

医療における格差—構造的特性と政策的対応

池上 直己*

抄 録

国民の間の健康格差を解消するには、相互の協力を促進する無形の社会資本の形成のほうが医療サービスの拡充よりも重要であり、こうした観点から健康的な行動が支援されるような社会を目指す新しい公衆衛生運動が提唱されている。しかし、格差を縮小するための社会改造の効果は必ずしも十分に検証されておらず、また就学前の幼児、およびその親を対象とした教育体制を整備したほうが有効であるという意見もある。

医療における格差は健康格差とは別個の課題であり、医療に内在する構造的な特性から格差のない制度としない、有効で安全な医療サービスの担保、患者の医療費による経済破綻の防止、および医療費の公的負担の抑制をそれぞれ実現できない。その理由は、まず供給側の特性として、医療は1回限りで再現性のない個別状況で提供されるので、事後的に「適切」であったか、「不適切」であったかを評価することが難しいことにある。特に生死が関わる場合は、たとえ新しい技術の有効性の確率が低く、安全性が十分検証されなくても医師は使用する傾向があり、また一旦使用が開始されると、当初想定された適用範囲を超えて広く普及する傾向にある。

一方、需要側の特性として、医療はいつ必要で、その時に治療費がいくらかかるが分からないという不測性があるので、こうしたリスクを回避するため、医療に対する需要は、保険に対する需要に変わる。保険市場において、消費者は最低の保険料で、最高の給付を求めるので、保険者としては、供給側には質の高い効率的なサービスを要求し、需要側には医療費のかかるリスクに応じた保険料を徴収する必要がある。しかし、後者のほうがはるかに容易であるので、市場原理に任ずると医療の給付格差は拡大し、また保険に加入できないか、加入できても給付が不十分な患者の自己破産が増える。さらに「適切」とする医療の範囲がしだいに拡大するので医療費が全体として高騰する。

日本は基本的には公平で効率的な医療制度となっているが、医療保険制度における所得水準と年齢構成の格差を財政調整する方式が粗い、患者負担の減免措置が不十分、診療報酬の決定プロセスが不透明、医療提供体制の質の担保が不十分、などの理由により国民から必ずしも評価されていない。これらの課題を解決するには、医療を国民に平等に提供すべき基本サービスに位置づけ、政策の焦点を世代間の負担の格差から、地域間の給付の格差に移す必要がある。すなわち、国は需要側の要因による地域間の負担の格差を財政支援で解消した後、都道府県は健康指標やサービスの提供実態と保険料率の関係を評価する。その結果、他県と比べて格差があれば、住民の意向に沿ってより効率的に提供できるように医療機関を計画的に整備、モニターする体制を構築するインセンティブが生まれよう。

キーワード：健康格差、民間保険、保険者機能、医療貯蓄口座、医療費、診療報酬、地域格差

1. はじめに

これまで医療において、「どこでも、だれでも、いつでも」医療を受けることができるように、地域や所得によるアクセスの格差を解消することが

医療政策の目標となっていた。しかしながら、こうした目標は以下の理由により一部から再考が求められている。

第一は、ソ連の崩壊と経済のグローバル化に伴って、市場競争で成功した者に対して応分の報酬を与えるべきであるとする価値観の浸透である。それを受けて、これまで格差を縮小するために採

* 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室

られてきた所得再分配政策や公平性を確保するための諸規制の見直しがそれぞれ求められており、こうした全体動向の中で、医療においても格差を是認し、支払い能力のある者がハイグレードの医療を受けられるように改める動きが活発化している。

第二は、医療費の絶対額が31兆円と大きくなったので、格差を是正するために再分配しなければいけない金額も大きいことである。このように再分配の絶対額が大きいことのほうが、再分配の程度よりも政策課題として着目される理由の1つであり、ちなみに65歳以上の高齢者が使う割合は、医療費では50%に留まるのに対して、介護保険は96%にも達するが、介護保険の財源規模は6.8兆円に留まる（いずれも2005年度）こともあって、問題視されることが少ない。

第三は、国民は医療サービスが適切に使われていると必ずしも認識していないので、格差を解消するために財源を投入することに対して十分な賛同が得られない。その背景にはマスコミによる「社会的入院」、「薬漬け、検査漬け医療」に代表される医療費の「ムダ」、および医療事故の多発や医師の高所得等のマイナスイメージの定着がある。一方、個人の自己責任を重視する社会においては、需要側においても、禁煙や食生活改善等の努力をしなかったために生活習慣病を発症した者と、努力をしたので発症しなかった者が、同額の保険料を負担することに反対する意見が現れている。

以上の格差を容認する意見はそれぞれ一理あるが、それに従って現行制度を改めると、医療に内在する構造的特性により多くの弊害が現れる。本章では、こうしたメカニズムを普遍的な枠組みの中で解説した後、日本の医療制度の課題を分析する。4部より構成され、第1部は国民における健康格差とその対応、第2部は医療の供給側と需要

側のそれぞれの特性、第3部は日本の医療制度とその問題点、そして最後の第4部はこれらを踏まえて医療制度を改革するための政策提言を行う。

2. 健康格差の基本課題

(1) 健康格差の要因

医療の目的は、治療による健康の回復にあるが、医療が国民の健康の維持・向上にどこまで貢献しているかは必ずしも明らかではない。発展途上国では、上下水道の整備、栄養状態の改善、女性の地位の向上等が医療よりも大きな要素である。また、先進国においては一人当たりの医療費が一定の水準を越えると、平均余命等の健康指標は、医療費ではなく、所得格差の程度と関係している¹⁾。

近藤によると、健康に影響する因子として、ミクロの遺伝子レベルに帰結する分子生物学的アプローチと、マクロのグローバリゼーション・南北問題にまで発展する社会疫学アプローチがある²⁾。後者が重要な要因となる理由は、人は社会的な存在であるゆえ、自分の生活を自からコントロールでき、社会的なネットワークから支援を受けているという認識が、ストレスによる免疫系、自律神経系の異常に対して、それぞれ脳を介して防衛的に働くことにある。

このような社会心的要因の健康に及ぼす影響を研究したのが、Marmotらのイギリスの国家公務員を対象に、25年間追跡したWhitehall studyである³⁾。職種・職位により公務員を4階層に類別し、各層の40-64歳の年齢階級における調整後の死亡率を比較すると、最高と最低の階層の間には3.12倍の差があった。しかも職種・職位が2番目に高い階層は、最も高い階層と比べて死亡率が高いなど、階層が低くなるに従って順に死亡率は高まる傾向にあった。日本においては、このような追跡的な研究はないが、横断面で見ると、所得が低い

ほど介護保険で要介護者に認定された割合が高く、また質問表でうつ状態と判定された割合が高い、という結果が報告されている²⁾。

(2) 健康格差の是正策

以上のような階層による健康格差が存在するため、GDPが増えて所得水準が上がっても、格差が縮小しない限り、社会全体の健康水準は向上しないと推測される。こうした状況下で、社会における健康水準を高めるには、Social capital (無形の社会資本) の蓄積が必要であると主張されている³⁾。無形の社会資本とは、一般に「相互の協力を促進する組織やコミュニティの特性」として定義されており⁴⁾、具体的にはアンケートにより信頼感は「一般に、人は信頼できますか?」、互酬性は「人は、他の人の役に立とうとしますか?」のそれぞれに対する肯定・否定等によって、またネットワークについては参加する数を調査することで把握される。

