

イギリスの医療制度改革と 「準市場 (Quasi-Market)」

大 森 正 博

目 次

I はじめに	V-3 GPファンドホールディングに期待された効果
II イギリスの医療制度改革の背景	VI NHSトラスト病院
III 「準市場 (Quasi-Market)」のメカニズム	VI-1 NHSトラスト病院とは
IV 「患者のために (Working for Patients)」に基づいた医療制度改革のねらい	VI-2 NHSトラストから得られると期待されているパフォーマンスと問題点
V GP ファンドホールディング	VII 終わりに
V-1 GP ファンドホールディングの歴史	
V-2 GP ファンドホールディングの内容	

I はじめに

今日、少子高齢化、医療技術の急速な発展などの条件を背景として、医療費の高騰を如何に抑制するかは、先進諸国に共通の課題となっている。また、消費者の権利意識の高まりから、より「質」の高い医療サービスを求める声も強くなっており、医療サービスの「質」の向上も重要な検討課題になってきていることも指摘しておかなければならない。各国はそれぞれの国情に応じてこれらの問題に対する解決策を模索している様に思われる。我が国においても、消費者の自己負担増を伴った医療保険制度改革が重要な政策的検討課題になっており、対岸の火事と高みの見物を決め込むわけにはいかない状況にある。広く世界各国の医療制度改革への取り組みを見てみると、その手法には共通のアイディアを採用していることが見てとれる。それは、競争原理の医療システムへの導入である⁽¹⁾。

各国のこうした取り組みにあたって、大きな影響力を持ったのは、エンターベンらを先駆者とする「管理競争」(Managed Competition)、「準市場 (Quasi-Market)」の考え方であった⁽²⁾。従来、医療サービスは、その特有の性質から市場における取引に任せることになじまない財であると考えられてきた。しかし、エンターベンらは、市場メカニズムに全く頼らないまでも、少し手を加えることによって、そのメリットを生かすことができると考えるようになり、議論を展開し、それが次第に現実の政策に反映されるまでの影響力を持つようになった。

中でもイギリスは、この考え方をいち早く自国の医療システムの改革に取り入れた国として知られている。本稿の目的は、イギリスの医療制度改革の背後にある「準市場」の考え方を検討し、制度改革自体の内容についてレビューすることにある。

本稿の構成は以下の通りである。第Ⅱ節では、イギリスの医療制度改革が行われるに至った背景について述べ、第Ⅳ節では、「準市場」について、理論的な分析を行う。第Ⅲ節では、イギリスの医療制度改革の目的についてレビューし、次に、第Ⅴ節と第Ⅵ節では、制度改革の重要な柱となった2つの仕組み、すなわち、GP ファンドホールディング (GP Fund Holding) と NHS トラスト (NHS Trust) について、その目的と問題点について指摘する。そして、最後に結語が述べられる。

Ⅱ イギリスの医療制度改革の背景

イギリスの医療制度は、国営医療システム (NHS, National Health Service) として知られている。その基本的な構図は、国営の病院による病院サービスの提供、開業医 (GP, General Practitioner) と国 (この場合、DHA, District Health Authority) との請負契約の締結によるプライマリーケアの提供等、医療サービスの供給に国が深く関与し、財源を税及び所得に比例した保険料に求めることによって、国民に原則として無料で医療サービスを提供しようというものであった。この NHS は、1946年に当時の労働党政権下で制定された NHS 法に基づいて1948年より実施され、今日に至っているわけであるが、施行の過程でその問題点が明らかになりつつあった。その主要な問題点を挙げてみよう。まず第一に、NHS に向けられる公的支出の増加である。イギリスの医療費の GDP に占める割合は1995年現在で6.9%である。高齢化の進展、及び医療技術のめざましい発達といった医療費増加のプレッシャーをも背景にして、医療費抑制の必要性が感じられた。第二に、病院でのウェイティングリスト問題である。1994年3月末日のウェイティングリストの人数は1,065,400人である。特に軽度の手術などのウェイティングリストが長いことが特徴である⁽³⁾。ウェイティングリストの実態については様々な議論があり、重度の病気の者については比較的うまく処理されており、待たされても命に重大な影響を及ぼさないような病気についてウェイティングリストが存在すると唱える者もいる。第三に、第二点と関連するが、年度末前に、病院が国から配分された予算を使いきって、病院を閉鎖してしまう問題である。

1986年に、時のサッチャー政権は選挙で勝利を収め、1980年代の NHS の支出の増加率も1960、70年代よりも低かったのであるが、医療施設の年度末前の閉鎖により患者の治療に手遅れが出て亡くなるということがマスコミで報道されたことをきっかけとして、NHS の病院閉鎖の問題が政治問題化することになった。これに対してサッチャー首相はワーキンググループを結

成し、時の社会サービス大臣 (Secretary of State for Social Services) のムーアに、1988 年の前半までに NHS の財源問題に焦点を当てて検討させることになった。その結果、財源を税から保険に基づいたものにするという方向でプランが提示されることになったのであるが、大臣がムーアからクラーク (Kenneth Clarke) に代わった 1988 年の夏から、ワーキンググループの取り組む問題の焦点が、財源問題からむしろ NHS の予算を如何に効率的に使うかという方向にシフトすることになった。これは一つには、サッチャー首相が財源確保の体系を税から保険にシフトすることによる政治的な結末に懸念を抱いたこと、また財源を税にしておくことによって支出を管理しやすいということが理由であった。

NHS に向けられる資源を効率的に配分する方法として、ワーキングチームは、すでに 1980 年代にエントーベン (Alan Enthoven) を先駆者として内外で研究が進められていた、「内部市場 (Internal Market)」あるいは「準市場 (Quasi-Market)」の考え方を採用することになった。そして、政府の NHS 改革の方向性についての考え方を示す白書 (White Paper) 「患者のために (Working for Patients)」が、1989 年 1 月 31 日に発表された。この白書に示された改革のポイントは、医療サービスの需要者と供給者を分離 (Purchaser-Provider Split) し、それぞれの役割に対して責任を持たせようというものであった。この白書の内容を盛り込んだ改革は、1990 年の NHS and Community Care Act によって法制化され、1991 年 4 月 1 日より実施されることになり、NHS トラスト制度の創設、GP ファンドホールディングの導入などが行われ、今日に至っている⁽⁴⁾。以下では、これらについて詳しく見ていこう。

Ⅲ 「準市場 (Quasi-Market)」のメカニズム

最初に、「準市場」ないし「管理競争」のメカニズムについて分析しておこう。医療サービスは、アロー (K. Arrow) の先駆的な研究以来、市場メカニズムになじまない性質を持っている財であると長らく考えられてきた。アローは、その不確実性 (Uncertainty)、情報の性質等の理由によって、医療サービスの取引を市場で行うことが困難になっていると主張しているが、中でも、その情報の非対称性の性質が重要であることは、近年、研究者の間で共通の理解となりつつある。

医療サービスにおける「情報の非対称性」とは、端的には、供給者である医療サービス供給者が、消費者である患者よりも医療技術、医学上の知識等の情報を豊富に持っていることで表される。例えば、頭痛という症状が生じたときに、患者は原因及び治療法について十分に理解できないのに対して、医師はその原因の特定のための知識、治療するための方法について、ある程度の情報を持ちあわせている。この様な場合、市場メカニズムが機能することを妨げる重要な問題、プリンシパル・エージェント (Principal-Agent) 問題が引き起こされることが知られて

いる⁽⁵⁾。プリンシパル (Principal) とは、この場合、サービスの供給を依頼する患者を指し、エージェント (Agent) とは、供給を患者から依頼される医療サービス供給者を指す。

このケースでは、医療サービスを市場における取引に任せておくと、サービス供給者によるモラルハザード (Moral Hazard) が生じる可能性がある。すなわち、エージェントがプリンシパルの無知を利用して、必要でない医療サービスを供給したり、不適切な価格設定を行ったり、サービスの質を落とすというような行動が生じ得るのである。

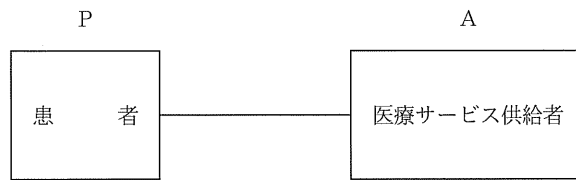
こうした問題に対して、各国では医療法等の法律によって、医師の倫理を強調し、その行動を厳しく戒めたり、診療報酬制度等により医療サービスの価格規制を行ったり、医師、病院数等の数量規制を行ったりして対処してきた。その対処方法の特徴は、市場メカニズムに信をおかず、計画・規制を頼りにするということであった。

