

医療制度のファイナンス機能と医療保障

知野哲朗

はじめに

国民の医療保障を支える所得再分配に着目して、医療制度におけるファイナンス機能がどのような特徴と役割を担っているのかを明らかにすることが本稿の目的である。市場経済のなかでも医療サービス分野においては、さまざまな政府介入によって各国に特有な医療制度が形成され、「市場」よりむしろ「医療制度」が財・サービス取引の社会的仕組みとして利用されている。とくに医療制度のファイナンス機能は、たとえば国营システム、社会保険システム、民間保険システムといったモデル分類の主要な基準にもなるように、医療制度の類型化の研究においても注目されてきた重要な要素の1つである¹⁾。

医療制度が各種の制度や規制によって重層的かつ複雑に入り組んだ社会的仕組みとなっていることから、どのような分析フレームワークで医療制度を考察するかは、本稿のテーマを明らかにするうえで重要な鍵となる。この社会的仕組みを政策的観点から検証したWHO(2000)の機能的分析のフレームワークを踏まえることによって、医療制度におけるファイナンス部門の機能を把握する。そのうえでファイナンス部門の規範的分析を通し

1) たとえばOECD(1987)(1994),Goodwin(2009),知野(2012)を参照。

て、医療制度に特有なファイナンス機能の特徴と役割を明らかにする。

本稿の次節以降の内容は以下ようになる。1節では、市場に優先される医療制度の特徴と目標を明らかにし、医療制度に適用する分析フレームワークの基本的な構造と特徴を説明する。2節では医療制度のファイナンス部門に焦点を絞り、その機能の1つである資金調達の内容と役割を明らかにする。そして、「医療保障」の財政的基礎となる調達資金の特定化を試みることにより、ファイナンス部門の規範的分析をするための単純なモデルを準備する。3節では、ファイナンス部門の所得再分配機能がもつ特徴と役割を明解にするため、プーリングと購買の両機能が所得再分配にどのような影響を及ぼしているのかを分析する。最後に、本稿の結論と分析設定に係わる事項について簡単な説明を加える。

1 節 医療制度とファイナンス機能

本節では医療制度の特徴と目標について明らかにした後、マクロ的視点から医療制度に適用される政策的分析フレームワークの基本的な構造を説明する。医療制度を構成する基本的部門の相互関係のなかで、「医療保障」がどのように遂行されるのかを考察する。医療保障との関係でファイナンス部門がどのように機能しているのかは本稿のテーマであるが、その規範的分析の詳細は次節以降となる。

1.1 医療制度の特徴と目標

医療制度は市場経済のなかでもさまざまな政府介入によって特有な仕組みを形成している。政府介入の経済的根拠については医療サービスの性質から、次のような点が指摘されている²⁾。伝染病、予防医療、公衆衛生などの領域では外部性や公共財の性質が存在し、また医療サービスの診断や

2) 医療経済学の先駆的論文となるArrow(1963)、また知野(2013)を参照。

治療の過程においては不確実性や患者と医師間の情報の非対称性に伴う問題がある。さらに医療保険サービスの領域については、疾病が個人レベルでは予測できず、医療支出も高額となる可能性がある。そのリスクに対処する方法として民間保険の利用が考えられるものの、現実には保険者と被保険者間の情報の非対称性によってモラルハザードや逆選択といった問題が発生する。そのため、疾病に伴うリスク調整がとくに低所得者や高リスク者にとって十分ではなく、医療サービスの公平性が損なわれるという所得分配上の問題が深刻化してしまう。結局、医療分野の政府介入では資源分配上のみならず、とくに所得分配上の問題が強く影響してくる。医療制度は国民の所得や資産の多寡に関わらず、国民に一定の医療保障を提供するという役割が反映されたものといえる。

このように医療制度という「制度」が市場経済の「市場」に優先されるのは、国民の医療保障を支える所得再分配機能が重要視されるからである。本稿の対象として想定された医療制度がおもにOECD諸国の制度というのはその理由である。OECD諸国では医療支出の大半を占める公的財源を通して国民の医療保障が支えられているからである³⁾。しかし、医療制度は市場と同様、需給調整を働かせつつ、医療資源の配分機能も果たしていることから、医療制度の分析に際してはこの点にも留意すべきである（知野(2006)）。