このように把握された無形の社会資本の程度と、自覚的健康状態、死亡率、凶悪犯罪の発生率等との統計的に有意な関係がこれまで報告されている。両者を結びつける要因として、ストレスに対する防御以外に、Kawachiらは、無形の社会資本の蓄積された社会では、第一に禁煙や運動等の機会が多い、第二に健康に寄与するサービスやイベントが多い、第三に犯罪や近隣との争いが少ない、第四に政府に対してハードの社会資本の整備を求めて高い投票率で投票することを指摘している⁵⁾。

こうした健康的な行動を支援・促進する社会を目指す動きがNew Public Health (NPH) Movement (新しい公衆衛生運動) である。従来の個人に焦点を当てた保健活動では、ストレスが多く、喫煙などの不健康な習慣を身につけた仲間と暮らしている状況下では効果を期待できないという反省か

ら始まっている。例えばHealthy Citiesのプロジェクトでは、地域の社会環境を整備することによって、住民全員の健康水準の向上が計られている⁶⁾。

しかしながら、逆に所得格差が拡大すれば健康格差も拡大し、健康水準が全体として低下するという確証はない、と格差容認派として反論することもできる。確かに無形の社会資本はアンケートからしか把握できず、健康指標との関連は横断的にはみられても、縦断的には検証されていない。傍証として提示できるのは、実験経済学において報酬を不平等にすれば、自主的な寄付が減るという結果に留まる⁷⁾。

そのうえ、仮に無形の社会資本の充実と健康との関係を受け入れた場合でも、NPHのような社会改造ではなく、各個人が公平なスタートラインに立てるような政策を提唱するであろう。すなわち、無形の社会資本の本質は互いにコミュニケーションし、協力することであるので、こうした能力を身につけるために、就学前の幼児、及びその親を対象とした教育の場を制度的に整備し、予算をつけることが、社会全体の健康水準を高めるうえで最も効果的な介入となる⁸⁾。

幼児期の教育に重点を置いて健康格差の解消を計るか、あるいは社会の改造に重点を置くかは価値観によるが、いずれにせよ政府が個人の生活に介入することになるので、他の予防対策と同様に、政策としての実現性に課題を残す。また、日本のように医療費の半分以上が65歳以上の高齢者によって使われている状況下では、医療に対して国が責任を持つ典拠を勤労者の生産性の向上に置くことは難しく、むしろ健康に焦点を当てることによって医療におけるアクセスの格差が容認される危険性すら存在する。したがって、筆者は健康状態は病気ごとの治療成績を評価する際の指標の一つとして扱うべきであると考えます。

2. 医療における需給特性

医療費と国民の健康水準の関係が必ずしも明確でないなら、政府が医療に介入する根拠はどこにあるか。結論から先に言えば、それは有効で安全な医療サービスの担保、患者の医療費による経済破綻の防止、公的に負担する医療費の抑制である。このような功利的な論拠ではなく、医療は司法による生命・財産の保護と同様に、医療も公的な基本サービスとして平等に用意されるべきであるという規範的理由を挙げることもできる。こうした規範は世論調査では日本ばかりでなく⁷⁾、アメリカにおいても広く浸透しているが、市場競争の正しさを信じている政策決定に係わるエリートには受け入れられていない⁸⁾。そこで、以下は価値観ではなく、医療の供給側、需要側の構造的特性から、先に述べた政策目標を達成するために格差を認めない制度とする理由を解説する。

(1) 供給の特殊性

① 適切性を規定する難しさ

患者が発病し、治癒ないし死に至るプロセスは1回限りで再現性がないので、治癒するかどうかは、患者に分らないだけでなく、実は医師にも分らない。医師にできることは、目の前の患者の固有な病状に対して、自分の医学的知識と経験に基づいて、最善と判断した治療を行うことである。医学的知識の中で最も確たる根拠があるのは、被験者を無作為に介入群（たとえば薬なら新薬使用群）と対照群（旧薬使用群）に振り分けて、統計的に新技術の有効性を比較検証した結果である。その際に厳密性を追求するために合併症のある患者や高齢の患者は除かれるが、実際の臨床場面ではこうした患者のほうが多い。

したがって、医師は治療内容に対して確証のないままに、自分が「適切」と判断した基準に従っ

て治療せざるを得ない。その結果、次の問題が発生する。第一に医師は患者の治癒を望むので、少しでも有効な可能性があれば、特に生死に関わる場合には安全性に多少問題を残しても、「適切」と判断する点である。第二に、「適切」と判断する範囲は、医師に対して出来高払いによる経済的インセンティブがあれば一層広まる。第三に、各医師の経験は、自分が教育研修を受けた機関等によって「適切」とする基準は異なるので、同じ状態の患者に対して、異なった診断、治療なされている可能性がある。そして、実際にカナダのオンタリオ州では、手術適用基準の地域格差を反映して、子宮の摘出されている女性の割合は最大と最小の地域の間には4倍の格差があった⁹⁾。

以上の関係をシェーマで表すと、図1のとおりになる。場面を問わずどの医師でも常に「適切」と判断する範囲は白で表される狭い範囲であり、また、明らかに「不適切」と判断する黒の範囲も狭い。大部分は患者の特性、および医師の特性によって変動する灰色部分である。医療政策の目標は、患者の医学的ニーズへの対応が最大限になされ、医師による個人差が最小限になる標準的な医療が提供される状況である。しかし、出来高払いでは過剰の傾向はあるが、逆に傷病や手術等の分類ごとの包括払いでは過少になる傾向があるので、事後的に各医療行為が患者の特性によって提供されたか、あるいは医師の特性によって提供されたかを検証することは難しい¹⁰⁾。

いずれにせよ、何を「適切」な医療とし、何を「不適切」な医療とするかは、多分に過去の慣行によって規定されている面が強いので、一旦定着すると改めることは難しい。一方、新しい技術については一旦使用され出すと、当初想定された範囲を超えて広く普及する傾向がある。例えば、CTスキャンは脳腫瘍等の診断のために開発されたが、頭痛があれば念のために撮影することが半ば

図1 ある病気に対して、医師が適切と判断する医療サービスの範囲



「状況によって適切」とは：

- ・患者の特性：
症状・合併症・年齢等
EBM（Evidence-based medicine）の目標
- ・医師の特性：
地域・所属する機関・研修した機関・経験等
- ・保険からの支払い方式：
出来高払い、包括払い等

一般化しており、その結果、撮影しないために脳腫瘍を見逃した場合には訴訟の対象にもなるので使用に一層の拍車がかかる。このようなミクロのレベルにおける医師の決定によりマクロレベルの医療費の規模と配分が決まるので、スクラップアンドビルドは難しく、医療費は技術進歩により絶えず増える構造を持っている。

