

えている国においては、遅かれ早かれ何らかの形で強制的な制度を作る必要に迫られている」(シュメール、2002) 状況である。世界銀行の2005年レポートでは各国の年金改革の主要な目的は「年金給付が社会的にみて妥当なこと、財源が負担可能なこと、財政が持続可能なこと、想定外の事態が発生しても頑健なこと」と述べている(高山、2005)。

公的年金の持続可能性を高める策の1つとして「基礎年金給付を充実させて、公的年金制度は基礎年金に限る」(厚生年金の報酬比例部分の民営化)案が出されている。一方で「所得比例の公的年金は堅持すべきである」という意見もある。日本の公的年金は積立方式から出発して、徐々に賦課方式に移行した。これまでの先進諸国の公的年金制度は確定給付・賦課方式が共通の特徴となっていた。しかし、最近の各国の年金改革では制度の長期安定性を高めるねらいから確定拠出・積立方式の要素を取り入れる改革が大きな焦点となっている。確定給付・賦課方式と確定拠出・積立方式の違いは誰がリスクを負うか、どの程度の所得再分配を行うか、という問にも関係している。

「最低限の保障に関する部分について国が責任を持てば良く、それ以上の部分については国が口を出すことはない」という議論は、それはそれでもっともである。一方で、「公的年金で最低限の保障だけをしようと考えている国においては、遅かれ早かれ何らかの形で強制的な制度を作る必要に迫られている」状況である。現在の厚生年金制度は一定の範囲までについて、1人1人が民間の会社から個人年金を購入するよりも、1つのしくみとして一括して運営する方が効率的であり、かつ、生涯所得に基づいた所得再分配ができるので、国民が運営を国に付託していると考えられる。これが社会連帯の一形態であるが、問題は国の制度としてその構造や水準が適切かどうかということである。

主要6か国の公的年金給付のうち老齢・遺族の対GDP比を比較すると、アメリカの6%からフランスの12%まで大きな開きがある。フランスの給付が大きいのは支給開始年齢が早いこともその一因と考えられる。アメリカやイギリスでは企業年金の役割が大きいため、公的年金の役割は相対的に小さいものになっている。年金制度では支給開始年齢が個々人の引退年齢に大きな影響を与えていると考えられる。各国の制度においては、長く働くインセンティブを付与しようとしている。人々の引退行動に対して年金制度が中立的、かつ、平均余命の伸びが年金財政に影響を与えないようなしくみにすることが望まれる。価値観の多様化に伴い、高齢者や女性の柔軟な働き方を許容し、処遇や社会保険適用において労働時間による差別をなくし、柔軟な働き方に対応して給付も柔軟なものにし、就業インセンティブを阻害しない年金制度にすることが重要である。給付は所得比例で退職後のincome smoothingの一翼を担う。それでも高所得者には企業年金が不可欠である。

## 2.2 現物給付

### (医療保険)

公的医療システムの最大の目的は、国民が所得やリスクに関係なく平等に医療サービスにアクセスすることを保障することである。医療サービスに対する国民のニーズが高まる中で財政的な制約あるいは負担の限界を考慮すれば、このシステムを維持するために医療費増加をコントロールすることが必要であるが、それ以外に医療資源利用の効率化、患者

の権利の向上と患者の選択の拡大、プライマリー・ケアと2次・3次医療の連携の向上、などがシステムの機能向上に欠かせない。

日本人の平均寿命は世界一長い。日本人は病気になっても医療費のことをそれほど心配しなくて良かった。年をとると病気になりやすく、年金生活者にとって医療のための出費は厳しいため、日本では高齢者の医療費負担は極力抑えられてきた。これがこれまでの日本の医療に関する状況であった。しかし、近年の患者負担引き上げを中心とする改正によって、この状況は変化しつつある。ライフコースのいつの時点でも医療費の負担について特に心配しなくて良い社会に住めることのメリットは大きく、社会の安定にも大いに寄与している。

医療費の対GDP比もイギリスや日本の約8%からアメリカの約15%まで大きな差がある。国民医療費の財源は50%が保険料、35%が公費であり、国庫負担を確保するために毎年の予算編成で「医療保険改革」が問題となる。日本の医療システムは相対的には効率よく運営され、国民全体の医療費は他の先進諸国に比べて低い。しかし、65歳以上の医療費に関しては、日本でも効率化の余地は大きいとみられる。

診療報酬点数表における価格の決め方で医療サービス提供者の行為を望ましい方向に誘導するという従来の手法で解決できない問題が増加したため、包括払い方式に向けた取り組みが試行されている。日本の医療システムの機能向上を考えるうえで本質的な課題として次の2点があげられる：1) 医療サービスの質と効率を高めるために診療報酬支払制度にどのようなインセンティブを付与すればよいか；2) 医療サービスの質を保証するにはどのような仕組みが効率的か。医療システムの効率化のために広い意味での患者の参加(患者の一部負担のみならず、生活習慣病の予防、医療システム的意思決定プロセスへの患者の参加、等)が重要になっている。慢性疾患や生活習慣病の増加に伴い、各国の医療制度の中でサービス利用者や提供者が疾病予防に留意するインセンティブは今後増えていくと考えられる。各 actor が本来の役割を果たすようにインセンティブを付与することが重要である。患者中心の医療は医療システム効率化の上で欠かせない。同じ医療費でもパフォーマンスの良いシステムを目指すことが肝要である。

#### (高齢者介護)

人口高齢化が進展する中で、高齢者介護は社会全体としても大きな関心事である。65歳以上の介護保険受給者は65歳以上人口の14%程であるが、この率は年齢が高くなるにつれて急激に上昇し、介護サービスは超高齢者にとって普遍的なニーズであるといえる。介護サービスの提供が措置制度から介護保険制度に変わったことだけでもきわめて大きな前進である。高齢者介護に事業主負担を求めることが妥当かどうかという点は、企業の国際競争力の観点から議論される論点である。

高齢者介護の財源調達については税方式と社会保険方式によるアプローチがあるが、医療サービスと介護サービスを単一の制度で提供するか否かは選択の問題である。多くの国では、どのように高齢者医療と介護を統合していくかということを考えている。医療と介護をどこで調整するかという問題については、「医療サービスと介護サービスの機能の違

