

混合診療と医師誘発需要をめぐる一考察

伊 藤 豪*

1. 問題意識

混合診療とは、公的医療保険が適用される「保険診療」と適用されない「保険外診療（自由診療）」を併用する診療行為のことであり、これまでのところ原則としてこのような診療行為は禁止され、保険診療にごくわずかでも保険外診療が併用されると、すべての診療行為が保険外診療の扱いとなり、全額自己負担となる。

ここ数年の間に、この混合診療の禁止に対し、経済財政諮問会議や総合規制改革会議などから混合診療を解禁すべきであるという主張がなされ、これに反対する日本医師会、厚生労働省との間で激しい議論が行われてきたが、2006年10月に施行された健康保険法の一部を改正する法律により、従前の特定療養費制度を再編し、保険外併用療養費制度が導入され、将来的に保険導入を行う評価療養と保険導入を前提としない選定療養に類型化された¹⁾。これにより、一定の治験を経た医薬品などは、自由診療から保険外併用療養費の対象とされ、評価療養についても、一定の普及の後、保険診療に昇格することとなり、患者の選択肢の拡大、利便性の向上が図られ、今後、さらに拡大することが予測される²⁾。

*福岡大学商学部 非常勤講師

1) 健康保険法の一部改正までの流れ、および、評価療養と選定療養の詳細については、伊藤（2007）、pp.92～96を参照のこと。

しかし、2007年11月7日、混合診療をめぐる争われていた裁判において、東京地裁は「保険適用除外は違法」であるとの判決を下し、「国の健康保険法の解釈は誤り」であると指摘するという、混合診療の原則禁止を違法とする初の判断を示したのである。

そこで、本稿では、混合診療をめぐる訴訟について概観した後、混合診療が及ぼす影響を経済学的に分析するとともに、混合診療がもたらす問題として、情報の非対称性から生じる医師誘発需要と患者の行動について論究することとする。

2. 混合診療をめぐる訴訟

そもそも、混合診療が禁止されている規制の根拠としては、①科学的根拠のない医療行為を行わせないため、②経済的に自費診療の負担ができない患者の生命が軽んじられて、国民医療の不平等をきたさないため、③保険医療に導入すべき医学・医療の進歩による新技術が、自費診療として保険適用外に置かれ続けることを防止すること、④混合診療が解禁されると、競争原理が導入されることで医療機関の選別が進むこと、⑤情報の非対称性下では、患者は適切な医療サービスの選択ができないなどが指摘されている³⁾。

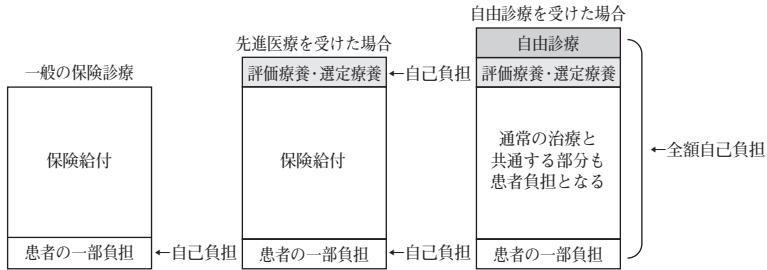
しかし、混合診療の禁止は、直接的に法令で定められたものではなく、「保険機関および保険医療費担当規則」などを根拠に、実質的に禁止するものであり、実際には混合診療自体を行うことはできる⁴⁾。現行制度下での保険診療、保険外併用療養費および自由診療における自己負担は図1のとおりである。

2) この法改正により、新規医療技術の導入目標として100技術、2000医療機関を目標としていたものの、2008年1月現在、新技術の導入は55件、先進医療で評価された医療は20種類足らずと、承認されるまでには治験や製薬会社の採算性などの問題も残されているといえる。

3) 堀田(2006)、pp.238～241、および、遠藤(2006)、p.127参照。

4) 齋藤裕美(2004)、p.43参照。

図1 保険診療と保険外併用療養費および自由診療における自己負担



出所)『週間東洋経済 臨時増刊 生保・損保特集 2006年版』p.58を一部修正

現行制度においては、混合診療は原則禁止されているが、解禁されるのであれば、患者にとっては、医療選択の幅が拡大し、医療費負担の軽減が図られるとともに、高度先進医療の普及が図られるというメリットがある。しかし一方では、差別的医療の拡大や安全性の確保、医療訴訟の多発や国民医療費の上昇にも繋がるのではと危惧されている。

