

特別講演 5

財政の視点からみた我が国の医療の現状と課題

[特別講演5]

財政の視点からみた我が国の医療の現状と課題

佐藤主光

一橋大学大学院経済学研究科

社会保障の財源

2019年10月に消費税が10%に引き上げられた。こうした増税には景気を悪化させる「原因」といった批判も少なくない。しかし、今回の増税は人口の高齢化に伴う社会保障費の増加という問題の「結果」である。仮に消費税でなければ、他の財源を求めるか給付を抑制することが求められるだろう。実際、内閣府の試算によれば、社会保障給付費は現行(2018年度)の120兆円から2040年度には190兆円まで拡大する。こうした社会保障費の増加は高齢化という今世紀の我が国の構造問題に起因する。「景気がよくなれば何とかなる」というものではない。

社会保障の財源は大きく消費税と社会保険料に区別される。現在、約120兆ある社会保障給付費のうち保険料が70兆円程度で、残りの50兆円は税で賄ってきた。このうち社会保険料は勤労世帯に負担が集中するなど、消費税と違って世代間で広く負担を分かち合う仕組みになっていない。国民年金や国民健康保険の保険料には定額部分があるため、低所得層の負担は重く、逆進的である。加えて、厚生年金や組合健保など企業の払う社会保険料は正規雇用への課税にあたり、正規雇用に代えて非正規雇用を拡大する誘因を助長しかねない。

他方、消費税は「高い財源調達力を有し、税収が経済の動向や人口構成の変化に左右されにくく安定している」。経済学的にいえば、所得税や法人税といった他の税目や消費税同様、社会保障の財源である社会保険料に比べて経済活動に及ぼす歪みは小さい。課税事業者であれば売上に係る消費税から原材料等の仕入れで支払った消費税を控除できる。よって、消費税の負担は生産過程に累

積しない。企業の設備投資も即控除扱いのため、これを阻害しない。消費者が消費税を負担するのは彼等が課税事業者ではない(仕入れ税額控除を受けられない)からである。

また、消費税は国内企業の国際競争力に対して中立的になる。その課税が「仕向け地主義」に拠ることから、輸出についてはゼロ税率が適用される一方、輸入は課税対象になるからだ。日本の消費税は海外市場で競争する国内の輸出企業に影響しない。他方、海外からの輸入品にも消費税が課されるため、これと競合する国内の課税企業は競争上、不利にならない。対照的に社会保険料は国内企業の生産コストを高める結果、これらの税の低い国製品に対する競争力を損ねてしまう。このようにヒト・モノ・カネが国境を越えて移動するグローバル経済において仕向け地主義課税の優位性が高まっている。実際、欧州諸国では法人税や社会保険料を抑えて、消費税(付加価値税)に代替するのが税制改革の潮流になってきた。

見える化とEBPM

医療費の増加を政府は放置してきたわけではない。医療機関の病床数の適正化・機能分化等「地域医療構想」や生活習慣病対策や外来受診の地域差を含む「医療費適正化計画」など医療提供体制の見直しを図ってきた。計画の作成・実施など、その中核を担うのは都道府県である。都道府県は今年度から市町村とともに国民健康保険(市町村国保)の運営を担うことにもなっている。これは都道府県が「地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うこと」で「地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的

に検討することを可能とする体制を実現」(社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日))する狙いがある。

ここで鍵になるのが、「証拠に基づく政策立案(EBPM)」だ。従前の政策形成は「局所的な事例や体験(エピソード)が重視されてきた」きらいがあった。開始から時間が経過し、経済・社会の環境が変化したにも関わらず、「慣習的に続けられてきた」という理由でもって見直しの進まない政策・事業も少なくない。他方、EBPMは〔(1)政策目的を明確化させ、(2)その目的のため本当に効果が上がる行政手段は何かなど、「政策の基本的な枠組み」を証拠に基づいて明確にするための取組〕(総務省)にあたる。定量的かつ客観的なデータとその分析に依拠した政策形成を重視する。「我が国の経済社会構造が急速に変化する中、限られた資源を有効に活用し、国民により信頼される行政を展開する」ことが期待されている〔統計改革推進

会議最終取りまとめ(平成29年5月)〕。

EBPMに繋がる取り組みとしては、地域間での差異の「見える化」がある。無論、高齢化や産業構造など地域のニーズの違いを反映した地域差はあって然るべきだろう。しかし、年齢調整をしてもなお残る高齢者医療費の地域差など「説明できない」地域差については検討を要する。こうした地域差は自治体・住民にとって有用な情報になる。他地域との比較は自分たちの取り組み成果を評価するためのベンチ・マークを与えてくれるからだ。相対的に成果の劣ると判断された自治体においては従前の政策の見直しへの契機(圧力)となる。以って、自治体の「行動変容」(=政策の見直し)を促す。「見える化は歳出改革の推進力」なのである(図1)。