いに着目して両者を制度的に分けるが、サービス提供の面では医療と介護の連携を推進する」というアプローチがある一方で、オランダやイギリスのように両者を制度的に統合するアプローチもある。いずれにしても、受け手の側でサービスを選択できることが重要である。介護予防には被保険者・受給者の積極的な参加が欠かせない。また、Aging in placeが望ましいことに変わりはない。

### 3. 社会保障の機能

表1は社会保障の各制度にどのような機能が考えられるかを模式的に示した表である。本節ではこの表の中から所得再分配機能、Income Smoothing機能、Risk Pooling機能について述べる。

#### 3.1 所得再分配

多くの先進国では生涯所得 (lifetime earnings) に基づいた所得再分配を行い、生涯生活水準 (lifetime standard of living) を保障しようという考え方に立って公的年金制度が設計されている。世帯規模の縮小や女性の労働力率の上昇にともなってインフォーマル・セクターの生活保障機能が弱まっている。一方で、社会保険制度財政の中・長期的安定を図るため公的な仕組みの役割を減らして私的仕組みを活用しようとする動きが広まっている。

表1 社会保障各制度の機能

給付の対GDP比(%)	2004	年金 9.1	医療 5.4	介護 1.1	家族 0.6	福祉 0.6	失業 0.3
所得保障							
貧困対策						○	
Income Smoothing	○						
リスク対応		○	○	○	○		○
所得再分配							
世代内(垂直的)	△						
世代間(水平的)	○	△	△	△			
世代間(垂直的)		△				○	
リスクプーリング			○	○			○
社会的統合							
必要に応じた給付(権利)			○	○		○	
個人のcapacityの補完				○	○	○	

ほとんどの先進国において単年の所得再分配という点では税制より公的年金制度の方が大きな役割を果たしているが、生涯に亘る所得再分配に関して公的年金制度はそれほど機能していない (パートレス, 2005)。所得水準に応じて公的年金の賃金代替率を変えるのも1つのアイデアである。所得水準と平均余命との関係は、近年の健康格差の議論の文脈の中で興味深いものである。イギリスでは社会保障による再分配の規模は他の国に比べて小

さい。しかし、各世代が福祉国家からどれだけを受け取り、どれだけを拠出してきたかをみると、世代間のバランスが非常によくとれている（ヒルズ，1997）。その理由の1つとして、イギリスでは高齢者も税金を払っていることが挙げられる。

裕福な人から貧しい人へ、健常者から病気になった人へどの程度の所得移転を行うのが望ましいのか、という点に関して社会的合意が必要である。そのためには、公的保障の規模について国民に十分な情報を提供し、有権者が投票時に判断できるようにする必要がある（スミス，2005）。

### 3.2 Income Smoothing

公的年金の給付削減が避けられない中で、先進各国では公的年金、企業年金、私的貯蓄の3つの役割分担について再検討を行っている。一部の国では国の主たる責任として最低所得を高齢者に保証しているが、先進国の大半においては年金給付が何らかの形で過去に稼得された所得に連動している。前者の場合は有権者の中に年金を強く支持する層が安定的に存在しないため、しばしば年金給付額が変動するが、公的年金給付を拠出に連動させると、中流以上の人たちも年金制度を支持し、政治的には給付水準に対する支持も安定してくることになる（パートレス，2005）。従って、先進諸国の公的年金給付は所得比例であることが一般的であるが、所得代替率は低所得層で高く、高所得層で低いことが多い。このため、高所得者にとっては公的年金給付の所得代替率は不十分であり、企業年金による補完が重要である。公的年金の役割が縮小すれば私的年金の役割はさらに拡大する。

### 3.3 Risk Pooling

医療や介護の現物給付はそれによって所得が増えるわけではないが、不測の事態に至った際の高額な出費というリスクを社会システムによって回避できるしくみである。高齢者の増加及び介護サービスの充実によって、高齢者の医療費と介護費の合計が今後増加することはやむを得ないが、その前提としてサービス提供の効率化とサービスの質の向上は不可欠である。サービスの質の面ではサービスの受け手がサービスを選択できることが特に重要である。一方で、介護サービスに関しては被保険者集団のリスクはよくわかっているという条件が満たされていないため民間保険ではうまく対応できない（Mossialos and Dixon, 2002）ことにも留意する必要がある。医療サービスや介護サービスにおいては予防を重視することが支出増加を抑制するための根本的な解決策につながると考えられる。

## 4. 社会保障の全体像でその機能を考える

### 4.1 Social Expenditure

（社会保障の規模）

社会保障の規模に関してヨーロッパ大陸諸国とイギリスやアメリカとではかなりの差が見られる。社会支出の対GDP比は日本とアメリカが15%前後で近いレベルにあり、ヨーロッパ大陸諸国は30%近い。アメリカでは非高齢者の医療保険が公的保障の対象ではないの

で、その分負担が見かけ上低くなっている。仮に企業が負担している従業員に対する医療保険を加えると、アメリカの負担は日本より高くなる。社会支出のうち、失業・労働市場・住宅・その他は除外した社会保障支出（年金・医療・介護・家族の合計）の対GDP比は、急速に上昇している日本も含めて10%台の後半から25%までの間に収斂する傾向がみられる。

（給付配分）

社会保障における制度ごとの給付の配分に関する問題は国の形にかかわる問題である。イギリスのように医療や介護に重点を置き、年金の分野では公的制度は低所得者への支援に集中し、中所得以上の者には私的仕組みを用意して政府の役割は最小限にとどめる、というのも1つの行き方である。イギリスの公的年金給付（対GDP比）は4%と低いが、強制適用の企業年金・個人年金まで含めれば約9%にのぼり、高齢者の所得保障を安く済ませられるわけではない。先進諸国において介護に要する総費用はおよそGDPの1～3%に分布して大きな差があるが、北欧諸国が最も手厚く、その大部分は公的支出である（OECD, 2005）。