医療制度の目標内容については、そのパフォーマンス向上を政策的に目指す国際機関の事業や研究などで検討されてきた（OECD(2002)(2004)、WHO(2000)）。とくにWHO(2000)が世界各国の医療制度に関するパフォーマンス評価の順位表を明らかにしたことは、パフォーマンス指標の作成方法やその理論的な枠組みなどに関する議論を引き起こして注目を集めた。WHOの採用したパフォーマンス指標では、健康状態の向上、消費者期待への対応性、公平性という医療制度の目標が反映されるものとされた（WHO

3) たとえばOECD(2021)を参照。なお、本稿の定義する財源は厳密には公的財源ではないので、その詳細は2節を参照。

(2000), Murray and Frenk (2000))。また、OECD諸国において医療制度のパフォーマンスに関する枠組みを比較したHurst and Jee-Hughes (2001)においても、WHOの指摘した目標と共通したものである。ただし、公平性(equity)の内容はカナダと米国の分析資料からは明記されていなかったものの、カナダでは社会保険制度が導入されていること、そして米国では私的保険制度を軸とした医療制度であるが、Healthy People 2000やAgency for Healthcare Research and Qualityで医療の公平性が明記されていることを、Hurst and Jee-Hughesは指摘している。米国については、Patient Protection and Affordable Care Actが2010年に成立したことから、医療制度の公平性の目標は強化されるものとなった。

本稿で取り扱う「医療保障」の内容は、OECD諸国に共通した医療制度の目標となる医療の公平性である。この公平性については国民の財政的負担と医療利用の両側面からしばしば議論されるが、本稿では前者の財政的負担を中心に医療制度のファイナンス機能を吟味する⁴⁾。

1.2 医療制度の基本的機能

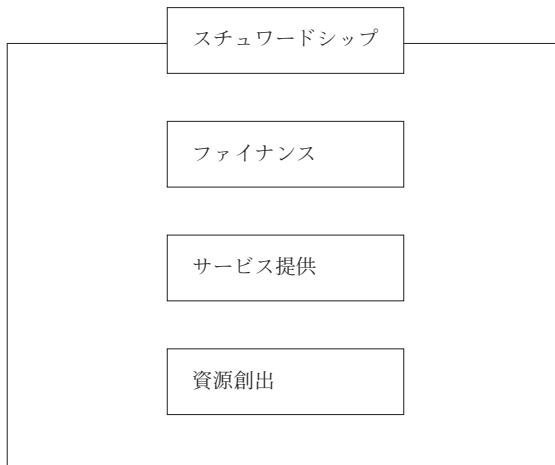
医療制度をマクロ的視点から考察するフレームワークについては世界の医療制度のパフォーマンス評価を試みたWHOのモデル手法を利用する(Frenk (1994), Londono and Frenk (1997), Murray and Frenk (2000), WHO (2000), Murray and Evans (2003))。このフレームワークでは、医療制度に共通した4つの基本的機能から構成される。4つの機能はスチュワードシップ、ファイナンス、サービス提供および資源創出という機能である。これらの機能が有効に働くことによって、医療制度の目標達成が改善されることになる。WHOはこれらの各機能の有効性と、医療制度の目標となるパフォーマンス指標との関係を検証して、医療制度の改善を政策的に試みた

4) 後者の医療利用の公平性は供給側と密接に関連するため、分析の便宜上、本稿では取り扱わない。しかし、医療の公平性にとって医療サービスの利用という点は重要であることに変わりはない。

のである。以下ではフレームワークのなかにおいて、ファイナンス機能がどのような位置でどのような役割を担っているのかを確認することである。

図1には医療制度の基本的機能が描かれている。ここで各機能を担う組織を単一組織と仮定し、それを部門と呼ぶことにする⁵⁾。まず医療制度のなかでも特別な位置にあるスチュワードシップ機能については広範囲な内容を含むものとなる。Saltman and Ferroussier-Davis(2000), Murray and Frenk(2000), WHO(2000), Travis, Egger, Davies and Mechbal(2003), Goodwin(2009), Brinkerho, Cross, Sharma and Williamson(2019)などの諸文献によると、次のような内容となる。医療制度の管理・運営を通して、国民の健康向上を追求する、医療サービスの公平性を保障・確保するなどの責務を担っている。この目標のために、たとえば各種の規制やルールの設定およびその実施や監視を行い、そして医療情報を収集・活用し、他の

