

医政メモ Q&A

医療における財源調達方法

最近の日本の医療政策論議は、「まず財源ありき」から始まっている。日本の医療保険制度の維持は、現在保険料、租税、自己負担によっている。消費税アップが近い現在、もう一度医療財源調達方法を見直したいと思った。世界を見ることで日本の財源調達方法を第三者的に見たいと思っていた際、待望の書（医療財源論—ヨーロッパの選択European Observatory on Health Care Systems Series）に出会えたので引用改変し、ご紹介する。

ヨーロッパの多くの制度は、複数の財源を組み合わせているという。その財源の選択は、通常複数の財源の組み合わせであるが、個々の財源調達方法について、その特長を記載した。

1. 租税

- 1) 財源の違い（直接的か間接的か）、
- 2) 課税段階の違い（国か地方か）、
- 3) 課税形態の違い（普通税か目的税か）

それぞれ異なった意味合いをもっている。

イギリスの医療財源は、圧倒的に直接税である。フランスやイタリアでは、医療保障目的の所得税が活用されている。ベルギーやイギリスでは、たばこ販売からの税収に関し、少なくともその一部が医療保障目的の特定財源になっている。ブルガリア、デンマーク、フィンランド、ノルウェー、スウェーデン、ならびに2000年以降のイタリアでは、地方税が、医療保障のための主要財源になっている。アルバニア、ギリシャ、ポーランド、ポルトガル、スペイン、イギリスでは、国税が医療保障のための主要財源である。

Q：直接税とは

A：直接税は個人、世帯、会社に対して課す租税である。

たとえば、個人所得税、企業利潤税、財産税などがある。個人所得税は、通常、累進的であり、所得を金持ちの人と貧しい人との間で再分配する。そのためには、高所得の人ほど税率が高くなるという累進制度が必要である。

直接税は管理が容易である。所得は容易に確認できる源泉であり、したがって税金が源泉において徴収でき、脱税はむずかしい。

Q：間接税とは

A：取引や商品に対しての課税であり付加価値税、物品税、および輸出入税などがある。

ぜいたく品には高い税率を適用し、必需品には非課税とするならば、間接税は累進性を発揮することもできる。しかしながら、間接税の支払いは消費に関連してなされるものであり、総所得に関連してなされるものでないので、一般的には、間接税は逆進的である。

Q：地方税とは

A：日本では地方公共団体が課税する税金。都道府県税と市町村税に分けられる。

EUでは医療保障の財源としては、地方税が好ましいといわれている。

高い透明性が確保される。医療保障支出は通常、地方予算のかなりの規模を占めており、地方税で徴収される金額と医療保障に支出される金額との結びつきが、より直接的であり人々にとってわかりやすく、地方政治家は有権者と身近に接していて、支出用途の決定について、説明責任が果たしやすい。

いくつかの相反する議論もある。地方予算において医療保障が主要な支出分野であり続けることは（スウェーデンではほとんどの県

で予算の70%以上)、地方政治家が変化に挑もうとしなくなり、惰性的になってしまうかもしれないという。また地方税は、異なった税率が異なった地域で適用される場合、水平の不公平をもたらすこともある。

Q：国税とは

A：国が課金する税金。

国税は、医療保障政策と他の公共政策との間にトレードオフ（失業率を低めようとすれば物価の上昇圧力が強まり、物価を安定させようとすれば失業率が高まるというように、一方を追求すると他方が犠牲になるような両立しえない経済的関係）を生み出す。配分は、他の省と保健担当省との相対的な交渉の力関係によるであろう。予算を設定し、財源を政府内の諸部門に配分する毎年の過程では、伝統的に、多くの国において、大蔵省や財務省と比較して、保健担当省（通常は保健省のかたちをとる）の力が弱いのは日本と同じである。

Q：普通税とは

A：普通税とは、納められた税金の使いみちが特別に決まっておらず、どのような仕事の費用にもあてることができる税金の事を言う。日本の普通税としては、市民税、固定資産税、軽自動車税、市たばこ税、特別土地保有税等がある。

普通税は、広い税源を利用できる。普通税を用いると、医療保障と他の分野の公共支出との間に、トレードオフが生じる。普通税によって医療保障財源を確保するという事は、医療保障に対する予算配分が、公的支出をめぐる予算配分競争にさらされることになる。

この過程は政治の問題となるが、それはまた意思決定過程を詳らかにし民主的にする。

Q：目的税とは

A：目的税とは、その税金の使いみちがすでに特定されている税金の事を言う。

日本の目的税としては、都市計画税、入湯税、事業所税などがそれにあたる。

目的税は、医療保障に用途を限定するもの

であり、直接税、間接税のいずれの形態をもとることができる。用途を限定した所得税もしくは医療保障税は、普通税と比較していくつかの長所をもっている。

課税と支出の間の確かな結びつきを確立することは、医療保障財源の調達をより透明性の高いものとし、状況の変化に対応しやすいものにする（Jones and Duncan 1995）。目的税の活用から考えられる長所のひとつは、人々に税制をより「身近なもの」と意識させる。このことは、サービス提供者に質の向上を迫るより大きな圧力となるかもしれない（Commission on Taxation and Citizenship 2000）。