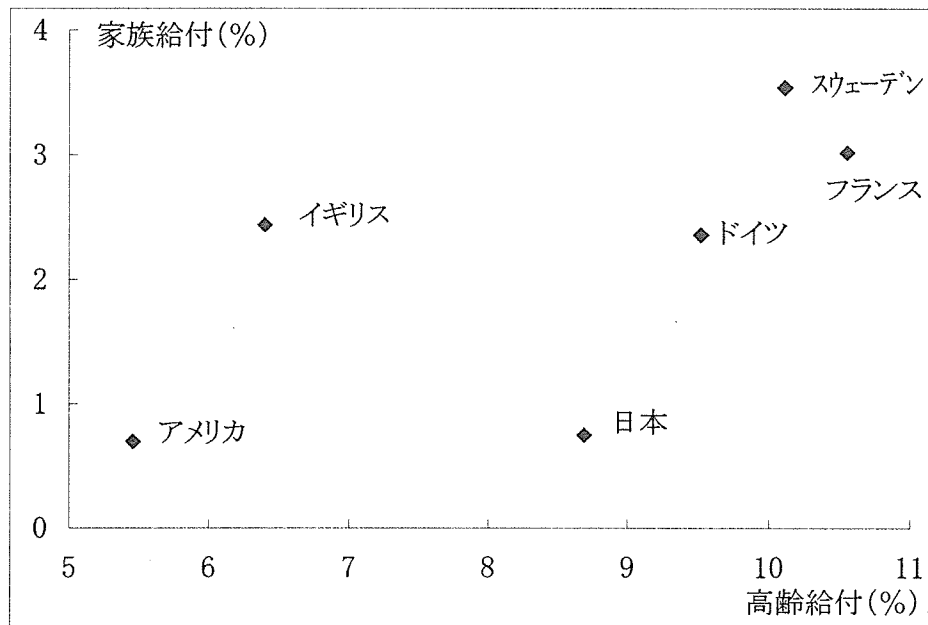
社会保障制度の中の現金給付の代表例が年金である。医療保険は基本的にはサービスであり、介護もやはりサービスが中心になる。現金給付と現物給付のどちらにウエイトを置くかという問の答えはそれほど単純ではないが、年金を基本にすえた上で医療と介護の負担を考えるとというアプローチがある。一方で、所得保障は自助努力を中心にして、公的制度は現物給付に重点をおくアプローチもある。給付の効率化の観点からは、医療の入院給付や介護の施設給付において入院・入所中の食費・宿泊費（いわゆるホテルコスト）の本人負担化も1つの流れと考えられる。高齢者向け給付と育児や住宅の取得といった若い世代に対する所得移転プログラムのバランスも重要な課題になっている。いずれにしても、公的制度がどの分野に重点を置くかは相対的なもので、絶対的な基準があるわけではない。

図1は主要6か国の分野別社会支出のうち「高齢」（介護を含む）と「家族」を図示したものである。日本の社会保障給付は高齢者に偏っているが、高齢給付が他の先進国に比べて高いわけではなく、家族給付が充実していないことをこの図は示している。また、図2は社会支出全体の中での現金給付と現物給付の対GDP比を示したものである。

#### 4.2 公的制度と私的仕組みのインターフェイスを通じて公的制度の機能を考える

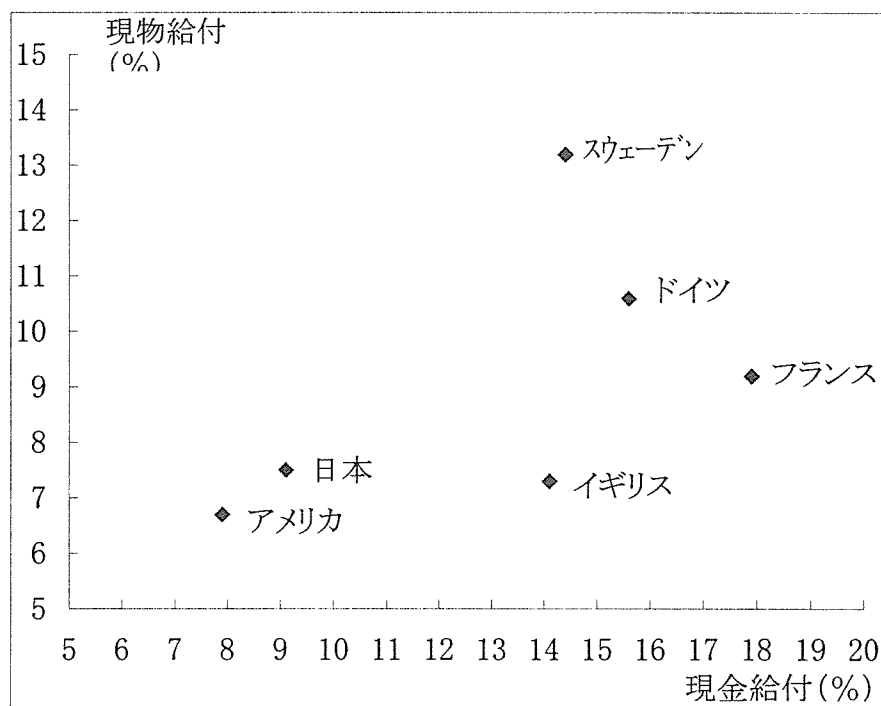
企業は社会保障制度内で事業主負担を担っているのみならず、企業年金をはじめ独自の福利厚生に関する負担をしており、国際競争の観点から企業負担についての関心が高まっている。社会保障は公的制度だけで完結しておらず、社会保障のあり方を考える上で企業や家庭を視野に入れる必要性がますます高まっている。その典型的な例が職域年金や医療費である。強制的な職域年金は限りなく公的年金に近いし、医療サービスの一定部分は公的制度の外で支出されている。公的制度のスリム化、企業福祉の縮小、個人責任の拡大は、社会保障と私的保障のインターフェイスに焦点を当てることによって、より良い解決策を見いだすことができると考えられる。

図1 6か国における高齢給付及び家族給付の対GDP比:2003年



(注) 高齢給付には老齢年金の他に老人福祉費や介護給付を含む。  
 出典: 国立社会保障・人口問題研究所(2006). 平成16年度社会保障給付費

図2 OECD社会支出における現金給付と現物給付の対GDP比:2001年



出典: OECD (2004). Social Expenditure database, 1980-2001.