②価格を規定する難しさ

医療は医師と患者の相対関係で提供されているにも拘わらず、社会に対して専門職集団として医療の供給を独占しているため、価格を自由に設定できる立場にある。また、医薬品や機材のメーカーも特許によって守られている限り、実際の臨床現場では旧技術との優劣を比較することが難しいので、同様な立場にある。こうした状況に置かれていることから、次節で述べるように保険者が供給側とサービスの価格について独占的に交渉できる立場に立てない限り、以下の理由により、青天井に設定される可能性がある。

まずサービスの価格を決めるためには、「適切」とするサービスの内容を決めなければならないが、

それが難しいことは前述した通りである。次に、医療費の半分以上は人件費であるので、医師をはじめとする医療従事者の報酬水準を決めなければならないが、具体的に例えば30分要する診療行為に対して、一般勤労者と比べて、どのくらいの報酬を支払うかを定めることは難しい。次に、従事した時間よりも、治療の成果のほうが重要であるはずだが、治るかどうかは医師の技量にだけでなく、患者の特性によって決まるので、成果に基づいて払うことは、時間当たりの報酬を決めること以上に難しい。

なお、出来高払いは、医師が過剰に提供するインセンティブがあるために医療費が増える傾向にあることは前述した通りであるが、包括払いに移行しても、移行するのは入院に限られるので全体としてはむしろ一般に増えることになる。なぜなら、包括払いに移行した際の報酬額は、原則的には出来高払いの時に、各傷病グループに対して支払われていた平均額に設定されるので入院医療費は減らないが、外来は出来高払いに留まるので、入院中に実施していた検査や投薬を外来に移すインセンティブが働き、その結果、外来にシフトし

た分の医療費が増えるからである¹¹⁾。

(2) 需要の特殊性

医療需要の特徴としては、消費者である患者と、供給者である医師との間に存在する情報の非対称性がまず挙げられる。こうした状況に対応するため、どこの国でも医療の供給を専門職者に制限している。そして医師は個人として、また専門職集団として、一定の技能と行動規範を有し、患者の代理人として、最善の医療の提供を保証することと引き換えに、業務独占の下で裁量権が認められている¹²⁾。患者が医師・医療機関と直接交渉して購入するという前提は非現実的であり、むしろ自分の病気の回復する確率が少しでも上がれば、一般に費用は二の次で医師に勧められるままに受けると考えるべきである。

確かにインフォームドコンセントにより患者自らが治療内容を選択することが推奨されているが、選択肢には通常費用は含まれず、また提示するのは当事者である医師であるので、アメリカでも多くは形骸化した手続きとなっている¹³⁾。そこで、別の医師からのセカンドオピニオンを求めることが推奨されているが、ファーストオピニオンを出した医師と比べて患者に関する情報量は圧倒的に少ないこともあって、追認されるのが原則である。前述したように、そもそも医師は確証のないまま治療を行っているので、他の医師の判断が「適切」であるか、「不適切」であるかの判断は難しい。

もう一つの需要側の特性は不測性であり、不測性のほうが情報の非対称性よりも医療の需給構造を決めるうえで大きな要素となっている。すなわち、医療はいつ必要で、その時いくらかかるが分からないので、患者として受診時に払うよりも、保険に加入し、保険から給付されることを望む。その結果、医療に対する需要は、保険に対する需要

に変容する。医療保険は元々リスクを分散するための相互扶助的性格を有していたが、それが廃れて消費者主義が高まり、公的保険の給付範囲も制限されてくれば、医療保険にも市場原理が導入されることになる。その結果、最低の保険料負担で、病気になった時には最高の給付が受けられる保険商品が求められるようになり、保険者はそれに対して理論的には次の二つの方法で対応することができる。

第一の方法は、加入者の代理人として、まず給付されるサービスの安全性と有効性を検証し、新薬等についてはQOL (Quality of life) の尺度による改善度と費用の関係を経済分析して給付の有無を決めることである¹⁴⁾。そのうえで、保険者としての購買力を生かして、低料金で質の高い医療を提供する医療機関を選別し、契約することである。選別するためには、各医療機関や医師ごとに、患者の年齢や合併症等を統計的に補正した、疾患ごとの治療成績に関するデータベースを構築する必要がある。

第二の方法は消費者の特性、すなわち病気になりやすい程度（保険事故の発生するリスク）にそれぞれ応じて保険料を設定した保険商品を開発することである。例えば自動車保険では年齢、ゴールド免許（5年間無違反）の有無、走行距離等に応じた様々なリスク細分化型保険が開発されている。

これら二つの方法のうち、第一の方法に従って医療の質と効率性を追求することは難しいうえ、消費者は少しでも有効な可能性があれば給付を求め、また病院に対するブランド志向が強いので、供給側に対する保険者の立場は弱い¹⁵⁾。したがって、保険者が圧倒的に多く用いるのは第二の方法であり、その結果、がん等の既往症のある者は排除される。また保険商品の購入するwillingness-to-pay（支払う意志）は、ability-to-pay（支払う能

力)を前提としているので、支払う能力のない者は購入できない。

ところが、保険を購入できなかった者も、自分ないし家族が病気になれば、できる限りの医療を受けたいと望むので借金を重ねて自己破産することになる。こうした危険性は保険に加入していても常に存在する。なぜなら、元気の時に保険商品を購入する際に選ぶ給付の基準と、病気の時に求める医療サービスの範囲は自ずと異なるからである。一方、富裕層は最高の給付を保証する保険を購入するので、こうした保険において「適切」とされる給付水準と、「適切」とされる価格がやがて医療全体の基準になって、医療費の高騰と格差の拡大が同時に生じ、そのうえ給付の対象とする際に行う審査も形骸化するので、有効性と安全性も担保されなくなる。

以上のように医療保険が市場メカニズムに任せられると、多くの弊害が発生する。したがって、格差の問題は通常、低所得者に対する対応が中心となるが、医療においてはそれと同時に、富裕層の受ける医療とそれを給付する民間保険をそれぞれ規制しなければ、解決できないといえよう。

(3) アメリカの実態とヨーロッパの対応

民間保険が主体であるアメリカでは、こうしたメカニズムが働いた結果、医療費はGDPの16%に、未加入者の割合は国民の6分の1以上にそれぞれ達しており、また医療が個人破産の最大要因となっている¹⁶⁾。さらに各保険者はマーケティングし、医療機関と相対交渉でそれぞれ支払い条件を決めなければならないので、アメリカの管理費は日本の4倍以上であり¹⁷⁾、このように医療費に占める医療サービス以外の割合が高いことは非効率である。

アメリカの社会保障給付費はヨーロッパと比べて確かに低いが、事業主は労働慣行上、また有能

な従業員を確保するために医療保険料を負担する必要があるため、医療費全体の水準が高いことも加わって、ヨーロッパよりも人件費の実質負担が重い可能性がある。また、民間保険の保険料は所得控除されるので、格差を是正するために配分できる政府の歳入を少なくしている点にも着目する必要がある。このように控除される金額は15兆円(2005年)近くに達し、連邦政府のメディケア、メディケイドに対する支出の5分の1以上である¹⁸⁾。