目的税は、政治的な圧力の影響をそれほど受けなくて済む。

その一方で、目的税は短所も内包している。目的税という名称をもつからといって、そのような租税のすべてがすべて実際に、用途を限定されているわけではない。すなわち、その税収は他の租税からのものと統合されることもあり得る（Wilkinson 1994）。

このことは、税収と支出との間の関連を弱め、結果として人々の信頼を失なうことになる。今後日本における消費税アップに福祉目的税という「お題目」が盛られる可能性があるが、必ずしもそうでなかったことは前回の消費税アップのときを思い出すとよい。

2. 医療保険

Q：公的医療保険とは

A：公的医療保険の保険料は、リスクに応じて決められるのではなくて、所得に応じて決められるものであり（応能負担）、政府から独立した機関によって徴収される。この保険料は、強制的なものであり、通常、雇い主と労働者によって分担される。単一の全国医療保険基金（クロアチア、エストニア、ハンガリー、スロバキアなど）や単一の社会保険基金（ベルギー）が、保険料の徴収機関となることがある。独立した基金（フランス）、全国的基金の地方部門（ルーマニア）、職域別や地域別の個々の医療保険基金（オースト

リア、チェコ、ドイツ、リトアニア、スイス)、あるいは複数の保険基金の協会(ルクセンブルク)に保険料の徴収の機能が分権化され、委ねられることもある。保険加入者には保険者を選択する余地はない。

財源調達的手段として公的医療保険には、一般的に、上述の目的税がもっているものと同様の長所がある。公的医療保険は負担と給付に対する透明性が高いので、通常、一般の人々に受け入れられやすい。理論的には、公的医療保険の収入では、政治的な介入は起こりにくい。なぜならば、予算と支出の決定が独立した機関に委ねられているからである。

保険料がリスクに応じて決められる民間医療保険と比較した場合、公的医療保険の長所として、被保険者にとって携帯性が高く、転職したり就職や離職をしたりする場合にも受給権が継続され、そして保険料は個人のリスクと切り離して決められる。

しかしながら公的医療保険には短所もある。雇い主は、通常、社会保険の費用の一部を拠出することが義務づけられている。このため労務費が高くなり、ひいてはその国の経済の国際競争力を弱めることになるかもしれない。

その際、租税を、保険基金の赤字の補填に利用することもある。

Q：民間医療保険とは

A：ヨーロッパで古くから相互扶助団体や任意の保険団体が発展し、その後それが全国的な医療保険基金に統合されるようになった事情は、民間医療保険に補助的な役割を果たす余地しか残さなかった。民間医療保険は、

- 1) 代替的医療保険(ドイツ、オランダ、スペインでは、特定の人、つまり高所得層は公的保険を用いず任意保険に加入でき、高品質、迅速な医療が保障されている)
- 2) 補完的医療保険(公的医療保険制度によって除外されたサービスなどに、全額もしくは部分的に給付する制度)
- 3) 追加的医療保険(公的部門におけるホ

テルサービスの質が向上する等)に分類される。

いずれにしても医療の階層化は必定である。

人の年齢が高くなるにつれてリスクが増大するため、民間保険会社は当然差別化を進める。保険に加入する人の年齢が高くなるにつれて、リスクを分散する保険の機能は弱まるため、高リスクの人々の負担は高くなる。リスク料率には、リスクの査定、保険料の算定、複雑な給付内容の設計と請求に対する審査、および支払ったり支払いを拒絶したりするための高額な管理費が含まれている。民間保険を通じて財源調達される医療制度は、積極的なマネジドケア技術の導入にもかかわらず、一般的に、費用のコントロールができていないという。

租税は民間医療保険にも投入され、それを補助する重要な方法であるという。

3. 患者の直接払い

Q：私費払いとは

A：消費者は、公的医療保険制度の適用範囲外の医療や(供給不足や長い待機期間のために)公的保険では容易に利用できない医療に対して、そのかかった費用の全額を支払う。こうした支払いは、通常、民間部門でなされる。

Q：公式な患者負担

A：自己負担に対する支持者は、公的患者負担が医療サービス全体の需要を減少させ、そして医療サービス提供を増加するために必要な増収を図ることができると主張する。論理的には、上記の初めの目的(需要を減少させること)が達成された場合、第二の目的(増収を図ること)は達成できないという(Towse 1999)。