賃金水準はフランスやスウェーデンで低く、ドイツで高い。賃金に社会保険料（事業主負担分）を加えるとドイツはさらに高くなり、日本の1.3倍、フランスの1.2倍である。賃金付随コストは社会保険料（事業主負担分）の他に法定外福利費や退職金・企業年金等の費用がある。企業の社会保障負担を考える場合には、社会保険料の事業主負担分に関する帰着が問題になる。社会保険料の労使負担割合はアメリカやドイツでは労使折半であるが、フランスでは1対3、スウェーデンでは1対5でいずれも事業主の方が多い。しかしながら、事業主負担分の帰着が賃金であると仮定すると、労使負担割合にも特段の意味はないことになる。

#### 4.3 望ましい社会保障像

本研究は2007年度以降、今後の社会保障の在り方や望ましい社会保障像について社会保障関係の機関・団体にたずねて、それらをパラメータとしてマクロモデルに投入してシミュレーションを実施する予定である。その際の調査内容として以下のような項目が考えられる。

- 制度・外枠：税制（法人税、消費税）、社会保障の給付と負担、少子高齢化、産業立地
- 賃金：賃金プロファイル、社会保険料の事業主負担、退職金・企業年金、労働分配率
- 雇用・働き方&働かせ方：同一労働・同一賃金、非正規の処遇、ワーク・ライフバランス、高齢者の就業（定年延長）、女性の就業

#### 5. 議論とまとめ（注2）

日本の社会保障を西ヨーロッパ諸国やアメリカと比較するといくつかの特徴が挙げられる。日本の医療費は相対的に低い水準にとどまっているが、年金や介護では構造的な問題をかかえている。高齢期の所得源の1つとして稼働所得が見直されているが、日本の50歳以上の労働力率の高さは大きな社会的資産である。負担の限界あるいは企業の国際競争力の観点から、西ヨーロッパ諸国ではすでに保険料の引き上げが選択肢ではなくなり、アメリカでも保険料の引き上げは極めて不人気である。日本でも保険料の引き上げには国民の抵抗が強いが、その根底には制度に対する不信があるとみられる。

社会保障の全体像は各国で様々である。社会保障をみる上での座標軸は社会保障の規模、社会連帯の度合い、制度の形（公的制度内の配分、公私のインテグレーション）であろう。社会保障においては連帯給付を支えるために連帯負担を求めるわけであるが、その前提としては制度の整合性・公平性が確保され、制度の目的が国民に支持されていることが必要である。年金と医療・介護は財源確保の面で競争関係にある。社会保障の規模をどの程度とするのが良いのか；同じ規模の社会保障でも医療・介護に重点を置くのか、年金に重点を置くのか；どの程度の所得再分配を行うのが良いか；これらは最終的には国民の選択によるものであり、国民が適切に選択するために十分な情報を提供することが重要である。制度に対する信頼がなければいけぬ程、国民は負担の少ない選択に傾きがちである。高齢化関連給付の改革は給付の寛大さを減少させる他、特定の世代に負担を集中させず、勤労者の貯蓄意欲を高め、低所得者に配慮するなど、バランスのとれた対応が必要である（OECD,

2003b)。社会保障に対する負担（税、社会保険料、利用料）が軽減されても、それによって縮小した生活保障機能を個人で補わなければならない。社会保障の機能や範囲について実態を明らかにし、改革案によってそれがどう変わるのかを示すことが、国民に選択を求める上での前提となる。

社会保障制度を財政的に持続可能なものにするために、各国でさまざまな工夫をしている。多様なライフコースをたどる国民にとって必要なときに頼りになる社会保障制度が存在し、社会保障制度が大多数の国民に支持されていることも、制度の持続可能性に劣らず重要である。「大きな政府か小さな政府か」はヨーロッパではもはや対立軸ではない(注3)。年金分野で国の役割が小さいとみられるイギリスでも、強制適用の職域年金を加えれば、年金給付の対GDP比はほぼ9%に達する。スウェーデンが公的年金の1階部分を所得比例年金に変更した今日、主要国の中では公的年金制度が果たしている役割の大きさからみると、イギリスだけが取り残されている状況である(注4)。医療費の面ではアメリカが特異的に高く、日本は優等生のようにみえる。しかし、イギリスなどで推進されている「患者を中心にすえた医療」という観点からみると、日本にはまだ改善の余地が大いにある。「社会連帯か自助努力か」も真の対立軸ではなく、程度問題である。社会連帯を重視するか個人の責任を重視するかは、国のあり方にかかわる根本的な問であるが、社会保障制度において個人の選択と責任を重視することは、社会的公正や社会連帯を軽視することではない。社会連帯と自己責任のバランスをいかに図るかを各国は模索している。社会保障の規模が同じでも、その負担・給付構造によって国民の効用は変わってくる。このため社会保障の規模と同時に、社会保障制度が国民の効用を最大化しているか否かが問われている。

制度の加入者・受給者をcustomerとして扱うことが、国民の支持を得て制度を効率的に運営する基本である。社会保障の機能を考えるうえでも事業主負担の扱いはkeyとなる問題の1つである。ITを利用して効率的な運営を行うことが国民の付託に応える道である。各国の経験によると、貧困者だけにサービスの焦点を当てると結局国民の支持がなくなり、サービスの質そのものが落ちてしまう。

(まとめ)

日本の社会保障給付は高齢者に偏っているが、高齢給付が他の先進国に比べて高いわけではなく、家族給付をはじめ、他の給付が充実していないためである。社会保障による所得再分配機能は負担の逆進性や低所得者対策の面で再考する必要がある。医療や介護による現物給付は Risk-pooling 機能をよく果たしている。現金給付と現物給付のバランスは社会保障の負担と給付に関する全体的な議論の中で方向付けがなされる。