このような状況において、混合診療に保険を適用せず、患者に全額自己負担を求める現行制度の是非が問われた訴訟に対し、東京地裁は、混合診療の原則禁止を違法とする判決を下したのである。

この訴訟は、腎臓がんの治療のため主治医の勧めで2001年9月から保険適用のインターフェロン治療と保険外診療の活性化自己リンパ球移入療法を併用する混合診療を受けた原告が、保険診療部分については、健康保険法に基づき、保険給付を受けられる権利を有するかどうかを国を相手に争ったものである。

訴訟では、次の3点が争点となった。①複数の医療行為が行われる場合には、それを不可分一体の医療行為とみなし、法が定める「療養の給付」に当たる療養であっても、「療養の給付」に当たらない療養と併用された場合には、全体として「療養の給付」に該当しないと解すべきか、②保険外併用療

表1 訴訟での国（被告）の主張と判決

国（被告）の主張	判 決
<p>複数の医療行為は不可分一体の医療サービスと理解すべきであり、個別的にも保険診療に該当するものでも、これに該当しないものが加わって一体として「療養の給付」に該当しないことになれば、個別的には該当するものでも「療養の給付」は受けられない。</p>	<p>「傷病の治療等を目的とした」複数の種類の診療行為や医薬品の投与が行われても、それを不可分一体の「一連の医療サービス」としてとらえて診療報酬の算定をしたり、利用できる医薬品に当たるかどうかを判断する仕組みとされていない。法及び委任を受けた告示等を合わせて検討しても、被告の主張は採用できない。</p>
<p>保険外併用療養費制度は、保険診療と自由診療が混在する混合診療のうち、健康保険法で給付すべきものを限定的に揚げたものである。反対解釈により、混合診療のうち保険外併用療養費に該当しないものは、すべて法の「療養の給付」に当たらない。</p>	<p>個別的にみれば「療養の給付」に該当する診療行為に、法の対象とならない自由診療が併用された場合に、これらの診療行為の全体が保険給付の対象となることが法の趣旨である旨の被告の主張は理由がない。</p>
<p>選定療養等に該当しない混合診療を受けた患者については療養全体について保険を適用せず、全額自己負担とすることには合理的理由があり、憲法14条に違反するものではない。</p>	<p>「療養の給付」に含まれるインターフェロン療養を受ける権利を有する以上、これと活性化自己リンパ球移入療法が併用された場合であっても、インターフェロン療養は健康保険の適用がある。すなわち「療養の給付」を受けることができる権利をなお有する。</p>

出所) 「混合診療」の禁止は違法」『週刊社会保障』No.2457, p.12

養費制度について定めた法解釈により、混合診療については、本来保険診療に該当するものも含めて、すべて法の「療養の給付」に当たらないと解釈することができるか、③同じ保険料を支払っているにもかかわらず、混合診療を受けることで、保険診療に該当する部分についても保険給付が受けられなくなることは、憲法14条等に反するといえるかということである⁵⁾。

国（被告）の主張と判決を纏めたものが表1である。

5) 「混合診療」の禁止は違法か」『週刊社会保障』No.2457, 2007年, p.12 参照。

判決では、国の主張はいずれも認められなかったものの、混合診療を禁止とする法解釈と政策の関係については、「法解釈の問題と、差額徴収制度による弊害への対応や混合診療のあり方等とは、次元の異なる問題である」との指摘もなされたのである。

判決後、原告は、「費用負担に耐えられず、自分が受けたい治療に踏み切れない患者もいる、日本の医療が大きく変わってほしい」と訴えている。

この判決により、個人負担で受ける自由診療が増えれば、医療技術の進歩にも繋がるとの意見の一方で、日本医師会は、混合診療の全面解禁については、患者側のお金の有無で生命が左右される恐れもあると反対の立場を崩していない。