図1 医療制度の基本的機能



5) 単一組織の仮定に係わる問題については3.2節を参照。

3つの機能に医療制度の目標に導くような影響を与えることなど。

このような内容を含むため、スチュワードシップ機能は図1において他の3機能を包括する位置となっている。この機能を担う部門はおもに国(政府)となるが、一部の機能は地方政府などに任されることもある。いずれにしてもスチュワードシップ機能はファイナンス機能と密接な関係にある。国民と国(スチュワードシップ部門)との信頼関係が成立していれば、スチュワードシップ機能は有効に作用することになる。それは、ファイナンス機能は医療制度の財政的基盤を扱い、かつ、その資金が2節で述べるように国民からの非自発的な財源から事前に調達されることに起因している。この国民の負担を考慮に入れると、両部門の間に医療保障に関する一定の暗黙的な合意(契約)が事前に成立していると想定できるからである⁶⁾。そのため、ファイナンス部門は医療保障との関係において特有な役割を果たすことになる。この役割を明らかにするのが本稿の中心的なテーマであるが、これは次節以降の内容である。

次に、医療サービスの供給側に関連したサービス提供機能と資源創出機能をもつ部門に移ろう。サービス提供部門は人的、物的および情報の医療資源の投入を通して、医療サービスを生産・提供する機能をもつ。その投入される医療資源の創出に係わるのが資源創出部門であり、医療資源への投資活動に関連した機能を有したものとイえる。その内容は広範囲で、たとえば、人的資源は医師、看護師、検査技師など、物的資源は医療施設、医療機器、医薬品など、情報資源は人的・物的医療資源に係わる教育・研究・開発などの知識や、医療のIT化やデジタル化などに係わる知識などを含む。これらの両部門についてもスチュワードシップ部門のもとにあることが図1に示されている。本稿では分析の便宜上から、この供給側の両部門はスチュワードシップ部門とファイナンス部門の要請に応じて対応すると仮定する。とくに資源創出部門に係わる医療情報については仮定との関

6) 本稿では一貫して、国(スチュワードシップ部門)と国民との信頼関係が成立し、スチュワードシップ機能が有効に作用することを前提にしている。

連で注意しておきたい。中長期的な意味で新たな医療情報の提供や活用は行われませんが、現行の医療情報基盤に基づいた医療情報の提供や活用は前提にされている点である。この相違はスチュワードシップ部門とファイナンス部門の要請に対する対応力に影響を与えるからである。

以上、医療制度の4つの基本的機能について簡単に説明した。4つの機能はそれぞれ独自のものを有しているが、それらは相互に関係しており、医療制度の目標を達成するように作用する。そのなかでも上述したように、スチュワードシップ機能が特別な位置にあること、さらにこの機能の有効性が医療制度のパフォーマンスを左右する重要な要因で、しかもその有効性は国民の信頼関係に依存していることは留意すべきであろう。とくにスチュワードシップ部門（国）と国民の信頼関係の形成には本稿で省略された資源創出部門の情報にも関連し、医療制度に係わる客観的データや情報の公表・開示⁷⁾が強く影響していることを強調しておきたい。

2節 資金調達とモデルの特定化

本節では、ファイナンス部門の1つの機能である資金調達についてその内容と役割を明らかにして、ファイナンス部門の単純なモデル化を試みる。次節ではこのモデルを通して、ファイナンス部門のプーリング機能と購買機能が「医療保障」との関係でどのような役割と影響をもっているのかを分析する。資金調達、プーリングおよび購買という3機能が医療制度という社会的仕組みのなかでどのように作用しているのかを吟味したうえで⁸⁾、本稿のテーマに沿ってファイナンス部門の規範的分析のための準備

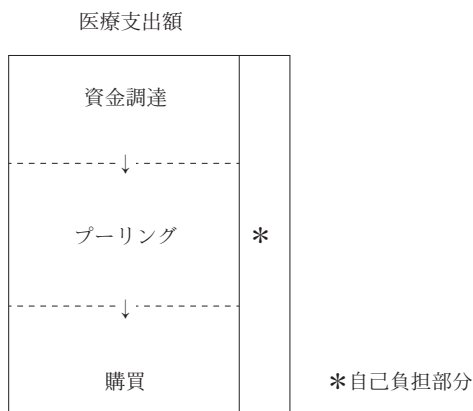
7) たとえばLeatherman(2002)を参照。パフォーマンス指標の公表はスチュワードシップ部門の説明責任(accountability)や透明性(transparency)を促すと同時に、データ収集と分析を通じて当該部門の行動を変化させることになる。さらにそのことは他の部門にも影響を与える。