(注1) 本研究においては、1) 制度横断的に社会保障の機能を分析し、家族形態や就労形態の変化に対応した社会保障の機能を考察し、2) 社会保障の機能評価に関するシミュレーション分析を通して、政策の選択肢が社会保障の機能に与える影響を評価する。シミュレーション分析には、統計的な変数の作成のほかにカリブレーション分析と呼ばれる方法を採用する。こ



これは、社会保障制度の利害関係者（保険者、被保険者はもちろん、企業経営者、労働組合などが含まれる）にヒアリング・アンケートを行い、そこから得られる情報を数値化してシミュレーション分析を行う方法である。本研究によって、現金給付と現物給付のバランスや年金・医療等制度相互の給付の調整を考えるうえに必要なデータを得ることが期待される。

（注2）この節は府川（2005b）を改訂したものである。

（注3）どの国も両極端の立場ではなく中間に位置しているという意味で相対的なものであり、クリアーカットな対立軸ではなくなっている。なお、高齢者の貧困問題等に対して西ヨーロッパ諸国程敏感でないアメリカでは「大きな政府か小さな政府か」は対立軸としての意味合いがより多く残存している。

（注4）イギリスで問題が消滅しているわけではなく、職域年金に問題が押しつけられている。

## 文献

- シュメール・ヴィンフリート (2002). 年金と財政. in 日独社会保障共同シンポジウム 高齢者の医療・介護・年金保険, 健保連.
- スミス・ピーター (2005). ヨーロッパの医療システム改革と日本への示唆. 季刊社会保障研究, 40(4), 324-336.
- 高山憲之 (2005). 年金に関する世界銀行の新レポート. 年金と経済, 24(2), 54-58.
- バートレス・ゲイリー (2005). 先進諸国の年金改革から得られる政策的意義. 季刊社会保障研究, 40(4), 315-323.
- ヒルズ・ジョン (1997). 福祉国家の再構築. 季刊社会保障研究, 33(1), 18-25.
- 府川哲夫 (2003). 高齢者にかかる医療・介護のトータルコスト. In 選択の時代の社会保障, 東大出版会.
- 府川哲夫 (2005 a). 公的年金の役割. in 先進5か国の年金改革と日本, 丸善プラネット.
- 府川哲夫 (2005 b). 社会保障制度の行方. in 社会保障制度改革, 東大出版会.
- Mossialos, E. and Dixon A. (2002). Funding health care: an introduction. In Mossialos, Dixon, Figueras and Kutzin (eds.) Funding health care: options for Europe, Open University Press.
- OECD (2003a). Low fertility rates in OECD Countries: Facts and Policy Responses. DELSA/ELSA/WD/SEM (2003) 15.
- OECD (2003b). Policy for an ageing society: Recent measures and areas for future reform. ECO/WKP (2003) 23.
- OECD (2004). Social Expenditure Database 1980-2001.
- OECD (2005). Extending Opportunities : How active social policy can benefit us all.
- OECD (2006). Health Data 2006.
- Palme Joakim (2005a). Features of the Swedish pension reform. The Japanese Journal of Social Security Policy, Vol.4, No.1 (June 2005).

Palme Joakim (2005b). The future of Social Security in Sweden.

Schmaehl Winfried (2002). New Developments and future Directions of the Public Pension System in Germany. *Journal of Population and Social Security: Social Security Study*, March 2002.

# Macro evaluation of the Japanese healthcare system in comparison with Germany

12 March 2007

Tetsuo Fukawa

National Institute of Population and Social Security Research (IPSS)

The sustainability of the social security system with the aging of the population is a big concern in many developed countries. Aging of the population will be especially serious in Japan, and the Japanese total population will decrease from present 127 million to less than 100 million: the aging rate (proportion of people 65 years old or over of the total population) will increase from the present 20 percent to 36 percent or more in 2050. These demographic changes as well as financial situations will have profound effects on social security systems, and the sustainability of healthcare systems has been a pertinacious concern in Japan and Germany.

In this paper, we feature similarities and differences of healthcare systems in Japan and Germany (Section 1), describe healthcare reform efforts in both countries (Section 2), discuss issues for future reforms (Section 3), and draw some conclusions (Section 4).

## 1. Overview of healthcare systems in Japan and Germany

Most healthcare services in Japan are provided through the public health insurance system. The total population has been covered by public health system since 1961. Japan has two categories of health insurance (employer-based insurance and National Health Insurance) and the Health Service Program for the Elderly. The total population, except those who receive public assistance, is covered by the public health insurance (Note 1), and there are hundreds of separate sickness funds (or insurers) linked to a person's employer, occupation, or geographic location. Each fund provides coverage for a person and his or her dependants. Insured persons cannot choose a sickness fund. While there are many similarities among sickness funds in terms of health services covered and reimbursement procedures for services provided, there are systematic differences in available benefits and level of national subsidy. Under the Health Service Program for the Elderly (Note 2), patient's cost-sharing is reduced, and a different Medical Fee Schedule is applied, although this program will be changed in 2008. The private sector is important in delivering healthcare services and maintaining public health. However, the role of the private sector is relatively minor in terms of healthcare financing.

Table 1 is a summary table of health insurance in Japan and Germany. Employees and the self-employed are covered by different schemes in public pensions and health insurance in Japan. In Germany, about 90 percent of the population is covered by public health

insurance, and those self-employed who were previously covered are also qualified for the system. In Germany, insured persons have been able to choose their insurer since 1996, and risk adjustment is done according to age, sex, number of dependants, etc. There is also a sharp contrast between the two countries in terms of treatment of the elderly. A special program for the elderly reduces patients' cost-sharing considerably, but there is no special arrangement for the elderly in Germany. The role of private insurance, which so far remains marginal, is expected to grow in Japan. On the other hand, private risk-based health insurance and solidarity-based public insurance co-exist in Germany, although the latter is dominant (OECD, 1997).