そこで、以下では、混合診療の禁止および解禁が社会厚生に及ぼす影響を経済学的見地から考察を行うこととする。

3. 混合診療に関する経済学的分析

混合診療禁止ルールをめぐるのは、これまでにいくつかの議論がなされてきた。まず、患者のニーズへの硬直的な対応という現行制度の問題点より、平等な医療体制の維持の重視という立場からは、医療費抑制の必要条件として混合診療禁止ルールを正当化する主張がある。一方で、資源配分の効率性や医療産業の発展を重視する立場からは、規制緩和の一環として混合診療は容認されるべきであるとの意見や公平性を重視しながら、無視できない社会環境変化に照らし、一定の規制のもとで混合診療を容認すべきとの意見もある⁶⁾。

先に述べた裁判例においても、混合診療に求められているものは、患者のニーズにいかに対応していくかという視点であるといえる。

そこで以下では、齋藤・鶴田（2003）および鈴木・齋藤（2006）で行われ

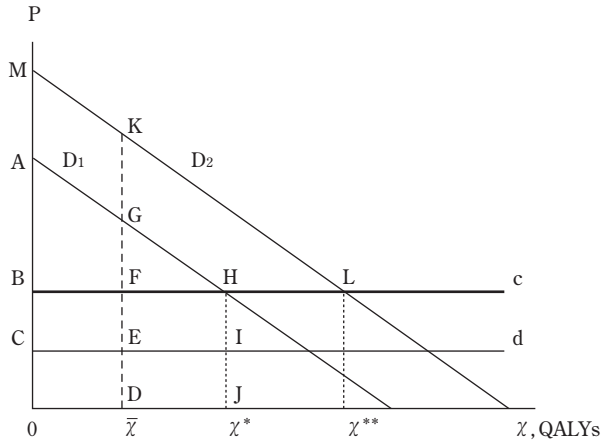
6) 池上・キャンベル（1996）、八代（2002）、遠藤（1999）、川淵（2000）

た、混合診療禁止・混合診療解禁下における余剰や自己負担・医療費に関して、部分均衡モデルの枠組みを用いて効率性の観点から分析を行うこととする。

図2の横軸を医療サービスの数量および一連の診療の質的水準（診療水準）としての QALYs（Quality-Adjusted Life Years：生活の質を調整した生存年）、縦軸には限界費用および貨幣表示の限界効用がとられている。このときの需要曲線は患者の貨幣表示の限界効用であり、供給曲線は医療サービスおよび診療水準の限界費用である。患者グループの医療サービス、診療水準に対する需要曲線は簡単化のため、線形の右下がりとする。医療サービス、受診水準を x 、保険給付範囲（水準）を \bar{x} とし所与とする。医療サービスおよび診療水準に関する供給曲線は簡単化のため限界費用を一定とする。固定費用はないと仮定すれば、生産者余剰は0となる。ここで、医療サービスおよび診療水準の価格は限界費用 c となるような診療報酬制度のもと公定されているとし、保険診療を受診する際の自己負担額を d とする。医療サービス価格および診療価格 c に対応する消費量および診療水準は、需要と供給の交点である x^* となる。

まず、混合診療が禁止されている場合を考える。図2で患者の需要曲線を D_1 とすると、このとき保険外診療を受診して得られる消費者余剰は三角形 GFH（ $\triangle GFH$ ）で表される。混合診療禁止のもとでは保険給付範囲も全額自己負担となるから、これまで保険支払いされた四角形 BCEF（ $\square BCEF$ ）が、患者に自己負担として転嫁されることになる。患者は通常の経済モデルと同様、効用を最大化するよう行動すると想定すれば、患者は保険外診療を受診して得られる余剰（ $\triangle GFH$ ）が、新たに転嫁される自己負担（ $\square BCEF$ ）より小さいなら、消費者余剰を最大化するように、医療サービスの消費量および診療水準を保険給付範囲にとどめる。つまり、混合診療禁止のもとでは、患者が受診を抑制する可能性があるといえる。また、逆であれば、保険外診