8) 医療制度におけるファイナンス機能の詳細についてはKutzin(2001)(2008)(2010),Goodwin(2009)などを参照。

をしよう。ところでOECD(2021)によると、OECD諸国の医療支出の大半はファイナンス部門の3つの機能をもつ資金となるが、一部はそれと異なる資金の自己負担部分となる⁹⁾。以下の本文でもファイナンス機能を有した資金とそれ以外の資金(自己負担部分)に分けた図2を利用して、調達資金の財源を確認のうえファイナンス部門の単純なモデル化を試みる。

図2においてはその横幅が国の医療支出額を、縦幅がファイナンス機能の流れを示している。2つの実線の四角い枠は資金の違いで分けられ、その詳細は後で説明するが、左側の枠は前払い方式による資金、右側の枠は自己負担による資金となる。左側の枠ではファイナンス部門の資金調達、プーリング、購買という3つの主要な機能が働き、その資金の流れるプロセスが矢印で示されている。また前払い方式の資金には一定の給付内容があらかじめ想定され、予算制約が購買機能に至るまで有効に働くため、その支出額はほぼ確定された性質のものとなる。他方、右側の枠は自己負担

図2 ファイナンス部門の機能



9) 直近のOECDのHealth Dataを、さらにSystem of Health Account(SHA)との関連でOECDデータを分析した知野(2010)も参照。なお、資金の定義は厳密には本稿のそれとは異なるので以下の本文を参照。

部分で、医療サービス購入時に直接に支払う金額である。その資金はプーリング機能を経過せず、直接に医療提供者に支払われるため、別枠となる右側の枠(図の*部分)に示されている。この自己負担部分の資金については次節で述べるように、各種の政策手段によって変更されやすいものである。

ではファイナンス機能をもつ前払い方式による資金(以下では前払い資金と呼ぶ)とはどのようなものなのか。本稿の前払い資金とは医療支出を負担する国民の支払い方法に着目し、事前に非自発的な方法で徴収された、公的および準公的な資金を指している。その具体的な資金は税金、社会保障税、社会保険料などの財源からで、医療支出に費やされる公的および準公的資金となる。この資金のなかには患者の自己負担などの援助に利用される公的資金や非自発的な民間保険料も含まれる点に留意する必要がある。他方、前払い資金以外の自己負担部分については、自発的な民間保険料およびそれに伴う受診時の一部負担金¹⁰⁾、非政府組織による寄付金や支援金¹¹⁾、および上記の金額を除いた患者の自己負担金(ただし公的資金を除く)の合計額を指す。

以上のように定義された資金となるので、あらためて図2を確認しよう。前払い資金(左側の枠)はプーリングを経て購買というプロセスを流れる資金で、自己負担部分(右側の枠)は当該プロセスを経ずに直接、購買に至る資金である。したがって横幅の医療支出額を所与とすれば、一般に、前払い資金の割合が大きくなれば、ファイナンス機能は強くなり、逆に自己負担部分の割合が大きくなれば、ファイナンス機能は弱くなる。ただし、定義内容から明らかのように、前払い資金の一部には非自発的な民間保険の私的財源を含み、他方、自己負担部分の一部には自発的な民間保険料が含まれるという点に留意が必要である¹²⁾。

10) 民間保険における受診時の一部負担金とは、たとえば定率負担、定額負担、免責額負担、補償限度額などの方法を通して患者が支払うものを指す。

11) 本稿では他国や国際機関など海外からの寄付金や援助金などの資金を除外し、国内財源に絞っている。

ファイナンス部門の資金のなかでも、前払い資金は次のプーリングや購買のプロセスを通過する資金となる。したがって、ファイナンス部門の基本的な機能と特徴を明らかにするためにも、本節で定義した前払い資金を中心にした議論を次節で行うことにする。

3節 ファイナンス機能と現物給付への影響

本節ではファイナンス部門のプーリングと購買の両機能が医療保障の軸となる所得再分配にどのような影響を及ぼしているのかを検討する。ファイナンス部門の所得再分配機能があつ特徴と役割を明解にするため、単純なケースを設定してプーリング機能と購買機能を分析する。

