することができる。これに対して、保険者と契約を締結した医療供給者から当該被保険者に必要な医療サービスや薬剤などが提供される。保険者は診療内容や診療報酬に関する医療供給者との契約等を通じて適切な質の医療が十分に提供されることを確保する[4)]。

競争は、同じ状態に置かれた当事者の行動及び選択の自由を認めることを意味する。したがって、現物給付原則に基づく公的医療保険においては、①医療供給者と被保険者（患者）との関係、②被保険者と保険者との関係、③保険者と医療供給者との関係において、競争が行われる可能性があると考えられる（**図1**）。

---

2)　ドイツの連邦憲法裁判所（Bundesverfassungsgericht）は、「病気になった場合の保護を行うことは、基本法が定める社会国家秩序において国家の基本的責務である」としている（BVerfGE 68, 209）。

3)　公的医療保険に加入していない者に対しては、保険会社との間で公的医療保険に代わる民間医療保険（代替医療保険）の契約を締結することが義務づけられている（保険契約法（Versicherungsvertragsgesetz vom 23. 11. 2007, BGBl. I S. 2631）第193条第 3 項）。

4)　ただし、日本の公的医療保険の場合には、保険者と医療供給者との間の契約等に代わるものとして、厚生労働大臣による保険医療機関の指定、保険医療機関及び保険医療養担当規則の制定、診療報酬の算定方法の定めなどが行われている。

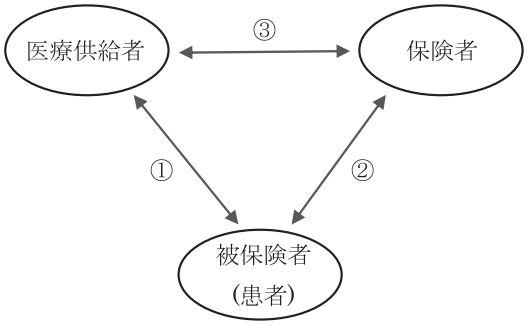

図 1.　公的医療保険における当事者関係
（出典）筆者作成。

このうち、①の分野では、被保険者が受診する医療供給者を自ら選択できることにより、患者である被保険者の獲得を巡る医療供給者間の競争が行われる。②の分野では、被保険者が加入する保険者を自ら選択できることにより、被保険者の獲得を巡る保険者間の競争が行わる。③の分野では、個別の保険者と医療供給者が診療内容や診療報酬に関する契約について交渉し、合意できることにより、契約内容を巡る競争が行われる。この分野では、医療供給者及び保険者の双方による選択が行われる。医療供給者との間の契約により、自らの被保険者に対してより低い費用で、より高い質の医療が提供されることを確保できた保険者は、他の保険者との競争において有利な立場に立つことが可能となる。そうなれば、被保険者の獲得を巡る保険者間の競争の対象は、被保険者が受けることのできる給付の内容や質にまで及ぶことになる。一方、医療供給者は、より有利な条件を提示する保険者との間で契約を締結することができる。

2.2　ドイツの現状

ドイツの公的医療保険における競争は、この三つの分野についてそれぞれ次のような現状となっている。

①の分野では、被保険者に対して、自らが受診する医療供給者を自由に選択する権利が認められている。保険医（保険診療を担当する開業医）による外来診療を受ける場合には、被保険者が予め選択した保険医の診療を受けることが義務づけられているわけではなく、また、家庭医の診療を経ずに専門医である保険医の診療を受けることも可能である[5)]。被保険者には入院治療を受ける病院を選択することも認められてい

5)　社会法典第 5 編（Sozialgesetzbuch Fünftes Buch vom 20. 12. 1988, BGBl. I S. 2477）第76条第 1 項の規定による。

る[6]。この結果、医療供給者は患者を獲得するために互いに競争する関係に立っている。このような競争は、他の国の医療保険においてもみられるものである。

②の分野では、被保険者に対して、多数の保険者（疾病金庫）のなかから自らが加入する疾病金庫を選択する包括的な権利が認められている[7]。この結果、疾病金庫は加入する被保険者を獲得するために互いに競争する関係に立っている。