図2 混合診療の余剰分析



出所) 齋藤・鶴田 (2003), p.156および鈴木・齋藤 (2006), p.161

療を選択することになる。このとき、消費者余剰は、保険給付範囲にとどめた患者が台形 ACEG、保険外診療を選択した患者が $\triangle ABH$ である。ここでの社会的余剰は、患者が保険給付範囲に受診抑制する場合に、保険支払いを考慮した台形 ABFG と、保険外診療を実行する場合の $\triangle ABH$ を、それぞれの患者割合を考慮して和をとったものである。また、医療費は、保険給付範囲にとどめた場合が $\square BODF$ 、保険外診療の場合が $\square BOJH$ であり、自己負担額はそれぞれ $\square CODE$ 、 $\square BOJH$ となる。

一方、混合診療が解禁された場合では、医療サービスおよび診療水準を保険給付範囲にとどめる必要がないため、需要と供給との交点 H が $\bar{\chi}$ を超える限り、すべての患者が χ^* まで治療を行う。このときの消費者余剰は $\triangle ABH$ に $\square BCEF$ を足した面積であり、ここでの社会的余剰は $\triangle ABH$ を患者数だけ合計したものになり、医療費は $\square BOJH$ 、自己負担額は $\square CODE$ に $\square FDJH$ を足した面積となる。

以上より、混合診療の禁止と解禁を面積によって比較すると、保険外診療

の受診による消費者余剰より、混合診療の禁止により患者に転嫁される自己負担が大きい場合は受診抑制が起こり、このとき、混合診療が容認されていれば、総余剰の点で ΔGFH 分だけ大きいことになる。この意味において、混合診療が容認される場合の方が資源配分は効率的といえ、混合診療禁止ルールは受診を抑制する意味では医療費抑制の効果を持ちえるが、同時に非効率な資源配分を招いているといえる。また、医療費は必ず増加するが、その結果として QALYs も必ず高まり、これは合理的な選択によってもたらされたものなので、消費者余剰も必ず増加し、社会的余剰についても、保険給付範囲にとどめていた患者の ΔGFH が死荷重 (Dead Weight Loss) になっていたために、必ず高まるといえる。

また、保険外診療の受診で得られる消費者余剰が、混合診療の禁止で患者に転嫁される自己負担よりも大きい場合 (図 2 での患者の需要曲線 D_2 , 医療サービスおよび診療水準価格 c に対応する消費量を x^{**} とする), このとき患者は、医療サービス、診療水準価格 c の下で x^{**} まで受診して消費者余剰を増やせるため、 \bar{x} を超えて保険外診療を受診することになる。つまり、混合診療禁止ルールのもと、こうした状況では患者は受診抑制をせずに、公的医療保険の枠組みを外れて全額自己負担のもとで保険外診療を受診するのである。このとき、患者は保険の適用をまったく受けないため、総余剰は消費者余剰と等しく ΔMBL となる。一方、混合診療が容認されている場合でも、総余剰は ΔMBL であることから、この場合においては、総余剰の点では混合診療が禁止されていても容認されていても変わらない。

以上を纏めると、混合診療禁止のもとで、保険外診療の受診で得られる消費者余剰が、患者に転嫁される自己負担よりも小さい場合は、患者が保険診療だけに受診を抑制する可能性があり、総余剰については、混合診療が容認された場合の方が禁止される場合より大きいといえる。また、保険外診療の受診で得られる消費者余剰が、混合診療禁止ルールで患者に転嫁される自己

負担より大きい場合では、患者は公的保険の枠組みを外れて、全額自己負担でも保険外診療を受診する可能性があり、総余剰に関しても混合診療が禁止されていても、容認されていても変わらないことがいえることから、混合診療が禁止されている場合に比べて容認されている場合の方が、少なくとも総余剰の点から、効率的であるといえる。

混合診療が認められていれば、先の裁判をおこした患者のような重篤ながん患者の負担は、保険外診療部分だけを全額負担し、他は保険適用されるにもかかわらず、実際は毎月の診察や検査などにかかわる医療費全額を自己負担として強いられている。

納得の医療、質の高い医療のために必要なのが混合診療のより一層の拡充促進であり、保険外診療を受けられないことは、患者の選択を制限してしまい、納得の医療をうけることができないのが現状である。ニーズの多様化、効率性、公平性の観点からも、混合診療の禁止ルールに積極的にとどまる理由はないと考えられる⁷⁾。