これに対してヨーロッパは、保険者が第二の方法ではなく、第一の方法を採用するように制度を構築している。例えばドイツでは、国民が保険者を選択できるように改革した際にも、各保険者の加入者の年齢構成と所得水準等の格差を解消するための調整を用意したうえでやっている。また社会保険から脱退し、民間保険に加入することを認めているが、一旦脱退すると実質的には公的保険に生涯戻れないように規制されている。一方、イギリスでは民間保険は別立てになっているが、給付対象は公的制度では入院待ちが長くなる腰痛や白内障のための手術のように生命に影響しない疾患に対する入院医療か、入院期間中の現金給付等に限られ、併給を認めていない。

民間保険の併給に対して強い規制が設けられている理由は、仮に公的保険の給付範囲外の医療サービスの給付や割高な料金に対する差額の給付を認めた場合には、公的制度において確立していた医療の有効性と安全性の確保、および医療費を抑制するメカニズムに風穴が開き、体系全体がしだいに崩壊する危険性にある。なぜなら、「適切」な医療の水準も、「適切」な価格も設定することが困難な医療の特性からして、一旦風穴が開くと、民間保険の給付水準が新たな基準となるからである。

(4) 医療貯蓄口座の問題点

保険制度の共通の特徴としてモラルハザードの発生があり、医療保険の場合にはそのためにコスト意識を欠いて安易に受診し、また健康に対する自己責任も放棄するという見方もできる。こうした問題認識に基づいて、アメリカでは医療貯蓄口座 (Health Savings Account, HSA) が推進されている。具体的には個人ごとに医療費を支払うための専用の口座を開き、事業主が振り込む。通常の預金口座と同様に利息がつき、相続させることもできるが、引き出しは医療費に限られ、事業主にも被用者にも非課税である。

HSAの問題点は、第一に患者は賢い消費者として、医療サービスの適切性を判断し、購入できる、という前提であるが、こうした前提は先に述べたように医師と患者の間に情報の非対称性が存在するので現実的でない。第二に、患者は一般に危険回避的に行動するので、通常の保険とHSAの両方が用意されていれば、一般に前者を選択する。したがって、何らの規制を設けないとHSAは普及しないことになるが、HSAの賛同者は一般にこうした制度的規制に反対しているので自己矛盾に陥る。ちなみにアメリカで通常の保険に対する満足度が63%であるのに対して、HSAとしての税控除の対象となる個人で千ドル以上の免責額を設けたプランの場合は33%に留まっていた¹⁹⁾。

第三に、HSAから支払いには上限が設けられており、限度額を超えた医療費に対しては、保険制度が用意されている。したがって、仮に患者がコスト意識を持ったとしても、それは限度額までである。ところが、先進諸国では医療費の8割は、2割の高額医療費の患者によって使われている²⁰⁾。換言すると、医療費の抑制効果が期待できるのは患者数からみれば確かに8割になるが、医療費からみれば2割に過ぎない。ちなみにシンガポールのHSAは有名であるが、同国の医療費のうち、

HSAからの支払いは1割程度に留まる²¹⁾。

最後に、HSAを選択する者は、一般に健康に自信があるので、通常の保険に残った糖尿病等の慢性疾患等を有する人々の保険料は一層高騰する。また、選択の余地なくHSAが一律に導入された場合は、慢性疾患を持った人々の口座残高は常にゼロに留まるので、高額医療費の給付対象額に達するまで、全額自費で払う必要がある。一方、健康者のHSAの口座残高は増え、しかも払い込み額も利子も非課税となるので、両者の格差はいっそう拡大する。さらに、HSAの残高が多い者は、高いレベルの医療サービスから健康増進のサービスまで自由に選ぶことができるので、こうした基準が全体に波及し、医療費全体を押し上げることになる。

3. 日本の医療制度

(1) 保険者間格差を是正する方式とその問題点

日本の公的保険制度は、1922年に一部のブルーカラーを対象とした健康保険法の施行により始まり、その後しだいに拡大して1961年に国民皆保険が実現した。しかし、保険者は依然として職場、地域ごとに組織されており、各々における相互扶助と応能負担の原則に従って、所得の一定割合が保険料として徴収されている。例えば保険料率が1割であれば、年収1千万円の加入者は100万円、年収100万円加入者は10万円をそれぞれ保険料として支払うが、給付される医療サービスは平等である。しかし、職場、地域によって所得水準や年齢構成等が大きく異なるので、こうした相違をそのまま保険料率に反映させると、負担の格差が大きくなり過ぎる。そこで、以下の二つの仕組みが用意されている。

まず所得の格差に対しては、国は加入者の平均

所得の低い保険者に対して助成している。助成の仕組みは複雑であるので、保険者を三層に分けて整理すると、図2に示すとおりになる。第一層は、平均所得が高い大企業従事者の健保組合と公務員の共済組合であり、国は原則的に補助しない。第二層は、平均所得がより低い中小企業従事者を対象とした政管健保であり、国は給付費の14%を助成している。第三層は、平均所得が最低の自営業者、年金生活者を対象とした国保であり、国は給付費の4割から8割を助成している（各国保の加入者の所得水準等で異なる）。このような加入者の所得水準を調整する助成があるので、所得に占める保険料の割合に層による格差は原則的にない。

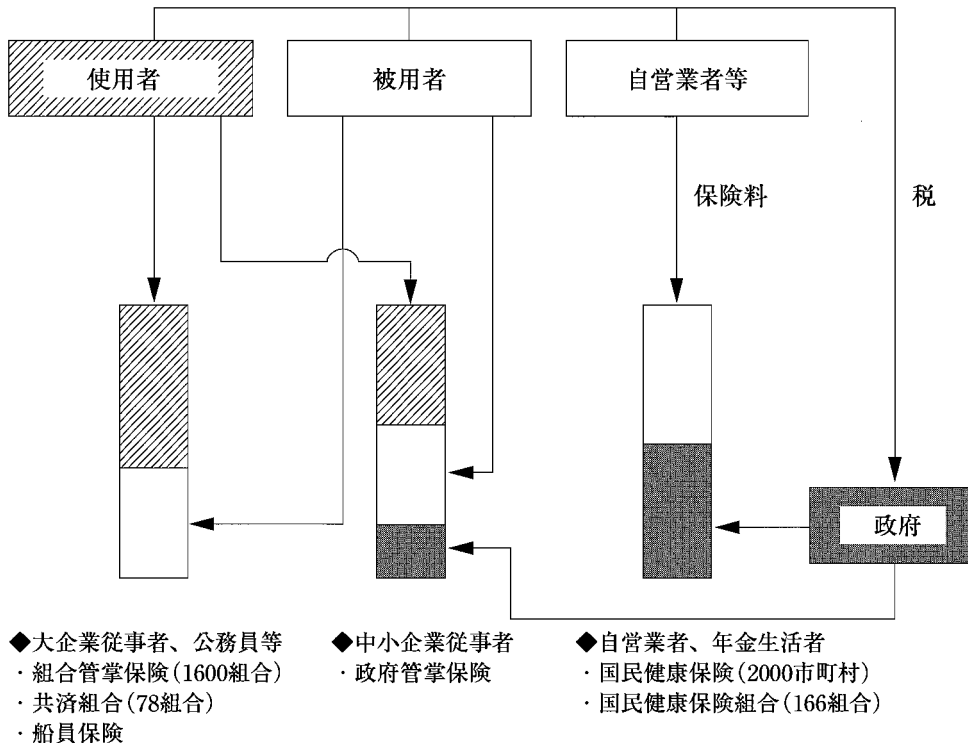
次に、年齢構成の格差については、保険料の拠出と税からの助成で対応している。保険料の拠出は、1983年に施行された老人保健法に基づいてお