公的医療保険が存在するほとんどの国では、各被保険者がいずれの保険者に加入することになるのかが法律により定められている。したがって、いずれの保険者に加入するかについての選択権が被保険者自身に認められていることは、ドイツの公的医療保険の最も重要な特徴の一つといえる[8]。フランスの一般制度[9]のように公的医療保険が一つの統一的な保険者により管理運営される場合や、日本のように被保険者がいずれの保険者に加入するかが当該被保険者の職業等に応じて法律に基づき決定される場合には[10]、このような競争の余地は存在しない。

③の分野では、疾病金庫の団体と医療供給者の団体との間で集団的な契約[11]を締結することや、疾病金庫の団体と医療供給者の団体によって設けられる共同連邦委員会（Gemeinsamer Bundesausschuss）[12]のような組織が保険診療に関する指針を定めることが基本となっている。このため、個別の保険者と医療供給者が契約を締結することは特定の分野で部分的に認められているに過ぎず、その意味で契約を巡る競争の余地は相当に制限されているといわざるを得ない。

6）ただし、保険医が指示したのとは異なる病院をやむをえない理由ではなく選択した被保険者に対しては、疾病金庫が当該被保険者に余計にかかる費用の全部又は一部を請求することが認められている（社会法典第５編第39条第２項）。

7）社会法典第５編第173条による。

8）ドイツのほかには、オランダ及びスイスにおいて加入保険者を選択する権利が被保険者に認められている。

9）一般制度は商工業部門の被用者を対象とする制度である。2008年現在で一般制度の加入者は国民の87％を占めている（加藤（2015）、p. 102）。

10）健康保険の被保険者の場合には健康保険法（大正11年法律第70号）第５条、第６条及び第17条、国民健康保険の被保険者の場合には国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第５条、第６条及び第19条の規定による。

11）たとえば、外来医科診療に関する疾病金庫の団体と医療供給者の団体との間での集団的な契約には、社会法典第５編第82条第１項に基づく連邦レベルの契約である連邦概括契約（Bundesmantelvertrag）と同編第83条に基づく州レベルの契約である包括契約（Gesamtvertrag）がある。

12）共同連邦委員会は、社会法典第５編第91条第１項に基づき、連邦保険医協会、ドイツ病院協会及び疾病金庫連邦中央連合会により設けられる。同委員会の議決委員会は、中立の議長及び２名の中立の委員、連邦保険歯科医協会が指名した１名の委員、それぞれの２名の連邦保険医協会及びドイツ病院協会が指名した委員、並びに疾病金庫連邦中央連合会が指名した５名の委員により構成される。

3. 医療給付のコントロール手段

高齢化の進展、疾病構造の変化、医学・医療技術の進歩などに対応して、ひろく国民に適切な医療を保障していくためには、公的医療保険による医療給付の質と効率性を高めていくことが必要となっている。医療給付は、「公的な介入（規制）」、「当事者団体による自主管理」及び「当事者間での競争」を通じてコントロールすることが可能である（Becker（2010），P. 21）。これらのうちいずれの手段を用いるか、また、それぞれの手段にどの程度の比重を置くかについては、国による大きな違いがみられる。しかし、これまでのところ、各国の状況を比較して、医療給付のコントロールに関して全ての重要な観点から明らかに優れたモデルと評価されるものが存在するわけではない（Becker, Schweizer（2012），p. 25）。

ドイツでは、医療給付をコントロールする手段として「当事者間での競争」の活用が図られている。そのために、被保険者による疾病金庫の包括的な選択権を認めることにより、被保険者を獲得するための疾病金庫間での競争が促進されている。ただし、この場合にも、医療給付をコントロールする手段として、「当事者間の競争」だけが用いられているわけではなく、「公的な介入」や「当事者団体による自主管理」と併せて「当事者間の競争」を活用するという混合的なシステムが採用されていることに注意する必要がある。現状においては、なお、医療給付をコントロールする手段としては、「公的な介入」や「当事者団体による自主管理」に大きな比重が置かれているといえる。

競争は、そのプロセスに参加する自由及びそのなかで自らの計画に基づいて行動する自由を基礎として発展するシステムである。この点において、競争は、国による決定に依存する社会給付制度の秩序との根本的な違いを有している。社会給付制度においては、誰を保護の対象とするのか、対象者にどのような給付を行うのか、給付を受けた対象者がいくら負担するのかは、法律によって定められている。その背景には、社会給付制度が対象とする医療などの財・サービスについては、「市場の失敗」や情報の非対称性などによる「市場の非効率性」が生じるとの想定がある。しかし、社会給付制度において加入を強制する必要や給付内容を法定する必要があることによって、当事者による行動の自由を必ずしも全て排除しなければならないというわけではない。現に公的医療保険においても被保険者による医療供給者の選択の自由はひろく認められている。