これに対して、市場メカニズムに完全な信頼を置かないにしても、そのメリットを十分に生かした形で、「情報の非対称性」の問題を解決しようという考え方が生まれてきた。それが「管理競争」あるいは「準市場」の考え方である。この考え方の最大の特徴は、患者が直接、医師と取引を行うのではなくて、医師と同等の医学的知識、情報を持った患者の代理人を通じて、医師から医療サービスを購入することである。こうした代理人を介在させることによって、医師と患者の間の情報の非対称性を解消し、市場メカニズムが機能する状況を作ることが、その考え方の本質である。

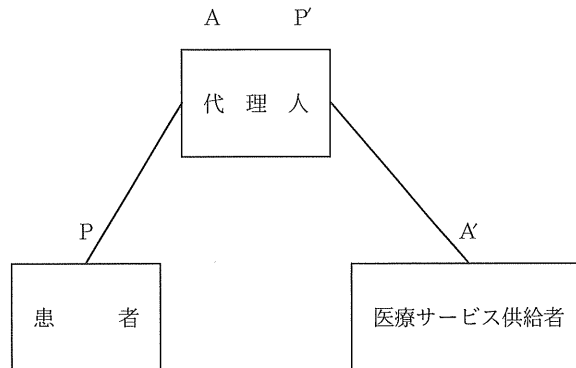
「準市場」のメカニズムをもう少し詳しく分析してみよう。患者は医療サービス供給者と同等の医学的知識を持った代理人を選択し、代理人は、患者のためにサービスを供給者から購入してやる。代理人は、供給者と持っている知識のレベルに差がないので、自分のクライアントである患者に対して提供される医療サービスの内容、価格、質等について交渉を行うことが可能である。仮に、患者に代理人たちの交渉力がわかり、複数の候補者の中から代理人を選ぶことができるという条件が満たされていれば、患者は供給者から適切な診療を受けることができる可能性がある。代理人は、どの様な医療サービス供給者に紹介するのか、どの様な交渉をして価格を低め、質を高めるのかを、患者から評価されるので、より多くの顧客を獲得するために競争を行い、交渉を行うインセンティブがある。また、供給者と代理人の間には医学的知識・情報の格差がないので、供給者はモラルハザードを行う要因が消滅し、よい医療を提供しないと、代理人から患者を紹介してもらえなくなるので努力を行う。結果として、患者には満足できるような医療サービスが提供されるというわけである。

この「準市場」のメカニズムは、無条件に機能するものなのであろうか。図1を見てみよう。「準市場」導入前の状態では、医療サービス供給者 (A) と患者 (P) の間のプリンシパル・エージェント関係だけだったのが、導入後には、患者 (P) と代理人 (A) の間、代理人 (P') と供給者 (A') の間とプリンシパル・エージェント関係が2重になっていることが見て取れ

図1 プリンシパル・エージェント関係
「準市場」導入前



「準市場」導入後



る。ここで注目すべきことは、「情報の非対称性」は代理人とサービス供給者の間では消滅するが、患者と代理人の間では依然として存在するということである。つまり、患者と供給者の間の情報の非対称性の下でのモラルハザードの問題は解決された代わりに、患者と代理人の間のそれが新たに出現したという事である。

「準市場」がうまく機能するためには、第一に、この新たな患者と代理人の間のプリンシパル・エージェント問題が解決される必要がある。これについては、患者が代理人の医師との交渉の内容についてわからない程度が、患者が医療サービス供給者の診療内容についてわからない程度よりも小さくなる可能性があることを指摘できる。つまり、患者にとって、個別に供給者の診療内容について、診療価格が高い割には、サービスの質はよくないといった情報を得る場合よりも、代理人がより多くの良いサービス供給者と契約しているとか、交渉能力を持っているといった情報を得る場合の方が、情報獲得のコストが低いということが実現すれば、「準市場」を導入して、プリンシパル・エージェント問題を供給者と患者の間のそれから、代理人と患者の間に置き換えることの意味が出てくるのである。あるいは、代理人の医療サービス供給者との交渉、選択等のサービス内容の客観的な情報を提供する第三者機関を設置し、患者が代理人のサービスの内容についての情報を得ることができるようにすることも一つの方策である⁶⁾。

第二に、第一点と関連するが、代理人による患者の選別の問題を検討する必要がある。健康状

態がよく医療費を使わない患者と、健康状態が悪く医療費を多く使う患者が混在しているときに、代理人が、差別なくどの患者から代理人として選ばれても、受け入れるかどうかという問題である。これは、代理人が患者にかかった費用について、どのような形で支払いを受けるかに依存している。例えば、患者にかかった費用分だけ事後的に償還してもらえる場合、代理人は、患者の健康状態に応じて、受け入れたり、拒否したりということはしない。他方、患者から健康状態に関係なく、一律の金額を事前的に支払いを受ける場合には、代理人は、健康状態の良い患者の代理人になろうとし、健康状態の良くない患者の代理人になることを拒否するインセンティブを持つ。このような現象を、クリームスキミング (Cream Skimming) という⁷⁾。クリームスキミングは、本来、医療サービスを多く必要とする患者を医療サービスから遠ざけることになり、重大な公平性の問題を引き起こす。

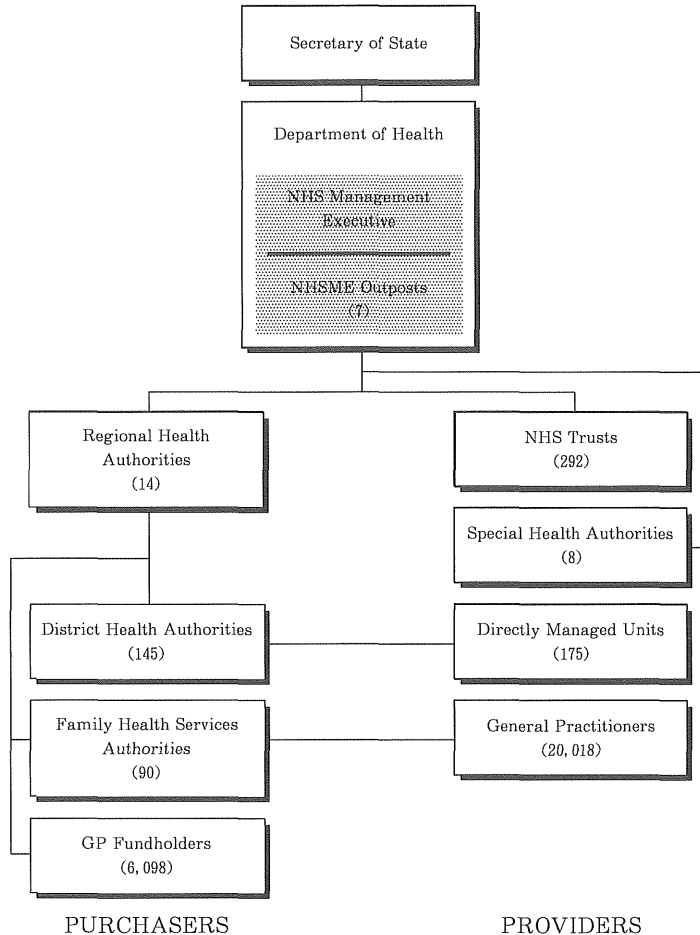
第二に、第一点とも関連するが、患者と代理人の間の市場、代理人と医療サービス供給者の間の市場が競争的になっていなければならない。前者については、患者が代理人を自由に選択でき、代理人も顧客獲得のために競争を行えるような状況が必要であり、後者については、代理人が医師を自由に選択でき、医師も代理人が自分を選んでくれるように競争するような環境にある必要がある。最も、医療サービス市場において、「完全競争」の条件である「多くの買い手と多くの売り手」がいる競争的な状況が満たされているケースは、都市部を除くと少ない。むしろ少数の売り手と多数の買い手、あるいは少数の売り手と少数の買い手という状況が多々見られる様に思われる。この様な場合、次善の策として出てくるのが、最適な契約をデザインすることである。

