

医療保険制度を巡る諸問題

(一エコノミストの視点)

公社債引受協会 専務理事 澤本 一穂

はじめに

このほど透析医会から、医療界の外部の経済専門家としての観点で、医療保険制度改革に関する見方や医療産業の将来展望について意見を述べよというご依頼を頂きました。私は金融を専門としておりますので、医療については全くの門外漢という点で、ご要望の第1の資格は充たしておりますものの、第2の経済全般の専門家という意味では必ずしも適格とは思っておりませんが、ご依頼ですので、エコノミストのはしくれとして私見を述べさせていただきます。

以下ではまず第1節で、現在国民医療費の削減が必要とされている背景には、財政に対する考え方の大きな変化があり、その結果医療保険制度のみならず、医療制度全般に互り、財政の関与のあり方の見直しが求められていることを指摘します。次いで第2節では医療の公共性について検討し、従来公共性をあまりにも重視した結果が様々な非効率の原因となっているため、価格の需給調節機能を重視する「市場原理」を部分的にでも導入する必要があることを示します。最後の第3節では、今後の医療産業のあり方についても同様に「市場原理」や「競争原理」を導入する方向で見直す必要があること、および情報の公開が重要であることを訴えたいと思います。

1. 医療制度を取巻く財政環境の変化

現在国民医療費の削減が大きな課題とされていますが、その背景には財政の機能に関する考え方の大きな変化があります。

第1に、近年財政状態の悪化に伴い、財政支

出の景気刺激効果が大きく減殺されているという認識が強まっています。財政状態が極めて悪化して、追加的な財政支出が赤字国債で賄われるような状況では、その結果さらに財政収支が悪化し、いずれ近い将来増税が行われるといった予想が生じる可能性があります。この場合民間経済活動はむしろ萎縮し、財政支出による設備投資等の民間支出の誘発効果は期待できません。また、赤字国債の大量発行は、国が資金を金融市場から吸い上げることを意味しますので、その結果金利が上昇する場合には、この面からも民間設備投資は抑制されます。これは財政による民間投資の「クラウディング・アウト」と呼ばれる現象で、既に1970年代の後半から指摘されていた問題ですが、財政再建を目指す政府・大蔵省が最近好んで利用している概念です。ただし、このような認識は財界やジャーナリズムにも支持する向きが多く、財政拡張主義に対する反省気運が全般に強まっていることは見逃せません。

第2に財政の今一つの役割である「再配分機能」も見直しを迫られており、医療にとってはこちらの方がより重要と言えます。自由競争を原則とする資本主義経済では、私的利潤には直結しない公共的インフラの整備や経済的弱者に対する配慮が不十分となるため、公共的観点からこれを是正する必要があります。このため、国がいわば強制的に資源や富の配分に介入し「再配分機能」を果たしているわけです。

この機能が見直されようとしているのは、それが不必要になったからではなく、現在のあり方が適正な規模で、かつ効率的に行われている

かどうかが問われているからです。つまり、資源や富の再配分の名目で行われている広範な財政活動の中には、本来民間に任せてもよいものがあるのではないか、時代の変化とともに意義が失われたものも多いのではないか、その結果歳出が膨張し国民に過大な負担を強いているのではないかといったことが問われているわけです。とくに経済・社会環境が大きく変化し、新たな公共サービスが求められるような状況では、既存のサービスの必要性を見直すことが重要となります。医療・福祉の分野では、例えば高齢者保険福祉推進10ヵ年計画（所謂新ゴールド・プラン）のための財源確保が重要な課題となっており、その一環として国民医療費の削減が求められているという側面もあります。また医療に限らず他の多くの分野で、さらには医療・福祉、環境、公共事業等様々な分野の間で、優先順位とこれに対応した予算配分のあり方を検討する必要性が高まっています。

以上のような財政機能に関する考え方の変化は、単に財政危機に対応して予算を削減することにとどまらず、経済活動の中で肥大化している財政の役割を見直し、むしろ民間部門を中心に経済の活性化を図ろうという考えとも関連しています。このため、様々な分野で政府や財政の関与のあり方を見直し、その適正規模を見極めることが求められています。医療についても、単に保険制度にとどまらず、医療制度全般について、財政をはじめとする公的介入のあり方を見直すことが要請されているわけです。

2. 医療の公共性をどう考えるか

そこで以下では、医療の公共性とは何か、公的介入が過剰となっていないか、改善の余地はないか等について考えてみます。

(1) 公的医療保険のあり方

まず、医療保険が民営で行われ、加入も強制されない場合を考えてみます。この場合、健康

で病気にかかるおそれがないと考える人は加入を渋り、病弱で治療を受ける機会の多い人ばかりが加入しようとするでしょうから、保険料率は著しく高くなり、保険そのものが成立しないおそれがあります。これに対して、加入を強制し、さらに公的補助を行えば、病弱な人にとっては料率ははるかに安くなります。また、健康な人にとっても、単に加入が強制され公的補助がない場合に比べれば料率は安くなりますので、（程度の差はあれ）双方にとって満足すべき制度が成立します。経済学の教科書では公的保険の意義をこのように説明するのが一般的です。

同時に教科書では、保険制度の問題点として「モラル・ハザード」を指摘しています。これは意識すれば「制度へのただ乗り」とでも言うべき問題で、よく用いられるのは損害保険の例です。火災や盗難による損失が保険で十分賄われる場合には、災害予防に対する注意が失われ、結果として保険金支払の機会が多くなり、保険制度の維持を危うくするおそれがあることが指摘されています。健康に関する注意が保険への加入によって疎かにされる度合いは、一般災害に比べれば小さいかも知れません。しかし保険制度が充実すればするほど、軽度の疾病でも繰返し治療に通うといったかたちで「ただ乗り」現象が増えますので、医療保険といえどもモラル・ハザードの問題を免れることはできません。

モラル・ハザードを防止する一つ的手段として、保険金の給付を受ける可能性が高い加入者に対して、より高い料率を適用することが考えられます。火災保険で木造住宅の料率を高くするなどはその例です。しかし、これを医療保険に適用する場合には、保険料率を差別的に適用するための客観的基準を選ぶことが困難とか、高齢者等の弱者救済という福祉目的にも反するといった問題が生じます。

以上が公的保険の抱えているディレンマで、これを理想的に解決することは困難です。しか

し、結局は福祉目的を損なわない範囲で保険の社会的なコストを引下げるといった観点から、「ただ乗り」を極力避けるような保険料率の設定を模索することがもっとも現実的でしょう。このような意味で、老人医療費に対する自己負担率の引上げは（筆者もいずれは老境を迎えますので）残念なことですが、やむをえない適切な選択であったと思います。なお、個人負担を比較的安い定額方式にすることにより、安い治療を数多く受ける人の負担率はそれだけ高くなるという点で、上述の差別的保険料率を適用した場合と同様の効果が期待できますので、定率方式よりも合理的と言えます。いずれにしても、今後とも個人負担額の変化に応じた受診件数の変化を調査し、給付の適正水準を見極める努力が必要と思われます。

(2) 医療価格設定方式のあり方

国民医療費の膨張を招いている今一つの要因として、医療費が診療報酬、薬価基準という公定価格による出来高払いとなっているため、医療機関側に医療のコストを削減し、できるだけ安く良質のサービスを提供することで患者を獲得しようというインセンティブがなく、競争原理が働かないことが挙げられています（これは筆者の個人的見解ではなく、財政審議会報告からの引用ですので、念のため申し添えておきます）。

この点に関して再び経済学の教科書を引用しますと、「一般の商品やサービスの価格は、市場の中で競争原理によって決定されるのが最も効率的かつ公正だが、『公共財』等の特殊な商品・サービスについては『市場の失敗』がありうるので、公的介入が必要となる」と説明しています。何故「市場の失敗」が生じるかを厳密に示すには、それこそ教科書的な説明を延々とする必要がありますが、例えば「どんなに高価な治療でも、命が助かるならかまわない」という患者がいる場合には、競争原理では均衡価格を見出す

ことができないといったことも一つの理由として挙げられます。

こうしたことから、多くの公共サービスについて広範な公的介入が行われ、価格についても公共料金制度が採用されています。医療についても診療報酬と薬価基準という公定価格が導入されていますが、それが前述のように見直しの対象となっているわけです。これは、経済学の誤りというより、その適用方法の問題と言えます。つまり、医療価格の決定に何らかの公的介入は必要としても、出来高払い制度等を含む公定価格制度の運用方法に基本的な問題があるためです。「出来高払い」は本来、工事やサービスの進捗に応じて対価を支払っていく方式ですから、通常の場合は検収を行い成果を評価したうえで支払うわけで、成果に不満があれば改善を求めたり、値引きさせることもある筈です。ところが医療の場合は専門性が高いうえ、治療の結果を見極めるのに時間も必要ですから、一般の患者には成果を正当に評価することはほとんど不可能です。そこで、患者の負担を保険で賄う制度が導入されているわけですが、この医療保険制度が公定価格と一体化されているところに実は最大の問題点があります。つまり、治療費の全額が医療保険で賄われるという原則の下では、患者はもとより診療側も治療に要した費用の正当性をチェックするインセンティブを持ちません。従って、診療機関がどのような診療を行っても患者はそれをただ受け入れるだけですから、医療の需給の適正規模を誰も把握できず、結果的に医療費の膨張を招きやすい仕組みになっているわけです。薬価基準についても同様のことが言えます。換言するなら、現行の出来高払い制度は、公的当局以外には誰も価格の正当性に疑問も責任も持たないで済むという奇異な制度であり、その結果財政負担の増大が無視できなくなるまで等閑に付されてきたと言えます。

この問題に対する基本的な解決策は、需給の変化に応じて価格が変化し、これに応じて需給が調節されるという「市場原理」に基づく自動調節機能を導入することに尽きます。しかしこれを徹底すると、経済的弱者は十分な治療を受けられないとか、生産性の低い小規模の診療機関が生き残れないという問題が生じ、医療の公共目的が達成できなくなるおそれもありますので、事はそれほど簡単ではありません。結局は保険の場合と同様、公共性を大きく損なわない範囲で、どこまで市場原理を導入できるかといったかたちで試行錯誤を繰り返すしかないと思われます。現在検討されている包括払い方式や患者の自己負担引上げは、それ自体は市場原理とは言えませんが、無料部分に一定の限度を設けるといって、価格による自動調節機能が働く余地を拡大する効果がありますので、方向としては間違っていないと思います。また、医療に関する情報提供の充実も、選択の範囲を拡大し市場原理の機能を高めるといって重要です。今後ともこのような方向で関係者の努力が続けられることを期待したいと思います。

3. 医療産業のあり方

以上医療制度の見直しを中心に見てきましたが、次に医療産業のあり方も見直しが求められていることについて触れておきます。

古来「医は仁術なり、算術に非ず」と言われてきました。これは職業倫理上の理念としては大変貴い、不変の重みを持つ言葉です。しかし、医療を経済システムとして捉え、その費用を誰がどのように負担し、誰がどのように報酬を受け取るかといった問題として考える場合には、医療行為を経済行為として捉え、業としての医療を一つの産業として捉えることが不可欠であり、これと職業倫理とを混同してはならないと思います。ところが、わが国の医療法では未だに「医師以外の者が営利目的で病院等を開設し

ようとする場合には、許可を与えないことができる」という趣旨の条文が残されていたり、医療法人の標準的な姿を、営利を目的としない財団法人としているように、両者の混同が目立ちます。

これは無論、医療の公共性と専門性を考慮したものであると思います。しかし、この原理があまりにも重視された結果、先に触れたように医療から競争原理がほとんど排除され、様々な非効率率をもたらしていることも事実です。医業に従事する皆様の立場からみれば、現在の制度では、より安価で良質のサービスを提供できる医師ほど高い報酬を受けることが建前として禁じられていると言っても過言ではありません。この辺は本音と建前の使い分けが上手な日本人ですから、従来はなんとか辻褃を合わせてきたのですが、その矛盾が膨大な国庫負担、ひいては国民の負担として表面化するに及び、システム全体の見直しが必要となっているのが現状でしょう。

この問題は結局、公共性と効率性のバランスをどうとるかに帰着するわけですが、方向としては後者により重点を置くことが不可欠と思います。なぜなら、公共性原理を貫徹しようとするれば、公的当局が常に医療業務の末端までを詳細に監視し、医療の需給状態を判断のうえ医療産業全体の適正規模を決定するとともに、理想的な価格体系を決定し、さらに外部環境の変化に応じてこれを見直すことが必要となります。そのためには、賢明かつ公正で高度な専門的知識を備えたお役人をいくら増員しても追いつかないでしょうし、莫大な社会的コストも必要となりましょう。そこで、これに代えて、前述のような市場原理に基づく自動調節機能を部分的にでも導入しようというのが効率性重視の観点です。