All funds cover a broad range of healthcare services including hospital and physician care, dental care, pharmaceuticals, and even some transportation in both countries. The sickness funds also pay some cash benefits, such as sickness allowance and maternity allowance, but society-managed funds generally pay greater cash benefits than National Health Insurance. Large employers provide some preventive care, but health insurance covers little preventive care in general, and it provides only cash payment for normal pregnancies in Japan. Benefits are more comprehensive in Germany, especially on preventive services and rehabilitation (Maydell, Shimomura, Tezuka, 2000). Both countries offer free choice of physicians and hospitals.

Both inpatient and outpatient services are provided in Japanese hospitals. While hospitals can enjoy economy of scope on the one hand, on the other hand there is severe competition in outpatient services between hospitals and physicians (Fukawa, 2005). In order to correct excessive competition, it has been considered that hospitals be classified by function and patient flow streamlined in Japan. Starting from a clear division between inpatient and outpatient services, more coordination is sought between primary and secondary care in Germany. The Japanese reimbursement system is basically fee-for-service with partial price bundling mainly for chronic diseases of the elderly, and the same nationwide fee schedule is applied to physicians and hospitals. In Germany, different reimbursement systems are applied to physicians and hospitals.

Table 1

## **2. Healthcare reform efforts in Japan and Germany**

### **(1) Healthcare reforms in Japan**

Since the universal coverage of the nation through public health system in 1961, the benefit level was improved considerably in the 1960s and 1970s. However, cost containment has been a big issue in the Japanese healthcare reforms since the 1980s, and reforms in the

1990s featured the pursuit of quality (such as informed consent and patient's choice) as well as cost-containment. The main reform issues in the Japanese healthcare system identified in the 1990s were: 1) reorganization of the health service delivery system; 2) reforms of the reimbursement system of medical fees and pharmaceutical pricing system; 3) financing of healthcare for the elderly; and 4) quality assurance of health services and empowerment of patients (Fukawa, 2005). It has been more focused on the sustainability of the system and patients-oriented healthcare in the 2000s. Therefore, the control of health expenditure of the elderly has been targeted, as well as the reduction of lifestyle-related diseases especially those caused by obesity. The following two issues are discussed as key for the coming healthcare reform in Japan: a) to put the right incentives in the system; and b) to activate the roles and functions of insurers. In accordance with higher patients' expectations, the measurement and assurance of quality of healthcare services has become an important policy area.

Most health services are reimbursed on a fee-for-service basis in Japan, and in order to correct false incentives in the fee-for-service system, a partial price bundling has been introduced since the 1990s and a feasibility study of a prospective payment system has been conducted since 2003 for inpatient services. The focuses of reforming the healthcare system for the elderly are always a) coordination between healthcare services and long-term care services and b) elimination of inappropriate long-term hospitalization. One of the main reasons to introduce the long-term care insurance in 2000 was to reduce the number of so-called socially induced hospitalization cases especially among elderly patients.

## **(2) Healthcare reforms in Germany**

Public healthcare insurance (GKV, "gesetzliche Krankenversicherung") faces great challenges. The revenues of the compulsory health insurance funds ultimately depend on the state of the economy. In times of a weak economy, fewer job holders make full contributions and the revenues of the sickness funds have developed poorly. On top of this weak development, the member structure of the GKV has changed: the rising number of contributing pensioners with lower incomes on average than job-holding members; the switch of ca. 800,000 members to private health insurance, both in the years 2000 to 2003. These and other developments have negative effects on the revenues of the sickness funds. On the expenditure side, the rising life expectancy as well as the growing share of older people in the total population, which is laudable and welcome in itself, causes health expenditure increase.

The German government has undertaken a series of reforms starting with the health reform of 2000, in order to secure fair and high-quality healthcare for the 70 million

insurants (approximately 90 percent of the population) in the future. The cross-sectional objectives of all reforms are to reduce contribution rates, to create further orientation towards the patients, to provide quality assurance and to improve efficiency (Sozialbericht 2005).

Prevention has been given a high significance. Increasing and continuous investments in prevention and health-promoting measures increase the chances of the citizens of leading longer, self-determined lives with fewer impairments and more quality of life (Sozialbericht 2005). The risk of illnesses related to exposures due to lifestyle or environment can for the most part be reduced through taking the earliest possible steps for prevention. Developing prevention and health-promotion into an independent, self-contained pillar is a concrete part of the future-oriented health policies of the German Government (Sozialbericht 2005).

In the upcoming reforms, the German Government wishes to develop the system with fair and just distributional effects (Sozialbericht 2005). Much will depend on how to balance solidarity and efficiency. On the supply side, the German Government intends to follow the course towards intensification of competition between providers as well as contract models, in order to improve efficiency of the system (Sozialbericht 2005).

### 3. Issues for discussion

Table 2 shows health-related indices in six countries. The numbers of physicians and nurses are higher in Germany than in Japan. The number of beds per 1,000 is very high in Japan, and as a natural consequence of the over-supply of beds together with under-developed division of hospitals for acute and chronic diseases, the average length of stay in hospitals is very long in Japan. The health expenditure as a percentage of GDP was low in Japan and the UK and higher in Germany. Health expenditure by provider reveals that hospital services amount to 3.9 percent of GDP in Japan, compared to 3.2 percent in Germany, although Japanese health expenditure is lower than that of Germany. This is explained by the fact that both inpatient and outpatient services are provided in Japanese hospitals, which is not the case in Germany. Out-of pocket payment is higher in Japan (1.4 percent of GDP) than in Germany (1.1 percent).

Table 2

Based on the OECD Health Expenditure, we define **healthcare expenditure** as the sum of (a) hospital services, (b) ambulatory care, (c) pharmaceuticals and medical goods, and (d) public health, in order to eliminate nursing and residential care expenditure which is partially included in the healthcare system.

## **(1) Financing**

Fig. 1 shows the above-defined healthcare expenditures in four countries since 1995, and this chart suggests that despite vigorous efforts to contain expenditure since the 1980s, healthcare expenditure still faces pressure to increase in the 2000s in each country. Despite vigorous efforts to contain healthcare expenditure, Japanese healthcare expenditure has increased steadily due to rapid ageing of the population, health technology, etc. If we include long-term care expenditure to some extent or in full, the tendency will become much clearer in countries like Japan.