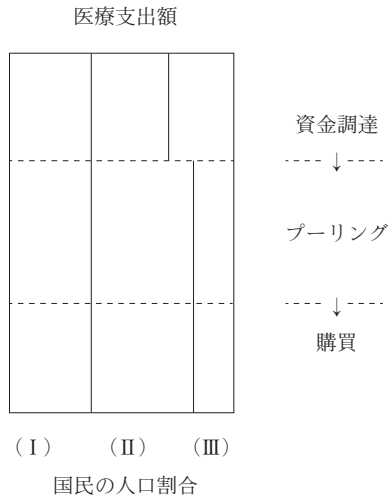
3.1 プーリング機能

資金のプーリング機能は資金調達と医療サービス購買という両機能の間で働き、国民の医療保障の内容を左右する重要な役割を担っている。この点を明確にするため、説明の便宜上、次のような医療保障の内容に関するケースを想定する。そのケースを示したのが図3で、自己負担部分は除かれ、医療支出の全てが前払い資金となる。図のなかの2本の縦実線は国民(100%)について中所得(I)、低所得(II)、高所得(III)という3つの階層に分けたうえで、資金調達の段階で各階層の負担額を均等とし、購買の段階では1人当たり医療給付を均等となるように想定したものである。このような便宜的なケースを利用するのはファイナンス部門の所得再分配機能があつ特徴と役割を明解にするためであり、他のケースを想定しても問題の本質に変更はない¹³⁾。

12) 本稿の前払い資金はその一部に非自発的な民間保険の私的財源を含むものの、OECD(2021)で使用する公的財源の資金に近いものである。

13) 医療負担や給付の公平性については各国に共通した医療制度の目標にもなっている。なお、医療制度の所得再分配機能についてはVan Doorslaer, et al. (1999), Wagstaff, et al. (1999)を、また直近のデータではOECD(2021),厚生労働省(2019)などを参照。

図3 ファイナンス機能の役割



調達資金の流れについては3分の1に相当する金額が各所得階層から調達され、プーリングの過程で資金の移動があったことが示されている。だが、このような資金移動はプーリング段階で起こる理由があるのだろうか。それはプーリングと購買の機能が密接に結びついていることによる¹⁴⁾。両機能は一般に、同一組織に属しているので、次の購買段階で各所得階層のための医療給付に相応する資金が要請される。その背景には、当該資金に相応した医療給付の内容があらかじめスチュワードシップ部門(国)と国民の間で合意されているからである。つまり、ファイナンス部門はその合意に沿って必要な資金をプーリング機能で確保する責務をもっている¹⁵⁾。

では、プーリング機能によってどのような影響があるのだろうか。図3から明らかのように、各所得階層ごとの調達資金はそれに対応した医療支

14) 次の購買機能で述べるように、両機能が同一組織に属するものとして分析している。

15) このようなスチュワードシップによる規律の有効性や制度設計については重要な課題であるが、本稿の規範的分析の領域を超えるものである。

出の金額とは異なるものである。高所得階層の資金（の一部）が低所得階層のための資金にプールされ、その医療給付に利用される。このように医療制度におけるプーリング機能は国民に対して一定の医療給付を保障するために、調達資金を再配分する役割を担っている。しかも、この再配分は次の購買機能を通して現物給付型の所得再配分を実施するものとなる。つまり、医療制度のプーリング機能は現金給付型でなく、現物給付型の所得再配分を実施するための資金を用意する役割をもっている¹⁶⁾。このため、ファイナンス部門のプーリング機能に関する検証は「医療保障」のパフォーマンスを評価するうえで重要な手段であると言える。

医療制度において現物給付型が政策的に優先されるのはuniversal coverageが強調されるように、医療サービスの性質に由来するものであろう¹⁷⁾。医療制度の仕組みに限らず、医療サービス分野における寄付金や支援金などが拠出者側にとって好まれるのも、現物給付の医療に直接に結びつく理由からである。しかし、この現物給付型を意図した資金が次の購買段階に進むことになるが、その段階で当該資金による給付内容が各種の規制によって変更されることになる。

3.2 購買機能

ファイナンス部門の購買機能は、調達資金で国民のために所定の給付医療を購入する役割を担うことにある。前述のプーリング機能との文脈で言えば、各階層別に分けられた購買組織がそのプールされた資金で購入することになる。スチュワードシップ部門が有効に機能することを仮定すると、医療制度の目標に沿った所定の給付医療が調達資金で賄われ、国民に提供されることになる¹⁸⁾。しかし、購買機能を担う組織が医療サービスを購入