り、各保険者の拠出額は国全体における老人の割合から算定される。例えばある組合健保の加入者に占める老人の割合が2%で、その医療費が10億円であれば、全国の老人割合が6倍の12%であるゆえ、拠出金は給付費の6倍の60億円になる。さらに1984年に65歳以上から老人保健法の対象年齢に達するまで、被用者保険から一律に拠出する退職者医療制度が施行され、これら二つを合わせると拠出金は保険料収入の約4割を構成している。なお、こうした拠出金は老人医療費の7割を構成し、残り3割は税から支払われている。

現行の格差調整の問題として、以下がある。

- ①保険料と税の複雑な組み合わせで財源を調達しているため、保険料の負担と給付されるサービスの関係が見えにくい点がある。その結果、医療保険料は税金と同じく、ただ取られるだけとして認識されている。

図2 3つの層における保険料と税の割合



- ②保険者が約3千5百に分立っていて、その中には本来存続し得ないような弱小規模の保険者が多く含まれている。規模が小さいと、加入者の一人に心臓手術や腎透析等の高額な医療費が発生すると、当該保険者の収支が急速に悪化する。
- ③現在の所得と年齢による調整は粗すぎて、そのため同じ層に属する組合健保や国保であっても保険料率は大きく異なり、合併すれば必ず一方の保険者の保険料率が上がる構造となっている。そのため市町村が合併しても国保の統合ができない状況さえ発生している。
- ④保険料率は捕捉された所得に対して適用されるが、被用者と自営業者とは所得捕捉が異なり、また両制度における扶養家族の扱いも異なるので、統合一本化に大きな障壁がある。さらに国保において保険料（税）徴収の方法も市町村ごとに大きく異なる。

（2）患者の自己負担と民間保険

自己負担する割合を上げれば、患者はコストを意識するので受診率は下がり、医療費も抑制できるという認識の下に、自己負担の引き上げが繰り返されてきた。まず被用者については、健康保険法施行以後、自己負担割合はゼロであったが、1983年に1割、1997年に2割、2003年に3割の負担になった。次に、高齢者については、1973年以後は無料であったのが、1983年に小額の定額負担の導入後はしだいに増額され、2002年に1割負担となると同時に、一般勤労者所得よりも高所得の高齢者は2割負担に、そして2007年より3割となる。最後に高額医療費については、1973年に高額療養費制度が導入され、一定額を超えた部分の負担がなくなったが、2002年より1%の負担が課せられるとともに所得に応じて適用額も引き上げられ、同額は2006年からさらに引き上げられた。

このように自己負担割合は上がったが、少なく

ても医療費を下げるうえでは効果がなかったことが検証されている。すなわち、被保険者本人に対する自己負担割合は、1997年と2003年においてそれぞれ引き上げられたが、入院外（外来等）に対する影響を総括すると、一部の年齢階層ではわずかに診療実日数は下がっていたが、逆に1日当たりの医療費は上がる場合もあったので²³⁾、全体として医療費の抑制効果はなかったと推測される。一方、入院については受診の抑制を期待すること自体が現実的でないうえ、高額療養費制度の対象になれば自己負担引き上げの影響はほとんどなくなる。

しかしながら、自己負担の引き上げで保険者からの給付費は減っており、その結果、次の問題が発生している。第一に、低所得者にとっては大きな負担となるので、受診を控える可能性がある。第二に、高額療養費制度の申請、あるいは生活保護制度の支給が円滑に行われない場合には、医療機関にとって治療代が未払いになる可能性がある²³⁾。第三に、高額療養費制度は必ずしも十分に周知されておらず、またリスクを回避したい心理に訴える宣伝広告の効果もあって、成人の3分の1が保険の「第三分野」である医療・がん保険への加入が増加しており²⁴⁾、公的保険に対する信頼がしだいに揺らいでいる。

確かに現状では民間保険は、公的保険の自己負担部分を給付することは禁止されており、また混合診療（公的保険による給付と私費による給付外のサービスの提供）は認められていないので給付の対象にできない。しかし、もし両者が認められた場合には、民間保険の市場は加速度的に拡大すると推測される。その可能性は2つあり、1つは公的保険における患者負担に免責制度（医療費の一定額まで保険の対象外とする制度）等が加わって負担額がさらに増大した場合である。もう1つは、混合診療が解禁された場合であり、その際は

混合診療の推進者が想定したように患者はサービスを受けるメリットと購入額を天秤にかけて判断するような事態にならず、こうしたリスクを回避するために民間保険に加入するであろう。

(3) 診療報酬体系

①概要と改定の仕組み

「診療報酬」は医師の技術料を規定しているだけでなく、「看護師等を含めた医療サービスと材料の公定価格表」であり、また保険に請求できる条件を提示した厚生労働省の「通知集」でもある。これらの条件に適合しているかどうかをレセプト（請求明細書）で審査し、適合しないと判断されれば支払われない。診療報酬は国によって一元的に規定されており、全ての公的保険の保険者とほぼ全ての医療機関に一律に適用され、両者は個別に交渉して支払う条件等を決めることはできない。すなわち、医療の需給拡大に対して、ファイヤーウォールの役割を果たしている。

改定は、ほぼ2年に1回行われる。第1段階は政府として財政状況や医療機関の経営状況を鑑みて全体の改定幅の決定である。全体の改定幅（Price）を決めれば、各医療行為の回数および各薬剤等の材料の使用量（Quantity）は大きく変わらないので、改定後の医療費総額もほぼ確定できる。次の段階は、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）における薬剤の価格（薬価）と個々の診療行為の点数改定である。

薬価はまず薬剤ごとの市場の取引価格の調査結果に基づいて改定される。すなわち、メーカーは医療機関に対して通常値引きして売るので、市場価格は薬価より一般に低い。そこで、各薬剤の加重平均された取引価格が、薬価の2%の範囲を超えていれば、超えた分だけ当該薬剤の薬価が引き下げられる仕組みとなっている。次に、売上高が