Fig. 1

Public health insurance in Japan is currently financed through contributions (individuals as well as employers), government subsidies and out-of-pocket payment (patient cost-sharing + direct patient payment for services not covered by insurance). Health services for needy persons based on the Public Assistance Law of 1950 and public funding for specific diseases and disorders (such as tuberculosis, nuclear irradiation and mental illness) accounted for 6 percent of all health expenditures. The proportion of patient cost-sharing in the national health expenditure has been decreased from 40 percent in 1955 to 11 or 12 percent in the 1980s and 1990s, but it has started to increase due to recent healthcare reforms. Now, the proportion of patient's cost-sharing of the total health expenditure was more than 15 percent as of 2004. Thirty-five percent of health expenditure is financed by the public funds, and there are vigorous political budget debates each year in order to secure necessary national subsidy. Under these circumstances, it is not easy to discuss the issues according to the priorities.

Patient's cost-sharing used to be different among different schemes, but it has been unified to 30 percent of healthcare costs for non-elderly patients and 10 or 20 percent for elderly patients. Moreover, there is an upper ceiling on patient's cost-sharing (Note 3), and all sickness funds pay 100 percent of expenses above the upper ceiling. This cap is lower for low-income persons and those who have already paid the maximum for three months within a year. Because of the cap, patients' cost-sharing used to be low. However, increase in the patients' cost-sharing have been the main tool of healthcare reforms in recent years, and the patient charge on pharmaceutical cost for outpatient services, which was introduced for the first time in September 1997 (Note 4), was reported to have had a major impact on patients behavior. There are concerns that the present level of patients' cost-sharing (30 percent) could induce under-utilization of healthcare services among low-income

households.

Solidarity between patients and non-patients remains the same, but solidarity between young and old may be changing in both countries. Patients' cost sharing has been increased several times without lasting effects for cost-containment in Germany (OECD, 1997). The success of these reforms could have created the margin necessary to tackle the reform of the financial side. The proportion of out-of-pocket payments to the healthcare expenditure differs country by country, but Japanese out-of-pocket payments are higher than those of Germany in terms of both percentage of healthcare expenditure and percentage of GDP (Fig. 2b). The existing coupling of funding to the wages and salaries has shown weakness, not fully taking the changes in the job market into account. However, there is no easy solution, and options such as to reducing the benefit catalogue of the public health insurance and relying more on private health insurance should be based on careful deliberation. Among total healthcare expenditure, private healthcare expenditure ranges so far between 1.5 and 2.5 percent of GDP in most countries except the United States (Fig. 2a).

Fig. 2

A large cut in medical fees and the introduction of a new insurance scheme for those over the age of 75 is expected to help keep spending at around 5.5 percent of GDP through 2010 (OECD, 2006b). Much of the expected spending restraint, however, depends on reducing the demand for healthcare by preventing lifestyle-related diseases. Given the difficulty of achieving such savings, additional reforms are needed and public health insurance will have to be trimmed further due to financial constraints. The key to achieving higher quality and greater efficiency in healthcare, as well as in long-term nursing care, is to make greater use of the dynamism of the private sector, in part by allowing companies to manage hospitals and nursing homes (OECD, 2006b). However, some important aspects such as quality assurance and fairness to all will not automatically follow to the greater use of private sector. In this context, it is quite interesting to study the effectiveness and efficiency of the dual system in Germany: the co-existence of private risk-based health insurance and solidarity-based public insurance.

## **(2) Healthcare for the elderly**

The Health Service Program for the Elderly was first introduced in 1983 to equalize the burden of healthcare costs of the elderly among various health insurances and to ask elderly patients for reduced cost-sharing. Membership in this plan was those who were aged 70 or



over as well as disabled persons aged 65-69. These persons may be in any fund, although they are most likely to be in National Health Insurance. Patient cost-sharing aside, 70 percent of the total cost is covered by all sickness funds, 20 percent by the national government, and 10 percent by local governments. In consideration of the importance of long-term care for the elderly, the proportion borne through public funds was raised in 1992 from 30 percent to 50 percent when the expense is related to long-term care services.

The control of health expenditure of the elderly has always been focused, and cost-sharing of the elderly patients (70+) was increased from a fixed amount to 10 percent of the cost in 2000. The eligibility to the Health Service Program for the Elderly (HSE) has gradually increased from 70 to 75 years old in 2002 reform. In 2006 reform, it was decided to create a new health insurance for the elderly aged 75 or over in April 2008. Under the new scheme, all the elderly including those who are dependent will have to pay the contributions.

After the implementation of the long-term care insurance in April 2000, the number of so-called socially induced hospitalization cases especially among elderly patients has been reduced, although not totally eliminated. Table 3 shows health expenditure by age group in Japan and Germany (eliminating long-term care expenditure) using national sources. Per capita health expenditure by age group in Fig. 3 (a) clearly shows a positive effect of long-term care insurance in Japan for reducing the health expenditure of the elderly. Nevertheless, Japanese elderly consume relatively higher healthcare expenditure compared to their German counterparts (Fig. 3 b). The average per capita health expenditure for those who are 65 or over is 4.3 times than that for 0-64 age group in Japan. As a result, about half of the national health expenditure is consumed by those who are aged 65 or over (19 percent of the population) and about 40 percent by those who are aged 70 or over (13 percent of the population).

Table 3, Fig. 3

Given the rapid ageing of the population, the question of how to finance the cost of public programs for the elderly has been a leading issue in recent years. Japanese health expenditure as percentage of GDP is lower than that of Germany, but health expenditures for the elderly (65+) are similar in both countries (Fukawa, 2001). The cost of public programs for the elderly (65+) concerning healthcare and long-term care may reach to a certain range, which is quite related to the cost of old age and survivors pension. Aging of the population together with a declining working-age population inevitably focuses on the cost of old age in general.