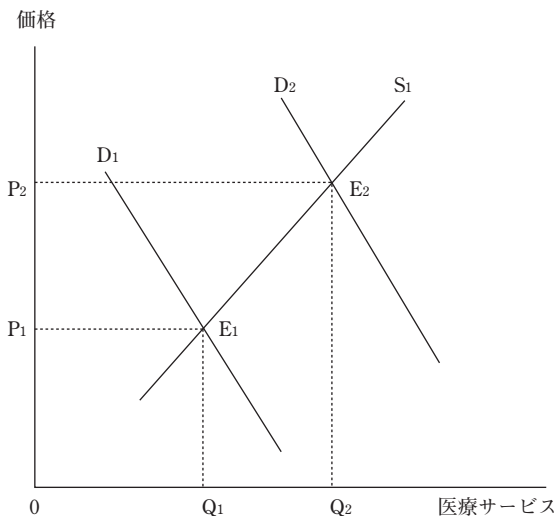
4. 医師誘発需要と医師探索モデル

混合診療を容認することにより、医療の効率性が発揮され、受診機会の平等性が改善されるとの分析結果が証明されたわけではあるが、ここで混合診療がもたらす問題の一つとして、医師誘発需要が挙げられる。

現在、わが国の医療保険制度においては、出来高払い制が中心であり、医師が自由に医療行為を選択でき、不必要および必要性の低い検査や投薬が行われる過剰診療・過剰検査が引き起こされる可能性がある。このことは、混合診療が解禁されるのであれば、避けられない課題であるといえる。なぜならば、情報の非対称性により引き起こされる医師によるモラル・ハザードが

7) 石田（2004），p.12 および齋藤・鍋田（2003），p.158

図3 医師誘発需要



存在するからである。

図3は医師誘発需要について図示したものである。縦軸は医療サービスの価格、横軸は医療サービス量である。

当初の需要曲線は D_1 、供給曲線は S_1 で表されるとし、競争的な市場では需要曲線 D_1 と供給曲線 S_1 が交わる点 E_1 で均衡し、 P_1 の価格で Q_1 の医療サービスが取引される。しかし、患者と医師の間に情報の非対称性が存在することから、医師は裁量によって需要曲線を右にシフトさせることができ (D_1 から D_2 へ)、需要が誘発された後の均衡は、需要曲線 D_2 と供給曲線 S_1 が交わる点 E_2 となり、 P_2 の価格で Q_2 の医療サービスが取引されることとなる。

混合診療の解禁においては、この医師誘発需要および患者と医師の間での情報の非対称性が存在することが問題とされる。なぜならば医師が患者の代理人 (エージェント) として医療サービスを選択するからである。

医師は、医療現場や研究などを通じて診断や治療に関する専門的知識を蓄積しているのに対し、患者（プリンシパル）は診断や治療に関する専門的知識を持ち合わせておらず、自分の健康状態や病気の進行状況、治療方法の効果について正確に把握できないという診断や治療についての情報の非対称性が存在するのである。また、患者は、治療の成果を評価することはできるものの、医師の努力を評価する手段も持ち合わせていない。

現行の医療制度では、出来高払い制により、患者に対する直接的な治療行為そのものに報酬が支払われており、患者はその治療行為が適切であったかどうかを評価することがはきない。混合診療が解禁されるならば、医師誘発需要によりシャーキング・コスト（怠慢な行動により生じるコスト）⁸⁾が生じる恐れがあることから、患者の医師、医療機関の選択や情報のあり方が問われることとなる。

そこで、医師誘発需要を踏まえ、医師を探索するという患者の行動についてゲーム理論を用いて分析することとする⁹⁾。

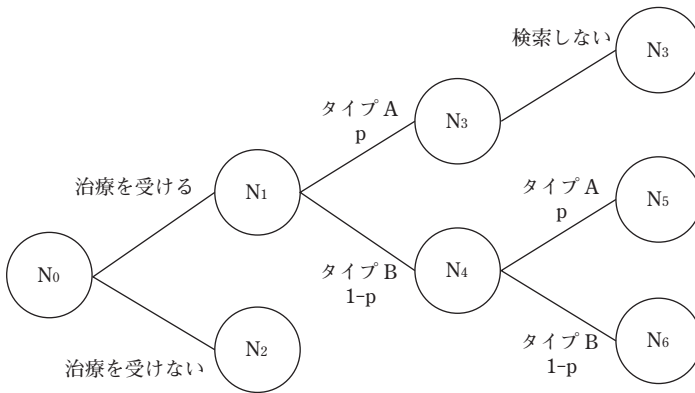
市場には多くの医師が存在し、需要を誘発する医師と誘発しない医師が混在している市場を想定する。このような場合、患者は医師の診断や治療を受ける前に、その医師が需要を誘発するかしないかに関する情報は持ち合わせていない。しかし、治療後に誘発されたかどうかを確認できるとすると、平均的な治療費よりも高い治療費を支払った患者は、その医師が需要を誘発したことが分かり、反対に治療費が平均よりも低いのであれば、その医師は需要を誘発していないということが分かる。患者はこの経験を生かし、医師を選択することとなる。