予定よりも大きかった新薬の薬価や特許が切れて後発品がでた場合も下げられる。なお、薬剤以外の他の材料も同様なプロセスで改定が行われる。

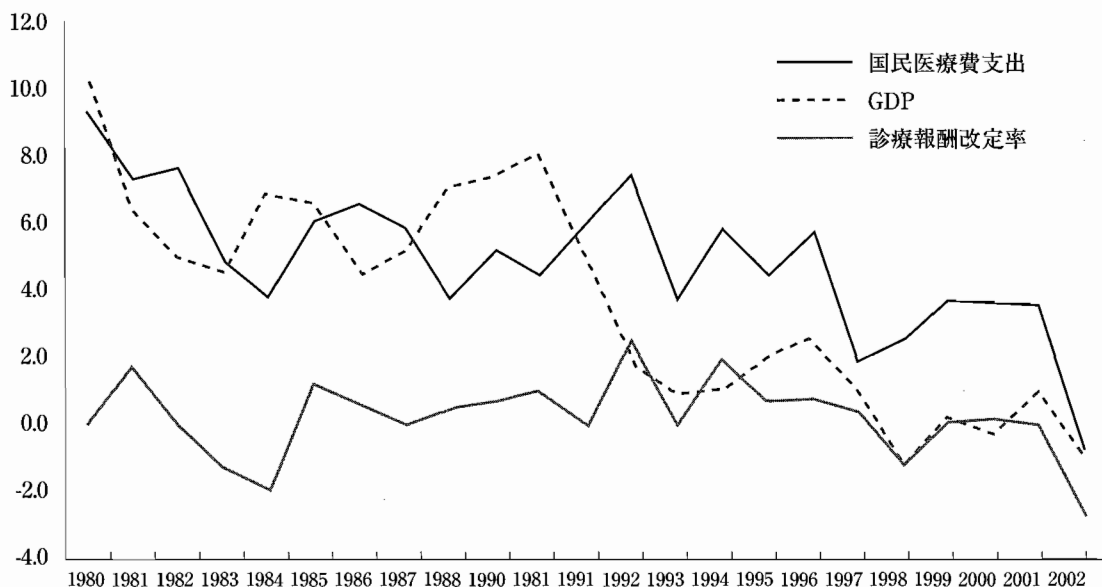
診療行為の点数改定は、改定の全体枠から薬価の引き下げ分を除いた残りの枠内で、政策的な判断で個々の行為ごとに行われる。基本的には回数（量）が不適切に増えたと判断された場合には、当該行為の点数は選択的に引き下げられる。たとえば2002年の改定率は薬剤等を除いた「本体部分」はマイナス1.3%であったが、頭部のMRIの撮影料は16,600円から11,400円に3割下げられた。なお、改定する際はこのような引き下げだけではなく、院外処方等の推進等の政策目標を達成するために引き上げが行われることもある。

以上のプロセスは透明でなく、また日本医師会の影響により開業医に有利であるという印象が持たれている。確かに改定は恣意的であり、しかも期待した抑制ないし促進の効果が表われたどうかを直接検証できないので説明責任も不明確である。なぜなら、個々の行為の回数は抽出調査によって把握されるが、調査対象となる病院は毎年変わるので、心電図など回数の多い行為を除いて期待した通りに回数が増減したかが分からないからである。しかしながら、限られた全体財源からどれだけ医療に配分し、さらに医療の中での配分を決めることは難しく、透明性が高まれば利害の対立が激化する危険性もある。

②医療費抑制の検証

日本は諸外国と比べて医療費の抑制に成功しており、その最大の要因は国が診療報酬によって給付の対象と価格を統制してきたことにある。図3は、1980年から2002年の医療費とGDPのそれぞれの伸び率、および診療報酬の改定率を示している（2000年の介護保険への移管の影響を除外するため、移管した相当部分を加えて表示）²⁵⁾。ここで

図3 国民医療費とGDPの伸び率、診療報酬改定率の年次推移（1980-2002年）



国民医療費支出に、2000年に介護保険に移管したサービスを含めて算定

注目すべき一つの点は、1980年代は医療費とGDPはほぼ同じペースで伸びていたため、医療費のGDPに占める割合も一定であったことである。ところが、バブルがはじけた1990年代になると、医療費の伸び率も低下したが、GDPの伸び率がより低下したため、GDPに占める割合は大きくなっている。もう一つの点は、医療費と診療報酬の改定率の関係をみると、両者は連動して相関は0.78と高く、診療報酬の改定率の抑制が医療費の抑制に効果のあった点が明らかである。

次に、調査した23年間における医療費の伸び率をみると、毎年平均5%であり、この5%のうち約2%が高齢化と人口増であり、両者を合計した割合はほぼ一定であった。すなわち、1980年代初期は人口増のほうが大きかったが、最近ではほとんどが高齢化である。また、診療報酬の改定による上昇率は毎年平均0.46%であり、この値は消費者物価が平均1.46%であることから、消費者物価よりも低い。そして、残り半分の増加率は技術進歩等によるものであり、例えば昔は単純X線で

あったのが、CT、MRIに診断機器が代わったことによる費用増である。

最後に、2002年以降の動きをみると、2002年には診療報酬のマイナス2.7%改定があり、医療費はマイナス0.7%と始めて実質的に減少した。その後、医療費は2003年に2.1%、2004年に2.2%の伸び率に留まっており、高齢化による増加率にほぼ等しい。さらに2006年度の改定率はマイナス3.16%であったので、医療費が再び減少する可能性が高い。したがって、今後ともマイナス改定を継続すれば、新たな施策を導入しなくても医療費の増加率を、高齢化を加味したGDPの成長率の範囲内に留めることができよう。

しかしながら、医療費は高齢化等による2%増のほか、技術進歩等によってもそれ以上に増加してきた点に着目するべきである。ちなみに、アメリカでは医療技術の進歩だけで、医療費はGDPの増加率を1%上回っており、2075年には医療費が高齢化を加味するとGDPの38%に達成すると予測されている²⁶⁾。こうした技術進歩等による増加を、

診療報酬の引き下げで今後とも吸収するためには、医療従事者の所得水準を持続的に引き下げなければならない。だが、好景気が持続すれば、人材の確保はしだいに難しくなるであろう。

なお、1999年から2004年の5年間だけを見ると、確かに医療費の伸び率が人件費の伸び率を上回っているが、1998年以前まで遡ると異なる形相を呈する。筆者らが行った1979-93年の価格指数を用いた研究では、この間の薬剤費を除いた診療報酬本体の毎年の伸び率が2.81%に留まったのに対して、賃金指数は3.34%であった²⁷⁾。すなわち、価格を規制すると、JRの乗車賃に見られるように、景気の変動を受けにくいといえよう。

(4) 医療提供体制

日本の医療提供体制は、医師はどこにでも自由に開業できるという江戸時代に遡る自由開業医制度、および明治時代に形成された医師の出身校と卒業年次により規定される序列と医療機関の階層構造によって特徴づけられる。医師の格差は、限られた財源を東京大学に集中的に投入して同校の卒業生を教官として全国に赴任させることによって地方の大学を開設し、不足部分を私立の医学専門学校等で補完したので形成された。病院の格差は同じく、限られた財源を大学病院、伝染病病院(多くの自治体立病院のルーツ)、軍病院(国立病院機構のルーツ)に投入し、大部分を医師の自己資金で開設した民間病院に任せたことで形成された²⁸⁾。

こうした政策的対応により低い費用で量的には充足できたが、専門教育を受けた医師と設備の整った病院はともに絶対的に不足し、こうした背景で医局制度が誕生した。医局制度とは、大学の各講座が病院と密接な関係を構築することによって病院は医師を、大学は良質な病院をそれぞれ確保する体制である。その結果、例えば〇〇病院の内