16) このような点で本稿の資金は性質上、民間保険のそれとは異なる。

17) 医療サービスの性質と特徴についてはArrow(1963)を参照。

18) これは、国が予算制約のもとで特定の社会的厚生関数を最大化するような経済的行動とみることができると言える。

する選択行動には、一定の予算制約が課せられていることから、医療給付の内容や範囲をコントロールすることが要請されてくる。そのことは結果として、医療サービスの需給を調整する役割を担うことになる¹⁹⁾。国民に対する医療サービスの割当（配分）が調整されることになるが、同時に、供給側のサービス提供部門における医療資源の割当（配分）も調整される。以下では医療サービスの需給調整のなかで購買機能がどのような役割を担っているのかを吟味することになる²⁰⁾。

まず国民に対する医療サービスの給付内容については確認を必要とするだろう。1節で述べたように、国民の医療保障に密接に関わる医療給付の内容は、国民と国（スチュワードシップ部門）との関係で一定の合意が成立している。その合意のもとでスチュワードシップ部門は医療制度全般について管理・運営する機能が働いているのである。その意味で給付内容が少なくとも基礎的医療サービスを中心とした範囲で合意されているだろう。だが、給付内容が最終的に確定するのは実際に予算制約を受けるファイナンス部門の購買段階においてである。つまり、ファイナンス部門の購買機能には一定予算に医療給付の内容と範囲を確定させるという責務が課せられている。では、給付内容を規制する手段が現物給付型の所得再分配にどのような影響を及ぼすのかを検討しよう。

購買機能を担う組織は一般に、どのような範囲の医療サービスを購入するか、それをどのように購入するか、そしてそれを誰から購入するか、という問題に直面している（Goodwin(2009),Kutzin(2010)）。これらの問題のなかでも、とくに医療サービスの需給調整と所得再分配に関わる最初の問題を取り上げて吟味しよう。国民に対する給付医療を一定の調達資金で購入する（一定の医療支出で賄う）場合、給付内容と対象者を規制する手

19) 供給側が必要に対応するという仮定のもとでは、需要の調整になることに留意。なお知野(2006)では日本の医療制度における需給調整の問題を扱っている。

20) 本稿で省略された供給側の考察はファイナンス部門のみならず、医療制度のパフォーマンスの解明には欠かせない。たとえば日本の医療制度における供給側の分析では公私という供給主体の相違がパフォーマンスを左右する重要な要素である（知野(2004)(2009)）。

段が利用されている。規制方法には、1) 給付対象者については適用資格要件の設定、2) 給付内容についてはその範囲に関わる制限設定、3) 受給者については利用料金の設定などが存在する。

1) の規制方法は通常、前払い方式による調達財源の内容に依存している。たとえば一般税では市民権や住民登録をもつ国民、保険料では被保険者といった受給者の資格要件が設定され、医療給付が特定の国民に割り当てられる。だがOECD諸国では一般に、医療給付対象者はほぼ全国民をカバーしている状況である²¹⁾。ただし、カバー率が高くと、OECD諸国では次に述べるような諸手段が利用されるので、実際には需要調整が行われ、所得再分配機能も影響されている。

2) 給付内容の範囲に関わる制限を行うことは、国民に提供される医療サービスの範囲を確定することでもある。確定した範囲内の医療サービスは調達資金で賄われるが、範囲外の医療サービスについては除外される。もし範囲外の医療サービスが受診可能とされるのであれば、基本的に受診者への自己負担が課せられることになる。したがって、医療制度における現物給付型の所得再配分は給付範囲の医療については機能するが、範囲外の医療については機能しないことになる。そして給付範囲が厳しく制限されるに従って、予算制約は緩和されるものの、医療制度の所得再分配機能は弱まることになる。

3) 利用料金の設定は受給者にコストを課すことによって医療給付を制限するものである。料金設定の方法（定率か定額負担など）によってその影響は異なるものの、医療支出を抑え、医療給付が制限される結果となる。この医療給付の制限は給付範囲に対する制限となるため、2) の結果とは本質的に異なり、医療制度の目標となる現物給付型の所得分配機能に影響するものである。