このような状況のもとで患者の行動を表したのが図4である。

8) エージェンシー理論に基づくシャーキング・コストの詳細については、田畑（2002）、pp.186-190を参照されたい。

9) 以下の分析は、山田（1998）に負っている。

図4 患者の行動



出所) 山田武 (1998), p.51

病気にかかっている消費者が N_0 人いると想定し、 N_1 人が治療を受け、 N_2 人が治療を受けないとすると、 N_1 人の患者は医師を選択しなければならないこととなる。そこで、医師には2種類のタイプ（タイプA：需要を誘発しない医師，タイプB：需要を誘発する医師）が存在したとし、本来ならば、患者はタイプAを選択したいにもかかわらず、患者は医師の行動に関する情報を持ち合わせていないため、ランダムに医師を選択することとする。その結果、確率 p でタイプAの医師の治療を、 $1-p$ の確率でタイプBの医師の治療を受けることとなる。タイプAの医師の治療を受ける患者は $p \times N_1$ 人 $= N_3$ 人となり、タイプBの医師の治療を受ける患者は $(1-p) \times N_1$ 人 $= N_4$ 人となる。

医師が需要を誘発したかどうかについては、治療後に医療費を支払う段階になってなじめて確認することができ、治療費が平均を下回っていれば、患者は自分が N_3 人のうちの1人であることを事後的に確認することができる。一方、治療費が平均を上回っていれば、患者は自分が N_4 人のうちの1人であることを事後的に確認することとなる。

再びこの消費者が病気になった場合を想定すると、患者は前回の経験を生かして医師を選択することが可能となることから、 N_3 人の患者は医師を選択する必要がなくなる一方で、 N_4 人の患者は、以前受診した医師が需要を誘発するタイプ B であったことを理解しているがゆえ、同じ医師には治療を依頼しない。しかし、それ以外の医師がどちらのタイプかという情報を持ち得ないゆえ、再びランダムに選択しなければならないのである。

いったんタイプ A の医師にめぐり会えば、患者はその後もタイプ A の医師を選択するのであるが、タイプ A の医師にめぐり会わない限り、患者は何度もサイコロを振らなければならない¹⁰⁾。

このゲームは、消費者が過去の経験を利用して医師を選択するプロセスを表しており、患者は経験を積むことにより、需要を誘発しない医師を選択するようになるのであるが、混合診療などの高度医療が需要される場合においては、その発生頻度が低いゆえ、医師の情報を入手することは困難なものと考えられる。発生頻度が低い場合、友人や知人のなかにも経験者は少なく、しかも、自分の経験を生かすことも難しい。また、患者と医師の関係は 1 度限りであり、その評判などの影響も小さくなることから、医師は需要を誘発するインセンティブを持つこととなる。

そこで、広告規制の緩和を促し、消費者に医療情報を提供する一方で、医師に対しては、ブルーデントマン・ルール（prudent man rule：信義誠実則）に従うことや、プリンシパルや第三者によるモニタリングが不可欠になるとともに、納得の医療、質の高い医療を実現させるためにも、インフォームド・コンセント、EBM（Evidence-Based Medicine：根拠に基づく医療）のより一層の充実が求められることとなるといえる。

10) 医師数が非常に多いことから、非常に多くの医師の中からたった一人の医師しか排除することができないため、需要を誘発する医師の確率は p のままで変わらないと仮定している。