患者の自己負担は、医療制度に対する補足的な収入確保のために導入しても差し支えないという主張がある(Nolan and Economic and Social Research Institute 1988; Abe, Smith 1994; Chalkley and Robinson 1997; Kutzin 1998; Willman 1998)。

自己負担の支持者たちは、それによって増加した追加収入を、貧しい人たちに振り向けたり、医療保障制度における不平等と取り組んだりすることができるかと主張する。また、自己負担は、公的予算の逼迫下において財源不足を補う方法として利用することができ、より高額で重要な治療方法がもっと簡単に提供できるようになるだろう、といわれる (Willman 1998)。

しかしながら、自己負担には、しばしば公平性に関して望ましくない効果が伴う。自己負担は、財源負担を租税や社会保険といった人口にもとづいたリスクの分担の方法による財源調達から、個人や世帯による支払方法に変えてしまうという。(Creese 1998)。すべての医療財源調達方法に占める自己負担の割合が高ければ高いほど、貧しい人や病気の人に課される財務負担の相対的割合が一層大きくなる (Rice and Morrison 1994)。このように、患者の自己負担は、健康な人と病気の人との間の医療部門での連帯性を弱めることになるという意見もある (vandeVen 1983)。

裕福な(また健康な)人は、貧しい(また病気の)人を、もはや、援助する必要がなくなるからである。担税能力(一般的な税あるいは給与税)が十分でない国々では、私的な支払いの規模は大きい。このような状況では、連帯性はもともとないのであるから、私的な支払いを公式なものにしても、必ずしも医療部門における連帯性を損なうことにはならない。多くの場合(とくに中東欧と旧ソ連の諸国では)、患者負担は、恐らく必要悪であるかもしれないし、また公的支出(あるいはより厳密にいうと、集められた財源の用途)に優先順位をつける方法の一つであるかもしれない。

Q：非公式な支払いとは

A：正式には認められていないにもかかわらず、いくつかの国の公的医療部門において、患者の直接支払いが行われている。これらは、治療担当者に「感謝する」ための事後の贈り物(慢性病患者では、事前支払いの性質をも

つかもされない)から、医療サービスを確実なものにしてもらうべく治療に先立って医師に渡される高額の謝礼にまで及ぶであろう。これらの支払いは内々に行われるので、西ヨーロッパにおける「証拠」の多くは、不確かなものである。しかしながら、専門家たちは、そのような支払いがギリシャでは広く行われており (Calltorpe et al. 1994)、また、少ないとはいえフランスでも行われていることを認めているという (Bellanger and Mosse 2000)

4. その他

Q：医療貯蓄勘定とは

A：実際にはシンガポールで、また限定されたかたちでアメリカにおいて実際に実施されたにすぎない。この制度では、各個人は所得の一部を、定期的に自分の医療貯蓄勘定に振り込む。そして、その貯蓄額は、医療支払いの必要が生じたときに使われる。(日医坪井執行部の時の自立投資の概念と似ている)

シンガポールでは、医療貯蓄勘定は、拠出制の強制加入の高額医療保険によって補完されている。

Q：借り入れ、援助金、および寄付金とは

A：非政府組織からの寄付金や援助金、援助機関からの支払い、外国銀行からの借り入れが、とくに低所得国や中所得国では総収入のかなりの割合を占める。

多くの低所得国は、医療財務を賄うために外部からの援助に大いに依存している。たとえば、アフリカでは、寄付が、平均して医療支出のほぼ20%を占めており、またいくつかの国では50%を超えているという (Schieber 1997)。残念ながら、同様の情報は、中央アジアの共和国については得ることができない。なぜなら、いくつかの現地の援助金は、中央政府を経由しないで各地域に直接渡されたり (カザフスタン)、非政府組織に直接渡されたり (タジキスタン) するからである。同様に、外部の援助団体の系統だった一覧表も存在しないという。

借り入れは、外国からかそれとも国内から

か、あるいは政府や民間の機関からであるかといったことにかかわらず、結局のところ、その資金は返還しなければならないものであり、したがって、将来世代に負担を課すことになる。

以上財源調達方法に関して、日本の常識では測れない様々な方法があるようだ。

日本のこの素晴らしい皆保険制度を堅持するために今一度、財源論を考えてみるべきかもしれない。

参考文献

医療財源論—ヨーロッパの選択 European Observatory on Health Care Systems Series エリアス モシアロス (著)、ジョセフ フィグラス (著)、アンナ デイクソン (著)、ジョー クーチン (著)、Elias Mossialos (原著)、Josep Figueras (原著)、Anna Dixon (原著)、Joe Kutin (原著)、一円 光彌 (翻訳)

出版社:光生館;ISBN:4332600754;(2004/10)

(政策部長 今 真人)