以上でファイナンス部門の購買段階で実施される規制方法1)、2)および

21) たとえばOECD(2021)を参照。なお、発展途上国については医療支出の大半が前払い資金であるという点で対応していない。

3)の結果について検討したが、いくつかの留意点を述べることにしよう。まず、これらの規制によって医療支出の様相が変化することである。医療支出は前払い資金を基本としてきたが、これに加えて自己負担部分も含むことになる。本稿で利用している概念図に沿っていえば、それに対応するものは図3ではなく、図2となる。この図2から明らかなように、医療支出額の前払い資金比率が縮小するものの、自己負担比率は拡大することになる。その意味では「医療保障」が損なわれることになる。

次に、規制方法については需要側に絞って需要制限のための手段として考察した。供給側のサービス提供部門についてはその需要に対応すると仮定して、医療サービスの需給が調整される状況を説明してきた。しかしサービス提供部門を含めた分析は所得再分配の影響にとっても必要である。供給側の生産能力にも短期において制限されるため、超過需要が生じてしまう。このとき、上記の規制が変更されなくても、待ち時間などのhidden costsが患者に課せられてしまうが、このような場合も現物給付型の所得再分配機能に影響を与えてしまう²²⁾。

最後は、購買機能をもつ組織が単一組織であったことだ。本稿ではファイナンス部門は単一の公的組織で、資金調達、プーリング、購買という3つの機能を担当することを想定し、資金の流れと予算制約が有効に作用していることを踏まえた考察であった。これらの想定は基本的フレームワークに基づいてファイナンス部門の機能を解明するのに役立つものであったが、現実にはさまざまな問題が残るだろう。国がファイナンス部門を担当するとしても、公的組織であれば私的組織に比べてソフトな予算制約や組織の硬直性などの問題が生じる。そして国という単一組織であるとしても、全国民をカバーするには中央政府、地方政府など複数で重層的な組織構造が欠かせないため、組織内における連携等の問題が生じる。これらの問題に直面する状況のもとでも、本稿のファイナンス部門は有効に機能するの

22) その他に、供給側の立地条件も医療サービスの利用という点で現物給付型の所得再分配に影響を及ぼす(知野(2006))。

だろうかという懸念が生じるかもしれない。しかし、ファイナンス機能の有効性に関する検討は本稿の目的を超える領域となるため控えざるを得ないが、それがスチュワードシップ機能に関係した重要な課題の1つであることだけは指摘しておきたい。

おわりに

各国の医療制度に共通した基本的機能を備えたフレームワークのもとで、「医療保障」という目標がどのような仕組みで行われるのかを規範的分析で試みた。とくにファイナンス部門に焦点をあて、そのプロセスにおける資金調達、プーリング、購買という主要な機能について検討した結果、現物給付型の所得再分配になる仕組みがあることを確認した。さらにファイナンス部門の各機能には、現物給付を実施するために特有な特徴と役割が存在し、国民の医療保障を支える基礎的な要件になっていた。また購買段階における給付要件の規制方法は予算制約のもとで、現物給付型の所得再分配機能を損なう可能性も存在していた。

本稿には留意すべき事項がいくつかある。まず、医療制度のファイナンス部門を中心に考察してきたが、供給側となる医療のサービス提供部門および資源創出部門は検討されていないことである。供給側の要因も需給調整を通して医療保障に影響を与える重要なものであるが、これは今後の課題となるだろう。次に、本稿の分析ではいくつかの仮定が設定され、単純なモデルに基づいて規範的分析が行われたことである。仮定の設定についてはそれぞれの箇所での意義と限界を述べてきたので当該箇所に譲ることにしたい。規範的分析については本稿の目的から適用された方法であったが、政策的観点からいえば医療制度の実効性や有効性をもたせることは重要なことである。この点は本稿の領域を超えることになるが、医療制度の基本的機能に係わる各部門に対して規律付ける制度設計や規制などが求められてくる問題である。その鍵は国（スチュワードシップ部門）と国民