IV 「患者のために (Working for Patients)」に基づいた 医療制度改革のねらい

イギリスの医療制度改革は、「準市場」の考え方の下に行われたわけであるが、本節ではそのアイデアが現実にとどの様に導入されたのかを考察する。

「患者のために (“Working for Patients”)」のめざした医療制度改革のねらいを見るためには、図2を見てみよう⁸⁾。これは1991年のNHSの機構図である。従来のNHS制度では、医療サービスの需給の主要な流れは、次のようであった。まず病院サービス、GPのサービス両者についてのNHS予算がその管轄の地区 (District) の住民のためにDHA (District Health Authority) に配分される。病院サービスについては、DHAが住民の代理人になって、DHA直営のNHS直営病院から購入する。またGPのサービスについては、DHAが、GPに登録した人数に応じて人頭払いする代わりに、GPが、その登録した住民に対して決められた医療サービスを提供する。また、患者は病気であると感じた時に、最初に地区の登録したGPの診療を受

図2 1991年のNHSの機構図



出展：Department of Health (1993)

け、そこで紹介状をもらわないと病院を訪問することができない。GPが、高次医療への門番の役割(Gate Keeper Role)をしているわけである。また、GP、専門医(Specialist)に対する診療報酬、看護婦その他の医療スタッフに対する賃金、病院の予算は規制等により中央でコントロールされている。

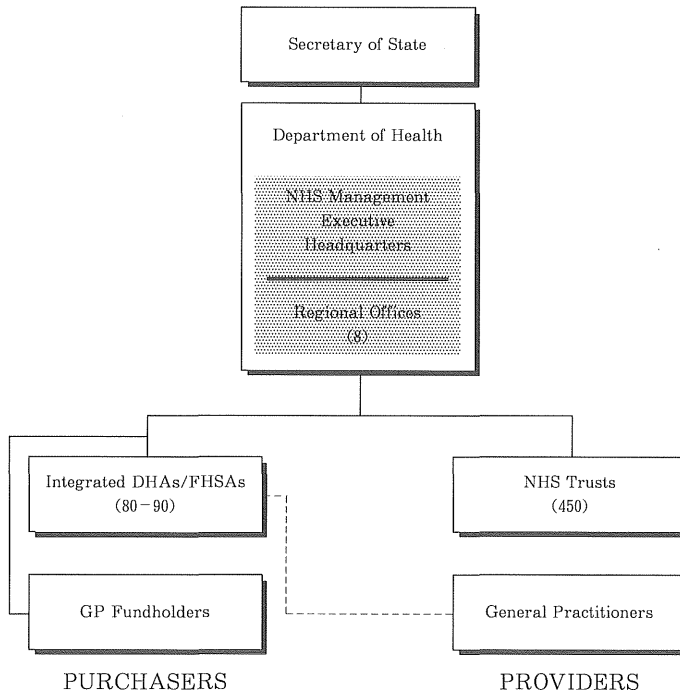
ここで注目すべき点は、第一に、病院サービスについては、サービスの買い手(正確には住民の代理人)と売り手が、事実上同じ主体、DHAであることである。これはNHS直営病院の経営の効率性、住民へのサービスの効率的な供給を危うくする。売り手と買い手が同じなわけであるから、通常の財・サービスの市場に存在する買い手から売り手へのプレッシャーが存在しない。このことが、一つは資源の浪費、二つには非効率な経営を容認し、病院が本来、能力的には診ることのできるはずの患者数よりも少数しか診ることができず、ウェイティングリストを増加させたり、病院の閉鎖問題を深刻化させる可能性がある。

第二に、住民は、自分たちのサービスを購入する代理人として、居住する地区の DHA 以外を選ぶことができないという意味で選択の自由がないことから、DHA に住民のために働くインセンティブがなければ、患者にとって望ましい病院サービスは提供されない。

第三に、GP は人頭払い報酬なので、患者を十分に診て、手当して、時間と費用を費やすよりも、むしろ病院への紹介件数を多くして時間、費用を節約するインセンティブがある⁽⁹⁾。これにより、病院への紹介件数が必要以上に増えて、ウェイティングリスト問題を深刻化させる可能性がある。

既存の NHS のこうした問題に対して、1990 年に、イギリス政府は、「買い手と売り手の分離 (Purchaser-Provider Split)」ということばで代表される、「準市場」のアイデアに基づいた重要な制度改革を実施した。この改革の主要なポイントは、病院サービスの買い手と売り手を分離することによって、既存の NHS にはなかった病院サービス市場を創設し、その需給を効率的にするということであり、また GP サービス市場でも、経営的に自由裁量のきく GP ファンドホルダー (GP Fund Holder, 以下 GPFH と略することにする。) を作ることによって、より効率的なサービスを実現するということである。具体的にいうと、NHS トラストについては、これを DHA から経営的に独立させることによって、病院サービスの売り手にさせ、DHA はもっぱら買い手にさせるということであり、GP ファンドホールディングについては、GPFH

図3 改革後の NHS の将来像



出展：Department of Health (1993)

に、登録された患者の病院サービスについての予算を持たせることによって、病院サービスの買手になり、DHA のみならず GPFH も登場させるということである。また、GPFH は、既存の GP に比べて経営的に裁量権があることから、より効率的なサービスを提供するインセンティブがある。そして、この様な改革のゴールとして、NHS は図 3 のようになることが意図されている。この制度改革によって、既存の NHS の抱えている問題点が、どの様に解決されるのか、また、どの様な成果が期待されるのか、を理解するためには、改革のポイントになった GP ファンドホールディング、NHS トラストについて見ていく必要がある。

V GP ファンドホールディング

V-1 GP ファンドホールディングの歴史

「1948 年に NHS が導入されたことの最も重要な結果は、導入以前には病院（のコンサルタント医）が、GP にクリスマスカードを送っていたのが、導入後には、GP がクリスマスカードを送る関係に逆転してしまったことである。」これは、イギリスの社会保障制度の理念を打ち立て、その後の世界の社会保障制度のあり方に強い影響力を持ったティトマス (Richard Titmuss) が、LSE (London School of Economics and Political Science) の彼の講義の中で語った有名なジョークである⁽¹⁰⁾。1948 年の NHS 法が成立する以前は、病院、病院のコンサルタント医は、GP から患者を紹介してもらうことによって初めて、患者を診療し、収入を得ることができた。ところが、1948 年に NHS 法が成立してから、病院はその予算を政府から直接受けることになったために、1948 年以前の GP と病院の関係の構図は消滅し、病院、コンサルタント医の GP に対する相対的独立性が増し、逆に GP は、病院のウェイティングリスト上にいる患者を早く診てもらえるように、病院、コンサルタント医に懇願をする立場になってしまった。

これと同様のことが、GP ファンドホールディングの導入についても言えそうである。

「制度改革以前には、GP が病院にクリスマスカードを送っていたのが、改革後には病院が GPFH にクリスマスカードを送るという関係に逆転してしまった。」すなわち、GP ファンドホールディングの導入により、今度は逆に、GPFH が、病院との交渉力を強めることになったのである。

GP ファンドホールディングのアイディアは、1989 年の政府の白書「患者のために」で公式に提言されたのであるが、その原型を初めて提示したのは、ヨーク大学医療経済研究所長のアラン・メイナード (Alan Maynard) である。彼は、1984 年の Office of Health Economics 主催のセミナーにおいて、GP ファンドホールディングの考え方を示した。これと並行する形で保健省 (DOH) においても、プライマリーケア改革について議論が行われ、アメリカで先行して行われていた HMO (Health Maintenance Organization) 改革の視察を参考にして、それ

と同様のシステムをイギリスにも導入するという、プライマリーケア緑書 (Primary Health Care Green Paper) として結実したのであるが、これはその内容があまりに先進的であることから日の目を見ることはなかった。しかし、メイナードの GP ファンドホールディングの考え方は、前述のように、最終的に「患者のために」に提示され、1991 年から、実際に導入されることになったのである。

V-2 GP ファンドホールディングの内容

GP ファンドホールディングとは、一定の要件を満たした GP を GP ファンドホルダー (GPFH) として、登録された住民のプライマリーケアの予算、病院の予算などを与え、住民の代理人として医療サービスを買わせるシステムのことをいう。一定の要件とは、まず第一に登録された患者数が 7000 人以上 (1993 年 4 月 1 日より)、経営的・技術的な能力があると RHA (Regional health Authority) が認めるということである。選考のプロセスは、公開の下に行われ、公平を保てるようにしている。

GPFH が与えられる予算は、主に次の 5 つのサービスの分野をカバーしている。

① 病院の入院サービスの内、限られた範囲の手術

具体的には、眼科、耳鼻咽喉科、胸部、心臓血管系、一般手術、婦人科、整形外科の手術。

② 病院の外来サービスすべて

③ 血液検査、尿検査、X 線検査、外来ベースで行われる診断検査 (diagnostic test)

④ GP ファンドホルダーの処方薬

⑤ 人件費 (Practice Staff の費用)

予算は、事後的にかかった費用を償還するのではなく、来年度にどのくらいの費用がかかるかを推定して、プロスペクティブ (Prospective) な形で与えられている。

これらの予算をどの様に設定するかについては、様々な変遷があったといわれている。「患者のために」では、GPFH に対しても DHA が GP に与えるのと同じ支払い方式 (formula basis) を採用することをうたっていたが、実際には、支払い方式 (formula) を設定するに当たっては、困難な問題があることが当局によって認識された。GP の紹介パターンには、それぞれの GP の属性によって大きな変動があること、GP が紹介を行う病院によって診療価格にかなり差があることから、全国的なレベルで支払い方式を作ることは困難であることが明らかになってきたのである。そこで発足当初の GPFH に対して、保健省 (Department of Health) は前年度の実績に基づいて予算を与えることになった (Historic Cost Basis)。1 年目は、一般にかなりゆとりを持った予算であったといわれている。GPFH 発足の二年目には、保健省は批判を考慮して、GPFH の予算の内、病院の診療分について伸び率を抑制する策を採った。しかし、保健省は、支払い方式を設定することによる支払いについてあきらめたわけではなく、

GPFH システムが導入された 1991 年の 8 月に検討を始め、1992 年 7 月に 1993 年度予算用の支払い方式について提案を行った。その提案を行うに当たって、患者の特徴と、その患者が病院の専門科を利用する確率との間の一意的な関係を推定することが、最も困難な作業となった。全国レベルのデータを利用して、入院サービスについては、ようやく年齢、性別と入院の稼働率との間に相関を発見することが出来たが、外来サービスについては不可能であった。そこで、保健省は、とりあえず中央レベルでは、各地域 (region) で協議を始めるたたき台を作ることに留めて、後は、各地域で対応させることにした。その後、過去の紹介の実績など、より細かいデータを使って患者一人当たりの支払い方式 (Capitation Formula) を作ったところもあるし、それを全く使わないところもあって、地域によって千差万別である。

また、1993 年 4 月には、GPFH の予算がカバーするサービスは、コミュニティーヘルスサービスにまで拡張された⁽¹¹⁾。

予算は、患者一人当たりについて与えられているが、GPFH は、以上の各項目間で流用をすることができる。例えば、他の項目で節約をした分を使って、スタッフを一人多く雇うというようなこともできる。ただし、予算は FHSA (Family Health Service Authority) によって管理されている。

最後に、GPFH と病院の間の契約について触れておこう。GPFH は、予算を持つことを許されている部分の病院サービスについて、病院との間で契約を行っている。契約は、1 年ごとに更新されることになっており、形態としては 3 種類を挙げることができる。ブロック契約 (Block Contract)、ケースごとの費用契約 (Cost per case Contract)、費用・数量契約 (Cost and Volume Contract) である。ブロック契約とは、病院が患者に対して一定の範囲のサービスを提供することに対して、GPFH が毎年一定の料金を病院に支払うという形の契約である。ケースごとの費用契約とは、病院の供給する診療サービスに対して、それぞれ価格を決めるものである。費用・数量契約とは、基本的なサービスの範囲についてはブロック契約を結んで、その範囲を超えたサービスについては、ケースごとの費用契約を結ぶというものである。

V-3 GP ファンドホールディングに期待された効果

GP ファンドホールディングの導入によっていくつかの成果が期待された。

第一に、病院の非効率性が解消されること、サービスの価格の低下、質の向上、患者の嗜好によりマッチしたサービスが提供されるようになることである。GPFH は、自分の登録患者の病院での診療サービスの決められた部分について、予算を持っているので、病院の診療について無関心ではいられない。病院が患者に対して必要以上に高い費用をかければ、それだけ自分の患者に対する予算が浪費されることになるので、GPFH は病院が適切な治療を行っているかどうか注目を払うインセンティブがある。つまり、GPFH は、自分の受け持ち患者に対する病院のサー

ビスの内容、価格、質について関心を持つことになる。

サービスの「質」の向上という点でいくつかの期待される効果を指摘しておきたい。第一に、ウェイトिंगリストの問題が改善されることが予想される。現在、一般的手術、外傷・整形外科、耳鼻咽喉科、眼科、産婦人科等の手術で、長いウェイトINGリストが存在していることはよく知られている。患者がサービスを受けたいときに受けることができるということは、患者の満足に寄与し、サービスの「質」の一部を構成していると考えられる。而るに、ウェイトINGリストは、患者がサービスを受けたいと思うときに待たされるということであり、サービスの「質」の低下を意味している。GP ファンドホールディングは、いくつかの点でこの問題を解消する機能を持っていると考えられる。

第一に、GPFH は、患者の病院での手術の予算の一部を持っているので、病院が予算を使い果たしてしまったために手術できない、という改革以前に頻発したケースを排除することができる。第二に、患者は長く待たされることを好まないことを GPFH は知っているので、自分の患者を早く見てもらえる様に病院に働きかけるインセンティブがある。逆に、病院は、GPFH から患者を紹介してもらわなければ、収入が入らないという構図があるので、GPFH の要求を無視することはできない。また、GPFH が、自分でやった方が費用が低い簡単な手術については、自分でやることから、その手術についての病院でのウェイトINGリストが短くなる効果も期待できる⁽¹²⁾。また、GPFH の中には、患者を紹介する病院との契約の中で、項目を盛り込むことによって、ウェイトINGリスト問題を解決しようとしている者もいる。その内容は、GPFH によって千差万別であるが、定期的に、GPFH と病院の間で、ウェイトINGリストに載っている患者の処置について、検討会を行うことを盛り込んであったり、一定期間以上待たせないことを規定したり、GPFH がウェイトINGリスト問題に対して、強くコミットしていることがわかる⁽¹³⁾。

また、最近では、病院の医療の質についても契約に盛り込むケースが出てきている。例えば、患者が病院から GPFH のところに戻ってくる時の手紙の内容、およびその早さについて、また患者が病院を訪問した回数に対して一定の割合でコンサルタント医が診療を行う、といった項目を契約書にいているところもある。

第二に、プライマリーケアのサービスの質の向上である。第一に、GPFH は患者に最も近いところにおいて、定期的に患者と接触しているので、患者についての細かい情報を持っていると考えられるので、DHA よりも、患者にとってより適切なサービス購入の代理人になることができると考えられる。第二に、GPFH は、予算から生まれる余剰を制限付きながら自由に処理することが出来るので、多くの患者を引きつけるために患者の喜ぶサービスを行うインセンティブがある。自分の患者の病院での待ち時間を短くさせる、患者に対するサービスをよくするなどはその例である⁽¹⁴⁾。また、後述のグラナスター (Howard Glennerster) 教授らの研究では、

(First-Wave) GPFH 導入以前は、GP が尿検査、血液検査などを病院に委託しても、1 週間もたないと結果が分からないことがざらであったが、GPFH が委託先を変えるという「脅し」を使った結果、病院が毎日宅配で検査結果を持ってくるようになった、という逸話が紹介されている。また、GPFH が共同で解説するヘルスセンター (Health Centre) の中には、精神科、耳鼻咽喉科など患者の利用頻度の高い診療科目のコンサルタント医をパートタイムで雇って、毎週一定の時間帯に出張させることによって、患者がより良いサービスを受けることができるようにしている例も見受けられる⁽¹⁵⁾。第三に、プライマリーケアの連携が促進される可能性があることが指摘できる。従来、GP が核になって地区看護婦 (district nurse)、ヘルスビジター (health visitor) と協力しながら地域のプライマリーケアを供給してきた。病気になったときに、人々は、通常、GP をまず訪問し、必要に応じて、彼らに紹介をするという形をとってきた。実態としては、プライマリーケアチームができていたのである。しかし、現実にはこうした連携・協力関係があったにも関わらず、GP とそれ以外のチームの構成員がもらう予算の出所が異なることが、連携関係の障害になっていた。例えば、地区看護婦の訪問看護は、予算が NHS 制度の外のコミュニティーサービスユニット (Community Service Unit) から出ることから、GP の意志で訪問看護を斡旋することはできなかったのである。これに対して、GPFH は、前述のようにコミュニティーケアサービスの一部についても予算を持てるようになったことから、GPFH の意志で、スムーズに、コミュニティーケアとの連携をとることが可能になることが、期待されている⁽¹⁶⁾。

第三に、GPFH が、病院、コミュニティーケアの予算を持つことによって、より低い費用で、質の高い医療サービスを、より適切な場所で提供することができる可能性がある。言い換えると、GP サービス、コミュニティーケア、病院サービスの代替性を大きくし、安く効率的な診療方法をとることを可能にするメカニズムが内在的に備わることになった。

以上 GP ファンドホールディングの利点を検討してきたが、いくつかの問題点の存在が指摘されている。その内、主要なものを検討してみよう。

第一に、GPFH の規模の問題である。GPFH システムを作ったときからこの点は指摘されてきた。受け持ち患者にコストのかかる患者がいたときに、GPFH の規模が小さいと、大きな経済的負担になる。この問題に対していくつかの措置がなされた。第一に、一定規模以上の GP のみを GPFH にするということである。創設当初の 1991 年には、GPFH になる資格要件として、11000 人以上患者をもっていることが必要であった。登録する患者の数が多くなると、大数の法則が働き、リスクの分散が可能になる。つまり、登録している患者の数が多くなると、医療サービスをたくさん消費する患者と、そうでない患者が同時に含まれるようになるので、前者の存在によるコストの増大が、後者の存在によるコストの減少で相殺されることになる。しかし、

このGPFHの規模の資格要件は、1992年には9000人以上、1993年には7000人以上と基準がゆるめられていった。これは、一つには基準をゆるめることで、より多くのGPFHを作ろうという政策当局の意図があると思われるが、規模を大きくしてリスクを分散しようという当初の意図とは矛盾している。第二に、患者一人当たりの病院での費用が5000ポンドを越えるときには、DHAが代わりに支払ってやるという歯止めの制度を作ったことである。第三にGPFHが持つ予算を比較的安価な診療に限定することである。

第二に、第一点と関連するが、クリームスキミング (Cream Skimming) あるいはリスクセレクション (Risk Selection) の問題である。患者一人当たりについて、予算が患者の状態に関わらず一律に与えられるとすると、GPFHは、費用のかかる、リスクの高い患者の登録を拒むインセンティブがある。その結果、リスクの高い人々とリスクの低い人々の間に不平等が発生する可能性がある。

第三に、GPFHに登録した患者とGPに登録した患者の間に、不平等が発生する可能性がある。病院は、GPFHとの関係上、GPFHから紹介されてきた患者を、GPから紹介されてきた患者よりも優先的に診る可能性がある。例えば、ウェイティングリストに載っている患者の中から誰を先に診療するかという判断をするときに、GPFHからの患者を優先するか、扱いを丁寧にするということがあり得る。

第四に、GPFHの予算管理能力についての疑問である。GPFHの予算は、先述のように、来年度にかかるであろう費用の予測に基づいて与えられる。不安な点の一つとして、GPFHは、受け持ちの患者のリスクに十分に対応できないために、予算を見込みよりも早く使ってしまう、後は登録された患者を診ることができない状況になる可能性があるということが挙げられる。また、予算を管理するための経営上のスキルを十分に保持していない可能性も指摘できる⁽¹⁷⁾。

GPファンドホールディングが導入されてからまだ日が浅く、その成果については、十分な検証ができていないのが実状であるが、最近になって、実証的にこれらの問題点を検討する研究が行われるようになってきている。LSEのグラナスター (Howard Glennerster) 教授を中心としたグループによる研究、GP Fundholding: Wild Card or Winning hand? がその代表格であろう。この研究は、Kings Fund Instituteが企画したNHS改革の実証研究の一貫として行われた⁽¹⁸⁾。グラナスター教授らの研究は、3つの地域についてそれぞれ、First-Wave GPFH, Second-Wave GPFH, Third-Wave GPFHの利用可能なサンプルを地域、規模などの要素について偏りのないように取り出し、財務データ等を用い、アンケートも行いながら分析を行っている。アンケートなどを用いながら、先述したGPFHシステムの利点を再確認すると同時に、以上挙げた問題点のいくつかの存在について分析している。

まずGPファンドホールディングの利点についてであるが、アンケートなどの聞き取り調査から、概ね肯定的な評価を下している。

一方、問題点についても詳細な検討を行い、興味深い分析を行っている。ここではグラナスター教授らの研究の成果も交えながら、問題を検討していこう。

第一に、クリームスキミングの問題についてであるが、グラナスター教授のグループは、無差異抽出した 1500 人の患者に対して、患者の年齢、性別、さらには病歴のデータ、居住地域などの属性と、実際に患者に使われた費用との関係を見るという分析を行った。もしも、患者の属性とかかる費用との間に相関が存在すれば、GPFH が、患者の属性を見ることによって、その患者にどのくらい費用がかかるかを推測出来る可能性がある。分析の結果は、先述の、保健省が、患者の属性として使った年齢、性別のみで推定した場合に比べて、患者の病歴を加えて推定したものが、かかる費用をよりよく予測できているというものであった。つまり、年齢、性別に加えて、患者の病歴を知ることが出来れば、GPFH には、その患者がどのくらい費用のかかる患者かわかってしまう可能性がある。異なる角度から見ると、患者の病歴を考慮しない予算設定が行われている場合、クリームスキミングが生じる可能性が高い。

グラナスター教授を初めとして、GPFH システムが克服すべき最大の問題点は、クリームスキミングの問題であるという共通のコンセンサスができつつあるようである⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾。この問題の解決の方向性としては、人頭あたり支払い方式 (Capitation Formula) が最も有力であると、GPFH を促進すべきであるという人々には考えられている。先述のように人頭あたり支払い方式を作ることは、データの収集にかかる莫大な費用、患者の属性と費用の相関を見いだすことの困難さなど、多くの問題があるが、情報・コンピューター技術の発展がめざましい今日、決して不可能ではなくなりつつある。ここでの主要な実証結果は、患者の病歴情報が、費用をより正確に予測する上で重要であるというものであったが、患者の病歴情報のような、細かく、現状では、収集するのに費用がかかるデータも、GPFH、病院などの情報化が進めば、比較的低い費用でより細かいデータを収集することが出来るようになるというのが、グラナスター教授が、人頭あたり支払い方式が効果的であると主張する根拠になっている。しかし、この考え方に対して、反対の意見があることも事実である。メイナード教授は、情報化のコストが、そこから得られる便益に見合うものであるかどうか、慎重でなければならないということを強調している。つまり、人頭あたり支払い方式を導入することによるクリームスキミング抑制の便益が、それを実現するために必要な情報収集コストを上回った時に初めて、それを導入する価値があるということである⁽²¹⁾。実際、グラナスター教授の共同研究でもこうした情報関連費用も含めた管理コストは全予算の 5% を占め、GPFH 導入以前の 3% という数字と比べて増加していることが示されている⁽²²⁾。

第二に、GPFH の患者と GP の患者の間の不平等の問題であるが、病院が、GPFH の患者を優先的に見るというようなことがないように、1991 年の GPFH の導入の年に、保健省は、ガイドラインを設置している。実際にこの様な不平等が生じているかは必ずしも明らかではない

が、先述のように、GPFH が病院との契約書の中に待ち時間についての項目をいれており、かつ、病院の診療の予算の一部を持っていること、それに対して、GP は、DHA を通じてしか病院に影響を及ぼすことが出来ないことから見ても、この問題が発生する素地は十分に存在しているといえるだろう⁽²³⁾。また、ガイドラインが導入されているということは、それが効果的であることを必ずしも意味しない。GPFH、病院がガイドラインを守るインセンティブを持っているのかどうか、まず検討されなければならない。例えば、罰則規定が十分に整備されているかどうか、ガイドラインが遵守されているかどうかをモニターすることが可能かどうか、それにかかるコストのレベル等が検討されなければならない。

第三に、GPFH の予算管理能力についてであるが、グラナスター教授のグループの研究では、実際のデータを用いながら、年間を通じて GPFH がどのように予算を消化していったかを調査し、彼らが十分に予算を管理していることが示されている。また、GPFH の中には、何人かが集まってグループプラクティスを形成することによって、経営能力を高めている者がいることにも注目する必要がある。彼らは、予算を含めて経営を管理する専門のマネージャーを置き、グループの GPFH それぞれの持っている患者の細かい診療記録、費用などの細かいデータをすべて管理してもらっている。データを磁気情報として管理し、経営情報として、いつでも使えるようにして、マネージャーは、定期的に GPFH たちと会議を開いて、経営上の改善点などを話し合う。

第四に、GPFH の規模の問題については、同じ「準市場」のアイディアの下に導入されたアメリカの HMO (Health Maintenance Organization) の研究で推定された、リスクの分散が十分にできる人数と比べて、小さすぎるといふ指摘がある。制度的に米英の相違があることを考慮に入れたとしても、7000 人というのは規模が小さいと言わざるを得ない。しかし、患者一人当たりの診療費が 5000 ポンドを越える場合には DHA が代わりに支払う、というストップ・ロス・プロビジョン (Stop Loss Provision) がすでに設定されていることと、将来、患者のリスクも考慮に入れた人頭あたり支払い方式が実現する可能性があることを考慮すると、この問題は解決されることが期待される⁽²⁴⁾。

第五に、GPFH システムのカバーできるサービスの範囲についての問題点を指摘したい。GPFH が、病院・コミュニティーサービスに対して持っている予算は現状では極めて小さい。1992/1993 では、GPFH は全病院予算の 2% を持っているにすぎない。最も GPFH が多くいる地域でも 4% である。仮に全ての GP が GPFH になったと仮定しても、病院予算の約 15% を持つにすぎないと言われている。もっとも、これが大きな数字であるか、小さい数字であるか、GP ファンドホールディングのパフォーマンスにどのような影響を与えるかは定かではない。

第六に、GPFH がどこまで普及するかという問題である。1991 年に GPFH になった First-Wave GPFH の登録住民は、人口の 7%、1992 年の Second-Wave GPFH が加わった時

点で、人口の14%、1993年のThird-Wave GPFHが加わった時点で、人口の約25%、1994年にFourth-Wave GPFHが加わった時点で、人口の約36%をカバーするにいたっている。ここで指摘しなければならないのは、質の良いGPFHになれるGPの資源がどのくらいあるかということである。質の良いGPは早くGPFHになっていくとすると、年を経るにつれて参加するGPFHの質が悪くなっていく可能性がある。

第七に、GPFHのグループ化による独占・寡占の弊害についてもふれておく必要がある。GPFHは、規模についての規制をクリアすること、経営管理上、グループプラクティスになることに利点があることから、ヘルスセンターを共同で開業する場合が増えている。これは、地域のGPFH同士の競争を低下させ、かつ病院との取引にも影響を与えられとされる。GPFHはグループになることで病院との交渉力が増加すると同時に、少数対少数の取引になることによって談合などの弊害が発生する可能性があることを指摘しておかなければならない。

VI NHS トラスト病院

VI-1 NHS トラスト病院とは

次にNHSトラスト(NHS Trust)について見ていこう。これは、「買い手と売り手の分離」を実現する上でのもう一つの柱であり、DHA直轄であったNHS直営病院(Directly Managed Unit, DMU)の経営をNHS当局から独立に行う形にすることによって、より効率的な病院サービスの提供が目指されたのである。NHSトラストの普及は、1991年4月の導入当初は57、1993年4月には330、1994年4月には約500まで増加するというように急速に普及し、将来は、約95%の病院によるサービス・コミュニティーケアサービス(Community Care Service)がNHSトラストによって供給されることになる。

NHSトラストとは、創設時に、資産をそれ自身が所有する形にして、大蔵省(Treasury)が負債を利付き債(interest bearing debt)と公共債(public dividend capital)の形で持つことによって所有と経営の分離を行う。両者の割合は、創設時に、保健大臣によって決められる。ただし、NHSトラスト病院は、大臣に対して会計などの提示を求められたら見せなければならず、経営上の問題について質問を受けたら説明しなければならないという立場にある。いわば経営状況を保健省によってモニターされているわけである。この監視役をするのが、NHSマネージメントエグゼクティブアウトポスト(Special NHS Management Executive Outposts)である。彼らは、病院の費用項目等を含んだ経営情報を収集する役目も負っている。

NHSトラストの最大の特徴は、DMUの時と比較して、経営の自由が認められていることである。第一に、労働者に対する報酬を独自に設定することができ、雇用する労働者の数、その構成割合について自由に設定することができる。かつては、これらの項目は病院が独自に設定する

ことはできなかったのである。第二に、NHS トラスト所有の資産の処理、取得について EFLs (External Financing Limits) の制限付きながら、一定の自由が認められたことである。しかし、保健省は、この EFLs を含めて NHS トラストのファイナンスに制約を課していることに注意しなければならない。EFLs とは次の様なものである。第一に、100 万ポンドを越える資産を売却・処分する場合には、所轄大臣の認可を必要とする。また、1000 万ポンドを越える資産を新しく取得する場合には、NHS マネージメントエグゼクティブ (NHS Management Executives) の認可を必要とする。NHS トラストの借入金の総額に制限を設け、金融余剰が出た場合には、一定額の負債を償還しなければならない。第二に、DHA, GPFH といった NHS トラストのサービスの買い手との契約では、年度末で計算して、6%の資本収益率が上がるような形で設定しなければならない。第三に、NHS トラストは、年間ベースで損失が出ないようにしなければならない (Break-even constraint)。これは、次のような形で実現することを求められている。NHS トラストが、サービスの買い手との契約で平均費用価格をつけること、及びまた価格付けの時に、サービス間での相互補助 (Cross-Subsidization) がないようにすることによってである。

NHS トラストの導入の最も重要な意味は、「準市場」のメカニズムを働かせるのに貢献したことである。従来は、DHA が、DMU を直営し、病院・コミュニティーサービスの売り手になると同時に、住民のために、それらのサービスの買い手になるという形で、買い手と売り手が統合されている状態であったが、DHA と GPFH をサービスの買い手、NHS トラストをサービスの売り手として役割をはっきりさせる形で、両者を分離することになった。すなわち、買い手と売り手の間の市場を生み出したということである⁽²⁵⁾。NHS トラストと DHA, GPFH の間では、価格設定についての制約条件付きながらも、当事者間で自由に交渉して契約をすることができるようになっている。

VI-2 NHS トラストから得られると期待されているパフォーマンスと問題点

NHS トラストは、旧来の NHS 直営病院の場合と比べて、次のようなメリットがあると指摘されてきた。

第一に、労働の雇用における賃金、量、職種のミックス、およびファイナンスの自由を与えることによって、病院の内部の効率性を促進することである。

第二に、NHS トラストが、病院・コミュニティーサービスの売り手としての役割に徹することで、買い手としての DHA, GPFH との間に明確な取引関係を作り、契約を当事者同士の交渉にある程度任せることによって、病院サービスの取引の効率が高まることが期待されていた。DHA, GPFH が患者のサービス購入を司るエージェントになって、NHS トラストとサービス供給の内容について交渉を行い、契約をすることによって、準市場のメカニズムが働くことが期

待されたのである。

しかし、こうしたメリットが挙げられる反面で、いくつかの問題点が指摘されてきた。

第一に、経営の自由に対する制約の問題である。NHS トラストに対するファイナンスの制約は、その経営に大きな足枷をはめ、NHS トラスト創設のそもそもの目的であった、経営の効率性の実現を阻害していると懸念する声がある。短期の資本投資にも規制をかけるという形で投資など資産の処理の自由が強く制約されている。

第二に、経営努力によって生まれた余剰の処分についても、強い制約があることが、NHS トラストが経営努力を行うインセンティブを減じる可能性がある。

第三に、準市場のメカニズムが、果たして期待通りに機能するのかどうか、疑問視される面がある。経済学の標準的な理解では、買い手と売り手がお互いの費用などの情報を共有して、かつ買い手と売り手が多くいるなど、完全競争の条件が満たされていれば望ましい取引が行われる。もとより、医療サービスの市場において、特に情報に関する条件が絶望的なまでに満たされていないことについては共通の理解があり、これを克服する方法として、「準市場」の考え方があるわけであるが、さらに、買い手と売り手の数が多いという条件が満たされていない、ということも指摘されてきている。まず、売り手の NHS トラストは、ロンドンのような大都市部をのぞけば、地域に十分たくさん存在しているわけではない。また、買い手の方も、最近では交渉をより有利に進めるために共同して NHS トラストと契約交渉をする場合が出てきた⁽²⁶⁾。第二に、買い手(GPFH, DHA) が売り手の情報をどのくらい持っているか、必ずしも明らかではない。この点は「準市場」が機能する上でのキーポイントであるが、NHS マネージメント・エグゼクティブがトラストの費用等の情報を把握していることから、この情報が契約時に、買い手に対して、偏りなく提供されるのであれば、問題は解決するかもしれない。しかし、NHS マネージメント・エグゼクティブが、この情報を十分に開示するインセンティブがあるかどうかは、必ずしも定かではない。

最後に、GPFH と NHS トラストの間の契約が 1 年という短期契約であることから生じる問題点について指摘しておきたい。第一に、NHS トラストのサービスの質の向上、価格低下のために努力するインセンティブが小さくなる可能性がある。翌年度の契約は、前年度の契約を考慮に入れて行われると仮定すると、NHS トラストは、当該年度にあまりに努力しすぎると、翌年も同じくらいの努力を求められることになることから、あまり頑張りすぎない方がよいというラチェット効果 (Ratchet Effect) が働くことになる⁽²⁷⁾。第二に、ホールドアップ (Hold up) 問題が考えられる。NHS トラストが、質の向上、価格低下を実現する上で行う投資が、個々の GPFH によって異なる場合、その投資は抑制される傾向がある。なぜなら、GPFH との契約が 1 年後に更新されなかった場合、NHS トラストにとって、せっかく行った努力が水の泡になるし、仮に契約の更新を行うとしても、その GPFH にしか意味のない投資を行っていることから、人質

を取られているのと同じ状況になり、新たな契約内容が不利になる可能性があるからである⁽²⁸⁾。

この様にメリット、デメリット両方が、指摘されてきた NHS トラストのパフォーマンスに対して、最近ようやく実証的な研究が行われるようになってきた。

まず、1993年のニューチャーチ (Newchurch) の研究では、57の First-Wave トラストについて、政府に課されている制約条件を満たしているかどうかを確かめている⁽²⁹⁾。第一に、NHSトラストが資本収益率6%以上という規制を達成しているか、第二に、NHSトラストが収支均衡の条件を満たしているか、第三に、EFLsを満たしているか、を検証している。第一点については、結果的に達成できなかった NHS トラストの数は、8つで、全体の平均収益率は9%、もっとも高いところは20.4%であった。しかし、この結果は、収入が予想よりも多かったことが原因になっていると同時に、資産の大きな評価減があったことに依存していると分析されている。第二点については、収支均衡できなかった NHS トラストは2つしかなかったとしているが、すべてのトラストの余剰は平均して収入の1.9%にすぎなかった。また、第三点については、達成できなかったトラストは9つであった。この結果は、でき過ぎであり、その要因としては、NHSトラスト導入の1年目であったことから、契約についても、前の年の慣習・実績をそのまま受け継いだものであったためであると見られている。また、そもそも制約を守れたことが、必ずしも NHS トラストの「パフォーマンス」が良かった証拠には必ずしもならない。

NHS マネージメント・エグゼクティブも、アウトプットと思われる指標を取り上げて、NHS トラストのパフォーマンスの評価を行っている⁽³⁰⁾。1991年4月から9月までの期間で、急性疾患部門で入院が1.5%、1日あたり件数が13.6%、外来が4.2%増加したこと、前年度の同じ期間と比較して、血管バイパス手術の件数が5.9%増加したこと、ウェイティングリストが短くなったことを指摘して、パフォーマンスが良くなったと結論づけている。しかし、この結果の解釈には注意を要する。第一に、NHS トラストの導入によってそうなったのか、単純にトレンドによって増加したのか、区別して分析されていない。第二に、年度間でデータの集計方法が変化しているという問題点も存在している。第三に、このデータは、NHS トラストとそれ以外の病院とを区別していないという点も指摘できる。NHS マネージメント・エグゼクティブは、さらに1991年度の残りの期間(10月から翌年3月)のデータをも含めて、同様の分析を行っている。トラストでは入院、1日あたり件数、総生産性がそれぞれ5.4%、20.5%、8.25%増加したのに対して、Trust ではない病院ではそれぞれ3.8%、21.6%、6.9%と増加が小さかったことを取り上げて、NHS トラストがそうでない病院よりもパフォーマンスがよいと結論づけている。しかし、この結果に対しても様々な批判ができる。第一に、NHS トラストは、なる前から効率性が高かった可能性がある。つまり、効率のよい病院がトラストになり、効率の相対的に良くなかった病院がトラストにならなかった結果が、この数字に含まれている可能性があるということである。第二に、改革に伴って、より多くの資源が、NHS トラストに配分された可能性がある。

NHS トラストには 1991 年度には 6.1%，1992 年度には 5.5%の資源投入の増加があったとされていることが傍証である。

こうした研究に対して、Bartlett and Le Grant (1992) は NHS トラストとそうでない病院の各部門の単位あたり経常費用 (Unit operating cost) を比較して、NHS トラストの効率性が高いかどうかを確かめようとした。彼らは 1989 年度と 1990 年度の CIPFA ヘルス・データベース (CIPFA Health Data Bases) の中から、イングランドとウェールズの病院を、サイズ、地域など偏りなく抽出して、その単位費用の大きさを、NHS トラストとそうでない病院とで比較した。全体的に単位費用は、トラストの方がトラストでない病院よりも小さかった。しかし、この結果はトラストであるという属性以外の要因に依存している可能性を排除できないことから、Le Grand と Bartlett は、新たに病棟費用を経営の効率性の代理変数とみなして、病棟単位費用を推定する方法をとった。ベッド数、規模の経済性 (ベッド数の 2 乗)、ロケーションのダミー変数⁽³¹⁾、ケースミックス変数 (急性か、急性を主としているか)、ダミー変数 (トラストであるかそうでないかを表す。) を説明変数として、病棟単位費用を推定したところ、NHS トラストの平均病棟単位費用は、それ以外の病院の平均病棟単位費用よりも低いことがわかった。彼らは、1989 年度、1990 年度両年について、この作業を行い、1990 年度の方が 1989 年度よりも NHS トラストとそれ以外の病院の平均病棟単位費用の差は小さくなっていることを示した。これらの結果から、Le Grant と Bartlett は、2 つの結論を導き出している。第一に、First-Wave NHS トラストになった病院は、なる前からともと単位費用が低いという意味での優良な病院であったと主張している。したがって、NHS マネージメントエグゼクティブが引き出している、NHS トラストのパフォーマンスがそれ以外の病院よりも良好であるという結論は、割り引いて考えなければならないということになる。第二に、Second-Wave NHS トラストの方が、First-Wave NHS トラストに比べて、より効率の悪い病院が参加してきている可能性があることを指摘している。これが、もし当てはまるとすると、今後、新たに NHS トラストになる病院の中には、さらに効率性の低い病院が含まれてくる可能性があり、NHS トラストの導入が医療サービス市場の効率性に貢献する程度に不安が生じてくる。

以上の分析結果は、NHS トラストの導入が、医療サービス市場の効率性に果たして寄与するのかどうか、疑問を抱かせるものであるが、まだ、制度が導入されてから日が浅いこと、十分な実証結果が出てきているわけではないことから、答えは、今後の研究を待つしかないように思われる。

Ⅶ 終わりに

本稿では、イギリスの医療制度改革をその考え方、問題点について、具体的に検討してきた。先進諸国の多くが、ほぼ例外なく、医療費の高騰に悩まされている今日において、医療サービス

を効率的に使う方策を考え、実行に移すことは、各国にとって至上命題になっているように思われる。また、それと同時に、サービスの「質」についても人々の関心が高まってきており、その向上を実現することも重要な政策課題になりつつある。従来、医療サービスは、その特有の性質から、取引を市場に委ねることは、ほとんどあきらめられてきたが、「準市場」あるいは「管理競争」のアイデアによって、再び市場メカニズムの持つ効率性実現のメリットを生かす機会が与えられることとなった。経済学者にとって、市場メカニズムを利用することがほぼ絶望的に不可能であると認識されてきたこの分野で、再び、どのくらい手を加えたら、市場メカニズムを利用可能なのか、はきわめて興味深いテーマである。多くの国々で「準市場」の考え方に基づいた医療制度改革が行われつつある今日であるが、中でもイギリスは、いち早くその実現に取り組んできており、先例として、理論的にも実証的にも興味深い結果を我々に見せてくれているように思われる。

我々は、イギリスに医療制度改革を決断させた既存の NHS の姿と問題点を検討し、その改革のアイデアの根底にある「準市場」のメカニズムを分析し、さらに現実の制度改革の柱となった、GP ファンドホールディングと NHS トラストについてその効果と問題点について検討した。

しかし、まだ研究は始まったばかりであり、イギリスの医療制度改革の正否を判断するには、判断材料が十分に備わっていないように思われる。制度改革の今後の行方が注目されるゆえである。

〈注〉

- (1) 先進諸国の医療制度改革について取り扱った文献としては、J. Hurst (1992) が代表的である。
- (2) 「管理競争」, 「準市場」の理論的分析を行った文献としては、A. Enthoven (1994), J. Le Grand (1991), J. Le Grand and W. Bartlett (1993) がある。
- (3) Department of Health, *Health and Personal Social Services Statistics for England* を参照。
- (4) J. Le Grand and W. Bartlett (1993) が、このあたりの事情に詳しい。
- (5) プリンシパル・エージェント問題については、J. Tirole (1989) 第 2 章, A. Mascollel et al. (1995) 第 14 章等を参照のこと。
- (6) この場合も、第三者機関が、客観的な情報を提供するインセンティブが生じるような仕組みを作る必要があることに注意。
- (7) クリームスキミングについては、例えば、Laffont and Tirole (1993) 第 6 章を参照のこと。
- (8) Department of Health (1989) を参照。
- (9) GP への報酬は、登録した患者の年齢に対応して決まる人頭払いの部分の他、若干の医療サービスに対する診療報酬部分から成っている。OECD (1995) p.12 等を参照のこと。
- (10) H. Glennerster et al. (1994) pp.5~6。
- (11) 具体的には、District nursing, Health visiting, Chiropody, Dietetics, Community and mental health services, Mental health counseling, Health services for people with learning

- disabilities である。ただし、終末期医療、助産婦サービスは除外された。
- (12) 1995年3月に、筆者が訪問したロンドン郊外の GPFH は、訪問した当日に簡単な耳鼻咽喉科の手術を自分でやっていた。
 - (13) この点については、ヒアリングで、Paxton Green Group Practice の Eleanor Brown 氏、Woking のヘルスセンターの D. H. V. Thomas 氏にお世話になった。
 - (14) 私が、訪問したロンドン郊外の GPFH も、妊婦の産後の様子をわざわざ自動車をとばして、診に行くなど、非常にサービス精神旺盛であった。また、待合室、診察室なども、非常に清潔で明るかったことが印象的であった。
 - (15) Paxton Green Group Practice におけるヒアリングによる。
 - (16) 注(11)を参照。
 - (17) 例えば、H. Glennerster et al. (1994) を参照。
 - (18) その成果は、R. Robinson and J. Le Grand eds. (1995) *Evaluating the NHS Reform* (1995) として結実した。
 - (19) オランダにおいても、イギリスと同様の医療制度改革を行っている。例えば、J. Hurst (1992) pp.87~101, W. P. M. M. van de Ven and F. T. Schut (1994) を参照のこと。また、イギリスとオランダの医療制度改革を対比させながら議論した研究として、大森、北村(近刊)がある。
 - (20) このことについて、Anthony Harrison (Kings Fund Institute), J. Le Grand (LSE, Kings Fund Institute), A. Maynard (University of York) など関係者の意見は一致している。しかし、後述のように、その解決策について、A. Maynard の立場は異なる。また、M. Matsganis and H. Glennerster (1994) を参照のこと。
 - (21) インタビューによる。また、A. Maynard (1994) を参照のこと。
 - (22) R. Robinson and J. Le Grand (1993)
 - (23) 私が、GPFH および Management Staff の人々にインタビューしたときの話からも、病院の待ち時間についての項目が契約に盛り込まれているなど、GPFH が病院に対して及ぼしている影響力の大きさを感じざるを得なかった。
 - (24) グラナスター教授の共同研究については、そのサンプルの選び方についての批判がある。この研究で使われたサンプル数がかかなり限られていることから、含まれている GPFH が全体を十分に代表するものではない可能性が存在している。つまり、質の良い GPFH をサンプルとして取り上げているのだから、結果がよいのは当たり前だと言うわけである。例えば、A. Maynard (1994) を参照。
 - (25) この市場のことを内部市場 (Internal Market) と呼ぶことがある。
 - (26) ヨーク (York) の様な中規模の都市においても、また、ロンドンでも少し郊外に出ると、実際にこの問題が生じている。
 - (27) ラチェット効果については、Laffont and Tirole (1993) 第9章に詳しい。
 - (28) ホールドアップ問題については、Williamson (1985) 第7章を参照のこと。
 - (29) Newchurch (1993) を参照のこと。
 - (30) NHS Management Executive (1991)。
 - (31) 例えば、ロンドンのような都市部に位置することは、生産要素の価格が高くなることなどを意味し、費用を高める要因になる。

《参考文献》

- 大森正博 (1995) 「イギリスとオランダの医療制度改革」全国社会保険協会連合会編『高齢化社会における欧米諸国の医療保障政策に関する調査研究』所収
大森正博, 北村 彰 (近刊) 「イギリスとオランダの介護制度」佐藤, 河野編『介護保険法一制度の在り

- 方を問う』法律文化社 所収
- 北村 彰「イギリスの社会保障制度の現況」(1993) (財)全国社会保険協会連合会『欧米諸国における医療費保障制度改革とその背景に関する研究』所収
- 厚生省保険局企画課 監修 (1994) 『欧米諸国の医療保障制度』法研
- 三輪芳朗 (1979) 「医療問題」 阪本他編『経済政策入門(2)各論』所収 有斐閣
- 宮島 洋 (1997) 『高齢社会へのメッセージ』丸善
- W. Bartlett and J. Le Grand (1992), 'The Impact of NHS Reforms on Hospital Costs', School for Advanced Urban Studies
- M. Chalkey and J. Malcomson (1996), 'Contracts For The National Health Service', *Economic Journal*, Vol. 106, pp.1691~1701
- A. Enthoven (1994), 'On the ideal market structure for third-party purchasing of health care', *Social Science and Medicine*, Vol. 39, pp.1413~1424
- H. Glennerster, M. Matsaganis and P. Owens (1992), 'A Foothold for Fundholding', Kings Fund Institute
- J. Le Grand (1991), 'Quasi-markets and social policy', *Economic Journal*, Vol. 101, pp.1256~1267
- M. Matsaganis and H. Glennerster (1994), 'The Threat of 'cream skimming' in the post-reform NHS', *Journal of Health Economics*, Vol. 13, pp.31~60
- A. Maynard (1994), 'Can competition enhance efficiency in health care?', *Social Science and Medicine*, Vol. 39, 1433~1446
- Department of Health, *Department of Health and Office of Population Censuses and Surveys*, OPCS
- Department of Health, *Health and Personal Social Services Statistics for England*, HMSO
- Department of Health (1993), *Managing The New NHS*, HMSO
- Department of Health (1989), *Working for Patients*, HMSO
- H. Glennerster et al (1994), *IMPLEMENTING GP FUNDHOLDING*, Open University Press
- A. Harrison eds, *Health Care UK*, Kings Fund Institute
- J. Hurst (1992), *The Reform of Health Care*, OECD
- J. Le Grand and W. Bartlett (1993), *Quasi-Market and Social Policy*, Macmillan
- J. J. Laffont and J. Tirole (1993), *A Theory of Incentives and Procurement and Regulation*, MIT Press
- R. Levitt and A. Wall (1992), *The Reorganized National Health Service*, Chapman and Hall
- A. Mas-Colell, M. D. Whinston and J. R. Green (1995), *Microeconomic Theory*, Oxford University Press
- R. Robinson and Julian Le Grand eds (1994), *Evaluating the NHS Reforms*, Kings Fund Institute
- J. Tirole (1989), *The Theory of Industrial Organization*, MIT Press
- O. E. Williamson (1985), *The Economic Institutions of Capitalism*, The Free Press
- NHS Management Executive (1991), *NHS Reforms: the first six months*, HMSO
- Newchurch (1993), *The Third Newchurch Guide to NHS Trusts*, Newchurch and Company Ltd.
- OECD (1992), *OECD Health Systems I, II*, OECD
- OECD (1995), *Internal Markets in The Making*, OECD