

英国NHSにおける地域間資金配分政策

井 口 直 樹

(厚生省医務局総務課 課長補佐)

はじめに

医療施設整備をはじめとした医療供給体制の整備は、医療費保障と並ぶ医療保障政策の大きな柱であることは言うまでもない。

ところで、医療供給体制の整備の大きな特徴の一つは、その地域性にあると言える。医療サービスは、他の対人サービスと同様、サービスの生産・消費は、同一の場所で行われるのが通例であるから、サービスの対象である患者の生活圏の範囲で、その提供が行われないと患者の医療ニードは需要として顕在化されにくいという性格を有している。したがって、医療供給体制の整備は患者あるいは、潜在的に患者となりうる国民の生活の場である「地域」というものに着眼して行わねばならないこととなる。

つまり、ある一定の生活圏をベースとして、地域住民の医療サービスに対するアクセシビリティを勘案して設定した「医療圏」を単位として医療供給体制の整備を図ることが最も適当な政策ということが言えよう。

こうした考え方に立って、計画的・体系的に医療供給体制の整備を図って行くとい

うのが地域医療計画の思想である。したがって、地域医療計画は、本来、地域住民に等しく、医療を受ける機会を保障しようという「公正の原則」に則ったものであるが、計画というものの性格からして、この公正原則の達成を最も効果的に行うことを意図しているから、同時に「効率の原則」にも則ったものと言える。

周知のように、現在、各国において地域に着目した医療計画の策定・推進が活発に行われつつあるが、医療費増大を背景として、計画策定の動機が資源の効率的利用という面により大きく置かれつつある。しかし、本来、医療計画とは「公正の原則」と「効率の原則」の両者に寄って立つものであり両者を切り離すことはできないものと言えよう。

ところで、地域医療計画の意義は以上のとおりであるが、計画策定の最大のポイントである目標水準の設定の具体的考え方、方法を定めるのは中々難しい課題であり、この適否が計画全体の適否を作用することになると言っても過言でなからう。

この意味で、各国の地域医療計画を検討し、その中における目標水準設定の考え方、

方法に学ぶことは、今後、我国において地域医療計画を論じ、具体的な実りのあるものにして行く上で大きな意義を有すると考えられる。

そこで、本稿では英国をとりあげ、そこにおいて地域間において、資源配分がいかなる考え方、方法で行われているかを紹介方々検討してみたい。

周知のように英国は、ナショナル・ヘルス・サービス（NHS）制度の元で、病院サービスは原則すべて国有化され、国が直営しているのに対し、プライマリー・ケアを受けもつ診療所は私人である一般医（GP）が国との契約に基づき、その運営を行っており、この両者を含む明確な形をした包括的な医療計画はない。しかし、国の直営している病院部門に対する財政資金配分計画が病院サービス（二次・三次医療サービス）に関する地域医療計画的性格を有しており、そこでの考え方は、地域医療計画あるいは医療資源の適正（効率的）配分を考えるに当たっても大いに参考となると思われる。

I 問題の所在と経緯

周知のように、英国のナショナル・ヘルス・サービス（NHS）は、戦後、各種の私的病院の国有化を通じ出発したものである。

したがって、病院の配置もNHS成立以前の状態をベースとして出発したため、当初から地域格差を内包するものであった。しかも、その後の国からの資金の流れはこうした既存の病院の維持に大きく割かれ、そのため、地域格差を是正する方向での資金配分は限られたものとならざるを得ない状

態が続いた訳である。このため、国民に公平に医療サービスを提供しようというNHSの理想の大きな障害となっており、この問題の解決が大きな課題となっていた。

こうした事態を解決するため、1962年には病院計画（Hospital Plan）が作られ、人口当たりの病床整備の基準にしたがって全国的な病院の整備を行う試みもなされたが、これは間もなく放棄される。その理由としては、財政的なもののほか、病床数という指標のみでは医療水準を十分代表し切れないという技術的な理由があったと言われている。つまり、病床数の整備水準を示すだけでは必要な医療サービスを適正に示しえないというのであった。

もっとも、この方式は、NHSの特定の部門では引続き採用されているが、この場合にも制度を過度に硬直的なものとし、資金の弾力的運用を阻害するものとして、徐々に人気がなくなりつつあると言われている。

ところで、この基準方式とも言うべき方式は、暗黙のうちに医療供給の望ましい水準が存在するはずであるという前提に立っているが以降こうした前提から離れ、全体としてどのぐらいの資金が必要かは問わずに、資金の「配分」方式そのものに重点を置く方向に考え方がシフトして行くこととなる。

こうして新たな考え方に基づいて登場したのが1971年のいわゆるクロスマン・フォーミュラと呼ばれる資金配分方式であった。そして、このクロスマン・フォーミュラの不十分さを踏まえ、1976年にはRAWPフォーミュラがつくられ現在に至

っている。

II クロスマン・フォーミュラについて

クロスマン・フォーミュラ (Crossman formula) というのは、時の保健・社会保障大臣クロスマンの元で検討され、1970年3月に、保健・社会保障省から全国 (ただし、England, Wales) 14の地域病院委員会 (Regional Hospital Board) 宛の通達 (Circular) によって示された資金配分方式を言う。ただし、これが実施に移されたのは、1971年度 (1971年4月～1972年3月) からで、その時には、クロスマンが属する労働党は保守党に政権を譲っていた。

1. クロスマン・フォーミュラの仕組み

地域間の資金配分は次の三つの要素、つまり、各地域の人口、病床数、受診件数によってなされる。といっても、これらの3要素の関数として一意的に資金配分額を決定する方式ではなく、それぞれについてまづ異なる資金配分額を算出し、その後ウェイトをつけて最終的な資金配分額を決定するという方式をとっている。

(1) 人口をベースとした資金配分額 (配分比率) の決定

まづ、各地域の年齢別・性別推計人口を、入院患者調査 (Hospital In-patient Enquiry) のデータに基づいて、全地域の当該グループが占める入院日数の全地域の総入院日数に対する比率でウェイトをかける。そして、地域の境界を越えて出入する患者を考慮する

ためにこの数値補正を行うとともに、教育病院についても補正を行う。

そして、各地域についてこうして得られた調整後の人口に基づいて、別途予算によって外生的に与えられている総資金額が配分されることとなる。したがって、資金の総資金額を \bar{R} とし、人口によって決まるj地域の配分比率を k_{1j} とすると、この地域の人口をベースとした資金配分額 R_{1j} は、次のようになる。

$$R_{1j} = \bar{R} \cdot k_{1j}$$

$$\text{もち論, } \sum_{j=1}^M k_{1j} = 1.0, \sum_{j=1}^M R_{1j} = \bar{R}$$

(2) 病床数をベースとした資金配分額 (配分比率) の決定

当該地域の専門科別1日当たり平均利用病床数に専門科別年間1病床当たりコスト (全国平均) の推計額を乗じ、当該地域の既存病床に全国平均コストで資金を融通するための必要配分額を算出する。また、同様の方法によって外来患者について加算がなされる。さらに、老人病、慢性疾患、精神障害、精神病のための病床については、配分額が3分の1だけ増額される。こうして、各地域について算出された配分額はその総和が \bar{R} に一致するように比例的に調整される。

したがって、病床数をベースとしたj地域の配分比率を k_{2j} とすると、その配分額 R_{2j} は次のようになる。

$$R_{2j} = \bar{R} \cdot k_{2j} \quad \left(\sum_{j=1}^{14} k_{2j} = 1.0 \right)$$

- (3) 受診件数をベースとした資金配分額
(配分比率)の決定

当該地域の専門科別受診件数(前年)に当該1件当たり全国平均コストの推計額を乗じ、さらに、他のいくらかの要素を勘案して必要配分額を算出する。

この場合にも、その算出額の総和が \bar{R} に一致するよう算出額の調整を行う。したがって、(1)、(2)同様

$$R_{3j} = \bar{R} \cdot k_{3j} \quad \left(\sum_{j=1}^{14} k_{3j} = 1.0 \right)$$

が得られる。

- (4) 最終的な資金配分額の決定

以上見てきたように、(1)~(3)によって、3つの異なる配分額が決定されるが、これをベースとして、次式によって、配分額の対前年増分額(ΔR_j)が決定される。 (\bar{R}_j^-) :前年配分額)

$$\Delta R_j = \frac{1}{2} (R_{1j} - \bar{R}_j^-) + \frac{1}{4} (R_{2j} - \bar{R}_j^-) + \frac{1}{4} (R_{3j} - \bar{R}_j^-) \\ = \left(\frac{1}{2} k_{1j} + \frac{1}{4} k_{2j} + \frac{1}{4} k_{3j} \right) \bar{R} - \bar{R}_j^-$$

ところで $R_j = \bar{R}_j + \Delta R_j$ だから
結局 $\therefore R_j = \left(\frac{1}{2} k_{1j} + \frac{1}{4} k_{2j} + \frac{1}{4} k_{3j} \right) \bar{R}$

つまり、当該地域の配分類(R_j)は、(1)~(3)によって決まる配分比率に、それぞれ、2分の1、4分の1、4分の1のウェイトをつけた調整後配分比率 $\left(\frac{1}{2} k_{1j} + \frac{1}{4} k_{2j} + \frac{1}{4} k_{3j} \right)$ によって決まる訳であ

る。

なお、 $\sum R_j = \bar{R}$ に注意 ($\because \sum \left(\frac{1}{2} k_{1j} + \frac{1}{4} k_{2j} + \frac{1}{4} k_{3j} \right) = 1.0$)

ただし、配分類の急激な変化は現行の病院サービスを著しく阻害するので、10ヶ年をかけて実施することとし、初年度は、 ΔR_j の $\frac{1}{2}$ を配分し、次年度は、新しい資料に基づき再計算された ΔR_j の $\frac{1}{4}$ を、という具合に配分額の変更を行うこととしている。

2. クロスマン・フォーミュラに対する批判-a)

こうした仕組みをもつフォーミュラに対して、英国の医療経済学者の一人であるP. ウェスト(West)は、次の二つの視点から批判を行った。

- a) このフォーミュラによって適正な配分額の推計を行いうるかどうか。
- b) このフォーミュラによって、必要とされた資金の配分を行えば、平等な当該地域のサービス水準の確保及び維持が図られるかどうか。

a)については、まず、病床数から得られる情報と受診件数から得られる情報の関連が批判されている。つまり、統計的に見ると、病床数と受診件数の間には相当高い相関があり、このことは、この両者が、それぞれ別個に地域に関する情報を提供してくれるというよりも、共にその地域に対する過去における資金配分を反映している可能性が強いことを意味している。

また、受診件数については、それが医学上の"ニーズ"と入院政策との相互作用に

よって決定されるものであり、さらに、入院政策は既存の病床によって影響されると考えられるから、受診件数と病床との間には何らかの関連が存すると考えられる。したがって、統計的に見ても理論的に見ても、病床数と受診件数とは別々に論じることはできないのであるから、どの程度、両者の情報に重複があり、また、独立性があるかを再検討すべきであるというのが第一の批判点である。

さらに、病床数については、これによって、当該地域の病床需要充足能力を測ろうというのであれば、短期的な供給困難を緩和するために、1人当たりの病床数が比較的少ない地域については、もっと回転率が高まるように、より、集中的・高度な治療やより多くのスタッフの確保などの、何らかの補完的な調整が資金配分ルールに盛り込まれてよさそうなものなのに、実際には、このフォーミュラでは、こうした点は全く考慮されていない。したがって、既存の病床数が多い地域に相対的により多くの資金が配分されることとなってしまっている。これが、第2の批判点である。

b)については、次にやや詳しく説明しよう。

3. クロスマン・フォーミュラに対する批判 - b)

以下では、どの程度、このフォーミュラが平等な資金配分を達成しうるか、また、平等な資金配分を維持しうるかをウェストの分析にしたがって検討してみるが、資金配分を決定する要素のうち病床数は無視し、

人口と受診件数のみを取りあげることとする。したがって、両要素に付されるウェイトも当初の $\frac{1}{3}$ 、 $\frac{1}{3}$ から $\frac{2}{3}$ 、 $\frac{1}{3}$ に変更される。先に述べたように、病床数と受診件数から得られる情報がほとんど一緒であるならば、このウェイトは $\frac{1}{3}$ 、 $\frac{1}{3}$ であってもよいとも考えられるが、ここでは、ウェストにしたがい $\frac{2}{3}$ 、 $\frac{1}{3}$ としておく。ただし、以下の議論にとって、このウェイトの相異は本質的ではない。

そこで、ある年(t)におけるある地域の受診件数及び1件当たりコストをそれぞれ f_t 、 c_t とすれば次式が成り立つ。

$$f_t \cdot c_t = \frac{2}{3} E_p + \frac{1}{3} \bar{A}^c \cdot f_{t-1} \dots \textcircled{1}$$

ただし、 E_p : 当該地域の調整後人口によって決定される配分額

\bar{A}^c : cの全国平均

①を f_t について解くと、

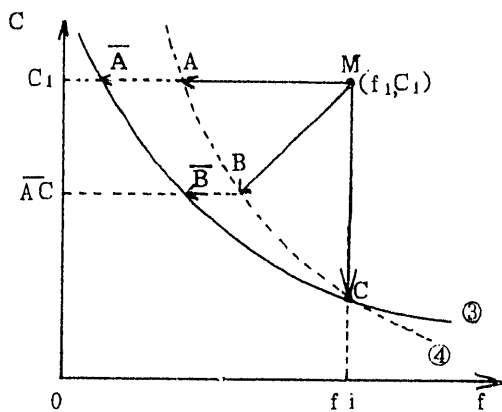
$$f_t = \left(f_1 + \frac{\frac{2}{3} E_p}{\frac{1}{3} \bar{A}^c - c_t} \right) \cdot \left(\frac{\bar{A}^c}{c_t} \right)^{t-1} - \left(\frac{\frac{2}{3} E_p}{\frac{1}{3} \bar{A}^c - c_t} \right) \dots \textcircled{2}$$

通常、 $c_t > \frac{1}{3} \bar{A}^c$ と考えるとよいから

$$\lim_{t \rightarrow \infty} f_t = \frac{\frac{2}{3} E_p}{c_t - \frac{1}{3} \bar{A}^c} \dots \textcircled{3}$$

したがって、 f_t の収束値は、 c_t によって決まる。したがって、この収束点を(f, c)平面に表わすと次のようになる。(図1)。

図 1



(注)

④は,

$$f \cdot c = \frac{2}{3} \bar{E}_p + \frac{1}{3} \bar{A}c \cdot f_i$$

そこで、今、初期点を $M(f_i, c_i)$ で与え、 f_t もしくは c_t について次の三つのポリシーを考える。

ポリシー I : 配分される資金額のいかんにかかわらず c_t は $c_t = \bar{c}_i$ を維持する。

ポリシー II : $c_t = \bar{A}c$ ($t=2, \dots$) に変更維持する。

ポリシー III : $f_t = \bar{f}_i$ を維持する。

すると、ポリシー I の元では、次の年 f, c の組合せは、 M 点から A 点に移動し、以降、逐次 A 点から \bar{A} 点に収束して行く。

ポリシー II では、 M 点から B 点に移動し、以降、逐次、 B 点から \bar{B} 点に収束して行く。

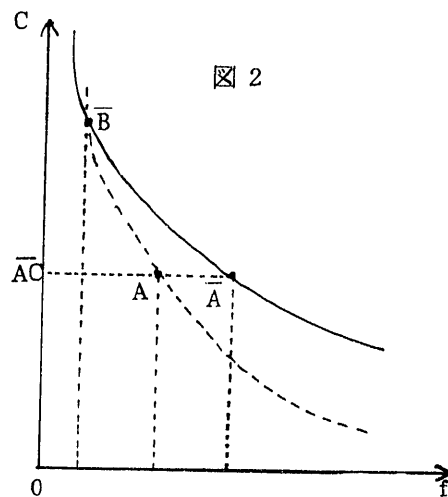
ポリシー III では、 M 点から④上の点 c に移動し、このまま均衡する。何故なら、③、④に $f = f_i$ を代入すると、共に

$$C = \frac{\frac{2}{3} \bar{E}_p}{\frac{1}{3} \bar{A}c - 1} \dots \textcircled{5}$$

となり、 f_i で③、④が交点をもつから

である。

以上の説明から明らかなように、このフォーミュラどおりに資金配分が同規模の調整後人口を有する地域に行われても、同額が配分される訳ではない。例えば、すべての同規模の調整後人口を有する地域が、ポリシー III を採用したとすれば、当初の受診件数 (f_i) が大きい地域ほどより多くの資金を配分される。さらに一般的に言えば、病床数が多くより受診者を多く受け容れられ、かつ、規模の経済性を発揮して、1件当たりコストを低く抑えられる地域程多くの資金を得られるのに対し、病床数の少ない地域は相対的に資金配分上不利となる。



また、今、③上の点 \bar{B} にあった地域がその努力によって、医療内容の低下を伴わずに、1受診件数当たりコストを全国平均 ($\bar{A}c$) まで低下せしめたとすると、その時この地域の受診件数及び1件当たりコストの組合せは、 \bar{B} から A に移動する。そして、以降、1件当たりコストを $\bar{A}c$ に維持できたとすれば、最終的には、 A から \bar{A} に移動し均衡する。(図 2)

このことは、より効率的に医療を行って

いる地域により多くの資金を配分することを意味する。すなわち、効率化によって、 \bar{B} からAに移ることによる受診件数の増大のみならず、長期的には、さらに、Aから \bar{A} に移ることによる受診件数の増大まで保障されることとなる訳である。この意味で、このフォーミュラは地域間の資金配分の不平等を拡大する可能性をも有している。

4. クロスマン・フォーミュラからRAWP フォーミュラへ

以上、述べてきたように、クロスマン・フォーミュラには、いくつかの問題点があったが、その中で最大の問題は、その中に、地域のニーズが正しく反映されていなかった点にあると言える。

このフォーミュラの中で、ニーズを最も反映していると考えられるのは、調整後の人口であるが、この中では、地域の特性は、年齢別・性別人口しか勘案されていない。また、専門科別受診件数によって、ある程度の疾病構造は予測できても既存の病床数の影響を除外した純粋なニーズを反映したものとは言えない。

こうした問題点に答えようとしたものが、次に述べるRAWPフォーミュラである。

III RAWPフォーミュラについて

DHSSは、「相対的ニードに客観的、平等的かつ効率的に対応した可能な限り実地的な資金配分方式を確立するため、RHA、AHA及び地区(District)のそれぞれに対するNHSの資本及び資金の配分措置の見直し勧告を行うことを目的として」、

1975年5月に、その内部に、「資源配分作業部会(Rosource Allocation Working Party—RAWP)」を設けた。そして、その結果は、翌1976年9月に“Sharing resources for health in England”として発表された。

この中で展開されている資金配分方式がRAWPフォーミュラと呼ばれているものであるが、これによって、クロスマン・フォーミュラは取って替わられ、今日に至っている。

以下では、このフォーミュラについて検討してみたい。

1. RAWP報告の骨子

上記のRAWP報告は6つの章と5つの附録から成っている。

第1章は、総論に当たる部分、第2章から4章までが、経常的経費に充てるべき資金の配分方式についての部分、そして、第5章が資本的経費に充てるべき資金の配分方式についての部分、最後の第6章がまとめに当たる部分を構成している。

また、5つの附録には各章に関連する詳細が載せられている。

2. 経常資金配分方式の仕組み

(1) 資金の基本的な流れ

NHSの病院部門に流れる資金の総額は、政府が毎年発表する向う4ヶ年間の公共支出計画(Public Expenditure Plan)によって毎年度枠をはめられるが、この総額の決定は、時の政府の経済・財

政々策によって大きく影響される。すなわち、資金総額は、いわば与件として先決されている訳で、この点は、前述のクロスマン・フォーミュラと基本的に同じである。

ところで、中央からの資金は、1974年のNHSの機構改革により、地域(Region)と地区(District)の間に、地方(Area)組織、つまり、AHA(Area Health Authority)が新たに設けられたことに伴い、中央(DHSS)→地域(RHA)→地方(AHA)→地区、という順に流れることとなる。

RAWP報告では、中央→地域(RHA)間の資金配分については第2章で、又、地域(RHA)→地方(AHA)及び地方(AHA)→地区間の資金配分については第3章で取り上げているが、後者の資金配分方式は基本的に前者と相似であるのでここでは、中央→地域(RHA)間の資金配分方式についてのみ検討の対象とする。

なお、昨年(1974)の法改正により地方組織(AHA)が廃止されることとなったことに伴い、地域(RHA)から下部組織への資金配分方式についてもある程度の手直しが行われることが予想される。

また、教育病院(teaching hospital)に要するコストについては、別途資金配分の加算が行われることとされているが(RAWP報告第4章)これも検討対象から外すこととする。

(2) 配分目標額の決定

RHAへの資金配分は、当該地域のニードをベースとして決定される。

ニードは、次の7項目につき計測される。

- ア. 入院サービス(非精神病)
- イ. 外来サービス
- ウ. 入院サービス(精神病—mental illness)
- エ. 入院サービス(精神障害—mental handicap)
- オ. コミュニティー・サービス(救急サービス及び家庭医委員会サービスを除く)
- カ. 救急サービス
- キ. 家庭医委員会サービス

ここでは、これらのうち、最もウェイトの大きな、アに焦点を当てて説明したい。そこで、まづ

$$\frac{NB_{ijk}}{NP_{jk}} \dots \textcircled{1}$$

を定義しておこう。

ここで、 NB_{ijk} は、疾病別(i)、年齢別(j)、性別(k)の全国平均1日当たり占有病床数を表わし、 NP_{jk} は、年齢別(j)、性別(k)全国人口を表わしている。

したがって、上式は、平均1日当たりの年齢j、性kの者のうち、疾病iで入院している者の比率を表わしている。

そこで、次に、地域rの年齢j、性kの人口を RP_{rjk} とおくと

$$\frac{NB_{ijk}}{NP_{jk}} \cdot RP_{rjk} \dots \textcircled{2}$$

は年齢j、性kの者が疾病iで入院する確率が全国平均並みとした場合の、地域rにおける要入院患者数を表わしている

と一応見ることができる。

ところで、 SMR_{rik} (Standardised Mortality Ratio) を地域 r における疾病別、性別死亡率の全国平均のそれに対する比として定義すると、 SMR_{rik} は地域 r における疾病別、性別有病率 (の全国平均に対する比) の代理変数 (proxy) と見ることができるので、

$$\frac{NB_{ijk}}{NP_{jk}} \cdot RP_{rjk} \cdot SMR_{rik} \dots \textcircled{3}$$

は、有病率の地域的な相異を考慮した場合における、当該地域における疾病別、年齢別、性別の要入院患者数と見ることが可能となる。

よって、

$$\sum_i \sum_j \sum_k \frac{NB_{ijk}}{NP_{jk}} \cdot RP_{rjk} \cdot SMR_{rik} \dots \textcircled{4}$$

は、当該地域の要入院患者の総数を表わすこととなる。

そこで、今

$$MRP_r =$$

$$\left[\frac{\sum_i \sum_j \sum_k \frac{NB_{ijk}}{NP_{jk}} \cdot RP_{rjk} \cdot SMR_{rik}}{\sum_r \sum_i \sum_j \sum_k \frac{NB_{ijk}}{NP_{jk}} \cdot RP_{rjk} \cdot SMR_{rik}} \right] \cdot \left[\sum_r \sum_j \sum_k RP_{rjk} \right] \dots \textcircled{5}$$

と表わすと、これは、地域 r の要入院患者数の全国の要入院患者数に対する比率で修正した、地域 r の修正人口を示すこ

とが分かる。

こうした、修正人口は、 α についてだけでなく、 $i \sim k$ についても得られるので、それらを、

$$MRP_r(m) \quad (m = 1, \dots, 7) \dots \textcircled{6}$$

と置くこととする。

そこで、次に、 α に要したそれぞれのコストの総コストに占める比率の直近のものを、 α_m とすると ($\sum \alpha_m = 1.0$)

$$MRP_r = \sum_m MRP_r(m) \cdot \alpha_m \dots \textcircled{7}$$

を得ることができる。

そして、最後に、公共支出計画によって先決されている総資金額を \bar{R} とすると、地域 r に配分されるべき目標額 \bar{R}_r は、結局、

$$\bar{R}_r = \bar{R} \frac{MRP_r}{\sum_r MRP_r} \dots \textcircled{8}$$

として決定される。

(3) 配分額の決定

以上は目標となる配分額であるが、これが、そのまま実際の配分額となると、非常にドラスティックな配分額の変更をもたらすこととなるので、実際の配分額は、その目標額と実績とのカイ離の程度に応じて弾力的に決定される。

この場合、目標額は、総資金額 (\bar{R}) に比例して影響を受けるから、目標額と実績のカイ離の程度、したがって、実際の配分額も総資金額の見通しに大きく作用されることとなる。

論

また、目標額と実績のカイ離が大きく、したがって、配分額の変更の度も大きいと判断される場合でも、そこには一定の限度が設けられている。つまり、従来、目標額に比し、著しく多くの資金配分を受けていた場合には、一挙にその大幅な削減を行うことには一定の限度があるし、逆に、著しく少ない配分しか受けていなかった場合でも、その大幅な資金配分の増加を短期間には十分消化し切れないことが予想されるので、配分額の変更には一定の限度が設けられた訳である。

したがって、総資金額の全体の見通しに照らしつつ、個々の地域に対する実際の資金配分額はある一定の限度内で目標額と実績とのカイ離の程度を勘案して決定されることとされている。

3. 投資資金配分方式の仕組み

投資資金の配分方式も基本的には経常資金の配分方式と同様である。

投資資金の額は、公共支出計画からやはり、外生的に与えられているから、これに、既存のストックの額を合算し、これを経常資金配分で行われたのと基本的に同様の方法で各地域に配分し、これを目標配分ストック額とする。そして、この目標額と既存ストックのカイ離をその程度や、その他の条件を勘案し、徐々に埋めるように、その年の当該地域に対する投資資金の配分額を決める訳である。

4. 経常資金と投資資金の関連

ところで、以上のようにして決定された

文

経常資金配分額を投資資金配分額ほどの地域においてもバランスのとれたものであるうか。

そもそも、公共支出計画で決まっているマクロの総資金配分額の段階で、この両者には必ずしもバランスがとれていないので、地域レベルでも両者のバランスがとれている保障はない訳であるが、マクロではバランスがとれていたとしても、ストックの地域間移動は、きわめて困難であるので、地域レベルでのバランスの達成には相当の期間を要することは避け難い。

したがって、地域の実情に合わせた資金の利用を図るため、両者の総額を実際にどの程度経常コスト、投資コストに充てるかは、その地域の自由裁量に任せることとしている。

なお、この問題の解決法として“*Bidding Approach*”という方法が別途考案されているが、複雑すぎるとして、その採用は否定されている。この方法は理論的には興味深い説明を省く。

5. RAWP フォーミュラに対する批判

さて、以上がRAWP フォーミュラの仕組みであるが、この方式に対する批判は様々な角度から行われているので、以下、批判点について説明したい。

その第一は、すでに前にも触れたが、このフォーミュラによって決定される配分額は、ある何らかの好しい医療水準に対応したものではない点である。

資金総額は、公共支出計画によって、国民経済的観点から決定されるのであって、

必ずしも医療のニードによって決められている訳ではないので、当然ではあるが、このフォーミュラによって決められるのは配分の額ではなくて、配分の比率にすぎない。

この点は、クロスマン・フォーミュラと基本的に同じであって、こうした考え方が出て来た背景はすでに冒頭で述べたとおりであるが、両フォーミュラに共通する一番大きな問題と言えよう。

第2は、医療を受ける機会の公正を図ることが最も大きな課題であるとした場合、地域間の資金配分を通じて行うというアプローチが最適な方法かということである。地域間の公正を図る代わりに、急性患者と慢性患者との間で公正を図るという考え方も有力であるし、又、地域間の公正を図るとしても、その手段としては、病院に対する資金配分を通じる代わりに、交通手段に対する資金配分を通じるという方法も考えられるが、このような可能性が配慮されていないという点がしばしば批判されている。

第3は、技術的な点であるがニード測定のベースとなっている標準死亡率（SMR）が果して有病率の最も良い代理変数かどうかということである。有病率に影響を与えるものは、環境や社会的状況等、様々なものが考えられるが死亡率がこれらの影響を集約的に表現しているかどうかは結局はっきりしないと言わざるをえない。

第4は、ニードを正しくとらえることができても、そのニードが果してNHSの提供する病院サービスにマッチしたものかどうかということが問題となる。とくに、一般医（GP）サービスとの関連が不明確であ

ると言わざるをえない。

第5は、標準死亡率（SMR）と資金配分額の関係がリニア（線型）でよいかという問題である。SMRが10%高くなれば資金も10%多く必要となるという証拠は何もない。

第6は、等しい資金配分が果して等しい医療機会の確保ということの意味するかどうかということである。地域によって、コストも又、生産性も様々であるから、こうした相異を十分勘案すべきではないかということである。

最後に、経常資金と投資資金のバランスの問題がある。

すでに述べたように、両者にはバランスをどうとるべきかという基準がなく、地域の実情の応じた弾力的な資金運用の道が開かれているが、果してこうした方法で初期の目的を適確に達成しうるのか、今後の成果を待って判断せざるをえないであろう。

6. RAWPフォーミュラの効果

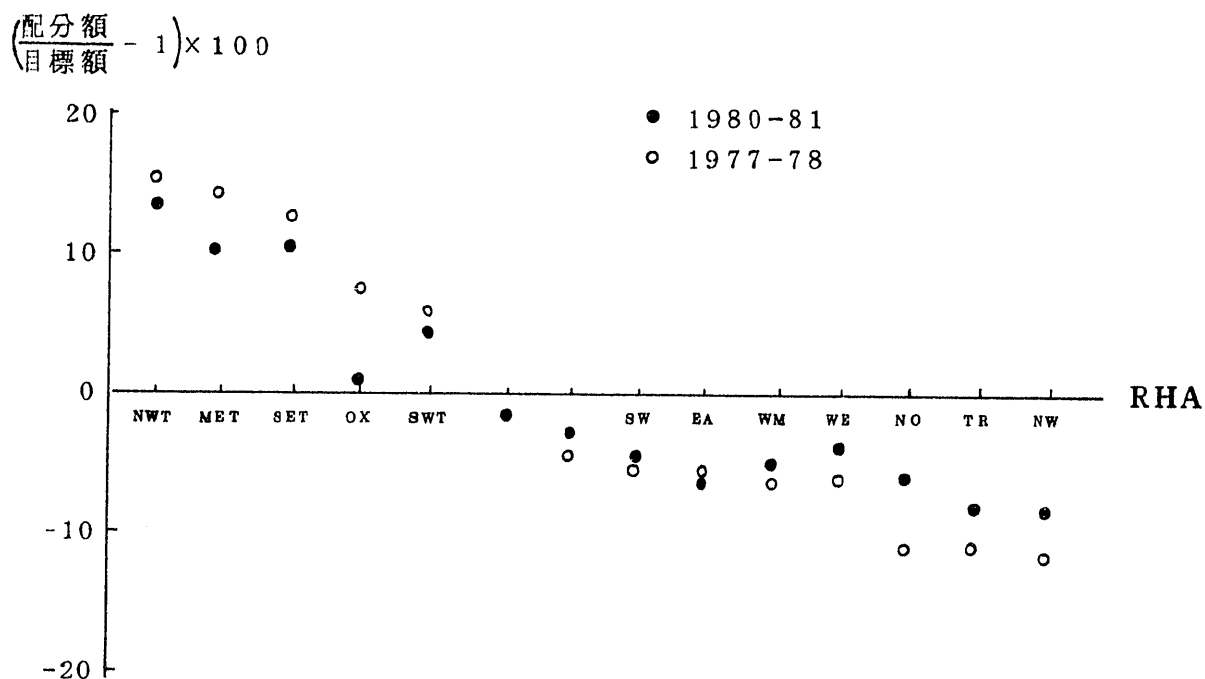
以上のように、RAWPフォーミュラに対しては、いくつかの批判が行われているが、最後にフォーミュラの成果をみてみよう。

図3は、2-(2)で述べた配分目標額に対して、実際に配分された資金額がどの程度カイ離しているかを、1977-78年度と1980-81年度で比較したものである。

これから分かるように4年間で、ほぼ全地域で目標額と配分額とのカイ離是正が行われ、フォーミュラの成果はかなりあった

論 文

図 3



(注) NWT : North West Thames SW : South Western
 NET : North East Thames EA : East Anglian
 SET : South East Thames WM : West Midlands
 OX : Oxford WF : Wessex
 SWT : South West Thames NO : Northern
 ME : Mersy TR : Trent
 YO : Yorkshire NW : North Western

(出所) DHSS資料により算出。

と一応考えられよう。

とくに、ロンドンを中心とした地域 (North West Thames, etc) における配分額の減少及びスコットランドに近い地域 (Northern, etc) における配分額の増加が著しいことが目立つ。しかし、このためロンドンのように、教育病院が多く集中している地域では、いくつもの病院

が閉鎖の憂き目にあい、反対運動が活発に行われるなど、大きな政治問題となっている。

したがって、引続き、フォーミュラの効果を維持、強化しうるかどうかは、こうした政治的な動きにも依存しており、とくに、経済・財政状況が厳しい状況を勘案すると、こうした政治的制約条件は増々厳しいもの

となることが予想される。

また、以上の数字から、フォーミュラの効果は明らかであるが、その数字の意味するところにはすでに述べたように多くの問題があり、こうした問題に答えることなしに、単に数字上の効果を云々するのは適当でなからう。

今後さらにフォーミュラの改善が求められて行くものと思われる。

おわりに

本稿は筆者が、厚生省の社会保障制度調査員として英国に滞在中にレポート用に用意したメモに基づいている。

したがって、本来、「論文」と呼びうる内容のものではなく、単に、「紹介・解説」といったものであるが、英国のNHSをより一層理解し、又、医療保障政策における「公正」と「効率」という問題をより政策に密着した次元で考える場合の一つの具体例としていただければ幸いであると考えている。

(参考文献)

- (1) P.A. West, "Allocation and equity in public sector: the hospital revenue allocation formula" Applied Economics, 1973
- (2) Department of Health & Social Security, "Sharing resources for health in England Report of the Resource Allocation Working Party" HMSO, 1976
- (3) Royal Commission on the National Health Service, "Allocating health resources: A commentary on the Report of Resource Allocation Working Party -- Research Paper Number 3" HMSO, March 1978
- (4) John G. Cullis and Peter A. West, "The Economics of Health - An introduction" Martin Robertson, 1979
- (5) A.J. Culyer, "Need and the National Health Service - Economics and Social Choice" Martin Robertson, 1976
- (6) Ruth Levitt, "The Reorganised National Health Service" Croom Helm London, 1979