の間における信頼関係を構築することに関わっている。

参考文献

- Arrow, K.(1963), “Uncertainty and the welfare economics of medical care”, *American Economic Review*, Vol.53, No.5, pp.941-973.
- Brinkerho,D.W., H.E.Cross, S.Sharma, and T.Williamson(2019), “Stewardship and health systems strengthening: an overview”, *Public Administration and Development*, Vol.39, Issue 1, pp.4-10.
- 知野哲朗 (2004) 「非営利性制約と診療報酬規制：医療サービスの制度経済分析」『医療と社会』, Vol.14,No.3,pp.51-68.
- (2006) 「資源配分機能としての制度・規制：わが国医療制度の経済分析」『会計検査研究』（会計検査院），第34号，pp.55-66.
- (2009) 「日本の医療提供システムと医療政策」『東京学芸大学紀要 人文社会科学系 II』, 第 60 卷, pp.169-182
- (2010) 「医療制度の経済的機能と調整」『会計検査研究』（会計検査院），第41号，pp.97-115.
- (2012) 「医療制度の類型化と分析フレームワーク」『東京学芸大学紀要 人文社会科学系II』, 第63巻，pp.251-256.
- (2013), 「医療制度に関する経済学的考察」『東京学芸大学紀要 人文社会科学系II』, 第64巻，pp.167-173.
- Frenk,J.(1994), “Dimensions of health system reform”, *Health Policy* ,27, pp.19-34.
- Goodwin, N.(2009), “National health systems: overview”, pp.393-408, in edited by Carrin G., K.Buse, K.Heggenhougen, S.R.Quah (2009), *Health Systems Policy, Finance, and Organization*, Academic Press.
- Hurst,J.and M.Jee-Hughes(2001), “Performance measurement and performance management in OECD health systems”, *Labour Market and Social Policy* - Occasional Paper No.47, Paris: OECD.
- 厚生労働省(2019) 「平成29年所得再分配調査報告書」2019年9月
- Kutzin,J.(2001),“A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements”, *Health Policy* 56, pp.171-204
- (2008),“Health financing policy: a guide for decision-makers”, *Health Financing Policy Paper*, WHO Regional Office Europe.
- (2010),“Conceptual framework for analysing health financing systems

- and the effects of reforms”, pp.3-24, in edited by Kutzin, J., C. Cashin, M. Jakab, *Implementing Health Financing Reform - Lessons from countries in transition*, The European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization 2010.
- Londono, J.L., and J. Frenk (1997), “Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America”, *Health Policy*, 41, pp.1-36.
- Murray, C.J.L., and D.B. Evans (2003), “Health systems performance assessment: goals, framework and overview”, pp.3-18, in edited by Murray, C.J.L., and D.B. Evans, *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, World Health Organization, 2003.
- , and J. Frenk (2000), “A framework for assessing the performance of health systems”, *Bulletin of the World Health Organization: The International Journal of Public Health*, Vol.78, No.6, pp.717-731.
- OECD (1987), *Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries*, Paris: OECD.
- (1994), “The reform of health systems: a review of seventeen OECD Countries”, *Health Policy Studies* 5, Paris: OECD.
- (2002), *Measuring Up: Improving Health System Performance in OECD Countries*, Paris: OECD.
- (2004), *Towards High-Performing Health Systems*, Paris: OECD
- (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
- Saltman, R.B., and O. Ferroussier-Davis (2000), “The concept of stewardship in health policy”, *Bulletin of the World Health Organization: The International Journal of Public Health*, Vol.78, No.6, pp.733-739.
- Travis, P., D. Egger, P. Davies and A. Mechbal (2003), “Towards better stewardship: concepts and critical issues”, pp.289-300, in edited by Murray, C.J.L. and D.B. Evans, *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, World Health Organization, 2003.
- Van Doorslaer, E., et al. (1999), “The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries”, *Journal of Health Economics*, Vol.18, No.3, pp.291-313.
- Wagstaff, A., et al. (1999), “Equity in the finance of health care; some further international comparisons”, *Journal of Health Economics*, Vol.18, No.3,

pp.263-290.

WHO (2000), *The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization, Geneva.

Health Financing System and Financial Fairness

Tetsuro CHINO

《Abstract》

Fairness in financial contributions is universally recognized as one of the main goals for healthcare systems. Fair financing in the healthcare system means that the risks each household faces due to the costs of the healthcare system are distributed according to ability to pay rather than to the risk of illness. Therefore, the healthcare system is employed to ensure financial protection for everyone in place of the market mechanism.

This paper sheds new light on how health policy influences each sub-functions of the health financing system, i.e. revenue collection, fund pooling, and purchasing. Particularly, fund pooling and purchasing sub-functions have the fundamental characteristics of preparing for benefits in kind to ensure universal protection against financial risk. However, due to the need to balance public revenues with total spending, financing measures to define and ration benefit entitlements are implemented most commonly through patient cost-sharing obligations. Depending upon the measures employed by policy-makers, there is a possibility that financial fairness will deteriorate.