### **(3) Incentive issues**

Most healthcare services are reimbursed on an itemized fee-for-service basis in Japan, and the price of each service is specified in the Medical Fee Schedule. The same nationwide fee schedule is applied to physicians and hospitals. The fee schedule and the drug standard have been the primary tools used to pursue healthcare reforms in the 1980s and 1990s in Japan. It has become clear, however, that these tools are limited, and other measures are being studied to improve the quality and efficiency of health services concurrently. In order to correct false incentives in the fee-for-service system, a package payment (or partial price bundling) mainly for chronic diseases of the elderly has been introduced since the 1990s. Price bundling is applicable monthly for outpatient care and daily for inpatient care on clinical tests, pharmaceuticals, injections, and nursing charges (inpatient only). Total inpatient per diem is bundled only in special cases such as hospice care. A nationwide feasibility study of a prospective payment system (called DPC) has been conducted since 2003 for inpatient services. These Japanese efforts are still at an initial stage and the actual situation is far from typical prospective payment (Fukawa, 2005). A final goal may be the transformation of the reimbursement system from itemized fee-for-service to payment per case.

The reform of the reimbursement system is especially important to place the right incentives in the system. Case payment to hospital services and assessment of hospital budgets using the DRG-method (Diagnosis Related Groups) in Germany and experimentation with DPC in Japan are certainly typical examples to improve the healthcare system, although the effect of such approaches on healthcare expenditure still needs to be seen.

In Japan, activities of insurers have been marginal so far. In 2006 reform, however, some incentive has been finally placed on insurers to do more preventive activities. Patient's cost-sharing is not only a financing issue but also an incentive issue. Both countries are seeking the right incentive structure for all parties concerned because this is crucial for the sustainable development of the healthcare system. The ways to improve the incentive structure in the healthcare systems lie in inspection and open management.

### **(4) Patient-oriented healthcare**

Patient's involvement is more and more needed in order to achieve higher quality and greater efficiency in the healthcare system. However, lack of empowerment of the user is another weakness of the Japanese healthcare system. In order to improve the satisfaction of service receivers, it is desirable to make various decisions and coordinate services at points

where the system interacts with end-users. For example, it is quite natural from the consumers' point of view to demand coordination between healthcare and long-term care services.

Benefit packages do not allow the mixed use of listed and non-listed items in Japan. For example, whenever advanced technology that is not covered by health insurance is applied, the total costs are treated as ineligible for insurance coverage. This is called the prohibition of mixed use. However, under the high-cost relief scheme, if a patient receives certain high-technology treatments in specially approved medical facilities, the basic part corresponding to the listed conventional health service is covered by the insurance, and the patient should pay the balance.

Patients are free to choose any healthcare institutions and the prices of the services provided there are basically the same. Priority is given to equality in healthcare delivery, and classification of hospitals according to their functions and streamlining patient flow are not sufficient in Japan. Therefore, the so-called "gate-keeping" function of primary care physicians is weak, and the referral system does not work well. According to Smith (2004), public systems are seeking to expand and enhance levels of patient choice of provider and treatment, whilst social insurance systems are seeking ways to restrain traditionally high levels of choice in order to promote cost containment and improve coordination of care.

Japanese health insurance in general pays relatively little attention to preventive care. However, in view of the importance of lifestyle-related diseases, prevention has slowly become one of the main issues in 2006 healthcare reform. Prevention is important not only for averting cost-push pressures to health expenditure but also for people's quality of life. People wish for quality healthcare services, and they will pay higher prices for better healthcare services. People will accept greater responsibility for lifestyle-related diseases.

#### **4. Evaluation and Conclusions**

Japan enjoys the lowest infant mortality rate and the longest life expectancy at birth among the major developed countries. In comparison with Germany, Japanese output indices are better with lower healthcare expenditure. However, we should be careful in drawing any conclusions, because the infant mortality rate and life expectancy at birth are no longer proper indicators for evaluating healthcare systems. Japan's healthcare delivery system and patterns of patient flow raises many questions such as quality issues and overuse of pharmaceuticals. On the other hand, the performance of the Japanese healthcare system is not so bad as to require the system to be fundamentally redesigned (Fukawa, 2005).

It is generally understood that improvements in the standard of living have strong impacts on the extension of life expectancy in postwar Japan. The availability of health

insurance has also helped to raise the quality of people's lives, and equity and stability in society. Employer-based insurance eliminates workers' fear of financial burdens imposed by illness. Community-based National Health Insurance functions as a kind of barrier against an individual's becoming a recipient of public assistance too easily. Health insurance for the elderly provides a remarkable example of solidarity.

Japanese health insurance is divided into various programs, but coverage is quite egalitarian in terms of burdens as well as benefits through an intricate set of cross-subsidization mechanisms (Campbell, 1996). The fee schedule clearly favors physicians in private practice over hospitals, and fees are especially low for the services that more advanced hospitals provide, such as surgery and intensive care (Hsiao, 1996). Therefore hospitals compete with the clinic doctors by promoting their outpatient care. On the other hand, Japanese hospitals are not eager to perform those services which are undervalued by the fee schedule. The fee schedule was the key factor to controlling the increase in health expenditures in Japan (Ikegami, 1991). Examination of fee claims, through third-party examination organizations as well as checks by the insurers, functions to contain health expenditure increases in the Japanese fee-for-service system. Even if the scale of utilization reviews is limited, the existence of such reviews itself has an important impact on the prevention of excessive utilization and fraud.

Universal healthcare coverage through a public health insurance scheme with fee-for-service payment is the basic definition of the Japanese system so far, which has contributed to the equitable distribution of health services and relieved families from old-age support. Several mechanisms are necessary to make a fee-for-service payment system work, including price-setting, utilization reviews (to control the volume of service), and regulations (to minimize moral hazards tempting both physicians and patients). The Japanese experience has shown so far that fee regulation on virtually any service, combined with utilization review, can control costs even without supplementary measures to limit volume (White, 1995).

However, this approach faced serious limitations in the 1990s, and the Japanese government is searching for new measures to control the increase in demands for health services. Prevention and empowerment of patients are gaining importance in both countries as key factors to advance higher quality and greater efficiency in healthcare systems. Compared to the German co-existence of private and public health insurances, Japanese universality concerning healthcare delivery and pricing of the services provided may have some significant effects in terms of preventing the occurrence of moral hazard on both service provider sides and service user sides.