医療技術革新は日進月歩で進化し続けている。すべての国民が平等に享受できる医療体制を維持するためにも、混合診療のより一層の拡充促進が求められているとともに、診療報酬体系のあり方や医療供給体制のあり方、さらには、医療保険制度そのもののあり方が問われているといえる。

*本稿は財団法人損害保険事業総合研究所の損害保険研究助成金による成果の一部である。

主要参考文献

- 石田重森(2007)「保険の原理原則に基づく事業展開と保険活用」『保険学雑誌』第598号, 21-34頁。
- 石田重森(2007)「医療保険制度の課題と展望」『生活協同組合研究』No.380, 5-10頁。
- 石田重森(2006)『改革期の社会保障』, 法研。
- 石田重森(2006)「医療保険制度の課題と将来」『週刊社会保障』No.2394, 44-47頁。
- 石田重森(2004)「質の高い医療へ向けての抜本改革を」『ウェルフェア』vol.52, 10-13頁。
- 池上直己・西村周三(2005)『医療技術・医薬品』勁草書房。
- 池上直己・J.C. キャンベル(1996)『日本の医療～統制とバランス感覚』中公新書。
- 伊藤豪(2007)「外的環境変化と民間医療保険」『損害保険研究』第68巻, 第4号, 85-107頁。
- 遠藤久夫(2006)「医療における競争と規制」西村周三・田中滋・遠藤久夫編著『医療経済学の基礎理論と論点』勁草書房, 123-151頁。
- 遠藤久夫・池上直己編著(2005)『医療保険・診療報酬制度』勁草書房。
- 遠藤久夫(1999)「医療における規制体系の再構築」医療経済研究機構監修『医療白書1999年版』, 3-29頁。
- 川渕孝一(2000)「保険給付と保険外負担の現状と展望に関する研究報告書」日医総研『日本医師会総合政策研究機構報告書』第15号。
- 権丈善一(2006)『医療年金問題の考え方』慶應義塾大学出版会。
- 権丈善一(2001)『日本の社会保障と医療』慶應義塾大学出版会。
- 齋藤裕美・鵜田忠彦(2003)「混合診療をめぐる一考察」『医療と社会』Vol.13, No.2, 153-168頁。
- 齋藤裕美(2004)「混合診療をめぐる一考察」鵜田忠彦編著『日本の医療改革』東洋経済新報社, 43-68頁。
- 鈴木亘・齋藤裕美(2006)「混合診療は不公平か?」『日本経済研究』No.53, 150～173頁。

- 鈴木亘（2004）「終末期医療の患者自己選択に関する実証分析」『医療と社会』Vol.14, No.3, 175-189 頁。
- 田中滋・二木立編著（2007）『医療制度改革の国際比較』勁草書房。
- 田中滋・二木立編著（2006）『保健・医療提供制度』勁草書房。
- 田畑康人（2002）「市場原理の中の保険規制と保険市場」田村祐一郎編『保険の産業分水嶺』千倉書房, 177-210 頁。
- 中泉真樹（2004）「情報の非対称性のもとの医療技術の選択と最適医療保険」『医療と社会』Vol.14, No.3, 111-125 頁。
- 林行成（2004）「疾病リスクの多様性と混合診療」『医療と社会』Vol.14, No.3, 127-138 頁。
- 林行成・山田玲良（2003）「混合診療禁止制度に関する経済理論的考察」『医療と社会』Vol.13, No.3, 73-85 頁。
- 日野秀逸編著（2005）『市場化の中の「医療改革」』新日本出版社。
- 堀田一吉（2006）「医療保障における民間医療保険の課題」堀田一吉編著『民間医療保険の戦略と課題』勁草書房, 238-241 頁。
- 真野俊樹（2006）『入門医療経済学』中公新書。
- 八代尚宏（2002）「混合診療禁止の規制緩和は医療改革の柱」『日本経済研究センター会報』883号, 28-31 頁。
- 柳瀬由典（2006）「医療保険の経済的特徴」堀田一吉編著『民間医療保険の戦略と課題』勁草書房, 41-70 頁。
- 山田武（1998）「医師誘発需要」漆博雄編『医療経済学』東京大学出版会, 39-59 頁。
- 兪炳匡（2006）『「改革」のための医療経済学』メディカ出版。
- 李啓充（2004）『市場原理が医療を亡ぼす』医学書院。