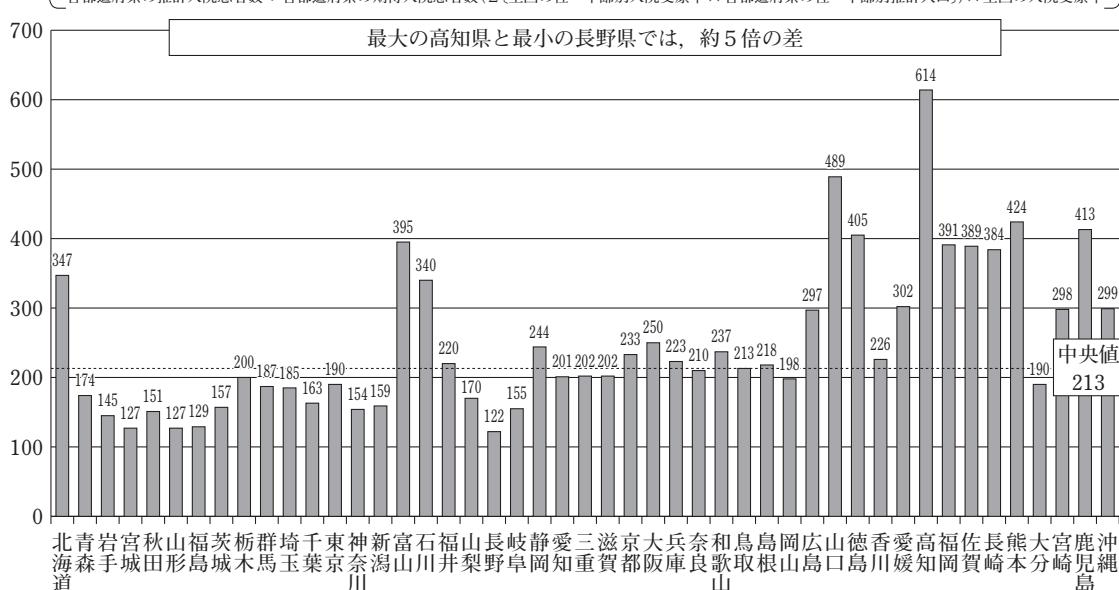
受益と負担の運動

我が国の医療制度は元々、コスト意識が働き難

療養病床の都道府県別の入院受療率(性・年齢階級調整)

都道府県別の入院受療率(人口10万当たりの入院患者数)を、性・年齢構成の影響を補正して示したもの。

【性・年齢階級調整入院受療率(間接法)(人口10万人対)の計算方法(平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査)】各都道府県の推計入院患者数 ÷ 各都道府県の期待入院患者数(Σ[全国の性・年齢別入院受療率 × 各都道府県の性・年齢別推計人口]) × 全国の入院受療率



出所：内閣府資料

図1 医療の地域差の見える化

い構造になっている。個人は掛かった医療費の3割(75歳以上は1割)を負担するに過ぎない。医療機関の多くは診療報酬を「出来高払い」で受け取っている。このため、個人にも医療機関にもコストを抑える誘因が乏しい。むしろ、収入を増やすよう敢えて診療・検査などの回数を増やしたり、(病床を埋めるよう)入院日数を伸ばしたりする「医師誘発需要」が働き易い。個人には①患者として医療サービスから受益する当事者の顔の他、②医療費を負担する保険者加入者・納税者の顔がある。仮に加入者・納税者としてコスト意識があれば、自治体・保険者に対して医療費の適正化を求める誘因があるだろう。しかし、医療費の「蛇口」(財源)は公費(国税・地方税)、社会保険料などさまざまだ。市町村国保については自治体の一般会計からの赤字補填(2016年度2,500億円あまり)もある。こうした赤字補填は早期に解消するべきだ。医療費と保険料の連動が「見える化」すれば、地域

住民のコスト意識を喚起できる。医療費増を「自分事」として捉え易くなるだろう。

これまで国や自治体は医療機関と住民(加入者)との間に立って、①診療報酬引き上げの要請に応えつつ、②住民の負担増にならないよう法定外繰入金を含めて「やり繰り」してきた。負担者=住民と医療機関=診療報酬の受益者が「正面から向かう」状況にはなかったのである。他方、保険料と診療報酬が連動し、これを上げ下げする選択肢があるとなれば、負担を増やしたくない住民と診療報酬を確保したい医療機関が対峙する格好になる。このとき医療機関は保険料負担増を被る住民に、その必要性(医療サービスが実際に住民にとって負担に見合う受益になっているのかどうか)について「説明責任」を負うことになろう。両者で良い緊張関係が生まれ、真に必要な医療は何かを考える契機に繋がることも期待される。