科の医師は、××大学の第一内科から代々派遣される体制が確立し、大学教授を頂点とした医師のヒエラルキーが形成された。

日本の医療提供体制の弊害として、第一に医療における質を担保するうえで最大の要件となる標準的技能を有する専門医制度の確立の遅れがある。すなわち、医局制度の閉鎖的な組織の中で医師の人事が決まり、開業すれば診療科目を自由に標榜できる状況下では、専門医資格の必要性は低かった。第二に、医療機関に階層構造がある中で、患者がどこでも受診できる体制であるので、患者が大学病院等に集中するのは当然である。そして集中すれば待ち時間は長くなり、それが国民の医療に対する不満を高めている。第三に、補助金が集中する国公立病院のほうが医療の質が高いと一般に認識されており、こうした認識がこれら病院の非効率な赤字体質を温存させている。

このような体制下で、医療サービスの安全性と有効性を担保し、医療費を抑制する方法として、国が主に用いているのが診療報酬による統制である。診療報酬による画一的な規制の弊害は確かにあるが、規制改革派が主張するように撤廃すれば、他に代わるべき方法がない点にも十分留意すべきである。また、撤廃するうえでの実務上の障壁として、混合診療の対象となる高度医療を提供できるのは主に設備の整った国公立病院であるが、これらの病院は補助金で建設、運営されているので、患者の支払能力で差をつけるのは難しいという点である。ちなみに公認されている差額ベッドでさえ、こうした観点を鑑みて国公立病院における割合を1割以下に規制されている²⁹⁾。

なお、混合診療と併せて、規制改革派は株式会社の新たな参入も求めたが、利益を出すためには差額徴収の全面解禁、民間保険の拡大がセットで用意される必要がある。なぜなら、株式会社が開設者となっても効率的な経営が保証されるわけで

はなく、参入が禁止された1948年以前に企業が炭鉱・工場の従業員を対象に開設していた株式会社の所有する病院の数は、当初の4分の1以下に減少しているからである³⁰⁾。

以上の問題点もあって、混合診療は2004年末に尾辻厚生労働大臣と村上内閣府特命担当大臣の会談で解禁は大筋で見送られ、また株式会社の参入は規制改革特区における高度医療を、自費で提供される場合に限られた³¹⁾。

4. 今後の政策提言

社会における格差が拡大していると認識されているからこそ、医療は国民に対する基本サービスとして、質と安全性の担保、および患者の医療費による経済破綻を防止するために現行の制度を維持する必要がある。また低所得者に対しても3割の自己負担が一律に適用されているので、減免措置を強化すべきである。そもそも医療費が歯止めなく高騰しているという認識は事実に基づいておらず、むしろ格差を容認し、混合診療を解禁して民間保険を拡大したほうが、医師が「適切」と判断する医療の範囲が広がって、長期的には公的保険の給付額が増えるかと予測される。したがって、医療におけるアクセスの格差に対しては、他の分野と異なり、低所得者対策だけではなく、高所得者を対象とした保険に対しても規制によって対応する必要がある。

確かに負担の世代間格差の拡大は問題となっており、それに対処するために積み立て方式への移行が一部で提唱されている。しかし、こうした考え方は所得が世代間で移転する年金については適切であるかもしれないが、医療は年齢に関係なく、国民全員に普遍的に提供すべき基本サービスである。また医療費は、高齢者の健康水準の向上による有病期間の短縮で減る可能性がある一方で³²⁾、

他方では新たな感染症の流行、技術進歩により増える可能性もあるので将来予測は難しい。したがって、年度ごとに負担と給付を均衡させる賦課方式を今後とも継続するべきである。

そのうえで、今後は負担の格差ではなく、同じ医療ニーズに対して、地域によって異なる医療サービスが提供されている、という給付の格差に着目すべきである。すなわち、医療は超高齢社会の大きな関心事であり、国民はいたずらに費用の抑制を望んでいるわけではない。むしろ給付と負担の関係を明確にすることによって、負担に見合った給付にすることが課題である。両者のバランスを国が全て計ろうとすると利害の対立が激化し、また、そもそも医療は地域におけるニーズや価値観によって影響されるので、以下述べる手順に従って都道府県単位で対応する必要がある。

第一に、国は都道府県間の所得水準による負担能力の格差と年齢構成による負担の格差を是正するために財政調整する。第二に、都道府県は県内の保険者間の保険料率の格差を縮小するために同様に財政調整し、被用者保険と国保ごとにそれぞれ統合を推進する。第三に、都道府県による調整後の保険料率の格差の原因を、給付されている医療サービスの内容や健康指標に基づいて追究する。例えば性・年齢調整後の手術・処置の実施率の相違、小児救急の整備率やがんの5年生存率の相違を比較し、保険料負担に見合うサービスの給付を受けているかどうかを分析する。その結果、他県と格差があれば、住民の意向と、サービスの効率の供給の両面から、医療機関を計画的に整備、モニターする体制を構築するインセンティブが高まる。

残る課題である被用者保険と国保の統合については、所得捕捉、扶養家族の扱いなど保険料徴収の根幹にかかわるので、社会保障制度全体の改革のなかでしか解決ができないであろう。また、全

国規模の組合健保の扱いについては、負担面については都道府県と同様に財政調整の対象とすることができるが、給付面については加入者が全国の医療機関を受診するので保険者として機能することが難しい。したがって、都道府県ごとに事業所を分割したうえで、被用者保険に統合するべきであろう。

最後に、医療保険と介護保険、および福祉がそれぞれ対象とする分野を整理する必要がある。国として普遍平等に給付する責任があるのは医療に限られ、介護は受給者の過半数が満足する水準で充分であって、不満の場合は私費で追加的なサービスを購入することが制度的にも認められている。一方、福祉はナショナルミニマムのレベルまでである。こうした原則に従って「社会的入院」の公私負担の割合を見直すことが、医療における格差容認論を退けるうえでも有用といえよう。それと同時に、制度間の費用の移転 (cost shifting) を防止できる体制に改める必要があり、そのためにも都道府県に運営責任を一元化するべきであろう³³⁾。

謝辞

本論文は、財務省の平成17-18年年度、「我が国の経済格差の実態とその政策的対応に関する研究会」に提出する報告書に基づいており、執筆に当たり同研究会における討議から多くの示唆を得た。委員各位および事務局に深謝します。

参考文献

- 1) Wilkinson, R.G. The epidemiological transition: From material scarcity to social disadvantage. *Daedalus* 1994; 123: 61-77
- 2) 近藤克則. 健康格差社会・何が心と健康を蝕むか. 医学書院. 2005
- 3) Marmot, M.G., Wilkinson, R.G. Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press, 1999
- 4) Mellor, J.M. & Milyo, J. State social capital and