このように、従来公的当局が専ら担ってきた機能の一部を民間がコマーシャル・ベースで代

替し、効率性を高めることは決して机上の空論ではありません。例えば、金融の世界では近年「格付制度」というものが採用され定着しつつあります。これは民間の専門機関が、債券を発行する企業や預金を預かる銀行の財務状態を調査のうえ健全性に依りてランク付けし、投資家はこれを判断材料として債権や預け先金融機関を選択するものです。つまり、従来大蔵省や日銀等の金融当局が監督し判断していた金融機関や債権の健全性を民間が判定するわけです。ここで大切なことは、格付自体の信頼度は、それを利用する投資家が厳しく判定するので、信頼度の劣る格付を行った格付機関は利用されなくなり、市場から淘汰されるというかたちでシステム全体の健全性が維持されることです。

このようなシステムをそのまま医療の世界に導入するわけにはいかないでしょうが、これだけ医療に対する関心が高まってくると、いずれは「病院の格付」のようなものを販売しようとする目端の利いた人が現れるのではないのでしょうか。現在そのようなものが制度的に可能かどうかは知りませんが、お役所が厳しく取り締まるであろうことは容易に想像できます。しかし、そのような「格付」を利用しようとする患者はお役人より真剣ですから、利用者の選択を通じて「格付」の信頼度が向上すれば、現行の体制よりはるかに安い社会的コストで医療産業の監視と内容の充実が図れるようになる筈です。そのような時代は必ず来ると思いますし、それが現代世界の潮流でもあります。

このような潮流変化の方向とは、繰返しになりますが、市場原理・競争原理の重視にはかならず、医療産業も否応なしにそれへの対応を迫られるようになると思います。その際極めて大切なことは情報の公開です。市場原理・競争原理は、十分な情報の公開がないと健全に機能しません。例えば、患者にとっては診療価格や診療内容に関する十分な情報を前提に診療機関を

選択できることが肝要です。そのためには、医療機関が自ら診療内容・施設等のほか経営状態をも進んで公表することが必要となります。一方、医療機関にとっても、薬品や器材の価格に関する情報をより正確に入手することが必要であることは勿論です。従来は公的機関が把握していたこれらの情報を公表することによって初めて市場における競争原理が機能するわけです。

ところが、日本人は一般に自らに関する情報を公にすることが苦手です。前述の「格付制度」についても、財務状況や経営内容を、お役所ではなく広く民間に対して公表することに抵抗を示す傾向が今でもあります。しかし、この格付制度が定着するにつれ、財務内容を公表しないことは何らかの欠陥があるためと受け止められ、そのような企業は市場には受け入れられないという傾向がむしろ一般的になっています。

勿論医療は優れて公共性、専門性の高い分野ですから、全ての問題を市場原理・競争原理で解決することはできませんし、それが適当とも思いません。しかし、医療とは別の意味で公共性、専門性が極めて高いといわれてきた金融の分野でも、このように市場原理・競争原理が浸透していることを考慮すると、医療も例外ではなくなる可能性があります。従って、医療産業においても、潮流変化を先取りした自己変革が必要となっているのではないのでしょうか。その一環として、例えば、インフォームド・コンセントで要求されている以上の情報を積極的に公開したり、監査法人等による財務状態の点検を受け、その結果を公開するといったことは、制度改正を待たずとも可能ではないのでしょうか。

さらに付け加えれば、こうした自己変革を怠ると、自らの産業基盤を弱めることにもなりかねないと思います。そう思う一つの理由は既に指摘した財政環境とその背後にある社会・経済環境の大きな変化であり、今一つは国際化の進

展です。医療の分野では他の産業と異なり、医療行為自体が輸入されることは例外的で、医療行政も各国独自の枠組みの中で行われていますから、従来国際競争ということあまり意識しないで済んできたように思います。しかし、国際化の進展とともに、既に薬品の分野ではし烈な国際競争が行われていますし、医療技術についても同様です。従って、従来の日本特有の制度や慣習の枠組みにとらわれず、国際的標準を踏まえて医療のあり方を考えることも必要でしょう。

以上門外漢の立場から勝手なことを述べて参りましたが、最後に、今後わが国の経済・社会が活力ある発展を遂げるためには、国民の健康が不可欠の基本ですから、そのためにも、医療界の皆様のご健闘とご発展をお祈り致します。