競争において生き残るため、供給者は提供する財・サービスを消費者のニーズに合わせなければならず、できる限り効率を高める可能性を追求しなければならない。収益はその結果として得られるものであり、国によって配分されるものではない。競争がこのような機能を有することは、医療給付をコントロールする手段としての競争を魅力的なものとしていると考えられる。また、医療において競争的な秩序を構築するとの提案は、一部はそれによって医療政策上の複雑かつ膨大な規定を大幅に簡素化す

ることができるという期待と結びついている。さらに、立法者は競争により費用節約の可能性があることに期待を持っている[13)]。

4. 疾病金庫間での保険料率格差

前述のとおり、他の西欧諸国と比較したドイツの公的医療保険の最も重要な特徴の一つは、保険者である疾病金庫が被保険者を獲得するために互いに競争する関係に立っていることである。疾病金庫間の競争は、1992年に制定された医療保障構造法（GSG）[14)]により、被保険者による加入疾病金庫の包括的な選択権が認められたことによりもたらされた。このような改革が行われた重要な理由の一つは、疾病金庫間での保険料率の格差が基本法の定める平等取扱いに抵触すると考えられたことにある（Just（2017），p. 1664）。

4.1　保険料率格差の拡大

分立した保険者により運営されるドイツの公的医療保険においては、1970年代以降、保険者間の財政力の格差が拡大した。このため、それに対処することを目的とした法律による介入が再三にわたり行われた。

1976年に制定された医療保険継続発展法[15)]では、疾病金庫の合併を促進し、より規模が大きく財政力のある単位とするための改正が行われた。また、この法律では、個別疾病金庫の特別の財政問題に対応することを目的として、それぞれの種類[16)]の疾病金庫の州連合会が高額の医療給付費に関する同種疾病金庫間での財政調整を行うことが認められた。

1977年に制定された医療保険費用抑制法[17)]では、それぞれの種類の疾病金庫の州連合会が、所要保険料率が傘下の疾病金庫の平均所要保険料率を５パーセントポイント以上上回る財政窮迫疾病金庫に関する同種疾病金庫間での財政調整を行うことが認められた。また、年金受給者である被保険者にかかる費用が全ての疾病金庫により同等に負担されるよう、「年金受給者の医療保険」に関して全ての疾病金庫による強制的な財政調整の制度が導入された。

このように疾病金庫間での財政格差の是正を目的として財政負担を調整する制度が導入されたにもかかわらず、疾病金庫間での保険料率格差は拡大した。疾病金庫の種類別にみた平均保険料率（旧西独地域）は、医療保障構造法（GSG）が施行された

13）Bundestagsdrucksache 12/3608, S. 66 ff., 74.
14）Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. 12. 1992, BGBl. I S. 2266.
15）Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. 12. 1976, BGBl. I S. 3871.
16）疾病金庫には、地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業疾病金庫、代替金庫などの種類がある。2018年１月現在で、疾病金庫の総数は110であり、そのうち地区疾病金庫が11、企業疾病金庫が85、同業疾病金庫が６、代替金庫が６などとなっている。
17）Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz vom 27. 6. 1977, BGBl. I S. 1069.

1993年１月現在で最高が地区疾病金庫の14.07%、最低が企業疾病金庫の11.77%となっていた[18)]。また、個別疾病金庫の保険料率は、最低が8.5%、最高は16.8%で（Engelhard（1994），p.1410）、その幅は8.3パーセントポイントにまで広がっていた。

4.2　平等取扱いに関する問題

被保険者には自らが加入する疾病金庫を自由に選択する権利が認められていないにもかかわらず、疾病金庫間の保険料率格差がこのように拡大するという状況については、基本法が規定する平等取扱いに関する問題があると考えられた。

このような考え方を裏付けるものとして、医療保障構造法（GSG）制定後の1994年２月に連邦憲法裁判所から出された公的医療保険の保険料格差の合憲性に関する判決[19)]を挙げることができる。この判決は、公的医療保険の保険料率が疾病金庫により異なることに関する憲法異議（Verfassungsbeschwerde）に対して出されたものである。この憲法異議の申立人（Beschwerdeführer）は、被用者としてSteinfurt郡の地区疾病金庫の強制被保険者となっていた。当該疾病金庫の代議員会は、1980年１月１日付で保険料率をそれまでの13.2%から14.2%に引き上げる決定を行った。原告は、異議申立てを行い、この保険料率は他の全ての疾病金庫の保険料率を相当に上回るものであると主張した。

この異議申立ては認められず、その後、裁判所で争われることになったが、原告の訴えは、社会裁判所（Sozialgericht）で棄却され、さらに、連邦社会裁判所（Bundessozialgericht）でも代議員会で決定された保険料率の引上げは適法であるとして控訴が棄却された。連邦社会裁判所はこの判決[20)]のなかで次のような判断を示した[21)]。

「保険料率の格差は分権的に分立したシステムの結果である。分権的な構造は、広範な裁量権を有する立法者が、急ぎの援助をしばしば必要とする医療保険の保険事故に対応して、自主管理による身近で効率的なシステムを被保険者に提供するために、正当な理由に基づきを採用したものである。また、このようなシステムは、同時に、給付の過度な受給や受給権の濫用を防ぐものである。これらの理由は、今日においても重要性を有している。」

その後、原告は、社会裁判所及び連邦社会裁判所の判決を不服として、憲法異議を提起した。これに対して、連邦憲法裁判所は次のような理由によりこの憲法異議を棄

18）Bundesministerium für Gesundheit, Arbeits- und Sozialstatistik 1995 による。
19）BVerfGE 89, 365.
20）BSGE 58, 134.
21）次の括弧内の記述は、裁判所の判決の重要箇所を筆者がまとめたものである。以下においてもこれと同じである。

却した。

「この憲法異議の対象である保険料格差がもたらされた原因は、公的医療保険の分立的、分権的な構造にある。しかし、基本法は、社会保険、特に公的医療保険の組織について規定しておらず、このように疾病金庫の種類に応じて分立し、個々の保険者の自主管理と独立性によって特徴づけられるシステムを採用することは、立法者の裁量に属している。もっとも、立法者は、社会保険の一分野において保険者全体を連邦に直結した一つの主体にまとめることができないわけではないが、立法者には、憲法上、統一的な医療保険を構築する義務が存在するわけではない。

このように公的医療保険の分立的な構造には憲法上問題がないとしても、そのことによって、個々の疾病金庫の間に保険料率格差が存在することを基本的に正当化できるというわけではない。「同等でない取扱い（Ungleichbehandlung）」が基本法第 3 条第 1 項[22]の下で存続しうるためには、「同等でない取扱い」と「正当化する理由」が相互に適切な関係に立っていなければならないことから、保険料率格差が不適切な程度にまで達した場合には、もはやそれを正当化することはできない。この基準に照らせば、対象期間における保険料率の部分的に相当の格差には疑義がある。

もともと、個々の疾病金庫が行う給付には相当の違いが存在した[23]。しかし、今日、疾病金庫が規約に基づき行う付加・裁量給付の比重は低下している。その程度がわずかなものであるため、疾病金庫による給付に差があることはもはや保険料率の格差を正当化する理由にはなりえない。時の経過とともに疾病金庫間での給付の差が縮まるほど、保険料率の格差を制限することについての立法者の義務は強まる。

立法者は、医療保険継続発展法により疾病金庫の合併の促進に関する規定を定め、また、医療保険費用抑制法では財政調整に関する規定を定めたほか、医療保障構造法（GSG）ではリスク構造調整や疾病金庫選択権に関する規定を定めることなどにより、この義務を履行している。」

以上のように、本件にかかわる連邦社会裁判所と連邦憲法裁判所の判断は、公的医療保険が分立した保険者により実施されるシステムを採用することは立法者による裁量の範囲であると認める点において共通している。しかし、保険料率に関して保険者間での相当の格差が生じることについて、連邦社会裁判所はそのようなシステムを採用していることによる当然の結果として容認するのに対して、連邦憲法裁判所はそれ

22）基本法第 3 条第 1 項は、「すべての人は法の前に平等である」と規定している。

23）1911年に制定されたライヒ保険法の立法者が改革を検討する動機となったのは、疾病金庫間での保険料率の格差ではなく、相当の給付の格差が存在したことにある（Begründung des Entwurfs einer Reichsversicherungsordnung, Verhandlungen des Reichstags, 12. Legislaturperiode, II. Session, zu Nr. 340, S. 106 ff., 641）。

によって保険料率の格差を正当化することはできないとしている点が特に重要と考えられる。

ただし、被保険者による疾病金庫の包括的な選択権を認める医療保障構造法（GSG）の制定などが既に行われていることを踏まえ、立法者が保険料率格差の是正義務を履行しているとして、連邦憲法裁判所も原告の主張を認めなかった。

5. 保険料率格差の是正方法

前述のとおり、疾病金庫間での保険料率格差の拡大については被保険者の平等取扱いの観点から問題があると考えられたことから、問題解決のための政策的な対応が行われることになった。しかし、そのことが被保険者による疾病金庫の包括的な選択権の導入に直ちに結びつくというわけではない。なぜならば、保険料率格差による問題を解決するための方法には、次のような複数の選択肢が考えられるからである。

5.1 保険者の統合

第一の方法は、分立した保険者を統合し、一つの保険者により実施されるシステムへと転換することである。全ての被保険者が同一の保険者に加入することになれば、全ての被保険者に同一の保険料率が適用されることになるため、保険料率格差の問題は解消する。

このような例として、フランスの公的医療保険をあげることができる。フランスでは、第二次世界大戦後、ラロックが中心となって作成した案に基づき社会保障の立法作業が行われた。その際に示された社会保障の基本原則の一つが「統一性（unité）」原則である。この原則は、社会保障の諸制度を単一の組織（金庫）に統合することを意味しており、社会保障の平等性を担保し、効果的な管理運営のために不可欠であると考えられた[24)]。

実際には、フランスの公的医療保険は、商工業部門の被用者を対象とする一般制度、特定の企業や業種ごとに組織される特別制度、自営業者など非被用者を対象とする自営業者社会制度及び農業従事者を対象とする農業制度に分かれた。しかし、国民の大部分（現在では 9 割近く）が加入する一般制度は全国被用者医療保険金庫（CNAMTS）の下で統一的に運営されており、すべての加入者に一律の保険料率が適用されている。

5.2 保険者間での財政調整

第二の方法は、分立した保険者により実施されるシステムは維持したままで、保険

24）とはいえ、フランスにおいても、「単一の金庫よりも、相互に競い合う自律した金庫が多数存在することが望ましく、複数金庫主義は自由の証である」（松本（由）（2012）、p. 117）として「統一性」原則に反対する意見があった。

者間での財政調整を行うことにより保険料率格差を縮小・解消することである。ドイツの公的医療保険においても、前述のとおり疾病金庫間での財政調整を行うことにより、疾病金庫間での保険料率格差を是正する効果を持つ取組みが行われてきたが、それによる実際の効果は限定的なものにとどまっていた。しかし、たとえば、ドイツの公的介護保険で実際に採用されているような財政調整を実施すれば、分立した保険者を維持したままで、保険料率の格差をなくすことが可能である。公的介護保険の保険料は、加入する保険者にかかわりなく全ての被保険者に統一的に適用される保険料率に基づき算定される。統一的な保険料率の下で得られる保険料収入ではその財政収支が赤字又は黒字になる保険者が発生するが、保険者間の財政調整により各保険者の赤字又は黒字は調整される。

5.3　保険者の自由選択

第三の方法は、被保険者が自ら加入する保険者を自由に選択できるようにすることである。被保険者が自分の意思で疾病金庫間を移動することが認められていれば、仮に疾病金庫間で保険料率に差が生じたとしても、高い保険料率が適用されるのは被保険者が自らの意思に基づきあえてそのような疾病金庫を選択した結果であるので、基本法が定める「法の前の平等」には反しないと考えられる。

被保険者がより高い保険料率の疾病金庫を選択する理由としては、たとえば、それに見合った高い質の給付を受けられること、被保険者に対する対応やサービスが良いこと、慣れ親しんだ疾病金庫にとどまりたいことなどが考えられる。

6.　ドイツにおける政策選択

ドイツでは、1992年に制定された医療保障構造法（GSG）により、被保険者による疾病金庫の包括的な選択権が認められた。これは、同法の制定過程において、与党のキリスト教民主・社会同盟（CDU・CSU）と野党の社会民主党（SPD）という二大政党間の合意[25]が成立したことにより、実現したものである。この結果、被保険者は、次の疾病金庫のなかから、自分が加入する疾病金庫を選択することが可能となった[26]。

a）就労地又は居住地の地区疾病金庫
b）就労地又は居住地を管轄する代替金庫
c）就労事業所の企業疾病金庫又は同業疾病金庫
d）規約により外部にも開放している企業疾病金庫又は同業疾病金庫

25）この合意は、それが行われた場所にちなんで「ラーンシュタイン（Lahnstein）合意」と呼ばれる。
26）社会法典第５編第173条の規定による。現行の同条第２項によれば、これらに加えて、公的医療保険の保険者としての「ドイツ年金保険　鉱夫組合・鉄道・海員」が選択可能な疾病金庫となっている。

ｅ）直近に加入していた疾病金庫

ｆ）配偶者の疾病金庫

被保険者は、加入を希望する疾病金庫に意思表示を行うことにより、疾病金庫の選択権を行使できることとされた。また、疾病金庫に対しては、加入を希望する被保険者を受け入れる義務が課され、受入を拒否することは認められないこととされた[27]。

このように、ドイツでは、基本的に**5.**で示した三つの選択肢のうち、「保険者の自由選択」（**5.3**）を認める方法が採用された。保険料格差が存在することによる不公平の是正は、「保険者の統合」（**5.1**）によっても、「保険者間の財政調整」（**5.2**）によっても可能である。それにもかかわらず、ドイツにおいては、被保険者に疾病金庫の包括的な選択権を認めるという政策が採用されたわけである。なぜならば、ドイツでは、保険料格差による問題を解決することのみならず、それと併せて、被保険者を獲得するための疾病金庫間での競争を促進することが重要な政策目的の一つとされたためである。つまり、疾病金庫間の競争によって、各疾病金庫の経営努力が促進され、それが医療保険の給付の質と効率性を高めることにつながるとの考えが、「保険者の自由選択」を採用するに至った重要な理由であると考えられる。

しかし、疾病金庫間には、加入する被保険者の性別、年齢構成、所得水準などの違いによるリスク構造の大きな格差が存在していた。そのため、仮にそのままの状態で競争が行われた場合には、疾病金庫による経営努力の程度よりも、リスク構造の有利・不利が競争の結果を左右することになった。また、有利なリスク構造とすることにより競争上の優位に立つために、各疾病金庫が、若くて給付費が少なく済み、所得が高いためにより多くの保険料収入が得られる被保険者を獲得しようとしていわゆる「リスク選別」を行うことが誘発される恐れがあった。このため、被保険者に疾病金庫の包括的な選択権を認めることと併せて、加入被保険者の年齢、所得などのリスク構造の違いが疾病金庫に与える財政的な影響を調整するためのリスク構造調整が導入された[28]。

リスク構造調整は疾病金庫間の保険料率格差を縮小する効果を有している。しかし、リスク構造調整が導入された主要な目的は、被保険者による疾病金庫の包括的な選択権が導入されることによる疾病金庫間の競争が公平に行われるための前提条件を整備し、リスク選別を防ぐことにあったと考えられる。

このように、ドイツにおける政策選択の基礎には、分立する保険者間の競争が給付の質と効率性の向上をもたらすことへの期待と信頼が存在していると考えられる。この点において、第二次世界大戦前の多数の小規模保険者が存在する社会保険の実施状況に鑑み、平等性を担保し、効果的な管理運営のために単一の組織が必要（工藤

27）社会法典第５編第175条第１項の規定による。

28）社会法典第５編第266条以下にリスク構造調整に関する規定が設けられた。

(1984)、p. 25）と考えられたフランスの場合とは大きく異なるドイツの特徴があるといえる。

7. 政策選択に影響を及ぼした要因

ドイツにおいて当事者間の競争による効果に期待と信頼を置く政策が選択されたことには、次のような要因が影響を及ぼしているものと考えられる。

7.1 従来の政策手段の限界

第二次世界大戦後、ドイツの公的医療保険は経済成長とともに発展を遂げ、被保険者の範囲の拡大や給付の拡充などが行われた。しかし、給付費支出の著しい増大と保険料率の急激な上昇に直面し、1977年以降は費用抑制策の実施へと政策の舵が大きくきられることになった。それ以降10年間にわたって、患者一部負担の引上げ、給付の縮減などを内容とする費用抑制策が講じられたが、それらは短期的な効果しか持ち得なかった。このため、毎年のように費用抑制のための立法が行われることになった。このように、従来から採用されていた医療給付のコントロール手段である「公的な介入」や「当事者団体による自主管理」は、短期的な費用抑制には成功したが、財政の長期的な安定を達成することはできなかった。

この経験を通じて、ドイツにおいては、公的医療保険財政の長期的な安定を確保するためには、疾病金庫、医療供給者及び被保険者のそれぞれに一層の経済性、費用節約及び自己責任を促す効果的な誘因を作り出す必要があると認識されるようになったと考えられる。こうした認識は、1987年に当時の連立与党により行われた医療保障の構造改革に関する合意にも示されている。

7.2 公的医療保険における競争の存在

ドイツにおいては、1883年に制定された労働者医療保険法（Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter）によって、職域などに応じて分立した多数の疾病金庫を保険者とする公的医療保険が導入された。公的医療保険の根拠法は、その後、1911年に制定されたライヒ保険法（Reichsversicherungsordnung)、そして現在の社会法典第５編（1988年制定）へと引き継がれた。注目される点は、制度創設以来一貫して続いてきた加入疾病金庫の決定方法である。被保険者がいずれの疾病金庫に加入するかについては、基本的には当該被保険者の職業等に応じて定められ、被保険者自身が自由に決定することはできなかった。しかし、選択金庫[29)]（Wahlkasse）の存在が認められ、被保険者は選択金庫への加入を選択することにより、職業等に応じて決定される疾病金庫（義務金庫（Pflichtkasse））への加入義務を免除された。このように、

29）扶助金庫（Hilfskasse）及びその後継の代替金庫（Ersatzkasse）がこれに該当する。

ドイツの公的医療保険においては、限られた範囲内ではあるが、長年にわたって被保険者による疾病金庫の選択権が認められ、定着してきた[30)]。

このため、公的医療保険のように利潤動機を有しない公法上の法人である疾病金庫が保険者の役割を担う社会給付制度においても、保険者間の競争を促進することに大きな抵抗感はなかったものと考えられる。

7.3　社会的市場経済の理念

戦後のドイツにおいては一貫して、社会的市場経済（Soziale Marktwirtschaft）が経済秩序の基本理念となってきた。社会的市場経済の提唱者であるミュラー=アルマックによれば、社会的市場経済の目的とは、競争経済という基盤の上に、自由なイニシアチブと、市場経済の遂行を通じて保障される社会的進歩とを結びつけることにある（Müller-Armack（1956），p. 245）。つまり、社会的市場経済は、市場経済という競争秩序の制度的基盤の上に「個人の自由」と「社会的公正・安全」という 2 つの価値を統合させる経済秩序理論である（黒川（2011）、p. 103）。社会的市場経済は自由放任主義（レッセフェール）に基づく市場経済とは明らかに異なるものである。それと同時に、社会的市場経済は社会主義的な中央統制経済（計画経済）を全面的に否定するものである。

公的医療保険においても、一定の規制を伴う競争秩序を構築し、そのなかで「個人の自由」と「社会的公正」を両立しようとする考え方は、このような社会的市場経済の理念にも合致するものであると考えられる。このことは、前述の医療保障の構造改革に関する連立与党合意（1987年）において、「公的医療保険、とりわけ疾病金庫と医療供給者との間、そしてまた疾病金庫相互間において、競争及び社会的市場経済の要素を作り出し、強化すること」が政策的な目的とされた（Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung（1994），p. 127）ことからも裏付けられる。

8．むすびにかえて

以上述べたように、ドイツでは疾病金庫間での競争が公的医療保険における給付の質と効率性の向上につながることへの期待と信頼に基づく政策選択が行われた。しかし、それが現実のものとなるためには、まず、他の疾病金庫と競争関係に立つことになった各疾病金庫の経営努力が、若くて所得の高い被保険者の獲得を目指す「リスク選別」ではなく、給付の質と効率性の向上を図ることに向かう必要がある。また、そ

30）ただし、選択金庫として位置づけられる各代替金庫の受け入れ対象となる被保険者の範囲については、それぞれの規約に基づき、被保険者の職業等による限定が行われていた。その結果、被保険者がホワイトカラー（Angestellte）に該当する場合には幅広い選択が可能であったのに対して、ブルーカラー（Arbeiter）に該当する場合には選択の範囲が限られていた。