- individual health status. *J. of Health Politics, Policy and Law* 2005; 30(6): 1101-1130
- 5) Kawachi, I. Social cohesion, social capital, and health. *Social Epidemiology* (Berkman, L.F., Kawachi, I., Edited). New York: Oxford University Press, 2000
- 6) Low, D.M., Low, B.J., Baumler, E.R., Huynh, P.T. Can education policy be health policy? Implications of research on the social determinants of health. *J. of Health Politics, Policy and Law* 2005; 30(6): 1131-1162
- 7) 田村 誠. なぜ多くの一般市民が医療格差導入に反対するか－実証研究の結果をもとに. *社会保険旬報* 2003; 2192: 6-15
- 8) Schlesinger, M. On values and democratic policy making: The deceptively fragile consensus around market-oriented medical care. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2002; 27: 889-925
- 9) Vayda, E., et al. Five-year study of surgical rates in Ontario's counties. *Canadian Medical Association J* 1984; 131: 111-115
- 10) 池上直己. 『医療問題－新版』日本経済新聞社. 2002
- 11) 池上直己. 5章 急性期以外の入院医療のための新たな支払方式. *医療保険・診療報酬制度* (遠藤久夫・池上直己編). 勁草書房. 2005
- 12) 池上直己. *医療の政策選択*. 勁草書房. 1992
- 13) Halpern, S. A. Medical authority and the culture of rights. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2004; 29 (4, 5): 835-852
- 14) 池上直己. *臨床経済学*. 勁草書房. 2005
- 15) Reinhardt, U.E. The pricing of U.S. hospital services: Chaos behind a veil of secrecy. *Health Affairs* 2006; 25(1): 57-69
- 16) Himmelstein, D.U., Warren, E., Thorne, D., Woolhandler, S. (2006): Illness and injury as contributors to bankruptcy. *Health Affairs* 2006; Web exclusive W63-73
- 17) Ikegami, N., Wolfson, J., Ishii, T. Comparison of administrative costs in health care between Japan and the United States. In *Containing Health Care Costs in Japan*. (Ikegami, N. & Campbell J.C. edited). Ann Arbor: Michigan University Press,

- 155-171, 1996
- 18) Porter, E. Health care for all, just a (big) step away. *New York Times* 2005; December 18.
- 19) Commonwealth Fund: Early experience with high-deductible and consumer-driven health plans: Findings from EBRI / Commonwealth Fund Consumerism in Health Care Study, 2005. www.cmwf.org/publications_show.htm?doc_id=doc321301, accessed 12月7日、2005
- 20) Aaron, H.J., Schwartz, W.B., Cox, M. Can We Say No? The Challenge of Rationing Health Care. Washington, DC: Brooking Institution, 2005.
- 21) Lim, M.K. Shifting the burden of health care finance: A case study of public-private ownership. *Health Policy* 2004; 69 (1): 83-92
- 22) 内閣府. 構造改革評価報告書5-医療制度改革. 内閣府2005;平成17年12月
- 23) 朝日新聞. 治療代未払い急増. 朝日新聞社2006; 2006年、4月9日
- 24) 日本経済新聞社. 医療・がん保険3200万件. 日本経済新聞社 2006;2006年2月9日
- 25) Ikegami, N. & Campbell J.C. Japan's health care system: Containing costs and attempting reform. *Health Affairs* 2004; 23(3): 26-36.
- 26) CMS (Centers for Medicare and Medicaid). Technical Panel Review of Assumptions Medicare Trustees' Financial Project. [cms.hhs.gov/publications/technical report/](http://cms.hhs.gov/publications/technical_report/), accessed 9月17日、2003.
- 27) 医療経済研究機構. 平成8年度政府管掌健康保険の医療費動向等に関する調査研究. 医療経済研究機構. 1996
- 28) 池上直己, J.C.キャンベル. 日本の医療—統制とバランス感覚. 中央公論社. 1996
- 29) Ikegami, N. Should providers be allowed to extra-bill for uncovered services? Debate, resolution and sequel in Japan. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2006 (in press).
- 30) 濱島ちさと. 企業立病院の変遷とその変遷. *病院管理* 2004; 41(3): 39-47
- 31) 池上直己. 9章 医療保険の給付範囲をめぐる論点—混合診療と特定療養費制度. 医療保険・診療報酬制度 (遠藤久夫・池上直己編). 勁草書房. 2005: 251-256
- 32) Manton, K.G. & Gu, X.L. Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above 65 from 1982 to 1999, *PNAS Early Edition*, 2001. www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/zypnas.111152298
- 33) 池上直己. 8章 社会保障給付のサービスパッケージ. 社会保障制度改革 (国立社会保障・人口問題研究所編). 東京大学出版. 2005: 203-236

著者連絡先

池上 直己

慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室

〒160-8582 東京都新宿区信濃町35

TEL: 03-5363-3773

FAX: 03-3225-4828

e-mail: ikegami@sc.itc.keio.ac.jp

Disparity in Health Care

－ Structural Characteristics and Policy Intervention －

Naoki Ikegami, M.D., M.A., Ph.D.*

Abstract

In order to decrease disparity in health status, the development of social capital through improved mutual cooperation would be more effective than the expansion of health services. This is the premise for the “new public health movement” aimed at creating a society which supports healthy activities. However, the effectiveness of such social engineering has not been adequately evaluated. Moreover, some have proposed that improving the educational system for young children and their parents would be more effective in decreasing disparity.

Disparity in health care is a policy issue distinct from disparity in health status. A lack of policy intervention to constrain disparity in health care threatens the effectiveness and safety of health services, the prevention of personal bankruptcy from health care costs, and the containment of public expenditures in health care. The reason lies on the supply side and the demand side.

On the supply side, health care is provided in unique and unrepeatable situations, so it is very difficult to evaluate whether the services provided had been “appropriate” or “inappropriate”. Thus, services tend to be provided, particularly in a life or death situation, even if its effectiveness is doubtful and its safety has not been adequately evaluated. Moreover, once a technology comes to be used, its use will expand from the appropriate area for which it was originally intended.

On the demand side, an individual usually does not know when the demand would arise or how much it would cost. Therefore, to avoid risk, the demand for health care translates into a demand for health insurance. In the insurance market, the most attractive product is the one that offers the best benefits for the lowest premium. There are two ways to do it. First, the insurer can act as an agent for the consumer and contract with providers who can deliver high quality services efficiently. Second, the insurer can adjust premiums and benefits to correspond to the risk profile of the consumer. The second way is far easier, and so market principles in the health insurance market lead to more disparity, and increases in personal bankruptcies for the uninsured and those with inadequate coverage. Moreover, since what is considered as “appropriate” would inherently expand to meet the criteria of the most generous plan, health care expenditures in total would increase.

Although Japan’s health care system is basically equitable and has relatively low costs, it has not necessary been positively evaluated by the general public for the following underlying reasons. The adjustments for age and income among plans are unclear and not refined, the measures to alleviate patients’ out-of-pocket expenses are inadequate, the revision process that sets fees and prices lacks transparency, and quality assurance is inadequate. These issues should be resolved. However, the major effort should be placed on refocusing the current policy discussion about the inter-generational disparity of cost burden to the regional disparities of service benefits. After the national government has adjusted for the disparity of cost burden arising from differences in age and income among the prefectures through subsidies, the relationship between premiums and benefits in each prefecture would become clear, providing an incentive for prefectural governments to evaluate, redesign and monitor the health delivery system for efficiency and to reflect the preferences of their residents.

[key words] health status disparity, private insurance, function of insurer, health savings account, national fee schedule, regional disparity

* Department of Health Policy & Management, Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan