

「医療と経済」

権丈善一先生（慶応義塾大学商学部教授）

【日本歯科医師会雑誌（Vol.61-No.11：平 21 年 2 月）から抜粋】

* 「社会保障の経済」

一次分配： 全員が『家計』に所属する。 『生産要素』（労働・資本・土地）を『市場』に提供する。 見返りとして『所得』（賃金・配当利子・地代）を得る。

一次分配の原則は、『貢献原則』であり、市場にどれ程役に立ったかで所得を得る。

（病人は、貢献原則では所得が少なくなる。）

一方、「必要に応じて所得を得る『必要原則』」も公平である。 『家計』が租税・社会保険料を負担し、必要に応じて『社会保障給付』を行うことが、『再分配機能』である。

* 「社会保障は、社会政策でもあるが、経済政策でもある」

「社会保障とは、ミクロには貢献原則に基づいて分配された所得を、必要原則に基づいて修正する再分配制度であり、マクロには、基礎的消費部分を社会化することにより、購買力を広く全国に分配する大きな灌漑組織として機能する再分配制度である。」

* 「医療を市場にのせると支払い能力によって医療の利用に差が生まれる。皆が必要に応じて利用できるようにするためには、市場から外さなければならない。」

「医療が必要に応じて利用できる状況ではなく支払い能力に応じて階層消費されている状況があるときに、それを『失敗』とみなしているのは宇沢弘文先生「社会的共通資本」以外には無い。

* 『公共財』は、「非排除性（利用することを排除できない）、非競合性（限界費用がゼロ）」という特徴で定義される。医療・介護・保育・教育は、経済学的には、私的財である。

医療を公的にやるか私的にやるかは、これらのサービスを必要に応じて利用できる社会を作るかどうかという意思決定の問題である。

* 「市場の失敗」の概念は、『程度問題』であり確かめようが無く、水掛け論になるだけ。

* 「小泉改革とは何であったか」

小泉首相は「歳出をどんどん切り詰めていけば『やめてほしい』という声が出てくる。増税してもいいから必要な施策をやってくれ、という状況になるまで、歳出を徹底的にカットしなければいけない」と言った（平 18 年 6 月 22 日経済財政諮問会議）

これは、「この国では負担増を国民に求めれば選挙に勝てないことを理解していたから」。

* 「OECD の中で日本は『小さい政府』である。更に低いのは、韓国・トルコ・メキシコ。

これで「社会保障をしっかり」と言っても、やれるはずがない。日本の医療が今の水準にあること自体が奇跡である。これは医療関係者のがんばりに支えられてきたこと。

公的医療費を増やす必要があるが、「租税社会保障負担からは公的医療費の割合は高い。

それは、教育などを減じて医療は大目に見てもらっているということ」である。
医療界が「財源を他から持ってこい」としか言わないのは間違っている。

* 「民間でできることは民間に」という。公的医療保険は、3つの再分配を行っている。

1) 私的保険がやっている『保険的再分配』。同リスクの人達がリスクに応じた保険料。

2) 高所得者から低所得者へ『所得の再分配』。保険料率は所得に比例しているだけ。

3) 健康な人から病弱な人へ『リスクの再分配』。

以上の3つの中で、「民間でできることは、どう頑張っても1)の『保険的再分配』のみ」。

「医療保険を民間に任せる」という意思決定は、2)、3)を放棄するという意思決定。

* 厚労省は「『医療費将来見通し』推計が過大である」として叩かれる。しかし、将来の実質価値は明確に判断できないことであり、答えようが無いことである。医療費は、「GDPに占める割合を高めようという強い意志」=『政策スタンス』が働かないと上がらない。

「医療費推計の大きな違い」は、「経済成長率が高い時に予測すると141兆円で、低い時に予測すると64兆円になった」と、ただそれだけの話である。

* 厚労省の無力さ（命令されたシーリングを跳ねつける力の無さ）を見ると、「日本の医療をここまでおかしくした原因は、厚労省にあるわけではない」と思う。財務省も与えられた税収でやらねばならないので、「租税社会保障負担がここまで低い日本で、医療がここまで荒廃したのは財務省のせいだと責める気にもならない」。福沢諭吉の「この人民ありてこの政治あるなり」で、「計数感覚に欠ける善良な市民の確信が、医療をはじめとした社会保障をここまでおかしくした」と言うことができる。

* 日本は、「1病床当り医療従事者数が圧倒的に少ない。平均在院日数が長いのは、マンパワー不足が原因の側面もあった」が、「マンパワーを増やすことなく病床回転率を高めたので、医療従事者の仕事量が増えた」ということ。そこで、「あるべき姿を求めて改革を行えば、費用は増えるに決まっている」のに、『改革』でコストを下げようとするのは間違いである。

* 構造改革派は「日本では高所得者の医療ニーズが満たされていない。米国では所得に応じて多様な医療サービスを購入している（階層消費化）」と言う。しかし、「皆保険下の日本では所得に無関係に医療サービス支出はほぼ同じ」である（平等消費化）。

* 日本の医療費を増やす場合、私的医療費を増やす方法と公的医療費を増やす方法がある。私は、「公的医療費を増やさなければ意味がない」と考える。それは、「所得に関わり無く医療サービスを利用できる医療の平等消費社会を、階層消費社会よりも望ましい」と思っているためである。

* 「軍事費を使え」との意見がある。日本の軍事費はずっとGDPの1%で、今は5兆円。軍事費をゼロにして医療費に回した頃には、外交交渉力が弱まって今よりもっと米国からの『年次計画要望書』の言うことを聞かねばならなくなっている。世の中はそういうメカニズムで動いている。

* 日本では、消費税、所得税、資産課税、社会保険料など「全ての財源のプラス増税」をしてもよいと考えている。特に、消費税増税は必ず必要である。

* 「日本の所得税の GDP 比は他国に比べて低い。それは、中下層の所得税負担が低いため」である。高所得者への最高税率引き上げを行っても、医療の必要財源を確保することはムリである。「所得税から財源を得る」ことは、中所得者層を対象に広く取ることを意味する。現在の所得税最高税率を 1% 上げて 400 億円の収入であり、消費税 1% は 2 兆 5000 億円の財源調達力を持っている。

* 「日本の法人税は国際比較をすると高い」。グローバル化の中で、法人税が高かったら企業が消えていく。金の卵を産む鶏は殺してはいけない。生まれた金の卵を分配するのは良いが、鶏は殺さず、誘致するために、各国とも法人税の引き下げ競争をしている。従って、法人税の引き上げは、得策ではない。

* 「日本は『消費税の国税に占める割合』が高い」と言われる。しかし、国税そのものが少ないので、「分母が低いのに、割合が高い、低いと言っても意味がない」。

「消費税を上げる際は、軽減税率を設けるべき」は、運営のコスト・ロスが大きく、導入した国は後悔気味である。EU の前身 EC は、『付加価値税のガイドライン』として、標準税率 15% 以上、ゼロ税率を否定、5% 未満の超軽減税率を否定、軽減税率は 2 つ以下、の 4 点を望ましいルールと指示した。すなわち、「消費税に軽減税率を設けず税収をたっぷりと得て、その財源で給付を充実させる（家計の必要を給付面で判定する）方がベターである。標準税率一本にした方が国民のためになる」と考える。

* 「医療に対する消費税の取り扱い」は、日医の願望はゼロ税率だが、税収が減るので今の財政逼迫では実現可能性は低い。医療にも課税して、その税を社会保障のみに使う。その時に名称を「社会保障税」に変えようという意見もあるが、私はそれでいいと思う。

* 「医療の財源を考える」と、財源調達力・税収安定性から消費税を期待することは当然である。しかし、消費税増税の見通しが不透明であれば、「財源を社会保険料に求めるのが現実的である」と言える。

* 「増税には順序が必要である」と思う。政治家が傷を負わないようにするためには、まずは 所得税・相続税の再配分機能を高め、次に 社会保険料の引き上げ、そして 消費税増税(できればインボイス導入実現後)の順序である。

* 「日本で一番困っている経済問題は、内需が足りない」こと。内需を作る一つの方法は「個人ストックの 1500 兆円を動かす」こと。これまでの「生活自己責任を徹底的に求める」のと反対に、「人々の生活に対する社会的責任を政府が引き受けて、国民に安心して生きてもらう」こと。

* 「地域経済活性化は、社会保障の現物給付で」行うのが良い。今の日本は「地方の『大量の資本』と『一生懸命教育した優秀な労働力』が東京に貢物として捧げられている社会」である。「東京都の富は、日本全国の富である」ので、その富を国中に再分配する手法として「社会保障という現物給付を使う」ことがよい。今まで公共事業がやってきたことを社会保障でやる、西欧の諸国は明確に意識してやってきたことである。

* 日本の現状からは、「国民の生活を安定させ、老後の不安を緩和するのに限界効果が高い政策は『現物給付の充実』であり、『現金給付の充実』はその後で良い」と考える。

介護・医療等の現物給付が不足すると、金融、保険市場が喜ぶ。混合診療を最大の突破口としている外国の医療保険会社・製薬会社・医療機器産業はそれを望んでいる。が、我々生活者はその状況を何とかして避けねばならない。

* 65 歳以上は自己負担 1 割でいい。そのための医療給付費増加は 7800 億円（消費税 0.3%）であり、その程度で全員 1 割自己負担ができる。所得が高いからといって自己負担率を高める必要は無い。「所得が高い人は、保険料を多く払ってもらおう」が、「医療保険が何のためにあるかといえば、自己負担を減らすためにある」ので、現役並みに所得を持っているから現役並みの自己負担率 3 割はあり得ない。

* 日本に欠けているのはアイデアではなく、財源である。社会保障の機能強化を図るためには財源が必要である。その財源は、国民に負担増を求めなければ得ることができない。しかし、国会議員は「負担増を言うと落ちる」ので言わない。「正論（国民に負担増）を言う勇気をもつ政治家が出てきたら、他の欠点は目をつぶってでも支持をする。それしか方法は無い。

* この国には新自由主義とか市場原理主義の政治家はいない。そんな立派な哲学があると考えたら大間違いである。ただ単に、負担増を切り出せないだけである。

* 今は、政・官・研究者・民間諸団体で「社会保障を充実させよう」という価値観を共有できる人々が一つに纏まらねばならない時である。日医にはもう少し慎重であってほしい。

* 政治家にも官僚にも人情というものがある。今や永田町や霞ヶ関では、仮に負担増を実現できても医療には回したくないという空気が出てきている。財源が必要なところは、教育・介護・少子化対策など多くあり、医療に回らないこともあり得る。

* 政権再編は、「せめて医療・介護・保育・教育の 4 分野で、『階層消費がいいか』『平等消費がいいか』という分岐点で行われること」が望ましい。民主党にも自民党にも、どちらの意見の人もいる。

* 「医療費を上げようとなった時に、『あの財源はダメだ』と否定形の議論はしてほしくない。医療に回って来そうに無いから消費税の負担増に反対するということは、社会保険という財源を持たない保育・教育問題を救う道さえ閉ざすことになる。

* 私は、『『ダイナミックな市場』を、『医療・介護・保育・教育サービスを皆が自由に使ってよい共有地』で囲い込んだような社会を作りたい』と思っている。

* 医療団体は、「医療のためではなく介護・保育・教育のために消費税の引き上げは必要だと考えている」と言ってみてはどうか！『捨ててこそ浮かぶ瀬もあれ』です。

* 医療への財源を確保するための社会保険料の引き上げや医療への租税投入の説得に関する言論活動は、医療が危機にあることを知っている第三者たる我々が引き受ける。

* 医療団体という専門家集団は、介護・保育・教育までも視野に入れて、日本の公共部門全体の機能強化、日本人の生活を支える公の部門を総合的に設計し整備していく一番の推進力として、さらには経済界の力に拮抗する生活者代表の勢力として、この国の中で存在感を示してもらいたいと思っている。