れと併せて、各疾病金庫の経営努力により給付の質と効率性を改善することができる余地が存在しなければならない。

このため、疾病金庫間での公平な競争条件を整備するとともに、「リスク選別」を排除することを目的として、被保険者による疾病金庫の包括的な選択権と併せて、リスク構造調整が導入された。しかし、リスク構造調整に関しては、依然として問題が残されており、制度の目的適合性を高めるために更なる改善が必要な状況にある（松本（勝）(2018)、p. 18)。

また、各疾病金庫が給付の質と効率性を高めることができる余地を拡大するためには、各疾病金庫と個別の医療供給者との間の契約が可能な範囲を拡大し、疾病金庫と医療供給者との関係をより競争的なものに転換する必要がある。しかし、これについては、医療供給者側は疾病金庫側との交渉力の均衡が崩れることを懸念して慎重な姿勢を取っており、これまでのところ十分な進展は見られていない（松本（勝）(2017)、pp. 98)。

したがって、こうした問題を解決することができるかどうかが、公的医療保険に競争的な秩序を導入した目的を達成するための重要な鍵を握っているといえる。

［付記］本稿は、科学研究費の助成を受けて実施している「医療保険制度における選択と競争に関する研究」（JSPS 科研費 JP16K04171、研究代表者：松本勝明）及び「持続可能な社会保障制度構築のための病院等施設サービス機能に関する総体的比較研究」（JSPS 科研費 JP15H01920、研究代表者：加藤智章）の成果に基づいている。

（引用文献）

Becker U. (2010) Funktionen und Steuerung von Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb im Gesundheitswesen, in: Becker U., Ross F., Sichert M. (Hrsg.), *Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb in der Krankenhausversorgung*, Nomos Verlag, pp.11-53.

Becker U., Schweitzer H. (2012) *Wettbewerb im Gesundheitswesen*, Gutachten B zum 69. Deutschen Juristentag, Verlag C. H. Beck.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1994) *Übersicht über das Sozialrecht*, 3. Auflage, BW Bildung und Wissen.

Engelhard W. (1994) Finanz- und Risikostrukturausgleiche, in: Schulin B. (Hrsg.), *Handbuch des Sozialversicherungsrechs*, *Band 1 Krankenversicherungsrecht*, Verlag C. H. Beck, pp.1409-1423.

Just K. (2017) Allgemeine Wahlrechte, in: Becker U., Kingreen T (Hrsg.), *SGB V* 5. Auflage, Verlag C. H. Beck, pp.1662-1668.

Müller-Armack A. (1956) Soziale Marktwirtschaft, *Wirtschaftsordnung und Wirtschaftspolitik*, Verlag Rombach.

Schweizer H. (2013) Wettbewerb im Gesundheitswesen. Rechtliche Grundlagen und rechtspolitische

Grundfragen, in : Immenga U., Körber T. (Hrsg.), *Wettbewerb im Gesundheitswesen,* Nomos Verlag, pp.35-72.

加藤智章（2015）「第 2 章　フランスにおける医療制度改革　第 1 節　現行制度の概要」松本勝明編『医療制度改革：ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社、101−106頁。

工藤恒夫（1984）『現代フランス社会保障論』青木書店。

黒川洋行（2011）「リスボン条約における社会的市場経済の適用」『日本EU学会年報』第31号、102−126頁。

松本勝明（2017）『社会保険改革：ドイツの経験と新たな視点』旬報社。

————（2018）「ドイツ公的医療保険におけるリスク構造調整」『社会関係研究』第24巻第 1 号、1−24頁。

松本由美（2012）『フランスの医療保障システムの歴史的変容』早稲田大学出版部。

Fairness and Competition in Statutory Health Insurance: Policy Choice in Germany

MATSUMOTO Katsuaki

Abstract

When statutory health insurance is provided by multiple separate insurers, the disparate premium rates quoted by these insurers are problematic from the standpoint of fairness to the insured. To solve this problem, Germany has reformed its system such that the insured now have the right to choose among insurers. Therefore, these separate insurers must now compete with one another.

This study clarifies the reasons for which Germany made this policy choice and the factors involved in this decision.

Keywords

Germany, statutory health insurance, competition, fairness